

第26章 フランスにおける疾病保険制度改革

——ジュペプランの展開と評価——

稲森公嘉 (京都大学大学院)

I. はじめに——本研究の目的と内容

この研究プロジェクトの趣旨は、個票データを使用した医療の需給の分析により、医療供給・医療内容・医療費の関係を明らかにすることにある。財源が無限ではない以上、持続可能な医療保障制度の構築は必須の要請であり、この課題は独り日本のみが直面しているものではない。諸外国においても程度の差こそあれ同様に、本研究が検討の対象とするフランスでも、急速に拡大している疾病保険の財政赤字に直面して再び根本的な改革の必要性が問われている。

今から遡ること9年前の1995年秋、フランス政府は、1999年から始まる欧州通貨統合への参加条件——財政赤字が国内総生産の3%以内であること——をクリアするために、本格的な社会保障制度改革に着手したのであった。ジュペプランと呼ばれるその改革案は、社会保障のほとんどの部門に及ぶ幅広い内容のものであったが、恒常的な赤字体質にあり、当時赤字が増大していた疾病保険部門でも、医療費の抑制と疾病保険財政の持続的な均衡を主な狙いとしつつ、医療の質の確保や議会関与の強化など広範で重要な内容を含んでいた。

確かにジュペ改革の後、一時的に社会保障財政は好転した。だが、2002年以降、今度は以前を上回る勢いで再び疾病保険財政の赤字が拡大している。これは持続的な均衡 (*équilibre durable*) を標榜したジュペプランの失敗の証左にほかならない。ジュペプランは、当時のジュペ首相が述べたように「野心的な」改革案であったが、果たしてそれは適切な内容であったのか、また、当初のプランで意図されていた内容は、その後実際にどのような展開をたどったのか。このようなジュペプランの検証作業は、わが国においては、ジュペプランの紹介作業に比して、あまりなされていないが、失敗例は時に成功例よりも多くの教訓を物語るものである。

他方で、フランスの政治状況を見れば、1997年春の国民議会選挙で大統領与党の保守中道連合が敗北した後、5年間にわたって保守のシラク大統領と社会党のジョスパン首相という第5共和制史上3度目のコアビタシオン(保革共存政権)が続いていたが、2002年春の大統領選挙及び国民議会選挙でいずれも保守中道派が勝利したことにより、コアビタシオンが解消され、根本的な改革を行う環境が整ったと見ることができる。

以上のような疾病保険の財政状況と政治状況から、近い将来においてジュペプラン以来の重要な疾病保険制度改革が不可避であろうと推測されたこともあって(現に本調査の着手後、フランスでは2005年秋以降の改革に向けて議論が始まった)、ジュペプランを検証する——ジュペプランにより導入された諸制度・諸施策はその後どうなったか、

ジュペプランはどの部分が成功しどの部分が失敗したのか、ジュペプランが失敗した原因は何か、など——とともに、今後の医療保険制度改革の方向性について展望を得ることを目的として、医師組織や疾病保険金庫といったジュペプランの実施に関わった当事者へのヒアリング調査並びに関連文献の収集を行うこととした次第である。

II. フランス医療保障制度の概要と疾病保険の財政状況

1. 医療保障制度の概要

フランスの医療保障制度については、すでに昨年度の報告書でも仔細に述べられているので、ここでは以降の叙述に係る範囲でのみ触れるにとどめたい。

(1) 義務的 disease 保険と補足的 disease 保険

フランスの医療保障制度は、職域ごとに組織された義務的 disease 保険 (assurance maladie obligatoire : AMO) を基本とする。この義務的 disease 保険は、一般の被用者が加入する一般制度、自営業者の非被用者制度、農業従事者の農業者制度に大別される。図表 1 は、義務的 disease 保険について制度別の被保険者及び被扶養者数を示している。義務的 disease 保険の償還率は医療行為によって異なるが、平均的な償還率は約 75% である。

図表 1 義務的 disease 保険の制度別の被保険者及び被扶養者数

| | | | 被保険者 | 被扶養者 | 合計 | 構成比 |
|--------|------|---------|----------|----------|----------|--------|
| 被用者制度 | 一般制度 | 被用者・公務員 | 31765151 | 17867898 | 49633049 | 84.05 |
| | 特別制度 | 船員 | 92934 | 63036 | 155970 | 0.26 |
| | | パリ市交通公社 | 69805 | 31890 | 101695 | 0.17 |
| | | フランス銀行 | 27664 | 17388 | 45052 | 0.08 |
| | | 鉱業 | 194639 | 98462 | 293101 | 0.50 |
| | | 軍人 | 555035 | 410902 | 965937 | 1.64 |
| | | 公証人の被用者 | 65994 | 30583 | 96577 | 0.16 |
| | | フランス国鉄 | 411146 | 240632 | 651778 | 1.10 |
| 非被用者制度 | | 自営業者 | 1888559 | 979478 | 2868037 | 4.86 |
| | | 聖職者 | 42356 | 2136 | 44492 | 0.08 |
| 農業制度 | | 全体 | 2992390 | 1189367 | 4181757 | 7.08 |
| | | 農業経営者 | 1657235 | 628893 | 2286128 | 3.87 |
| | | 農業被用者 | 1335155 | 560474 | 1895629 | 3.21 |
| | | 小計 | 38105673 | 20931772 | 59037445 | 99.97 |
| | | 国民議会 | | | 6652 | 0.01 |
| | | 商業会議所 | | | 8332 | 0.01 |
| | | ボルドー自治港 | | | 871 | 0.00 |
| | | 小計 | | | 15855 | 0.03 |
| | | 合計 | | | 59053300 | 100.00 |

(注) 海外県を除く。被保険者には退職者を含む。

(資料) CNAMTS, Indicateur statistique - Résultats 2000-2001.

フランスでは、患者の自己負担部分 (開業医療の場合の償還されない部分又は病院医

療の場合の自己負担分) をカバーするために任意加入の補足的疾病保険 (assurance maladie complémentaire : AMC) が発達している。2002 年で約 1500 の運営主体があり、その主なものは共済組合や相互扶助組織である。補足制度の加入率は年々上昇しており、今日では約 9 割が補足制度によってカバーされている。

さらに、1999 年 7 月 27 日法律により実現された普遍的疾病給付 (couverture maladie universelle : CMU) は、義務的疾病保険の未加入者を一般制度に加入させるとともに (基礎的給付)、低所得の補足制度未加入者に対して補足制度に加入する途を開いた (補足的給付)。

このような二段階の疾病保険制度の存在——すべての国民をカバーする義務的疾病保険と、大多数の国民をカバーする補足的疾病保険——が、フランスの医療保障制度の 1 つの特徴である。

(2) 診療報酬

診療報酬に関する仕組みは、開業医と病院とで異なる。

開業医療については、開業医の診療報酬を含む社会保険医療の提供条件は、後述する医師組合と全国疾病保険金庫との間で締結される全国医療協約において取り決められる。協約への加入は任意であり、医療協約の効力は、協約の締結当事者たる医師組合の組合員である医師等の協約に加入する医師 (協約医) にのみ及ぶ。

開業医療の場合には保険給付が償還払い方式であることから、開業医が患者に報酬を請求する際の料金表と被保険者が疾病金庫に医療費の償還を請求する際の料金表という 2 つの料金表が存在することになる。この観点から、開業医は図表 2 の 4 種に分かれる。

図表 2 診療報酬の観点からの開業医の分類

| | 報酬請求時の料金表 | 償還時の料金表 |
|--------|-------------------|---------|
| セクター 1 | 協約料金 | 協約料金表 |
| セクター 2 | 自由料金 | 協約料金表 |
| DP | 自由料金 (永久的超過料金請求権) | 協約料金表 |
| 非協約医 | 自由料金 | 職権料金表 |

一方、病院の財政方式は次のようになっている。まず、公立病院及び公的病院サービス参加病院 (PSPH) については、1984 年から総枠予算制 (dotation globale : DG) がとられている。総枠予算総額は、財源の地域間格差の解消を考慮しつつ、人口や活動実績等に基づいて地方別に配分され、次に、この地方別総枠予算額は、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及び予算計画に基づいて、後述する地方病院庁の事務局長により各病院に配分される。

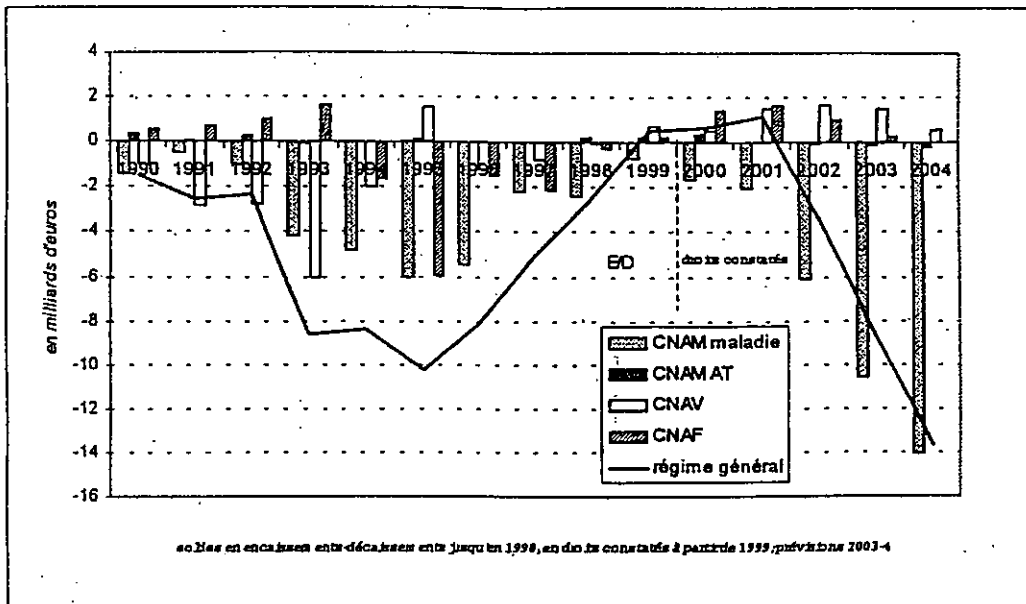
これに対し、民間営利病院及び公的病院サービス非参加民間非営利病院については、国と私立病院の全国的な代表的組織との協定により毎年全国単位での料金の平均的な伸び率等を定め (協定未締結の場合はアレテで定める)、次いで地方病院庁と私立病院の地方組織との間で協定が締結される (協定未締結の場合は地方病院庁の事務局長が定める)。

このような枠組の中で、地方病院庁と各病院と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及び年定額が定められる。多年度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。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。

2. 疾病保険財政の現状

毎年春と秋に社会保障会計委員会が社会保障財政に関する報告書を出しているが、図表3は、1990年以降の一般制度の部門別財政収支について、2003年9月の社会保障会計委員会の報告書が示しているものである。

図表3 一般制度の部門別財政収支の推移（1990-2004）



(注) 2003、2004年は予測値。

(資料) Commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2002 - Prévisions 2003 et 2004. Rapport de septembre 2003.

見て分かるように疾病部門は恒常的な赤字体質であるが、これまではある部門の赤字を他の部門の黒字で埋めることで対応してきたといえよう。ジュペ改革当時は、1993年からの急速な赤字の拡大によって本格的な社会保障改革が不可欠となったのだが、このときの赤字はひとり疾病部門のみの責任ではなかった。例えば、ジュペプランが発表された1995年には、一般制度全体の赤字が100億ユーロに達しているが、このときは疾病部門と同程度に家族給付部門の赤字も大きかった。

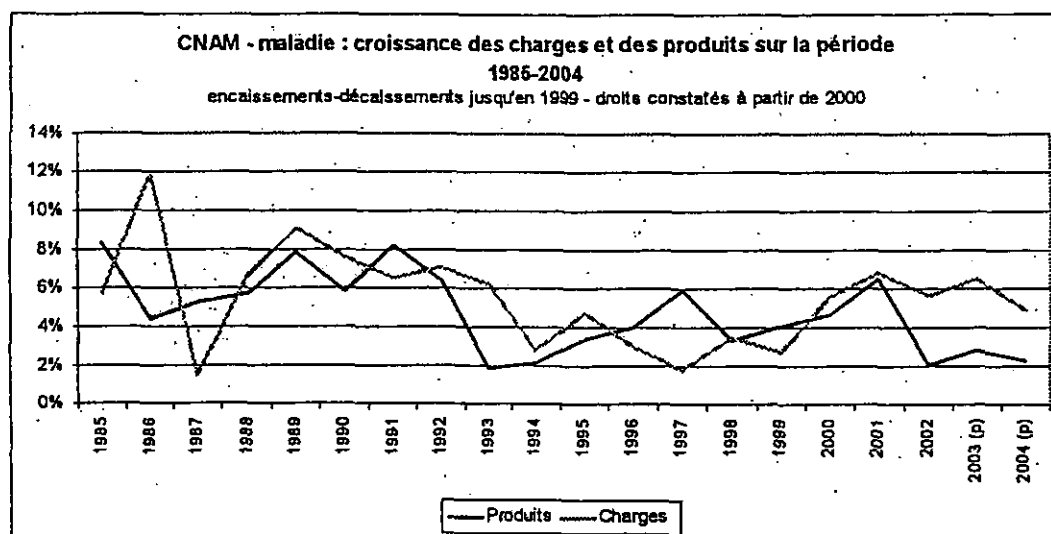
ジュペ改革の後、赤字幅は年々縮小していき、1999年から3年間はトータルで黒字を記録するまでに改善されたが、それも束の間、2002年には一転して34億ユーロの赤

字となり、2003年についてはジュペ改革前に匹敵する規模の、2004年についてはジュペ改革前を上回る規模の赤字に陥ることが予測されている。

ジュペ改革以後の一時的な財政の好転は、好景気による保険料収入の増加に支えられたものであり、この間も医療費は増え続けていた。赤字幅が縮小したとはいえ、疾病部門はやはり赤字であった。そして、ジュペプラン当時の状況と大きく異なるのは、今回の財政悪化がひとり疾病部門のみの責任であるということである。その原因については、成長の鈍化による保険料収入の伸びの縮小や2000年以降の費用の急上昇など、さまざまな指摘がなされている。いずれにせよ、図表4が示すように、2002年以降、収入の伸びと費用の伸びの間に3~4%もの開きがあり、これが急速な赤字の拡大をもたらしていることは明らかであろう。

かくして、フランスは何らかの根本的な疾病保険改革が再び不可避の状況にある。

図表4 CNAMTS 疾病部門の収支の伸び率の推移 (1985-2004)



(注) 2003、2004年は予測値。

(資料) Commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2002 - Prévisions 2003 et 2004. Rapport de septembre 2003.

Ⅲ. 疾病保険制度の主要関係者

本章では、疾病保険制度の関係者のうち、全国医療協約の当事者となる者について、それぞれ概観しておこう。

1. 疾病保険金庫

一般制度、非被用者制度、農業制度のそれぞれについて、2ないし3段階の疾病保険金庫が組織されている(図表5参照)。

このうち、全国医療協約の当事者となるのは、3つの全国金庫——全国被用者疾病保険金庫 (CNAMTS)、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫 (CANAM)、中央農業共済金庫 (CCMSA) ——のうち、CNAMTS と少なくとも他の1つの金庫である (社会保障法典 L.162-5 条)。

図表5 フランスの疾病保険金庫

| | |
|--------|--|
| 一般制度 | 全国被用者疾病保険金庫 (CNAMTS) 地方疾病保険金庫 (CRAM) 初級疾病保険金庫 (CPAM) |
| 非被用者制度 | 全国非農業非被用者疾病出産保険金庫 (CANAM) 地方疾病金庫 (CMR) |
| 農業制度 | 中央農業共済金庫 (CCMSA) 農業共済金庫 (CMSA) |

2. 医師組合

一方、医師側の当事者となるのは、任意団体である医師組合 (syndicat médical) である。

なお、フランスの医師会 (Ordre des médecins) は、医師の経済的利益等を追求する組織ではなく、職業の自律と職業倫理の確保を任務とし、医師の登録等の行政権限や職業倫理規程¹ (Code de déontologie médicale) への違反等を犯した医師に対する懲戒裁判権等をもつ強制加入の公的団体である²。両者を混同しないよう、注意する必要がある。

(1) 医師組合の歴史³

フランス革命期の政府は、アンシャン・レジーム下で個人を束縛していた中間団体を解体し、1791年6月14日-17日法律 (ル・シャプリエ法) により職業団体の結成を禁止したが⁴、19世紀になると、たびたび医師団体の結成と法認を求める動きが現れた。最終的に、1892年11月30日-12月1日法律 (シュヴァンディエ法) によって、職業利益を擁護する団体として医師組合を結成することが法認され⁵、翌年に、全国規模の団体として、100以上の医師組合を結集したフランス医師組合連合 (Union des syndicats médicaux de France : USMF) が結成された。

¹ Décret n°95-1000 portant code de déontologie médicale, J.O., 8 sept., 1995.

² フランス行政法学では、専門職同業団体 (ordre professionnel) として把握される。フランスの医師会については、稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律 (三)」法学論叢 151 卷 3 号 (2002 年) 24 頁以下、同「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律 (四)」法学論叢 151 卷 4 号 (2002 年) 43 頁以下を参照。

³ 以下については、M. Brémont, "Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre", Pouvoir, Avril 1999, p.119 et s.及び久塚純一『フランス社会保険医療形成史』(九州大学出版会、1991年) 133 頁以下等を参照。

⁴ 1791年3月2日-17日法律は既存の同業組合を全廃し、ル・シャプリエ法は労働組合の結成や広く結社を妨げる法律として重大な意味を持つことになった。

⁵ 1884年3月21日-22日法律 (職業組合法) は職業組合を法認したが、すべての職業に適用されたわけではなく、医師組合には適用されなかった。久塚・前掲書 135 頁以下を参照。

20世紀に入り、1928年にフランスで最初の社会保険法が成立するが（1928年4月5日法律）、その際、社会保険法案に対するUSMFの内部分裂から、1927年にUSMFは新たにフランス医師組合同盟（Confédération des syndicats médicaux français : CSMF）として再組織された。以後、CSMFが長い間唯一の医師の代表的組織として存在することになる。

ヴィシー時代に一時すべて解散させられた医師組合だが、リベラシオン後に復活した。その後、1960年の医療協約締結をめぐってCSMF内の反対派が1961年にフランス組合全国連合（Union nationale des syndicats de France）を結成し、これが1968年にフランス医師連盟（Fédération des médecins de France : FMF）と改称した。こうして1960年代からは二大組合の時代に入った。

1980年代になると、1981年に自由医師組合（Syndicat des médecins libéraux : SML）が、1986年にフランス一般医連盟（Fédération française des médecins generalists : MG France）がそれぞれ創設されて、現在の主要な医師組合がほぼ出揃った。1992年にはフランス外科医・専門医同業連合（Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français : UCCSF）が結成されている。

（2）医師組合の現況

医師組合（組合の連合組織も含む）には、種別・専門を同じくする医師で組織される垂直型の組合（syndicat vertical）と、異なる種別・専門にわたる医師で組織される水平型の組合（syndicat horizontal）とがあるが、全国医療協約の交渉・締結当事者となり得るのは全国的な代表的組合に限られる。現在の主要な医師組合はCSMF、SML、MG France、FMFなどである。これらの医師組合の現在の勢力を示す指標には、6年ごとに行われる職業選挙の結果と、協約締結交渉前に実施される代表性調査の結果がある。

①2000年の職業選挙（élection professionnelle）

1993年1月4日法律（トゥラード法）によって地域圏ごとに設けられた自由開業医地方連合（unions régionales des médecins libéraux : URML）の構成員は、6年ごとに行われる当該地域圏において協約体制の下で活動しているすべての医師による職業選挙で選出される。この選挙は、一般医と専門医のそれぞれについて、各組合が提出したリストに基づき、最大平均法の比例リスト投票方式によって行われる。

2000年5月に行われた第2回選挙の結果は、図表6の通りであった。1994年4月に行われた第1回選挙の結果と比較すると、一般医部門ではMG Franceの後退とCSMFの返り咲き、専門医部門ではFMFの後退、そして両部門ともにSMLの躍進を見取ることができる。

図表 6 第 1 回選挙及び第 2 回選挙の全国（本土+海外県）の合計結果

一般医

| | CSMF | SML | MG France | FMF | SMIF |
|------------|-------|------|-----------|------|------|
| 獲得票数 | 12855 | 4997 | 9716 | 1637 | 2194 |
| 議席数 (2000) | 252 | 73 | 171 | 22 | 32 |
| 比率 (%) | 40.9 | 15.9 | 30.9 | 5.2 | 7.0 |
| 議席数 (1994) | 150 | 33 | 311 | 21 | 5 |
| 比率 (%) | 28.8 | 6.3 | 59.8 | 4.0 | 1.0 |

専門医

| | CSMF | SML | UCCSF | FMF | SMIF |
|------------|-------|------|-------|------|------|
| 獲得票数 | 16296 | 6040 | 2067 | 1858 | 1190 |
| 議席数 (2000) | 357 | 111 | 34 | 30 | 18 |
| 比率 (%) | 59.4 | 22.0 | 7.5 | 6.8 | 4.3 |
| 議席数 (1994) | 317 | 96 | 57 | 50 | 0 |
| 比率 (%) | 61.0 | 18.5 | 11.0 | 9.6 | 0 |

総計

| | CSMF | SML | MG France | FMF | SMIF | UCCSF |
|------------|------|------|-----------|-----|------|-------|
| 議席数 (2000) | 609 | 184 | 171 | 52 | 50 | 34 |
| 比率 (%) | 55.4 | 16.7 | 15.5 | 4.7 | 4.5 | 3.1 |
| 議席数 (1994) | 467 | 129 | 311 | 71 | 5 | 57 |
| 比率 (%) | 44.9 | 12.4 | 30.0 | 6.8 | 0.5 | 5.5 |

(注) SMIF (Syndicat des Médecins Indépendants de France)

(資料) CSMF のホームページ (<http://www.csmf.org/elections/comparaison9400.htm>)

②2002 年の代表性調査 (enquête de représentativité)

全国疾病保険金庫が締結する全国医療協約の相手方は、1 または複数の最も代表的な組合組織である。毎回、新たな協約の締結交渉前に代表性の調査が行われる。代表性は、当該組合の組合員数 (effectifs)、独立性 (indépendance)、会費 (cotisations)、経験 (expérience)、古さ (ancienneté) を基準として、一般医と専門医のそれぞれについて認定される (社会保障法典 L.162-33 条)。特に、組合員数については、開業医である一般医または専門医の各総数の 5% 以上であることが要件となっている。

直近の調査は 2002 年の夏に行われた。その結果、一般医と専門医の双方を代表する組合と認められたのが CSMF と SML、一般医のみを代表する組合と認められたのが MG France、専門医のみを代表する組合と認められたのが FMF と UCCSF-ALLIANCE であった。MG France はもともと一般医のみの組合であるから、両方に申請したが一方しか代表性が認められなかったのは FMF と UCCSF-ALLIANCE ということになる。ここでも FMF の退潮と SML の躍進が看取される。

開業医の組合組織率は必ずしも高くはない⁶。依然として CSMF が最大組合であるが、一般医の中では MG France も有力である。近年は SML の伸長が著しく、今や CSMF に次ぐ第二位の組合となっている。それに対して、かつて CSMF とともに二大組合の一であった FMF は退潮著しく、今では少数組合である。

組合間の相違は、実際にはそれほど大きくはないとのことであった⁷。最大組合である CSMF は SML と協力関係にある。SML にはセクター 2 の医師が多い。FMF も大都市の医師や専門医が多い。一般医のみで構成されている MG France は、ジュペプランで導入されたかかりつけ医のしくみ（協約的選択）などに好意的である。

政治的立場については、どの組合も特定の政党との関係は持っておらず、政治的には中立であるとのことであった。ただ、MG France は理想的には左派寄りであるとみられている⁸。医師個人の立場では MG France を除いて多くは右派支持であろうが、右派の政府は理論的には自由の側に寄るとはいえ、その背後には官僚主義が存在するため、結局政府が右派であれ左派であれ変わらないのだとも言われている。

図表 7 医師人口 (2001 年 1 月 1 日現在)

| | 人数 | 全体比 | 女性率 | 開業医率 | 平均年齢 |
|-----------|---------|-------|-------|-------|--------|
| 医師全体 (本土) | 196,000 | 100% | 36.4% | 60.2% | 47.3 歳 |
| 一般医 | 99,246 | 49.1% | 35.8% | 70.0% | 45.6 歳 |
| 専門医 | 99,754 | 50.1% | 37.0% | 50.8% | 46.5 歳 |

資料 : DRESS, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, p.167.

IV. ジュペプランの展開

1. ジュペプランの概要

ジュペプラン又はジュペ改革という言葉で何を指すかは、それ自体議論のあり得るところだが、ここでは、1995 年 11 月に当時のジュペ首相が国民議会で発表した社会保障改革案⁹をジュペプランと呼び、このジュペプランで提示され、主に同年 12 月 30 日の授權法律に基づき 1996 年に制定された 5 つのオールドナンス¹⁰によって具体化された一連の施策をジュペ改革と呼ぶことにする。

ジュペプランは、社会的正義の実現 (justice)、責任の明確化 (responsabilité) 及び

⁶ CSMF の Wannepain 医師及び SML の Rua 医師によれば、開業医の組合組織率は 2~3 割程度である。高い未加入率の原因について、Wannepain 医師はフランス人における個人主義の強さを挙げていた。

⁷ 以下の記述は、SML の Rua 医師、CSMF の Wannepain 医師、CNAMTS の Dessaint 会計官に対するヒアリング調査による。

⁸ 確かに、1997 年に社会党のジョスパン政権下で一般医の協約に署名したのは MG France であった。

⁹ Voir, Dr. Soc., n°3, mars 1996, Le Plan Juppé, p.221 et s.

¹⁰ 1996 年 1 月 24 日の 2 つのオールドナンス (社会保障債務の返済に関する 50 号オールドナンス、社会保障の財政均衡回復のための緊急措置に関する 51 号オールドナンス) 及び 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 号オールドナンス、医療費の医学的抑制に関する 345 号オールドナンス、公私病院改革に関する 346 号オールドナンス) である。

緊急性 (urgence) という 3 つの理念の下に、議会権限の強化から、国と社会保障組織との関係の見直し、年金、家族給付、一般社会拠出金 (contribution sociale généralisée : CSG) の改革に至るまで、多岐にわたる社会保障改革の施策を打ち出した。しかし、実際には、特別制度の年金改革の対象となった公共部門労組や CSG の引き上げ等により負担増を強いられる国民各層、特に年金生活者らの激しい反発に遭い、公共交通機関のストなどでフランス全土が混乱する中¹¹、後退を余儀なくさせられ、特別制度の年金改革案が撤回されるなどしたため¹²、実現したのは主に医療の部分に関する改革であった¹³。

以下では、ジュペプランのうち疾病保険に関係する部分のその後の展開について、会計的抑制 (maîtrise comptable) 及び医学的抑制 (maîtrise médicalisée) 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 (architecture institutionnelle) という 3 つの側面に分けて見ていこう。

2. 新たな制度構造——議会の関与と地域圏レベルでの政策決定

ジュペ改革の成果の中で最も目立つのは、社会保障財政法 (loi de financement de la sécurité sociale : LFSS) の導入や地方病院庁 (agences régionales d'hospitalisation : ARH) の創設といった制度的側面である。

(1) 社会保障財政法

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及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義務的な基礎制度全体の収入額を類型ごとに推計し、③2万人以上の保険料拠出者または年金受給者を有する義務的な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 (objectif national de dépenses d'assurance maladie : ONDAM) を定め、⑤個々の義務的な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 (社会保障法典 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、それにより具体的な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がしばしばであり、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。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 (図表8参照)。

¹¹ ジュペプランをめぐるフランス国内の混乱状況については、軍司泰史『シラクのフランス』(岩波書店、2003年)2頁以下を参照。

¹² 特別制度の年金改革は2003年夏ようやく決着した (2003年8月21日法律)。

¹³ 前述した普遍的疾病給付の創設もジュペプランの内容に含まれていたが、実現したのは1999年7月27日法律によってであり、1996年に実現された他の改革よりも大分遅れた。

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。

図表 8 社会保障財政法 (LFSS) と憲法院判決

| LFSS | 成立年月日 | 憲法院判決 |
|-------|--------------------------|---------------|
| 1997年 | 1996年12月27日法律第96-1160号 | 1996年12月19日判決 |
| 1998年 | 1997年12月19日法律第97-1164号 | 1997年12月18日判決 |
| 1999年 | 1998年12月23日法律第98-1194号 | 1998年12月28日判決 |
| 2000年 | 1999年12月29日法律第99-1140号 | 1999年12月21日判決 |
| 2001年 | 2000年12月23日法律第2000-1257号 | 2000年12月19日判決 |
| 2002年 | 2001年12月21日法律第2001-1246号 | 2001年12月18日判決 |
| 2003年 | 2002年12月20日法律第2002-1487号 | 2002年12月12日判決 |
| 2004年 | 2003年12月19日法律第2003-1199号 | 2003年12月11日判決 |

(資料) <http://www.assemblee-nat.fr/budget/plfss/sommaire.asp>

(2) 地方病院庁

1996年の346号オールドナンスは、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 (directeur) の下、国の代表者と疾病金庫の代表者が半数ずつで構成される執行委員会 (commission exécutive) 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。これはまた、保健医療政策の決定レベルの地方化 (régionalisation) の表れでもある¹⁴。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 (agences régionales de santé) を設ける提案もなされている¹⁵。

3. 会計的抑制——目標の実効性確保手段の頓挫

ジュベ改革では、医療費を直接的に抑制しようとする会計的抑制と呼ばれる手法が用いられた。その手段として導入されたのが、医療費の目標 (objectifs) と目標の遵守を確保するためのしくみ——目標超過時の返還 (reversement) ——であった。

¹⁴ 他に、疾病保険金庫地方連合 (URCAM) の設置なども挙げられる。地方化については、C. Pascal et D. Piovesan, "Quelle régionalisation pour le système de santé ?" dans regards sur l'actualité, Réformes pour la santé, La documentation française, 2003, p.27 et s.も参照。

¹⁵ P. Hassenteufel, "Le premier septennat du « plan Juppé » : un non-changement décisif" dans J. de Kervasdoué (dir.), Carnet de santé de la France 2003. Dunod, 2003, p.145.

(1) 医療費目標

社会保障財政法では義務的な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民間病院部門、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、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一部変更され、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、医療従事者の報酬と移送費を内容とする委託費用目標（objectif des dépenses déléguées : ODD）及びその他の医療費用を定めている¹⁶。

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。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民間病院部門では、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（objectif de quantité national : OQN）が毎年定められる。なお、前述のように、これらの民間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が年目標額を定め、次いで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

① 返還制度

目標が単なる「目安」ではなく、医療費の直接的な量的抑制（会計的抑制）の手段として機能するためには、目標の遵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が遵守されたのは最初の年（1997年）だけで、1998年以降は常に実績値が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った。

開業医療部門が目標を遵守できなかった主たる原因は、当初予定されていた目標超過時の返還（reversement）のしくみが実施されなかったことによる、目標の事実上の拘束力の欠如にあった。1996年の345号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

¹⁶ CNAMTS の Dessaint 会計官によれば、この変更は報酬部分とその他の費用部分（薬剤費を含む）をそれぞれ別に交渉するためであった。

は、付属書が定める診療科目別・地域別の目標の遵守状況、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）の遵守状況を斟酌して、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。

② コンセユ・デタの取消判決

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及び専門医の各々について締結されると、相次いで協約の認可アレテの取消訴訟を提起した。そして、コンセユ・デタは、専門医の協約については協約当事者（UCCSF）が 5% の代表性要件を満たしていないことを理由に、一般医の協約については返還のしくみが協約の所掌範囲を超えること等を理由に、これらの協約本体及びその付属書・追加書を認可したアレテを取り消した（専門医協約につき 1998 年 6 月 26 日判決¹⁷、一般医協約につき 1998 年 7 月 3 日判決¹⁸）。

1997 年の一般医協約における目標—返還のしくみは、次のようなものであった。目標は、全国目標に加えて地域ごとに定められた。全国目標が達成されなかった場合に目標不達成時の返還が問題となるが、実際に返還義務を負うのは地域目標を達成できなかった地域のみであり、当該地域の目標超過分について当該地域の医師が返還することとされていた。コンセユ・デタは、この点について、目標不達成地域の医師は僅かであれ返還義務を負うことになるのに対して、目標達成地域の医師はその活動水準や特徴の如何にかかわらず返還を免れることになるが、社会保障法典の規定は、全国目標を超過した場合に、特定の地理的区域で職業を遂行する医師の全体についてあらゆる返還を免除することを協約当事者に許容するものではないとしたのである。

③ 憲法院の違憲判決

そこで今度は 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すことになった（1998 年 12 月 18 日判決）¹⁹。同法では目標を超過しそのような場合には料金表の調整を行うこととし、それでも目標を超過した場合には協約医が「協約上の分担金」（*contribution conventionnelle*）を負担するとした。この分担金額は超過した年に職業活動から得た収入に応じて協約医間で分配されるが、協約当事者は医師の所得水準や報酬に関する選択に応じて段階化することができるとした。付託者らは、このようなしくみは集団責任を負わせるものであり、法の前の平等や公の負担の前の平等を侵害するものであると主張した。

憲法院は次のように判じた。立法者は目標—返還制度を設けることができるが、その

¹⁷ C.E., 26 juin 1998, Confédération des syndicats médicaux français et autres, RDSS, p.755 et s., note L. Dubouis.

¹⁸ C.E., Ass., 3 juill. 1998, Syndicat des médecins de l'Ain et autres, J.C.P., 1999, II, 10012, obs. G. Guiheux ; RDSS, p.755 et s., note L. Dubouis. Voir aussi, X. Prétot, L'annulation de la convention nationale des médecins generalists, Dr. soc., n°9-10, septembre-octobre 1998, p.817 et s.

¹⁹ Cons. const. décis. n°98-404 DC du 18 déc. 1998, Rec. CC, p.315 et s.

具体的な制度設計に当たっては、平等原則を尊重して、医療費軽減という目的に見合った客観的かつ合理的な基準に基づいて評価すべきである。しかるに、同法は、超過年における個々の医師の行動の如何を問うことなく、職業上の所得を基礎とする分担金を医師に負わせており、これは客観的・合理的基準に基づくものではない。よって、これは平等原則違反である、と。

なお、先の1997年協約の取消判決を受けて、1998年11月26日にMG Franceとの間で一般医の協約が再度締結されていたが、同協約は医療費目標の管理について、認可の時点(12月4日)ではいまだ発効していなかった1999年社会保障財政法の条文を一部先取りしていたため、認可アレテが部分的に取り消された(コンセイユ・デタの1999年4月14日判決²⁰)。

④ lettres-cléfs flottantes の導入と挫折

コンセイユ・デタ判決及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-cléfs flottantes*)という当該年内の事前調整のしくみを設けて、目標の遵守を図ろうとした。目標を超過した場合の返還の仕方を考えるのではなく、そもそも目標を超過しないように事前に料金表を調整しようとしたのである。このしくみは、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、目標の遵守を確保するための措置について予め定めておき、医療費の追跡調査を少なくとも年に2回行い、目標を遵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った(2003年改正前の社会保障法典L.162-15-2条)。開業医の診療報酬は医師の各行為のキーワード(*lettre-cléf*)に付された点数(*cotation*)に単価(*tarif*)を乗じて算定される。ところで、*lettres-cléfs flottantes*は、この点数を費用の動向に応じて年度中に変更することで、あるキーワードのユーロ相当額を引き上げ又は引き下げようとするのである。

今度は、憲法院は、このような料金表の変更について、「医療費の過度の増加に関係する諸活動を行う医療従事者に適用されるべきものであり、料金の引き下げは将来についてのみその効果を生じる」として平等原則違反ではなく、客観的・合理的基準に基づくものであるとした²¹。だが、この調整は将来に向かって効果を生じるにすぎず、あくまでも年の途中で行われるものであって、年度末に帳尻を合わせるものではないため、目標の超過が完全になくなるわけではなかった。そして、目標超過時の返還については何も定めていないのである。

確かにこれはサンクション(*sanction*)ではないが、実際に医師組合側が料金表の調

²⁰ C.E., Sect., 14 avril 1999, Syndicat des médecins libéraux et autres, RDSS, 1999, p.511 et s., note L. Dubouis ; Dr. Soc., n°6, juin 1999, p.600 et s., note D. Truchet.

²¹ Cons. const. décis. n°99-422 DC du 21 déc. 1999.

整に協力するかどうかは別である。そして、調整作業はただでさえ利害関係に関わる事柄だけに困難である上に、それが年に2回もあり、さらに、医師以外の医療関係職種とも行わなければならないのである。この点は、仮に最終的に帳尻を合わせるために年度終了後に料金表の調整を行うシステムを採用したとしても、同じ問題に直面することになる。もっとも、調整を将来に向かってではなく遡及的に行うとすればサンクションとしての性格をもつことになるので、返還制度と同様の法的問題も生じ得るだろう。

そして、実際にもこのしくみは医師組合側の反対に遭い、全く機能しなかった。法律上は協約当事者間で合意が成立しない場合には代表的医師組合への諮問の後に全国金庫の決定により料金表の調整を行うことができるとされていたが、医師は疾病保険制度の運営の多くの部分に関わっており、医師側の協力を得られなければ疾病保険制度が立ち行かなくなるため、金庫がこのような決定権を行使することは非常に困難であったといえる。

結局、変動診療報酬キーワード制も2003年社会保障財政法で廃止されてしまった。

以上のように、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、殊に開業医療部門に関しては、完全に失敗に終わったというほかはない。

4. 医学的抑制——非強制的枠組への回帰

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、対抗力を有する医療指標(*références médicales opposables*: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といってよい。

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

① サンクションの不機能：RMO、医療監視

医学上不要又は危険な治療及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、これを更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(*recommandation de bonne pratique*)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(*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*: ANAES)又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もたせる可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サンクションが課されることとされた²²。

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の不遵守に対するサンクションは実際にはほとんど行われなかった²³。また、サンクションに関わる機関として96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。

RMOは対抗力がポイントであったが、今では事実上お咎めなしのため、医療費の抑制にも役立っていない。医師はRMOの原則(principe)にはOuiと言うが、個々にRMO違反を問うと「個別事案だから」と答えるのである²⁴。

ジュベ改革はまた、疾病金庫が行う医療監視(contrôle médical)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(comité médical régional)を経る手続により医療監視にサンクションを結びつけたが、同様に実際の制裁手続の発動は稀であった。結局、2003年社会保障財政法により制裁手続に関する条文(社会保障法典旧L.315-3条)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しうるにとどまっている²⁵。

② インセンティブ型の契約手法：AcBUS、適正行為契約

このようにサンクションを伴った適正化のしくみが上手く機能していない一方で、近年では、逆にインセンティブ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(accords de bon usage des soins : 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及び少なくとも他の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(Unions régionales des caisses d'assurance maladie : 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及び少なくとも他の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」(objectifs médicalisés d'évolution des pratiques)とそれを達成するための活動について定め、目

²² 稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律(五)」法学論叢151巻5号(2002年)77頁以下参照。

²³ A. Ogien, Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle, RFAS, 2001, p.51.

²⁴ CNAMTSのDessaint会計官、Quatreboeuf医師及びMarty医師へのヒアリング調査による。

²⁵ このほか、ジュベ改革では社会保険医療に関する特殊な懲戒裁判手続である専門的監督争訟(contentieux de contrôle technique)の手続についても柔軟な利用が可能のように一定の変更を加えたが、実際にはその前後で特段の変化は見られない。

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（社会保障法典 L.162-12-17 条）。これはジュペ改革の医療費目標制度から目標不達成時の返還制度を除いた部分であるとも言える。

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（社会保障法典 L.162-12-18 条）。これらの協定ないし契約がない場合には、CNAMTS 及び少なくとも他の 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（社会保障法典 L.162-12-19 条）。

会計院によれば、2003 年 6 月時点で全国レベルの AcBUS が 13、地方レベルの AcBUS が 21 であり、いまだその数は少なく、すべての専門科目（*discipline*）・地域に AcBUS を広げることが課題となっている。AcBUS の医療費抑制効果は、早計には判断できないが、例えば、一般医によるアンギナの迅速診断検査（*tests de diagnostic rapide : TDR*）の利用を促すための AcBUS（2002 年 6 月認可）は、広域スペクトルペニシリンの販売数が 1 年間で 17%減少するという結果をもたらし、また、往診の適正利用に関する AcBUS の締結（2002 年）の後には、往診の回数が年平均で 18%減少している、といった例が報告されている²⁶。

③ URMLによる職業活動の評価

以上のほかに、自由開業医地方連合²⁷（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²⁸。また、URML は評価結果を何らかのサンクションに結びつけることを拒否している。

(2) 医療の情報化の推進

医療の情報化の推進については、すでに昨年度の報告書で扱われている²⁹ので、ここでは繰り返さない。現在の病院改革プラン（*Hôpital 2007*）における病院部門全体の統一的な規律を可能にしたのが医療情報化計画（PMSI）及び同一疾病分類（GHM）の発

²⁶ *Rapport de l'Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Annexes, pp.177-178,*

²⁷ URML は、医療制度の管理の改善及び医療の質の促進に寄与することとされ、医療制度の運営・開業医療の遂行・疫学・医療需要の評価に関する分析・研究、医療の質の観点からの職業活動の評価、予防及び公衆衛生活動、他の医療専門職種との連携、医師及び利用者への情報提供と教育などの活動を行う（1993 年 1 月 4 日法律 8 条）。さらに、1999 年社会保障財政法により、URML は ANAES と連携して開業医の職業実践の評価や評価手法・評価指標の普及にも当たることとなった。このような開業医の個人別又は集団的な評価は、ANAES が授権した医師によって行われる。

²⁸ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p.136.

²⁹ 原田啓一郎「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（平成 14 年度報告書）』（2003 年）303 頁以下参照。

展であることを付言するにとどめておこう。

(3) 病院の評価・認証

医療評価の分野については、すでに 1990 年に全国医療評価開発機構 (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale : ANDEM) が設立され、医療指標の作成などに当たってきたが、1996 年の 346 号オールドナンスは、従来の ANDEM の任務を引き継ぐとともに医療施設の認証(外部評価)を行う行政的公施設法人として、新たに全国医療評価認証機構 (ANAES) を設立した³⁰。

すべての医療施設は ANAES から認証を受けなければならないと、2001 年 4 月 15 日までに認証手続に入らなければならないとされた。だが、ANAES による病院評価については、いくつかの問題点も指摘されている。第 1 に、認証手続の遅れである。2003 年末時点までに訪問調査を受けた医療施設は 1142 施設と、全体の 38%にとどまっている³¹。第 2 に、医療の質の評価が十分になされていない。また、認証決定のうち、留保付きのものがかなりある点もやや問題であろう (図表 9)。

図表 9 2003 年 11 月 30 日現在の認証状況

| 認証決定の類型 | 決定数 |
|---------|------------|
| 勧告なし | 92 (14%) |
| 勧告あり | 353 (56%) |
| 留保あり | 181 (29%) |
| 重大な留保あり | 8 (1%) |
| 合計 | 634 (100%) |

(資料) Rapport de l'Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Annexes, p.218.

(4) 継続的医学教育

医学や医療技術の進歩に医師がついていくための継続的医学教育 (formation médicale continue) の義務化については、1996 年の 345 号オールドナンスで規定されていたが、その適用デクレがコンセイユ・デタにより取り消されたため、当該規定はその後死文化した状態にあった。そのため、2002 年 3 月 4 日法律 (患者の権利法) で再度、継続的医学教育について規定されることになった。

5. 小括

ジュペプランの成果の中には、社会保障財政法や地方病院庁、あるいは ANAES のよ

³⁰ ANAES の主要な任務は、①医療行為等の評価方法の開発や、医療指標や勧告の作成などにより、医療施設や開業医療における医療の質や安全の改善に寄与すること、②医療施設の認証手続の実施、③疾病保険から償還される医療行為等のリストについて意見を述べることである (公衆衛生法典 L.1414-1 条、社会保障法典 L.162-1-7 条)。さらに、2002 年 3 月 4 日法律 (患者の権利法) によって ANAES の任務は拡充されている。なお、ANAES 及び病院の認証手続については、原田啓一郎「医療の質保障に関する法的検討——フランスにおける医療認証と標準化を中心に——」九大法学 81 号 (2001 年) 160 頁以下を参照。

³¹ Rapport de l'Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Annexes, p.217.

うにすっかり世に定着したものもある。しかし、医療費の抑制という目的に関して言えば、完全に失敗したことは明らかである。

会計的抑制策は目標の実効性を確保することができず、ついには目標すら定めることができなかつた年まで現れた³²。また、医学的抑制策についても、サンクションを伴ったしくみについては、実際にサンクションが発動されることはほとんどなく、サンクションの手續自体も廃止されていく傾向にある。

代わりに、今日の医療費抑制策は、AcBUS や適正行為契約の進展、URML による医療評価など、インセンティブ付与型、非強制型、個別契約型のしくみに比重が移されている³³。それらは確かに直ちに医療費に影響を及ぼす類のものではないが、長い目で見れば、各医師・各医療施設の医療活動の外部的評価とそのフィードバックを通じて、医師や医療施設の行動を徐々に変えていく可能性がある。そして、そこで行われていることは、個々の医療活動の分析を通じた医療行為の適正化にほかならない。いっとき量的抑制を志向したフランスも、全般的に見ればこのような全世界的な潮流に棹差しているのである。

V. ジュペプランの評価

1. 当時の反応

1995年11月15日、ジュペ首相は国民議会において、後に「ジュペプラン」と呼ばれることになる、広範な社会保障制度改革案を発表した。その中でジュペ首相は、この改革が「包括的で野心的な、斬新でバランスの取れた真の改革」³⁴であることを強調した。与党が圧倒的多数を占める議会からは拍手をもって迎えられたが、野党・社会党の側にも、医療界に切り込む本格的内容の改革案を歓迎する声があった³⁵。今回のヒアリング調査でも、医師会の Calloc'h 医師は、ジュペプランについて、政界・経済界が初めて医療界に挑んだものであると評していた。

それでは、医療界、特に医師組合の側はジュペプランをそれぞれのよう受け取ったのだろうか。当時の各組合の対応を簡単に見ておこう。

まず、ジュペプランによる医療費抑制策に対して否定的立場を取ったのは CSMF、SML 及び FMF であった。SML は 1995 年 11 月 29 日に労働総同盟 (CGT)、労働総同盟・労働者の力派 (CGT FO)、統一組合連盟 (FSU) が組織したデモに参加し、次いで

³² 例えば、2002 年、2003 年については ODD が定められなかった。

³³ さらに、政策決定・枠組設定のレベルが全国単位から地域圏単位へと移っていく傾向にある。地方病院庁による病院予算の配分や保健医療政策の決定はその典型であるし、AcBUS も地方レベルでの協定が予定されており、実際に地方協定の数も多い。

³⁴ Dr. Soc., n°3, mars 1996, Le Plan Juppé, p.225.

³⁵ 後にジョスパン内閣で保健相を務めた社会党のベルナル・クシュネルも、「私はうわべだけの取り繕いを予想していたが、ここにあるのは野心的で果敢なプランだ」と述べ、ジュペプランの内容を評価している。Voir, G. Johanet, Sécurité sociale : l'échec et le défi, Seuil, 1998, p.123.

これら3組合は12月17日に医療の合理化や会計的抑制への反対を掲げて全国規模のデモを組織し、約3000人の医師を動員した。これらの組合は「自由戦線」(front libéral)を結成し、自由医療を擁護して反ジュペプラン、とりわけサンクシヨンのしくみに反対するメディア・キャンペーンを展開した。並行してこれらの組合の指導者は何度も関係閣僚やジュペ首相本人とも会談したが、目ぼしい譲歩が得られなかったことから、オルドナンスの出された1996年4月24日には、診療室を閉めたり無料で治療を行ったりしてこれに抗議した。また、5月1日からストライキ(grève du zèle)を開始し、労働停止証明書の発行拒否などを行っている。

これに対して、ジュペプランに賛成の立場を取ったのがMG Franceである。1997年に一般医の協約と専門医の協約がそれぞれ1つの医師組合と全国疾病金庫との間で締結されたが、その際の締結当事者となったのが、一般医ではMG Franceであり、専門医ではUCCSFであった³⁶。MG Franceは、ジュペプランを支持する労働組合(CFDT、CFTC、CGC)や共済組合が結成した「社会保障の野心的で連帯的な改革を支持する監視委員会」(le comité de vigilance pour une réforme ambitieuse et solidaire de la Sécurité sociale)の側に立ったのである。

2. 今回の調査から

あれから8年後、関係者は現時点でジュペプランをどのように評価しているのだろうか。今回の訪問では、疾病金庫側ではCNAMTSに、医師組合側ではCSMFとSMLにそれぞれ意見を聞いた。

(1) ジュペプランの成功点と失敗点

ジュペプランによる医療制度改革はすべてが失敗したわけではなかった。また、医師組合側もジュペプランのすべての側面に反対したわけではなかった。この点は、疾病金庫及び医師組合の双方に共通する認識である。

CNAMTS側は、ジュペプランが失敗したのは医療費の抑制という側面であり、それは広範なジュペプランの一つの側面でしかないことを強調し、今も残るジュペプランの重要な成果として、社会保障財政法及び地方病院庁と(重要性はやや劣るが)社会保障債務返済基金(CADES)の3つを挙げた。

SMLも、彼らが反対したのはジュペプランの中核部分であった目標-返還の制度の部分であり、他の部分(継続的医学教育、病院の組織改革等)には反対ではなかったと述べ、ただそれらは目標-返還の部分を隠蔽するものであったと評している。

³⁶ MG Franceが賛成の立場を取った理由として、アッサントウフェルは2つの理由を挙げている。第1に、ジュペプランには、MG Franceが長年主張してきた医療ネットワーク(filières de soins)の試験的実施が含まれていたことである。総じて、MG Franceは、ジュペプランが一般医に対して好意的であると捉えていた。第2に、より戦略的な理由であるが、MG Franceがずっと拒否してきた1993年の協約を終わらせる機会をジュペプランが提供したことである。P. Hassenteufel, op. cit., p.128.