

フランスの医療保険と税制

横浜市立大学教授 小山路 男

ヨーロッパ諸国で、医師の社会保険診療報酬に対する租税特別措置が行なわれているのは、フランスのみである。現行の方式は1971年の「医師に関する全国協定」の実施にあたって採用されたものであるが、細かい経緯は一切省略して、以下ではフランスの医療保険における償還制についてややくわしく説明し、つぎに全国協定の内容と租税特別措置の概要を述べることにしよう。

I

フランスでは伝統的に「自由医療の原則」が尊重されている。それは、(1)患者が医師を選択する自由 (2)医師が診療方法を決める自由 (3)料金に関する医師と患者の直接協議 (4)患者による医師に対する料金の直接支払 の4項目を主な内容としている。開業医は患者を自由に診療し、その料金は診療内容と同時に患者の経済的負担能力を考慮して決定する。医療保険はこの場合、患者が医師等に直接支払った料金の一部を償還するにとどまるのである。

フランスの償還制は、このように自由医療の原則にもとづくものである。患者が医療機関にひとまず料金を支払い、疾病金庫は公定料金表の料金の一定率を償還する。したがって、この方式では償還率と公定料金の決定方法が問題になる。

まず、償還率について説明する。償還率は一般に100%未満であり、被保険者は費用の一部を負担しなければならない。この一部負担は「抑制券」(ticket modérateur)といわれ、乱受診を抑制する機能をもつとされている。

医師、歯科外科医および補助医(マッサージ師、看護婦を含む)に対する診療費の償還率は75%、入院に要する各種の費用(入院料、診療料金、検査等)および公立病院における外来診療費は80%、一般薬剤70%、特定薬剤(治療に必要不可欠であり、とくに高価であると認められているもの)90%、その他の医療サービス(検査費、治療器具費等)70%、というのが一般の償還率である。

ただし、この償還率には重要な例外がある。すなわち、疾病金庫が100%償還する場合であって、つぎのようなものがあげられる。

- 外科手術で、一連の診療行為がK50以上の係数(これに単価を乗じて費用を計算する)に対応する同一の期間内に行なわれる場合、また、手術に直接関係のある診療行為および器具の供給。
- 30日超の期間入院が必要な場合の第31日目からの入院料
- 3か月超の期間病気で労働を停止する場合、労働停止の第4か月の1日からの診療費
- 一定の条件に適合する長期療養を要する病気で、かつ治療費が高くつく場合、この場合、疾病金庫は病人の特別検査を行うことができる。
- 廃疾者年金、遺族年金受給者である場合
- 60歳以上で廃疾者年金にかえて老齢年金受給者である場合
- 戦争障害者年金又は戦争犠牲者年金の受給者である場合
- 労働災害において2/3以上の不能者手当の受給者である場合
- 早産児保育器で保育している早産児の病気
- 血液、血漿、それらの派生品および母乳の供給

以上のように、高額医療、長期疾病、各種年金受給者、乳幼児、血液等の場合に、償還率が100%であることは注目をひく。また、国家連帯基金(Fonds National de Solidarité)の追加手当を受ける資格のある被保険者(つまり低所得者)の一般薬剤は80%と普通よりも10%高く償還率が高められていて、低所得者保護の途も講じられている。もっとも、以上の特例は、わが国とは制度の仕組みが異なるので、簡単な比較はできないが、かなり参考になろう。

II

入院について説明すると、患者はつぎの二つの留保の下に病院を選択することができる。

- (1) 緊急の場合を除き（緊急かいなかは疾病金庫の顧問医の認定による）、非公認の私立病院の入院料は償還されない。
- (2) 入院に要する諸費用の償還は、患者の状態を考慮して、患者が受け入れられることができる、自宅にもっとも近い病院で実施されている料金に制限される。

以上を原則として、各病院の費用負担はつぎのようになる。

- 公立病院 入院中の費用は実額の80～100%の率で疾病保険金庫が直接負担する。患者の希望により特別室を利用した場合は、差額は全額患者負担となる。
- 公認協定私立病院 原則として病院で要した費用の80～100%が償還される。ただし、入院料は疾病金庫が直接に病院へ支払う。医師の診療料金については患者が病院に対して前払いすることを要する。
- 公認非協定私立病院 病院でかかった実額費用にもとづいては償還されず、協定料金表よりもずっと低い公定料金を基準として還付される。患者は病院に費用の前払いをしなければならない。

以上である。私立の協定病院、非協定病院については、後の協定医と非協定医のところの説明に譲る。なお、施設内分娩についてもほぼ同様の償還が行われているが、公立病院では最長12日間につき現物給付であるから、償還は行われない。公認協定私立病院の場合も最長12日間につき100%償還であるが、入院費は疾病金庫が直接病院へ支払い、診療費については償還制である。公認非協定私立病院の場合は、一般の入院と同じ扱いとなる。

償還制の場合、問題は償還率のほか、償還基準料金である。医師が自由に患者から診療費を請求し、償還される金額が慣行料金と著るしくかけ離れてい

る場合には、医療保険の効果は形骸化せざるをえない。実支出額と償還額との格差が大きく、実際の償還率は50%程度にさえなってしまう。そうしてこれが、1945年以前の実態であった。

したがって、当局は1945年以後、公定料金表にかえて医師に対しても拘束力ある拘束料金表を設定しようと試みてきた。この料金表は各県の医師会と社会保険基金との協議によって定められることになっていたが、医師会の抵抗のため、効果があがらなかった。また、各県ごとの協議がととのわない場合は、全国料金委員会が料金表を定めることになっていたが、この料金表には医師は服従の義務を負わなかった。

1960年、政府は政令によって各県料金表による協定の強制をはかったが、医師会は激しく抵抗した。1960年医療紛争は政府が協定に参加する協定医に、若干の課税上の優遇と医師年金制度に補助を増額することで、やっと終息したが、協定制の実態はあまり改善されず、患者の不満は大きかったのである。

1971年、政府は県単位の任意協定制を廃止して、あらたにすべての全国協定制を採用することになった。1971年10月の「医師に関する全国協定」(La convention nationale des médecins)がこれである。この全国協定は三つの全国疾病金庫（一般制度、農業制度、自営業者制度）と医師会側との間で締結されたが、それまでの細かい事情や医師会の分裂さわぎなどの説明は、いまは触れないことにする。

III

全国協定の目的は、社会保険診療に参加する医師（協定医）に公定料金を守らせることである。協定医は超過料金を特別に請求できる場合を除いては、協定料金しか患者から請求できないこととしたのである。

超過料金が認められるのは、つぎの場合である。

- (1) 患者の特別な要求による例外的な時間または場合の診療
- (2) 大学教授または病院医の資格を持つ特別医

じく白色申告のようなもの)との選択がみとめられ、それ以上の所得のある者はすべて管理申告方式が適用される。なお、一般の自営業者は年収15万フランを限度としているので、この点でも協定医は有利となっている。

(1) 行政見積方式

経費はつぎのように3分され、控除される。

第1グループ——制限的に列挙されたつぎの諸項目について、経費を実額控除する。すなわち、基礎的施設費（診療所の取得費、賃借料又は不動産税、借入利子、償却費等）、人件費、第三者によるサービス費（代診費）、設備費（設備類のほか自動車費）、租税、拋出金掛金、一定の病院施設の支払使用料、特別の学会の費用、がこれである。

第2グループ——このグループの費用は証明したり評価するのがより困難なものであって、かつ開業医ごとにそれほど変化しないものである。第2グループの費用は、第1グループの費用を除くすべての費用を含む。ただし、実際の費用控除にかえて、専門別・収入別に定められた一定率を控除することが認められる。

この控除率は、一般医、専門医、外科医及び専門外科医、資格のある放射線医についてそれぞれ収入段階別に定められている。また、この定率控除は、協定医が自由診療を行なった場合でも、協定料金の範囲内において受けることができる。

たとえば、一般医の場合、年収6万フラン以下の場合には15%、以後2万フランごとに段階をつけて第7段階の16万フラン超では8%となっている。専門医は6万フラン以下が18%、最高17万フラン超で8%、外科医及び専門外科医は6万フラン以下18%、最高20万フラン超で10%、放射線医は10万フラン以下34%、最高34万フランで28%である。

第3グループ——これは協定医が協定制度に束縛されるという「特殊な従属的地位」を考慮して、収入額から一定の実額を控除するものであって、純然たる

(3) 病院医として働いたか、個人的な業績があるか、または卒後教育に関係した期間により医学上の証明書をもっている場合で、医師・金庫合同委員会で認める者

(2)と(3)が協定料金免除医といわれるものであり、(1)の場合には患者の経済状態等を考慮することになっている。

以上の場合を除いては、協定医は協定料金表を守らなければならないから、医療料金の決定が大問題となる。料金は原則として毎年、疾病金庫と医師会が合意し、政府が承認することによって改訂される。具体的には、毎3月1日以前に料金改訂の申入れが行なわれ、両者協議の結果、成案がえられると、大蔵大臣、厚生大臣、農林大臣に3月31日までに通知される。政府がこれを承認すると、5月1日から改訂が実施される。

このように、料金は毎年改訂され、その上げ幅は7~8%で、ほぼ賃金の上昇率に対応している。また、このやり方が全国協定に対する医師の不満を緩和するのに役立っている。なお、協定の合意ができない場合には、厚生大臣が大蔵大臣の合意を得て仲裁することになっているし、両者の合意ができた場合でも、厚生大臣は高すぎると反対できる権限がある。しかし、いずれの場合もいまだかつて例がない。

IV

さて、全国協定の実施にあたって、政府は医師団体に社会的優遇および税制上の特別措置を認めた。社会的優遇としては、疾病および出産保険については、本人および家族に対して給与所得者と同様の償還を認めたこと、老齢年金については、当時疾病金庫から2/3の率によって資金援助を行なっている任意的補足制度があったのを、医師の希望によって強制的な性格を持たせることができるようにしたこと等があげられる。

税制上の特別措置の内容はやや複雑である。まず、年収17万5,000フラン以下の協定医には管理申告方式（わが国の青色申告のようなもの）と行政見積方式（同

政策減免措置である。第2グループと同じように、専門別・収入別に控除金額が表示されているが、上限が高く、段階のつけ方が多くなっている。一般医の場合、6万フラン以下の5,000フランから始まって、最高は20万フラン超の2万フランの9段階になっている。同様に、専門医の上限は21万フラン超、外科医及び専門外科医が24万フラン超、放射線医が42万フラン超であって、控除額の最高はともに2万フランである。

(2) 管理申告方式

年収17万5,000フラン超の協定医は、この方式が適用され、すべての経費につき原則として実額が証明されなければならない。ただし、協定医の交際費、職業上の贈物、自己の研究費等は、実額控除にかえて、収入の2%の概算控除が認められる。また、第2グループの恩典を受けられない代償として、協定料金収入の3%の控除が認められる。また、協定医に対して行なわれている第3グループの実額控除は、管理申告方式の場合にも認められる。

V

以上が特別措置の内容である。これによって協定医の経費率は約50%となり、非協定医の約40%と比較すると、10%ポイント程度の優遇ということになる。だが、この優遇措置は、発明家の特許権収入の30%、作家や作曲家の40.5%（本業以外は32.5%）の収入控除と比較してみても、とくに大きいというわけではないように思われる。

政府はこの譲歩によって医師の90~95%が協定に参加することを期待していたが、実際はこれを下まわっているらしい。まず、さきに説明した協定料金免除医が、県によって異なるが、一般には5~10%程度に達している。患者は免除医には自由料金を支払うが、償還は協定料金表にもとづくから、従来よりは償還率がよくなったという効果があるだけである。さらにまた、パリ、リヨン、マルセイユなどの大都市地域では約50%の医師が協定に参加していない。非協定医から保

険診療を受けると、金庫は協定料金よりもはるかに低い公定料金にもとづき、同じ比率で償還する。したがって、患者や被保険者の立場からすれば、全国協定によって事態はかなり改善されたものの、保険医療についての不満はまだ大きいといわなければならない。

税制特別措置を受けるのは開業医のみであり、歯科医、看護婦、マッサージ師なども同様の特典を要求する声強いが、政府は反対している。また、医師への特別措置に反対の声があまり強くないのは、給与所得者が20%の所得控除をうけて税制上もっとも優遇されていることにも原因があろう。医療制度や税制の仕組みがわが国とはまったく異なっているのであるから、以上はほんの参考にすぎない。

