

デュアル・システムの定着を図るために需要サイドに重点を置いた政策、2009年 HPST 法は医療供給体制の刷新を意図した。

以下では、本報告書で検討した具体的な政策手段を概略する。

公私関係の見直しでは、特にデュアル・システムとの関係で UNOCAM の設立が重要である。このような組織の整理統廃合・集約化が、2000年以降、大きな政策動向のひとつとなっている。

給付範囲の見直し、選択制の導入については、一部負担金など患者負担の多様化、“かかりつけ医”制度の導入が重要であり、選択制の導入では薬剤師にジェネリック選択権を付与したことがひとつの特徴である。

また、LFSS の制定と ONDAM の設定を契機として診療報酬基準の統一化が図られたことは、フランスにとっては大きな進歩といえる。保険給付としての診療内容の確定、医療費抑制のための客観的な基準として機能するからである。

2009年 HPST 法は医療供給体制に関する体制刷新をめざして、以下の四点を改革の柱とする。①医療施設の現代化、②医療の質の改善と良質な医療へのアクセス保障、③予防重視と公衆衛生、④地方医療保健システムの組織化である。これらの改革目的を実現し、権限の分散を図るため、ARS などの組織が創設された。

図 I - 1 - 1 社会保障と社会保護

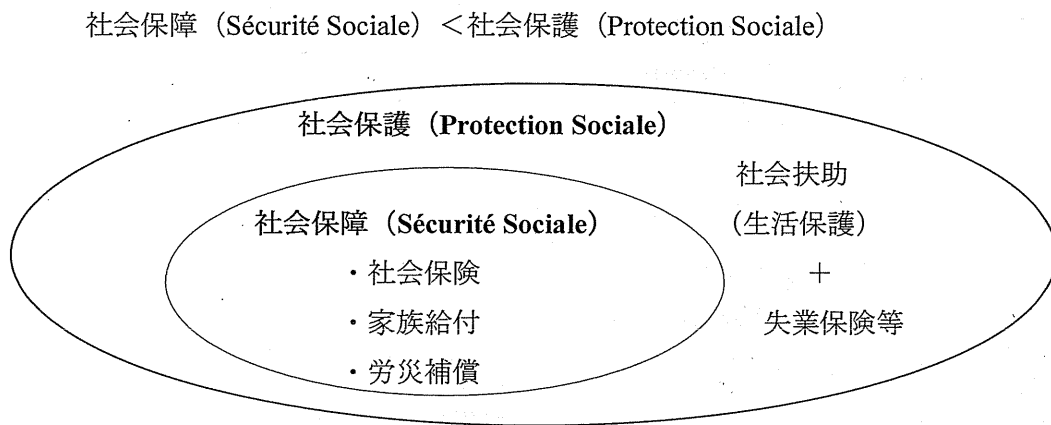
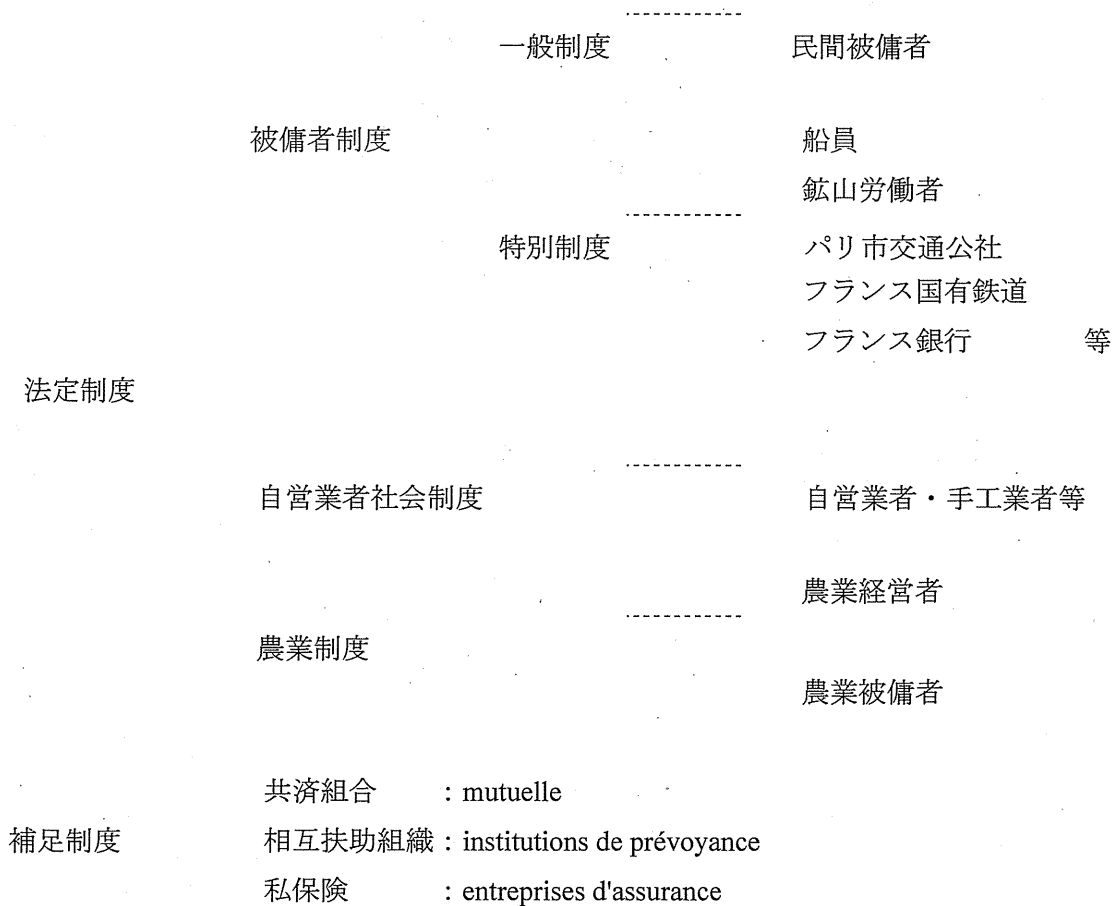


図 I - 1 - 2 社会保障制度の概要 = 職域保険の複数併存体制 (一般制度 : 約 8 割)



(1) 対象期間 : 1990 年代以降の構造改革、中心は 2000 年代の改革
 < 1990 年代以降の動き >

- 1990年12月29日：1991年度財政法律＝租税代替化への移行（CSGの導入）
- 1995年11月15日＝Jeppe Plan ジェペプラン：通貨統合に向けた財政削減
社会民主主義→議会民主主義：社会保障財政法律の導入
供給サイドに注目した医療制度改革
- 1999年7月27日法：普遍的医療給付（CMU）の創設
2003年8月21日法：年金改革
2004年6月30日法：介護連帯全国金庫
- 2004年8月9日法：公衆衛生法
- 2004年8月13日法：医療費抑制・医療保険体制の再編成
2005年1月18日法：社会統合プログラム法
- 2007年12月19日法：2008年度LFSS法＝薬剤負担金等の導入
- 2009年7月21日法：HPST法
2010年予算法：積極的連帯所得手当
- 2011年8月10日法：HPST法関連規定の制定
- 2011年12月29日法：薬剤関連法

II 各論

第1節 医療保障

1 公私関係の見直し

(1) 加入義務の範囲の見直し

フランスにおいて、公的医療保険に関する加入義務の範囲を見直すような動向は見られない。

(2) 民間保険の役割の変化

フランスには、公的医療保険による法定給付を補うための補足給付を提供する組織が3種類存在する。共済組合 (mutuelles)、労使共済制度 (institutions de prévoyance) および保険会社である。

2004年法は、これら補足給付に関連する組織を対象に、法定制度と補足制度との連携の強化を目的とする補足医療保険組織全国連合 (UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) を創設した^{*9}。需要サイドに着目した医療費抑制策として簡単に想定しうるのは、一部負担金の負担割合の引き上げや増額である。しかし、これらの措置を講じて、補足給付がその負担増加分を吸収してしまえば、医療費を抑制するという政策目的は達成することができない。このため、法定給付に関する政策は補足給付とも密接に関係する。ここに UNOCAM 設立の目的を見いだすことができる。

UNOCAM の任務は基本的に3つに集約することができる。諮問機関、協力参画組織および情報交換・協議機関としての役割である。このうち、最も重要な任務が諮問機関としての役割であり、義務的諮問事項と任意諮問事項とがある。義務的諮問事項としては、医療保険に関する法案および毎年制定される社会保障財政法律について、答申しなければならない (Css.L.182-3)。また、法定医療保険に関する償還率や患者負担額の変更に関する法案に対しても、UNOCAM に対する諮問が義務づけられる (Css.L.322-2)。さらに、公的医療保険の対象となる診療行為や給付の範囲に関する修正について、UNOCAM の諮問に対して UNOCAM 評議会が答申する。このほか、条文改正作業などについて、UNOCAM は自

*9 UNOCAM の設立メンバーは、フランス共済組合全国連盟 (FNMF)、フランス保険会社連盟 (FFSA)、労使共済制度技術センター (CTIP) およびアルザス地方共済補足医療保険制度管理機構で、その後相互保険会社連合 (GEMA) が 2005 年に加入し、さらに 2008 年に自営業者共済全国連盟 (FNIM) が加わった。代表理事のもと、7 名からなる役員会 (Bureau) が組織され、代表理事は FNMF 選出理事で、理事の構成は FNMF、FFSA および CTIP 各 2 名、アルザス地方管理機構 1 名から構成されている。議決機関である評議会は 33 名の評議員 (任期 3 年) および同数の補欠評議委員から構成される。33 名の内訳は、FNMF 17 名、FFSA 8 名、CTIP 7 名アルザス地方管理機構 1 名である。

発的に意見具申を行う。

協力参画組織として、UNOCAM は、UNCAM がさまざまな医療職団体を行う協約交渉に参画する(Css.L.162-14-3)。このほか、UNOCAM は医薬品経済委員会(CEPS)、医療データ研究機構(IDS)、地域保健庁(ARS)あるいは全国公衆衛生会議(CNS)など医療保障体制に関する様々な組織に参加し、議決権や意見具申を行うことが認められている。

情報交換・協議機関としての役割は、補足給付を提供する3種類の組織が一堂に会して、情報を交換し、補足給付を提供する組織体としての利害を調整する役割を担う。

2 給付の範囲の見直し、選択制の導入

給付範囲の縮減等に関連する施策としては、患者負担の多様化・強化をあげることができる。また、在宅入院制度の展開も、ある意味では給付合理化という側面をもつ。さらに、“かかりつけ医”制度の導入は、医療アクセスの合理化・適正化を目的とする。

選択制の導入については、ドイツほど明確な政策は採用されているとはいえないが、ジェネリック製剤の推奨が関連する。以下では、これらの施策について検討してゆく。

*フランスは、給付範囲の見直し・選択制の導入という政策を採用する以前に、病院の種別に伴う予算配分基準の違いを解消するため、診療報酬基準の統一化や、ONDAM 目標値の精緻化に力点を置いているように思われる。

(1) 給付範囲の縮減等

ここでは、①一部負担金のなど患者負担の多様化・強化、②在宅入院制度および③“かかりつけ医”制度の順で検討する。

①患者負担の多様化・強化

フランスの公的医療保険は、外来診療も入院診療も、原則として、償還払い方式を採用している。これは、受診した時点で診療に要した費用を全額、患者がまず医師や医療機関に支払う。次に、患者である被保険者の請求に基づき、保険者が被保険者に対して、あらかじめ定められている償還率に基づいて、患者の負担する一部負担金を差し引いた金額を払い戻すという方式である。したがって、償還率とは保険診療の給付率といいかえることができ、償還率を差し引いた比率が、患者の負担する一部負担割合ということになる。

わが国では、医療や薬剤の提供を受けた場合、それらのサービスに要する費用の一定割合を一部負担金として負担する。これ以外に、医療サービスを受けることに伴う負担を求められないため、一部負担金を自己負担金あるいは患者負担金といいかえることも多く、そのことに違和感はない。しかし、フランスでは一部負担金(ticket modérateur)のほかにも、受診時定額負担金(participation forfaitaire)、免責負担額(franchises médicales)、入院時定額負担金(forfait hospitalier)および事前承認(entente préalable)など、患者の負担する費目が数多く存在する。そして、それぞれに負担しなくてもいい対象者が異なるなど複雑でわかりにくい。ここでは、これら患者が負担しなければならない費目に応じて、それぞれの内容

を検討してゆく。

(a) 償還払い方式と一部負担金の減免

わが国における一部負担金は、年齢に応じた負担割合の違いは存在するものの、基本的に診療や薬材料の内容による取扱の差異は存在しない。しかし、フランスでは、医師による診察、入院時における治療、パラメディカルに関する施術などに応じて、あるいは薬剤についてもその効果や価格に応じて、一部負担金の負担割合が細分化されている。

償還率すなわち一部負担割合については、被保険者の社会的状況と疾病の性格ないし診療行為の内容に応じて、免除や減額の対象となる。

被保険者の社会的状況については、一部負担金の免除と減額による対応が存在する。障害年金の受給権者あるいは障害年金から老齢年金に裁定替えになった受給権者、労働災害により少なくとも3分の2以上の労働不能による年金受給権者、そしてこれらの配偶者、さらには出産に引き続く30日間までの新生児の入院については、一部負担金が免除される(Lss.L.322-3.11° .13° .14°)。これに対して、最低老齢所得保障受給者は一部負担割合を20%に減額されるだけである(Lss.R.322-3)。

疾病の性格ないし診療行為の内容に応じた減免についても、一部負担金を免除される場合と減額される場合の二つの類型がある。

まず、脳血管障害、パーキンソン病あるいはアルツハイマーその他の認知症など、6ヶ月以上の長期の治療を要する慢性疾患であり、治療に高額のコストがかかることを理由に特定長期疾病(ALD)として指定される30疾病の患者については、一部負担金は全額免除される(Css.L.322-3.3°)。

いまひとつは、一部負担金を減額される場合である。診療係数が60以上あるいは協定料金が120€以上の診療行為については、費用がどれだけ増加しようとも一部負担金を18€とする。一部負担金の最高限度額を18€としているともみられる(このため、forfait 18€とも標記される)。しかし、以下のような場合には、18€の支払いを免れる。障害年金・障害寡婦(夫)年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者、出生後13日までの新生児、入院期間が30日以上に及ぶ診療などである。

(b) 受診時定額負担金と免責負担額

本来であれば支給の対象となる保険給付の一定部分につき、保険者の支給義務を免責という趣旨で、受診時定額負担金と3種類の免責負担額が存在する。

受診時定額負担金は、2004年8月13日法に基づき、2005年1月1日から設けられた制度である。外来診療において、診察を受ける都度1€を負担するというものである(Css.L.322-2II)。二つの上限が設けられている。ひとつは、1日当たり1€および1医療職当たり1€という制限であり、いまひとつは年50€という上限である。妊婦、18歳未満の者、CMU受給者はこの負担を免れる。

3種類の免責負担金は、2007年12月19日法に基づき、医療保険のより一層の財政均衡

を実現するために制定された(Css.L.322-2III)。薬剤定額負担金、パラメディカル受診時定額負担金および移送時定額負担金といかえすることもできる。薬剤の1パッケージおよび1診療行為あたり0.5€、また移送1回当たり2€とされる。受診時定額負担金と同じように、年50€を上限とし、パラメディカルの診療行為については、1日当たり2€、移送については1日当たり4€を限度とする。この薬剤等定額負担金についても、妊婦、18歳未満の者、CMU-C受給者および労働災害の被災者はその負担を免れる。入院時に提供される薬剤や診療行為あるいは救急医療に関する領域に関しては、この定額負担金は適用されない。

(c) 薬剤の一部負担

薬剤の償還率は薬剤投与の必要性や薬価により5段階に分かれている。①非代替的かつ高価な薬剤、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤、③一般的な疾病に対する薬剤、④効果が低いとされる薬剤および⑤その他であり、償還率はそれぞれ、100%、65%、30%、15%および0%となっている。

また、受診時定額負担金に関連して、薬剤1パッケージにつき0.5€の免責負担金が賦課される。

(d) 入院にかかる負担

入院に関する患者負担には、基本的に、入院医療費にかかる負担とホテルコストともいふべき入院時定額負担とがある。

i) 入院医療費にかかる負担

基本的に、医療保険からの償還率は80%である。このため、20%が患者の負担となる(Css.L322-3.1')。このほか、個室料やテレビ代などの個人的な入院環境に要した費用、協約外の病院における追加的費用が患者の負担となる。

しかし、継続して30日以上入院する場合の31日目以降の費用については、20%相当額の負担も医療保険が全額負担する。また、以下のような人々の入院についても、医療保険が全額支給するため、患者が一部負担金を負担する必要はない。産前4ヶ月及び産後12日間の妊産婦、出生後30日以降の新生児、労働災害または職業病による入院、特定慢性疾患(ALD)による入院、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者およびその被扶養者、障害年金・障害寡婦(夫)年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者、さらには補足的CMUおよび国家医療扶助受給者の入院等である。

ii) 入院時定額負担金

24時間を超えて病院施設に滞在した患者は、ホテルコストとして、入院1日につき18€(精神科病院の場合には1日につき13.5€)の入院時定額負担金を支払わなければならない(2012年11月19日現在。Css.L174-4)。この入院時定額負担金は医療保険ではカバーされないため、患者が全額負担しなければならない。

しかし、産前4ヶ月及び産後12日間の妊産婦の入院、補足的CMUおよび国家医療扶助

受給者の入院、出生後 30 日以降の新生児の入院、労働災害または職業病による入院、在宅入院で治療している場合、特別教育施設又は職業訓練施設に入所している 20 歳未満の入院などについては、入院時定額負担金の負担はない。

また、この入院時定額負担金は、補足制度の給付対象となるほか、補足制度に加入していない場合には CMU-C を利用することができる。

(e) 事前承認システム

このほか、事前承認 (entente préalable) ともいふべき類型が存在する (Css.L315-2)。わが国でいえば、保険外併用療養費に類似した給付である。例えば、16 歳未満の未成年者に対する歯列矯正は、その未成年者を扶養する被保険者が所属する医療保険金庫の承認を受けた上で行えば、歯列矯正に要する費用のうち 193.5€ については償還の対象となるが、それを超える部分については、患者の負担となる。歯列矯正は協約料金に基づく診療も可能とされるが、ほとんどの場合、協約に基づかない自由診療として行われる。このため、高額の診療報酬を支払わなければならないが、この事前承認制を利用すれば、193.5€ については負担を免れることになる。なお、歯列矯正の場合、金庫の事前承認の有効期間は 6 ヶ月とされ、最大 6 回まで更新が可能とされている。

② 在宅入院制度

わが国で用いられている「在宅医療」という言葉に近いが、より組織化されているものに、在宅入院 (HAD) 制度がある。この制度は、1950 年代から結核療養の一環として登場し、1991 年 7 月 31 日の病院改革法において伝統的な入院概念を支えるものとして位置づけられた。周産期からターミナル・ケアまでの急性期疾患を対象に、2010 年現在、292 の組織が 9 万 7624 人に対して在宅入院サービスを提供している。

具体的に提供される医療は、化学療法や抗生物質を用いた療法など期間を限定した医療、神経系の疾病や心臓病あるいは整形外科治療の急性期を過ぎたあとのリハビリテーション医療、癌、心臓病あるいは肺結核などの不安定な終末期医療である。在宅入院を実施するためには、その実施が認められている地域であること、在宅入院が認められる住宅基準を満たしていることが必要である。さらに、患者又は家族の同意のもとに、在宅入院サービスのコーディネーター (médecin coordinateur) の作成した治療計画に基づいて、1 日から 20 日までの間でサービスを受けられる。なお、この期間については更新可能である。

在宅入院にかかる費用は一般の入院と同じように、医療保険が 80% 負担し、患者負担は 20% である。ただし特定慢性疾患 (ALD) については患者の自己負担はない。また、在宅入院の範囲で行われる“かかりつけ医”や専門医の報酬、薬剤費、在宅入院に関する検査費用などについては、それらの費用を前払いすることなく事後的に支払うこととされている。第三者支払方式を採用していることになる。

③ “かかりつけ医” 制度 (médecin traitant) の導入

(a) “かかりつけ医” の指定

“かかりつけ医”の指定は、患者をまず“かかりつけ医”に誘導し、そこから病状に応じた診療の道筋を設定するという意味で、受診行動の合理化を目的としている^{*10}。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫に“かかりつけ医”を通知しなければならない(Css.L.162-5-3)。18歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意による。通知は、所定の用紙に、被保険者と“かかりつけ医”の住所、氏名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。

医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、その指定に地理的制約はない。例えば週末には実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための所在地のどちらかで“かかりつけ医”を選択することになるが、特に制約はなく、患者の選択に委ねられている。しかし、複数の医師を“かかりつけ医”に指定することは認められていない。また、“かかりつけ医”の変更はいつでも可能である。

“かかりつけ医”制度の核心は、“かかりつけ医”がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、“かかりつけ医”以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。しかし、“かかりつけ医”制度は受診行動の合理化という目的を有するため、緊急の場合や旅行先での受診、あるいは“かかりつけ医”の不在の場合には適用されない。また、婦人科医、眼科医および歯科医については診療の性格から、小児科医については患者の年齢との関係で、一部負担金の増額措置はとられない。この“かかりつけ医”制度は、2005年7月1日から実施されている。

(b) “かかりつけ医”に関する償還率

“かかりつけ医”のもとで外来診療を受ける場合、償還率は70%である。したがって、患者の負担する一部負担金の割合は30%となる。しかし、“かかりつけ医”が一般医なのか専門医か、また協定料金との関係で、その拘束を受けるセクター1なのかセクター2に属するのかで、協定料金と償還の算定基礎となる金額が異なることから、具体的な一部負担金すなわち保険者から払い戻される払戻額は変化する(表1参照)。

表1 “かかりつけ医”による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	70%	15.10€
一般医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€
専門医・セクター1	25€	25€	70%	16.10€
専門医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€

*10 かかりつけ医は、当初、1996年4月24日のオルドナンス(No.96-345)において Médecin référent として導入された。

精神科医・セクター1	39.70€	39.70€	70%	26.79€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	70%	24.90€

(なお、表1・表2の払戻額は、すべて受診時定額負担金1€を控除している。)

次に、“かかりつけ医”の意見あるいは紹介に応じて他の医師を受診する場合がある。このとき紹介された医師を連携医(médecins correspondants)という。連携医を受診した場合も、“かかりつけ医”の場合と同様、償還率70%は変わらない。しかし、連携医の属性に基づき、一般医、専門医および精神科医でセクター1の協約料金はそれぞれ26、28および43.70€でこれらが償還基礎額となる。またセクター2に属する医師についての償還基礎額は、それぞれ表1に示した金額と同額である。

さらに、“かかりつけ医”を登録していないか、“かかりつけ医”以外の医師を受診した場合、表2にみるように償還率は大きく減少し、一部負担金額が増加することになる。セクター1の一般医を“かかりつけ医”とし、そこに受診した場合と比較すると、一部負担金で9.20€の違いが発生する。

表2 “かかりつけ医”ではない医師による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	30%	5.90€
一般医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
専門医・セクター1	33€	25€	30%	6.50€
専門医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
精神科医・セクター1	52€	39.70€	30%	15.71€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	30%	15.71€

(2) 選択制の導入

フランスはアメリカに次ぐ薬剤消費国であり、ジェネリックの浸透を図る立場から、選択権に関連して以下に述べるような3つの興味深い措置を採用している。薬剤師のジェネリック選択権、ジェネリック購入時における第三者支払方式の採用、フランス版参照価格制ともいべき責任定額料金表(TFR)である^{*11}。

まず、薬剤師のジェネリック選択権である。薬剤師は、基本的に処方された薬以外の薬を交付することは認められていない。しかし、一般名で処方された薬の場合には、その一般名に該当するなかでどの商品名の薬を交付するかは薬剤師の裁量に委ねられる。また、ジェネリックを普及推進するという政策により、処方医が処方箋上明示的に排除している場合を除

*11 稲森公嘉「フランスの薬剤政策の動向」健保連海外医療保障81号(2009年)9頁以下、松田晋哉「フランスにおける薬剤政策」健保連海外医療保障97号(2013年)9頁以下参照。

いて、処方された先発医薬品に代えて、ジェネリックを交付する代替権 (droit de substitution) が認められている。

次に、ジェネリック購入時における第三者支払方式の採用である。これは、2007年社会保障財政法律に基づき、Vitale カードを提示してジェネリックを購入する場合には、償還払いではなく、第三者支払方式を採用することとした。全額を支払った後、償還払いされるという手続が省略され、患者の負担すべき一部負担相当額を支払うことで、ジェネリックを購入することができるようになったのである。

最後に、フランス版参照価格制ともいべき責任定額料金表 (TFR) についてである。医療保険における薬剤費は、通常は実際の販売価格を償還ベースとする。しかし、2003年9月以降、一部の薬剤について、同一の一般名に属する薬剤の中で最も安いジェネリックの価格を償還ベースとする責任定額料金表 (TFR) 制度が導入されている。

3 診療報酬制度の改善

(1) 医療組織の概観

診療報酬制度を検討する前提として、医療供給体制における医療組織について概観する。

まず、外来診療を担当する開業医と入院診療を担当する病院組織とに大別される。

開業医に関する診療報酬は、公的医療保険の保険者と医師組合との間で締結される全国協約によって決定される^{*12}。ここでは、診療行為をアルファベットと点数を意味する数字によって表現する Ngap が利用されていた。全国協約の締結は、Ngap における点数と点数当たりの単価に関する交渉の結果ということになる。しかし、Ngap は開業医の行った具体的な医療行為の内容を把握することができなかった。

これに対して、病院組織は、その設立形態から、公立病院と民間病院に大別され、民間病院は非営利病院と営利病院とに分かれる。また、事業内容に着目すれば、公的病院サービス参加病院 (PSPH) とそれ以外の施設に分類され、公立病院と多くの非営利病院は、公的病院サービスを担当する。PSPH は、それまでは基本的に出来高払い方式である日額料金制によって運営されていたが、1983年以降、総枠予算制に移行した。そして総枠予算制の採用と時を同じくして、医療体制適正化情報システム計画 (PMSI : Projet Médicalisation du Système d'Information) により、PSPH 参加病院の情報が集約されるようになった。しかし、PSPH 以外の施設については、1983年以降も日額料金制が維持されていた。このような状況の中で、PSPH 以外の医療施設も対象に、1990年代から PMSI によって把握された個々の病院の活動を報酬に反映させるための取組みが行われこととなった。

病院管理指標として DRG が利用されるようになったのである。DRG システムを利用した医療行為カタログを CdAM といい、外科、検査、放射線診断、看護、理学療法などの部門

*12 開業医については、この全国協約に拘束される医師 (セクター1) と、全国協約にかかわらず自由に診療報酬を決定することのできる医師 (セクター2) という区別が存在する。

に応じて、それぞれの医療行為に相対費用係数が設定されている。この CdAM はあくまでも医療行為を表現するものであり、報酬の支払いを目的とするものではないことに留意しなければならない。すなわち各医療施設における CdAM 当たりのコストは施設ごとに異なる。なお、民間営利病院については、開業医と同様に Ngap が適用され、そこでは Ngap を用いて、医療行為の報告と報酬の支払いが行われていた。

こうして、社会保障財政法律において ONDAM が設定されるまでは、医業医については Ngap をベースとした全国協約方式、PSPH は総枠予算制、PSPH 以外の医療施設には日額料金制という 3 種類の財政方式が存在していた。さらに、医療行為の分類については、開業医と民間営利病院については Ngap、PSPH 対象施設には CdAM が用いられていた。

(2) 診療報酬基準の統一化

診療報酬の支払方式や医療行為の内容に関する状況把握のツールが複数存在することは、それまでの歴史的沿革に由来するとはいえ、ONDAM を設定して、医療情報の共有化や医療政策の透明化を促進しようとする政策要請にはそぐわないものであった。

かくして、開業医であれ病院施設であれ、医療行為の表記を統一するとともに、診療報酬の支払に関するコードを組み込んだ診療報酬基準の統一化が図られることとなった。ひとつは診療行為共通分類 (CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux) であり、いまひとつは T2A (tarification à l'activité) の実施である。

(a) CCAM

CCAM は、UNCAM により導入が決定され、2005 年 3 月 31 日から施行された。CCAM は開業医ばかりでなく、公立病院および私立病院にも適用される。そして CCAM には、医療行為の内容と報酬の支払に関する二つのブロックから構成されている。医療行為の内容については行為、臓器、手段などで示すとともに、誰が行ったか、治療段階などを記入する。報酬支払いに関する部分は、小児、救急、休日診療などの加算すべき要素、償還の対象の有無、あるいは開業医と病院など医療施設の区別などが、それぞれあらかじめ定められた数字ないし文字によって記載される。

CCAM における報酬支払いに関する記述こそが、診療報酬の請求額を根拠づける情報ということになる。このため、開業医と私立病院の医師に関する報酬は、CCAM の記述を通して、直接、医療保険制度の保険者から支払われ、公立病院および私立病院の宿泊などに相当する部分については、医療保険制度から ARS に振り込まれた後、各病院に配分されるということになる。

(b) T2A

1 件当たり包括評価方式 (T2A : tarification à l'activité) の導入は、最終的には公的病院と民間病院の診療算定方式の統一を意図している。これも ONDAM を設定し、その目標値と実績値との比較検討という過程のなかで、予算の当てはめ方が違うために単純な比較では意味をなさないために、統一化の機運が生じたものである。

T2A は、2003 年 12 月 18 日に成立した 2004 年度 LFSS 法において導入された。公的病院

施設については、2004年から導入を開始し、総枠予算制を徐々に縮減し、2012年にはすべての施設で実施される予定であった。しかし現在のところ、2018年における完全施行が目指されている。また、民間営利病院については2005年から導入された。なお、2009年法は、政府は毎年議会に対して、10月15日以前にT2Aに関する報告書を提出することを義務づけた。

T2Aは、フランス版DRG(GHS)に基づく入院診療に関する算定方式である。こうして算定される診療報酬のほかに、教育、研究および技術革新のために充てられる資金として、公益および有期事業促進包括金(MIGAC : Mmissions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation)が支給される。MIGACは、PSPHに参加しているすべての施設に関する。医師の要請などの公共サービスを担い、SROSの実現に協力し、医療の質の向上に寄与するなど一定の事業に参加していることを条件に支給されるものである。また、高額薬剤・高額医薬品については、一定のリストに基づき出来高払い方式を維持する一方、救急部門については、その年間件数に応じて追加予算を設定することとされている。

T2Aの医療費適正化の効果については疑問の声がある。これは、細切れの入院により治療件数が増加したこととアップコーディングが見られることによる。

4 保険者(費用負担者)の役割

医療費抑制に関する政策立案や効率性確保の場面における発言力という点では、わが国の保険者と比較すると、フランスの保険者は大きな発言力を有しているように思われる。

このような保険者の位置づけは、2004年医療保険法および2009年HPST法が大きな影響を与えている。2004年法ではUNCAM、UNOCAMおよびHASが、また2009年法ではARSが創設された。このうち、UNCAMは主要な公的医療保険の保険者を束ねる組織で、意思決定手続の迅速化と権限集約により、医療費を抑制するために必要な措置を的確迅速に実施する体制と構築したといえる。また、2009年法によるARSの創設はある意味で医療関連政策の地方分権化ともいえるべきもので、医療の質と効率性の担保を地方単位で確立することを意図している。また、フランスの大きな特徴の一つである補足的医療保険組織は、医療サービスの提供においても一定の貢献を果たしており、そのことに裏打ちされた発言力を保持している点が注目される。これについては、FNMFを取り上げる。以下では、保険者の機能強化と医療供給者との関係という点から、これらの組織を中心に検討する。

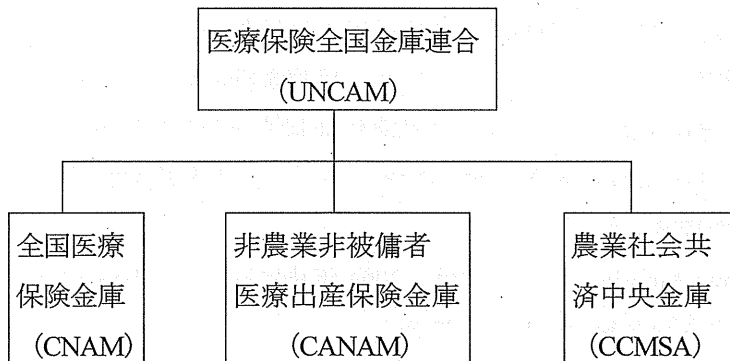
(1) 保険者の機能強化

①全国医療保険金庫連合の創設(Css.L.182-2 et s.)

全国医療保険金庫連合(UNCAM : union nationale des caisses d'assurances maladie。以下、UNCAMと略す)は、法定基礎制度における3つの全国金庫すなわち全国被傭者医療保険金庫、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫の上位に立つ組織と位置づけられる。全国金庫連合は、医療関係者の全国団体との間で枠組協定、協約、追加

協定・附属協定に関する交渉を行い、署名をする^{*13}。また、医療保険において償還の対象となる診療行為や給付の範囲を画定するとともに、被保険者の一部負担金あるいは薬剤や保険給付の償還率に関する決定権などを有する^{*14}。大胆に言えば、UNCAM は、医療保険支出全国目標（ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie : 以下、ONDAM と略す）が遵守されるように様々な権限を与えられ、いわばONDAMの番人としての役割を担う。

全国金庫連合には、評議会と事務総長のほか、事務局長会（collège des directeurs）が置かれる。評議会は、全国被傭者医療保険金庫の評議会が指名する 12 名、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫の理事会が指名する各 3 名、合計 18 名のメンバーから構成される。評議会は全国金庫連合の一般的な方針を定める機関であり、方針の原案を作成するのは、UNCAM を構成する 3 全国金庫の事務総長および事務局長から構成される事務局長会である。全国被傭者医療保険金庫の事務総長は全国金庫連合の事務総長を兼任し、この事務局長会においても 2 票の投票権をもつものとされている。この意味で、全国金庫連合の実質的な運営は事務局長会、とりわけ全国被傭者医療保険金庫の事務総長に委ねられることになる。



② 全国被傭者医療保険金庫の組織改編（Css.L.221-1 et s.）

UNCAM の創設は、相対的に CNAMTS の地位、特に CNAMTS 理事会の発言力の縮減と引き替えに行われたと評価できる。

全国被傭者医療保険金庫は、一般制度といわれる民間労働者を対象に組織される医療保

*13 この規定(Css.L.182-2)に従い、全国金庫連合は一般医については、フランス医師組合同盟（CSMF）および自由医師組合（SML）と、専門医については CSMF、SML および同盟（Alliance）との間で、2005 年 1 月 12 日、全国医療協約を締結した（<http://www.ameli.fr/>参照）。

*14 保健医療職全国連合(UNPS:Union national des professions de Santé)は、保健医療職全体を代表する団体であり、被保険者の一部負担率に関わる UNCAM の決定について意見を表明する(Css.L.182-4,R.182-3 et s.)。

険制度の管理運営組織である。一般制度は、最も被保険者数の多い医療保険制度であるため、医療政策等の決定に対して大きな影響力を持っていた。

全国被傭者医療保険金庫の意思決定機関は、これまで理事会 (conseil d'administration) であった。しかし04年法は、この理事会の権限を縮小し、事務局長 (directeur) の権限を強化した。まず、理事会の名称を評議会 (conseil) に変更し、保健医療政策を実施するための支出や医療供給先に支払う分担金の一般的方針、保険事故の管理運営に関する政策方針などを定める機関と位置づけた。これに代わり、事務局長が事務総長 (directeur général) にその名称を変更し、評議会の定める政策方針の原案を作成し、評議会の定めた方針を具体的に実施するなど管理運営責任を担うこととされた。事務総長の任期は5年で、任命に際し、社会保障担当大臣からの打診に対して、評議会は3分の2以上の反対がなければその任命を阻止できず、その解任も同じく3分の2以上の賛成がなければならない。

③UNOCAMの創設

2004年医療保険法に基づいて創設された補足医療保険組織全国連合 (UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) は、被保険者など患者の一部負担を軽減する役割を果たす補足給付について、法的規制の網をかぶせるための組織といえることができる。“かかりつけ医”を導入するなど、医療アクセスの合理化を促進し、医療費抑制策を展開しても、補足給付のための組織が法定給付とは反対のベクトルで対応すれば、医療費抑制策の効果が期待できなくなる。このため、医療費抑制策は、補足給付とも密接に関係する。こうして、2004年法はUNOCAMに医療費抑制策を実効的に展開させるための権限を与えると同時に、UNOCAMを創設することによって、法定給付部門と補足給付部門との政策的連携関係を構築した。

④高等保健機構 (HAS : Haute Autorité de Santé) は、2004年法に基づき、いくつかの医療・保健組織^{*15}を統合して設立された独立行政法人である。

HASの任務は基本的には3つに集約される。評価・勧告、証明・認証および情報発信である。

評価・勧告については、①医薬品、診療行為、医療サービス (produits, actes ou prestations de sante) の定期的な評価、②医療の質に関する評価手法の改良および③保険収載に関する決定への意見提示などを行う。

認証・証明については、③各医療職・医療チーム活動の認証手続きの作成・実施、④優

*15 HASは、全国医療評価・認証機構 (ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé)、透明化委員会 (commission de la Transparence)、医療材料・医療給付評価委員会、医療・医療経済情報推進基金 (FOPIIM : Fonds de Promotion de l'Information Médicale et Médico-économique) および医療材料・医療技術全国委員会 (CNEDiMITS : Commission Nationale de l'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé) などの組織を統合した。

良医療施設にかかる証明手続きの作成・実施、⑤適正診療、有効活用に関するガイドラインの作成普及などを行う。

情報発信については、HASのHPにおけるサイト管理や関連サイトを通じた情報発信を行う。

⑤ARSの創設

2009年HPST法は、地方病院庁(ARH: Agences Régionales de l'hospitalisation)に代わり、地方保健庁(ARS: Agences Régionales de Santé)を創設した。医療費の増加傾向は、それ自体、肯定的に評価することも可能ではあるが、財源に限界がある以上、すべての人にとって最も有効な活動の選択すなわち優先順位付けを行わなければならない、との認識に基づき、地域圏ごとに、有効な政策を立案し、かつその政策を実現することを任務とする。端的に言えば、保健医療に関する地方出先機関を統合することによって、地域圏における保健医療政策を推進する組織と位置づけられる^{*16}。以下ではまず組織構成について考察した後、その任務について検討する。

(a) 組織構成

地方保健庁には、まず意思決定機関として、事務局長(directeur général)と監視委員会(Conseil de surveillance)が設けられる。事務局長は地方保健庁の執行機関と位置づけられ、広範かつ強力な権限を与えられている(CSP.L.1432-2)。監視委員会は、地方長官など国の代表者、ARSに関連する医療保健地方組織の評議会の評議員、地方公共団体の代表など30名から構成され、国の代表者(représentants de l'Etat)が主宰する。

これら意思決定機関のほかに、いくつかの技術委員会ないし協議機関が存在する。

まず、保健医療・介護地域会議(CRSA:conférence régionale de la santé et de l'autonomie)は、地域圏住民の医療保健状況を改善するために求められるニーズと有効な活動からなる保健医療プログラムを作成する。100名の構成員で組織される。この構成員は、8つの類型すなわち地方公共団体、患者などのサービス利用者、労働者団体代表者、使用者団体代表者、社会保護関係の職員等、予防活動・保健医療教育従事者、保健医療サービス提供者および有識者である。

この地域会議を補佐する形で、専門知識に関わる特別委員会が4つ、そして関連する業務の調整を行う調整委員会がふたつ存在する。専門知識に関わる特別委員会は、予防、診療組織、利用者の権利および社会・保健医療に関する各特別委員会であり、政策調整委員

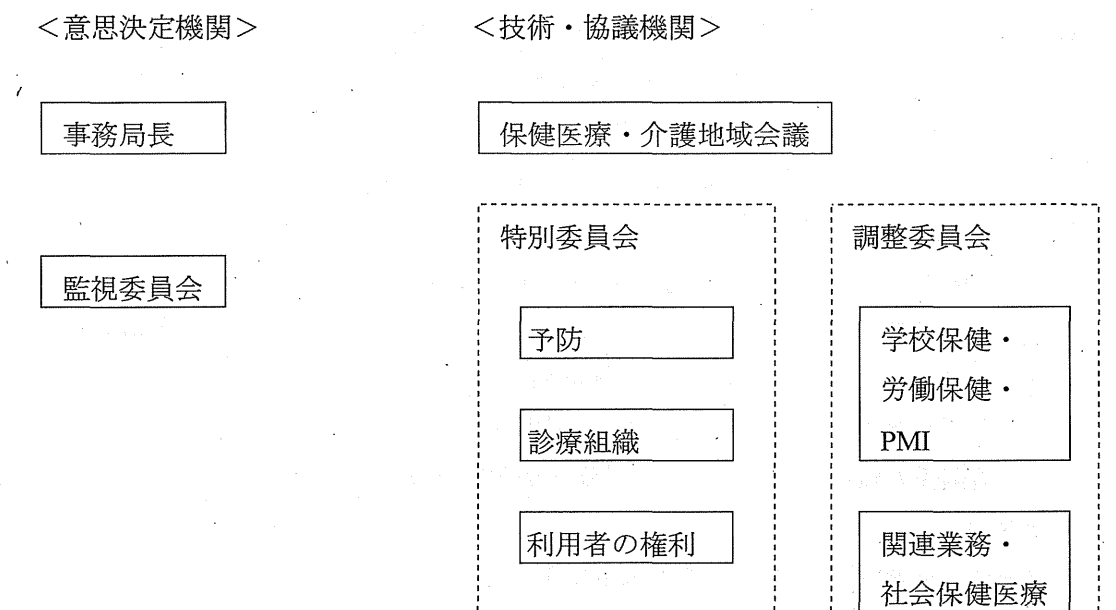
*16 ARSは、地方病院庁(ARH: Agence régionale hospitalière)、地方社会衛生問題局(DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)、県社会衛生問題局(DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)、医療保険金庫地方連合(URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)、地方公衆衛生機構(GRSP: Groupement Régional de Santé Publique)、地方医療保健情報化推進団(MRS: Mission Régionale de Santé)、地方医療保険金庫(CRAM: Caisse Régionale d'Assurance Maladie)の関係部局を統合した。

会(Comité de coordination)は、①学校保健・労働保健・PMI と②関連業務・社会保健医療に関わる調整委員会である。これは、中央政府の地方出先機関を集約したという側面を持つ組織でもあり、地域保健庁の扱う政策が多岐にわたるため、それらを調整する必要があるからである^{*17}。

(b) 権限

地域保健庁は、地域に根ざしかつ患者のニーズに最も近い組織として、地方レベルにおける保健医療政策を運営する組織である。保健医療政策を地域に定着させ、各種施設を含めた保健医療システムの効率的な運営を監視することを目的とする。このため、開業医や病院などの診療施設にとどまらず、公衆衛生や疾病予防などの施設など保健医療に関連する組織を広く対象とし、地域格差の解消に取り組み、保健医療政策全般にその権限を行使する。

このような権限の一環として、後に検討するが、医療職との協議を通じて、保健医療サービスの提供、医療ニーズや障害者などの福祉医療ニーズへの取組および医療システムの効率性の確保を規制し、誘導し、組織する。



*17 ARS は地方病院庁 (ARH) の後継組織であるが、地方社会衛生問題局 (DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) および県社会衛生問題局 (DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)、地方疾病保険金庫連合 (URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)、地方公衆衛生組織 (GRSP : Groupement Régional de Santé Publique)、地方保健医療機構 (MRS : Mission Régionale de Santé)、地方疾病保険金庫 (CRAM: Caisse Régionale d'Assurance Maladie) の保健医療部門を統合した組織である。このうち、GRSP は疾病予防や健診事業を展開し、MRS は地方病院庁と地方疾病保険金庫連合との権限調整を行う組織である。

⑤フランス共済組合全国連盟（FNMF：Fédération Nationale de la Mutualité Française）

FNMF は、補足給付を担う共済組合の連合体で、UNOCAM における構成団体である。CNAMTS 評議会にも 2 名の代表を送り込み、UNOCAM 評議会においても評議員の半数を占めることからわかるように、共済組合のほかにも補足給付を担う保険会社、労使共済組織を寄せ付けない圧倒的な組織である^{*18}。具体的には 3800 万人が加入する 500 の共済組合の連合体である。共済組合とともに、共済法典によって基礎づけられる非営利団体である。

FNMF の主たる事業は 3 つである。①疾病予防と健康推進、②医療保健事業の管理運営、③補足給付の支給である。①疾病予防・健康推進については、健康状態を持続することを第一に、各種ワクチンの接種、禁煙励行あるいは早期健診を実施している。②医療保健事業の管理運営については、2 万 5 千人の従業員により約 2500 のサービスを提供している。これらのサービスには、外来・入院診療はもちろん、歯科診療、医療分析のほか、眼鏡・補聴器などのサービス、高齢者・障害者に対する家事援助なども含まれる。特に FNMF は、19 世紀からの伝統により、共済病院網ともいべき医療ネットワークを有しており、37 の共済組織が 9000 床を擁する 111 の医療施設を運営している。111 の医療施設には、急性期対応施設（45 施設）だけではなく、リハビリ関係施設（31 施設）、10 箇所の子精神科関係施設、17 の在宅入院施設がある。

インタビューの印象について誤解を恐れずにいうならば、“闘う保険者”として姿勢が鮮明であることであった。これは、先に述べたように、FNMF が医療保健サービスを提供していることとも密接に関連している。すなわち、診療報酬の支弁者あるいは補足給付の提供者であるとともに、医療保健サービスの提供主体であることから、合理的かつ効率的なサービス提供のあり方を踏まえて、医療機関や診療報酬に関する情報を提供することができる。このことは、場合によっては、医療機関にとっては都合の悪いことも多く、“煙たがられる存在”となっている。

（2） 保険者と医療供給者との関係の見直し

ARS は保険者ではない。しかし、医療費抑制策を地方レベルで具体化するために、ARS が、さまざまな保健医療施設と複数年目標行動契約（CPOM：Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens）を締結する。

CPOM は、地方診療組織化計画（SROS：Schéma Régional d'Organisation des Soins）あるいは

*18 2010 年の補足給付組織全体の医療保健関係費は総額で 3139 万 2512€で、その占有率は、共済組合 1766 万 4450€56.3%、保険会社 846 万 7312€27.0%、労使共済組織 526 万 750€16.8%である。

地方間計画に基づき、当該地方において取り組むべき課題を施設の特性を活かして、施設ごとに割り当て、契約条項の達成度合に応じて予算配分額を決定するとともに、施設の整備計画を具体化する(CSP.L.6114-2)。CPOMは、ジュペプランの具体化する1996年4月24日のオルドナンスにより導入された制度であるが、2009年法でも引き続き、重要な地位を与えられている。

CPOMは最大有効期間5年とされ、地方における政策課題はCPOMを通じて具体化され、契約条項の履行状況に応じて当該施設に対する財政配分を規定する。契約の履行状況に応じて、予算配分を決定することにより、いわば保健医療施設の生殺与奪を握ることによって、提供される医療サービスの量的な規制だけでなく質的な規制も可能となる。

5 財政的な公平性と安定の確保

医療保障に関わる財政問題は、1999年に創設された普遍的医療給付(CMU)を提供するために一般社会拠出金を引き上げたこと、1997年度から社会保障財政法律を制定するとともにONDAMを設定し、いわば社会保障財政および国民医療費の見える化を実現したことが特筆される。CMUの創設は遅ればせながらの国民皆保険の実現とも評価できるが、困窮者には一部負担金も必要としない医療負担の無料化に成功したことは注目される。そこには、経済状況に応じて十分な医療を受けることができないことこそ、人類最大の不幸であるとしてこれを回避することが求められた。このため、CMUの財源は保険料ではなく一般社会拠出金が妥当であるとされたのである。

医療費の総額抑制に関する動きとしては、前段とも関連するがONDAMの制定と2005年LFSS実施されたONDAMの細分化が重要である。

(1) 財政システムの見直し

ここでは、CMU導入の結果、公的医療保険の保険料率が引き下げられ、それとは逆に一般社会拠出金が引き上げられた推移を示す。次に財政的な公正性・安定性を確保するためにも重要と思われるLFSSに関連して、2005年の改革を検討する。

先に述べたように、フランスは1997年度からLFSSを導入し、社会保障財源の見える化に着手した。これは大きな成果を上げていると評価できるが、ここに至る過程で2005年に大きな改革を行っている。それは2004年医療保険法に関する憲法院の判断を契機に、2005年の組織法が制定されたことによる。

① 社会保険料・一般社会拠出金の推移

保険料率の変遷

	医療保険		年金保険		家族手当
	使用者	労働者	使用者	労働者	使用者

1990/1/1	12.6	5.9	8.2	7.6	7
1991/2/1	同上	同上	8.2* 1.6**	6.55*	5.4
1991/7/1	12.6	6.8	同上		5.4
1993/7/1	12.8	同上	同上		5.4
1997/1/1	12.8	5.5	同上		5.4
1998/1/1以降	12.8	0.75	同上		5.4
2006/1/1以降	12.8	0.75	8.3* 1.6**	6.65* 0.1**	5.4

* : 保険料算定上限額の範囲内 : 2005年現在月額 2516€ ・ 2006年現在月額 2589€
2012年 月額 3031€ 日額 167€

** : 保険料算定上限額なし = 報酬全額に対する料率

出典 : liaisons sociales, légis. soc., No. 84/2009. 等に基づき筆者作成

CSG (一般社会拠出金 : Contribution sociale généralisée) の推移 (%) >

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資利益	賭博利益	充当範囲 (充当料率)
1991/1	1.1	1.1	1.1	1.1	・ ・	家族手当(1.1)
1993/7	2.4	2.4	2.4	2.4	・ ・	家族手当(1.1) 老齢部門(1.3)
1997/1	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	家族手当(1.1) 老齢部門(1.3) 疾病部門(1.0)
1998/1	7.5	6.2	7.5	7.5	7.5	家族手当(1.1) 老齢部門(1.3) 疾病部門(5.1)
2001/1	2.4* 5.1**	2.4* 3.8**	7.5	7.5	7.5	家族手当(1.1) 老齢部門(1.15) 疾病部門(5.25)
2005/1	7.5 ***	6.6 ①	6.2 ②	8.2	8.2	9.5 家族手当(1.08) 老齢部門(1.13) 疾病部門(5.29)

出典 : liaisons sociales, memo social 2008 等に基づき筆者作成

② LFSS の改正

(a) 05年組織法の成立経緯

憲法院は、2004年医療保険法39条の規定について、ふたつの点から問題とした^{*19}。ひ

*19 04年医療保険法第39条は、「医療保険の各全国金庫は、毎年6月30日前までに、社会保障担当大臣および議会に対し、複数年のうちに収支を均衡させるために必要な手段