

2014年12月2日 全9頁

米国の公的医療保険、メディケア（その2）

メディケアの変遷と破綻回避に向けた改革が続く

ニューヨークリサーチセンター
上野まな美

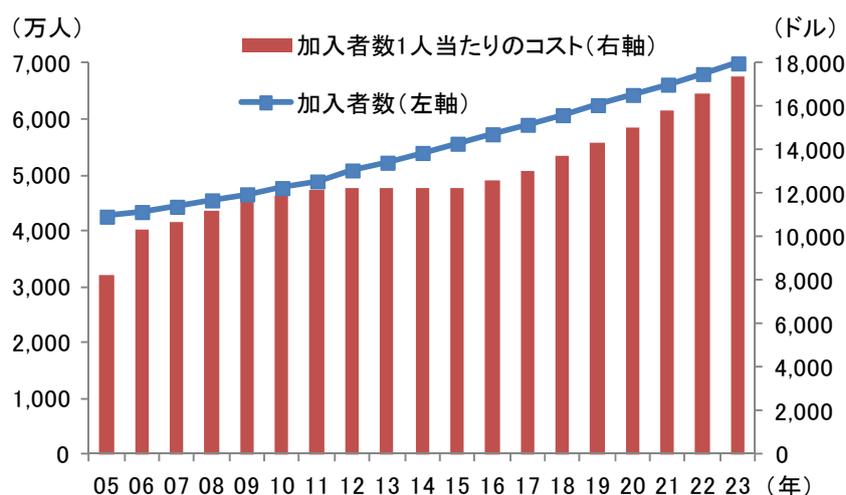
[要約]

- 2013年におけるメディケア（Medicare）への支出額は約5,830億ドルに達し、米国のGDPの約3.5%に相当した。メディケア信託理事会（Board of Trustees for Medicare）の2014年報告書によると、メディケアの支出額は2035年までにはGDPの約5.4%にも上る恐れがある。
- メディケアは、1965年の設立以来、大幅に変更が行われてきた。1980年代及び1990年代には、メディケアへの急激な支出増加を回避し、パートAの病院保険信託基金の破綻時期を引き延ばすために、数々の法律が制定された。近年においては、2010年に医療保険制度改革法となる通称オバマケアが成立し、今後のメディケア支出の増加抑制条項が制定された。
- メディケアは、将来的に加入者と1人当たりの医療費が増加し、パートAの病院保険信託基金が2030年に破綻することが予測されている。将来的なメディケア支出の増加を抑制するためには迅速な対応が要求され、収入を増やすか、支出を抑えるか、またはその組み合わせを取り入れることによって、今後もメディケア改革を継続し、メディケアの破綻を回避することが必須である。

破綻が予測されるメディケア

メディケア (Medicare) の加入者は、開始された翌年の 1966 年には約 1,900 万人であったが、2011 年から大幅に増加し始めた。その理由は、1946 年から 1965 年生まれのベビーブーマー世代がメディケアに加入できる年齢の 65 才に達し始めたことと、平均余命が長くなったためであり、2013 年においては、メディケアの加入者が約 5,230 万人 (4,350 万人の高齢者及び 880 万人の終身障害者) に増加した。メディケア信託理事会 (Board of Trustees for Medicare) の 2014 年報告書 (2014 Medicare Trustees Report) ¹によると、今後メディケアの加入者は急速に増加し、2023 年までには約 6,900 万人に上るものと見られる (図表 1)。また、1 人当たりの医療費の増加とともに 2013 年におけるメディケアの支出額は約 5,830 億ドルに達し、米国の GDP の約 3.5% に相当した。メディケアへの支出額は 2035 年までには GDP の約 5.4% にも上る恐れがある。

図表 1 メディケア加入者数及び 1 人当たりのコストの推移



(注) 2014 年以降は予測値。

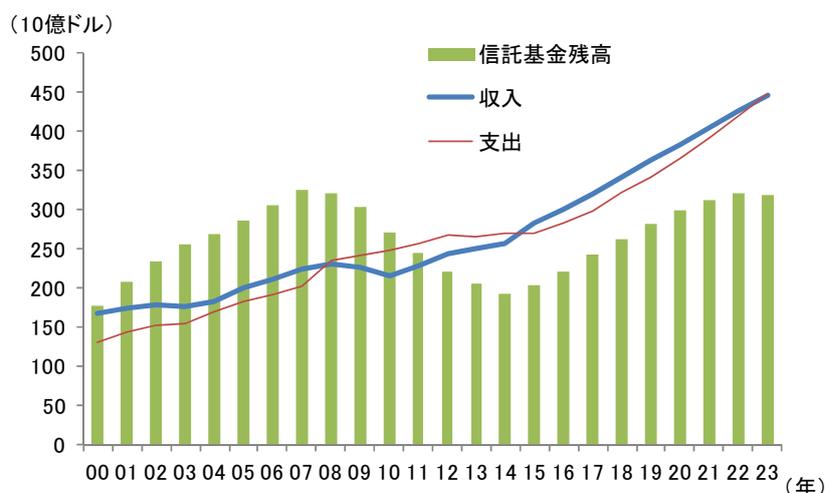
(出所) 2014 Medicare Trustees Report より大和総研作成

特に、パート A の病院保険信託基金²の支出は、2008 年から収入を超過し始め (図表 2)、2013 年には約 150 億ドルの赤字に陥った。そして、将来的には破綻することが予測されている。

¹ <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/downloads/tr2014.pdf>

² 大和総研 ニューヨークリサーチセンター 上野まな美「米国の公的医療保険、メディケア (その 1)」(2014 年 10 月 27 日) 参照。 http://www.dir.co.jp/research/report/overseas/usa/20141027_009074.html

図表2 パートA病院保険信託基金の内訳推移



(注) 基金残高は年末値。2014年以降は予測値。
 (出所) <http://fas.org/sgp/crs/misc/RS20946.pdf> 及び 2014 Medicare Trustees Report より大和総研作成

赤字は2014年も続くことが予測されるが、2010年に制定された患者保護及び医療費負担適正化法 (Patient Protection and Affordable Care Act of 2010)、通称オバマケアと、医療及び教育費負担適正調整法 (Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010) の施行によって、病院保険信託基金の収入は2017年まで支出を上回る速さで増加し、2015年から2022年にかけて僅かに黒字に転換するものとみられる。しかしながら、メディケア信託理事会の2014年報告書によると、その後、収入が支出を下回って再び赤字となり、病院保険信託基金の残高が底を突き、2030年に破綻することが予測されている³。2030年には、病院保険信託基金の財源となるメディケア税による収入が同基金の支出の85%を賄えるに過ぎないと懸念される。

一方、パートBの補足的医療保険信託基金は、パートAと財源が根本的に異なり、連邦政府の一般会計 (同基金の財源の75%相当) と保険料 (同25%相当) で賄われるため⁴、破綻する恐れはない。同様に、パートDの外来処方薬給付も、財源の大半が連邦政府の一般会計から拠出されているために破綻することはないものとみられる。とは言え、高齢者の増加と医療費の上昇とともに、パートBとパートDのコストも急速に増加し、連邦政府の一般会計からの拠出額や加入者の保険料の増額につながる恐れがある。

³ 2014 Medicare Trustees Report の27ページ Figure II.E.1 参照。

⁴ この他にも、州からの無償給付と、ブランド名処方薬の薬品メーカー及び輸入会社から支払われる手数料なども僅かながらある。

メディケアの変遷と破綻回避に向けた取組み

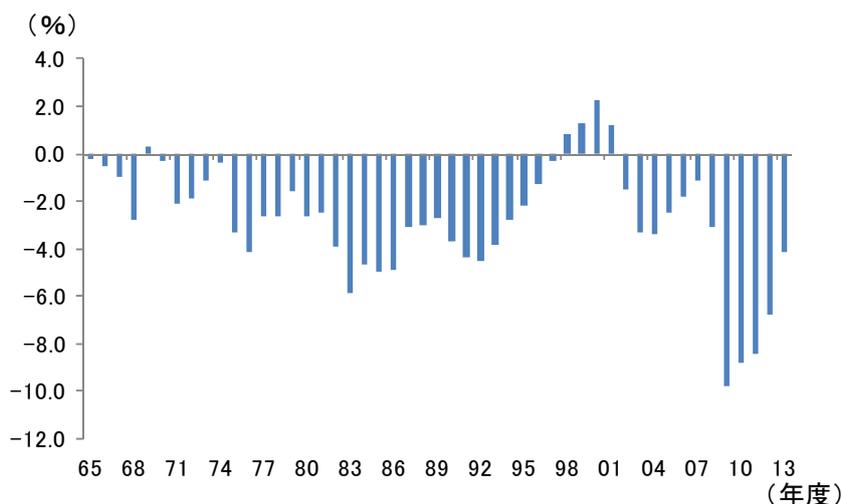
1970年代

メディケアは、ジョンソン大統領の「貧困との戦い」(War on Poverty) 宣言により、1965年に設立されたが、それ以来、大幅に変更が行われてきた。

1969年に就任したニクソン大統領は、自身の2期目の大統領選に間に合わせて1972年のソーシャルセキュリティ修正法 (Social Security Amendments of 1972) に署名し、米国の社会福祉の内容を拡大したと同時に、社会福祉費用も増額した。同法により、メディケア・マネージド・ケア (Managed Care) の「メディケア HMO」(Medicare HMO)⁵が導入され、民間保険会社に対し、前払い (prepaid) で、メディケアの1人当たり月額給付金を支払うことが認められた。HMOの導入は、メディケア加入者により良い医療を提供すると同時に医療費を抑制し、非営利のマネージド・ケア組織と病院、医者との監督を目的としており、現在の営利目的のマネージド・ケアとは異なる理想が描かれていた。また、当初の予測以上のメディケア支出を抑制するために、メディケアが支払う「リーズナブル (reasonable) な費用」と医療提供者の「リーズナブルな請求」の定義制限が開始された。

しかし、ニクソン政権が社会福祉とベトナム戦争への費用をつぎ込み、その後のフォード政権も、ニクソン政権の社会福祉政策を引き継いでメディケアの拡大を行ったことから、米国の財政赤字が拡大した (図表3)。その上、1970年代初めから1980年代初めにかけて、高インフレが続き、医療費の増加も招く結果となってしまった。

図表3 米国の財政赤字 (GDP比) の推移



(出所) 米行政管理予算局、Haver Analytics より大和総研作成

⁵ HMOは、健康維持機構 (HMO: Health Maintenance Organization) である。1980年代後半から1990年代前半にかけてHMOの数が減少し、メディケアと契約するHMO数も減少したが、1990年代半ばのマネージド・ケア革命により、HMOが急増した。

1980年代～1990年代

1980年代及び1990年代には、メディケアの急激な支出増加を更に回避し、パートAの病院保険信託基金の破綻時期を引き延ばすために、数々の法律が制定された。主として、医療提供者への支払規則を厳しくし、医療提供者に対する支払いの年次更新を制限したものであり、リーズナブルな費用と請求に基づく支払方式から、規定の診療に対して前もって決められた支払額に基く支払方法へと変更された。

メディケアの支払条項の大半は、連邦政府支出の抑制を目的とした大型の予算調整法に含まれている。フォード政権後のカーター政権は、財政赤字削減策として、メディケアを含むエンタイルメントプログラム (Entitlement Program) ⁶の改正に努め、1980年の包括予算調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1980) の下に、メディケア第二支払人 (Medicare Secondary Payer) プログラムを設立した。このメディケア第二支払人により、加入者が別の保険にも加入している場合は、メディケアより先に費用が負担されることが義務付けられ、メディケアの支出削減と、メディケア信託基金の破綻引き延ばしにつながった。

続くレーガン政権は、強い米国を目指して軍事費を大幅に増加させ、米国の財政赤字を大幅に増加させた一方で、1983年にソーシャルセキュリティ修正法 (Social Security Amendments of 1983) を制定し、メディケアの支出削減を行った。同法によって、政府が病院へ支払うメディケア料金を設定した「診療科目別定額支払方式」 (Diagnosis Related Group Payment System) が実施され、メディケアの支出削減とともに、医療費の上昇率も急速に下げることになった。

そして、クリントン政権下において、画期的なメディケア・マネージド・ケア革命が行われた。1997年の予算均衡法 (Balance Budget Act of 1997) によって、メディケアにパートCの「メディケア+チョイス (Medicare + Choice)」プログラムが取り入れられ、メディケアの加入者に対するHMO以外の民間医療保険プランの選択を拡大するとともに⁷、医療提供者への支払いの伸び率を抑え、特定分野の医療提供者に対する新たな支払方法を設立し、メディケアの支出抑制強化を行った。

しかしながら、予算均衡法の下に行われた医療提供者に対する支払削減は、当初の予測以上に幾分か大きかったことから、1999年の予算均衡改善法 (Balanced Budget Refinement Act of 1999) と、2000年のメディケア・メディケイド・SCHIP給付改善及び保護法 (Medicare, Medicaid, and SCHIP⁸ Benefits Improvement and Protection Act of 2000) によって、軽減される結果となった。

⁶ エンタイルメントプログラムは、一定の要件を満たす者に対する政府の給付プログラムである。

⁷ PSO : Provider Sponsored Organization、PPO : Preferred Provider Organization、Medical Savings Account Plans などである。

⁸ 子供用州医療保険プログラム (SCHIP: State Children's Health Insurance Program) である。低額所得者用公的医療保険のメディケイドの受給資格を得られないが、民間医療保険を購入する金銭的余裕がなく、比較的所得の子供がいる家庭に対する公的医療保険プログラムである。1997年に法律が成立し、連邦政府と州が共同で資金を拠出している。加入している子供の数は、約800万人に上る。

2000 年代

ブッシュ（子）政権の 2003 年には、メディケア処方薬・改善及び近代化法（Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003）が制定され、メディケアを運営する民間セクターに対してメディケアの給付内容を拡大し、民間運営のメディケアに重点を置くようになった。1965 年にメディケアが設立されて以来、メディケアの最大の拡大であり、民間の医療保険プランをトラディショナル・メディケアと競合させる第一歩が築かれた。これにより、民間運営の任意の外来処方薬給付（パート D）が新設されたほか、メディケア+チョイスプログラムが「メディケア・アドバンテージ」プログラム（パート C）に置き換えられ、プログラムの強化のために、同プログラムへの支払いが増額された。

また、同法により、2005 年からのメディケア信託理事会の年次報告書に、メディケアの支出及び収入の幅広い分析を含めることが要求された。この分析によって、一般会計のメディケア基金が今後 7 年以内に（会計年度ベースで）、メディケア支出の 45%を超えることが 2 年連続で予測された場合、「メディケア資金警告（Medicare funding warning）」が発せられ、大統領は同警告に対処する法制に関する立案を提出し、連邦議会は迅速に大統領の提案を検討することが要求された。更に、2007 年より高額所得者（単身：8 万ドル以上、夫婦：16 万ドル以上）のパート B の保険料を増額することなども条項に含まれた。

オバマケアの制定

近年においては、医療保険制度改革法となる 2010 年のオバマケアによって、今後のメディケア支出に対する増加抑制が強化された。オバマケアは、メディケア加入者への給付金の削減やメディケアの資金調達構造を変更してはいないものの、メディケアの医療提供者に対する支払い及び支払規則、給付内容などを含む多数の内容を変更した。

同年の医療及び教育費負担適正調整法（以下、医療・教育費調整法と呼ぶ）では、先に制定されたオバマケアにおける多くのメディケア関係の条項が修正されたほか、新条項がいくつか加えられた。オバマケアから修正された条項は、(1) 医療提供者に対する年間支払額の抑制。(2) パート C のメディケア・アドバンテージプログラムにおける医療提供者への支払率を変更し、診療ごとの個別払い（fee-for-service）の水準にする。(3) 多数の低額所得者のメディケア患者を受け入れる病院（Medicare Disproportionate Share Hospital）に対する割増支払いを減額。(4) メディケア支払率の調整勧告を行う独立支払諮問機関（Independent Payment Advisory Board）の設立。(5) パート D の処方薬給付金の「ドーナツの穴（doughnut hole）」⁹ を段階的に廃止。(6) メディケアの詐欺と乱用防止を強化。(7) 良質で効率の良い看護を増加させるためにインセンティブを与える。つまり、メディケアの支出を削減すると同時に、メディケアのサービスの質及び効率を高めることによって、持続可能なプログラムを目指す方針が象徴さ

⁹ 大半のメディケアの処方薬プランには補償されない部分があることから、「ドーナツの穴」と呼ばれる。2014 年においては、処方薬の支出が \$2,850～\$4,550 の間は高率の個人負担額が発生する。

れた形となった。

また、オバマケアによって、高額所得（単身：8.5 万ドル以上、夫婦：17 万ドル以上）のメディケア加入者¹⁰に対するパート B 及びパート D の保険料の値上げとともに、医療・教育費調整法によって、高額所得者（単身：20 万ドル以上、夫婦：25 万ドル以上）に対するメディケア税の増税と投資収入に対する新たなメディケア税の課税が付け加えられた。このため、高額所得者のメディケア税は、2013 年に 1.45%から 0.9%ポイント増の 2.35%となったほか、高額所得者の投資収益にも新たに 3.8%のメディケア税が課されるようになった。

議会予算局（CBO：Congressional Budget Office）は、オバマケアと医療・教育費調整法により、メディケアに対する支出が 2010～2019 会計年度に約 3,900 億ドルの削減につながるものと予測している¹¹。一方、高額所得者に対するメディケア税の増税で、同期間に約 870 億ドルの収入増となり、加えて、高額所得者の投資収益に対する新たなメディケア税からは、同期間に約 1,230 億ドルの資金が得られることが予測され、メディケアの収入増加が期待される。

連邦政府の財政赤字削減とメディケアへの支出削減

財政収支の深刻な問題を抱えていた米国は、2011 年の予算管理法 (Budget Control Act of 2011) の下、連邦政府の財政赤字を削減するために、2013～2021 会計年度までの強制削減 (sequestration) を 2013 年 3 月 1 日より発動した。連邦政府予算の大きな部分を占めるメディケアへの支出は、メディケアの医療提供者への支払いに対し、2%の削減が要求された。CBO によると、強制削減期間となる 2013～2021 会計年度の間に、メディケアへの支出は約 900 億ドルの削減につながるものとされる¹²。

その後、2013 年 12 月に成立した超党派予算法 (Bipartisan Budget Act of 2013) により、2%のメディケア支出削減が 2021 会計年度から 2 年間延長され、2023 会計年度まで継続されることになった上に、2014 年の公法 113-82 (Public Law 113-82) によって、強制削減が更に 1 年間延長され、2024 会計年度まで実施されることになった。強制削減延長によるメディケアの支出は、2013～2024 会計年度に約 1,720 億ドルにも上るものと CBO は見積もっている¹³。

図表 4 主なメディケア改革法の一覧

1972年	ソーシャルセキュリティ修正法	Social Security Amendments of 1972
1980年	包括予算調整法	Omnibus Budget Reconciliation Act of 1980
1983年	ソーシャルセキュリティ修正法	Social Security Amendments of 1983
1997年	予算均衡法	Balanced Budget Act of 1997

¹⁰ メディケアの加入者の 5%以下に相当する。

¹¹ http://assets.opencrs.com/rpts/11-148_20100421.pdf

¹² <https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/44205-2013-05-Medicare.pdf>

¹³ <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/44205-2014-04-Medicare.pdf>

1999年	予算均衡改善法	Balanced Budget Refinement Act of 1999
2000年	メディケア・メディケイド・SCHIP給付改善及び保護法	Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000
2003年	メディケア処方薬・改善及び近代化法	Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003
2005年	赤字削減法	Deficit Reduction Act of 2005
2006年	租税軽減及び医療法	Tax Relief and Health Care Act of 2006
2007年	メディケア・メディケイド・SCHIP拡大法	Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007
2008年	患者と医療供給者のためのメディケア改善法	Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008
2010年	患者保護及び医療負担適正化法	Patient Protection and Affordable Care Act of 2010
2010年	医療及び教育費負担適正調整法	Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010
2011年	予算管理法	Budget Control Act of 2011
2013年	超党派予算法	Bipartisan Budget Act of 2013
2014年	継続歳出予算決議	Continuing Appropriations Resolution, 2014
2014年	公法113-82	Public Law 113-82
2014年	メディケアへのアクセス保護法	Protecting Access to Medicare Act of 2014

(注) 公法 113-82 の正式名称は、An act to ensure that the reduced annual cost-of-living adjustment to the retired pay of members and former members of the armed forces under the age of 62 required by the bipartisan budget act of 2013 will not apply to members or former members who first became members prior to January 1, 2014, and for other purposes.

(出所) <http://fas.org/sgp/crs/misc/R40425.pdf>、2014 Medicare Trustee Report より大和総研作成

メディケアの今後の課題

メディケアは、今後も、ベビーブーマーが退職年齢に差し掛かり続けることから、加入者が更に増加する。また、新しい治療法や医療技術の利用とともに医療費が上昇し、1人当たりの医療費も増加する一方で、停滞する景気により基金の財源となる税収の減収が予測され、連邦政府及び加入者の負担増加が懸念される。過去にも予測される破綻の時期が何度も延長されているが、これは主に法律が修正され、メディケアへの支出の伸びを抑制し、収入を増やす効果が発揮されていることに因るものである。幸いにして、パート A の病院保険信託基金は今まで支払不能に陥ったことがないが、それは、メディケアプログラムが設立されて以来、病院保険信託基金を維持するためのメカニズムの1つとして、連邦議会が定期的にメディケア税の税率を調整していることが挙げられる。

メディケアの支出額は、加入者数、供給される医療サービスの複雑さ、医療費、平均余命など、多様な要素が影響する。連邦財政赤字を削減するに当たり、メディケアの支出削減と収入増加が頻繁に提議されており、メディケア加入者の保険料増額や費用負担、加入年齢の引き上げなどの受給基準の変更、保険の適用範囲の削減、現行の確定給付型 (defined benefit) プログラムから確定拠出型 (defined contribution) プログラムへの変更、連邦政府の支出上限の

制定案が挙げられている。更に、医療提供者に対する支払構造の変更や、既存の監視及び規制体制、メディケアプログラム全体の再構築まで、メディケア改革に関する様々な手段も討議されている。その一方で、メディケアの詐欺や乱用防止を図り、パート A の病院保険信託基金への収入につながるメディケア税を増加させるために、しっかりとした経済成長の継続的努力も必要とされる。

しかし、提案だけでは解決には至らず、今後、連邦議会の決議なしでは、メディケアプログラムは長期的には維持できない恐れがある。パート A の病院保険信託基金は、2030 年に破綻することが予測されている。パート B とパート D の補足的医療保険信託基金は、その大半が連邦政府の一般会計を財源としていることから破綻することはないものの、支出の増加により、連邦財政に対する圧力増加につながる。

いずれにせよ、将来的なメディケア支出の増加を抑制するためには法律の改正など、迅速且つ効果的な対応が要求され、収入を増やすか、支出を抑えるか、またはその組み合わせを取り入れることによって、今後もメディケア改革を継続し、メディケアの破綻を回避することが必須である。そして、早目に措置を講じることによって、時間も選択肢も増え、メディケアの加入者や医療提供者、納税者に与える影響を最小限に抑えることが可能であろう。