

フランス医療保険改革の背景と内容

유은경 (ユ・オンキョン) 研究員 フランス国立 Rennes1大学
ヨーロッパ政治行動研究センター



1. はじめに

2010年9月、フランス政府は2011年社会保障予算案を発表したが医療保険部門では25億ユーロの予算減縮案を発表し、これを通じて医療保険の赤字幅を116億ユーロに下げようとする意志を提示した。

この中には薬品購買費や診療費還給率(Le taux de remboursement)¹⁾の引下げ、費用節減のための医療体系合理化方案などが含まれている。また、同年10月からは医療分野の代表者で構成する委員(Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie)中心にフランス医療保険制度が抱えている問題に対する本格的な解決に乗り出している。

最近年金法改革に大きな陣痛を経験したフランスとしては、医療保険部門の改革がまた、他の社会葛藤の震源地として注目されることに憂慮している。

本文ではフランス医療保険制度の特徴、2004年及び2010年改革の背景及び主要内容を述べる。

2. フランスの医療保険制度

フランスは社会保険方式の社会保障制度を取り入れており、賃金労働者及び公務員、自営業者、農民など、保険加入者の職業や雇用形態によって差別化された複数の保障体系が存在する。

医療保険財政は、各種租税及びその他国家の収入で形成される公共財政(fonds publics)で76%を充当しているが、これはOECD平均を大きく上回る数値である。

一方、患者本人負担金は全体医療財政の10%程度に過ぎない。これは韓国と極端に対比される現象であり、韓国はOECD国家の中でメキシコとともに全体医療財政のうちの患者本人負担金が半分近くを占める非常に例外的な国に属する(Colombo et Morgan, 2006:32-34)。

英米圏の国々と異なり、社会保険方式の社会保障制度を採用しているフランスは、医療での公平性の原則を守ってきた。これは医療消費が所得や教育程度などの医療外的要因にではなく、ただ健康状態という必要によってのみ、決まるべきものとの意味が強調されているためである(Grignon, 2006:45-46)。

一般に社会保険義務加入制度を採用している国々は、医療費支援方式の側面で大きく二つの類型で分かれる。

一つは医療費を事後に還付する類型で、フランス、ベルギー、ルクセンブルクが代表的であり、他のひとつは直接医療サービスを提供する現物給与方式を採用している類型で、ドイツ、オーストリア、オランダがそれである。

フランスの医療保険制度に係わる利害関係者は、国家及び地方自治体、医療専門家、医療保険公団及び窓口、労組、補充保険会社、国民、患者などである。これらのうち、医療保険公団(L'Assurance maladie)は大部分のヨーロッパ国々と同様に、全国民の義務加入で維持されている医療保障体系の核心的機関であり、フランス人の99%がこの機構に加入している。

85%が私企業俸給生活者を対象とした一般類型(Le regime general)に属し、残りが農民、自営業者など職種別類型に属している。医療保険公団と共に、共済組合、民間保険会社、雇用主と被雇用主など企業の代表者によって設立・運営される保険機関である'保障機構(institution de prevoyance)'など、三つのタイプの補足的な保険主体がある。これらの機関は、個人が公的な医療保険体系によって還給されない診療費、医療費など医療費用の一部または全部の還給を保障してくれる。

いくつかの統計数値を通じてフランス医療保険実態をよく眺める。

まず、医療保険公団の財政は、俸給生活者と雇用主の収入で賦課される所得税(47.1%)、社会保障財政のために勤労所得、財産、年金などに賦課される目的税である一般社会分担金(La Contribution Sociale Generalisee, CSG)(34.1%)、国家予算(6.6%)などによって充当される。

6百万人程度の慢性患者は100%無料の診療を受けており、430万名の脆弱階層もやはり診療の恵沢を受けている²⁾。

年間10億件の診療費還給業務を遂行しており、この数値は1995年以後年平均5%ずつ増加している。

フランス人は1人当たり年平均 2,580ユーロの医療費を使用しており、米国の次いで薬品費の支出が多い国である。医療費用は医療保険公団、補充保険、患者個人が負担しているが、2002年の場合、医療費の3/4を医療保険公団が負担し、12.3%を補充保険、11%を患者個人が負担している。同年に医療保険公団は、個人が病院に支払った費用の95%、薬局で支給した費用の80%を還付している³⁾。

3. 医療保険改革

㌠. ヨーロッパの医療保険改革

医療保険改革はフランスだけの現象ではなく、ヨーロッパ連合所属の国々の大部分が経験している現象である。すべてのヨーロッパ国家が最近医療費支出の増加現象を経験しており、10余年前から種々の改革を試みてきた。

改革案はすべて次のような共通した傾向になっている。

- 医療サービス提供者と被験者の責任意識強調
- 多様な医療主導者の財政的参加活性化
- 特定医師との関係強化
- 薬品処方での濫用禁止

などで、この傾向は 1970年代以後ヨーロッパの長期不況よりも最近出現した新自由主義的傾向の産物である。

歴史を遡れば、ヨーロッパでは国家を中心に疾病の危険に対する普遍的な保障と費用の障壁のない医療接近性という目標を追求してきた。

ビスマルク宰相によって構築されたドイツの社会国家は階級葛藤を鎮めながら「社会的危険」に対する保障の制度化を追求してきた。

あたかも2次大戦直後、ヨーロッパ産業社会の経済発展は、ビスマルク式社会保障制度ができる条件を提供した。そのうち、1970年代初めの第1次オイルショック以後社会の支配的なパラダイムが変化し始め、新自由主義談論が支配的になり、個人主義が強化された。

社会的な方式の医療保障が批判の俎上にあがり、時あたかも漸増してきた医療費の問題がこの批判を正当化した。まさしくこのような社会的脈絡で、社会保障の民営化談論が力を得るようになった。

最初は年金部門が、次に医療部門が改革の対象になった(Lewalle, 2006 :141-142)。公的医療体系の改革は既存の社会保障を危うくする競争原理を取り入れた。

医療領域の財政赤字を解決するために、家族にさらに多くの財政的負担を無くすことによって、これら引越しの方式の保障体系を捜すようになり、その結果医療分野に競争の文化を深化した。

そしてこの時からすぐに、多くの保険会社が医療市場に進出し始めた。一方、市場論理を絶対視する新自由主義的な世界化は、また他の方式で既存ヨーロッパ社会の医療保険体系に変化を要求した。

医療市場の国際化と人的移動の増加は、一国の境界を越えて超国家的に標準化された医療保障体系を要求してきた。これによって地球上、どこであっても同じ医療保障を受けられる努力が行われている(ibid. :163)。

㌡. 財政問題、改革の主要動機

フランスの場合、財政赤字問題が改革の一番重要な動機でであった。高齢化と大量失業現象などに起因した社会保障分野の財政赤字はますます重要な社会的イシューになってきた。

財政問題を解決するために 2000年代以後年金、医療、家族など社会保障の各部門に対する国家介入が強化され、部門別に社会保障改革案が導入された。

とくに社会保障財政の租税化を通じる財政管理強化と、民営化を通じる医療部門財政赤字解決が試みられた。フランスの医療保険は 1976年のバル改革案(Plan Barre)以降、24回の法改訂が続くほど持続的な社会的イシューだった。

歴代フランス医療保険改革は次のような共通した傾向があった。

- 医療保険加入者負担金増加
- 医療需要縮小
- 医療供給の効果的な管理を通じての費用縮小
- 医療関連運営システムやガバナンス体系に関連する方案
- 医療費用支出の効率化のための装置(Tabuteau, 2004)

2004年社会保障制度の一部門である医療分野の一般類型(regime general)が123億ユーロの赤字を記録しながら、国家は大多数のフランス人の反対を押し切って、健康部門での公共財政縮小と補充保険活性化を目的にした「ドストブラジイ改革案(Plan Douste-Blazy)」を採択することになった。

4. 2004年医療保険改革

㊦. 改革の背景及び主要内容

なによりも上で述べた財政問題が 2004年医療保険改革の主な背景であった。改革当時、健康保険の財政悪化が非常に深刻な状況であった。2004年には財政赤字が 129億ユーロに達し、大々的な改革がない限り、2020年には財政赤字は 600億ユーロを越すと見込まれた。

このような財政問題は医療平等、良質のサービスのようなフランス医療保険の基本原則を揺るがすことになることと憂慮され、この原則を守り抜くことが当時改革の論理だった (Courreges, 2008)。まず既存改革と同様に多様な財政問題解決案が提示された。

主治医を通じる 1次診療義務化及び 1ユーロという象徴的な金額を賦課する診療費有料化、一般社会分担金(CSG)引上げを通じての財政確保、煙草税を医療保険予算に移転、企業の分担金引き上げ及び対内的な国家負債償還期間延長などが具体的な案だった (Cornilleau & Ventelou, 2004)。

2004年改革での画期的な変化は、

第一、新しい、医師や患者の医療慣行を修正するような医学的な次元の変化を通じて財政赤字を減 2 6 1 0 らそうとした点。

第二、民間保険が医療保険の核心的な主体に浮び上がった点、であった。

前者に関連して医療陣教育及び医療サービス実態に対する評価強化を通じての診療の質の提高⁴⁾、医療サービス従事者が医療財政問題を自分の問題と考えるようにする仕組みの導入、医療関連ガバナンス体制の修正などが導入された。

これと共に患者の医療情報に対する統合管理体系を構築する案が提示された。患者の医療関連情報が電算に統合されて第三者によって管理されるようにした。2004年改革以前までは、医療記録が統合されず、患者本人の意思によって医師に提供されないこともあった。

しかし当時の改革で、医療費用還給が患者の医療情報提供受諾可否によって変わったり (Pelet, 2004)、後者においては補充保険 (assurances complementaires) が、治療費還給において、国家の重要なパートナーに考慮されたという点が重要である。

それにこの措置は医療だけではなく、老人、家族など社会的危険関連分野全般にわたって補充保険が財政問題解決に参加する契機になった (Crochet, Segouin, De Montleau, 2006)。

㊧. 民間保険の浮上

ヨーロッパでは一般企業が運営する私保険は、所得水準によって医療サービスへの接近とサービスの質に不平等をもたらすという点で否定的に認識されてきた。

しかし先に言及したように1990年代以後、かなり多くのヨーロッパ国家が、多様な形態で相互競争を行う保険体系の強化を図ってきた。

財政赤字解消次元で国家は患者の負担金をふやした。そのために個人は自分が負担しなければならぬ費用が手に負えず、または民間病院での受診のために補充的な私保険に多く加入するようになった。

一般保険会社とともに民間保険の重要な部分を占めている共済組合は、国家的な「共同体的」解決方式という点で私保険とは違う意味を持つ。歴史的に、疾病と健康分野の危険に対処するための集団的努力があった。

ヨーロッパはまだ国家による社会保障制度が現われなかった近代初頭には共済組合、そして職場を基盤に結成された保障機構 (institution de prevoyance) が危険対処機能を行った。共済組合 (mutuals) は、協同組合 (cooperatives)、非営利団体民間団体 (associations) などとともに近代初頭のヨーロッパで胎動した '社会的経済 (social economy)' の一形態として近代が生んだ貧困と疎外に対応しようとした自助的、共同体的試みである。

現在フランスには3,000余の共済組合が全人口の50%以上を会員にしている。とくに補充的な民間医療保険市場では70%以上のシェアを持っている。共済組合は地域や職場、宗教を基盤に組織されている。

その役目を見れば病院費、薬品購入費用、健康管理費用などを相互扶助方式で組合員に支援しており、労働力損失部分を償い、労働者が回復するように手伝ったりしている。

大部分ヨーロッパ国家で共済組合は医療保険の核心的な構成要素でその歴史的な意義や現在の組合員数を考慮すれば、健康分野で非常に大きい比重を占めている。共済組合の活動は単に商業的な保険会社としての役目には留まらない。

この組織は営利を追い求めない個人の自発的な結社体として構成員のより良い生のために多様な危険からの保護と、多様な社会的サービスを提供して一般企業や国家機構よりもっと民主的な方式で運営されている (Lewalle, op. cit. :149)。

5. 2010年医療保険改革

ガ. 背景

サルコジ政府は2010年10月、医療分野の代表者たちで構成された高等委員会 (Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie)' を発足させた。この委員会はフランスの医療保険制度が抱えている問題が非常に深刻だという診断を下した。これによって政府は医療保険の構造的な改革に取り掛かった。

政府は今般の改革が次のようなフランス医療保険制度の基本原則を危機からの脱出を求めるためのこのだと解き明かしている：○平等な医療サービス接近性、○医療の質、○医療保険制度の維持のために各者が自分の能力によって貢献して必要によって受惠を受ける連帯の精神。

それとともに「各々がさらに多くを負担することで、さらに良い医療サービスを受けること (Soigner mieux en depensant mieux)」が、今回の改革が追究する目標であると提示した。2010年医療保険改革は2004年改革の延長線にあり論議の核心争点も2004年と同じく財政赤字問題である。

医療保険改革を推進しつつ政府は財政赤字縮小を通じて社会保障制度 (Securite Sociale) 全体が円滑に作動することを目標にしている。結果的に改革は「無駄使いと濫用」の解決に重点が置かれた。保険加入者に対して、今回の改革案は既存慣行の変化を求めるものである。

今回の改革が取り入れた体系的な医療サービス経路及び主治医制度、統合された医療記録、新しい形態の電子診療カードなどに慣れなければならない。

ナ. 重要内容

関連政府部署である '健康と連帯部' のホームページ資料を土台に改革案の内容をよく見る。政府は今回の改革案を5項目で分けて提示している6) (表1)。

表1 2010年医療保険改正の主要内容

項目	主要内容
①新しい診療課程導入	統合医療記録及び審査診療カードの導入、主治医制度強化
②医薬品政策	複製薬使用活性化、薬品購買費換金方式の変化及び換金率引き下げ
③医療費換金	換金率制限規定強化、換金率引き下げ
④疾病による医療休暇の統制強化	疾病による休暇に対する審査及び事後管理強化
⑤財政支出節減	診療体系合理化、診療費有料化及び入院費引上げ、税金引上げ

1. 2010年医療保険改革の主要内容

① 新しい診療過程導入 (La nouvelle organisation des soins)

体系的な医療サービス経路及び主治医制度の導入が今般改革案の象徴的な要素である。

今般改革の主要内容の中で一つは統合されて電算化された医療記録及び電子診療カード (carte vitale) の導入である。

導入の意図はアレルギー可否、検査結果など保険加入者のすべての情報を一つのカードに統合することで診療する医師が患者の過去記録を十分に分かるようにするというのだ。7)

もちろんこの記録は患者の物ですごく記録に近付くことができるコードを持つことができる。

主治医は '一般医 (generaliste)' '専門医 (specialiste)' すべて可能で16歳から保険加入者自身が選択する主治医は必ず1次診療者にならなければならない。保険加入者ははじめから専門医を捜す前に主治医を訪問しなければならない。この主治医が2次診療の必要性可否を決めるようにするというのだ。もちろん患者は自分が望む時は自由に主治医を変更することができる。

今般の改革の主な動機が社会保障の赤字の縮小という点で上のような医療サービス経路を守らない保険加入者は金銭的に損害を被ることになる。すなわち彼らが負担した医療費用に対する還給が減らされる。

② 医薬品政策 (La politique du medicament)

医薬品政策の改革案は複製薬 (medicaments generiques) 使用の活性化と薬品購買費還給方式の変更で構成されている。政府はドイツやイギリスなどの隣国に比べて、フランスが複製薬使用の割合が少ないという点をあげてこの薬品の販売を促進しようとしている。ドイツやイギリスはこの薬品の販売額が30-50%であるのに対してフランスは13%である。

政府はこの薬品が効果面で既存薬品より絶対に劣らないと主張して値下げし、薬局の販売奨励などの案を提示している。薬品購買費還給方式の変化は、今般の改革案で医療保険加入者に不利と憂慮される部分で

ある。現在 35%である薬品購買費還給率が30%に下方修正された。

③ 医療費還給 (Le remboursement des actes)

還給体系は変更せず、ただ主治医を経由しないで訪問した顧客は制限された範囲内で還給に制限を置くことができる。そして薬品費と同じく診察費に対する還給率も減少する。病院診療は現在、病院顧客たちは 91ユーロまでの医療サービスに対しては総診療費の20%を負担する。

のそれ以上の費用のかかるサービスはその金額に関わらず定額で18ユーロを支給する。また、2011年からは 20% 本人負担をするようになるサービス費用の上限額が 91ユーロで 120ユーロ高くなる。

④ 疾病による休暇に対する統制強化 (Le controle des arrêts de travail)

2009年、医療保険公団は職員の疾病のため職場が被った損害を償うために52億ユーロを支給した。平均4人のうち1人が疾病を理由で年間1回以上休暇を取った。ある調査ではこの5年間疾病による休暇が46%増加した。このような脈絡で今度の改革は疾病による休暇の濫用を防止するために審査を強化するものである。

例えば疾病による休暇と関連する医師の処方で問題点が発見された場合、医師に罰金を出すようにして該当の医師の今後の関連処方も集中監視の対象になる。

⑤ 財政支出節減 (Le bouclage financier)

今度の改革を通じて政府は 150億ユーロの財政赤字縮小を目標にしている。そのために次の三種類案が提示された。

まず、今般の改革で取り入れようとする患者の統合情報システム、主治医の効果的な患者管理、無駄使い的な要素や濫用問題の解決など合理化案を通じて98億ユーロの節減を期待している。

二番目は、毎診療1ユーロの支給、毎年 1日 1ユーロずつこれから 3年間入院費引上げなど医療消費者の参加と寄与を通じて10億ユーロの節減を目標にしている。

三番目は、法案は個人 (CSG、la Contribution sociale generalisee) や企業 (CSS、contribution sociale de solidarite des societes) の税金を引き上げるなど、新しい財源を通じて42億ユーロの財政赤字縮小効果を期待するものである。

6. 終わりに

2010年改革案は2004年の改革案の延長線にあるものだが、患者への不利な変化によって今後の困難が予想されている。

すでに言及した薬品購買費及び診療費還給率低下は国民負担の加重を意味し、同時にこの負担を解決してくれる補充保険が医療保険領域で占める比重の増大をもたらすだろう。

もちろん社会的性格の共済組合の役割強化、国家的な方式の医療保障に対する競争的代案と期待されているが、私保険の場合は医療不平等の深化が憂慮されている。

民営化及びそれによる両極化に対する不満とともに、個人情報統合が齎す私生活侵害問題に対する関心も高くなっている。サルコジ政権は大々的な社会的抵抗を駆って来た年金法改訂以来、医療保険法改正案を推進している。

数ヶ月の間、年金法改訂に反対して来た勢力は、政府が医療保険分野にも類似の進行を見詰めている。