

平成 18 年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業

韓国の医療保険制度についての追跡調査  
報告書

平成 19 年 3 月

健康保険組合連合会

## ◇◆ 目 次 ◆◇

### I. 研究の概要

調査研究の概要.....	1
1. 背景と目的.....	1
2. 調査研究体制.....	1
3. 調査研究の方法.....	2
第1章 韓国の医療保険制度の概要.....	3
1. 医療費の推移.....	3
2. 医療財源.....	5
3. 医療提供体制.....	10
4. 保険給付と診療報酬.....	15
第2章 韓国における医療保険統合に至る歴史の変遷.....	26
1. 制度導入から皆保険達成までの経緯.....	26
2. 医療保険統合を巡る動き.....	27
3. 金大中政権下の医療保険統合～保険管理組織の統合～.....	29
第3章 医療保険統合後の管理運営体制.....	31
1. 国民健康保険公団の組織・運営.....	32
2. 健康保険審査評価院の組織・運営.....	50
第4章 医療保険統合後の財政運営と財政統合.....	62
1. 医療保険統合後の財政状況.....	62
2. 財政統合.....	73
3. 医療保険統合後の状況に対する評価.....	78
4. 今後の政策課題.....	80
まとめ.....	84

### III. 資料編

- 参考資料1 現地調査インタビュー記録
- 参考資料2 韓国国民健康保険法
- 参考資料3 医療保険統合合憲判決文（要旨）

## 調査研究の概要

### 1. 背景と目的

韓国では、職域医療保険と地域医療保険の二本立てによる医療保険制度を構築・運営してきたが、金大中前大統領時代の2000年7月1日に国民健康保険公団を設立し医療保険統合に踏み切った。平成14年度医療保障総合政策調査・研究基金事業「韓国の医療保険改革についての研究」では、医療保険統合に踏み切った背景や経過、その間の議論、統合後の制度運営と財政状況等を調査した。その結果、①統合には、民主化運動の高まりとそれを受けた金大中政権の誕生など、韓国の政治状況が強く影響していたこと、②統合によっても医療財政状況は改善せず、削減を目指していた国庫補助はむしろ増加せざるを得なくなったこと、③統合後も職域と地域の財政は一本化されなかったこと等が明らかとなった。

本調査研究は、前回調査以降の制度運営の状況や03年7月1日に実施された財政統合の実態とそれに対する評価、問題点等を明らかにすることにより、わが国における医療保険制度のあり方を検討する上での基礎資料とすることを目的とする。

### 2. 調査研究体制

健康保険組合連合会

鈴木 克恵 理事

菅澤 修一 企画部 部長

藤井 洋一 企画部 担当部長（渉外担当 兼社会保障研究室長）

高橋圭一郎 企画部 社会保障研究室 室長補佐

（委託先）

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

田極 春美 経済・社会政策部 主任研究員

小川 美帆 公共経営・公共政策部 研究員

### 3. 調査研究の方法

本調査研究は、以下の方法により実施した。

#### (1) 文献調査

韓国の医療制度や医療政策、医療保険統合の経緯、評価、課題、医療財政等について広く情報を収集し分析を行った。

#### (2) インタビュー調査

次の内容を把握するために、健康保険組合連合会役職員2名および三菱UFJリサーチ&コンサルティング研究員2名による現地調査チームを組成し、韓国現地調査を実施した。

##### 【調査内容】

- ・ 医療保険財政の状況
- ・ 医療保険制度改革の動向、今後の課題
- ・ 医療保険統合の成果と問題点
- ・ 財政統合の方法、保険料賦課体系
- ・ 財政統合に対する評価
- ・ 国民健康保険公団および健康保険審査評価院の業務 等

上記の内容について、次の機関・個人に対してインタビュー調査を実施した。

- ・ 調査実施時期：2006年7月24日（月）～7月27日（木）
- ・ 調査対象機関（訪問日時順）

調査対象機関名	機関の概要
大韓医師協会	医療団体
大韓病院協会	医療団体
韓国経営者総協会	経済団体
イルサン病院	保険者が運営する病院
健康保険審査評価院	診療費の審査機関
国民健康保険公団	保険管理組織
大韓民国保健福祉部 年金保険局 保険政策課	健康保険の所管官庁
韓国労働組合総連盟	労働組合
李奎植（イ・キュシク）氏	医療政策分野の有識者 延世大学保健環境大学院教授

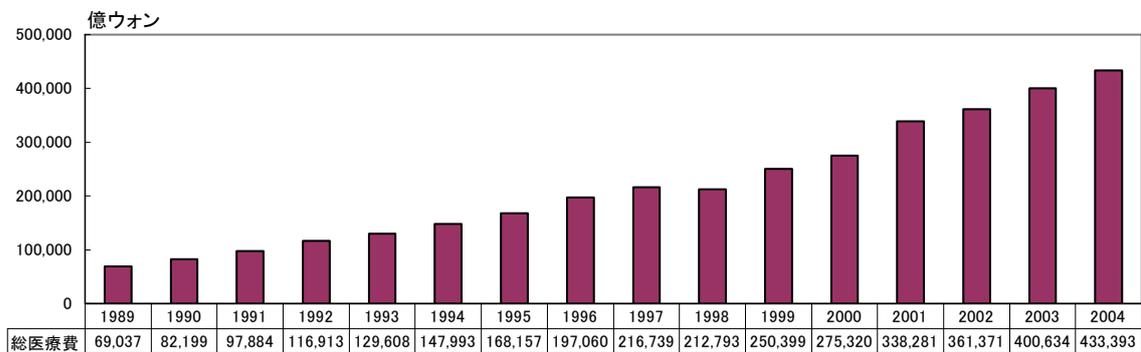
# 第1章 韓国の医療保険制度の概要

本章では、韓国の医療保険制度の概要をまとめた。

## 1. 医療費の推移

04年の韓国の総医療費は、43兆3,393億ウォンである。皆保険が達成した89年時点の総医療費は6兆9,037億ウォンであり、15年間で6.3倍の規模に拡大したことになる。

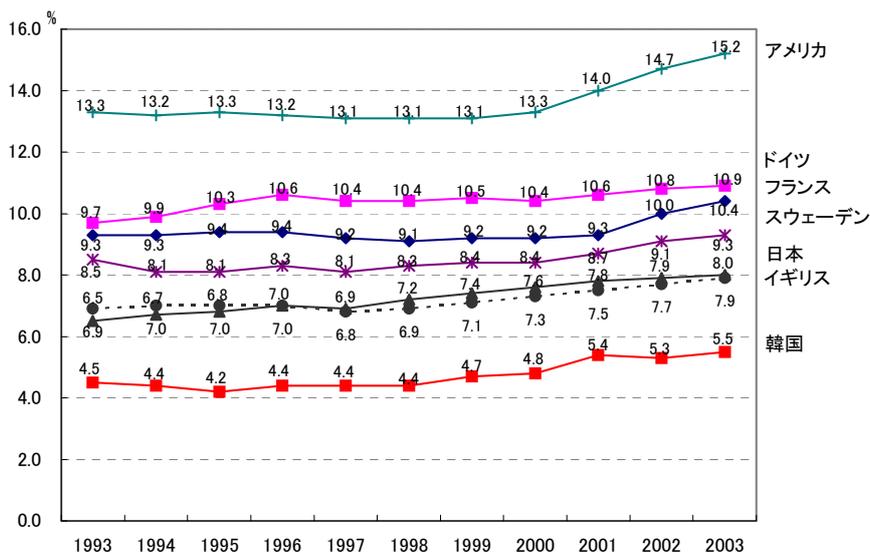
図表 1 韓国の総医療費の推移



資料) OECD Health Data 2006 (June,2006) より作成

韓国における総医療費の対GDP比は諸外国と比べて低い水準である。

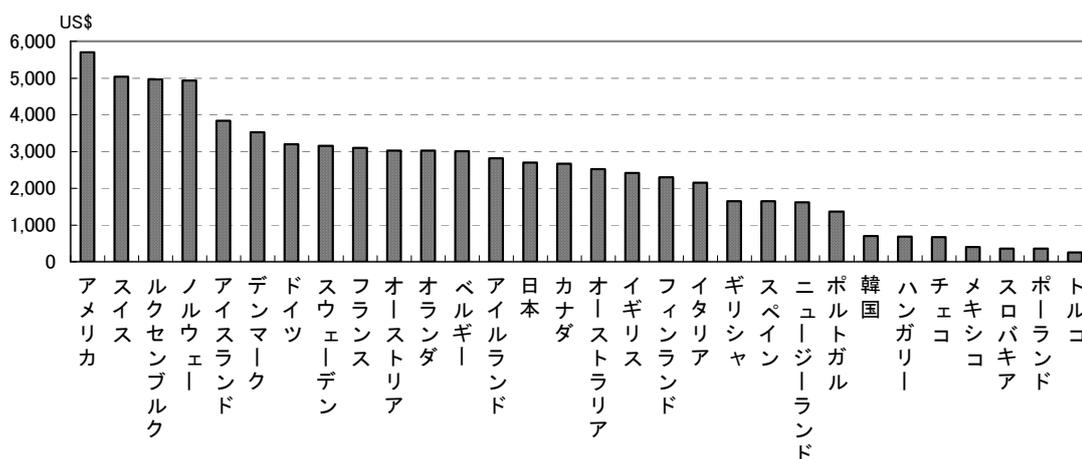
図表 2 総医療費 対GDP比の推移(OECD諸国との比較)



資料) OECD Health Data 2006 (June,2006) より作成

03年における韓国の1人当たり年間総医療費は703米ドルである。これは、日本の1人当たり医療費(2,694米ドル)のおよそ4分の1、1人当たり総医療費が最も高いアメリカ(5,711米ドル)のおよそ8分の1の水準である。

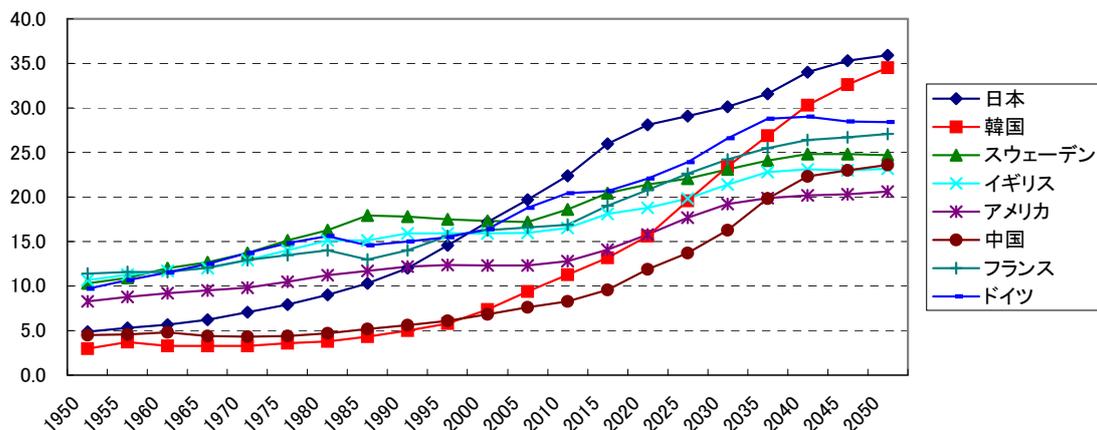
図表 3 1人当たり年間総医療費の国際比較(03年)



資料) OECD HealthALTH DataATA 2006 (June,2006) より作成

00年現在の韓国の高齢化率は7.4%である。これは我が国の70年代前半の水準である。韓国では高齢化が急速に進み、25年には19.6%、50年には34.5%となることが予測されている。

図表 4 高齢化率(65歳以上人口割合)の推移



資料) UN "World Population Prospects:The 2004 Revision" より作成

## 2. 医療財源

韓国の公的医療保障は低所得者に対する医療扶助<sup>1</sup>を除いて、社会保険方式によって財源を調達することを原則としている。

00年7月に施行された「国民健康保険制度」のもと、全国民が1つの制度に属しているが、賃金所得者である「職場加入者」と非賃金所得者である「地域加入者」を区分して資格管理を行っている。資格区分によって保険料賦課体系は異なり、賦課対象が異なる。

また、国民健康保険には「政府負担金」として、国庫補助である「国庫支援金」と国民健康増進基金からの支援である「たばこ負担金」が投入されている。

### (1) 保険料

国民健康保険法では、職場加入者と地域加入者の保険料賦課方法や財源が大きく異なっている。

職場加入者の場合には「所得比例定率制」が適用されている。総報酬額（賞与を含む）に対して一律の保険料率を掛けて算定した金額が保険料として賦課され、これを事業主（使用者）と加入者が折半する。

一方、地域加入者の場合には「等級別定額制」（所得、財産などによって等級別に保険料を賦課）が適用される。また、地域加入者については、保険料収入に加え、政府支援金が投入される。職場医療保険と地域医療保険の財政統合が行われた03年7月以降も、この2つの保険料賦課体系は維持されている。

図表 5 医療保険の財源

職場加入者	保険料（所得比例定率制）：事業主と加入者本人の折半
地域加入者	保険料（等級別定額制）：所得＋資産＋世帯構成などから算定
	＋ ①国庫補助（地域加入者に対する保険給付費用と運営費の35%を支援）
	＋ ②国民健康増進基金（たばこ負担金）による支援
	（地域加入者に対する保険給付費用の15%にあたる金額を、職場加入者と地域加入者の65歳以上の高齢者の医療費にあてる）

注）06年12月現在（06年12月30日国民健康保険法改正前）

資料）三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

<sup>1</sup> 韓国では「医療給付」という言葉が用いられる。

## ①職場加入者の保険料賦課体系

職場加入者の保険料は標準報酬月額に保険料率を掛けて算定した保険料を、事業主（使用者）と加入者（勤労者）が折半することになっている。公務員の保険料も、一般事業所の勤労者と同様に、政府と加入者がそれぞれ折半する。私立学校教職員の保険料は、加入者が50%、私立学校の経営者が30%、政府が20%を拠出する。加入者が事業所から受け取る年間の総報酬額を月額に換算したものを基準に保険料を賦課し、給与から源泉徴収する。具体的には、加入者の前年の年間総報酬額を勤務月数で割り、月平均報酬を算出する。月平均報酬を基準にした標準報酬月額の等級が規定されており、この等級に一律の保険料率を掛けて保険料が算出される。標準報酬月額は保険料算定の便宜のために設けられた等級であるが、最低1等級28万ウォン（30万ウォン未満）から最高100等級5,080万ウォン（4,980万ウォン以上）まで分かれている。

国民健康保険制度下では、職場加入者は勤務先や勤務形態を問わず、同一の適用保険料率により保険料が算出される。

適用保険料率は、毎年改定されており、06年1月からは4.48%の保険料率が適用されている。

図表 6 職場医療保険の適用保険料率の推移

	適用保険料率
2000年	2.80%
2001年	3.40%
2002年	3.63%
2003年	3.94%
2004年	4.21%
2005年	4.31%
2006年	4.48%

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」等をもとに作成

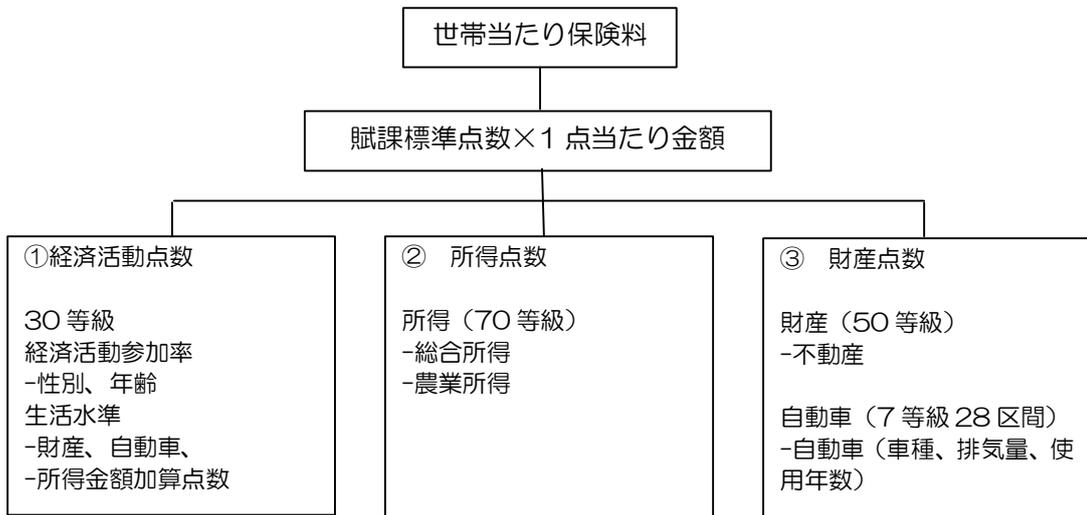
## ②地域加入者の保険料賦課体系

地域加入者の保険料は、所得・財産・自動車・生活水準および経済活動参加率を考慮して、負担能力を点数で示した「賦課標準所得（適用点数）」に「適用点数当たりの金額」を掛けて賦課する方式となっている。この「適用点数当たりの金額」は職場加入者の場合の保険料率に相当するものと考えてもよい。

課税所得年間500万ウォンを基準に賦課対象が異なる。なお、徴収は世帯単位で行われる。

図表 7 地域加入者の保険料賦課体系

<p><b>【年間所得 500 万ウォン以下の世帯】</b></p> <p>賦課要素別点数：【生活水準（財産・自動車など）および経済活動参加率（性・年齢）＋財産＋自動車】（下記の①＋③）を合算した賦課標準所得（適用点数）</p> <p>×1 点当たり金額</p>
<p><b>【年間所得 500 万ウォン超過の世帯】</b></p> <p>賦課要素別点数：【所得+財産+自動車】（下記の②＋③）を合算した賦課標準所得（適用点数）</p> <p>× 1 点当たり金額</p>



資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

図表 8 1 点当たり適用点数金額の推移

	1 点当たり金額
2001 年	100 ウォン
2002 年	106.7 ウォン
2003 年	115.8 ウォン
2004 年	123.6 ウォン
2005 年	126.5 ウォン
2006 年	131.4 ウォン

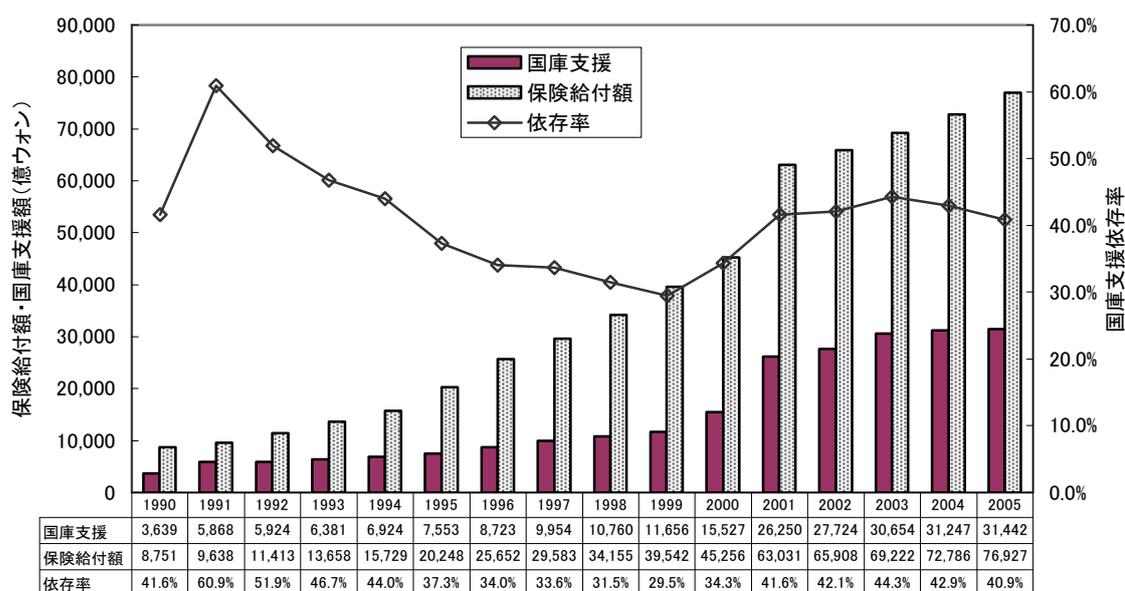
資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」等をもとに作成

## (2) 国庫支援

地域加入者に対する保険給付費用と運営費の 35%に当たる財源が国庫支援金によって賄われる。さらに、たばこ税収を主たる財源とした「国民健康増進基金」からの支援である「たばこ負担金」も追加される。これは国民健康増進基金のうち、地域加入者に対する保険給付費の 15%に当たる金額を、職場加入者と地域加入者の 65 歳以上の高齢者の医療費に用いるというものである。これらの国庫支援<sup>2</sup> (政府支援) の法的根拠は、02 年 1 月に施行された「国民健康保険財政健全化特別法」である。当初は、国庫支援金が 40%、たばこ負担金が 10%であった。

国庫支援は 04 年までは毎年増加している。特に統合後の 01 年は前年に比べ大幅に増加した。しかし、財政統合後の 03 年以降は給付額の伸びほどには国庫支援額が伸びていないため、国庫支援依存率がやや低下してきている。

図表 9 地域医療保険に対する国庫支援および依存率の推移



注)・「国庫支援」には 02 年以降国民健康増進基金 (たばこ負担金) からの繰り入れ (地域配分金に限定) が含まれる。

・「依存率」は国庫支援 / 地域保険給付額

資料) 国民健康保険公団 統計資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

<sup>2</sup> ここでは、一般税収を財源とする「国庫支援金」と国民健康増進基金からの支援金である「たばこ負担金」の両者を含む、広義の意味で「国庫支援」という用語を用いている。韓国語では「政府負担金」といわれる。後述するが、06 年 12 月 30 日の国民健康保険法改正で国庫支援の内容は改正された。

図表 10 政府負担金の推移

(単位:億ウォン)

	政府負担金 計	地域国庫支援金			タバコ負担金		
		計	管理財政	保険財政	小計	地域配分金	職場配分金
1988	946	946	395	550	-	-	-
1989	2,205	2,205	877	1,328	-	-	-
1990	3,639	3,639	1,176	2,463	-	-	-
1991	5,868	5,868	1,469	4,399	-	-	-
1992	5,924	5,924	1,653	4,272	-	-	-
1993	6,381	6,381	1,753	4,628	-	-	-
1994	6,924	6,924	1,849	5,075	-	-	-
1995	7,553	7,553	1,934	5,619	-	-	-
1996	8,723	8,723	2,171	6,552	-	-	-
1997	9,954	9,954	2,352	7,602	-	-	-
1998	10,760	10,760	2,238	8,522	-	-	-
1999	11,656	11,656	1,801	9,856	-	-	-
2000	15,527	15,527	1,718	13,810	-	-	-
2001	26,250	26,250	1,584	24,666	-	-	-
2002	30,139	25,747	1,299	24,448	4,392	1,976	2,416
2003	34,238	27,792	1,364	26,429	6,446	2,862	3,584
2004	34,830	28,567	1,405	27,162	6,263	2,681	3,583
2005	36,948	27,695	1,265	26,430	9,253	3,747	5,506

資料) 国民健康保険公団 統計資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

### 3. 医療提供体制

韓国では、所得水準の向上や生活環境の改善、保健医療資源の量的・質的拡充によって、短い期間に平均寿命と乳児死亡率等が飛躍的に向上した<sup>3</sup>。しかし、国民の健康水準は先進諸国と比較すると、まだ十分ではない状態にあるとされている。感染症が減少した一方で、がん・高血圧・糖尿病などの慢性疾患が増加しており、慢性疾患の増加に対応した予防に焦点を当てた医療システムの確立が緊急の課題となっている。

#### (1) 医療機関の機能分化

韓国では、「療養機関」として総合病院、病院、医院、歯科病院、歯科医院、韓方病院、韓方医院、助産所、保健機関、薬局がある。韓国では、病院とは原則として病床数が30床以上の療養機関を指す。

総合病院、助産所、保健機関を除くと、近年、療養機関は増加傾向にある。

図表 11 療養機関数の推移

	全数	総合病院	病院	医院	歯科病院	歯科医院	韓方病院	韓方医院	助産所	保健機関	薬局
1980	9,219	80	239	6,363	3	2,025	0	0	509	0	0
1985	13,413	190	321	8,138	6	3,014	0	25	538	1,056	125
1990	43,502	230	360	11,172	5	5,345	34	3,439	407	3,592	18,918
1995	53,510	266	460	14,472	14	8,327	69	5,716	183	3,588	20,415
1996	54,918	273	483	15,056	15	8,782	84	5,936	160	3,588	20,541
1997	55,429	268	517	15,889	20	9,254	101	6,166	140	3,591	19,483
1998	57,466	271	569	16,971	34	9,688	117	6,410	135	3,582	19,689
1999	58,535	278	630	18,519	44	10,178	128	6,786	122	3,487	18,363
2000	61,836	288	680	19,690	60	10,607	140	7,249	127	3,433	19,562
2001	62,744	278	706	21,340	71	10,790	139	7,558	87	3,403	18,372
2002	65,471	283	780	22,728	90	11,145	149	8,119	82	3,390	18,705
2003	67,801	284	852	23,554	102	11,522	151	8,650	70	3,403	19,213
2004	70,412	283	967	24,314	108	12,086	155	9,171	63	3,418	19,847
2005	72,921	291	1,112	25,166	124	12,548	149	9,761	52	3,422	20,296

資料) 国民健康保険公団資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

韓国では、療養機関の機能分化が進まず、互いに競争関係にあり、医療費の増加に影響していることが問題視されてきた。このため、保健福祉部では、二次療養機関（病院、総合病院）を地域の中心的療養機関として育成し、三次療養機関（専門総合病院）は教育と研究、および高次の診療機能に集中するよう、機能分化の誘導策を進めている。

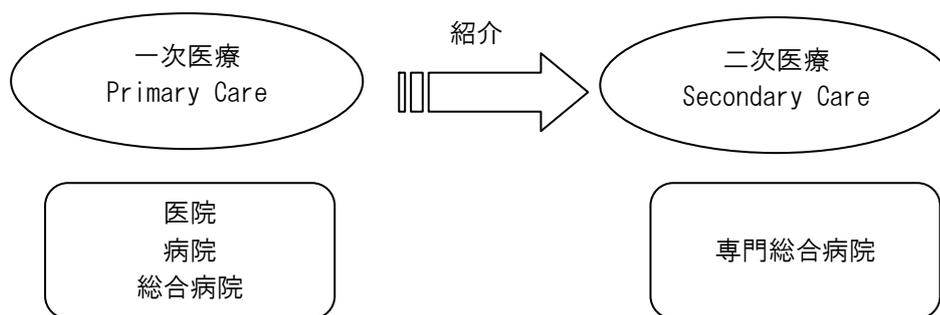
患者は、救急等の例外を除き、一次医療を受けてからでないと、二次医療を受けるこ

<sup>3</sup> 01年の平均寿命は男性が72.8歳、女性が80歳である（1960年はそれぞれ51.7歳、53.1歳）。99年の乳児死亡率は6.2人/1,000人である（92年は9.9人/1,000人）。

とが認められない。一次医療は、専門総合病院以外の医療機関で提供され、二次医療は、専門総合病院で提供される。二次医療を受けるためには、より高次の医療が必要であることを記載した、一次医療の医師の紹介状(療養給付依頼書)や健診結果が必要となる。

専門総合病院には、国立病院や大学附属病院、ミッション系の大病院などがあり、06年2月現在、43病院となっている。

図表 12 医療提供システム<sup>4</sup>



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

また、保健福祉部では、未使用の医療資源を有効活用し、医療費を削減するために、「開放型病院」制度を促進しようとしている。この制度では、一次医療の医師が近くの開放型病院(二次療養機関や三次療養機関)の施設や設備、スタッフを利用し、自分の担当する患者をそこで診ることができる。

## (2) 民間療養機関への依存と都市部への偏重

03年12月現在、療養機関のうち、機関数ベースでは92.7%が、病床数ベースでは86.4%が民間である。病院・総合病院(専門総合病院を含む)に限定してみても、ほぼ同様のことがいえる。

図表 13 公共・民間別療養機関数・病床数(03年12月)

	公 共		民 間		計	
	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)
機関数	3,546	7.3	45,152	92.7	48,698	100.0
病床数	46,876	13.6	297,465	86.4	344,341	100.0

資料) 保健福祉部「保健福祉白書2004」

<sup>4</sup> 韓国では、この仕組みを「医療給付伝達体系」と呼んでいる。

図表 14 公共・民間別療養機関数(病院・総合病院)(03年12月)

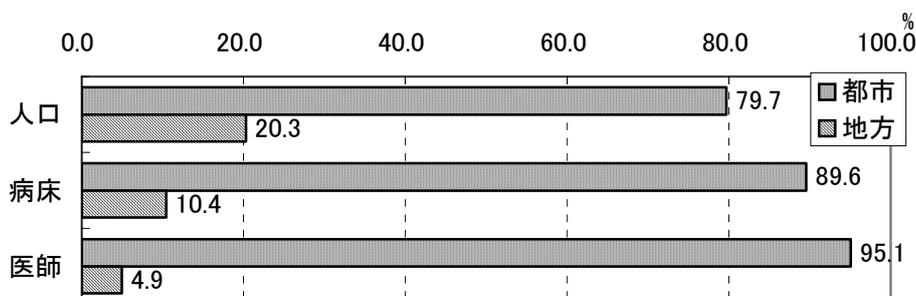
	公 共		民 間		計	
	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)
機関数	135	8.9	1,380	91.1	1,515	100.0
病床数	47,184	17.8	218,482	82.2	265,666	100.0

注) 病院・総合病院・専門総合病院を対象(特殊病院を含む)。

資料) 保健福祉部「保健福祉白書2004」

韓国では、多くの民間療養機関が都市部に集中しており、地域偏在が激しい。人口の79.7%が都市部に居住しているが、医師の95.1%、病院病床数の89.6%が都市部に集中しており、都市・地方住民の間で医療アクセスへの格差を生む原因となっている。

図表 15 医療資源の地域配分



資料) 保健福祉部資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

### (3) 救急医療体制の整備

救急医療については、99年にその改善に向けた包括的法案が立案され、00年に救急医療に関連した法律が全面改正された。

保健福祉部では、救急医療の効率向上をはかるため、大規模災害に対応する中央救急医療センターを設置した。また、政府は、各県に最低1か所の救急医療センターを整備しようと計画している。

### (4) 人的資源

韓国で法的に規定されている「保健医療従事者」には、医療法第2条で医療関係者に規定されている医師、歯科医師、韓方医師、助産師、および看護師のほか、薬事法第3条および第3条の2で規定されている医療技師(臨床病理士、放射線技師、物理療法士、作業療法士、歯科技工士、歯科衛生士)と医務記録師、眼鏡師、医療法第58条で規定される看護助務師が含まれる。

図表 16 年度別保健医療従事者の免許登録状況

	医師	韓方 医師	歯科 医師	薬剤師	助産 師	看護師	看護 助務師	医療 技師	医務 記録師	眼鏡師
1980	22,564	3,015	3,620	24,346	4,833	40,373	61,072	8,955	-	-
1985	29,596	3,789	5,436	29,866	6,247	59,104	106,340	21,681	396	-
1990	42,554	5,792	9,619	37,118	7,643	89,032	143,760	44,841	2,123	10,260
1991	45,496	6,120	10,137	38,396	7,862	95,335	143,760	49,482	2,486	11,627
1992	48,390	6,839	11,285	39,564	8,012	101,140	152,966	53,980	3,061	12,018
1993	51,518	7,569	12,180	40,779	8,150	107,883	162,047	56,680	3,564	12,682
1994	54,406	8,179	12,939	42,037	8,262	114,320	177,252	61,448	4,270	13,819
1995	57,188	8,714	13,681	43,269	8,352	120,415	188,714	65,961	4,681	14,671
1996	59,379	9,299	14,371	44,577	8,447	127,145	195,289	69,751	5,349	15,946
1997	62,609	9,289	15,383	45,820	8,516	133,920	207,484	75,512	6,142	16,995
1998	65,431	9,914	16,126	46,998	8,590	141,094	218,718	81,539	6,811	18,220
1999	68,204	10,706	16,878	47,425	8,662	151,326	231,280	87,829	7,399	19,305
2000	71,045	11,481	17,748	49,538	8,733	160,301	242,262	94,432	7,645	20,168
2001	73,826	12,084	18,580	50,773	8,807	170,852	254,622	101,858	8,151	21,308
2002	78,162	13,549	19,600	53,124	8,881	181,786	272,101	109,049	8,818	22,564
2003	78,559	13,564	19,788	52,339	8,714	191,254	304,024	116,172	9,277	23,615
2004	81,914	14,348	20,727	53,537	8,628	202,012	321,152	124,638	10,140	24,652

注) 03年度の免許登録者数は、免許管理システムの開発により、それまで未申告であった死亡者を確認して反映しており、看護助務師は資格登録者数である。

資料) 保健福祉部「保健福祉白書 2004」

韓国では、主要先進国と比較して医師や看護師数が少ない。

図表 17 医療従事者数の国際比較

年度別	指標	医療従事者 1人あたりの人数(人)				1病床あたりの人数
		医師	歯科医師	薬剤師	看護師	
韓国	1990	887	4,457	1,155	482	320
	1995	681	3,278	1,036	372	246
	1998	618	2,880	988	329	198
	1999	594	2,776	976	313	181
	2000	572	2,666	954	295	164
	2001	655	2,787	1,515	492	166
	2002	644	2,730	1,510	471	149
	2003	608	2,666	1,482	465	146
主要先進国	日本('00)	517	1,436	888	129	61
	アメリカ('01)	452	1,818	1,439	125	351('02)
	カナダ('01)	477	1,764	1,588	102	257('99)
	スウェーデン('00)	329	1,149	1,669	113	281
	ドイツ('01)	302	1,290	1,795	103	110('00)
	フランス('02)	298	1,462	910	139	117('98)
	イギリス('01)	488	2,279	2,194('02)	111	259('02)

注 1) 韓国は 00 年度までは免許登録医療人数、01 年度からは活動医療人数（韓方医を含む）。

2) 主要先進国は活動医療人数

(出典) OECD Health Data 2004, 1st edition

資料) 保健福祉部「保健福祉白書 2004」

04年12月31日現在、医師は67,720人であるが、このうち、総合病院に勤務する医師がおよそ4割、病院に勤務する医師がおよそ1割である。

図表 18 就業形態別医師数

(04.12.31 現在)

区分	計	総合病院	病院	医院	その他
就業者数(人)	67,720	26,373	5,988	28,691	6,668
構成比(%)	100.0	38.9	8.8	42.4	9.9

資料) 保健福祉部「保健福祉白書 2004」

## 4. 保険給付と診療報酬

### (1) 保険給付と自己負担

#### ① 保険給付の概要

国民健康保険法第 39 条に基づき、保険給付が行われる。保険給付は、日本と同様に「現物給付」が中心であるが、葬祭費など一部については「現金給付」が実施されている。

現物給付の内容は、加入者および被扶養者の疾病・負傷・出産等の際の診察・検査や薬剤・治療材料、救急・処置・手術その他の治療、予防・リハビリテーション、入院、看護、移送である。これらは「療養給付」と呼ばれるが、具体的な範囲や上限などの基準は保健福祉部令によって定められている。この療養給付以外の現物給付として「健康診断」がある。この健康診断は 40 歳以上の加入者および被扶養者が対象で 2 年に 1 度実施される。国民健康保険法第 1 条では、「この法は国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハビリテーションと出産・死亡および健康増進に対して保険給付を実施することにより国民保健を推進し、社会保障を増進することを目的とする」と規定し、保険給付の範囲を、従来の診断・治療から健康増進・疾病予防まで拡大した。基本的な健康診断については自己負担がないが、がん検診を受けた場合、その料金の半分の自己負担となる。

現金給付としては、葬祭費<sup>5</sup>や療養費、本人負担額補償金<sup>6</sup>、障害者補助器具費等がある。

04 年には現物給付額が 16 兆 3,120 億ウォンであり、現金給付額が 1,108 億ウォンであった。現物給付額が給付総額の 99.3%を占めている。

図表 19 保険給付費内訳(2004 年)

		件 数		金 額	
		(千件)	割合	(10 億ウォン)	割合
全体	計	663,791	100.0	16,422.7	100.0
現物給付	小計	663,403	99.9	16,311.9	99.3
	療養給付費	656,738	( 98.9 )	16,130.5	( 98.2 )
	健診費	6,665	( 1.0 )	181.4	( 1.1 )
現金給付	小計	388	0.1	110.8	0.7
	葬祭費	200	( 0.0 )	50.0	( 0.3 )
	本人負担額補償金	135	( 0.0 )	28.0	( 0.2 )
	その他	54	( 0.0 )	32.8	( 0.2 )

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」より作成

<sup>5</sup> 葬祭費は、25 万ウォンである。

<sup>6</sup> 本人負担額補償金については後述する。

療養給付費の推移をみると、99年、00年、01年の3年間は特に増加している。00年の医薬分業実施により、療養給付費は前年比47.2%増加し、医療財政が悪化した。

図表 20 療養給付費の推移

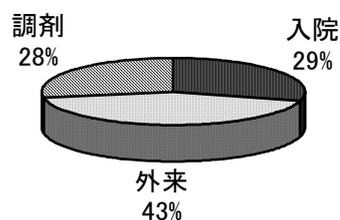
	全体		入院		外来		調剤	
	金額	増加率	金額	増加率	金額	増加率	金額	増加率
1998	6,584.5	—	2,692.9	—	3,729.5	—	162.1	—
1999	7,652.9	16.9	3,059.1	13.6	4,393.0	17.8	200.7	23.8
2000	8,789.3	14.9	3,144.1	2.8	4,797.3	9.2	847.9	322.3
2001	12,940.6	47.2	3,533.1	12.4	5,998.6	25.0	3,408.9	302.1
2002	13,424.5	3.7	3,653.2	3.4	6,142.4	2.4	3,628.9	6.5
2003	14,755.2	9.9	4,354.1	19.2	6,444.2	4.9	3,956.8	9.0
2004	16,130.5	9.3	4,737.4	8.8	6,903.9	7.1	4,489.2	13.5

注) 現物給付のうち健診費は含まれない。

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」より作成

04年の療養給付費内訳は、入院が29%、外来が43%、調剤が28%である。

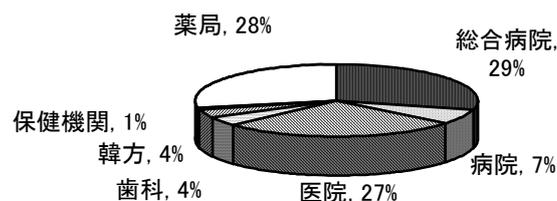
図表 21 療養給付費の内訳(2004年)



資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」より作成

04年の療養機関別療養給付費内訳をみると、総合病院が29%で最も多く、次いで薬局が28%、医院が27%となっている。

図表 22 療養機関別療養給付費の内訳(04年)



資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」より作成

## ②自己負担

国民健康保険法第 41 条では、「療養給付を受ける者は大統領令が定めるところによってその費用の一部を本人が負担する。」と定められている。この自己負担額が患者から直接療養機関に支払われる。自己負担額は、外来、入院、調剤といった種類や療養機関によって異なる。

図表 23 自己負担額の体系

区分			自己負担額		
入院	一律		診療費総額の 20%		
外	専門総合病院		診察料全額＋診療費総額の 50%		
	総合病院	都市部	診療費総額の 50%		
		邑・面地域	15,000 ウォン超	診療費総額の 50%	
	15,000 ウォン以下		4,600 ウォン		
	病院、 歯科病院	都市部	診療費総額の 40%		
		邑・面地域	15,000 ウォン超	診療費総額の 35%	
			15,000 ウォン以下	4,100 ウォン	
	来	医院、韓医院、 保健機関(医科、韓方科)		15,000 ウォン超	診療費総額の 30%
				15,000 ウォン以下	65 歳未満
			65 歳以上	1,500 ウォン	
歯科医院、 保健機関(歯科)		15,000 ウォン超	診療費総額の 30%		
		15,000 ウォン以下	65 歳未満	3,000 ウォン	
	65 歳以上	1,500 ウォン			
調	医師の処方箋に基づいて医薬品の調剤を受けた場合		10,000 ウォン超	総額の 30%	
			10,000 ウォン以下	65 歳未満	3,000 ウォン
				65 歳以上	1,500 ウォン
	医師の処方箋なしで医薬品の調剤を受けた場合		4,000 ウォン超	総額の 40%	
			4,000 ウォン以下	投薬日数 1 日	1,400 ウォン
				投薬日数 2 日	1,600 ウォン
投薬日数 3 日以上	2,000 ウォン				
剤					

注) 「邑」「面」は、それぞれ、日本の「町」「村」に相当する行政単位。

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」等より作成

## ③本人負担額補償金

自己負担額が高額となる場合に、患者の過度な財政負担を軽減するために、「本人負担額補償金」という仕組みがある。これは、国民健康保険法第 41 条（費用の一部負担）の規定によって納めた自己負担額が 30 日以内で 120 万ウォンを超過した場合に、超過した金額の 50%の補償金が現金給付として支払われる制度である。

#### ④自己負担額上限制度

従来、韓国の医療保険に自己負担額の上限はなかった。盧武鉉大統領は大統領選の際の公約に上制限の導入を掲げていたが、その後の医療財政の悪化を受けて、導入は見送られていた。しかし、医療財政が黒字になったことを受けて、04年7月1日に自己負担額上限制度が新しく導入された。この制度では、連続した6か月間に300万ウォンを自己負担額上限として定めている。これにより、患者は300万ウォンを超えた自己負担額を療養機関で支払う必要がなくなった。

#### ⑤給付の拡大

韓国では、給付対象外の診療・検査が多い<sup>7</sup>ため、結果として給付率が低く、「低給付・低負担」の問題が指摘されてきた。政府は、医療保険の統合とともに、予防や先進医療などに対する保険給付を拡大することを唱えていた。しかし、01年の健康保険財政危機を受け、同年12月「国民健康保険療養給付基準に関する規則」を改正し、超音波診断やMRI等は保険財政に相当な負担をもたらすものとして給付対象外とされてきた。

健康保険財政が好転したことから、05年6月に、政府は「保障性拡大のためのロードマップ」を策定し、給付率の向上を進めている。このロードマップでは、給付対象の拡大や患者自己負担の引下げ等により、04年の給付率61.5%を05年に65%、06年に68%、07年に70%、08年に71.5%と徐々に引き上げていくことを目標としている。

05年にはMRIが保険給付対象となった。また、06年は入院時の食事代が給付対象に追加された。このほか、05年からは、がん、心疾患、脳血管疾患の3疾患を重大疾患として、患者の自己負担額を20%から10%に軽減する措置を設けている。08年までにこの措置を10疾患に拡大する予定である。

---

<sup>7</sup>韓国では、給付対象外の診療行為や薬剤・医療材料等は「非給付」として区分されている。1つの医療行為の中で給付対象と非給付対象の混在が認められている。

## (2) 診療報酬制度

### ① 診療報酬の枠組み

韓国における診療報酬は、診療行為料、薬価、診療材料<sup>8</sup>費から構成される。このうち、診療行為料については出来高払い方式を基本としている。

図表 24 診療費の算定方法

種別	診療費の算定方法
診療行為料	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療行為に伴う費用で、医師および補助人材の人件費、施設および装備の減価償却費、消耗性診療材料費などを含む。</li> <li>長官が告示する金額で算定（診療報酬基準額表告示）</li> <li>診療報酬は診療行為別に約 3,000 項目</li> </ul>
薬 価	<ul style="list-style-type: none"> <li>使用した薬剤に伴う費用</li> <li>99. 11. 15 以降、実際の取引価格で算定（ただし、保険償還上限額あり）</li> </ul>
診療材料費	<ul style="list-style-type: none"> <li>使用した診療用材料に伴う費用</li> <li>療養機関実購入価で算定（ただし、保険償還上限額あり）</li> </ul>

資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

00 年 7 月の国民健康保険法施行により、診療報酬のうち、診療行為料の算定は、保険者と医療提供者間の契約で決定することが規定された。日本の診療報酬制度では、1 点当たりの単価は 10 円と固定されているが、韓国では単価が契約の対象となる。診療行為別点数については、相対価値点数が導入されており、これ自体は契約の対象とならない。

図表 25 診療報酬の決定

	相対価値 (診療行為別点数)	×	換算指数 1 点当たり 60.7 ウォン (2006.1.1 時点)	=	診療報酬
決定方式	健康保険政策審議委員会での審議を経て保健福祉部長官が決定		健康保険政策審議委員会での承認を経て医薬関係団体と保険者との契約で決定		
改正頻度	2~3 年に 1 回		年に 1 回		
備 考			医薬関係団体と保険者との折衝で決まらない場合 →保健福祉部長官が決定		

資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

<sup>8</sup> 日本では「医療材料」といわれるが、ここでは「診療材料」という用語を用いた。

00 年に行われた一連の医療保険改革で、相対価値報酬制度が導入された。これはハーバード大学のシャオ教授らが開発し、92 年以降、アメリカのメディケアに適用されている「医療資源にもとづく相対価値尺度 (RBRVS: Resource Based Relative Value Scale)」を韓国の実情に合わせて修正したものである。診療行為別点数 (相対価値) に、一定単価 (換算指数) をかけた金額が韓国における診療報酬である。

図表 26 相対価値報酬 (診療報酬点数に相当) 開発の過程

		行為分類	相対価値	換算指数	その他
1 次	1996.6~97.10		KCPM(D)別に相対価値開発	換算指数の算出	
2 次	1997.11~98.9	医療保険報酬項目分類改善		医療保険経済指数の開発	
3 次	1998.11~99.10		医療保険報酬項目分類 (改善) 別に相対価値算出	医療利用量調整基準 (VPS) 開発	
4 次	1999.12~2000.10		医療事故に対する相対価値算出		段階的導入方策提示

注) 医療行為分類→相対価値×換算指数=報酬

区分	2001 年以前	2001 年以降
表現方法	・診療報酬の項目と項目別金額をそれぞれ告示	・診療報酬項目と項目別相対価値 (点数) を告示 ・共通して適用される換算指数 (点数当たりの金額) を告示
報酬の改正	・項目別金額を個別的に調整 ・頻度加重値を利用して平均調整率を算出	・換算指数を適用 (2001.1.1: 55.4 ウォン) ・毎年、換算指数を改正 ・項目別相対価値は他の記載を通じて更新

資料) 保健福祉部「保健福祉白書 2004」より作成

保険給付の範囲・方法・手続き・上限などの基準は契約ではなく、保健福祉部令で定められる。これについて保健福祉部は「保険給付関連事項は医療保険政策手段の中で最も重要な事項であり、韓国の経済的・社会的条件、保険者の財政状態、医療供給者の医療供給形態および医療の質などを複合的に考慮して保健福祉部が政策的に決めなければならない事項である」と説明している<sup>9</sup>。

なお、薬剤費や診療材料費は生産者・販売者と購入者との間の市場で決まった価格である実取引価格償還制度が導入されており、契約の対象とはならない。

## ②診療報酬決定における契約制

診療報酬のうち診療行為料の単価 (換算指数) は、公団の理事長と大統領令が定める

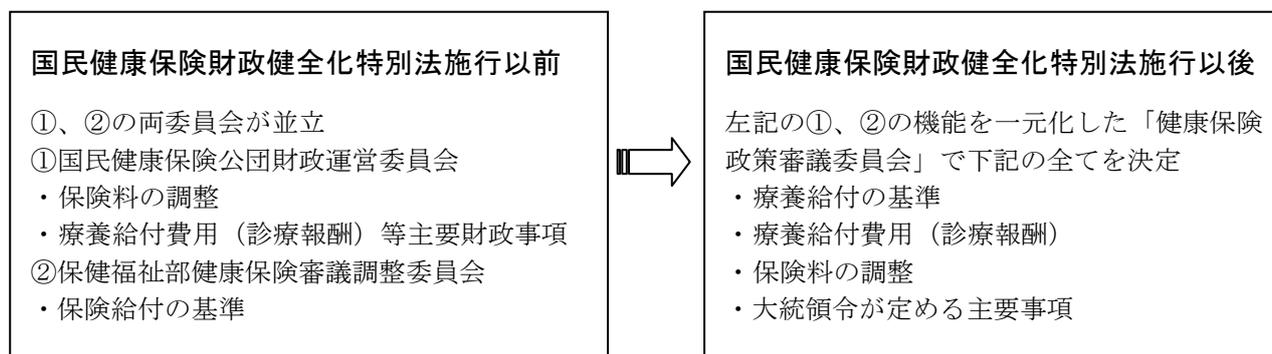
<sup>9</sup> 保健福祉部『保健福祉白書 2001』

医療・医薬関係者を代表する者との契約で決定される。契約が締結された場合、その契約は公団と各保険医療機関との間で締結されたものとみなされる（国民健康保険法第42条）。この契約は、効力発効日の前年度11月15日までに締結しなければならず、期限までに契約が締結されない場合には、保健福祉部長官が「健康保険政策審議委員会」の議決を通して決める金額を診療行為料とすることになっている<sup>10</sup>。この場合、保健福祉部長官が定める診療行為料は、契約によって定められたものとみなされることになっている。00年7月に施行された国民健康保険法においては、保健福祉部長官の諮問機関である「健康保険審議調整委員会」と「国民健康保険公団財政運営委員会」が規定されており、前者では主に給付の基準等を審議し、後者で保険料等を審議していた。ところが01年の健康保険財政危機を受け、両者の機能を統合した「健康保険政策審議委員会」を設置することが「国民健康保険財政健全化特別法（02年1月施行）」において定められた。これにより保険料の決定において、保険者である国民健康保険公団のイニシアティブが弱まった。

---

<sup>10</sup>根拠法は「国民健康保険財政健全化特別法」第9条

## 国民健康保険法および国民健康保険財政健全化特別法上の主要委員会



### 参考：健康保険政策審議委員会について

01年の健康保険財政危機を受け、02年1月19日に「国民健康保険財政健全化特別法」が制定され、「健康保険政策審議委員会」が設置された。

i) 設置根拠：健康保険財政健全化特別法第3条

ii) 機能：次の事項を審議議決

○療養給付の基準、療養給付費用（診療報酬）、地域加入者が属する世帯の月別保険料額、職場加入者の保険料率、および大統領令が定める健康保険に関する主要事項

iii) 所属：保健福祉部長官

iv) 委員会構成

○保健福祉部次官

○健康保険の加入者を代表する委員8人

・勤労者を代表する勤労者団体および使用者団体がそれぞれ2人ずつ推薦する者

・市民団体（非営利民間団体支援法第2条の規定による非営利民間団体を言う）、消費者団体、農・漁民団体、および農・漁民団体以外の自営者関連団体がそれぞれ1人ずつ推薦する者

○医療関係団体を代表する委員8人

○公益を代表する委員8人

・健康保険と関わる中央行政機関の長が等級二級以上の公務員の中から指名する者2人

・国民健康保険公団の理事長および健康保険審査評価院の院長が推薦する者2人

・健康保険に関する専門家4人

v) 委員の任期および会議

○委員の任期：3年（ただし、公務員である委員の任期はその在任期間）

委員会は委員長が必要だと認める時または在籍委員3分の1以上の要求がある時に召集

vi) 適用期間：特別法が適用される06年12月31日まで

### ③健康保険政策審議委員会の最近の決定事項

02年11月29日の審議会で、03年1月から診療報酬を2.97%引上げ、保険料を地域保険、職場保険双方8.5%引上げることが決定された。この議決の際には、労働組合代表の一部が退場し、一方、医師協会は「診療報酬が引き下げられた場合はゼネストに突入する」と宣言するなどの混乱があった。この結果、健康保険政策審議委員会の議決で換算指数は1点当たり55.4ウォンと決まった。04年も同様に健康保険政策審議委員会の議決で決まったが、05年は健康保険政策審議委員会の議決案を公団と医薬団体の療養給付費用協議会が同意する形で換算指数が決まった。さらに、06年には、公団と療養給付費用協議会間の協議により、換算指数60.7ウォンが確定した。この点について、保健福祉部では、「保険者と医薬団体の協議により診療報酬が決まり、『契約』という形をとることができたことは意義が大きい」と評価している。

図表 27 最近の換算指数決定方式

適用年度	換算指数(ウォン)	決定方式
2001年	55.4	保健福祉部長官の公示
2002年	53.8	保健福祉部長官の公示
2003年	55.4	健康保険政策審議委員会の議決
2004年	56.9	健康保険政策審議委員会の議決
2005年	58.6	健康保険政策審議委員会の議決(案)を公団と療養給付費用協議会間で契約
2006年	60.7	公団と療養給付費用協議会間で協議、契約

資料) チョン・ドウチェ (2006)

なお、診療報酬の引上げ率の推移は下の表のようになっている。医薬分業施行に対する医師団体の反発をなだめるため、99年11月から00年9月までの1年足らずの間に4度にわたって診療報酬が引き上げられた。しかし、01年健康保険財政の悪化を受けて、02年4月は初めてのマイナス改定となった。03年、04年の改定では、プラス改定となったものの消費者物価上昇率を下回る改定率であった。

図表 28 診療報酬引上げ率の推移

(単位:%、指数は77年=100.0)

引上げ年月	医療保険診療報酬		消費者物価	
	増加率	累積指数	増加率	累積指数
77.7	—	100.0	—	100.0
79.1	20.75	120.8	14.4	114.4
79.7	11.14	134.2	18.2	135.2
80.5	19.38	160.2	28.8	174.2
81.6	16.60	186.8	21.5	211.6
82.6	7.10	200.1	7.2	226.9
83.1	4.00	208.1	3.4	234.6
84	—	208.1	2.3	240.0
85.3	3.00	214.3	2.5	246.0
86.6	3.00	220.7	2.8	252.8
87	—	220.7	3.0	260.4
88.2	12.20	247.7	7.1	278.9
89.7	9.00	270.0	5.7	294.8
90.2	7.00	288.9	8.6	320.2
91.7	8.00	312.0	9.3	349.9
92.4	5.98	330.6	6.2	371.6
93.3	5.00	347.2	4.8	389.5
94.8	5.80	367.3	6.3	414.0
95.4	5.80	388.6	—	414.0
95.12	11.82	434.5	4.5	432.6
96	—	434.5	4.9	453.8
97.1	5.00	456.3	—	453.8
97.9	9.00	497.3	4.4	473.8
98.7	3.50	514.7	7.5	509.4
99.11	9.00	561.1	0.8	513.4
00.4	6.00	594.7	—	—
00.7.1	9.20	649.4	—	—
00.9.1	6.50	691.6	2.3	525.2
01.1	7.08	740.6	4.1	546.8
02.4.1	△2.90	719.1	2.7	561.5
03.1.1	2.97	740.5	3.6	581.7
04.1.1	2.65	760.1	3.6	602.7
05.1.1	2.99	782.8	2.7	619.0

資料) 国民健康保険公団 基本統計より作成

#### ④DRGの試行的導入

先述の通り、韓国の診療報酬は RBRVS に基づく出来高払い方式が基本である。しかし、新しい支払い方式として、97年2月より、3度にわたって DRG 支払い方式のモデル事業が行われてきた。事業の初年度は 54 病院が参加したのみであったが、04年12月現在の参加病院は 2,066 施設と急速に増加している。現在行われている DRG 支払い方式は、02年1月に開始した5年間のモデル事業であり、7つの診断群（入院に限定）で行われている。この7つの診断群に該当する場合に、DRG 支払い方式を適用するかどうかは療養機関の裁量となっている。

図表 29 DRG 診断群

診療科	診断群
眼科	水晶体手術(白内障)
耳鼻咽喉科	扁桃摘出術
外科	人工肛門、大腿部ヘルニア、虫垂切除術
産婦人科	子宮摘出術、帝王切開

資料) 健康保険審査評価院資料等より作成

## 第2章 韓国における医療保険統合に至る歴史的変遷

### 1. 制度導入から皆保険達成までの経緯

韓国では、朴正熙軍事政権下の63年12月16日に「医療保険法」が制定された。同法では任意加入による組合方式を採用したが、その後の経済情勢が好ましくなかったため、制度の普及が進まなかった。

76年12月22日に医療保険法の全面改正が行われた。この改正法では、対象者を「職場」と「地域」に区分適用することとし、保険者である医療保険組合も適用事業所ごとに設立され、「組合自律主義」を基本として運営されることとなった。また、同法では、生活保護対象者を除く全国民を対象としたが、このうち、公務員や私立学校教職員、軍人は別途適用のために同法の適用対象から分離された。また、事業所の一般労働者を「一種被保険者」とし、それ以外の農漁業者や自営業者等を「二種被保険者」と区分した上で、一種被保険者は強制適用に、二種被保険者は任意加入とした。

改正法は翌年の77年7月1日より施行となり、従業員500人以上の大規模事業所から適用対象となり、その後、300人以上（79年）、100人以上（81年）、16人以上（83年）、5人以上（86年）と適用対象者を徐々に拡大していった。また、医療保険法適用対象外とした公務員・教職員等については、77年12月に「公務員および私立学校教職員医療保険法（公・教医療保険法）」を別途制定し、79年1月に公・教医療保険制度を開始した。

一方、改正法で二種被保険者とされた農漁業者・自営業者が医療保険の強制適用となったのは、500人以上の大規模事業所の勤労者に医療保険が適用されてから10年あまりを経た後であった。88年1月に農漁村地域医療保険が、翌89年7月に都市地域医療保険<sup>11</sup>が実施された結果、韓国において皆保険が達成された。

---

<sup>11</sup>都市地域医療保険は、市・郡・区単位の組合方式で運営された。

## 2. 医療保険統合を巡る動き

### (1) 第1次論争と第2次論争

このように、韓国では、適用対象者を徐々に拡大する形で皆保険化が進められたが、その過程の中で、医療保険の統合構想がしばしば浮上し、その度に、現行の組合自律主義に基づく運営を主張する「組合派」と医療保険統合を推進する「統合派」とに分かれて、激しい論争が行われた<sup>12</sup>。また、「統合」の意味する内容は、時代や主張者によって異なるものであった。

80年～83年に展開された「第1次論争」は、皆保険達成前の時期であり、地域医療保険は本格的に実施されておらず、議論になった「統合」ということばは、「職場医療保険と公・教医療保険の統合」を意味するものであった。そして、いかにして医療保険を地域住民にまで拡充するかといった点に議論の中心があり、そのひとつの方法として、財政的に健全な職場組合によって蓄積された累積積立金を使用することが提案された。80年10月、当時の千命基保健社会部<sup>13</sup>長官が、全斗煥大統領に提示したのが統合一元化案である。それは、「勤労者は地域住民より豊かであるから、統合を通じて貧困な地域住民を助けるのが社会保障原理」<sup>14</sup>という見解によるものであり、それはすなわち、職場組合の積立金を使えば、早期に地域医療保険を実施することができ、国民皆保険を達成することができるというものであった。そして「(当時の保険者団体であった)全国医療保険協議会と、(公・教医療保険の管理団体であった)公・教公団を統合して医療保険管理公社を設置し、医療保険業務を一元的に管理する」という案について検討が行われた。当時、職場組合の積立金は1兆ウォンに満たない金額であり、農村・自営業者数や医療費の増大等を考慮すると決して大きな額ではないとの結論の下、大統領は統合一元化について議論を保留する旨の指示を出し、議論は中止され、第1次論争は収束に至った。

第2次論争が起こったのは、86年から89年のことである。この間、大統領直接選挙制の公約を含む87年6月29日の「民主化宣言」を経て、88年2月には、全斗煥大統領から盧泰愚大統領の政権に移行している。

第2次論争が始まるきっかけとなったのは、政府が大統領選挙に備えて86年9月1日に「国民福祉増進総合対策」を発表したことによる。この「国民福祉増進総合対策」では、①「89年皆保険化達成」を前提に、88年から農漁村地域医療保険を、89年から都市地域医療保険を実施すること、②財源は基本的に保険料とするが、低所得層の保険料軽減のために政府負担制度を導入すること、③行政ではなく、地域医療保険組合が管理・運営を行うことが示された。このうち、低所得者のための政府負担制度については、

<sup>12</sup> 詳細については、平成14年度「韓国の医療保険改革に関する研究報告書」参照。

<sup>13</sup> 現在の保健福祉部に当たる、医療保険の所管官庁。

<sup>14</sup> 李奎植『医療保障と医療体系』2002年 p.424より

所得に応じて 25～50%を補助する案が出ていたが、所得区分を設けることが困難であり、むしろ、住民の不満を高める恐れがあることから、地域医療保険の被保険者に均等に保険料の約 35%を支援することとなった。

88 年 1 月に農漁村地域医療保険制度が実施されたものの、これと同時に過度な保険料負担などに対する不満が噴出し、これをきっかけとして、カトリック女性農民会、全国農民教会等、農民団体を中心とした「医療保険是正運動」が起こった。具体的な運動の内容は、全国的な医療保険証返納運動や保険料納付拒否運動である。このような農民の反発に対し、盧泰愚政権では 4 月 2 日に地域医療保険の国庫負担率を 35%から 50%に引き上げることを発表した。この結果、具体的な要求事項を唱えた過激な農民運動は次第に沈静化していった。しかし、その後、医療保険に反対する農民運動は各市民団体と連携し、また統合派の学者の理論的支持を受け、全国的な統合一元化を目指した運動へと広がりを見せていった。

88 年 7 月に、社会福祉学を専攻する 11 人の学者（統合派）が「社会保障研究会」の名称で、報告書「全国医療保険のための統合一元化法案（方策）」を発表した。そのなかで「現行の組合方式の医療保険制度は、膨大な国庫補助が行われながらも、国民連帯的な医療保険皆保険化の実現には至らないと判断される。したがって、現行の組合方式の医療保険を国庫補助の最小化と社会正義の実現が可能な統合一元化方式の医療保険へと転換させることへの願いから、全国民医療保険の合理的な案を提示、意見を申し立てる」と述べている。これに対し、組合派の学者が「医療保険研究者一同」の名称で統合反対の意見を発表し、統合派と組合派の学者の論争が高まった。

一方、農民団体や市民団体の反対運動を受け、政界においても、医療保険統合を実現させようとする動きが現れた。統一民主党と平和民主党によって全国単位での医療保険統合を内容とする法案が提出され、国会の審議を受けることになった。89 年 3 月 9 日に統合法案である「国民医療保険法案」が国会で可決された。この法案は、医療保険統合に際し、①保険報酬審議会の設置、②一定所得以上者に対する保険料累進率の適用、③診療費審査院の設置、④年金受給者の保険料二分の一を年金基金が負担、⑤自営業者保険料は標準所得に賦課し、世帯主と政府が分担（国庫支援率は大統領令で定める）の明示等であった。

しかし、多くの新聞<sup>15</sup>が、統合によるサラリーマンの負担増加を扱うようになった。また、医療保険連合会や経済界、韓国労総等も統合法案に反対を表明した。89 年 3 月 16 日に統合法案提議要求案が国务会議で可決したものの、統合反対の世論の高まり等を考慮し、3 月 22 日に盧泰愚大統領は大統領拒否権を行使し、国民医療保険法案を廃案とした。

そして、この後、89 年 7 月に都市地域医療保険は、予定通り、市・郡・区単位の組合方式で実施され、これをもって韓国医療保険の皆保険化が実現した。

<sup>15</sup> 東亜日報、朝鮮日報、中央日報といった三大日刊紙は新法案に反対した記事を掲載した。

## (2) 第3次論争

このようにして、第1次論争と第2次論争では医療保険統合論は頓挫したものの、皆保険後の90年代に入ると、地域医療保険における組合間の財政力の格差や農漁村民の保険料負担の重さ、国庫支援額の増加等といったように具体的な問題が指摘されるようになり、それを解決する手段として、再び、医療保険統合論が盛んに提起されるようになった。これが第3次論争である。統合論者からは「地域医療保険の財政安定化のためには、保険運営組織を統合して管理運営費を大幅削減することが必要」との主張がなされた。この背景には、日本の国民健康保険の保険運営は地方自治体が担っているのに対し、韓国では保険運営組織として地域医療保険組合（地域組合）が独立して存在し、国庫支援と保険料でその管理運営費が賄われていたという事情もある。このため、地域加入者の保険料負担を軽減する上では、保険運営組織の統合による人員削減の効果があると考えられた。97年12月の大統領選挙を前に、農漁村民の票を獲得する必要から、地域組合と公・教公団の統合法案が与党からも発議されるようになった<sup>16</sup>。

## 3. 金大中政権下の医療保険統合～保険管理組織の統合～

医療保険統合を巡る第3次論争が行われている最中に「アジア通貨危機」が発生し、韓国は97年12月にIMFの管理下に置かれることとなった。この間、短期間に急速な雇用調整が行われ、失業率は急上昇し、社会的セーフティネットの拡充に対する世論が高まった。このような経済社会情勢の中で行われた97年12月18日の大統領選挙では、「生産的福祉政策」を掲げた金大中氏（国民会議、野党）が勝利した。金大中氏は大統領選挙公約として「医療保険の統合および4大社会保険の統合<sup>17</sup>を行う」とし、統合する理由として、「統合を行い、医療保険に対する国庫支援をなくすことで、教育あるいは科学技術分野の発展に国の支援を投入できる」と主張した。この公約を掲げた金大中氏が大統領選挙に当選したため、国民会議は医療保険の全面統合の準備に入った。

97年12月31日に「国民医療保険法」が制定・公布され、翌98年10月に地域医療保険と公・教医療保険の統合（1次統合）が行われ、保険運営組織として「国民医療保険管理公団」が設立された。また、経済危機を乗り越えるために、98年1月には「労・使・政委員会」が組成され、2月6日に一次合意書が発表されたが、そのうちの 하나가医療保険統合であった。

政府は、大統領公約および「労・使・政委員会」の合意事項である医療保険統合を推進するために、3月23日に「医療保険統合推進企画団」を組成し、台湾の医療保険制度の視察など5か月間の作業を行った後に、98年12月に統合法案である「国民健康保

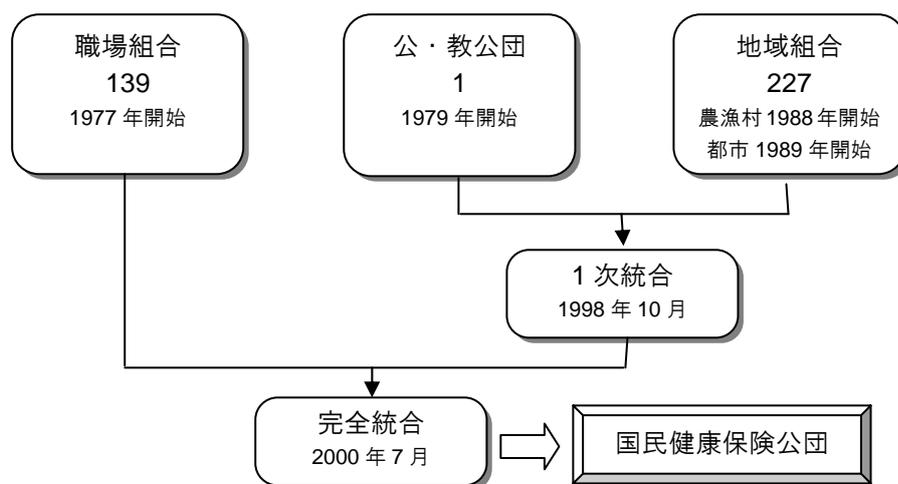
<sup>16</sup> 野党は医療保険組織を二段階に分けて統合する法案を提出していた。

<sup>17</sup> 医療保険、年金保険、雇用保険、労災保険（産業災害保険）といった社会保険の統合を指す。

険法案」を国会に提出した。このような医療保険統合作業が進む間、職場組合の労働組合が中心となって統合に反対する運動を実施したが、経済団体や韓国労総は「労・使・政委員会」の合意に縛られ、発言することできなかった。韓国労総が統合反対の立場を整えたのは 98 年下半期になってからである。また、朝鮮、東亜、キョンヒョン、毎日経済、ソウル経済新聞等の言論界も、統合の問題点を指摘するようになったのは法案が国会を通過した後である。

99 年 2 月 8 日に「国民健康保険法」が成立した。当初、00 年 1 月からの施行予定であったが、地域加入者に対する保険料賦課体系の開発の難しさや電算開発期間不足等により、半年間延期された。00 年 7 月 1 日に同法が施行となり、職場組合を含めた保険管理組織の統合が行われ、「国民健康保険公団（NHIC：National Health Insurance Corporation）」が設立された。また、公団設立と同時に、独立した専門機関として「健康保険審査評価院（HIRA：Health Insurance Review Agency）」が設立され、診療費の審査機能は保険者から分離されることとなった。

図表 30 保険管理組織の統合



資料) 国民健康保険公団資料をもとに三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングにて一部改変

### 第3章 医療保険統合後の管理運営体制

韓国では、00年7月1日に唯一の保険管理組織として国民健康保険公団が成立したことをもって「完全統合」という表現がしばしば用いられるが、公団内部での職場医療保険と地域医療保険の業務および財政は分離されたままであった。このため、公団の設立当初は「一制度・一保険者・三会計」という実態の医療保険統合となった<sup>18</sup>。

図表 31 医療保険統合への移行過程

時期	管理運営	関連法	組織	財政
1977.7.1 ～ 1998.9.30	組合方式	・医療保険法 (地域、職場) ・公教医療保険法 (公務員・教職員)	・地域組合 (227 組合) ・職場組合 (142 組合) ・公・教公団 (1 本部 19 支社)	・組合別独立採算制
1998.10.1 ～ 2000.6.30 (1 次統合)	部分統合 方式	・国民医療保険法 (地域、公教) ・医療保険法 (職場)	・国民医療保険管理 公団 (1 本部、161 支社、 27 民願室) ・職場組合 (139 組合)	・公団：2 基金体制 ・職場：独立採算制
2000.7.1 ～ (2 次統合)	完全統合 方式	・国民健康保険法	・国民健康保険公団 (1 本部、6 地域本部、 223 支社、12 出張所)	設立当初：3 基金体制 ↓ 2001 年 1 月以降：地域 と職場 2 基金体制

資料) 国民健康保険公団資料をもとに三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングにて一部改編

公団の保険業務については、03年5月に職場医療保険と地域医療保険の業務の垣根が撤廃された。また、職場医療保険と地域医療保険の財政統合は二度にわたって延期され、03年7月に至ってようやく財政統合が実施された。財政統合まで3年の経過措置をおいたものの、統合の前提であった「職場・地域加入者に共通した保険料賦課体系の開発」が実現できないまま、財政統合が行われた。

ここでは、医療保険統合後の保険管理運営体制について、その概要をまとめてみた。

<sup>18</sup> 韓国では「会計」を「基金」と表現している。01年1月に職場医療保険と公・教医療保険が統合されたため、職場と地域の「二基金」となった。

## 1. 国民健康保険公団の組織・運営

### (1) 組織・運営

国民健康保険公団（National Health Insurance Corporation ; NHIC、以下「公団」とする）は、国民健康保険制度を効果的に運営するために設立された特殊法人であり、国民健康保険法第 12 条に「(保険者) 健康保険の保険者は国民健康保険公団とする」とその設立根拠が示されている。

#### ①公団の役員と理事会

公団の役員については国民健康保険法第 19 条に規定があり、「理事長 1 人、理事 17 人および監事 1 人を置く」こととなっている（同法第 19 条第 1 項）。理事長、理事の中で 3 人、また監事 1 人は常任とすることが必要であり（同法第 19 条第 5 項）、役員の任期は 3 年となっている（同法第 19 条第 6 項）。

理事長は、政府保健福祉部長官の推薦により大統領が任命する（同法第 19 条第 2 項）。理事 17 人のうち、8 人は労働組合・使用者団体・農漁業者団体・消費者団体がそれぞれ 2 人ずつ推薦した者を、5 人は公団の理事長が推薦した者を、4 人は大統領令で定める関係公務員を保健福祉部長官が任命する（同法第 19 条第 3 項）。監事は保健福祉部長官が任命する（同法第 19 条第 4 項）。

図表 32 国民健康保険公団の役員の選定方法と任期

	定員	選任方法	職務	任期
理事長	1 人	保健福祉部長官の推薦により大統領が任命。	公団を代表して職務を総括する。	3 年
理事	17 人	以下により推薦された者を保健福祉部長官が任命。 ・労働組合 2 人 ・使用者団体 2 人 ・農漁業団体 2 人 ・消費者団体 2 人 ・公団の理事長 5 人 ・大統領令で決める関係公務員 4 人	常任理事は理事長の命を受けて公団の事務を執行し、理事長がやむを得ない事由でその職務を遂行することができないときには定款の定める常任理事が理事長の業務を代行する。	3 年
監事	1 人	保健福祉部長官が任命。	公団の会計と業務執行状況および財産状況を監査する。	3 年

資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

公団では、主要事項を審議・議決するために「理事会」が設置されている。理事会は、

理事長と理事で構成されるが、監事も理事会に出席して発言することが可能である。理事会の議決事項および運営などに関して必要な事項は大統領令で定められている。理事会は公団の最高政策決定部門であり、公団の組織や人事、報酬、会計に関する規程は理事会の議決事項であり、保健福祉部長官の承認を得て定められる。

## ②財政運営委員会

公団には、「理事会」とは別に、「財政運営委員会」が設置されている。ここでは、当初は、保険料の調整やその他保険財政と関わる主要事項を審議・議決する役割を担っていた。この財政運営委員会は、職場加入者を代表する者 10 名、地域加入者を代表する者 10 名、公益を代表する者 10 名、計 30 名の委員で構成される（同法第 32 条第 1 項）。職場加入者を代表する委員は、労働組合および使用者団体がそれぞれ 5 名ずつ推薦する。地域加入者を代表する委員は、農漁業者団体、都市自営業者団体がそれぞれ 3 名ずつ、市民団体が 4 名を推薦する。公益を代表する委員は、財政経済副長官、保健福祉部長官および企画予算処長官がその所属する 4 級以上の公務員の中からそれぞれ 1 名ずつを指名した者、健康保険に関する学識経験者 7 名を保健福祉部長官が任命・委嘱する。財政運営委員会委員の任期は 2 年である。ただし、公務員である委員の任期はその在任期間、補欠委員の任期は前任者の残余任期期間とされている。

会議は「定期会議」と「臨時会議」があり、定期会議は毎年 3 月に開催される。臨時会議は、公団の理事長が要請した場合、または委員の 3 分の 1 以上が要請した場合や委員長が必要と判断した場合に、委員長が招集し、委員の過半数の出席によって開会される。

委員会の主要審議・議決事項としては、当初、①医薬界の代表者と療養給付費用の契約締結のための換算指数を決定することの他、②職場加入者の保険料率の変更および地域加入者の保険料調整に関する事項<sup>19</sup>、③保険料などの欠損処分に関する事項、④職場加入者の標準報酬月額決定特例に関する事項、⑤地域加入者の賦課標準所得の算定方法に関する事項、⑥地域加入者の保険料の等級調整など、調査方法・時期・手続きに関する基本的な事項、その他保険財政と関連した主要事項があった。

しかし、後述の「国民健康保険財政健全化特別法（02 年 1 月 19 日制定）」（以下、「特別法」）により、地域保険料および職場保険料率の調整に関する事項は、06 年 12 月末まで、保健福祉部長官直属の「健康保険政策審議委員会」で審議・議決されることになった（特別法 第 3 条）。

---

<sup>19</sup> 06 年 12 月 30 日の「国民健康保険法」改正により、保険料の調整は、特別法の内容に引き続き、健康保険政策審議委員会の審議・議決事項となった。このため、同法第 31 条より「保険料の調整」ということばは削除された。

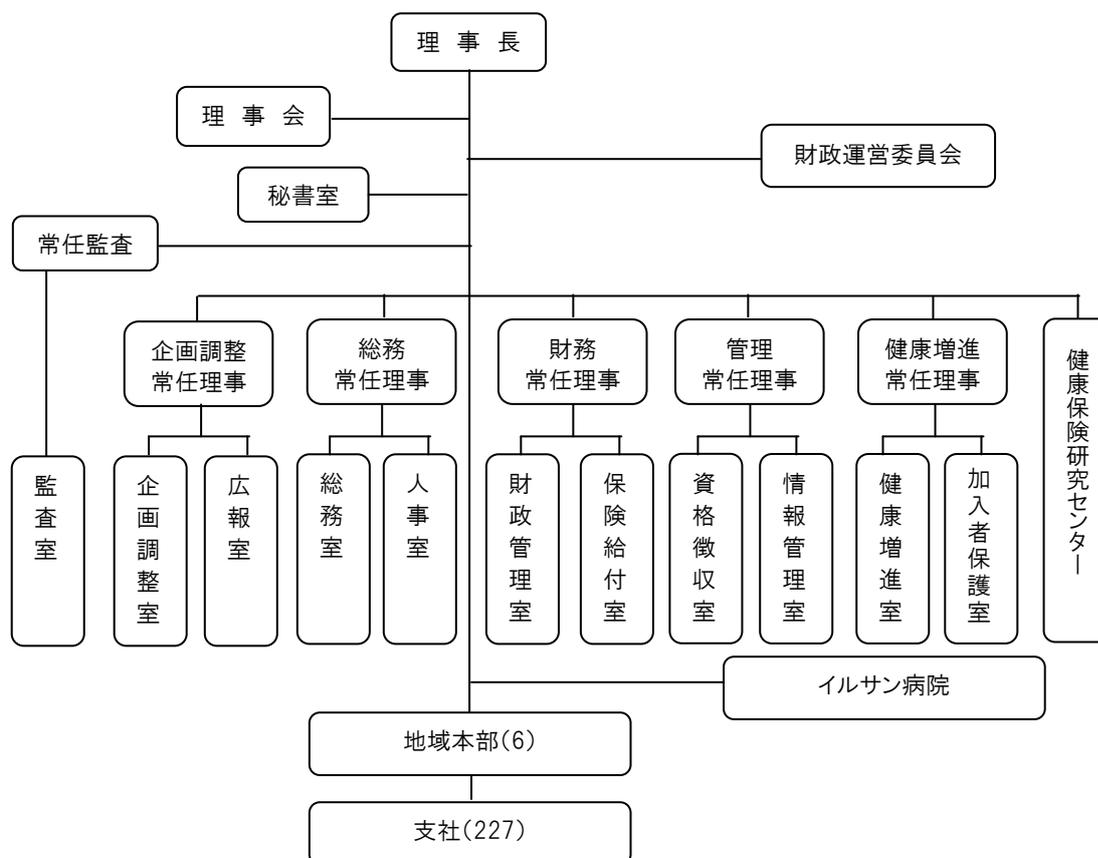
図表 33 2004 年における財政運営委員会の主な活動事項

- ・ 委員長として Choi Byeong Ho 博士（韓国保健社会研究院）の選出（8 月）
- ・ 一時的保険料、滞納保険料の欠損処分 of 審議・議決（3 月、10 月）
- ・ 地域加入者の保険料の軽減適用（6 月、12 月）に関する審議・議決
- ・ 05 年の療養給付費用契約のための公団換算指数案の審議・議決  
（ただし、療養給付費用協議会との交渉は成功せず、契約の成立に至らなかった）

### ③公団の組織体系

公団の組織体系は、「本部」、「地域本部」、「支社・出張所」と三階層の管理体系となっている。具体的には、1 本部（ソウル特別市に所在）、6 地域本部（ソウル、プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、京仁）、227 支社で構成されている。支社は 6 地域本部のいずれか 1 地域本部に属する。

図表 34 国民健康保険公団の組織体系



資料) 国民健康保険公団資料より作成

「本部」が公団全体の企画管理を行い、「地域本部」が本部の方針に従い、エリア内の「支社」の業務計画・予算、人事管理、サービス評価、コンピュータシステムの保守管理などの管理業務を行う。「支社」では、資格適用や保険料賦課・徴収、保険料調整、現金給付の支払い、様々な健康増進活動、医療機関の不正診療の監視などの日常業務を行っている。支社は公団設立当初は 223 支社と 12 出張所あったが、現在は 227 支社に再編された。

#### ④公団の組織改革

加入者は、医療保険統合後も、賃金所得者である「職場加入者」と、自営業者・農漁村民等の非賃金所得者である「地域加入者」とに区分されており、保険料賦課・徴収体系が異なっている。

公団では、公団職員の給与や資格体系は、旧職場組合と旧地域組合で統一されたが、保険業務については統合されておらず、職場担当職員と地域担当職員に分かれて保険業務を行っていた。たとえば、支社において、地域業務が非常に多忙な時期でも職場担当職員が地域業務のサポートをするといったことが行われなかったため、職場・地域ともそれぞれ定員を配備しなくてはならない状況であった。この点については効率化の観点からも問題であると指摘されていた。そこで、公団では、03 年 5 月に職場と地域の業務が一緒にできるように組織改変を行い、ようやく職場医療保険と地域医療保険業務の垣根が撤廃された。本部レベルでは、当初、業務部門について「地域管理室」「職場管理室」といったように組織そのものが分かれていたが、新組織体系ではこのような組織区分は廃止された。また、支社レベルについても、当初、地域業務専担の支社が 154 支社、地域・職場双方の業務を行っている支社が 69 支社あったが、業務専担制をやめ、227 支社に再編した。この結果、加入者は職場・地域加入にかかわらず、近くの支社でサービスを受けることができるようになった。

## (2) 公団の業務内容

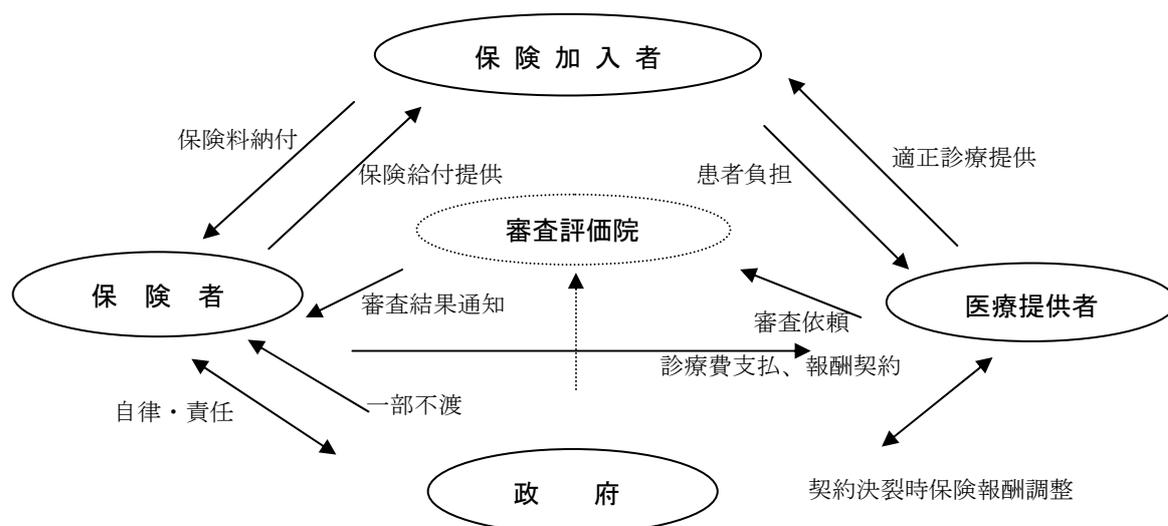
公団の業務は、国民健康保険法第13条に規定されている。主要な業務としては、加入者の資格管理や保険料の賦課・徴収、保険給付費用の支給、健康増進事業等があげられるが、公団では、業務の概要を機能別に次のように整理している。また、公共機関として「民願サービス（加入者サービス）」の充実化を図ることが当面の施策目標となっている。従来、医療保険組合の中央組織である「医療保険連合会」が行っていた診療費審査や医療サービスの適正性評価については、現在は、国民健康保険法により設立された「健康保険審査評価院」が行っている（後述）。

図表 35 公団業務の性格と内容

機能および性格		業務内容	関係者
保険者機能	加入者管理	・加入者資格管理 ・保険料賦課および徴収	国民
	医療サービス代理購買者	・保険給付の管理 ・保険給付費用の支給	医療機関
	自体業務	・資産の管理運営および運用 ・制度研究および国際協力 ・教育訓練および広報	—
公共機関機能		・健康維持および増進事業 ・医療給付受託業務遂行 ・その他政府施策推進	国民、政府
医療提供者機能		・イルサン病院直営	—

資料) 国民健康保険公団資料

図表 36 健康保険分野における関係者



資料) 国民健康保険公団資料

## 【国民健康保険法】（抜粋）

### 第13条（業務など）

①公団は次の各号の業務を管掌する。

1. 加入者および被扶養者の資格管理
2. 保険料、その他この法による徴収金の賦課・徴収
3. 保険給付の管理
4. 加入者および被扶養者の健康の維持・増進のために必要な予防事業
5. 保険給付費用の支給
6. 資産の管理・運営および増殖事業
7. 医療施設の運営
8. 健康保険に関する教育訓練および広報
9. 健康保険に関する調査研究および国際協力
10. この法または他の法令によって委託を受けた業務
11. その他健康保険と関連して保健福祉部長官が必要と認めた業務

②第1項第6号の規定による資産の管理・運営および増殖事業の種類と範囲等に関して必要な事項は大統領令で定める。

③公団は当該業務の提供または施設の利用が特定人のためである場合、その業務の提供または施設の使用に対して公団の定款が定めるところによって手数料または使用料を徴収できる。

④公団は「公共機関の情報公開に関する法律」により健康保険と関連して保有・管理している情報を公開する。〈改定 2006.10.4〉

### ①加入者の資格管理

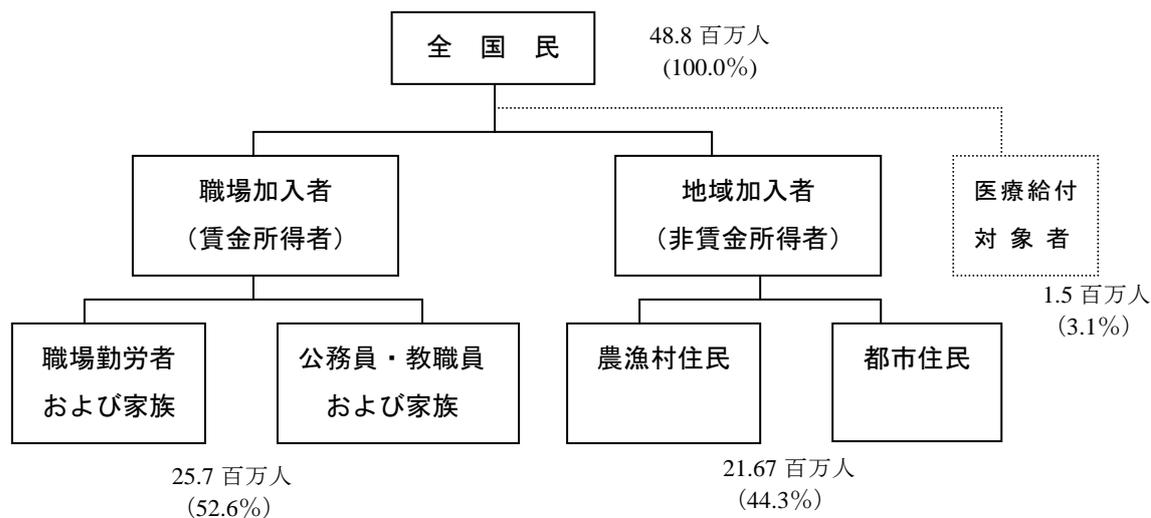
00年7月の医療保険統合後も、公団では「職場加入者」と「地域加入者」といった2つの資格管理区分を設け、それぞれ別に管理している。

5人以上の従業員を雇用している事業所に勤務している賃金所得者は、所得金額や勤務形態、年齢等を問わず職場加入者となる。現在、5人未満の雇用者の事業所でも、2人以上であれば任意適用として職場組合に加入することができる。以前は別の組合であった公務員や私立学校教職員も、現在は職場加入者である。職場加入者の家族は、保健福祉部長官名で通知される被扶養者基準の要件を満たす場合に、職場保険の被扶養者となることができる。この基準によると、家族に稼働所得がある場合は、所得金額に関係なく、被扶養者としての資格を喪失させる仕組みとなっている。以前は、被扶養者の範囲を拡大していたが、最近では認定範囲を狭めている。ただし、稼働所得のない高齢者については、子と同居していない場合でも子の被扶養者として認定することが可能となっ

ている。

職場加入者（被扶養者も含む）、あるいは医療給付対象者（扶助対象者）のどちらにも該当しない場合は地域加入者となる。農漁業関係者・自営業者とその家族がこれに該当する。

図表 37 加入者の資格区分



注) ・人数は 2004 年の数字。

・「医療給付対象者」とは公的扶助制度の対象者（貧困者、以前は「医療保護対象者」）である。

医療給付対象者については政府より委託を受けて公団が給付費用の支払いを行っている。

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」他資料より作成

図表 38 被扶養者の認定基準

	現行制度(健康保険法)	旧制度(医療保険法)	備 考
認定範囲	・配偶者の直系隷属含む ・3親等以内(伯父、叔父、 伯母、叔母、母の兄弟、 甥・姪)の血族除外	・配偶者の直系隷属含まない ・3親等以内の血族	
所得要件	・事業者登録がある場合は除外	・男性 60 歳以上の夫婦および夫がいない 55 歳以上の女性 ・大学以下在学中の者、配偶者は当然含む。	
扶養要件	・親と非同居時でも、親と同居兄弟・姉妹が所得要件に該当する場合は認定	・長男(未婚長女)が親を戸籍に登載する場合、同居兄弟とは関係なく認定	・長男次男および男女の差別廃止

資料) 国民健康保険公団資料より作成

職場、地域ともに扶養率は、年々低下している。

図表 39 扶養率の推移

	1990年	1995年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
職場	2.19	2.01	2.08	1.94	1.85	1.82	1.80	1.79
地域	2.46	2.11	1.86	1.71	1.63	1.55	1.48	1.40

資料) 国民健康保険公団 基本統計

医療保険適用人口の推移は、次のとおりである。01年以降、地域加入者が減少し、職場加入者が増加していることがわかる。これは、先に述べたように、職場加入者の適用条件を緩和したことによる影響もある。

図表 40 医療保険適用人口推移

(単位：人)

		1990年	1995年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	
医療保障計		44,110,412	45,429,041	47,465,758	47,882,147	48,080,015	48,556,572	48,900,835	49,153,617	
健康 保険	健康保険計	40,180,023	44,015,900	45,895,749	46,379,161	46,659,476	47,102,786	47,371,992	47,392,052	
	職場	20,758,592	21,559,210	22,403,872	23,166,561	23,751,940	24,834,233	25,979,308	27,233,298	
	地域	小計	19,421,431	22,456,690	23,491,877	23,212,600	22,907,536	22,268,553	21,392,684	20,158,754
		郡	6,179,600	3,876,892	3,286,043	2,872,691	2,741,485	2,466,740	2,315,615	2,135,468
		都市	13,241,831	18,579,798	20,205,834	20,339,909	20,166,051	19,801,813	19,077,069	18,023,286
医療給付		3,930,389	1,413,141	1,570,009	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565	

資料) 国民健康保険公団 基本統計

公団では、国税庁や行政自治部、地方自治体などから所得や資産に関する個人情報を入力し、加入者の資格管理を行っている。これらの個人情報は、住民登録番号<sup>20</sup>によって名寄せされ、公団のサーバに保管・管理されており、資格管理だけではなく保険料賦課においても利用されている。

公団では、これらの個人情報をもとに、加入者番号（被保険者番号）として、「職場」は事業所別の固有コードを、「地域」は居住地別の固有コードを含んだ加入者番号を付与する。この結果、転職や退職などの変更があると、資格変更および加入者番号の変更が必要となる。たとえば、職場加入者が職場を退職した場合、その事業主は14日以内に資格喪失申告を公団支社の職場担当部署に行う。支社の職場担当部署では、その申告を受理するとコンピュータシステム上の資格変更手続を行う。この支社のシステムは、地域本部や本部とネットワークでつながっており、支社での資格変更手続により地

<sup>20</sup> 韓国では、医療保険制度とは別に、全国民にID番号（住民登録番号）が付与されているため、このID番号をキーとしてこれらの多様なデータベースとの突合が可能な仕組みとなっている。

域本部のサーバ上の資格変更が行われる。地域本部には職場加入者と地域加入者のデータが別サーバに保管されているが、このシステムは互いに連動している。そのため地域担当部署では手続を行う必要はなく、資格は自動的に地域加入者の資格に変更される。また、新しい健康保険証は自動発給され、加入者の住所地に送付される。一方、就職した場合は、地域加入者の資格が消え、職場加入者の資格となる。資格が二区分であり、この二つの資格システムが互いに連動しているため、一方の資格がなくなれば、もう一方の資格に入るシステムとなっている。

## ②保険料賦課

公団では、保健福祉部長官直属の「健康保険政策審議委員会」で審議・議決された基準に従い、加入者別に保険料を賦課する<sup>21</sup>。職場と地域では、異なった保険料賦課体系となっている。

職場加入者については、該当事業者の総保険料を事業主に賦課する。加入者の年間総報酬額は賦課時点では確認できないため、前年度の総報酬額を基準に賦課した後、翌年に該当年度の総報酬額を公団に申告することによって保険料を精算する方式を採用している。事業主は、毎年2月末までに該当加入者の前年総報酬額を公団に申告することになっている。公団はこの申告内容を国税庁の資料と照会し、確認する。国税庁の資料と公団への申告額との差があればその差額に対して保険料の賦課を行う。

00年7月の医療保険統合時の保険料率は2.8%だったが、毎年の引上げを経て、06年1月からは4.48%となっている。

公務員や学校教職員の場合も職場加入者と位置づけられており、民間事業所の勤労者と同様に、所得比例定率制が適用され、事業主と加入者が保険料を折半する。しかし、加入者負担保険料と使用者負担保険料の納付主体が異なるため、各保険料は公団からそれぞれ別々に告知される。公団は、加入者負担保険料について月の初めに保険料を仮算定し、それを加入者に告知する。加入者はその保険料と天引きされた金額との差額を国民健康保険公団に申告すると、この内容が反映され保険料が確定される方式が用いられている。このため、国民健康保険公団は、公務員・教職員の保険料賦課のために、別途、プログラムや精算支社、精算担当者を置かなければならず、業務や組織運営の効率性が妨げられる面があった。03年初めから見直しが行われ、03年11月分の保険料からは一般勤労者と同一の方式で賦課されるようになった。一方、公務員・教職員保険料の国および地方自治体の負担分については、04年7月から、それまでの分期納付告知方式から月次告知方式に改められた。これにより、それまでの勤労者加入者との公平性の問題を解消し、公団業務の効率性と加入者サービスの向上が図られたと、国民健康保険公団

<sup>21</sup> 保険料の調整は、公団の財政運営委員会の決裁事項であったが、02年1月制定の「国民健康保険財政健全化法」（06年12月31日までの時限立法）により、『健康保険政策審議委員会』の決裁事項となった。

では評価している。

地域の保険料賦課は、低い所得捕捉率を補うために、所得の他に性別・年齢や財産（建物・自動車）なども考慮された複雑な賦課体系となっており、保険料賦課に際しては、多様な情報が必要となる。

韓国では、IT化が急速に進展しており、様々な行政資料がITを活用して入手することができるようになってきている。公団では、保険料賦課に必要な所得や資産に関するデータを入手する権利が法的に認められており、実際に各関係機関から必要な情報を入手しているが、その際にITを活用している。

公団では、地域保険料の保険料賦課のために、総合所得は国税庁から、総合土地税の資料は行政自治部から、建物分の資料は特別市・郡・区から、農業所得は市・郡（邑・面）・区から、自動車資料は特別市・広域市・道から、年金所得は該当年金公団から、それぞれ資料データを入手している。基本的には、年に1回資料を確保するため、年度中に消滅あるいは変動した賦課資料は保険料調整の対象となり、加入者の申告によって確認調整することになっている。しかし、加入者の便宜を図るために、01年6月からは自動車資料に関しては毎月、資料が入手できるようになったので、加入者の申告は不要になった。また、03年9月からは不動産内訳申告制が実施されており、変更内容をFAX等で申告すると、公団が登記簿謄本を確認して保険料調整を行い、結果を加入者に通知する仕組みとなった。さらに、03年11月からは事業者登録・休業・廃業者に対しても、職権で確認調整を行っている。

複雑な保険料賦課体系にもかかわらず、これら入手したデータを加入者別に名寄せすることによって、加入者別の保険料を迅速に算出することが可能となっている。このようなデータの確保は、保険統合以前には不可能だった。また、地域と職場と別の管理区分となっはいるものの、保険者がひとつに統合されたことにより、業務システムの統合が進み、資格変更手続や保険料賦課等がスムーズに行える体制となった。このように、保険者統合により一定の成果を得ているものの、一方で課題も抱えている。

また、プライバシーに関わるデリケートな個人情報を保管しているため、情報保護の法律の制約を受けている。行政自治部の電算ネットワークや国税庁のデータに対して誰でもアクセスできるわけではなく、業務別に権限を持った職員だけがアクセスできるようになっている。ここでは、照会者や出力者の履歴もわかるようになっている。しかし、非常にデリケートな個人情報を扱うために、情報が漏洩することのないよう、職員のモラル教育も含めたセキュリティ対策を確実に行うことが重要な課題となっている。

図表 41 保険料賦課資料と入手先

賦課資料名		一括適用時点帰属年度	確保時期	資料提供機関
総合所得		直前年度帰属分	毎年 10 月	国税庁
財産	総合土地	当該年度分	毎年 10 月	行政自治府
	建物分	当該年度分	毎年 9 月	市・道／市・郡・区
自動車登録		前月末基準変動	毎月	16 か所 広域市道
年金所得	公務員年金	〃	〃	公務員年金管理公団
	私学年金	〃	〃	私学年年金管理公団
	軍人年金	〃	〃	国防府年金課
	国民年金	〃	〃	国民年金管理公団
	別定郵便局	〃	〃	別定郵便局連合会
農業所得		直前年度帰属分	毎年 9 月	市・郡・区

資料) 国民健康保険公団「2004 年健康保険白書」より作成

### ③保険料徴収

職場の場合、毎月、公団が保険料告知書を送付し、それにもとづいて事業主が加入者負担分と事業主負担分をあわせた保険料を納付する。加入者負担分については、事業主が給与支払時に源泉徴収を行っている。地域の場合、世帯単位で保険料の告知書を送付する。銀行窓口での支払いや口座の自動引き落とし、支社での窓口納付といった方法があるが、銀行を通す方法が一般的であり、支社での窓口納付は全体の 1.4%に過ぎず、補完的な制度となっている。職場、地域ともに告知書は毎月 25 日に到着するよう送付され、翌月 10 日が納付期限となる。公団設立後は地域本部で告知書を印刷し、支社別に手作業で封筒に入れて発送していた。しかし、効率化を図るため、01 年 10 月からは地域本部別に外部業者に委託し、印刷・発送作業を行うようになった。04 年 4 月には、加入者にわかりやすいように、告知書の様式を変えた。また、返却された告知書の処理について、外部委託業者に適宜入力と再発送をさせることで、告知書未受領による苦情を減らした。

公団資料によると、04 年の保険料徴収率は、地域が 91.1%、職場が 99.2%、全体で 96.7%となっており、徴収方法の違いを反映して職場のほうが高い徴収率となっている。保険料徴収率とは、当該年度の保険料賦課金額に対する保険料徴収額を指しており、納付期限後に徴収できた保険料も徴収成果とみなされる。したがって、ここでの保険料徴収率は「累積徴収率」である。地域の当年度徴収率は、1 次統合が実施された 98 年以降、80%台となっている。

図表 42 保険料の累積徴収率

	総計			地域			職場		
	賦課 (億ウォン)	徴収 (億ウォン)	徴収率 (%)	賦課 (億ウォン)	徴収 (億ウォン)	徴収率 (%)	賦課 (億ウォン)	徴収 (億ウォン)	徴収率 (%)
2000	72,288	68,913	95.3	30,999	27,761	89.6	41,289	41,152	99.7
2001	88,562	87,788	99.1	36,154	35,622	98.5	52,408	52,166	99.5
2002	108,601	108,409	99.8	40,558	40,493	99.8	68,043	67,916	99.8
2003	137,408	134,277	97.7	45,725	43,145	94.4	91,683	91,132	99.4
2004	156,142	151,012	96.7	47,859	43,592	91.1	108,283	107,420	99.2

資料) 国民健康保険公団「2004年健康保険白書」

図表 43 地域医療保険における保険料徴収率

(単位：千ウォン, %)

	賦課金額(A)	徴収額				
		徴収額計 (B)	徴収率 (B)/(A)	当年度分 (C)	徴収率 (C)/(A)	過年度分 (D)
1988	116,463,460	94,345,275	81.01	93,744,426	80.49	600,849
1989	300,127,839	250,889,491	83.59	241,045,010	80.31	9,844,481
1990	602,110,652	546,424,105	90.75	508,624,187	84.47	37,799,918
1991	844,194,398	789,344,027	93.5	730,322,524	86.51	59,021,503
1992	963,146,482	928,509,662	96.4	860,233,188	89.31	68,276,474
1993	1,067,695,325	1,053,813,355	98.7	977,207,060	91.52	76,606,295
1994	1,181,845,019	1,159,421,026	98.1	1,089,226,076	92.16	70,194,950
1995	1,323,973,232	1,284,583,212	97.02	1,216,655,571	91.89	67,927,641
1996	1,576,386,957	1,531,287,073	97.14	1,449,981,549	91.98	81,305,524
1997	2,023,376,072	1,938,666,723	95.81	1,850,865,159	91.47	87,801,564
1998	2,403,460,642	2,154,070,323	89.62	2,009,771,675	83.62	144,298,648
1999	2,726,675,884	2,526,640,566	92.66	2,393,176,606	87.77	133,463,960
2000	3,099,907,975	2,776,072,513	89.55	2,611,594,548	84.25	164,477,965
2001	3,615,389,434	3,550,423,725	98.2	2,924,541,910	80.89	625,881,815
2002	4,055,843,327	4,049,282,029	99.84	3,622,866,334	89.32	426,415,695
2003	4,572,512,252	4,314,461,233	94.36	3,972,607,387	86.88	341,853,846
2004	4,785,865,578	4,359,163,454	91.08	4,066,335,011	84.97	292,828,443

注) 徴収額計 (B) = 当年度分 (C) + 過年度分 (D)

資料) 国民健康保険公団 基本統計より作成

期日を過ぎても納付がない場合、電話やはがきの送付により、督促告知を行う。徴収管理は銀行からの電算処理資料をもとに行う。加入者が銀行で保険料を支払うと、銀行は電算資料を金融決算院に報告する。金融決算院は、各銀行の資料を集めて、日々、公団にその電算資料を送付する。電算処理で照会処理をすることによって、保険料納付をした加入者、保険料納付をしていない加入者を確認することができる。この処理により、未納付者に督促状を出す仕組みとなっている。国税には徴収猶予制度があるが、健康保険料には徴収猶予制度はない。期日を過ぎた場合は、ペナルティーとして加算金が課される。

図表 44 加算金

○納付期日経過後 3 か月以内	滞納保険料の 5%
○納付期日経過後 4 か月～6 か月以内	滞納保険料の 10%
○納付期日経過後 6 か月超	滞納保険料の 15%
(国民健康保険法の第 71 条による)	

01 年から 04 年までの 4 年間の滞納保険料は地域加入者分が 17,389 億ウォン、職場加入者分が 5,997 億ウォンであり、地域加入者分が多い。加算金の対保険料比率は、職場加入者分が 4.8%であるのに対し、地域加入者分が 10.5%となっており、地域加入者の滞納長期化がうかがえる。

図表 45 滞納保険料と加算金

(単位:千件、億ウォン)

	計			地域			職場		
	件数	保険料	加算金	件数	保険料	加算金	件数	保険料	加算金
計	7,665	23,386	2,111	6,240	17,389	1,823	1,425	5,997	288
2001	1,984	6,616	731	1,725	5,610	682	259	1,006	49
2002	2,087	5,247	444	1,770	4,061	386	317	1,186	58
2003	1,794	5,134	396	1,415	3,499	318	379	1,635	78
2004	1,800	6,389	540	1,330	4,219	437	470	2,170	103

注) 05 年 1 月 10 日現在

資料) 国民健康保険公団「2004 年健康保険白書」

05 年 1 月 10 日現在の滞納保険料は 1 年以下の「短期滞納分」が 6,186 億ウォンであり、1 年超の「長期滞納分」が 12,475 億ウォンとなっている。滞納保険料の 3 分の 2 が「長期滞納分」となっている。2 年を超える長期滞納分が 4 割を超えている。長期滞納分はほぼ地域加入者分である。

図表 46 滞納保険料

05.1.10 現在(単位、億ウォン)

	計	2 か月以下	3～6 か月	7～12 か月	13～24 か月	25～48 か月	49 か月以上
計	18,662	1,423	2,023	2,740	4,579	4,190	3,707
%	100.0	7.6	10.8	14.7	24.5	22.5	19.9
地域	16,413	1,034	1,265	2,039	4,217	4,153	3,705
職場	2,249	384	758	701	362	37	2

資料) 国民健康保険公団「2004 年健康保険白書」

国民健康保険法では、保険料を大統領令が定める期間以上滞納した場合に、滞納保険料を完納するまで保険給付を実施しないことができると規定している。しかし、02 年

12月の法改正により、滞納保険料に対して公団が分割納付を承認する仕組みができた。未払い部分について最長 18 か月にわたって分割納付することができる。この結果、1 回以上分割納付した場合には保険給付を受けられるようになった。

さらに、国民健康保険法第 10 条、国税徴収法第 24 条、同第 85 条の滞納手続き規定により、督促を行っても 6 か月以上納付がない場合には、公団は、保健福祉部長官の承認を受けて滞納者の財産を差押え、競売処分にするなどの強制徴収手続きにより滞納保険料を取り立てることができる。この手続きは、支社で督促活動を行ったものの納付がない場合に、公団職員がその情報をコンピュータ入力すると、地域本部を経由して本部に情報が集約され、そこで一括して保健福祉部長官への承認申請などの処分手続を行う仕組みとなっている。財産等もなく納付能力がないと判断されるものについては、最終的に公団で欠損処分を行う。この決定は、財政運営委員会での決裁事項となっている。

図表 47 差押え件数

(単位:世帯数/事業場)

区分	計	土地	建物	自動車	賃金	債権等
計	324,107	30,012	37,490	172,346	28,735	55,524
地域	267,861	27,123	35,034	151,931	28,568	25,205
職場	56,246	2,889	2,456	20,415	167	30,319

注)・差押え物件は重複である

・「債権等」はカード売上、預金、電話加入権、賃貸保証金など

資料) 国民健康保険公団「2004 年健康保険白書」

#### ④給付管理

療養機関(医療機関等)の保険医決定の方法は契約制ではなく、登録制となっている。療養機関は開設の届け出を行うと、患者を診療する資格と責任が発生し、患者を治療しないと処罰される。保険統合前は強制指定制であったが、統合後に登録制となった。両者の違いは実質的にはないが、強制指定制は療養機関の自由を侵害するという理由で、登録的な性格を持つ方式に改められた。

療養機関は、開設の届け出により診療を行うことができるが、保険請求を行うためには、療養機関管理番号が別途必要になる。この管理番号は、設立許可証や医療施設・医療人力現況などの資料を健康保険審査評価院に提出すると、審査評価院から付与される。変更事項がある場合も、療養機関は審査評価院に迅速に届け出を行う必要がある。

「国民健康保険法」により、療養機関が審査評価院に療養給付費用の請求明細を送付し請求行為を行うと、法的に公団に費用を請求したとみなされる。審査評価院では、医療保険給付基準に適合しているかどうか、給付内容が適正であるかどうか審査を行い、その結果を公団に通知する。公団では、審査評価院から通知された審査結果を公団のデータベースと突合し、内容点検を行い、審査結果にもとづいた給付額の支払いを行う。

内容点検では、住民登録番号が一致しているかどうか、公団の保有するデータの番号(被保険者資格番号)と合っているかどうか、医療給付対象者が入っているかどうか、性別と疾病が一致しているかどうかといった点検を行っている。また、療養機関が請求時に開設前あるいは廃業後でなかったかどうかといった点検も行っているが、この点検に必要な療養機関情報は、審査評価院から毎日入手している。受診者の住民登録番号が不明なもの、療養機関の開設前・廃業後の請求のもの、性別と傷病名に矛盾があるものなどは支給保留(不能)とする。それ以外の請求分について、所得税および住民税、本人負担額の払戻額、取り戻し額、仮支給精算金などを控除した後、確定した実支給額を、審査次数別に療養機関に支払う。支払い方法は、公団と支給委託契約を締結している金融機関を通じた **firm banking system** を利用している。

公団では、所得税法に基づき、療養給付費の支給決定額の3%を所得税として、所得税の10%を住民税として源泉徴収し、所得税は公団本部の所在地の管轄税務署へ、住民税は療養機関所在地の管轄地方自治体へ納付している。04年度に源泉徴収・納付した所得税は329,433百万ウォン、住民税は32,939百万ウォンであり、療養給付費の支給額の増加に伴って源泉徴収額も毎年増加している。公団は、療養機関の税務申告の利便性を高めるために、療養給付費の年間支給内訳通報書(公団と療養機関代表者との取引内訳)を翌年1月に療養機関へ提供している。02年1月からは療養機関インターネットサービスを通じて、療養機関から直接照会・印刷できるようになった。

療養給付費の審査件数が増加したことで審査評価院の審査が遅くなり、療養給付費の支払いが遅延され、結果的に療養機関の資金繰りが悪化する事態が生じた。これを解消するため、01年5月に「健康保険財政安定非常対策委員会」の決定に基づき、同年5月よりEDI請求の療養機関に限定して、法定審査期間(15日)が過ぎた場合は、療養給付費請求額の90%を優先的に支給し審査完了後に精算する仕組みを導入した。これは「療養給付費の仮支給」と呼ばれる。04年度末現在、EDI請求機関は全療養機関70,413施設のうち83.3%に当たる58,677施設であり、そのうち46,970施設に対して、2兆2,628億ウォンが仮支給金として支給された。仮支給金額は前年度に対して37.4%減少したが、公団ではEDI請求機関に対する審査期間が短縮された結果とみている。

#### ⑤療養機関インターネットサービス

従来まで、療養機関は請求した療養給付費の支給予定日や金額、受診者が健康保険証を持参しなかった場合の資格有無等を確認するために、公団に電話で問い合わせを行っていた。また、公団も療養機関の年間所得税の源泉徴収内訳書等を書面で発送するなど、事務手続きや事務管理の面で不便であった。このため、01年7月11日より療養機関の利便性向上を目指して、公団ホームページ上に療養機関会員サービスを開設した。ここでは、療養給付費の支給内訳の提供、支給予定日の公示、年間所得税の源泉徴収内訳書

等の提供を行っている。

また、04年7月1日からは、療養給付費の支給予定日案内を15日単位から30日単位へと拡大し、長期間の支給予定日の予測を可能にした。また、以前は請求日で照会していたが、これを請求時に取得する「受付番号」で照会できるようにした。さらに、審査評価院から療養給付費の審査結果内訳を公団が引き継ぎ、点検が完了した内訳に対して、療養給付の支給内訳画面から支給予定日がわかるように改善がなされた。

04年度末現在、インターネットサービス加入療養機関数は68,010施設であり、全施設の96.6%に相当する。01年より59.3%増加した。

## ⑥療養給付費の請求明細書の管理

療養給付費の請求・支給の適正化の一環として、保険者の異議申し立てや不当受給の管理、重複請求した療養給付の取り戻しの決定、本人負担額補償金の処理、診療内訳の通報および受診者の照会業務など、保険給付の事前・事後管理資料として活用するために、02年5月より公団で給付費明細書<sup>22</sup>を管理することになった。

図表 48 療養給付費の請求明細書の公団管理までの経緯

00年2月22日	審査評価院機能設定委員会で、明細書を異議申し立てに所要する期間（3か月）が経過した後に公団に移管することを決定
00年11月24日	保健福祉部「明細書保管主体などの決定」通知 －審査評価院は審査・評価処分日から90日保管した後、公団へ引き継ぐ －電子媒体分は公団に電算保管できるよう指示
01年3月27日	保健福祉部「財政安定非常対策委員会」会議の決定 －電子媒体分を含む全明細書を公団へ移管
01年5月4日	審査評価院と協約書を作成、協約締結施行日から施行 －書面明細書は審査完了後90日間審査評価院で保管した後、公団へ引き継ぎ －電子媒体明細書は審査決定内訳の通報と同時にDAT方式で公団へ引き継ぎ

書面請求明細書は公団の各地域本部の資料保管室に、年度別・月別の審査次数の順に区分して保管されている。また、電子媒体請求明細書は、情報管理室内のDAT保管室に年度別・審査評価原本／支援別・審査次数別に区分して保管されている。

<sup>22</sup> いわゆる「レセプト」を指す。

## ⑦加入者サービス

公団では、近年、疾病予防や健康増進のために、健康教育や禁煙キャンペーン活動、禁酒運動等の健康増進・予防事業に積極的に取り組んでいる。健康教育のパンフレットを作成し、学校や職場等に配布したり、主に中高校生を対象とした禁煙教育を200回以上開催したりしている。

02年からはケースマネジメント事業を開始している。この事業では、高血圧や糖尿病、脳梗塞、腎不全、小児喘息などの慢性疾患患者を特定し、適切に医療サービスを受け、健康的な生活習慣を实践させるよう積極的に介入することで、結果的に医療費を削減しようという取り組みである。04年には延べ12万580人に対してケースマネジメント事業が実施された。

図表 49 疾患別ケースマネジメント実績(2004年)

	対象者		訪問		電話		実行件数 計	
	人	%	回数	%	回数	%	回数	%
計	8,908	100.0	27,473	100.0	10,608	100.0	38,081	100.0
高血圧症	5,884	66.1	17,235	62.7	6,346	59.8	23,581	61.9
糖尿病	2,951	33.1	9,673	35.8	3,948	37.2	13,621	35.8
脳梗塞	73	0.8	565	2.1	314	3.0	879	2.3

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」より作成

さらに、公団では、04年より加入者支援・保護事業の一環として、「HRA (Health Risk Appraisal) システム」を開始した。HRAとは、インターネット上で加入者が自分の健康危険因子を評価できる健康リスク評価プログラムである。HRAでは、国民健康保険で実施する健康診断事業で収集した個人の健康に関する膨大なデータを活用している。この評価事業では、将来、致命的な状態をもたらす可能性のある疾患可能性ランキングを数値指標で示している。このリスク評価は、韓国人の年齢別・性別による10大死亡原因疾患に関する統計データをもとにしている。この事業により、加入者が自分の健康を改善する上で有益な情報を入手することができる。健康診断のデータがない場合でも、簡単な問診に応えることで評価を受けることも可能な仕組みとなっている。

### (3) 公団のネットワークシステム

公団では、超高速コミュニケーションネットワークにより、本部と6か所の地域本部を結ぶことで、電算処理システム（EDPS；Electronic Data Processing System）を活用している。このシステムにより、加入者は全国どこでも保険サービスを受けることが可能となっている。本社には、診療費支払いや組織管理、健康診断事業、資格データベース、治療記録等のデータベースがあり、地域本部には、資格管理や保険料徴収管理、給付記録等に関するデータベースがある。公団では、本部と6つの地域本部に6種類のデータベースを保有している。

データウェアハウスシステムでは、OLAPという分析ツールを用い、直接データを検索・分類することができ、情報入手時間を短縮し、効率性を高めている。また、多変量解析やデータサンプリングなど統計解析機能を強化している。

国民健康保険で導入されたEDIシステムには2つのタイプがある。1つは公団と事業場の間を結ぶEDIであり、もう1つは審査評価院と療養機関を結ぶEDIである。EDIは、日常の保険業務を効率化するために、97年7月に初めて導入された。事業場EDIは、加入者に関連した保険業務を実施する際に用いられる。現在、国民健康保険の適用や職場加入者用の標準報酬月額改訂版の通知など、18種類の業務で活用されている<sup>23</sup>。EDIを導入している事業場は、04年には14万4,007か所であり、全事業場の26.2%に相当する。

図表 50 EDI導入事業場数

	2001年	2002年	2003年	2004年
事業場数	363,210	416,607	489,384	548,714
EDI導入事業場数	28,478	69,682	108,970	144,007
導入率(%)	7.8	16.7	22.3	26.2

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」

<sup>23</sup>国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」による。

## 2. 健康保険審査評価院の組織・運営

### (1) 組織・運営

健康保険審査評価院（HIRA；Health Insurance Review Agency）は、国民健康保険公団と同様、「国民健康保険法」により 00 年 7 月 1 日に設立された法人である（国民健康保険法 第 55 条）。

医療保険統合前は、医療保険組合の中央機関である「医療保険連合会」が、組合に対する指導監督の他に、診療費の審査・支払を行っていた。審査評価院設立の背景には、保険者がひとつに統合されるのに伴い、保険者が審査機能を持つことに対する医療機関や有識者等からの批判があった。適切な医療を確保するためには、公平かつ客観的で効率的な、独立した審査機関が必要であるとの見解により、医療保険連合会を解散し、保険者とは独立した審査評価機関を設立することが決まった。

審査評価院は、診療費の審査と患者に提供された医療サービスの適切性を評価する機能を担っている。このほか、審査評価機能の向上のための調査研究、医療関連統計の作成等を行っている（国民健康保険法 第 56 条）。

#### 【国民健康保険法】(抜粋)

第 55 条（設立）療養給付費用の審査と療養給付の適正性を評価するために健康保険審査評価院（以下「審査評価院」という）を設立する。

#### 第 56 条（業務など）

①審査評価院は次の各号の業務を管掌する。

1. 療養給付費用の審査
2. 療養給付の適正性に対する評価
3. 審査および評価基準の開発
4. 第 1 号または第 3 号の業務と係わる調査研究および国際協力
5. 他の法律の規定によって支給される給付費用の審査または医療の適正性評価に関して委託を受けた業務
6. 健康保険に関して保健福祉部長官が必要と認めた業務
7. その他保険給付費用の審査と保険給付の適正性評価に関して大統領令が定める業務

②第 1 項第 2 号、第 5 号および第 7 号の規定による療養給付などの適正性評価に関する基準、手続、方法その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

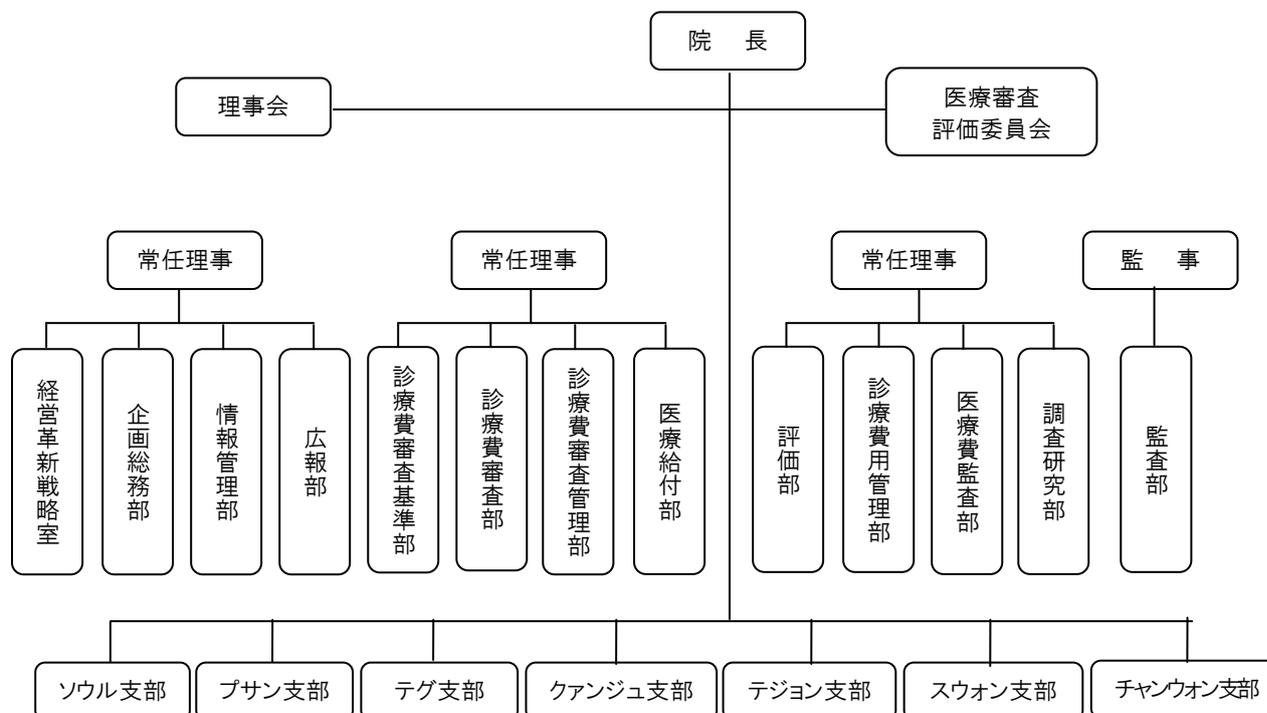
#### 第 57 条（法人格など）

①審査評価院は法人にする。

②審査評価院は主たる事務所の所在地で設立登記をすることで成立する。

審査評価院の組織は、次のようになっている。

図表 51 健康保険審査評価院の組織



資料) 健康保険審査評価院資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

審査評価院の役員は、院長 1 人、理事 16 人、監事 1 人を置くことが国民健康保険法第 58 条に定められている。院長および監事は保健福祉部長官により任命される。また、同法により、理事は医薬関係団体が推薦した者 5 人、国民健康保険公団が推薦した者 3 人、審査評価院の院長が推薦した者 3 人、労働組合・使用者団体・農漁業団体および消費者団体が推薦した者各 1 人および大統領令で定める関係公務員 1 人を保健福祉部長官が任命することになっている。役員の任期は 3 年であり、院長と理事の中で 3 人と監事は常勤とすることが定められている。

05 年 12 月末現在の職員数は 1,571 人である。専門職数は、医師が 31 人、看護師が 833 人、薬剤師が 36 人、医療技師が 69 人である<sup>24</sup>。看護師は看護大学を卒業し総合病院の勤務経験を 2 年以上有することが条件となっている。また、弁護士や公認会計士が職属している。このほかに 600 人の非常勤医師がいる。

審査評価院の本部はソウルにあり、ソウル、プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、

<sup>24</sup> その後、保健福祉部の了承を得て 89 人増員し、06 年 7 月現在は 1,660 人である（インタビュー調査による）。

スウォン、チャンウォンの7広域都市に支部がある。本部では、全国の三次病院や総合病院、歯科教育病院、韓方病院の診療費審査および医療給付内容の適切性の評価を行い、各支部では、エリア内の病院、医院、歯科病院、歯科医院、韓方医院、薬局、保健機関の診療費審査、および医療給付内容の適切性評価の補助業務を行っている。

審査評価院の運営費は、わが国の社会保険診療報酬支払基金とは異なり、予算申請により1年間の予算総額を公団から受け入れている。これは、国民健康保険法にもとづくものであり、同法には「審査評価院ではこれらの業務を実施するための運営費として、公団から負担金を徴収できる」と明記されている(第60条第1項)。また、負担金の金額や取り立て方法等は、保健福祉部令で定められている(第60条第3項)。具体的には、審査評価院が事業計画と予算案を作成し保健福祉部に提出する。保健福祉部が了承すると、その予算額が公団を通じて支払われる仕組みである。国民健康保険法では公団からの負担金、すなわち、公団が徴収した保険料で審査評価院の運営費が賄われていることになるが、①審査評価院自らが事業計画の作成および予算申請を保健福祉部に行い、保健福祉部が決定すること(公団を通さない)、②公団の財政収入に占める国庫財政支援金比率が高いことから、実質上は保健福祉部からの予算額として受けとめられている。審査評価院では、独立機関として機能するためには、運営費が公団を通さずに政府から直接支払われる仕組みづくりが必要であると考えている。

## (2) 審査評価院の業務内容

### ①診療費審査

国民健康保険法により、審査評価院には、療養機関が患者に提供したサービスに対する診療費を審査する権限が与えられている。法律では、診療の必要性と傷病に対する治療内容については、患者の年齢や性別、職業、症状を考慮することを認めている。そのため、審査評価院では審査基準や法律の規則、指針等にもとづき、患者に提供されたサービスが医学的に認められた範囲内にあるか、適正な水準であるか、費用対効果の高い方法であるかどうかといった点を審査する。このような診療費審査は、不公正・不適正な診療への支払の防止、不要あるいは過度の診療の抑制、出来高払い制度における適正な医療内容を明らかにすることにもつながり、適正な国民健康保険制度を確保する上で重要な機能といえる。

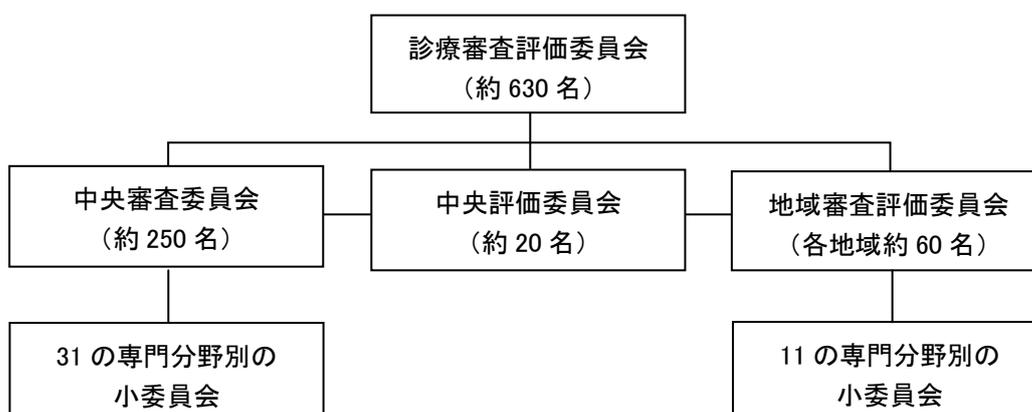
診療費審査を行う上での審査基準とは、法律で規定された診療基準の他、保健福祉部告示による診療報酬、薬価算定基準、保健福祉部の指針や通達、診療審査評価委員会が審議し決定した審査基準からなる。

診療費審査は、①審査スタッフによる審査、②委員による審査、③委員会による審査に区分される。審査スタッフは療養機関から提出された請求書明細(レセプト)について、患者に提供されたサービスが各種の審査基準や診療報酬に合致しているかどうかを

判断する。

診療審査評価委員会は診療審査の公正性と効率性を向上させるために審査評価院内に設置された組織である。この委員会は、30名の常勤委員と600名の非常勤委員で構成され、免許取得後10年以上かつ、教育病院のような高次機能病院で経験を積んだ医師や歯科医師、韓方医、薬剤師で構成される。委員会は「中央審査委員会」、「中央評価委員会」、7つの「地域審査評価委員会」から成っている。高度な専門的判断を求められる事例のために、中央審査委員会には31、地域審査評価委員会には11の専門分野別の小委員会が設置されている。委員会委員の任期は2年であり、2年ごとに入れ替えられる。委員会の構成は次のとおりである。

図表 52 診療審査評価委員会の構成



資料) 健康保険審査評価院資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

療養機関の請求相手は保険者である国民健康保険公団である。しかし、国民健康保険法では、支払を受ける前に審査評価院の診療費審査の過程を経ることとしており、審査評価院への請求書提出は、国民健康保険公団への提出とみなされる。これにより、療養機関は、国民健康保険公団ではなく審査評価院に請求書を提出する。

療養機関は書面請求、FD による請求、EDI 請求の3つの方法で請求を行うことができる。EDI や FD 請求は書面請求に比べて、請求と審査の時間や労力、コストを削減できるため、政府と審査評価院では EDI 請求や FD 請求のような電子請求システムを選択するよう医療機関に求めている。これにより薬価、診療材料価格、診療費計算のエラー、記述エラーに関する審査の自動化、迅速化が可能になる。全請求における EDI または FD 請求の比率は約 90% であり、EDI 方式を採用する療養機関の数は引き続き増加している。

診療費審査の方法は、引き続き改善され分散化されている。審査評価院本部では三次

医療病院、一般病院、歯科教育病院、韓方病院を担当し、本部で審査される三次医療病院、一般病院以外の病院や医院からの請求は、7つの支部で審査・評価を行っている。

図表 53 審査評価院における本部と支部の役割

○本部

- ・ 国全体の三次医療病院、一般病院、歯科教育病院、韓方病院の診療費を審査する。
- ・ 診療給付の適正性を評価する。

○支部（各地域）

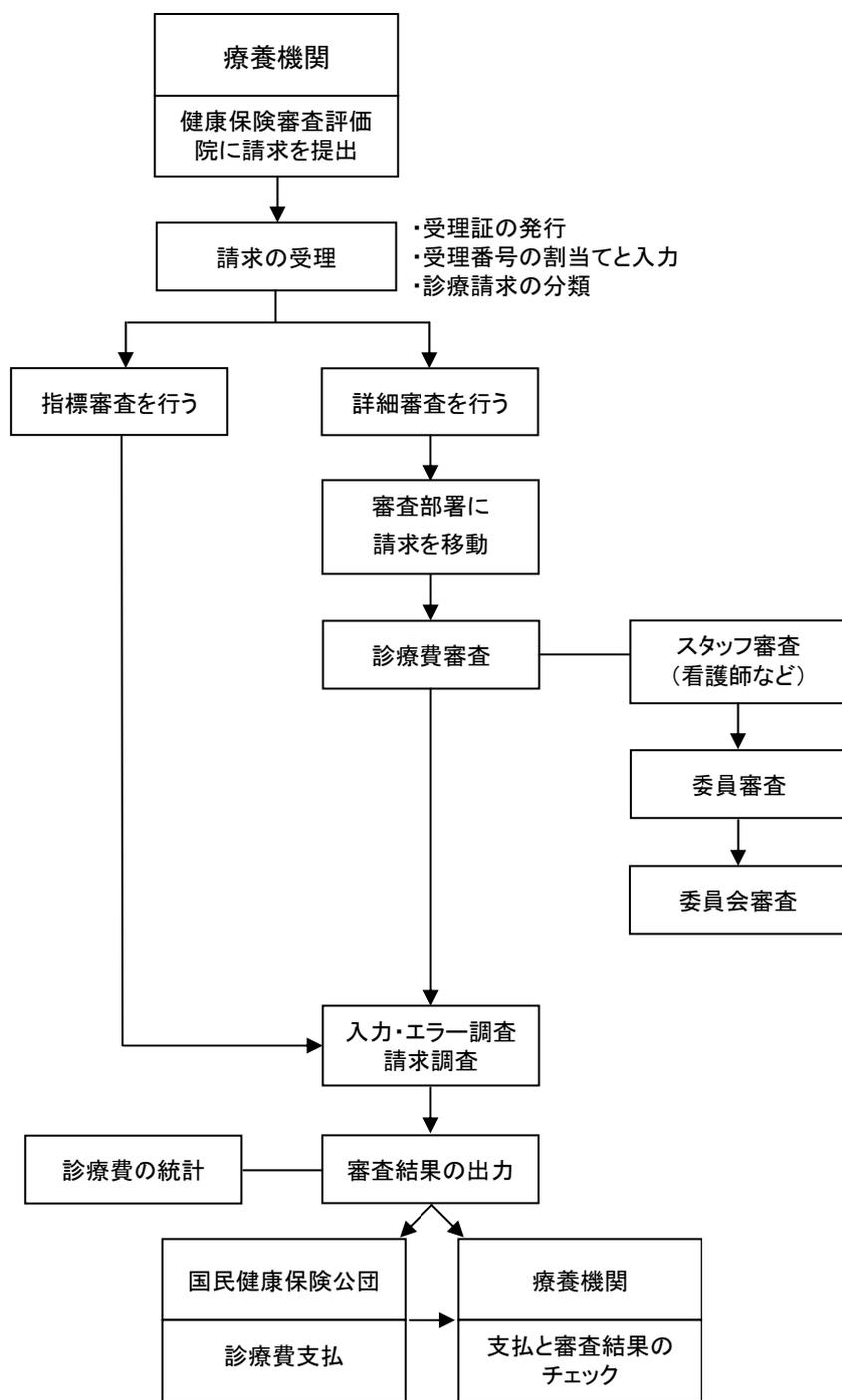
- ・ 7つの地域（ソウル、プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、スウォン、チャンウォン）にある病院、医院、歯科病院、歯科医院、韓方医院、薬局、保健機関の診療費を審査する。
- ・ 診療給付の適正性評価を支援する。

入院レセプトは、他のレセプトと比較すると、情報量が多く金額も高額であり、診療も高度な内容を含むため、詳細な審査が行われる。外来レセプトの場合は、診療科や疾病別の全国平均額に照らして設定された、いくつかの指標よりもサービス費用が低ければ、請求の妥当性を調査するだけで、比較的短期間で審査が終了する。しかし指標よりも費用が高い場合は、詳細な審査が行われる。

療養機関は人員、設備、その他の医療サービスに関連するすべての情報を審査評価院に報告しなければならない。審査評価院はこの報告された情報をデータベースシステムに蓄積し、迅速にレセプト審査に反映させている。委員会が定めた審査基準は、療養機関からのレセプト請求をより正確なものにするために、毎月、審査評価院のホームページに公開される。

審査終了後、審査評価院はその結果を国民健康保険公団と療養機関にそれぞれ通知する。国民健康保険公団は審査評価院から通知された審査結果にもとづいて診療費の支払いを行う。

図表 54 診療費請求審査の流れ



資料) 健康保険審査評価院資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

## ②診療給付の適正性評価

審査評価院の主要なもうひとつの役割として、診療給付の適正性評価がある。審査評価院が診療給付の適正性評価を行うことは、国民健康保険法の第56条第1項第2号に定められている。診療給付の医学的必要性、質、適正性と費用対効果を確保するために必要な役割となっている。審査評価院の目標は、適正性評価を行うことによって療養機関が患者に提供する医療サービスの質や有効性、効率性、経済性を高めることである。

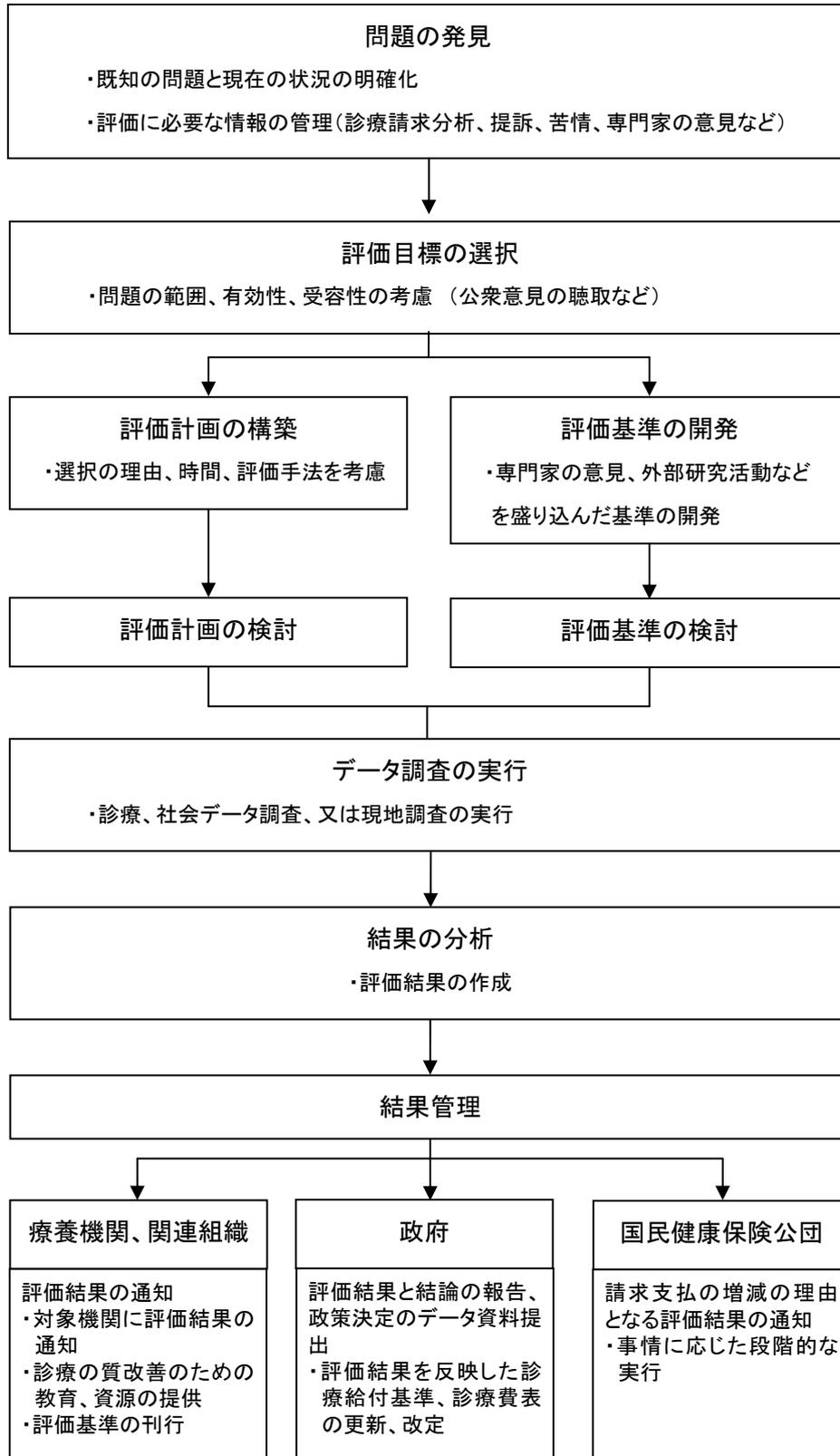
診療給付の適正性評価は、個々の臨床上のエラーに注目したり、標準以下の事例に注目したりするのではなく、医師や療養機関、他の関連する組織の協力を得ながら、診療給付全体の適正性を確保するように設計されている。審査評価院の評価プログラムは一般的に医療サービスの提供において、患者だけでなく療養機関にも大きな影響を与えることになる。評価委員会は評価対象と詳細な評価手順を決定する。次の内容は診療給付の適正性評価を行う基本指針である。

図表 55 医療費適正性評価の基本方針

- ・ 個人に重大な健康的影響をもたらす診療内容と医療資源の利用に注目すること
- ・ 計測可能な指標の特定を通じて医療の質の基準を決定すること
- ・ 診療行為の改善の可能性を明らかにすること
- ・ 公式、非公式の連携を審査評価院が主導して構築すること
- ・ 実績の測定と統計分析に合理的な方法論を採用すること

韓国では薬剤費比率が高いが、この薬剤費を削減するために、審査評価院職員が直接薬剤や診療材料の供給業者にあたり、実質的な取引価格を調査している。また、不正請求の疑いのある療養機関に対して、年間数百件単位で、審査評価院職員が直接訪問して調査している。統計的な評価指標であるコストインデックスを作り、その範囲外の療養機関に対しては集中的に精密審査している。

図表 56 診療評価の基本的手順



資料) 健康保険審査評価院資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

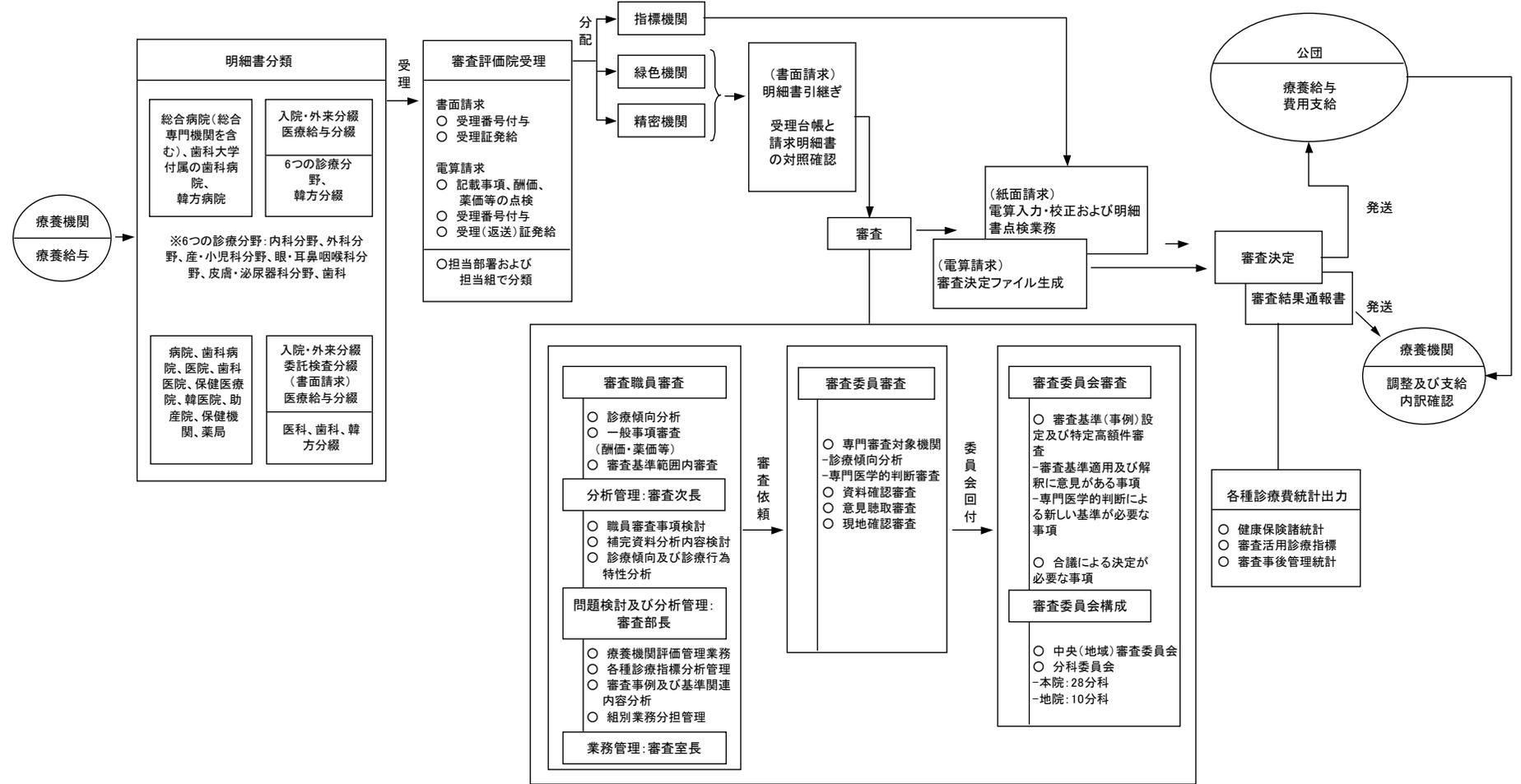
### ③医療提訴委員会

療養機関や国民健康保険公団、または他の関係者が審査評価院の診療費審査や診療給付の適正性評価の決定に不満をもつ場合には、審査評価院の「医療提訴委員会（Health Care Appeals Committee）」に提訴することができる。提訴は書面にて審査評価院の決定から 90 日以内に提出されなければならない。審査評価院医療提訴委員会の決定にも不服がある場合、療養機関等は保健福祉部の「医療保険紛争委員会（Medical Insurance Disputing Committee）」に提訴することができる。さらに、高等裁判所に提訴することもできる。

審査評価院の医療提訴委員会は審査評価院の代表スタッフ、加入者から推薦された加入者代表、審査評価院の院長に指名された弁護士、社会保険の専門家、各専門家団体を代表した医師、歯科医師、韓方医師、薬剤師で構成される。

保健福祉部の医療保険紛争調停委員会は、官僚、裁判官、検察官または弁護士、社会保険または医療関連分野の教授・助教授の代表で構成される。この委員会の議長は保健福祉部副長官である。

図表 57 審査と支払いの流れ



資料) 健康保険審査評価院資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

#### ④EDIの現状

前述したように、韓国の診療費請求（レセプト請求）では、EDI方式による電子請求が全請求の89.7%、FD請求が同7.6%を占めており、電子請求が97.3%と電子化が進んでいる。

図表 58 診療費請求方法

(単位：%)

	全体	専門 総合 病院	総合 病院	病院	医院	歯科 病院	歯科 医院	韓方 病院	韓方 医院	助産 所	保健 機関	薬局
紙	2.6	0.9	15.8	28.5	2.1	0.9	0.4	53.6	1.0	100.0	13.3	0.0
FD	7.6	0.0	0.2	0.9	17.9	0.8	16.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EDI	89.7	99.1	84.0	70.7	80.0	98.3	83.3	46.4	99.0	0.0	86.7	100.0

注) 2004年

資料) 健康保険審査評価院「Health Insurance Review and Evaluation in Korea 2005」

94年5月、政府の承認の下、医療保険連合会と韓国通信（Korea Telecom）間でEDI方式による医療保険診療費請求試験事業共同推進が決定された。同年6月から11月までEDIシステムを開発し、12月から100の病院・医院を対象に試験事業を開始した。また97年5月からは薬局もEDIで医療保険診療費を請求する試験事業を始めた。さらに98年8月からは韓方療養機関と保健機関もEDI医療保険診療費を請求するようにシステム開発と試験事業を始めた。

00年7月から施行された「国民健康保険法施行規則」では、「電子文書交換（EDI）方式による療養給付費用審査請求書および明細書を審査評価院に提出し、審査評価院と公団は同方式により、療養給付費用審査結果通知書および療養給付費用支給通知書をそれぞれ療養機関に知らせる」ように規定された。04年12月末、5万8,677施設の療養機関がEDI方式を選択（83.4%）している。

図表 59 EDI方式を選択している療養機関の現況

(2004.12.31現在、単位：か所、%)

区分	計	専門 総合 病院	総合 病院	病院	歯科 病院	韓方 病院	韓方 医院	医院	歯科 医院	薬局	保健 機関
療養 機関	70,331	42	241	970	108	156	9,176	24,301	12,083	19,838	3,416
請求 機関	58,677	42	198	734	97	96	8,448	17,893	9,556	18,489	3,124
	83.4	100.0	82.2	75.7	89.8	61.5	92.1	73.6	79.1	93.2	91.5

資料) 保健福祉部「保健福祉白書2004」

## ⑤療養機関情報の活用

療養機関は、医師の人数や施設・設備の状況等に関する医療資源管理情報を審査評価院に報告することが義務づけられている。医療資源管理情報には、療養機関設備や人材の状況、看護師数、技師数、病床数、医療機器の使用年数、医師の免許番号、専門医・総合医、定年退職等に関する情報が含まれており、変更内容は審査評価院のデータベースに随時反映される。審査評価院では、この医療資源管理情報を診療費審査の際に活用している。例えば、ある病院から理学療法を行った診療費請求があった場合に、その病院に理学療法士がいなければ問題であるため、医療資源管理情報を用いて請求が適正かどうかを自動的にチェックしている。

また、審査評価院では、医師の出入国情報を出入国管理局から入手して、審査の際に活用している。例えば、医師が海外滞在中であった期間内の日付に診療行為が行われている請求は不適格となる。

審査評価院では、国民向けに情報公開を行っている。01年に「韓国の帝王切開率が40.5%であり、世界一高い」といった報道がなされた。これを契機に市民団体等が「帝王切開率を引き下げるためには療養機関の情報を公開すべきである」とし、情報公開を求める動きを起こした。ついには、重要情報の公開を巡り、市民団体が保健福祉部に対して訴訟を起こし、保健福祉部が敗訴に至った。当初は帝王切開率の低い病院のみを公開していたが、「もっと情報を公開すべきだ」という市民団体の強い要望があり、現在では全ての療養機関の帝王切開率を公表している。帝王切開率の他には、抗生剤の処方率、不必要な注射といった項目があり、この3点について療養機関別に審査評価院のホームページ上で公開している。これらの情報は療養機関にとっては非常にデリケートな情報であり、このような情報公開に対する療養機関側の反発は大きかった。例えば、抗生剤を使わなければならない診療内容であるにもかかわらず、「抗生剤処方率」といった形で数値として公表されると、不必要な治療をしている病院というイメージを与えかねず、病院経営に打撃が出るのではないかという危惧があった。しかしながら、療養機関の反発以上に、情報公開を求める市民団体の要望が強かったことから、保健福祉部も情報公開するよう方針を固めた。

## 第4章 医療保険統合後の財政運営と財政統合

韓国では、医療保険統合からわずか1年後の01年6月に医療財政が破綻した。この後、同国では医療財政の健全化が最重要課題となり、様々な取組みがなされていった。また、医療保険管理組織が統合された後も、被保険者の資格区分を「職場加入者」と「地域加入者」の二つに分け、それぞれ異なる保険料賦課体系を適用し、その財政も区分して管理していた。この状態を「一制度・一保険者・二会計」と国民健康保険公団では説明している。「職場医療保険」と「地域医療保険」の財政統合は二度にわたり延期されるという事態を経ながら、組織統合から3年後の03年7月に、ついに財政統合が行われた。

本章では、医療保険統合後の医療財政の状況と財政健全化に向けた取組みを整理しつつ、03年7月に実施された財政統合の内容と関係者の評価を中心にまとめた。

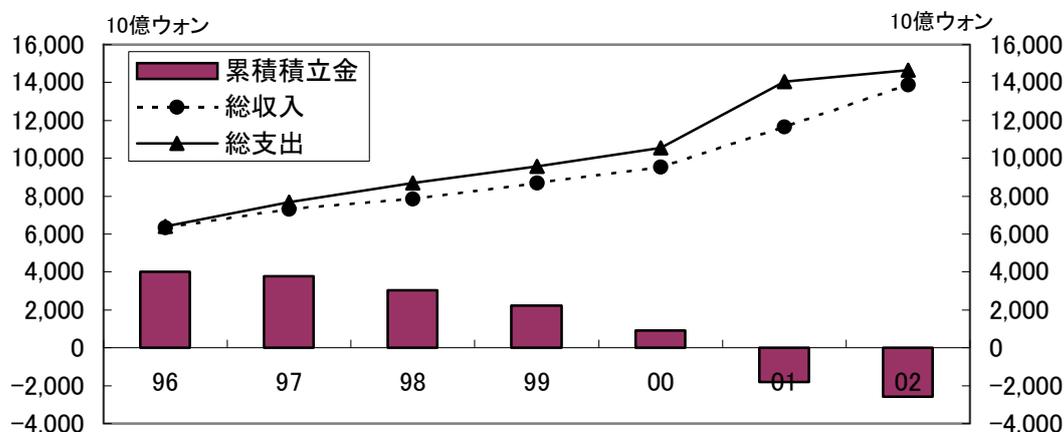
### 1. 医療保険統合後の財政状況

#### (1) 医療保険財政の悪化

医療保険統合後、医療保険財政は極めて厳しい状況となった。統合からわずか1年後の01年6月29日に、国民健康保険公団の財源が枯渇し、医療機関に給付費を支払えなくなるという事態が起こった。結局、公団は金融機関から借入れを行うことで財源調達を行った。急激に赤字が増えたので、制度自体の存続が危ぶまれる状況となった。

このような財政危機が起きたのは、地域医療保険だけでなく職場医療保険までが赤字収支に陥り、累積積立金も取り崩され枯渇してしまったからである。金大中氏が大統領に当選する前年の96年には、職場組合の累積積立金は1兆9,485億ウォンにのぼり、これは同年総支出2兆5,547億ウォンの約76.3%という高水準であったことから、このような累積積立金の早期枯渇は予想外の事態であった。実際、統合方策の財政推計では、「統合によっても01年以降に2兆1,000億ウォンの積立金が確保できる」としていた。このような見通しがあったので、金大中前大統領は公約で「統合により（地域）医療保険に対する国庫支援をなくす」としていたが、財政危機に至り公約の実行は不可能となった。

図表 60 統合前後の医療保険財政の推移



資料) 国民健康保険公団 基本統計より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

## (2) 財政悪化の要因

このように医療保険財政が悪化した理由としては、医療保険統合と同時に実施した医薬分業の影響や医療保険統合に伴うもの等が指摘されているが、研究者や関係者の見解も多様である。

### ① 医薬分業実施の影響

金大中政権下の医療制度改革のキーワードは「統合と分離」であった。統合は「医療保険の完全統合」を、「分離」は「強制的医薬分業」を意味している。

韓国では00年8月に医薬分業が本格的に施行されたが、これに先立ち、医師団体側は「医療機関の経営基盤が損なわれる」として反発し、4回にわたり大規模なストライキを決行した。このストライキにより、患者が医療サービスを受けられないという深刻な状況が生じたため、政府は医薬分業の実施と引き替えに診療報酬の引上げを行った。99年11月から00年9月までのわずか1年足らずの間に実に4回の診療報酬引上げ<sup>25</sup>を実施したが、これは消費者物価指数の増加率を大幅に上回る引上げであった。このように、医師団体の反発の中で医薬分業を実施するために、対処療法的に診療報酬を引き上げたことが財政悪化をもたらしたことは否めない。

このほか、医薬分業が患者の受診行動に影響を与え、医療費が増加したこと、医薬分業によりかえって高額な薬剤が多く処方されるようになったことが指摘されている。医薬分業を実施した00年および翌年01年の調剤給付費は、連続して対前年比増加率が

<sup>25</sup> 99年11月に9.00%引上げ、00年4月に6.00%引上げ、00年7月に9.20%引上げ、00年9月に6.50%引上げを実施した。この間の消費者物価上昇率は99年11月が0.8%増、2000年9月が2.3%増であった。

300%を超える状況となっている。また、同じ時期の外来給付費も対前年比 9.2%、25.0%と大幅に増加している。大韓病院協会では、風邪などの軽い疾患でも医療機関で処方を受けなければ医薬品を購入できなくなったため、外来が増えたと分析している。

図表 61 給付費の推移

(単位：10 億ウォン、%)

	全体		入院		外来		調剤	
	金額	増加率	金額	増加率	金額	増加率	金額	増加率
1998	6,584.5	—	2,692.9	—	3,729.5	—	162.1	—
1999	7,652.9	16.9	3,059.1	13.6	4,393.0	17.8	200.7	23.8
2000	8,789.3	14.9	3,144.1	2.8	4,797.3	9.2	847.9	322.3
2001	12,940.6	47.2	3,533.1	12.4	5,998.6	25.0	3,408.9	302.1
2002	13,424.5	3.7	3,653.2	3.4	6,142.4	2.4	3,628.9	6.5
2003	14,755.2	9.9	4,354.1	19.2	6,444.2	4.9	3,956.8	9.0
2004	16,130.5	9.3	4,737.4	8.8	6,903.9	7.1	4,489.2	13.5

資料) 国民健康保険公団「2006 National Health Insurance Program of Korea」

## ②統合過程における保険者の管理運営能力の低下

90 年代半ばまで職場組合の財政状態は良く、毎年の黒字収支運営により積立金を蓄積することができた。むしろ、職場組合では 1 年分の給付費相当の積立金を蓄積することを経営目標に保険運営を行ってきた。給付費は毎年増加していく傾向であるが、それに応じた保険料引上げが難しい場合があるので、安定した保険運営を行うためには 1 年分の給付費相当の積立金が必要であろうとの当時の政府の方針にもとづくものであった。

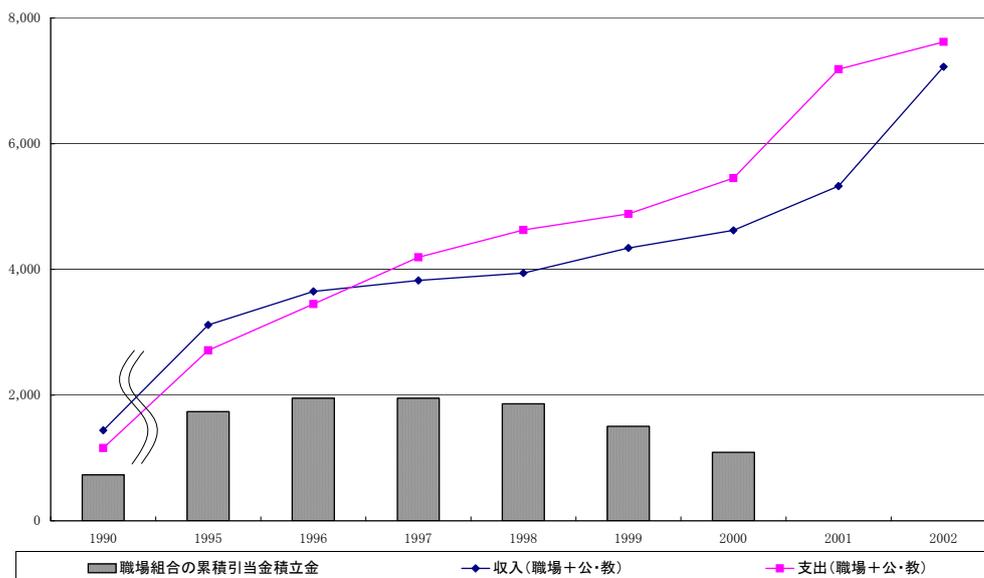
職場組合の累積積立金は着実に増加していったが、しかし、統合によってこの積立金を地域医療保険の財政支援に活用することが熱心に議論され、統合可能性が高まってくると、「本来、被保険者の給付拡大のために利用されるはずの組合財産を、拋出してない他者のために使用するのには財産権の侵害であり違憲ではないか」との主張もなされた。しかし、統合論が高まりをみせ、統合の可能性が高まる中で、各職場組合では、長期的な財政運営の視点は薄れ、財政均衡努力も減退していった。具体的には、保険給付に関する虚偽・過大申告の摘発をしなくなった。また、給付費額の増加に応じて、保険料の引上げが必要だったにもかかわらず実施しなかった。さらに、IMF 経済不況下で保険料納付が滞る事業所が増えたが、このような事業所への督促活動等も減り、結果として保険料徴収率が低下した。

このような職場組合の経営意欲の減退を背景に、金大中氏が大統領選に勝利した 97 年より職場組合の収支は赤字に転じた。本格的な医療保険導入から約 20 年間かけて蓄積してきた積立金は、財政統合が延期されている間に急速に取り崩され、01 年には完

全に枯渇してしまっただけでなく、医療保険統合の目的および統合後の政策はすべて、職場組合の積立金を前提にしたものであったため、この積立金の枯渇問題は政策の混乱につながった。

図表 62 職場および公・教組合における収入・支出・累積引当金積立金の推移

(単位：10億ウォン)



資料) 医療保険連合会「医療保険統計年報」各年度、国民健康保険公団、中央大学社会科学研究所「健康保険白書 2001 年」等をもとに三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

### ③「負担」と「給付」均衡の視点の欠如

韓国の医療保険制度は保険料の負担水準と保険給付の水準がともに低い「低負担・低給付」という特徴をもっている。これに対し、組合派・統合派ともに「適正負担・適正給付」構造へ移行することが必要と主張してきた。このうち、統合派は、「組合方式では、財政力が低い組合に合わせた給付水準となってしまう『下方水準化』が生じるため、適正給付を実現できない」と主張し、統合により、社会連帯に基づいた給付の包括的保障と公平性が確保できるとしていた。

実際、政府は統合を契機に給付拡大政策を実施した。国民健康保険法は「健康」という言葉が示すように、保険給付の対象を従来の「治療」に限定せず、リハビリや予防・健康増進まで拡大できる大きな枠組みを設けた。また、以前は、保険給付については、給付対象期間の制限を設けていたがこれを撤廃し、さらに、65 歳以上高齢者の自己負担金を軽減した。

一方、この給付拡大政策に対する財源政策であるが、本来、給付拡大を計画する場合には、保険料引上げか他の財源を補填することが必要であるにもかかわらず、どちらも

実施しなかった。保険料についていえば、職場医療保険では、統合前の職場組合の最低保険料率（3.0%）よりも低い保険料率（2.8%）が一律に適用された。地域医療保険についても、全国標準賦課体系の適用により負担が統合前よりも重くなる地域には、負担が重くなりすぎないように配慮がなされた。この結果、統合前よりも保険料負担が増えることは起こらなかった。また、別の財源である国庫支援については、もともと統合の目的が国庫支援の解消・最小化を目指すものであったことから、給付拡大に見合うような国庫支援の投入には至らなかった。

市民団体の一つである「健康連帯」は「金大中政府健康保険改革の成果と限界」を發表し、その中で、財政破綻を予測できなかった政府や公団に対する厳しい評価を下している。

図表 63 年度別平均保険率の変動推移(単位: %)

区分	職場					公・教
	平均	共同組合 平均	単独組合 平均	最高	最低	
1992	3.09	3.09	3.10	4.6	3.0	4.6
1993	3.06	3.06	3.06	4.4	3.0	3.8
1994	3.04	3.03	3.04	4.0	3.0	3.8
1995	3.03	3.03	3.05	4.0	3.0	3.8
1996	3.05	3.05	3.05	4.8	3.0	3.8
1997	3.13	3.13	3.14	4.4	3.0	3.8
1998	3.27	3.22	3.43	6.0	3.0	4.2
1999	3.75	3.70	3.89	6.0	3.0	5.6
2000.7	2.8%					3.4
2001.1	3.4%					
2002.3	3.63%					
2003.1	3.94%					
2004.1	4.21%					
2005.1	4.31%					

資料) 保健福祉部「保健福祉白書 2004」

## (2) 財政再建の取組み

### ① 財政健全化総合対策

財政赤字の問題が厳しくなった 01 年度から、保健福祉部は「健康保険財政健全化総合対策」を発表し、これに沿って様々な対策を講じた。01 年 5 月に第 1 次、同年 10 月に第 2 次、翌年 4 月に第 3 次と 3 回にわたり財政安定化対策がとられた。財政安定化対策には、支出抑制策と収入拡大策があった。

支出抑制策として、まず第一に、既存の給付範囲の見直しを行うことになり、給付拡大政策は延期されることとなった。具体的には、給付対象期間が「入院・外来・投薬日数合計で年間 365 日以内」となり、再び制限が設けられた。また、保険適用医薬品であった風邪薬や胃腸薬などのうち約 1,400 品目が保険適用外とされた。さらに MRI 等保険財政に影響を与える高額診療等に対する給付拡大が延期された。

第二に、審査評価院の診療費審査と医療適正性評価を厳格化し、不正申告や不正請求の防止を徹底した。この結果、審査期間が長期化し、医療機関への支払いが遅れ気味となり、医療機関の資金繰りを悪化させる原因となった。

第三に、02 年 4 月の療養給付の換算指数（診療報酬）では、マイナス 2.9%という初のマイナス改定を実施した。

次に収入拡大策として、保険料徴収率の向上と保険料率の引上げを行った。職場医療保険の保険料率は 00 年 7 月には 2.8%であったが、これを 01 年 1 月に 3.4%、02 年 3 月に 3.63%と引き上げた。同様に、地域医療保険の 1 点当たり適用点数金額は 01 年には 100 ウォンであったが、これを 02 年 3 月に 106.7 ウォンに引き上げた。しかしながら、この保険料率の引上げは十分なものとはいえない水準であった。保険財政を回復するために保険料率を引き上げる形となり、給付範囲が縮小したこともあり、国民の医療保険に対する不信感が高まり、これが保険料引上げを難しくするという悪循環に陥った。

このほか、収入拡大策として国庫支援を法制化し、国庫支援を増額した。この内容については②で後述する。

図表 64 保健福祉部の健康保険財政健全化対策の推進経過

区分	1次		2次		3次	
	2001.5.31	施行の有無	2001.10.5	施行の有無	2002.4.10	施行の有無
支出抑制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○処方・診察料の統合</li> <li>○差等診療報酬制</li> <li>○注射剤の処方・調剤料の削除</li> <li>○夜間加算適用時間の調整</li> <li>○診療費の審査・実査の強化</li> </ul>	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保険適用日数の制限</li> <li>○一般医薬品の非給付への転換（1400 薬品）</li> <li>○薬局の調剤料の診療報酬の統合、基本調剤技術料・調剤料・服薬指導料・薬局管理料・医薬品管理料5項目を2～3項目へ統合</li> </ul>	○ ○ ×	○薬価の再評価	○
収入拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国庫支援法制化（特別法）地域保険給付費用と公団管理費の50%</li> <li>○保険料率の引き上げ 06年までに8～9%の引き上げ</li> </ul>	○ ×	—		—	

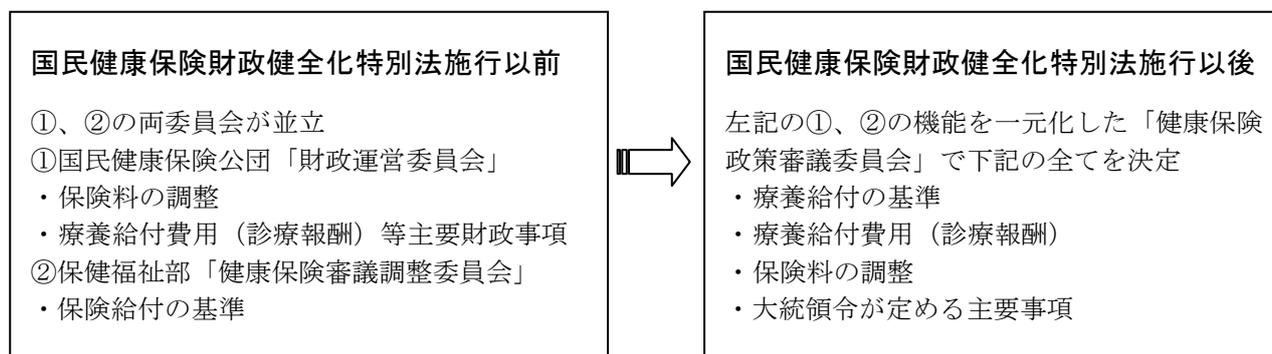
資料) 大韓医師協会資料

## ②国民健康保険財政健全化特別法の概要

政府は、02年1月19日に「健康保険の財政赤字を早期に解消して財政収支の均衡をもたらす」ことを目的に、「国民健康保険財政健全化特別法」を制定した。同法は06年12月31日まで効力を有する法律であり、同法施行下では赤字解消といった財政健全化の取組みが最優先課題とされる。

同法では、まず、医療財政の支出と収入に影響する、療養給付基準（診療報酬）と保険料率について審議・議決するための組織として「健康保険政策審議委員会」を保健福祉部長官下に設置した。この結果、保険料の審議・議決組織であった公団財政運営委員会の役割は限定されたものとなった。

## 国民健康保険法および国民健康保険財政健全化特別法上の主要委員会（再掲）



### 参考：健康保険政策審議委員会について

- 設置根拠：健康保険財政健全化特別法第3条
- 機能：次の事項を審議議決
  - ・療養給付の基準、療養給付費用（診療報酬）
  - ・地域加入者が属する世帯の月別保険料額、職場加入者の保険料率
  - ・大統領令が定める健康保険に関する主要事項
- 所属：保健福祉部長官
- 委員会構成
  - ・保健福祉部次官
  - ・健康保険の加入者を代表する委員8人
    - －勤労者を代表する勤労者団体および使用者団体がそれぞれ2人ずつ推薦する者
    - －市民団体（非営利民間団体支援法第2条の規定による非営利民間団体を言う）、消費者団体、農・漁民団体、および農・漁民団体以外の自営者関連団体がそれぞれ1人ずつ推薦する者
  - ・医療関係団体を代表する委員8人
  - ・公益を代表する委員8人
    - －健康保険と関わる中央行政機関の長が等級二級以上の公務員の中から指名する者2人
    - －国民健康保険公団の理事長および健康保険審査評価院の院長が推薦する者2人
  - ・健康保険に関する専門家4人
- 委員の任期および会議
  - ・委員の任期：3年（ただし、公務員である委員の任期はその在任期間）
  - ・委員会は委員長が必要だと認める時または在籍委員3分の1以上の要求がある時に召集
- 適用期間：特別法が適用される06年12月31日まで

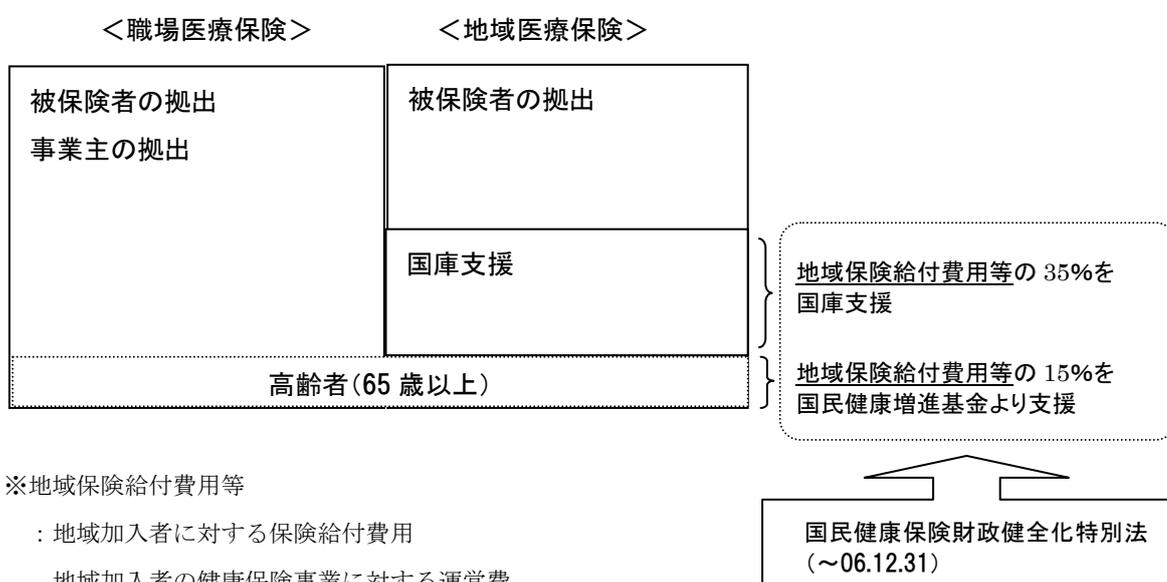
また、特別法では、地域医療保険に対する国庫支援額を具体的に明示した。この結果、国庫支援額は大幅に増加し、98年の1次統合時点と比較すると02年には3倍近くに達した。

【国民健康保険財政健全化特別法】

第15条（保険財政に対する政府支援）

- ①国家は毎年当該年度地域加入者に対する保険給付費用と地域加入者の健康保険事業に対する運営費（以下「地域保険給付費用等」という）の100分の35<sup>26</sup>に相当する金額を国庫で地域保険給付費用等に充当するために公団に支援する。
- ②保健福祉部長官は地域保険給付費用等の100分の15<sup>27</sup>に相当する金額を国民健康増進法による国民健康増進基金により公団に支援する。
- ③公団は第2項の規定によって支援された財源を職場加入者・被扶養者および地域加入者のうち65才以上の高齢者に対する保険給付に使わなければならない。

図表 65 職場医療保険と地域医療保険の財源(06年7月時点)

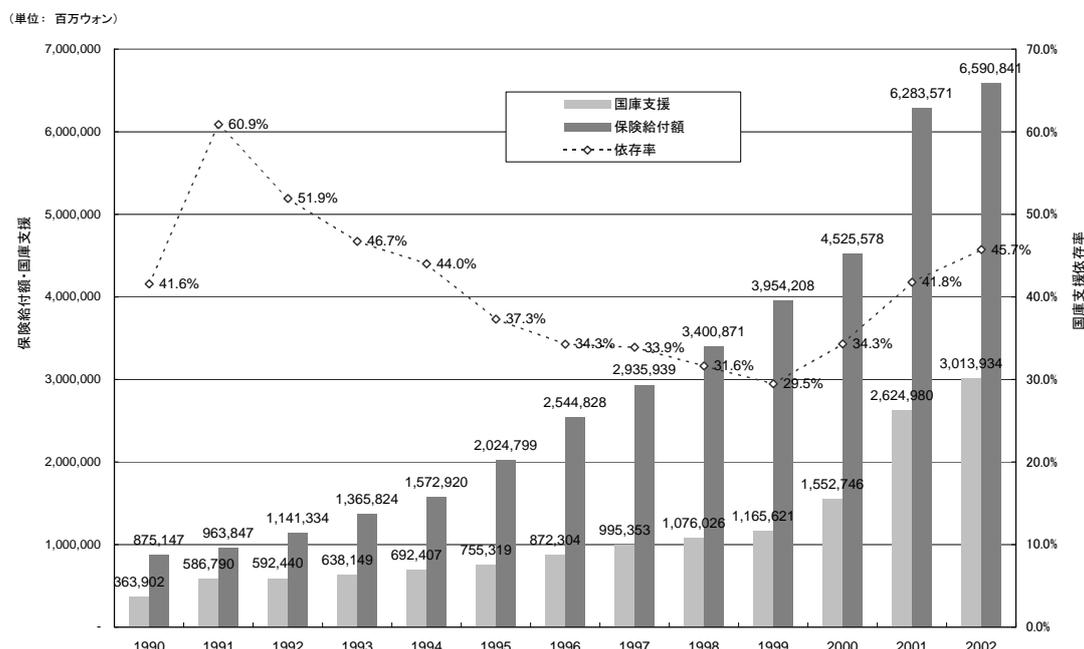


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

<sup>26</sup> 特別法制定時は100分の40に変更された。

<sup>27</sup> 特別法制定時は100分の10に変更された。

図表 66 地域医療保険における給付額および国庫支援依存率の推移



注) 依存率＝国庫支援／保険給付額。

02年の国庫支援には国民健康増進基金（たばこ負担金）からの繰り入れを含む  
資料) 国民健康保険公団 基本統計より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

### (3) 最近の医療財政の動向

保健福祉部の資料によると、財政健全化総合対策により、01年から04年までに合計2兆3,726億ウォンが節減された。大韓医師協会によれば、保健福祉部の資料に挙げられた数字以外に1兆7,560億ウォンの節減があるので、費用節減額は約4兆1,000億ウォンに至るのではないかとの見解であった。

図表 67 財政健全化対策の財政節減効果

(単位：億ウォン)

区分	財政節減の効果				
	2001	2002	2003	2004	計
診察料・処方料の統合	660	2,899	2,491	2,695	8,745
診察料・調剤料の差等診療報酬制	354	1,106	763	935	3,158
夜間加算率の適用時間帯の調整	214	605	636	621	2,076
注射剤の処方・調剤料の削除	625	1,560	1,590	1,575	5,350
一般医薬品の非給付の拡大	-	1,271	1,660	1,466	4,397
合計	1,833	7,441	7,140	7,292	23,726

資料) 2004年国政監査保健福祉委員会、保健福祉部提出資料

図表 68 政府発表分以外の費用節減

(単位：億ウォン)

区分		年間効果 1)	2001.7~2004.12
漏れ分	審査基準の強化	2,666	9,331
	給付基準の合理化	1,567	5,485
	薬剤費の適正性の評価	784	2,744
合計		5,017	17,560

注) 「年間効果」は 2001.5 政府の財政化安定対策発表時の追加資料。

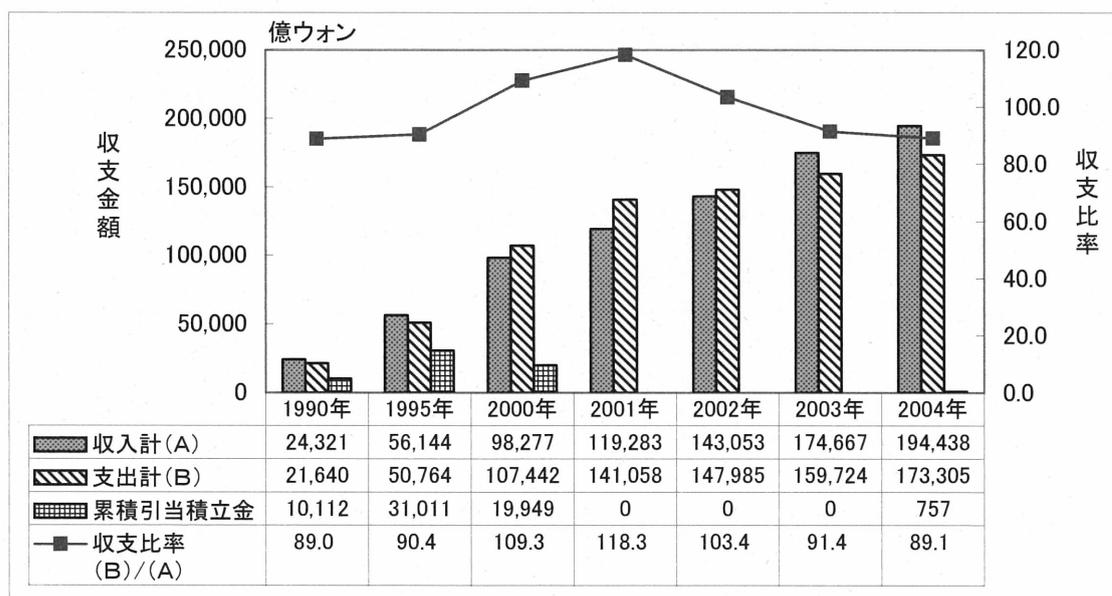
これをもとに大韓医師協会で推計。

資料) 大韓医師協会資料

このような財政健全化政策の実施による財政立て直しが進められた結果、03 年には収入が支出を上回り、黒字化に成功した。収入額に対する支出額の割合である「収支比率」をみると、00 年、01 年、02 年には 100 を上回る「赤字収支」の状況であったが、03 年には 91.4 と 100 を下回る「黒字収支」となった。

04 年には収入額が 19 兆 4,438 億ウォンに対し、支出額は 17 兆 3,305 億ウォンであり、収支比率は 89.1 となった。結果として、銀行からの借入金の返済が終了し、757 億ウォンの積立金を確保することができた。

図表 69 医療財政の動向



資料) 国民健康保険公団基本統計資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

## 2. 財政統合

### (1) 二度にわたる財政統合の延期

国民健康保険法では、賃金所得者である「職場加入者」と非賃金所得者である「地域加入者」といった二つの資格管理区分を適用し、二元的な保険料賦課体系を設けている。徴収された保険料については、職場加入者の保険料は職場医療保険会計に入り、給付費はそこから支払われ、同様に地域加入者の保険料は地域医療保険会計に入り、給付費はそこから支払われるといった区分会計処理を行っていた。このような「一制度・一保険者・二会計」という状態が03年6月末まで続いた。

職場医療保険と地域医療保険の財政統合が延期された理由は、全国民共通の単一保険料賦課体系が開発できなかったからである。当初、国民健康保険法施行に際して、「所得」を基準とした保険料賦課体系を開発する予定であった。しかし、その後、自営業者の所得が正確に把握できていないことが明らかとなり、問題となった。当時、基礎生活保障対象の判定基準である年間所得500万ウォン超の世帯は地域加入者のわずか7%にも満たない状況であった。また、統計庁資料では自営業者が被用者よりも高い所得であるという結果が出ていたにもかかわらず、99年4月に皆年金化に向けて年金保険料を設定した際には、平均月額所得が被用者は約147万ウォンであったのに対し、自営業者が約86万ウォンとなり、結果として全体平均が125万ウォンという水準に低下し、被用者の給付水準が引き下げられるという事態が生じた。このことから、被用者の所得が100%捕捉されているのに対して、自営業者の所得捕捉は十分ではないとの不信感につながった。

国民健康保険法は99年2月に制定されたが、その後、99年6月、保険料賦課体系開発担当者は「単一の保険料賦課体系の開発は現段階では困難である」との結論を出した。これを受けて、99年12月の定期国会では00年1月から予定されていた国民健康保険制度の実施を同年7月に延期することが決まった。しかし半年延期しても、単一の保険料賦課体系を開発することが困難であることは明らかであったため、国民健康保険法附則第10条に財政統合の経過措置規定を設け、「01年12月31日まで財政を区分して計理する」こととし、00年7月に医療保険管理組織のみを統合することが決まった。その後、01年12月になっても単一の保険料賦課体系を開発することができなかったため、さらに03年6月末まで財政統合は延期された。

国民健康保険法附則第 10 条（財政統合に関する経過措置）

第 1 項 公団は第 33 条第 2 項の規定にかかわらず 2003 年 6 月 30 日まで職場加入者と地域加入者の財政（公団の管理・運営に必要な財政は除く。）をそれぞれ区分して計理する。

<改定 2002.1.19>

第 2 項 第 1 項の規定による職場加入者の中で第 6 条第 2 項第 1 号の規定による事業場勤労者およびその使用者の職場加入者と第 6 条第 2 項第 2 号の規定による公務員および教職員の職場加入者の財政は 2000 年 12 月 31 日までそれぞれ区分して計理する。

[全文改定 1999.12.31]

## （２）統合を巡る憲法裁判所の判決

このように、00 年 7 月の国民健康保険法施行による医療保険統合は、法律と保険管理組織の統合であり、実態は職場医療保険と地域医療保険が区分されたものであった。地域加入者の所得捕捉率の改善とそれに基づく所得を基準にした「全国民共通の単一保険料賦課体系の開発」といった政策課題を解決できないまま、政治上の要請から「統合ありき」で法律が施行された感は否めない。

99 年 2 月に国民健康保険法が制定されたが、その 3 か月後の 5 月 20 日に、職場加入者 76 人が同法の統合や職場・地域の二元的な保険料負担方法を憲法違反として訴訟を起こした。訴訟の概略は、同法が、職場加入者と地域加入者で異なる保険料賦課体系を設けていること、地域保険加入者に対してのみ国家が保険料を負担するとしていること、このような違いがあるにも関わらず財政を統合して運営すると規定していることから、同法が職場加入者の平等権を侵害するものであること、さらに職場医療保険組合を自動解散するようにし、その財政積立金を強制的に国民健康保険公団に移転させるように規定しているため、職場加入者たちの財産権を侵害するものであることを訴訟理由に挙げている。

これに対し、憲法裁判所は、①所得の把握が可能な保険加入者と、所得の把握がきちんと行えない保険加入者を単一医療保険の管理下に置き、その財政を統合する場合に、保険加入者間の所得捕捉率の違い、すなわち保険料の納付義務の貫徹における違いは、公課金賦課の平等の観点から憲法的に見逃すことができない本質的な相違点であること、②保険料負担の平等が保障されない状況での財政統合は、社会保険の重要な形成原則である社会連帯の原則を用いても正当化することが難しいことを触れた上で、③所得形態と所得捕捉率において本質的に異なる職場・地域加入者集団の統合にもかかわらず、

法は地域加入者の所得捕捉または客観的な所得推定のために1年半の猶予を置くと同時に、両者の負担の平等を保障できる法的措置制度（具体的には「財政運営委員会」の設置・運営）を置いているので、憲法に違反しないとの結論を下した。この憲法裁判所の判決要旨は本報告書の参考資料編に掲載したので、詳細はそれをご覧いただきたい。

この憲法裁判所判決で注目したい点は、憲法裁判所が、職場と地域の所得捕捉率の違いから平等な保険料負担となっていないことを認めながらも、①保険料負担の財政統合を02年12月31日まで1年半の猶予期間を設けていること、②国が猶予期間において自営業者等の所得把握の改善に向けて多様かつ合理的な方策を講じること、③この間、職場・地域・公益の三者構成による「財政運営委員会」を設置し、保険料の負担のあり方について審議を行うこと等を通じて保険料負担の平等性を保障すること、この点でもって合憲的運用が可能と解釈していることである。当時、韓国社会にとって、医療保険統合はあまりにも大きな問題であったため、憲法裁判所は結論を先送りし両者の主張を認めるような判決を出したのではないかと、といった関係当事者の意見もある。

先に述べたように、1年半の猶予期間後も自営業者の所得捕捉率は改善されず、共通の保険料賦課体系が開発できないことから、財政統合はさらに1年半延期された。

### （3）財政統合の実態～二元的な保険料賦課体系の存続

2回の統合延期の末、03年7月1日に財政統合が実行された。しかしながら、この時に延期理由であった、「自営業者の所得捕捉率の改善」と「共通の保険料賦課体系の開発」の問題が解決した訳ではなかった。

04年12月現在、地域加入者のうち課税所得が把握されている世帯が35.8%であるのに対し、課税所得資料がない世帯が64.2%を占め、地域加入者の所得捕捉率は已然として低い状況である。年間所得500万ウォン以下および課税所得資料のない世帯は地域加入者の87%を占め、所得を基準とした保険料賦課方法の実施が困難な状況といえる。

図表 70 所得資料適用世帯数の推移

時点	賦課世帯数	所得資料適用世帯数		
		計(世帯比率)	1～500万ウォン	500万ウォン超過
2000.12	8,190,710	2,205,685 (26.9)	1,610,916 (19.7)	594,769 (7.2)
2001.12	8,554,368	2,940,820 (34.4)	2,055,932 (24.0)	884,888 (10.4)
2002.12	8,672,474	2,870,889 (33.1)	1,837,361 (21.2)	1,033,528 (11.9)
2003.12	8,690,832	3,060,414 (35.2)	1,931,857 (22.2)	1,128,557 (13.0)
2004.12	8,509,356	3,049,900 (35.8)	1,924,814 (22.6)	1,125,086 (13.2)

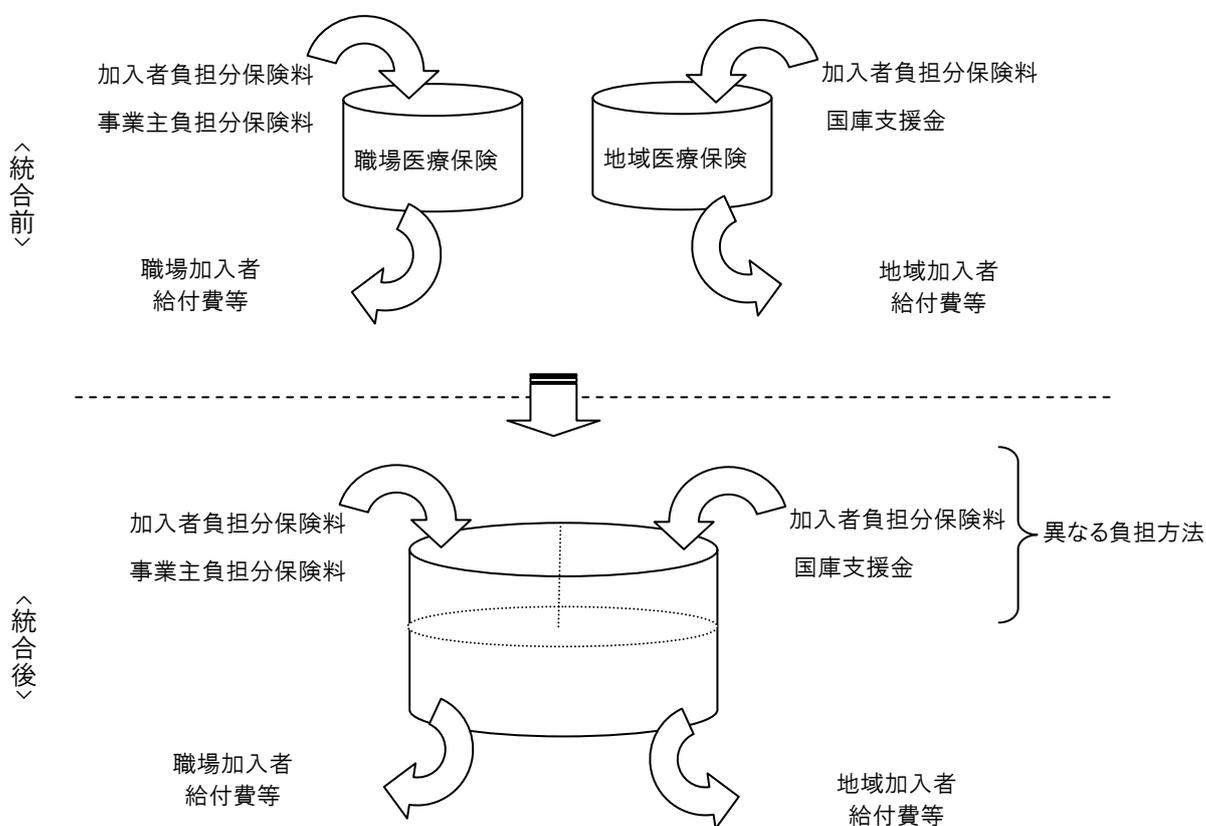
資料) 国民健康保険公団「健康保険白書2004」より作成

このため、単一の保険料賦課体系の開発は継続課題とされ、二元的な保険料賦課体系を維持したまま、区分会計処理が廃止されるといった形での統合となった。つまり、当

初、予定していた「全国民共通の保険料賦課体系」のもとでの完全統合には至らなかった。

したがって、財政統合の意味は、保健福祉部や国民健康保険公団に対するインタビュー調査の中で表現された言葉を用いると、「財布が1つになった」ことを意味する。つまり、職場医療保険と地域医療保険の財源を1つにまとめて使うということである。保健福祉部では「財布が1つになったことから、職場・地域の一方が赤字であるという状況にはない。統合の原理として全体で黒字運営であればよいと考えている」とコメントしている。

図表 71 財政統合のイメージ



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

このように財布は1つになったが、財政統合前と変わらず、職場加入者と地域加入者は保険料負担方法が異なっており、実際の経理上は区分して管理されている。職場加入者の場合、所得を基準にした標準報酬月額に一律の保険料率を算出し、加入者と事業主が折半する。地域加入者の場合、保険料は、所得だけではなく、財産（不動産、自動車含む）、生活水準および経済活動参加率を加味して世帯単位で保険料が算出される。ま

た、国庫支援金が投入されるが、その金額は地域保険給付費用を基準に算出されることとなっている。

公団によると、「保険料を徴収する際に、例えば職場の方だけを計算したときに職場の赤字が多ければ、職場の保険料を上げなければならないので、実際の経理上は区分して計算している。保険料賦課体系が異なるため、どうしても別々に扱わなければならない」とのことだった。つまり、公団の業務としては、職場、地域のいずれかが赤字になっているといった状況を把握することが可能になっている。

職場では事業者が加入者負担分の保険料を給与天引きし、事業主負担分と併せて納付するため徴収率が高いが、地域では銀行口座からの天引きや窓口納付などにより保険料が徴収されるため、納付期限内徴収率は職場に比べて低い。この結果、地域の資金が一時的に不足する場合が生じるが、そういった場合、その月は職場の資金で賄うことになる。公団によると、「一方に余剰があるのに、他方で不足するから銀行借入れを行うというのは問題だ。財政統合により、いつでも財源を使えるようになった」とのことだった。しかし、地域の赤字のために職場の保険料を上げようとするのではなく、あくまでも地域の赤字を補填するために、地域の徴収率を上げる努力をしているとのことだった。

### 3. 医療保険統合後の状況に対する評価

本調査では、保健福祉部（政府機関）、国民健康保険公団（保険者）、健康保険審査評価院（審査評価機関）、大韓病院協会（医療団体）、大韓医師協会（医療団体）、韓国経営者総協会（経済団体）、韓国労働組合総連盟（労働者団体）等の関係当事者から、財政統合後の状況に対する評価と今後の課題について、広く意見を聴取した。

医療保険の所管省庁である保健福祉部によると、先にも触れたように、03年7月に実行された財政統合は、公団の中で2つに区分されていた「職場」「地域」会計の統合を意味する。「財布」が1つになったことで、「地域」の給付のために「職場」のお金を自由に使うこと、あるいはその逆が可能になったが、この点を保健福祉部では財政統合の効果として挙げている。保健福祉部では、「資金が多い方が少ない方を補うという社会福祉の原則があるため、職場から地域への財政移転には限界があるとしても、現在の構造を維持していく」考えであり、「統合の原理としては、全体で黒字運営になっていればよいと考えている」とのことだった。

国民健康保険公団でも、03年7月に実行した財政統合は、「賦課体系の一元化はあきらめ、財布を1つにすることを意味する」と述べている。公団でも、財政統合により財布が1つになったことで、職場・地域どちらか一方の財源が不足しても他方に余剰があれば、銀行から借入れをする必要がなくなった点を財政統合のメリットとして挙げている。さらに、財政統合には「財政が1つになっているという象徴的な意味合いが大きい」といった意見が公団の担当者からは出された。

保健福祉部と公団が財政統合のメリットとして共通して挙げているのは、「財布が1つになったことで、職場・地域のどちらかの財源が不足しても、余剰がある方から賄うことができる」ことであり、ひいては「金融機関から借入れをしなくてすむ」ということでもあった。つまり、財政統合の効果として、公団の財政運営が楽になったことを挙げている。この点以外には、保健福祉部や公団以外の関係者からも財政統合の効果やメリットについて特に意見は聞かれなかった。

他の関係当事者からは、むしろ、職場と地域に共通の保険料賦課体系が未だに開発できていないことや、職場と地域間の不公平問題に焦点を当てた不満が多く出された。

韓国経営者総協会では、自営業者等の所得捕捉率が改善していないこと、職場と地域の保険料賦課体系が異なっていることを挙げた上で、「03年の財政統合については憂慮していたが、やはり問題点は全く改善されていない」と厳しい評価を下している。経営者総協会によると、保険料の実質引上げ率が地域と職場で3倍もの違いが生じ、これに対して是正要求をしたとのことでもあった。この背景には、職場と地域で名目保険料引上げ率を同一にした場合でも、職場の賃金が毎年、物価上昇に伴って上がれば、それがすぐに保険料に反映されるのに対して、自営業者の保険料算定の基礎になる不動産等につ

いても物価上昇をある程度反映していくべきであるにもかかわらず、それが全く反映されていないため、実質負担の格差が拡大しているとのことだった。韓国では、不動産政策で様々な公示価格が公表されているが、これによると、地価は非常に高くなっている。しかし、地域加入者の反発が激しいため、地価上昇分に見合う保険料引上げは行われていないとのことだった。

韓国労総でも、単一の保険料賦課体系が実現できていないこと、地域加入者の所得把握ができていないことから、職場と地域の不公平問題は未だに解決されていないと評価している。韓国労総の分析によると、01年から04年までの保険料負担増加率は、職場が102.9%であるのに対し、地域は21.8%である。韓国労総では、この格差の原因として、保険料率の上昇幅が職場と地域で同等であっても、賃金の上昇幅が自営業者における所得の上昇幅よりも大きいこと、地域から職場に所属を移した人が多く、地域保険料の総額が小さくなったことを挙げている。

医療団体である大韓病院協会では、「医療保険財政は統合されたものの、保険料賦課体系の不公平問題は未だに解消されていない。職場加入者は所得が明確だが、地域加入者の所得は明確でない。そのため、健康保険の加入者の中で、職場と地域の保険料賦課が不公平であり、この状況は年々悪化している。保険料引上げ率は、05年6月には、職場は11.3%であったのに対し、地域では3.6%であった。」と述べている。

このように、根拠となる数字が発言団体によって異なるものの、いずれも保険料賦課体系が異なること、職場のほうが地域よりも保険料負担増加率が高いことを問題点として指摘している。韓国経営者総協会や韓国労総では、医薬分業後の一時期を除くと、職場から地域への財政移転が常態的に行われていると考えている。また、朝鮮日報や中央日報などのマスメディアも、05年頃から、「地域の保険料負担を増やさない限り、不公平は拡大するのではないか」といった論調で、この問題を採り上げるようになった。

保健福祉部でも、このような職場・地域間の公平性に関する問題については認識しており、これを解消するため、「より公平で国民に満足してもらえる賦課体系を作るために現在も努力している」とのことだった。

## 4. 今後の政策課題

### (1) 「共通の保険料賦課体系の開発」は継続課題

これまで述べてきたように、財政統合から3年あまり経た現在も、医療保険統合の目的の1つであった職場と地域に公平な保険料を賦課する「単一の保険料賦課体系」は実現されていない。

03年の財政統合後に保健福祉部長官の諮問機関として「国民健康保険発展委員会」が設置された。この委員会には、統合の推進者である、医療保険統合時の保健福祉部長官であるチャ・フンボン氏も委員として参加している。同委員会は、04年に「韓国で単一の保険料賦課体系の開発は困難である」といった内容の報告書を発表した。同委員会は05年に終了したが、その後、給付体系や賦課体系などは継続課題として個別に研究が進められている。単一保険料賦課体系の開発の方向としては、資産など所得以外にも賦課していく方法と、あくまでも所得を基礎に賦課していく方法とが議論されている。保健福祉部では、「資産など所得以外にも賦課していく方向性は、時期尚早で難しい問題が残っており、自営業者の所得捕捉率を高め、所得を基準に賦課していく方向性が望ましいと考えている」とのことだった。しかしながら、自営業者の所得捕捉率は38%と低い現段階では、後者の方法も現実的ではない。

公団では、「職場加入者は、健康保険だけではなく徴税体系全般に対して不満を持っている。不満を解消するため、賦課体系を一本化するという方向で進んできたが、自営業者の所得が把握できない現状ではそれは不可能である。今は他の方法でそれを補完することを考えている」と述べている。

韓国経営者総協会では、「単一の保険料賦課体系を要求しているが、現実問題としてこれはほとんど不可能ではないかと考えている。次善の策として、職場と地域では別々の賦課体系としつつ、負担が公平になるよう、職場加入者の賃金上昇率と同程度に、保険料賦課を引き上げる仕組みが必要ではないかと提案している」とのことだった。

また、韓国労総では、「共通の保険料賦課体系は難しいので、別々の賦課体系としながら、生活水準が同程度であれば、保険料も同程度になることが理想である」と述べている。

このように、関係当事者の間には、医療保険統合の目的の1つであった「単一の保険料賦課体系の実現」が困難であることは共通認識になっているといっても差し支えない状況である。二元的な保険料賦課体系を維持しつつ、職場と地域の保険料負担不公平問題をどのように解決していくか、現実的な対応を模索している状況といえる。

それにもかかわらず、保健福祉部が単一保険料賦課体系の開発を継続課題としているのはなぜだろうか。イ・キュシク教授によれば、00年6月27日の憲法裁判所の判決において、財政を統合する上では賦課体系を1つにすること、地域と職場の不公平を解決することという2つの条件をつけて医療保険統合を合憲としたが、これらのいずれの条

件も満たせていない現行の運営方法は違憲であるため、保健福祉部としては単一の保険料賦課体系の開発を継続課題とせざるを得ないと指摘している。同様の意見は、大韓医師協会からも指摘された。

## （２）給付拡大政策への転換

医療保険統合後、医療財政の破綻を受けて、政策課題の主眼は財政健全化に置かれた。しかし、03年に医療財政が黒字に転換したことを受けて、政策課題の主眼は、統合の目的の1つである「給付の拡大」に移っている。

韓国の医療保障の特徴は「低負担・低給付」と指摘されてきた。給付拡大は、医療保険統合の目的の1つであったが、医療財政の悪化を受けて、しばらくは給付縮小路線がとられてきた。これが、医療保険に対する国民の不満にもつながっている。

医療財政が好転したことを受け、05年7月に、保健福祉部は「健康保険保障性拡大のためのロードマップ」を発表した。04年の給付率61.3%を、05年に65%、06年に68%、07年に70%、08年に71.5%を目標に給付率を徐々に高め、欧米先進諸国並みにし、ひいては国民の医療保険に対する満足度を高めようとするものである。

このロードマップ発表に先立ち、保健福祉部では、04年には風疹検査や先天性奇形児検査、未熟児治療などを保険給付対象とした。また、05年にはMRIを、06年には入院患者の食事代を保険適用対象とした。

給付拡大政策では、一律に給付率を上げるというのではなく、がんのような高額診療については現行の給付率を47%から75%程度まで引き上げるなど、メリハリをつけたものとしていく方向である。具体的な給付の範囲は健康保険政策審議委員会で決定される。この目標を達成するために、保健福祉部では高額診療に係る非給付の診療材料や検査を保険給付対象候補として挙げている。また、がん、心疾患、脳血管疾患を重大疾患と指定し、05年にその場合の自己負担金を20%から10%に減額した。08年には、この対象を10疾患まで拡大する予定である。

### (3) 給付拡大を支える財源政策

このような給付拡大を実現するためには、当然ながら、その財源も拡大していくことが求められる。保健福祉部によると、その主な財源としては保険料率の引上げを考えているとのことであった。05年の国庫支援金総額（たばこ負担金も含む）は3兆6,948億ウォンに上り、保険料全体（職場も含む）のおよそ2割を占めている。財務当局からの国庫支援金削減要請が強くなっており、現行以上の国庫支援金拡大による財源確保は難しくなっている。

健康保険財政健全化特別法で、地域保険給付費等の35%相当額を国庫支援で、15%相当額を健康増進基金で支援することが明記されているが、この特別法は06年12月末で失効になる。国民健康保険法本法では具体的な国庫支援額が明記されていない。保健福祉部によると、特別法失効後は保険料総額の20%相当を国庫支援で賄うよう、本法の法律改正を行うとのことだった。この保険料総額の20%は、現在の給付費に対する支援規模を保険料総額に占める割合で算出すると20%相当になるということが出てきた数字ということである。これにより、政府は、給付額と無関係に最初の保険料の段階で国庫支援額が決められるようになる。保健福祉部によると、国庫支援の位置づけは、「地域加入者の事業主負担の代りというよりも、地域・職場に関係なく、低所得者に対する支援という位置づけに変わったと考えてよい」とのことだった。

その後、06年12月30日に国民健康保険法が改正された。この内容をみると、保険財政に対する政府支援を規定した第92条の内容が大きく変わっている。まず第一に、今までは本法には具体的な政府支援金額は明示されていなかったが、第92条に明示したこと、第二に、特別法上に「地域保険給付費用等の100分の35に相当する金額」として示されていた国庫支援が、それを「当該年度保険料の予想収入額の100分の14」と保険料に対する割合としたこと、第三に、地域加入者だけではなく職場加入者も支援の対象としたこと、等である。

たばこ負担金である国民健康増進基金からの支援金の割合は、議案には「保健福祉部長官は、毎年当該年度保険料の予想収入額の100分の6に相当する金額を、『国民健康増進法』に基づく国民健康増進基金から公団へ支援する。ただし、その支援金額は当該年度国民健康増進負担金の予想収入額の100分の65を超過することができない」とされ、具体的な数値が示されていた。しかしながら、結局、本法には具体的な支援が盛り込まれないことになった。なお、第92条の規定内容は、附則により「11年12月31日まで効力を有する」と有効期間が定められている。

## 改正法の内容

### 第 92 条（保険財政に対する政府支援）

- ①国家は、毎年予算の範囲内で当該年度保険料の予想収入額の 100 分の 14 に相当する金額を、国庫から公団へ支援する。
- ②公団は「国民健康増進法」の定めるところによって同法による国民健康増進基金から資金を支援してもらうことができる。
- ③公団は第 1 項の規定によって支援された財源を次の各号の事業に使用する。
  1. 加入者および被扶養者に対する保険給付
  2. 健康保険事業に対する運営費
  3. 第 66 条の 2 および第 93 条の 2 第 3 項の規定による保険料軽減に対する支援
- ④公団は第 2 項の規定によって支援された財源を次の各号の事業に使用する。
  1. 健康診断など健康増進に関する事業
  2. 加入者および被扶養者の喫煙による疾病に対する保険給付
  3. 加入者および被扶養者の中で 65 歳以上の老人に対する保険給付

[全文改定 2006.12.30]

このように、国庫支援額が本法に盛り込まれたが、国庫支援は地域加入者の事業主負担に相当するものから、むしろ、職場・地域に限定せず、低所得者・失業者等に対する保険料支援という位置づけに変わり、職場・地域間の不公平問題の解消を図ろうとしていることが伺える。このような国庫支援の位置づけを評価する一方で、「保険料収入予想額の 20%」という保険料に対する割合とすることについては、医療団体や市民団体等から、「給付拡大策の中で、国庫支援の割合を結果的に減らすことになるのではないか」といった懸念が表明されている。

国庫支援を保険料収入に対する一定割合としたことで、給付拡大政策を進めていくための財源を確保するためには、保険料負担の増加は逃れられない状況である。保険料率は毎年引き上げられているが、この保険料率を審議する健康保険政策審議委員会には様々な関係者が入っているため、合意を得るのが難しい状況が続いている。大韓病院協会や大韓医師協会では、現行の保険料率の水準（4.48%）で給付拡大政策を進めることに懸念を感じている。大韓医師協会では8%水準の負担が必要ではないかと考えている。市民団体や労働団体も給付拡大を望んでおり、現在の保険料がまだ低く、加入者が十分負担していないと主張している。また、労働団体では現行、事業主と加入者で折半となっている保険料について、事業主負担割合をもう少し増やすべきだと主張している。韓国労総では給付率 71.5%という水準はまだ低く 80%を目指すべきであり、そのための保険料率上昇は受け入れていたとのことだった。これに対し、経済団体は、年金なども含め、社会保険料の負担が急速に重くなっていると感じており、保険料負担を増やすよりは、給付拡大を一定程度にとどめるべきだと主張している。

## まとめ

本調査では、医療保険組織統合から6年、財政統合から3年を経過した韓国医療保険制度の現状と課題を明らかにすることを目的に、文献調査と関係当事者に対するインタビュー調査を実施した。ここでは、本調査で明らかになった内容をまとめた。

### ①完全統合の頓挫～二元的な保険料賦課体系の存続～

03年7月、3年の猶予期間を経て実行された財政統合の中身は、職場と地域の二元的な保険料賦課体系を存続したまま「財布を1つにした」だけのものであった。当初の「国民共通の単一保険料賦課体系の下での完全統合」は頓挫した。

保険者である国民健康保険公団では、職場加入者と地域加入者の保険料賦課体系が異なるため、財政統合から3年経た現在も区分して管理している。財政統合後は、職場と地域のどちらか一方が資金不足に陥った場合に余剰がある方から資金を調達することができるようになり、公団の資金管理がしやすくなったという側面はある。それ以外の点は統合前と本質的に変わらなかったため、医療保険管理組織の統合時と比較すると、関係当事者の反応は比較的冷静なものであった。

政府は、法律上の問題等もあることから「単一の保険料賦課体系の開発は継続課題」と掲げざるを得ない状況であるが、保健福祉部も含めて関係当事者の間では、単一の保険料賦課体系の開発は不可能との共通認識ができつつあり、より現実的な解決方法を模索している状況である。

### ②未解決の「負担の不公平問題」

現在の状況下で、単一の保険料賦課体系を適用しても負担の公平性は確保できない。所得を基準にした保険料賦課体系では、自営業者の所得捕捉率が改善されない限り、所得捕捉率が100%である職場加入者の保険料負担が相対的に重くなる。一方、自動車や不動産などの財産を加味した保険料賦課体系では、事務的に煩雑になる上に、必ずしも所有不動産が個人の現在の財政負担能力と直結しているわけではないため、保険料賦課対象として適したものとはいえず、現実的ではない。

韓国では、医療保険統合後、この二元的な保険料賦課体系のもとで職場と地域の公平性をいかに確保するかといった点に焦点が当てられている。保健福祉部や公団からは、統合の効果として、「職場加入者内での公平性、地域加入者内での公平性が確保できた」という点が挙げられたが、むしろ、職場と地域間の不公平問題がクローズアップされてしまった。

また、職場加入者の適用事業所として5人以下についても2人以上であれば任意に適用できるようになったが、これを悪用するケースが出てきている。例えば、地域加入者

が架空の会社を作り、その会社で加入者になれば、不動産などがチェックされずに、その会社での給与のみで所得が把握され、保険料が賦課されるため、保険料を削減できる。二元的な保険料賦課体系を利用して、個人の選択行動が生じており、新たな問題となっている。

### ③不可欠な国庫支援

医療保険統合の目的の1つに国庫支援の削減があった。しかし、統合後の医療財政破綻を契機に国庫支援はむしろ増加している。医療保険統合を契機に、保険運営に対する保健福祉部の関与が強まると同時に、保険運営に対する国家責任も厳しく問われるようになった。皆保険を維持する限り、低所得者や失業者、医療資源不足地域等への支援といった社会福祉的な要素を無視することはできない。このような社会福祉的な要素として国庫支援は不可欠である。

06年12月30日の国民健康保険法改正では、本法に国庫支援の割合が明記された。国庫支援の位置づけが、地域加入者の給付費に対する支援から、地域・職場を問わず、低所得者等に対する保険料支援という形になった。これを評価することもできるが、一方で保険料収入に対する割合としたことで、計画以上の給付費が発生すれば、相対的に国庫支援の割合は低くなるといった問題も指摘されている。

### ④「給付」と「負担」のバランス運営の必要性

韓国政府は、「低給付・低負担」構造からの脱却を図るべく、財政好転後は給付拡大策に転じている。給付拡大の目標を掲げ、それを実現していくことで、財政破綻後の給付抑制や度重なる保険料引上げに対する国民の不満を解消しようとしている。しかしながら、給付拡大に見合うだけの保険料引上げ率となっていないために、いつ、再度、医療財政が破綻するかわからない不安定さを抱えている。

実際、近年の給付拡大に伴い、毎月の収支で赤字が続いており、財政が再び悪化している。財政規模から給付拡大の優先順位を定め、保険料水準を考慮しなくてはならないにもかかわらず、それが実行できていないと危惧する意見もある。

給付拡大に必要な保険料に引き上げるためには、国民の信頼を確保することが求められている。保険者は医療機関の不正請求があることが、医療団体や経済団体は保険者の管理運営業務が非効率であることが、国民の不信感の要因になっているとみている。

給付拡大によって医療保険のメリットを国民に感じさせてから保険料を引き上げるか、保険料を引き上げて財源を確保できた上で徐々に給付を拡大するかといった、「鶏と卵」のような議論もある。いずれにしろ、財政破綻による給付抑制が再度生じれば、国民の医療保険に対する不信感が高まることは明らかであり、そのような事態は避けるべきである。

「財政の安定性」は統合の目的の1つであったが、保険者が保険料の調整ができず、保健福祉部の健康保険政策審議委員会で決められることになっているため、様々な関係者の意見で、調整が難しくなってしまった。財政の安定性は統合によってもたらされるものではなく、支出（給付）と収入（保険料）のバランスの問題であることが、財政破綻を経験した関係者からは指摘された。

## ⑤公団の役割の変化

国民健康保険改正法では、公団の財政運営委員会の審議・議決事項であった「保険料の調整」、すなわち、保険料の決定権が削除された。特別法施行下で既に保健福祉部長官下の健康保険政策審議委員会の議決事項となっていたが、本法上にそれが反映されることとなった。

こうしたことから、公団は、最近では健康診断や予防活動に積極的に取り組むことで、新たな役割を強調しているものの、保険料徴収と給付管理機関となったともいえる。

盧武鉉政権は、国民健康保険、国民年金保険、雇用保険、産業災害保険の4大社会保険の賦課および徴収業務を、09年から国税庁傘下に新設される「社保徴収公団」に一元化するという案を発表した。これに対し、国民健康保険公団、国民年金公団、勤労福祉公団所属の4労組（国民健康保険公団には地域労組と職場労組の2労組があるため）が強く反発した。

保険者を1つにし、国家の関与を高めることにより、保険者の自律性が失われれば、保険料徴収機関としてみなされ、より業務の効率性を求める改革案が出やすい。その帰着する先が税徴収機関との統合論である。こうした場合、保険料と税の違いが国民にもわかりにくくなり、社会保険の意義を失いかねない。医療財源を税方式で賄うことも1つの方式であるが、例えば、公共工事や教育政策等、他の公的支出との比較の中で予算調整が行われるため、政治的な駆け引きの対象になりやすいなど、問題も抱えている。良質な医療サービスを安定的に享受できる環境とするためには、独自の財源を確保することが望まれる。目的税や社会保険料はその要請に応えるものであり、歴史的にもその役割を担ってきたといえる。セーフティネットに関わる制度運営においては、効率性を追求するあまり、理念や目的を見失うようなことがあってはならない。なぜ社会保険という仕組みが生まれ、様々な国で定着してきたのか、その歴史的経緯等を丁寧に紐解いてみることも、将来の医療保障政策を考える上で有意義な取組みとなるかもしれない。

## 参 考 资 料



## 参考資料1

### インタビュー調査記録

#### ◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1.	大韓民国保健福祉部 .....	2
2.	国民健康保険公団 .....	6
3.	健康保険審査評価院 .....	15
4.	大韓病院協会 .....	21
5.	大韓医師協会 .....	26
6.	韓国経営者総協会 .....	34
7.	韓国労働組合総連盟 .....	40
8.	イルサン病院 .....	46
9.	延世大学校保健科学大学 李奎植教授 .....	50

## 1. 大韓民国保健福祉部

### ○医療保険財政について

#### ①保険料率の引上げについて

- ・ 将来展望として公的保険の給付率の向上が政策課題となっているが、そのための主な財源としては、保険料率の引上げを考えている。
- ・ 保険料率が毎年引き上げられているが、健康保険政策審議委員会には様々な関係者が入っているため、合意を得るのは当然容易ではない。
- ・ 審議委員会では2つの重要な決定（保険料の決定、診療報酬の決定）を行うため、非常に激しい議論となる。02年から審議委員会を作って運営してきたが、合意がなかなか得られないので、投票という形で決議をとってきた。しかしながら04年にはついに満場一致で合意が得られた。公団と供給者側で診療報酬に関する契約が成立しない場合は審議委員会へ送られることになっているが、05年には初めて両者の間で契約が成立した。
- ・ この場合の契約は保険者と医療機関側との当事者契約である。公団の財政運営委員会の審議を経て、その意見をもって、公団理事長が供給側である医療機関と契約を行う。
- ・ 初めて診療側と保険者が契約合意に至ったが、このために両者はお互いに譲歩した。最初、医療側は非常に高い診療報酬の引上げを要求したが、公団側は診療報酬を引下げなければならない。何度も討議を重ねて最終的には一致した。

#### ②最近の赤字の原因

- ・ 最近2年間で、「地域」のほうが赤字になっている要因は所得把握ができていない人たちの保険料収入を得ていないことだけではなく、保険給付の拡大という要因もある。

#### ③特別法失効後の国庫支援金

- ・ 財政健全化特別法は06年12月末に失効するが、特別法の中で最も大きな意味を持つのが国庫支援金についての規定である。特別法失効後も、国庫支援金についての規定を維持するために国民健康保険法の本法に、同規定を入れるよう今国会に提出している。
- ・ 特別法は財政統合の前の時点で施行されたため、国庫支援金は地域に対する支援という名目だった。特別法失効後、改正国民健康保険法に加える場合には、（国が）保険料の負担を支援するという趣旨で加える。
- ・ 補足だが、特別法施行以前にも、国民健康保険法には国庫からの支援が可能であるという条項が入っている。「職場」では事業主が保険料の50%を負担する。これと同じように地域に対しても国家が事業主あるいは使用者という形で支援できるという条項が入っている。特別法では具体的に国庫支援金は何パーセントかという数値が加わった。今年末に特別法が失効して本法のほうへ移行するが、同じようにそのパーセンテージの部分に移行して、以前の精神をそのまま維持するということになる。

- ・ 特別法では地域に対して、事業主負担に当たる 50%を国庫支援するということがあったが、今度の改革で本法に入れる場合、保険料率の 20%に対して支援する。診療費がいくらかかっても、給付額と無関係に最初の保険料の段階で国庫支援額が決められるようになる。このため国庫支援の位置づけは、事業主負担の代わりというよりも、地域・職場に関係なく、低所得者に対する支援という位置づけに変わったと考えてよい。
- ・ 正確な表現、名称の問題としては、以前と同じように国が事業主として支援するという形は維持される。それに加えて、支援を拡大して、低所得者や失業者等に対して保険料を負担するという形である。
- ・ 保険料の 50%を徴収するためには事業主負担という方式は必要である。事業主負担に相当する規模の収入を確保するために国庫支援を行っている。国庫支援の規模が保険料率の 20%になったのは財政が統合され、給付費の 50%支援に相当する規模として保険料の 20%の支援に調整された。
- ・ 韓国でも国庫補助金削減の圧力が特に財務当局から強い。国庫支援金の削減を求める予算担当官庁と論議を繰り返している。
- ・ 国は保険制度に責任を持っているため、例えば低所得者に対する支援により国庫支援を続けている。
- ・ 特別法失効後は、保険料率の決定は公団の財政運営委員会のほうで決められるわけではなく、特別法の内容がそのまま本法に移行する。

## ○保険給付の拡大、縮小について

- ・ OECD 諸国の国家保障率・給付率は 70%から 80%程度だが、韓国における給付率は昨年水準で 61.3%にとどまっている。国民を満足させるために、この給付率を高めるのが目標である。昨年から財政的に少し黒字に転換してきたため、給付の拡大を政策の中心において展開している。
- ・ 政府では昨年、給付拡大のための工程表を策定した。04 年に 61.3%だった保障率を 08 年までに 71.5%までに上げていく目標を掲げている。
- ・ この 71.5%という目標は結果水準での目標である。
- ・ なお、保険給付の範囲は政策審議委員会で決定される。

## ○財政統合の成果と今後の課題

### ①03 年 7 月の財政統合の実際

- ・ 03 年 7 月に実施された財政統合は、一部の組織の改変もあったが、公団の中に 2 つ作られていた会計の統合を意味する。
- ・ その効果は、「地域」の保険のために「職場」のお金を自由に使うこと、あるいは、その逆が可能になったことである。
- ・ 医療保険統合後、資金が多いほうが少ないほうを補うという社会福祉の原則があるため、

(職場から地域への財政移転にはどうしても限界があるとしても)現在の構造は維持していく予定である。

- ・ 保険料は、加入者・医療供給者の代表者、国(公務員)が同数ずつ入った政策審議委員会で決定され、職場、地域の別なく、同一に適用される。したがって地域、職場ごとに支出見込みを立てて保険料の設定をしているわけではない。
- ・ 03年の財政統合により「財布」が1つになったので、「地域が赤字だ」といったことはない。お金が入ってくる時は確かに違いはあるが、1つで扱っているので、同一に適用する。統合の原理としては、全体として黒字であればよい。
- ・ 現行の法律では当該年度の50%までを積立金としてできるように定められている。50%を目標に積立金を作ろうと考えている。これは現在の状況で1兆6千億ウォン程度である。

## ②医療保険統合の効果、課題

- ・ 医療保険制度に関連する大きな政策課題としては、「財政安定化」、「保障性強化」、「負担の公平」、「支出の効率化」が挙げられる。
- ・ 統合に向かった理由には、地域、職場の組合間での保険料の賦課金額をはじめとする不公平の問題があった。統合により職場と地域の窓口が1つとなり、公平な保険料の賦課体系ができたという点で効果があった。
- ・ 保険の給付については、以前は豊かな職場組合は豊かな給付ができた。運営状況の厳しい組合はそういうことができなかった。そういう部分が統合により1つになり、保険の給付が公平に運営できるようになったのは非常に大きな効果だったと思う。例えば、今ではMRIを受けようと思えば、誰でも保険給付の対象となるが、以前は財政運営状況の良いところはそれが含まれていたが、そうではないところは受けられなかった。
- ・ 医療保険統合についての国民の満足度調査を保健福祉部ではなく公団で04年から実施している。国民にとっては組合か統合かではなく、どれくらい給付を受けられるのかが関心事である。

## ③職場と地域間の公平性

- ・ 職場加入者の側からは、不公平な徴収が行われているという不満が出ている。これを解消するために、より公平で満足してもらえる賦課体系を作るために努力している。
- ・ 00年の統合から今に至るまで、職場加入者のほうが地域加入者よりも保険料負担の増加額が高い。
- ・ ただし、名目的な引上げ率は地域と職場で同じである。差異が生じるのは、所得の把握の問題により、職場が100%なのに対して地域が把握できていない部分での差である。例えば06年には同じように、職場も地域も3.9%の保険料率の引上げを行ったが、職場では100%適用されるのに対し、地域では所得の把握が38%しかできていないので、38%

の人にだけ 3.9%の引上げが適用される。

- ・ 職場と地域の公平性は統合後の課題として今後解決していかなければならない。職場では所得の把握は非常にクリアにできているが、地域では零細な自営業者など様々なケースがあって所得を把握できていない。自営業者の所得把握率は 38%である。

#### ④今後の保険料賦課体系確立の方向

- ・ 03 年の財政統合後、「健康保険発展委員会」を発足させ、公平な賦課体系の確立などの問題を論議してきた。現在も問題解決のために努力している。
- ・ 03 年からの発展委員会は 05 年に終了したが、給付体系と賦課体系の 2 つ以外にも課題があり、今も個別に種々の課題の研究を行っている。
- ・ 資産など所得以外に賦課していく方向と、あくまでも所得を基礎として賦課して行く方向が議論されているが、前者の方向は時期尚早で、難しい問題が残っている。
- ・ 自営業者の所得の把握を高めるための国としての取組みには、アメリカで導入された EITC という方法があり、08 年を目標に経済部署のほうで進めている。

### ○その他

#### ①病院評価について

- ・ 保健福祉部では病院の評価を始めている。まずひとつは医療機関全体のサービス提供の適正性についての評価である。40%強だった帝王切開率が 37.5%まで落ちた病院名と住所を公開した。それが適正かどうかというのも評価のひとつである。
- ・ 病院評価は医療政策全体のレベルで考える必要があり保健福祉部がやるのが理想的だろうと考えている。
- ・ 現在では適正評価は 3 つの項目についてのみ実施している。当然増やしていくとは思いますが、具体的にどの項目かはまだ決まっていない。この 3 つの評価だけでも病院協会などは非常に反発している。
- ・ 政府としては国民に対してどのような医療サービスが提供されているのかを公表すべき義務がある。いろいろな医療運営環境や運営状況というのがあろうと思うが、市民が願う必要な公開すべき内容はこれからも公開していく予定である。

以上

## 2. 国民健康保険公団

### ○職場と地域の財政統合後の状況について

#### ①保険料賦課体系の現状

- ・ 現時点では、職場保険と地域保険とで異なる保険料賦課体系がとられている。これは所得の把握ができないという理由による。二元化された賦課体系で行われているため、当然、職場の人たちは不満が大きい。
- ・ 職場保険の被保険者には徴税体系全般、年金から税金すべてについて不満がある。このような不満は一般税制も健康保険も同様である。これを解消できるような賦課体系を考案したものの、実施は不可能だろう。今までは賦課体系を一本化するという方向で進んできたが、所得が把握できない現状では、それは不可能である。今は、他の方法でそれを補完することを考えている。

#### ②保険料賦課体系の不公平性と国民の不満

- ・ 保険料賦課に対する国民の不満というのは、公平であるかという一点であり、そのような公平さの問題は、2つの側面であられる。ひとつの側面は被用者と自営業者の不公平の問題であり、もうひとつの側面は、(職場保険と地域保険の間と同様に) 職場保険、地域保険それぞれの加入者の中での不公平の問題である。後者の例として職場加入者の場合、月給に対して賦課がなされるが、ある人は不動産が100億ウォンあり、ある人は1億ウォンしかない。しかし両者の給与が同じであれば保険料は同じになるため、これに対する不満がある。
- ・ 過去には、組合保険に加入できるのは5人以上の職場だったが、今は2人以上で、ほとんどの人が加入できる。これを悪用して、地域加入者が架空の会社を作り、その会社で加入者になれば、不動産などがチェックされず、その会社での給与のみで所得が把握される。また、不動産をたくさん持ちながら、守衛などの職に就いていることにすれば、不動産は把握されず、保険料額を削減することができる。このような現状に対して、地域加入者の中でも不満がある。
- ・ 代案として考えられているのは、職場保険加入者が職場の報酬のみならず不動産などの財産・資産も含め、地域保険でも資産のみならず、すべてを含めて計算することにより、単一の地域・職場の賦課体系とみなすという考え方である。しかし、このためには、個人別に所得を把握しなければならないため、技術的にも、政治的にも難しい。
- ・ 自営業者は依然として所得把握が難しいため、所得に関する資料がないような人については、性別や年齢、自動車の保有状況などを総合的に考慮して、推定把握を行っている。
- ・ 所得資料適応世帯数35.8%というデータがあるが、これは64.2%が把握できていないということを意味する。
- ・ 保険料は職場のほうが引き上げられており、地域のほうはそれほど引き上げられていな

いというデータがあるが、それは職場の方の財政が悪いということを意味する。

- ・ 職場と地域の1人当たりの保険料負担を比べると、職場の方がだんだん負担が大きくなっているというデータがあるが、1人当たりの負担は計算は可能だが妥当な計算結果ではないと思われる。

### ③医療保険財政統合の意義

- ・ 03年7月に実施された財政統合は、賦課体系の一元化はあきらめ、「財布」をひとつにすることを意味する。具体的には、地域保険と職場保険の財源を一緒に合わせて使おうということである。実際の経理上は区分して計算している。保険料を徴収する際に、例えば職場のほうだけを計算したとき職場の赤字が多ければ、職場の保険料を上げなければならないことになるので、別々に扱う。保険料賦課体系が異なるため、どうしても別々に扱わなければならない。
- ・ 財政統合のメリットは、形式上、地域と職場を別々に分けて計算していても1つの「財布」になっており、いつでも使えるということである。
- ・ 地域、職場のいずれかが赤字になっているといった状況を把握することが可能であり、赤字の出たところを補填することになる。
- ・ 職場に比べて地域の保険料徴収率が低いが、これにより地域で一時的に資金が足りない場合、その月は職場の資金でまかなうことになる。一方に余剰があるのに、他方では足りないからといって銀行から借り入れるわけにいかない。これも財政統合のメリットのひとつである。財政統合には「(財政が)1つになっている」という象徴的な意味が大きい。
- ・ 毎月、地域で赤字、職場で黒字が多い場合に、地域の方の徴収率を上げるというよりも、職場の方から補填すればよいというような意図はなく、またそういう動きもない。このようなことはあってはならない。

### ④事業主負担についての議論

- ・ 事業主は、医療保険統合に反対していた。例えばサムソン組合などは、自主的に組合を持っており、そこは黒字運営だった。労働者が若く、賃金も高く、剰余金も豊富だった。数百億ウォンあった剰余が、共同財産になってしまうので00年の統合の時に強く反対した。同様に03年の財政統合の時も同じ理由で反対した。しかし医療保険から脱退するといった意見や、なぜ事業主が負担しなければならないのかといった反論はなかった。

### ⑤たばこ負担金の投入について

- ・ 収入ではなく、支出や消費に対して賦課するという考え方は、医療保険料賦課には適用されていないが、たばこ負担金に関しては適用されており、たばこ負担金の財源が医療保険財政に繰り入れられている。

- ・ 一方、消費税は逆進的であるため検討するのは難しい。

## ○医療保険財政の状況について

### ①医療保険財政破綻の経緯

- ・ 韓国では、医療保険統合と同時期に医薬分業を実施したが、医薬分業に対して病院などが長期間にわたりデモを行った。政府の公約事業であったため、段階的に進めていたにも関わらず、医療業界が非常に反発した。病院や薬局は休業して、長期間のデモに参加した。このため2年間にわたり彼らをなだめるため、5回程度にわたり診療報酬の引上げを行った。
- ・ 結果として診療報酬は46%まで引き上げられた。医薬分業は実現したが、診療報酬を急激に上げたために、医療財政は赤字を抱え込むことになった。しかし、保険料を引き上げることは容易ではないため、医療保険財政の赤字が増大した。
- ・ 財政赤字増大の要因のひとつは医薬分業であるが、それ以前から別の問題もあった。累積額は00年まで黒字だったが、しかし当年度の収支ベースでは96年から赤字だった。したがって統合以前から財政不安はあったといえる。

### ②医療保険財政破綻への対応

- ・ 医薬分業に伴い急激に診療報酬が引き上げられ、積み立てていた資金を急激に使ってしまった。急激に赤字が大きくなったので、医療保険制度自体の存立が危ぶまれていた。そのため政府は特別財政方策を起草した。そのひとつが財政安定化のための特別法である。特別法を成立させ、それにあわせて様々な法律が成立した。
- ・ 不正申告や不正請求を防止するための徹底的な管理や、保険料の増額が計画された。
- ・ また、その特別法には政府による国庫支援金が明記された。政府支援金が過去に比べて増額された。保健福祉部では、医療保険財政安定化のために特別法を定め、様々な救済施策を実施した。
- ・ 不正申告・不正請求の防止、保険料の増額、そして国庫支援金により医療保険の財政収入が増加した。

### ③赤字財政からの脱却とその要因

- ・ 02年は2兆5,720億ウォンという非常に大きな赤字であった。そこで、診療報酬の引上げを抑制した。実際、診療報酬の引下げが実施された年もある。医療界としても、診療報酬が急に50%も引き上げられ、財政が破綻しそうな状況だったため、マイナスに抑えられても仕方がないと受け入れざるを得なかったと思われる。
- ・ その結果、累積赤字の状態は01年から03年までの3年間続くが、03年の当年度の収支は黒字となった。04年からは累積でも黒字に転換し、赤字から完全に脱却した。
- ・ 3年間赤字が続き、最大2兆5720億ウォンとなった赤字が解消され、黒字財政となった

のは、財政健全安定のための特別法の効果だったのか、果たして何が原因だったのか、公団では分析した。

- ・ 公団の分析によれば、少なくとも政策的要因（赤字保険料の引上げ、不正申告・請求の管理、国庫支援の拡大）に関しては成功したと考えられる。
- ・ しかし、赤字財政脱却のもうひとつの重要な要因として韓国の経済状況が挙げられる。当時の韓国の景気はあまり良くなかった。景気が悪いと、医療市場が鈍化するということが学問的にも立証されているようである。もちろん医療は必須のサービスであるが、経済の影響を受ける。

## ○今後の財政運営における方向性について

### ①公団が目標として掲げる保障率の向上

- ・ 歴史を振り返ってみると、89年に全国民を公的医療保険の適用対象とした時に、いくつかのウィークポイントがあった。具体的には、全国民を保険対象にした制度であるが、日本やヨーロッパに比べると、本人負担は比較的高く、給付保障率が低かった。保険給付対象とならないサービスがかなりあった。
- ・ 医療保険の保障率は昨年（2007年）の状況で61%である。公団の目標は、保障率を高めることである。08年までの目標は、71.5%まで高めることである。そのために具体的なロードマップを策定している。具体的には、ガンによる入院費用の10%の負担（本来は20%の自己負担）、6歳未満の免除、PETや超音波診断の保険適用といった形で保障を拡大している。

### ②保障率の向上のための財源

- ・ 保障率向上政策の影響は支出という形で現れてくる。このため、今後の財政は不透明な状況であると考えている。
- ・ 国庫支援金は、全体の保険料の18%を占めており、規模が大きいため、これ以上増やすことは困難である。
- ・ 社会保険であるからには71%の保障率をカバーする財源を確保するために、加入者の保険料を高めていくほかはない。保険料は現在、所得の4.48%なので、他の先進国と比べると引き上げる余地は残っている。十分に国民を説得できれば引き上げることができると考えている。保障率を少しずつ上げていくことと連動させて、保険料自体も引き上げていくつもりである。
- ・ だが、このためには国民の信頼という前提条件が必要である。医療機関の不正請求もあり、国民には、徴収された保険料が適正に用いられていないという意識がある。保険料が適正に効率よく使われ、さらに医療機関の不正請求がなければ、保険料を上げてもよいというのが国民意識だと思われる。

### ③財源の確保についての動向

- ・ 06年12月31日で財政健全化特別法が終わるが、その後の財源構成などの案については、具体的にはわからないが、おそらく現状維持のような形で変わっていくと思われる。
- ・ 保険料は公団で決めるのではなく、本法で定めるとおり、公団の財政委員会が決められている。保険料は保険者が決めればよいと思われるが、政府がコントロールして決めるにしても、独断的に決めることはなく、様々な審議委員会を経て行う。理想的には、収入と支出、保険料と給付も保険者が決めるべきだと思われる。
- ・ 健康保険は当期保険なので、決定の順序（現状では先に給付水準、診療報酬が決められ、その後財源をどうするかといった保険料が決められる）にはあまり意味がないと考えられる。
- ・ 給付の拡大という政策は政府が主導権を握っていると考えてよい。最近は利害関係者を入れて意見を調節しながら、より民主的に決めているため、過去ほどに独断的ではないものの政府がある程度主導権を握っている。例えば、医療機関側が診療報酬を5%上げてほしいと言い、保険者である公団が支出増を2%で抑えたいといった平行線のケースでは、政府が介入して調整しなければならない。

### ④診療報酬をめぐる交渉について

- ・ 韓国の診療報酬は、医療行為ごとに相対的価値が定められている。高度な技術や高価な設備を用いた診療には相対的価値が高く設定され、単純な診療行為には相対的価値が低く設定されている。この相対的価値に1点当たり価格をかけることで診療報酬が定められている。
- ・ この相対的価値は保健福祉部の下に専門家グループが集まって定める。相対的価値に基づく点数に乘じる「1点当たり価格」をいくらにするのかといった点について、供給者と公団との間で様々な資料を用いて交渉する。
- ・ 交渉の平行線を解決するために、医療機関の経営を判断しなければならないが、医療機関経営の資料が保険者にはない。一度研究を実施した際の資料はあるがすべての医療機関ごとに把握した資料はなく、公開もされていない。このため、交渉においては前年度に比べて何%上げるかといったアプローチにならざるを得ない。

### ⑤DRGを用いた支払いの試験的導入

- ・ DRGは韓国でも虫垂炎の手術などでモデル的に導入している。DRGを全病院サービスに適用しようとしたが、現状では7種類の類型だけで実施している。これは成功しているとは思えない。研究者はDRGが全面的に拡大されるとはみていない。
- ・ 韓国の出来高払い制には問題が多く、試験的にDRGを導入しているが、現況ではDRGよりも総額予算制の方が議論されている。
- ・ 総額予算制は診療費の抑制に目的を置いているため、過去に行われた医薬分業よりもさ

らに大きな抵抗があると考えられる。もし実施するなら非常に大きな決断が求められる。

## ○公団の業務等について

### ①医療保険統合による保険者機能の拡大

- ・ 医療保険統合により、巨大な保険者が誕生した。統合以前は、個別の組合の実績に合わせて、保険料を引き上げたり引き下げたりと自由に融通をきかせることができた。しかし統合によって、引上げの影響は全国に及ぶようになった。このために政治的論争の焦点になりやすくなった。
- ・ かつては供給者と保険者との間で診療報酬を決めることはできなかったが、単一の巨大組織になったことで、それができるようになった。さらに交渉力も持つことができるようになり、政府に対する影響力も持つことができた。
- ・ 財政的に厳しい場合は、国庫支援を要請することも容易にできるようになった。
- ・ 小規模な組合では実行できなかったケースマネジメント（事例管理）などのプロジェクトも実施できるようになった。また、治療以外にも健康増進といった予防的側面も重要となっている。
- ・ 以前の小規模組合では、そのようなプロジェクトの計画・立案・実行を効率よく進めることは難しかったが、巨大組織になったことで余力を持つことができ、決定されれば全国の組織を利用し迅速に実行できるようになった。

### ②保険者に集まるデータの活用

- ・ 保険者には膨大なデータが集まるため、診療記録を収集し、政策にも反映することも可能になった。膨大なデータは診療報酬を決める資料として間接的に活用しており、供給者との交渉でも活用できる（交渉の上ではまだ活用してはない）。また将来的には病院の評価も可能になると思われる。
- ・ 保険者に集まるデータによる病院評価は最近、保健福祉部が中心となって徐々に始めているが、病院評価の中では診療記録の加味はごく一部である。サービスの質や疾患ごとの入院患者の死亡率、不正請求率などのデータは活用できると思われるが、病院の質は、診療がうまいかどうかであり、単に診療記録だけを見ても評価はできない。サービスの質が良くても重症患者が多い病院では、死亡率は高くなってしまう。病院を評価する上で、診療記録は完全な資料になり得ない。
- ・ 保険者に集まるデータは疾病予防の側面では活用できるが、今は保健福祉部が保健師を通して地域保健事業を実施しているため、公団はこれに干渉することはない。しかし公団はそこに重要な資料を提供することはできる。アメリカでも行っているようなマスタープランをもとに、糖尿、肥満、高血圧、栄養などを中心にアメリカと類似したものを計画している。
- ・ 国民健康増進計画の下に、地域住民の高血圧管理事業、糖尿病管理など様々な事業があ

るが、保健所は人数も少なく、手狭で情報も持っていない。こうした事業は地域住民の医学的情報がなければできないが、そういった情報をすべて公団が持っている。慢性疾患の住民をバックアップするために保健所と保健福祉部と公団が協力する際に、この情報は効力を発揮するだろう。地域の特性に合わせた地域の保健政策の立案が可能になる。

- ・ データの活用については、現状では担当部署は特になく、統計チームが各種の分析を行っている。

### ③被保険者証について

- ・ 「IT 大国」といわれている韓国では、診療報酬の請求も 95%が EDI 方式で行われ、電算化されているにも関わらず、被保険者証はいまだに紙であり、これは問題になっている。これは、資金や技術がないからではない。市民団体がプライバシー保護を理由に激しく反対しているためである。
- ・ また医療機関も被保険者証の電子化に反対している。その理由として、現状では、被保険者証を提示しなくても住民登録番号によって保険診療が受けられるが、被保険者証の提示を義務付ければ不正請求ができなくなるからではないかと想像される。
- ・ また被保険者証電子化のシステムを誰が構築するのかという問題がある。社会的合意が得られれば、すぐにでも導入したいと考えている。

## ○今後の動向についての議論

### ①高齢者医療の動向

- ・ 韓国でも（韓国語では名称が違うが）介護保険制度の導入を 2 年前から準備し、現在は試験的の事業を行っており、08 年に導入する。介護保険ができたとしても高齢者人口は増えるので、介護保険とは別に財政的に調達しなければならない。このため高齢者医療のための積立金をいかにして作るかが重要な問題となっている。

### ②諸外国の動向との比較

- ・ 最近では NHS へ移行すべきといった意見はほとんどない。韓国は医療機関の 90%が民間であるため NHS とは合わない。また NHS の制度を導入するためのインフラもできていない。
- ・ かつて統合する段階で NHS への移行についての論議はあった。組合の地域主義に固執しようとした勢力があり、彼らの反対の最大の理由が、公平な賦課ができないということであった。統合されるのであれば、NHS に移行してしまえという考えになったが、そのような意見は少数だった。
- ・ ベンチマークとしては、日本も重要な対象である。韓国の制度は、隣の国ということもあるが、日本と非常に類似したシステムが多い。77 年に医療保険を導入した時には、ほとんど日本の制度をコピーした。他の理由もあるが、組合主義を採用した理由がそこに

あった。

- 日本に学んだ組合主義だが、韓国ではそれを超えて統合に向かった。日本の制度は先進制度であり、保障性が高いというのは確かであった。
- 現在、介護保険を導入しようとしており、日本とドイツとオーストラリアについて研究しているが、特にどこかの国をベンチマーキングにしようということはない。支給の仕組みや健康診断の方法などの詳細については、他国を研究している。韓国の今ある制度を改良するために、諸外国の研究をしている。
- 日本と韓国はお互いに学びあわなければならない。ヨーロッパも同様である。
- 日本は韓国よりも長く統合について論議をしているが、これからも当分の間論議が続くのではないだろうか。日本では政治システムもあって統合は難しいのではないだろうか。韓国は大統領制で政府の指導力が非常に強い。日本の場合は首相制で全国的にトップダウンで改革というのは非常に難しいのではないだろうか。
- しかしながら、ひとこと言えることは、完全統合というのが最善の方策ではない。日本の人口は1億3千万人と韓国の3倍である。1つの方法としては、完全統合ではなく、広域単位、都道府県単位というのも良い方法ではないだろうか。これにより統合の利点と、効率性の両方を追求できるのではないだろうか。

### ③保険料と税の違いについて

- 健康保険においては、保険料と税とでは、根本的には違いはない。税金として見ている認識も多く、目的税とほとんど同じという考えもある。韓国では教育のために利用される教育税が導入されているが、健康保険の保険料はある意味で健康保険税である。
- 収入や財産に応じて支払額が変わるという意味でも、ほとんど税金と同じであるため、国民の中には政府が使っている税金の一種だと考えている人もいる。
- 日本と同様に、保険料の徴収はまとめて他の税金と共通にしたほうがよいという議論は韓国でもあるが、それほど活発ではない。例えば公団の組織が非常に巨大化しており、効率的運営のため賦課徴収は国税庁が担当すべきだといった論理があるが、それは不可能だろう。

### ④地域格差と地域ごとの保険料

- 韓国では、地域ごとに保険料を定めようという意見はない。社会保障制度の大前提は社会連帯制なので、その場合負担というのは自分の所得に比例し、医療サービスというのは自分の必要性に応じて提供されなければいけないというのが原則である。社会連帯性の原則を考えた場合、ある地域や特定の人が保険料の消費が大きいから保険料をより出せというのは難しい。例えば、高齢者は様々な医療にかかっているが、だからといって高齢者により多くお金を出せとはいえない。
- 実際には地域ごとの格差は大きい。地方では、若年者が少なく、高齢者が農業を担って

いる。彼らの収入は少なく、治療費は多い。彼らに保険料をたくさん出せというのは難しい。

- 統合に至ったひとつの理由としても、地域格差の問題があった。かつては市町村・郡のレベルで医療保険が運営されており、227程度の組合があった。農村部の組合では、低所得者が低所得者を助けなければいけない状況であり、逆に都市では高所得者が高所得者を助ける。このような状況なので、農村部では赤字経営で、組合自体の存立が不可能であった。
- このような状況下で、大勢で集まってリスクを考慮して分散させるという「社会連帯」の方向への改革が求められ、統合に向かった理由のひとつとなった。
- 保険料をたくさん使っている地域に対して保険料をたくさん出せというのは、昔の方式に戻れということと同じことになる。もしそのような論議が政府から出たり、そういう方法が施行されたら暴動が起きるだろう。
- ドイツで施行されているリスク構造調整の考え方は韓国でも導入された。農村は財政が非常に弱く、逆に企業中心の組合の財政は非常に良好であった。韓国でもかつての医療保険連合会が各組合から資金の一部を徴収し、地域保険に補助するというリスク調整も行った。しかし組合方式では不可能であった。だからむしろ統合してしまえという議論になった。

以上

### 3. 健康保険審査評価院

#### ○運営体制について

- ・ 前回調査訪問（03年1月）時点と比べて担当部署の名称等が一部変わったものの、大きな変更はない。
- ・ 05年12月31日現在の従業員数は1,571人で、その後89人ほど増員した。監督機関である保健福祉部にも了承を得て、現在1,660人の体制である。
- ・ 専門職の数は医師31人、薬剤師36人、看護師833人、医療技師69人である。そのほか弁護士、公認会計士が所属している。
- ・ 630人が常勤で勤務している。医師は開業医であるため、非常勤である。
- ・ 審査を専門として行っている職員は約200人で大部分が看護師である。職員ごとの担当病院あるいは担当診療科といった割当てではない。
- ・ 現在の審査評価院の本部の建物は05年5月に完成し、かつて3つの建物に分散していた審査評価院がひとつの建物になった。

#### ○審査業務、評価業務について

##### ①EDIの普及と審査期間の短縮

- ・ EDIが進んだことにより、審査期間が短くなり、効率化がはかられた。現状では、EDIによる請求の場合、14日以内に支給される。書面による請求の場合は40日以内に支給される。
- ・ 原則としては、入院レセプトについては1か月に1回、EDIデータを送信している。問題は、EDIでは月ごとに請求されるので、月初めにデータが一举に集まることである。
- ・ かつては月ごとに一括して請求を行っていた。外来では月ごとの請求で問題ないが、入院ではいつ入院していつ治療を行ったのかわからない。現在、20程度の医療機関（薬局も含む）では、実験的に日単位の請求を行っている。かつては、いつ治療した、いつ処方したと日付のないまま請求を行っていた。
- ・ 月単位の請求でも、日付の入った請求にすることを目標としている。医療機関でそれらを全て記録することは大変だが、入院ではこれが非常に重要である。ただし医療機関にも様々な事情があるため、それを考慮する必要がある。
- ・ 韓国では、医療機関においてもIT化が進み、月単位での日別の請求が可能になっている。障害となっているのは、まず医療機関側が診療内容を詳細に報告することを願っていないということである。提出前に1か月分の診療内容をまとめて提出すれば済むものを、毎日管理するのは煩雑である。もう1つの障害はソフトウェアの問題である。ソフトウェアは月単位で送信するように設定されているので、これを毎日送信できるように改善すればよく、これは技術的には可能であるが、医療機関にとってはあまりメリットがない。医療機関にも事情があると思われるので、病院ごとに週単位や月単位での提出

を選べるようにすればよいと考えている。

- かつては担当者が変わったなどの理由で1か月に同じ請求を2回してしまうといった重複請求があったが、現在ではITが進んでいるため、この問題は解消されたと思われる。

## ②EDIデータの審査

- EDI データが提出されると、プログラムが自動的に適正性をチェックする。「要検討」の部分は別個で表示される。医学的判断を仰がなければならない場合は、非常勤医師に相談するが、このようなケースはあまり多くない。
- EDI が普及しているからといって、全てが自動化されているわけではない。コンピュータは効率よく判断する手助けをしてくれるだけであって、人による判断は重要である。

## ③EDI以外での請求

- レセプトの情報内容は書面でも EDI でも同じである。書面レセプトでもバーコードをなぞれば、名前、住所といった情報データは EDI と同じになるようになっている。投薬などの情報は自動では入力されないので入力しなおさなければならない。書面で提出されるものは、わざわざ EDI 化したデータを作る必要はないので、基本データをバーコードで読むだけで EDI 化はしていない。
- レセプトの99パーセントは電算化されている。書面による請求方法を廃止しないのは、小さな医院の高齢医師にとっては EDI の利用が難しいといったことに配慮しているためである。

## ④患者データの保持期限

- 審査評価院では請求データは基本的に全て残している。データが大きくなるので、サーバ上に上げていくことはせず、古いものはバックアップして、他の所に保存する。法律的には残しておく必要はない。一般的書類は3年保存といわれるが、これは制限なく全て保存している。
- 統合以前の紙の資料は残っていない。こういった問題があるので、データの場合は必ず残しておくべきだと考えている。

## ⑤EDIで把握される情報

- EDI で送られてくる内容は基本的に保険対象のものは全て対象である。患者の自己負担や病院で保険対象となる請求額は全て送られる。保険対象外のものについては、患者が負担している金額は送られる。それ以外のもの、例えば新技術や新薬なども記入するよう要請しているが、病院側があまり記入してくれない状況である。
- 保険給付対象の医薬品の名前や診療材料などは全て製品単位でコード化されている。
- 医薬品の場合は大会社が多いので管理ができるが、材料の場合は小さな会社が多く、倒

産もあるので管理が難しい。

#### ⑥ 審査評価院が把握している医療機関の情報

- ・ 機械の保有状況は申告されることになっているので、どの医療機関がどのような機械を持っているか把握できる。ロット別に把握したいが、そこまではしていない。例えば、扇風機の場合、少し色を変えて高さを変えただけで、また新しい名前で新しいものとして市場に出るので、ここまでコード化するのは難しい。扇風機なら、どのメーカーの扇風機といったレベルで把握している。
- ・ 病院を開設した場合、医師が何人で、どんな設備があるかといった情報を全て審査評価院に報告することになっている。韓国政府は今、改革を行っており、医師のフリーランサー認定を行っている。審査評価院としては管理が難しくなると予想している。
- ・ 病院に1人医師がいれば、その医師が何をしているか把握できるが、フリーランサーが複数の医療機関で勤務している場合は、大きなことはよいが、簡単なことは誰が行ったか把握できなくなる。
- ・ 医師に関しては出入国管理のチェックも行っている。海外に出て国内にいないはずなのに、その医師が診療していることになっているケースもあるためである。出入国管理局に依頼して、医師の出入国管理の情報を提供してもらいチェックしている。マスコミによる批判を防ぐためもある。
- ・ 審査評価院には、医療機関の設備や人材、技師、病床、医療機器が何年経ったか、医師の免許番号、専門医なのか総合医なのか（専門診療科目までは把握していないが）、定年退職などを報告することになっている。看護師の人数によって支払われる給付額が変わる場合もあるため看護師数についても把握している。これらを「医療資源管理」と呼んでいる。
- ・ 医療資源管理のデータは随時、自動的にアップデートされ、いつでも新しい情報で評価ができるようになっている。このような情報は審査の際に反映される。例えば、病院で物理治療が行われた場合、病院にその技師がいなくてもかかわらず、治療が行われたら問題になるので、支払が適正なのか不適格なのかを自動的にチェックしている。

#### ⑦ 死亡率などのアウトカム情報について

- ・ レセプトデータに基づいて在院日数や死亡率、再入院率などのアウトカムの情報を把握するといったことは行っていない。EDIで診療記録を請求する場合は、診療の内容であって、結果は記録していない。例えば、死亡の場合でも、ガンを宣告され、その病院で治療して亡くなる場合や途中で民間療法に変える場合もあるので、そこまでは把握していない。
- ・ 患者が最初に病院に来た時は、さまざまな検査を行ったりすることにより請求額が大きくなるが、末期になると、検査や手術などの収益性の高い部分がほとんどないので、病

院としては「できるだけ家族と一緒に過ごす」という方針をとるのではないだろうか。このため死亡率などは出していない。死亡率は統計庁で、病院とは関係なく死亡原因などを出している。

#### ⑧情報公開について

- 例えば、胃ガンに関する手術はこの病院で何件といった情報はコード別に把握できる。このような情報は国政監査の際に国会に提出するが、公表はしていない。
- 情報公開は少しずつ拡大している。01年に韓国の帝王切開率が40.5%という非常に高い率が出て、世界1位という不名誉な報道がなされた。市民団体などが帝王切開率を下げるために情報公開を求める動きとなった。当初は帝王切開率の低い病院を公開していたが、さらに公開すべきという動きになり、全て公開している。反発も大きいですが、市民団体と共同で努力している。
- 帝王切開率、抗生剤の処方率、不必要な注射をしていないか、といった3つの項目について医療機関別に審査評価院のホームページ上で公開している。公開に至った契機は、市民団体が重要な情報の公開に関して保健福祉部に対する訴訟を起こし、保健福祉部が敗訴したことにある。
- 医療機関にとってはプライベートな情報であるので、医療機関は公開したがる。例えば、抗生剤を使わなければならない診療方法なのに、それを公表されたら、不必要な治療をしているというイメージを与え、結果的に病院経営に打撃を与える恐れがある。
- 保健福祉部は当初はそれを考慮していたが、市民団体の強い要望と、保健福祉部も公開してもよいという意思を示し始めたことを受け、審査評価院は公開することにした。

#### ⑨国民健康保険公団との情報交換

- 審査評価院は国民健康保険公団に対して、一部の情報を提供するだけでなく、明細情報全てを提供している。公団は保険者として、支給だけでなく、チェックする機能も必要はずだという議論になり、国もそのような方針だったため、情報を全部提供している。
- 審査評価院と公団との情報提供については統合後、01年頃に公団と審査評価院との間で協約を締結した。審査評価院としては、診療を受けた患者が果たして保険に入っているのかどうか、扶養家族なのかどうか把握する必要がある。その資料を公団から提供してもらう必要がある。お互いに情報交換をする必要があったため、協約を締結した。
- ただし審査評価院は、公団と全ての情報を共有しているわけではない。例えば、公団は保険料策定のために加入者の財産・給与等の情報が必要であるが、審査評価院にはそういった情報は必要ない。

#### ⑩不正請求への対応

- ・ 今まで蓄積されたデータのうち、不正請求をした病院をカテゴリーとして把握しており、特定の病院のレセプトを注意して審査するといったことはある。
- ・ さらに不正がありそうな病院の現地調査も実施している。この場合、保健福祉部に申請し、行政許可を得てから訪問調査をする。疑わしい病院に関する公団からの申告や、民間からの申告もある。またメディアでの報道によって把握する場合もある。
- ・ 保健福祉部の職員数が少ないので、審査評価院が現地調査を行っているが、現地に持って行く書類は保健福祉部のものである。現地調査では、病院で診療記録をみて、EDIで送信されたデータなどとの照合を行う。また、患者台帳などとの照合を行うといったノウハウもある。

#### ⑪医療機関と審査評価院との紛争

- ・ 審査した結果に医療機関が異議を唱える場合、裁判の前に異議申請が行われる。この異議申請はよくある。適切な診療であった場合もあるが、それよりも行政的手続やエラーといったものが多く、両方が混ざって異議申請として上げられてくる。裁判に至るケースは多くはないが、存在する。例えば、医薬品の過剰な処方となされるケースでは、薬局としては処方箋通りにしているので責任がない。この場合、医師は適正だと思って処方しており、20日にしようが10日にしようが医師には金銭的利益は何もない。しかし審査評価院としては、支給額を薬局か医師のいずれかから返してもらわなければならないため、医師に請求する。これを不服とする医師との間で裁判になった。
- ・ 訴訟に至るもう一つの例として、新技術のケースがある。例えば、ある肛門科医の医師が痔の画期的な手術を考案し、この治療費を請求した場合、新しい項目であるから支払いは認められない。これを不服として訴訟に至る。
- ・ 韓国では開業すれば、自動的に公的医療保険制度に病院が組み込まれ、保険医制度から脱退して自由診療をすることができない。この背景には憲法裁判所での判断があり、その結果、「契約」ではなく、「指定」として強制的に保険制度に組み込むことになっている。

#### ⑫今後の審査・評価の方向性

- ・ 審査評価院の設立以降、審査の方向性が少しずつ変わっている。かつては支払額の削減が主眼であったため、病院との摩擦が絶えなかった。現在の主眼は予防に移行している。
- ・ これまでは薬価の設定をはじめとして、指定された金額のリストがあがって、それによって診療報酬が決められるというネガティブリストだったが、これからは医薬の経済性を評価していこうということで、医薬品の費用対効果を計算し、ポジティブリストをつくっていく動きになっている。
- ・ こうした動きを受け、製薬会社との交渉権が公団に、経済性を評価する機能が審査評価

院に追加される可能性がある。アメリカが FTA 交渉においてこの動きに反対しているため話題になっている。現在の健康保険最大の 이슈である。

- 韓国では医薬分業にともない高価な薬を投与することが多くなった。韓国では、未だに新薬がよいという意識が強い。

以上

## 4. 大韓病院協会

### ○医療保険財政について

#### ①医療保険財政破綻の経緯

- ・ 医療保険財政が悪化した原因は大きく4つに分けられる。まず、一貫した低診療報酬・低給付・低負担政策が原因として挙げられる。韓国の保険料の水準は、02年度で所得の3.94%というOECD加盟国の中で最低水準となっていた。
- ・ 財政悪化の2つ目の原因は、健康保険の統合過程において生じた保険者のモラルハザードである。これにより健康保険の統合過程で累積していた黒字がなくなった。これは公団の責任ではないが、97年に発生したIMF管理期と前後して、保険料の徴収率が非常に低くなった。さらに保険者は保険料率を引き下げている。
- ・ 財政悪化の3つ目の原因は、受診率と来院日数の増加である。医薬分業以降、病院利用率が非常に高くなった。医薬分業後に来院日数が16.7%も増加した。これは、病院に行って診療を受け、処方箋を持って薬局に行くと、例えば「1日+1日」と計上され来院日数が2日になるためである。入院と外来の比率は、医薬分業前には入院の比率が高かったのに対して、分業後は外来が増えた。かつては薬局に行けば薬を購入することができたが、医薬分業後は風邪などの軽い疾患も、医療機関で処方を受けなければ購入できなくなった。これにより、当然、外来患者が増える。
- ・ 財政悪化の4つ目の原因は、医薬分業と実際取引価格上限制度の導入により、値段の高い薬の処方が多くなったことである。

#### ②財政悪化を解消するためにとられた政策

- ・ 財政赤字の問題が最も厳しかった01年度から保健福祉部は健康保険財政健全化総合対策を遂行した。この対策の結果として、03年には当期の財政収支が黒字になり、04年には累積の収支も黒字に転換した。
- ・ 健康保険財政健全化総合対策では、まず01年5月に第一次の財政安定化対策がとられ、次に02年4月に第二次の財政安定化対策がとられた。そして02年の1月19日に健康保険財政健全化特別法が制定され、これにより地域加入者の給付費用の50%を国庫から負担することになった。その結果、01年には2兆6,000億ウォンから3兆4,000億ウォンへと国庫からの支援が約30%増えた。
- ・ 大韓病院協会としては国庫支援金を増額することが望ましいと考えているが、経済部署は国庫支援の削減を目指している。
- ・ 01年の第一次の財政安定化対策では、2兆6,666億ウォンの削減目標を立て、審査評価院での審査を強化した。また、給付制度の合理化のため、給付対象項目の統廃合、廃止を行った。その他、薬剤費の削減、保険料徴収率の増加、運営の効率化をはかった。
- ・ 02年の第二次の財政安定化対策では、給付費の支出を追加的に削減する対策がとられた。

また第一次対策と同様に、保険料の収入を増大させるための方策がとられた。さらに国庫支援を拡大した。そして診療報酬の引上げを抑制し、02年の換算指数を2.9%引き下げ、その翌年には換算指数を2.9%引き上げた。その結果、3年間で診療報酬をまったく引き上げなかったのと同じ結果が得られた。

- ・ 一方で、保険料は引上げを連続し、02年には保険料率を6.7%、03年には8.5%引き上げた。その結果、02年の所得対比の保険料率が3.4%から3.63%に引き上げられた。
- ・ 供給者の苦痛分担と国民の協力により、政府の多様な財政安定対策が効果を達成することができたといえる。

### ③医療保険財政悪化に伴う病院への影響

- ・ 医療保険財政の悪化により、病院には次のような影響があった。まず診療費の支給期間が遅くなった。また財政安定化対策の変化に伴いさまざまな損失が出た。例えば、注射剤、処方、調剤料が削除された。診察料と処方料が統合された（薬の処方の有無にかかわらず、処方料が診察料に加えられるようになった）。また夜間料金の加算適用時間が調整され、6時から8時へと遅くなった。給付及び審査基準が強化された。そして、診療報酬が引き下げられ、病院経営が苦しくなった。
- ・ 財政が悪化した02年当時、病院全体の倒産率は9.5%であった。薬を供給した製薬会社などが病院から資金を回収できなくなった場合、法廷に訴え、差押えを行った。具体的には、国民健康保険公団から受け取る診療費を差し押えられる。その金額は967億ウォン程度になった。
- ・ 病院の経営が困難になったので、入院料が24.4%上方調整された。

## ○医療保険統合の評価

### ①病院協会にとっての医療保険統合の評価

- ・ 医療保険統合の当初の目的は望ましいものだったが、統合の結果は、病院協会にとっては否定的なものであった。
- ・ 病院事務にとっては、保険統合により窓口が単純化され、診療費の管理が効率化した。しかし財政悪化のために病院経営は厳しくなった。

### ②保険料負担の不公平

- ・ 医療保険財政は統合されたものの、保険料賦課体系の不公平問題はいまだに解消されていない。職場加入者は所得が明確だが、地域加入者や自営業者は所得が明確になっていない。
- ・ そのため、健康保険の加入者の中で職場と地域の保険料賦課について不公平となっており、この状況は年々悪化している。保険料引上げ率をみると、05年6月に職場は11.3%であったのに対し地域では3.6%であった。

### ③保険者統合の意味

- ・ 公団は、かつての職場・地域組合、医療保険公団の財政と組織、機能をひとつに合わせた、名実ともに単一保険者となったが、財政悪化以降、政府主導のもとに財政管理面での公団の役割が縮小し、保健福祉部の干渉が大きくなった。
- ・ 病院協会が願うのは、国家が保険者となり、公団は国家から委託されて運営を行っているだけという状況になることである。統合により、公団の権限が巨大化したという論議にはあまり意味がなく、国家の権限が大きくなったと考えればよい。
- ・ 韓国の医療保険制度は以前と異なり、国家社会保険、社会主義的色合いの強いものになった。運営体系はイギリスと同じであり、準徴税、税金に近いものである。強制加入であり、供給者の医療機関も強制的にサービスを提供しなければならないという点でも、国家が運営する保険である。

### ④統合以前の組合の状況

- ・ 統合以前は、組合間の給付率の格差はそれほど大きくはなかった。ただし、加入者の保険料の格差は大きかった。給付率はほとんど同じで、保険料率は組合間で格差があった。一般に職場は黒字で、地域は赤字であったが、特に裕福な組合というものはなかった。
- ・ 赤字の地域組合は医療機関に支払いができないという程ではなかったが、地域ごとの格差はあった。

## ○その他

### ①医薬分業の成果と問題点

- ・ 医薬分業は医療保険財政の悪化に寄与した。医薬分業の政策目標は、①医薬品の誤用・濫用を減らすことにより国民の健康を向上させること、②医薬品の適正な使用により薬剤費を削減すること、③医薬サービスの水準を向上させること、④製薬産業の発展と流通構造の正常化の4つであり、これらの目標は良かった。
- ・ 政府では医薬分業を進めるに当たって、給付費は増加しないだろうとみていた。しかし給付費は00年から01年にかけて大幅に増加し、結果的には健康保険の財政を悪化させた。
- ・ また、医薬分業により健康保険の保障性が弱くなった。保険料が引き上げられたにもかかわらず、個人の負担率は増加した。医薬分業前の99年と分業後の01年とを比較すると、給付率は53.4%から49.0%と低くなり、保障性が弱くなった。
- ・ 医薬品の誤用・濫用の削減に関しては、調査実施機関によって両面性のある評価が出ている。
- ・ 医薬分業は薬剤費の削減を目標としていたが、むしろ増えてしまった。
- ・ 医薬分業には、医薬サービス向上の目的もあったが、患者の知る権利の問題やサービス

満足度はあまり高くなっていない。医薬分業後に医薬サービスの変化があったかというアンケートを行ったところ、50%から70%は変化がなかったとしている。

- ・ 医薬分業は製薬産業の発展を目標に立てていたが、製薬会社の売上げは増加したが、研究開発費はむしろ縮小した。

## ②保障強化政策について

- ・ 健康保険政策関連で、最近話題になっているのは健康保険の保障強化である。給付率は現状では65%であり、残りの35%は自己負担となっている。保障強化のため、08年に71.5%の給付率を達成することが目標となっている。
- ・ 保障強化の主たる目標は、重症疾患の本人負担削減である。その他、食事代、基準レベルの病室など給付対象項目の拡大も目指している。
- ・ 保障強化に伴う政策が展開されているが、いくつかの問題点も指摘されている。当然だが、保障強化に伴い財政が急速に悪化している。毎月の保険の収支は保障強化の実施以降、マイナスが続いており、累積収支は削減が続いている。
- ・ 保障強化による財政悪化は、給付拡大のアプローチの問題による。財政規模から、給付拡大対象の優先順位を定め、保険料の水準を考慮しなくてはならないのに、それらを考慮せずに給付を拡大したため、財政が悪化した。

## ③倒産率の現状

- ・ 医療保険財政が改善したにもかかわらず、医療機関の倒産率は悪化している。99年に導入された実際取引価格制度、00年の医薬分業と医療保険統合の後、病院経営が非常に厳しくなった。病院の経営悪化の責任がどこにあるのは不明確な状況である。
- ・ 病院の外来機能は非常に弱くなり、財政状態が悪くなってきたので規制もかかり、診療報酬も低くなり、保険制度自体の財政は良くなったにもかかわらず、病院経営環境は改善しない。
- ・ かつて診療報酬が2.9%引き下げられた時期には、むしろ10%くらい引き上げなければならぬ状況であった。その影響が続いている。
- ・ 韓国の人件費の上昇率は高く、診療報酬では人件費の上昇を賄うことができない。統計で示すことはできないが、医療機関の負債が増えている。

## ④DRGによる支払制度の導入と問題点

- ・ 現在、韓国でのDRGを用いた支払いは、4つの診療科と8つの診療群を対象として行われている。DRGに参加している病院の割合は全体の62.8%である。
- ・ DRGには次のような問題点がある。まず、医療の質が低下していると指摘されている。大学病院など大型の医療機関はDRGを無視している。これは同時に手術を行う場合や、合併症、新技術に対する保障が少ないためである。

#### ⑤民間医療保険の動向と問題点

- ・ 民間医療保険は、経済部署が積極的に推進している。しかし保健福祉部では非公式な発言ではあるが、反対の声が聞かれる。
- ・ 大統領の諮問委員会である「医療先進化委員会」の報告によれば、民間医療保険は補充型が望ましいとされている。すなわち民間保険の補償範囲は、高級医療や新医療技術、看護、付加的なサービスに限定することが望ましいという考えである。
- ・ 民間医療保険導入にあたっての課題としては、民間医療保険の範囲について法律で定める本人負担金を含めるのかどうかという問題、公的保険と民間保険の統計的資料を共有することが妥当なことなのかどうかという問題、保険会社と病院間のネットワーク構築が必須だが果たして可能かどうかという問題、民間保険会社が利益を追求することで問題が起こらないように規制を設けることが可能かどうかといった問題が挙げられる。

#### ⑥農村地域での医療機関の不足

- ・ 以前から、農村地域では医療機関が少なかったが、この状況はさら更に進んでいる。出産率の低下もあり、産婦人科や小児科が少なくなっている。

#### ⑦保健福祉部による現地調査

- ・ 保健福祉部による病院の現地調査はかつてほど頻繁ではなくなった。統計的には増えているが、現場では減っているという印象を受ける。保健福祉部によれば年間 400 件程度の現地調査を行っているとのことである。これは数としては増えているかもしれないが、（医療機関数に対する）比率としては減っている。

#### ⑧健康保険制度の現在の問題点と課題

- ・ 今後到来する高齢化社会に備える財源が非常に足りない。
- ・ 不十分な給付に対する国民の不満が非常に大きい。
- ・ 保険料賦課体系の上で、地域と職場との間に不公平が存在する。
- ・ 保障性の評価と、それに伴う財源をどのように確保するかという問題がある。
- ・ 健康保険の運営管理の革新が必要である。公団は、今まで保険料を徴収して診療費を支払うという仕事をしてきたが、さらに医療の質を高めるようなサービスを積極的に行う必要がある。

以上

## 5. 大韓医師協会

### ○医療保険財政について

#### ①財政の黒字転換の要因

- ・ 当期収支は03年から、累積収支は04年に黒字に転換したが、原因については様々な指摘がされている。大韓医師協会では財政が破綻した原因は医療保険の統合と医薬分業だと考えている。医療保険の統合と医薬分業により財政が破綻したので、支出を抑えるために政府が安定化政策を実行した。黒字になったのは政府が医療供給者に対して診療費の支出を抑える政策を行ったためであると考えられる。
- ・ 医師協会では、医療保険統合と医薬分業を実施した際、追加支出される診療費を予測し、制度の施行に対して反対した。当時、医師協会では医薬分業が実行される場合、健康保険の財政が最低4兆2千億ウォン程度、負担が増えるだろうと推定した。
- ・ 医療財政が破綻したので政府が医療機関への支出を削減する政策を採用した。その政策により、医療機関に対する支出は03年基準で最低2兆9千億ウォン、04年基準では最低4兆1千億ウォン削減できた。財政が黒字に転換したのはこのような政府の政策が大きな役割を果たしたからと思われる。

#### ②医院への診療報酬の引上げ

- ・ 医療機関への支出の削減政策は医院に対して集中的に実施されている。この安定化政策はこれまでも続いており、医院クラスの医療機関の経営が非常に厳しくなった。そのため、03年に保険者と医療提供者側の代表者が診療報酬についての契約を締結した。
- ・ 韓国の診療報酬の決定方法は日本とは異なり、各々の医療行為に対して、医師が診療にかかわる時間、またそれを補助する看護師等の時間、施設、設備、医師が治療する時のいろいろな費用を考慮した相対価値（RBRVS）を定める。（RBRVSを金額に変換するための換算数値について、公団と医療供給者が契約を行うことを「診療報酬契約」と呼んでいる。）
- ・ 05年には診療報酬引上げ分とは別に、医院クラスの診察料に対する相対価値を2%引き上げた。これは医院クラスの経営が厳しかったためでもあるが、最も大きな理由は、医療保険財政が厳しくなって以降、財政支出の抑制項目が医院クラスに集中していたため、医院からの反発が大きく、この反発を緩和させるためであった。

#### ③財政健全化特別法とその失効後の国庫支援

- ・ 国民健康保険財政健全化特別法が06年末に失効するため、政府では、特別法の中にあつたいくつかの内容を、国民健康保険法の中に組み入れる改正案を発議しており、現在、国会で論議されている。
- ・ 国民健康保険法には国庫支援額についての条文がなかったが、大統領選挙時に公約とな

り、支援が続けられてきた。医療保険財政が破綻した状況では、国庫投入をするしかなかったため、特別法で国庫で50%支援することが法的に明示された。

- ・ 特別法が06年末に失効するのを受け、政府（保健福祉部）、公団、市民団体、医師協会などの構成メンバーが国庫支援を持続あるいは拡大が必要であるという意見を提示している。
- ・ 特別法では、健康保険全体が支援されているわけではない。現在、職場と地域のうち、地域加入者の診療給付費用、地域保険の管理運営費、公団の管理運営費の50%を国庫から支援している。
- ・ 一方、改正案では支出の50%ではなく、職場と地域を含めた予想される次の年の保険料の20%を国庫から支援するとしている。医師協会、市民団体では「予想される保険料の20%」という支援の規模は、現実には国庫からの支援を減らす形になるという意見が多い。
- ・ 職場にも20%国庫支援が入るということは職場と地域の公平性の観点による。健康保険の財源が厳しくなったので、特別法により国庫から支援されたのだが、地域に対して集中的に支援されたので、以前から統合に反対していた職場加入者の間で公平性の問題が自然と出てきた。このため、現在は職場と地域に関係なく、経済的に厳しい状況の人たちに支援するという計画である。
- ・ 職場と比べて、地域加入者の方が低所得者は多い。このため国庫支援の大部分は地域の方へ行くことになるが、法律的には統合されているので表面化しない。
- ・ 職場では、法律改正後も事業主負担は残り、事業者と従業員で半分ずつ負担する。韓国は労組が非常に強いため、事業者の負担が増えることはあったとしても、被雇用者のほうの負担は増えないと思われる。

#### ④健康保険の基金化案について

- ・ 少し前に、経済当局は健康保険財政を、企業年金のように基金化して、国会の統制を受けるようにする必要があるという趣旨で、健康保険の基金化を主張し、論議となった。
- ・ 経済部署は経済の論理によって基金化を唱えたが、保健福祉部や医師協会では基金化に反対した。保健福祉部や医師協会は、健康保険の支出は、公団から保健福祉部に毎年報告しているし、また保健福祉部では国会に対して予算に対する報告をしなければならないので、わざわざ基金化しなくても、財源の支出に対する統制は十分に可能であるとして、基金化案に反対した。

### ○医療保険統合に対する評価

#### ①公団の巨大化による医療機関の統制

- ・ 医療保険が統合されたことにより、公団が非常に巨大化した。医療保険財政が厳しくなると、政府は財政削減のために、審査機構や保険者を利用し、相対的に公団の役割を拡

大した。

- ・ 統合後、韓国の保険財政が厳しかったため、法律で定められた権限よりも一時的により多くの権限を与えた。それは形式的に権限を与えたものであるが、公団はこれを「実質的な権限」として行使している。結果として、現地調査権、受診者照会、不当利益徴収などの問題で、公団と医療機関は紛争になる。公団の「実質的な権限」は、制度的な施行とは関係なく、あくまで過渡的な状況の中で、権限として得ているものである。
- ・ 医療機関にとっては、公団の医療機関に対する現地調査権行使は大きな問題である。だが、これは法的には公団の権限ではなく、あくまで保健福祉部の権限である。
- ・ また、公団は国民が診療を受けた後、無作為に大部分の受診者に対して、医療機関での診療事実を照会する郵便物を送ることができる。
- ・ 医療機関が出した処方箋が保険給付基準を超えている場合の医薬品の費用の支払いの問題が発生している。韓国では、保険給付基準を超える処方箋を出してしまった場合、最初に処方を誤った医療機関が責任を負わなければならない。薬局は処方箋を確認する責任は医者と同じであるが、薬局に対しては超過した分は支払われるが、公団は超過分を医療機関から徴収する（不当利益徴収）。これについて政府と医師協会の間で非常に大きな問題になり、国政監査においても、法の解釈を巡って大きな論議になった。医師協会では訴訟を起こしたし、法的な根拠がないということも確認した。今年の改正案では、当初、この不当利益徴収の権限が明文化されていたが、医師協会が強力に反対したため改正案から削除された。
- ・ このように公団の権限を強くすることは、当初は、公団よりも政府の意向が強く働いていたが、政府は、現在はある程度正常な財政状態になってきたので、現地調査権に関しては明らかに公団の権限ではなく、政府の権限だとしている。

## ②医師協会が主張する公団の権限の縮小案

- ・ 公団は保険料を自分で決められないという意味では、保険者としては権限が弱いという見方もできる。しかし公団は、診療報酬契約を行う直接的な主体になることができる。公団の理事長は診療報酬契約を行うために必ず財政運営委員会の議決を受けなければならないため、収入源である保険料は決定できないが、診療報酬契約により支出を決定しており、公団の力というのは決して小さいとはいえない。
- ・ 公団の理事長は診療報酬契約の際に必ず財政運営委員会の議決を経なければならないため、公団の理事長には契約当事者の権限はない。医師協会は、財政運営委員会の権限を縮小させて、公団の理事長と対等な関係で契約できるような改正案を作り、今国会で協議している。

## ③医療保険統合をめぐる論争と医師協会の立場

- ・ 医師協会では当初は広域単位での統合を主張していた。それが完全統合の方向に進み、

また分離のほうへ動いてきている。医師協会にとって、会員が実際に体験している経済的な困難をどのように受け入れるのかという現実問題と、政策問題の間の調整は非常に難しい。

- 現在の医師協会の立場では、保険統合が実行された後、単一保険者の権限がとて大きくなったため、以前のように組合主義に戻ることに賛成している。
- 医療保険統合を主張したのは、政府に近い学者たちで、彼らが主張した統合のメリットとしては、管理の効率化が挙げられた。また統合による国民連帯意識の強化により、健康保険に対する国庫支援の持続化が可能であるという主張があった。さらに統合によって職場と地域の異なる保険料賦課制度を統一しやすくなるという主張もあった。
- 当時統合を主張していた側の論理の背景には、健康保険法が、4度にわたって国会で決議された経緯がある。そのため、統合はもう既に合意された内容であるので進めなければならないという論理であった。これに対して、当時統合に対して反対していた医師協会、市民団体が共同で、統合に反対して法律改正の要請を国会に提出した。
- 統合と分離に関する論議が激しかった時期には、市民団体の中でも統合支持と組合主義支持の立場に分かれていた。
- 論争当時に組合主義の側が主張したのは、「統合により、財政に対する責任性が弱くなってしまふ」ということだった。実際、職場組合は当初は黒字だったが、統合が論議される過程で、大部分が赤字の状況に変わっていった。当時、職場と地域の不公平に対する反発が大きく、道徳的な観点から職場の資金で地域の財政を助けなければならないという考え方があった。
- 今も公団に対する分離主義は、財政破綻などにより水面下に隠れてはいるが、いつでも表面化し、大きな社会問題となりうる可能性を秘めている。

#### ④医療保険制度改革のプロセスの問題点

- 韓国の医療保険統合や医薬分業はほぼ同時に00年7月に始まった。制度の基盤を築く前に財政が悪化したため、既存の制度を評価する十分な期間がなかった。
- その延長線上で、財政破綻が起こったため、医院クラス、医療機関、保険者、政府、市民全てが制度の妥当性を論ずる前に目の前の性急な現実、財政の安定化に力を注ぐことを強いられた。
- 財政が黒字になったこともあり、制度の妥当性の論議は水面下に落ちていった。

#### ⑤保険料賦課制度一元化の失敗

- 統合に対する大義名分の1つであった職場と地域に公平に保険料を賦課する単一の賦課制度実現は、現実的には不可能であるというのが明らかになった。保健福祉部長官の諮問機関であった国民健康保険発展委員会委員で、統合論議の時に代表的な統合を主張した学者であり、当時の保健福祉部の長官であったチャ・フンボン氏でさえ、04年に、「韓

国で単一の保険料賦課制度の開発は難しい」とする報告書を発表している。

- ・ 財政の破綻を受けて制度改革を進めるために発足した組織が健康保険発展委員会で、その中で大きな課題だったのが、負担の公平性を確立するための研究だった。
- ・ 00年6月の憲法裁判所の判断は、統合実施までの執行猶予の期間に、職場と地域との間の負担の不公平を除去する賦課制度・体系が開発できるならば、統合は違憲ではないとするものだった。しかし、もし猶予期間に公平な賦課体系が開発できないならば、違憲であるという判断だった。当時、韓国社会にとって、医療保険統合はあまりにも大きな問題であったため、憲法裁判所は結論を先送りし、両方の主張を認めたような判断を出した。公平な賦課体系が開発できないならば、統合は違憲であるとする憲法裁判所の論理は、組合主義者が主張している論理の1つである。
- ・ チャ・フンボン元長官はその当時、統合を主張した中心的な学者であり、健康保険の総合的な責任者である保健福祉部の長官であった。医療保険統合に伴う財政破綻について国会で国政監査が行われた際、チャ・フンボン元長官が証人として呼ばれた。「今も医療保険に対して統合はよい政策だと思うか」という質問に対し、チャ・フンボン元長官は「総括責任者なので間違っていたとは言えないが、問題はあるようだ」と答えている。長官は統合の最大の名分であった公平な賦課体系が開発できないということを当時から知っていたのではないかと思われる。

#### ⑥診療費支払期間の動向

- ・ 医療保険統合以前、各組合からの診療費支払いの遅れが多く、医院の経営は非常に厳しかった。当時の韓国の保険者団体が、日本と同様に組合主義だったので、各組合の経営状況によって診療費の支払い期間に大きな違いがあった。
- ・ 特にその中でも地域組合からの診療費支払いの遅れがとてひどかった。そのため医師協会では、当初は診療費支払いの遅れを改善するという理由で医療保険統合に賛成した。診療費支払いの遅れによる医療機関の経営困難という現実的な問題のために医師協会は統合を主張するしかなかった。
- ・ しかし、保険統合によって支払いの遅延がなくなったということではなかった。診療費請求の後、審査評価院が審査に費やす期間は法的に定められている。審査評価院が審査結果を保険者である公団に通報すればすぐに支払うように法律で定められている。しかし実際には審査期間や支払い期間が法律で定められていてもいなくても、当時の健康保険制度は破綻した状況だったので、ほとんどの診療費の支払いが遅延していた。
- ・ 現在は医療保険財政が黒字になっているが、審査する量が増加しているので、法定期間と現実の審査期間にずれが生じている。また支払い期間もすぐに支払うように定められているが、通常、7日から10日程度かかる。

## ○その他

### ①EDIについての医師協会の立場

- ・ 韓国では審査請求する主な方法はEDI、ディスク、書面の3つがある。EDIやディスクを使えば、先ほど述べたように、審査期間は15日、書面の場合は40日である。
- ・ 医院レベルの医療機関の95%以上がEDIで請求を行っている。書面で請求している者の多くは高齢の開業医であり、新規で開院する大部分の医師はEDIを使っている。
- ・ 現在、オンライン請求の場合、民間業者が間に入っているが、民間業者に支払われる費用を削減するために、医師協会、歯科医師協会、薬事協会、韓方医師協会が共同で、オンラインで直接請求ができる方式を推進している。
- ・ 医師協会はEDIに賛成するとは明言していない。EDIの利便性は考慮する必要があるが、その「副作用」も考えなくてはならない。

### ②保険給付範囲の動向

- ・ 韓国国民の最大の不満は、健康保険が全国民を対象にしているにもかかわらず、自分の払っている保険料に対して、保険の給付範囲が小さいことである。そのため、保健福祉部では、対象を拡大する政策を施行中である。08年までに普及率を71.5%まで拡大する予定で、05年には、ガンなどの重症疾患に対する給付も拡大した。06年2月に入院時食事代も保険給付化した。
- ・ 韓国では、健康保険以外にも医療給付制度、労災保険、自動車保険（自賠責）と4つがあるが、健康保険だけが食事代を給付対象としていなかった。食事代が給付対象となる前は、医療機関の収支の中で占める割合が無視できない大きさだった。食事代も健康保険の給付対象になったので、それ以前に受け取っていた金額よりも低くなった。それまでの食事代も適正だったのかという論議もあり、韓国のインターネットのホームページで検索してみると食事代に関する論議がたくさんある。

### ③保険給付範囲についての医師協会の立場

- ・ 現在の健康保険は財政的に大幅な黒字収支という状況ではない。医師協会では、保険給付拡大は重要だが、健康保険は黒字の時に、将来的に給付の対象となるか未定の部分に備えて積み立てておく必要があると考えている。現在、政府が行っている給付拡大政策は、このような積立金の論議が行われることなく、現在の黒字の部分だけを土台にして給付を支払うという政策である。そのため医師協会では、給付に対する優先順位の明確化、必要となる財源の明示を求めている。
- ・ 1つの行為に対して保険給付する場合、そのために必要となる財源を、現在の財源の中で使うのではなく、他の部分から補わなければならない。そのような財源が補充されていない状況で、国民に対して健康保険の見た目だけの良さを示すための給付拡大政策には反対している。

- ・ 保険給付が拡大されるのであれば、それに伴う国民の負担も増加しなければならない。国民が願うより良い医療サービスのためには、医療機関は再投資をしなくてはならない。そのための費用も含め、医療行為に対する適切な診療報酬が保障されるべきであり、そのような社会的な合意形成ができるよう政府は努めるべきと医師協会は主張している。適正な負担、適正な給付、適正な診療報酬体系の確立は医師協会が健康保険政策の中で最重要視している項目である。
- ・ 現状では、適正な負担がなされていない。すなわち、保険料が低いと思われる。保険料が高くなれば給付も拡大できる。また、医療機関に対しても再投資や、設備への投資などの一定部分を保障する必要がある。
- ・ 現在、韓国の職場加入者の保険料率は4.48%であるが、OECDの平均では8%を超えている。医師協会も8%水準の負担を求めている。韓国社会にとっては今の2倍になるということだが、社会的に受入れられることを望む。国民年金の保険料率は9%であり、健康保険よりも負担が大きい。この状況で健康保険の負担を国民年金と同じレベルまで上げたら健康保険と国民年金の両者の責任を負っている保健福祉部の存立も危ぶまれるだろう。

#### ④薬剤費の削減の必要性

- ・ 韓国の制度は過渡期の状況にあり、今は黒字ではあるが、08年までには71.5%まで給付対象を増やしていくという状況である。一方、収入源の保険料を8%まで上げることはできない。保険料率を部分的に少しずつ上げ、保険料を増やすよりも、診療費の支出を減らすほうがよいと考えられている。
- ・ 現在進められているのが、薬剤費の削減による支出削減政策である。具体的には、給付の対象となる医薬品を削減することだが、この削減の過程で、高価な医薬品の利用を減らし、低価格の医薬品の利用を促し、医薬品の量を統制する政策である。また、薬価算定の際、新しい医薬品については、既存の外国の医薬品の価格を反映させて決定する。さらに医療機関が製薬会社から購入する価格を3か月ごとに調査し、値段を上げることも、下げることも可能になる「実際取引上限制度」の設置である。この制度以外にも該当する薬の値段が適正であるかどうかを3年ごとに再評価して、値段を下げる。
- ・ 現在、健康保険の中で重点的に減らすことのできるのが薬剤費である。医療機関の立場では、処方する際に、保険適用でないものを処方したりすると、患者から抗議されるので、非常に制約が多い。
- ・ 健康保険全体の中で、薬剤費が占める割合は30%であり、これは毎年増加している。この部分を統制しない限り、患者が本当に必要とする手術などにかかることのできる支出が減ってしまう。
- ・ 健康保険制度の中で、内的な効率性を追及しない限り、「健康保険に対する国家予算を上げて欲しい」、あるいは「他の目的税を使って健康保険を支援して欲しい」といった

外的な要求をすることはできない。

#### ⑤診療科ごとの人材確保の格差

- ・ 韓国では、財政が破綻したので、医院に対する診療報酬を減らしたが、診療科ごとに需給は異なる。特に胸部外科、放射線科などいくつかの診療科では人材が不足している。このため人為的にこれらの診療科の相対的価値を高くしたが、それにもかかわらず、人材供給がスムーズにっていない。
- ・ 産婦人科の人材不足も日本と同様である。

以上

## 6. 韓国経営者総協会

### ○医療保険統合に対する評価

#### ①統合をめぐる議論の現状

- ・ 03年の財政統合について経営者総協会も憂慮していたが、問題点は全く改善されていない状況である。
- ・ 医療保険統合は全国民を対象とした非常に大きな問題であり、改革が一举に行われたのではなく、数段階に分けて行われているので、統合に対する問題提起は弱くなっている。
- ・ 医療保険統合に対する批判は、統合直後と比べて落ち着いてきている。統合に反対していた側も、統合が規定路線となった今の状況では、元の状態に戻すのは難しいと考えている。

#### ②地域と職場の不公平

- ・ 構造的な問題として、地域組合と職場組合の統合にはなかなか解決できない問題がある。特に地域保険の加入者である自営業者等の所得の把握には不可能な部分があり、期待はしているが、なかなか期待通りの成果は今のところ出ていない。
- ・ 所得捕捉率は3年前と比べてもほとんど変化はない。財政統合後も賦課体系は職場と地域とで別々である。
- ・ 保険料負担は、地域よりも職場の加入者のほうが大きい。この格差は、統合した後さらに広がっている。
- ・ 保険料の引上げ率は、かつては地域と職場で3倍もの違いがあった。これについて経営者総協会は是正を要求してきた。職場の賃金が、毎年物価上昇に伴って上がっていくのに対して、自営業者の保険料も物価上昇をある程度反映していくべきだが、それが全く反映されずに、格差がさらに広がっている。
- ・ 医薬分業等の政策が行われた直後、保険者の経営が厳しくなった。地域が黒字で、職場が赤字の時期もあった。今はむしろ職場から地域へ財政を補填している状況である。
- ・ 「地域加入者は貧しいので、これ以上の保険料は取れないから保険料を取りやすい職場加入者から取るべき」という論理に陥りやすい。政府は地域加入者のほうが貧しいと言っているが、これには根拠がない。地域の方が低所得だというのは認めるが、統計上はそれほど違いがない。このような意見に対して政府は証拠を出せない状況である。
- ・ 韓国では不動産政策で様々な公示地価を公表しているが、これによると、近年、地価は非常に高くなっている。これが保険料の策定に使えるデータであるにも関わらず、地域加入者の反発が多いため、地価上昇分に見合う保険料引上げは行っていない。政府は地価上昇分よりも、保険料引上げ率を低く設定している。このような部分の負担が職場加入者に回ってくる。

### ③不公平についてのメディアの報道

- ・ 医薬分業時に少し逆転した時もあるが、基本的には職場は黒字が続いており、地域の赤字を補填している。この状況は今後も変わらないと考えられている。
- ・ 05年頃から朝鮮日報、中央日報などの主要メディアもこの問題について言及し始め、経営者総協会としても非常に関心を持っている。この状況は続くだろうし、当然論議される時期が来ると思われる。
- ・ 医療保険財政における職場と地域の不公平について05年に一度報道され、06年2月頃にも報道された。地域の保険料負担を少し増額するなどしない限り、この不公平は拡大するのではないかと報道されていた。

### ④財政統合について

- ・ 財政統合については、後戻りできるのであればそれに越したことはないが、後戻りするためには統合と同じくらいの痛みを伴わなければならないため、そのような極端な主張は控えている。
- ・ 03年7月の財政統合により、外見上は統合された形式になっている。会計も単一会計の中で行われているが、2つの加入者の属性が異なるので、実際には別々に管理・運営されている。
- ・ かつて公団は、職場と地域からの加入者の情報を一緒に混ぜて公表するようなことをしていたが、今は公団も現状をある程度認めており、地域と職場で別々に資料を公表している。
- ・ 財政が統合されても実質的な内容はほとんど変わっていないが、1つの枠の中に職場と地域を入れて2つを一緒に扱えるようになったので、(公団の)管理上、多少楽になったと思われる。

### ⑤保険者の交渉力について

- ・ 保険者と医療提供者側の交渉の上では、かつては医療提供者側のほうが強かった。今でもその影響力は無視できない状態である。
- ・ 核心的な機能は公団が持っているが、公団で全て独自に決定できる構造ではない。公団は様々な判断資料を持っているが、最終的には政府が決定し、牽引している。
- ・ 診療報酬や保険料引上げの問題では、医療提供者側が非常に反発している姿がよく見られる。これらの議論は、医療に関する問題なので非常に専門的になっており、一般人にはなかなか把握できないという限界がある。
- ・ 国民にとっては、政府がアメとムチのような形で、医師協会や病院協会などをなだめ、おだて、時には脅迫しながら、牽引しているようにしか見えないが、結果を見ると、医師協会や病院協会に配慮した形になっている決定が多いように思える。これには避けられない部分もあると思う。医療提供者側をあまり圧迫すると、それが副作用として制度

上の問題やサービスの質の問題として跳ね返ってくる。

#### ⑥国民健康保険公団の業務の効率性と労働組合

- ・ 国民健康保険公団の業務の効率性について様々な意見が出ているが、問題が多い。
- ・ 公団の中に2つの労組(旧職場組合労組と旧地域組合労組)がそのまま維持されている。問題を起こしているのは旧地域組合労組(社会保険労組)である。
- ・ 労組は毎年、何日間もデモを行っているが、それにもかかわらず公団の仕事に支障はなかったため、公団は人が余っているのではないかと、効率が悪いのではないかと考えられている。政府も国民の立場で労組を改革する必要があると考えている。

#### ⑦企業の事務負担

- ・ 保険統合によって、企業の保険関連の事務負担が軽減されたとはいえない。加入者は加入する時点で地域・職場の財政の区別があり、これは統合以前と変わりはないため、事務が非常に簡便になったということはない。

### ○医療保険財政について

#### ①財政健全化特別法の失効

- ・ 財政健全化特別法が06年12月31日に失効するが、経営者総協会でも国庫支援を継続すべきであるという意見を提示している。文書化はされていないが、労使間で合意されているのは、これまでの国庫支援は今後も継続されなければならないということである。
- ・ もし現状の国庫支援がなくなれば、地域加入者はこれまでの2倍程度の保険料を負担しなければならない状況になるため、国庫支援の完全廃止は不可能である。
- ・ また国庫支援を継続する場合、なぜ地域加入者にだけ支援するのかといった不公平問題をどのように解決するのかという課題がある。その課題を解決するために、例えば低所得者に対して、地域、職場に関係なく国庫支援をするという形にすべきだといった意見が出ている。
- ・ 特別法の失効後は、国民健康保険法本法に国庫支援額を組み込むという政府案が国会に提出されている。
- ・ 財政当局では、国庫支援金を削減する方向で動いている。国庫支援は、経済規模全体が大きくなれば、それに伴って少しは大きくなるかもしれないが、比重としてはこれ以上大きくなることはあり得ないのではないかと考えられている。国庫支援が削減されれば、その分だけ加入者の負担が重くなると思われる。

#### ②給付の拡大と負担の増大

- ・ 国民はあまり実感していないが、ここ数年で、保険給付が拡大している。個々の保険組合が独立している時代には、急速に保険給付率を上げることは不可能だったが、統合に

よってこれが可能になったということである。

- ・ 現在、保険給付の範囲が拡大されているが、経営者総協会としては、拡大の流れが現状の水準で収束することを望んでいる。
- ・ 健康保険の当事者たちが論議して、給付についての一定のラインを決めている。その給付ラインまでの拡大は認めるが、それ以上は超えて欲しくないというのが経営者総協会の立場である。
- ・ 一方、市民団体などはさらなる給付拡大を要求している。経営者総協会が合意したラインが給付保障率 70%という水準である。かつては 53%程度だった。市民団体では 80%給付を要求している。
- ・ 統合後、財政の引締め政策の実施により黒字転換したので、04 年末頃にその黒字をどうしようかという議論が出た。経営者総協会としては保険料負担の削減を要求したが、結果としては、給付対象拡大の方向に動いてしまった。経営者総協会としては悪循環が進んでいると考えている。
- ・ 市民団体や労働団体は、保険料がまだ低く、加入者が充分負担していないと主張している。これは国や社会が選択しなくてはならない。健康保険だけではなく、様々な保険や年金など関連する問題もあるので一概には言えないが、経営者総協会の立場としては現状では、かなり高い保険料を負担していると思っている。

### ③保険料の引き上げに対する経営者の不満

- ・ 企業の経営者は、大企業、中小企業、零細企業いずれにおいても、社会保険料が急速に高くなっているという不満がある。以前から年金にも加入している経営者の話では、年金保険料の上げ幅よりもはるかに健康保険料の上げ幅のほうが身にしみて感じるとのことだった。健康保険料は、賃金上昇分に加えて保険料率の引上げがあるため、毎年 50%上がっているような感覚がある。
- ・ 労働者はもう少し事業者の負担を増やさなければならないと主張しているが、経営者側では事業者の負担はもう少し減らさなければならないと主張している。これについて、議論は平行線である。

### ④保険料賦課体系に対する経営者総協会の考え

- ・ 韓国経営者総協会としては、原則的には単一の保険料賦課体系を要求している。しかし、現実問題としては、これはほとんど不可能ではないかと考えている。
- ・ 次善の策として、別々の保険料賦課体系であるにしても、負担する部分が公平になるべきであると提案している。このための計算は難しいが、別々に管理しているので、例えば職場加入者の給与が物価の上昇に合わせて上がったのと同程度、自営業者の保険料賦課も上げてよいのではないかと考えている。

## ⑤保険料の決定過程

- ・ 保険料は、健康保険政策審議委員会で決定される。同委員会の加入者代表の中では、経営者総協会が最も保守的な立場で参加している。他の加入者代表（労働団体や市民団体）は、加入者代表と言いながら、給料が上がれば保険料の負担が増えるのも構わないと述べている。
- ・ 加入者代表には、地域加入者の代表として市民団体が、職場加入者の代表として労使の各代表が入っている。審議委員会は、3分の1が加入者、3分の1が医療提供者、残り政府となっている。投票すると2対1になってしまい、構造的に難しい状況である。すなわち、常に政府が鍵を握っている状態である。審議委員会では、診療報酬が決まった後で保険料について議論される。診療報酬がすでに決まっている段階では、医療提供者側にとっては、保険料がどうなろうと影響はないため、政府側に加担する。
- ・ 経営者総協会は、保険料を審議委員会で決定せずに、加入者代表で決定できるような法改正を提案した。審議委員会とは別に加入者だけの団体を作ってそこで保険料を決めさせてもらえればいいのではないかと考えている。公団の加入者委員会に近いものを作って欲しいと要求している。
- ・ 診療報酬の引上げ率が決定されている状態で、保険料についての会議が始まる。順序としておかしな話だが、診療報酬がこれだけ上がる必要があるから、財政負担がこれだけ上がらなければならないという議論になる。当初の政府の主張は、診療報酬を先に決めてしまえば、それを用いて医療提供者側に圧力をかけることができるというもので、加入者側はこの主張に合意してしまった。

## ○その他

### ①民間保険について

- ・ 国民健康保険でカバーする範囲は狭くして、民間医療保険を使いたいという意見は出ている。しかし国民健康保険の枠組みを崩してまで民間保険を導入するというのは問題と思われる。
- ・ 様々な問題を抱えているものの、韓国の国民健康保険は負担率が低く、全国民対象であり、他の国に比べれば、それなりに効率よく動いているのではないかと考えている。このような国民健康保険制度の評価には、経営者総協会も一部同意している。したがって、国民健康保険の大枠を崩すことはせずに、民間保険について慎重に検討すべきであると考えている。
- ・ 当初は一部代替して民間保険に移行すべきだと主張していた人たちも、国民健康保険の弱い部分や足りない部分、問題のある部分を、民間保険で部分的に補完するのでよいのではないかという意見に変わってきている。

## ②加入者資格の管理について

- ・ 財政上の問題により、加入者資格を厳格に管理するという案については、経営者総協会  
は反対していない。
- ・ 扶養家族である配偶者もサラリーマンとして勤務して所得があれば、職場加入者となる。  
その場合、配偶者本人の職場で加入する。もし配偶者が自営業に従事している場合、そ  
の所得が把握できれば、扶養家族から抜け、地域加入者として加入する。
- ・ 配偶者が会社に勤めており、所得がある場合は、被扶養者になることはできなかった。  
だが、利子や賃貸所得などの賃金以外の所得がある場合は、職場加入者の扶養家族とな  
ることはできた。これは制度上の問題でもあった。実質的に所得把握率が非常に低いと  
いう現実があり、このようなことが起こっていた。

## ③高齢化社会への対応について

- ・ 高齢化は健康保険だけでなく、年金保険も含め全般にかかわる問題で、避けて通ること  
はできない。今の健康保険制度は、つい 2、3 年前まで財政破綻の危機に瀕していたの  
で、10 年後、20 年後の長期的スパンで考える余裕がない状況である。
- ・ 介護保険についても論議がされ、試験的に一部で導入されている。介護保険利用者、国  
民年金保険受給者の割合は急速に増えていくと思われるが、それに対して経営者総協会  
としては早急に対応するのではなく、充分準備をして少しずつ対応していくことを主張  
している。

## ④医療保険一元化に対する意見

- ・ 日本の市町村国保が財政的に厳しい状況で、医療保険を一元化すればその問題が全て片  
付くということは絶対はない。統合のメリットを得られる地域もあるかもしれないが、  
それは一時的なものである。医療保険は、徹底的な支出の抑制などの努力をしていかな  
なくてはならない。しかし統合によって、地域保険のそのような支出抑制機能は喪失して  
しまうことになる。

以上

## 7. 韓国労働組合総連盟

### ○財政統合後の状況

#### ①公団の労働組合の現状

- ・ 公団の労組は、現在も地域と職場に分かれている。韓国労働組合総連盟（韓国労総）の傘下である健康保険職場労組は、組合員数が約 2,800 人である。全国民主労働組合総連盟（民主労総）の傘下である全国社会保険労組は、組合員数が約 5,200 人である。この 2 つの労組が、それぞれ韓国労総と民主労総の中で最も強力な労組となっている。
- ・ 公団における労使紛争は古くから続いているが、争点としては、人員削減が大きい。統合当時、2 つの組合で労働組合業務の専従職員が 107 人であったが、今は 40 人である。他の職場に比べれば多いが、3～4 年でこれだけ削減された。専従職員が減ったということは、全体の職員数の削減を意味する。
- ・ 審査評価院にも労組があるが、これは民主労総所属の組合である。なお審査評価院の業務は、異議申請の取扱いなど看護師といった専門職が必要であるものが多い。これに対し、公団は 70% の職員が徴収の担当者である。

### ○医療保険統合に対する評価

#### ①統合をめぐる論争における韓国労総の立場

- ・ 韓国労総は、医療保険統合に反対の立場をとっていた。健康保険組合には地域の労組として社会保険労組、職場の労組として健康保険職場労組の 2 つがあり、後者が統合に反対の立場をとっている。
- ・ 当初、職場労組は民主労総に属していたが、後に韓国労総に所属を変えたため、韓国労総では、職場労組の主張を受け入れ、反対の立場をとっている。それ以前は、韓国労総はむしろ統合賛成の立場だった。
- ・ 統合に反対したものの、押し切られて統合に至った。やむを得ず、現在は問題点の改善を願うだけである。

#### ②統合による人員削減

- ・ 医療保険統合により 31% の人員が削減された。統合以前は財政赤字の問題が強調されていたので、労働組合としてもこの人員削減はやむを得ないという雰囲気になっていた。
- ・ この人員削減の数値には、公団と同時に発足した健康保険審査評価院に転籍した職員も一部含まれる。ただし、31% の人員が全て審査評価院に転籍したわけではない。

#### ③不公平の問題における統合の影響

- ・ 統合により職場組合の中にあった不公平はなくなった。しかし、職場と地域の不公平はいまだに解決されていない。その理由は、単一の保険料賦課体系が実現できていないこ

と、そして地域加入者に対する所得把握ができていないことにある。

- ・ 職場と地域の不公平問題は、統合によってクローズアップされたわけではない。職場組合は、統合以前は2兆6,000億ウォンの累積積立金があったが、それが統合によってなくなり、01年にはマイナスにまでなった。しかし統合によって職場と地域の不公平が表面化したわけではない。

#### ④職場と地域の不公平についての労使政委員会での合意

- ・ 職場と地域の不公平に対する職場加入者の不満は多い。そのため今年のはじめ、労使政委員会の社会小委員会で公平性の問題が取りあげられ、最終的には合意に至った。
- ・ 合意の内容は、新しい賦課体系の開発などにより公平性を改善する方法を提示すること、ならびに医療保険財政への国庫支援を規定する特別法が年末に失効するが、国庫支援を国民健康保険本法に入れて持続することである。
- ・ 労使政委員会で合意が得られたことにより、研究を進めて共通の新しい賦課体系を開発していくという流れになった。ただし開発の期限は定められていない。
- ・ 職場加入者の所得把握は簡単であるが、地域加入者の所得把握は非常に難しい。現在30%程度しか把握できておらず、これを引き上げるのは難しい。したがって単一賦課体系の構築は難しいが、その方向で努力していくということで合意した。

#### ⑤保険者の巨大化の利点と問題

- ・ 統合によって、1つの保険者組織ができたことの長所としては、管理費用の削減が挙げられる。また健康保険サービスの質を高められた。これを通して、国民全体の所得再分配とリスクの削減ができたと思われる。
- ・ 統合の結果といえるかどうか不明だが、少なくとも統合以前よりも、保障性が非常に高くなった。これは財政の効率的運営が可能だったからだと考えている。
- ・ 短所としては、公団はいまだに保健福祉部の直接的な関与・統制を受けており、公団自らが単一賦課体系を開発・決定することができない点である。公団は保健福祉部から統制されている側面が大きいので、独立性を確立してほしい。
- ・ 公団内部の統治構造を変える動きもある。これは理事会内の政府側の理事数を増やそうとするものである。政府が直接コントロールしようという過程として捉えている。

### ○医療保険財政について

#### ①保険料賦課体系についての韓国労総の立場

- ・ 保険料賦課体系は難しい問題である。社会連帯性を考えると、今の枠組みを崩すことなく維持しながら、漸進的に所得の把握率を高め、単一賦課体系にもっていくのが望ましいと考えている。所得を基準にした職場の賦課体系に地域保険を合わせていくということではない。韓国は雇用率が61%で自営業者が多い国である。所得把握に関して、企業

の被雇用者に合わせていくのは難しい。

- ・ 共通の賦課体系は難しいため、別々の賦課体系でありながら、生活水準が同程度であれば、保険料も同程度になることが理想である。
- ・ 単一賦課体系の確立が統合の前提条件であるが、政府関係者や学者の中には単一賦課体系に反対する声は根強い。政権が変われば反対意見が大きく出てくる可能性がある。単一賦課体系の確立についてはある程度妥協して、医療サービスの改善、保障性の拡大については労使・政府すべてが合意しているので、そういう方向に努力していく考えである。

## ②保険料の上昇率の格差

- ・ 01年から04年までの地域と職場間の保険料負担増加率を見てみると、職場は102.9%、地域は21.8%である。
- ・ このような大きな格差の原因は、保険料率の上昇幅は地域と職場で同等であることを前提にしているものの、(職場加入者の)賃金の上昇幅の方が、自営業者における所得の上昇幅よりも大きいためである。もう1つの原因は、統合により地域から職場に所属を移した人が多く、地域のパイが総額で小さくなったということもある。

## ③職場から地域への財政移転

- ・ 医療保険統合以降、毎年約2兆ウォン程度の資金が職場から地域に移転している。例えば、01年には職場は2兆6,000億ウォンの黒字だったが、それが赤字になったということは、地域に資金が移転されたということが想像できる。
- ・ これには支出を増やしたから黒字が減ったということもあるが、それがすべてではない。財政統合前は地域と職場で会計は別だったが、保健福祉部を通して財政が移転されたと思われる。

## ④給付拡大についての韓国労総の立場

- ・ 韓国労総は、「保障性の強化」政策を支持している。現在、給付保障率は60%程度だが、08年までに80%程度に高めることを考えている。08年までに給付率71.5%を目標とするとしているのは政府の主張である。
- ・ 05年に締結された公団と医療供給者との契約には、08年までに80%に引き上げるといった内容がある。
- ・ 給付拡大は盧大統領の公約でもあったし、韓国労総などの加入者としての要求でもある。保健福祉部が71.5%の目標を掲げていることは、保健福祉部が約束を守っていないということを示している。
- ・ 韓国の労働団体は保険料の負担問題よりも、保障性の拡大による国民福祉向上を重視している。保険が黒字になったのは保険料の引上げとともに国庫の支援があったからであ

る。労使政委員会で、(保険料に対する) 国庫支援の割合 23%という現状レベルを維持するということで合意した。これによって、急激な保険料の上昇を防ぐことができるし、保障性の拡大も実現することができる。

- ・ 韓国労総と民主労総としては、最終的には「無償医療」を目標としている。それは保障率 80%を基準としている。政府が安全策として 71.5%を目標とし、ロードマップを作っているかもしれないが、韓国労総としては 80%を目標として絶えず戦っていくつもりである。ここでいう「無償医療」とは、本人負担を全くなくすということではなく、本人の負担を最小化するということである。
- ・ 例えば、がん患者が家族内に発生すると、その人だけの問題ではなく、家族全体の問題となる。家計が崩壊するような事例が時々起こるので、このような事例はなくしていこうと考えている。
- ・ 労働者も給付拡大のための保険料率上昇については受け入れている。加入者にとっては、家族の誰かが入院したときに、そのサービスが保険給付対象とされていることで、本人の負担が減る現実に直面すれば、誰でもありがたいと思うはずである。

#### ⑤健康保険発展のための公団と医薬団体の合意

- ・ 公団と医薬団体は健康保険発展のための努力について合意した。公団と医薬団体は契約書に基づき、付属合意書を通して、第一に健康保険の保障性を 08 年までに 80%の水準に発展するように共同の努力を行い、このために現行水準の国庫支援が維持されなければならないと合意した。
- ・ 第二に、07 年から保険給付費用は医療機関の特性を考慮した類型別の換算指数に基づいて契約すること、第三に、薬剤費削減のために薬価管理制度を合理的に改善するように相互努力することに合意した。
- ・ 契約の本体は診療報酬の契約であり、付属の契約としてこれらの契約がある。

#### ⑥健康保険の基金化と政府による統制強化の動き

- ・ 政府によって健康保険を基金化する動きがある。健康保険は医療の質を高めるために使わなければならないものだが、基金化によって政府の財政運営の一躍を担うだけのものとなってしまいう危険性がある。
- ・ 基金化により、健康保険財政について国会で審議議決を経させるように、政府で検討が進められている。これは保険金の運営の透明性を高めるという大義名分があるが、背後には 20 兆ウォンを超える予算を公団だけに任せるのではなく、政府の財政に組み込むという意図があると考えている。
- ・ 特別法で地域の健康保険に対して 50%の国庫支援を行っているが、職場を合わせると国庫支援の割合は全体で 23%となる。23%の支援が入ってきているわけであるが、来年からは国庫支援を 20%未満に抑えようとしている。これが国会で議決されるという形にな

れば、我々の知らないところで政府主導のもとに、その 20 兆ウォンを超える資金が勝手に扱われる可能性がある。

- ・ これは国営医療保険を目指しているという意味ではない。国営化は政府が一般会計の中に組み込んで税金のように使うというものであるが、健康保険は出した人が出した分だけ給付を受けるものなので国営化ではない。
- ・ 05 年に公団と供給者の間で結ばれた契約は、初めての社会的合意が実現した事例として大きな意味を持っている。社会的に合意を得たということで、自分たちが運営に直接関与できることを示す良い事例であった。
- ・ しかし基金化によって政府が健康保険財政をコントロールしようとしているので韓国労総では反対している。

## ○その他

### ①民間保険について

- ・ 民間保険はあまり必要ないという方向に変わってきている。
- ・ 韓国とアメリカとの FTA 交渉において、アメリカの主張は、医療市場の開放であり、その中で民間医療保険体系への転換を要求している。
- ・ 韓国では所得格差による社会の二極化が社会問題となっている。医療保険の民営化はそれをさらに推し進めてしまうので、韓国労総は反対している。

### ②医療機関の情報公開について

- ・ 医療機関の情報公開を、労組が直接要求していることはない。情報公開は健康生産ネットワーク、医療保障連帯会議、参与連帯などの市民団体が要求している。特に参与連帯の努力によって、審査評価院でも情報公開に至ったものがある。
- ・ 労組としても、薬の投与に関する情報公開については健康生産ネットワークを通して要求している。健康生産ネットワークなどの市民団体に対しては、韓国労総、民主労総ともにその活動を支援している。
- ・ 情報公開の推進には啓蒙という側面がある。例えば、帝王切開率が 37.5%と発表されたが、これが高いのか低いのか、なぜ悪いのか、なぜ危ないのか一般の市民は分からないため、これを啓蒙していく必要がある。

### ③非正規労働者の扱いについて

- ・ 韓国労総では、非正規職の労組への加入に取り組んでいる。韓国では 56%が非正規職であり、特に女性の 70.9%が非正規職である。社会の劇的な変化に伴い、この非正規職の割合は増えていくと思われる。
- ・ 労働組合の組織率を高め、会員数を増やしていくために、どのように非正規職を取り込んでいくかは労働団体の主要な業務の一つである。

- 韓国でも日本と同様に、伝統的な企業別というよりも産業別の労組を展開していく必要がある。産業別労組でこそ非正規職を取り込めると思われる。
- 現在も非正規労働者を保護する法案が国会で審議されているが、労働団体としては議決を急ぐように圧力をかけている。
- 非正規労働者は正規労働者と比べて給与が半分から3分の1程度しかないことも問題であるが、社会福祉制度を適用されている者が約30%しかいないということも問題である。これを改善するためにも、非正規職保護の法制の早期成立が求められる。

以上

## 8. イルサン病院

### ○イルサン病院の概要

#### ①イルサン病院の設置とその目的

- ・ イルサン病院は、00年3月に開設した、国民健康保険公団直営の病院である。病院の設立目的は、第一に、健康保険制度発展のために政策の参考となる資料を作ることにある。具体的には、健康保険の診療報酬の基準を評価したり、適正な診療水準を提示することである。そのために公団は、高水準の設備を有し、民間の医療施設との競争に勝てる施設を設置した。そして民間の施設と競争しながら実績を作っていく過程の中で、様々なサンプルデータ（特に診療報酬に関連するデータ）を積み上げ、公団や保健福祉部に参考資料として提示することを目指している。
- ・ これまでは民間の医療施設の発言権が強く、民間医療施設が様々な資料を出しながら、交渉を彼らの主張に沿うように進めていた。このイルサン病院の設置以降は、政府はここで示されたデータをもとに、適切にコントロールや交渉ができるような状況になりつつある。
- ・ イルサン病院設立の第二の目的は、適正な医療サービスの提供である。基本的には健康保険療養給付基準にしたがって診療を行うが、それを超えて診療を行わなければならない場合には、それを行い、必要に応じて診療報酬の給付基準の改善を政府や公団に提言する。このように適正な医療水準を提示していくことができるので、病院が行う過剰な診療を抑制していくための基礎資料を提供できる。
- ・ イルサン病院は利用者を特定地域に限定しているが、今後このような病院がソウルの南にある水原（スウォン）など各地に設置され、政府が保険制度を運営していく上で十分な資料が提示されるであろうと期待されている。公団の計画では、当初はイルサン病院の他に4施設を設置する構想だったが、近年、首都圏に1施設を建設したのみである。イルサン病院に費用がかかりすぎて、1病院しか開設できなかった。イルサン病院の開設には2,200億ウォンを要した。
- ・ イルサン病院設立の第三の目的は、公共医療機関としての役割の遂行である。特に低所得者層、社会的に阻害された人たちに対する医療や教育を無料で提供している。

#### ②イルサン病院の実績と評価

- ・ イルサン病院は施設も整っており、優秀な人材が揃っているため、地域住民から信頼されている。周辺の病院とは競争関係にならないと考えている。最近では周辺の病院とwin-winの関係を築き、お互いに協力できる方法を探求している。
- ・ イルサン病院では、不必要な診療を避け、合理化を進めることにより、外来と入院を合わせて、同じレベルの他の病院の80%の診療費に抑えている。したがって保険財政にも貢献していると自負している。

- ・ PET は 07 年の初めに設置される予定である。
- ・ この地域においては、重症患者が他の病院よりもイルサン病院へ来る。このような報告を随時、国会や保健福祉部に報告しており、評価は高い。
- ・ イルサン病院の収支は、06 年はプラスマイナスゼロである。
- ・ 患者の平均入院期間は、06 年は 9.1 日となっている。これにはリハビリ部門が含まれているので長くなっており、リハビリ部門を除くと 8 日になる。
- ・ 患者の退院後については、一部は他の病院に紹介するが、イルサン病院が訪問診療をしている。

### ③イルサン病院で蓄積しているデータ

- ・ 診療報酬の基礎となるデータについては、1 人の患者にどのくらいのコストがかかるかを原価計算している。採用している原価分析システムは、アメリカで開発されたものをモジュール化した「ABC 分析」であり、韓国で最も先端的であると自負している。医師・傷病・行為ごとに原価分析を行っている。
- ・ また医師が 1 人の患者にどのくらいの時間をかけてサービスを提供しているかというタイムスタディも行っている。

### ④カルテの電子化と患者情報管理について

- ・ 電子カルテはまだ導入していない。開院前に準備はしていたが、韓国ではまだ電子カルテの標準化がなされていない。近年、全国統一の電子カルテ規格が完成しつつあるため、07 年にそれを導入しようと考えている。
- ・ 受付の段階では、診察カードを作る。カードには ID 番号は付与しているが、患者記録が入っているわけではない。
- ・ 患者にバーコードをつけて、薬剤等と照合することなどは、まだ検討中である。

## ○イルサン病院の管理運営の特徴

### ①診療費削減の方法

- ・ 診療費削減のために、過剰な診療は行わない、人件費を最小化する、医薬品や診療材料の調達を入札制にする、といった取組みをしている。診療材料の価格はこれにより大幅に安くなった。診療材料の価格は、日本と同様、欧米との内外価格差が問題となっている。
- ・ 医薬品は商品名でなく成分を基準に購買することにしたが、これについて、医師を説得するのが難しい。

### ②人事・給与システム

- ・ イルサン病院は医師の給与について成果給を採用している。これは韓国で初めての試み

である。

- ・ 医師に対する評価基準の構築は難しいが、数年間にわたってお互いに妥協、調整のために努力した。成果給の導入は、人件費削減を目的としたものではなく、競争による生産性向上を目的としたものである。
- ・ 看護師には成果給は導入していないが、将来的には一般職種にも成果給を拡大していく予定である。

### ③診療報酬改定への提言

- ・ 保険給付の基準を超えて診療しなければならない場合は、診療報酬上は請求しないが、データとしては蓄積している。もし、このデータが蓄積されていくなれば、制度自体に問題がある可能性がある。こうしたデータの蓄積により、かなり説得力をもった資料ができています。
- ・ こうした資料を用いた診療報酬改定の評価は、これまでは、部分的にしか行われていなかったが、今後は本格的に提案していきたいと考えている。

## ○韓国の医療制度について

### ①韓国の医療提供体制の現状

- ・ 韓国では、一般に民間の医療施設の方が先進的である。現在の状況では、全国の病床数に占める公共医療施設の割合は20%未満である。政府は、これを拡大し、医療サービスの質を高めていくことを目標としている。

### ②医療保険統合について

- ・ 保険者統合は、イルサン病院のある地域の住民にとっては何の影響もない。

### ③EDIと審査支払について

- ・ EDI が開始されてから7～8年が経過した。審査評価院が韓国通信と提携し、病院も含めて三者でEDIを開始した。当初は病院にとってEDI導入のための費用負担が大きかったが、韓国通信の協力により、まずは病院、その後医院クラスへと拡大していき、今ではEDIを導入していない施設はほとんどない程普及している。
- ・ EDI 請求の担当スタッフには、数か月間のトレーニングが必要である。基本的には入力だけでよいので、それほど難しいことではない。
- ・ イルサン病院では、EDIの専門担当者は1人である。16人の審査員がおり、最終的にあがってきたEDIを審査し、審査後、EDI専門担当者へ送る。この16名の審査員は本来は保険給付審査の担当であり、EDIとは関係はない。ここでの審査とは、請求内容に間違いがないようにするためのものである。これに従事する担当者数は、この病院と同規模の医療機関であれば、同程度のスタッフはいる。将来的にはこの16人も必要ないよ

うに自動化していきたいと考えている。

- EDIで処理する外来患者は、1日に2,650~2,670人程度であり、入院患者は1日に約680人である。
- 審査評価院による審査結果は、まず審査評価院から公団に送られ、公団から該当する病院に送られる。また、審査評価院は公団だけでなく、EDIを送ってきた病院にも結果をEDIで送り返す。病院がEDIを送信してから5日程度で結果が送り返される。EDI申請後、審査・評価され、診療費が支払われるまでの期間は、20日以内である。
- 審査内容に不満がある場合は、審査評価院に異議申請をするが、これはEDIになっていない。現在、異議申請についてもEDI化が検討されている。
- 韓国でもEDI導入は、当初難しかった。病院の状況があまり露出しないように、もともとの診療データがEDIに変換される時に、請求に必要なデータは抜けるようにEDIファイルが作られ、それを審査評価院に送るという形になる。

## ○その他

### ①保健福祉部による病院評価

- 保健福祉部では、500床以上の病院を対象にした「病院評価」を3年ごとに実施している。これは患者の待ち時間などの様々な評価基準により、総合的な評価を行うもので、イルサン病院は全国8位だった。1位はソウル大学、2位は現代アサン病院（現代グループ系列の総合病院）、3位がサムソン病院だった。
- この病院評価は、審査員が実際に現場に来て、モニター調査を実施している。全国から審査員を集め、4人ぐらいずつを各病院に分け、2日間寝泊りしながらチェックする。
- 評価項目は数十あり、患者満足度の観点による項目が主たるものである。また、プライバシーの確保などの評価項目もあるため、イルサン病院では、基準病室を4人部屋にした。韓国では5~6人部屋が多く、4人部屋は珍しいが、入院代は変わらないため、この地域の患者がイルサン病院に集中する要因となっている。
- この病院評価は500床以上の病院であれば強制であり、拒否できない。低く評価されてしまうとイメージダウンにつながるため、病院としても非常に気を遣う。
- 病院評価の結果は、公開される。数十ある項目ごとにA、B、C…というように評価結果が出る。すべての対象病院について結果が出るので、点数を計算すれば自分の病院の順位がわかる。

### ②リハビリ部門の現状

- リハビリ部門では、入院待ち期間は約3か月となっている。韓国では、リハビリを行っている病院は人気がある。韓国はこれから高齢社会に突入するが、そのための医療施設が不足している状況であり、政府としても老人療養施設の増設を考えている。

以上

## 9. 延世大学保健環境大学院 李奎植教授

### ○医療保険統合に対する評価

#### ①統合による医療費削減の期待とその失敗

- ・ 統合と医薬分業を同時に行った背景には、統合により、職場組合の余剰金が地域組合に移転できるので、財政が安定するだろうという論理があった。さらに医薬分業により薬剤費が削減でき、画期的に財政状況が改善することが期待されていた。
- ・ 99年の保険給付費は7兆9,408億ウォンだったが01年には13兆1,560億ウォンとなり、医薬分業と統合により、保険給付費が約2倍に増加した。当時政府はこのようなことを予想していなかった。この飛躍的な増加分が国民への負担として今でも重くのしかかっている。
- ・ 医療費の飛躍的増加分を解消するために、あらゆる政策が医療提供者である医師に向けられ、医師に対しての引き締めが行われている。審査評価院では、医療サービスの適正性を審査しているが、飛躍的に増加した医療費はなかなか下がらない。

#### ②統合の目的とその達成度

- ・ 医療保険統合の目的は所得の再分配、国庫支援の最小化、地域加入者の保険料負担の削減、効率的な管理の実現であった。これらの目的を掲げて統合が実施されたが、(李教授の評価としては、) これらの目的は全て実現できていない。
- ・ 医療保険統合を経ても、所得再分配実現には失敗し、勤労者の逆不公平が生じており、地域住民の所得把握ができておらず、世帯の構成員数が多いほど保険料負担が多いのが現状である。

#### ③保険料賦課制度とその問題点

- ・ 所得再分配については、地域住民の所得把握ができていないということ、また構成員数が多い世帯であればあるほど保険料負担が多くなったということから失敗であるといえる。さらに若年者の多い世帯では、相対的に支出が多いにもかかわらず、保険料負担が大きい。
- ・ 地域住民の所得把握は不可能なので、所得や財産、自動車といった3つの要素を考慮して保険料が賦課される。所得は100等級、財産は50等級、自動車は排気量に基づく7等級があり、等級ごとに点数が定められている。3つの点数を合わせ、さらに等級を分け、これに基づき保険料が賦課される。
- ・ しかし地域加入者では、所得の資料がない世帯が80%以上ある。地域加入者の年間課税所得は500万ウォンが基準である。500万ウォンを超える世帯は、先述の方法で保険料が賦課されるが、このような世帯は全体のわずか14%である。
- ・ 残りの86%の世帯は課税のための資料がなく、資料があつたとしても年間所得が500

万ウォン以下である。これらの世帯に適用される課税方法は、今は使われない言葉だが「評価所得」に基づくものである。例えば、男性は20歳未満と65歳以上は、1人当たり1.4点である。30歳以上50歳未満は、経済活動が盛んなので1人当たり6.6点である。20歳以上30歳未満は5.7点である。この年代の大部分は、韓国では大学に通っており、稼いでいる世代ではなく、お金を使っている世代である。しかし若くて健康なので点数が高く設けられている。「評価所得」の第一の基準は性別と年齢、二番目は財産で、三番目が自動車である。

- 500万ウォン以下の所得の者は、財産・自動車は二回重複されて計算されるため、点数が高くなってしまう。また大学生のいる世帯や人数の多い世帯（特に若年者が多い世帯）、また高齢者が多い世帯は、保険料の算定に際して不利になる。

#### ④国庫支援の最小化

- 国庫支援の最小化という目的も失敗に終わり、医療保険統合後、財政破綻が起こったため、むしろ国庫支援は大きくなった。
- 韓国では97年に健康増進税としてたばこを対象に2ウォンの増税を行った。さらに財政破綻も起こったので、02年からはたばこ税を1箱当たり150ウォンに値上げした。この中で健康増進に用いられるのは4.5ウォンであり、残りの145.5ウォンは健康保険財源に用いられている。05年には健康保険の負担金という名目で、たばこ1箱が500ウォンになった。
- 98年には国庫負担率は12%だったが、04年にはたばこ負担金を含めた国庫負担率は24%までに上昇した。
- したがって、医療保険統合によって地域保険料を大幅に下げられるというのは虚偽だった。財政破綻が起こり、むしろ地域の保険料は大幅に引き上げられた。
- 統合により、保険給付も画期的に回復するとされていたが、財政が厳しくなったため、それもできなくなった。財政の収支を合わせるため、保険料の大幅引上げと国庫支援の大幅支援が行われた。

#### ⑤統合についての医師協会の立場

- 医療保険統合について賛成を表明していた団体のうち、今になって賛成したことを後悔しているといわれるのは大韓医師協会である。現場の医師は後悔しているものの、医師協会の執行部は政府との関係もあるので、後悔していることを明言してはいない。
- 統合を支持していた医師協会の医師たちは、地域組合からの未収納の診療費を統合によって回収できると期待していた。
- しかし統合により、01年に保険財政は3兆ウォン以上の赤字となった。このため政府は医療費抑制に動き出したが、これに対する医師の反発がある。

## ⑥統合についての労働団体と経済団体の立場

- ・ 韓国労総は統合に反対している。統合した結果、勤労者の負担が大きくなった。職場加入者と地域加入者の1人当たり平均保険料の格差は、00年には1.18倍だったが、04年には1.95倍になった。
- ・ 保険料率は地域、職場ともに同じ比率で引き上げられる。だが、職場加入者は、保険料の純粋引上げ分だけでなく賃金上昇分も保険料率に加えられるため、職場の保険料は高くなってしまう。
- ・ 韓国労総は統合に反対してはいるものの、韓国労総の執行部は政府との関係もあって、強くは反対を表明していない。韓国労総にとっては、保険料の問題よりも賃金の引上げ問題の方が大きいとみているため、相対的にみて論議の熱が弱まった。
- ・ 公団には2つの労働組合がある。地域を担当していたのは全国社会保険労組（民主労総傘下）である。職場を担当していた韓国労総傘下の組合員とは、いまだ対立関係にある。
- ・ 経済団体にとっては、全体の業務の中で保険業務の比重は非常に小さいので、ほとんど関心がない。

## ⑦財政統合の意味

- ・ 03年7月に保険料賦課体系が別のまま財政統合が行われたが、財政統合の意義は、職場のお金を地域に、地域のお金を職場に、といったことができるように財布が1つになったということである。
- ・ 財政統合後も会計は分離しているため、財政統合にはほとんど意味がない。保険料賦課体系が二元化しているため、経理を1つにすることはできない。賦課体系を一元化できれば、別々にする必要はないが、一元化は不可能と考えられている。
- ・ 賦課体系は一元化できないにもかかわらず、新しい賦課体系を開発しているのは、現行の運営方法が憲法に違反しているためである。医療保険統合の直前に、韓国労総が医療保険統合について違憲訴訟を起こした。これについて00年6月27日に憲法裁判所が判決を下した。この内容は、財政を統合する上では賦課体系は1つにすること、および地域と職場の不公平を解決すること、という2つの条件をつけて医療保険統合を合憲とするものだった。財政を統合するまで3年の猶予があるため、その間に単一の賦課体系を構築することが求められた。また公団は、財政運営委員会を発足させ、地域と職場の不公平な問題を調停できるとした。しかし、憲法裁判所が提示したいずれの条件も守られていない。

## ⑧公団の管理運営の効率化について

- ・ 統合すれば、当然、公団の人員は減らなければならない。組織の発足当初は業務が多いため人員が必要であるが、業務が軌道に乗れば、それほど多くの人員は必要ない。しかし人員削減をするわけにもいかず、今に至っている。

- ・ 政府は統合前の 97 年に保険組合の経営診断を実施した。この経営診断に基づき、一部の組合がリストラを実施した。その後、統合の議論が始まったため、このようなリストラの作業が停止してしまった。統合すれば、いずれにしても人員削減がなされるだろうから、今、自分たちの組合が人員削減をする必要はないということである。
- ・ IT 化の進展により人員を減らす余地はあった。また、統合すれば組合の代表理事は必要ない。したがって管理費は減るはずであるが、実際は減っていない。これは公団職員のモラルハザードである。
- ・ 地域保険の労働組合であった社会保険労組の力が強い。公団、職場、地域と 3 つのうち、給料が最も高かったのが公団、次いで職場、地域の順であった。統合すれば地域の職員の給料が上がるだろうということで、その労組は統合に賛成した。そして地域職員の給与引上げを要求し、実際に引き上げられたため、管理費がさらに上昇した。
- ・ 今でも公団には必要のない人材がいる。しかし労組の存在により、そのような人たちを整理できないでいる。
- ・ 政府は 08 年から介護保険を導入する。そしてその業務を公団に任せるとしている。これは公団が必要ない人材を整理しないことへの配慮であると考えられる。
- ・ 統合によって人員が削減され、人員数という観点からは合理化されたと言えるが、管理費は削減されていない。政府は、公団の総支出費における管理費の割合が下がったとしている。しかし給付が高くなり分母が大きくなるので、当然割合は小さくなるはずである。
- ・ 効率性とは、従業員数の数を削減することではない。重要なのは、保険給付管理がうまくいっているかどうかである。管理運営費は全体に占める割合が低いので、それをもって効率の良し悪しを述べるのは問題がある。社会保険方式の国と租税方式の国とで異なるが、制度の効率性を問うには、管理運営費で問うのではなく、保険給付で問うべきである。

### ⑨公団の保険者機能

- ・ 台湾は韓国と同じような医療保険制度を持っているが、台湾の公団は独立法人ではなく、中央健康保険局という政府の組織である。韓国も政府が直接行わなければならないにもかかわらず、必要のない公団を作って行わせている。
- ・ 全国民が一つとなっているので、保険財政が赤字になったときに公団は何の力もない。医療保険財政の赤字が解決したのは、国庫支援やたばこ税による補填によるものである。にもかかわらず、公団が自律性を主張するのは誤った理解である。
- ・ 全国民を対象に、単一の社会保険を実施すること自体が間違いであり、租税で運営すればよい。
- ・ 健康保険を目的税による運営にして、国税庁が徴収すればよい。審査評価院だけがあればよく、医療費管理機能を持っていない公団は必要ない。

## ○医療保険財政について

### ①医薬分業と医療保険財政破綻

- ・ 保険給付費が大幅に増えたのは、医薬分業で医師会がストライキを起こしたことによって、診療報酬の引上げを大幅に行った結果である。
- ・ 医薬分業が施行された目的の1つに、医療機関が医薬品を扱えないようにすれば、薬価差益のための過剰処方なくなるだろうという考えがあった。医療保険統合と医薬分業を同時に施行したのは、裕福な組合から貧しい組合に財政を移転することによって、保険料の増額や国庫負担の拡大なしに財政を改善することと医薬分業による薬剤費の削減のシナジー効果を狙ったためであった。
- ・ 医療機関は、医薬分業以前は薬価差益によって何とか経営を維持できたが、医薬分業による収入減少のため倒産する危険性が生じた。このため医療提供者は医薬分業に反対するデモを実施し、診療報酬の40%近い上昇につながった。医薬分業により削減されるはずの薬剤費は国民に還元されず、薬局や製薬会社の利益が増加した。

### ②薬剤費削減のための政策

- ・ 政府は予告立法をし、薬価を下げるなどの政策を施行している。その1つが「ポジティブリスト」である。ただし、現行の制度でもリストに掲載された医薬品のみが診療給付の対象となっているので、ポジティブリストであるといえる。政府も用語の使用法を混乱している。
- ・ 現在、ポジティブリストにあがっているのが約2万3,000種類の医薬品であるが、政府は、この数を11年までに大幅に下げて5,000から6,000種類にしようとしている。
- ・ これに対して最も激しく反対しているのは医師である。医師の処方に対する自立が制約されてしまうため、反対している。
- ・ 政府が進めている「ポジティブリスト」の導入については、医師界、業界、アメリカ政府が反対している。今の政府は国民の意見に耳を傾けず、医師がどれほど反対しても、無視しているため、アメリカがFTA交渉で、どのくらい反対するのか、あるいは譲歩するのかによって、ポジティブリスト導入の実現可能性が変わってくる。
- ・ ポジティブリスト導入によって成果が上げられるならばよいが、これを導入して薬剤費削減に成功した国は聞いたことがない。

### ③給付拡大について

- ・ 01年から続いている支出削減措置は据え置いたまま、04年からは保険給付を改善していく流れになっている。04年以降は財政的に豊かになってきたので、保険給付の拡大を行っている。
- ・ 国民医療費の70%までを保険や支援金で負担するのが政府の目標である。西欧の社会保

険方式の諸国（8カ国）の平均が70%であり、それに合わせようというものである。韓国の給付率は、00年が46.2%、02年が50.3%、04年が51.4%だった。給付率向上は保険財源の拡大により可能になった。これは統合による効果ではなく、保険料引上げと国庫の支援拡大による効果である。

- ・ 05年7月、政府は、「健康保険保障性拡大のロードマップ」を発表した。04年には、風疹検査や先天性奇形児検査、未熟児治療などを保険給付対象とした。05年はMRIを、06年は入院患者の食事代を保険適用とした。ガン、心臓疾患、脳血管疾患、PET、超音波検査などにも給付対象を拡大している。
- ・ 保健福祉部の資料によれば、06年度に保障性拡大を約1兆ウォン規模で予定通り推進するとしている。

## ○その他

### ①医薬分業の成果

- ・ 医薬分業以前は自由に薬局に行ったり、あるいは病院や医院に行って処方を受けることができた。また抗生剤も薬局で買うことができた。医薬分業後は処方箋がないと薬剤を購入できなくなった。にもかかわらず、医薬分業後も医療費の総額は削減されないどころか、むしろ薬局に支払われる保険給付が増加している。こうした状況から、医薬分業は完全に失敗であったといえる。
- ・ 医薬分業後の抗生剤の使用率を見ると、2年間の間に少し減少した。総合病院や第三次医療機関では、入院日数は減ったが処方箋は減っていない。医薬分業の効果が現れているのは、注射代と抗生剤代である。
- ・ 02年と03年を比べると、処方1件当たりの薬品数が減っている。これだけを見ると、医薬分業の成果が上がっているように思われるが、薬剤費をみると増加している。
- ・ 処方1件当たりの薬品数が減ったのは、医薬分業で減ったというよりも審査評価院での引き締めによるものである。審査評価院では、注射を多く行った病院名を公開するため、注射が減る。同様に帝王切開の多い病院名も公開したことで、帝王切開が減った。

### ②社会連帯という考え方について

- ・ 職場加入者の保険料が地域保険に流れている状況について、公団の担当者や統合推進派はこれを「社会連帯」と呼んでいるが、この考え方は国民には浸透していない。
- ・ 今の韓国の医療保険制度は再分配を可能にするシステムではない。100万ウォンの収入がある人がより多く拠出することで、10万ウォンの収入の人の拠出が少額で済むならば、社会連帯が可能である。だが地域加入者の所得が把握できないにもかかわらず、職場と地域の財政を統合しているのは、ごまかしでしかない。社会連帯という響きのよい言葉を用いて、国民をだましているのである。
- ・ 社会連帯の原理には、所得を基準にする連帯と健康を基準にする連帯の2つが考えられ

る。社会連帯のための論理的な基準がなければならない。韓国政府は健康基準の社会連帯は考えておらず、所得基準の社会連帯のみを考えている。所得基準の社会連帯は所得が把握できない限り不可能である。

以上

## 参考資料2 国民健康保険法(仮訳)

制定 1999年2月8日 法律第5854号  
一部改定 2006年12月30日 法律第8153号  
保健福祉部

### 第1章 総則

#### 第1条 (目的)

この法は国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハビリテーションと出産・死亡および健康増進に対して保険給付を実施することにより国民保健を推進し、社会保障を増進することを目的とする。

#### 第2条 (管掌)

この法による健康保険事業は保健福祉部長官が管掌する。

#### 第3条 (定義)

この法で用いる用語の定義は、以下とする。〈改定 2000. 1. 12、2006. 10. 4〉

1. 「勤労者」は、職業の種別にかかわらず勤労の対価として報酬を受けて生活する者（法人の理事その他役員を含む）として第4号および第5号の規定による公務員と教職員を除いた者をいう。
2. 「使用者」は次の各目のいずれかにあたる者をいう。
  - イ. 当該勤労者が属している事業場の事業主
  - ロ. 当該公務員が属している機関の長として大統領令が定める者
  - ハ. 当該教職員が属している私立学校（「私立学校教職員年金法」第3条の規定による私立学校をいう。以下本条と同様）を設立・運営する者
3. 「事業場」は事業所または事務所をいう。
4. 「公務員」は国家または地方自治団体で常時公務に携わる者をいう。
5. 「教職員」は私立学校またはその学校経営機関で勤める教員および職員をいう。

#### 第4条 (健康保険政策審議委員会)

①健康保険政策に関する次の各号の事項を審議・議決するために、保健福祉部長官所属下に健康保険政策審議委員会（以下「審議委員会」という）を置く。

1. 第39条第2項の規定による療養給付の基準
2. 第42条第3項の規定による療養給付費用に関する事項
3. 第65条第1項の規定による職場加入者の保険料率
4. 第65条第3項の規定による地域加入者の賦課標準所得当たりの金額

5. その他健康保険に関する主要事項として大統領令が定める事項
- ②審議委員会は委員長1人と副委員長1人を含む25人の委員で構成する。
  - ③審議委員会の委員長は保健福祉部次官が、副委員長は第4条第3項の委員の中から委員長が指名する者となる。
  - ④審議委員会の委員は次の各号の者を保健福祉部長官が任命または委嘱する。
    - 1. 勤労者団体および使用者団体がそれぞれ2人ずつ、市民団体（「非営利民間団体支援法」第2条の規定による非営利民間団体をいう。以下同様）、消費者団体、農漁業者団体および自営業者団体がそれぞれ1人ずつ推薦する8人
    - 2. 医療関係者を代表する団体および薬業界を代表する団体が推薦する8人
    - 3. 次の各目の8人
      - イ. 大統領令が定める中央行政機関所属の公務員2人
      - ロ. 国民健康保険公団の理事長および健康保険審査評価院の院長がそれぞれ1人ずつ推薦する2人
      - ハ. 健康保険に関する学識と経験が豊富な4人
  - ⑤審議委員会委員の任期は3年とする。ただし、公務員である委員の任期はその在任期間とし、補欠された委員の任期は前任者の残任期間とする。
  - ⑥審議委員会の運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

[全文改定2006. 12. 30]

## 第2章 加入者

### 第5条（適用対象等）

- ①国内に居住する国民として次の各号のいずれかにあたる者以外の者は、この法による健康保険（以下「健康保険」という）の加入者（以下「加入者」という）または被扶養者になる。〈改定 2001. 5. 24、2006. 10. 4〉
  - 1. 「医療給付法」によって医療給付を受ける者（以下「受給権者」という）
  - 2. 「独立有功者礼遇に関する法律」および「国家有功者等の礼遇および支援に関する法律」によって医療保護を受ける者（以下「有功者等医療保護対象者」という）。ただし、次の各目のいずれかにあたる者はその限りではない。
    - イ. 有功者等医療保護対象者の中で健康保険の適用を保険者に申請した者
    - ロ. 健康保険の適用を受けていた者が有功者等医療保護対象者になった場合で、保険者に健康保険の適用排除申請をしていない者
- ②第1項の被扶養者とは次の各号のいずれかにあたる者の中で職場加入者によって主に生計を維持する者として報酬または所得がない者をいう。
  - 1. 職場加入者の配偶者
  - 2. 職場加入者の直系尊属（配偶者の直系尊属を含む）
  - 3. 職場加入者の直系卑属（配偶者の直系卑属を含む）およびその配偶者

#### 4. 職場加入者の兄弟・姉妹

- ③第2項の規定による被扶養者資格の認定基準、取得・喪失時期その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

### 第6条（加入者の種類）

- ①加入者は職場加入者および地域加入者に区分する。
- ②すべての事業場の勤労者および使用者と公務員および教職員は職場加入者になる。ただし、次の各号のいずれかにあたる者を除く。〈改定 2000.12.29 2004.1.29 2006.10.4〉
1. 1か月未満の期間の間雇用される日雇勤労者
  2. 「兵役法」の規定による現役兵（志願によらずに任用された下士官を含む）、転換職務された人および武官候補生
  3. 選挙によって就任する公務員として毎月報酬またはこれに準ずる給料を受けない者
  4. その他事業場の特性、雇用形態および事業の種類等を考慮して大統領令で定める事業場の勤労者および使用者と公務員および教職員
- ③地域加入者は加入者の中で職場加入者とその被扶養者を除いた者をいう。
- ④第2項第4号の規定による勤労者および使用者は大統領令が定める手続きに従い、職場加入者になるか脱退をすることができる。〈新設 2000.12.29〉

### 第7条（資格取得の時期）

- ①加入者は国内に居住するようになった日に職場加入者または地域加入者の資格を得る。ただし、次の各号のいずれかにあたる者は該当する日にそれぞれ資格を得る。〈改定 2001.5.24〉
1. 受給権者であった者はその対象者から除外された日
  2. 職場加入者の被扶養者であった者がその資格を失った日
  3. 有功者等医療保護対象者であった者はその対象者から除外された日
  4. 有功者等医療保護対象者で、第5条第1項第2号イ目の規定によって健康保険の適用を保険者に申請した者はその申請した日
- ②第1項の規定によって資格を得た場合、当該職場加入者の使用者および地域加入者の世帯主はその内訳を保健福祉部令が定めるところによって資格取得日から14日以内に保険者に申告しなければならない。

### 第8条（資格の変動）

- ①地域加入者が職場加入者に資格変動された場合には当該職場加入者の使用者が、職場加入者またはその被扶養者が地域加入者に資格変動された場合には当該地域加入者の世帯主が、それぞれその内訳を保健福祉部令が定めるところによって資格変動日から14日以内に保険者に申告しなければならない。

- ②国防部長官および法務部長官は職場加入者または地域加入者が第49条第3項および第4項の規定にあたる場合、その変動した日から1か月以内に保健福祉部令が定めるところによって保険者に通知しなければならない。〈新設 2005. 7. 13〉

#### **第9条（資格喪失の時期）**

- ①加入者は次の各号のいずれかにあたる日にその資格を失う。〈改定 2001. 5. 24 2004. 1. 29〉
1. 死亡した日の翌日
  2. 国籍を失った日の翌日
  3. 国内に居住しなくなった日の翌日
  4. 職場加入者の被扶養者になった日
  5. 受給権者になった日
  6. 健康保険の適用を受けていた者で有功者等医療保護対象者になった者が健康保険の適用排除申請をした日
- ②第1項の規定によって資格を失った場合、当該職場加入者の使用者および地域加入者の世帯主はその内訳を保健福祉部令が定めるところによって資格を失った日から14日以内に保険者に申告しなければならない。

#### **第10条（資格得失の確認）**

- ①加入者の資格の取得・変動および喪失は第7条ないし第9条の規定による資格の取得・変動および喪失の時期に遡及して効力を発生する。この場合保険者はその事実を確認することができる。
- ②加入者または加入者であった者は第1項の規定による確認を請求できる。

#### **第11条（健康保険証）**

- ①国民健康保険公団は加入者に対して健康保険証を発給しなければならない。
- ②加入者および被扶養者が療養給付を受ける時には第1項の健康保険証を第40条第1項の規定による療養機関（以下「療養機関」という）に提出しなければならない。ただし、天災・地変その他やむを得ない事由がある場合にはその限りでない。
- ③第1項の規定による健康保険証の書式とその交付および使用等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

### **第3章 国民健康保険公団**

#### **第12条（保険者）**

健康保険の保険者は国民健康保険公団（以下「公団」という）とする。

### 第13条（業務等）

- ①公団は次の各号の業務を管掌する。
1. 加入者および被扶養者の資格管理
  2. 保険料その他本法による徴収金の賦課・徴収
  3. 保険給付の管理
  4. 加入者および被扶養者の健康の維持・増進のために必要な予防事業
  5. 保険給付費用の支給
  6. 資産の管理・運営および運用事業
  7. 医療施設の運営
  8. 健康保険に関する教育訓練および広報
  9. 健康保険に関する調査研究および国際協力
  10. 本法または他の法令によって委託を受けた業務
  11. その他健康保険と関連して保健福祉部長官が必要と認めた業務
- ②第1項第6号の規定による資産の管理・運営および運用事業の種類と範囲等に関して必要な事項は大統領令で定める。
- ③公団は当該業務の提供または施設の利用が特定の者のためのものである場合、その業務の提供または施設の使用について公団の定款が定めるところにより手数料または使用料を徴収できる。
- ④公団は「公共機関の情報公開に関する法律」により健康保険と関連して保有・管理している情報を公開する。〈改定 2006. 10. 4〉

### 第14条（法人格等）

- ①公団は法人とする。
- ②公団は主たる事務所の所在地で設立登記をすることで成立する。

### 第15条（事務所）

- ①公団の主たる事務所の所在地は定款で定める。〈改定 2004. 1. 29〉
- ②公団は必要な時には定款の定めるところにより支所を置くことができる。

### 第16条（定款）

- ①公団の定款には次の各号の事項を記載しなければならない。
1. 目的
  2. 名称
  3. 事務所の所在地

4. 役・職員に関する事項
5. 理事会に関する事項
6. 財政運営委員会に関する事項
7. 保険料および保険給付に関する事項
8. 予算および決算に関する事項
9. 資産および会計に関する事項
10. 定款変更に関する事項
11. 公告に関する事項

②公団は定款を変更しようとする時には、保健福祉部長官の認可を受けなければならない。

#### **第17条（登記）**

公団の設立登記には次の各号の事項を含まなければならない。

1. 目的
2. 名称
3. 主たる事務所および支所の所在地
4. 理事長の姓名・住所および住民登録番号

#### **第18条（解散）**

公団の解散に関しては法律で定める。

#### **第19条（役員）**

- ①公団に役員として理事長1人、理事17人および監事1人を置く。〈改定 2004. 1. 29〉
- ②理事長は保健福祉部長官の提請によって大統領が任命する。〈改定 2004. 1. 29〉
- ③理事のうち8人は労働組合・使用者団体・農漁業者団体・消費者団体がそれぞれ2人ずつ推薦した者を、5人は公団の理事長が推薦した者を、4人は大統領令が定める関係公務員を保健福祉部長官が任命する。〈改定 2004. 1. 29〉
- ④監事は保健福祉部長官が任命する。〈改定 2004. 1. 29〉
- ⑤理事長、理事のうち5人および監事は常任とする。ただし、非常任役員は定款が定めるところによって実費弁償を受けることができる。〈改定 2004. 1. 29〉
- ⑥役員任期は3年とする。ただし、公務員である役員任期はその在任期間とする。〈改定 2004. 1. 29〉

#### **第20条（役員職務）**

- ①理事長は公団を代表してその職務を総括する。
- ②常任理事は理事長の命を受けて公団の業務を執行し、理事長がやむを得ない事由でその

職務を遂行することができない時には定款の定める常任理事が理事長の職務を代行する。  
③監事は公団の会計と業務執行状況および財産状況を監査する。

#### **第21条（役員の欠格事由）**

次の各号のいずれかにあたる者は公団の役員になることはできない。〈改定 2006. 10. 4〉

1. 大韓民国の国民ではない者
  2. 「国家公務員法」第33条各号のいずれかにあたる者
- [全文改定 2004. 1. 29]

#### **第22条（役員の当然退任・解任）**

①役員が第21条各号のいずれかにあたることが確認された時には当該役員は当然退任する。

②任命権者は役員が次の各号のいずれかにあたるようになった時には役員を解任できる。〈改定 2004. 1. 29〉

1. 身体上または精神上の障害で職務を遂行することができないと認められる時
2. 職務上の義務を違反した時
3. 故意または重大な過失によって公団に損失を発生させた時
4. 職務の内外を問わず品位を損傷する行為をした時
5. この法による保健福祉部長官の命令に違反した時

#### **第23条（役員の新職禁止）**

公団の理事長・常任理事・常任監事は営利を目的とする事業に携わることはできず、当該任命権者の許可なしに他の職務を兼ねることはできない。〈改定 2004. 1. 29〉

#### **第24条（理事会）**

- ①公団の主要事項を審議・議決するために公団に理事会を置く。
- ②理事会は理事長と理事で構成する。
- ③監事は理事会に出席して発言できる。
- ④理事会の議決事項および運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

#### **第25条（職員の新職）**

理事長は定款が定めるところによって職員を任免する。

#### **第26条（罰則適用における公務員の擬制）**

公団の役員および職員は「刑法」第129条ないし第132条の適用においてはこれを公務員とみなす。〈改定 2006. 10. 4〉

### 第27条（規程等）

公団の組織・人事・報酬および会計に関する規程は理事会の議決を経て保健福祉部長官の承認を得て定める。

### 第28条（代理人の選任）

理事長は公団の業務に関する一切の裁判上または裁判以外の行為を代行させるために公団の理事または職員の中から代理人を選任できる。

### 第29条（代表権の制限）

- ①公団の利益と理事長の利益が相反する事項に関しては、理事長が公団を代表することができず、この場合常任監事が公団を代表する。
- ②第1項の規定は公団と理事長間の訴訟に関してこれを準用する。

### 第30条（理事長の権限の委任）

この法が規定する理事長の権限の中で給付の制限、保険料の納入告知等大統領令の定める事項は、定款が定めるところによって支所の長に委任することができる。

### 第31条（財政運営委員会）

- ①第42条第5項の規定による療養給付費用の契約および第72条の規定による保険料の欠損処分等、保険財政と係わる事項を審議・議決するために公団に財政運営委員会を置く。  
〈改定 2006. 12. 30〉
- ②削除 〈2006. 12. 30〉
- ③財政運営委員会の委員長は、第32条第1項第3号の規定による委員の中から委員会が互選する。

### 第32条（財政運営委員会の構成等）

- ①財政運営委員会は次の各号の委員で構成する。
  1. 職場加入者を代表する委員10人
  2. 地域加入者を代表する委員10人
  3. 公益を代表する委員10人
- ②第1項の規定による委員は次の各号の者を保健福祉部長官が任命または委嘱する。
  1. 第1項第1号の委員は労働組合および使用者団体がそれぞれ5人ずつ推薦する者
  2. 第1項第2号の委員は大統領令が定めるところによって農漁業者団体・都市自営業者団体および市民団体がそれぞれ推薦する者

3. 第1項第3号の委員は大統領令が定める関係公務員および健康保険に関する学識と経験が豊富な者
- ③財政運営委員会の委員の任期は2年とする。ただし、公務員である委員の任期はその在任期間とし、補欠された委員の任期は前任者の残任期間とする。
- ④財政運営委員会の運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

### 第33条（会計）

- ①公団の会計年度は政府の会計年度にならう。
- ②公団は職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営する。
- ③公団は健康保険事業に関する会計を公団の他の会計と区分して計理せねばならない。

### 第34条（予算）

公団は毎会計年度の予算案をその内容の性質別に区分・編成して、保健福祉部長官の承認を得なければならない。予算を変更する際も同様とする。

### 第35条（借入金）

公団は現金の支出に不足が生じた時には借入ができる。ただし、1年以上の長期借入をする場合には、保健福祉部長官の承認を得なければならない。

### 第36条（準備金）

- ①公団は毎会計年度の決算上剰余金のうち、その年度の保険給付に要した費用の100分の5以上に相当する額をその年度に要した費用の100分の50に至るまで準備金として積立なければならない。
- ②第1項の規定による準備金は保険給付に要する費用の不足に充当する時、あるいは現金の支出に不足が生じた時以外にはこれを使うことができず、現金の支出に準備金を使った時には当該会計年度内にこれを補填しなければならない。
- ③第1項の規定による準備金の管理・運営方法等に関して必要な事項は保健福祉部長官が定める。

### 第37条（決算）

- ①公団は会計年度ごとに決算報告書および事業報告書を作成し、翌年2月末までに保健福祉部長官に報告しなければならない。
- ②公団は第1項の規定によって決算報告書および事業報告書を保健福祉部長官に報告した時には保健福祉部令が定めるところによって、その内容を公告しなければならない。

## 第38条（民法の準用）

公団に関して、この法で規定されたことを除いて、「民法」の財団法人に関する規定を準用する。〈改定 2006.10.4〉

## 第4章 保険給付

### 第39条（療養給付）

- ①加入者および被扶養者の疾病・負傷・出産等について次の各号の療養給付を実施する。
1. 診察・検査
  2. 薬剤・治療材料の支給
  3. 処置・手術その他の治療
  4. 予防・リハビリテーション
  5. 入院
  6. 看護
  7. 移送
- ②第1項の規定による療養給付（以下「療養給付」という）の方法・手続き・範囲・上限等療養給付の基準は保健福祉部令で定める。
- ③保健福祉部長官は第2項の規定により療養給付の基準を定めるにおいて、業務または日常生活に差し支えがない疾患その他保健福祉部令の定める事項は療養給付の対象から除くことができる。

### 第40条（療養機関）

- ①療養給付（看護および移送を除く）は次の各号の療養機関で行う。この場合保健福祉部長官は公益または国家施策上療養機関に相応しくないと認められる医療機関等として大統領令が定める医療機関等は療養機関から除くことができる。〈改定 2003.9.29 2006.10.4〉
1. 「医療法」によって開設された医療機関
  2. 「薬事法」によって登録された薬局
  3. 「薬事法」第72条12の規定によって設立された韓国希貴医薬品センター
  4. 「地域保健法」による保健所・保健医療院および保健支所
  5. 「農漁村等保健医療のための特別措置法」によって設置された保健診療所
- ②保健福祉部長官は療養給付を効率的にするために必要な場合には、保健福祉部令が定めるところによって施設・装備・人力および診療科目等保健福祉部令が定める基準に該当する療養機関を総合専門療養機関または専門療養機関として認めることができる。
- ③第2項の規定によって総合専門療養機関または専門療養機関として認められた療養機関については第39条第2項の規定による療養給付手続きおよび第42条の規定による療養給付費用を他の療養機関と異にすることができる。

- ④第1項および第2項の規定による療養機関は正当な理由なく療養給付を拒否することができない。〈改定 2004. 1. 29〉

#### **第41条（費用の一部負担）**

第39条第1項の規定による療養給付を受ける者は大統領令が定めるところによってその費用の一部（以下「本人一部負担金」という）を本人が負担する。

#### **第42条（療養給付費用の算定等）**

- ①療養給付費用は公団の理事長と大統領令が定める医療・医薬関係者を代表する者との契約で定める。この場合契約期間は1年とする。〈改定 1999. 12. 31〉
- ②第1項の規定によって契約が締結された場合、その契約は公団と各療養機関の間に締結されたものとみなす。
- ③第1項の規定による契約は契約期間の満了日の75日前までに締結しなければならない、またその期限内に契約が締結されない場合、保健福祉部長官が審議委員会の議決を通して定める金額を療養給付費用とする。この場合保健福祉部長官の定める療養給付費用は第1項および第2項の規定によって契約で定める療養給付費用とみなす。〈改定 2006. 12. 30〉
- ④第1項または第3項の規定によって療養給付費用が決められる場合には保健福祉部長官はその療養給付費用の内訳を直ちに告示しなければならない。
- ⑤公団の理事長は第1項の規定による契約を締結する時には第31条の規定による財政運営委員会の審議・議決を通さなければならない。
- ⑥第55条の規定による健康保険審査評価院は公団の理事長が第1項の規定による契約を締結するために必要な資料を要請する場合には、これに誠実に応じなければならない。
- ⑦第1項の規定による契約の内容、その他必要な事項は大統領令で定める。〈改定 1999. 12. 31〉

#### **第43条（療養給付費用の請求と支給等）**

- ①療養機関は療養給付費用の支給を公団に請求できる。この場合第2項の規定による審査請求はこれを公団に対する療養給付費用の請求とみなす。
- ②第1項の規定による療養給付費用の請求をしようとする療養機関は第55条の規定による健康保険審査評価院に療養給付費用の審査請求をしなければならない、審査請求を受けた健康保険審査評価院はこれを審査した後直ちにその内容を公団および療養機関に通報しなければならない。
- ③第2項の規定によって審査の内容を通報された公団は直ちにその内容に従って療養給付費用を療養機関に支給する。この場合すでに納めた本人一部負担金が第2項の規定によって通報された金額より過多する場合には療養機関に支給する金額からその過多して納付された金額を控除し、当該加入者に支給しなければならない。

- ④公団は第3項の規定によって加入者に支給しなければならない金額を当該加入者が納めなければならない保険料その他この法による徴収金（以下「保険料等」という）と相殺処理できる。
- ⑤公団は療養給付費用を支給する際、第2項の規定による健康保険審査評価院が第56条の規定による療養給付の適正性を評価して公団に通報した場合にはその評価結果によって療養給付費用を加算または減額調整して支給する。この場合評価結果による療養給付費用の加減支給の基準に関しては保健福祉部令で定める。
- ⑥療養機関は第2項の規定による審査請求を次の各号の団体に代行させることができる。〈新設 2006. 12. 30〉〈従来の第6項は第7項へ移動 2006. 12. 30〉
1. 「医療法」第26条第1項の規定による医師会・歯科医師会・韓医師会・助産師会または同条第6項の規定によって申告したそれぞれの支部および分会
  2. 「医療法」第45条の2の規定による医療機関団体
  3. 「薬事法」第11条の規定による薬事会または同法第12条の2の規定によって申告した支部および分会
- ⑦医薬品製造業者・医薬品卸売業者その他保健福祉部令の定める者は医薬品流通体系を改善し、療養機関に対する医薬品の保管・配送その他物流事業を遂行するために医薬品物流協同組合を設立できる。この場合医薬品物流協同組合の構成・運営および同組合に対する指導・監督に関しては「中小企業協同組合法」の協同組合または事業協同組合に関する規定を準用して大統領令で定める。〈改定 2002. 12. 18 2006. 10. 4〉〈第6項から移動、従来の第7項は第8項へ移動 2006. 12. 30〉
- ⑧第1項ないし第6項の規定による療養給付費用の請求・審査・支給等の方法及び手続きに関して必要な事項は保健福祉部令で定める。〈改定 2002. 12. 18 2006. 12. 30〉〈第7項から移動 2006. 12. 30〉

#### 第43条の2（療養給付の対象か否かの確認等）

- ①加入者または被扶養者は本人一部負担金以外に負担した費用が、第39条第3項の規定によって療養給付の対象から除外されるものなのかについて、第55条の規定による健康保険審査評価院に確認を要請することができる。
- ②第1項の規定による確認要請を受けた健康保険審査評価院はその結果を確認要請した者に通報しなければならない。この場合確認要請した費用が療養給付の対象に対する費用にあたるものとして確認された際には、その内容を公団および関連療養機関に通報しなければならない。
- ③第2項後段の規定によって通報を受けた療養機関は、過多に徴収した金額（以下「過多本人負担金」という）を直ちに確認要請した者に支給しなければならない。ただし、公団は当該療養機関が過多本人負担金を支給しない場合には当該療養機関に支給する療養給付費用からその過多本人負担金を控除して、それを確認要請した者に支給することができる。

きる。

[本条新設 2002. 12. 18]

#### **第44条（療養費）**

- ①公団は加入者または被扶養者が、保健福祉部令が定める緊急その他やむを得ない事由によって療養機関と類似の機能を遂行する機関として保健福祉部令が定める機関（第85条第1項の規定によって業務停止処分期間中の療養機関を含む）で疾病・負傷・出産等に対して療養を受ける、また療養機関以外の場所で出産をした時にはその療養給付に相当する金額を保健福祉部令が定めるところによってその加入者または被扶養者に療養費として支給する。
- ②第1項の規定によって療養を実施した機関は保健福祉部長官が定める療養費明細書または療養の内訳を記載した領収証を、療養を受けた者に交付しなければならない、また療養を受けた者はこれを公団に提出しなければならない。

#### **第45条（任意給付）**

公団はこの法に規定した療養給付のほかに大統領令が定めるところによって葬祭費・傷病手当その他の給付を実施することができる。

#### **第46条（障害者に対する特例）**

- ①公団は「障害者福祉法」によって登録した障害者である加入者および被扶養者には補装具に対して保険給付を実施することができる。〈改定 2006. 10. 4〉
- ②第1項の規定による補装具に対する保険給付の範囲・方法・手続きその他必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### **第47条（健康診断）**

- ①公団は加入者および被扶養者に対して疾病の早期発見とそれによる療養給付をするために健康診断を実施する。
- ②第1項の規定による健康診断の対象・回数・手続きその他必要な事項は大統領令で定める。

#### **第48条（給付の制限）**

- ①公団は保険給付を受けることができる者が次の各号のいずれかにあたる時には保険給付をしない。
  1. 故意または重大な過失による犯罪行為に起因する事故や故意の事故を発生させた時
  2. 故意または重大な過失で公団や療養機関の療養に関する指示に従わなかった時
  3. 故意または重大な過失で第50条の規定による文書その他品物の提出を拒否する、また

は質問または診断を忌避した時

4. 業務上または公務上疾病・負傷・災害によって他の法令による保険給付や報償または補償を受けるようになった時
- ②公団は保険給付を受けることができる者が他の法令によって国家または地方自治団体から保険給付に相当する給付を受ける時あるいは保険給付に相当する費用を支払われる時にはその限度内で保険給付を実施しない。
- ③公団は第62条第4項の規定による世帯単位の保険料を大統領令が定める期間以上滞納した地域加入者に対して保険料を完納するまで保険給付を実施しないことが可能である。〈改定 2004. 1. 29、2006. 12. 30〉
- ④公団は第68条第1項の規定による保険料を滞納した場合にはその滞納に対して職場加入者本人に帰責事由がある場合に限り第3項の規定を適用する。この場合当該職場加入者の被扶養者にも第3項の規定を適用する。
- ⑤第3項および第4項の規定にかかわらず、第70条の2の規定によって公団から分割納付承認を受けてその承認された保険料を1回以上納付した場合に、保険給付を実施することができる。ただし、第70条の2の規定による分割納付承認を受けた者が正当な理由なく2回以上その承認された保険料を納付しない場合にはその限りではない。〈新設 2006. 12. 30〉
- ⑥第3項および第4項の規定によって保険給付を実施しない期間（以下この項では「給付制限期間」という）中に、実施した保険給付に対しては次の各号のいずれかにあたる場合に限りその保険給付を認める。〈新設 2006. 12. 30〉
  1. 給付制限期間中に保険給付を受けた事実があることを公団が通知した日から2か月が経過した日が属した月の納付期限以内に滞納した保険料を完納した場合
  2. 給付制限期間中に保険給付を受けた事実があることを公団が通知した日から2か月が経過した日が属した月の納付期間以内に、第70条の2の規定によって承認された保険料を1回以上納付した場合。ただし、第70条の2の規定による分割納付承認を受けた者が正当な事由なく2回以上その承認された保険料を納付しない場合にはその保険給付を認めない。

#### 第49条（給付の停止）

保険給付を受けることができる者が次の各号のいずれかに該当するようになった時にはその期間中保険給付をしない。ただし、第3項および第4項の場合、第54条の2の規定による療養給付を実施する。〈改定 2004. 1. 29、2005. 7. 13〉

1. 国外に旅行中の時
2. 国外で業務に携わっている時
3. 第6条第2項第2号に該当するようになった時
4. 刑務所その他これに準ずる施設に収容されている時

### 第50条（給付の確認）

公団は保険給付を実施する際、必要と認められる時には保険給付を受ける者に対して文書その他品物の提出を要求する、あるいは関係者に質問または診断をさせることができる。

### 第51条（療養費等の支給）

公団はこの法によって支給義務がある療養費または任意給付の請求がある時には滞りなくこれを支給しなければならない。

### 第52条（不当利得の徴収）

- ①公団は詐偽その他不当な方法で保険給付を受けた者または保険給付費用を受けた療養機関に対してその給付または給付費用に相当する金額の全部または一部を徴収する。〈改定 2002. 12. 18〉
- ②第1項の場合において使用者または加入者の虚偽の報告または証明によって、または療養機関の虚偽の診断によって保険給付が実施された時には、公団はこれらに対して保険給付を受けた者と連帯して同項の規定による徴収金を納めさせることができる。
- ③第1項の場合において公団は詐偽その他不当な方法で保険給付を受けた者と同じ世帯に属した加入者（詐偽その他不当な方法で保険給付を受けた者が被扶養者の場合にはその職場加入者をいう）に対して詐偽その他不当な方法で保険給付を受けた者と連帯して同項の規定による徴収金を納めさせることができる。
- ④第1項の場合において療養機関が加入者または被扶養者から詐偽その他不当な方法で療養給付費用を受けた時には公団は当該療養機関からこれを徴収して加入者または被扶養者に滞りなく支給しなければならない。

### 第53条（求償権）

- ①公団は第三者の行為による保険給付事由が発生して加入者に保険給付をした時にはその給付に要した費用の限度内でその第三者に対する損害賠償請求の権利を得る。
- ②第1項の場合において保険給付を受けた者が第三者から既に損害賠償を受けた時には公団はその賠償額の限度内で保険給付をしない。

### 第54条（受給権の保護）

保険給付を受ける権利は譲渡または差押えをすることができない。

### 第54条の2（現役兵等に対する療養給付費用の支給）

- ①公団は第49条第3項および第4項の規定による自家療養機関で、大統領令が定める治療等（以下、この条で「療養給付」という）を受けた場合に、それによって公団が負担する

費用（以下、この条で「療養給付費用」という）を法務部長官・国防部長官・消防防災庁長・警察庁長または海洋警察庁長から預託され支給できる。この場合、法務部長官・国防部長官・消防防災庁長・警察庁長または海洋警察庁長は予算上やむをえない場合を除いて、年間に要されると予想される療養給付費用を大統領令が定めるところによりあらかじめ公団に預託しなければならない。〈改定 2005. 7. 13〉

②療養給付および療養給付費用に関する事項は第39条ないし第43条、第43条の2、第50条および第51条の規定を準用する。

[本条新設 2004. 1. 29]

## 第5章 健康保険審査評価院

### 第55条（設立）

療養給付費用を審査し、療養給付の適正性を評価するために健康保険審査評価院（以下「審査評価院」という）を設立する。

### 第56条（業務等）

①審査評価院は次の各号の業務を管掌する。

1. 療養給付費用の審査
2. 療養給付の適正性に対する評価
3. 審査および評価基準の開発
4. 第1号ないし第3号の業務に係わる調査研究および国際協力
5. 他の法律の規定によって支給される給付費用の審査または医療の適正性評価に関して委託を受けた業務
6. 健康保険と関連して保健福祉部長官が必要と認めた業務
7. その他保険給付費用の審査と保険給付の適正性評価に関連して大統領令が定める業務

②第1項第2号、第5号および第7号の規定による療養給付等の適正性評価に関する基準・手続き・方法・その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

### 第57条（法人格等）

①審査評価院は法人とする。

②審査評価院は主たる事務所の所在地で設立登記をすることで成立する。

### 第58条（役員）

①審査評価院に役員として院長、理事16人および監事1人を置く。

②院長および監事は保健福祉部長官が任命する。〈改定 2004. 1. 29〉

- ③理事のうち5人は医薬関係団体が推薦した者を、3人は公団が推薦した者を、3人は審査評価院の院長が推薦した者を、5人は労働組合・使用者団体・農漁業者団体および消費者団体がそれぞれ1人ずつ推薦した者および大統領令が定める関係公務員の中で1人を保健福祉部長官が任命する。〈改定 2004. 1. 29〉
- ④院長と理事のうち3人および監事は常任とする。ただし、非常任役員は定款が定めるところによって実費弁償を受けることができる。〈改定 2005. 7. 13〉
- ⑤役員の任期は3年とする。ただし、公務員の役員の任期はその在任期間とする。〈改定 2004. 1. 29〉

#### **第59条（診療審査評価委員会）**

- ①審査評価院の業務を効率的に遂行するために審査評価院に診療審査評価委員会（以下「審査委員会」という）を置く。
- ②審査委員会は委員長を含む30人以内の常勤審査委員と600人以内の非常勤審査委員で構成し、診療科目別分科委員会を置くことができる。
- ③審査委員会の委員の資格・任期および委員会の運営等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### **第60条（資金の調達等）**

- ①審査評価院は第56条第1項の業務（同条同項第5号の規定による業務を除く）を遂行するために公団から負担金を徴収できる。
- ②審査評価院は第56条第1項第5号の規定によって給付費用の審査または医療の適正性評価に関する業務の委託を受けた時には、委託者から手数料を受けることができる。
- ③第1項および第2項の規定による負担金および手数料の金額・徴収方法、その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### **第61条（準用規定）**

第13条第4項・第15条・第16条（第1項第6号および第7号を除く）・第17条・第18条・第20条ないし第22条・第23条・第24条ないし第30条・第33条第1項・第34条・第35条・第37条および第38条の規定は審査評価院に関してこれを準用する。この場合「公団」は「審査評価院」、「理事長」は「院長」とみなす。〈改定 2004. 1. 2、2005. 7. 13〉

### **第6章 保険料**

#### **第62条（保険料）**

- ①公団は健康保険事業に要する費用に充当するために第68条の規定による保険料の納付義務者から保険料を徴収する。

- ②第1項の規定による保険料は加入者の資格を取得した日が属する月の翌月から加入者の資格を失った日の前日が属する月まで徴収する。ただし、加入者の資格を毎月1日に取得した場合にはその月から徴収する。〈改定 2006. 10. 4〉
- ③第1項および第2項の規定による保険料を徴収するにおいて、加入者の資格が変動された場合には、変動した日が属する月の保険料は変動する前の資格を基準にして徴収する。ただし、加入者の資格が毎月1日に変動した場合には変動した資格を基準にして徴収する。〈新設 2006. 10. 4〉
- ④職場加入者の月別保険料額は第63条の規定によって算定した標準報酬月額に第65条第1項または第2項の規定による保険料率を掛けて得た金額にする。〈改定 2006. 12. 30〉
- ⑤地域加入者の月別保険料額は世帯単位で算定するが、地域加入者が属する世帯の月別保険料額は第64条の規定によって算定した賦課標準所得に第65条第3項の規定による賦課標準所得当たりの金額を掛けた金額とする。〈改定 1999. 12. 31、2006. 12. 30〉
- ⑥削除 〈2006. 12. 30〉〈施行日 2007. 7. 1〉

#### **第63条（標準報酬月額）〈改定 2006. 12. 30〉**

- ①第62条第4項の規定による標準報酬月額は職場加入者が支払われる報酬を基準にして算定するが、大統領令の定める基準によって上・下限を決めることができる。〈改定 2006. 12. 30〉
- ②休職その他の事由で報酬の全部または一部が支給されない加入者の保険料は当該事由が発生する前月の標準報酬月額を基準にして保険料を算定する。〈改定 2006. 12. 30〉
- ③第1項の規定による報酬は勤労者・公務員および教職員が勤労の提供によって使用者・国家または地方自治団体から支払ってもらう金品（実費弁償的性格の物を除く）として大統領令が定めるものをいう。この場合報酬関連資料がないあるいは不確かである場合等大統領令が定める事由にあたる場合には保健福祉部長官が決定して告示する金額を報酬とみなす。〈改定 2000. 12. 29〉
- ④第1項の規定による標準報酬月額の算定および報酬が支給されない使用者の標準報酬月額の算定等に関して必要な事項は大統領令で定める。〈改定 2006. 12. 30〉

#### **第64条（賦課標準所得）〈改定 2006. 12. 30〉**

- ①第62条第5項の規定による賦課標準所得は地域加入者の所得・財産・生活水準・経済活動参加率等を斟酌して定めるが、大統領令の定める基準によって上・下限を決めることができる。〈改定 2006. 12. 30〉
- ②第1項の規定によって賦課標準所得の算定方法・基準を定めるにおいて法令によって財産権の行使が制限される財産に対しては他の財産とは別に定めることができる。〈改定 2006. 12. 30〉
- ③賦課標準所得の算定方法・基準その他必要な事項は大統領令で定める。〈新設 2006. 12. 30〉

[全文改定 1999. 12. 31]

#### 第65条（保険料率）〈改定 2006. 12. 30〉

- ①職場加入者の保険料率は1000分の80の範囲内で審議委員会の議決を通して大統領令で定める。〈改定 2006. 12. 30〉
- ②国外で業務に携わっている職場加入者に対する保険料率は第1項の規定によって定められた保険料率の100分の50とする。
- ③地域加入者の賦課標準所得当たりの金額は審議委員会の議決を通して大統領令で定める。〈新設 2006. 12. 30〉

#### 第66条（保険料の免除）

- ①公団は職場加入者が第49条第2号ないし第4号の1にあたる時には当該加入者の保険料を免除する。ただし、第49条第2号にあたる職場加入者の場合には国内に居住する被扶養者がいない場合にこれを適用する。
- ②地域加入者が次の各号のいずれかにあたる時にはその加入者が属した世帯の保険料を算定するにおいて、その加入者の所得を除く。
  1. 第49条第2号ないし第4号の1にあたる時
  2. 大学以下の各級学校に在学等所得活動に携わらないことが明白であると認められる時
  3. 第1号および第2号に準ずるとして保健福祉部令が定める基準に該当する時
- ③第1項の規定による保険料免除、または第2項第1号の規定によって保険料算定から除外される所得に対しては、第49条第2号ないし第4号のいずれかにあたる給付停止事由が発生した日が属する月の翌月から事由が解消された日が属する月まで適用する。ただし、給付停止事由が毎月1日に解消された場合にはその月の保険料を免除しない、あるいは保険料算定からその所得を除外しない。〈新設 2006. 10. 4〉

#### 第66条の2（保険料の軽減）

- ①次の各号のいずれかにあたる加入者の中で保健福祉部令が定める加入者に対しては、その加入者またはその加入者が属した世帯の保険料の一部を軽減することができる。
  1. 島嶼・僻地・濃漁村等大統領令が定める地域に居住する者
  2. 65歳以上の者
  3. 「障害者福祉法」に従って登録した障害者
  4. 「国家有功者等の礼遇および支援に関する法律」第4条第1項第4号・第6号・第10号・第12号または第14号の規定による国家有功者

5. 休職者

6. その他生活が苦しい、あるいは天災地変等の事由で保険料の軽減が必要と保健福祉部長官が決めて告示する者

②第1項の規定による保険料軽減の方法・手続き・その他必要な事項は保健福祉部長官が定めて告示する。

[本条新設 2006. 12. 30] [施行日 2007. 7. 1]

### 第67条（保険料の負担）

①職場加入者の保険料は職場加入者と次の各号の区分による者がそれぞれ保険料額の100分の50ずつ負担する。ただし、職場加入者が教職員である場合の保険料額はその職場加入者が100分の50を、第3条第2号ハ目に規定される者が100分の30を、国家が100分の20をそれぞれ負担して、第3条第2号ハ目に規定された者がその負担額の全額を負担できなくなった際にはその不足額を学校が属する会計から負担させることが可能である。〈改定 2002. 12. 18〉

1. 職場加入者が勤労者の場合には第3条第2号イ目に規定される者

2. 職場加入者が公務員の場合にはその公務員が属している国家または地方自治団体

②地域加入者の保険料はその加入者が属した世帯の地域加入者全員が連帯して負担する。

③削除 〈2006. 12. 30〉

### 第68条（保険料の納付義務）

①職場加入者の保険料は使用者が納める。

②地域加入者の保険料はその加入者が属した世帯の地域加入者全員が連帯して納める。この場合加入者一人に行った告知または督促は当該世帯の地域加入者全員に効力があることとみなす。

③使用者は職場加入者が負担しなければならないその月の保険料額をその報酬から控除して納めなければならない。この場合職場加入者にその控除額を通知しなければならない。

### 第69条（保険料納付期限）

第68条第1項および第2項の規定によって保険料の納付義務がある者は、加入者について該当する月の保険料をその翌月10日まで納めなければならない。ただし、地域加入者の保険料は保健福祉部令が定めるところによって分期別に納めることができる。

### 第70条（保険料等の督促および滞納処分）

①公団は第68条の規定による納付義務者が保険料等を納めない時には期限を決めて督促することができる。

- ②第1項の規定によって督促をする時には10日以上15日以内の納付期限を決めて督促状を  
発布しなければならない。
- ③公団は第1項の規定による督促を受けた者がその納付期限まで保険料等を納めない時に  
は保健福祉部長官の承認を得て国税滞納処分の例にならってこれを徴収できる。
- ④公団は第3項の規定による国税滞納処分の例にならって差押えした財産の公売に専門知  
識が必要な事情、その他特殊な事情があつて直接公売するには適切ではないと認める時  
には「金融機関不実資産等の効率的処理および韓国資産管理公社の設立に関する法律」  
によって設立された韓国資産管理公社（以下「韓国資産管理公社」という）にこれを代  
行させることができ、この場合公売は公団がしたものとみなす。〈改定 1999. 12. 31、20  
06. 10. 4〉
- ⑤公団は第4項の規定によって韓国資産管理公社が公売を代行する場合には保健福祉部令  
が定めるところによって手数料を支給することができる。〈改定 1999. 12. 31〉

#### **第70条の2（滞納保険料の分割納付）**

- ①公団は保険料を3回以上滞納した者に対して保健福祉部令が定めるところによって分割  
納付承認を下すことができる。
- ②公団は第1項の規定によって分割納付承認を受けた者が正当な事由なしに2回以上その承  
認された保険料を納付しない時にはその分割納付の承認を取り消す。
- ③分割納付の承認と取消に関する手続き・方法・基準等に関して必要な事項は保健福祉部  
令で定める。

[本条新設 2006. 12. 30]

#### **第71条（加算金）**

- ①公団は保険料等の納付義務者が納付期限までにこれを納めない時にはその納付期限が経  
過した日から滞納になった保険料等の100分の5にあたる加算金を徴収する。
- ②公団は保険料等の納付義務者が納付期限経過の後3か月以内に滞納になった保険料等を  
納めない時には、その3か月を経過した日から滞納になった保険料等の100分の5にあたる  
加算金を第1項の規定による加算金に加算して徴収する。
- ③公団は保険料等の納付義務者が納付期限経過の後6か月以内に滞納になった保険料等を  
納めない時には、その6か月を経過した日から滞納になった保険料等の100分の5にあたる  
加算金を第1項および第2項の規定による加算金に加算して徴収する。
- ④第1項ないし第3項の規定にかかわらず天災・地変その他保健福祉部令が定めるやむを得  
ない事由がある場合には第1項ないし第3項の規定による加算金はこれを徴収しないこと  
ができる。

## 第72条（欠損処分）

- ①公団は次の各号のいずれかに該当する事由がある時には財政運営委員会の議決を得て保険料等を欠損処分することができる。
1. 滞納処分が終結になって滞納額に充当される配分金額がその滞納額に達していない場合
  2. 当該権利に対する消滅時効が成立した場合
  3. その他徴収する可能性がないと認められる場合として大統領令が定める場合
- ②公団は第1項第3号の規定によって欠損処分をした後他の差押さえできる財産があったことを発見した場合にはその処分を取消し、滞納処分をしなければならない。

## 第73条（保険料等の徴収順位）

保険料等は国税および地方税を除いたその他の債権に優先して徴収する。ただし、保険料等の納付期限の前に伝賃権（訳注：保証金を払って他人の不動産を使用する権利）、質権または抵当権の設定を登記または登録した事実が証明される財産の売却においてその売却代金の中から保険料等を徴収する場合、その伝賃権・質権または抵当権によって担保された債権についてはその限りではない。

## 第74条（保険料等の納入告知）

公団は保険料等を徴収しようとする時にはその金額を決定して納付義務者に次の各号の事項を記載した文書として納入の告知をしなければならない。

1. 徴収しようとする保険料等の種類
  2. 納めなければならない金額
  3. 納付期限および場所
- ②公団は第1項の規定による納入の告知を出すにあたり、納付義務者が申請した場合には電子文書交換方式等によって電子文書として告知することができる。〈新設 2006. 10. 4〉  
〈施行日 2007. 4. 5〉
- ③公団が第2項の規定によって電子文書で告知した場合には保健福祉部令が定める情報通信ネットワークに保存される時、あるいは納付義務者が指定した電子郵便住所へ入力される時にその納付義務者に届いたものとみなす。〈新設 2006. 10. 4〉 〈施行日 2007. 4. 5〉
- ④第2項の規定による電子文書告知に対する申請方法・手続きその他必要な事項は保健福祉部令で定める。〈新設 2006. 10. 4〉

## 第75条（保険料等の充当と還付）

- ①公団は納付義務者が保険料・加算金または滞納処分費として納めた金額のうち誤って納付した金額がある時には、直ちにその超過納付額または誤納額を保険料還付金として決

定しなければならない。

- ②第1項の規定による保険料還付金は、納める保険料等および滞納処分費にあてなければならない。また、充当した後の残余金は第1項の規定による決定日から30日以内に納付者に支給しなければならない。

## 第7章 異議申請および審査請求等

### 第76条（異議申請）

- ①加入者および被扶養者の資格・保険料等・保険給付および保険給付費用に関する公団の処分に異議がある者は公団に異議申請ができる。
- ②療養給付費用および療養給付の適正性に対する評価等に関する審査評価院の処分に異議がある公団・療養機関その他の者は審査評価院に異議申請ができる。
- ③第1項および第2項の規定による異議申請は処分があった日から90日以内に文書にしなければならない。ただし、正当な事由によってその期間内に異議申請ができなかったことを説明した時にはその限りではない。
- ④異議申請に対する決定、その決定の通知等に関して必要な事項は大統領令で定める。

### 第77条（審査請求）

- ①第76条の規定による異議申請に対する決定に不服のある者は健康保険紛争調整委員会（以下「紛争調整委員会」という）に審査請求ができる。この場合第76条第3項の規定は審査請求に関してこれを準用する。
- ②紛争調整委員会は保健福祉部長官所属下に置く。
- ③紛争調整委員会は健康保険に関する法学または医学分野の学識と経験が豊かな者の中から保健福祉部長官が任命または委嘱する20人以内の委員で構成する。
- ④審査請求に対する決定、その決定の通知および紛争調整委員会の組織・運営に関して必要な事項は大統領令で定める。

### 第78条（行政訴訟）

公団または審査評価院の処分に異議がある者と第76条の規定による異議申請または第77条の規定による審査請求に対する決定に不服のある者は「行政訴訟法」が定めるところによって行政訴訟を申し立てることができる。〈改定 2006. 10. 4〉

## 第8章 補則

### 第79条（時効）

- ①次の各号の権利は3年の間行使しなければ消滅時効が成立する。
  1. 保険料（保険料の加算金を含む）の徴収もしくは保険料還付金を受ける権利

2. 保険給付を受ける権利
  3. 保険給付費用を受ける権利
  4. 第43条第3項の規定によって過多納付になった本人一部負担金の返還を受ける権利
- ②第1項の規定による時効は次の各号のいずれかの事由によって中断される。
1. 保険料の告知または督促
  2. 保険給付または保険給付費用の請求
- ③第1項および第2項の規定による消滅時効および時効中断に関してこの法に定める事項以外には「民法」の規定による。〈改定 2006. 10. 4〉

### 第80条（期間の計算）

この法またはこの法による命令に規定された期間の計算に関してこの法に定める事項以外には「民法」の期間に関する規定を準用する。〈改定 2006. 10. 4〉

### 第81条（勤労者の権益保護）

第6条第2項各号のいずれかの規定に該当しないすべての事業場の勤労者を雇用する使用者は、その雇用した勤労者がこの法による職場加入者になることを阻害したり、その者が負担する負担金の増加を忌避したりすることを目的として、正当な事由なしに勤労者の昇級または賃金引上げをしない、もしくは解雇その他不利益な措置をすることはできない。〈改定 2004. 1. 29〉

### 第82条（申告等）

- ①公団は使用者および世帯主に加入者の居住地変更または報酬・所得その他健康保険事業のために必要な事項を申告させる、あるいは関係書類を提出させることができる。
- ②公団は第1項の規定によって申告または提出を受けた資料に対する真否を確認する必要があると認める時には、所属職員に当該事項に関して調査させることができる。
- ③第2項の場合に所属職員はその権限を表示する証票を携帯し、これを関係者に提示しなければならない。

### 第82条の2（所得の縮小・脱漏の資料送付等）

- ①公団は第82条第1項の規定によって申告した報酬や所得等に縮小や脱漏があると認める場合には保健福祉部長官を通して所得の縮小または脱漏に関する事項を国税庁長へ送付できる。
- ②国税庁長は第1項の規定によって送付してもらった事項に関して「国税基本法」等関連法律の規定による税務調査を行った場合にその調査結果の中から報酬・所得に関する事項を公団へ送付する。〈改定 2006. 10. 4〉

③第1項および第2項の規定による送付手続きその他必要な事項は大統領令で定める。

[本条新設 2005. 1. 27]

### 第83条（資料の提供）

①公団および審査評価院は国家・地方自治団体・療養機関・「保険業法」による保険事業者および保険料率算出機関その他公共団体等に対して健康保険事業のために必要な資料の提供を要請することができる。〈改定 2003. 7. 29、2006. 10. 4〉

②第1項の規定によって資料提供の要請を受けた者は誠実にこれに応じなければならない。〈改定 2003. 7. 29〉

③第1項の規定による国家・地方自治団体・療養機関・「保険業法」による保険料率算出機関その他公共団体が公団または審査評価院に提供する資料については使用料・手数料等を免除する。〈新設 2003. 7. 29、2006. 10. 4〉

### 第84条（報告と検査）

①保健福祉部長官は使用者または世帯主に加入者の移動・報酬・所得その他必要な事項に関する報告または書類提出を命じたり、所属公務員に関係者へ質問をさせたりする等、関係書類を検査させることができる。

②保健福祉部長官は療養機関（第44条の規定によって療養を実施した機関を含む）に対して療養・薬剤の支給等保険給付に関する報告または書類提出を命じたり、所属公務員に関係者へ質問させたりする等、関係書類を検査させることができる。

③保健福祉部長官は保険給付を受けた者に当該保険給付の内容に関して報告させる、あるいは所属公務員に質問させることができる。

④保健福祉部長官は第43条第6項の規定によって療養給付費用の審査請求を代行する団体（以下「代行請求団体」という）に対して必要な資料の提出を命ずる、あるいは所属公務員に代行請求に関する資料等を調査・確認させることができる。〈新設 2006. 12. 30〉  
従来の第4項は第5項へ移動 2006. 12. 30

⑤第1項ないし第4項の場合に所属公務員はその権限を表示する証票を携帯し、これを関係者に提示しなければならない。〈改定 2006. 12. 30〉 〈第4項から移動 2006. 12. 30〉

### 第85条（課徴金等）

①保健福祉部長官は療養機関が次の各号のいずれかにあたる時には1年の範囲内で期間を定めて療養機関の業務停止を命ずることができる。

1. 詐偽その他不当な方法で保険者・加入者および被扶養者に療養給付費用を負担させた時

2. 第84条第2項の規定による命令に違反する、もしくは虚偽報告をする、あるいは所属

公務員の検査または質問を拒否・妨害または忌避した時

- ②保健福祉部長官は療養機関が第1項第1号の規定にあたって業務停止処分をしなければならない場合、その業務停止処分が当該療養機関を利用する者に深刻な不便を与える、あるいはその他特別な事由があると認められる時にはその業務停止処分に代わって詐偽その他不当な方法で負担させた金額の5倍以下の金額を課徴金として賦課・徴収できる。この場合課徴金を賦課する違反行為の種別・程度等による課徴金の金額その他必要な事項は大統領令で定める。
- ③第1項の規定によって業務停止処分を受けた者は当該業務停止期間中には療養給付を行うことができない。
- ④第2項の規定によって徴収した課徴金は次の各号以外の用途ではこれを使うことができない。〈改定 2006. 10. 4〉
  - 1. 第43条第3項本文の規定によって保険者が支給する療養給付費用に必要な資金の支援
  - 2. 「応急医療に関する法律」による応急医療基金への支援
- ⑤第4項の規定による課徴金の用途別支援規模・使用手続きその他必要な事項は大統領令で定める。
- ⑥第2項の規定による課徴金を納めなければならない者が納付期限まで納めない時には国税滞納処分の例によってこれを徴収する。

#### **第86条（秘密の維持）**

公団・審査評価院および代行請求団体に携わったことがある者または携わっている者はその業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。〈改定 2006. 12. 30〉

#### **第87条（公団等に対する監督）**

保健福祉部長官は公団および審査評価院に対してその事業に関する報告を命じたり、事業または財産状況を検査して定款または規程の変更その他必要な処分を命じたりする等監督上必要な措置ができる。

#### **第88条（権限の委任および委託）**

- ①この法による保健福祉部長官の権限は大統領令が定めるところによってその一部を特別市長・広域市長または道知事に委任することができる。
- ②第84条第2項の規定による保健福祉部長官の権限は大統領令が定めるところによってこれを公団または審査評価院に委託できる。

#### **第89条（業務の委託）**

- ①公団は大統領令が定めるところによって保険料の収納、保険給付費用の支給または保険

料納付の確認に関する業務を逓信官署または金融機関に委託できる。

- ②公団はその業務の一部を国家機関・地方自治団体または他の法令による社会保険業務を遂行する法人その他の者に委託できる。
- ③第2項の規定によって公団が委託できる業務および委託を受けることができる者の範囲は保健福祉部令で定める。

#### **第90条（少額処理）**

公団は徴収しなければならない金額および返還しなければならない金額が1件当たり2千ウォン未満である場合（第43条第4項の規定によって相殺処理が可能な本人一部負担金還付金を除く）にはこれを徴収または返還しない。

#### **第91条（端数処理）**

保険料等と保険給付に関する費用の計算において国庫金管理法第47条の規定による端数はこれを計算しない。〈改定 2005. 1. 27〉

#### **第92条（保健財政に対する政府支援）**

- ①国家は毎年予算の範囲内で当該年度保険料の予想収入額の100分の14に相当する金額を、国庫から公団へ支援する。
- ②公団は「国民健康増進法」が定めるところによって同法による国民健康増進基金から資金を支援してもらうことができる。
- ③公団は第1項の規定によって支援された財源を次の各号の事業に使用する。
  - 1. 加入者および被扶養者に対する保険給付
  - 2. 健康保険事業に対する運営費
  - 3. 第66条の2および第93条の2第3項の規定による保険料軽減に対する支援
- ④公団は第2項の規定によって支援された財源を次の各号の事業に使用する。
  - 1. 健康診断等健康増進に関する事業
  - 2. 加入者および被扶養者の喫煙による疾病に対する保険給付
  - 3. 加入者および被扶養者の中で65歳以上の老人に対する保険給付

[全文改定 2006. 12. 30]

#### **第93条（外国人等に対する特例）**

- ①政府は、外国政府が使用者である事業場の勤労者の健康保険に関して外国政府との合意によってこれを別に定めることができる。
- ②国内に滞在している在外国民または外国人として大統領令が定める者は第5条の規定にかかわらず、この法の適用を受ける加入者または被扶養者となる。〈改定 2005. 7. 13〉

## 第93条の2（失業者に対する特例）

- ①使用関係が終了した職場加入者のうち保健福祉部令が定める者が地域加入者となつてから、第74条の規定によって最初に告知を受けた地域加入者保険料の納付期限以内に公団へ職場加入者としての資格を維持することを申請した場合には第8条の規定にかかわらず大統領令が定める期間の間は職場加入者の資格を維持する。ただし、申請者が申請の後、最初に納付しなければならない保険料をその納付期間までに納付しない時にはその限りではない。
- ②第1項の規定によって公団へ申請した加入者（以下「任意継続加入者」という）は第63条の規定にかかわらず使用関係が終了した日が属する月を除外した直前の3か月の間支給してもらった報酬の平均額を基準として標準報酬月額を算定する。
- ③任意継続加入者の保険料は保健福祉部長官が告示するところによってその一部を軽減できる。
- ④第67条第1項および第68条第1項の規定にかかわらず任意継続加入者の保険料はその任意継続加入者が全額を負担して納付する。
- ⑤任意継続加入者の申請方法・手続きその他必要な事項は保健福祉部令で定める。

[本条新設 2006. 12. 30] [施行日 2007. 7. 1]

## 第9章 罰則

### 第94条（罰則）

- ①代行請求団体の従事者として偽りその他不正な方法で療養給付費用の請求をした者は3年以下の懲役または3,000万ウォン以下の罰金に処する。
- ②次の各号のいずれかにあたる者は1年以下の懲役または1,000万ウォン以下の罰金に処する。
  1. 第43条第6項の規定を違反して代行請求団体ではない者に代行させた者
  2. 第81条の規定を違反した使用者
  3. 第85条第3項の規定を違反した療養機関の開設者
  4. 第86条の規定を違反した者

[全文改定 2006. 12. 30]

### 第95条（罰則）

第84条第2項の規定に違反して報告または書類提出をしない者、虚偽の報告をするまたは虚偽の書類を提出した者および検査または質問を拒否・妨害または忌避した者は1,000万ウォン以下の罰金に処する。

## 第96条（罰則）

第40条第4項または第44条第2項前段の規定に違反した者は500万ウォン以下の罰金に処する。

## 第97条（両罰規定）

法人の代表者、法人や個人の代理人・使用人その他従事者がその法人または個人の業務に関して第94条ないし第96条の違反行為をした時にはその行為者を罰する以外にその法人または個人に対しても各該当の条の罰金刑を科する。

## 第98条（過怠料）

- ①加入者および被扶養者または加入者および被扶養者であった者がその資格を失った後その資格を証明した書類を使って保険給付を受けた時にはその給付に相当する金額以下の過怠料に処する。
- ②保険給付を受けることができる者が詐偽その他不当な方法によって他人に保険給付を受けさせた時にはその保険給付に相当する金額以下の過怠料に処する。同じ方法でその保険給付を受けた者もまた同様とする。

## 第99条（過怠料）

次の各号のいずれかにあたる者は100万ウォン以下の過怠料に処する。〈改定 2006. 12. 30〉

1. 第87条の規定による命令に違反した者
2. 正当な事由なしに第82条第1項・第2項または第84条第1項・第3項・第4項の規定に違反して書類の提出、意見の陳述、申告または報告をしない者、虚偽で陳述・申告または報告をする、もしくは調査または検査を拒否・妨害または忌避した者

## 第100条（過怠料の賦課・徴収手続き）

- ①第98条および第99条の規定による過怠料は大統領令が定めるところによって保健福祉部長官が賦課・徴収する。
- ②第1項の規定による過怠料処分に不服のある者はその処分の告知を受けた日から30日以内に保健福祉部長官に異議を申し立てることができる。
- ③第1項の規定による過怠料処分を受けた者が第2項の規定によって異議を申し立てた時には保健福祉部長官は直ちに管轄裁判所にその事実を通報しなければならない、その通報を受けた管轄裁判所は「非訟事件手続き法」による過怠料の裁判をする。〈改定 2006. 10. 4〉
- ④第2項の規定による期間内に異議申し立てをせず過怠料を納めない時には国税滞納処分の例にならってこれを徴収する。

附則<第5854号、1999. 2. 8>

#### 第1条（施行日）

この法は2000年7月1日から施行する。ただし、附則第4条および第5条の規定は公布した日から施行する。<改定 1999. 12. 31>

#### 第2条（他の法律の廃止）

医療保険法および国民医療保険法はこれをそれぞれ廃止する。

#### 第3条（公団の設立）

この法施行当時従来の国民医療保険法によって設立された国民医療保険管理公団はこの法によって設立された公団とみなす。ただし、公団の役員は第19条の規定によって任命しなければならず、この場合従来の国民医療保険管理公団の役員はその任期が満了したこととみなす。

#### 第4条（審査評価院の設立準備）

- ①保健福祉部長官はこの法が公布された日から30日以内に6人の設立委員を委嘱して審査評価院の設立に関する事務を担当させなければならない。
- ②設立委員は定款を作成して保健福祉部長官の認可を受けて審査評価院の設立登記をしなければならない。
- ③設立委員は審査評価院の院長が任命された時には直ちに事務を引継がなければならない、また事務引継が終わった時には解任されたこととみなす。
- ④審査評価院の設立準備に必要な費用等は国家が負担する。

#### 第5条（この法の施行のための準備行為）

- ①保健福祉部長官、国民医療保険管理公団理事長または設立委員は医療保険連合会・医療保険組合・国民医療保険管理公団その他関係者に対してこの法施行のための準備に必要な資料の提出を要請することができる。
- ②第1項の規定による資料の提出を要請された者は誠実にこれに応じなければならない。

#### 第6条（法人の解散）

この法施行当時従来の医療保険法によって設立された医療保険組合および医療保険連合会は、この法施行と同時にそれぞれ解散になる。

### 第7条（権利の包括承継等）

- ①この法施行当時従来の医療保険法による医療保険組合および医療保険連合会の権利と義務は公団が包括承継する。ただし、医療保険連合会の審査業務と係わる権利と義務は審査評価院が包括承継する。
- ②この法施行当時従来の医療保険法による医療保険組合の財産は公団の財産とみなし、医療保険連合会の財産は審査評価院の財産とみなす。

### 第8条（職員の雇用等）

この法施行当時従来の医療保険組合および医療保険連合会の職員は公団に雇用されたものとみなす。ただし、医療保険連合会の職員の中で保健福祉部長官が定める審査業務に携わっている職員は審査評価院に雇用されたものとみなす。

### 第9条（加入者および被扶養者の資格取得等に関する経過措置）

- ①この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって被保険者および被扶養者になった者はこの法による加入者および被扶養者の資格を得たこととみなす。
- ②この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって申し立てられて審理中の医療保険審査請求はこの法による異議申請とみなし、医療保険再審査請求は紛争調整委員会に請求して審理中とみなす。
- ③この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって納付期限が経過した保険料等の徴収に関しては従来の規定による。
- ④この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって業務停止処分を受けた療養機関の中でその業務停止処分の期間が終わらない療養機関はこの法によってその残余期間（医療保険法および国民医療保険法による業務停止処分期間の残余期間が重複になる場合にはそのうち短い期間をいう）にあたる業務停止処分を受けたこととみなす。
- ⑤この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって行われた保険給付、保険給付費用の請求および聴聞等はこの法による保険給付、保険給付費用の請求及び聴聞等とみなす。

### 第10条（財政統合に関する経過措置）

- ①公団は第33条第2項の規定にかかわらず2003年6月30日まで職場加入者と地域加入者の財政（公団の管理・運営に必要な財政は除く）をそれぞれ区分して計理する。〈改定 2002. 1. 19〉
- ②第1項の規定による職場加入者の中で第6条第2項第1号の規定による事業場勤労者およびその使用者である職場加入者と第6条第2項第2号の規定による公務員および教職員である職場加入者の財政は2000年12月31日までそれぞれ区分して計理する。

[全文改定 1999. 12. 31]

## 第10条の2削除 <2002. 1. 19>

### 第10条の3（財政区分計理による保険料率に関する特例）

- ①職場加入者の保険料率は第65条第1項の規定にかかわらず附則第10条第2項の規定による財政区分計理期間の間、第6条第2項第1号および第2号の規定による職場加入者別に大統領令が定めるところによってこれを別に定めることができる。この場合その保険料率はそれぞれ1,000分の80の範囲内でこれを決めなければならない。
- ②国外で業務に携わっている職場加入者の保険料率は第65条第2項の規定にかかわらず附則第10条第2項の規定による財政区分計理期間の間、第1項の規定による該当保険料率の100分の50とする。

[本条新設 1999. 12. 31]

### 第10条の4（職場加入者の保険料調整に関する特例）

この法施行によって保険料がこの法施行日の前日が属する月の保険料より100分の20以上引き上げられる職場加入者の中で大統領令が定める比率以上引き上げられる者の保険料は大統領令が定めるところによって附則第10条第1項の財政区分計理期間の範囲内でこれを調整できる。

[本条新設 1999. 12. 31]

### 第11条（療養給付費用の適用例）

この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法の規定によって保健福祉部長官が定める療養給付費用の算定基準はこの法施行日から6か月まではこの法第42条第1項の規定によって公団の理事長と医療・医薬関係者を代表する者との契約で定められるものとみなす。

### 第12条（罰則等に関する経過措置）

この法施行の前に従来医療保険法および国民医療保険法を違反した行為に対する罰則または過怠料の適用においては従来医療保険法および国民医療保険法の規定による。

### 第13条（他の法令との関係）

- ①この法施行当時他の法令で従来医療保険法または国民医療保険法を引用している場合にこの法の中でそれにあたる規定がある時には従来規定に代わってこの法またはこの法の該当の規定を引用したこととみなす。

- ②この法施行当時他の法令で従来の医療保険法による医療保険組合・医療保険連合会または国民医療保険法による国民医療保険管理公団を引用した場合にはこの法による公団を引用したものとみなす。

#### **第14条（消滅時効に関する経過措置）**

保険料を徴収するあるいは返還を受ける権利または保険給付を受ける権利または過多納付された本人一部負担金の返還を受ける権利としてこの法施行の前に発生した消滅時効に関しては従来の規定による。

#### **第15条（従来の行為等に対する経過措置）**

- ①この法施行の前に医療保険法および国民医療保険法を違反した行為に対する処分は従来の規定による。
- ②この法施行当時以前の医療保険法および国民医療保険法によって保険者、保険者団体および行政機関が行った処分等の各種行為はそれにあたるこの法による公団、審査評価院および行政機関の行為とみなし、保険者または保険者団体が行った処分等その他の行為が重複する場合は、なかでも軽い処分行為をこの法による公団または審査評価院の行為とみなす。
- ③この法施行当時従来の医療保険法および国民医療保険法によって保健福祉部長官が認められた総合専門療養機関または専門療養機関はこの法の規定による総合専門療養機関または専門療養機関とみなす。

**附則（金融機関不実資産等の効率的処理および韓国資産管理公社の設立に関する法律）** <第6073号、1999. 12. 31>

#### **第1条（施行日）**

この法は公布した日から施行する。

#### **第2条**

省略

#### **第3条（他の法律の改正）**

- ①国民健康保険法の中で、次のように改正する。

第70条第4項の中、「金融機関不実資産等の効率的処理および成業公社の設立に関する法律によって設立された成業公社（以下「成業公社」という）」を「金融機関不実資産等の効率的処理および韓国資産管理公社の設立に関する法律によって設立された韓国資産管理公社（以下「韓国資産管理公社」という）」とし、同条第5項の中の「成業公社」を「韓

国資産管理公社」とする。

②ないし⑫省略

**附則<第6093号、1999. 12. 31>**

この法は公布した日から施行する。

**附則（私立学校教職員年金法）<第6124号、2000. 1. 12>**

**第1条（施行日）**

この法は公布した日から施行する。

**第2条ないし第4条**

省略

**第5条（他の法令の改正等）**

①ないし⑩省略

⑪国民健康保険法の中で、次のように改正する。

第3条第2号ハ目中の「私立学校教員年金法」を「私立学校教職員年金法」とする。

⑫および⑬省略

**第6条**

省略

**附則<第6320号、2000. 12. 29>**

**第1条（施行日）**

この法は2001年7月1日から施行する。

**第2条（この法の施行のための準備行為）**

①保健福祉副長官または国民健康保険公団理事長は国家・地方自治団体・他の法令による社会保険業務を遂行する法人と公共団体および事業場の使用者・勤労者その他関係者にこの法の施行のための準備に必要な資料の提出を要請することができる。

②第1項の規定による資料の提出を要請された者は誠実にこれに応じなければならない。

**附則（医療給付法）<第6474号、2001. 5. 24>**

**第1条（施行日）**

この法は2001年10月1日から施行する。

## 第2条ないし第11条

省略

## 第12条（他の法律の改定）

①国民健康保険法の中で、次のように改正する。

第5条第1項第1号を次のようにする。

1. 医療給付法によって医療給付を受ける者（以下「受給権者」という）

第7条第1項第1号および第9条第1項第5号の中の「医療保護対象者」をそれぞれ「受給権者」とする。

②および③省略

## 第13条

省略

### 附則<第6618号、2002. 1. 19>

①（施行日）この法は公布した日から施行する。

②（法律第5854号国民健康保険法付則第10条第1項の改定による経過措置）公団はこの法施行当時統合して計理した職場加入者と地域加入者の財政を2001年12月31日当時区分して計理した職場加入者と地域加入者の財政状態通りに原状回復措置をしなければならない。

### 附則<第 6799 号、2002. 12. 18>

この法は公布した日から施行する。

### 附則<第 6951 号、2003. 7. 29>

この法は公布した日から施行する。

### 附則<第 6981 号、2003. 9. 29>

①（施行日）この法は公布した後6か月が経過した日から施行する。

②（適用例）第40条第1項第3号の改定規定によって韓国希貴医薬品センターが実施する療養給付はこの法施行以降最初に患者に供給する医薬品の分から適用する。

### 附則（国庫管理法）<第 7347 号、2005. 1. 27>

#### 第 1 条（施行日）

この法は 2005 年 7 月 1 日から施行する。

## 第 2 条および第 3 条

省略

## 第 4 条（他の法律の改定）

①ないし③省略

④国民健康保険法の中で、次のように改定する。

第 91 条の中で「国庫金端数計算法第 1 条の規定による端数」を「国庫金管理法第 47 条の規定による端数」とする。

⑤ないし⑦省略

## 附則<第 7377 号、2005. 1. 27>

この法は公布した後 6 か月が経過した日から施行する。

## 附則<第 7590 号、2005. 7. 13>

この法は 2006 年 1 月 1 日から施行する。

## 附則<第 8034 号、2006. 10. 4>

①（施行日）この法は公布した日が属する月の翌月 1 日から施行する。ただし、第 74 条第 2 項および第 3 項の改定規定は公布した後 6 か月が経過した日から施行する。

②（保険料徴収および免除に関する適用例）第 62 条第 2 項および第 66 条第 3 項の改定規定はこの法施行以降最初に保険加入者の資格を取得する、もしくは喪失した者、または給付停止事由が発生する、あるいは解消された分から適用する。

## 附則<第 8153 号、2006. 12. 30>

### 第 1 条（施行日）

この法は 2007 年 1 月 1 日から施行する。ただし、第 62 条第 6 項・第 66 条の 2 および第 93 条の 2 の改定規定は 2007 年 7 月 1 日から施行する。

### 第 2 条（有効期間）

第 92 条の改定規定は 2011 年 12 月 31 日まで効力を持つ。

### 第 3 条（保険料に関する適用例）

第 62 条第 4 項および第 5 項の改定規定はこの法施行以降最初に告知される保険料から適用する。

#### **第4条（健康保険政策審議委員会に関する経過措置）**

- ①従来の「国民健康保険財政健全化特別法」による健康保険政策審議委員会は第4条の改定規定による健康保険政策審議委員会とみなす。
- ②この法施行当時従来の「国民健康保険財政健全化特別法」によって健康保険政策審議委員会の審議・議決を通した事項は第4条の改定規定による健康保険政策審議委員会の審議・議決を通したものとみなす。

#### **第5条（療養給付費用の代行請求に関する経過措置）**

この法施行当時以前の「国民健康保険財政健全化特別法」第10条の規定によって代行請求した療養給付費用は第43条第6項の改定規定によって代行請求したものとみなす。

#### **第6条（滞納保険料の分割納付承認等に関する経過措置）**

この法施行当時以前の「国民健康保険財政健全化特別法」第11条の規定による滞納保険料の分割納付承認または承認取消は第70条の2の改定規定によって承認または承認取消されたものとみなす。

#### **第7条（他の法律の改定）**

- ①農漁村住民の保健福祉増進のための特別法の一部を次のように改定する。  
第27条第1項の中で「第62条第5項第1号」を「第66条の2の第1号」とし、第28条第1項および第2項の中で「賦課標準所得」をそれぞれ「賦課標準所得」とする。
- ②国民健康増進法の一部を次のように改正する。  
法律第6619号国民健康増進法中改定法律（法律第7250号国民健康増進法中改定法律および法律第8004号国民健康増進法一部改定法律によって改定された内容を含む）附則第2項を次のようにする。  
  
②（基金使用の限時的特例）保健福祉部長官は第25条第1項の規定にかかわらず2011年12月31日まで毎年基金から「国民健康保険法」による当該年度保険料予想収入額の100分の6に相当する金額を同法第92条第4項の用途に使用するように同法による国民健康保険公団へ支援する。ただし、その支援金額は当該年度負担金予想収入額の100分の65を超過することはできない。

### 参考資料3 韓国医療保険統合合憲判決 要旨(仮訳)

憲法裁判所全員裁判部 2000年6月29日 99憲マ289(棄却)

国民健康保険法第33条第2項など違憲確認

#### 【当事者】

請求人 ソンヨンクォン外76人(別紙1. 請求人名簿と同じ)

請求人代理人弁護士 インヨンファ

請求人のうち、別紙2記載請求人21人の代理人弁護士 リンクァンキュ

#### 【判決】

請求人等の審判請求をすべて棄却する。

#### 【理由】

##### 1. 事件の概要と審判の対象

###### あ. 事件の概要

請求人は皆、職場医療保険組合の組合員として、国民健康保険法(以下「法」という。)が2000年7月1日に施行されることによって、職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営するという法第33条第2項、職場加入者と地域加入者の月別保険料賦課対象所得を実質的に区別する法第62条第3項及び第4項、職場加入者と地域加入者の保険料算定基準になる所得を異なるものとして規定する法第63条及び第64条、職場加入者と地域加入者の間の保険料負担方法を区別して、地域加入者に対してのみ、国家が保険料を分担する法第67条が、請求人等の平等権を侵害するだけでなく、さらに職場医療保険組合を強制的に自動解散するように規定した法附則第6条及びその財政積立金を強制的に国民健康保険公団(以下「公団」という。)に移転させるよう規定した法附則第7条が、職場加入者たちの財産権を侵害するという理由で、上の法律条項について1999年5月20日、本事件憲法訴願審判を請求した。

###### い. 審判の対象

(1) この事件審判の対象は、国民健康保険法(1999年2月8日に法律第5854号として制定、1999年12月31日に法律6093号に改正)第33条第2項、第62条第3項及び第4項、第63条、第64条、第67条第3項、附則第6条、第7条が、憲法に違反するか否かの問題であり、その諸規定の内容は以下のとおりである。請求人は、法第67条すべてに対して違憲判断を求めているが、請求人が争おうとするものは、地域加入者と職場加入者を区別して、地域加入者にだけ国庫支援ができるように規定した法第67条第3項が違憲なのか否かの問題だけであり、第1項及び第2項の規定内容を問題視するものではないため、この部分審判対象を法第67条第3項に限定する。

### 第 33 条 (会計)

② 公団は職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営する。

### 第 62 条 (保険料)

③ 職場加入者の月別保険料額は第 63 条の規定によって算定した標準報酬月額に、第 65 条の規定による保険料率を掛けて得た金額とする。

④ 地域加入者の月別保険料額は世帯単位で算定するが、地域加入者が属する世帯の月別保険料額は、第 64 条の規定によって算定した賦課標準所得によって大統領令が定める等級区分に基づき、財政運営委員会の議決を経て公団の定款が決める金額とする。

### 第 63 条 (標準報酬月額)

① 第 62 条第 3 項の規定による標準報酬月額は、職場加入者が一定期間支払われる報酬を基準にして等級別に算定する。

② 休職、その他の事由で報酬の全部または一部が支給されない加入者の保険料は、当該事由が発生する前月の標準報酬月額を基準に、保険料を算定する。

③ 第 1 項の規定による報酬は、勤労者・公務員及び教職員が勤労の提供によって使用者・国家または地方自治体から支給してもらう金品（実費弁償的な性格の物を除く）として大統領令が定めたものを意味する。

④ 第 1 項の規定による等級別標準報酬月額の算定及び報酬が支給されない使用者の標準報酬月額の算定などに関して必要な事項は大統領令で定める。

### 第 64 条 (賦課標準所得)

① 第 62 条第 4 項の規定による賦課標準所得は、地域加入者の所得・財産・生活水準・職業・経済活動参加率などを斟酌して定めるが、賦課標準所得の算定方法・基準、その他必要な事項は、大統領令で定める。

② 第 1 項の規定によって賦課標準所得の算定方法・基準を定めるにおいて、法令によって財産権の行使が制限される財産に対しては、他の財産とは別に定めることができる。

### 第 67 条 (保険料の負担)

③ 国家は大統領令が定めるところによって、予算の範囲内で、地域加入者が負担する保険料の一部を負担することができる。

### 附則第 6 条 (法人の解散)

この法施行当時以前の医療保険法によって設立された医療保険組合及び医療保険連合会は、この法施行と同時にそれぞれ解散になる。

### 附則第 7 条 (権利の包括承継など)

① この法施行当時以前の医療保険法による医療保険組合及び医療保険連合会の権利と義務は、公団が包括承継する。ただし、医療保険連合会の審査業務と係わる権利と義務は、審査評価院が包括承継する。

② この法施行当時以前の医療保険法による医療保険組合の財産は公団の財産とみなし、医療保険連合会の財産は審査評価院の財産とみなす。

(2) 請求人等のうち、別紙 2.に記載された請求人 21 人は、2000 年 6 月 21 日に上の審判対象法律条項以外に、法第 5 条、第 31 条、第 32 条、第 65 条第 1 項も憲法に違反するという請求主旨を追加してきたが、これは上の請求人等が、同月 7 日に、すでに我が憲法裁判所が弁論を終結した後遅れてきたものなので、その追加部分に関して、上の請求人等がまた別の訴願として憲法訴願審判を請求することができることは別論にして、この事件においては、有効な請求主旨の追加として受け入れることはせず、上の法第 5 条、第 31 条、第 32 条、第 65 条第 1 項は審判対象にはしない。

## 2. 請求人等の主張及び利害関係人の意見

### あ. 請求人等の主張要旨

(1) 請求人等の主張のうち一部については、法の施行によって生じうる保険料引下げの可能性は、およそ 130 か所の職場医療保険組合の管理組職と財政が統合されることで一時的に発生する現象に過ぎず、法によって引き起こされる保険料賦課の不平等と財産権侵害の問題は、依然として存在する。法附則第 6 条及び第 7 条と関連して、請求人等が上記の諸規定の直接的相手ではない第三者の立場にあるとしても、第三者が法律的に基本権の侵害を受けることが明らかな以上、自己関連性が認められる。

(2) 法第 33 条第 2 項、第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条、第 67 条は、すべて医療保険統合を前提として、保険料賦課体系において職場加入者と地域加入者を差別的に規定することで平等権を侵害する諸条項なので、特定の規定ひとつだけを別に分離して直接性要件の欠陥を問題視することはできない。たとえ具体的な執行行為に対する救済手続きがあっても、権利救済の期待可能性がないがゆえに、基本権の侵害を被った者に不必要な迂回手続きを強要する場合に該当する。したがってこの事件審判対象の諸規定は基本権侵害の直接性要件を満たしている。

(3) 法は将来その実施が確かな法律として、法の施行により不利益を受けるようになることが憲法訴願請求の時点で十分に予測される場合、基本権侵害の現在性が認められなければならない。

(4) 職場加入者と地域加入者は、所得把握、所得申告、所得決定方法、保険料賦課対象所得の発生時点において根本的な違いがあるので、その相違を無視したまま強制的に統管理することは職場加入者の平等権を侵害するものである。

法は職場加入者と地域加入者に対して、両方とも保険料賦課基準を「所得」として規定しているが、職場加入者である賃金勤労者たちの場合には 100%所得が露出して把握される一方、地域加入者である都市自営業者及び農漁民の場合には、彼らの所得把握率がそれぞれ約 23%及び約 55%にとどまるために、職場加入者と地域加入者の間に著しい所得把握率の相違が存在する。したがって、地域加入者の所得捕捉率が職場加入者の所得捕捉率に近接しない限り、所得を捕捉される職場加入者が、所得を捕捉されない地域加入者の保険料を負担しなければならない結果が発生する。また、所得申告の観点から見ても、職場加入者の場合には使用者が実所得をそのまま申告する一方、地域加入者の場合には自営業者自らが自分の所得を申告するので、この場合領収証制度がまだ定着していない我が国の現実に照らして、実際の売上高がきちんと把握されないだけでなく、自営業者が実際の売上高をそのまま申告することはほとんどない。それだけでなく、所得決定の方法においても、賃金勤労者の場合には必要経費まで含まれた収入に対して保険料が賦課さ

れる一方、自営業者の場合には必要経費と家族控除を除いた純所得に対して保険料が賦課される。最後に保険料賦課対象所得の発生時点という観点から見ても、賃金労働者の場合には所得が発生した月を基準にして保険料を即時に賦課するが、自営業者の場合には例えば 1998 年に発生した総合所得の申告が 2000 年保険料の賦課資料として使われるから、結局 2 年前の所得に対して保険料を賦課することになり、賦課時点が同じだとしても所得の発生時点のずれによって物価上昇など時差による所得格差を調整することができず、負担の不平等が発生する。

(5) 財政統合後も国家が地域加入者の保険料だけを負担し、職場加入者の保険料に対しては負担しないということは、税金を負担する国民を差別する措置として平等原則に違反する。職場医療保険組合と地域医療保険組合が財政統合する以前であれば、両組合がそれぞれ別途の管理体系を持っているから、国家が地域医療保険の財政に対して国庫で支援することが可能であったが、財政統合以後には国家が地域加入者にだけ国庫で支援することは明白な平等権の侵害にあたる。

(6) したがって職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営するという法第 33 条、職場加入者と地域加入者の月別保険料賦課対象所得を実質的に差別する法第 62 条第 3 項及び第 4 項、職場加入者と地域加入者の保険料算定基準になる標準報酬月額について、別々の扱いをして規定した法第 63 条及び第 64 条、職場加入者と地域加入者の間の保険料負担方法を差別して地域加入者に対してのみ国家が保険料を分担する法第 67 条は、請求人等の平等権を侵害するものである。それだけでなく、法第 62 条第 4 項は地域加入者の保険料賦課基準を公団の定款で決めるようにすることで、「租税の種目と税率は法で定める」という租税法律主義に違反する。

(7) 職場医療保険組合を強制的に解散するように規定した法附則第 6 条及びその財産を強制的に移転する、あるいは包括承継するように規定した法附則第 7 条は、職場加入者たちの財産権を次のような理由から侵害するものである。

職場医療保険組合の財産は、医療保険法第 52 条によって被保険者を雇用する使用者と被保険者がそれぞれ半分ずつ分担して納めた保険料によって形成される。被保険者の負担する保険料は、報酬から控除して使用者が代わりに納める賃金であり、使用者が納める 2 分の 1 の保険料もやはり被保険者に対する使用者の賃金支援的性格の原資である。地域医療保険組合とは異なり、職場医療保険組合の財政に対する国家の支援は今まで全くなかった。したがって職場医療保険組合の財産である財政積立金は、はじめから職場加入者たちの医療費として使われることを前提にして、被保険者たちの賃金から納付され、蓄積された財産として、職場医療保険組合に所属する被保険者である賃金労働者たちの総有的財産なので、該当する組合が解散される場合には、民法上の解散手続きによって、その清算残余分が職場加入者たちに帰属されなければならない。

## い。保健福祉部長官と法務部長官の意見

(1) 2000年7月1日の法の施行によって、むしろ請求人等の保険料が従来に比べて引き下がることになるか、それともさらに負担することになるかは確かではない。すなわち審判対象の諸規定はすべてそれ自体が請求人等の基本権を直接的に侵害する条項ではなく、一連の執行行為があつてこそ、その具体的な内容が確定するものなので、基本権侵害の直接性要件に欠けている。

(2) 職場医療保険組合は、法律によって権利能力が認められた法人であり、独立した権利と義務の主体である。したがって、職場医療保険組合と地域医療保険組合の財政を統合する、あるいは職場医療保険組合を解散してその権利を包括承継させる場合、これは独立した基本権の主体である医療保険組合の基本権と係わる問題であり、請求人等にはただ事實的、間接的な利害関係のみが認められるのみなので、請求人等の自分関連性が否認されなければならない。

(3) 請求人等はまだ施行されていない法律条項に対して違憲か否かの判断を求めているが、法附則第10条によると、法の施行日である2000年7月1日から2001年12月31日までは、職場加入者の財政と地域加入者の財政を区分して計理するように規定しているために、法の施行日から1年半の間は請求人等が所属する職場医療保険組合の保険財政を地域医療保険のために使うようなことはないと思われる。したがって、請求人等に対する基本権の侵害が近い将来に確実に予想されるとは考えられないので、この事件審判請求は基本権侵害の現在性に欠けており法的に適切ではない。

(4) 医療保険法第14条によると、医療保険組合の法的地位は「法人」である。医療保険法は公法と私法の中間的地位を持つ社会法の一つであり、医療保険法上の医療保険組合は国家が遂行すべき国家的事業を法律により委任を受けて執行する、特別法上の非営利公益法人の一つである。医療保険組合の被保険者たちが組合に対して持つ権利は、積立金など医療保険組合の「財産を使用・収益する権利」ではなく、医療保険法に規定された給付の受給権であり、被保険者たちが組合に対して持つ主な義務は保険料納付義務である。したがって、請求人等のような被保険者たちの財産的権利は、ただ保険事故の発生する時に有する医療保険受給権に過ぎず、医療保険組合の積立金に対して財産的権利を持たない。法の施行によって財政が統合される場合、請求人等が持つ財産権的性格の医療保険受給権は侵害されるのではなく、むしろ従来に比べて確固たる保障を約束される。したがって、個別組合の積立金をひとつに統合する法条項が、請求人等の財産権を侵害するという主張は根拠がない。

(5) 職場加入者と地域加入者の保険料賦課体系を異にするという理由だけで、職場加入者を地域加入者に比べて差別するとはいえない。むしろ法は職場加入者と地域加入者の間の所得形態及び所得把握率などについて、相異点を考慮して、それぞれその集団別に保険料が公平に賦課されるように保険料算定・賦課基準を別に規定したが、これは合理的な根拠がある区別にあたり平等原則に違反しない。また法は、第31条で財政運営委員会を設置して、委員会に地域加入者と職場加入者の間の保険料の衡平性を調整・議決するよう規定して、保険料の衡平を保障できる法的装置を置いている。

医療保険料は租税とは基本的に性格が異なるものとして、租税法律主義の適用される対象ではない。たとえ適用されるとしても、地域加入者の月別保険料額を具体的にいくらに決めるか否かの問題を公団の定款に委任しただけであり、租税における課税要件と賦課・徴収手続きにあたるものを、すべて法律で規定している、あるいは法律によって下位法規に委任しているため、法第

62 条第 4 項は租税法律主義に違反しない。

(6) 国家が財政統合の後にも地域加入者に対して保険料の一部を分担できるように規定したことは、地域加入者と職場加入者の違いを考慮し、その相違によって異なる扱いをするものであり、むしろ実質的平等の原則に忠実である。地域医療保険に属するほとんどの世帯は、所得税法上の課税特例対象者にあたる零細事業者、都市低所得層及び農漁民などから構成されており、また失業者、退職者なども多数含まれているため、国家が彼らに対して疾病の時に医療受給権を付与することは、憲法上の国民の生存権保障のためのものであり、国家としては当然の義務である。

### 3. 判断

#### あ. 審判請求の適法性の問題

##### (1) 基本権侵害の自分関連性（当事者適格）

憲法裁判所法第 68 条第 1 項によると、憲法訴願審判は「公権力の行使または不行使によって、基本権の侵害を受けた者」が請求しなければならない。この時「公権力の行使または不行使によって基本権の侵害を受けた者」というのは、公権力の行使または不行使によって自分の基本権が現在そして直接的に侵害を受けた場合を意味するのであって、原則的に公権力の行使または不行使の直接的な相手だけがこれに該当するとされ、公権力の作用に対して単純に、間接的、事実的または経済的な利害関係にあるだけの第三者はこれに該当しない（憲裁 1994.6.30. 92 憲マ 61、判例集 6-1, 680, 684）。したがって法律による基本権侵害の場合、法律によって直接的に関連を持って基本権の侵害を受けた者だけが憲法訴願審判の請求ができるとされ、第三者は格別の事情がない限り基本権侵害に直接関連があるとはいえない。

保健福祉部長官は、法人の解散と権利の包括承継を規定する法附則第 6 条及び第 7 条に基づき、法人である職場医療保険組合の基本権が侵害されただけであり、組合員たちである請求人等の基本権は侵害されてないと主張する。

しかし、法附則第 6 条及び第 7 条の直接的な規定対象者である法人や職場医療保険組合は、公法人として基本権の主体になれないだけでなく、法の規定の実質的な規律対象が規定対象である法人の地位とともに、第三者である請求人等の法的地位であるとみなされており、法の規定に内在する不利益が受益者の範囲を超えて第三者である請求人等にも同程度の不利益をもたらすという意味でほとんど等しい効果を持っているので、法の目的及び実質的な規律対象、法の規定における制限や禁止が第三者に及ぼす効果や真摯性の程度、規範の受益者による憲法訴願の申し立ての可能性などを総合的に考慮して判断する時（憲裁 1997.9.25. 96 憲マ 133, 判例集 9-2, 410, 416 参照）、請求人等の自分関連性を認めることができる。

また基本権侵害の自分関連性とは、審判対象の規定によって請求人等の基本権が「侵害される可能性」があるかということに関する事なので、法の施行と財政統合によって請求人等の基本権が侵害される可能性が存在する限り、請求人等の保険料が法の施行によって引下げになるか、それとも引上げになるかが不確定だということは、請求人等の基本権侵害の自分関連性の問題には何らの影響を及ぼさない。

## (2) 基本権侵害の現在性

保健福祉部長官は「請求人等が、まだ施行されていない法律条項に対してその違憲確認を求めているがゆえに、この事件審判請求は基本権侵害の現在性に欠けている」と主張する。しかし、憲法裁判所は従来の決定で、基本権の侵害が将来的に発生しても、その侵害が間違いないことが現在確実に予測されるのであれば、基本権救済の実効性のために侵害の現在性を認めてきた（憲裁 1992.10.1. 92 憲マ 68 など、判例集 4, 659, 669; 1996. 8. 29. 95 憲マ 108、判例集 8-2, 167, 175 参照）。この事件の場合、たとえば法が 2001 年 12 月 31 日まで職場・地域加入者の財政を分離して計理するように規定することで、財政統合と関連した請求人等の基本権の侵害が財政統合が行われる 2002 年 1 月 1 日に初めて現実的に発生するといっても、法が施行される 2000 年 7 月 1 日にすでに請求人等が属している職場医療保険組合が解散されているだけでなく、憲法裁判所の判例によれば、法律の施行に猶予期間を置いている場合にも、猶予期間と関係なく法の施行日に基本権の侵害を受けるとみなさなければならないため（憲裁 1996.3.28. 93 憲マ 198、判例集 8-1、241、251）、請求人等の基本権が、法が施行される 2000 年 7 月 1 日に侵害されるだろうということが確実に予想される。

もし請求人等が、法の施行以後に憲法訴願を求めて初めて憲法訴願の現在性が認められるとすれば、医療保険が統合された後によりやく憲法裁判所の決定を期待することができることになり、憲法訴願制度が一次的に意図しているような基本権救済の実効性が達成されなくなる。したがって、効率的な権利救済のためには、法の施行以前に憲法裁判所が判断をする必要があつて、基本権の侵害が具体化・現実化された時点では、適時に権利救済を期待することが不可能である場合には憲法訴願の現在性を認めなければならない。

## (3) 基本権侵害の直接性

法令または法令条項自体が憲法訴願の対象になるためには、請求人の基本権が具体的な執行行為を待たずに、その法令または法令条項によって直接侵害を受けなければならない。ここで言う基本権侵害の直接性とは、執行行為に基づかずに法令そのものによって自由の制限、義務の賦課、法的地位の剥奪が発生する場合を意味するので、該当する法令に基づいた具体的な執行行為を通じてはじめて基本権侵害の法律効果が発生する場合には、直接性の要件に欠ける（憲裁 1992.11.12. 91 憲マ 192、判例集 4, 813, 823）。

審判対象規定の中で、法第 33 条第 2 項（財政統合）、第 67 条（保険料の負担）、法附則第 6 条（法人の解散）、第 7 条（権利の包括承継）の場合、基本権の侵害が法の執行行為という媒介行為なしに、直接審判対象の諸規定によって行われるために、直接性要件が充足されるということに対して疑いの余地はない。しかし、保険料の算定方法を規定した法第 6 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条の場合には、請求人等が主張する基本権の侵害が上記の諸条項によって直接発生するのではなく、上記の諸規定に基づいて行われる別途の執行行為である保険料賦課処分によって初めて現実化するものなので、上記の諸規定を直接的な審判対象にする憲法訴願は、基本権侵害の直接性要件に欠けている。

しかし、この事件の場合に直接性要件を満たす諸規定である法第 33 条第 2 項（財政統合）、第 67 条（保険料の負担）及び、直接性要件に欠けた諸規定である法第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条（保険料算定の規定）が、その内容上、お互いに内的な連関関係にありながら、「財

政統合は職場・地域加入者との間の保険料負担の平等原則に違反する」という、ひとつの統一的な請求主旨を構成している。保険料算定規定の内容を考慮せずに、財政統合が違憲か否かを負担平等の観点から判断することはできないので、このような場合、直接性要件の欠如を理由に、審判対象規定の中から保険料算定規定のみを分離して実体的判断から排除することは適切ではない。したがって、この事件の場合には基本権侵害の直接性要件を満たすのか否かにかかわらず、保険料算定規定を一緒に本案判断に取り入れる必要がある

## い. 本案に関する判断

### (1) 医療保険制度の沿革及び現況、医療保険関連法の法体系、医療保険統合の背景

(あ) 各国の医療保障制度は、歴史、経済、社会的条件によって異なる形態をとっている。国家が医療保障を施行する方法は、財源を確保する方法によって、法律で資格が定められた者が保険料を支払うことを前提にして保険給付を与える保険方式と、一般租税を財源にして国民または居住者という要件さえそろえば、国家が医療サービスを保障する租税方式に分けられる。医療保障を行っている国家の中で、イギリス、スウェーデンなどのように租税方式の医療保障制度をとっている少数の国家を除けば、ほとんどの国家は社会保険方式の医療保障を選択している。

(い) 1963年に医療保険法が最初に制定されたが施行されず、1977年に制定された医療保険法に基づいて500人以上の事業所の勤労者を対象に初めて医療保険が施行されており、1979年に公務員及び私立学校教職員に医療保険が拡大実施された後、1988年に農漁村地域の医療保険が実施され、1989年に医療保険が都市地域の自営業者に拡大実施されることで、医療保険制度を実施してからわずか10年あまりで、全国民に対する医療保障が実現した。

1977年の医療保険の施行当時、強制加入と所得水準による保険料の差別的賦課、均等な保険給付、法律による保険料の強制徴収を特徴とする社会保険方式を採択しながら、一方では国家の財政水準が貧弱で全国民に対する医療保険を支えることができなかつたために、まずは支払能力がある集団である賃金労働者、公務員、私立学校教職員から医療保険制度を実施して、徐々に農漁村住民、都市自営業者など全国民へと医療保険の対象者を拡大していった。

(う) 公・教公団と地域組合が組織上統合される前の1998年7月当時の医療保険の管理運営体系をみると、医療保険の適用対象を被用者と自営業者に分けて、被用者保険は5人以上の雇用事業所の勤労者を対象にする職場医療保険と、公務員、軍人、私立学校教職員を被保険者にする公・教医療保険で構成されており、自営業者保険は市・区地域住民を適用対象にする都市地域医療保険と農漁村地域住民を対象にする郡地域医療保険に区分されていた。1998年7月当時、総人口4,643万人の中で医療保険の恩恵をこうむる人口は約4,472万人で、96.3%に達していたが、このうち、職場医療保険加入者は1,614万人(34.8%)、公・教公団加入者は503万人(10.8%)、地域医療保険加入者は2,355万人(50.7%、郡地域医療保険加入者340万人(7.3%)、市地域医療保険加入者2,015万人(43.4%))であった。

(え) 1997年12月31日に制定され、1998年10月1日から施行された「国民医療保険法」によって、公・教公団と227の地域組合が組織上統合され、「国民医療保険管理公団」が単一保険者として(第9条)全国民のおよそ60%にあたる2,800万人の公務員・教職員被保険者と地域被保険者の医療保険を管理するようになった。しかし、国民医療保険法は公務員・教職員被保険者と地域被保険者の財政を区分して計理するように規定したために(第69条)、国民医療保険法による統合の意味は、従来多数存在した地域組合を一つに統合して、公団を保険者にしながら、公団に公・教公団を属させる「組織の統合」にあるといえる。国民医療保険法が公・教公団と地域加入者の財政を分離するように規定したのは、国民医療保険法による統合が、職場加入者までを含む国民健康保険法による統合のための暫定的な措置に該当するからである。

(お) 職場組合まで完全に統合する「国民健康保険法」が1999年2月8日に制定され、2000年7月1日から施行される予定である。国民健康保険法は、加入者を勤労者とその使用者、公務員及び教職員を含む職場加入者と、その他の地域加入者に区分しながら(法第6条)、職場加入者と地域加入者の全員を組織的に統合して「国民健康保険公団」を単一保険者にするだけでなく(法第12条)、職場加入者と地域加入者の財政統合を規定している(法第33条第2項)。一方、国民健康保険法は附則に経過規定を置き、2000年12月31日までは職場加入者の中から、事業所勤労者及びその使用者である職場加入者と、公務員及び教職員である職場加入者の財政を分離して計理するようにして(法附則第10条第2項)、2001年12月31日までは職場加入者と地域加入者の財政をそれぞれ区分して計理するように規定しており(附則第10条第1項)、この期間の地域加入者の保険料は、以前の「国民医療保険法」の規定によって算定するように規定した(附則第10条の2)。なお、国民健康保険法施行令は、まだ制定されていない状態である。

現在、職場加入者には「医療保険法」が、公務員・教職員及び地域被保険者には「国民医療保険法」がそれぞれ適用されており、「医療保険法」と「国民医療保険法」は、2000年7月1日の「国民健康保険法」の施行とともに廃止される。

(か) 1997年末現在、累積積立金は職場医療保険が2兆5,050億ウォン(年間保険給付費の116.9%)、地域医療保険が8,850億ウォン(年間保険給付費の30.2%)、公・教公団が3,970億ウォン(年間保険給付費の54.1%)で総額3兆7,875億ウォンに達する。しかし1996年以後、職場組合及び公・教公団の場合には給付費の急激な増加に比例する適正な保険料の引上げ措置が行われていなかったことで、ずっと財政赤字を記録しているために、積立金の規模が2002年の財政統合の時まで毎年著しく縮小されていくことが予想される。2000年度の一世代当たりの保険料は、職場加入者が約4万ウォン(そのうち、本人負担保険料約2万ウォン)、地域加入者は約3万ウォン、地域加入者に対する国庫支援は約1万ウォンと予想されている。

(き) 政府は、現存の組合方式では、社会保障制度としての医療保障の基本機能であるリスクの分散、所得の再分配、国民連帯機能が制限されているだけでなく、組合の間における負担の衡平性の欠如、給付の差別、管理運営費の過多などの構造的問題があるという理由から、医療保険の統合を進めている。政府の見解によると、経済的能力に格差がある国民が組合の形態で階層的に組織される場合に、経済的能力が足りない組合の構成員は自分の能力に比べて過度な負担を背負わ

ざるを得ない。更に、地域医療保険は組合別に運営されるために、同一の所得と財産を保有していても、組合ごとに賦課される保険料が異なっており、被用者保険の場合にも総所得に対する保険料賦課の割合が、大規模事業所の方が小規模事業所より低く、高所得層の方が低所得層より低い現象が生じるが、組合方式の医療保険制度が持っている最大の問題点は、国民の階層間の財政負担が衡平ではないということである。特に、加入者個人が医療保険の恩恵を被るプロセスを見ても、若く所得活動が活発な時には職場組合に加入するが、老齢になって相対的に発病率が高く所得がない時には地域組合に加入することになるために、職場と地域の医療保険を分離する場合、青・中年層と老年層の世代別分離とともに、所得活動がある者となない者の間に経済的分離が発生するが、地域と職場を統合することで、このような経済的階層の形成を防ぎ、所得再分配の効果を高めようとするのも政府が医療保険統合に対して期待する効果である。

これに対して統合反対論者たちは、社会保険の成否は公正な賦課体系にかかっているにもかかわらず、所得の形態と所得の把握方法などが本質的に異なる集団を統合すれば、公平な負担が不可能となるだけでなく、組織の大規模化に伴う官僚化と組織内部の硬直性によって、医療費の効率的な統制が組合管理方式よりはるかに難しく、究極的には保険給付の費用が急激に増加することになると主張する。また、管理費用の節減を理由に管理体系を統合する例は世界中のどの国にもなく、管理体系の統合と管理費用の節減は、何ら関わりを持たないと主張する。

## (2) 社会保険としての現行の医療保険制度

医療保険の形態は社会保険と私保険に区分されるが、私保険では保険加入が契約自由の原理によって当事者間の自由な意思決定によって行われ、保険法的関係が民法上の契約によって成立される。一方、社会保険では、法が定める要件を満たす国民に加入の義務が賦課され、社会保険への加入が法的に強制されることによって、保険法的関係が当事者の意思と関係なく、法律によって成り立つ。社会保険では、保険加入の義務が認められることで保険料の納付義務が発生し、それと同時に保険法的保護関係が成り立つことによって、被保険者は社会的危険が発生した時、法に定められた給付請求権を持つ。

私保険では、商業的・経済的観点が保険財政運営の決定的な基準になるが、社会保険では社会政策的観点が優先するため、社会保険のこのような性格は特に保険料の算定においてあからさまに表現される。保険料の算定において、私保険では性別、年齢、加入年齢、健康状態などの被保険者個人が持つ保険リスク、すなわちリスク発生の程度や蓋然性によって保険料が算定されるが、社会保険での保険料は被保険者の経済的能力、すなわち所得に比例して決まる。つまり、私保険の保険料は保険料と保険給付の間の保険数理的な個人別等価原則によって算定されるが、社会保険の目的は社会連帯の原則を基盤として経済的な弱者にも基本的な社会保険の給付を与えようとするものなので、保険料の算定において個人別等価の原則が徹底的に適用されない。社会保険の目的は国民一人ひとりに切実に必要な医療保険を提供し、保険加入者間の所得再分配の効果をおさめようとするものであり、このような目的は同一リスク集団に属した構成員に法律で加入を強制し、所得再分配をするのに適合した方式で保険料を賦課することで達成されることができるのである。

### (3) 保険料の法的性格及び社会保険料形成の原則

社会保険料とは、被保険者またはその使用者が保険者の保険給付のための財政に充てる目的から、法律に基づいて納付する公課金である。社会保険の主な財源は保険料であり、税金による国家の支援は単に社会保険財政の補助的な役目を遂行する。

社会保険料は、既存の公課金体系に編入させることができない独自の性格を持つ公課金である。特定の反対給付なしに金銭納付義務を負担する税金とは異なり、保険料は反対給付である保険給付を前提としており、一方では特定利益の恩恵や特定施設の使用可能性に対する金銭的給付である受益者負担金とは異なり、給付恩恵を受けることができない第三者である使用者にも保険料納付義務が賦課されるという点で、受益者負担金とはその性格を異にする。

社会保険料を形成する2つの重要な原理は、「保険の原則」と「社会連帯の原則」である。「保険の原則」とは、いわゆる等価性の原則ともいうが、これは保険料と保険給付の間の等価原則を意味する。もちろん社会保険では私保険とは異なり、それぞれの被保険者に対する個別等価原則が適用されるわけではないが、社会保険も保険料を主な財源とする保険の性格を持っているため、保険者の全体的財政と関連して、保険者の収入が保険給付を含めた全体の支出を支えるように、個人の保険料が算定されなければならない。

一方、社会保険は社会国家の原理を実現するための重要な手段という点で、「社会連帯の原則」は、国民に最低限の人間らしい生活を保障しなければならない国家の義務を賦課する社会国家の原理に基づく。保険料の形成において「社会連帯の原則」は、保険料と保険給付の間の個別的等価性の原則に修正を加える原理であるだけでなく、社会保険の体系内での所得の再分配を正当化する根拠であり、保険給付の受給者ではない第三者である使用者の保険料納付義務（いわゆる「異質負担」）を正当化する根拠でもある。また「社会連帯の原則」は、社会保険への強制加入義務を正当化し、財政構造が脆弱な保険者と財政構造が健全な保険者の間の財政調整を可能にする。

### (4) 職場医療保険組合及び公団の法的性格

法附則第6条によって解散される医療保険組合は、医療保険法によって設立された。医療保険法によれば、医療保険の保険者である組合は（第12条）、権利と義務の主体になることができる法人格を持つ法人である（第14条）。医療保険法は、組合の設立方法と関連して「組合は使用者とその事業所の勤労者である被保険者を組合員とする」と規定して（第13条第1項）、組合への加入が法律によって強制されるということを明らかにしている。強制加入とは、国家が法で定めた基準によって設定された人的集団を構成員にして法人を設立し、それに特定の行政課題を自治的に履行するようにするための法的手段であり、強制加入を通じて行政課題が賦課される団体が結成される。また、医療保険法は「法第4条第1項の規定による、当然適用被保険者を雇う事業所の使用者は……組合を設立しなければならない」という内容の「組合の当然設立」規定（第16条第1項）及び、保健福祉部長官が必要と認める時には組合の設立を命令できる規定（第17条第1項）を置くことで、組合が国家によって設立されると規定している。組合の解散と関連しても、法は強制合併（第17条第2項）と強制解散（第23条）に関する規定を置いている。

また、医療保険法の目的が保険給付の実施（第1条）、すなわち医療保険事業であり、医療保険事業は保健福祉部長官がこれを司るように規定することで（第2条）、法人設立の目的かつ法人の課題は、国家行政の課題である医療保障であることを明らかにしている。また、保険料を被保険

者とその使用者にそれぞれ2分の1ずつ賦課徴収し（第49条、第52条）、保険料滞納時に国税滞納処分の例にならって保険料を強制的に徴収できるなど（第56条）、組合はその課題遂行のために公権力を行使できる権限を与えられる。医療保険法第80条は「組合に対する国家の監督権」を規定している。

したがって、医療保険法上の組合は国家によって設立され、公権力を行使できる権限を与えられ、委任された国家行政の課題を国家の監督の下で履行する法人なので、公法上の社団法人にあたる。法によって新設される公団も同じく公法人である。国家が医療保障という公的課題を直接運営管理の主体となって遂行する方法もあるが、私たちの社会保険式医療保障制度では、国家が医療保険組合のような公法上の法人を設立して、それにある程度自治的に医療保険事業を履行するよう委任するのである。

#### (5) 公団による組合積立金の承継が財産権または平等権を侵害するか否か

##### (法附則第6条及び第7条が違憲か否か)

法附則第6条は「医療保険法によって設立された医療保険組合は、この法の施行と同時に解散される」として組合の強制解散を規定している。法附則第6条によって強制解散される組合は公法人である。国家が、社会保険の形態として公法人である組合を保険者にして医療保険を施行する場合、組合員を強制的に組合に加入させることが基本権侵害の観点で憲法的に問題になることがあるが、一度設立された個別組合の解散・統合と関連して、立法者は医療保険管理体系に関する幅広い立法形成権を持つ。更に、解散される組合に属した組合員においては、強制加入の義務を賦課した組合の解散によって、むしろ基本権的制限が除去されるので、公法人の解散によって組合員の基本権が侵害されるのかという問題は発生しない。

公法人の解散と統合の場合、憲法裁判所の判断対象は、医療保険組織体系の変換がより合目的で理想的なのかどうかの問題ではなく、単に組合の解散と医療保険統合が、法治国家的手続きによって特に国民の基本権を尊重して行われたのかどうかである。

法附則第7条第1項によって、公団が医療保険法によって設立された職場医療保険組合の権利と義務を包括承継するようになることで、職場医療保険組合の積立金もまた公団が承継するようになる。以下では、公団が組合積立金を承継することで、請求人等の財産権が侵害されるかについて検討する。

##### (あ) 積立金の意義及び目的

まず積立金に関する法規定をみると、国民医療保険法施行令第39条及び第40条、医療保険法施行令第46条及び第47条で、「公団や組合は毎会計年度の決算上の剰余金の中から、その前の3年間に保険給付に使われた平均年額の100分の5以上の金額を毎年積み立て、積立金が平均年額の2分の1、または平均年額の1倍（組合の場合）に至るまで、準備金として積み立てなければならない」と規定し、「準備金は、保険給付に使われる費用の不足額に充てる、もしくは現金の支出に不足が生じた場合にだけ使用可能であり、それ以外の場合には保健福祉部長官の承認を得てはじめて使用が可能である」として、準備金の使用用途を定めている。これから施行される国民健康保険法では、準備金について施行令ではなく法によって直接規定しているが、法第36条もほぼ同じ内容を規定している。したがって、医療保険関連法の規定内容からみて、積立金の主な目

的は、保険者の医療給付能力が、予想できなかった突然の給付の増加によって脅かされることがあり得るので、適正な水準の積立金の助成を通じて保険者の給付能力を保障しようとするものである。法で積立金の上限を定めたのは、保険料収入が適正な保険給付の水準で支出されないようにしながら、積立金が必要以上過剰に累積することを防ごうとするものである。

(い) 財産権の侵害か否か

1) 財産権としての「公法上の権利」の要件

財産権の保障は、憲法上の基本権体系内で、各個人が自分の生活を自分の責任の下で形成するよう、それに必要な経済的条件を保障する機能をもつ。すなわち財産権は、自由の実現と物質的生活の基礎であり、自由の実現の物質的土台を保護する財産権の自由保障的機能によって、自由と財産権は不可分の関係であると同時に相互補完関係にある。また、資本主義的産業社会の発展とともに、個人の経済的生活基盤が所有物だけではなく、賃金やそれから派生する年金のような社会保障的性格の権利等になることによって、必然的に憲法第 23 条の財産権の概念は、自由実現の物質的土台になり得るすべての権利へと拡大していった。したがって、憲法第 23 条の財産権は民法上の所有権だけではなく、財産的価値のある司法上の物権、債権などすべての権利を含めており、また国家からの一方的な給付ではなく、自分の努力の代価や資本の投資など特別な犠牲を通じて得た公法上の権利も含まれる。

憲法裁判所は従来 of 決定で、軍人年金法上の年金受給権(憲裁 1994.6.30. 92 憲ガ 9、判例集 6-1、543、550)、公務員年金法上の年金受給権(憲裁 1995.7.21. 94 憲バ 27 など、判例集 7-2、82、90 ; 1996.10.4. 96 憲ガ 6、判例集 8-2、308、329 ; 1999.4.29. 97 憲マ 333、判例集 11-1、503、513)、国家有功者の補償受給権(憲裁 1995.7.21. 93 憲ガ 14、判例集 7-2、1、22)を憲法上の財産権に含めた。特に旧公務員年金法第 64 条第 1 項に対する違憲訴願事件で、憲法裁判所は公法上の権利が財産権保障の保護を受けるためには、「個人の努力と金銭的寄与を通じて取得され、自分とその家族の生活費にあてるための経済的価値がある権利」でなければならないと判示した(憲裁 1995.7.21. 94 憲バ 27 など、判例集 7-2、82、90)。

公法上の権利が憲法上の財産権保障の保護を受けるためには、次のような要件が揃わなければならない。第一に、公法上の権利が権利主体に帰属されて、個人の利益のために利用可能でなければならない(私的有用性)。第二に、国家の一方的な給付によるものでなく、権利主体の労働や投資、特別な犠牲によって獲得され、自分が行った給付の等価物にあたるものでなければならない(受給者の相当な自己寄与)。第三に、受給者の生存の確保に寄与しなければならない。このような要件を通じて、社会扶助のような国家の一方的な給付に対する権利は、財産権の保護対象から除かれ、社会法上の地位が自分の給付に対する等価物にあたる場合に限り、司法上の財産権と同等の保護を受けなければならない公法上の権利が認められる。すなわち公法上の法的地位が、司法上の財産権と比較されるほどに力強く、それに対する剥奪が法治国家の原理に反する場合に限り、そうした性格の公法上の権利が財産権の保護対象に含まれるのである。

## 2) 積立金が憲法上の財産権に該当するかどうかの問題

公法上の財産的価値のある地位が、憲法上の財産権の保護を受けるためには、まず立法者によって受給要件、受給者の範囲、受給額など、具体的な事項が法律に規定されることで具体的な法的権利に形成され、個人の主観的公権の形態を形作らなければならない。したがって、社会保険法上の地位は、請求権者に具体的な給付に対する法的権利が認められている場合にのみ、財産権の保護対象となる。

しかしこの事件における積立金に関しては、法律が組合の解散や合併の時に積立金を請求することができる組合員の権利を規定していないだけでなく、公法上の権利である社会保険法上の権利が、財産権保障の保護を受けるためには、法的地位が私的利益のために有用なものとして、権利主体に帰属されることができる性質のものではなければならないが、積立金には司法上の財産権と比較されるに値する最小限の財産権的特性が欠けている。積立金は組合員個人に帰属し、私的利益のために使われる財産的価値ではなく、医療保険という公的機能を保障かつ円滑にするための基金である。したがって、医療保険組合の積立金は憲法第 23 条によって保障される財産権の保護対象であるとは言い難い。

## 3) 積立金の統合が財産権である「医療保険受給権」を制限するのかどうかの問題

一度法律として規定された社会保険法上の権利が、費用節減の理由など国家の政策的必要によって、事後的に縮小される、あるいは認められなくなる場合には、憲法上保障された財産権に対する制限が問題になることがあり得る。医療保険法第 47 条の保険給付を受ける権利である医療保険受給権は、医療保険法上の財産権の保障を受ける公法上の権利である。しかし、積立金の統合が医療保険受給権の存続を危うくする、あるいは医療保険法第 29 条ないし第 46 条に規定された具体的な給付の内容を、職場加入者に不利に変更するものではないため、積立金の統合によって財産権である医療保険受給権が制限されるわけではない。

### (う) 平等権に違反するか否か

次に、統合される保険者の間で、統合の際に積立金の保有において著しい違いがある場合、「負担の平等」という観点から、平等原則に違反するかどうかの問題を検討する。

積立金は、たとえ組合員に財産権の形態として帰属しないとしても、職場組合の組合員である賃金勤労者と使用者が半分ずつ納めた保険料（医療保険法第 13、52 条）によって形成された財源という点で、統合の時に保険料負担の平等が保障されるためには、統合意向保険加入者に合理的な保険料賦課の基準による公平な負担が保障されなければならないだけでなく、統合の前に形成された保険者の積立金の状態が、「長期的に組合の保険料の引上げを緩和して、給付の拡大を可能にする要素」として、ともに考慮されなければならないかという問題が浮上する。

しかし、国民医療保険法施行令第 39 条及び第 40 条、医療保険法施行令第 46 条及び第 47 条、国民健康保険法第 36 条で、「準備金は単に保険給付に使われる費用の不足額に充てる、または現金の支出に不足が生じた場合にのみ使うことができる」と明らかにしているように、積立金の目的や性格は、長期的に保険料の引上げを防ぐ、あるいは給付の拡大を可能にするためではなく、各会計年度内で収入と支出の不均衡を調整することで、保険者の医療給付能力を保障しようとするものである。法定上限まで積立金が形成される時に発生しうる保険料引下げの効果、または保

険料引上げを阻止する効果は、積立金の目的ではなく、単に積立金の累積がもたらす間接的・二次的な効果に過ぎない。

すなわち、積立金の目的は、保険者の給付能力の保障を通じて、社会保険の一環である医療保険の機能を保障しようとする客観的なところにある。そのため、たとえ医療保険統合の時に統合される保険者と統合する保険者間の積立金形成において違いがあるとしても、その違いが統合後に保険料負担の平等に影響を及ぼすことはできない。したがって積立金の統合によって請求人等の平等権が侵害されるとはいえない。

更に医療保険法第 48 条は、「国庫は組合の医療保険事業の運営に必要な費用の一部を負担することができる」と規定しているが、これは組合財政が赤字の場合には国家が支援することができるという点を明らかにしたものであり、この規定を通じて積立金の公的機能が間接的に表現されている。つまり、国家が組合財政の不足分に対して国庫支援ができるのであれば、組合財政の剰余金にあたる積立金もまた、各組合に属した組合員の私的利益のための財源の性格としてではなく、公基金としての性格が強いからである。

#### (6) 医療保険統合が職場・地域加入者の間の「保険料負担の平等」を保障することができるかどうかの問題（法第 33 条第 2 項、第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条、第 67 条第 3 項が平等権違反か否かの問題）

国家が国民に税金を含めた公課金を賦課する場合、それに対する憲法的限界があるように、社会保険法上の保険料の賦課においても、国民の基本権や憲法の基本原理に違反してはならないという憲法的制限を受ける。特に憲法上の平等原則から派生する負担平等の原則は、租税だけではなく、保険料を賦課する場合にも遵守されなければならない。

職場加入者と地域加入者の間には、所得捕捉率、所得申告の方法、所得決定の方法、保険料賦課対象所得の発生時点などで、根本的な違いがある。特に職場加入者の所得は 100% 把握されるのに反して、地域加入者の所得は都市自営業者及び農漁民の場合、それぞれ 23% 及び 55%、全体平均では約 28% に止まるため、所得捕捉率（課税資料保有率）において職場加入者と地域加入者の間に著しい相違がある。このような観点から、所得把握率と所得形態において、著しい違いが生じる職場加入者と地域加入者を、一つの医療保険に統合することが保険料負担の衡平を保障することができるかという疑問が提議される。

#### (あ) 保険料の算定規定（法第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条）が違憲か否か

社会保険法上の保険料賦課における平等原則の要請は、経済的能力、すなわち所得に基づく負担の原則として具体化される。立法者は、本来の財政統合の主旨をいかすために、所得を基準にして職場加入者と地域加入者に対する賦課基準を単一化する「所得比例単一賦課体系」が、所得・財産などを賦課基準とする「国民医療保険法上の賦課体系」に比べて、保険料の賦課基準の違いから引き起こされる構造的な衡平性を解消し、全国民を対象とした同一の基準を適用することで、衡平性を確保することができるかと判断した。そして、このような主旨によって賃金勤労者及び自営業者に対して、単一基準である所得によって保険料を賦課するように、職場加入者の場合は法第 62 条第 3 項、第 63 条によって、標準報酬月額に法第 65 条の規定による保険料率を掛けて月別保険料額を算定し、地域加入者の場合にも 1999 年 12 月 31 日に改定される前の法第 62 条第 4 項、

第 64 条によって、その所得である標準所得月額に法第 65 条の規定による保険料率を掛けて、月別保険料額を算定するように規定した。

しかし、自営業者の所得把握が難しく、所得のみを根拠とする所得推定値が不正確である可能性が高いため、立法者は 1999 年 12 月 31 日に法を改正して、職場加入者の場合には標準報酬月額を、地域加入者の場合には賦課標準所得を、すなわち職場・地域加入者両方に対して所得を基準に保険料を算定するように規定しながらも、一方では賃金勤労者と自営業者の間の所得形態と所得把握率の違いを考慮して、賃金勤労者と自営業者の保険料賦課体系を二元化するように規定した（法第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条）。つまり保険料の算定において、職場勤労者の場合には所得が 100% 把握されるから、所得のみを基準とするが（法第 63 条）、所得把握が難しい地域加入者の場合には、所得だけではなく財産、生活水準、職業、経済活動参加率など多様な変数を斟酌して所得を推定し、その推定所得を基準にするように定めた（法第 64 条）。結局、法律上の保険料賦課体系は、形式的には所得を単一基準とする賦課体系にもかかわらず、実質的には職場加入者の場合には把握された実質所得に対して、地域加入者の場合には推定所得に対して保険料を賦課する二元的な賦課体系なのである。したがって、法第 62 条第 3 項及び第 4 項、第 63 条、第 64 条は、地域加入者と職場加入者の間の本質的な違いを考慮して、それに相応するように別扱いをすることを規定した法律条項として、それ自体は平等原則の観点から、憲法的に問題はない。

請求人は法第 62 条第 4 項が租税法律主義に違反すると主張するが、保険料は租税とは根本的に性格を異にする公課金として、これに対しては租税法律主義が適用されず、法律の明確性の原則や憲法第 75 条の包括的委任立法の禁止原則のような、一般的な憲法的基準が適用される。法は第 64 条第 1 項で、推定所得である賦課標準所得を求める基準を自ら定めている。一方、法第 62 条第 4 項によると、等級区分と等級別金額を大統領令と定款が決めるように委任しているが、等級区分と等級別金額は、職場加入者の保険料額を算定する場合の保険料率（法第 65 条）に該当するものである。行政府に立法を委任する授權法律の明確性に対する要求は、規律対象の特殊性によって変わることがあり得る上、規律対象が極めて多様だったり随時に変化する性質の物だったりする場合には、委任の具体性と明確性の要件が緩和されるといえる（憲裁 1991.2.11. 90 憲ガ 27、判例集 3,11, 30）。毎年変わる保険給付費に相応する保険料を徴収するためには、毎会計年度ごとに等級区分と等級別金額の新しい調整が予想されるので、規律対象が状況によって頻繁に変化すると予想されるという事実関係の特性に照らし、保険料率または等級区分・等級別金額の規律を大統領令と定款に委任することは、委任立法の限界を超えるものではない上、また不可避であると判断される。

#### (い) 法第 67 条第 3 項は違憲か否か

法第 67 条第 3 項は、財政統合後にも地域加入者に対してのみ、国家が保険料の一部を負担できるように規定することで、職場加入者と地域加入者を別に扱っている。

租税や保険料のような公課金の賦課において、社会国家の原理は立法者の決定が恣意的なのかを判断する一つの重要な基準を提供し、一般的に立法者の決定を正当化する憲法的根拠として働く。特に、経済的弱者や中小企業に対する租税減免の恩恵等のように社会政策的考慮に基づく差別的待遇が恣意的なのかを判断する場合、社会国家の原理は立法者の形成権を正当化する、一つ

の憲法的価値決定を意味する。

職場加入者に比べ、地域加入者には高齢者、失業者、退職者等、所得がない、あるいは低所得の住民が多数含まれており、このような低所得層の地域加入者に対して、国家が国庫支援を通じて保険料を補助するのは、経済的・社会的弱者にも医療保険の恩恵を提供しなければならない社会国家的義務を履行するためである。社会保険の目的が全ての国民に最低限の人間らしい生活を保障することにあるので、社会保険は国家の社会国家的義務を履行するための主要な手段である。社会国家の原理は所得の再分配の観点から、経済的弱者に対する保険料の支援を許容しているに止まらず、さらに正義のある社会秩序の実現のために、これを要請しているのである。したがって、国家が低所得層の地域加入者を対象に、所得水準に基づいて保険料を差別的に支援することは、社会国家の原理によって正当化される。結局、国庫支援における地域加入者と職場加入者の差別的取扱い、社会国家の原理の観点からの合理的な差別に該当するものとして、平等原則に違反しない。

#### (う) 法第 33 条第 2 項は違憲か否か

法第 33 条第 2 項は、「公団は地域加入者と職場加入者の財政を統合して運営する」として、財政統合を規定している。財政統合とは、地域加入者と職場加入者のそれぞれの積立金を統合して、新設される公団の基金として助成して、地域加入者と職場加入者に対して所得に比例して保険料を賦課することで、地域加入者と職場加入者全体に対して保険料収入及び給付費・管理運営費の支出を統合して運営することを意味する。職場加入者と地域加入者の財政統合は、保険料負担の平等が保障される場合のみ、憲法的に許容される。

#### 1) 公課金賦課における平等原則の要請

租税をはじめとする公課金の賦課における平等原則は、公課金の納付義務者が法律によって法的及び事実に平等に負担されることを要請する。すなわち納付義務者の均等負担の原則は、公課金の納付義務の規範的平等と、公課金の徴収を通じた納付義務の貫徹における平等というふたつの要素から成り立つ。もし、立法者が規範的にだけ、国民に均等な負担を賦課することにとどめ、納付義務の貫徹において、国民の間に著しい違いが発生するように放置したら、納付義務者間の均等負担の原則、すなわち公課金賦課での平等は実現できない。したがって、納付義務を賦課する実体的法律は「事実の結果においても負担の平等」を原則的に保障することができる手続き的規範や制度的措置と結合されて、納付義務者間の均等負担を保障しなければならない。

しかし、残念ながら領収証制度が定着されていないなど、自営業者の所得把握がきちんとできず、自営業者に対する納税義務の貫徹がうまく行われていないのが現在の状況である。税金が源泉徴収されず、その確定が納税者の申告にかかっている自営業者の所得において、これを把握できる社会的・制度的装置が用意されておらず、納税申告に対する確認・調査が事実上ほとんど行われていない状況では、専ら納税者の正直性のみが負担平等を達成できるかどうかを左右する決定的な要因となる。納税者の申告のみに頼っている租税負担において、国家はきちんと申告していない納税者に自動的に免税の恩恵を与えてはいけぬ。国家は税法における平等原則の観点から、納税者間の均等な負担が実現できるように、領収証制度及び金融実名制の定着を通じて、取引の透明性及び所得申告者の正直性を向上するための措置など、自営業者所得の把握のために、

多様かつ合理的な方案を長期的に講じなければならない義務がある。

## 2) 職場・地域加入者の間における、保険料納付義務の貫徹における本質的な違い

所得の把握が可能な保険加入者と、所得の把握がきちんとできない保険加入者を、単一医療保険者の管理の下に置いて、その財政を統合する場合に、保険加入者の間における所得把握率の違い、すなわち「保険料の納付義務の貫徹における違い」は、公課金賦課の平等の観点から、憲法的に見逃すことができない本質的な相違点である。もちろん、法第 62 条第 4 項及び第 64 条は、所得把握が難しい地域加入者の場合には多様な基準を適用して所得を推定して、その推定所得に対して保険料を賦課するように規定することで、所得推定を通じて保険料納付義務を貫徹しようと試みている。しかし、地域加入者に対する所得推定が合理的かつ信頼するに値する基準に基づいていなかったら、推定所得に対する保険料賦課は保険加入者の間の負担の平等をきちんと実現することができない。職場加入者と地域加入者の間の「保険料納付義務の貫徹」における本質的な違いが現存する状況で、職場・地域加入者の財政を統合して保険料を負担させる場合には加入者間の保険料負担の衡平が成り立たず、地域加入者が負担すべき保険料の一部分を職場加入者が負担しなければならない可能性がある。したがって、職場加入者と地域加入者の間の保険料負担の平等が保障されない限り、医療保険の財政統合は憲法的に許容されない。

保険料負担の平等が保障されない状況での財政統合は、社会保険の重要な形成原則である社会連帯の原則を用いても正当化することが難しい。社会連帯の原理によって所得に比例して保険料を算定することで、所得の多い者が少ない者に比べてより多い保険料を負担しなければならないことは、社会保険の性格から当然であり、これに対して誰も異論を唱えたりしない。ここで問題となるのは、所得のある者が、ただ所得把握がきちんとできないという理由から、当然支払わなければならない保険料を支払わないということである。これは社会連帯の原理によって正当化されないのはいうまでもなく、むしろ社会保険に内在した所得再分配の精神に反するともいえる。

それだけでなく、全国民を対象に保険加入者を拡大することで、社会的リスクの分散効果や所得再分配の効果を向上しようとする意図からでも、財政統合を正当化することは難しい。全国民を対象とする所得の再分配は、原則的に租税方式を通じて行われるのが望ましく、社会保険を通じた所得の再分配は保険料負担の平等が保障される同質性を持った集団内において、より効果的に行うことができる。

## 3) 法第 31 条の財政運営委員会を通じた、法第 33 条第 2 項の合憲的運用可能性

所得に賦課されるすべてのタイプ（類型）の公課金において、所得把握は、納付義務者間の負担の平等を保障するために、前提とされなければならない重要な現実的基盤である。保険料の賦課においても、負担の平等が成り立つためには、職場加入者と地域加入者の財政統合に先立って、規範適用の平等を保障することができる所得把握という現実的基盤が用意されなければならない。

したがって、自営業者の所得把握がきちんと行われていない状況で、本質的に異質な二つの集団を一つにまとめようとする医療保険統合の最大の難題は財政統合の問題であり、統合以後は保険料をいかに衡平性に沿って職場加入者と地域加入者に分けて負担させるのかという問題であるといえる。

立法者自らもこのような問題を深く認識し、2001 年 12 月 31 日までは職場加入者と地域加入者

の財政を分離して計理するように規定することによって（法附則第 10 条第 1 項）、財政が統合されるまで 1 年半の経過期間を置いている。これは財政統合までの経過期間の間に、自営業者に対する所得把握の可能性を拡大して、少なくとも所得把握ができていない自営業者に対しては、合理的かつ納得できる方法を通じて所得を客観的に推定しようと試みることで、財政統合を規定する法第 33 条第 2 項を合憲的に運用しようとする立法者の意志を表現したものである。

また法は、第 31 条第 1 項、第 32 条で職場加入者、地域加入者、公益を代表する各 10 人の委員から構成された財政運営委員会に、保険財政に関する主要事項を審議・議決するように定めている。財政運営委員会は被保険者の代議機関にあたるものであり、民主的意思決定手続きによって、健康保険事業の財政運営全般に関する決定を下すことが可能な議決機構である。「保険料納付義務の貫徹」において著しい違いがある両集団を単一保険者の管理の下に統合する場合、地域加入者に対する所得把握または合理的かつ信頼するに値する基準による客観的な所得推定が成り立つまで、保険料負担の衡平性は職場加入者及び地域加入者の両集団に対して全体の保険料を衡平性に沿って配分・分担させることで、実現できるであろう。すなわち自営業者の所得把握の時まで、または客観的な所得推定が可能になるまで、財政運営委員会の決定を通じて職場加入者と地域加入者の間の保険給付費の構成割合のような客観的な基準に沿って、職場加入者と地域加入者の間の適正分担割合を定めて保険料を分担させるなら、負担の衡平性は保障することができる。

そのようであるならば財政が統合される 2002 年 1 月 1 日以後も、地域加入者の所得が合理的かつ信頼するに値する方法を通じて把握または推定されるまで、職場加入者と地域加入者、両者の利益を共に適切に考慮する財政運営委員会の民主的運営を通じて、職場・地域加入者の間の保険料分担率を調整することができ、またそうすることで保険料を職場加入者に不利にならないように決められるので、法第 33 条第 2 項は憲法に違反しない。

ただし、保険料負担の平等を保障することができる現実的基盤である所得把握が確保されない状態で、法が施行されて財政統合が予定されているという事実にもあわせてみると、国家は財政運営委員会における調整可能性に満足してはならない。立法者は保険料負担の平等、ひいては租税賦課における平等を根本的に保障できるように、自営業者の所得把握率を高めるためのあらゆる手続法的、制度的方案を講じなければならない。そして同時に、所得把握ができていない地域加入者に対しては、すべての国民、特に職場加入者が納得できる客観的かつ合理的な方法によって、所得推定が可能になるように絶え間ない努力を注がなければならない。

#### 4) 小結論

所得形態と所得把握率において本質的に異なる職場・地域加入者集団の統合にもかかわらず、法は地域加入者の所得把握または客観的な所得推定のために 1 年半の猶予期間を置くことと同時に、職場・地域加入者間の負担の平等を保障できる法的制度装置（法第 31 条）を置いているので、職場加入者と地域加入者の財政統合を規定する法第 33 条第 2 項は憲法に違反しない。

#### 4. 結論

したがって請求人等の審判請求は、理由がなく、これをすべて棄却することとし、裁判官全員の一致した意見で、上記のように定める。

裁判長 裁判官 キムヨンジュン

裁判官	キムムンヒ
裁判官	ジョンキョンシク
裁判官	ゴジュンソク
裁判官	シンチャンオン
裁判官	イヨンモ
裁判官	ガンデヒョン
裁判官	ハキョンチョル
主審裁判官	キムヨンイル

別紙 1) 請求人名簿

憲裁 2000.06.29. 99 憲マ 289, 判例集 12-1,913,913-962



平成 18 年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業  
韓国の医療保険制度についての追跡調査報告書

平成 19 年 3 月

健康保険組合連合会  
〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号  
TEL : 03-3403-0928

禁無断転載