

基礎研 レター

欧米生保市場定点観測（毎月第二火曜日発行） アメリカ「健康保険市場」の動向 アメリカの医療保険制度改革は、順調に推移しているのか？

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

アメリカでは、2014年1月に、医療保険制度改革（いわゆる「オバマケア」）が実施され、国民皆保険制度がスタートした。オバマケアは、国民医療費の削減と、無保険者割合の低減が主な目的である。同制度が始まって1年以上が経過し、保険料率改定や、制度への新規加入・更新等が進みつつある¹。

これらの動向の概観を通じて、アメリカでの医療の変化を把握することとしたい。この事例は、日本における医療・介護制度の改正に向けた検討の際にも、参考になるものと考えられる。

2—健康保険市場の加入動向

2015年の健康保険市場²の加入期間は、2014年11月15日～2015年2月15日であった。その間、個人保険への新規加入もしくは更新により、加入者の数が増加した。

1 | 加入者増加の鍵 — 未加入者へのペナルティー

加入者増加の背景には、オバマケアが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せられることがある。ペナルティーは、2015年、2016年と金額が増加する。このため、2014年は、ペナルティーを支払って制度加入を様子見していた人が、2015年には制度に加入し始めている。

図表1. 未加入者に科されるペナルティー

2014年	95ドルと、超過所得の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

(注)1人世帯の場合。超過所得とは、所得から10,150ドルを控除した額。 ※ 筆者作成

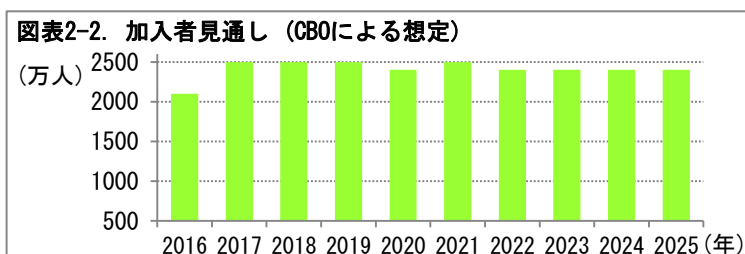
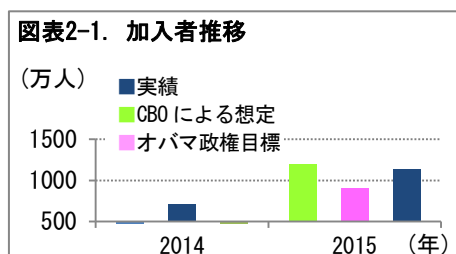
その後、政府は、連邦の運営する健康保険市場を利用する州に住む人を対象に、3月15日～4月30日に加入申込受付の特別措置を実施し、ペナルティーを回避しようとする人の取り込みを進めた。

¹ オバマケアにおける保険料改定の動きについては、「[アメリカ医療保険の保険料改定～改定のキー要素は何か?](#)」篠原拓也（[保険・年金フォーカス\(ニッセイ基礎研究所\)](#), 2014年7月8日)を参照いただきたい。

² 連邦や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補助金が支給されるなど、保険料が安くなるメリットがある。通称「エクスチェンジ」と呼ばれる。

2 | 今後の加入者増加の見通し

2014年10月時点で、健康保険市場の加入者は、710万人である。議会予算局(CBO³)は、加入者の見通しとして、2015年に1200万人、2017年には2500万人に達するとの予想を公表していた。しかし、オバマ政権は、企業の従業員向け保険等からの乗り換えが進んでいないため、2500万人への到達には3年以上はかかると見た。2014年11月、保健福祉省(HHS)は、2015年の加入者目標を910万人と設定した。2015年の加入者数は、加入期間終了時点(2015年2月15日)で1140万人となっている⁴。



※ 図表2-1、2-2とも、欄外の注記に記載の諸資料をもとに、筆者作成

3— 制度改革の移行期間と本格実施

今回の制度改革は、2014年から2016年の3年間を移行期間とし、2017年から本格的に実施するという計画のもとで進められている。3年間の移行期間中に、徐々に制度を浸透させ、国民皆保険を定着させる狙いである。健康保険市場に加入する一定所得以下の加入者には助成金が支払われており、保険料負担を軽減している。また、保険会社等のリスク軽減のためのプログラムも導入されている。

1 | 健康市場加入者への助成金

保険料負担を軽減するために、助成金制度がある。この制度では、「2番目に安いプラン」に適用される助成金が連邦政府より支払われる。

(1) 助成金の概要

連邦政府は、各州を医療保険提供のための地域に分割している。保険会社が、ある地域で保険を引き受ける場合、その地域全体で保険サービスを提供することが求められる。加入者が支払う実質保険料は、保険会社の入札によって決まる。保険会社は、その地域で取り扱う保険プランの全体保険料を入札する⁵。その結果、地域の中で、2番目に安い全体保険料を入札したプランに対する助成金が、その地域の助成金となり、他のプランにも適用される。加入者は、自分が加入するプランの全体保険料から助成金を差し引いた実質保険料を支払うこととなる。

図表3は、この様子を例示したものである。ある地域で、3つのプランの入札がなされたとする。このうち、プラン2の全体保険料が2番目に安いいため、プラン2の助成金が、この地域の助成金となる。プラン2では、ひと月の所得1420ドルの4%である57ドルが実質保険料となり、全体保険料(325ドル)と実質保険料の差268ドルが、助成金となる。

³ CBOは、Congressional Budget Officeの略。HHSは、Health and Human Servicesの略。

⁴ “How Many Individuals Might Have Marketplace Coverage After the 2015 Open Enrollment Period?” (HHS, Nov 10, 2014)、“Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act - CBO’s January 2015 Baseline” (CBO, Jan, 2015)、“Open Enrollment Week 13: February 7, 2015 - February 15, 2015” (HHS, Feb 18, 2015) 等より。

⁵ 1つの地域で、1つの保険会社が入札できるプランの数は、2つまでとされている。

図表 3. 保険料の助成の例（毎月）

	プラン 1	プラン 2	プラン 3
全体保険料 (①)	300 ドル	325 ドル	350 ドル
助成金 (②)	268 ドル	268 ドル	268 ドル
実質保険料	32 ドル	57 ドル	82 ドル
助成金の割合 (②/①)	89%	82%	77%

(注) 所得が月 1420 ドルの場合（連邦貧困水準の 150%程度に相当）

※ “The Proposed Federal Exchange Auto-Enrollment Process” Susan Pantely and Paul Houchens (Milliman Healthcare Briefing Paper, Milliman) (July 2014) を参考にして、筆者作成

図表 3 は、2 つのことを示している。1 つは、プラン選択によって加入者が支払う実質保険料はかなり大きく異なるということである。プラン 3 の加入者は、プラン 1 の加入者に比べて 2.5 倍以上の保険料を毎月支払うこととなる。もう 1 つは、全体保険料に占める助成金の割合が大きいということである。プラン 1 では、全体の保険料の約 9 割が助成金で賄われている。

(2) 助成金に対する訴訟

連邦が運営する健康保険市場については、助成金が法令違反だとして複数の訴訟が起きている。2015 年 2 月時点で、16 の州とワシントン D. C. は独自に市場を設置しており、残りの 34 州では連邦が運営する健康保険市場が利用されている。医療保険制度改革では、各州に独自の市場を設置することが促されている。このため、助成金は州が独自に設置している市場にのみ適用され、連邦が運営する健康保険市場では助成金は法令違反だとの訴えが起きている。法令規定上、助成金は州が設置した市場に対するものとされており、連邦が運営する健康保険市場に対する明文規定はない。このため、連邦運営の市場にも同規定が適用可能かどうか、が争点となっている。もし原告側の主張が認められて、連邦運営の市場には助成金の規定が適用不能となれば、数百万人の人々の助成金がなくなる。これらの人々の実質保険料は跳ね上がるため、医療保険の加入に支障が出るものと考えられる。2014 年 7 月に、一連の訴訟の中で、原告支持、原告却下という、相反する 2 つの控訴裁判所決定が下された⁶。連邦最高裁判所が聴聞の上、2015 年 6 月～7 月頃に、判断をする見通しとなっている。

2 | 保険会社等に対するリスク管理プログラム

保険会社にとって、保険収支の大きな変動や、加入者の著しいモラル・リスクの発生は、保険事業の安定した運営にとって大きなリスクとなる。このようなリスクを軽減するために、医療保険制度改革では、3 つのリスク管理プログラムが実施されている。

図表 4. リスク管理の各プログラム⁷

	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 ⁸ 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

⁶ Halbig v. Burwell 訴訟では原告支持、King v. Burwell 訴訟では原告却下とされた。

⁷ 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。

⁸ ACA は、The Patient Protection and Affordable Care Act (医療保険制度改革法)の通称。

(1) リスク調整プログラム

皆保険の実施に伴い導入された恒久的措置である。健康状態の悪い人ほど保険加入ニーズが強いという加入者側の逆選択や、健康状態が悪く保険給付が発生しそうな人は加入させたくないという保険会社側のリスク選択を防止するためのものである。具体的には、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を算定し、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。

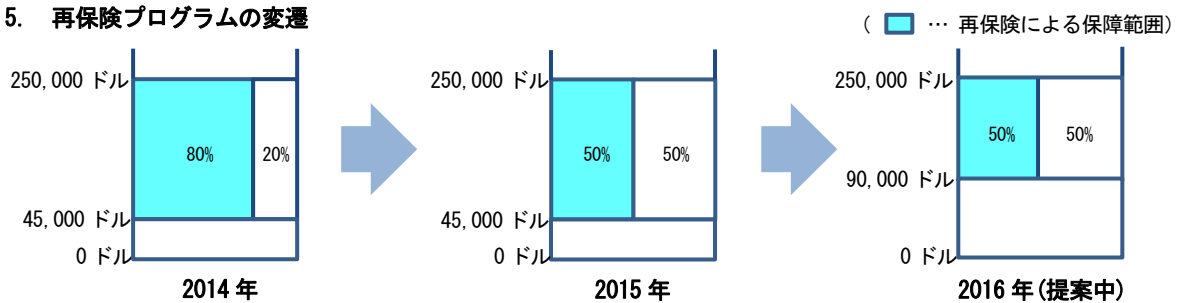
(2) リスク回廊プログラム

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である。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。

(3) 再保険プログラム

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。

図表5. 再保険プログラムの変遷



※ “PPACA Update: Changes to Transitional Reinsurance Program” (Re-Solutions) (Dec 1, 2014) をもとに、筆者作成

4—保険会社に対応に苦慮している問題

2017年からの医療保険制度改革の本格実施に向けて、保険会社はいくつかの問題への対応に苦慮している⁹。現在、各保険会社はそれらへの取り組みを進めている。

1 | 保険給付実績が乏しく、保険料設定が困難

制度改革から間がないため、加入者への保険給付実績が乏しい。現在、各社は手探りで将来の保険給付を見積もり、それをもとに保険料を設定している状態にあり、プランによって保険料が大きく異なる結果となっている。

2 | リスク管理プログラムによる影響の見積もりが困難

⁹ “The Individual ACA Market - What’s Next?” Kurt J. Wrobel (The Actuary, Society of Actuaries) (Feb/Mar 2015-Vol 12, Issue 1) 等を参考としている。

現在は、3つのリスク管理プログラムにより、リスクが軽減されている。各プログラムのリスク軽減効果が、どのように影響しあっているのかが把握できない。そのため2017年に、リスク回廊、再保険のプログラムがなくなった後のリスク調整プログラムの効果がどの程度のものなのかがわからない。

3 | 助成金を起因として発生する、加入者のプラン乗り換えの動向把握が困難

助成金のために、加入者が支払う実質保険料は大きく変化する。例えば、図表3に示した例で、次の年にプラン3が保険料を引き下げると、図表6に示すような状況が生じる。

図表6. 保険料の助成の例 - プラン3が保険料を引き下げた場合 (毎月)

	プラン1	プラン2	プラン3
全体保険料	300ドル	325ドル	295ドル
助成金	243ドル	243ドル	243ドル
当年実質保険料	57ドル	82ドル	52ドル
(前年実質保険料(再掲))	(32ドル)	(57ドル)	(82ドル)
保険料の変化率	78% 上昇	44% 上昇	37% 低下

(注) 所得が月1420ドルの場合 (連邦貧困水準の150%程度に相当)

※ “The Proposed Federal Exchange Auto-Enrollment Process” Susan Pantely and Paul Houchens (Milliman Healthcare Briefing Paper, Milliman) (July 2014) を参考に、筆者作成

プラン3は、価格対抗上、全体保険料を295ドルまで引き下げたとする。これにより全体保険料が2番目に安いプランは、プラン2からプラン1に変わり、助成金は268ドルから243ドルに減少する。この結果、プラン1,2は全体保険料を変えていないにも関わらず実質保険料が跳ね上がることとなる。このような実質保険料の大きな変化は、更新などの加入者の動向に影響を与えるものと考えられる。

5 — おわりに (私見)

今後のオバマケアの進展には、いくつかの変動要素がある。

まず、2014年11月の中間選挙で勝利した共和党(野党)が、オバマケア廃止に向けた動きを強めていることが挙げられる。2015年2月に下院議会で、廃止に向けた関連法案を可決した。5月には上院議会で、共和党が策定した廃止への道筋を示す予算案を可決した。ただし、大統領の拒否権に関わらずに廃止させるには、両院での3分の2以上の可決が必要であり、共和党はそこまでの多数を持っていない。今後も、政治の動きが変動要素の1つとなる可能性がある。

また、医療保険制度改革で設立可能となったCO-OP(非営利・加入員運営型プラン)の財政状態も、変動要素に挙げられる。医療保険の競争を促し、利用者利益の向上を図るとして、23のCO-OPが低価格で市場に参入した。しかし、そのうちの1つであるアイオワ州の組織が、参入からわずか9ヶ月にして多額の医療給付請求を招き、閉鎖に追い込まれた。他のCO-OPでも、22のうち21の機関で2014年9月(第3四半期)に純損失を計上しており、財政状態が注視される状態となった¹⁰。

医療保険に限らず、社会制度の改正時には想定外の事態が生じることがよく見られる。このような事態を乗り越えて、制度改正を成功に導くためには、臨機応変な対応が必要となろう。今後、ますます高齢化の進む日本でも、医療・介護制度の改正に向けた議論が進むものと考えられる。その際は、アメリカの医療保険制度改革で生じている事象も参考にしつつ、検討を進めるべきと考えられる。

¹⁰ “Busted: Obamacare Co-Ops Are Underwater And Sinking Fast” Merrill Matthews (Forbes, Feb. 13, 2015) 等より。