

日医総研ワーキングペーパー

ヨーロッパの医療政策の動向

—フランス，イギリス，ドイツにおける最近の医療政策と影響—

No36

平成 12 年 11 月 16 日

日医総研

奥田七峰子（フランス駐在研究員）

ヨーロッパの医療政策の動向

—フランス、イギリス、ドイツにおける最近の医療政策と影響—

奥田七峰子

キーワード

イギリス、フランス、ドイツの共通点
政権交代と政策変更
医療提供者側へのコントロール

ポイント

右派から左派への政権交代による政策の転換
社会保障関連費の削減のための国民負担増から医療提供者側の
コントロールへ
医療機関間の競争原理からパートナーシップ原理への移行

はじめに

本稿は、去る 10 月 9 日に、英国ロンドンにおいて、日本医師会系氏副会長、青柳常任理事、西島常任理事の三氏に、最近のヨーロッパ諸国の医療政策動向を報告した際の基礎資料となったものである。これに若干修正を加え、今回日医総研のワーキングペーパーとして編集し直した。

内容は、イギリス、フランス、ドイツの三国について、1990 年代以降の医療政策の変化やその影響を中心にまとめた形となっている。これから種々の医療制度改革が立案・実施されようとしている日本の政策の参考になれば幸いである。

1990 年代からのヨーロッパの主要三国、イギリス、フランス、ドイツの医療政策には、酷似点が多く見られる。

まず、内政策のカギとなる政府の政権交代が、いずれの国においても 1990 年代後半以降におこっている。フランスはジュッペ内閣から 1997 年ジョスパン内閣（社会党）へ、ドイツは東西統一の功業を果たしたにも関わらずコール宰相から 1998 年シュレーダー宰相（社会党）に、イギリスはポスト・サッチャーのメジャー首相から 1997 年 5 月ブレア首相（労働党）へと、いずれも右派から左派に政権が交替された。

その共通の背景として、それまでの政権への国民からの政治批判が「ある。すなわちヨーロッパ統一の為の強引な赤字削減の為に医療・福祉・年金費用を削られるのではないか」という国民の不安である。このような国民の感情をバックに、ブレア首相、シュレーダー宰相とも医療改革を政党の公約として国民に示して議席を得た。1989 - 90 年の東西統一を果たしたドイツでは、旧東独の医療状況を国内に抱え込む結果となった。ホルスト・ゼーホファー厚生相は、薬効や薬価の経済性を基準に保険のきかない薬剤群のネガティブ・リストの作成、保険薬の患者一律自己負担の導入をはじめとして、1993 年より疾病金庫のシビアなスリム化を進めた。

ジュッペ首相にいたっては、1996 年に彼の打ち出した社会保障費削減・医療改革案「ジュッペ・プラン」の発表が彼の政治生命を奪ったと言っても過言ではない。

2000 年現在、医療費削減第一の締め付けの改革は終わり、各国とも方向を転換した政策を模索し始めている。すなわちイギリス・ドイツでは、医療機関間の競争原理から医療機関同士のパートナー原理への移行と政策の方向転換を行っている。また、三カ国とも、医療の質の向上を図りながら、いかに経済性とのバランスを保っていくかということに論点が絞られてきたと言ってよい。

政権左派交替を経た後の三国が進めた医療政策を見ると、自己負担や企業への社会保障費用負担の増額等、国民の批判を受けやすい政策からの転換を図っていることがわかる。

保険者機能としての疾病金庫の医師へのポジションの強化（独）、グローバル予算としての国の医療費ではなく、医師各自への財政自立や病院自己管理運営により収支コスト意識を持たせる（英）、医療情報の電子化による医療費支出詳細把握（仏）、複数医師単位のグループ診療化（英・独）、薬剤のジェネリック代替処方の推奨（英・独・仏）等、供給者である医療者側へのコントロール政策が目立って来ている。

いずれにせよ、こうした医療のコントロール政策が進みすぎることによる弊害ということを、関係者は常に意識しておかななくてはならない。例えばイギリスのように、ゲートキーパーとなる登録一般医での診察なしには、他の専門医や医療機関へのアクセスが得られない制度下では、順番待ちの患者が増加し、ウェイティング・リストが膨大となってしまった。英国オンコロジー学会発表によれば、癌患者の平均余命がヨーロッパ内で最も短い等、患者生命にも関わると言う悲惨な現状も報告されている。

すなわち「前立腺癌患者が手術まで待機する時間平均 292 日間、乳癌患者は、平均 90 日間非救急手術ケースとして待機させられる。英国国内の肺・乳・腸・前立腺癌患者の死亡率はドイツ・フランス・イタリア・スペインよりも多い。」（2000 年 3 月 14 日ロイター通信）などである。

ブレア首相の本年 2000 年夏の医療改革案では、この外来・入院待機期間を最長 3 ヶ月に、手術の再延期は 4 週間までに縮めようという反省の発言もあったように、選挙公約実現のため、今まさに改革が進行中である。

医療費財源については、租税であるイギリスを除き、ドイツ・フランスとも、日本同様の労使双方の負担による保険拠出金により賄われている。制度があまりにも異なるアメリカ等とは違い、いずれの三国とも皆国民健康保険制度である点からも、我が国が比較の対象とするのに無理が少ないのではないと思われる。

また、三カ国ともほぼ同様、男女平均寿命 76～78 才、65 才以上の人口構成比 15% 以上と人口の高齢化が進み、介護法は 90 年代後半に満を持して導入されている。少子化傾向についても、出生率が日本の 1.4 人に対してフランス 1.7 人、イギリス 1.7 人、ドイツ 1.3 人となっている。人口動態傾向という観点からも、同様の傾向を持っていると言える。

最後に、本年 2000 年 6 月にあった WHO（世界保健機構）発表の医療制度評価の成績で、フランス 1 位、イギリス 18 位、ドイツ 25 位、日本 10 位とランキングされたニュースは、一つの目安として加筆しておく。

なお、各国の基本的な医療関連データを次項以降に示す。

	フランス	イギリス	ドイツ
国民人口	5,910 万人	5,930 万人	8,210 万人
平均寿命	78 才	76 才	76 才
65 才以上人口	14.8%	15.7%	15.3%
医師数 *	17 万 5 千 4 百人	9 万 5 千 百人	27 万 9 千人
一般医数	8 万 6 千人	3 万 3 千人	8 万 4 千人
(病院勤務医)	(25%)		(4 万 9 千 5 百)
(開業医数)	(75%)		(3 万 4 千 5 百)
専門医数	8 万 8 千 9 百 4	8 万 千 2 百 7	18 万 6 千 6 百 80
(病院勤務医)	(2 万 5 千 : 32%)		(10 万 6 千 百 89)
(開業医数)	(6 万 3 千 : 68%)		(8 万 4 百 91)
医師人口 1 万比	26.8 人	15.0 人	30.9 人
国公立病院数	2717 院		863 院
私立病院数	1071 病院	約 220 病院 (11,050 床) 注 : データ出所 1997 年 B U P A	373 院 + 公益病院 845 院 + 特殊病院 244 院 + リハビリ施設 1370 院
総病床数 *	49 万 8 千 9 百 29	24 万 9 千 8 百	76 万 2 千 5 百 96
医療機関選択	患者の自由意志	地域かかりつけ医師 登録制	三ヶ月間は医師の変更 はできない
医療費総額	8500 億フラン	493 億ポンド	2,700 億マルク
医療費 G D P 比	10%	7%	10.5%
疾病保険形態 種類	公的医療保険 (労使両 者からの保険拠出金 による財源) + 民間医療保険 種類は、 被用者疾病金庫 事業主・自由業金庫 農業者疾病金庫 特別制度金庫	公的サービス (保険 拠出金徴収ではなく 租税による財源) + 民間医療保険 (全 人口の 12.7%のみが 加入)	公的医療保険 (全人口の 90%が加入) + 民間医療保険 種類は職域により、 被用者地区疾病金庫 企業疾病金庫 同業者疾病金庫 労働者補充金庫 海員金庫 連邦鉱山従業者組合 農業者疾病保健

	フランス	イギリス	ドイツ
公的保険料率	雇用者：12% 被用者：6.8%		平均 14% 労使均等割合
介護保険法導入	1997 年	1993 年	1995 年 1 月 1 日
最近の主な医療政策	● 1995 年：ジュッペ・プラン発表 ● 1996 年：ANAES 評価機設立 ● 1997 年：参照 G P 医登録制 ● 1998 年：薬剤師代替処方権 ● 1999 年：個人医療情報電子カード ● 2000 年：CMU 包括疾病保険	● 1991 年：サッチャー N H S 改革 ● 1993 年：コミュニティ・ケア法 ● 1998 年：ブレア N H S 改革 ● 1999 年：G P フォンドホルダー廃止、N I C E 設立 ● 2000 年：N H S ダイレクト、ネット本格的実施	● 1988 年：ブリューム改革 ● 1992 年：医療制度構造改革法、 ● 1993 年：ゼーホファー改革 ● 1997 年：両改正法 ● 2000 年：保険改革、医療改革

データ：1999 年 W H O 報告、 * は 1998 年 O E C D 報告

注：イギリスの介護保険法は、高齢者のみが対象ではなく、障害者・高齢者など要介護者の自宅を地域保健婦・看護婦が訪問する制度のこと。

薬局数と人口比（人口千人あたりの薬局数密度）1994 年

薬剤師数のみ * 1996 年

	フランス	英国	ドイツ
全国薬局数	22, 231	12, 264	18, 682
人口千人あたりの薬局数	39	21	29
薬剤師数 *	58, 075	36, 758	45, 534

データ：C R E D E S

１．フランスにおける最近の医療制度改革

フランスの医療制度の特徴は日本と同じ、国民皆保険の原則のもとに、患者の医師及び医療機関の選択の自由、医師の収入は診療報酬の出来高払い、病院勤務医師と自由開業医の二形態があり、いずれへのアクセスも自由であることなど、医療活動に対する制限が少ないことが特徴と言えよう。

保険者も、イギリスが税収を財源とするNHSに対し、フランスは、社会保障金庫は主にその加入者の拠出金により得られる。社会保障金庫は加入者の職業形態により大きく分けて、被用者金庫、自由・自営者金庫、農協金庫、その他鉄同職員金庫などに別れる。また、社会保険のみでは、開業保険協定医への報酬の償還率が70%、保険薬剤費のそれは種類により65%、35%や、協定料金以上を請求できる医師や医療機関が存在する等、自己負担分があるため十分とは言えず、私立の共済保険に加入することが多い。

薬剤費に関しては、薬価が低いにも関わらず、総医療費予算の実に2割弱を占め、ヨーロッパ第一位の消費大国となっており、その分析解明、薬効による償還率の変更が急がれる。また鎮痛剤、酔い止め等の医師の処方箋の必要ない薬剤に関しても薬剤師薬局での購入ルートしか存在せず、他のヨーロッパ諸国のような雑貨屋、スーパー、ドラッグストア等でのユーザーフレンドリーなOTC (Over The Counter) 購入方法は認められていない。

（１）社会保障財政の慢性的赤字

1970年大以降のフランス経済の低迷のため、保険料収入は伸び悩み、社会保障金庫は慢性的な赤字に陥ることとなった。

赤字額（フラン）

年度	1993	1994	1995	1996
社会保障金庫	564 億	559 億	619 億	632 億
疾病保険金庫	276 億	316 億	364 億	341 億

追：この後のフランス経済の回復による税収・拠出金の財源増で、1999年は、社会保障金庫全体としては黒字転化、疾病保険は赤字大幅削減、2000年度の疾病保険の赤字額は、61億フラン。赤字の主因は開業医の支出5.5%増、薬剤費予算62億フラン超過とみられる。

(2) 1990 年以降の医療費削減改革

1991 年 7 月 31 日法「病院改革法」改正

病院改革法は、1970 年 12 月 31 日に制定されたもので、これはおもに公的病院のサービスの概念、管理職・病院最高責任者等の新しい構造組織、医療費の公正配分を目的とした全国別医療地図が明確にされた。

その後、1983 年 8 月 11 日発布の政令により、私立医療機関でも公的医療活動に参加する病院の公的予算に計算される財政制度があらたに決められた。(例：人口透析センター等は、殆どがこの様な私立医療機関であるが、財源を国の医療費から得ている。)

1991 年 7 月 31 日病院改革法の制定となると、以下の点が新たに制定された。

- 患者の権利憲章の制定による、患者の擁護
- 医療活動のコンピューター情報化：P M S I (Prohet Medical de Systeme d'Informatisation) フランス版 D R G
- 地方医療分布計画：S R O S (Schema Regional d'Organisation Sanitaire) 病床数、医療機器台数の人口比配置
- 医療機関間のネットワーク化、グループ化推進

その後、1991 年の税制改革で、不動産所得利益、有価証券運用収入や、給与から引かれる一般社会租税 C S G の導入 (2000 年現在 7.5%) による老人連帯基金が設立された。

1993 年 10 月

医療指標フランス版 E B M、R M O (Reference Medicin Opposable) の導入による開業医 - 疾病金庫間での契約協定合意

* 拘束力の少ない本制度は、大きな効果をもたらしたとは言い難い。

1994 年 1 月

フランス製薬業界 S N I P (Syndicat National de 'Industrie Pharmaceutique) と政府間の協定、その後 1996 年 11 月再協定、1999 年 7 月再々協定締結により、製薬業界は政府に対し、薬剤の適正使用推進 (メディカル・ピジターによる医師へ情報提供)、販売データ・資料公開、代わりに政府は製薬業界への研究開発推進援助を行う。

1995 年 11 月 15 日：ジュッペ・プラン発表

時の首相アラン・ジュッペによる、税法、老齢年金法と共にフランスにおける医療費抑制政策の抜本的改革案がここで発表された。

これはフランス全体の医療従事者、鉄道職員を中心に、その他、従来よりの既存制

度の厚い恩恵を受けていた職種者中心による一ヶ月に及ぶゼネストを起こす大きな社会問題となった。

超リベラル派のレッテルを貼られたジュッペは失脚し、シラク大統領は内閣総解散を決定、政権は中道右派のジュッペ内閣から、左派連合のジョスパン内閣へと交替する結末を迎えた。しかしながら彼が立てたこのプランは、医療の質の向上、医療アクセス不平等是正、要介護高齢者治療の充実等、正論も多く、「無駄を減らして、本当に必要な所に、公正な保険料財源で得た医療費を支払おう。」という彼の意志が見えて来るようでもある。この後、政権交替後に左派マルティヌ・オブリー雇用連帯相が採った1999年6月11日法の薬剤師による代替処方権も、当時既に本プランで彼が、ブランド先発薬品に代わるジェネリック後発薬品使用の推奨を訴えている。

1996年4月24日：国立医療機関評価・承認機構 A N A E S (Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante) 設立

フランス病院改革法の一つとして政令第96 - 346 令により設立された公機関である。その機能と構造の内容は、翌1997年4月7日、政令第97 - 311 令により制定された。設立の目的は、既存のA N D E M 国立医療評価開発機構 (Agence Nationale pour le Developpement de l' Evaluation Medicale) を補うものとして、医療機関の承認に必要な手続き行程を新しく定めることにある。本機構の執行評議会は医師と技師を含む医療関連従事者、行政執行員らにより構成される。彼らは各病院等の医療機関、開業医師組合員、関連官庁行政機関、国民健康保険組合、共済組合機関に属する者であり、A N A E S の予算案、会計監査、内部既定の制定、毎年の承認評価プログラムの提案と実施を行う。

科学評議会は、承認評価部と指導部の二つのセクションから成り、医療機関の査定を実行する。

活動の内容は、各医療機関の診断学と治療方法の状態を把握する事、自由開業で診療を行う医療機関の質と安全性の改善を二本の柱とし、医療のテクニカルな評価の査定から、参考医療モデルの指導案の推敲も行う。

「臨床の為の指導手引き」や「コンセンサス学習会」を設け、各テーマについて生涯学習を制度化し、診断学と治療の道標を示す。

- 医療の質と安全性の認証
- 医療機関の能力の認証とその恒常的な医療品質と患者への対応の向上、
- 参考医療モデルの形式化
- 医療の質向上へ全医療従事者の参加の推奨
- 医療機関同士で他医療機関の能力を認め合う
- 一般国民の信頼の確保

医療機関の評価といっても、以下の活動は行わないこととしている。

- 全国地域別医療計画 - 医療の地域別需要と供給のバランスは、他機構（SRO S, ARH）の活動範囲
- 医療行為の認可、許可 - 床数の増減、移植医療、人工生殖医療、心臓手術、産前診断医療等の認可申請に対する許可は行わない。
- 医療機関の財政管理 - 医療費の予算、管理等は行わない
- 医療機関の規格・規則遵守の巡視、コントロール
- 個人の能力評価 - 医師、医療従事者個人の能力はその院内、機関内での評価に委ねる

なお、評価の対象は、公立、私立、国軍附属、全ての医療機関となる。

教育機関（大学医学部・看護学校、ただし大学病院は対象となる。）、研究所・インスティテュートは評価の対象外である。

< ANAES の独立性確保 >

ANAES の独立性は、その構成メンバーと執行評議会・科学評議会・評定委員会カレッジの定めた規則により守られる。運営の為の財源は、政府と国民健康保険組合の予算から得る。

< 評価の過程 >

マニュアルに基づき、各医療機関の法的責任者による自己評価の書類提出
書類審査

ANAES 専門官による視察訪問と報告

評定委員会カレッジによる専門官の報告レポートの審査、改善の為の推薦事項と推薦事項がその後適応されたかの確認（期限付き）

< 評価マニュアル作成の過程 >

医学・科学文献、既存の関連法規定・規則の分析

医療専門家により構成される諮問委員会、アンケート

12 の医療機関での評価の実験的試み

< 評価マニュアルの内容 >

Ⅰ. 患者への対応

- 患者の権利 - 知る権利、情報開示
- 患者のカルテ

- 治療と患者を取り巻く医療技術環境のコーディネート
- 宿泊設備管理（食器類・ベッド・リネン類・浴室・WC等の快適さと衛生）

II. 運営マネジメント

- 各医療機関の運営マネジメント
- 人事管理
- 需品・マテリアル管理
- 情報管理

III. 品質管理と予防対策

- リスク管理対策
- 衛生管理と輸血の安全対策
- 感染予防対策

< A N A E S 専門官 >

公・私立医療機関で過去3年の勤務歴を持つ事務管理責任者、医師、パラメディカルらにより構成される。実地視察の際、彼らの所属する医療機関が所在する地域は訪問できない。A N A E Sでの規定の研修を受けた後、グループ単位で視察訪問を行う。このグループ内には、男女混合、医師最低1名、看護師最低1名、事務管理者最低1名を含む事が義務づけられている。訪問先の規模によりこのグループ構成員も増減する。構成員の中から一人チーフを選出する。チーフは各回限りで、当該職を専任できない。

< 審査の内容 >

視察専門官全員による「評価レポート」の内容

- 評価（問題点特に無し、有問題 - 小程度、中程度、大程度、の四段階評価）
- 改善の為に推薦事項、専門官の備考コメント
- 上記推薦事項の実践・達成の確認
- 期限を過ぎても推薦事項が達成されていない医療機関への新たな対応

委員会により決定した評価の結果は関係各医療機関の責任者とA R H（Agence Regionales de l' Hospitalisation）に開示される。

評価結果をもとにA N A E Sは、総合判定を要望があれば医療機関、一般市民にも開示する。

病院改革法の一部として成立した96 - 346 法令、省令97 - 311 令だが、病院評価システムの概念は、「外国からの輸入品」、特に「アメリカからカナダ - イギリス - オ

ーストラリアに広まった」アングロサクソン国の産物で、ヨーロッパ大陸諸国にとっては、まだまだ新しいものである。従って実際には未だ十分に機能しておらず、実効を上げるために検討すべき課題も多い。例えば、実施のために法制化すべき事項は何か、受審料納付の制度を義務化するのか、どこまで国民に公開するのか等、まだ決定されていない課題が多い。

一部の専門家は、「受審料は取らず、義務化し、インターネット、ミニテルを含めたメディアでの一般公開」をすべきとの声もある。従来より官僚統制の厳しい部門で、死亡率や成功率等の数字等なかなか情報が開かれないフランス医療分野であったが、1996年の病院改正法後、機構設立を成し遂げたANAESの発展への期待は大きい。

1997年3月：指定参照医 Medecin Referant 任意登録

1997年に全国開業医師団 - 疾病保険組合間協定で決められた任意の制度である。

居住地区で個人の自由意思によって選ばれた一人の一般内科医師を指定参照医として決めさせ、ドクター・ショッピングによりかさむ医療費の抑制指導を目的とするこの政策は、1997年2月28日、全国一般内科医師団(M.G.France)と三つの社会保険組合 - 被雇用就労者保険組合、非被雇用者・非農業就労者保険組合、農業就労者保険組合間で締結されたオプショナル・コンベンション(任意協定)で、省令3月28日法で法制化された。

しかし政府の諮問機関である国務院は、1998年6月28日、「一般内科医師がその専門能力以上の行為をした」ことを理由にこの任意協定を無効とし、改正法である1998年12月4日法では、当初の「個人の自由選択による指定」の中心よりプライマリ・ケアの主演としての一般内科医の確立(フランスでは未だ一般的ではない。)、ドクター・ショッピングの抑制、治療・薬剤過剰消費の抑制の三つの柱を中心とするものとなった。

しかしながらこの改正法にも、前回同様の理由で国務院は難色を示したのだが、1999年4月14日制定の社会保険財政法により、かろうじて本協定の存続が守られた。

この協定を軌道に乗せ政策を成功させる為には、本協定に参加する事に対するメリットを、国家財政上観点のみならず、患者・医師側にも当てねばならない、と考えた政府は、参照医憲章(全五章)第 章の中で、彼らへの経済的メリットを盛り込ませた。まず、医師に対しては、この協定により参照医師となった場合、患者一人につき150フランの契約料が患者所属の保険金庫より支払われる事が決められた。(2000年9月現在)

患者側のメリットに関しては、参照医にかかる際の医師への報酬は、患者自己負担額のみとなり全額支払わずに済む点にある。またこの報酬額は協定料金となり、可超過報酬は請求されないとした。一般には医師への報酬は、一旦は患者が全額負担し還付手続きをとる。またフランスは、可超過協定料金報酬の医師が多く存在するため、

利用者には便益性を感じさせる。

1998 年 12 月 27 日：薬剤師に医師の処方箋代替可能権

従来フランス製薬業界は、「安価を大量で補う」商戦法により、低価格でありながらも、その研究開発コストと国際競争力を支えてきた。

1994 年の政府と製薬業界代表との協定により、今後新開発の薬品の値段を高めに設定する事を条件に従来の戦法を徐々に変更する方向に移行する事が期待された。

この直後、右派から左派への政転を経て、再び保険財政などの内政が社会党連・緑の党・共産党の左派連合政権に戻ったが、「イデオロギーはあっても無い袖は振れない」政府は、1998 年戦法を変え、後発品ジェネリック（ゾロ）代替処方の法制化を段階的に進めた。

商標を得た先発開発ブランド薬品の特許権は、商標認可日から 20 年、A M M (Autorisation de Mise sur le Marche)市場発売開始日から 17 年間守られる。10 - 15 年以上かけて実験開発されたブランド品に対し、1 - 3 年で臨床実験なく開発されるジェネリック品は 30 - 50%低価格で販売され、しかも先発品の 35%が、ジェネリックにより代替可能であり、年間 40 億フランの薬剤費がカットされることが可能となる。

1995 年の発表によると、フランスのジェネリック品の市場消費率は 5%に過ぎず、対して、ドイツ 38%、英国 42%、オランダ 22%であった。

翌 1996 年は、フランス 2%、ドイツ 30%、英国 15%、オランダ 13%となった。（消費率の低下の理由は、この間先発ブランド品が価格を落とした為と想定される。）

1998 年 7 月 7 日発刊の官報によると、雇用連帯省、経済財務省、厚生省、保険省は、社会保険財政法で 77 分類、合計 459 種のジェネリック薬品名を掲載した。これより医師は処方箋を書く際、薬品名を書かずに国際薬剤化学名 D C I (Denomination Commune Internationale)と、用量で表記する事が推奨された。これにより患者は、薬局で先発ブランド品購入よりその価格で 30 ~ 50%安い薬品を購入する事が期待された。まず手始めに、処方者である医師に向けて発せられたこの法案だが、慣れ親しんだ表記法を変更する労の割には経済的メリットが明確でなかったため、大きな効果は得られずにいた。そこで政府は指導方向を変えて、今度は薬剤師に向けてその職業上拡大権を与え、1998 年 12 月 27 日、薬剤師に医師の処方箋代替可能権を与えた。

1999 年 4 月政府と製薬業界との話し合いがもたれ、1999 年 6 月 11 日発刊の官報によると、1999 年 6 月 11 日制定省令と 99 - 186 政令法では、L 162 - 16、L 162 - 17、L 162 - 38 の改定によって、薬剤師に医師の処方にある先発有名薬品と同じ化学成分の後発ジェネリック品代替を優先すべき（穏やかな義務）権限を与えた。つまりこの法により薬剤に関しては、薬剤師の権限が医師のそれを上回ることになる。但し、処

方した医師あるいは患者からの代替薬品への反対が明示された場合は、薬剤師はそれに従う義務がある。

薬剤師がこの代替権を行使する場合は、以下の事項を処方箋に記入する事が義務付けられている。

1. 実際に渡された薬剤の商品名
2. 薬剤形態に違いがある場合は（例：液剤、錠剤、粉末状）、渡された形態
3. 分量に違いがある場合は、実際の投与量

またこれに対して異議のある場合、医師はその処方箋上、薬品名に並べて「代替不可能」と記入することにより、薬剤師は代替権を失う。このような場合、この医師が、管轄の監督官より、医療守秘義務を尊厳した上で代替不可とした理由の説明を求められる等、コントロールを受けることも有り得るとした。

目的は薬剤費を抑制する事にあるため、実際に渡されるジェネリック商品の価格は、医師の処方にあったもともとの薬品より 50 サンチーム以上（約 10 円）上回ることはできない。また疾病金庫は、製薬会社に対して、政府による薬剤償還率を基にした値段設定ではなく、ジェネリック品の価格を標準価格とした公定薬価に変更すべきである案を発表をした。

フランスの薬価は、政府が、製薬業界代表委員会が提案した価格から決める。この値段設定は、医学的開発・進歩への対価という科学的側面と、国民が治療を必要とする疾患の経済的側面からみた総合で決まる。償還率の無い薬品に関する薬価に関しては、自由である。ドイツは、製薬会社が自由に薬価を決める。

英国は P P R S 薬価規制に基づいて製薬会社が決める。各製薬会社がおのの直接厚生省と薬価を交渉する。但しジェネリック品に関しては製薬会社の自由はなく、厚生省が公定する。

三カ国とも社会保険疾病金庫からの償還のある薬剤に関しては、問屋と小売り薬局の利益は法律により規制されている。償還のないものについての利益は自由である。

小売り価格 100 に対する各機関の利益（1994）

	ドイツ	フランス	英国
製造価格	55 . 5	64 . 9	57 . 5
卸問屋の利益	9 . 8	6 . 9	7 . 5
小売り薬局の利益	34 . 7	28 . 2	35 . 0

償還のない薬剤は、ドイツ 15%、フランス 5 . 5%、英国 17 . 5%とあり、フランスの保健償還対象域の広さが伺われる。

1999 年 4 月：医療個人情報 の I C 化 V i t a l カード

フランスでは、地域により決められた管轄医療機関にかかる強制制度はなく、患者の自由な意思によって医療機関の選択ができる。このため、同じ疾病で何度も別の医療機関にかかることも可能で、その度に同じ検査や治療が重複処方された場合も、これをコントロールすることは患者側からの申し出が無い限り不可能であった。

また、患者は小規模の開業診療所で医師にかかり、そこでの診察料を支払い、処方されたレントゲンを撮りに行く検査所ではその費用をやはり支払い、同じく処方された薬を買いに薬局へ行きそこで薬代を支払う。これら一旦負担した費用を、レシートを添えて、各々の地区の健康保険金庫宛てに還付申請書を送付し還付を待つ。金庫がこの受けとった膨大な紙を処理し、各自に還付するまでに当然ながらかなりの時間がかかる。

また医療機関側からも患者が負担しなかった費用に関する申請の膨大な量の紙を受け取る。これらをコンピューター処理するのが、フランス医療社会保険の目標であった。

国内数箇所での試験的实施を経て、1999 年 4 月より全国的に本格的な実施に到った。クレジットカード大のこの V I T A L E カードは、15 桁の番号を持ち、この数字の中に全ての個人の医療記録が電子化され入っている。これより患者は医療機関に行く時はこれを持参し、同じく医療従事者一人一人に与えられた医療者専用カードと同時に端末処理機に入れ、必要な情報を出入する。患者にとってのメリットは、支払いから還付請求手続きまでの手間がカットされ、場合によっては、自己負担無く治療を受け、また自己負担がある場合にも自動的に還付を受けることになる。医療経済的には、医療記録がコード化されて入っているため処方の重複がなくなる。医療機関側にも、保険点数計算、報酬申請手続き等の事務処理のかなりの部分がカットされる。

情報漏出の危険は否めないが、このカードから情報を出入しようとする者にも、彼専用の医療従事者個人カードを入れる必要があり、すなわち、誰が扱ったかがすぐにわかるため、リスクはかなり低いと言えよう。

1997 - 98 - 99 - 2000 年のこれらの政策が完全に機能するようになれば、電子化された医療情報が一箇所に集まり、重複処方などのコントロールが可能になる。

2000 年 1 月 1 日開始：C M U (Couverture Maladie Universelle)ユニバーサル疾病保険法

1999 年 7 月 27 日法によりフランスに滞在する者は、その国籍、職業・収入の有無、に関わらず全員、普遍的加入することことが義務付けられ、まさに文字通り国民皆保険が本年度 1 月よりスタートした。

本政策施行による政府の出費は、90 億フランとなると予想されており、私立医療共済保険各社に収益税 1.75%増の負担により一部財源を得る。保険業界からの大きな

反撥には遭ったものの、法案は頓挫することなく、1 月の各疾病金庫には、大勢の登録希望者が詰め寄せた。

加入資格は、フランス領に滞在する身分証明書を保持する者とその家族全てにあり、以前から問題になっていた外国人労働者、無職者、住居不定者らとその家族への医療機会の不平等がこれで是正される。従来、医療社会保険未加入であったこれらの人の数は、およそ 15 万人とも言われる。

また、社会医療保険加入者で、二次的医療保険未加入者の数は（主に低所得者*、不安定職労働者、生活保護受給者等）600 万人といわれ、これらの者が二次的医療共済保険を希望する場合、保険会社は、加入を拒否する事はできなくなった。この新たな加入者 1 件に対し、政府は私立保険会社に 1, 500 フランの補助金を出す。

* 低所得者の定義：一ヶ月の収入が、独身者 = 3, 500 フラン以下、子ども無しの夫婦 = 5, 250 フラン以下、夫婦と 16 歳未満の子ども 1 人 = 6, 300 フラン以下（以下、16 歳未満の子ども一人につき 1, 400 フラン加算）

2000 年 6 月

世界保健機構 WHO による医療制度評価でフランス、加盟国中堂々の 1 位にランキングされる。政府医療関係者を大いに喜ばせた。

2000 年 9 月

2000 年度の疾病保険金庫の赤字額は 61 億フランに上るとみられる。2000 年度の支出には前年比 2.5% 増の 6583 億フランが当てられていたが、実質 4.1% 増の 6690 億フランに達することがほぼ確実視されている。

その要因は、開業医への支出 5.5% 増と、薬剤費予算の超過 62 億フランにあるとみられている。

２．イギリスにおける最近の医療改革

(１) 制度の発足

1946 年～1979 年

ビヴァリッジ卿報告を基に、国民全てに公平な医療を無料で提供する N H S (National Health Service) が開始された。財源を租税から得るこの公的医療サービスは、まさに「ゆりかごから墓場まで」をモットーとした手厚い福祉医療政策が広く行き届いた。

1980 年～

サッチャー首相による医療を含めた社会保障制度全般の大改革が行われた。医療・薬剤の自動的な無料制度は廃止され、自己負担、制限医療のシステムが導入される。経済的には効果をあげたこの鉄の政策は、反面、医療環境の厳しい統制と制限により、スピード・質の低下により、少なからずの国民の不満を生む。また持てる者、富裕層が利用するプライベート・セクターとの医療制度の二本化が進み、社会の不公平を生む。問題の重大さに気づいたサッチャー首相は、1991 年より競争原理を導入した医療改革を開始する。

(２) 1990 年以降の歴史・背景

1991 年 4 月 1 日：N H S 医療改革スタート

< 公的サービスの中で、市場競争メカニズムを利用させた医療システムを採用 >

病院の自主管理運営、医師の財政自立等は、管理統制されていた頃にはない、収支採算を合わせる経理を医療機関、医師自らが目指すようになる。

< 一般医 G P のグループ化と財政の自立管理 = G P ファンドホルダーの創立 >

ゲートキーパーである協定一般医 G P (General Practitioner) 複数のグループ化により、それぞれの医師の登録患者 (最低 7000 人) を顧客として持ち人頭払いが原則。7000 人以上の患者を持ったこの医師のグループは、地域の公・私立病院と直接交渉し、その医療施設の利用を決定し、患者を検査、入院、手術時等に送る。

これらの患者の保険金庫から直接得られる財源の収入と、各契約病院医療設備使用料、薬品購入、看護婦費用、開業所の設備費、医療器材の購入の支出の管理を医師たちに任せる。余剰が出た場合は、それを人員増、予防接種等に廻すなどの采配権を持たせる。

一般医の 2 / 3 が、この G P ファンドホルダー活動に参加している。

< 病院運営の自主管理化 >

設備投資の財源は、地方保険局より得、運営経費の財源は、医師グループと地域公衆衛生管理所より得る。その後の運営は全て独立。

一般医に対してどれだけその医療施設サービスを提供する契約を取ることができるか（＝医療設備を売る事ができるか）が、その収入に関わってくる。

他の病院との自由競争により、消費者である患者へ提供する医療の質の向上、スピード・アップにつながる事が期待された。

<1993 年 4 月：コミュニティ・ケア法制定>

地域による高齢者・障害者の自宅に訪問保健介護婦・士を派遣し、食事・排泄・風呂等の介助、注射・投薬・血圧測定等の看護行為をする法律の制定

1998 年：トニー・ブレア首相 N H S 改革

<1997 年 12 月>

N H S 白書「N H S 再生、その近代化と安定」を発表。

内部市場競争から内部協調システムへの転換的展望。

労働党は、過度の市場競争による G P ファンドホルダーや各医療サービス供給者間での連携の欠如が医療格差を生んだとして、複雑な地方医療財源管理者、ファンド・ホールディングの構造改革を決めた。1999 年 4 月までにファンドホルダーを廃止、代わりにパートナーシップを原理とする 481 の地域 P C G プライマリ・ケア・グループの創立や、24 時間電話ライン開設によるプライマリ・ケアの充実を行うことを決めた。またそれと並行して、N H S トラストによる診療行為の参照コスト制を導入、医療の経済性も追求する。

<1998 年>

N H S トラストによる診療行為に関する参照コストの公開。

標準コスト=100 として、これに対してどのくらいコストの高低があるかを指数化とその公開を行う。コストパフォーマンスが基準以下の場合、P C G には罰則もある。

<1999 年 4 月 1 日>

全国地域に 481 存在するプライマリ・ケア・グループ（P C G）を創立。

地域の一般医 50 人以上と、看護婦・士、医療メンバーにより構成されるグループを創り、担当人口の薬剤費購入を含めたサービスの購入の、保健活動を全て担う。これにより、P C G は N H S 総予算の実に 90% にあたる 350 億ポンドを管理することになる。

<1999 年 4 月>

E B M に基づいた薬剤利用と治療計画の国立監視機関 N I C E (National Institute for Clinical Excellence) の設立。

医師の処方方法や薬剤効果評価等の薬事その他、ここでは患者の満足度の調査、評価もする。

<1999 年 12 月>

政府は、予算 5400 万ポンドを投入して、プライマリ・ケアの更なる拡大充実展開のため、N H S ダイレクト（特別に教育を受けた看護婦・士応答による 24 時間電話医療相談サービス）を開設。全国 60%以上の地域をカバーする。

利用者に医療アドバイス、情報を電話サービスで提供、不要な軽度の症状については医療費削減効果、緊急を要する重度の症状についてはより迅速な対応・救急車手配等ができる。

姉妹的組織 N H S ダイレクト・インターネットによる、医師との予約取り付けサービス、医療インフォメーション・ガイドも可能とした。

<2000 年 4 月 1 日>

英国医師会 B M A は、一般開業医師の行政機関からの採算・治療決定における完全な独立を要求。これは同時に彼らのゲートキーパーとしての、その地域の患者が医療にアクセスする際に通らなくてはならない関門のような、立場を失う事をも意味する。このため、B M A は、議会に対し、一般医のその地域ネットワークの中心的地位の確立と、新規 P C G 設立の際は、その地域の一般医の合意を得なければ開設できなくすることを要求。

<2000 年 6 月 1 日>

N I C E の姉妹機関 H D A (Health Development Agency) をロンドンに設立。主に貧困層の健康問題にターゲットをあてて、治療・栄養の健康増強に関する情報を提供する。初年度予算 1 千万ポンドと、100 人の専門家スタッフを雇用する。

99 年末のインフルエンザ流行時には、悲劇的な病床不足とスタッフ不足による長い待ち時間とあいからずの悪状態が露呈された。また、ベッド不足により手術を延期されていた 2 人の患者の死亡報告のニュースに、労働党公約違反と国民は失望の色を示した。そこで、政府は新たに 50 万ポンドを費やして、国民が最も何を N H S に求めているのかを調査した。その結果がこれらの機関設立の引き金となった。

<2000 年 7 月 27 日：2000 年 N H S 医療抜本改革発表>

労働党の政党公約であるイギリス医療の質の向上と治療アクセス待機の短期化を目標とする改革。彼は N H S の医療設備の極端な中央集中化、全国規模での医療ネット

ワークの欠如と各サービスの閉鎖性、プラン・プロジェクト執行責任者の不明確等の改善が急がれる問題点として指摘し、「英国の医療制度を他のヨーロッパ諸国のレベルまで上げる」と宣言をした。まず具体的に、N S H の 2000 年度予算 49.3 ミリヤード・ポンドを、2001 年度は 54 ミリヤード・ポンドに増やし、2004 年迄には 69 ミリヤード・ポンドを目指す、実に 5 ヶ年で 19 ミリヤード・ポンドの増予算計画を発表した。またブラウン蔵相も、N H S の支出を今後 4 年間、毎年 6.1% 増を約束し労働党の公約を裏付け、これでイギリス医療費の対 G D P 比率は、1% 増となるはずである。これらは以下の計画実行のための予算である。

1. 医師ポスト増員 → 専門医 7,500 人、一般医 2,000 人プラス
2. 看護婦・士ポスト増員 → 20,000 人プラス
3. ウェイティング・リストの縮小 → 「18 ヶ月以上の待機患者ゼロ運動」、「2005 年までには、専門医との予約待ち最高 3 ヶ月以内、入院予約待ちは最高 6 ヶ月以内に抑えるのが目標」、「入院・外来とも待機期間 3 ヶ月以内、一旦延期させられた手術に関しては、それから 4 週間以内に手術を行う、事を保証する。」首相談。
このリスト削減の為、既に 1999 年度は 3 億 2000 万ポンドが投入された。
4. 病院数、床数の増設 → 今後 4 年間に、100 病院開設、7,000 床増設
5. 看護婦・士に薬剤処方権を与える。
6. 高齢者介護医療費用 900,000 ポンドの増予算
7. 薬剤利用と治療計画の国立監視機関 N I C E (National Institute for Clinical Excellence) での評価の実施
8. 契約優秀医師への診療報酬値上げによる優劣差別化

イギリス医療界賛否両論

改革案にほぼ全面的な賛同を表明していた英国医師会 B M A (British Medical Association: 最も大きい医療ロビー)だが、上記の 5 および、特に 8 については反対を発表。また B M A 議長 Dr. イアン・ボーグルは、患者の医療へのアクセスのスピードアップのために、ベッド数・医師数・看護数増案を歓迎しながらも、「急な増員は、既に過去にもあったフィリピンよりの看護婦・士等の移民策に頼らなければ現実不可能、時間はかかるが教育システムを改革し要員を養成すべきである。その他、いくつか受け入れ難い案を除けば(それらは全体の 3% 以下である)、我々は政府に賛成する。」と発表。

しかしながら、1 千万ポンドの予算を使っの N I C E ・ H D A 設立や、その準備の為、予算 50 万ポンドを費やしての国民調査等、政府の医療費使途には、全ての医師の評価が良い訳ではない。医療裁判の為に医師と弁護士のグループである Doctors &

Lawyers for Responsible Medecine スポークスマンは、「医療費が正しく使われていない」と一連の政策を批判。

同じく、2000 年、N H S ダイレクト等の一般利用者フレンドリーな政策は、一方で、医師の仕事を繁雑にして量を増やすとの向きも出始めた。

N H S 勤務医師の私的医療活動の禁止等には労働党の医療素人的かつ官僚的改革と非難の声も出されている。以下にロイター通信記事を訳す。

● 2000 年 8 月 16 日：N H S 病院勤務医の私的医療アルバイト禁止への抗議

政府の新しい改革案である「N H S 公的病院勤務医の私的活動の制限し、N H S の医師契約をN H S 専属契約にする。」に対して、多くの病院勤務医師団が「受け入れられない条件」と、激しい抵抗の意志を示した。

ブレア首相による、公的医療と私的医療の二本制度により、患者への不公平が社会問題となってきた中、対して英国医師会代表D r . ピーター・ハウカーは、「医療の公私二本化制度を制限したからと言って、単純にN H S で扱われる患者数が増えることが顕かな訳ではない。私的医療活動参加への禁止は、公的医療で養成された先端高度技術を取得した医師に受診する権利を私的患者から剥奪し、自由な選択肢を失われた患者のケアの質改善を実際的に妨げるものである。既に長時間N H S のために活動しているドクターが彼の自由時間に行う医療活動を制限するのは、医師に対して“侮辱的”な要求である。」とコメントを出した。

外科手術トレーニング医協会 (Association of Surgeons in Training) 副会長 David O'Regan 談は、「政府の医療改革発表があってから、この数日の間に数百件以上の、外科専門医から苦情を訴える電話が入っている。それらの声は、“政府がこのまま改革を進めるのであれば、我々の多くは英国を出て、カナダ、オーストラリアへの移住も考えている。” “官僚主義のお役人が医療の実際を考えずにすすめた制度” “医師のキャリア意欲を低下させる制度”」ともある。

● 2000 年 9 月：運送業者によるスト イギリス陸上海上網封鎖

また、この医療改革実現を可能とする財源を得るために、政府の行った給油税アップに反対する国民が交通網封鎖ストを決行した。時同じく、O P E C による石油価格の上昇とあいまって、多くの国民が不満を叫び、運送業者を中心に石油精製所・貯蔵施設等を封鎖。漁民による港湾閉鎖が行われ、今年 2000 年 9 月、一時、イギリスの交通手段が麻痺した。フランスでスタートしたこの抗議運動は英国の後、ベルギー・ドイツにも波及した。

ブレスコット英副首相及び、外務省・農林水産業・食糧省は、次期 E U 非公式会議

で海上封鎖による経済問題を取り上げる方針を発表した。

3．ドイツにおける最近の医療改革

(1) 制度の発足

1883 年、ビスマルク宰相は、19 世紀末の急速な産業発展に伴い急増する労働者の病気や事故に対しての無防備な状況を懸念した。また、台頭する労働者の社会主義運動を牽制する目的もあり、世界で初の公的社会保障制度、(医療保険・労災保険・老齢年金保険の強制保険制度) を創った。

1977 年、多くの先進国が医療とその財政問題に直面し始めた。ドイツは全世界に先駆けて、増大し続ける医療費削減のための医療改革を開始した。1988 年、時の社会相 Norbert Blum ノルベート・ブリュームは、医療診療報酬の凍結、薬効別の薬価参照価格制 (Festbetrag)、患者の自己負担導入からなるブリューム改革を実施した。しかし彼の改革は、地方の疾病金庫構造には手をつけないまま医療支出のみにメスを入れたものであり、実質的には州政府が中央政府より医療政を担っているドイツ連邦制の下では、その経済効果も応急処置的な短期的なものとなった。

(2) 1990 年以降の歴史・背景

1990 年、東西ドイツの統一後、旧東独にも広範な社会保障制度適用が必要とされた。

コール宰相の下、厚生大臣 Horst Sheehofer ホルスト・ゼーホファーにより 1993 年から開始された医療費削減政策は経済的に大きな効果をあげ、その医療システム、疾病金庫の保険者機能の強化、疾病金庫・民間保険会社間競争、患者自己負担、製薬企業競争による薬剤費の削減に成功した。しかし企業や個人による社会保障負担の引き上げは、消費及び企業の国際競争力を失わせる事となり、その結果、高い失業率を生み、(1996 年 : 11.5%)、社会の不満を大きくした。

1998 年シュレーダー社会党政権交替

厚生相に就任したアンドレア・フィッシャー女史 (緑の党) が一番始めに手に着けたのは、やはり疾病金庫構造改革と、2000 年医療改革 ` Vorschaltgesetz , GKV-Bündnis für Gesundheit 2000 `であった。保険改革に関して言えば、大きく言ってコール政権下で決定された、保険者同士の競争原理を利用した事項の撤廃が主な内容となっている感がある。

左派連合の選挙公約である患者の自己負担の廃止も対前政権の象徴と言える。

本年 2000 年、経済性と薬効、治療効果から医師が処方出来る薬剤群を政府が決めるポジティブ・リストの作成と、一方、1997 年より存在する保険薬の患者の自己一律負担は廃止する向きと見られている。これらの政策に対して、既に 99 年初冬、医師団はストを決行した。ポジティブ・リストへの製薬業界からの猛烈な反撥と共に、政策は難航を強いられている。

1990 年代の医療政策

医療費支出赤字・黒字

	医療費支出額（ミヤード・DM）	赤字・黒字（ミヤード DM）
1989 年	129 . 9	+ 9 , 755
1990 年	141 , 654	+ 6 , 099
1991 年	183 , 043	- 2 , 819
1992 年	210 , 496	- 9 , 354
1993 年	211 , 781	+ 10 , 414
1994 年	234 , 274	+ 2 , 177
1995 年	262 , 825	- 6 , 948
1996 年	272 , 630	- 7 , 777

1989 年：ブリューム改革開始

1990 年：ネガティブ・リストの導入

1993 年：ゼーホファー改革開始

< 1993 年、1997 年：ゼーホファー厚生相医療保険構造改革 >

従業職域別により存在する疾病金庫は、その数およそ 900 存在する。これを政府は 3～4 ケ年計画で 650～700 に減数させることを企図した。

- 各疾病金庫の薬剤消費量、年齢、性別、地域医療量分析機構の設立
- 疾病金庫の医師に対してのポジション強化
- 1996 年 1 月 1 日より、被保険者の加入公的 disease 金庫選択の自由により保険者の市場競争原理を働かせ、掛け金の引き上げへのブレーキを目的とする。

医療供給者側にも入院費用の DRG 支払い、更に 1999 年からは保険医の 68 才定年制を導入しようとした。

ドイツの医療環境の特徴として、他ヨーロッパ諸国に比べて、製薬産業の強大さがあげられる。この力により生まれる薬剤費の抑制政策がいくつか採られた。

	ドイツ	フランス	イギリス
製薬会社数（社）	1100	354	330
製薬産業雇用数（人）	11 万 7 千 9 百 40	6 万 7 千 9 百	7 万 6 千 9 百
輸出額（100 万フラン）	39 , 797	17 , 800	31 , 167

データ：C R E D E S 1992 年

<1997 年 7 月：患者の自己負担による薬剤費抑制政策>

薬剤 1 品につき、3.5 または 7 DM の患者自己負担（これは薬剤価格の約 10%にあたる。）が導入された。

また、薬効別の薬価参照価格（Festbetrag）がある場合には、参照価格と実際価格との差益を患者に自己負担させる。これらの制度により、薬剤処方者、薬剤販売価格にプレッシャーをかける。この参照価格制は、開発新薬は販売認可後から商標特許がなくなる間、およびジェネリック品については発売より三年間対象外となる。

また、医師の賛同があれば、薬剤師は医師の処方をジェネリック品に代替する事も可能である。

<1999 年 5 月：医師への報酬の患者による直接払い Kostenerstattung 提案>

Krankenschein（被保険者に配布される患者カード）は、新しく医療機関に初回受診する際に患者がこれを持参する。医療機関は、患者が加入する保険金庫に直接請求するため、患者の自己負担はない。

本カードは通常、三ヶ月に三枚まで配布される。三枚以上必要な場合は患者が加入金庫に申請する手間と時間が必要なため、医療機関受診へのブレーキとなる。カードを持たずに受診する患者は、医師への報酬を立て替えて払う。現時点ではあくまでもこれは開業医師ロビーによる提案で、政策化の予定はない。

2000 年医療改革案 Bündnis für Gesundheit 2000

1999 年 3 月、連邦厚生相フィッシャーによる改革案が創られた。

その主な内容は以下のとおりとなっている。

<ポジティブ・リストの作成と平均薬剤費計算 Benchmarking の導入>：

1. 薬剤費抑制の為に、医師の処方出来る薬剤リストを国が決定し、このリスト以外の薬剤（その効果に疑いのあるもの、経済性の悪いもの）は保険償還がきかないようにする。このリストにより現在保険が適用されている薬剤の約三分の一が、公的医療保険からはずされ、患者の自己負担となる。ポジティブ・リスト以外の薬品を処方する場合医師は、その特別な必要性を処方箋上に明記する。
2. 薬効別薬剤評価をする為に、政府は疾病金庫内に薬剤評価機関を創る。
3. 薬局は、その全体販売量の最低 2%をジェネリックとする。
4. Benchmarking の導入：一人当たりの薬剤費用平均が最も低い 3 地域の平均を、一人当たりの薬剤費とする。

< 包括予算制の導入 >

保険協定医師の診療報酬の伸び率、病院予算の伸び率を国民基準賃金の伸び率にあわせ、この支出額から保険料率も計算し設定する制度。

< 患者の自己負担の引き下げ >

薬剤（特に慢性疾患薬に対して）をコール首相政権下での 9 マルクまたは 11 マルクを 8 マルクと 9 マルクに下げた。

< 病院財政システムの導入 >

現行の医療設備投資費は、州政府からの地域公費で、運営経費は疾病金庫から支払われる財源二元制である。これを全て疾病金庫からとする財源一元制への変更しようとするもの。

元来、連邦制の特徴で、各州政府がその地方医療予算交渉をはじめ、医療機関評価・建設許可・設備投資を管理している。つまり医療政策においては、中央政府よりも州政府が実権を握り、このため州の政治家は、地元の医療設備、医療従事者雇用数を削減したくないという体質が基盤にある。ここを、財源一元性により、疾病金庫が設備投資費、運営経費の両財政を担当することにより、疾病金庫の医療機関への発言力を強め（保険者機能強化）、州政府の発言力を弱くさせるのが目的。

< 外来医療と入院医療の連携 >

ドイツでは、外来診療部門と入院診療部門とが完全に二分化している。外来診療を行わない病院にかわり、開業一般医・専門医が、ゲート・キーパーとなり、必要時に病院へのアクセスを患者は得る。

しかし現行の制度では、外来診療・診断を行う為に、高額検査機器等が必要な、町の開業医が、CT スキャナー、碎石磁気装置など設備過剰となる。病院も、術後の外来診療設備を持たない為、入院日数が長引く、病院要員人数増傾向にある等の問題がある。

短期入院	ドイツ	フランス
平均入院日数	10 日	6 日
1 床当たりの平均人員数	1.5 人	0.8 人

これを、病院と開業医間の連携による医療機関同士のケア・ネットワークの強化により、過剰診療・検査・処方を減らそうとするもの。

< 反応 >

「理論と現実があまりにも差がある改革」と、製薬業界、保険医団体、病院関係団体、州政府関係者からの真っ向からの反対に遭い、悪戦苦闘、改革案の多くは既に撤回、あるいは実施延期を迫られ、彼女の案通りの改革の実現は不可能とみられている。

まとめ

過去半世紀以上に渡り、全世界にいろいろなタイプの医療制度が現われ、先進国の中でも、医療を国家先導型の仕事と考える福祉国家、労働者の権利と考える職域社会保障制度国家、民間企業先導型のビジネス・マネージド・ケア国家とさまざまな形態が試みられた。度重なる医療改革を経て、それぞれに良い点、反省点が見られてきた今日、政府・国民・医療提供者にとって最も望ましい将来への解決策は打開されたのであろうか。

フランスに在住していることによる臆断的な私見と言われるかもしれないが、フランスの医療制度がWHOによって、加盟国中1位にランキングされた理由は、公と民（私）のバランスがとれていることにあるような気がしてならない。

つまり、あくまでも公立病院における公的医療のレベルの高さが守られた上での、私的医療との共存により医療機関へのアクセスはどの国民層にも平等である。私的医療機関は、公立病院が十分に提供できない分野を実にうまく補っている。これは特に長期入院型ナースング・ホーム施設やマタニティ施設に顕著で、保険二本化制のお陰で、患者の自己負担は皆無か極少なく、高齢化・少子化問題を見据えた制度設計となっている。

公的保険・私的二次保険の二本財政制度により、患者が病気の時に負担する額が少なくなるこの相互扶助制度が、将来どれだけ続くのかの保証は疑問ではあるが、国民の二人に一人が共済加入し、ここまで整った現行制度を揺るがすことはほぼないのではないかと思われる。

イギリス・フランス・ドイツの三国の医療改革政策を見た後、今後ますます医療提供者側へのコントロール、保険者機能の強化が日本においても図られようとするのではないかと危惧する。

この制限医療の波が押し寄せて来た時に、適正な医療提供を支えられるしっかりとした財政基盤を、今から準備する必要があるのではなかろうか。