

保険・年金 フォーカス

アメリカ医療保険の保険料改定

改定のキー要素は何か？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

6月にアメリカのアクチュアリー会から医療保険の保険料改定に関する文書¹が出された。アメリカでは医療保険制度改革(いわゆる「オバマケア²」)により、今年1月に皆保険制度がスタートした。制度改革の目的は、GDPの17%以上を占める国民医療費の削減と、6人に1人にのぼる無保険者割合の低減である。新制度がスタートするまでには、反対派による大規模な訴訟や、連邦ウェブサイトの接続障害など紆余曲折を経たが、ようやく軌道に乗りつつある。アメリカには日本のような健康保険制度が無く、民間の保険会社による医療保険が制度の一翼を担っている。この制度改革は、医療保険制度改革法(以下、「ACA³」)をベースとしており、ACAの規定に従って、保険会社は医療保険の保険料を設定することとなる。現在、2015年の保険料改定について各社が検討を進めている。今回出された文書は、保険料改定の際に検討すべき重要な要素を示しており、アメリカだけではなくわが国においても、保険料設定の検討の参考になるものと考えられる。この文書をもとに、検討の状況を概観したい。

2—保険料改定の検討状況

2014年の「健康保険市場⁴」の加入期間は2014年3月31日に終了し、各保険会社は次期の2015年の保険料の検討を始めている。保険会社は2015年の保険料を州と連邦の監督当局に提出して、秋までに最終的な承認決定を得なくてはならない状況にある。(2015年の加入期間は2014年11月15日から開始となる予定)

¹ ISSUE BRIEF (American Academy of Actuaries, June 2014) (下記、リンクを参照。)

http://actuary.org/files/2015_Premium_Drivers_Updated_060414.pdf

² オバマケアについては、「[【米医療政策】オバマケアの米国経済への影響-デフインフレ傾向が続く可能性も](#)」高山武士(ニッセイ基礎研究所 Weekly エコノミスト・レター, 2014年5月23日)、その数理関係については、「米国医療保険改革とアクチュアリー役割」岩崎宏介(ミリマン(公益社団法人日本アクチュアリー会 年次大会, 2013年11月8日))を参照。

³ 正式名称は、The Patient Protection and Affordable Care Act という。ACAは、その通称。

⁴ 連邦および州が強制加入の受け皿として設けた保険提供の枠組み。全てのアメリカ国民がアクセス可能。「健康保険市場」で保険に加入すると保険料が個人保険より安く、補助金が支給されるメリットもある。通称「エクスチェンジ」と呼ばれる。

1 | 保険料が反映すべき要素

一般に、保険料の算出にあたっては、以下の構成要素を検討する必要がある。

- (1) 被保険者集団の構成…被保険者集団が大きいほど、保険料は予想しやすく安定的となる。保険料の水準は、被保険者集団の健康状態を反映する。「高コストの人」(給付請求の可能性が高い人)の割合が高ければ保険料は高くなり、「低コストの人」(給付請求の可能性が低い人)の割合が高ければ保険料は安くなる。
- (2) 医療費の想定…保険料の大半は医療費に充てられる。それは単位原価(例えばサービスの価格)、サービスの利用状況、プラン内容等を反映する。
- (3) その他の要素…保険料は商品開発、加入、支払処理、法令遵守に関与する人の人件費を含む管理費をカバーする必要がある。また、利益(非営利の保険事業者の場合、剰余への寄与)とともに、税金、契約査定費、手数料を賄う必要がある。
- (4) 法規制への対応…法規制は保険料の中に含まれる、被保険者集団の構成、医療費の想定、税金、契約査定費、手数料の金額に影響を及ぼし得る。

2 | 2015年の保険料改定のキー要素

それでは、現在行われている2015年の保険料改定のキー要素の検討状況について述べてみたい。

(1) 被保険者集団の構成

2015年の保険料設定には、この一年間の被保険者集団の変化を考慮する必要がある。2014年の設定の際、保険会社は人口統計、健康状態、以前に加入した保険等の点から加入者の特徴や医療費動向の想定を置いた。しかし経験データが限定的なため、今回の2015年の想定にも多くの不確実性が残った。

①健康状態に関する限定的な情報

保険会社は2014年加入者の年齢・性別情報は持っているが、健康状態については限定的な情報しか持っていない。これは、サービス提供時点と給付請求時点がずれるために生じる。

②2014年加入者の年齢構成

加入者の年齢構成は、想定通りの保険会社もあれば、想定よりも高齢となった保険会社もある。

③高コストの人と低コストの人の加入動向

一般に、高コストの人は加入期間の早期、保険の初年度に加入してくる。低コストの人は、加入期間の後期に加入しがちで、ペナルティー⁵が増加する次年度以降に加入してくる。保険会社は、ペナルティーの増加や、保険制度への認識の高まりを考慮する必要がある。

④「リスク調整プログラム」

ACAの「リスク調整プログラム⁶」により、市場全体に対する保険会社の抱える加入者集団の健康状態に応じて保険会社間で資金移転が発生することから、保険会社は自社契約の加入者だけではな

⁵ ACAは個人の加入を強制しており、加入しない人にはペナルティーが科される。例えば65歳未満の独身者の場合、ペナルティーは2014年:95ドルと、超過所得(所得から10,150ドルを控除した額)の1%のいずれか大きい額、2015年:325ドルと、超過所得の2%のいずれか大きい額、2016年:695ドルと、超過所得の2.5%のいずれか大きい額であり、毎年、増加する。

⁶ 皆保険制度の実施に伴う、逆選択(健康状態の悪い人ほど保険加入ニーズが強いという現象)や、リスク選択(健康状態が悪く、保険給付が発生しそうな人を加入させたくないという保険会社のインセンティブ)の発生防止を目的とした恒久的措置。医療費予測モデルを用いて、自社と市場平均の予測医療費が算定され、保険会社が差額を受け取りまたは支払う。例えば、予測医療費が市場平均で80の場合、自社が100ならば20を受け取り、自社が60ならば20を支払う。

く、市場全体の加入者のリスク状況を考慮する必要がある。

⑤単一被保険者集団の要件

ACAは保険会社が保険料率を算出する際、単一の被保険者集団を用いることを求めている。つまり、保険会社は保険料を決める際に、「健康保険市場」内外の経験を統合しなくてはならない。2015年の保険料は、「健康保険市場」内外の加入者を合わせて人口統計と健康状態を反映することとなる。

⑥ACA非遵守プランの移行政策

ACA非遵守プランの更新を認める州では、低コストの人が従来の保障を続け、高コストの人が新たなACA遵守プランの保障に移る結果、ACA遵守プランのリスク状況が想定より悪化する恐れがある。移行政策は2014年の保険料設定後に設けられたため、2014年の保険料には組み込まれなかった。多くの州で2015年の移行政策が事前周知されているため、2015年の保険料には組み込まれるであろう。2014年より前に締結した契約が多い州ほど、保険料への影響は大きくなる。

⑦各州ごとの違い

保険料は州レベルで設定され、州や保険会社固有の経験を反映する。例えば、公共福祉が効率的でない、「健康保険市場」に技術上の問題がある、といった州では、加入者数や被保険者集団の構成が想定よりも悪化する。保険会社は、そのような経験を、保険料の想定に組み込むこととなろう。

2014年のリスク実績が想定と異なり損失が生じたとしても、2015年の保険料でこの損失を取り戻すことはできない。その代わりに、2015年の想定は2014年の実績を組み込んで設定されることとなる。

(2)医療費の想定

医療費は医療トレンドとして把握され、サービス単価やサービスの利用状況の増加、サービス強度の上昇⁷を反映する。近年、医療費の伸びは歴史的水準と比べて低く、その原因や継続には不確実性がある。経済の下落や緩慢な回復、医療費支払や配送システムの構造的な変化も、低い伸びの要因かもしれない。例えば、費用効果の高いサービスの導入や医療技術開発の減速を通じて、費用の伸びが抑制されていることが考えられる。2015年の保険料は、費用の伸びの鈍化を反映することとなろう。

(3)その他の要素

①プロバイダのネットワークの変更

2014年に、保険料を手頃な水準に維持すべく、多くの保険会社がネットワークを狭めた。これにより保険会社は、プロバイダ⁸との支払率低減交渉を有利に進められる。また、加入者に経済的で高品質なプロバイダの利用を促すこともできる。ネットワークを広げると保険料の上昇圧力となる。

②プロバイダへの報酬体系の変更

プロバイダの交渉力が増加すると保険料の上昇圧力が高まる。これに対し保険会社は、プロバイダへの報酬基準を量から価値に変更しようとしている。例えば、病院や医師のグループが保険の役割を担うアカウントブル・ケア・オーガナイゼーション(ACO)⁹は、プロバイダに効率的で高品質なサービスを提供するインセンティブを提供する。このような取組みは、保険料の低下圧力となる。

⁷ 医療で、新たな技術の導入や、既存の技術の普及利用が高額サービスの利用へとつながることがある。これをサービス強度の上昇と呼んでいる。例えば、体内の検査をX線からCTやMRIのような先進的画像処理にシフトさせることが該当する。

⁸ 病院等、医療サービスを提供する医療機関を指す。

⁹ オバマケアで設立が可能となった組織。ACOはメディケアと契約を結び、医療費が予測額を下回った場合にその一部を受け取る。これによりACOに医療費削減のインセンティブが働く仕組みとなる。

③給付内容の変更

費用分担割合や保障対象給付の変更のような、給付内容の変更は、医療費請求額に影響を与え、保険料にも影響を与える。これは、プランのメタルレベル¹⁰が変更されない場合でも発生する。

④リスクマージンの変更および「リスク回廊プログラム」

保険会社は、保障費用の不確実性を反映して、保険料にリスクマージンを組み込む。不確実性が大きければ、高いリスクマージン、高い保険料へとつながる。例えば HHS¹¹は、「リスク回廊プログラム¹²」に関して、給付支払額が保険料を超えても保険会社への全額支払実施を明言しているが、その資金手当ての方法は明確にしていない。保険会社が極端に低い保険料を設定する場合、この不確実性により損失リスクが増大する。その結果、保険会社はリスクマージンを増やすことになる。

⑤市場競争

市場要因や商品の位置付けも保険料に影響を与える。保険会社は、長期に渡る目標達成のために短期の損失には耐えることもある。ACA の保険料率規制¹³や、保険監督官によって課される透明性要件のために、各社の保険料は ACA 施行以前に比べて、簡単に比較することが可能となっている。そうした中で、競争相手の保険料を確認した後に、保険料の引き下げを行った会社もある。

⑥管理費の変更

管理費の変更は保険料に影響する。これは例えば、ACA の実施に伴う費用の増加や、加入者数が想定と異なったことによる固定費の変化により生じる。

⑦保険会社から徴収するフィーの増加

保険会社から徴収するフィー¹⁴は、2014 年に総額 80 億ドルに設定された。フィーは 2015 年に 113 億ドルに増え、2018 年には 143 億ドルに増加し、その後は保険料の伸びに応じたスライド制となる。フィーは、前年の市場全体における保険料収入のシェアに応じて各保険会社に割り振られる。加入者が多いと保険料へのフィーの上乗せは小さくなる。2015 年のフィーの増加は、保険料にはあまり影響しないと見られる。しかし一部の保険会社等¹⁵にはフィーが大きな増加要因となり得る。

⑧地域の変更

保険料は、州内で、地域により異なることが認められている。州内の地域の数や、地域の設定方法の変更は、保険料改定の要因となる。例えば、低コストと高コストの地域が 1 つの地域に統合される場合、低コスト地域の住人には保険料増加となり、高コスト地域の住人には保険料減少となる。

(4) 法規制への対応

¹⁰ 保険からの支払額が、保険と自己負担の医療費総額に占める割合に応じて、60%以上をブロンズ、70%以上をシルバー、80%以上をゴールド、90%以上をプラチナ、とプランを色分けしている。保険支払割合による価値の違いを貴金属で表している。

¹¹ United States Department of Health and Human Services の略で、アメリカ合衆国保健福祉省を指す。

¹² 医療保険制度改革初期の保険料の安定化を目的とした 2016 年までの一時的措置。所定要件を満たして「健康保険市場」への参加資格を持つ適格保険プランにつき、割当費用(給付支払額等)が、目標金額(保険料から管理費を控除した額)を 3%以上 上回ったら 3%以上の差額部分の 50%(8%以上 上回った場合、8%以上の差額部分については 80%)を、HHS が当該プランに支払う。逆に 3%以上 下回ったら、当該プランが HHS に同様の金額を支払う。こうして、プランの損失・利益を制限する。

¹³ 保険料率の細分化については、個人 or 家族全体、地域、年齢、タバコの有無の 4 つのみで可能とされ、差を設ける場合は年齢による差は 3 倍以内、タバコによる差は 1.5 倍以内とされている。性別や健康状態での細分化は、可能とされていない。

¹⁴ health insurer fee を指す。オバマケアで導入されたもので、アメリカで健康保険を取り扱う事業体に 2014 年より課されている。保険の取扱量に応じて課される物品税・消費税の性格を持つ。

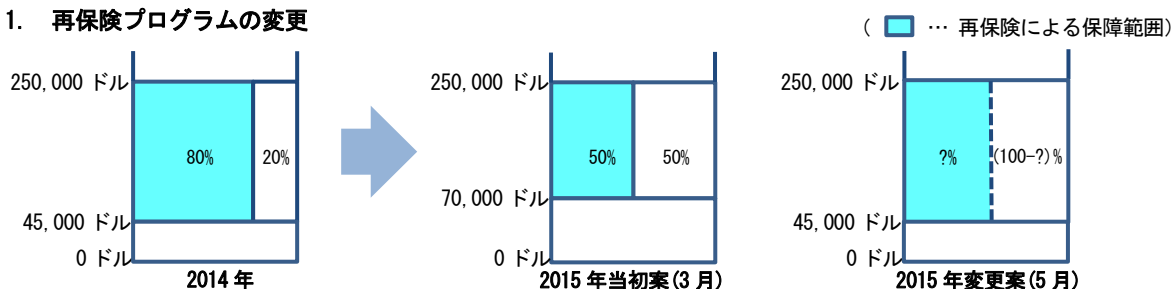
¹⁵ 例えば、オバマケアで設立が可能となった CO-OPs(非営利・加入員運営型プラン)は、2014 年は事業初年度でフィーがない。

①「再保険プログラム」の資金減少

「再保険プログラム」は、医療保険制度改革初期の、高額支払懸念に伴う保険料引き上げ防止を目的とした 2016 年までの一時的措置である。高額支払が発生した保険会社に対して、州もしくは HHS は再保険支払を行う。これにより保険会社はリスクが減り、低廉な保険料を設定できる。再保険資金は団体保険を含む全ての保険会社・自家保険の分担金で賄われ ACA 遵守の個人保険プランへの支払いに充てられる。資金は、2014 年は 100 億ドル、2015 年は 60 億ドル、2016 年は 40 億ドルと減少される。分担金は、加入者 1 人あたり、2014 年は 63 ドル、2015 年は 44 ドルとされている。

この資金減少は、加入の増加と相まって、加入者 1 人あたりの再保険補助を減らし、保険料の増加をもたらす。2015 年の「再保険プログラム」について、HHS は今年 3 月に保障範囲を減らす案を示したが、5 月にはこれを緩和する変更意図を表明した。しかし正式なルール(再保険割合等)は未公表¹⁶のため、保険会社がこれをどのように 2015 年の保険料に反映すべきか、不明確となっている。

図表 1. 再保険プログラムの変更



※図は、注記 1 に示した資料等を参考に筆者作成

3—おわりに (私見)

現在進められている保険料改定については、経験データの収集をはじめ、制度を取り巻く状況を踏まえて合理的な検討が行われているものと思われる。特に、「リスク調整プログラム」、「リスク回廊プログラム」、「再保険プログラム」は、今回の改革のマイナス面への対処の役割を担っており、これらが保険料改定に与える影響についてもアクチュアリーを軸に議論が展開されているものと考えられる。

図表 2. リスク管理の各プログラム¹⁷

	リスク調整プログラム	リスク回廊プログラム	再保険プログラム
目的	皆保険制度の実施に伴う、逆選択やリスク選択の発生防止	医療保険制度改革初期の、保険料の安定化	医療保険制度改革初期の、高額支払懸念に伴う保険料引き上げ防止
内容	自社と市場平均の予測医療費の差額を、受取りまたは支払	HHS が保険プランに、割当費用と目標金額の差額の一部を授受し、保険プランの損失・利益を制限	州もしくは HHS が、高額支払が発生した保険会社に再保険支払を実施
参加者	「健康保険市場」内外の個人保険プランおよび小規模団体保険プラン	所定要件を満たして「健康保険市場」への参加資格を持つ適格保険プラン	分担金徴収：全ての保険会社・自家保険 再保険支払：ACA 遵守の個人保険プラン
実施時期	2014 年以降(恒久的)	2014 年～2016 年(一時的)	2014 年～2016 年(一時的)

※ “Explaining health care reform : Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors” (Kaiser Family Foundation, Jan 2014)等を参考に筆者作成

制度改革に伴う新たな医療保険の取扱いは始まったばかりであり、保険料改定に利用できる情報はまだ限定的と考えられる。現在は、制度安定化を図りつつ、同時に保険料改定の検討を進めるという局面にあり、各社の実務の負担は大きいと思われる。制度改革初期に生じる様々な事象や、次第に判明する実績などを手がかりに、保険料改定を着実に進めることが、各社に求められている。2015 年の各社の保険料は、今後、明らかになる見通しである。引き続き、その動向に注視が必要と考えられる。

¹⁶ 2015 年の実際の変更内容は、2016 年の再保険支払案とともに、2014 年後期に正式に公表される見通し。

¹⁷ 3 つのプログラムは頭文字がいずれも R であることから、3R's と呼ばれている。