

# 米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業

## —2008年を中心とする概況とインディアナ州における Consumer Driven Health Plan の実験的導入—

### 目 次

- |               |                                                                    |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|
| I. はじめに       | III. 医療費の概況                                                        |
| II. 健康保険市場の概況 | IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要と<br>インディアナ州における実験的導入の事例 |

<付録>メディケア・メディケイドの給付内容、加入条件、保険料

副主任研究員 田中 健司      研究員 森 朋也

### 要 約

#### I. はじめに

本稿では、米国の民間健康保険市場と公的医療制度について、2008年を基準点とした動向を整理する。また、インディアナ州における Consumer Driven Health Plan の実験的導入の事例を紹介する。

#### II. 健康保険市場の概況

2008年、民間営利保険会社は、加入者数の増加、収入保険料の増加により事業規模を拡大したが、損害率の悪化により保険引受収益が減少し、多くの保険会社が上期に収益目標を下方修正した。さらに、その後のリーマン・ショックの影響で投資収益も大きく減少し、各社の純利益の合計は2007年よりも36.5%減少した。

米国の健康保険市場の中心となっている職域市場では、1999年以降健康保険料が上昇し続けている。2009年の平均健康保険料は2008年と比較し、単身プランでは2.6%、家族プランでは5.5%増加した。また、近年CDHPの普及が進んでいたが、2009年にはCDHPを従業員に提示する企業の割合が減少するなど、普及の一服感を示すデータが表れている。

#### III. 医療費の概況

2008年の医療費は2兆2,287億ドルとなっている。医療費は一貫して上昇しており、名目GDPに占める割合も年々上昇している。一方で、医療費の対前年比伸び率は2002年より縮小し続けており、2008年の4.4%増は直近10年間では最も低い伸び率となった。

#### IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要とインディアナ州における実験的導入の事例

CDHPにおける代表的な医療貯蓄口座として、Health Savings Account (HSA) がある。健康保険会社の団体が2010年1月に調査したところによれば、HSAを組み合わせたCDHPの加入者数は、1,000万人余りに達している。また、CDHPを提供する健康保険会社の調査を通じて、CDHP導入による医療コスト削減等の効果が確認されている。

本章の後半で紹介するインディアナ州の実験プログラムであるHealthy Indiana Plan (HIP) は、無保険の状態にある低所得者の健康保険加入を促進するために、CDHPの概念を取り入れた健康保険プランを提供する試みである。HIPは2008年～2012年の5年間にわたり実施されることとなっているが、2010年3月に成立した米国のヘルスケア改革法によりメディケイド適用対象が拡大されるため、今後のHIPの方向性に関する議論が高まっている。

## I. はじめに

### 1. 本稿の目的と構成

これまで、当研究所は継続的に米国保険市場における大きな分野である損害保険、健康保険の市場を調査し、その結果を公表してきた。健康保険に関しては、米国の健康保険市場の動向を毎年取り上げ、読者に継続的な情報提供を行うとともに、各稿において注目すべき動向などいくつかのテーマを取り上げて紹介している。最近では、本誌 52 号において「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2007 年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き—」を掲載した。

本稿は、健康保険市場の調査の続編として、2008 年を基準点とした米国の健康保険市場の動向と、個別のテーマとして、Consumer Driven Health Plan (以下、「CDHP」とする。)<sup>1</sup>の概要とインディアナ州における実験的導入の事例について取り上げる。

本稿の構成は以下のとおりである。まず、本章第 2 節において、米国の医療制度の概要および健康保険市場の特徴を簡潔に説明する。第 II 章および第 III 章において、本誌で継続的に取り上げている米国の健康保険市場の概況および医療費の概況について取り上げる。第 IV 章において、米国の新しい健康保険スキームとして注目されている CDHP の最近の動向を説明し、さらに、インディアナ州における CDHP の概念を活用した低所得者向け健康保険加入の促進策について取り上げる。

### 2. 米国の医療制度の概要および健康保険市場の特徴

#### (1) 医療制度の概要

米国においては、公的医療制度（以下、「公的制度」とする。）の対象者の範囲は、高齢者、低所得者など一部に限定されており、公的制度の対象とならない多くの国民は民間の健康保険に加入することにより医療補償を得ている。

主要な公的制度としては、メディケア、メディケイドの 2 つが挙げられる<sup>2,3</sup>。まず、メディケアは 65 歳以上の高齢者を主たる対象とした連邦政府の運営する公的制度であり、Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、「CMS」とする。)が直接的な管理を行っている。補償内容としては、入院費等をカバーするパート A、医師費等をカバーするパート B がベーシックな補償を提供している。民間保険会社の商品として、これらベーシックな内容を包含し、さらに追加的な補償やサービスを提供するアドバンテージ（「パート C」とも呼ばれる。本稿では、「アドバンテージ」と表記する。）があり、加入者がパート A、パート B の代わりとして任意で選択できる。また、同じく民間保険会社の商品として処方箋薬剤給付を提供するパート D があり、任意で加入できる。メディケイドは州政府が運営する低所得者を対象とした公的制度である。加入条件や補償内容は、連邦政府のガイドラインを満たした上で、各州が独自の内容を設けている。州によっては運営を民間保険会社などの民間企業に委託している。

公的制度の対象とならない国民のうち、保険料負担が困難であるなどの理由により健康保険

<sup>1</sup> 本稿では、略語を用いる場合、原則として各章ごとに原語を示す。

<sup>2</sup> メディケア・メディケイドの給付内容、加入条件および保険料については、本稿<付録>「メディケア・メディケイドの給付内容、加入条件、保険料」を参照のこと。

<sup>3</sup> 米国における公的制度としては、メディケア、メディケイドのほか、メディケイドの補完的性質を持つ低所得世帯の児童向けの SCHIP(State Children's Health Insurance Program)、軍人とその家族向けの TRICARE、連邦政府の職員向けの FEHBP(Federal Employees Health Benefits Program)および少数インディアン民族向けの Indian Health Service がある。

に加入できないいわゆる無保険者が約 4,600 万人に達すると推計されており、長期的に見ると増加傾向にある（《図表 1》参照）。

公的制度の対象者が限られていること、そのため、多くの国民は民間の健康保険に加入することにより医療補償を得ていること、多くの無保険者が存在することの 3 点が米国の医療制度における大きな特徴である<sup>4</sup>。

## （2）医療サービスの提供者

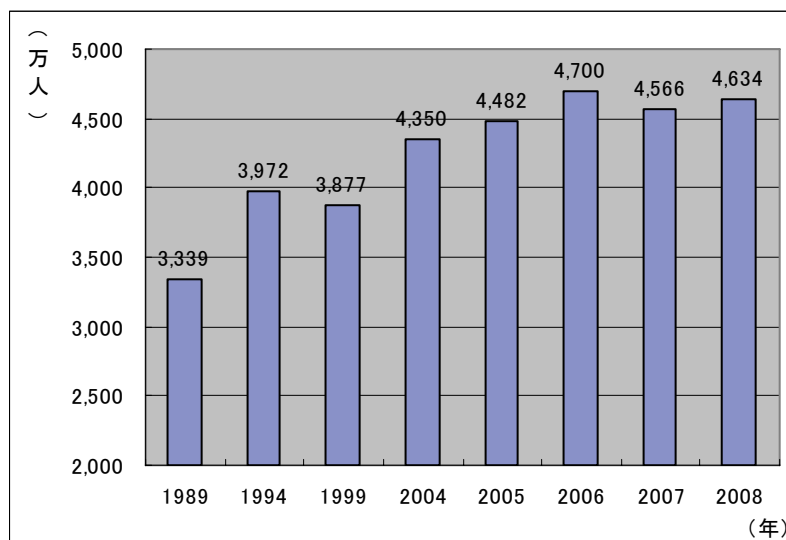
医療サービスの主たる提供者である医療機関は、一般に急性期、長期療養、高齢者ケアなど患者の症状、治療の緊急度などに応じて機能分化している。一般的に、医師は医療機関に雇用されておらず、独立した立場で医療機関と契約し治療に当たっている。そのため、入院の際の健康保険の保険給付も、ベッド代、食費、看護

費などは入院費として医療機関に支払われ、診察費、手術費などは医師費として医師に支払われる。なお、本稿では、個々の医療機関、医師などの医療スタッフ、または、複数の医療機関で構成されているネットワークなど、多様な医療サービスの提供者を幅広く含む包括的な用語として「医療プロバイダー」を用いる。

## （3）民間の健康保険の提供主体

民間の健康保険を提供している主体として、まず、営利保険会社および非営利組織が挙げられる（以下、特に断りのない限り、両者を併せて「民間保険会社」とする）。非営利組織としては、最も初期の段階から健康保険を提供し、州単位の組織として運営されてきた **Blue Cross Blue Shield**、カリフォルニア州を中心として大手の営利保険会社に匹敵する規模で健康保険事

《図表 1》 無保険者数の推移



（出典） U.S.Census Bureau, “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States :2008”, Aug. 2009, p.59(visited May 6, 2010)  
 <<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>>より 損保ジャパン総合研究所作成。

<sup>4</sup> 本稿執筆中の 2010 年 3 月に、米国において、全国民に健康保険を提供することを目的としたヘルスケア改革法案が成立した。議会予算局 (Congressional Budget Office) は、同法により、2019 年には米国の健康保険加入率は 94%に達すると推測している。Congressional Budget Office, “H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation)”, Mar.20, 2010 (visited Apr.8, 2010) <<http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=11379&zzz=40593>>. なお、ヘルスケア改革法案の概要等については、別稿にて取り上げる予定である。

業を展開している Kaiser Permanente がその代表的存在として挙げられる。また、米国では、大手企業を中心に企業自らが保険者となる自家保険の形態により、従業員に医療補償を提供している企業も多数ある。さらに、医療サービスの供給側である医療プロバイダーが健康保険事業を運営している事例もある。本稿では、これら多様な民間の主体が提供している健康保険や自家保険等の医療補償と、公的制度を含めた用語として「健康保険」を用いる。

#### (4) 民間の健康保険への加入形態

米国においては、伝統的に企業が従業員のために民間保険会社と保険契約を締結し、または、自家保険により健康保険を提供してきた。保険料の負担割合は様々であるが、企業と従業員双方が負担することが一般的である。《図表 2》に示すとおり、全国民の 58.5% が職域で企業主の提供する健康保険に加入している。健康保険を

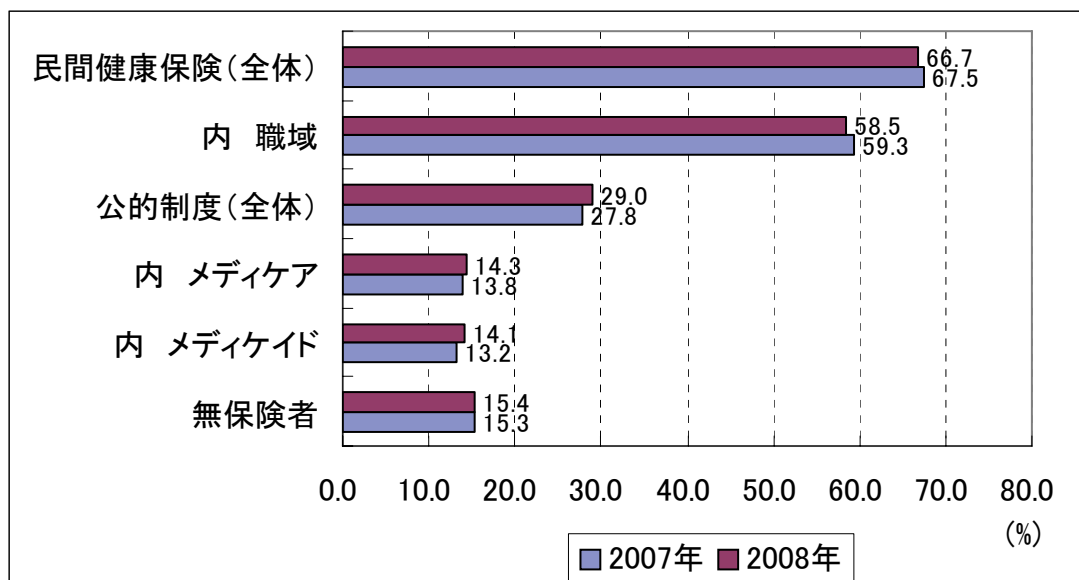
提供していない企業に勤務している者や、自営業者などは、個人で民間健康保険に加入する。

#### (5) 健康保険の形態～出来高払いとマネジドケアについて

現在の米国の健康保険は、加入者が医療サービスを利用した場合にその費用を補償する保険としての機能だけでなく、医療サービスを提供する医療機関や医師のネットワーク化を図り、加入者に対する医療サービスの提供主体としての機能を有していることが多い。

かつての米国における健康保険はほとんどが出来高払いであり、加入者が医療機関で受診すればするだけ保険償還が行われていた。しかし、医療サービスに関する費用の高騰と、企業のコスト抑制に対する強いニーズを反映して、80年代以降、出来高払いの代わりに「マネジドケア型」と呼ばれる民間健康保険が発展した<sup>5</sup>。マネジドケアの用語の定義は多岐にわたるが、一

《図表 2》米国民の健康保険への加入状況



(注) 重複して加入している場合があるため、合計しても 100%にならない。

(出典) U.S.Census Bureau, *supra*, p.30.

<sup>5</sup> 西村徹、江頭達政、中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア市場—沿革、現状および最近の動向」(安田総研クォーターリーVol.37、2001年)、p.21。

一般的には民間保険会社が医療のコスト、質、アクセスについて管理しようとするものである<sup>6</sup>。加入者の受診がネットワーク内の医療プロバイダーに制限されること、保険者による医師や病院の診療活動や給付内容に対する審査機能が極めて強いこと、といった特徴がある。現在の民間健康保険はマネジドケア型が主流となっている。

マネジドケア型の保険種類は下記の3種に大別される。まず、Health Maintenance Organization（以下、「HMO」とする。）は、かかりつけ医への受診を義務付け、さらにネットワーク内の医療プロバイダーのみを利用可能とするタイプである。Point-of-Service（以下、「POS」とする。）は、HMOのオプション的位置付けであり、ネットワーク内のかかりつけ医への受診を義務付ける一方で、加入者は追加的な費用を負担することでネットワーク外の医療プロバイダーも利用可能である。また、Preferred Provider Organization（以下、「PPO」とする。）は、加入者が追加的な費用を負担することにより自由にネットワーク外の医療プロバイダーも利用できるタイプである。なお、これらHMO、POSおよびPPOについては、こうした保険機能全体を指す場合もあるが、それを企画運営する組織を指す場合もある<sup>7</sup>。本稿では、適宜両者を使い分ける。

## II. 健康保険市場の概況

本章では、健康保険市場の2008年のデータを中心とした概況を紹介する。

### 1. 民間保険会社の動向

#### (1) 営利保険会社の動向

##### ①収益動向

営利保険会社の2008年の収益状況を、格付会社A.M.BEST社<sup>8</sup>のレポートに基づいて概観する<sup>9</sup>。

近年の営利保険会社は、減少する保険引受収益を投資収益により補うという収益構造になっていたが、2008年は金融市場の悪化により投資収益が大きく落ち込んだため、主要13社全体で純利益が減少した。純利益の減少幅は36.5%に達した。

##### a. 保険引受収益

2008年は、主要13社全体で加入者数が3.8%、収入保険料が9.1%増加し、事業規模は拡大した。その一方で、損害率が1.3%、事業費率が1.2%それぞれ悪化したため、保険引受収益は22.5%減少した（《図表3》参照）。

各社の動向を見ると、後述する金融市場の悪化が起きる前に、主要13社中8社が年初の収益目標を下方修正した。収益目標の引き下げの要因として挙げられているのは、補償の厚い加入者（full insured）の減少による保険料収入の減少に加えて、主に損害率の悪化に関するものであり、加入者の外来利用の増加、2008年特有の理由として、インフルエンザの流行、メディケアにおいて処方箋薬剤を給付するアドバンテージやパートDにおいて、健康度の低い者の加入が多かったこと等が挙げられる。

保険引受収益の減少率については、WellCare Health Plan社の94.0%減少、CIGNA社の

<sup>6</sup> 同上。

<sup>7</sup> 田中健司、後藤愛「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2007年を中心とする概況とConsumer Driven Health Planの動き—」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.52、2009年）、p.55。

<sup>8</sup> A.M.Best社は、米国で100年以上の歴史を持つ保険会社を対象とする格付会社である。

<sup>9</sup> Sally Rosen, "Multiple Issues Adversely Impact Health Care Results for 2008", A.M.BEST Special Report, May 4, 2009.

《図表 3》 営利保険会社 13 社の収益状況（2008 年）

	加入者総数		収入保険料		損害率		事業費率		保険引受収益	
	(万人)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(%)	差 (%)	(%)	差 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)
WellPoint, Inc.	3,505	0.7%	571	2.2%	84.4	1.2%	15.3	0.4%	43.5	-12.8%
UnitedHealth Group	3,290	6.1%	736	7.0%	82.0	1.4%	19.4	3.0%	54.7	-27.0%
Aetna Inc.	1,707	5.0%	274	16.6%	81.5	1.0%	19.1	-0.3%	22.2	14.8%
CIGNA Corp	1,168	14.8%	162	8.0%	70.7	-1.5%	33.4	5.0%	-1.3	-113.8%
Humana Inc.	849	5.8%	281	14.9%	84.5	1.5%	14.5	-0.2%	10.7	-12.7%
Health Net, Inc.	618	-1.5%	152	9.3%	88.4	1.8%	11.2	-0.6%	1.6	-49.5%
Coventry Health Care, Inc.	306	-3.8%	106	21.6%	84.0	4.3%	20.3	-0.2%	7.8	-27.5%
Amerigroup Corp.	158	-7.7%	44	14.8%	81.4	-1.6%	14.5	0.8%	2.2	39.0%
WellCare Health Plans Inc.	155	11.2%	65	22.2%	85.3	5.9%	14.7	-0.1%	0.2	-94.0%
Molina Healthcare Inc.	126	9.3%	31	25.5%	84.8	0.3%	12.2	-0.5%	1.3	28.8%
Centene Corp.	119	8.8%	33	22.4%	82.0	-1.8%	15.9	-0.7%	1.3	138.1%
Triple-S Management Corp	119	22.7%	17	14.3%	88.9	1.9%	14.7	-1.1%	0.3	-30.5%
Universal American Corp	24	1.7%	46	56.4%	83.3	2.9%	15.5	-3.7%	1.1	150.3%
合計	12,205	3.8%	2,518	9.1%	82.9	1.3%	18.0	1.2%	145.7	-22.5%
13社平均	939		194						11.2	

	投資収入		純利益	
	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)
WellPoint, Inc.	-3.3	-132.4%	24.9	-25.5%
UnitedHealth Group	7.7	-32.6%	29.8	-36.0%
Aetna Inc.	2.5	-76.4%	13.8	-24.4%
CIGNA Corp	8.9	-20.9%	2.9	-73.8%
Humana Inc.	2.2	-29.9%	6.5	-22.4%
Health Net, Inc.	0.9	-24.3%	1.0	-51.0%
Coventry Health Care, Inc.	0.7	-50.7%	3.8	-39.0%
Amerigroup Corp.	0.7	-2.6%	-0.5	-143.4%
WellCare Health Plans Inc.	0.4	-54.8%	-0.4	-117.0%
Molina Healthcare Inc.	0.2	-29.6%	0.6	6.8%
Centene Corp.	0.2	-11.1%	0.8	13.7%
Triple-S Management Corp	0.2	-56.5%	0.3	-57.7%
Universal American Corp	0.2	-67.7%	1.0	13.1%
合計	21.7	-59.2%	84.5	-36.5%
13社平均	1.7		6.5	

(注) a. 加入者総数は 2008 年 12 月末の人数。

b. 「伸び率」は対前年比増加率、「差」は前年の損害率・事業費率との差を表す。

(出典) Sally A. Rosen, "Multiple Issues Adversely Impact Health Care Results for 2008", A.M.BEST Special Report, May 4, 2009.

113.8%減少<sup>10</sup>が特に大きい。WellCare Health Plan 社は保険給付が増加したこと、CIGNA 社は金融市場の悪化により変額年金の再保険事業で大きな損失を被ったことが、保険引受収益の減少に大きく起因した。

一方、Amerigroup 社、Centene 社、Molina Healthcare 社、Universal American 社および Aetna 社の 5 社は、保険引受収益を増加させている。Amerigroup 社および Centene 社は、メディケイドからの委託を主力ビジネスとしており、それぞれ営業基盤としている州におけるメディケイドの保険料率アップが保険引受収益の増加に寄与した。Molina Healthcare 社は、同

じくメディケイドからの委託が主力であるが、事業費率の圧縮が収益増の要因となっている。Universal America 社は、メディケアからの委託を主力としており、加入者増加と損害率の改善の双方が収益増に寄与した。Aetna 社は、これら 4 社と異なり、民間部門を主力とする保険会社であるが、加入者増加および事業費率の圧縮の双方により収益増を達成している。

#### b. 投資収益

投資収益は、2008 年 9 月のリーマン・ショックの影響を受け、主要 13 社全体で 59.2%減少した。

<sup>10</sup> 保険引受収益が黒字から赤字に転落した。

## c. 今後の見通し

A.M.BEST 社は、今後の営利保険会社の収益の見通しについて、経済環境の悪化を原因とする加入者の減少、投資の評価損の計上などが見込まれ、引き続き厳しい状況が続くであろうと予測している。

## ②M&amp;Aの動向

A.M.BEST 社のレポート<sup>11</sup>により、営利保険会社の2008年のM&Aに関する動向を概観する。

2008年は、主要営利保険会社において14件のM&Aが発表された。2008年の特徴は、大型のM&Aがなかったこと、下期にM&Aのペースが緩んだこと（上期10件に対して下期4件）であった。以下、主要なM&Aを紹介する。

メディケアにおけるアドバンテージへの商品提供を収益の柱としている Humana 社は、自らの強みを強化すべく、いずれもアドバンテージへ商品を提供しているネバダ州の Secure-Horizons 社、イリノイ州の OSF Health Plans 社およびフロリダ州の Metcare Health Plan 社の3社を買収した。

営利保険会社に転換した Blue Cross Blue Shield<sup>12</sup>（以下、「BCBS」とする。）14社が合併してできた WellPoint 社は、全米で最大の営利保険会社であるが、BCBSのブランド商品を中心としたビジネスからのさらなる発展を意図して、2008年に2つの企業を買収した。まず4月に、歯科保険を扱う DeCare Dental 社を買収した。同社はこの買収により、新たに900万人

の加入者に対して歯科保険を提供し、Preferred Provider Organization（以下、「PPO」とする。）の歯科ネットワークは全米で最大になると発表している。さらに同4月、保険請求内容の分析やその他の医療情報を提供する Resolution Health 社を買収した。

全米第7位の営利保険会社である Coventry Health Care 社も2つの企業を買収した。まず2月に、メンタルヘルス事業を展開する Mental Health Network Institutional Services 社を、5月にメリーランド州で歯科保険を展開する Group Dental Services 社を買収している。

## (2) 非営利組織 (BCBS, Kaiser Permanente) の動向

## ①BCBSの状況

BCBS 協会の公表資料<sup>13</sup>により、BCBSの状況を概観する。

BCBSは、病院費を支払う Blue Cross と、医師費を支払う Blue Shield が全米各地に設立されたのが始まりであり、加入者数約1億人を有するグループである。一部の BCBS が営利化・合併した結果、現在は全米で39の BCBS が存在している。

《図表4》は2008年および2009年のBCBSの加入者の内訳を示したものである。加入者の保険種類ごとの内訳は、PPOが70万人増えて7,230万人、Health Maintenance Organization（以下、「HMO」とする。）が30万人減少して1,450万人、Point-of-Service（以下、「POS」とする。）が変わらず480万人、出来高払い

<sup>11</sup> Sally Rosen, Carl Austin, "Recession, Reform and Competition Will Pressure Health Insurers' Results", A.M.Best Special Report, Feb.9, 2009.

<sup>12</sup> BCBSの中には、非営利組織から営利保険会社への転換を行った企業がある。しかし、2002年初頭のBCBS of Kansasの営利保険会社化が認められなかったことが契機となり、現在は営利化への転換が難しくなっている。矢倉尚典、田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア市場—2004年を中心とする概況および職域市場・HIPPA・メディケアをめぐる最近の動き—」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005年）、p.22。

<sup>13</sup> Blue Cross Blue Shield Association, "Blue Cross Blue Shield System Facts" (visited Dec. 28, 2009) <<http://www.bcbs.com/news/press/facts/>>.

90万人減少して1,080万人となっている。

《図表 4》BCBS の保険種別加入者数

保険種類	2009年 加入者数	2008年 加入者数
PPO	7,230万人	7,160万人
HMO	1,450万人	1,480万人
POS	480万人	480万人
出来高払い	1,080万人	1,170万人

(出典) Blue Cross Blue Shield Association, “About Us”  
(visited Dec.28, 2009)  
<<http://www.bcbs.com/about/>>.

## ②Kaiser Permanente の状況

Kaiser Permanente の公表資料<sup>14</sup>により、Kaiser Permanente の状況を概観する。

Kaiser Permanente は全米で最大の HMO 組織であり、カリフォルニア州を中心に 9 州とワシントン D.C. で事業を展開している。加入者数は、営利保険会社第 5 位の規模に匹敵する。

《図表 5》は Kaiser Permanente の 2008 年の状況を 2007 年と比較したものである。2008 年の加入者は 2007 年より 0.3% (3 万人) 減少し、860 万人となり、保険料収入は 6.6% (25 億ドル) 増加し、403 億ドルとなった。営業利益は前年と同水準の 15 億ドルを確保したものの、金融市場の悪化により営業外利益は前年の 0.5 億円から大きく落ち込み、23 億ドルの損失となった。それに伴い純利益は前年の 22 億ドルから、0.8 億ドルの損失となっている。

《図表 5》Kaiser Permanente の 2008 年の  
収益状況 (2007 年との比較)

	2008年	2007年
加入者数	860万人	863万人
保険料収入	403億ドル	378億ドル
営業利益	15億ドル	17億ドル
営業外利益	-23億ドル	0.5億ドル
純利益	-0.8億ドル	22億ドル

(出典) Kaiser Permanente, “Kaiser Foundation Health Plan, Inc. and Kaiser Foundation Hospitals Report Fourth Quarter and Fiscal-Year 2008 Results”(visited June 9, 2010)  
<<http://xnet.kp.org/newscenter/pressreleases/nat/2009/021309q4yefinancials.html>> より損保ジャパン総合研究所作成。

## 2. 企業、従業員の動向

本節では健康保険の契約者である企業の動向および被保険者である従業員の動向について、Kaiser Family Foundation の公表資料<sup>15</sup>を基に概観する。

### (1) 企業の動向

《図表 6》は、従業員に健康保険を提供している企業の割合を従業員規模別に見たものである。従業員に健康保険を提供する企業の割合は、従業員規模が大きいほど高い。その傾向や数値はここ数年ほとんど変わっていない。

企業によっては、従業員に提示する健康保険は 1 つではなく、複数のプランを提供する場合がある。《図表 7》は、従業員に提示する健康保険のプラン数を、従業員規模別に示したものである。従業員規模が大きいほど提示するプラン数は大きくなっており、2 つ以上のプランを提

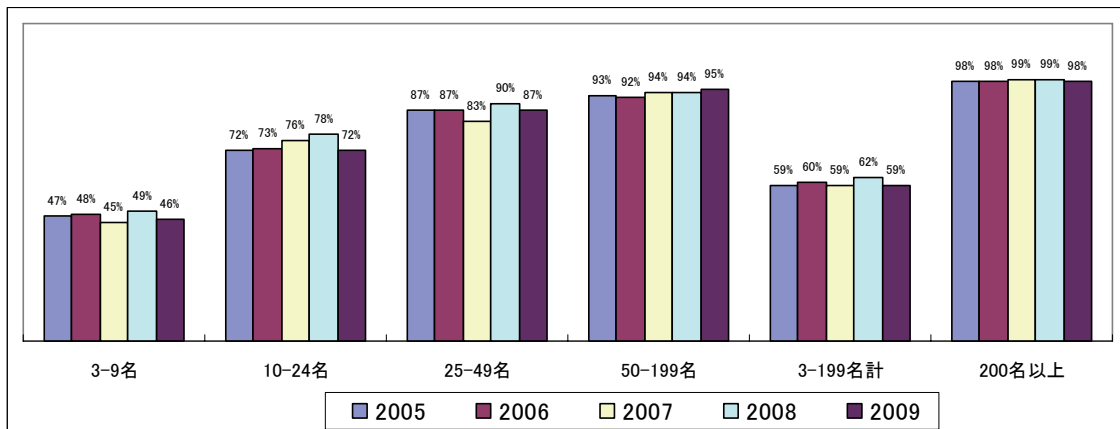
<sup>14</sup> Kaiser Permanente, “Kaiser Foundation Health Plan, Inc. and Kaiser Foundation Hospital Report Fourth Quarter and Fiscal-Year 2008 Results”(visited June 9, 2010)

<<http://xnet.kp.org/newscenter/pressreleases/nat/2009/021309q4yefinancials.html>>.

<sup>15</sup> The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits 2009 Annual Survey”, Sept. 2009 (visited Dec. 28, 2009)  
<<http://www.kff.org/insurance/employer.cfm>>.

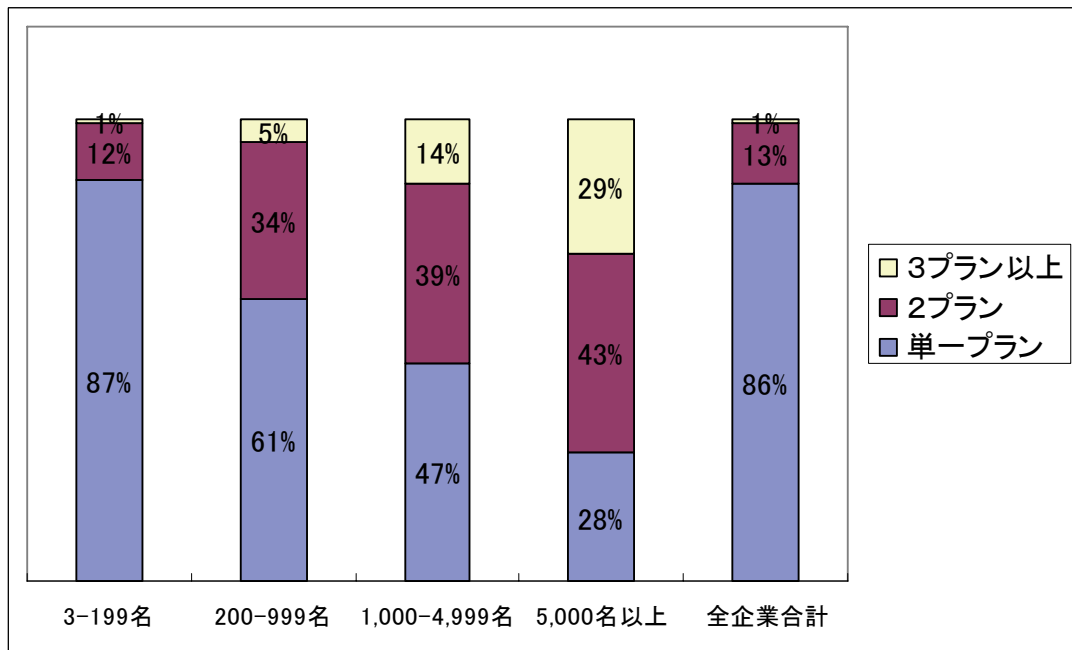


《図表 6》健康保険を提供している企業の割合



(出典) The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits 2009 Annual Survey”, Sept. 2009, Exhibit 2.2(p.38) (visited Dec. 30, 2009) <<http://www.kff.org/insurance/employer.cfm>>.

《図表 7》従業員規模別に見た提示プラン数の分布（2009年）



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 4.1(p.65).

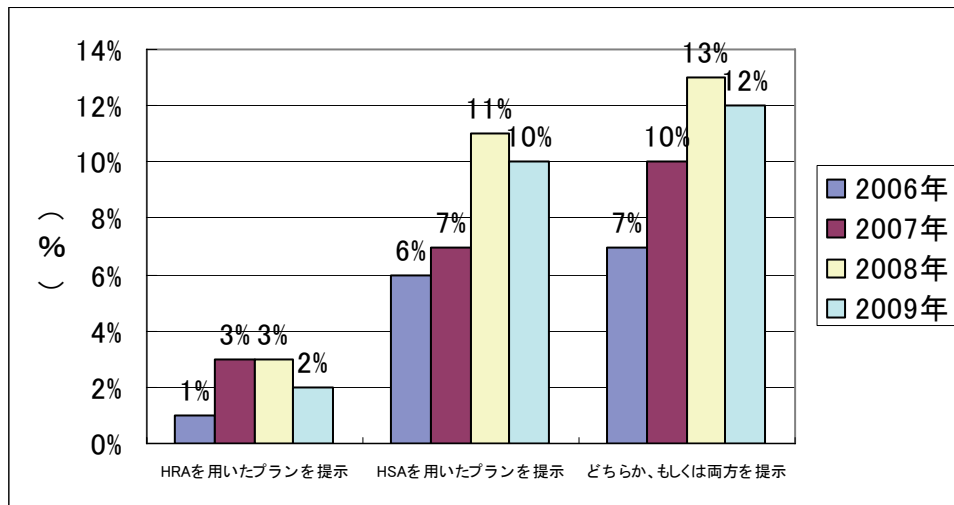
示している企業は、従業員 3-199 名の企業では 13%であるのに対し、5,000 名以上の企業では 72%にのぼっている。

ここ数年米国では、保険料が低廉であることなどから、個人の医療貯蓄口座<sup>16</sup>と免責金額の

高い健康保険を組み合わせる Consumer Driven Health Plan (以下、「CDHP」とする。)の普及が進んでいる。《図表 8》は、従業員に健康保険を提示した企業のうち、CDHP を提示した企業の割合の推移を示したものである。代表

<sup>16</sup> 将来の医療費を支払うための貯蓄口座。複数の種類があり、税制上の取り扱いや拠出者などが異なる。詳しくは、前掲田中他（損保ジャパン総研クォーターリーVol.52、2009年）、p.24 を参照のこと。

《図表 8》従業員に健康保険を提示した企業のうち、CDHP を提示した企業の割合（HRA,HSA 別）



- (注) a. 出典では、HRA を用いたプランを「免責金額が個人契約で 1,000 ドル以上、家族契約で 2,000 ドル以上に設定されている健康保険を、HRA と併せて提供したもの」と定義し、HSA を用いたプランを「HSA を提供するための連邦政府が定める条件を満たした免責金額の高い健康保険」と定義している。
- b. 従業員に健康保険を提供した企業のうち、HRA を用いた CDHP と、HSA を用いた CDHP の双方を提供した企業の割合は、2006 年 0.4%、2007 年 0.2%、2008 年 0.3%となっている。(2009 年は記載無し)

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 8.1(p.148).

的な医療貯蓄口座である Health Reimbursement Arrangement (以下、「HRA」とする。) <sup>17</sup>を用いたプランと Health Savings Account (以下、「HSA」とする。) <sup>18</sup>を用いたプランとともに、2008 年までは提示する企業の割合が増加していたが、2009 年はいずれも提示する企業の割合が減少している。また、HRA を用いたプランよりも、HSA を用いたプランの方が提示する企業の割合が大きい。

本章第 3 節で述べるが、職域における健康保険料は上昇を続けている。そのため、雇用主は健康保険料を抑制するための対策として何が効

果的かについて大きな関心を持っている。《図表 9》は、雇用主が健康保険料を抑制するための 4 つの対策、「Disease Management<sup>19</sup>」(以下、「DM」とする。))、「従業員の自己負担増」、「CDHP」、「マネジドケアのネットワークの制限強化」の効果に対する考え方を、従業員 3-199 名の企業および従業員 200 名以上の企業に分けて調べたものである。

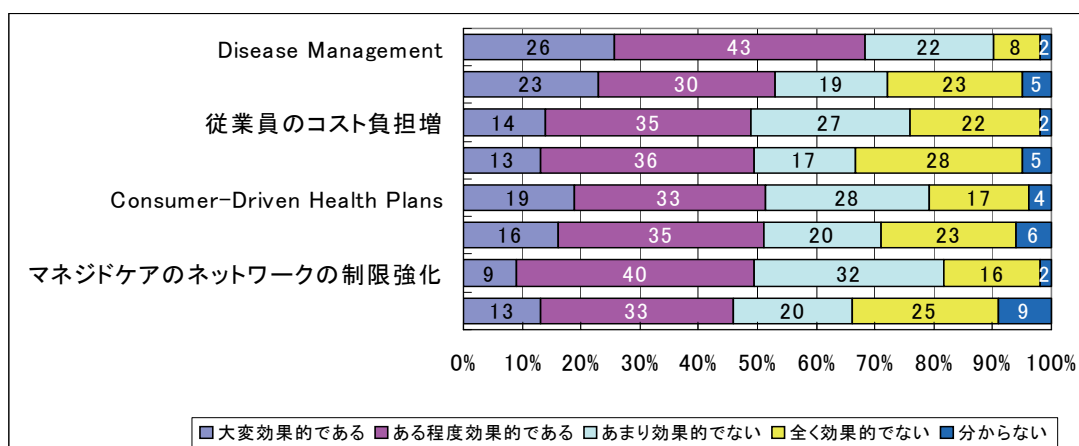
「大変効果的である」と答えた健康保険料の抑制策は、ともに「DM」が最も大きく、それぞれ 23%、26%であり、続いて「CDHP」が大きく、それぞれ 16%、19%であった。

<sup>17</sup> 雇用主が所有する形態の医療貯蓄口座。

<sup>18</sup> 従業員本人が所有する形態の医療貯蓄口座。

<sup>19</sup> DM とは、特定の疾患の患者集団と彼/彼女らを担当する医師の双方に働きかけることにより、医療資源利用の効率性の向上と医療サービスの質の向上を実現するためのアプローチである。田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流-米国における Disease Management の発生と展開-」(損保ジャパン総研クォーターリーVol.41、2002 年)、p.97。

《図表 9》健康保険料抑制策の効果に関する雇用主の考え方（2009 年）



(注) a. グラフ上段、従業員が 200 人以上の企業

b. グラフ下段、従業員が 3-199 人の企業

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 13.1(p.222).

## (2) 従業員の動向

従業員に健康保険を提示している企業においても、全従業員に加入資格が与えられているとは限らない。また、加入資格を与えられた従業員も、全員が健康保険に加入するとは限らない。

《図表 10》は、健康保険を提示している企業の従業員のうち、加入資格を持つ者の割合と、加入資格を持つ者のうち実際に加入する者の割合を、従業員規模別、地域別および業種別に示したものである。

全体としては加入資格を持つ従業員の割合は 79%、その加入資格を持つ従業員のうち実際に提示された健康保険に加入する者の割合は 81%であり、職域で健康保険に加入する従業員の割合は 65%となっている。また、従業員規模や地域によらずこれらの数値はほぼ同水準である。一方、業種別に見た場合、これらの数値には大きな違いがある。特に小売業での数値は目立って小さく、加入資格を持つ従業員の割合、そのうち実際に加入する従業員の割合ともに最

も小さく、職域で健康保険に加入する従業員は 43%となっている。

《図表 11》は、職域で健康保険に加入した従業員が、どのような保険を選択したのか、その件数割合の推移を示したものである。直近の 2009 年では PPO の割合が 60%と最も大きく、次いで HMO の 20%、POS の 10%、CDHP の 8%となっている。

## 3. 職域における健康保険料の動向

職域における健康保険料の動向について、Kaiser Family Foundation の公表資料<sup>20</sup>を基に概観する。

《図表 12》は、職域における単身プラン<sup>21</sup>および家族プラン<sup>22</sup>の平均年間保険料の推移を示したものである。平均年間保険料は、単身プラン、家族プランともに 10 年前と比較して 2 倍以上になっている。2009 年の平均年間保険料は、単身プランでは 4,824 ドル（対前年比 2.6% 増）、家族プランでは 13,375 ドル（対前年比

<sup>20</sup> The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*.

<sup>21</sup> 本人のみを補償の対象とする保険プランを指す。

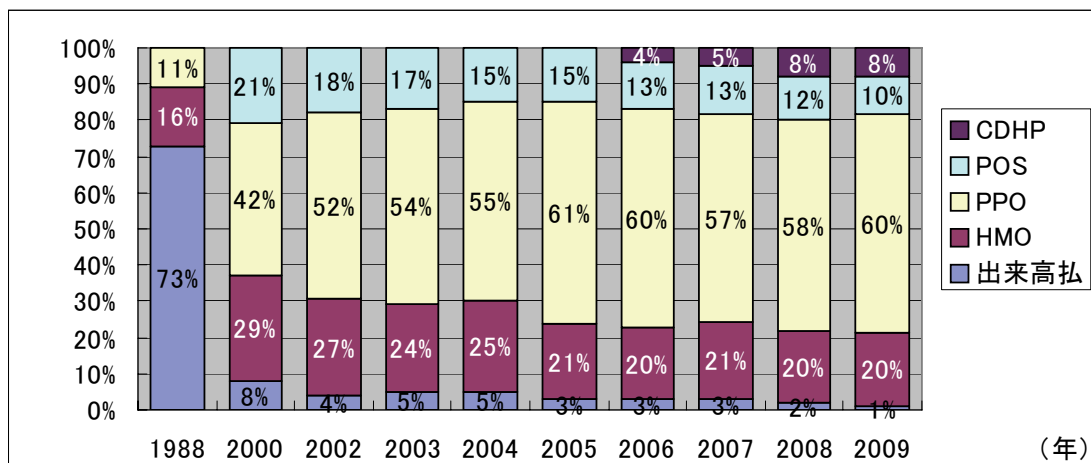
<sup>22</sup> 本人に加え、家族を補償の対象とする保険プランを指す。

《図表 10》健康保険を従業員に対して提示している企業の中で、  
健康保険に加入している従業員の割合（従業員規模、地域、業種別）（2009年）

	加入資格を持つ 従業員の割合 (A)	(A)のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (B)	従業員のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (A)×(B)
従業員規模			
3-24名	83%	79%	66%
25-49名	84%	78%	65%
50-199名	78%	79%	61%
3-199名計	81%	79%	64%
200-999名	77%	83%	64%
1,000-4,999名	80%	83%	67%
5,000名以上	79%	82%	65%
200名以上	79%	82%	65%
地域			
Northeast	78%	80%	62%
Midwest	77%	80%	62%
South	82%	82%	67%
West	79%	82%	64%
業種			
農業/鉱業/建設	80%	82%	65%
製造	93%	84%	79%
運輸/通信/電気・ガス・水道	89%	88%	78%
卸	86%	81%	70%
小売	58%	74%	43%
金融	86%	81%	70%
サービス	76%	78%	60%
州/地方政府	87%	90%	78%
医療関係	80%	83%	66%
合計	79%	81%	65%

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 3.2(p.55).

《図表 11》職域で実際に選択された健康保険の件数割合の推移

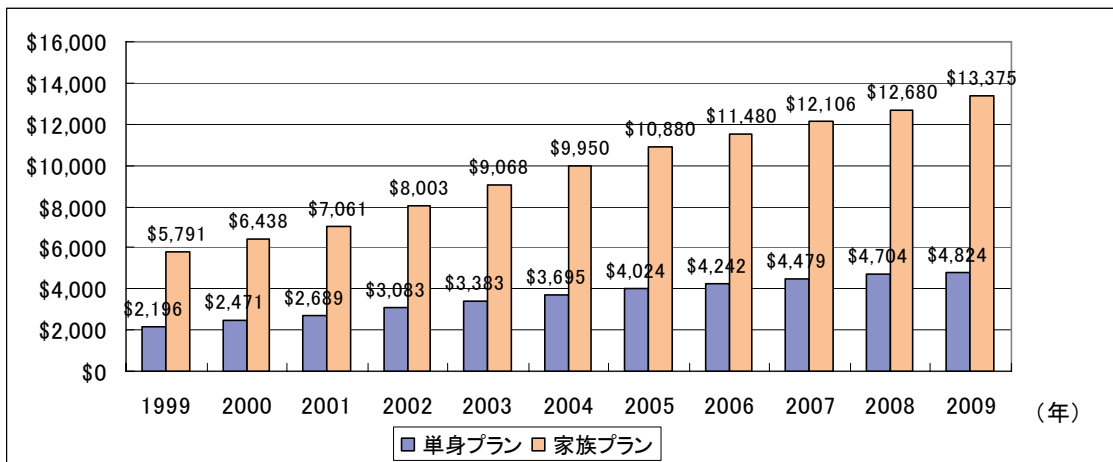


(注) a. 出典では、CDHPはHDHP/SOと表記されている。HDHP/SOは、High-Deductible Health Plan with Savings Optionの略。出典においては、「HRAと合わせて提供され、免責金額が個人の契約で1,000ドル以上、家族契約で2,000ドル以上に設定されている健康保険、もしくは、HSAと合わせて用いられるために連邦政府が定める条件を満たした免責金額の高い健康保険」と定義されている。

b. 2006年よりCDHP(HDHP/SO)を新しい項目として記載しているが、それ以前の年度では各プランの中に入れてカウントしている。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 5.1(p.71).

《図表 12》 職域における単身および家族プランの平均年間保険料の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 1.12(p.28).

5.5%増) となっている。

《図表 13》は、平均年間保険料をプラン別に示したものである。CDHP の保険料は、その他のプランと比べて低くなっている。

《図表 13》 プラン別平均年間保険料 (2009 年)

	単身プラン	家族プラン
HMO	\$4,878	\$13,470
PPO	\$4,992	\$13,719
POS	\$4,835	\$13,075
CDHP	\$3,986	\$11,083
合計	\$4,824	\$13,375

(注) CDHP は、出典では HDHP/SO と表記されている。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 1.1(p.17).

《図表 14》は、健康保険料のうち、従業員の負担する割合の推移を示したものである。ここ数年ほとんどその割合は変化しておらず、単身プランでは 16-17%、家族プランは 26-28%で推移している。

健康保険への加入者は、保険料とは別に追加

の費用を支出することが多い。追加の費用負担には、免責金額（毎年一定金額までは全額自己負担）、Copayment（受診ごとに支払う定額の自己負担）、Coinsurance（医療コストのうち、一定割合を自己負担）などがあり、その組み合わせ、金額、割合は加入する保険種類ごと、さらに、使用する医療サービスごとに異なる。

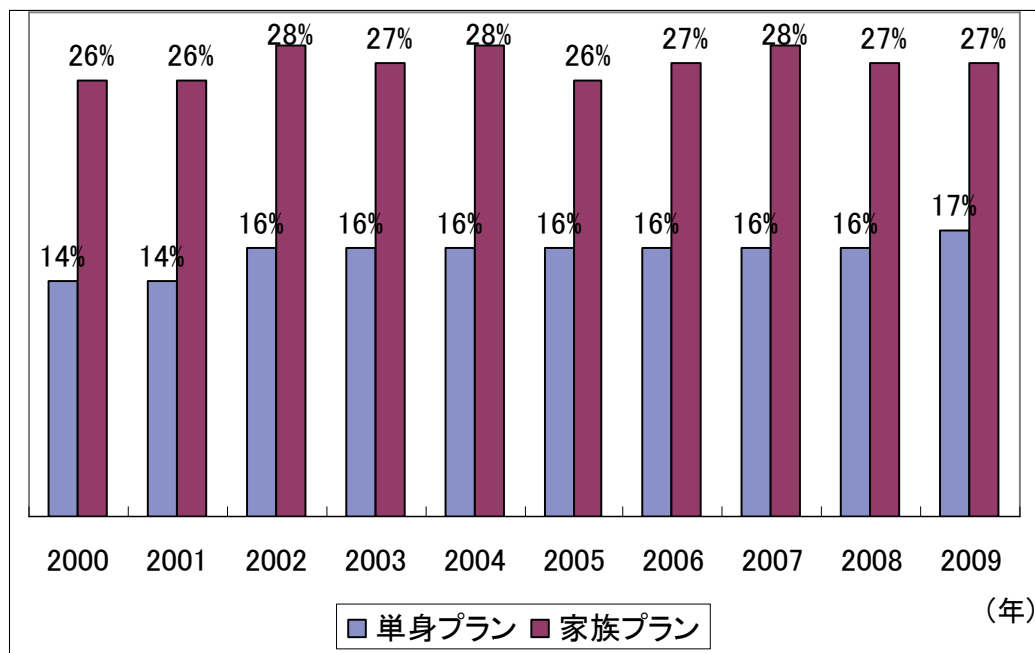
例えば、職域の健康保険の中で、「外来手術」に対して年間の免責金額を設けている健康保険は全体の 2%、Copayment を設けている健康保険は 20%、Coinsurance を設けている健康保険は 53%、Copayment と Coinsurance の両方を設けている健康保険は 6%、いずれの設定もない健康保険は 24%となっている<sup>23</sup>。

#### 4. 公的制度（メディケア、メディケイド）の概況

先述したように、米国の医療制度は民間の健康保険を中心に成り立っているが、高齢者、障害者、低所得者等はメディケア、メディケイドといった公的制度によってカバーされている。公的制度でカバーされる国民は全人口の 29.0%

<sup>23</sup> The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 7.18(p.125).

《図表 14》健康保険料のうち従業員が負担する割合の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept. 2009, *supra*, Exhibit 6.1(p.77).

である（《図表 2》参照）。

本節では、メディケア、メディケイドについて、その管理を行う Centers for Medicare & Medicaid Services（以下、「CMS」とする。）や、Kaiser Family Foundation などの公表資料に基づき概観する。

メディケアは、65 歳以上の高齢者、65 歳未満の障害者および末期腎臓病患者を対象とする公的制度であり、そのうち 65 歳以上の高齢者の割合が 8 割を超え主要な加入者となっている<sup>24</sup>。

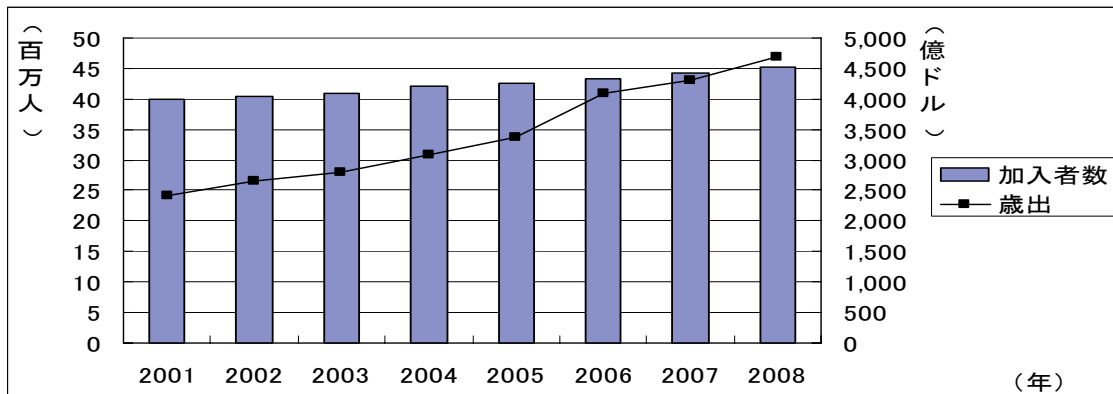
《図表 15》は、メディケアにおける加入者数と歳出の推移を示したものである。加入者数は、1965 年の制度創設以降一貫して増加し続けている。2008 年の加入者数は前年よりも 2.5% 増加し 4,530 万人となり、総人口に占める割合は 14.3% となっている。一方、歳出は加入者増を上回るスピードで増加しており、2008 年は前年よりも 7.8% 増加し、4,681 億ドルとなっている。

メディケイドは、低所得者を対象に医療給付を行う公的制度である。《図表 16》は、メディケイドにおける加入者数と歳出の推移を示したものである。2008 年の加入者数は前年よりも 2.6% 増加し 4,714 万人となり、総人口に占める割合は 14.1% となっている。一方、歳出は加入者増を上回るスピードで増加しており、2008 年は前年よりも 5.8% 増加し 3,563 億ドルとなっている。

《図表 17》は、連邦政府の 2010 年予算（2010 年 10 月～2011 年 9 月）に占めるメディケア、メディケイドおよびメディケイドの補完的性質を持つ低所得世帯の児童向け公的制度 State Children's Health Insurance Program（以下、「SCHIP」とする。）の割合を示したものである。メディケアは 13%、メディケイドと SCHIP は合わせて 8% であり、両者で 21% を占める。

<sup>24</sup> CMS, "Medicare Enrollment: National Trends 1966-2008" (visited Dec. 30, 2009) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareEnRpts/Downloads/HISMI08.pdf>>.

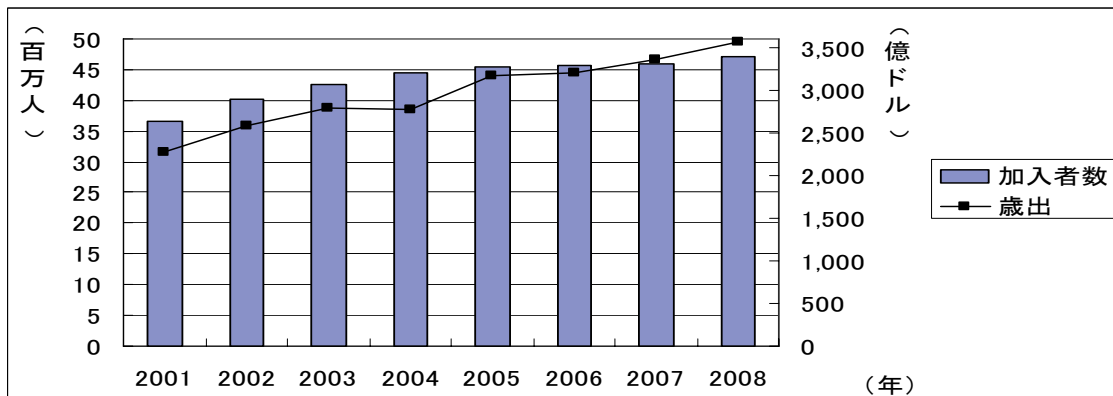
《図表 15》メディケアにおける加入者数と歳出の推移



(出典) CMS, “Medicare Enrollment: National Trends 1966-2008”(visited Dec. 30, 2009)

<<http://www.cms.hhs.gov/MedicareEnRpts/Downloads/HISMI08.pdf>>, CMS, “Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November 1” の2002-2009年の資料より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表 16》メディケイドにおける加入者数と歳出の推移

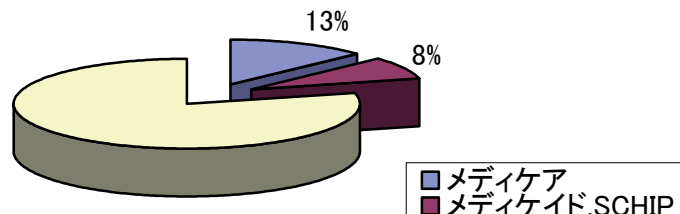


(注) 歳出は、連邦政府と各州政府の合計値。

(出典) CMS, “National Summary of Medicaid Managed Care Programs and Enrollment as of June 30, 2008”(visited Dec. 30, 2009)

<<http://www.cms.hhs.gov/MedicareEnRpts/Downloads/HISMI08.pdf>>, CMS, “Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November 1” の2002-2009年の資料より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表 17》連邦政府の2010年予算におけるメディケア、メディケイドおよびSCHIPの割合



(注) 歳出総額は3.5兆ドル。

(出典) Kaiser Family Foundation, “Medicare Spending as a Share of Total Federal Outlays, FY 2010”, May 13, 2009 (visited Dec. 30, 2009) <<http://facts.kff.org/chart.aspx?ch=378>>より損保ジャパン総合研究所作成。

## <パート A、パート Bにおける民間保険会社への業務委託>

メディケアの加入者は、アドバンテージにおいて民間保険会社の商品を選択できる。一方、これまで本誌で取り上げてこなかったが、CMS が直接的に運営を行っているパート A、パート B においても、給付請求の受付、医療プロバイダーへの償還、加入者からの相談業務などが民間保険会社に委託されている<sup>25</sup>。パート A、パート B における民間保険会社選定の手続きについては、2005 年から抜本的な見直しとして「Medicare Contracting Reform」(以下、本コラムにおいて「Reform」とする。)が行われ、2009 年に完了している。本コラムではこの Reform について取り上げ、実施されることとなった経緯と見直しの概要について紹介する。

### メディケアの創設と民間保険会社への業務委託

1966 年のメディケアの創設は、同時に創設されたメディケイドと合わせて、米国としては初めての公的制度の導入であった。医療プロバイダーは、公的制度の導入によって政府の介入が強まるのではないかと懸念していた。議会は医療プロバイダーの同意を取り付けるため、民間保険会社にメディケアの償還業務を委託することとし、その上で民間保険会社の選定に当たっては、まず医療プロバイダーの団体が候補を推薦し、その中から CMS が選定を行うこと、CMS が民間保険会社への委託を解約する場合には公聴会を開催し、CMS がその理由を立証する責任を負うなど、CMS の権限について様々な制限を設けることとした<sup>26</sup>。民間保険会社に対する報酬については契約で定めた定額とし、委託業務に関する費用については一定の範囲まで CMS が負担することとされた<sup>27</sup>。

### 同一民間保険会社への長期委託と財政緊縮政策に伴う弊害

こうした規定のもと、多くの民間保険会社が競争にさらされることなく長期にわたって独占的に業務を受託し続けることとなった。競争にさらされず、定額報酬の環境が長期間続いたことが民間保険会社のサービスの品質向上を停滞させることとなり、多くの弊害が認識されるようになった。また、1990 年代に行われた連邦政府の財政緊縮政策の中で委託業務の報酬が削減されたことにより、民間保険会社が経費を圧縮せざるを得なくなったことがさらにサービスの品質に悪影響を与えることとなった。具体的には、業務のシステム化の遅れによる業務の非効率性などが指摘された<sup>28</sup>。

### Medicare Contracting Reform による改革

こうした問題点を解消するため、メディケア近代化法第 911 条で Reform が定められた。Reform は、一部の民間保険会社を優遇することなく、政府機関の民間からのサービス購入の原則について定

<sup>25</sup> 米国では、保険業務の一部を受託する TPA(Third Party Administrator)と呼ばれる企業が多数存在している。TPA が受託する業務は、損害調査、保険金支払、商品開発など多岐にわたっており、主に自家保険を運営する雇用主が専門的な知識やノウハウを得るためにこれら TPA を用いるほか、保険会社が一部の業務を委託する場合もある。パート A、パート B の業務を受託している民間保険会社は、TPA として機能しているといえることができる。TPA に関しては、前掲西村他(安田総研クォーターリー Vol.37, 2001 年)を参照のこと。

<sup>26</sup> GAO-05-873, "Medicare Contracting Reform", p.5(visited Dec.10, 2009) <<http://www.gao.gov/new.items/d05873.pdf>>.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.



めた「連邦調達規定 (Federal Acquisition Regulation) <sup>29</sup>」の考え方に沿って作成されている <sup>30</sup>。

具体的には、民間保険会社への業務委託に際してオープンな入札制度を導入すること、委託期間を 5 年以内とすることにより競争原理が導入された。また、加入者および医療プロバイダーに対して質の高いサービスを提供した民間保険会社にボーナスを付与し、サービス品質向上に向けた経済的インセンティブを与える一方で、サービスの質が低い民間保険会社との契約を解約する権限を CMS に与えた。その他、パート A とパート B を別個に委託していた仕組みを見直し、各地域で同一の民間保険会社に委託することとした <sup>31</sup>。

CMS は、Reform に要する費用を 6.7 億ドルと見込み、これに対して財政支出の削減効果を 18.6 億ドルと想定している <sup>32</sup>。Reform による業務委託の入札は地域ごとに順次実施され、開始から 4 年経過した 2009 年 7 月に完了したが、財政支出の削減などへの実際の効果については今後発表される予定となっている。

### Ⅲ. 医療費の概況

本章では、米国における医療費の動向を概観する。医療費の数値については、Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、「CMS」とする。) が毎年公表している National Health Expenditure を使用する。National Health Expenditure は、「米国におけるヘルスケアに関するすべての支出を含む」とされ、病院、医師、ナーシングホーム、在宅医療等の医療プロバイダーに対する支出や、医療用品の小売販売の売り上げ、公的部門・民間部門における保険料、管理費、公的部門による公衆衛生に関する費用等の合計である <sup>33</sup>。

2008 年の米国の医療費は前年よりも 4.4% 上

昇し、2 兆 2,287 億ドルとなっている。《図表 18》は 1999 年から 2008 年までの医療費、医療費の対前年比伸び率および医療費の対名目 GDP 比の推移を示したものである。医療費、医療費の対名目 GDP 比は直近 10 年間上昇を続けている。一方で、医療費の対前年比伸び率は 2002 年から低下傾向にあり、2008 年の 4.4% 増は直近 10 年間では最も小さくなっている。

《図表 19》は国民 1 人当たり医療費の推移を示したものである。国民 1 人当たり医療費も直近 10 年間上昇を続けており、2008 年は前年よりも 3.5% 上昇し、7,680.70 ドルとなっている。

《図表 20》は 2008 年の医療費を財源別に分類したものである。民間健康保険の支出割合が

<sup>29</sup> Pub. L. 93-400 and Title 41 of the United States Code.

<sup>30</sup> Department of Health and Human Services, "Report to the Congress Medicare Contracting Reform: A Blue Print For A Better Medicare", I-4 (visited Dec. 10, 2009)

<[http://www.cms.gov/MedicareContractingReform/04\\_VisionofFutureFeeForServiceMedicareEnvironment.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/MedicareContractingReform/04_VisionofFutureFeeForServiceMedicareEnvironment.asp#TopOfPage)>.

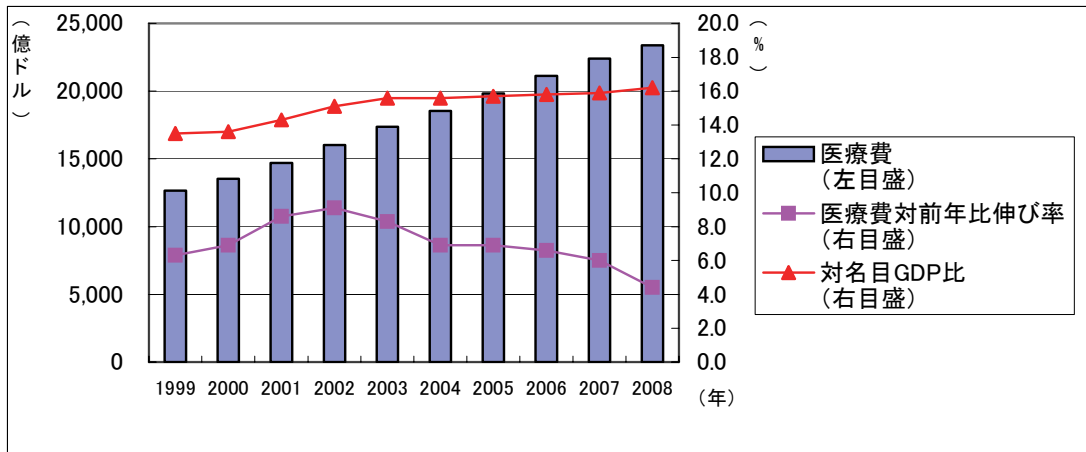
<sup>32</sup> これまで、パート A では 25、パート B では 18 の地域に全米が区分され、それぞれの地域で民間委託が行われていたが、Reform によりパート A、パート B を分けずに 15 の地域に区分し直された。これは、加入者および医療プロバイダーに対する窓口の一本化を図ることにより利便性の向上を図り、併せて、委託規模の拡大による委託費用の削減を図ることを目的としていた。CMS, "AB MAC Jurisdictions", (visited Dec. 10, 2009)

<[http://www.cms.gov/MedicareContractingReform/05\\_PartAandPartBMACJurisdictions.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/MedicareContractingReform/05_PartAandPartBMACJurisdictions.asp#TopOfPage)>, Department of Health and Human Services, *supra*, IV-2.

<sup>32</sup> Reform においては、給付の請求受付・償還業務を行う民間保険会社との委託だけでなく、その他の事業者との委託関係の見直しも対象とされている。費用および財政支出の削減効果は、これらも含めた Reform 全体に関するものである。なお、財政支出の削減効果のうち 14 億ドルは詐欺・不正請求の削減によるものである。GAO-05-873, *supra*, p26-35.

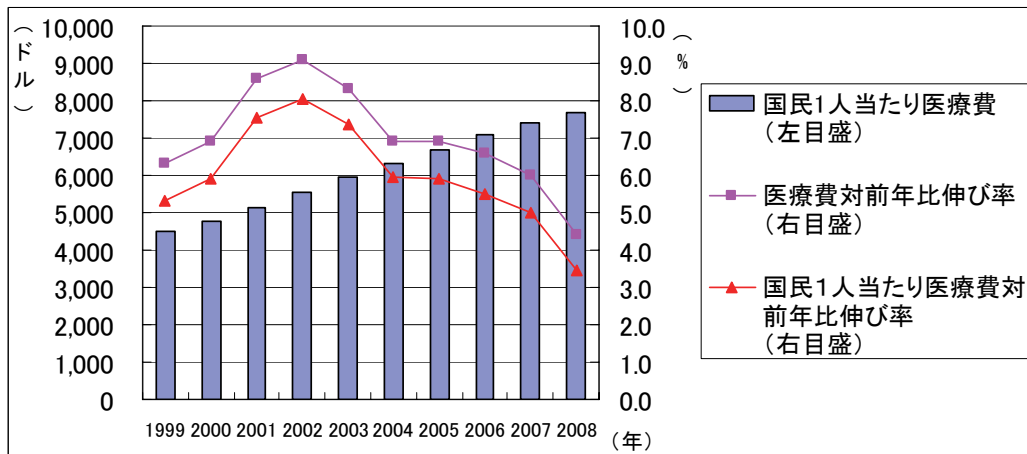
<sup>33</sup> CMS, "National Health Expenditures Accounts: Definitions, Sources, and Methods, 2008", p.4, (visited Mar. 17, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/dsm-08.pdf>>.

《図表 18》医療費の推移



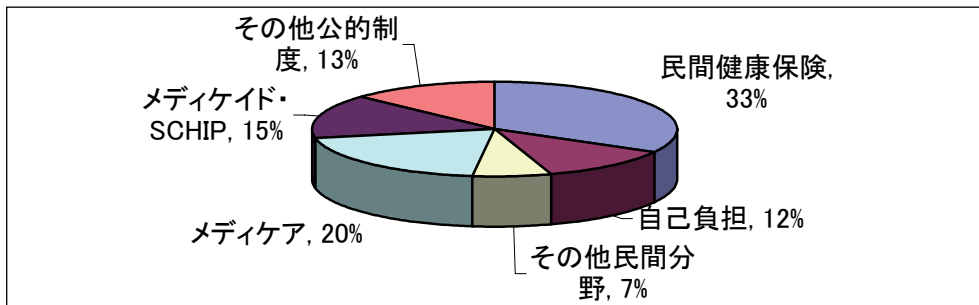
(出典) CMS, “NHE Summary including share of GDP. CY1960-2008”(visited Jan. 13, 2010)  
 <[http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02\\_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage)>.

《図表 19》国民 1 人当たり医療費の推移



(出典) CMS, “NHE Summary including share of GDP. CY1960-2008”, supra.

《図表 20》2008 年医療費の財源別の割合



(注) a. 自己負担は、Copayment、免責金額およびその他民間健康保険で補償されない部分の自己負担を指す。  
 b. その他民間分野は、企業内診療、慈善団体等を指す。  
 c. その他公的制度は、労災、公衆衛生活動、軍人向け健康保険、州立病院、州立学校等を指す。

(出典) CMS, “The Nation’s Health Dollar, Calendar Year 2008: Where it came from”(visited Jan. 13, 2010)  
 <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/PieChartSourcesExpenditures2008.pdf>>.

33%、自己負担（Copayment、免責金額等の健康保険で補償されない部分の自己負担）が12%、その他民間分野（企業内診療、慈善団体等）が7%となっており、民間分野は医療費全体の52%を占めている。一方、公的分野は、メディケアが20%、メディケイドとメディケイドの補完的性質を持つ低所得世帯の児童向け公的制度である State Children’s Health Insurance Program（以下、「SCHIP」とする。）が15%、その他公的制度（労災、公衆衛生活動、軍人向け健康保険等）が13%となっており、医療費全体の48%を占めている。

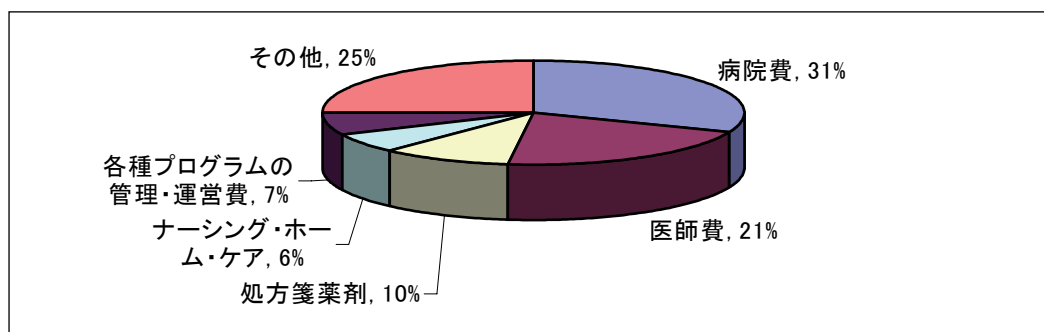
また、《図表 21》は 2008 年の医療費を支払サービス別に集計したものである。病院費が最も大きく 31%、次いで医師費の 21%、処方箋薬

剤費の 10%となっている<sup>34</sup>。

次に、医療費から研究開発費および設備投資を除いた「医療関連サービスと医療用品に関する支出」について、その実質的な負担者別割合の推移を示したものが《図表 22》である<sup>35 36</sup>。

2008 年、連邦政府の負担割合は前年の 23%から 25%に増加した一方で、州政府の負担割合は 18%から 17%に、企業の負担割合は 24%から 23%にそれぞれ減少した。家計の負担割合は 31%と変わらなかった。連邦政府の負担増加は、2009 年 2 月に成立した景気刺激策「アメリカ復興・再投資法（American Recovery and Reinvestment Act of 2009）<sup>37</sup>」により、2008 年度第 4 四半期にメディケイドへの歳出が増加したことが原因である<sup>38</sup>。

《図表 21》 2008 年医療費の支払サービス別の割合



- (注) a. 病院費とは、公的病院および私的病院において請求されるすべてのサービスを指す。入院費、入院治療、病院内のナーシング・ホームケアに加え、雇用医師による診療等が含まれる。  
 b. 医師費とは、医師（雇用医師を除く）、外来センター、独立した検査機関によって請求されるサービス等を指す。病院内における診療であっても、病院費と別に請求がされればこちらに分類される。  
 c. その他とは、歯科サービス、その他のプロフェッショナルサービス、在宅サービス、医療器具（コンタクト、眼鏡、補聴器、車椅子等）、一般用医薬品、公衆衛生、調査等を指す。

(出典) CMS, “The Nation’s Health Dollar, Calendar Year 2008: Where it came from”, *supra*.

<sup>34</sup> 米国では歴史的に宗教団体や慈善団体が病院施設を作り、開業医は各々自分の診療所で患者を診て、必要な場合にのみ病院を利用していた。そのため、現在でも治療を受けた患者は、病院費と医師費を別個に支払うシステムになっている。前掲西村他（安田総研クォーターリーVol.37、2001年）、p.10。

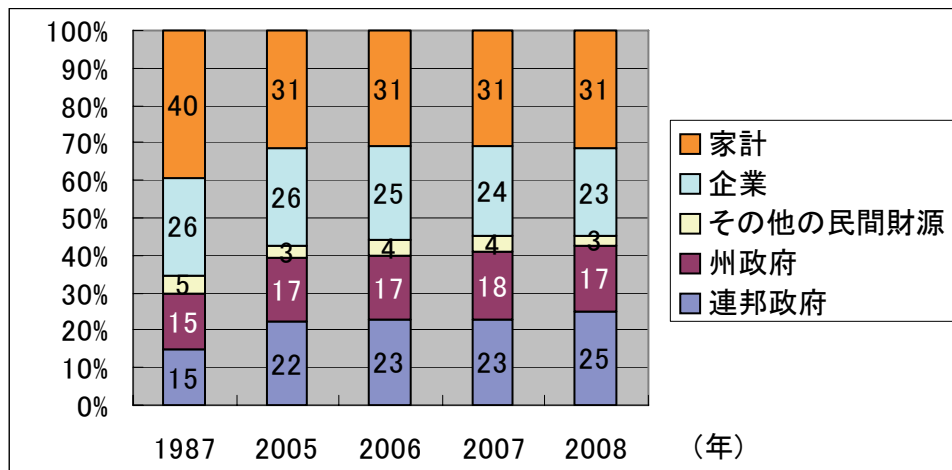
<sup>35</sup> National Health Expenditure は、研究開発費と設備投資から成る「投資」と「医療関連サービスと医療用品に対する支出」に大別して集計されている。「医療関連サービスと医療用品に対する支出」の総額は 2 兆 1,813 億ドルであり、医療費の 97.8%を占めている。CMS, “Sponsor of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1997-2008”, p.5 (visited Jan. 14, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>>.

<sup>36</sup> 例えば、図表 20 における「民間健康保険」の支出は、実質的な負担者は基本的に「家計」と「企業」に分類される。

<sup>37</sup> Pub. L. 111-5 .

<sup>38</sup> CMS, “Sponsor of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1997-2008”, *supra*, p.1.

《図表 22》医療関連サービスと医療用品に対する支出の実質的な負担者別割合の推移



(出典) CMS, “*Sponsor of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1997-2008*”, Table 3 (visited Jan. 14, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>> より損保ジャパン総合研究所作成。

#### IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要とインディアナ州における実験的導入の事例

CDHP は、医療コストを賄うための医療貯蓄口座と、免責金額が高い健康保険プランを組み合わせたものである。代表的な医療貯蓄口座として、Health Savings Account (以下、「HSA」とする。)がある。近年、企業が医療コストの抑制を図るため、従業員向け福利厚生プランの新たな選択肢として CDHP を導入する動きがある一方、州が無保険の状態にある低所得者への健康保険の提供のために CDHP の概念を実験的に取り入れる事例も見られる。

本章では、まず CDHP の概要について取り上げ、次いで州における CDHP の実験的導入の事例として、低所得者の健康保険加入の促進を目的としたインディアナ州の実験プログラムである Healthy Indiana Plan を紹介する。

#### 1. CDHP の概要

##### (1) CDHP とは

《図表 23》は、CDHP の概念を示したものである。加入者は免責金額については、まず医療貯蓄口座から医療コストを賄い（《図表 23》の①）、同口座で免責金額を賄いきれない部分については自己負担となる（《図表 23》の②）。医療コストが免責金額を超過した場合に健康保険プランからの給付が開始されるが、所定の自己負担限度額までは、加入者も医療コストの一部（定額または定率）を負担する（《図表 23》の③）。

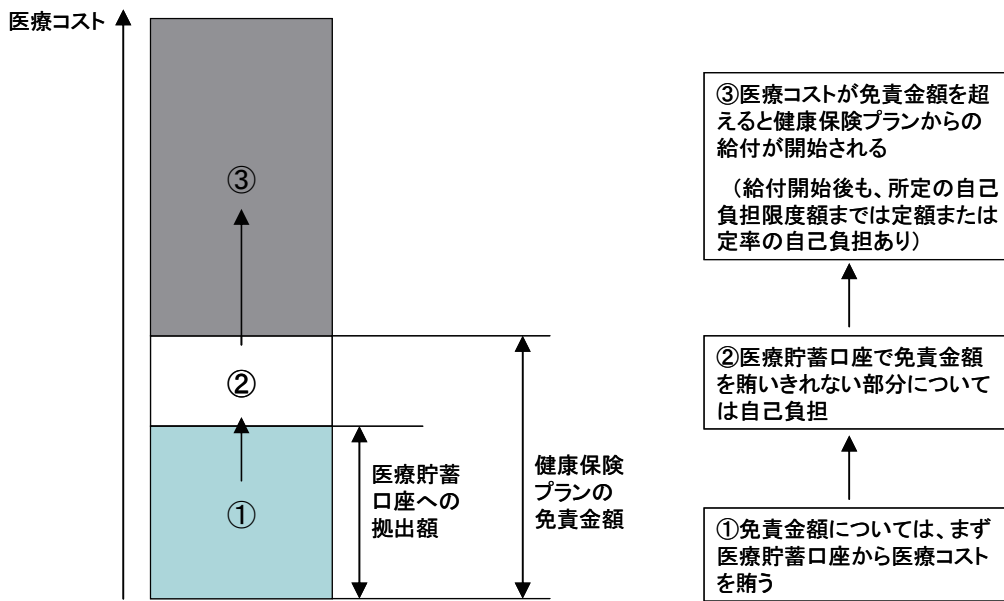
##### (2) HSA の概要

以下、HSA について概観する。

HSA を利用するには、免責金額や自己負担額に関する内国歳入法上の要件を満たす健康保険プラン (High Deductible Health Plan。以下、「HDHP」とする<sup>39</sup>。)に加入する必要がある。

<sup>39</sup> 以下、内国歳入法 (HSA に関しては第 223 条に規定。) 上の要件を満たす健康保険プランを HDHP と表記し、免責金額が高い健康保険プラン (HDHP もその 1 つと位置づけられる。) を医療貯蓄口座と組み合わせたものを表す CDHP と区別する。

《図表 23》 CDHP の概念図



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

メディケアに加入している者は HSA を利用できない。HSA に対する資金の拠出は、利用者とその雇用主の一方または双方が行うことができるが、上限が定められている。

HSA のメリットとして、以下の点が挙げられる。

- ・ HSA の利用者による拠出金は、税額控除の対象となる。
- ・ 使い残した拠出金を翌年に繰り越すことができる。
- ・ 税額控除の対象となる医療コスト<sup>40</sup>を賄うための HSA からの引き出しは非課税である。
- ・ ポータビリティがある。すなわち、転職または退職した場合であっても、それまでの勤務先で利用していた HSA を引き続き利用できる。

HSA における HDHP の免責金額<sup>41</sup>、免責金額を含む自己負担額および HSA への拠出額については、内国歳入法により限度額が定められているとともに、消費者物価指数 (CPI) の上昇率を踏まえて毎年改定される<sup>42</sup>。また、55 歳以上の者については、HSA への拠出の限度額が、内国歳入法により定められた金額だけ増額される。《図表 24》は、これらの限度額の 2004 年～2010 年における推移を示したものである。

### (3) HSA を組み合わせた CDHP のセグメント別状況

米国の健康保険会社の団体 America's Health Insurance Plans (AHIP) は 2010 年 1 月、HSA を組み合わせた CDHP を提供する健康保険会社を対象に、HSA を組み合わせた CDHP の加入状況等に関する調査を行い、その

<sup>40</sup> 一方、ベビーシッター、美容整形、妊婦服、栄養補助食品等のコストは、税額控除の対象となる医療コストとは認められていない。"Medical and Dental Expenses (Including the Health Coverage Tax Credit)", U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 502, pp.15-17 (visited June 10, 2010) <<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>>.

<sup>41</sup> 予防的医療に関する免責金額は設定されなくてもよい。

<sup>42</sup> CPI の上昇率から算出された金額を端数処理して、50 ドル単位で引き上げられる。

《図表 24》 HSA における HDHP および拠出に関する内国歳入法上の限度額の推移  
(2004 年～2010 年)

		2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
単身プラン	免責金額の下限	\$1,000	\$1,000	\$1,050	\$1,100	\$1,100	\$1,150	\$1,200
	免責金額を含む自己負担額 の上限 <sup>a</sup>	\$5,000	\$5,100	\$5,250	\$5,500	\$5,600	\$5,800	\$5,950
	拠出額の上限 <sup>b</sup>	\$2,600 <sup>c</sup>	\$2,650 <sup>c</sup>	\$2,700 <sup>c</sup>	\$2,850	\$2,900	\$3,000	\$3,050
家族プラン	免責金額の下限	\$2,000	\$2,000	\$2,100	\$2,200	\$2,200	\$2,300	\$2,400
	免責金額を含む自己負担額 の上限 <sup>a</sup>	\$10,000	\$10,200	\$10,500	\$11,000	\$11,200	\$11,600	\$11,900
	拠出額の上限 <sup>b</sup>	\$5,150 <sup>c</sup>	\$5,250 <sup>c</sup>	\$5,450 <sup>c</sup>	\$5,650	\$5,800	\$5,950	\$6,150
55歳以上の者が上記拠出額の上限に 追加して拠出できる金額 <sup>d</sup>		\$500	\$600	\$700	\$800	\$900	\$1,000	\$1,000

- (注) a. 健康保険プランが構成するネットワーク内の医療プロバイダーが提供するサービスの利用を前提とした金額である。  
b. 毎月の拠出限度額は、この金額の 1/12 である。  
c. 2006 年までは、この金額と HDHP の免責金額のうち低い方が拠出額の上限とされた。  
d. 2009 年以降は各年とも \$1,000 となる。

(出典) 内国歳入法第 223 条 (26 U.S.C. §223 (2007).) および以下の文献の 2004 年～2009 年版より損保ジャパン総合研究所作成。

“Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”, U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (visited Jan.8, 2010)

<<http://www.irs.gov/formspubs/index.html?portlet=3>>.

《図表 25》 HSA を組み合わせた CDHP の加入者数 (セグメント別、2010 年 1 月)

セグメント	加入者数(人)	全体に対する割合
個人	2,053,000	20.5%
小規模集団	2,970,000	29.7%
大規模集団	4,986,000	49.8%
合計	10,009,000	100.0%

(出典) “January 2010 Census Shows 10 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”, AHIP Center for Policy and Research, May 2010, p.4 (visited June 3, 2010)  
<<http://www.ahipresearch.org/pdfs/HSA2010.pdf>> より損保ジャパン総合研究所作成。

結果を同年 5 月に公表した<sup>43</sup>。以下、この調査結果をもとに、HSA を組み合わせた CDHP のセグメント別状況を概観する。

#### ①セグメント別加入者数

HSA を組み合わせた CDHP の加入者数は

1,000 万 9,000 人であり、2009 年 1 月時点の 801 万 3,000 人から 199 万 6,000 人増加した。

《図表 25》は、個人、小規模集団、大規模集団といったセグメント別の 2010 年 1 月時点の加入者数の内訳を示したものである。

<sup>43</sup> “January 2010 Census Shows 10 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”, AHIP Center for Policy and Research, May 2010 (visited June 3, 2010) <<http://www.ahipresearch.org/pdfs/HSA2010.pdf>>. なお、本調査結果において用いられているセグメントのうち、「大規模集団」「小規模集団」のいずれに区分されるかについては、調査対象の各健康保険会社における内部的な報告基準または各州固有の要件に基づいて特定される。

②セグメント別の負担と給付の水準

《図表 26》は、HSA を組み合わせた CDHP における最もポピュラーな HDHP の年間保険料の平均をセグメント別に示したものである。単身プランでは個人（55-64 歳）、家族プランでは小規模集団の年間保険料が最も高かった。

《図表 27》および《図表 28》は、それぞれ単身プラン、家族プランについて、HSA を組み合わせた CDHP における最もポピュラーな HDHP の年間免責金額・年間自己負担限度額・

（限度額の設定があるプランにおける）生涯給付限度額の平均および生涯給付額の限度がない契約の割合を、セグメント別に示したものである。単身プラン、家族プランともに、年間免責金額・年間自己負担限度額・（限度額の設定があるプランにおける）生涯給付限度額の平均は個人向け市場が最も高く、生涯給付額の限度がない契約の割合は、小規模集団向け市場が最も高かった。

《図表 26》 HSA を組み合わせた CDHP における最もポピュラーな HDHP の年間保険料の平均（セグメント別・2010 年 1 月）

セグメント		単身プラン	家族プラン
個人	20-29歳	\$1,326	\$3,375
	30-54歳	\$2,465	\$5,335
	55-64歳	\$4,408	\$7,483
小規模集団		\$3,944	\$10,048
大規模集団		\$3,691	\$9,767

(出典) AHIP Center for Policy and Research, May 2010, *supra*, pp.6-9.

《図表 27》 HSA を組み合わせた CDHP における最もポピュラーな HDHP の負担と給付に関するセグメント別比較（単身プラン・2010 年 1 月）

セグメント	年間免責金額の平均	年間自己負担限度額の平均	生涯給付限度額の平均(百万ドル) <sup>(注)</sup>	生涯給付額の限度がない契約の割合
個人	\$3,365	\$3,681	5.1	31%
小規模集団	\$2,329	\$2,641	4.8	33%
大規模集団	\$2,203	\$2,664	4.9	28%

(注) 生涯給付額に限度を設けているプランのみを平均算出の対象としている。

(出典) AHIP Center for Policy and Research, May 2010, *supra*, pp.6-9.

《図表 28》 HSA を組み合わせた CDHP における最もポピュラーな HDHP の負担と給付に関するセグメント別比較（家族プラン・2010 年 1 月）

セグメント	年間免責金額の平均	年間自己負担限度額の平均	生涯給付限度額の平均(百万ドル) <sup>(注)</sup>	生涯給付額の限度がない契約の割合
個人	\$6,366	\$7,001	5.4	34%
小規模集団	\$4,418	\$5,064	4.9	35%
大規模集団	\$3,907	\$4,497	4.6	30%

(注) 生涯給付額に限度を設けているプランのみを平均算出の対象としている。

(出典) AHIP Center for Policy and Research, May 2010, *supra*, pp.6-9.

#### (4) CDHP に関する健康保険会社による調査の結果の例

ここでは、大手健康保険会社 CIGNA 社が同社の CDHP および Health Maintenance Organization (HMO) や Preferred Provider Organization (PPO) といった従来型健康保険プランの加入者を対象に行った調査の結果を紹介する<sup>44</sup>。なお、CIGNA 社の CDHP である「CIGNA Choice Fund」を通じて、HSA を組み合わせた CDHP のほかに、Health Reimbursement Arrangement や Flexible Spending Account<sup>45</sup> といった医療貯蓄口座<sup>46</sup> を組み合わせた CDHP も提供されている<sup>47</sup>。

CIGNA 社の調査では、同社が健康保険プランを提供している 415 社の顧客企業における加入者のデータに基づく分析が行われた。具体的には、CIGNA 社の CDHP に 2007 年・2008 年に加入していた者 23 万人を対象とするとともに、CDHP 加入者との比較のため、同社の従来型プランに加入している者 42 万 5,000 人も対象とした。以下に示すように、この調査では、CDHP への加入による医療コスト<sup>48</sup> の削減等の効果が確認されている。

- ① CDHP 加入者は従来型プラン加入者と比較して、CDHP 加入 1 年目、2 年目、3 年目、4 年目における医療コストが、それぞれ 14%、19%、23%、26% 低くなると推計された。
- ② 2008 年における加入者 1,000 人当たりの予防外来医療の利用回数は、CDHP 加入 1 年目の者が 496 回、同 2 年目以降の者が 441 回であり、いずれも従来型プラン加入者の 427 回を上回った。
- ③ 糖尿病、関節疾患、高血圧症の各患者について見ると、CDHP 加入者は従来型プランの加入者に比べて、医療コストがそれぞれ 15%、21%、27% 低かった。
- ④ CDHP 加入者は、従来型プラン加入者と比べて、DM プログラムを完了した者の割合が 22% 高かった。

## 2. インディアナ州の実験プログラム: Healthy Indiana Plan

インディアナ州には無保険の状態にある者が常時約 56 万 1,000 人存在し、その約 62% は生産年齢<sup>49</sup> にあり、かつ所得が連邦貧困基準 (Federal Poverty Level. 以下、「FPL」とす

<sup>44</sup> CIGNA, “CIGNA Choice Fund<sup>®</sup> Experience Study – Summary of Key Findings -”, Dec. 2009 (visited Apr.21, 2010) <[http://newsroom.cigna.com/images/56/1209\\_CIGNA%20ChoiceFund\\_Study.pdf](http://newsroom.cigna.com/images/56/1209_CIGNA%20ChoiceFund_Study.pdf)>, CIGNA News Release, “CIGNA Study: CDHPs Deliver Real World Health Care Reform”, Dec.15, 2009 (visited Apr.21, 2010) <[http://newsroom.cigna.com/article\\_display.cfm?article\\_id=1144](http://newsroom.cigna.com/article_display.cfm?article_id=1144)>.

<sup>45</sup> Flexible Spending Arrangement と呼ばれる。“Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”, U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (visited Jan.8, 2010) <<http://www.irs.gov/formspubs/index.html?portlet=3>>.

<sup>46</sup> 自営業者の利用可否、内国歳入法上の拠出額の上限の有無、ポータビリティの有無等に関して、HSA との相違がある。詳細は前掲田中他 (損保ジャパン総研クォーターリーVol.52、2009年) を参照のこと。

<sup>47</sup> CIGNA, “CIGNA Consumer Driven Health Plans”(visited Feb.1, 2010) <[http://www.cigna.com/our\\_plans/medical/consumer\\_driven\\_plans.html](http://www.cigna.com/our_plans/medical/consumer_driven_plans.html)>.

<sup>48</sup> CIGNA 社の調査結果における医療コスト (medical cost) には、薬剤コスト (pharmacy cost) は含まれていない。なお、薬剤コストについても調査結果において公表されているが、本稿では取り上げていない。

<sup>49</sup> インディアナ州厚生省のホームページで公表されている内容によれば、生産年齢は 18 歳～64 歳であるとされている。Indiana State Department of Health, “Arthritis and Indiana: Our State’s Burden (Acknowledgements and Highlights)” (visited Feb.19, 2010) <<http://www.in.gov/isdh/20685.htm>>.



る。) <sup>50</sup> の 200%以下である <sup>51</sup>。近年、同州における健康保険の加入を促進するための取組みが進められ、その中で CDHP の概念を取り入れた健康保険プランが実験的に展開されている。

本節では、インディアナ州における CDHP の概念を取り入れた健康保険プランの背景、内容および展開について紹介する。なお、2010 年 3 月に成立した米国のヘルスケア改革法によりメディケイド適用対象が拡大されるため、インディアナ州の取組みの今後の方向性における議論が高まっており、この点について本節の最後に取り上げる。

### (1) Indiana Check-Up Plan の始動

インディアナ州では、健康保険へのアクセスの改善を目的として、2007 年に Indiana Check-Up Plan が始動し、その中の取組みの 1 つとして、CDHP の概念を取り入れた健康保険プランである Healthy Indiana Plan (以下、「HIP」とする。) が盛り込まれた。まず、2007 年における州法改正の内容 <sup>52</sup> および 2008 年に公表された資料 <sup>53</sup> に基づき、Indiana Check-Up Plan について概観する。

1960 年代のメディケイド導入以来、インディアナ州では無保険者に対する有効な取組みが講じられていなかった。1999 年から 2004 年にか

けては、職域ベースの健康保険プランの提供が激減した影響で、無保険者数が 1990 年から 30%も増加した。加えて、インディアナ州では喫煙者、肥満者の割合が高い一方で、必要とされる予防ケアを利用する機会が不十分であると認識されていた。

このような状況の下で、インディアナ州の Mitch Daniels 知事および同州議会は 2006 年、同州の Family & Social Services Administration (以下、「FSSA」とする。) に対し、ワーキングプアで長期間無保険の状態にある者のための健康保険プランの創設を求めた。

その後インディアナ州議会において、2007 年 5 月 10 日、健康に関する同州法の改正等を目的とする法律が成立した。この法律には、健康保険へのアクセスの改善を目指した “Indiana Check-Up Plan” が盛り込まれ、その財源は、たばこ税を 1 箱当たり 44 セント引き上げて充当することとされた <sup>54</sup>。

以下は、Indiana Check-Up Plan における主な施策である。《図表 29》にも示されるように、Indiana Check-Up Plan を通じて、従来公的制度の適用対象外であった低所得層も、医療保障へのアクセスが可能となった。

- ・低所得世帯の児童向け公的制度 State Children’s Health Insurance Program (以下、

<sup>50</sup> FPL は、正式には “Federal Poverty Guidelines” と称され、連邦政府の各種制度における適格判定のために用いられる所得の基準額である。FPL はアラスカ州用、ハワイ州用、その他の州およびコロンビア特別区用の 3 種類があり、家族の人数が増えるほど高くなる。なお、FPL は連邦厚生省により毎年更新されている。U.S. Department of Health & Human Services, Assistant Secretary for Planning and Evaluation, “Poverty Guidelines, Research, and Measurement” (visited Feb.22, 2010) <<http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml>>.

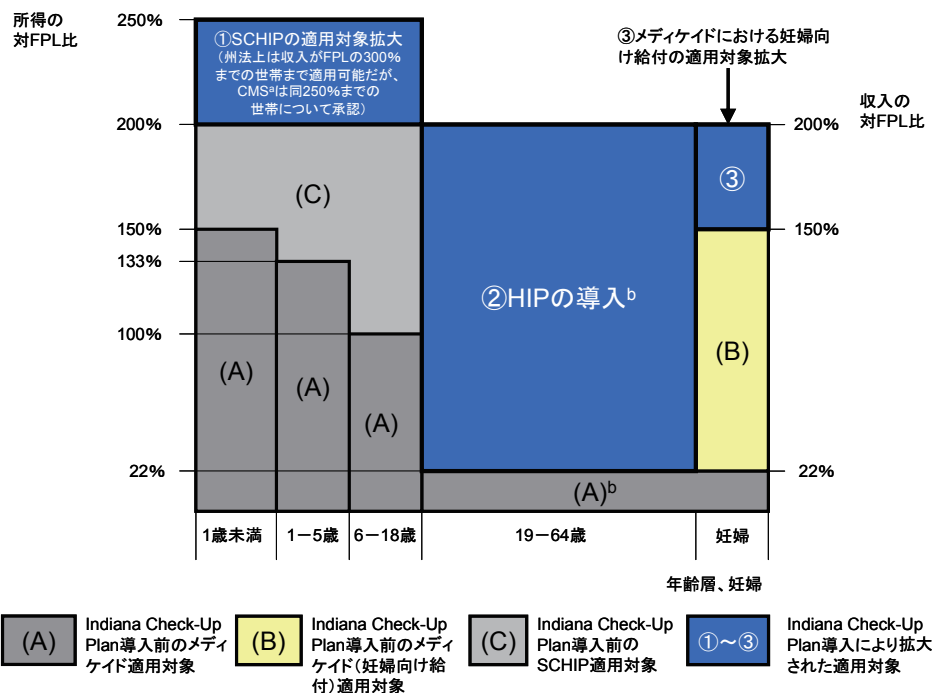
<sup>51</sup> Indiana Family & Social Services Administration, “Healthy Indiana Plan - Uninsured Fact Sheet” (visited Jan.27, 2010) <<http://www.in.gov/fssa/hip/2337.htm>>.

<sup>52</sup> P.L.218-2007 (H.1678. Approved May 10, 2007.) (Indiana General Assembly, “2007 ACTS” (visited Sept.3, 2009) <[http://www.in.gov/legislative/pdf/acts\\_2007.pdf](http://www.in.gov/legislative/pdf/acts_2007.pdf)>).

<sup>53</sup> State Coverage Initiatives, “Profiles in Coverage: Indiana Check-Up Plan”, Aug. 2008 (visited Sept.4, 2009) <<http://www.statecoverage.org/files/Indiana%20Check-Up%20Plan.pdf>>, Indiana Family & Social Services Administration, “Indiana Check-Up Plan”, Sept.30, 2008 (visited Aug.25, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/hip/files/IndianaCheckUpPlan.pdf>>.

<sup>54</sup> 2007 年 7 月 1 日より、インディアナ州のたばこ税は 1 箱当たり 44 セント引き上げられて 99.5 セントとされた。Indiana Tobacco Prevention & Cessation 2007-2008 Annual Report, Sept.1, 2008 (visited Jan.27, 2010) <[http://www.in.gov/itpc/files/itpc\\_annualreport\\_2008.pdf](http://www.in.gov/itpc/files/itpc_annualreport_2008.pdf)>.

《図表 29》 Indiana Check-Up Plan を通じた低所得層・児童向け公的制度の適用対象の拡大



(注) a. CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services の略称。

b. 上図は所得水準および年齢に着目して、公的制度の適用対象がいかに拡大するかを概観したものである。19-64歳の者については、扶養する子供がいない場合、所得がFPLの22%以下であってもメディケイド適用対象外とされていたが、Indiana Check-Up Planの導入により、これらの者にHIPへの加入の機会が与えられることとなった。

(出典) 以下の資料より損保ジャパン総合研究所作成。State Coverage Initiatives, "Profiles in Coverage: Indiana Check-Up Plan", Aug. 2008 (visited Sept. 4, 2009)

<<http://www.statecoverage.org/files/Indiana%20Check-Up%20Plan.pdf>>.

「SCHIP」とする。)の適用対象を、所得がFPLの200%以下の世帯の児童から、同300%以下の世帯の児童に拡大する<sup>55</sup>(《図表29》の①に相当。)

- ・メディケイドにおける妊婦向け給付の適用対象を、所得がFPLの150%以下の世帯の妊婦から、同200%以下の世帯の妊婦に拡大する(《図表29》の③に相当。)
- ・メディケイドが契約する医療プロバイダーへの償還レートを引き上げる。

- ・従来、従業員に健康保険を提供していなかった企業が、内国歳入法第125条(カフェテリアプランに関する条項)適用の健康給付プランを提供する場合に、税額控除措置を講ずる。
- ・従業員に適切な減量・禁煙・予防的ヘルスケアサービスの追求のためのインセンティブを与えるウェルネスプログラムを提供する小企業(従業員100人以下)に対して、税額控除措置を講ずる。
- ・HIPの導入(後述。《図表29》の②に相当。)

<sup>55</sup> 改正州法上は「所得がFPLの300%までの世帯の児童」に拡大されているが、実際には、2008年5月に、所得がFPLの250%までの世帯の児童への拡大がCenters for Medicare & Medicaid Services (CMS)により承認され、2008年10月1日より適用が開始された。Indiana Family & Social Services Administration News Release, "FSSA Receives Approval to Expand SCHIP Coverage", May 9, 2008 (visited Sept. 5, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>.

## (2) HIP について

Indiana Check-Up Plan の中核をなす HIP は、低所得であるにもかかわらずメディケイドの適用対象外とされている 19 歳から 64 歳までの無保険者に対し、政府の財源補助により限定的な負担で健康保険に加入できる機会を提供するものである。HIP は、免責金額 1,100 ドルの健康保険プランと、その 1,100 ドルを賄うための医療貯蓄口座である Personal Wellness and Responsibility Account (以下、州の公表資料において略記されているとおり、「POWER Account」とする。) を組み合わせたものであり、CDHP の概念を取り入れたプランとなっている。

インディアナ州がこのような HIP を導入した背景には、無保険者から発生する医療コストが膨らみ、これを医療プロバイダーが健康保険加入者へのコスト転嫁でカバーしようとした結果、保険料の不当な引き上げがもたらされている、という問題があった。同州はこのような実情を踏まえて、政府による財源補助により無保

険者対策を講じて保険料の急激な上昇を防ぐ必要があると認識した。一方、同州は、政府による財源補助を通じて無保険者に健康保険を提供する以上は、加入者が医療コストを意識し、自ら責任を持って真に必要な医療サービスを選択しなければならないと考えたため、HIP において CDHP の概念が導入されることとなった。

以下、Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、「CMS」とする。) の公表資料等<sup>56</sup>に基づき、HIP の内容を説明する。

### ①HIP の実施期間および財源

社会保障法第 1115 条に基づく HIP に関する実験プログラムが 2007 年 12 月 14 日に承認され、2008 年 1 月 1 日～2012 年 12 月 31 日の 5 年間を実験期間として実施されることとなった。インディアナ州ではこの実験プログラムの下で、メディケイドの適用対象とならない無保険者を対象として、HIP が提供されることとなっている<sup>57</sup>。

#### <社会保障法第 1115 条に基づく実験プログラムについて<sup>58</sup>>

社会保障法第 1115 条の下では、連邦厚生省長官の承認により、州が連邦政府からの財源の補助を受けながら、州独自のプログラムを実験的に行うことが可能となっている。1990 年代にいくつかの州が、社会保障法第 1115 条に基づき、メディケイド加入者に対するマネジドケアの導入が医療コストの削減につながるかどうかについて、検証を行った例がある。

<sup>56</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services, “Details for Healthy Indiana Plan (HIP)” (visited July 24, 2009) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI/MWDL/itemdetail.asp?filterType=dual,%20data&filterValue=Indiana&filterByDID=2&sortByDID=2&sortOrder=ascending&itemID=CMS1201233&intNumPerPage=10>>, Indiana Family & Social Services Administration, Sept.30, 2008, *supra*, Kaiser Commission on Medicaid and Uninsured, “Summary of Healthy Indiana Plan: Key Facts and Issues”, June 2008 (visited Oct.23, 2009) <<http://www.kff.org/medicaid/upload/7786.pdf>>.

<sup>57</sup> 一方、メディケイドの適用対象者に対する給付は、Hoosier Healthwise と称されるプログラムを通じて提供されることとなっている。

<sup>58</sup> Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “Medicaid Section 1115 Waivers: Current Issues”, Jan.6, 2005 (visited Feb.22, 2010) <<http://www.kff.org/medicaid/7234.cfm>>.

HIP の財源は、加入者の POWER Account への拠出や、州・連邦政府の財源補助によって賄われるが、FSSA が 2008 年に公表した内容<sup>59</sup>によれば、約 13 万人の HIP 加入に必要なコストを賄う財源が確保されていた。

## ②適用対象

HIP の適用対象は、以下の 2 つのグループに分かれる。これら 2 つのグループは、後述のとおり、POWER Account への拠出の限度や加入者定額負担の金額が異なる。また、いずれのグループにおいても、HIP の適用対象となるには、対象年齢は 19 歳から 64 歳までであること、少なくとも 6 ヶ月間無保険の状態であること、雇用主を通じて提供される健康保険プランに加入できないこと、といった要件を満たさなければならない。

### a. HIP Caretakers

以下のいずれかに該当する者。

- ・メディケイドまたは SCHIP の適用対象となる子供の親または親類であって、所得が FPL の 22%超 200%以下（保有資産額制限なし）である者。
- ・メディケイドの適用対象となる子供の親または親類であって、所得が FPL の 22%以下で保有資産額が 1,000 ドルを超える者<sup>60</sup>。

### b. HIP Adults

扶養する子供がいない大人であって、所得が FPL の 200%以下（保有資産額制限なし）である者。ただし、このグループに属する HIP 加入者は 3 万 4,000 人を上限とする。

## ③HIP における給付の対象

HIP の加入者に対する給付の対象となるのは、医師による診療、処方箋薬剤、検査、在宅ケア、病院の利用（外来・入院）、ホスピス、予防サービス、家族計画（中絶を除く）、ケースマネジメント、ディジーズマネジメントであり、歯科・眼科の利用は対象外とされている。給付限度額は 1 年当たり 30 万ドル、生涯で 100 万ドルである。

## ④給付体制

HIP 加入者のうち高リスク者と見なされない者については、2 つの健康保険会社 Anthem 社および MDWise 社が提供するマネジドケア型健康保険プランを通じて給付が行われるが、がん、移植を受けたかあるいは移植待ち、エイズ、再生不良性貧血、血友病のいずれかに該当する者については、州の高リスクプールを管理運営する組織（Indiana Comprehensive Health Insurance Association. ICHIA）により管理運営される Enhanced Services Plan（ESP）を通じて給付が行われる。

## ⑤健康保険プランの免責金額と加入者の拠出・負担

前述のとおり HIP における健康保険プランには 1,100 ドルの免責金額が設定されているが、予防サービスに関しては、最初の 500 ドルまで免責金額にかかわらずカバーされる。

HIP 加入者は、POWER Account への拠出を毎月行う必要がある。必要拠出額は、年間所得水準に応じて《図表 30》のように定められている。加入者が所属する企業の雇用主による拠出をもって、当該加入者の必要拠出額に充当する

<sup>59</sup> Indiana Family & Social Services Administration, Sept.30, 2008, *supra*.

<sup>60</sup> 他の条件が同じ（メディケイドの適用対象となる子供の親または親類であって、所得が FPL の 22%以下）で、保有資産額が 1,000 ドル以下であれば、メディケイドの適用対象となるため、Hoosier Healthwise を通じて給付が提供されることとなる。

《図表 30》HIP 加入者による POWER Account への拠出額（年間所得水準別）

年間所得水準	HIP加入者による POWER Accountへの拠出額
FPLの100%以下	所得の2%
FPLの100%超、同125%以下	所得の3%
FPLの125%超、同150%以下	所得の4%
FPLの150%超、同200%以下 (HIP Caretakers)	所得の4.5%
FPLの150%超、同200%以下 (HIP Adults)	所得の5%

(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, “HEALTHY INDIANA PLAN SECTION 1115 DEMONSTRATION FACT SHEET”(visited July 24, 2009)

<<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI/downloads/Healthy%20Indiana%20Plan%20Fact%20Sheet.pdf>>.

《図表 31》病院の救急医療室を救急医療以外の目的で利用した場合の、HIP 加入者の負担

適用対象グループ	HIP加入者の負担
HIP Caretakers (所得がFPLの22%超100%以下)	1回の利用につき3ドル
HIP Caretakers (所得がFPLの100%超150%以下)	1回の利用につき6ドル
HIP Caretakers (所得がFPLの150%超200%以下)	1回の利用につき、以下の2つのうち低額の方: ・利用したサービスのコストの20% ・25ドル
HIP Adults	1回の利用につき25ドル

(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, “HEALTHY INDIANA PLAN SECTION 1115 DEMONSTRATION FACT SHEET”, *supra*.

ことができる。加入者の拠出額が免責金額に満たない場合は、州が POWER Account へ不足分の拠出を行う。加入者は、州が定める予防ケアを受けることにより、POWER Account の当年末残高の全額を翌年に繰り越すことができるが、予防ケアを受けなかった場合は、当年末残高のうち、拠出総額に対する加入者拠出額の割合に見合う金額だけが繰越可能となる。

一度拠出を怠ると加入資格を失い、拠出した金額の 25%を没収され、以後 12 ヶ月間は HIP への再加入を認められない。

HIP 加入者は、POWER Account への拠出を行うほかに、病院の救急医療室を救急医療以外の目的で利用した場合に、《図表 31》に示される金額を負担する必要がある。

### ⑥HSA を組み合わせた CDHP との相違

前述のとおり、HIP は、CDHP の概念を取り入れたプランであるが、以下に示すように、HSA を組み合わせた CDHP と比較して、いくつかの相違点がある。

- ・ HSA の開設には、HDHP への加入が必須であるが、逆に HDHP に加入する者は、HSA を開設するか否かを選択でき、HSA を開設する場合の拠出額も、限度額の範囲内で自由に決められる。一方、HIP の加入者は POWER Account を開設し、拠出を行うことを義務付けられており、拠出額が州により定められている。
- ・ HSA は、それを保有する本人により管理され、HDHP のカバー対象外となるサービス

(例：歯科、眼科)にも利用でき、また、価格と質の情報に基づいて医療サービスを選択することが可能である。一方、HIP における POWER Account はマネジドケア型健康保険プランにより管理され、拠出金の使途が、そのプランのネットワーク内の医療プロバイダーが提供する所定のサービスに限られるため、加入者による選択は HSA を組み合わせた CDHP の場合に比べて制限される。

### (3) HIP の展開

HIP への加入者数は、2008 年 5 月には 1 万人を超え<sup>61</sup>、同年 7 月には 2 万人を超えた<sup>62</sup>。さらに 2009 年 3 月には加入者数が約 4 万 9,000 人に達したが、そのうち HIP Adults グループにおける加入者数が、連邦政府から承認された上限である 3 万 4,000 人に達したため、以降、同グループの枠において HIP への加入を希望する者は、待機リストに登録されることとなった<sup>63</sup>。

その後、HIP 加入者数が 4 万 6,000 人余りまで減少する中、HIP Adults グループにおける加入者数も減少したことから、州は 2009 年 11 月に、5,000 人を限度として、HIP Adults グループにおける新規加入の受付を再開することとし

た<sup>64</sup>。

なお、HIP Adults グループにおける加入者数の上限については、インディアナ州がその引き上げを連邦政府に要請して受け入れられなかったという経緯がある<sup>65</sup>。

### (4) HIP の適用対象外の者への対応

2008 年 7 月、所得が FPL の 200%を超えているために HIP の適用対象外とされていた者に対して、いわゆる“Buy-In Option”が導入された。このオプションでは、州・連邦政府による財源補助はないが、保険料を負担することにより HIP に加入することができる。また、保険料は年齢・性別・健康状態に基づいて設定することとされている<sup>66</sup>。

### (5) 連邦政府によるヘルスケア改革をうけた HIP をめぐる動き

オバマ大統領が推進するヘルスケア改革の集大成として 2010 年 3 月に成立したヘルスケア改革法 (Patient Protection and Affordable Care Act および Health Care and Education Reconciliation Act) では、無保険者対策の一環として、2014 年 1 月 1 日より、メディケイドの適用対象を、所得が FPL の 133%以下の者 (大人については、扶養する子供の有無を問わ

<sup>61</sup> Indiana Family & Social Services Administration News Release, “HIP Milestone: Over 10,000 Hoosiers Insured”, May 23, 2008 (visited Oct.22, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>.

<sup>62</sup> Indiana Family & Social Services Administration News Release, “20,000 Hoosiers Now Covered”, July 30, 2008 (visited Oct.22, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>.

<sup>63</sup> Indiana Family & Social Services Administration News Release, “HIP Achieves Milestone”, Mar.11, 2009 (visited Oct.23, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>.

<sup>64</sup> Indiana Family & Social Services Administration News Release, “Healthy Indiana Plan Now Open to Childless Adults”, Nov.6, 2009 (visited Apr.7, 2010) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>.

<sup>65</sup> “Healthy Indiana Plan enrollment to reopen briefly”, Northwest Indiana Times, Oct.7, 2009 (visited Oct.23, 2009) <[http://www.nwitimes.com/news/local/article\\_3af2c6df-de94-54ea-a03b-35f545080a08.html](http://www.nwitimes.com/news/local/article_3af2c6df-de94-54ea-a03b-35f545080a08.html)>.

<sup>66</sup> Buy-In Option については、以下の 2 つの公表資料を参照した。なお、保険料設定要素については、2 つの資料の間で記述内容に相違が見られるが、本稿では後者の記述内容を参考とした。Indiana Family & Social Services Administration News Release, “HIP Buy-In Now Available”, July 1, 2008 (visited Oct.22, 2009) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>, Indiana Family & Social Services Administration, Sept.30, 2008, *supra*.

ない)まで拡大する条項が盛り込まれている<sup>67</sup>。

インディアナ州の Daniels 知事は連邦政府によるヘルスケア改革について、税負担や医療コストを増大させ、経済を弱体化させるおそれがあるとの懸念を示した。さらに Daniels 知事は、そのような改革により、既存の HIP 加入者の大半がメディケイドへ移行すると考えられることから、HIP における新規加入の受付を停止し、最終的には HIP 自体を廃止せざるを得ないとの方向性を示した。特に扶養する子供がいない大人に関しては、州が HIP Adults グループにおける新規加入の受付を再開したばかりであったにもかかわらず、下院が上院法案を承認した翌日の 2010 年 3 月 22 日に、受付が打ち切られた<sup>68</sup>。

CMS はインディアナ州に対し、「連邦政府によるヘルスケア改革では、メディケイド適用対象の拡大を図りつつも、インディアナ州の財政負担の軽減にも配慮している。」「インディアナ州は、2012 年末まで有効とされている HIP を廃止する必要はない。」との見解を示した<sup>69</sup>。しかしインディアナ州の予算委員会は、同州のコンサルティングを担当する Milliman 社が「連邦政府によるヘルスケア改革は、インディアナ州に対して、今後 10 年間で約 36 億ドルの負担

を強いることとなる。」と推計した<sup>70</sup>ことを踏まえて、2010 年 5 月 12 日、既存のメディケイドを廃止し、より効率的なヘルスケアシステムの構築を検討すべきであるとの考えを明らかにした<sup>71</sup>。

このように、連邦政府によるヘルスケア改革により、インディアナ州における CDHP の概念を取り入れた実験的取組みの先行きは不透明なものとなっている。一方連邦政府によるヘルスケア改革をめぐっては、改革法において健康保険の加入を義務付けていることが違憲であるとして、フロリダ州が訴訟を起こし、インディアナ州を含む他の多くの州が追随するという動きも見られる<sup>72</sup>。このような状況の中、Daniels 知事の意向に沿って HIP は実験期間半ばで廃止となるのか、また、大半の HIP 加入者の将来的な受け皿となるはずであるメディケイドはどうなるのか、といった点から、今後のインディアナ州の動きが注目される。

## 参考文献

### 1. 各章関連

#### 第 I 章

- ・ U.S.Census Bureau, *“Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United*

<sup>67</sup> Jesse Lee, *“A Great Battle Pitting the Interests of the Banks and Financial Institutions Against the Interests of Students”*, The White House Blog, Mar.30, 2010 (visited Apr.5, 2010)

<<http://www.whitehouse.gov/blog/2010/03/30/meaningful-progress-american-people>>, Democratic Policy Committee, *“THE PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT – Detailed Summary”*(visited Apr.14, 2010)

<<http://dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill95.pdf>>.

<sup>68</sup> Bill Ruthhart, *“Daniels puts brakes on enrollment in health program”*, Indianapolis Star, Mar.23, 2010 (visited Apr.1, 2010)

<<http://www.indystar.com/article/20100323/NEWS05/3230341/1008/LOCAL19>>.

<sup>69</sup> Daniel Suddeath, *“Hill, Carson send health care memo to Daniels”*, Evening News and Tribune, May 7, 2010 (visited May 17, 2010) <<http://newsandtribune.com/local/x892949945/Hill-Carson-send-health-care-memo-to-Daniels>>.

<sup>70</sup> Indiana Family & Social Services Administration News Release, *“MEDIA ADVISORY: Indiana Releases New Analysis of Health Care Reform Impact”*, May 12, 2010 (visited May 20, 2010) <<http://www.in.gov/fssa/2396.htm>>. なお全米規模では、改革法による健康保険加入促進に要する財政支出が、今後 10 年間で 9,380 億ドルに達するとの推計がなされている。

Congressional Budget Office, Mar.20, 2010, *supra*.

<sup>71</sup> Ken Kusmer, *“Lawmaker: Maybe Ind. should drop out of Medicaid”*, The Associated Press, May 12, 2010 (visited May 21, 2010) <<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/05/12/AR2010051203515.html>>.

<sup>72</sup> Office of the Attorney General of Florida Press Release, *“McCollum: Five Additional States Join Lawsuit Challenging Constitutionality of Health Care Reform Law”*, Apr.7, 2010 (visited Apr.26, 2010)

<<http://www.myfloridalegal.com/newsrel.nsf/newsreleases/E5658438E6926789852576FE00519873>>.

*States :2008*”, Aug. 2009.

## 第II章

- Sally Rosen, Carl Austin, *“Recession, Reform and Competition Will Pressure Health Insurer’s Results”*, A.M.Best Special Report, Feb.9, 2009.
- The Kaiser Family Foundation, *“Employer Health Benefits 2009 Annual Survey”*, (visited Dec.28, 2009)  
<<http://www.kff.org/insurance/employer.cfm>>.
- GAO-05-873, *“Medicare Contracting Reform”*.
- GAO-06-813, *“Medicare Integrity Program”*.
- Leiyu Shi & Douglas A. Singh, *“Delivering health care in America Third Edition”*.
- Peter R. Kongstvedt, *“The Managed Health Care Handbook Fourth Edition”*.
- Sally Rosen, *“Multiple Issues Adversely Impact Health Care Results for 2008”*, A.M.BEST Special Report, May 4, 2009.

## 第III章

- Centers for Medicare & Medicaid Services, *“Sponsor of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1997-2008”* (visited Jan.14, 2010)  
<<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>>.

## 第IV章

- Centers for Medicare & Medicaid Services, *“Details for Healthy Indiana Plan (HIP)”* (visited July 24, 2009)  
<<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI/MWDL/itemdetail.asp?filterType=dual,%20data&filterValue=Indiana&filterByDID=2&sortByDID=2&sortOrder=ascending&itemID=CMS1201233&intN>

umPerPage=10>.

- CIGNA, *“CIGNA Choice Fund® Experience Study – Summary of Key Findings -”*, Dec. 2009 (visited Apr.21, 2010)  
<[http://newsroom.cigna.com/images/56/1209\\_CIGNA%20ChoiceFund\\_Study.pdf](http://newsroom.cigna.com/images/56/1209_CIGNA%20ChoiceFund_Study.pdf)>.
- *“Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”*, U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (visited Jan.8, 2010)  
<<http://www.irs.gov/formspubs/index.html?portlet=3>>.
- Indiana Family & Social Services Administration, *“Indiana Check-Up Plan”*, Sept.30, 2008 (visited Aug.25, 2009)  
<<http://www.in.gov/fssa/hip/files/IndianaCheckUpPlan.pdf>>.
- *“January 2010 Census Shows 10 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”*, AHIP Center for Policy and Research, May 2010 (visited June 3, 2010)  
<<http://www.ahipresearch.org/pdfs/HSA2010.pdf>>.
- State Coverage Initiatives, *“Profiles in Coverage: Indiana Check-Up Plan”*, Aug. 2008 (visited Sept.4, 2009)  
<<http://www.statecoverage.org/files/Indiana%20Check-Up%20Plan.pdf>>.

## 2. その他（複数の章にて参考にした文献等）

- 田中健司、後藤愛「米国における健康保険市場と健康保険会社のヘルスケア事業－2007年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き－」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.52、2009年）



- ・ 田中健司、森朋也「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業－2005年を中心とする概況と最近の動き－」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.47、2007年）
- ・ 矢倉尚典、田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア市場－2004年を中心とする概況および職域市場・HIPAA・メディケアをめぐる最近の動き－」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005年）
- ・ 西村徹、江頭達政、中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事情－沿革、現状および最近の動向－」（安田総研クォーターリーVol.37、2001年）
- ・ 損保ジャパン記念財団「これからの生活習慣病対策のあり方を考える」（損保ジャパン記念財団叢書 No.72、2006）
- ・ 損保ジャパン記念財団「ディジーズ・マネジメント発展の可能性と課題」（損保ジャパン記念財団叢書 No.67、2004）
- ・ 損保ジャパン記念財団「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」（損保ジャパン記念財団叢書 No.65、2003）

## <付録> メディケア・メディケイドの給付内容、加入条件、保険料

米国の医療保障は民間の健康保険を中心に成り立っている(本稿第1章第2節参照)。しかし、高齢者、障害者、低所得者等についてはメディケアやメディケイドという公的制度によってカバーされている。一部内容を再掲しながら、メディケア、メディケイドの加入条件、給付内容、保険料について概観する。

### 1. メディケアの概要

メディケアは「1965年社会保障改正法」(Social Security Amendments of 1965)で創設された公的制度である。適用対象者は、65歳以上の者、65歳未満の障害者、末期腎臓病患者である。

メディケアは、連邦政府の下にある Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、「CMS」とする。)が運営しており、連邦政府の予算と被保険者、事業主の負担金等によって運営されている。

給付内容は、CMSの運営するプラン(パートA、パートB)と、民間の健康保険プラン(パートC。「アドバンテージ」とも呼ばれる。以下、「アドバンテージ」と呼ぶ。)から、メディケア適用対象者が選択することができる。また、民間事業者の提供する処方箋薬剤給付(パートD)が2006年1月から運用を開始し、先述したCMSのプラン、民間の健康保険プランのどちらを選択した場合でも任意で付け加えることができる。

アドバンテージの普及については、以下のような政策が取られている。1997年8月に成立した均衡予算法(Balanced Budget Act of

1997)では、Health Maintenance Organization(以下、「HMO」とする。)のほか、Preferred Provider Organization(以下、「PPO」とする。)やPoint-of-Service(以下、「POS」とする。)などの多様なマネジドケア型プランの選択肢が認められ、また、手続きの簡素化・迅速化が図られた<sup>1</sup>。さらに、2003年12月に成立したメディケア近代化法(Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003)によって、全米のどの地域でもPPO型のプランが選択可能となり、Health Savings Accountの新設、将来の改善のための各種パイロットプログラム、デモンストレーションプロジェクトの実施が定められた<sup>2</sup>。

#### (1) パートA

##### ①給付内容

病院への入院費用、緊急医療、専門介護施設(治療を伴わないものおよび長期のものを除く)、ホスピスおよび在宅医療(home health care)の一部における費用を補償する<sup>3</sup>。

##### ②加入条件

65歳に到達した者が、以下のいずれかの条件を満たす場合、受給資格を得る。

- ・ 社会保障年金の受給権がある、もしくは既に

<sup>1</sup> CMS, "Legislative Summary: Balanced Budget Act Of 1997 Medicare And Medicaid Provisions", pp.38-41 (visited Aug.13, 2007) <[http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC\\_Section4016\\_BBA\\_1997.pdf](http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Section4016_BBA_1997.pdf)>.

<sup>2</sup> 矢倉尚典、田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア市場」(損保ジャパン総研クオーターリーVol.45、2005年)、p. 54-55.

<sup>3</sup> CMS, "Medicare Program-General Information"(visited Feb.18, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/>>.

受給している。

- ・ 鉄道従業員退職年金の受給権がある、もしくは既に受給している。
- ・ 本人もしくは配偶者が相当の期間、政府機関において就業しメディケア給与税を納めていた。

それ以外の者は、保険料を支払うことで加入できる。

### ③保険料

本人もしくは配偶者が社会保障庁(Social Security Administration)の定めた範囲の仕事に 40 四半期以上勤労すれば、その間に事業主がメディケア給与税を納めているため保険料は免除される。対象者のうち 99%はパート A の保険料を免除されている<sup>4</sup>。また、30-40 四半期の勤労を経ている場合には保険料が減免され、それ未満の場合には定められた保険料を支払うことで加入できる<sup>5</sup>。

## (2) パート B

### ①給付内容

医師費用、外来費用、理学療法士や作業療法士によるサービス等、パート A で給付対象外となるサービスに係る費用を補償する<sup>6</sup>。

### ②加入条件

加入者の任意加入である。

### ③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。メディケア創設以来、保険料は居住している州や所得によらず、全米で一律に徴収していたが、2007 年度から一部の高額所得者に対し、所得に応じた追

加保険料を徴収することになった。

## (3) アドバンテージ

CMS と契約した民間事業者が、政府の提供するパート A、パート B に代わって独自のサービスを提供するプランである。

### ①給付内容

通常は政府の提供するプランよりも給付内容が広く<sup>7</sup>、加入者にとってはパート A、パート B にはないサービスを受けられるといったメリットがある一方、医療機関へのアクセス制限が設けられている等のデメリットが生ずる場合がある。複数のプランの中から加入者が選択できる。また、Medical Savings Account と称される医療貯蓄口座と免責金額が高く設定された健康保険プランを組み合わせたプランも選択肢として存在する。さらに、パート D 創設後は処方箋薬剤給付を併せたプランが多く提供されている<sup>8</sup>。

### ②加入条件

アドバンテージを選択するかどうかは加入者の任意である。

### ③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。パート B の保険料に加え、選択するプランによっては追加保険料が生じる。

## (4) パート D

処方箋薬剤給付をカバーするための民間保険会社が提供する保険であり、2006 年 1 月から運用を開始した。従来、パート A、パート B では、一部を除き処方箋薬剤費は給付の対象外で

<sup>4</sup> CMS, "Medicare Premiums and deductibles for 2010" (visited Feb.18, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?counter=3534>>.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> CMS, "Medicare Program-General Information", supra.

<sup>7</sup> CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November.1 2008", p.9 (visited Feb.18, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2008.pdf>>.

<sup>8</sup> CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November.1 2008", supra, p.10.

あった<sup>9</sup>。CMSは、「処方箋薬剤給付の開始は、高齢者のヘルスケアに関し、ここ40年で最も大きな改善である」としている<sup>10</sup>。

### ①給付内容

CMSと契約した複数の民間保険会社が提供するプランの中から、加入者が選択できる<sup>11</sup>。

### ②加入条件

メディケアの加入者であれば誰でも利用可能である<sup>12</sup>。

### ③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。保険料は提供されるプランによって異なっている。加入資格を得た段階で加入せずに後から加入する場合、追加保険料を課せられる場合がある<sup>13</sup>。

## 2. メディケイドの概要

メディケイドは、メディケアと同様に「1965年社会保障改正法」で創設された、低所得者を対象とした公的制度である。運営主体は州政府であり、連邦政府の定めるガイドラインを満たした上で、各州で独自の運営ルールを作成している<sup>14</sup>。財源は連邦政府と州政府が共同で負担している<sup>15</sup>。

メディケイドにおいては、州政府が民間事業者と契約して間接的に給付を行うケースと、州政府自らが給付を行うケースがある。1967年に複数の州が従来型の出来高払いの健康保険に加え、マネジドケア型健康保険の提供を開始して

以降、対象者をマネジドケア型健康保険プランに加入させる取り組みは任意のものであったが、「1981年包括財政調整法」(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981)の下で、「社会保障法」に条項が追加され、州政府が適用対象者をマネジドケア型プランに強制加入させることも可能とされた<sup>16</sup>。

### (1) 資格要件

資格要件の詳細は州によって異なるが、低所得であるだけでは適用対象にはならず、所得の他に、年齢、妊娠の有無、障害の有無、失明の有無、資産(銀行預金、不動産、その他売却できるもの)、米国民かどうか、違法移民でないか等によって審査される。ただし、養護施設で暮らす者、自宅で暮らす障害を持つ子供に対しては特例が設けられている。また、子供の受給資格は親とは関係なく子供の状況にのみ基づいて判断されるため、子供にのみ受給資格が与えられる場合がある<sup>17</sup>。

### (2) 給付内容

メディケイドでは対象者に対する現金給付はなく、現物給付が行われている。医療プロバイダーにはメディケイドから支払いが行われるが、給付内容は州によって異なる。州によっては、特定の医療サービスを受ける場合に、対象者にCopayment(受診ごとの定額自己負担)を要求する場合がある<sup>18</sup>。

<sup>9</sup> CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November 1 2008", *supra*, p.9.

<sup>10</sup> CMS, "Prescription Drug Coverage - General Information" (visited Feb.18, 2010) <<http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/>>.

<sup>11</sup> 給付の基本スキームについては、前掲矢倉他(損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005年)、p.55参照。

<sup>12</sup> CMS, "Medicare Program-General Information", *supra*.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid", *supra*, p.16.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> 矢倉尚典、田中充、田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア市場」(損保ジャパン総研クォーターリーVol.42、2003年)、p.11-13.

<sup>17</sup> CMS, "Medicaid Program-General Information" (visited Feb.18,2010) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>>.

<sup>18</sup> *Ibid.*