

社会保険志向の米国ヘルスケア改革と 保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義 —保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—

目 次

- | | |
|--|--|
| I. 米国ヘルスケア改革における社会保険志向と
民間健康保険・健康保険市場改革 | IV. Exchange の現状と今後の展望 |
| II. ヘルスケア改革法における保険加入インター
ネットサイト Exchange の概要と導入経緯 | V. Exchange の拡大と保険加入システムの変革 |
| III. Exchange の特徴と実現の難しさ | VI. 米国医療保険制度改革の底流
—イノベーションへの期待と楽観主義 |

ファカルティフェロー 小林 篤

要 約

I. 米国ヘルスケア改革における社会保険志向と民間健康保険・健康保険市場改革

米国ヘルスケア改革では、民間健康保険と健康保険市場の改革を実施するとともに保険加入インターネットサイト“Exchange”が導入されている。“Exchange”は、社会保険的健康保険システムを任意市場・民間保険者を使って実現しようとする手段である。その意義とインターネットの情報技術を利用した保険加入システムの革新的実践の進展を取り上げる。

II. ヘルスケア改革法における保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要と導入経緯

“Exchange”は、個人がインターネットサイトで消費者が商品を選択して購入するのと同じように健康保険を選択して購入出来る仕組みである。米国ヘルスケア改革では、個人に保険加入の義務を課し、無保険者に加入の機会と保険引受を保証する“Exchange”を導入している。これは社会保険志向と理解出来る。保険業界は、個人の保険加入の義務を提案し、“Exchange”の導入を推進するなど、1990年代の改革反対の立場から推進の立場に変化した。

III. “Exchange”の特徴と実現の難しさ

“Exchange”の特徴は、消費者の選択、市場競争重視であり、この特徴は民間保険制度において不可避の逆選択問題を招来する。現行“Exchange”制度には、逆選択問題の障害を緩和する制度が導入されている。しかし、この制度は、逆選択問題の障害を緩和出来るものの、解決することは困難である。

IV. “Exchange”の現状と今後の展望

“Exchange”の運営主体は、州政府か連邦政府である。2014年から開始した“Exchange”の第一年度では800万人超が健康保険に加入した。“Exchange”は、情報提供の仕組みが充実し、従来保険業界では多様だった用語・説明文書の書式が共通化され、多くの人々がその仕組みと方式に慣れてくると予想されている。

V. “Exchange”の拡大と保険加入システムの変革

近年、政府が運営する“Exchange”に類似した private exchange の利用が大規模団体市場で進んでいる。その背景には、医療費コスト増大傾向に危機感を抱く大規模雇用主が、その解決策になりうると期待している状況がある。また、個人が選択して加入する“Exchange”の仕組みは、どの健康保険市場でも普及が予想され、保険加入システム変革の可能性が高い。

VI. 米国医療保険制度改革の底流—イノベーションへの期待と楽観主義

米国医療保険制度改革の底流に流れるものとして、イノベーションへの高い期待と将来への楽観主義がある。また、競争と選択、およびそれを実行する個人の自立を尊重する思考もある。

I. 米国ヘルスケア改革における社会保険志向と民間健康保険・健康保険市場改革

1. 米国の2010年ヘルスケア改革と民間健康保険・健康保険市場の特徴

(1) 米国の2010年ヘルスケア改革の主要事項と2014年に実施される主要事項

ヘルスケア改革法（Health Reform Act）は、2010年に成立した米国のヘルスケア改革を定めた法律である。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）の二つのサブシステムから成り立っている。同法は、この二つのサブシステム全般に関わる広範囲の改革を定めている。その範囲は、健康保険のみならず介護保険にまで及んでいる。

2010年ヘルスケア改革法は、正式には、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010（多くの場合、ACAと略称される。本稿でもACAと略記する。）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を目指して、①ヘルスケアサービスへのアクセスを保障し、無保険者を減少させること、②消費者（患者）保護を実現する民間健康保険改革、および③ヘルスケアの品質向上と医療費増加傾向の抑制（Bending the curve）の三つを主要事項としている。

米国連邦政府保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services(HHS)）は、この三つの主要事項を、第一にヘルスケアサービスへのアクセスを保障すること（Health Insurance Marketplaceによって無保険者を減少させる）、第二に新たな消費者（患者）保護を実現すること（従来の民間健康保険では不可欠とされた既往症は保険対象にはしない免責を禁止するとともに情報劣位の消費者の民間健康保険加入を支援する措置を導入する）、および第三にヘルスケアの品質向上と医療費増加傾向の抑制（無料の疾病予防サービス・高齢者の処方箋薬割引・ヘルスケアサービス関係の詐欺からの保護・小規模事業者への税額控除等によるヘルスケアの品質向上と医療費増加傾向の抑制）として説明している¹（図表1）。

¹ 米国連邦政府保健福祉省ホームページ、Key Features of the Affordable Care Act (visited Aug,24,2014) <<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/>>

《図表 1》2010 年ヘルスケア改革法の主要事項



(出典) 米国連邦政府保健福祉省ホームページ、Key Features of the Affordable Care Act (visited Aug,24,2014) <<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/>>

上記の主要事項三項目のうち、無保険者減少のための Health Insurance Marketplace の創設と民間健康保険の既往症免責の禁止などの消費者（患者）保護は、主としてヘルスケアファイナンスシステム、それも民間健康保険・健康保険市場に関わるものである。2010 年ヘルスケア改革では、民間健康保険・健康保険市場改革が極めて重要視されているのである。

2010 年立法のヘルスケア改革法は、数年の準備を経て、主要項目は 2014 年に実施の運びとなる。本稿は本格実施が開始される、2014 年 8 月時点の情報をもとに作成している。なお、2014 年 7 月に米国において民間健康保険・保険市場に関わるブローカー、研究者などに聞き取り調査を行った。本稿では、この聞き取り調査の情報も使用している²。

(2) 民間健康保険・健康保険市場の特徴

ACA で極めて重要視され改革の対象となった、民間健康保険・健康保険市場は、どのような特徴があるのだろうか。

概ね次の 4 点を指摘することが出来る。

①低所得層・高齢者向け公的制度と民間保険の混合（mixture）がある。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

² 複数の業界関係者の聞き取り調査に基づく記述の場合には業界関係者の聞き取り調査と表記し、個別の専門家の聞き取り調査による記述の場合には特定の専門家の聞き取り調査と表記することにする。

成している。その結果、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混合形態となっている。さらに、州政府が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出来る部門も含まれている。

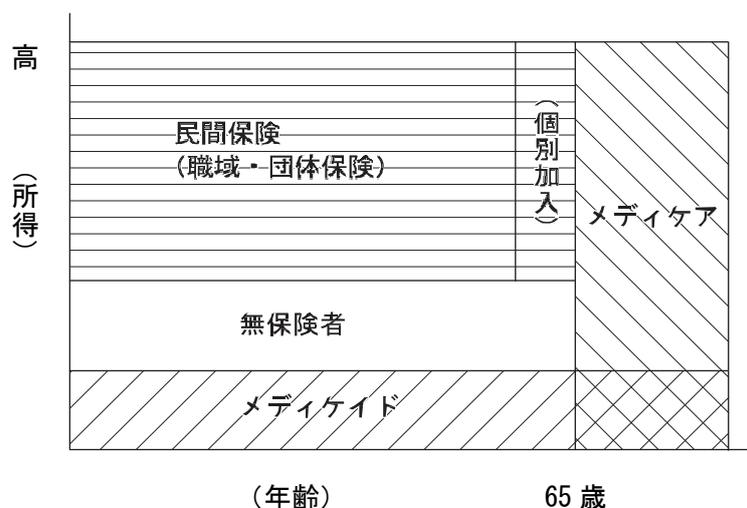
②民間健康保険市場では、個人加入よりも団体加入が主流であること。例えば、雇用主が従業員全体を一つの団体として健康保険者と団体契約を締結し、団体全体の保険料を支払う場合に、個々の加入者ごとのリスクを積み上げて団体全体の保険料を一括して支払う。この団体加入の方式では地域で加入する場合もあるが、雇用主が従業員とその家族を対象として（さらには退職者も含めて）団体保険を提供する雇用主提供システムが主流になっている。この団体加入方式は、個人加入に比較して保険加入の手続きも容易であり、ファイナンスシステムとしても効率性が高い。ただし、小規模事業主が利用する健康保険は、この団体加入方式ではなく、個人加入方式に近い団体加入になる。

③健康保険市場には、個人加入市場（nongroup）、小規模団体市場（small group）、大規模団体市場（large group）の三つのセグメントがある。

④健康保険市場で健康保険を購入できず、公的制度の対象とならない者は無保険者になってしまうメカニズムがある。雇用主提供システム・公的制度の対象とならない者は、個人として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。例えば、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。このため、これらの人々は無保険者となってしまうのである。

これらを図示したのが、図表2である。

《図表2》米国の健康保険の対象者と市場（概念図）



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

2. 民間健康保険・健康保険市場改革の社会保険志向

(1) ACAにおける無保険者を減少させる取組

上述のように、公的な医療保障制度であるメディケア、メディケイドの対象にならず、民間健康保険に個人加入・団体加入できない者は、無保険者になってしまう。この無保険者を減少させるために、ACAは、第一にメディケイドの対象者を拡大する、第二に一方で個人に健康保険加入義務を課す（加入義務は、Individual Mandate と称されている）とともに、他方で保険加入を保証するため従来にない加入システム・促進策を実施している。従来にない加入システムが前述の Health Insurance Marketplace（Exchange と称されることもある）とする取組を定めている。

第二の取組では、保険加入義務がある個人またはその家族は、インターネットサイトである Health Insurance Marketplace または Exchange³で、健康保険商品を選択して加入することが出来る。原則として州政府が保険加入インターネットサイト“Exchange”を運営する。加入促進策として、個人またはその家族の保険料負担能力を考慮して、補助金支給等の財政支援も行われる。

《BOX.1》メディケイドの拡張と補助金支給基準の設定

1. メディケイド (Medicaid)

メディケイドは、州政府が運営する、低所得世帯、高齢者、妊婦、障害者、子供（州によってはその他の成人も対象になる）に対して医療保障を提供する制度。公的医療保障と理解されている。メディケイドは、州の運営であるが、連邦政府は運営資金の一部を提供し、この制度のガイドラインを制定するなど、大きく関与している。州は、自己の裁量で制度内容を決定出来る（制度の名称も自由に決められる）ため、各州のメディケイドは多様であり、大きな差がある。

2. 中低所得層が継続的に健康保険を確保するための政策：メディケイドの拡張と補助金支給

2010年ヘルスケア改革では、もともと中低所得層が継続的に健康保険を確保することを目的として、メディケイドを拡張し、併せて保険料負担に対する補助金を支給することが検討された。このため、拡張の範囲を決める基準も補助金を支給する基準も、同じく連邦貧困レベル（Federal Poverty Level (FPL)）が使用される。FPLは、連邦政府保健福祉省が基準数値を毎年公表している、所得水準を計る基準である。FPLの数値は、様々な支給者の資格の判定に使用されている。

FPLに基づき、メディケイドの拡張における対象者の範囲と“Exchange”における補助金支給対象者の範囲が決められる。

3. 2014年の基準値と対象者数

2014年に実施されるメディケイドの拡張に関する基準は、FPL138%以下の世帯または個人である。メディケイドの拡張後に、メディケイドと子供向け健康保険プログラム Children's Health Insurance Program (CHIP) 対象者数は、2014年8月現在 66,112,314人になっている (DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, Centers for Medicare & Medicaid Services, “Medicaid & CHIP: June 2014 Monthly Applications, Eligibility Determinations and Enrollment Report,” August 8, 2014)。

³ 本稿では、以下“Exchange”との用語を使用する。

(2) 民間健康保険の補償内容への規制の目的と結果：既往症問題への取組

ACAにおける民間健康保険・健康保険市場改革では、健康保険に関する無保険者の減少という加入者拡大だけでなく、“Exchange”内外で取引される民間健康保険の補償内容・給付内容を規制することも重要となっている。

補償内容・給付内容の規制には、「見せかけの保険(“sham insurance”）」とならないように“Exchange”内外で取引される民間健康保険の補償内容・給付内容は外来、入院、処方箋調剤薬などの「必須保険給付(essential health benefits)」をACAで具体的に定める⁴こともあるが、保険加入時に既往症(Pre-existing conditions)を有する者の加入拒否、既往症があることが判明した場合に既往症に関わる保険給付の免責禁止などの既往症問題への取組も含まれている。米国においても日本においても、また諸外国においても、任意加入の民間健康保険では既往症を有する者の保険加入はできない、既往症に関する保険給付は行わないことが一般的である。

(3) 民間健康保険者による健康保険市場で社会保険的健康保険実施の志向

保険加入を強制し、給付内容を法定し、既往症も対象にする保険システムは、民間の健康保険では通常はないが、社会保険制度を採る健康保険では一般的である。日本の公的健康保険制度も社会保険の一例とされている。その意味で、ACAは社会保険的健康保険の志向を内包していると理解出来る。

社会保険として健康保険制度を設ける目的は、医療サービスへのアクセスを保障するためである。米国においても、医療サービスへのアクセスは深刻かつ重要な政策課題であり続けてきた。この政策課題は、Universal Coverage (Universal Health Coverageとも言われる。以下UCという。)の問題である。ハーバード大学のMINISTERIAL LEADERSHIP IN HEALTHのサイトでは、UCとは、人々が少額の負担で金銭負担の障害なしに必要なヘルスケアサービスを受けられることと定義し、次の三つの要件があるとしている⁵。①ヘルスケアサービスは、主要な疾病の治療を含む規制された給付であること、②金銭負担の障害は、治療を受けるときに患者が自己負担する額であること、③地域、ヘルスケア提供機関などの非金銭的障害がないこと。また、UCを実現する方法・システムは、多様であり、当該国の経済、社会、政治状況に依存するとも指摘している。UCの必要性に関しては、ヘルスケアサービスを受けられる機会の増大は疾病予防と財政負担・緊急医療の低下につながることで、健康状態の改善は生産性向上をもたらすこと、健康状態・社会経済状態の格差是正に効果があることを主張している。ハーバード大学のMINISTERIAL LEADERSHIP IN HEALTHのサイトのUCの定義は、世界保健機関(World Health Organization, WHO)の、次の定義に沿っている⁶。①ヘルスサービスへのアクセスの衡平性(金銭の支払能力がある者のみだけでなく、必要とする者にサービスが提供されること)、②健康状態を改善出来るヘルスサービスの品質、③人々がヘルスサービスを得るために、金銭負担が極度の忍耐や努力を必要とするような耐えがたいほどの困難(financial hardship)に陥るリスクを避ける、金銭的リスクか

⁴ 42 U.S. Code § 18022(2010) - Essential health benefits requirements.

⁵ MINISTERIAL BRIEF - TALKING POINTS FOR MINISTERS; Key Steps towards Achieving Universal Coverage (visited Sep. 1, 2014)

<http://www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2012/10/Universal-Coverage-Brief_10_1-12>

⁶ WHOのホームページ What is universal coverage? (visited Sep. 1, 2014)

<http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/>

らの保護。

UC を実施するための財政方式としては、大別すると租税を財源とする税方式と健康保険を使う保険方式とがある。米国では、既に低所得者と高齢者に関して税方式を主体とする、メディケイドとメディケアの公的医療保障制度がある。UC が実現されていない、無保険者に対しては税方式ではなく、保険方式を主体に、その実現を図ろうとしている。ACA におけるヘルスケア改革は、健康保険の国民皆保険を実現したものではないが、保険方式が主体である（無保険者の減少のために公的医療保障制度であるメディケイドの拡充も採用している）。ACA のヘルスケア改革で保険方式の進展は、「誕生から引退までの期間、入手可能な健康保険にアクセス出来る、ユニバーサルに近い保証 (a near-universal guarantee of access)」を実現したと評価されており⁷、UC 実現の道程における画期的な改革と言える。2010 年ヘルスケア改革は、単純な税制方式か保険方式かの選択の問題ではなく、多くの複合的な要素を含み、米国の実情を反映した独特のものである。ACA のヘルスケア改革は、『『米国型』国民皆保険制度とでもいえる、独特の制度として位置づけられよう』とする見解があるのは自然なことである⁸。

この見解は、ACA の affordable を皆保険への接近と捉えた見方である。ACA の affordable を本稿では、保険加入を強制し、給付内容を法定⁹し、既往症も対象にする保険システムを志向している点に着目して、社会保険への志向をすることと捉えている。ACA のユニバーサルへの接近という同一モメンタムを違う視点で理解している。本稿は、民間健康保険事業のメカニズムに即して米国のヘルスケア改革を理解するので、社会保険志向と考えた。

なお、何が社会保険か、社会保険であるというべき要件は何かなど多くの議論がある¹⁰。また、社会保険に関する保険原理や保険システム類型論についても深い考察がなされている¹¹。しかし、本稿ではそこまで立ち入らず、さしあたり保険加入を強制し、給付内容を法定し、既往症も対象にする保険システムを社会保険とし、健康保険事業のメカニズムに関しても米国の健康保険事業を理解するのに必要な程度の議論とする。

また、日本では社会保険制度の保険者は、国あるいは公的法人だが、諸外国では民間保険者の場合もある。しかし、例えばオランダでは既に民間健康保険者が社会保険の担い手になっている。ただし、社会保険として運営するには、民間保険事業のメカニズムに介入し修正する措置を導入する必要がある。オランダでは、民間保険事業のメカニズムに介入し修正する「規制された競争 (regulated competition)」が実施されている。米国の 2010 年ヘルスケア改革においては、民間健康保険者が社会保険志向の健康保険を扱い、社会保険志向の保険市場で事業展開している。このため、米国の ACA にも、オランダと類似の仕組みが導入されている。

⁷ Sara Rosenbaum, "The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice," *Public Health Reports*, 2011 Jan-Feb; 126(1): 130-135.

⁸ 天野拓「オバマの医療改革：国民皆保険制度への苦闘」（勁草書房、2013 年）p.ii.

⁹ ACA は、個人に対して Minimum Essential Coverage に相当する保険等の加入を求め、“Exchange”で提供される健康保険に給付内容の必須条件を定めている。

¹⁰ 例えば、笠木映里「医療・年金の運営方式—社会保険方式と税方式」日本社会保障法学会編『新・講座社会保障法第 1 巻 これからの医療と年金』（法律文化社、2012 年）。

¹¹ 例えば、岡村国和「保険をめぐる共同体と相互扶助」石田重森編著『保険学のフロンティア』（慶應義塾大学出版会、2008 年）

3. 保険加入インターネットサイト“Exchange”の導入の意味

2010年ヘルスケア改革で重要な役割を期待された、保険加入インターネットサイト“Exchange”は、その導入時にシステム上多くのトラブルが発生し、政党間対立の政治文脈のなかで、大きな政治問題になった。日本でも世界的にも多くの報道がなされ、関心が高まった。

しかし、“Exchange”の導入は、政治文脈以上の意味がある。もともと、“Exchange”は、個人加入者の無保険者加入促進策として導入されたものである。基本的には個人加入なのである。従って、団体加入を旨とする雇用主提供システムとは直接関係はない。にもかかわらず、雇用主、健康保険者およびブローカーはこの仕組みを展開して団体加入の現行システムを大きく変更させ、個人が競争的市場で選択する消費者主権的システムへ展開していく動きを見せている。つまり、インターネットの情報技術を使用した革新的実践はまだその姿ははっきりとはしないが、保険加入システムの大きな変革につながる可能性が示唆されている状況にある。

4. 本稿の問題設定と構成

以上のことから、本稿では保険加入インターネットサイト“Exchange”の導入を中心として、民間保険事業の視点から、2010年ヘルスケア改革の主要な課題とその解決策、ならびに実施状況・見通しを整理し、社会保険的健康保険を任意市場・民間保険者を使ってどのように実現しようとしているのか、およびインターネットの情報技術を使用した保険加入システムの革新的実践はどの程度進展しているかという問題を取り上げる。

本稿の構成は以下の通りである。第II章（ヘルスケア改革法における保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要と導入経緯）では、“Exchange”の仕組み、導入の経緯、社会保険化の必要性を概観する。第III章（“Exchange”の特徴と実現の難しさ）では、消費者の選択、市場競争重視などの“Exchange”の特徴を確認し、民間保険制度において不可避の逆選択問題に取り組み、社会保険化するための対策を、オランダの類似制度と比較して制度設計の難しさを理解する。第IV章（“Exchange”の現状と今後の展望）では、“Exchange”の運営主体の実施状況、参加当事者の動向および今後の見通しを取り上げる。第V章（“Exchange”の拡大と保険加入システムの変革）では、近年その活用が始まったprivate exchangeの経緯・展開・今後の見通しを整理し、保険加入システムの変革の可能性を検討する。最後の第VI章（米国医療保険制度改革の底流－イノベーションへの期待と楽観主義）では、第V章までの内容を踏まえて、米国医療保険制度改革の底流に流れるものを抽出する。

II. ヘルスケア改革法における保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要と導入経緯

1. 保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要

(1) 個人加入の保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要

①個人が健康保険を比較選択して加入するインターネットサイト

保険加入インターネットサイト“Exchange”は、健康保険に既存の方法では加入できなかった者が、インターネットサイトに開設された市場（Marketplace）で、消費者が通常の買い物をするように、健康保険を比較選択して加入する仕組みである。ACAでは、American Health Benefit Exchangeと命名

されている¹²。Exchange との表現の他に、Marketplace との表現も使用されている。米国連邦政府において“Exchange”を担当するのは、連邦政府保健福祉省の Centers for Medicare & Medicaid Services（メディケア・メディケイド サービスセンタ、以下 CMS という）である。CMS のホームページでは、“What does Marketplace health insurance cover?” との表現も用いられている¹³。

“Exchange”は、雇用主が提供する団体加入の健康保険と異なり、個人が選択して加入するものである。また、保険募集コストが低廉に出来るインターネットサイトを利用しているのは、対人での保険募集のコストが大きいことを考慮していると考えられる。ACA では保険料を低廉化するために保険料に占める事業費の割合を原則 80%と定め、それを超える場合には健康保険者は加入者に超過分を返還することを定めている（《BOX.2》MLR Requirement 参照）。募集コストを最小化する方法として、技術革新が著しいインターネットサイトの利用に期待がかかっているのである。

《BOX.2》MLR Requirement

1. 基本的な考え方

Medical Loss Ratio (MLR) は、健康保険者が健康保険加入者に対して提供する価値を確保するために、ACA が健康保険者に要求した基準。米国連邦政府は、次のように説明している。もし、収めた保険料 1 ドルに付き健康保険者が 80 セントを加入者の医療費請求の支払と提供されるヘルスケアの改善に使用するならば、残り 20 セントは健康保険者のマーケティング活動、利益、給与、一般管理費および代理店手数料に使用されることになる ([https://www.healthcare.gov/glossary/medical-loss-ratio-MLR/](https://www.healthcare.gov/glossary/medical-loss-ratio-mlr/))。

この考え方では、個々の健康保険契約の比率ではなく、健康保険者の全体の収支が問題とされることになる。

連邦議会の考え方としては、健康保険者に対してその支出に関してより透明性と説明責任を向上すること、およびそれによりヘルスケアコストの低下に寄与することを求めていると指摘されている (Suzanne M. Kirchoff and Janemarie Mulvey, “Medical Loss Ratio Requirements Under the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): Issues for Congress,” Congressional Research Service, September 18, 2012.)

2. 計算方法・比率および還付

ACA が定める MLR の計算方法は以下のとおりである。

分子は、医療費請求の支払 (Medical Claims) + ヘルスケア品質改善費用 (Quality Improvement Expenditures)。分母は、計算期間に経過した保険料－税金・登録規制関係費用である。

この計算方式は、保険業界で伝統的に用いられてきた損害率 (Loss Ratio) 計算方式とは異なる。伝統的な考え方では、分子は医療費請求の支払 (Medical Claims) であり、分母は、保険料である。ヘルスケア品質改善費用と税金・登録規制関係費用が加減される点が異なる。

¹² 42 U.S. Code § 18031(2010) - Affordable choices of health benefit plans.

¹³ CMS のホームページ (visited Aug. 27, 2014) <<http://marketplace.cms.gov/index.html>>.

税金は連邦税・州税であり、登録規制は州政府が行っているため、ACA が連邦政府保健福祉省に細目の決定を委任しても、税務当局、州政府の規則制定適用によって異なることが生じる。

ACA が定める比率は市場ごとに異なり、個人市場と小規模団体市場では 80%、大規模団体市場では 85% である。この比率が未達の場合に、健康保険者は保険加入者に対して、その比率までの金額を還付 (rebate) しなければならない。

3. 適用健康保険者の範囲、健康保険者の収支状況および適用除外

MLR Requirement が適用される健康保険者は、営利非営利を問わず事業として健康保険事業を営む (full-funded) 健康保険者であり、雇用主が実施している自家保険的健康保険事業は対象にならない。

会計検査院 (政府監査院) (Government Accountability Office, GAO) が 2006 年から 2009 年のデータを基に推計した結果では、保険業界で伝統的に使用されてきた損害率は基準値を超えているが、州ごとにまた健康保険市場間と健康保険者間で大きな差がある (GAO, *"PRIVATE HEALTH INSURANCE: Early Experiences Implementing New Medical Loss Ratio Requirements,"* July 2011.)

特別の事情がある州では、この要件の適用除外・緩和が認められる。

4. 州別保険規制との関係

健康保険者は、州政府の保険庁により規制されている (ただし、規制対象事業者の範囲、方法は各州によって異なる)。ACA による MLR Requirement は、連邦法による州別規制への介入になる。

健康保険事業に関して、既に州政府は健康保険事業者に対して営業保険料を保険庁に届け出る規制をし、そして最低損害率を達成するように規制をしてきた。約半数の州では、個人保険市場における最低損害率規制を実施し、小規模団体保険市場についても概ね 20 州が同様の規制を実施している。州規制の基準値と ACA の MLR requirements には幾つか異なる点がある。例えば、MLR requirements は、事後的に (ex post) 保険料調整をする方法だけでなく、事前に基準を定める (ex ante) 方法も採用していること、州保険庁の基準は、60% から 75% 程度であるのに対して、MLR requirements は、80% と 85% であることなどである (Scott E. Harrington, *"Medical Loss Ratio Regulation under the Affordable Care Act,"* Inquiry, Spring 2013.)

② 加入資格と支援制度

米国内に居住する米国市民は加入資格がある (刑務所に収監されている者は除く)。ただし、メディケア、メディケイド、The Children's Health Insurance Program (CHIP) などの公的医療保障の対象者は、保険加入者とされるので、保険加入インターネットサイト "Exchange" を利用できない。

ACA の正式名称にある affordable は、一般に深刻な不都合なしにあるものを入手出来る手段があるという意味であり¹⁴、保険事業・保険規制では保険加入者が支払可能な保険料で保険を購入出来る意味

¹⁴ Webster's New World Dictionary, Fifth Edition, 2014.

である。ACAは、支払可能な保険料とするべく、加入資格者に税額控除(tax credit)¹⁵と補助金支給という支援制度を設けている。

③加入保証：従来の健康保険市場にあった健康保険者による加入拒否なし

加入資格者が保険料支払い能力を得て保険加入申込みをしようとする際に、健康保険者が加入拒否することは禁止されている。これは、健康保険者が保険引受を保証する、Guaranteed Issue と呼ばれている問題である。“Exchange”に参加する健康保険者は、保険加入者の既往症などの健康状態、年齢、性別および将来医療サービス利用がどの程度になるかに関するその他の要因に拘わらず、健康保険を引き受けなければならない。この保険引受保証は、新規に加入する場合も保険を継続する（通常契約更新（renewal）と呼ばれる。以下契約更新という。）場合にも適用される。

④加入手続き期間と保険期間

保険加入インターネットサイト“Exchange”では、保険加入手続きは随時行うことはできない。加入手続き期間（Open Enrollment Period）が決められている。原則として加入手続き期間が終了した後に、健康保険が有効になる保険期間が開始する。保険期間（Benefit year）は1年間である。個人加入の手続きが必要であるが、個人別の保険期間ではなく、全員一律の保険期間となっている。全員一律の保険期間とする加入形態は、先述した雇用主が従業員全体を一つの団体として健康保険者と団体契約を締結する方法と同様である。個別の随時加入方法では、低い事業費を実現できないという事情があると考えられる。

2014年保険期間開始分については、加入手続き期間は2013年10月1日から2014年3月31日であった。2015年保険期間開始分については、2014年11月15日から2015年2月15日までが予定されている。保険期間開始はそれぞれ2014年1月1日、2015年1月1日であるが、手続きに関して猶予期間が設けられている。

⑤保険給付の内容

“Exchange”で販売される健康保険は、ACAで具体的に定められた必須保険給付（essential health benefits）の基準を満たしたものかそれ以上の給付内容でなければならない。

この必須保険給付すなわち最低限度の必要不可欠な給付内容は、①外来医療（Ambulatory patient services）、②緊急医療（Emergency services）、③入院医療（Hospitalization）、④妊娠および新生児医療（Maternity and newborn care）、⑤精神医療とアルコール依存、薬物依存・乱用などの物質使用障害関係の医療サービス（Mental health and substance use disorder services）、⑥処方箋調剤薬（Prescription drugs）、⑦リハビリテーション（Rehabilitative and habilitative services and devices）、⑧臨床検査サービス（Laboratory services）、⑨疾病予防・ウェルネスサービスおよび慢性疾患管理（Preventive and wellness services and chronic disease management）、⑩小児医療（歯科・眼科を含

¹⁵ ACAの税額控除（tax credit）は、税務申告に際して与えられるだけでなく、例えば“Exchange”の加入者のなかには納付申告すべき課税所得がない者も税額控除額が支払われ、また納付申告の前に支払われることもある。

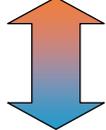
む) (Pediatric services, including oral and vision care) である。

⑥比較し選択出来る仕組み：metal level の設定と其中での比較選択

消費者が市場で販売される多様な商品群から選択して購入するように、“Exchange” で販売される健康保険 (Marketplace health plan と呼ばれる) も多くの商品群が用意される。Marketplace health plan は上記の必須保険給付かそれ以上の保険給付を行うが、補償金額、医療費のうち加入者が自己負担する額・割合、および利用可能な医療機関の範囲 (どの医療機関も利用出来る場合は、限られた医療機関のみが利用出来る場合よりも保険料は高額になる) によって健康保険は多様な種類となる。この多くの商品群がリンゴとミカンでなくリンゴとリンゴで比較出来るように Marketplace health plan のカテゴリーを設けている。カテゴリーは、オリンピックのメダルのような金 (ゴールド)、銀 (シルバー)、銅 (ブロンズ) さらにプラチナも設けている。一般にこのカテゴリーは metal level と呼ばれる。このカテゴリーは、保険料負担額と補償内容を基に区分されている。すなわち、カテゴリーのレベルである metal level は、加入者が支払うであろう平均的な医療費総額に関して健康保険で支払われる額と加入者の負担額 (保険給付される金額まで自己負担する額 (deductible) や保険給付額のうち、加入者が一定率・一定額を負担する自己負担額) の比率を基に決めており、加入者が負担する額が小さければ保険料負担額が大きく、逆に加入者が負担する額が大きければ保険料負担額は小さくなる関係がある (図表 3)。ただし、自己負担額には上限が設けられている。また、シルバープラン加入の場合、条件を満たせば補助金が給付される。保険加入者は同一 metal level 内の健康保険を比較して選択した健康保険を購入することになる。

このカテゴリーの他に、独立の歯科補償プラン (stand-alone dental plan)、高額費用補償プラン (Catastrophic plan) も選択肢になっている。

《図表 3》 Marketplace health plan のカテゴリー：メタルレベル

タイプ	平均の医療費総額に対する 健康保険の支払分(%) =保険数理上の給付割合	平均の医療費総額に対する 消費者の支払分(%) =加入者の平均負担額割合	高保険料、 低自己負担  低保険料、 高自己負担
プラチナ	90%	10%	
ゴールド	80%	20%	
シルバー	70%	30%	
ブロンズ	60%	40%	

(出典) <http://www.ConnectTheDotsUSA.com>

(注) 保険数理上の保険給付割合 (Actuarial Value) とは、保険加入者集団の平均的な医療費支出に関して健康保険者が保険給付の対象としているかを示す指標。同じ保険数理上の保険給付割合でも、個々の健康保険の保険料・保険給付内容は必ずしも同じではなく、異なることが一般的である。

(2) 保険加入インターネットサイト“Exchange”の運営主体と機能

① “Exchange”の運営主体・運営形態

保険加入インターネットサイト“Exchange”の運営主体は、州政府である。連邦政府は、州政府を支援・協力する体制となっている。

“Exchange”の運営形態には、三つの類型がある。一つは、州単独 (State-run)、二つ目は連邦・州パートナーシップ (State/Federal Partnership)、三つ目は連邦推進 (Federally Facilitated) である。運営形態には、これ以外に後に述べる SHOP と併設するかしないかの選択肢もある。

② 小規模事業の無保険者従業員のための SHOP Exchange

上記では ACA が創設した個人加入の“Exchange”について説明したが、ACA は SHOP Exchange (Small Business Health Options Program) も創設している。SHOP Exchange が創設される背景には、小規模雇用主の従業員の多くは、従業員自身が個人加入する以外は無保険者となっているという現実がある。大規模雇用主とは異なり、小規模雇用主の約半数しか従業員に医療保障を提供しておらず、2000 年代初めからその割合は低下しており、提供しない理由として保険料支払いの余裕がないなどがあげられている¹⁶。

SHOP Exchange は、小規模団体 (small group) 市場において個人加入の“Exchange”で提供される健康保険を小規模雇用主の従業員が加入出来るよう支援することを目的としている。SHOP Exchange の運営も州政府が行う。州政府は、“Exchange”と SHOP Exchange とを別々にするか統合するかを決めることが出来る。

ACA は SHOP Exchange の主旨・目的を規定するだけで、実際の運営細目は連邦政府保健福祉省長官が決めることになっている¹⁷。連邦政府保健福祉省の CMS は、2014 年に実施される SHOP Exchange は、常勤換算従業員 (full-time-equivalent employees) 50 名以下の小規模雇用主を対象にしており、常勤換算従業員 25 名未満で平均賃金が 5 万ドル以下の場合には税額控除が受けられると発表している¹⁸。

SHOP Exchange では、小規模雇用主が健康保険加入に関する経験・理解が十分でないことを考慮して、代理店・ブローカーを利用することを推奨し、また小規模雇用主を支援出来るよう特別に訓練した個人・組織を Navigator として支援しさらにコールセンターも設けるなどの措置も講じている。多くの州では、従業員の 70% を加入させることを必要条件としている。また、雇用主本人も加入することが出来る。

③ “Exchange”の多くの機能

無保険者の減少を実現するためにメディケアの対象者を拡大しているので、“Exchange”の加入者が拡大したメディケアの対象者に該当するかを判断する必要がある。“Exchange”には、この機能も備えられている。

また、保険加入者は健康保険についてよく知らない場合が多い。特に初めて健康保険に加入する場合

¹⁶ Michael A. Morrissey, “Health insurance,” 2nd edition, (Health Administration Press, 2014), pp.316-317.

¹⁷ 42 U.S. Code § 18031(2010) - Affordable choices of health benefit plans.

¹⁸ CMS のホームページ、(visited Aug.28, 2014) <<https://www.healthcare.gov/what-is-the-shop-marketplace/>>.

は情報も経験もほとんどない。一方、健康保険を販売する健康保険者側は熟知している。いわゆる情報の非対称性問題がある。このため、その情報の非対称性を緩和し、加入者を支援する仕組みを“Exchange”では設けている。先述した Navigator、コールセンターなどはその例である。連邦政府は、保険加入者を啓発支援する、以下の制度を設けている。すなわち、連邦政府の資金を使用して、“Exchange”の認知を向上させ、加入者の加入資格を確認するなどの個人加入者を支援する Navigator、州政府の資金によって（連邦政府は助成金を交付）個人加入者を対面で支援する In-Person Assister (IPA)、およびメディケイドなどの公的医療保障制度について相談に応ずる Certified Application Counselor (CAC) などである。これらの制度が今後実際に機能するようになるかについて 2014 年 7 月の現地での聞き取り調査で尋ねたところ、ある程度は実際に使えるようになるとの見通しを持っているとのことであった。

2. “Exchange” 導入の経緯と健康保険業界

(1) “Exchange” の先行事例と individual mandate の受け皿

保険加入インターネットサイト “Exchange” には、その前例がある。インターネットベースで健康保険を販売する大手事業者である、eHealthInsurance 社は 1997 年に創業し、2006 年には Nasdaq に上場している。同社は、個人・家族を中心に全米に事業展開し、現在 400 万人が加入しているとしている¹⁹。

このような事業者の事業方法は、無保険者の加入促進を図るために運営する “Exchange” にそのまま応用することは出来ない。同社の顧客層はインターネットを自発的に使用して加入しようとする、おそらく疾病リスクの低い者が多いと推定出来る。“Exchange” の加入者は、同社の顧客層とは異なる。顧客層の違いよりも重要なのは、逆選択 (Adverse selection) の問題である。同社は、自社のホームページで、逆選択を「それぞれの健康保険商品において保険料水準が予定している疾病リスクよりも高いという経験を持つ加入者群が新規に契約を申込みあるいは契約更新する傾向をいう。逆選択の傾向が増大すると、保険会社は費用が増加し保険料を引き上げなければならなくなる。」と説明している²⁰。一般に保険会社は、販売する保険商品で設定している保険料水準と保険引受基準に合致している加入者のみを引き受け、合致しない加入希望者は引き受けない。この活動は、危険選択と呼ばれている。逆選択は、保険会社ではなく、保険加入者が保険会社を選択していると見えるから命名されたと言われている。保険会社にとって危険選択が不可欠な理由は、事業収支を悪化させ、保険料水準を加入者が支払たくない水準まで引き上げざるを得ない状況を回避するためである。これは一見事業運営の損得に関する問題のようにみえるが、保険事業では製造業と異なり製品に使用する部品の原価低減や流通業の仕入れ商品の低価格化を実現する、原価低減は困難であるという事業特性がある。保険事業では、引き受けた保険リスクを低下あるいは消滅させることはできない。換言すれば、技術革新または取引方法の改善による原価低減に大きく期待することは困難である。なぜなら、保険事業では大数の法則を使った、顧客のリスクをプールして、事業の収支を安定化することを行っているだけであり、原価の大きな部分を構成する顧客のリスクは、保険者が引き受けた後に技術革新による低下も特殊な改善も出来ないからである。

¹⁹ eHealthInsurance のホームページ (visited Aug. 28, 2014) <<https://www.ehealthinsurance.com/about-ehealth/our-story>>.

²⁰ eHealthInsurance のホームページ (visited Aug. 28, 2014) <<https://www.ehealthinsurance.com/ehi/NewGlossaryHelp.ds?entry=faqId=HGLA; categoryId=HGL1-1-12; entryId=1&redirect>>.

全ての加入者を引き受ける、公的医療保険、公的年金保険などの社会保険制度では、危険選択も逆選択も生ずることはないのは、加入強制があるからである。社会保険では、加入するかしないかの選択はない（日本の公的な労働者災害補償保険制度では、事業を開始した雇用主は国と労働者災害補償保険の保険関係が成立する仕組みとなっており、加入の意思は関係しない例もある）。このように、全ての者が加入出来る保険制度とするには、加入しない者を原則認めない、強制加入の措置が実施されている。その理由は、加入強制しないと低リスク・高リスク両方が加入しないからである。高リスク者のみでは高リスクの水準の保険料となり保険事業運営が困難になる。高リスク者のみの集団では、支払可能な保険料の設定は事実上不可能である。保険料収入総額と保険給付総額とを均衡させなければならないとする収支相等原則は、任意加入の民間保険事業でも強制加入の社会保険事業でも変わらない（ただし、社会保険事業に税金を投入して収支相等にしている事例もある。例えば、日本の国民健康保険はその一例である。税金投入によって収支は均衡する。）。任意加入の民間保険事業では、保険加入者の保険料負担とリスクが釣り合わせる、給付反対給付均衡の原則がある。疾病リスクの高い者は高い保険料負担、低い者は低い保険料負担となる仕組みである。社会保険ではこの原則は適用されず、保険給付の必要性に基づいて、多くの場合リスクと関係なく（例えば、加入者の給与・報酬に応じた保険料、あるいは一律保険料）保険料を負担する。給付・反対給付均衡の原則を適用しないことは、低リスク・高保険料の加入者から高リスク・低保険料の加入者に保険集団内部で移転が行われていることを意味する。多くの場合、保険集団内部での移転は意識されない。しかし、これが社会保険システムを実現し維持するには不可欠の条件であることは、極めて重要である。McPakeらは、強制加入と保険集団内部での移転のメカニズムが必要であることを次のように説明している²¹。加入強制によって、低リスク者が加入しないあるいは脱退することを回避でき、その結果社会的に保険給付の必要性が高い集団がヘルスケアサービスを受けることが出来る。

無保険者を対象に健康保険加入を促進する“Exchange”では、一方で健康保険者に健康保険引受を義務づけているが、他方で個人に健康保険加入義務を課す Individual Mandate がある。この Individual Mandate が不可欠である理由は、上記の保険事業の特性に起因する。

既往症の保険加入者に対して保険金支払をしない、既往症免責の禁止の問題も、上記の保険事業の特性に関係する。既往症免責は、逆選択を軽減する保険者の手段である。既往症免責を法律で禁止しても、既往症に関する保険リスクは変化しないし、逆選択の傾向も変化しない。既往症免責の禁止が実際に機能するには、保険事業のメカニズムに即した補完的な措置が必要とされるのである。Individual Mandate は、その軽減措置の一部である。Individual Mandate のもとでは、既往症を自覚する高リスク者もそうでない低リスク者もともに加入するようになるはずである。そうすれば、収支相等の原則が実現でき、既往症免責の禁止が実際に機能することが期待出来る。

（２）2010年ヘルスケア改革と健康保険業界の態度

連邦レベルでのヘルスケア改革は、1990年代クリントン政権によって推進されたが、成就しなかった。健康保険業界はこの改革に反対した。現在、健康保険業界の業界団体 America's Health Insurance Plans

²¹ Barbara McPake, Charles Normand and Samantha Smith, “Health Economics: An international perspective,” 3rd edition, (Routledge, 2013), p.216.

(AHIP) の前身の一つである Health Insurance Association of America (HIAA) は、キッチンでハリーとルイーズという夫婦がヘルスケア改革に関して疑念・懸念を表明する TV スポット広告を 1993 年と 1994 年に大々的に展開し、政界の議論の動向に大きな影響を与えた。Harry and Louise campaign という、この政治広告は、広告業界でも商業広告を超える力を発揮したと評される位のインパクトを与えた²²。

1990 年代のヘルスケア改革に反対しその不首尾に成功した健康保険業界は、従来と同じように政治的に関与はした。2010 年ヘルスケア改革では健康保険・健康保険市場改革が重要なテーマであり、多くの規制強化がなされた（《BOX.3》健康保険・健康保険市場改革と規制実施状況）。保険業界にとって厳しい規制を導入するヘルスケア改革であるが、健康保険業界はその方向性を支持した。2008 年 12 月にヘルスケア改革に関する声明を発表し、AHIP が実施した全米各地の草の根的傾聴運動“Campaign for an American Solution”における国民の意見を踏まえて 3 年間かけて検討した結果、ヘルスケア改革は、ユニバーサルな保険制度、ヘルスケアコスト増大の抑制、医療サービスの質の改善を達成すべきであると提案した²³。この提案は、2010 年ヘルスケア改革の方向性と一致する。

草の根的傾聴運動“Campaign for an American Solution”の報告書²⁴は、その表紙に次の結論を引用形式で表記している。「私は、各方面の努力が結合して、UC (universal health care coverage) が実現すると信じる。市場競争とイノベーションが医療を継続的に改善させ、我々の生活水準の向上に寄与する。現在のシステムは崩壊している。私は、全ての米国民は支払能力に関係なくヘルスケアが入手可能になるべきと信じる。私は、ヘルスケアは基本的人権であると考え。ヘルスケア問題は、どこか一つの産業が問題解決の責任を負う問題ではなく、本来万人共通の問題である。」

さらに、2009 年 8 月に AHIP は、議会が保険業界に要求した、既往症免責の禁止および既往症の有無、健康状態、性別に拘わらず健康保険引受、契約更新を保証することを受け入れたのだから、民主党共和党が団結して改革法を成立させることを求める旨の声明を発表している²⁵。

《BOX.3》健康保険・健康保険市場改革と規制実施状況

ACA は健康保険・健康保険市場改革のために規制を定めた。その規制は多岐に亘るが、2014 年現在、例えば以下の規制が実施されている。これらは、従来の健康保険規制より保険者に厳しい内容となっている。

a. Guaranteed availability and renewability

健康保険者は、個人保険市場および小規模保険市場において、加入者の健康状態、職業その他のリスク要因に拘わらず、保険引受および契約更新を保証する。

²² Rance Crain, “Clinton-Era ‘Harry and Louise’ Campaign Was Harbinger of Today’s Health-Care Mess: Spots Also a Testament to Power of Political Advertising” (visited Aug. 28, 2014)

<<http://adage.com/article/rance-crain/clinton-era-ads-harbinger-today-s-health-care-mess/245312/>>

²³ AHIP Press Releases, “Health Plans Offer Comprehensive Reform Proposal,” December 3, 2008.

²⁴ AHIP, “The Campaign for an American Solution: A Report of the Nationwide Listening Tour,” November 2008 (visited Sep. 1, 2014) <<http://www.ahipcoverage.com/wp-content/uploads/2011/01/cfasnationwidelisteningtourreport.pdf>>

²⁵ AHIP Press Releases, “Statement on Health Insurance Reform,” August 11, 2009.

b. Benefit Design: Essential Health Benefits and Actuarial Value

“Exchange”で販売される健康保険は、ACAで具体的に定められた必須保険給付（essential health benefits）の基準を満たしたものかそれ以上の給付内容でなければならない。連邦政府保健福祉省は、“Exchange”における健康保険の給付対象とする項目・内容に関する規則を制定する。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に從わなければならない。ACAは、保険数理上の保険給付割合（Actuarial Value）を基に、メタルレベルと呼ばれる、ブロンズ・シルバー・ゴールド・プラチナに区分して、健康保険を区分して提供するように定めている。

c. Pre-Existing Condition Exclusions

保険事業規制および“Exchange”の運営主体である州は、ACAが定めるPre-Existing Condition Exclusionsの規定に從って、2014年から健康保険者に対して既往症に基づく免責を禁止する規制を行う。なお、既にこの禁止規定を実施していた州も多くある。

d. Medical Loss Ratio (MLR) Requirement

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。

e. Wellness Program

従業員の健康増進のためのWellness Programはヘルスケアの質の向上のために実施されるプログラムの一つである。1996年成立のHealth Insurance Portability and Accountability (HIPPA)法に基づき、雇用主が提供する団体健康保険において団体健康保険に加入している従業員の健康指標の改善に基づき、保険料の割引・返戻を認める規則が1997年に施行され、その後対象従業員の差別とならないように改正が加えられた。ACAは、保険料の割引・返戻の割合を拡大した。

f. Premium rating and rate review

保険料算定方法の規制（Premium rating and rate review）は、従来州政府の保険庁が独自に定めていたが、ACAは、連邦レベルで保険料率は、個人保険市場、小規模団体保険、および“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、地域別・家族構成・喫煙による保険料率区分に限定する規制を導入した。保険料の調整は、家族構成、年齢、喫煙の要素によって変化するが、その幅は、地域別に限定した範囲となる。

(3) “public option”の回避とindividual mandateの提案実現

AHIPは、既往症免責の禁止および既往症の有無、健康状態、性別に拘わらず健康保険引受、契約更新を保証することを受け入れたが、受け入れの条件をつけた。条件とは、前述のindividual mandateである。AHIPは、2008年11月の声明で既往症免責の禁止と健康保険引受・契約更新の保証は、全ての個人に健康保険加入義務が要請される場合に限られ、また中間層の個人の保険料負担の支援措置および健康保険加入者が拡大することによって疾病リスクが広く分散されることは、個人保険市場における

保険料水準の安定および保険加入者が支払可能な保険料で保険を購入出来る状況の持続に貢献するとしている²⁶。この主張は、individual mandate を必要とする、保険事業の特性を反映していると考えられる。

AHIP は、2010 年ヘルスケア改革において公的部門が健康保険市場を占有することを懸念し、public と private のパートナーシップを求めて活動した。その結果、州政府が連邦政府の支援によって設立される“Exchange”（public と見ることが出来る）で民間健康保険者が規格化された健康保険を販売する（private と見ることが出来る）を実現した。連邦議会における ACA の審議課程で出された、政府運営の健康保険制度の創設あるいは民間保険と政府運営保険の併存・競争の提案（“public option” と呼ばれる）は、AHIP にとって公的部門が健康保険市場を占有することになりかねない。AHIP は、許容できない public option に反対し議会で葬ることに成功した。何百万ドルの政治献金が功を奏したとも報道されている²⁷。

AHIP の動きには、民間保険市場を守るという面があるが、国民の要求の動向とその変化が今後の健康保険市場動向に影響を与える方向を展望している面もある。例えば、2013 年には会員向けに“America’s Health Insurance Plans - Enhancing the Consumer Experience with Health Plans” と題するフォーラムを各地で開催し、次のように今後の方向性を説いている。2010 年ヘルスケア改革後の健康保険市場を展望すると、ホールセール（Business to Business (B2B)）モデルからリテールの Business to consumer (B2C) モデルへ移行する動きがある。リテールすなわち消費者中心の“retail health care”は、医療サービス提供システムでも健康保険を含むファイナンスシステムをダイナミックに変貌させている。retail health care の分野には、2010 年ヘルスケア改革で個人健康保険市場が拡大したことに伴い従来に勝る大きな可能性があり、健康保険者が情報通信技術等を活用する戦略を実行して消費者に接近出来る初めての機会でもある²⁸。

1990 年代にクリントン政権でヘルスケア改革を担当した研究者への聞き取り調査で、1990 年代のヘルスケア改革に反対し自己の市場を守った健康保険業界は、2010 年ヘルスケア改革では変化の方向性を見て賭けにでているように見えるがどうかとの質問に対して、確かに健康保険業界は賭けにでている、しかし業界の内部は大手の健康保険者と中小健康保険者とでは温度差があり、大手健康保険者に主導されているとの見解であった。

Ⅲ. “Exchange” の特徴と実現の難しさ

1. “Exchange” の特徴

(1) サービス提供体制の整備

①健康保険者等の資格条件

「個人加入の保険加入インターネットサイト“Exchange”の概要」の項では、主として加入者の視

²⁶ AHIP Press Releases, “Health Plans Propose Guaranteed Coverage for Pre-Existing Conditions and Individual Coverage Mandate,” November 19, 2008

²⁷ Map Light - Money and Politics のホームページ, “Public Option Dies in Senate While Health Industry Money Flows,” December 14, 2009. (visited Aug. 29, 2014)

<http://maplight.org/public_option_dies_in_senate_while_health_industry_money_flows>.

²⁸ AHIP ホームページ, “America’s Health Insurance Plans - Enhancing the Consumer Experience with Health Plans” (visited May 10, 2013) <ahip.org/Conferences/ConsumerExperienceForum>

点で概要を説明したが、供給者側である健康保険者その他サービス提供者側の提供体制が整って初めて“Exchange”のシステムが円滑運用出来る。“Exchange”の特徴を、提供体制の整備から取り上げてみよう。まず、サービス提供者である健康保険者、健康保険加入になれていない加入者を支援する者には、いくつかの資格条件がつけられている²⁹。この資格要件を充足した、健康保険を提供する健康保険者（ACAでは、health insurance issuersと称する）は、適格健康保険者（Qualified Health Plan。以下、QHPという。）となる。具体的には、継続的に“Exchange”の基準を遵守し、“Exchange”が認証した健康保険を販売し、州政府から保険事業免許を得ているなどの安定した基盤を有し、人種等に関する差別的な運営をしないことなどが、“Exchange”への参加要件とされている³⁰。また、前述したように、Navigatorなどの支援措置が講じられている。これらの支援の役割を果たす個人、組織に対して州政府が訓練、認証を行う。

このように、“Exchange”の特徴として、販売される健康保険商品の規格を規制するだけでなく、販売する当事者を規制し、さらに支援機能を整備し、市場機能が発揮出来るように配慮されている点がある。

②医療サービス提供機関の範囲と提供方法

“Exchange”で提供される健康保険は、保険加入者に現金を支払うのではなく、保険加入者が医療サービスを受けた後、医療サービスを提供した医師・病院等の医療機関に対して、医療サービスに要した費用を償還する形で支払う。従って、健康保険者は予め医療機関等と支払条件を交渉し、契約を締結しておく。その結果、ある地域に契約した医療機関等が複数存在する。健康保険者と複数の医療機関等の関係を、ネットワークと呼ぶことが多い。

従来の健康保険業界では、このネットワークの形成方法と呼称は、それぞれ多様であった。“Exchange”では、一般的なネットワークが採用され、用語の定義も統一されている。例えば、Preferred Provider Organization (PPO) は、医師・病院等の医療機関と契約し、健康保険者は参加医療機関とネットワークを形成する。保険加入者は、当該健康保険のネットワークに属する医療機関を利用する場合には少ない自己負担で済むが、ネットワーク外の医師・病院等を利用する場合には追加費用を支払う必要があると説明され、Exclusive Provider Organization (EPO) についても、マネジド・ケア型の方式で、緊急医療を除き、当該健康保険に属する医師・病院等の医療機関を利用した場合にのみ、保険の支払対象になると説明されている³¹。“Exchange”では、このネットワークの形成方法を予め保険加入者に情報提供することが要求され、かつ、統一用語で説明される。

“Exchange”の特徴として、販売される健康保険の補償内容を規制するだけでなく、医療機関とのネットワークについても統一用語で説明されている点があげられる。

③選択のための情報提供の強化・統一化

ACAは、連邦政府保健福祉省長官に対して、保険監督者の全米組織である National Association of

²⁹ 42 U.S. Code Part A (2010) - Establishment of Qualified Health Plans.

³⁰ 45 CFR 156.200 - QHP ISSUER PARTICIPATION STANDARDS.

³¹ CMS のホームページ Glossary (visited Sep.3, 2014) <<https://www.healthcare.gov/glossary/>>.

Insurance Commissioners (NAIC) と協議の上、保険加入者が健康保険の内容を理解し選択出来るように、統一された用語を用いて、補償内容を統一的に説明出来る基準を制定し施行するよう求めた³²。

その結果生まれたのが、上記の統一的用語である。また、補償内容を理解しやすくするために制定された基準が、Summary of Benefits and Coverage (以下、SBC という) に関する基準³³である。この基準では、単純明瞭な (plain) ことばで、簡明かつ整合的に情報を提供することを求め、統一書式を定めている。さらに、政府が作成した記入例まで公表している (図表 4)。図表 4 に掲げた記入例は、全 8 頁の最初の 2 頁分であるが、かなり詳しく具体的に説明をしていることが分かる。各健康保険者のサイトにも自社の Summary of Benefits and Coverage を掲載している事例も多く、記入例と同程度の説明を加えている。また、“Exchange” 以外の市場である大規模団体市場でも SBC の書式と用語が用いられている。

“Exchange” の特徴として、保険加入者の選択に資する情報提供が積極的になされていること、また情報提供の統一性と SBC の簡明性は “Exchange” の外部へも拡大される有用性があることも、指摘出来る。

《図表 4》 Summary of Benefits and Coverage 連邦政府作成記入例

保険会社名 Plan Option 1

保険期間: 01/01/2014 – 12/31/2014

Summary of Benefits and Coverage: この健康保険で補償される内容と加入者の負担額 Coverage for: 本人+配偶者 | Plan Type: PPO

 このシートは要約のみです。補償内容と諸費用については、インターネットサイトまたは電話で案内します。		
重要な質問事項	回答	何故これが重要か
最終deductible額は?	\$500 1名 / \$1,000 家族 疾病予防サービスには適用されない。	加入者はdeductible額まで全ての諸費用を支払い、その額に達したあとにこの保険は対象となる医療サービスについて支払う。deductible額がいつから適用されるか (通常、ただし常にではないが、1月1日)を確認すること。このシート2頁以降のdeductible適用内容につき参照のこと。
他に特定の医療サービスのdeductible額は?	Yes, \$300 (処方箋調剤薬)。 このほかに deductibles の適用はなし。	特定の医療サービスにdeductible額が適用される場合は、その額まで全額自己負担になる。
自己負担限度があるか?	Yes, 契約医療機関 \$2,500 1名 / \$5,000 家族 非契約医療機関 \$4,000 1名 / \$8,000 家族	自己負担限度は、保険期間中 (通常1年) に対象となる医療サービスの諸費用を負担するために加入者が支払う上限額。この限度はヘルスケア費用に関する計画づくりに役立つ。
自己負担限度額の対象にならないものは何か?	保険料、医療機関からの請求にかかる手数料およびこの保険の対象とならない医療サービス。	これらの金額を支払っても、自己負担限度額の計算には算入されない。
この保険の年間限度額があるか?	No.	詳細は2頁以降参照。
この保険は契約医療機関が決まっているか?	Yes, 契約医療機関のリストはインターネットサイト参照。	加入者が契約している医師または病院にかかる場合には、この保険は対象となる医療サービスの全額 (または自己負担分を超過した額) を支払う。ただし、契約している医師または病院が、加入者のために契約外の医療機関を利用させるときは要注意。契約している医療機関へ支払う基準でしか保険では支払わない。
専門医の受診に紹介が必要か?	No. 専門医の受診に紹介は不要	保険者の許可なく自分が選んだ専門医の受診ができる。
この保険の対象とならない医療サービスはあるか?	Yes.	対象にならない医療サービスは4頁以降参照のこと。

³² 42 U.S. Code § 300gg-15(2010) - Development and utilization of uniform explanation of coverage documents and standardized definitions.

³³ 45 CFR Part 147 Summary of Benefits and Coverage and Uniform Glossary.

《図表 4》 Summary of Benefits and Coverage 連邦政府作成記入例（続き）

保険会社名 Plan Option 1

保険期間: 01/01/2014 – 12/31/2014

Summary of Benefits and Coverage: この健康保険で補償される内容と加入者の負担額 Coverage for: 本人+配偶者 | Plan Type: PPO



- **Copayments** この保険が対象とする医療サービスを受ける際に加入者が支払う一定額（例えば15ドル）。通常は医療サービスを受けるときに支払う。
- **Coinsurance** この保険で対象とする医療サービスの諸費用のうち加入者が負担する割合。医療サービスについて健康保険者が通常かつ合理的と認めた上限額（allowed amount）に対する割合として計算する。例えば、allowed amountが入院費1,000ドルならば、20%の200ドル。ただし、所定のdeductible額（対象とする医療サービスの諸費用の累計額が一定の額に達したときに保健給付がなされる額）に達していない場合には変更されることがある。
- この保険で対象とする医療サービスに対して、この保険が支払う額はallowed amountに基づく。もし、契約外の医療機関がallowed amount以上に課金する場合には、加入者はその差額の支払いを求められることになる。1000ドルならば、500ドルの差額を支払わなければならない。その支払は、balance billingと呼ばれる。
- この保険では、契約している医療機関を利用して、加入時のdeductible、copayment、coinsuranceの金額を引き下げることが推奨されている。

通常の医学事象	加入者が必要とする医療サービス	契約している医療機関を利用する場合	契約外の医療機関を利用する場合	限度額と除外事項
診療所または病院を受診する場合	プライマリーケアのサービス受診	\$35 copay/1回	40% coinsurance	なし
	専門医受診	\$50 copay/1回	40% coinsurance	なし
	その他の医療サービス機関受診	20% coinsurance for chiropractor and acupuncture	40% coinsurance for chiropractor and acupuncture	なし
	予防的ケア/各種検査/免疫処置	課金なし	40% coinsurance	
検査を受ける場合	診断のための検査（X線、血液検査）	\$10 copay/検査	40% coinsurance	なし
	画像検査（CT、PET、MRI）	\$50 copay/検査	40% coinsurance	なし

（出典）連邦政府労働省ホームページ（visited Sep.1 2014）

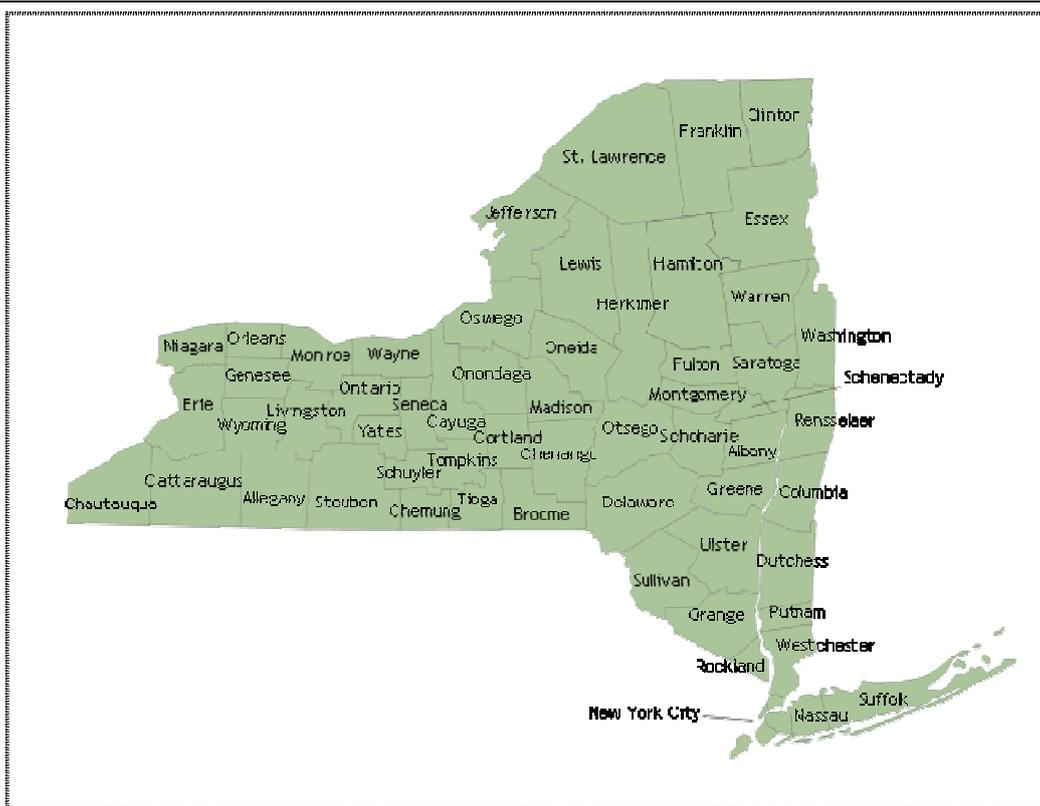
<<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/CorrectedSampleCompletedSBC2.pdf>>.

④ 居住地域別のきめ細かい情報提供

それぞれの健康保険が保険加入者に提供出来る医療機関のネットワークは地域別に偏りがあるため、保険加入可能な保険商品は、同一州でも郡（County）ごとに異なる。また、支援機能を担当する個人・機関も地域ごとに異なる。このため、“Exchange”のサイトに地図を掲載して、情報提供している例がある（《BOX.4》ニューヨーク州の“Exchange”サイトの事例）。視覚に訴える機能を利用出来るインターネット加入サイトである点が活かされていることも、“Exchange”の特徴である。

《BOX.4》 ニューヨーク州の Exchange サイトの事例

ニューヨーク州の Exchange のホームページでは、Map of Health Plans Offered in NY State of Health のページに下記の地図を掲出している。地図の郡の名前をクリックすると、加入可能な健康保険者の Marketplace health plan と健康保険者が示される。また、Navigator 等の支援する個人・機関の所在地別リストもホームページで提供している。



(出典) NY State of Health: The Official Health Plan Marketplace (visited Sep. 2, 2014)

<<http://info.nystateofhealth.ny.gov/PlansMap>>

(2) 市場競争と新規参入者

サービス提供者の資格条件を設けて適格者を整えるのは、ただ健康保険加入になれていない消費者を保護するという以上の意味がある。それは、消費者が、自分に必要な、自分の状況にあった商品を選択出来るようにする意図があるからである。ここで重視されるのは、消費者の選択である。

消費者の選択と対偶をなすのは、供給者間の競争である。供給者間の競争も当然重視されている。供給者間の競争は、既存の健康保険事業者だけで行われるのではなく、新規参入者も参加することが期待されている。いくつかの新規参入者が話題になったニューヨーク州の事例を以下に紹介する。

ニューヨーク州の“Exchange”に参加している、資格条件を満たした健康保険者は、Affinity Health Plan, American Progressive (Today's Options NY), Blue Cross Blue Shield of Western NY, Blue Shield of Northern Eastern NY, Capital District Physicians Health Plan, Emblem Health, Empire BlueCross / Empire Blue Cross Blue Shield, Excellus Blue Cross Blue Shield, Fidelis Care, Health Republic Insurance (NY CO-OP), Health first New York, Independent Health, Metro Plus Health Plan (Market Plus), MVP Health Plan, Inc., North Shore LIJ, Oscar Insurance Corporation, and UnitedHealthcare である³⁴。Blue Cross Blue Shield、UnitedHealthcare などの、ニューヨーク州居住(domicile)の大手健康保険者その他の健康保険者の名前が連なっているが、Health Republic Insurance (NY CO-OP)と Oscar Insurance Corporation は、既存健康保険業界外からの新規参入者と見なさ

³⁴ healthline 社ホームページ(visited Aug. 23, 2014)

<<http://www.healthline.com/health/consumer-healthcare-guide/new-york-health-exchange>>.

れている³⁵。

Health Republic Insurance は、ACA の Consumer Operated and Oriented Plan Program によってニューヨーク州に設立された健康保険者である。ACA は、連邦政府保健福祉省が設立創業資金貸付の支援を提供して、個人保険市場、小規模保険市場における競争的かつ消費者運営の非営利健康保険者 (Consumer Operated and Oriented Plan(CO-OP)) を新たに創設する規定を置いている³⁶。

Oscar Insurance Corporation は、ニューヨーク州では近年少なくなった新設保険会社で、ベンチャーがバックアップする営利保険会社である。同社は、情報通信技術の革新を健康保険の個人保険市場に持ち込み、2002 年創業の telemedicine 企業の TelaDoc と提携して 24 時間モバイル機器で医師に診断を求めることを可能にしている。その利用料金は一回 40 ドルであり、診療所で医師に診断してもらう料金より低廉である³⁷。

2. 社会保険的システムを実現するための対策と実現の難しさ

(1) 社会保険的システムを実現するための具体策

本稿では、社会保険を、保険加入を強制し給付内容を法定し既往症も対象にする保険システムと捉えている。この社会保険的システムを実現するためには、ただ法律に規定しただけでは不十分である。それを実現する具体的対策が必要である。

その具体策は、連邦政府保健福祉省の CMS の部門である、The Center for Consumer Information & Insurance Oversight (以下、CCIIO という) のホームページで、次のように説明されている。すなわち、健康保険者に対する Risk Adjustment、Risk Corridor、Reinsurance のプログラム (CCIIO は、これらを Premium Stabilization Programs と称している) と保険加入者に対する補助金支給プログラムの二つの具体策が実行される。保険加入者に対する補助金支給プログラムとしては、税額控除の事前支給や健康保険の自己負担額減少のための補助金である。Risk Adjustment のプログラムは、健康保険者が既往症の加入申込者の引受を忌避するインセンティブを減少させるために実施される。これにより、高い疾病リスクの個人が加入出来るようになる。Risk Corridor、Reinsurance のプログラムは、2014 年から 3 年間実施される移行的暫定的な制度であり、個人保険市場における保険料水準の安定化および新たに多くの消費者保護措置が導入されることに伴う保険料乱高下・市場不安定化を防止する、市場安定化を実現することを目的としている。

(2) 社会保険的システムの実現を阻害する原因：逆選択問題

これまで保険料負担能力不足のためあるいは高リスクのため保険加入出来なかった無保険者に保険加入を可能とする“Exchange”を運営するために CCIIO は、Premium Stabilization Programs と補助金制度を実施すると説明しているが、社会保険的システムの実現を阻害する原因と対策という視点から考えると逆選択問題が浮かび上がってくる。

³⁵ 2014 年 7 月の聞き取り調査。

³⁶ 42 U.S. Code § 18042(2010) - Federal program to assist establishment and operation of nonprofit, member-run health insurance issuers.

³⁷ Eric A. Klein, “Oscar: A New, Venture-Backed Health Insurance Company, Seeks To Compete Against Industry Giants,” Sheppard Mullin, April 28, 2014.

第Ⅱ章第2節第1項で、社会保険的システムを実現するために強制加入が必要であることを説明したが、実は加入強制だけではその保険集団の収支相等は実現できない。制度対象者に加入強制し、さらに保険者、保険給付内容、保険料負担に関する選択を認めないことが必要である。保険市場では、保険加入申込者は保険者、保険給付内容、保険料負担に関して選択をすることができ、その結果必ず逆選択が発生する。加えて、保険者に必ず保険加入させる引受保証を課せば、相当程度の逆選択の発生を覚悟する必要がある。

日本の社会保険では、保険加入者に加入強制し、さらに集団内での移転も行われ、その上で収支相等の運営が行われている（税金からの歳入もあるが）。この仕組みでは、加入者と保険者とは保険契約関係が成立しているが、保険市場は存在しない。保険加入申込者に保険者、保険給付内容、保険料負担に関する選択はなく、法律に基づき収支相等を実現出来る水準の保険料を負担するだけである。保険給付の条件・必要額が決まってから、保険料という名目の負担金が決まる仕組みである。

これに対して、米国の2010年ヘルスケア改革で創設した“Exchange”では、加入者に多様な選択肢を与え、保険者には保険引受の義務を課し（すなわち、危険選択機能は放棄されている）さらに既往症免責も禁止している。この状況では、逆選択問題は相当深刻になる。

深刻な逆選択の発生は、当該保険集団の収支相等の実現を困難にし、社会保険的システムの実現を大きく阻害する要因となってしまうのである。

（3）逆選択問題および事業リスクへの対処策：“3Rs”と呼ばれる Risk Mitigation

ACA は、逆選択問題および事業リスクへの対処策として“3Rs”と呼ばれるリスク緩和策（Risk Mitigation）の三つのプログラムを用意した。前述の Risk Adjustment のプログラムは、個人保険市場と小規模団体市場における健康保険者の逆選択問題に対処する恒久的プログラムであり、Reinsurance、Risk Corridor のプログラムは、この健康保険者がこれまで引き受けたことがない、無保険者を引き受ける際に生ずる事業リスクに対処する、移行期（2014年から2016年まで）における期間限定のプログラムである。

保険料は、過去の実績統計・経験値に基づき将来の保険金支払を予想して算出する。過去の実績統計・経験値がない場合には、将来予測を外す事業リスクが高まる。また、2010年ヘルスケア改革における健康保険・健康保険市場改革は、それまでの市場慣行・市場状況を一変させる激変であり、将来の保険料・保険加入者動向に関する将来予測を著しく困難にして事業リスクを高めている状況にある。これらの事業リスクは改革開始後数年に生ずると考えられ、期間限定の二つのプログラムが導入されることになった。

Risk Adjustment プログラムは、平均値より低リスクの加入者集団の健康保険者から平均値より高リスクの加入者集団の健康保険者に資金を移転するプログラムである。特定の加入者集団に偏った収支相等を達成できない財務的リスクを、個人保険市場および小規模団体市場に分散するために実施される。このプログラムに参加しなければならない健康保険者は、“Exchange”内外の個人保険市場および小規

模団体市場の健康保険者である（ただし、既存契約内容を継続出来る祖父条項が適用される健康保険者³⁸は除く）。健康保険者の加入者集団に属する個々人について保険数理上のリスクを数値化し、その平均値が高い健康保険者へ低い健康保険者から資金が移転される。全ての健康保険者は、連邦政府が定めた計算方法（ただし、場合により州政府の修正は可能）に従ってプログラム運営主体が負担金を拠出し、プログラム運営主体が該当健康保険者に配分する資金フローとなっている。（図表 5）。このプログラムでは、拠出と配分の総額は一致し、外部からの資金投入はない。

Reinsurance プログラムは、個人市場において、特に高い医療費支払いとなった保険加入者が生じた健康保険者に追加資金を提供するプログラムである。2010 年ヘルスケア改革の健康保険・健康保険市場改革の結果不確実性が高まった個人保険市場環境において健康保険者が、高額支払いとなる高リスク者の新たな加入を懸念して保険料水準が高騰することを防止するために導入される。全ての健康保険者と自家保険の健康保険実施者が拠出し、個人保険市場において高コストの加入者がいる健康保険者に高額医療コストの支払いが生じた場合に、再保険から元受保険者に支払われる再保険金のように支払がなされる（高額損害が発生する場合に備えて、保険契約者と保険契約を締結している元受保険者は再保険者と再保険契約をし、高額損害が生じた場合に再保険金が支払われるのと同様である）。再保険契約と同様に、損害額が一定額（このプログラムでは、attachment point と呼ばれている）を超えた場合に支払がなされ、支払額の上限が設定されている。全ての健康保険者と自家保険の健康保険実施者からの拠出と高コスト加入者がいる個人保険市場の健康保険者への配分の総額は一致し、外部からの資金投入はない（図表 5）。

Risk Corridor プログラムは、適格健康保険者 (QHP) と連邦政府が、“allowable administrative costs”に関する事業リスクを分担するメカニズムである³⁹。Medical Loss Ratio Requirement では 80%が加入者の医療費請求の支払とヘルスケアの改善に要する費用の合計とし、20%が運営費となっている。この割合を基に Medical Loss Ratio Requirement 算出に使用される指標を使用して適格健康保険者 (QHP) が達成すべき目標値である “allowable administrative costs” が算出される。“allowable administrative costs” を目標値とし、その額と実際の数値との差額(すなわち、変動幅)がプラス・マイナス 3%以内なら適格健康保険者 (QHP) と連邦政府とは調整は行わず (3%は、合理的な利益率と認識されている⁴⁰)、プラス・マイナス 3%から 8%の範囲内ならその差額の 50%ずつを連邦政府と健康保険者が負担し、プラス・マイナスが 8%を超える範囲となるなら連邦政府はその差額の 80%を負担し健康保険者が 20%を負担する。適格健康保険者 (QHP) は、その算出に必要な指定された情報を連邦政府に提出する。目標水準額より低い水準となった適格健康保険者 (QHP) から連邦政府は拠出金を徴収し、高い水準となった適格健康保険者 (QHP) に支払う。Risk Corridors では、Risk Adjustment、Reinsurance と異なり、Exchange に参加する適格健康保険者 (QHP) と連邦政府のなかの資金フローとなる（図表 5）。このプログラムでは、拠出と配分の総額は一致しない場合には、プログラム外からの資金が投入されることもありうる。ただし、2014 年分に関して CCIIO は、拠出と配分の総額は一致する見込みであるとして

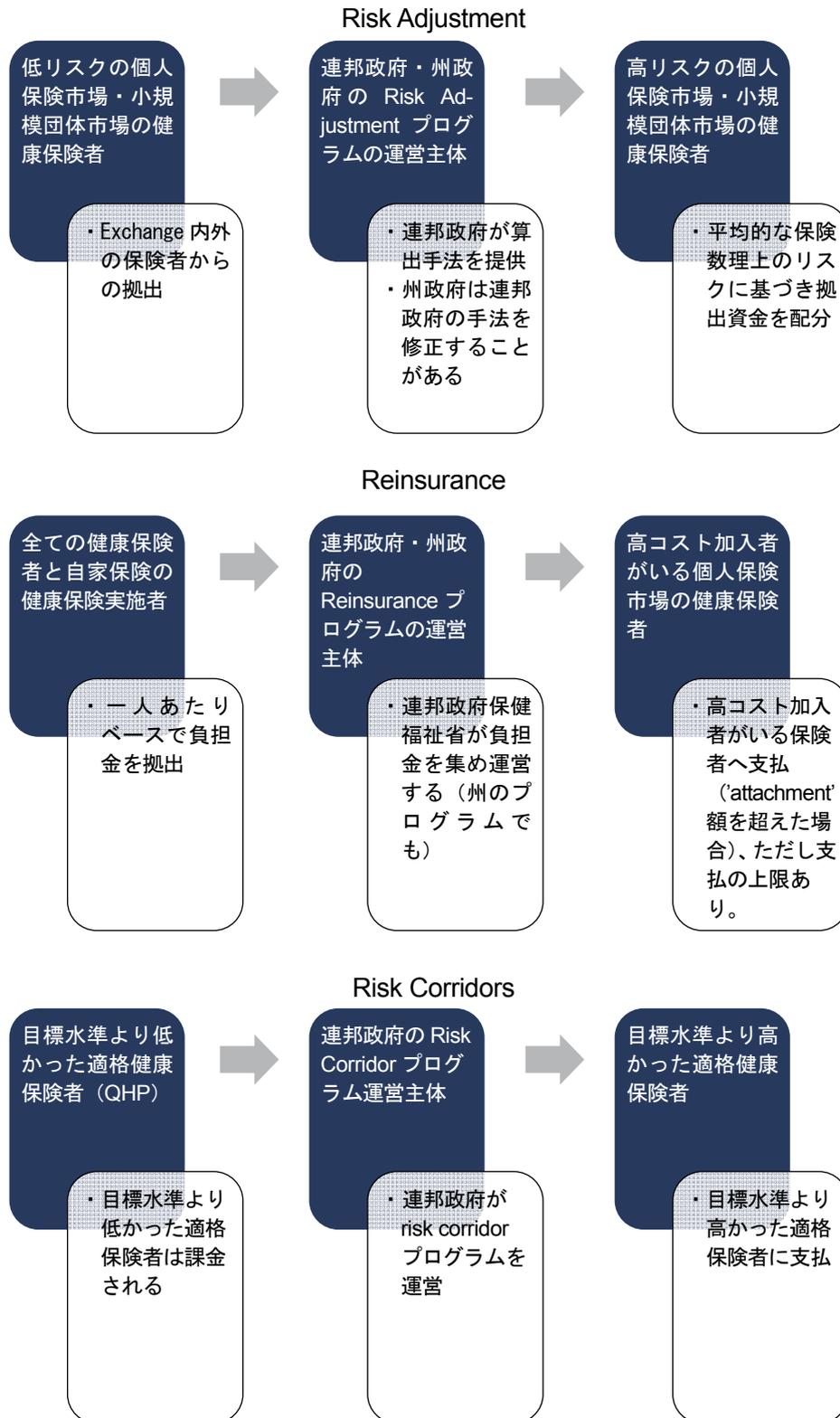
³⁸ “grandfathered plans”といわれる ACA の条項が適用されない健康保険（ただし、生涯限度額設定禁止等の一部の条項は適用になる）。主として雇用主が手配する団体契約に多い。2010 年 3 月 23 日までに有効に成立していた契約に限られる。契約内容の変更が ACA に基づく規制のある条件に該当した場合に、祖父条項の適用が失われる。

³⁹ 78 FR 15519.

⁴⁰ 78 FR 15472.

いる⁴¹。

《図表 5》 3Rs (Risk Adjustment、Reinsurance、Risk Corridor) の資金フロー



(出典) Kaiser Family Foundation

⁴¹ Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO), "Risk Corridors and Budget Neutrality," April 11, 2014, (visited Sep. 1, 2014) <<https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/Downloads/faq-risk-corridors-04-11-2014.pdf>>.

(4) 逆選択問題対策の難しさ

激動期にある米国の状況のなかで、逆選択問題に取り組む Risk Adjustment プログラムは実効性がある対策になり得るのだろうか。Risk Adjustment プログラムは、金銭的な資金移転のメカニズムに補正が出来る部分に関する対策であることを理解する必要がある。全ての保険集団に対して Risk Adjustment プログラムが実施できたとしても、Risk Adjustment プログラムは、逆選択の結果生ずる弊害を軽減出来るだけで逆選択自体を停止させるものではないという点がある。Risk Adjustment プログラムは、それぞれの加入者のリスクプロファイルを計量し各保険者集団のリスクを積算し、各健康保険者間のリスク格差に起因して生じる金銭的な問題を補正するだけである。加入者の選択を認める限り、健康保険市場全体では逆選択は存続するのである。保険市場機能を利用する限り、逆選択問題は解消できないという限界がある。

それでは、金銭的な補正のメカニズムは、どこまで効果をあげることが出来るのだろうか。まず、対象集団に歪みが存在する点がある。これまでの議論は、保険市場全体での資金移転は、一定の安定したリスクの分布が存在することが暗黙の前提であった。しかし、現在の Risk Adjustment プログラムが対象とする市場では、祖父条項が適用される健康保険者の保険集団は除外されており、Individual Mandate を法定しても優良な加入者が加入しないという対象集団の歪みがある。

また、各健康保険者間のリスク格差の計量に関する期間の問題もある。年度単位に行われるリスク格差の計量を年度初めに実施するのか (ex ante)、年度終了後に実施するか (ex post) という問題がある。ex post では、事業年度終了後、相当程度の期間経過後に資金の移転が行われるため、それぞれの当事者の財務面での効果は減殺される。ex ante ではこの問題はないが、1年後の将来予測の計量であり、予測違いによる修正を生じることがある。特に、市場状況とそれぞれの健康保険者の保険加入集団の特性が不安定な状況が終熄するまでは、この問題は深刻である。

さらに、各健康保険者間のリスク格差の計量に用いる計量モデルでは、入力から出力に繋がるルートとして保険加入者のリスク特性である健康状態がヘルスケア費用として実現するルートが想定されているが、このルートの因果関係の輪は、医療サービス関係の要素だけでなく、社会的経済的要因に左右される面もある。米国の現状ではこの点で不安定な側面もあり、いつ安定するか不確実性もある。

以上からみると、Risk Adjustment プログラムによるリスク調整は、確かに理論的には可能であるが、実務的には実際の適用のなかで解決すべき課題を抱えているといわざるを得ない。

3. 民間健康保険者が社会保険制度の担い手となっているオランダとの比較⁴²

オランダでは、社会保険制度の公的健康保険制度を保険市場の民間健康保険者が担っており、逆選択に対処するため、各保険者集団のリスク均一化のためのリスク調整も導入している「規制された競争」が実施されている。オランダの事例は、米国の 2010 年ヘルスケア改革の取組と類似している点がある。

オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるが、公的健康保険制度の担い手は、政府または健康保険組合等の公的機関ではなく、民間保険会社である。社会保険制度が公

⁴² オランダに関する情報は、小林篤「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業—公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態—」損保ジャパン総研レポート Vol. 63 (2013 年 9 月) による。

的あるのと同時に私的でもあるので「私的」社会保険（“private” social insurance）と表現されることもある。健康保険が取引される保険市場には通常の民間保険では考えられない規制、資金移転、政府補助金および多くの規制当局が存在している。

オランダの公的健康保険も、保険加入者に現金を支払うのではなく、保険加入者が医療サービスを受けた後、医療サービスを提供した医師、病院等の医療機関に対して、医療サービスに要した費用を償還する方式を採用している。保険加入者は、健康保険者に保険料全額を支払うのではなく、健康保険者にも健康保険基金にも保険料を支払う。健康保険基金は、保険者間のリスク調整のために、收受した保険料を、健康保険者ごとに異なるリスクを調整するのに必要な額を算出し、健康保険者に分配する。健康保険者は、保険料収入の半分を被保険者から、もう半分を健康保険基金から受け取る。さらに、健康保険基金に対しては、政府からの資金提供がある（例えば、18歳未満の子供の健康保険料は政府の財源で負担）。このように、社会保険に独特の資金フローが存在する。

健康保険は全国民を対象とし、加入は任意ではなく強制加入である。被保険者に加入義務を課している。任意保険では保険者は補償内容を自由に決め、多様な商品開発が出来るが、社会保険として必須の（essential）基礎的補償内容をパッケージした、標準的な「基礎的健康保険」（basic health insurance）を定め、健康保険者に対して被保険者から保険申込みがあれば必ず引き受ける、引受義務を課す。これは、保険者に危険選択を禁止したことを意味する。さらに、任意保険では当然である、リスクに見合った保険料水準設定を禁止し、保険加入者に保険料の差を付けない保険料、すなわち同一地域では保険者は被保険者に対して同一の保険料とする。また、保険料負担能力が不足する被保険者に対して政府からの補助金支給などの財政支援を行い、保険加入を可能にする措置を講じている。社会保険とすべく、強い規制と財政支援が実施されている。

オランダの方式は、規制と競争促進の両方があることを示すべく、規制された競争と呼称されている。強い規制措置と併せて、保険市場における市場競争に基づき取引する当事者のインセンティブ構造を考慮し、市場競争の成果を確保しようとする措置も導入されている。競争促進的な面は、健康保険基金が実施する、各保険者集団のリスクを均一化するリスク調整措置である。もし、各保険者が引き受けた被保険者集団のリスクが同一ならば、保険者間の市場競争は、市場競争の利益を生み出す。しかし、保険者が危険選択をせず、被保険者が逆選択を行えば、各保険者が引き受けた被保険者集団のリスクが、保険市場の平均より高い被保険者集団と低い被保険者集団が当然生じる。このため、各保険者集団のリスクを均一化する、リスク調整を採って、保険者にリスクがより低い被保険者を獲得しようとする志向ではなく、危険選択をしないインセンティブを与えている。

米国の社会保険志向の改革とオランダの私的社會保険制度には、共通性と相違がある。両者の共通性として、消費者の選択と市場競争を重視していることをまずあげることが出来る。消費者の選択と市場競争の結果生じる逆選択問題に対処するために、平均的なリスク格差がある健康保険者間の資金を移転するプログラムが実施されている。また、保険料負担能力が不足する加入者に対して政府からの補助金支給などの財政支援を行い、保険加入を可能にする措置を講じている点もあげることが出来る（《BOX.5》参照）。これは、消費者の選択と市場競争を重視し、かつ、社会保険的システムを実現するには、保険者間のリスク調整措置と保険料支払可能性を高めるために加入者への補助金支給が必要なこ

とを示唆している。

他方、両者には相違もある。第一に財政方式の違いである。オランダは、国民全てを対象とする社会保険を実施しているので、保険方式である。米国は、メディケア、メディケイドなど税方式とそれ以外の分野での社会保険類似方式を採っている。第二に保険加入方式の違いがある。オランダでは個人加入もあるが、集団加入が多い。米国では、雇用主提供の団体加入と保険市場での個人加入が併存している。第三に情報通信技術の利用の違いである。米国ではインターネットサイトでの加入が促進されている。オランダは、伝統的な加入形式が主体のままである。

この簡単な比較分析から見ると、米国の特徴としては、第一に消費者の選択と市場競争を重視しかつ市場機能を発揮するための規制をしていること、第二に“Exchange”に関しては、その創設の国民全般に直接関わるものではなく公的制度外の関係者に限られるが、情報通信技術の導入の取組が積極的になされていることが指摘出来る。

《BOX.5》ACAにおける低中所得層と小規模事業者に対する財政的支援とオランダの類似制度

1. 低中所得層に対する財政的支援

ACAは、2014年からは“Exchange”において健康保険に加入する低中所得層の個人に対して保険料の税額控除（tax credit）と自己負担額支援（cost-sharing assistance）を実施している。

前者の税額控除が受けられる資格は、対象者の世帯所得水準が連邦貧困レベル（FPL）を基準として、100%から400%までとなっている。後者の自己負担額支援は、低所得者層に対する財政的支援で、対象者が医療サービスを受けるために支払う自己負担額を減少させる措置である。支援が受けられる資格は、対象者の世帯所得水準が、100%から250%までとなっている。なお、給付を受けるには、連邦貧困レベル（FPL）基準以外にそれぞれ対象加入プランなど別途必要な要件を満たす必要がある。

2. 小規模事業者に対する財政的支援

常勤換算従業員が25名未満の小規模事業者に対しては、2014年からSHOP exchangeにおいて健康保険を手配した場合に、雇用主が負担した保険料の50%まで税額控除が受けられる。

3. オランダの類似制度

保険料負担が困難な保険加入者に対しては、医療サービス手当法に基づき、政府が補助金を提供する。雇用主が従業員の健康保険加入のために保険料負担をしているが、その支払う保険料負担に一部負担する支援措置も実施されている。

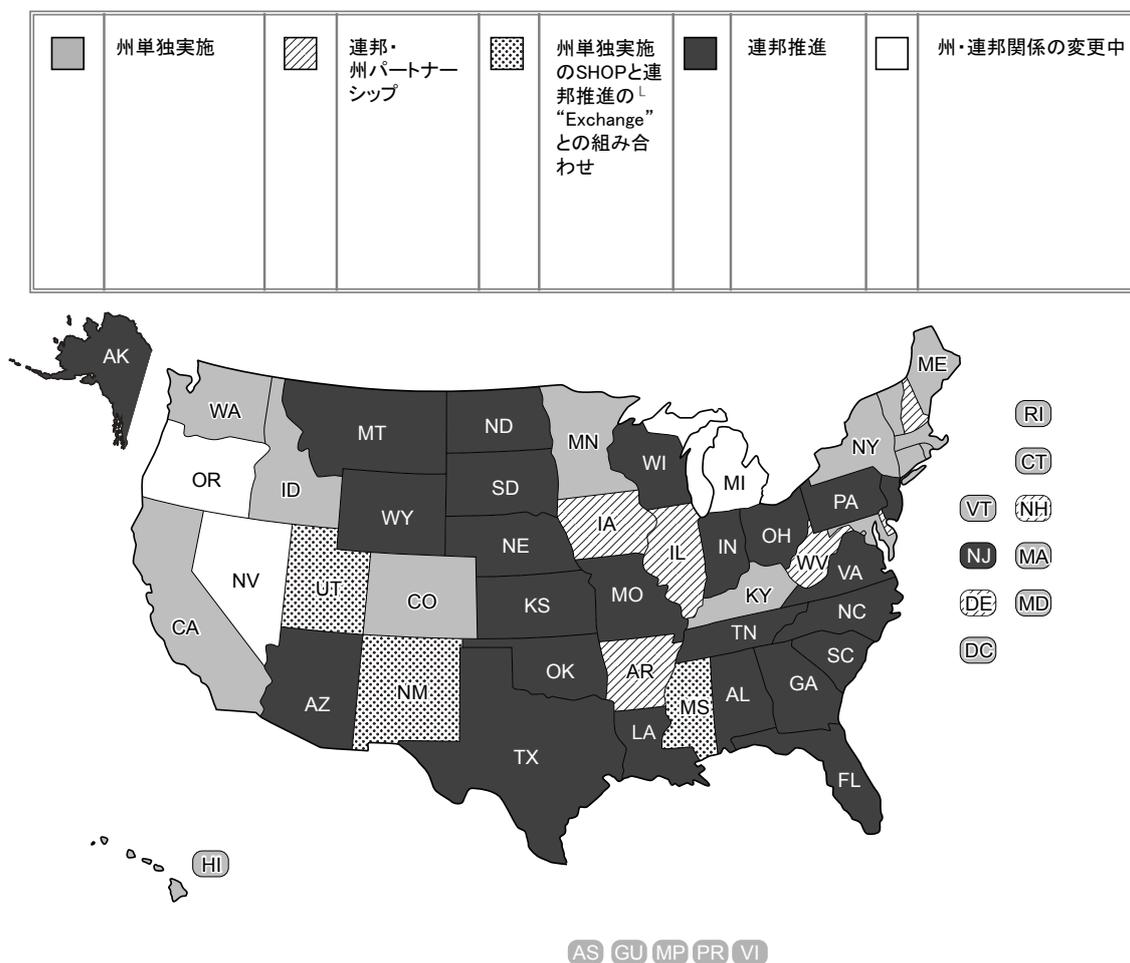
IV. “Exchange” の現状と今後の展望

1. “Exchange” の現状

(1) 運営主体の州別状況

全米州議員協議会（National Conference of State Legislatures (NCSL)）の調査によれば、2014年8月現在、14州とコロンビア特別区は、州単独実施（State-run）のための立法を完了し、36州は連邦・州パートナーシップ（State/Federal Partnership）あるいは連邦推進（Federally Facilitated）であり、連邦政府が大きく関与する州となっている。その状況を州別に図示したのが、図表6である（SHOPと個人向け“Exchange”を州と連邦で分担する方式は、連邦・州パートナーシップとなる）⁴³。

《図表6》 Exchange 州別実施状況



(出典) National Conference of State Legislatures (NCSL) のホームページ STATE ACTIONS TO ADDRESS HEALTH INSURANCE EXCHANGES

“Exchange”は、2010年のACAの立法から約4年の準備期間を経て、2014年に実施となった。実施のためには、州議会において予算の承認、関係法の立法が必要であり、また各州独自に運営している

⁴³ National Conference of State Legislatures(NCSL)のホームページ STATE ACTIONS TO ADDRESS HEALTH INSURANCE EXCHANGES(visited Aug.8, 2014)
<<http://www.ncsl.org/research/health/state-actions-to-implement-the-health-benefit.aspx#overview>>.

メディケイドとの調整も必要となっているので、準備に期間を要することになる。各州の知事は共和党か民主党のいずれかであることもあり、またこのような事情があることもあって、ACAの立法過程に見られた党派間対立が州レベルにおいても生じさせる要因となっている。

ACAは、州が“Exchange”の主体となることを想定している。しかし、州単独実施州は、そうでない州より少ないことは、興味深い結果である。2010年ヘルスケア改革は、1960年代のメディケア、メディケイド創設以来実施されなかった連邦レベルの大改革である。米国のヘルスケア改革は、連邦レベルでの改革が行われるだけでなく、州レベルで各州独自に取り組んできている。1990年代にクリントン政権によるヘルスケア改革が挫折した後も、各州はそれぞれ改革を進めたという事情がある。ACAには各州の固有の事情に配慮する規定が多くあるが、ACAの要件が自州の事情に合わないという連邦制に関係する問題とも、ACA立法時そしてその後の民主党・共和党の党派間対立に関係する問題とも理解出来る。

(2) “Exchange”の加入状況

連邦政府保健福祉省が2014年5月1日に発表した資料⁴⁴では、2014年3月31日までに“Exchange”で加入した人数は、800万人を超えた。年齢は、2.2百万人（全体の28%）は、18歳から34歳まで、2.7百万人（全体の34%）が0歳から34歳までとなっている。

ただし、この加入者数は、“Exchange”に加入した無保険者数とは言えない。“Exchange”ではなく、“Exchange”外の加入も認められているし、既存の健康保険に入っている既加入者の加入も認められるからである。ただ、この実績は、ACAの廃止を求める共和党にとって“Exchange”廃止の実現はほぼ不可能になったと言って良いだろう。

また、関係者が期待しているように、健康な若年者層が加入しているかどうか、この資料だけでは不明である。

(3) 健康保険者のビジネスモデルの見直し

今回の2010年ヘルスケア改革は、健康保険者のビジネスモデルに前例のないほどの転換のインパクトを与えた。その一つは、危険選択の放棄・Risk Mitigation導入、Medical Loss Requirementsおよび保険料算定方法の規制であり、もう一つは個人市場に競争力ある公的な保険募集チャネルの登場である。

危険選択の放棄・Risk Mitigation導入とMedical Loss Requirementsは、巨大な危険選択をして収益性高い保険集団を組成するビジネスモデルはもはや成立しえないことを意味する。ある意味では、180度の思考転換を必要とする。例えば、高リスク者集団の保険を引き受けることは、危険選択を前提とする考え方では保険引受の事業収支を悪化させる要因である。しかし、“3Rs”と呼ばれるRisk Mitigationがひとたび導入された後は、高リスク者集団の保険を引き受けることは、他の健康保険者からの資金移

⁴⁴ Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, “HEALTH INSURANCE MARKETPLACE: SUMMARY ENROLLMENT REPORT FOR THE INITIAL ANNUAL OPEN ENROLLMENT PERIOD For the period: October 1, 2013 - March 31, 2014 (Including Additional Special Enrollment Period Activity Reported through 4-19-14),”ASPE Issue BRIEF, May 1, 2014.

転を含めるならば、収益性があることになる。これは、従来の常識からかけ離れた実態が今後出現することになる。アクチュアリー専門事業者による試算結果⁴⁵は、今後は従来の常識からかけ離れた結果となりうることを示唆している。また、**Medical Loss Requirements** に関しては、競合相手も含めその要件達成が困難ならば、その要件を充足させるビジネスモデルをする効率性を実現出来れば収益性は確保され、競争優位を確保することが出来るはずである。さらに危険選択の放棄・**Risk Mitigation** 導入と**Medical Loss Requirements** とを所与の事業環境とする場合、ある保険集団の保険引受事業収支を決定する要因は、従来の保険料収入、保険金支払および事業費（募集経費も含む）に加えて、政府から保険加入者へ補助金、**Risk Mitigation** に伴う他の保険者からの資金移転、および**Medical Loss Requirements** 計算に使用される税金等も追加される。健康保険者は、従来には経験しなかった感応特性を有する要素も対象にする、リスクマネジメントを要求されることになる。

また、“**Exchange**”で消費者主権的市場環境の整備が進展していけば、健康保険者の効率性追求は、単純な低価格を実現する効率性ではなくなる可能性がある。例えば、データ収集分析と情報技術革新を利用した保険加入者に利用しやすい医療機関のネットワークを形成すること、医療機関と協力した医療サービス提供方式の開発などが進む可能性がある。これらは、健康保険の給付設計における価値創造的取組と理解するべきであり、それらが実施されれば結果的に資源利用効率性を高めることになる。

保険料算定方法の規制とは、保険料率は、個人保険市場、小規模団体保険、および“**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、地域別・家族構成・喫煙による保険料率区分に限定する規制である。この規制は、地域別にある幅の保険料率（家族構成、年齢、喫煙の要素によって多少変化する）が適用される地域別保険集団の保険リスクを健康保険者に保有させることになる。今後の健康保険者は、個別の加入者の保険リスクを判断する危険選択の視点ではなく、地域別保険集団を対象にして保険リスクに関するポートフォリオを管理する管理者になるとの視点が必要になる。

従って、事業管理の方法も変化する。危険選択による個人別リスクマネジメントから新しい手法による集団リスクマネジメント（**Population Risk Management**）に移行する必要がある。疾病予防分野では、**Population Health Management** と呼ばれる類似の活動がある。**Population Health Management** の実践経験は、効率的效果的な集団に対する介入活動は当該集団の疾病リスクを低減させることが出来ることを示している。例えば、糖尿病患者に対する保健指導の介入は、重症化を防止し、高額的人工透析が必要なくなるなどである。**Medical Loss Requirements** では、疾病予防・健康増進活動は保険給付支払に含められており、健康保険者はこの活動に取り組むインセンティブが与えられている。この活動も、健康保険の給付設計における価値創造的取組事例になる。

個人市場に競争力ある公的な保険募集チャネルの登場は、新しい巨大な保険募集チャネルを州政府または連邦政府が公的な資金で創設し、相応の給付がある健康保険が消費者の選択と事業者の競争のなかで提供される仕組みが出来上がるということを意味する。健康保険事業者は、“**Exchange**”に参加することも参加しないことも出来るが、参加することは公的な保険募集チャネルを利用出来る機会を得たことになる。

⁴⁵ Jason Siegel and Jason Petroske, “When adverse selection isn’t: Which members are likely be profitable (or not) in markets regulated by the ACA,” Milliman Healthcare Reform Briefing Paper, 2013.

また、既存の大規模団体保険市場の雇用主団体保険の加入者も将来“Exchange”を利用することが可能になることも予定されている。団体加入を原則とする大規模団体保険市場にも、個人保険市場・小規模団体市場向けに開発された、公的な保険募集チャンネルを、時期は未定であるが、利用出来るようになることが展望されている。すなわち、効率的な個人加入の仕組みを大規模団体保険市場にも持ち込むことが可能であり、大規模団体保険市場でも、これまでの団体加入主体から個人保険市場・小規模団体市場と同じく個人加入主体へ移行していく可能性があることを示唆している。

(4) 保険募集人の動向

健康保険市場の保険募集人は、大規模団体市場で大企業中心の顧客に対して **employ benefits** の設計も含めて雇用主向け団体保険を募集する **National Broker** と、個人市場と小規模団体市場で個人と中小事業者に個人加入的な保険募集を行うブローカー・代理店とに分かれる。

前者は、大規模事業主に“Exchange”が開かれる時期を展望して、様々な企画提案を行っている。後者の事業者団体である **National Association of Health Underwriters (NAHU)** は、“Exchange”へもっと参画出来るように、また **MLR Requirement** ではブローカー・代理店が得ることが出来る手数料が低く抑えられるので、より高額の手数料獲得が容易になるように **MLR Requirement** からブローカー・代理店の手数料を除外するよう求めて政界その他の関係者に対する運動を展開している⁴⁶。

“Exchange”は保険加入のためのインターネットサイトであり、保険加入者がインターネット端末を自力で操作し、その操作で保険加入が完結するように設計されている。また、保険加入になれていない加入申込者を支援する情報の非対称性を軽減するシステムが実装されている。このため、“Exchange”はインターネット完結型の加入サイトであり、ブローカー・代理店の役割がないと誤認されることがある。実際には、“Exchange”は、先述した個人加入者を対面で支援する **In-Person Assister (IPA)** の制度がある。また、州が運営する“Exchange”では、州政府にブローカー・代理店が保険加入者を支援する制度を設けることが、連邦政府が定める一定の条件⁴⁷を満たせば認められる。連邦政府が主導・協力支援する“Exchange”では、資格審査を経たブローカー・代理店には助成金が支給される。このように、“Exchange”にはブローカー・代理店が役割を果たす仕組みが存在している。

2. “Exchange”の波及効果

(1) 大規模団体市場・雇用主の動向

2010年ヘルスケア改革では、常勤換算50名以上の従業員を雇用する雇用主に対して、その従業員と家族にACAが定める一定水準以上の健康保険の提供を求めており、それに応じない場合には **Employer Shared Responsibility Payment (ESRP)** と称される税金を納付することになった。**Employer Mandate** と通称されることもあるが、一般には **Employer Shared Responsibility** と呼ばれる。この **Employer Shared Responsibility** は、2014年から施行の予定であったが、2015年まで延期された。

⁴⁶ NAHUのホームページ・Legislative Advocacy - Medical Loss Ratio (visited Sep. 5, 2014)

<<https://nahu.org/legislative/mlr/index.cfm>>.

⁴⁷ 45 CFR 155.220 - ABILITY OF STATES TO PERMIT AGENTS AND BROKERS TO ASSIST QUALIFIED INDIVIDUALS, QUALIFIED EMPLOYERS, OR QUALIFIED EMPLOYEES ENROLLING IN QHPS.

2014年7月の聞き取り調査では、大規模団体市場の雇用主は、医療費コストの継続的増大に危機感を持っており、医療費コスト対策として“Exchange”に関心を寄せているとのことだった。医療費コストの継続的増大への対処方法として、例えば、雇用主は、医療保障に掛かる経費と比較して少額のESRP2,000-3,000ドルを支払い、従業員が“Exchange”を利用するようになれば、コスト削減が期待出来る。勿論これは一つの選択肢であり、実際には様々な要素が考慮され、いくつもの選択肢の中から適切なものが選択されることになる。

(2) Private exchange

2012年 Employee Benefits に関する有力ブローカーである AON Hewitt 社は、新興してきた Corporate Health Care Exchange の仕組みと雇用主の利害を、次のとおり説明している⁴⁸。Corporate Health Care Exchange に参加する企業は、従業員に提供する健康保険を設計し管理する必要はない、その機能は Corporate Health Care Exchange が担う。企業は、従業員の健康保険購入について従業員に対していくら助成金を付与する予定かを決め、従業員に知らせる。従業員は、その助成金を使って自分に最も適合して健康保険とその保険会社を選択する。この仕組みでは、従来「隠れていた」企業の福利厚生費用がどの程度かが明らかになる。

この Corporate Health Care Exchange の仕組みに関連する動向として、Employee Benefits が確定給付型から確定拠出型へシフトしている状況がある。すなわち、雇用主がその給付内容を決めて将来の年金・医療保障などの福利厚生給付の実施に責任を負担するやり方（多くの場合、その当事者の多様な状況には拘わらず一律の給付設計になりがちである）から、従業員に資金を提供し従業員が自己の状況に合わせて選択をする（雇用主は多様な選択肢を用意する必要がある）やり方にシフトしているのである。

Corporate Health Care Exchange は、ACA が創設した“Exchange”（以下、多くの使用例に従って ACA exchange という）と類似したシステムで、消費者が多数の健康保険者が提供する健康保険を選択して購入し、健康保険者は需要に合う商品供給をする競争を行う。このシステムには、private health exchanges その他の表現があるが、一般に private exchange と呼ばれることが多い（以下、本稿でも private exchange と表記する）。雇用主は、ACA が要求する Employer Shared Responsibility の条件を満たすために、private exchange を利用することが出来る。ACA exchange と比較すると、private exchange には、規制がなく、また補助金制度もない。また、対象者は、一般の住民ではなく、当該企業の現役従業員および早期退職者である⁴⁹。

コンサルティング会社 Booz & Company は、private exchange は雇用主提供システムにおける消費者主義の興隆であるとの指摘を行っている⁵⁰。同社は、private exchange の仕組みを、当事者である雇用主は提供する商品群（健康保険以外の商品サービスも含まれる）を決定し、従業員はその商品群の中

⁴⁸ AON Hewitt, “Creating a Competitive Marketplace: How the Corporate Exchange Can Help Employers Break Away from the Health Care Trend,” 2012.

⁴⁹ Towers Watson, “Executive Guide to Health Benefit Exchanges,” 2013 (visited Sept. 5, 2014) <<http://www.towerswatson.com/DownloadMedia.aspx?media=%7B978C33F6-3218-4BFA-8302-AECE89F25670%7D>>.

⁵⁰ Akshay Kapur, Ashish Kaura, Mino Javanmardian, Paolo Borromeo, “The Emergence of Private Health Insurance Exchanges Fueling the Consumerization” of Employer-Sponsored Health Insurance,” Booz & Company, 2012.

から選択し、従業員の選択を支援するシステムも装備される仕組みとして説明している（図表7）。図表7の支援システムに、リテールストア機能とあるのは、小売店の機能を示している。すなわち、商品選択の候補となる範囲は広い。多数の健康保険者、多様な健康保険の種類、多様な給付条件があるが、private exchange ではその private exchange に参加する企業の従業員の特性に応じて、一定の範囲内で選択肢を予め選んでおく機能を言っている（需要が分化したファッション業界では、需要特性グループごとにブティックが存在し、そのブティックが一定の範囲の商品を展示販売しているのに類似している）。これは、企業の福利厚生プランの設計に關与するブローカーの役割と同様である⁵¹。

《図表7》雇用主が利用する PRIVATE EXCHANGE の仕組み



(出典) Booz & Company, “The Emergence of Private Health Insurance Exchanges Fueling the Consumerization” of Employer-Sponsored Health Insurance,”2012.

V. “Exchange” の拡大と保険加入システムの変革

1. Private exchange の由来

(1) メディケアと private exchange

現在の private exchange の源流は、2004 年に開始した、private Medicare exchange の Extend Health である。private Medicare exchange は、65 歳以上の退職者を対象とする private exchange である。private Medicare exchange が提供するものは、メディケアの内部に設けられた民間保険商品に関するものであり、Medicare Advantage plan の保険、Part D の処方箋薬剤関係、およびメディケアからの保険給付を拡大する Medicare supplement（通称 Medigap）である。1990 年代に医療費高騰傾向は継続し、大企業は従業員と退職者に提供する団体健康保険のうち、高い医療費となりやすい高齢者が多い退職者の部分に給付の上限を設けるようになった。この上限設定は、企業にとっても退職者にとって

⁵¹ 2014 年 7 月ブローカーへの聞き取り調査。

も望ましくない loser-loser 状況をもたらした。Extend Health の共同設立者である Bryce Williams 氏は、退職者向けの高コストの団体健康保険を提供していた、自動車メーカークライスラー社にこの団体保険を何百もの健康保険者が競争するメディケア市場、すなわち今日の private Medicare exchange の仕組みに切り替えることを提案し、費用の節減を実現させた。loser-loser 状況を win-win に変えたクライスラーモデルと言われている⁵²。

2. Private exchange の今後の見通し

(1) ACA exchange の流儀の浸透

ACA が創設した ACA exchange が、広くもたらした用語の統一性、情報提供の書式の普及などインフラ整備が進んで行っていることが、今後 private exchange の発展に寄与することが予想されている。

Private Exchange Evaluation Collaborative (PEEC)は private exchange の推進団体であるが、2013年に PEEC が実施した調査では、2017年か2018年に大企業に ACA exchange が開放されたとするならば、回答企業の58%が従業員には ACA exchange で健康保険を購入するようにすると回答している⁵³。ACA exchange の流儀は、ACA exchange が現在対象とする個人保険市場、小規模団体市場だけでなく、大規模団体市場にも浸透しつつあることが窺える。

(2) Private exchange の可能性と今後の見通し

ACA exchange の流儀の浸透は、今後の private exchange が展開していく際に基盤になりうる動向である。情報通信技術革新の取り込みは、private exchange が発展していく可能性を高めると考えられるが、2014年7月の聞き取り調査では、Big Data などの最近興隆している情報通信技術革新の取り込みは、今後期待出来る。しかし、その具体化はまだこれからの段階にあるとの見解であった。

2014年7月の聞き取り調査および各種の分析資料からは、private exchange はまだ発展開始段階にあり今後について明確な見通しを得ることは出来ないとの見解が一般的であることが分かる。

3. 保険加入システムの変革

(1) B2B のホールセールから B2C のリテールセールスの潮流

ACA exchange の流儀の浸透は確かだが、private exchange の普及拡大に関して不確実性があるとの見解があることを紹介した。しかし、経営者のなかには、市場環境の激変を事業発展の好機と捉える者もいる。PNC 銀行の子会社である PNC Healthcare の副社長 Jeffrey Troutman 氏は、健康保険業界はホールセールからリテールセールスへの抜本的変革期にあり、保険加入者とのあらゆる接点を単純かつユーザーフレンドリーにする、ニーズに適合出来た保険者が成功を収めるだろうと主張している⁵⁴。

この発言は、B2B のホールセールから B2C のリテールセールスの潮流を感知している事例であろう。この発言を紹介した PwC Health Research Institute の資料は、B2C のリテールセールス時代の顧

⁵² Jay MacDonald, "Retirees Have Their Very own Health Exchanges", Bankrate.com, Jan. 7, 2014. (visited June 29, 2014) <<http://www.foxbusiness.com/personal-finance/2014/01/06/retirees-have-their-very-own-health-exchanges/>>.

⁵³ Private Exchange Evaluation Collaborative (PEEC), "Private Exchange Employer Survey Findings," December 2013.

⁵⁴ PwC Health Research Institute, "Change the channel: Health insurance exchanges expand choice and competition," July 2011), p.20.

客は、これまでの健康保険業界関係者を信頼出来るパートナーと見るだけでなく、他の新規参入者も同じように信頼することになるだろう。そして、保険販売プロセスには、健康保険者、ブローカー・代理店だけでなく、雇用主、医療機関、金融機関、小売業者も大きく関与するようになるだろうと予測している⁵⁵。

(2) 選択と競争を重視した個人加入システムへのシフト

B2Cのリテールセールスの潮流は、選択と競争を重視した個人加入システムへのシフトという意義がある。団体加入でも選択と競争があるが、個人の選択と競争には限界がある。B2Cのリテールセールスの潮流は、選択と競争の当然の帰結である。米国の健康保険市場では、“Exchange”の登場がその動きを加速させた。さらに、情報通信技術の進展がこれを支える構図となっている。

VI. 米国医療保険制度改革の底流—イノベーションへの期待と楽観主義

1. 問題領域ごとの課題解決とイノベーションへの期待

これまでACA exchangeを中心に2010年ヘルスケア改革を概観したが、最後に、今回の米国医療保険制度改革の底流を考えてみよう。

まず、第一にあげるべきは、イノベーションへの期待の高さである。例えば、ニューヨーク州の“Exchange”における新規参入者の事例がある。一方、CMS Innovation centerの取組事例もある。CMS Innovation centerは、実践的なイノベーションモデルの開発のために、Accountable Care Organizations部門（ヘルスケア提供者が、患者集団に対してより説明責任を果たし、ヘルスケアサービスの連携、品質、効率性の向上を果たそうとする取組）、プライマリケア変革部門（健康水準の向上と総費用低減を実現する取組）、メディケア・メディケイド両部門対象者部門（メディケア、メディケイド制度の支出の大きな割合となっている両部門対象者の集団に対してサービス品質・費用対効果の改善を図る取組）など7部門で、将来のブレークスルーとなる取組に政府部門が資金を提供し、革新的な実践を支援している⁵⁶。この取組では、政府部門が大枠を提示し市場参加者にも資金を提供し、民間事業者がイノベーションと考えられる実践に対して支援することも行われている。

しかし、例えば先述したニューヨーク州の新規参入者の事例では、参入後の展開は現在のところ平坦ではない。2014年7月の聞き取り調査における研究者は、イノベーションがどこまで進むかその成果はどうかに関する判断はまだ早いとの見解であった。

2. 制度設計における先駆的取組の重視と楽観主義

第二は、制度設計における先駆的取組の重視と楽観主義である。

2010年ヘルスケア改革は、マサチューセッツ州で実施された先駆的取組を取り入れていることは夙に指摘されている。本稿で取り上げた、ACA exchangeもprivate exchangeも3Rのrisk mitigationも、全て先駆的取組を観察し、その後連邦レベルの取組に取り入れられた。制度設計において先駆的取組を

⁵⁵ 前掲, p.20.

⁵⁶ CMSのホームページ Innovation Models (visited Sep.2, 2014) <<http://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models>>.

重視している事例である。

ACAにおける Risk corridor を定めた条文は、Risk corridor プログラムは当該地域に参加する健康保険者等に対して適用される、メディケアパート D に準拠することを求めている⁵⁷。2014年7月の聞き取り調査で、risk mitigation 制度を導入して将来成功の程度はどうかとの問いに対して、この分野の専門家から、この3Rの risk mitigation プログラムは成功したメディケアと同じだから、成功するだろうとの楽観主義的回答を得た。1回の聞き取り調査から結論を導くことは控えるべきであるが、これまでの米国におけるコンファレンス参加経験と聞き取り調査の経験でも、ほぼ同じ楽観主義的傾向を経験している。将来への楽観主義は、今回のヘルスケア改革にも底流としてあるのではないか。

3. 制度改革の実施スパン

第三は、制度改革の実施スパンが長いことである。2010年に立法され、3年強の準備期間を経て、2014年からヘルスケア改革は本格実施となった。しかし、2014年は長い実施スパンの始まりにしか過ぎない。実施期間での trial and error があるのは、至極当然であるとの考えがあるように見える。

4. 選択と競争の重視と自立イデオロギーの基調音

最後に、選択と競争の重視と自立イデオロギーの基調音があることを指摘する必要がある。個人の自由と自己責任の重視は、今回のヘルスケア改革における米国政治の文脈にみられるとし、共和党の政策について次の分析がある⁵⁸。「現在の米国の医療保障制度のもとでは、保険の選択・提供や医療費の拠出・管理の点で、政府や企業が大きな役割を果たしている。しかし、こうしたシステムのもとでは、個人の自由な保険選択が制限され市場競争原理が機能しないほか、加入者が直接医療費を拠出・認知する機会が乏しいためコスト意識が働きにくい。以上の問題点に対処するために、現在の共和党は、政府や企業よりもむしろ、個人の自由と自己責任に依拠した『消費者主導医療 (consumer-driven healthcare)』の実現を図ろうとしているのである。」

ACAの制定法化後もACAの廃止を主張する共和党の政策とその理念が、ACAの中核の一つである“Exchange”の創設や「消費者主義」の興隆を初めとする各部門の活動の背景に見られることは、興味深い事柄である。

⁵⁷ 42 U.S. Code § 18062 (2010) - Establishment of risk corridors for plans in individual and small group markets.

⁵⁸ 天野拓「オバマの医療改革：国民皆保険制度への苦闘」(勁草書房、2013年) p.211.