

## - 米国健康保険市場の動向(その1) -

### ～2011年の市場概況とヘルスケア改革法最高裁判決への反応～

#### 1. はじめに

当研究所では、今まで米国健康保険市場の調査を継続して行いレポートとして公表してきている<sup>1</sup>。そして、その一環として、ほぼ毎年米国健康保険市場の主要統計データについても紹介してきたが、直近では2008年分まで（一部データは2009年分）となっている<sup>2</sup>。本号では、主要統計データに関する2011年までのアップデートを提供するとともに、最近の米国健康保険市場におけるトピックスの1つとして、2010年ヘルスケア改革法（Patient Protection and Affordable Care Act of 2010、以下、「ヘルスケア改革法」）の違憲訴訟に関する最高裁判決への健康保険業界の反応について紹介する。

なお現時点では、医療支出の動向を示す National Health Expenditure など2011年の一部主要統計が未公表であるため、これらが公表された後、本号の続編において紹介する。その中では、最近の医療費をめぐる議論についても併せて触れたいと考えている。

#### 2. 主要営利保険会社の2009年から2011年までの業績と業界の動向

2009年から2011年までの3年間の主要営利保険会社の業績推移をA.M. Bestの資料をもとにまとめたものが《図表1》である。3年間の間に保険会社間の大きな順位変動は見られず、主要営利保険会社においては、大規模なM&Aが実施されなかったことを示している。主要営利保険会社の中では、メディケア（Medicare、高齢者向け公的医療保険制度）向けの一部事業から撤退した Wellcare Health Plans を除き<sup>3</sup>、Amerigroup、Centene、Molina Healthcare、Universal American といったメディケア、メディケイド（Medicaid、低所得者向け公的医療保障制度）への健康保険プランの提供を事業の主体としている会社の収入保険料の伸びが大きいものとなっている。また、主要営利保険会社の純利益率の平均は、2009年の3.8%から2011年には4.8%となっており、この間の収益は改善傾向にある。

2011年の健康保険業界は、ヘルスケア改革法にもとづいて導入される規制、制度への対応・準備が主なトピックとなった。2011年には、他の規制に先駆けて法定最低医療損害率（Minimum Medical Loss Ratio）<sup>4</sup> 規制が導入され、多くの保険会社が保険料率の調整（引き下げ）を実施したが、大手保険会社においては、その業績への影響は軽微であったとA.M. Bestは分析している<sup>5</sup>。

《図表1》主要営利保険会社の業績概要（2009-2011年、単位：百万ドル）

	2011年			2010年			2009年		
	収入保険料	純利益	純利益率	収入保険料	純利益	純利益率	収入保険料	純利益	純利益率
United Health	68,622	3,884	5.1%	63,720	3,591	5.1%	59,586	2,878	4.4%
WellPoint	41,779	2,311	5.1%	40,534	2,338	5.3%	42,397	2,004	4.4%
Humana	26,468	1,220	4.4%	24,673	992	3.9%	22,558	789	3.4%
Aetna	21,598	1,613	6.4%	22,103	1,551	6.0%	22,548	1,111	4.3%
Cigna	12,069	1,038	6.3%	11,577	884	5.6%	10,045	972	7.1%
Health Net	8,983	12	0.1%	10,028	124	1.2%	11,809	△ 4	0.0%
Coventry Health Care	8,173	457	5.0%	7,684	288	3.3%	9,596	133	1.3%
Amerigroup	4,660	163	3.5%	4,286	194	4.5%	3,801	109	2.9%
Wellcare Health Plans	4,500	179	4.0%	4,077	△ 80	-1.9%	5,246	29	0.5%
Centene	3,752	81	2.1%	3,199	69	2.1%	2,937	60	2.0%
Molina Healthcare	3,348	54	1.6%	2,947	37	1.2%	2,698	35	1.3%
Universal American	1,705	△ 23	-1.3%	1,323	61	4.5%	1,138	60	5.2%
Triple-S Management	1,520	39	2.5%	1,493	47	3.0%	1,391	41	2.8%
合計／平均	207,177	11,028	4.8%	197,644	10,096	4.6%	195,750	8,217	3.8%

（注1）各年の業績は10月～9月の業績（たとえば、2011年業績は、2010年10月から2011年9月）を示している。

（注2）純利益率は、総収入（表中には示していない）に対する純利益の割合を示している。

（出典）A.M. Best, "Health Insurers Adapting to a Changing Environment", Best's Special Report, Feb. 20, 2012.

A.M. Best, "Reform Requirement Likely To Impact Insurer's Margins". Best's Special Report, Feb. 14, 2011.

### 3. 職域健康保険市場の2011年の概況

民間健康保険への加入者の86%は、雇用主（企業）が提供する健康保険（Employment-based）に加入しており<sup>6</sup>、職域市場は、健康保険の主要な市場となっている。ここでは、職域市場の2011年の概況を示すいくつかのデータを紹介する。

#### （1）健康保険を提供している企業

《図表2》は、企業規模別に健康保険を従業員に提供している企業の割合を示したものである。健康保険を提供している企業の割合は、直近数年間でほとんど変化は見られない。しかし、パートタイマーに健康保険を提供している企業は、2009年の31%から2011年には16%まで低下しており、景気低迷による業績悪化の影響が強く見られる<sup>7</sup>。

#### （2）健康保険プランの種類

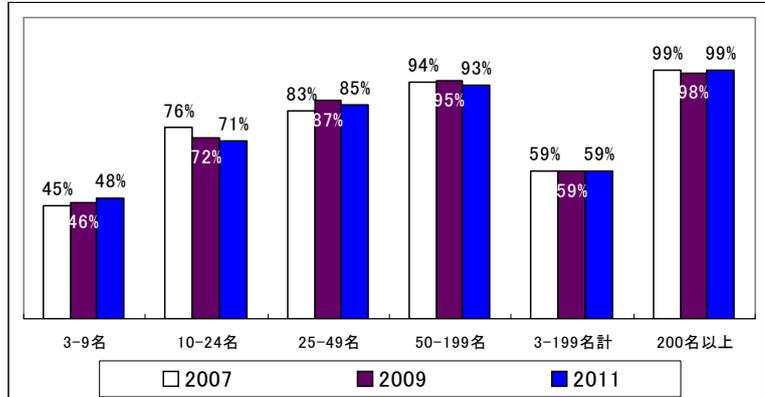
職域においては、マネジドケア型健康保険プラン（HMO、POS、PPO）<sup>8</sup>への加入が全体の約80%を占めている《図表3》。特に、PPO型への加入が55%と主流である。近年、CDHP<sup>9</sup>の加入割合が大きく増加している。CDHPは、保険料が低く、加入者の医療費への関心を高める効果があるとされており、本格的な普及期に入ったとも考えられ、今後の動向に注目したい<sup>10</sup>。

#### （3）保険料の推移

保険料は、2000年代を通じて上昇傾向にあり、2011年の保険料は、2000年の保険料と比較すると、単身、家族プランの双方とも2倍以上となっている《図表4》。2010年は、保険料の上昇率が鈍化したが見え、2011年には、単身プランで8%、家族プランで9%の高い対前年上昇率を示している。

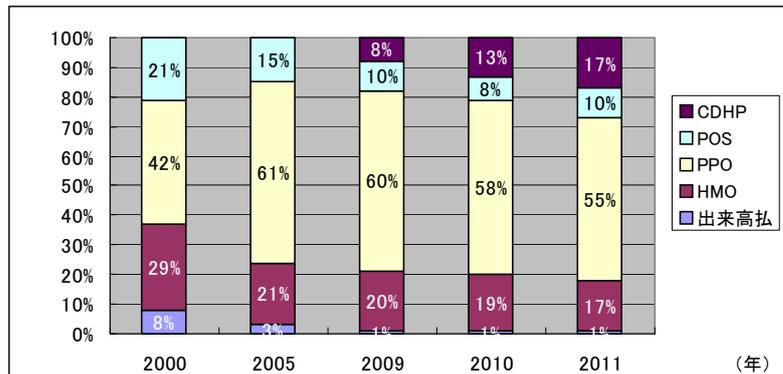
保険料の従業員負担割合について見たのが《図表5》であるが長期的に見て大きな変化は見られない。

《図表2》健康保険を提供している企業の割合（企業規模別）



（出典）The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits”, 2011.

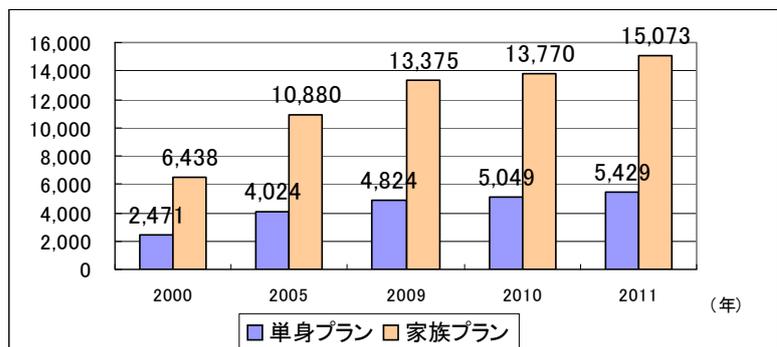
《図表3》職域で実際に選択された健康保険の件数割合



（注）2005年までは、CDHPの項目が設けられていない。

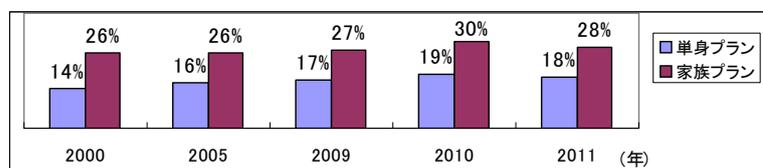
（出典）《図表2》に同じ。

《図表4》平均年間保険料の推移（単身/家族、単位：ドル）



（出典）《図表2》に同じ。

《図表5》健康保険料の従業員負担割合の推移



（出典）《図表2》に同じ。

#### 4. 最近のトピックス～ヘルスケア改革法最高裁判決を受けた健康保険業界の反応～

##### (1) 最高裁判決の要旨

2012年6月28日、連邦最高裁判所は、ヘルスケア改革法を合衆国憲法違反として提訴していた訴訟に対して判断を示した。合衆国憲法に違反するとされていたのは、主として、①すべての国民に対して健康保険の加入を義務付け、未加入者にはペナルティを課す規定、②メディケイドの適用対象者の拡大を行う規定<sup>11</sup>の2点である。判決の要点は以下のとおりである<sup>12</sup>。

①健康保険未加入者にペナルティを課す規定：連邦議会に認められた課税権の範囲内であり合憲。

②メディケイドの適用対象者の拡大を行う規定：州政府にメディケイドの適用対象者の拡大を強制することは憲法に違反しているが、連邦政府は、州政府に対するメディケイドの財源を負担しないことは可能である。

メディケイドの適用対象者の拡大に関しては、連邦政府は、州政府に対してメディケイドの適用対象の拡大を強制することはできないが、適用対象を拡大しない州政府に対してメディケイドの財源を提供しないという形で対応することが可能になるというやや複雑な結論が示されている。

##### (2) 業界団体 AHIP の反応

健康保険の業界団体である AHIP (America's Health Insurance Plan) は、判決当日に声明を発表し、「市場改革と皆保険 (universal coverage) の双方の結びつきを維持していくことが、コストの大幅な上昇および消費者、雇用主にとっての選択機会の喪失を回避するために不可欠である」との表現で、判決を支持する立場を明らかにしている。そして、「改革法の施行に対して、健康保険業界は、加入者にとっての安心と保険の加入し易さを追求することに注力し続けていく」としている。

##### (3) 健康保険会社に与える影響

A.M. Best は、最高裁判決を受けて、適用対象者の拡大を行わない州が出てくる可能性があるとしている。しかし一方で、多くの州が、メディケイドの給付プランとして健康保険会社が提供するマネジドケア型健康保険プランの採用を拡大する傾向にあると指摘する。これにより、メディケイドへの健康保険プランの提供を主体としている健康保険会社は、新たな事業機会の拡大が期待でき、最高裁判決に関わらず業績は引き続き維持されるであろうとの見解を示している<sup>13</sup>。

また、従来から A.M. Best は、ヘルスケア改革法による法定最低医療損害率など保険業界への規制強化が、事業費率の高い中小保険会社の業績に大きな負の影響を与えるとの見解を示してきた。今般、最高裁判決によって改革が進行する方向になったことから、中小保険会社に対する格付け見直しを進めるとしている<sup>14</sup>。

#### 5. さいごに

ヘルスケア改革法は、大統領選挙の1つの大きな争点となっており、今般の最高裁判決によって決着が図られたとは言い難い状況にある。ヘルスケア改革法は、民間健康保険市場を医療保障の柱として維持しつつ、多数のパッチワークを適用して、無保険者など米国の医療保障が抱える問題の緩和を目指そうとする試みである。1つのパッチワークが失われれば、予期された効果とは異なる結果が生まれる可能性もある。健康保険業界としては、ヘルスケア改革法への対応を図りつつ、政治的論議を注視せざるを得ない環境に置かれ続けている。

欧州主要国の中には、医療保障制度に関し、市場の仕組みを一部導入する管理競争の概念に基づく改革を進めている国がある。これに対して市場から制度に寄ろうとしている米国の医療保障改革の動向と成果とを、欧州の動きと合わせ見ることは、日本への示唆を得る機会となり得るだろう。【主任研究員 久司 敏史】

<sup>1</sup> 最近では、小林篤「米国における 2010 年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向 — ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか —」(損保ジャパン総研レポート第 59 号、2011 年)、田中健司「米国におけるヘルスケア改革をめぐる健康保険業界の動き」(損保ジャパン総研クォーターリー第 58 号、2011 年)。

<sup>2</sup> 田中健司、森朋也「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業 — 2008 年を中心とする概況とインディアナ州における Consumer Driven Health Plan の実験的導入 —」(損保ジャパン総研クォーターリー第 55 号、2010 年)。

<sup>3</sup> Wellcare Health Plans, “Annual Report 2009”, 2009.

<sup>4</sup> 医療損害率(医療サービスの給付コストおよび健康保険会社が加入者の健康状態の改善のために行う慢性疾患管理等の取り組みに要するコストの保険料に対する割合)を法定の割合(大企業向け健康保険プランでは 85%、中小企業・個人向け健康保険プランでは 80%)以上とすることを義務付ける規制。保険会社が、ある年において法定最低医療損害率を下回った場合には、保険会社は翌年、収入保険料に法定最低医療損害率と実際の医療損害率の差を乗じた金額を加入者に対して払い戻さなければならないとされている(前掲注 1 田中 p.24)。

<sup>5</sup> A.M. Best, “Health Insurers Adapting to a Changing Environment”, Best’s Special Report, Feb. 20, 2012.

<sup>6</sup> 保険加入の状況に関する 2011 年データは公表されていないため、ここでは、2010 年のデータを採用している(U.S. Census bureau, “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010”, Sep. 2011)。

<sup>7</sup> The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits”, 2011.

<sup>8</sup> マネジドケア型健康保険とは、医療機関のネットワークを構成し、加入者による医療機関の選択に制約を与える健康保険プランを指す。マネジドケア型健康保険は、医療機関選択の制約の程度により、HMO、PPO、POS に大別される。マネジドケア型健康保険および HMO、PPO、POS それぞれの概説については、当研究所のホームページ「米国ヘルスケア用語の解説」<<http://sj-ri.co.jp/glossary/healthcare/a.html>>のそれぞれの項目を参照のこと。

<sup>9</sup> CDHP (Consumer Driven Health Plan) とは、健康保険プランの免責金額を高く設定し、医療費に利用するための資金を積み立てる医療貯蓄口座とを組み合わせたものである。一定の要件を満たしたプランは、医療貯蓄口座の積み立てに関して税制優遇が受けられる。詳しくは、前掲注 2 p.21 以下を参照のこと。

<sup>10</sup> AHIP (健康保険の業界団体) は、医療貯蓄口座の 1 つである Health Saving Account の加入者が、2012 年 1 月には対前年比 18% 増加し、13.5 百万人に達したと公表しており、こうしたデータからも CDHP の加入者が大きく増加していることがうかがわれる(AHIP, “Health Savings Account Enrollment Reaches 13.5 Million”, May 30, 2012)。

<sup>11</sup> ヘルスケア改革法は、州によって異なるメディケイドの適用対象者の基準(所得要件など)を、対象者を拡大する方向で統一しようとする規定を設けている(前掲注 1 田中 p.24)。

<sup>12</sup> 判決の内容に関しては、Kaiser Family Foundation が公表している解説 (“A Guide to the Supreme Court’s Affordable Care Act Decision”, Jul. 2012) によっている。

<sup>13</sup> A.M. Best, “Health Insurers Adjust to Changing Landscape; Pressures Build Toward 2014”, Best’s Briefing, Jul. 13, 2012.

<sup>14</sup> 同上。

※脚注に掲げた当研究所発行のレポートは、すべて当研究所のホームページ (<http://sj-ri.co.jp/>) からダウンロード(無料)できます。