

(GCS)および公益に係る民間医療施設(ESPIC) というシステムを設けた。

CHT は公立病院だけを対象に、これら公立病院の協力形態を示す概念であり、CHT 協定によって創設される。その目的は、人的資源や医療資源の合理的配分や共有化を図るものであり、参加病院の病院長が署名し ARS が承認を与える。また医療協力連合(GCS)は、その名称からも明らかなように、公立あるいは民間の医療施設、社会医療機関などの施設にとどまらず、開業医や薬剤師などを含めた医療職間の活動を円滑、改善かつ推進することを目的とする。GCS は、施設や医療職の申請による場合と ARS 主導で設立される場合とがあり、さらに手段の GCS と医療施設の GCS に大別される。手段の GCS は、治療に必要なあらゆる手段の協調を促し、教育・研究活動の連携を目的とする。次に、手段の GCS のうち、ARS から医療活動の許可を得たとき、医療施設の GCS とされる。この GCS は、すべての患者に対して、質の確保された医療への平等アクセスを保証し、医療の継続性と安全を実現すること、そして常時、患者を受け入れ、引き受けると同時に他施設への転院を確保することが求められる。

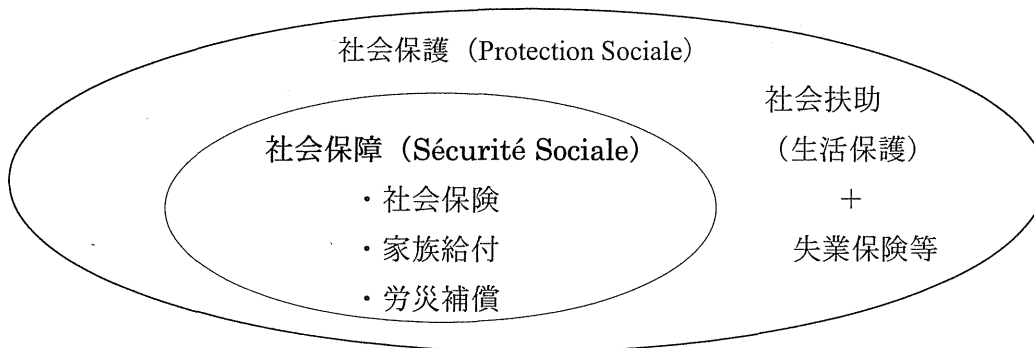
民間医療施設(ESPIC) は、PSPH に参加していた 700 の非営利民間医療施設と 20 のガンセンター(CLCC)を指す。これら ESPIC とされた医療施設は、医療アクセスの平等、診療の継続性を確保するとともに、医療保険に基づく診療報酬の適用を求められる。なお、2009 年 HPST 法については、後掲松本由美「フランスの医療供給体制」を参照ください。

本報告の検討対象期間に関する 1990 年代以降の立法史

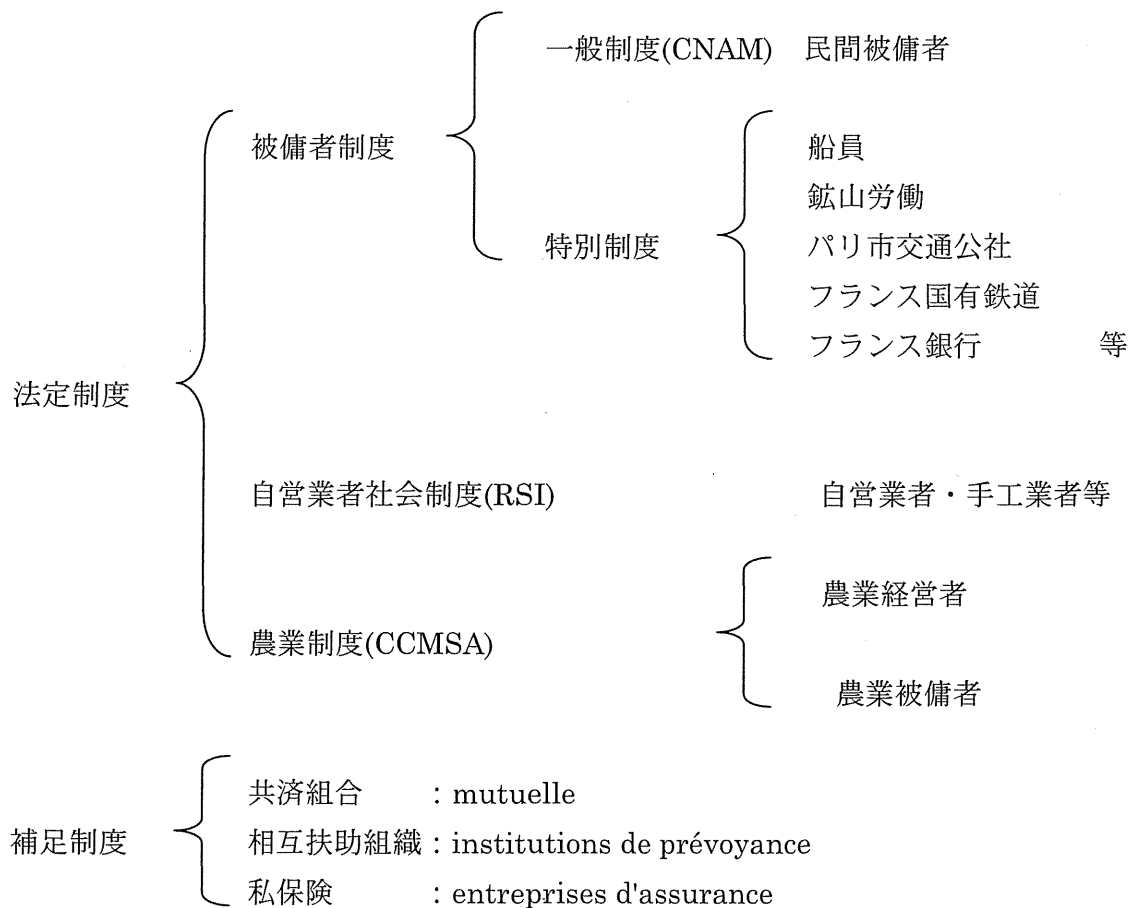
- ・ 1990 年 12 月 29 日法：1991 年度財政法律＝租税代替化への移行 (CSG の導入)
- ・ 1995 年 11 月 15 日＝Jeppe Plan ジェペプラン：通貨統合に向けた財政削減
社会民主主義→議会民主主義：社会保障財政法律の導入
供給サイドに注目した医療制度改革
- ・ 1999 年 7 月 27 日法：普遍的医療給付 (CMU) の創設
2003 年 8 月 21 日法：年金改革
- ・ 2002 年 3 月 4 日法：患者の権利および保険システムの質に関する法律
2004 年 6 月 30 日法：介護連帯全国金庫の創設
- ・ 2004 年 8 月 9 日法：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の創設
- ・ 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

図・表 1 社会保障と社会保護

社会保障 (Sécurité Sociale) < 社会保護 (Protection Sociale)



図・表 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)



図・表 3 医療・医療財（CSBM）の負担者構成<単位：%>¹¹

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
社会保障	77.1	77.1	77.0	76.8	76.6	75.7	75.8	75.7	75.5
国・公共団体	1.1	1.2	1.3	1.4	1.4	1.2	1.2	1.2	1.3
共済組合（mutuelles）	7.3	7.7	7.7	7.8	7.9	7.6	7.6	7.5	7.4
保険会社	3.3	2.7	3.1	3.2	3.2	3.3	3.4	3.6	3.7
労使共済制度（prévoyance）	1.6	2.4	2.5	2.4	2.5	2.4	2.4	2.4	2.5
家計（世帯）	9.6	9.0	8.4	8.4	8.5	9.7	9.6	9.6	9.6

出典：http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06303。

図・表 4 医療・医療財（CSBM）¹²の消費構造<単位：億€>

	1995年	2000年	2005年	2008年	2009年	2010年	2011年
病院診療	476	541	685	762	792	814	836
開業医	268	286	374	421	433	441	457
医師	130	132	165	182	186	185	192
医療職	52	58	81	99	104	110	115
歯科医	60	67	87	96	97	100	103
検査	24	26	38	41	42	43	44
温泉治療	3	3	3	3	3	3	3
移送	15	19	28	34	36	38	39
薬剤	185	240	307	334	341	345	347
その他	37	60	88	107	110	116	122
合計	980	1146	1481	1657	1711	1754	1800

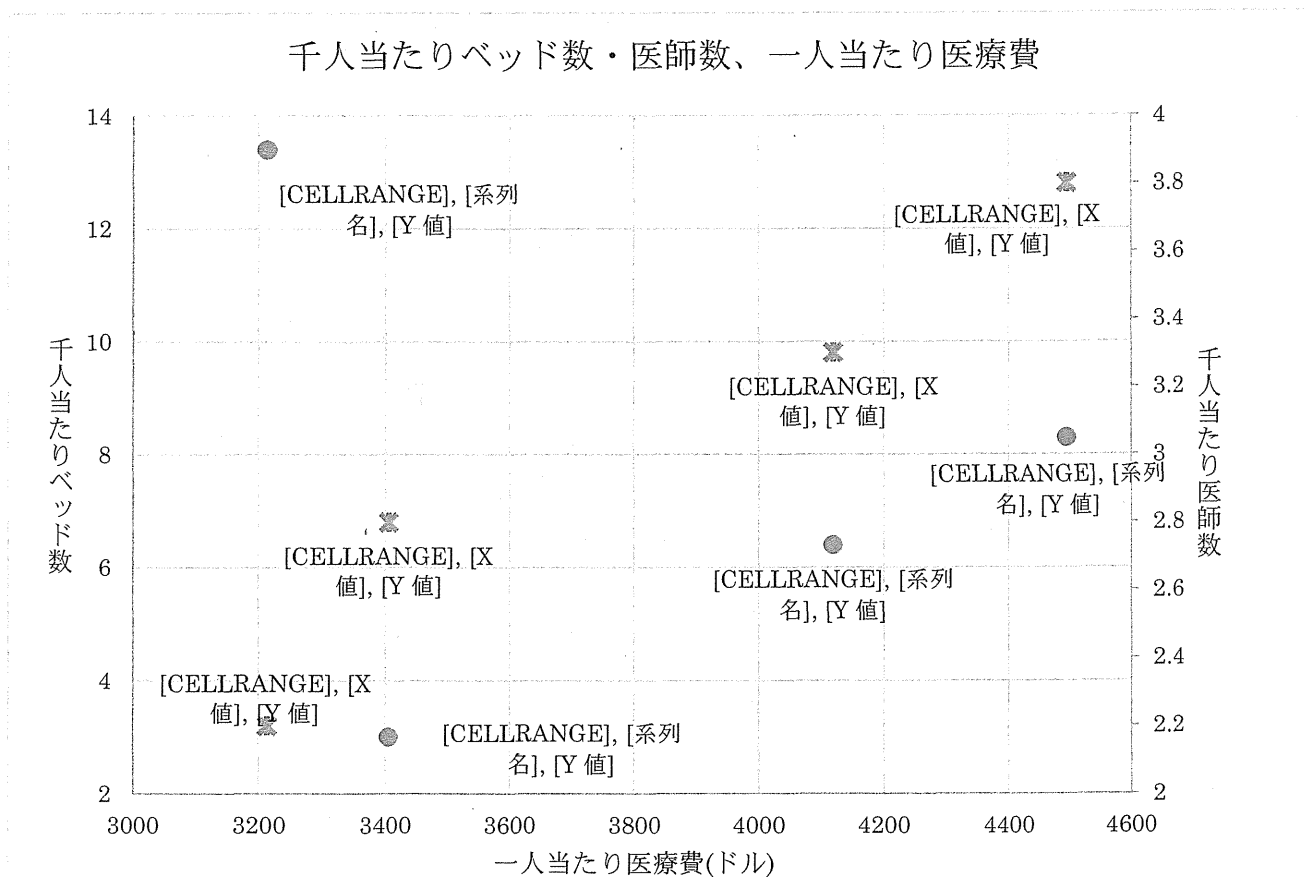
出典：http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06302等。

¹¹ 家計と補足給付組織を足しても23.3%にしかならず、医療・医療財費用の大部分(75.5%)は基礎的社会保障制度すなわち公的医療保険が負担している。日本の場合、実効給付率は約85%であるといわれる(島崎謙治『日本の医療』(東京大学出版会、2011年)116頁)。

¹² 医療・医療財費用（CSBN：Consommation de soins et de biens médicaux）は、公立・私立を問わない入院診療、外来診療、さらには救急医療や患者の移送、薬剤や義装具などの費用を含んでいる。このため、医療・医療財費用はフランス領土内で用いられる医療費の大枠を示している。

<参考：千人当たりベッド数・医師数および一人当たり医療費の4カ国比較>

本書で検討したドイツ、フランス、イギリスに日本を対象に、OECD 資料に基づき、一人当たり医療費、千人当たり医師数、千人当たりベッド数の散布図を作成した。また、データとしては以上に、医療費の対 GDP 比を示している。



	一人当たり医療費	千人あたり医師数	千人あたりベッド数	対 GDP 比
フランス	4118	3.3	6.4	11.6
ドイツ	4495	3.8	8.3	11.3
日本	3213	2.2	13.4	9.6
イギリス	3405	2.8	3	9.4

出典：<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm> 等に基づき、加藤作成。

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¹³。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も、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

¹³ 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。

正について、UNCAM 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)、地域圏保健庁 (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

給付範囲の見直し((1))に関連する施策の特徴として、患者負担の多様化・強化をあげることができる。一部負担割合が 3 割という点で、フランスは日本と共通するが、以下に紹介するように多様な負担を患者側に強いているといえる。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ことから、ここで検討する。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((2))については、加入すべき保険者の選択を認めるようなドイツほど明確な政策は採用されているとはいえない。しかし、ジェネリック製剤の推奨に関連して、薬剤師の選択権が導入されるに至っている。以下では、これらの施策について検討してゆく。

(1) 給付範囲の見直し等

患者負担の多様化という動向を除けば、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方向ではなく、病院の種別に伴う予算配分基準の違いを解消するための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。

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°)。ALDの患者については、移送費の定額負担金も免除される。

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である。薬剤の1パッケージおよびパラメディカルの1診療行為あたり0.5€、また移送1回当たり2€の負担金が求められる。受診時定額負担金と同様に年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う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.L.322-3.1¹)。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) ともいう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。

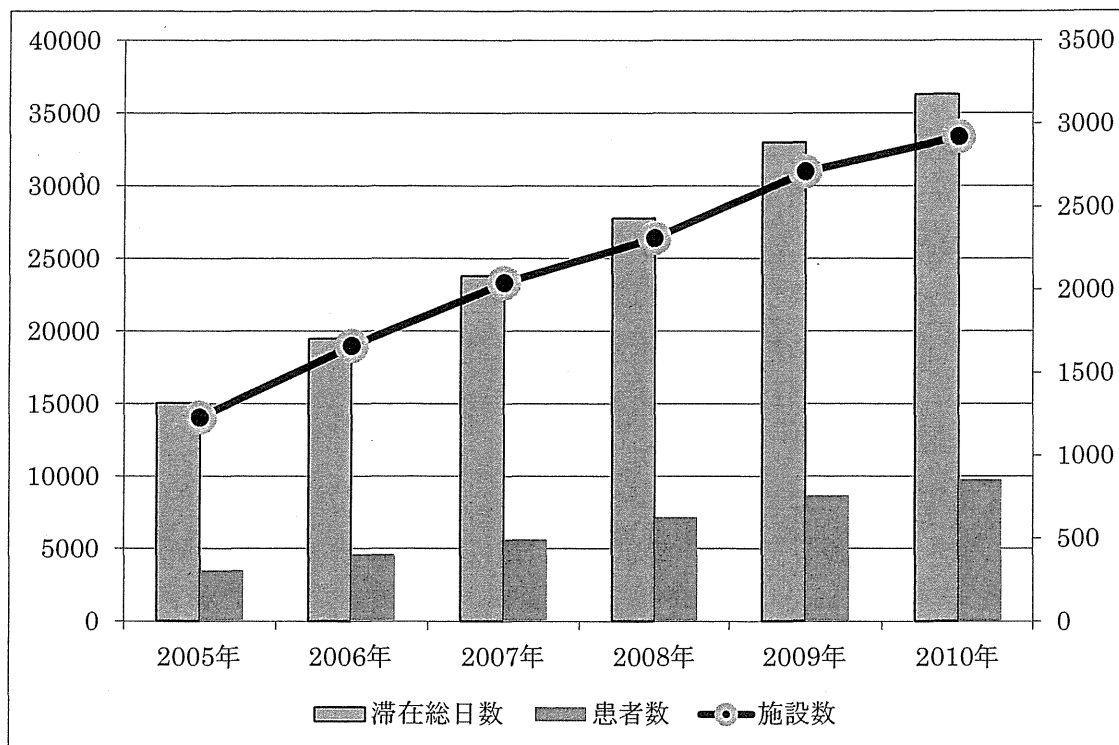
② 在宅入院制度

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。70 年代にはがん患者の急性期以後の医療を提供していたが、91 年の病院改革法以後は、周産期からターミナル・ケアまでの疾患を対象に、2011 年現在、302 の組織が 10 万 100 人に対して 390 万 1637 日にわたる在宅入院サービスを提供している¹⁴。在宅入院サービスの病床数は地域圏医療計画の規制対象となっ

¹⁴ http://www.fnehad.fr/images/stories/CHIFFRES/Chiffres_HAD_2011.pdf。これによれば、2005 年には 123 の組織が 6 万 3666 人を対象に、150 万 5814 日の在宅入院サービスを提供していた。2010 年には、292 の組織が 9 万 7624 人に対して 362 万 9777 日に及んでいる。

ており、2011年現在6万4855床であり、全病床数の13.6%を占めている¹⁵(在宅入院制度に関する施設数等2006年以降の推移につき、図・表5参照)。

図・表5 在宅入院制度の推移



上記グラフでは、推移をより鮮明に理解するため、滞在総日数を1/100に、患者数を10倍、施設数を10倍にして数値を変更している¹⁶。

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

¹⁵ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natfef06116。

¹⁶ 実際の数字は以下の通りである

(出典：http://www.fnehad.fr/images/stories/CHIFFRES/Chiffres_HAD_2011.pdf)。

	施設数	滞 在 総 日 数 (日)	患者数(人)
2005年	123	1505814	35017
2006年	166	1948210	46022
2007年	204	2379364	56287
2008年	231	2777900	71743
2009年	271	3298104	86674
2010年	292	3629777	97624

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医 (médecin coordonnateur) 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。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として設置されており、コーディネーター医、看護師、理学療法士、作業療法士薬剤師、臨床心理士など多職種から構成されており、化学療法、疼痛緩和ケア、人工栄養、人工呼吸の管理などのサービスが提供される。

在宅入院にかかる費用は一般の入院と同じように、公的医療保険が80%負担し、患者負担は20%であり。これに加えて入院定額給付金(18ユーロ/日)がかかる。ただし特定慢性疾病(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¹⁷。

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

¹⁷ 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。

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に属するのかわ、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(図・表6参照)。なお、かかりつけ医に受診するための移動手段に乏しい地域などには、移送費が支給される。長期高額疾病(ALD)の場合は、移送費も含めて一部負担なしに受診できる。このようなことから移送費の不正受給が問題となり、先に述べた移送時定額負担金が導入された。

図・表6 かかりつけ医による外来診療¹⁸

	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€
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

18

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php> 参照(2014年4月30日最終閲覧)。なお表中に“一般医”なる用語が用いられているが、一般医は2005年以降、専門医のひとつと位置づけられている。

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、それぞれ図・表 7 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、図・表 7 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。

図・表 7 かかりつけ医ではない医師による外来診療¹⁹

	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 : tarif forfaitaire de responsabilité) である²⁰。

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、1999 年社会保障財政法律に基づき、認められている (Css.L162-16、Csp.R5125-54)。

¹⁹

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/hors-du-parcours-de-soins-coordonnes.php> 参照 (2014 年 4 月 30 日最終閲覧)。

²⁰ 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。

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。これは、先発医薬品の価格について、製薬会社に対し、元の価格を維持して市場を失うリスクを負うか、市場を維持するためにジェネリックの価格まで販売価格を引き下げるかの選択を迫るシステムである²¹²²。

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²³。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。したがって、全国協約は NGAP における点数と点数当たりの単価に関する合意ということになる。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はできなかった。具体的な診療行為を特定させるほどの行為分類をしていなかったからである。

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、民間病院はさらに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、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

²¹ Css.L162-16.

²² TFR を適用される薬剤のリストにつき、

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/TFR_23_07_2012_ameli.pdf 参照。

²³ 開業医については、この全国協約との関係で、全国協約に定める料金に拘束される医師 (セクター1) と、全国協約の料金を上回る料金を患者に請求することのできる医師 (セクター2)、および全国協約に拘束されことなく全く自由に報酬を決定することのできる非協約医という区別が存在する。

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ることとなった。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医療行為分類カタログ (CdAM : catalogue des actes médicaux) といい、外科、検査、放射線診断、看護、理学療法などの部門に応じて、それぞれの医療行為に相対費用係数が設定されていた。しかし、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っていたのである。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、開業医については 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の要請にはそぐわないものであった。裏を返すと、ONDAM の設定は、総枠予算制か日額料金制かという診療報酬の支払方式の違いや、大きくいえば開業医と公立病院で医療行為の分類方法が異なること自体を浮き彫りにさせ、それらを放置したままでは、医療情報の共有化や医療政策の透明化が阻害されることを明らかにした。ONDAM 設定の大きな意義と評価できるものである。

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 1 件当たり包括評価方式 (T2A : tarification à l'activité) の実施である。

① 診療行為共通分類 (CCAM)

CCAM は、開業医や病院で提供される様々な診療行為を共通のコードに分類し、そ

れに基づいて診療行為の内容を明らかにするとともに、報酬の支払いにも用いるために作成された。医療保険との関係では、法令上、次のように説明される。2004年8月13日法により、医療保険の対象となる行為は診療行為・給付リスト(LAP: Liste des actes et des prestations)に収載されなければならないと定めた(Css.L162-1-7)。これを受けて、UNCAMは、2005年3月11日にCCAMの導入を決定し、2005年3月31日から施行された。CCAMは、最終的に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ことが予定されている。しかし、現在、営利病院や歯科医あるいは看護師などの行為については、NGAPが適用されている。以下では、CCAMを取り上げる。

CCAM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る。数字とアルファベットを用いて、14桁の枠を、数字とアルファベットを用いて、医療行為の記述と報酬の支払いに関連する情報が記載される。

医療行為の内容については10桁のなかで表現されるが、行為、臓器、経路(手段)などを示すとともに、誰が行ったか、治療段階などは追加行為の部分に記入する。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アルファベットによって記載される²⁴。また、CCAMへの登録条件の設定、登録・抹消の決定に関する権限は国からUNCAMへ移譲された(Css.L.162-1-7)。

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。

② CCAMの収載過程²⁵

2004年8月13日法に基づき、LAP(CCAM・NGAP・NABM)への収載、修正、削除に関する手続きは以下のような8段階によるものとされている²⁶。これら収載過程には多く

²⁴ 2014年2月20日におけるCSMFでの聞き取り調査によれば、開業医であれ勤務医であれ、同じ診療を行えば報酬は同額とされるとのことで、開業医においてもCCAMに対しては一定の評価を得ているようである。CCAMには約7500の医療行為が収載されており、うち約7300の行為が公的医療保険による償還の対象となっているとのことである。

²⁵ CCAMへの収載過程については、CNAMTSのHP、特に以下のURLから得た情報に基づいている。

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations/i-avis-de-la-has.php>,

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/inscription-lap-schema.pdf

²⁶ 結果的に、社会保障法典において「医療保険の負担ないし償還の対象となるすべての診療行為は、本条に基づくリストに収載されなければならない」と規定された(Css.L162-1-7)。

の組織が関わり、それぞれの段階もさらにいくつかの手続きを必要としている。以下では、収載過程の 8 段階について、簡単に概説したい。8 段階とは、①収載等の申請、②HAS による医学的評価、③CHAP における医学的・科学的評価、④UNCAM における医学的経済的評価、⑤情報提供・諮問、⑥UNCAM 事務局長会議における収載決定、⑦担当大臣による承認 (approbation)、⑧告示である。

まず①収載等申請である。これについては、UNCAM や学会あるいは関係当事者から、HAS に対して収載の申請が行われる。次に、②HAS における医学的評価である。この評価は 2 段階に分かれる。まず、15 名の委員から構成される全国医療機器・医療技術委員会 (CNEDiMITS : Commission Nationale de l'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé) によって審査された後、評議会 (college) による承認を受けなければならない。

第 3 段階は診療行為・保険給付体系化委員会 (CHAP : commissions de hiérarchisation des actes et prestations) における医学的・科学的評価である²⁷。体系化 (hiérarchisation) と称される段階であり、申請された診療行為等をどのように CCAM などの体系に組み込むかの評価を行う。学会、UNCAM および病院情報技術機構 (ATIH : Agence technique de l'information hospitalière)²⁸により作成された提案に基づき、専門家パネルによる点数付けを行ったうえ、調整委員会 (IC : instance de cohérence)²⁹が CCAM における位置づけ、すなわち体系化を行う。その結果を CHAP が採択するという経過を辿る。

第 4 段階から第 6 段階は、大きくいえば UNCAM の決定過程ということができる。第 4 段階は、UNCAM における医学的経済的評価すなわち価格決定 (tarification) の段階である。具体的な料金、収載条件を定め、代替可能な診療行為である場合には、収載可能か否かを判断することになる。次の第 5 段階は、情報提供・諮問の段階である。まず、保健衛生・社会保障担当大臣、UNPS³⁰、関係業種の職業組合および関係施設の労働組合に趣旨説明書 (lettres d'intention) を送付することによって、情報提供を行う。

²⁷ CHAP はひとつの委員会ではなく、医療職種に応じて 9 つの委員会が設けられている。事務局は UNCAM が担っている。なお、Css.L162-1-7 参照。

²⁸ ATIH は、2000 年に設置された行政的性格を有する行施設である。リヨンに本部、パリに支部を置き、一般病床、在宅入院、慢性期・リハビリ病床および精神病院を対象とする。①保健医療施設の医療経済情報の収集分析、②施設の財政状況に関する技術的管理、③施設費用に関する研究、④診療行為分類表の作成・見直しを任務とする。

²⁹ Cohérence とは一貫性、整合性という意味であるから、CCAM 体系の中での位置づけを定めるという意味で調整委員会を約すこととした。この組織は、2007 年に設けられ、12 名の専門家から構成される。

³⁰ CNEDiMITS は、2001 年に設けられた医療材料評価委員会 (CEPP : Commission d'évaluation des produits et prestations) が、2009 年 9 月 2 日のデクレにより改組されたものである。医療保険の償還対象となるか否かの決定に関する医学的評価を行うほか、医療の質に関する改善や、科学的データに基づく収載に関する意見表明などを行う。15 名の委員のほとんどは胸部・心臓外科医や救急医など医師である。

また、UNOCAM への当該収載につき諮問を行う。UNOCAM は基本的に 6 か月以内に答申しなければならない。これらの手続を経て、第 6 段階として UNCAM 事務局長会議における収載決定が行われる。UNCAM における収載決定後、第 7 段階として担当大臣による承認 (approbation) に移行する。承認の可否については 45 日間とされており、ここで承認されれば、最終第 8 段階として官報による告示となる。

図・表 8 CCAM の収載過程

- 1 収載等申請
UNCAM、学会、関係当事者 → HAS
- 2 HAS における医学的評価
 - i Cnedimts における審査
 - ii 評議会 (college) による承認
- 3 UNCAM における医学的・科学的評価 (体系化 : hierarchisation)
 - i 学会、UNCAM、ATIH により作成された提案
 - ii UNCAM・専門家パネルによる体系化
 - iii 専門家外部委員による体系化評価
 - iv CHAP による体系化採択
- 4 UNCAM における医学的経済的評価＝価格決定・料金決め (tarification)
 - i 価格決定・料金決め (tarification)
 - ii 二者択一的行為の評価
 - iii 収載条件
- 5 情報提供・諮問
 - i 趣旨説明書 (lettres d'intention) の送付
保健衛生・社会保障担当大臣、UNPS、関係業種の職業組合、関係施設の労働組合
 - ii UNOCAM への諮問
- 6 UNCAM 事務局長会議における収載決定
- 7 担当大臣による承認 (approbation)
- 8 告示

(b) T2A

1 件当たり包括評価方式 (T2A : tarification à l'activité) 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り、最終的には公的病院と民間病院双方における診療算定方式の統一を意図している (Css.L162-22-1~L162-22-18)。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ことが明らかになった結果、統一化の機運が生じたものである。

そもそもフランスでは、その歴史的沿革から、公立病院と民間営利病院とに対する報酬の支払い方法が異なっていた。公立病院に対しては、いわば一年間の予算を配分するというシステム（総枠予算制：dotation globale）であった³¹。これに対して、民間営利病院については、全国目標量システム（OQN：Objectif quantifié national）が採用されていた³²。そこで、この両者の予算調整を行うための病院管理指標として DRG が利用されていた。つまり、性格の異なった病院に対する資源配分を合理化する指標が作成されていた。

このような病院管理指標の導入と活用により、資源配分の不平等が解消され、病院医療費も抑制することができたとの評価を得たこと、他方 CCAM も定着しつつあったことを踏まえて、2003 年 LFSS が段階的な T2A の導入を決定した。T2A は、直裁に例えば、1 件当たり包括支払方式といえるが、フランスの場合、病院に所属する医師の技術料部分も含んだものとなっているため、ばらつきが大きくなる傾向にある。このため高額医薬品や高額医療機器については T2A とが別に出来高払い方式を採用している。

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、9 月 15 日までに T2A に関する報告書を提出することを義務づけた(Css.L162-22-19)。

こうして算定される診療報酬のほかに、PSPH に参加しているすべての施設に、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：Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation）が支給される。医師の養成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。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。

なお、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とアップコーディングが見られることによる。

³¹ 総枠予算制のもとで、公立病院等の収入は大きく 4 つの要素から構成されていた。①公的医療保険制度から支給される総枠予算、②公的医療保険の被保険者が負担する一部負担金、③入院患者の負担する入院時定額負担金、④公的医療保険における給付の対象とされない診療行為に関する診療報酬である。①の総枠予算は、公的医療保険の保険者ごとに、その所属加入者の入院日数に応じて、負担することとされていた。

³² OQN は政府と民間営利病院を代表する組合との間で締結される協約によって、全国レベルの料金を決定し、この全国レベルでの料金目標額を地域圏病院庁(ARH)を通じて、各地域圏の病院に配分するシステムである。OQN は、ジュペプランの一環として制定された 1996 年 4 月 24 日のオルドナンスにより導入された。これ以前は、入院滞在費、看護料、薬剤費、手術室使用料などの費用から構成されていた日額予算制(Forfait journalier)が採用されていた。

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(UNCAM)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(CNAMTS)、全国自営業者等社会制度(CNRSD)および農業社会共済中央金庫(CCMSA)の上位に立つ組織と位置づけられる行政的公施設である。

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³³。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³⁴。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

³³ 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。現在は2011年に締結された協約が適用されている。

³⁴ 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.)。