

米国医療保険改革の主な内容と課題

馬 場 邦 年

(日 本 生 命)
(ニューヨーク事務所 課長補佐)

I はじめに

2008年11月、2期8年にわたるブッシュ共和党政権後の大統領選が行われ、民主党のバラク・オバマ上院議員が共和党のジョン・マケイン上院議員を大差で破り、第44代大統領に当選した。オバマ上院議員は、金融危機の深刻化で有権者の経済への不安が高まる中、中低所得者に手厚い政策を訴え、黒人初の大統領となった。

米国は上位1%の富裕層が国民全体の所得の約2割を占めると言われ、所得格差が社会問題化している。医療費が高騰する米国では、国民皆保険制度が整備されていないこともあり、中低所得者層の中には、医療へのアクセスが十分ではない場合も多い。こうした所謂「医療格差」問題は、米国メディアでも度々取り上げられてきたものの、市場原理主義を第一義とする米国では、長く取り残されてきた。そのため、オバマ上院議員（当時）が医療制度の改革を訴え、大統領に当選した意義は大きく、米国社会の変化を強く感じさせる出来事となった。

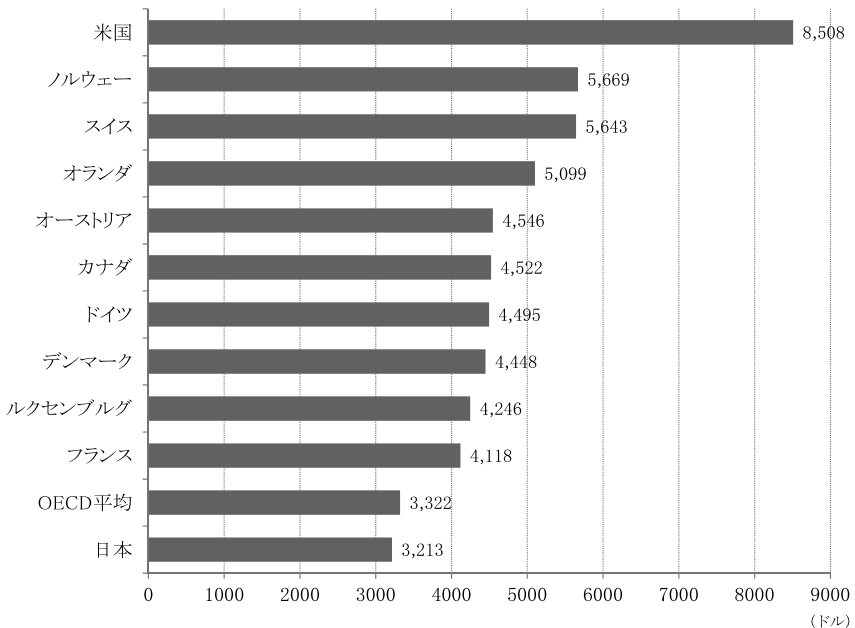
本稿では、オバマ大統領誕生の背景にある米国医療制度を巡る問題点、そして同大統領の看板政策とも呼ばれる医療保険制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act）の主な内容と課題について論じたい。

なお、本稿は、米国医療保険改革における主要施策の方向性が議論されている最中に執筆したため、内容がその後変更されている可能性があること、また、本稿での意見にかかる部分は筆者の個人的見解であり、所属する会社等の見解ではないことをご理解いただきたい。

Ⅱ 米国の医療制度を巡る問題点

米国は、先進国で唯一国民皆保険制度が整備されておらず、公的医療保険制度が用意されている貧困層と高齢者以外は、民間保険会社の提供する医療保険に加入することで医療費支出に備えている。しかし、一人当たり年間医療費は約8500ドルと、OECD加盟国の中では突出して高く、日本とは約2.6倍の開きがある（図1）。また、2000年以降の

（図1）OECD加盟国の一人当たり医療費（上位10ヶ国と日本、OECD平均）

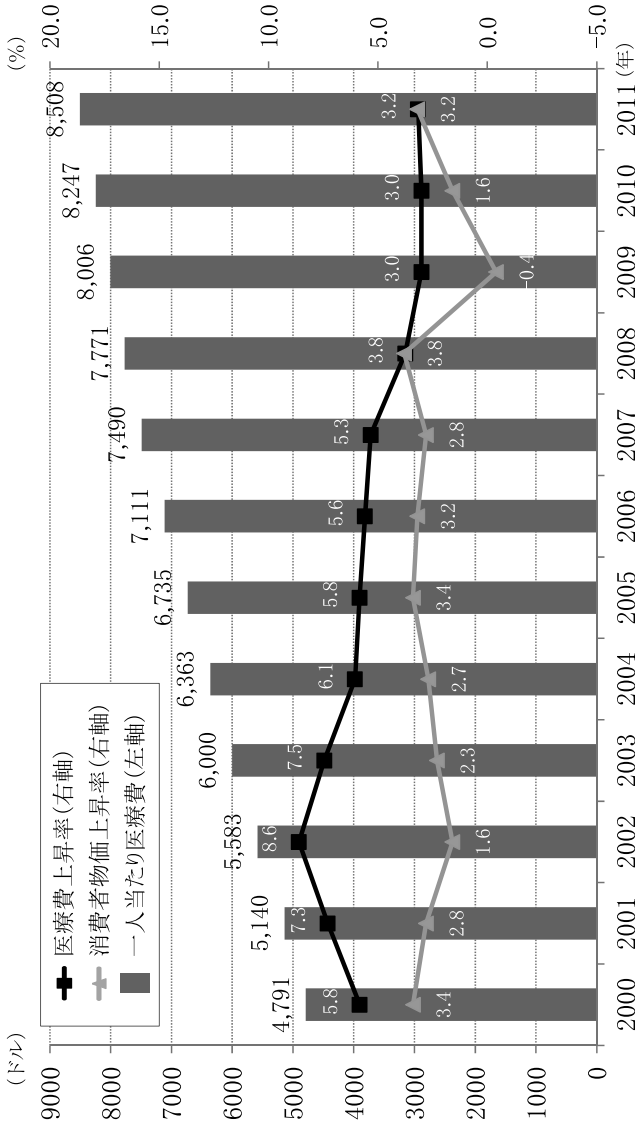


（出典）OECD, OECD Health Data 2013.

注：日本のみ2010年実績、その他は2011年実績。

上昇率は年平均で5.4%に達しており、同じく2.5%の消費者物価上昇率と比較しても、その伸びの高さは際立っている（図2）。

（図2）米国の一人当たり医療費上昇率と消費者物価上昇率の推移



（出典） OECD, OECD Health Data 2013, Bureau of Labor Statistics, Table Containing History of CPLU U.S. .

米国の医療制度では、医療機関が自由に医療費を設定することができる。米国では、高額な賠償を求めた医療過誤訴訟が頻発しているため、医師の多くが高額の医療過誤訴訟保険に加入し、また、訴訟リスクを軽減するため様々な治療前検査を実施している。さらに、米国では連邦法E M T A L A（Emergency Medical Treatment and Active Labor Act）により、救急患者に対する医療が法的に保障されていることから、医療費を支払う経済的余裕が無い患者であっても、医療機関が治療を拒否することはできない。こうした患者の未払医療費が一般患者に転嫁されていることも、医療費の高騰につながっている。

高額の医療費をカバーする医療保険は、自ずと保険料も高額に上ることから、米国では大規模企業を中心に、多くの企業が福利厚生制度の一環として従業員に医療保険を提供している。そのため、米国の医療保険会社は、主にこうした企業向けの団体医療保険を提供しており、加入者ベースで見ると、個人向け医療保険も含めた全体の民間医療保険のうち、約9割を団体医療保険が占める。米国における団体医療保険の平均保険料は、従業員のみ保障するプランで年間5884ドル、家族も保障するプランでは1万6531ドルにも上る。

米国の医療保険は、利用できる医療機関の制約等により、複数の類型があるが、最も一般的なP P O（Preferred Provider Organization）の場合、一回の診療に対して免責となる金額が定められており、この額を除いた金額のうち、一定割合が保険により給付される仕組みとなっている（ただし、風邪等の軽微な診療の場合は、10～40ドル程度の固定額を支払う）。保険給付を超える部分については自己負担となるものの、年間自己負担上限額が設定されているため、入院・手術等により高額な医療費が発生した場合でも、自己負担は上限額以内となり、上限を超過する部分は保険会社が負担する。P P Oでは、どの医療機関を利用しても保険給付が行われるが、特定の提携医療機関を利用した場合は、免責額や自己負担上限が低くなる等、給付内容が優遇される。医療保

険会社は、保険契約者に対し提携医療機関の利用を促す代わりに、当該医療機関と医療費の割引契約を締結しているため、加入する医療保険によって利用できる提携医療機関や優遇内容が異なる。

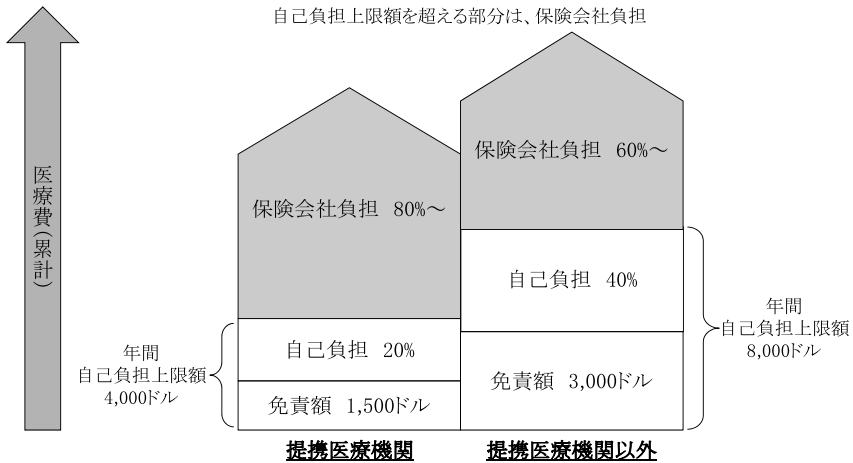
上述のように、高額な医療保険料は、雇用主にとっての負担が大きいため、資力の乏しい小規模企業等では、従業員へ医療保険を提供していないケースがこれまで数多く存在していた。特に、医療保険が提供されない従業員のうち、低所得層は、経済的理由により個人向け医

(表 1) 医療保険の類型

類 型	内 容
Indemnity	保険加入者が医療機関を利用する場合、一旦加入者が立て替えた上で保険会社に保険給付を請求する方式。どの医療機関でも利用可能
PPO (Preferred Provider Organization)	どの医療機関を利用しても保険給付を行う一方、医療費を割引する契約を結んだ提携医療機関をネットワーク化し、保険加入者の当該医療機関利用を促すべく保険給付内容を優遇する方式
HMO (Health Maintenance Organization)	保険加入者毎に任命されたPCP(Primary Care Physician, 主治医)が、無駄な医療を極力排除すべく保険給付の対象となる医療を厳格に管理する方式
POS (Point of Service)	PPOとHMOの中間形態であり、PCPを任命し、HMO同様の運営を基本とする一方、PCPの紹介なく他の医療機関の診療を受けても、PPOにおいてネットワークに加盟していない医療機関を利用したときと同様に一定の保険給付が行われる方式
CDHP (Consumer-Directed Health Plan)	PPOのバリエーションの一つで、免責金額が大きく保険料が比較的安い高免責額医療保険(High Deductible Health Plan)と医療貯蓄口座の税制優遇措置の組み合わせにより、医療費を大幅に削減する方式。ネットワーク外の医療機関を利用しても保険給付を行うが、その場合免責額が上がる等の制約がある。

(出典) U.S. Bureau of Labor Statistics, DEFINITIONS OF HEALTH INSURANCE TERMS.

（図3）米国の医療保険プランイメージ（PPOの場合）



注：保険プランに使用している数値は一般的なケースの例。

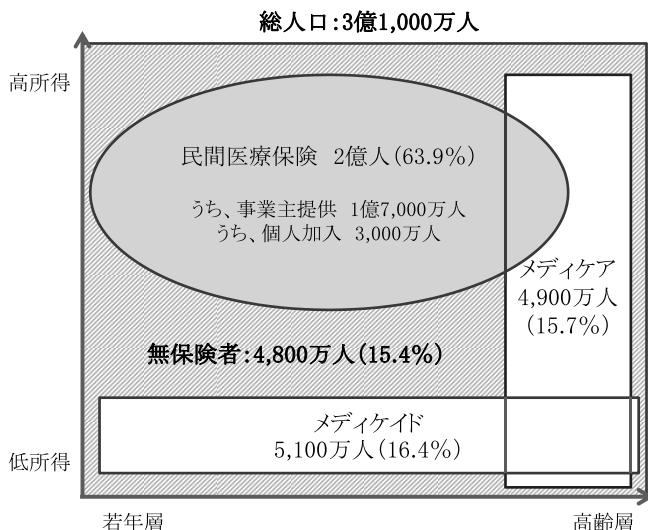
上記例は、手術や入院等の場合で、免責額は年間自己負担上限額に達するまで、毎回必ず支払う必要がある。なお、風邪等の軽微な診療の場合は、一回に10～40ドル程度の支払のみとなる。

療保険にも加入しないことが多かった。また、既往症を抱える患者は引受査定の場合で保険加入を拒否されたり、一度保険に加入しても、医療費の嵩む慢性的な疾病を抱えた場合などは、保険契約の更新を拒否されたり、もしくは保険料を増額されるという問題もあった。米国では貧困層向けにメディケイド、高齢者向けにメディケアと呼ばれる公的医療保険制度があるが、そうした制度の対象となるのは全人口の3割程度となっている。そのため、米国では無保険者が溢れ、初期医療さえ満足に受けられない国民が少なからず存在していた。

国立衛生研究所（National Institutes of Health）が米国医学研究所（Institute of Medicine）に委託して作成した報告書^{（注1）}によれば、米国の平均寿命は、西欧、カナダ、オーストラリアや日本に比して、低位にとどまって

（注1）U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health, Jan., 2013.

(図4) 米国における医療保険加入状況概観



(出典) US. Census of Bureau, Health Status by selected Characteristics and Health Insurance Status.

いる。主要先進国の中でGDPに占める医療費支出の割合が最も高く、先進医療も発達した米国であるが、米国学術研究会議（National Research Council）と米国医学研究所のメンバーで構成される専門家委員会は、平均寿命が短い主要要因の一つに医療受診のしにくさを挙げている。

こうした問題は、古くから米国の大きな政策課題とされ、セオドア・ルーズベルト、ハリー・トルーマン、リチャード・ニクソン、1990年代にはビル・クリントンなどが新たな医療保険制度の創設に取り組んだが、財政上の問題などからいずれも頓挫してきた。しかし、バラク・オバマが医療保険制度改革を最優先政策課題として公約に掲げ、2008年のアメリカ大統領選挙で勝利すると、当時両院の多数を民主党が占めていたこともあって、2010年3月には医療保険制度改革法が成立した。しかし、医療保険の加入義務化は自助自律の精神を損なうとして、「小さな政府」を標榜する共和党保守派を中心に同法撤回を求める声が強まっ

（表2）OECD加盟国のGDPに対する医療費の割合

	国名	GDPに対する 医療費の割合
1	米国	17.7%
2	オランダ	11.9%
3	フランス	11.6%
4	ドイツ	11.3%
5	カナダ	11.2%
6	スイス	11.0%
7	デンマーク	10.9%
8	オーストリア	10.8%
9	ベルギー	10.5%
10	ニュージーランド	10.3%
11	ポルトガル	10.2%
12	日本	9.6%

（出典）OECD, OECD Health Data 2013.

注：日本のみ2010年実績、その他は2011年実績。

（表3）高収入水準17ヶ国における平均寿命ランキング

	男性		女性	
	国名	平均寿命	国名	平均寿命
1	スイス	79.33	日本	85.98
2	オーストラリア	79.27	フランス	84.43
3	日本	79.20	スイス	84.09
4	スウェーデン	78.92	イタリア	84.09
5	イタリア	78.82	スペイン	84.03
6	カナダ	78.35	オーストラリア	83.78
7	ノルウェー	78.25	カナダ	82.95
8	オランダ	78.01	スウェーデン	82.95
9	スペイン	77.62	オーストリア	82.86
10	英国	77.43	フィンランド	82.86
11	フランス	77.41	ノルウェー	82.68
12	オーストリア	77.33	ドイツ	82.44
13	ドイツ	77.11	オランダ	82.31
14	デンマーク	76.13	ポルトガル	82.19
15	ポルトガル	75.87	英国	81.68
16	フィンランド	75.86	米国	80.78
17	米国	75.64	デンマーク	80.53

（出典）Data from the Human Mortality Database, the World Health Organization Mortality Database, and Statistics Canada, as reported in Ho, J. Y. and S.H. Preston (2011). International Comparisons of U.S. Mortality. Data analyses prepared for the National Academy of Sciences/Institute of Medicine Panel on Understanding Cross-National Health Differences Among High-Income Countries. Population Studies Center, University of Pennsylvania.

た。国民の保険加入を義務付けた条項が憲法で認められた個人の自由の侵害に当たるなどとして、26の州で共和党系の知事らが提訴する事態も起きている。その後、連邦高裁レベルで一部違憲判決が出されたものの、連邦最高裁判所は大筋で合憲であるとの裁定を下し、同法は概ね維持された。

2012年11月の米国大統領選挙においても、同法は引き続き争点となり、同法の撤回を求めるロムニー共和党大統領候補と、オバマ大統領の間で激しい議論が交わされた。しかし、再選を果たしたオバマ大統領は、同法に基づく施策の推進に向け一層の意気込みを表明し、各州政府および保険会社に対し、協力を要請した。

医療保険改革法の成立は、歴代民主党政権が挫折してきたことから「歴史的偉業」と評する向きもある。しかし、米国民の医療アクセス改善に向けた2014年1月からの本格的な改革を前にシステム障害等の様々な問題が露呈したことから、オバマ大統領の支持率が過去最低を記録するなど、同改革が孕む課題も多い。

Ⅲ 米国医療保険改革法の主な内容

2012年時点の米国の無保険者は約4800万人^(注2)に達し、全人口の15.4%を占めている(図3)。医療保険改革法は、①個人に対する保険加入義務化、②雇用者(企業)の保険提供義務化、③公的医療保険(メディケイド)の拡大により、こうした無保険者を削減することを主な目的としている。米国連邦議会予算局の試算では、無保険者は、2012年の15.4%から、2019年には6%まで減少するとされている。同法は様々な角度から既存の医療保険制度を見直しており、2077ページにものぼる膨大な内容となっているが、2014年1月時点の主要な施策内容は以下の通りである。

(注2) U.S. Census Bureau Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Selected Characteristics 2012.

（表4）医療保険改革法の主な内容

開始年	加入支援策等	規制等	財源確保等
2010	- 小規模雇用主向け保険料助成制度の導入 - 予防医療サービスを保険で全額カバー	- 子供に対し、既往症等を理由とする謝絶禁止 - 年間給付限度額、および生涯給付限度額の設定禁止	
2011		メディカル・ロスレシオ規制の導入（本文P.42参照）	製薬会社から分担金を徴収
2012	妊婦を含む女性特有の予防医療サービスを保険で全額カバー	SBC（雇用主が提供する保険プランの内容を示したもの）の従業員への提供を義務付け	
2013	- 非営利共済会社の設立を支援する政府出資プログラムを創設 - 保険取引所の開設、個人向け保険プランの提供		- メディケア税の引き上げ - 医療機器販売に対する課税
2014	- 保険取引所における100名以下雇用主向け保険プランの提供 - 保険取引所における保険料補助制度の創設 - メディケイド加入対象者の拡大 - ウェルネスプログラム※に対する、従業員へのインセンティブ限度枠の拡大 - 従業員200名超雇用主に対し、従業員への医療保険自動付帯責任を課す	- 個人への医療保険加入を義務付け - 個人医療保険における既往症等による謝絶禁止 - 小企業向け団体保険におけるコミュニティレート方式（本文P.42参照）による保険料設定 - Out of Pocket（自己負担額）、Deductible（年間免責額）の上限設定	- 保険会社から分担金を徴収 - 暫定保険プログラムの導入に向けた分担金の徴収 - PCORI（医療の費用対効果を調査する研究機関）設立・運営に向けた分担金の徴収
2015		- 従業員50名以上雇用主に対し医療保険提供責任を課す - 医療保険の基本保障内容（Essential Health Benefit）を規定	
2016		- メディカル・ロスレシオ規制等で使用される小企業プランの定義が従業員50名超から100名超へ変更 - 高額報酬職員に対する優遇プランの提供禁止	
2017	保険取引所における従業員100名超雇用主向けプランの提供（各州判断にて実施可能）		
2018			高額医療保険プランへの課税

（出典）Kaiser Family Foundation, SUMMARY OF THE AFFORDABLE CARE ACT 他。

注：健康増進を促進するための取り組み。

1. 個人への保険加入義務

2014年から、個人への保険加入を義務付け、加入しない者に対して罰金が課される。

(表5) 保険未加入者に対するペナルティ

年	ペナルティ
2014	95ドル(家族分で最大285ドル)もしくは年収の1.0%のいずれか高い方
2015	325ドル(家族分で最大975ドル)もしくは年収の2.0%のいずれか高い方
2016	695ドル(家族分で最大2085ドル)もしくは、年収の2.5%のいずれか高い方

(出典) Healthcare.gov.

また、2017年以降は、生活費の水準によりペナルティの増加幅が調整される予定となっている。ただし、宗教により保険加入が禁じられている者や、一定の所得水準に満たない者などについては免除される。加入義務を満たしているかどうかについては、まず、所得税申告書で医療保険の加入有無を報告させたいえ、米国歳入庁（IRS）が、適切な保険に加入しているかどうかをチェックする。

2. 医療保険の基本保障内容（Essential Health Benefit）の規定

保険加入義務だけでは、保障の小さい安価な保険への加入などが増えてしまい、実効性のある医療保険が普及しない恐れがあるため、個人保険および小規模企業向け団体保険において、最低限保障すべき内容が規定された。すなわち、外来、救急サービス、入院、検査、妊婦および新生児のケア、メンタルヘルスおよび薬物乱用障害、小児科治療、処方箋薬、予防治療および慢性疾病の管理、リハビリ等のサービスおよび器具の10種類が基本保障内容と定義された。また、同保障内容にかかる医療費の60%相当をカバーするプランをブロンズ（残り40%は自己負担）、以下同様に70%相当をカバーするプランがシルバー、80%相当がゴールド、90%相当がプラチナと、4つの区分が定められ

た。2015年以降販売される医療保険は、原則としてこれら4区分のいずれか、もしくはカタストロフィック・プラン（30歳未満かつ年間所得の8%以内で他に加入できる医療保険が無い場合のみ利用できるプランで、免責額が大きいものの、保険料は安い）に該当する必要がある。

さらに、医療保険プランの年間自己負担金額に上限が設定され、2014年の水準では個人で最大6350ドル、家族で1万2700ドルが上限とされた。加えて、小規模企業向け団体保険については、免責金額を個人2000ドル、家族4000ドルとする上限が設定された。

3. 保険取引所（Exchange）の創設

保険取引所（Exchange）とは、医療保険への加入を促進すべく連邦・州政府主導で2013年10月に設立されたウェブサイトであり、民間の保険会社が提供する医療保険プランを比較・購入できる。当初は個人および従業員100名以下の小規模雇用主が対象とされていたが、小規模雇用主向けの保険については、システム障害が起きたことで、保険取引所を通じた保険提供開始時期が1年延期されることとなった。また、従業員100名超の雇用主については、各州政府の判断で2017年より利用可能とされている。なお、保険取引所で提供される医療保険プランは、基本保障内容をカバーする4区分（ブロンズ・シルバー・ゴールド・プラチナ）およびカタストロフィック・プランとなっている。

保険取引所は、それぞれが独立した組織である、連邦保険取引所、州保険取引所、連邦と州の共同保険取引所の3形態があり、各州の裁量によりいずれか一つの保険取引所を採用する。現在、27の州が連邦保険取引所、17の州（DC含む）が州保険取引所、7の州が共同保険取引所を採用^{（注3）}している。

（注3） Kaiser Family Foundation State Decisions For Creating Health Insurance Marketplaces.

4. 保険料助成制度

個人および従業員数25名以下の小規模雇用主に対し、医療保険加入時の経済的負担を軽減させる助成制度が新設された。個人の場合、連邦貧困ガイドライン所得の100～400%^(注4)（2013年のガイドラインで換算すると4人家族で年間所得が2万3550～9万4200ドル）に該当し、保険取引所を通じて保険に加入すれば、最も標準的なシルバープランを基準として、表6の通り保険料の負担上限が適用される。負担上限を超える部分は助成部分として、政府が保険会社に直接支払う。

(表6) 所得別 保険料負担上限

連邦貧困 ガイドライン	年間所得水準 (4人家族)	保険料 負担上限
～133%	～31,322ドル	年収の2%
133～150%	31,322～35,325ドル	年収の3～4%
150～200%	35,325～47,100ドル	年収の4～6.3%
200～250%	47,100～58,875ドル	年収の6.3～8.05%
250～300%	58,875～70,650ドル	年収の8.05～9.5%
300～400%	70,650～94,200ドル	年収の9.5%

(出典) U.S. Department of Health and Human Services, 2013 POVERTY GUIDELINES FOR THE 48 CONTIGUOUS STATES AND THE DISTRICT OF COLUMBIA.

また、従業員数25名以下の小規模雇用主は、2010～2013年の間、雇用主が保険料の50%以上を負担している場合において、従業員数、平均賃金、保険料の雇用主負担割合に応じ、最大で保険料の35%まで助成を受けることができる。2014年からは、従業員の平均賃金が5万ドル以下、かつ、雇用主が保険料の50%以上を負担している場合に、同様に、最大で保険料の50%まで助成を受けることができる。

(注4) 100%を下回ると貧困層とみなされる水準。U.S. Department of Health and Human Services, 2013 POVERTY GUIDELINES FOR THE 48 CONTIGUOUS STATES AND THE DISTRICT OF COLUMBIA.

5. 雇用主の保険提供要件

雇用主による従業員への医療保険提供を促すため、2014年から従業員数200名以上の雇用主は、従業員に対し自動的に医療保険を提供するよう定められた。また、従業員数100名以上200名未満の雇用主に対しては、従業員への保険提供を義務付けてはいないものの、2015年より雇用主が保険提供を行っていない、または一定水準を満たす保険を提供していない場合について、従業員が保険取引所を通じて医療保険に加入し、保険料の補助を受けた場合、雇用主による保険の提供が不十分であると見なされ、罰金^(注5)が課されることとなった。なお、従業員数50～99名の雇用主に対しても、同様の罰金規制が2016年から実施される予定となっている。

6. 公的医療制度の受給基準拡大

従来州ごとに異なる適用基準が採用されていたメディケイド（貧困層向け公的医療保険）の受給基準について、2014年から所得が連邦貧困ガイドライン所得の133%（2013年のガイドラインで換算すると4人家族で年間所得が3万1322ドル）未満へと緩和された。また、1997年に無保険状態にある児童を減少させる目的で創設された公的制度、児童医療保険プログラム（Children's Health Insurance Program, CHIP）についても、2013年までの期限が2019年まで延長された。

しかし、メディケイドの受給基準緩和は「受給者拡大分の財源について、当面連邦政府が100%負担する」としながらも、「メディケイド受給基準の拡大に応じない州については、既存の受給者分に対する連邦政府の分担金を廃止する」としたことから、共和党保守派が知事を

（注5）雇用主が従業員への保険提供を行っていない場合は（従業員数－30名）×2000ドル、保険提供を行っているが、その内容が一定水準を満たしていない場合は、（従業員数－30名）×2000ドル、または補助を受けた従業員数×3000ドルのいずれか低い方。

務める26の州で訴訟となり、最終的に「州の自治権を侵害する」として、最高裁で違憲判決が出された。そのため、メディケイドの受給基準拡大については各州の選択性となり、2013年12月11日時点^(注6)では、26州（DC含む）が2014年より受給基準拡大、2州が2014年以降の拡大を検討、そして23州が拡大しないとしている。

7. 医療保険会社に対する規制

無保険者が蔓延する最も大きな理由の一つである高額な保険料を安定化させるべく、医療保険会社に対しても多くの規制が課せられた。

2011年より、医療保険会社の保険料収入のうち、医療費給付に充当すべき割合が、各州の大企業プラン^(注7)では85%以上、小企業プラン^(注8)では80%以上と定められ、同基準に満たない場合は、差額を契約者に還元させるメディカル・ロスレシオ規制が施行された。（州により異なる水準が適用されるケースもある）具体的な差額の還元方法は、保険会社の裁量に委ねられており、小切手を契約者に送付する、保険料と相殺するといった方法が用いられている。

また、2014年からは、20歳以上の被保険者について、既往症を理由とする引受謝絶が禁止^(注9)されたうえ、小企業向け団体保険については、従業員個人ごとの保険料について、①年齢、②喫煙の有無、③居住地域、④保障範囲（個人・家族）の4項目のみによる設定しかできないコミュニティレート方式が導入され、健康状態等による割増保険料の設定などは禁止された。

（注6）Kaiser Family Foundation Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision, December 11, 2013.

（注7）従業員100名超の企業向けに販売するプラン、州によっては従業員50名超とされているが、2016年より一律従業員100名超となる。

（注8）従業員数が大企業プランの定義に満たない企業向けに販売するプラン。

（注9）以前より団体保険では個別被保険体の謝絶は禁止されており、個人保険においても19歳以下の被保険体については、謝絶禁止とされていた。

しかし、医療保険会社に対する規制はこれだけにとどまらず、2014年より、医療保険改革に伴う財源確保に向けた規制が導入された。初年度である2014年は業界全体で年間約80億ドルを負担する必要があるほか、既往症患者等の高いリスクを孕む被保険者の流入に備え、2014年から2016年まで実施される暫定再保険プログラム（Transitional Reinsurance Program）や、医療の費用対効果を調査する研究機関（Patient Centered Outcomes Research Institute）の設立に係る費用も医療保険会社が負担する。

Ⅳ 米国医療保険改革法を巡る課題

米国の医療保険改革法は、オバマ大統領の名前を冠してオバマケアと呼ばれるほど、大統領にとって非常に重要な施策の一つである、しかしながら、2014年の本格施行を前に以下のような課題が露呈し、オバマ大統領は少なからず国民の信頼を損ねる結果となった。

1. 保険取引所のシステム障害

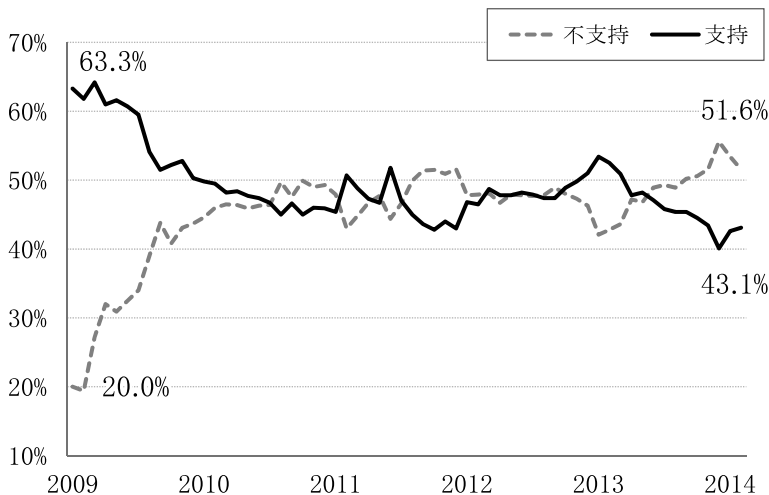
医療保険改革の目玉でもある保険取引所は、個人への保険加入義務が生じる2014年1月からの保障開始に向け、2013年10月1日の午前0時に開設された。しかし、予想を上回る関心の高さから、連邦保険取引所では、開設後2時間の間に200万件を超えるアクセスが集中し、システム障害を引き起こした。その結果、初日の登録者は6名、2日間でわずか258名にしかとどかず^(注10)、オバマ大統領が謝罪する事態となった。

その後、IT企業への支援要請等を行ったものの、問題はすぐに解決せず、結局、オバマ大統領が復旧を宣言したのは2ヶ月後の12月1日であった。さらに、こうした問題の影響により、当初予定されていた従業員100名以下の小規模雇用主向け保険の提供時期が2014年11月ま

(注10) “Obamacare Documents Show 248 Enrollments in First 2 Days”, Bloomberg, Nov 1, 2013.

で延期されることとなった。

(図5) オバマ大統領支持率の推移



(出典) Real Clear Politics.

2. 医療保険改革法の基準を満たさない既契約の解約

医療保険改革法は、無保険者の削減を目的としているものであることから、従来、オバマ大統領は、既に参加している医療保険については、その保障内容にかかわらず継続できると説明してきた。しかし、2013年10月下旬頃から、保険会社により相次いで既契約に対する解約通知が送付され、この説明は誤りであったことが明らかとなった。解約通知送付の対象となったのは、予防医療やメンタルヘルスなど、医療保険改革法で定める基本保障内容を満たさない契約であり、主に自営業者などの個人加入者が解約を迫られる形となった。

オバマ大統領は、こうした既契約については、1年間の契約延長を認めると発表したが、保険会社は手続きを進めておらず、契約を延長する動きはない。2014年1月上旬時点で解約された契約は500万件にも

上り、セベリウス保健福祉長官は、既契約を解約された人について、保険取引所で提供される医療保険の保険料を負担する余裕が無いと思われる場合は、ハードシップ・エグゼンプション（本来、一定の所得水準に満たない者が行う保険加入義務免除申請）を行うことで、2014年の保険加入義務の対象外とすると発表した^(注11)。また、本来であれば30歳未満かつ年間所得の8%以内で他に加入できる医療保険が無い場合のみ利用できるカタストロフィック・プランに加入することも認められた。しかし、こうした措置は、無保険者の削減を目的とした医療保険改革法の主旨に反し、対象者を過度に優遇しているとして、各方面から批判が集まっている。

3. メディケイドのドーナツ・ホール

医療保険改革では、当初全ての州でメディケイドの対象範囲が連邦貧困ガイドライン所得の133%未満まで拡大される予定であったが、最高裁による違憲判決により、対象範囲拡大は各州政府の判断に委ねられることとなった。そのため、例えばアラバマ州では連邦貧困ガイドライン所得の23%以下の所得層がメディケイドの対象とされているが、保険料助成制度により保険取引所経由で加入した医療保険に対する補助金が支給される対象は、同ガイドライン所得の100～400%であり、24～99%の所得層は、いずれの恩恵も受けることができない。こうしたいわゆるドーナツ・ホールに落ちる層は全米で500万人に上ると推定されている^(注12)。

(注11) “The Obamacare Law Devours Itself With Exemptions Amid 5 Million Cancellations”, Forbes, Jan 6, 2014.

(注12) The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid Cancellations, Kaiser Family Foundation, Oct 23, 2013.

4. 企業の負担増に伴う従業員への影響

医療保険改革により、個人医療保険の既往症による引受謝絶の禁止や、医療保険会社に対する負担金が導入されることなどから、医療保険の保険料は大幅に増加すると見られている。そのため、従業員に団体医療保険を提供する企業は、その負担額を軽減すべく、医療保険の見直しを図っている。

団体医療保険の保険料は、従業員のみを保障するプランで平均18%が従業員負担、家族も保障するプランでは29%が従業員負担となっている^(注13)。そのため、従業員の負担金を増額したり、従業員へ提供する医療保険をより自己負担割合の大きいものへ変更したり、保険料を抑制するといった動きが増加しているほか、罰金を覚悟のうえで、従業員に医療保険を提供しない企業が増加する可能性も懸念されている。

また、こうした動きに加え、大企業を中心に民間企業が運営する保険取引所を活用する動きも見られる。既に述べたとおり、米国では、福利厚生制度の一環として、企業が従業員に対し医療保険を提供することが一般的である。しかし、ドラッグストアチェーン大手のウォルグリーンは、従業員約16万人の医療保険について、民間の保険取引所を活用する制度を発表した^(注14)。新制度の下では、企業が従業員に補助金を支給し、従業員は複数のプランから選択可能な民間の保険取引所を通じて自身に合ったプランに加入する。こうした制度は、企業側の負担を固定できるうえ、従業員にとっても医療保険の選択オプションが増えるという利点がある。しかし、企業年金制度において確定給付型から確定拠出型へとシフトする中で、従業員自身が年金を運用し、運用リスクを負うようになったのと同様、保険料の変動リスクを従業員に転嫁する動きにつながりうると懸念する声もある。

(注13) 2013 Employer Health Benefits Survey, Kaiser Family Foundation, 2013.

(注14) “Walgreen Joins in Exodus of Workers to Private Exchanges”, Bloomberg, Sep 18, 2013.

5. 健康な若年層の加入者不足

2013年12月末時点の保険取引所を通じた医療保険加入状況は、10月の開設から3ヶ月間で約215万人となった。政府の発表によれば、システム障害が解消された12月以降、加入者が大幅に増加したものの、3ヶ月間の目標であった332万人の65%程度にとどまった。また、加入者の年齢別内訳を見ると、45歳から64歳が55%を占め、比較的健康とされる18歳から34歳までの加入率は24%という極めて低い水準となった。

若年層の加入率が低位にとどまっている状況は、高齢で健康上のリスクが高い加入者の割合の増加に繋がるため、医療保険会社の収支バランスの悪化を招き、保険料の値上げを招くとして問題視されている。健康な若年層は、保険に加入するインセンティブが小さいため、保険料の上昇により、ますます医療保険が敬遠される懸念があり、負のスパイラルに陥る可能性も指摘されている。政府は18歳から34歳の加入率が25%程度でも保険取引所の安定的な運営は可能であり、現時点で既に安定した状況に達していると発表している。しかし、カイザーファミリー財団によれば、統計上、18歳から34歳の加入率は40%程度が望ましいとされており、現状を危ぶむ声は根強い^(注15)。

6. 医療保険業界への影響

米国では福利厚生制度の一貫として、企業が従業員に対し医療保険を提供することが一般的なことから、団体医療保険市場は非常に大きな規模を誇る。しかし、メディカル・ロスレシオ規制やコミュニティーレート方式による保険料設定などにより、医療保険会社の利益率が制限されることから、一定の収益量を確保するためには事業規模の拡大が必要不可欠となった。そのため、一部大手による寡占化が加速し、多くの中小医療保険会社は撤退を余儀なくされている

(注15) “Older Pool of Health Care Enrollees Stirs Fears on Costs”, New York Times, Jan 13, 2013.

V おわりに

大きな期待を背負って始動した医療保険法改革法だが、現時点では、無保険者の削減効果は限定的との見方が多く、医療費や医療保険料も引き続き上昇し続けると見られている。さらに、財源確保に向けた規制による手当てが不十分と懸念する声もあるうえ、従来、雇用主からの医療保険提供を目的として働いていた従業員のインセンティブが薄れ、労働力人口の減少にまで悪影響を及ぼす可能性も指摘されている。医療保険改革法の成立時は「歴史的偉業」とも評されたものの、未だ前途多難な状況にあると言わざるを得ない。

しかし、同改革が米国に医療保険を普及させる一つの機会になった点は最低限評価されるべきであろう。改革が道半ばにあるとはいえ、規制により医療保険の加入を促し、保険取引所といったインフラを整備したことで、少なくとも中低所得者にとっての「医療」が身近になったことは紛れもない事実であり、このような制度が支持され、長期的に無保険者の削減に寄与していく可能性は少なからずあると考える。現時点ではまだ改善の余地を多く残す医療保険改革法であるが、メディケア・メディケイドといった公的医療保険制度と並び、米国の医療制度を支える柱となる日も遠くないかもしれない。