

米国の継続的なヘルスケア改革に参画する健康保険者 ～ダイナミックな改革における公的・民間健康保険者の取組状況～

目 次

- | | |
|--|---|
| I. はじめに | V. ヘルスケア改革に参画する公的 Payor と
民間健康保険者 |
| II. 米国のヘルスケア改革とヘルスケアシステム
の特徴 | VI. おわりに：米国の特徴と健康保険者による
イノベーションの取組課題 |
| III. 健康保険市場の市場構造と当事者 | |
| IV. オバマケアのインパクトと継続するヘルスケア
システム改革の実際 | |

ファカルティフェロー 小林 篤

要 約

I. はじめに

オバマケアと呼ばれるヘルスケア改革が 2014 年から本格実施された。しかし、トランプ大統領と共和党主導連邦議会は、2017 年からオバマケアの廃止に取り組んでおり、その帰趨は混沌としているように見える。しかし、実際にはヘルスケア改革は継続しており、継続するヘルスケア改革のなかで公的制度運営者と民間健康保険者は、情報通信技術等を活用して課題解決のためのイノベーションに取り組んでいる。本稿は、米国の特徴を整理し改革の経緯を辿るとともに、ヘルスケアシステムのファイナンスを担う大手民間企業と公的制度運営者の動向に着目して、現在健康保険者によってどのようなイノベーションの取組が行われているか、その課題は何かを明らかにする。

II. 米国のヘルスケア改革とヘルスケアシステムの特徴

ヘルスケア改革には、米国のヘルスケアの特徴に根ざしたものが幾つもある。米国のヘルスケアには、所得と年齢別で仕切られたシステムと無保険者の発生メカニズムがあり、オバマケアでは無保険者の減少を目指し多くの改革が実施された。公的・民間健康保険者はヘルスケアファイナンスシステムの中心であるが、医師・病院等のヘルスケアプロバイダーと交渉し働きかけるなどヘルスケア提供システムにも深く関係しており、両者を関係づけたヘルスケア改革も進められている。

III. 健康保険市場の市場構造と当事者

米国の健康保険市場は、個人が個別に加入する個人健康保険市場のウェイトは低く、団体健康保険市場が主要な市場となっている。健康保険市場の当事者は、健康保険の取引をする保険の加入者・対象者と健康保険者だけでなく、健康保険取引を支援するサービスを提供するブローカー・コンサルタントなどの専門事業者および大手企業各社に対して福利厚生に関する解決策の交流・助言をする組織等も存在しており、ダイナミックなヘルスケア改革に果たす役割は大きい。

IV. オバマケアのインパクトと継続するヘルスケアシステム改革の実際

2014 年から本格実施されたオバマケアと呼ばれる、ヘルスケア改革は、民間健康保険者へのビジネスモデルを変更させ、様々な革新的な取組を促した。一方、トランプ大統領と共和党主導連邦議会は、ヘルスケア改革法の廃止の試みは成就せず、個人加入の Exchange Market に関する部分的廃止が実現しているのみである。

V. ヘルスケア改革に参画する公的 Payor と民間健康保険者

高齢者向け公的健康保険を運営する公的保険者 (Payor) は、多くのイニシアティブとイノベーションを実施している。大手民間健康保険者も、課題解決のためのイノベーションの取組を実施している。これらの機関は、ヘルスケア改革に追従対応するのではなく、積極的に参画している。

VI. おわりに：米国の特徴と健康保険者によるイノベーションの取組課題

米国の特徴を整理すると、強いイノベーション志向がある。健康保険者によるイノベーションの取組は進行中であり、成果はまだ先の段階である。健康保険者が、情報通信技術等を活用してイノベーションに取り組んでも、当事者であるヘルスケアプロバイダーと患者の行動が変化しない限りその成果は期待できない。その意味で、時間がかかる取組である。

I. はじめに

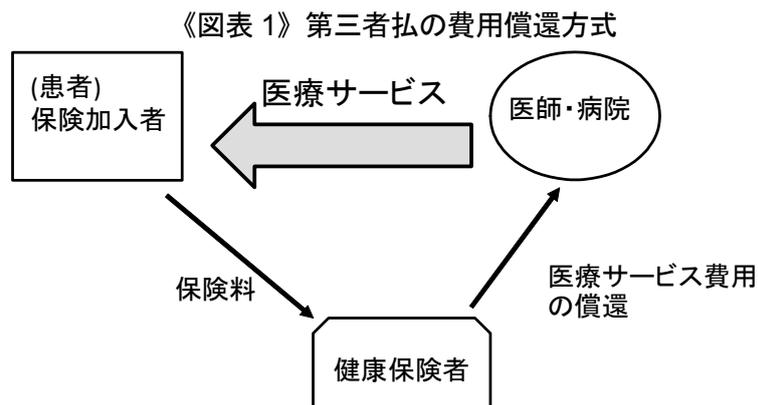
2010年に大規模なヘルスケア改革法が成立し、オバマケアと呼ばれるヘルスケア改革が2014年から本格実施された。しかし、2016年米国の大統領選挙・連邦議会選挙で予想外の政界の転換が生じ、オバマケアに反対しヘルスケア改革法の廃止を唱導するトランプ大統領と共和党主導連邦議会が、同法の廃止に取り組んでおり、改革の帰趨は混沌としているように見える。しかし、同法廃止の取組に拘わらず、実際にはヘルスケア改革は継続している。

これまで、2010年ヘルスケア改革法成立後のヘルスケア改革と民間健康保険者・健康保険市場の動向について取り上げてきた¹。今回は、継続的に進行しているヘルスケア改革の進行状況および情報通信技術等の活用による課題解決のためのイノベーションの取組を取り上げる。また、本稿では、これまで取り上げてこなかった従業員の福利厚生システムの提供者である大手雇用主に関する動向に着目している。

1. ヘルスケアシステムのサブシステムと健康保険者による償還システム

本稿では、ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムで構成されていると考える。公的健康保険も民間健康保険も、ヘルスケアサービスの財源を確保し、サービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムの一つである。

ヘルスケアファイナンスシステムの中心は、多くの場合健康保険である。健康保険システムには、保険加入者である患者が、医療機関に医療サービスの対価を支払った後に健康保険者に請求する方式と、患者が医療機関に支払うのではなく、医療機関が医療サービスを提供した後にその費用を第三者である健康保険者に請求する第三者払の償還システム方式（《図表1》参照）とがある。日本の公的健康保険では、後者の第三者払の償還システムとなっている。米国においては、公的健康保険も民間健康保険もこの第三者払の償還システムが実施されている。



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

¹ 小林篤「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—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.65 (2014年9月)、同「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしてのACOモデルへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.66 (2015年3月)、同「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol. 68 (2016年 月)、同「米国ヘルスケア改革本格実施後の新しいヘルスケアサービス提供システムと健康保険者」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.69 (2016年9月) などである。

2. 継続的に進行しているヘルスケア改革

米国では、ヘルスケア²に関する改革は継続して進められてきた。例えば、1965年にはメディケア³とメディケイド⁴が創設された。1990年代にクリントン政権がヘルスケア改革を目指したが、挫折した。その後も、各州はそれぞれ改革を進めた。各州の取組は、連邦レベルのヘルスケア改革に先行した参照例となっている。2010年に成立した「2010年ヘルスケア改革法」⁵は、共和党知事のマサチューセッツ州のヘルスケア改革を参照している。2010年ヘルスケア改革法は、多くの場合ACAと略称される(本稿でも必要に応じてACAと略記する)。2010年立法の同法は、準備期間を経て2014年に本格実施となった。その後も2015年にはMedicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRAと略称される。本稿でも必要に応じてMACRAと略記する)が立法され、メディケアに関する償還方式の改定および無保険となっている低所得層の児童を対象とするChildren's Health Insurance Program (CHIP)の延長・改定が実施されている。このように、ヘルスケア改革は、連邦法の立法に基づき継続的に実施されているのである。

3. 情報通信技術活用による課題解決のためのイノベーションの取組

継続するヘルスケア改革のなかで公的制度運営者と民間健康保険者は、情報通信技術等を活用して課題解決のためのイノベーションに取り組んでいる。例えば、大手民間健康保険者のなかには、ヘルスケアに特化した情報通信技術を有する会社を買収して、消費者に対して提供している個人別の統合的情報をやりとりするコミュニケーションツールを改善し、ヘルスケアプロバイダーに対してその費用節減に資するプラットフォームを提供するイノベーションに取り組んでいる会社もある。

4. 本稿の情報時点と構成

本稿の記述は、2018年2月28日現在までに入手できた情報を基にしている。また、2018年2月に米国において民間健康保険業界の実務者に対して実施した聞き取り調査の結果も使用している。

第Ⅱ章以下の構成は、以下のとおりである。

最初に、第Ⅱ章において米国のヘルスケア改革をヘルスケアシステムの特徴と関連付けて整理した後に、健康保険市場の市場構造・影響力と当事者を概観する(第Ⅲ章)。次に、オバマケアを巡ってヘルスケア改革の実際を、オバマケアによる民間健康保険者へのインパクト、トランプ大統領・議会共和党の2010年ヘルスケア改革法廃止の実態および連邦レベルと州レベルの改革の順に取り上げる(第Ⅳ章)。公的健康保険者と民間健康保険者は、イノベーションの取組を通してヘルスケア改革に参画している。その様子を、公的健康保険者のイニシアティブおよび大手民間健康保険者のイノベーションの取組の順に取り上げる(第Ⅴ章)。最後に、上述した米国の特徴を整理し、健康保険者によるイノベーションの取組は進行中であり成果はまだ先の段階であるので、その取組の現時点における課題を検討する(第Ⅵ章)。

² 本稿では、ヘルスケアとは、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・保健サービス、疾病予防・健康増進、介護サービスまで含む意味に用いる。

³ 65歳以上の高齢者等を対象とする、連邦健康保険プログラム。

⁴ 低所得者を対象に州政府が医療保障 (health coverage) を提供する制度。

⁵ 2010年ヘルスケア改革法の正式名称は、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010であり、PPACAと略称されることもあった。

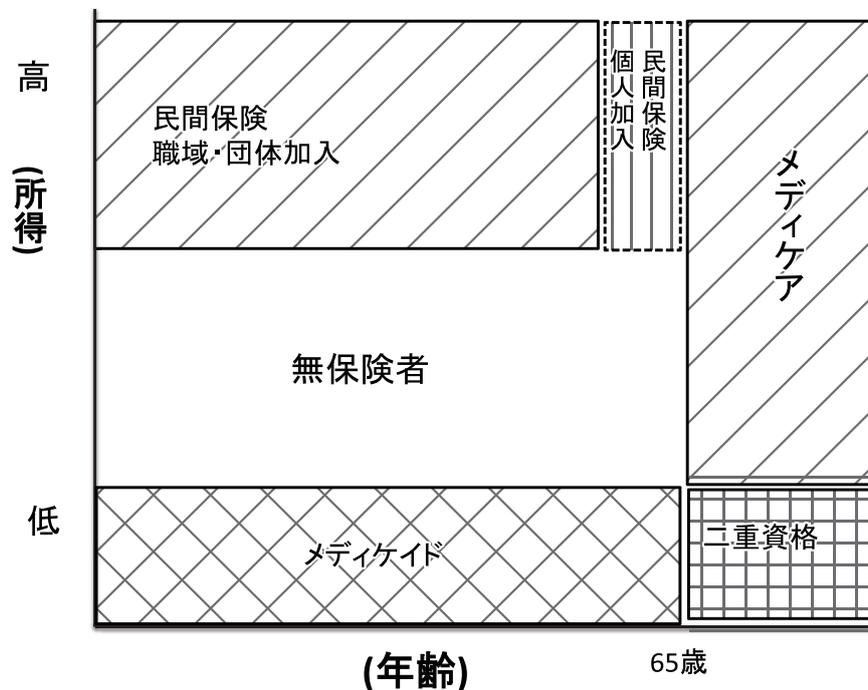
II. 米国のヘルスケア改革とヘルスケアシステムの特徴

1. 所得と年齢別で仕切られたシステムと無保険者の発生メカニズム

オバマケアの改革では無保険者対策が重要な課題になっている。なぜ無保険者が生ずるか。米国のヘルスケアシステムは、所得と年齢別で仕切られたシステム（《図表 2》参照）になっていることに由来する。メディケア、メディケイドおよびメディケア・メディケイド二重資格の対象者は、公的健康保険制度・医療保障制度の対象になる。所得の高い者は、保険料負担能力があるので民間健康保険に加入する。公的制度の対象にならず、民間健康保険に加入できない者が、無保険者になる。

公的医療保障制度・健康保険制度の対象にならず、民間健康保険に加入もできない者が無保険者となっていることは、米国のヘルスケアシステムの大きな特徴である。

《図表 2》 所得と年齢によって仕切られたシステム

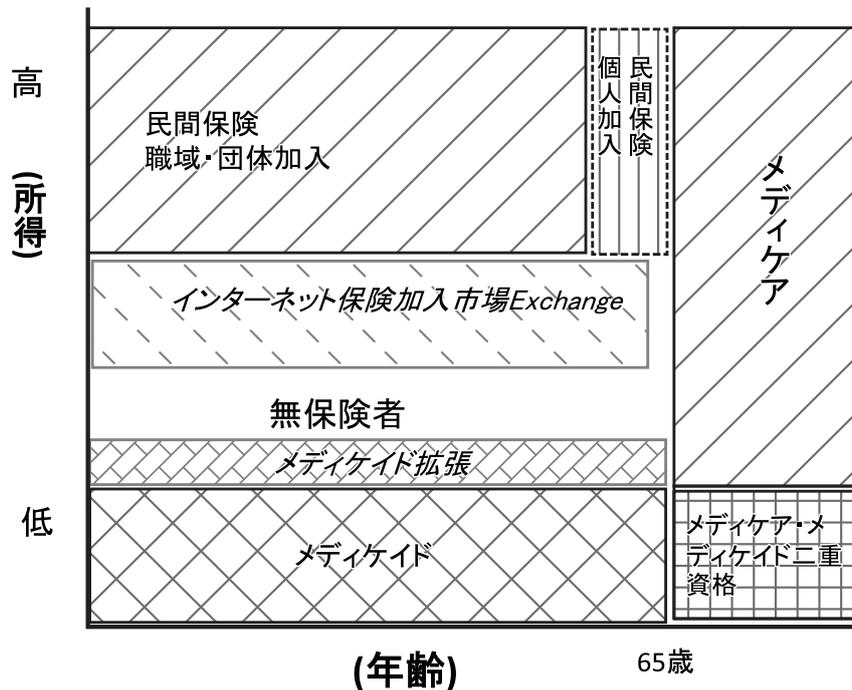


(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

2. オバマケアの無保険者対策

公的制度の対象にならず、民間健康保険に加入できない者が、無保険者になるのであれば、無保険者対策は公的制度の対象を拡大することおよび民間健康保険に容易にかつ安価に加入でき効率的保険市場を創設することが対策になる（《図表 3》参照）。すなわち、低所得層向けのメディケイドにおける所得基準を引き上げて対象者を拡大した。また、インターネットベースの民間健康保険市場である、通称“Exchange”を創設し、加入者には保険料負担を実質減少させる各種の補助金支給を行ったのである。

《図表 3》 無保険者を減少させる対策



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

オバマケアでは、既往症のある加入者についてその既往症を保険給付の対象としない免責規定を禁止し、Exchange で販売する健康保険は Minimum Essential Coverage と称される最低給付基準を満たすことが法定された。そして、インターネットベースの民間健康保険市場である Exchange を機能させるために、オバマケアでは加入義務である “Individual Mandate” を規定していた。

この Individual Mandate は、共和党が激しく攻撃する標的であった。2017年12月に成立した税制改革法の一部にその廃止が盛り込まれた結果、Individual Mandate は、廃止されることになった。

なぜ、個人に健康保険加入義務を課す Individual Mandate の規定が設けられたのだろうか。

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。加入強制の理由は、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。民間保険では、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。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。

日本の健康保険では加入義務がある。会社入社と同時に健康保険組合に加入する手続きが取られる。健康保険組合では、保険料負担は報酬比例すなわち収入に応じて負担する。保険給付は、必要に応じて給付される。この方式には、以下の内部補助のメカニズムが内蔵されている。任意加入の健康保険では、リスクの高い加入者には高い保険料が適用され、リスクの低い加入者には低い保険料が適用される。リスクと保険料が釣り合うようになっている。しかし、健康保険ではそうはなっていない。収入が多いが病気をしないすなわちリスクが低い加入者から収入が低く病気がちなすなわちリスクが高い者に対して、結果的に内部補助が行われるのである。

Individual Mandate の規定は、上記の内部補助のメカニズムと類似する効果を期待しているのである。Individual Mandate の規定は、若年の低リスク者を加入させる、家畜を追う突き棒のようなものであると言われているが、日本の健康保険制度の内部補助ほどの効果は期待できないが、相応の効果は期待できる。なお、この規定の廃止は、保険料水準の高騰を招くというのは、専門家の一致した意見である。

3. オバマケアのファイナンス対策

オバマケアでは、様々な連邦政府からの補助金支給を実施する一方、連邦政府赤字の削減という制約に対応するために、様々な課金または義務を課している。例えば、高額な健康保険に対する課税の導入などである。このほかに雇用主へ課されている雇用主義務（Employer Mandate）もある。すなわち、50名以上の従業員（専従換算の場合も含む）を雇用する雇用主は、法令で定める健康保険を従業員に提供する義務がある。その義務に反した場合には罰金が科される。ただし、雇用主義務は、ファイナンス対策という面もあるが、大手企業に対して従業員に十分な給付内容の健康保険の提供を確保させるという面もある。

オバマケアのファイナンス対策は、一貫した政策に基づいて実施されたとは言えない。資金源を探して、細かい資金源を集積して確保したように見える。後述するように、連邦議会に政治的対立・分断があり、2010年ヘルスケア改革法はきわどい妥協・権謀によって可決されたのである。これまでのヘルスケア改革関連法は党派間の妥協で成立してきたため、多くのフラグメンテーションがある複雑な構造になっている。この構造では、一貫したファイナンス対策はそもそも困難であったといえるだろう。

4. 連邦制度と連邦・州の改革の併走

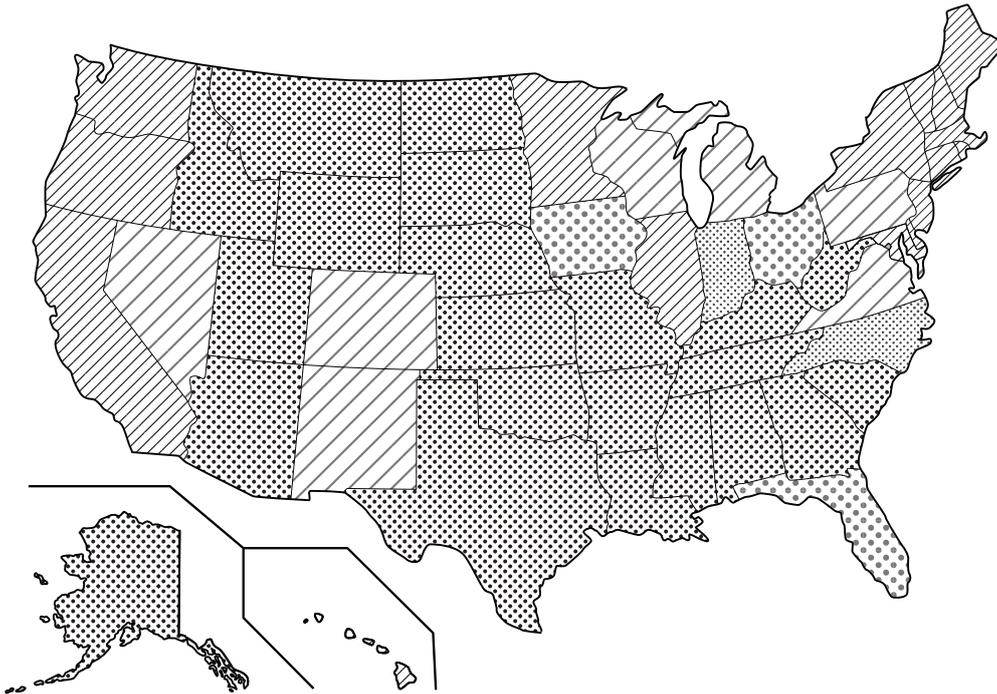
米国は、日本と異なり連邦制であるため、全米統一の単一ヘルスケアシステムも単一健康保険市場も存在しないことも、特徴である。各州は、連邦法であるヘルスケア改革法等の規定に従い連邦政府からの交付金を得て、独自にヘルスケアシステムを構築し、運営している。このため、ヘルスケア改革は、連邦の改革と州の改革が併走することが通常となっている。

5. 政治的対立・分断とイデオロギーの相違

ヘルスケア改革には、連邦議会における党派的政治的対立・分断と共和党・民主党のイデオロギーの相違が色濃く反映している。各州は、共和党系と民主党系に色分けされ、共和党系は Red State、民主党系は Blue State と呼ばれる。ただし、必ずしも二分されているわけではなく、中間的な州もある（《図表 4》参照）。斜線は共和党系、点線は民主党系を示す。点線・斜線の間隔が荒いのは中間を示している。

第 111 議会の連邦議会で 2010 年ヘルスケア改革法が成立した後、連邦議会は同法の廃止・改正を巡り共和党民主党が激しく対立し分断状態にあると言われている。しかし、第 112 議会および第 113 議会の会期では民主党が上院の多数党であったので、下院で同法の廃止・改正の法案が成立しても上院を通らなかった。その後、第 114 議会では上下両院が共和党主導となったため、同法の廃止・改正は実現の可能性が高まった。更に共和党の大統領が誕生して、確実に廃止・改正が現実化した。

《図表4》 共和党系と民主党



(出典) wikimedia.commons <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Red_state,_blue_state.svg>
(visited Feb. 28, 2018) より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

2010年ヘルスケア改革法は、その法令名にあるように無保険者または医学的に不十分な保険給付しか得られない者にヘルスケアサービスを提供することを目的としている。そのために、公的および私的的健康保険システムが中心的課題になっている。特に市場取引される民間健康保険事業メカニズムを理解した措置が講じられている。例えば、それまで十分な医療サービスを受けられずに来た疾病リスクが不明で健康保険既加入者よりリスクが高い新規保険加入者に対して、民間健康保険者に引受義務を課している状況を考慮して事業リスク軽減策が実施され、健康保険者間の引受集団のリスク差を調整する資金移転策が実施されている。

これに対して、2010年ヘルスケア改革法の廃止を唱導してきた共和党は、2010年ヘルスケア改革法の廃止後に実施する包括的な具体策が準備されていなかったという準備不足があった。また、2016年に現在の下院議長のライアン議員が纏めた、共和党の政策文書⁶には健康保険の市場取引を自由にして全米単一市場で取引できるようにすれば、競争が促進され保険料が低下するとの誤った認識が記されている。保険事業のメカニズムについて十分理解されているか疑わせる内容である。

米国では、人々のヘルスケアサービスに対する支払能力と支払意思に基づく市場正義 (Market Justice) と個人の福利 (well-being) よりもコミュニティの福利を重視する社会正義 (Social Justice) の対立する価値観がある⁷。この対立する価値観は、時に融合し時に対立する。融合するとメディケア・メディケイドを生み出し、対立すると無保険者を生み出す。共和党も民主党も、市場機能に対する信頼では共通している。しかし、共和党は市場機能を単純に正義と考え市場正義に傾倒し、民主党は市場機能を修正することを厭わず社会正義を伴うべきと考えるという相違がある。

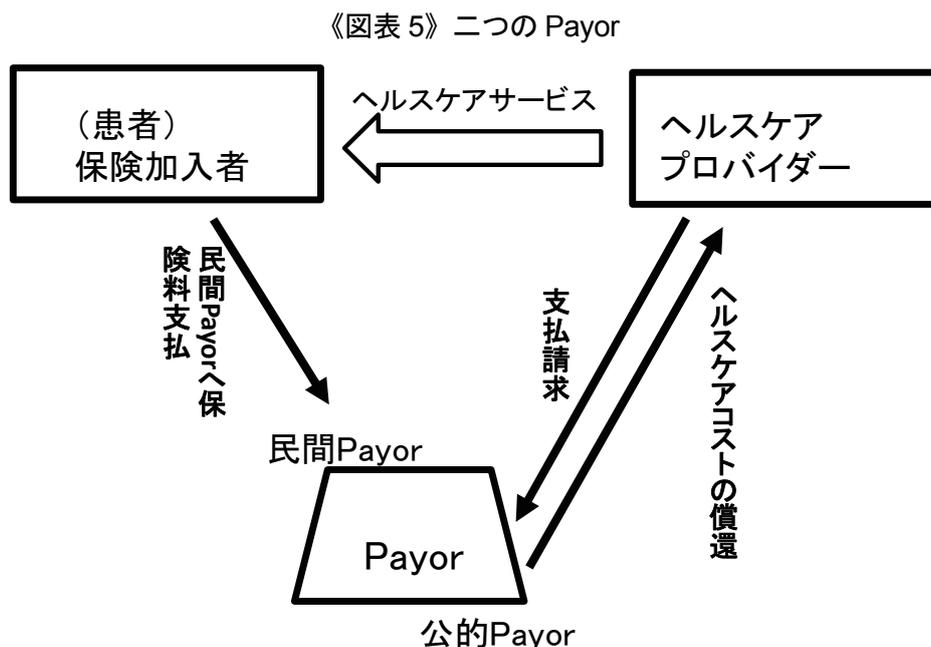
⁶ Health Care, better.gop, “A Better Way: Our Vision for Confident America”, June 22, 2016.

⁷ Leiuyu Shi and Douglas Singh, “Essentials of the U.S. health care system - Fourth edition”, 2017, pp.16-17.

6. Payor という観念と改革の担い手

米国では、ヘルスケアサービスに要した費用を患者に代わって支払う者を Payor と呼んでいる。この Payor という概念がある点が、米国の特徴である。Payor には、公的な医療保障制度・健康保険制度運営者である公的 Payor (Public payor) と民間健康保険者も自家保険を実施する雇用主も含まれる民間 Payor (Private payor) の二つがある(《図表 5》参照)。公的 Payor にはメディケアを運営する連邦政府とメディケイドを運営する州政府とがあり、その財源は主として税金である。民間 Payor には民間健康保険者と自家保険を運営する雇用主とがあり、その財源は保険料と福利厚生費である。

米国では、健康保険者または Payor はヘルスケアファイナンスシステムを中心であるが、単純なファイナンスを担うだけでなく、ヘルスケアサービスを提供する医師・病院等のヘルスケアプロバイダーと交渉し、健康保険加入者のためにヘルスケアプロバイダー・ネットワークを構築する。そのため、健康保険者または Payor は、ヘルスケア提供システムにも深く関わっている。健康保険者または Payor は、増加を続けるヘルスケアコストという環境の中で持続可能な増加率に留めるという課題を抱えている。このため、ヘルスケア改革を受身で捉えるのではなく、積極的にヘルスケア改革の担い手になる強いインセンティブが存在し、ヘルスケア改革に積極的に参加している。



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

7. Payor という観念と改革の担い手二つのサブシステムを統合する事業モデルの伝統と実例

ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムで構成されていることは、前述した。米国では、二つのサブシステムを統合した事業モデルが、ヘルスケアシステムの初期から存在していた。例えば、1929年には、病院が病院保険の事業を開始した事例がある。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。同年、複数の専門医がグループ診療を実施する形態である Group Practice 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 Pre-paid 方式を開始した。これらは、二つのサブシステムを統合した事業モデルである。

今日でも二つのサブシステムを統合した事業モデルが存在し、成功裏に事業を展開している。カルフォルニア州の Kaiser Permanente もこの統合モデルのひとつで、高い評価を得ている（《BOX》参照）。

《BOX》Kaiser Permanente の統合モデルとその評価

カルフォルニア州で誕生し、他州にも展開している Kaiser Permanente は統合モデルとして成功し、高い評価を得ている。多くの研究成果が発表されているが、ここでは、末尾に掲げるの三つの研究をもとに、組織構成、統合方式および成果を紹介する。

Kaiser Permanente の組織構成は、分離しているが相互依存的関係にある、次の三つの組織で構成されている。すなわち、保険者組織である Kaiser Foundation Health Plan (KFHP)、病院である Kaiser Foundation Hospitals (KFH)、および医師グループ組織の Permanente Medical Groups である。これらの組織は、共通のビジョン、共同決定および同一歩調のインセンティブに基づいて、保険加入者・患者に対して医療サービスを組成し、ファイナンスを確保調達している。

統合的ヘルスケア提供システム (Integrated Healthcare Delivery System) は、個々の患者に対してコーディネートされたヘルスケアを、関連する医療情報と計測可能で計測された目的・ゴールを共有して患者に関する医療成果と医療資源の利用に関する責任を分担して提供する仕組みであると定義されている。Kaiser Permanente の統合方式は、個々の患者の経路をそれぞれの組織が把握追跡できる情報通信システムと電子カルテの共有に基づいて、全面的な統合を実現しているため、統合的ヘルスケア提供システムの一つと解される。

さらに、これらの事業活動によって得られたビッグデータは、“living laboratory”と呼ばれる Garfield Innovation Center で先進的な技術によるヘルスデータ解析が行われ、医療サービスの改善に利用されている。

統合的ヘルスケア提供システムには、様々な保険者との統合の程度があり、また病院の病床・検査施設の利用率改善による病院部門の収益改善という一般的な経営目標に反する、コストが高い入院需要の最小化という課題もある。Kaiser Permanente の場合には、一般的な病院所有機関よりも一人あたり患者の医療費が低いという成果を挙げている。

(参照資料)

Douglas McCarthy, Kimberly Mueller, and Jennifer Wrenn, “Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology,” Commonwealth Fund Case Study: Organized Health Care Delivery System, June 2009.

Matthew Townsend, “Learning from Kaiser Permanente: Integrated systems and healthcare improvement in Canada,” Canadian Foundation for Healthcare Improvement, November 2014.

Alain C Enthoven, “What is an Integrated Health Care Financing and Delivery System (IDS)? and What must would-be IDS Accomplish to Become Competitive with them?” Health Economics & Outcome Research, Volume 2 • Issue 2, 2016.

なお、現在病院グループが保険事業の免許を取得して、両方のサブシステムを統合した事業形態を取っている例は珍しくない。

現在、Accountable Care Organization（以下、ACO という）モデルが、ヘルスケア改革のなかで推進されている。ACO については、様々な定義・見解がある。ここでは、米国連邦政府保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services）のメディケア担当部署である Centers for Medicare and Medicaid Services（以下、CMS という）の定義⁸を採用する。すなわち、ACO は、病院とその他の医師等のヘルスケアプロバイダーのグループ組織で、患者にコーディネートされた高品質のケアを提供するために任意に提携等により結成した組織である。ACO が、高品質のケアを提供し、かつヘルスケア支出を効果的に使用した場合には、達成した節減を一部共有することが出来る。

ACO は、ヘルスケアプロバイダーが提携して組成した組織である。達成した節減を計量するため保険者に類するファイナンス部門の機能を有しているため、保険者も統合した統合モデルの一種と理解できる。実務界には、Kaiser Permanente の統合モデルは同一グループ組織体のなかでの統合モデルであり、ACO のような提携型の統合モデルよりも円滑な運営が可能との見方がある。

Ⅲ. 健康保険市場の市場構造と当事者

1. 健康保険市場の構造

米国の健康保険市場における民間保険に関しては、個人が個別に加入する民間保険市場のウェイトは低く、従業員の福利厚生の一つとして医療保障を提供する職域・団体加入の団体民間保険市場⁹が主要な市場となっている（《図表 6》参照）。

実務的にみると、上記の民間市場の他に主要な民間市場が存在する。高齢者を対象とするメディケアにおける公私混成市場であるメディケア・アドバンテージ市場¹⁰である。メディケア制度は Part A、Part B、Part C、Part D と歴史的に拡大してきたが、メディケア・アドバンテージは Part C にあたる。Part C は、メディケアと契約している民間健康保険者が Part A と Part B にある保険給付を提供する健康保険商品である。様々なタイプの商品があり、多くの商品は処方箋薬も対象にしている。

個人健康保険市場には、一般の個人加入市場の他に Exchange¹¹がある。Exchange は、無保険者減少のために 2010 年ヘルスケア改革法によって創設されたインターネットベースの民間健康保険市場である。個人が低廉な保険料で容易に加入でき、連邦政府による補助金支給もおこなわれる。Exchange は、確かに無保険者減少に貢献した。しかし、大手の民間保険者の事業の視点からは、制約条件が多く利益率も低い魅力が低い健康保険市場になっている。2010 年ヘルスケア改革法の廃止を主張するトランプ大統領・議会共和党の動きは、Exchange 参加の健康保険者の撤退・減少という問題を引き起こしつつある。

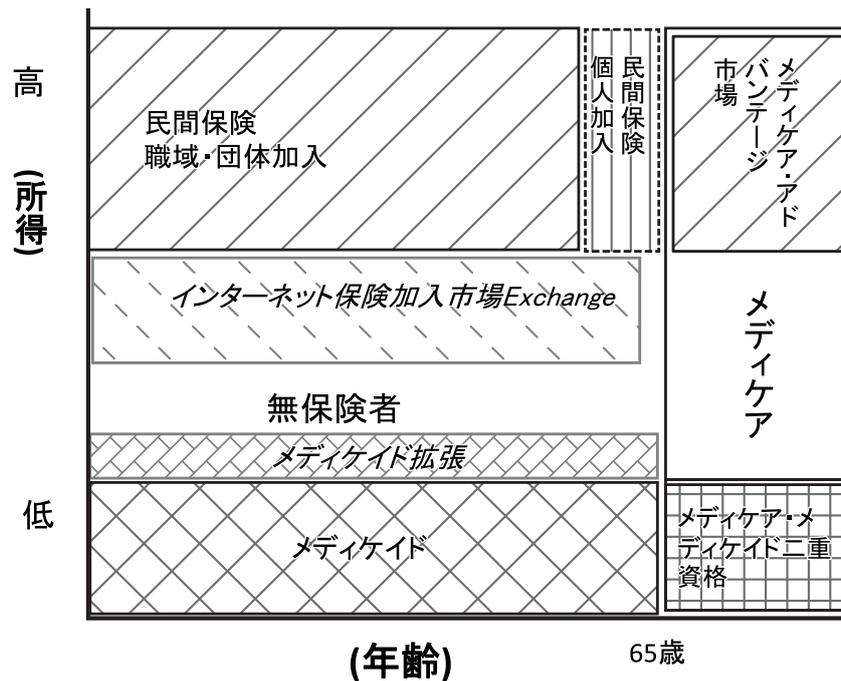
⁸ Accountable Care Organizations (ACO) (visited Feb. 28, 2018) <<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html>>.

⁹ 実務的には、Employee Benefit Market と呼んでいる。

¹⁰ 実務的には、Medicare Market と呼んでいる。

¹¹ 実務的には、Exchange Market または ACA Market と呼んでいる。

《図表6》 主要な健康保険市場



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

2. 健康保険・医療保障制度別人口割合と雇用主の影響力

米国連邦政府商務省国勢調査局 (U.S. Department of Commerce, Census Bureau) は、2016年現在の米国における健康保険と医療保障制度に関する統計調査結果を公表した¹²。その調査結果に、健康保険・医療保障制度別人口割合と変化率を示す統計がある (《図表7》参照)。

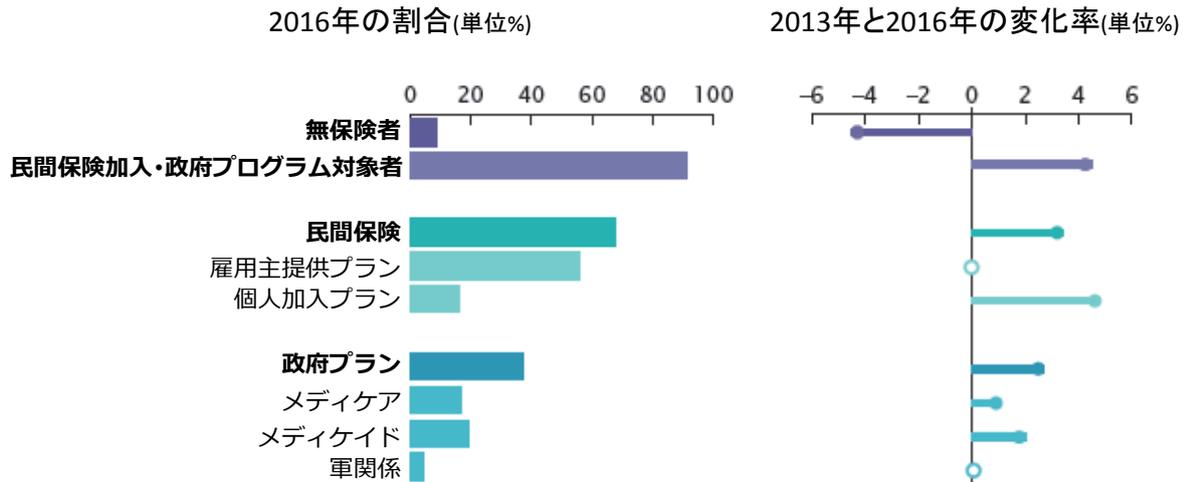
米国民は、加入制度・政府プログラムの対象別に見ると、①民間保険の健康保険加入、②健康保険また医療保障の政府プログラム (メディケイド、メディケア、軍関係の医療保障政府プログラム) に分けられる。①の民間保険加入と②の政府プログラム対象者にならない者は無保険者になる。民間保険加入者と政府プログラムの対象者は全人口の91.2%であり、無保険者は8.8%であった。無保険者は、2013年13.3%であったが、2016年には4.5%減少し8.8%になった。民間健康保険の加入者は67.5%を占める。その内訳を見ると、職域・団体加入の方法で加入する雇用主提供プランが55.7%、個別加入の方法で個人が個別に加入する個人加入プランが16.2%であった¹³。

人口の割合でみると、民間部門のPayorである雇用主、特に加入人口が多い大企業の雇用主が大きな割合を占めていると推測できる。人口比とヘルスケアコスト比は同一ではないが、雇用主は巨額の負担者であり、ヘルスケアコストの動向に強い関心を持つ構造に、米国のヘルスケアシステムがなっていることが伺える。ヘルスケアシステム運営の財源の多くを負担する雇用主の影響力が、ヘルスケア改革において大きくなることは自然な結果である。

¹² U.S. Department of Commerce, Census Bureau, "Health Insurance Coverage in the United States: 2016," September 2017.

¹³ 米国連邦政府商務省国勢調査局は、方法の類型は相互に排他的ではなく、同一年に二つの方法で加入している者が存在しているので重複計上となっていると注記している。

《図表 7》健康保険・医療保障制度別人口割合と変化率



(出典) U.S. Department of Commerce, Census Bureau, “*Health Insurance Coverage in the United States: 2016*,” September 2017 に基づき、損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

3. 健康保険市場の当事者と新規参入者

健康保険市場の当事者は健康保険の取引をする消費者側の保険の加入者・対象者と提供者側の健康保険者だけと考えやすいが、実際には健康保険取引を支援しソリューションを提供するブローカー・コンサルタントなどの専門事業者や健康保険の購入または自家保険を行う企業を支援しさらに社会・議会等への社会的政治的活動をする団体組織も存在しており、その役割は大きい。

健康保険取引を支援しソリューションを提供するブローカー・コンサルタントなどの専門事業者は、主として大手企業を対象にして、従業員の福利厚生である職域医療保障その他の最適な設計運用のため従業員が利用するポータル設計、ウェルネスプログラムの設計選択、保険数理的分析に基づく戦略構築支援などの企業側のためのソリューションサービスを提供している。取引当事者の利害を代表し社会的政治的活動をする団体組織は、全米を対象とするものから州・郡・市を対象とするものまで各種存在している。その組織に加入している企業を対象に経験交流的サミットの開催、市場動向調査および連邦議会へのロビー活動などを行っている。健康保険市場は自動的に簡単に機能しているのではなく、これらの専門事業者・組織の活動があつてこそ、効果的効率的に活発に機能していると考えられる。

さらに、ヘルスケアプロバイダーおよび健康保険者の業界の外から新規参入もある。Amazon 社、Berkshire Hathaway 社および JPMorgan Chase 社は、2018 年 1 月 30 日に従業員のヘルスケアコストの削減とヘルスケアサービス改善を実現するために、共同事業を開始すると声明を発表した¹⁴。当日ヘルスケア関係の上場企業の株価は下落した。このような外部からの新規参入は、健康保険市場への刺激とイノベーション促進に繋がるとみられる。

¹⁴ Angelica LaVito and Jeff Cox, “*Amazon, Berkshire Hathaway, and JPMorgan Chase to partner on US employee health care*”, CNBC News, Tue, 30 Jan 2018.

IV. オバマケアのインパクトと継続するヘルスケアシステム改革の実際

1. オバマケアによる民間健康保険者へのインパクト

2014年から本格実施されたオバマケアと呼ばれる、ヘルスケア改革は、民間健康保険者の既存ビジネスモデルを低収益化させ、合併・統合とビジネスモデル変更の模索を促した。

2010年ヘルスケア改革法（ACA）に基づき、2011年には保険会社に非合理的な保険料引上げについて説明責任を課し、健康保険者の過度の利益を抑制して保険料の引き下げのために保険料のうち原則85%をヘルスケアサービスと疾病予防に充当することを義務づける規制である Medical Loss Ratio（以下、MLR という）が実施された¹⁵。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。2016年分の実績に関して健康保険業界は、4.47億ドルの還付を実施することになっている¹⁶。

このように、既存のビジネスモデルでは低収益構造となった中で、民間健康保険者はビジネスモデルの変更を模索している。合併などによる大規模化・寡占化は生き残りに不可欠であるが、それだけでは不十分である。良好な疾病リスクを選択して収益を上げる伝統的なビジネスモデルを大規模に実施する事業形態から population health management によるリスク低減の Solution を大規模に実施する事業形態への転換が志向されている¹⁷。

2. オバマケアによる雇用主へのインパクト

2010年ヘルスケア改革法（ACA）の成立直後には、健康保険の保険給付の設計（Benefit Design）を始め多くの事項に厳しい規制が設けられ、雇用主に大きな負のインパクトが生じて大変動が起きるとの予測¹⁸があった。しかし、多数の先行調査報告を分析総括した包括的調査報告が2014年に公表され、¹⁹少なくとも大変動は生じていないことが判明した。

例えば、ACAには企業に関する規制として、Employer Mandate と呼ばれる規制が設けられている。その内容は、フルタイム雇用の従業員数50名以上（常用雇用換算50名以上も含む）の企業（Applicable Large Employer (ALE) と呼ばれている）の従業員とその扶養家族が Exchange の健康保険市場で補助金を受けて加入しようとする場合に、企業が ACA に基づき定められた、明瞭さに欠けた規則を遵守していないときには、罰則的に追加の税金を納付する義務を負うというものである。税金の納付の詳細は、税法の複雑な規則に定められている。この義務を回避するために常用雇用に短期雇用に切り替える動きが出るのではないかと予測があったが、2014年公表の上記報告書は、大企業も中小企業もそれを裏付ける調査結果は得られていないとしており、規制または負担増のために雇用主提供プランに大きな負の

¹⁵ ACA が定める MLR の計算方法は以下のとおり。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。

¹⁶ Shelby Livingston, “Insurers paid \$447 million in medical loss ratio rebates for 2016”, Modern Healthcare, January 4, 2018.

¹⁷ 小林篤「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol. 68（2016年3月）で、この問題を取り上げている。

¹⁸ John L. Ligon, “Obamacare: Impact on Businesses”, WebMemo by The Heritage Foundation, No. 2883, April 27, 2010.

¹⁹ Fredric Blavin et al, “Monitoring the Impact of the Affordable Care Act on Employers: Literature Review”, HEALTH AND HEALTH POLICY by Urban Institute, October 2014.

インパクトがあったとは言えないとしている。

3. トランプ大統領・議会共和党の2010年ヘルスケア改革法の廃止の実際

トランプ大統領・議会共和党は、2010年ヘルスケア改革法の廃止を主張しその実現に努めてきた。しかし、実際に廃止されたのは2010年ヘルスケア改革法全体ではなく、個人に保険加入義務を課す Individual Mandate などの部分のみであり、その他の超党派的な改革事項はそのまま残されている。

まず、連邦議会における法改正の動きを概観する。2010年ヘルスケア改革法（ACA）の主要項目とその変更に関する法改正動向を整理した、議会調査局（Congressional Research Service）の報告書²⁰にもとづき、主要項目を概観すると、次のとおりである。第一の主要項目は、健康保険市場改革に関連する給付内容の要件を設定したことである。これは残っている。第二の主要項目は、Exchange である。Exchange 自体は残ったが、Individual Mandate の廃止その他によって、市場の不安定化が懸念されている。第三は、Individual Mandate である。これは廃止となった²¹。第四は、Employer Mandate である。これは残っている。第五は、メディケイドの拡張である。これは残っているが、改正が計画されている。

次に共和党と民主党によって超党派的に支持されている事項を見てみよう。

Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) は、2015年に超党派の支持で成立しており、超党派が支持する内容を示す事例でものである。MACRAには、メディケアにおいてヘルスケアサービスに対するコスト償還は、量（Volume）ではなく価値（Value）に基づき実施される方式を導入することを定めている規定がある。メディケアの運営機関であるCMSは、MACRAが定める新方式を実現するために、Quality Payment Program を計画し実施している。Quality Payment Program は、超党派で進められているヘルスケア改革の重要な取組の一つであると評価されている。

4. 継続する連邦レベルと州レベルの改革

政治的抗争に拘わらず、連邦レベルと州レベルの両方でヘルスケア改革は継続している。

連邦レベルの改革では、健康保険者または Payor から見て、量でなく価値に基づく費用負担すなわち費用節減と品質向上の両方を実現しようとする取組が重要である。

CMSは、計画段階から医師等の多くの関係者との公開協議を重ねて、Quality Payment Program の実施に踏み切った。その目的は、メディケアコストの伸び率を抑制することであり、そのために高品質のヘルスケアを低コストで提供する仕組みを開発することが必要になってきたという背景がある²²。

Quality Payment Program は、CMSが Payor としての立場から取り組んでいる事業でもあるという意義がある。また、CMSは、医師等が使用するオンラインツールを開発提供するほか、情報通信関係の整備に尽力している。

州レベルのヘルスケア改革の取組に関しては、民主党系と共和党系の州によって違いはあるが、ヘル

²⁰ Congressional Research Service, “Legislative Actions in the 112th, 113th, and 114th Congresses to Repeal, Defund, or Delay the Affordable Care Act”, February 7, 2017.

²¹ 連邦法では廃止となっても、州法で立法は可能である。マサチューセッツ州では、州法に基づき継続が決まっている。

²² Executive Summary, Medicare Program; CY 2018 Updates to the Quality Payment Program; and Quality Payment Program: Extreme and Uncontrollable Circumstance Policy for the Transition Year, 82FR53569-53570(2017-11-16).

スケアプロバイダーと保険者を統合した Kaiser Permanente の統合モデルがあるカルフォルニア州は注目に値する。

カルフォルニア州の事例を以下に紹介する。ACA によって創設された個人加入のための個人健康保険市場 Exchange は、州が運営する Exchange と連邦政府が運営する Exchange とがある。知事が共和党系の場合は、連邦政府が運営することになることが多い。カルフォルニア州は、州が運営しており、無保険者の減少割合は、全米平均より上回っている。2017 年 11 月に加入を開始した Exchange には、Kaiser Permanente を始めとして規模が小さい健康保険者も含めて 11 社が参加している。

もともとカルフォルニア州は、民主党支持者が多い Blue State と呼ばれているので、連邦の動きとは異なる動向となる。しかし、党派性とは別に、健康保険市場を競争市場として機能させる取組が多く存在していることも同州の特徴になっている。実行可能なヘルスケア改革を実現するために関係者が意見交換討議をし、連携を促進する非営利法人組織が幾つかあり、多くの財団が活動資金を提供している。同州の行政における企画・計画・運営にも議会における討議にも、これらの機関の活動は影響を与え、利用されている。このような緩やかな連携活動は、ヘルスケア改革を現実的に促進するのに貢献していると考えられる。

V. ヘルスケア改革に参画する公的 Payor と民間健康保険者

1. 公的保険者の多くのイニシアティブ

メディケア担当部署である Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) は、公的保険者である。CMS は、多くのイニシアティブを実施している。CMS は、イノベーション専門部署であるイノベーション・センターも設けている。イノベーション・センターは、2010 年ヘルスケア改革法 (ACA) で定められたイニシアティブおよび Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) の Quality Payment Program も担当している。イノベーション・センターは、その取組を次のカテゴリーに分類している。

第一は、Accountable Care である。Accountable Care Organization (ACO) モデルおよび類似のケアモデルに関するものである。これらのモデルは、ヘルスケアプロバイダー組織が患者集団に対して説明責任を果たし、ケアプロセス改革を実施して、コーディネートした、高品質の、効率的なサービスを提供するように動機付けをしたモデルである。

第二は、Episode-based Payment Initiative で、例えば入院というイベントからその後の一定期間である episode of care の期間中ヘルスケアプロバイダーは、サービス需要者に対してケアのコストと品質について説明責任を果たすモデルである。

第三は、Primary Care Transformation で、プライマリーケア・プロバイダーが患者のケアニーズに対応するキーポイントになるとの認識に基づき、プライマリー・ケア医等がチームを組んで予防等に取り組みヘルスケアコストの低減を実現しようとするモデルである。一般に“medical home”と呼ばれている。

第四は、Initiatives Focused on the Medicaid and CHIP Population である。無保険となっている低所得層の児童を対象とする児童の Children’s Health Insurance Program (CHIP) に関する州政府との

協働プロジェクトである。

第五は、メディケア・メディケイド二重資格者に関するイニシアティブである。第六と第七は、新しいモデルとベストプラクティスを早期に普及させるイニシアティブである。

2. 大手民間健康保険者のイノベーションの取組

大手民間健康保険者も、課題解決のためのイノベーションの取組を実施している。ここでは大手4社の特徴ある取組を紹介する。

どの会社も健康保険を販売するだけの会社ではなく、ソリューションとなるサービスを提供する会社であると自己規定している。

例えば、A社は、自社を人々がより健康になることを支援する会社であると自社ホームページでアピールしている。同社は、プライマリー・ケア医を組織化し、慢性疾患患者を対象とする自前のACOを設立して全米に展開しており、健康保険給付を行う事業だけでなくヘルスケアサービス提供の分野へも参入している。さらに、同社は、2011年に病院、ホスピス、介護サービス、外来診療、検査、リハビリテーション、プライマリー・ケアを提供する医療機関グループと合弁事業を開始した。そして患者にチーム医療を提供するプライマリー・ケア医を選定し、合弁事業を行っている病院および専門医に紹介をする仕組みを導入して、個々の患者の状態に応じた個人別ケアを提供する体制を構築している。また、情報通信技術を導入して、遠隔医療のサービスも提供している。医師と患者が距離を隔てたところでインターネットなどの通信技術を用いて診療を行う遠隔医療（telemedicine）を実施するには、診断に不可欠なデータ、端末機器、読影等が可能な医師の体制が必要となる。この他に、同社は、糖尿病患者を対象として、スマートフォンとパーソナルコンピュータで使用できるアプリを開発し、個人別コーチングサービスの提供を開始している。同社は、これらのオンラインツールは、遠隔医療においても利用価値が高いとしている。

B社は、個人、雇用主および政府部門を顧客として発展してきた民間健康保険者であるが、現在はヘルスケアサービス提供方法とヘルスケアサービスの成果を改善するPatient-Centered Medical Homeのケアモデルを提供している組織であるとアピールしている。Patient-Centered Medical Homeのケアモデルでは、保険加入者集団を対象にして慢性疾患患者となった保険加入者を登録維持管理し、慢性疾患に関する教育と支援を行い、必要に応じて専門医へ紹介をする一方、生活支援的なコミュニティサービスも提供するほか、オンラインで使用できるデバイス・ツールも提供している。また、同社は、病院・医師等とCollaborative Quality Initiativesを実施し、参加医療機関からデータの提供を受けて、ベストプラクティスの解析を行うデータ分析サービスも提供している。また、近年巨大なイノベーション・センターを設立し各種のイノベーションに取り組み始めている。

C社は、保険会社ではなく、自社内に多くの医療看護職を抱え顧客の健康状態の向上、ウェルネスの増進のためのサービスを提供するヘルスサービスの会社であると自己規定し、顧客との接点を改善する情報通信インフラの整備に取り組んでいる。同社も、B社と同じく、患者を登録維持管理し、慢性疾患患者に教育と支援を行い、必要に応じて専門医へ紹介をする一方、生活支援的なコミュニティサービスも提供する、ヘルスケアサービス提供体制を構築している。このほか、職域において現地で全従業員を

対象にヘルスコーチングを継続的に実施し、医療費、緊急外来、専門医診察の減少を果たしている。

D社は、自社を保険会社ではなく、ヘルスサービス会社と自己規定し、医療職・保健職を組織内に擁し実際に医療職グループがヘルスケアサービスの提供も行う部門も保有しており、統合的モデルに近似した内容の事業展開となっている。同社は、多額の技術とイノベーションに投資を継続しており、二つのプラットフォームを構築して事業展開している。一つのプラットフォームは、Health Benefit の設計運用に関するものである。具体的には、州政府が実施するメディケイドの企画・運営、職域における従業員福利厚生システム的设计・運用等である。もう一つのプラットフォームは、Health Services に関するもので、情報と通信技術に関するもので、ヘルスケアシステムの近代化および人々とコミュニティの健康改善に貢献するものである。800名を超えるデータ分析専門家、アクチュアリー等が、ケアコーディネーションの改善や患者参加の向上などの問題解決に取り組んでいる。

VI. おわりに：米国の特徴と健康保険者によるイノベーションの取組課題

今回取り上げた従業員の福利厚生システムの提供者である大手雇用主に関する動向にも着目して、最後に上述した米国の特徴を整理する。

大手雇用主は、大規模な Payor であり、内部に多くのリソースを抱えている。大手雇用主のために専門的サービスを提供する事業者が周辺におり、内外の専門的機能を使って、ヘルスケア改革に参画していると理解できるだろう。

また、上述した内容から、米国のヘルスケアシステムの大きな特徴として、強いイノベーション志向とイノベーションを推進するメカニズムが備わっていることを挙げるべきだろう。ヘルスケアファイナンスとヘルスケア提供を統合した統合モデルの実例が幾つもあり、成功していることも、大きな特徴と言えるだろう。

しかし、健康保険者によるイノベーションの取組は進行中であり、先駆的な取組が報告されているが、全体の潮流にはなっている訳ではない。成果はまだ先の段階である。業界動向分析の専門家は、先行事例は報告されているが、一般化し普及するのはこれからだとしている²³。健康保険者が、情報通信技術等を活用してイノベーションに取り組んでも、当事者であるヘルスケアプロバイダーと患者の行動が変化しない限りその成果は期待できない。その意味で、健康保険者が取り組むイノベーションは、当面時間がかかる取組にならざるを得ない。

そもそも時間がかかる取り組み自体が当事者にとっても困難であることは、当事者自身が認識している。Aetna 社の Annual Report²⁴では、買収した事業・商品・サービスの統合には時間を要すること、および統合の過程では商品・サービスの高品質を維持しながら人的・オペレーションの統合、オペレーションの統合に関する非効率性への対応、マネジメント層の関心低下への対応、既存顧客の維持と同時に新規顧客へ対応などの問題に取り組む必要があることが記載されている。

²³ Healthcare Intelligence Network, "Healthcare Trends & Forecasts in 2018: Performance Expectations for the Healthcare Industry", December 2017, pp.27-28.

²⁴ Aetna Inc. "Annual Report on Form 10-K For the Year Ended December 31, 2017", p.10.