

フランスにおける医療費問題

—— その傾向と対策 ——

江 口 隆 裕

(厚生省在パリ社会保障調査員)

1 現 状

(1) 1978年の動向

一般制度の財政状況は、1978年の間に大きく破綻した。1978年の当初には、その年の一般制度の赤字は48億フランと見込まれていたが、実際には108億フランの赤字を記録した。

特に、疾病保険部門の支出の増加には著しいものがあった。1977年には、対前年比で12.4%であった疾病保険給付費の増加率は、1978年4月には14.3%、9月には17.2%、12月には19.4%にも達し、結局、一般制度の疾病保険部門だけで、1978年に47億フランもの赤字を出すに至った。

一般制度の収入及び支出(1977年, 1978年)
単位: 百万フラン

	1977	1978
1. 被用者疾病保険 全国金庫		
収入	119,555 (102,471)	132,822 (114,350)
支出	116,917 (99,998)	138,342 (119,001)
収支差	+2638 (+2473)	-5,520 (-4,651)
2. 被用者老齢保険 全国金庫		
収入	55,381	59,600
支出	55,840	67,602
収支差	-459	-8,002
3. 家族手当全国金庫		
収入	51,982	59,934
支出	48,470	57,212
収支差	+3,512	+2,722
収入計	226,918	252,356
支出計	221,227	263,156
収支差計	+5,691	-10,800

注(1) 社会保障会計委員会の79年版年次報告による。以下に述べる現状及び予測に関する数値も同じ。

(2) 上の表には、管理費その他が含まれており、従って伸び率は本文とは一致しない。

(3) 被用者疾病保険全国金庫の収支には、労働災害のための収支も含まれており、()内が疾病保険部門の収支を示す。

次に、これを費目別にみると、1978年には医師の報酬が19.5%(77年10.1%)、薬剤が18.6%(77年4.2%)、入院費が20.9%(77年16.5%)と全ての費目において支出の顕著な増加がみられた。また、件数別でも、診療及び往診8.2%(77年1.7%)、入院日数3.7%(77年-2.5%)とそれぞれ増加している。

(2) 1978年12月の決定とその破綻

このような状況にあって、1978年11月には、その年の4月(14.3%)と9月(17.2%)の年間増加率を基に、1978年及び1979年の収支が改めて予測された。それによると、一般制度全体で1978年51億フラン、1979年99億フラン、疾病保険^{*}だけで、それぞれ、22億フラン、55億フラン、計150億フランの赤字が見込まれた。

これを受けて、1978年12月には、閣議で、保険料収入の増加策を中心とする社会保障の立直し策が決定された。

しかし、これが不十分なものであることは直ちに明らかとなった。疾病保険支出の増加は1979年になっても緩和せず、1978年には19.4%であった

が、1979年3月には21.3%、5月には20.9%と加速され、また他方、賃金全体の増加率が予想よりも低いものであったため、保険料収入の増加が予想より低いものとなったのである。

1979年6月には、1978年の閣議によって決定され、実施された諸施策及び1979年第一四半期の支出の増加率を考慮して、再度収支予測が行われた。これによると、1978年だけで、一般制度の疾病保険部門は、46億フランの赤字が見込まれた。

その後、翌7月の初めにOPECにより決定され

たエネルギー価格の高騰は、6月の予測の基礎となった経済的諸条件の仮定の再検討を余儀なくした。すなわち、国内総生産の多少の減少は避けられず、これは、保険料収入及び給付費の両面において、疾病保険の収支に反映せざるを得なかった。

※ フランスでは、被用者疾病保険全国金庫が労働災害給付も行っている。従って、以下特に断わらない限り、疾病保険部門の赤字(予測)額には、労働災害も含まれていることに注意を要する。

一般制度及びこれに結びつけられた制度における
疾病保険支出の年間増加率の推移

	1977年 — 1976年	1978年 4月	1978年 9月	1978年 — 1977年	1979年 3月	1979年 5月	1979年 7月
疾病保険支出全体	+12.4%	+14.3%	+17.2%	+19.4%	+21.3%	+20.9%	+19.4%
医師の報酬	+10.1%	+11.8%	+15.8%	+19.5%	+23.7%	+22.4%	+18.6%
薬 剤	+ 4.2%	+12.3%	+17.8%	+18.6%	+19.3%	+17.3%	+16.1%
検 査	+12.0%	+16.6%	+21.8%	+23.0%	+22.9%	+18.6%	+15.3%
入院費	+16.5%	+16.2%	+18.3%	+20.9%	+23.1%	+24.2%	+22.6%
その他の現物給付	+14.3%	+10.9%	+16.4%	+22.0%	+28.9%	+31.1%	+28%
手当金	+10.5%	+14.3%	+14.3%	+12.7%	+ 9.0%	+ 6.5%	+ 5.0%

償還の対象となった医療行為数の件数による増加率(例示)

診察及び往診	+ 1.7%	+ 6.0%	+ 7.7%	+ 8.2%	+ 8.2%	+ 6.5%	+ 5.4%
入院日数	- 2.5%	- 0.4%	+ 2.0%	+ 3.7%	+ 5.5%	+ 6.1%	+ 5.9%
手 当 金	- 3.3%	+ 0.3%	+ 1.3%	+ 0.5%	- 2.1%	- 4.5%	- 5.7%

(3) 1979年7月の決定

1979年7月25日には、閣議において、再度、社会保障の立直し案が決定された。この閣議では1980年の末までに、疾病保険部門だけで240億フランの財政上の必要が生じるであろうことが考慮された。

疾病保険における赤字予測の推移

	1978	1979	1980	計
1978年11月の予測	-2,163	-5,463		
1979年6月の予測	-4,636	-5,911		
1979年7月の予測	-5,478	-6,992	-11,615	-24,085

閣議は、このような財政状態の立直しのためには、保険料の引上げ等の財政策だけでなく、医療費支出のより良い抑制こそが必要であると判断した。社会保障制度における収支の増加率の開きは、賃金全体の増加率が給付費のそれよりもはるかに下回るため、長期的には財政均衡の問題を、短期的には保険料率の引上げ等による収入増加策を提起した。この時以後、医療費支出の抑制は、閣議によって採られた第一の目標となった。

この1979年7月の閣議によって決定された施策の主な内容は次のとおりである。

— 支出の長期的抑制のためには、医療費支出の増加が、実価の国内総生産の伸び率と同様のものとされ、社会保障の収入の増加に対応するものでなければならない。

— しかしながら、短期的には、1978年の赤字を清算するため、一方では例外的性格を有する財政策（被保険者に対する18カ月間の1%の追加保険料、医療関係者に対する例外的拠出、1979年及び1980年における20～40億フランの予算措置）が、他方では、金融上の一時的施策（供託金庫による50億フランの中継ぎ融資等）が必要とされる。

疾病保険部門刷新のためのこれらの施策と並行して、政府は、家族及び老人のためのいくつかの決定を行った。

家族給付を受けている全ての家庭は、1979年7月1日に購買力の1.5%の増加を得た。子供が3人の家庭については、家族補足手当を受取れば、1カ月1,000フラン以上を自由に処分できるように4.5%に達した。また、新学年手当及び家族補足手当については、秋に、250フランの例外的付加給付が行われた。

退職年金については、1979年1月1日と1979年7月1日の2回にわたって、それぞれ、6.5%、4%の給付額の引上げが行われた。他方、最低老齢年金は、1979年12月1日に1日当たり40フランとされた。最後に、連帯全国基金によって支払われる給付についての200フランの例外的付加は、1979年10月1日に実施された。

(注)上の記述は、1979年についてのものであり、その後も、家族手当等の引上げは行われている。

2. 1978年12月の立直し策

(1) 既に述べたように、一般制度、特に疾病保険制度の財政的均衡を回復するため、政府は、1978年12月13日の閣議によって、次のような内容の社会保障の立直し策を決定した。

— 新たな財源を設けることにより、社会保障をより強固なものとする（1978年の赤字約50億フラン、1979年の赤字100億フラン及び20億フランの累積赤字、合計170億フランが必要となる）。このために、保険料、特に被用者の保険料の引上げ、及び退職年金に対する保険料の創設を行う。

— 給付を減額することなく、医療費支出の増加を抑制する。特に、疾病保険支出の54%を占める入院費を抑制する。また、政府の公約は尊重されるが、退職年齢の一般的引下げ、疾病保険の償還率の引上げ、年金算定法の改良等の新施策は、向こう3年間行わない。

(2) 収入増加策

4つの原則が政府によって導入された。

— 企業の能力及び経済的効率を危機に陥れないよう基本的な努力は家庭に求められる。

— 補足的退職年金制度は保護される。老齢保険料の引上げは限度額以下についてだけである。

— 求められる努力は、より多い収入を得ている者に対し、より大きくなる（疾病保険料の4%の限度額の撤廃）。

— 一般的に賃金の低い手工業に求められる努力は、できるだけ軽いものとする。

(a) 疾病及び老齢保険料の増加

(i) 一般制度

疾病保険

1979年1月1日から、現行の疾病保険料のうちの4%について限度額を撤廃する（2%使用者、2%被用者）。

更に、1980年1月1日から1%の限度額の撤廃を行う。

1979年の見込収益：47.6億フラン

（実際の収益：52.5億フラン）

1980年の見込収益：63.9億フラン

老齢保険

1979年1月1日から、老齢保険料を1.75%引上げる（0.5%使用者、1.25%被用者）。

1979年の見込収益：86.6億フラン
(実際の収益：87.5億フラン)

1980年の見込収益：94.5億フラン

(ii) その他

農業労働者制度の保険料を一般制度並みに引上げる。

1979年の見込収益：2.3億フラン(実際の収益：3億フラン)

商人及び職人の制度

1979年4月1日から疾病保険料のうちの3%について限度額を撤廃する。

老齢保険料については、1979年1月1日から1.75%の引上げを行う。

1979年の収益：15.7億フラン

その他の特別制度についても、一般制度並みの保険料の引上げ又は限度額の撤廃が行われる。

(b) 退職年金に対する疾病保険料の賦課

これに関する法案は、1979年当初には上呈されるものとする。その料率は、一般制度の退職年金については1%、補足的退職年金については2%とする。

(c) その他の収入

自動車保険に対する付加税

自動車保険の保険料に対する付加税を、1979年1月1日から2倍に引上げる(実際には、1979年2月15日から実施された)。

1979年の収益：3億フラン

アルコール税、タバコ税

アルコール及びタバコに対する税の引上げを数年に亘って(1980~1983年)行う。

(3) 支出の固定化

(a) 医療供給の合理的抑制

(i) 入院費の増加率を向こう3年間で3%引下げるものとする。1975年に35%であったこの増加率は、1979年には少なくとも19%に、1980年には1.75%になるだろう。

公、私立病院の病床数の固定策は、大型医

療機器の設置に対するコントロールと共に、強化される。

病院の管理及び1日当たりの入院費(prix de journée)の監督を強化するために、“管理補佐官”(mission d'assistance à la gestion)を設置する。この管理補佐官は、必要に応じて病院の院長と管理上の問題について協議し、指導を行う(1979年3月設置された)。

(ii) 政府は、支出の増加を緩和するために、医師及び被保険者の責任感に訴える。医師会の自己規制は、必須なものと考えられる。

(iii) 1982年には全国で150,000人、すなわち、住民370人につき医師1人の計算になる医師数の固定化を図る。このために、第2学年に進むことのできる医学部学生の数を合理的水準に制限する(1982年の10月で、約6,000人)。

(b) 予防の推進

政府は、疾病保険において重要な支出の原因となる生活上の習慣との闘いを強化する。それは、特に、アルコール中毒、タバコ中毒及び事故に関する。

(c) 社会保障会計委員会の設置

社会保障諸制度の財政状況について、議会及び使用者、被用者等の社会的パートナーと緊密な検討を行うため、社会保障会計委員会を設置するものとする(1979年3月22日の政令により設置)。

3. 1979年7月の立直し案

(1) 1978年12月に決定された立直し策にもかかわらず、社会保障、特に疾病保険部門の支出の増加は緩和されず、この傾向がこのまま続けば、疾病保険部門だけで1979年70億フラン、1980年116億フラン、1978年の赤字55億フランを合わせると、1980年末までに241億フランもの累積赤字が予想されたことは既に述べたとおりである。

このような状況にあって、政府は、一般制度の長期的再建のためには、保険料の引上げ等の財政策ではなく、医療費支出のより良い抑制こそが必要であると判断し、1979年7月25日の閣議で、次のような施策を決定した。

— 医療費支出の長期的抑制

1980年以降、医療費支出の増加は、収入の増加、すなわち、実価の国内総生産の増加と同様の水準に抑えられなければならない。

— 一時的性格の財政策

社会保障の収支の均衡を回復するため、被保険者、医療関係者に対し一時的性格を持った例外的拠出を求める。

— 付随的融資策

当面の一般制度の財政上の必要に応えるため、供託金庫は、最大50億フランの中継ぎ融資を行う。

(2) 医療費支出の長期的抑制

(a) 入院及び“都市部の医療”の支出増の緩和

1979年においては、公立病院の支出は、年度当初に定められた予算の範囲内で行われるものとする。また、私立病院については、1979年には、1日当たりの入院費(prix de journée)の再評価は行わないものとする。

1980年には、医療機関の支出は、実価の国内総生産の伸び率を超えてはならないものとする。新たな投資による付随費用は、利用率の低いベッドの削減等によって賄うものとする。

1979年の見込収益：20億フラン

1980年の見込収益：33億フラン

医療関係者との緊密な協議により、いわゆる“都市部の医療”への社会保障の償還費の増加が国内総生産の増加と調和するような協約上の新条項の決定を図る。

1980年の見込節約：18.5億フラン

(b) 疾病保険の濫用防止策の実施

社会保障の財政的均衡を図るために、その乱用を防止するためのいくつかの施策 — 後述す

る公的命令による自己負担分、長期治療費に対する被保険者の負担分の改正、コントロール・メディカル強化等 — について検討し、その実施を図る。

1980年の見込収益：4.5億フラン

(c) 国と社会保障機関との財政的関係の正常化

従来から“不当な負担”として問題にされていたにもかかわらず、一般制度が負担していた次の2つの負担について、国は、1980年までに必要な支払を行う。これによって、国と一般制度との“不当な負担”に関する争いは清算されることになる。

(i) 現在まで、公立病院の1日当たり入院費に含まれ、従って、疾病保険によって負担されていた医学部学生及び医療補助者の養成費、これについては、国がその養成費の全体を負担することとし、1975年から1980年までの分として、一般制度(被用者疾病保険全国金庫)に対し15億フラン支払う。

(ii) 3年以上入院している任意保険制度に属している患者の拠出の不足分についても、国が支払うこととする。1975年以降のこのための支払として、国は、被用者疾病保険全国金庫に対し、22億フラン支払う。

1980年末までの見込収益：37億フラン

*任意保険(l'assurance volontaire)とは、無職者等の基礎的的制度によってカバーされていない人々をカバーするために、1967年8月21日の大統領令によって創設された公的保険制度である。しかし、関係者の情報不足等により、その所期の目的を十分には達成できなかったため、1978年1月2日の法律により、新たに個人保険(l'assurance personnelle)が創設され、それによってかわられることになった。

(d) その他

交通事故による医療費支出が疾病保険部門の負担とならないよう、自動車の運転手及びその

同乗者に対し、保険を強制的なものとする。

また、アルコール中毒及びタバコ中毒を防止するため、タバコ税及びアルコール税を1980年には、大幅に引上げる。

(3) 被保険者、医療従事者等の例外的拠出

(i) 被保険者の例外的拠出

医療費支出の増加に比し、実現されるであろう節約及び国、医療従事者の拠出等を考慮に入れても、1980年末までに疾病部門の赤字を解消するためには約120億フランが不足する。従って、財政再建のためには、被保険者に対し一時的、例外的拠出を求めることが不可避となる。

この拠出は、1%の追加的医療保険料の形をとり、社会保障の通常の保険料と同時に徴収され、また、1979年8月1日から1981年1月31日までに得られた収入の全体に対して、すなわち限度額なく課される。

この例外的拠出は、一般制度の被保険者だけでなく、農業制度その他現在赤字に陥っている医療保険制度の被保険者全てに対して課されるものとする。従って、農業以外の非被用者制度に属している被保険者は、この例外的拠出から除外される。

1981年1月末までの見込収益：120億フラン

(ii) 医療関係者の例外的拠出

1978年及び1979年における疾病部門の財政状況の衰退は、膨大な医療消費の結果であり、それは、医療サービスの製造者及び給付受領者の収入の増加を招いた。

このような条件の下においては、被保険者に求められる例外的拠出及び国家補助の他に、主な医療関係者が国家により求められる連帯の努力に参加することは当然のことである。

一般的に、この関係者の特別な拠出は、年間の純収入1.5%に相等するように定められた。

見込収益：3億フラン

(ア) 医師

1979年10月1日及び1980年1月7日と定められている診療報酬の改訂は、承認されない

ものとする。都市部の医療についてのより衡平な、また、社会保障支出の抑制を可能にする新たな協約が締結されるまでは、医師の診療報酬の改訂は行われない。

(イ) 歯科医師

医師に対すると同様、1979年10月1日及び1980年1月7日と定められている料金の改訂は行われない。

※1978年5月に、被用者疾病保険全国金庫とフランス医師連合(F.M.F)とだけの間で結論をみた合意では、3段階の料金の改訂を定めていた。1979年6月1日、10月1日及び1980年1月1日の3回であり、1979年6月1日の改訂は既に実施されている。

(ウ) 薬局

年間収入の1.5%に相当する、総売上高に対する払戻しか、又は率の低下について、薬局の薬剤師を代表する組織との間で協議が行われる(後述する1979年12月28日の法律が、薬局等の例外的拠出について、その方法等を定めた。)

(エ) 製薬会社

製薬産業は、その宣伝費について、特別税を支払うものとする(ウと同じ)。

(オ) 検査機関

検査のリストが再検討される。すなわち、自動化により、その原価が減少した行為については、保険料が減額されるであろう。(ウと同じ。)

(iii) その他

疾病金庫自身、その管理費を節約し、不動産設備等についての計画を再検討する。また、その資産の一部の動産化を図る。

見込収益：4億フラン

(4) 付随的融資策

一般制度の財政は、保険料収入と支出のずれにより、時期によって大きな変動を示す。従って、1979年10月及び12月には、被保険者に対する償還

が困難になることが予想される。

このため、供託金庫(Caisse des dépôts et consignations)が、通常の前払いの他に、一般制度に対し、1980年の上半期までに最大限50億フランの中継ぎ融資を行う等必要な措置を採る。

4. 1979年及び1980年の 最終的収支予測

以上述べたように、1979年7月の閣議において

1979年及び1980年における一般制度の収支差の予測

	1978	1979	1980	計
1. 被用者疾病保険全国金庫 ¹⁾ 1979年7月25日の決定を考慮に入れない場合	- 5.5	- 6.7	- 10.5	- 22.7
1979年に既に実施され、又は実施されるであろう施策を考慮した場合 ²⁾	- 5.5 (- 4.7)	+ 0.3 (+ 0.1)	+ 2.1 (+ 2.1)	- 3.1 (- 2.5)
2. 被用者老齢保険全国金庫	- 8.0	+ 0.5	+ 0.6	- 6.9
3. 家族手当全国金庫	+ 2.7	+ 2.3	+ 3.5	+ 8.5
一般制度計(1979年の施策を考慮に入れた場合)	- 10.8	+ 3.1	+ 6.2	- 1.5

単位：10億フラン

(注) 1) 被用者疾病保険全国金庫の収支には、労働災害も含まれており()内が疾病保険を示す。

2) 考慮された施策としては、被保険者の例外的拠出、医療関係者の例外的拠出、国の拠出及び1979年の予算についての医療機関に関する施策がある。

なお、この収支予測においては、疾病部門の医療費抑制策による結果は考慮されておらず、収入増加策による見込収益のみが考慮されている。

また、1979年7月の時点の予測(累積赤字額240億フラン)とこの時点(1979年10月)での予測(1979年7月の決定を考慮に入れない場合の累積赤字額227億フラン)とが多少異なっているのは、賃金の上昇率が7月の時点におけるよりも多少緩やかに増加しているためである。

この予測によると、疾病保険部門においては、31億フランの赤字が依然見込まれる。1980年末まで

定められた疾病部門の立直し計画は、医療費支出の抑制及び収入の増加により1980年末までに240億フラン、すなわち、1980年末までに予想される一般制度の疾病保険部門の累積赤字額に等しい額を捻出することを予定している(中継ぎ融資は除く)。

このうち、既に実施に移された財政策(被保険者の1%の例外的拠出等)及び1978年12月の閣議によって決定され、実施された施策を考慮に入れ、1979年及び1980年の収支差を予測すると次のようになる。

にこの赤字を解消し、1981年からの例外的拠出の廃止に備えるためには、医療費支出抑制策の厳格な遂行が求められるのである。

5. 社会保障の財政諸施策に関する法律

(1) 以上、1978年12月及び1979年7月の社会保障の立直し策について述べてきたが、その後、これらの決定を踏まえて、ないしは、その一環としていくつかの立法措置が行われた。

ここで述べる1979年12月28日、社会保障の財政

諸施策に関する法律もその1つ、最も重要なものの1つであり、この他にも、後述する3つの政省令、医療費支出の抑制のためのそれがある。また、現在、大きな問題となっている被用者疾病保険全国金庫と医師団体との間の全国協約 — そのうちの1つとは既に協定が成立し、他の1つ、より多数の医師を代表する医師団体とは決着のメドがついていない — も、この社会保障の立場の一環として位置づけられよう。

従って、フランスにおける社会保障の立直し策を理解するためには、これらについても理解する必要があるものと思われる。以下、1979年12月28日の法律から順に、検討することとしたい。

(2) 社会保障の財政諸施策に関する法律

社会保障の財政諸施策に関する1979年12月28日法律第79-1129号は、1978年12月13日及び1979年7月25日の閣議によって承認された社会保障の立直し策の一環として位置付けられる。

この法律は、およそ2つの目的を有している。すなわち、拠出の拡大及び医療費支出の抑制である。ただ、この法律の基本的施策、特に退職年金に対する疾病保険料の賦課については、与党の中にも反対があったことを付け加えておく。

その主な内容は、次のとおりである。

— 保険料の拡大

退職年金に対する疾病保険料の創設
疾病保険料のうちの被用者の負担部分について限度額の撤廃

65才以上で働いている被保険者に対する老齢保険料の創設

— 薬局の薬剤師及び製薬会社の例外的拠出

— 医療費支出の抑制

薬局、製薬会社等の協定による歩合コントロール、メディカルの強化
入院料金の改革の試みの2年の延長

(3) 保険料の拡大

(a) 退職年金に対する疾病保険料の創設

(i) 従来から、特別制度の多くにおいては、既に、退職年金に対する保険料の賦課が行われていたが、一般制度については、その年金額が低いという理由で、現在まで、その実現をみなかった。しかし、最近の2度にわたる改正で、一般制度の退職年金受給者の経済状態は改善されてきた。

すなわち、基礎的制度の年金については、1971年12月31日、法律第71-1132号が年金の算定方法及びその引上げについて大いに改善を図った。他方、1972年12月29日、法律第72-1223号は、被用者のために、補足的退職年金制度を一般化した。

結局、一般制度の退職年金受給者の経済状態は、特別制度のそれと比較し得るようになり、一般制度の退職年金に対しても疾病保険料を課すことができるようになった。

(ii) 一般制度、農業労働者制度、特別制度

(ア) 対象となる退職年金の利益

これらの制度については、次のものが対象とされる。

- 基礎的退職年金
- 強制的補足的退職年金
- 早期退職者に対する“所得の保証”^{*}

* 所得の保障 (garantie de ressources)

とは、本来、労使双方の合意に基づき、使用者が60才以上の失業者に対し、給与の70%に相当する所得を保証するため、失業保険の上乗せ給付を行うことを意味する。

すなわち、1972年3月27日、使用者組合 (C. N. P. F. 及び C. G. P. M. E.) と5大労働組合との間で全国一律の協定が成立し、60才以上の失業保険受給者に対しては、給与の70%が保障されるよう上乗せ給付を行う旨の合意が成立した。この合意に基づく給付を所得の保障という。

その後、高齢者の離職を推進するため、1977年6月13日には、60才以上で自ら職を辞した労働者 (これは、厳密な意味の失業者ではない) についても同様の保障を行う旨の合意が成立した。これは、実質

的には早期退職者というべきものである。

この法律は、この実質的には早期退職者というべき者が受けている所得の保証に保険料を課するというものである。なお、この者は、65才に達すれば、通常の退職年金を受給することになる。

なお、特別制度のうちの多くが既に退職年金に対し疾病保険料を課していることは上に述べたが、この法律によって、これらの制度については、その早期退職年金受給者に対して疾病保険料が課されることになる。

また、特別制度のうち、その退職年金について疾病保険料を課していない制度（フランス電気、ガス公社、公証人の被用者制度等）については、その退職年金に対し疾病保険料が課されることになる。

以上のように、この法律の対象となるのは、固有の権利としてであれ、派生的権利としてであれ（寡婦年金）、その全部又は一部が使用者の拠出によって賄われていた退職年金の利益である。

従って、使用者の関与なく、被用者と私的機関との間で個人的になされた契約による退職年金のみが保険料支払の義務を免れることになる。

(1) 保険料率

保険料は、退職年金に対し限度額なく、すなわちその全体に対して課され、その料率は、政令によって次のように定められることになるだろう（一般制度については、1980年4月24日の政令により、既に同じ内容が定められている）。

基礎的退職年金	1%
補足的退職年金	2%
早期退職による所得の保証	2%

既に退職年金に対し疾病保険料を課している特別制度の取扱いについて、法は特に規定せず、政令がその詳細を定めることになるが、これらの制度は、その保険料率及びしばしば限度額が

定められているその算定基準をそのまま適用し続けることになるであろう。

(ウ) 保険料の免除

法は、その収入が不十分な退職年金又は所得の保証の受給者に対しては、保険料が免除される旨規定している。その詳細は政令に委ねられているが、一般制度に対する適用を定めた1980年4月24日の政令によると、次の者が免除の利益を受けることになる。

- その前年に収入に対し課税されなかった人々
- その前年に所得の制限の下に、非拠出の給付を受けていた人々

(iii) 非被用者制度

農業以外の非被用者制度にあっては、既に、その基礎的退職年金に対し、疾病保険料が課されている。1979年12月28日の法律は、この疾病保険料の適用範囲を補足的退職年金にまで拡大した。

しかし、この条項は、職人及び商人については、その疾病保険料が一般制度のそれと足並みが揃った時にのみ、その効力を生じることとなる。

(b) 被用者が負担する疾病保険料の限度額の撤廃

1980年1月1日から、被用者制度全体（一般制度、農業労働者制度、特別制度）について、被保険者によって負担される疾病保険料の限度額が完全に廃止された。

これは、1978年12月の最初の立直し策の決定の時に、既に定められていたものである。

以後、被用者制度の疾病保険料については、被用者の負担部分（4.50%に1981年1月31日までの例外的保険料1%を加えた計5.50%）は賃金の全体に対してのみ課され、使用者の負担部分だけが、賃金全体に対する保険料（4.50%）と限度額以下の賃金に対する保険料（8.95%）とに分けられることになる。

(c) 65才以上で働いている被保険者に対する老齢保険料の賦課

従来、65才以上であってなおかつ働いている被用者の老齢保険料については、使用者のみがそれを支払い、被用者はその支払が免除されていた。

すなわち、1967年8月21日の大統領令第41条第4項が、65才以上の労働者はその老齢保険料を免除される旨定めていたのである。

しかし、年金部門の財政見通し及び昨今の雇用状況は、高齢労働者にも保険料を課すことを正当化した(65才以上の労働者に対する離職の奨励)。また、65才以上の被用者は老齢保険料の支払を免除されるのに、使用者はその負担分を支払わなければならない、しかも、それによって被用者は将来の年金額が増加するという利益を受け続けることになるという不合理も指摘されていた。

この法律は、上記の大統領令第41条第4項を削除することにより、この65才以上の労働者の特典を廃止したのである。

これによって、以後、被保険者の年齢による区別は一切行われず、保険料は全ての被保険者に対し同一となった。従って、65才以上であって働いている被保険者も、他の被保険者と同一の保険料を支払わなければならないのである(一般制度の場合、限度額以下の賃金の4.7%)。

この老齢保険料の賦課は、一般制度及び他の被用者制度全てについて適用される。

(4) 薬局の薬剤師及び製薬会社の例外的拠出

1979年7月25日の閣議では、被保険者に求められる努力(1979年8月1日から1981年1月31日までの疾病保険料の1%の引上げ)と同様、医療関係者にも社会保障の財政立直しのための例外的拠出を求めることが決定されたことは既に述べたとおりである。

医師及び歯科医師については、この拠出は、1979年10月1日及び1980年1月7日と定められた診療料金改訂の不承認によってなされている。

1979年12月29日のこの法律は、この決定を受けて、薬局及び製薬会社に求められる例外的拠出について定めており、1980年4月14日政令第80-269号が、その拠出率等を詳細に規定した。

(a) 薬局の薬剤師の例外的拠出

一般制度の疾病保険の利益のために設けられた薬局の薬剤師の例外的拠出は、薬局の年間純収入

の1.5%に相当する額になるよう定められることとされていた。

この法律及び上記の政令は、この薬局の薬剤師の例外的拠出について、具体的に次のように定めた。すなわち、薬局の薬剤師は、1979年10月1日から1980年3月31日までに支払うべき通常の疾病、出産保険料の合計額の45%に相当する額を例外的かつ1回限りの拠出として支払わなければならないこととされたのである。

なお、この例外的拠出は、遅くとも1980年5月15日までに支払われなければならないこととされた。

(b) 製薬会社の例外的拠出

薬局の薬剤師に対すると同様、一般制度の疾病保険の利益のために設けられた、製薬会社の例外的かつ1回限りの拠出は、1979年12月29日の時点で、被保険者に対する償還の対象となる医薬品のリストに載っている1つ又は複数の特許調剤をフランスにおいて製造している企業に対し課されるものである。

この例外的拠出は、対象となる企業の総売上に対し課されるのではなく、1979年10月31日の時点で閉じられた最終の会計年度、すなわち、1978年11月1日から1979年10月31日までの間の支出のうち、償還の対象となる特許調剤のフランスでの製造に関し、医師への販売の拡大及び情報提供のための費用に対し課されることとされた。

すなわち、フランスでは、医薬品の宣伝は、医師に対する場合を除き、一般に禁止されており、この医師に対する宣伝費が例外的拠出の算定基準とされたのである。具体的には、次のような費用が含まれる。

病院、診療所等の医師に対する訪問による情報提供及び販売拡大のための支出
見本品製造費
専門誌における科学的広告及び掲載のための費用
医師の住居又は診察室宛の情報提供のための費用

この例外的拠出は、1978年11月1日から1979年10月31日までの間の上記の医師に対する販売拡大及び情報提供費の2.5%に相当する額と定められた。

(5) 医療費支出の抑制

この法律は、疾病保険の支出増加を抑制するため、次のような3つの施策を定めている。

- 薬剤師、製薬会社及び検査機関に対する協約上の歩合制
- コントロール、メディカルの強化
- 病院料金決定法の実験的試みの延長

(a) 協約上の歩合制 (les remises conventionnelles)

(i) 協約上の歩合とは、被用者疾病保険全国金庫と、薬剤師、償還の対象となる特調調剤を製造している企業及び検査機関のそれぞれとの間で締結された協約に基づき、疾病保険金庫に対し一定額以上の売上高に対する歩合の利益を受けさせることを言う。すなわち、これらの職業との間で締結された協約により、疾病金庫は、その売上高に対応した利益を受けることができるようになるのである。

この協約上の歩合のひな形は政令によって定められることとされているが、その狙いは、疾病保険支出の増加を抑制するため、料金に対する直接的働きかけに対し、量に対する間接的かつその誘因となる働きかけの効力を保つことにある。従って、この制度は、一定額（おそらく、国内総生産の増加）以上の医薬品及び試験検査支出の増加に対し一定割合の賦課金を課すことにより、医療費支出増加の自動調整の仕組みを作ることを目的としていると言えよう。

(ii) 薬剤師の協約上の歩合制

薬剤師については、以前から協約上の歩合に関する規定が存在した（社会保障法典第266条）。しかし、この法律は、薬剤師の協約上の歩合について次のような改正を行っている。

- 歩合による賦課金は、以後、医薬品の値段ではなく、総売上高に対して課される。
- 全国協約は、被用者疾病保険全国金庫と最も代表的な1又は複数の全国組合との間で締結され、省令によって全てのその職業に対し拡大することができる。従って、全国協約は、もはや個々の加入の対象ではなくなり、また、全てのその職業に拡大するための75%の加入の要件も必要ではなくなった。

以上のような改正により、薬剤師の協約上の歩合は、以後、次のようなものとなった。

薬剤師は、1又は複数の最も代表的なその全国組合と被用者疾病保険全国金庫との間で協約を締結し、それによって、疾病、出産、労働災害保険として償還の対象となる医薬品の売上高を考慮して定められる歩合の利益を全国金庫に受けさせることを団体で約束することができる。この協約は、毎年改訂できる。

この協約は、政令によって定められる典型的な協約の条項と一致しなければならず、また、この協約においては、歩合の率及び例外的かつ一時的性格を有するその支払の条件を定める。それは、厚生、大蔵省令によって承認された後に適用可能となる。その条項は、その職業の全体に強制的なものとすることができる。

(iii) 製薬会社の協約上の歩合制

薬剤師と異なり、製薬会社については、従来、協約上の歩合に関する規定がなかった。しかし、この法律によって、製薬会社に対しても、協約上の歩合を設ける可能性が与えられたのである。

この製薬会社の協約上の歩合は、基本的には、薬剤師のそれと同一であるが、個々の企業と疾病金庫との間だけでも協約を締結することができる点が異なっている。すなわち、被保険者に対し償還の対象となり得る1又は複数の特許調剤を製造している企業は、被用者疾病保険全国金庫と1又は複数の最も代表的なその全国組合との間で協約を締結し、それによって、疾病金庫に、フランスで実現された特許調剤の売上高の全部又は一部に

対する歩合の利益を受けさせることを約束することができる。同様に、1つの企業だけでも疾病金庫との間で、この協約を締結することができる。

この協約は、政令によって定められる典型的な協約の条項と一致しなければならず、また、この協約においては、歩合の率及び例外的かつ一時的性格を有するその支払の条件を定める。それは、厚生、大蔵省令によって承認された後に適用可能なものとなる。その条項は、その職業の全体に強制的なものとする事ができる。

(IV) 検査機関の協約上の歩合制

医学分析を行う私的検査機関の立場は、上述の2つの職業とは異なっている。というのも、この検査機関と疾病金庫との関係は、既に、全国協約によって支配されているからである(社会保障法典第267条)。従って、この法律は、この従来からある協約に、協約上の歩合制を設けることのできる可能性を付け加えただけである。

すなわち、検査機関の長は、被用者疾病保険全国金庫に対し、分析費及びその付随費用に基づく歩合の利益を受けさせることを約束することができる旨の規定が協約事項の1つとして新たに付け加えられたのである。

(V) 非被用者制度の参加

法は、以上述べてきた協約上の歩合制について、非被用者制度も参加できる可能性も定めた。

それによると、農業以外の非被用者疾病、出産保険全国金庫及び農業共済中央金庫は、被用者疾病保険全国金庫と共に薬剤師及び製薬会社との協約を締結することができることになっている。

(b) コントロール、メディカルの^{*}強化

この法律は、社会保障法典第404条を改正し、コントロール、メディカルの権限を強化した。

すなわち、従来は、医師等の過失、乱用、不正行為等があった場合、地域懲罰委員会に対する訴追を行えるのは、疾病金庫においては、法的に金庫を代表する権限を有する者、すなわち、理事会の議長又は理事会の委任を受けた金庫の長だけであった。しかし、疾病金庫内部の行政部門と医療部門との不十

分な協力、調整のため、この訴追権が十分には生かされておらず、医師等の不当な処方に対する訴追は、大部分が無効なものとなっていた。

この改正は、このような現状を改良し、不正な行為を行った医師等に対し、より有効な制裁を加えることができるようにするため、疾病金庫の顧問医師(les médecins conseils)が直接、地域懲罰委員会に対し、訴追できるようにしたものである。

※コントロール、メディカル(le controle médical)とは、医師の処方の適否その他疾病保険制度の運用に当たって医学的判断を必要とする事項について医学上の判断を与えることを目的とする機関であり、一般制度の場合、被用者疾病保険全国金庫がこれを組織し、監督することとされている。このコントロール、メディカルには、顧問医師(les médecins conseils)、顧問歯科医(les chirurgiens dentistes conseils)及び顧問薬剤師(les pharmaciens conseils)がおり、上記の改正は、このうちの顧問医師に関するものである。

なお、後述するように、コントロール、メディカルは、病気休職中の被保険者に対する監督も行っている。

(c) 病院料金決定法の実験的試みの延長

1978年1月4日法律第78-11号は、その第13条において、特定の公立病院に対し、その予算の作成及び執行方法並びに滞在費及び医師の報酬の決定方法に関する実験的試みを行うことを決めた。1979年12月28日のこの法律は、この実験的試みを2年間、すなわち、1970年12月31日の法律、いわゆる病院改革法第52条に規定された料金決定方法の改革の適用まで延長した。その狙いは、料金決定方法の最終的な選択する前に、この試みを拡大、増加させ、病院長とのより緊密な協議を確立することにあると言われる。

6. その他の医療費支出抑制策

(1) 以上述べてきた1979年12月28日、社会保障の財政諸施策に関する法律に続き、1980年1月には、医療費支出の増加を抑制するための3つの政省令が定められた。

これらの政省令は、既に述べた1979年7月25日の閣議で承認された施策の具体化であり、その主な内容は、次のようなものである。

— 公的命令による自己負担分

1980年5月1日から、疾病保険における自己負担分の1/5に相当する部分については、私的保険、共済組織等によっても償還されず、被保険者自身が負担しなければならないこととする。

— 長期及び高額な治療についての被保険者の負担分の改正《26番目の病気》と呼ばれる長期、高額な治療に対する被保険者の負担分を1カ月80フランとする。

— コントロール、メディカルの強化

病気休職中の被保険者に対するコントロール、メディカルの監督を強化する。

(2) 公的命令による自己負担分 (ticket modérateur d'ordre public)

(a) 1980年1月15日政令第80-24号は、1967年8月21日の大統領令第67-707号第20条に規定されていた公的命令による自己負担分の適用方法を定め、1980年5月1日からそれを実施に移すこととした。

公的命令による自己負担分とは、強制的制度としての疾病保険制度（一般制度、特別制度等）における被保険者の自己負担分のうちの一定割合については、被保険者自身が負担しなければならない、私的保険等によってもそれを肩代りすることはできないとする制度である。この制度の狙いは、私的保険その他の補足的な制度によってであれ、被保険者が自ら医療費を負担することなく医療を受けることができることによる疾病保険制度の乱用を防止し、もって、医療費支出増加の抑制を図ろうとするものである。

(b) 適用範囲

この公的命令による自己負担分は、入院費を除く、疾病保険の現物給付に対して適用される。

その適用を受けるのは、疾病の危険についての補

足的な保護を目的とする次のような制度の被保険者である。

— 保険会社及び保険業者

— 用心全国金庫 (la caisse nationale de prévoyance)

— 共済の会社又は集団

— 被用者又はこれと同視される者のための1つ又は複数の企業によって作られた用心組織 (社会保障法典第4条)

— 農業制度の被用者用心金庫 (農事法典第1050条)

(c) 適用基準

上記の保険会社又は保険業者、用心又は共済の組織が負担することのできない部分、すなわち、被保険者自身が負担しなければならない部分は、給付の算定の基礎となる料金表、つまり、社会保障協定によって定められた料金表における被保険者の自己負担分の5分の1と定められた。

例、100フランの薬剤費支出について、一般制度から70%が償還されるとすると、公的命令による自己負担分は、6フランとなる。

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{一般制度による償還額：} \\ 100 \text{フラン} \times \frac{70}{100} = 70 \text{フラン} \\ \text{保険会社等による償還額：} \\ 100 \text{フラン} \times \frac{30}{100} \times \frac{4}{5} = 24 \text{フラン} \\ \text{公的命令による自己負担分：} \\ 100 \text{フラン} \times \frac{30}{100} \times \frac{1}{5} = 6 \text{フラン} \end{array} \right.$$

従来、被保険者は、任意に補足的な保険組織に保険料を支払うことにより、その負担とされる自己負担分の全部又は一部をそれらの組織から償還されることができた。しかし、1980年5月1日からは、被保険者は、1/5と定められたその負担部分については、自ら負担しなければならないのである。

(d) 移行措置

公的命令による自己負担分の実施による疾病の危険についての保障の減少に応じた保険料の減額が各補足的な制度に求められるとともに、既に支払われた保険料のうち、これに対応する部分については、被保険者に返還するものとされた。

(3) 長期及び高額な治療についての被保険者の負担

(a) 原則

社会保障法典第286-1条は、長期の治療及び高額の治療を伴う病気についての被保険者の負担について規定している。

それによると、次の場合に、被保険者の治療費及び薬剤費についての負担が制限され、又は免除され得る。

「第3号、受益者が、医事上級委員会 (haut comité médical) の意見に基づいて政令により定められたリストに記載された、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時

第4号、受益者が、コントロール・メディカルによって、上記のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時」

(i) リストに記載されている病気

上記の第3号、すなわち、リストに記載されている病気については、1969年2月6日政令第69-132号第1条がその具体的適用を定めている。それによると、患者がこのリストに記載されている病気の1つにかかったと認められた時は、自動的に、被保険者の自己負担分が免除されることとなっている。現在のところ、このリストに記載されている病気は、次の25である。

自己負担分が免除される病気のリスト

Tuberculose évolutive sous toutes ses formes.
Lèpre.
Bilharziose.
Poliomyélite antérieure aiguë et ses séquelles.
Sarcoïdoses.
Tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques.
Diabète sucré.
Anémie pernicieuse.
Hémophilie.
Maladies mentales (psychoses, névroses graves, troubles graves de la personnalité, arriérations mentales).
Maladies cérébro-vasculaires.
Sclérose en plaques.
Maladie de Parkinson.
Paraplégies.
Infarctus du myocarde.

Hypertension maligne.
Néphrite chronique grave.
Néphrose lipidique.
Spondylite ankylosante.
Polyarthrite chronique évolutive.
Troubles neuro-musculaires (myopathie, amyotrophie congénitale).
Fibrose kystique (mucoviscidose).
Artériopathies chroniques.
Cardiopathies congénitales.
Insuffisance respiratoire chronique grave.

(ii) リストに記載されていない病気

この25の病気のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気、いわゆる《26番目の病気》については、社会保障法典第286-1条第4号が、被保険者の自己負担分は制限され、又は免除され得る旨定めている。

これを受けて、前述の1969年2月6日の政令第2条は、この《26番目の病気》についても、被保険者の自己負担分が— 制限ではなく — 免除される旨定めていた。

しかし、1980年1月8日政令第80-8号は《26番目の病気》の負担について修正を行い、被保険者の自己負担分の免除を廃止し、単なる制限に止めたのである。

(b) 1980年1月8日の政令

この政令は、1969年2月6日の政令第2条を改正し、《26番目の病気》に対する被保険者の自己負担について、次のように定めた。

まず、病人が、前述のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時は、被保険者の負担は— 免除にかわり — 1カ月80フランに制限された。

また、1カ月80フラン6カ月又は6カ月間の合計が480フランを越える負担を被保険者に課すこととなる治療は、特に高額なものとなされ、被保険者の負担が制限されるものとされた。なお、従来は、被保険者の負担が1カ月110フラン、6カ月又は6カ月間の合計で660フランを超える治療が特に高額な治療とみなされていたが、この政

令は、これを引き下げたものである。

このように、《26番目の病気》について被保険者の制限された負担を導入することにより、医療費支出増加の抑制ないし疾病保険制度の乱用を防止しようとするのが、この政令の狙いであるようである。

なお、1カ月80フランと定められた被保険者の制限された負担分にも、(2)で述べた公的命令による自己負担分の原則が1980年5月1日から適用されることになることに注意を要する(すなわち、その1/5に相当する16フランについては、被保険者自身が必ず負担しなければならないことになる)。

(4) 病気休職中の被保険者に対する監督の強化

1980年1月7日の省令は、1947年6月19日の省令第37条第4項を改正し、病気休職中の被保険者の義務に関する条項を強化した。

すなわち、患者は、医師の処方箋を厳密に守らなければならない、医師が治療のために必要と認める以外は、その住居を離れてはいけぬ。また、医師が許可することのできる外出時間は、午前10時～12時、午後16時～18時の間であり、それは、主治医によって処方箋に記載される(以前は、許可可能な時間は10時～16時と定められていた)。この時間帯と異なる許可を与えたい医師は、以後、詳細にその決定を証明しなければならない、その決定は、多かれ少なかれ、コントロール・メディカルに委ねられる。

もし、コントロール・メディカルの係員が訪問し

た際、被保険者が主治医によって許可された外出時間でないにもかかわらず、その居所に居なければ、1週間以内に、コントロール・メディカルに召喚される(本改正)。

被保険者がコントロール・メディカルの監督を拒めば、その受けている給付の全部又は一部を停止することができ、更に、もし被保険者が故意に患者に課されている規則に違反したことが証明されれば、罰則として、給付の返還もあり得る。

最後に、病気休暇の期間満了前にその仕事を再開する被保険者は、24時間以内に、疾病金庫に通告しなければならない(本改正)。

追記：全国医師協約

既に述べたように、疾病保険全国金庫と医師組合との間で昨年10月末から交渉が行われていた第3回の全国医師協約(La convention nationale des médecins)は、この5月29日にフランス医師連合(FMF)が署名を行い、6月5日の省令によって承認されるに至った。

今回の全国協約は、医療費支出抑制のためのいくつかの方策—医療の質の改善、経済性の責任等—を含んでいるが、多数の医師を代表するフランス医師組合連盟(C.S.M.F)は、強くこの協約に反対しており、協約が承認された後も、協約を拒否し、自主料金を適用するよう傘下の医師に呼びかけている。

ともかく、この全国協約については、次回、改めて報告することとしたい。

(参考)

1978年以降の一般制度における保険料率の推移

(疾病, 老齡, 家族)

	保 險 料 率			保 險 料 算 定 法					
				賃 金 の 全 体			限 度 額 1) 以 下 の 賃 金		
	使用者	被用者	計	使用者	被用者	計	使用者	被用者	計
1. 疾病, 出産, 廃疾, 死亡保険 2)	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1978年	13.45	4.50	17.95	2.50	1.50	4.00	10.95	3.00	13.9
1979年1月1日以降 3)	13.45	4.50	17.95	4.50	3.50	8.00	8.95	1.00	9.
1979年8月1日以降 4)	13.45	5.50	18.95	4.50	4.50	9.00	8.95	1.00	9.
1980年1月1日以降 5)									
1981年1月31日まで	13.45	5.50	18.95	4.50	5.50	10.00	8.95	—	8.
2. 老齡保険									
1978年									
65才未満の被保険者	7.70	3.45	11.15	—	—	—	7.70	3.45	11.
65才以上の被保険者	7.70	—	7.70	—	—	—	7.70	—	7.
1979年1月1日以降 3)									
65才未満の被保険者	8.20	4.70	12.90	—	—	—	8.20	4.70	12.
65才以上の被保険者	8.20	—	8.20	—	—	—	8.20	—	8.
1980年1月1日以降 5)									
65才未満の被保険者 } 65才以上の被保険者 }	8.20	4.70	12.90	—	—	—	8.20	8.20	12.
3. 家族給付									
1978年~1980年	9.00	—	9.00	—	—	—	9.00	—	9.

注 1) 限度額の推移

1978年: 1カ月4,000フラン又は1年48,000フラン

1979年: 1カ月4,470フラン又は1年53,640フラン

1980年: 1カ月5,010フラン又は1年60,120フラン

2) 使用者に対しては, これ以外に, 労働災害の保険料が加わる。その料率は, 一定していない。

3) 1978年12月13日の閣議により決定された最初の立直し策によるもの。

4) 1979年7月25日の閣議により決定された立直し策によるもの。

5) 1979年12月28日の法律により実施されたもの。