

米国の高齢者健康保険

江 間 時 彦

ロバート・M. ボール

米国保健教育福祉省社会保障委員

編集者の依頼は、筆者が「米国高齢者健康保険制度」について紹介を行うことであったが、ISSA が発行する *Social Security Bulletin* (1966 年 9, 10 月合併号) には、この制度を運営する責任者の明解な説明がのせられているので、その全訳をすることで責をふさがせて頂くことにした。

高齢者健康保険は、医療保険の面において全くブランクな米国の現状にこつぜん和新設された制度だと考えるのは、あまり適当ではないだろう。米国には強制加入の社会保険である医療保険はないが、任意制の医療保険はかなり古くから存在し、その全国的な普及率は 7 割近くになっている。高齢者健康保険制度はむしろ任意保険のカバーし難い階層を対象として考えられたものだといえよう。またこの新制度は、給付決定や支払において、従来からの任意保険における機構を充分利用している点を見逃してはならない。

第 2 に、この制度は、現在稼働中の階層の年金保険拠出を増徴することによって、被扶養階層（高齢者）の医療費をまかなっている点は、その財政構造とともに注目し値しよう。もし、わが国で厚生年金保険の保険料をあげることににより現在の高齢者の医療給付を実施しようとするれば、どのような反応が示されるのだろうか。

第 3 に、この制度は給付が開始されてから 1 ヶ年以上を経過し、その実績も漸次明らかになっているが、一言でいって「医療需要が以外に高く、保険財政が赤字であった」。今や医療保険の財政赤字は全世界を通じての共通問題になった感がある。ただその中で、この制度が将来の医療費の伸びが所得水準の上昇率を上回ることを前提として数理計算を行っている点は興味あるところだ。

第 4 に、この制度は最近その技術水準が急激に上昇した計算機を駆使して、事務処理の迅速化能率化をはかっている。また中央化されたこの機構によって、将来の米国外高齢者の疾病構造を明確にしてくれることであろう。

最後に本資料を提供された厚生省保険局社会保障専門官内野仙一郎氏に謝意を表したい。

米合衆国のほとんどすべての 65 歳以上の居住者は、病院と医療費に対して保護を提供しようとする全国計画に基づいて、健康保険給付の受給資格を持つようになった。この制度が実施される 1966 年 7 月 1 日から、社会保障庁は、病院保険給付の資格ある約 1,900 万人の高齢者の確認を行い、また 1,760 万人の高齢者が補足的医療保険の適用をうけるために加入された。

以下においては、1965 年の健康保険法の施行前における立法活動の状況を簡単に紹介し、一般にメディケア (Medicare) といわれる健康保険制度の措置の概要をのべ、それから米国にはじめて設置された強制健康保険制度の実施過程の計画とその評価についてふれてみようと思う。この紹介の中には、病院保険制度と医療保険制度の主要な要素、すなわち、受給資格者のうける給付、病院その他の団体がこの保険の医療機関として参加する場合に要求される条件、医療サービスの提供者に対して診療報酬を支払うための政策、制度の財政と運営方法などが含まれるであろう。

I 立法の歴史の概要

社会保障法が立法されて以来 30 年を経過したが、1965 年の改正は、その後の社会保障立法の中で最も広範な画期的な措置となった。この法律は、入院費と医療費という高額の費用に対する保護を提供するようになったので、高齢者の経済保障における最大のギャップを埋め、老齢、遺族、廃疾保険という現行制度を現在の社会経済条件によりよく適合するようにした。

1935 年に社会保障法が成立して以来、米国民に医療を提供するというのが、次第に国民の関心事となってきた。同年において当時の大統領フランクリン・D・ルーズベルトは、医療従事者を代表するグループの人々が連邦政府と協力して、強制国民健康保険の研究を進めており、この面で決定的な進歩が見られたことを報告している。

トルーマン大統領は 1945 年、1947 年、1949 年、1950

年と4回にわたって強制国民健康保険を設けるように要請した。社会保険制度の一環として全国民のために健康保険制度を設けようとする法案は1952年から1958年にわたって毎国会に提出されたが、国会の承認をうけるにいたらなかった。1958年には、高齢者には特別なニーズがあり、また私保険に加入するのが困難なことが認められて、65歳以上の者のために病院保険を設けようとする法案が下院に上提された。広範囲にわたる公聴会が開かれたが、この時点において提案に対する何らの手もうたれないまま放置されてしまった。

1960年にケネディ大統領が選出されてからは、社会保障法の下で高齢者のための健康保険を創設することが行政当局による立法計画の一部にくり入れられた。病院保険法案は1961年、1962年および1963年に国会に提案された。1967年に法案は両院を通過したが、両院の改正意見が異なり、会期末までにその調整が図られなかったため法案が流れてしまった。

次の第89議会のときには大統領がジョンソン氏に当たっていたが、大統領の勧告による、社会保障制度で賄われる高齢者のための病院保険制度は最重点政策になっていた。法案は両院においてそれぞれ7月27日と28日に批准され、1965年7月30日に大統領に署名されて法律として成立した。

1. 主要な措置

社会保障法の1965年改正法の結果、高齢者のための二つの総合調整された制度、すなわち基本的病院保険制度(A部)と任意制補足医療保険制度(B部)ができて、社会保険による新たな保護が加えられることになった。病院保険制度は社会保険法の別個の所得比例税で賄われ、別個の信託基金をもって運営される。法律が施行された当時社会保障法または鉄道退職制度の被保険者になっていなかった65歳以上の者に関する給付は連邦の一般財源で賄われることになる。

医療保険制度の方は任意加入制である。この制度は少額の保険料(さしあたって月額6ドルで、このうち3ドルが被保険者によって、あとの同額が連邦政府の一般財源で賄われる)。社会保障法や鉄道退職者制度から年金を受給している者および公務員年金受給者のうちこの任意加入制度に参加する者の保険料は月々支給される年金から控除される。

公的年金制度に加入していなかった者がこの保険に加入を希望する場合には、政府に対して定期保険料支払いをしなければならない。貧困のため保険料を支払って保険に加入できない高齢者に対しては、州当局がこれにか

わって福祉制度の一環として保険料を負担してやるのが可能になっている。

2. 運営方法

これら制度全般の運営責任者は保健教育福祉長官であるが、健康保険に関する主要政策と運営責任は同長官から社会保障庁に付託されている。公衆保健サービス(当局)は、制度の医療面に関する助言を行い、州保健当局や地方公共団体保健組織とともに、制度に参加する病院や保健施設の証明や、保健施設やサービスの拡充や改善に関して協力を行うことになっている。医療サービス提供者の全国および州の団体、ならびに公認の施設評定全国団体は制度の運営の援助を行うことになっている。今回の法改正の結果、必要な分野に関して政府外の指導者からなる二つの審議会が設置されることになった。その一つは、健康保険給付審議会(Health Insurance Benefits Advisory Council)でこれは16名の委員からなり、運営政策と規則の制定に関して助言を行う。第2の審議会は、全国医療審議会(National Medical Review Committee)で9名の委員会から成り立っている。この委員会は、病院施設や提供される医療の適否を調査して制度の適用される医療やサービスに必要な勧告を行い、病院医療両保険制度の運営に助言をあたえることになっている。

3. 病院保険

健康保険制度のA部は、入院サービス、軽快病床医療(post-hospital extended care)、退院後在宅保健サービスおよび病院外来診断サービスの費用に関する保護を、65歳以上の社会保障法および鉄道退職者制度による年金受給者に対して提供している。現在65歳をこえている者および1968年までに65歳に達するが、社会保障法や鉄道退職者制度による退職給付の受給資格がない者すべてに関しては、経過措置として、一般会計の負担で同様の保護があたえられることになっている。これら二つの階層をあわせると、実質的に全国の高齢者がこの制度の適用をうけることになる。

もっとも、1959年の連邦職員保健給付法(Federal Employees' Health Benefits Act, 1959)の適用をうけている者、または1965年7月15日以降に退職する者で本来同法の適用をうけることができたはずである者は、病院保険制度の適用をうけない。このほか、永住資格を持たない5年未満の在米外国人、一定の生活破滅者もこの制度から除外されている。

給付が最初に提供されだすのは1966年7月1日からであるが、軽快病床医療サービスは1967年1月1日か

ら支給が開始される。

4. 給 付

病院保険制度の下で支払いのなされるサービスとは次のようなものである。

(a)入院サービス 一連続疾病期間中に措置の行われる最大日数は 90 日間である。患者の自己負担額は、最初の 60 日間については総額 40 ドル、一連続疾病期間中における残余の日数については、共同負担金（保険との）としての 1 日 10 ドルである。この保険で提供される入院サービスは、入院患者に対して病院が通常提供するほとんどすべてのものを含んでいる。しかし、付添看護婦サービスまたは医師に関する病院サービス（放射線医、麻酔医、病理学専門家、物療専門医のサービスを含む）はこの保険による給付の中にはいない。もっとも、当局の承認した教育計画に基づいて病院で教育を行っているインターンまたはレジデントが提供するサービスは保険給付の中にはいる。精神科に関する入院サービスもこの保険給付の中にはいるが、被保険者の一生のうちの 190 日間という給付制限がついている。結核に関する入院サービスも保険給付の中に含まれており、輸血については、特定疾病にかかって提供された 3 パイント（1 パイントは 0.47 リットル）を超える分の費用が保険給付の中に加えられている。キリスト教信仰療法（Christian Science）によるサナトリウム入院サービスもこの保険給付の中に入れているが規則で定められた条件と制限（保険の適用ある病院にかわったまたはこれに加えて治療が行われる場合）がつけられている。

(b)軽快病床サービス このサービスを提供することができる施設とは、一定の基準に合致し、病院と協定を結び、適切な時期に患者の移送を受け、その後も患者に関する情報を病院に送ることのほか若干の要件をみたすものでなければならない。このサービスをうけようとする患者は少なくとも 3 日間病院に入院したもので、給付期間は一連続疾病期間中において 100 日間となっている。20 日間をすぎたならば、残余の 80 日間について、患者は 1 日 5 ドルの自己負担をしなければならない。このほか特別措置として認められたキリスト教信仰療法について、給付の最高期間は 30 日で患者の自己負担は 1 日 5 ドルである。もともと病院保険による軽快病床サービスは保養所（nursing home）において長期間滞在している長期患者のために設けられたものではなく、最近病院に入院するようになり退院後も割合に短期間専門保養所に入所して引き続き治療を受ける必要のある者のためにつくられた制度なのである。この給付の考え方がこの

ようであるので、専門保養所におけるサービスは病院で提供されると同程度の質の高いものであり、かつ費用が低廉にすむものでなければならない。

(c)病院外来診断サービス この給付における患者の自己負担は、最初の 20 ドルと、診断検査のために要する経費の 20% に相当する額である（診断サービスについては、同一病院において 20 日間という制限がある）。

(d)退院後の在宅訪問保健サービス この訪問サービスは、一連続疾病期間中において 100 回うけることができる。この給付が受給できるのは、病院（少なくとも 3 日間の入院）または軽快病床施設の退院後の患者であって、一連続疾病期間の終了する以前でなければならない。この給付をうけようとする者は医師の管理下にあり、医師の手を離れてから 14 日以内にこのサービスの必要性につき医師が認めたものでなければならない。またこのサービスは資格を持った保健訪問機関によって提供されるものでなければならない。これらのサービスの中には断続的（intermittent）訪問看護サービスや物理療法が含まれている。患者は原則として在宅で、その家庭内でサービスをうけたものでなければならない。ただし、患者の家庭内に持ち込むことのできないような設備が必要で、これらをつかったため、病院、軽快病床施設またはリハビリテーションセンターに支払いがなされる場合は例外である。

患者に対して本来病院サービスとして提供するのが適当な性格のサービスは、軽快病床サービスまたは外来診断サービスもしくは退院後の在宅保健サービスとしてあたえられない。

一連の疾病期間とは、特定の被保険者が入院した日にはじまり、病院または軽快病床施設の入院患者でなくなつて 60 日間たった日をもっておわる。

入院費や外来診断サービスに関する患者の自己負担額は、将来病院に関する費用が上昇すればそれに歩調をあわせて増額されることになっている。しかし、1969 年まではこの増額は行われない。事務上の便宜のために、入院費用に関連する自己負担額の上昇は 4 ドル以上の改訂が必要となったとき、外来サービスについては 2 ドル以上の改訂が要請される場合においてのみ行われることになっている。

5. 報酬の支払い

病院保険制度による請求額の支払いは、受給者について治療を提供した場合に発生した「合理的な費用」を基礎にして、サービスの提供者に対して行われる。病院サービスの費用は半個室（2 人、3 人または 4 人部屋）の

入院料金を基礎にしてきめられる。規模、サービスの幅、その他の関連する要素において他の施設とあまり異ならないところの費用が著しくかけはなれていない限り、施設ごとの費用の相違が若干あっても、入院料は病院側の要求する実費で支払われる。

このような支払いの原則は各施設の医療の質に好ましい効果を及ぼすものと期待されている。施設ごとの費用の差は一般的に提供される治療の質と濃度を反映するものであり、また、だから、病院が新しい装置を獲得し、新しい診療方法を採用し、サービスや技術を改善しても、新たに必要になる運営経費は償還されるという保障があたえられることになる。

6. 財政

医療機関に対する適正支払いの原則は適正な財源の措置によって支持されている。この方法は社会保障の現金給付制度において採用されているものと同様である。事業主、被用者、自営業者によって支払われる、病院保険制度を賄うための拠出は、財務省に別個に設けられた病院保険信託基金に払いこまれる。標準報酬（保険料算定の基礎になる年間報酬の額）は現金給付を賄うために設けられている報酬算定基礎と同様に定められている（1965年の改正法により4,800ドルから6,600ドルに引き上げられた）。事業主、被用者および自営業者についての拠出率は同一の率であるが、以下は年別に定められている百分率である。（単位：%）

1966年	0.35
1967～72年	0.50
1973～75年	0.55
1976～79年	0.60
1980～86年	0.70
1987年以降	0.80

この予定拠出率は同保険の費用推計を基礎にして定められたものであるが、この場合標準報酬基準額は6,600ドル以上にあげられないことを前提にしている。もし将来において基準報酬額を引き上げたならば、上述の拠出率は法に基いて計算した費用推計の結果ある程度下げることが可能になるかもしれない。社会保障または鉄道退職者制度による受給者でない人に対する病院保険給付の費用は、財務省の一般会計資金から支払われることになっている。

その費用が急速に上昇する病院保険のような分野において、社会保障給与支払税を財源として運営することには特別な意味がある。社会保障制度の収入は、各個人の勤労所得水準が上昇すれば自動的に増大することになるが、一方病院費用も、人件費率が高いので、個人の所得

増があがれば同時に相当率あがることになる。病院保険制度についての予定拠出率を基礎にして、病院保険の支出額推計は、個人の所得増加よりも病院費用の方が早く上昇して行くことを前提としてつくられている。そして拠出率をかける対象になっている標準報酬最高限の6,600ドルには向う25年間はこれ以上増額しないことを前提にして計算されている。実際には、この標準報酬最高限は、一般の個人所得が上昇すれば改訂されたように、今後引き上げられることはほとんど確実である。

7. 参加の要件

(a)最低基準 この制度に参加しようとする病院、軽快病床施設、在宅保健機関がみたまなければならない要件が設置されたが、これは医療の質を向上させることを期待しているからである。病院協会の病院分類合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Hospitals）が認定した総合病院は一般的に各種の参加基準のほとんどすべて（一つだけ例外がある）をみたしていると考えられている。この制度の支払いを自動的にうけられる病院とは、その病院が独自の利用検討組織を持ち、かつ州または地方公共団体が定めた安全基準をみたしているところである。この安全基準とは上述の合同委員会の定めたものより厳格であり、またこれは、連邦一州公的扶助制度による医療支払条件として州または同政治分科会によって設置されたものである。格付分類認定をうけていない病院も病院保険に参加することができる。しかし、これらの病院は、健康保険関係の法令に基いて保健教育福祉省が定めた参加基準をみたしていることを特に実証しなければならない。また保険参加病院は本制度に基いて支払いの行われるサービスに関して患者に余分の自己負担をかけない旨の保証を行わなければならない。また保険参加病院は市民権法（Civil Rights Act）の人種差別禁止政策の制約をうけることになる。

(b)利用状況調査 各病院または軽快病床施設は、受給者の入院、在院日数、サービスの要改善事項に関して常時明らかにしておくことが要請されている。病院は特に小さなものでない限り、これら利用状況調査を自からのスタッフ委員会に作成させることができるし、また地域社会を基礎にした利用状況調査計画とむすびつけることもできる。ここにいう地域社会の利用状況調査計画とは、たとえば地方医師団体が地域内の病院と協力して作成しまたは主催した計画をいう。

この調査は、また、医師が自己の診療について自己評価を行うことをも要請している。個々の医師の診療状況が調査されるのではあるが、その主たる目的は、利用し

うる施設の効率的な使用を促進するために、専門家の立場から何が必要な医療であるかについて責任をもって判断してもらうことにある。専門家に利用状況に関する調査をしてもらう意図は、現在および将来において政府がこのような機能を遂行する(政府自身が医療を監査する)必要が生じないようにするためである。

8. 州当局の役割

保健施設は、一般的に州政府の発行した許可証の下に運営される。そして州の公共保健当局は、一般的にこれら施設が州の許可関係法令の定めた要件に一致しているかどうかについて決定するために施設の監査を行う。健康保険行政当局はこの実績を利用して、保健サービス提供者がはたして法令に定められている定義に一致しているかどうかを州当局にきめてもらい、制度に参加しようと希望する病院その他の施設に対する相談業務を行ってもらうことにしている。また州当局は保険医療の提供者に対して助言者としてのサービスも行う。

州当局は、また、利用状況調査の手続を確定し検定する上で、医療担当者および医師団体に対して助言者としてのサービスを提供することもある。また、州当局の活動は、支払機関や利用状況調査において助言者としてサービスを提供する医療団体の関連活動と総合調整される。さらに、州当局は施設に関して、法令の範囲内で、保健と安全の要件について特定の勧告をすることができる。

州当局は健康保険制度についての組織活動に関して歳入をうけいれることができる。州当局は高齢者に関する健康保険制度とその他の者に関する措置を総合調整して州や地区の計画を立てなければならないのであるが、健康保険信託基金はその費用の一部を負担することができる。この種の費用分担を認めるに当って、法は、高齢者のための健康保険という新制度とその他の年齢階層に対する制度の間に総合調整の必要があることをうたっている。

9. 支払機関

医療担当者(病院、軽快病床施設、在宅保健サービス施設)の協会またはグループは、彼等と連邦政府の間に仲間機関としてはたらく公私の組織を指名することができる(これを支払機関という)。基本的にこの支払機関は、長官と協定を結んで、全国的に統一された支払原則をとりながら、医療担当者が提示した報酬請求の額を決定し、これらに対して報酬の支払いを行う。この支払機関はこのほか若干のニードをみたまはたらきをする。たとえば、支払機関は必要な会計記録を整備したり、医療担当者の資格として必要なものを設けるように医療担当

者に助言をあたえることもできる。また支払機関は長官からうけとった情報や指示を伝達したり、支払いが確実になされるのを確保する意味で医療担当者の会計監査を行うこともできる。これらの機能の若干は、州当局がうけもっている機能のあるものと平行するものであるから、社会保障庁は特定の状態の下で最高の能機を発揮できるような組織を支払機関としてえらぶことになっている。

個々の医療担当者は、グループまたは団体ごとに支払機関を指名する必要はかならずしもないので、そのような担当者は、社会保障庁に対してグループ指名の規則をうけることを希望しない旨を通知すればよい。長官と認可支払機関が同意する限り、これらの医療担当者は別個の支払機関を何時でも設けることができる。また別の方法として、医療担当者は支払機関を経由しないで、社会保障庁と直接取引をすることも許されている。支払機関に指名されているグループまたは団体に所属していない医療機関は同様に選択権を行使することができる。支払機関および保健教育福祉長官が同意する限り、他の団体によって指名された支払機関を通して取引をすることができるし、あるいは、社会保障庁と直接取引をする途もある。大多数の病院はブルー・クロス協会を支払機関として選んでおり、保険会社もまたA部の支払機関としてはたらいっている。また社会保障庁と直接取引をしている病院は約200ほどある。

病院保険の適用されている保健サービスに関する支払の手続は、今まで事前支払の大組織において採用されていた現行の型を踏襲している。医師は患者のために必要とするサービスの性格を決定し、患者の入院手続については、今まで伝統的にとられてきたと同様の方法によって処理されている。受給者は入院時に健康保険給付カードを提示し、自己負担額については必要な手続をふんで病院に直接支払いをすることになっている。

患者の受給資格については、これを迅速に確認できる手続がきめられている。このほか、一連続疾病期間中に受給資格をつかいはたしてしまった患者が現付かって、病院が適切な行動をとった場合には、6日間に限ってその治療費を保険が負担する途が開かれている。

II 医療保険

病院保険で提供されるものを補足する数多くの給付が、任意制医療保険制度(健康保険制度のB部)によって、全米のほとんどすべての65歳以上の者にあたえられている。この制度が施行される1966年7月1日現在において65歳以上の者の93%がこの制度に加入する手続を

とった。

1. 給付

医療保険の適用されるのは、医療施設の内外において提供される医師のサービス、在宅訪問サービス、その他の医療保健サービスである。保険が給付として提供するのは、1年間 50 ドルの自己負担を超える次のサービスに関する費用の 80% である。(a)病院、診療所、事務所、患者その他において提供された医師および外科サービス、(b)1 歴年間に於いて 100 回を限度とする承認制の（上述した入院制度におけるような資格条件はない）在宅訪問サービス、(c)X線診断、臨床検査、その他の診断のための検査、(d)X線、ラジウム、放射性アイソトープ治療、(e)患者移送サービス、(f)外科用繃帯および副木、ギプス、その他骨折や脱臼を整復するための用具、患者で使用される鉄の肺、酸素 Tent、病院ベット、車椅子、体内器官の全部または一部の代替をする（歯科用を除く）補綴物、および副子ならびに義足、義手、義眼等。

精神的、心理神経的および人格的異常の病院外における治療に関しては特別の制限がある。この種の治療に関しては、1 年間に於いて、250 ドルまたは費用の 50% の何れか少い方の額を支給するという事実上の制約がある。

2. 加入時期

1966 年 1 月 1 日より前に 65 歳に達する者に関しては、加入時期は 1965 年 9 月 1 日にはじまり 1966 年 6 月 1 日に一応おわる。

1965 年 12 月 31 日よりあとに 65 歳に達する者に関しては、これらの者が 65 歳に達する 3 ヶ月前から起算して 7 ヶ月間加入時期が続くことになっている。1967 年から将来については、一般（正規の加入時期を逸した者）の加入が認められる時期は、2 年に一度 10 月 1 日から 12 月 31 日の間が設けられることになっている。個人が被保険者の資格を放棄しようとする時には、一般加入時期にその旨申請しなければならないし、また政府は被保険者が保険料を支払わないことを理由に当該被保険者を除外することができる。

加入の措置の中には逆選択を防止するための種々の予防対策が含まれている。たとえば、新規加入者が給付を受けるためには待機期間を設けて、高額な保健サービス費用が発生するまで加入を見合わせる考えをおこさせないように配慮してある。一般の者が健康な時には保険に加入するのを見合わせ、疾病にかかった時だけ保険に加入することで保険の費用が増大する可能性があるのだが、このようなことのないように配慮してあるわけである。

加入資格が発生した最初の加入時期が満了しても加入しなかった高齢者は 3 年間以上またないと加入を認めてもらえないことになっている。また最初の加入時期がおとずれたのにそれを放置した高齢者は、後になって加入を認められても、加入しなかった満 1 ヶ年につき 10% だけ保険料が高くなる。一度この保険に加入した者が脱落した場合には、その後一度に限って再加入が認められる。またこの再加入は、前回の加入時期が終了してから 3 ヶ年以内になされなければならない。

2. 財政

医療保険制度は受給者による毎月 3 ドルの保険料と一般会計を財源とする連邦政府からの同額のもので賄われている。もし加入者が現に社会保障、鉄道退職、公務員退職給付を毎月受給している場合には、その 3 ドルの保険料はこれら給付から差し引かれる。1965 年の社会保障法改正の中には、現金による社会保障および鉄道退職者給付の引上げが行われ、その最低のものが、単身者 4 ドル、夫婦者 6 ドルとなっていたが、これは医療保険の保険料に充当させることを考えた措置であった。社会保障給付の受給資格がない公的扶助受給者は、州の公共福祉当局が運営する補助計画によって医療保険に加入することができる。この場合の保険料は州と連邦が共同で負担する扶助資金から支払われる。

医療保険制度が施行された当初の運営資金にあて、臨時準備金を創設するために、政府の一般会計から出資が行われた。それは一時的な融資の性格のものであるが、その金額はこの補足的医療保険が発足した時点において保険資格をこえると推定された者の人数に 18 ドルをかけたものであった。医療保険制度に関してはこのように別個の基金が設置されたのであるが、個人および政府からの拠出金はその中に払いこまれる。またすべての給付および運営費はこの基金から支払われる。

この保険ができるまでは所得税における医療費控除制度があつて、65 歳以上の者はすべての医療費に関して控除が認められていたのであるが、これからは 65 歳以上の者もその他の年齢階層の者と同じく、その調整後総所得の 3% を超える額の医療費について医療費控除をうけるように改められた。このように控除限度があげられた結果、高額所得者のうち医療費控除の恩恵に浴していた者からかなりの所得税を徴収することができるようになり、政府がこの保険に関して拠出しなければならない財源の一部または全部を埋めあわせてくれることになる。医療の保険に関して支払われる保険料の半分の額を控除する（事項別の控除額を明瞭にする納税者に関する）

特別控除制度は従来通り上述の措置に加えて認められる。ただし、あらゆる年齢階層を通じて、この医療保険の保険料に関する控除額は年内 150 ドルを超えることができない。

被保険者が支払う保険料（政府が負担するこれと同額のもの）は、保険費用が上昇すれば必要に応じて引き上げることができる。しかし 2 年に 1 回よりも頻繁にこの計算を行ってはならないことになっている。

3. 保険担当者による運営

支払いの額を決定すること、給付支払いに関する資金を保持したり支払いを実施すること、承諾の決定をすること、利用状況調査の援助をすること、以上のような医療保険制度における主要な事務機能は、連邦政府と契約を結んだ保険担当者が実施にあたる。法律で規定されている担当者とは、団体保険証書または契約に基づき、あるいは担当者に支払われる保険料または定期的課徴金に関する同種のグループ取決めに基き、保険サービスの費用を提供し、支払いを行い、償還することに従事する篤志団体、法人、組合、その他非政府機関である。この定義の中には、被用者団体によって後援されまたは引き受けられているグループ保健組織または保健給付制度も特に含まれている。州の福祉当局は、高齢扶助受給者に関して担当者となることができる。B 部の医療保険担当者の数は全部で 50 団体あるが、このうち 33 がブルー・クロス、15 が保険会社、1 がグループ保健組織、1 が州福祉当局である。

4. 責任

担当者は、医師のサービスに関して支払われる額を決定し、この支払いを行う責任を有する。また担当者は、医療保険制度が適用されているその他の種類のサービスの支払いに関しても同種の機能を果たす。また、担当者は、支払いの基礎になった記録を監査し、医療担当者が利用状況調査の要件をみたしているかどうかを決定し、不必要な利用に対する保護や調査グループの設置を援助し、制度の運営当事者に対する情報提供のチャンネルとしてはたらく責任を有している。

5. 資格要件

担当者の関与が制度の運営方針と一致するかどうかを決定するにあたって、次のような要素が考慮される。(1) 法律に定められたことを基礎にして提供されたサービスの支払いを適正な時期に正確に行いうる団体としての能力、(2) 病院その他のサービス提供機関と利用状況調査および不必要な利用に対する予防策を講じることについて取り決めるのを援助する能力と意思、(3) 病院、医師

およびその他の保健団体ならびに制度に参加している者の関心を深め制度への参加をおしすすめるための意思、(4) 受給者からの照会と苦情を有効に処理すること。これらの事項は医療保険給付を取り扱う機関にとって特に重要な点である。というのは、法律によれば、支払請求が拒否されたとき、適当な迅速性をもって行動がとられなかったとき、または支払額について争いがあるときに、これら機関は公平に意見をきいてやる全権を持っているからである。

6. 費用の償還

保険担当者は、制度に参加することによって発生する費用について償還をうけることができる。法の規定するところでは、給付費の支払いにあてた資金、発生した事務費にあてるための活動資金が保険担当者に支払われることになっている。活動資金は暫定見積り額を基礎にして支払われ、会計年度のおわりに実績にてらして清算される。

7. 適正報酬額の決定

医療保険制度の下で、施設によりサービスを提供する者は、病院保険計画におけると同様な定義によって、適正費用額を基礎にして償還をうけとることになる。医師のサービスに関する支払いは、適正な料金を基礎にして行われる。サービスに関する適正料金をきめる場合には、医師の慣行料金や地域社会における一般の診療料金が考慮に入れられる。具体的な規定としては、適正料金は、これと同種の制度において同様な規模の下で当該保険者または保険加入者のために保険担当者が一般に支払うことになっている料金より高いものであってはならないことになっている。医師のサービスに関する保険担当者の支払いは、医師からの報酬受領証を基礎にしてなされるか、それとも診療内容を明示した書類を基礎にして医師に対して直接支払われる。上述のいずれの方法による場合でも、保険担当者は、提供されたサービスに関し適正料金だと決定された額（患者の自己負担になった部分が支払われた後に）の 80% を、医師の領収証が提示された場合には患者に、患者の権利の譲渡証が提示された場合には医師に支払うことになっている。

8. 統計と研究

健康保険制度の運営状況を評価し、社会目的達成の有効性を確認するために、広範な統計調査制度が計画され進められている。従来から米国には雇用、勤労所得、現金所得維持制度に関する請求数、給付額、受給者数についての統計制度はあったのであるが、この現行の仕組に接続して全国中央統計制度ができたので、高齢者が使用

した保健サービスの種類、額、量についての巨大な情報が提供されることになった。利用に関する資料と受給者や医療担当者の特性に関する資料をつなげてみることも可能であろう。特定個人の 65 歳以上になってから死亡にいたるまでの間における病院内外におけるサービスの利用状況が長期的に観察できるようになるだろう。

自己負担額、給付中の患者負担部分、または利用状況調査の要件、保険が適用になっていない部分または一部しか適用になっていない部分についての問題、たとえば、薬剤の消費量および高齢者のこれらに対する出費の状況など制度の運営上今後必要になると思われる事項の特別調査、分析研究についての計画が進められている。健康保険制度の創設がサービスの利用状況、任意保険、その他の公共制度、高齢者の生活水準、病院経済、医療支出または医療価格などに及ぼした影響についても、いくつかの調査を実施してこれらを把握する努力が計画されている。連邦政府の公共保健サービス当局は、高齢者の医療に関する医療要員施設が十分かどうか、医療をより効率的に経済的に提供する方法があるかどうかを調査研究する上において一義的な責任を負うことになる。社会保障庁 (S.S.A.) も福祉当局 (W.A.) と協力して、この保険制度と同時に発足した医療扶助に関する州に対する補助金と健康保険の関係の調査を行うことになる。いろいろな資料が整備され、地域社会またはより広い地域における特別な実験が重ねられるようになれば、政府機

関以外の団体も、独自の立場から制度の評価や調査研究をする必要性和可能性が高くなるであろう。このような調査研究が積み重ねられて、保健や医療問題についての知識と理解が深まり、医療経済学が推進される基礎ができ上がると思われる。

9. 結 論

健康保険制度はその発足の第 1 ヶ月目において、一般のよき理解をえて、円滑なすべり出しを示した。医療計画 (Medicare Plan) 実施の第 1 月において病院の利用の増大はあったが、混雑はなかった。大多数の地方病院はこの制度に参加した。制度開始後の最初の 3 ヶ月間において、120 万床を持った全国の 6,256 の短期長期疾病病院が制度に参加した。この間の入院治療の請求件数は 387,413 であり、治療延日数にして 400 万人日のものが承認された。この間の治療請求金額は約 16,700 万ドルであって、この額の約 4 分の 3 以上が病院保険制度を通して支払われた。

保険制度の準備に関して開発された手続きの大部分は満足に動くことがわかった。さらに、この制度には随所に選択と別途の方法が設けられているので、各地方の異なった事情に適応できるような自動調整装置となっている。米国は最初の国民健康保険制度を発足させたのであるが、今後も運営を続けていくことによって漸次円滑さをまして行くものと期待されている。