

## 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書〈概要〉

### はじめに

本報告書は、韓国における公的医療保険制度を研究対象として、まずは、その概要を明らかにする(第1章、第2章)。ついで、韓国特有の医療保障状況とその問題点を指摘し(第3章、第4章)、また、韓国の先進的な取り組みとして「医療の質」評価制度を紹介し(第5章)、もって、日本の医療保険制度への示唆を得ようとするものである(第6章)。

### 1 国民健康保険制度の概要

韓国の公的医療保険(以下、たんに医療保険)は1977年に従業員500人以上の事業場を強制適用事業所とするところから始まり、その後、順次、適用範囲を拡大しながら、1989年に国民皆保険を達成した。1977年当初、医療保険の保険者は日本と同じく複数、存在したけれども、皆保険達成から10年後の1999年、韓国政府は医療保険者を統合し、単一保険者体制となった。

保険者統合に至る過程は、決してスムーズではなく、政財界、医療界、市民団体等をまきこむ国家的大論争が展開されてきた。難産の末に誕生した単一保険者体制は韓国医療保険のもっとも大きな特徴の1つである。ただし、保険者統合後も、被用者と自営業者らでは保険料賦課方式が異なる。現在、政府は両者の保険料賦課方式を近づけるための政策を進行中である。

日本と異なる、もう1つの大きな特徴は医療機関の当然指定制である。医療機関はその意思に関わらず、開業と同時に保険医療機関となる。さらに、医療機関における一部自己負担割合も、その決め方が日本と違っている。すなわち、韓国では病院の所在地と規模により一部自己負担割合が異なる。

韓国の医療保険立法は日本の影響を強く受け、類似の制度設計が多い。しかしながら、その具体的な構造をみると、異なる仕組みが少なからず存在する。それは医療保険財政、医療供給体制など、様々な要因によるものである。

### 2 混合診療と民間医療保険

韓国は混合診療が認められており、その費用負担を軽減するために民間医療保険が広く普及している。これは日韓医療保障の非常に大きな違いである。

周知のとおり、日本は原則、混合診療を禁止とし、その例外として保険外併用療養費制度がある。一般的な傷病の治療に際し、診療の現場で保険給付対象外の薬剤や治療技術が医師から勧められる、提供されるということはほとんど見られないはずである。この背景には必要な医療は保険診療でまかなわれるべきであるという政策理念と国民皆保険が存在する。

他方、韓国の場合は立法以来、保険料が低く抑えられ、財源規模が十分ではない。そのため、保険給付の範囲が狭くならざるをえない。いわゆる、医療保険の保障率が低い状況である。これを補うために診療の場で保険対象外の医療サービスが提供されてきた。

財源が十分ではない状況下では診療報酬も低く抑えられてきた。政府は低い診療報酬であるがゆえに、医療機関や医師に対して保険対象外の医療サービスを提供することを許容し(=混合診療)、これを規制することをしなかった。

つまり、低保険料政策により、十分な財源を確保することが困難であり、その結果、保険給付の範囲拡大が進まず、患者に必要な医療を、ときに保険外給付に頼らざるを得ないという事態を招来している。そして、この保険外給付による収益が、低診療報酬を補っている。

しかし、この混合診療が患者にとって経済的に大きな負担であることもまた事実である。これを補てんするものとして、民間医療保険、とりわけ、患者自己負担部分をカバーする実損保険が開発、販売され、今日、広く国民に普及している。

実損保険から保険金を受け取ることで患者の負担は大きく軽減される。ところが、患者負担を軽減する実損保険が患者による過剰受診、あるいは、保険診療で十分カバーできる場合にも、医療機関が保険対象外の医療サービスを提供するなど、一部にモラルハザードを招いている。

そこで、現在、政府と保険会社はこのようなモラルハザードを防止するため、実損保険を改正し、適正な保険使用を患者、加入者に求めている。

このように混合診療、換言すれば保険対象外診療と民間医療保険は相関関係にある。つまり、保険対象外の医療サービスが増えるほど、民間実損保険の必要性が増し、その市場が活況を呈する。これに対し、現在、国民健康保険の保険者である国民健康保険公団(以下、公団)は保険給付の範囲を、毎年、順次、拡大してきている。そうすると、保険給付の範囲が拡大するのに応じて、保険対象外診療が減り、民間医療保険の市場も縮小すると考えられる。しかしながら、公団による保険給付の範囲拡大を上回るペースで新しい医療技術や新薬が開発されており、公団の努力にもかかわらず、保障率の上昇が実現していない。

### 3 「医療の質」評価制度

韓国の先進的な取り組みとして評価でき、日本にとって参考となる制度に「医療の質」評価制度がある。

1999年に保険者統合を実現した際、保険者として上記公団をおいた。そして、診療報酬の請求内容を審査する機関として、健康保険審査評価院(以下、審評院)が設置された。この審評院はレセプトの審査、点検を主たる業務とする。この点、日本の診療報酬支払基金と国民健康保険連合会と同じ機能を有している。しかし、診療報酬支払基金等がレセプトの審査と診療報酬支払いの両方を行っているのに対して、審評院は審査のみを行い、支払いは保険者である公団が直接、行っている。

審評院のもう1つの重要な役割は、医療機関が提供した医療の質の評価である。

審評院の行う医療の質の評価対象はすべての医療機関である。評価は相対評価と絶対評価があり、この評価結果は審評院のホームページで公開される。そして、評価結果が診療報酬に反映される。

結果の公表と、その診療報酬への反映は医療機関に対し医療サービスの質向上に向かわせる大きな動機付けと作用している。

また、審評院とは別の団体が主体となって実施する病院認証制度がある。同制度と同種の制度が日本の病院機能評価制度である。制度の構造は日韓で大きな差がない。しかし、韓国の病院認証制度において注目すべき点は精神病院と療養病院の認証受審が義務付けられていることである。患者の特性を考慮するならば、韓国のような認証受審の義務化は検討に値するであろう。

### まとめにかえてー日本への示唆ー

韓国の医療保険立法は日本法を参考にして始まった。しかし、1977年に最初の医療保険法が制定されてから40年が経ち、韓国医療保険制度は国情に合わせ、また、時代の変化に対応し、今日、日韓の医療保険制度には上記のとおり、多くの相違点が存在する。

そこには日本には直ちに適合しない制度構造や、日本が積極的に取り入れることが困難な諸点もあれば、日本が参考とし、示唆を得るべき部分もある。

前者のものとして保険者の統合、混合診療の解禁とそれに伴う民間医療保険の拡充、などを挙げることができる。

韓国において保険者統合が可能であったのは、統合当時、いまだ医療保険制度が完全に成熟していなかったことが大きく影響していると思われる。現在、日本の複数保険者体制は長い歴史を持ち、それぞれが確固とした基盤に基づいて運営されている。そのような状況下で、日本における保険者一元化は現実的ではない。むしろ、複数保険者体制を前提に、合理的で持続可能な医療保険制度運営を模索するべきである。

また、混合診療の実施と、その費用を補填する民間医療保険の普及は、公的医療保険にも影響を及ぼす。なぜなら、混合診療の実施の際には、保険診療が同時に提供されるからである。現在、日本においても2016年度から患者申出療養制度が始まり、また、民間保険会社が実損保険の販売を始めた。混合診療のあり方については、公的医療保険体制全般をも視野に入れ、韓国の先例を参考にして、慎重に考える必要があるだろう。

他方、韓国の先進的な取り組みの中から大いに示唆を得る点がある。その代表が、保険者が主体となって実施する医療の質の評価制度である。評価制度においては、いわゆる保険者機能—あらゆる医療機関に関する情報の把握、診療報酬への反映等—が強く働いている。そのような韓国の評価制度を積極的に学び、日本においても保険者としての機能、権限を強化し、医療の質を向上させる有用なツールとしての「医療の質」評価制度を整備、発展させることが望まれる。