

フランスの医療保険制度改革

稲森 公嘉

■ 要約

フランスでは近年、医療保険財政が急速に悪化しており、新たな改革が不可避となっている。

1995-96年のジュベ改革では、正義・責任・緊急性の理念の下、社会保障財政法など新たな制度構造の上に従来の医学的抑制策に加え医療費の会計的抑制策を導入し、医療保険財政の持続的な均衡を図ろうとしたが、制裁措置を伴う手法は医療従事者の反発により実際には機能せず、特に開業医療部門では医療費の抑制に完全に失敗した。

病院部門では、公的病院サービス参加病院と公的病院サービス非参加病院とで異なっている財政方式の統一化等を内容とした新たな改革が昨秋から進行中である。

年金改革が8月に終わったのを受けて、来年以降の新たな医療保険制度改革に向けた議論が今秋から本格的に始まっている。

■ キーワード

ジュベプラン、医療費目標、医学的抑制、病院改革

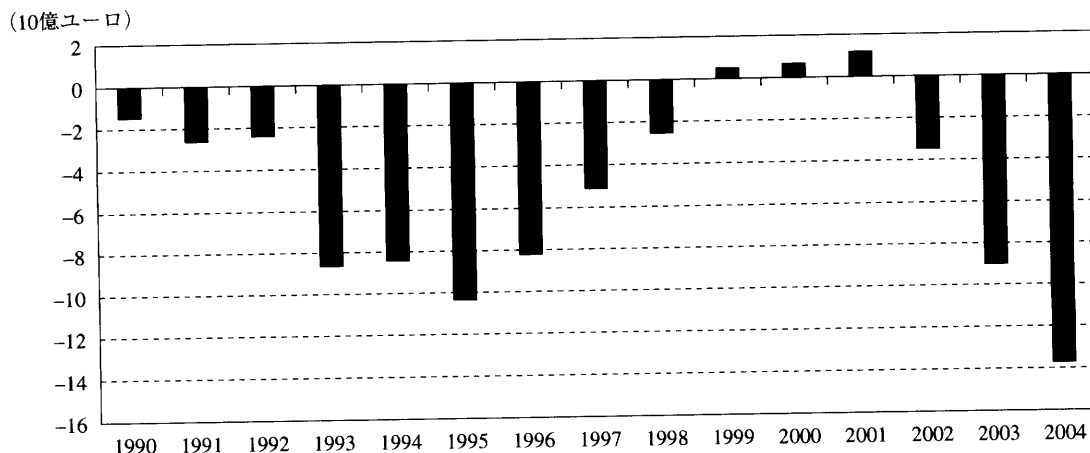
I 医療保険の財政状況

今夏フランスを襲った50年ぶりの記録的な猛暑はイル・ド・フランス地域圏の高齢者を中心に1万人以上の死者をもたらしたが、フランスは医療保険財政の急速な悪化にも直面している。今年9月の社会保障会計委員会の報告書によれば、近年の一般制度の収支状況は図1の通りである。好景気に伴い1995年をピークに赤字幅が年々縮小し、1999年から3年間は黒字を記録したが、2002年には一転して34億ユーロの赤字となった。2003年は89億ユーロの赤字(医療部門は106億ユーロの赤字)が見込まれ、このままだと2004年には赤字は136億ユーロ(医療部門は141億ユーロの赤字)に達すると予測されている。

このような急速な財政悪化の原因については、成長の鈍化による保険料収入の伸びの縮小、高齢

化の進展や医学の進歩による医療費の構造的な増加等、さまざまな要因が指摘されている。実際、好景気による保険料収入の伸びに支えられて財政が持ち直した期間も、その影で医療費は増え続けていた。今年9月の会計院の報告書¹⁾は、今回の財政悪化について、成長の鈍化よりも2000年以降の費用の急上昇に主たる要因があること、医療部門のみに赤字が集中していることを指摘している。実際、2002年の一般制度の部門別収支状況は、年金部門が17億ユーロの黒字、家族給付部門が10億ユーロの黒字であるのに対して、医療部門だけが61億ユーロの赤字であり、ひとり医療部門の赤字だけが突出している。医療部門の費用の伸びは予測をはるかに上回るペースで進んでおり、根本的な改革が必要な状況にある。

フランスの医療保険制度改革は、90年代以降の諸施策、特に1995-96年のジュベ改革においては



注：2003, 2004年は予測値。

出典：参考文献 [2] p.14.

図1 一般制度の収支の変化(1990-2004)

語れない。以下では、ジュベ改革とその後の展開を検証した上で、新たな改革に向けた現在の動向を検討する。

II ジュベ改革とその後の展開

1. ジュベ改革の概要

一般にジュベ改革とは、1995年11月に当時のジュベ首相が国民議会で発表した社会保障改革案(ジュベプラン)で提示され、同年12月の授権法律に基づき1996年に制定された5つのオルドナンス²⁾によって主に具体化された、一連の施策をいう。ジュベプランは、社会的正義の実現、責任の明確化、緊急性という3つの柱の下に、議会権限の強化から、国と社会保障組織との関係、組織、年金、家族給付、CSGの改革まで、多岐にわたる社会保障改革の施策を打ち出したが、ジュベ政権を退陣に追い込むことになった特別制度の対象者や高齢者等による激しい反発に遭い、実現したのは主に医療部門の改革であった。

以下では、医療部門に関するジュベプランの実

施状況について、会計的抑制および医学的抑制という2つの医療費抑制策とそれが立脚する新たな制度構造という3つの側面に分けて検討する。なお、ジュベプランに盛り込まれていたが1996年の時点では実現されなかった提案のうち、普遍的医療保障制度(CMU)は1999年社会保障財政法によって、医師の生涯教育は2002年3月4日法律(患者の権利法)によって、後に実現されている。

2. 新たな制度構造

ジュベ改革の成果の中で最も目立つのは、社会保障財政法³⁾(LFSS)の導入や地方病院庁(ARH)の創設といった制度的側面である。

社会保障財政法の導入は、個々の制度の枠を超えた社会保障制度全体について議会が責任を有することを明確にするものであった。1996年2月22日の憲法的法律により憲法47条の1が新設され、同年7月22日の憲法付属法で具体的な規律が定められた。社会保障財政法は、①保健医療政策ならびに社会保障政策の方向性および社会保障財政の均衡の一般的条件を定める目標を承

認し、② 法定基礎制度全体の収入額を類型ごとに推計し、③ 2万人以上の保険料拠出者または年金受給者を有する法定基礎制度全体の費用の目標額を給付部門ごとに定め、④ 法定基礎制度全体について全国医療保険費用目標(ONDAM)を定め、⑤ 個々の法定基礎制度について財源不足が生じた場合の他の非常財源による補填の上限を定める(CSS LO.111-3条)。このように社会保障財政法が他の法律や命令を枠付けるものであり、また、それにより制度改革が行われることも多いため、法案の内容をめぐる政治的に対立することも多く、2000年社会保障財政法案からは3年連続で合同委員会後の第2読会で元老院が修正案を否決する事態が続いた⁴⁾。また、最初の1997年社会保障財政法以降常に憲法院に付託されており、何らかの規定が違憲と宣言されている⁵⁾。

社会保障財政法については、議論が専門的な内容に偏り、大きな方向性を議論するという当初の目的を十分に達していないとの指摘もあるが、医療保険の問題が毎年定期的に議論されることの意義は大きく、すでに社会保障の領域に定着しているといえる。

また、1996年オールドナンスは、地方の保健医療政策の中心となる機関として、地方の病院政策の決定、公私病院の活動の調整、それらの病院の財源の決定を任務とする、地方病院庁を設置した。地方病院庁には、保健担当大臣が任命する事務局長の下、国の代表者と金庫の代表者が半数ずつで構成される執行委員会が置かれている。地方病院庁は個々の病院と多年度目標管理契約を締結し、活動報告を受けて各病院の予算を決定する。

地方病院庁の設置は、それまで国と疾病金庫とに分かれていた権限を地方単位で統合しようとしたものであり、ジュベ改革の重要な成果である。しかし、なお病院部門と開業医部門との間に区別が残っていることから、最近では地方病院庁を改

編して両部門を包括する地方医療庁(agençes régionales de santé)を設ける提案もなされている。

3. 会計的抑制

(1) 医療費目標制度の概要

社会保障財政法では法定基礎制度が負担する医療部門全体の目標額(ONDAM)が定められるが、これに基づいて、開業医療部門、公的病院サービス部門、公的病院サービス非参加の私的病院部門、社会医療部門のそれぞれについて目標額が定められる。

開業医療部門では、当初は、国と3つの全国金庫との間で締結される目標管理契約の毎年の追加書で開業医療費用推移予測目標を定め⁶⁾、さらに全国金庫と代表的医師組合の間で締結される医療協約の毎年の付属書で医療費推移予測目標を定めるとされていたが、2000年社会保障財政法により変更され、現在では、国と3つの全国金庫との間で締結される目標管理契約の毎年の追加書で、開業医療費用推移予測目標に加え、医療従事者の報酬と移送費を内容とする委託費用目標(ODD)及びその他の医療費用を定めている。

公的病院サービス部門については、総枠予算制施設の費用推移予測目標が保健担当大臣等により定められる(CSS L.174-1-1)。これは地方別に配分され、その額が地方病院庁によって各病院に配分される。

公的病院サービス非参加の私的病院部門では、保健担当大臣等により、基礎制度が負担する入院費用の全国目標額(OQN)が毎年定められる(CSS L.162-22-2)。これらの私的病院に対する医療保険の費用負担は、地方病院庁と各病院が締結する多年度目標管理契約の追加書で定められる料金表に従って行われる。

社会医療部門では、社会保障担当大臣等により年目標額が定められ、次に地方ごとに分けられ、さらに地域圏における国の代表者により県ごとに

分けられ、県における国の代表者によって受給者のカテゴリーごとに分けられる。

(2) 目標の実効性確保

目標が単なる「目標」で終わらず、直接的な会計的抑制の手段として機能するためには、目標の順守を確保する手段が必要である。この点で問題となるのは、料金表方式の部門（特に開業医療）である。実際、ONDAMが順守されたのは最初の年（1997年）だけで、1998年以降常に実績値がONDAMを超過しており、特に開業医療部門で目標額の超過が顕著である。

その主たる原因は、当初予定されていた目標超過時の返還制度の不実施による事実上の拘束力の欠如にある⁷⁾。1996年オールドナンスでは、実際の医療費が目標額を下回った場合には、その差額を協約医に対して活動実績に応じて（上限が設定される場合にはその範囲内で）支払うこととする一方で、実際の医療費が目標額を上回った場合には、協約医はその差額（超過分）を疾病金庫に対して返還するものとされていた。具体的には、付属書が定める診療科目別・地域別の目標の順守状況、医師の活動の伸びと相対的水準、特に処方の特徴、報酬超過の程度、拘束力を有する医療指標（RMO）の順守状況を斟酌して、医療協約で定める基準に従って、返還義務を負う医師とその返還額とが決定されることとされていた。

しかし、このような返還制度にCSMF等の医師組合は反発し、1997年に返還制度を盛り込んだ医療協約が一般医および専門医の各々について締結されると、協約の認可アレテの取消訴訟が提起され、専門医の協約は協約当事者の代表性要件の瑕疵を理由に、一般医の協約は返還のしくみが協約の所掌範囲を超えることなどを理由に、1998年に相次いで認可アレテが取り消された⁸⁾。一般医の協約では、全国目標のほかにも地域ごとに目標が定められ、地域目標が達成されなかった場合に当

該地域単位で返還が行われるとされたが、この点が、目標達成地域の医師はその活動水準の如何にかかわらず返還を免れることになるとして、取消理由とされたのである。

そこで次に1999年社会保障財政法で返還のしくみが規定されたが、今度は憲法院が違憲判決を下した。同法ではONDAM超過時の個々の医師の返還額について、協約当事者が各医師の所得水準や報酬に関する選択に応じて定めることができるとしたが、憲法院は、これらの基準は目的と無関係であり、返還額が個々の医師の活動規模と切斷されているとして平等原則違反としたのである。

コンセイユ・デタ判決および憲法院判決が問題としたのは返還制度自体ではなく、個々の医師の職業活動状況の如何を問うことなく分担金を負担させることになる具体的な制度設計であったが、政府は以後具体的な返還制度の設計を断念し、その代わりに、2000年社会保障財政法で、変動診療報酬キーワード（lettres-clés flottantes）という年度内調整のしくみを設けて、目標の順守を図ろうとした。それは、毎年協約の付属書で、医療行為集に記載された行為の評価の20%を限度とした修正を含む、目標の順守を確保するための措置について予め決めておき、医療費の追跡調査を少なくとも年に2回行い、目標を順守できそうもない場合には補正付属書で所定の措置をとり、料金表を調整するというものである（2003年改正前のCSS L.162-15-2）。このしくみは憲法院で合憲とされたが、これも医師組合側の反対に遭い、実際には全く機能しなかった。結局、変動診療報酬キーワード制は一度も実施されることなく2003年社会保障財政法で廃止された。

ジュベ改革が意図した目標制度による医療費の会計的抑制は、特に開業医療部門に関しては、完全に失敗に終わったといえよう。

4. 医学的抑制

フランスでは1990年代以降、医療の適正化を目

指した諸施策が展開された。それらは医療の質にも着目するが、「不適正な医療を排除することによって、不適正な医療によって生み出される無駄な医療費を削減する」という意図も有していたため、この側面に注目して一般に医学的抑制 (*maîtrise médicalisée*) と呼ばれている。その萌芽はすでに1980年代末のエヴァン改革や1990年の医療協約に見出されるが、法制度上の展開は、拘束力を有する医療指標 (RMO) を制度化した1993年1月4日法律や1993年の医療協約等に始まる。

ジュベプランは従来からの医学的抑制の理念を継承し、改革の重要な柱に位置づけた。ジュベ改革における医学的抑制策には、医療行為の適正化のための手段の強化、医療の情報化の推進、病院の評価・認証、医師の生涯教育等があった。

(1) 医療行為の適正化

医学上不要または危険な治療および処方排除することを目的とするRMOは、医療協約の追加書にはじめて登場して以後、その数を徐々に増やしてきた。ジュベ改革では、これをさらに増やして医師以外の医療従事者にも拡大する一方で、各テーマのRMOに適正行為勧告を付すこととし、新たに設置された全国医療評価認証機構 (ANAES) または医薬品庁がこれらを作成して、協約当事者が各々に拘束力を持たせるか否かを決定する方式に変更された。RMOに違反した医療従事者には、金庫代表と医師組合代表の同数構成で組織される機関の答申を経て、疾病金庫による社会保険料の代替負担額の減額やセクター2の場合には相当額の返還といった優遇措置の取消しに当たる制裁措置が課されることとされた。

しかし、当初から実効性が疑問視されていたように、同数構成機関が機能せず、RMOの不順守に対する制裁措置は実際にはほとんど行われなかった。また、制裁措置にかかわる機関として1996年オールドナンスで設けられた同数構成機関た

る地域圏医療委員会も、2002年社会保障財政法により廃止された。

ジュベ改革はまた、疾病金庫が行う医療監視にも医学的抑制の手段たる性格を持たせ、地域圏医療委員会を経る手続により医療監視に制裁措置を結びつけたが、同様に実際の制裁手続の発動は稀であった⁹⁾。結局、2003年社会保障財政法により制裁手続に関する条文 (CSS 旧L.315-3) は削除され、現在の医療監視は適切な診療に関する勧告をなすうにとどまる。

このように負のサンクションを伴ったしくみが上手く機能していない一方で、近年では、逆に正のサンクションを伴った個別の協定ないし契約を通じて医療の適正化を図ろうとする方法が増えており、複数の契約類型が現れている。それには集団締結型のものと協約等で規定する契約に医療従事者が個人加入する型のものがある。

集団型契約としては、2000年社会保障財政法で導入された適正医療行為協定 (AcBUS) がある。全国レベルでは協約の締結当事者間で (協約がない場合にはCNAMTSおよび少なくとも他の1つの全国金庫と少なくとも1つの代表的組合との間で)、地方レベルでは疾病保険金庫地方連合会 (URCAM) と協約に署名した組合が指名する代表者との間で (協約がない場合にはURCAMと全国的な代表的組合の代表者との間で) 締結され、保健担当大臣等により認可される (地方協定の場合はCNAMTSおよび少なくとも他の1つの全国金庫の同意が必要)。これは「行為の伸びの医療化された目標」とそれを達成するための活動について定め、目標が達成された場合に、節約された費用の一部を協定締結医に支払うしくみである (CSS L.162-12-17)。

個人加入型の契約としては、2000年社会保障財政法で導入された適正行為契約 (*contrats de bonne pratique*) がある。その内容は協約で規定され、個人として加入した個々の医療従事者は、行為の伸

びの目標のほかに、行為の評価、生涯教育、医療監視による活動の追跡調査等の義務を負う代わりに、疾病金庫による社会保険料の代替負担額が引き上げられ、セクター2の医師については協約で定められた報酬超過限度額が引き上げられる(CSS L.162-12-18)。これらの協定ないし契約がない場合には、CNAMTS および少なくとも他の1つの全国金庫の提案に基づき、あるいは大臣のイニシアチブにより、大臣が上記の協定ないし契約を定める(CSS L.162-12-19)¹⁰⁾。

以上のほかに、自由開業医地方連合(URML)が2002年末から開業医の職業活動の評価を開始している。ただし、評価を受けることは各開業医の任意であり、実際に評価を受けた医師の数は多くはない。また、URMLは評価結果を制裁措置に結びつけることを拒否している。

ジュベ改革では協約の枠組による制裁措置を伴った医学的抑制策が目指されたが、ジュベ改革以後の展開は、逆に非強制型、個人加入型の方向を向いているように思われる。もっとも、医療従事者の活動内容に踏み込むことはなかなか困難であり、医学的抑制はなお実効性よりも象徴的な意味合いの方が強いのが現状である。

(2) 医療の情報化

医学的抑制策と深い関連を有するものに医療の情報化の推進がある¹¹⁾。その1つは、1996年オールドナンスが規定していた医療保険電子償還請求システムの実現である。数年間の実験を経て患者のVitaleカードおよび医療従事者のCPSカードが実用化され、2000年から電子償還請求が本格的に始まっている。これにより償還手続の迅速化が図られ、償還期間が短縮されている。

このシステムの課題は情報量の乏しさにある。個人情報保護の必要から、現在Vitaleカードには保持者の氏名等の基礎的な情報しか記録されておらず、保持者の受診履歴等の健康情報は記録

されていない。また、診断名に関する情報等も診療の自由に対する干渉であるとする医療従事者側の反対により収集されておらず、償還のための診療行為のコードしか収集されていない。その診療行為のコードもそれほど細かく規定されているわけではない。そのため、電子償還請求による医療情報の蓄積は、患者の医学的管理の可能性や医療の標準化に寄与し得る可能性を秘めているものの、現状では医療費の適正化や医療の質の向上には大して役立っていない。

一方、特に公的病院部門を中心に進められてきたのが医療情報化計画(PMSI)であり、フランス版DRGである同一疾病分類(GHM)の作成に寄与している。後述する病院改革2007において病院部門全体の統一的な規律を可能にするのは、PMSIおよびGHMの発展である。

5. 小括

医療部門のジュベ改革は、従来の諸施策(医学的抑制策、国の役割の重視)を継承し拡大しつつ、目標制度による医療費の会計的抑制をも目指していた。それは初めて国が医療従事者と本格的に相対した改革でもあり¹²⁾、実効性を持たせるために拘束力のある諸施策を導入したが、結果的にはこれがそれまでの流れを壊すものとして、従来の医学的抑制策に協力してきた医療従事者の反発を買うことになった。返還制度や制裁措置といった強制的なしくみが実施困難に陥った結果、ジュベ改革は明らかに医療費の抑制に失敗した。今も医学的抑制に関して多様な契約手法が工夫されているが、ジュベ改革の結果が明らかにしたことは、医療従事者の協力が不可欠という当然の事実であった。

ただ、会計的抑制はジュベ改革の側面の1つであり、社会保障財政法等の新たな制度構造の定着や決定レベルの地方化の方向の継続等を看過して、ジュベ改革がすべて失敗したと断断してはならないだろう。

III 病院改革 2007

2002年11月にマテイ保健相は「Hôpital 2007」という病院改革案を発表した。この病院改革はすべての病院を対象とするもので、①老朽化の進んだ病院への投資計画、②公私病院の財政方式の統一化、③公的病院の購入方法の改革、④地域医療計画(SROS)を中心とした病院供給規制システムの整理、⑤病院間の協力関係の促進、⑥公的病院の内部管理の現代化という6つの柱からなる。以下では、このうち医療保険制度と特に関係する行為払い方式(tarification à l'activité : T2A)への病院部門の財政方式の一本化について述べる。

前述のように、フランスの病院は、総枠予算制の下にある公立病院および公的病院サービス参加病院と、全国目標額(OQN)の下にある公的病院サービス非参加病院とに区別されている。

公的病院サービス部門の財政方式は1984年から総枠予算制が行われているが、ジュベ改革により、各病院への予算配分は新設の地方病院庁が行うことになり、公的病院サービス非参加病院にも総枠予算制を選択する余地が認められた。以後、ONDAMの枠内で公的病院部門の総枠予算総額が定められ、人口、地域医療計画、公衆衛生上の優先事項、各施設の活動状況等に基づき、財源の地域間格差を段階的に減らす方向で、地方別に配分される。地方別予算総額は、前年度の活動実績に基づいて各病院が作成する施設計画および予算計画に基づいて、地方病院庁の事務局長により各病院に配分される。

総枠予算制に服しない病院については、2000年社会保障財政法が、1996年オールドナンスによる国、全国金庫および私的病院の代表組織の三面契約に代えて、国と私的病院の全国的な代表的組織との協定(CSS L.162-22-3)を導入し、この分野の権限を地方病院庁に統一した。毎年、この全国協定が全国単位での料金の平均的な伸び率等を定

め(協定未締結の場合はアレテで定める)、その後さらに地方病院庁と私的病院の地方組織との間で協定が締結される(協定未締結の場合は地方病院庁の事務局長が定める)(CSS L.162-22-4)。このような枠組の中、地方病院庁と各病院の間で締結される多年度目標管理契約の毎年の追加書で、当該病院の入院給付料金および年定額が定められる。目標管理契約を締結していない病院については、アレテが定める責任料金表が適用される(CSS L.162-22-5)。これらの料金表に基づき、実際に行われた病院活動の分について、疾病金庫から各病院に支払われる。

これらの現行の方式に関しては、①総枠予算制については、実際に行われた活動との結びつきが弱いために、活動の乏しい病院では既得権を生じる一方、積極的に活動する病院には予算不足を生じる、②全国目標額の下にある私的病院については、同一の行為に対する料金が病院によって異なるため、同様に既得権等を生じかねないなど、それぞれに問題点が指摘されていた。また、このような財政方式の相違は、部門を超えた病院間の協力関係や病院配置の再構成を阻害する要因になっていた。

そこで、以前から両部門の財政方式の一本化に向けた試みがなされてきた。例えば1997年以降いずれの部門の病院もGHMに基づく病院活動報告を地方病院庁に提出することを義務付けられ、地方病院庁はそれを総枠予算の決定または料金表の交渉において参考資料としてきたし、2000年社会保障財政法では5年を限度として「疾病に対する料金表に基づく新財政方式」(2002年社会保障財政法では「病院活動に基づく新財政方式」)の実験をすることが政府に認められていた。

今回の改革は、このような経緯の上に行われており、2003年に行われた実験(60施設と6地域圏が参加)の結果を踏まえて、2004年から順次、行為払い方式への切り替えが行われることになって

いる。関係規定の改正を含む2004年社会保障財政法案によると、行為払い方式は2004年1月から一部の公立病院を除くすべての医療施設について急性期の内科、外科、産科および歯科のすべての行為に適用される。さしあたり、精神科、リハビリテーション、長期療養、社会医療は行為払い方式の対象外とされた。疾病保険が負担する病院給付の種類やその請求手続、疾病保険が負担しない給付の種類は、コンセイユ・デタの議を経たデクレにより決定される。救急医療のように給付料金表のみに基づく報酬が適当ではない一定の活動については、デクレで定めるものにつき、給付料金に加え年定額が支払われる。国はこれらの給付全体について目標額(ODMCO)を定める。

併せて2004年1月1日から、従来の開業医療部門の医療行為集(NGAP)および公私病院部門の医療行為カタログ(CdAM)に代えて、開業医療と公私病院医療に共通の新しい医療行為共通分類(classification commune des actes médicaux)が実施される予定である¹³⁾。

行為払い方式を導入する1つの目的は、医療費の決定方式を単純化することによって、医療従事者に自らの活動の結果に対する責任を自覚してもらうこととされており、関係者の責任の明確化を目指したジュベ改革の延長上に位置づけることができよう。

IV 今後の展望

2002年春の大統領選挙におけるジョスピンの敗北とシラク再選後のラファラン内閣の成立、同年6月の国民議会選挙での右派の勝利により、1997年のジュベ退陣以後約5年に及んだコアピタシオンは解消された。右派政権の下で構想されたジュベプランが左派政権の下でも継続して実施されたことから、社会保障改革の必要性は政府の如何に拘らず否定し難いものとなっていることは確かであるが、コ

アピタシオンの解消により新たな本格的改革に取り組むための環境が整ったとみることもできよう。

ラファラン内閣で就任したマテイ保健相は、2002年9月末、社会保障会計委員会に、それぞれ、①国と医療保険との関係(ロランド・ルエラン元社会保障局長)、②ONDAMの医学的適正化(médicalisation)(アラン・クロム ANAES 事務局長)、③医療保険の分野における基礎制度と補足制度との関係(ジャン＝フランソワ・シャドラー社会保障監察総官)を検討する3つのWG(カッコ内は報告責任者)を設置し、医療保険改革の準備に入った。ルエラン報告は同年12月2日に、クロム報告は2003年3月31日に、シャドラー報告は2003年4月3日にそれぞれ提出されている¹⁴⁾。そして、年金改革がこの8月ようやく決着した¹⁵⁾のを受けて、いよいよ今秋から医療保険改革の議論が本格的に始まった。

まず、9月末に社会保障会計委員会から2003年および2004年の財政予測の報告書が出されたのを受けて、2004年社会保障財政法案が10月9日に議会で提出された。同法案は、医療保険財政の赤字をとりあえず安定化させることを目指し、収入面でタバコ税の引上げなどを予定している(CSGの引上げは行わない)。2004年のONDAMは対前年比4%増の1297億ユーロに、2万人以上の被保険者または年金受給者を有する法定基礎制度全体の医療・出産・障害・死亡部門の目標額は1436億ユーロに設定されている。なお、同法案には病院改革2007の実施に関連して公的病院の設備投資やT2Aの実施に関する規定も含まれている。

次いで10月13日にベルトラン・フラゴナル元CNAMTS事務局長を長とする「医療保険の将来に関する高等評議会」が首相府に設置された。同評議会は労使、国会議員、行政官、保険者(基礎・補足)、医療従事者、利用者のそれぞれの代表者に有識者を加えた53名で構成されており¹⁶⁾、すべての関係者による幅広い対話が意図されている。今

後の作業日程は、まず年内に¹⁸⁾現状に関する報告書をまとめた上で、来年1月から関係者と対話を行い、最終的には、来秋の2005年社会保障財政法案に改革内容を盛り込むために、来年7月までに改革についての結論を出す予定となっている。

シラク大統領は、改革の枠組について、完全な民営化や全面的な国営化という両極端の解決方法を否定し、医療保険制度を堅持する姿勢を示している。そこで、具体的にどのような方向の改革を目指すかが問題となるが、今後の議論ではまずシャドラー報告で扱われた基礎制度と補足制度の役割分担が争点となろう。ラファラン首相は、同評議会の設置の際、基礎制度の負担を軽減して一部の給付を補足制度へ移行させることを念頭に、集団連帯と個人責任との間の正当な均衡をどこに見出すかという論点を提示している。フランスでは基礎制度の償還率が必ずしも高くないため、それを補うものとして共済組合や民間保険による補足制度が発達しており、加入者の自己負担分等をカバーしている。この点については、従来から補足制度の加入者と未加入者の公平性が問題となってきたが、現在ではCMUにより低所得者にも補足疾病保険に加入する途が開かれている。したがって、基礎制度の償還率を引き下げた場合、いずれにせよ差額分が補足制度でカバーされるならば、医療費抑制効果はあまり生じないだろう。また、基礎制度と補足制度の全体で見ればどちらが負担するかというだけの話であり、補足制度への移行によりその分だけ今度は補足制度の保険料負担が増すことになる。他方で、補足制度の比重が増せば、医療政策や医療従事者に対する統制において補足制度の運営主体の重要性も高まるだろうが、このような方向性は、政府にとっては、公的費用の部分を減らすとともに、開業医療の統制という悩ましい問題を補足制度の保険主体に転嫁できるという意味で二重の利益になるとの指摘もある¹⁷⁾。

シラク大統領はまた、2004年社会保障財政法案

の閣議提出の際、「すべてのフランス人は社会保障の権利を有する」が「同時に浪費や濫用の回避に寄与すべき義務を有する」と述べている¹⁹⁾が、患者にも責任を持たせる(responsabiliser)ということが、単なる抽象的な理念にとどまるのか、それとも自己負担の引上げまたはそれ以外の形で制度化されるのか、という点も注目される。

しかし、最大の問題は医療従事者との関係である。医療保険財政の均衡のためには、会計的抑制が失敗した以上、医学的抑制の方向を進めていくほかに、結局は伝統的に強い「自由な医療」に対する実効的な統制の問題に帰着する。そこまで強く踏み込んだ改革が行われるかどうか、今後の議論の展開に注目したい。

注

- 1) 参考文献[3]の概要版8-11頁。
- 2) 1996年1月24日の2つのオールドナンス(社会保障債務の償還に関する50号, 社会保障の財政均衡回復のための緊急措置に関する51号)および4月24日の3つのオールドナンス(社会保障組織に関する344号, 医療費の医学的抑制に関する345号, 公私病院改革に関する346号)。
- 3) 1996年12月27日法律第96-1160号(LFSS1997), 1997年12月19日法律第97-1164号(LFSS1998), 1998年12月23日法律第98-1194号(LFSS1999), 1999年12月29日法律第99-1140号(LFSS2000), 2000年12月23日法律第2000-1257号(LFSS2001), 2001年12月21日法律第2001-1246号(LFSS2002), 2002年12月20日法律第2002-1487号(LFSS2003)。
- 4) 2003年社会保障財政法は、合同委員会で共通の法文が得られ、両議院で承認されている。
- 5) 1996年12月19日判決(LFSS1997), 1997年12月18日判決(LFSS1998), 1998年12月28日判決(LFSS1999), 1999年12月21日判決(LFSS2000), 2000年12月19日判決(LFSS2001), 2001年12月18日判決(LFSS2002), 2002年12月12日判決(LFSS2003)。
- 6) 社会保障財政法の公布の日から15日以内に追加書の合意に至らない場合にはアレテで定められる(CSS L.162-1-8)。
- 7) 以下の経過については、参考文献[12]80頁以下参照。
- 8) 1998年6月26日判決(専門医協約)および1998年

- 7月3日判決(一般医協約)。その後、一般医の協約は1998年に締結されたが、専門医の協約だけはまだ締結されておらず、協約に代わる最低協約規則が定められている(専門医の協約の締結交渉が再度行われたが失敗し、今年の9月25日に専門医の最低協約規則が改正されている)。
- 9) すべての医師を対象とする制裁手続には、ほかに、社会保険診療に関する特殊な懲戒裁判手続である専門的監督争訟があるが、依然として実際に制裁手続が発動されることは稀である。
- 10) 個人加入型の契約には2002年3月6日法律が導入した公衆衛生契約(contrats de santé public)もある。これも協約で規定され、これに加入する医療従事者は、医療ネットワークや予防活動等への参加について義務を負う代わりに定額報酬を受ける(CSS L.162-12-20)。
- 11) 参考文献[17]318頁以下参照。
- 12) 真の改革の必要性は与党のみならず野党の一部も共有していた。参考文献[8]123頁参照。
- 13) 参考文献[7]356頁。
- 14) いずれもLa documentation françaiseのHPで閲覧可能である。
- 15) 2003年8月21日法律。
- 16) 内訳は、労使の代表者15名、国民議会議員および元老院議員各3名、国の代表者5名、法定基礎制度の代表者および補足的疾病保険組織の代表者各3名、医療専門職の全国組織の代表者および医療施設の代表者各5名、利用者の代表者3名、有識者8名。
- 17) 参考文献[8]106頁。
- 18) 11月29日付ル・モンド紙によれば、報告書の提出は来年1月下旬にずれ込みそうとのことである。
- 19) Le Monde, 09/10/03。
- [3] Cour des comptes 2003. *La sécurité sociale. Rapport de septembre 2003*. (La documentation françaiseのHPで閲覧可能)
- [4] de Kervasdoué, J. 2003. “Les orientations en matière de politique de santé.” dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*. Dunod.
- [5] Droit social. 1996. *Le Plan Juppé*.- Droit social. 1997. *Le Plan Juppé III*.
- [6] Dupeyroux, J.-J., Borgetto, M., Lafore, R. et Ruellan., R. 2001. *Droit de la sécurité sociale*, 14e éd., Dalloz.
- [7] Dupont, M., Esper, C. et Paire, C. 2003. *Droit hospitalier*, 4e éd., Dalloz.
- [8] Hassenteufel, P. 2003. “Le premier septennat du « plan Juppé » : un non-changement décisif.” dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*. Dunod.
- [9] Regards sur l'actualité, 2002. *Finances publiques*. La documentation française.
- [10] Regards sur l'actualité, 2003. *Réformes pour la santé*. La documentation française.
- [11] 伊奈川秀和 2000『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規出版
- [12] 稲森公嘉 2001「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律(5)」『法学論叢』第151巻5号
- [13] 江口隆裕 1999「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥ フランス』東京大学出版会
- [14] 加藤智章 2000「フランス社会保障における財源と給付の構造」『海外社会保障研究』第130号
- [15] 藤井良治 1999「フランス社会保障における改革」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥ フランス』東京大学出版会
- [16] フランス医療保障制度に関する研究会編 2001『フランス医療関連データ集2001年版』医療経済研究機構
- [17] 原田啓一郎 2003「医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向」植村尚史編『個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究』(いなもり・きみよし 京都大学助教授)

参考文献

- [1] Code de la sécurité sociale. 2003. Dalloz. (本文中CSSと略記)
- [2] Commission des comptes de la sécurité sociale. 2003. *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2002 - Prévisions 2003 et 2004. Rapport de septembre 2003*. (La documentation françaiseのHPで閲覧可能)