

アメリカの高齢者医療制度の現状と課題

中 川 秀 空

- ① アメリカの医療制度の特徴は、国民皆保険制度がないため多数の無保険者がいることである。国民の大半は、雇用先が提供する医療保険に加入するなど、民間保険が中心的な役割を果たし、公的医療保険としては、主に高齢者を対象とするメディケア等があるのみである。メディケアは1965年に導入され、約4600万人が加入するアメリカの公的医療保障の中核をなす制度となっている。
- ② メディケアは、パートAからパートDまでの4つの部分から構成される。パートAは、主に入院時の病院費用に適用される。現役時代に社会保障税・メディケア税を負担し、社会保障法による老齢・遺族・障害年金の受給資格を有する65歳以上の者に適用され、保険料は課せられない。パートBは、主に医師の診療費、外来治療、予防ケア等に適用される。パートBは任意加入であり、保険料を払わなくてはならない。パートCはメディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれ、メディケアと契約を結んだ民間保険会社等が提供する保険を通じて、メディケアの給付を受けるものである。パートDは処方薬に適用される。
- ③ メディケアの財政状況は厳しく、パートAは、2008年から単年度収支が赤字に転落し、2009年の報告では、2017年にはパートAの財政が破綻すると見られていた。また、パートB、パートDにおいても、医療費や薬剤費は高い伸び率を示しており、メディケアの費用のGDPに占める割合は、2010年の3.54%から、2020年に4.53%、2030年に6.43%、2050年に8.74%に達すると見られていた。
- ④ 2010年3月、オバマ大統領の署名により、医療制度改革法が成立した。同法は、無保険者に民間医療保険への加入を義務化して、国民皆保険を実現しようとするものである。同法には、高額所得者の一定額以上の所得に0.9%のメディケア税を加算する、割高となっているメディケア・アドバンテージ・プランへの医療費の支払いを削減する、病院等への医療費支払いの改定額を抑制する、効率的な医療提供方法と支払い方法を模索するためのパイロット・プログラムを導入するなど、メディケアの財政に影響する重要な改革も含まれている。これらの改革で、メディケアの支出は、2010年から2019年の間に4280億ドル削減できると見られている。
- ⑤ 改革が順調に実施されれば、パートAの破綻する時期を2017年から2029年まで遅らせることができる。また、GDPに対するメディケアの費用の比率は、2020年において14%、2030年において21%、2050年において32%も低くなると見られている。これが実現するかは、改革によるメディケアの医療費の伸びの抑制しだいである。しかし、議会が医師診療報酬の削減を何度も凍結してきた現状を見ると、大幅な医療費の削減には相当な困難を伴うものと思われる。

アメリカの高齢者医療制度の現状と課題

社会労働調査室 中川 秀空

目 次

はじめに

I アメリカの高齢者医療制度（メディケア）の仕組み

- 1 メディケアの概要
- 2 パート A
- 3 パート B
- 4 パート C
- 5 パート D
- 6 メディケアと低所得者対策

II メディケアの運営と財政

- 1 メディケアの運営
- 2 HI 信託基金の財政
- 3 SMI 信託基金の財政

III オバマ大統領の医療改革とメディケアへの影響

- 1 2010 年の医療改革
- 2 メディケアの改革
- 3 ACA のメディケア財政への影響と将来予測

おわりに

はじめに

アメリカの医療制度の特徴として、国民皆保険制度がないため多数の無保険者が存在することが挙げられる。その数は、2009年時点で5070万人に上る⁽¹⁾。国民の大半は、雇用先が提供する医療保険に加入するなど、民間保険が中心的な役割を果たしており、公的医療保険としては、65歳以上の高齢者および障害者を対象とするメディケア、貧困者を対象とするメディケイド、18歳以下の児童を対象とする児童医療保険プログラム等があるのみである。そのうちメディケアはアメリカの公的医療保障の中核をなす制度であり、約4600万人に適用されている。しかし、その財政状況は厳しく、メディケアの一部を構成する病院保険は、2008年から単年度収支が赤字に転落した。2009年のメディケアの財政に関する報告では、2017年には病院保険が破綻すると見られていた⁽²⁾。

アメリカにおける国民皆保険の導入の試みは、これまで何度か挫折した経緯がある。しかし、2010年3月、オバマ大統領の署名により、皆保険を目指す医療制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act、以下「ACA」という）が成立した。同法は、無保険者に民間医療保険への加入を義務化することで、国民皆保険を実現しようとするものである。ACAには、メディケアの財政に影響する重要な改革も含まれており、その実施が順調に進めば、病院保険の破綻する時

期を2017年から2029年まで遅らせることができる⁽³⁾と見られている⁽³⁾。本稿は、メディケアの仕組みと財政の現状を整理し、ACAのメディケアに与える影響と課題について論じるものである。

I アメリカの高齢者医療制度（メディケア）の仕組み

1 メディケアの概要

メディケアは、1965年に、高齢者のための公的医療保険として導入されたものであり、社会保障法（Social Security Act）第18章に規定されている。施行当初は65歳以上の高齢者を対象としたが、1973年には障害者やESRD⁽⁴⁾患者に適用を拡大した。1966年当時は、およそ1910万人の高齢者に適用されていたが、2009年においては4630万人に適用されている。そのうち3870万人が65歳以上の高齢者で、760万人が障害者である。2009年における、メディケアの総給付費は5023億ドル、1人当たりの給付費は11,743ドルであった⁽⁵⁾。

メディケアは、もともと、2つのパートから構成されていた。入院費用をカバーするパートAとして知られている病院保険（Hospital Insurance、以下「HI」という）と、以前にパートBとして知られていた医師の医療サービス費をカバーする補足的医療保険（Supplementary Medical Insurance、以下「SMI」という）である⁽⁶⁾。アメリカでは、患者を、開業医が契約している病院に入院させ、その病院の施設を使用して治療することが多く、医師

(1) U.S. Census of Bureau, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009," September 2010, p.22.

(2) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2009, p.15. (<http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf>)

(3) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, p.24. (<http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2010.pdf>)

(4) End Stage Renal Disease. 腎臓移植や人工透析が必要な末期腎臓病。

(5) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.10.

の医療サービス費（ドクター・フィー）と、それ以外のベッド料、看護費などの病院費用（ホスピタル・フィー）は明確に区別されている。パート A は、主に病院、スキルドナーシング施設⁽⁷⁾等における入院時のホスピタル・フィーに適用される。パート A は、現役時代に社会保障税・メディケア税を負担することで、社会保障法による老齢・遺族・障害年金（以下「OASDI」という）の受給資格を得た者に自動的に適用され、保険料は課せられない。一方、パート B は、主に医師の医療サービス費、外来治療、予防ケア等に適用される。パート B は任意加入であり、保険料を払わなくてはならない。

1997年、メディケアの第3の部分であるパート C が導入された⁽⁸⁾。導入当初は、メディケア・プラス・チョイス・プログラムと呼ばれていたが、現在ではメディケア・アドバンテージ・プランと改称されている⁽⁹⁾。メディケア・アドバンテージ・プランは、メディケアと契約を結んだ民間保険会社等が提供する医療保険によって、本来のメディケアに代わって、メディケアと同等の給付を受けるものである。プランは、原則として、メディケアが適用されるすべての医療サービスをカバーしなくてはならない。実際には、メディ

ケアの適用がないサービスをカバーし、処方薬の費用も給付するプランが多い⁽¹⁰⁾。

2003年には、第4の部分として、処方薬の費用の給付を目的とするパート D が導入された⁽¹¹⁾。導入時のパート D は、2004年から2006年までの暫定的な措置として、その加入者に処方薬の割引カードを提供するものであった。2006年以降は、メディケアが公認する民間保険会社等が運営する処方薬保険プランによって、パート A およびパート B でカバーされない処方薬にも保険を適用する制度となり、給付費の大半を連邦政府が負担している。

高齢者が医療保険の適用を受けるには、大きく分けて2つの方法がある（図1）。1つは、本来のメディケアの給付を受ける方法である。メディケアは連邦政府が運営し、メディケアが公認する医療機関であれば、どこでも受診することができる。しかし、この場合、処方薬の費用の給付を受けるためには、別途、処方薬保険プランに加入しなければならない。さらに、パート A とパート B が適用されない医療サービスの給付を受けるためには、民間保険会社等が運営するメディケア補足保険（Medigap、以下「メディギャップ」という）⁽¹²⁾に加入しなければならない。

(6) SMI はもともとパート B と呼ばれ、その財政は SMI 信託基金によって運営されている。現在では、処方薬の費用をカバーするパート D も SMI 信託基金により運営され、SMI 信託基金の中には、パート B とパート D の2つの勘定が存在する。このため、伝統的に使われてきた同義語としての SMI とパート B は、現在では正確な言い方ではない。

(7) 専門的な看護やリハビリテーション等のサービスを提供するための施設。メディケアが適用されるためには、3日以上病院に入院していたこと、病院で治療を受けていた病状の看護のために施設に移されること、病院退院後30日以内に入所することが要件となっている。

(8) 1997年財政均衡法（Balanced Budget Act of 1997）によって導入された。

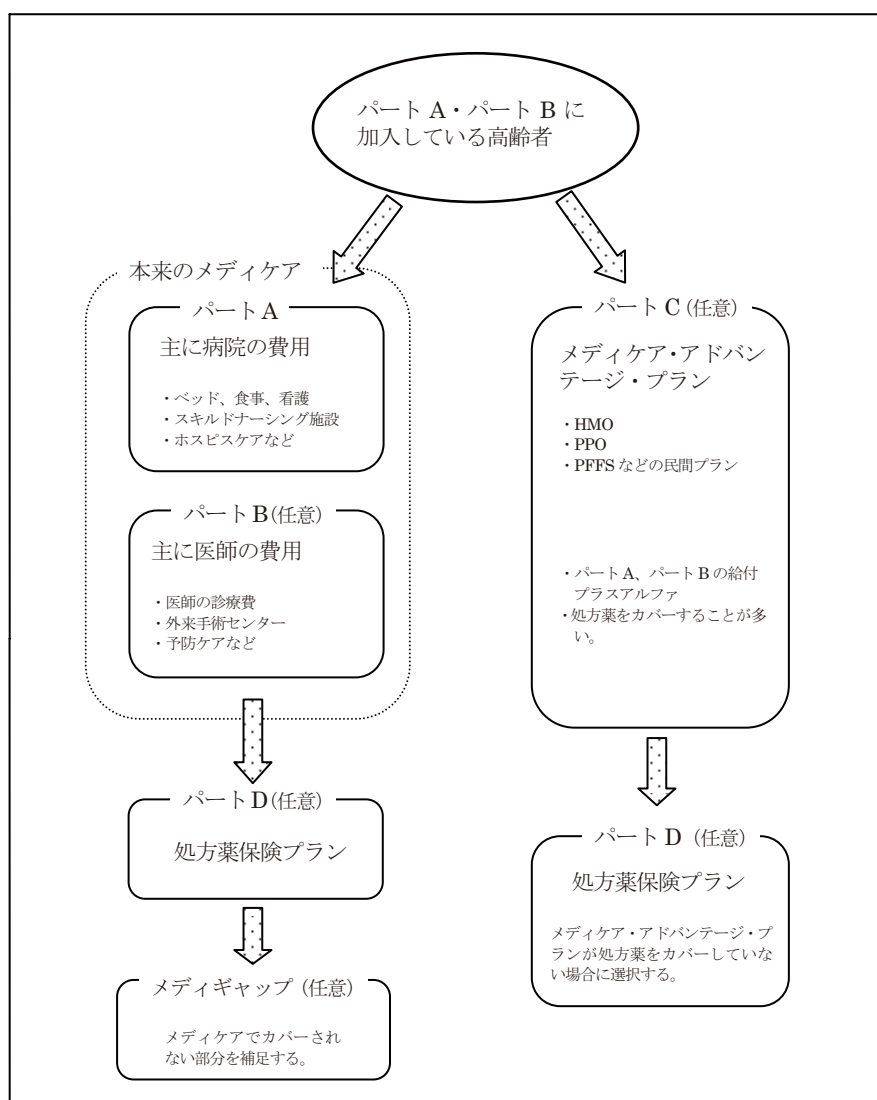
(9) 2003年メディケア処方薬・改善・現代化法（Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003）によって改称された。

(10) The Official U.S. Government Site for Medicare, “Medicare Advantage (Part C).” 〈<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-c.aspx>〉

(11) 2003年メディケア処方薬・改善・現代化法によって導入された。

(12) メディギャップはブルークロスやブルーシールド、その他の民間保険会社等によって販売される保険で、メディケアの免責分、自己負担分、海外での治療などメディケアでカバーされない部分を補足するものである。連邦および州の規定に従い、いくつかのタイプのメディギャップが提供されている。メディギャップは、本来のメディケア加入者に対する補足保険であり、メディケア・アドバンテージ・プランの加入者に販売することはできない。メディギャップに加入するためには、パート A およびパート B への加入が必要で、パート B の保険料とは別にメディギャップの保険料を払う。保険料は、そのプランや加入者の年齢等で様々であり、保険料に上限を設定している州もある。Centers for Medicare & Medicaid Services, “Medicare & You 2010,” January 2010, pp.74-76. 〈<http://www.vhqc.org/files/Medicare%20&%20You%20Brochure.pdf>〉

図1 高齢者の医療保険の主な選択方法



(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, “Medicare & You 2011.” 等に基づき筆者作成。

もう1つは、本来のメディケアの代わりに、後述する HMO (Health Maintenance Organization) や PPO (Preferred Provider Organization) など、パート C のメディケア・アドバンテージ・プランに加入する方法である。メディケアで給付されない医療サービスを包括的にカバーするプランに加入すれば、処方薬保険プランやメディギャップに加入する必要はない。現在、メディケア受給者の約 1/4 がメディケア・アドバンテージ・プランを選択している⁽¹³⁾。

2 パート A

(1) パート A の資格

パート A は、原則として、本人あるいは配偶者が現役就労期間中に社会保障税 (Social Security Tax) およびメディケア税 (Medicare Tax) を払い、OASDI の年金受給資格を得た 65 歳以上の者に適用される⁽¹⁴⁾。OASDI を受給する高齢者は自動的にパート A に加入し、保険料の負担もない。また、鉄道退職年金制度の老齢給付⁽¹⁵⁾ の受給資格者やメディケアのみが適

(13) Social Security Administration, “Medicare,” *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin 2009*, February 2010, p.37. <<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2009/supplement09.pdf>>

用される連邦、州、地方の公務員も65歳から適用される。さらに、OASDIあるいは鉄道退職年金制度の障害給付を24か月以上受給している者⁽¹⁶⁾、あるいはESRD患者にも適用される。

また、OASDIの受給資格がなくても、保険料を払うことで、パートAに任意加入することができる。2011年における任意加入の保険料月額、社会保障法で規定されている適用四半期(Quarter of Coverage、以下「QC」という)⁽¹⁷⁾が30に満たない者は450ドル、QCが30～39までの者は、その55%である248ドルとなっている⁽¹⁸⁾。しかし、最初の適格時(高齢者の場合、65歳になる月およびその前後3か月間の計7か月)に加入手続きをしなければ、遅延加入のペナルティが課され、保険料が10%アップする。これは、加入しなかった年数の2倍の期間について課せられる。例えば、1年間加入を遅らせた場合は、2年間ペナルティを払わなくてはならない。

2009年において、パートAは4600万人に適用され、そのうち高齢者が3830万人、障害者が760万人であった⁽¹⁹⁾。

(2) パートAの給付内容

パートAは、入院患者への病院サービス、スキルドナーシング施設での療養サービス、退院後等のホームヘルスケア、ホスピスケア等に適用される。

(a) 入院患者への病院サービス(入院リハビリテーション施設、長期療養病院⁽²⁰⁾などを含む)

セミプライベートルーム(2～4ベッド)、食事、一般看護サービス、手術および回復室、入院中の処方薬、臨床検査、X線検査、入院患者リハビリテーション、その他病院で提供される必要な医療サービスと医療用品などの費用に適用される。個人的な看護、テレビや電話などの個人的な用品は適用外である。また、医療上の必要がない限り、

(14) OASDIを受給するには、現役就労期間中に社会保障税を払わなくてはならない。社会保障税の税率は12.4%(労使折半)である。課税対象となる所得には上限があり、2011年において10万6800ドルとなっている。社会保障税に合わせて、メディケア税が徴収される。メディケア税の税率は2.9%(労使折半)である。これらは、連邦保険拠出法(Federal Insurance Contribution Act)に基づいて徴収されるため、FICA税とも呼ばれる。なお、1993年以前はメディケア税にも課税所得の上限があったが、今は撤廃されている。

(15) 鉄道退職年金制度はOASDIとは別制度として運用されているが、鉄道の就業者数が減少し財政難に陥ったため、鉄道退職年金の適用者にOASDIと同じ給付を支給するものとして、財政調整を両制度間で行っている。

(16) ALS(筋萎縮性側索硬化症)の場合は、2001年に24か月の待機期間が廃止されたため、障害給付が開始される月からパートAが適用される。Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2011," September 2010, p.18. <<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>>

(17) OASDIの受給要件には、社会保障税を納めた場合に付与されるQCという概念が用いられる。OASDIを受給するには、一定数以上のQCを取得していることが要件となっている。1QCを取得するには、1,120ドル以上(2011年)の所得があって社会保障税を納める必要があり、1年に4,480ドルの所得があって社会保障税を納めれば4QCまで取得できる。老齢給付の受給に必要なQC(すなわちパートAの資格が得られるQC)は40とされ、通常、1年に4QCを取得すれば、10年で受給資格が得られる。

(18) "Medicare Program; Part A Premiums for CY 2011 for the Uninsured Aged and for Certain Disabled Individuals Who Have Exhausted Other Entitlement," *Federal Register*, vol.75 no.216, November 9, 2010, p.68798. <<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2010-11-09/pdf/2010-28250.pdf>>

(19) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.10.

(20) 平均して25日以上入院する患者に治療を提供する病院。多くの患者は、集中治療部門から移ってくる。提供されるサービスには、リハビリテーション、呼吸療法、心的外傷治療、苦痛緩和治療などが含まれる。Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.129.

個室も適用外である。入院中の医師の医療サービスはパート B が適用される。

パート A は、各入院につき 90 日間しか適用されない。ただし、生涯に 60 日分について、90 日以降の入院期間に付加してパート A の適用を受けることができる（特別入院日数延長制度）。患者の負担は、各入院の最初の 60 日までは、パート A の保険免責額である 1,132 ドルのみである（2011 年）。61 日から 90 日までは、1 日につき 283 ドルの自己負担がある。91 日から特別入院日数延長制度が使えるが、この間は 1 日につき 566 ドルの自己負担となる。特別入院日数延長制度を使い果たした後（151 日以降）は、パート A は適用されず、全額自己負担となる⁽²¹⁾。

(b) スキルドナーシング施設における療養

3 日以上病院に入院し、退院後 30 日以内にスキルドナーシング施設で療養⁽²²⁾する場合はパート A が適用される。また、パート A が適用されるには、医師により点滴や作業療法などの専門的療養が必要と診断されなければならない。入浴介護、食事介護のような日常的介護や長期的介護には適用されない。給付されるサービスは病院の場合と類似し、セミプライベートルーム、食事、看護、リハビリテーション、およびその他のサービスと医療用品である。また、身体補助具も適用される⁽²³⁾。メデイケアが適用される療養の日数は 100 日で、最初の 20 日までは自己負担はない。21 日から 100 日までは 1 日につき 141.50 ドルの自己負担があり（2011 年）、100 日を過ぎると全額自己負担となる⁽²⁴⁾。

(c) ホームヘルスケア

ホームヘルスケアは、一時的あるいは断続的に専門的看護あるいは理学療法、作業療法、言語療法やリハビリテーションが必要な場合に、患者の居宅においてホームヘルス事業者が提供する。医師による治療プランおよび一定期間ごとのプランの見直しが必要である。ホームヘルスケアには、パート A とパート B の適用がある。1998 年に、病院およびスキルドナーシング施設からの退院直後のホームヘルスケアはパート A で、それ以外はパート B で給付することになった⁽²⁵⁾。パート A は 3 日以上 of 病院での入院治療あるいはスキルドナーシング施設での療養の後、100 回までの訪問サービスについて適用され、その後のサービスはパート B が適用される。パート A およびパート B が適用されるホームヘルスケアは、保険免責額の負担や自己負担がない。酸素吸入器や車いすなどの医療器具も給付の対象であるが、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(d) ホスピスケア

余命 6 か月以内と診断され、通常の治療を中止してホスピスケアを受ける場合は、パート A が適用される。ホスピスケアには、苦痛緩和、カウンセリング、理学療法、看護サービス、症状の管理などが含まれる。通常は、自宅やナーシングホームのような施設で提供されるが、自宅では難しい苦痛の緩和や症状の管理のため、病院、ホスピス施設、スキルドナーシング施設への短期間の入院にも適用され、この場合は部屋代や食費もホスピスケアに含まれる。ホスピ

(21) *ibid.*, p.132.

(22) スキルドナーシング施設で継続的に提供される療養サービスで、例えば、理学療法や医師・看護師による点滴など。 *ibid.*, p.130.

(23) Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.38.

(24) Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.132.

(25) Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.38.

表1 パートBの保険料（月額）

| 2009年における収入 | | 2011年の保険料 |
|---------------------|---------------------|----------------------------|
| 単身者 | 夫婦世帯 | |
| 85,000ドル以下 | 170,000ドル以下 | 標準保険料のみ 115.40ドル |
| 85,001ドル～107,000ドル | 170,001ドル～214,000ドル | 標準保険料+46.10ドル 161.50ドル |
| 107,001ドル～160,000ドル | 214,001ドル～320,000ドル | 標準保険料+115.30ドル 230.70ドル |
| 160,001ドル～214,000ドル | 320,001ドル～428,000ドル | 標準保険料+184.50ドル 299.90ドル |
| 214,000ドル超 | 428,000ドル超 | 標準保険料+253.70ドル 369.10ドル |

(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, “Medicare & You 2011,” p.131. <<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>>; Social Security Administration, “Monthly Medicare premiums for 2011.” <<http://www.socialsecurity.gov/pubs/10536.html#premium>> に基づき筆者作成。

スケアには自己負担がないが、処方薬とレスパイト入院（在宅で末期患者を看護する者に休息を与えるための短期間の入院）については自己負担がある⁽²⁶⁾。

3 パートB

パートBは、65歳以上の高齢者が任意で毎月の保険料を払って加入する医療保険である。パートAが主に病院の入院費用をカバーするのに対して、パートBは主にドクター・フィーを含む外来治療の費用をカバーしている。また、ホームヘルスケア、検診・検査などの一定の予防サービスにも適用される。OASDIから天引きで保険料を納めることが多い。

(1) パートBの加入資格と保険料

65歳以上の高齢者およびパートAの適用がある障害者は、任意で毎月の保険料を払ってパートBに加入できる。多くの場合、パートAの適用時期となる65歳あるいは障害給付開始の25か月目の3か月前に、メディケアカー

ドが郵送される。パートBに加入する意思がない場合は、カードを返送しなければならないが、返送しない場合はパートBに加入するものとみなされる。パートAの資格のある者のほとんどはパートBに加入している。2009年において、パートBの加入者は4280万人で、そのうち高齢者が3600万人、障害者が680万人であった⁽²⁷⁾。

パートBの標準の保険料は、2011年において、月額115.40ドルに設定されている。ただし、2007年以降、所得が一定基準を超える者には、標準保険料に加算額が上乘せされることになった（表1）。また、OASDIから保険料が天引きされている加入者については、保険料の値上げ幅は生計費調整（Cost-of-Living Adjustments、以下「COLA」という）⁽²⁸⁾の上昇幅の範囲内に抑制されることになっている（ホールドハームレス条項（責任転嫁条項）と呼ばれている）。2010年のCOLAは0%だったため、パートBの加入者の約73%について、2010年の保険料は2009年の96.40ドルに据え置かれた。2011年におい

(26) 苦痛緩和および症状管理のための外来の処方薬については、5ドルまでの患者負担がある。また、レスパイト入院については5%の自己負担がある。Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.132.

(27) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.10.

(28) COLAは、OASDI等の給付額の実質価値を維持するため、物価指数に合わせて給付額を上げるための調整値である。OASDIから天引きされる保険料の上昇幅をCOLAによる上昇幅に制限するのは、天引き後の年金額が下がらないようにするためである。

でも同様である。標準保険料以上の保険料が課せられるのは、新規加入者、加算額が上乗せされる高所得者、連邦や州の公務員などであり、その数はパート B 加入者の 27% である⁽²⁹⁾。

パート A と同様、最初の適格時にパート B に加入しなければペナルティが加算される。ペナルティの額は保険料の 10% で、パート B に加入している全期間について課せられる。

(2) パート B の給付内容

パート B は、主に以下の医療サービスや医療用品等に適用される。パート B が適用されるためには、医療上必要な医療サービスか、あるいはメディケアに規定されている予防ケアでなくてはならない⁽³⁰⁾。医療サービスによって異なるが、年に 162 ドル (2011 年) の保険免責額を負担した後、メディケアの認める医療費の 20% を自己負担することが多い。

(a) 医師の医療サービス

医師の医療サービス (病院の外来治療および入院時に受ける医師のサービスを含む) については、基本的にその医療費の 80% をパート B が給付する。すなわち、パート B の保険免責額を払った後は、医療費の 20% が自己負担である⁽³¹⁾。

(b) 病院外来部門の医療サービス

X 線検査、ギプス処置、縫合、救急診療部など病院の外来医療サービスを受けた場合は、医師の費用のほかに、病院の費用を払う。病院の外来医療サービスについてはパート B が適用され、パート B の保険免責額の負担と一定の自己負担がある。自己負担額は、パート A の入院時の保険免責

額を超えることはできない⁽³²⁾。

(c) 医師以外の医療専門家によるサービス
看護麻酔士、臨床心理士、医師助手、臨床専門看護師などによるサービスもパート B から給付される。パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(d) 外来手術センター

日帰りで外科手術を行う外来手術センターの施設料にはパート B が適用される。施設料と医師の費用について、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(e) ホームヘルスケア

退院直後のホームヘルスケアはパート A から給付されるが、それ以外はパート B が給付する。医師の指示に基づく、一時的または断続的な医学的に必要な訪問看護、理学療法、作業療法、言語療法等で、メディケアが公認するホームヘルス事業者が提供する。自宅で使う医療用品や医療器具も含まれる。原則として患者負担はないが、医療器具については、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(f) 臨床検査、X 線検査、その他放射線診断サービス

医師の医療サービスは 20% の自己負担があるが、血液検査、尿検査等の一部の臨床検査は無料である⁽³³⁾。X 線検査、MRI、CT スキャン等の検査は、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(g) 予防検査および予防ケア

一定年齢以上の者や疾病のリスクの高い健康状態の者に対する特定の予防検査およ

⁽²⁹⁾ Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.41.

⁽³⁰⁾ メディケアはすべての医療サービスに適用されるわけではない。メディケアがカバーしないサービスには、長期介護、歯科治療、美容整形、鍼治療、補聴器などがある。これらは、メディギャップ等の他の保険でカバーされない限り、全額自己負担である。

⁽³¹⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.33.

⁽³²⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, "Quick Facts About Payment for Outpatient Service for People with Medicare Part B." <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/02118.pdf>

⁽³³⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.31.

び予防ケアにはパート B が適用される。腹部大動脈瘤検査、心臓血管検診、便潜血検査、インフルエンザ注射、HIV 検査、マンモグラフィー検査、骨密度検査、B 型肝炎予防接種、大腸内視鏡検査等は無料である⁽³⁴⁾。

(h) 理学療法、作業療法、言語療法

医師が必要と判断した場合にはパート B が適用される。パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(i) 処方薬

診療所での注射剤、一部の口内がん薬、医療器具（噴霧器、注入器）で使用する薬剤などに限られる。20% が自己負担である。パート B では、薬剤の多くはカバーされていないため、パート D やその他の処方薬保険に加入していない限り、全額自己負担となる。

(j) 人工透析および臓器移植、免疫抑制剤

人工透析はパート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

メディケアが公認する施設における一定条件下での心臓、肺、腎臓、膵臓、腸管、肝臓移植のための医師サービスもカバーされる。骨髄移植、角膜移植についても一定条件の下で適用される。移植にパート B の適用がある場合は、免疫抑制剤にも適用される。パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(k) 在宅で使う医療用品および医療器具

酸素吸入器、車いす、包帯、ギプスなどの在宅で使う医療用品、医療器具については、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある⁽³⁵⁾。また、義手、義足、

人工肛門などの人工補装具についても同様である。

(l) 糖尿病患者への一定の医療サービス

高血圧、肥満など糖尿病のリスクが高い場合、年 2 回の検査が無料である。血糖値測定用具、ランセット（穿刺針）などは、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。インスリンは、インスリンポンプ使用の場合のみパート B の適用がある⁽³⁶⁾。

(m) 救急移送サービス

他の移送方法が医療上危険な場合、救急車による移送にパート B が適用される。また、必要な場合には、ヘリコプターあるいは飛行機による救急移送にも適用される。パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。

(n) メンタルヘルス

精神科医などの診断について、パート B の保険免責額の負担と 20% の自己負担がある。また、カウンセリングや心理療法を受ける場合の自己負担は、2011 年において 45% となっている（2014 年までに 20% に下げられる予定である⁽³⁷⁾）。

4 パート C

(1) メディケア・アドバンテージ・プラン

メディケア・アドバンテージ・プランとして知られるパート C は、メディケアが公認する民間保険会社や団体が提供する医療保険である。基本的にパート A、パート B の給付内容のすべてが利用できるため、本来のメディケアに代わって、このプランを選択することも可能である。プランは、ホスピスケアを除き⁽³⁸⁾、パート A およびパート B がカバーする医療サービ

⁽³⁴⁾ *ibid.*, pp.30-41.

⁽³⁵⁾ *ibid.*, p.34.

⁽³⁶⁾ インスリン注射の場合は、パート D が適用される。

⁽³⁷⁾ Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.42.

⁽³⁸⁾ メディケア・アドバンテージ・プランではホスピスケアは提供されないが、プラン加入者には、メディケアから提供される。Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.60.

スをすべて提供する必要がある、加えて視力矯正や補聴、歯科、健康プログラムなどのメディケアでカバーされない医療サービスも提供している。また、多くのプランで、処方薬をカバーしている。

メディケア・アドバンテージ・プランを選択するには、パート A とパート B に加入し、そのプランが提供されている地域に住み、かつ ESRD でないこと⁽³⁹⁾が求められる。またプランにもよるが、パート B の保険料以外に、そのプランの保険料を払う必要がある。メディケアは、プランに、加入者 1 人当たり、月当たりで定まった費用を支払う。プランは年間の保険免責額、自己負担額、それらの年間限度額など独自の負担額を定めることができる。ほとんどのプランは、保険免責額と自己負担額をメディケアより低く設定している⁽⁴⁰⁾。

メディケア・アドバンテージ・プランは、それぞれ医療機関が参画するネットワークを有することが多い。一般的に、プランの加入者は、このネットワークに属する医療サービスを利用することが求められる。また、かかりつけ医の受診が必要で、専門医の治療を受けるには紹介状が求められることが多い。ただし、費用は高くなるが、ネットワークに属さない医療サービスを利用できるプランもある。

(2) メディケア・アドバンテージ・プランのタイプ

主なメディケア・アドバンテージ・プランには以下のものがある。

(a) HMO (Health Maintenance Organization) プラン

HMO には、いくつかの形態がある。スタッフモデルは、HMO に雇用された医師が、HMO に属する医療施設で診療にあたるもので、医師、病院および保険者が統合された組織である。報酬の支払いは給与方式が一般的である。グループモデルは、HMO と医師グループが契約を結び、HMO に属する医療施設等で診療を提供するものである。HMO から医師グループへ人頭前払い方式で支払われ、グループから各医師へ実績に基づいて給与が支払われる。その他、個人開業医の協会と契約を結び、かかりつけ医には人頭前払い、専門医には割引の出来高払いで運営する IPA (Individual Practice Association) モデルなどがある⁽⁴¹⁾。

HMO プランでは、一般的に、そのネットワークに属する医療機関で受診する必要がある (緊急治療や地域外の人工透析を除く)。HMO のネットワーク外の医療を受けた場合は、保険が適用されない。かかりつけ医を選ぶ必要があり、専門医を受診するには紹介状が必要である。また、高い費用でネットワーク外の医療を受けることが可能なプラン (HMO Point of Service プラン) もある⁽⁴²⁾。処方薬については、多くのプランがカバーしている。

(b) PPO (Preferred Provider Organization) プラン

PPO プランは、医療機関グループと保険者が契約を結び、割引の出来高払い報酬で医療サービスを提供する形態の保険である。ネットワーク外の医療機関で受診すること

⁽³⁹⁾ ESRD 患者は、通常は、メディケア・アドバンテージ・プランに加入できない。プラン加入中に ESRD になった場合は、そのままプランに継続加入できる。そのプランが廃止された場合は、別のメディケア・アドバンテージ・プランに加入する権利を 1 回限り有する。また、住んでいる地域で提供されていれば、ESRD を有する人たちのための SNP (Special Needs Plans、介護施設入所者や慢性の疾病を有する者などに限られるプラン) に加入することも可能である。 *ibid.*, p.64.

⁽⁴⁰⁾ Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.42.

⁽⁴¹⁾ 週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障 (第 7 版)』法研, 2000, pp.327-329.

⁽⁴²⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.66.

も可能であるが、ネットワーク内の医療機関であれば低額の自己負担で受診できる。受診可能な医療機関の制限がないわりには、保険料が安価という利点を有する⁽⁴³⁾。処方薬についても、多くのプランがカバーしている。かかりつけ医を選ぶ必要がなく、専門医への紹介状も必要としない⁽⁴⁴⁾。

(c) PFFS (Private Fee-for-Service) プラン

PFFS プランも、メディケアとは異なる保険免責額や自己負担が設定され、メディケアではカバーされない医療サービスも給付されることは、HMO プランや PPO プランと同じである。異なるのは、PFFS プランの多くはネットワークを有していないことである。このプランの支払い条件に同意するメディケアが公認する医療機関であればどこでも利用できるが、受診の前に PFFS プランであることを伝えなくてはならない⁽⁴⁵⁾。プランにもよるが、本来のメディケアとメディギャップに加入するよりも保険料が安い。しかし、HMO や PPO よりも割高であることが多い。ネットワークを有する PFFS プランの場合は、通常、ネットワーク外で受診をするときは自己負担額が高くなる。PFFS プランでは処方薬の適用は様々であり、プランが処方薬をカバーしていない場合は、処方薬保険プランに加入することになる。

(d) SNP (Special Needs Plans)

これは、メディケアとメディケイト⁽⁴⁶⁾の両者の資格を有する者、ナーシングホームのような介護施設の入所者、在宅で介護が必要な者、特定の慢性疾患あるいは障害の状態にある者（糖尿病、うっ血性心不全、精神疾患、エイズなど）を対象とするプランである。一般に、そのプランのネットワークに属する医療機関で受診しなければならない（緊急治療や、地域外の人工透析を除く）。SNP は、その加入者に特有の健康状態や疾病の専門医を有しており、処方薬もカバーしている。SNP の加入者は、かかりつけ医あるいはケア・コーディネーターを持たなくてはならず、多くの場合、専門医への紹介状が必要である⁽⁴⁷⁾。

(e) MSA (Medical Savings Account) プラン

メディケアは MSA プランに加入者の医療費を支払うが、プランは、受け取った医療費の一部（通常、保険免責額より少ない額）を、加入者の医療貯蓄口座に預託する。加入者は、そのプランが定める保険免責額（高めに設定されている）に達するまで、この口座から、あるいは自費で医療費を負担する。保険免責額に達した後は、すべての費用をプラン側が払うシステムである。年間の医療費が少ないため口座に残高がある場合は、翌年に持ち越され、利子に対する課税も免除される⁽⁴⁸⁾。

(43) 週刊社会保障編集部編 前掲書, pp.329-330.

(44) Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.66.

(45) 緊急の場合を除いて、診療を拒否されることもあるため、本来のメディケアに比べて、医療サービスを受けやすいとは言い難い。Centers for Medicare & Medicaid Services, "Private Fee-For-Service---Beneficiary Questions and Answers." <<https://www.cms.gov/PrivateFeeForServicePlans/Downloads/benqa.pdf>>

(46) メディケイトは、州と連邦による医療扶助制度で、その対象は所得が一定基準以下の低所得の高齢者、障害者、要扶養児童のある者、児童等である。連邦政府の基準に基づいて各州が独自に運営しており、メディケイトの受給資格が得られる所得や資産の基準その他の要件、給付内容は各州によって異なる。ACA により、その対象者の範囲が拡大された。

(47) Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.67.

(48) Centers for Medicare & Medicaid Services, "Your Guide to Medicare Medical Savings Account Plans," February 2008, p.6. <<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11206.pdf>>

このプランは、かかりつけ医を持つ必要はなく、どの医療機関でも受診可能である。プランによっては、より低額で受診できる優先の医療機関を有している。ただし、処方薬はカバーしていないため、別に処方薬保険プランに加入しなければならない。

5 パート D

2004年の導入当初のパート D は、その加入者に処方薬の割引カードを提供するものであった。また、低所得者には処方薬購入の補助と割引カード取得の補助を行った。2006年からは、民間の保険を通じて処方薬の費用をカバーし、その費用の多くを連邦政府が負担する制度となっている。また、低所得者には、保険料や自己負担に対する補助も提供している。

(1) パート D の加入資格と保険料

メディケアの加入者は、処方薬の給付を併せて提供しているメディケア・アドバンテージ・プラン、あるいは民間保険会社等が運営する独立の処方薬保険プランに加入できる。メディケア・アドバンテージ・プランに加入するには、パート A とパート B への加入が必要である。

また、独立の処方薬保険プランに加入するには、パート A あるいはパート B への加入が必要である。パート D への加入は2005年末から始まったが、2009年において3340万人が加入している⁽⁴⁹⁾。

処方薬保険プランに加入する場合、パート B の保険料に加えて、このプランの保険料を払わなくてはならない。保険料は OASDI から天引きで払うことも可能である。ACA の成立により、2011年から、所得が単身者で85,000ドルあるいは夫婦世帯で170,000ドルを超える場合は、その所得に応じて保険料が加算され、OASDI から天引きされることとなった⁽⁵⁰⁾。加算額は表2のとおりである。

パート A、パート B と同様、最初の適格時にパート D に加入しなければペナルティが加算される。処方薬保険プランを連続して63日以上中断した場合にも、ペナルティが課される。ペナルティの額は、パート D の全国レベルの標準的な保険料月額32.34ドル(2011年)の1%を、処方薬保険に加入していなかった月数に掛けた額が毎月の保険料に上乗せされる⁽⁵¹⁾。また、後述するように、所得や資産の低い者には特別援助がある。

表2 パート D の保険料 (月額)

| 2009年における収入 | | 2011年の保険料 |
|---------------------|---------------------|-------------------|
| 単身者 | 夫婦世帯 | |
| 85,000ドル以下 | 170,000ドル以下 | 加入プランの保険料のみ |
| 85,001ドル~107,000ドル | 170,001ドル~214,000ドル | 加入プランの保険料+12.00ドル |
| 107,001ドル~160,000ドル | 214,001ドル~320,000ドル | 加入プランの保険料+31.10ドル |
| 160,001ドル~214,000ドル | 320,001ドル~428,000ドル | 加入プランの保険料+50.10ドル |
| 214,000ドル超 | 428,000ドル超 | 加入プランの保険料+69.10ドル |

(出典) Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2011," p.134. (<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>) に基づき筆者作成。

(49) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.10.

(50) Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.134.

(51) *ibid.*, p.79.

(2) パート D の給付内容

パート D は、連邦食品医薬品局 (FDA) の認可する薬のほとんどをカバーしている。しかし、各プランは、一定基準に基づいて、独自にカバーする薬のリストを策定することができる。また、保険料を上乗せして、パート D の標準を超える給付を提供することもできる。

薬剤の購入にあたっては、加入者はまず保険免責額に達するまで、全額を負担する。保険免責額に達した後は、加入者と保険者側を合わせた薬剤費が一定限度額に達するまでは、25% を自己負担する。薬剤費が一定限度額に達した後は、自己負担分の年間限度額に達するまで、全額を負担しなければならない。この部分はドーナツホールと呼ばれている。自己負担分の年間限度額に達した後は、少額の負担で薬剤が購入できる。2010 年の標準モデルでは、保険免責額である 310 ドルまでは全額を負担、加入者と保険者側を合わせた薬剤費が 2,830 ドルに達するまでは 25% を負担、自己負担の総額が 4,550 ドルに達するまでは全額を負担、その後は 5% の定率負担か、あるいは 6.30 ドル (ジェネリック薬品については 2.50 ドル) の定額負担の高い方を負担することになっていた⁽⁵²⁾。

パート D の導入以来、ドーナツホールの負担の解消が課題であったが、ACA により、2010 年にドーナツホールに達した場合は 250 ドルの払い戻しが、また、2011 年から、ドーナツホールの中の処方薬の購入に当たって、製薬会社による 50% の割引が実施されることになった⁽⁵³⁾。これにより、2011 年の処方薬の購入に

おいては、310 ドルまでは全額を負担、加入者と保険者側を合わせた薬剤費が 2,840 ドルに達するまでは 25% を負担、自己負担の総額が 4,550 ドルに達するまでは 50% の割引、その後は、少額の負担となる⁽⁵⁴⁾。ただし、標準モデルとは異なるプランが多く、これよりも保険免責額が低く (あるいはない)、自己負担の低いプランに加入する者が多い。

6 メディケアと低所得者対策

メディケアの保険料や自己負担の支払いが困難な低所得者のため、パート D の特別援助、メディケアの保険料等の補助などの対策が取られている。

(1) パート D の特別援助

所得と資産が一定基準以下のパート D の加入者は、処方薬保険プランの保険料、保険免責額、一部負担に対する補助が受けられる⁽⁵⁵⁾。その所得や資産、加入するプランの保険料にもよるが、標準部分に対応した保険料が減額あるいは無料となる。またドーナツホールの適用もなく、加入遅延によるペナルティも課せられない。

特別援助が受けられる低所得者は、2010 年における所得が単身世帯で 16,245 ドル未満、資産が 12,510 ドル未満、夫婦世帯で 21,855 ドル未満、資産が 25,010 ドル未満の者となっている⁽⁵⁶⁾。資産には、預金、株、債券が含まれ、家屋、家財、墓地、葬祭費などは含まれない。

また、メディケアとメディケイドの両者の資格がある者や補足的保障所得 (SSI)⁽⁵⁷⁾ の給付を

⁽⁵²⁾ Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.43.

⁽⁵³⁾ ACA では、パート D のドーナツホールを 2020 年までに解消し、最終的に、この部分について 75% の給付を行うことにしている。

⁽⁵⁴⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.77.

⁽⁵⁵⁾ 特別援助が適用される者の多くが処方薬の購入で支払う額は、2011 年において、各薬剤につきブランド薬が 6.30 ドル、ジェネリック薬が 2.50 ドル以下となる。 *ibid.*, p.88.

⁽⁵⁶⁾ *ibid.*, pp.86-89.

⁽⁵⁷⁾ SSI (Supplemental Security Income) は、低所得の高齢者および障害者を対象とする現金給付である。2011 年における連邦基準の給付月額額は単身者で 674 ドル、夫婦世帯で 1,011 ドルであるが、上乗せをする州が多い。ほとんどの州では、SSI の受給者は同時にメディケイドの受給資格がある。

受ける場合は、自動的にパート D の特別援助が適用される。

(2) MSP (Medicare Savings Programs)

MSP は、メディケアとメディケイドの両者の資格がある者に、メディケアの保険料や保険免責額あるいは自己負担分を州（メディケイド）が補助する制度である。所得状況等によって、その補助の内容が異なるが、通常、この制度の適用を受ける者はパート B の保険料が免除され、メディケイドが代わって支払う。また、この制度の適用を受けると、パート D の特別援助が自動的に受けられる⁽⁵⁸⁾。

MSP の適用が受けられる者は、連邦貧困レベル (FPL)⁽⁵⁹⁾ の 135% 以下の低所得の高齢者である。このうち、連邦貧困レベルの 100% 以下の者は、パート B の保険料、パート D の特別援助に加えて、メディケアの保険免責額、自己負担分およびパート A の保険料がメディケイドから支払われる。いずれも資産制限がある。多くの州は独自の基準を規定している。

II メディケアの運営と財政

1 メディケアの運営

メディケアの運営の全体的な責任を負うのは連邦保健福祉省 (HHS) であるが、直接にメディケアの運営を担当するのは、連邦保健福祉省の一部門であるメディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) である。また、社会保障庁 (SSA) がメディケアの受給資格の決定、OASDI からのパート B・パート D の保険料の天引き、パート D における低所得者への補助の決定や通知等を担当している。さらに、内国歳入庁 (IRS) がメディケア税を徴収している。

メディケアの財政は 2 つの信託基金で運営されている。パート A のための HI 信託基金とパート B およびパート D のための SMI 信託基金である。これらの信託基金は財務省の特別会計であり、ここからメディケアの給付費および運営費を支出する。メディケアの財政状況の監視のため、メディケア信託理事会が置かれ、信託基金の財政状況および見通しを議会に報告する。

2 HI 信託基金の財政

HI 信託基金は 1965 年に設立され、パート A の財政はすべてこの基金で運営される。2009 年における HI 信託基金の総収入は 2254 億ドル、総支出は 2425 億ドル、171 億ドルの赤字であった (表 3)。

(1) 収入

HI 信託基金の主要財源はメディケア税である。アメリカで働く者のほとんどは、高齢者と障害者の年金と医療を支えるための社会保障税とメディケア税を払っている。メディケア税の税率は、使用者、被用者がそれぞれ 1.45% であり、自営業者は 2.9% となっている。また、ACA により、2013 年から、高額所得者の一定額以上 (単身世帯で 200,000 ドル以上、夫婦世帯で 250,000 ドル以上) の所得に 0.9% の税が上乗せされる。2009 年におけるメディケア税の収入は 1909 億ドルで、経済不況の影響で、前年より 3.9% 落ち込んだ。HI 信託基金の総収入に占めるメディケア税の割合は 85% である。

メディケア税以外の主要財源としては、OASDI への年金課税がある。一定額以上の高所得の OASDI 受給者については、その受給額の 85% までの部分に連邦所得税が課せられる。そのうち、最初の 50% に当たる部分は OASDI

⁵⁸ 低所得の高齢者の他に、低所得の障害者のカテゴリーもあるが、補助はパート A の保険料のみである。

⁵⁹ FPL (Federal Poverty Level) は、連邦 (保健福祉省) が定める貧困ラインの水準である。メディケイドのような扶助制度において、FPL の何パーセントといった使われ方をする。2010 年において、単身世帯が年 10,830 ドル、2 人世帯で年 14,570 ドル、夫婦と子供 2 人世帯で年 22,050 ドルなどとなっている。U.S. Department of Health & Human Services, "The HHS Poverty Guidelines for the Remainder of 2010," August 2010. <<http://aspe.hhs.gov/poverty/10poverty.shtml>>

表3 2009年におけるメディケアの財政

| | HI信託基金 | | SMI信託基金 | | 計 |
|----------------|--------|------|---------|------|-------|
| | パートA | パートB | パートB | パートD | |
| 総収入(億ドル) | 2254 | 2219 | | 609 | 5082 |
| メディケア税 | 1909 | | | | 1909 |
| 利子 | 153 | 30 | | 0 | 183 |
| 年金給付への課税 | 124 | | | | 124 |
| 保険料 | 29 | 560 | | 63 | 652 |
| 一般歳入 | 19 | 1628 | | 471 | 2117 |
| 州からの移転 | | | | 76 | 76 |
| その他 | 21 | 1 | | | 22 |
| 総支出(億ドル) | 2425 | 2057 | | 608 | 5090 |
| 給付費 | 2393 | 2026 | | 605 | 5023 |
| 病院 | 1339 | 305 | | | 1644 |
| スキルドナーシング施設 | 263 | | | | 263 |
| ホームヘルスケア | 73 | 114 | | | 186 |
| 医師 | | 625 | | | 625 |
| パートC | 594 | 534 | | | 1127 |
| 処方薬 | | | | 605 | 605 |
| その他 | 125 | 449 | | | 574 |
| 運営費 | 32 | 31 | | 3 | 67 |
| 資産(2009年末 億ドル) | 3042 | 755 | | 11 | 3808 |
| 加入者(万人) | 4600 | 4280 | | 3340 | 4630 |
| 高齢者 | 3830 | 3600 | | | 3870 |
| 障害者 | 760 | 680 | | | 760 |
| 1人当たりの給付費(ドル) | 5205 | 4728 | | 1810 | 11743 |

(出典) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, p.10. <http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2010.pdf> に基づき筆者作成。

の信託基金に繰り入れられ、年金の原資となる。残りの50～85%に当たる部分がHI信託基金に繰り入れられる。この額は、2009年において124億ドルで、総収入の6%であった。

また、HI信託基金が保有する特別債券の運用益も重要な財源である。メディケア税の税収は、その時点のパートAの給付費に充てられるが、支出を超過する分は、財務省の特別債券に投資され、準備金として積み立てられる。社会保障法は、信託基金のみが排他的に購入できる特別債券の発行を規定しており、市場の平均に基づいた利子をつけるものとしている。特別債券は、4年満期で、利率はその発行日の前月末の相場に基づいて設定される。HI信託基金の保有する特別債券の運用益は、2009年において153億ドルで、総収入の7%である。2009年末の資産は3042億ドルで、これはパートA

の約1.3年分の支出に当たる。

パートAの任意加入者の保険料も、HI信託基金の財源の1つで、29億ドルとなっている。また、メディケアが導入された時点で、すでに退職していた高齢者や受給資格を満たすQCを得る期間が足りない者について、パートA給付のためのコストを連邦政府が拠出している⁽⁶⁰⁾。

(2) 支出

HI信託基金の総支出2425億ドルのうち、2393億ドルは病院への医療費の支払い、スキルドナーシング施設やホームヘルス事業者への支払い、メディケア・アドバンテージ・プランへの支払いなど、パートAの医療サービスのための給付費である。最も大きいものは病院への支払いで、給付費の56%を占めている。また、プランへの支払いは25%を占めている。

⁽⁶⁰⁾ The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.61.

1983年以前は、パートAによる病院等への医療費の支払いは、適正費用ベースによる出来高払い方式で行われていた。現在では、支払いのほとんどは、所定報酬額支払方式(PPS)で行われている。病院においては、入院患者は、診断群(DRG)のいずれか1つに分類される。各DRGはあらかじめ医療費が定められており、実際にかかった費用にかかわらず、それが支払いのベースとなる⁽⁶¹⁾。病院が提供したサービスの実費よりも少ないこともある。入院日数が極端に長い場合、あるいは費用が極端に高い場合などについては、調整措置が設けられている。スキルドナーシング施設、ホームヘルスケア、入院リハビリテーション施設、長期療養病院、精神病院、ホスピスケアは、それぞれ別個のPPSによって支払われる。

メディケア・アドバンテージ・プランへの支払いは、HI信託基金とSMI信託基金のパートB勘定の両者から、メディケアの給付総額に対するパートAとパートBの給付額の比率に従って拠出されている。実際の受診の量や質にかかわらず、加入者1人当たり、月当たりであらかじめ決定された額がプランへ支払われる。

HI信託基金からは、パートAの運営費も支出される。保健福祉省、社会保障庁、内国歳入庁等における給付業務、メディケア税の徴収、不正や乱用の防止、試行的なプロジェクトの実施など、パートAの運営に必要な費用がHI信託基金の負担となる。加えて、関連施設の建設や賃貸の費用を基金から拠出することが認められている⁽⁶²⁾。

3 SMI信託基金の財政

SMI信託基金は、その財源構成においてHI

信託基金と根本的に異なっている。SMI信託基金はパートBとパートDの2つの部分から構成され、それぞれ別勘定となっているが、両者とも、主要財源は、連邦政府の一般財源による拠出金と加入者の保険料である。なかでも、連邦政府の拠出金は、SMI信託基金の総収入の79%を占めている。また、SMI信託基金においても特別債券を保有し、その運用益を得ている。SMI信託基金における最大の支出は医師サービスと処方薬である。

(1) パートB

(a) 収入

2009年における総収入2219億ドルのうち、もっとも大きな財源は連邦政府の拠出金で、その額は1628億ドルである(表3)。1973年までは、保険料と連邦政府の拠出金は同額に設定されていたが、現在では、保険料が25%、拠出金が75%のレベルに設定されている。高齢者と障害者の2つのグループがそれぞれ払う保険料に対応する連邦政府の拠出金は、各グループの保険料総額に一定率を適用して決定される。その率は、2010年において、(保険数理上の保険料(高齢者221ドル、障害者270.40ドル)×2-標準保険料(110.50ドル))÷標準保険料(110.50ドル)で計算され、高齢者の場合は3、障害者の場合は3.9であった。

総収入の約25%にあたる560億ドルは加入者の保険料である。パートBの標準保険料は、2011年において、月額115.40ドルと設定されている。ただし、高所得者には加算額が上乘せされることや、OASDIから天引きされている場合は、保

(61) 1983年の社会保障法改正により導入され、DRG-PPS(診断群別所定報酬額支払方式)と呼ばれている。実際に投入した医療サービスの費用とは無関係に、あらかじめ定まった額が償還されるため、過剰診療を防ぎ、治療を効率化し、入院日数を短縮させるインセンティブが働く。効率化のメリットがあるが、他方で、医療の質について問題が指摘されている。週刊社会保障編集部編 前掲書, p.294。

(62) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.62。

険料の値上げはCOLAの調整値を超えることはできないことから、標準の保険料を払っている者は少ない。

また、2011年から、ACAによる新しい財源として、ブランド薬の製造業者と輸入業者による拠出金が創設され、パートB勘定に繰り入れられることになっている。

HI信託基金と同様に、パートBの収入の超過分は、連邦政府の特別債券に投資されている。2009年における特別債券の運用益は30億ドルで、総収入の1.4%であった。2009年末の資産は755億ドルで、パートBの支出の約4か月分に当たる。

(b) 支出

2009年の総支出は2057億ドルで、そのうち2026億ドルが給付費である。前年の1888億ドルから7.3%増加した。給付費のうち、もっとも大きいものは医師への支払いで、31%にあたる625億ドルである。医師がメディケアの支払いレートを受諾し、メディケアの指定（アサインメント）を受けている場合は、医師は患者に保険免責額と自己負担分のみを請求し、残りはメディケアから支払われる。医師がアサインメントを受けていない場合は、患者は医師に全額を払い、後にメディケアから償還される。この場合、医師はメディケアが定める額以上の料金を請求できるが、定める額の15%オーバーが限度とされている⁽⁶³⁾。

以前は、メディケアから医師への支払いは、①医師の実際の請求料金、②医師が慣例的に請求している料金、③その地域における同様の医療サービスの一般的な料金のいずれか低い額と定められていた。しかし1992年以降、医師の業務量、医業経費、訴訟費用、地域格差が加味されたメディケ

ア診療報酬表（Medicare Fee Schedule）に基づく支払いとなっている。医療機器や臨床検査もまた診療報酬表に基づいている。一方、病院外来サービスについては、ほとんどがPPSで支払われ、ホームヘルスケアも、パートAと同様、PPSで支払われている⁽⁶⁴⁾。

前述の通り、給付額の比率に従って、パートBからもメディケア・アドバンテージ・プランに対して支払いがされる。プランへの支払いはパートBの給付費の26%を占めている。

(2) パートD

(a) 収入

パートD勘定の主要財源は連邦政府の拠出金、加入者の保険料、州政府の拠出である。パートB勘定と同様、連邦政府の拠出金をもっとも大きな財源であり、2009年において471億ドルで、総収入の77%を占めている（表3）。パートD勘定でも、予想される支出に合うよう保険料水準と連邦政府の拠出額を再設定して、毎年の収支バランスを取る。連邦政府の拠出金は、保険料の水準や各プランへの支払い、低所得者への補助などのレベルを勘案して決定される。

加入者の保険料収入は63億ドルで、総収入の10%である。そのうち25億ドルはOASDI等からの天引きで納められている。保険料の水準は、基本的な給付を行う場合の保険コストの25.5%に設定される⁽⁶⁵⁾。標準的な保険料は2011年において、月32.34ドルであるが、実際の保険料は各プランによって様々であり、標準的な保険料に等しいものはほとんどない。

⁽⁶³⁾ Centers for Medicare & Medicaid Services, *op.cit.* (16), p.53.

⁽⁶⁴⁾ Social Security Administration, *op.cit.* (13), p.43.

⁽⁶⁵⁾ The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.139.

パートD勘定には、連邦政府からの拠出に加えて州も負担している。2009年における州の拠出は76億ドルであった。2006年のパートDによる処方薬の適用と低所得者への補助の導入時に、メディケアとメディケイドの両者の資格を有する者の処方薬給付に関するコストについて、州に負担が求められることになった⁽⁶⁶⁾。導入当初の州の負担はそのコストの90%であったが、10年間でその比率を引き下げ、2015年には75%になる予定である⁽⁶⁷⁾。

(b) 支出

パートDの給付は、パートAやパートBの医療サービスに対する給付とは異なる。パートDの加入者は、独立の処方薬保険プランや処方薬の適用があるメディケア・アドバンテージ・プランなどに任意加入するが、各プランのコストのかなりの部分をパートDが負担する仕組みである。また、処方薬をカバーしている事業主や労働組合が提供する退職者医療保険プランに対しても補助している。

パートDにおいても、黒字分は連邦債に投資されるが、パートDの保有する資産は少ない。パートDのコストが予想外に増え、資金が不足したとしても、一般財源からの追加的な補填が認められている。そのため議会の承認も必要としないため、積立金の必要性は少ない。

III オバマ大統領の医療改革とメディケアへの影響

1 2010年の医療改革

2010年3月に成立したACAは、国民皆保険の実現を目的とするものである。ただし、それは公的医療保険によるものでなく、民間医療保険への加入を促すという手法を用いている。これにより、アメリカの合法的な人口の94%が医療保険でカバーされる見込みである⁽⁶⁸⁾。ACAの主な内容は、次のとおりである⁽⁶⁹⁾。

- ①医療保険の未加入者に対し、除外規定（貧困者、宗教的良心に基づく者、3か月未満の未加入者、課税対象所得以下の者など）に該当しない限り、ペナルティを課して⁽⁷⁰⁾、医療保険加入を促進する。
- ②2014年から、個人あるいは中小企業が医療保険を購入できる保険取引制度（health insurance exchange）を創設し、一定の条件を満たした医療保険を紹介する。
- ③保険取引制度から医療保険を購入した者に保険料の補助を行い、その所得段階によって、所得に占める保険料の額が一定割合になるよう設定する⁽⁷¹⁾。また、自己負担についても所得段階に応じた補助を行う。
- ④50人を超える従業員を有する事業主が医療保険を提供しない場合は、30人を超える従業員1人につき2,000ドルのペナルティを課す。また、平均賃金が年50,000ドル未満で

(66) メディケアとメディケイドの両者の資格を有する者の処方薬給付は、それまでメディケイドから支給されていたが、パートD発足に伴い、メディケアから支給されることになった。

(67) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.137.

(68) 廣瀬淳子「立法情報 アメリカ 医療保険改革法成立」『外国の立法 月刊版』No.243-1, 2010.4, pp.2-3. <<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/legis/pdf/02430101.pdf>>

(69) The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Summary of New Health Reform Law.” <<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>>

(70) 2014年は95ドルまたは課税対象所得の1%の額の高い方を徴収する。2015年は325ドルまたは2.0%に、2016年は695ドルまたは2.5%に引き上げる。2016年以降はCOLAに基づいて、毎年引き上げる。

25人未満の従業員を有する事業主が、従業員のために医療保険を購入する場合は税控除を与える等、事業主による医療保険の提供を促進する。

- ⑤製薬業部門および医療保険業部門に、新たに拠出金を課す⁽⁷²⁾。
- ⑥既往症に基づく保険加入の拒否を禁止する等、民間医療保険に対する規制を強化する。
- ⑦メディケイドの受給資格を、所得が連邦貧困レベルの133%に満たないすべての者に拡大する。そのための費用は、2014年から2016年までは連邦が100%負担する。ただし、連邦の負担割合を段階的に引き下げて、2020年以降は90%とする⁽⁷³⁾。

2 メディケアの改革

メディケアについても、ACAは次のような重要な改革を行っている⁽⁷⁴⁾。

- ① 2013年から、高額所得者の一定額以上（単身世帯で200,000ドル以上、夫婦世帯で250,000ドル以上）の所得に0.9%のメディケア税を上乗せし、税率を1.45%から2.35%に引き上げる。また、高所得者の資産収入に3.8%のメ

ディケア税を課す。

- ②パートDのドーナツホールを2020年までに解消し、この部分について75%の給付を行う。また、2010年にドーナツホールに達した受給者に対して250ドルを払い戻し、2011年から、ブランド薬（ジェネリック薬でないもの）について製薬会社による50%の割引を実施する。
- ③出来高払いによる本来のメディケアよりも、14%も割高になっているメディケア・アドバンテージ・プランへの支払いを見直す。2011年に支払いの基準額を凍結し、2012年および2013年において、基準額を本来のメディケアの水準に近づけるよう減額する。基準額より低い入札額のプランに対し、基準額との差額の払戻し率⁽⁷⁵⁾を現行の75%から50%に削減し、質の良いプランに対しては、そのランクにより払戻し率を65%、70%とする。
- ④ 2010年から、病院や入院リハビリテーション施設に対するマーケット・バスケット⁽⁷⁶⁾の改定額を削減する。2012年から、ホームヘルスケア、スキルドナーシング施設、ホスピスケア、その他のマーケット・バスケット

(71) 連邦貧困基準の133%までの者は所得の2%、150%までの者は所得の3%から4%、200%までの者は所得の4%から6.3%、250%までの者は所得の6.3%から8.05%、300%までの者は所得の8.05%から9.5%、400%までの者は所得の9.5%となっている。

(72) 年間の拠出額は、製薬業部門においては2012-2013年が28億ドル、2014-2016年が30億ドル、2017年が40億ドル、2018年が41億ドル、2019年以降が28億ドルである。医療保険業部門においては2014年が80億ドル、2015-2016年が113億ドル、2017年が139億ドル、2018年が143億ドル、以降は保険料の上昇率に従って増加する。

(73) 2014年から2016年までは100%、2017年は95%、2018年は94%、2019年は93%、2020年以降は90%となっている。

(74) The Henry J. Kaiser Family Foundation, "Summary of Key Changes to Medicare in 2010 Health Reform Law." <<http://www.kff.org/healthreform/upload/7948-02.pdf>>

(75) メディケアから各プランへの支払い額の決定において、各プランはパートA・パートBの給付に必要な1人当たり経費を予測して入札額を提示し、要件を満たした場合は承認される。このとき、法による算定式に基づく基準額を上回る場合は、その差額は加入者の保険料に上乗せされる。基準額を下回る場合は、その差額の75%をリポートとしてプランが受け取ることになっている。関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」『横浜国際経済法学』18(3), 2010.3, p.131.

(76) 病院等が受ける報酬の改定は、マーケット・バスケットに基づいて行われる。マーケット・バスケットは病院等が購入する資材やサービスの額の上昇を反映したものであり、従業員の賃金、医療機器、暖房費、賃貸料等が含まれる。Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, "Projected Medicare Expenditures under an Illustrative Scenario with Alternative Payment Updates to Medicare Providers," August 5, 2010, p.3. <<http://www.cms.gov/ActuarialStudies/Downloads/2010TRAlternativeScenario.pdf>>

の改定額を削減する。救急車、外来手術センター、医療機器など消費者物価指数 (CPI) で改定が行われるものについても削減する。また、2011年から2015年にかけて、プライマリー・ケアサービスに10%のボーナスを払う等、医療機関等に対する支払いを見直す。

- ⑤メディケアのコストに関する独立委員会を新設する。2014年以降、メディケアの1人当たりコストの増加率がメディケア・メディケイド・サービスセンターの設定する目標値を上回る場合は、同委員会は大統領にその削減を勧告する。
- ⑥急性期後のケアに関するパイロットプログラムの導入や、メディケア・メディケイド・イノベーションセンター (CMI) の新設等により、新しいサービス提供方法と医療費の支払い方法を構築する。同センターは、ケアの質を維持あるいは向上しつつ、コストを削減できるような新しい支払い方法を試行・評価し、メディケアおよびメディケイドで実施する。
- ⑦パート B の上乗せ保険料が課せられる所得基準額 (単身 85,000 ドル、夫婦 170,000 ドル) を、2019 年まで固定する。また、2011 年から、一定所得 (単身 85,000 ドル、夫婦 170,000 ドル) 以上の者のパート D の保険料にも上乗せ加算する。

これらの改革により、メディケアの支出は、2010年から2019年の間に4280億ドル減少すると見られている。メディケアの支出削減額が5330億ドル、新規支出増が1050億ドルである。また、この間のメディケア関連の歳入は、メディケア税の引上げで870億ドル、製薬会社等の拠出金で270億ドル、パート D の退職者プランへの補助を受ける事業主に対する税控除の廃止

で50億ドル増加すると見られている⁽⁷⁷⁾。

3 ACAのメディケア財政への影響と将来予測

(1) HI 信託基金への影響と将来予測

2010年のメディケアの財政報告⁽⁷⁸⁾では、2008年以降、HI 信託基金は支出超過であり、2013年まで赤字が続くと見られている。しかし、不況により減少したメディケア税の税収も、2011年以降は回復に向かう。また、2013年からのメディケア税の0.9%の上乗せによる増収や、2014年以降、メディケア・アドバンテージ・プランへの支払いの削減が望めることから、黒字に転換すると見込まれる。2009年の報告⁽⁷⁹⁾では、2015年から2019年の間、年に500～900億ドル以上の赤字を出す予測されていたが、ACAの成立後は、年に100～200億ドルの黒字になると見られている (表4)。ACAによるHI 信託基金における財政効果は、2010年から2019年の10年間で4000億ドル以上と推定されている。その主なものは、①医療機関への支払いの抑制 (1620億ドル)、②メディケア・アドバンテージ・プランへの支払いの削減 (860億ドル)、メディケア税の増収 (630億ドル) である⁽⁸⁰⁾。

支出に対する積立金の割合を見ると、2009年においては132%であった。これは、不測の事態により税収がなかったとしても、1.3年の給付を賄える額である。しかし、この率は徐々に低下し、2014年には80%を下回り、2029年には積立金をすべて使い果たす。積立金が枯渇すれば、病院やプランへの支払いは、その時のメディケア税の税収で賄うことになるが、2029年の税収は必要なコストの85%、2050年には77%と予測されている⁽⁸¹⁾。それでも、積立金

(77) The Henry J. Kaiser Family Foundation, *op.cit.* (74), p.7.

(78) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3)

(79) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (2)

(80) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.25.

表4 今後10年間のHI信託基金の財政見込

(億ドル)

| 年 | ACA成立後の推計(2010年) | | | | | ACA成立前の推計(2009年) | | | | |
|------|------------------|------|------|------|-----|------------------|------|------|-------|-----|
| | 収入 | 支出 | 収支 | 積立金 | 積立率 | 収入 | 支出 | 収支 | 積立金 | 積立率 |
| 2009 | 2254 | 2425 | -171 | 3042 | 132 | 2251 | 2456 | -205 | 3008 | 131 |
| 2010 | 2176 | 2493 | -317 | 2725 | 122 | 2371 | 2542 | -171 | 2837 | 118 |
| 2011 | 2415 | 2593 | -178 | 2547 | 105 | 2494 | 2688 | -193 | 2643 | 106 |
| 2012 | 2544 | 2712 | -168 | 2379 | 94 | 2618 | 2891 | -273 | 2370 | 91 |
| 2013 | 2770 | 2825 | -55 | 2324 | 84 | 2748 | 3129 | -381 | 1989 | 74 |
| 2014 | 2972 | 2960 | 12 | 2336 | 79 | 2874 | 3419 | -545 | 1444 | 58 |
| 2015 | 3159 | 3050 | 108 | 2444 | 77 | 2999 | 3527 | -528 | 916 | 41 |
| 2016 | 3366 | 3212 | 154 | 2598 | 76 | 3120 | 3765 | -645 | 271 | 24 |
| 2017 | 3572 | 3382 | 190 | 2788 | 77 | 3246 | 4031 | -785 | -514 | 7 |
| 2018 | 3779 | 3579 | 200 | 2988 | 78 | 3360 | 4328 | -967 | -1482 | |
| 2019 | 3979 | 3797 | 182 | 3170 | 79 | | | | | |
| | 積立金が枯渇する年 2029年 | | | | | 積立金が枯渇する年 2017年 | | | | |

(*) 積立率は、各年における支出に対する年初の資産の割合 (%)。

(出典) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, pp.25, 66, 71; "2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2009, p.52. に基づき筆者作成。

表5 HI信託基金の収入と支出の所得に対する比率

(%)

| 年 | 支出 | 収入 | 収支 |
|------|------|------|-------|
| 2010 | 3.66 | 3.17 | -0.49 |
| 2015 | 3.33 | 3.35 | 0.02 |
| 2020 | 3.46 | 3.44 | -0.02 |
| 2025 | 3.87 | 3.53 | -0.34 |
| 2030 | 4.31 | 3.62 | -0.69 |
| 2035 | 4.68 | 3.69 | -0.99 |
| 2040 | 4.89 | 3.75 | -1.14 |
| 2045 | 4.99 | 3.81 | -1.18 |
| 2050 | 5.00 | 3.88 | -1.12 |

(*) 連邦拠出金および任意加入の保険料で賄われる加入者を除く。

(出典) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, p.74. (<http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2010.pdf>) に基づき筆者作成。

が枯渇する時期は、ACAの成立により、12年間遅らせることができると見られている(表4)。

表5は、HI信託基金の支出額と収入額のメディケア税の課税対象となる全所得に対する比率を長期間で推計したものである。2015年から2019年までは、経済回復とACAの影響で

収支が改善され黒字が続く。その後は、ベビーブーマーの高齢化等による人口構造の変化で収支バランスが悪化し⁽⁸²⁾、2020年の-0.02%を皮切りに赤字幅を拡大し、2050年には-1.12%になると見られている⁽⁸³⁾。これは、2009年の推計よりは、はるかに良い数値である⁽⁸⁴⁾。し

(81) *ibid.*, p.41.

(82) パートAにおいては、年金と同様に、現役世代が高齢者の医療費を担っているため、HI信託基金の財政は、人口構造の変化の影響を受けやすい。2009年において、パートAの受給者1人を3.5人の現役世代が支えていたが、2030年には2.3人で1人を、2080年には2.1人で1人を支えなくてはならない。*ibid.*, p.78.

(83) つまり、メディケア税1.12%分が不足する。

(84) 2009年のレポートでは、2010年以降、毎年赤字が続き、2020年の赤字幅が-1.10%、2050年には-5.30%になると見られていた。The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (2), p.60.

表6 2019年までのSMI信託基金の財政状況

(億ドル)

| | SMI信託基金 | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---------|------|------|------|------|------|------|--------|-----|------|-----|------|------|-----|----|
| | パートB勘定 | | | | | | | パートD勘定 | | | | | | | |
| | 収入 | | | 支出 | | 収支差 | 残額 | 収入 | | | | 支出 | | 収支差 | 残額 |
| | 収入 | 保険料 | 連邦負担 | 支出 | 給付 | | | 収入 | 保険料 | 連邦負担 | 州負担 | 支出 | 給付 | | |
| 2009 | | 2219 | 560 | | 1628 | 2057 | 2026 | | 162 | 755 | 609 | | 63 | 471 | 76 |
| 2010 | 2037 | 512 | 1497 | 2201 | 2173 | -164 | 591 | 614 | 64 | 508 | 42 | 620 | 618 | -6 | 5 |
| 2011 | 2350 | 584 | 1722 | 2153 | 2122 | 197 | 789 | 715 | 80 | 554 | 80 | 712 | 710 | 3 | 7 |
| 2012 | 2642 | 657 | 1920 | 2259 | 2226 | 384 | 1172 | 785 | 101 | 592 | 92 | 784 | 782 | 0 | 8 |
| 2013 | 2875 | 719 | 2066 | 2421 | 2384 | 454 | 1627 | 856 | 119 | 639 | 98 | 856 | 853 | 0 | 8 |
| 2014 | 3122 | 790 | 2211 | 2598 | 2555 | 524 | 2151 | 930 | 134 | 693 | 103 | 930 | 927 | 0 | 9 |
| 2015 | 3638 | 929 | 2554 | 2758 | 2713 | 880 | 3031 | 1025 | 159 | 758 | 109 | 1025 | 1022 | 0 | 9 |
| 2016 | 3334 | 844 | 2298 | 2932 | 2883 | 402 | 3433 | 1126 | 165 | 843 | 117 | 1125 | 1122 | 1 | 10 |
| 2017 | 3954 | 1001 | 2708 | 3140 | 3087 | 813 | 4247 | 1235 | 189 | 919 | 127 | 1234 | 1231 | 1 | 11 |
| 2018 | 4357 | 1106 | 2954 | 3380 | 3322 | 977 | 5223 | 1359 | 210 | 1011 | 138 | 1358 | 1355 | 1 | 12 |
| 2019 | 4770 | 1216 | 3211 | 3650 | 3588 | 1120 | 6344 | 1500 | 234 | 1115 | 150 | 1499 | 1495 | 1 | 13 |

(出典) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, pp.99, 115, 141.

(<http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2010.pdf>)に基づき筆者作成。

かし、ACAによる医療費抑制の効果が実らなければ、HI信託基金の支出の課税対象となる全所得に対する比率は、2050年の5.00%から6.49%へ上昇すると見られている⁽⁸⁵⁾。

(2) SMI信託基金への影響と将来予測

今後10年間の見通しでは、パートBの支出は、2009年の2057億ドルから2019年に3650億ドルへ1.8倍に増加する。パートDの支出は2009年の608億ドルから2019年に1499億ドルへ2.5倍に増加する(表6)。SMI信託基金の財政バランスを取るには、保険料と連邦政府の拠出金の

レベルも同様に上げなくてはならない。

パートBの支出実績を見ると、過去5年間の平均上昇率は8.3%であり、GDPの成長率を遥かに超える⁽⁸⁶⁾。2010年の財政報告では、今後5年間の上昇率をGDPの伸びとほぼ同じ5.3%と仮定している。これは現行制度で実施が予定されている診療報酬の切下げを反映したもので⁽⁸⁷⁾、多少、甘い見通しである。2010年12月に、予定されている診療報酬の切下げを1年間凍結する法律が成立したからである⁽⁸⁸⁾。今後同様のことが起きれば、将来のパートBの上昇率はこれまでと同じ年8%程度になる可能

⁽⁸⁵⁾ The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.75.

⁽⁸⁶⁾ *ibid.*, p.31.

⁽⁸⁷⁾ 医師の診療報酬の改定は、現行制度では、SGR(持続可能成長率)で毎年調整される目標値に基づいて行われることになっている。実際の医師サービスのコストと目標値を比較し、実績値が目標値を超える場合は診療報酬をマイナス改定し、下回る場合はプラス改定して、目標値に近づける仕組みである。SGRは、①医師サービス料金の変化率、②メディケアの出来高払いが適用される平均受給者数の変化率、③過去10年間平均の1人当たりGDPの変化率、④法令変更による支出の変化率、の4つの要因を基に計算される。1997年財政均衡法によって導入され、2002年に4.8%のマイナス改定が行われたが、その後は議会により毎年凍結されてきた。これまでの累積差を解消するには、今後3年間で30%の切下げが必要で、2010年12月に23%、2011年に6.5%、2012年に2.9%引き下げる予定となっていた。Centers for Medicare & Medicaid Services, "Estimated Sustainable Growth Rate and Conversion Factor, for Medicare Payments to Physicians in 2011," p.1. (<http://www.cms.gov/SustainableGRatesConFact/Downloads/sgr2011f.pdf>); Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, *op.cit.* (76), p.2.

表7 メディケアの支出の将来予測 (GDP 比)

(%)

| 年 | ACA成立後の推計(2010年) | | | | ACA成立前の推計(2009年) | | | |
|------|------------------|---------|------|------|------------------|---------|------|------|
| | HI信託基金 パートA | SMI信託基金 | | 計 | HI信託基金 パートA | SMI信託基金 | | 計 |
| | | パートB | パートD | | | パートB | パートD | |
| 2010 | 1.66 | 1.49 | 0.43 | 3.59 | 1.71 | 1.38 | 0.45 | 3.54 |
| 2015 | 1.55 | 1.43 | 0.52 | 3.50 | 1.81 | 1.40 | 0.54 | 3.76 |
| 2020 | 1.63 | 1.61 | 0.67 | 3.91 | 2.05 | 1.76 | 0.71 | 4.53 |
| 2025 | 1.80 | 1.87 | 0.86 | 4.53 | 2.38 | 2.19 | 0.91 | 5.47 |
| 2030 | 1.99 | 2.10 | 1.02 | 5.11 | 2.75 | 2.60 | 1.08 | 6.43 |
| 2035 | 2.15 | 2.24 | 1.13 | 5.52 | 3.11 | 2.92 | 1.20 | 7.23 |
| 2040 | 2.24 | 2.30 | 1.21 | 5.76 | 3.43 | 3.15 | 1.28 | 7.86 |
| 2045 | 2.27 | 2.32 | 1.28 | 5.87 | 3.66 | 3.32 | 1.35 | 8.33 |
| 2050 | 2.27 | 2.33 | 1.35 | 5.94 | 3.85 | 3.47 | 1.42 | 8.74 |

(出典) The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, "2010 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2010, p.48; "2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2009, p.35. に基づき筆者作成。

性が高く、パートBの10年後のコストは、この報告よりも2割程度高くなると見られている⁽⁸⁹⁾。

パートBの収入では、保険料の上昇幅をCOLAの調整幅に抑えるホールドハームレス条項が問題となっている。2010年には、これにより、3/4の加入者の保険料が値上げを凍結された。今後数年間も同様と見られ、保険料収入の低下によるパートB勘定の財政の悪化が心配されている。一方、保険料の減収を勘案して、2010年のパートBの標準保険料は通常よりも大きく引き上げられ⁽⁹⁰⁾、加入者間の平等の観点から深刻な問題が生じている⁽⁹¹⁾。

パートDにおいては、今後10年間、その支

出は年平均9.4%上昇すると見られている。GDPの伸びよりかなり大きい。要因は、加入者数の増加と、1人当たりの給付費の伸びである。1人当たり給付費は、2010年の1,797ドルから2019年には3,330ドルになると見られている⁽⁹²⁾。

表7は、GDPに対するメディケアの支出の比率を長期で見たものである。SMI信託基金の支出は、今後30年でGDPの3.5%に膨れる。パートBとパートDの1人当たり給付費は、2011年以降、平均して年に4.3%上昇し、保険料も一部負担もほぼ同様に上昇すると見られている⁽⁹³⁾。

また、パートBとパートDへの連邦政府の拠

⁽⁸⁸⁾ 2010年12月9日に、診療報酬の削減を1年間凍結する法律 (Medicare and Medicaid Extenders Act of 2010) が議会を通過し、15日に大統領が署名した。American Medical Association, "President Obama Signs One-Year Delay of Medicare Cut Into Law," Dec 15, 2010. <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/obama-signs-medicare-one-year-delay.shtml>>

⁽⁸⁹⁾ メディケア・メディケイド・サービスセンターは、SGRを用いず、診療報酬の改定にMEI (メディケア経済指標、医師の件数や診療所経費、医療機器、医療過誤保険料などの増減の指標) を用いた試算を出している。それによれば、2019年のパートBのコストは、現行制度を厳格に適用した場合の121.8%になると見られている。Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, *op.cit.* (76), p.15.

⁽⁹⁰⁾ 2009年は96.40ドルであったが、2010年は110.50ドル、2011年は115.40ドルとなっている。

⁽⁹¹⁾ 2009年には、2010年のすべての加入者の保険料を2009年の水準に凍結し、欠損分を一般会計で補う法案が下院を通過したが、上院で採決されなかった。The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.35.

⁽⁹²⁾ *ibid.*, p.142.

⁽⁹³⁾ 前述したように、これは現行制度による診療報酬の引下げを織り込んだものであり、実際はこれより高くなる可能性が高い。

出金は、毎年 5.3% 増加すると見られ、GDP の成長率 4.7% を超える⁽⁹⁴⁾。医療費、薬剤費がそのまま推移すれば、連邦政府の負担は深刻な状況に陥ると予想される。

おわりに

ACA の成立により、HI 信託基金の破綻する時期は、2017 年から 2029 年へ 12 年間延びた。また、GDP に対するメディケアの支出の比率は、ACA 成立前と比べて、2020 年において 14%、2030 年において 21%、2050 年において 32% も低くなった (表 7)。しかし、これらの実現可能性は、ACA による医療費の伸びの抑制しだいである。これまでの状況を見ると、今後、診療報酬を削減することはかなり困難と思われる。また、診療報酬の伸びの抑制に成功したとしても、医療のアクセスという点で問題が生じ

かねない。必要以上に抑制すれば、医師はメディケア加入者の診療を忌避し、議会が診療報酬の抑制を停止する事態は十分考えられる。

このため、ACA では、費用効果の高いサービス提供方法と報酬の支払方法を探究するためのプログラムを導入することにした。複合の慢性病患者のケアの改善、急性期後のケアの改善、治療パフォーマンスに着目した報酬支払い等、サービスと支払いの改革に関するテストである。もし、これらの実験により、ヘルスケアの質の改善とコスト削減が図れることが判明すれば、それをメディケアで実施することができる⁽⁹⁵⁾。このような試みが、医療費の上昇を抑制し、診療報酬の引下げに匹敵する効果をもたらす可能性はある。しかし、現時点では不確実であり、ACA によるメディケアの財政効果は未知数と言えよう。

(なかがわ ひであき)

⁽⁹⁴⁾ The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *op.cit.* (3), p.38.

⁽⁹⁵⁾ ACA では、①もし、その試行の拡大が費用の増加を伴わずケアの質を改善する、あるいはケアの質の低下を伴わず費用を削減することが望めると保健福祉長官が判断した場合で、かつ、②試行の拡大によって費用が削減 (あるいは増加にならない) されることを CMS のチーフアクチュアリーが認める場合は、立法措置なくして、これらの試行を全国的に採用することができるとしている。 *ibid.*, p.41.