

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。

## ③ UNOCAM 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うことができる。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)

HAS は、2004 年法に基づき、いくつかの医療・保健組織を統合して設立された独立行政法人である<sup>35</sup>。任期 6 年再任可でそれぞれ大統領、国民議会議長、元老院議長および CES 議長が 2 名ずつ指名する 8 名の理事から構成される理事会のもと、7 つの専門委員会が設けられている。以下のような委員会である。慢性疾患および医療圏、患者の安全および医療従事者の質の改善、医療施設認証、透明性、医療技術および医療材料評価(Cnedimts)、推奨実践の各委員会である 2012 年 12 月 14 日現在、HAS における正規職員は 410 名とされる。

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。まず評価・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。次に認証・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。最後に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、地域圏病院庁 (ARH : Agences Régionales de l'hospitalisation) に代わり、地域圏保健庁 (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<sup>36</sup>。

<sup>35</sup> 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 (FOPIM : 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 (CNEDIPTS : Commission Nationale de l'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé) などの組織を統合した。

<sup>36</sup> 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

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

地域圏保健庁には、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。事務局長は地域圏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、地域圏長官など国の代表者、ARS に関連する医療保健地域圏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からの代表者によって構成される。

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からなる。また調整委員会 (Comité de coordination) には、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がある。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、地域圏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。

(b) 権限

地域圏保健庁は、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

---

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。

システムの効率性の確保を規制し、誘導し、組織する。

#### ⑥ 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 を構成する団体のひとつである。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、同様に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に大きな組織である<sup>37</sup>。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 箇所の精神病関係施設、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 は保険者ではないが、医療費抑制策を具体化する権限を有する組織として重要である。ARS は、医療費抑制策を地域圏レベルで具体化するために、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。

<sup>37</sup> 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。

CPOM は、地域圏診療組織化計画（SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins）あるいは地域圏間計画に基づき、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 年に社会保障財政法律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

フランスの社会保険料は、基本的に労使折半ではなく、使用者の負担割合が高い。

1990 年代以降の社会保険料率の変化は、一般社会拠出金の動きと連動している。現

行の一般社会拠出金、特に稼働所得に対する7.5%という料率は、それ以前の料率から2.4%も引き上げる大幅なものであった。これはCMUの創設と関連しており、料率引き上げ分を医療保障の拡充にあてたため、医療保険における労働者の保険料率0.75%は、傷病手当金に相当する日額手当金のための財源にのみ充当される。こうして、2006年以降、保険料率の変化はない。また、CMUが創設された2005年以降、CSGの賦課率にも変化は見られない。こうした状況の中で、医療保険における事業主の負担は12.8%という高率になっている。(図・表9、図・表10参照)

図・表 9 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*	6.55*	5.4
			1.6**		
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*	6.65*	5.4
			1.6**	0.1**	

\* : 保険料算定上限額の範囲内 : 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。

図・表 10 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	投資益	賭博益	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*	2.4*		7.5	7.5	7.5	家族手当 (1.1) 老齢部門 (1.15) 疾病部門 (5.25)
	5.1**	3.8**					
2005/1	7.5	6.6	6.2	8.2	8.2	9.5	家族手当 (1.08) 老齢部門 (1.13) 疾病部門 (5.29)
	***	①	②				

## 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<sup>38</sup>。ひとつは、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 (cadrage 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ならば 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<sup>39</sup>。

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<sup>40</sup>。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、ジュペプ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

---

<sup>38</sup> 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。

<sup>39</sup> Loi organique No.2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (<http://www.legifrance.gouv.fr>) 。

<sup>40</sup> 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。

の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。

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。収入と収支バランス (équilibre général) に関する部分と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<sup>41</sup>、自律連帯全国金庫<sup>42</sup>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

<sup>41</sup> 2004 年度予算法律第 40 条は、農業社会給付付属予算 (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。

<sup>42</sup> 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。



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<sup>43</sup>。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

---

<sup>43</sup> 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、アムステルダムの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。制裁措置はユーロ圏参加国のみ適用され、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。

報告書もあわせて議会に提出すべきこととされた<sup>44</sup>。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(ONDAM の推移につき、**後掲図・表 11 参照**)。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。

**図・表 11**

### 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
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

当初は無利子の預託金という形をとり、2 年たつ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。

<sup>44</sup> 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。

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
目標額	1448	1520	1576	1624	1671	1712	1754	1792
実績額	1476	1529	1581	1618	1671	1708	1749	****
差異	-28	-9	-5	+6	0	+4	+5	****

出典：<http://www.senat.fr/rap/l06-059-2/l06-059-22.html>

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

：<http://www.senat.fr/basile/> 等。

### 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<sup>45</sup>。

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（Css.L114-4-1、 Css.D114-4-0-7）。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（Css.D114-4-0-7）。

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)

<sup>45</sup> 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）。

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<sup>46</sup>。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える(2010年以降の開業医・病院部門の推移につき、後掲図・表12参照。)

図・表 12 ONDAMの下位目標額(2010年以降・億ユーロ)

	2010	2011	2012	2013	2014
開業医	752	773	785	805	812
病院部門	712	729	745	765	755
T2A適用医療施設	524	539	554	567	556
その他の医療施設	188	190	192	198	199
社会医療部門	149	158	165	171	176
高齢者施設	70	76	80	84	86
障害者施設	79	83	84	87	90
その他	10	11	12	13	49
合計	1624	1671	1708	1754	1792

出典：

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0224.asp>

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011\\_plfss\\_annexe\\_7.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_annexe_7.pdf)等

上記ONDAMの下位目標額に関連して、病院部門のさらに詳細な配分額について、2011年の数字が示されている<sup>47</sup>。そこでは、図・表12に示されている金額と平仄が合わないが、以下のような配分とされている。まず、病院部門全体に720.14億ユーロ、これがT2A領域とそれ以外に、538.94億ユーロと181.20億ユーロに分割される。これからわかるように、主要部分はT2A領域に振り分けられ、そのほとんど457.74億ユーロが診療費用に充当される<sup>48</sup>。538.94億ユーロから457.74億ユーロを差し引

<sup>46</sup> Liaisons sociales, législation sociale No.8616(le 12 août 2005).

<sup>47</sup> Le panorama des établissements de sante édition 2013.p69

<sup>48</sup> 直訳すれば、内科・外科・産婦人科全国支出目標(ODMCO : Objectif national des dépenses de medecin, chirurgie et obsterique)という費目である。

いた 81.20 億ユーロは医学教育や研究開発、新薬開発などの経費 (MIGAC) とされる<sup>49</sup>。診療費用 454.74 億ユーロはさらに 3 分割される。料金部分 (Part tarifs)、年間請負料金 (Forfaits annuels)、薬剤および医療機材 (Médicaments et Dispositifs médicaux implantables) である。金額ベースでは、405.77 億、11.06 億および 40.71 億ユーロという内訳になる。

T2A 領域以外の 181.20 億ユーロのうち、156.58 億ユーロは公立ないし民間非営利施設に配分され、民間営利施設に配分されるのは 24.62 億ユーロにとどまる。公立ないし民間非営利施設には、そのほとんどである 146.44 億ユーロが財政交付金として配分され、残りの 10.14 億ユーロは慢性期施設に充当される。

このような資金の配分構造は、個別の病院施設に対する予算配分にも妥当する。すなわち、各病院施設の予算は基本的には、1 件当たり包括評価方式 T2A に基づく収入と医学教育や研究開発などのために割り当てられる MIGAC 経費から構成される<sup>50</sup>。

## 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<sup>51</sup>(後掲図・表 13 フランスにおける医薬品の保険収載までの手続)。

### 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)<sup>52</sup>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。

<sup>49</sup> 社会保障法典 L162-22-13 条に基づき、公益目的および契約助成金 (MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) として支給される (Css.L162-22-13)。

<sup>50</sup> Bernard Bonnici, "l'hôpital", Documentation Française, 2007, p133.

<sup>51</sup> 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

<sup>52</sup> 高脂血症治療薬をめぐる薬害事を契機に制定された 2011 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>

医薬品効能評価 SMR は医薬品の効果と副作用、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、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%)という償還率を決定する。

画期性評価 ASMR は有効性を示す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<sup>53</sup>。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、市場で販売されることになる。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。

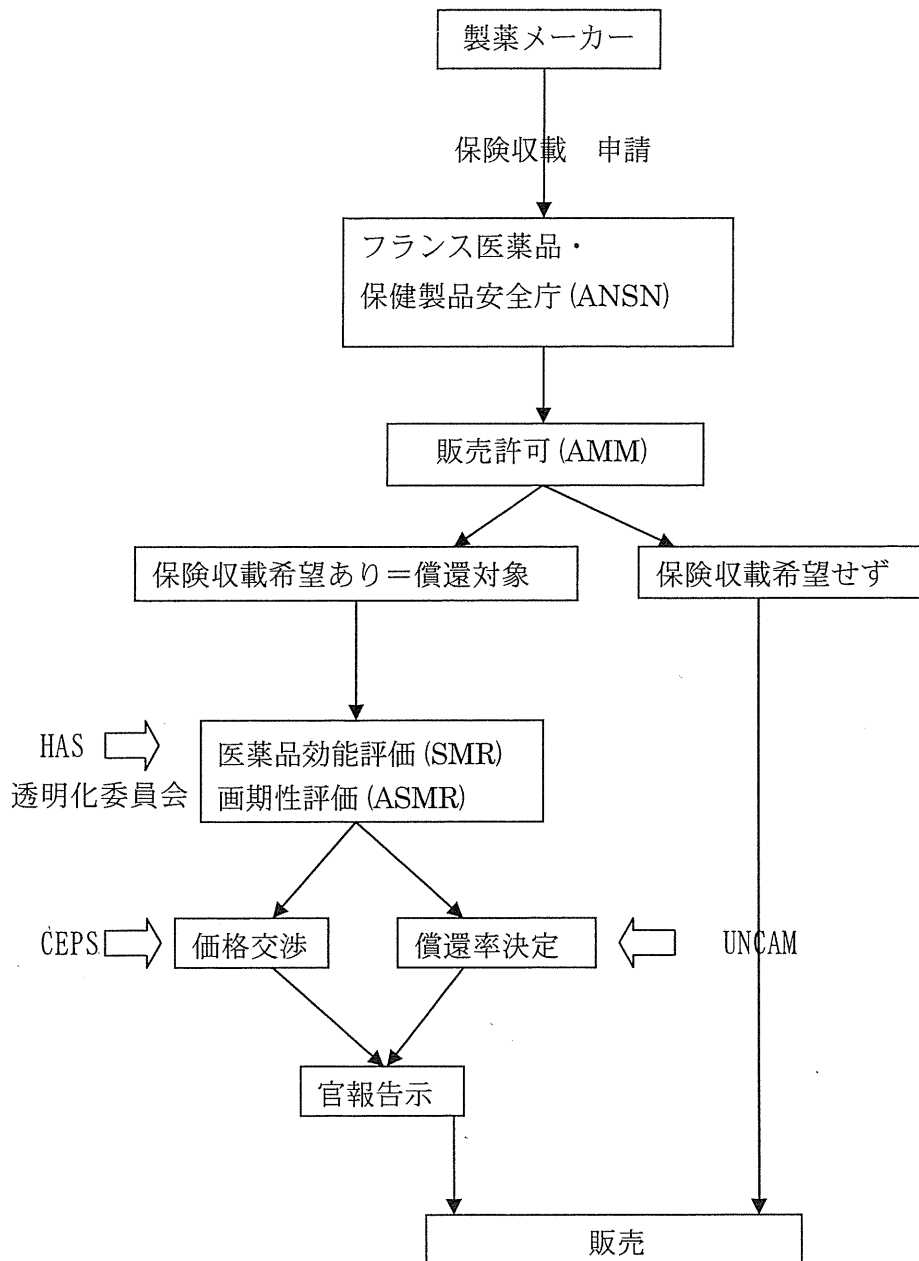
自由開業部門で処方される薬剤は薬価表によって厳密に規制されているが、2003年以降、画期的新薬については、ドイツ、イギリス、スペイン、イタリアの4カ国における価格との整合性が求められるものの、製薬会社による価格設定が部分的に自由化されている。

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。

---

<sup>53</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_412210/fr/commission-de-la-transparence](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence) 参照。

図・表 13 <フランスにおける医薬品の保険収載までの手続>



松田晋哉・健保連海外医療保障 97号 11頁に基づき作成

### 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。一部負担金の負担を補うものであるため、補足的医療保険に加入する者にとっては、医療アクセスを容易なものとした。そして、補足的医療保険の加入する者が増加傾向にあるときは、医療保険財政の状況が苦しくても法定給付や保険料の水準を維持することができるから、当該保険給付水準や保険料のままで、制度の定着を図ることを可能とした。しかし、補足的医療保険に加入し得ない者にとって、医療アクセスは阻害されたままである。

ここに、一部負担金をも求めることなく医療の提供を実現するCMUが導入された。この動きはフランス流の皆保険体制の構築をいうことができるが、それは補足的医療保険組織との共存によってもたらされている。このような帰結をもたらしたのは、ひとつには、公的医療保険および補足的医療保険それぞれが、職域的連帯の帰結として、定着していることが重要である。そして、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。かくして、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、このような皆保険体制は組織の一元化や補足的医療保険組織の公的医療保険への統合は考慮されていない。むしろ、CMU受給者に対しても、セクター2の医師にとる診療を提供する診療アクセス契約などの取り組みが展開されている。また、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している可能性もある<sup>54</sup>。

#### 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

<sup>54</sup> 笠木映里『社会保障と私保険』(有斐閣、2012年)参照。



障のあり方は大きく異なる。

#### ① フランスならでの問題解決

まずここでは、フランス独自の対応とはいえるが、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。事実、セクター2に該当する開業医に対しては、セクター2の医師であること、当該医師が公的医療保険による償還の対象とならない行為を行う場合には、必ずその旨を告げなければならない、旨の掲示をしなければならないとされている。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、この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ろう。

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。また、開業を促進するための研修、経済的誘導あるいは税制上の優遇措置などが試みられているが、問題の根本的な解決には至っていないようである。これらの取組も日本にとって参考とはなるものの、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<sup>55</sup>。

#### 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

<sup>55</sup> 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。

システムを導入することか検討に値するものとする。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。この過程はいわば公的医療保険に関する財政運営において、どのように説明責任を果たすべきかに関する典型例であり、情報の透明化が既存のシステムに存在した障害を取り除くことに成功した事例として高く評価することができる。しかし、このような診療行為に対する評価付けの統一化、簡単に言えば、診療所と病院における診療報酬の一本化は、日本ではすでに実現されている。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 25 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（熊本大学）

### 【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、2009年に制定された「病院改革と患者、保健医療および地域に関する法律」に基づく改革方策を中心に検討を行った。とくに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組み、および質の確保に焦点を当てて改革方策を検討し、それぞれの改革の目的と手段、今後の方向性を把握した。さらに、三カ国比較を行うために必要な情報を得るために追加的な調査・意見交換を行った。

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

研究目的を達成するため、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、保健医療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等の主要な改革方策に

ついて検討した。それを踏まえてフランスの医療提供組織、関係団体、研究者等へ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。

本年度は、三カ国比較を行う上で必要な情報を補完するために、平等な医療アクセスを確保するための諸施策や供給者間の連携確保のための取り組み、および質の確保に関して追加的な調査・情報収集を行った。

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

フランスでは、すべての人に平等な医療アクセスを確保することが重要な政策課題となっている。このため、病院医療に関しては、地域圏保健計画に基づく供給体制の整備が行われている。一方で、プライマリ・ケアへのアクセスを改善するため、近年、開業医を医療供給の不足地域へ誘導するための諸施策が強化されている。また、現政権下では医療過疎化への対応に重点が置かれており、供給者間の連携の強化、遠隔医療の推進、保健センターの強化・見直し等の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病院の協力体制の構築

2009年の改革法によって、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い方式が異なること等による連携上の難しさがあり、その運用は限定的な範囲にとどまっている。

#### ②地域における多職種の協力・連携

地域における多職種の協力・連携のための取組みとして、多職種の診療施設と保健医療ネットワークが注目される。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。また、保健医療ネットワークは、慢性疾患の患者等をサポートする供給者の連携体制を構築するものである。

さらに、医師とコメディカルの新たな協力形式についても検討を行った。近年、専門職種間で医療行為・活動の移譲を行うための法制度が整備されたこと、新たな協力形式にふさわしい報酬支払い方式が試行的に実施されていることが明らかとなった。

### (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)であり、質の確保のための様々な取組みの中核となっている。医療の質の確保のために多様な