

医政メモ Q&A

アメリカの医療保険制度とオバマの改革

今年就任したアメリカ合衆国のオバマ大統領が掲げる政策の中で、一つの大きな柱となっているのが医療保険制度改革である。日本の医政からは離れるが、我が国の医療保険制度と比較することでより理解も深まると考え、アメリカの医療保険制度とオバマの改革案につき記してみる。ただこの原稿が掲載される時、この法案がどうなっているかは分からないので、その点はご了承いただきたい。

Q：現在のアメリカの医療保険制度はどのような仕組み？

A：アメリカの公的医療保険制度は社会保障プランであり、基本的には高齢者及び障害者を対象にしたほとんど自己負担のない「メディケア」と、低所得者を対象とした「メディケイド」、そして児童の医療保険プログラム SCHIPがある。それに入らない国民一般は主に民間の営利・非営利保険者の医療保険プランに加入する。勤務先の会社が雇用者の保険の一部を負担する民間被用者保険と、自営業や自由業、雇用先が保険に加入していない雇用者などが個人で加入する民間保険がある。主な民間医療保障プランは、出来高払い（fee for Service、FFS）と管理医療型（Managed care）に分けることができる。自己負担率が決まっていて、掛った診療費×自己負担率を支払う、さらに自己負担額には上限が定められていて、日本の公的保険と似ているFFSが90年代初めまでは一般的だった。このプランは基本的には医師の治療内容には干渉せず、使用する薬などにも制限がなく十分な治療を受けることができるが、保険料が高く他のタイプより自己負担分も高い場合が多い。これに対し管理医療型保険は、予め加入者と保険者と医師の間で医療や介護サービ

スの提供とその費用の負担について取り決めておくプランであり、保険者には非営利の健康保険法人と営利目的の保険会社がある。保障プランには数種類のタイプがあり、それぞれのプランは医療の方法・質・コストを管理する仕組みであり、さらにその中に、健康維持法人（Health Maintenance Organization HMO）、選択プロバイダー法人（Preferred Provider Organization PPO）、POSプラン（Point-of-Service Plan POS）などのプランがあり、それぞれのプランが医療の方法・質・コストを管理し、保険加入者の代わりに医師たちと交渉をする。プランにより、保険料、自己負担、受けられる医療内容、受けられる医師・医療機関が定められていて、医師・医療機関の自由度はPPO>POS>HMOの順であり、それに比して保険料が高くなる。70年代から公的医療費抑制のため、政府によるHMO普及の支援策が取られ、メディケアとメディケイドもこれを導入し、福利厚生費を抑えたがる企業も次々とHMOに加入するようになり、90年代には主な保障プランとなった。しかし一方でHMO利用者や医師からの不満が高まり、HMO訴訟が頻発するようになった。主な不満理由は（1）利用者が医療機関を選択する権利が限られていること、（2）医師の治療内容に対する管理が厳しすぎること、（3）コスト削減が優先されすぎていること、などが挙げられ、患者が必要な医療を受けられないという深刻な問題が起こるようになった。いずれにせよ市場原理主義に基づく利益追求を目的とする社会の中で、医療保険もその例外ではあり得ない。医療費は常に偏在している。すなわち総医療費の大部分を、わずかな病弱・重症な保険加入者が使っている。これら高額な医療費を使う人を排除し、医療費が低い健康な人のみに加入を

認めることが、民間医療保険会社にとっては利益を最大化するための最も手取り早い手段になり、経済学ではこれを『危険選択』と呼ばれ、米国ではこの危険選択が実行され、保険料が払えない人はもちろんのこと、失職と同時に医療保険も打ち切られてそのままだったり、既往症があるから加入が認められなかったり、あるいは加入後に病気にかかり契約を打ち切られたりして、現在4600万人が無保険状態だといわれている。さらに米国では公的医療保険の一部に民营化を導入したところ、この危険選択が大規模に生じ、民間保険の加入者の健康状態を実際より重症に（水増しして）報告して報酬を得た結果、政府に報酬の過払いによる推定損失額は2.4兆円以上にもなった。加入者の数だけ見れば、保険市場の民間シェアが増大し公的部門のシェアは相対的に低下しても、病弱・重症な加入者を高い比率で抱える公的部門は一人当たりの医療費が増加するため財政赤字が増大する可能性が高くなる。そこで政府は「危険選択の制限」という規制の強化に乗り出した。すると利潤率の低下を嫌い、一部の民間保険会社が市場から退出し始め、1998年には364企業あったものが、規制強化後の2001年には174企業まで激減した。また規制強化も巧妙化する危険選択を十分防止できず、その上、窓口での自己負担率が下がるほど受診回数が上昇し医療費を多く使うという（経済学ではモラル・ハザードと呼ばれる）行動様式が財政赤字をさらに増加させるという現象が起こる。結局、保険会社は保険に加入する意思と支払い能力のある一部の人々を対象にした民間保険会社が残るのみで、無保険者が増大し、公的医療保険の支出はモラル・ハザードゆえにさらに増加の一途をたどるといって、最悪な状況を呈するに至った。

Q：オバマの改革とその行方は？

A：オバマが提唱する改革案のポイントは次のようなものである。(1) 無保険の人に安価な公的保険を提供 (2) 今ある公的保険の非効率を解消 (3) 保険会社の取り分を減らす

ことで高齢者の長期治療を可能にする (4) 保険業界への監督を強化し、既往症の有無で保険加入を断られたり、疾病に罹患したからといって適用除外にされたり、医療費が払われないなどの問題が起きないようにする

(5) 健康診断、がん検診など予防医学を重視する、などである。これらのことは我々日本人から見れば当たり前のことのように感じられるのだが、米国では根強い反対がある。そもそも公的医療保険制度の改革、皆保険の導入については、100年も前のセオドア・ルーズベルト大統領以来、多くの大統領が挫折してきた。その根底にあるのは、米国の建国を支えた「自助努力の精神」であり、「自分のリスクをどのようにして回避するのか、そのために自分のお金をどう使うのかは、自分が決めることであり、政府に決めてもらう必要はない」という考え、大きな政府による介入を嫌う考え方である。さらに互助の精神に基づいた皆保険制度は、極めて社会主義的な考え方による制度である。また今の保険制度に満足している国民は、法案も読んでいないし、実際にはそういう内容ではないのに「あなたが病気になったら、治療法は政府が決めるのだ。あなたの母親はもう高齢だから、死なせた方がいいと政府が決めるのだ。あなたに障害児が生まれたら、助からないから死なせた方がいいと政府が決めるのだ。これは陰謀なのだ！」という、毒と誤りに満ちたプロパガンダにより、保守派コメンテーターや保守派有名人に洗脳されて、怒り反対している。

オバマ大統領は2009年6月15日、アメリカ医師会（AMA）年次総会に出席し50分間にわたり演説した。骨子は次の通りである。

1. 医療改革を最重要課題の一つとして実行していくに当たりAMAの医師の協力が不可欠 2. アメリカの医療が行き詰った大きな要因の一つとして、ビジネス導入による医療費の高騰がある 3. 医療費企業負担の増大が経済不況を招き今後はIT技術の医療分野への活用や予防医学の推進の強化などにより

負担を抑制する 4. 現状で満足しうるものは残しながら、選択肢のある公的保険を提供して4600万人という無保険者を救済する。これにより医療機関の収入は増大し、税金投入は減少する効果が期待できる 5. 医療改革の推進が、米国の経済の活性化につながり、さらに医療の向上へ波及する、このようなもので会場からは満場の賛意が表明された。さらに9月9日夜、連邦議会にて上下両院議員を前に、1. 民間医療保険市場の規制を通じて保険適用のある人の安全と安定を強化する
2. 保険を持たない人に保険を提供する
3. 家族、企業、政府の医療費増加率を鈍化させる—という基礎的な目標を確認する感動

的な演説をした。そして医療改革を管轄する上下両院の5委員会のうち、作業の遅れていた上院財政委員会の法案作成が10月2日に終了し13日に承認され、いよいよ上下院本会議に議論の場は移る。両院本会議討議を10月中旬に終え、両院の2法案を一本化し、採決を経て年内に大統領に届ける流れが視界に入ってきた。反対派のロビー活動も活発化してきている。はたしてどのような医療保険制度が構築されるのか？それともまたもや廃案となってしまうのか？行く末が気になるところである。

(政策部担当理事 曾根崎 聡)