

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～

目 次

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| I. はじめに | IV. 健康保険市場の新しい動き：健康保険改革と Exchange 創設 |
| II. 米国の健康保険事業・健康保険市場の沿革と特徴 | V. 健康保険市場の新しい動き：ACO モデルの創設 |
| III. 2010 年ヘルスケア改革法に基づく新体制 | |

ファカルティフェロー 小林 篤

要 約

I. はじめに

2010 年米国ではヘルスケア改革法が成立し、画期的な大改革が始まった。改革の範囲は、無保険者の減少・健康保険改革、医療費増加傾向の抑制および品質向上と幅広いが、本稿では、健康保険者の視点から、①ヘルスケア改革法は何を変えたか、②健康保険者・健康保険市場はどう変化するかの 2 つに焦点を当てる。ヘルスケア改革法による米国のヘルスケアファイナンスの骨格への影響と健康保険者・健康保険市場について今後大きな変化となるトピックとを取り上げる。

II. 米国の健康保険事業・健康保険市場の沿革と特徴

米国の健康保険事業・健康保険市場の特徴には、①団体保険中心、②雇用主提供システム、③低所得層・高齢者向け公的制度と民間保険の混合(mixture)、④雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者の無保険者発生メカニズムがある。この特徴が成立してきた沿革と改革の経緯を整理する。

III. 2010 年ヘルスケア改革法に基づく新体制

2010 年ヘルスケア改革法は、連邦・州によって漸進的に進められた 1990 年代の無保険者の減少・健康保険改革をさらに推し進めて成立した。同法による新体制では、④雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者の無保険者発生メカニズムを変更したが、全体としてその他の特徴は維持された。

IV. 健康保険市場の新しい動き：健康保険改革と Exchange 創設

新体制では、無保険者発生メカニズムを改善するため既存の健康保険改革と保険加入を容易にするシステムとして Exchange が創設された。しかし、Exchange では、保険市場を使いながら社会保険的な効果をあげるため、当事者のリスク負担を配分し直す必要があり、その円滑な運用はかなり難しい。

V. 健康保険市場の新しい動き：ACO モデルの創設

2010 年ヘルスケア改革法には、ヘルスケアサービス提供者が組織する ACO モデル計画が新しく規定された。ACO モデルは、健康保険者にとっても今後のビジネスモデルに影響する大きな動きである。

I. はじめに

オバマ大統領が大統領選挙の公約としたヘルスケア改革は、2010年に実現した。同年3月にヘルスケア改革法（Health Reform Act）と略称される連邦法は、連邦議会での党派間抗争と妥協を経て可決されたあと、オバマ大統領が署名して成立した。ホワイトハウスのホームページは、同法について、すべての米国民に対して、健康保険を包括的に改革し健康保険者が説明責任を果たすようにすること、ヘルスケアコストを低減すること、およびヘルスケアの質を向上させヘルスケアサービスの選択肢が拡大することをもたらす法律であると説明している¹。

今回のヘルスケア改革は、画期的な出来事として受け止められている。ヘルスケア改革は、1990年代にクリントン大統領が実現させようとしたが、その時は不首尾に終わった。その後も改革は進められたが、漸進的にしか進展しなかった。しかし、2010年に至ってヘルスケアシステムの大改革として実現した。オバマ大統領は、法律の署名式典で、幾世代に亘ってヘルスケア改革に取り組んだ指導者である、1910年代のルーズベルト大統領、その後のトルーマン大統領、ジョンソン大統領、クリントン大統領夫妻に敬意を表して署名すると発言している²。その発言には、1910年代に遡るほどヘルスケア改革は長年に渡り取り組まれてきたが実現できなかったこと、そして今回のヘルスケア改革はそれを実現したことを強調する意図が込められている。

米国において、「ヘルスケア」の意味は、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療サービスはもとより、さらに介護サービス（long-term care）、疾病予防・健康増進まで含まれている。このヘルスケアに係わるヘルスケアシステムは、ヘルスケアのサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」（医師・医療機関・保健施設等が患者・一般公衆に対してサービスを提供する）と、そのサービスをファイナンスするシステム「ヘルスケアファイナンスシステム」（保険制度、患者の自己負担、公費負担など）の2つのサブシステムから成り立っている。保険事業・保険者・保険市場は、ヘルスケアファイナンスに属する。2010年3月に成立したヘルスケア改革法（以下、「2010年ヘルスケア改革法」という）は、ヘルスケアシステム全体の改革法で、約1000頁に近い頁数と多岐に亘る内容を規定する多数の条文を持つ。本稿では、2010年ヘルスケア改革法の健康保険事業・健康保険市場への影響の観点から、ヘルスケアファイナンスに関する領域を中心に取り上げる。

本稿が取り扱う問題は、①2010年ヘルスケア改革法は何を変えたか、②健康保険者・健康保険市場はどう変化するかである。2010年ヘルスケア改革法による米国のヘルスケアファイナンスの骨格への影響と健康保険者・健康保険市場について今後大きな変化となるトピックを取り上げる。本稿の構成は次のとおりである。①2010年ヘルスケア改革法は何を変えたかに関しては、前半の2章（Ⅱ米国の健康保険事業・健康保険市場の沿革と特徴、Ⅲ. 2010年ヘルスケア改革法に基づく新体制）を当てる。②健康保険者・健康保険市場はどう変化するかに関連して、健康保険市場においてヘルスケア改革による新しい

¹ The White House, HEALTH CARE Health Reform in Action (visited September 13, 2011) <<http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview>>.

² The White House, Remarks by the President and Vice President at Signing of the Health Insurance Reform Bill, March 23, 2010 (visited September 13, 2011) <<http://www.whitehouse.gov/the-press-office/remarks-president-and-vice-president-signing-health-insurance-reform-bill>>.

主要な動きのうち、2つのトピックを取り上げる。ひとつは、雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者の無保険者発生メカニズムを抑制し無保険者数を減少させるとともに、提供される保険の内容を改革する、健康保険改革と Exchange の新設である。もうひとつは、今後品質向上・効率性確保のヘルスケアシステムの有効なモデルになり得る ACO モデルの展開普及である。後半の2章（IV. 健康保険市場の新しい動き：健康保険改革と Exchange 創設、V. 健康保険市場の新しい動き：ACO モデルの創設）で、これらの取組みを実現するために解決すべき問題点と実現に必要な条件について解説する。

いずれの国のヘルスケアシステムも、独特かつ複雑である。しかし、米国のヘルスケアシステムの独自性と複雑性は際立っている。米国のヘルスケアシステムは、パッチワークのような、ばらばらの寄せ集めであり (fragmented)、外部の者が理解するのに長い時間がかかるほど、込み入っていて錯綜している (complicated) と、多くのコンファレンスで報告者が話の切り出しに使うほどである。独自かつ複雑なヘルスケアシステムを把握するには、沿革的に理解することが有用であろう。今回のヘルスケア改革は、突然出現したのではなく、従来の改革と同じようにそれまでの改革の取組みを経て、その経験を踏まえて実行されたものである。2010年ヘルスケア改革法に基づく新体制を把握するために、健康保険事業・健康保険市場の沿革と特徴を最初に取り上げることにした。

なお、本稿は、これまで損保ジャパン総合研究所が公表してきた、米国ヘルスケア市場の動向に関するレポートの続編となる内容を含んでいる³。

II. 米国の健康保険事業・健康保険市場の沿革と特徴

1. 米国の健康保険事業・健康保険市場の骨格と沿革

(1) 現在の姿

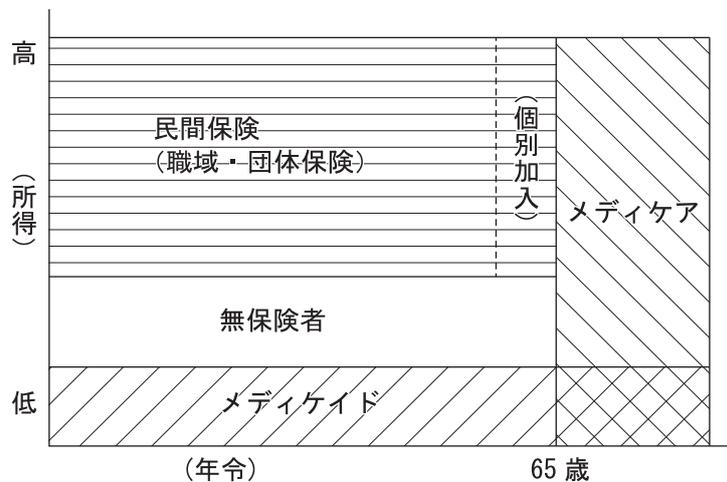
米国においては、健康保険(health insurance)は全国民を対象とする社会保険制度として運営されておらず、民間保険(private insurance)が中心であると指摘されることが多い。確かに、皆保険としての社会保険制度は存在しないが、メディケア、メディケイドなどの公的制度も相当程度の国民を対象としており、その意味では公的制度と民間市場の民間保険とが混合した形態となっている。民間保険個人加入は少なく、団体保険が中心である。雇用主は、従業員とその家族を対象に、民間健康保険者と団体保険を契約して、健康保険を提供することが多い。現在米国の多くの企業等では、雇用主が従業員福利厚生の一環として医療保障のサービスを提供している。この仕組みは、雇用主主体サービス供給システム (Employer-based healthcare delivery system) と呼ばれている。

医療保障対象となる者と民間保険市場の概略を示すと、《図表1》のとおりである。この概念図を前提として、ヘルスケアファイナンスの方法とその対象者を基に、ヘルスケアファイナンスの骨格を示すと、次の4点に整理できる。

³ 特に、「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—」

(<http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt37-1.pdf>)、および直近の「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」(<http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/q58.html#2>)。

《図表 1》米国の健康保険の対象者と市場（概念図）



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

① 団体保険中心

通常の保険では、保険料収入総額と保険金支出・経費支出の総額を同一にするために保険収支相等とするメカニズムが必要であり、さらに個々の保険加入者の保障・補償内容に関するリスクとそれに見合う保険料設定がなされる。しかし、健康保険等の団体保険では個々の保険加入者のリスクに見合った保険料を設定するのではなく、団体全体のリスクに見合った保険料の設定を行うことがある。雇用主が従業員全体をひとつの団体として健康保険者と団体契約を締結し、団体全体の保険料を支払うのが典型である。地域料率方式 (community rating) も団体保険的側面を示す典型である。地域料率方式とは、ある地域の保険加入者について、高いリスクの者と低いリスクの者に対して高い保険料と低い保険料とするのではなく、地域全体のリスクに見合った保険料を保険加入者全体に適用する方式である。高いリスクの保険加入者の、平均より高いリスクに見合う分は、低いリスクの保険加入者に広く配分されることになる。

② 雇用主提供システム

雇用主が従業員とその家族を対象として（さらには退職者も含めて）団体保険を提供するシステムとなっている。団体保険は、個人別加入に比較して保険加入の手続きも容易であり、ファイナンスシステムとしても効率性が高い。健康保険事業の側から見ると、雇用主提供システムの団体保険は、雇用主と契約し、その従業員と家族の個人を対象にサービスを提供するので、B2B2Cモデルといえることができる。

③ 低所得層・高齢者向け公的制度と民間保険の混合(mixture)

公的な医療保障制度として低所得層向けのメディケイドと 65 歳以上の高齢者等を対象とするメディケアがある。メディケイドの運営主体は、州政府である。メディケアの運営主体は連邦政府である。この他に、軍事部門関係者のための連邦制度がある。これらは、政府部門の保険制度または医療保障制度として機能している。他方、民間保険は市場で取引されており、健康保険市場を形成している。ヘルス

ケアファイナンスシステムとしては、民間保険と公的制度の両方を含んだ形態となっている。さらに、州政府は、メディケイドの運営を民間保険者に委託することも多く行われている。メディケアには、メディケア対象者に対して民間保険のプランを選択できる部門も含んでいる。公的制度と民間保険は、分離され機能分化しているのではない。

④雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者の無保険者発生メカニズム

雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者は、民間の健康保険市場から健康保険を購入する必要がある。しかし、市場取引によって全員が必要とする健康保険を得ることができないため、多くの無保険者を生み出すことになっている。メディケイドの対象者よりは多い収入だが、健康保険を購入する資力がない低所得者、零細な個人事業主、従業員のために健康保険の団体保険契を契約する資力がない小規模事業所の従業員は、民間の健康保険市場から健康保険を購入することが難しい。団体の健康保険では、大規模な事業所に比して小規模な事業所では個人保険と同じように効率性も低く、団体全体の保険料水準の設定も個人保険に近づいてしまう。米国のヘルスケアファイナンスシステムには、無保険者が発生するメカニズムが存在している。

U.S. Census Bureauによる、健康保険加入状況の調査では、2009年時点で、無保険者は国民の16.7%、4,933万人に上っている⁴。無保険者の割合は、1987年以降一時改善が見られたが概ね一貫して上昇し、不況期に上昇する傾向がある。また、2009年時点で民間保険・公的制度に加入しているのは国民の83.3%であり、雇用主提供システムの健康保険加入は55.8%である。雇用主提供の団体保険のウェートが高いことが解る（《図表2》）。

《図表2》健康保険の加入状況：1987年から2009年まで

(単位%)

年	全人口	民間健康保険/政府健康保険の対象者									無保険者
		合計	民間健康保険			政府健康保険			軍事関係制度		
			小計	雇用主ベース	個人加入	小計	メディケイド	メディケア			
2009	100.0	83.3	63.9	55.8	8.9	30.6	15.7	14.3	4.1	16.7	
2008	100.0	84.6	66.7	58.5	8.9	29.0	14.1	14.3	3.8	15.4	
2007	100.0	84.7	67.5	59.3	8.9	27.8	13.2	13.8	3.7	15.3	
2006	100.0	84.2	67.9	59.7	9.1	27.0	12.9	13.6	3.6	15.8	
2005	100.0	84.7	68.5	60.2	9.2	27.3	13.0	13.7	3.8	15.3	
2004	100.0	85.1	69.0	60.5	9.5	27.3	13.0	13.6	3.7	14.9	
2003	100.0	84.9	69.3	61.0	9.3	26.6	12.4	13.7	3.5	15.1	
2002	100.0	85.3	70.3	61.9	9.4	25.7	11.6	13.4	3.5	14.7	
2001	100.0	85.9	71.5	63.2	9.3	25.3	11.2	13.5	3.4	14.1	
2000	100.0	86.3	72.6	64.2	9.6	24.7	10.6	13.5	3.3	13.7	
1999	100.0	86.0	72.5	63.9	10.0	24.5	10.3	13.3	3.1	14.0	
1999	100.0	85.0	71.7	62.6	9.9	24.1	10.2	13.2	3.1	15.0	
1998	100.0	84.2	70.8	62.6	9.6	24.3	10.3	13.2	3.2	15.8	
1997	100.0	84.3	70.6	61.8	10.2	24.8	10.8	13.2	3.2	15.7	
1996	100.0	84.6	70.6	61.5	10.7	25.9	11.8	13.2	3.3	15.4	
1995	100.0	84.6	70.3	61.1	11.4	26.4	12.1	13.1	3.5	15.4	
1994	100.0	84.8	70.3	60.9	12.0	26.8	12.1	12.9	4.3	15.2	
1993	100.0	84.7	70.2	57.1	(NA)	26.4	12.2	12.7	3.7	15.3	
1992	100.0	85.0	70.7	57.9	(NA)	25.8	11.5	12.9	3.7	15.0	
1991	100.0	85.9	72.1	59.7	(NA)	25.4	10.7	13.1	3.9	14.1	
1990	100.0	86.1	73.2	60.4	(NA)	24.5	9.7	13.0	4.0	13.9	
1989	100.0	86.4	74.6	61.6	(NA)	23.3	8.6	12.8	4.0	13.6	
1988	100.0	86.6	74.7	61.9	(NA)	23.3	8.5	12.7	4.1	13.4	
1987	100.0	87.1	75.5	62.1	(NA)	23.3	8.4	12.6	4.4	12.9	

(出典) U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2010 Annual Social and Economic Supplements.

⁴ U.S. Census Bureau, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009", September 2010.

(2) 沿革

上述のヘルスケアファイナンスシステムの骨格は、歴史的に形成されてきた。その形成に繋がる出来事がいくつもあった。ここではその出来事を沿革的に説明する。ヘルスケアファイナンスの歴史を過不足無く説明しているのではないことをお断りしておく。

ヘルスケアファイナンスシステムの源流は、19世紀後半の職域を中心とする疾病基金(sickness fund)に遡ると主張されている⁵。工業化に伴って職域を中心に医療保障の需要に対応する仕組みができてきたのである。職域の医療保障は、企業内の共済的組織設立、労働組合で実施、民間保険会社から傷害疾病保険の購入などにより導入された⁶。これらの保険は、傷害事故、疾病罹患の際に、医療費に充てるための金銭給付、死亡時の埋葬金の給付を行った。工業化の急速な進展は、多くの州で雇用主の労働災害補償責任を認める労働災害補償法(Labor Compensation Act)の立法を促進した。労働災害補償問題の取組みの他に、1910年代に義務的健康保険の立法を求める運動がなされ、カルフォルニア州とニューヨーク州では、立法化へ若干の進展はあったものの結局は立法されなかった。

1929年 Justin Ford Kimball は、病院の支払記録を基に教員集団の保険料を計算し、テキサス州の Baylor University 病院での病院保険の事業を開始した。病院保険は、金銭給付ではなく、加入者が費用の前払いをして病院サービスを受けるものである。この1929年は、近代的健康保険が誕生した、画期的な年であると主張されている⁷。この病院をベースにする病院保険の成功は、Blue Cross プランとして全米に広がった。その後、医師ベースの Blue Shield と統合され、Blues と呼ばれるようになる。Blue Cross プランは、団体保険として運営され、地域料率方式(community rating)を採用することが一般的であった。多くの州は、Blue Cross を慈善的なコミュニティ機関として保険規制と課税の対象外とする立法を行った。また、雇用主が Blue Cross プランを採用することも増加し、Blues は健康保険市場における有力なプレーヤーとなっていった。

1929年は、Prepaid Group Practice が開始した年でもある。Prepaid Group Practice は、マネジドケア⁸の先駆者と評価される⁹。Group Practice とは、複数の専門医がグループ診療を実施する形態である。Prepaid とは、ヘルスケアプロバイダー¹⁰が事前に包括的に費用支払を受けて患者にヘルスケアサービスを提供する方式をいう。ロスアンゼルス市の Group Practice のひとつである Ross-Loos Clinic は、ロスアンゼルス市水道局の職員・家族200名を対象に、事前に包括的に費用支払を受けてヘルスケアサービスを提供する契約を締結した。これ以降、同様な Prepaid Group Practice が拡大した。

保険事業では、保険期間開始時に保険料を受領し、保険事故が発生してから保険金を支払うが、保険金支払の見積もりを誤って予想より多い保険金の額となっても支払うリスク負担を行っている。Blue

⁵ John E. Murray, "Origins of American Health Insurance: A History of Industrial Sickness Funds", 2007.

⁶ D. Andrew Austin and Thomas L. Hungerford, "The Market Structure of the Health Insurance Industry", in C. JENNER Ed., HEALTH INSURANCE INDUSTRY MARKET STRUCTURE: COVERAGE AND COST ISSUES BRENT, 2010.

⁷ Marshall W. Raffel et al. "The U.S. Health System: Origins and Functions", 5th Edition, 2002.

⁸ マネジドケアは多義的な意味で用いられる。ここでは、ヘルスケアのファイナンスとヘルスケアの供給を統合し、ヘルスケアに関する利用形態、コスト、および品質に関する総合的なマネジメントを実施する運営方法との意味で用いる。この定義は、BlueCross BlueShield Association の Healthcare Coverage Glossary (visited September 2, 2011)

<<http://www.bcbs.com/coverage/glossary>> に依った。

⁹ Michael A. Morrissey, "Health Insurance", 2008.

¹⁰ 本稿では、ヘルスケアのサービスを提供する者をヘルスケアプロバイダーと呼ぶことにする。診療所、病院、看護介護サービス提供機関などが含まれる。

Cross プランも Prepaid Group Practice も、ヘルスケアプロバイダー側が、加入者から包括的に費用の先払いを確定額として受けて加入者に対してその需要に応じてヘルスケアサービスを提供するものである。保険業務に類似する業務を含んでいると解することができる。これらの業務開始には、大恐慌による患者の減少へのヘルスケアプロバイダー側の対応策という側面もあった。

営利保険会社が、近代的な健康保険に本格的に参入したのは、Blue Cross の後である。それまでの職域を対象とした団体生命保険に、病院保険を付加する形式で健康保険事業を本格的に開始した。付加された病院保険は、病院の費用に関し保険加入者に金銭給付をするのではなく保険者が病院へ費用を支払う方式であり、病院サービスを提供する Blue Cross プランと同様に保険加入者に金銭給付を行わない方式であった。これ以来、健康保険市場で、Blues と営利保険会社は競争することになった。

1940 年代に雇用主提供の団体保険は、大きく発展した。その背景として、労働組合からの要求に雇用主が応えるようになったこともあるが、戦争時に賃金統制がなされたものの、健康保険を含む従業員福利厚生給付はその統制の対象外になったことも発展に大きく寄与した。また、1943 年アメリカ合衆国内国歳入庁 (The Internal Revenue Service: IRS、以下 IRS という。) は、雇用主が従業員のために支払った健康保険料は、従業員の所得ではなく、事業遂行に必要な経費であるとの判断を示した。これにより、税制上も雇用主提供システムは利点を得ることができた。

健康保険市場で Blues と競争する、営利保険会社は経験保険料率方式 (experience rating) を採用した。地域の平均的な支払費用に着目する地域保険料率方式とは異なり、経験保険料率方式は対象となるグループまたは個人の平均的な支払費用に着目して、保険料を決定する方式である。一般的な水準より健康的な企業の従業員・家族に対して経験保険料率方式を適用すると、より低い保険料とすることができ、競争上優位に立つことができる。1950 年代に Blues は地域保険料率方式を維持し、健康的な企業の従業員・家族より高いリスクの者まで広範囲に保険加入者を受け入れたが、営利保険会社と対抗して一部経験保険料率方式を導入した。

1950 年代には、雇用主が健康保険を従業員に提供するのが一般的になっていったが、他方で病院等の医療費が高騰していったので、保険料水準も高騰することになった。保険料水準の高騰は、低所得者と高齢者の保険加入を一層困難にした。このため、連邦議会は 1960 年に Kerr-Mills Act を可決し、大統領の署名を経て実施された。同法は、障害者、低所得者、および高齢者にヘルスケアサービスを提供する州のプログラムを連邦政府が支援することを内容としており、約 40 州で実施された。これが後のメディケイドになる。Kerr-Mills Act の州プログラムでは 2% の高齢者しか対象にならなかったため、1965 年ジョンソン政権は、連邦議会の協力を得て連邦制度としてメディケアを発足させた。メディケアは、65 歳以上の全国民を対象とする健康保険制度である。メディケアが強制的な病院保険部分と任意の医師診療保険部分となっていたため、民間健康保険の市場を奪ってしまうのではないかと懸念が出されたが、そもそも保険給付の方式は Blue Cross プランを参考に設計されたこともあり、Blue Cross がヘルスケアプロバイダーへの支払業務を引き受けバックオフィス業務を担当するなど、民間保険が公的制度の運営の担い手の一角になっていった。同年、メディケイドも発足した。メディケイドは、連邦法に基づき州が実施する低所得者向けの医療保障事業である。

高齢者を対象とするメディケアなどの、加入が強制される社会保険としての健康保険制度の発足は、

米国における社会的正義(Social Justice)の理念が実現した事例である。社会的正義とは、個人を超えたコミュニティにおける福祉を強調する。個人の市場での購入能力でなく、必要な需要に基づきヘルスケアサービスは提供されるべきであるとする考え方である。これに対し、市場的正義(Market Justice)の考え方も米国には根強く存在している。市場的正義の考え方では、ヘルスケアサービスは個人の意思と支払能力に基づき市場機能を用いて提供されるべきであるとする。個人の意思能力と自由な取引ができる市場機構を尊重すべきであるとする考え方である¹¹。政策・制度を創設改革する、様々な局面で市場的正義と社会的正義の2つの考え方が相克する底流が、この時期にも鮮明に現れている。公的制度と民間保険の混合は、この2つの考え方の相克を反映している。

1960年代後半のメディケア、メディケイドの発足後も、医療費の増加が続き、その増勢の抑制が必要になった。そのなかで、Health Maintenance Organization(HMO。以下HMOという。)に関心が高まった。HMOは、ある地域における任意に加入申込みをした加入者が事前に確定した掛け金を支払い、その加入者に対して総合的にヘルスケアサービスを提供するシステムである¹²。HMO加入者は、HMOに属するヘルスケアプロバイダーからのみヘルスケアサービスを受ける。初期のHMOでは、加入者は事前にあるヘルスケアプロバイダーに費用を前払いし、そのヘルスケアプロバイダーは実際の費用が加入者の支払った額を超えてもヘルスケアサービスを提供する方式だった。これは保険において支払う保険金総額が保険料総額を超えても保険金を支払う保険事業と同じ構造である¹³。その意味では、HMOは、ヘルスケアサービスの提供に関するリスクとファイナンシャルリスクを統合して引き受ける仕組みともいえる。1971年ニクソン政権はHMOの促進を表明し、その後1973年には連邦議会は、HMOの組織に補助金を与え、貸付・貸付保証を行う、Health Maintenance Organization Actを可決し、HMOは普及していった。営利保険会社は、HMO組織を傘下に収めるほか、同様の仕組みを実施していった。

1974年に企業年金給付の保護の必要性と従業員福祉制度の充実をはかるために、連邦議会が立法したEmployee Retirement Income Security Act(以下、ERISAという)は、雇用主提供システムの団体健康保険に大きな影響を与えた。ERISAは、雇用主が自家保険(self-insured)を実施することを認めた。ERISAは連邦法であるので、雇用主は健康保険を監督している州法の規制を逃れるとともに州政府が保険に課している保険料税も免れることができた。ひとつの州でなく全米規模で事業を展開している大企業は、全米共通の健康保険プランを実施しやすくなった。

1980年代には、HMOは普及していった。その実績から1990年代には政策当局は、HMOを、高騰を続ける医療費を制御する有効な手段と考えるようになった。HMOあるいはHMO組織は、厳しい制約を伴う、マネジドケア(managed care)と呼ばれる運営方式を採用した。例えば、HMO加入者はHMOに属するゲートキーパー¹⁴を通してからでないとヘルスケアサービスを受けられない、費用がか

¹¹ Leiyu Shi and Douglas A Singh, "Essentials of the US Health Care System", 2005.

¹² HMOには多義的な意味で一般に用いられる。ここでは、ある地域など限られた範囲で用いられるヘルスケアシステムのひとつとしての意味で用いる。

¹³ 保険監督者向けテキスト(Robert W. Klein, "A Regulator's Introduction to the Insurance Industry", 1999)は、ヘルスケアプロバイダーのグループが、その費用の補填・償還とリスク負担を行う契約をすることは、免許が必要な保険事業を実施することになると指摘している。

¹⁴ 門番の許可を得て施設に入ることに擬えて、ヘルスケアサービスを受けようとする時にヘルスケアプロバイダーを紹介し繋げる役割を果たす者をゲートキーパーと呼ぶことが多い。

かる治療にはセカンドオピニオンが必要である、HMO 組織の事前の承認なしに手術はできないなどの加入者にとって、保険料高騰の影響を軽くすることはできてもヘルスケアサービスの利用に厳しい条件が課された。HMO 加入者の激しい抵抗と世論の非難を受けることになり、その結果、利用できるヘルスケアプロバイダーの制約を緩和した Preferred Provider Organizations (PPO)などの方式が普及するようになった。

保険加入できないため必要なヘルスケアサービスが受けられない層を解消し、誰でも必要なヘルスケアサービスを受けられるようにする、universal access の問題は、1990 年代になっても大きな問題であった。クリントン政権は、連邦レベルでのヘルスケア大改革を進めたが、結局は挫折した。しかし、その後、連邦レベルと州レベルで漸進的に改革が次のとおり進められていった¹⁵。連邦レベルでは、連邦議会が次の連邦法を立法し改革が実施された。1996 年の The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)は、小規模団体保険に関して改革を行った。既往症を有する保険加入者には、加入後一定期間保険責任を負わない免責期間が設けられるが、その免責期間を短縮させた。病気になるリスクが高い健康状態の者には高い保険料率、そのリスクが低い者には低い保険料率にして、リスクに応じた保険料水準とするのが、民間保険が保険を引き受ける基本的な方法であるが、その格差を縮小させた。1997 年の Balanced Budget Act は、州が無保険の低所得者の子供に健康保険を提供するプログラム (State Children's Health Insurance Program :CHIP。以下 CHIP という。)に補助金を交付することとした。2002 年の Trade Act は、Health Coverage Tax Credit (以下 HCTC という)を創設した。この制度は、外国貿易のために失業した者と年金給付保証公社 (Pension Benefit Guaranty Corporation : PBGC) から年金を受給している 55 歳以上の者を対象に、健康保険の保険料の 80% (当初)を連邦政府が補助する制度である。運営主体は、連邦政府において税務を担当する IRS である。さらに、個人健康保険市場で既往症があるため等の理由で健康保険加入ができない個人のために、州政府が後で説明する high-risk pool を創設または拡張することに補助金を交付することとした。2009 年には、American Recovery and Reinvestment Act は、不況により失業し健康保険も喪失した失業者にも HCTC を拡大した。

保険事業を規制するのは、連邦政府でなく州政府である。州は、保険規制を通して健康保険へのアクセスを改善する取組みを行った¹⁶。そのひとつが、医学的に保険加入が困難な (medically uninsurable) 集団のために州が設立する非営利法人の high-risk pool である。非営利法人の high-risk pool は、消費者、健康保険者、保険庁で構成される理事会を有するのが一般的である。この集団は、既往症を有する者あるいは民間保険加入の保険料が極めて高い者である。非営利法人 high-risk pool は通常より高い保険料でこれらの集団を引き受けるが、赤字になりやすい。赤字分は、健康保険者から賦課金を徴収して充当するか、州の一般財源あるいはたばこ税などを充当する等の措置が取られた。なお、high-risk pool は、1970 年代から州レベルで開始されたが、先に述べたように 1990 年代に連邦政府から補助金が交付されるようになった。現在では約 3 分の 2 の 35 州に high-risk pool がある¹⁷。2010 年ヘルスケア改革

¹⁵ Congressional Research Service, "Health Reform and the 111th Congress", February 25, 2010.

¹⁶ Office of Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning & Evaluation, U.S. Department of Health & Human Services, "The Regulation of the Individual Health Insurance Market", Winter 2008.

¹⁷ Congressional Research Service, "Health Insurance: State High Risk Pools", January 26, 2011.

法では、high-risk pool の実績を踏まえ、既往症等のため無保険者となっている者のための、州による暫定的 high-risk pool が設立されることになった。

州の取組みとしてはいくつかあるが、ここではマサチューセッツ州とバーモント州の事例を紹介する。マサチューセッツ州の事例は、(i)individual mandate（十分な収入がある者に保険加入を義務づけ、収入に応じた補助金を支給）、(ii)雇用主に“pay or play”要件を課す（健康保険を従業員に付保しない雇用主から徴収した賦課金を無保険者の補助金に充当）、(iii)メディケイドの対象範囲の拡大、(iv)健康保険市場改革、(v)州が民間健康保険の給付内容に最低要件を設定などである。この改革のための財源は、メディケイドの財源の転用その他から捻出した。バーモント州の事例は、コスト抑制、ヘルスケアへのアクセス改善、ヘルスケアの品質改善を図る 35 以上のプログラムの実施であり、州が定める健康保険（Catamount Health と呼ばれる。Blues 等が販売）を、所得に応じた補助金を支給して 1 年以上無保険者等に加入するように働きかけた。州の改革の取組みは他の州例えばワシントン州、ハワイ州、テネシー州やオレゴン州でも実施された。しかし、これらの取組みは、財源不足等のために中断した。

2. 米国の健康保険者・健康保険市場の構造と特徴

上記の沿革を経て、成立した米国の健康保険者・健康保険市場の構造と特徴を整理すると、以下の 6 点を挙げるができる。

①公的制度と民間保険の関係

公的保険制度を補完する民間保険ではなく、民間保険は公的制度に組み込まれている。このため、民間保険の様々な基準・給付形式において公的制度による医療保障の強い影響を受けることになった。

②多様な健康保険者と多様なモデル

営利保険会社以外に、Blues と呼ばれる非営利組織があり、また HMO 組織も実施的に健康保険者として機能している。本稿では、これらの非営利組織まで含めて「健康保険者」と呼ぶことにする。

また、雇用主は健康保険者と団体保険契約を締結して従業員に健康保険を提供する場合もあるが、保険契約をせずに自家保険を実施している場合もある。雇用主の自家保険の業務代行を行う事業者も存在しており、Third Party Administrator (TPA。以下 TPA という。) ¹⁸と呼ばれている。雇用主は、自家保険の保険リスクを転嫁する再保険を購入することもある。また、ヘルスケアプロバイダー組織が、保険と同様のリスク負担を行うこともある。このように保険事業者と保険事業形態は極めて多様性に富んでいる。

③ヘルスケアプロバイダーとの交渉・ネットワーク構築と多様な償還方式

米国では、健康保険者は、保険加入者に金銭支払をするのではなく、ヘルスケアプロバイダーに金銭

¹⁸ Third Party Administrator (TPA) は、保険加入者を受取る、保険加入者を登録する、登録事項の変更をするなど管理業務を行う。自家保険だけでなく、HMO を含む健康保険者も利用している。Third Party Administrator (TPA) は、代理店・ブローカーのような保険募集は行わない。

を支払う形態が一般に受け入れられ発展してきた。健康保険者は、保険加入を勧めるためには、事前に保険加入者が利用するヘルスケアプロバイダーと予め様々な点で取り決めを行う必要がある。健康保険者は、多くのヘルスケアプロバイダーと契約してヘルスケアのネットワークと作り上げる。健康保険者がヘルスケアプロバイダーに支払うことは、支出を補填するために払い戻す償還（reimburse）と観念されている。すなわち、既にヘルスケアプロバイダーが支出した費用を、健康保険者が払い戻すというものである。その償還方式は、多様である。ヘルスケアプロバイダーが支出した費用項目のそれぞれを払う方法から予め費用項目をまとめて決めた方法により計算した額を支払う方法まで多様な償還方式がある。事前に包括的にすると、実際に支払われる額と取決めた額との差額が生じるリスクがある。《図表3》は、そのリスク負担と償還方式を模式化した一例である。《図表3》では、様々な償還方式があること、リスク負担者として左側に消費者、雇用主、健康保険者、公的制度があり、右側に医師、グループ診療、病院等のヘルスケアプロバイダーがあり、償還方式によってリスク負担が違っていることが示されている。《図表3》には、多様な償還方式のうち、出来高払¹⁹、P4P²⁰、episode of care ごとの支払²¹、および包括払²²を例示としてあげている。この償還方式を改革することにより、ヘルスケアサービスを提供する効率性・品質改善が実現できるとの期待に基づき、現在も様々な改革・変更が続けられている。

④3つに分かれる市場セグメント

引受の難易度と費用負担が市場セグメントを生じさせている。米国では、雇用主中心の大規模団体保険市場、小規模雇用主の団体保険市場と個人保険市場に分かれている。雇用主中心の大規模団体は、リスクが良好であり保険加入の手続の費用が他より少なく費用効率性が高い。小規模雇用主は大規模雇用主よりリスクは良くなく費用効率性は低い。個人市場は、リスクが他より高く、費用効率性も低いこと

《図表3》ヘルスケアサービス償還方式とリスク負担



(出典) Keith D. Moore and Dean C. Coddington, “Accountable Care: the journey begins”, healthcare financial management, August 2010 を元に作成。

¹⁹ 出来高払 Fee-for-service (FFS) は、外来診療、それぞれの治療など個々のヘルスケアサービスごとに償還する方式。

²⁰ P4P は、Pay-for-performance の略語。ヘルスプロバイダーが特定の品質に関するベンチマークを達成したかあるいは超えたかによって償還する方式。ベンチマークとその達成度の計測には様々なやり方がある。

²¹ 例えば一回の入院などある期間に提供されるヘルスケアサービス全体を単位とするやり方であり、通常の場合必要とされる期間を基に償還する方式。

²² ファイナンシャルリスクを伴う包括払(Global payment)とは、患者の月間あるいは年間における償還額を予め固定する償還方式。この方式では、医的処置が必要になることに伴うファイナンシャルリスクあるいは医的状態のマネジメントに伴うファイナンシャルリスクをヘルスケアプロバイダーが負担する。

を反映している。

⑤州別の健康保険者・健康保険市場と州による制御

保険規制は、連邦ではなく、州が所管する法制となっている。健康保険者・健康保険市場に関する保険規制監督の制度設計運営は、連邦ではなく州である。このため、州別に異なる歴史・実態・市場の特徴を反映して、ばらつきが大きい。

⑥連邦政府の関与と州・連邦政府間の緊張関係

メディケア、雇用主の自家保険などは連邦法に基づいて実施されている。健康保険者、健康保険市場は、州法に基づき規制監督されている。元々、米国は連邦と州の二元的関係があり、ヘルスケアシステムとその改革に際して両者の関係を調整する必要が生じる。1990年代のヘルスケア改革では州と連邦のそれぞれで改革が進められた。州はそれぞれの事情を反映し独自の改革を実施し、連邦が州に対して補助金を交付し協力したとの面もあるが、州の改革に競合する立法、補助金交付に際しての詳細な規則制定等の連邦政府の関与により緊張も生じた。

Ⅲ. 2010年ヘルスケア改革法に基づく新体制

1. 2010年ヘルスケア改革法成立に至る経緯

2008年の大統領選挙において、ヘルスケア改革は大きな争点だった。当選したオバマ大統領は、ホワイトハウスにヘルスケア改革のための組織を新設し、連邦議会との協議を精力的に進めた。失業によって健康保険を失う者も多くなる、経済的に困難な状況のなかで、ヘルスケア改革に国民は高い関心を示した。連邦議会においても、他の重要な案件と同じく上院・下院において多くの議案が提出された。激しい論争と抗争を経て、2010年3月に連邦議会はヘルスケア改革法案を可決し、大統領の署名を以て、2010年ヘルスケア改革法は成立した。2010年ヘルスケア改革法は、下院本会議で最初に可決されたヘルスケア改革法（H.R.3590）と、同法に関する財政的な均衡を図る措置等を盛り込んだ修正法（H.R.4872）との2つから構成される。

2010年ヘルスケア改革法は、正式には、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010（PPACA または ACA と略称される）である。同法は、法律の名称が語るとおり、患者の保護とヘルスケアの入手可能性を確保することが眼目である。しかし、連邦議会での法案可決に至る審議では、多くのことが問題とされた。議会審議での問題意識は、国民の15%以上が健康保険の給付を得ることができないこと、医療費支出が増加し続けていること、および国民総生産（GDP）の17%以上の支出にも拘わらずヘルスケアの質は国際比較で高くないことの三つであった²³。対応すべきことは、ヘルスケアサービスへのアクセスを保障するために、無保険者の減少・健康保険改革、医療費増加傾向の抑制（Bending the curve）およびヘルスケアの品質向上である。

²³ Congressional Research Service, “Health Care Reform: An Introduction”, August 31, 2009.

2. 2010年ヘルスケア改革法の内容

上記の問題意識と対応に現れているように、2010年ヘルスケア改革法は広範囲を扱っている。ここでは、2010年ヘルスケア改革法の要点を、Kaiser Family Foundation 作成の報告書である、“Summary of New Health Reform Law”²⁴から、本稿に関係する部分を中心に要約して示すことにする。

Kaiser Family Foundation 作成の報告書は、上記の問題意識の領域と同じく、健康保険の給付内容・対象者、ヘルスケアコストのコントロール、ヘルスケア提供システム改善の3つに焦点を当てている。

①健康保険の給付内容・対象者

ヘルスケアサービスへのアクセスを保障するために、無保険者の減少・健康保険改革に関して、当事者の義務を定め、連邦政府から補助金を支出し、既存の健康保険の引受方式・給付内容を規制し、無保険者の減少を実現する新たなシステムを全米で創設することになっている。

(A) 当事者の義務、公的制度拡大、補助金

a. 個人の保険加入義務 (individual mandate)

個人に保険加入を義務づける。保険加入しない者に罰則的課税を行う (“Play or pay” と呼ばれる、決められた条件通り実行するか罰金を支払うかのいずれかになるようにして実行を迫る方式)。

b. 雇用主の保険提供要件 (employer requirement)

雇用主に従業員への保険提供の義務を課してはいないが、決められた条件に合致する健康保険を従業員へ提供しない場合には、罰金が課される。従業員 200 名以上の大企業の従業員は、在職を条件に自動的に健康保険の加入者になる (但し、従業員は加入しない選択ができる)。

c. 公的制度の対象拡大 (expansion of public program)

メディケイドの対象者を拡大し (これまでの貧困認定水準を改定、子供・妊婦等も含める)、メディケイドの給付内容も後述の Exchange で提供される内容と同等にする。メディケイドの給付拡大に伴う、経費増加に対し連邦から州に補助金を交付する。

d. 個人の保険料負担への補助 (Premium and Cost-Sharing Subsidies to Individuals)

所得水準の低い者に対する、負担保険料の払い戻しと所得水準に比例する補助金の支給。雇用主提供の健康保険の加入者は対象にならないが、提供される保険の給付内容が低い場合と収入に対する保険料負担が高い場合には補助が受けられる。

e. 雇用主に対する補助 (Premium Subsidies to Employers)

従業員 25 名以下の小規模事業の雇用主に補助金を支給。

(B) 保険加入を可能にする Exchange の創設

a. Exchange の創設 (Health Insurance Exchange)

州ベースの American Health Benefit Exchange と Small Business Health Options Program (以下 SHOP という) を創設する。これらの Exchange は、州政府または非営利団体が管理

²⁴ Kaiser Family Foundation, “Summary of New Health Reform Law-Last Modified April 15, 2011”, (visited September 13, 2011) <<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>>.

し、個人と従業員 100 名以下の小規模事業主が保険購入できるようにする。Exchange は、州にひとつでも地域ごとの設立も、州合同の設立も可能である。2017 年からは、100 名超の事業主も SHOP Exchange を利用できるようになる。

Exchange の保険給付には、4 つの給付プラン（ブロンズ、シルバー、ゴールド、プラチナ）と個人加入者用の高額医療費プラン（Catastrophic plan）がある。これにより、保険給付の規格化・標準化を図る。

b. Exchange に参加する健康保険者の資格要件（Qualifications of participating health plans）

保険加入者にヘルスケアサービスを提供できる十分なヘルスケアプロバイダーとのネットワークの構築、保険加入のための援助（加入者の保険加入を支援する Navigator との契約など）、指定された保険申込書の使用、簡明な情報を提供する標準的仕様の加入者への説明等を実施すること。また、加入・非加入の実績、支払い拒否をしたヘルスケアプロバイダーからの請求、ネットワークヘルスケアプロバイダー以外のプロバイダー利用に関する方針等について情報公開すること。

c. Exchange の要件（Requirements of the exchange）

Exchange は、コールセンターを設置し、個人・雇用主の保険加入に関する手続（補助金受給等の具体的手続を含む）を定めること。Exchange は、連邦厚生省に財務報告書を提出し、監査を受けなければならない（2010 年ヘルスケア改革法は、連邦政府の会計検査院（GAO）に Exchange の事業執行・管理状況に関して調査研究することを規定しているが、その調査研究に応じる必要もある）。

d. 保険加入ができない低所得層に対する Basic health plan

Basic health plan とは、Exchange において保険料負担の補助があっても保険加入できない、所得水準の低い低所得者層に対して州が健康保険者またはヘルスケアヘルスケアプロバイダーと契約して、健康保険を提供するプランである。州政府は、連邦政府からの補助金を利用してこのプランを実施できる。

(C) 保険市場改革

a. 保険市場と保険料率の規則（Insurance market and rating rules）

保険契約の引受、契約の更新を保証すること。保険料率は、個人保険、小規模団体保険、Exchange のいずれの市場でも、保険料決定は、健康条件によらずに、年齢による保険料率区分（但し、保険料水準は 1 対 3 までの割合）、地域別・家族構成・喫煙による保険料率区分（但し、保険料水準は、1 対 1.5 までの割合）とする。個人保険、小規模団体保険、Exchange の市場においてリスク調整（risk adjustment）を実施する。

b. 連邦政府による健康保険の給付設計の関与（Benefit Design）

連邦厚生省は、健康保険の給付対象とする項目、ヘルスケアサービスの現価の 60% 以上となる水準等を定めた、Essential Benefits Package を制定し、Exchange の参加資格がある健康保険者は、個人市場、小規模団体市場、および Exchange においてこの内容を実施する。ただし、既

存の個人契約、雇用主提供の団体保険には適用されない（新法の適用を免除する祖父条項²⁵）。

c. 民間保険改革（Changes to Private Insurance）

(i) 既往症に基づく免責の禁止 (ii) 保険加入者に対するヘルスケアサービスの給付コストおよびヘルスケアの質の向上（health care quality improvement）に要したコストが保険料に占める割合である医療損害率（medical loss ratio）を、大規模団体保険は 85%、小規模団体・個人保険 80%とする。もし、この率を下まわった場合には翌年保険加入者に返戻する。州政府は、保険料水準の増加傾向を点検し、不当な増加と認めた場合には当該健康保険者を Exchange から排除する。(iii) 26 歳までの被扶養者を保険給付の対象にする。(iv) 新規に契約する健康保険では、生涯ならびに年間の給付限度額の設定、契約の中途解除、および推奨される予防サービスに関する加入者自己負担額の設定は禁止。(v) 新規の保険契約では、Exchange 以外の市場でも Exchange で提供されるプランのカテゴリーに従わなければならない。既存契約は、祖父条項でこの基準に従わなくてもよい。(vi) 小規模団体保険における一人あたり 2000 ドル、家族あたり 4000 ドルを超える免責金額の設定を禁止。(vii) 団体保険における待機日数は、90 日までを限度とし、それ以上は禁止。(viii) 保険料の大幅な引き上げ抑制のため健康保険者からの保険料引き上げ申請に対する州の厳格な審査と、州政府が厳格な審査を実施できるよう連邦政府から補助金を交付。

②ヘルスケアコストのコントロール

例えば、以下に述べる、コスト抑制策（Cost Containment）を実施する。(i) メディケイドにおける償還方式を変更する。独立委員会 Independent Payment Advisory Board を設置し、連邦議会に改革案を提出する。(ii) ヘルスケアプロバイダーが Accountable Care Organization (ACO。以下 ACO という。) を組織し、必要な品質水準に合致し費用を節約できたらその節約分の一部を受け取る方式を導入する。(iii) 連邦厚生省のメディケア担当部署である Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) にイノベーションセンターを設置し、品質改善と費用節減ができる償還方式の開発を進める。(iv) メディケイドでも後発薬利用促進等のコスト抑制策を実行する。

③ヘルスケア提供システム改善

例えば以下のような、予防給付の拡大を含む、提供されるヘルスケアの品質向上を図る政策を実施する。

a. Improving Quality/Health System Performance

メディケアにおいて、ヘルスケアサービスの向上と償還方式の改革を行う、各種プログラムの実行。メディケイドにおける、ヘルスケアサービスの向上と償還方式の改革を行う州の改革プログラムの支援。

²⁵ 祖父条項（grandfather clause）とは、新たな法令・法改正がなされても、成立・改正前に既に認められていた既得権は、改正・成立後も認める条項である。

b. Prevention/Wellness

(i) 全米戦略 (National strategy) の策定と実行。National Prevention, Health Promotion and Public Health Council を設立し、連邦で実施されている予防、健康増進、および公衆衛生活動を統合する。(ii) 予防サービス提供 (Coverage of preventive services) メディケアにおける予防サービスの自己負担の撤廃。

c. Long-term Care

任意加入の介護保険制度 (Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) program) を連邦制度として創設する。メディケイドにおいても新しい介護に関する試行プログラムを実施する。

以上が改革の内容の要点であるが、これらの実行には財源が必要である。財源は、節減と新たな財源の確保によって実現させようとしている。その主要なものは、メディケア、メディケイドなどの効率化による節減、高額保険 ("Cadillac" insurance policy) への課税、高所得者への社会保障税率の引上げ、健康保険者および製薬会社への賦課金、医療機器製造業者への課税等である。

3. 2010 年ヘルスケア改革法における州の役割：先行取組みと改革実施主体

2010 年ヘルスケア改革法は、1990 年代にクリントン政権の改革挫折後も続けられてきた連邦レベルの改革を発展させている面がある。また、2010 年ヘルスケア改革法は、先行する州の取組みを取り入れている面がある。

保険加入を可能にする Exchange の創設と運営主体は、州である。連邦は規則を制定し補助金を交付し、州は Exchange を運営する。この Exchange は、マサチューセッツ州の先行事例に倣ったものである。マサチューセッツ州では、2006 年に個人と小規模事業者を対象として、Commonwealth Health Insurance Connector と呼ばれる Exchange を創設した。Commonwealth Health Insurance Connector を管理運営する委員会が 参加する健康保険者を審査承認し、健康保険者は州が定める基準に合致した給付内容と保険料で販売する。販売する保険には、保障内容の選択肢がある。マサチューセッツの先行事例については、創設後 3 年経過して無保険者の減少を実現した点は成功したが、予想以上の費用が掛かっているとの評価がある²⁶。マサチューセッツ州の事例では、ヘルスケアサービスの品質向上とコスト抑制に取り組んでいるが、現在までその効果が現れていない。

4. 2010 年ヘルスケア改革法のインパクト

2010 年に成立した 2010 年ヘルスケア改革法は、その実施に長期間を見込み、順次実施していくことにしている。このため、上述した内容が実施されるまでかなりの時間がかかる。しかし、多くの実施事項は、2014 年からとなっている事項が多いので、実務上は 2014 年本格実施と、それまでの暫定実施期間と 2 段階で捉えている。

2014 年の本格実施となる時点で、前述のヘルスケアファインスの骨格にどのようなインパクトが生じ

²⁶ Kaiser Family Foundation, "Massachusetts Health Care Reform: Three Years Later", (visited September 13, 2011) <<http://www.kff.org/uninsured/7777.cfm>>.

うだろうか。ヘルスケアファイナンスシステムの骨格としてあげた、3つの点、すなわち、①団体保険中心、②雇用主提供システム、③低所得層・高齢者向け公的制度と民間保険の混合(mixture)は変化しなかった。変化したのは、④雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者の無保険者発生メカニズムである。

所得水準に関わりなく誰でもヘルスケアサービスを利用できる **universal access** を実現するため、一方で公的制度の対象者を拡大し、他方で任意に保険取引する健康保険市場にあり方を抜本的に変更し、無保険者発生を引き起こすメカニズムを変更させたのである。米国の民間健康保険は、全ての保険で個々の健康状態を基に保険引受の可否・条件を決めるのではなく、リスクの高い者も含めて保険引受を行っているので、社会保険的機能を部分的に果たしていると指摘されている²⁷。1990年代に漸進的に進められたヘルスケア改革は、民間保険に社会保険的要素を強化する動きと解釈することができる。2010年ヘルスケア改革法は、1990年代から続いている改革を進展させた面を持っている。具体的には、公的制度の対象を拡大する。個人の保険加入義務、雇用主の保険提供要件により保険加入を促進誘導する。保険加入の阻害要因となる、保険料負担と保険加入機会の欠如に関して、個人の保険料負担への補助および保険加入を可能にする **Exchange** の創設によって対応する。必要な保険の給付内容を確保するために、連邦政府による健康保険の給付設計の関与を行い、給付内容を標準化・単純化するなどの取組みである。いわば、民間保険を使って、社会保険的システムを実現しようとした取組みである。

今回のヘルスケア改革では、健康保険者・健康保険市場のコントロールに連邦政府が深く関与する体制へ移行し、州・連邦政府間の緊張も従来より強くなっている。米国の保険事業は、先述したように州が規制監督する法制となっている。健康保険も民間保険事業者は州政府が監督規制をしている。しかし、2010年ヘルスケア改革によって、連邦法は民間健康保険事業と民間健康保険市場の細部にまで介入することになった。保険料算出・給付内容の設計に対し厳格な連邦規制が実施されることになった。例えば、民間保険改革における、医療損害率 (**medical loss ratio**) の設定であり、26歳までの被扶養者の保険給付の対象化、新規に契約する健康保険の生涯ならびに年間の給付限度額の設定・契約の中途解除等の禁止措置である。これらは、保険加入者にとって大きな改善であるが、民間保険市場で保険事業者の事業活動に大きな制約になる。また、健康保険者は、保険契約の引受、契約の更新を保証すること、保険料率は、個人保険、小規模団体保険、**Exchange** のいずれの市場でも、健康条件によらずに、年齢による保険料率区分 (但し、保険料水準は1対3までの割合)、地域別・家族構成・喫煙による保険料率区分 (但し、保険料水準は、1対1.5までの割合) とすることが求められる。この規則は、リスクに見合った保険料設定と給付の設計を極めて困難にするものであり、保険事業に不可欠な危険選択が実質上機能停止することになる。健康保険の事業モデルは大幅に変更を迫られることになる。

雇用主提供システムは維持されたが、中期的には変容する可能性がある。既存の雇用主提供の健康保険は、その内容に変更がなければそのまま維持されるが、一旦変更されると祖父条項は適用されなくなる可能性がある。**Exchange** で補助金付きで提供される給付内容が、雇用主が提供する給付内容よりよ

²⁷ 中浜隆「アメリカの民間医療保険」(日本経済評論社、2006年)。

いならば、雇用主が健康保険提供を止める選択肢もありうるし²⁸、雇用主が健康保険を提供しないペナルティはそれほど高くないと予想されるため²⁹、現行体制に変化が生じる可能性がある。

IV. 健康保険市場の新しい動き：健康保険改革と Exchange 創設

1. 健康保険改革

2010年のヘルスケア改革は、無保険者の減少・健康保険改革、医療費増加傾向の抑制およびヘルスケアの品質向上の3つの問題領域に亘る広範なものであるが、そのなかで最も大きいのは、無保険者の減少・健康保険改革である。2010年のヘルスケア改革の無保険者の減少・健康保険改革も、連邦と州とがこれまで進めてきた取組みの蓄積の上に実施される。

無保険者の減少・健康保険改革は、民間保険市場・民間保険事業に関する統制・規制の改革と、個人・小規模事業における無保険者のための Exchange 創設の2つに分けて考えることができる。

民間保険市場・民間保険事業に関する統制・規制には、保険加入の保証、既往症の者に関する保険引受など様々ある。この統制・規制を要約すると、健康保険者に健康状態によらず保険を引き受ける、負担が可能な程度の保険料で保険を引き受けることを義務づけることである。健康保険者が保険加入者のリスクを判断し、保険引受の可否の判断および引受条件の設定を行うのは、危険選択と呼ばれる。健康保険では、医的危険選択 (medical underwriting) と称されている。

危険選択は、保険者の利益を確保するために行われる。保険者の利益のために、保険加入が拒否される、あるいは求める保障内容が得られないことが起きる。このため、保険者は批判・非難を受けることになる。確かにその側面があるが、危険選択は、保険加入者が負担できる保険料水準のリスクを引受けることが、その本質である。仮にリスクが高い場合には、それに見合う保険料が、保険加入者の支払能力を超えることが起きる。保険事業は、保険加入者の個々のリスクをプールし、大数の法則を用いて個々の保険加入者にとって予測できない偶然な事故に関し、プール全体の事故率・保険金支払額を確実に予測するようにして、保険給付を行う仕組みである。保険者はリスクを減少させたり消滅させることはできない。但し、健康保険の場合には、疾病予防などによって健康リスクを改善することが可能である。

2010年ヘルスケア改革法における民間保険市場・民間保険事業に関する統制・規制は、保険者の危険選択を禁止する内容が含まれている。厳格にこれらの統制・規制を実行するならば、これまで引受できないあるいは引受を制限してきた高いリスクの者を引き受けるため、全体の保険料水準の上昇は避けられない。従って、保険料負担に関する助成・補助が必要になる。現に、2010年ヘルスケア改革法では、個人の保険料負担への補助の規定を設けている。

²⁸ Buck Consultants, "Strategy update: Health care reform's impact on employer benefits", (visited September 13, 2011) <http://www.buckconsultants.com/buckconsultants/Portals/0/Documents/PUBLICATIONS/white_papers/WP_Health_and_Productivity/wp-insight-HCR-Impact-on-Rewards-Strategies.pdf>.

²⁹ Buck Consultants, "View Buck's Health Care Reform at a Glance, updated (May 13, 2011)", (visited September 13, 2011) <<http://www.buckconsultants.com/buckconsultants/spanidNavKnowspan/HotTopics/HealthCareReform/tabid/431/Default.aspx>>.

2. Exchange

(1) 狙いと解決すべき問題

2010年ヘルスケア改革法によって各州に Exchange が創設される。Exchange は、Exchange で扱われるべきと判断された適格な複数の保険給付プランが用意され、個人と小規模事業主が適格な複数の保険給付プランから選択して保険加入できるように支援する運営がなされる市場である。Exchange の運営主体は、個人の補助金受給の決定、および補助金受領資格のある者に代わって Exchange 参加健康保険者に補助金を支払う業務も行う。また、メディケイドや CHIP 等の受付も行う。

Exchange 創設の狙いは、これまでの任意の健康保険市場では保険加入できなかった個人と小規模事業の従業員等が保険加入できるようにすることである。そうすると、保険加入の障害になっている事柄を解決する必要がある。別の言葉で言えば、これまで保険加入ができなかった者が保険加入できる、保険市場が機能するように変更する必要がある。

保険市場が機能しない要因として挙げられるのが、情報の非対称性である。保険市場における情報の非対称性問題には3つある。ひとつは、保険についてよく知っている保険者に対して保険加入者はよく知らないという、情報劣位の消費者の問題である。従って、この能力不足を補い、情報劣位の消費者を支援するシステムが必要になる。もうひとつの問題が、逆選択の問題である。これは、保険加入者は自分のリスクを保険者よりよく知っており、保険料水準の決定などのためにリスクの状況を保険者は知る必要があるものの、保険者の側が情報劣位になっている問題である。3つめの問題は、モラルハザードの問題である。前述の情報の非対称性は保険加入時に生じるが、保険加入後も情報の非対称性の問題は発生する。保険加入者は、保険加入によって心理的に変化してリスクが変化してしまう問題である。例えば自動車保険の加入により安心して運転が乱暴になりリスクが高まるなどである。健康保険では、保険加入により疾病予防・回避の行動が減少してリスクが高まるなどがありうる。しかし、モラルハザードの問題より逆選択の問題が深刻であり、対策が重要との意見が健康保険業界でも一般的である³⁰。従って、逆選択の問題への対応が重要な問題点になっている。情報の非対称性の問題のうち、重要なのは、情報劣位の消費者の問題と逆選択の問題である。

情報劣位の消費者の問題に関する対応策としては、情報劣位の消費者を支援するシステムが必要になる。一般的には、情報劣位の保険加入者に対する保険募集が適正に実施されるように保険募集をする者を規制すること、および保険給付の内容・保険料を保険監督者が販売前に審査または認可することが行われる。Exchange では、Navigator program を導入することになっている。Navigator program は、保険加入者に情報宣伝活動をし、加入手続に関する情報を提供し、実際に加入手続も行い、苦情についても適切な担当に案内するとの役割を果たすプログラムである。また、Exchange では、保険給付内容はいくつかの種類に標準化・規格化され、保険加入者はそのなかから選択して保険加入する仕組みとしている。市場に提供される保険給付の内容は、予め審査されたものになる。

一般には、危険選択によって、逆選択となる高いリスクの保険加入者は引受拒絶される。しかし、Exchange はそのような者を引き受けるために設立されるのである。無保険者は、雇用主提供の保険加

³⁰ Steve Davis, "Inability to Disarm Exchange 'Assassin' May Leave Exchanges With Costly Enrollees (with Chart: Adverse Selection Tops Insurers' Exchange Concerns)", INSIDE HEALTH INSURANCE EXCHANGES, August 2001.

入者よりリスクが高く、所得が低い。リスクが高すぎて保険加入ができなかった無保険者が保険加入した保険集団は、平均よりリスクが遙かに高い者を多く受け入れることになってしまうため、逆選択に対処する仕組みが必要になる。このため、Risk adjustment、risk corridor、reinsurance が対応策として用意されている。Risk adjustment は、Exchange だけでなく、Exchange 外の市場である、個人保険市場、小規模団体保険市場でも実施される。連邦厚生省が州政府と協議して、その州内における健康保険者の保険数理的な健康保険リスクを計測し、低リスクの保険加入者を有する健康保険者から高リスクの保険加入者を有する健康保険者に保険給付の費用を移転する仕組みである。この仕組みは、健康保険者が、低リスクの保険加入者のみを引受け、高リスクの保険加入者を回避しようとするインセンティブを排除することを目的にしている。Risk corridor は、2014 年から 2016 年までの 3 年間実施される。健康保険事業に将来要するコスト予測値が最小に見積もっても 3%以上低い健康保険者が、連邦厚生省に節減できた費用を付託し、健康保険事業に将来要するコスト予測値が最小に見積もっても 3%以上高い健康保険者が費用の補填を受ける仕組みである。Reinsurance も 2014 年から 2016 年までの 3 年間実施される。州が非営利法人を設立し、その非営利法人が、個人保険市場における高リスク者を引き受ける健康保険者から再保険を受ける再保険業務を行う。その再保険業務を行う非営利法人に対して、州内の全ての健康保険者と雇用主と契約している TPA が拠出する仕組みである。

それぞれの対応する役割について、The Commonwealth Fund の報告書は、《図表 4》のとおり整理している³¹。どの方法で引き受けても、健康保険市場で取引されたリスクの総量は、予防措置などで軽減しない限り変わらない。保険はリスクをプールするだけで、リスクを消滅させることはできない。これらの対応策は、結局のところ、市場機能を一方で使い他方でその修正措置を施して、当事者のリスク負担を配分し直すことである。健康保険市場の当事者が時間をかけてプールの仕方を変更することを実行するだけである。健康保険市場を使ったが故に、強制的な社会保険では現れなかった問題が出てきているのである。

(2) 実施スケジュールと今後

Exchange は、2014 年から実施される。Exchange は、連邦政府の規則に基づき、州が実施する事業

《図表 4》3 つの R の関係

	時間軸	市場セグメント(祖父条項の保険を除く)	取組むリスクのタイプ	財源
Risk adjustment	永続	個人保険市場、小規模団体保険市場 (Exchangeの内外)	競合相手より高いリスクの患者をより多く引き受ける、低いリスクの患者をより少なく引き受ける	保険者間の財源の移転によりそれぞれの保険給付を均等にする
Risk corridor	3年間の移行期	個人保険市場、小規模団体保険市場	事業開始時の平均(または総額)のコストの不正確な見積もり	未定
Reinsurance	3年間の移行期	個人保険市場のみ(Exchangeの内外)	引受保証によって、高いリスクの加入者が加入する	200億ドルを、保険者と自家保険の管理を行う Third Party Administratorに課金

(出典) Mark A. Hall, “Risk Adjustment under the Affordable Care Act: A Guide for Federal and State Regulators”, May 2011, The Commonwealth Fund (Issue Brief).

³¹ Mark A. Hall, “Risk Adjustment under the Affordable Care Act: A Guide for Federal and State Regulators”, May 2011, The Commonwealth Fund (Issue Brief).

である。所管は連邦厚生省であるが、Exchange は新しい保険市場でもあるので、全米保険長官会議 (National Association of Insurance Commissioners : NAIC) と協議を進めている。全米保険長官会議 (NAIC) 側も準備を進め、モデル法の起草も行われている。2011 年 7 月には連邦厚生省から規則案が公表され、パブリックコメントが求められている。このように、連邦政府が、州が所管してきた保険規制・保険監督に深く介入することになっている状況が進展している。今後さらにその状況は深まると予想される。これについて州の実態に合わない、連邦主義が蔓延することとなるとして警戒する見方がある³²。

州の準備状況は、州の状況を反映して、全部の州が一斉に進展することではなく、区々様々な展開となっている。Exchange を実施するには、州政府が決定するだけでなく、州議会で立法する必要があるが、2011 年 8 月末現在 45 の州で法案が提出または成立している状況にある³³。Exchange を実施するに際して、先行例からの示唆と実績からの教訓を学べるにしても、Exchange の運営では、前述した問題点である市場機能を使って当事者のリスク負担を配分し直すという困難な問題を、時間をかけて解決する必要がある。また、各州においては、Exchange 以外の既存の健康保険市場自体にもかなりの問題を抱えている。2010 年ヘルスケア改革法が連邦レベルで実現しようとするには、かなりの困難を伴う。果たして、全ての州に運営する能力があるか疑問が残るところであり、前途は多難が予想される。

V. 健康保険市場の新しい動き：ACO モデルの創設

1. 2010 年ヘルスケア改革法の規定と ACO の概要

2010 年ヘルスケア改革法は、ACO (Accountable Care Organization) に関する規定を設けている。

ACO は、ヘルスケアプロバイダー主導の組織である。ある特定の地域において、医師のサービス診療グループ、病院、診療所等の広い範囲のヘルスケアプロバイダーが連携し、特定の患者集団に対してヘルスケアサービスを包括的に提供する。この組織は、メディケア・メディケイド、民間健康保険者等の支払側と契約し支払側に対してそのヘルスケアサービスの成果である Outcome について説明責任を負う。特定の患者集団に対してヘルスケアサービスを提供した成果である Outcome とヘルスケア費用の償還を連動させる。この ACO の形態は、電子カルテの利用などヘルスケアサービス提供側の改革に留まらず、ヘルスケアファイナンス側の償還方式の改革も含んだ形態となっている。

連邦厚生省が実施する ACO 計画は 2 つある。ひとつは、メディケイドの分野で CHIP プログラムに関し、2012 年から 2016 年にかけて実施される小児科 ACO 計画である。もうひとつは、2012 年から実施される、メディケア・メディケイドの分野で Shared Savings Program とセットとなった ACO 計画である。

2. 2010 年法に基づく ACO の実施方法

2012 年に実施されるメディケアに関する連邦政府の規則案が、2011 年 3 月 31 日に公表された。規

³² Gary Claxton, "Health Reform and Private Insurance", April 30, 2010, presentation at the conference "What's in There? The New Health Reform Law and Private Insurance", sponsored by Alliance for Health Reform (visited September 13, 2011) <http://www.allhealth.org/briefing_detail.asp?bi=183>.

³³ National Conference of State Legislatures, *Federal Health Reform: State Legislative Tracking Database* (visited September 13, 2011) <<http://www.ncsl.org/?TabId=22122>>.

則案では、ACO の要件を定めている。メディケアの ACO 計画に参画する ACO は、連邦政府と契約を結ぶ。連邦政府は Outcome を判断するベンチマークを示し、そのベンチマークとの比較により、償還がなされる仕組みが Shared Savings program である。ACO がベンチマークに対して節減を実現できたならば、その節減をシェアするのである。メディケアの ACO 計画では、ACO の普及促進のために ACO が連邦政府ではなく健康保険者と契約し、償還方式も柔軟な幅を設ける Pilot ACO も実施される。

3. ACO への高い関心・期待と多義性

ACO のコンセプトは、2010 年ヘルスケア改革法によって初めて提示されたのではない。ここ数年で急速に広まり関心も高まった。このコンセプトは、必ずしもメディケアとメディケイドの分野にかぎったものではない。ACO について、定義は様々存在している状況にある。

最近、ACO に関する雑誌記事、書籍が多く刊行され、セミナーも多く開催されている。また、ACO の先行事例を紹介する報告書も公表されている。American Hospital Association は、From Volume to Value: The Transition to Accountable Care Organizations と題する報告書で、4 つの先行事例を紹介している³⁴。Healthcare Financial Management Association が発行する雑誌では、ACO は、ヘルスケアの品質向上とコスト抑制とを実現する方法として、今後非常に有力になると高い評価をしている³⁵。

4. コスト抑制策としての期待

ACO には、ヘルスケアプロバイダーに品質向上とコスト効率向上のインセンティブが働く仕組みが内在している。その結果、コスト削減が実現できる可能性がある。2011 年 3 月 31 日に規則案を公表したニュースリリースで、連邦厚生省は、メディケア ACO 計画において 3 年間で 96 億ドルを節減できる可能性があるとして試算している³⁶。

メディケイドを運営する州も ACO に注目している。全米の州議会のシンクタンクである National Conference of State Legislatures (以下 NCSL という)は、ACO をコスト抑制策として明確に位置づけている³⁷。NCSL のセミナーでは、ACO の範囲と抑制の可能性について、《図表 5》のとおり説明がなされている³⁸。

5. 効果を上げるための条件と懐疑論

このような大きな期待がある一方、懐疑的な見方も存在する。すなわち、まだ十分にテストされていないし、成果があがるかどうかはこれからの問題だとの見方である。確かに、これまで多くのアイデアやコンセプトが提案されてきたが、必ずしも成果があがって長期的に実施されてきたものばかりではない。

³⁴ American Hospital Association, "From Volume to Value: The Transition to Accountable Care Organizations", April 2011.

³⁵ Keith D. Moore and Dean C. Coddington, "Accountable Care: the journey begins", healthcare financial management, August 2010.

³⁶ HealthCare.gov-Newsroom, "Accountable Care Organizations: Improving Care Coordination for People with Medicare", March 31, 2011 (visited August 22, 2011) <<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/accountablecare03312011a.html>>.

³⁷ National Conference of State Legislatures, "Accountable Care Organizations: Health Cost Containment and Efficiencies", NCSL Briefs for State Legislators No.5, May 2010.

³⁸ Barbara Yondorf, "Accountable Care Organizations", Presentation to NCSL Fall Forum December 10, 2010.

《図表5》ACOの範囲とコスト抑制の可能性

レベル	ACOに参加するプロバイダー	コスト節減の可能性
1	プライマリー医のグループ診療	予防、早期診断、ケアマネジメントによる節減、緊急医療の減少
2	上記に主要な専門医の参加	専門医の効率的利用
3	上記に病院の参加	複数の疾患・難病の患者のケアマネジメントの改善
4	上記に公衆衛生部門の参加	連携された、社会医療サービスの実施に依る節減

(出典) Barbara Yondorf, "Accountable Care Organizations", Presentation to NCSL Fall Forum December 10, 2010

American Hospital Association は、成果を上げるための条件についても報告書を公表している³⁹。ACO は、特定の患者集団の健康を管理し、品質と患者満足について計測できる改善に基づき⁴⁰ACO が支出した費用が償還される仕組みであり、その仕組みがうまく機能すればコストの節減も期待できると主張している。そのためには、ヘルスケアプロバイダー連携の範囲を適切な範囲とし、電子カルテなどインフラストラクチャーを整備し、部門・専門に閉じこもらず連携を図る組織文化を確立することが必要であるとしている。カルフォルニア州ではACOの先行実施があったが、なかには破綻した事例もあった⁴¹。ACOの組織は財政的に破綻するリスクを負担している側面がある。その意味では、組織運営が健全に運営するリスク管理上の組織能力が必要である。また、計測データを収集し、実績をあげるには、データ収集の整備、関係者が納得しその行動を変化させる具体的な計測手法、PDCA (Plan-Do-Check-Action)のサイクルを回す組織能力を備える必要もある。

6. 健康保険者の関わり

健康保険者の事業団体である America's Health Insurance Plans (AHIP)は、連邦厚生省の規則案に関して、健康保険者の関与をもっと強めるべきであると主張している⁴²。カルフォルニアの先行事例を分析した前出の報告書でも健康保険者の関与の重要性を指摘している⁴³。

一方、健康保険業界は、メディケイドのACO計画参画とメディケア関係の Pilot ACO に期待している⁴⁴。2014年にヘルスケア改革が本格実施されると、これまでの事業形態とは変わって社会保険的な市場での事業展開になる可能性を考慮して、新しいビジネスモデルを模索している健康保険者も出てきた。民間健康保険会社の Atena 社、Cigna 社等は、ACOモデルに注目し、ACOモデルを包摂した Solution を今後提供していくとしている。

³⁹ American Hospital Association, "Work Ahead: Activities and Costs to Develop Accountable Organization", April 2011.

⁴⁰ ACOが先行実践されたカルフォルニア州の経験についてサンフランシスコで専門家にインタビューをした際に計測の重要性を強調していた(2011年8月26日)。

⁴¹ Integrated Healthcare Association, "Accountable Care Organizations in California: Lessons for the National Debate on Delivery System Reform", 2010.

⁴² America's Health Insurance Plans, submitted comments to CMS on the impending ACO regulation, June 6, 2011 (visited August 22, 2011) <<http://www.ahipcoverage.com/wp-content/uploads/2011/06/AHIP-Letter-ACO-CMS.pdf>>.

⁴³ 前出注 41。

⁴⁴ Erin Trompeter and Susan Namovicz-Peat eds., "Health Plan Facts, Trends and Data: 2011-2012", 16th Edition, 2011.