

米国におけるヘルスケア改革をめぐる健康保険業界の動き

目 次

- | | |
|--------------|------------------------|
| I. はじめに | IV. 改革法の施行に伴う健康保険業界の動向 |
| II. 改革の背景 | および方向性 |
| III. 改革法について | V. おわりに |

副主任研究員 田中 健司

要 約

I. はじめに

米国では、公的医療保障制度の対象外で、かつ民間健康保険に加入していない、いわゆる無保険者が多数存在している。オバマ大統領は、全国民に質の高い負担可能なヘルスケアを提供するための改革の重要性を訴え、2010年3月にヘルスケア改革法を成立させたが、健康保険業界は多大な負担を強いられている。本稿では、米国におけるヘルスケア改革を、健康保険業界への影響という観点から取り上げる。

II. 改革の背景

近年、米国における無保険者数および全国民に占める無保険者の割合は増加傾向にあり、2009年における無保険者数は5,000万人を超え、全国民の16.7%を占めている。また、医療費およびその対名目GDP比も、近年上昇傾向にある。

III. 改革法について

2010年3月に成立した改革法（Patient Protection and Affordable Care Act およびその修正法からなる。）では、健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限、法定最低医療損害率の遵守義務、メディケイドの適用対象拡大、個人や中小企業への健康保険加入を促進するための健康保険取引所（Exchange）の設立、健康保険加入の義務化等、健康保険の加入促進に関する項目が数多く盛り込まれている。

議会予算局の推計によれば、改革法の施行に伴う財政収支は、2010年度～2019年度において1,240億ドル改善され、また2019年において、改革を行わない場合5,400万人に達する無保険者は、改革を行うことによって2,300万人に削減される。改革法は、2010年以降段階的に施行されることとなっており、特に2014年において、Exchangeの運営開始等、数多くの改革が行われることとなっている。

IV. 改革法の施行に伴う健康保険業界の動向および方向性

2010年9月に施行されている健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限に伴い、いくつかの健康保険会社が保険料率の引き上げを申請する動きが見られた。連邦厚生省は、不当な保険料率の引き上げを行った健康保険会社については、Exchangeを通じた適格プランの提供を認めない意向を示した。また、条件設定の制限の1つである、健康上の問題を理由とする子供の健康保険の引受拒否の禁止を受けて、子供のみを補償の対象とする健康保険プランの販売を停止する健康保険会社が相次いだことから、連邦厚生省は、健康上の問題のある子供を加入させる場合の保険料率の割増を暫定的に認める見解を示している。

2011年より健康保険会社は医療損害率を法定最低医療損害率以上とすることを義務付けられる。連邦厚生省が公表した規則における医療損害率の定義によれば、医療サービスの給付コストとともに分子に算入される医療の質の向上に要したコストには、根拠に基づく医療に立脚した、アウトカムの改善、再入院の防止、ウェルネスおよび健康増進等の取り組みのコストが含まれるとされている。

Exchangeに関しては、これに相当する健康保険取引所をマサチューセッツ州とコタ州が既に独自に設立しており、他の州のExchangeも、これらのいずれかに近い形になるのではないかと見られている。

V. おわりに

健康保険会社にとって今般のヘルスケア改革は、従来の事業のあり方を根本から見直さざるを得ないという問題をはらんでいる。一方、中間選挙で野党共和党が下院の過半数議席を獲得したことや、健康保険加入義務が違憲であるとして連邦地方裁判所に提訴する州が相次いだことが、ヘルスケア改革を目指すオバマ政権にとっての逆風となっている。米国のヘルスケア改革はさらに本格化することとなるが、その動向とともに、健康保険業界が受ける影響や今後の動きについて、引き続き注視することとしたい。

I. はじめに

米国には、高齢者等一部の国民を対象とする公的医療保障制度は存在するものの、わが国のように全国民を対象とする公的医療保障制度が存在せず、国民の多くは民間健康保険会社が提供する健康保険に加入している。

一方で、公的医療保障制度の対象外で、かつ民間健康保険に加入していない、いわゆる無保険者も多数存在しており、米国の医療給付における問題となっている。

2009年に就任したオバマ大統領は、同年3月のヘルスケア改革フォーラムにおいて、全国民に質の高い負担可能なヘルスケア¹を提供するための改革の重要性を訴え²、その後1年余りの紆余曲折を経て、2010年3月にヘルスケア改革法を成立させた。

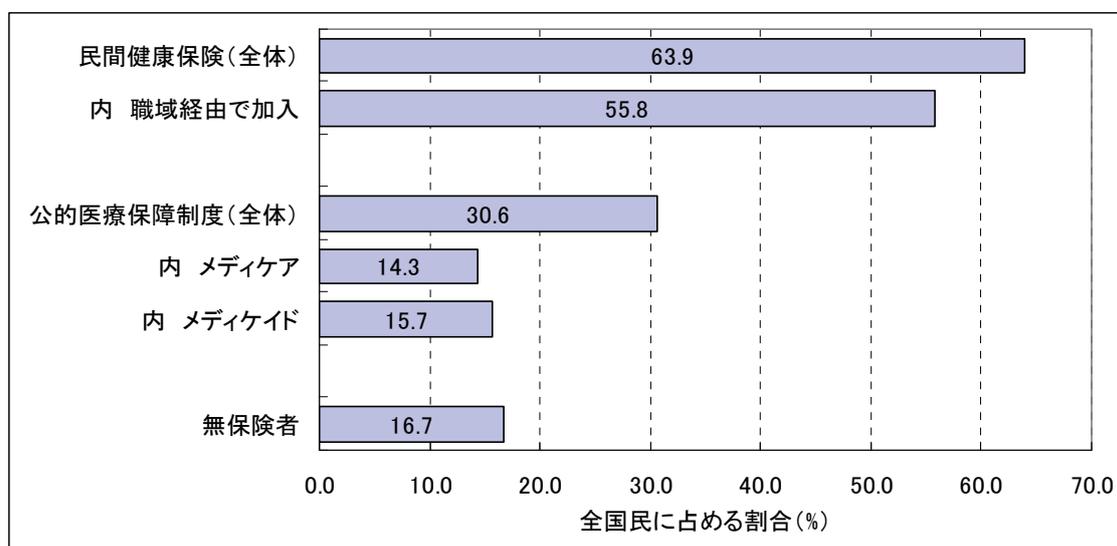
既に改革法の一部が施行されているが、オバマ政権が進めるヘルスケア改革は、無保険者を解消するために、連邦政府財源を投入するとともに、健康保険業界に多大な負担を強いる形となっている。本稿では、米国におけるヘルスケア改革を、健康保険業界への影響という観点から取り上げる。

II. 改革の背景

1. 健康保険の加入状況と無保険者の問題

前述のとおり、米国にはわが国のように全国民を対象とする公的医療保障制度が存在せず、65歳以上の高齢者および65歳未満の障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象とするメディケイド等、適用対象を限定した制度となっている。《図表1》に示すように、米国民の

《図表1》米国民の健康保険への加入状況（2009年）



(注) 同一人が複数の健康保険に加入している場合がある。このため、民間健康保険加入者、公的医療保障制度加入者、および無保険者の割合を合計しても100%にならない。

(出典) U.S. Census Bureau, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009", Sept 2010, p.71 (visited Nov.16, 2010) <<http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>>.

¹ 「ヘルスケア」という言葉は、狭義には医師等の専門家や病院等の医療施設において患者に供給される医療サービスを指していたが、広義には、従来にはなかったようなより広いサービス供給主体からのサービスや、健康の自己管理までも含むうる広範な概念として捉えられている。Peter R. Kongstvedt, "Essentials of Managed Health Care 5th Ed.", Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2007, p.803.

² The White House, "White House Forum on Health Reform (Washington, DC, Mar.5, 2009)", Mar.30, 2009 (visited Nov.8, 2010) <http://www.whitehouse.gov/assets/documents/White_House_Forum_on_Health_Reform_Report.pdf>.

多くは職域を通じて民間の健康保険に加入している。一方公的医療保障制度の対象外でかつ民間健康保険に加入していない無保険者が相当数存在する。

近年、無保険者数および全国民に占める無保険者の割合は増加傾向にあり、2009年における無保険者数は5,000万人を超え、全国民の16.7%を占めている（《図表2》参照）。

2. 医療費および保険料の上昇

《図表3》に示すとおり、米国における医療費、およびその対名目GDP比は、近年上昇傾向にある。2009年における医療費は前年比4.0%増の2兆4,860億ドル、対名目GDP比は、前年より1.0ポイント増の17.6%となっている。

さらに《図表4》に示すとおり、職域を通じて提供される健康保険の平均年間保険料も上昇傾向にあり、2010年の平均年間保険料は10年

前と比較して2倍以上となっている。

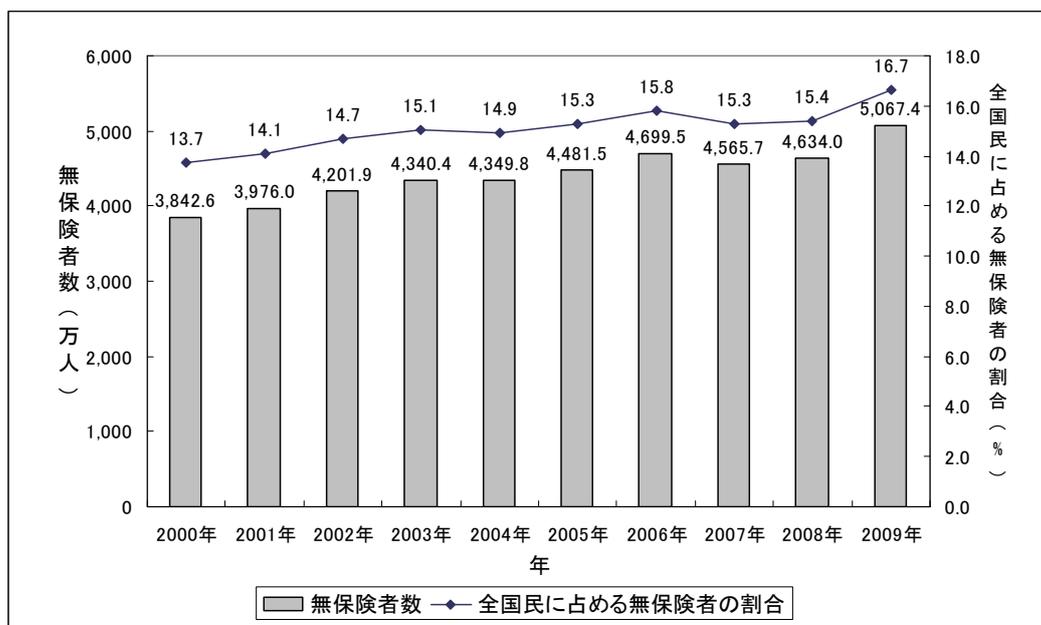
III. 改革法について

1. ヘルスケア改革法成立の経緯

前述のとおり、米国では無保険者の増加が、医療費および保険料の上昇とともに深刻な問題となっている。無保険者は健康保険加入者に対して、必要な時に必要な医療サービスを受けられず、予防可能な疾患であっても重症化するまで放置する傾向があるとの指摘³もあり、無保険者の存在が医療費上昇の1つの要因となっていることが示唆されている。

オバマ大統領は就任間もない2009年3月5日、連邦議会のメンバーやヘルスケア業界の関係者を一堂に集め、ヘルスケア改革の出発点ともいえるフォーラムを開催した。このフォーラムにおいて、全国民に質の高い負担可能なヘルスケアを提供する観点から、無保険者を解消す

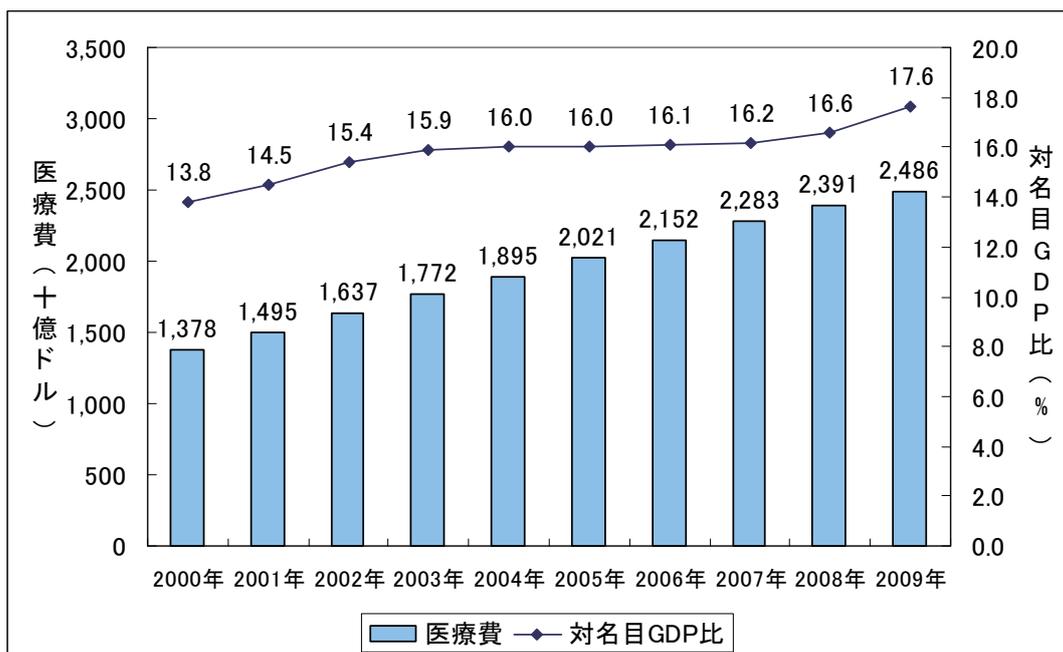
《図表2》 無保険者数およびその割合の推移



(出典) U.S. Census Bureau, Sept 2010, *supra*, p.71.

³ The Henry J. Kaiser Family Foundation, "The Uninsured: A Primer", Dec 2010, pp.10-11 (visited Feb.18, 2011) <<http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-06.pdf>>.

《図表3》医療費およびその対名目GDP比の推移

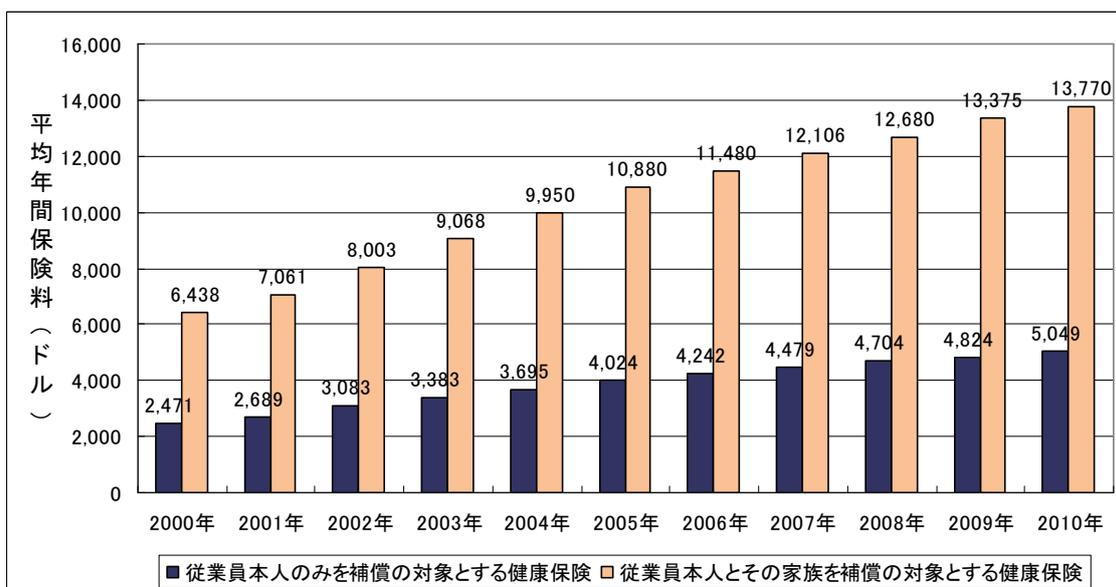


(注) 医療費は米国におけるヘルスケアに関するすべての支出の合計であり、病院、医師、ナーシングホーム、在宅医療等の医療プロバイダーに対する支出、医療用品の小売販売の売り上げ、管理費のほか、医療関連の研究費、設備投資額も算入対象に含まれる。

(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, “National Health Expenditure Data: Historical” (visited Feb.14, 2011)

<http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp>.

《図表4》職域における平均年間保険料の推移



(出典) The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, “Employer Health Benefits 2010 Annual Survey”, Sept 2010, p.31 (visited Feb.14, 2011)

<<http://ehbs.kff.org/pdf/2010/8085.pdf>>.

ることが喫緊の課題であることが認識された⁴。

これを受け、同年 11 月に下院において、さらに翌月上院において、それぞれ独自の改革法案が承認された。その後上院における与党民主党の安定多数が失われる等の紆余曲折を経て、2010 年 3 月にヘルスケア改革法である Patient Protection and Affordable Care Act⁵、およびその修正法⁶（以下、これら 2 つの法律をまとめて「改革法」と呼ぶ。）が成立した⁷。

2. 主な改革項目の概要

以下、健康保険の加入を促進するための項目を中心に、改革法の内容を概観する。なお米国では、健康保険が実際に提供される際には、単なる保険商品としてではなく、医師、病院等の医療プロバイダーのネットワークを含めた医療サービスとして提供されることから、「健康保険プラン (Health Plan)」という用語が用いられる⁸。本稿ではこれを踏まえ、実際に提供される医療サービスを表す場合に「健康保険プラン」という用語を用いることとする。

(1) 健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限

改革法では、健康保険会社は健康状態、年齢、性別等にかかわらず、健康保険への加入を申し

込んだすべての者を引き受けなければならない、契約の満期時には必ず更新しなければならない。

また健康保険会社は、生涯ならびに年間の給付限度額の設定、(不正行為を理由とする場合を除く) 契約の中途解除、および推奨される予防サービス⁹に関する加入者自己負担額の設定を行うことが禁じられ、家族向け健康保険プランにおいて 26 歳までの被扶養者を補償の対象とすることが求められる。

さらに、従業員 100 人以下の中小企業向け健康保険プランにおける免責金額について、2014 年から上限が設定される。すなわち、2014 年における上限額は、個人向けプランに関しては 2,000 ドル、家族向けプランに関しては 4,000 ドルとなっている。この免責金額の上限額は翌年以降、米国における 1 人当たりの平均保険料の増加率に応じて引き上げられる。

(2) 保険料率格差の制限

個人向け市場および従業員 100 人以下の中小企業向け市場¹⁰において、保険料率の格差は、年齢、地域、補償の対象 (個人か家族か)、および喫煙状況のみに基づいて設定される。そのうち年齢による格差は最大 3 倍、喫煙状況による格差は最大 1.5 倍に制限される。

⁴ The White House, "White House Forum on Health Reform (Washington, DC, Mar.5, 2009)", Mar.30, 2009, *supra*.

⁵ Pub. L. No.111-148, 124 Stat. 119 (2010).

⁶ Health Care and Education Reconciliation Act of 2010. Pub. L. No.111-152, 124 Stat. 1029 (2010).

⁷ 2010 年 1 月、マサチューセッツ州における上院補欠選挙で与党民主党候補が野党共和党候補に敗れ、上院における与党の安定多数が崩れる一方、改革法成立に向けて共和党の協力を得られる見通しも立たなくなったことから、最終的には民主党が主導して、上院の安定多数割れの影響を回避できるリコンシリエーションと呼ばれる予算上の手続きを用いて、改革法を成立させた。すなわち、下院が上院法案をいったん承認することによりベースの法律である Patient Protection and Affordable Care Act を成立させ、次いで下院から提出された法案に基づき、Patient Protection and Affordable Care Act を予算関連項目についてのみ修正するための法律を成立させた。The New York Times, "A History of Overhauling Health Care" (visited Jan.27, 2011) <http://www.nytimes.com/interactive/2009/07/19/us/politics/20090717_HEALTH_TIMELINE.html?ref=healthcarereform>.

⁸ 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.53。

⁹ 連邦厚生省の傘下の研究機関 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) の支援により運営される United States Preventive Services Task Force (USPSTF) による評価ランクが A または B の予防サービスを指す。U.S. Preventive Services Task Force Website (visited Jan 26, 2011) <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>>.

¹⁰ 改革法では、健康保険市場を個人向け市場 (individual market)、従業員 100 人以下の中小企業向け市場 (small group market)、および従業員 100 人超の大企業向け市場 (large group market) に区分している。

(3) 医療損害率に関する新たなルール

医療損害率 (medical loss ratio) とは、加入者に対する医療サービスの給付コストおよび健康保険会社が加入者の健康状態の改善のために行う慢性疾患管理等の取組み (改革法上は「医療の質の向上 (health care quality improvement)」と呼ばれる。) に要したコストが保険料¹¹に占める割合である。健康保険会社は、医療損害率を所定の値 (大企業向け市場は 85%、中小企業・個人向け市場は 80%。以下、これらの値を「法定最低医療損害率」と呼ぶ。) 以上とすることを義務付けられる。改革法上の医療損害率の計算は、全米保険監督官協会 (National Association of Insurance Commissioners. 以下、「NAIC」と呼ぶ。) による定義に基づいて行われる。

ある年において法定最低医療損害率を下回った場合には、健康保険会社は翌年に、収入保険料¹²に法定最低医療損害率と実際の医療損害率の差を乗じた金額を、加入者に対して払い戻さなければならない。

なお、個人向け市場については、法定最低医療損害率を 80% とすると、保険会社の撤退で健康保険を失う者が続出すること等により市場の安定性が損なわれると連邦厚生省長官が判断した場合に、法定最低医療損害率の下方修正が認められる。

(4) メディケイドの適用対象の拡大

もともとメディケイドにおいては、適用対象

となるための所得等の要件が州ごとに存在する。例えば所得要件は、連邦政府が定める連邦貧困基準 (Federal Poverty Guideline. 以下、「FPL」と呼ぶ。) ¹³ と呼ばれる金額に基づいて設定されるが、多くの州では所得の上限を FPL より低く設定している ¹⁴。また、所得要件を満たしているかどうかにかかわらず、子供がいない大人は原則として適用対象外となる ¹⁵。

しかし改革法の下では、子供の有無にかかわらず、65 歳未満で所得が FPL の 133% 以下の者が、メディケイドの適用対象となる ¹⁶。また、メディケイドの給付を行う州政府に対して、新たに適用対象となる者を加入させるための財源が連邦政府から補助され、その割合は〈図表 5〉のとおりである。

(5) 健康保険取引所 (Exchange) の設立

個人および従業員 100 人以下の中小企業の健康保険加入を促進するための健康保険取引所 (個人向けは American Health Benefit Exchange、中小企業向けは Small Business

Health Options Program (別称 SHOP Exchange)。以下、これらを総称して「Exchange」と呼ぶ。) が州単位で 2014 年に設立される。2017 年からは、従業員 100 人超の大企業も州の認可を受けて Exchange を利用することが可能となる。Exchange の運営は政府機関または非営利組織によって行われる。

Exchange で提供される健康保険プラン (Qualified health plan. 以下、「適格プラン」

¹¹ 連邦、州が課す税金等を控除した後の金額。

¹² 同上。

¹³ 2011 年における 4 人世帯の FPL は、アラスカ州が 27,940 ドル、ハワイ州が 25,710 ドル、その他の州およびワシントン D.C. が 22,350 ドルである。U.S. Department of Health & Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, “The 2011 HHS Poverty Guidelines” (visited Feb. 14, 2011) <<http://aspe.hhs.gov/poverty/11poverty.shtml>>.

¹⁴ Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “Where are States Today? Medicaid and State-Funded Coverage Eligibility Levels for Low-Income Adults”, Dec. 8, 2009 (visited Nov. 4, 2010) <<http://www.kff.org/medicaid/7993.cfm>>.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ 各州の判断により、所得が FPL の 133% を超える者をメディケイドの適用対象としてもよい。

《図表 5》メディケイドにおける、連邦政府から州政府に対する財源補助の割合

財源補助を行う年	財源補助の割合
2014年－2016年	新たな適用対象者の加入に要する財政支出の100%
2017年	新たな適用対象者の加入に要する財政支出の 95%
2018年	新たな適用対象者の加入に要する財政支出の 94%
2019年	新たな適用対象者の加入に要する財政支出の 93%
2020年以降	新たな適用対象者の加入に要する財政支出の 90%

(出典) The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Summary of New Health Reform Law (Last Modified: Mar.26, 2010)”(visited Feb.14, 2011) <<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>>.

《図表 6》低・中所得層に適用される適格プランの自己負担限度額の上限額

所得水準	適用される自己負担限度額の上限額
FPLの100%超200%以下	本来の上限額の1/3
FPLの200%超300%以下	本来の上限額の1/2
FPLの300%超400%以下	本来の上限額の2/3

(出典) The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Summary of New Health Reform Law (Last Modified: Mar.26, 2010)”, *supra*.

と呼ぶ。)は、給付水準の違いによってブロンズ、シルバー、ゴールドおよびプラチナの4つのクラスが用意され、それぞれ給付対象となる医療サービスの現価の60%、70%、80%、90%をカバーする。

Exchange において適格プランを提供する保険会社は、シルバークラスおよびゴールドクラスのプランを少なくとも1つずつ提供しなければならない。保険料率は Exchange 外で提供する健康保険プランと同一に設定しなければならない。

適格プランにおいて設定される加入者自己負担限度額の上限額は、2014年に関しては内国歳入法で定められる医療貯蓄口座の1つである Health Savings Account の利用において加入が必須とされる健康保険プランの自己負担限度

額の上限額¹⁷を適用し、2015年以降はこの上限額が米国における1人当たりの平均保険料の増加率に応じて引き上げられる。なお、低・中所得層に関しては、《図表6》のとおり自己負担限度額の上限額が低く設定されるのに加え、後述するように、実際の医療サービスの利用に伴うコスト負担も軽減される¹⁸。

(6) 低・中所得層や中小企業に対する連邦政府財源による補助

所定の低・中所得層に属する個人が Exchange を通じて適格プランに加入する場合、連邦政府財源による補助を通じて、保険料や医療サービスの利用時におけるコストの負担が軽減される(《図表7》参照)。

また、所定の規模の中小企業が従業員に提供

¹⁷ 2010年における上限額は、個人向け健康保険プランで5,950ドル、家族向け健康保険プランで11,900ドルである。これらの上限額は、毎年の消費者物価指数の上昇率に応じて引き上げられる。U.S. Department of Treasury Internal Revenue Service, “Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans” (Publication 969 (2010)) (visited Feb.9, 2011) <<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf>>, 26 U.S.C. §1, 223 (2007).

¹⁸ 個人向け市場で Exchange を通じてシルバークラスの適格プランに加入する者を想定している。

《図表 7》 低・中所得層および中小企業に対する補助

補助の対象		補助の具体的内容
個人(Exchangeを通じて適格プランに加入する低・中所得層)	保険料補助	個人向け市場で2番目に安いシルバークラスの適格プランの保険料を基準として、所得水準に応じて、保険料負担が以下のとおりにとどまるよう補助を行う(それぞれの所得区分で負担率は所得に比例して増加する) 所得がFPLの133%以下 : 所得の2% 所得がFPLの133%超150%以下: 所得の3%~4% 所得がFPLの150%超200%以下: 所得の4%~6.3% 所得がFPLの200%超250%以下: 所得の6.3%~8.05% 所得がFPLの250%超300%以下: 所得の8.05%~9.5% 所得がFPLの300%超400%以下: 所得の9.5%
	給付水準の引き上げ	以下のとおり給付水準を引き上げることにより、シルバークラスの適格プランに加入する者のコスト負担が軽減されるよう補助を行う(本来シルバークラスの適格プランの給付水準は、給付対象となる医療サービスの現価の70%である) 所得がFPLの100%以上150%以下: 給付対象となる医療サービスの現価の94% 所得がFPLの150%超 200%以下: 給付対象となる医療サービスの現価の87% 所得がFPLの200%超 250%以下: 給付対象となる医療サービスの現価の73%
中小企業		従業員数が25人未満、平均年間給与総額5万ドル未満で、従業員のために健康保険料コストを負担する中小企業を対象に、以下のとおり補助を行う 2010年-2013年: 健康保険料コストの50%以上を企業が負担する場合、企業負担分の最大35%を補助する 2014年以降 : Exchangeを通じて従業員を適格プランに加入させる企業が健康保険料コストの50%以上を負担する場合、企業負担分の最大50%を補助する(対象企業は2年間補助を受けられる)

(出典) The Henry J. Kaiser Family Foundation, "Summary of New Health Reform Law (Last Modified: Mar.26, 2010)", *supra*.

《図表 8》 健康保険未加入による国民へのペナルティ

年	ペナルティの金額
2014年	「95ドル」と「課税所得の1%」のいずれか高額な方
2015年	「325ドル」と「課税所得の2%」のいずれか高額な方
2016年以降	「695ドル(2017年以降は消費者物価指数の上昇率に応じて引き上げられる)」と「課税所得の2.5%」のいずれか高額な方

(出典) The Henry J. Kaiser Family Foundation, "Summary of New Health Reform Law (Last Modified: Mar.26, 2010)", *supra*.

する健康保険プランの保険料の一定割合以上を負担する場合も、当該負担分の一部が連邦政府財源により補助される(《図表 7》参照)。

(7)健康保険加入の義務とペナルティ等の賦課

貧困、宗教上の問題等による適用除外のケースを除き、すべての国民に対して健康保険の加入が義務付けられ、未加入の場合にはペナルティが課せられる(《図表 8》参照)。

また、企業に対しては、従業員規模に応じて、

以下の措置が講じられる。

まず、従業員 50 人以上の企業に対しては、従業員への健康保険プランの提供の有無にかかわらず、加入する健康保険プランの保険料が独力での負担が困難な水準にあり、連邦政府財源による補助への依存を余儀なくされる従業員がいる場合、納付金が賦課される。さらに、従業員 200 人超の企業は、自らが提供する健康保険プランに従業員を自動的に加入させなければならない¹⁹。

¹⁹ ただし従業員が企業の提供する健康保険プランに加入しないことを選択することは認められる。

3. 改革後 10 年間の見通しおよび施行スケジュール

(1) 財政収支と健康保険加入促進の効果に関する見通し

改革法では、健康保険の加入促進に係る財政支出を賄うために、職域ベースの高額な健康保険プランを提供する健康保険会社に対する課税、高所得層を対象とするメディケア税（メディケアの財源）の税率の引き上げ、製薬会社・保険会社への納付金の賦課、医療機器メーカーへの課税を行うこととされている。このほか、実質的に財政支出を賄うものとして、メディケア・メディケイドにおける償還のあり方の見直し等を通じたコストの削減や、上述した健康保険未加入者へのペナルティ、企業に賦課される納付金が挙げられる。

議会予算局（Congressional Budget Office. 以下「CBO」と呼ぶ。）の推計によれば、改革法を通じた健康保険の加入促進に伴う 2010 年度～2019 年度にわたる支出は 9,380 億ドルであるが、公的医療保障制度等の支出削減やペナルティ、課税、納付金による収入は 1 兆 620 億ドルとなり、財政収支は 1,240 億ドル改善される（《図表 9》参照）。

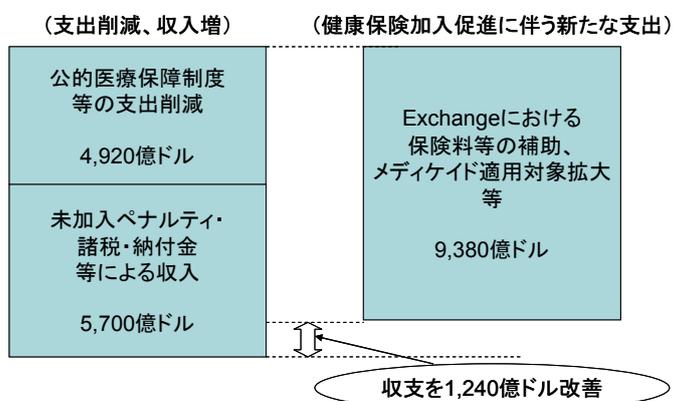
前述のとおり無保険者数は 2009 年時点で 5,000 万人を超えているが、CBO の推計によれば、2019 年において、改革を行わない場合 5,400 万人に達する無保険者は、改革を行うことによって 2,300 万人に削減される。このような大幅な無保険者数の削減には、2014 年に設立される Exchange を通じて 2019 年時点で 2,400 万人が適格プランに加入することが、最も大きく寄与している（《図表 10》参照）。

(2) 施行スケジュール

改革法は、2010 年以降段階的に施行されることとなっている。《図表 11》は、主な改革項目についての施行スケジュールを表したものである。特に 2014 年において、健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限、Exchange の運営開始、メディケイドの適用対象拡大、健康保険加入の義務化等、数多くの改革が行われることとなっている。

なお、健康保険の加入・給付の条件設定の制限に関する改革項目については、その一部が 2010 年に施行される。健康保険会社が全ての者をその健康状態に関わらず引き受けなければならない義務は 2014 年から発生するが、それに

《図表 9》改革法における財政収支の見通し（2010 年度～2019 年度）



(出典) CBO, “H.R.4872, Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation)”, Mar.20, 2010 (visited Jan.26, 2011) <<http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=11379&zzz=40823>>.

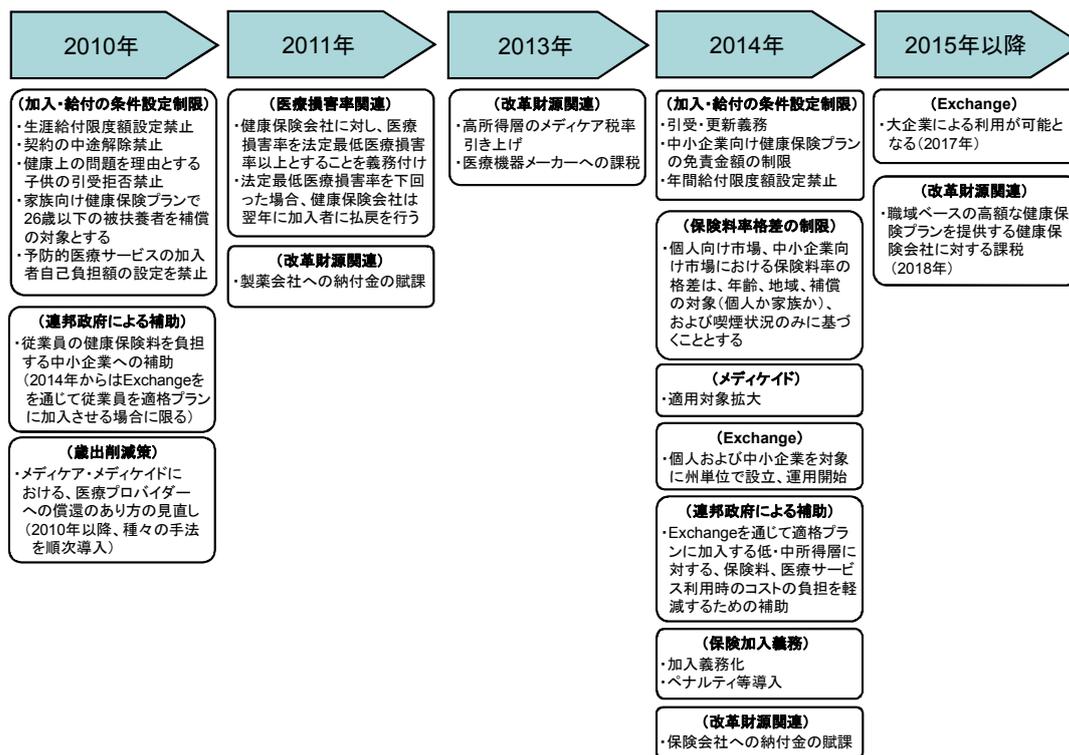
《図表 10》改革法による無保険者数の削減の見通し（百万人）

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
改革を行わない場合の無保険者数	51	51	52	53	53	54
改革を行った場合の無保険者数	31	26	21	21	22	23
改革を行った場合の無保険者数の変化(削減)	△19	△25	△30	△31	△31	△32
内:Exchangeを通じた適格プランへの加入者数に相当する削減の効果	(△8)	(△13)	(△21)	(△23)	(△24)	(△24)

(注) 「改革を行わない場合の無保険者数」が「改革を行った場合の無保険者数」と「改革を行った場合の無保険者数の変化(削減)」(絶対値)の和と一致しない年がある理由については出典に明記されていないが、端数処理に起因するものと推測される。

(出典) CBO, Mar.20, 2010, *supra*.

《図表 11》改革法における主な改革項目の施行スケジュール



(出典) 以下の資料をもとに、損保ジャパン総合研究所作成。

- ・ The Henry J. Kaiser Family Foundation, "Summary of New Health Reform Law (Last Modified: Mar.26, 2010)", *supra*.
- ・ The Henry J. Kaiser Family Foundation, "Health Reform Source: Implementation Timeline"(visited Jan.27, 2011) <<http://healthreform.kff.org/timeline.aspx>>.
- ・ HealthCare.gov - Newsroom, "Medical Loss Ratio: Getting Your Money's Worth on Health Insurance", Nov.22, 2010 (visited Feb.1, 2011) <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/medical_loss_ratio.html>.

先立ち 2010 年より、健康上の問題を理由とする子供の引受拒否が禁止されている。

IV. 改革法の施行に伴う健康保険業界の動向および方向性

本章では、現時点で既に施行されている改革項目である、健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限、および法定最低医療損害率の遵守義務をめぐる健康保険業界の動向について紹介する。さらに、2014 年に設立される Exchange の方向性に関する見方についても取り上げる。

1. 改革法を通じた健康保険の加入・給付に関する条件設定の制限をめぐる動向

上述のように、改革法を通じて加入・給付に関する条件設定が制限されることにより、健康保険会社は健康状態に基づく引受の判断や保険料率格差の設定ができなくなるとともに、給付額に関しても上限設定ができなくなる。2010 年に生涯給付限度額の設定の禁止、健康上の問題を理由とする子供の健康保険の引受拒否の禁止等、改革法の一部が施行されている（施行日は 9 月 23 日）こともあり、健康保険会社は、従来の提供体制では採算性が損なわれるとの懸念から様々な動きを見せており、連邦厚生省がそのような動きへの対策を講じている。以下、これらの動きについて取り上げる。

(1) 保険料率引き上げの動き

改革法の施行に先立ち、いくつかの健康保険会社が、保険料率の引き上げを州の保険監督当

局に要請する動きが見られた²⁰。

例えば、米国の大手健康保険会社の 1 つである Aetna 社は、今回の加入・給付に関する条件設定の制限を理由に、個人向けの健康保険プランを対象として、カリフォルニア州において 5.4%～7.4%、ネバダ州において 5.5%～6.8%の保険料率引き上げを求めており、将来的には他の州においても同様に保険料率の引き上げを行う意向を示した。また、オレゴン州を拠点とする非営利健康保険会社の Regence BlueCross BlueShield of Oregon 社は、中小企業の従業員向け健康保険プランにおいて 17.1%の保険料率引き上げを求めたが、同社はこのうちの 3.4%分が、改革法を通じた加入・給付に関する条件設定の制限に起因するとの見解を示した。保険料率の引き上げを求める健康保険会社側は、「引き上げの目的は、加入者に対する給付のコストを極力正確に予測し、そのコストを賄うのに十分な保険料収入を確保することにある」と主張した²¹。

このような健康保険会社の動きに対して、連邦厚生省は米国の健康保険会社の団体である America's Health Insurance Plans（以下、「AHIP」と呼ぶ。）に対して、健康保険会社による不当な保険料率の引き上げを慎むよう求めたことを、2010 年 9 月 9 日のニュースリリースを通じて明らかにした²²。連邦厚生省は同ニュースリリースにおいて、今回の加入・給付に関する条件設定の制限により必要とされる保険料率の引き上げ率はせいぜい 1%ないし 2%程度であるとの推計を示すとともに、不当な保険料率の引き上げを行ったことが確認された健

²⁰ 米国では各州に保険監督当局があり、ある州で健康保険プランを提供する健康保険会社は、適用しようとする保険料を、その州の保険監督当局に届け出なければならない。Peter R. Kongstvedt, 2007, *supra*, pp.769-770.

²¹ Janet Adamy, "Health Insurers Plan Hikes", The Wall Street Journal, Sept.8, 2010.

²² U.S. Department of Health & Human Services – News Release, "Sebelius calls on health insurers to stop misinformation and unjustified rate increases", Sept.9, 2010 (visited Sept.15, 2010) <<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/09/20100909a.html>>.

康保険会社については、2014年に設立される Exchange を通じた適格プランの提供を認めない意向を示した²³。

さらに2014年の Exchange 設立に先立つ具体的な措置として、連邦厚生省は2010年12月21日、健康保険会社による保険料率の大幅な引き上げの正当性を精査するための新たな規則を提案した²⁴。本規則案では、2011年より、個人向け・中小企業向け健康保険プランにおいて一定幅以上の保険料率引き上げを申請するすべての健康保険会社について、具体的な引き上げの内容とそれを正当化する理由の開示が義務付けられている。開示対象となる保険料率の引き上げ幅は、2011年については10%以上とするが、2012年以降については州ごとに定められる。開示対象とされた保険料率の引き上げに関しては、州または連邦厚生省が、不当な内容となっていないかどうかの精査を行い、精査の結果も開示されることとなる²⁵。なお、本件に関するパブリックコメントは2011年2月22日まで受け付けられた²⁶。

このような連邦厚生省による提案について、AHIPは、「相応の知識と経験がある州が保険料率の引き上げについての精査を行うことに異論はないが、連邦政府が精査を行う立場にあるとはいえない。」「精査の対象とする保険料率の引

き上げ幅の設定には、改革法の施行による給付コストの増加、若く健康な人々による解約の影響が考慮されていない。」との見解を示している²⁷。また一部の州の保険監督当局も、「保険料は消費者にとって負担可能であるだけでなく、保険会社の支払可能性を確保する水準でなければならない。」と指摘している²⁸。

(2) 子供のみを補償の対象とする健康保険プランの販売停止の動き

子供のみを補償の対象とする健康保険プランは、健康保険市場ではシェアが小さい²⁹ものの、家族を補償の対象とする健康保険プランに加入する経済的余裕がない者や、家族を補償の対象とする健康保険プランを提供していない企業の従業員のニーズがあると見られている³⁰。

2010年からの加入・給付に関する条件設定の制限に関する改革項目のうち、特に健康上の問題を理由とする子供の健康保険の引受拒否が禁止されることを受けて、子供のみを補償の対象とする健康保険プランの販売を停止しようとする健康保険会社が相次いだ。すなわち、Aetna社、CIGNA社、WellPoint社等の健康保険会社が、健康上の問題を理由とする子供の健康保険の引受拒否が禁止となる2010年9月23日以降、子供のみを補償の対象とする健康保険プラ

²³ *Ibid.* なお、連邦厚生省と同様に、改革法における加入・給付に関する条件設定の制限により必要とされる保険料率の引き上げ率を2%程度とするブローカーの見方も存在する（2011年2月3日実施、カリフォルニア州のブローカーへのインタビュー結果による）。

²⁴ U.S. Department of Health & Human Services - News Release, “New Affordable Care Act rules shed light on high health insurance rate hikes”, Dec.21, 2010 (visited Jan.21, 2011) <<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101221a.html>>.

²⁵ HealthCare.gov - Newsroom, “Shining a Light on Health Insurance Rate Increases”, Dec.21, 2010 (visited Jan.21, 2011) <<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/ratereview.html>>.

²⁶ 75 Fed. Reg. 81,004 (2010).

²⁷ AHIP - Press Release, “AHIP Statement on Rate Review”, Dec.21, 2010 (visited Feb.1, 2011) <<http://www.ahip.org/content/pressrelease.aspx?docid=32380>>.

²⁸ Robert Pear, “Health Insurers to Be Required to Justify Rate Increases Over 10 Percent”, The New York Times, Dec.21, 2010 (visited Jan.21, 2011) <http://www.nytimes.com/2010/12/22/health/policy/22insure.html?_r=1&ref=healthcarereform>.

²⁹ N.C. Aizenman, “Major health insurers to stop offering new child only policies”, The Washington Post, Sept.20, 2010 (visited Oct.15, 2010) <<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/09/20/AR2010092006665.html>>.

³⁰ Robert Pear, “U.S. to Let Insurers Raise Fees for Sick Children”, The New York Times, Oct.13, 2010 (visited Oct.18, 2010) <http://www.nytimes.com/2010/10/14/health/policy/14health.html?_r=1&ref=health_care_reform>.

ンの販売を停止する意向を示した³¹。各社は販売停止の理由として、自分の子供が病気になってから健康保険プランへの加入を申し込む親が増加し、想定外の莫大な給付コストが発生する可能性を指摘した³²。

このような動きに対して、連邦厚生省は 10 月 13 日、健康保険会社による子供のみを補償の対象とする健康保険プランの販売を促すべく、2014 年に健康状態に基づく保険料率格差の設定が禁止されるまでの間について、州法の遵守を条件に、健康上の問題のある子供を加入させる場合の保険料率の割増を認める見解を示している³³。

2. 法定最低医療損害率の遵守義務をめぐる動向

前述のとおり、2011 年より健康保険会社は医療損害率を法定最低医療損害率（80%または 85%）以上とすることを義務付けられ、履行できなかった場合には翌年に加入者への払戻を行わなければならない。全国民に質の高いヘルスケアを提供することを目指した改革法の下で、健康保険会社は収入保険料の一定割合以上を、医療サービスの給付と医療の質の向上に投入することを求められる。健康保険会社各社にとっては、改革法上の医療損害率の定義次第では、これに基づく自社の医療損害率が法定最低医療損害率を大幅に下回る可能性も生じる。この場合、加入者への払戻を免れるためには管理

コストの大幅な削減を余儀なくされることから、改革法上の医療損害率の定義が重大な関心事となっていた。

以下、法定最低医療損害率の遵守義務が健康保険市場に及ぼす影響に関する見方、大手健康保険会社の動き、NAIC による定義案の公表、連邦厚生省による実際の医療損害率や払戻金額に関する推計を中心に、法定最低医療損害率の遵守義務をめぐる動向について概観する。

(1) 健康保険市場への影響に関する見方および大手健康保険会社の動き

法定最低医療損害率の遵守義務は、特に中小健康保険会社にとって大きな影響を与えるとの指摘がなされている。すなわち、大手と比較して業務の効率化の面で劣っている中小健康保険会社の多くは、健康保険の損害率が 60%台となっており、医療サービスの給付コストに医療の質の向上に要したコストを加えたとしても、自社のみで管理コストを削減する等の対策を講じて医療損害率を法定最低医療損害率まで引き上げることが困難であるため、これらの会社の統合³⁴や撤退が進むものと見られている。

個人向け市場では、健康保険の加入促進に関する数多くの改革が行われる 2014 年までに中小健康保険会社の撤退が相次ぐことにより、4 人に 1 人が既に加入している健康保険プランに引き続き加入することができなくなり、2014

³¹ N.C. Aizenman, Sept.20, 2010, *supra*, Duke Helfand, "Big health insurers to stop selling new child-only policies", Los Angeles Times, Sept.21, 2010 (visited Sept.28, 2010) <<http://articles.latimes.com/2010/sep/21/business/la-fi-kids-health-insurance-20100921>>.

³² Duke Helfand, Sept.21, 2010, *supra*.

³³ U.S. Department of Health & Human Services - News Release, "Secretary Sebelius leads efforts to improve access to coverage for children with pre-existing conditions, urges states to take action", Oct.13, 2010 (visited Oct.18, 2010) <<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/10/20101013a.html>>. なお連邦厚生省は、2014 年以降は Exchange を通じて、子供を補償の対象とする適格プランに少ない負担で加入できるようになることから、子供のみを補償の対象とする健康保険プランの販売停止の問題は解決されると見ている。

³⁴ Jesse A. Hamilton, "Complex Health Reform Plots and Subplots for Insurers Are Very Likely to Linger for Years", BestWeek, Apr.19, 2010.

年までの間、一時的とはいえ無保険の状態となる恐れがある、との見方も存在する³⁵。

一方、《図表 12》に示されるとおり健康保険の損害率が 80%を超えている大手健康保険会社にとっても、法定最低医療損害率の遵守違反による払戻によって巨額の損失を被る可能性があるということは軽視できない問題であり、NAIC による医療損害率の最終定義案の発表に先立ち、州の保険監督当局に意見を提出する大手健康保険会社が相次いだ。

医療損害率の定義においては、医療サービスの給付コストとともに分子に算入される医療の質の向上に要したコストについて、どのような取組みを対象とするかがポイントとなっていた。大手健康保険会社は、消費者に管理コストに該当するのではないかという疑念を持たれかねないような取組みでも、できるだけ多くが医療の質の向上に要したコストの算入対象とされることで、法定最低医療損害率の遵守が容易となることを望んだ。

例えば Aetna 社は、不必要な手術を行う医師の特定を行う等の不正行為の洗い出しに要するコストは算入対象となるべきであると主張した。

また、UnitedHealth Group 社は、例えば体重減量プログラムのような数多くの重要なプログラムのコストが、期待された効果が得られない可能性があることを理由に算入対象から除外される可能性についての懸念を示した。さらに WellPoint 社は、自社が契約する医療プロバイダーのネットワークに属する医師の認証を行う仕組みを構築するコストが算入されることを希望した³⁶。

(2) NAIC による定義案の公表と連邦厚生省の承認

しかしながら、改革法上の医療損害率を定義する立場にある NAIC が 2010 年 10 月に公表した医療損害率の定義案は、前述した大手健康保険会社の要望を概ね却下する内容であった。すなわち定義案では、医療の質の向上に要したコストの算入対象となる取組みは、根拠に基づく医療に立脚していることが求められており、不正行為の防止や医療プロバイダーの認証等の取組みは対象外とされている³⁷。具体的には、《図表 13》に示されるような取組みが対象とされた。

《図表 12》大手健康保険会社の健康保険の損害率（2009 年）

WellPoint Inc.	82.6%
UnitedHealth Group	82.3%
Aetna Inc.	85.2%
Cigna Corp.	81.2%
Humana Inc.	82.8%

(注) 2009 年の各健康保険会社の財務資料等に基づく損害率。

(出典) Sally Rosen, “2009 GAAP Financial Review – Unemployment: The Culprit Driving 2009 Health Care Results”, Best’s Special Report, May 31, 2010.

³⁵ Robert Wood Johnson Foundation, “Recognizing Destabilization in the Individual Health Insurance Market”, July 8, 2010 (visited Feb.3, 2011) <<http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=65728>>.

³⁶ Reed Abelson, “For Insurers, Fight Is Now Over Details”, The New York Times, July 23, 2010 (visited Aug.13, 2010) <<http://www.nytimes.com/2010/07/24/business/24insure.html?ref=healthcarereform>>.

³⁷ NAIC, “Regulation for Uniform Definitions And Standardized Methodologies for Calculation of the Medical Loss Ratio for Plan Years 2011, 2012 and 2013 per Section 2718 (b) of The Public Health Service Act”, Oct 2010 (visited Nov.16, 2010) <http://www.naic.org/documents/committees_ex_mlr_reg_asadopted.pdf>.

《図表 13》医療の質の向上に要したコストに算入される取組み

取組み	具体例
アウトカムの改善	・効果的な慢性疾患管理 ・人種、民族による医療の効率性の格差是正
再入院の防止	・包括的な退院計画 ・適切な医療の専門家による、退院後のカウンセリング
患者安全の向上および医療過誤の軽減	・被害発生を防止するための最適な医療の特定、適用 ・院内感染リスクの軽減
ウェルネスおよび健康増進	・測定可能な改善を図るためのコーチングプログラム ・公衆衛生教育活動
医療のIT化	・データの抽出、分析、伝送 ・医療記録の電子化、医療プロバイダー間の共有

(出典) NAIC, “Regulation for Uniform Definitions And Standardized Methodologies for Calculation of the Medical Loss Ratio for Plan Years 2011, 2012 and 2013 per Section 2718 (b) of The Public Health Service Act”, Oct 2010 (visited Nov.16, 2010)

<http://www.naic.org/documents/committees_ex_mlr_reg_asadopted.pdf>.

(3) 連邦厚生省による規則の公表および医療損害率等に関する推計

連邦厚生省は11月22日、NAIC案に基づき、医療損害率の定義や算出方法等に関する規則³⁸を公表した³⁹。併せて連邦厚生省は、改革法上の定義に基づき算出される2011年の平均医療損害率や、法定最低医療損害率を下回った健康保険会社による払戻の金額およびその総収入保険料に対する割合を、個人向け市場、中小企業向け市場、大企業向け市場ごとに推計した結果も公表した(《図表 14》参照)。同省の中位推計によれば、特に個人向け市場は、改革法上の定義によらない(医療の質の向上に要したコストを考慮しない)健康保険の平均損害率は79.5%と法定最低医療損害率(80%)を下回っているが、改革法上の定義に基づく修正後は7.0ポイント引き上げられて86.5%と推計されている。

この引き上げ幅は、他の2つの市場を上回っている。一方、払戻を義務付けられる健康保険会社の総収入保険料に対する払戻金額の割合が最も高いのは中小企業向け市場で、8%と推計されている。

AHIPは公表された規則に関して、各州の保険監督当局からの提案を踏まえた内容であることに理解を示す一方、連邦厚生省長官の判断で法定最低医療損害率の下方修正が認められる個人向け市場のみならず、企業向け市場についても安定化に配慮する余地が残されている点、不正行為防止の取組みが考慮されていない点が問題であるとの見解を示した⁴⁰。

3. Exchangeの方向性に関する見方

前述のとおり、無保険者解消の最大の仕組みと位置付けられるExchangeは2014年に設立

³⁸ 75 Fed. Reg. 74,864 (2010).

³⁹ U.S. Department of Health & Human Services - News Release, “New Affordable Care Act rules give consumers better value for insurance premiums”, Nov.22, 2010 (visited Nov.26, 2010) <<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/11/20101122a.html>>.

⁴⁰ AHIP- Press Release, “AHIP Statement on MLR”, Nov.23, 2010 (visited Feb.7, 2011) <<http://www.ahip.org/content/pressrelease.aspx?docid=32163>>.

《図表 14》 2011 年における平均医療損害率等に関する連邦厚生省推計

	2011年の平均医療損害率に関する推計値			2011年の医療損害率に基づき翌2012年に加入者へ払い戻される金額に関する推計値	
	改革法上の定義によらない健康保険の平均損害率	改革法上の定義に基づく修正後の平均医療損害率 ^(注)	修正による引き上げ幅 ^(注)	総額(百万ドル) ^(注)	払戻を義務付けられる健康保険会社の総収入保険料に対する払戻金額の割合 ^(注)
個人向け市場	79.5%	86.5%	7.0ポイント	521	7%
中小企業向け市場	85.1%	90.8%	5.7ポイント	226	8%
大企業向け市場	88.6%	94.2%	5.6ポイント	121	5%

(注) 連邦厚生省は、改革法上の定義に基づく平均医療損害率等について、払戻金額の水準に応じた低位・中位・高位の3通りの推計を行っているが、上表は中位推計の結果を示している。

(出典) 以下の連邦公報をもとに、損保ジャパン総合研究所作成。75 Fed. Reg. 74,904 (2010)。

されることとなっており、各州において設立の準備が進められている。

Exchange をどのように具体化していくかについては各州に委ねられるが、2010年3月における改革法の成立に先立ち、独自にExchangeに相当する健康保険取引所を設立した州がある。すなわち、マサチューセッツ州が2006年にHealth Connector⁴¹、ユタ州が2009年にUtah Health Exchange⁴²をそれぞれ設立している。マサチューセッツ州のHealth Connectorの場合、保険料率は州政府と健康保険会社との交渉によって決定されるのに対して、ユタ州のUtah Health Exchangeの場合、州政府は保険料率の決定に介入せず、保険会社間の競争に委ねている。このように保険料率の決定における州政府の介入の有無という点において、Health ConnectorとUtah Health Exchangeは両極端をなしているため、他の州にとって制度を考える上で参考となる存在であり、他の州

のExchangeも、これら2つのいずれかに近い形となるのではないかと見られている⁴³。

V. おわりに

健康保険会社にとって今般のヘルスケア改革は、健康リスクに応じた引受や料率設定ができなくなること、法定最低医療損害率の遵守義務により管理コストや利益の抑制を余儀なくされること等により、従来のあるあり方を根本から見直さざるを得ないという問題をはらんでいる。不当とみなされない程度に保険料率を引き上げた上で法定最低医療損害率をいかに遵守するか、仮に遵守できないとしても、加入者への払戻金額をいかに低く抑えるかが、健康保険会社にとっての当面の課題である。

改革法は今後も段階的に施行されていくこととなるが、ヘルスケア改革を目指すオバマ政権には逆風が吹いている。野党共和党は、2010年の中間選挙において下院の過半数議席を獲得

⁴¹ Health Connector, "Health Care Reform: Timeline" (visited Feb.10, 2011) <<https://www.mahealthconnector.org/portal/site/connector/menuitem.aeceb4005a8e46bd7176b66033468a0c/?fiShown=default>>.

⁴² Utah Governor's Office of Economic Development – Press Release, "Governor's Office of Economic Development to launch the Utah Health Exchange", Aug.19, 2009 (visited Feb.10, 2011) <<http://www.exchange.utah.gov/images/stories/PDFs/Health20Exchange20Launch208.09.pdf>>.

⁴³ Robert Pear, "Health Care Overhaul Depends on States' Insurance Exchanges", The New York Times, Oct.23, 2010 (visited Nov.12, 2010) <http://www.nytimes.com/2010/10/24/health/policy/24exchange.html?_r=1&ref=healthcarereform>.

し、2011年1月に改革法を無効とする法案を可決した⁴⁴。この法案は翌2月、中間選挙で与党民主党が過半数議席を確保していた上院において否決された⁴⁵ものの、今後も共和党の反発が、オバマ政権によるヘルスケア改革への道のりを、改革法成立に至る過程と同様に厳しいものとする事が予想される。

また、2014年から施行される改革法における健康保険加入の義務化が違憲であるとして、フロリダ州をはじめとして連邦地方裁判所に提訴する州が相次いだ。2011年1月末までに26の州が提訴し、バージニア州東部とフロリダ州北部の連邦地方裁判所が違憲判断を下している⁴⁶。連邦司法省は控訴する動きを見せており⁴⁷、今後の司法判断が注目される。

改革法が成立して約1年が経過し、2014年に向けて米国のヘルスケア改革はこれからさらに本格化することとなるが、上述のように共和党の反発や違憲訴訟もあって、前途は予断を許さない状況にある。このような改革そのものの動向とともに、健康保険業界がすでに行われている改革によりいかなる影響を受け、また今後予定されている改革に向けていかなる動きを見せるかについても、引き続き注視することとしたい。

⁴⁴ Office of the Clerk of the U.S. House of Representatives, “Final Vote Results for Roll Call 14”, Jan.19, 2011 (visited Feb.14, 2011) <<http://clerk.house.gov/evs/2011/roll014.xml>>.

⁴⁵ U.S. Senate, “U.S. Senate Roll Call Votes 112th Congress - 1st Session”(visited Feb.14, 2011) <http://www.senate.gov/legislative/LIS/roll_call_lists/roll_call_vote_cfm.cfm?congress=112&session=1&vote=00009>.

⁴⁶ Office of the Attorney General of Virginia - Press Release, “Virginia wins federal court challenge over constitutionality of federal health care act: Health insurance mandate is unconstitutional”, Dec.13, 2010 (visited Feb.10, 2011)

<http://www.oag.state.va.us/PRESS_RELEASES/Cuccinelli/121310_HealthCare_Ruling.html>, Office of the Attorney General of Florida - Press Release, “U.S. District Court Judge Finds the Federal Health Care Law Unconstitutional”, Jan.31, 2011 (visited Feb.10, 2011)

<<http://www.myfloridalegal.com/newsrel.nsf/newsreleases/3C1041AF8C36B957852578290073A9B8>>.

⁴⁷ U.S. Department of Justice - The Justice Blog, “On the Northern District Court in Florida’s Affordable Care Act Ruling”, Jan.31, 2011 (visited Feb.14, 2011) <<http://blogs.usdoj.gov/blog/archives/1182>>, Robert Pear, “U.S. Appeals Florida Health Care Ruling”, The New York Times, Mar.8, 2011 (visited Mar.10, 2011)

<http://www.nytimes.com/2011/03/09/health/policy/09brfs-USAPPEALSFLO_BRF.html?ref=healthcarereform>.