

200/0023

平成13年度
厚生科学研究費補助金
(政策科学推進研究事業)
による研究報告書

医療保険の効率化・合理化に資する先進諸国の改革動向
に関する調査研究

報告書

平成14年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

はじめに

わが国においては、人口の高齢化に伴って、医療費の増大は避けられない状況にあるが、医療制度を持続可能なものとしていくためには、制度の効率化・合理化を研究・検討していくことが欠かせない。わが国でも、現在、医療制度改革の議論が種々なされているが、諸外国においても、医療制度の効率化・合理化に向け、様々な取り組みが進められている。

本研究で留意を払ったのは次の点である。まず、医療保障制度はそれぞれの国の歴史的、文化的、社会的哲学を背景として構築運営されてきていることに着目して、各国で行なわれている取り組みについて、その背景、実態、運用方法を含め詳細に検討することを通じて、日本にとっての貴重な知見を入手することを意図して研究を行った。次に、医療制度の効率化・合理化策の効果等について、従来あまり手を付けられてこなかった積立基金制度や民間医療保険の活用の可能性に注目し、諸外国の最新の動向を調査して、日本への適用可能性等を検討し、それによって今後の医療制度改革の議論に資する参考資料、検討材料を提供することを意図とした。

本研究を実施するに当たり有益な助言を頂いた研究協力者の方々、現地調査で有益な情報を提供いただいた関係各位に、ここに感謝申し上げます。本研究が、今後の日本における医療保障制度改革を考える上で役立つことを祈念する次第である。

平成14年3月

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
所長 宮澤 健一

「医療保険の効率化・合理化に資する先進諸国の改革動向に関する調査研究」

調査研究体制

1. 主任研究者

宮澤 健一 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 所長

2. 分担研究者

石川 健 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

石井 剛 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

小澤 由幸 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

3. 研究協力者

阿部 裕二 東北福祉大学 総合福祉学部 教授

泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室研究員

田中耕太郎 山口県立大学 社会福祉学部 教授

目 次

I.	調査の目的と概要	1
1.	調査の背景と目的	1
2.	調査方法	1
II.	イギリスにおける民間保険の現状と役割	3
1.	公的制度における医療保障制度	3
2.	イギリスの民間医療保険	4
3.	保険者の保険金支払適正化・経営効率化の努力	12
4.	PMI 以外の医療関連保険	15
5.	民間医療保険会社と政府との関係	18
6.	まとめ	18
III.	ドイツにおける民間保険の現状と役割	22
1.	公的制度における医療保障制度	22
2.	ドイツの民間医療保険	25
3.	公的医療保険と民間医療保険の関係	39
4.	まとめ	40
IV.	シンガポールにおける公的積立制度と民間保険の役割	42
1.	社会保障の理念	42
2.	中央積立基金の概要	43
3.	中央積立基金の医療関連制度	51
4.	民間医療保険	70
5.	公的制度と民間医療保険との役割分担	80
6.	まとめ	81
V.	日本の公的医療保障と民間医療保険の役割	89
1.	日本の民間医療保険	89
2.	公的医療保障制度と民間保険	98
VI.	結論	100
1.	医療制度改革と公民の役割分担	100
2.	積立制度活用の可能性	102

I. 調査の目的と概要

1. 調査の背景と目的

今後の高齢化の進展に伴い、医療費の増大は避けられないが、医療制度を持続可能なものとしていくためには、制度の効率化・合理化を研究・検討していくことが必要である。わが国においては、現在医療制度改革の議論が進んでいるところであるが、諸外国においても、医療制度の効率化・合理化に向けて、様々な取り組みがなされている。

本研究では、医療制度がそれぞれの国の歴史的、文化的、社会的哲学を踏まえ構築運営されてきていることを踏まえつつ、各国で行なわれている取り組みについて、その背景、実態、運用方法を含め詳細に検討することにより、日本にとってのいくつかの貴重な知見を入手することを目的に研究を実施した。また、医療制度の効率化・合理化策の効果等について、従来あまり研究されてこなかった積立基金制度や民間医療保険の活用の可能性について、諸外国の最新動向を調査し、日本への適用可能性等を検討することにより、今後の医療制度改革の議論に資する参考資料、検討材料を提供することを目的とした。

2. 調査方法

(1) 文献調査

先行研究に関して文献調査を実施すると共に、現地調査にて入手した各種資料を調査分析を行なった。

(2) 現地調査

医療保険の効率化・合理化に資する制度改革等に関する諸外国の動向について、具体的には、民間医療保険の活用の可能性について、イギリス・ドイツにおける民間保険の役割・実態について現地調査を実施、関係者へのヒアリング、関連資料及び関連調査研究の収集を行なった。また、積立制度の可能性について、シンガポールの中央積立基金の実態及び最新動向を調査し、その役割等に関する関係者へのヒアリング、関連資料及び関連調査研究の収集を行なった。また、シンガポールの民間保険会社へのヒアリング調査を行い、シンガポールにおける民間医療保険の役割及び中央積立基金との関係等を調査した。

(3) 調査検討会の実施

本研究では、研究協力者として各国医療保障制度に精通した以下の3名の有識者の協力を得ると共に、現地調査内容に関する検討を行なうと共に、今後の日本における公民の役割分担のあり方等について検討を行なった。

(研究協力者)

阿部 裕二 東北福祉大学 総合福祉学部 教授

泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室研究員

田中耕太郎 山口県立大学 社会福祉学部 教授

II. イギリスにおける民間保険の現状と役割

1. 公的制度における医療保障制度

(1) 国民保健サービス法(NHS法)の成立

イギリスの公的医療制度は、第2次世界大戦中の1942年に発表された「ベバレッジ報告」の内容を反映して、1946年に成立した「国民保健サービス法(NHS法)」に基づき制定された。

NHS法の基本的特長として、以下の3点がある。

- ・ 保健医療サービスの供給が、国の責任で行なわれ、その費用の大部分が国の一般財源により賄われること。
- ・ 保健医療サービスの提供は、全国民に対して原則として無料で行なわれること。
- ・ 狭義の医療のみならず、予防やリハビリテーション等を含む包括的な医療保障であること。
- ・ 保健医療サービスの供給は、予算の範囲内で計画的に行なわれること。

その時々政権により、NHS制度はさまざまな改定がなされたが、基本原則は50年以上たった現在に至るまで変わっていない。

(2) NHSの概要

NHSは、予防やリハビリを含んだ包括的な医療供給システムである。本制度では、第一次医療(プライマリケア)と第二次医療(セカンダリケア)に分けられ、第一次医療は一般家庭医(General Practitioner)が担当する一方、第二次医療は病院(専門医)が受け持つ。

ア) 第一次医療…一般家庭医(General Practitioner)

家庭医の身分は独立した自営業者であり、家庭医がNHSにおける医療を行なう際には政府との間で契約を交わすことになる。家庭医は、保健婦や地区看護婦、助産婦等で構成されるチームの中心となり、自らを家庭医に登録した住民の診療を行なうのみでなく、健康管理・健康増進の指示も与える役割を持っている。また、診察の結果で入院や専門医での治療を要すると判断した場合には、患者を病院や専門医に紹介する。

イ) 第二次医療…病院(専門医)

病院は第二次診療機関として専門医による医療給付を行なう場として位置付けられているため、救急患者以外は一般家庭医からの紹介がなければ治療を行なわない。病院の種類としては、一般病院・専門病院・結核病院・伝染病棟・精神病院・精神障害者用施設などがある。従来は公立のNHS病院でのみNHS制度に基づく医療提供がなされていたが、NHS改革により保健当局(Health Authority)が契約を取り交わした民間病院においてもNHS制度に基づく医療提供がなされるようになった。

2. イギリスの民間医療保険

(1) 商品内容

イギリスは保険発祥の国であり、かつ 1980 年代からの金融自由化の流れの中でさまざまな種類の保険が販売されるとともに、さまざまなルートを通じて販売がなされている。その中で、医療と係わりをもち、収入保険料の規模で一番大きな保険は Private Medical Insurance(以下、PMI と呼ぶ。)である。

この保険の特徴として、以下の点が挙げられる。

- ・ かかった医療費の実費が支払われ、また支払保険金の上限額の設定が保険契約上ない。
- ・ 一般家庭医(GP)が専門医・病院での治療の必要性を認めた場合にのみ支払われるが、GP の診察料は支払い対象外。
- ・ 民間病院、NHS の特別室利用が可能であるのみならず、著名な専門医の治療を受けることができる。

1) PMI の歴史の変遷

PMI は NHS 制度の発足よりも早く、第二次大戦以前より存在していた。運営主体は“Provident Association”という法人形態を取っていた。同法人は非営利法人として運営され、利益が出て契約者へは配当をせず法人の資産として蓄積していく点に特徴がある(契約者への利益配当を行うことを基本とする相互会社とは異なる法人形態である)。

同法人は、公的医療保障制度のない中で病気になったときに備えて契約者の掛け金をプールし、病気になった契約者へ治療費を支払うことを業としていた。

しかしながら、NHS 制度の発足により全国民に対して医療保障がなされることになったため、PMI はその存在意義を問われることとなった。そのため、法人を合併して規模を大きくするとともに、NHS のサービスよりも質の高いサービスを提供することに生き残りの道を探ることとなった。現在、業界第一位の BUPA(British United Provident Association)も、NHS 発足後に複数の Provident Association の合併により誕生したものである。

その後も NHS 改革の流れに左右され、1970 年代の労働党政権下では民間病院の国営化が検討されることとなり、PMI による民間病院での質の高い医療サービス提供ができなくなることが懸念されることとなった。そのため、BUPA は自らの被保険者に民間病院の質の高い医療を提供するため、自らが病院経営を行い、医療の現物給付を行なうことを始めた。

1980 年代の保守党サッチャー政権下での NHS 改革では、労働党政権の方針とは逆に民間活力導入の掛け声の下 PMI への加入が積極的に勧められることとなり、加入者数は激増した。1990 年代に入ってから、1992 年からのいわゆるポンド危機の時期を除きイギリス経済の好調を反映して、企業が従業員へ PMI を付保するケースが増えたこともあり、加入者数を伸ばしている。

2) 被保険者数の推移と加入者の特徴

被保険者数は、92年からのポンド危機の際にその数を減らしたもののその後は再び増加に転じ、2000年には約658万人がPMIのカバーを持つまでとなり、全人口に占める割合は約11%である(図表1)。

図表1 PMI被保険者数の推移

	個人契約	法人契約	合計
1990年	2,463,016	4,210,250	6,673,266
1991年	2,445,197	4,070,266	6,515,463
1992年	2,259,736	4,030,756	6,290,492
1993年	2,129,008	3,793,258	5,922,266
1994年	2,189,364	3,766,877	5,956,241
1995年	2,249,261	3,734,595	5,983,856
1996年	2,298,521	3,800,046	6,098,567
1997年	2,144,312	3,978,688	6,123,000
1998年	1,983,972	4,157,278	6,141,250
1999年	1,891,911	4,287,441	6,179,352
2000年	1,948,909	4,631,549	6,580,458

(出典)ABI

しかしながら、加入者の居住地については地域的な偏りが大きく、ロンドン及びその周辺ではPMIへの加入者の割合が多いが、イングランド北部やウェールズ・スコットランドでは加入者の割合は極めて少ない(図表2)。

図表2 民間医療保険の地域別浸透度

地域	対人口加入者割合
大ロンドン	11%
大ロンドンを除く南東地域	14%
イースト・アングリア	11%
南東地域	10%
ウェスト・ミッドランド	11%
イースト・ミッドランド	10%
北部地域	*
北西地域	8%
ヨーク・ハンバーサイド	8%
ウェールズ	6%
スコットランド	4%
イギリス全体	10%

* サンプル数が20家族以下のため、結果を掲載せず。

(出典)ABI 家計支出調査(1996・97年)

これは、①本来 NHS 制度を利用すれば医療にかかる費用が無料であるにもかかわらず PMI の保険料を負担することは、費用負担の面で本来不必要な負担と言えること、②PMI の保険料が高くロンドンより平均賃金が少ない地域では保険料負担のできる人が少ないこと、③地方ではロンドンほど NHS 制度による医療供給面での不足が深刻ではなく、NHS 制度のみで満足してあえて民間病院での治療の必要性に乏しく、民間病院での費用を賄うために PMI に入ろうとする者が少ないことが原因と推定される。

また、加入者の職業についても顕著な傾向があり、高所得の得られる職業につく者の加入割合が高いが、これは PMI の保険料が高額であり、高所得でないと保険料負担ができないこと、また、企業が優秀な人材を確保・困い込みを図るために従業員に PMI を付保するが、保険料負担との兼ね合いから付保対象者を全従業員ではなく管理職のみに限定するケースがあることが影響しているものと思われる(図表 3、別表 1)。

図表3 民間医療保険加入者の割合

	16-44 歳	45-64 歳	65 歳以上	全年齢
専門職	20%	23%	21%	22%
サラリーマン管理職	23%	26%	14%	23%
サラリーマン中間層及び非定型職	9%	12%	6%	9%
特定技能職及び一般サラリーマン	5%	5%	1%	4%
中間技能職及びサービス自営業	3%	3%	1%	2%
非技能職	2%	2%	0%	1%
全体	10%	12%	5%	10%

(出典)ABI 1995 年一般家計調査

3) 法人加入者と個人加入者

PMI に加入しようとする場合に、大きく分けて個人で加入する形式と、法人単位で加入する形式の 2 つがある。また、法人単位で加入する形式の場合には、保険料を法人が負担する場合と、法人は PMI を扱う保険会社と保険料について交渉をするのみで保険料負担はしない形式の 2 つがある。90 年代は一時期を除きイギリス経済が好調であったために、優秀な人材を確保する手段として従業員へ無料で PMI を付保することが行われたため、法人が保険料を負担する加入者は増加したが(図表 4)、個人加入および法人契約のうち従業員が保険料を負担する加入者は 90 年代の後半に入り減少している(図表 5)。これは、後述するように保険料が高騰したため、保険料負担に耐え切れなくなった加入者が加入を辞めたり、若年者の新規加入が減ったことが原因である。

図表4 保険料を法人が負担する加入者数

	加入者数(単位1000人)	被保険者数(単位1000人)
1989年	1,839	3,921
1990年	1,989	4,218
1991年	1,934	4,077
1992年	2,019	4,152
1993年	2,065	3,909
1994年	2,021	4,125
1995年	2,022	4,115
1996年	2,032	4,094
1997年	2,108	4,277
1998年	2,250	4,601
1999年	2,282	4,427
2000年	2,451	4,791

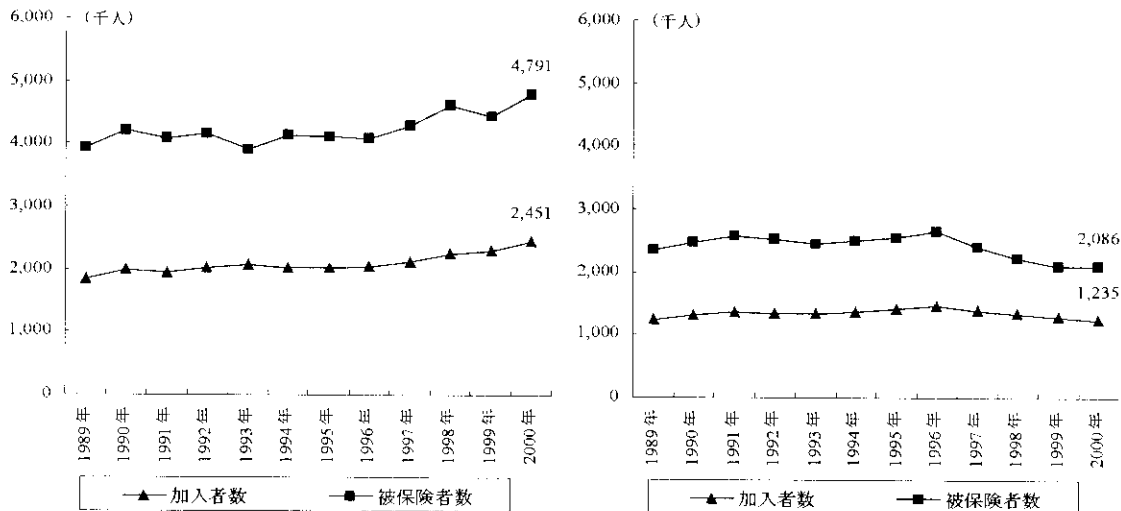
出典: Laing & Buisson "Private Medical Insurance UK Market Sector Report 2001"

図表5 個人および従業員が保険料を負担する加入者・被保険者の推移

	加入者数(単位1000人)	被保険者数(単位1000人)
1989年	1,244	2,333
1990年	1,311	2,472
1991年	1,366	2,570
1992年	1,347	2,513
1993年	1,327	2,440
1994年	1,368	2,486
1995年	1,408	2,558
1996年	1,452	2,657
1997年	1,378	2,392
1998年	1,335	2,214
1999年	1,275	2,103
2000年	1,235	2,086

(出典) Laing & Buisson "Private Medical Insurance UK Market Sector Report 2001"

加入者・被保険者数の推移: 法人が保険料を負担(左図)と個人および従業員が保険料を負担(右図)



(2) PMI の市場規模の推移

PMI は、80 年代のサッチャー政権以降契約者数を増やしてきたが、90 年代に入ってもその傾向は続いている(図表 6)。契約者数の増加に合わせて被保険者数も増加している(図表 1、前述)。

図表6 契約数の推移

	PMI契約者数			PMI被保険者数の推移(図表1、再掲)		
	個人契約	法人契約	合計	個人契約	法人契約	合計
1990年	1,291,777	1,962,093	3,253,270	2,463,016	4,210,250	6,673,266
1991年	1,296,122	1,911,770	3,270,892	2,445,197	4,070,266	6,515,463
1992年	1,225,044	1,939,505	3,164,549	2,259,736	4,030,756	6,290,492
1993年	1,201,814	1,972,494	3,174,308	2,129,008	3,793,258	5,922,266
1994年	1,241,018	1,970,745	3,211,763	2,189,364	3,766,877	5,956,241
1995年	1,265,199	1,836,382	3,101,581	2,249,261	3,734,595	5,983,856
1996年	1,301,408	1,872,330	3,173,738	2,298,521	3,800,046	6,098,567
1997年	1,263,335	1,953,802	3,217,137	2,144,312	3,978,688	6,123,000
1998年	1,208,640	2,042,827	3,251,467	1,983,972	4,157,278	6,141,250
1999年	1,192,630	2,206,918	3,399,548	1,891,911	4,287,441	6,179,352
2000年	1,145,337	2,324,514	3,469,851	1,948,909	4,631,549	6,580,458

(出典)ABI

このように、契約者・被保険者が増加したことに伴い、PMI の収入保険料は 90 年代に入り増加しているが、保険料の伸びは被保険者数の伸びを大幅に上回っている(図表 7)。これは、加入者一人当たりの保険金支払額が急激に伸びたために(図表 8)、保険者が PMI につき物価上昇率を上回る保険料の大幅引き上げを続けたことによるものであり(別表 2)、現在 PMI が抱える一番の問題は支払い保険金の抑制にある。

なお、NHS における 1 人当たり医療費と PMI における 1 人当たり支払額を比較すると(図表 10)、NHS の 1 人当たり支払額の方が PMI より多い。これは、PMI では医療費の大きくなる慢性疾患や救急医療が不担保とされていたり、医療費のかかる高齢者の場合 PMI の保険料が高くなるため PMI への加入が難しくなることが影響しているものと推察される。

図表7 PMI 被保険者数の伸びと保険料総額の伸びの比較

	被保険者数 (単位千人)	対前年伸び 率(%)	保険料総額 (単位100万 ポンド)	対前年伸び 率(%)
1990年	6,692	7.0	1,110	16.7
1991年	6,651	-1.0	1,284	15.7
1992年	6,670	0.2	1,464	14.1
1993年	6,351	-4.8	1,551	5.8
1994年	6,613	4.1	1,617	4.4
1995年	6,673	0.9	1,718	6.3
1996年	6,772	1.5	1,873	9.0
1997年	6,679	-1.4	2,000	6.8
1998年	6,824	2.1	2,070	3.6
1999年	6,530	-4.3	2,212	6.7
2000年	6,877	5.3	2,447	10.7

(出典) Laing & Buisson "Private Medical Insurance U.K Market Report 2001"をもとに医療経済研究機構にて編集

図表8 PMI 加入者 1人あたり支払保険金の推移(単位ポンド)

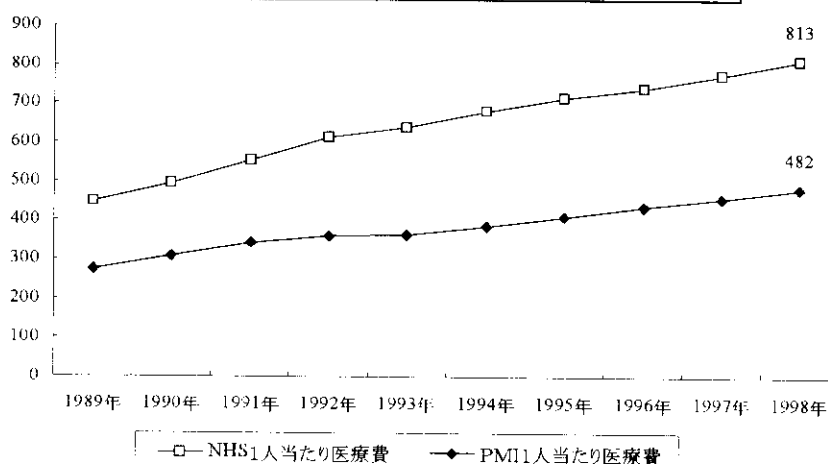
	加入者 全体	対前年 伸び率(※)	法人契約	対前年 伸び率(※)	法人契約 以外	対前年 伸び率(※)
1989年	276	0.2	254	-	307	-
1990年	308	2	283	1.8	347	2.6
1991年	341	4.8	309	3.3	388	6.2
1992年	361	1.9	328	2.1	409	1.6
1993年	364	-0.8	317	-4.8	435	4.9
1994年	384	3	332	2.3	462	3.6
1995年	409	3	361	5.3	479	0.1
1996年	437	4.4	384	3.8	513	4.7
1997年	457	1.3	395	-0.4	549	3.6
1998年	482	2	408	0	601	5.9
1999年	511	4.5	416	1	572	10.2
2000年	534	1.4	436	1.2	719	3.8

(※)物価上昇率を控除した実質伸び率

(出典) Laing & Buisson "Private Medical Insurance UK Market Report 2001"

図表9 NHS、PMI の 1人あたり医療費比較

	NHS 1人あたり医療費	PMI 1人あたり医療費
1989年	448	276
1990年	493	308
1991年	555	341
1992年	611	361
1993年	640	364
1994年	680	384
1995年	714	409
1996年	740	437
1997年	774	457
1998年	813	482



(出典) (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構編集 「イギリス医療関連データ集 2000年版」の表 1-1 及び 3-8 よりNHS医療費総額をイギリス全人口で除して算出。また、PMI 1人あたり医療費については図表 8 より転載。

(3) 保険料高騰の原因とPMIマーケットに与えた影響

保険料の高騰は、支払保険金の上昇率が一般の物価上昇率を大幅に上回る伸びをしたことが大きな原因と考えられる(図表 8)。特に、個人が保険料を負担する契約では 1989 年から 2000 年の間に一人当たりの保険料が約 2.6 倍となっている。そのため、90 年代後半になると個人で保険料負担をする契約者が減少することとなった。イギリス保険協会(ABI)の話では、保険料高騰により若年者の契約者が PMI への新規加入を避けるようになってきており、このままでは一人当たりの支払保険金の額が多い高齢者の加入者全体に占める割合が増えることとなり、PMI への若年者の新規加入を勧める活動の必要性を語っていたのが印象的である。

また、PMI 保険料の高騰は PMI のカバーなしに民間病院で自ら費用負担をして治療を受けるケースを増加させ、今では民間病院での治療のうち 3 分の 1 のケースは PMI のカバーなしに全額自己負担で治療を受けている。

一方、企業が保険料負担をするケースでは個人負担の場合ほどではないにせよ、1989 年から 2000 年の間に一人当たりの保険料が約 1.8 倍となっており、企業の負担が年々重くなってきている。そのため、企業側は PMI の自己負担額の引き上げやカバーする疾患に制限を加える・アメニティーサービスの質を引き下げる、保険契約時にかかる税金分を節約するために自家保険に切り替えるなど、保険料高騰に対しさまざまな対応をしている。そのため、個人負担の場合よりも保険料高騰が抑えられている。

ところで、支払保険金増加の理由としては、一般に以下の理由が挙げられている。

- ・ 被保険者の平均年齢の上昇により、被保険者一人当たり支払保険金の多い高齢者の被保険者全体に占める割合が増えたこと。
- ・ 医療技術の進歩により、以前には存在しなかった高度な治療方法が行われるようになり、それに伴い医療費が高額となった。また、被保険者も高度な治療を求めるようになった。

しかしながら、保険料の高騰は前述したように病気になる確率が低い若年者の新規加入を妨げる原因となり、ますます被保険者の平均年齢が上昇するという悪循環をもたらす結果となっている。このような状況下において、PMI の保険者は保険料の高騰を抑えるさまざまな努力をするとともに、若年者が加入しやすい保険の開発や保険者としての収支安定化のための経営の多角化など、さまざまな試みを行っている。

(4) 保険者の経営状況と各社のマーケットシェアの推移

今回、現地調査を行った BUPA (British United Provident Association) と WPA (Western Provident Association) の 2 社より、過去数年間にわたる決算書を受領した。これらを検討すると、特徴として以下の点が挙げられる。

- ・ 本業である保険引き受けによる収益では、数年間のサイクルで黒字の時期と赤字の時期を繰り返している。
- ・ 資産運用益は、その時々株式相場の影響を大きく受けている。株式が運用資産に占める割合が大きいことによるものと思われる。

これらの原因を考えてみると、まず保険引き受けの収益が黒字の時期と赤字の時期が数年サイクルで訪れる点については、イギリスは金融分野における規制緩和が進んでいることもあり、儲かる時期には新規参入する会社が多い。新規参入組企業は、既存の保険会社からの契約切り替えを狙って保険料を低めに設定することが多く、そのため既存の保険会社も競争力維持・マーケットシェア確保のため保険料の引き下げを行う。そのため、既存の保険会社は利益確保が難しくなり、赤字となる。

赤字がしばらく続くと、保険会社は収益確保を行わざるを得なくなり、保険料の値上げを行う。その頃には、新規参入の保険会社も参入時とは異なり収益性の点も考慮せざるを得なくなり、既存の会社に合わせて保険料の値上げを行う。そのため、各社とも収支の上では収益が確保されるようになり、決算が黒字となる。しかしながら、保険料の値上げは契約者の減少をもたらすこととなり、新規加入者確保を狙う会社は確保した利益を原資に今度は値下げを武器に営業活動を行うため、黒字と赤字が数年周期で訪れることとなる。今回訪問した BUPA の話では、4 年周期で収益のよい時期と悪い時期を繰り返しているとのことである。また、今回入手した BUPA 及び WPA の決算資料からも収益のサイクルを見て取ることができる(別表 3、4 参照)。

また、資産運用については、前述した通り“Provident Association”という法人形態は利益が発生しても契約者へは一切配当を行わず法人の資産となるため、各社とも運用資産が多い状況にある。株式による運用額も大きいものと思われ、特に近年の時価会計の影響もあり株価の上下により発生する含み益・含み損を一定の条件のもとに会計上反映させなければならず、決算上の資産収益に影響を及ぼしている。例えば、1999 年の決算では BUPA、WPA ともアメリカを中心とした世界的な株高に影響して両社とも多額の含み益を計上したが、2000 年の決算では株価下落を反映して、一転して多額の含み損を計上せざるを得なくなっている。これまでは、保険引受収支の赤字を資産運用益で補填して保険会社としての経営を安定させることが可能であったが、時価会計の導入は金融市場の及ぼす影響が PMI 保険者の経営にも少なからず影響を及ぼすようになってきており、保険者として収益の安定化を図るためには、資産運用に頼るだけでなく保険引受本業での収益を安定化させる(少なくとも赤字にはしない)、あるいは資産運用以外の安定した収益源を確保する(ヘルスケア産業などから、安定した収益を得る

など)、などの経営上の努力が必要となってきた。

なお、各保険者のマーケットシェアの推移は以下のとおりであり、BUPA がシェアを落としたものの上位 4 社(BUPA・PPP ヘルスケア・Norwich Union・WPA)で 79%のシェアとなり、寡占状況にある。

図表10 PMI 上位社のマーケットシェア推移

会社名	1992 年	1997 年	増減
BUPA	45%	39%	-6%
WPA	5%	5%	0%
BCWA	2%	2%	0%
PPP	30%	28%	-2%
Norwich Union	3%	7%	4%
Prime Health	3%	6%	3%
Guardian Health (Orion)	2%	3%	1%
その他	10%	10%	0%

(出典) ABI (Association of British Insurers)

3. 保険者の保険金支払適正化・経営効率化の努力

近年の支払保険金の増加に対しては、各保険者とも危機感を抱いており、各社とも何らかの対策を講じざるを得なくなっている。今回訪問した BUPA と WPA は、収益確保への対策を講じているという点では同じだが、手法は大きく異なる。

(1) BUPA の支払い適正化・経営効率化の対策

1) コールセンターの設置

BUPA は、2001 年から原則として一般家庭医(GP)より専門医での治療を必要とする旨の診断があった場合には、被保険者は BUPA のコールセンターへ電話連絡を取るようになっていく。また、その後も専門医で検査を必要とするとの診断を受けた場合、入院が必要と診断された場合など、治療の各段階において被保険者からコールセンターへの電話連絡を求めることとしている。これは、BUPA 担当者の話では、契約者の利便性を高める(BUPA より病院へ事前に連絡を取り、被保険者の立替払いをなくす、あるいは、被保険者が治療に関するセカンド・オピニオンを得る機会を与える、など)ことを目的にしているというが、間接的にこのような目的が達成されることはあるにせよ、被保険者にその都度電話連絡を求める BUPA の第一目的としては、治療内容に対する保険者のコントロール、及び医療費の事前コントロールにあり、アメリカのマネジドケアに似た制度といえる。すなわち、被保険者よりその都度コールセンターに電話をさせることにより、治療行為の契約当事者ではない保険者が病院と患者(被保険者)間に介在することとなり、病院と患者間での決定に関与できるようにするとともに、治療行為等が行われる前

であれば病院等の医療提供者側も費用の支払者である保険者の意向を無視することもできず、保険者も治療費用の支払者としての立場を最大限利用し、影響力を行使することができる。

なお、同じような制度は、業界第二位の PPP ヘルスケア社でも現在行っている。

2) 治療行為別の料金表(タリフ)の作成

BUPA では治療行為ごとに難易度を算定し、病院の設備の高低を加味した料金表(タリフ)を作成し、各民間病院等と料金に関する交渉・契約を行っている。この料金表は、HRG(Healthcare Resource Groups)に基づくものではなく、イギリスの実情にあったように BUPA にて独自に作成したものである。

タリフの作成は、被保険者が治療を受ける際の料金交渉を都度行うことを不要とするとともに、多くの BUPA 被保険者を受け入れて収入を増やしたい民間病院側の事情もあり、BUPA にとって有利な料金体系の契約を結ぶことができ、支払保険金の抑制に大きな役割を果たす。

しかしながら、BUPA は PMI でのマーケットシェアが約 4 割と大きく、民間病院としては収入確保の面から BUPA の意向に配慮せざるを得ず、BUPA は民間病院に対して料金交渉において優位な立場にある。そのため、BUPA 作成の料金表に基づく料金交渉については、日本でいう独占禁止法に触れる(優越的地位の濫用)恐れがあるとの警告を受けているようである。

なお、BUPA はタリフ作成について次年度以降は第三者機関に委ね、独占禁止法に触れないようにするとのことである。

3) 医療提供者からの電子請求

BUPA では、医療提供者より電子的に請求を受けることができるように専用のソフトを開発し、医療提供者に対しては CD-ROM にて配布を行っている。このソフトは一般のパソコンで利用可能であり、医療提供者としても既存のパソコンの利用ができるため費用負担が少なく、導入がしやすいようである。

コールセンターの利用とタリフ作成、CD-ROM 利用による電子請求により、紙ベースでの請求を減らして事務効率化を図ることを可能にするにもならず、請求内容確認・病院との交渉を減らす役割も果たすものであり、保険者の支払い・審査に要する経費を大幅に削減できる仕組みである。

(2) WPA の取り組み

1) 被保険者による立替払いの推進

BUPA がコールセンターを活用して病院への直接支払いを推進しているのと比較し、逆の対応策を取っているのが WPA である。

経営責任者のステイントン氏の話では、保険者から病院への直接支払いは以下の観点から支払保険金の増加をもたらすという。

- ・ 被保険者としては、治療費は保険者から病院へ直接支払われるため、自分の治療費用がいったいいくらなのかという点に関心がなくなる。
- ・ 病院は、患者へ請求するのではなく診療契約当事者ではない保険者へ請求するため、仮に高額であったとしても診療契約に触れることはなく、また、高額請求に対して心理的な抵抗感も少ない。

そのため、WPA では被保険者が自ら医療提供者側と治療費用の交渉を行い、その結果 WPA が設定する治療費用の額を下回っていた場合には、その差額の半分を被保険者へ支払うこととしている。WPA としては、自らは労せずして支払保険金を削減できるメリットがあり、また、被保険者としても医療提供者側と治療費用の交渉を行う手間はあるものの、交渉の成功報酬としての現金を手に入れることができるメリットもあり、保険者・被保険者双方にメリットのある仕組みとなっている。

なお、この方式はステイントン氏の話によれば支払保険金の抑制に大きな効果を発揮しているとのことで、WPA としては将来的には差額の全額を被保険者に与えることも検討しているという。また、アメリカ式のマネジドケア方式による医療費の抑制については、「マネジドケアのシステムを運営するのに要するコストと比較すると、得られるメリットが少ない」とのことで、今後ともマネジドケアの方式を導入する考えはないという。

2) 徹底したペーパーレス化・IT化と海外での支払いデータ処理の実施

WPA では、徹底したIT化を全職場に導入している。被保険者より届いた保険金請求書類等も、すべてスキャナーで読み込んで電子化され、支払い審査担当者のところへは電子データとして届けられる。

また、請求金額の少ない支払案件についてはインドのバンガロールにデータ処理センターを設けて一括処理を行い、出金データとして WPA 本社へデータが戻される。PMI の支払い件数のうち、高額案件はごく少数であり、大多数は小額案件である。小額案件の支払事務に多額のコストをかけることは、経営上も問題であり、特に人件費の安いインドで集中処理をすることは支払事務に要するコストを大幅に削減できるのみならず、時差を利用できるため支払いに要する時間を短縮できる副次的なメリットもある。

実際、WPA ではインドでの集中処理を開始したことにより、支払い部門の人員については退職者の補充を行わないこととしており、イギリス側での人件費削減に役立っている。

3) 病院側との料金に関する事前交渉・契約

WPA も、BUPA と同様に病院側と料金に関する事前交渉を行っている。しかしながら、WPA では BUPA と異なり料金表を病院側へ提示して料金表に基づく契約を強制することは行っていないようである。

なお、WPA と契約を結ぶことに対する病院側のメリットを高めるために、料金について事前契約をした病院については、WPA 推奨病院リストへ掲載して WPA 被保険者に対し情宣することとしている。これにより、病院としては WPA 被保険者からの収入を増やすことができるとともに、WPA としては料金交渉が済んでいる病院で被保険者が治療を受けることにより、契約を結んでいない他の病院で被保険者が治療を受ける場合と比較して、支払保険金の抑制を図ることができる。

4. PMI 以外の医療関連保険

(1) HCP(Health Cash Plan)

契約時に決めた 1 日当たりの定額が、入院等をした場合に支払われる保険である。

加入者はこの 10 年で順調に伸び、2000 年時点で加入者数が約 320 万人、被保険者数は約 690 万となっている(図表 10)。

この HCP は PMI と比較すると保険料が低額であるため、PMI の保険料高騰の影響もあり、PMI から乗り換えるケースも出ている。そのため、加入者が HCP のさまざまなタイプのうちカバーが広く、また、そのため保険料の高い契約に加入する割合が高まり、保険料の伸びは加入者数・被保険者数の伸びを大幅に上回る状態となっている(図表 11)。同時に、カバーの広いタイプの保険が選択されることにより、支払保険金も急増している(図表 12)。

この HCP の特徴としては、支払保険金が 1 日当たり定額となっているため、保険料の設定が比較的容易であり、また、保険金支払いに要する事務作業量が少なくコストも低い。また、定額支払いのため一般消費者にもわかりやすく、販売方法も容易であるため、本来保険とは関係のない異業種からもこの分野へ参入が行われている。代表的な例としては、Royal & Sun Alliance と提携して参入した、化粧品販売のブーツ(Boots)がある。

図表11 HCP 加入者 1 人当たり支払保険金の推移

	支払保険金の額	対前年伸び率(※)
1995年	59	32
1996年	65	8.2
1997年	69	2.7
1998年	74	3.5
1999年	77	3.3
2000年	81	1.3

(※)物価上昇率を控除した実質伸び率

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"

図表12 HCP 加入者・被保険者数の推移 (1995-2000,単位 1000 人)

	加入者数	被保険者数	カバー率
1995年	2,916	6,912	11.8
1996年	2,945	6,981	11.9
1997年	2,993	7,094	12.0
1998年	3,030	7,207	12.2
1999年	3,106	7,345	12.3
2000年	3,118	6,927	11.6

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"

図表13 HCP 加入者 1 人当たり保険料の推移

	保険料額	対前年伸び率(※)
1995年	80	29.1
1996年	92	12.6
1997年	97	2.2
1998年	104	3.4
1999年	105	0.1
2000年	109	0.6

(※)物価上昇率を控除した実質伸び率

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"

図表14 HCP 加入者 1 人当たり支払保険金の推移

	支払保険金の額	対前年伸び率(※)
1995年	59	32
1996年	65	8.2
1997年	69	2.7
1998年	74	3.5
1999年	77	3.3
2000年	81	1.3

(※)物価上昇率を控除した実質伸び率

(出典) Laing & Buisson "Health Cash Plan-UK Market Sector Report 2001 2nd Edition"