

フランスにおける医療費適正化政策

藤井良治

はじめに

1980年代から1990年代のヨーロッパ諸国は、ポスト福祉国家とも言うべき新たな福祉の枠組みを模索している。そのきっかけとなったのは、高度経済成長の終焉であり、経済発展によって達成した福祉と新たな福祉の枠組みとのギャップであった。医療保障においては、受療機会に平等が進んだこと、医療技術の進歩・高度化、疾病構造の変化、人口高齢化など医療の需要および供給に関する要因が変化し、質、量ともに医療費を増大させることになったということを変更して言うまでもないだろう。

医療を取りまく一般的状況は、当然フランスにもあてはまり、オイルショック以降医療費抑制策が進められてきたにもかかわらず、1970年代から1980年代前半までの医療費は年率平均2桁の伸び率で増加した。しかし、1980年代に入って、医療費抑制策は医療供給側に対しても行われるようになり、とくに1983年の病院における総枠予算方式の導入によって医療費増加率は1桁台に落ち、1994年度3.0%、1995年度4.6%と低い水準となっている。しかし、それにもかかわらず、医療保険財政は、1990年代に入って急速に悪化し、たんに赤字を計上しているというだけでなく（一般制度では1995年度で約350億フラン、収入総額の6.6%に相当）、医療費支払

基金の運転資金が底をついて医療機関に対する毎月の支払いを借入金によって賄うといった事態が続いている。

医療費の伸びが鈍化しているにもかかわらず、医療保険財政が悪化する最大の原因として、支出の伸びに対して収入の伸びが伴わないからであり、とりわけ1980年代以降、失業率は2桁の高い水準のまま止まっていることが上げられる。1970年代後半以降、医療費抑制は患者の受療抑制にウェイトがおかれてきたが、患者に対する抑制だけでは目的が達成されないことから、1980年代に入ると医療供給に対する抑制にウェイトが移り、さらに1990年代に入って、医療保険の新規財源調達創出へと政策のウェイトが移っている。

以下、フランスの医療保険がおかれている状況について見ながら、医療費を中心とした医療保険政策について概観する。

I 医療費から見た医療費抑制の効果

対国内総生産比で見たフランスの医療費は、ヨーロッパ諸国のなかでもっとも高い水準にあり、1994年現在で9.4%で、オーストリアと並んでいる。フランスと同じく医療保険方式を採用するドイツは9.5%であるから、フランスが際だって高いとも言えない。これに対して保健サービス方式が中心となっているイギリス、スウェ

一デンは、それぞれ6.9%、7.7%であるから、独仏2か国で見ると限り医療保険方式に特有の問題があることがうかがえる。

冒頭に述べたように、1970年代以降1980年代前半に至るまで、医療費は名目2桁の伸びを示してきた(表1)。とくに1970年代の入院医療費の伸びが著しい。これは、医療技術革新が病院での医療に反映していることのほか、人々の病院志向が外来診療よりも患者負担が軽いことなどによって助長されていることなどに起因している。入院医療費の伸びが大きいだけでなく、医療費全体に占めるウェイトも高く、医療費全体のほぼ50%が入院医療費である(表2)。ちなみに、1960年当時の入院医療費の医療費に占める割合は40%を下回っていた。

こうした医療の「病院化」ないしは「病院志

向」に何らかの歯止めを掛ける必要のあることが指摘され、1980年代に入って病院医療に対する抑制策が具体化した。

1984年に、それまで日額方式を採用していた公立病院(当初は地区病院)に総枠予算方式(budget global, dotation globale)を導入し、1985年から全面的に実施した。これにより入院医療費の伸びは1985年以降急速に低下した。外来診療も入院の場合と同様の傾向が見られる。1980年代後半においても入院の場合ほどの低下は見られなかったが、1990年代に入ると急速に伸び率は低下している。1990年代に入ってから顕著な伸び率の低下は、1990年に締結された医師協約を始めとする各医療職種の医療費伸び率に関する目標値設定の効果が現れていることによる。

表1 医療費の年平均伸び率

診療および医療材料	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995
	%	%	%	%	%
1 病院およびその他の入院施設での診療	20.1	18.6	13.0	6.3	2.4
入院	20.1	18.5	12.8	6.2	2.3
公立病院	20.6	19.6	12.6	6.0	2.4
私立病院	18.5	14.8	13.6	6.9	2.2
その他の施設	—	—	49.1	13.4	5.2
2 外来診療	16.1	14.8	14.5	9.3	1.8
医師	15.0	13.7	14.6	9.2	2.0
医療補助者	19.7	14.3	18.0	11.4	2.2
歯科医師	15.6	17.1	11.9	8.1	1.6
検査	19.8	14.9	16.2	9.9	0.6
温泉治療	16.2	14.2	14.3	7.7	1.0
3 患者の移動	21.5	21.2	19.0	9.5	2.9
4 薬剤	13.6	10.7	13.8	8.4	2.4
5 補装具	16.3	14.1	15.1	12.0	2.9
医療費計(1から5まで)	17.3	15.9	13.7	7.7	2.2
6 予防医療	18.5	15.6	9.5	4.8	2.1
総医療費	17.3	15.9	13.6	7.6	2.2

出所：INSEE, *Méthodes N° 2, Compte de la Santé, 1989* et SESI, *Comptes Nationaux de la Santé, 1996*

表2 医療費の給付別構成比

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
	%	%	%	%	%	%
病院およびその他の入院施設での診療	42.2	47.5	53.2	51.8	48.5	49.5
入院	42.2	47.5	53.0	51.0	47.6	48.2
公立病院	30.6	35.3	41.3	39.4	36.4	36.9
私立病院	11.6	12.2	11.7	11.6	11.2	11.3
その他の施設	—	—	0.2	0.8	0.9	1.3
外来診療	29.0	27.6	26.4	27.3	29.4	27.8
医師	15.0	13.6	12.4	12.9	13.8	13.5
医療補助者	3.0	3.3	3.1	3.7	4.4	4.4
歯科医師	7.3	6.8	7.2	6.6	6.8	6.3
検査	2.5	2.8	2.7	3.0	3.3	2.7
温泉治療	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9
患者の移動	0.7	0.8	1.0	1.3	1.4	1.5
薬剤	25.9	22.0	17.5	17.6	18.2	18.5
補装具	2.2	2.1	1.9	2.0	2.5	2.7
計	100	100	100	100	100	100

出所：INSEE, *Méthodes N° 2, Compte de la Santé*, 1989 et SESI, *Comptes Nationaux de la Santé*, 1996

入院以外では、外来診療が入院医療のウェイトが高まったのとは反対にそのウェイトは低下している。薬剤費は1970年では医療費の4分の1を占め、25.9%と高い水準であったが、薬剤費抑制策によって1995年では18.5%となっている。これら入院以外の医療費も1970年代から1980年代前半において入院費と同じように2桁の伸び率で増加しているが、患者の移動の費用を除き入院費よりは低い伸び率である。

1980年代後半になると医療費の伸びは1桁に落ち、1990年代になるとほとんどが2%台の伸び率にまで低下している。こうした医療費の伸び率の低下は、1970年代後半から繰り返されてきた医療費抑制策の総仕上げとも言うべき医療費伸び率目標値の設定、遵守などの措置がとられたことによっていることは明らかである。

II 医療費支払いの仕組み

医療費抑制策について触れるまえに、フランスの医療費支払いの仕組みについて簡単に見ておこう。

フランスの医療費支払いは、医療保険制度を中心として行われている。医療保険は、第2次大戦後、当初の統一的制度制定計画は挫折し、今日では国民の70%程度をカバーするにとどまっている。一般制度以外の制度は、旧来からある制度や一般制度に加入することを拒んだ職種（農業、商工業自営業者）などが別個の制度として併存している。1970年代に入って、医療保険制度の給付格差や財政格差を是正し、未適用者の医療保険加入を実現する目的で財政調整法や社会保障一般化法が制定され、フランス版皆保険への途を歩むことになった。

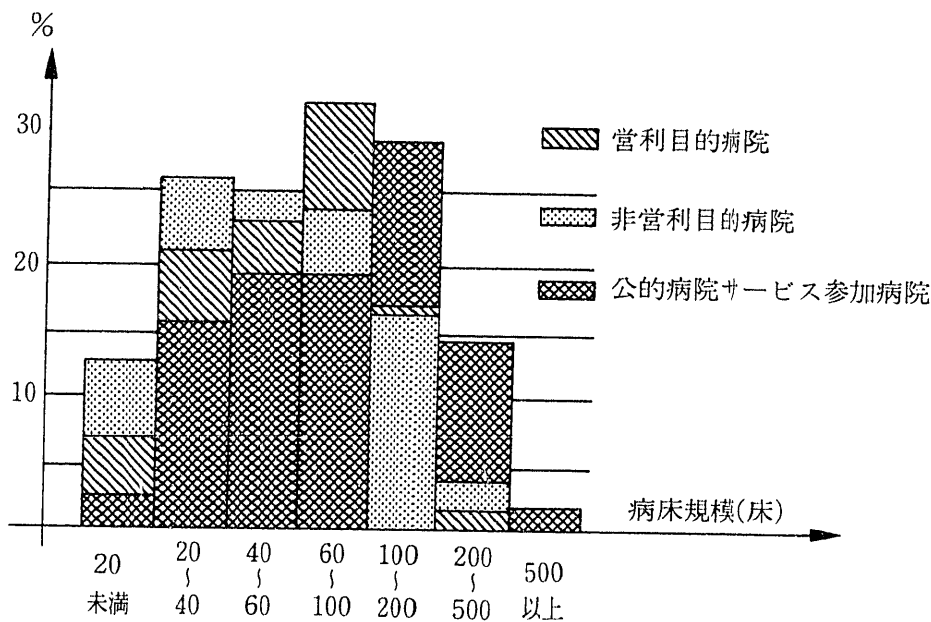
医療保険の給付は、入院診療、外来診療を中

心とする医療行為のほとんどをカバーし、わが国の医療保険の給付とほぼ同じである。

公立病院の医療費の支払いは、入院と外来とで異なり、入院の場合は、1985年までは、入院料日額方式が採用され、病院の総経費を入院延日数で割った1日あたり金額を適用する、言わば定額料金方式を採用していた。しかし、日額方式では診療部門ごとの医療費の違いや病院の経営努力などを反映しないことなどから、入院医療費の抑制を行うためには病院の経営努力を反映させるような方式に改めるべきであるとして、1985年に公立病院に総額予算方式を導入し、入院医療費の抑制に着手した。総額予算の実施とともに入院医療費の伸び率ガイドライン(taux directeur)が設定されたが、公立病院入院医療費の伸びはガイドラインを上回って増加しているが(入院医療費の伸び率とガイドラインの差は、1986年1.4%、1987年1.8%、1988年2.4%、1989年4.0%)、1990年になって両者はほぼ同じになっている。

私立病院の医療費は、通常は日額方式であるが、公的病院サービス(service public hospitalier)と呼ばれる公立病院の基準を採用する私立病院においては公立病院に導入された総額予算方式が採用されている。私立病院の医療費の伸びは主として手術に関連する費用で、私立病院入院者の半数以上が外科手術を受けている。と言うのは、フランスの病院の大半は公立病院で、私立病院は外科や産科など専門分野に特定しているからである。なお、私立病院は規模の小さなものが多く、平均70床前後である(図1)。

外来医療は、開業医や医療補助者の診療に関するものであり(私立病院の医師の診療報酬や一部公立病院の外来診療が含まれる)、医療費の支払いはいわゆる出来高払い方式である。開業医を始めとする医療関係職種の報酬は、職種ごとに医療保険とのあいだで療報酬料金に関する協約を締結し、その料金にしたがって医療費を医療保険に請求する。料金は、診療行為の相対



出所：SESI

図1 私立病院の病床規模別分布

価値(係数)を定めた医療行為集の行為分類(キー)ごとに決められ、ある医療行為の係数とそれが属する行為分類に割り当てられた料金とによって算定される。この医療行為集方式は、わが国の診療行為点数表方式に類似しているが、わが国の点数表は医療行為の価値と価格を一本化した料金表であるのに対して、フランスの医療行為集は価値のみを表し、価格と分離しているという点で異なる。

出来高払い方式を採用するフランスの開業医医療費のかかえる問題点はわが国の医療費問題と共通している。すなわち、診療行為の増加に対する歯止めがないことである。わが国の医療保険もフランスの医療保険も原則として診療制限を行わず、医師の自由裁量権を尊重していることから、診療行為の増加に歯止めを掛けることが医療費抑制の大きな課題となる。

III 1970年代から1980年代の 医療費抑制策

財政対策を中心に、開業医療に関する医療費抑制策が相次いで打ち出されてきたが、それらは歴代の保健・社会保障担当大臣の名を冠して呼ばれている。以下、1970年代以降の医療保険に関する財政対策および医療費抑制策を列挙する。

ヴェイユ・プラン(1978年～1979年)：「健康薬」と言われる薬剤の償還率を70%から40%に引き下げる。医療保険の保険料を総報酬制とする。

バロー・プラン(1979年)：医療保険支出の伸びを国内総生産の範囲内とする。被用者の保険料1%ポイント引き上げる(のちに社会党政権により廃止される)。年金受給者からも保険料を

徴収する。公立病院予算を凍結する。診療報酬に対する総枠方式を設定する(1980年の全国協約では拒否された)。

ケスチョー・プラン(1981年)：事業主負担保険料3.5%ポイント分だけ総報酬制とする。被保険者保険料を1%ポイント引き上げる。医療保険財源とする自動車保険料税を2倍に引き上げる。

ベレゴヴォワ・プラン(1982年)：医療保険財源としてタバコ・アルコール税を創設。製薬企業の広告に対する広告税創設。患者負担を免除される入院患者に対する1日あたり20フランの定額負担創設。1,258品目の償還対象特許薬剤の償還率を70%から40%に引き下げる。

ベレゴヴォワ・プラン(1983年)：薬価引き上げの延期。薬局に値引きを義務づける。銀価格(銀を使用するX線撮影用フィルムの製造価格)の低下に対応してX線関連診療行為の係数見直し。歯科矯正器具および眼鏡の償還率引き上げの延期。医療福祉施設に対する低利貸付金の減額。病院医療費の削減。

デュフォワ・プラン(1985年)：特許薬剤379品目の償還率を70%から40%に引き下げる。

セガン・プラン(1986年)：乱用されている長期疾病の一部負担免除を特定疾病の場合に限るように改める(たとえば、糖尿病患者であっても風邪の場合は一部負担免除とならない)。同様に、薬剤についても、保健薬の100%償還については特定疾病の場合に限る(これらの措置は、1988年に社会党政権によって廃止される)。

バルザック保健相による赤字補填策(1987年)：被保険者保険料率を1年間に限り0.4%ポイント引き上げる。薬剤の付加価値税を7%から5.5%に引き下げる。タバコ税を2%ポイント引き上げる。精神病部門の費用を漸次国の負担

に移しかえる。

エヴァン社会問題相による財政削減策（1989年）：検査報酬を35%引き下げることにより、検査センターの売上高を18%削減する。手術室料を凍結する。すべて償還対象とされてきた薬局で調剤される薬の一部を償還対象から外す。

エヴァン・プラン（1990年）：製薬会社の広告税を5%引き上げる。

薬効のはっきりしない薬を償還対象から外す。

デュリュール保健担当相による薬効のない薬を償還対象外とする措置（1991年）

病院改革（1991年）：直接医療費抑制を目的としていないが、総枠予算運用の規制緩和、高額医療機器の抑制などを含んでいる。

ビアンコ・プラン（1991年）：被保険者保険料を0.9%ポイント引き上げる。患者負担免除対象者の定額入院料を33フランから50フランに引き上げる。製薬企業に対して特許薬剤売上高の2.5%を自主的に削減することを求める。薬卸業者は売上げの0.6%を医療保険に拠出する。痕跡性元素やマグネシウムなどの基礎薬剤は償還対象から外す。放射線行為の係数を見直す。

デュリュール・プラン（1991年～1992年）：現行の薬価決定制度を改めて新たに薬務庁を創設する。薬価は薬剤ごとにではなく製薬企業ごとに決定し、監督庁は製薬企業の製品価格の伸びに上限を設定する。伸び率は各企業の研究開発費と投資額にもとづいて算定する。設定された価格目標を超えた場合、薬価の引き下げないしは償還対象から外すという罰則が適用される。

ヴェイユ財政再建案（1993年）：1990年全国協約が参事院(Conseil d'Etat)によって破棄され、新たな全国協約の早期締結を余儀なくされたことから、1990年全国協約に代わる医療費抑制を

めざした協約の締結を促すとともに、次のような当面の医療費抑制策を発表した。開業医の診療に関する償還率を5ポイント引き下げる（労災年金、軍人障害年金の受給者、長期疾病患者、妊娠5か月以降の妊産婦などは除く）。患者負担免除者に対する入院定額負担を50フランから55フランに引き上げる。1990年協約にもとづく付属文書第3号が破棄されたことを受けて、医療費の計画的配分を行うための新たな医師協約の締結を求めている。入院医療費抑制のため、病院総枠予算目標率を1%ポイント引き下げる。6万床と見込まれる余剰病床の閉鎖、薬剤卸業者に対する税の見直し、一部高額薬剤の処方指針の見直しなど。しかし、これらの医療費抑制策に対して、各労組は猛反発した。全国医療保険金庫理事会も、金庫に諮ることもせずに断行された財政対策は失敗するであろうと非難した。

医療費抑制策をさらに入院医療と外来医療とに分けて見てみよう。

1 入院医療

フランスの病院制度は、1958年の病院改革以来、数次の病院改革法による改革の対象となり、近代化が図られてきた。1970年の病院改革は、「公的病院サービス (service public hospitalier)」という概念を導入するとともに、伝統的な病院医療の無料原則、非宗教性および公的運営という原則を確認した。また、医療費膨張に対する抑制メカニズムとして導入した地域医療計画「保健地図」は十分に機能せず、入院医療費は膨張し続けた。1970年代終わりまで続く病院拡張政策であった。1981年末において病院数は公私合わせて3,500（公立病院1,000、私立病院2,500）を超えており、病床数は60万1

千床を数えた。1980年代に入って、こうした爆発的な膨張に対して、地域医療計画による病床規制や公的病院に総枠予算方式を導入する病院改革法が1983年に制定され、1985年に公的病院（公立病院および公的病院サービスに参加する私立病院）すべてに適用されることになった。総枠予算の導入によって徐々に爆発的膨張は沈静化した。さらに保健地区の強化や病院財政の合理化とともに21世紀へ向けた病院近代化をめざすべきであるとするホフマン委員会の『病院改革報告』（1983年）を受けて、新たな病院改革への作業が進められた。この病院改革法の提案理由として上げられたのは、21世紀の病院システムをつくるのが最優先課題とされたからであるが、そのために公立病院、私立病院間に公正なバランスをつくること、国民のニーズに合うように保健医療制度の枠組みを強化すること、病院経営の自立性を強化することなどであった。1991年に、私立病院に対する総枠予算方式の導入や総枠予算方式のもとでの新たな入院料金設定などを含む病院改革法が制定された。こうした改革の効果は、10年間に病床は4万2,000床減少して、1990年初めにおいて病床数は55万8,700床（公立病院36万3,100床、私立病院19万5,600床）となるという形で現われた。

ところで、1983年の総枠予算方式では、前年度予算額を基礎に、ガイドラインないしは基準率と呼ばれる伸び率を適用して予算額を算出し、この予算額にもとづいて医療保険金庫は予算額の12分の1相当額を毎月病院に支払う。ここで、総枠予算というのは、医療保険が負担する入院医療費に対応するもので、病院の計上支出額から総枠予算以外の収入を差し引いたものと医療保険が負担する入院時定額患者負担分の合計を指す。しかし、患者が病院に支払う患者

負担額や第三者責任請求などは、入院種別および診療部門（専門診療部門、高額診療部門、長期滞在部門、中期滞在部門、デイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタル、在宅入院）ごとに設定されている「給付日額²⁾」にもとづいて算定される。1983年から1990年までの入院医療費ないしは総枠予算のガイドラインは表3のようになっている。

2 開業医療

(1) 1971年全国協約と医療費抑制策

医師を始めとする医療開業者が開業医療の対象となる。医師については、1960年の標準協約方式の採用により、医療保険と医師の協約によって診療報酬および保険診療に関する諸条件が決められることになった。協約は、原則として5年ごとに改定される。1971年には地域ごとにしか拘束力をもたない標準協約方式から労働協約と同じく全医師に対して拘束力をもつ（個人的な協約非加入は認められる）全国協約方式に改められた。診療報酬は原則として毎年改定され、協約による協約料金が適用されるが、協約に加入しない医師に対しては職権料金と呼ばれる制裁的な低額の料金を適用する。この全国協約において、医療費の適正化を図るために、「診療プロフィール (profils médicaux)」と呼ばれる医師ごとの診療状況（診療行為回数、医療費など）に関する統計が作成され、医師の診療の適否を判断する材料とされることになった。

全国協約施行後、石油危機による経済停滞の影響から医療保険財政が悪化したことを受けて、医療費抑制を効果的なものとするため、バロー・プランによって医療費総枠方式 (enveloppe globale annuelle) が導入され、医療費の伸びを国内総生産の枠内に収めるという

表3 公私病院の医療費引き上げ

年度	公立病院	私立病院
1983年	ガイドライン9.0%引き上げ	入院日額8.5%引き上げ
1984年	ガイドライン6.6%引き上げ 1984年1月より地域病院センターに総枠予算方式の適用	料金項目すべてについて5.3%引き上げ
1985年	ガイドライン5.7%引き上げ 1985年1月より公立病院等に総枠予算方式適用	入院日額4%引き上げに加えて、医療保険支出総額の0.5%を私立病院に配分
1986年	ガイドライン3.4%引き上げ(うち0.1%は自由裁量分)	料金項目すべてについて1.8%引き上げ(地域差について別途最高0.32%)に加えて、医療保険支出総額の0.52%を私立病院に配分
1987年	ガイドライン1.9%引き上げ(うち0.4%は自由裁量分)	料金項目すべてについて1.8%引き上げ(地域差について別途最高0.32%)に加えて、医療保険支出総額の0.2%を私立病院に配分
1988年	ガイドライン2.7%引き上げ(うち0.8%は自由裁量分)	料金項目すべてについて2.7%引き上げ(うち0.56ポイントは病院間の調整分) 付加価値税引き下げに合わせて医療費の伸び率ガイドライン引き上げは営利病院0.26%、非営利病院2.14%
1989年	ガイドライン3.55%引き上げ(うち0.8%は自由裁量分)	料金項目すべてについて2.16%引き上げに加えて、医療保険支出総額の0.3%を私立病院に配分
1990年	ガイドライン4.2%引き上げ	医療費ガイドライン3.3%引き上げ

出所：CNAMTS, *Carnet Statistique*

方針が採用された。

(2) 1980年全国協約と医療費抑制策

1980年の第3回全国協約においては、医療費総枠方式の代わりに市場原理を重視した診療報酬法方式を採用した。それまで特定の医師以外には認められなかった料金超過を協約加入医にも認めて、協約料金による償還対象とするように改めた。ただし、料金超過医(通常の協約加入医がセクター1と呼ばれるのに対してセクター2と呼ばれる)については、医療保険は料金超過医の社会保険料負担を行わない。セクター2の創設の裏には、医師過剰による医師間の競争が活発化して患者に高い料金を請求する医師

は増えないだろうという期待があったが、その読みとは裏腹にパリを始めとする都市部では多くの医師がセクター2を選択し、協約料金で診療する医師を探すのが困難になるという事態が生じた。

1985年の第4回全国協約では、医療費総枠方式をめざす条文は削除され、医療費抑制策は後退したかに見えたが、その背後では、セクター2をめぐる一般医と専門医の間の対立や医療費抑制策をめぐる政府内の政策上の対立が進行していた。

(3) 1990年全国協約と医療費抑制策

後退したかに見えた医療費抑制策が1990年の

全国協約締結時に再び表面に現れ、医師過剰問題に対する医学部定員削減を含む医師削減策や高齢保険医の引退奨励策が出てきた。さらにセクター2の新規許可を認めず、セクター2の廃止の方向を打ち出すとともに協約料金によって診療する医師の割合を地域ごとに指定することや自由料金によって診療する医師についても一定割合を協約料金で診療することを協約当事者に求めた。この要請をめぐって、医師内部も医療保険内部も分裂して混乱し、11か月に及ぶ空白の末、一部医師のセクター2への参加を認めるほかはセクター2を凍結すること、すでにセクター2による診療を行っている医師はその診療の4分の1を協約料金で診療することなどの条件によって協約が締結されることになった。協約締結に至った背景には、「協約に応じる姿勢を見せる一般医とだけ協約を締結し、セクター2を認める代わりに厳しい枠を設ける」か、「一般医と専門医に対して個別に協約を締結する」か、「協約方式を廃止して、国営医療保障方式とする」という3つのシナリオを政府が示したことから、医師、労組双方は少なくとも第3の医療国営化案を回避しなくてはならないという危機感をもったことが上げられる³⁾。

(4) 1993年全国協約と医療費抑制策

1992年になって、1990年全国協約の付属第3号文書『医療費抑制と協約の適用に関する1990年3月の協約の付属文書』が調印された。付属第3号文書の第1章は「医療費抑制」において医療費の伸びに対する全国目標値を医療担当者と医療保険のあいだで決定することを定めている。

全国目標値は診療行為の種別ごとに設定され、全国目標値をもとにして地域レベルでの目標値を設定し、さらにもう一度フィードバック

して全国目標値を最終調整するというプロセスが踏まれる。地域レベルですでに機能している医師ごとの診療情報システムTSAPおよびSNIRにより目標値と実績値のチェックが行われ、医師に対して情報のフィードバックを行う。同時に、その情報は地域の医師の所属する組合組織に伝達され、正当と認められないような診療が行われた場合には医療保険が負担する社会保険料負担を停止する措置がとられる。目標値を超過したものについては翌年度の診療報酬引き上げに反映される。

自由料金セクター（セクター2）については、協約料金セクター（セクター1）の割合の低い地域において高額医療行為の35%を協約料金によって診療すべきことを定めている。また新たに昇格セクターを設けて、一般医、専門医を問わず5,000人程度にその資格を認め、協約料金を上回って設定される料金で診療することができるとしている。昇格セクターの意義は、セクター1の医師にとっては協約料金より高い料金で診療することができること、患者にとっては通常の協約料金で受診できるので、償還率はいままでと変わらないというメリットがある。

しかし、上記の医療費抑制に関する協約付属第3号文書は、医師組合等からの提訴を受けた参事院によって効力無効の判決が1992年7月に下されたため協約そのものも宙に浮いてしまった。ヴェイユ社会問題相は、当面の医療保険財政再建案を作成するとともに、医療費抑制は医師に不利益になるのではなく、むしろ報酬の引き上げにつながるとして当事者に対して早急に新たな協約を締結するよう促し、新協約には、地域ごとに医療費抑制に関する契約を結び、設定される医療基準や医療費抑制目標に関する義務事項が守られない場合の制裁措置などを含む

よう求めた。1993年9月によく開業医療について107億フランの節減を含む全国協約が調印された。新協約締結に伴って、特定の疾病に関する医療基準が設定されることになった。また7%を上回っている医療費の増加率を1994年度には3.4%に引き下げ、セクター2を凍結して選択セクター（協約料金超過分も含めて償還対象となる）を新設することなどに合意した。1990年全国協約の第3号付属文書は廃棄されたものの、昇格セクターが選択セクターに代わり、医療費予測増加率、医療費目標地域契約などは、1993年協約において医療費増加予測目標値 (taux nationaux de croissance prévisionnels)、拘束力をもつ医療基準ないしは医学的指針 (références médicales opposables) などとなったが、ほぼ医療費抑制策の実質は受け継がれた。

医療費増加目標値は、協約加入医に診療報酬を対象とし、その増加を一定の範囲に抑えるための目標値を毎年12月15日までに定めるもので、医療基準、地域特性、人口高齢化、疾病構造、感染性疾患、医師の構成、医療技術の進歩、他の医療職種とのあいだで交わされる規制協定などを考慮して決められる。医療費増加目標値は強制力をもたないが、拘束力をもつ医療基準の適用による効果が期待されている。医療基準は、病理学医療技術、治療法などの観点から専門委員会を選んだ65の疾患・治療に関して定められ、すべての医師に拘束力をもっている。医療基準が守られない場合には、その度合いに応じて決められている指数を用いて算出した額を医療保険が負担する社会保険料の対象から外すという金銭的罰則の適用を受ける⁹⁾。罰金は、医療費抑制のための広報活動や地域協約評議会に配賦される。

さらに、医学的継続管理の目的から健康手帳が新設されたが、これは複数受診による重複検査などをなくすこともめざしている。しかし、医師も患者も健康手帳に対して関心が薄く、罰則もないことから大きな無駄遣いであるという批判が噴出している。健康手帳は、いずれ医療行為のコード化と合わせてICカードに移行することが決まっている。

3 薬剤費抑制策

1970年代以降、卸業者や薬局のマークアップ率の引き下げ、償還率の引き下げ、償還対象薬の見直しなどの薬剤費抑制策が繰り返されてきた。EC諸国のなかでも薬剤消費がもっとも高いことが薬剤消費抑制の主な理由である。薬剤の消費量が多い反面（1993年時点で、医療費に占める薬剤費の比率はドイツの14.3%に対して、17.3%である）、薬剤価格は低い。SNIP（全国製薬工業会）のデータによるとフランスの保険薬生産価格指数は、スペイン、イタリアに次いで低く、ドイツはフランスの100に対して150である。薬剤費の伸び率は医療費の伸び率とほぼ同じように1980年代以降減少傾向を示しているが、全体的に薬剤費の伸びは医療費の伸びを上回っている。

1993年6月に、医療費財政再建案の名でヴェイユ・プランが提出されたが、そのなかで薬価決定についての見直しを求めた。これを受けて1994年1月に製薬業界団体SNIPと政府の薬価抑制に関する合意が成立した。合意は、国は医療保険における薬剤費に関する支出目標値を設定すること（94年度目標値0.7%）、関係者間の情報交換、医家向け医薬品情報・広告の是正、適正な医薬品使用を促進し、短期間内に販売促進費を削減すること、医療基準を遵守すること、

薬価算定方法の見直し、国と製薬企業間の個別目標値に関して協定を結ぶこと、薬価算定期間を短縮することなど、8つの項目にわたっている。1995年末までに製薬企業の92%に相当する115社がこの合意を受け入れて、医学的に妥当とされる適正な薬剤使用量や販売促進費、医学的効果、医療費節減効果などの医療経済に関する検討を基本とする協定を医薬品経済委員会(Comité économique du médicament)とのあいだで結んだ。1995年9月に、製薬企業と国とのあいだの個別協定の数量設定を超えた28品目に対する薬価引き下げが行われた。

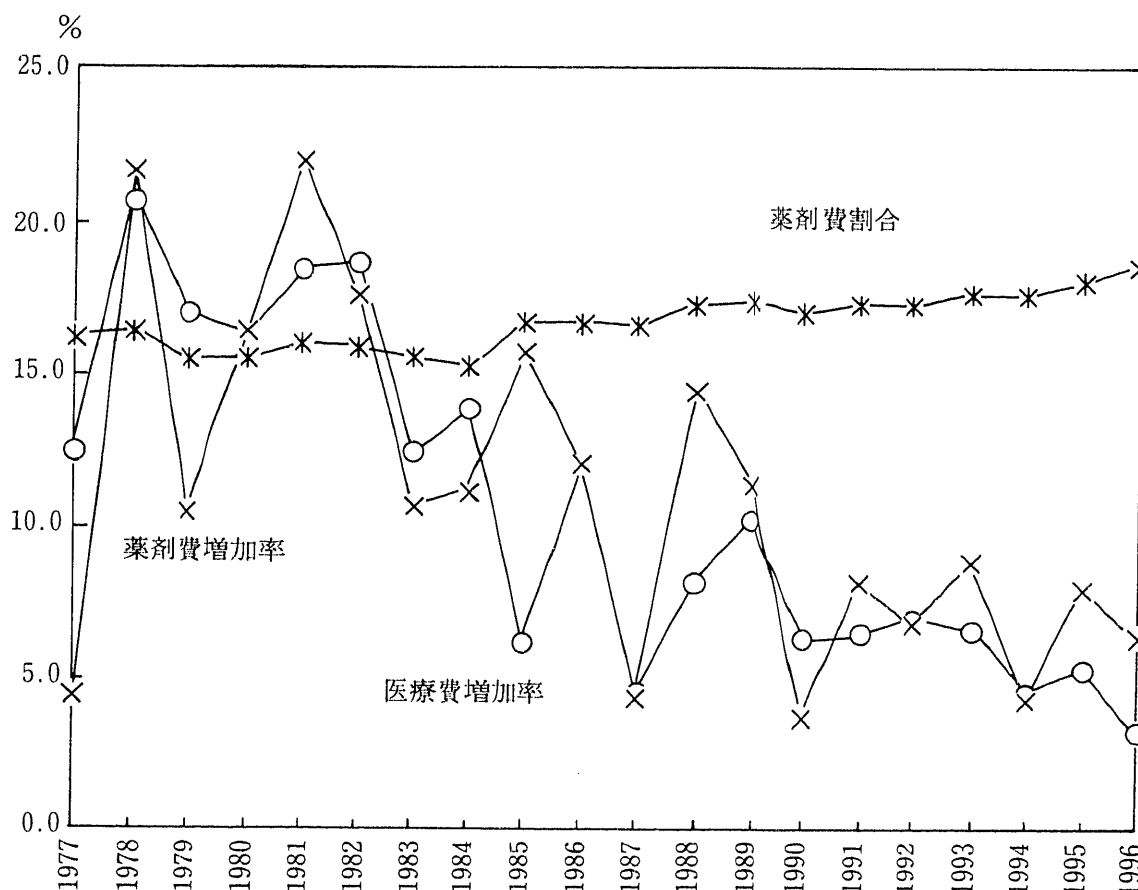
また薬剤の償還率引き下げが行われ、一般薬剤は70%から65%に5ポイント引き下げられ、

軽症疾患の治療に用いられる薬剤については40%から22%に引き下げた。同時に開業医の診療報酬の償還率も75%から70%に引き下げられた。

抑制策の効果は少なくとも1994年度については0.7%とされた薬剤費割合の伸び率目標値を下回り、実績値は-0.3%であった。薬剤費の伸びが減少した背景には心理的効果とともに、医療基準の導入による罰則適用やインフルエンザの影響が少なかったことなどがあることが指摘されている。

4 医療費抑制および薬剤費抑制の影響

医療費および薬剤費の増加は、1980年前後を



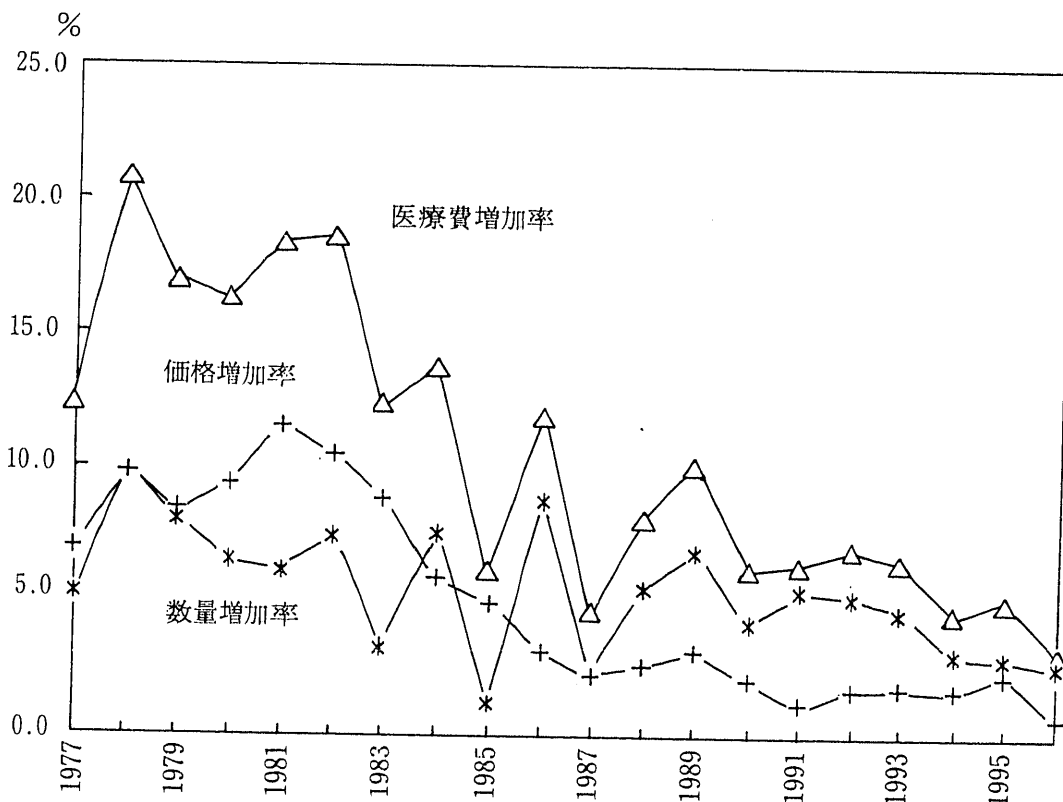
出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport Octobre 1996*, La Documentation Française.

図2 医療費増加率、薬剤費増加率および薬剤費割合の推移

ピークにして、以降、減少傾向を示しており、全体的には医療費抑制策の効果が浸透しつつあると考えることができる(図2)。医療費の伸びも薬剤費の伸びもほぼ同じような動きを示しているのは当然と言えるが、薬剤費の伸びは全体的に医療費の伸びを上回っている。その結果、医療費の占める薬剤費の割合は僅かながら上昇している。1985年の薬剤費増加率は、医療費増加率が前年に比べて低下したにもかかわらず増加している。しかし、1986年、1987年と薬剤費増加率は低下しており、デュフォワ・プランによる償還率引き下げの影響が遅れて現れたと見ることができる。

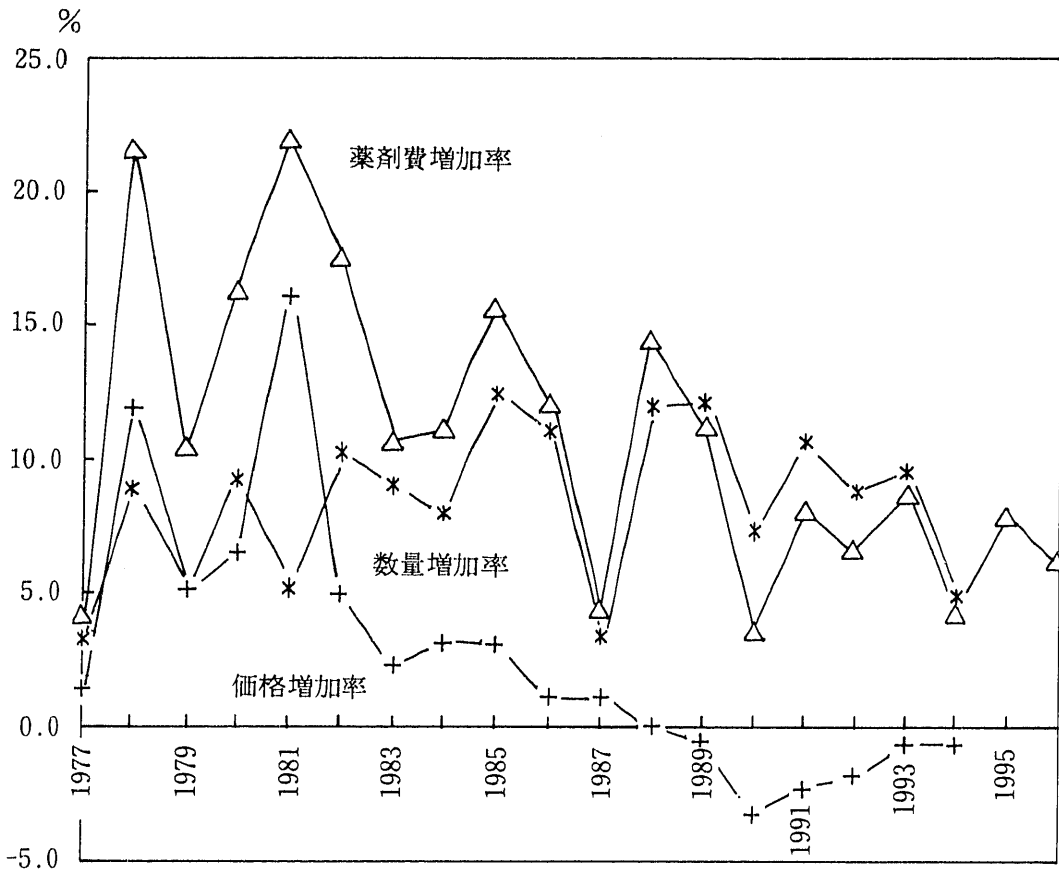
医療費と薬剤費の増加率を価格増加率と数量増加率に分けて見てみよう。医療費増加率も薬剤費増加率も数量増加率と同じような動きをし

ているが、薬剤費増加率に対する数量増加率のウェイトは医療費増加率に比べてきわめて高い(図3および図4)。とくに1990年代に入ると薬剤価格の伸びはマイナスであるから、薬剤費の増加はもっぱら数量増加によっていることになる。したがって、仮に価格が1980年代半ばの水準のままであったとすれば、薬剤費増加率の水準もほぼそのままに止まっていることになるから、薬剤費の増加を抑制するには数量の増加を抑制するのが有効な手段であるということになる。これまで数量抑制のためにとられてきた施策は償還率の引き下げと薬剤を償還対象から外すという患者の需要抑制を目的としたものであり、効果としては限界がある。今後の課題はいかに数量抑制を行うかということになるが、これは医師に対する薬剤処方抑制につながるの



出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1996, La Documentation Française.

図3 医療費増加率とその内訳(数量増加率および価格増加率)



出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1996, La Documentation Française.

図4 薬剤費増加率とその内訳（数量増加率および価格増加率）

で抵抗が大きいであろう。

薬剤費も含めた医療費全体について見れば、1990年代に入ってから価格は増加率も数量増加率もきわめて低い水準に止まっており医療費抑制効果は浸透していると考えられる。

一方、開業医を始めとして各医療職種および私立病院については1990年と1993年の全国協約によって医療費増加に対する全国数量目標（Objets Quotifiés Nationaux）が設定されている（表4）。たとえば、医療開業者に関して、1995年度は表5のように設定されている。一部実績をもとにした予測では、1995年度の数量目標は開業医とマッサージ師・運動療法士については達成されないと見られ、この結果は診療報酬引き上げに反映されることになる。

IV 社会保障改革（ジュペ・プラン）と医療費抑制策

第1次オイルショックまでのフランスの失業率は3%前後で推移していたが、石油危機以後、失業率は直線的に増加し1990年代に入って12%前後まで上昇している。高失業率と経済停滞によって税金や社会保険料の伸びは低下し、1990年代に入って一般財政赤字とともに社会保障財政の赤字が増大した。こうしたなか、欧州通貨統合への参加条件である単年度財政赤字が国内総生産の3%以内であることという条件が満たされないという危機感から、社会保障財政の縮小が最重要課題となった。1995年11月に、ジュペ首相は社会保障改革の断行を表明して国民

表4 医療関係職種ごとの医療費抑制措置

職種	実施年	協定当事者	対象	内容
私立病院	1992年	国, 医療保険金庫および私立病院	償還対象医療費	半年ごとに目標が設定される。目標値を超えた場合(または下回った場合), 翌年の対応する期にそれぞれに見合った調整(減額または増額)が行われる。
看護婦	1992年	医療保険金庫と看護職種	償還対象医療費	目標値を超えたり達成できない場合, 翌年の引き上げ時に反映される。個人に定められているAMIまたはAIS行為23,000回を超える場合, 所属する金庫に対して返還することが求められる。
検査センター	1992年	国, 医療保険金庫および検査センター	償還対象医療費	償還対象検査費用の伸び率が毎年設定される。超過した場合, 返還しなければならないが, 逆の場合には差額分の支払いを受ける。
開業医	1994年	医療保険金庫と開業医	償還対象医療費	毎年, 報酬と処方についての目標値が設定される。原則として, 目標値が遵守される場合にのみ診療報酬の引き上げが行われる。診療基準を守らない医師に対しては, 金銭的な制裁が行われる。
マッサージ師, 運動療法士	1994年	医療保険金庫とマッサージ師・運動療法士	償還対象医療費	毎年当該費用の伸び率が設定される。料金引き上げは, 目標が達成された場合に行われる。AMC または AMK 行為の上限を47,000回とする。超過した場合, 協約の停止または金庫による社会保険料負担を中止する。
製薬企業	1994年	国と製薬産業代表	償還対象医療費	国が毎年薬剤費伸び率の全国目標値を設定する。製薬産業を代表する企業は, その目標達成の責務を負う。
歯科医師	1994年	医療保険金庫と歯科医師	償還対象医療費	毎年歯科医療費の伸び率を設定。全国歯科診療基準を設定する。
視能訓練士・発音矯正士	1995年	医療保険金庫と関係職種	償還対象医療費	それぞれの職種について当該費用に関する全国目標値が毎年設定される。また, 関係職種の診療基準を設定する。
助産婦	1995年	医療保険金庫と助産婦	償還対象医療費	毎年助産婦関連費用の目標値が設定される。助産婦診療基準を設定する。

出所: Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport Octobre 1995

に大きな衝撃を与えたが, 1996年2月に社会保障財政計画法を国会の審議事項とするように憲法の改正を行ったのを手始めに, 4月には「社会保障組織」「医療費抑制」「病院改革」に関するオルドナンスが公布された⁵⁾。

「医療費抑制法」の提案理由において, 医療費抑制はフランスの福祉水準の切り下げと国民のさらなる負担増とを回避する唯一の道であるとして, 次のような施策を実施するとしている。

①全国保険会議および地域保険会議を創設

表5 全国数量目標値 (O.Q.N.)

	目標値	予測値	1996年 予測値
開業医	3	5.5	3.6
検査	4.5	4.8	2.5
看護婦	3.3	2.7	3.1
マッサージ・運動療法士	3.3	4	1.2
発音矯正士	5.9	5.5	3.7
視能矯正士	7	6.8	3.7
歯科医師	4.8	1.5	0.3

出所：C.C.S.S., *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1995

し、医療の需要と供給についての分析を行い、地域医療計画に反映させる。

②開業医の情報システムを促進するための近代化基金を創設する。

③医療保険の情報化に関し、西暦2000年のICカードの使用をめざして1998年までに診療報酬書類のコンピュータ化と電送化を実施する。医療情報を電送しない医師には事務費を自己負担とさせるというペナルティを課す。

④医師等の医療職種と医療保険とで締結する協定に関して、医療費の伸びを決める医療費目標値、診療報酬の改定、医療費の抑制方法などについて定め、毎年定められる医療費目標が守られるときは診療報酬改定のための準備金が医師に配分され、目標が守られない場合には目標超過の度合いに応じて医療費改定額は減額されるか、診療報酬支払いが停止される。

⑤医療職種別に診療行為と薬剤に関する医療基準が設定され、基準が守られない場合には金銭的な罰が適用される。

⑥医師削減を目的とする医師の早期退職に対する優遇措置（対象年齢を60歳から56歳まで

引き下げる）を講じる。

⑦住宅医療ネットワークに関するテストの実施。目的は、専門医志向を改めて一般医の役割を強化することである⁶⁾。

⑧健康手帳の交付と受診時の提示を義務づける。

⑨医療管理の効率化と強化。薬剤、患者の移動、傷病手当金などの処方が規則に反する場合、医療保険は地域医療協議会を介して不当と認められる金額の返還を求めることができる。

⑩医療費目標値決定と診療報酬改定に関する規則を定める。目標値は協約の付属文書により毎年定められる。目標値が守られる場合には、一定の範囲内で医師の活動に応じて医療費改定準備金から支払われる⁷⁾。目標値を超えた場合、医師に返還を求めるが、その条件は協約により定める。

⑪薬剤に関して、特許薬剤の類似薬品などの医療保険の給付対象となる薬剤リストへの登録条件や製薬企業に対する1996年度の特別分担金の賦課条件を定める。

こうした医療費抑制法に対する評価は、保険者、被保険者、医療担当者など立場によって、分かれるが、保険者はおおむね好意的である。しかし、医療保険全国金庫の金庫長を経験したクドゥローはもっぱら開業医を対象としており、製薬企業、検査機関などを対象としていないことから改革は即効力をもたないだろうと指摘している。もう一人の全国金庫の金庫長経験者ジョアネは国営化への途をめざすものだと評しているが、国営化というより民営化と表裏一体の試みであるように思われる。

おわりに

1997年5月の総選挙によって、社会保障改革を推進したジュペ首相の保守政権から社会党政権に政権が転換したことにより、社会保障改革のあり方、進め方が見直されることは必至である。医療保険改革に反対する病院勤務医や医学生、長期ストや国鉄年金改革に反対する国鉄ストなど、医療保険改革や社会保障改革に対する根強い反対があることを考えると、医療保険改革に少なからぬ変更が加えられることは避けられないだろう。少なくとも、被保険者に対する抑制策より病院や製薬産業に対する抑制策がとられることが予想されるが、医療供給側に対する抑制策を強めればそこに働く労働者の反発を覚悟しなくてはならない。経済停滞下における医療費抑制は、一方で国民により多くの経済的負担を課し、他方で医療関連産業の活力をそぐことになるという側面をもっている。どちらにも力点をおくことができないとなると、社会党政権下での医療費抑制策は後退せざるを得ない。社会党政権がどのような医療保険政策をとるのか、まだ明確にされていない。

注

- 1) 私立病院派の多くは医師個人の所有による家族経営である。近年、高額医療機器の装備が盛んになり、経営が悪化しているものも少なくなく、吸収合併による集中化が進んでいる。
- 2) 経常支出総額を総入院日数で除したものとされており、基本的には従来入院日額と変わらない。
- 3) フランスの社会保障運営の当事者参加原則についてはよく知られている。自主管理という点で民主的であるこの運営方式は医療費抑制や財政負担増などの場合に利害対立によって

機能しなくなる。一般医と専門医のあいだの医療費配分をめぐる対立、薬価引き下げや薬剤患者負担増などは製薬産業労働者の経済的問題につながり、労使それぞれの内部対立につながる。

- 4) 当初、医療基準の対象は非ステロイド抗炎症剤の処方、通常の抗生物質の処方、関節炎および脊椎疼痛の画像診断など23テーマが選ばれた。それぞれのテーマには何通りかの基準が決められ、基準ごとに0.5から1.5までの医学的重要度による指数 (indice de gravité médicale) と1から1.5までの費用指数 (indice financière) が割り当てられている。医学的重要度に応じて決められた違反回数を超えた場合に医学的重要度指数と費用指数を乗じて罰金の額が算出される。たとえば、医学的重要度1の医療基準を守らない回数が多い場合 (指数1.5)、罰金の額は 1.5×1 すなわち社会保険料1.5か月分となる。
- 5) Ordonnance n° 66-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, Ordonnance n° 66-3454 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et Ordonnance n° 66-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- 6) たとえば、患者の数が100人の一般医の場合、医療費目標値2.1%を守れば、患者1人あたり220フランすなわち年間22,000フランの割増金が支払われる。
- 7) 目標値の伸び率と別に行われる診療報酬では、たとえば年間の医療行為回数が6,000回であれば、3フランの改定の場合 $3 \times 6,000 = 18,000$ フランが支払われる。

参考文献

- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, La Documentation Française.
- Convention Nationale de Médecins, 1971, 1975, 1980, 1985, 1990, 1993.
- SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales 1996 *Comptes Nationaux de la*

- Santé*, La Documentation Française. Dr Francis Peigné 1991 *Notre Système Hospitalier et Son Avenir*, édition ENSP.
- Jean-Baptiste de Foucauld 1995, Le financement de la protection sociale, La Documentation Française.
- Michel Lépinay 1991 *SÉCU, Faillite dur ordonnance*, Clamin Lévy.
- Béatrice Majnoni d'Intignano 1987 *Santé mon cher souci*, Economica.
- Didier Tabuteau 1991, "Les nouveaux mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé", *Droit Social* N° 4.
- Le Plan Juppé, *Droit Social*, N° 3 Mars 1996.
- Le Plan Juppé II, *Droit Social*, N°s 9/10 Septembre-Octobre 1996.
- (ふじい・りょうじ 千葉大学教授)