
フランスにおける診療報酬決定プロセスに関する調査

背景制度

フランスの医療費政策は開業医（無床診療所開業医・開業医療職者）支出部門、病院機関（公私立病院）支出部門、社会医療（高齢者・障害者施設等）支出部門の3つの部門に分かれている。薬剤費は、開業医支出部門の中に含まれている。各部門の予算を、国家がONDAM（Objet National de la Depence de l'Assurance Maladie=疾病保険国家支出目標）として、毎年、支出伸び率を決めて次年度予算編成を行い議会に諮り、そのことにより医療費の統制を試みている。

そのプロセスは次のとおりである。社会保障疾病金庫と主要医療労組との話し合いがフランス保健省社会保険局にフィードバックされ、予算配分ONDAMが決められる。これを、フランス財務省との合意の後、保健省官僚が内閣府の官房に提出し、閣議にて討議される。この後、この予算法案が社会保障財政法典に則り、議会の承認を受け、正式に予算法が成立する。医療労組⇔疾病金庫 →保健省⇔財務省 →内閣官房→閣議→議会を通過して十分に議論された上で、「社会保険予算法」を成立させるのである。

しかし、ONDAMの伸び率は「支出目標」であって、あくまでも目安に過ぎず、これが守られないからといって、財務省やその他の機関から、何らペナルティなどはない。実際は毎年、支出超過している為、その法制化の意味を問う声もあるが、保健省、財務省、疾病金庫、社会保険会計監査におけるヒヤリングでは、「罰則を科して支出管理することも考えられたが、制限医療による国民へのマイナス影響に直接・間接的につながる」ことを懸念し、支出実績は目標予算を超えてもやむを得ない（国民の保健需要実際量）としている。

日本の流れに相反して、2004年、フランスでは長年に渡って病院部門で行われていた総枠予算制度が解体され、フランス版DRGであるT2A、疾病別定額による出来高払いとなった。廃止の背景には様々な議論が交わされてきており、同一疾病同一治療行為における公私立医療機関での料金格差と、実コストとの乖離、総枠予算制

による、医療機関の緩慢体質化、経営の非効率化などが問題視されていた。現政権のより自由経済的な考えから、公私全国統一の料金を設定するべきとの流れを受けての大改革である。2005年現在、まだ全国公私統一料金の実現には至っていないが、今後、2007年を目処に統一料金とする方向にある。総枠予算制を廃止したことによって、当然、医療費の更なる増大、患者のクリーム・スキミング、再入院率増加、研究・教育・高度医療に代表される医療の公益性への悪影響が懸念されているが、これに対する措置は、今後とられて行くとのことである。また、医療経済学者の中に、「この度の改革は、医療費抑制の観点からは種々の危険を含む。しかし、経済をよりマクロに考えると、例えば、医療機器・IT産業を育成する、周辺雇用を創出するなどの恩典がある」との発言をヒヤリングできたことが非常に興味深かった。総枠予算制が廃止となってからも、ONDAM、医療支出アラート委員会などは機能し続けるとのことである。

一方、開業医への報酬に関しては、**CCAM**（Classification Commune des Actes Medicaux）とよばれる7000種の医療行為給付リストに則り支払われる。開業医部門という名目上の予算こそあれ、実際は出来高払い制となっている。予算超過に対する返済制裁法は1998年法制化直後に国務院により憲法違反とされ、実際に行われた事例は今だかつて一度もない（フランス保健省社会保険局 医療支出アラート(警告)委員会、および社会保障会計監査院よりヒヤリングにて確認済み）。

医療費決定に関しては、人件費・物件費・材料費などの必要コストと、医学というサイエンス行為を实践する知的貢献への対価以外に、政策的要素（国家としての優先事項、例：亜急性期病床増床計画と急性期病床削減等）・政治的要素等（現政権与党票田の団体への配慮、地域雇用創出等）の非サイエンス的要素が強く影響しているが、根拠の基本となっている報酬算出方法は古典的なもので、ハーバード大の公衆衛生学HSIAO W.C.教授班（1988年JAMA16:p.2347-2443）による方程式が理論上の基になっている¹（後述）。報酬とは、診療群階級にそって位置づけられる医療行為・入院を行うのに必要とするリソース（人的・物的材質）をカバーする為のものという位置づけである（実際の交渉では、本理論を念頭において、報酬を決定することは皆無となっている）。

開業医・病院いずれへの報酬額も、ENS（Etude National Coût＝全国コスト・スタディ）によりコスト・データが検証されている。国税局の所得税申告データをもと

¹ Enquete CCAM-Decembre2000

に、各医療者の職業上コストを算出した。しかしながら、ENSのコストよりも下回って報酬がつけられているものもあり、純粋なコスト+医師の技術料評価ではないようである。

WHO ?

フランスの社会保障疾病保険は、複数の金庫が集まって形成されるUNCAM² (Union National des Caisses d'Assurance Maladie=全国疾病保険金庫連合、日本における健保連) によって、管理されている。

UNCAMは主要医師労組(フランス国内には、複数の医師労組が存在する)の代表と、個々の診療報酬や技術料を初めとする様々な契約協定を締結する。

UNCAMはフランス保健省と社会保障省が毎年定義する基本総則に則り、公的保険給付適用医療行為のリストであるCCAM (Classification Commune des Actes Medicaux = 医療行為共通分類) を決定する。

このリストで給付が決定された医療行為に関しては、患者の自己負担は3割・2割・0割となり、この自己負担部分をカバーすべく、国民は各自自己責任の下、補足疾病保険に加入し、補完償還を受ける(二階建ての医療費基盤と言われ、一階が公的保険、二階が私的保険から形成される)。

これら私的補足疾病保険も同様に複数社が集まって、UNOCAM(Union National des Organismes d'Assurance Maladie Complementaire = 全国補足疾病保険連盟)を形成する。

公的保険給付の対象として医療行為群が分類される為に、UNCAMは保健省の外郭機関であるHAS (Haute Autorite de Sante=上級保健オーソリティ、2004年に新設されたサイエンス的側面から発言する保健行政機関で、独立行政法人にあたる) にその適合性を事前に諮問しなくてはならない。

HAS内の諮問委員会であるCHAP(Comission des Actes et des Prestations= 医療行為と給付委員会)は当該行為が、①サイエンス的側面からみて認められるものか、②既存の行為に比べて明らかな進歩・改善があるか、③適用対象疾患、④適正実践条件の観点から論議され、行為の重要性の高低を決定する。

UNCAMはHASに事前諮問すると同時に、UNOCAMとも給付条件と償還率に関する意見調整を行わなければならない。

² 全国被用者疾病保険金庫・全国非被用者疾病保険金庫・全国農協の各代表によって構成される。また、全国被用者疾病保険金庫は、労使半数原理に則り、労働者側の代表(労組)と、雇用主側の代表(日本における経団連等。)によって構成されている。

HAS,UNOCAM から得た意見を基に、UNCAM が CHAPS による分類をベースとして、診療報酬額・技術料に関する最終決定を行う。前述の各機関からの反対意見がなければ（反対意見申し出猶予 45 日間以内）、官報よって公布される。

これら一連のプロセスにかかる時間は様々であるが、新規の行為登録の場合（＝最長での意）は 8～9 ヶ月間である。

HOW ?

前述のとおり、根拠の基本となっている報酬算出方法は古典的なもので、ハーバード大の公衆衛生学 HSIAO W.C.教授班（1988 年 JAMA16 : p.2347-2443）による方程式が理論上の基になっている。これは多くの公衆衛生学、医療経済学の文献から確認することができる事実であり、CNAMTS は、初めに 1995 年、CCU/ICU における泌尿器科・循環器外科・麻酔科と、CCU/ICU における泌尿器科・循環器外科技術においてテスト試行を行った。1996 年に委員会は、テスト結果を認め、1998 年 10 月から、これを医療全科において有効な理論と採用を決定した。

理論上は、少なからず影響を与えたと見られるこの算定根拠式だが、現行の制度下では一部の医師労組が旗印に掲げているに過ぎない。診療報酬決定では三者間交渉（医師労組代表・保険者代表・政府代表）により決定されており、実際には全く使用されていない。現在、交渉現場に関わる人物³にヒヤリングを行い、HSIAO スタディが交渉のベースになっていないと確認している。

入院費用=T2A、疾病別定額支払い

27 の大枠カテゴリー-CMD

592 の疾病群分類 GHM (Groupe Homogene Maladies)

年齢階級 (18 歳未満、70 歳以上、80 歳以上)

主要指数：

ICR (Indice de Cout Relatif des Actes) 当該行為に要されるコスト指数

IAM (Indice d'Activite Medical) 医療行為指数

IAS (Indice d'Activite Soignant) ケア行為指数

ICRM (Indice de Consomation des Ressource Materielles) 当該行為に要されるマテリアル・コスト指数

³ 全国疾病金庫 Gabriel BACQ、 仏保健省 Dr. Pascal PERROT、 パリ大学医療経済学教授 Pr. Claude LE PEN 他

開業医報酬=CCAM

診療報酬＝技術料（各治療行為につき所要時間・ストレス・技術難易度・精神的負荷の総合を点数化し、7000に分類）＋コスト（医師全般についてと各専門科ごと、のマテリアル費、人件費、物件費、税・その他のチャージを、税申告書に基づき標準化。）

医療費 予算ONDAMと支出実績 1996-2002

単位：百万ユーロ、 出典www.sante.gouv.fr/html/dossiers/plfss/2004/annexe/anx_b1b.pdf

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 開業医部門 | 39117 | 39836 | 42873 | 43636 | 47007 | 50420 | 54442 |
| 医療機関部門 | 45869 | 49485 | 50670 | 51608 | 53438 | 55561 | 59328 |
| 社会医療部門 | 5995 | 6163 | 6559 | 6725 | 7110 | 7556 | 8278 |
| 私立営利医療機関 | 6213 | 6197 | 6318 | 6266 | 6447 | 6640 | 7112 |
| ONDAM | 90915 | 91390 | 95000 | 97576 | 103007 | 103300 | 116717 |

根拠法

これらのプロセスは、全て社会保障法典によって法制化されている。

HASの管轄活動に関する事項：L161-7 から 161-46

医師労組-健保連間の契約協定に関する事項：162-5 から 162-5-3

全国被用者疾病保険：L221 から 221-5

保険適用医療行為：L162-1-7

全国疾病保険金庫連合：L182-2 から 182-2-7

全国補足保険連合：L182-3

まとめ

2004年8月、フランスでは大きな医療保険改革が、当時のフィリップ・ドスト・ブラジー保健大臣下によって行われた。

改革の骨子は、

- ① フランスに初のゲート・キーパーGP制度の導入
- ② ゲート・キーパーを経ず医療機関を自由に選択した患者の自己負担増
- ③ 勧告機関（HAS）によって打ち出されたサイエンスに基づく適正医療コントロール
- ④ 保険者機能の強化
- ⑤ 自己負担免責特定疾患の定義の狭化
- ⑥ 新たな自己負担増と、これに派生する医療費負担の私的補足保険への実質上の移行幅増など

が挙げられる。

2003年に行われた年金改革に次ぐこの大きな医療改革ではあるが、ゲート・キーパーとなる医師への報酬（20ユーロ）が低すぎて、政策の効果を疑う声強い。本

改革を成功させる為にも、現在、正当な診療報酬の決定プロセスを再考する必要性が迫られている。

ヒヤリングおよび資料提供にご協力頂いた皆様（敬称略）

全国被用者疾病金庫：国際室々長 Gabriel BACQ

フランス保健省：ケア制度財務ディレクター補佐 Philippe LAFON
コントロール課医師技官 Dr.Pascal PERROT

フランス財務省：社会保障予算室々長 Sandrine DUCHENE

パリ大学医療経済学教室：Claude LEPEN 教授

医療機関モンスリ・インスティテュート：電子レセプト室々長 Jacques BONICH