

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

中浜 隆

(小樽商科大学助教授)

### はじめに

アメリカにおける公的医療制度は、おもに65歳以上の高齢者と障害者を対象とする健康保険としてのメディケアと、低所得者を対象とする医療扶助としてのメディケイドである。こうした公的医療制度の対象とならない大部分の国民は私的健康保険に加入している。また公的医療制度によって保障されている国民も私的健康保険に加入している。そして私的健康保険によって保障されている大部分の国民は、企業が提供する団体医療制度を通じて医療給付を受けている。私的健康保険は、民間保険会社やブルークロス・ブルーシールド、健康維持組織のほかに、自家保険によっても引き受けられている。

近年における医療制度は、医療費の増大によって基本的に特徴づけられている。それは、絶対額の増大とともに国内総生産に対する比率に示されている。国民医療費支出は1970年代と80年代を通じて増大し、1970年の744億ドルから1991年の7382億ドルと同時期にほぼ10倍の伸びを示している。また国内総生産に対する国民医療費支出の比率は、1970年の7.4%から82年以降は10%を上回り、1991年には13.0%に増大している。こうした医療費の増大は、健康保険市場や保険者、企業・家計(国民)に大きな影響を与えるものとなっている。

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

本稿では、医療費や健康保険料の増大に対する企業の対応と、民間保険会社の健康保険業務の変化と健康保険の収益性について考察する。まず第1章では、私的健康保険市場における保険者の構成と保険会社が提供している健康保険の内容、保険者の健康保険料の構成について概観する。私的健康保険によって保障されている大部分の国民は、企業が提供する団体医療制度を通じて医療給付を受けている。そこで第2章では、医療費の増大に対する企業の対応について検討する。ここでは、従業員に対する医療給付の制限と定額控除・共同負担の引き上げ、管理型医療制度の導入、自家保険の採用を取り上げる。他方、団体医療制度が健康保険市場の大部分を構成し、したがって保険会社の健康保険業務の大部分が団体健康保険であるために、企業の対応措置は健康保険市場と保険会社の健康保険業務に大きな影響を与えるものとなっている。第3章では、保険会社の健康保険業務の変化として、経験保険料率の採用と管理型医療への取り組み、企業の自家保険に対する管理業務について検討する。また、医療費の増大や管理型医療制度の発展、企業の自家保険の採用は、1980年代に保険会社間での保険の引き受け競争を増大させている。最後に第4章では、保険会社の健康保険の収益性と支払い不能の状況、それが生命・健康保険保証基金に与えている影響について考察したい。

### 第1章 健康保険市場と保険者の概要

アメリカにおける公的医療制度は、おもに65歳以上の高齢者と障害者を対象とする健康保険としてのメディケア(Medicare)と、低所得者を対象とする医療扶助としてのメディケイド(Medicaid)である。

メディケアは、社会保障法第18章に基づいて1965年に創設され、翌年から実施されたものであり、社会保険としての老齢・遺族・障害・

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

医療保険(Old-Age, Survivors, Disability, and Health Insurance)の一部を構成する。メディケアはおもに高齢者と障害者のための健康保険であり、強制加入部分である入院保険(Hospital Insurance)と任意加入部分である補足的医療保険(Supplementary Medical Insurance)からなっている。入院保険はパートA、補足的医療保険はパートBと呼ばれている。入院保険では、入院や退院後の熟練看護施設(skilled nursing facility)での医療、在宅医療、ホスピスでの医療に対する給付が行われる。補足的医療保険では医師の診療報酬など、入院保険では保障されない医療費に対する給付が行われる。入院保険は雇用主と従業員、自営業者の拠出(社会保障税としての入院保険税)による入院保険信託基金(Hospital Insurance Trust Fund)によって、補足的医療保険は加入者の保険料と連邦政府の財政支出による補足的医療保険信託基金(Supplementary Medical Insurance Trust Fund)によって運営されている。1991年において、入院保険の登録者3443万人、保険金支払額715億ドル、信託基金資産(年末)1152億ドル、補足的医療保険の登録者3324万人、保険金支払額472億ドル、信託基金資産(年末)179億ドルとなっている。<sup>1)</sup>また同年において、メディケアによって保障されている65歳以上の国民は同年齢の全国民の95.7%、64歳以下の国民は同年齢の国民の1.6%、両方で全国民の13.0%を占めている。<sup>2)</sup>

メディケイドは、社会保障法第19章に基づいてメディケアとともに創設、実施されたものであり、連邦政府と州政府の財政支出により、連邦政府の要件とガイドラインに基づいて州ごとに運営されている。メディケイドは、被扶養児童家庭扶助制度(Aid to Families with Dependent Children)や補足的保障所得制度(Supplemental Security Income)などの対象となる低所得者のための医療扶助である。1991年

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

におけるメディケイドの受給者は2828万人、給付額は770億ドルとなっている。<sup>3)</sup> また同年において、メディケイドによって保障されている65歳以上の国民は同年齢の全国民の8.6%、64歳以下の国民は同年齢の全国民の9.9%、両者で全国民の9.7%を占めている。<sup>4)</sup>

こうした公的医療制度の対象とならない大部分の国民だけでなく、公的医療制度によって保障されている国民も私的健康保険に加入している。1991年において、1億8214万人の国民が私的健康保険に加入しており、私的健康保険によって保障されている65歳以上の国民は同年齢の全国民の68.3%、64歳以下の国民は同年齢の全国民の73.8%、両者で全国民の73.2%を占めている。<sup>5)</sup> (同年における公的・私的健康保険によって保障されている国民の構成については表1を参照)。そして私的健康保険によって保障されている大部分の国民は、企業が提供する健康保険を通じて医療給付を受けている。その場合、従業員の退職年齢の上限の引き上げ、撤廃にともなって、医療給付を受けることができる従業員とその扶養家族の範囲が拡大されてきている。

退職年齢の上限については、1967年雇用年齢差別禁止法(Age Discrimination in Employment Act of 1967)では、従業員20人以上の企業の場合、従業員の退職年齢の上限は65歳であった。しかし、1978年における同法の修正によって退職年齢の上限が70歳に引き上げられ、さらに1986年における同法の修正によって退職年齢の上限そのものが撤廃されている。

他方、医療保障を受けることができる従業員とその扶養家族の範囲については、1982年税負担の公正と財政責任に関する法律(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982)では、従業員20人以上の企業は、65歳から69歳までの現職者(active employee)とその配偶者に対して、65歳未満の現職者と同じ保障を行わなければならない

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

表1 公的・私的健康保険の構成 (1991年)

(単位:千人)

保 険 の 種 類	64歳以下	65歳以上	合 計
公的保険のみ	22,781 (10.4%)	9,250 (30.7%)	32,031 (12.9%)
メディケアのみ	1,048 (0.5)	6,733 (22.4)	7,781 (3.1)
メディケイドのみ	16,723 (7.6)	20 (0.1)	16,743 (6.7)
CHAMPUSのみ	3,532 (1.6)	44 (0.1)	3,577 (1.4)
メディケアとメディケイド	1,035 (0.5)	1,985 (6.6)	3,019 (1.2)
メディケアとCHAMPUS	103 (0.0)	408 (1.4)	510 (0.2)
メディケイドとCHAMPUS	312 (0.1)	0 (0.0)	312 (0.1)
メディケアとメディケイド, CHAMPUS	28 (0.0)	61 (0.2)	89 (0.0)
公的保険と私的保険	9,285 (4.2)	19,648 (65.3)	28,933 (11.6)
メディケアと私的保険	1,027 (0.5)	18,516 (61.5)	19,543 (7.9)
メディケイドと私的保険	3,314 (1.5)	2 (0.0)	3,316 (1.3)
CHAMPUSと私的保険	4,613 (2.1)	37 (0.1)	4,650 (1.9)
メディケアとメディケイド, 私的保険	148 (0.1)	492 (1.6)	640 (0.3)
メディケアとCHAMPUS, 私的保険	65 (0.0)	578 (1.9)	644 (0.3)
メディケイドとCHAMPUS, 私的保険	106 (0.0)	0 (0.0)	106 (0.0)
メディケアとメディケイド, CHAMPUS, 私的保険	11 (0.0)	23 (0.1)	34 (0.0)
私的保険のみ	152,284 (69.6)	918 (3.1)	153,202 (61.6)
被保険者合計	184,351 (84.3)	29,816 (99.1)	214,167 (86.1)
無保険者	34,443 (15.7)	276 (0.9)	34,719 (13.9)
合計	218,793 (100.0)	30,093 (100.0)	248,886 (100.0)

[注] CHAMPUSは現役軍人の扶養家族と、退役軍人とその扶養家族、死亡した軍人の扶養家族のための健康医療制度(Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services)であり、現役・退役軍人とその扶養家族を保障する他の制度も含んでいる。CHAMPUSは国防総省によって運営され、民間の施設で行われた医療に対して医療費が償還されるものである。

[出所] Levit, Katharine R, Gary L Olin, and Suzanne W. Letsch, "Americans' Health Insurance Coverage, 1980-91," *Health Care Financing Review*, Vol 14 No 1(Fall 1992), p 36

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

いことが規定されている。また同法では、その現職者がメディケアを第1順位とするか第2順位とするかを選択することができる。そして1984年財政赤字削減法(Deficit Reduction Act of 1984)によって、こうした規定は65歳未満の現職者の65歳から69歳までの被扶養配偶者にも適用されている。さらに1985年包括財政調整法(Consolidated Omnibus Reconciliation Act of 1985)によって、70歳以上の現職者とその扶養家族にまで拡大されている。また1989年包括財政調整法(Omnibus Reconciliation Act of 1989)によって、現職者の医療制度に対してメディケアは第2順位となっている。したがって現在では、企業が提供する医療制度を第1順位として選択し、それを通じて医療保障を受ける現職者にとっては、メディケアは第2順位となっている。またいくつかの州では、従業員20人未満の企業に対して、医療給付における年齢差別が禁止されている。1991年において、企業が提供する健康保険によって保障されている国民は従業員7025万人、その扶養家族6855万人、合計1億3880万人であり、私的健康保険によって保障されている国民に占める割合は従業員38.6%、その扶養家族37.6%、合計76.2%となっている。<sup>b)</sup>

私的健康保険は、民間保険会社(Commercial Insurance Company)やブルークロス・ブルーシールド(Blue Cross and Blue Shield Plan)、健康維持組織(Health Maintenance Organization)、自家保険(Self-Insured Plan)によって提供されている。

ブルークロス・ブルーシールドは入院・医療サービスを提供する非営利法人であり、ブルークロスは入院費に対する給付を、ブルーシールドは医師の手術・医療費に対する給付を行うものである。ブルークロスとブルーシールドは1930年代の大不況期以降、別々の組織として発展してきたが、近年、同一州のブルークロスとブルーシールドの統

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

合が進展してきている。1993年時点で69社のブルークロス・ブルーシールドが存在し、大部分の州では1州で1社のブルークロス・ブルーシールド(ブルーズ)が営業している。また1州で1社のブルークロスとブルーシールドがそれぞれ別々に営業している州(カリフォルニア州、アイダホ州、サウスダコタ州)や1州に2社以上のブルーズまたはブルークロス・ブルーシールドが営業している州(ニューヨーク州、ペンシルバニア州、ワシントン州など)もある。<sup>7)</sup> 1州に複数の組織が存在する州では、それぞれの組織は所定の地域で営業しており、それぞれの組織が営業している地域が重複している事例はまれである。そして69社のうち、53社が授權法(enabling statute)にしたがって、14社が相互保険会社として、2社が非営利の株式保険会社として規制されている。また1993年6月時点で24社が生命・健康保険保証基金に加入している。<sup>8)</sup>

民間保険会社では、生命保険会社または損害保険会社が1つの保険部門または保険種目として、また健康保険に特化した保険会社が健康保険を引き受けている。健康保険業務を行っている保険会社は1,000社を上回っている。

これらの保険会社は、団体保険または個人保険ベースで健康保険を提供している。しかし、1990年における両者の収入保険料の割合は団体保険89.3%、個人保険10.7%であり、したがってその大部分が団体保険である(表2を参照)。こうした団体保険を引き受けている保険会社は約700社であり、大部分は生命保険会社である。しかし、これらの保険会社のなかで100社未満が大部分の団体保険を引き受けており、さらに約30社が半分以上の団体保険を引き受けている。<sup>9)</sup> またブルークロス・ブルーシールドが所定の地域で営業しているのに対して、保険会社の多くは全国的な規模で営業している。

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

表2 保険会社の健康保険料の内訳

(単位：億ドル)

年	団 体 保 険		個 人 保 険	合 計
	医 療 費 保 険			
1980	315 (72.1%)	368 (84.2%)	69 (15.8%)	437 (100.0%)
1981	373 (76.1)	425 (86.7)	65 (13.3)	490 (100.0)
1982	445 (76.3)	500 (85.8)	83 (14.2)	583 (100.0)
1983	498 (78.8)	549 (86.9)	83 (13.1)	632 (100.0)
1984	558 (79.3)	608 (86.4)	96 (13.6)	704 (100.0)
1985	595 (79.1)	644 (85.6)	108 (14.4)	752 (100.0)
1986	609 (80.7)	659 (87.3)	96 (12.7)	755 (100.0)
1987	685 (81.5)	740 (88.0)	101 (12.0)	841 (100.0)
1988	821 (83.6)	876 (89.2)	106 (10.8)	982 (100.0)
1989	901 (83.5)	961 (89.1)	118 (10.9)	1,079 (100.0)
1990	992 (83.6)	1,059 (89.3)	127 (10.7)	1,186 (100.0)

〔出所〕 Health Insurance Association of America, 1992 Source Book of Health Insurance Data, Washington, D. C., 1992, より作成。

保険会社は、団体保険または個人保険ベースで、大別して医療費保険と就業不能所得補償保険を提供している。医療費保険(medical expense insurance)は、疾病または障害のために治療を受けた場合、入院・医療費に対する給付を行うものである。また就業不能所得補償保険(disability income insurance)は、疾病または障害のために被保険者が就業できなくなった場合、所定の所得給付を定期的に行うものである。もともと保険会社の収入保険料でみた場合、団体保険、個人保険ともに大部分は医療費保険である。1990年において、団体保険と個人保険の収入保険料に占める医療費保険の割合はそれぞれ、93.7%、70.1%である。<sup>10)</sup>とくに団体医療費保険の割合が1980年代に増大し、1990年には全健康保険料の83.6%を占めている(表2を参照)。



## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

こうした医療費保険は、おもに入院・手術医療費保険と高額医療費保険、その他医療費保険からなっている。入院・手術医療費保険(hospital-surgical expense insurance)は、病室代や食事代、その他の入院費のほかに、手術費や入院中の医師診療報酬、出産費、X線検査や血液検査など外来患者の診断上の検査費に対する給付が行われる。この保険では、給付が行われる前に被保険者が所定の金額の医療費を支払わなければならない定額控除(deductible)が規定されているものもある。定額控除は、所定の定額控除期間(deductible period)に基づいて保険期間中に適用される。もっとも一般的に規定されている定額控除期間は歴年式定額控除(calendar year deductible)と呼ばれる1年間である。また家族も被保険者となっている場合には、歴年式定額控除とともに家族定額控除(family deductible)も規定されている。

高額医療費保険(major medical expense insurance)は、基礎的な入院・手術医療費保険で保障される医療費のほかに、その保険では保障されない医療費も加えた広範囲で高額な医療費に対する給付が行われる。この保険には、補足的な高額医療費保険と総合高額医療費保険がある。補足的な高額医療費保険(supplemental major medical expense insurance)は入院・手術医療費保険に上乘せされるものである。総合高額医療費保険(comprehensive major medical expense insurance)は、入院・手術医療費保険と補足的な高額医療費保険を1つの保険にしたものである。

高額医療費保険では、一般的に被保険者は医療費の支払いを分担しなければならないことが規定されている。これは費用分担(cost-sharing)と呼ばれ、被保険者に不必要な医療の利用を最低限にとどめさせることによって医療費を抑制するためのものである。こうした費用分担には、定額控除と共同負担という2つの方式がもっとも一般的に用

いられている。

定額控除(deductible)は、大部分の総合高額医療費保険では、入院・手術医療費保険の場合と同じ方式が採用されている。補足的な高額医療費保険では、入院・手術医療費保険によって支払われる保険金額のうゑに設定される回廊式定額控除(corridor deductible)が通常、採用されており、医療費が入院・手術医療費保険の最高給付額と定額控除を上回る場合に、その部分の医療費に対する給付が補足的な高額医療費保険によって行われる。

他方、共同負担(coinsurance)は、定額控除を上回る医療費の一定割合を被保険者が負担し、残りの割合を保険者が支払うものである。共同負担は比率分担(percentage participation)とも呼ばれ、大部分の高額医療費保険で規定されている。しかし大部分の高額医療費保険には、共同負担によって被保険者が支払わなければならない金額を制限するストップロス条項(stop-loss provision)も含まれており、共同負担による被保険者の負担金額が所定の金額を上回る場合には、その部分の金額は保険によって保障されることが規定されている。

その他医療費保険には、重病保険(dread disease coverage)や歯科医療費保険(dental expense coverage)、処方薬剤費保険(prescription drug expense coverage)、眼科治療費保険(vision care expense coverage)、長期医療介護保険(long-term care insurance)が含まれる。これらの保険は大部分の場合、医療費保険とは別個の商品として提供されている。

そしてこれらの医療費保険のなかで、入院・手術医療費保険と高額医療費保険、長期医療介護保険は団体保険と個人保険の双方で提供されているが、一般的に歯科医療費保険と処方薬剤費保険、眼科治療費保険は団体保険でのみ、重病保険は個人保険でのみ提供されている。

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

表3 保険者別健康保険料の構成

(単位：億ドル)

年	保険会社	ブルークロス・ ブルーシールド	自家保険 ・HMO	合計	全正味保険料
1978	327 (50.1%)	215 (33.0%)	110 (16.8%)	652 (100.0%)	631 (22)
1979	379 (50.2)	235 (31.1)	142 (18.7)	756 (100.0)	739 (16)
1980	437 (50.1)	263 (30.1)	173 (19.8)	873 (100.0)	847 (26)
1981	490 (49.3)	304 (30.6)	200 (20.1)	994 (100.0)	951 (43)
1982	583 (50.5)	343 (29.7)	229 (19.8)	1,155 (100.0)	1,095 (60)
1983	632 (50.0)	376 (29.7)	256 (20.3)	1,264 (100.0)	1,199 (65)
1984	704 (50.6)	400 (28.8)	286 (20.6)	1,390 (100.0)	1,276 (114)
1985	752 (49.0)	415 (27.1)	367 (23.9)	1,534 (100.0)	1,395 (139)
1986	755 (47.3)	435 (27.3)	406 (25.4)	1,596 (100.0)	1,434 (162)
1987	841 (44.2)	463 (24.3)	598 (31.4)	1,902 (100.0)	1,671 (231)
1988	982 (44.5)	512 (23.2)	711 (32.2)	2,205 (100.0)	1,899 (306)
1989	1,079 (42.7)	560 (22.1)	891 (35.2)	2,531 (100.0)	2,156 (375)
1990	1,186 (42.6)	626 (22.5)	975 (35.0)	2,787 (100.0)	2,377 (410)

[注] (1) 各保険料の間に重複があるために、各保険料の合計と全正味保険料は一致していない。  
 (2) 全正味保険料の項目の括弧内の数値は、各保険料の間の重複額である。  
 [出所] Health Insurance Association of America, *Source Book of Health Insurance Data*  
 各号より作成。

表3は、1978年-90年における保険者別の健康保険料の構成を示したものである。それによると、第1に、同時期を通じて民間保険会社の収入保険料の割合がもっとも大きくなっており、民間保険会社とブルークロス・ブルーシールドが大部分の健康保険を引き受けていること、しかし第2に、自家保険・健康維持組織(HMO)の収入保険料の割合が増大しており、1977年以前の数値は不明であるが1970年代後半ととりわけ80年代後半に急増し、1980年代後半にはブルークロス・ブルーシールドの収入保険料の割合を上回っていること、がみてとれる。

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

- 注1) U S Department of Health and Human Services, Social Security Administration, *Annual Statistical Supplement, 1992 to the Social Security Bulletin*, pp. 291-292, pp 297-298
- 2) Levit, Katharine R., Gary L. Olin, and Suzanne W Letsch, "Americans' Health Insurance Coverage, 1980-91," *Health Care Financing Review*, Vol 14 No. 1(Fall 1992), p 36
- 3) *1992 Annual Statistical Supplement*, p. 309.
- 4) Levit, et al , "Americans' Health Insurance Coverage, 1980-91," p. 36.
- 5) *Ibid* , p. 36
- 6) *Ibid.*, pp. 36-37.
- 7) United States General Accounting Office, *Blue Cross and Blue Shield: Experience of Weak Plans Underscore the Role of Effective State Oversight* Washington, D. C. : United States General Accounting Office, April 1994, pp. 34-38.
- 8) *Ibid.* , p. 34.
- 9) Beam, Burton T., Jr. and John J. McFadden, *Employee Benefits*, Third Edition Chicago : Dearborn Financial Publishing, Inc. , 1992, p. 165.
- 10) Health Insurance Association of America, *1992 Source Book of Health Insurance Data*. Washington, D. C. Health Insurance Association of America, 1992, pp. 29-30.

1990年において、米国健康保険協会に加盟している保険会社の数は185社であり、その子会社を含めると合計300社である。なお、本稿であえて出所を明記していない統計数値は同文献(各年版)によっている。

## 第2章 医療費の増大と企業の対応

1970年代と80年代におけるアメリカの国民医療費支出の増大は、絶対額の増大とともに国内総生産に対する比率に示されている。国民医療費支出(National Health Expenditure)は1970年代と80年代を通じて増大し、1970年の744億ドルから80年の2501億ドル、1991年には7382億ドルと、同時期にほぼ10倍の伸びを示している。また国内総生産に対する国民医療費支出の比率は、1970年の7.4%、80年の9.2%から82年以降は10%を上回り、1991年には13.0%に増大している。国民医療費支出の大部分を占めているのは個人医療費であり、国民医療費支出に占めるその割合は、1970年87.2%、80年87.7%、91年88.2%である。1991年においてこうした個人医療費を支払っているのは、私的健康保険31.7%、自己負担21.9%、連邦政府30.9%、州・地方政府12.0%、その他3.6%となっており、個人医療費の支払いに占める私的健康保険の割合は1970年23.4%、80年29.7%、91年31.7%と増大している。<sup>11)</sup>そして個人医療費のなかでもっとも大きな割合を占めているのは入院費である。1991年における個人医療費6511億ドルのうち、入院費は2854億ドル、43.8%である。

こうした医療費の増大は、人口の高齢化(医学の発展等による平均余命の伸長)にともなう医療利用度の増大や先端医療技術・高額治療設備の導入、処方薬価格の上昇、初期治療供給者の不足、過度・不必要な入院・治療、医療過誤訴訟の増大に対する医療行為・検査の増大、メディケアやメディケイド、無保険者に対する医療費の私的健康保険への移転、医療費の不正受給などによるものである。<sup>12)</sup>

医療費の増大は、企業が支払う健康保険料を増大させている。企業が支払った健康保険料と賃金・給料に占めるその比率はそれぞれ、19

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

50年7億ドル、0.5%、60年34億ドル、1.2%、70年121億ドル、2.2%、80年596億ドル、4.3%、85年1047億ドル、5.3%である。<sup>13)</sup>また、1990年に企業が支払った保険料2220億ドルの内訳は、団体健康保険1740億ドル(78.4%)、団体生命保険7億ドル(3.2%)、労働者災害補償保険36億ドル(16.2%)、補足的失業補償給付制度5億ドル(2.3%)であり、団体健康保険料が保険料の大部分を占めている。

こうした医療費や健康保険料の増大に対して、企業は医療費を抑制するために以下のような対応措置を採るようになってきている。

まず第1に、現職従業員(とりわけ一時的従業員)や退職従業員に対する医療給付を制限または除外することによって受給対象者の数を制限していることである。

大多数の一時的従業員(contingent worker)は、パートタイム従業員と臨時従業員(temporary worker)、契約従業員(contract worker)からなっている。企業は、大部分の一時的従業員に対して健康保険を提供していない。1988年において、企業が提供する健康保険によって保障されている正規従業員の割合は65%であるのに対して、パートタイム従業員は16%である。そして、一時的従業員は一般的に低所得であるために、大部分は無保険者となっている。1988年において、年間個人所得が1万ドル以下の従業員のなかで、パートタイム従業員の85%と正規従業員の47%が無保険者である。他方、正規従業員に対して、大部分の大企業や中企業は健康保険を提供しているのに対して、多くの小企業はそれを提供していない。1992年において、企業規模別の65歳未満の無保険者(従業員の扶養家族を含む)の構成は、従業員500人以上の企業21%、従業員100人以上499人以下の企業10%、従業員25人以上99人以下の企業13%、従業員25人未満の企業26%、自営14%、非従業員16%となっている。<sup>14)</sup>

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

また、多くの企業は従業員を雇用する際に医的審査を行っている。医的審査には診断審査と予診審査があり、予診審査は比較的新しいものである。診断審査(diagnostic screening)は、従業員が病気にかかっていないか、また職務を遂行することができるかどうかを査定しようとするものであり、予診審査(predictive screening)は現在職務を遂行することができる従業員が将来、医的欠陥になる危険性があるかどうかを査定しようとするものである。保険会社は、こうした医的審査によって高額な医療費がかかる健康状態にあるか高額な医療費がかかる健康状態になるかもしれない従業員を確認できるようになっており、従業員に対して保険を引き受けないか特定の状態に対する保険の適用を除外するためにこうした情報を利用するようになっている。

退職従業員に対する医療給付は、従業員の早期退職や平均余命の伸長による退職従業員の増大、医療費の増大による退職従業員一人あたりの平均医療費の上昇<sup>15)</sup>、年金以外の退職後給付に対する会計基準の変更によって、企業にとって大きな問題となってきた。企業が退職従業員とその扶養家族に対して支払った医療費は、1988年の90億ドルから93年の137億ドルに増大している。また、65歳未満の早期退職者はメディケアの受給資格がないために、企業はメディケアの受給資格がある退職者よりもそれがない65歳未満の早期退職者に対して多くの医療費を支払っている。1993年に企業が支払った退職者に対する医療費137億ドルのなかで、早期退職者に対するそれは79億ドルとなっている。<sup>16)</sup>

会計基準の変更とは、財務会計基準審議会(Financial Accounting Standards Board)が1990年12月に、「年金以外の退職後給付に対する雇用者の会計(Employer's Accounting for Postretirement Benefits other than Pensions)」と題する財務会計基準書第106号

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

(Statement of Financial Accounting Standards No. 106)を発行し、それによって企業は退職者の保険料または医療給付を収入から支払う現行の賦課方式を変更し、将来の退職者の医療給付に対する債務の原価を貸借対照表に計上しなければならないものである。企業が退職者の医療給付に対して負っている債務は、1988年の2270億ドルから93年の4120億ドルに増大している。<sup>17)</sup>

1950年代までは、退職者健康保険(retiree health insurance)を提供する企業はわずかであった。しかし1966年に実施されたメディケアが退職従業員の入院・治療費の大部分を支払ったために、企業が退職者健康保険を提供するための費用はかなり低下することになった。退職従業員に医療給付を拡大する企業は1970年代に急増し、1980年までには大企業と中企業における60%以上の従業員が退職者健康保険の提供によって保障されていた。<sup>18)</sup>しかし、1985年包括財政調整法の制定によって企業は最低限、同法にしたがわなければならなくなっている。同法(第10章)では、自家保険または保険会社、健康維持組織等、どの保険者によって給付が行われているかには関わりなく、団体医療制度(医療費保険や歯科医療費保険、眼科治療費保険、処方薬剤費保険を含む)を提供している従業員20人以上の企業は、従業員の死亡または著しい違法行為を除くすべての理由による雇用の終了、離婚など保障の喪失となる認定事由(qualifying event)が生じた場合には、従業員とその扶養家族に健康保険を継続する選択権を与えなければならないことが規定されている。一般的に給付は、認定事由の種類によって18か月間または36か月間、行われる。<sup>19)</sup>しかし企業は、企業による医療費の全額または一部分の支払いや同法で規定された継続期間よりも長期間の保障の提供などに対しては、自由裁量性を有している。またいくつかの州では、医療費保険に対する継続法(continuation law)が制定



## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

されている。同法では、従業員20人未満の企業の従業員に対する保障や1985年包括財政調整法で規定された継続期間よりも長期間の保障など、1985年包括財政調整法にはあてはまらない事例の保障が規定されている。

しかし企業は、制度規約または労働協約において現在の退職従業員と将来の退職従業員に対する医療制度を変更または終了する権利を留保している場合には、企業は退職従業員に対する医療制度を変更または終了することができることになっている。企業は退職従業員、とりわけ将来の退職従業員に対する医療給付を抑制するために医療制度の規定を変更している。退職従業員が支払う保険料の増大や定額控除・共同負担の引き上げ、受給資格要件の強化、給付建て制度から掛金建て制度への変更、退職従業員医療給付制度の終了がそれである。給付建て制度(defined benefit plan)から掛金建て制度(defined dollar contribution plan)への変更については、給付建て制度では企業はすべての医療給付のための費用を支払わなければならないのに対して、掛金建て制度では退職従業員は企業が支払う費用と医療給付の実際費用との差額を負担しなければならなくなる。こうした変更によって企業は、将来の債務を掛金建て制度での費用に限定し、費用の一部を退職従業員に移転している。<sup>20)</sup>

第2に、従業員に健康保険料の支払いを求める企業が増大していることである。労働省労働統計局(Bureau of Labor Statistics)によると、大企業と中企業で従業員のみを対象とする個人保険の保険料を全額支払った企業の割合は1980年の74%から88年の55%に、従業員とその扶養家族を対象とする家族保険の保険料を全額支払った企業の割合は1980年の54%から88年の37%にそれぞれ減少している。また、保険料に対する従業員の拠出分も増大してきている。従業員が毎月支払う

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

平均保険料は、個人保険で1982年の約9ドルから88年の約18ドルに、家族保険で1982年の27ドルから88年の約52ドルにそれぞれ増大している。<sup>21)</sup>

第3に、定額控除を引き上げていることである。大企業と中企業における雇用主提供健康保険の定額控除は、100ドルの定額控除が1980年-88年の期間を通じてもっとも大きな割合を占めている。しかし、100ドルの定額控除が1980年代初めの50%超から88年の40%超に、50ドルの定額控除が1980年の20%台から88年の約10%に減少しているのに対して、150ドル以上(一般的には、150ドルまたは200ドル)の定額控除が1980年代初めの10%未満から88年の約40%に増大しており、1988年には100ドルの定額控除と150ドル以上の定額控除がほぼ同じ割合を占めるようになってきている。なお、共同負担は1980年代を通じて比較的一定であり、大企業と中企業における雇用主提供健康保険の共同負担は一般的に20%となっている。<sup>22)</sup>

第4に、医療の質を低下させることなく医療利用度を引き下げるために、管理型医療制度や医療内容審査制度を導入していることである。従来の実費給付補償制度(Indemnity Plan)では、従業員は自由に医療供給者を選択することができる。他方で、医師はその判断で治療内容を決定し、医療の件数に応じて手数料が支払われ、また病院に対しては要した入院費に基づいてそれが支払われる。そのために従来の実費給付補償制度では、従業員や医療供給者が医療費を抑制しようとするインセンティブが作用しにくいものとなっていた。また、予防医療の医療費に対しては一般的に給付は行われず、入院治療に対して総合的な給付が行われるために高額医療費を要しない外来治療はあまり行われていなかった。

それに対して管理型医療制度(Managed Care)は、医療サービスと

医療供給者を積極的に管理するものである。管理型医療制度に対する一般的な定義は存在しないが、米国健康保険協会(Health Insurance Association of America)では以下のように定義されている。すなわち、管理型医療制度とは、医療保障を受ける個人に対する適正な医療への支払いと供給を統合した制度であり、(1) 加入者に対して総合的な医療を提供することを、選択された医療供給者と取り決めること、(2) 医療供給者の選択に対する明確な基準、(3) 継続的な良質医療保証と医療内容審査のための正式な計画、(4) 加入者がその医療制度によって保障されている医療供給者と医療処置を利用しようとするかなりの金銭的なインセンティブ、という共通の要素をもっている。<sup>23)</sup>

こうした管理型医療は、健康維持組織のほかに限定型医療供給者組織や受療時点制度を含む特約医療供給者組織によって提供されており、1980年代に急速に普及している。

健康維持組織(Health Maintenance Organization—HMO)は、任意に加入し、定期的に定額保険料を前払いで支払う会員に対して総合的な医療サービスを提供する医療組織である。HMOの特徴は、第1に、民間保険会社やブルークロス・ブルーシールドと同じく医療費を支払うが、それらと異なって医療サービスをも供給していることである。第2に、その医療費の支払いについて、HMOは出来高制ではなく、前払制であることである。従来の実費給付補償制度における出来高制では、医療の件数に応じて医療費が医療供給者に償還されるのに対して、HMOにおける前払制では医療の件数に関わりなく前払いで定額の医療費が医療供給者に支払われる。こうした医療費の前払制は、医療供給者に金銭的なリスクを移転し、過度の施療を抑制させている。第3に、医療サービスの供給については、HMOは一般的に入院治療とともに外来治療も含む総合的な医療サービスを提供している

ことである。会員は、HMOと関係のある医療供給者から医療を受けなければならない、また“gatekeeper”と呼ばれる、治療の調整(とくに専門医への照会)を行う初期治療医師(primary care physician)を選択しなければならない。また、HMOでは予防医療にも重点を置いている。一般的に民間保険会社やブルークロス・ブルーシールドが提供する医療保険では、予防医療の医療費に対しては給付は行われていない。こうした外来治療や予防医療を行い、入院率を引き下げることによって医療費の抑制をはかっている。

従来、大部分のHMOは非営利組織であったが、近年設立された大部分のHMOは営利組織である。1991年において556のHMOが存在し、3505万人が会員となっている。営利・非営利組織別では、営利組織366、会員1655万人、非営利組織190、会員1851万人であり、HMO数は営利組織が大幅に上回っているが、会員数では非営利組織が多くなっている。また、大部分の会員が加入しているHMOの経営主体は消費者団体または民間保険会社、ブルークロス・ブルーシールドであるが、医師または病院、労働組合が経営主体になっているHMOもある。

HMOには、医師はHMOの雇用者として医療を行い、給料が支払われる病院勤務医型(staff model)、会員に医療を提供するためにHMOと契約関係がある法的組織体に医師が雇用されているグループ診療勤務医型(group model)〔契約関係が2つ以上の医療供給グループとある場合はネットワーク型(network model)と呼ばれている〕、医師はHMOと契約を締結し、各自の診療所で診療を行う個人診療型(individual practice association, independent practice association)、これらを組み合わせた混合型(mixed model)がある。

HMOのなかでもっとも早いものはグループ診療勤務医型であるが、

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

1980年代におけるHMOの成長はおもに個人診療型の増大によるものである。1980年-91年の期間において、病院勤務医型とグループ診療勤務医型のHMOの会員は1980年の740万人から91年の1290万人に増大しているのに対して、個人診療型のHMOの会員は1980年の170万人から91年の1400万人に急増している。1991年におけるHMOの種類別では、病院勤務医型45、会員342万人、グループ診療勤務医型55、会員947万人、ネットワーク型68、会員408万人、個人診療型347、会員1398万人、混合型41、会員410万人となっている。

HMOは前払診療制度(prepaid practice plan)としてすでに1920年代末から存在していたが、<sup>24)</sup>1973年健康維持組織法(Health Maintenance Organization Act of 1973)の制定にともなって1970年代後半から発展している。<sup>25)</sup>同法は、医療費を抑制し、HMOの設立を促進するために制定されたものである。同法では連邦適格HMO(federally qualified HMO)が規定され、連邦適格HMOとして認定されたHMOは連邦政府による補助金または貸付・債務保証が受けられる。連邦適格HMOとして認定されるためには、最低限の包括的な給付の提供や地域保険料率(community rating)に基づく保険料の設定、誰でも加入できる自由登録期間の提供等の規定や基準を満たさなければならない。同法の制定以降に設立された大部分のHMOは連邦適格HMOとして組織されており、同法以前に設立された大部分のHMOも連邦適格HMOとなっている。1991年におけるHMOの連邦適格・非連邦適格別では、連邦適格HMO 304、会員2593万人、非連邦適格HMO 252、会員912万人であり、大部分の会員は連邦適格HMOに加入している。

また同法では、従業員25人以上の企業は連邦適格HMOを民間保険会社またはブルークロス・ブルーシールド、自家保険の医療制度に対

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

するオプションとして従業員に提供しなければならないことが規定されている〔複数選択規定(dual-choice provision)<sup>26)</sup>〕。

1973年健康維持組織法はその後多くの修正が行われ(1976年、1978年、1981年、1986年、1988年の修正法による)、そのなかで地域保険料率の変更が主要な修正の1つとなっている。1973年健康維持組織法では、連邦適格HMOは地域保険料率を使用しなければならないことが規定されていた。地域保険料率は、過去のまたは予測される医療費の経験や個人・団体に関わりなく、当該地域の平均的な医療費に基づいて決定されるものである。しかしこうした地域保険料率は、HMOと企業の双方にとって問題が生じることになった。医療利用度や医療費が平均よりも高い個人または団体に対してHMOに損失が生じた。他方、良好な医療費の経験をもつ企業にとって不利であった。そこで1981年修正法によって、個々の企業団体に対して年齢と性別、企業の業種等の要因によって設定される群団別地域保険料率(community rating by class)の使用が認められた。しかしこうした群団別地域保険料率でも、特定の企業団体に対する正確な医療費の予測と保険料の節約がそれぞれHMOと企業にとって不十分であった。その結果、1988年修正法によって、過去と予測される医療費の経験に基づいて設定される調整地域保険料率(adjusted community rating)が認められることになった。ただし、従業員100人未満の企業に対する保険料率は、保険料の負担が可能となるように地域保険料率の110%以上にすることはできない。また調整地域保険料率では、経験保険料率と異なって、損失が生じた場合でもそれを取り戻すための保険料の事後調整をすることはできない。なお、非連邦適格HMOはこれらの制限を受けない。米国団体医療制度協会(Group Health Association of America)の調査によると、1990年における使用保険料率別のHMOの構成割合

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

(会員数に基づく)は、調整地域保険料率35.8%、地域保険料率29.7%、群団別地域保険料率24.2%、経験保険料率10.4%であり、健康維持組織法で認められた保険料率を使用しているHMOの割合は89.7%となっている。<sup>27)</sup>

特約医療供給者組織(Preferred Provider Organization—P P O)は、従来の出来高料金を割り引いた定額料金で医療サービスを提供するために民間保険会社またはブルークロス・ブルーシールド、企業、企業福祉運営管理業務代行会社(Third-Party Administrator)<sup>28)</sup>等と契約している医療供給者のグループである。P P Oでは、医療供給者に対して一定量の患者が確保され、即座に料金が支払われるかわりに、従来の出来高料金よりも交渉によって割り引かれた(割引幅はかなり異なるが、一般的に10%から20%)料金で医療サービスが提供される。P P Oは、民間保険会社のほかにブルークロス・ブルーシールド、企業などによって組織されているが、医療供給者自身によって組織されているP P Oもある。P P Oは総合的な医療サービスを提供しているが、特定の医療サービスを専門的に提供しているP P Oもある。P P Oでは一般的に、前払いではなく出来高払いで医療給付が行われる点と、加入者はP P Oの医療供給者を利用する必要はない点で健康維持組織と異なっている。P P Oでは、加入者は健康維持組織よりも医療供給者を選択できる自由裁量性をもっている。しかし、P P Oの医療供給者を利用した場合には自己負担を低くすることによって、P P Oの医療供給者を利用しようとするインセンティブを加入者に与えている。また管理型医療制度では医療内容審査が実施されているが、P P Oではとくにそれが必要になっている。<sup>29)</sup>1991年において978のP P Oが存在し、3800万人以上がP P Oに加入している。

限定型医療供給者組織(Exclusive Provider Organization—E P

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

O)は、特約医療供給者組織(PPO)における医療供給者の選択を制限したものである。EPOの加入者は、EPOの医療供給者を利用しなければならない。加入者がEPO以外の医療供給者を利用する場合には、医療費が医療供給者に償還されないために、加入者は医療費を全額支払わなければならない。

受療時点制度(Point of Service—POS)は、健康維持組織(HMO)の医療費抑制手法と特約医療供給者組織(PPO)の医療供給者の選択の特徴を組み合わせたものであり、オープンエンド型HMO(openended HMO)とも呼ばれている。POSでは、加入者は特約医療供給者組織と同じく医療供給者を訪問ごとに選択することができ、健康維持組織と同じく医療の調整を行う初期治療医師を選択する。加入者がPOSの医療供給者を利用した場合は、加入者は自己負担をする必要はほとんどない。他方、加入者がPOS以外の医療供給者を利用する場合には、医療費は医療供給者に償還されるが、加入者はかなり高額の自己負担をしなければならない。

また従来の実費給付補償制度でも管理型のそれが導入されている。管理型の実費給付補償制度(Managed Indemnity Plan)は、従業員は自由に医療供給者を選択でき、個々の医療サービスに対して医療供給者に医療費が支払われるが、後述する医療内容審査制度の規定を含んでいるものである。

従業員の医療供給者の選択や医療の利用に対する管理はそれぞれの制度で異なっている。一般的に、医療供給者の選択や医療の利用が制限されている制度ほど、医療費の抑制が可能となっている。医療供給者の選択がもっとも制限的な制度はグループ診療勤務医型HMO・病院勤務医型HMOであり、以下個人診療型HMO、受療時点制度、特約医療供給者組織、管理型の実費給付補償制度、従来の実費給付補償



制度の順となっている。

管理型医療制度に登録されている従業員の割合は、1980年の5%から92年の55%に増大している。1992年においてそれぞれの医療制度に登録されている従業員の割合は、健康維持組織22%、特約医療供給者組織26%、受療時点制度7%、管理型の実費給付補償制度41%、従来の実費給付補償制度4%となっている。<sup>30)</sup>

管理型医療は医療制度における医療サービスと医療供給者の積極的な管理をとるものであり、そのもっとも重要な要素を構成しているのが医療内容審査制度(utilization review, utilization management)である。この制度は管理型医療の発展にともなって、別々に開発されたさまざまな医療費の抑制方法を整合するための手段となっている。医療内容審査制度は、医療保険の購入者によってまたは医療保険の購入者のために用いられる一連の手法であり、医療の提供に先だって適正な医療を症例ごとに査定し、患者の治療の決定に影響を与えることによって医療費を管理するためのものである、と定義されている。<sup>31)</sup>

医療内容審査制度は、セカンド・サージカル・オピニオンや入院事前審査、病院滞在審査、退院計画、事後審査、高額症例管理などからなっている。セカンド・サージカル・オピニオンと入院事前審査は入院前に、病院滞在審査と退院計画は入院期間中に、事後審査は退院後に行われる。また高額症例管理は入院前と入院期間中、退院後に行われる。

セカンド・サージカル・オピニオン(second surgical opinion)は、患者が医師から(緊急を要しない)手術を受けることをまたはそれを受けるかどうかの選択を勧められた時、別の医師の診断を受けて手術を受ける必要があるかどうかの意見を求めるものである。別の医師が手術を受ける必要性がないと判断した場合には、さらに別の医師が診

断を行う。手術の決定は、患者とその医師によって行われる。入院事前審査(preadmission review, preadmission certification)は、入院の必要性や入院日数を事前に審査するものである。この審査は一般的に正看護婦(registered nurse)が行う。しかしより多くの医学知識が必要とされる症例の場合には、患者の医師とは別の医師が行い、患者の医師と相談して決定する。病院滞在審査(concurrent review, continued stay review)は、入院中の患者に対して入院治療を継続する必要があるかどうかを判断し、適正な入院日数を審査するものである。この審査も一般的に正看護婦が行うが、さらに審査が必要とされる症例の場合には医師が行う。退院計画(discharge planning)は、入院治療の必要性のない患者に対して、退院後に必要となる適切な医療を指定、準備し、それによって退院を促進するものである。事後審査(retrospective review)は、医療の適正や医療内容審査の過程の評価、病院の請求書に対する審査を行うものである。高額症例管理(catastrophic case management)は、高額医療費を要する可能性のある症例をできるだけ早期に指定し、適切な治療を計画、実施し、そして患者に対する医療費をできるだけ効率的に管理するものである。

管理型の実費給付補償制度や多くの管理型医療制度は、医療内容審査機関(utilization review organization)を利用している。医療内容審査機関はおもに1980年代に設立され、医療の供給と医療に対する支払いに大きな影響を与えるようになっている。この機関は、医療の適正を症例ごとに審査することによって医療費を抑制しようとする医療保険の購入者のために設立されたものである。この機関は、保険会社の医療内容審査部や独立会社、子会社からなっている。子会社の場合では、親会社または親会社の他の子会社が保険会社であるか直接医療を提供している。この機関では、おもにアドバイザー/コンサルタント

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

トとしての医師と常勤スタッフとしての正看護婦が雇用されている。<sup>32)33)</sup>

医療内容審査の範囲・種類や対象となる従業員は、企業が選択し、決定する。1991年において民間保険会社が引き受けている雇用主提供健康保険によって保障されている従業員のなかで、医療内容審査を受けなければならない従業員の割合は、従来の実費給付補償制度の場合、セカンド・サージカル・オピニオン46%、入院事前審査80%、病院滞在審査71%、高額症例管理71%、特約医療供給者組織(PPO)の場合、セカンド・サージカル・オピニオン53%、入院事前審査90%、病院滞在審査84%、高額症例管理87%、受療時点制度(POS)の場合、セカンド・サージカル・オピニオン55%、入院事前審査85%、病院滞在審査84%、高額症例管理89%となっている。<sup>34)</sup>

また、ブルークロス・ブルーシールドは1980年代に医療内容審査制度を急速に実施するようになっている。医療内容審査のなかで、まず事後審査が1970年代初めから実施され、1980年にはブルークロス・ブルーシールド56社のうち53社で採用されている。次に、病院滞在審査が1970年代末から実施されている。そして、セカンド・サージカル・オピニオンと入院事前審査が1982年から実施され、入院事前審査は病院滞在審査とあわせて採用されている。退院計画と高額症例管理は病院滞在審査とあわせて採用されている。退院計画と高額症例管理は医療内容審査のなかでは比較的最近実施されている。1988年においてブルークロス・ブルーシールド56社のなかで、医療内容審査が採用されているその数は、セカンド・サージカル・オピニオン49社(87.5%)、入院事前審査55社(98.2%)、病院滞在審査53社(94.6%)、退院計画49社(87.5%)、事後審査55社(98.2%)、高額症例管理53社(94.6%)となっている。<sup>35)</sup>

そして、1984年-86年の期間に民間保険会社が引き受けている雇用

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

主提供健康保険について、入院事前審査と病院滞在審査が採用されている被保険者の団体と採用されていない被保険者の団体における入院患者の病院利用度と医療費を比較すると、入院事前審査と病院滞在審査が採用されている場合には、入院許可13.1%、入院日数10.7%、入院患者の経常的サービス(部屋代と食事代)に対する費用6.7%、付随的サービスに対する費用9.4%がそれぞれ抑制され、全体で医療費が5.9%抑制されている。そして、医療内容審査が採用されている被保険者の団体でしかも一人あたり入院許可率が高い医療市場や入院率が高い医療市場にある被保険者の団体で、入院許可や入院日数がもっとも抑制されている。また、医療内容審査が採用されている被保険者の団体でしかも健康維持組織への加入が少ない医療市場にある被保険者の団体で、入院許可や入院日数がもっとも抑制されている。したがって医療内容審査制度は、不必要な医療または不適切な医療が行われている医療市場でもっとも効果的に作用している。<sup>36)</sup>

ブルークロス・ブルーシールドで採用されている医療内容審査では、1980年-88年の期間において入院事前審査と病院滞在審査によって年平均で入院許可が5.3%、入院日数が4.8%抑制され、それによって入院費の支払いが年平均で4.2%、同期間を通じて入院費25.5億ドルが抑制されている。そして事後審査によって年平均で入院許可が2.0%、入院日数が4.4%抑制され、それによって入院費の支払いが年平均で1.6%、同期間を通じて入院費20億ドルが抑制されている。<sup>37)</sup>

また、民間保険会社のエトナで採用されている医療内容審査の場合では、1987年-88年の期間において入院事前審査と病院滞在審査によって8.1%の入院費がおもに病院滞在期間の短縮によって抑制され、医療費が全体で4.4%抑制されている。<sup>38)</sup>

第5に、1970年代後半以降、企業は自家保険を採用していることで

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

ある。

大企業を中心として採用されている自家保険は、団体保険において保険会社が個々の団体に対する保険金支払いの経験に基づいて決定する保険料率である経験料率(experience rating)が進展したものである。企業、とりわけ多数の従業員を有する大企業にとっては、多数の従業員が保険団体として機能する場合には、その医療費を経験的に予測できることになる。こうした医療費の予測可能性が成立する場合、企業は保険会社から団体保険を購入するために保険料を支払わず、従業員に対する医療費の支払いのために一定の金額を予算に計上することによって自家保険を採用しようとする。

企業の自家保険の採用は、1974年従業員退職所得保障法(Employee Retirement Income Security Act of 1974)の制定によって促進されている。同法第514条に基づいて、従業員福祉制度(employee welfare benefit plan)は従来のそれに関わる州法による規制から免除されることになり、したがって自家保険を採用する企業は州保険法による規制が免除されている。<sup>39)</sup>こうした免除を含め、企業の自家保険の採用には以下のような要因が作用している。

まず第1に、すべての州で保険会社は州保険料税(保険料の2%から3%の範囲)を支払わなければならない、それが保険料に転嫁されていることである。しかし健康保険に関する自家保険に対しては州保険料税は適用されない。そのために企業が自家保険を選択する場合には、保険会社から健康保険を購入する場合に支払わなければならない州保険料税を節約することができる。<sup>40)</sup>

第2に、すべての州で企業は所定の医療給付を提供することが義務づけられていることである。大部分の州では、1988年時点で10から15の強制的な医療給付を制定しており、それぞれの州で制定された強制

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

的な医療給付の数はあわせて1978年の343から88年の732に増大している。こうした強制的な医療給付には、保険会社による特定の医療サービスの保障や特定の医療供給者のサービスの保障、保険を入手するのが困難な人々に対する保険の保障が含まれている。例えば、保険会社による特定の医療サービスの保障については、37州でアルコール依存症の治療に対して、28州で精神衛生に対して、18州では出産に対して保険会社は保険保障をしなければならないことが規定されている。保険会社による特定の医療供給者のサービスの保障については、36州で指圧師や心理学者のサービスに対して、30州では検眼医のサービスに対して保険会社は保険保障をしなければならないことが規定されている。保険を入手するのが困難な人々に対する保険の提供については、38州で新生児に対して、33州で精神的・身体的に障害のある人々に対して継続的に、18州では養子になった子供に対して保険会社は保険保障をしなければならないことが規定されている。また、33州では雇用の終了後の一定期間、保険会社は従業員に保険を提供しなければならないことが規定されている。こうした強制的な医療給付は、異なった州に居住している従業員に対して保険を提供しなければならない企業にとってとりわけ負担となっている。こうした企業が保険会社から健康保険を購入する場合には、企業は州ごとに別々の健康保険を設定するか、すべての強制的な医療給付に対応するコストのかかる1つの健康保険を提供しなければならない。

第3に、企業は保険会社から健康保険を購入する場合は事前に保険料を支払うのに対して、自家保険の場合には医療費が請求された時点でそれを支払うことができることである。つまり、企業は医療給付準備金を保有することができ、したがってキャッシュ・フローに不測の事態が生じた場合にそれを運転資本として利用することができる。ま

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

た企業は、医療給付準備金に対する利子を取得することができる。利子の取得は、企業が自家保険の採用を決定する際の主要な要因となっている。実際、金利が記録的な高さに達した1980年代初めに自家保険の採用が急増している。

大部分の大企業や中企業は、基礎的医療費保険(入院・手術医療費保険)と高額医療費保険を提供している。そして、両者を提供しているほとんどすべての企業は、同じ保険者から両者を購入している。企業の自家保険の採用は、1980年代にとりわけ高額医療費保険において増大している。労働省労働統計局の調査によると、1980年代前半において基礎的医療費保険に占めるブルークロス・ブルーシールドの割合は同時期を通じて約20%を維持し、自家保険の割合は若干増大し1985年にほぼ20%となっているのに対して、民間保険会社の割合は1981年の46%から85年の20%に減少している(それぞれの割合は加入している従業員数に基づく)。民間保険会社の割合減少は、多くの企業が基礎的医療費保険と高額医療費保険の2つの保険から総合高額医療費保険に変更したことと、自家保険を採用したことによるものである。他方、1980年代前半において高額医療費保険に占める自家保険の割合は1981年の21%から85年の41%に増大しているのに対して、民間保険会社の割合は1981年の61%から85年の37%に減少している。ブルークロス・ブルーシールドの割合は1981年の10%から85年の12%とほとんど変動していない。民間保険会社の割合減少は民間保険会社から保険を購入していた企業が自家保険を採用したことによるものである。<sup>41)</sup>

また米国健康保険協会の調査によると、1990年における団体健康保険の構成割合(従業員数に基づく)は、従業員の医療費に対するリスクをすべて企業が引き受ける完全自家保険18.1%、ストップロス保険を購入することによって企業が引き受けるリスクを制限する部分的自家

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

保険38.2%、民間保険会社からの購入25.3%、ブルークロス・ブルーシールドからの購入18.1%であり、56%の従業員が自家保険に加入している。自家保険を採用している大部分の企業は、その運営管理を他の機関に委託している(民間保険会社の自家保険の管理業務については次章で述べる)。自家保険における管理者別の構成割合(従業員数に基づく)は、民間保険会社35%、ブルークロス・ブルーシールド17%、企業福祉運営管理業務代行会社またはHMO39%、企業の自己管理9%となっている。<sup>42)</sup>

注11) Congressional Budget Office, *Trends in Health Spending - An Update*. Washington, D. C.: Congressional Budget Office, June 1993, p. 52.

12) これらの点については以下の文献を参照。Congressional Budget Office, *Rising Health Care Costs : Causes, Implications, and Strategies*. Washington, D. C.: Congressional Budget Office, April 1991., United States General Accounting Office, *U.S. Health Care Spending : Trends, Contributing Factors, and Proposals for Reform* Washington, D. C.: United States General Accounting Office, June 1991, Id., *Health Insurance : Vulnerable Payers Lose Billions to Fraud and Abuse*. Washington, D. C.: United States General Accounting Office, May 1992, Mayewski, Larry G. and Jay Dhru, "A Health Care Treatment," *Best's Review*, Life/Health Insurance Edition(May 1993), pp. 24-25., 石田実「米国の健康保険危機」【生命保険経営】第60巻6号(1992年11月), pp.160-164.

13) Chollet, Deborah J. and Robert B. Friedland, "Employer-Paid Retiree Health Insurance : History and Prospects for Growth," in *The Changing Health Care Market*, edited by Frank B. McArdle Washington, D. C.: Employee Benefit Research Institute, 1987, p. 207.



アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

- 14) United States General Accounting Office, *Workers at Risk : Increased Numbers in Contingent Employment Lack Insurance, Other Benefits*. Washington, D. C. : United States General Accounting Office, March 1991. , Rowland, Diane, Barbara Lyons, Alina Salganicoff, and Peter Long, “A Profile of the Uninsured in America,” *Health Affairs*, Vol. 13 No. 2(Spring( II)1994), p. 285.
- 15) 国民の平均余命の伸長と死亡率の低下、高齢者の個人医療費支出や一人あたり個人医療費支出等については、Waldo, Daniel R. and Helen C. Lazenby, “Demographic Characteristics and Health Care Use and Expenditures by the Aged in the United States : 1977-1984,” *Health Care Financing Review*, Vol. 6 No 1(Fall 1984), pp.1-29. , を参照。
- 16) United States General Accounting Office, *Early Retiree Health : Health Security Act Would Shift Billions in Costs to Federal Government*. Washington, D. C. : United States General Accounting Office, July 1994, p.12.
- 17) United States General Accounting Office, *Retiree Health Plans : Health Benefits Not Secure Under Employer-Based System*. Washington, D. C. : United States General Accounting Office, July 1993, pp.1-2.
- 18) Chollet and Friedland, “Employer-Paid Retiree Health Insurance,” p.205. , Clark, Robert L. and Juanita M Kreps, “Employer-Provided Health Care Plans for Retirees,” *Research on Aging*, Vol. 11 No. 2(June 1989), pp 206-207.
- 19) 1985年包括財政調整法における認定事由の種類ごとによる選択率については、Flynn, Patrice, “COBRA Qualifying Events and Elections, 1987-1991,” *Inquiry*, Vol. 31 No. 2(Summer 1994), pp. 215-220. , を参照。
- 20) United States General Accounting Office, *Employee Benefits : Company Actions to Limit Retiree Health Costs*. Washington, D. C. : United States General

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

Accounting Office, February 1989, pp.8-14., Id., *Retiree Health Plans : Health Benefits Not Secure Under Employer-Based System*, pp.12-20

- 21) United States General Accounting Office, *Health Insurance: Cost Increases Lead Coverage Limitations and Cost Shifting*. Washington, D. C. United States General Accounting Office, May 1990, pp.15-16, pp 18-19
- 22) *Ibid.*, pp.19-20.
- 23) Health Insurance Association of America, *1992 Source Book of Health Insurance Data*, p 18.
- 24) こうした前払診療制度(初期のHMO)には、1929年にロサンゼルスで設立された Ross-Loos Medical Group、1937年にワシントンD.C.で設立された Group Health Association、1942年にカリフォルニア州とワシントン州、オレゴン州で始められた Kaiser-Permanente、1947年に設立された Health Insurance Plan of New York がある。
- 25) HMOの発展については、Gruber, Lynn R., Maureen Shadle, Cynthia L. Polich, "From Movement to Industry : The Growth of HMOs," *Health Affairs*, Vol.7 No.3(Summer 1988), pp.197-208 , を参照。

なお、HMOの会員数は1980年代に一貫して増大しているが、HMO数では1988年から減少に転じている。HMO数の減少は、1980年代後半におけHMOの経営悪化にともなう倒産や合併、買収によるものである(表6を参照)。

また後に本文で述べるように、HMOに対する規制は、連邦レベルで1973年健康維持組織法の制定とその後の同法の修正によって行われている。同法の修正は、一般的にHMOに対する規制を緩和するものであった。他方、連邦政府の予算上の制約から監視活動が縮小し、またHMOの倒産や買収が増大したこともあったために、州レベルでHMOに対する規制が行われるようになっていく。これらの点については、Christianson, Jon B., Douglas R Wholey, and Susan M Sanchez, "State-Responses to HMO Failures," *Health Affairs*, Vol.10 No 4(Winter

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

1991), pp. 78-92., を参照。

表6 HMOの倒産と合併、買収

年	倒産	合併	買収	合計	HMO数
1980	15	4	13	32	211
1981	14	5	2	21	217
1982	12	4	5	21	245
1983	4	4	11	19	268
1984	1	2	12	15	337
1985	1	5	16	22	392
1986	14	29	7	50	550
1987	31	12	40	83	633
1988	53	45	1	99	581
1989	24	24	2	50	564
1990	9	14	38	61	550

(注) (1) 各年とも7月から6月まで(例えば1990年は1989年7月から1990年6月まで)のデータによる。

(2) HMO数は年末時点で営業しているHMO数。

(出所) Christianson, Jon B., Douglas R. Wholey, and Susan M. Sanchez, "State Responses to HMO Failures," *Health Affairs*, Vol. 10 No. 4 (Winter 1991), p 85

26) 複数選択規定は、1976年修正法によって従業員25人以上の企業に限定されている。

また同規定は、1988年修正法によって7年間施行(1995年10月1日に廃止)されることが規定されている。

27) Langwell, Katharyn M., "Structure and Performance of Health Maintenance Organizations: A Review," *Health Care Financing Review*, Vol. 12 No. 1(Fall 1990), pp. 73-74, Gold, Marsha R., "HMOs and Managed Care," *Health Affairs*, Vol. 10 No. 4(Winter 1991), pp. 47-48., Atlas, Robert F. and Michele McNally, "The Health Maintenance Organization Act," in *Health Care Handbook*, edited by Jeffrey D. Mamorsky. Boston and New York :

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

- Warren, Gorham & Lamont, Inc., 1991, 今田忠「アメリカの医療保険代替制度(HMO, PPO)」『文研論集』(生命保険文化研究所)第78号(1987年3月), pp. 55-80., 笈田泰之「アメリカの健康保険業界の動向」『生命保険経営』第57巻第3号(1989年5月), pp.47-52.
- 28) 企業福祉管理運営業務代行会社は、企業福祉制度(employee benefit plan)に対して保険料の徴収や給付金の支払い、運営管理業務を提供する第三者機関である。同会社の生成・発展や業務内容、収入構成等については、Harker, Carlton, *Self-Funding of Health Care Benefits*. Brookfield, WI: International Foundation of Employee Benefit Plans, Inc., Chap 9: TPA Environment, pp 140-155., を参照。
- 29) PPOでは、料金の割引を相殺するために医療供給者が施療を増大させる可能性がある。それに対応するために、大部分のPPOは医療内容審査制度を実施している。
- 30) United States General Accounting Office, *Managed Health Care: Effect on Employers' Costs Difficult to Measure*. Washington, D. C.. United States General Accounting Office, October 1993.
- 31) Institute of Medicine, *Controlling Costs and Changing Patient Care: The Role of Utilization Management*, edited by Bradford H Gray and Marilyn J. Field. Washington, D. C. National Academy Press, 1989, p.17.
- 32) こうした医療内容審査機関による医療内容審査の質に関する問題が、医療供給者や医療保険の購入者、保険会社によって提起された。そこで、効率的で効果的な医療内容審査制度を促進し、医療内容審査基準を満たす医療内容審査機関に対して任意的な認定をするために、1990年3月に米国管理型医療審査協会(American Managed Care and Review Association)や米国医師会(American Medical Association)、米国病院協会(American Hospital Association)等によって医療内容審査認定委員会(Utilization Review Accreditation Commission)が設立されている。

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

1992年10月時点で、42の医療内容審査機関が認定されており、また44の医療内容審査機関が申請中となっている。

- 33) United States General Accounting Office, *Utilization Review : Information on External Review Organizations* Washington, D. C. : United States General Accounting Office, November 1992., Black, Kenneth, Jr and Harold D. Skipper, Jr , *Life Insurance*, Twelfth Edition Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, Inc. , 1994, pp 775-776.
- 34) Sullivan, Cynthia B. , Marianne Miller, Roger Feldman, and Bryan Dowd, "Employer-Sponsored Health Insurance in 1991," *Health Affairs*, Vol. 11 No. 4(Winter 1992), pp. 182-183
- 35) Scheffler, Richard M. , Sean D. Sullivan, and Timothy Haochung Ko, "The Impact of Blue Cross and Blue Shield Plan Utilization Management Programs, 1980-1988," *Inquiry*, Vol 28 No. 3(Fall 1991), pp. 266-267.
- 36) Wickizer, Thomas M. , John R. C. Wheeler, and Paul J. Feldstein, "Does Utilization Review Reduce Unnecessary Hospital Care and Contain Costs?" *Medical Care*, Vol. 27 No 6(June 1989), pp. 632-647. , Wheeler, John R. C. and Thomas M. Wickizer, "Relating Health Care Market Characteristics to the Effectiveness of Utilization Review Programs," *Inquiry*, Vol 27 No. 4 (Winter 1990), pp. 344-351.

また、医療内容審査制度が病院利用度と医療費に与える影響について研究した文献の論評については、Wickizer, Thomas M , "The Effect of Utilization Review on Hospital Use and Expenditures : A Review of the Literature and an Update on Recent Findings," *Medical Care Review*, Vol. 47 No. 3(Fall 1990), pp. 327-363 , を参照。

- 37) Scheffler, et. al. , "The Impact of Blue Cross and Blue Shield Plan Utilization Management Programs, 1980-1988," pp. 263-275.

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

- 38) Khandker, Rezaul K. and Willard G. Manning, "The Impact of Utilization Review on Costs and Utilization," in *Health Economics Worldwide*, edited by Peter Zweifel and H. E. Frech III. Dordrecht and Boston Kluwer Academic Publishers, 1992, pp 47-62
- 39) こうした点については、Pantos, George J., "Health Benefit Plans and ERI SA Preemption," in *Health Care Handbook*, edited by Jeffrey D. Mamorsky. Boston and New York Warren, Gorham & Lamont, Inc, 1991., を参照。
- 40) ブルークロス・ブルーシールドに対する州保険料税と連邦所得税の取り扱いについては次章の〔注〕43)を参照。
- なお、雇用主提供健康保険に対する税制上の取り扱いについては、Congressional Budget Office, *The Tax Treatment of Employment-Based Health Insurance* Washington, D. C. : Congressional Budget Office, March 1994, を参照。
- 41) Jensen, Gail A. and Jon R. Gabel, "The Erosion of Purchased Health Insurance," *Inquiry*, Vol 25 No 3(Fall 1988), pp 329-330, pp 332-334., Gabel, Jon R. and Gail A Jensen, "The Price of State Mandated Benefits," *Inquiry*, Vol 26 No. 4(Winter 1989), pp. 421-422
- 42) Sullivan, Cynthia B and Thomas Rice, "The Health Insurance Picture," *Inquiry*, Vol 10 No. 2(Summer 1991), pp. 110-111.

### 第3章 保険会社の健康保険業務の変化

私的健康保険によって保障されている大部分の国民には、企業が提供する団体医療制度を通じて医療給付が行われている。そしてこうした団体医療制度が健康保険市場の大部分を構成し、したがって保険会社の健康保険業務の大部分が団体健康保険となっている。そのために、企業の対応措置は健康保険市場と保険会社の健康保険業務に大きな影

響を与えるものとなっている。また、医療費の増大や管理型医療制度の発展、企業の自家保険の採用は、保険会社間での保険の引き受け競争を増大させている。

保険会社は、比較的リスクの低い大企業の保険の引き受けを強めるとともに、自家保険の選択が可能な大企業に対して従来の実費給付補償保険の保険料率として経験料率を従来に増して採用しなければならなくなっている。経験料率(experience rating)は、保険料が個々の団体に対する保険金支払いの経験に基づいて決定されるものである。保険会社がこうした経験料率を採用するのは、健康保険市場における保険会社間での保険の引き受け競争によるものである。ある保険会社がすべての団体に対して同一の保険料率を採用するならば、良好な経験をもつ企業は、より低い保険料率を提示する保険会社の保険を購入するか自家保険を採用する。そのためにこうした保険会社にはリスクの高い保険が集積し、保険金支払いが増大することになる。保険会社は、経験料率によって良好な経験をもつ企業に対する保険料を引き下げることによってこうした企業の団体保険を獲得し、保持している。

他方、ブルークロス・ブルーシールドは当初、保険料率として地域保険料率(community rating)のみを採用していた。過去のまたは予測される医療費の経験や個人・団体に関わりなく、当該地域の平均的な医療費に基づいて決定される地域保険料率をすべての加入者に適用するのは、リスクの高い個人や団体でも保険料の負担が可能となることによって医療費保険が入手できるようにするためである。<sup>43)</sup>こうした役割を果たすブルークロス・ブルーシールドが一般的に「最後の保険者(insurer of last resort)」と呼ばれているのはそのためである。しかし、こうした地域保険料率の使用は、経験料率を使用して良好な経験をもつ企業に対して低料の保険料を設定する民間保険会社との競争

上、不利となった。そこで、ブルークロス・ブルーシールドも大企業に対しては経験料率を使用するようになり、現在では保険料率に関して民間保険会社とブルークロス・ブルーシールドの間にはほとんど差異がなくなっている(小企業と個人に対しては、現在でも地域保険料率の使用がいくつかの州で規定されている)<sup>44)</sup>。また、ブルークロス・ブルーシールドは従来、基礎的医療費保険を専門的に提供し、高額医療費保険はほとんど提供していなかった。しかし、民間保険会社との競争やブルークロス・ブルーシールドの統合化のもとで高額医療費保険も提供するようになり、現在では医療給付に関しても民間保険会社とブルークロス・ブルーシールドの間にはほとんど差異がなくなっている<sup>45)</sup>。

また、1980年代に健康維持組織が主要な健康保険の提供者として成長し、従来の民間保険会社やブルークロス・ブルーシールドの競争者となっている。しかし、保険会社は健康維持組織を競争者とみなすだけでなく、健康維持組織を所有、運営したり、特約医療供給者組織を組織している。そして、それによって従来の実費給付補償保険だけでなく、管理型医療を保険商品に組み込んでいる。保険会社の団体保険料に占める健康維持組織と特約医療供給者組織の保険料の割合は、1982年0.3%、84年0.9%、86年9%、88年19%、90年25%、91年47%であり、1980年代半ばから急増している。そしてそれに対応して、1980年代後半に健康維持組織や特約医療供給者組織の商品を提供している保険会社が増大している。1990年において、保険会社は健康維持組織の43%を、特約医療供給者組織の44%を所有している。米国健康保険協会に加盟している保険会社185社のなかで健康維持組織または特約医療供給者組織の商品を提供している保険会社の割合は94%であり、両者の商品を提供している保険会社の割合は10%となっている。それ



## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

に対して従来の実費給付補償保険を提供している保険会社の割合は減少し、59%となっている。実費給付補償保険を提供する保険会社の割合減少は、保険会社の統合や団体健康保険市場からの撤退によるものである。1984年-89年の期間における保険会社の統合や団体健康保険市場からの撤退の内訳は、管理型医療の保険会社の間での合併・吸収44%、従来の実費給付補償保険の保険会社の撤退32%、従来の実費給付補償保険の保険会社の吸収16%、管理型医療の保険会社の撤退8%となっている。

また1990年において、保険会社が運営している健康維持組織の会員は830万人であり、その内訳は病院勤務医型8.8%、グループ診療勤務医型・ネットワーク型21.6%、個人診療型67.1%、その他2.5%となっている。また保険会社が運営している特約医療供給者組織の加入者は1780万人であり、保険会社の管理型医療制度の全加入者の3分の2以上が特約医療供給者組織のそれとなっている。<sup>46)</sup>

さらに、自家保険を採用する企業に対して保険会社は、最低保険料制度や制度運営管理業務限定を提供している。最低保険料制度(Minimum Premium Plan)は、企業がおもに州保険料税を節約することを目的とするものである。この制度では、企業は予測される医療給付金の所定の割合(それぞれの契約で異なっているが、ほとんどの場合85%から125%までの間に設定)まで医療給付金の支払いの義務を負い、この医療給付金の支払いに必要な基金が企業名義の銀行口座〔通常、エスクロー勘定(escrow account)〕に預託される。しかし医療給付金の実際の支払いは、企業の代理人として機能する保険会社によってこの口座から行われる。所定の割合〔一般的に“trigger point”とよばれる〕を上回る医療給付金に対しては、企業は保険会社に保険料(一般的に、予測される保険料の5%から15%)を支払い、保険会社が

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

その支払いを行う。州保険料税は、保険会社に支払われる保険料に対して課税される。したがってこの制度では、従来の実費給付補償保険と同じ医療給付が行われるとともに、銀行口座に預けられる基金は非課税であるために従来の実費給付補償保険よりも大部分の州保険料税の節約が可能となる。

制度運営管理業務限定(Administrative Services Only)は、企業と保険会社の間で締結されるサービス契約である。この契約は、保険会社のほかに企業福祉管理業務代行会社も提供している。この契約では、保険会社が提供する医療給付の管理やその他のさまざまなサービスとともに、企業と保険会社の権利と義務、管理手数料等が規定されている。保険会社は最低保険料制度と同じく企業名義の銀行口座から医療給付金を支払うが、その基金が不足する場合でも医療給付金を支払う義務を負っていない。そこでこの契約を選択する企業は、予測できない高額な医療給付に対してストップロス保険を保険会社から購入している。またこの契約の代価は、サービスに対する手数料とみなされるために州保険料税は課税されない。

表4によると、1980年代に保険会社がすべてのリスクを引き受ける完全型制度(fully insured plan)が1980年の75.0%から90年の42.3%に大幅に減少しているのに対応して、最低保険料制度が1980年の17.9%から90年の19.0%、制度運営管理業務限定が1980年の7.1%から90年の38.7%とそれぞれ増大し、1990年には両者が団体保険料の半分以上を占めるにいたっている。

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

表4 団体保険料の内訳

(単位：億ドル)

年	完全保険型 制 度	最低保険料 制 度	制度管理運 営業務限定	合 計
1980	276 (75.0%)	66 (17.9%)	26 (7.1%)	368 (100.0%)
1981	265 (62.4)	118 (27.8)	43 (10.1)	425 (100.0)
1982	288 (57.6)	151 (30.2)	61 (12.2)	500 (100.0)
1983	313 (57.0)	171 (31.1)	66 (12.0)	549 (100.0)
1984	304 (50.0)	192 (31.6)	112 (18.4)	608 (100.0)
1985	311 (48.3)	196 (30.4)	137 (21.3)	644 (100.0)
1986	305 (46.3)	192 (29.1)	162 (24.6)	659 (100.0)
1987	344 (46.5)	198 (26.8)	197 (26.6)	740 (100.0)
1988	407 (46.5)	206 (23.5)	263 (30.3)	876 (100.0)
1989	434 (45.2)	208 (21.6)	319 (33.2)	961 (100.0)
1990	448 (42.3)	201 (19.0)	410 (38.7)	1,059 (100.0)

[注] 最低保険料制度と制度管理運営業務限定の保険料は、支払保険金に保険会社の管理手数料を加えたもの。

[出所] Health Insurance Association of America, *1992 Source Book of Health Insurance Data*, Washington, D. C., 1992, より作成。

注43) こうした役割に関わるコストを相殺するために、半数以上の州ではブルークロス・ブルーシールドに対しては州保険料税が免除されている。しかし、ブルークロス・ブルーシールドは民間保険会社よりも厳しい保険料率規制を受けている(この点については以下の注44)を参照)。

また、ブルークロス・ブルーシールドに対しては連邦所得税も免除されていた。しかし1986年税制改革法(Tax Reform Act of 1986)の制定によって、ブルークロス・ブルーシールドにも株式保険会社と同じ課税が適用されることになった。もっとも同法ではブルークロス・ブルーシールドに対して特別控除が認められているために、ブルークロス・ブルーシールドに対する実効税率は民間保険会社に対するそ

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

れよりも低くなっている。

- 44) いくつかの州保険局は、小企業と個人向けの保険に対する保険料率として、地域保険料率またはそれを所定の要因によって限定的に調整した保険料率の使用を要求している。純粹地域保険料率を限定的に調整した保険料率とは、健康状態と医療費の経験によっては調整できないが、年齢や性別、地域、職種によって個々の加入者ごとで保険料率を調整できるものである。

1991年末時点において、州保険局がブルークロス・ブルーシールドに対して地域保険料率の使用を要求している州は、ニューヨーク州やペンシルバニア州など6州である。民間保険会社に対して純粹地域保険料率の使用を要求している州は存在しない。民間保険会社に対して純粹地域保険料率の使用を要求している州は存在しない。他方、州保険局が純粹地域保険料率を限定的に調整した保険料率の使用を要求している州は、ブルークロス・ブルーシールドに対して12州、民間保険会社に対して8州である(United States General Accounting Office, *Blue Cross and Blue Shield*, pp 44-45)。

- 45) 保険入手可能性と保障範囲、保険引受業務、保険料率設定方法に関するブルークロス・ブルーシールドと民間保険会社との比較については、United States General Accounting Office, *Health Insurance: Comparing Blue Cross and Blue Shield Plans With Commercial Insurers* Washington, D. C.: United States General Accounting Office, July 1986, を参照。
- 46) Hoy, Elizabeth W., Richard E. Curtis, and Thomas Rice, "Change and Growth in Managed Care," *Health Affairs*, Vol. 10 No 4(Winter 1991), pp. 21-23.

## 第4章 保険会社の健康保険の収益性

医療費の増大や管理型医療制度の発展、企業の自家保険の採用は、

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

保険会社間での保険の引き受け競争を増大させている。

保険会社は、自家保険の選択が可能な企業に対して従来の実費給付補償保険の保険料率として経験料率を従来に増して採用しなければならなくなっている。他方、保険会社との競争上、ブルークロス・ブルーシールドも経験料率を使用するようになり、保険料率に関して民間保険会社とほとんど差異がなくなっている。また、ブルークロス・ブルーシールドは従来の基礎的医療費保険に加えて高額医療費保険も提供するようになり、医療給付に関しても民間保険会社とほとんど差異がなくなっている。

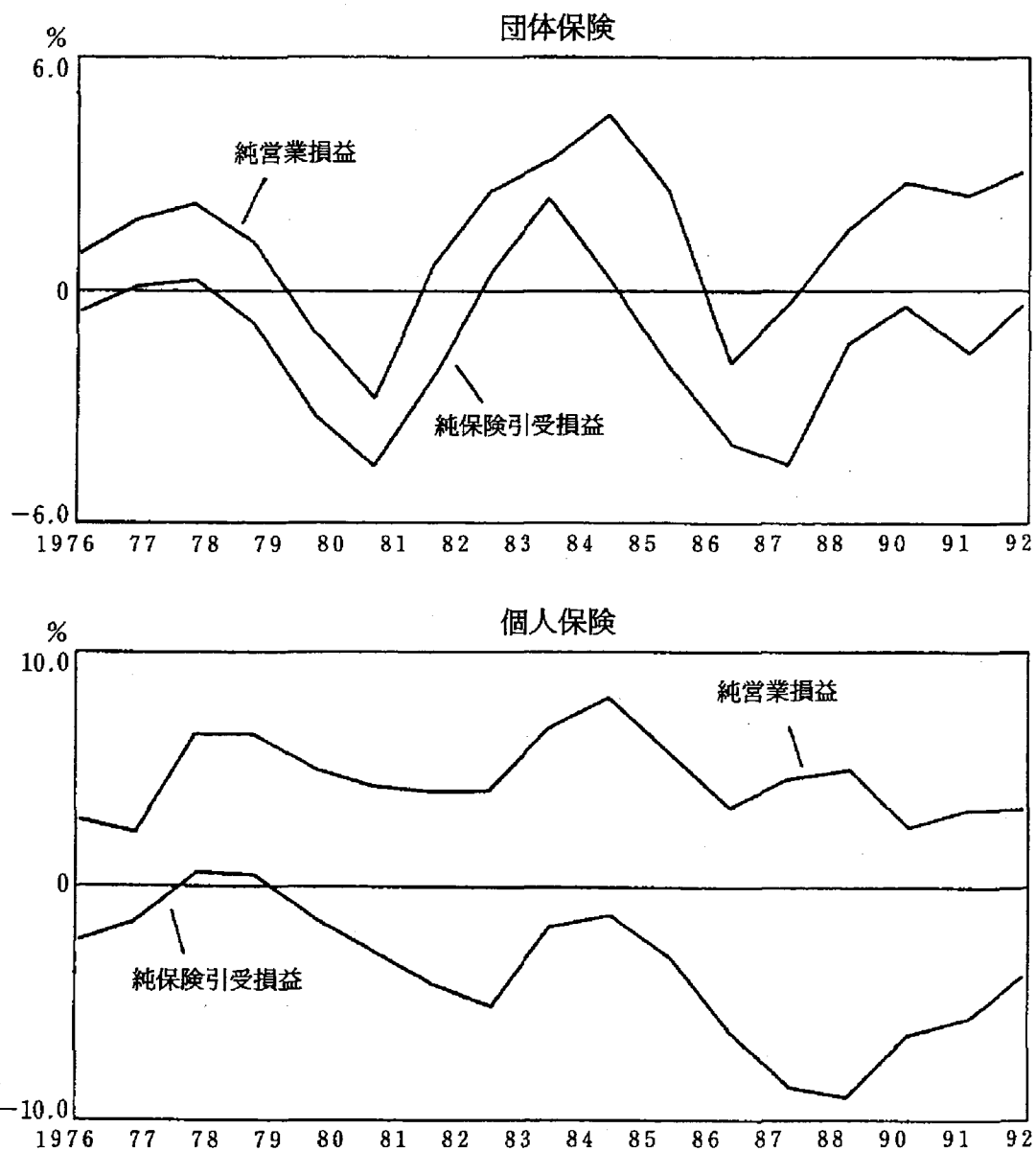
また1980年代には、管理型医療制度や自家保険との競争が加わってきている。保険会社は管理型医療を保険業務に組み込むとともに、自家保険を採用する企業に対してはその管理業務を行うようになっていく。1980年代に完全保険型制度が大幅に減少しているのに対応して、最低保険料制度と制度運営管理業務限定が増大し、1990年には両者が団体保険料の半分以上を占めるにいたっている。こうした管理業務は、リスクの引き受けとしての従来の保険引受業務による損失がともなうことなく手数料収入が得られる反面、従来の保険引受業務による収益機会の喪失をもたらすものとなっている。

図1は、1976年-92年における民間保険会社<sup>47)</sup>上位24社の団体健康保険と個人健康保険の純保険引受<sup>48)</sup>損益と純営業損益(保険料収入に対する純保険引受損益と純営業損益の比率)を示したものである。純保険引受損益(net underwriting gain or loss)とは保険引受業務から生じる損益であり、保険料収入から保険金と経費〔一般事業費や保険税(連邦所得税を除く)、手数料、諸準備金の積立て、契約者配当を含む〕の支出を差し引いたものである。また純営業損益(net operating gain or loss)は、純保険引受損益に、純投資利益等の収入から連邦

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

所得税の支出を差し引いたものを加えたものである。

図1 健康保険の純保険引受損益と純営業損益



〔出所〕 Health Insurance Association of America, 1992 Operating Results From the Leading Writers of Group and Individual Health Insurance, Washington, D. C., August 1993

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

健康保険は、団体保険、個人保険ともにアンダーライティング・サイクルと呼ばれているように純保険引受損益が6年から7年ごとに循環性を示しているのが特徴となっている。<sup>49)</sup> その場合、団体保険では、同期間の17年間において純保険引受利益が生じているのは循環の山にあたる1977年-78年と1983年-85年の5年間のみとなっている。また、循環の頂点である1978年と85年、92年を比較すると、1978年から85年の頂点では純保険引受利益が増大しているのに対して、1985年から92年の頂点では減少し、しかも純保険引受損失に転落している。しかし純営業損益では、純営業損失が生じているのは循環の谷にあたる1980年-81年と1987年-88年の4年間のみであるが、純保険引受損失の状況に対応して1980年代末からの循環の局面では以前のそれに対して収益が低下している。団体保険の収益性は、保険引受業務によって生じている純保険引受損失が資産運用業務によってもたらされる純投資利益によって純営業利益の維持がはかられている状況となっている。

他方、個人保険では、純保険引受利益が生じているのは循環の山にあたる1978年-79年の2年間のみであり、1980年以降は純保険引受損失が続いている。しかも純保険引受損益は循環の局面ごとに悪化している。しかし純営業損益では、団体保険と異なって同期間を通じて純営業利益が生じている。もっとも純保険引受損益の悪化に対応して、1980年代後半以降には純営業利益は傾向的に減少している。個人保険の収益性も、純営業利益が純投資利益に大きく依存しているものとなっている。

こうした健康保険の収益性の低下は、保険会社の支払い不能にあらわれている。A.M.ベスト社が行った1976年-91年における生命・健康保険会社の支払い不能の研究によると、同期間において支払い不能になった生命・健康保険会社は290社である。そしてそのなかで、お

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

もにどの保険部門によって支払い不能が生じたかを確認することができる保険会社は227社である。保険部門の内訳は、大別して生命保険93社(41.0%)、健康保険106社(46.7%)、年金28社(12.3%)であり、健康保険がもっとも大きな保険部門となっている。健康保険によって支払い不能が生じた保険会社は1980年代に増大し、とりわけ1980年代末から90年代初めにかけて急増している。

保険会社の支払い不能の特徴は、上述した健康保険の収益の循環性に対応して、収益の低下局面ののちに支払い不能になった保険会社が増大していることである。また、こうした支払い不能保険会社の大部分は医療費の増大のもとで保険料を低く設定していた小規模な保険会社であり、多くが自州でのみ健康保険を専門的に引き受けていた保険会社であることである。小規模な保険会社は従来の大手の保険会社との競争とともに、とりわけ1980年代後半には管理型医療制度や自家保険との競争が加わっている<sup>50)</sup>。

そして保険会社の支払い不能は、生命・健康保険保証基金の賦課額にもあらわれている。生命・健康保険保証基金(Life and Health Insurance guaranty Fund)は州法である生命・健康保険保証協会法によって設立され、当該州で生命保険や健康保険、年金を引き受けている保険会社によって構成される生命・健康保険保証協会によって運営されている。生命・健康保険保証基金には通常、生命保険と健康保険、年金の3つの勘定が設定されており、保険会社が支払い不能になった場合、一般的にその当該州の保険契約者に対する一定範囲内の保険金や給付金、キャッシュ・バリューの支払いを保証するために他の保険会社に賦課が行われる。表5によると、大部分の年で健康保険に対する賦課額がもっとも大きくなっており、とりわけ1980年代末に急増している。また、1975年-90年の期間における賦課総額の57.8%を健



アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

康保険に対する賦課額が占めている。なお、健康維持組織やブルークロス・ブルーシールド、共済組合(fraternal benefit society)、自家保険の企業提供給付制度によって提供される保険・給付に対する支払い保証は、大部分の保証基金で除外されている。<sup>5)</sup>

表5 生命・健康保険保証基金の賦課額

(単位：千ドル)

年	健康保険	生命保険	年金	基金費用	合計
1975	248 (13.9%)	1,324 (74.4%)	27 (1.6%)	181 (10.2%)	1,781 (100.0%)
1976	149 (2.1)	6,886 (96.9)	0 (0.0)	69 (1.0)	7,104 (100.0)
1977	149 (5.3)	2,600 (91.8)	0 (0.0)	84 (3.0)	2,833 (100.0)
1978	4,947 (60.5)	3,067 (37.5)	10 (0.1)	147 (1.8)	8,171 (100.0)
1979	3,852 (38.9)	5,917 (59.7)	0 (0.0)	139 (1.4)	9,907 (100.0)
1980	1,946 (49.7)	1,755 (44.8)	0 (0.0)	215 (5.5)	3,917 (100.0)
1981	2,704 (35.5)	4,460 (58.5)	229 (3.0)	225 (3.0)	7,618 (100.0)
1982	7,467 (88.9)	737 (8.8)	12 (0.1)	182 (2.2)	8,398 (100.0)
1983	46,269 (80.6)	4,314 (7.5)	6,165 (10.7)	680 (1.2)	57,429 (100.0)
1984	27,357 (90.0)	2,064 (6.8)	128 (0.4)	838 (2.8)	30,387 (100.0)
1985	12,990 (49.1)	7,310 (27.6)	4,595 (17.4)	1,584 (6.0)	26,479 (100.0)
1986	29,393 (93.3)	-2,496 (-7.9)	3,310 (10.5)	1,301 (4.1)	31,507 (100.0)
1987	41,010 (47.0)	9,136 (10.5)	35,108 (40.3)	1,920 (2.2)	87,174 (100.0)
1988	24,656 (30.7)	21,113 (26.3)	33,603 (41.8)	1,053 (1.3)	80,425 (100.0)
1989	105,311 (64.2)	24,046 (14.7)	31,295 (19.1)	3,391 (2.1)	164,043 (100.0)
1990	85,985 (55.6)	35,794 (23.1)	30,838 (19.9)	2,172 (1.4)	154,789 (100.0)
合計	394,432 (57.8)	128,029 (18.8)	145,320 (21.3)	14,182 (2.1)	681,963 (100.0)

[注] 数値は賦課した保険会社に返済された金額を控除したもの。一般に、債務の支払いにすべての賦課額は必要でないと保証基金が決定した時に返済は行われる。

[原典] 全米生命・健康保険保証協会連盟

[出所] United States General Accounting Office, *Insurer Failures: Life/Health Insurer Insolvencies and Limitations of State Guaranty Funds*, Washington, D. C., March 1991, p 40

## アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

1970年代と80年代における医療費の増大とそれにもなう健康保険料の増大に対して、企業は管理型医療の導入や自家保険の採用を行ってきた。また、医療費の増大にもなう保険金の増大やこうした企業の対応措置は、保険会社の健康保険業務を変化させている。経験保険料率の採用や管理型医療への取り組み、自家保険に対する管理業務がそれである。また、医療費の増大や管理型医療制度の発展、企業の自家保険の採用は、1980年代に保険会社間での保険の引き受け競争を増大させ、保険会社の健康保険の収益性を低下させている。

他方、医療費の増大や企業の自家保険の採用、保険会社の経験保険料率の採用と保険の引き受け強化によって、従来の健康保険市場には「セグメント化」が生じている。このセグメント化は、小企業や個人に対する保険料の増大とそれにもなう保険の入手可能性の低下をもたらしている。こうした事態に対して州政府は、保険の入手可能性を増大させるためにさまざまな措置を採っている。次稿では、州レベルでの健康保険の改革について考察することにしたい。

注47) これら上位24社は、1992年における民間保険会社の団体保険料(完全保険型の団体保険料)の約58%と個人保険料の約75%をそれぞれ占めている。

48) 団体健康保険の純保険引受損益と純営業損益には、自家保険に対する管理業務からのそれらは含まれていない。

49) 健康保険の収益の循環性については、Formisano, Roger A., "Cyclical Behavior of Health Insurance Results: An Exploratory Analysis," *Benefits Quarterly*, Vol. V No 3 (Third Quarter 1989), pp. 51-57, Gabel, Jon, Roger Formisano, Barbara Lohr, and Steven DiCarlo, "Tracing the Cycle of Health Insurance," *Health Affairs*, Vol. 10 No. 4 (Winter 1991), pp. 48-61. を参照。

50) A. M. Best Company, *Best's Insolvency Study Life/Health Insurers*, 1976

アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務

-1991. Oldwick, NJ A. M. Best Company, June 1992, pp. 65-66

- 51) United States General Accounting Office, *Insurer failures . Life/ Health Insurer Insolvencies and Limitations of State Guaranty Funds*. Washington, D. C. :  
United States General Accounting Office, March 1992, p. 19

なお第1章で述べたように、ブルークロス・ブルーシールドについては1993年6月時点で24社が生命・健康保険保証基金に加盟している。