



アメリカの医療保険事情

小樽商科大学商学部教授

中浜 隆 (なかはまたかし)

1959年山口県岩国市生まれ 1984年九州大学経済学部卒業

1989年九州大学大学院経済学研究科博士課程単位取得 1992年同修了(経済学博士)

1989年小樽商科大学商学部講師、90年同助教授、98年同教授、現在に至る。

著書に、『アメリカの生命保険業』同文館出版、1993年、『日米の福祉国家システム—年金・医療・住宅・地域—』(共編)日本経済評論社、1997年、『アメリカの年金と医療』(共編)日本経済評論社、2006年、『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社、2006年、がある。

I. はじめに

日本では、公的医療保険(社会保険)が主流である。民間医療保険は、その補完的機能を果たしている。近年、医療保険の新契約件数と保険料収入は増加しており、保険会社の医療保険の業容は拡大している。

今後、平均寿命が伸張し、生存リスクが高まり、しかも公的医療保険の改革によってその保障範囲が縮小されるならば、民間医療保険に対するニーズはいつそう高まり、医療保険市場はさらに拡大するであろう。

他方、アメリカでは、他の先進諸国と異なり、民間医療保険が主流である。以下では、まず、アメリカの現在の医療保険制度の概要について解説する。次に、1980年代以降の民間医療保険の動向として、1980年代以降のマネジドケアの導入とマネジドケア型医療保険の普及、1980年代の保険者のアンダーライティングの強化、1990年代以降の医療保険改革について考察する。

II. 医療保険制度の概要

1. 公的医療保険

アメリカの医療保険制度も、公的医療保険と民間医療保険からなっている。公的医療保険(社会保険)は、高齢者(65歳以上)、障害者、末期腎不全者を対象とする「メディケア」のみである。医療保険のほかに、貧困者を対象とする医療扶助の「メディケイド」、現役・退役軍人と扶養家族を対象とする「軍人医療」などの公的医療プログラムがある。

非高齢者一般を対象とする公的医療保険(社会保険)は存在しない。そのために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。

2. 民間医療保険

(1) 団体医療保険と個人医療保険

民間医療保険は、団体医療保険と個人医療保険に大別される。民間医療保険の大部分は団体医療保険である。被用者と扶養家族は、雇用主が提供する団体医療保険(雇

用主提供医療保険)に加入している。雇用主は、保険者から医療保険を購入するか、自家保険を採用している。他方、雇用主が医療保険を提供していない被用者、65歳未満の早期退職者、自営業者などは、個人医療保険に加入している。

非高齢者の多くは、雇用主提供医療保険に加入している。雇用主提供医療保険では、一般に大企業は被用者にいくつかの医療保険を、中小企業は1つの医療保険を用意している。被用者は、加入する医療保険の種類を選択し、そして単身保険(被用者のみが加入する保険)または家族保険(被用者と扶養家族が加入する保険)を選択する。多くの場合、保険料は被用者も負担している。

(2) 保険者の種類

おもな保険者(自家保険を除く)は、ブルークロス・ブルーシールド、保険会社、HMOである。ブルークロス・ブルーシールドは、所定の地域で医療保険業務を行っている非営利組織である(1990年代以降、営利組織に転換したところもある)。多くの州では、1社が営業している。数社が存在する州では、各社は所定の地域で営業している。

保険会社は、損害保険会社と生命保険会社が医療保険も引き受けている。また、医療保険を専門的に引き受けてい

る保険会社もある。医療保険を引き受けている保険会社の多くは生命保険会社である。各州に多くの保険会社が存在し、大手保険会社は全国的規模で営業している。

HMOは比較的新しい保険者であり、非営利組織と営利組織がある。HMOは1980年代以降、成長し、ブルークロス・ブルーシールドと保険会社の競争者となった。当初、保険会社は、HMOに対抗するためにPPOを組織した。しかし、保険会社はHMOも設立し、マネジドケア型医療保険も積極的に引き受けるようになった。HMOとPPOについては、次章で改めて考察する。

3. 医療保険の加入状況

2005年において、全国民のうち、公的医療プログラムの加入者の割合は27.3%、民間医療保険は67.7%、無保険者は15.9%である。無保険者は4658万人もいる(図表1を参照)。

高齢者では、公的医療プログラムの加入者の割合は95.4%、民間医療保険は59.4%、無保険者は1.3%である。高齢者のほとんどはメディケアの受給資格を有しているため、無保険者はほとんどいない。しかし、メディケアの給付は十分ではないために、高齢者の多くは民間医療保険にも加入している¹⁾。

図表1 医療保険の加入状況 (2005年)

種 類	全国民	高齢者	非高齢者
公的医療プログラム	80,249 (27.3%)	33,862 (95.4%)	46,987 (18.2%)
メディケア	40,185 (13.7%)	33,727 (95.0%)	6,458 (2.5%)
メディケイド	38,134 (13.0%)	3,397 (9.6%)	34,737 (13.4%)
軍人医療	11,172 (3.8%)	2,611 (7.4%)	8,561 (3.3%)
民間医療保険	198,901 (67.7%)	21,078 (59.4%)	177,823 (68.8%)
雇用主提供医療保険	174,819 (59.5%)	12,666 (35.7%)	162,153 (62.8%)
個人医療保険	26,781 (9.1%)	9,650 (27.2%)	17,131 (6.6%)
無保険者	46,577 (15.9%)	459 (1.3%)	46,118 (17.9%)
合 計	293,834 (100.0%)	35,505 (100.0%)	258,329 (100.0%)

(注1) 単位:千人

(注2) 複数の医療保険の加入者がいる。

(注3) 「無保険者」は、先住民医療サービスのみの加入者も含む。先住民医療サービスは、連邦政府が先住民に医療サービスを提供する公的医療プログラムである。

出典:DeNavas-Walt, Proctor and Lee (2006) より作成

非高齢者では、公的医療プログラムの加入者の割合は18.2%、民間医療保険は68.8%、無保険者は17.9%である。無保険者のほとんどは非高齢者である。無保険者の大部分は、就労しているにもかかわらず所得が低く(しかし、メディケイドの対象になるほど貧困ではない)、おもに以下のために民間医療保険に加入していない。

- ①雇用主が医療保険を提供していない(医療保険の提供は任意であり、法律で義務づけられていない)。
- ②雇用主が医療保険を提供していても、パートなどのために医療保険の加入資格がない。
- ③雇用主が医療保険を提供し、医療保険の加入資格があっても、被用者の保険料負担が大きいために医療保険に加入できない。

Ⅲ. 医療費の抑制とマネジドケア

1. 医療費の増加

1980年代以降、保険者の医療保険業務に大きな影響を与えたおもな要因は、医療費の動向(医療費の増加)である。それは、医療保険業務を変化させた基底的要因といっても

過言ではないであろう。1つは、本章で考察する「マネジドケア」の導入と「マネジドケア型医療保険」の普及である。もう1つは、次章で考察する保険者のアンダーライティングの強化である。

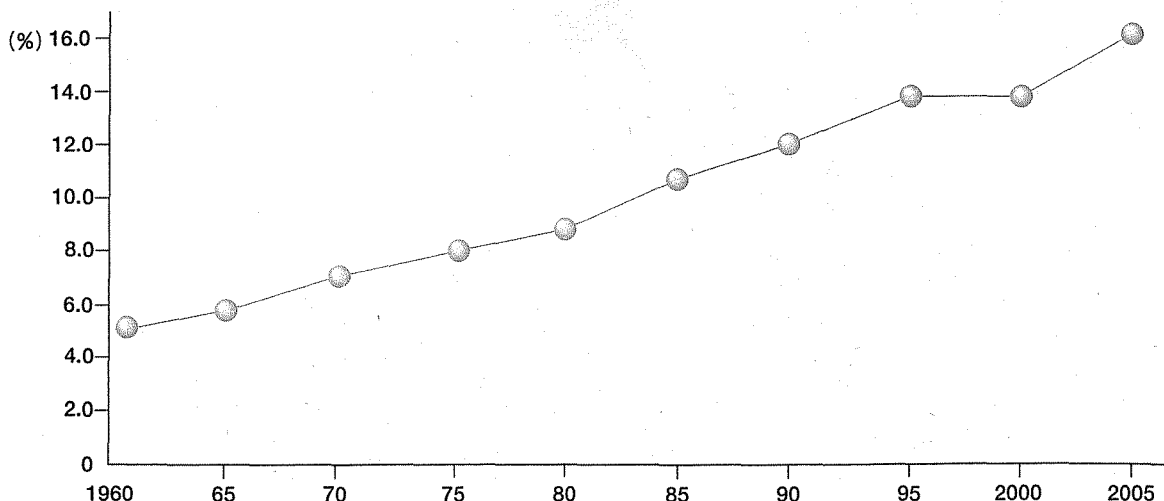
医療費の増加は、国民医療費の対GDP(国内総生産)比率と、全項目の消費者物価指数を上回る医療の消費者物価指数の対前年上昇率にあらわれている。

国民医療費の対GDP比率は、1960年代初めから90年代初めにかけて上昇し、1960年の5.1%から93年には2.6倍の13.3%になった。その後の1990年代は安定的に推移したが、2001年から上昇している(図表2を参照)。2004年において、OECD加盟国(30カ国)のなかで、アメリカの対GDP比率がもっとも高い²。

消費者物価指数の対前年上昇率では、「医療」は1960年代後半、1970年代前半～80年代初め、1980年代末～90年代初めに上昇している。そして、「医療」はほとんどの年で「全項目」を上回っている。

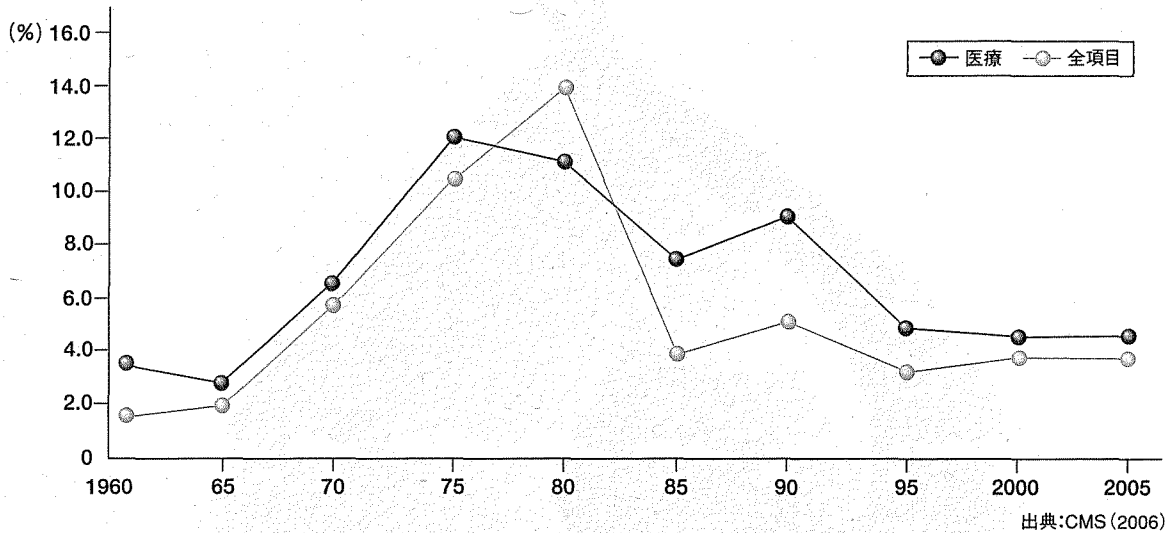
1970年代と80年代を比較すると、1970年代には、「医療」「全項目」ともに大幅に上昇しているが、両者はそれほど大きく乖離していない。それに対して1980年代には、「医療」が「全項目」を大きく上回って上昇している(図表3を参照)。

図表2 国民医療費の対GDP比率



出典:CMS(2006)

図表3 医療と全項目の消費者物価指数の対前年上昇率



2. マネジドケアとマネジドケア・プラン

医療費の増加は、保険者の保険金支払額を増加させた。医療保険では、保険金支払額は、医療提供者（医師と医療機関）が加入者（患者）に提供する医療サービスに、つまり医療費の大きさにかかっている。したがって、保険金支払額を抑制するには、医療費を抑制する必要がある。そのため導入されたのが、医療提供者が加入者に提供する医療サービスを積極的に管理するマネジドケア（管理医療）である。

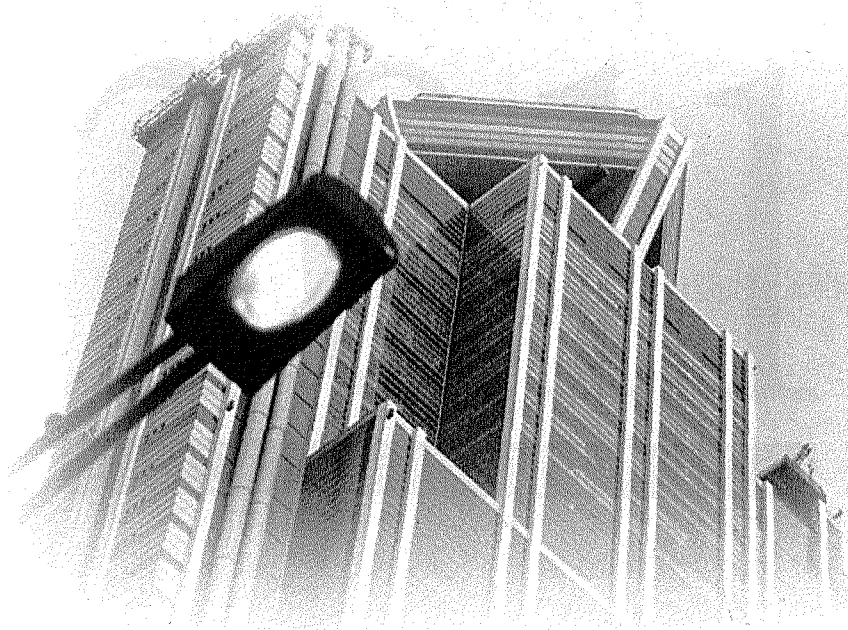
医療保険は、医療提供者に対する診療報酬の支払い方式によって、「出来高払い型」と「マネジドケア型」の医療保険に区分される。両者は、それぞれ「出来高払いプラン」「マネジドケア・プラン」と呼ばれている。

1970年代まで、医療保険のほとんどは出来高払いプランであった。出来高払いプランでは、医師は自己の判断で医療行為と治療内容を決定できる。そして、医療提供者に対

する診療報酬は、出来高払い方式に基づいて支払われる。そのために、出来高払いプランは、医療提供者が医療費を抑制しようとするインセンティブが働きにくく、医療費を増加させる一因となった。

マネジドケアでは、保険者は、医療提供者を選択し、医療提供者が行う医療サービスと医療提供者に支払われる診療報酬について医療提供者と交渉し、契約を締結する。また、保険者は、医療提供者の医療行為と治療内容が適切である（あった）かどうかを審査する「診療内容審査」を実施している³。

上記のマネジドケアの手法を用いて加入者に医療サービスを提供する組織がマネジドケア組織である。マネジドケア組織には、HMO、PPO、POSがある。そして、マネジドケア組織を通じて加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に診療報酬を支払う医療保険がマネジドケア・プランである。



(1) HMO

HMOの特徴は、以下の点にある。第1に、HMOは、契約を締結した医療提供者から加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に診療報酬を支払っていることである。つまり、HMOは保険者でもある。

第2に、加入者は、HMOの医療提供者から医療サービスを受けなければならないことである。しかし、患者の自己負担はわずかである。また、加入者は、医療相談や初期診療を行い、そして必要に応じて患者に専門医を紹介するプライマリケア医（「ゲートキーパー」と呼ばれている）を選択しなければならない。

第3に、医療提供者に対する診療報酬は、一般に定額払い（包括払い）方式に基づいて支払われることである。

HMOのおもな経営主体は、消費者団体、ブルークロス・ブルーシールド、保険会社である。また、医師、医療機関、労働組合が経営主体になっているHMOもある。

(2) PPO

PPOは、保険会社などと契約を締結し、従来の診療価格を割り引いた診療報酬で加入者に医療サービスを提供する医療提供者のグループである。つまり、PPOは保険者ではない。

保険者は、医療提供者に対して一定数の加入者を確保し、出来高払い方式に基づいて診療報酬を支払う。そのかわりに、医療提供者は、割り引いた診療報酬（割引率は一般に10%～20%）で加入者に医療サービスを提供する。

PPOは、以下の点でHMOと異なっている。①加入者はPPOの医療提供者を選択する必要はない点、②ゲートキーパーとしてのプライマリケア医は配置されていない点、③診療報酬は一般に出来高払い方式に基づいて支払われる点、である。加入者は、PPO以外の医療提供者も選択できる。しかし、それを選択した場合には患者の自己負担を大きくすることによって、PPOの医療提供者を選択させようとするインセンティブを加入者に与えている。

PPOは1980年代に設立され始めた。当初、PPOの大部分は、HMOに対抗するために保険会社によって組織された。現在もPPOの多くは保険会社が組織している。また、ブルークロス・ブルーシールドやHMOもPPOを組織している。

(3) POS

POSは、HMOとPPOの特徴を組み合わせたものであり、「HMO/PPOハイブリッド」「オープンエンドHMO」とも呼ばれている。

加入者がPOSの医療提供者を選択する場合は、HMOの加入者がHMOの医療提供者を選択する場合と総じて同じである。加入者は、POS以外の医療提供者も選択できる。それを選択する場合は、PPOの加入者がPPO以外の医療提供者を選択する場合と同じである。

3. マネジドケア・プランの普及

マネジドケア・プランは、1980年代以降、普及していった。雇用主提供医療保険において、当初、マネジドケア・プランを

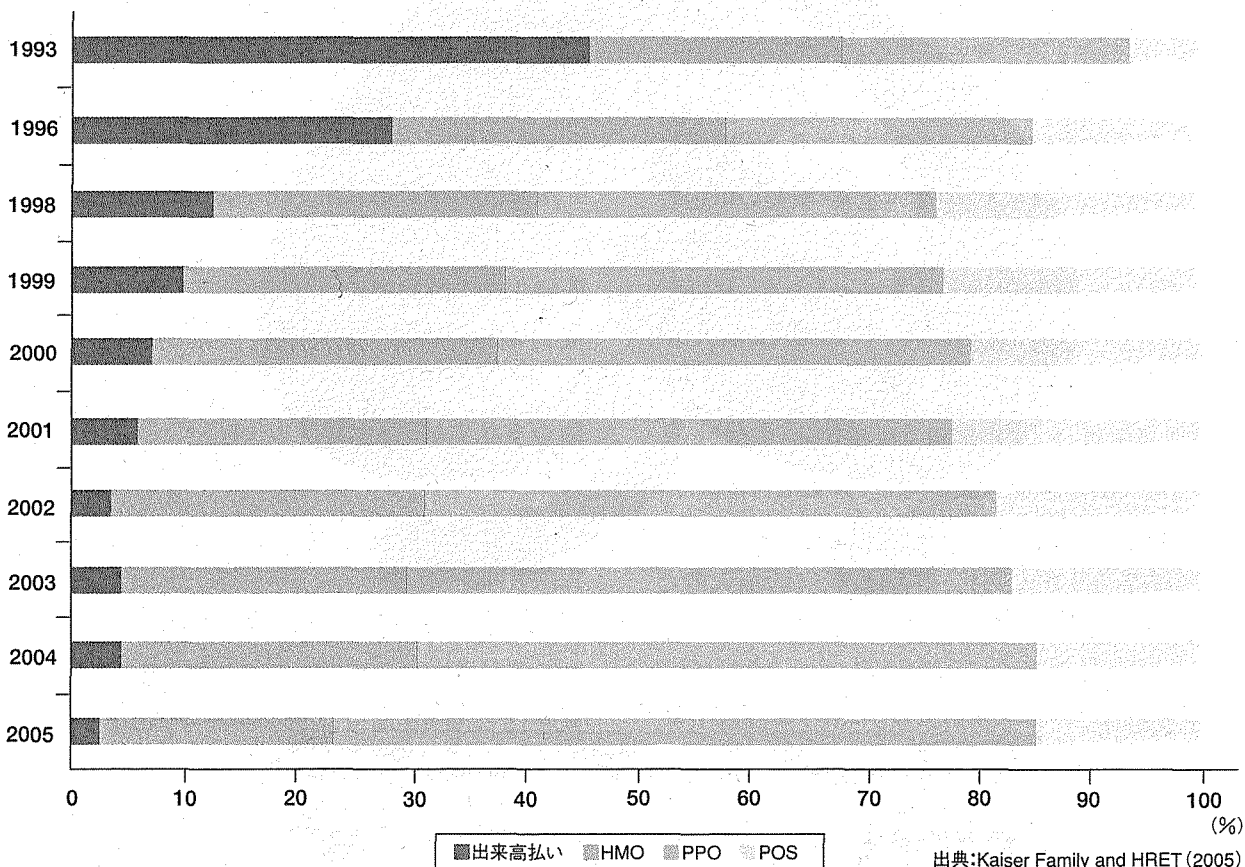
アメリカの医療保険事情

被用者に提供したのはおもに大企業であった。1990年代には中小企業も提供するようになったこともあり、1990年代にマネジドケア・プランは急速に普及した。

2005年において、被用者が加入している医療保険の種

類とその割合は、出来高払い3%、HMO 21%、PPO 61%、POS15%である(図表4を参照)。医療保険のほとんどはマネジドケア・プランであり、PPOがもっとも大きな割合を占めている。

図表4 保険種類別の被用者の加入割合



IV. アンダーライティングの強化

保険者のアンダーライティングは2つの過程から構成されている。1つは、申込者のリスクに基づいて保険を引き受けるかどうかを判断する「危険選択」である。もう1つは、保険を引き受ける場合、それぞれの加入者のリスクを測定・評価して料率を決定する「危険の分類」である。

医療費の増加は、保険者の保険金支払額を増加させる。前章で述べたように、1980年代に「医療」の対前年上昇率は「全項目」を大きく上回って上昇していた。そのために、保険者はアンダーライティングを強化するようになった。1つは、「危険選択」における引受拒否の増加である。もう1つは、「危険の分類」におけるリスクの細分化である。

1. 引受拒否の増加

医療費の増加にともなう保険金支払額の増加に直面した保険者は、危険選択において、申込者の「健康状態」などの「医的リスク」を重視して保険を引き受けるかどうかを判断し、リスクの高い申込者に対して引き受けを拒否するようになった。

保険者が申込者の医的リスクに基づいて危険選択を行い、危険を分類して料率を決定する過程全般は、医的アンダーライティングと呼ばれる。危険選択の手法には、①地域的選択(リスクの高い地域の申込者に対して引き受けを拒否すること)、②職种的選択(リスクの高い産業・職業の申込者に対して引き受けを拒否すること)、③低リスクの選択(ヘルスクラブの会員など、リスクの低い申込者のみをターゲットにして引き受けること)などがある。

医的アンダーライティングは、最初に個人医療保険で導入され、団体医療保険(とくに小雇用主医療保険)でも行われるようになった⁴。団体医療保険の場合、引受拒否には、団体(被用者全体)に対する場合と、団体内のリスクの高い被用者に対する場合がある。引受拒否は、新契約加入時だけでなく、契約更新時にも行われた⁵。

2. リスクの細分化

医療費が増加し、保険金支払額が増加すると、保険者は保険料を引き上げなければならない。それは、団体医療保険の場合、雇用主の保険料負担を増加させる。

1980年代に雇用主の保険料負担が増加していったために、一般に団体としてのリスクが低い大企業は、リスクに応じて料率を設定するよう保険者に要求した。大企業の加入者(被用者と扶養家族)は多いために、保険金支払実績は毎年総じて同じである。したがって、大企業は、自社の医療費を予測しやすいので、自家保険を採用することもできる。実際、1970年代後半以降、自家保険を採用する大企業が増加していた。

そのために、保険者は、大企業が加入する医療保険に

対して、「経験料率方式」によって料率を算定するようになった。「経験料率方式」とは、それぞれの企業の「保険金支払実績」によって料率を算定する方式である。

民間医療保険は、1930年代に生成し、発展していった。当初から1970年代まで、大企業、中小企業、個人にかかわりなく、保険者は少数の「危険要因(被保険者の特性)」を使用して「リスククラス」を設定し、それぞれの「リスククラス」に属する多数の加入者の「保険金支払実績」によって「リスククラス」の料率を算定する「マニュアル料率方式」を採用してきた⁶。

危険要因とは、加入者(被保険者)の属性であり、保険者が加入者のリスクを測定するために指標として使用する。医療保険の危険要因で、「地域」「性別」「年齢」「家族構成」「職業・産業」「団体規模」は人口統計的・客観的要因とされ、「被保険者の特性」と呼ばれる。「健康状態」と「保険金支払実績」は主観的要因とされ、「危険特性」と呼ばれる。

他方、中小企業と個人が加入する医療保険に対しては、保険者は多数の「被保険者の特性」を使用し、「リスククラス」を細分化してマニュアル料率を算定するようになった。そして、加入者のリスクをより正確に料率に反映させるために、「危険特性」を使用してマニュアル料率を割り増すまたは割り引くようになった。「リスククラス」の細分化によって、料率の格差が拡大した。それぞれの中小企業と個人の加入者は少ないために、「健康状態」は変化しやすく、「保険金支払実績」は毎年大きく変動する。「危険特性」によるマニュアル料率の割り増し・割り引きによって、契約更新のたびに料率が大きく変動した。

1980年代における保険者のアンダーライティングの強化によって、リスクの高い中小企業と個人の保険入手可能性と保険料負担可能性が低下し、無保険者の割合が増加したのである。無保険者の多くは、中小企業の被用者と扶養家族であった。

V. 1990年代の医療保険改革

アメリカでは、保険業はおもに州政府が監督規制を行っている。1980年代に低下した小雇用主医療保険と個人医療保険の入手可能性と保険料負担可能性を改善するために、ほとんどの州政府は1990年代に医療保険の改革を実施した(現在も継続して行っている)。

医療保険改革の主要な手段には、「新契約加入保証」「契約更新保証」「料率規制」「再保険プール」がある。これらの手段は3つに分類できる。「新契約加入保証」と「契約更新保証」は保険入手可能性を改善するための手段、「料率規制」は保険料負担可能性を改善するための手段、「再保険プール」は保険者を保護するための手段である。

1. 保険入手可能性の改善

前章で述べたように、1980年代にリスクの高い申込者に対する引受拒否が増加していた。

「新契約加入保証」とは、保険者に医療保険を引き受けさせる(小雇用主と個人に新契約加入を保証する)ものである。また「契約更新保証」とは、健康状態や保険金支払実績にかかわらず、保険者に医療保険を更新させる(小雇用主と個人に契約更新を保証する)ものである。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」は、保険者が危険選択を行う(引き受けを拒否する)ことを禁止するものである。小雇用主医療保険の場合、保険者は、新契約加入と契約更新を希望するすべての加入者(団体内の被用者と扶養家族)に対して、医療保険を引き受けなければならない。

2. 保険料負担可能性の改善

1980年代に保険者は、多数の「被保険者の特性」を使用し、「リスククラス」を細分化してマニュアル料率を算定していた。そして、「危険特性」を使用してマニュアル料率の割り増し・割り引きを行っていた。

「料率規制」はもっとも重要な手段である。小雇用主と個人は、「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって新契約に加入し、契約を更新することができる。しかし、保険者が加入者のリスクをできるだけ正確に料率に反映させるならば、リスクの高い小雇用主と個人の料率はかなり高くなる。そのために、小雇用主と個人は、実際には新契約に加入し、契約を更新することはできなくなる。

「料率規制」は、保険者が危険の分類において使用する「被保険者の特性」と「危険特性」を規制するものである。まず、保険者が使用できる「被保険者の特性」の種類を制限する(「リスククラス」の細分化を禁止する)ことによって、料率の格差を抑制している。また、「危険特性」の使用を規制することによって、契約更新時における料率の変動(とくに大幅な引き上げ)を抑制している。

3. 保険者の保護

「再保険プール」は、保険者のあいだでリスクを事後的に調整し、保険者の財務内容の悪化を防止するための手段である。

保険者は、「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって、リスクの高い小雇用主と個人の医療保険も引き受けなければならない。リスクの高い小雇用主と個人の医療保険を比較的多く引き受けた保険者は、保険金支払額の増加によって財務内容が悪化する可能性がある。そのために、州政府は「再保険プール」を設立している。

小雇用主医療保険の場合、再保険プールに参加している保険者(元受保険者)は、リスクのかなり高い団体(団体内の全加入者)または個人(団体内の一部の加入者)を再保険プールに出再している⁸。元受保険者は、所定の再保険料を再保険プールに支払う。そして、出再したそれぞれの加入者について、元受保険者が支払った保険金が所定の金額を超過した場合、再保険プールは超過分を再保険金として元受保険者に支払う。

再保険プールに純損失が生じた場合、それは元受保険者に対する賦課金によって補填される。

VI. おわりに

雇用主提供医療保険に加入している非高齢者の割合は、1980年代後半から90年代前半にかけて低下していたが、その後の1990年代に加入率は上昇した(図表5を参照)。1990年代の加入率は1980年代の水準を回復するまでには至らなかったが、加入率の上昇には1990年代に実施された医療保険改革の効果があつたであろう。しかし、1990年代はアメリカ経済が好調であったことも考慮すべきであり、むしろこのほうが加入率の上昇に大きく寄与したのかもしれない。

しかし、雇用主提供医療保険の加入率は、2000年代に入ると低下している。それは、保険料が大幅に上昇したことが主因であると思われる(図表6を参照)。医療保険改革で導入された「料率規制」は、料率の格差と料率の変動を抑制するものであり、料率の絶対額を全体的に抑制するものではない。したがって、料率規制によって料率の格差

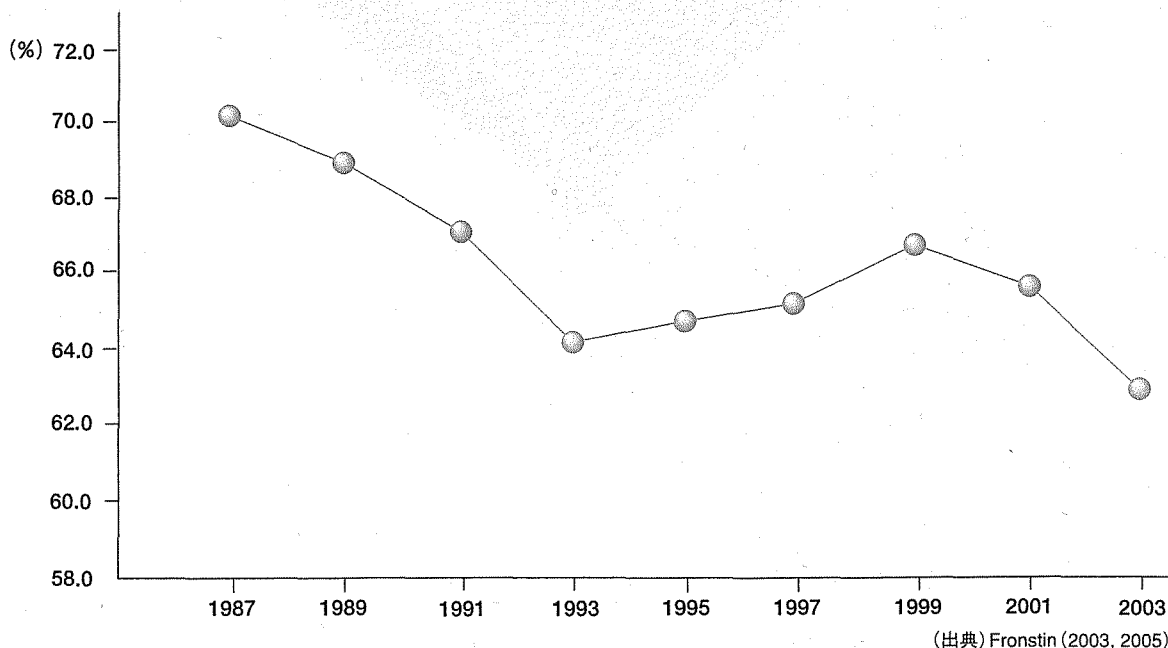
を抑制しても、料率が全体的に上昇すれば、料率規制の効果は減殺される。

上記の保険料の上昇と加入率の低下は、民間医療保険の入手可能性と保険料負担可能性を改善するためには、「料率規制」だけでなく「医療費の抑制」も不可欠であることを示しているといえよう。

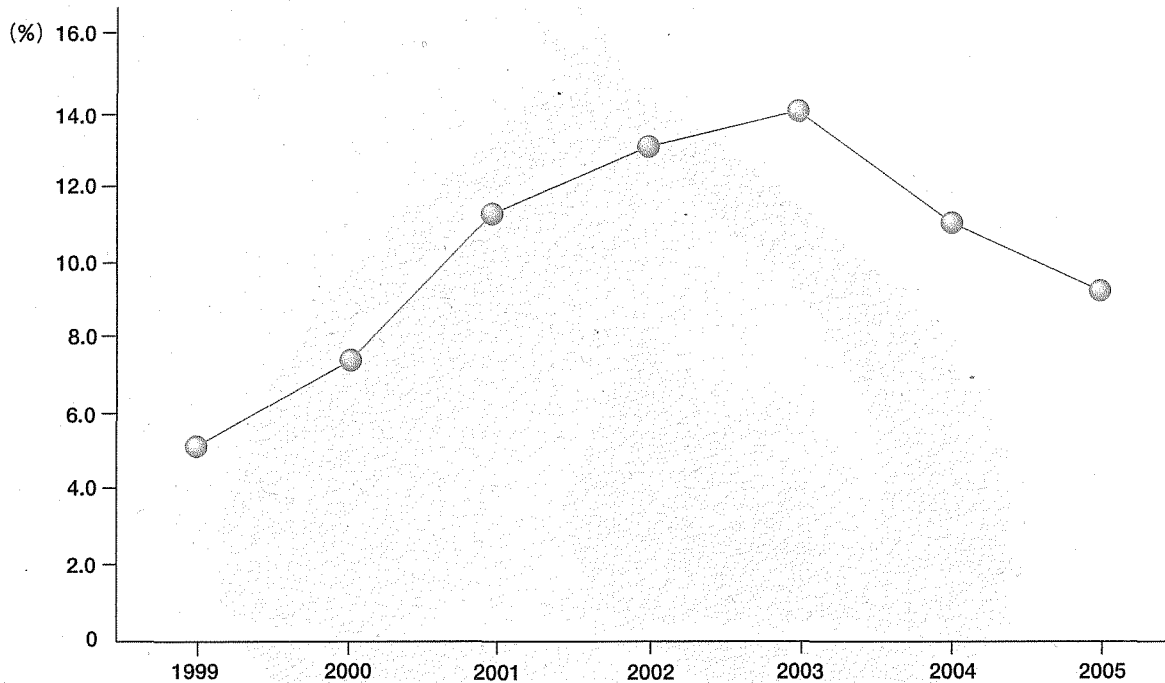
マネジドケアは、医療費の抑制に一定の役割を果たしてきた。しかし、最近では、それほど効果をあげていないようである。また、1990年代以降、マネジドケアに対する加入者と医療提供者の批判が高まっている。それを受けて、医療提供者の選択の制限と診療内容審査を緩和した保険者もいる。

今後の州政府と連邦政府の対応が注目されるが、無保険者の問題に対する抜本的・効果的な政策(改革案)は示されていないようである。将来、アメリカで国民医療保険が導入される(国民皆保険が実現する)にしても、それはしばらく先のことになるかもしれない。

図表5 非高齢者の雇用主提供医療保険の加入率



図表6 保険料の対前年上昇率



出典:Kaiser Family and HRET (2005)

参考文献

Bureau of Labor Statistics (BLS). 2006. "Consumer Price Indexes." Washington, DC:U.S. Department of Labor, BLS, August.
 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2006. "Health Accounts." Baltimore, MD:U.S. Department of Health and Human Services, CMS, Office of the Actuary.
 DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Cheryl Hill Lee. 2006. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-231, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2005. Washington, DC:U.S. Government Printing Office, August.
 Fronstin, Paul. 2003. "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured:Analysis of the March 2003 Current Population Survey." EBRI Issue Brief, No.264, December.
 ———. 2005. "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured:Analysis of the March 2005 Current Population Survey." EBRI Issue Brief, No.287, November.
 Kaiser Family and HRET. 2005. Employer Health Benefits:2005 Annual Survey. Menlo Park, CA, Henry J. Kaiser Family Foundation; Chicago, IL, Health Research and Educational Trust.
 OECD. 2006. OECD Health Data 2006. Paris:OECD, June.

渋谷博史・中浜 隆(編)『アメリカの年金と医療』日本経済評論社、2006年

中浜 隆『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社、2006年

脚注

- 1.被用者の退職後も、退職者と扶養家族に医療保険(メディケアを補足する医療保険)を提供している雇用主もいる。
- 2.OECD(2006)。なお、OECD加盟国のなかで、5カ国(オーストラリア、ベルギー、ドイツ、日本、スロバキア)の対GDP比率は不明である。しかし、過去数年間の対GDP比率の推移から、2004年における5カ国の対GDP比率はアメリカを下回っていることは間違いないと思われる。
- 3.「診療内容審査」には、診療前、診療中、診療後の審査がある。日本でも行われるようになった「セカンド・オピニオン(主治医以外の医師の意見)」は、診療前の審査である。
- 4.小雇用主医療保険(small employer health insurance)とは、一般に被用者50人以下の雇用主が被用者と扶養家族に提供する医療保険をいう。
- 5.アメリカの民間医療保険の保険期間は短期であり、一般に1年である。
- 6.マニュアル料率方式において、「地域」と「家族構成」のみの危険要因を使用してマニュアル料率を算定する方式を純粋地域料率方式という。換言すれば、同じ「地域」に居住し、「家族構成」が同じ加入者に対して同一料率を設定する方式である。1930年代以降、保険者は純粋地域料率方式を採用していた。
- 7.「危険特性」の使用に対する規制については、「危険特性」の使用を禁止している(つまり、マニュアル料率の割り増し・割り引きを禁止している)州と、「危険特性」の使用は認めているが、割り増し率・割り引き率を制限している州がある。
- 8.保険者の再保険プールへの参加は、強制している州と保険者の任意としている州がある。