

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

— 2001 年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり —

目 次

- I. はじめに
- II. 公的保険制度と民間保険会社との関わりに関する沿革
- III. 健康保険市場の概況
- IV. 民間保険会社に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き

主任研究員 矢倉 尚典 研究員 田中 充 研究員 田中 健司

要 約

I. はじめに

本稿は、本誌 37 号のレポート「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」の続編として、2001 年を基準点とした米国の健康保険市場の動向と民間保険会社のヘルスケア事業について、特に営利保険会社の視点から客観的かつ実務的に分析を行ったものである。

II. 公的保険制度と民間保険会社との関わりに関する沿革

米国においては、民間保険会社は、民間保険制度加入者のみならず、連邦政府・州が運営するメディケア（65 歳以上の高齢者・65 歳未満の障害者・末期腎不全患者を対象とする制度）やメディケイド（貧困者を対象とする制度）の適用対象者に対しても、健康保険プランを提供している。

本章では、特にマネジドケア型健康保険プランを通じて、民間保険会社が公的保険制度とどのように関わってきたかについて概観する。

III. 健康保険市場の概況

本章では、現在の米国の健康保険市場について記述する。まず健康保険業界全体の 2001 年における収益状況について概観し、次いで健康保険市場を、公的保険制度の適用対象者も含め、米国の特徴を踏まえ概観する。また、補足的に、民間部門における個人向け市場の概況を述べる。

IV. 民間保険会社に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き

民間保険会社に強い影響を与えている最近のトピックとして次の 4 点を取り上げる。すなわち、上昇を続ける医療コストの問題、HIPAA に対する営利保険会社の見方・対応、職域向け健康保険の新モデル、ヘルスケアを安価に提供する仕組みの 4 点である。

I. はじめに

これまで、当研究所は継続的に、米国保険市場における大きな分野である損害保険、健康保険の市場を分析し、その結果を公表してきた。

最近では、損害保険市場については、本誌 41 号において「米国損害保険市場の最新動向－2001 年の実績とトレンド変化－」を掲載し、また健康保険市場については、本誌 37 号において「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業－沿革、現状および最近の動向－」を掲載した。

本稿は、上記のうち後者、すなわち本誌 37 号のレポート（以下「前稿」とする）の続編として、2001 年を基準点とした米国の健康保険市場の動向と民間保険会社のヘルスケア事業について分析を行ったものである。

1. 米国における健康保険市場の基本的概念と特徴

本稿において米国健康保険市場の状況を記述する前提として、前稿で詳述した内容に基づき、米国健康保険市場の基本的な概念、および市場の特徴について概観する。

（1）米国健康保険市場に関連する基本的概念

①健康保険

米国においては、「健康保険」(Health Insurance) は実務的には、営利健康保険 (Commercial Health Insurance)、民間非営利健康保険 (Private Noncommercial Health Insurance) および社会保険 (Social Insurance) を包含する意味で使われている¹。以下、本稿では健康保険をこの意味で用いる。

②医療プロバイダー

現在の米国では、一般的に、医療を提供する施設が、救急病院 (acute-hospital)、長期性病院 (long term hospital)、ナーシングホーム (skilled nursing facility) 等、患者の症状の度合いや緊急度に応じて機能分化している。本稿では、これらの施設の総称、またはこれらの施設の経営主体の呼称として「医療機関」という用語を使用し、医師等の医療スタッフ、個別の医療施設、または医療機関のネットワーク全体を指す幅広い概念として「医療プロバイダー」という用語を使用する。

③健康保険プラン

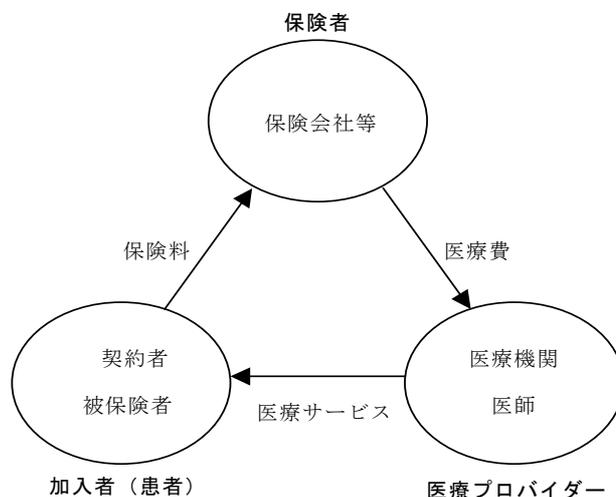
Health Plan (以下「健康保険プラン」とする) は、単なる保険商品ではなく、医療プロバイダーのネットワークを含めた、医療サービスの提供システム全体を指す用語として使用されることもあれば、そのようなシステムを企画設計、運営する組織を意味する場合もある。本稿では、基本的には前者の意味、すなわち医療サービスの提供システム全体という意味で用いる。

健康保険プランにおける 3 つの当事者 (加入者、保険者、医療プロバイダー) の基本的関係を図示すると、《図表 1》のようになる。すなわち、加入者 (患者) は、保険者に対して保険料を払い込むことによって、医療プロバイダーからサービスの提供を受ける。保険者は、加入者 (患者) から収受した保険料を原資として、医療プロバイダーに医療費を支払う。医療プロバイダーは、加入者 (患者) に医療サービスを

¹ Harvey W. Rubin, "Dictionary of Insurance Terms, 4th Ed.", Barron's Educational Series, Inc., 2000, p.218.

提供した見返りとして、保険者から医療費の支払いを受ける。

《図表 1》健康保険プランにおける当事者の基本的関係



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

④ヘルスケア

「ヘルスケア」という言葉は、狭義には医師などの専門家や病院などの医療施設において患者に供給される医療サービスを指していたが、広義には、従来にはなかったようなより広いサービス供給主体からのサービスや、健康の自己管理までも含みうる広範な概念であると説明されている²。本稿では、この広範な概念として用いる。

(2) 米国健康保険市場の特徴

①健康保険市場とヘルスケア市場

米国の健康保険市場では、営利保険会社だけでなく、Blue Cross & Blue Shield (以下「ブルークロス・ブルーシールド」とする)、Kaiser Permanente 等の民間非営利組織も極めて重要な当事者になっている。そればかりでなく、保険会社が提供しているのは、加入者と保険者との二者間の関係を基本とする保険商品にとどまらず、医療プロバイダーのネットワークを含めた健康保険プラン全体を企画設計、運営するサービスであるという特徴もある。このため、健康保険市場について分析するには、ヘルスケアに関する市場まで分析を広げる必要がある。

米国のヘルスケア市場は、サービスの利用者を中心として、医療サービスを提供する医師、病院、各種の医療関係の専門職、医薬品メーカー、医療機器メーカー、アウトソーシングサービスを提供する企業、第三者評価機関、そして営利保険会社、非営利組織と、多種多数に及ぶ当事者から構成されている市場として捉えられる。さらに、この各々の当事者間の利害関係がさまざまな要因で変化してきた極めて複雑な

² “Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Care Handbook 4th Ed.”, p.1365 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

構造となっている市場でもある。

本稿では、ヘルスケア市場ではなく、健康保険市場を対象とする。すなわち、ヘルスケア市場における主要な当事者を、サービスの利用者（特に健康保険もしくは健康保険プランへの加入者）、保険者、医療プロバイダーに限定し、健康保険の事業者がヘルスケア事業を実施している健康保険市場を対象とする。

②健康保険市場における様々な保険者の存在

米国の健康保険市場には、様々な保険者が存在する。保険者の役割を担うのは、営利保険会社や、ブルークロス・ブルーシールド、Kaiser Permanenteのような民間非営利組織に限らない。医療プロバイダー自身が健康保険事業を運営する形態や、企業自身が保険者となって従業員の医療費をカバーする自家保険の形態も存在する。

また、連邦政府、州が、メディケア（65歳以上の高齢者・65歳未満の障害者・末期腎不全患者を対象とする）、メディケイド（貧困者を対象とする）といった公的保険制度を運営している。連邦政府において、メディケア、メディケイドを運営する機関が、Centers for Medicare & Medicaid Services（以下本稿では「CMS」とする）である。

③健康保険プランの形態

医療コストの上昇傾向を背景として、近年健康保険プランは、加入者が医療プロバイダーを自由に選択でき、保険者から医療プロバイダーへの支払いが出来高払いによって行われる、従来のインデムニティ型に代わり、医療プロバイダーのネットワークを構成して加入者による選択に制約を与えるマネジドケア型³が、主流になりつつある。

マネジドケア型健康保険プランは、HMO（Health Maintenance Organization）、PPO（Preferred Provider Organization）、POS（Point-of-service plan）の三種に大別される。それぞれの登場の経緯とおおよその特徴は以下のとおりである。最初に保険者サイド主導で登場したHMOにおいては、通常、加入者がかかりつけ医への訪問を義務付けられ、さらにネットワーク内の医療プロバイダーのみ利用できるという制限が存在する。次いでHMOに対抗して医療プロバイダー主導で登場したPPOにおいては、加入者の追加負担によりネットワーク外の医療プロバイダーも利用できる。さらにPPOに対抗して再度保険者サイド主導で生み出されたPOSは、HMOのオプション的位置づけであり、ネットワーク内の医療プロバイダーの利用においてはかかりつけ医への訪問が義務付けられる一方、加入者の追加負担によりネットワーク外の医療プロバイダーも利用できる。

なお、米国の文献においては、Managed Care Organization（略称MCO）という言い方が、マネジドケア型健康保険プラン自体を意味する用語⁴としても、またマネジドケア型健康保険プランを提供する営利保険会社を意味する用語としても見受けられるが、以下本稿では、参考とする米国の文献においてMCOが前者の意味で用いられていると考えられる場合には「マネジドケア型健康保険プラン」と表記し、後者の意味で用いられていると考えられる場合には「マネジドケア会社」と表記する。

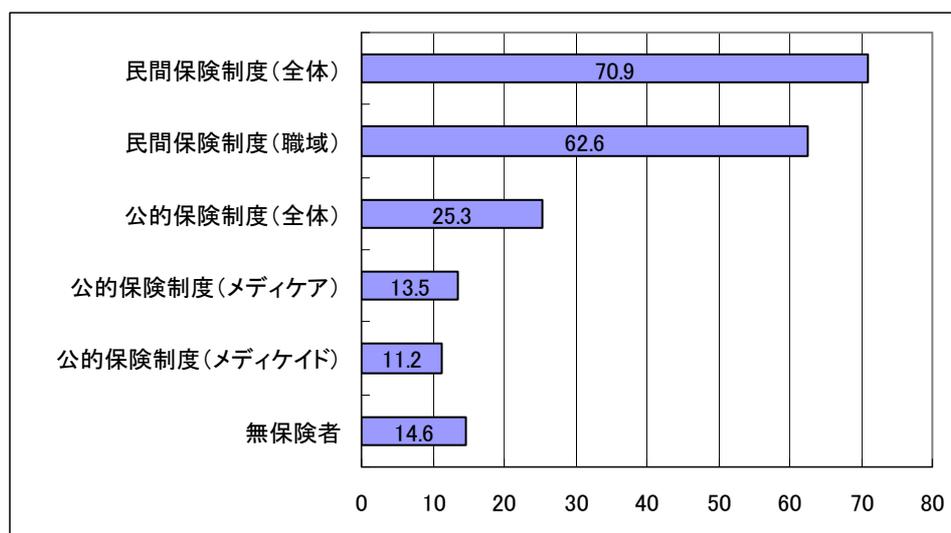
³ マネジドケア型健康保険プランでは、償還方式として、人頭払いも出来高払いもともに用いられている。

⁴ HMOの定義が変化して、HMOが特定の健康保険プランの意味に限定されない、より広義の意味を持つようになったものの、マネジドケア型健康保険プランを表す一般的な用語として、HMOに代わってMCOが用いられる場合がある、との指摘がある。“Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Care Handbook 4th Ed.”, *supra*, pp.1366-1367.

④健康保険への加入状況で見た米国の健康保険市場

2001年の米国における健康保険への加入状況は、《図表2》のとおりである。民間保険制度への加入率が70.9%、公的保険制度への加入率が25.3%であり、無保険者が14.6%存在する⁵。民間保険制度加入者の多くは職域加入者であり、2001年においては、米国の全人口の62.6%を占めている。

《図表2》2001年の米国における健康保険への加入状況（全人口に占める割合。単位：％）



(出典) U.S. Census Bureau, “Health Insurance Coverage: 2001”, Sept. 2002, p.4 (visited Jan. 23, 2003) <<http://www.census.gov/prod/2002pubs/p60-220.pdf>>.

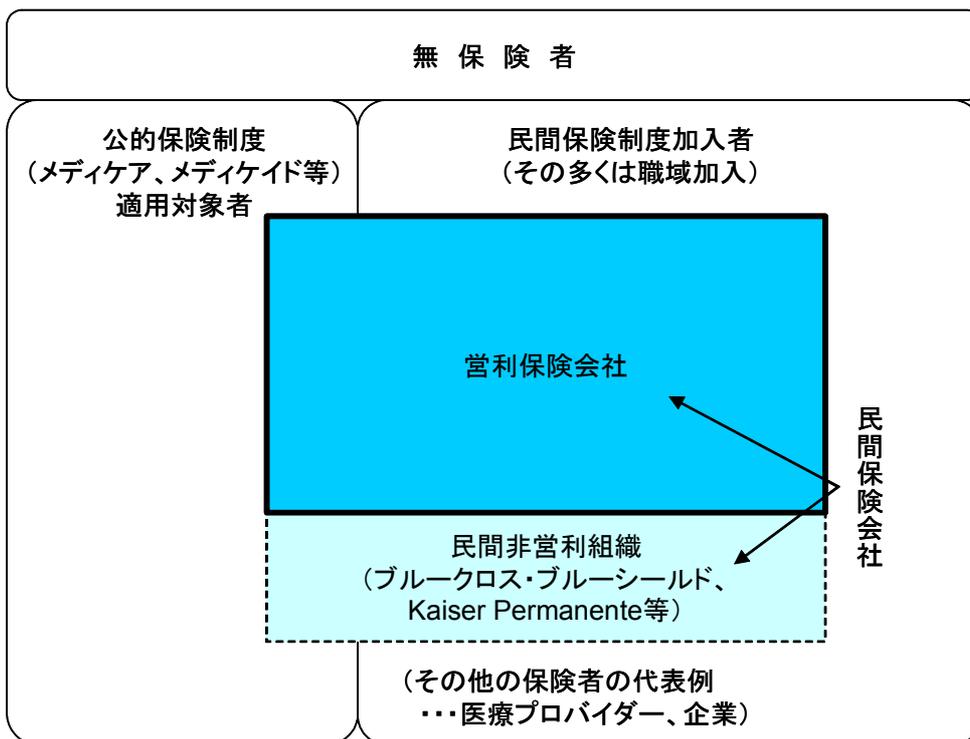
2. 本稿において取り上げる対象

本稿では、営利保険会社、民間非営利組織（以下、この両者を合わせて「民間保険会社」とする）を中心に、米国健康保険市場の状況を、特に営利保険会社の視点から客観的かつ実務的に分析する。

米国においては、民間保険会社は、民間保険制度加入者のみならず、連邦政府・州が運営するメディケアやメディケイドのような公的保険制度の適用対象者に対しても、健康保険プランを提供している（《図表3》参照）。したがって本稿は、公的保険制度の適用対象者のうち、民間保険会社が健康保険プランを提供している領域も対象とする。また、営利保険会社の視点に立つものの、必要に応じ、あるいは使用資料の性格に応じて、民間非営利組織にも言及する。

⁵ 同一人が複数のタイプの保険に加入することがありうるため、民間保険制度加入率、公的保険制度加入率、および無保険者の率を合計しても、ちょうど100%とはならない。U.S. Census Bureau, “Health Insurance Coverage: 2001”, Sept. 2002, p.4 (visited Jan. 23, 2003) <<http://www.census.gov/prod/2002pubs/p60-220.pdf>>.

《図表 3》米国ヘルスケア市場における営利保険会社の位置づけ



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

なお本稿では、様々な情報源を参考としていることから、次章以降においては、章、節または項の冒頭において、その内容が営利保険会社のみを対象とするものであるか、あるいは民間保険会社を対象とするものであるかについて、また対象とする層（公的保険制度適用対象者・民間保険制度加入者）について、必要に応じ明記する。その際、以下の《図表 4》の区分記号を用いる。

《図表 4》次章以降で取り上げる領域の区分

		対象とする層	
		公的保険制度 適用対象者	民間保険制度加入者
プレーヤー	営利保険会社	A1	A2
	民間非営利組織	B1	B2

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

3. 本稿の構成

本稿では、公的保険制度加入者の一部も対象とするので、まず第Ⅱ章において、公的保険制度と民間保険会社との関わりを、メディケア、メディケイドのそれぞれについて、沿革も含めて概観する。次いで第Ⅲ章では、健康保険市場の概況について、健康保険業界全体の状況、公的部門・民間部門といったセグメント別の概況に分けて述べる。最後に第Ⅳ章において、民間保険会社に強い影響を与えるヘルスケア市場の最近の動向をいくつか取り上げる。

Ⅱ. 公的保険制度と民間保険会社との関わりに関する沿革

本章では、公的保険制度と民間保険会社との関わりに関する沿革、具体的には、民間保険会社が、特にマネジドケア型健康保険プランを通じて、高齢者・障害者・末期腎不全患者を対象とするメディケア、および貧困者を対象とするメディケイドと今日までどのように関わってきたかについて概観する。

メディケアについては健康保険プランに対する償還レートの見直し、メディケイドについては州における適用対象者へのマネジドケア義務化の動きを中心に述べる。なお、公的保険制度自体の詳細な内容には触れず、本章の記述において最低限必要と考えられる内容を取り上げるにとどめる。

本章で取り上げる領域は、《図表 4》の A1、B1 の部分である。

1. メディケアと民間保険会社との関わりに関する沿革

(1) メディケアにおけるマネジドケアの導入

メディケアは、「1965年社会保障改正法」(Social Security Amendments of 1965)⁶の下に創設されたが、マネジドケアが初めてメディケア適用対象者の選択肢の1つとなったのは、「1972年社会保障改正法」(Social Security Amendments of 1972)⁷の制定を通じてであった⁸。マネジドケア型健康保険プランに対する償還方式として、それぞれのプラン加入者について、その居住地域におけるメディケア適用対象者に対する給付対象サービス供給コストの1人あたり平均額に基づき償還する“risk-based”という方式と、プラン加入者に対して実際に供給された給付対象サービスについて合理的に算出されたコストに基づき償還する“cost-based”という方式の2つが設定された⁹。

(2) 1982年に導入された新しい償還方式、およびその問題点

次いで、1982年の「公平税制財政責任法」(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982)¹⁰により、メディケアにおけるマネジドケア型健康保険プランの運営ルールが改正された。償還レートは、それぞれのプラン加入者について、その居住する郡における出来高払い方式によるメディケアプログラムの1

⁶ Pub. L. No. 89-97, 79 Stat. 290 (1965).

⁷ Pub. L. No. 92-603, 86 Stat. 1465 (1972).

⁸ American Association of Health Plans, “*The Medicare+Choice Program: What You Need to Know*”, May 2002, p.2. なお、本資料は以下のホームページから取得した。American Association of Health Plans, “*Medicare Administrative - Reports/Fact Sheets/Briefs*”(visited Feb. 25, 2003) <http://www.aahp.org/Template.cfm?Section=Medicare_Administrative&template=/TaggedPage/Portlet/Custom/IssueDisplayAll.cfm&ICL=77,14>.

⁹ *Id.*

¹⁰ Pub. L. No. 97-248, 96 Stat. 324 (1982).

人あたり平均コストの95%に設定され、適用対象者の年齢、性別、およびその他の人口学的特性に応じて調整された¹¹。

このような算出方式により、各郡の間における償還レートの格差が生じた。連邦会計検査院（General Accounting Office：以下「GAO」とする）の報告書によれば、1997年において、償還レートは最高の郡で767ドル（PMPM¹²）、最低の郡で221ドル（PMPM）という状況であった¹³。

また GAO は、各郡の間における償還レートの格差が、メディケアにおけるマネジドケア型健康保険プランの利用可能性に不平等が生じる原因となった点、さらに償還レートの調整方法が不適切であったため、メディケアがマネジドケア型健康保険プランに対して、出来高払い方式によるメディケアプログラムの場合よりも多く支払う結果となっている点を指摘している¹⁴。

（3）均衡予算法における償還方式の改正

1997年の「均衡予算法」（Balanced Budget Act of 1997）¹⁵において、それまでのメディケアにおけるマネジドケアプログラムに代わり、メディケア・プラス・チョイス（Medicare+Choice）と称されるプログラムが新設された。同プログラムでは、メディケア適用対象者は従来の出来高払い方式によるメディケアプログラム、または Medicare+Choice plan と称されるプラン（以下「M+C プラン」とする）のいずれかを選択して給付を受けることが可能とされた。マネジドケア型健康保険プランは M+C プランの中で、インデムニティ型健康保険プランとともに、メディケア適用対象者が利用可能な選択肢の1つとして位置づけられた¹⁶。

M+C プランに対して1998年から適用される償還レートの算出方法が、従来の方式から改正された。超過払いを抑制する一方で、従来償還レートが低かった地域におけるマネジドケア会社の参入を促進することが、改正の目的であった¹⁷。

「均衡予算法」では、各郡における償還レートを、

- ・ 出来高払い方式によるメディケアプログラムにおいて実際に発生した支払コストに基づき定められる郡毎の償還レートと、全米共通の償還レート（但し郡毎の物価水準による調整あり）を、所定のウェイトにしたがって加重平均したもの
- ・ 所定の最低額（1998年を367ドル（PMPM）とし、以後毎年所定の割合だけ増加する）
- ・ 前年の償還レートから所定の最低増加率（2%）だけ増加させた額

¹¹ American Association of Health Plans, *supra*, p.2.

¹² Per Member Per Month（プラン加入者1人あたりの月額の意味）の略。以下同様。

¹³ GAO, “Medicare+Choice Recent Payment Increases Had Little Effect on Benefits or Plan Availability in 2001” (GAO-02-202), Nov. 2001, p.5 (visited Jan. 9, 2003) <<http://www.gao.gov/new.items/d02202.pdf>>.

¹⁴ GAO, *supra*, p.5.

¹⁵ Pub. L. No. 105-33, 111 Stat. 251 (1997).

¹⁶ M+C プランでは、マネジドケア型健康保険プラン（coordinated care plans）の中に、医療プロバイダーにより運営されるタイプのプラン（provider-sponsored organizations）も含まれる。さらに M+C プランでは、別の選択肢として、免責金額が高い健康保険と、免責範囲内の医療費を賄うための専用口座による貯蓄を組み合わせた、Medical Savings Account と称されるプランが、メディケア適用対象者39万人を限度として、実験的に導入された。

¹⁷ GAO, *supra*, p.6.

の3つの中で、最も高いものに設定することが規定された¹⁸。

「均衡予算法」による償還方法の改正が行われたのを受けて、メディケア・プラス・チョイスにおいてマネジドケア会社による契約打ち切り・対象地域縮小の動きが見られ、約160万人のメディケア適用対象者が、別のM+Cプラン、もしくは出来高払い方式によるメディケアプログラムへの切り替えを余儀なくされた¹⁹。

マネジドケア会社側は、このような撤退の動きの原因が、「均衡予算法」における償還方法の改正や、同法の下でマネジドケア会社に対して新たに課された事務的要件にあると考えていた²⁰。

(4) 2つの法律を通じた、メディケア・プラス・チョイスにおける償還方式の見直し

メディケア適用対象者のメディケア・プラス・チョイスへのアクセス機会の維持・拡張を図るため、M+Cプランへの償還について、2度にわたり見直しが行われることとなった。

1999年11月に成立した Medicare, Medicaid, and SCHIP Balanced Budget Refinement Act of 1999(以下「BBRA」とする)²¹では、2000年と2001年の2年間に限り、もともとM+Cプランが提供されていなかった郡に最初にM+Cプランを提供したマネジドケア会社に対して、“New Entry Bonus”と称される償還額の増額がなされた。

2000年12月に成立した Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000(以下「BIPA」とする)²²では、前述の「均衡予算法」における償還レートの算出方法を、2001年3月～12月について以下のように改め、償還レートの引き上げを図った。

- ① 償還レートにおける3つの候補のうちの1つである所定の最低額を、人口25万人以上の都市部(Metropolitan Statistical Area)で525ドル(PMPM)、その他の地域で475ドル(PMPM)とした²³。
- ② 償還レートにおける3つの候補のうちの1つである、前年の償還レートから所定の最低増加率だけ増加させた額の計算に使用する最低増加率を2%から3%に引き上げた。

M+Cプランを提供するマネジドケア会社は、この増額分を以下のように使用することが認められた。

- ・ M+Cプラン加入者が負担する保険料や患者自己負担分の引き下げ、給付内容の拡大といった、給付の仕組みの改善
- ・ 将来における給付安定化のための財源として留保する
- ・ M+Cプラン加入者が医療プロバイダーを利用する機会の安定化・拡張

BIPAの成立に伴い、M+Cプランを提供しているマネジドケア会社が増額分の使途について報告したところによれば、8割強のプランにおいて増額分が医療プロバイダーの利用機会の安定化・拡張に使用される一方、給付の仕組みの改善・将来における給付安定化のための財源に増額分が使用されるM+Cプランの割合は低かった²⁴。

¹⁸ 42 U.S.C. 1395w-23. なお、以下の資料に解説がある。CMS, “Distribution of Increased Payments to Medicare+Choice Organizations under the Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000”, p.1 (visited Jan. 30, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/bipa/bipafact.pdf>>.

¹⁹ GAO, *supra*, p.6.

²⁰ *Id.*

²¹ Pub. L. No. 106-113, 113 Stat. 1501 (1999).

²² Pub. L. No. 106-554, 114 Stat. 2763A-463 (2000).

²³ BIPA 発効前の2001年における所定の最低額は、415ドル(PMPM)であった。GAO, *supra*, p.7.

²⁴ GAO, *supra*, pp.2-3, 8-10.

(5) メディケア・プラス・チョイスにおける償還レートに対する健康保険業界の見方

A.M. Best 社の最近の記事によれば、健康保険市場は、1997 年の「均衡予算法」以降の、メディケア・プラス・チョイスにおける償還レートのあり方について、以下のような見方を示している²⁵。

- ・ 「均衡予算法」によって償還レートの毎年の伸び率が制限され、医療コストの上昇に追いつかなくなっている。
- ・ BBRA や BIPA による償還レートの改善では不十分である。
- ・ 長期的な財源確保のメカニズムを通じて実際の医療コストに見合った償還が行われるべきである。

(6) 最近の政府の試み

本項は、これまでに述べてきた、健康保険プランに対する償還レートの見直しに関する内容ではないが、メディケアにおけるマネジドケアに関する最近の政府の試みとして取り上げる。

今日まで M+C プランの大半が HMO であり、PPO のプランはごくわずかであった²⁶が、メディケア適用対象者の選択肢を増やし、彼らが自らのニーズに合った健康保険プランを選択する機会を拡大するための試みとして、CMS は 2003 年 1 月 1 日より、PPO によるメディケア・プラス・チョイスの実験プログラムを開始した。

実験プログラムにおいては、最終的に 23 の州で計 35 の健康保険プランが提供され、その結果 1,100 万人余りのメディケア適用対象者に新たな選択肢が提供されることとなる、と CMS はみている²⁷。

2. メディケイドと民間保険会社との関わりに関する沿革

(1) メディケイドにおけるマネジドケアの導入

メディケイドも、メディケアと同様に「1965 年社会保障改正法」により創設されたが、その後程なくして、メディケイドにおいてマネジドケアが導入された。具体的には、ニューヨーク州において 1967 年、ワシントン州において 1970 年に、それぞれメディケイド適用対象者に対するマネジドケア型健康保険プランの提供が始まった²⁸。また 1972 年には、Kaiser Permanente が 3 つの州のメディケイド適用対象者に対してマネジドケア型健康保険プランの提供を行っていた²⁹。

当初、メディケイド適用対象者をマネジドケア型健康保険プランに加入させようとする取り組みは任意のものであり、メディケイド適用対象者を対象とする健康保険プランの数も少なかった³⁰。1981 年には、メディケイド適用対象者の中でマネジドケア型健康保険プランに加入している者の割合は、1%にすぎな

²⁵ Meg Green, “Opting Out”, Best’s Review, Jan. 2003.

²⁶ 2002 年 12 月の状況を見ると、実験的に運営されたものを除く 150 のマネジドケア型 M+C プランの中で、HMO のプランが 145 であったのに対し、PPO のプランは 3 つにとどまっている。CMS, “Medicare Managed Care Contract (MMCC) Plans - Monthly Summary Report -” as of Dec. 1, 2002 (visited Mar. 11, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/statistics/mmcc/>>, “Monthly Report - Medicare Coordinated Care Health Plans”, as of Dec 2002 (visited Mar. 12, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/statistics/monthly/>>.

²⁷ CMS, “Medicare Preferred Provider Organization (PPO) Demonstration Fact Sheet” (visited Feb. 17, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/research/PPOFactSheet.pdf>>.

²⁸ 67 Fed. Reg. 40,992 (2002).

²⁹ *Id.*

³⁰ Robert E. Hurley & Stephen A. Somers, “Medicaid Managed Care” in “The Managed Care Handbook 4th Ed.”, p.1107 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

かった³¹。

(2) マネジドケアの義務化権限に関する法律の制定

「1981年包括財政調整法」(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981)³²の下で、メディケイドに関する「社会保障法」(Social Security Act)³³上の要件であった「選択の自由」や「州全体で行われること」が免除される(Waiver)条項であるSection 1915(b)³⁴が「社会保障法」に追加され、州は連邦政府の負担金(Federal Medicaid matching fund)を受けながら、州全域または州の一部の地域において、メディケイド適用対象者をマネジドケア型健康保険プランに強制加入させることが認められるようになった³⁵。要件免除を希望する州は連邦政府への申請を必要とし、免除期間は2年間で、期間満了後の更新が可能となっている³⁶。

ただし、Section 1915(b)においては、「社会保障法」上の要件である“75/25ルール”は免除されなかった³⁷。“75/25ルール”とは、メディケイド市場において提供されているマネジドケア型健康保険プランが、「全加入者のうち、少なくとも25%はメディケイド適用対象者以外でなければならない」という要件を免除されない限り、そのような要件に反し3年を超えて運営されることを禁じるものであった³⁸。本ルールは、競争にさらされている民間保険の市場を通じて健康保険を入手する人の割合を最低25%確保することにより、そのプランにおける医療サービスの質を確保するためのものである、と見られていた³⁹。

(3) 「均衡予算法」を通じたマネジドケア義務化に関する規制緩和

1997年に成立した「均衡予算法」では、メディケイド市場におけるマネジドケアに関する規制がさらに緩和された。すなわち「均衡予算法」では、医療サービスの質を別の手段で確保することとして、それに伴い上述した“75/25ルール”が撤廃された⁴⁰。さらに、社会保障法に新たにSection 1932が追加され、州は連邦厚生省長官から要件免除を受けることなく、メディケイド適用対象者をマネジドケア型健康保険プ

³¹ 67 Fed. Reg. 40,992 (2002).

³² Pub. L. No. 97-35, 95 Stat. 357 (1981).

³³ Pub. L. No. 74-271, 49 Stat. 620 (1935).

³⁴ 「社会保障法」では、メディケイドに関する要件免除の規定として、別にSection 1115が存在する。これはメディケイドに限らず、現金援助や社会的サービスの分野において、連邦政府の財政負担をかえって増加させるという結果をもたらさない、と認められた研究・実験に関して適用されるものであり、選択の自由に加えて75/25ルールも免除の対象となっている。Andy Schneider, “Overview of Medicaid Managed Care Provisions in the Balanced Budget Act of 1997”, Dec. 1997, p.10. なお、本資料はThe Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsuredのホームページから取得した (visited Feb. 28, 2003) <http://www.kff.org/content/archive/2102/budget_rep.pdf>。

³⁵ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “The Medicaid Resource Book”, Jan. 2003, pp.172, 175 (visited Feb. 19, 2003) <<http://www.kff.org/content/2003/2236/>>, <<http://www.kff.org/content/2003/2236/2236glossary.pdf>>。

³⁶ Andy Schneider, *supra*, p.9.

³⁷ *Id.*, p.10.

³⁸ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “Trends in Health Plans Serving Medicaid – 2000 Data Update”, Nov. 2001 (visited Feb. 28, 2003) <<http://www.kff.org/content/2001/4009/4009.pdf>>, p.4.

³⁹ *Id.*

⁴⁰ *Id.*

ランに強制加入させることが可能となった⁴¹。

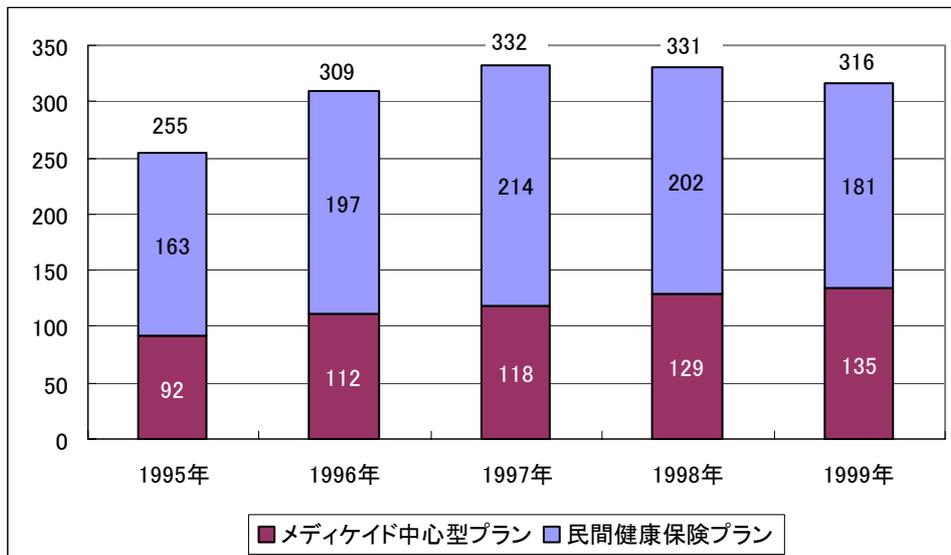
1997年において、メディケイド適用対象者の中でマネジドケア型健康保険プランに加入している人の割合は、48%に達していた⁴²。

(4) 1990年代後半におけるメディケイド市場の状況

本項では、1990年代後半におけるメディケイド市場について概観する。なお、本項は、The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured が2001年に公表した2つの資料⁴³に基づいている。これらの資料では、メディケイド市場において提供されているマネジドケア型健康保険プランのうち、メディケイド適用対象者が全加入者の75%以上を占めるプランを「メディケイド中心型プラン (Medicaid Dominated Plans)」、また、メディケイド適用対象者が全加入者の75%未満であるプランを「民間健康保険プラン (Commercial Plans)」と定義している⁴⁴。さらに、医療サービスの提供に対して100%の金銭的リスクを負う (full-risk) プランのみが対象とされ、出来高払い方式を採用するプラン、また包括的な医療サービスを提供しないプランは除外されている⁴⁵。

メディケイド市場では、「均衡予算法」の成立と前後する1995年から1999年の間において、メディケイド中心型プランの数は増加する傾向をたどったのに対して、民間健康保険プランの数は1998年から減少に転じた (《図表5》参照)。

《図表5》メディケイド市場におけるマネジドケア型健康保険プラン数の推移



(出典) The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “*Medicaid and Managed Care*”, Dec. 2001 (visited Feb. 5, 2003) <<http://www.kff.org/content/2001/206803/206803.pdf>>.

⁴¹ Andy Schneider, *supra*, p.9.

⁴² The Kaiser Family Foundation, “*Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, 2002 - Chartbook*”, May 2002 (visited Jan. 31, 2003) <http://www.kff.org/content/2002/3161/marketplace2002_finalc.pdf>, p.23.

⁴³ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *supra*, Nov. 2001, “*Medicaid and Managed Care*”, Dec. 2001 (visited Feb. 5, 2003) <<http://www.kff.org/content/2001/206803/206803.pdf>>.

⁴⁴ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *supra*, Nov. 2001, p.3.

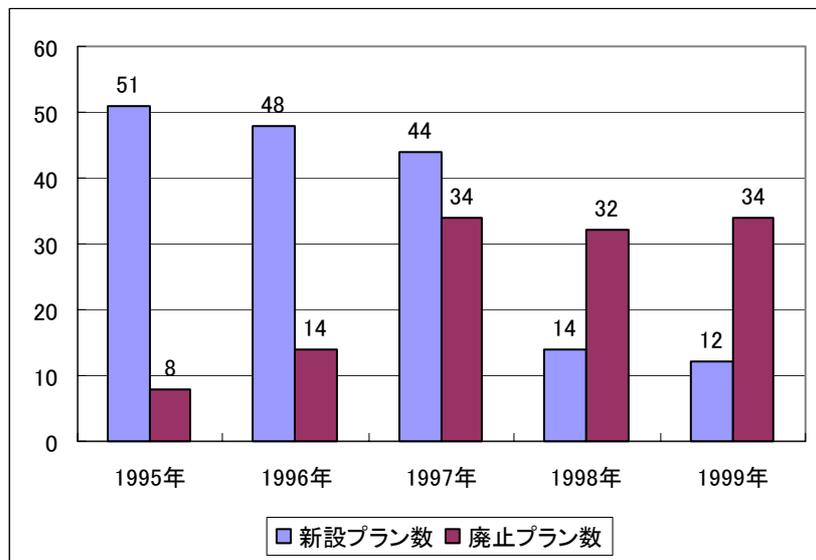
⁴⁵ さらに、同一州における同一の運営主体により運営されている複数のプランが、1つのプランとして取り扱われている。 *Id.*, p.33.

1999年における状況を見ると、民間健康保険プランの51%が独立して運営されているもの、34%が全米規模のマネジドケア会社（national managed care firm）の傘下にあるもの、15%がブルークロス・ブルーシールドの傘下にあるものであった⁴⁶。一方1999年において、メディケイド中心型プランの55%は医療プロバイダー、25%はマネジドケア会社、16%は郡・州政府により、それぞれ所有されていた⁴⁷。

民間健康保険プランに注目すると、メディケイド市場において廃止されたプランの数が1990年代後半に急増している一方で、新設されたプランの数は減少している（《図表6》参照）⁴⁸。

メディケイド市場における民間健康保険プランの新設、廃止、継続に関しては、人頭払いレートの適正さ、加入者数の安定性が重要なポイントである、との見方が、種々の研究において示されている⁴⁹。

《図表6》メディケイド市場における民間健康保険プランの新設・廃止数



（出典）The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *supra*, Dec. 2001.

Ⅲ. 健康保険市場の概況

本章では、営利保険会社の立場から、現在の米国の健康保険市場について記述する。まず、第1節「健康保険業界全体の状況」で、2001年の収益概況を振り返る。続いて、第2節「セグメント別概況」により、健康保険市場を民間部門と公的部門に分けて、米国の特徴を踏まえて概観する。また、補足的に営利保険会社の見地から個人向け市場の概況を述べる。

1. 健康保険業界全体の状況

（1）コンバインド・レシオの動向

営利保険会社の収支の状況をコンバインド・レシオという指標により概観する。コンバインド・レシオとは、収入保険料に対する支払保険金と事業費の割合をいう。この値が100%未満ならば、保険事業利益

⁴⁶ *Id.*, p.4.

⁴⁷ *Id.*, p.12.

⁴⁸ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *supra*, Dec. 2001.

⁴⁹ *Id.*

が出ていることを意味する。健康保険市場のうち、営利保険会社の収益性を A.M. Best 社の資料⁵⁰によって概観する。《図表 7》は、1991 年から 2001 年までの期間における営利保険会社の団体健康保険および団体傷害保険に係る収支の推移を表したものである。この 11 年間は、1993 年を除いてコンバインド・レシオが 100%を超えており、保険事業損失が発生している状況にある。すなわち、保険の引受自体としては収益をあげていないことを意味している。

《図表 7》 営利保険会社の収支の推移（団体健康保険および団体傷害保険）

年	正味収入保険料 (1,000ドル)	損害率 (%)	事業費率 (%)	コンバインド・レシオ (%)	正味引受損益 (1,000ドル)
1991	52,376,295	79.3	21.1	100.4	-149,565
1992	54,603,326	80.0	21.3	101.3	-497,449
1993	55,700,587	77.5	21.2	98.8	389,704
1994	57,328,846	78.9	21.5	100.5	-245,140
1995	60,270,845	82.3	21.8	104.1	-1,733,564
1996	62,275,607	81.6	22.3	103.8	-2,163,084
1997	61,399,870	81.7	23.2	104.9	-2,936,894
1998	62,338,478	80.1	24.5	104.6	-3,270,097
1999	65,786,624	83.6	22.7	106.3	-4,591,901
2000	69,142,837	81.6	20.7	102.3	-1,594,444
2001	68,282,348	83.3	20.1	103.4	-2,300,934

(出典) A.M. Best, “Best's Aggregates & Averages Life-Health US, 2002 Ed.”, 2002, p.108.

なお、この A.M. Best 社の統計には含まれていないが、Kaiser Permanente やブルークロス・ブルーシールドは、その加入者規模ゆえに営利保険会社の有力な競争相手と言える。そこで、次項以降で、営利保険会社（上位 17 社）、Kaiser Permanente、ブルークロス・ブルーシールドの状況をそれぞれ概観していく。

（２） 営利保険会社（上位 17 社）の収益

営利保険会社（上位 17 社）の 2001 年のディスクロージャー資料を分析した A.M. Best 社のレポート⁵¹により、収益概況を概観する。

① 営利保険会社の収益概況

《図表 8》のとおり、収入保険料の増加率（7.6%）が支払保険金の増加率（7.2%）を若干上回ったことなどから、2001 年の 17 社合計の純利益は 4.5%上昇している。

診療内容管理に批判的な消費者サイドの圧力により、HMO は、専門医、特定の医療行為および薬物療法の利用の承認について柔軟な対応を余儀なくされ、医療サービスの利用が増加したことが指摘されている。このことが、外来手術、薬剤、訴訟、法令遵守等に係るコストの上昇とあいまって、医療コストのインフレとも言える状態をもたらしている⁵²。

米国における健康保険市場は、職域での民間保険加入が中心であるため、営利保険会社の顧客は企業が

⁵⁰ A.M. Best, “Best's Aggregates & Averages Life-Health US, 2002 Ed.”, 2002, p.108.

⁵¹ Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, “Health Insurers Stay Profitable Despite of Intensifying Medical Cost Inflation”, A.M. Best Special Report, Apr. 29, 2002.

⁵² *Id.*, p.3.

中心となっている。大企業の中には、自家保険という形態で、企業自身が保険者となって従業員の医療費をカバーしている例もある。前述のような医療コストの上昇に対して、健康保険料の負担を軽減するため、主に大企業の中に、自家保険として自ら保険金支払リスクを負担することにより、医療コストをコントロールしようとする例が増えている。この場合、保険設計や保険金請求などの管理業務をアウトソーシングすることが多く、保険会社の手数料収入の増加につながっている。A.M. Best 社ではこの手数料収入の増加率は、引き続き、収入保険料の増加率を上回ると考えている⁵³。医療コストの上昇を踏まえて、健康保険料率の引き上げが行われたことも寄与して、保険会社の収入全体は増えている。

このようなことから、A.M. Best 社のレポートでは、医療コストの上昇により厳しい環境下にあるものの、保険料引き上げにより相殺できたため、引き続き収益は堅調と結論づけている。

《図表 8》 営利保険会社(上位 17 社)の収益概況 (2001 年)

	加入者総数		収入合計		収入保険料		支払保険金		純利益		損害率		事業費率	
	(万人)	増加率 (%)	(億ドル)	増加率 (%)	(%)	差 (%)	(%)	差 (%)						
Aetna U.S. Healthcare	1,717	-11.2	223	-13.7	199	-8.4	179	-10.8	-5.8	1,350.0	89.76	-2.34	21.66	-0.27
AMERIGROUP Corp.	47	41.7	9	34.8	9	35.4	7	36.5	0.4	33.3	80.57	-0.42	12.50	-0.64
Anthem	788	8.4	104	18.8	93	19.5	78	19.4	3.4	47.8	84.53	-0.14	21.48	-1.89
Centene, Corp.	24	21.1	3	50.0	3	50.0	3	50.0	0.1	0.0	82.82	-1.44	11.04	-3.31
CIGNA HealthCare	1,437	0.4	152	4.0	140	4.1	121	6.6	7.8	1.3	86.26	2.05	13.33	-2.29
Cobalt Corporation	70	42.4	14	123.4	14	136.1	11	124.0	-0.2	-50.0	77.90	-3.87	22.45	-6.62
Coventry Health Care	184	7.5	32	20.4	31	20.3	27	21.0	0.8	33.3	85.99	0.22	12.29	-0.65
Health Net	546	1.0	101	10.8	98	11.1	83	13.4	0.9	-43.8	84.42	1.66	13.45	-1.20
Humana	644	21.5	102	-3.8	99	-4.4	83	-5.7	1.2	33.3	83.31	-1.17	15.54	0.87
Mid Atlantic Medical Services	183	2.3	18	22.3	18	22.1	15	20.8	0.6	50.0	85.33	-0.73	11.23	-0.43
Oxford Health Plans	151	1.3	44	7.5	43	7.2	34	9.0	3.2	68.4	78.87	1.41	10.85	-0.13
PacifiCare Health Systems	348	-15.5	118	2.2	116	2.0	104	4.6	0.2	-87.5	89.69	2.17	10.42	-0.20
RightCHOICE Managed Care	299	9.2	12	11.1	10	10.6	8	9.1	0.7	75.0	80.29	-1.41	22.88	-0.31
Sierra Health Services	123	6.7	13	11.2	12	12.7	11	7.6	0.0	-100.0	90.98	-4.41	9.51	0.00
Trigon Healthcare	214	6.1	30	14.2	27	15.4	23	15.9	1.2	9.1	83.98	0.41	19.40	-0.38
UnitedHealth Group	2,051	9.7	235	11.0	207	9.2	176	9.2	9.1	28.2	85.31	-0.05	19.24	0.64
WellPoint Health Networks	1,015	28.9	124	34.7	116	35.0	94	36.0	4.2	23.5	81.51	0.72	18.74	0.05
合計	9,840	4.4	1,334	6.4	1,236	7.6	1,057	7.2	27.7	4.5				
17社平均	579		79		73		62		1.6		85.55	-0.22	16.82	-0.45
ブルークロス・ブルーシールド	8,260													
Kaiser Permanente	820	1.5												

(注)

- a. 加入者総数は 2001 年 12 月末の人数。
- b. 「増加率」は対前年比増加率、「差」は前年の損害率・事業費率との差を表す。
- c. ブルークロス・ブルーシールドと、Kaiser Permanente は営利保険会社ではないので、参考までに加入者数のみを表示した。

(出典) Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, "Health Insurers Stay Profitable Despite of Intensifying Medical Cost Inflation", A.M. Best Special Report, Apr. 29, 2002, pp.10-11, Blue Cross and Blue Shield Association, "Media Resources" (visited Feb. 18, 2003)

<<http://news.bcbs.com/proactive/newsroom/release.vtml?id=27218>>, "A Positive Financial Performance for 2001 Prepares Kaiser for Future Challenges", Kaiser Permanente News Release, Feb. 28, 2002 (visited Feb. 18, 2003)

<<http://www.kaiserpermanente.org/newsroom/releases/022802.html>>.

⁵³ Id.

このような収益状況を踏まえた A.M. Best 社の格付けでは WellPoint Health Networks 社、UnitedHealth Group 社、Humana 社、Anthem 社が上位に位置づけられている。以下、これら 4 社の状況について簡単に触れる。

WellPoint 社は、1992 年に Blue Cross of California 社のマネジドケアビジネスを行うために設立され、1996 年に Blue Cross of California 社と合併し、株式会社組織の WellPoint Health Networks に改組した⁵⁴。現在はブルークロス・ブルーシールドの名称で運営する保険会社の最大手になっている。非営利から営利への転換の動きは後述するが、2001 年に Cerulean Companies 社を買収したのに加えて、2002 年 1 月には RightCHOICE 社を買収するなど、M&A によって加入者を拡大させている。

UnitedHealth Group 社は、医療コストの上昇傾向に対応し、健康保険料率の引き上げを行うことができたため、収益が堅調であり、技術投資を継続している。

Humana 社は、Anthem 社の TRICARE（国防省向けの健康保険プラン）を買収したこと等により、加入者数が増加している。また、同社は、健康保険料率の引き上げによる良好な損害率や、非中核の商品や市場から撤退したことに支えられて、収益が改善している。

Anthem 社はインディアナ州の Blue Cross of Indiana と Blue Shield of Indiana をその起源として、他のブルークロス・ブルーシールドを合併・買収することにより、業容を拡大してきた。2001 年 11 月に相互会社から株式会社に転換し、営利保険会社の仲間入りを果たした。現在は、9 つの州でブルークロス・ブルーシールドの名称で運営する権利を持っている。

② 営利保険会社の課題

A.M. Best 社のレポートにおける分析では、医療コストの上昇への対応を営利保険会社の最大の課題と位置づけている。加えて、州をまたがって営業していることにより、州毎に異なる複雑な規制の下で、財務の健全性を保ち、保険会社や HMO の収益管理を行わなければならないことも課題の 1 つと指摘している。米国の保険会社は各州の保険監督局の監督下に置かれ、営業にあたっては、州毎に免許が必要であり、かつ、規制も異なるため、このような指摘につながるのである。

また、A.M. Best 社では、顧客の需要に応えられる保険会社が強いと考えているが、現在の環境下では、企業規模が大きいほど、競争上有利であり、小さな保険会社は破綻したり、買収のターゲットになると見ている⁵⁵。

③ 加入企業の動き

米国経済は後退局面にあり、健康保険加入企業の収益に与える保険料上昇の影響は小さくない。企業は、コスト削減を進める中、健康保険料の従業員負担を増やしたり、健康保険プランの内容を受診時の従業員窓口負担額 (co-payment)、従業員自己負担限度額 (deductible) または保険により償還されない割合 (coinsurance) が高いものに変更したりすることにより、保険料上昇の影響を吸収しようとしている⁵⁶。

⁵⁴ WellPoint Health Networks Inc., “About WellPoint” (visited Mar. 13, 2003)

<http://www.wellpoint.com/about_wellpoint>.

⁵⁵ Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, *supra*, p.2.

⁵⁶ The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, “Employer Health Benefits 2002 Annual Survey”, Sept. 2002, p.160 (visited Jan. 27, 2003)

<<http://www.kff.org/content/2002/3251/3251.pdf>>.

④注目を浴びる DC

年金制度で DC（確定拠出：Defined-Contribution）が話題になっているが、健康保険についても DC が注目され始めており、将来の大きな動きになるという見方もある⁵⁷。これもまた、健康保険料の負担を一部、従業員に転嫁しようという動きの 1 つである。

従業員の医療費として一定の金額を割り当て、これに従業員の自己負担を組み合わせながら、自由に診療を受けさせるという仕組みがこれに当たる。ただし、医療費が高額になり、従業員の負担が過大になることに備えて、事業主負担で医療費が一定の金額を超えた場合のみをカバーする PPO を提供することが一般的である。これにより、企業は健康保険料の軽減を図り、従業員負担が高額になるリスクに備えることができる。

具体的には、最初の 2,000 ドルまでは企業負担で従業員が自由に診療を受けられるが、次の 1,000 ドルは従業員の自己負担としておき、合計 3,000 ドル以上になった場合は、企業が指定する医療プロバイダーを使用する場合は全額を企業負担とし、その他の医療プロバイダーを使用する場合は 20% を従業員負担とするというような仕組みになる（数字はいずれも例示）。DC については、第 IV 章で取り上げる。

⑤加入者数

《図表 8》では、米国の主な健康保険提供主体別の 2001 年 12 月末の加入者総数も表している。この内、後述する Kaiser Permanente と、ブルークロス・ブルーシールドは営利保険会社ではないが、健康保険提供主体の全体のイメージがつかめるように数字を表示している。

前出の営利保険会社 17 社の加入者数だけで見ると、軟調な経済環境にもかかわらず、2001 年は対前年比で 4.4% 増加している。加入者の増加が大きかった保険会社としては、WellPoint Health Networks 社、UnitedHealth Group 社、Humana 社、Anthem 社が挙げられる。

このような加入者数の増加は、ブルークロス・ブルーシールドを巻き込んだ M&A による影響が大きい。例えば、非営利のブルークロス・ブルーシールドが営利保険会社に転換したり、その転換したブルークロス・ブルーシールドを大手営利保険会社を買収することにより、営利保険会社の加入者にカウントされるようになったことも一因である。むしろ、市場全体としては、不採算のビジネスや地域からの撤退により、加入者数の増加ペースが一服している⁵⁸（M&A の状況については、「(4) ブルークロス・ブルーシールドの状況」参照）。

（3）Kaiser Permanente の状況

①収益概況

Kaiser Permanente はカリフォルニア州を中心とした米国最大の HMO であり、営利保険会社の範疇には入らないものの、その有力な競争相手である。

2001 年の Kaiser Permanente の保険料収入は 197 億ドル、純利益は 6.81 億ドルと、収益は堅調であった。ちなみに、2000 年はそれぞれ、177 億ドル、5.84 億ドルであり、過去数年間は増益を続けている⁵⁹。

⁵⁷ Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, *supra*, p.2.

⁵⁸ *Id.*, p.3.

⁵⁹ “A Positive Financial Performance for 2001 Prepares Kaiser for Future Challenges”, Kaiser Permanente News Release, Feb. 28, 2002 (visited Feb.18,2003)
<<http://www.kaiserpermanente.org/newsroom/releases/022802.html>>.

また、Kaiser Permanente では、こうして得られた利益を、医療情報の管理や診療ガイドライン等の医療関連システムの開発へ再投資し、医療機関への支援を行っている。Kaiser Foundation Health Plan Inc., Kaiser Foundation Hospitals (KFHP/H)の会長兼 CEO の George Halvorson 氏は「利益を株主や投資家への配当として外部流出させずに、加入者のための健康システムの構築に利用できることが、非営利組織の大きな利点である」と述べている⁶⁰。

②加入者数

こうした良好な収益状況の中、2001年12月末の加入者は820万人と、約12万人増加した⁶¹。前出《図表8》のとおり、Kaiser Permanente の加入者数は営利保険会社の上位社に匹敵する。

(4) ブルークロス・ブルーシールドの状況

①ブルークロス・ブルーシールドの加入者数

ブルークロス・ブルーシールドもまた、営利保険会社の有力な競争相手である。病院費用を支払うブルークロスと医師費用を支払うブルーシールドは、定額の保険料を前払いする形態をとり、全米各地に設立されている。現在は地域ごとにその経営機能を一体化している場合が多い。2001年の加入者数は8,260万人に拡大した⁶²。

②営利保険会社への転換の動き

ブルークロス・ブルーシールドは、もともと非営利組織であったが、最近、営利組織への転換の動きが増加している。ブルークロス・ブルーシールド協会も1994年から営利への転換を認めており⁶³、個々のブルークロス・ブルーシールドが市場競争力をつけるために営利保険会社への転換を進めている。例えば、ワシントンD.C.とアラスカ州にブルースプラン⁶⁴を有するPremera Blue Cross社は、営利への転換の理由を「ヘルスケア市場の増え続ける需要に対応し、柔軟性と責任を高めるため」と答えている⁶⁵。前出のA.M. Best社のレポートでは、今後もこの動きが進んでいくと見ている。

このPremera Blue Cross社の転換は、独立性を保ち、地域で営業することが前提であったため、批判は少なかった。しかし、特に州外の保険会社とのM&A含みの転換にあたっては、州保険監督局・消費者団体・出資者との調整等、障害も多い。

例えば、ミズーリ州のBlue Cross Blue Shield of Missouri社とRightCHOICE社の合併・営利への転換にあたっては、州保険監督局や消費者団体との10年近い法廷闘争の末、2000年にRightCHOICE社が

⁶⁰ “3rd Quarter Results Allow Kaiser to Continue Investment in Health Care Improvements Not-for-Profit Looks to the Future in Major Capital Projects”, Kaiser Permanente News Release, Oct. 31, 2002 (visited Feb.18,2003) <<http://www.kaiserpermanente.org/newsroom/releases/103102.html>>.

⁶¹ Kaiser Permanente News Release, *supra*, Feb. 28, 2002.

⁶² Blue Cross and Blue Shield Association, “Media Resources”(visited Feb. 18, 2003) <<http://news.bcbs.com/proactive/newsroom/release.vtml?id=27218>>.

⁶³ *Id.*

⁶⁴ 全米各地のブルークロス・ブルーシールド組織を総称して「ブルース」(Blues)、ブルースが傘下に有するプランを総称して「ブルースプラン」(Blues plans)と呼ぶ。

⁶⁵ Kara Tureski & Jill Brown eds., “Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.”, Atlantic Information Services, Inc., 2002, p.56.

ミズーリ州に 1,110 万株（7.33 億ドル相当）を譲渡し、ヘルスケア関連の慈善事業ファンドを設立することで決着した⁶⁶。

また、Anthem 社については、Blue Cross and Blue Shield of Kansas 社の買収を申し出たが、州の規制により 2002 年 2 月に却下された。地域における Anthem 社の独占的な地位が高まることや、カンザス州外の高い損害率を反映した料率設定が行われることになり、中小企業の職域マーケットや個人の健康保険料の引き上げが行われ、カンザス州の消費者保護が図られないと考えられたからである⁶⁷。

WellPoint Health Networks 社は、2001 年後半に、メリーランド州、バージニア州北部、ワシントン D.C.およびデラウェア州にブルースプランを有する CareFirst BlueCross BlueShield 社を 13 億ドルで買収することを発表した⁶⁸。しかし、メリーランド州では、転換・合併に際して、現金による慈善事業ファンドを設立すること（H.B.448）、メリーランド州のブルークロスを州が買収すること（H.B.1207）、役職員・関係者への補償の禁止（H.B.141）等の規制を行う法案を成立させた⁶⁹上で、2003 年 3 月初めに、州の保険監督局が CareFirst BlueCross BlueShield 社の営利への転換および同社の WellPoint Health Networks 社による買収の申請を却下した⁷⁰。これに対し、WellPoint Health Networks 社は異議申し立てを行わないことを表明した⁷¹。

③M&A

営利保険会社同士の M&A は、Aetna 社が U.S. Healthcare 社との合併（1996 年）、Prudential HealthCare 社の買収（1998 年）を行って以来、動きが鎮静化している。マーケット・シェアの拡大から収益性の改善に戦略をシフトしているという見方がある⁷²。ただし、Anthem 社の CEO の Larry Grasscock 氏が「条件の良い買収先のブルースプランを探している」と発言している⁷³ように、ブルークロス・ブルーシールドが最近の M&A のターゲットになっている。

競争が激化する中で、ブルークロス・ブルーシールドの保険者は、規模の拡大により高価なコン

⁶⁶ *“Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.”*, supra, p.61, Julie A. Jacob, *“WellPoint Acquires Its First Blues Plan in the Midwest”*, amednews.com, Nov. 5, 2001 (visited Feb. 14, 2003) <http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_01/bisc1105.htm>.

⁶⁷ *“Sebelius Denies Anthem of Indiana’s Takeover of Blue Cross and Blue Shield of Kansas”*, Kansas Insurance Department Press Release, Feb. 11, 2002 (visited Feb. 18, 2003) <http://www.ksinsurance.org/other/press_releases/2002-02-11/2002-02-11.pdf>.

⁶⁸ *“WellPoint and Carefirst BlueCross BlueShield to Merge”*, WellPoint Health Networks Inc. Press Release, Nov. 20, 2001 (visited May 28, 2003) <http://www.wellpoint.com/press_room/press_releases/2001/11-20-01.asp>.

⁶⁹ *Id.*, p.58, Scott Graham, *“WellPoint, CareFirst Proceed with Merger”*, Washington Business Journal, Sept. 27, 2002 (visited Feb. 14, 2003) <<http://washington.bizjournals.com/washington/stories/2002/09/23/daily56.html>>.

⁷⁰ *“Maryland Insurance Commissioner Denies CareFirst Conversion and Sale”*, Maryland Insurance Administration News Release, Mar. 5, 2003 (visited Mar. 13, 2003) <<http://www.mdinsurance.state.md.us/documents/CFannouncement1-3-5-03.pdf>>.

⁷¹ *“WellPoint Announces Decision Not to Appeal Order of Maryland Insurance Commissioner”*, WellPoint Health Networks Inc. Press Release, Apr. 4, 2003 (visited May 28, 2003) <http://www.wellpoint.com/xml/c_newsreleasetext.asp?REQID=398183&sd=20030000&ed=20040000>.

⁷² Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, supra, p.1.

⁷³ *“Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.”*, supra, p.57.

ピュータシステムや最新医療技術のコストを賄うための設備投資余力が改善されると考えている⁷⁴。Kaiser Permanente の副社長の Larry Levitt 氏も、「医療プロバイダーのより大きなネットワークと、より多彩な商品の品揃えへのプレッシャーが常に付きまとう」と述べており⁷⁵、これは、大きなプランになってこそ実現するものである。事実、ブルースは 1996 年に 63 あったものが、2001 年には 44 に減っている⁷⁶。

ここで、最近の M&A の背景について実例を紹介する。前出の WellPoint Health Networks 社は 2002 年 1 月に RightCHOICE 社を買収し、子会社の Midwestern region of UNICARE 社と合併させた。RightCHOICE 社の買収を決断した理由は、米国中西部 (Midwest)⁷⁷ 地方が人口密度が高く成長が期待されていることと、RightCHOICE 社が医師と一緒に作成したモデルが有効と考えているからであると説明されている⁷⁸。

Anthem 社の Trigon Healthcare 社の買収は、人口の増加している米国南東部 (Southeast)⁷⁹ 地方における足場を築くためのものであった⁸⁰。もともと Trigon Healthcare 社はバージニア州のブルークロス・ブルーシールド組織であったが、1996 年 10 月に非営利から営利への転換が認められ⁸¹、さらに 2002 年 7 月に Anthem 社による買収が認められた⁸²。

2. セグメント別概況

米国の健康保険市場を見る場合、民間保険制度にかかわる部分とメディケア・メディケイドといった公的保険制度にかかわる部分をセグメント分けしてその特徴を把握しておくことが一般的である。ここでは、民間保険の中心である職域市場の状況と公的保険制度であるメディケア・メディケイドの適用対象者の状況を概観するとともに、補足的に民間保険で職域ベースではない個人向け市場の概況を述べる。

(1) 民間保険の職域市場

(本項で取り上げる領域・・・《図表 4》の A2、B2 の部分)

米国における健康保険市場は、職域での民間保険制度加入が中心である。65 歳以上の人は公的保険制度であるメディケアの対象となるので、65 歳未満人口について見ると、2001 年の 65 歳未満人口は 2 億 4,750 万人であり、このうち、職域での健康保険に加入している人が 64.7%、職域以外で民間の健康保険に加入している人が 5.2%、メディケイドが 11.5%、その他の公的保険制度が 2.1%、無保険状態の人が 16.5%

⁷⁴ Michael Buettner, "Anthem Blue Cross to Buy Virginia Health Care Provider for \$4 Billion", The Associated Press, Apr. 29, 2002 (visited Feb. 14, 2003) <<http://www.cjonline.com/cgi-bin/printit2000.pl>>.

⁷⁵ "Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.", *supra*, p.49.

⁷⁶ Michael Buettner, *supra*.

⁷⁷ ミシシッピ川流域北半分の地域。オハイオ州、インディアナ州、イリノイ州、ミシガン州、ウィスコンシン州、アイオワ州、ミネソタ州を含む。

⁷⁸ "Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.", *supra*, p.51.

⁷⁹ アラバマ州、ジョージア州、サウスカロライナ州、フロリダ州を含む南東部の地域。

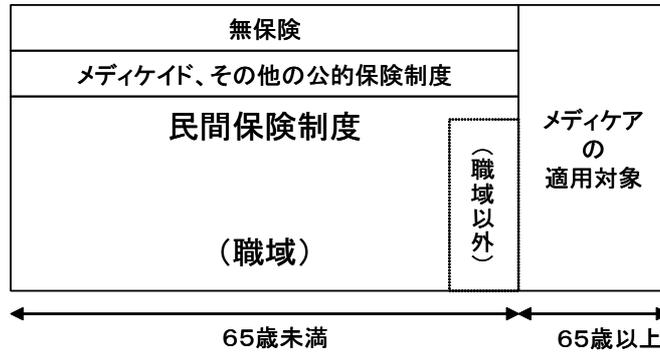
⁸⁰ "Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.", *supra*, p.57.

⁸¹ David Ress, "Trigon Conversion Approved; Insurer Allowed to Become For-Profit Company", Richmond Times Dispatch, Oct. 29, 1996.

⁸² "Scc Approves Anthem Acquisition of Trigon; Wants Certain Operations Kept in Virginia", Virginia State Corporation Commission News Release, July 19, 2002 (visited May 28, 2003) <<http://www.state.va.us/scc/news/AnthemAcquisitionTrigon.htm>>.

程度と推計されている⁸³。

《図表 9》健康保険制度の対象加入層の構成



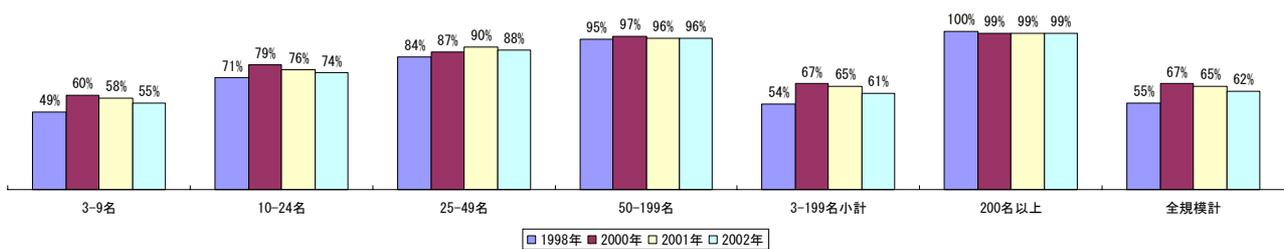
(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

以下、全米 2,000 社余りの企業に対する聞き取り調査の結果が報告されている The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust の“*Employer Health Benefits 2002 Annual Survey*”をもとに、職域市場の状況を概観する。

職域での健康保険は企業によって福利厚生制度のひとつとして従業員に提供されている。企業が福利厚生制度の一環として健康保険プランを従業員に提供する方法は、大別して民間保険会社からサービスを購入する方法と企業自身が保険者となって自家保険で運営する方法とがある。

《図表 10》は、従業員に健康保険プランを提供している企業の割合を従業員規模別に見たものである。従業員規模が大きいほど、健康保険プランを提供している企業の割合が高い。また、全ての従業員規模を通算して見ると、2000 年の 67% をピークに 2002 年は 62% に低下している。

《図表 10》健康保険プランを提供している企業の割合（従業員規模別）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, “*Employer Health Benefits 2002 Annual Survey*”, Sept. 2002, p.34-35 (visited Jan. 27, 2003)

< <http://www.kff.org/content/2002/3251/3251.pdf> >.

企業が従業員に健康保険プランを提供している場合でも、全従業員が利用資格を持っているわけではなく、雇用形態等により資格要件が定められていることが多い。健康保険プランを提供する企業の従業員の

⁸³ The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “*Health Insurance Coverage in America 2001 Data Update*”, Jan. 2003, pp.21, 41 (visited May 21, 2003)

< <http://www.kff.org/content/2003/4070/4070.pdf> >.

うち利用資格を持っている従業員の割合が 79%、利用資格を持っている従業員のうち実際に加入することを選ぶ従業員の割合が 84%、したがって、健康保険プランを提供する企業の従業員のうち、実際に加入する従業員の割合は 67%程度である。これらの割合は《図表 11》のとおり従業員規模や地域別にはさほど大きな較差は見られないが、業種別には大きな較差が見られる。特に小売業では利用資格を持っている従業員割合が 52%と低く、したがって、従業員に占める健康保険加入者の割合も 40%となっている。

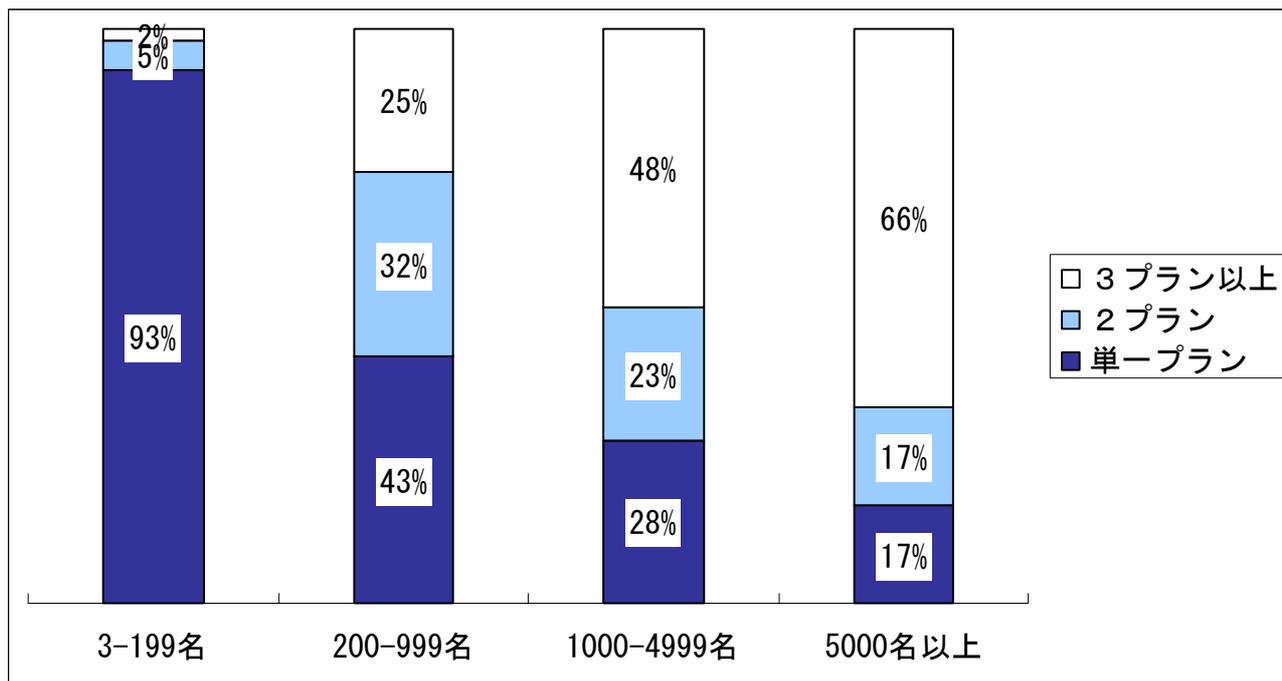
《図表 11》従業員規模、地域、業種別健康保険加入従業員の割合（2002 年）

	利用資格を持つ 従業員の割合 (A)	(A)のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (B)	従業員のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (A)×(B)
従業員規模			
3- 9名	84%	82%	67%
10- 24名	86%	77%	66%
25- 49名	80%	79%	64%
50- 199名	82%	84%	70%
3-199名小計	83%	82%	68%
200- 999名	79%	86%	68%
1,000-4,999名	82%	85%	69%
5,000名以上	76%	85%	65%
200名以上計	78%	85%	67%
地域			
Northeast	82%	84%	70%
Midwest	79%	82%	65%
South	79%	85%	68%
West	75%	86%	64%
業種			
鉱業/建設/卸	79%	84%	66%
製造	90%	86%	77%
運輸/通信/電気・ガス・水道	89%	89%	79%
小売	52%	78%	40%
金融	85%	86%	73%
サービス	81%	82%	65%
州・地方政府	93%	95%	88%
医療関係	78%	83%	65%
合計	79%	84%	67%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.46.

前述のように、米国の健康保険プランにはインデムニティ型、マネジドケア型があり、さらに後者は HMO、PPO、POS の三種に大別される。それぞれのプランにより、利用できる医療プロバイダーに関する制限や受けられるサービス、保険料の水準等の特徴が異なる。そこで、企業が健康保険プランを提供する場合でも、複数の健康保険プランを設定し、その中から従業員が好みのものを選ぶという方式がとられることもある。《図表 12》のとおり、従業員規模が大きいほど、複数プランを提示している企業の割合が高い。

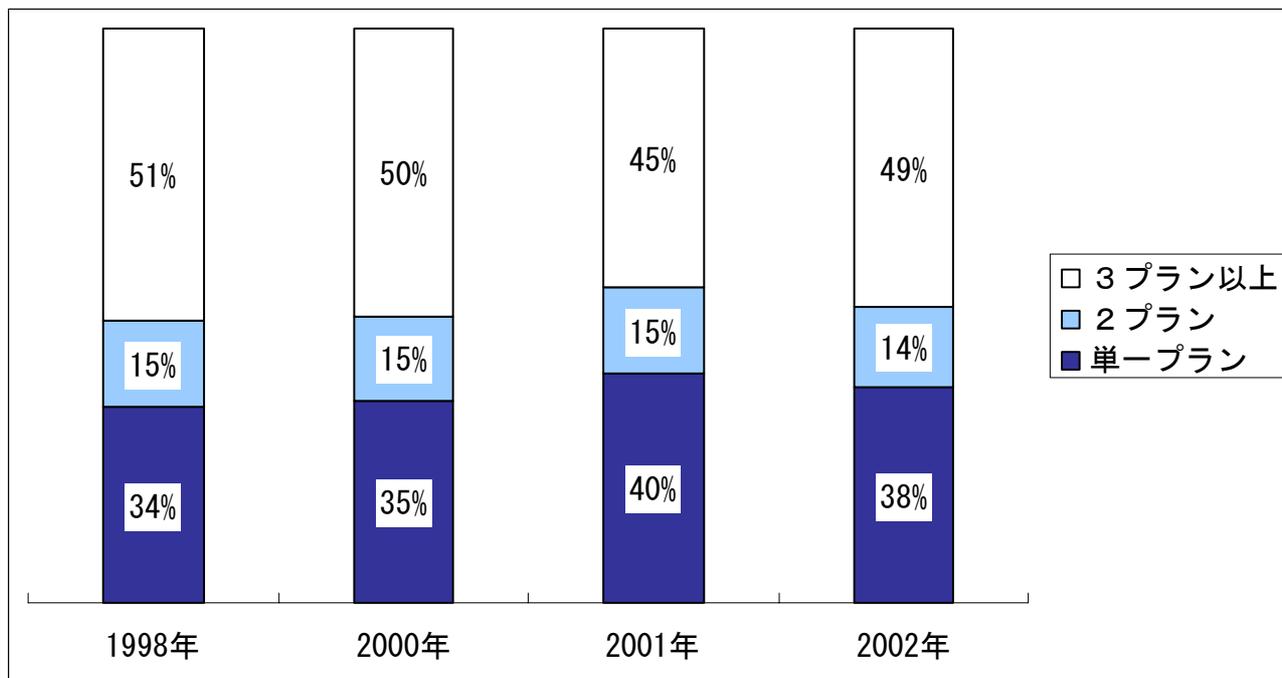
《図表 12》 従業員規模別に見た提示プラン数別の企業数分布（2002 年）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.57.

また、加入従業員ベースで見ると、《図表 13》のとおりである。2001 年においては、加入従業員の約 4 割が単一プラン、約 6 割が複数プランの提示を受けている。2002 年も同様の状況である。

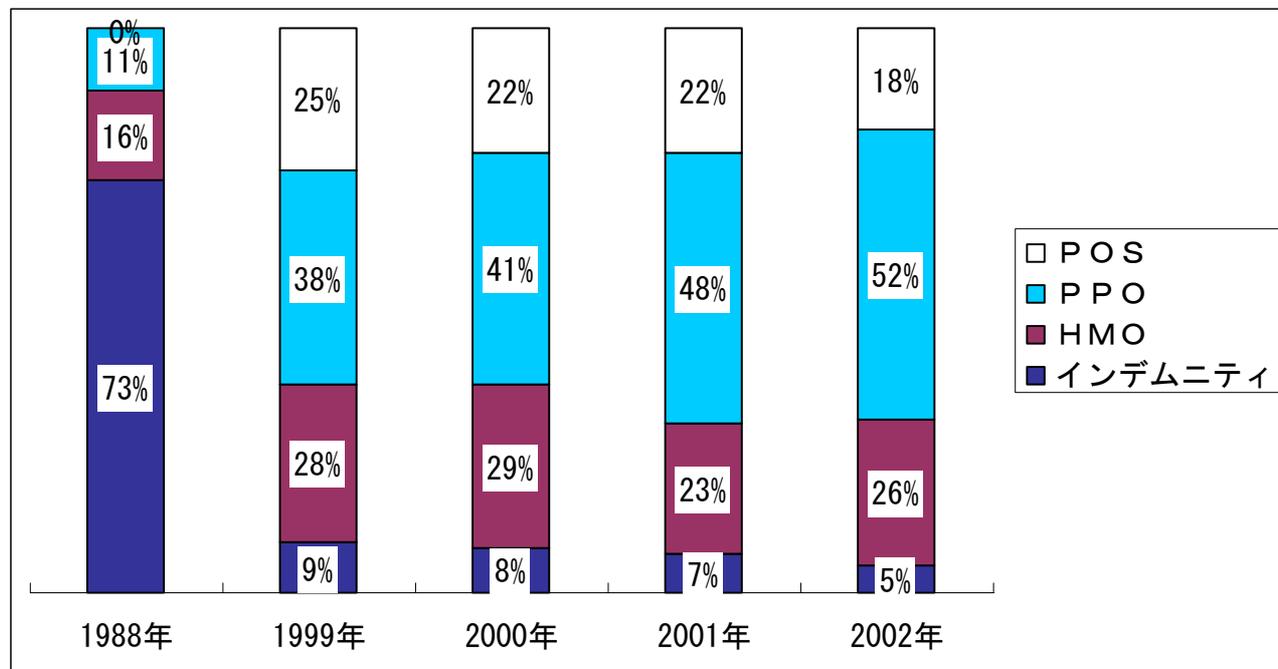
《図表 13》 提示を受けていたプラン数別の加入従業員数分布の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.57.

次に、加入した従業員の選んだプラン別の加入者数シェアの推移を見ると、《図表 14》のとおり、PPO はシェア拡大を続け 2002 年には 50%を超えた一方、POS、インデムニティは減少傾向にある。HMO は 25%前後のシェアで推移している。

《図表 14》 加入プラン別従業員数分布の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.69.

保険料水準は 2000 年 8.3%、2001 年 11.0%、2002 年 12.7%の上昇を見せており、《図表 15》のとおり、この傾向はプランの種類を問わず共通である。

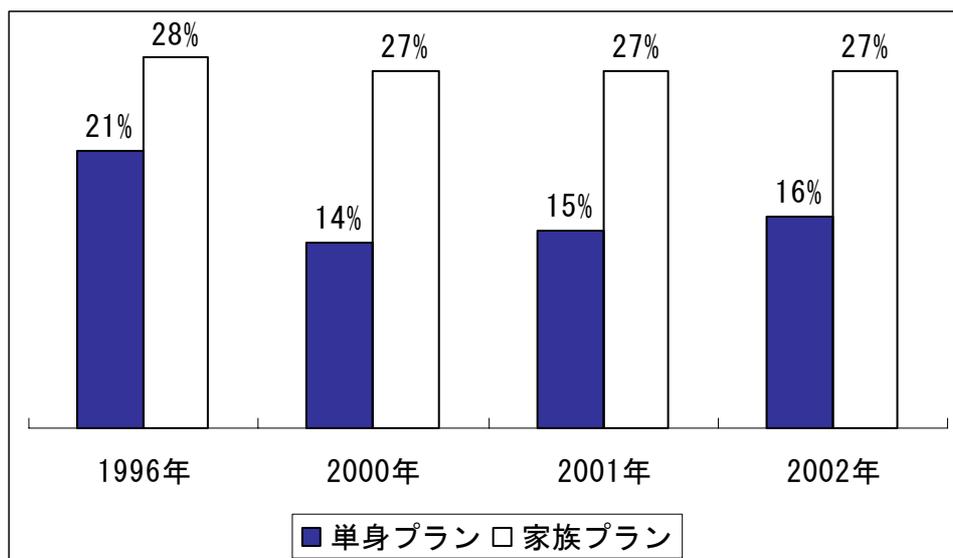
《図表 15》 プラン別保険料水準対前年上昇率の推移

	1996年	2000年	2001年	2002年
インデムニティ	1.9%	9.7%	10.1%	12.7%
HMO	-0.2%	8.1%	11.3%	13.3%
PPO	1.0%	8.6%	11.7%	12.7%
POS	1.1%	7.7%	9.4%	11.9%
合計	0.8%	8.3%	11.0%	12.7%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.14.

健康保険料のうち従業員が負担する割合は単身プランと家族プランによって異なっているが、《図表 16》のとおり、単身プランの場合、1996 年の 21%から 2000 年に一旦低下したがその後上昇に転じ、2002 年には 16%の水準となっている。家族プランについては、1996 年の 28%から 2000 年に微減して 27%となり、以降同水準で推移している。

《図表 16》健康保険料のうち従業員が負担する割合の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.76.

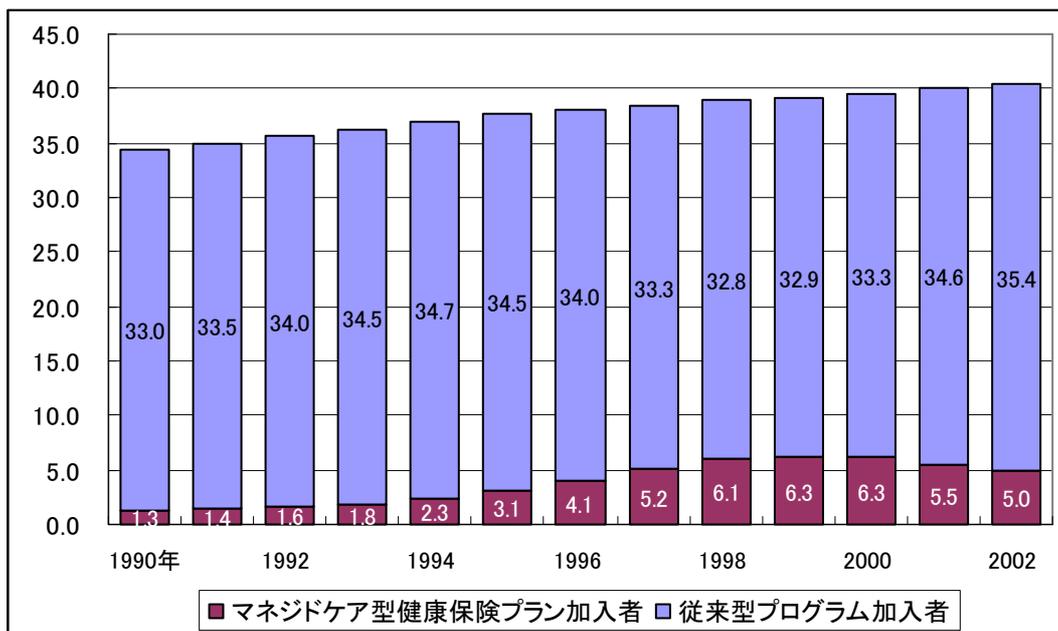
(2) 公的保険制度 (メディケア・メディケイド) 適用対象者の状況

(本項で取り上げる領域・・・《図表 4》の A1、B1 の部分)

①メディケア適用対象者

《図表 17》に示されるように、マネジドケア型健康保険プランに加入するメディケア適用対象者の数は、1990 年から 2000 年にかけて微増してきたが、M+C プランの廃止の動きを背景として、2001 年、2002 年と連続して減少している。また、マネジドケア型の M+C プランの数は、近年減少傾向にある (《図表 18》参照)。

《図表 17》メディケア適用対象者におけるマネジドケア型健康保険プランの加入状況（単位：百万人）



(出典) The Kaiser Family Foundation, “Trends and Indicators In The Changing Health Care Marketplace, 2002 - Chartbook”, May 2002, p.24 (visited Jan. 31, 2003)
 <http://www.kff.org/content/2002/3161/marketplace2002_finalc.pdf>, p.24.

《図表 18》M+C プラン数（マネジドケア型のみ）の推移

1999年	309
2000年	266
2001年	179
2002年	155

(注) 2002年については、実験的に運営された5つのプランを含む。

(出典) CMS, “Medicare Managed Care Contract (MMCC) Plans - Monthly Summary Report -” as of Dec. 1 of respective years (visited Mar. 11, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/statistics/mmcc/>>.

また、収入保険料に占めるメディケア・プラス・チョイスの割合を営利保険会社別に見ると、《図表 19》のとおりであり、PacifiCare Health Systems 社に関しては、収入保険料の6割近くがメディケア・プラス・チョイスによるものとなっている。

《図表 19》 営利保険会社の収入保険料に占めるメディケア・プラス・チョイスの割合

	保険料収入に占めるメディケア・プラス・チョイスの割合(注1)	メディケア・プラス・チョイス加入者数(注2)
PacifiCare Health Systems	59%	1,002,100
Sierra Health Services	39%	57,800
Humana	31%	418,000
Health Net	16%	224,000
Oxford Health Plans	16%	85,200
United Health Group	15%	365,000
Coventry	14%	52,522
Aetna	10%	279,000
Cobalt(注3)	8%	10,978
WellPoint Health Networks	4%	63,000
CIGNA	2%	45,000

(注 1) Sierra Health Services 社と WellPoint Health Networks 社は 2000 年の保険料収入に占める割合であり、その他については 2001 年 1 月～6 月の保険料収入に占める割合である。

(注 2) WellPoint Health Networks 社は 2000 年 12 月末時点、その他は 2001 年 6 月末時点の加入者数。

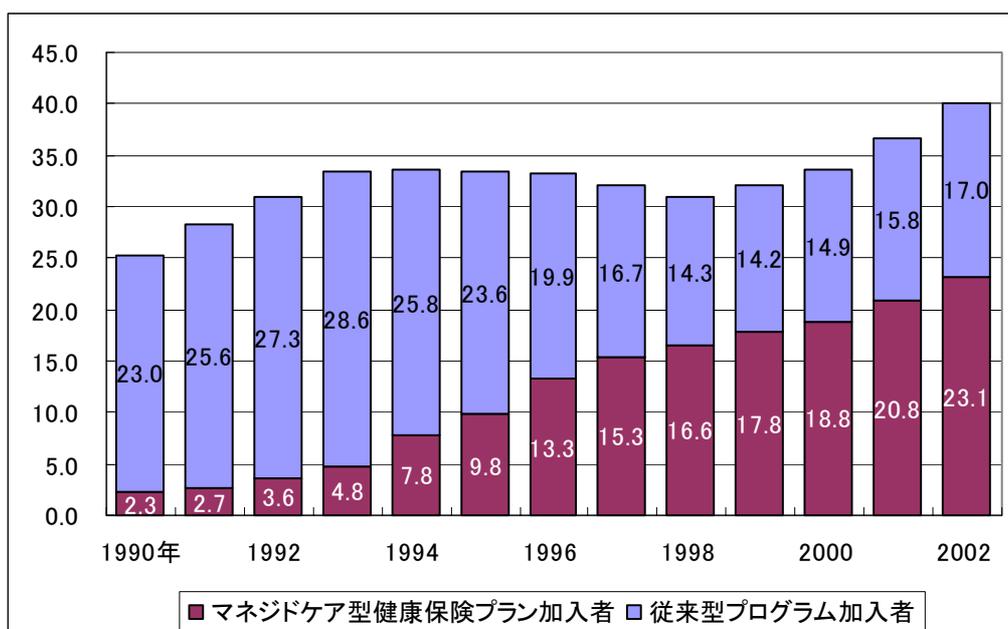
(注 3) Cobalt 社は、2002 年にメディケア・プラス・チョイスからの撤退を公表した。

(出典) Kara Tureski ed., “Managed Medicare and Medicaid Factbook: 2002 6th Ed.”, Atlantic Information Services, Inc., 2002, p.13.

②メディケイド適用対象者

《図表 20》に示されるように、メディケイドにおけるマネジドケアは 1990 年代に急速に普及し、メディケイド適用対象者の過半数がマネジドケア型健康保険プランに加入するに至っている。

《図表 20》メディケイド適用対象者におけるマネジドケア型健康保険プランの加入状況(単位:百万人)



(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, p.23, CMS, “Medicaid Statistics and Data - Medicaid Managed Care Enrollment Report” as of June 30 of respective years, (visited Mar. 10, 2003) <<http://cms.hhs.gov/medicaid/mcaidsad.asp>>.

また近年、メディケイドにおけるマネジドケア型健康保険プランの総数は、微減している（《図表 21》参照）。

《図表 21》メディケイドにおけるマネジドケア型健康保険プランの総数の推移

1999年	581
2000年	556
2001年	546
2002年	535

（出典）CMS, “*Medicaid Statistics and Data - Medicaid Managed Care Enrollment Report*”, *supra*.

（3）個人向け市場

（本項で取り上げる領域・・・《図表 4》の A2、B2 の部分）

営利保険会社は企業を顧客とした職域市場を主力としており、前述のように加入者数は 65 歳未満人口の 64.7%であるのに対して、個人向け市場の規模は小さく、加入者数は 5%程度である。

個人向け市場は、管理コストが重く、逆選択が働きやすいという特徴がある。個人向けの火災保険や自動車保険と同様、保険料の 30～40%が販売経費・管理経費・予定利潤となっているが、このうち最も大きいものは販売経費である。職域募集の団体保険と異なり、販売代理店やブローカーが販売のため顧客との対応に多くの時間を要するため手数料や人件費が高く織り込まれる。また、健康だと思っている人より病気になるしそうだと思っている人の方が健康保険に加入しようとする傾向が強いと考えられている。つまり、集団の全体平均コストに合わせて保険料を設定すると、健康だと思っている人にとって自分が想定する平均コストより保険料の方が高いと思えばその保険料水準では購入しないので、実際に購入する人の平均コストは全体平均コストより高くなり、保険収支は赤字になる懸念がある。また、保険収支改善のために保険料を高く設定すると、更にこの傾向が強くなり結果的には収支改善につながらないといった事態も想定される、逆選択の働きやすい市場であると指摘されている⁸⁴。

この市場における健康保険の主たる引受け手の 1997 年の保険料シェアは、ブルークロス・ブルーシールドが 50%、HMO が 26%、営利保険会社が 24%となっている⁸⁵。以下、このうち、営利保険会社の状況を概観する⁸⁶。

1990 年代に入りマネジドケアが普及していくにつれ、大都市部およびその周辺地域の優良な契約層の多くがインデムニティ型健康保険プランから HMO へ移行する現象が見られ、多くの州で規制が厳しくなり、さらに処方箋薬剤の使用が増加し始めたことにより、インデムニティ型健康保険プランを販売しているほ

⁸⁴ Mark V. Pauly & Len M. Nichols, “*The Nongroup Health Insurance Market: Short on Facts, Long on Opinions and Policy Disputes*”, Health Affairs – Web Exclusive, Oct. 23, 2002, p.W326 (visited Jan. 20, 2003) <<http://www.healthaffairs.org/WebExclusives/2106Pauly.pdf>>.

⁸⁵ Deborah J. Chollet et al., “*The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure*”, submitted to the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services in partial fulfillment of Contract HHS-10098-0014, Oct. 20, 2000 (visited Feb. 20, 2003) <<http://aspe.os.dhhs.gov/health/reports/impact/>>.

⁸⁶ 主として Carl Austin Jr., “*Fewer Competitors, But Still Many Challenges for Individual Indemnity Major-Medical Insurers*”, A.M. Best Special Report, Nov. 11, 2002 を参考とした。

とんどの営利保険会社は大きな損失を被った。その結果、非効率な会社、資本が豊かでない会社の多くが1990年代末までに個人向け市場からの撤退を余儀なくされた。

この第一の変化の波を乗り切った会社は、契約拡大を志向したが、新規契約・継続契約を問わず実施された大幅な保険料引き上げにより販売網の崩壊も見られ、契約拡大には困難な状況が続いた。販売網が大幅な保険料引き上げによる悪影響に耐え、引受技術を発揮してこうした環境を乗り切れた営利保険会社は、2001年から2002年にかけて収益性が回復した。ただし、単なるアンダーライティング・サイクル⁸⁷の好転によるものなのかどうかはまだ定かではないという意見がある⁸⁸。

今後の動向について、大きな資本を持ち、長期的な視点で経営方針を立てられる比較的大きな会社の見通しは堅調、小さな会社の大半は資本的基礎が小さいことと引受リスクが高いことから格付けの引き下げがあり得ると A.M. Best 社は見ている⁸⁹。

IV. 民間保険会社に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き

ここでは、民間保険会社に強い影響を与える最近のトピックを取り上げる。まず第1節「上昇を続ける医療コスト」において、健康保険料上昇の原因となっている米国での医療コストの上昇の状況とその要因について概観する。続いて第2節「HIPAA に対する営利保険会社の見方・対応」において、HIPAA という規制の概要と事務簡略化に関する標準化ルールを簡単に説明した上で、営利保険会社の見方・対応について概観する。そして第3節「職域向け健康保険の新モデル」において、景気後退により企業が経費節減の必要に迫られていることから、健康保険料の負担を従業員と分担する新プランの概要が出てきた背景について説明し、導入事例や、表明されている懸念について、簡単に整理する。最後に第4節「ヘルスケアを安価に提供する仕組み」において、米国の健康保険市場における無保険者の増加という背景を踏まえて、ヘルスケアを安価に提供する仕組みの概要を説明した上で、保険者への影響について概観する。

1. 上昇を続ける医療コスト

(1) 医療コストの動向

2001年の米国医療コスト (NHE:National Health Expenditure)⁹⁰ は、CMSの統計⁹¹によれば、2000年より8.7%上昇し、1兆4,245億ドルとなっている。6,960億ドルであった1990年に比べれば、約2倍の水準となり、一貫して伸び続けている。また、2001年における米国医療コストの名目GDPに対する比率は、2000年より0.8%増加し、14.1%となっている。一方、同比率は、12.0%であった1990年に比べ

⁸⁷ 保険料や保険者の収益がある期間で上下するサイクルのこと。収益が悪化すると、保険者は引受基準を厳しくし保険料を引き上げるが、それにより収益が急速に回復すると新規参入を促す結果、競争が激化し、保険料の引き下げ、引受基準の緩和を招き再び収益が悪化するというサイクルを描くと言われている。Harvey W. Rubin, *supra*, p.536.

⁸⁸ Carl Austin Jr., *supra*, p.3.

⁸⁹ *Id.*

⁹⁰ ここでは、病院、ナーシングホーム、ホームケア等の医療プロバイダーにおけるヘルスケア関連費用と、薬剤費用についての米国の公的部門・民間部門の合計を、米国医療コストとして記述する。

⁹¹ CMS, "National Health Expenditures Tables - Table 1: National Health Expenditures Aggregate and per Capita Amounts, Percent Distribution, and Average Annual Percent Growth, by Source of Funds: Selected Calendar Years 1980-2001" (visited Feb. 4, 2003)

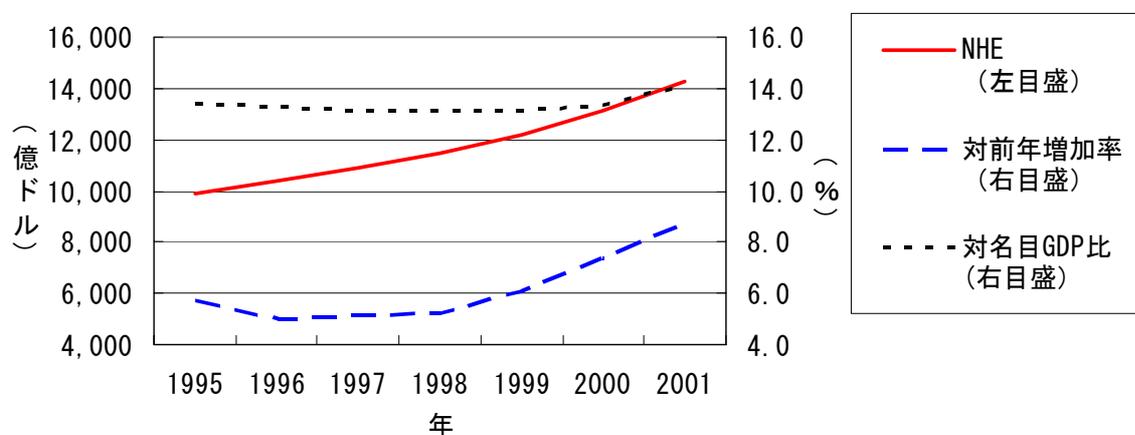
<<http://cms.hhs.gov/statistics/nhe/historical/tables.pdf>>.

れば、約2%の上昇であり、米国医療コストの上昇率より低い（《図表22》参照）。

また、2001年の米国民1人当たり医療コストは5,035ドル（2000年より7.8%上昇）であり、米国医療コストと同様に上昇している（《図表23》参照）。一般的に医療コストの増加の原因として、人口構造の高齢化の影響が大きく、特にベビーブーマー世代の高齢化の影響があると考えられているが、実際には高齢化の影響は限定されているという見方もある⁹²。

2001年まで続いている米国民1人当たりの医療コストの上昇は、保険会社の健康保険料にも跳ね返り、健康保険プランを従業員に提供している企業の収益に与える影響が大きくなってきている。2001年の職域ベースの健康保険料は、12.7%上昇し、最近6年間上昇し続けており、健康保険料の上昇率は企業規模別にかかわらず、ほぼ同率の増加であるとの報告がなされている⁹³。

《図表22》米国医療コスト(NHE)の推移(2001年まで)

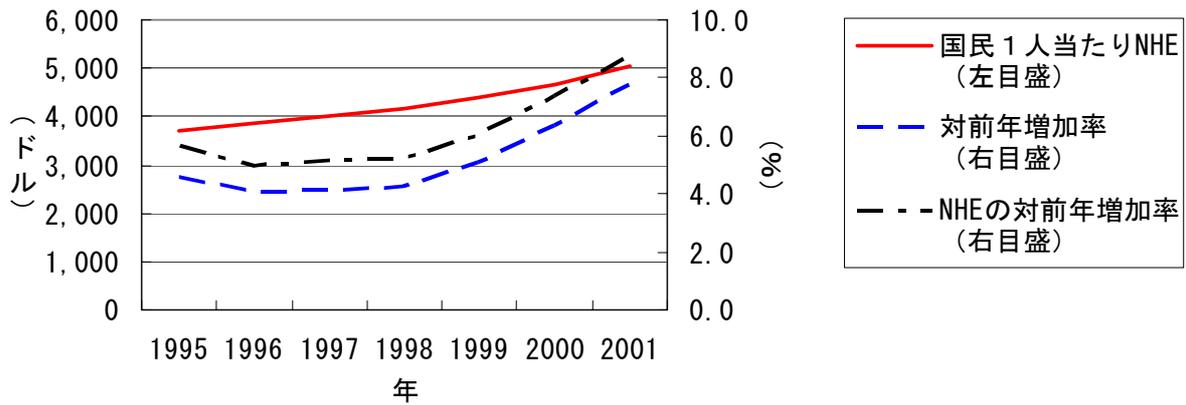


(出典) CMS, “National Health Expenditures Tables - Table 1: National Health Expenditures Aggregate and per Capita Amounts, Percent Distribution, and Average Annual Percent Growth, by Source of Funds: Selected Calendar Years 1980-2001” (visited Feb.4,2003)
<<http://cms.hhs.gov/statistics/nhe/historical/tables.pdf>>.

⁹² Bradley C. Strunk et al., “Tracking Health Care Costs: Growth Accelerates Again in 2001”, Health Affairs – Web Exclusive, Sept. 25, 2002, p.W305 (visited Feb. 4, 2003)
<http://www.healthaffairs.org/WebExclusives/Strunk_Web_Excl_092502.htm>.

⁹³ *Id.*, p.W306.

《図表 23》国民 1 人当たり米国医療コスト(NHE)の推移 (2001 年まで)



(出典)《図表 22》に同じ。

(2) 2001 年における医療コストの上昇要因

①医療コストのインデックス HCI

ここで医療コスト上昇の要因について概観する。前項で取り上げた米国医療コストのデータでは、要因別の医療コストを把握できないので、Milliman USA Health Cost Index(HCI)⁹⁴ という別の指標を用いて要因分析を行った資料を、以下で参照する。この HCI と CMS の発表する米国医療コストとは、ベースが異なるものの、歯科や在宅介護の費用を除いて考えると、相関が高いとされている⁹⁵。

《図表 24》のとおり、HCI インデックスベースで見ても、2000 年から 2001 年の医療コスト (全サービスの) の伸び (対前年増加率) は 10%と、初の 2 桁を記録しており、ここでも同期間の医療コストの増加の大きさを示している。

②病院費用 (Hospital Cost) の上昇

医療コスト上昇の最大の要因は、入院・外来共に、病院費用が急騰していることによる。《図表 24》のとおり、2001 年の病院費用の対前年増加率は入院で 7.1%、外来で 16.3%と、2000 年 (入院で 2.5%、外来で 11.5%) に比べて著しく上昇している。理由は、病院の利用が増加していることと、病院で働く者の賃金が上昇していることによるものである⁹⁶。

1990 年代の半ばには、マネジドケアの手法により、入院率・平均入院日数・外来患者の処置が減少していたが、近年はマネジドケアの手法の見直し機運を受けて、専門医の診療が受けやすくなる等、病院の利用が増加してきている。また、病院で働く者の賃金は、特に看護師が不足していることに起因して増加している。病院側は看護師を確保するため、賃金を上げざるを得ない状況になっている。賃金の増加を数値的に見れば、2001 年には 6.1%増加しており、3.3%の増加であった前年に比べれば、増加率は約 2 倍となっている。2001 年における全労働者の賃金の増加が 4.1%であったことから考えても大きな増加である⁹⁷。

⁹⁴ コンサルティング会社 Milliman 社が、公表データと医療プロバイダーから入手した非公表データによって算出する米国の医療コスト支出の指標。CMS の発表する米国医療コストと比較して、データが早期に入手できるメリットもある。

⁹⁵ Bradley C. Strunk et al., *supra*, p.W300.

⁹⁶ *Id.*, p.W302.

⁹⁷ *Id.*, p.W305.

《図表 24》HCI インデックスで把握した米国民 1 人当たり医療コストの対前年増加率

年	全サービス	病院費用		医者	処方箋薬剤	名目GDP (参考)
		入院	外来			
1991	6.9%	3.5%	16.8%	5.4%	12.4%	1.8%
1992	6.6%	2.8%	13.9%	5.9%	11.7%	4.2%
1993	5.0%	4.8%	8.9%	3.3%	7.1%	3.8%
1994	2.1%	-2.0%	8.7%	1.7%	5.2%	4.9%
1995	2.2%	-3.5%	7.9%	1.9%	10.6%	3.7%
1996	2.0%	-4.4%	7.7%	1.6%	11.0%	4.4%
1997	3.3%	-5.3%	9.5%	3.4%	11.5%	5.2%
1998	5.3%	-0.2%	7.5%	4.7%	14.1%	4.3%
1999	7.1%	1.6%	10.2%	5.0%	18.4%	4.4%
2000	7.8%	2.5%	11.5%	6.3%	14.5%	4.7%
2001	10.0%	7.1%	16.3%	6.7%	13.8%	1.4%

(出典) Bradley C. Strunk et al., “Tracking Health Care Costs: Growth Accelerates Again In 2001”, Health Affairs – Web Exclusive, Sept. 25, 2002, p.W302 (visited Feb.4,2003)
<http://www.healthaffairs.org/WebExclusives/Strunk_Web_Excl_092502.htm>.

③処方箋薬剤費用

一方、かつてコスト増大が懸念されていた処方箋薬剤費用は、1999 年をピークに対前年増加率が低下傾向に転じている。これは一つには、3 階建ての薬剤費の従業員窓口負担額を導入することにより、処方抑制され、効果が同じであれば低価格の後発品⁹⁸を使用することが増えたことによる⁹⁹。また、膨大なコストをかけた新薬の開発が減ってきていることや、プロザック (Prozac) 等の有名なブランド薬品の特許が切れたことも原因の一つである¹⁰⁰。なお、3 階建ての薬剤費の従業員窓口負担額とは、薬剤給付時の窓口負担額が 3 種類に分けて設定されているプランである。各薬品がどの窓口負担額に該当するのかは予め決められており、例えば後発品は窓口負担額が最も小さいグループに分類されている¹⁰¹。

2. HIPAA に対する営利保険会社の見方・対応

(1) HIPAA の概要

1996 年に成立した HIPAA¹⁰²の目的には、団体および個人の市場における健康保険の携行性と継続性の向上、健康保険における事務の簡略化等が含まれている。

健康保険の携行性と継続性の向上に関する条項について見ると、団体向け健康保険市場に関しては、病

⁹⁸ 既に承認を受けている医薬品と有効成分、用法・用量、効能・効果が同一であるか、または、用法・用量、効能・効果はその範囲内である医薬品のこと。先発品の特許切れ後に、後発業者が製造・販売することが出来るようになる。薬品の製造コストは先発品も後発品 (ジェネリック) も、あまり変わらないと考えられるが、後発品は研究・開発にかかる費用が節約できるため、安価で供給されるのが一般的である。澤田邦昌編「英和・和英 医薬実用英語ハンドブック第 3 版」(じほう、2000 年) pp.240-241, 244-245。

⁹⁹ Bradley C. Strunk et al., *supra*, pp.W304, W309 n.15.

¹⁰⁰ *Id.*, p.W304.

¹⁰¹ CIGNA Corporation, “Benefits & Services: Pharmacy - Three-Tier Prescription Drug Program” (visited Feb. 27, 2003) <http://www.cigna.com/consumer/services/pharmacy/three_tier.html>.

¹⁰² Pub. L. No. 104-191, 110 Stat. 1936 (1996). 正式名は Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

歴条件による保険適用除外の制限、健康状態による差別の禁止、小企業が申し込む健康保険の引受義務、全ての企業向けの健康保険における契約更新の保証等が含まれる。また個人向け健康保険市場に関しては、病歴条件による保険適用除外の禁止、健康保険の契約更新の保証等が含まれる。

一方、メディケアプログラム、メディケイドプログラムの改善、およびヘルスケアシステムの効率性・実効性の改善を目的とした、健康保険における事務の簡略化に関する条項により、“Health Plan”¹⁰³、ヘルスケア関連の情報センター（health care clearinghouse）および電子的な形で健康情報の伝送を行う医療プロバイダー（以下この三者を「3つの適用対象」とする）に適用される、電子的トランザクション、ヘルスケアシステムにおける個人・雇用主・Health Plan・医療プロバイダー等の特定方法（identifier）、コード化、セキュリティ、プライバシー等に関する標準化がなされることとなった。

（２）HIPAAに基づく事務の簡略化に関する標準化の動き

以下、現在までの事務の簡略化に関する標準化の動きについて整理する¹⁰⁴。

- ・ 2000年8月に、電子的トランザクションとコード化の標準に関する最終ルールが公表された¹⁰⁵。遵守期限は2002年10月16日であったが、小規模Health Plan¹⁰⁶、および小規模Health Plan以外の3つの適用対象のうち2002年10月15日までに期限延長の申請を行ったところについては、2003年10月16日が遵守期限となっている。
- ・ 2000年12月に、プライバシーの標準に関する最終ルールが公表された¹⁰⁷。遵守期限は2003年4月14日である（小規模Health Planについては2004年4月14日）。
- ・ 2002年5月に、雇用主の特定方法の標準に関する最終ルールが公表された¹⁰⁸。遵守期限は2004年7月30日である（小規模Health Planについては2005年8月1日）。
- ・ 2003年2月に、セキュリティの標準に関する最終ルールが公表された¹⁰⁹。遵守期限は2005年4月21日である（小規模Health Planについては2006年4月21日）。

（３）営利保険会社の見方・対応

以下、営利保険会社の2001年または2002年のアニュアルレポートに公表された内容に基づき、HIPAA

¹⁰³ HIPAAにおける“Health Plan”は、本稿における使い方と異なり、「医療費の給付を行う個人向けまたは団体向けのプラン」と定義され（45 C.F.R. § 160.103）、保険会社も含まれるものであるため、以下本稿では、「健康保険プラン」と区別してそのままHealth Planと表記する。

¹⁰⁴ HIPAAに基づく事務の簡略化に関する最終ルールについては、連邦公報において公表されている他、以下の資料に解説がある。CMS, “Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) --- Administrative Simplification” (visited Mar. 14, 2003) <<http://cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/>>.

¹⁰⁵ 65 Fed. Reg. 50,312 (2000) (to be codified at 45 C.F.R. §§160, 162).

なお2003年2月に、本ルールの改正が行われたが、3つの適用対象の中で既に2002年10月16日からルール遵守を義務付けられている適用対象は、2003年10月15日までの間については改正前ルール、改正後ルールのいずれかを遵守することとされた（その他の適用対象の改正後ルール遵守期限は2003年10月16日）。68 Fed. Reg. 8,381 (2003) (to be codified at 45 C.F.R. §162).

¹⁰⁶ 「小規模Health Plan」とは、年間収入額が500万ドル以下のHealth Planを意味する。45 C.F.R. § 160.103.

¹⁰⁷ 65 Fed. Reg. 82,462 (2000) (to be codified at 45 C.F.R. §§160, 164). なお、2002年8月に本ルールの改正が行われた。67 Fed. Reg. 53,182 (2002) (to be codified at 45 C.F.R. §§160, 164).

¹⁰⁸ 67 Fed. Reg. 38,009 (2002) (to be codified at 45 C.F.R. §§160, 162).

¹⁰⁹ 68 Fed. Reg. 8,334 (2003) (to be codified at 45 C.F.R. §§160, 162, 164).

に対する各社の見方・対応を取り上げる。

まず、HIPAA に基づくルールへの遵守に伴うコストについての各社の見方の例を見ると、以下のようになっている。

- ・ PacifiCare Health Systems 社は、2001 年の同社アニュアルレポート¹¹⁰において、2001 年には約 1,000 万ドルの遵守コストが実際に発生した、と公表した。次いで 2002 年の同社アニュアルレポート¹¹¹において、2002 年には約 1,600 万ドルの遵守コスト（加えて資本的支出 200 万ドル）が実際に発生しており、2003 年には約 1,900 万ドルの遵守コスト（加えて資本的支出 100 万ドル）の発生が予測される、と公表した。
- ・ Aetna 社は、2001 年の同社アニュアルレポート¹¹²において、2001 年に税引前ベースで約 1,300 万ドルの遵守コストが実際に発生しており、2002 年には税引前ベースで 2,000 万ドルの遵守コストの発生が予測される、と公表した。

また、上述した電子的トランザクションとコード化の標準に関する最終ルールへの遵守期限延長に関する各社の対応の例を見ると、以下のようになっている。

- ・ Humana 社は、2001 年の同社アニュアルレポート¹¹³において、遵守期限延長を申請する意向を示し、2002 年の同社アニュアルレポート¹¹⁴において、遵守期限が延長されたことを公表した。
- ・ CIGNA 社は、2001 年の同社アニュアルレポート¹¹⁵において、2002 年の進捗状況をみて遵守期限延長の申請を行うかどうかを決める、との意向を示していたが、2002 年の同社アニュアルレポート¹¹⁶において、申請により遵守期限が延長されたことを公表した。

3. 職域向け健康保険の新モデル

(1) 背景

既述のように米国では職域での健康保険加入が中心であるから、企業の動向が重要な要素になる。企業は経費節減の必要に迫られている一方、医療コストの高騰により、1999 年 4.8%、2000 年 8.3%、2001

¹¹⁰ PacifiCare Health Systems, Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 000-21949, Mar. 19, 2002. なお、本レポートにおいては、2002 年には遵守コストが約 2,700 万ドル（加えて資本的支出 300 万ドル）発生する、と予測されていた。

¹¹¹ PacifiCare Health Systems, Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2002, Commission File Number 000-21949, Mar. 25, 2003.

¹¹² Aetna Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 001-16095, Feb. 25, 2002.

¹¹³ Humana Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 1-5975, Mar. 28, 2002.

¹¹⁴ Humana Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2002, Commission File Number 1-5975, Mar. 21, 2003.

¹¹⁵ CIGNA Corporation, Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 1-8323, Feb. 28, 2002.

¹¹⁶ CIGNA Corporation, Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2002, Commission File Number 1-8323, Feb. 28, 2003.

年 11.0%と健康保険料の上昇が続いている¹¹⁷。企業が健康保険料の上昇を従業員の負担に転嫁しようとしている点については前章第 1 節第 2 項の③において述べたとおりであるが、200 人未満の中小企業に関しては、職域ベースの健康保険の提供を行う企業の割合が近年減少しているとの調査結果もある¹¹⁸。

そうした状況の中、新しいモデルも一部で導入され始めている。これは Defined-Contribution 型（あるいは Consumer-Directed 型）と呼ばれるモデルで、従業員に幅広い選択肢を与えつつ企業の福利厚生費支出をコントロールしやすくできる新しいモデルと言われている。

（２）プラン概要

このプランの典型的なデザインは①従業員が医療費支払用に設定した貯蓄勘定(Health Savings Account¹¹⁹：以下「HSA」とする)に企業が年初に数千ドルを入金する、②年内に HSA を使い切った従業員はそれ以降自己負担で医療費を支払い、③その支払が自己負担限度額を超えると PPO 型の保険による給付が始まるという三層構造になっている¹²⁰。

従業員は医療費が必要な場合、まず企業拠出の HSA から支払うが、この部分は保険ではないので、保険会社による制限（利用できる医療機関の制限や保険給付の対象になる治療の制限等）もなく、従業員はより広い選択肢と決定権を持つことになる¹²¹。

企業側では、HSA 部分は確定拠出であり、また保険部分も自己負担限度額を超えた場合のみをカバーするものであるため、保険料の大きな変動が回避できると期待され、全体として福利厚生費支出をコントロールしやすくなる¹²²。

企業による HSA への入金は、①従業員拠出がなく直接企業により支払われるものであり、②税法第 213 条第 d 項に規定する医療費の支払（保険料の支払を含む）に使われる場合、非課税とされている¹²³。また、年末における HSA の残額は翌年に繰り越すことが認められる。なお、HSA は、従来から保険対象外の費用支払等に利用されていた Flexible Spending Account（従業員拠出、残額の翌年繰越はできない）とは別の制度である。

（３）導入事例

上述した新しいモデルの導入事例として、Charter Communications 社、Medtronic 社の 2 社を紹介する¹²⁴。

①Charter Communications, Inc.

同社はセントルイスを本拠とするブロードバンド通信サービス会社で、従業員数は約 18,000 名である。

¹¹⁷ The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *supra*, p.15.

¹¹⁸ *Id.*, p.34.

¹¹⁹ Personal Care Account, Health Fund Savings Account などと呼ばれることもある。

¹²⁰ “*Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.*”, *supra*, pp.37-38.

¹²¹ Definity Health, “*Employer Cost Control*” (visited Feb. 20, 2003)

<<http://www.definityhealth.com/marketing/employers.html>>.

¹²² *Id.*

¹²³ Definity Health, “*IRS Ruling Overview – Tax Treatment of Personal Care Accounts*”, June 26, 2002 (visited Feb. 24, 2003) <<http://www.definityhealth.com/marketing/IRSRulingOverview.pdf>>.

¹²⁴ “*Managed Care Facts, Trends and Data: 2002-2003 7th Ed.*”, *supra*, pp.37-38.

同社は従業員に3つの健康保険プランを提供しているが、そのうちの1つとして新モデルを採用したところ、対象従業員のうち約6%が新モデルに加入した。40数州・約400の事業所に分散している従業員に対する非対面募集でこの結果であったことに、同社の従業員福利厚生担当責任者は満足している。

同社は健康保険プランの提供にあたって、各プランに加入した場合の従業員負担額（給与天引きで各従業員が負担する金額）を設定している。最初の年は新モデルの従業員負担額をPPOと比較してコスト中立的に設定したが、今後はプランごとのインフレ・トレンドを加味して各プランの従業員負担額を決める予定である。そうした場合、新モデルの従業員負担額は他のプランより小さくなるものと同社は予想している。

②Medtronic, Inc.

同社はミネアポリスを本拠とする医療技術開発会社で従業員数は約1,300名である。

HSAの金額を単身世帯1,000ドル、夫婦世帯1,500ドル、家族世帯2,000ドルとして、2001年にパイロット的に導入したところ、対象従業員のうち10～15%が新モデルを選択した。新モデル加入者と他プラン加入者を比較したところ、若く健康な従業員ほど新モデルを好んで選ぶだろうとの大方の予想に反して、新モデル加入者と他のプラン加入者との間に、年齢・扶養家族数とも有意な格差はみられなかった。

違いといえば、電話相談（看護師が問い合わせに応じてくれる）と後発品の薬剤の利用が大きく伸びたことである。このことに関しては、「おそらく、新モデル加入者がHSAのファンドの使い方により注意深くなくなったことが原因と思われる」と報告されている。具体的には、電話相談の利用率は全国平均2.2%に対して3.7%であり、後発品の薬剤への切り替え率は90%であった。

（4）表明されている懸念

高騰する健康保険料水準への対応として、企業、従業員に受け入れられる例が出てきている一方、この新しいモデルに対する懸念も表明されている。

ConsumerReports誌では、次の3点の懸念が表明されている¹²⁵。

- ① 通常の伝統的な健康保険プランでは自己負担限度額が250ドル、500ドル、1,000ドルといったレベルであるのに対して、新モデルでは2,000ドルといった高額に設定されるが、企業が保険料を節約しようとしてもっと高額な自己負担限度額を設定するのではないか。
- ② 企業がHSAと伝統的な健康保険プランを選択制で提供する場合、医療費をそれほど使うことはないと考え、若くて健康な人はHSAを選び、残りの病がちの人ばかりが伝統的な健康保険プランを選ぶことになり、伝統的な健康保険プランの保険料がさらに高騰する事態も起こりえるのではないか。
- ③ HSAにお金が貯まると、例えば健康な人の全身CTスキャンといった必要性が不確かな検査等への需要を誘発し、結果として社会全体の医療コストをさらに膨張させることになるのではないか。

New England Journal of Medicine誌には、次のような懸念を表明する投書が掲載されている¹²⁶。

¹²⁵ “The Unraveling of Health Insurance”, ConsumerReports.org, July 2002 (visited Feb. 24, 2003) <http://www.consumerreports.org/main/detailv2.jsp?CONTENT%3C%3Ecnt_id=157033&FOLDER%3C%3Efolder_id=18151&bmUID=1046068026359>.

¹²⁶ Victor R. Fuchs, “What’s Ahead for Health Insurance in the United States?”, New England Journal of Medicine, Vol.346, No. 23, June 6, 2002.

- ① 自己負担限度額を超えてしまった人は、そのあとは保険が効くようになるので検査や治療に医療費を気にせず使うようになるだろうから、現在とは異なる医療資源の使用パターンとなり、医療費が高騰するのではないか。また、今はまだ自己負担限度額を超えてはいないが年末までには超えそうだという人も同様の行動パターンを取るのではないか。
- ② 自己負担限度額を妥当な水準に設定することは実務上困難なのではないか。(加入者が自己負担限度額を自由に選べる形にすると逆選択が生じやすくなり、所得等に連動させて設定しようにも連動させるべき所得(当年所得か前年所得か、個人所得か世帯所得か等々)を適切に定めることは困難であるし、その把握・運営には膨大な管理コストがかかる)
- ③ 高額な自己負担限度額が設定され、それを超える金額は保険で全額カバーされるというプラン構成では、予防的ケアに努めようという気を削ぎ、重病の人に対する高額なハイテクノロジーによる治療・検査の実施を助長することにならないか。

4. ヘルスケアを安価に提供する仕組み

(1) 背景

米国では無保険状態の人が 4,000 万人規模で存在すると言われている¹²⁷。低所得者向けの公的制度であるメディケイドの資格要件に該当せず、かつ高騰する保険料を払えず民間の健康保険にも加入していないという層である。必ずしも失業者ということではなく、職域ベースの保険加入機会のない個人事業主のほか、健康保険プランを提供していない企業に勤めている人、健康保険プランを提供している企業に勤めているが雇用形態等の違いで資格要件に該当しない人、企業は健康保険プランを提供しているが保険料が高すぎる等の理由で加入していない人である。購買力が全くないというより、購買力に見合ったプランがない層であるということができる。

(2) 仕組みの概要

こうした無保険者層を主たる対象にヘルスケアを安価に提供する事業者が、Care Entrée 社、AllianceMD 社等複数社出現している¹²⁸。この仕組みは“Health-care Discount Plan”とか“Health-care Savings Card”と呼ばれている。Care Entrée 社の仕組み・特徴は、同社のホームページによれば以下のとおりである¹²⁹。

- ① 月例会費を払って Care Entrée 社の会員になれば、同社が契約している大手 PPO ネットワークの医師、医療機関を割引料金で利用できる。
- ② ネットワークされている医療プロバイダー数は 35 万件、料金の割引率は 15%~50%。
- ③ 割引料金の水準は PPO が保険会社等との契約で提供するものと同水準である。PPO サイドがこのような契約に応じる理由は、支払が早いことと煩雑な事務処理・制約がないことと説明されている。すなわち、通常保険会社との契約では保険金が支払われるのに 60~90 日かかる上、煩雑な事務処理や各種の制約があるのに対して、Care Entrée 社との契約では、かかった費用は同社の会員が医療プロバイダーにその場で費用を払ってくれるので債権回収が早く、煩雑な事務処理も制約もない。

¹²⁷ US Census Bureau, *supra*, p.1.

¹²⁸ Lynna Goch, “A New Card Deal”, *Best’s Review*, July 2002.

¹²⁹ Care Entrée Home Page (visited Feb. 17, 2003) <<http://www.careentree.com>>.

- ④ このプランは保険ではないので、既往症による制限、待機期間、利用額の制限はない¹³⁰。つまり、保険の場合、入通院が必要となった原因が保険加入前からの既往症による場合は給付が制限されることがあり、加入申込みから保険が有効となるまで待機期間を設けることもあり、また、いくら金額まで保険金を支払うのか（保険金の支払限度額）を約定して契約するが、このプランは保険ではなく単なる割引料金の提供なので、保険引受にまつわるこのような制限を課していない。
- ⑤ 米国の医療機関では入院に際して支払能力の証明を求められることがあるので、そうした事態に対応するため、入院のみをカバーする保険や **Medical Escrow Account**、**Medical Expense Loan** を組み合わせたプランも用意している。なお、**Care Entrée** 社は保険会社ではないので、同社の関連会社である保険代理店が保険部分を扱っている。
- ⑥ 医療プロバイダーからの会員資格確認や料金問い合わせ、会員からの提携医療プロバイダーがどこにあるか等の問い合わせに応じるためのコール・センター機能を整備している。

（3）保険者への影響

現状、この種のプログラムの利用者規模は全体で 12 万人程度である¹³¹が、無保険者は 4,000 万人規模で存在することから、**Care Entrée** 社のマーケティング担当役員は、4,200 万人の無保険者マーケットは無視するには大きすぎるはずとして、保険会社参入の懸念を表明している¹³²。また、同種のプログラムの事業展開を行っている **AllianceMD** 社の創立者は「低コストで保障を提供するため、一部保険¹³³ももっと検討の余地がある。何もないよりは良い」と発言している¹³⁴。

一方、健康保険会社の業界団体である **Health Insurance Association of America** は今のところ「こうしたプログラムはコストを節減する有効な方法ではあるが、保険が提供しているのと同じ経済的なプロテクションを与えるものであるかのような錯覚を消費者は持つべきではない。義理の兄弟が自動車の修理工場をやっているからといって自動車保険の代わりにはならない」とコメントするに留まっている¹³⁵。

¹³⁰ 入院についてのみ会員資格が有効になった後 30 日間という待機期間を設けている。

¹³¹ **Care Entrée** 社の会員数は 8 万人であり、マーケット・シェアは 66% である。Lynna Goch, *supra*.

¹³² *Id.*

¹³³ 原文では“**partial insurance program**”。かかった医療費の全額ではなく一部を支払う条件の保険のことで、支払われる保険金が限定されているので保険料は低く設定される。

¹³⁴ Lynna Goch, *supra*.

¹³⁵ *Id.*

- Benefits 2002 Annual Survey*”, Sept. 2002, p.160 (visited Jan. 27, 2003)
 < <http://www.kff.org/content/2002/3251/3251.pdf>>.
- U.S. Census Bureau, “*Health Insurance Coverage: 2001*”, Sept. 2002 (visited Jan. 23, 2003)
 <<http://www.census.gov/prod/2002pubs/p60-220.pdf>>.
 - “*Scc Approves Anthem Acquisition of Trigon: Wants Certain Operations Kept in Virginia*”, Virginia State Corporation Commission News Release, July 19, 2002 (visited May 28, 2003)
 <<http://www.state.va.us/scc/news/AnthemAcquisitionTrigon.htm>>.
 - “*The Unraveling of Health Insurance*”, ConsumerReports.org, July 2002 (visited Feb. 24, 2003)
 <http://www.consumerreports.org/main/detailv2.jsp?CONTENT%3C%3Ecnt_id=157033&FOLDER%3C%3Efolder_id=18151&bmUID=1046068026359>.
 - Lynna Goch, “*A New Card Deal*”, Best’s Review, July 2002.
 - Definity Health, “*IRS Ruling Overview – Tax Treatment of Personal Care Accounts*”, June 26, 2002 (visited Feb. 24, 2003) <<http://www.definityhealth.com/marketing/IRSRulingOverview.pdf>>.
 - Victor R. Fuchs, “*What’s Ahead for Health Insurance in the United States?*”, New England Journal of Medicine, Vol.346, No. 23 , June 6, 2002.
 - American Association of Health Plans, “*The Medicare+Choice Program: What You Need to Know*”, May 2002. なお、本資料は以下のホームページから取得した。American Association of Health Plans, “*Medicare Administrative - Reports/Fact Sheets/Briefs*”(visited Feb. 25, 2003)
 <http://www.aahp.org/Template.cfm?Section=Medicare_Administrative&template=/TaggedPage/Portlet/Custom/IssueDisplayAll.cfm&ICL=77,14>.
 - The Kaiser Family Foundation, “*Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, 2002 - Chartbook*”, May 2002 (visited Jan. 31, 2003)
 <http://www.kff.org/content/2002/3161/marketplace2002_finalc.pdf>.
 - Isabelle Roman-Barrio & Dana B. Mehta, “*Health Insurers Stay Profitable Despite of Intensifying Medical Cost Inflation*”, A.M. Best Special Report, Apr. 29, 2002.
 - Michael Buettner, “*Anthem Blue Cross to Buy Virginia Health Care Provider for \$4 Billion*”, The Associated Press, Apr. 29, 2002 (visited Feb. 14, 2003)
 <<http://www.cjonline.com/cgi-bin/printit2000.pl>>.
 - Humana 社 2001 年アニュアルレポート : Humana Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 1-5975, Mar. 28, 2002.
 - PacifiCare Health Systems 社 2001 年アニュアルレポート : PacifiCare Health Systems, Inc., Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001, Commission File Number 000-21949, Mar. 19, 2002.
 - “*A Positive Financial Performance for 2001 Prepares Kaiser for Future Challenges*”, Kaiser Permanente News Release, Feb. 28, 2002 (visited Feb.18,2003)
 <<http://www.kaiserpermanente.org/newsroom/releases/022802.html>>.
 - CIGNA 社 2001 年アニュアルレポート : CIGNA Corporation, Form 10-K, Annual report pursuant to Section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended Dec. 31, 2001,

※なお、上述した PacifiCare Health Systems 社、Aetna 社、Humana 社、CIGNA 社のアニュアルレポートについては、以下の各サイトを参照の上取得した。

- ・ PacifiCare Health Systems, Inc., “*Investor Relations: SEC Filings*” (visited Feb. 20, 2003) <http://www.pacificare.com/region/home/0,2654,1109469_20921__0,00.html>
- ・ Aetna Inc., “*Investor Information: SEC Filings*” (visited Feb. 20, 2003) <http://investor.aetna.com/ireye/ir_site.zhtml?ticker=AET&script=1901>.
- ・ Humana Inc., “*Investor Relations: SEC Filings*” (visited Feb. 20, 2003) <http://www.corporate-ir.net/ireye/ir_site.zhtml?ticker=HUM&script=1901>.
- ・ CIGNA Corporation, “*Investor Relations: SEC Filings*” (visited Apr. 7, 2003) <<http://www.cigna.com/general/investor/secfilings.html>>.
- ・ U.S. Securities and Exchange Commission, “*SEC Filings & Forms (EDGAR)*” (visited Feb. 20, 2003) <<http://www.sec.gov/edgar.shtml>>.

2. 英文ホームページ（上記 1. に示したものを除く）

- ・ CMS, “*Distribution of Increased Payments to Medicare+Choice Organizations under the Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000*” (visited Jan. 30, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/bipa/bipafact.pdf>>.
- ・ CMS, “*Medicare Managed Care Contract (MMCC) Plans - Monthly Summary Report -*” (visited Mar. 11, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/statistics/mmcc/>>.
- ・ CMS, “*Monthly Report - Medicare Coordinated Care Health Plans*” (visited Mar. 12, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/statistics/monthly/>>.
- ・ CMS, “*Medicare Preferred Provider Organization (PPO) Demonstration Fact Sheet*” (visited Feb. 17, 2003) <<http://cms.hhs.gov/healthplans/research/PPOFactSheet.pdf>>.
- ・ CMS, “*Medicaid Statistics and Data - Medicaid Managed Care Enrollment Report*” (visited Mar. 10, 2003) <<http://cms.hhs.gov/medicaid/mcaidsad.asp>>.
- ・ CMS, “*National Health Expenditures Tables*” (visited Feb. 4, 2003) <<http://cms.hhs.gov/statistics/nhe/historical/tables.pdf>>.
- ・ CMS, “*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) --- Administrative Simplification*” (visited Mar. 14, 2003) <<http://cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/>>.
- ・ CMS, “*Glossary*”, (visited Jan. 30, 2003) <<http://cms.hhs.gov/glossary/>>.
- ・ U.S. Government Printing Office, “*Public and Private Laws*” (visited Feb. 17, 2003) <<http://www.access.gpo.gov/nara/nara005.html>>.
- ・ Social Security Online, “*History*” (visited Apr. 9, 2003) <<http://www.ssa.gov/history/>>.
- ・ U.S. National Archives and Records Administration, “*Federal Register*” (visited Feb. 26, 2003) <http://www.archives.gov/federal_register/index.html>.
- ・ U.S. National Archives and Records Administration, “*Code of Federal Regulations*” (visited Mar. 28, 2003) <<http://www.gpo.gov/nara/cfr/index.html#page1>>.
- ・ Bureau of Economic Analysis, U.S. Department of Commerce, “*National Accounts Data*” (visited Feb. 4, 2003) <<http://www.bea.gov/bea/dn1.htm>>.

- Legal Information Institute, Cornell Law School, “*U.S. Code*” (visited Feb. 17, 2003) <<http://www4.law.cornell.edu/uscode/>>.
- WellPoint Health Networks Inc., “*About WellPoint*” (visited Mar.13, 2003) <http://www.wellpoint.com/about_wellpoint>.
- Blue Cross and Blue Shield Association, “*Media Resources*” (visited Feb. 18, 2003) <<http://news.bcbs.com/proactive/newsroom/release.vtml?id=27218>>.
- CIGNA Corporation, “*Benefits & Services: Pharmacy - Three-Tier Prescription Drug Program*” (visited Feb. 27, 2003) <http://www.cigna.com/consumer/services/pharmacy/three_tier.html>.
- Definity Health, “*Employer Cost Control*” (visited Feb. 20, 2003) <<http://www.definityhealth.com/marketing/employers.html>>.
- Care Entrée Home Page (visited Feb. 17, 2003) <<http://www.careentree.com>>.

3. 和文文献

- 田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流—米国における Disease Management の発生と展開—」(損保ジャパン総研クォーターリー 第 41 号、2002 年 10 月)
- 西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」(安田総研クォーターリー 第 37 号、2001 年 7 月)
- 坂巻弘之「疾病管理手法の導入」(「医療白書 2000 年度版」、医療経済研究機構監修、日本医療企画発行、2000 年 11 月)
- 荒木由起子「米国における HMO 訴訟と HMO 事業の見直し」(安田総研クォーターリー 第 33 号、2000 年 7 月)
- 澤田邦昌編「英和・和英 医薬実用英語ハンドブック第 3 版」(じほう、2000 年)。