

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
報告書

平成 15 年 8 月

健康 保険 組合 連合 会

発刊にあたって

現在、わが国の医療保険制度は高齢化の進展による医療費の増大と経済の低迷に伴う保険料収入の伸び悩みのなかで、財政的な危機を強めている。新たな高齢者医療制度の創設や診療報酬体系・医療提供体制の見直しなどの制度改革によって、安定的で持続可能な制度を構築することは最も重要な課題である。こうしたなかで、政府は昨年12月に医療制度改革の試案を公表し、今年3月28日には改革の基本方針を閣議決定した。基本方針では、老人保健制度と退職者医療制度を廃止すること、新たに別建ての後期高齢者制度を創設し、現役世代は社会連帯的な保険料による支援を行うことなどが示されている。基本方針は試案と比較すると一定の評価はできるものの、不明確な点が多く、医療保険制度の安定性・持続可能性や将来展望が明確になったとはいえない。

一方、1976年の医療保険法の全面改正により、対象者を職場と地域に区分適用することとし、翌1977年より、本格的な医療保険制度の導入・適用拡大を進めてきた韓国では、2000年7月1日に国民健康保険公団を唯一の保険者として、地域保険、職場保険、公務員・教職員組合の全保険制度が統合され、2003年7月には職域、地域に区分していた会計も一本化した（ただし賦課方式、統計管理は区分）。わが国における改革論議のなかでは、制度の統合一元化を求める意見があるほか、政府の基本方針では保険者を再編・統合する方向が示されており、韓国の改革の動向は注目される。

本研究は、こうした状況を踏まえ、日本を先例として組合方式による公的医療保険を導入した韓国が制度の統合に至った政治的・社会的背景や統合の理論的支柱、統合の影響と問題点等について分析した。改革の成否は簡単に判断できないが、韓国における医療保険制度の統合は韓国独自の政治・社会環境のなかで行われたことや、統合後も医療費の増加による保険財政の悪化、保険運営における自主性・自律性の喪失、保険料賦課体系の未統合などの問題が残っていることなどが明らかになった。

また、本研究では韓国の医療保険制度の歴史的変遷と制度の現状について調査したほか、現地における利害関係者のインタビューを実施し、組合派と統合派の間の論争についても多角的な調査・分析を行っている。社会保険の意義や保険者の役割、保険料負担のあり方など、わが国における医療保険制度改革論議に多くの示唆を与えるものと確信している。

研究を進めるにあたって多くの助言をいただいた、西田在賢先生（武蔵野大学教授）をはじめとする検討委員会の委員の方々、研究を委託したUFJ総合研究所に感謝申し上げる次第である。

平成15年8月
健康保険組合連合会

◇◆ 目 次 ◆◇

I. 研究の概要

1. 背景と目的.....	1
2. 研究の体制.....	2
3. 研究の方法.....	3

II. 本編

第1章 韓国の医療保険制度と統合論争の歴史的変遷	5
1. 軍事政権下における医療保険制度の導入（1963～80年）.....	5
2. 第1次論争（1980～83年）.....	7
3. 第2次論争（1986～89年）と皆保険化.....	10
4. 第3次論争（1993～99年）.....	16
5. 医療保険統合に至った時代的背景.....	20
第2章 金大中政権下における医療保険改革	26
1. 唯一の保険者、国民健康保険公団の設立.....	26
2. 審査機能の分離、健康保険審査評価院の設立.....	42
3. 医薬分業の実施と薬価制度の変更.....	54
第3章 韓国の医療保険制度の概要	59
1. 医療費の推移.....	59
2. 医療保険財政.....	62
3. 保険給付と診療報酬.....	66
4. 医療提供体制.....	77
第4章 医療保険改革の影響、その成果と課題	82
1. 財政統合の未完成 ～全国民共通の保険料賦課体系開発が課題.....	82
2. 医療保険財政の悪化 ～職場の積立金枯渇、地域への国庫支援増加.....	85
3. 財政悪化の要因 ～医薬分業と統合過程における職場組合の経営意欲減退.....	87
4. 保険給付範囲の見直し ～拡大とその後の縮小.....	90
5. 保険運営における自律性の喪失 ～保険料引上げが困難に.....	92
6. 保険者の変化と今後の課題.....	93
7. 医療機関に関する影響.....	96
8. 国民、市民団体の評価.....	97
第5章 まとめ	100

＜本報告書での訳語について＞	106
＜参考文献＞	107

Ⅲ. 資料編

I. 研究の概要

1. 背景と目的

韓国における医療保険制度は、1960年代に被用者を対象とした任意加入の形態として導入された。しかし、70年代半ばまでは制度として十分なものでなく、適用人口も限られていた。医療保険制度の実施基盤が整えられたのは、76年の医療保険法の全面改正後である。特に80年代を通じてその適用人口を拡大していった。職域をベースとする職場医療保険、地域をベースとする地域医療保険、さらに公務員・私立学校教員医療保険に区分けされ、それぞれが強制加入範囲を拡大し、被扶養者を含める形で、医療保険制度の普及が図られていった。その後、89年に至って皆保険を達成した。

医療保険の財政や管理運営方式を巡っては、組合方式によって普及がなされていったが、組合方式を維持するべきかどうかについて論争がなされてきた。論争は3次にわたって約20年間続いた。組合方式の維持を主張する組合派と、保険統合を主張する統合派は、医療提供者、行政、政党、市民団体や学者等を巻き込んだ形で論争を展開していったが、それは理念的展開が中心であった。こうした論争は、社会・経済情勢や政治に大きく影響されている。すなわち、軍事政権から民主化時代への移行、IMF管理下での経済社会政策、そして大統領選挙を通じた政治判断といった時代の影響を受けている。

結果として、統合を推進する金大中氏が大統領選挙に勝利し、医療保険統合が政治的に推進された。2000年7月に「国民健康保険公団」が唯一の保険者として設立され、管理組織の統合を達成した。同時に、診療費の審査機能については保険者の中央組織から分離し、独立した機関として「健康保険審査評価院」が設立された。また、金大中政権下の医療保険改革では、「統合（保険統合）と分離（医薬分業）」をキーワードとして医薬分業を実施した。この保険統合と医薬分業については、一定の成果を認める意見もあるものの、医療保険財政の破綻を招き、国民や医療関係者等からの不満も高まってしまったという評価もある等、この時期になされた韓国の医療保険改革についての評価は多様であり、定まっていない。

現在、わが国でも医療保険改革が進められており、医療保険制度の一元化や保険者の再編・統合について議論されている。安定的で持続可能な医療保険制度を構築し、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくといった基本的方向性についての共通認識は得られているものの、保険者の再編・統合とは具体的に何を意味するのか、また再編・統合する場合に想定される実務上の問題やその効果については、必ずしも十分な検討がなされているとは言い難い状況である。韓国においても「統合」の意味する内容は、その時代や発言者によって異なっていたことに留意しておく必要がある。

このような背景をもとに、本研究は韓国における医療保険改革、特に医療保険統合の成果や問題点を明らかにすることにより、わが国における今後の保険者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している。

2. 研究の体制

本研究は、以下の体制によって実施した。

(○は座長。順不同、敬称略)

(検討委員)

- 西田 在賢 国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所 教授
(平成15年4月より 武蔵野大学現代社会学部 教授)
岡山大学医学部大学院医歯学総合研究科医療経済学担当客員教授
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院 教授
- 浜田 淳 信州大学大学院医学研究科 教授
- 南 銀祐 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 客員研究員
韓国高神大学保健科学部医療経営学科教授
- 深川由起子 青山学院大学経済学部 助教授
(平成15年4月より 東京大学大学院総合文化研究科 教授)
- 株本 千鶴 椙山女学園大学人間関係学部 講師
- 越後 正紀 松下電器健康保険組合 専務理事
- 土屋 茂 九州電力健康保険組合 常務理事

(委託先)

(株)UFJ総合研究所

- 野口 正人 保健・医療・福祉政策室長 主任研究員
- 田極 春美 経済・社会政策部 主任研究員
- 伊原 千絵 保健・医療・福祉政策室 研究員
- 小川 美帆 保健・医療・福祉政策室 研究員
- 白田 剛 保健・医療・福祉政策室 研究員

3. 研究の方法

本研究は、以下の方法により実施した。

(1) 文献調査

韓国医療保険制度や統合論争の歴史的変遷、統合の理論的支柱、医療費推移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

以下の内容を把握するために、韓国現地調査を2回実施した。

【調査内容】

- ・ 金大中前大統領政権下の医療保険改革の概要とその成果
- ・ 医療保険統合論争の背景と内容
- ・ 医療保険統合論争における各団体等の立場
- ・ 医療保険統合に至るプロセス
- ・ 医療保険統合の成果と問題点
- ・ 盧武鉉新大統領政権下の課題と今後の医療保険改革に関する動向 等

インタビュー調査の対象先を選定する上で、複眼的かつ客観的な分析を行うため、可能な限り多くの関係者に対してインタビュー調査を実施すること、また、医療保険統合論争の組合派・統合派の双方の意見を収集することに配慮した。

保険管理組織である「国民健康保険公団」については2回の訪問調査を実施した。初回は医療保険統合の成果と今後の課題等を把握するために幹部に対するインタビュー調査を実施した。2回目は主に実務面を把握するために実務担当者に対してグループインタビュー方式により調査を実施した。

①第1回現地調査

- ・調査実施時期：2003年1月13日（月）～1月16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	医療関係団体
国民健康保険公団	2000年7月1日に設立された、唯一の保険管理組織
健康保険審査評価院	2000年7月1日に設立された、唯一の診療費の審査機関
大韓病院協会	病院団体
韓国保健社会研究院	韓国人口保健研究院と旧保健社会部社会保障審議委員会の調査・研究機能を統合して1989年に発足した研究機関
大韓民国政府保健福祉部 年金保険局 保険政策課	健康保険の所轄官庁

②第2回現地調査

- ・調査実施時期：2003年4月14日（月）～4月17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
韓国労働組合総連盟	韓国の二大労働組合のひとつ
韓国経営者総協会	経済団体
国民健康保険公団	前述のとおり
金鍾大（キム・チョンデ）氏	組合派の有識者 元 保健福祉部企画管理室長 現 慶山大学客員教授
金淵明（キム・ヨンミョン）氏	統合派の有識者 中央大学社会福祉学科教授
李奎植（イ・キュシク）氏	組合派の有識者 延世大学保健環境大学院教授

（3）検討委員会の開催

本研究では、研究の設計・方法・分析内容等について、学識者や専門家による検討委員会を3回開催し、検討・議論を行った（検討委員会メンバーは、前述のとおり）。

Ⅱ. 本編

第1章 韓国の医療保険制度と統合論争の歴史的変遷

韓国の医療保険制度は、組合方式により事業所の勤労者を対象に導入された。その後、公務員および私立学校教職員、農漁村地域住民に拡大され、1989年の都市地域医療保険の実施をもって、国民皆保険が達成された。

保険者の統合については、医療保険制度導入直後の80年から2000年の国民健康保険制度開始まで、約20年間、論争が続いた。論争は、第1次（80～83年）、第2次（86～89年）、第3次（93～99年）論争¹に分けて整理されている。

本章では、韓国において医療保険制度がどのように導入され、そして普及していったのか、また保険統合論争はどのような背景のもとに起こったのか、その歴史的変遷を概観した。

1. 軍事政権下における医療保険制度の導入（1963～80年）

（1）任意加入制による医療保険制度の導入

韓国では、朴正熙軍事政権下における63年12月16日に医療保険法が制定された。この2、3年前に、医療関係者が中心となって日本やヨーロッパの医療保険制度について研究を行った結果、同法では任意加入による組合方式とした。しかし、その後の経済情勢が好ましくなかったため、同法は76年まで事実上形骸化された。この間、4つの被用者による任意団体と、8つの自営業者による地域団体²が、試験的に組合方式により運営を行った。しかし、対象者全員に対する強制加入方式ではなかったため、幅広くリスクを分散させる効果を期待するほど上げることはできなかった。また、疾病をもっているか、もしくはそのようなリスクが高い人が加入するという逆選択現象が発生し、低い給付水準であるにもかかわらず、組合の保険財政が不安定であるという問題点が顕わになった³。

（2）職場医療保険と公教医療保険の誕生と適用拡大

76年12月22日に医療保険法の全面改正が行われた。この改正に際しては、すでに存在している任意による医療保険組合の取組み内容や、63年の医療保険法、日本・ドイツ・フランスの制度が参考とされた。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になり、保険者である医療保険組合も適用事業所ごとに独立

¹ 統合をめぐる論争の区分については、第1次・第2次・第3次・第4次に分ける考え方も存在するが、本報告書では第1次～第3次の分類を用いることとする。

² 金鐘大（キム・チョンデ）韓世政策研究院常任顧問、慶山大学客員教授（元保健福祉部企画管理室長）氏へのインタビュー調査による。

³ 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

的に設立され、「組合自律主義」を基本として運営することになった。第4次経済開発計画（77～81）⁴からは、持続的な成長を妨げない範囲内での社会開発または社会政策が議論され、政府はその初めての試みとして医療保険制度を本格的に施行した。

また、76年の改正法では、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医療保険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、それ以外の農漁業民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適用とした。

77年7月1日より政府主導で医療保険制度が正式に開始となった。保険料の負担能力や管理運営能力などが考慮され、第一段階として7月1日に500人以上の大規模雇用事業所を適用対象とし、79年には300人以上の事業所を対象とした。その後、職場医療保険は81年には100人以上の事業所を適用対象とし、83年には16人以上の事業所を、86年には5人以上の事業所を強制適用とすることによって、医療保険適用対象者を徐々に拡大していった。

また、医療保険法の適用外とした公務員および私立学校教職員に対する医療保険適用のために、77年12月に公務員および私立学校教職員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。この制度運営のために「公・教公団」というひとつの医療保険組合が設立された。その後、80年には軍人家族が、その翌年には公務員および私立学校職員の退職年金受給者、軍人退役年金受給者が、85年には遺族および障害年金受給者等が適用対象者となった。

77年7月1日から80年代半ば頃まで組合は安定的に運営され、それに伴い積立金を留保できるようになった。当時、日本やドイツでは赤字組合が存在することが判明し、韓国では財政問題を非常に慎重に扱い、患者の窓口負担金についても研究が行われていた。1年分の給付費に当たる額を積立金とすることを目標に財政運営が行われ、実際にその目標を達成することができた⁵。結果として、この積立金の存在が統合論争のきっかけにもなった。

⁴ 韓国では、62年より第1次経済開発5か年計画を実施したことを機に、本格的な経済発展の足がかりをつかんだ。第1次、第2次、第3次5か年計画を経て、62～74年にかけての実質国内総生産の成長率が年平均10.3%、76年の実質国民総生産は対前年比15.2%という高成長を記録している。『通商白書昭和52年版』旧通産省

⁵ 金鐘大（キム・チョンデ）氏へのインタビュー調査による。当時、金氏は保健社会部（現在の保健福祉部）の担当事務官であった。

2. 第1次論争（1980～83年）

（1）第1次論争の背景と概要

第1次論争が起こったのは、光州事件⁶後の混乱期である80年から83年の期間である。朴正熙大統領暗殺後に選出された全斗煥大統領政権下のことであった。

第1次論争は、韓国政府の保健社会部⁷が主張したものである。主に政府内部を中心とした議論であり、一般の民衆をも巻き込んだ全国的な論争ではなかったところにひとつの特徴が見られる。当時、医療保険制度についての専門家もそれほどいなかったことも理由としてある。また、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はおらず、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積立金を使用することが提案された。

医療保険制度導入当時、ほとんどの組合は事業所単位で設立されたため、保健社会部の分析によって、組合の財政基盤の脆弱性や、医療保険制度の所得再分配機能および危険分散機能の制約等の問題点も指摘されていた。そこで、保健社会部は、赤字を出している、非効率な小規模組合の統廃合を進めた。

このような状況下において、80年10月、当時の千命基（チョン・ミョンギ）保健社会部長官が、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」⁸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。

（2）第1次論争における関係者の動向

千命基長官の提案以降、新聞等の言論界において統合論争が始まった。そこでは、キョンヒャン新聞を除き、統合に反対する意見が大多数を占めていたが、その理由は、

⁶ 79年12月12日、朴正熙大統領暗殺事件（同年10月26日）の捜査を指揮していた全斗煥・国軍保安司令官、盧泰愚・陸軍第九師団長ら当時の軍少壮グループが軍兵力を動員し、鄭昇和・陸軍参謀総長を逮捕、軍の指揮権を奪った（12・12クーデター）。全司令官ら新軍部は80年5月17日、戒厳令を全国に拡大し、民主化を指導する金大中、金鍾泌氏を逮捕・連行、金泳三氏を自宅軟禁措置とした。反発した光州市民の大規模デモに対し、戒厳軍は18日から強硬な鎮圧に乗り出し、軍、市民合わせて死者193人（政府発表）を出した（光州事件）。（96年8月26日読売新聞東京夕刊一面より）

⁷ 現在の保健福祉部。わが国の旧厚生省に当たる政府機関。

⁸ 李奎植（イ・キュシク）『医療保障と医療体系』2002年 p.424より

職場医療保険と公・教医療保険を統合すると勤労者の保険料が上がるのではないかと
いうものであった。

このような世論の高まりを背景に、青瓦台秘書室は統合反対の意見を示し、それは
大統領の意見形成に大きな影響を与えた。

その他、統合に反対した関係者には、保険者団体である全国医療保険協議会や全国
経済人連合会等の経済団体があった。全国医療保険協議会は、80年10月23日に、
いち早く意見書を保健社会部に提出したが、その論拠は次のようなものであった。

保険者団体による意見書（第1次論争）

- 労使自治財政、自治運営制で推進されてきた現行制度が公社方式よりも合理的である。
- 一元化する場合、政府負担の過重や、今後、保険料の値上げを取り巻く政府と国民間
の対立を招く憂慮がある。
- 地域間の所得格差、医療機関の偏った分布などの現状では、一元化は負担と給付の衡
平性を失わせる。
- 医療保険がもたらす労使間の連帯意識が薄れる。
- 「わたしたちの組合」「財政管理の節約」という長所がなくなる。

資料：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年より

また、80年10月30日には、全国経済人連合会をはじめとする経済5団体が「医
療保険管理体系合理化に関する意見」を保健社会部長官宛に提出した。

一方、統合派の動きとしては、次のようなことがあった。

大韓民国国会（国会）は与・野党ともに保健社会部の主張する統合一元化案に賛成
した。81年1月に、保健社会部長官が国会の保健社会部委員会で段階的な統合一元
化を表明した後、82年の定期国会に医療保険統合法案を提出することが可決され、
準備が進められた。

また、81年8月に、労働者団体である韓国労働組合総連盟（以下、「韓国労総」）
が「医療保険制度改善要求書」を保健社会部に提出し、当時の統合派に影響を与えた。
しかし、韓国労総が主張していたのは「職場医療保険と公・教医療保険の統合」では
なく、職場の労働者の利益を考慮した「職場組合だけの統合」であった。

（3）第1次論争の結末

保健社会部や国会の統合論者は全斗煥大統領の説得を試みたが、結局最も大きな影
響を与えたのは青瓦台秘書室の意見であった。

82年11月2日に、青瓦台で統合に関する会議が大統領主催で行われた。この会議

で保健社会部長官と2名の与党議員が統合派としての意見を提出した。その意見の概要は、「現在医療保険を必要としている農村や都市の自営業者のために、職場保険の積立金を使えば、早期に医療保険制度を拡大できる」といった内容であった。これに対し、青瓦台秘書室では「勤労者が負担した保険料でもって、大多数である農村・自営業者の財政負担を行うのは難しい」との結論を出した。これは当時の保健社会部担当課長が首席秘書官に提出したレポートが影響を与えた。当時の職場組合の累積積立金は1兆ウォンに満たない金額であり、この金額を多いとみるか少ないとみるか、統合賛成派と反対派で分かれた。結果として、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金額ではないとの結論が出された。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、議論は中止されることとなった。その結果、保健社会部の統合派の何人かが強制的に辞職させられるという、いわゆる「医療保険波動」が起こった。一方、組合派は、医療保険組合や経済団体と結びつきを深めていくことになった。

図表 1-1 第1次論争における関係者の動き

統合（職場と公・教の統合）賛成	統合反対（組合主義維持）
保健社会部長官 国会（与党・野党）	青瓦台秘書室、保健社会部担当課長 保険者団体（全国医療保険協議会） 経済団体（全国経済人連合会等） 言論界

※韓国労総は職場組合だけの統合を主張した。

（4）地域医療保険の試験的運用の開始

保健社会部では、農村や都市自営業者にどのように医療保険を拡大するのが望ましいか研究を行うことになった。そのため、81年から87年までの6年間に、6か所の市・郡を選定し、地域医療保険の試験的運用を行った。6か所の地域には、大都市、中規模都市、農村、漁村、農村と自営業者が混在している都市が選定された。地域医療保険の運営方法については、別途設立する医療保険団体が運営する方式と、市長や知事を中心として地方自治体が運営する方式の2通りが考えられたが、日本の国民健康保険制度の研究を行った結果、前者の方法で運営されることになった。この背景には、職場医療保険においては労使合意による運営が原則であったが、地域医療保険においても保険料を支払った者と協議しながら合意のもとに運営していくのが民主主義の原則に適っているとの担当官の判断もあった。この試験的運用の最中に第2次論争が起こった。

3. 第2次論争（1986～89年）と皆保険化

（1）第2次論争の背景と概要

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。このなかで、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が示された。

保健社会部は農漁村地域医療保険の運営方式について、職場医療保険や公・教医療保険と同様に組合方式を採用すること等の方針を定めた。その際、保健社会部では、農村や都市自営業者への医療保険拡大を研究するために実施した地域医療保険の試験的運営の結果や日本・ドイツ・フランスのシステムを参考にした。また、当時、直轄市・道（日本における都道府県）レベルでの統合を主張する意見もあったが、その当時の韓国では地方自治体の選挙が行われておらず⁹、単位が大きすぎて住民の意思が反映されにくいと判断され、市・郡・区単位での実施方針となった。保健社会部では、韓国の住民コミュニケーションの伝統を考えると、市・郡・区での連帯意識が強いと考えていた。¹⁰

地域医療保険の実施方針

- 医療保険に用いられる財源は住民が負担する保険料で調達するが、所得の低い住民の負担を軽減するために、国家が保険料の一部を支援する。組合の管理運営費も全額国庫で支援する。
- 保険料の算定は保険料を「基本保険料」と「能力保険料」に分け、財産に比例して15等級に差等賦課するようにする。
- 保険給付は現行の職場、公・教医療保険と同じようにし、診療圏と診療段階を地域別の実情に合わせて設定し、医療資源が効率的に活用されるように、第1次、第2次、第3次診療体系を設定する。
- 住民の所得水準、医療利用性向、医療機関の分布などによる地域別医療水準の格差の現状を踏まえ、管理運営組織を市、郡、区単位に設立し、住民が自治的に運営する組合別運営方式を採択する。

資料：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

第2次論争の特徴は、論争が政界、官界、経済界のみならず学界、そして農民団体

⁹ 韓国初の地方自治体首長選挙が行われたのは95年のことである。

や市民団体にまで拡大したことである。また、この頃から論争の政治的な側面が強くなったことにも注意が必要である。韓国の医療保険制度は軍事政権の時代につくられたものであるが、民主化の過程で「軍事政権によって創設された制度＝非民主的であり改革の対象」という偏った見方があった。また、朝鮮半島が南北に分かれているという韓国独自の事情から、「統合＝（朝鮮半島）統一＝善（良いイメージ）」であると考えられる風潮にあり、統合に関する世論形成に影響を与えたといわれている。

（２）第２次論争における関係者の動向

まず、最も早い段階で組合方式を支持したのは、経済団体の韓国経営者総協会であった。86年8月26日に理事会を開催し、組合方式の維持を採択している。

その他、統合に反対した関係者には、保健社会部、青瓦台秘書室、民正党（当時の与党）、学者（組合派）、保険者団体があった。また、市・郡・区単位の組合方式ではなく、直轄市・道（日本における都道府県）単位での広域化を主張していた団体に、大韓医師協会、大韓病院協会、そして第２次論争初期の新民主共和党（野党）があった。

保健社会部は、いわゆる「医療保険波動」後、市・郡・区単位の組合方式によって地域医療保険を推進する立場として統合に反対し、青瓦台秘書室、与党である民正党、学者（組合派）、保険者団体はそれを支持した。

当時、学界は88年4月に政府が開催した「国民医療政策審議委員会」に参加した学者を中心に、統合派と組合派に分かれて論争を繰り広げていた。そこで、保健学、経済学、経営学等を専攻する組合派の学者は「医療保障研究者一同」という名前で報告書「韓国医療保険の発展方向についての提言」を発刊し、そのなかで「全国国民医療保険の実施という国家的な課題を前にして、本提案は現行制度（組合方式）が直面した政策課題と、統合一元化主張の誤謬を明らかにすることによって、わが国の医療保険制度が進むべき合理的な発展方向を提示するものである¹¹」と主張して組合方式を理論的に擁護した。

また、保険者組織の統合によって保険組合の自律性を失うことを危惧した保険者団体は、統合には絶対反対の立場を主張していた。

大韓医師協会や大韓病院協会が、全国的な統合ではなく広域化による「統合」を志向した理由のひとつには地域医療保険実施以降の診療費未払いの問題があった。組合運営の非効率性が指摘されていたため、一定規模での統合は必要であると考えていた。しかし、全国単位での統合については、かえって管理運営の効率を落とすと考え、反対していた¹²。

¹⁰ 金鍾大氏インタビュー調査より

¹¹ 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

¹² 大韓医師協会インタビューより

統合に賛成した関係者には、農民団体、市民団体、当時の野党であった統一民主党（総裁：金大中）・平和民主党（総裁：金泳三）、学者（統合派）があった。当時の統合派による組合主義に対する批判は次の点にまとめられる。

組合方式に対する批判

○組合間の財政格差

- ・ 職場組合と地域組合間の財政格差

職場組合の構成員の所得が一定水準以上で雇用関係が安定しており、また若年層が多いのに比べて、地域組合は所得が相対的に低く、保険料の徴収においても源泉徴収の職場組合に比べて不利である。

○保険給付の下方平準化

- ・ 保険給付は医療保険法により一括的に統制されていたため、職場組合で保険給付を拡大すると、地域組合にも同様に保険給付を拡大すべきであるが、そのためには国庫補助を増やさざるを得ない。したがって、保険給付を拡大する財政的な余力があるにもかかわらず、財政が劣悪な地域組合に合わせて保険給付が固定されることになった。

○保険料負担の不公平性

- ・ 俸給生活者（サラリーマン）と自営業者の保険料付加基準が異なる。

サラリーマン：標準報酬月額を基準に一定率を掛ける方式

自営業者：基本保険料と財産保険料を総合的に用いる方式（世帯当たり基本保険料、被保険者当たり基本保険料、所得保険料、財産保険料、自動車保険料）

- ・ 職場医療保険の保険料不公平性

標準報酬月額を算定する時に報酬に含まれる各種の手当の種類が、地位間や職場組合間で異なるため、保険料の賦課が公平でない。

- ・ 地域医療保険の保険料不公平性

同じ財産と所得をもっているにもかかわらず、どの地域に居住するかによって保険料が異なる。

○管理運営費の削減

- ・ 保険組合が多く存在するため、管理運営費が高み非効率である。

資料：U F J 総合研究所作成

農漁村における医療保険制度が実施されたものの、過度な保険料負担などに対する不満をきっかけとして、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。このような動きは、各市民団体と連携し、また学者（統合派）の理論的支持を受け、全国的な統合一元化を目指して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）は、組合派（医療保障研究者一同）に先立ち、報告書「全国医療保険のための統合一元化方策」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。

また、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、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。

図表 1-2 第2次論争において審議された内容

名 称		内 容
組 合 派	政府案	○組合方式を維持 ○医療保険組合を市・道単位で広域化しながら被扶養者の範囲を拡大していく
	新民主共和党案 (後に統合派に転換)	○組合別の医療保険方式を認める ○療養機関の指定制から契約制への変更 ○診療報酬の決定権を、保健社会部長官から新たに設置する診療報酬審議委員会に移動 (医師の利益を大幅に反映)
統 合 派	平和民主党案 (国民医療保険法案) 総裁：金大中	○医療保険の管理および財政の統合 ○医療保護制度はそのまま存続させ医療保険制度と並存 ○保険料の累進率の規程は置かず、地域住民に対する保険料50%を国庫支援させる ○療養機関契約制実施
	(国民医療保障法案)	○管理運営方式は統合主義 ○所得だけに保険料を賦課 ○保険料の累進制の導入 ○療養機関の指定制
	統一民主党案 (国民健康保険法案) 総裁：金泳三	○医療保険の管理および財政の統合 ○一定所得以上の者について保険料の累進率を適用 ○貧困層（医療保護制度対象者）の保険料は国庫が負担することによって、医療保護を健康保険に吸収 ○自営業者に対する保険料の50%を国庫支援させる ○療養機関契約制実施

出典) 各種資料よりUFJ総合研究所作成

(3) 第2次論争の結末

88年当時国会は、野党の議員が与党の議員よりも多い状況であった。そこで、農

民団体・市民団体によって組織された「全国医療保険対策委員会」は、すべての野党の支持が得られれば統合法案を国会で通過させることができると考え、新民主共和党舎を占拠・籠城するという手段に訴えた。その結果、新民主共和党が統合派へと立場を変えたことによって、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。なお、この段階では、与党の民正党も大勢を考慮して統合を支持したため、満場一致の法案通過となった。この法案は、医療保険を統合することのほか、①保険報酬審議会の設置、②一定所得以上者に対する累進保険料率の適用、③診療費審査院の設置、④年金基金による年金受給者の保険料二分の一負担、⑤自営者保険料についての国庫支援(率は大統領令で定める)の明示一等を内容とするものであった。

しかし、多くの新聞が統合によるサラリーマンの負担増加を扱い、世論の統合に対する批判が高まっていったことなどを考慮して、89年3月16日の国务会議で「国民医療保険法案」に対する大統領の拒否権行使が提案され、3月24日には、盧泰愚大統領によって大統領拒否権が行使され、「国民医療保険法案」は廃案とされた。そして、この後に実施された都市地域医療保険は、市・郡・区単位の組合方式で行われることになった。当時、国务会議で提議を要求した理由は次のとおりである。

- ①国民医療保険法附則5条により既存の方式により、積み立てた各組合の基金等、組合の財産が公団の財産に移行、統合され当初の組合員ではなかった人の医療費として支払われるのは衡平性に違反する。
- ②基金等の組合財産の公団移行は、国民の基本権である財産権に関する憲法規定に合わない。
- ③附則3条で「やむを得ないと認められる事項は従来之法を適用」という文の正確性と特定性が欠如している。

(4) 皆保険化の達成

第2次論争下、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が組合方式によって実施された。この結果、韓国において皆保険化が達成された。

図表 1-3 第2次論争における関係者の動き

統合（全国単位）賛成	統合反対（組合主義維持）
農民団体、市民団体 野党（統一民主党、平和民主党） 学者（統合派）	保健社会部、青瓦台秘書室 与党（民正党） 野党（新民主共和党）（当初、広域化による「統合」を主張） 学者（組合派） 保険者団体 経済団体（韓国経営者総協会） 言論界

※大韓医師協会、大韓病院協会は広域化による統合を主張（全国単位の統合には反対）。

4. 第3次論争（1993～99年）

（1）第3次論争の背景と概要

第3次論争が起こったのは、93年から99年の期間である。金泳三政権期から、97年の大統領選挙を経て、金大中政権前半の期間に論争が行われた。その間、韓国は、アジア通貨危機の影響により、97年12月から01年8月までIMFの管理体制下に置かれている。

盧泰愚大統領の拒否権行使の後も医療保険統合を求める農民運動・市民運動は続いた。文民出身である金泳三政権において、再度統合問題が提起されることになった。第3次論争の特徴は、地域医療保険の財政問題が大きかったこと、全国的な議論となり、政治課題としての側面が強かったことがあげられる。

90年代に入り地域医療保険において、組合間の財政力の格差、農漁村民の保険料負担の重さ、国庫補助額の増加などの問題が提起され、給付範囲が制限されているにもかかわらず医療費の負担が重いことに対する不満等が生じた。本格的な第3次論争が始まったのは、94年2月に保健社会部が「医療保障改革委員会」を設置して統合問題を扱うようになったことによる。医療保障改革委員会は、金泳三政権末期の96年に老人医療費の共同負担事業および組合ごとに差をつけた国庫支援を実施する等、組合方式の課題への対策を試みているが、市民運動の一層の高まりや97年の大統領選挙を前にした政界の動きの活発化によって、大勢は急速に統合の方へ傾いていった。

第3次論争においては、第2次論争で中心的役割を果たした全国医療保険対策委員会を前身とする「医療保険統一元化および保険適用拡大のための汎国民連帯会議（以下、「医保連帯会議」）」が統合を主導していった。医保連帯会議を構成していた団体は、地域医療保険労働組合をはじめとする全国民主労働組合総連盟¹³（以下、「民主労総」）傘下の労働組合、病院労働者連盟、保健医療団体、農民団体、女性団体、市民団体等である。

（2）第3次論争における関係者の動向

統合に反対する関係者は、学者（組合派）、新韓国党（当時の与党、後のハンナラ党）、保健福祉部¹⁴、青瓦台秘書室、大韓医師協会、大韓病院協会があげられるが、論争が進むにつれて徐々に少なくなっていく。新韓国党は選挙対策のため、次第に統合論を受け入れるようになった。また、金大中大統領の当選に続き、97年に「国

¹³ 95年、韓国の民主化の過程で新たに設立された労働組合。97年に合法化し、現在にいたる。99年6月現在、20産業別1226組合、加盟人員57万3000人。韓国労総のインタビューによれば、医療保険統合問題をめぐる見解を除き、2つの労働組合の目指すところはほとんど同じである。但し、運動の手法は民主労総の方が急進的である。

¹⁴ 94年12月23日、保健社会部より保健福祉部に名称変更した。

民医療保険法」が成立して地域組合と公・教公団の統合が決定した後は、保健福祉部や青瓦台秘書室もその方針に従った。

一方、統合を推進する関係者には、医保連帯会議、国民会議（後の新千年民主党）・自民連（当時の野党）、学者（統合派）があった。

なお、韓国労総は「条件付き賛成」という立場を示している。その理由として、統合により全国民がひとつになること自体には賛成であるが、組合の競争原理にもとづく効率性が低下すること、また、自営業者の所得把握ができず、単一の保険料賦課体系が開発されていない現状での統合は時期尚早であることをあげている¹⁵。

図表 1-4 第 3 次論争において審議された法案

名 称		内 容
組合派	政府案	○地域組合の生活圏単位広域化および競争をとおしての職場組合の自律的統廃合 ○市・道単位の広域化（地域組合）
統合派	野党案 （国民健康保険法案）	○医療保険組織を二段階に分けて統合
	与党案 （国民医療保険法案）	○地域組合と公・教保険の統合

資料：各種資料より作成

（3）第 3 次論争の結末

大統領選を控え、第 3 次論争は第 2 次論争と比べてさらに政治的性格が強いものになっていった。医保連帯会議による積極的な運動を受け、国民会議や自民連では 96 年に統合法案を提出し、金大中候補（国民会議）は「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」として、医療保険の統合を公約に掲げた。そして、野党だけではなく、与党である新韓国党においても農村出身議員を中心に、第一段階として地域医療保険と公・教医療保険を統合する内容の法案（一段階統合論）を提出するようになった。農漁村住民らの保険料負担について対処しなければ、次期大統領選挙に勝利することができないと考えたからである。与党内の農漁村国会議員らの要求をファンソンギョン議員が代弁し、イフェチャン大統領候補を説得し始めた。ファン議員は「農漁村住民の相対的保険料負担過重による不満が多く、これをきっかけにして 2000 万名を超える地域医療保険対象国民等は医療保険統合を主張しており、野党は 97 年大統領選挙公約として医療保険統合を提示することが明らかである」と報告書（97 年 8 月）の中で主張した。金泳三大統領が 11 月 7 日に与党である新韓国等を脱党したことにより、政

¹⁵ 韓国労総インタビューより

府としては与党がない状況であり、イフェチャン候補は農漁村住民の票を確保するために、統合を受け入れることが必要となり、多数党による医療保険の一段階統合案の地域医療保険と公・教医療保険の統合法案が発議されるようになった¹⁶。ファンソンギョン議員の報告書によると、一段階統合を成立させようとした根拠は次のとおりである。

- ①地域医療保険の管理運営費の大幅削減を通じて国庫節減とともに地域被保険者の保険料を軽減する効果が考えられる。
- ②地域医療保険に勤める人員を約 40%削減（業務統合で 20%、電算統合で 20%、全体で約 4000 人）し、彼らを国民年金業務に転換させると国民年金実施のための新規予算支援なしに都市年金拡大が可能となる。

97 年 10 月 30 日ファンソンギョン他 30 人名義で多数党による「国民医療保険法案」が発議されると、野党の国民会議でもすでに統合を主張しており、反対する理由がなかったため、地域医療保険と公・教医療保険を統合（ただし、財政は分離）する案が 97 年 12 月 31 日に満場一致で国会を通過し、「国民医療保険法」が制定・公布され、地域組合と公・教公団の管理組織統合が決定した。

大統領選挙公約として国民会議の金大中候補は「医療保険の統合および四大社会保険¹⁷の統合を行う」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。97 年 12 月 18 日に金大中候補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。また、IMF 救済金融を受ける事態が生じたことにより、経済危機を乗り越えるために「労・使・政委員会¹⁸」が 98 年 1 月に組成され、一次合意書が 2 月 6 日に発表されたが、そのうちのひとつが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「国民健康保険法案」を国会に提出した。この法案は 99 年 2 月に臨時国会を通過し、2000 年 1 月から施行予定だったものの、単一保険料賦課体系の開発が実現できなかったため統合は 6 か月延期され、2000 年 7 月から管理機構の統合がなされた。しかし、職場加入者と地域加入者間の財政統合は、単一保険料賦課体系を開発できなかったため、03 年 7 月に延期された。

¹⁶ 李奎植「医療保障と医療体系」2002 年

¹⁷ 四大社会保険とは、医療保険、年金保険、産災保険（労災保険）、雇用保険を指す。

¹⁸ IMF 経済危機を克服するため、労・使・公益・政府・政党の参加により設立されたもので、現在も存在している。整理解雇制度をめぐる意見の対立から民主労総が一時脱退したことがある。

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、韓国労総は「労・使・政委員会」の合意に縛られ、発言することができなかった。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。統合法案が通過した後に、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でも統合の問題点を指摘したが、政府の発表したスケジュールに沿って統合作業は進められた。

図表 1-5 第3次論争における関係者の動き

統合（全国単位）賛成	統合反対（組合主義維持）
汎国民連帯会議 野党（国民会議、自民連） 金大中候補は統合を公約 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">一段階統合論</div> 学者（統合派：金泳謨氏、金淵明氏、車興奉氏 等）	保健福祉部、青瓦台秘書室 <u>与党（新韓国党）</u> 学者（組合派：李奎植氏、文玉綸氏、柳承欽氏 等）

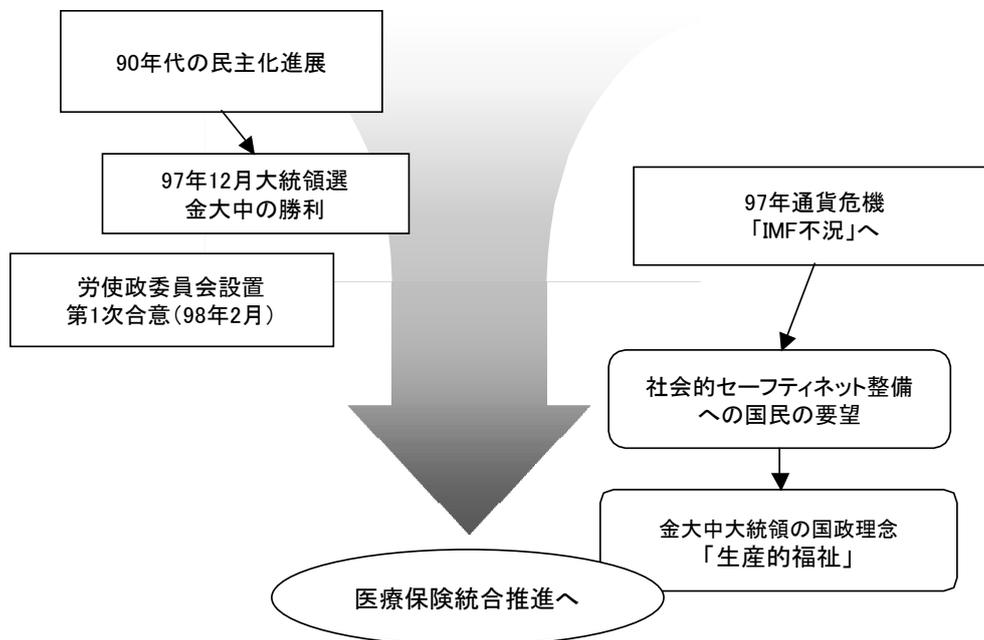
5. 医療保険統合に至った時代的背景

ここまで、韓国の医療保険制度の導入から統合までの経緯、保険統合に関する歴史の変遷を整理してきた。この内容を年表にしたものが次の図表1-7である。

論争は約20年にわたって続いたが、この中で第1次論争と第2次論争は結果として統合実現までに至らなかった。しかし、第3次論争で統合を実現した。ここでは、なぜ統合実現に至ったのか、その時代的背景を概観してみた。

第3次論争が起こった90年代は、軍事政権から民主化へと時代が大きく変化していた時期であった。また、90年代後半に起こったアジア通貨危機の影響で、韓国はIMFの管理下に置かれるという状況であった。このような時代的背景のもとに、民主化運動のリーダーである金大中氏が大統領選挙で勝利した。韓国は、政党政治が脆弱であり、大統領権限が非常に強いといわれている。どのような政策理念を持った人物が大統領になるかが、韓国の今後の政策動向を見通す上で極めて重要となる。

図表1-6 医療保険統合をめぐる時代的背景



図表 1-7 医療保険統合論争年表

医療保険統合に関する出来事	政治・経済・社会の出来事
<p><医療保険制度導入期></p> <p>1977.7 医療保険制度の本格的導入</p> <p>79.1 公・教医療保険開始</p>	<p>朴正熙政権（～79）</p> <p>79.10 大統領暗殺</p> <p>80 光州事件</p>
<p><第1次論争></p> <p>80.10 チョン・ミョンギ保健社会部長官が大統領に「医療保険管理体系の一元化策」を報告</p> <p>80.10～11 各日刊新聞が反対の立場表明 医療保険協議会（職場医療保険連合体）や全国経済人連合会など経済団体も反対</p> <p>80.11 「一元化案」は青瓦台秘書室の統合不可論を受け入れた大統領の反対で留保</p> <p>81.1 保健社会部長官は国会保健社会部委員会で段階的に保険を一元化すると表明</p> <p>81.8 韓国労総、労働者権益保護のため、職場医療保険組合統合を要求</p> <p>82.5 新任保健社会部長官は前任長官と反対に医療保険一元化は時期尚早とする</p>	<p>全斗煥政権（80～88）</p>
<p><第2次論争></p> <p>86.9 青瓦台で88年農漁村地域、89年都市地域にて医療保険を拡大実施する方針決定</p> <p>88.6 統合論者等「社会保障研究会」という名で統合主張建議文を作成配布</p> <p>88.8 組合論者等「医療保険研究者一同」という連名で建議文を作成して反駁</p> <p>89.3 臨時国会で、与野合議で統合法案「国民医療保険法案」通過</p> <p>89.3 盧泰愚大統領「国民医療保険法案」拒否権行使</p>	<p>87.6 民主化宣言</p> <p>盧泰愚政権（88～93）</p>
<p><第3次論争></p> <p>96.7～12 国会（新韓国党）医療食水対策小委員会で現行医療保険制度の問題点と統合改善法案検討および統合法案推進</p> <p>97.11 国会与党と野党それぞれの統合法案提案</p> <p>97.11 与野党の提案を組み合わせた国民医療保険法が国会立法で可決</p> <p>97.12 公・教医療保険と地域医療保険を統合する国民医療保険法制定</p> <p>99.1 職場組合を含み、医療保険を完全に統合する国民健康保険法制定</p> <p>2000.7 国民健康保険公団発足</p>	<p>金泳三政権（93.2～98.2）</p> <p>97 IMF管理体制</p> <p>金大中政権（98.2～03.2）</p>

(1) 軍事政権の時代から民主化の時代へ

朴正熙政権における職場医療保険の導入は、クーデターによって政権の座についた軍事政権が「国民の生活を改善することで、国家の正統性を主張するための手段」とした側面が大きかった。同じくクーデターによって政権に就いた全斗煥大統領にとっても、医療保障政策の位置付けは同様なものであった。民主化以前の韓国では、政権は国民への分配よりも、国家主導による産業化と経済発展を優先としており、福祉政策に対して消極的であったといえる¹⁹。保健社会部内で社会福祉や再分配を重視する官僚たちによって提起された第1次論争に対して全斗煥大統領が議論の中止を命じたのはこのような背景による。なお第1次論争当時（80～83年）は、全斗煥少将が光州事件（80年5月）を経て、政権を掌握した直後である。論争は保健社会部の外で繰り広げられるまでには至らなかった。

より広範な議論が起こった第2次論争においても、盧泰愚大統領が社会保障や福祉政策には消極的だったこともあり、拒否権行使によって論争は差し止められた。東西冷戦構造下での朝鮮半島におけるイデオロギー対立のため、「再分配」や「社会福祉」を重視する中道左派的な立場も成立しにくい政治・社会状況を作り出していたのである²⁰。そして社会保障の一環としての医療保険をめぐる論争においても、この状況は同様だった。

東西冷戦の終結と併行して、韓国の民主化は急速に進展する。文民出身大統領である金泳三政権期には、市民団体が数多く出現した。また労働運動については、95年11月に「全国民主労働組合総連盟（民主労総）」が結成され、既存の韓国労働組合総連盟（韓国労総）とは一線を画した急進的な労働運動を展開した。第3次論争は、このような時代的背景のもとに始まった。民主労総は医療保険統合を推進する全国地域医療保険労組を傘下に抱えていたこともあり、医療保険統合を推進した。医療保険統合論争は民主化運動、社会運動、さらに労働運動と連動したため、医療保険については「統合すなわち民主化」という風潮が生まれた。民主化を推進した人々の中では「独裁政権が『拒否したもの』はすなわち『正しいもの』である」という極端な認識ももたれており、医療保険の統合がまさに民主化闘争の一環であるように「誤報」され、論争に油を注いだという見方もできよう²¹。

民主化運動は97年の大統領選において金大中支持の基調を醸成した。また韓国労総も大統領選の直前に金大中支持を表明した。韓国民主化のリーダーの一人である金大中大統領候補は、社会運動家が主張していた医療保険統合問題を政治的課題として受け入れ大統領選の公約に掲げた。そして大統領就任と同時にこの公約が推進されることになった。

¹⁹ 恒川恵市『企業と国家』東京大学出版会、1996年

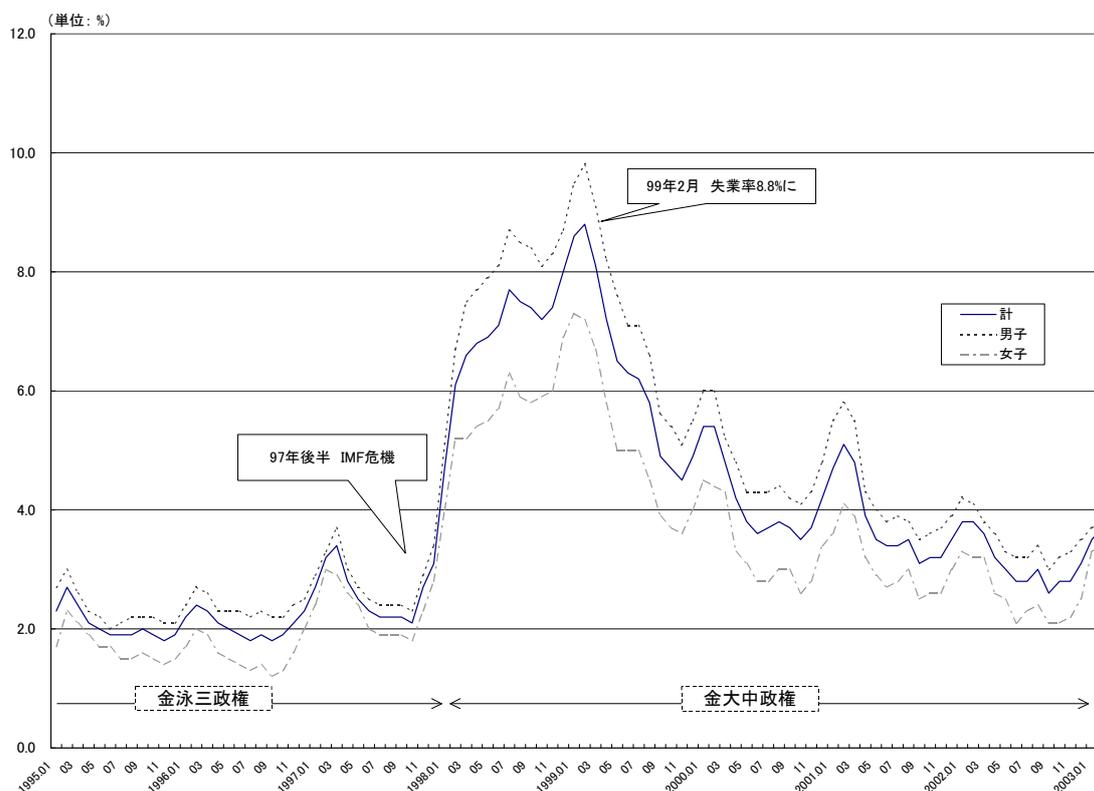
²⁰ 金栄鎬『現代韓国の社会運動』社会評論社、2001年

²¹ キム・チョンデ『医療保険統合が医薬大乱を招く』田園文化社、2000年

(2) 通貨危機後の雇用調整とセーフティネットへの要求

韓国では、97年に発生した通貨危機以降、短期間に急速な雇用調整が行われた。通貨危機と金融・企業リストラのデフレ・インパクトを背景に、失業率は5ポイント以上の急上昇(失業率97年10月2.1%→98年7月7.7%)をみた(図表1-8参照)。韓国は97年12月にIMFの管理下に置かれ、大統領選挙はこの情勢下で行われた。金大中大統領就任後も失業率は増加を続け、社会的セーフティネットの拡充に対する国民の要望は高まった。不況が深刻だったため、政治家のほとんどが社会的セーフティネット拡充に反対できない状況となり、医療保険統合に反対する勢力は相対的に弱まった。事実、野党ハンナラ党も国民健康保険法成立当時は、医療保険の段階的統合に賛成していた。

図表1-8 IMF管理体制前後の韓国の失業率



資料：大韓民国統計庁より

(3) 金大中政権国政理念としての「生産的福祉政策」

第3次論争が統合にまで至ったのは、上記二つの背景を受けて金大中政権が成立したという点が無視できない。すなわち民主化が進展し、金大中候補が勝利し得る環境が整っていたこと、さらに通貨危機後の不況によって社会的セーフティネット拡充への国民の要求が高まっていたことである。

金大中大統領は「民主的市場経済」論を掲げた。これはIMF管理体制下においても、市場万能主義・自由放任主義とは一線を画しつつ、市場の失敗に対して国家が介入し、市場経済における弱者・敗者を保護するセーフティネット形成を目指すものである。大統領就任当時、医療、年金、雇用、労災の社会保険は整備されていたものの、それが社会的セーフティネットとして不十分であることが経済危機によって浮彫りになった。金大中大統領は中産層の育成と庶民生活向上のために「生産的福祉政策」を優先課題として推進した。金大中大統領は「医療保険制度の統合管理システムの構築は、所得再分配および社会的リスクの分散機能を高め、社会生活の安定に寄与し、医療保険の管理運営の効率化を通して、適正な給付による安定した生活基盤の土台をつくることとなるだろう」と述べている²²。生産的福祉政策の一環として実施された医療保険統合以外の施策には、皆年金の達成（99年4月）、国民基礎生活保障法の施行（2000年10月）などがある。

また、金大中前大統領は97年末からの経済危機を打開するために、経済団体（全国経済人連合会、韓国経営者総協会）、労働団体（韓国労総、民主労総）、政府（労働部、韓国労働研究院）からなる「労・使・政委員会」を設置した。98年2月の第1次合意では、整理解雇制導入、勤労者派遣制の対象業務拡大、労働組合の政治活動認可、医療保険統合などが合意された。この合意により、医療保険統合は後押しされた。

²² 金大中著・田中基訳『生産的福祉への道』毎日新聞社、2002年

【コラム】韓国における強大な大統領と脆弱な政党制

韓国は最も集権的な大統領制を持つ国といわれる²³。それを端的に示すのは「大統領拒否権」制度で、あらゆる国会での議決について拒否権を行使できる。拒否権を覆すためには国会で参加議員数の3分の2以上の反対票が必要である。医療保険統合をめぐる第2次論争も盧泰愚大統領の拒否権行使によって頓挫した。また01年の健康保険財政危機の際には、ハンナラ党のシム・ジェ Chol 議員らが財政統合の無効化を求めたが、青瓦台（大統領府）秘書室は「財政統合無効化が国会を通過したとしても、拒否権を行使する」と声明した。このため、健康保険財政統合は「無効化」ではなく03年7月実施の「延期」となった。

さらに、高級官僚や秘書官の政治的任命も大統領の権限を強める要因となる。韓国の行政機構は日本に近い専門官僚制をとっている。しかし、次官や局長クラスのポストについてはいわゆる「キャリア官僚」が就任する日本とは異なり、大統領によるトップダウン的な政治的任命によって就任することが多く見られる。また、72年の第4次朴正熙政権樹立（「維新革命」）以降、大統領秘書室の権限が強まった。行政機構や大統領秘書室におけるこのようなトップポストの政治的任命は大統領の権限を強めている²⁴。金大中政権においても、社会運動家（梁ジェウオン元全国連合事務総長）や彼らを支持・支援していた大学教授ら（崔章集高麗大学教授、黄台淵東国大学教授など）が、大統領諮問政策企画委員会や青瓦台政務首席補佐官などの重要ポストに任命されている。

このように強大な大統領の権限は、皮肉にも政党政治の脆弱性を生み出している²⁵。民主化後の韓国における政党は、大統領選挙戦を前にすると、次の政権の座をめぐる離合集散を繰り返す。こうした離合集散は政策面での価値観ではなく、カリスマ的リーダーの選択と地域主義の力学から生じる場合が多い。理念や政策によって結びついた集団というよりは、大統領あるいは大統領の座を狙う政治家が自らの政治的地位を確立するための手段に過ぎないという点で、韓国の政党は「政策政党」ではなく、「地域政党」あるいは「ボス政党」であるという批判的な見方さえある²⁶。

このように、韓国では政党制の脆弱さにより与野党間の議席配分が常に不安定となっている。中間選挙を経て野党が国会第一党となる可能性もある。政治家の多くが、次の大統領選を視野に入れつつ、政党間での議員の「引きぬき」や離合集散を始めるからである。このため、大統領は任期の前半においては積極的に公約事項を実行していくが、後半になるとそれが難しくなるという傾向が生じるのである²⁷。

第3次医療保険統合論争においても、97年の大統領選を控えた李会昌が結成したハンナラ党は、最終的には農村の票を得るために統合賛成側に転換し、医療保険統合に至った。しかし、統合後の健康保険財政危機を受けて、統合支持を撤回した。このような政策転換も、「政策政党」ではないといわれる韓国の政党の特徴である。

²³ Shugart, Matthew Soberg, and Stephan Haggard. 2001. "Institutions and Public Policy in Presidential Systems." in Stephan Haggard and Matthew D. McCubbins. eds. *Presidents, Parliaments, and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press. 64-102.

²⁴ 恒川恵市『企業と国家』東京大学出版会、1996年

²⁵ Huang, Teh-fu. 1997. "Party Systems in Taiwan and South Korea." in Larry Diamond, Marc F. Plattner, Yun-han Chu, and Hung-mao Tien. eds. *Consolidating the Third Wave Democracies: Themes and Perspectives*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 135-59.

²⁶ 金榮鎬『現代韓国の社会運動』社会評論社、2001年

²⁷ Nemoto, Kuniaki. 2003. "Gridlock or What?" mimeo

第2章 金大中政権下における医療保険改革

金大中政権下の医療保険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」を意味しており、実際にこのような改革を進めていった。

1. 唯一の保険者、国民健康保険公団の設立

(1) 医療保険統合と国民健康保険公団の設立

1997年12月に制定・公布された「国民医療保険法」によって、98年10月の地域医療保険と公・教医療保険の統合（第1次統合）が決定した。このときに統合した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。

更なる統合の推進、すなわち完全統合を目指して、金大中大統領は当選後初の「大統領職引継委員会」において、医療保険の完全統合を新政府の100大改革課題に選定した。また、98年2月に、IMF経済危機を乗り越えるために設立された「労・使・政委員会」においても、医療保険統合が合意された。

こうして、99年2月には「国民健康保険法」²⁸が制定・公布された。この法律によって、職場組合を含めた保険運営組織の統合が実現し、2000年7月1日に「国民健康保険公団（NHIC：National Health Insurance Corporation）」が設立された²⁹（以下、「公団」とする）。本来、2000年1月の開始を予定していたが、地域加入者に対する保険料賦課体系の開発の難しさ、電算開発期間の不足等により、半年間延期された上でのスタートであった。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」が設立され、診療費の審査機能は保険者から分離された。

保険運営組織は統合されたが、職場医療保険と地域医療保険の業務および財政は、このときは統合されなかった。公団の保険業務については03年5月に至って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。しかし、職員は統合反対派の旧職場保険組合の労働組合と統合を推し進めた旧地域保険組合の労働組合に二分されている。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（2000年7月→02年1月、02年1月→03年7月）されている。財政統合が延期されている理由として、自営業者の所得捕捉率が低いため、共通の保険料賦課体系が開発できていないことがある。99年4月には、自営業者に対する年金の保険料率を決定するにあたり、自営業者が所得を実際より低めに申告する事態が起り、所得捕捉が難しいということが改めて問題となった。

²⁸ 法律の名称について、国民「医療」保険法から予防活動も含む国民「健康」保険法に変更された。

²⁹ ただし、医療給付対象者（生活困窮者に対する医療扶助制度対象者）を除く。このため、健康保険加入者は全国民の約97%となる。

図表 2 - 1 統合一元化への移行過程

時期	管理運営	関連法	組織	財政
1977. 7. 1 ～ 98. 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 ↓ 01 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 U F J 総合研究所にて一部改編

国民健康保険制度の施行に伴い、それまで実施されていた「財政共同負担事業」は廃止された。これは組合方式を維持しながら組合間の財政格差を緩和するために国庫補助とは別に実施されていたものであり、保険者間でリスクを分散し、保険者の構造的な財政力格差を緩和させて保険者間の財政的公平性の確保と医療保険制度の安定化を図ることを目的とした制度であった。

91 年、高額診療費共同負担事業開始

⇒1 件当たり 100 万ウォンを超える診療費を共同負担

疾病の慢性化、医療技術の発達などによって診療費の高額化が保険財政に大きな影響を及ぼし始めたため、高額保険給付費について共同負担事業を実施

95 年、老人医療費共同負担事業開始

⇒60 歳以上の老人入院費（外来を除く）をすべての組合で共同負担

農漁村の高齢化による老人医療費負担が農漁村組合の財政圧迫要因になっていたため、すべての保険者が共同で負担するようにしてリスクを再分散させることで農漁村住民の財政負担の軽減を図り、老人医療費共同負担事業を実施

(97 年時点での 60 歳以上人口比率は農漁村地域組合 15.3%、都市地域組合 7.2%、職場組合 9.8%)

2000 年 7 月 1 日、医療保険統合とともに廃止

図表 2-2 財政共同負担事業の負担方法と財政移転の推移

○負担方法

95 年まで：前年度保険料収入（地域組合の国庫補助額は除く）の一定率

95 年以降：保険者種別、地域別負担能力に応じて拠出額を割り当て

97 年の場合、職場組合と公・教公団の保険料収入のうち、それぞれ 11.4%、4.9% が地域組合財政に移転された。

○財政移転の推移

図表 財政共同負担事業による財政移転の推移

(単位：百万ウォン)

区分	1991	1993	1995	1997	1999	2000
計	△11	△858	2,418	△15,393	5,331	383
職場	△14,733	△28,151	△95,392	△238,356	△165,432	△62,661
公・教	△4,012	△5,138	△16,036	△25,253	△19,071	△45,937
地域	18,733	32,431	113,846	248,216	189,834	108,981

△は拠出を示す。

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

(2) 組織・運営

公団は、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、国民健康保険法の第 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。

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 16 人および監事 2 人を置く」ことになっている（同法第 19 条第 1 項）。理事長、理事の中で 3 人、また監事 2 人のうち 1 人は常任とすることが必要であり（同法第 19 条第 6 項）、役員の任期は 3 年となっている（第 19 条第 7 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。理事 16 人のうち、8 人は労働組合・使用者団体・農漁業団体・消費者団体がそれぞれ 2 人ずつ推薦した者を、4 人は公団の理事長が推薦した者を、4 人は大統領令で決める関係公務員を保健福祉部長官が任命する。監事は保健福祉部長官が任命する。

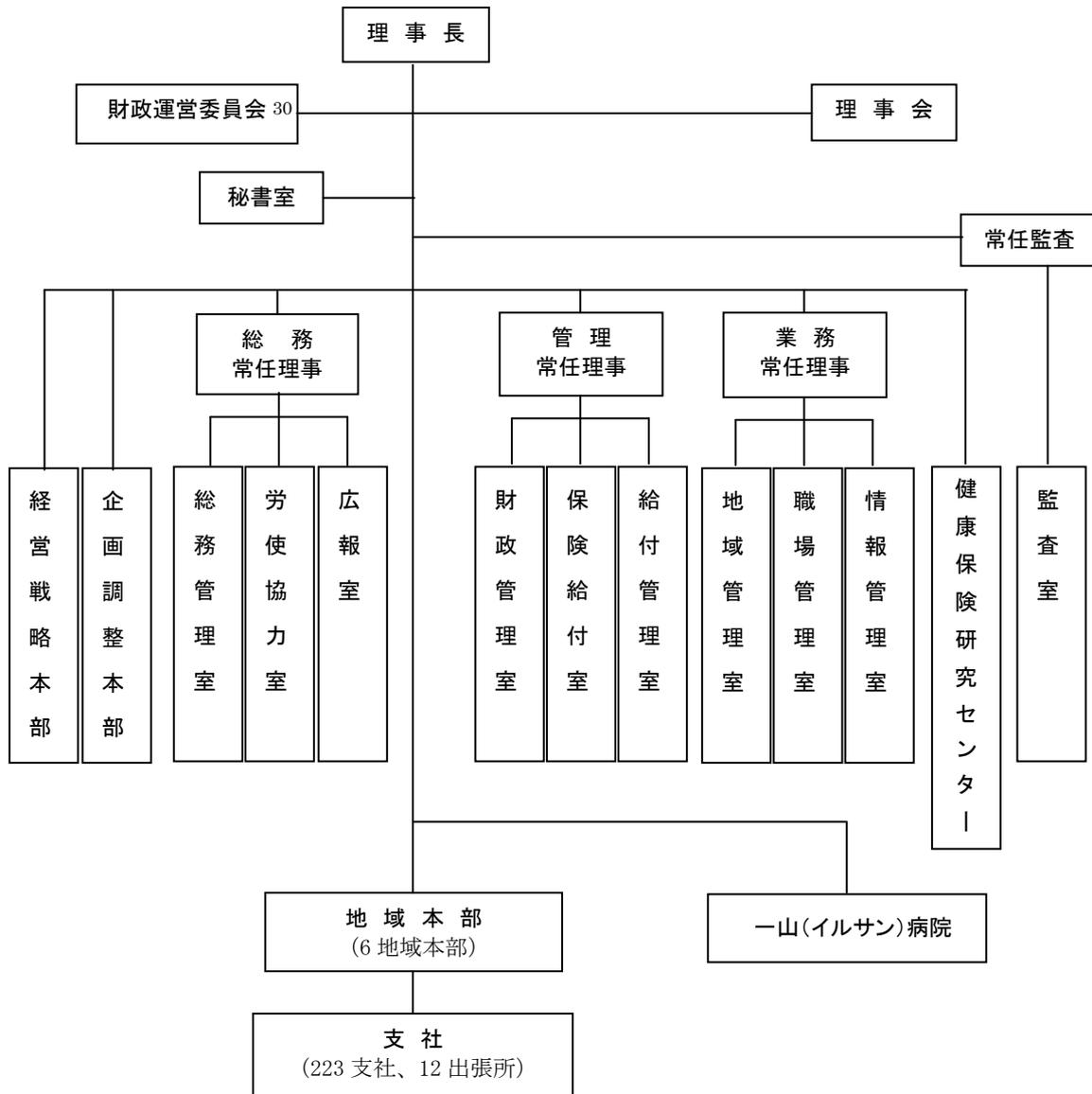
図表 2-3 国民健康保険公団の役員

	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	16人	以下により推薦された者を保健福祉部長官が任命。 <ul style="list-style-type: none"> ・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 4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	2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：UFJ総合研究所作成

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。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。保険料の調整などの財政運営については、国民健康保険法の第31条第1項により、公団に設置された「財政運営委員会」で審議・議決されていたが、「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」)」の制定により、保健福祉部長官直属の「健康保険政策審議委員会」で審議・議決されることとなった(特別法 第3条)。

図表 2-4 国民健康保険公団の組織体系

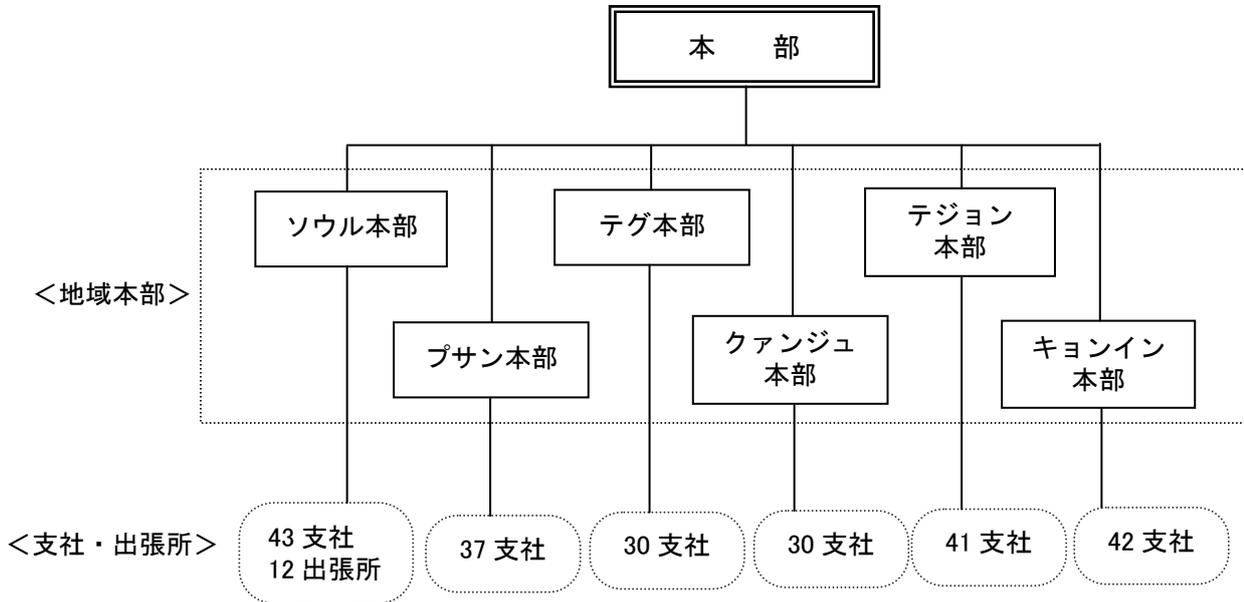


資料：国民健康保険公団資料

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、キョンイン）、223支社および12出張所で構成されている。支社および出張所は6地域本部のいずれか1地域本部に属する。

³⁰財政運営委員会に置かれていた保険料決定等の機能は02年1月に施行された国民健康保険財政健全化特別法により保健福祉部に設置された健康保険政策審議委員会に引き継がれている（06年末まで）。

図表 2-5 3階層の管理体系



資料：国民健康保険公団資料をもとにU F J 総合研究所作成。

公団の職員数は全体で1万454人であるが、その内訳は、本部が550人、地域本部が546人、支社・出張所が9358人である。

図表 2-6 国民健康保険公団の構成と職員数

区分	構成	職員数	備考
本部	—2本部、1センター、10室 47部署	550人	—ソウル
地域本部	—36部、120チーム	546人	—ソウル、プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、キョンイン
支社	—出張所 (12) —地域業務専担 (154) —地域・職場 (69)	9,358人	—ソウル本部 (43箇所、12出張所) —プサン本部 (37箇所)、テグ本部 (30箇所)、クァンジュ本部 (30箇所)、テジョン本部 (41箇所)、キョンイン本部 (42箇所)

資料：国民健康保険公団資料をもとにU F J 総合研究所にて一部改編

「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・出張所」の管理を行う。保険料徴収等の具体的な業務はこの「支社・出張所」で行われる。ただし、電算サーバは地域本部のセンターにあるため、電算処理できる保険料通知書や督促状の発送等は地域本部で一括して処理する仕組みとなっている。

統合後も、加入者³¹は、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。公団の支社・出張所では、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。支社の内訳は、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 支社であった（03 年 1 月現在）。公団の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このように統合されていなかった。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³²。これにより、職場と地域の業務が一緒にできるようになった。しかし、職員は統合反対派の旧職場組合の労働組合（韓国労総の傘下）と統合を押し進めた旧地域組合の労働組合（民主労総の傘下）に二分されている。

（3）公団の業務

公団の業務は、国民健康保険法の第 13 条に規定されている。これによると、公団の主要な業務としては、加入者の資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付費用の支給等があげられるが、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。このうち、健康維持および増進事業については研究段階であり、具体的な取組みは今後の課題となっている。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、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」という別機関が行っている（後述）。

³¹ 国民医療保険法から国民健康保険法に移行した際に、「被保険者」は「加入者」という名称に変更している。

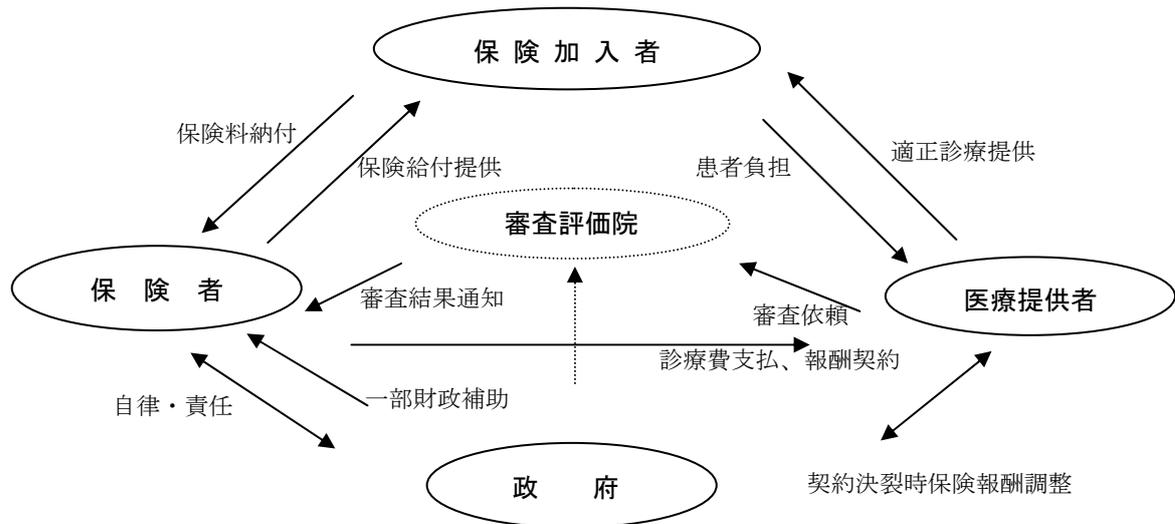
³² 国民健康保険公団へのインタビュー調査（03 年 4 月 15 日）では予定を聞いたが、その後の状況を別途資料で確認した。

図表 2-7 公団業務の性格と内容

機能および性格		業務内容	関連機関
保険者機能	加入者管理	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 保険給付の管理 保険給付費用の支給 	医療機関
	自体業務	<ul style="list-style-type: none"> 資産の管理運営および増殖 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		<ul style="list-style-type: none"> 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		<ul style="list-style-type: none"> 一山（イルサン）病院直営 	—

資料：国民健康保険公団資料

図表 2-8 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. この法または他の法令によって委託を受けた業務
11. その他健康保険に関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決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って健康保険に関して保有・管理している情報を公開する。

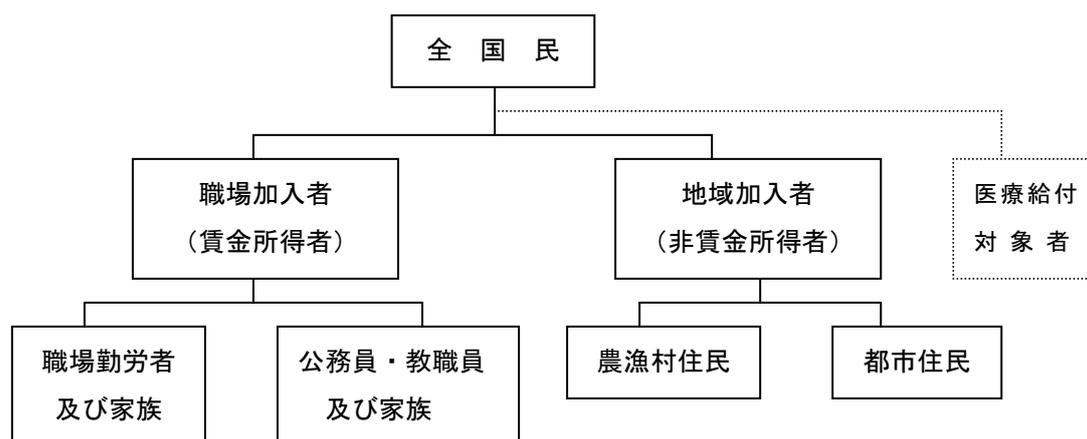
①加入者の資格管理

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者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、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。農漁業関係者や自営業者、およびその家族がこれに該当する。

図表 2 - 9 加入者の資格区分



注：「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給付費用の支払を行っている。人口の約3%。

資料：国民健康保険公団資料

図表 2 - 10 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	<ul style="list-style-type: none"> 配偶者の直系卑属含む 3親等以内（伯父、叔父、伯母、叔母、母の兄弟、甥・姪）の血族除外 	<ul style="list-style-type: none"> 配偶者の直系卑属含まない 3親等以内の血族 	
所得要件	<ul style="list-style-type: none"> 事業者登録がある場合は除外 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 長・次男および男・女差別廃止

資料：国民健康保険公団資料

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入手し、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³³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手続が必要となる。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、保健福祉部長官下にある「健康保険政策審議会」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。職場と地域では、保険料賦課体系は異なる。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いる（賦課体系については、後述する）。そのため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。国税庁データ（所得に関するデータ）、国民年金・公務員年金等の年金所得資料、行政自治部による財産（建物）に関する課税資料、地方自治体（市・郡・区）による自動車税賦課資料、家賃収入に関する資料³⁴等がその対象である。また、必要なデータがない場合は、公団が別途調査を行

³³ 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。

³⁴ 家賃収入は本人の申告による。本人からの申告がない場合は、公団が職権により不動産価格を基準に、家賃収入をみなし、保険料を賦課する。

い、データを確保することもできる。

公団では、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つてはいるものの、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。

公団では、プライバシーにかか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いつ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。

③保険料徴収

職場の場合、毎月、公団が告知書を送付し、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、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。

公団では昨年の保険料徴収率を 99.7%と発表している³⁵。このように保険料徴収率が高いのは、納付期限後に徴収できたものについても徴収成果とみなしている（「累積徴収率」）結果である。正確な期日内保険料徴収率の数値を把握することは非常に難しいが、直近では地域組合が約 73%、職場組合が 96%といわれている。

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。そこでは、23 の銀行の資料を集めて、毎日、公団にその電算資料を送付してくる。電算処理で照会処理をすることによって誰が支払って、誰が支払っていないか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

³⁵ 国民健康保険公団インタビュー調査より

料について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。地域加入者については累積で約 3 兆 7000 億ウォンの保険料が滞納になっている（単年度の滞納保険料は 1 兆 2000 億ウォン）。

図表 2 - 11 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)	

このほか、地域加入者の場合、保険料を 3 か月以上滞納した場合には給付を制限している。国民健康保険法では、保険料を 3 回以上滞納した場合、滞納保険料を完納するまで保険給付を受けることができないと規定されている。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し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で一括して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。財産などもなく納付能力がないと判断されるものについては、公団で欠損処分を行う。この決定は、100 万ウォン以下は理事長、それ以上の場合は財政運営委員会での決裁事項となっている。

④保険給付

医療機関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。医療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、強制指定制は医療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。

医療機関は、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、医療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・医療従事者人口などの資料を健康保険審査評価院（以下、「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、医療機関は審査評価院に迅速に届け出を行う必要がある。

医療機関は診療費の支払を受けるために、レセプトを審査評価院に提出する。請求方法にしたがって請求周期が分かれている。請求方法としては書面・FDによる方式とEDI（Electronic Data Interchange：電子データ交換）方式の二通りがある。書面・FDによる全レセプトおよびEDIによる外来レセプトについては、翌月1日に月単位の請求がなされる。一方、EDIによる入院レセプトは、週単位で次週の月曜日に請求される。「国民健康保険法」により、医療機関が審査評価院に請求行為を行うと、法的に公団に費用を請求したとみなすことになっている。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、審査評価院からの審査結果の通知を受けて、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、医療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、この点検に必要な医療機関情報は、審査評価院から毎日入手している。

⑤その他の業務

公団では、審査評価院から審査済みのレセプトデータを入手し、個人別にデータを管理している。これをもとに、頻回受診や長期入院の患者に対する加入者指導を02年から実施している。

また、公団では「領収書保管運動」を実施している。韓国では、領収書の発行が義務付けられていないため、医療機関においても領収書の発行は一般化されていない。そこで、公団では、患者が医療機関に領収書を要求するようキャンペーン活動を実施している。さらに、患者に対してこの領収書を保管し、公団からの医療費通知内容と

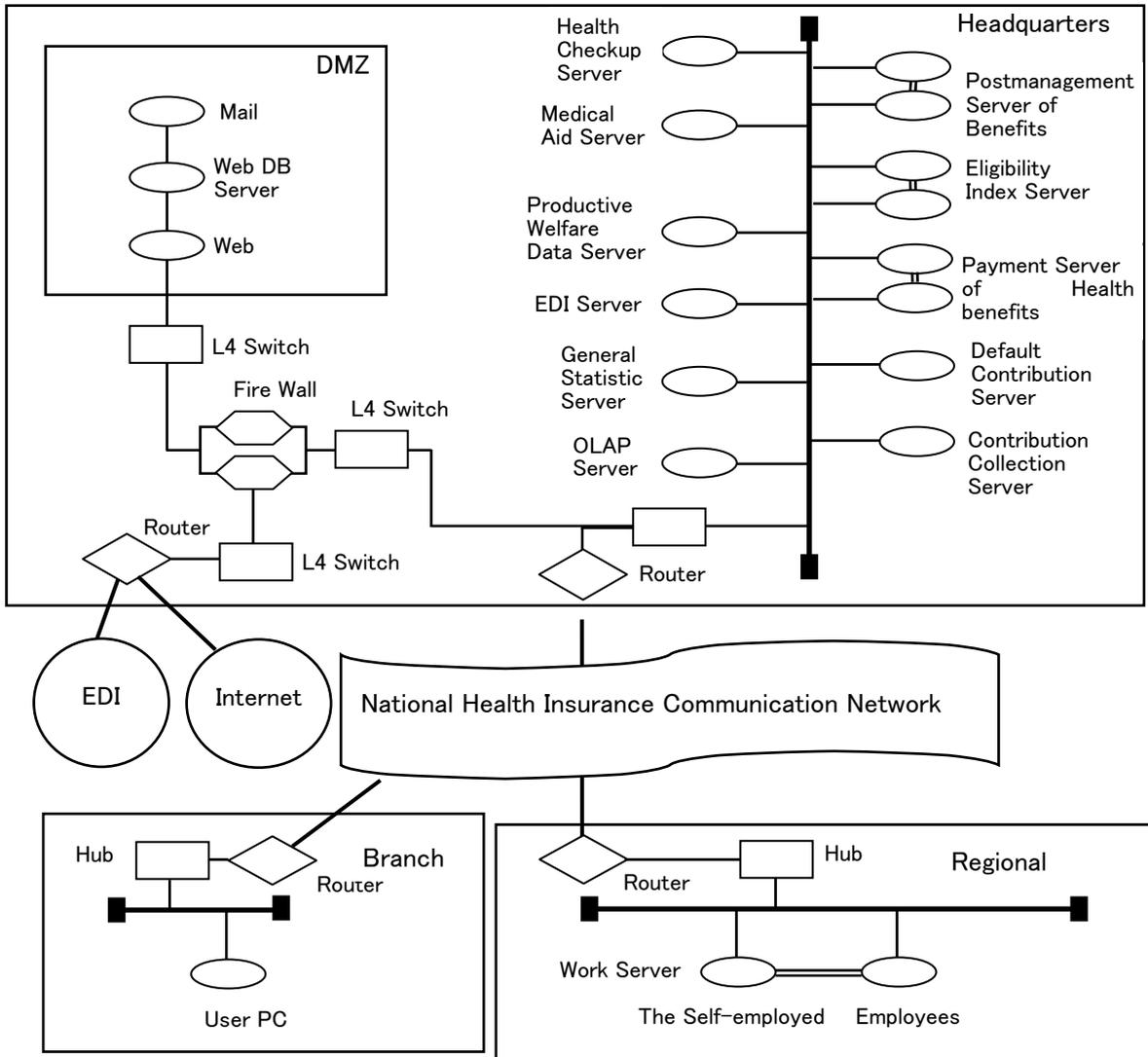
照合するよう呼びかけている。患者が領収書を保管し、公団が患者に医療費を通知することで不当な請求がわかるといった直接的な効果があると同時に、医療機関に対して心理的圧迫を与えることにより不正請求防止効果もあると公団では考えている。公団が確認作業を行い不当だと判断した診療費については、不当利得として医療機関に返還させることになっている。また、ペナルティーとして診療行為停止や医師免許停止など行政処分がある。

医療機関への診療費の支払いは、公団本部から直接、医療機関が申告した銀行口座に振り込まれる。振込み手数料は、銀行との契約関係で免除されている。

(4) ネットワークシステム

公団の電算処理システム（EDPS : Electronic Data Processing System）は、超高速コミュニケーションネットワークによって本部と6か所の地域本部のセンターを結ぶ、ひとつのマネジメントシステムによって運営されている。このシステムにより、すべての国民のために全国どこでも保険サービスが提供できる。本社のメインホストには、診療費支払や資格連携データベース、給付事業データベースがあり、地域本部センターには、通知や保険料徴収管理、給付事後管理に関するデータベースがある。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・分類することによって、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。

図表 2 - 12 公団の電算システムの構造



資料：国民健康保険公団 “National Health Insurance In Korea 2003”

2. 審査機能の分離、健康保険審査評価院の設立

唯一の保険者として、国民健康保険公団が設立されたのと同時に、診療費審査および医療の適正性評価を行う専門機関として、「健康保険審査評価院」が設立された。これは、保険者から審査評価機能を分離した改革であった。

(1) 健康保険審査評価院の概要

健康保険審査評価院（HIRA：Health Insurance Review Agency、以下「審査評価院」）は、国民健康保険公団と同様、「国民健康保険法」により2000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、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考えから、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5章健康保険審査評価院

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だと認めた業務
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決める業務

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決める。

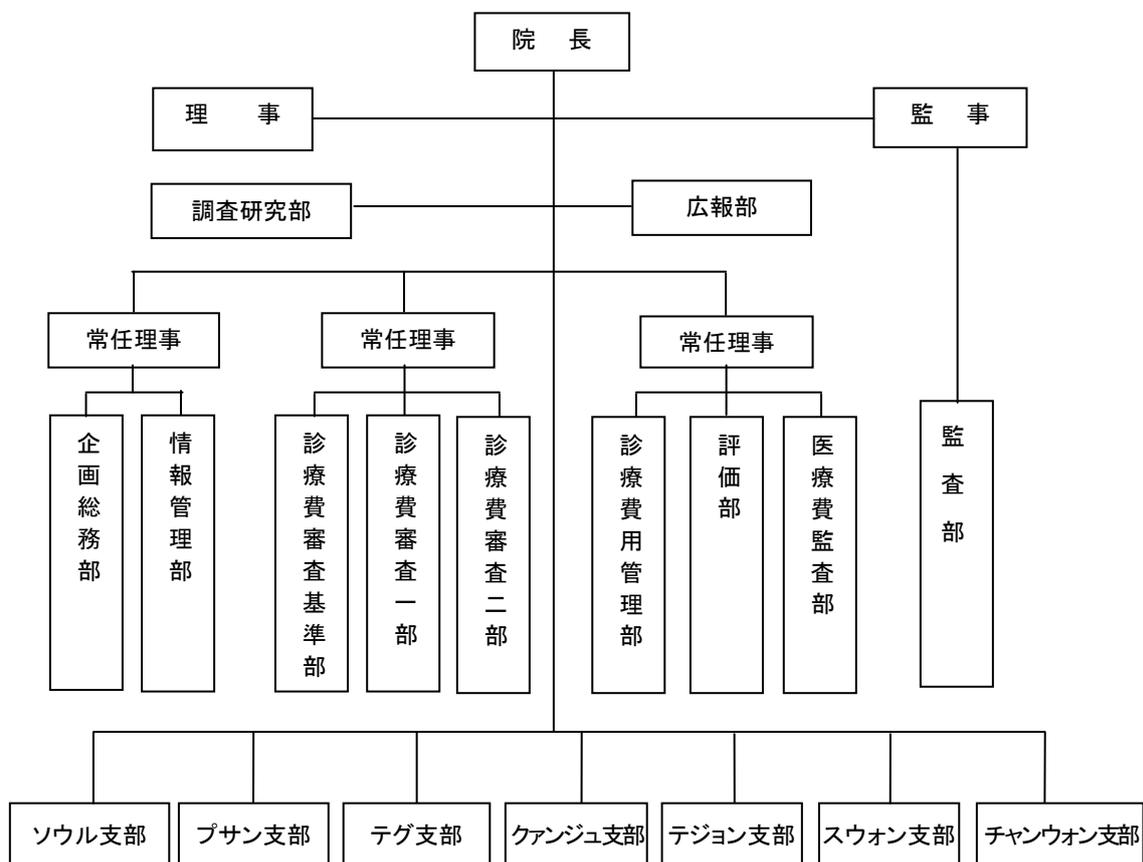
第57条（法人格など）

①審査評価院は法人とする。

②審査評価院は主になった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 2 - 13 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UFJ総合研究所作成

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、理事の中で 5 人は医薬関係団体が推薦した者、3 人は国民健康保険公団が推薦した者、3 人は審査評価院の院長が推薦した者、5 人は労働組合・使用者団体・農漁業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ことになっている。役員任期は 3 年であり、院長と理事の中で 3 人は常勤であり、監事は非常勤とすることが決められている。

審査評価院の常勤職員数は約 1500 人であり、このうち医師が 40 人、看護師が 1000 人である。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。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、国民健康保険公団と同じ建物内に所在する。このほか、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、韓方医³⁶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、診療所、歯科病院、歯科診療所、薬局、保健医療院の診療費審査、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・評価の仕組み

①診療費審査

国民健康保険法により、審査評価院では医療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、診療の必要性和傷病に対する治療内容については、患者の年齢、性別、職業や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、法律の規則や指針にもとづき、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、保健福祉部告

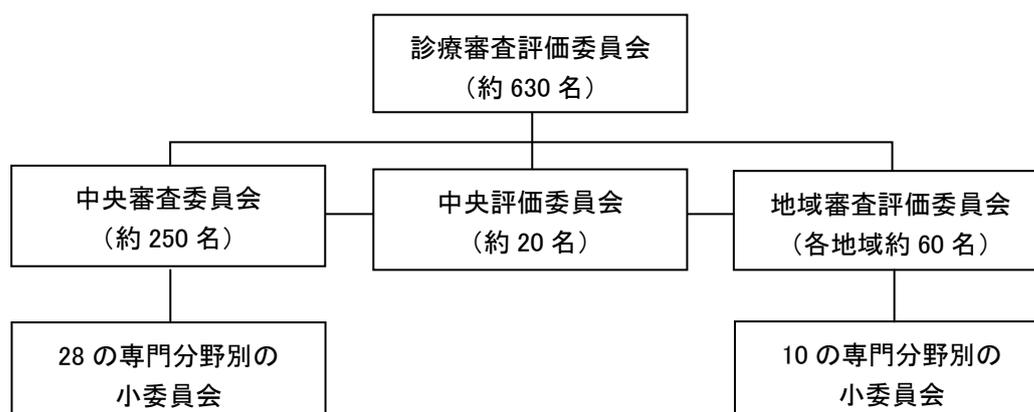
³⁶ 「韓方」は韓国で独自で研究継承されてきた東洋医学を指す。韓国では歴史的に独自の漢方を開発研究しており、東洋医学全般の意味で「韓方」と表記している。また、『保健福祉白書』でも「韓方」の表記をとっているため、本報告書では表記を「韓方」に統一する。

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。審査スタッフは医療機関から請求された請求書（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、診療報酬に合致しているかを判断する。

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28、地域審査評価委員会には10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 2 - 14 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 U F J 総合研究所作成

医療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、医療機関は、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。

医療機関は紙による請求、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請求は紙による請求に比べて、請求と審査の時間や労力、必要なコストを削減するため、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、医療材料

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E D IまたはF D請求の比率は現在約90%であり、E D I方式を採用する医療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診療所からの請求は、7つの支部で審査・評価を行っている。

図表 2 - 15 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）

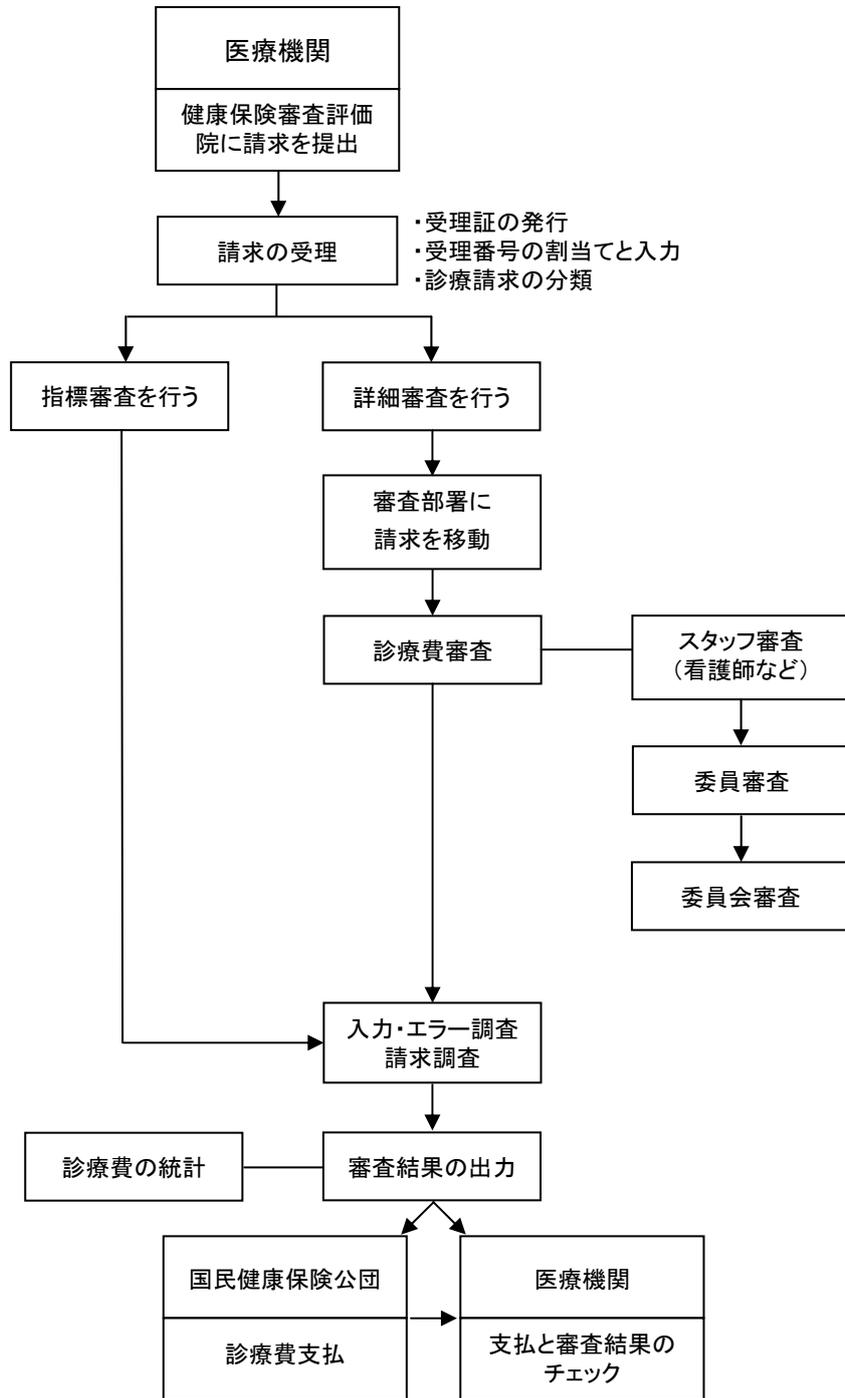
- ・ 7つの地域（ソウル、プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、スウォン、チャンウォン）にある病院、診療所、歯科病院、歯科診療所、韓方診療所、薬局、公的健康センターの診療費を審査する。
- ・ 診療給付の適正性評価を支援する。

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。

医療機関は人員、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、医療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している。

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医療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 2 - 16 診療費請求審査のステップ



資料：健康保険審査評価院資料よりUFJ総合研究所作成

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医療機関が患者に提供する医療サービスの質、有効性、効率性、経済性を高めることである。

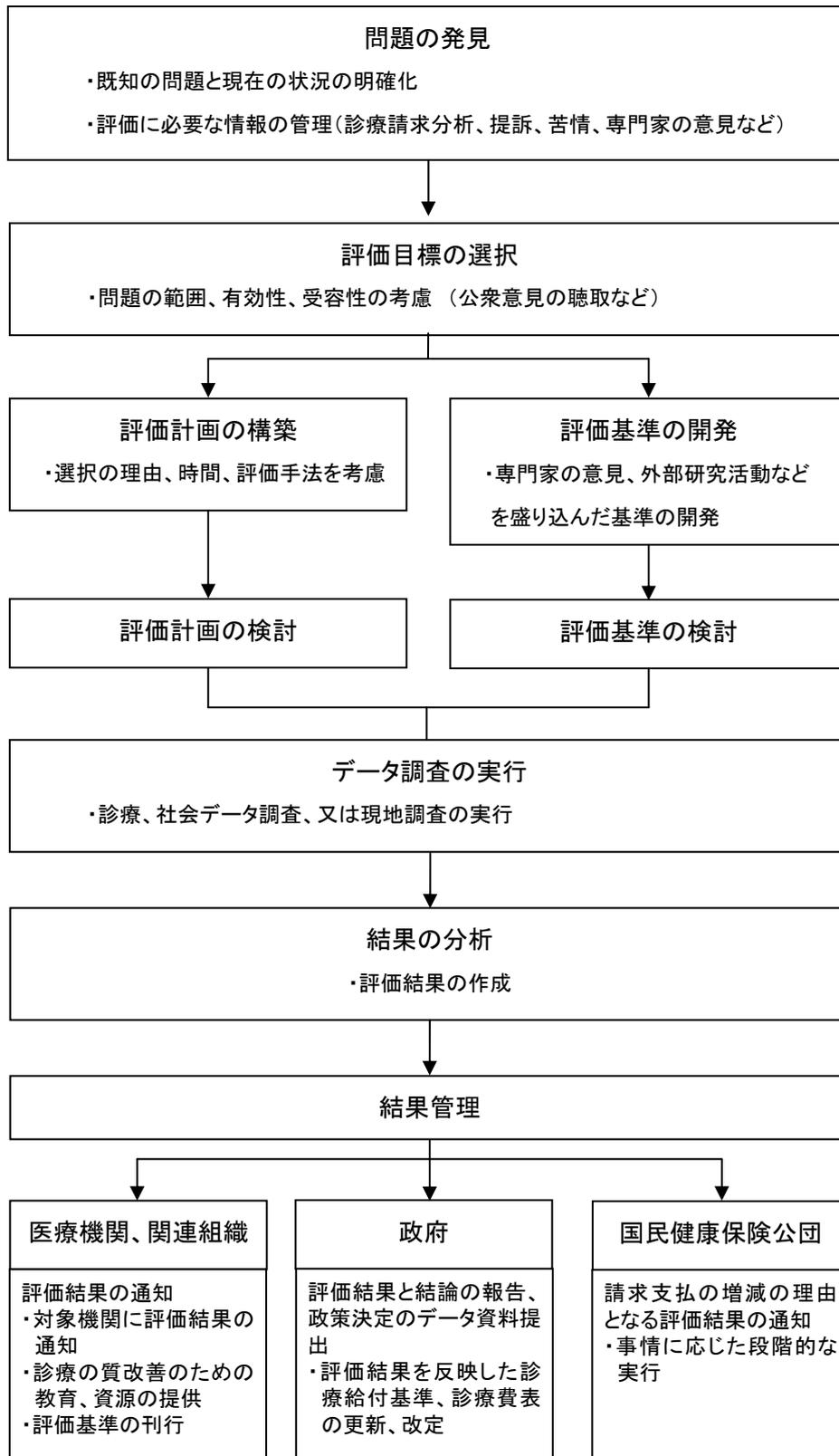
診療給付の適正性評価は、個々の臨床上のエラーに注目したり、標準以下の事例に注目するのではなく、医師、医療機関、他の関連する組織の協力を得ながら、診療給付全体の適正性を確保するように設計されている。審査評価院の評価プログラムは一般的に医療サービスの提供において、患者だけでなく医療機関にも大きな影響を与えることになる。評価委員会は評価対象と詳細な評価手順を決定する。次の内容は診療給付の適正性評価を行う基本指針である。

図表 2 - 17 医療適正性評価の基本指針

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 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、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医療機関に対して、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。統計的な評価指標コストインデックスを作り、その範囲外の医療機関に対しては集中的に精密審査している。

図表 2 - 18 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 U F J 総合研究所作成

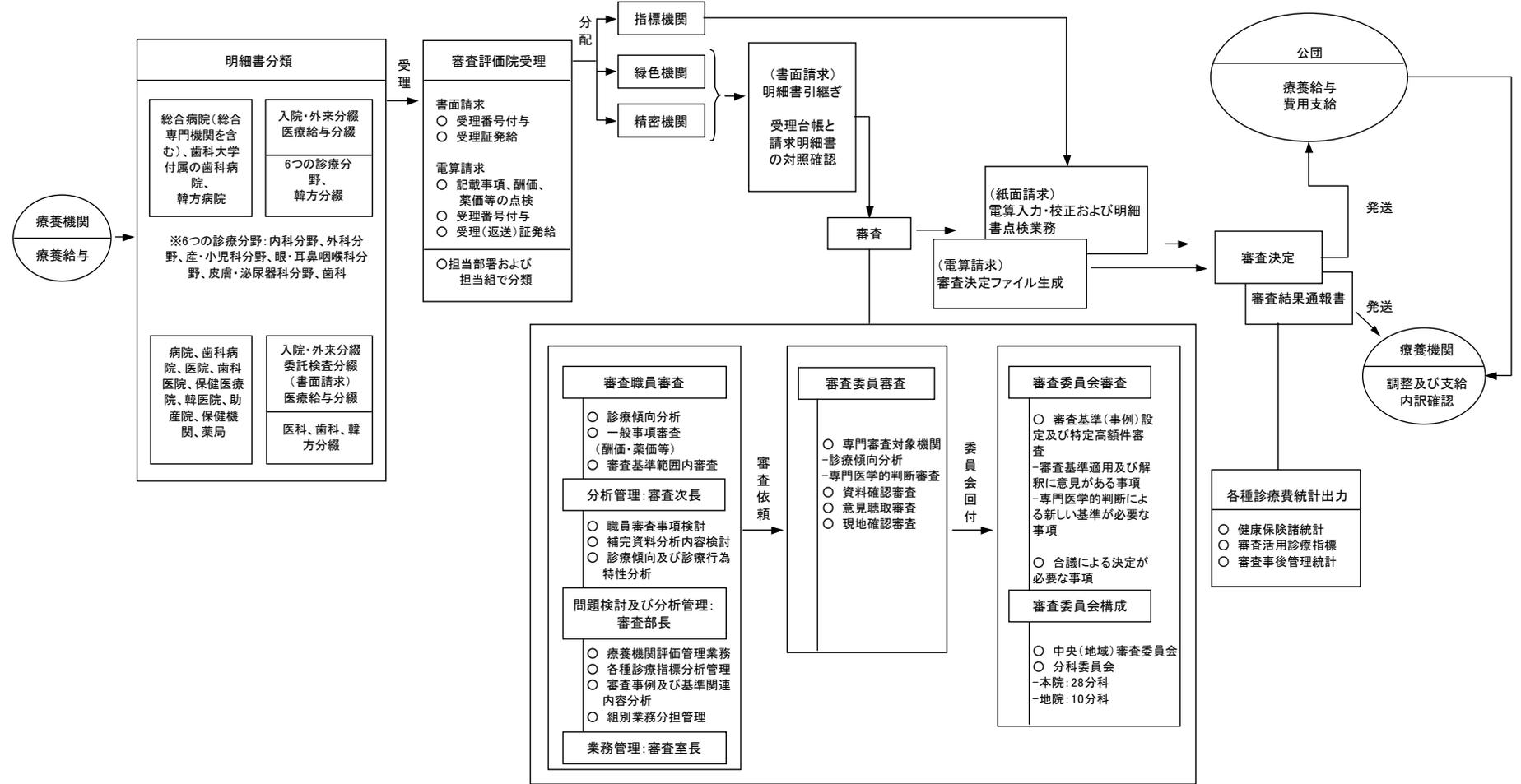
③医療提訴委員会

医療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は、医療機関などは保健福祉部の「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 2 - 19 審査と支払の流れ



資料：健康保険審査評価院資料よりUFJ総合研究所作成

④ E D I 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、E D I 方式による電子請求が普及している。

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 E D I 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 E D I 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 E D I 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 E D I 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。

2000 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（E D I）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。その結果 01 年 11 月末現在で、3 万 9830 の療養機関が E D I 方式を選択（63.6%）しており、薬局の場合には 88.3%が選択している。

図表 2 - 20 EDI方式を選択している療養機関の現況

(01年11月末現在)

区分	計	総合 専門 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	助産 院
療養機関 (母数)	62,638	43	235	696	69	137	7,559	21,205	10,790	18,423	3,390	91
EDI請求 認定	39,830	32	80	85	48	9	5,672	10,190	6,028	16,268	1,418	0
比率 (%)	63.6	74.4	34.0	12.2	69.6	6.6	75.0	48.1	55.9	88.3	41.8	0

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

3. 医薬分業の実施と薬価制度の変更

(1) 医薬分業

金大中政権では、医療制度改革における二大改革のひとつとして、医薬分業を実施した。ここでは医薬分業に踏み切った背景とその影響を整理した。

① 医薬分業の背景と経緯

日本と同様に韓国では、患者は医療機関で投薬を受けるのが一般的であった。また、韓国では、薬剤師の判断による代替調剤や任意調剤、薬剤師による治療相談が容認されており、医・薬の職権分化が完全になされていないことに対する問題点を指摘する意見があげられていた。保健福祉部の推計によると、薬局での任意調剤は年間 1 億 7000 万件にのぼった³⁷。

金泳三政権時の 94 年に、医薬分業制度の導入を決めた「薬事法」が改正され、金大中政権において医薬分業が実施された。2000 年 8 月に医薬分業が本格的に施行されたが、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（一時期は医療機関の 9 割以上が参加）を決行した。医師団体側は医薬分業を廃止させることはできなかったが、診療報酬引上げを勝ち取った。

② 医薬分業の実施内容

韓国で実施された医薬分業は、すべての医療機関を対象に行われた「完全医薬分業」であった。主な内容は次のとおりである。

- 1) すべての医療機関の医師は外来患者に院外処方箋を発行しなければならない。
- 2) 医療機関での調剤業務に携わる薬剤師は院外処方箋が発行された患者には医薬品を調剤することができない。
- 3) 医療機関の施設内または敷地内での薬局開設を禁止する。
- 4) 薬剤師が処方を変更または修正して調剤する場合には、医師の事前同意を得なければならない。
- 5) 薬剤師は医師が処方箋に記載した医薬品と成分・含量および形状が同等の他の医薬品による代替調剤をする場合には、原則として医師の事前同意を得なければならない。

ただし、4) および 5) の規定については、いくつかの例外が設けられており、事実上、代替調剤を容認するものであるとして、医師団体側から異議が唱えられた。

³⁷ 保健福祉部『保健福祉白書 2001』

③医薬分業の影響

医薬分業の成果を処方薬の品目数という視点でみると、次の図表のような成果が得られている。医院での外来1件当たり処方薬品目数が2000年5月5.87品目から01年10月には5.42品目に7.7%減少した。医院での外来1件当たり抗生剤処方薬品目数は2000年5月の0.90品目から01年10月の0.69品目へと23.3%減少した。

図表2-21 診療1件当たりの処方品目数でみた医薬分業の成果

(単位：品目数、%)

	2000年5月	2001年10月	減少率
医院の外来1件当たり 処方薬品目数	5.87	5.42	△7.7
医院の外来1件当たり 抗生剤処方薬品目数	0.90	0.69	△23.3
医院の外来1件当たり 注射剤処方薬品目数	0.77	0.53	△31.5

資料：保健福祉部『保健福祉白書2001』

2000年、医薬分業施行に反発した医師のストライキは一時的に給付費を減少させたが、ストライキの成果として医師たちは診療報酬引上げを勝ち取り、同年11月から月平均給付費が60%以上急増した。診療報酬単価では99年度末と比較して、01年1月までに32%引き上げられている。01年に入り毎月1兆800億ウォン水準の給付費が支給されており、医薬分業施行前と比べ月平均4000億ウォン程度、急増したことになる。

薬局の場合、直接調剤給付費³⁸がほとんどなくなったが、処方・調剤給付費が2800億ウォン以上増加した。また、外来と入院給付費もそれぞれ月平均1100億ウォンと300億ウォンずつ増加した。

医薬分業施行以降、診療形態別給付費の占有率も大きく変化し、外来は58%から46%へ、そして入院は39%から27%へ減少した。これに比べ3%にも及ばなかった薬局給付費占有率は26%に大きく増えたが、これは医薬分業の施行による処方・調剤給付費が急増したからである。

³⁸医薬分業以前の薬局で医師の処方なしに調剤することをここでは「直接調剤」と呼ぶ。これも保険給付の対象となっていた。

図表 2 - 22 医薬分業施行前後の月平均給付費の変動

(単位：億ウォン、%)

	医薬分業施行前		医薬分業施行後	
	1999	2000	2000	2001
総計	6,377 (100.0%)	6,692 (100.0%)	10,484 (100.0%)	10,784 (100.0%)
指数	100.0	104.9	164.4	169.1
入院	2,549 (40.0%)	2,629 (39.3%)	2,575 (24.6%)	2,943 (27.3%)
指数	100.0	103.1	101.0	115.5
外来	3,661 (57.4%)	3,859 (57.7%)	4,689 (44.7%)	5,000 (46.4%)
指数	100.0	105.4	128.1	136.6
薬局	167 (2.6%)	204 (3.0%)	3,220 (30.7%)	2,841 (26.3%)
指数	100.0	122.2	1928.1	1701.2
処方小計	- (0.0%)	40 (0.6%)	3,182 (30.4%)	2,834 (26.3%)
直接小計	167 (2.6%)	164 (2.4%)	38 (0.3%)	7 (0.0%)

資料：キム・ビョンイク「健康保険財政の健全化」

『先進医療のための健康保険正常化に関する政策討論会』(02年9月6日)より

患者数の変動をみると、医薬分業の施行で外来患者延べ数と薬局利用患者延べ数が急激に増えたことがわかる。医薬分業施行直後には月平均 4800 万人水準にまで増加した外来患者延べ数は 01 年以降 4700 万人で、医薬分業施行前に薬局で直接調剤してもらっていた 4840 万人の 97%水準にとどまった。これは薬局で直接調剤してもらっていた患者の中で一部は医薬分業施行後、医療を受けなくなったことが考えられる。

また医薬分業施行直後に月平均 4100 万人以上であった薬局利用患者延べ数が 01 年以降 3300 万人水準に減少したが、その理由は外来患者の中で薬局において処方・調剤を受ける患者の割合が 82%から 70%水準に落ちたためである。一方、薬局での外来処方・調剤率が 99%に急増し、医薬分業に応じず薬局で直接調剤してもらう患者の比率が医薬分業対象者の 18%から 1%未満に大きく減った。このような結果は、患者が外来診療を経由して薬局を利用するようになることを目的とした医薬分業の趣旨に合致するものであった。

図表 2 - 23 医薬分業施行前後の月平均来院患者延べ数の変動

(単位:千人、%)

	医薬分業施行前		医薬分業施行後	
	1999	2000	2000	2001
入院	3,278	3,322	3,506	3,587
指数	100.0	101.3	107.0	109.4
分業対象	48,397 (100.0%)	48,405 (100.0%)	49,875 (100.0%)	47,333 (100.0%)
指数	100.0	100.0	103.1	97.8
外来(A)	39,818 (82.3%)	39,826 (82.3%)	47,930 (96.1%)	46,974 (99.2%)
指数	100.0	100.0	120.4	118.0
薬局直接小計	8,579 (17.7%)	8,579 (17.7%)	1,945 (3.9%)	359 (0.8%)
薬局	8,582 (100.0%)	9,024 (100.0%)	41,324 (100.0%)	33,160 (100.0%)
指数	100.0	105.2	481.5	386.4
処方小計(B)	3 (0.0%)	445 (4.9%)	39,379 (95.3%)	32,801 (98.9%)
直接小計	8,579 (100.0%)	8,579 (95.1%)	1,945 (4.7%)	359 (1.1%)
薬局経由率 B/A(%)	0.0%	1.1%	82.2%	69.8%

資料：キム・ビョンイク「健康保険財政の健全化」

『先進医療のための健康保険正常化に関する政策討論会』（02年9月6日）より

大韓医師協会の試算によれば、01年の給付総額約18兆ウォンのうち、4兆ウォン程度が医薬分業により増加したと分析している。医薬分業の医療費増加への寄与度については、現在各方面で研究が進められている。

(2) 薬価制度の変更

99年11月15日、保険医薬品の償還価格制度は告示価格償還から実取引価格償還へと切り替えられた。これは薬価差益が医療保険財政に還元されず、国民が低価格取引による恩恵を得ることができていない状況を是正し、国民医療費節減と過剰投薬防止を目的にしたものである。さらに実取引価格償還制度の導入によって、医薬品価格の高騰が予想されたため、薬剤費償還価格の上限を設定し事後管理を強化した。事後管理の一環として、政府は医療機関別実取引価格を分析し、必要に応じて医療機関、製薬業者、卸売業者などから取引関連資料を提出させ、請求価格適正可否を調査することができる。実取引価格より高い価格で不当に償還を受けた医療機関に対してはその差額を徴収し、関係規定によって行政措置を行うことができる。

しかし、大韓病院協会の見解によれば、実取引価格償還制度の導入により、医療機関は低価格購買へのインセンティブと医薬品使用の節減へのインセンティブを失い、むしろ薬剤費増加をもたらしたとしている。

また政府では薬剤費節減のため、ジェネリック医薬品価格の算定基準を現行のオリ

ジナル医薬品の最高 90%水準から 75%水準に引下げた。

さらに医薬品群別の平均価格の 2 倍以上になる高価薬剤に対する保険者負担上限制(参照価格制)の実施を検討している。参照価格制については一部患者の負担増加、特許医薬品の包含可否などについて慎重な議論が必要であると認識されている。

第3章 韓国の医療保険制度の概要

本章では、医療保険改革後における韓国の医療保険制度の現状を整理した。

1. 医療費の推移

韓国保健社会研究院によって算出された国民医療費の推移は図表3-1のようになり、2000年では30兆6799億ウォン（約3兆70億円³⁹）となる。日本の国民医療費を約30兆円とすると、韓国の医療費はその約10分の1の水準となる。人口は約4700万人で日本の約4割であるので、1人当たりの国民医療費は日本の4分の1の水準である。

図表3-1 国民医療費財源別支出現況(1985-2000)

(単位:10億ウォン)

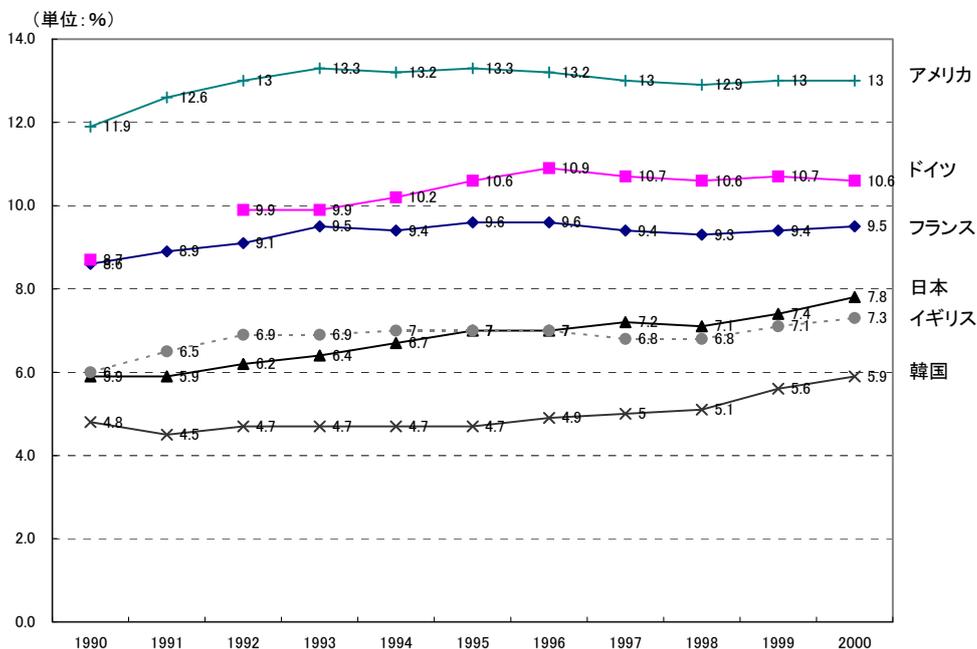
年度	国民医療費	対前年増加率(%)	対GDP比	公的財源			民間財源				
				中央政府	地方政府	社会保障	民間社会保険	民間保険会社	家計	民間非営利団体	企業
1985	3,465.5		4.3	156.0	44.2	772.8	170.5	2.0	2,075.6	21.8	272.6
86	3,873.2	11.8	4.1	180.6	82.5	727.4	193.7	3.6	2,395.1	23.1	267.3
87	4,455.2	15.0	4.0	191.1	82.6	868.0	225.7	6.1	2,731.1	25.5	325.2
88	5,508.9	23.7	4.2	305.1	122.3	1,212.1	282.4	11.7	3,187.7	29.6	358.1
89	7,073.6	28.4	4.8	476.8	136.2	1,650.9	356.7	23.9	4,055.1	34.7	339.3
90	8,541.0	20.7	4.8	679.2	166.4	2,281.4	383.2	29.0	4,525.8	40.5	435.5
91	9,707.7	13.7	4.5	586.7	214.4	2,432.4	479.2	34.6	5,479.0	52.3	429.0
92	11,637.7	19.9	4.7	1,000.0	237.8	2,668.6	538.9	56.8	6,459.3	57.4	619.0
93	13,160.2	13.1	4.7	1,048.7	255.6	3,092.6	677.6	93.4	7,219.4	64.6	711.3
94	15,117.7	14.9	4.7	1,114.9	408.2	3,537.8	737.7	154.1	7,974.0	74.3	1,167.3
95	17,619.1	16.6	4.7	1,225.0	730.6	4,472.4	795.0	229.6	8,998.3	87.9	1,080.4
96	20,712.4	17.6	5.0	1,503.7	830.3	5,710.1	939.1	350.8	10,176.1	96.8	1,105.5
97	22,747.7	9.8	5.0	1,718.6	907.1	6,705.4	1,003.0	511.7	10,488.7	110.1	1,303.2
98	22,855.2	0.5	5.1	1,804.6	890.0	7,871.0	926.3	664.1	9,506.7	109.4	1,083.2
99	26,824.9	17.4	5.5	2,004.2	866.2	8,702.0	1,099.2	972.5	11,540.4	119.8	1,520.5
2000	30,679.9	14.4	5.9	2,211.7	876.6	10,527.4	1,319.9	1,343.3	12,667.7	121.8	1,611.5

資料：韓国保健社会研究院『国民医療費算出体系開発と推定』2002年より

³⁹ 100ウォン=9.80円（03年5月1日現在）

韓国における総医療費の対GDP比は低い。

図表 3-2 総医療費 対 GDP 比の推移 OECD 諸国との比較



資料：OECD Health Data 2002

韓国における近年の医療保障（健康保険と医療扶助）の適用人口の推移は、以下のとおりである。

図表 3-3 医療保険適用人口推移

(単位：千人)

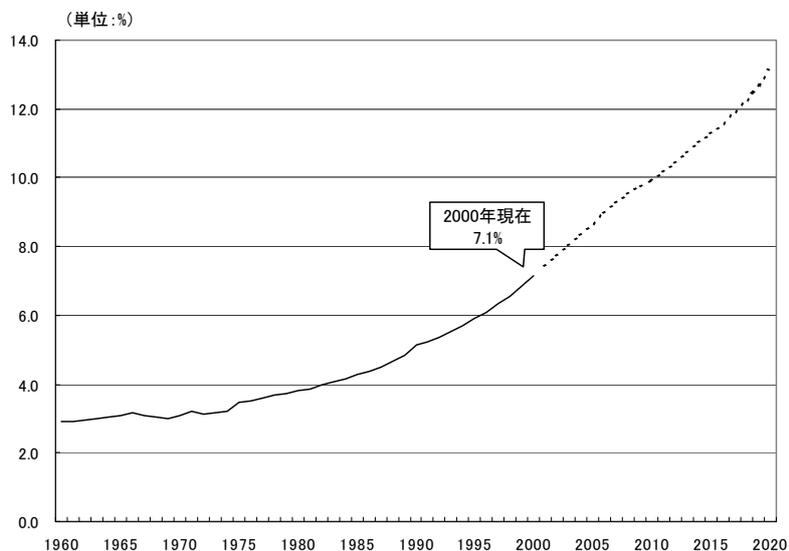
区分	年	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
総人口		38,124	40,806	42,869	45,093	45,524	45,954	46,287	46,617	47,008	47,343
医療保障		11,368	21,254	44,110	45,429	45,892	46,089	45,795	46,821	47,466	47,882
健康保険	計	9,226	17,995	40,180	44,016	44,603	44,925	44,472	45,184	45,896	46,379
	職場計	9,161	16,425	20,758	21,559	21,916	22,039	20,807	21,716	22,404	23,167
	職場	5,381	12,215	16,155	16,744	17,035	17,101	15,853	16,857	17,578	18,503
	公・教	3,780	4,210	4,603	4,815	4,881	4,938	4,954	4,859	4,826	4,664
	地域	-	375	19,421	22,457	22,688	22,885	23,665	23,467	23,492	23,212
	職種	-	954	-	-	-	-	-	-	-	-
	任意	65	241	-	-	-	-	-	-	-	-
医療扶助	計	2,142	3,259	3,930	1,413	1,288	1,164	1,323	1,637	1,570	1,503
											3.1%

注) 総人口と医療保障人口は差がありうる(たとえば、健康保険加入者の被扶養者が重複して医療扶助を受けている場合、医療保障人口に2人分が加わってしまう)

資料：国民健康保険公団 基本統計

次に韓国の高齢化の現状を下記に示す。80年代以降、高齢化のスピードが速く、2000年現在7.1%となっている。韓国の高齢化率を他の先進国と比較すると図表3-4のようになる。韓国の現在の高齢化率は日本でいえば70年頃の水準となっている。

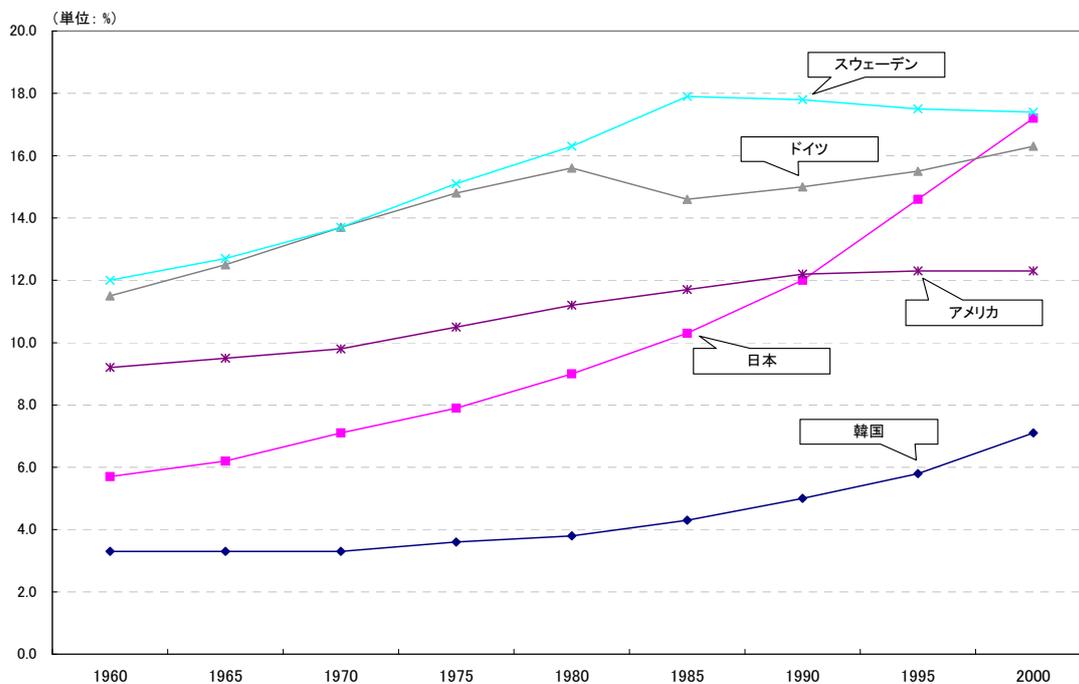
図表3-4 高齢化率(65歳以上人口)の推移



注：01年以降は推定値。

資料：韓国保健社会研究院 統計資料

図表3-5 高齢化率 諸外国との比較



資料：United Nations, World Population Prospects

2. 医療保険財政

韓国の公的医療保障は低所得者に対する医療扶助を除いて、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。

保険料賦課体系については、現在、二つの体系がある。ひとつは賃金所得者および公務員・教職員加入者からなる「職場加入者」の賦課体系であり、もうひとつは農漁民と都市自営業者からなる「地域加入者」の賦課体系である。

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。報酬総額（ボーナス等を含む）に対して一律 3.94%が保険料として賦課され、これを使用者と加入者が折半する（それぞれ 1.97%ずつ）。

一方、「地域加入者」の場合、所得の形態が多様で正確な所得把握が困難であるため、所得比例定率制のかわりに「等級別定額制」（所得、財産などによって 7～50 等級別に保険料を賦課）を実施している。また、地域加入者については、保険料収入に加え、地域加入者に対する保険給付費用と運営費の 40%にあたる財源が国庫補助によって賄われる。さらに、たばこ税収などからなる「国民健康増進基金」からの支援も追加される。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 10%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用いるというものである。これらの国庫補助の法的根拠は、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。これは国民健康保険の財政赤字を早期に解消して、財政健全化を果たすために保険料および診療報酬算定などに関して国民健康保険法の特例を規定し、06 年 12 月 31 日まで時限的に施行される。

職場医療保険と地域医療保険の財政統合は、当初は管理運営組織の統合と同時に行われる予定であったが、まず 02 年 1 月 1 日に延期され、さらに財政危機により、03 年 7 月に延期された。

なお、地域加入者の保険料、職場加入者の保険料率は国民健康保険財政健全化特別法で規定される「健康保険政策審議委員会」において決定される（後述）。

医療保険の財源

職場加入者	保険料（所得比例定率制）：報酬総額の 3.94%（03 年 1 月～）
地域加入者	保険料（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 40%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 10%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）

(1) 職場加入者の保険料賦課体系

職場加入者は事業所から受け取る年間の報酬総額（下記参照）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。勤労者の年間総報酬を勤務月数で割り、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等級が規定されており、この等級ごとに保険料率をかけて保険料を決定する。該当事業者の総保険料を事業主に賦課する。納付期限などは、地域保険と同じ仕組みである。

事業主は毎年2月末までに該当加入者の報酬総額を公団に申告する。これ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する。

03年1月以降、適用されている保険料率は3.94%であり、これを加入者と事業主で50%ずつ折半している。

職場加入者の算定根拠となる報酬総額

職場加入者保険料算定に含まれるもの

- ・ 勤労の提供によって受ける給与、報酬、賞与、手当、およびこれらと類似する金品
- ・ 職場加入者本人および被扶養者に支給される学資金（所得税法施行令第11条規定による学資金は除外）
- ・ 所得税法第12条第4号の規定による非課税項目のうち
 - － 外国政府または国際機関に勤める外国人が受け取る給与
 - － 作戦任務遂行のために外国に駐屯中の軍人、軍務員が受け取る給与
 - － 国外勤労所得のうち非課税所得
- ・ 職級補助費またはこれと類似の性質の金品

職場加入者保険料算定に含まれないもの

- ・ 退職金
- ・ 懸賞金、翻訳料および原稿料
- ・ 所得税法の規定による非課税勤労所得

(2) 地域加入者の保険料賦課体系

地域加入者の保険料賦課は所得だけでなく、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算定し、賦課要素別点数を合算した後、適用点数当たり金額（03年3月現在、115.8ウォン）をかけて保険料を賦課する。この背景には、地域加入者の課税所得が十分に把握されている世帯が30%なのに対し、把握されていない世帯が70%を占めるという背景がある⁴⁰。年間所得が500万ウォン以下か500万ウ

⁴⁰ 保健福祉部『保健福祉白書2001』より

オン超かによって、賦課方式は次のように異なる。だが実際には、年間所得 500 万ウォン以下の世帯は地域加入者の 89%を占め、所得基準を中心とする保険料賦課が困難になっているのが現状である。なお、徴収は世帯単位で行われる。

年間所得 500 万ウォン以下の世帯

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）

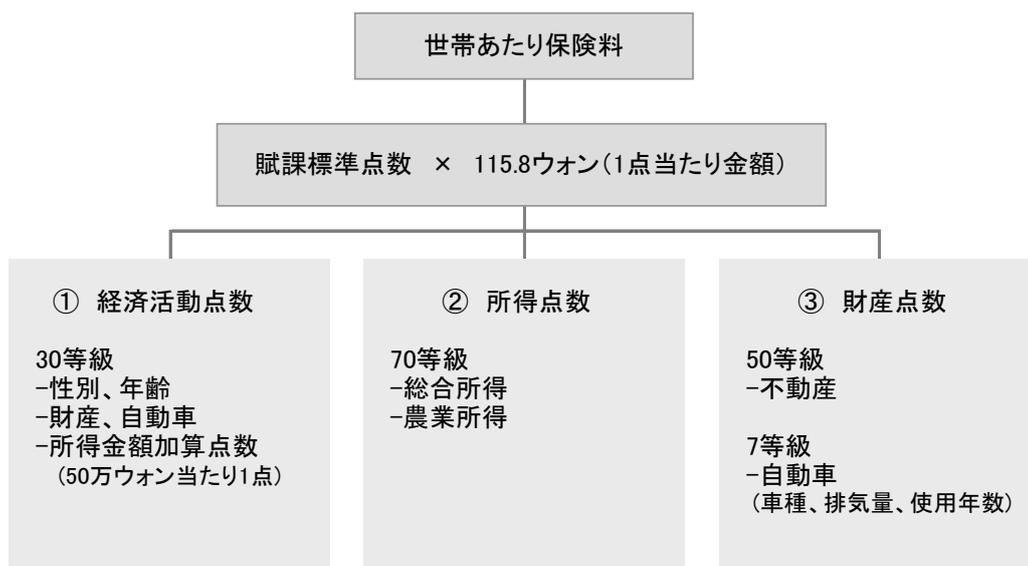
× 115.8 ウォン（1点当たり金額）

年間所得 500 万ウォン超過の世帯

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）

× 115.8 ウォン（1点当たり金額）

図表 3 - 6 地域加入者の保険料賦課体系



次に、地域加入者の月平均保険料の推移を職場加入者のそれと合わせて示す。

図表 3 - 7 月平均保険料の推移

(単位:ウオン)

区分	健康保険 適用人口 一人あたり 月平均	職場一人あたり月平均						地域一人あたり月平均	
		職場小計		勤労者		公務員・教職員		世帯あたり	適用人口 一人あたり
		加入者 一人あたり	適用人口 一人あたり	加入者 一人あたり	適用人口 一人あたり	加入者 一人あたり	適用人口 一人あたり		
1990	2,590	8,225	2,572	7,598	2,483	11,002	2,892	9,121	2,609
1991	3,265	9,417	2,985	8,790	2,902	12,125	3,279	12,144	3,559
1992	3,647	10,605	3,363	9,949	3,278	13,353	3,661	13,200	3,940
1993	3,908	11,169	3,585	10,884	3,626	12,328	3,447	13,861	4,227
1994	4,253	12,175	3,968	11,840	4,005	13,545	3,841	14,521	4,530
1995	4,695	13,394	4,434	13,165	4,527	14,339	4,115	15,508	4,946
1996	5,401	14,914	4,972	14,831	5,132	15,263	4,414	17,918	5,814
1997	6,413	16,243	5,393	16,253	5,591	16,205	4,706	22,449	7,401
1998	7,145	17,583	5,623	17,374	5,726	18,359	5,292	25,619	8,511
1999	8,410	22,496	7,038	19,893	6,392	32,307	9,198	28,624	9,642
2000	9,369	24,237	7,688	21,629	7,053	35,074	9,993	31,678	10,965
2001	11,274	28,830	9,542	26,631	9,097	38,673	11,237	36,253	12,982
2002	13,425	35,209	12,220	32,374	11,607	48,935	14,706	39,071	14,650

注 1) 保険料本人負担額基準 (事業者負担分や地域加入者への国庫補助相当分は含まない)

注 2) 02 年の数値は暫定金額 (03 年 3 月現在)

資料: 国民健康保険公団 基本統計より

3. 保険給付と診療報酬

(1) 給付と自己負担

①概要

医療保険給付は日本と同様、現物給付が中心だが、分娩費、葬祭費など一部については現金給付が実施されている。ただし給付総額で見ると、現物給付が 99%近くを占める。

国民健康保険法第 41 条により、診療を受けた際の費用の一部を本人が負担する。保険給付額は、医療機関が健康保険審査評価院に審査を請求することにより、国民健康保険公団に費用を請求したとみなされ、国民健康保険公団から医療機関に支払われる。

医療保険統合の根拠となる国民健康保険法は、保険給付の範囲を健康増進と疾病予防まで拡大するように明示した。これにより保険給付を拡大する基本枠は整えたものの、健康保険の財政悪化のため、実際の給付拡大はまだなされていない。保険給付率が 54%という低い水準であるにもかかわらず、健康保険財政悪化を解消するために専門医薬品の一般医薬品転換が拡大し、これにより患者本人負担が増加した。非給付対象となった医薬品は 01 年 10 月から 02 年 4 月までに 1423 品目にのぼる⁴¹。たとえば給付対象となっていた消化器官用医薬品 1490 個品目のうち、397 品目が段階的に非給付対象に切り替えられた⁴²。

また、入院・外来・投薬を受けた日数が年間 365 日を超えないように給付が制限され（「国民健康保険療養給付に基準に関する規則」第 8 条の 2「365 日上限制限」）、患者と医療機関の間の葛藤をもたらした。

また健康保険法施行当時は、02 年 1 月に健康保険のサービス改善のために MRI、超音波診断などの一部検査および処置手術についての保険給付を拡大することになっていたが、保険財政の悪化により 04 年 1 月まで延期されることとなった。

②自己負担

自己負担額は外来、入院、調剤によって異なる。

- ・ 外来 定額制または診療費総額の 30～50%
(ただし慢性腎不全など保健福祉部長官が定める一部の外来診療については診療費総額の 20%)
- ・ 入院 診療費総額の 20%
- ・ 調剤 定額制または総薬剤費の 30～40%

⁴¹ 大韓病院協会資料より

⁴² 「ホームケアセンター・ニューズレター」2002 年 6 月号より

○高額医療費制度について

現時点では「本人負担額補償金」の支給が定められている。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1か月当たり120万ウォンを超過した場合に、超過した金額の50%の補償金を支給するというものである。ただし、自己負担額の上限はない。盧武鉉新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る。

図表3-8 自己負担額の体系

入院			
		一律	診療費総額の20%
外来			
総合専門病院:		統合診察料全額+(残りの診療費×45%)	
総合病院:			
	都市部	診療費総額の50%	
	邑・面地域	15,000ウォン(17,000ウォン*)超	診療費総額の45%
		15,000ウォン(17,000ウォン*)以下	4,600ウォン
病院:			
	都市部	診療費総額の40%	
	邑・面地域	15,000ウォン(17,000ウォン*)超	診療費総額の35%
		15,000ウォン(17,000ウォン*)以下	4,100ウォン
医院、韓医院、保健医療院(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 3,000ウォン
			65歳以上 1,500ウォン
歯科医院、保健医療院(歯科)		15,000ウォン(17,000ウォン*)超	診療費総額の30%
		15,000ウォン(17,000ウォン*)以下	65歳未満 3,000ウォン
			65歳以上 1,500ウォン
薬局調剤料(医薬分業後)			
1.医師の処方せんに基づいて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 1,500ウォン
			65歳以上 1,200ウォン
2.医師の処方せん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

注) 17,000ウォン*は歯科において処方箋を発行しない場合に適用される。

「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 基本統計より

保健福祉部管轄の研究機関である韓国保健社会研究院は02年11月7日、「疾病リスク保障性強化と健康保険財政安定化のための本人負担構造調整方策」をテーマとする政策シンポジウムを開催し、自己負担額調整方策を発表した。これは風邪などの軽い疾患の本人負担率を高めて国民健康保険財政赤字を減らし、診療費が高い重度疾患

者の本人負担を減らして健康保険が本来のリスク分散機能を発揮するための方策である。保健福祉部は同シンポジウムでの見解をもとに、03 年内に健康保険法施行令を改定するとしている。

一方、下記の費用については全額本人負担とすることが定められている。

○療養給付費用の 100%本人負担項目

- (1) 次に該当する場合には必要となった費用の総額
 - ・「国民健康保険療養給付の基準に関する規則」の規定による療養給付の手続きを踏まなかった場合
 - ・下士官・幹部候補生で兵役中の加入者または被扶養者
 - ・刑務所その他これに類する施設に収容されている加入者または被扶養者
 - ・保険料滞納で給付制限を受けた期間に療養機関を利用した場合
 - ・国民健康保険療養給付の基準に関する規則第8条の2の規定による療養給付日数上限を超過した場合<新設 01. 12. 31.>
 - ・国民健康保険療養給付の基準に関する規則第8条の2第1項規定によって療養給付日数算定に含まない期間に療養機関を利用した場合<新設 02. 10. 24.>
- (2) 次に該当する場合には保健福祉部長官が告示する公団が負担する療養給付費用の上限金額を超過する費用を本人が負担する。
 - ・療養給付の必要性が医学的に認められる薬剤、治療材料の費用のうち、その薬剤、治療材料の上限金額が代替可能な薬剤、治療材料の上限金額の 2 倍以上である場合<改訂 01. 6. 30.>
 - ・薬剤、治療材料に対する療養給付費用が年間 200 億ウォン以上必要となって保険財政に相当な負担を与える憂慮がある薬剤、治療材料の場合
- (3) 臓器または造血幹細胞供与希望者に行った供与適合性確認診断に必要となった費用。ただし、供与適合性が確認されて臓器または造血母細胞を供与した者には確認診断に必要となった検査費用を償還金額に溯及精算する。
- (4) 小人病の原因鑑別のために実施した検査費用。ただし診断の結果、基質性原因と判断された場合、診断に必要となった検査費用は償還金額に溯及精算する。
- (5) 血液成分採集のための供血適合性可否検査で不向きに判定されて血液成分採集を実施しない場合に必要となった検査費用
- (6) 療養機関の過失がない状態で加入者または被扶養者の忌避によって用意した血液を廃棄した場合の血液費用と、予め採血した自分の血小板を輸血することができなかった場合に必要となった費用
- (7) 応急医療に関する法律の規定によって療養機関の救急車を利用して移送された場合の移送処置料および応急医療点数基準で償還応急医療管理料算定対象ではない患者の応急医療管理料
- (8) その他、保健福祉部長官が告示した項目
 - ・自己調節鎮痛法（PCA 療法）など保険財政に相当な負担をもたらす診療
 - ・人工尿道括約筋、血管内超音波映像法に使われた血管内造影用カテーテルなど代替可能で費用効果的側面で相対的高価の診療
 - ・プロスタグランディン F1 α （精密検査）、 $\alpha 2$ マイクログロブリンなど代替可能で普遍的でない検査・診療
- (9) 別表 2 第 2 号の規定によって保健福祉部長官が告示する疾病群に対する入院診療の一部費用 <改訂 01. 12. 31.>

資料：国民健康保険公団 基本統計より

③低給付構造の実態

図表 3 - 9 で示した本人負担率はあくまで「法定本人負担率」であるが、韓国では給付対象外の診療・検査が多いため、実際の本人負担率は高くなっている。「低給付・低負担」の問題は、医療保険統合後も解決されていない。

図表 3 - 9 本人負担率の推移

	区分	保険者負担率	本人負担率		
			計	法定負担	非給付
1983-88	入院	59.7	40.3	14.9	25.4
	外来	33.0	67.0	34.1	32.9
	計	59.5	40.5	15.1	25.5
1993	入院	54.7	45.3	13.7	31.6
	外来	34.7	65.3	33.6	31.7
	計	47.6	52.4	16.1	36.3
1995	入院	54.2	45.8	13.8	32.0
	外来	38.0	62.0	32.4	29.6
	計	53.9	46.1	14.2	31.9
1996	入院	56.4	43.7	14.5	29.1
	外来	36.4	63.6	36.6	27.0
	計	56.1	44.0	14.8	29.1

資料：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

「国民健康保険療養給付の基準に関する規則」第9条第1項に規定される給付対象外

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」が改正され、下記については給付対象外とすることが規定された。（4、5については例の一部を記載する）

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 日常生活に差し支えがない疾患に対する診療行為、薬剤および治療材料 2. 容貌改善目的の手術等の診療行為および用いられる薬剤および治療材料 3. 疾病・負傷の診療を直接目的にしない以下の予防診療および用いられる薬剤および治療材料 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望による健康診断（国民健康保険法第47条の規定によって公団が加入者などに実施する健康診断を除く） ・予防接種（破傷風血清注射など治療目的に使う予防注射は除外） ・口臭除去、歯牙着色除去、歯牙矯正および補綴のための歯石除去および口腔保健増進レベルで定期的実施する歯石除去 ・フッ素局所塗布など、う歯予防のための診療 ・吐き気予防、禁煙などのための診療 ・遺伝性疾患など胎児の異常有無を診断するための細胞遺伝学的検査 ・その他、保健福祉部長官が告示する予防診療 4. その他健康保険給付の原理に合わない場合に実施される行為、使用される薬剤および治療材料 <ul style="list-style-type: none"> ・「上級病床」入院料 |
|--|

医療法令によって許可を受けた病床のうち、医療法令による施設基準に相応し、同じ病室で6人以上の加入者等と一緒に入院することができる病床（以下「一般病床」）を50%以上確保して運営する療養機関が、医療法令による施設規模以上で同じ病室で5人以下の加入者等と一緒に入院することができる病床（以下「上級病床」）を確保して運営する場合に上級病床利用によって追加負担する入院料。

- ・ 入院期間中の食事代
 - ・ 歯科医補綴（補綴材料および技工料などを含む）
 - ・ 韓方物理療法（中医学手技療法・電子療法および温熱療法など）
 - ・ 韓方貼薬および既成韓方医書の処方などを根拠にした韓方生薬製剤
 - ・ 軽微な症状に健康増進または健康維持を目的に自家療法が可能だと判断される一般医薬品で保健福祉部長官が決めて告示した薬剤
 - ・ 医療法第37条の2の規定による選択診療を受ける場合に選択診療に関する規則に従って加えられる費用
 - ・ 臓器移植などに関する法律に定める臓器移植のために他の医療機関で採取した骨髄などを長期間運送するのに必要となる費用
 - ・ その他安全性・有効性は立証されたが、療養給付における費用対効果など診療上の経済性が不明で保健福祉部長官が決めて告示する検査、処置、手術、その他の治療、薬剤または治療材料
5. 03年12月31日まで適用される給付対象外
- ・ 保険財政に相当な負担をもたらすもの
 - (1) 超音波映像
 - (2) 磁気共鳴映像（MRI）
 - (3) 陽電子放出断層撮影法（PET）
 - ・ 代替可能で費用効果的側面で相対的高価であるもの
 - (1) ガンマナイフ手術
 - (2) 中性子線治療
 - (3) インレイ（Inlay）およびオンレイ（Onlay）間接充填
 - (4) 光重合型複合レジン充填
 - (5) 光重合型ガラスアイオノマー・セメント充填
 - (6) ポータブルインスリン自動注入器
 - ・ 代替可能で普遍的でないもの
 - (1) 検査（例）
 - 臨床電気生理学的検査
 - インスリン受容体数検査
 - 受容体検査
 - ヒス束心電図検査（Bundle of His recording）
 - インドシアニングリーン試験（Indocyanine Green Test）
 - など
 - (2) 処置および手術（例）
 - 言語療法
 - 埋込型除細動器埋め込み術（ICD: Implantable Cardioverter Defibrillator）
 - 肝臓癌に実施する経皮的な高周波解熱の治療料
 - 行動療法
 - 癒着剥離用特殊カテーテル（Racz Catheter）を利用した硬膜外癒着剥離術
 - など
 - (3) 薬剤：特異的減感作療法ワクチン製剤 など

④民間保険について

韓国の国民健康保険は低負担・低給付構造にあり、「半社会保険」と表現されている。さらに01年の医療保険財政危機以降、給付範囲の拡大はさらに困難になった。こうした状況に対応するため、民間保険の参入の是非が議論されている。現時点では、包括的性格をもつ民間保険は禁止されており、がん保険など自己負担分の補充を目的としたものなどが認められている。

保健福祉部は、01年10月、国民健康保険公団、健康保険審査評価院、医療関係団体、保険業界、学会らとともに民間医療保険活性化タスクフォースを発足し、同年12月に報告書をまとめた。同報告の骨子は下記のとおりである。保健福祉部は報告されたタスクフォースの報告内容を受けとめ、関係省庁および各界の意見を充分に取り集める計画である。

- 国民健康保険と民間保険の協力を通じて医療保障体系を改善する。
 - 国民健康保険の基本フレームを維持し、多様なニーズの充足および医療サービスの質改善という基準において、「補充モデル」と「競争モデル」のふたつの方向性を考える。
「補充モデル」：公的保険を補完するため民間保険を活性化する方向性。公的保険の自己負担部分や保険対象外の診療に対して給付を希望する者が民間保険に任意加入する。
「競争モデル」：現行の公的保険を義務加入とした上で、国民健康保険公団に保険料を納付し、給付について公的保険と民間保険を患者が自由に選択できるようにする方向性。この場合、国民健康保険公団は民間保険給付を選択した加入者に国庫負担金を除いた1人当たり平均保険料をバウチャーにより支給する。民間保険は多様な保険商品をもって競争する。アメリカのHMOのような医療提供者と保険者が統合された形態のマネジドケアも可能となる。なお、「競争モデル」は大韓病院協会の案を一部修正したものである。
- ⇒現時点では、補充型を活性化することが妥当
- 医療情報公開など民間保険に対する消費者保護を強化して、税制支援などを通じた民間保険育成策が必要

資料：民間医療保険活性化タスクフォース報告書

「国民健康保険と民間保険の協力による医療保障体系の改善方策」01年12月14日より

(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、下記の表に示すように、診療行為料、薬価、診療材料費から構成される。このうち診療行為料については出来高払いを基本としている。

図表 3-10 診療費の算定方法と構成比

種別	診療費の算定方法	構成比
診療行為料	<ul style="list-style-type: none"> 診療行為に伴う費用で、医師及び補助人力の人件費、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 長官が告示する金額で算定(診療報酬基準額表告示) 診療報酬は診療行為別に約3,000項目 	61.42%
薬価	<ul style="list-style-type: none"> 使用した薬剤に伴う費用 '99.11.15以降、実際の取引価格で算定 	32.53%
診療材料費	<ul style="list-style-type: none"> 使用した診療用材料に伴う費用 療養機関実購入価で算定 ※一部の材料は協約価または告示価で算定 	6.05%

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2000』より

2000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。なお、日本では点数当たりの単価は1点=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。行為別の診療報酬点数については、後述する相対価値点数が導入されており、これは契約の対象とはならない。

図表 3-11 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55.4ウォン (2003年1月改正現在)	=	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1~2回 (改正の推移については 図表3-13参照)		
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		

2000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としている。各診療行為ごとの点数はこの相対価値報酬を逐一確定し、その点数に、後に説明する健康保険政策審議委員会で決定された一定単価をかけた金額が韓国における診療報酬である。

図表 3 - 12 相対価値報酬(診療報酬点数に相当)開発の過程

	時期	相対価値報酬制度関連の研究開発内容			
		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

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

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⁴³。

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。

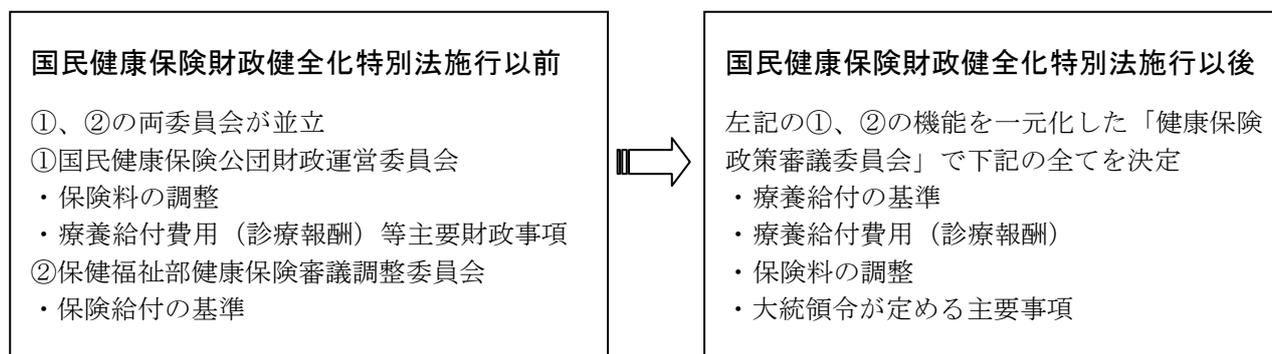
②診療報酬決定における契約制

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（根拠法は「国民健康保険財政健全化特別法」第 9 条）。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。2000 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

⁴³ 保健福祉部『保健福祉白書 2001』

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。

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いう）、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

・健康保険とかか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月から保険診療報酬を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。

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2000年9月まで、4度にわたって診療報酬が引き上げられた。

図表3-13 診療報酬引上げ率の推移

(単位:%、指数は77年=100)

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
1977年7月	-	100	-	100
79年1月	20.75	120.75	14.4	114.40
79年7月	11.14	134.20	18.2	135.22
80年5月	19.38	160.21	28.8	174.16
81年6月	16.60	186.80	21.5	211.61
82年6月	7.10	200.07	7.2	226.85
83年1月	4.00	208.07	3.4	234.56
84年	-	208.07	2.3	239.95
85年3月	3.00	214.31	2.5	245.95
86年6月	3.00	220.74	2.8	252.84
87年	-	220.74	3.0	260.42
88年2月	12.20	247.67	7.1	278.91
89年7月	9.00	269.96	5.7	294.81
90年2月	7.00	288.86	8.6	320.17
91年7月	8.00	311.97	9.3	349.94
92年4月	5.98	330.63	6.2	371.64
93年3月	5.00	347.16	4.8	389.48
94年8月	5.80	367.29	6.3	414.01
95年4月	5.80	388.59	0.0	414.01
95年12月	11.82	434.53	4.5	453.84
96年	-	434.53	4.9	453.84
97年1月	5.00	456.25	0.0	453.84
97年9月	9.00	497.32	4.5	474.27
98年7月	3.50	514.72	7.5	509.84
99年11月	9.00	561.05	0.8	513.92
2000年4月	6.00	594.71	0.0	513.92
2000年7月	9.20	649.42	0.0	513.92
2000年9月	6.50	691.63	2.3	525.74
01年1月	7.03	740.60	4.3	548.34
02年4月	△ 2.90	719.12	2.7	563.15
03年1月	2.97	740.60	-	-

資料：国民健康保険公団 基本統計より

4. 医療提供体制

韓国では所得水準の向上、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指数などが飛躍的に向上した。しかし、国民の健康水準は先進国と比較すると、まだ充分ではない状態にあるとされている⁴⁴。伝染病が減少した一方、がん・高血圧・糖尿病などの慢性疾患が増加している。また医療機関や医療従事者の都市部への集中が目立ち、地域間の不均衡が改善していない現状にある。

(1) 医療機関の機能分化の取組み

医療機関数の推移を種類別にみると下記のようなになる。なお、韓国では病院は原則として病床数が30床以上の医療機関を指す。

図表 3 - 14 機能別医療機関数推移

区分	計	総合病院	病院	医院	歯科病院	歯科医院	韓方病院	韓方医院	保健機関	助産所	薬局
1980	9,219	80	239	6,363	3	2,025	-	-	-	509	-
85	13,413	190	321	8,138	6	3,014	-	25	1,056	538	125
90	43,502	230	360	11,172	5	5,345	34	3,439	3,592	407	18,918
95	53,510	266	460	14,472	14	8,327	69	5,716	3,588	183	20,415
96	54,918	273	483	15,056	15	8,782	84	5,936	3,588	160	20,541
97	55,429	268	517	15,889	20	9,254	101	6,166	3,591	140	19,483
98	57,466	271	569	16,971	34	9,688	117	6,410	3,582	135	19,689
99	58,535	278	630	18,519	44	10,178	128	6,786	3,487	122	18,363
2000	61,836	288	680	19,690	60	10,607	140	7,249	3,433	127	19,562
01	62,744	278	706	21,340	71	10,790	139	7,558	3,403	87	18,372

資料：国民健康保険公団 基本統計より

現在、医療機関のレベルごとの機能分化が進まず、互いに競争関係にあり、それが医療費の増加に影響していることが問題視されている。保健福祉部は二次医療機関（病院、総合病院）を地域の中心的医療機関として育成し、三次医療機関（専門総合病院）は教育と研究、および最終段階の患者診療機能に集中するように誘導するべく努めている。ここでは、医療機関の機能分化への取組みのうち、自己負担額の差等の設定、医療提供体制、診療報酬の医療機関種別加算率について概説する。

⁴⁴ 保健福祉部『保健福祉白書 2001』

①自己負担額の差等設定

患者自己負担額は医療機関種別ごとに差等が設けられている。1次医療機関における自己負担額は低く抑えられ、高次の医療機関に行くほど高くなるように設定されている。さらに保健福祉部では、主治医（かかりつけ医）を経由しての病院利用か否か、あるいは医療機関のレベルにふさわしい診療行為か否かによって自己負担額に差等をつける方式を採用することを検討中である⁴⁵。

②医療保険給付の伝達体系

医療保険給付の手続きは原則として、「一段階療養給付」を受けた後に「二段階療養給付（全国42の総合専門療養機関での診療）」を受けなければならない。この手続きを韓国では「医療保険給付伝達体系」と呼んでいる。二段階療養給付を受けるためには、一段階療養給付を担当した医師が交付した「療養給付依頼書」の提示が必要である。ただし、「二段階療養給付」とは診療所等におけるプライマリケアという意味ではなく、全国42の「総合専門療養機関」以外の医療機関での診療に対しての保険給付を意味するである。

※総合専門病院：国立病院、大学付属病院、ミッション系の大病院などの三次医療機関（42病院のうち、約半数がソウル市内および近郊）

③診療報酬の医療機関種別加算率

現在、下の表のように、医療機関種別に診療報酬の加算率が設定されている。さらに医療機関の類型だけでなく、疾病および医療行為の種類を考慮に入れた新しい加算率制の導入可否も検討している⁴⁶。

図表 3-15 医療保険診療費の医療機関種別加算率変化の推移

(単位: %)

改正時期 種別	1981. 6. 15	89. 7. 1	94. 7. 1	95. 4. 1	98. 7. 1	2001. 11. 1
3次医療機関	-	30	30	30	30	22
総合病院	20	23	23	23	23	18
病院	10	13	15	15	17	15
医院	4	7	9	10	13	11

資料：保健福祉部『保健福祉白書1999』および「医療報酬の基準および一般基準（保健福祉部告示01-74号）」より

⁴⁵ 保健福祉部『保健福祉白書2001』より

⁴⁶ 保健福祉部『保健福祉白書2001』より

(2) 民間医療機関への依存と都市部への偏重

2000年12月末現在、病院クラス以上の医療機関のうち93.1%を民間病院が占め、また病床数で見ると、89.1%を民間病院が占めている。

また医療資源が都市に偏在しており（医療機関の88.6%、病床数の91.6%）、都市部は医療資源が余る一方で、農村地域は病床数が絶対的に不足しているのが現状である。

図表 3 - 16 部門別医療機関現況

	公共	民間	計
医療機関数	76 (6.7)	1,065 (93.3)	1,141 (100.0)
病床数	22,244 (11.8)	166,094 (88.2)	188,338 (100.0)

注) 病院クラス以上の医療機関を対象（特殊病院を含む）

() 内は%

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

政府では国民皆保険実施と並行して、医療施設拡充のための公的借款（世銀、OECD）、財政融資の斡旋を行ったが、一部地域は病床が不足しており、医療サービスの水準も都市部に比べて相対的に低いのが実情である。

一方、病院の79.6%を占める中小病院は医療伝達体系上の機能が曖昧であり、入院患者は大型総合病院で、外来患者は医院等の医療機関に集中しているため、病院を利用する患者数が徐々に減少している。このため中小病院の経営が非常に難しい現状にあり、中小病院の育成対策が求められている。

(3) 人的資源

現在、韓国で法的に規定されている保健医療従事職は、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、助産師、および看護師および薬事法第3条および第3条の2で規定されている薬剤師および韓方医、さらに医療技師等に関する法律第2条で規定されている医療技師（臨床病理士、放射線技師、物理治療士、作業治療士、歯科技工士、歯科衛生士）と医務記録師、眼鏡師、その他、医療法第58条の看護助務師が含まれる。それぞれの人口の推移は図表 3 - 17のとおりである。さらに図表 3 - 18に医師数の国際比較、医療機関種別の医師数を示した。

図表 3 - 17 保健・医療従事人口の推移

(単位：人)

	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	-	-
85	29,596	3,789	5,436	29,866	6,247	59,104	106,340	21,681	396	-
90	42,554	5,792	9,619	37,118	7,643	89,032	143,760	44,841	2,123	10,260
91	45,496	6,120	10,137	38,396	7,862	95,335	143,760	49,482	2,486	11,627
92	48,390	6,839	11,285	39,564	8,012	101,140	152,966	53,980	3,061	12,018
93	51,518	7,569	12,180	40,779	8,150	107,883	162,047	56,680	3,564	12,682
94	54,406	8,179	12,939	42,037	8,262	114,320	177,252	61,448	4,270	13,819
95	57,188	8,714	13,681	43,269	8,352	120,415	188,714	65,961	4,681	14,671
96	59,379	9,299	14,371	44,577	8,447	127,145	195,289	69,751	5,349	15,946
97	62,609	9,289	15,383	45,820	8,516	133,920	207,484	75,512	6,142	16,995
98	65,431	9,914	16,126	46,998	8,590	141,094	218,718	81,539	6,811	18,220
99	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

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』

図表 3 - 18 医師等一人当たりの人口の国際比較

(単位：医師一人当たりの人口 (人))

		医師	歯科医師	薬剤師
韓国	1990	887	4,457	1,155
	92	791	3,869	1,104
	93	746	3,620	1,080
	94	714	3,436	1,057
	95	681	3,278	1,036
	96	663	3,169	1,022
	97	644	3,007	1,009
	98	618	2,880	988
	99	594	2,776	988
	2000	572	2,666	954
日本	1994	542	1,543	878('92)
アメリカ	1994	396	1,646	1,614
スウェーデン	1995	325	990	1,478
ドイツ	1995	298	1,346	1,826
イギリス	1993	648	2,714	1,691
フランス	1994	351	1,466	1,028
オーストリア	1995	377	2,192	1,976
イタリア	1992	605	182	1,394
デンマーク	1992	353	1,910	5,292
カナダ	1994	464	1,937	1,626

注

- 1)韓国の医師には韓方医を含む
- 2)ドイツは西ドイツのみ
- 3)基準人口数('99)：46,858,463人

資料：WHO統計年鑑、1994
日本統計局国際統計要覧
日本厚生統計要覧、1996

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

図表 3 - 19 就業形態別医師数

(2000年末現在, 単位: 人)

	計	医院	病院	総合病院
就業人口	51,364	23,522	4,200	23,642
構成比 (%)	100.0	45.8	8.2	46

資料: 保健福祉部『保健福祉白書 2001』より

【コラム】韓方医師の位置付け

韓国の韓方医師（韓国では歴史的に独自の漢方を開発研究し続けてきており、現在の東洋医学全般の意味で「韓方」と表記している）は 2000 年度末現在 1 万 1481 人となっており、これは（西洋医学の）医師の 7 分の 1 強である。79 年度の 2913 人に比べて 4 倍以上の増加率をみせている。また韓方医科大学は 79 年は 3 大学しかなかったが、2000 年末現在では 11 大学に、入学定員でみると 750 人に増加した。現時点では、鍼灸、カッピング等の物理療法、58 種類の韓方薬が保険適用となっている。まだ完全適用には至っていないが、保健福祉部では高齢者の需要が多い韓方物理療法を中心に、保険給付を拡大適用する計画である。ただし、これが本格的に実現するのは、健康保険財政が健全化した後のことになると考えられる。

一方、政府は漢医薬分野を「国際的に比較優位にある 21 世紀ナレッジインダストリー」と位置付け、韓方をはじめとする代替医学分野への投資を開始している（韓方治療技術研究開発事業支援 2010 プロジェクト）。これは中国の漢方医学推進のための国家計画に対抗した政策という側面が強い。

第4章 医療保険改革の影響、その成果と課題

第2章では金大中前大統領政権が実施した医療保険改革の内容を、第3章ではその後の医療保険制度の現状を整理した。本章では、医療保険改革が実行されていくプロセスにおいてどのような現象が生じたのか、医療保険統合はどのような影響をもたらしたのか、その成果と課題について整理した。

1. 財政統合の未完成 ～全国民共通の保険料賦課体系開発が課題

2000年7月1日に国民健康保険制度が開始となり、医療扶助対象者を除く全国民がひとつの制度に統合された。またこれに伴い、保険者は「国民健康保険公団」としてひとつの組織に統合された。しかし、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た。この間、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。このように、韓国の医療保険制度は、「一制度・一保険者・二会計⁴⁷」という状態が03年6月末まで続いた。

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とする予定であった。しかし、その後、自営業者の所得が正確に把握できないことが明らかとなり、問題視されるようになった。当時、基礎生活保障対象の判定基準である年間所得500万ウォン以上の世帯は地域加入者のわずか6.8%に過ぎない状況であった。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。

保険料賦課体系開発担当者は99年6月に「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、2000年1月から予定されていた国民健康保険制度の実施を2000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は困難であることが明らかであったため、「01年12月まで財政を分離する」という形で2000年7月に組織だけを統合することが決まった。その後、01年12月になっても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。

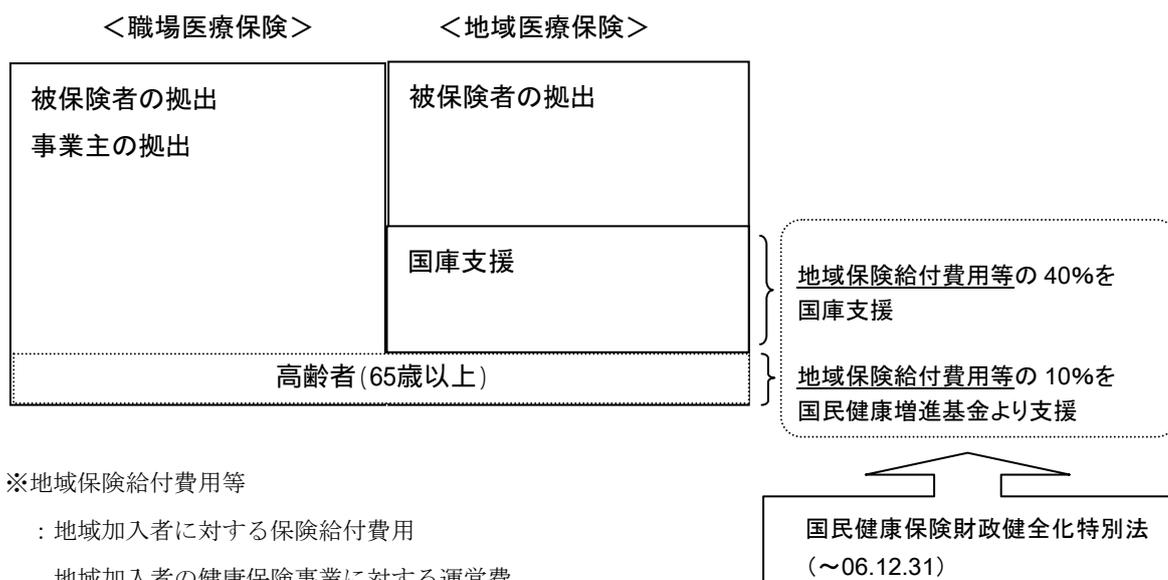
政府では、保険料賦課体系案として、①現在の地域加入者と職場加入者の保険料賦課

⁴⁷ 国民健康保険公団では「二基金」と呼んでいる。

体系をそのままにして、財政だけを強制的に統合する方法、②地域加入者と職場加入者の保険料賦課を所得を基準として単一化する方法、③職場加入者に対する保険料賦課基準を地域加入者と同一に所得、財産、自動車等によって賦課する方法を提示しているが、どの案も実行上の問題を抱えている。

経済団体である韓国経営者総協会や、労働団体である韓国労働組合総連盟では、「自営業者の所得捕捉率が 28%と低い現状で、所得を基準にした保険料賦課体系として財政統合を行えば、所得が 100%捕捉されている職場加入者の負担が重くなることは明らかである。自営業者の所得捕捉の問題が解決しない限り、財政統合をすべきではない。」と財政統合に反対していた。06 年 12 月 31 日まで効力を有する「国民健康保険財政健全化特別法」では、地域医療保険に対して給付費用等の 40%を国家が支援することが定められているが、韓国経営者総協会では、「財政統合を行えば、同法の施行においても法的な問題が生じるのではないか」との見解を示していた。

図表 4 - 1 職場医療保険と地域医療保険の財源



(参考) 保険料賦課体系について (政府案と李奎植 (イ・キュシク) 教授の見解)

保険料賦課体系の政府案について (⇒は李教授の見解)

①現在の地域加入者と職場加入者の保険料賦課体系をそのままにして、財政だけを強制的に統合する方法

⇒保険料賦課体系が別々の状態では財政を統合するのは難しい。地域加入者に給付しなくてはならない金額を加入者の頭数で割るためには、単一賦課体系を開発できない限り、分離会計しなくてはならない。しかし、地域の会計と職場の会計で大きな差異が生じて今よりも階層間葛藤が大きくなるだろう。

②地域加入者と職場加入者の保険料賦課を所得基準として単一化する方法

⇒勤労者が相対的に多く負担することになる。地域加入者のうち年間所得が 500 万ウォン以上ある世帯は現在でも 10%しかいない。

③職場加入者に対する保険料賦課基準を地域加入者と同一に所得、財産、自動車等によって賦課する方法

⇒実務上、非常に煩雑になるので、管理コストも嵩む。保険料徴収率も大きく落ちる可能性がある。また、(財産や自動車については) 事業者の保険料負担の根拠はないので、事業主負担のあり方も問題になる。

保険料賦課体系についての李教授の代案

①政府の一般財政で医療財政を確保する案：これはNHS方式であり、公団は不要になり、審査評価院だけがあればよいということになる。

②消費税(賦課価値税)基準の医療保障税として特別税を新設する案：企業としては、保険料の事業主負担がなくなるので、メリットが大きいだろう。ベルギーでは付加価値税が年金に使われたことがある。ベルギーにおける研究によれば、この方式をとると企業の競争力が高まる。税の規模が 01 年度には 29 兆ウォンあるので、保険給付に相当する分(約 14 兆ウォン)だけ上乗せすればよい。ただし、消費者は反発するだろう。

③所得税に保険料を上乗せする案：ただし、約 60%は所得の低い階層として免税対象になっているので、寄与していないにもかかわらず保険の恩恵を受けることになる点で問題がある。

⇒これらの代案の中で、第 1 の代案、次に第 2 の代案が望ましい。

資料：李奎植 (イ・キュシク) 延世大学保健科学大学長へのインタビュー調査をもとに作成

保険者が統合されたことによるメリットとして、「職場加入者は同じ所得であれば、どこの会社に勤めていても同じ保険料という公平性が確保された。また、地域加入者であれば、居住地による保険料の違いはなくなり、公平性が改善された」と保健福祉部では評価している。しかし、財政統合を行った場合に、新たに賃金所得者と非賃金所得者間の公平性の確保が困難な状況となっている。

公団は、「03年7月1日から財政統合を行う。ここでは、今まで行っていた区分経理を廃止し、公団の収入と支出をひとつの勘定にする予定であり、保険料賦課の単一化自体は難しい問題なので、時間をかけて今後も継続的に研究していく」と発言している。すなわち、職場医療保険と地域医療保険では保険料の賦課体系は引き続き異なるが、会計を統合するといったことを意味している。ただし、保険料算出に必要な各種統計資料は、今までと同様に職場と地域で区分して記録・管理する予定である。したがって、特別法の施行上も問題がないという見解である⁴⁸。

03年7月1日に財政統合は実行された。しかし、共通の保険料賦課体系の開発は継続課題とされ、異なる二つの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の財政統合となった。現段階では、具体的仕組みやその影響が明らかにはなっていない。

2. 医療保険財政の悪化 ～職場の積立金枯渇、地域への国庫支援増加

医療保険財政は極めて厳しい状況となっている。統合後の01年6月29日に、国民健康保険公団は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。公団は、金融機関から借入れを行うことで財源を賄った。02年12月末現在、銀行からの借入金残高は2兆6138億ウォンである。このような財政危機が起きたのは、地域医療保険だけではなく、職場医療保険までが赤字収支に陥り、積立金も取り崩され枯渇してしまったからである。

保健福祉部による推計では、02年度の当期赤字は地域医療保険が1兆8045億ウォン、職場医療保険が2兆3933億ウォンで、合計4兆1978億ウォンになると見込んでいる。統合前の96年に職場組合の積立金は1兆9485億ウォンもあり、これは当年の総支出2兆5547億ウォンの約76.3%という高水準であったことから、このような職場医療保険の大幅赤字は、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2兆1000億ウォンの積立金が確保できる」としていた。このような見込みがあったので、金大中前大統領は公約で「(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。

⁴⁸ 国民健康保険公団に対するグループインタビュー調査（03年4月）による。

図表 4-2 医療保険財政の推移(職場・地域)

職場組合(公務員・教職員公団を除く)

	単位	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
保険者数		154	145	145	145	142	140		
事業所数		116,707	161,444	170,022	177,246	172,948	189,948	212,636	352,687
年度末適用人口	人	16,155,231	16,744,064	17,034,758	17,101,287	15,852,888	16,857,273	17,577,672	18,502,683
平均保険料率	%	3.19	3.03	3.05	3.13	3.27	3.75	2.8	3.4
総収入	(A) 百万ウォン	1,080,259	2,337,194	2,703,797	2,884,301	3,037,780	3,122,911	3,345,657	--
総支出	(B) 百万ウォン	842,258	1,992,312	2,554,706	3,111,758	3,425,159	3,699,316	4,136,924	--
収支率	(B/A) %	78	85.2	94.5	107.9	112.8	118.5	123.7	--
保険料	(C) 百万ウォン	966,083	1,802,420	2,084,921	2,299,058	2,218,891	2,501,418	2,969,653	3,957,343
給付費	(D) 百万ウォン	805,632	1,540,248	1,949,909	2,217,887	2,553,703	3,002,021	3,617,193	5,311,789
準収支率	(D/C) %	83.4	85.5	93.5	96.5	115.1	120	121.8	134.2
当期差額	(A-B) 百万ウォン	238,001	344,882	149,091	△ 227,457	△ 387,379	△ 576,405	△ 791,266	--
累積引当金積立金	(E) 百万ウォン	732,583	1,736,314	1,948,486	1,949,741	1,861,911	1,502,522	1,087,116	--

地域組合

	単位	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
保険者数(支社)		254	227	227	227	(188)	(188)	(223)	(223)
年度末適用世帯数		5,616,344	7,224,525	7,415,409	7,601,110	7,900,454	8,005,108	8,215,282	8,563,866
年度末適用人口	人	19,421,431	22,456,690	22,687,526	22,885,317	23,665,036	23,467,242	23,491,877	23,212,600
総収入	(A) 百万ウォン	994,017	2,497,862	2,982,726	3,731,943	4,287,181	4,551,976	5,137,614	6,462,497
うち国庫支援金	百万ウォン	363,902	755,319	872,304	995,353	1,076,026	1,165,621	1,552,746	2,624,980
総支出	(B) 百万ウォン	1,007,504	2,364,878	3,017,187	3,602,468	4,161,036	4,728,917	5,222,413	6,923,334
収支率	(B/A) %	101	95	101	97	97	104	102	107
保険料(国庫補助含む)	(C) 百万ウォン	848,374	1,885,881	2,231,579	2,783,533	3,255,708	3,712,242	4,480,875	6,081,949
給付費	(D) 百万ウォン	875,147	2,024,799	2,565,198	2,958,333	3,415,533	3,954,208	4,525,578	6,283,571
準収支率	(D/C) %	103	107	115	106	105	107	101	103
当期差額	(A-B) 百万ウォン	△ 13,487	132,984	△ 34,460	129,475	126,145	△ 176,941	△ 84,799	△ 460,836

資料：国民健康保険公団 基本統計より

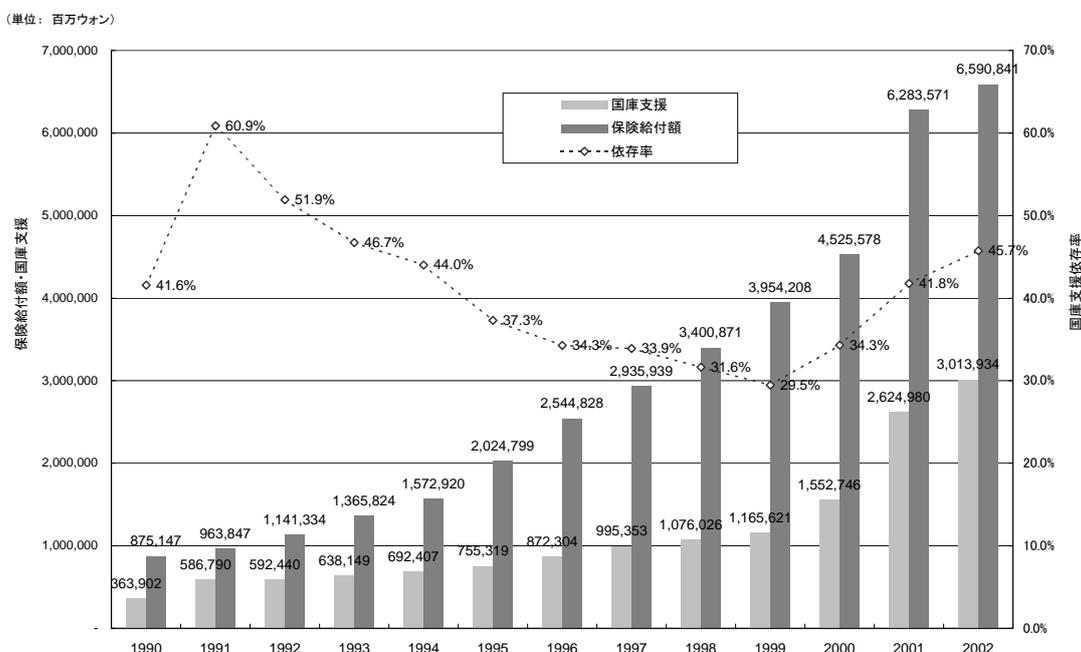
政府は、このような財政危機を受け、02年1月19日に「健康保険の財政赤字を早期に解消して財政収支の均衡をもたらす」ことを目的に、「国民健康保険財政健全化特別法」を制定した。同法は06年12月31日まで効力を有する法律であり、同法施行下では赤字解消といった財政健全化の取組みが優先課題とされる。また、先述のように、同法は、地域医療保険に対する国庫支援を明示したものである。この結果、国庫支援額は大幅に増加し、98年の1次統合時点と比較すると02年には3倍近くに達している。

【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 40 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 10 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 4-3 地域保険給付額と国庫支援への依存の推移



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U F J総合研究所作成

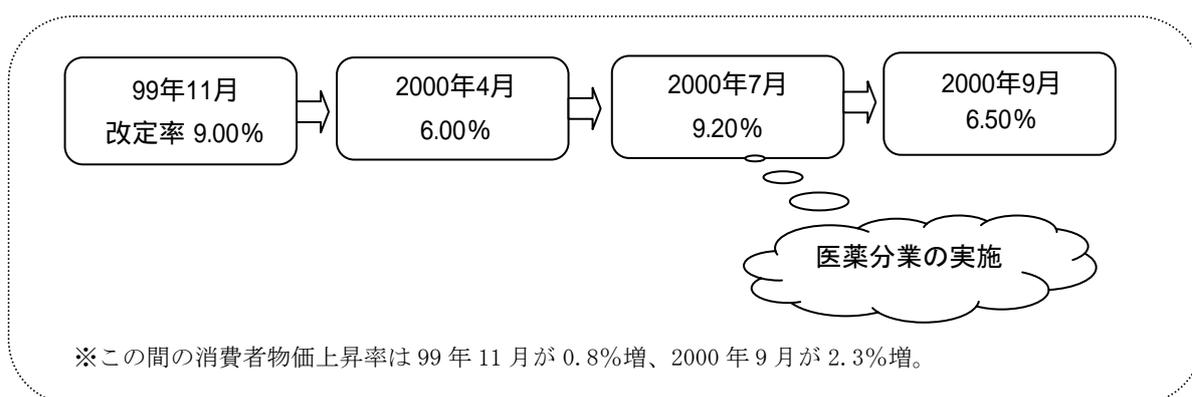
3. 財政悪化の要因 ～医薬分業と統合過程における職場組合の経営意欲減退

医療保険財政が悪化した理由としては、医薬分業の実施や給付拡大、医療保険統合に伴うもの等といわれているが、その要因については研究段階であり見解も多様である。

(1) 医薬分業実施の影響

大韓医師協会の試算では、01年の給付総額約18兆ウォンのうち4兆ウォン程度が医薬分業により増加したと分析している。第2章で詳述したように、韓国では2000年7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かえに診療報酬引き上げを行った。99年11月から2000年9月までのわずか1年足らずの間に実に4回の診療報酬引き上げを実施したが、これは消費者物価指数の増加率を大幅に上回る引き上げであった。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。

図表4-4 医薬分業に伴う診療報酬引き上げの推移



(2) 統合過程における職場組合の経営意欲の減退

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。医療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き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。

各組合では収入と支出の均衡に責任を持ち、収入面については、各組合ごとに、その被保険者や事業主の合意を得ながら保険料率を決定し、保険料徴収率の向上に取り組んできた。一方、支出面については、主として組合の中央組織である医療保険連合会が診療費審査機能を担い、適正給付のための監視を行ってきた。組合の中には、組合財産を守るために、例えば10万ウォン以上の診療について組合職員が医療機関に

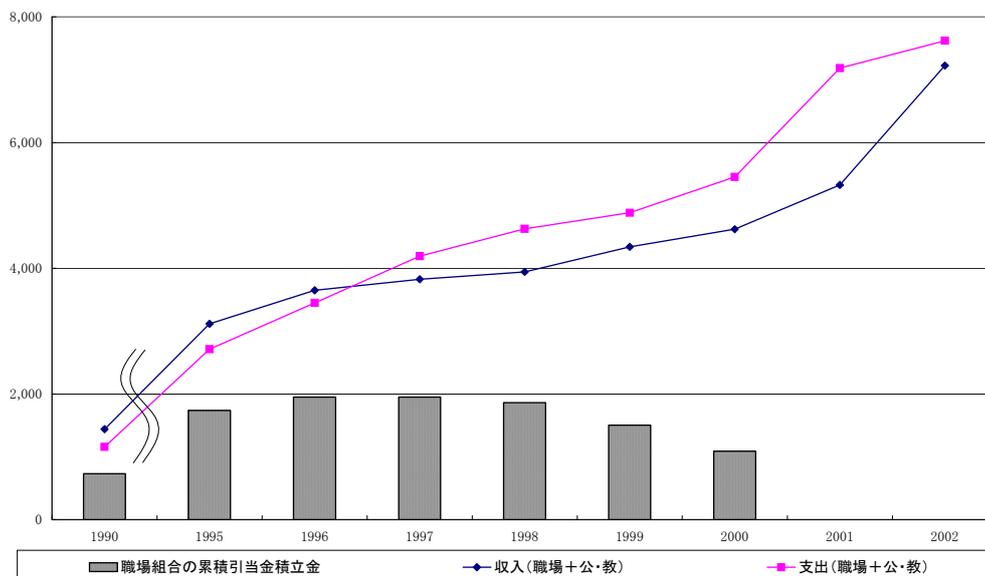
出向き調査するといった取組みを行うところもあった⁴⁹。医療保険連合会では、組合の運営の質を上げるために各組合の評価を実施していた⁵⁰。

このような組合の自治運営により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、拠出してい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」との主張もあったが、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 年より職場組合の財政は赤字に転じた。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。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 4-5 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U F J 総合研究所作成

⁴⁹ 健康保険審査評価院インタビュー調査による

⁵⁰ 同上

4. 保険給付範囲の見直し ～拡大とその後の縮小

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。医療保険の発展のためには、「適正負担・適正給付」構造へと移行することが必要であると組合派・統合派ともに主張していた。このうち、統合派は、「組合方式では、財政力が低い組合にあわせた給付水準になってしまうという保険給付の下方水準化が生じるため、適正給付を確保できない」と主張していた。

これについて、主な給付拡大と縮小の変遷をみると、90年代を通じて給付期間を徐々に拡大しており、統合した2000年には給付期間の制限は撤廃された。また、国民健康保険法により、保険給付の対象を治療だけではなく、リハビリや健康増進についてまで拡大できる枠組みができた。

しかし、01年になると医療保険の財政危機が起こり、給付範囲の拡大よりもむしろ財政健全化が優先課題とされるようになった。具体的には、給付期間が「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1400品目が保険適用外とされた⁵¹。さらに、MRI等の高額診療に対する給付拡大が延期された。このような治療についての給付範囲の見直しは今後も進められる予定である。見直しの基本的方向性としては、難病やがん等の高額診療に対する給付を拡大する一方で、風邪などの疾患に対する給付を縮小する方向で改革を進めていくことが検討されている。また、新しく枠組みができたにもかかわらずリハビリや健康増進事業についての具体的な取組みは今のところ行われておらず、財政健全化後の課題とされている。

このように給付拡大が実現していないため、国民の医療保険に対する不信感が高まっているとの評価もある。

⁵¹ 金鍾大氏インタビューによる

図表 4-6 主な給付拡大と縮小

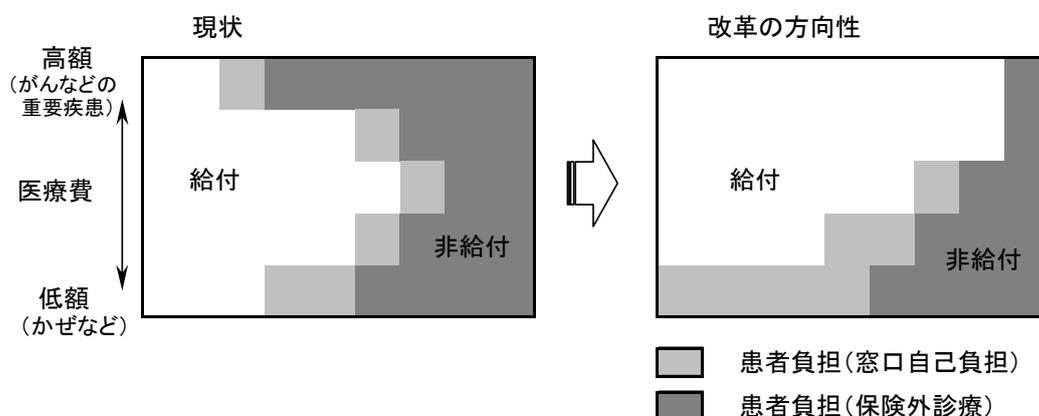
年度	主な給付拡大内容		主な給付縮小内容
	給付対象の拡大・自己負担の軽減	給付期間	
1991	・慢性心不全、血友病外来診療時の自己負担率を入院基準に適用		
92	・分娩費支給基準拡大 ・骨髄移植保険適用		
93	・分娩費支給基準拡大 ・外用薬投薬基準拡大 (1回4日分→1回6日分) ・腹腔内視鏡手術保険適用	年間 180 日	
94	・被扶養者分娩給付実施 ・下士官以上現役軍人への給付実施 ・分娩費支給基準拡大 ・レーザー利用手術保険適用	年間 180 日 (65 歳以上は 210 日)	
95	・資格喪失後の給付 (3 か月→6 か月に延長) ・分娩費支給基準拡大 ・内視鏡下椎間板手術適用	年間 210 日	
96	・分娩費支給基準拡大 ・CT 保険適用 ・診断費用自己負担金について外来自己負担率を適用へ(造影剤およびフィルム費用は別途算定) ・第三子以上についての分娩費給付制限を撤廃 ・70 歳以上の医院での自己負担金軽減	年間 240 日 (65 歳以上の障害者等は年間給付日数制限撤廃)	
97	・障害者用福祉用具給付実施(肢体障害者用の杖、視覚障害者用眼鏡、聴覚障害者用補聴器、人工咽頭)	年間 270 日	
98	・車椅子、松葉杖、視覚障害者用杖給付	年間 300 日	
99	・上下義肢、義眼給付	年間 330 日	
2000	・給付期間制限完全撤廃 ・65 歳以上自己負担金軽減	制限撤廃	
01	・難病患者の自己負担軽減		<ul style="list-style-type: none"> ・給付期間を入院・外来・投薬日数合計で年間 365 日以内に制限 ・風邪薬、胃腸薬などの保険適用医薬品の保険適用を解除 ・MRI 等の高額診療に対する給付拡大を延期

医療保険統合
医薬分業実施

健康保険財政
破綻
⇒給付拡大の
困難化

資料：イ・ソンヒ「給付体系の改善方策」韓国医学院叢書『21 世紀韓国保健医療政策改革の方向 第 14 章』韓国医学院、2002 年

図表 4-7 健康保険体系における給付と非給付の構造転換の方向性



資料：パク・ウンチョル「医療保険制度の変化と医療関係者の対応」2001年、U F J 総合研究所訳

5. 保険運営における自律性の喪失 ～保険料引上げが困難に

2000年7月に施行された国民健康保険法では、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の「財政運営委員会」が規定されており、前者は主に給付の基準等を審議し、後者が保険料率設定等を審議していた。しかし、01年の財政危機を受け、両者の機能を統合した「健康保険政策審議委員会」を保健福祉部長官下に設置することが「国民健康保険財政健全化特別法」において定められた。この結果、保険者である国民健康保険公団は保険料設定の権限を持たず、この「健康保険政策審議委員会」の委員として参加するにとどまっている。公団以外の委員としては、審査評価院、医薬関係の団体の他、加入者代表として労働者団体、経済団体、市民団体等の多様な団体代表者が選出されており、情報公開が進むという利点もあるが、決定までに時間がかかるといった問題点もある。このため、給付と保険料が同じ委員会で審議されているにもかかわらず、保険料の引上げが困難になっている。

統合前は、保険料引上げは組合ごとに判断されていたが、統合後は一組合の問題から国家的な問題となり、保険料引上げは困難になると同時に、政府が国民を説得するといった政治的課題となった。そのため、給付費増加に対応した保険料引上げが適切に実行できなくなった。

統合時点である2000年7月の保険料率は一元的に2.8%に設定されたが、この料率は、前年の最低保険料率よりも低い水準であった。この時期、医薬分業実施に向けた診療報酬引上げを行っていることから、給付政策と保険料設定がかみあっていなかったことがうかがえる。保険財政を回復するために保険料率が引き上げられる形となり、国民の医療保険に対する不信感が高まり、これが更に保険料引上げを難しくするという悪

循環をもたらしている。

図表 4-8 職場組合と公・教組合の保険料率の推移

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	4.60	3.00	4.6
93	3.06	3.06	3.06	4.40	3.00	3.8
94	3.04	3.03	3.04	4.00	3.00	3.8
95	3.03	3.03	3.05	4.00	3.00	3.8
96	3.05	3.05	3.05	4.80	3.00	3.8
97	3.13	3.13	3.14	4.40	3.00	3.8
98	3.27	3.22	3.43	6.00	3.00	4.2
99	3.75	3.70	3.89	6.00	3.00	5.6
2000.7	2.8% に一元化					3.4
01.1	3.4% に一元化					
02.3	3.63%					
03.1以降	3.94%					

資料：保健福祉部『保健福祉白書 2001』、国民健康保険公団 基本統計より作成

6. 保険者の変化と今後の課題

(1) 管理運営費の削減と加入者利便性の向上

韓国では、わが国とは異なり、地域医療保険は自治体とは別に専門の管理組織がつくられており、職員が独自に採用されていた。統合派は「保険財政が数百の保険者によって独立的に分散運営される医療保険管理運営体系は、居住地および職場の移動による資格管理の煩雑さ、そして電算体系などの重複投資など、業務が重複されることによって管理運営費が増大する要因を構造的にもっている」と批判した。実際、統合前は退職や居住地の移転等で加入資格が変動した場合、組合間の連携が未熟なこともあり、全国民の5.4%程度が保険適用を受けられないという問題点が発生していた。

2000年に保険者がひとつになったことに対して、政府保健福祉部や国民健康保険公団、統合派では「保険が統合された結果、その管理運営コストが削減された」と評価している。2000年7月の2次統合完了時点と1次統合以前である98年10月と比べると147の組合が減少し、職員も01年4月1万716人で98年10月の1万5036人に比べて28.7%減少した。管理運営費は96年の全体支出に占める割合が8.66%であったが、医療保険1次統合以降の99年には6.21%に減少し、02年には総支出の4.04%まで減少することが見込まれている。

図表 4-9 統合前後の組合・公団職員数

	計	地域組合	公・教組合	職場組合
1次統合前(97年末)	15,036	9,801	763	4,472
2次統合時点(2000年7月)	12,606	9,037		3,569
2001年4月	10,716	10,716		
2002年末時点	10,454	10,454		

資料:「健康保険白書」、国民健康保険公団統計

図表 4-10 統合前の管理運営費比率と統合後の管理運営費比率

(単位:百万ウォン)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
各組合総支出と公団総支出	6,464,198	7,795,112	8,787,618	9,610,122	10,673,515	14,107,500	14,798,463
管理運営費	559,492	663,770	662,972	596,757	695,621	628,807	598,230
管理運営費比率	8.66	8.52	7.54	6.21	6.52	4.46	4.04

資料: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

また、統合によってひとつのコンピューターシステム上での資格変更手続きで済むようになり（ワンストップサービス）、非適用者発生を防止できるようになった。さらに、保険料納付確認欄が廃止され、住所が変更されても再交付申請は不要になり、健康保険証を紛失した場合にどの支社でも再交付できるようになった。保険料納付の利便性も改善され、全国どの金融機関でも保険料納付が可能になり、どの支社でも告知書の再発行が可能になった。

このように統合されたことに伴い、管理運営コストが削減でき、加入者の利便性が向上したという評価がある。

しかし、これについては反論もある。韓国では90年代後半以降IT化が急速に進展しており、保険統合をしなくても管理運営コストは削減したとの意見もある⁵²。統合したことによって地域における保険料賦課体系が変わったことで加入者からの不満が増加し、苦情対応のための管理運営費が増加しているとの見方もある。また統合後に保険料徴収率が低下したが、この徴収率低下による保険料収入減の影響の方が、人員削減による管理運営コスト削減よりも大きいといった評価もある⁵³。統合した結果、公団の労働組合が強大になり、一層のリストラが困難になってしまったといった意見もある⁵⁴。政府保健福祉部でも、民間保険会社との競争を視野に入れた公団業務の一層の効率化が必要であると考えている。

⁵² 李奎植教授インタビュー調査より

⁵³ 韓国労働組合総連盟インタビュー調査より。また、韓国経営者総協会では、「人員削減したが、サービスも低下した」と評している。

⁵⁴ 大韓病院協会インタビュー調査より

(2) 保険者の役割の変化と今後の課題

先述のように、国民健康保険公団は、保険者であるにもかかわらず保険料の決定権を有していない。統合時に保険料徴収率が低下したことから、公団支社では徴収率向上が優先課題とされてきた。また、保険料の二重請求など事務的ミスが生じたが、これに対するクレームへの対応や、保険料に関する問合せへの対応等の業務が増加した。

また、統合以前は、診療費審査や医療適正性評価を保険組合の中央組織である「医療保険連合会」が実施してきたが、統合後はこれらの機能が健康保険審査評価院に移転されてしまった。審査評価院では、独立した専門機関として、保険者や国民、医療機関からも納得の得られる審査評価結果を出すことが強く求められるようになり、専門性が高まった。

一方、公団では、審査評価院が審査した結果に関するデータを保有しているが、どのような内容が査定されたのかといった審査プロセスに関するデータは保有していない。したがって、医療機関別の審査査定内容データを保有することはなく、医療機関に関する情報は審査評価院に集約されている。

以上のことから、統合前に比べて保険者の機能は低下したのではないかと、公団は保険料徴収機能しか果たしていないのではないかとといった批判もある。このような批判を受けて、公団では健康増進・予防事業などの「民願サービス」（加入者サービス）の充実と医療機関への統制強化が課題となっている。公団は、審査後のレセプトデータを保有しているため、患者に提供された診療内容を把握し、患者ごとのデータベースを作成することができる。健康増進事業担当部署を設置し、02年から頻回受診や長期入院の患者に対する指導を開始した。また、加入者向けに「領収書保管運動」を実施しているが、これは医療機関の不正請求抑止効果をねらったものである。現在、公団では、不正請求がないかどうかを調査できる医療機関への調査権を得ようと政府と交渉している。

このような公団の動向について、医療団体は警戒している。公団という大きな保険者組織ができ、その理事長が大統領から任命される職（＝長官クラス）となったことで、医療団体からは「保健医療体系の中で最も力を発揮し得る組織になった」と懸念されている。財政危機以降は、公団が医療機関に対して規制と統制を頻繁に行うようになったので、医療機関と公団の衝突が激化している。

7. 医療機関に関する影響

統合以前には、中小規模の保険組合の財政が不安定なため、医療機関に対する診療費の未払いなどが問題として指摘されていた。また、特に地域組合が非効率であるとの指摘もあったため、大韓医師協会では一定規模の統合が必要と考え、広域⁵⁵単位での統合を主張していた。大韓病院協会でも単一の保険者には問題があるが、ある程度の保険者規模が必要であるとの考えから、広域単位の統合を主張していた。

統合後は診療費未払い問題は解決したものの、国民健康保険公団による支払遅延が病院経営に大きなダメージを与えている⁵⁶。これは医療保険統合の直接的な影響ではなく、統合後の財政悪化に伴う影響である。保険財政が悪化しても保険料引上げによる収入を増やすことができないため、支出抑制に政策の重点が置かれている。健康保険審査評価院に対する審査厳格化の要請があり、医療機関への支払いが遅れ気味となっている。大韓病院協会のモニター調査では、紙レセプトの場合は平均約10日、EDI請求の場合は約13日の支払遅延となっている。その結果、診療報酬債権を担保とした金融機関からの借入れを行う医療機関が増加している。審査厳格化の影響もあり、病院では医療事務の負担が大きくなった。IMF危機下で医療事務職員を削減してきたが、昨今、健康保険審査評価院の審査や医療適正性評価が厳格化されたことに伴い、さまざまな資料提出を要求されることから、医療事務職員を増員せざるを得ない状況になっており、これが経営悪化にもつながっている。

その結果、病院では01年以降休業・閉業が増加しており、大韓病院協会でもこの問題を深刻に受けとめている。

図表4-11 病院休業・閉業件数

	1999年		2000年		2001年		2002年	
	総合病院	病院	総合病院	病院	総合病院	病院	総合病院	病院
全体(件)	273	557	279	596	278	663	276	699
休業・閉業(件)	10	44	9	56	4	80	6	94
比率(%)	3.1	7.9	3.2	9.4	1.4	12.1	2.2	13.5

注：02年は推計値

資料：大韓病院協会

⁵⁵ 韓国では特別市・広域市・道の単位を意味する。日本での都道府県単位。

⁵⁶ 大韓病院協会インタビュー調査より

8. 国民、市民団体の評価

医療保険の完全統合を公約に掲げ、「統合と分離」をキーワードに進められた金大中政権の医療保険改革であったが、統合による一定の成果を認める意見がある一方で、結果として医療保険財政が破綻してしまったことについては厳しい評価が下されている。

統合論争の際、統合派として積極的に活動した市民団体である健康連帯によれば、「健康保険財政破綻は金大中政府最大の失敗である。根本的には医療供給構造の転換、すなわち治療中心の医療サービスから予防事業や健康増進事業へと転換することが必要だ」と述べている。

(資料)

「金大中政府健康保険改革の成果と限界」

健康連帯 事務局長チョ・キョンエ、02年

医療保険統合の成果

1. 金大中政権下、2000年7月に施行された、国民健康保険法により下記のような成果が実現したことが評価できる。
2. 医療保険を健康保険に変えることで、医療保障の内容を予防や健康増進にまで拡大する根拠を備えた。
3. 管理運営体系の統合一元化により、管理運営費が全医療保険財政に占める比率が減少した。
4. 医療保険統合による保険料負担の公平性が大きく改善された。地域加入者は全国どこでも統一の基準により保険料を賦課されることになった。基本的には能力による保険料賦課という大原則が十分に達成されている。
5. 保険公団の理事会や政策審議委員会に市民団体、農民団体、労組代表が参加することにより、保険加入者の民主的参加の基盤が確保された。
6. 単一の健康保険公団という保険者組織が作られ、医療機関に対する交渉力が高くなるのみならず、健康保険財政の管理能力と統制機能が強化される可能性が高まった。

金大中政権の医療保険改革の限界

上記の成果にもかかわらず、医療保険統合は保健福祉部の非協力と無能により、新たな問題に対処できないまま、金大中政府最大の失政である健康保険財政破綻につながってしまった。医薬分業導入過程で医師団体の反発をなだめるために診療報酬引き上げを実施したことにより、健康保険財政が一気に破綻に至った（診療報酬単価では99年度末水準に対し、01年1月までに32%引き上げられている。）これを予測さえすることができなかった保健福祉部と統合公団の無能と無策の結果である。

財政安定化策は国民負担を増大させるものがほとんどである

01年3月に政府が発表した財政赤字を要因別に見ると、すべて財政赤字規模3兆9000億ウォンのうち医薬分業の影響6800億ウォン、診療報酬引き上げ1兆8200億ウォン、本人負担金調

整 3352 億ウォン、自然増加分 9000 億ウォンだった。このうち、本来国民が負担すべき要因は自然増加分 9000 億ウォンだといえる。だが、二度にわたる財政安定対策の中で保険料引上げ、本人負担金調整、徴収率向上、被扶養者認定基準強化、一般医薬品非給付転換、年間給付日数制限など、対策の大部分が国民負担で満たされている。追加対策においても財政安定化対策は相変わらず国民の負担だった。年間診療日数を 365 日に制限し、薬品費節減策として保険適用を受けてきた一般医薬品を大挙に非給付対象に切り替えるということが第 2 次対策の骨子だった。

財政安定対策が根本的対策になっておらず一時的彌縫策にすぎない

現在の健康保険財政危機は医薬分業など一連の政策変化から始まったというよりは、より根本的な原因がある。医薬分業はただ財政危機を 1~2 年繰り上げたに過ぎない。健康保険財政を脅かす要因で最大のものは民間主導型の医療供給構造である。わが国のように医療供給の主体が民間に重点が置かれる場合、保健医療サービスは商品としての性格を脱皮しにくい。

また、収入対支出の構造的な逆転現象が起きていることが指摘できる。最近になって健康保険は老人医療費増加、慢性退行性疾患の増加等の疾病構造の変化、受診率増加、給付範囲拡大など財政支出を増大させる要因が山積している。一方、保険料収入は景気低迷などの影響で給付費増加率に大きく及ぶ事ができない。医薬分業以前 5 年間の支出増加率は 16.9%であるのに比べて収入増加率は 12.9%にとどまっていることが端的な例だ。支出構造を変えずには、財政安定達成は困難である。

総括

金大中政権の財政安定対策は根本的で構造的な対策というよりは、財政危機解消に主眼点を置いた短期的対策という点で明らかな限界を現わした。すなわち、保険財政の安定的な基盤確保のためには現在の対策だけではなく、別途の改善策が必要である。実際、診療費審査強化や給付制度合理化、薬剤費引下げなどは一時的には効果が現れるが、短期的処方であって根本的な処方ではない。一定時間が経てば、医療供給者は合法的である範囲内で診療量を増やすなど、他の方法を通じて財政節減効果を弱めることが予想される。

根本的には医療供給構造の転換、すなわち、治療中心の医療サービスから予防事業や健康増進事業に転換することが必要である。これは民間医療によって供給されにくいということが明らかなので公的医療サービスの強化が求められる。また、保険者の機能を拡大して医療費を費用節減型に切り替えるための支払体系の改革はこれ以上延ばすことができない課題になっている。

「危機はすなわち機会」といわれる。金大中政府は危機を機会に作り上げるのに失敗した。国民の負担は増える一方、保険による恩恵が縮小し費用負担による医療へのアクセスが低下し、国民の健康権は拓がることができなかった。この文では扱うことができなかったが貧困層に対する医療保障制度である医療給付制度は健康保険に比べてより一層後退し、貧困層の健康権を守るはずの社会安全網の役目をすることができなかった。この文を書く過程で 16 代大統領で盧武鉉候補が確定された。健康保険財政統合反対、民間医療保険の導入検討、医薬分業見直しな

どを掲げたハンナラ党の李会昌候補の落選が国民健康権確保と保健医療制度改革のためには、幸いな事この上ない。しかし、盧武鉉当選者が掲げた保健医療分野の公約が「空約」（訳注：韓国語では公約と空約は同じ発音）にならないようにするための労働、農民、市民社会陣営の活動がより一層求められる。

資料：健康連帯『保健医療政策資料集 2002』より

第5章 まとめ

(1) 医療保険制度統合の背景と経緯

①医療保険制度の導入と適用拡大

韓国では、日本やヨーロッパの医療保険制度の研究を経て1963年に医療保険法を制定し、任意加入の組合方式による医療保険が開始されたが、保険財政の安定が確保できず医療保険の普及が進まない状況であった。この状況を受けて76年に医療保険法を全面改正し、77年以降に本格的な医療保険制度の導入・適用拡大を進めていったが、当時はまだ軍事政権下であった。このとき、被用者を対象とする「職場医療保険」、自営業者や農漁村住民を対象とする「地域医療保険」の区分適用が明示され、これとは別に、公務員・私立学校教職員を対象とする「公・教医療保険」ができた。医療保険制度の普及は徐々に行われ、まずは、職場医療保険について大規模事業所から徐々に小規模事業所にまで適用拡大していった。職場組合では安定した保険運営を図るために積立金を徐々に蓄積していき、同時に保険運営のノウハウも獲得していった。このように被用者に対する社会保障の基盤整備が着々と進んでいく一方、低所得とされていた自営業者や農漁村住民に対する医療保険制度の導入が進まないことが社会福祉的な観点から問題視されるようになった。88年1月に農漁村住民に、89年7月に都市住民に対する地域医療保険がようやく開始となった。しかし、地域医療保険は、職場医療保険の事業主負担に対応するものとして国庫支援を組み入れた制度であったため、国庫支援額の増加という問題を内在するものであった。

②制度の統合をめぐる論争

このような背景のもと、医療保険の統合を求める動きは80年から起こり、統合実現に至るまで約20年にわたって、3次の論争が展開された。論争の時期によって、「統合」の意味するもの、ねらいは異なる。当初は、医療保険管理組織を統合することによりリスク分散を図り、管理運営費を削減する目的が大きかったが、地域医療保険の導入・拡大、その後の地域医療保険に対する国庫支援額の増加抑制、給付拡大を図るために、職場組合の積立金を活用したいという思惑が統合主張者の中で次第に強くなっていったことは事実である。

第1次論争、第2次論争では、統合論は頓挫したものの、第3次論争では遂に統合を果たした。この背景には、民主化運動の高まりとIMF管理下でのセーフティネット強化に対する要望、社会福祉的思想の広まりといったことがある。90年代に入り、地域医療保険における組合間の財政格差や農漁村民の保険料負担の重さ、国庫補助額の増加抑制などの負担の不公平問題が大きく取り上げられるようになり、社会的平等

を確保するためには統合が必要という論調が高まった。「医療保険において所得再分配を行うことによって社会的平等を確保する、これを実現するためには統合が必要」といった論調が高まった。「統合すれば保険料が平等になり、農漁村民の保険料は安くなり、給付は拡大する」と主張する政治家も現れ、特に農漁村民の共感を呼んだ。軍事政権下で導入された組合方式の医療保険制度は民主化運動の対象として国民に受け入れられやすいものであった。大規模事業所から小規模事業所、農漁村民、自営業者へと適用範囲を拡大していったが、それは高所得者から低所得者への普及拡大という構図として受けとめられやすかったこと、概して「職場組合は豊かな組合、地域組合は貧しい組合」という財政状況であったことが後押しをした。自営業者には開業医や弁護士なども含まれており、被用者と比較しても平均所得に大きな差がなかったこと、職場組合と地域組合の財政格差には組合の歴史の長さが影響していたことなどは、民主化運動の中で斟酌されることはなかった。「統合＝平等の実現＝民主化＝善」というイメージが国民の政治運動をリードしていった。

このような世情を受けて、医療保険統合問題は政治的課題としての重要性を高めていき、医療保険統合を主張しない政治家は、自営業者が約4割を占める状況で多勢に無勢となる上、進歩的ではないということで選挙に勝てないという風潮になっていった。韓国では大統領権限が非常に強く、経済界も次期大統領の政策に大きく影響されるため、大統領有力候補者と対立するような統合反対を強く主張することはできなかった。

こうしたなか、民主化運動のリーダーである金大中氏が97年12月の大統領選挙に勝利し、民主化の象徴として医療保険統合を政治課題と位置付けた。韓国では次官、局長といった行政機構トップも大統領の政治的任命で決まるので、大統領の意志を強く反映した政策執行となる。このため、金大中政権下においては統合が政治課題となり、国民に対しては保険料の引下げ、給付の拡大を行い、一方では医師団体を説得するために診療報酬の引上げを実施するなど、保健福祉部は統合の是非やその問題点、統合方法等について十分な検討を行わないうちに「統合ありき」の政策推進をしていくことになった。また、医師団体など一部の団体は広域単位の統合について主張したが、わが国とは異なり、韓国では地方分権が進んでいないため、現実性を伴わないものであった。

このように、韓国では、医療保険統合問題が民主化運動・政治運動と結びついたこと、非常に強い権限を持つ大統領が統合を政治課題と位置付けたことにより、ドラスティックな改革が断行された。しかし、このような政策は短期的には国民や医師団体それぞれを納得させることができたものの、保険財政危機を招き、その対策として行われた保険料の度重なる引上げや給付の制限の見直し、財政悪化に伴う医療機関への支払延滞等が医療保険に対する国民の不信感を高める結果となってしまった。

③統合の経過と現状

第1次統合として、98年10月に地域医療保険と公・教医療保険の管理組織が統合された。続いて99年2月に「国民健康保険法」が制定され、翌2000年7月1日に139の職場組合を統合する形で第2次統合が実現した。この時、唯一の保険運営組織として「国民健康保険公団」が設立された。また、それに伴い、診療費の審査機能は保険者から分離され、独立した機関として「健康保険審査評価院」が設立された。

保険運営組織は統合されたが、職場医療保険（第2次統合で公務員・教職員は職場医療保険に区分されることとなった）と地域医療保険の業務および財政は統合されず、公団の保険業務については03年5月に至って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。しかし、職員は統合反対派の旧職場保険組合の労働組合と統合を推し進めた旧地域保険組合の労働組合に二分されている。職場医療保険と地域医療保険の区分経理の撤廃といった財政統合は、賃金所得者を対象とする職場医療保険と非賃金所得者を対象とする地域医療保険について、共通の保険料賦課体系が開発できなかったことが原因で二度にわたって延期され、03年7月になってようやく統合された。しかし、この財政統合もこれまでの職場と地域という区分を廃止し、財政をひとつの勘定にしたものであり、実際のところ保険料の賦課方法は統一されておらず、給付等に関する統計管理、保険料賦課の適正判断のための統計資料なども、これまでどおり職場と地域に分けて維持・管理するものとみられる。

（2）医療保険統合の評価

このようにして行われた医療保険統合が成功したかどうかについては、統合をめぐる統合賛成派と反対派の論争が現在も続いており、評価は分かれているが、医療保険財政を安定させるという最大の目標は、後述のとおり達成されておらず、このほかにも問題が残っている。その問題のひとつに、職場医療保険と地域医療保険に共通の保険料賦課体系の開発は未だに実現していないことがあげられる。政府は、財政統合の前提であった「共通の保険料賦課体系の開発」を継続課題とし、03年7月1日に異なる保険料賦課体系を維持したまま、財政統合に踏み切った。この影響が具体的に表れるのはこれからであるため、現段階において医療保険統合について評価を行うことは難しいが、今回の調査研究により明らかになった統合に関する主要な問題点の要約は以下のとおりである。

①保険料負担における公平問題の未解決

統合における大きな論争対象のひとつに保険料負担の公平の確保という問題があった。職場保険組合間と地域保険組合間における保険料負担については、同一保険料

率の適用により公平な保険料負担が実現できたという意見が多いが、医療消費量の違いを反映した保険料率の差異が一律化されたことにより、高所得層の保険料が引き下げられ、医療消費量の少ない低所得層の保険料が引き上げられたという不満も強くある。また、職場医療保険と地域医療保険との保険料負担の公平問題については、地域加入者の所得捕捉問題が一層注目され、単一保険料賦課体系の開発が不可能とされたことなどもあり、統合反対派からは、財政統合を行えば保険料負担の不公平問題がより一層拡大するとの強い指摘がされており、所得再分配を推進するという統合の目標についても疑問が提起されている。

②保険運営における自律性の喪失

組合方式のもとでは、各組合は収入と支出の均衡に責任を持ち、収入面については、各組合ごとに、その被保険者や事業主の合意を得ながら保険料率を決定し、保険料徴収率の向上に取り組んできた。一方、支出面については、組合の中央組織である医療保険連合会が診療費審査機能を担い、適正給付のための監視を行ってきた。特に、各職場組合では、保険財政の安定運営のために1年分の給付費相当の積立金を確保するよう黒字運営の努力をしてきた。しかし、統合によって職場組合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、拠出してい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」との主張もあったが、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。

統合後は、保険料の決定は一組合の問題から国家的な問題となり、保険料引上げは困難になると同時に、政府が国民を説得するといった政治的課題となった。そのため、給付費増加に対応した保険料引上げが適切に実行できなくなり財政危機に陥っている。「国民健康保険財政健全化特別法」のもとでは、保険者である国民健康保険公団は保険料の決定権を有しておらず、保健福祉部長官直属の「健康保険政策審議委員会」で決定されている。また、診療費審査機能は、保険者から分離され、健康保険審査評価院が行うこととなった。巨大な保険運営組織が誕生したことから、医療提供側との交渉力の強化、リハビリや健康増進事業など新たな枠組みによる保険給付の拡大への取組みが期待される反面、診療費審査機能の喪失などにより単なる巨大な保険料徴収機関を誕生させたにすぎないとの批判があり、自律性の確保に向けた取組みは今後の課題となっている。

③医療保険財政の悪化

医療保険統合とほぼ同時期に行った医薬分業が医師団体による反対にあったため、医薬分業の実施と引き替えに診療報酬の度重なる引上げを行った結果、給付費が大幅に増加し、医療保険財政が悪化した。医療保険の財政悪化は統合とは別の問題である

という指摘もあるが、01年の財政危機まで行ってきた給付水準の向上による給付費の増加とこれに合わせた保険料率の適切な設定が統合により困難となったこと、統合により保険料徴収率が低下したことの影響も大きいという指摘もあり、財政悪化と統合との関連の分析はこれからである。

また、職場組合の積立金は最高時に約2兆ウォンもあったため、統合派はこの積立金を活用すれば給付拡大や地域保険の負担軽減が実現できると考えていた。しかし、地域医療保険適用人口は職場医療保険適用人口より3割も多く、職場組合の積立金は組合創設から徐々に蓄積されたものであり、これを全国民で活用するには一時的な財源としかかなりえない金額であった。そのうえ、統合の可能性が高まった97年以降、それまで安定した財政運営を行っていた職場組合は積立金を徐々に取り崩す赤字財政の運営に転じ、01年には約20年にわたって蓄積されてきた積立金が枯渇した。このような職場医療保険の財政悪化は、職場組合の積立金の活用を考慮に入れていた統合計画にとっては、予想外の事態であった。

④実現できなかった「国庫支援の廃止と給付の拡大」

職場医療保険の財政悪化の影響もあり、大統領選の公約であった「国庫支援の廃止と給付の拡大」という政策目標は達成できず、地域医療保険の国庫支援額および国庫支援依存率はむしろ統合後の方が増加した。給付についても、2000年に給付日数制限が撤廃されたものの、2001年の保険財政危機以降は財政健全化が最優先課題となり、給付期間は「入院・外来・投薬日数合計で365日以内」と再び制限が設けられたほか、MR I等高額医療への給付拡大の延期、風邪薬や胃腸薬など1400品目の保険適用除外が実施された。

⑤医療保険に対する国民の不満の高まり

多くの農民団体・市民団体等は、「医療保険が統合されると農漁民・都市地域住民の保険料が引下げられる」との論理に則って統合運動を展開してきたが、保険料の引下げや給付の拡大は実現されなかった。その上、度重なる保険料の引上げ（職場保険においては2000年にいったん2.8%に保険料率は引き下げられたが、その後03年までに3回の引上げが行われ、保険料率は3.94%となっている）や診療報酬改定等を通して国民の医療保険に対する不信感が高まり、保険料率の審議機関に市民団体・農漁民団体・自営業者団体の代表者が参加していることもあって、給付額に応じた保険料の設定が難航する一因となっている。換言すると、国民の医療保険に対する不信感が、保険財政の更なる悪化をもたらすという悪循環の要因となってしまった。

⑥管理運営費の削減と加入者利便性の向上

統合に伴う職員数の減少などにより、管理運営費が削減されるとともに、適用・徴

収・給付がひとつの電算システムのもとで行われるようになり、加入者の利便性が向上したとの評価がある一方、利便性については韓国におけるIT化の急速な進展を考慮すべきであり、加入者の苦情処理コストや保険料徴収率の低下を考えると統合の成果とはいえないとの指摘があり、現段階では最終的な評価するのは困難である。

(3) 本研究から得られた示唆

韓国では近年、英国のNHS (National Health Service) を研究する学者が増えている。組合派の学者、統合派の学者も現在のシステムよりは、国家管理を強化したシステムが望ましいとの点で見解が一致している。しかし、韓国の医療機関の約90%は民間であり、英国のようなNHSを目指すならば公的な医療提供の拡充必要性を唱える学者もいるが、難しい状況となっている。

現在、わが国でも、医療保険制度の一元化や保険者の再編・統合が議論されているが、韓国の医療保険改革研究から示唆されたことは、①財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするためには、規模が大きければ大きいほど良いといった単純なものではなく、保険運営の自律性を確保しつつ、被保険者のニーズに対応したきめ細かいサービス提供をできる保険者組織が必要なこと、②完全統合はすべての問題解決に有効な手段というわけでは決してなく、賃金所得者と非賃金所得者間の不公平問題等の新たな問題を生み出してしまうこと、したがって、③解決すべき課題が一元化や再編・統合によってのみ解決できる内容かどうか、また、新たにどのような問題が生じるのかなどについても十分に検証を行う必要がある、例えば、複数の組合による事業共同化などによって現行の組合方式のメリットを十分に活かしつつ解決できる方策がないか検討し実施すること、④保険運営は、被保険者の信頼と納得にもとづく負担があって成り立つものであるため、改革にあたっては長期的ビジョンを示しながら被保険者や国民の十分な理解を得ることが必要なこと、などである。

このような観点から、医療保険制度の一元化や保険者の再編・統合について十分に検討・議論を行い、わが国のあるべき医療保険制度体系の構築に向けて改革案を提示しつつ、関係者や被保険者、国民の理解を得ていくことが求められている。

<本報告書での訳語について>

- ・本報告書では漢語起源の用語については原則として直訳語を用いた。
- ・例外的に、韓国語を直訳した用語が日本語として不相当であるため別の用語で転用したもの（下記の①）、あるいは直訳に対応する日本語はないが、解釈を歪めないために敢えて直訳を用いた用語（下記の②）について下記にまとめる。

① 韓国語を直訳した用語が日本語として不相当であるため、別の用語で転用したもの

本報告書で用いた日本語訳	韓国語の直訳
(保険) 給付	給与
自己負担 (額)	本人負担金
所得捕捉または所得把握	所得露出
診療報酬	酬価

② 直訳に対応する日本語はないが、敢えて直訳を用いた用語

本報告書で用いた直訳語	意 味
職場保険	日本での職域保険に対応（公務員・教職員保険を除く）。医療保険統合により解消。
地域保険	農村および都市部自営業者のための医療保険。医療保険統合により解消
加入者	被保険者と同義。国民健康保険法施行により「被保険者」が「加入者」に名称変更された。
韓方	漢方および東洋医学全般を指す
療養機関	国民健康保険法第40条第1項および第2項に規定される保険医療指定の医療機関、薬局、保健所、保健医療院、保健支所、保健診療所

<参考文献>

日本語文献

金大中著・田中基訳『生産的福祉への道』毎日新聞社、2002年
金栄鎬『現代韓国の社会運動』社会評論社、2001年
通商産業省『通商白書昭和52年版』
恒川恵市『企業と国家』東京大学出版会、1996年

韓国語文献 (原題および日本語訳)

건강연대 “2002년 보건의료 정책자료집”, 2003.3
(健康連帯『保健医療政策資料集2002』、2003年3月)
김병익 ‘건강보험재정의 건전화’ “선진의료를 위한 건강보험의 정상화에 관한 정책토론회”, 2002.9.6
(キム・ビョンイク「健康保険財政の健全化」『先進医療のための健康保険正常化に関する政策討論会』(2002年9月6日))
김중대 “선비의 허가 맵다고 뽑으려 하지마라 의료보험 통합이 의약대란을 부른다”, 전원 문화사, 2000
(金鍾大『医療保険統合が医薬大乱を招く』2000年)
박은철 “의료보험제도의 변화와 의료계의 대응”, 연대 고위정책과정 강의자료, 2001
(パク・ウンチョル「医療保険制度の変化と医療関係者の対応」2001年)
민간의료보험 활성화 Task Force “국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안”, 2001.12.14
(民間医療保険活性化タスクフォース報告書「国民健康保険と民間保険の協力による医療保障体系の改善方策」2001年12月14日)
보건복지부 “보건복지백서 2001”
(保健福祉部『保健福祉白書2001』)
보건복지부 “보건복지백서 2000”
(保健福祉部『保健福祉白書2000』)
보건복지부 “보건복지백서 1999”
(保健福祉部『保健福祉白書1999』)
의료보험연합회 “의료보험통계연보”
(医療保険連合会、「医療保険統計年報」、各年度)
의료보험연합회 “직장의료보험조합 결산현황”
(医療保険連合会、「職場医療保険組合決算現況」)

- 의료보험연합회, “지역의료보험조합 결산현황”
 (医療保險連合会、「地域医療保險組合決算現況」)
- 이규식 “의료보장과 의료체계” 계축문화사, 2002
 (李奎植『医療保障と医療体系』2002年)
- 이선희 ‘급여체계의 개선방안’ “한국의학원 총서 21세기 한국 보건의료정책 개혁방향”
 제 14 장, 한국의학원, 2002
 (イ・ソンヒ「給付体系の改善方策」韓国医学院叢書『21世紀韓国保健医療政策改革の方向 第14章』2002年)
- 韓國保健社會研究院 “國民醫療費 算出體系開發 및 推定”, 2002年
 (韓國保健社會研究院『國民醫療費算出體系開發および推定』2002年)
- “홈케어 Newsletter”, June, 2002
<http://www.homecarecenter.co.kr/newsletter/2206/>
 (「ホームケアセンター・ニューズレター」2002年6月号)
- “국민건강보험공단 기본통계”, 2003
 (國民健康保險公團 基本統計, 2003年)
- “한국보건사회연구원 통계자료”, 2002
 (韓國保健社會研究院 統計資料, 2002年)

英語文獻

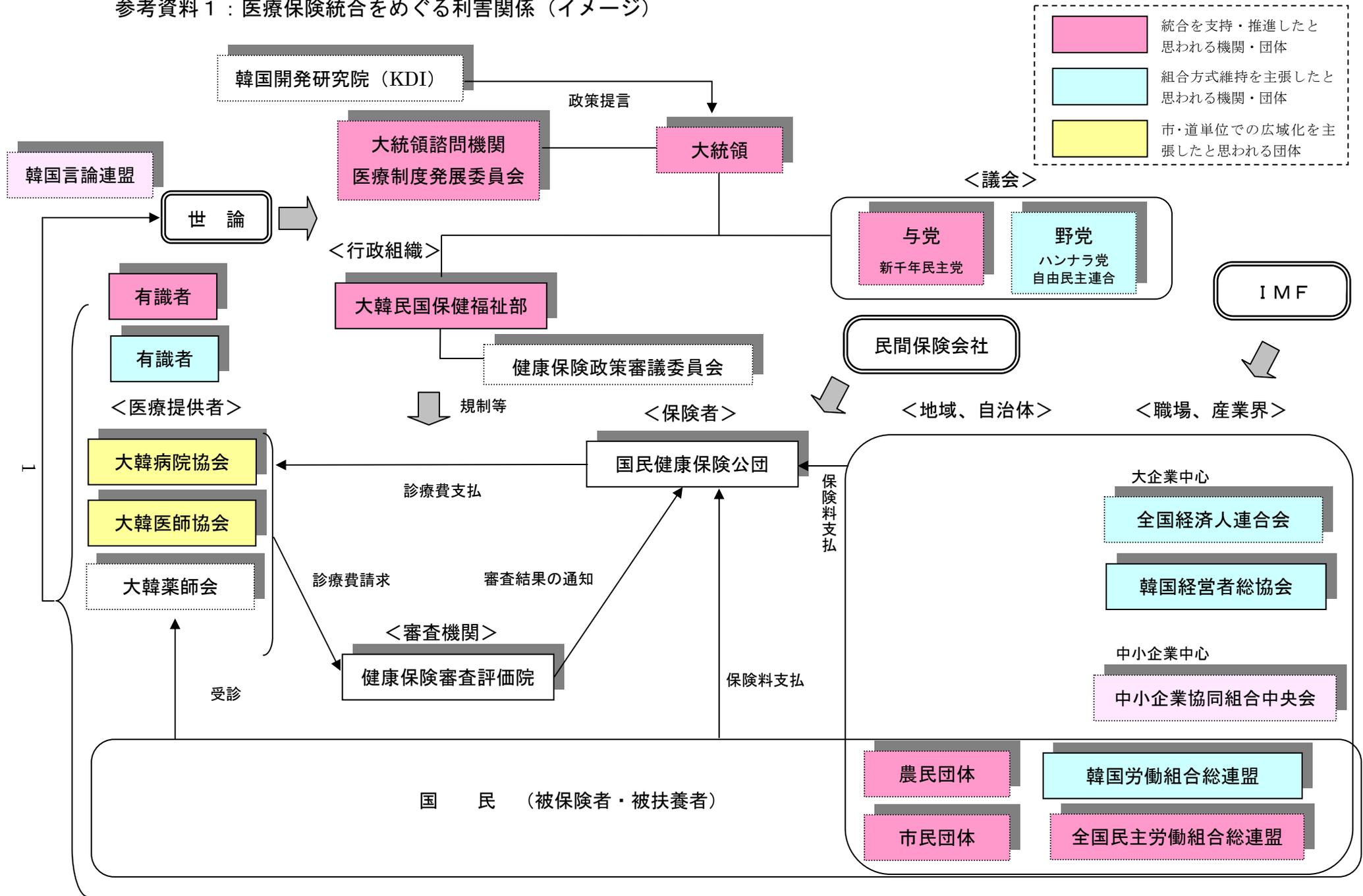
- Huang, Teh-fu. 1997. "Party Systems in Taiwan and South Korea." in Larry Diamond, Marc F. Plattner, Yun-han Chu, and Hung-mao Tien. eds. *Consolidating the Third Wave Democracies: Themes and Perspectives*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 135-59.
- Nemoto, Kuniaki. 2003. "Gridlock or What?" mimeo
- National Health Insurance Corporation. 2003 "National Health Insurance In Korea 2003"
- OECD Health Data. 2002
- Shugart, Matthew Soberg, and Stephan Haggard. 2001. "Institutions and Public Policy in Presidential Systems." in Stephan Haggard and Matthew D. McCubbins. eds. *Presidents, Parliaments, and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press. 64-102.
- United Nations, World Population Prospects. 2002

Ⅲ. 資料編

◇ ◆ 参 考 資 料 目 次 ◇ ◆

参考資料 1	医療保険統合をめぐる利害関係（イメージ）	1
参考資料 2	現地調査インタビュー概要	11
参考資料 3	国民健康保険法	69
参考資料 4	国民健康保険財政健全化特別法	99
参考資料 5	国民健康増進法（抜粋）	105
参考資料 6	盧武鉉（ノ・ムヒョン）氏大統領選挙における公約（抜粋）	108

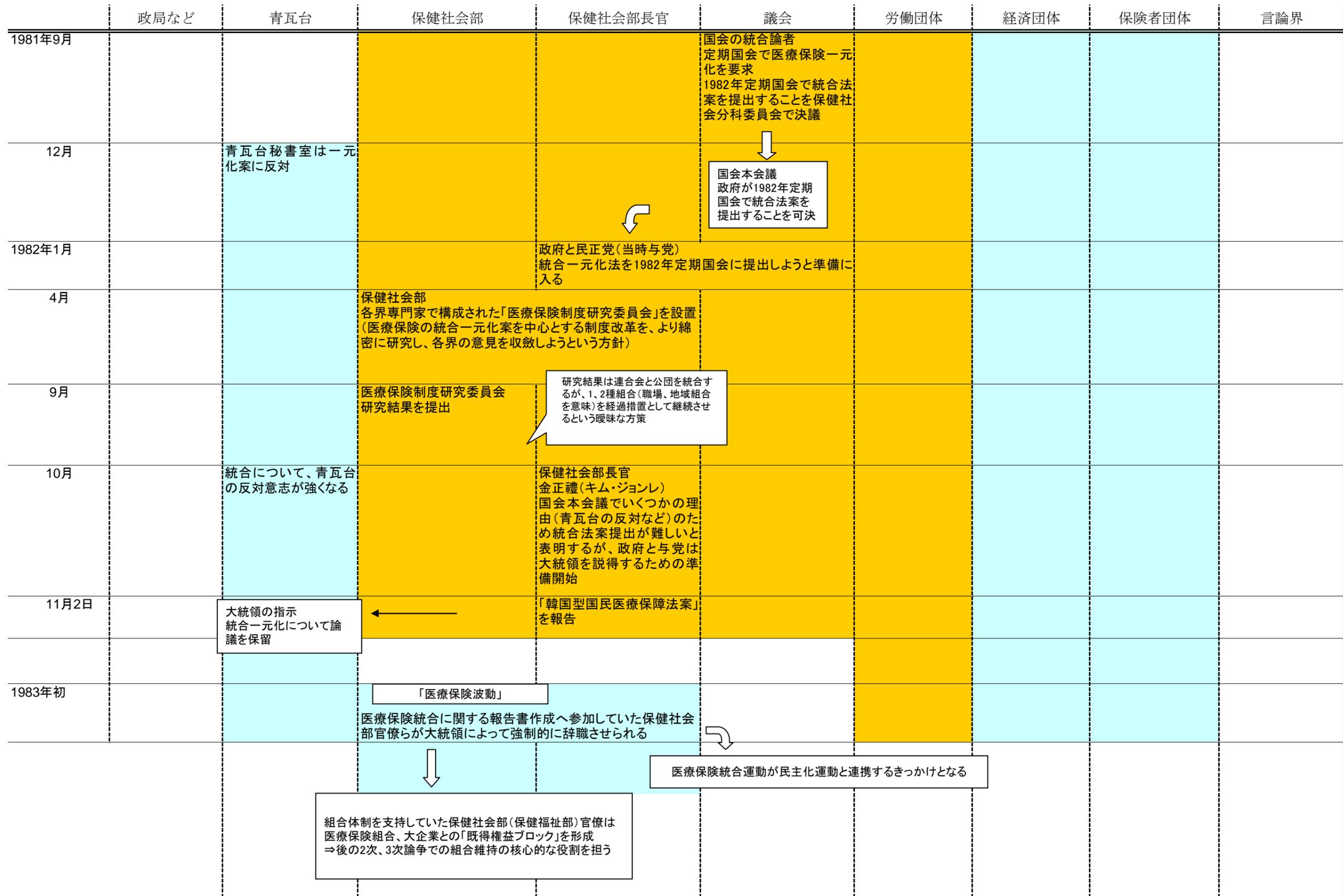
参考資料 1：医療保険統合をめぐる利害関係（イメージ）



第1次論争(1980年~1983年)政府保健社会部内での論争が中心

	政局など	青瓦台	保健社会部	保健社会部長官	議会	労働団体	経済団体	保険者団体	言論界
1980年7月	(光州事件後の混乱期)		小規模組合の統廃合推進を開始						
	統一主体国民会議が第11代大統領に全斗煥選出		この過程で保健社会部(現在の保健福祉部)は医療保険を一つの機構が管理する統合一元化方案を提示						
10月				千命基(チョン・ミョンギ)長官大統領に統合一元化案を提示 「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」という見解					千(チョン)長官の提案以降、新聞社説を中心に統合論争が始まる。キョンヒヤン新聞を除く多くの新聞では、統合に反対する意見が多数
10月23日								全国医療保険協議会医療保険の統合一元化に反対する意見書を保健社会部に提出	
10月30日							全国経済人連合会など経済5団体「医療保険管理体系合理化に関する意見」を保健社会部長官あてに提出		
11月		大統領の反対により保健社会部の統合案は「研究検討」という扱いで保留となった							
			保健社会部と政界では「社会保障原理」という漠然とした理念に左右され、統合について執念を見せる						
1981年1月	与党・民正党結成大統領選挙人団が全斗煥を第12代大統領に選出			保健社会部長官国会保健社会委員会にて、段階的な統合一元化を表明					
7月				保健社会部長官国会で「審査機構一元化と電算統合で一元化の効果を上げる」として、段階的な一元化を示唆					ただし韓国労総が要求した「統合」は職場組合だけの統合
8月						韓国労総「医療保険制度改善要求書」を提出職場組合だけの統合を要求			

統合推進派
 (まだ地域医療保険はなかった)
 組合維持派



第2次論争(1986年～1989年)皆保険制度施行をひかえ、医療保険制度の枠組について広範な議論が展開される

	政局など	青瓦台	保健社会部	議会			労働団体		農民団体 市民団体	医師会	学界		経済団体	保険者団体	言論界
				統一民主党 平和民主党	新民主 共和党	民正党 (与党)	韓国労 総系	民主労 総系			統合派	組合派			
1986年8月26日															
9月		皆保険化案提示 87年の大統領選挙に備え「国民福祉増進総合対策」を発表 「88年から農漁村住民について国庫支援で医療保険を適用し、都市地域住民は89年から適用」													韓国経営者総協会理事会にて組合主義維持を採択
1987年2月															農漁村地域に対する医療保険拡大を目の前にし、統合するのか、現在の組合方式をとるかの統合論争が始まる
3月															
6月29日	民主化宣言(大統領直接選挙制の公約など)														
1988年1月	農漁村地域住民に対して医療保険導入⇒統合論争の再燃														
1月															
2月	盧泰愚が第13代大統領就任														

	政局など	青瓦台	保健社会部	議会			労働団体		農民団体 市民団体	医師会	学界		経済団体	保険者団体	言論界
				統一民主党 平和民主党	新民主 共和党	民正党 (与党)	韓国労 総系	民主労 総系			統合派	組合派			
1988年4月									市民団体らは「医療 保険統合のための 全国医療保険対策 委員会」を組成。 医療保険統合運動 を組織的に展開						
4月			政府、都市地 域住民に対する保 険拡大方策を論 議するため「国 民医療政策審議 委員会」を組成								「国民医療政策審議会」に参 加した学識者を中心に賛反 論争を繰り広げる				
7月～8月										社会福祉学を 専攻する教授 11人が「社会 保障研究会」 という名で 「全国医療保 険のための統 合一元化方 策」という報 告書を発刊	保健学、経済 学、経営学等 の専攻者32人 が「医療保障 研究者一同」 という名で統 合に反対する 報告書を作 成。「韓国医 療保険の発展 方向について の提言」を発 刊				
8月25日			政府は「国民医 療政策審議委員 会」と共同で医 療保険管理体系 に関する公聴会 を開催。この公 聴会で地域住民 等の所得が分か らない状態での 統合は低所得勤 労者の負担が過 重になることを 指摘												
														→ 勤労者らが統 合について懐 疑をもつよう になる	

	政局など	青瓦台	保健社会部	議会			労働団体		農民団体 市民団体	医師会	学界		経済団体	保険者団体	言論界
				統一民主党 平和民主党	新民主 共和党	民正党 (与党)	韓国労 総系	民主労 総系			統合派	組合派			
1988年10月8日									統合を主張する団体等は、低所得勤労者等の反発を抑えるため、保険料賦課に累進率を適用する方法を代案として提示						
11月14日				平和民主党（総裁：金大中）の国民医療保険法案											
				<div data-bbox="1032 590 1299 827" data-label="Text"> <p>主要骨子 医療保険の管理及び財政の統合 医療保護制度はそのまま存続させ医療保険制度と並存 保険料の累進率の規定は置かず、地域住民に対する保険料50%を国庫支援とする。療養機関は1次と2次にわけ、契約制を実施</p> </div>											
11月16日				統一民主党（総裁：金泳三）の国民健康保険法案											
				<div data-bbox="1003 995 1234 1276" data-label="Text"> <p>主要骨子 健康保険の管理及び財政統合 一定所得以上者について保険料の累進率を適用 貧困層（既存医療保護対象者）の保険料は国庫が負担することによって、医療保護を健康保険に吸収。 自営者に対する保険料50% 国庫支援 療養機関契約制実施</p> </div>											
			対応策として医療保険法の改正案を提出 「医療保険組合を市・道単位で、広域化しながら被扶養者の範囲を拡大する」							<div data-bbox="1893 1310 2119 1528" data-label="Text"> <p>・医療保険の管理及び財政統合 ・療養機関契約制 ・保険報酬審議会新設 ・診療費審査院新設 ・医療紛争補償 基金制度導入 / 等 ⇒「診療費未払い問題」と関連</p> </div>					
					共和党は統合推進に転換				農民を中心とした全国医療保険対策委員会(全医対) 共和党舎を占拠し、20日間あまり籠城	医師協会嘆願					

	政局など	青瓦台	保健社会部	議会			労働団体		農民団体 市民団体	医師会	学界		経済団体	保険者団体	言論界
				統一民主党 平和民主党	新民主 共和党	民正党 (与党)	韓国労 総系	民主労 総系			統合派	組合派			
1989年2月10日				臨時国会で、医療保険管理体系に関する公聴会を開催 意見が一致せず、審議は後回しになる											
2月末				3党総裁は緊急会談⇒医療保険統合をはじめ、いくつかの法案を臨時国会で通過させることを決定 与小野大という権力構造下で医療保険統合問題は急転換					国会の審議延期に不満を抱いた統合推進市民団体らは野党総裁室を占拠し、統合法案の通過を要求						
3月9日				国家保健社会委員会で単一案を作成 国家保健社会委員会では民正党も統合側に回る 統合法案(国民医療保険法案) 国会本会議にて満場一致で通過 ・保険報酬審議会設置 ・一定所得以上の者に対する保険料累進率適用 ・診療費審査院設置 ・年金受給者の保険料1/2を年金基金が負担 ・農漁民・自営業者保険料についての国庫支援(但し、その率は大統領令で定める) /等										組合代表理事たちが激しい反対運動を展開 医療保険が統合されると既存の組合組織の代表が持っている各種権限は中央組織に大幅移転され、現代表理事の既得権も相当縮小される	
														ハンギョレ新聞を除く大部分の新聞が勤労者の負担増加問題を中心に、統合へ批判をするようになった。統合について批判世論が強くなる	
3月16日				国務会議 国民医療保険法案に対する拒否権行使を提案											
3月24日				大統領拒否権行使 統合法案を国会へ返送 =国民医療保険法案の廃案											
7月		都市自営業者に対して医療保険導入													

第3次論争から現在(1993~)97年の大統領選、IMF不況を背景に国民的な議論に

	政局など	青瓦台	保健福祉部	議会		政・労・使委員会 (1998年1月~)	労働団体		農民団体 市民団体	医師会
				国民会議 →新千年民主党 自民連	新韓国党 →ハンナラ党 農村出身議員 ファン議員ら		韓国労総 職場医保労組 (韓国労総傘下)	民主労総 地域医保労組 (民主労総傘下)		
1993年3月1日		文民政権樹立 医療保険統合問題を再び提起。大統領直屬諮問機構の「農漁村発展委員会」で医療保険統合を建議								
1994年2月										
6月		「医療保障改革委員会案」を受け入れ、文民政府でも統合案は受容されず								
1995年										
1996年9月										
11月										
1997年7月		国務総理下の「医療改革委員会」 「地域組合の広域化と職場組合の自律的統廃合方策」を提示								

統合推進派(全保険者一元化)
 広域化推進
 全国統合ではなく、広域単位(市・道単位)での統合を主張
 統合推進(1段階統合)
 地域保険と公・教保険だけの統合
 組合維持派

・民主労総傘下の労組
 ・地域医療保険組合の労組
 ・病院労働者連盟
 ・保健医療団体
 ・農民団体
 ・女性団体
 ⇒統合運動を実質的に主導
 (前身は1988年の医療保険対策委員会)

主要内容
 健康保険の管理及び財政統合
 所得等級別差等保険料率(累進保険料率)制度
 健康保険報酬調整委員会設置
 保険給付費用審査院設置 /等

「医療保険統合一元化及び保険適用拡大のための汎国民連帯会議」結成
 汎国民連帯会議
 国民健康保険法(案)を策定
 民主労総
 医療保険統合一元化等の5大課題を設定
 汎国民連帯会議
 全国徒步行進

	政局など	青瓦台	保健福祉部	議会		政・労・使委員会 (1998年1月～)	労働団体		農民団体 市民団体	医師会
				国民会議 →新千年民主党 自民連	新韓国党 →ハンナラ党 農村出身議員 ファン議員ら		韓国労総 職場医保労組 (韓国労総傘下)	民主労総 地域医保労組 (民主労総傘下)		
1997年8月					与党内の農漁村国会議員らの要求をファン・ソングン議員が代弁し李会昌(イ・フェチャン)大統領候補を説得し始める					
				金大中の大統領選における公約 ・医療保険の統合 ・4大社会保険の統合 「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・科学技術分野の発展に投資できる」と主張	説得攻勢					
10月30日					ファン・ソングンら「国民医療保険法案」を正式に発議					
11月7日	IMF管理体制下に入る 金泳三大統領新韓国等を脱党									
11月18日										
12月17日										
12月18日	金大中大統領当選									
12月31日										
1998年1月										
2月										
2月4日										
2月6日										
2月25日	金大中大統領就任									
3月23日										

ファン議員の報告書「1段階統合案」
「農漁村住民の相対的保険料負担過重による不満が多く、これをきっかけにして2千万人を超える地域医療保険対象国民等は医療保険統合を主張しているのに、野党は97年大統領選挙公約として医保統合を提示することが明らかである。だから新韓国党が「1段階」として地域医療保険と公・教医療保険だけでも統合する方案を発議し、勢を握る必要がある。
「1段階統合」を成立させようとした背景
① 地域医療保険の管理運営費の大幅削減を通じて国庫節減と共に地域被保険者の保険料を軽減する効果を取り上げられる。
② 地域医療保険に勤める人員を約40%減縮(業務統合で20%、電算統合で20%、総減縮人員約4000名)し、彼らを国民年金業務に転換させると国民年金実施のため、新規予算支援なしで都市年金の拡大が可能。

金泳三大統領の離党で与党不在に

満場一致で地域医療保険と公・教医療保険を統合(但し、財政は分離)する案が本会議を通過
⇒ 医療保険は統合段階へ

保健福祉部の見解
「法案は多くの問題点を持っているが、与野党が満場一致で可決したことを踏まえ、再議を要求しない。」

国民医療保険法公布
↓
1998年10月の第1次統合(地域保険と公・教保険の統合)へ

国民会議は医療保険の全面統合のため、準備に入る

「労・使・政委員会」発足

97年末からの経済危機打開のために設置

労・使・政委員会
第1次合意書
合意のうちの一つが医療保険統合

国民医療保険管理公団設立準備委員会発足

「医療保険統合推進企画団」発足

	政局など	青瓦台	保健福祉部	議会		政・労・使委員会 (1998年1月～)	労働団体		農民団体 市民団体	医師会
				国民会議 →新千年民主党 自民連	新韓国党 →ハンナラ党 農村出身議員 ファン議員ら		韓国労総 職場医保労組 (韓国労総傘下)	民主労総 地域医保労組 (民主労総傘下)		
				1998年8月10日				統合推進企画団は台湾の制度を視察するなど、5か月の作業を行う		
10月			「国民健康保険法案」を立法予告							
12月2日		第1次統合(地域保険と公・教保険)			ファン議員の案 職場組合を国民医療保険公団に統合 (統合推進企画団の法案と大同小異)		職場医保労組の統合反対 理由は組合職員の雇用の問題			
12月3日			統合推進企画団案をもとに「国民健康保険法案」を国会に提出		ファン議員 国民医療保険法全面改正案提出		国民健康保険法案への反対請願を国会に提出			
12月23日			保健福祉委員会 政府案とファン議員案を合わせて「国民医療保険法全面改正案」を策定							
1999年2月8日		国民健康保険法公布 ↓ 2000年7月の第2次統合へ								
2000年4月							職場医保労組 スト実施	地域医保労組 スト実施		
7月1日	国民健康保険法施行 単一保険料賦課体系の未開発で統合は6か月間延期され、管理機構の統合のみがなされる							医療保険統合施行後の組織運営を巡った 両組合労組員間のヘゲモニーの奪い合い		
2001年3月	健康保険財政破綻									
11月			大統領秘書室「もしハンナラ党による財政統合無効化案が国会で可決されたとしても、拒否権を行使する」と表明		ハンナラ党シム・ジェ Chol議員ら 健保財政の危機を受け、財政統合の無効化を提言					
2002年1月	職場加入者と地域加入者間の財政統合はやはり単一保険料賦課体系を開発できなかったため2003年6月30日に延期		財政統合は「無効化」ではなく「延期」に							
1月19日	国民健康保険財政健全化特別法制定・施行									
	医療費増大で、健康保険財政が危機を迎える ⇒特別法制定									
2003年2月25日	盧武鉉大統領就任									
7月1日	職場医療保険と地域医療保険の財政統合 ただし、単一保険料賦課体系は未開発									

参考資料 2

韓国の医療保険改革についての研究 現地調査インタビュー概要

(訪問日時順)

◇ ◆ 目 次 ◇ ◆

1. 大韓医師協会	12
2. 国民健康保険公団	15
3. 健康保険審査評価院	19
4. 大韓病院協会	22
5. 韓国保健社会研究院	24
6. 大韓民国政府保健福祉部	28
7. 韓国労働組合総連盟	32
8. 韓国経営者総協会	37
9. 国民健康保険公団 (第 2 回)	41
10. 金鍾大 (キム・チョンデ) 氏	50
11. 金淵明 (キム・ヨンミョン) 氏	57
12. 李奎植 (イ・キュシク) 氏	63

1. 大韓医師協会

常勤副会長（当時） 金方喆（キム・パンチョル）氏
保険局長（当時） チョン・ジンテク氏 ほか

医療保険統合をめぐる医師協会の立場

- ・大韓医師協会としては現行の統合方法については賛成したことはなかった。
- ・組合（特に地域組合）の非効率性が指摘されていたため、大韓医師協会では、一定規模での統合は必要だと考えていた。そこで広域別（韓国では特別市・広域市・道の単位、日本でいう都道府県単位）での統合を唱えた。
- ・（保険者の）全国統一が進んだので、今後、分離するのは難しいだろう。
- ・地域保険の方は高齢者が多く、財政的に厳しい。地域保険と職場保険を統合することは危険なのではないかと思っている。
- ・組合が分散していたときは、収支がマイナスである組合だけに対応すればよかったが、統合することによって、全体が厳しくなったときの対処が難しい。保険料引上げが政治的に難しくなっている。
- ・全国単一統合を主張した人の多くは、（所得の）再分配を主張した。これに対し、医師協会が主張したのは組合の自律性を維持しながら、合併を進めて規模の経済を獲得し財政を安定化させる方向である。

統合前後の医療費請求について

- ・統合前は、地域組合と職場組合との中央組織として「医療保険連合会」を構成しており、医療機関は連合会に診療費を請求し、連合会から医療費を支給されていた。統合後は保険者の統一公団ができ、健康保険審査評価院が独立した。審査評価院は審査した結果を公団に送る。公団では審査評価院に基金を積み立てておき、そこから医療機関に支給している。
- ・医療費請求について医療機関の事務としては、特に変わったことはない。

保険者の統合についての医師協会の懸念

- ・公団が大きな組織（職員 1 万名以上）になり、理事長が大統領に任命される職（＝長官クラス）となったことで、公団が保健医療体系の中で最も力を発揮しうる組織となったことが懸念される。また公団の官僚化も懸念される。
- ・医療機関と公団が衝突することはある。公団は保険財政を安定化させることに最も力を注いでいる。したがって医療機関に規制と統制を頻繁に行うようになった。
- ・02 年の医療費 18 兆ウォンのうち、医師協会の試算では 4 兆ウォン程度が医薬分業により増加した。
- ・韓国では EDI による請求が普及しているが、医師協会としては、全てがコンピュータ

で一括処理されるので、公団が医療機関を統制する手段となりうることを懸念している。また、医師の個人的、良心的な診療ができなくなり、医療が画一化されてしまう恐れがある。

民間医療保険の動向について

- ・本格的な民間医療保険はまだ始まっていない。一部、生命保険会社が補助的な医療保険を始めているが、本格的な民間保険は始まっていないと理解している。
- ・韓国は公的保険の保険料が非常に低く（3.94%）、この状況で公的医療保障を行うのは、魔術に近いといえる。

資格確認について

- ・保険資格、保険料滞納等の状況確認の協力義務を医療機関が負っている。保険資格のない人が他の人の保険証を借りることが問題になっている。
- ・公団では済州島で単一資格体系導入のモデル事業を行っている。保険証なしで、住民登録番号によって管理するというシステムである。

統合前の医療費の不払問題について

- ・金額等についての正確な記憶はないが、医療費未払いの問題は、医師協会が地域単位での医療保険の統合を主張した理由のひとつである。

DRGについて

- ・入院患者に対してだけは、8つの疾患グループについてDRGが導入されている。強制ではなく、医療機関の選択によってDRGを用いた包括支払を行っている。

医療提供体制について

- ・韓国では、日本の地域医療計画のような制度はないが、国家による推奨事項はある。地域ごとの分布についての規制・統制は特にない。
- ・健康保険上は医療伝達体系で医療機関のレベルを決めている。医療伝達体系とは大学病院などの3次医療機関で診療を受けるためには1次・2次医療機関の紹介状が必要となる制度である。これは1次医療機関を育成するための制度だが、あくまで原則的な問題であり、実際には例外があり、自己負担ができない人たちが3次医療機関に集中する傾向がある。
- ・韓国でも農漁村地域で医療機関が不足しているのは事実である。今は交通によるアクセスが良くなったので、ずいぶん解決されたと考えている。

高額医療費制度について

- ・ 盧武鉉次期大統領は高額医療費制度の導入を公約に掲げている。医師協会としては、これに反対する理由がない。本人負担が減ることについては医師協会では賛成している。

01 年の健康保険財政危機と国民健康保険財政健全化特別法について

- ・ 国民健康保険法で、「健康保険審議調整委員会」が規定されたが、健康保険の財政が破綻したときに「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」が規定された。保険料を決める委員会（公団の財政運営委員会）と保険給付を決める委員会（保健福祉部の審議調整委員会）とが分かれているのは問題であるということで、「特別法」によって両方を審議・議決する「健康保険政策審議委員会」を設置することになったのである。

2. 国民健康保険公団

常任理事 姜岩求（カン・アング）氏
健康保険研究センター次長 パク・チュンシク氏

統合で難しかったこと（業務レベル）

- ・最も困難であることは保険料賦課体系の統合であり、未だに実現できていない。
- ・保険料が上がった人と、下がった人がいて、上がった人の不満にどう対処するかという問題もあった。
- ・余剰人員の整理の問題。統合の過程で1万5000人から1万700人へ段階的に削減した。学者や政府の中には「これでも多い」と考える人もいるが、公団では全国をカバーするためにはもっと人員が必要だと考え、政府に対して主張している。

職員レベルの統合の状況について

- ・公団職員の労働組合は未だに旧地域組合職員と旧職場組合職員とで分かれている。職場組合は統合に反対し、地域組合は賛成したという背景がある。今でも定員は別々に設けられ、職場組合系の職員は職場加入者の仕事のみを行い、地域組合系の職員は地域加入者の仕事しかしない、といった問題がある。
- ・職場組合の労組は12月の大統領選挙では李会昌候補を支持し、保険の再分離を支持していたが、盧武鉉候補が勝ったため、その可能性はなくなった。

財政統合と保険料賦課体系

- ・財政統合のためには、保険料賦課体系を開発しなければならない。
- ・財政を統合しても地域保険への国家支援は継続する。
- ・統合とほぼ同時期に医薬分業が実施され、それが原因で財政が底をついた。2000年度末現在で1兆8000億ウォン程度の赤字があった。01年1月に「国民健康保険財政健全化特別法」が施行され、地域保険の給付費に対して40%を国庫が支援し、たばこ税収（健康増進基金）により10%を地域保険と職場保険の高齢者へ支援することが規定された。01年度、02年度合わせて、2兆5000億の赤字になっている。特別法は06年12月31日まで適用され、06年度末には赤字0にするまで、国家が支援することが規定されている。
- ・「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」が設置されたが、保険料引上げがとても困難である。特別法ができる前は、公団内の「財政運営委員会」で保険料を決めていたが、特別法施行後はそれができなくなった。

統合前に累積していた職場組合の積立金減少について

- ・統合以前には地域保険は財政的に厳しいところが多かったが、職場保険には累積積立金があった。統合が本格的に論議され、97年に統合が法制化されると、保険料を上げず、

管理を度外視したことを行うといったモラルハザードが起こった。

請求の仕組みについて

- ・地域加入者、職場加入者ともレセプト様式は同じである。給付基準は地域保険と職場保険とで同一なのでレセプトを分ける必要はない。
- ・審査評価院で受けた請求について、公団は金額など一般的、行政的なことをチェックするのみである。技術的なことは審査評価院に任せており、公団ではチェックしていない。学者は保険者によるチェックを強化すべきであるといっている。

医療機関からの請求に対する支払の期間

- ・病院クラスでは外来・入院ともに10日単位。医院クラスでは1か月単位。民法上は3年以内に支払えばよい（消滅時効）。公団としては、できるだけ医療機関に早く請求してもらいたいと考えている。

不正請求を行った医療機関への制裁について

- ・保険適用については指定制になっており、数か月間あるいは数日間、保険診療ができないように制限する。それによって国民が不便を受けるため、追徴金を医療機関に課す。
- ・不正請求の調査としては、日本でも行っているように内訳調査を行っている。また、「医療機関に行ったときはレシートを受け取り、保管しよう」という運動を行っている。
- ・アメリカのBalanced Budget Act（予算均衡法）のように、不正請求を告発した人に対してインセンティブを与える法案を01年度に作ろうとしていたが（1件当たり不正額の30%を告発者に対して支給するというインセンティブ）、医療機関の反対があり実行できなかった。

資格管理

- ・地域保険の場合、3か月以上、保険料を滞納した場合に給付を制限している。

被保険者が受け取る医療費通知

- ・一定金額ごとに医療費を通知している。年間500万件通知しており、郵便代だけでもかなりの額になる。インターネット上でも、e-healthという情報開示を行っている。被保険者は誰でもe-healthを見られるようになっている。

盧武鉉政権下での公団の位置付けについて

- ・公団側では政府からの自律性を得られるように訴えている。予算を始め、全ての決定について政府の承認が必要である現状を打開したい。財政安定化のために、公団に医療機関の調査監視機能を与えて欲しいと考えている。市民団体もこれを支持している。

- ・調査監視機能を得られるというのは、公団に強大な権限が与えられるということだが、このためには職員の教育が必要である。調査監視に従事する職員の道徳的判断能力（例えば、個人情報が出しにくい）が必要である。

4 大社会保険統合について

- ・健康保険と年金は保健福祉部が管轄し、産災保険と雇用保険は労働部が管轄しているため、これらを統合するのは極めて難しいが、統合の論議が行われている。現時点では、これらの「資格連携システム」ができています。健康保険に申請すれば、年金でも管理できるようになっている。この問題は、今後慎重に検討されなければならないだろう。

自己負担と高額医療費制度について

- ・現在の「本人負担金補償金制度」は1か月以内に本人が支払う金額が120万ウォンを超える場合、超過額の50%を公団が本人に払い戻すというものである（上限はない）。新大統領は本人負担率が高いことを問題視しているが、これは公団の財政問題と関わるため、慎重な検討が必要。
- ・現在の体系では、簡単な風邪などでも病院に行ってしまうが、公団としてはこれをやめさせ、高額医療の患者の本人負担率を下げたいと考えている。だが、これは医療界に反対されている。また市民団体も反対している。

審査評価院の廃止と総額契約制についての新政権の考え

- ・審査評価院の廃止については、審査評価院と公団の統合という市民団体の提言であり新大統領の公約ではない。ただ新政府では論議される課題であると考えられる。
- ・総額契約制度は、保険財政を安定化させるための手段のひとつであるが、慎重に議論されなければならない。政府が国立病院で試験的に慎重に検討すべき内容である。まだ具体的な話ではない。

公団が直営しているイルサン病院について

- ・イルサン病院は診療報酬やモデルを実行するために作った。この病院を作ることにについては医療関係者が反対した。2000年3月にオープンし、一般診療を行っているが、我々の目標は達成されていない。これから集まってくるデータと公団にあるデータを活用し、今後の政策資料として活用したいと考えている。

李会昌候補が当選していたら保険者の再分離はありえたのか。

- ・再分離の可能性はなくはないが、公団は政府が与えた政策を実行するだけなので、公団は政治的な立場を主張したわけではない。

介護保険の導入

- ・介護保険は来年導入しようと準備しているが、財政問題もあり延期する可能性はある。

健康増進・予防事業について

- ・統合によって医療保険から健康保険に変わり、予防、再発防止も含めた保険となった。予防事業も行えるが、財政面でのプライオリティとしては低位になってしまう。将来的には予防・リハビリも含めた事業を充実させたい。法律上は規定されているが、実行はできていない。韓国にも国民健康増進法がある。

3. 健康保険審査評価院

調査統計部部长 チェ・ウンチャン氏
調査統計部次長 パク・チョルン氏 他1名

健康保険審査評価院の設立の背景と経緯

- ・保険者が統合する以前は、組合の中央機関である「医療保険連合会」が診療報酬の審査・支払を行っていた。
- ・しかし、保険者が統合することになり、保険者が審査機能をもつことに対して医療機関や学者等から批判された。「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」との見解になった。
- ・2000年7月1日に国民健康保険法が施行となり、医療保険連合会を解散し、健康保険審査評価院を設立した。

健康保険審査評価院の概要

- ・ソウル市に本部があり、このほか、6 広域都市（プサン、テグ、クァンジュ、テジョン、スウォン、チャンウォン）に支部がある。
- ・職員は、約 1500 人。うち看護婦が 1000 人（看護大学を卒業して総合病院の勤務経験が 2 年以上）、常勤医師が 40 人である。そのほか、600 人の非常勤医師がいる。
- ・レセプトの審査と、医療サービスの内容を評価する機能をもつ。医療機関への診療費の支払は国民健康保険公団が行う。
- ・運営費は、健康保険審査評価院の事業計画と予算を政府が了承すると、その予算が国民健康保険公団を通じて支払われる仕組みとなっている。独立機関であるためにも、直接、政府から予算を受けることができるようにすることが課題である。

医療保険統合の評価について

- ・保険者統合によりできた組織であるので、統合について組織として発言する立場ではなかった。
- ・医療保険導入当時、国務大臣がいろいろ研究した結果、国家財政の負担を最も少なく導入できる方法として組合方式が選ばれた。
- ・その後も統合論が出たが、金大中大統領以前には、研究分析において、「保険を統合した場合、所得の高い人が所得の低い人よりも保険の恩恵を受けることができるため、社会的な公平を確保できない」との結果が出るなど、統合には至らなかった。
- ・組合主義には「『自律』、自分の組合を守り、財政を確保し積極的に努力し発展させていく」というメリットがあるにもかかわらず、それが定着する前にすべてを切り捨てて統合してしまったことが残念である。自分の組合の財政を守るために、たとえば、10 万ウォン以上の診療について組合が医療機関に出向き、どこをどのように治療したのかを調

査するといった努力まで行ってきた。また、組合の中央機関である医療保険連合会が組合ひとつひとつを評価し、運営の質を上げるインセンティブを与えてきた。

- ・統合前には、黒字が 1 兆 5000 億ウォン程度あった。しかし、「統合」が政策上にあったので、各組合は本来ならば物価上昇に合わせて保険料を引上げなければならなかったが、保険料の引上げを行わず、結果として黒字が消えてしまった。
- ・統合推進者の主張は、「保険料率が低い組合が存在するので、それを合わせることによって国民全体としてメリットがあるし、社会的な公平が実現できる」という点であった。
- ・しかし、地域保険の保険料賦課方法について良い方法が見つからない状況であった。
- ・統合によって、医療の質が向上するといったことはみられない。統合と医療の質の向上とは無関係である。
- ・地域保険は保険財政が脆弱であり、当初から（職場保険の雇用主負担分にあたる保険料について）国家財政負担を要求するものであった。統合した結果、国家が莫大な財政負担をしているにもかかわらず、国民は常に不平不満をもつという状況になってしまった。
- ・統合の結果、保険料の引上げが非常に難しくなってしまった。保険者に決定権はなく、国民を納得させるために政府が説得するといった具合に国家問題になってしまった。
- ・国民健康保険公団は 1 万人以上の職員がいるが、業務内容は保険料徴収という単純な機能しか持たない。保険料を決めることもできない。現在、公団では、審査評価院がもつ医療機関への実地調査機能を欲しいと主張している。
- ・政府も簡単に保険料収入を上げられないことから、審査評価院に対して厳格な審査による診療費カットをするよう要求が厳しくなっている。そのため、医療機関からの不満も大きい。極めて専門化した審査能力が必要となっており、実際に専門化してきた。

審査について

- ・01 年には、5 億 7100 万件のレセプトを審査した。EDI で請求する医療機関数は全医療機関の 64%であった。
- ・EDI では 15 日以内、紙の場合は 1 か月以内に審査している。
- ・800 人の職員で約 6 億件のレセプトを審査することは大変なので、効果的な手法を開発することが必要となっている。機械審査（プログラムによるチェック、審査基準とのチェック）できるプログラムを開発している。コンピュータ処理、実地調査、専門委員会での検討などにより審査を行っている。

評価について

- ・患者に実施した診察、投薬、検査等が医学的に必要なものか、給付する医療サービスの質や内容が適正であるか、費用面における経済性や効率性等について評価を行う権限も認められている。しかし、医師の行った診療を評価することは非常に難しい。

医薬分業について

- ・ 医薬分業以前はマージンのある薬を処方する傾向がみられたが、医薬分業の結果、医師が高価な薬を処方する傾向がみられる。
- ・ 財政的にはマイナス効果となっているが、医師の処方箋が必要になったことから薬の内容を減らすことができる、誤用・濫用を減らすことができるといった効果もあり、長期的には良いことだと考えている。

その他

- ・ 国民健康保険公団が総額予算制の導入を主張している。新大統領のブレインたちもドイツ式の総額予算制の導入を検討しているので、この先、論争が起こるだろう。総額予算制が導入されれば、健康保険審査評価院の役割も変わるだろう。

4. 大韓病院協会

医療保険統合に対する大韓病院協会の立場

- ・単一統合は問題があると考え、98年当時にハンナラ党が主張していた「段階的広域化統合」を支持した。これは市・道単位での統合であり、全国統合ではない。このような立場だったし、現在も主張に変わりはない。
- ・03年7月に財政が統合されることになっているが、これには同調しない。

低負担・低給付の構造

- ・韓国の健康保険は「低負担・低給付」が現状である。保険が54%、残りは本人負担である。保険料負担もOECD諸国の中で一番低い3.9%、国民医療費対GDP比も5.9%である。
- ・国民負担は少ないにもかかわらず、国民は他の先進国のような給付水準を要求しているのが現状である。
- ・統合によって、職場加入者の6割が保険料が引下げられた印象を受けており、地域加入者の9割近くが保険料が引き下げられたと感じた。
- ・現在、憂慮されるのは、「適正給付・適正負担」が求められているにもかかわらず、財政が厳しくなったために、政府が国民に保険料負担を求めにくい状態になったことである。

民間保険の動向に対する病院協会の立場

- ・病院協会では国民健康保険と民間保険との協力体制についての試案を提示している。
- ・民間保険の導入についての議論は続いているが、まだ具体的な法案は推進することができない。補充型を選択するのか、代替型を選択するのかも決まっていない。
- ・サムソン病院のような病院は高級診療を提供しており国民も支持しているが、報酬（診療報酬）は他の病院と同じである。先進医療を受けたい患者の多くはアメリカで治療を受ける傾向がある。
- ・また、高級診療を行うサムソン病院などの病院も同じ診療報酬を受けているのは、公平性に問題があるとして、医療界として違憲訴訟を行った。憲法裁判所では、2年余りの審理の後、合憲との判決を出した。法的には問題があるという認識はもっているが、違憲と判断された場合の社会的な混乱に配慮した判決ではないかと思われる。

公団の財政悪化と診療費支払の引延し

- ・病院協会では保険統合・医薬分業の後、診療費支払についてのモニター調査を実施してきた。これまで8回実施したが、診療費支払期間が3倍程度引延しになっているという結果が出ている。

- ・国民健康保険公団では銀行からの借入によって支払を行っている。公団では06年まで毎年9%ずつ段階的に保険料を引上げることを目指している。だが、02年度は9%引上げなければならないところ、国民の抵抗があったため、6~7%程度の引上げで終わった。03年にも9%引上げる予定だったが、8.5%の引上げにとどまった。
- ・統合前には30日以内に診療費審査と支払がすべて終わっていた。DRGを申請したり、EDIで請求すれば7日以内、15日以内に支給していた。
- ・財政赤字のため、診療費を支給するまでの期間が長くなり、未払額は大きくなっている。このため医療機関運営が難しくなった。運営資金が不足しているため、日本と同様にファクタリングのような、債権を担保にして非公式的に銀行から借り入れる医療機関が統合前より増えている。

医療保険薬価制度の問題点

- ・実取引価制度の導入により、医薬品購入による差益はなくなった。
- ・市場における需要供給によって価格が決定されるべきであるのに、この制度のもとでは、需要者が購買力を発揮することができない。
- ・協会の立場は日本と同様の告示価格制度を維持しながらも、適正な利潤を維持せよというものである。全体的に利潤が維持される方向で、購買動機を誘導しなければならない。差益に対するインセンティブはなければならないというのが我々の主張だ。

公団の管理運営効率化の現状

- ・公団の管理運営費については、学者たちが主張したようなシナジー効果が明確に現われたことがない。統合により管理運営費が減少したということが明確に証明されていない。その理由としては、公団の労働組合の力が強くなったため、公団の人員削減が困難になったことがあげられる。

病院の事務の変化

- ・病院では、事務量が増えた。なぜなら公団や審査評価院が多くの行政資料を要求するからである。診療費抑制政策として、そのための確認業務が多くなっている。

5. 韓国保健社会研究院

社会保障担当研究委員 崔秉浩（チェ・ビョンホ）氏

統合論争における論理

- ・ 組合方式を支持する人たちは、公平性よりは効率性を重視していた。また組合方式の支持者は、公平性の中でも社会的な公平性よりも個別的な公平性を求めている。
- ・ 組合方式による医療保険の運営は、同じ所得水準であっても組合が異なれば保険料が異なる。これは、水平的な公平性が確保されていないことを意味する。
- ・ 豊かな組合と貧しい組合がある場合、貧しい組合のほうがリスクの発生可能性が高く、医療費が多く必要となる可能性がある。このため自分の所得水準と比べて、保険料を多く負担しなければならない。これは垂直的な公平性が確保されていないことを意味する。
- ・ 「組合方式で運営したから、水平的、垂直的双方の公平性に問題があった」というのが、統合を主張している人たちの論理である。彼らは統合をすれば、垂直的公平性の確保がなされ、水平的公平性も向上する可能性もあると主張した。
- ・ 統合派が考える公平というのは、社会的な統合を意味するが、組合派が考える公平は自分が負担した分と支払われる分が連携することを指す。

統合による職員のインセンティブの変化

- ・ 組合方式では、保険財政の収入と支出を均衡させることに努力していた。
- ・ 統合後、過去の組合が統合公団の支部に転換した。各支部では、担当する区域の保険料の収入と支出を合わせる必要がない。
- ・ 統合以降では、保険料を賦課する基準が全国的に統一されているため、個々の支部ではもっぱら徴収率だけが問題になる。

保険料引上げの困難化

- ・ 保険料引上げの問題が、全国的・政治的な課題になる。政治的な論議の行方によって、診療報酬をどの程度引上げるのか、どの程度保険料を引上げるのかが左右されるようになった。
- ・ かつては各組合等が保険料を決めていたため、保険料を決めること自体は大きな問題ではなかった。当時はむしろ赤字の組合に対して、財政をどのように改善させるかが最大の問題だった。

組合の人事不透明性（統合前後比較）

- ・ 組合方式の時代には、選挙に勝った政党およびその支持団体から職場組合、地域組合の組合長が送られていた。組合の代表者は民主的な選び方ではなく、任命制だったため、不正が多かった。今はこのようなことはできない。

- ・一方で、統合したとしても、退官後の保健福祉部の官僚が統合公団に赴任する可能性が高い。

統合に積極的だった団体、消極的だった団体（労働組合）

- ・韓国の労働組合は民主労総系と韓国労総系とに大きく分かれるが、民主労総が統合に積極的で、韓国労総は反対していた。地域組合の職員は民主労総、職場組合の職員は韓国労総に属していた。民主労総傘下の地域組合の労働組合は、自分たちを中心にすべてを統合しようとしている。また今も地域組合のほうが力が強い。
- ・職場組合の側では、地域保険よりは職場保険の財政状態がよいため、統合すると職場組合のほうが損をすると考えた。統合する以前に、職場組合は多くの積立金を持っていたが、統合されるとそれらがとられる可能性があるため、職場組合は統合に反対した。
- ・現在も、職員レベルでは、職場保険と地域保険の統合はできていない。職場保険と地域保険の伝統がなくなったわけではなく、多くの支部で、旧地域組合の職員は地域保険の仕事だけをし、旧職場組合の職員は職場保険の仕事だけする、といった問題が生じている。
- ・統合以前は、職場組合職員の賃金水準は地域組合よりも高かった。また職場組合のほうが仕事としては楽だった。地域組合のほうが、保険料徴収業務が難しい（それに対し、職場組合の加入者の保険料は源泉徴収）からである。旧地域組合の職員たちは「自分たちのほうが医療保険の業務についてわかっている」と自負している。また、旧地域組合の職員のほうが団結力が強い。

統合に積極的だった団体、消極的だった団体（その他）

- ・市民団体、農民団体（全国農民連合（全農）、カトリック農民会）などが積極的に統合を推進した。農村の地域組合は財政的に厳しかったため、統合を推進した。かつて、NGOはこれほど活発ではなかったが、金大中政権下でNGOの活動が活発化した。
- ・全国経済人連合会、韓国経営者総協会、大韓商工会議所などの経済団体は積極的には見せなかったが、医療保険統合には反対だった。その背景には自分たち勤労者や企業主のお金が地域に流れてしまうという考えがあった。仮に統合したとしても、会計は分離をしなければならないと主張した。

第1次統合（地域組合と公・教公団の統合）の背景

- ・98年10月に地域組合と公・教公団が統合された。地域組合には227の組合があったが、中央本部がなかった。地域組合と公・教公団とを統合することにより、公・教公団が一種の中央本部の役割を果たそうとしていた。
- ・国民医療保険法案（第1次統合の根拠）を提起した議員が公・教公団の理事長出身だった。公・教公団という組織は地域組合を統合しながら、自分たち中心に統合しなくては

ならないという欲望をもっていた。公・教公団と地域組合は「同床異夢」の状態だったといえる。公・教公団は（単独では）組織が小さい。自分たちが全国的に統合しながら中心になれば、自分たちの地位が上がると考えた。一方で、地域組合も自分たちを中心に統合しようとする欲望を持っていた。一種の「戦略的提携」だった。

統合の過程での職場組合の反発とモラルハザード

- ・金大中政府が出帆した当時、各職場組合の積立金が約4兆ウォン、日本円で4000億円あった。統合にかかった約2年半の間に積立金が消えていった。この延期期間の間に職場組合の中では、医療費の上昇にもかかわらず保険料を上げず、積立金を切り崩すというモラルハザードが生じたからである。
- ・金大中大統領が選挙公約を掲げたころには、医療保険積立金がたくさんあり、これにより給付を拡大することを公約していた。結果的にはそれが実現できなかった。

医薬分業と医療保険財政危機

- ・2000年7月に医療保険統合と並行して、完全医薬分業を施行したが、これに医師・薬剤師が反対した。それに対し、政府は報酬（診療報酬点数）を上げるという対応をした。報酬を上げれば、保険料も上げなくてはならないが、保険料増加に対しては、加入者や労働組合が反対したため、01年に財政危機が到来した。
- ・この危機脱出のため、政府の関心は今や財政均衡の回復に集中している。

医療保険統合に関する崔博士の考え

- ・統合方式と組合方式の論争があまり意味のない論争だと考えている。韓国の場合、組合方式の時代においても、形式としては組合方式だったが、財政面、人事権の面で自律的な組合というわけではなかった。
- ・ヨーロッパの組合方式の国では組合どうしの競争があるが、韓国の組合は政府の管理が強いため、統合方式と大きく差がないのではないかと考えている。政府が組合職員たちの賃金・定員・組織構成などを決め、統制していた。つまり、ヨーロッパの組合方式の理念とは異なる。政府が統制しているという点でかつて今も同じであり、大きな差はない。

金泳三政権末期に提案された医療保険広域化

- ・金泳三政権末期、国務総理下に医療改革委員会（崔博士は医療保険分科会幹事だった）があった。ここでの提案は（全国単位の）統合ではなく、市・道単位で医療を縛るものだった。保険者を市・道単位（日本でいう都道府県）に再編し、組合を大きく力強くしようという提言だった。そうすれば各市道単位での保健医療政策(healthcare policy)、保健医療資源(health resource)、医療保険(health insurance)の協働が成り立つのではないかと、という考えだった。

- ・なお韓国では地方自治制度が 95 年に始まったばかりである。「地方自治制度下で、各市・道別に（住民が選出する）地方自治体長の理念に則った医療保険政策を実施する」という建議を行った。
- ・その頃には次の選挙での政権交代はないと考えていたが、結果的には金大中政権が成立した。私が推測するに、政権交代がなければ、統合一元化は成り立たなかった。

4 大社会保険統合について

- ・今の段階では、加入者の資格管理が部分的に統合されている。ある事業者が国民年金に加入の申請した場合、加入者の情報がポータル・サイトを通して、自動的に他の社会保険に加入できるようになっている。

統合前の医療保険連合会について

- ・医療保険連合会というものが統合前にあったが、今は審査評価院に変わった。
- ・統合前の医療保険連合会の機能は、診療費の審査と支払だった。組合を会員としてもっている連合体だった。保険料の管理・徴収などはしなかった。
- ・医療保険連合会は地域保険と職場保険の双方の連合会だった。
- ・医療保険統合の際に、医療保険連合会を中心として統合するのが望ましいという意見があったが、政治的な理由（医師協会、病院協会などの医療提供者団体の反対）で、保険者である公団と審査評価院とに分かれた。連合会の機能は縮小し、審査評価機能が強化された。
- ・ふたつの組織に分けたのは、医療界に有利なように、診療費審査を（保険者から）自立的にするためである。
- ・もうひとつの理由としては、労働組合の力を分散するのが目的であった。

6. 大韓民国政府保健福祉部

年金保険局 保険政策課 社会福祉事務官 金賢準（キム・ヒョンジュン）氏

統合の論理と経緯

- ・韓国における医療保険制度は組合単位で始まったので、対象となる人の数が少なく、社会福祉の面から不十分だった。
- ・組合ごとに保険料が異なっていたため、組合どうしの不公平が問題になっていた。組合ごとに財政的な問題もあり、給付水準の低い水準での標準化が進んだ。
- ・小規模、零細保険組合の赤字が問題となり、また管理の非効率性も問題となり、80年の7月頃から統合論が論議された。管理統合の背景は組合方式の矛盾と管理の非効率性である。不公平をなくし、社会連帯の雰囲気醸成するために統合を進めた。

第1次論争 政府保健社会部がイニシアチブをとった論争

- ・論議の発端となった80年は、公務員・私立学校教職員と職場組合の統合が論議の中心だった。主に政府がイニシアチブをとった論議だった。そのときの論理は、保険料の社会的な公平、地域や階層間の公平な医療の享受、全国民への医療提供の基盤形成、保険自体の財源の安定化を図ることだった。
- ・しかし、反対が多く、実現ができなかった。医療制度全体の方向転換でもあるので、各界の立場を総合して政策を策定すべきとのことで留保された。また、80年代のはじめは地域間での医療保険のレベルの違いが大きかった。また、所得階層間の差も大きかった。一元化すると所得逆進的になることが懸念されていた。

第2次論争 皆保険化の過程の中で発生した論議

- ・88年4月に農民団体を中心に、農漁村の医療保険の負担が大きすぎる、不公平であることが指摘され、農民社会団体を中心として、医療保険管理機構の一元化推進が唱えられた。
- ・統合問題は「所得逆進性」という観点からまた留保された。代案として地域保険に対して差をつけて支援すること、保険料賦課方法の開発、組合どうしの不均衡是正、組合の規模の適正化（規模の経済の実現）という案が出された。
- ・ある報告書によれば韓国の医療保険制度は現行の組合方式をより強化し、さまざまなリスクを分散させる方法を導入して組合間の財政安定を図るのが理想的とされた。政府もこの後、広域化を推進した。

第3次論争から統合へ

- ・論争の中心は地域保険の財政負担問題。
- ・96年に国務総理の諮問機関として「医療改革委員会」を設立し、医療改革委員会は地域

保険を市・道単位で広域化し、職場組合どうしの競争を促して規模を拡大し、組合運営の自律性強化の方向を示した。

- ・ 98 年 2 月、医療保険統合一元化大統領職引継委員会の 100 大課題のひとつに選定され、労・使・政委員会でも医療保険統合が合意された。
- ・ 99 年 2 月に国民健康保険法を公布した。この法律により、すでに統合されていた地域組合と公・教団の管理組織と職場組合の組織を統合した。

自営者（農漁村住民、都市自営業者、日雇い労働者）の所得捕捉の問題

- ・ 統合の過程における問題点は、農漁民の場合に所得課税資料保有率が 50%、所得のある雇用者は 30%程度しかなかったことである。
- ・ 今後の課題としては、これらの国民の不満を解消できる賦課体系を開発することである。それが統合の最終目的を達成することを意味する。
- ・ 「自営者所得把握委員会」にて、国務総理のもとに、国税庁、行政自治部、保健福祉部などが参加して、自営業者の所得捕捉率を高めるために努力している。再び保険料負担の不公平性という不満が出て、できるかぎり改善できるような体系を設ける。これは新大統領の公約のひとつにもなっている。
- ・ 01 年から、5 人未満の自営業者、所得のある自営者と一時職・日雇い労働者を職場加入者として加入させる事業を進めている。

給付水準について

- ・ 今は給付体系が定率制になっており、本人の負担率が約 50%になっている。このような制度運営は、医療保険の初期拡大のために保険財政を安定化させるために導入した。
- ・ 本人負担率が高いという意見はあるが、保険財政安定の上での保険の拡大という側面から、このような本人負担率が維持されてきた。今は赤字財政であるが、健全な財政が達成できれば、給付水準を上げることを計画中である。
- ・ 現在の保険給付の多くは風邪のような軽い疾患に使われている。このような疾患については本人負担率を上げ、がんなどの重大疾患については、本人負担率を下げることを計画している。

統合体制のメリット

- ・ 保険者をひとつに統合したことによって、保険者が強大な力を持つようになったという側面がないわけではない。しかし従来の組合よりは、保険料負担の公平性が確保されたと考えている。
- ・ 保険政策の重要な内容である、保険料調整や診療報酬調整の決定過程において、「財政運営委員会」「健康保険政策審議委員会」などの場を設けることによって、加入者、市民団体が参加できるようになっている。このようにして、健康保険政策の民主制、透明性を

確保している。

- ・従来の組合方式の時代には、組合が異なれば同一の所得であるにもかかわらず、異なる保険料を支払っていた。同じ医療サービスを受けるにもかかわらず、最高で4倍もの保険料の差があった。統合により所得が同じであれば、全国どの職場でも同一の保険料を支払うようになり、公平性が確保されている。
- ・同様に、地域の場合も以前は地域組合ごとに保険料が異なっていたが、統合後は保険料賦課が統一された。
- ・国民健康保険公団の管理運営の効率化も達成された。統合前には385の支社があったが統合後には241か所、86の組織に縮小された。そして人材も統合前の97年には1万5653名に達していた職員が、現在は1万454人に縮小された。約5200人、33.1%が縮小できた。
- ・保険料徴収率が向上した。
- ・統合により、加入者の要求に応えたサービスが提供できるようなシステムを構築している。たとえば組合（例：地域から職場へ）が変わるとき、統合によって情報が電算処理されるため、自動的に資格変更管理が行われるようになった。
- ・政策審議委員会の運営の過程において、十分な情報公開、多くの団体の利害関係を露出させることを通してお互いの利害を調整しながら、合意に達している。02年11月の委員会で、労組代表の一部が退場したことについてだが、お互いの利害の相違は当然のこととして、委員全員の合意を引き出すことが重要であると考えている。

医療提供者側にとって保険統合のメリット

- ・統合後は（療養機関と保険者との）契約関係によって保険料、診療報酬、薬価が決定・運営され、医療機関や団体の主張が聞き入れられる。このような点で、相対的には医療提供者側にとっての保険統合のメリットがあるのではないだろうか。診療報酬、薬価の決定はもちろん医療団体が参加している「薬価・酬価（診療報酬）決定委員会」において決定がなされている。

統合による問題点、デメリット

- ・保険料賦課体系を開発し、保険料賦課の公平性を確保できるかどうか最大の課題である。
- ・公団の管理組織が巨大化したことにより、非効率化、保守化することが懸念される。

民間医療保険について

- ・がん保険や健康保険でカバーできない非給付部分について補償する民間医療保険をいくつかの保険会社で実行している。今後は、このような民間医療保険との関係を設定することが主要な課題として出てくるだろう。

- ・このような環境変化に臨機応変に対応できるように、公団のより一層のIT化が政策課題である。

保険者の自立化について

- ・実際には、公団の自律性は強い。公団ではさまざまな事業が行えるようになっている。政府としては、国民の保険料の管理監督という次元で、予算の明細を監督することを通して調整している。

導入が議論されている総額予算制について

- ・全体の医療費の予算を医療機関にあわせて医療を供給する方法だが、診療科目と病院と医院と総合病院の配分をどうするのかといった難しさがある。保険財政安定化のためのひとつの方法であるが、この点に関しては研究調査依頼をして行っている。04年から国公立病院で試験的に実行するというのは、まだ案の段階である。

7. 韓国労働組合総連盟

第一政策局長 鄭吉五（チョン・キロ）氏

韓国労総の団体としての性質

- ・現在の職員数は100名程度。そのうち労働運動に携わっているのは70名程度。
- ・加盟している企業は、韓国労総は中小企業（90万組合）、民主労総は大企業（60万組合、ヒュンダイ自動車のような製造業等）が多く、業種の違いはない。医療保険統合をめぐる立場を除き、両団体が目標とするところはほとんど同じであるが、運動の方法が民主労総は韓国労総より急進的である。

医療保険統合をめぐる歴史的経緯および現状

- ・統合については、10年以上議論されてきた。統合派と組合派の間には、社会福祉的な制度を資本主義社会に適用させる際における理念上の相違があった。統合派は、医療保険をひとつの制度にすることによる所得の再分配を目指していた。組合派は、統合がたとえ社会福祉に資する制度であったとしても効率面を重視していた。
- ・国単位ではなく「道」で統合するというのは案にはなかった。地域と職場が個々に統合するという案もなかった。
- ・98年に（地域と公・教公団の）組織統合はしたが、財政統合は2回延期されている。03年の7月1日から財政統合を進める予定ではあるが、野党ハンナラ党からは財政を分離して運営する内容の法案が提出されたので、また延期されるのではないかという危惧を感じている。現在でも、職場組合の人が病院で診療を受けた場合、職場組合から報酬（給付費）が支払われている。各々の所属があるので、保険証は現在も区分されている。

組合方式の運営について

- ・各組合の年齢構成や規模の大きさではなく、財政が安定しているかどうかを基準に運営していた。たとえば、いわゆる「3K」的な業種やその家族等、病院へのアクセスなどが少ない団体は保険料率を低くしてあり、大企業など環境が恵まれている場合は逆に保険料率を高くしていた。しかし、保険給付に関しては、業種に関係なく適用されてきた。
- ・組合方式の下では、加入者が組合を選ぶことはできないものの、効率化を重視して組合ごとに競争していた。具体的には、診療費の虚偽・過大申告のチェックなどを実施し、健全な運営を行ってきた。給付については、一律に法律を適用していたので、組合間の差はなかった。給付と負担のバランスをとっていたということではない。

韓国労総の見解

- ・単一の賦課体系が開発されるという条件付きの賛成。全国民がひとつになって再分配を行うことそのものについては、賛成の立場を98年2月の「労・政・使委員会」にて表明

した。

- 内部の意思決定プロセスとしては、連盟単位で上がってきた意見を総会で決定するという手順であった。外部には立法活動、政策活動、デモ、大衆広報活動などで働きかけを行った。なお、民主労総は統合に賛成している。
- 韓国労総は、競争原理にもとづく効率化を重視している。国民全体を統合して単一化されることは理想ではあるが、効率が低下しないか、という点に関心がある。
- 韓国は自営業者の比率が高く、統合については所得把握が問題となる。所得が 100%露出しているサラリーマンと異なり、所得を 28%しか把握できていない自営業者に対する保険料の賦課には難しい問題がある。サラリーマンと統合した場合、所得再分配というよりは、むしろ逆の効果をもたらすのではないかと危惧している。
- 99年4月1日、自営業者に対する年金の保険料率を決定するにあたって、自営業者の所得が把握できないということが身をもって分かり、大きな問題になった。それまで、勤労者の平均所得は月額 147 万ウォン程度であった。しかし、自営業者が自らの所得を月額 86 万ウォンと低めに申告したため、平均すると月額 125 万ウォンに落ちてしまった。統計庁のデータによれば、自営業者の方が高い所得を得ているというデータが出ている。そのため、韓国労総は、所得把握ができるまで留保してほしいという立場になった。
- 職場組合が財政的に健全であるのに対して、地域組合が赤字を出していた。当時、地域組合は政府からの 35%（現在 50%）の財政支援を受けており、財政支援を増やして地域組合が健全になってから統合しようという考えだった。健全なもの和不健全なものを混ぜると、両方不健全になる可能性が高い。現状は、医薬分業の影響もあって職場組合と地域組合の双方とも財政的に不安定な状況である。憂慮したとおりであった。
- 所得を把握するため、韓国労総は税制改革を主張しているがなかなか進まない。韓国では、クレジットカードの使用により税制恵沢を受けられるようになっているので、よく利用される。一方、クレジットカードを使用すると 10%程度の付加価値税が賦課されることになっているので、少しずつ所得が把握できるようになってきた。将来は、米国のような申告制にした上で虚偽がないかどうかチェックをする体制に変えなければならぬと考えている。

組合方式が不公平であるという批判について

- 統合論は、国民全体によるものではなく、どちらかという医療機関や学識者の中で社会統合を目指す人たちがリードしていったものである。
- 職場組合の方針は、自分たちが拠出した分だけ自分たちが給付を受けるということである。裕福な団体は潤沢な資金を持ちその恵沢を受けられるが、お金がなく拠出が少ない人は少ししかもらえないという点について不満があった。
- 統合の際、効率性は大きな問題とされなかった。それよりは、ひとつの機関ですべての国民に医療保険を保障すること、また、所得の再分配を行うことの意味が大きかった。

それは不公平というのではなく、職場と地域が分かれていたため、所得の再分配が行なわれていなかったということである。

- ・ 給付については、組合ごとにサービスの違いがあり、また、統合によって給付を高めようという方向性はあったものの、法律で一律に定められていたので、問題にならなかった。
- ・ 統合論争で問題となったのは、職場組合は健全な運営をしていたために少ない保険料で給付が受けられるのに対して、退職して地域組合に移るような場合、多くの保険料を支払わなければならないということであった。所得にかかわらず、同一の保険料を支払えば同一の給付が受けられる制度にすることが統合の目的であった。

その他積極的に活動した団体

- ・ 統合の議論については、統合派あるいは組合派のふたつの立場しかなく、中間的な立場は存在しない。
- ・ 組合派は、韓国労総、有識者、市民団体「健康な社会のための集い」。「健康な社会のための集い」は有識者等で構成され、医療関係者も含まれている。
- ・ 統合派は、参与連帯、健康連帯（市民社会団体）。金大中政権になって、統合の方に流れが大きく変わっていったので統合派の方が多い。
- ・ 大韓医師協会は統合に賛成だったが、医薬分業を契機として組合派に立場を変えている。

医療保険従事者による労働組合の動向について

- ・ 職場の労働組合は韓国労総に、地域の労働組合は民主労総に入っている。以前、日本の労組が同盟と総評に分かれていたような状況と理解していただければよい。
- ・ 民主労総は幹部が統合に賛成していたが、一般組合員はむしろ反対派だった。幹部は理論的な方向で引っ張っていかうとしたが、一般組合員は目の前に見えている生活が大切なので、統合によって不安定な体制になることを心配した。民主労総などを中心とする統合派も自営業者の所得把握の問題は認めているが、だからといって統合しないのではなく、統合した中で漸次改善していこうという主張である。
- ・ 審査評価院の職員については、韓国労総と民主労総のどちらに所属しているか区分することができない。ただし、審査評価院の労働組合は民主労総に加盟している。
- ・ 病院の労働組合は韓国労総系と民主労総系のふたつのグループに分けられる。韓国労総に加盟しているのは、連合の形をとっていて、ユニオンのような、職場に所属していない人たちの団体である。

医療保険統合に伴うリストラについて

- ・ 地域組合のほう激しく抵抗したため、職場組合のほう随分多くリストラされた。地域組合の組合員が 5000 人、職場と公務員・教師の組合員が合わせて 3000 人程度。地域

組合にとって、統合の目的のひとつとして、統合すれば自分たちが主導権を握ってより大きくできるのではないかという考えがあった。

統合のメリット・デメリット

- ・国民健康保険公団の運営上は、人員削減により効率化が達成されたといえる。しかし、4大社会保険の従事者が2万人というのは多い数字ではなく、まだまだ不十分である。統合に際して4000人を解雇したわけだが、1%徴収率が落ちたことのほうがより影響が大きい。それが果たして効率的であるかどうかわからない。公団の徴収率も少しずつ改善されてはいるが、以前の組合方式のもとでの職場の徴収率に比べるとまだまだである。
- ・統合派は、統合によって各当事者の意見が反映されるようになり、民主化されたと主張しているが、実際は統合とは関係のない問題である。

統合が保険財政に与えた影響

- ・保険料率と積立金の減少は別問題である。保険料率は一定のパーセンテージを適用した。その結果、上がった組合も下がった組合もあり、正確な数字ではないが70%程度の組合は保険料率が上がった。
- ・積立金減少の理由は、徴収率が下がったこと、保険給付に関する虚偽・過大申告の摘発をしなかったこと、また、医薬分業で診療報酬が上昇したことである。職場においても、以前は徹底して管理し、医療費もチェックしていたが、IMF管理下以降、倒産や統合を前にして道徳的なあきらめの影響があった。経営状況の厳しい中小企業で保険料が支払えない場合、組合が管理を徹底していたが、そういうことをしなくなってしまった。かつては、保険者間で競争していたが、統合によって各組合の数字が出なくなったことの影響がある。

保険料不払いの対応について

- ・滞納・未納の場合、電話の差し押さえ等の徴収手続きがある。税金の場合ほど厳しくはない。給付についても、保険料を払わない状況で発病した場合、保険は適用されないという制度は統合前からあった。
- ・他人の保険証を使って医療を受けることが、現実としてないとは言えない。各医療機関で、保険証と台帳の照合はしていない。また、保険証に写真が添付されていないので、本人であるかどうかチェックできない。ただし、低所得者層には医療保護制度があるので、そのようなケースはあまり多くないと思われる。
- ・給付の制限に関連して、02年12月の法改正により、滞納した保険料を分割納付することが可能になり、一部分でも納付すれば給付が制限されないことになった。

IMF体制の影響について

- ・ IMFの管理体制下において、医療保険など社会の安定網を多く確保することが要求された。安定化とは、社会保険の質を良くすることである。たとえば、失業手当の4か月から6か月への延長、99年4月1日からの国民年金の推進もIMFの要求による。その意味でIMFが統合に一役かったというのは事実であるが、96年の地域組合統合の時点で、既に統合の流れに傾いていた。

医薬分業について

- ・ 医薬分業の論議がなされたのは統合された後のことである。国民にとって、統合よりも医薬分業のほうに関心があったのは事実であるが、統合前は一部で議論されているだけで大衆化されていなかった。統合と医薬分業に議論としての繋がりはなかった。
- ・ 個人的に医薬分業に期待するのは、国民の健康権の回復、医師の正確な処方にもとづく誤用の防止である。医薬分業を主張した人たちも、金銭ではなく、国民の健康を問題としていた。

今後の見通し

- ・ 所得把握の点で自営業者とサラリーマンが不公平であることについて、韓国労総は団体として指摘しており、それは政府も認めている。大統領が変わったばかりなので、対策はまだないが、03年7月の財政統合より1年以内に単一の賦課体系を開発すると政府は言っているが、難しいと思う。
- ・ 保険者組織はすでに統合済みなのでこのままだと思われるが、財政統合についてはどうなるかわからない。しかし、韓国労総としては、自営業者の所得の把握ができるまで財政統合はすべきでないと考えている。
- ・ 現在の状況では、1組織2会計での運営が最大の譲歩である。

その他

- ・ 給付率について、本人負担率がやや高いという印象は持っている。しかし、給付率を下げるよりも、難病（白血病等）の支援や高額な薬に対する保障を充実させてほしい。
- ・ 民間保険の加入者は、一部の高所得者層に限られている。
- ・ 韓国労総では、保険料負担の問題等については、政策・制度論として全国単位で協議する。個別企業の問題については、企業労組が対応する。健康増進等予防プログラムについては、各企業で対応している。
- ・ 韓国労総では、非正規労働者の差別撤廃について、特別チームをつくって対応している。IMF以降、非正規労働者の割合が53%にまで上がった。民主労総でも同じような主張をしている。

8. 韓国経営者総協会

経済調査本部長・常務

キム・ジョンテ氏

経済調査本部 社会福祉チーム長 李浩盛（イ・ホソン）氏

医療保険財政統合についての基本的見解

- ・韓国経総では、医療保険の財政統合について反対の意志を持っており、政府の公聴会でも反対の意見を示す。
- ・政府・与党は統合を推進し、多数党である野党ハンナラ党は統合に対して慎重な立場をとっている。ただし、ハンナラ党でも農村出身の議員は統合に賛成の立場である。
- ・政府の審議会では市民団体、労働団体、農民団体と比べて経営者代表の数は少ないので、押されてしまっていると感じている。
- ・企業経営者は大企業、中小企業にかかわらず、統合に反対している。
- ・統合論は過度に政治的に推進されている。統合が決定したときも具体的な財政問題などを考慮に入れずに、政府が改革の課題として掲げたものであったので、反対意見を受け入れる余地がなかった。
- ・経営者総協会は強力に統合反対を主張した。統合の延期は決まったが、政府においては具体的な問題は解決せずに、改革課題だという名分で推進しようとしている。
- ・統合反対の意見は出したが、受け入れられなかった。これは、政治的な影響を強く受けすぎているものである。統合は改革、反対は反動であるという二分法的な考えだった。全国的には統合賛成の方が多い。日本ではこのような失敗はしないほしい。

統合の問題点

- ・今までは財政が分離されていたので不平等は現れていなかったが、財政統合以降に不平等問題が起こると思われる。
- ・統合前は、地域組合が赤字で、職場組合では黒字が多く、統合後は両者が赤字になったわけだが、職場のほうの赤字拡大部分は我々が考えていたより大きかった。
- ・自己負担額についていえば、地域加入者は政府の負担を除くと本人は半分しか負担していない。給付を拡大する要因が生まれれば、保険料を引き上げなければならないが、地域のほうでは保険料賦課について大きな問題が発生する。これについて経総は問題提起しているが、政府は代案を提示できない状況にある。
- ・統合後の職場組合の赤字への転換は、本来上げるべき保険料率を引上げなかったという要因が大きい。これは統合自体の問題ではないと見ている。保険料引上げや診療を制限する仕組みなど、管理の側で十分な対策が立てられず、統合の過程において、準備が足りなかった。
- ・政府によれば、7年後には、職場側はまた黒字になるとしている。これは、職場側の保険料引上げインセンティブが大きいためであるという。政府が考えている保険料引上げ計

画が受け入れられれば、赤字問題は大きな問題ではなくなる。むしろ問題なのは、完全に統合した場合、地域への赤字補填によって健康保険財政の赤字が拡大するのではないのだろうかということである。

- ・給付の拡大のなかで、高齢者への給付支出が増加した。我々は個々の保険ではなく、国家的な政策を立てるべきだと主張している。

地域加入者への国庫支援について

- ・政府の一般支援は特別法に明記されているのだが、統合されたならば、特別法はそのまま適用することはできず、法的な問題が生じると思われる。
- ・保健福祉部の意図とは異なり、政府の予算を担当する立場（財政経済部）では健康保険への政府支援を減らしたいと考えている。これについて政府としての統一した立場が定まるまでは、地域で不足になっている多くの部分が職場側の負担となる。
- ・統合する以前は財政移転と国庫支援によって解決する可能性があった。しかし、そのような努力を放棄して、統合した。
- ・地域保険に 50%の国庫支援があることについて、不公平であるという考えは提起されてきたが、その程度の支援で留まるならよいと考えている。
- ・地域側に対する提案は、保健福祉部の政策審議委員会の場で行われるが、お互い立場が非常に異なるので、意見の対立を狭める余地が少なくなっている。

IMF 管理体制下での企業の福利厚生についての考え方の変化

- ・IMF 管理体制以降、支出を抑える政策が出てきたので、自発的な福利厚生が減ったというのは事実である。
- ・経営者総協会の調査によれば、企業は自発的に人件費を圧縮していたが、義務的に負担しなければならぬ法定福利費用は増加した。実質的に企業が負担する福利費用は 99 年以降、景気回復によって増加した。
- ・4 大保険全般的に保険料が引上げられた。雇用保険に関しては、IMF 以降、失業対策として 60%以上引上げられた。

医療保険統合についての勤労者の考えについて

- ・個々の企業の労働者が、統合に賛成している民主労総傘下の労働者と統合に反対している韓国労総傘下の労働者とに分かれていることは私たちも理解できない。
- ・韓国労総は統合に反対し、民主労総は統合に賛成している。結局、民主労総のために統合が推進された。医療保険の管理運営人員のうち民主労総系は約 7000 名、韓国労総系は約 2000 名だった。民主労総は統合によってより大きな組合を作ろうとした。民主労総傘下の企業の労働者とその経営者は統合に反対しているのに、労働組合の上位団体である民主労総が統合に賛成しているという事態だった。

- ・民主労総は政治的な要因で動く。大企業・製造業や公共企業の労働者は民主労総傘下が多い。

地域加入者の所得把握の問題について

- ・私たちの見るところでは、地域加入者の所得把握についての政府の約束は実現不可能である。政府では財政統合以降も所得基準だけではなく、職場・地域で異なる保険料賦課体系を維持する。これは政府が所得把握を諦めたということであると理解している。
- ・先進国と比べて、韓国の自営業者比率が大きい。全体の40%である。
- ・自営業者の平均所得は職場加入者と同じかそれ以上とみている。
- ・所得把握問題が解決しない限り、財政統合をしたならば、地域側の負担を職場加入者が負わなければならない。
- ・自営業者の定義は、従業員が1人でもいれば、職場加入者となる。かつては5人未満の場合は自営業者としていたが、統合後は職場加入者とした。5人未満の事業所には、医院、会計士、弁護士などが含まれる。また自営業者には農民も含む。ただし、従業員が1人でもいる場合は、勤労者としている。

資格管理・被扶養者認定などについて

- ・統合以前は被扶養者資格管理は大きな問題ではなかったが、統合後、職場側に被扶養者として入っていた人たちを分離する作業が進められている。これは職場加入者についてその被扶養者が自営業者の場合は別に保険料を賦課するような方向で政策を開発している。
- ・自営業者は隠蔽されている場合が多い。地域の保険料賦課体系は所得、財産、自動車によって賦課しているが、所得水準以上に支出があったり、本人名義とは別に資産がある場合は、保険料賦課対象とはならない。

統合により不平等感が高まったという見解について

- ・保険が統合され、公団ができたことによって不平等感がよりいっそう大きく現れている。
- ・財政的にみれば、職場側の赤字が拡大した。地域と職場が財政統合したならば、さらに赤字が拡大するとみている。
- ・経営者総協会としては組合主義に復帰するのを願っている。それが不可能ならば、統合した組織の中で、財政は職場と地域を別に運営することを願っている。組織の統合よりも財政のほうに関心がある。
- ・国民皆年金化の際にも地域加入者の保険料が少ないので、職場加入者への給付の水準が減少してしまった。
- ・医療保険においても財政統合すれば、職場のほうから地域へと流れ込み、職場のほうにとって大きな負担になる。

医療保険に所得の再分配を求めることの問題について

- ・ 農民や自営業者など、保護されなければならない階層はあるが、職場加入者についてもそのような階層は存在する。そのような階層に対しては、別の方法で保護していかなくてはならない。
- ・ 医療保険統合による解決は正直に所得を申告している人からしていない人への所得の移転を伴うので、よくない方法だと考えている。

低給付水準の問題

- ・ 今の給付水準は低いと思われるが、統合によって、これ以上給付を拡大することが難しくなってしまった。
- ・ 大企業を中心に福利厚生レベルで民間保険を導入する議論がある。民間保険と既存の公的保険とが連携しなくてはならないが、勤労者側、健康保険関連者は民間保険が公的保険を弱めるのではないかという理由で反対している。
- ・ 民間保険は制限されたなかで導入されている。規制があるため、保険を設計することができない。
- ・ 企業の事業主が従業員の医療費本人負担金を支援するという会社はあるが、それは大企業中心である。
- ・ 企業単位で患者の負担を補助してくれるというのは、サラリーマンが企業を選ぶ要因になるが、そのような企業は他の恵沢も多いので、医療サービスだけで選ばれるということはない。

統合の肯定的な面について

- ・ 職場間の不公平がなくなり、再分配が起こった。また管理人員が少なくなった。その代わりサービスは低くなった。
- ・ 職場組合だけを統合するということであつたならば、経総では賛成した。

非正規社員について

- ・ 韓国では大きな問題になっている。だが非正規社員が増えたのは、IMF以降の現象ではなく、90年代中盤以降から始まった現象であり、IMF直後に急増した。今は安定している。
- ・ 非正規社員の健康保険に関しては、2か月以上雇用契約期間がある勤労者は正規・非正規関係なく、職場加入者となる。保険料率は賃金に対して一律である。

高齢者医療の負担について

- ・ 高齢者医療については、02年からたばこ税による収入を高齢者医療の支援にあてることを実行している。この部分を少し拡大しなくてはならないだろうと考えている。

9. 国民健康保険公団（第2回）

健康保険研究センター次長（パク・チュンシク氏）、保険給与室保険給与部次長（キム・チョング氏）、財政管理室資金運用部次長（チョン・チョンガ氏）、職場管理室次長（ペ・ミング氏）、地域管理室地域徴収部（イ・ソンギョン氏）

地域保険について

（地域の保険料賦課体系について）

- ・地域医療保険は、一定の賦課体系をもっている。賦課体系を変えて等級別適応徴収を行っている。具体的には、所得を70等級、資産を50等級、自動車を7等級にして、点数を算出している。この各点数について1点当たり115.8ウォンをかけて賦課金額を決定している。
- ・現行法では細かく等級が示されており、日本よりも非常に複雑なものとなっている。算出された保険料を賦課した場合、平均保険料が4万8051ウォン、最高保険料は128万ウォン、最低が2030ウォンとなっている。

（保険料の徴収について）

- ・納付期限は翌月10日。請求書（告知書）が加入者に当月25日に到達するように発送される。期限を過ぎれば加算金が5%賦課される。去年の（累積）徴収率は99.8%だった。徴収して納付しない場合、翌月に督促告知を行って保険料を納付するよう電話し、葉書などで案内する。6か月以上支払が行われない（納付しない）場合、保健福祉部長官の未払い処分の承認を受けて、差し押さえになり競売処分になる。納付能力がないと判断された場合、公団の欠損処分になる。

（納付の猶予はあるのか。）

- ・国税にはあるが、健康保険にはない。健康保険には徴収猶予制度がないかわりに、未払い部分に限って最長18か月にわたって分割納付する制度がある。計算して金額が決まれば、世帯別に納付義務がある。銀行で払う場合もあるし、口座の自動引き落としもある。支社窓口で納めるというのも一部ある。銀行を通す方法が一番多く、例外的に支社での手続もあるが、それは補完的な制度である。

（加算金制度は事務手続上、煩雑になるのではないか。）

- ・電算化されているので、特別難しいことはない。

（資格データへの照会がきちんと機能しているということか。）

- ・電算化されているので問題はない。加入者が銀行で保険料を支払えば、銀行は電算資料を金融決算院に報告する。そこで、23の銀行の資料を集めて、毎日、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誰が支払ったか、誰が支払っていないか確認することができる。そして、未払者に督促状を出す仕組みとなっている。

(徴収率はどれくらいか。)

- ・保険料の徴収率について、今年度は90%が支払われた。1年を過ぎれば95%、4年経過すると97%になる。未払いの金額は1兆1200億ウォンである。年度で計算した場合10%くらいが滞納となる。10日の納付期限までに納付される率(期日内納付)は73%である。

(保険料賦課の計算には税務署のデータなども使っているのか。)

- ・国税庁のデータを使う。国民年金や公務員年金などの年金所得資料が加えられる。行政自治部から財産(建物)に関する課税資料、市・郡・区の地方自治体から自動車税賦課の資料が送られる。家賃は申告を受けるが、申告しない人の場合は公団が職権で不動産価格を基準として賦課している。これらの資料を収集して、公団で保険料を計算する。

(徴収に関する支社の役割)

- ・本部があり、6つの地域本部があり、223の支社がある。本部では企画を行う。地域本部では指針をもって、支社に指示をする。加入者関連の業務は支社でなされる。告知書は地域本部から出される。電算サーバが地域本部にあるので、告知書・督促状等の発送は一括して地域本部が処理している。徴収のための電話は支社で行う。
- ・政策的なものは本部で決定し、地域本部を通して、支社に指示される三段階の管理体系と理解してほしい。

(地域による徴収率の差)

- ・地域による徴収率の差は、多くても1%くらいである。

(競売処分は支社の判断でできるのか。)

- ・支社で対象者に督促状を送り、出張や電話をしても納付しない場合はコンピュータに入力する。地域本部を経由して、本部で一括して処分手続を行う。処分の承認は長官名で行う。欠損にするかどうかは、100万ウォン以下は理事長、それ以上は財政運営委員会の裁量で決定する。
- ・財政運営委員会は加入者、被保険者、保険者、公益を代表する労働団体・社会団体、国民全体を代表する各界の人から構成される。保険料の引上げや欠損の決定、公団の財政に関して意見する機構がある。

職場保険について

(保険料賦課体系について)

- ・給与を基準にして支払う。具体的には、勤労者の1年間の全ての報酬を勤務月数で割り、月平均報酬を算出する。その月平均報酬を基準にした標準報酬月額等級がある。その等級ごとに保険料率をかけて保険料を決定する。該当事業者の総保険料を事業主に賦課する。納付期限などは、地域保険と同じ仕組みである。期日内の徴収率は96%。納期後の徴収が3.9%。事業者が給与支払の際に毎月源泉徴収を行う。毎月、公団が告知書を出し、それにもとづいて事業主が公団に毎月支払う。事業主と勤労者の負担は50%ずつである。

(賃金の把握方法)

- ・事業主は毎年2月末までに該当加入者の報酬総額を公団に申告する。それを確認するために、国税庁の資料と照会する。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する。
- ・新入社員の場合は、事業主が資格申告を行う際に報酬額を申告する。その申告した報酬額にもとづいて保険料を賦課する。そして、年末精算する。申告した額と実際の金額との差が生じれば、保険料を少ししか支払っていない場合は、差額について保険料を支払うし、反対に払い過ぎの場合は、次の月の保険料で調整する。2月の所得申告を受ける時に前年度のものと同様に精算をする。そのために電算制度を導入している。

地域保険と職場保険間の移動について

(地域と職場の資格変更はどのように行うのか。)

- ・電算で自動連結している。職場が優先になっている。職場で働いていて退職する場合、事業主が14日以内に資格喪失申告をする。公団支社でそれを受理して、そこで資格を変更すれば自動的に変更される仕組みになっている。逆に、就職した場合は自動的に地域の資格が消えて、職場に入るシステムになっている。連結しているので、片方の資格がなくなれば、もう片方の資格になる仕組みである。

(退職した本人の手続はどうなっているのか。)

- ・今のシステムでは本人が行うことはない。退職するとそれまでの保険料は資格喪失申告により払われなくなり、精算もすべて行われるシステムになっている。事業主にその義務が発生する。

(被保険者証の交付はどのようになるのか。)

- ・保険証は自動的に発給され、住所地に送付される。電算にもとづき、保険料は(新たに)地域に支払うことになる。

- ・職場の被保険者についても、国税庁のデータや資産、自動車などのデータがある。全国民のデータベースがある。全国民のデータベースを利用して保険料を賦課する。ほとんどこのデータベースで賦課できるが、資料がまったくない世帯に関しては調査を行う。財産の変動があれば、公団に申請すれば最新資料をもとにもう一度調整するシステムになっている。

(世帯内に勤労者と自営の人がいる場合、どういう賦課体系になるのか。)

- ・それは別の体系になる。夫が職場、妻が自営業の場合、妻は地域保険の体系で賦課され、夫は職場の保険料で賦課される。子供は被扶養者として夫の方に入る。
- ・高齢者も被扶養者に含まれる。過去は被扶養者の範囲を拡大していたが、最近は認定範囲を狭めている。配偶者に別の所得がある場合は、被扶養者の資格を喪失させる仕組みとなっている。自営として地域保険の賦課体系に入れている。

(被扶養者の認定はどのように行っているのか。)

- ・認定は保健福祉部長官名で決まる。施行規則により、被保険者が資格を取得するときに、電算作業を行い、(家族に)所得がある場合、被扶養者としての資格が付与されないようになっている。電算化の範囲は広い。このようなデータの確保は組合方式ではできなかった。統合過程を経て政府や国民が健康保険制度に多くの関心を持つようになった。以前は国税庁や地方自治体から保険料賦課に必要な基本データをもらえなかったが、統合する過程で法にデータの提供を具体的に明記されている。現在、統合方式では頻繁な資格変動に対して流動的に保険料賦課を行える仕組みになっている。

(職場から地域に移動する場合、事業主は支社に報告すればよいということか。支社と地域本部との連絡は。)

- ・専用線で結んだ電算システムがある。本部にホストコンピュータがある。本部の場合は、診療費支給に関するデータベース、資格連携データベース、給付事業データベースがあり、地域本部には保険料管理、保険料事後管理ができるデータベースが運営されている。どの支社も本部や地域本部の全てのデータにアクセスできる通信網を備えている。

(情報保護、プライバシー保護の制約は。)

- ・公団はデリケートなデータを持っているために、情報保護の法律の制約を受けている。行政自治部の電算網、国税庁のデータに対していつも接続できるわけではなく、行政府については業務別に権限を持った人だけがアクセスできるようになっている。誰が照会、出力したのかもわかるようになっている。
- ・公団職員の身分は公務員ではないが、犯罪に関しては公務員と同じように処罰を受ける。保健福祉部から一定期間人材を受け入れるといったような人的交流はない。

(被保険者番号はどのようなものか。)

- ・職場と地域と別のシステムである。職場は、事業者別に番号がある。地域は居住地別に固有コードがある。移動があれば、被保険者番号は変わることになる。

給付について

- ・審査は審査評価院が行い、公団は審査された給付額の支払を行っている。国民健康保険法によって、病院側が審査評価院に請求をすればそれは法的に公団に費用を請求したこととみなすことになっている。したがって、直接、審査評価院に請求を出し、それが公団に出したこととみなされる。
- ・審査内容は大きくふたつに分かれる。法に定められている医療保険給付基準と給付内容に適合しているかどうか。
- ・公団は、審査結果(資料)を基準として給付費を支払う。支払の前に事前点検を行う。内容は、住民登録番号が一致しているか、公団の持っているデータの番号(被保険者資格番号)と合っているかどうか、医療保護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(例えば、男性が出産していないか)、医療機関が請求時に開設前あるいは廃業後でなかったか、など。医療機関の管理は審査評価院で申告と変更事項の管理をしている。その資料を毎日公団に送付している。
- ・審査評価院で申告を経て、発生した治療について支払われる。供給者の決定の方法は、契約ではなく、当局に開設を届け出た場合、患者を診療する資格が発生する。合法的に設立された医療機関は、患者を治療することができる。ただ、診療して請求するためには、医療機関でも管理番号を付与してもらう手続きが必要になる。管理番号の付与を受けるための設立許可や医療施設、医療従事者人員の現況などを審査評価院に申告する。そして、そこから管理番号が付与される。
- ・健康保険の患者を治療しないと処罰される。強制登録という概念。統合前は指定制だった。両者の違いは実質的にはないが、指定制度は医療機関の自由を侵害するということで、登録的な性格を持つ方式に変更された。

(公団で個々の医療機関の請求額、減額などのデータを持っているのか。)

- ・医療機関別の審査削減内容データを公団は持っていない。それは審査評価院が持っている。

(どのような単位で請求するのか。)

- ・請求方法にしたがって請求周期が区分されている。請求方法は書面やFDがある。書面・FDとEDI外来では、翌月1日に月単位で請求される。EDI入院は週単位で次週の月曜日に請求される。このようにした理由はEDIによる場合の業務が簡単でないといけないから。それを誘導するためである。EDIでない入院は月単位である。

(疾病の統計などのデータは持っているか。)

- ・持っている。個人別に管理をしている。個人別レセプトの内容を公団は持っている。審査評価院から公団に審査結果資料が来る際に、審査結果の内訳が含まれる。公団は患者に対してなされた診療行為はわかるし、データベース化することは可能。ただ、何が減点されたかはわからない。レセプト単位の減額内容はわからない。審査プロセスを知ることにはできない。
- ・多い受診回数、長い入院期間などは確認できる。健康増進事業として行う部署があり、昨年から加入者への指導を行っている。投薬日数、治療日数を合計して年間 365 日、負担金が年間 170 万ウォンを超えることになるまでは 365 日を経過したとしても給付は可能である。365 日を超えて医療ショッピングをすれば本人が医療費を負担するようなシステムになっている。

(領収書保管の運動について。)

- ・もの・サービスを売った場合は、日本では領収書の発行は義務化されているが、韓国においては領収書発行が強制事項ではない。また、患者は医師に従属する関係が形成されている。このため、治療をしても医師は領収書を発行することが一般化されていない。患者が領収書を要求するようキャンペーンを行っている。領収書を保管し、医療費を通知することで不当な請求がわかるといった直接的な効果があると同時に、医師に対して心理的圧迫を与えることによる不正請求防止効果もある。

(公団には、不当な請求であることをチェックするシステムはあるのか。)

- ・不正請求はいろいろある。存在しない患者を作ったり、診療行為数を増やして請求する、重複して請求するなどあるが、公団ではそれを把握し、防止する対策を準備している途中である。そのひとつが領収書保管運動である。今は運動を拡大している状況。
- ・公団が確認して不当だと判断したものは、不当利得として返還させる。ペナルティとして診療行為停止や医師免許停止などの行政処分がある。開業医の場合は医師が対象になり、法人の場合は組織の内部の問題なので法人が責任を負う。

財政統合について

(会計について。「統合」とは具体的に何をすることか。)

- ・公団の組織システム、人員はすでに統合されている。しかし、財政は地域、職場で区分経理されている。地域で集めた保険料は地域の給付にあてられ、職場で集めた保険料は職場の給付に使われている。03 年 7 月 1 日からはそのふたつの財政をひとつの公団財政として統合する。
- ・保険料賦課体系については、統合のためにいろいろな方策が準備されている。賦課体系を統合するというのが原則であるが、それは研究しても非常に難しい問題である。すべ

ての人が満足する答えは出ていない。政府の基本的な立場は、現行特別法で決められた内容によって、03年7月1日から財政統合を行うが、保険料賦課の単一化自体は現実的に難しいので、時間をおいて継続して研究するというものである。

- ・03年7月1日からは区分経理がなくなる。ふたつの帳簿だったものがひとつの帳簿になる。公団のすべての収入と支出をひとつの勘定にする。
- ・統合前は地域の財政が難しいと予想していたが、財政健全化特別法によって国庫支援金負担率を上げて、健康増進基金を新設したので、地域財政は良好になった。現在は職場財政が困難である。
- ・国庫支援金は、原則的に最初に地域保険に50%支援をすることを政府は約束したが、保険支出が増加したので比率が落ちていき、そのため統合直前は20%にしかなくなってしまった。そのために、先程の方法で45%に達する財政支援をするようになった。地域よりも職場のほうの赤字が多い。
- ・統合するときの経営改革は、管理運営と財政をひとつにすること自体が目標であった。しかし、地域と職場の所得構成のために、単一の賦課体系の開発は難しく、区分管理するしかできなかった。

(業務の一元化)

- ・職場保険と地域保険は外形的には統合されているが、業務は職場と地域で区分されているのが現状である。これは業務の効率を落としているので、職場・地域の業務が一緒にできるように組織改変をして03年5月1日から業務一元化をする。
- ・換言すると、大きな枠組みはひとつとなったが、財政と業務が区分されていたという状況であった。5月に業務一元化、7月に財政一元化という動きである。
- ・法的には複数の労働組合が認められている。健全に発展する過程では統合もありえるのではないか。
- ・給与処遇体系は、今は職場も地域も同じである。業務すべてが今まで一元化できていなかったわけではない。企画や行政など大多数の業務が既に統合されていた。システムやデータベースは統合されていたが、人員配置が統合されていなかった。資格管理、保険料徴収など一部の業務が統合されていなかった。5月1日にすべての業務の統合がなされる。7月1日には財政も統合される。
- ・本部と地域本部は職場と地域の職員が同じ業務を既に行っている。支社は資格付与、徴収の部門が職場と地域で別になっていた。これを5月1日に統合する。

(賦課体系が別のまま財政統合することによっていくらの保険料が必要かわからなくなるのではないかと、判断材料がなくなってしまうのではないかと。)

- ・財政統合がなされたとしても、保険料率や各種統計管理、保険料率賦課の適正判断のための統計資料は維持・管理される。資金が統合されるからといって、すべての内容が統

合されるわけではない。別々の解析能力は維持される。

(所得賦課基準の不公平感について)

- どの国でも、良い意味で「節税」はある。これは公団の問題ではなく、日本も韓国も同じであろう。地域保険の所得捕捉率が低く不公平だという指摘はある。しかし、地域の保険料では所得の他に財産が考慮されるが、職場では財産は考慮されず所得によって賦課される。したがって、他の意味での不公平感が出てくる。韓国の徴税制度が発展していない。健康保険だけではなく他の社会保険運営においても、政府が自営業者の所得捕捉率を高めるさまざまな努力をしている。

(地域への国家支援は統合後も続けられるのか。)

- 続けられる。財政健全化特別法が適用される 06 年までは法律の効果がある。国庫支援は 50% である。賦課体系が単一化されていないので、賦課に関する基本的資料は区別する。結果としての保険料収入、支出は区分なく、統合して管理されると考えられる。

(それならば、統合する意味は実務的にはあるのか。)

- 資金の管理を統合するのは意味がある。現在、地域と職場が財務諸表が区分されているがそれが統合される。

(支社での人員削減は生じるのか。)

- そういう意味もあるだろうが、実際はそうではない。調整は地域別で行われる。総人員は 1 万 450 人。本部は 700 人程である。全国で 235 支社（出張所を含む）があるが、ひとつの支社で職場業務と地域業務をできるところもあれば、ひとつの業務しかできないところもある。統合しても資格管理など個人管理はしなくてはならない。どのような体系になっても、資格管理を行う業務は残る。

(統合に際して組合の人員はどうなったのか。)

- 根源的に統合の背景は、国民を満足させるサービスを提供するため。満足させるためにはいろいろな方法がある。たとえば、保険料をもっと適切に振り分けるとか、管理運営費を削減するとか、サービスの内容や質を高めるなどである。公団職員の不満はあるだろうが、加入者や国民が願っているのも、大きな流れを受け入れなくてはならない。国民にサービスをするという大きな流れの中にあるので、職員の不満はあっても仕方ないことである。
- 統合前には 1 万 5000 人の職員がいた。リストラで 4500 名が退職した。その人たちの一部、約 2000 人が国民年金業務に移った。職場保険の場合でも、企業がその職員を受け入れるということはなかった。

- 公団の person 費は、政府の一般会計から補助金として出されている。国庫支援金である。保険料収入の一部である。政府が地域に 50% 支援するといった背景は、職場で事業主が 50% 拠出しているから。実質的な意味でみるならば、保険の運営管理費に必要なコストを国庫から支援されている、という意識は希薄である。
- 国庫支援金は管理運営費よりも多い。政府が支援する実質的な意味は診療費と管理費を区分するというよりも、健康保険事業に支援するという意味であるとみている。管理運営費と見るよりは、もっと大きな概念でみればよい。昔の法律では政府が管理運営費を支援すると明記されていた。現行法では、もっと大きな概念になった。公団は自ら給与体系を決定する法律的な権限をもっている。しかし、予算編成過程で保健福祉部から承認を受けなければならない。このため、ガイドラインに従うしかない。

(医療機関への診療費支払は、どのように行っているのか。)

- 公団本部から直接、医療機関が申告した口座に振込みをしている。振込み手数料は銀行との契約関係で免除されている。

10. 金鍾大（キム・チョンデ）氏

韓世政策研究院常任顧問 慶山大学客員教授（元保健福祉部企画管理室長）

医療保険統合をめぐる歴史的な経緯

（1）医療保険制度導入から第1次論争まで

キム・チョンデ氏：76年 担当事務官

80年10月15日 担当課長

63年12月16日 法律制定

- ・既にその時から組合方式であった。医療従事者によるヨーロッパや日本の制度研究を参考にした。

76年12月22日 法律全面改正

- ・経済的不況のため、法律の施行はしばらく保留された。
- ・その間、被用者による任意団体4つ、自営業者による地域団体8つの試験的運営が、組合方式により行われた。
- ・試験的運営の結果、63年の法律、日・独・仏の制度を参考に、法律の全面改正が行われた。

77年7月1日 政府主導による医療保険制度実施

- ・第一段階として、500人以上の職場で実施された。その後、79年には300人以上の職場、そして100人以上の職場、16人以上の職場へと拡大していった。

80年 医療保険統合議論始まる

- ・統合議論が起こった理由は、自営業者の医療保険が実施されておらず、被用者との間に格差があったことである。
- ・政府も、農村や都市の自営業者の医療保険が性急な問題であることは認識していたが、保険料をいかにして徴収するか、またそれをどのように管理するかという点が解決していなかった。
- ・一方、職場組合では、安定的運営により、目標としていた医療費1年分の積立金が確保できていた。しかし、それが医療保険統合議論のきっかけにもなり、積立金を使えば農村や都市の自営業者に対して早く医療保険を実施し、皆保険を実現できるという意見が出た。

80年10月 千命基（チョン・ミョンギ）保健福祉部長官、全斗煥大統領に医療保険拡大提案

- ・チョン長官は、職場組合の積立金を使えば早く医療保険の拡大ができると提案した。
- ・私は大統領に、以下の報告書を提出した。
 - ①積立金は非常に少額であって、それをういて農村や都市の自営業者にまで医療保険を実施するのはナンセンスである。

②ある地域で集めた金銭を他の地域に回すことはよくない。

- ・大統領は医療保険統合問題を保留とした。しかし、その後も論争は続き、特に政界との結びつきが強くなった。

82年11月2日 青瓦台にて大統領主催会議開催

- ・保健福祉部長官金正禮（キム・ジョンレ）氏、与党幹事長イ・ジョンチャン議員、チェ議員が、職場組合の積立金による医療保険拡大の議論を持ち出した。
- ・私は統合に反対するレポートを出した。当時の積立金は1兆ウォンに満たないものであったが、統合論者には非常に大きな金額にみえていたようである。
- ・大統領は、私の報告書が正しいとした。それ以降、しばらく統合は論じられなくなった。

81～87年 6か所の市・郡における地域保険試験的運営

- ・農村や都市自営業者への医療保険拡大について研究を行うため、6か所の市・郡（大都市、中小規模の都市、農村、漁村、農村と自営業者が混在しているような都市）において地域保険の試験的運用を行った。
- ・別途設立する医療保険団体が運営する方式、市長や知事を中心として地方自治体が運営する方式のふたつの運営方法を考えたが、結局前者の組合方式で行うことを決定した。
- ・市・郡単位で行わなかった理由は、当時日本での（市町村単位の）運営が成功していない、また、職場においては労使合意による運営が原則であるが、地域においても保険料を支払った者と協議しながら合意のもとに運営していくのが資本主義の原則に合っていると私が判断したからである。

（2）第2次論争

キム・チョンデ氏：86年9月1日 医療保険局長

88年3月31日 外部団体へ異動

89年 広報官として復帰

86年9月1日 政府、農村および都市自営業の医療保険実施発表

- ・88年から農村の自営業者に、89年から都市の自営業者に医療保険を適用することを発表した。
- ・私は、86年から87年にかけて農村・都市のシステムをつくる際、81年から87年の6地域における試験的運営、63年の法律制定から76年までの間に行われた8地域における試験的運営および日・独・仏のシステムを参考にした。
- ・韓国の住民コミュニケーションの伝統を考えると、市・郡・区での連帯意識が強いことがわかった。当時、特別市（日本でいうところの都道府県）レベルでの統合を唱える意見もあったが、単位が大きすぎて住民の意思が反映されにくいと判断した。当時、韓国では地方自治体の選挙自体が行われていなかった（韓国初の地方自治体首長選挙は95年）。
- ・核心となったのは、住民の意思の反映によってのみ、財源の調達が円満に行われ、また、

その財源を大切に扱うようになるという考え方である。国民医療費は物価上昇を遥かに上回る速度で増大するものであるから、適切な調達・統制・管理が行われない場合、国の経済発展のマイナス要因になりうるというのが、当時の先進国の教訓であった。

88年1月 農漁村の医療保険実施

- ・初期は困難もあったが、1年も経たないうちに安定した運営ができるようになり、赤字を出さず、多少積立金もつくれる状況になった。

88年3月11日 次官主催討論会開催

- ・88年2月25日、盧泰愚大統領が就任し、3月11日に公務員が全て交代した。その時任命された長官・次官が統合賛成派であり、私は外部団体へ移った。
- ・都市自営業者医療保険の運営について、その時提案された方法は3つあった。
 - ①都市を全国単位でひとつにする方法
 - ②ソウル特別市等日本における都道府県レベルで行なう方法
 - ③それから市・郡・区（日本における市町村）レベルで行なう方法
- ・長官・次官は少なくとも都道府県単位で実施しようという考え方を持っていた。しかし、私は、それは「住民の自治」にそぐわないとして反対意見を通した。

89年 都市自営業者の医療保険実施

- ・89年1月2日から実施することは出来ず、89年7月1日から、やはり農村と同じように市・郡・区単位で実施されることになった。
- ・理由は、「住民の自治」の尊重に加えて、都道府県単位の実施は運営経費がかさむということであった。
- ・当時の長官・次官は責任をとって辞職し、私は広報官、青瓦台の秘書官として復帰した。

88年4月 総選挙

- ・これまでの統合派の主張は、職場組合の積立金を利用すれば早く全国民に医療保険制度を実施することができるというものであったが、88年総選挙以降は政治的な理由に変わっていった。
- ・社会保険料は自己負担が原則であるが、負担の重い農村および低所得者層の保険料を富裕層が払ってくれるようになるから統合しよう、統合すれば保険料を負担しなくてすむという理由が政治的な意図で持ち出され、多くの国民はそのまま受け入れてしまった。

89年 統合法案可決、大統領拒否権行使

- ・89年3月8日、与野党の状態で政府は出発した。野党・市民団体は統合法案を提出し、与党はそれに引っ張られる形で同調した。
- ・当時の医療保険制度は政府主導で行ってきたため、統合問題が浮上してから学界が関心を持ち始めてはいたものの、専門家はほとんどいなかった。
- ・韓国の政治的特徴として、医療保険制度を実施したのは軍人出身の大統領であったことがある。軍事政権において始まった制度はすべて反民主的であるとして批判を受けていたが、実際の医療保険制度は非常に民主的な運営を意図したものであった。

- ・韓国は南北に分かれているので、「統合、統一は善である」というイメージがある。その時私がつくったスキームは、国の現状より先に進んでいたものではなかったか。
- ・盧泰愚大統領は拒否権を行使した時、私は長官を通して拒否権を発動しなければならぬと主張し、また、メディアもこの問題を大々的に扱った。
- ・統合が不可能である理由
 - ①サラリーマンは所得が100%露出しているのに対して、自営業者はほとんど所得が把握できていなかったこと。当時の自営業者の所得把握率は18%程度であり、そのような状況では、負担の平等を実現する賦課体系の開発は不可能であること。
 - ②農村は、都市に比べて医療消費量が少なかったこと。当時、医療従事者の90%が都市にいたため、医療機関へのアクセス状況が異なっていた。都市と地方を統合すれば、むしろ劣悪な環境にある階層が更に不利な状況に陥ると思われたこと。
 - ③高所得者層ほど医療消費量が大きいこと。統合すれば低所得者層の負担がかえって大きくなると思われること。
 - ④統合すれば住民が参加できないこと。したがって、民主的な運営が不可能になり、画一的・統一的な運営が実施され、住民サービスが低くなる結果になること。
 - ⑤統合すれば保険料率の引上げが政治的な問題になるであろうが、それはすぐにはできず、保険財政が破綻するということ。保険財政が破綻してしまえば、保険制度自体が崩壊してしまい、そうすれば国民の生命に直結する問題になること。

(3) 第3次論争

キム・チョンデ氏：保健福祉部企画管理室長

99年6月 政府を去る

97年 大統領選挙

- ・野党の金大中候補による統合論
 - ①統合することにより保険料が安くなる。
 - ②1兆ウォンの政府支援をする必要がなくなる。そうしながらも保険の恩恵は多くなる。
 - ③保険料負担が公平になる。
 - ④市町村ごとの違いが公平になる。
 - ⑤管理費が安くなる。
- ・国民は金大中候補の公約に共感したが、実は「公平」とは「所得の低い人は安い保険料を支払い、所得の高い人は高い保険料を支払う（保険料の累進制）」ことであると誤解していた。
- ・野党が票獲得のために統合の良い話ばかりをする一方、与党（新韓国党）も統合を主張するようになった。
- ・そのような状況で金大中候補が大統領に当選し、統合作業が進められることとなった。

98年10月1日 地域組合（227）と公・教公団（1）の統合

- ・組織は統合したものの、保険料の賦課は別々であった。

2000年7月1日 職場組合（145）も解体・統合

- ・当初は、法律に所得を基準とした単一保険料体系をつくと定めたが、1999年9月時点でそれが不可能であることがわかり、2000年1月1日の統合が延期された。
- ・職場と地域は、所得把握の問題により賦課体系をひとつにするにはできなかった。結局、1組織2会計で実施されることになった。
- ・財政統合は、2000年7月1日、02年1月1日の実施ともに実現できず、03年7月1日まで延期している状況である。サラリーマンと自営業者は所得の獲得方法、生活のスタイルが異なるため、単一の徴収方法は開発できず、現在も議論されている。

医療財政破綻について

- ・医療保険統合の過程の中で、01年6月29日に医療保険財政が破綻した。97年7月31日時点で法定積立金が4兆ウォン程あったが、それがなくなっただけでなく、医療費の支払ができない状況に陥った。
- ・保険料引上げと給付範囲の縮小を実施したが、それでも財政的に苦しく、現在銀行からの借入を行っている状況である（02年12月末、銀行借入2兆6138億ウォン）。
- ・02年の統計数字によれば、保険料は前年に比べて23.45%増加している。政府の負担は98年当時に比べて3倍以上増えた。また、1400品目の薬を保険対象から外す等、保険サービスの減少もみられる。結果として、金大中大統領の5つの公約は果たせなかった。
- ・社会保険制度は命にかかわる重大な問題であるが、住民の合意にもとづくことなく他律的に運営される場合、財政が破綻しやすい。

地域組合職員が統合派であることについて

- ・「統合＝統一」であるようなイメージで幹部がリードしていった。「統合＝平等」と説明した。「保険」自体を大切に考えるのではなく、「国家管理」を考えている。政治的理由が強く反映している。

組合方式の問題点について

- ・組合の規模について、市・郡・区単位であっても、危険分散範囲として問題はなかった。227の地域組合うち、5～6の組合で赤字があった。それは規模ではなく保険料設計の問題であった。（保険者の）規模については、人口だけでなく、住民自治・地域統合的要素を考慮に入れる必要がある。
- ・市町村単位で実施する場合、特殊な状況が発生すると問題が生じる。例えば、全羅南道にある木浦（モッポ）という都市で爆破事件が起こってたくさんの医療費を要したこと、ある農村で雹が降って農業が全滅したこと等である。こうした状況は頻繁に起こるもの

ではないが、どこの国でもあり得る。そのため、我々は医療保険連合会を設立し、再保険を実施した。高額な医療費がかかる疾病、老人医療に関しては、再保険によって解決するしかない。重要であるのは、社会保険の原則を守りながら、その時々の問題に対処していくことである。

- ・職場組合に所属していた人が、退職後、地域に移るような場面をみれば、統合された組織の利点を感じるかもしれないが、社会保険というのは、参加している人たちの合意にもとづかなければならない。自治運営という観点で、意見を反映させることができ、民主的な運営を実施することができる範囲の限界はどこなのか考えていかなければならない。
- ・ただし、組合方式にも、完全に民主的運営ができていた訳ではないという残念な点があった。民主的なシステムを導入したにもかかわらず、管理者は不必要な介入・管理をしたがった。完全な民主化・自律化を実現しようとしたが、政治的争いを回避することに力を注がなければならなかった。もし完璧な民主化・自律化ができていれば、統合問題や財政破綻も起こらなかつたらと思うと非常に残念である。

組合方式における保険者機能について

- ・韓国の場合、医療機関に対するチェックは政府が実施し、調整することが多かった。組合は内部で自分たちのやるべきことをやった。
- ・患者の苦情窓口対応は、医療保険連合会で行っていた。しかし、本質的には医療機関に対するチェックは政府が行っていた。
- ・組合方式における住民参加とは、運営の責任者である代表理事は40～50人の運営委員によって選出されるが、その委員を住民が選ぶということである。(委員には)地域のオピニオンリーダーや医療機関の代表等、地域の状況をよく理解している人が選ばれ、管理・チェックを行っていた。

高齢者医療について

- ・韓国でも地域に高齢者が多く、職場に若い人が多い。勤労者の被扶養者の基準を拡大させ、バランスをとるようにした。韓国の場合、法律で中央政府による調整ができる旨、定められている。
- ・高齢化問題について、すべて社会保険で解決するのは難しいと考えている。総合的な医療保険および福祉政策として解決していかなければならない。その方法は各国の状況に応じて異なる。

今後の活動・見通しについて

- ・医療保険統合はどうしても改革しなければならない問題である。私は、そのような状況を踏まえ、現状の問題点およびその解決に向けて5月から運動を展開する。4月末に学校

で発表の予定である。国会やメディアにも発表する。その内容は、国民負担を 30%減らし、同時に給付を増やす方向でシステムを改善するものである。医薬分業も関係している。日本にも教訓になるだろう。

- 金泳三、金大中政権の期間について、保険料やサービスなど、すべての面を比較検討している。94年の国民全体の保険料負担 3兆 1650億ウォンに対して、98年には5兆 75億ウォンになり、4年間で 58.2%増大している。また、98年から 02年は、10兆 9277億ウォンで増加率は 118.2%である。また、政府の負担については、3.5倍になっている。その反面、サービスは減っている。医療費は自然に増加していくものであるが、2倍、3倍になるのは政策の失敗である。それを統計数値をもって分析し、明らかにする予定である。

11. 金淵明（キム・ヨンミョン）氏

中央大学校 文科大学社会福祉学科教授

統合した医療保険が抱える問題

- ① 旧職場組合・旧地域組合との職員が別組織になっていること：旧職場組合のほうが統合に反対していたが、先週、ようやく統合を受け入れ、統合に反対する勢力はなくなった。
 - ② 財政統合：財政統合は野党が反対して延期された。03年の7月1日に自動的に財政がひとつになる予定である。ハンナラ党はこの財政統合を2年間保留する法案を先週（4月上旬）、国会に提案した。現在、与野党で論議をしている。
 - ③ 保険料賦課体系について、職場、地域ごとに別々の賦課体系を適用していること：所得把握の問題から、賦課体系の統合は当分の間、難しい。
- ⇒これらの中では、財政統合が最重要課題であるが、現時点では統合の方向に向かっている。

第1次論争の経緯

- ・77年に職場医療保険が導入された当時は500ほどの組合が存在していたが、小規模の組合は運営が厳しかったため、180ほどに再編統合された。この統廃合は保健社会部（現保健福祉部）が主導したが、保健社会部内で統合の推進について意見の衝突が起こった。
- ・統合について賛否両論があったが、組合が多数あると管理費がかさむこと、小規模組合の運営難が統合論理の主要な内容であった。
- ・軍事独裁政権下の82年に「保健社会部騒動（医療保険波動）」が起こった。政府は統合を主張した官僚たちを追放した。それ以降、統合を主張する者はいなくなった。

第2次論争の経緯と要旨

- ・88年に農漁村の地域保険が導入されるのと同時に、医療保険統合が社会問題として浮上。
- ①「保険料が高すぎる」「保険料負担が不公平である」という不満
 - ・農村地域住民は所得の把握が難しいため、全体の6割程度は人頭税的に賦課していたことに対する不満が強かった。
- ②医療保険組合の非民主的運営
 - ・組合自治主義が実現されておらず、地域保険組合の理事には政府によって主に軍人が任命されていた。

民主化運動と医療保険統合論争

- ・民主化運動、社会運動と連動したため、医療保険については「統合、すなわち民主化」という風潮が生まれた。
- ・進歩的な学者やメディアが医療保険統合を支持し、イメージの問題として「組合方式＝

旧体制的」、「統合＝民主的・進歩的」という図式ができた。

- ・社会運動家が主張していた医療保険統合問題を野党側の政治課題として金大中候補が受け入れたため、大統領就任後は公約として医療保険統合を推進した。
- ・88年から93年まで、医療保障共同委員会（農民団体や労働運動家、地域運動団体の連合体）が、医療保険統合を主張して活動してきた。
- ・94年から2000年までは、医療保険統合一元化と保険適用拡大のための汎国民的団体である医保連帯会議が医療保険統合を主導。
- ・2000年からは、健康連帯が主導した。これは医保連帯会議が改称し、所属団体もさらに増やしたものである。連帯会議に所属する団体で中心的な役割を果たしたのは、経済正義実践市民連合、参与連帯、人道主義実現医師協議会、全国医療保険労組、全国農民総連盟など。

医療保険統合をめぐる政治的利害関係

①民営化推進：全経連

（これは理念的な次元の提案だったが、保険会社が運営する民間保険に変えたり、シンガポールで行われているような税方式に変えようという主張があった。）

②統合推進：民主労総、参与連帯、経済政治実現連合、医師団体、薬剤師会、政党では民主党

③組合方式を主張したのは韓国労総、ハンナラ党

なお、保健福祉部は金大中政権になると統合を推進する側にまわった。

- ・全国医療保険労組（後に社会保険労働組合に改称）は、地域組合に勤務していた人たちによって89年に結成された。
- ・これに対し、職場組合の職員は、医療保険統合問題の過程で、自分たちの立場が曖昧なので、97か98年に自分たちの団体を作り、医療保険の統合反対の前衛的立場を果たした。
- ・国民は保険制度が複雑で難解であるためよくわかっていない。リーダーたちは自分たちの利害闘争のために問題を拡大したり歪曲したりしている。
- ・ハンナラ党、朝鮮日報、東亜日報が連合体を作り、組合側体制の御用団体になっていた。民主労総と社会保険労働組合と参与連帯などのNGO、ハンギョレ新聞などの急進グループが統合推進派グループ。

地域組合職員が統合を推進した背景

- ・地域組合は民主化されておらず、地域保険組合に勤務していること自体が非常にストレスとなっていた。代表理事は他から任命され、事務局長はその人が連れてくるので、職員はどんなに出世しても課長どまりであり、昇進の機会が限られていた。そのため、組合体制に不満を持たざるをえなかった。
- ・リストラの心配がないことはなかったが、それ以上に、その組合で働いていることにつ

いて人から白い目で見られることが辛く、それをなんとか打開することのほうが重要だった。統合することにより、5000名ほどがリストラされたが、組合に勤務すること自体が辛かったので自主的に辞めた人と、国民年金公団の方に異動した人が多い。

新韓国党（現ハンナラ党）が最終的には統合に賛成した背景

- ・新韓国党は統合に賛成していた。選挙の公約として、新韓国党で農村地域出身の議員が票を得るために、統合が必要だった。
- ・ハンナラ党が明確に反対を表明しはじめたのは、金大中政権が始まってからである。その理由は、統合の過程での行政的なミス（保険料の二重徴収など）を政治的に利用できると考えたからである。
- ・行政的なミスを朝鮮日報や東亜日報などのメディアが大々的に報道した。それを見ながら野党ハンナラ党は、金大中政権を攻撃するよい材料とみて、医療保険統合問題と国民年金問題を徹底的に叩く立場に回った。

統合を主張する学者の理論的背景

- ・統合主義者にも、第一世代統合論者と第二世代統合論者の二派がある。（金淵明教授は第二世代）
- ・第一世代の論者が統合を目指した理由：
 - ① 保険料負担の不公平性：同一の所得と財産を持っていても、どの地域組合に所属するかによって保険料負担の格差が2倍以上開いていた。
 - ② 管理運営費の削減
- ・第二世代統合論者および社会保険運動をしている人々の主張は、保険給付の下方標準化である。組合方式では給付を引上げることは不可能だった。職場組合には、3兆ウォンあまりの積立金があった。これは、1年間保険料を徴収しなくてもよい程度の大きな金額であった。
- ・医療保険の保険給付範囲や基準を、職場ではなくて農村地域の方にあわせるしかなかった。したがって、MRIやCTを保険の給付範囲とするには、農村地域の保険料を上げるか、国庫支援を入れざるをえない状況であった。これを保険給付の下方標準化と呼んでいる。
- ・日本の老人保健制度と同様の財政調整方式をしばらく行ったことがあったが、農村地域の財政赤字を解決できる見通しが立たなかった。このようなシステムのもとでは保険が保険としてのシステムを維持することができないとの結論を出した。職場の積立金も全国ひとつにして使うようにすれば、保険給付をもう少し増やすことができる。給付の拡大を目的に、医療保険統合が唱えられた。
- ・統合によって保険者の力が強くなり、医療供給機関に対するコントロールが可能になることになる。組合方式と違って単一にした場合、医療供給機関への力が巨大になるので、

コントロールすることができ、医療サービスを社会福祉化させることができると考えた。

統合と財政破綻

・統合により財政破綻が起こったというのは誤解である。

- ① 年間 180 日に制限されていた給付を毎年 30 日ずつ増やすなど、全体的に保険給付が増えたことが最大の要因である。
- ② また老人人口の急増により支出が増えた。
- ③ 医薬分業に反対する医師団体をなだめるために、診療報酬が 1 年 2 か月ぶりに 52% 引き上げられた。

・職場保険の積立金が減った背景にはモラルハザードもあるにはあったが、これは医療保険統合への移行に際しての過渡的な問題であり、保険統合の本質的な問題ではない。問題はむしろ組合の代表理事たちにあった。

・組合主義側には統合すれば保険料の徴収率が落ちるだろうとの主張があった。実際に統合されたときは徴収率が 80% まで落ちた。しかしこの理由は、ひとつは IMF 体制下で低所得者層が増え、保険料を払えない人が増えたこと。もうひとつは、統合に伴ういろいろな反対やストが地域・職場組合によって行われ、保険料徴収管理などの仕事がまともにできなかったことにあった。今では（累積）徴収率も 99% まで上がっている。したがって、これは全く問題にならない。

保険者の官僚化・非効率化について

・保険が統合されると、効率化へのインセンティブがなくなり、また官僚化や非民主化が進むということは理論的にはありうる。だが、これを防ぐための方法としての競争システムは組合方式だけでなく、統合方式でも行うことができる。例えば支社同士で競争させたり、保険料徴収率が高ければ支社長を昇進させる、職員にボーナスを出すなど、いろいろな方法がある。

・官僚化・非民主化の問題について組合派は論じる資格はない。たとえばサムソン・グループの医療保険組合について、サムソンの従業員はその組合がどのような活動をしているのか全く知らなかった。法律の上では労使が合意しながら運営することになっていたが、実際はほとんどの場合、社長が組合の代表を任命していた。誰が委員かも知らず、積立金がいくらあるかも従業員は知らなかった。

・国民健康保険公団の理事会には管理者団体代表、市民団体代表、労働者団体代表が参加するので、上層部では随分官僚主義・非民主的運営が減った。しかし、官僚主義的・非民主的な側面がまだ残っていることは認める。そのような問題は過渡的な問題であるので、あまり問題ではないと考える。

・むしろ問題の核心は労組である。労組の人々には、自分たちが公共のために働いているという考えがなく、自己の利害だけを求める姿が目立つ。そのため公団の組織が国民へ

のサービスの組織としてうまく運営されていない。

保険者機能の強化について

- ・ 盧武鉉政権下で発足した医療保険制度改革委員会では、徴収の機能しかなかった公団に、健康診断センターを設置するなど、国民サービスを提供する機関に変わっていかねばならないといった意見が出されており、その方向性になると思われる。
- ・ 韓国においては、国民へのサービスと医療機関への統制強化のふたつが保険者機能強化にあたって目的とされているがそれが定着するには4、5年かかるだろう。
- ・ 公団は保険料を徴収するだけで、それについてコントロールができなくなってしまったとの意見があるが、職場単位か、地域単位か、全国単位かの違いであって、1年間の給付金がどの程度出ていくのかを考える点では同じである。
- ・ 組合方式のもとでは職員が病院に出向いてまで調査をしたことはなかった。法的に組合にはその権限はなく、保健福祉部にしかなかった。虚偽請求などの問題があると判断されたときは、保健福祉部の職員が医療保険連合会の人を連れて病院に現地調査に行ったのであり、組合には権限はなかった。
- ・ 審査は医療保険連合会を引き継いだ審査評価院が従来どおり行っている。今も法的には医療機関に対する調査権は保健福祉部にのみある。公団ではその権限を求めて保健福祉部に働きかけている。保健福祉部でも、先週（03年4月上旬）の時点ではその権限を与えようという方向で内部的にまとまりつつあった。だが調査といっても専門的な内容の審査は公団ではできず、虚偽の申告がないかどうかを審査することにとどまる。
- ・ 実際に病院に行って調査する権限を求めているのは労組である。医師は反対している。まだ論議中ではあるが、最終的には、公団に審査の権限を渡すことになるだろう。
- ・ 医療機関に対する調査の方法について詳細な内容はまだ決定されていないが、被保険者からクレームを受けて、怪しいと思ったら調査をするのもひとつの方法である。

NHS型の体系への移行期としての現体系

- ・ 個人的には保険という意味合いが薄れて、NHSのように税金のような感じになることを狙っている。今の体系はNHS型に移行するための中間団体のような意味合いもある。
- ・ 保険者というのはなくなり、国が管理をするようなイメージだが、それを推進する政治的な力はまだない。

統合以降の重要な課題

- ① 地方での医療サービスが、統合後も改善されていない。統合したことで医療の需要者を社会的に統合したが、医療の供給側を統合することはまだできていない。
- ② 公団が徴収機能だけではなく、対国民サービス機関として変わるべきであること。
- ③ 韓国では、民間医療機関による医療提供が90%以上であるが、盧武鉉政権下では公的医

療機関による医療提供を 30%まで拡大することが公約に掲げられ、(金教授も) 政権のブレーンとして提案し、そのような方向性になっている。しかし現実にはまだスタートもしていない。

- ・韓国は非常に地方自治が脆弱で、知事の中に病院を増やそうなどの発想をもつ人がいないので、政府主導でやるしかない。政府としては、保健所（医療も提供している）を拡大する方向に進んでいる。
- ・韓国は医師がどこでも好きなように病院などを建てられる。規制が少なく、医師の天国である。アメリカよりも医師の資格が非常に保障されている。

保険料引き上げが困難になったことについて

- ・統合の結果、保険料の引上げが困難になったのは事実である。組合方式の時代には、江南区で 1 年間に 100 億ウォンが必要だとすれば、江南区で 100 億ウォンを賦課していたが、統合後の公団では、全国単位で賦課する。保険料引上げは統合後は全国的に一度に起こり、反発は全国的に起こる。
- ・だが保険料をどれだけ引上げねばならないのかは国民が知らねばならないことである。統合方式のもとでは保険料引上げの根拠がすべて公開される。この点で統合によって民主化が行われたといえる。
- ・保険料の引上げが事実上困難になると、給付範囲の拡大は困難になる。しかし私見ではそれは一時的な現象である。情報が公開され透明性が高まれば、信頼性が上がるので保険料も引上げうるし、給付も拡大されうる。長期的には楽観視している。

民間保険の導入について

- ・民間保険の問題まであまり深く考えたことはないが、民間保険はすでに飽和状態に近い。現状としては目に見えない闘いとして、民間保険会社のほうは、公的な医療給付を減らして自分たちがカバーできる範囲を広げたいと考えている。公団がさらに給付を増やして、民間保険のほうを減らしたいと考えている。

市民団体の評価について

- ・医療保険の統合を推進してきた参与連帯などの市民団体は、今の時点で統合の結果に満足していない。移行の段階において行政側がスムーズな移行できなかった（保険料請求書の二重発行の問題など）ことが、市民の目には統合が失敗であるように映っている。
- ・また、医薬分業によって診療報酬を 52%も上げたことに関しては、市民団体と政府は今でも討論している。

12. 李奎植（イ・キュシク）氏

延世大学校 保健科学大学長・教授

統合推進派の主張とその検証

①組合が分離しているので、規模の経済が働かず、管理費が高くなっていた。

検証

- ・統合主義者は統合により管理費が減ったと主張するが、これは保険者のリストラによるものである。どのような組織でも発足当初は人員が必要であるが、時間が経てば人員削減が可能になる。韓国ではIT化のスピードが速いので、統合しなくても職場組合では人員削減が可能であった。
- ・問題なのは、統合によって地域における保険料賦課体系が変わったことなどから被保険者の不満が増え、苦情処理が増加したことで管理運営費が増加することである。

②組合間で財政的な格差が生じていた。特に農村の地域組合の財政が厳しく、給付水準が低かった。統合すれば、豊かな組合が貧しい組合を助け、給付拡大が実現する。

検証

- ・統合主義者は、農村の組合は統合すれば給付が拡大すると考えていたが、地域加入者の所得を正確に知らずにこのように主張していた。
- ・現実には、統合後、健康保険財政は破綻し、給付は拡大どころかむしろ制限された。

③組合ごとに保険料を賦課しており平等ではなかったが、統合すれば特に地域と職場との間で再分配が可能となると考えられた。

検証

- ・所得についての資料が地域の自営業者についてはほとんどないため、再分配できているのかどうか、検証できない。
- ・統計庁の標本調査の結果によれば、80年、85年までは勤労者のほうが所得水準が高かったが、88年になると自営業者のほうが高くなっている。統合を主張した人々はこの統計庁の資料を見ずに、勤労者が豊かで自営業者が貧しいという前提で議論していた。実際には逆差別が生じる可能性がある。
- ・年間所得500万ウォン以上に対してのみ所得比例負担部分が賦課されるが、2001年の統計では、89%が年間所得500万ウォン以下とされている（年間所得500万ウォン以下といえば、基礎生活保障対象者である。）。
- ・3か月以上滞納している世帯が149万世帯にのぼる。国民健康保険公団の公表する徴収率が高いのは累積徴収率を含めているからである。
- ・統合推進派は統合すれば保険料は半分ですむとあって、農民を刺激した。98年に地域保険が統合されたが、都市地域では1.1%、農村部では3.3%しか減らなかった。

- ・財政は今でも分離されており、保険料賦課体系も別に運営されている。韓国では統合を主張した人の多くは社会福祉を専攻した人である。彼らは所得の再分配を主張したが、そのためには両者の所得を把握していなければならない。

④統合すれば職場組合の積立金を地域組合の赤字補填に用いることで、国庫支援が不要になると考えられた。

検証

- ・金大中氏が選挙公約として打ち出したのは「健康保険を統合すれば、1兆ウォン程度なされていた国庫支援が不要になり、教育科学への投資が可能になる」というものであったが、統合後は公団が借金をしている状態である。国庫支援は50%にまで増加した。

組合方式の時代における財政責任

- ・組合ごとに運営されていたときは各組合の運営代表者は医療費抑制のために小規模単位で努力し、責任を負っていた。赤字になれば、加入者を説得して保険料を引上げ、黒字が出れば積み立て、任期が終了すれば、再任はしなかった。
- ・職場組合のうち単独組合においては社長が代表理事を任命するが、共同組合においては使用者代表と労働者代表が選出する理事会あるいは運営委員会が構成されていた。
- ・地域組合の場合は、各地域の住民単位で運営委員会を選出していたが、前職の副市長や退役軍人が就任した。96年以降は、このような任命はなくなった。
- ・統合後は公団の理事のみが責任を負うことになる。公団の支社長たちは1年ごとに異動するので、自分の担当する地域でどの程度医療費が使われたかがわからないため、責任を負いようがない。

地域組合の職員が統合を推進した理由

- ①地域組合の職員の採用条件として当該地域の住民（後には当該地域の学校を卒業した者も可という条件に緩和）という条件があった。そのため職員たちは、他の地域への異動はなかった。特に農村地域の組合の職員は人事異動が必要であるという意見で統合を支持した。
- ②職場組合と地域組合の給与の差が目立った。地域組合については政府が管理費を支援していたが、職場組合の給与と比べると給与は低かった。統合しても管理費が下がらない理由のひとつはこれである。
- ③代表理事は政治的任命で決まったため、小さな組合では職員は課長の上のポストにはつかなかった。韓国は教育水準が高いので、地域組合には多くの大卒者が勤務していたが、努力しても課長より上の職務には就けないという不満があった。

第1次論争当時の時代的背景

- ・80年代初頭、地域保険導入の前に行ったモデル事業では、1人1か月当たり600ウォンと保険料を低く設定していた。当時、職場組合の平均保険料は1536ウォン、公務員・教職員の平均保険料は1386ウォンだった。地域医療保険モデル事業自体の設計が誤っており、財政赤字にならざるを得なかった。
- ・当時、地域住民は低所得者層であるとされていた。統計庁の調査によれば、地域住民は勤労者よりもやや所得が低いだけである。制度導入の際の社会把握が誤っていた。
- ・光州事件の後、国民は全斗煥政権に対して恐怖を感じていた。政権が出発して時がたち、恐怖感は和らいでいたため、85年の選挙で再選するためには何か別のものを見せる必要があった。それが「福祉社会」というスローガンであり、底打ちした経済状態の中で、それを具体化するために利用されたのが医療保険だった。
- ・82年当時、韓国は厳しい経済状態にあった。統合して全国民に医療恵沢が行き渡るようにしなくてはならないと主張された。統合によって低所得者層への医療福祉供給が可能になり、階層間の格差を解消し、国民連帯意識を醸成し、また、管理運営費も削減できるとされた。
- ・「福祉社会」の一環として、地域医療保険のモデル事業が実施されたが、保険料を低く設定していたので、赤字になった。国庫からの支援なしで職場組合の黒字をもってきて、国民連帯意識によって、全国民に対する医療保険が可能であるというように、与党が主張した。また政府も統合を主張し、82年11月に全斗煥大統領にそれを説明した。
- ・大統領は「勤労者は当然反対するだろうし、政府には財政支援の能力はない」という理由で統合に反対し、統合論争は保留された。大統領に対し、統合案をブリーフィングした人たちは大統領を批判し始め、彼等はその後免職させられた。

地域医療保険導入のモデル事業で保険料が低く設定された理由

- ・韓国政府がアメリカUSAIDに農村地域に病院を設立するという援助を申請したが、アメリカ側は「韓国では郡単位で病院を建てるのは時期尚早」と回答した。病院を作っても医師が足りなかったし、運営資金も足りなかったためである。
- ・アメリカは韓国に「韓国型医療提供体制」の開発を奨励した。これは医師ではなく、まず看護師が診療を行うシステムを作るといったものだった。村、部落ごとに看護師を保健診療士(CHP:Community Health Practitioner)として配置した。
- ・さらに公衆保健医師(医科大学を卒業しても、医務将校になれなかった学生を公衆保健医師として勤務することで兵役を修了したと認める)という制度を作った。
- ・この制度のモデル事業を行った際に、オック郡という地域がモデル事業実施地域として選ばれた。その地域に「青十字医療保険組合」という自主的な保険組合があった。政府は、この自主的保険組合からヒントを得て、医療保険と保健診療士制度を結合させれば、コミュニティにおける共同財源調達による保健医療を実現できると考えた。

このオック郡で79年から試験的に運営してみると、1か月370ウォンの保険料で運営できた。

- ・政府はこれからアイデアを得て、81年7月に農村地域医療保険のモデル事業を行った。
- ・このモデル事業では、住民はまずCHP、公衆衛生院において一次医療を受けなくてはならなかったが、地域住民は「勤労者や公務員は、一次医療でも病院に行けるのに、地域保険の加入者はCHPや公衆保健院に行かなくてはならない」ということに非常に反発した。このため、政府はこのような医療伝達体系を諦めた。これにより、保険料600ウォンでの運営はできなくなった。

病床受給計画について

- ・88年、89年の皆保険化当時は病床が足りなかったが、今では過剰ではないかといわれており、地域ごとに病床数の計画を作ることを指摘する人がいる。
- ・かつての組合方式のころには、中診療圏（市郡単位）、大診療圏（道単位）が定められていて、患者はまず、自分の属する診療圏で診療を受けなくてはならなかった。統合後は診療圏制度の根拠がなくなった。かつての中診療圏は地域組合の規模とほぼ対応していたのである。統合後は、三次医療を受ける患者は皆ソウルに来るという現象が増えた。地方にある病院は患者がいなくて倒産するという事態が増えている。
- ・健康保険財政健全化特別法には市道単位での病床計画が明記されているが、統合したにもかかわらず、地域ごとに病床数を管理するのはナンセンスである。
- ・韓国は日本と比べ、国土が密集しているので地方からソウルへのアクセスがよい。韓国では地方分権が日本と比べて歴史が浅い。韓国では日本でいう都道府県単位で保険者を統合するという発想は出てこない。韓国は中央集権的であり、地方には能力もない。

統合後の保険者機能

- ・国家独占主義が強まり、保険者的な機能は弱くなったと思われる。
- ・組合方式においては、それぞれの組合が収支に気をつけて管理していたが、今では赤字になれば政府が支援する。
- ・統合派の主張には組合方式では資格の変動が不便だという主張があるが、これは間違っている。たとえば（公務員教職員保険はもともと単一公団だったが）延世大学の教授がソウル大に移ったとすれば自動的に行われたかという、そうではなかったのである。
- ・全国ひとつの保険者に統合したとしても、資格変動しなくてもよいための方法はひとつしかない。保険方式をやめて税方式に変えることである。（李教授は）保険料としてではなく、税金に上乗せして徴収する案を主張している。
- ・職場と地域との保険料賦課体系が統合されていないのが問題である。保険料徴収という名目で公団を置いているが、保険者機能はひとつもない。イギリスのNHSとほとんど変わらない。

- ・審査評価院で審査しても診療費が増加するので、案として出てきているのは診療費支払制度の改革である。改革案として浮上しているのが総額予算制である。これではNHSと同じになるが、それでも保険料を徴収するというのはいびつである。
- ・NHSのような総額予算制を実施するのは、韓国では民間医療機関が多くを占めているため困難である。病院は怠けるようになり、医療水準が落ちることが懸念される。イギリスやスウェーデンでは、予算制の見直しを始め、DRGの導入を検討している。

被扶養者認定について

- ・高齢者のうち、所得があり財産もある人は被扶養者でありながら、別個に保険料を賦課している。被扶養者でなく、所得のない人は医療保険から抜けて、公的扶助対象となる。
- ・同居していなくても被扶養者として認められる。

保険料賦課体系の開発と財政統合について

- ・国民健康保険法では保険料賦課を所得基準の単一体系にするとされていた。地域加入者に対しては、所得、財産、自動車を基準に賦課した。だが、当時、所得が500万ウォン以上ある世帯は地域加入者の6.8%しかいなかった。
- ・保険料賦課体系開発担当者が99年6月に出した結論は「現段階では不可能」というものだった。2000年1月から実施が予定されていたが、99年12月の定期国会で単一保険料賦課体系開発の困難により、2000年7月に延期された。だが、財政統合は不可能なので、01年12月まで財政を分離するというかたちで2000年7月に組織だけ統合した。
- ・02年1月になっても保険料賦課体系は別々だったので、財政統合はできなかった。与党は別々に徴収して一緒に使うことを主張した。与野党は妥協し、03年6月末まで延期することになった。この妥協の理由は、野党ハンナラ党は李会昌氏が大統領選に勝利すると考えていたので、大統領就任後に財政を分離すればよいと考えていたからである。
- ・実際には民主党の盧武鉉氏が勝利し、財政統合することになった。

保険料賦課体系についての政府の案

- ①現在の地域加入者と職場加入者の保険料賦課体系をそのまま置いて、財政だけを強制的に統合する方法
⇒保険料賦課体系を別々の状態では財政を統合するのは難しい。給付しなくてはならない金額を頭数で割らなくてはならないが、地域住民に保険料を賦課するときに割り当てる方法がない。単一賦課体系を開発できなければ、分離会計しなくてはならない。これだと、地域の会計と職場の会計で大きな差異が生じて階層間葛藤が大きくなるだろう。
- ②地域加入者と職場加入者の保険料賦課を所得を基準として単一化する方法
⇒これだと、勤労者が相対的に多く負担しなくてはならない。先ほど述べたように地域加入者のうち年間所得が500万ウォン以上ある世帯は10%しかいない。

③職場加入者に対する保険料賦課基準を地域加入者と同一に所得、財産、自動車等によって賦課する。

⇒これはあまりにも難しい。保険料収入も大きく落ちる可能性がある。また、(財産や自動車については) 事業者の保険料負担の必要性はないので問題になるだろう。

保険料賦課体系についての李教授の代案

①政府の一般財政で医療財政を確保する案：これはNHS方式であり、公団は不要になり、審査評価院だけがあればよくなる。

②消費税(賦課価値税)基準の医療保障税として特別税を新設する案：企業としては、保険料の事業主負担がなくなるので、メリットが大きいだろう。ベルギーでは付加価値税が年金に使われたことがある。ベルギーにおける研究によれば、この方式をとると企業の競争力が高まる。税の規模が01年度には29兆ウォンあるので、保険給付に相当する分(約14兆ウォン)だけ上乗せすればよい。ただし、消費者は反発するだろう。

③所得税に保険料を上乗せする案：ただし、約60%は所得の低い階層として免税対象になっているので、寄与していないにもかかわらず恵沢を受けることになる点で問題がある。

⇒これらの代案の中で、第1の代案、次に第2の代案が望ましい。

台湾の医療保険改革と韓国の医療保険統合

- ・韓国の医療保険改革は、台湾での改革からヒントを得たものだが、我々の台湾の制度についての理解が甘かったのではないかと思う。
- ・台湾では95年に保険を統合して医療、年金、失業、労災を包括した保険を作ったが、保険の統合により、内部市場を機能させ、保険給付を管理する仕組みを作ることができなくなってしまった。
- ・こういった背景を理解せずに、台湾でも統合したからといって、韓国も統合しようと主張がなされた。

医療保険をめぐるガバナンスのあるべき姿

- ・医療に対しては、できれば政府がなるべく介入しないほうがよい。市場の失敗は起こるが、政府が有能であるかというそれは難しい。政府が有能であるためには、公務員は専門性と公正性を備えていなければならない。
- ・このような政府は今まで存在したことはない。また後進国であればあるほど、政府の質は落ちる。したがって医療機関同士、保険者同士で競争できるようなシステムにするべきだと思う。

参考資料3 国民健康保険法

制定 1999年2月8日 法律第5854号
一部改定 2002年1月19日 法律第6618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〉

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. 勤労者が属している事業場の事業主
 - ロ. 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. 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条に規定による私立学校をいう。以下本条と同じ。）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 (健康保険審議調整委員会)

- ①第39条第2項の規定による療養給付の基準と第42条第3項の規定による療養給付費用その他健康保険に関する主要事項を審議するために保健福祉部長官所属下に健康保険審議調整委員会（以下「審議調整委員会」という。）を置く。
- ②審議調整委員会は次の各号の委員で構成する。
 1. 保険者・加入者および使用者を代表する委員8人
 2. 医療・医薬関係者を代表する委員6人

3. 公益を代表する委員6人
- ③第2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2項第1号の委員は労働組合・使用者団体および地域加入者を代表する団体がそれぞれ2人ずつ推薦する者と保険者および第55条の規定による健康保険審査評価院の院長がそれぞれ1人ずつ推薦する者
 2. 第2項第2号の委員は医療関係者を代表する団体および医薬界を代表する団体が推薦する者
 3. 第2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かな者
- ④審議調整委員会は年2回以上開催する。
- ⑤審議調整委員会委員の任期は2年とする。ただし、公務員の委員の任期はその在任期間、補欠になった委員の任期は前任者の残任期間とする。
- ⑥審議調整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2章 加入者

第5条（適用対象など）

- 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〉
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「有功者など医療保護対象者」という。）。ただし、次の各目のいずれかにあたる者は除く。
 - イ. 有功者など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など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除外申請をしない者
- 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〉
 1. 1か月未満の期間の間雇用される日雇勤労者
 2. 下士官（短期役務者に限る。）・兵卒および武官候補生
 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など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. 受給権者だった者はその対象者でなくなった日
 2. 職場加入者の被扶養者だった者はその資格を失った日
 3. 有功者など医療保護対象者だった者はその対象者でなくなった日
 4. 有功者など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）

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。

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〉
 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の翌日
 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として有功者など医療保護対象者になった者が健康保険の適用除外申請をした日
- 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だった者は第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、災害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・増進のための必要な予防事業
 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. その他健康保険に関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に関して保有・管理している情報を公開する。

第14条（法人格など）

- 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はソウル特別市に置く。
- 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従たる事務所（分事務所）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16人および監事2人を置く。
- ②理事長は保健福祉部長官の申請によって大統領が任命する。
- ③理事の中で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、4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。
- ④監事は保健福祉部長官が任命する。
- ⑤理事長、理事のうち3人および監事のうち1人は常任にする。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。
- ⑥役員の内任期は3年とする。ただし、公務員の役員の内任期はその在任期間、補欠になった役員の内任期は前任者の残任期間とする。

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ができない。

1. 禁治産者・限定治産者
2. 破産宣告を受けて復権にならない者
3. 禁固以上の実刑の宣告を受けてその執行が終了（執行が終わったこととみなす場合を含む。）した日、もしくは執行が免除になった日から2年が経過されない者
4. 禁固以上の刑の執行猶予宣告を受けてその猶予期間にある者

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。
 - 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、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。

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などに関して必要な事項は大統領令で定める。

第25条（職員の新任）

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。

第27条（規程など）

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するために公団の理事または職員の中で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、保険料の納入告知など大統領令の定める事項は、定款が定めるところによって従たる事務所（分事務所）の長に委任することができる。

第31条（財政運営委員会）

- ①保険料の調整その他保険財政と係わる主要事項を審議・議決するために公団に財政運営委員会を置く。
- ②財政運営委員会は第1項の規定による保険料を調整するにあたり保険給付費用の変動などで保険財政に重大な変化が発生した時には、大統領令が定めるところによってこれを反映しなければならない。
- 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かな者
- ③財政運営委員会の委員の任期は2年とする。ただし、公務員の委員の任期はその在任期間、補欠になっ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よる。
- 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必要となった費用の100分の5以上に相当する額をその年度に必要となった費用の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必要となる費用の不足に充当するとき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中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、次の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、この法で規定することを除き、民法の財団法人に関する規定を準用する。

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・出産など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

②1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・範囲・上限など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で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などは療養機関から除くことができる。

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. 地域保健法による保健所・保健医療院および保健支所

4. 農漁村など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・人員および診療科目など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（以下「療養機関」という。）は正当な理由のなく療養給付を拒否することができない。

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など）

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前3か月以内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調整委員会の審議を通

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。

- 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。また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その内容を公団および療養機関に知らせなければならない。
- ③第2項の規定によって審査の内容の通知を受けた公団はその内容によ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知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により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知らせ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公団は療養機関に療養給付費用を支給する際、療養機関が薬剤・検査など保健福祉部令が定める療養給付の構成要素（以下本条で「構成要素」という。）を第8項の規定による医薬品物流協同組合、医薬品製造業者、医薬品卸売業者その他保健福祉部令が定める者（以下この条で「供給者」という。）から供給を受けて療養給付に用いた構成要素の内訳を第1項および第2項の規定によって公団に請求した場合には第3項前段の規定にかかわらずその療養機関に支給する療養給付費用の中で構成要素にあたる療養給付費用を保健福祉部令が定めるところによって供給者に直接支給する。この場合公団の療養機関に対

する療養給付費用の支給債務と療養機関の供給者に対する代金支給債務は公団が供給者に支給した範囲の中で消滅したとみなし、療養機関が供給者にすでに支給した代金がある場合には療養機関はその代金の中で公団が供給者に直接支給した者に対して還付を請求できる。

- ⑦療養機関は第1項および第2項の規定による請求をする時、供給者から供給を受けた構成要素の内訳を包含させなければならないし、公団は療養機関に供給した構成要素の内訳その他保健福祉部令が定める事項を公団に知らせない供給者に対しては第6項の規定を適用しないことがある。
- ⑧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、供給者を代理して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。
- ⑨第1項ないし第7項の規定による療養給付費用の請求・審査・支給等の方法および手続きに関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

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・出産などに対して療養を受けたり、療養機関以外の場所で出産をしたとき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で支給する。
- 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の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。
- 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よらない時
 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したり、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ある。ただし、滞納した加入者が保険給付開始日から10日（その期間中に公休日がある場合にはこれを含まない。）以内に滞納になった保険料を完納した場合にはその限りでない。
- 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。

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場合にはその期間中保険給付をしない。
1. 国外に旅行中の時
 2. 国外で業務に携わっている時
 3. 下士官（短期役務者に限る。）・兵卒および武官候補生で役務中の時
 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た者に対して文書その他品物の提出を要求するなど、関係者をして質問または診断をすることができる。

第51条（療養費などの支給）

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（第43条第6項の規定による供給者を含む。）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。
- 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、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の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療養機関からこれを徴収して加入者または被扶養者に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必要なとなっ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をすることができない。

第5章 健康保険審査評価院

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だと認めた業務
 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。
- ③理事の中で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。
- ④院長と理事のうち、3人は常任、監事は非常任とする。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。
- 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、補欠になった役員の任期は前任者の残任期間とする。

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（資金の調達など）

- 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・取り立て方法、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条または第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」、「常任監事」は「非常任監事」とみなす。

第6章 保険料

第62条（保険料）

- ①公団は健康保険事業に必要となる費用にあてるために第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得た日が属する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、加入者の資格が毎月2日以後に変動された場合にはその変動された日が属する月の保険料は変動される前の資格を基準として徴収する。
- 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にする。
- 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よって財政運営委員会の議決を経て公団の定款が定める金額とする。

〈改定 1999. 12. 31〉

- ⑤次の各号のいずれかにあたる加入者の場合その加入者またはその加入者が属した世帯の保険料は公団の定款が定めるところによってその一部を軽減できる。
 1. 島しょ・へき地・農漁村など大統領令が定める地域に居住する者。ただし、農漁村に居住する者は農業または漁業に携わる者など保健福祉部令が定める者に限る。
 2. 65歳以上の者
 3. 障害者福祉法によって登録した障害者
 4. 国家有功者など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号に規定になった国家有功者

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で算定する。〈改定 1999. 12. 31〉
- 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で保険料を算定する。
- 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ことをいう。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など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項の規定による等級別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事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。
[全文改定 1999. 12. 31]

第65条（保険料率）

- ①加入者の保険料率は1000分の80の範囲の中で第31条の規定による財政運営委員会の議決内容を斟酌して大統領令で定める。
- 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。

第66条（保険料の免除）

- ①公団は職場加入者が第49条第2号または第4号の1に該当す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号に該当す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該当する時にはその加入者が属した世帯の保険料を算定する際、その加入者の所得を除く。
 1. 第49条第2号または第4号の1に該当する時
 2. 大学以下の各級学校で在学など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

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の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をそれぞれ負担する。
 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国家は大統領令が定めるところによって予算の範囲の中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。

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。この場合加入者ひとり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で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ごとに納めることができる。

第70条（保険料など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など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など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よ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よ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当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つ

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〉

- 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71条（加算金）

- ①公団は保険料などの納付義務者が納付期限まで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などの100分の5にあたる加算金を徴収する。
- ②公団は保険料など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など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などの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公団は保険料など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などを納めない時にはその6か月が経過した日から滞納になった保険料などの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ある。

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などを欠損処分できる。
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（保険料などの徴収順位）

保険料など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、保険料などの納付期限の前に伝賞権（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中で保険料などを徴収する場合、その伝賞権・質権または抵当権によって担保された債権については除く。

第74条（保険料などの納入告知）

公団は保険料など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などの種類
2. 納めなければならない金額
3. 納付期限および場所

第75条（保険料などの充当と還付）

- 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、納める保険料などおよび滞納処分費にあてなければならない。また充当の後の残余金は第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など

第76条（異議申請）

- ①加入者および被扶養者の資格・保険料など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など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疎明した時にはそうではない。
- 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で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。

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の外には民法の規定による。

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の外は民法の期間に関する規定を準用する。

第81条（勤労者の権益保護）

第6条第2項第1号の規定による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。

第82条（申告など）

- 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必要な事項を申告するなど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、所属職員をして当該事項に関して調査するようにできる。
- 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もって、これを関係人に取り出して見せなければならない。

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・療養機関その他公共団体などに対して健康保険事業のための必要な資料の提供を要請することができる。
- ②第1項の規定によって資料提供の要請を受けた国家・地方自治団体・療養機関その他公共団体などはこれに応じなければならない。

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、所属公務員をして関係者に質問をさせるなど関係書類を検査することができる。
- 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、所属公務員をして関係者に質問させるなど関係書類を検査することができる。
- 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など所属公務員をして質問させることができる。
- ④第1項または第3項の場合に所属公務員はその権限を表示する証票を持ってこれを関係者に取り出して見せなければならない。

第85条（課徴金など）

- 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年の範囲の中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したり、虚偽報告をするなど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加え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で賦課・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項の規定によって取り立て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。
 - 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）

公団および審査評価院に携わった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。

第87条（公団などに対する監督）

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ずるなど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通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2000万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）

保険料などと保険給付に関する費用の計算において国庫金端数計算法第1条の規定による端数はこれを計算しない。

第92条（国家負担）

国家は毎年度予算で公団に対して健康保険事業の運営に必要な費用を負担することができる。

第93条（外国人などに対する特例）

- ①政府は外国政府が使用者の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大統領令が定める外国人および在外国民は保健福祉部令が定めるところによって本人の申請にこの法の適用を受ける加入者になることができる。

第9章 罰則

第94条（罰則）

第81条の規定に違反した使用者または第86条の規定に違反した者は1年以下の懲役または1000万ウォン以下の罰金に処する。

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、虚偽で報告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1000万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外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引き継いだ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が保険給付を受けるようにし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。

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・申告または報告をしたり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管轄裁判所にその事実を知らせなければならない。また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。
- ④第2項の規定による期間内に異議を申し立てることなく過怠料を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。

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）

この法施行当時以前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に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、この場合以前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するようしなければならない。

- 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になった時には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などは国家が負担する。

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を受けた者はこれに応じなければならない。

第6条（法人の解散）

この法施行当時以前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。

第8条（職員の雇用など）

この法施行当時以前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などに関する経過措置）

- 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で、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された

保険料などの徴収に関しては以前の規定による。

- 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。）に当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などはこの法による保険給付、保険給付費用の請求および聴聞などとみなす。

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]

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あまり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1000分の80の範囲の中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第1項の規定による該当の保険料率の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（罰則などに関する経過措置）

この法施行の前に以前の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以前の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以前の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以前の規定に加え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以前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剰納付された本人一部負担金を返還を受ける権利としてこの法施行の前に発生された消滅時効に関しては以前の規定による。

第15条（以前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以前の規定による。
- 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履行し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になる場合は、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この法施行当時以前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条および第3条省略

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（私学教職員年金法）〈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条および第4条省略

第5条（他の法令の改正など）

①～⑩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号中の「私学教員年金法」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を受けた場合、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～第11条省略

第12条（他の法律の改定）

①国民健康保険法中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どおり原状回復措置をしなければならない。

参考資料 4 国民健康保険財政健全化特別法

制定 2002年1月19日 法律第6620号

第1条（目的）

この法は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により健康保険制度の発展と国民健康増進の企図をその目的とする。

第2条（用語）

この法で用いる用語は国民健康保険法で使用する用語例による。

第3条（健康保険政策審議委員会設置）

国民健康保険法第4条および同法第31条第1項（保険料の調整に関する事項に限る。）の規定にかかわらず、次の各事項を審議・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. 国民健康保険法第39条第2項の規定による療養給付の基準
2. 国民健康保険法第42条第3項の規定による療養給付費用
3. 国民健康保険法第62条第4項の規定による地域加入者が属する世帯の月別保険料額
4. 国民健康保険法第65条第1項の規定による職場加入者の保険料率
5. その他大統領令が定める健康保険に関する主要事項

第4条（審議委員会の構成）

①審議委員会は次の各委員で構成する。

1. 保健福祉部次官
2. 健康保険の加入者を代表する委員8人
3. 医薬界を代表する委員8人
4. 公益を代表する委員8人

②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. 第1項第2号の委員は、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人ずつ推薦する者と市民団体（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。）、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
2. 第1項第3号の規定による委員は医療界および薬業界を代表する団体が推薦する者
3. 第1項第4号の規定による委員は次の各目に該当する者
 - イ) 健康保険にかかわる中央行政機関の長が所属2級以上公務員の中から指名する者2人
 - ロ) 公団の理事長および審査評価院の院長が推薦する者2人

ハ) 健康保険に関する専門家4人

第5条 (委員長等)

- ① 審議委員会には委員長と副委員長各1人を置く。
- ② 審議委員会の委員長（以下「委員長」という。）は保健福祉部次官が就任し、副委員長は第4条第2項第3号の規定による委員の中から委員長が指名する。
- ③ 委員長は審議委員会を代表して、審議委員会の業務を統轄する。
- ④ 審議委員会の副委員長は委員長を補佐し、委員長がやむを得ない理由により職務を遂行することができない時にはその職務を代行する。
- ⑤ 審議委員会に幹事1人を置くが、保健福祉部所属4級以上公務員の中から委員長が指名する。

第6条 (委員の任期)

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する。

第7条 (審議委員会の会議)

- ① 委員長は審議委員会の会議を召集して、その議長となる。
- ② 審議委員会は委員長が必要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する。
- ③ 審議委員会の会議は在籍委員過半数の出席で開会し、出席委員過半数の賛成により議決する。
- ④ 委員長は第3項の規定による議決に参加しない。ただし、可否同数である時には委員長が決める。
- ⑤ 審議委員会は委員長が指定する案件を検討するために小委員会を置くことができる。
- ⑥ 審議委員会および小委員会の運営などに関して必要な事項は審議委員会の議決を経て委員長が決める。

第8条 (保険料額などの算定手続きに関する特例)

- ① 地域加入者が属する世帯の月別保険料額は国民健康保険法第62条第4項の規定による手続きにかかわらず審議委員会の議決を経て、大統領令で定める。
- ② 職場加入者の保険料率は国民健康保険法第65条第1項の規定にかかわらず1000分の80の範囲内で審議委員会の議決を経て大統領令で定める。

第9条 (療養給付費用の算定手続きに関する特例)

療養給付費用の契約は国民健康保険法第42条第3項前段の規定にかかわらずその契約の効

力発行日の前年度11月15日までに締結しなければならない。その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審議委員会の議決を通して決める金額を療養給付費用とする。

第10条（療養給付費用の請求）

- ①療養機関は国民健康保険法第43条第2項の規定による審査請求（以下「審査請求」という。）を他人に代行させることはできない。ただし、保健福祉部長官が定めて告示する療養機関はそのようにしない。
- ②第1項但書きの規定による療養機関が審査請求を代行させる時は、医療法第26条の規定による医師会、歯科医師会、韓方医師会、助産師会（届け出たそれぞれの支部および分会を含む。）または薬事法第11条の規定による薬剤師会（届け出た支部および分会を含む。）に限りこれを代行するようである。
- ③第2項の規定によって代行請求をする療養機関はその代行請求団体を審査評価院に通知しなければならない。

第11条（滞納保険料分割納付者に対する特例）

- ①公団は保険料を3回以上滞納した者がその滞納された保険料に対し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（以下「分割保険料」という。）を1回以上納めた場合には国民健康保険法第48条第3項の規定にかかわらず保険給付を実施することができる。
- ②公団は第1項の規定により、分割納付承認を受けた者が正当な理由なしに1回以上分割保険料を納めない時にはその分割納付の承認を取り消し、国民健康保険法第43条第3項本文の規定による給付制限理由の発生日から溯及して保険給付を実施しない。
- ③公団は第2項の場合第1項の規定によって実施した保険給付費用に相当する金額を取り立てる。この場合、国民健康保険法第70条、第73条、および第74条の規定を準用する。
- ④分割納付の承認と取消に関する手続・方法・基準など必要な事項は保健福祉部令でこれを定める。

第12条（健康保険に関する情報化の促進）

保健福祉部長官、公団、審査評価院および療養機関は加入者の利用便宜と健康保険に関する管理・運営の効率性が向上するように情報化に努力しなければならない。

第13条（病床需給計画の樹立等）

- ①保健福祉部長官は病床の合理的供給および配置に関する基本施策を樹立しなければならない。
- ②特別市長・広域市長または道知事（以下「市・道知事」という。）は第1項の規定による

基本施策によって地域の実情を勘案し特別市、広域市、または道単位の病床需給計画を樹立した後、これを保健福祉部長官に提出しなければならない。

- ③保健福祉部長官は第2項の規定によって提出された病床需給計画が第1項の規定による基本施策に符合しないなど、保健福祉部令が定める理由がある時には、市・道知事に保健福祉部令が定めるところによってその調整を勧告することができる。

第14条（特殊医療装備の設置・運営）

- ①医療機関は保健医療施策上適正な設置および活用が必要で保健福祉部長官が決めて告示する医療装備（以下「特殊医療装備」という。）を設置・運営する時には保健福祉部令が定めるところによってこれを保健福祉部長官または市・道知事に登録しなければならない。また保健福祉部令が定める設置認定基準に相応しく設置・運営しなければならない。
- ②医療機関の開設者または管理者は第1項の規定により特殊医療装備を設置した時には保健福祉部令が定めるところによって保健福祉部長官に定期的に品質管理検査を受けなければならない。
- ③医療機関の開設者または管理者は第2項の規定による品質管理検査結果不適合と判定された特殊医療装備を使用してはならない。
- ④保健福祉部長官は第2項の規定による品質管理検査業務の一部を保健福祉部令が定めるところによって関係専門機関に委託することができる。

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40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10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歳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。

第16条（秘密の維持）

次の各号の1に該当する者は業務上仕事生じた秘密を漏洩してはならない。

1. 第10条第3項の規定による代行請求団体に従事しているもしくは従事していた者
2. 第17条の規定による調査・確認等の業務に従事しているもしくは従事していた者

第17条（調査・確認等）

- ①保健福祉部長官は第10条第3項の規定による代行請求団体に対して必要な資料の提出を命じたり、所属公務員によって代行請求に関する資料等を調査・確認することができる。

- ②保健福祉部長官または市・道知事は第14条の規定による特殊医療設備の設置・運営および品質管理に関して医療機関または第14条第4項の規定による品質管理検査業務を委託された関係専門機関に必要な報告を命じたり、所属公務員によって業務状況・装備・施設または関係書類を検査するなど、関係者を調査することができる。
- ③第1項および第2項の規定によって代行請求団体または医療機関などを訪問する公務員はその権限を表示する証票を関係者に見せなければならない。

第18条（是正命令など）

保健福祉部長官または市・道知事は第14条第1項または第2項の規定に違反して特殊医療設備の登録をしない、または定期的品質管理検査を受けない者に対して一定の期間を定めて、その特殊医療設備の全部または一部の使用を制限・禁止するなど、違反された事項の是正を命ずることができる。

第19条（罰則）

- ①次の各号の1に該当する者は3年以下の懲役または3000万ウォン以下の罰金に処する。
 - 1. 第10条第1項の規定に違反した者
 - 2. 第10条第3項の規定による代行請求団体従事者として、詐欺その他不正な方法により療養給付費用の請求を行った者
 - 3. 第14条第3項の規定に違反した者
 - 4. 第16条の規定に違反して業務上生じた秘密を漏洩した者
- ②次の各号の1に該当する者は1000万ウォン以下の罰金に処する。
 - 1. 第10条第2項の規定に違反して代行請求ができない者に代行請求をさせた者
 - 2. 第18条の規定による是正命令を受けて正当な理由なしに改めない者

第20条（両罰規定）

法人の代表者や法人または個人の代理人、使用人その他の従業員がその法人または個人の業務に関して第19条の違反行為を行った時にはその行為者を処罰するためにその法人または個人に対しても第19条の罰金刑を科する。

第21条（過失料）

- ①次の各号のひとつに該当する者は500万ウォン以下の過失料に処する。
 - 1. 第17条第1項および第2項の規定に違反して公務員の調査・検査を拒否・妨害または忌避した者
 - 2. 第17条第1項および第2項の規定に違反して資料を提出しないまたは虚偽の資料を提出した者
- ②第1項の規定による過失料の賦課および取り立てに関しては国民健康保険法第100条の規

定を準用する。

補 足

第1条（施行日）

この法は公布した日から施行する。ただし、第14条の規定は2002年7月1日から施行する。

第2条（有効期間）

この法は2006年12月31日まで効力を有する。

第3条（適用例）

第10条の規定はこの法施行の後最初に審査請求する人から適用する。

第4条（健康保険政策審議委員会の設置に関する経過措置）

この法施行当時国民健康保険法による健康保険審議調整委員会または財政運営委員会の審議・議決を経た事項中この法によって健康保険政策審議委員会の審議・議決を通さなければならない事項はこの法によって審議・議決を経たこととする。

第5条（保険料額等に対する経過措置）

第 8 条の規定による地域加入者が属する世帯の月別保険料額と職場加入者の保険料率についてはこれに関する大統領令が制定・施行される時までは国民健康保険法の規定による。

第6条（特殊医療設備の設置などに関する経過措置）

この法施行当時医療機関が特殊医療設備を設置・運営している場合は当該特殊医療設備が第14条第1項の規定による設置認定基準に相応しく設置・運営されていることとみなす。ただし、当該医療機関はこの法施行後 3 か月以内に特殊医療設備を保健福祉部長官または市・道知事に登録しなければならない。

第7条（罰則等に関する経過措置）

この法施行の中にこの法に違反した者に対してはこの法の有効期間が経過した後にもこの法を適用する。

参考資料5 国民健康増進法（抜粋）

第1章 総則

第1条（目的）

この法は国民の健康に対する価値と責任意識を涵養するように健康に関する正しい知識を普及し自ら健康生活を実践することができる条件を造成することで国民の健康を増進することを目的とする。

第2条（定義）

この法で用いる用語の定義は次のようにする。

1. 「国民健康増進事業」は保健教育、疾病予防、栄養改善および健康生活の実践等を通じて国民の健康を増進させる事業を指す。
2. 「保健教育」は個人または集団にとって健康に有益な行為を自発的に遂行するようにする教育を指す。
3. 「栄養改善」は個人または集団が均衡された食生活を通じて健康を改善させることを指す。

第2章 国民健康の管理

第12条（保健教育の実施等）

- ①国家および地方自治体はすべての国民が健康生活を实践するよう、その対象となる個人または集団の特性、健康状態、健康意識水準等によって適切な保健教育を実施する。
- ②国家または地方自治体は国民健康増進事業関連法人または団体等が保健教育を実施する場合、ここに必要な支援ができる。〈改定 1999. 2. 8〉
- ③保健福祉部副長官、市・道知事および市長、郡長、区長は第2項の規定によって保健教育を実施する国民健康増進事業関連法人または団体などに対して保健教育の計画およびその結果に関する資料を要請することができる。〈改定 1997. 12. 13, 1999. 2. 8〉
- ④第1項の規定による保健教育の内容は大統領令で定める。〈改定 1999. 2. 8〉

第3章 国民健康増進基金

第22条（基金の設置等）

- ①保健福祉部長官は国民健康増進事業の円滑な推進に必要な財源を確保するために国民健康増進基金（以下「基金」という。）を設置する。〈改定 1997. 12. 13〉
- ②基金は次の各号の財源で造成する。

1. 第23条第1項の規定による負担金
 2. 基金の運用収益金
- 〈新設2002. 1. 19〉

第23条（国民健康増進負担金の賦課・徴収等）

- ①保健福祉部長官は製造者等が販売するたばこ事業法第2条の規定によるたばこ中紙巻たばこ（地方税法第232条の規定によってたばこ消費税が免除されるもの、同法第233条の9第1項第1号および第2号の規定によってたばこ消費税額が控除または還給されるもの、販売価格が200ウォン以下のものを除く。以下同様）20本あたり150ウォンの負担金（以下「負担金」という。）を賦課・徴収する。
- ②製造者等は毎月1日から末日まで製造所または保税区域で搬出された紙巻たばこの数量と算出された負担金の内訳に関する資料を次月15日まで保健福祉部長官に提出しなければならない。
- ③保健福祉部長官は第2項の規定による資料の提出を受けた時にはその日から5日以内に負担金の金額と納付期限などを明示して製造者等に納付告示をしなければならない。
- ④製造者等は第3項の規定によって納付告示を受けた時には納付告示を受けた月の末日までこれを納めなければならない。
- ⑤保健福祉部長官は負担金を納めなければならない者が第4項の規定による納付期限以内に負担金を納めない時には30日以上の間を決めてこれを督促しなければならない。この場合、滞納された負担金に対しては100分の10に相当する加算金を賦課する。
- ⑥保健福祉部長官は第5項の規定によって督促を受けた者がその期間以内に負担金と加算金を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。

[全文改定 2002. 1. 19]

第24条（基金の管理・運用）

- ①基金は保健福祉部長官が管理・運用する。〈改定 1997. 12. 13〉
- ②保健福祉部長官は基金の運用成果および財政状態を明確にするために大統領令の定めるところによって計理しなければならない。〈改定 1997. 12. 13〉
- ③基金の管理・運用その他必要な事項は大統領令で定める。

第25条（基金の使用等）

- ①基金は次の各号の事業に使用する。
 1. 健康生活の支援事業
 2. 保健教育およびその資料の開発
 3. 健康増進および慢性退行性疾患の予防のための調査・研究
 4. 疾病の早期発見のための検診

5. 国民栄養管理事業
 6. 口腔健康管理事業
 7. 保健所長が行う健康増進事業
 8. 基金の管理・運用に必要な経費
 9. その他国民健康増進事業に必要な経費のうち大統領令で定める事業
- ②保健福祉部長官は基金を第1項各号の事業に使うにおいて必要な場合には補助金として交付することができる。〈改定 1997. 12. 13〉

附則<第 6619 号, 2002. 1. 19>

- ①（施行日）この法は公布の後1年が経過した日から施行する。ただし、第23条および附則第2項の改定規定は2002年2月1日から施行する。
- ②（基金使用の制限的特例）保健福祉部長官は第25条第1項の規定にかかわらず2006年12月31日まで国民健康増進基金を国民健康保険法の規定による保険給付に用いることができる。ただし、保険給付に使うことができる金額は当該年度国民健康増進基金予想収入額の100分の97を超過することはできない。
- ③（警告文句に関する適用例）第8条第3項の改定規定はこの法の施行後最初に製造所または保税区域で搬出するまたは広告する方から適用する。
- ④（負担金賦課に関する適用例）第23条第1項の改訂規定は2002年2月1日以後最初に製造場または保税区域で搬出する方から適用する。

参考資料6 盧武鉉（ノ・ムヒョン）氏大統領選挙における公約（抜粋）

20 大課題のうち 「13 高い生活の質」 より

- 13-1 麻疹・DPT・BCGなど必須予防接種の無償実施を拡大し、妊婦と幼児の無料健康診断を施行します。
- 13-2 肝臓がん・肺がん・乳がんなどの5大がんと、糖尿病・高血圧・脳卒中・心臓病など慢性疾患の国家管理を強化して生涯健康管理体系を確立します。
- 13-3 診療費総額に対する上限を導入し、がん・難病など的高額診療に対する国民負担を軽減させます。
- 13-4 国民年金・健康保険など4大社会保険の財政基盤拡充と制度改善により福祉制度を安定させます。

大統領選 16 大公約のうち保健分野の公約

- ・すべての国民が元気な社会
- ・全国健康保障制度施行
- ・診療中心で予防中心の保健サービス提供
- ・公共医療拡大による包括的サービス提供
- ・健康保険財政と経営の早期健全化

（以下、抜粋）

健康保険健全化

無駄使いがないように現在の健康保険制度を改善し、国民健康保険の財政と経営を健全化させます。

◇主要内容

- ・虚偽請求、過剰診療、無分別な医療機関の利用などの健康保険財政「漏水現象」を徹底的に排除し、健康保険に対する国民の信頼を回復します。
- ・医療の質の管理を強化して良質の医療サービスを必要な国民皆に提供するようにします。
- ・医療点数および薬価を公正に設定し、特許新薬の薬価算定制度を改編するなど費用節減型の制度を取り入れて国民の負担を軽減します。
- ・病院・医院に対する会計準則と会計監査制度導入などにより医療提供主体の経営透明性を確保します。
- ・民間部門の町内医院を1次診療の中心に正しく位置付け、主要疾病に対する積極的予防管理により高額診療費発生を事前に予防します。
- ・任期内に健康保険財政を完全正常化し、費用節減型制度改善を土台とする国民的同意を確保します。健康保険による保障を現行50%から実質的に保険の役割が果たせるよう、

先進国水準である80%以上に高めます。

- ・最低所得階層に対する医療給付の対象と給付項目を拡大し、次に上位の階層に対しては選択することができる部分給付により医療給付を施行します。
- ・統合一元化された管理体系と財政統合など健康保険医療基本フレームを維持・補完し、健康保険の主要政策に対する加入者の参加を保障します。
- ・医療機関実体調査権、財政運営権、薬価と診療報酬契約権など関連制度を整備して健康保険公団の自律性と加入者保護機能を強化します。
- ・非正規労働者など健康保険で疎外されている人々を皆加入させるようにします。
- ・職場医療保険対象者の保険料上限線を高め、累進的保険料率を取り入れます。
- ・自営業者所得インフラ構築委員会を通じて所得把握を持続的に改善するなど保険料を公平に賦課するための積極的な方案を施行します。

診療費本人負担額に対する上限の導入（高額医療費制度）

診療費の割引制度にすぎない現在の健康保険を補ってリスク分散という実質的な保険の役目をするように診療費本人負担上限制を取り入れます。

◇主要内容

- ・「診療費負担のリスクの大きさによる本人負担の差別化」など必須サービスと緊急の給付は自己負担額を引き下げるように調整します。
- ・年間総自己負担額が一般国民の1か月分の家計収入を上回る場合、それ以上の負担金に対しては別途の自己負担率を適用し、自己負担率の累進制を取り入れます。
- ・小児がんや難病など疾患の重度等によって差別化した診療費本人負担の総額上限制度を取り入れて過度な自己負担が減少されるようにします。

医療提供体系の改善

医療提供体系を需要者中心に改善して重複診療と国民不便を一掃します。

◇主要内容

- ・急性期一般病床に入院されている長期療養患者をより安く、楽な療養病院に移動するように誘導します。
- ・病院と療養病院、居住施設および地域社会との連携体系を構築して患者の負担を低めて快適さを高めます。
- ・医療法など関連法律を改正して医療提供体系を構築することにより、医療利用に対する患者の満足度を進めて、国民医療費を節減します。
- ・西洋医学と韓方、医師と薬剤師、医師と看護師など各自の領域が尊重されて各職能間に相互補完的で協力的な関係になるようにします。

- ・医療関連技師などすべての保健医療関係者たちの専門性と自律性を高めて患者たちに良質の診療が提供されるようにします。

民間医療機関の健全な発展および保健産業支援・育成

民間医療機関が自律経営を健全に遂行して公共部分と適切な調和を成すようにして、保健産業を育成・支援します。

◇主要内容

- ・民間病院の自律性を強化して、競争力を向上させ、経営の効率性を向上して、サービスを改善するよう制度を改善します。
- ・専門病院化・医療情報化などに対する支援を強化し、患者が良質の医療を利用できるようにします。
- ・高級医療装備の共同活用および地域による病床供給調節と脆弱民間病院に対する国家支援を実施するなど公共医療と民間医療との調和を目指します。
- ・非営利病院は設立目的にあるように国民のための公共性を強化するように支援します。
- ・新薬および新しい治療技術の開発と、誘電体産業および生命工学技術の開発、遠隔医療の開発など保健医療分野の各種新技術の開発を支援します。
- ・観光特区内に外国人診療病院と高級休養病院の設立を支援するなど保健観光産業を支援して保健医療産業を国家的戦略産業で育成します。

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報告書

平成 15 年 8 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