

## ヨーロッパの医療制度における中央-地方関係の変容 —1990年代以降のフランスの事例—

尾玉剛士

### はじめに

ヨーロッパ諸国の医療制度は高齢化と低成長による財政難に直面しており、グローバル化した経済環境下での財政均衡の追求は医療制度にも変容を迫っている。今や政策担当者にとっての課題は医療の質を維持・向上させつつ可能な限り費用を抑制することである (Hassenteufel 2006: 15)。1990年代以降重視されてきた解決策の一つは医療制度に対する市場メカニズムの導入であった。こうした現実の動きに合わせて、各国の医療制度のガバナンスにおける国家-市場関係の変容や医療における市場原理の浸透を対象とした研究が生み出されてきた (Ranade 1998)。他方、市場化ほどには注目を集めてこなかったが、医療制度改革のもう一つの軸は地方分権化であった。1980年代以降ヨーロッパ諸国は医療制度の分権化に熱心に取り組んできた。地方への分権化によって、意思決定への住民の参加が促され、住民の需要に即した医療サービスが提供されるようになることが期待された (Polton 2003)。

しかし、ヨーロッパ諸国は医療政策の権限や財源を単純により下位の行政単位へと委譲しようとしてきたのではない。医療費の支払い機関の合併や、中央からの医療従事者や保険者に対する統制の強化などの集権化の動きもまた観察されるのである。医療制度における中央-地方関係の再編は分権化と再-集権化の緊張関係において把握するのが適切であろう (Saltman 2008)。

中央-地方関係再編の具体的な展開は国によって実に多様である。本稿では、国際比較の視点に立ちながら1990年代以降のフランスにおける中央-地方関係再編の事例を詳しく検討し、その特徴を明らかにする。以下の本文では、まず中央-地方関係の再編を分権化と集権化の二つに大別した上で両者が追求されてきた理由を整理する (第1節)。次に、財源と集権性の程度を基準に医療制度を4つに分類し、ヨーロッパ諸国における中央-地方関係再編の事例を検討する。順に、イギリス、スウェーデン、イタリア、ドイツの事例をとりあげる。この作業によって中央-地方関係再編の多様性を確認するとともに、各国にとって分権化と再-集権化の緊張関係の調整が課題であることを示す (第2節)。続いて、フランスの医療制度における1990年代以降の中央-地方関係再編の展開を追い、その特徴を明らかにする (第3節から第7節)。

フランスにおける中央-地方関係の再編は州 (région) を単位とした医療サービス供給と財源の調整を目指す州化 (régionalisation) を中心として展開してきた。ただし、州化と言っても中央から地方へと行・財政権源が委譲されたのではなく、むしろ中央による医療保険金庫と医療従事者に対する監督・統制が強化されたのであって、州化の動きは医療制度全体の国家化 (étatisation) の文脈に位置づけられる。言

い換えるならば、非常に強い集権化の動きが観察されるのである。フランスでは医療の自由化（あるいは民営化）と地方分権化という制度改革の二つの切り札はどちらもあまり利用されなかった。反対に、国家主導による調整が第一に目指されてきた例として、フランスは国際比較上興味深い事例をなしている。

## 1. 中央-地方関係再編の諸類型

### 1-1. 分権化が推進される理由

中央-地方関係の再編には大きく分けて分権化と集権化という二つの方向性がある。「はじめに」で述べたように、ヨーロッパ諸国では市場メカニズムの導入と並び医療の地方分権化が追求されてきた。それにはいくつかの理由が考えられる。

第一に、効率性の向上のためである。それぞれの地域の需要に対応した医療サービスを提供することで、需要と供給のギャップを減らし、費用の効率性を高めることができると考えられた（CGP 1993; Polton 2003）。第二に、住民参加の促進のためである。医療行政や医療機関への不信の高まりとともに、意思決定への住民の参加が求められるようになった（Maudet 2002）。また、住民の参加によって地域の医療需要の把握が容易になり、サービスの需給の合致も期待できる。第三に、疾病構造の変化に対応するためである。現在先進国における死因の大半は慢性疾患によるものであり、また、高齢者介護が政策課題になっている。病院での急性疾患の治療を中心にした医療供給体制を改め、予防・治療・リハビリの連続性を実現するために多様な機関からなるネットワークを地域レベルで構築することが課題となる（Cicoella 2007）。

以上の三つの理由は地域住民の利益に適ったものだが、中央政府にとって大きな利益をもたらす別の理由もある。地方への責任転嫁である。費用抑制と医療の質の維持・向上という困難な問題を地方に移転することで、責任と非難を回避することができるというわけである（Freeman 2000: 84）。

### 1-2. 分権化の諸類型——政治的分権化・事務分散・委任

地方分権（decentralization）という概念はいくつかのサブ・カテゴリーに分割することができるので、ヨーロッパ諸国の事例を分析する前にそれらを確認しておくことが適切であろう（Rondinelli et al. 1983）。第一に、通常想起される国家から地方自治体への行政権限と財源の委譲という意味での「政治的な分権化」である（devolution）。第二に、中央政府から地方出先機関への「行政事務の分散」である（deconcentration）。この場合、引き続き中央を頂点としたヒエラルキー的な意思決定構造が維持される。第三に、政府から通常の行政システムに属さない準公的機関への、特定の任務に関する経営責任の「委任」である（delegation）。委任を受けた機関は権限の行使に当たって大きな裁量を有するが、究極的には政府が責任を有する<sup>1</sup>。第2節以降で見ていくように、ヨーロッパ諸国は医療制度の分権化を進めるに当たってこれらの方法を様々な仕方で利用してきた。

### 1-3. 集権化——国家統制の強化とリージョン化

医療政策の中央-地方関係の再編に関しては、分権化のみならず集権化の動きが観察されることもしばしば指摘されてきた(Blank and Bureau 2007: 87-88)。第一に、ヒエラルキー的な国家統制の強化である。分権化を進める一方で、国家は地方間の平等を確保したり、医療の質を全国レベルで保障したりする必要に迫られた。国家は医療行政から後退などしておらず、むしろ新たな規制・監督ツールを得てローカル・レベルのアクター(医療機関や支払い機関など)に対する統制を強化したのである。第二に、医療費の支払い機関の集約化である。これには支払い機関の合併によって規模の経済の効果が得られること、また、診療側に対する支払い側の交渉力を強化させられるという利点がある。

第二の点に関して、フリーマンはヨーロッパ諸国における1980年代・90年代の医療制度改革に共通する現象として、ローカル・レベルの医療に関する行政機関と組織利益が上位のレベルへとスケール・アップしたと述べている。特に、中央とローカル・レベルを結ぶレベルとしてリージョンの役割が高まったことを彼はリージョン化(regionalisation)と呼んでいる(Freeman 2000: 80-81)。彼が強調しているのは、ローカルから上位のレベルへの集権化と中央から下位のレベルへの分権化が同時進行した結果として、ヨーロッパ諸国の医療制度が複数の中央を持つようになったということである。ただし、リージョン化というマクロ・レベルの収斂が生じているとはいえ、実際の展開は多様であり、医療制度の多様性がより一層強まったという。

このようにヨーロッパ諸国における医療政策の中央-地方関係の再編は、分権化と集権化が同時に進行するという非常に複雑な過程である。この過程は、どのレベルに(あるいはどの機関)に権限と財源を配分するのが最も適切なのかという問いに対する試行錯誤の過程であると言い換えてもよいだろう。次節では、ヨーロッパの医療制度の分類を行った上で、代表的な国々における中央-地方関係の変容を検討する。

## 2. ヨーロッパ諸国における医療制度再編 ——中央-地方関係の多様化と複雑化

ヨーロッパの医療制度はイギリスや北欧諸国に代表される国営医療型とドイツやフランスに代表される社会保険型の二つに大別される。前者では医療保障の財源として税が利用され、医療供給は主に公的な主体によって担われる。後者では社会保険料が主財源とされ、医療供給においては私的な主体(開業医の診療所や私立病院)の割合が高くなる。さらに、医療制度の集権性の程度ないしは中央-地方関係という視点を付け加えるとすれば、各国の医療ガバナンスは表1のように分類することができる。

同じ国営医療型の国々のなかでもイギリスが非常に集権的な医療制度を構築してきたのに対して、北欧や南欧諸国では分権的な制度設計が採用されてきた。社会保険方式の国々でも、フランスの医療制度は集権的だがドイツの医療制度は分権的

である。医療制度は各国固有の政治的なコンテクストに埋め込まれているのであり (political embeddedness)、その中央-地方関係も一様ではないのである (Moran 1999)。

以下では順に、集権的な国営医療型の例としてイギリスを、分権的な国営医療型の例としてスウェーデンとイタリアを、分権的な社会保険型の例としてドイツの例をとりあげて医療に関する中央-地方関係の再編を検討する。

表1 財源と中央-地方関係から見たヨーロッパ諸国の医療制度

	集権的	分権的
国営医療型	イギリス	スウェーデン、デンマーク、 イタリア、スペイン
社会保険型	フランス	ドイツ

## 2-1. 集権的な国営医療型の事例——イギリス

第二次世界大戦後、イギリスは国営・無料そして集権性を特徴とする国民保健サービス (National Health Service: NHS) を発展させてきた<sup>2</sup>。1990年代になってからは管理・財政責任の地方への委譲が進むとともに、地方レベルの医療行政機関が合併・再編されたことで医療行政機関の総数が減少した。従来、NHSは予算管理とサービス提供の双方の役割を担っていたのだが、市場機能による効率化を目指すサッチャー改革 (1990年) によって、サービスの提供者と購入者が分離することになった。保健省の地方支分部局である地区保健当局 (District Health Authority) と一部の一般医に、病院医療サービスを住民のために購入する役割が与えられたのである。反対に、病院 (NHSトラスト) はサービスを購入してもらうために競争環境に置かれることになった。

このように一種の市場メカニズムがNHS内部に導入されたわけだが (内部市場)、これはサービス購入者たる保健当局の合併をもたらした (中井1999: 88; Freeman 2000: 80-81)。1996年から地区保健当局はそれまで一般医との契約を担ってきた家庭保健サービス当局 (Family Health Service Authority) と統合され、地区保健当局の上位組織であった14の地方保健当局 (Regional Health Authority) は廃止された。こうして地方の保健当局は予算管理の責任を強化されるとともに、整理統合されることになった。

ブレア労働党政権が成立してからは、1999年に一般医が病院サービス購入のためにプライマリ・ケア・グループを構成するようになった。さらに、2003年からは公営企業であるプライマリ・ケア・トラスト (PCT) が一般医とNHS病院からのサービス購入を担当するようになり、ローカル・レベルでの予算管理の責任主体となった。過去10年間、イングランドにおける医療の分権化は中央政府から地方政府への政治的分権化というよりも、PCTへの権限の委任という形式を中心に進められた (武内・竹之下2009: 78-80)。これに伴い地方における保健当局の役割は戦略立案や監督に限定され、全国に100ヶ所あった地区保健当局は28ヶ所の戦略的保健当局 (Strategic

Health Authority)に置き換えられた(2009年の時点では全国10ヵ所)。また、2004年にはNHSトラストの経営の自主性・独立採算制が強化され、保健省の関与から離れたNHSファウンデーション・トラストの設立が開始された。

以上のように、内部市場の導入以降、予算管理やサービス提供に関する権限がローカル・レベルの機関へと大幅に委任され、集約化された地方行政機関が中央とローカルの間に立って監督を行うというガバナンスの構造が成立した。もっとも、PCTへの委任と保健当局への事務分散は集権的・ヒエラルキー的なガバナンス自体を否定しておらず、政治的な分権化が生じたのではない<sup>3</sup>。PCTは経営責任を負うのみで、財源は保健省から受け取っている。むしろ、サッチャー政権によって市場志向の改革が始まって以来、パフォーマンス管理のために中央からの統制が強化されたことがしばしば指摘されている(Ham 2009)。ブレア政権成立以降にも、サービスの質の向上のため様々な機関が新設された。代表的なものを挙げると、国立最適医療研究所(National Institute for Clinical Excellence)は診療ガイドラインの作成を担当し、ケア・クオリティ委員会(Care Quality Commission)が全国のPCTと病院の監査・評価を実施している。イギリスの場合、PCTやNHSトラストの裁量を拡大しつつも、中央からのパフォーマンス管理を強化することでヒエラルキー的な統合を維持してきたと言えよう。

## 2-2. 分権的な国営医療型の事例——スウェーデン、イタリア

北欧・南欧諸国は1980年代以来国営医療方式を前提としつつ、地方への政治的な分権化を進めてきた<sup>4</sup>。

スウェーデンでは1950年代以来医療の分権化が追求されてきたが、1983年にサービスの管理と財源の双方に関する権限が包括的にランスティング(landsting: 日本の県に相当する広域自治体)へと委譲された(Ranade 1998: 166; 西村1999)。これは政治的な分権化の例である。1990年代以降は高齢者医療サービスの権限と財源がコミューン(基礎自治体)へと委譲され、さらに分権化が推し進められている。1992年のエーデル改革によってランスティングの病床の約3割が福祉施設としてコミューンに移管された。他方で、90年代からは国レベルでの行動計画や質のスタンダードの作成を通じて医療機関に対する監督・統制が強化されている。こうした再集権化の動きは歴史的な分権化の傾向に対して、中央から一定の軌道修正を施したものである(Saltman and Bergman 2005: 261-62)。

イタリアでは90年代の改革によってローカル・レベルの医療行政機関(Unità Sanitaria Locale: USL)の数が減少し、州政府の行・財政責任が強化された(Polton 2003; Mattei 2004; 中山2008)。1992年のアマート改革によって、医療サービスに関する行・財政権限が県とコムーネのレベルから州レベルの公社(Azienda Sanitaria Locale: ASL)へと集約され、1992年以前に659あったUSLの数は1995年には228まで減少した。新設されたASLの経営責任者は州によって任命され、企業型の運営を行うとされた。また、財政責任が国から州へと分権化され、赤字が発生した場合には各州が患者負担の引き上げか税収の充当によって責任を負うことになった。さらに、1999年の改革では財政連邦主義の原則の下、従来のように中央政府の予算を各州に

配分するのではなく、各州が独自の税収を利用して医療サービスを提供することになった。つまり、サービスの管理と財源の双方に関して州が中心的な行政単位となったのであり、リージョン化の最たる事例と言える。ただし、同時期には中央からのサービス標準の設定や監督も確保され、州間の再分配を行う基金も導入されている。90年代後半にはこうした分権化と集権化の緊張関係の調整のために、国と州の協議の場 (Conferenza Stato-Regioni) の役割が強化された (McEwen and Moreno 2005: 141)。

### 2-3. 集権的な社会保険型の事例——ドイツ

ドイツでは競争の導入とともに州 (Land) および連邦レベルへの集権化が生じた。19世紀以来、ドイツの医療ガヴァナンスの中核をなしてきたのは、ローカル・レベルでの疾病金庫 (職人や労働者の共済組合が起源) と医師の団体による交渉を通じて医療サービスの内容・価格・財源が決定されるという自主管理主義である (Labisch 1994)。基金の管理を行政システムの外部に委任してきたとも言える。この自主管理主義が連邦制と相俟って非常に多面的かつ分権的な医療制度が形成されてきた。

1980年代以降の一連の改革は医療供給と財源のリージョン化を推し進めてきた。1985年には州に病院の建設に関する権限が委譲され、90年代の医療保険改革によってリージョン化はさらに強化された。従来、ドイツでは職業や居住地によって住民が加入する金庫が自動的に決められていたが、1992年のゼーホーファー改革によって自由に加入する金庫を選べるようになった (Kauffman 2003)。金庫間に競争圧力が働くようになり、各金庫は保険料率を低く抑えるよう促された。疾病金庫の運営は「経営」に、被保険者は金庫を選択できる「顧客」に接近したのである (土田1999: 214)。ローカル・レベルの金庫である地区疾病金庫 (Allgemeine Ortskrankenkasse) は保険者としての競争力を高めるために合併し、州単位で統合されていった。改革以前に旧西ドイツには259の地区金庫が存在したが、1996年には12の金庫へと統合された。各種疾病金庫の総数も1992年の約1200から2009年の約200まで減少している (ドイツ医療保障制度に関する研究会 2009)。

医療費の抑制も州を単位に行われてきた。医師への報酬は各金庫と保険医協会との交渉を通じて決められてきたが、金庫と医師の力関係は後者に有利に推移し、1970年代に費用爆発が問題になるとそうした力関係の不均衡が医療費増加の原因とみなされるようになった (足立1999: 25)。ローカル・レベルの金庫の保険医協会との交渉権限は徐々に州および連邦のレベルに移転されていった。90年代には州レベルで、各疾病金庫の州連合と州保険医協会の契約を通じて開業医部門に対する医療保険の総支出 (診療報酬総額) を決定・抑制する仕組みが強化された (Hassenteufel et Palier 2005)。

さらに、2000年代に入ると連邦レベルへの集権化が顕著になる。2003年には保健衛生制度における質と経済性に関する研究所 (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) が設立され、診療ガイドラインの作成と治療・医薬品の効率性の評価を行うことになった。また、2007年の改革によって、第一に、連邦保険庁が運

営する医療基金(Gesundheitsfonds)が設立され、医療保険料はまず医療基金へと集められてから各金庫へと配分されることになった。第二に、全ての疾病金庫の連合体である連邦疾病金庫中央連合(GKV-Spitzenverband)が創設され、保険料は全国一律とされた。第三に、保険医協会との契約は以前のように金庫の種類ごとに行われるのではなく、全金庫に共通する契約が締結されるようになった(戸田2008)。

このようにドイツでは元来非常に分権的な医療制度における集権化の動きが観察される。90年代までは州単位の当事者による交渉を補強する形でリージョン化が進んだが、2000年代からは連邦レベルの介入が顕著になり、各金庫の自主管理主義の原則は大きく後退したと言える。

各国における中央-地方関係の再編の展開は多様かつ複雑だが、いずれの国においても分権的なガバナンスを維持・強化するのみならず、いかに中央から調整を行うかが課題であった。言い換えれば、一方で医療サービスの管理に関する権限や財源が分権化され、他方では地方の財政や医療サービスの質に関する中央統制が強化されてきた。分権化と集権化という二つの論理の緊張関係が観察されるのである。地方への分権化のみならず、集権的なヒラルキー構造の強化・再構築という変化もまた観察されねばならない。

フランスの場合、過去20年間にわたる中央-地方関係の再編はこれまでに検討したどの国よりも集権的なガバナンスを維持する形で展開してきた。中央-地方関係の再編はリージョン化、すなわち州化を中心として展開したが、中央から州への事務分散にとどまり政治的な分権化や委任はほとんど進まなかった。むしろ、中央政府を頂点としたヒラルキー構造の強化による医療供給体制と医療費の調整が目指されてきたのである。次節からはフランスにおける医療政策の中央-地方関係の再編を詳しく検討し、中央からの統制強化を核とする医療ガバナンスの再編がいかなる経緯によって推し進められてきたのかを明らかにする。

### 3. フランスの事例——財政制約と分権化

本節では1990年代初頭のフランスにおいて医療政策の州化が開始されるに至った経緯を検討する。それまでの政府間の役割分担を整理すると、80年代の時点で母子保健や一部の感染症予防などは県へと分権化され、コミューンは保健所を通じて公衆衛生を担当していた。他方、医療機関における「治療」は中央政府の管轄とされてきた(篠原1992)。治療費に関しては、医療保険は労使を中心に集権的に運営され、低所得者に対する医療扶助は県の管轄であった。州には国の出先機関である州医療社会局(Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)が設置され、国の政策の州における実施を担ってきたが、90年代以降の諸改革では州を単位として住民の需要と医療サービスの供給を合致させることが目指されるようになる。州化の進展は需要と供給の合致による効率化という医療制度再編の全体的なビジョンのなかに位置づけて理解する必要がある。

中央-地方関係に限らず、医療制度再編の第一の原動力となっているのは高齢化と経済の停滞に起因する財政難である。65歳以上人口の割合は1950年から2005年までの間に11.4%から16.5%まで増加し（UN 2009）、医療費の対GDP比は1980年の7%から2007年の11%へと増加している（OECD 2009）。また、被用者医療保険金庫の財政は80年代には81年と86年を除いて黒字が続いたが、1990年に赤字に転落して以来一貫して赤字が続いた（Palier 2005: 171-172）。

費用抑制への関心はやがて分権化の原動力の一つとなる。1990年代の初めまでの政策的対応は保険料と自己負担の引き上げという技術的な施策であった。しかし、こうした対症療法的な施策は受診抑制の可能性をはらみ、根本的な解決につながらないことから批判の対象となってきた。また、1984年からは公立病院に総枠予算制が導入されたが、病院間・地域間の不平等の固定化を招いた（Pierru 1999）。

そこで、医療費を抑制することを至上目標とするのではなく、住民の需要にサービスを適合させることで費用の効率性を高めることが目標となった。そのためには住民の健康状態を調査して、それを出発点として医療供給体制を再編することが求められる。言い換えれば、需要（住民の健康状態とその決定要因）の調査と供給（医療サービスの内容と医療機関同士の関係）の見直しが課題となった。既存の医療供給体制や医療費の実績値からではなく、住民の需要から出発して医療政策を形成する必要性が認識されたのだ。需要に基づいた医療制度の再編というアイデアは、より分権的な医療政策形成へとつながっていく。

#### 4. 病院改革と州化の始まり（1991年）

総合計画審議会（Commissariat général du Plan）<sup>5</sup>は1989年の報告書で、財政制約の下では需要に基づいて優先的な政策課題を選択し、それに応じて医療供給体制を再編するべきであると述べている（CGP 1989: 59-62）。報告書に示された方針は1991年の病院改革関連法によって具体化され、医療政策の州化が開始された。新設された州医療計画（schéma régional d'organisation sanitaire）は病院計画を州レベルへと分権化したもので、州ごとに需要（特に、高齢者介護等の新しい需要）を考慮した上で医療機関の相補性と連携を強化することを狙いとしていた。つまり、病院部門・開業医部門・社会福祉部門などの部門間及び部門内に存在する仕切りを取り払うことが目的だった。第1節で検討したように、疾患構造の変化に応じた医療供給体制の再編が目指されたのである。州医療計画には住民の健康状態に応じた公衆衛生政策の優先目標が含まれており、需要に応じた医療供給体制の再編が開始されたのであった。

1993年には総合計画審議会が『健康2010』という全3巻からなる大部の報告書を刊行し、州化のさらなる推進を提案している（CGP 1993）。この報告書は2010年に向けての医療制度再編のグランド・デザインを提示することを目的としており、より住民に近いレベルでの意思決定が医療の効率性を高めるという発想が見られる<sup>6</sup>。州化に関しては、州医療サービス庁（agence régionale des services de santé）を設立し

てローカルな需要の変化に応じて医療サービスを組織化し、予防や検診を含めた医療サービスの優先目標を州単位で設定することが提案されている。また、財源については議会が決定した医療保険支出総額を各州に割り振り、州間の健康水準の不平等を考慮して調整を行うとしている<sup>7</sup>。州を基本的な単位としつつ、医療需要の調査から出発して医療供給体制と医療費の決定を行うというビジョンが明確に示されていると言えよう。

なお、同じ1993年には複数に分裂していた医師組会の連合体である州自由開業医連合 (union régionale des médecins libéraux) が設立された。医療保険金庫との合意に基づき、州自由開業医連合は医療の質の向上や医療行為の評価活動に取り組むことになった。3年後のジュベ改革によって医療政策の州化は一気に促進されることになる。

## 5. ジュベ改革 (1996年)

1995年11月15日、ジュベ首相は下院国民議会において政府の社会保障改革案を発表した (Juppé 1996)。今や「社会保障の真の改造、本当の再建」こそが問題であり、国家と労使の関係・年金・医療保険・家族手当等に関する包括的な改革案が提示された。医療部門では給付水準の引き下げや被保険者負担の増加等ではない構造的な改革が提案されている。

最も革新的な提案は議会が毎年社会保障の支出目標を決定するというものである。翌1996年2月に憲法改正が行われ、毎年議会が社会保障財政法律 (loi de financement de la sécurité sociale) の第一条で医療政策と社会保障政策の方針を決定することになった。さらに、この医療政策の方針を土台として議会が医療保険費用全国目標 (objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie) を採決し、この目標を超過した場合には医師に対して医療保険への報酬の返還という制裁措置が取られることになった。また、労使などが管理する全国医療保険金庫は政府と全国レベルおよび州レベルの医療費成長率を含む目標管理契約を締結するとされた。こうしてついに議会が毎年の医療保険支出総額を決定できるようになったのである<sup>8</sup>。この総額は地理的不平等の縮小を考慮しつつ、各州に配分されるとされた。以下ではジュベ改革によって新たに州に設置されることになった機関とその役割を検討する。

### 5-1. 州病院庁

1996年に病院改革に関するオルドナンスによって州病院庁 (agence régionale d'hospitalisation) が新設された。目的は州間格差の縮小とともに、従来、公立病院は国が、私立病院は医療保険金庫が監督してきたという二元性を改め、複雑な病院行政を整理することであった。以降、公・私立病院の財源に関する権限は州病院庁に統一された。

医療保険によって公立病院部門に支払われる予算の総額は以下の手続きを経て定められることになった。まず、全国レベルでは上述の医療保険費用全国目標の枠

内で予算総額が決定される。次いで、州ごとに人口学的変数、州医療計画、公衆衛生政策の優先目標、州間の財政格差などを考慮に入れた上で予算が配分される<sup>9</sup>。最後に、州病院庁によって各病院に予算が配分される。私立病院部門に関しては総枠予算制が採られてないため、州病院庁と各私立病院が締結する多年度目標管理契約の追加書で診療の料金表が定められ、これに従って医療保険による費用負担が行われるとされた。

このように全国レベルで決定された支出目標額が各州に振り分けられ、州病院庁が公私立病院双方に対して支出の伸びを管理する役割を担うことになった。なお、州病院庁には国の代表と金庫の代表が半数ずつを占める執行委員会が設置されたが、政府任命の事務局長ポストには多くの場合高級官僚が任命された。したがって、州病院庁の設立が意味するのは地方自治体への政治的な分権化ではなく、国の出先機関への事務分散である点に注意されたい。

## 5-2. 州医療保険金庫連合

ジュベ改革は州における医療保険金庫の再編ももたらした。1996年の医療費の医学的抑制に関するオルドナンスによって、それまで各州に並存していた複数の医療保険金庫が個別に行ってきた活動を調整するために州医療保険金庫連合 (union régionale des caisses d'assurance maladie) が新設された。州金庫連合は州病院庁に参加して州の病院行政に携わるとともに、州自由開業医連合と協力して開業医の診療の評価活動に当たることになった。

この州金庫連合に国の代表が参加することや、州病院庁に金庫が参加することは、国と金庫の関係の緊密化というだけでなく、国家主導の医療制度改革へと金庫を統合する過程の一部とみなすことができる。その後、1999年の冬に可決された社会保障財法律によって私立病院との協定が国・金庫・病院団体の三者契約から国と病院団体との二者間の協定に切り替えられたことは、そうした解釈を支持している (稲森 2003: 32)。金庫は国の統制を受ける協力機関になりつつあり、労使を中心とした自主管理主義的な性格は減少した。

他方、全国レベルでは全国被用者医療保険金庫の事務局長の権限が強化され、州やローカル・レベルの金庫の事務局長の任命権限が与えられた。州金庫連合の創設と併せて考えると、金庫のヒエラルキー体系が合理化されたと言えよう。この全国金庫の事務局長には政府によって、高級官僚 (主に会計検査院出身) が任命されている。金庫の理事会は従来労使の代表を中心として運営されてきたが、事務局長の権限拡大によって労使は周縁化されてしまった。このようにジュベ改革は金庫 (労使) に対する国家統制を強化したのである。

## 5-3. 州医療会議

1996年の医療費の医学的抑制に関するオルドナンスは、州レベルで住民の需要を出発点として医療費を調整するというアイデアの具体化にも貢献した。このオルドナンスはそれまで試験的に存在していた全国医療会議 (Conférence nationale de santé) と州医療会議 (conférence régionale de santé) に確固たる地位を与えた。州医

療会議は州に固有の需要を調査して、州知事が作成・実施の責任を持つ公衆衛生政策の形成に参加することになったのである<sup>10</sup>。また、実施された公衆衛生プログラムの評価を行い、全国医療会議・州病院庁・州医療保険金庫連合・州自由開業医連合に報告書を提出することが課せられた。

『健康2010』は需要に対応したサービスを供給するために「様々な参加者による協議によって運営されるローカルな空間の創設」(CGP 1993: 73)を主張しており、州医療会議はその実現と言える。同会議は多様な参加者が問題を共有し政策形成の基盤となる妥協を打ち立てるためのフォーラムであった。ジュベ改革では医療保険費用全国目標の決定に当たって各州の特殊性と州間の不平等を考慮に入れることが目指されたが、そのためには州医療会議による需要の調査が不可欠だった。

全国医療会議にも同様に全国レベルで国民の保健状況と医療需要の変化を分析し、予防・診断・治療技術の発展を考慮に入れて公衆衛生政策の目標と方針を提案することが課せられた<sup>11</sup>。また、全国医療会議の年次報告書が上述の社会保障財政法案の作成において考察の材料とされることになった。住民の健康状態や医療サービスの需要に関する研究が医療保険費用全国目標の決定過程に組み込まれたのである。全国・州医療会議は医療制度再編を財政制約の論理ではなく住民の需要に基づいて行うために決定的な位置を占めていた。

ジュベ改革以降、州レベルの機関の増設によって、州を単位とした医療サービス供給の計画・管理、財源の配分、公衆衛生政策などが促進され、医療制度の州化の動きが明確化した。ただし、権限や財源の州政府への分権化が行われたわけではなく、州に国の出先機関が新設されたと見るのが適切である。金庫の組織改革はヒエラルキー的な国家統制の強化という意味で、集権化の論理に属していると言えよう。同様に、州病院庁・州医療会議への金庫の参加も国と金庫のパートナーシップの強化というよりも、実質的な金庫の国家に対する従属化と解釈し得る。また、1996年には国立医療認証評価機構(Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)が設立され、病院の認証を行うとともに、診療ガイドラインの作成を担うことになった。フランスでも90年代には医療の質の統制が追求され始めたのである。ただし、ここまでの諸改革を中央からの統制という視点のみで評価するのは一面的な見方であろう。医療会議の設置には医療従事者や医療機関の利用者の参加によるボトム・アップ方式の医療政策形成の契機が含まれていたのである。

## 6. 医療民主主義とクシュネル法(2002年)

1998年には医療三部会(États généraux de la santé)が開催され、医療民主主義(démocratie sanitaire)というテーマが浮上した(Maudet 2002)。医療制度における住民ないし患者の位置づけが問い直され、全国・州医療会議には新たな意味が与えられることになる。州医療会議はジュベ改革以降複数の困難に直面していた(Vinot 2002)。まず、市民の健康状態と医療需要の診断に不可欠な市民の参加が不十分で

あった。また、州医療会議と全国医療会議の接続が不十分であったため、ローカル・州・全国の順にボトム・アップ方式で医療政策を策定し、それに基づいて医療費を決定するというアイデアは全く実現しなかった。州レベルでの十分なデータベースも整備されず、各州に固有の需要に基づいて州間の医療費の調整を行うには限界があった。このように州医療会議は設立当初期待された可能性を実現できなかった。しかし、医療民主主義の促進というコンテキストのなかで医療会議は刷新されることになる。

2002年の3月にジョスパン政権は医療制度の民主化と医療の質の測定・改善を目的として、患者の権利と医療の質に関する法律を制定した(当時の保健大臣の名前からクシュネル法と呼ばれる)。同法によって州医療会議は州医療評議会(*conseil régional de santé*)へと改組され、全国レベルの医療政策形成の枠組みのなかに改めて統合された。医療政策の州化が新たな局面を迎えたのである。同法はフランスにおいて国の「医療政策形成の形式的な手続きを初めて定義した」と評価されている(Tabuteau 2006: 201)。「国家は多年度優先目標に従ってその医療政策を決定する」が、そのためにまず州医療評議会が3月15日までに各州において前年度に実施された政策を総括する。続いて、公衆衛生高等評議会(*Haut conseil de santé publique*)がこの総括を基にして公衆衛生多年度優先目標の適応状況を評価し、4月15日までに議会に報告書を提出する。最後に、政府が全国医療会議の助言を受けてから6月15日までに医療政策の方針に関する報告書を議会に提出する。これらの報告書が社会保障財政法案を審議する際に検討材料となるのである。ジュベ改革によって開始された社会保障財政法と医療政策の接続がこうして刷新されることになった。

また、全国医療会議と州医療評議会は、医療機関の利用者とサービス提供者との対話の場として再編されることになった。全国医療会議には、毎年保健医療担当省庁に医療制度の利用者の権利の尊重に関する報告書を提出することと、市民が医療問題と医療倫理に関して意見を表明できるように公共の議論を組織することが新たな役割として追加された。同様に、州医療評議会にも利用者の権利に関する状況の評価と公共の議論の組織という二つの機能が課せられた。こうした医療民主主義の推進という役割のみならず、州医療評議会には引き続き州の医療政策に貢献することも期待された。つまり、州医療計画、予防と治療へのアクセスに関する州プログラム(*programme régional d'accès à la prévention et aux soins*)<sup>12</sup>、医療ネットワークの試験プロジェクト等の案件について助言を行うこととされた。以上のように、クシュネル法はジュベ改革の成果を継承しつつ、医療民主主義の促進という課題に応じようとしたのだった。

## 7. ドスト=ブラジ医療保険改革と公衆衛生法(2004年)

2004年にはドスト=ブラジ保健・社会保障大臣の提案による二つの医療関連法案が採択された。公衆衛生法(8月9日)と医療保険法改正(8月13日)である。前者は公衆衛生政策の復権の流れのなかでも一時代を画す意義があり、後者には医療保

険財政の赤字を解消することが期待されていた。二つの法は医療政策の州化の流れを引き継いでいるが、住民により近いレベルでの意思決定という意味では前進するどころか後退させている。

### 7-1. 住民参加の後退

公衆衛生法の第2条はクシュネル法によって規定された医療政策の形成手続きを削除し、引き続き「国家が多年度目標に従って医療政策を決定する」としたものの、その政策は社会保障財政法とは分離されてしまった (Tabuteau 2006)。全国・州医療会議 (名称を元に戻された) は諮問機関として位置づけ直されたため政策形成上の役割は低下した。公衆衛生法によって州医療会議は「以前の形式とは大きく異なり、医療政策の形成過程への参加よりも公共の議論を軸にした機関」(DGS 2004: 649) となった。ローカルな公衆衛生上の需要を出発点としてマクロな費用抑制を行うという90年代以来追求されてきた枠組みは放棄されたのである。

州レベルでは、同法によって州公衆衛生団体 (groupement régional de santé publique) が新設され、州医療会議の助言を受けた後で州公衆衛生プラン (plan régional de santé publique) の実施を担うことになった。州公衆衛生団体の議長は知事であり、理事会投票数の半数を確保している (Pallaréa 2007)。州知事は政府任命の州における国の代表であり代議士ではないため、州の公衆衛生政策の決定権限は地方自治体ではなく国の代表が握っていることになる。自治体は州公衆衛生団体で意見を表明することができるが、利用者やアソシエーションは諮問機関たる全国・州医療会議にしかアクセスすることができない。実際にはローカル・レベルの公衆衛生活動は自治体とアソシエーションによって実施されるにもかかわらずである。

先行する諸立法が、普遍的医療保障 (couverture maladie universelle)<sup>13</sup> や予防と治療へのアクセスに関する州プログラムを創設して、健康水準と医療制度へのアクセスの不平等の解消を目指したのに比べて、この公衆衛生法のテキストでは不平等に関する関心が薄れていることに注意してよいだろう。同法の活動目標は疫学的観点から構成されており、リスク管理への言及は遍在しているが健康増進や不平等の縮小といった言葉はわずかしき登場しない。WHOは住民参加によるボトム・アップ型の公衆衛生政策の形成を提唱してきたが (Deschamps 2003)、公衆衛生法が生み出した枠組みはそれとは異なるものであった。

他方で、医療保険法の改正は引き続き州を単位とした金庫の活動を強化しており、開業医の開業地の誘導や病院・開業医部門の連携の改善が目指された。医療保険金庫はますます公衆衛生活動に関与するようになり、州医療会議や州公衆衛生団体に参加するとともに、独自の活動プログラムも作成している (Tabuteau 2006)。

### 7-2. 国家化の進展

公衆衛生法と医療保険法改正は州化だけでなく、医療制度における国家の役割の強化という点でも過去の政策と連続している。2004年の医療保険改革によって全国レベルでの金庫の連合体である全国医療保険金庫連合 (Union nationale des caisses d'assurance maladie) が新設されたが、その事務局長もまた国によって任命される官

僚である(全国被用者医療保険金庫の事務局長が兼任)。これは金庫のヒエラルキー体系の整理と労使の周縁化というジュベ改革の論理が延長されたものと考えられることができる。ドイツと同様に自主管理主義の伝統は弱体化し、労使に委任されていた金庫の管理運営は国家によって取り戻されたのである。

また、1991年の病院改革以来、医療政策の州化は決して政治的な分権化ではなく中央から地方への事務分散であった(Tabuteau 2002: 745)。2004年の二法においてもこの点は変わっていない。州病院庁や国立医療認証評価機構<sup>14</sup>などジュベ改革以来高級官僚が事務局長を務めるエージェンシーが増加しており、複数の政権を越えて全国・州レベル双方において医療制度の国家化・国家による調整が追及されてきたのである。医療保険と公衆衛生の双方に関して、全国レベルで政策が定義され、それらが州病院庁や州公衆衛生団体によって応用されるという仕組みが採用されてきたのであり、ボトム・アップ式の政策形成の発展は限られていた。

そもそも、州政府の側では医療政策の政治的な分権化を望んでいない(Bourgeuil et Serré 2002)。ブルグィユらの調査によると、州の代議士たちは第1節で検討したような国家が解決できない問題の地方への押し付けに反対しており、財源やサービスの管理に関する権限が州へと政治的に分権化されることには懐疑的である。反対に、国が財源に関する責任を持ち続けることで国民連帯と平等が保障されるという発想が見られる。実際、医療保険政策の関係者の間では医療保険の財源を州へと分権化することには反対する意見が圧倒的に強い(Tabuteau 2002: 746; Fantino et Ropert 2008: 276)。例えば、2002年の社会保障会計委員会の報告書では、分権化によって州ごとに異なる医療政策が実施されたり、公的医療保険が消滅したりするリスクが懸念され、「国民は国民連帯への愛着を、したがって全国レベルで給付と拠出に関する決定を行うことへの愛着を持っている」と述べられている(Ruellan 2002: 21)<sup>15</sup>。財源の分権化は自治体間の公平性の問題を引き起こさざるを得ない(Polton 2003)。ただし、従来の集権的な枠組みのなかで州間の財政格差や健康水準の不等の解消が十分に達成されているわけではない。

## おわりに

1990年代以降、フランスでは度重なる改革によって病院サービスや財源の管理(州病院庁)、公衆衛生政策の策定・実施(州医療会議、州公衆衛生団体)などが州単位で行われるようになった。州自由開業医連合や州医療保険金庫連合の設立が示すように、非国家のアクターも州レベルで集約化された。つまり、フランスにおける中央-地方関係の再編は州化を中心に進められてきた。

しかし、州化は州政府への政治的な分権化ではなく、州における国の出先機関に対する事務分散であった。本稿で検討した他のヨーロッパ諸国に比べて分権化の進展は非常に限定されており、集権的な制度設計が維持、さらには強化されてきた。ジュベ改革以降の様々なエージェンシーの設立や医療保険金庫の組織改革は医療機関や金庫(労使)に対する統制を強めてきたのであり、国家化の論理が押し出されて

いる。90年代以降、中央からの財源と医療の質に対する監督の強化が盛んに追求されてきたのである。確かに、州に新設された機関のなかには州医療会議のように住民参加を目指したものもあったが、中央から州に派遣された官僚は政策決定への住民参加には躊躇しており (Maudet 2002)、参加型民主主義の萌芽は十分な成長には至らなかった。

イギリスやドイツなど他のヨーロッパ諸国では医療制度に対して市場原理が導入され、それが中央-地方関係の再編にもつながったのだが、フランスにおける諸改革ではそもそも市場原理を導入せずに中央から医療制度全体を調整することが目指されてきた (尾玉2008)。他方、議論の隆盛にも関わらず医療民主主義の発展は非常に限定的であった。クシュネル法は医療に関する公共の議論の組織と、その政策への反映を促進しようとしたものだったが、政権交代後の方針転換によって医療制度の民主化の動きは中断してしまった。実際、2004年の公衆衛生法は参加型民主主義というよりも管理者の論理によって貫かれた内容だった。90年代以降のフランスにおける医療制度改革は、中央の官僚に支配的な地位を与え、全国および州レベルで労使・医療従事者・市民を彼らの従属的な協力者にするという方向で推移してきたのである<sup>16</sup>。

しかし、そのことは中央-地方関係のヒエラルキーが明確に整理されたということの意味してはいない。州レベルでは機関やプログラムが劇画的なまでに増加した結果、医療行政全体の見取り図が複雑化し、関係者間の水平的協力が阻害されている (HCAAM 2004: 28)。それゆえ様々な機関を整理統合するべきだという提案がなされて久しい<sup>17</sup>。各州の需要の変化に応じた財源 (医療保険費用) の割り当ても、全州の比較が可能なデータの欠如や中央と州・ローカル・レベルを接続する経路の未発達を原因として実現していない。皮肉なことに、コミュンや都市圏 (agglomération) は独自の公衆衛生政策を強化している。結局のところ、ローカル・州・全国という三つのレベルの間の垂直的な役割分担と協働のメカニズムが確立されていないのである。

フランスにおける今後の改革は関係者間の関係の明確化による政策決定と実施の効率性の向上、医療民主主義の促進、州間の格差の是正などの課題に答えていかなければならない。より一般的には、本稿で検討したいずれの国にとっても、複雑化した政府間関係や分権化と再-集権化の緊張関係の調整が課題である。各国における中央-地方関係は安定化したとは到底言えず、さらなる比較研究を行っていく必要があるだろう。

- 
- 1 ロンディネリらは第四のカテゴリーとして「民営化」(privatization)を挙げているが (Rondinelli et al. 1983)、これについては稿を改めて論じることにしたい。フランスの事例について最小限の説明を行っておくと、医療行政に関しては民営化どころか、かつて民間のアソシエーションが担ってきた活動までが行政システムに吸収されてきた (Benamouzig et Besançon 2005)。財源に関しては、公的医療保険の給付水準と範囲が徐々に縮小し、民間の共済組合の役割が増しつつあることは「静かな民営化」と言いが、基本的には国民皆保険体制が維持されている。
  - 2 以下の本文の記述はイングランドに関するものである。1990年代末のスコットランド、ウェールズ、北アイルランドにおける議会設置はイングランドとは異なる医療政策の展開を促進した (McEwen and Moreno 2005)。

- 3 PCTと地方自治体の連携強化も着手されているが、いまだ成果は限定的である(武内・竹之下 2009: 80-85)。様々な権限の移転や機関の新設は、ローカル・レベルでの関係者間の関係の複雑化を招いており、連携と調整の必要性が高まっている。
- 4 かつてイタリアとスペインは集権的な社会保険方式を採用していたが、1970年代後半以降分権的な国営医療方式へと移行した。
- 5 第二次世界大戦後、約半世紀にわたって経済5ヵ年計画の立案を担当してきた。
- 6 「医療サービスは第一に現場のサービスであり、ローカルな当事者こそが最も住民の需要に合致したサービスの種類と組織化の方法を最も適切に見出すことができるのだ」(CGP 1993: 73)。
- 7 戦後フランスの医療保険は労使によって管理され、政府が政令事項として保険料率や自己負担率を上下することはできても、議会が毎年の医療保険予算を決定することはできなかった。後述するように、ジュベ改革によってこうした枠組みは変更される。
- 8 もっとも、支出目標額を合理的に設定する基盤が存在せず、医師への制裁措置も機能しなかったため、1997年度を除いて支出目標の超過が続いた(Hassenteufel 2003)。
- 9 例えば、1997年にはブルゴーニュ州への配分額が1.84%増えたのに対して、イル＝ド＝フランス州では0.84%減少し、格差のは正が図られた(Breuil-Genier et Rupprecht 1999: 156)。
- 10 州医療会議には国、州、医療保険金庫、医療・社会部門従事者、医療・社会施設の利用者が参加するとされた。同会議は主に州における国の出先機関(州医療社会局)の資金によって運営され、参加者は州知事(政府任命であり代議士ではない)によって任命されるため、国の地方出先機関の一種と考えることができる。
- 11 医療従事者、医療機関及び州医療会議の代表によって構成された。
- 12 1998年に社会的排除との闘いに関する法律によって創設された。
- 13 2000年から医療保険の未加入者に対して被保険者としての資格を与えた。低所得者には保険料の拠出義務は課されない。
- 14 2004年の医療保険改革で高等医療局(Haute autorité de santé)に取って代わられた。
- 15 フランスでは共和主義の伝統が平等と国家の統一性を同一視させ、また、分権化と新自由主義とを結びつける考え方が根深く存在するという指摘もある(McEwen and Moreno 2005: 84, 95)。
- 16 アッサントゥーフルとパリエはこうした官僚支配の傾向を「テクノクラート化」(technocratisation)と呼んでいる(Hassenteufel et Palier 2005)。
- 17 脱稿に先立って、2009年の夏には州医療庁(agence régionale de santé)の設立がようやく決定された(Bras 2009)。州病院庁は廃止され、州レベルでの関連行政機関の統合が多少なりとも前進する見込みである。

## 【参考文献】

- 足立正樹, 1999, 「社会保障制度の歴史的発展」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4—ドイツ』東京大学出版会:15-30.
- 稲森公嘉, 2003, 「フランスの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』145: 26-35.
- 尾玉剛士, 2008, 「1990年代以降のフランスにおける医療制度改革—福祉エリート論を越えて」『年報地域文化研究』12: 112-33.
- 篠原正博, 1992, 「フランスにおける福祉政策と政府間関係」社会保障研究所編『福祉—国家の政府間関係』東京大学出版会: 91-111.
- 武内和久・竹之下泰志, 2009, 『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社新書.
- 土田武史, 1999, 「医療保険」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4—ドイツ』東京大学出版会: 207-32.
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編, 2009, 『ドイツ医療関連データ集2008年版』医療経済研究機構.

- 戸田典子, 2008, 「ドイツの医療費抑制施策—保険医を中心に」『レファレンス』11: 24-46.
- 中井英雄, 1999, 「社会保障財政」武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障1—イギリス』東京大学出版会: 71-95.
- 中山洋平, 2008, 「市場・地域統合と政官ネットワーク—仏伊地方公共投資をめぐる政策システムの転換」城山英明・大串和雄編『政策革新の理論』東京大学出版会: 159-84.
- 西村万里子, 1999, 「医療保障改革における地方分権と市場原理の活用」丸尾直美・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障5—スウェーデン』東京大学出版会: 229-52.
- Benamouzig, Daniel et Julien Besançon, 2005, “Administrer un monde incertain: les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France”, *Sociologie du travail*, 47: 301-22.
- Blank, Robert H. and Viola Burau, 2007, *Comparative Health Policy*, 2<sup>nd</sup> ed., Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bourgueil, Yann et Marina Serré, 2002, *Quelle politique régionale pour la santé en France?*, Rapport d'enquête auprès de l'URML Rhône Alpes.
- Bras, Pierre-Louis, 2009, “La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ?”, *Droit social*, 11: 1126-35.
- Breuil-Genier, Pascal et Frédéric Rupprecht, 1999, “La maîtrise des dépenses de santé, la réforme de l'assurance-maladie (1996-1999)”, *Revue française d'économie*, 14(3): 129-66.
- CGP: Commissariat général du Plan, 1989, *Protection sociale: Rapport de la Commission. Investir dans la gestion du système de santé: rapport du groupe technique “Système de santé et assurance maladie”*, Paris, Documentation française.
- CGP: Commissariat général du Plan, 1993, *Santé 2010*, Paris, Documentation française.
- Cicolella, André, 2007, *Le défi des épidémies modernes: comment sauver la Sécu en changeant le système de santé*, Paris: La Découverte.
- Deschamps, Jean-Pierre, 2003, “Une relecture de la charte d'Ottawa”, *Santé publique*, 15(3): 313-25.
- DGS: Direction générale de la santé, 2004, “Introduction: l'organisation du système de santé publique”, *Santé publique*, numéro spécial, “Loi de santé publique”, 16(4): 645-54.
- Fantino, Bruno et Gérard Ropert, 2008, *Le système de santé en France: Diagnostic et propositions*, Paris, Dunod.
- Freeman, Richard, 2000, *The Politics of Health in Europe*, Manchester: Manchester University Press.
- Ham, Christopher, 2009, *Health Policy in Britain*, 6<sup>th</sup> ed., Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Hassenteufel, Patrick, 2003, "Le premier septennat du plan Juppé: un non-changement décisif", Jean De Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris, Dunod: 123-47.
- Hassenteufel, Patrick, 2006, "Vers une nouvelle régulation de la protection maladie en Europe ?", *Idées*, 146: 14-22.
- Hassenteufel, Patrick et Bruno Palier, 2005, "Les trompe-l'œil de la *gouvernance* de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands", *Revue française d'administration publique*, 113: 13-28.
- HCAAM: Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004, *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie: 23 janvier 2004*, Paris, Documentation française.
- Juppé, Alain, 1996, "Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale", *Droit social*, 3: 221-37.
- Kauffman, Otto, 2003, "La concurrence dans l'assurance maladie légale allemande", Patrick Hassenteufel et Sylvie Hennion-Moreau (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, Presses universitaires de Rennes: 245-64.
- Labisch, Alfons, 1994, "Emergence de la profession médicale et de l'assurance maladie en Allemagne (1883-1931): un compromis institutionnalisé au fondement de la société industrialisée", Bruno Jobert et Monika Steffen (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale: 23-40.
- Mattei, Paola, 2004, "Changing Pattern of Centre-Periphery Relations in Italy: Sidney Tarrow Revisited", *Regional and Federal Studies*, 14(4): 538-53.
- Maudet, Gwénaëlle, 2002, "La *démocratie sanitaire*: penser et construire l'usager", *Lien social et Politiques*, 48: 95-102.
- McEwen, Nicola and Louis Moreno (eds.), 2005, *The Territorial Politics of Welfare*, London: Routledge.
- Moran, Michael, 1999, *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester: Manchester University Press.
- OECD, 2009, *OECD Health Data 2009*, Paris: OECD.
- Palier, Bruno, 2005, *Gouverner la sécurité sociale*, 2<sup>nd</sup> ed., Paris, PUF.
- Pallaréa, Jean-Pierre, 2007, "Les groupements régionaux de santé publique", *Regards*, 31: 112-27.
- Pierru, Frédéric, 1999, "L'hôpital-entreprise: une self-fulfilling prophecy avortée", *Politix*, 46: 7-47.
- Polton, Dominique, 2003, "Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères", *Questions d'économie de la santé*, 72, IRDES.
- Ranade, Wendy (ed.), 1998, *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*, New York; London: Addison Wesley Longman.

- Rondinelli, Dennis A., John R. Nellis and G. Shabbir Cheema, 1983, *Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience*, World Bank staff working papers, 581, Washington, D.C.: World Bank.
- Ruellan, Rolande, 2002, *Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie*, Commission des comptes de la Sécurité sociale.
- Saltman, Richard B., 2008, "Decentralization, re-centralization and future of European health policy", *European Journal of Public Health*, 18(2), 104-6.
- Saltman, Richard B. and Sven-Eric Bergman, 2005, "Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1): 253-76.
- Tabuteau, Didier, 2002, "La régionalisation du système de santé en question", *Droit social*, 7/8: 745-47.
- Tabuteau, Didier, 2006, "Politique d'assurance maladie et politique de santé publique: cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004", *Droit social*, 2: 200-5.
- UN, 2009, *World Population Prospects: the 2008 Revision*, New York: UN.
- Vinot, Didier, 2002, "Les conférences régionales de santé au milieu du gué: un outil en transition pour une politique de santé publique", *Politiques et management public*, 20(2): 97-115.

\* 本研究は科学研究費補助金による助成を受けている。

## La transformation des relations centre-périphérie dans les systèmes de santé européens : le cas de la France depuis les années 1990

---

Takaaki Odama

Les relations centre-périphérie se sont sensiblement réformées dans les systèmes de santé européens depuis les années 1990. La décentralisation est promue en vue d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population et de favoriser la démarche participative. Les responsabilités de gestion et de financement sont plus ou moins déléguées aux collectivités régionales et/ou locales. Mais en même temps, on peut observer certaines tendances de recentralisation de compétences vers les régions et le centre. Dans un certain nombre de pays, les organismes locaux administratifs ou payeurs ont fusionné et se sont transformés en organismes régionaux. Les pouvoirs centraux ont renforcé leurs compétences de contrôle ainsi que d'évaluation des pratiques médicales et managériales. Il s'agit là de processus complexes qui s'analysent à la fois en terme de décentralisation mais aussi en terme de recentralisation.

Ces processus de transformation des relations centre-périphérie varie considérablement d'un pays à l'autre. Cet article vise à analyser le cas de la France depuis les années 1990 dans une perspective de comparaison internationale. Avant de passer les expériences européennes en revue, sont définies les différentes catégories de transformation des relations centre-périphérie : décentralisation, (elle-même divisée en dévolution, délégation et déconcentration), recentralisation et régionalisation.

Ensuite, en distinguant quatre types de systèmes de santé, sont examinés le cas du Royaume-Uni (système national de santé centralisé), les cas de la Suède et de l'Italie (systèmes nationaux de santé décentralisés), le cas de l'Allemagne (système d'assurance maladie décentralisé) et le cas de la France (système d'assurance maladie centralisé). Le Royaume-Uni a connu la délégation croissante au niveau locale, la Suède la dévolution au niveau régional et local, l'Italie la régionalisation et l'Allemagne la recentralisation au niveau régional, voire national. Ces pays ont accéléré la décentralisation ou, au moins, conforté le système déjà décentralisé. Cependant, la recentralisation au niveau régional et national a eu lieu pour une économie d'échelle ainsi que pour le contrôle croissant de la qualité des soins. L'enjeu est de réguler les tensions entre décentralisation-recentralisation et de trouver un équilibre des compétences entre les différents niveaux gouvernementaux.

Le cas de la France peut s'analyser comme un exemple du système d'assurance maladie centralisé. Depuis les années 1990, les réformes en France ont régionalisé à plusieurs reprises la gestion de l'offre de soins et la régulation des dépenses d'assurance maladie. Ces processus de régionalisation n'est toutefois pas la décentralisation politique au sens strict mais la déconcentration de l'administration centrale à l'échelon régional. Par rapport à d'autres pays examinés, la décentralisation est très limitée en France mais le système de santé reste toujours centralisé. Après la réforme Juppé en 1996, la création de différentes agences et les réformes du système des caisses d'assurance maladie renforcent le contrôle étatique sur les médecins et

les caisses et, de ce fait, relèvent de la logique d'étatisation. Le pouvoir central a pris en main une boucle financière et le contrôle des pratiques médicales.

Alors que les pays européens comme le Royaume-Uni et l'Allemagne ont introduit le mécanisme du marché (mais avec le contrôle hiérarchique) dans leurs systèmes de santé, la France a opté avant tout pour la régulation étatique de son système. D'autre part, cette démarche d'étatisation se traduit par le manque de décentralisation politique qui est avancée en Suède et en Italie. En France, la démocratie sanitaire, très prisée depuis la fin des années 1990, voit difficilement son développement. En témoigne le fait que la loi de santé publique de 2004 met en avant la logique gestionnaire plutôt que la logique participative. Il est à trouver une forme politiquement légitime de relations centre-périphérie.