

## 2006 年米国健康保険市場データ

### 目次

#### I. はじめに

#### III. 医療コストの概況

#### II. 健康保険市場の概況

研究員 後藤 愛

### 要約

本稿は、2006 年を基準点とした米国の健康保険市場および医療コストの動向について、主として統計データに基づき分析を行ったものである。2006 年の米国の健康保険市場は、2006 年 1 月に施行されたメディケア・パートD（処方箋薬剤給付）の影響を強く受けることとなった。メディケアに参画する営利保険会社の加入者数および収入は増加したが、メディケアに関連する事業は、損害率が高い傾向にあり、事業費を削減することで、収益性を維持している。

### I. はじめに

当研究所は、継続的に米国健康保険市場の動向を調査・分析し、損保ジャパン総研クォーターリー（以下、「クォーターリー」とする。）において公表している。各回のクォーターリーは、米国健康保険市場の統計データに加え、その時点の特徴的な動向を取り上げ、現地取材による当事者および有識者等へのインタビュー内容も踏まえて構成している。最近では、クォーターリー第 47 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－2005 年を中心とする概況と最近の動き－」を掲載した。

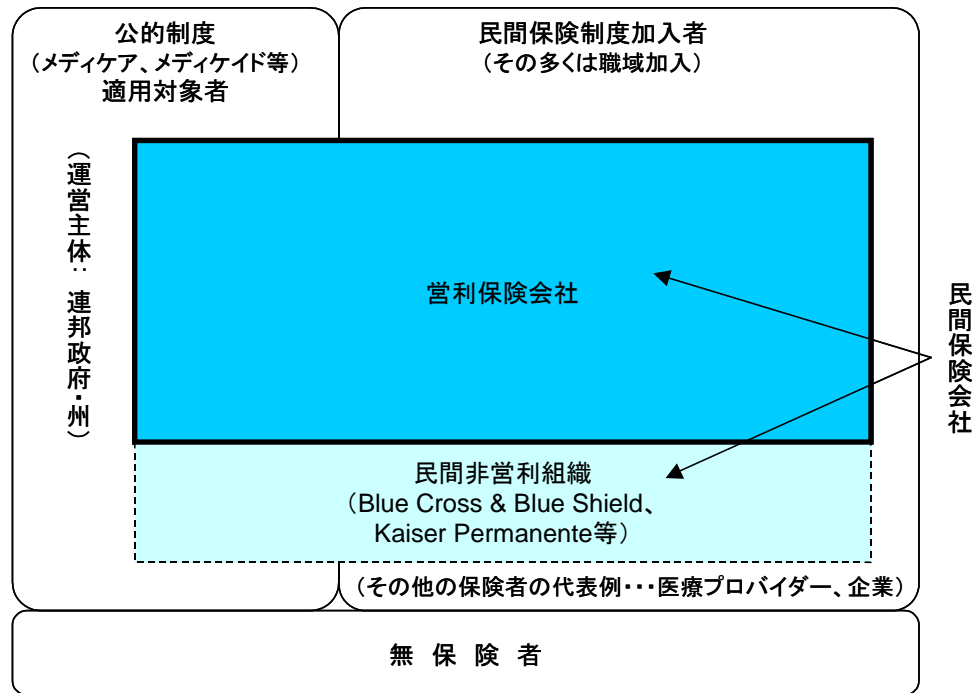
本稿は、クォーターリー第 47 号に掲載した統計データをアップデートする目的で、2006 年の米国健康保険市場に関する統計データを紹介し、解説するものである。

本稿では、営利保険会社および民間非営利組

織（以下、両者を合わせて「民間保険会社」とする。）を中心に、米国健康保険市場の状況を、特に営利保険会社の視点から客観的かつ実務的に分析する。米国においては、民間保険会社が、連邦および州政府が運営するメディケアやメディケイドのような公的制度の適用対象者に対しても、健康保険プランを提供している（《図表 1》参照）。そこで、公的制度の領域に関しても、民間保険会社が健康保険プランを提供している範囲を分析の対象に含めている。また、営利保険会社の視点に立つものの、必要に応じ、または、使用した資料の特性に応じて、民間非営利組織にも言及する。

なお、本稿は、内容に一部加筆を行い、最近の特徴的な動向に関する調査・分析を加えた上で、クォーターリーへの掲載を予定している。

《図表 1》 米国ヘルスケア市場における営利保険会社の位置づけ



(注) Blue Cross & Blue Shield および Kaiser Permanente については、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) の<付録 1>2.(1)を参照のこと。

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

## II. 健康保険市場の概況

### 1. 健康保険市場全体の動向

#### (1) 営利保険会社の収益状況

営利保険会社の 2006 年の収益状況を、A.M.BEST のレポート<sup>1</sup>に基づき概観する。

《図表 2》のとおり、2005 年と比較すると、2006 年の営利保険会社 12 社の加入者総数の平均人数は 17.2%増加し、収入合計は 30.8%増加の 2,250 億ドルに達した。これは、営利保険会社がメディケアやメディケイド商品を取り扱っていることが影響している<sup>2</sup>。メディケアに参画している会社は、2006 年 1 月のメディケア・パート D (処方箋薬剤給付)<sup>3</sup>の施行とメディケ

ア・アドバンテージ<sup>4</sup>の新たなプランを増やしたことが、加入者数増加につながった。特に、UnitedHealth と Humana は多くのメディケア加入者を獲得した。UnitedHealth は、メディケア・パート D 単体で 570 万人、メディケア・アドバンテージで 26 万人の加入者を獲得した。Humana は、メディケア・パート D 単体で 350 万人、メディケア・アドバンテージで 44.5 万人の加入者を獲得した。また、WellCare Health Plans は、メディケア・パート D 単体で 92.3 万人、メディケア・アドバンテージで 2.1 万人の加入者を確保したことにより、2005 年末には

<sup>1</sup> Sally A. Rosen, "Medicare Drove Health Plans' Growth As M&A Climate Cooled in 2005", A.M.BEST Special Report, May.2007.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> メディケア・パート D については、本稿 II.2.(3)および

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) の<付録 2>1.(4)を参照のこと。

<sup>4</sup> メディケア・アドバンテージについては、同上、田中健司、森朋也、<付録 2>1.(3)を参照のこと。

《図表2》 営利保険会社12社の2006年の収益状況

	加入者総数		収入合計		収入保険料		支払保険金		純利益		損害率		事業費率	
	(万人)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(%)	差 (%)	(%)	差 (%)
WellPoint, Inc.	3,567	5.4%	570	27.9%	520	27.8%	425	29.2%	31.0	25.6%	81.8	0.9%	16.3	-0.8%
UnitedHealth Group	3,428	27.0%	715	54.1%	657	56.0%	533	58.3%	41.6	34.9%	81.2	1.2%	15.9	-0.8%
Aetna Inc.	1,575	6.7%	251	11.8%	211	11.5%	153	16.7%	17.0	8.2%	79.9	2.4%	20.5	-0.6%
Humana Inc.	1,127	59.3%	214	48.5%	207	48.0%	174	49.5%	4.9	64.0%	84.0	0.8%	15.0	-1.3%
CIGNA HealthCare, Inc.	957	5.3%	165	-0.8%	136	-0.4%	70	-4.4%	11.6	-40.7%	71.5	-0.6%	29.4	0.8%
Health Net, Inc.	663	4.5%	129	8.1%	127	7.8%	108	6.0%	3.3	43.0%	85.0	-1.5%	11.2	1.0%
Coventry Health Care, Inc.	321	26.1%	78	17.4%	69	19.7%	54	19.5%	5.6	11.6%	79.3	-0.1%	18.8	-0.4%
WellCare Health Plans Inc.	226	164.1%	38	100.2%	37	99.4%	30	99.2%	1.4	168.1%	81.1	-0.1%	13.7	-0.7%
AMERIGROUP Corp.	132	16.6%	28	21.7%	28	20.9%	23	15.8%	1.1	99.1%	81.1	-3.6%	14.1	1.8%
Centene Corp.	126	44.7%	23	51.4%	22	47.4%	19	52.6%	-0.4	-178.6%	85.5	2.9%	18.7	5.9%
Molina Healthcare Inc.	108	20.6%	20	21.5%	20	21.1%	17	17.8%	0.5	65.1%	84.6	-2.3%	12.6	1.7%
Sierra Health Services, Inc.	85	33.5%	17	24.0%	16	25.7%	13	26.9%	1.4	16.7%	79.9	0.8%	12.2	-0.7%
合計	12,314	17.2%	2,250	30.8%	2,050	31.8%	1,620	34.3%	118.8	17.8%				
12社平均	1,026		187		171		135		9.9		81.3	0.9%	17.1	-0.8%

(注) a. 加入者総数は2006年12月末の人数。

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

(出典) Sally A. Rosen, "Medicare Drove Health Plans' Growth As M&A Climate Cooled in 2005", A.M.BEST Special Report, May 2007 を基に損保ジャパン総合研究所作成。

加入者のうち92%がメディケイド、8%がメディケアというシェアであったが、2006年末には55%がメディケイド、45%がメディケアというシェアに変化し、メディケアの比率が大きく上昇した<sup>5</sup>。

メディケイド商品を主に扱う保険会社(Centene、AMERIGROUP、Molina、WellCare Health Plans)では、ジョージア州およびオハイオ州がメディケイドサービスを民間に移行したことに伴い、加入者が増加した<sup>6</sup>。

収益性について見ると、2006年は、2005年よりも営利保険会社12社の平均損害率が0.9%上昇した。その要因として、営利保険会社がメディケアやメディケイド分野へ進出していることが挙げられる。メディケアやメディケイド商品は、従来から営利保険会社が扱っていた商品よりも損害率が高い傾向にあるため、営利保険会社が今後メディケアやメディケイドの加入者を増加させていくにつれて、損害率も徐々に上昇していくとA.M.BESTは予測している。2006年、営利保険会社12社の平均損害率が0.9%上昇した一方で、事業費率を12社平均0.8%圧縮

したことにより収益を確保した<sup>7</sup>。A.M.BESTは、企業は収益性を増強または維持させるために、事業費に焦点を当てるべきだと指摘している。

## (2) 営利保険会社のM&Aの動き

A.M.BESTのレポート<sup>8</sup>により、営利保険会社および民間非営利組織のM&Aに関する最近の動きを概観する。

2005年末、大手営利保険会社であるUnitedHealthとPacificare<sup>9</sup>、WellpointとWellchoice<sup>10</sup>がそれぞれ合併を完了した。これにより、ここ数年の大規模な営利保険会社のM&Aの流れは一段落し、2006年は、営利保険会社による大規模なM&Aは見られなかった。大手の営利保険会社はM&Aにより年々大型化

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> A.M.BEST Special Report (Health Review/Preview), "The Battle For Position", Jan.2007.

<sup>9</sup> United Health Group, Newsroom, "UnitedHealth Group Completes Merger with PacificCare Health Systems, Inc.", (visited Nov. 21, 2007) <<http://www.unitedhealthgroup.com/news/rel2005/1221PHS.htm>>.

<sup>10</sup> Wellpoint, Press Release, "WellPoint and WellChoice Complete Merger", (visited Nov.21, 2007) <[http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=130104&p=irol-newsArticle\\_general&t=Regular&i=799275&](http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=130104&p=irol-newsArticle_general&t=Regular&i=799275&)>.

<sup>5</sup> A.M.BEST Special Report, May.2007, *supra*.

<sup>6</sup> Ibid.

しており、今後、さらに市場集中が進むような大規模な買収を行うことは困難であろうと A.M.BEST は予測している。したがって、大手営利保険会社は、販売地域または商品ラインの拡大を目的とした地方の中小規模の保険会社の買収を続けていくことになるだろうと、A.M.BEST は予測している。

2006年のM&Aに関する新しい動きとして、プライベート・エクイティ（以下、「PE」とする。）・ファンド<sup>11</sup>が、投資対象として営利保険会社を買収した事例を、A.M.BEST は挙げている。複数のPEファンドがコンソーシアム（連合体）を結成して、営利保険会社を買収した事例、営利保険会社の経営陣がPEファンドとともに、親会社から株式を買い取り、独立した事例が紹介されている。

A.M.BEST はこのような事例を基に、PEファンドによる営利保険会社の買収という動きが今後も続くのかどうか未だ結論を出すことはできないが、営利保険会社間のM&Aの動向に与える影響について注視していく必要があると指摘している。

### （3）民間非営利組織（BCBS、Kaiser Permanente）の動向

#### ① ブルークロス、ブルーシールドの状況

Blue Cross Blue Shield（以下、「BCBS」とする。）協会の公表資料<sup>12</sup>により、BCBSの状況を概観する。

BCBSは、病院費用を支払うブルークロスと医師費用を支払うブルーシールドより成る。全

米各地に設立され、2007年10月時点で営利組織化した企業を含め39のBCBS組織がある。各BCBS組織は独立して運営されているが、グループ全体では39のBCBS組織とBCBS協会より成り、BCBSシステムと呼ばれる。BCBSシステムは、健康保険事業において全米で最も古く最も大きなグループ（family of health benefits companies）であり、全50州で事業を展開している。BCBSシステム全体の従業員数は全米で15万人以上にのぼり（BCBS協会は約880人以上）、グループ全体では米国の従業員数トップ20企業に匹敵する。また、全米の90%以上の病院、80%以上の医師がBCBSと契約している。

BCBSの加入者は9,900万人以上にのぼり、全米人口の約1/3にあたる。加入者のうち6,580万人はPreferred Provider Organization（以下、「PPO」<sup>13</sup>とする。）、1,580万人はHealth Maintenance Organization（以下、「HMO」<sup>14</sup>とする。）、480万人はPoint-of-service Plan（以下、「POS」<sup>15</sup>とする。）に、1,290万人は伝統

《図表3》BCBSの保険プラン別加入者数

保険プラン	加入者数
PPO	6,580万人
HMO	1,580万人
POS	480万人
出来高払い	1,290万人

（出典）Blue Cross Blue Shield Association, Blue News, "About the Blue Cross and Blue Shield Association" (Visited Mar.25,2008)

<<http://www.bcbs.com/about/>>より損保ジャパン総合研究所作成。

<sup>11</sup> 株式を公開していない企業に投資し、優良企業に育て上げ、投資先企業の株式を他の投資家に転売、または投資先企業の株式を上場して株式市場で売却するなどの手法により収益を得るファンド。

<sup>12</sup> Blue Cross Blue Shield Association, Blue News, "Company Facts" (visited Sep.18,2007) <<http://www.bcbs.com/news/press/facts/>>.

<sup>13</sup> PPOについては、前掲注3、田中健司、森朋也、<付録1>2.(3)参照のこと。

<sup>14</sup> HMOについては、同上、田中健司、森朋也、<付録1>2.(3)参照のこと。

<sup>15</sup> POSについては、同上、田中健司、森朋也、<付録1>2.(3)参照のこと。



的な出来高払いプランに加入している。

単一の州内で営業するのが BCBS の典型的な形式である。しかし、加入者がサービスエリア外に転居し居住する場合や旅行中にも支払いを受けられるようにするため、「Blue Card」という名称の、独立した各 BCBS 組織を結びつける電子ネットワークがある。このネットワークにより、全米で大規模に事業を展開する企業も BCBS へ加入することが可能となっている。

「Blue Card」には、「Blue Card Worldwide」という名称の、国内旅行者および国外旅行者向けのサービスがある。世界中の 200 の国と地域の医療機関・医師とネットワークを持っており、加入者に対し 365 日 24 時間体制で医療機関へのアクセスを支援する。

また、米国に本拠を置く企業に所属し、普段は米国に在住する労働者が、米国外で就業する場合または米国に在住していない労働者が米国や母国外で就業する場合を対象とした、「Blue Worldwide Expat」がある。このサービスは、世界 10 万の医療機関にアクセスでき、365 日 24 時間電話によるカスタマーサービスが受けられ、60 以上の言語が対応している。また、保険金請求に対して、10 営業日以内に支払いが行われる<sup>16</sup>。

続いて、BCBS の M&A の動きについて概観する<sup>17</sup>。2006 年の BCBS の M&A 活動は、営利組織化して株式を公開したために買収可能となった BCBS が Wellpoint に集約されてしまったため、非営利の BCBS 同士の活動が行われた。BCBS の登録は、州の監督当局の承認を必要としているが、多くの州では営利組織化するのではなく、非営利のまま存続する方が望ましいと

考えているため、今後の営利化は難しいと考えられる<sup>18</sup>。

## ② Kaiser Permanente の状況

Kaiser Permanente の公表資料<sup>19</sup>により、Kaiser Permanente の状況を概観する。

Kaiser Permanente は、全米で最大の HMO である。2007 年 5 月時点で 870 万人の加入者を有し、カリフォルニア州を中心に 9 州とワシントン D.C. で事業を展開する民間非営利組織であり、営利保険会社の有力な競争相手となっている<sup>20</sup>。

《図表 4》は、Kaizer Permanente の 2006 年の状況を、2005 年と比較したものである。2006 年の加入者は、2005 年と比べて 21.3 万人増加して 840 万人となり、2006 年の保険料収入は 2005 年の 311 億ドルより増加し、344 億ドルとなった。また、サービス向上のための投資額は 28 億ドルとなり、前年の 25 億ドルから投資額は増加している一方で、純利益が 13 億ドル、営業利益率は 2.8% であり、前年の 10 億ドル、2.6% より上昇した。

## 2. セグメント別概況

米国の健康保険市場を見る場合、民間保険制度に関する部分と、メディケアやメディケイド

<sup>18</sup> 2007 年 3 月、Highmark と Independence Blue Cross は合併の合意に至っている。A.M.BEST はこれらの動きにより、非営利の BCBS 同士の今後の M&A 活動が活発化すると予測している。A.M.BEST Special Report, May.2007, *supra*.

<sup>19</sup> Kaiser Permanente, “News release”(visited Nov.28, 2007) <[http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat\\_070215\\_2006\\_performance\\_KFHP.html](http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat_070215_2006_performance_KFHP.html)>, “Facts and statistics”(visited Oct.11, 2007) <<https://newsmedia.kaiserpermanente.org/kpweb/fastfactsmedia/entrypage2.do>>.

<sup>20</sup> Kaiser Parmanente の加入者総数は、《図表 2》に掲げた大手営利保険会社と比較すると第 6 位の規模に匹敵する。

<sup>16</sup> *Blue worldwide Expat*, (visited Mar.24,2008) <[https://www.axa-web.com/bwe/pdf/Expat\\_8.02.pdf](https://www.axa-web.com/bwe/pdf/Expat_8.02.pdf)>.

<sup>17</sup> A.M.BEST Special Report, Jan.2007, *supra*.

《図表 4》 Kaiser Permanente の2006年の状況 (2005年との比較)

	2006年	2005年
加入者数	870万人	840万人
保険料収入	344億ドル	311億ドル
純利益	13億ドル	10億ドル
営業利益率	2.8%	2.6%
サービス向上への投資額	28億ドル	25億ドル

(出典) Kaiser Parmanente, "News release"(visited Nov.28,2007)

<[http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat\\_070215\\_2006\\_performance\\_KFHP.html](http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat_070215_2006_performance_KFHP.html)>

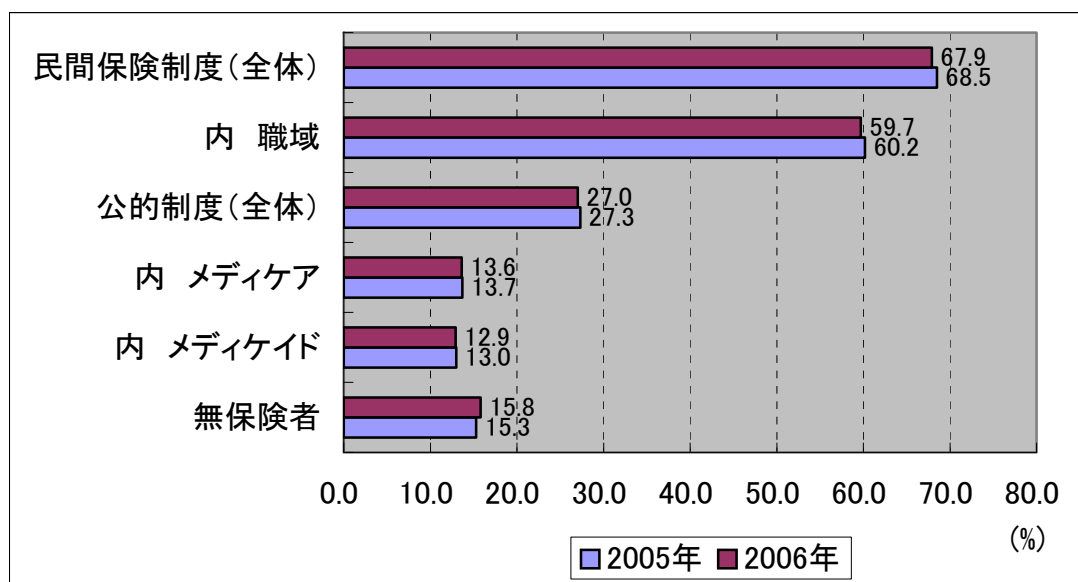
より損保ジャパン総合研究所作成。

といった公的制度<sup>21</sup>に関する部分に分けて、その特徴を把握することが一般的である。ここでは、民間保険制度の中心である職域の状況および公的制度であるメディケアやメディケイドの適用対象者の状況を概観する。なお、2007年のデータに関しては、執筆時点において判明しているものについては記載をしている。

### (1) 概観

米国における健康保険市場は、企業が民間保険会社からサービスを購入して従業員に提示し、従業員がそれに加入する方法、すなわち職域での民間保険制度加入が中心である。《図表 5》に示すとおり、米国国政調査局 (U.S.Census Bureau) によれば、2006年、全人口のうち民間保険制度加入者が67.9%、公的制度加入者が27.0%、無保険者が15.8%と推計されている<sup>22</sup>。

《図表 5》健康保険への加入状況



(出典) U.S.Census Bureau, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006", Aug.2007, p.20.

<sup>21</sup> メディケア、メディケイドについては、前掲注3、田中健司、森朋也、<付録 2>を参照のこと。

<sup>22</sup> 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。

また、民間保険制度加入者のうち、職域で加入している者は全人口の59.7%と推計されている。

## (2) 職域市場の状況

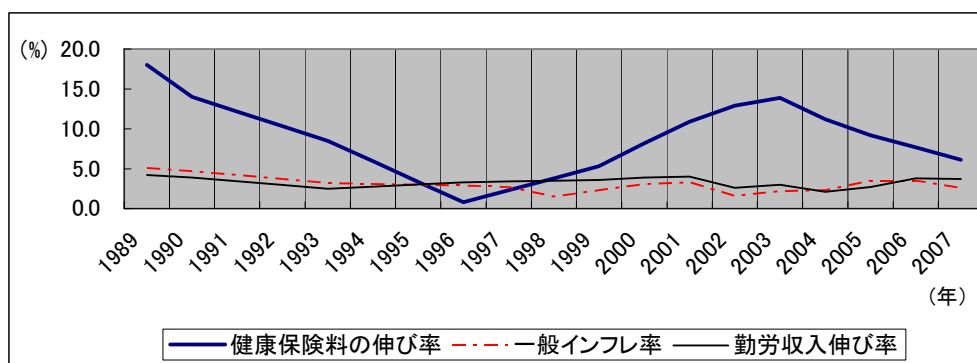
《図表 6》は職域における健康保険料の伸び率と、一般インフレ率、勤労収入の伸び率の経年変化を表したものである。健康保険料の伸び率は、近年徐々に鈍化しているものの、依然として一般インフレ率（Overall Inflation）（2.6%）および勤労収入伸び率（3.7%）を上

回っている。

### ① 企業の状況

《図表 7》は、従業員に健康保険プラン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。従業員規模が大きいほど従業員に健康保険プランを提供する割合が高くなっており、その傾向はここ数年変わっていない。25-49名の企業では2004年に上昇し、2006年まで横ばいであったが、2007年には再び低下した。

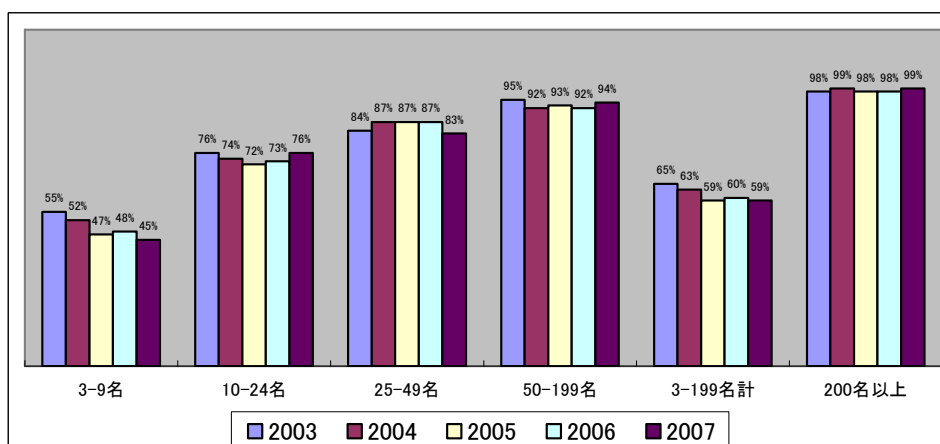
《図表 6》健康保険料の伸び率の推移



	1991	1994	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
健康保険料の伸び率	12.2	5.9	2.3	8.2	10.9	12.9	13.9	11.2	9.2	7.7	6.1
一般インフレ率	4.2	3.1	2.7	3.1	3.3	1.6	2.2	2.3	3.5	3.5	2.6
勤労収入伸び率	3.4	2.8	3.4	3.9	4.0	2.6	3.0	2.1	2.7	3.8	3.7

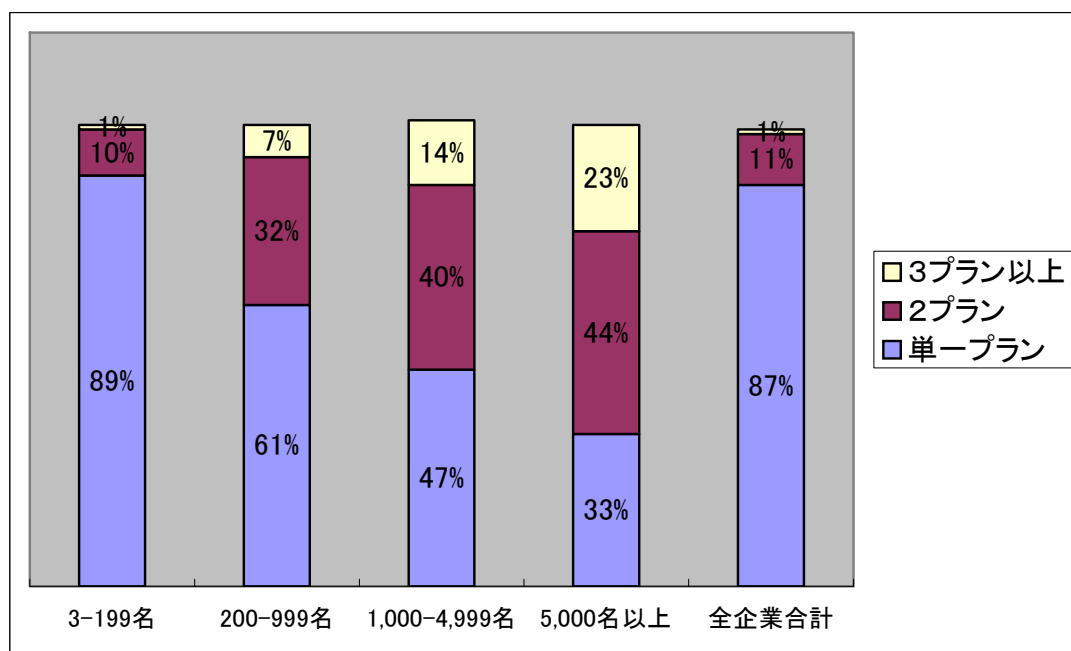
(出典) The Kaiser Family Foundation, "Employer Health Benefits 2007 Annual Survey" (visited Sept.12, 2007) <<http://www.kff.org/insurance/7527/upload/7527.pdf>>, Exhibit 1.1(p.13).

《図表 7》健康保険プランを提供している企業の割合



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 2.2(p.32).

《図表 8》 従業員規模別に見た提示プラン数別の企業数分布 (2006年)



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 4.1(p.57).

米国の民間保険は、インデムニティ型、マネジドケア型 (HMO、PPO および POS) といった種類により<sup>23</sup>、利用できる医療プロバイダーに関する制限、医療プロバイダーから受けられるサービスおよび保険料の水準などが異なる。そこで、企業が健康保険プランを提供する場合でも、複数の健康保険プランを設定し、その中から従業員が好みのものを選ぶという方式が取られることがある。《図表 8》は従業員規模別に、提示しているプラン数の企業割合を示したものである。全企業のうち、従業員に対して複数プランを提示している企業は 12%にすぎない。

複数プランを提示している企業の割合は従業員規模が大きいほど高くなっており、3-199 名の中小企業では 11%であるのに対し、5,000 名以上の大企業では 67%にのぼっている。

《図表 9》は、従業員に健康保険プランを提

示した企業のうち、免責金額を高く設定した High-Deductible Health Plan (以下、「HDHP」とする。)を提示した企業の割合である。Health Reimbursement Arrangement (以下、「HRA」とする。)を用いたものと、Health Savings Account (以下、「HSA」とする。)を用いたものを提示した企業の割合を示しているが、HDHP (HRA を用いたもの)を提示した企業の割合が大幅に上昇し、HDHP (HSA を用いたもの)を提示した企業の割合も上昇している。

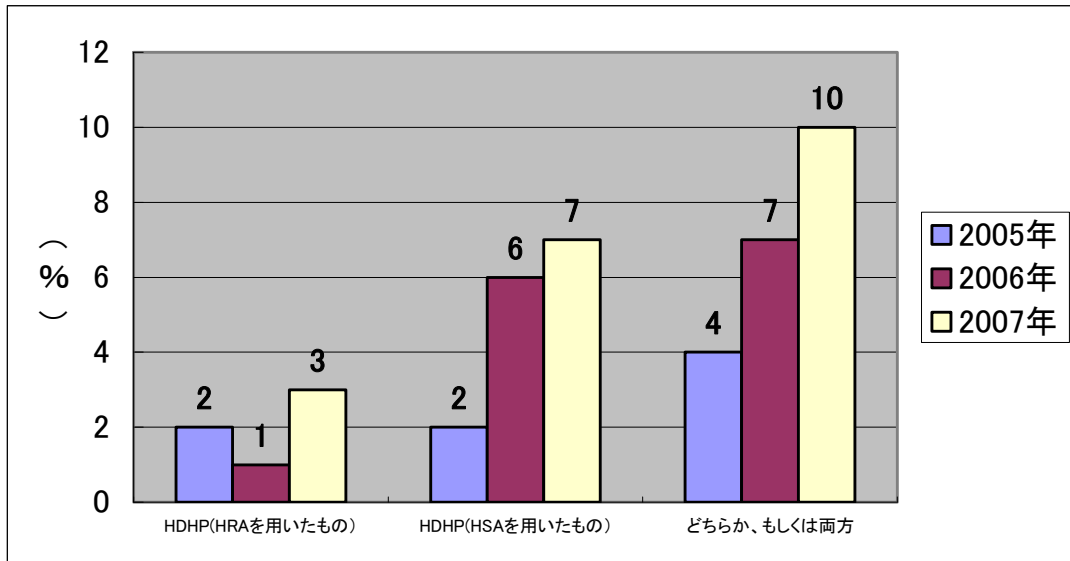
《図表 10》は、コスト抑制策の効果に対する企業の考え方を、従業員 3-199 名の中小企業(以下、「中小企業」とする。)および 200 名以上の大企業 (以下、「大企業」とする。)に分けて調べたものである。「大変効果的」または「ある程度効果的」と答えた企業の割合は、「Disease Management」(以下、「DM」とする。)<sup>24</sup>については中小企業 71%、大企業 85%、「従業員の

<sup>23</sup> インデムニティ型 (健康保険プラン)、マネジドケア型 (健康保険プラン) については、前掲注 3、田中健司、森朋也、<付録 1>2.(3)を参照のこと。

<sup>24</sup> DM については、同上、田中健司、森朋也、<付録 1>2.(1)を参照のこと。



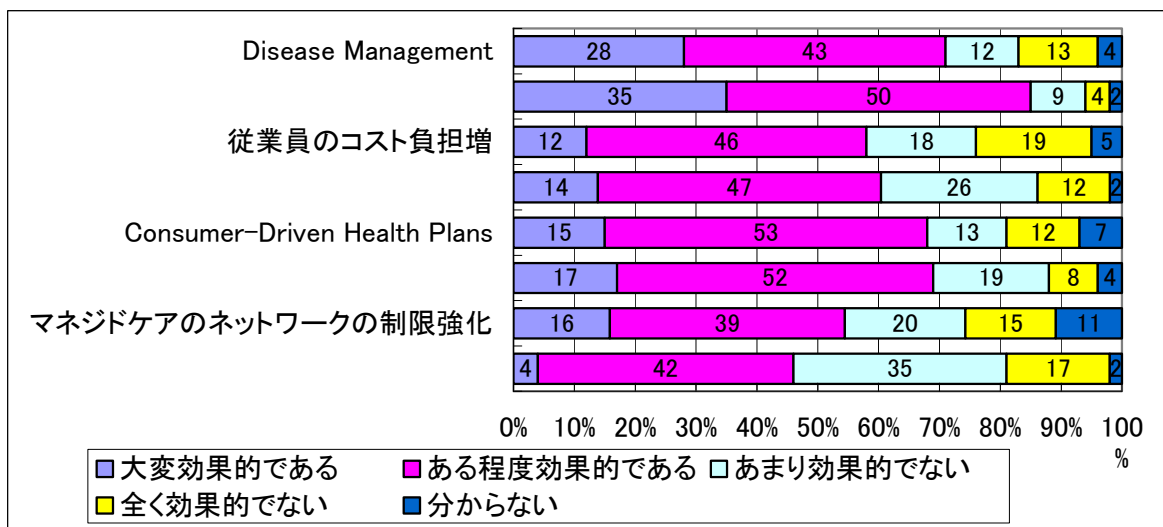
《図表9》 従業員に健康保険プランを提示した企業のうち、  
HDHP (HRA,HSA を用いたもの) を提示した企業の割合



- (注) a. HDHP (HRA を用いたもの) は「HRA と合わせて提供され、免責金額が個人の契約で \$ 1,000 以上、家族契約で \$ 2,000 以上に設定されている健康保険プラン」と定義され、HDHP (HSA を用いたもの) 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プラン」と定義される。
- b. 従業員に健康保険プランを提供した企業のうち、HDHP(HRA を用いたもの)およびHDHP(HSA を用いたもの) の両方を提供した企業は、2005年 0.3%、2006年 0.4%および2007年 0.2%である。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 8.1(p.130).

《図表10》 コスト抑制策の効果に関する企業の考え方



- (注) グラフ上段、従業員が 3-199 名の中小企業  
 グラフ下段、従業員が 200 名以上の大企業

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 12.1(p.185).

コスト負担増」については中小企業 58%、大企業 61%、「Consumer-Driven Health Plans」については中小企業 68%、大企業 69%、「マネジドケアのネットワークの制限強化」については中小企業が 55%、大企業が 46%という水準であった。

## ② 従業員の状況

《図表 11》に示すとおり、職域で雇用主の提供する健康保険プランに加入している従業員の割合は、2007 年においては全体の 59%となっている。2002 年から 2006 年にかけて連続して低下したが、2007 年は前年から横ばいとなった。企業の規模別に見ると、従業員が 200 名以上の大企業では 65%であり、2002 年から続いた低下傾向から上昇に転じた。従業員 199 名以下の中小企業では 50%であり、2006 年から低下した。

企業が従業員に健康保険プランを提供している場合でも、全従業員が利用資格を持っているわけではない。また、利用資格を持っている従業員であっても、必ずしも全員が加入するわけではない。《図表 12》は、従業員のうち利用資格を持つ従業員の割合および利用資格を持つ従業員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。

全体では、健康保険プランを提供している企業の従業員のうち、利用資格を持っているのは 79%、利用資格を持っている社員のうち実際に加入することを選ぶ従業員は 82%となっている。したがって、健康保険プランを提供する企業の従業員のうち、そのプランに実際に加入する従業員の割合は 65%である。これらの割合は従業員規模別や地域別にはさほど大きな差は見られないが、業種別には大きな差が見られる。特に小売業では、利用資格を持つ従業員割合、利用資格者のうち加入することを選ぶ従業員割合ともに全業種の中で最も小さく、従業員のうち実際に加入している者の割合は 44%である。

《図表 13》は、実際に従業員が選択した健康保険プランのシェア推移を示したものである。PPO のシェアは拡大を続けていたが、2007 年には低下した。一方、HMO、POS およびインデムニティ型のシェアは年々低下してきている。ただし、2007 年に限ると前年からほぼ横ばいとなっている。

《図表 14》はプラン別保険料水準対前年比伸び率の推移を見たものである。保険料水準は一貫して上昇を続けているものの、2007 年全体の伸び率は 6.1%となり、2003 年から連続して上昇の程度が鈍化してきている。プラン別の伸び

《図表11》健康保険プランに職域で加入している従業員の割合の推移

	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
<b>企業規模</b>						
3-24名	45%	44%	43%	41%	45%	42%
25-49名	57%	59%	56%	55%	55%	51%
50-199名	64%	61%	56%	59%	62%	59%
200-999名	69%	68%	69%	65%	66%	65%
1,000-4,999名	70%	69%	68%	69%	68%	69%
5,000名以上	68%	68%	67%	66%	60%	63%
中小企業計(3-199名)	54%	53%	50%	50%	53%	50%
大企業計(200名以上)	69%	68%	68%	66%	63%	65%
全合計	63%	62%	61%	60%	59%	59%

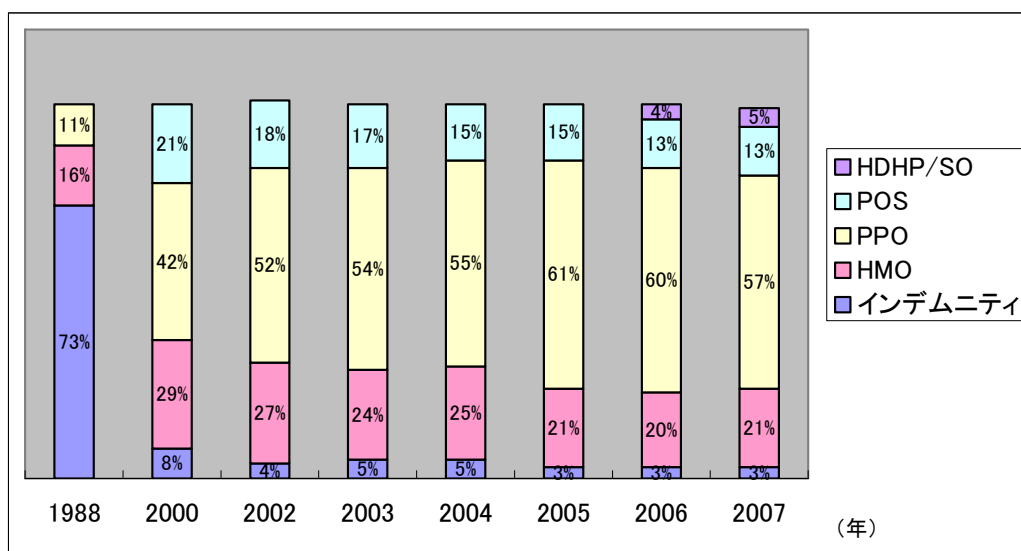
(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 3.1(p.47).

《図表12》従業員規模、地域、業種別健康保険加入従業員の割合（2007年）

	利用資格を持つ 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%	81%	67%
25-49名	84%	75%	63%
50-199名	76%	83%	63%
3-199名計	80%	81%	64%
200-999名	77%	84%	66%
1,000-4,999名	82%	84%	69%
5,000名以上	76%	81%	63%
200名以上	78%	83%	65%
地域			
Northeast	79%	80%	64%
Midwest	78%	82%	65%
South	79%	81%	64%
West	78%	85%	66%
業種			
農業/鉱業/建設	75%	78%	56%
製造	92%	85%	79%
運輸/通信/電気・ガス・水道	84%	90%	76%
卸	79%	81%	64%
小売	57%	76%	44%
金融	90%	83%	75%
サービス	77%	79%	61%
州/地方政府	87%	92%	80%
医療関係	77%	84%	64%
合計	79%	82%	65%

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 3.2(p.48).

《図表13》加入プラン別従業員数分布の推移



(注) a. HDHP/SO は、High-Deductible Health Plan with Savings Option の略。出典では、「HRA と合わせて提供され、免責金額が個人の契約で\$1,000 以上、家族契約で\$2,000 以上に設定されている健康保険プラン、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プラン」と定義されている。

b. 2006 年より 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いた。

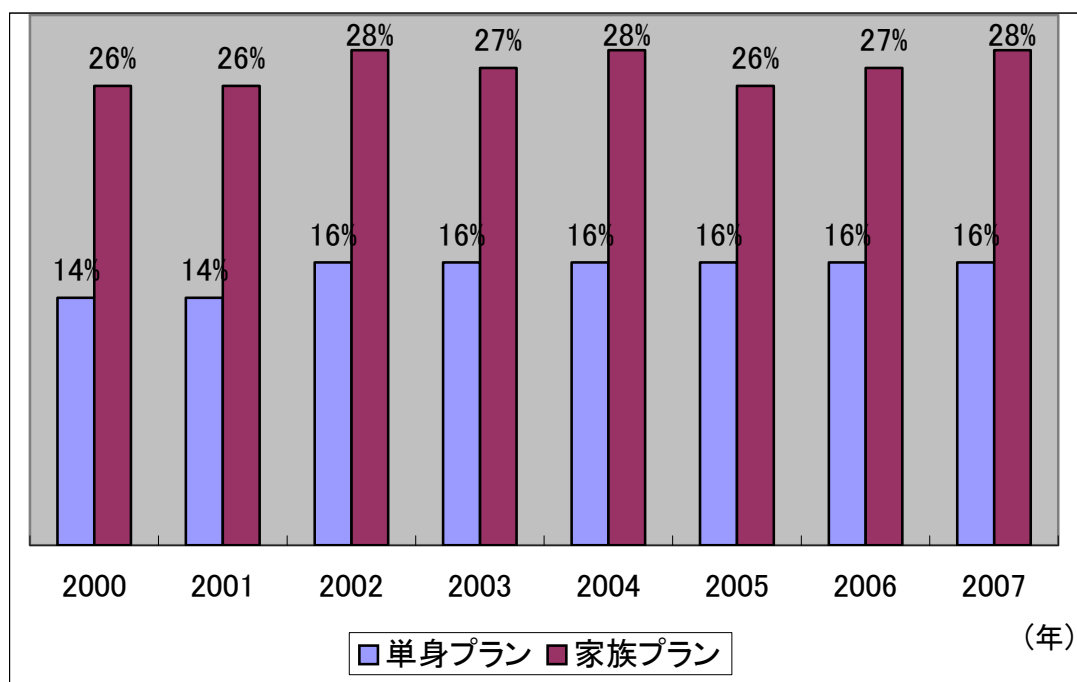
(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 5.1(p.63).

《図表14》 プラン別保険料水準対前年比伸び率の推移

	1996年	2001年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
インデムニティ	1.9%	11.3%	14.3%	11.1%	5.0%	8.4%	7.3%
HMO	-0.2%	10.4%	15.2%	12.0%	9.4%	8.6%	8.3%
PPO	1.0%	11.6%	13.7%	10.9%	9.4%	7.3%	5.3%
POS	1.1%	9.9%	13.2%	11.3%	9.1%	8.4%	5.7%
HDHP/SO	-	-	-	-	-	4.8%	6.3%
合計	0.8%	10.9%	13.9%	11.2%	9.2%	7.7%	6.1%

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 1.3(p.15).

《図表15》 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.2007, *supra*, Exhibit 6.1(p.68).

率を見ると、High-Deductible Health Plan with Savings Option (以下、「HDHP/SO」とする。)の伸び率が上昇しており、他のプランの伸び率は2006年に比べ鈍化している。

《図表15》は、保険料のうち従業員が負担する割合を、単身プランと家族プラン別に示したものである。2000年からその水準はあまり変化しておらず、単身プランは14-16%、家族プランは26-28%で推移している。

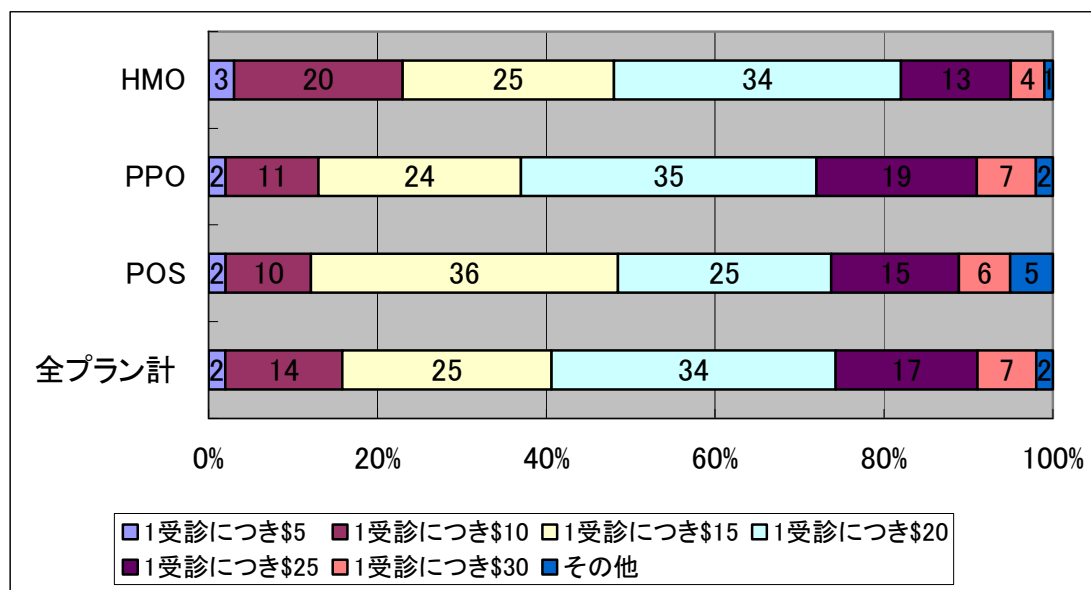
民間保険に加入した従業員は、保険料の負担だけではなく、実際にかかった医療費の額に関

係なく受診毎に定額を自己負担する場合がある。これを copayment という。《図表16》は copayment のあるプランの加入者の中で、プラン別、copayment の金額別に加入者数割合を比較したものである。いずれのプランもほとんどが10-25ドルの水準であり、その割合は全体の約9割にのぼる。

### (3) 公的保険制度(メディケア、メディケイド) 適用対象者

米国の医療保障は民間の医療保険を中心に成

《図表16》 医師の診察 1 回につき自己負担する受診料金額の分布（加入プラン別、2007年）



（出典） The Kaiser Family Foundation, Sept.2007, *supra*, Exhibit 7.21(p.112)より損保ジャパン総合研究所作成。

り立っているが、高齢者、障害者および低所得者等はメディケアや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、2006年で全人口の27.0%であり、メディケアの加入者は国民全体の13.6%、メディケイドの加入者は国民全体の12.9%である（《図表5》参照）。

また、第I章で述べたように、民間保険会社もCenters for Medicare & Medicaid Services（以下、「CMS」とする。）と契約し、メディケアやメディケイドのような公的制度の適用対象者に対して健康保険プランを提供している。

2006年の公的保険制度の大きな動きとして、メディケア・パートDの施行が挙げられる<sup>25</sup>。ここでは、CMSの発行した、“Introducing Medicare’s New Coverage for Prescription Drugs”<sup>26</sup>に基づきメディケア・パートDを概観

する。メディケア・パートDとは、処方箋薬剤給付をカバーするため民間保険会社が提供する保険であり、2006年1月1日に施行された。メディケアに加入している者は誰でも任意で加入することができる。また、メディケア・アドバンテージの中には、処方箋薬剤給付をカバーしているプランもある。2006年において、保険料平均は月に約37ドル、免責金額は年に最大250ドルであった。

### Ⅲ. 医療コストの概況

#### 1. 医療コストの動向

CMSによれば、2006年の米国医療コスト（National Health Expenditures、以下、「NHE」とする。）<sup>27</sup>は21,055億ドルとなって

<sup>25</sup> CMS, “Prescription Drugs Coverage – General Information” (visited Nov.1,2006) <<http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/>>.  
<sup>26</sup> CMS, “Introducing Medicare’s New Coverage for Prescription Drugs” (visited Nov.21,2007)

<<http://www.medicare.gov/MedicareReform/drugbenefit.asp>>.  
<sup>27</sup> 米国医療コストとは、病院、ナーシングホーム、在宅医療等の医療プロバイダーにおけるヘルスケア関連費用および公的部門・民間部門における保険料等の合計である。CMS, “National Health Expenditure Data Overview” (visited Sept.4, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>>.



いる。この数値は一貫して伸び続けており、ここ10年ほどで約2倍の水準となっている。2006年の対前年比伸び率は6.7%であり、ピークであった2002年の9.1%からはやや鈍化してきている。また、2006年のNHEの名目GDPに対する比率は、前年と比べて0.1%上昇し、16.0%となった(《図表17》参照)。

国民1人当たりNHEを見ると、2006年は2005年より5.7%上昇している(《図表18》参照)。伸び率は2002年の8.0%をピークに低下傾向にある。

## 2. メディケアの処方箋薬剤給付によって変化の生じた2006年の医療コスト

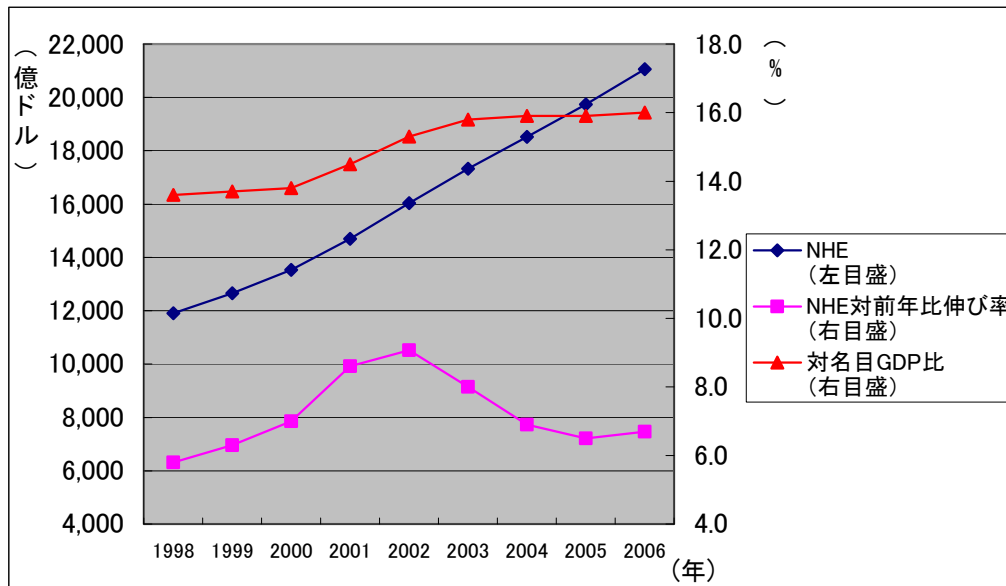
2006年の医療コストについて、Health Affairsに掲載されたレポート“National Health

Spending In 2006: A Year Of Change For Prescription Drugs”<sup>28</sup>に基づき概観する。

### (1) メディケア・パートDの施行における医療コストへの影響

《図表19》は、1970年から2006年におけるNHEの対前年比伸び率について、支出カテゴリー別に分析したものである。個人医療費のうち、専門家によるサービス費の対前年比伸び率は2005年から2006年にかけて、7.1%から6.1%に、在宅医療費、ナーシングホームケア費に関しては、2005年から2006年にかけて、6.9%から5.3%に低下した。一方、医療用品費に関しては、2005年から2006年にかけて、5.2%から7.3%に上昇した。医療用品費を構成する項目を見ると、処方箋薬剤費において2005

《図表17》 米国医療コスト (NHE) の推移

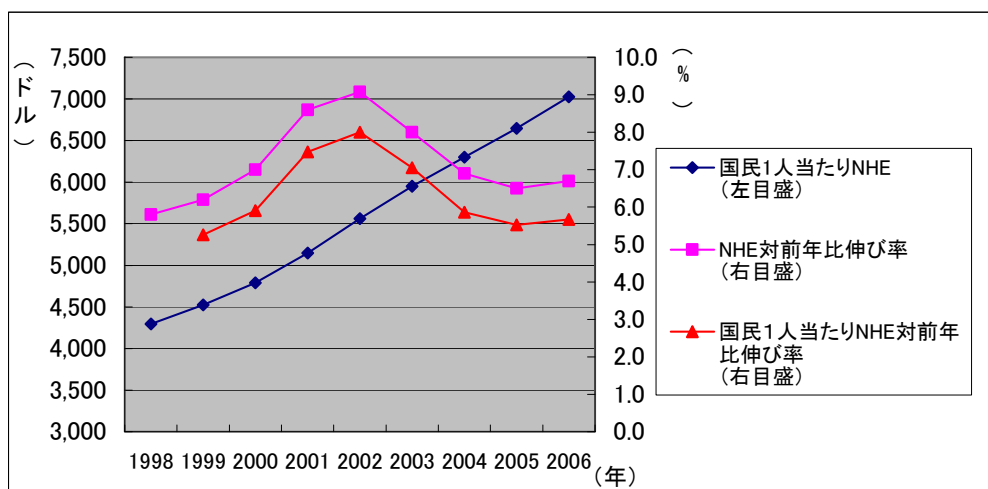


(出典) CMS, “National Health Expenditures”(visited Nov.1.2007)

<<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>>.

<sup>28</sup> Aaron Catlin, Cathy Cowan, Micah Hartman, Stephen Heffler, and the National Health Expenditure Accounts Team., “National Health Spending In 2006: A Year Of Change For Prescription Drugs”, Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2008, 27(1): 14-29.

《図表18》国民1人当たり米国医療コスト（NHE）の推移



(出典) CMS, "National Health Expenditures", supra.

《図表19》米国医療コスト（NHE）の対前年比伸び率（カテゴリー別）の推移

	1970a	1980a	1990a	2000a	2003	2004	2005	2006
NHE	10.5%	13.0%	10.9%	6.6%	8.6%	6.9%	6.5%	6.7%
医療サービスおよび医療用品費	10.4%	13.3%	11.1%	6.6%	8.6%	6.8%	6.5%	6.6%
個人医療費	10.4%	13.1%	11.0%	6.5%	8.3%	7.0%	6.8%	6.6%
病院費	11.6%	13.9%	9.6%	5.2%	8.0%	7.4%	7.3%	7.0%
専門家によるサービス費	9.5%	12.5%	12.4%	7.0%	8.4%	7.0%	7.1%	6.1%
医師や病院によるサービス費	10.1%	12.9%	12.8%	6.2%	8.3%	7.3%	7.4%	5.9%
その他の教授によるサービス費	6.6%	17.1%	17.5%	8.0%	7.8%	7.0%	7.1%	4.9%
歯科サービス費	9.1%	11.1%	9.0%	7.0%	7.4%	6.0%	6.3%	5.7%
その他	7.3%	10.1%	11.4%	14.5%	10.7%	5.7%	6.8%	9.5%
在宅医療費、ナーシングホームケア費	17.2%	17.2%	12.1%	6.8%	5.7%	6.3%	6.9%	5.3%
在宅医療費 <sup>b</sup>	14.5%	26.9%	18.1%	9.3%	7.6%	12.3%	12.3%	9.9%
ナーシングホームケア費 <sup>b</sup>	17.4%	16.4%	11.0%	6.1%	5.1%	4.2%	4.9%	3.5%
医療用品費	7.8%	9.4%	11.2%	8.7%	10.4%	6.8%	5.2%	7.3%
処方箋薬剤費	7.5%	8.2%	12.8%	11.6%	13.0%	8.4%	5.8%	8.5%
耐久性のある医療機器費	9.7%	8.9%	11.4%	5.6%	5.1%	1.5%	1.7%	2.3%
その他の非耐久性医療機器費	7.4%	11.4%	8.6%	3.0%	2.4%	2.1%	4.0%	3.5%
民間健康保険料と運営費	8.6%	16.0%	12.4%	7.6%	14.0%	6.6%	3.6%	8.8%
政府の公衆衛生活動費	12.8%	16.5%	12.0%	8.1%	7.4%	0.2%	4.4%	4.3%
投資	11.7%	9.9%	9.0%	6.5%	8.0%	8.9%	6.6%	7.4%
研究費 <sup>c</sup>	10.9%	10.8%	8.9%	7.3%	11.5%	9.1%	4.8%	2.9%
構造設備投資	11.9%	9.5%	9.1%	6.2%	6.5%	8.8%	7.4%	9.5%

(注) a. 1970年は1960-1970年、1980年は1971-1980年、1990年は1981 - 1990年、2000年は1991 - 2000年の対前年比伸び率の平均。

b. 在宅医療およびナーシングホームケアを行うための独立した設備のみ。追加サービスは病院設備から提供されるため、「病院費」として参入される。

c. 製薬会社、その他メーカーおよびその他医療設備・医療用品プロバイダーの研究・開発費は、「研究費」に含まれず、それぞれの製品費用に含まれる。

(出典) Aaron Catlin, Cathy Cowan, Micah Hartman, Stephen Heffler, and the National Health Expenditure Accounts Team., "National Health Spending In 2006: A Year Of Change For Prescription Drugs", Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, Exhibit2(p.w.16)より損保ジャパン総合研究所作成。

年から2006年にかけて5.8%から8.5%へと大幅に上昇した。

処方箋薬剤費に着目し、個人医療費への影響を見たものが《図表20》である。個人医療費について処方箋薬剤費を含む場合と除く場合に関わらず、2006年の伸び率はやや低下している。また、本表は個人医療費のうち、民間保険制度および公的保険制度ごとの伸び率と、それぞれの主要な内訳の伸び率を示している。公的保険制度であるメディケアについて、処方箋薬剤費を含む場合は、2005年から2006年にかけて、9.1%から16.9%へと大幅に上昇した。一方、処方箋薬剤費を除く場合は、2005年から2006年にかけて、9.0%から6.0%に低下した。このメディケアにおける処方箋薬剤費の伸びに関する動向は、第Ⅱ章において説明した通り、2006年1月に施行されたメディケア・パートDの処方箋薬剤給付の影響を受けたものである。

## (2) 医療コストの支払い主体別の分析

《図表21》、《図表22》は、医療コストを直接的に負担した主体別に分析したものである(以下、「支払い主体別」(Source of Funds)と

する。)

《図表21》は、支払い主体別に見た1970年から2006年のNHEの対前年比伸び率の推移を示したものである。民間部門の対前年比伸び率は、2005年から2006年にかけて6.1%から5.4%に低下した。一方、公的制度においては、2005年から2006年にかけて7.1%から8.2%に上昇した。公的制度のうち、メディケアは、2005年から2006年にかけて9.3%から18.7%へと大幅に上昇した。一方、メディケイドにおいては、2006年の対前年比伸び率は0.9%低下し、1965年にメディケイドが創設されて以来、初めての低下であった。

《図表22》は、医療コストのうち、特に処方箋薬剤費が何を通じて支払われたかについて、2005年と2006年の負担率を分析したものである。支払い主体のうち、公的制度(メディケア、メディケイドおよびその他公的制度)の占める割合は、2005年から2006年にかけて28%から34%へと増加した。さらにメディケアについて見ると、2005年から2006年にかけて2%から18%へ増加し、メディケイドに関しては2005年から2006年にかけて19%から9%に減

《図表20》個人医療費対前年比伸び率の比較(処方箋薬剤費を含む場合と、処方箋薬剤費を除く場合)

	処方箋薬剤費を含む		処方箋薬剤費を除く	
	2005	2006	2005	2006
個人医療費	6.8%	6.6%	7.0%	6.3%
民間保険制度	6.4%	5.4%	6.4%	6.6%
民間健康保険	6.9%	6.0%	7.0%	7.3%
自己負担	5.2%	3.8%	5.1%	5.3%
その他	6.4%	5.4%	6.4%	5.4%
公的保険制度	7.5%	8.0%	7.6%	5.9%
メディケア	9.1%	16.9%	9.0%	6.0%
メディケイド	7.3%	-1.3%	8.0%	5.6%
その他	3.6%	6.5%	3.0%	6.1%

(出典) Aaron Catlin et al., Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, *supra*, Exhibit3(p.w.17).

《図表21》米国医療コスト（NHE）の対前年比伸び率（支払い主体別）の推移

	1970a	1980a	1990a	2000a	2003	2004	2005	2006
NHE	10.5%	13.0%	10.9%	6.6%	8.6%	6.9%	6.5%	6.7%
民間部門	8.5%	12.1%	11.3%	5.9%	8.1%	6.2%	6.1%	5.4%
消費者 (consumer payments)	8.0%	12.1%	11.3%	5.8%	8.5%	6.4%	5.9%	5.1%
自己負担	6.8%	8.8%	8.9%	3.6%	5.2%	4.5%	5.2%	3.8%
民間健康保険会社	10.2%	16.1%	13.0%	6.9%	9.8%	7.1%	6.2%	5.5%
その他の民間部門	12.2%	12.2%	11.1%	6.6%	5.3%	5.2%	7.3%	7.9%
公的制度	15.3%	14.2%	10.4%	7.6%	9.2%	7.7%	7.1%	8.2%
連邦政府	20.0%	15.0%	10.5%	8.0%	9.7%	8.4%	7.0%	10.3%
メディケア <sup>b</sup>	-e	17.1%	11.4%	7.4%	7.9%	9.9%	9.3%	18.7%
メディケイド <sup>c</sup>	-e	17.7%	11.4%	10.7%	11.0%	6.7%	4.0%	-1.9%
その他の連邦政府	9.7%	10.7%	7.7%	6.0%	12.8%	7.1%	5.5%	4.9%
州政府	10.2%	12.8%	10.3%	6.8%	8.2%	6.1%	7.2%	3.0%
メディケイド <sup>b</sup>	-e	16.8%	10.4%	10.4%	9.7%	8.7%	12.1%	0.4%
その他の州政府 <sup>c</sup>	7.3%	11.3%	10.3%	4.5%	6.8%	3.6%	2.3%	5.8%
メディケイド全体 <sup>d</sup>	-e	17.3%	11.0%	10.6%	10.5%	7.5%	7.3%	-0.9%

(注) a. 1970年は1960-1970年、1980年は1971-1980年、1990年は1981-1990年、2000年は1991-2000年の対前年比伸び率の平均。

b. State Children's Health Insurance Program (以下、「SCHIP」とする。) expansion (Title XIX) が含まれる。

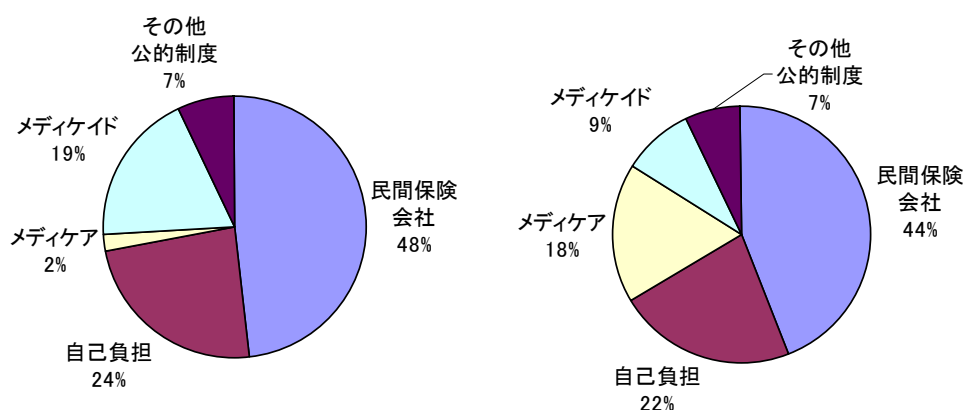
c. SCHIP expansion (Title XXI) が含まれる。

d. 連邦政府、州政府および地方 (local) 政府を合わせた比率。

e. メディケアおよびメディケイドは1966年7月に創設されたため、1960年-1970年の平均が算出できない。

(出典) Aaron Catlin et al., Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, *supra*, Exhibit6(p.w.23)より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表22》処方箋薬剤費の支払い主体別負担割合（2005年、2006年）



(注) その他公的制度とは、次のようなプログラムが含まれる。労働者災害補償、公衆衛生活動、国防総省が提供する軍人向けプログラム、退役軍人局が提供する退役軍人向けプログラム、Indian Health Searvice、州や地方 (local) 政府の病院補助および学校保健が含まれる。

(出典) Aaron Catlin et al., Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, *supra*, Exhibit4(p.w.19).

少した。メディケアの割合が増加し、メディケイドの割合が減少したことは、メディケアとメディケイドの二重適用者が620万人おり、2006年1月のメディケア・パートDの施行により、メディケアを選択する者が増加したことが影響している<sup>29</sup>。

### (3) 医療コストの財源別の分析

《図表23》、《図表24》は、医療コストのうち、医療サービスおよび医療用品費（処方箋薬剤、医療機器）<sup>30</sup>について、1987年から2006年に実質的に費用を負担した主体別（以下、「財源別」（Type of Sponsor）とする。）<sup>31</sup>の負担割合を分析したものである。財源別の分析を行うことにより、メディケア・パートDの施行による影響がより理解しやすくなる<sup>32</sup>。

医療サービスおよび医療用品費に占める財源別の比率は、長期的な推移を見ると、まず、家計の負担割合は、1987年から2005年にかけて40%から31%に低下した。一方、連邦政府および州政府の負担は、1987年から2005、2006年にかけて、30%から40%に増加した。家計の負担が減少し、政府の負担率が上昇した原因は、メディケアとメディケイドを運営する連邦政府の役割が拡大したことに起因する<sup>33</sup>。また、家計について短期的な推移を見ると、メディケア給与税と保険料に関して2005年から2006年にかけて、22%から24%に増加した。連邦政府および州政府の推移を見ると、特に連邦政府によるメディケアの負担が、2005年から2006年に

かけて、29%から34%に増加し、メディケイドの負担は、連邦政府で2005年から2006年にかけて、45%から40%に、州政府で2005年から2006年にかけて、43%から41%に低下した。このような2006年におけるメディケアの負担の増加は、これまで述べた通り、2006年1月に施行されたメディケア・パートDが影響している<sup>34</sup>。

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> NHE は、Health Services and Supplies（医療サービスおよび医療用品費）およびInvestment（投資）に分別される。

<sup>31</sup> 企業、家計、その他の民間および政府を指す。

<sup>32</sup> Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2008, *supra*.

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> *Ibid.*



《図表23》医療サービスおよび医療用品費の財源別負担割合の推移（小項目の構成比を含む）

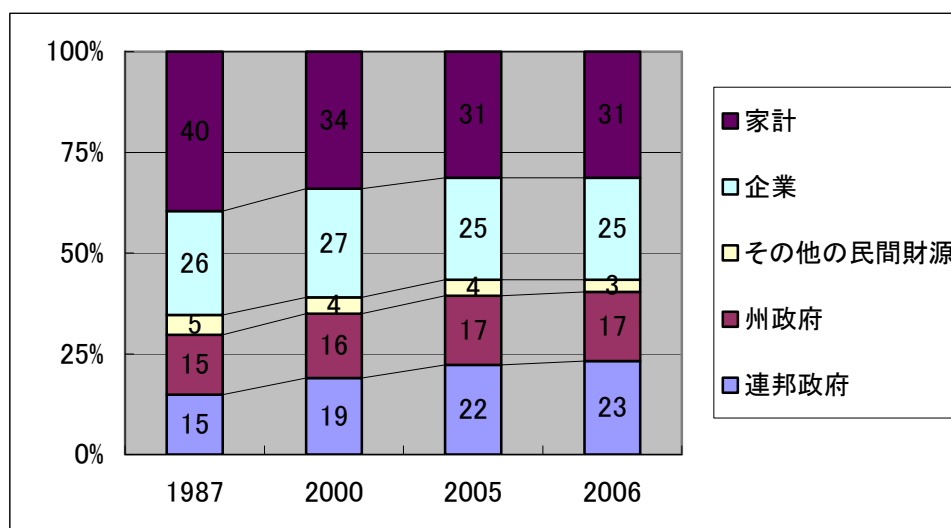
	1987	2000	2005	2006
<b>医療サービスおよび医療用品費</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>企業、家計、その他の民間</b>	<b>70%</b>	<b>65%</b>	<b>60%</b>	<b>60%</b>
<b>企業</b>	<b>26%</b>	<b>27%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>
雇用主が拠出する民間健康保険料	69%	73%	77%	77%
その他a	31%	27%	23%	23%
<b>家計</b>	<b>40%</b>	<b>34%</b>	<b>31%</b>	<b>31%</b>
家計が拠出する民間健康保険料b	23%	31%	35%	35%
メディケア給与税と保険料c	19%	23%	22%	24%
自己負担医療費	58%	45%	43%	42%
<b>その他の民間</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>
<b>政府</b>	<b>30%</b>	<b>35%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>
<b>連邦政府</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>	<b>22%</b>	<b>23%</b>
職員向け民間健康保険料	7%	6%	6%	5%
メディケアHI Trust Fundへの支払い給与税	2%	1%	1%	1%
メディケア	23%	21%	29%	34%
メディケイドd	38%	51%	45%	40%
その他のプログラムe	30%	21%	20%	19%
<b>州政府</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>
職員向け民間健康保険料	23%	27%	31%	31%
メディケアHI Trust Fundへの支払い給与税	4%	4%	3%	3%
メディケイドd	32%	41%	43%	41%
その他のプログラムf	41%	28%	23%	26%

- (注) a. 雇用主が負担するメディケア入院保険（Hospital Insurance、以下、「メディケア HI」とする。）の給与税、所得保障保険、労働者災害補償および industrial in-plant という雇用主が提供する医療ユニットが含まれる。
- b. 雇用主が提供する保険への従業員の保険料および個人が購入した保険料が含まれる。
- c. 従業員および個人事業主の給与税、ならびに、メディケア HI および Supplementary Medical Insurance Trust Funds へ支払われる保険料が含まれる。
- d. State Children's Health Insurance Program（以下、「SCHIP」とする。） expansion が含まれる。
- e. 母子保健、社会復帰リハビリテーション、Substance Abuse and Mental Services Administration、Indian Health Service、連邦政府の職員災害補償、その他総合病院と医療プログラム、公衆衛生活動、国防総省が提供する軍人向けプログラムおよび退役軍人局が提供する退役軍人向けプログラムが含まれる。
- f. 州が徐々に支払いを減らしている次のものに対する支払いも含む。母子保健、公的扶助・一般扶助、社会復帰リハビリテーション、州や地方（local）政府の病院補助、公衆衛生活動および SCHIP を含む。

- (訳注) 1. 企業、家計、その他の民間の負担割合および政府の負担割合を合計すると 100%となる。
2. 「企業、家計、その他の民間」の負担割合は、「企業」、「家計」および「その他の民間」の負担割合の合計となり、「政府」の負担割合は、「連邦政府」および「州政府」の負担割合の合計となっている。
3. 小項目の割合は、中項目の中での構成比を示している。

(出典) Aaron Catlin et al., Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, *supra*, Exhibit5 (p.w.21)より損保ジャパン総合研究所作成。

《図表24》 医療サービスおよび医療用品費の財源別負担割合の推移



(出典) Aaron Catlin et al., Jan/Feb, 2008, 27(1):14-29, *supra*, Exhibit5(p.w.21)より損保ジャパン総合研究所作成。