

とつは、法律の発議権 (droit d'initiative) は首相と議員に認められるところ、公権力とはいえない全国金庫にそれを認めるかのような規定になっていると判断した。いまひとつは、全国金庫が「複数年における財政枠組 (cadre financier pluriannuel)」に関する提案をすることは、社会保障財政法律の内容を規定する 1996 年 7 月 22 日の組織法律 (Loi organique No.96-646 : 以下、96 年組織法という) の範囲を超えていると判断した。憲法院は、結論としてこの条文を憲法には反しないものの、その規定内容を維持しようとするれば 96 年組織法の改正が必要であることを示した。

このような憲法院の判断を受け、そしてまた 9 年間の実績に基づく反省をふまえて、政府は社会保障財政法律に関する組織法律を改正することとし、05 年組織法が 2005 年 8 月 2 日に成立した^{*20}。

この組織法は、以下の 3 つの性格を有する。第一は、先に述べた憲法院判決を受け、社会保障財政法律を導入するために制定された 96 年組織法を改正するという性格である。第二は、04 年医療保険法をより実効あるものとする意義をもつ。これは、ONDAM の細分化に象徴される。第三は、05 年組織法が 2001 年 8 月 1 日に成立した予算法律に関する組織法 (Loi organique No.2001-692 : 以下、2001 年 LOLF 法という) の影響を強く受けていることである^{*21}。制定過程に若干の時間的ずれはあるものの、社会保障財政法律を予算法律と一体として審議・採択することは、ジュペランの打ち出した議会制民主主義の強化を一層促進するといえるからである。

(b) 05 年組織法の枠組

この 05 年組織法は、大きく 3 つの柱からなる。第一は、予算法律との整合性を図るための新しい枠組の採用である。第二は適用対象の拡大であり、第三は ONDAM の 2 段階による制定である。第三の ONDAM の 2 段階化は医療費の総額コントロールに関連するので、そこで検討する。

i 新しい枠組の採用

05 年組織法は、2001 年 LOLF 法を強く意識しながら、社会保障財政法律の枠組を刷新した。それは、議会の審議事項を詳細に定めることと予算法律との整合性を確保するという側面に分けることができる。

を講じた翌年度のための各金庫の負担と収入 (ses charges et ses produits) の推移に関する提案を提出しなければならない」と規定していた。憲法院の判断は、DC.No.2004-504. (<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2004/2004504/2004504dc.htm>). 参照。

*20 Loi organique No.2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (<http://www.legifrance.gouv.fr>) 。

*21 2001 年 8 月 1 日に成立した予算法律に関する組織法については、木村琢磨「フランスの二〇〇一年「財政憲法」改正について」自治研究 76 巻 9 号 57 頁以下参照。

まず社会保障財政法律の対象年度を2ヶ年度から3ヶ年度に拡大した。前年度、当該年度および翌年度であり、翌年度の部分についてはさらにふたつに分かれる。ひとつは収入と収支バランス (équilibre général) に関する部分であり、いまひとつは支出に関する部分である。

2006年度社会保障財政法律の場合、2005年12月末日までに成立する必要があるから、ここで前年度とは2004年度を対象とし、当該年度は05年度、そして翌年度は2006年度を意味する。2005年度社会保障財政法律までは、当該年度すなわち2004年度については推計値に基づく決算という形式をとっており、2003年度については審議の対象となっていなかった。2006年度社会保障財政法律からは、前年度すなわち2004年度の財政運営に関して、確定値に基づく収支バランスすなわち決算が可能となったのである。そして、当該年度すなわち2005年度については、法律を審議している段階における最新の推計値に基づく修正を行う。さらに社会保障財政法律の核心部分となる翌年度すなわち2006年度については、これを収入部門と支出部門とに2分して審議事項を詳細に定めることとなった。翌年度の社会保障財政を収入部門と支出部門のふたつに分ける方法は、予算法律の方法を踏襲したものである。

なお、社会保障制度を、医療、老齢、家族および労働災害・職業病という4部門 (partie) に区別する方法はこれまでと同様である。このような対象年度の拡大と詳細化にあわせて、また審議対象の拡大と密接に関連して、各年度、各部門に応じて、収入見通しと支出目標に基づく収支のバランスシート (tableaux d'équilibre) ともいうべき収支一覧表 (solde) の採決が可能となった。

また、財源の性格から、社会保障制度に関連するにもかかわらず予算法律でのみ審議されていた費目が存在した。農業非被傭者社会給付資金調達基金 (FFIPSA)^{*22}、自律連帯全国金庫 (CNSA)^{*23}である。前者については05年組織法第16条により、後者については社会保障法典 LO 第111-4条に基づく会計院報告書を通じて、社会保障財政法律においても審議が可能となった。これと似たような事情にあったのが、社会債務償還拠出金 (CRDS) である。従来、CRDSの料率については、社会保障財政法律とは切り離されて審議されていた。これについても、05年組織法第20条はCRDSの根拠法令である1996年1月24日

*22 2004年度予算法律第40条は、農業社会給付附属予算 (BAPSA : budget annexe des prestations sociales agricoles) に代え、2005年1月1日から農業非被傭者社会給付資金調達基金 (FFIPSA : Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles) を設けることとした。

*23 自律連帯全国基金 (CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) は、2004年6月30日の高齢者および障害者の自立のための連帯に関する法律 (Loi No.2004-626) により設けられ、2005年2月11日の障害者の機会、社会参加および市民としての平等に関する法律 (Loi No.2005-102) により補完された基金である。

のオルドナンス (Ord.No.96-50) を修正する形で、2007 年度から社会保障財政法律による審議事項とすることにした。

ii 適用対象の拡大

適用対象の拡大は、対象制度の拡大と複数年度の収入・支出目標というふたつの側面に分かれる。

第一は、審議対象となる制度の拡大である。これまでの社会保障財政法律は、被保険者および年金受給者を含めて 2 万人以上の法定基礎制度だけを対象としていた。このため、法定基礎制度のすべてを対象とするのではなく、いわばピントのずれたぼやけた全体像を描き出していたに過ぎない。05 年組織法はこれをすべての法定基礎制度 (ROBSS : régimes obligatoires de base de sécurité sociale) に拡大した結果、法定基礎制度の全体像に関する財政状況の審議が可能となった。

第二は、複数年度にわたる収入見通しおよび支出目標 (prévisions de recettes et les objectifs de dépenses) に関する報告書の提出である。複数年度にわたる収支見通しに関する条文の問題が、憲法院により組織法改正の引き金となったことは先に紹介した。このため、05 年組織法は、新しい LO 第 111-4 条として、政府が議会に提出すべき報告書のひとつに、4 年間にわたる収支見通しを加えることを定めた。具体的には、①収入見通し、②すべての法定基礎制度および一般制度を対象とする部門ごとの支出目標、③上記制度の財政に関連する組織の収支見通し、④ONDAM である (Css.LO111-4 I)。

このような複数年にわたる収支見通しを明らかにすることは、EU 共同体との関係でもフランス政府に求められていたことであった。それは、成長安定協定 (Pacte de stabilité et de croissance) との関係で国家財政の状況を明らかにする必要があったからである^{*24}。また、収入が超過した場合あるいは赤字が出た場合の財源措置に関する報告書もあわせて議会に

*24 成長安定協定は、マーストリヒト条約で定められた過剰な財政赤字に関する是正手続の実質的な適用を図るために、1997 年 6 月、アムステルダム欧州理事会において採択された。この協定は 2 つの規則から成り立っている。全加盟国に適用される第一の規則は、中期的に財政均衡ないし黒字を達成するという目標を設定し、いかなる逸脱であれ早期に発見し、是正するという早期警戒システムを規定している。第二の規則は、過剰な財政赤字を解消できない加盟国に対する制裁措置のスケジュールとその詳細を記している。制裁措置は EU 参加国のみに適用され、赤字が収斂基準の 3% を超えた度合いに応じて GDP の 0.2% から 0.5% までの制裁措置が科される。当初は無利子の預託金という形をとり、2 年たっても状況が是正されない場合には罰金に切り替えられる。

Rapport de M. Alain Vasselle, No. 252 (2004-2005), Sénat, p. 19. なお、Jean-Luc Matt, "Les lois de financement de la Sécurité sociale: vers une intégration dans le budget de l'État?", Réform des finances publiques démocratie et bonne gouvernance, LGDJ, 2004, p. 251 et s. 参照。

提出すべきこととされた^{*25}。これらふたつの報告書を通じて、政府は、議会およびEU 共同体の構成国に対して、フランスの社会保障政策のグランドデザインを示すとともに、ONDAM も含めた社会保障収支の複数年にわたる見通しを示すこととなり、議会はそれをもとに社会保障財政法律案の審議を行うこととなった (Css.LO.111-5-3)。

(2) 医療費の総額コントロール

医療費の総額コントロールについては、繰り返し述べているように、1997年のLFSS 導入以来、ONDAM を設定して、いわば医療費総額の“見える化”を実現した。その後、2004年法により、ONDAM の実効性を担保するために、警告委員会が設けられた。次いで、2005年組織法の改正により、ONDAM の設定項目が細分化された。こうして、ONDAM における目標額実現のための措置が講じられてきた。また、ONDAM の設定は、先に言及したが、開業医部門と医療施設部門、公立病院と民間病院との間の診療報酬方式の統一化という側面にも大いに力があつたと評価すべきことである。

① 警告委員会の設置

ONDAM に関連して注目されるのは、2004年法により設けられた“医療保険費用の推移に関する警告委員会”（以下、単に警告委員会という：Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie）である^{*26}。

警告委員会は、毎年遅くとも6月1日までの段階でONDAM の推移に関する意見書を提出することとされており、医療保険費用の推移がONDAM の目標値を0.75%上回ると判断したときには、ONDAM の範囲内に収めるために必要な措置の提言を含めて、議会、政府

*25 05年組織法は、社会保障財政法律案とともに提出される付属文書 (annexes) のなかに、各部門および組織ごとの収支に関する質と有効性の確保に関するプログラムを示すこととした (Css.LO111-4III)。ふたつの報告書とともに提出される付属文書は、以下の8つである。すなわち、①社会保障組織の管理運営とそれを具体化する方法に関する複数年の目標、②当該年度の予算法律に関する規定と財源の徴収と給付の管理について当該年度に実施される簡素化の方法、③社会保障財政法律の対象となる制度全体における部門ごとの収入評価とそのリスト、④保険料および拠出金の減免の全体像、⑤社会保障の各領域に対する国家および地方公共団体の介入手段、⑥ONDAM に関する関連情報と下位目標に関する分析、⑦各組織と各基金に関する当該年度の法律案に示された会計見通しと決算 (compte définitif)、⑧期限付きで一定財源の徴収を認められた制度および組織の財務状況である。

*26 警告委員会は、社会保障会計委員会事務局長、国立統計経済研究所事務局長および経済社会委員会会長の指名する有識者から構成され、社会保障会計委員会のもとに置かれる (Css.L114-4-1)。社会保障会計委員会事務局長がその業務を組織する (Css.D114-4-0-7)。

および医療保険全国金庫に、その旨を警告する任務を負う^{*27}。この通知を受けた医療保険全国金庫は、1ヶ月以内に、ONDAMの範囲内に収めるための必要な措置を講じることとされ、その内容は再度、警告委員会に送付される。そして送付後15日以内に、警告委員会が最終的な措置内容を定めるものとされている^{*28}。

警告委員会は2007年、警告権限をはじめて行使し、その結果、いわゆる免責負担額の導入など、患者負担の引き上げが実施された。警告に伴う改善措置は結果的には2007年度中にはその効果を見せなかったけれども、2008年度の赤字幅を圧縮したといわれている。しかし、ONDAMの目標額の設定が徐々に現実を見据えた数字を積み重ねてきたこともあり、目標額と実績額との差異はかなりの程度縮減しており、ある意味では警告委員会の存在は形骸化しているという批判も見られる。

② ONDAMの2段階による制定

社会保障財政法律の問題のひとつは、予算法律と異なり、その羈束性に乏しいことであった。その端的な事例がONDAMである。社会保障財政法律がはじめて制定された1997年度こそ、実際の数値がONDAMの目標値を下回ったものの、その後は、目標値は実現されることはなかった。この目標と現実の乖離が社会保障財政法律の信頼性を大きく損ねているとの認識から、05年組織法はONDAMを全体目標(objectifs)と下位目標の二段階で制定することとした。

2005年段階では、下位目標は開業医部門、公立病院部門、私立医療施設部門、社会医療部門および日額手当部門に細分化するとされていたが、後に紹介するように2006年度社会保障財政法律では、6分割された^{*29}。ONDAMの6分割は現在も引き継がれており、開業医部門、T2A適用医療施設、その他の医療施設、高齢者施設、障害者施設、それ以外に分類されている。このようなONDAMの細分化は、それ自体がただちに医療保険における支出を抑制する効果を期待されているものではなく、支出超過を繰り返す医療保険部門において、いかなる領域が赤字の根源になっているのか問題の焦点を絞り込むためのシステムということができる。

社会保障財政法律における1997年以降のONDAM（全国医療保険支出目標）の推移

(単位：億€)

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
目標額	915	936	960	1004	1057	1128	1235	1297	1345	1407

*27 Css.L114-4-1 et Css.D114-4-0-7.

*28 Css.D114-4-0-7.

*29 Liaisons sociales, législation sociale No.8616(le 12 août 2005).

実績額	914	951	976	1030	1088	1167	1247	1310	1349	1413
差異	+1	-15	-16	-26	-31	-39	-12	-33	-4	-6

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
目標額	1448	1520	1576	1624	1671	1712	1754
実績額	1476	1529	1581	1618	1671	1708	*** *
差異	-28	-9	-5	+6	0	+4	****

出典： <http://www.senat.fr/rap/106-059-2/106-059-22.html>

: <http://www.senat.fr/rap/a04-058/a04-05841.html>

: <http://www.senat.fr/basile/> 等に基づき筆者作成

6 新たな治療方法・薬剤の導入

ここでは、フランスにおける医薬品の保険収載手続について検討したい。なお、この部分については、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頁以下によるところが大きい。今後の検討を深める意味でも、前掲松田論文をまとめる形で考察を加える。

① 医薬品の保険収載手続

フランス国内において医薬品の販売許可(AMM: Autorisation de Mise sur le Marché)を希望する製薬メーカーは、必要な書類をフランス医薬品・保健製品安全庁(ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)^{*30}に提出し、質・安全性・効果という視点からの評価を受ける。

ANSMでの審査を受け、販売許可された医薬品について、製薬会社が公的医療保険による償還対象とすることを希望しない場合は、そのまま市場で販売されることになる。

これに対して、公的医療保険による償還対象とすることを希望する場合には、HASの透明化委員会において医薬品効能評価(SMR: service médical rendu)と画期性評価(ASMR: amélioration du service médical rendu)を受けなければならない。医薬品効能評価SMRは医薬

*30 高脂血症治療薬をめぐる薬害事を契機に制定された2100年12月29日の法律に基づき、ANSMは2012年5月1日から、それまでのAFSSAPS(Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)に代わって設けられた。

<http://ansm.sante.fr/?UserSpace=default>

品の効果と副作用、他の治療法との有効性比較、対象傷病の重篤性あるいは公衆衛生全般の状況を総合的に勘案して、4段階評価を行う。この評価に応じて、100%、65%、30%および償還不可(0%)という償還率を決定する^{*31}。画期性評価 ASMR は有効性を占めるデータの比較などを通じて、5段階評価がなされ、これは薬価設定の際に勘案される^{*32}。これら二つの評価指標は、相対的治療指標 (ITR : Intérêt Thérapeutique Relatif)に移行することが決定されている。

透明化委員会の答申をもとに、UNCAM が償還率を、CEPS が薬価を製薬会社との交渉によって決定する。こうして官報に公示され、市場で販売。官報に公示された医薬品の価格および効能は、随時再評価を行うことができるが、原則として5年ごとに再評価される。なお、まだ承認されていない新しい抗がん剤などについては、他に有効な医薬品がないという条件のもと、品目別に一時的使用許可(ATU : Autorisation temporaire d'utilisation)が行われている。

また、官報に告示なされた医薬品は、自由開業部門(市中の調剤薬局)と病院とでは薬価の扱いが異なる。自由開業部門で処方される薬剤は薬価表によって厳密に規制されているが、2003年以降、画期的新薬については、ドイツ、イギリス、スペイン、イタリアの4カ国における価格との整合性が求められるものの。製薬会社による価格設定が部分的に自由化されている。病院で使用される医薬品の価格設定は、2003年までは病院と製薬会社との間の交渉に委ねられていた。しかし、2003年以降、DRGに基づく包括払い方式T2Aが導入されたため、高額薬剤については公的薬価設定が行われており、包括部分とは別に報酬上の評価が行われている。

<フランスにおける医薬品の保険収載までの手続>

製薬メーカー

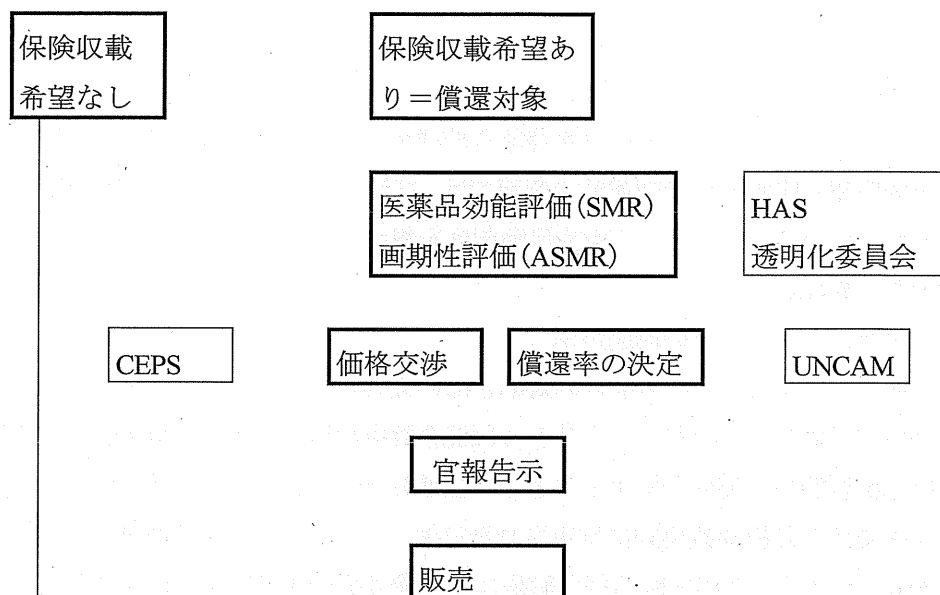
保険収載 申請

フランス医薬品
・保健製品安全
庁(ANSN)

販売許可(AMM
)

*31 次のように分類される。①非代替的かつ高価な薬剤(償還率:100%)、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤(償還率:65%)、③一般的な疾病に対する薬剤(償還率:30%)および④その他(償還率:0%)である。

*32 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence参照。



松田晋哉・前掲健保連海外医療保障 97 号 11 頁に基づき筆者作成

III 考察

1 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

フランス医療保障体制の大きな特徴のひとつは、補足的医療保険組織(共済組合、労使共済制度、保険会社)の存在である。この補足的医療保険組織を活用して実現した普遍的医療給付(CMU)の実現こそが、1990年代以降のフランス医療保障体制における制度改革の動きを規定したといえる。

大局的な観点からいえば、補足的医療保険の発展は不平等をうみだしうる社会保障制度を保管する意味を持つものであったと同時に、このような不平等な構造をもつ社会保障制度を定着させ、そのような制度構造を後押しする要素であった。しかし、CMUの実現により、補足的医療保険組織をも取り込んだ医療保障体制の構築は、いまのところ、補足的医療保険組織も巻き込んだ医療費抑制策の取組をもたらしている。このような帰結をもたらしたのは、フランスの公的医療保険は、民間労働者を対象とする一般制度という大きな保険者があるほかは、特定の職域を対象とする特別制度、自営業者社会制度や農業制度など比較的規模の小さい保険者から構成されており、これら職域保険の複数分立のために、いずれの職域保険にも含まれない者が発生していたという事情が存在した。そして、公的医療保険の恩恵を受けない者のために、CMUが必要であり、そこで発生している問題を考慮しても、一般化を実現するという取組の方向性を変化しようとする兆候はいまのところみられない。しかし、このことはやや皮肉ではあるが、社会保障制度の給付範囲・給付水準や家計の医療費負担のあり方といった論点に関する議論を先送りになっている可能性もある。(笠木映里『社会保障と私保険』(有斐閣、2012年))。

2 日本にとって重要と考えられる点

日本とフランスはともに中央集権的官僚機構を有する点で共通するが、社会保障制度、特に公的医療保険制度の管理運営の側面では、ステークホルダーを取り巻く歴史的社会的背景を異にしているため、同じく医療保険制度を根幹に据えているとはいえ、医療保障のあり方は大きく異なる。

① フランスならではの問題解決

まずここでは、フランス独自の対応とはいえ、日本にとっては参考とはならない問題について、言及しておきたい。ひとつは混合診療の問題である。混合診療に関する議論、すなわち混合診療の範囲を拡大すべきとの主張は今後も強まることが予想される。しかし、フランスでは、診療報酬協約に拘束されないセクター2といわれる医師群がすでに存在することから、セクター2の医師が行う診療は、保険診療の規制が全面的に適用されていないという点で、混合診療ということが可能である。しかし、セクター1、セクター2という分類はフランス独自の制度であり、セクター1および2というシステムを導入することによって、混合診療を日本で実施することは無理である。

また、フランスのように患者負担を多様化することによって、医療費の抑制を図ることも日本では困難であると考えられる。理由は3つである。第一に、現在の原則3割という負担割合は限界であり、これ以上の負担増加は考えにくいこと、第二に、これ以上の負担増加を可能とするような補足的医療保険組織は、民間保険会社を除けば存在しないこと、このこととも密接に関連して、第三に、日本では医療給付についてはことさら平等指向が強いことである（ただし、たとえば現在も行われている市販薬の範囲を広げることによって、保険収載されている医薬品の範囲を縮減することは可能であろう）。

さらに、医師の偏在問題も日仏両国に共通する問題である。フランスの場合、比較的早い段階から、医師の相対的な減少傾向が認識されており、研修医の配属先と専門分野の決定全国クラス分け試験で決定するなど、強力かつ大胆な改革が行われている。この取組も参考とはなるものの、日本における実現可能性という観点からいえば、否定的にならざるを得ない。

（なお、以上の見解は筆者の私見である。この点に関して、フランスのデリバリーサイドを検討する松本由美氏の報告書および見解も参照されたい。）

② 日本への示唆

日本でいえば、社会保障に関連する特別会計を集約して、予算審議の対象として社会保障財政法律(LFSS)およびそこで提示されるONDAMは、社会保障制度に関する政策課題とカネの出入りという財政状況を明らかにするとともに、政策目標の達成の成否、達成の程度を数字として国民の前に示す社会保障に関するカネの出入りを明らかにする。特別会計のシステムがあるとはいえ、このような社会保障財政法律というシステムを導入することか検討に値するものと考えられる。ただ、LFSSの制定にと密接に関連するONDAMは、診

療報酬の算定に関する統一基準の設定をもたらしたが、この点については、日本はすでに実現しているといえる。このため、参考になるとすれば、ARS から病院への予算が配分される場合、DRG がどのように用いられているかを、DPC と比較検討することである。

次に注目すべきは、在宅医療制度である。このサービスは、急性疾患の退院後のケアから終末期医療の提供まで、幅広い医療を全国各地で展開している。病床数の伸び自体、頭打ち状態になっており、停滞しているとの評価もみられるが、いわゆる医療過疎地域における取組なども含めて、今後さらに詳細な研究が必要であろう。

いまひとつ注目されるのは、医療費抑制策の具体化にあたって、中央集権的規制ルールから地方分権型へシフト、すなわちARS の導入である。日本では、全国健康保険協会が都道府県単位で、また後期高齢者医療制度ではやはり都道府県を単位に組織化される広域連合ごとに保険料を設定するなど、公的医療保険の都道府県単位化が進行している。このような状況に対応して、ARS が地方単位で、ファイナンスとデリバリーとの調整をどのように行っているか、その成否の見極めが求められる。

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 24 年度分担研究報告書

フランスの医療供給体制

研究分担者 松本 由美（社団法人全日本病院協会 研究員）

【研究要旨】

フランスでは、1990年代から医療供給体制に関する抜本的な改革が継続的に実施されている。本研究は、フランスにおいて、近年実施された医療供給をめぐる改革方策について検討し、その背景や改革方策の具体的な内容、現状の課題等を明らかにすることを目的とする。さらに、実施された諸施策について比較の視点から考察することにより、日本への示唆を導き出す。

本年度は、フランスにおける医療供給体制の現状を把握し、2009年に制定された「病院改革と患者、健康および地域に関する法律」を中心としながら、改革方策に関する検討を行った。検討においては、とりわけ同法によって創設された地域圏保健庁(ARS)を通じて実施されている医療供給のコントロールの方法、平等な医療アクセスを確保するための諸施策、供給者間の連携確保のための取り組み、および質の確保に焦点を当てた。さらに、フランスの医療提供組織、関係団体、研究者等の訪問調査を実施し、文献研究の補足と現状の把握を行った。

これらの研究を通じて、フランスの医療供給体制をめぐる改革方策の特徴とそれをもたらした要因について明らかにし、日本にとって重要と考えられる論点を導出した。

A. 研究目的

フランスでは、医療へのアクセスを確保するため、病院や医師等の医療供給者を地域に適切に配置することや、供給者間の連携を推進することが重要な政策課題となっている。本研究は、近年実施された医療供給をめぐる改革方策について検討し、その背景や改革方策の具体的な内容、現状の課題等を明らかにすることを目的とする。さらに、実施された諸施策について日本との比較の視点から考察することにより、示唆

を導き出すことを課題とする。

B. 研究方法

本年度は、まず文献研究を通じて、フランスにおける医療供給体制の現状の把握と政策課題を明らかにし、それを踏まえて、近年の改革方策の検討を行った。今日のフランスの医療供給体制を考察する上で、2009年の「病院改革と患者、健康および地域に関する法律」によって導入された改革方策は非常に重要であるため、同法を中心

に据えて検討を行った。とりわけ新たに創設された地域圏保健庁(ARS)を通じて実施されている医療供給のコントロールの方法、平等な医療アクセスを確保するための諸施策、供給者間の連携確保のための取り組み、および質の確保に焦点を当てた。さらに、フランスの医療提供組織、関係団体、研究者等の訪問調査を実施し、文献研究の補足と現状の把握を行った。

以上の研究調査を踏まえて、フランスの改革方策を整理し、国際比較を実施するための論点の整理を行った。

(倫理面への配慮)

文献研究および相手方の了解を得て行った訪問調査であるため該当しない。

C. 研究結果

(1) 平等な医療アクセスの確保

現政権の医療政策の重点課題の一つとして、医療過疎への対応がある。医療過疎の問題を解消し、平等な医療アクセスを確保するために様々な施策が実施されている。医療へのアクセスを早急に改善するために、遠隔医療の推進、保健医療の専門職種間での権限の委譲、さらに社会的弱者の医療へのアクセスを歴史的に支えてきた保健センターの強化・見直し等が政策的に重視されていること、それぞれについて具体的で積極的な取り組みが行われていることが明らかになった。

(2) 供給者間の連携確保

① 新たな連携システムの導入・普及

医療供給者間の連携を強化することは、2009年の改革法の核心でもある。改革によ

って、公立病院を対象とした新たな協力の仕組みである地域病院共同体(CHT)が導入され、医療資源の効率的な活用、医療の質の改善等が目指されている。また、多様な医療供給者が協力する仕組みである医療協力連合(GCS)の仕組みが同改革によって大幅に拡充され、より柔軟な協力・連携の実現が期待されている。実際には、公立病院と私立病院では報酬支払方式が異なること等によってその運用は限定的な範囲にとどまっていることが明らかとなった。

② 供給者間の役割分担の見直し

地域において供給者間の新たな役割分担を構築する取り組みとしては、保健医療ネットワークと多職種の診療施設が注目される。保健医療ネットワークは、高齢化の進展や慢性疾患の増大に対応するため、供給者の新たな連携体制を構築するものである。また、多職種の診療施設は複数の職種によって構成される診療施設であり、専門職種間での協力が容易となり、連携して治療にあたることを可能とする新たな医療の提供形態である。検討を通じて、これらの医療提供形態のメリットに加えて、財源供給面での課題等が明らかとなった。

(3) 質の確保

フランスにおいて、医療の質にかかわる広範な政策の中心に位置するのは、2004年に創設された高等保健機構(HAS)である。HASの政策的な役割は増大する一方であるが、なかでも医療供給の質の確保に直接的に影響を及ぼす取り組みとして、病院の認証が重要である。病院は4年ごとに認証の手続きを行い、この手続きを通じて医療

の質と安全の改善が図られる。認証の報告書は広く公表され、認証制度は、病院が質と医療安全の向上に取り組むための推進力となっている。

D. 考察

(1) 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

フランスにおける医療供給制度をめぐる改革方策の特徴として、①ARSの創設と地域圏保健計画を通じて、包括的な医療供給のコントロールの実現が目指されている点、②医療供給者間の柔軟で多様な連携が推進されている点が挙げられる。

このような特徴をもたらした要因としては、フランスにおいて地域住民に質の確保された医療へのアクセスを確保することが医療政策上の最重要の課題の一つとして積極的に推進されており、それを実現するために包括的な行政的組織と制度的な枠組みが必要とされたこと等が指摘できる。

(2) 日本にとって重要と考えられる点

新たに創設されたARSを検討することは、日本において医療政策を効果的に推進するために適切な機関、権限の付与等について考えるための視座を提供する。

また、地域医療の確立について考えるために、フランスにおける医療供給体制の整備・構築に関する諸施策(保健医療計画、医療供給者の連携制度等)を検討することは、日本における医療政策の選択肢を広げることにも役立つ。

さらに、医療の質の確保をめぐるフランスの積極的な取り組みについても、日仏比較の視点から検討を行う必要がある。

E. 結論

本年度の研究を通じて、フランスでは、2009年の改革で創設されたARSのもとで、医療供給の効率化や医療アクセスの改善が積極的に推進されていることが明らかとなった。とくに供給者間の連携の強化や役割分担の見直しを通じて、医療資源の効率的な活用や医療過疎への対応、慢性疾患への望ましい医療提供のあり方が模索されている。

フランスにおける改革方策を比較の視点から検討することは、フランスと同様に慢性疾患患者の増加や医療費の増大等の問題を抱え、医療保障制度上多くの共通点をもつ日本における改革方策を考える上でも有益であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

松本由美『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版会、2012年。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

フランスの医療供給体制

松本 由美 (社団法人全日本病院協会)

1. 医療供給体制の概要

フランスの医療供給体制は、近年の改革によって大きく姿を変えつつある。最初に医療供給体制の主な特徴について整理しておきたい。まず、病院医療については、公立病院が全ベッド数の6割以上を保有しており、中心的な提供主体である一方で、他のヨーロッパ諸国との比較の視点からは、営利・非営利の私立病院の担う役割が相対的に大きいことが特徴として指摘できる。病院医療の供給において民間部門の担う役割が大きいことは、日本と共通している。公私の両部門を通じて提供される病院医療は、近年の改革により創設された地域圏保健庁(*agence régionale de santé : ARS*)によってコントロールされている。ARSは、地域圏保健計画(*projet régional de santé*)を策定して各病院の活動を定め、財源を提供している。病院医療に関しては、我が国よりも公的な介入の範囲と程度が大きい。

一方、開業医に関しては、自由開業制である点においては日本と共通している。このため、医師による医療提供の状況は地域によって異なり、住民の必要に応じた医療をすべての地域において確保することが政策的な課題となっている。医療へのアクセスを保障することを目指した近年の改革においては、開業医数の偏在を是正すること、とりわけ人口の少ない地域で医療へのアクセスが十分に確保されない状況を回避することが重点課題となっている。以下では、まず医療提供者の状況について概観する。

(1) 病院

病院は、病人、負傷者および妊婦の診断、観察(*surveillance*)および治療を行う施設であり、公衆衛生法典では「医療施設(*établissement de santé*)」とされる。この医療施設は、運営主体に応じて公立(*public*)、私立(*privé*)および公益私立(*privé d'intérêt collectif*)の三つに区分される。本稿では、それぞれ公立病院、私立病院、非営利私立病院と表記することとする。

公立病院は、コミューン(あるいはコミューン共同)、県、地域圏(あるいは地域圏共同)および国が管轄する病院である¹。公立病院の分類は2009年の改革法(病院改革と患者、健康および地域に関する2009年7月21日法(*loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*))以下、HPST法)によって変更され²、大部分は病院センター(*centre hospitalier*)と呼ばれる。なかでも「地域圏病

¹ 国、地域圏あるいは地域圏共同の公立病院はデクレ(政令)によって、その他の公立病院は地域圏保健庁の長官のアレテ(命令)により創設される。

² 近隣の住民に内科や長期の療養ベッドを提供する地域病院(*hôpitaux locaux*)の呼称は廃

院センター(centre hospitalier régional)」は、より大規模で高度に専門化された医療設備を保有する病院センターである。地域圏病院センターの多くは「大学病院センター(centre hospitalier universitaire)」であり、公的な医学・薬学・卒後教育が実施されると同時に、医学・薬学研究およびパラメディカルの教育を実施する。

営利の私立病院は多様な形態で運営されており、一般的には clinique privée と呼ばれる。通常、公立病院はさまざまな医療提供組織を持ち、総合的な医療を提供しているのに対して、営利私立病院は、多くの場合「内科・外科・産科医療(Médecine-Chirurgie-Obstétrique : MCO)」、「回復期・リハビリテーション医療(Soins de Suite et de Réadaptation : SSR)」、あるいは「精神科医療」に特化した医療提供を行っている。全体とした見た場合、営利私立病院の活動の中心は、MCO(医療活動全体の 44%)と SSR(同 39%)にある³。

非営利私立病院の多くは、宗教的、慈善的あるいは相互扶助の活動を基盤とするものである。従来は、非営利施設(établissement à but lucratif)と呼ばれていたが、HPST 法により公益施設と変更された。公益施設に位置づけられるのは、がんセンターおよび地域圏保健庁に申告を行った私立病院であり、医療へのアクセスの制限の禁止、超過診療報酬の禁止およびサービスの継続性の確保の義務を負う。2010 年現在の病院による医療提供の状況は表 1 のとおりである。

公衆衛生法典では、病院の医療提供は、宿泊を伴うもの以外にも外来(sous forme ambulatoire)、在宅(à domicile)で行われると規定されている。なお、「在宅」には福祉施設等も含まれ、開業医等の医療専門職および社会医療施設・サービスと連携して医療を提供

表1 病院による医療提供の状況(2010年)

病院の種類	施設数	ベッドの数	部分入院の場 の数
公立病院	956	260,642	37,761
地域圏病院センター(大学病院センターを含む)	33	75,903	8,663
病院センター(旧地域病院を含む)	810	154,182	14,319
精神科専門病院	90	26,849	14,350
その他の公立病院	23	3,708	429
非営利私立病院	707	58,436	11,359
がんセンター	19	2,918	737
その他の非営利私立病院	688	55,518	10,622
営利私立病院	1,047	97,632	13,995
回復期・リハビリテーション病院	321	24,774	1,819
短期医療・複数診療科病院	561	60,111	11,249
精神疾患病院	140	11,333	860
長期医療病院	12	508	-
その他の営利病院	13	906	67
合計	2,710	416,710	63,115

出典: DREES 2012: 81.

止され、現在、病院センターと呼ばれている。

³ 医療を提供した日数によって計算した場合の医療活動の割合である。FHP 2012: 78 による。

することとされている。病院には、公衆衛生政策の実施と医療安全の確保のための施策に協力することが求められる。さらに、病院は全日の入院を回避し、あるいは入院期間を短縮するために、入院の代替となる活動を展開できるとされている。そのような医療活動は、日中あるいは夜間の部分的な入院の組織(精神科におけるものも含む)、および麻酔・外来の外科的治療を実施する組織を通じて提供される。なかでも在宅入院(hospitalisation à domicile)が広く実施されており、2010年現在、302の在宅入院組織が12,390の場(place)での医療提供を行っている(DRESS 2012: 124)。在宅入院の医療が提供された総日数の63%は公益(あるいは非営利)の病院、27%は公立病院によって提供されている(FHP 2012: 79)。

なお、病院は、要介護高齢者の入所施設等の社会・社会医療施設、および保健センター(後述)を設立することが可能である。

以上のような一般的な任務とは別に、HPST法では、「公的サービスの任務(missions de service public : MSP)」⁴が定められ、従来の「公的病院サービス」の仕組みが改められた。MSPは、従来の公的病院サービスをもっぱら担ってきた公立病院や非営利私立病院のみではなく、営利の私立病院、さらには多様な医療提供者によって構成される医療協力連合(groupement de coopération sanitaire : GCS、後述)によっても担われることとされた。従来の仕組みでは、病院の法的地位によって公的病院サービスとの関係が定められていたが、新たなMSPはこのような硬直的な対応関係に終止符を打ち、MSPを担う可能性を公私のすべての病院に開いた。さらに、新たなMSP制度は、病院のみではなくGCS等の多様な医療資源の関与をも想定しており、地域の医療供給を柔軟に活用することによって常時の医療へのアクセスを確保することが企図されている。

(2) 医療従事者

2002年以降の医療従事者数の推移は表2のとおりである。医師は増加傾向にあり、2012年現在で216,762人であり、前年から3,000人以上の増加となっている。このうち約半数(101,896人)は、一般医(médecins généralistes)である。医師数は、その過剰が懸念されるようになった1970年代から1990年代初頭まで、二年目に進学することのできる医学生数を制限する進学者数制限(numerous clausus)を引き下げることによって、調整が図られてきた。実際の医師数は1990年代以降も増加を続けたが、過去の進学者数制限等の影響によって、今後、医師数が急速に減少することが見込まれている⁵。このため医師不足への対

⁴ 公的サービスの任務は、①医療の継続、②緩和医療の提供、③大学・卒後教育、④研究、⑤病院および病院外での継続的な職業訓練、⑥助産師とパラメディカルの養成と継続的な職業訓練等、⑦健康のための予防・教育活動とその調整、⑧救急医療の支援、⑨社会的排除との闘い、⑩公衆衛生活動、⑪承諾なしの入院患者の引き受け、⑫刑務所に拘留された人への医療提供、⑬外国人の入国・滞在に関する規定の対象となる人への医療提供、⑭保安社会医療司法センターに拘留されている人への医療提供である。

⁵ 松本 2012: 301-304 参照。

表2 医療従事者数の推移(2003-2012年)

	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
医療職と薬剤師										
医師	205,437	207,736	210,208	211,713	212,711	212,874	213,821	212,044	213,442	216,762
歯科医師	41,375	41,653	41,857	42,169	42,242	42,246	41,968	41,799	41,836	40,599
助産師	16,280	16,765	17,215	17,695	18,237	18,755	19,651	20,040	18,835	19,128
薬剤師	64,975	66,266	68,656	70,664	71,806	73,485	74,465	75,432	73,298	72,811
医療補助職										
看護師	431,565	446,100	461,503	478,483	493,503	487,663	507,514	528,389	547,861	567,564
マッサージ・運動療法士	58,109	59,895	61,705	63,431	64,098	65,931	68,751	70,845	72,850	75,164
足治療師	9,948	10,344	10,661	11,008	11,197	11,132	11,189	11,453	11,747	12,085
言語療法士	15,159	15,707	16,288	16,946	17,545	18,250	18,979	19,763	20,523	21,220
視能矯正士	2,452	2,557	2,636	2,730	2,866	2,983	3,151	3,312	3,480	3,655
眼鏡製造士	12,968	13,892	15,363	16,397	17,389	18,417	19,893	21,055	23,675	25,010
臨床心理士	5,407	5,707	5,984	6,307	6,654	6,956	7,322	7,669	7,992	8,385
放射線技師	23,475	24,310	24,920	25,520	26,311	27,077	28,008	28,666	29,352	30,201
作業療法士	4,747	5,061	5,441	5,773	6,155	6,553	6,951	7,353	7,695	8,079

出典: Inseeホームページ(http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103)より作成。

応が喫緊の政策課題となっている。また、医療補助職(auxiliaires médicaux)の数の増加が顕著であり、看護師は 567,564 人へと増大している。

地域の医療の必要に対応することのできる医療供給体制を確保するためには、病院のみならず、医師を中心とした医療職を確保し、必要に応じた地域的な配置を実現することが政策的に求められる。このような課題に対応するため、2003 年に全国医療人口監察局(Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé: ONDPS)が創設された。ONDPS は、保健医療を担当する大臣のもとに設置され、医療従事者の人口と医療へのアクセスに関する情報を収集し、それらを総括して提供する役割を担う。このため、ONDPS は、医療従事者の人口、地域における配置の状況(implantation)、業務実施の方式(とりわけ多職種による業務)、および医療へのアクセスに関する地域圏・全国の分析に必要な情報を収集する。また、ONDPS は、地域圏委員会の提案に基づき、専門分野・地域圏ごとの養成すべき医療従事者の数と配分を、保健医療を担当する大臣および高等教育を担当する大臣に提案する役割を担う。

ONDPS は、大臣のアレテによって任命される局長のもと、方針会議(conseil d'orientation)と地域圏委員会によって構成される。前者は、保健医療省の関連各局の代表者と被用者疾病保険金庫長、全国自立連帯金庫長の他、大臣によって任命される 12 人の有識者から構成される。地域圏委員会は、各 ARS の長官を委員長とし、医学部の学部長、医師会等の医療従事者の組織の代表者、病院団体の代表者、患者組織の代表者など、多様な関係者によって構成される。

ONDPS の 2010-2011 年の報告書では、2010-2014 年のインターンの数と配置に関する分析の結果が示され、それに基づく提案が行われた。地域圏による医師の過不足の状況を是正すること、国の方針に基づいて一般医の数を増加させることが大きな柱となっている。医師数は、主に進学者数制限(numerous clausus)を通じてコントロールされているが、

ONDPSはこの制限された学生数を基礎として、人口1000人当たりの制限学生数が全国平均よりも低い地域圏にはより多くのインターンを受け入れ、制限学生数が多い地域圏にはより少ないインターンを受け入れること、さらにインターンのポストの50%を総合医療において確保することを提案している。しかしながら、医師数の増加を目指した制限学生数の引き上げやインターンのポストの拡大、さらに医学教育における一般医療の拡充は、受け入れ能力等の面から困難に直面している地域圏も多く、求められる変化にいかに対応していくかということが、各地域圏における医師の養成において大きな課題となっている。

(3) 医療供給に関する制度改革

① これまでの経緯

フランスでは1990年代から、とりわけ病院医療供給に関する抜本的な制度改革が継続的に実施されている。歴史的な経緯によって公私の両部門をとりまく制度(診療報酬制度、開設等の許可・承認制度等)が大きく異なり、地域的にばらつきの大きかった病院医療の供給状況を改善することは、長らく政治的な重要課題であった。このような供給状況を改善し、住民の医療の必要に応じた病院医療の供給体制を構築するために用いられた方法は、病院の設立等をめぐる規制と連動した「保健医療計画」の策定と実施であった。1970年には保健医療地図(*carte sanitaire*)が導入され、病院医療の計画化が本格的に開始された。1991年には保健医療地図の機能を補完、強化するために地域圏保健医療組織計画(*schéma régional d'organisation sanitaire : SROS*)が導入された。これは、医療提供組織の最適な地理的配分を定め、既存の医療提供組織の変更等を促すものである。1996年には、地域圏病院庁(*agence régionale de l'hospitalisation : ARH*)が創設され、病院医療供給に関わるコントロール権限がARHに統一された。ARHのもとで定められる保健医療計画は、病院を規制する許可等と財源配分と連動させながら、その実効性を高めていった。しかしながら、これらの制度的枠組みは、主に「病院」を対象としたものであり、病院医療と開業部門の連携、予防の強化、社会医療部門との連携等の必要性が強く認識されるようになると、保健医療を掌る枠組みの大規模な再編が求められるようになった。このような背景のもとで2009年に制定されたのがHPST法である。

② HPST法による医療制度改革

(a) 立法の背景

HPST法案の理由書の前文において、次のような問題認識が示されている。「連帯原則に基づくフランスの医療制度は、注目すべき質と安全を提供している。しかしながら、医療提供者の間の連携(*coordination*)の不十分さと地域の保健医療専門職の配置の不均衡によって、医療(*soins*)へのアクセスがフランス市民にとってますます重要な問題となっている。人口の高齢化と医療の専門化という二つの脅威が明白となるなかで、今日この制度は限界と脆弱さを示している。HPST法は、医療へアクセスできることを第一の優先課題と位置

付け、とりわけ医療の経路(*parcours de soins*)のよりよい連携を通じて、我々の医療制度にとって不可欠な現代化(modernisation)に取りかかることを目指す。法案は、保健医療、病院、外来部門のみならず、社会医療部門においても組織の変更を求めるものである。地域圏における単一の主体による横断的な管理は必要不可欠な条件であり、これが、ARSを創設する組織改革を実施する理由である。最後に、この法案は市民の健康の改善に寄与する予防活動を提案する。」

以上のように HPST 法は、フランスのすべての地域において医療へのアクセスを確保するために既存の保健医療・福祉の供給体制を再編することを主要な目的とし、とりわけ包括的なコントロール主体の設置と供給者間の連携強化を通じて、これを実現しようとするものである。

(b) HPST 法の内容

HPST 法は四編から構成されている。第一編「医療施設の現代化」は、主に公立病院を対象とした改革方策について定めている。新たな医療供給体制の再編に公立病院を適応させるための内部の組織改革と病院間の連携強化策が含まれている。

第二編「質の確保された医療へのすべての人のアクセス」では、地域の医療の必要によりよく対応するために一次医療や継続的な医療提供、医療専門職間での協力の強化等が定められている。

第三編「予防と公衆衛生」では、慢性疾患を持つ者と若年者の健康に関する方策等が定められている。これまで予防は、医療との関係においては付随的なものとみなす見方が強かった。HPST 法は、医療と予防の均衡を取り戻し、予防を強化するものである。なかでも施策の重点は疾病教育(*éducation thérapeutique*)に置かれており、疾病教育は、初めて「政策」、さらには「国家の優先課題」となった。これまでも多様な保健医療に関わる主体によって疾病教育が推進されてきたが、HPST 法はこれらのインフォーマルな実践に対して法的枠組みを与えるものであり、それらのイニシアティブを促進し、試みられている活動を永続化するものである(Couty et al. 2009: 233)。

第四編「保健医療システムの地域組織」では、とりわけ保健医療を管轄する地域圏で唯一の組織である ARS の創設について定められている。あわせて新たな地域圏の保健医療計画の枠組みが提示されている。

以上のように HPST 法の内容は広範にわたるものであるが、本稿では、とりわけ医療へのアクセスの確保と供給者間の連携に関連した改革方策に焦点を当てて検討を行うこととする。

(4) 地域圏保健庁(ARS)

個々の改革方策について検討する前に、現在のフランスにおいて保健医療に関わる政策を遂行するための中心的な機関である ARS の概要について見ておく。各地域圏において医

療供給を単一の組織で統一的にコントロールするというアイディアは必ずしも新しいものではない。1995年に当時のジュペ首相によって提示された社会保障の再建計画(ジュペ・プラン)に盛り込まれ、1996年4月24日のオールドナンスによって創設されたARH(地域圏病院庁)が、このような考え方に基づいた医療供給のコントロール機関の最初の形態であった。ARHは、長い歴史のなかで調和を欠いたまま異なる制度的環境のもとでばらばらに発展を遂げてきた公立病院と私立病院を、統一的な機関で一体的にコントロールすることによって、よりよい病院医療の供給を実現することを目的としていた。公立・私立病院の間に、より調和的で補完的な関係を構築することが長年の重要な政策課題であったフランスにおいて、ARHの創設は一つの革新であり、大きな前進であった。

しかしながら、医療システムの効率化、医療へのアクセスの改善、保健医療計画の包括化等が追及されるなかで、国と医療保険とARHの間で分担されている医療システムの舵取りを統一化する必要があると考えられた。2008年に提出されたARSの創設に関する二つの報告書⁶に基いて、ARSの創設のための準備が進められ、HPST法によってARSが創設されることとなった。ARSは2010年4月から各地域圏における保健医療政策を掌っている。国の定めた保健医療に関する全国的な目標や計画を、地域圏のレベルにおいて具体的に実施する権限を持つのがARSである。ARSは住民の健康状態等に関する地域的な特性を踏まえて地域圏の優先課題を特定し、それを推進していく役割を担う。

① ARSの概要

(a) ARSの任務

ARSの法的地位は、行政的性質の国の公施設法人(*établissements publics de l'État à caractère administratif*)である。ARSの前身となったARHの法的地位が、医療保険と国を結びつける公益団体(*groupements d'intérêt public*)であったことを考慮すると、ARSの創設は国の役割を強化したことを示している(Couty et al. 2009: 312)。ARSは、保健医療、医療保険、高齢者および障害者を担当する大臣の後見監督下に置かれる。

ARSには、国家医療保険支出目標(ONDAM)の遵守に寄与し、国民の医療の必要への対応を実施しながら、効率的な医療システムの運営を実現することが求められる。ARSの任務は大きく二つに分けることができる。一つは公衆衛生政策に関するものであり、ARSは保健医療領域における監督・安全確保、流行性疾患の監視等を担う。また、予防活動と健康推進について規定し、財源を供給し、評価を行う。さらに、県知事と連携しながら公衆衛生上の危機を予知し、備え、管理を行う。

二つ目は、保健医療サービスの供給のコントロール(*régulation*)に関するものである。ARSは、医療と社会医療サービスの領域における必要への対応と医療システムの効率性を確保しなければならない。保健医療供給のコントロールは、外来部門、社会医療部門(高齢

⁶ Philippe Ritterによる「ARSの創設に関する報告書」(2008年1月)と、Yves Burによる「ARSに関する報告書」(2008年2月)である。