

# 健保連海外医療保障

No.121 2019年3月

## ■特集：医療保障と公費

- ドイツ  
ドイツの公的医療保険に対する連邦補助 ..... 松本 勝明
- フランス  
フランス医療保険の財源改革にみる  
医療保障と公費 ..... 柴田 洋二郎
- 韓国  
韓国における医療費公費負担の沿革と課題 ..... 片桐 由喜

## ■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／韓国

# 健保連海外医療保障

No.121 2019年3月

## ドイツの公的医療保険に対する連邦補助

熊本学園大学教授

松本 勝明

Matsumoto Katsuaki

ドイツでは、2004年に「保険になじまない給付」に対する公的医療保険の支出を定額補填することを目的とする連邦補助が創設され、公的医療保険への税財源の投入が初めて本格的に行われることになった。

本稿では、この連邦補助の考え方、効果ならびにその後の実施状況を踏まえた問題点などを明らかにする。

### はじめに

1883年に制定された労働者医療保険法 (Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter) により誕生したドイツの公的医療保険は、既に130年を超える歴史を有している。しかし、公的医療保険に対する税財源の投入は、2004年に「保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung)」に関する連邦補助が創設されたことにより、初めて本格的に行われることになった。この連邦補助の額は当初に比べると大幅に増加しているものの、それが公的医療保険の収入に占める割合 (2017年) は6%程度にとどまっている。

本稿においては、この連邦補助について検討し、その考え方、効果および問題点を明らかにする。

### 1. 公的医療保険への連邦補助の導入

ドイツの憲法であるドイツ連邦共和国基本法 (Grundgesetz) 第120条第1項第4文は、「連邦は失業保険および失業扶助を含め社会保険の負担に対して補助を行う」と規定している。し

かしながら、社会保険の中でも公的医療保険において、連邦 (国) による補助は取るに足らない役割しか演じてこなかった。すなわち、1889年に創設された障害・老齢保険 (Invaliditäts- und Altersversicherung) において既に国庫補助が行われていた公的年金保険の場合<sup>1)</sup>とは対照的に、公的医療保険に対しては、農業疾病金庫 (Landwirtschaftliche Krankenkasse)<sup>2)</sup>の場合を除き、長年にわたり連邦 (国) による補助は行われてこなかった。

しかし、2003年11月に制定された公的医療保険近代化法 (GMG)<sup>3)</sup>により、このような制度に根本的な変更が加えられ、公的医療保険への税財源の投入が本格的に行われることになった。この結果、2004年からは、「保険になじまない給付」に対する公的医療保険の支出を定額補填することを目的として、保険者である疾病金庫<sup>4)</sup>に連邦による補助 (連邦補助 (Bundeszuschuss)) が行われることになった (社会法典第5編<sup>5)</sup>第221条第1項)。

この連邦補助は、「保険になじまない給付」に対する公的医療保険の支出を全額補填しようとするものではなく、定額で補填するものに過ぎないことに注意する必要がある<sup>6)</sup>。その具体

的な金額は法律により、2004年10億ユーロ、2005年25億ユーロ、2006年以降毎年42億ユーロと定められた。この補助は連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）を通じて疾病金庫に配分されることとされた。各疾病金庫への配分の詳細は、連邦保健・社会保障省（Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung）の法規命令により定められるが、配分の基準となるのは「保険になじまない給付」に対する支出とされた（社会法典第5編第221条第2項）。また、疾病金庫は配分された資金をすべて保険料率引下げのために用いることとされた（社会法典第5編第220条第4項）。つまり、疾病金庫はこの資金を準備金の補填や負債の削減に用いないこととされた。なお、この連邦補助に要する費用を賄うため、2004年および2005年においてタバコ税が段階的に引き上げられた。

## 2. 連邦補助の考え方

前述のとおり、この連邦補助の目的は、「保険になじまない給付」のための疾病金庫の支出を定額補填することにある。しかし、何が「保険になじまない給付」に該当するかについては、法律にも、この連邦補助を導入した公的医療保険近代化法（GMG）の提案理由説明<sup>7)</sup>にも明確な定義は存在しない。

前述の連邦保健・社会保障省の法規命令として定められた定額補填規則<sup>8)</sup>においては、連邦補助による資金を各疾病金庫へ配分する際の基準となる「保険になじまない給付」に対する支出が具体的に定められた<sup>9)</sup>。それによると、被保険者が12歳未満の病気の子の世話をする場合に支給される傷病手当金、妊娠・母性給付、避妊・妊娠中絶、家事援助などに対する支出がそれに該当する（同規則第2条第1項）。連邦保健・社会保障省によれば、これらに加え、出産手当金の受給期間や両親が育児休業をとる期間（両親期間（Elternzeit））にそれらの者を保険料負担なしに公的医療保険の被保険者とする

ことなどについても「保険になじまない給付」に該当すると考えられる。しかし、それらのための費用は「支出」には当たらないとして、資金配分の基準には含めないこととされた<sup>10)</sup>。

「保険になじまない給付」の定義を考える上では、2007年に制定され、この連邦補助の拡充を行った公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）<sup>11)</sup>の法律案提案理由説明が参考となる。ここでは、この連邦補助の拡充について次のような説明が行われている<sup>12)</sup>。

公的医療保険は、今日なお、被保険者の子を保険料負担なしに保険の対象にすることなど<sup>13)</sup>、社会全体が担うべき一連の責務を果たしており、それを通じて社会全体での連帯に重要な貢献を行っている。この公的医療保険が果たしている社会全体が担うべき責務のための費用を税によって部分的に賄うことを維持・拡充することにより、公的医療保険の長期的に安定し、公平で、雇用促進的な基盤を作り出す。それとともに、社会全体での連帯を公的医療保険において可能にする。

この説明からは、「保険になじまない給付」は、子を養育する者の負担を家族政策的な観点から軽減することのように、本来は社会全体が果たすべき一般的な責務に対応する給付であるが、公的医療保険が公的主体に代わって行っている給付であり、このような給付のための費用は、社会保険料ではなく、税により負担されるべきとの考え方が窺える。

このような考え方に関連するものとして、社会保険における「誤った財源調達（Fehlfinanzierung）」に関する学術的な議論があげられる<sup>14)</sup>。それによれば、社会保険において「誤った財源調達」が生じる原因は、その目的に照らして本来は税により賄われるべき支出であるにもかかわらず、実際には社会保険料により賄われている支出が存在することにある。

連邦政府の「経済発展の評価に関する専門家委員会（Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung）」からは「誤った財源調達」に関して次のような考え方が示されている。（SVRW, 2005：346）。

民間保険においては、リスクに応じた保険料が徴収される。これに対して、社会保険の場合には、リスクとは無関係に保険料が徴収されることにより、高いリスクを有する被保険者と低いリスクを有する被保険者との間の調整が行われる。例えば、公的医療保険においては疾病のリスクが高い被保険者と低い被保険者との間（例えば高齢者と若年者の間）での調整が行われている。このような高いリスクを有する被保険者と低いリスクを有する被保険者との間の調整に役立たない再分配および保険の目的に適合しない給付は、それぞれ「保険になじまない再分配」および「保険になじまない給付」とされる<sup>15)</sup>。この両者を合わせたものが社会保険における「保険になじまない要素」となる。

社会保険のなかに「保険になじまない要素」が含まれる理由は、本来は公的主体が果たすべき一般的な責務に対応した給付および再分配を社会保険が公的主体に代わって行っているためである。したがって、「保険になじまない要素」に対応した社会保険の支出は、社会保険料ではなく、公的主体の財政により、つまり税により負担されるべきであるとされる。

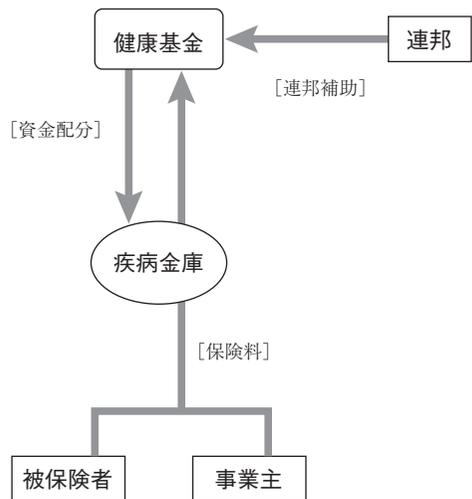
### 3. 財政的な効果

ドイツにおいても、従来は各疾病金庫に加入する被保険者に係る保険料は当該疾病金庫の収入とされていた。また、各疾病金庫はそれぞれの支出に見合った収入を確保できる水準に保険料率を定めていた。

しかし、このような公的医療保険の財政制度については、公的医療保険競争強化法(GKV-WSG、2007年制定)により、健康基金(Gesundheitsfonds)<sup>16)</sup>の創設を柱とする抜本的な改正が行われた。健康基金の中心的な役割は、公的医療保険の保険料収入を集約し、それと連邦補助とを合わせた資金を各疾病金庫に配分することにある(図1)。

これまで各疾病金庫がそれぞれの財政状況に応じて定めていた保険料率は、2009年からは全

図1 公的医療保険の財政制度(2009年以降)



出所：筆者作成

疾病金庫に統一的に適用されるものとして設定されることになった。この保険料率は「一般保険料率 (allgemeiner Beitragssatz)」と呼ばれる<sup>17)</sup>。一般保険料率に基づく保険料は各疾病金庫を通じて徴収されるが、各疾病金庫ではなく健康基金の収入とされた。これに伴い、「保険になじまない給付」に対する公的医療保険の支出を定額補填する連邦補助も健康基金に対して支払われることになった。このようにして得られる保険料収入および連邦補助を財源として、健康基金から各疾病金庫に資金が配分される。

この資金配分に当たっては、各疾病金庫に加入する被保険者の性別、年齢、障害年金受給の有無および疾病罹患状況が考慮される<sup>18)</sup>。「リスク構造調整 (Risikostrukturausgleich)」と呼ばれるこの仕組みを通じて、加入する被保険者の年齢・性別構成、疾病罹患状況、所得水準の違いなどが各疾病金庫の財政に与える影響が調整されている<sup>19)</sup>。このように、連邦補助は、従来のように「保険になじまない給付」に対する各疾病金庫の支出を基準として配分されるわけではなく、配分される資金に「保険料分」と「連邦補助分」といった区分は存在しない。

ドイツの公的医療保険においては、被保険者が加入する疾病金庫を自ら選択する包括的な権利が認められており、その結果、疾病金庫は被保険者の獲得を巡って互いに競争する関係に立っている。リスク構造調整は、疾病金庫間での公平な競争条件を確保するとともに、競争上有利な立場に立つために、若くて所得の高い被保険者を獲得しようとするいわゆる「リスク選別」の誘因を除去することを主たる目的とするものである。それと併せて、リスク構造調整は、リスク構造の違いが各疾病金庫の財政に与える影響を調整することにより、疾病金庫間での保険料率格差を縮小させる効果を持っている。

以上のような公的医療保険の現行の財政制度の下において、連邦補助は保険料負担を全般的に軽減する効果を有していると考えられる。ドイツにおいては、国際競争が激化するなかで、保険料負担、特に保険料の事業主負担の増加が、労働コストの増加を通じて、産業の国際競争力の低下、生産拠点の国外への移転、国内雇用の減少をもたらすことが強く懸念されている。したがって、連邦補助による保険料負担の軽減は、国際競争力の維持、国内雇用の促進という観点からも重要な意味を持っているといえる。

一方、加入する被保険者の年齢構成、所得水準などのリスク構造の違いが各疾病金庫に与える財政的な影響を調整することは、連邦補助ではなく、リスク構造調整の役割とされている。リスク構造調整により各疾病金庫のリスク構造の違いおよびその変化を正確に反映した調整が可能となっている。

#### 4. 負担の公平性

「保険になじまない給付」に関する連邦補助により、子を養育する家族の負担を家族政策的な観点から軽減するなどの社会全体の責務に対応した公的医療保険の支出を税財源で負担することについては、負担の公平性を高めることにつながるものと評価することができる。その理由としては、次のような点があげられる。

ドイツにおいて、公的医療保険の強制被保険者は、被用者、年金受給者、失業手当受給者などに限られており、同じ社会の構成員であっても公的医療保険に代わる民間医療保険に加入している者<sup>20)</sup>は公的医療保険の保険料を負担していない。このため、社会全体の責務に対応した支出を保険料で賄う場合には、公的医療保険の代わりに民間医療保険に加入している者は本来負うべき負担を免れることになってしまう。これに対して、税は、公的医療保険の被保険者だけでなく、民間医療保険の被保険者を含めた幅広い国民によって負担される。

公的医療保険において、被保険者はその負担能力に応じた保険料を負担し、負担した保険料の額にかかわらず同等の給付を受けることができる。このため、公的医療保険においては、所得の高い被保険者と低い被保険者との間での調整（所得再分配）が行われている。この所得再分配に関しても、保険料には次のような問題がある。

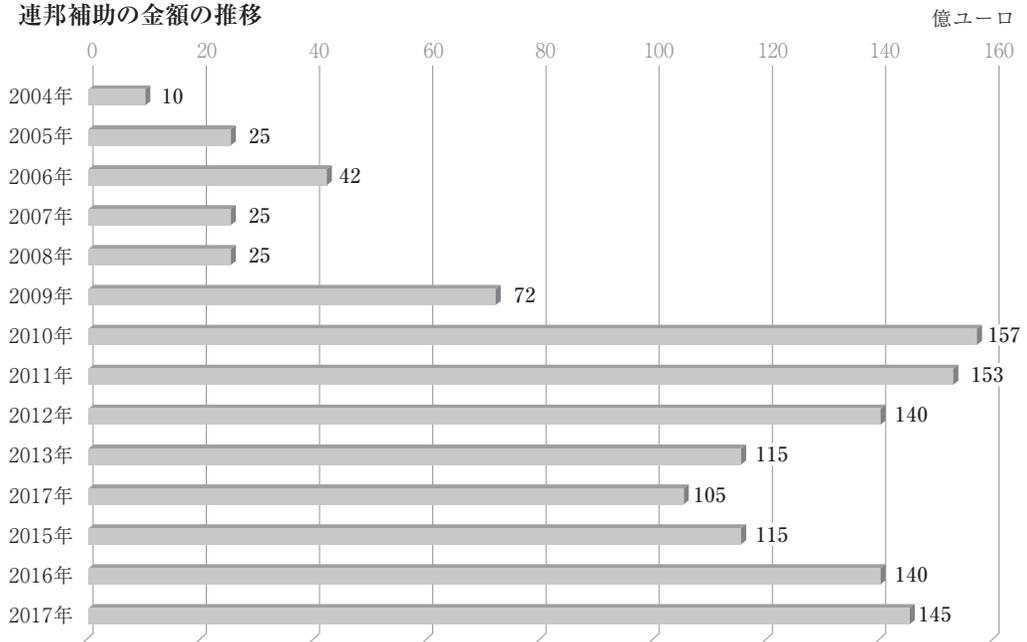
公的医療保険において、保険料算定の基礎となる所得の範囲は限定されており、被保険者が被用者の場合には労働報酬が、年金受給者の場合には年金給付が、失業手当受給者の場合には失業給付が対象となっている。これに対して、税は、労働報酬などに限らず、所得全般を対象として賦課される。

また、保険料は、その算定基礎となる所得のうち、保険料算定限度を超える部分には賦課されない。このため、被保険者の所得が保険料算定限度を超える場合には、所得に対する保険料の割合は、所得が増加するほど低下する。これに対して、所得税の場合には、所得が高くなり最高税率が適用されるようになっても、所得が増加すれば少なくとも比例的に所得税も増加する。

#### 5. 安定性および信頼性

一方、「保険になじまない給付」に関する連邦補助には、安定性および信頼性の観点からの問題があると考えられる。

図2 連邦補助の金額の推移



出所：BMG (2018) に基づき、筆者作成。

保険医療分野においても、病院の投資的経費（施設・設備の整備費など）は、従来から税を財源とする州からの公費助成により賄われるものとされてきた<sup>21)</sup>。しかし、実際には、州の財政状況等を反映して、病院に対する公費助成の国内総生産（GDP）に対する割合は、1991年の0.23%から2015年には0.09%に低下してきており（DKG, 2017：73）、十分な補助が行われていないことが問題となっている。このような経験に基づき、「保険になじまない給付」に関する連邦補助の導入時において既に、保険医療分野における税財源の投入は必ずしも積極的に評価できないとの批判の声があった（Greß, Bieback, 2014：7）。

危惧された問題は2004年の連邦補助導入から2年しか経過しないうちに現実のものとなった。前述のとおり、この連邦補助を導入した公的医療保険近代化法（GMG）によれば、連邦補助の金額は、2004年10億ユーロ、2005年25億ユーロ、2006年以降毎年42億ユーロと定められていた（図2）。これに対して、2006年予算随伴法<sup>22)</sup>では、連邦補助の額に変更が加えられ、

2006年は予定通り42億ユーロとするものの、2007年には15億ユーロに引き下げることとされた。

しかし、2007年に大連立政権の下で制定された公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）により再び方向転換が行われ、連邦補助の額は、2007年および2008年にはそれぞれ25億ユーロとされ、その後において毎年15億ユーロずつ、年140億ユーロになるまで引き上げられることとなった。

いわゆる「リーマンショック」による国際的な金融危機に対応する景気対策を講じるために、2009年に制定された「ドイツにおける雇用確保と安定に関する法律」<sup>23)</sup>により、この連邦補助の額は2009年72億ユーロ、2010年118億ユーロに引き上げられ、これに相当する医療保険料率（0.6%ポイント）の引下げが行われた。さらに、2010年に制定された社会保険安定化法<sup>24)</sup>により、財政・金融危機の結果として生じた保険料収入の減少を補うため、2010年において39億ユーロの追加的な連邦補助が行われることになった。この結果、2010年の連邦補助は合計で157億ユーロ（118億ユーロ+39億ユーロ）

となった。

2011年以降においては、連邦補助の額は「年140億ユーロに達するまで毎年15億ユーロずつ引き上げる」という元のルールが適用され、2011年の連邦補助の額は133億ユーロ(118億ユーロ+15億ユーロ)となったが、2011年度においても2011年予算随伴法<sup>25)</sup>により20億ユーロの追加的な連邦補助が行われることになったため、2011年の連邦補助は合計で153億ユーロ(133億ユーロ+20億ユーロ)となった。2011年の連邦補助の額(133億ユーロ)を15億ユーロ引き上げた額(148億ユーロ)は140億ユーロを上回ることになるため、2012年の連邦補助の額は140億ユーロとなった。

このようにして、連邦補助の額は2012年に目標とされてきた140億ユーロに達したが、2013年、2014年および2015年の連邦補助の額は2013年予算随伴法<sup>26)</sup> および2014年予算随伴法<sup>27)</sup>により再び本来の額から引き下げられ、それぞれ115億ユーロ、105億ユーロおよび115億ユーロとされた<sup>28)</sup>。この連邦補助の引下げについては、公的医療保険財政が好調な状況にあることが根拠とされた。本来の額と引き下げられた金額との差額は、健康基金の流動性準備金を取り崩すことにより埋め合わせられた。

このように、「保険になじまない給付」に関する連邦補助については、導入後十数年しか経っていないにもかかわらず、その金額には大きな変動が見られた。その原因の一つは、国家財政収入の大宗を占める税収は経済情勢によって左右され、また、その用途は特定されず、様々な支出目的への資金の配分は政治的なプロセスを経て決定されることにある。このため、公的医療保険に対する連邦補助の額も、景気動向など国家財政を取り巻く状況の変化や他の支出との競合による影響を受けることになる。

もう一つの原因は、「保険になじまない給付」に関する連邦補助の金額についての明確な算定根拠が存在しないことにある。たとえば、連邦政府の「経済発展の評価に関する専門家委員会」が2005年に公表した算定結果<sup>29)</sup>によれば、公

的医療保険における「保険になじまない要素」の総額は450億ユーロとなる<sup>30)</sup>。「保険になじまない給付」に関する連邦補助の金額は、年によって大きく変動しているが、いずれにせよ、この専門家委員会が算定した「保険になじまない要素」の額を大きく下回っていることがわかる。

## 6. 民間医療保険との関係

前述のとおり、ドイツにおいてはすべての者に公的医療保険への加入義務を課す皆保険の仕組みは採られておらず、公的医療保険に代わる民間医療保険に加入している者が存在する。このため、公的医療保険に対して連邦補助が行われているにもかかわらず、民間医療保険に対して連邦補助が行われないことには問題がないのかという疑問がわいてくる。

ドイツ連邦憲法裁判所が民間保険会社から提起された憲法異議に対して2009年6月に出した判決<sup>31)</sup>においては、この問題が取り扱われている。この憲法異議の申立人である民間保険会社は、公的医療保険に対する連邦補助の支払いにより、加入者の獲得を巡る競争<sup>32)</sup>において、民間医療保険の公的医療保険に対する立場は平等に反するほどに悪化すると主張した。

これに対して、連邦憲法裁判所は次のような判断を示した。連邦補助について定めた社会法典第5編第221条第1項の規定は、民間医療保険会社の市場における職務上の行動にも、職務を規律する傾向にも影響を及ぼさない。連邦補助は、公的医療保険における一般的な保険料の引下げにつながるだけで、憲法異議により批判されるような不利を民間医療保険会社にもたらすものではない。民間医療保険会社は、この規定が家族の負担調整のための措置であり、それゆえ、立法者はそれに相当する優遇を民間医療保険の被保険者にも与えることが要請されていると主張する。しかし、民間医療保険会社は子どもの場合にもそのリスクに応じて算定される保険料を徴収しているのであるから、自らの権利が侵害されたと非難することはできない。

この判決の考え方に立てば、公的医療保険に対する連邦補助が、本来は社会全体の責務に対応する給付を公的医療保険が担っていることを根拠とする限りにおいては、そのような責務を担わない民間医療保険に対して連邦補助が行われないことは当然といえる。したがって、連邦補助に関し、公的医療保険と民間医療保険との間で異なる取り扱いが行われたとしても、それには正当な理由が存在するものと考えられる。

## 7. むすびにかえて

以上みたように、ドイツでは2004年から、社会全体が担うべき責務に対応する公的医療保険の支出を補填することを目的として、「保険になじまない給付」に関する連邦補助が実施されることになった。この連邦補助は、保険料の負担を軽減することを通じて国内雇用を促進するとともに、負担の公平性を高める効果を有するものと評価することができる。

一方、税を財源とするこの連邦補助は、国家財政を取り巻く状況の変化や他の支出との競合による影響を受けやすく、また、明確な算定方法が定められていないことなどから、その額がその時々を経済情勢や政治状況によって大きく変動するなど、安定性・信頼性の面で問題がある。

高齢化の進展等に伴い、公的医療保険の支出はさらに拡大することが予想される。それに対応してより多くの費用負担を求めていくためには、費用を負担する人々の制度への信頼を高め、より多く負担することへの納得を得ることがますます重要になる。そのためには、財源としての税と保険料との役割分担に関する考え方を示し、税財源で負担すべき対象を明確にする必要があると考えられる。

ドイツにおいて議論されている「保険になじまない給付」や「誤った財源調達」という考え方は、こうした必要性に対応したものであると評価することができる。しかし、現実には、財源に関する政治的な決定は、依然として景気や国家財政などの状況に大きく左右されてい

る。公平な負担を実現するとともに安定的な財源を確保していくためには、例えば、連邦補助を公的医療保険の特定の支出と明確に関連づけるなど、税と保険料との関係を本来あるべき姿に近づけるために具体的な措置を講じていくことが今後の重要な課題になると考えられる。

〔付記〕

本稿は、科学研究費の助成を受けて実施している「医療保険制度における選択と競争に関する研究」(JSPS 科研費 JP16K04171、研究代表者：松本勝明) および「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」(JSPS 科研費 JP15H01920、研究代表者：加藤智章) の成果に基づいている。

注

- 1) 各受給者に支給される老齢年金は、一律の基礎額と支払われた保険料額に応じて段階のつけられた金額から構成され、基礎額は税を財源とする国庫補助により賄われていた。
- 2) 農業疾病金庫には、農業経営者およびその家族従事者ならびに農業経営から引退した者が加入している。農業疾病金庫加入者の公的医療保険加入者全体に占める割合は2018年8月現在で0.9%に過ぎない (BMG, 2018 : 115)。
- 3) GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190.
- 4) 疾病金庫は労使により自主管理される公法上の法人である。
- 5) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477.
- 6) Bundesratsdrucksache 159/04, S. 7.
- 7) Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 71 ff.
- 8) Pauschal-Abgeltungsverordnung vom 26. 4. 2004, BGBl. I S. 644.
- 9) この基準は、あくまでも各疾病金庫への連邦補助の配分のためのものであり、連邦補助の金額を決定するためのものではない (Schmehl, 2014 : 1166)。
- 10) Bundesratsdrucksache 159/04, S. 7.
- 11) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. 3. 2007, BGBl. I S. 378.

- 12) Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 92.
- 13) 被保険者の配偶者および子であって、その収入が一定額(2019年、月445ユーロ)以下の者は家族被保険者として、保険料負担なしに給付を受けることができる。
- 14) 社会保険における「誤った財源調達」に関する議論の詳細については、松本(2017:112)を参照されたい。
- 15) 「保険になじまない再分配」には、例えば、家族政策的な観点から配偶者や子のいる被保険者の負担を軽減するために家族被保険者の保険料負担を免除することが含まれる。また、「保険になじまない給付」には、例えば、妊娠・母性給付などが含まれる。このように、「経済発展の評価に関する専門家委員会」は、公的医療保険競争強化法の提案理由説明において「保険になじまない給付」と考えられているものを「保険になじまない再分配」といわば狭義の「保険になじまない給付」に区分して捉えている。したがって、前者の「保険になじまない給付」は、この専門家委員会のいう「保険になじまない要素」(「保険になじまない再分配」と「保険になじまない給付」(狭義)を合わせたもの)に対応すると考えられる。
- 16) 健康基金の管理運営および各疾病金庫への資金の配分は連邦保険庁の所管となっている。
- 17) 一般保険料率(2019年1月現在14.6%)は法律により定められている。
- 18) 具体的には、各疾病金庫に配分される交付金の額は、当該疾病金庫に加入する被保険者ごとに、定額の基礎包括額(Grundpauschale)に各被保険者の性別、年齢、障害年金受給の有無および疾病罹患状況などに応じた金額を加算または減額することにより算定し、それを合計することにより得られる。基礎包括額は公的医療保険の全ての被保険者の一人当たり平均給付費に基づき算定される。
- 19) 性別、年齢、障害年金受給の有無および疾病罹患状況が同じ被保険者に対して平均よりも多くの給付費を支出する疾病金庫は、健康基金から配分される資金だけでは支出が賄いきれなくなる。このような疾病金庫は、不足する資金を補うために追加保険料(Zusatzbeitrag)を徴収することが必要になる。追加保険料は当該疾病金庫の収入となる。なお、追加保険料は、従来、被保険者のみにより負担されていたが、2019年からは被保険者と事業主により折半で負担されることになった。
- 20) 大部分の自営業者、被用者であっても年間労働報酬が限度額(2019年60,750ユーロ)を超える者、官吏、裁判官、軍人などは、公的医療保険への加入義務は課されていない。公的医療保険に加入していない者には保険会社との間で民間医療保険に関する契約を締結する義務が課されている。
- 21) 病院に要する費用については、二元財政方式が採用されており、経常的経費は診療報酬により、投資的経費は州からの公費補助により賄われる。
- 22) Haushaltsbegleitgesetz 2006 vom 29. 6. 2006, BGBl. I S. 1402.
- 23) Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2. 3. 2009, BGBl. I S. 416.
- 24) Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz vom 14. 4. 2010, BGBl. I S. 410.
- 25) Haushaltsbegleitgesetz 2011 vom 9. 12. 2010, BGBl. I S. 1885.
- 26) Haushaltsbegleitgesetz 2013 vom 20. 12. 2012, BGBl. I S. 2781.
- 27) Haushaltsbegleitgesetz 2014 vom 11. 8. 2014, BGBl. I S. 1346.
- 28) ただし、2016年は140億ユーロ、2017年以降は毎年145億ユーロと定められた。
- 29) SVRW (2005).
- 30) この金額の算定方法等については、松本(2017:118)を参照されたい。
- 31) BVerfGE 123, 186 (229).
- 32) 公的医療保険への加入義務がなく、かつ、公的医療保険への任意加入が可能な者は、3か月の届出期間内においては公的医療保険への加入と民間医療保険への加入を選択する権利を有する。このため、公的医療保険と民間医療保険はこのような加入者の獲得をめぐる互いに競争する立場に立つ。なお、公的医療保険への任意加入は一定の条件を満たす者に限り認められている。

## 引用文献

- ・Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018) *Daten des Gesundheitswesens 2018*, Berlin.

- 
- ・ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017) *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*. (<https://www.dkgev.de>)
  - ・ Greß S., Bieback K.-J. (2014) Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: keine Verlässlichkeit und Stetigkeit, *ifo Schnelldienst* 7/2014, 67. Jahrgang, S. 6-9.
  - ・ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRW) (2005) *Jahresgutachten 2005/06*, Wiesbaden.
  - ・ Schmehl A. (2014) Gesundheitsfonds, Finanz- und Risikoausgleiche, in: Sodan H. (Hrsg.), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, München, S. 1132-1171.
  - ・ 松本勝明 (2017) 『社会保険改革：ドイツの経験と新たな視点』 旬報社。

## 特集：医療保障と公費

フランス医療保険の財源改革にみる  
医療保障と公費中京大学准教授  
柴田 洋二郎  
Shibata Yojiro

医療保険財源としての公費をみると、フランスでは、社会保障財源に占める租税の割合が大きくなっている動き（租税化〔fiscalisation〕）が一般的にみられており、この動きが最も顕著なのが医療保険である。しかし、租税化は、「財源不足だから増税する」という論理では行われていないため、保険料や税制（社会保障に充当されない税も含む）の改革との関連を考察することが不可欠である。本稿では、租税化の観点からフランス医療保険の財源改革を追い、加えて、社会保障財源と税制に関わる2018年の改革にも触れる。

## 1. はじめに

フランスの社会保障制度は、ビスマルク・モデルに拠りながらベヴァリッジ・モデルの特徴が強まる傾向にある。例えば、受給権は職業活動と結びつき、就労者だけが給付対象となっていたのが、職業活動との関連がなくなり全住民が対象となる給付がみられており（一般化〔généralisation〕）、当事者（労使）による管理運営には、国家による介入の要素が強まっている（国家管理化〔étatisation〕）。

この傾向を財源の点からみると、社会保障財源に占める社会保険料（以下、保険料）の割合の減少と、公費（租税）の割合の増加（租税化〔fiscalisation〕）と特徴づけることができる。そして、租税化は目的税の割合の増加によるところが大きい。その中心は、1991年に創設された一般化社会拠出金（CSG：contribution sociale généralisée）と呼ばれる所得にかかる社会保障目的税であり、CSGが引き上げられると同時に被保険者（とりわけ被用者）の負担する保険料が引き下げられる改革が複数回にわたり行われている（以上について、医療保険に

関する具体的な数値は、4. (2) で示す表1から表3を参照されたい）。

CSGによる租税化が、最も強い影響を与えているのが医療保険である。しかし、租税化は、「財源不足だから増税する」という論理で行われたものではないため、保険料や税制（社会保障に充当されない税も含む）の改革との関連からの考察が不可欠である。そこで、本稿では、保険料や税制の改革にも留意しつつ、租税化の背景にある医療保険の変遷（2.）、租税化以前の医療保険財源改革（3.）、租税化の中心をなすCSGの導入と変遷（4.）、CSG以降の多様な租税化に触れるとともに（5.）、直近の2018年改革（6.）について考察する。

## 2. 医療保険の変遷

## (1) 社会保障の制度化

フランスでは、1928-1930年法<sup>1)</sup>により、社会保険制度が創設された。フランスで初めて強制加入の医療保険制度が登場したのはこのときである。

この法律を再検討し、フランスで体系的な社

会保障制度が登場したのは1945年である。これが現在の社会保障制度の基盤となっている。ここでは、一般制度 (régime général) という単一の制度により全住民を適用対象とすること(一般化)と、社会保障金庫という保険者が一元的に管理運営を行うこと(統一化)が目指された<sup>2)</sup>。また、自律性が重視され、運営面では保険者が労使により管理運営されること(自律的運営原則)、財源面では(国家予算ではなく)労使の拠出する所得比例保険料により賄うこと(自律的財政原則)となった。この自律性から、フランスでは、社会保障改革の際、労使の対立ではなく、労使と国家との対立(労使の自律に対する国家の介入)が焦点となる。

財源について付言すると、20世紀初頭、労働組合は、租税を再分配の手段ととらえておらず、社会的抑圧の手段ととらえ、反税主義 (antifiscalisme) を主張していた。これは、資本主義のもとでは、租税は、どのような形式をとっても必然的に労働者階級に転嫁されるとする考えであり、市場や私有財産の優位につながると主張された。反税主義の伝統は組合運動のなかで持続しており、組合自身の代表者が管理する保険料の方が受け入れられやすかったといえる<sup>3)</sup>。

## (2) 医療保険給付の性質の変化

1945年の社会保障制度は、給付について、ピスマルク・モデルの特徴である「賃金保険」(assurance de salaire)としての側面をもっていった。これは、労働の中断から生じた喪失所得(の一部)を代替する保険を指している。したがって、医療保険の主たる役割は、傷病を理由とする一時的な労働の中断に対し、休業補償手当を支給することだった。ただし、当時、保険料には算定基礎上限額が設定され、その額を上回る賃金部分には課されず<sup>4)</sup>、そうした保険料を財源とする休業補償手当にも上限額が設定されていた。

こうして、1950年代初頭では、医療保険関連支出の大部分は患者に対する代替所得の支給が

占めており、医療保障費が支出の大部分を占めるようになったのは1970年代以降のことである<sup>5)</sup>。このような内訳となっていた理由として、医療保障はこれまで公衆衛生サービス(例えば、病院、無料診療所、産業医学、学校保健)という形で、主に租税(国家もしくは地方公共団体の予算)を財源として行われてきたこと<sup>6)</sup>、当時の医療水準を考慮すれば、医療保障は二次的な目的でしかなかったこと<sup>7)</sup>、当時の平均寿命が退職年齢とほぼ同じであり、退職後の余命期間が短かったため、高齢者に対する医療保障が大きな問題とならなかったこと<sup>8)</sup>が指摘されている。

しかし、医療保険制度は、開業医や病院の行う医療保障も保険給付の対象とした<sup>9)</sup>ことを契機に、医療保険の役割は賃金保険から次第に「医療保障保険」(assurance de santé)へと変わっていく。これは、医療保険の保障するリスクの性質が変わるということである。つまり、医療保険は、被保険者の所得に応じて支給される給付ではなく、被保険者の医療の必要性に応じて支給される給付を保障するようになっていったのである。それでも、その財源は、医療の必要性に応じてではなく、所得に応じて定まる保険料に依拠し続けた。

## (3) 医療保険の人的適用対象の拡大

医療保険の人的適用対象について、上述のように、1945年の制度は一般化(全住民への適用)を標榜していたが、それは段階的に実現されるとしていた。実際、医療保険は1946年時点で人口の50%をカバーしているにすぎず<sup>10)</sup>、その後、①個別制度の創設、②一般制度への統合という2つの方法で人的適用対象が拡大されていった。①個別制度の創設として重要なのは、1961年1月25日の法律(n°61-89)で農業経営者の医療保険制度が、1966年7月12日の法律(n°66-509)で非農業の自営業者の医療保険制度がそれぞれ創設されたことである。このことは、これらの法律以前は両カテゴリーに適用される医療保険制度が欠落していたことを意味する。

また、②一般制度への統合とは、民間部門の商工業被用者を主たる被保険者とするものとなっていた一般制度に、非就労者や特定の状況におかれた人々を加入させるという方法である。そのなかで、被保険者の配偶者のうち就労していなかった者、老齢年金受給者（老齢年金には保険料はかからない）、失業保険料を納付していなかった失業者等も医療保険の適用を受けることとなった<sup>11)</sup>。特に、②によって保険料を拠出していない者も医療保険による給付の対象となったのである<sup>12)</sup>。

### 3. CSG導入前の医療保険財源改革

医療保険給付の性質の変化と医療保険の人的適用対象の拡大は、就労者の賃金（稼働所得）だけに賦課される保険料を財源とすることに疑問を生じさせた。こうして、1970年代から社会保障財源を租税に依拠しようとする改革（租税化）が議論されるようになる<sup>13)</sup>。もっとも、租税化の議論がCSGの導入につながるまでの間、フランスの医療保険は様々な財源改革を行っていた。

#### (1) 保険料の算定基礎上限額の撤廃

1945年来の自律的財政原則により、社会保障財源の改革とは長らく保険料の改革であり、さらにいえば保険料率の引き上げだった。ただし、保険料のかかる賃金には算定基礎上限額が設けられていた（前述2.(2)参照）。この点は、医療保険給付として「賃金保険」の性質が色濃く残っていたときには、問題を生じさせなかった。なぜなら、上限額までは保険料負担に比例した給付が支給され、上限額を超える部分については自助努力に委ねられているとされていたためである。しかし、医療保険給付の性質が「賃金保険」から「医療保障保険」へと変わるなかで（前述2.(2)参照）、保険料が所得の再分配という役割を担うようになったときに、保険料の算定基礎上限額の存在は、以下の2点で批判された。1つは、再分配を制限することになるこ

と、もう1つは、被用者の賃金が高くなるほど（算定基礎上限額を上回るほど）、実質保険料率は低くなるという保険料負担の逆進性を生じさせることである。

これらの批判にもかかわらず、労使は、保険料の算定基礎上限額を撤廃することに反対していた。なぜなら、賃金に賦課される保険料に算定基礎上限額が存在することが、医療保障が労使の問題であることにつながる唯一の要素と考えていたからである。そのため、複数の労働組合が、算定基礎上限額の撤廃措置は、保険料の取立を租税当局に移転する—社会保障の管理運営を労使から奪い、国家のものとする—前段階であると危惧していた。実際にも、1958年に家族手当保険料の算定基礎上限額を撤廃したが、翌年には算定基礎上限額を復活させたという経緯があり、このことは、労働組合の反対の強さを端的に示している<sup>14)</sup>。

それでも、1967年から保険料の算定基礎上限額の撤廃が段階的に行われた。労使がこの改革を受け入れたのは、保険料負担の逆進性を解消することができることと、医療保険料は最終的には保険料率を引き下げて算定基礎上限額が撤廃されたため、非熟練労働者（賃金額が算定基礎上限額に達していないことが多い）に雇用を提供する企業は負担が軽減されたことにある<sup>15)</sup>。こうして、1984年に医療保険料、1990年に家族手当保険料、1991年に労災保険料の算定基礎上限額が完全に撤廃され、賃金全額を基準として算定されている。

#### (2) 医療保険財源に補助的な税収を充当する改革

医療保険料の算定基礎上限額の撤廃により、賃金全体を通じた再分配が可能となったが、医療保険の人的適用対象が就労者以外にも拡大されるなかで、医療保険の財源を稼働所得に基礎をおく保険料のみによって賄うことは論理的に整合しているといえなかった。

そのため、医療保険料を補足する財源として租税が用いられるようになる。対象となったの

は、①自動車保険料にかかる負担金（1967年から。2016年廃止）、②アルコール、タバコにかかる税収の一部（1983年から）、③薬剤産業が負担する一連の拠出金（1983年から）である。医療保険財源にこれらの税を充当することは、多様な目的に応えるものとなる。まず、これらの税は医療保険財源の補助的な収入となる<sup>16)</sup>。次に、これらの税は、医療保険支出に影響を及ぼしうる一定の行動、財やサービスの消費に対する課税という意味をもつ（①は交通事故、②はタバコやアルコールの過剰消費による健康障害）。さらに、これらの税は一定の財やサービスの消費を減少させ、当該財やサービスに関連する支出を減少させるという予防効果を有する。また、特に薬剤産業に対する課税（③）は、薬剤の過剰処方、過剰消費を減らすことを目的としている<sup>17)</sup>。

#### 4. CSGの導入とその後の変遷

租税化の議論は、1991年財政法（n° 90-1168）によるCSG<sup>18)</sup>の創設に帰結し（1991年2月1日以降の所得に課税）、ここからフランスの社会保障財源は本格的な租税化が始まる<sup>19)</sup>。

##### (1) CSGの概要—保険料・所得税との比較

CSGの特徴は以下の通りである。①「稼働所得および代替所得」「資産所得」「投資益」「(97年から)くじ・カジノでの獲得金」を課税対象とし、いずれの所得類型においても所得税よりも広範な所得を課税対象とすること。②これら4つの所得類型はそれぞれ別個に算出され、徴収される分類所得税であること。③稼働所得にかかるCSGは保険料と同じく源泉徴収されること。④CSGの額の一部は所得税の課税所得から控除されないこと。⑤税法上フランスに居住しているとされ、かつ強制加入の医療保険制度による保障を受ける者を賦課対象としたうえで、CSGを免除されるのは実習生、職業訓練中の研修生の稼働所得や、所得が一定額以下の老齢年金受給者、失業補償手当受給者、障害年

金受給者等極めて限定されていること。

こうして、保険料と比べると、CSGは稼働所得以外の所得を課税対象に含めることで、(一般に高所得層に多い)資産所得や投資益の保有者に大きな税負担を課し、所得再分配に適うものとなっている(①)。そして、保険料が所得税の課税所得から控除されるのに対し、CSGは控除されないため、所得税収が減少することも、所得税の累進性が損なわれることもない(④)。現在では、CSGの一部は所得税の課税所得から控除される)。

次に、所得税との比較では、税制上の世帯のおよそ半数が非課税のために負担が集中し、かつ高額化している所得税の欠点に応え、広範な人的対象を有する(⑤)。また、世帯単位でかかる所得税に対し、個人を課税単位としているため、CSGの負担が家族構成に大きく左右されることはない(⑤)。申告納税方式をとる所得税に対し(ただし、2019年より源泉徴収となる)、CSGは源泉徴収とすることで痛税感を緩和しているだけでなく、脱税のリスクを軽減することにもつながっている(③)。そして、源泉徴収を可能としているのは、所得税が総合所得税であるのに対し、CSGを分類所得税とし、所得類型ごとに異なる機関に徴収を委ねることで、当該機関の経験を活用し、徴収を効率化しているためである(②)。

また、CSGは社会保障財源(家族手当、老齢年金、医療保険)に充当される目的税であるために納税義務者が心理的に受け入れやすく、安定的に財源を確保することができる。

##### (2) CSGの変遷

CSGは、当初家族手当のみに充当されていたが、1993年から老齢年金にも充当されるようになり、その後、医療保険にも充当されることとなった。

特に、医療保険へのCSGの充当は、その規模においても、またわが国における医療保険財源との対比においても重要と思われる。具体的には、1997年、1998年と相次いで被用者負担の

医療保険料を引き下げる代わりに、CSG率を引き上げ、この引き上げ分による収益は医療保険制度に充当される改革が行われた<sup>20)</sup>。これにより、1998年以降、被用者の負担する医療保険料はわずか0.75%となっていた。ついに、2018年社会保障財政法（n° 2017-1836）により、2018年から被用者負担の医療保険料は廃止され、これによる減収分はCSG率の引き上げにより補填するものとされた（下記表1、表2参照）。

保険料を引き下げてCSG率を引き上げる改革のほか、2004年には、稼働所得にかかるCSG

の課税基礎を拡大してCSGから得られる収入を増大する改革が行われた。具体的には、稼働所得にかかるCSGは控除前賃金の95%を課税基礎としてきたが、これを97%へと引き上げた（控除を5%から3%へと引き下げた）。また、2012年には、さらに98.25%に引き上げられている（控除を3%から1.75%へと引き下げた）。なお、社会保障年間上限額<sup>21)</sup>の4倍を超える賃金部分は、控除なしでCSGがかかる。

これらCSGの医療保険への充当と被用者負担の医療保険料の引き下げ、CSGの課税基礎の拡大により、医療保険の財源構造は大きく変

表1 一般制度の医療保険料率（%）

	1987.7.1	1991.7.1	1993.7.1	1997.1.1	1998.1.1	2016.1.1	2017.1.1	2018.1.1	2019.1.1
被用者負担	5.9	6.8	6.8	5.5	0.75	0.75	0.75	-	-
使用者負担	12.6	12.6	12.8	12.8	12.8	12.84	12.89	13.0	7.0/13.0*

注1：近年の保険料率の変遷のみを掲載している。

注2：2018年より、被用者負担の医療保険料は廃止されている。

\* 「/」の左は賃金が最低賃金（SMIC）の2.5倍以下の被用者分、右は賃金がSMICの2.5倍より大きい被用者分。

出所：フランスの連帯・厚生省および公的活動・公会計省の管轄する社会保障局が毎年公開している *Chiffres-clés de la Sécurité sociale* (<http://www.securite-sociale.fr/Chiffres-cles-de-la-Securite-sociale>) 等を参考に筆者作成。

表2 CSG率の変遷（%）

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	くじ・カジノでの獲得金
1991.2.1	1.1	1.1	1.1	1.1	—
1993.7.1	2.4	2.4	2.4	2.4	—
1997.1.1	3.4	3.4 (1.0)	3.4	3.4	3.4
1998.1.1	7.5	6.2 (3.8)	7.5	7.5	7.5
2005.1.1	7.5	6.2 / 6.6* (3.8 / 3.8)	8.2	8.2	9.5
2011.1.1	7.5	6.2 / 6.6* (3.8 / 3.8)	8.2	8.2	6.9 / 9.5**
2018.1.1	9.2	6.2 / 8.3* (3.8 / 3.8)	9.9	9.9	8.6 / 11.2**

注：（ ）内は、低所得者に対する軽減税率である（1997年までは軽減税率なし）。

\* 「/」の左は一時的な就労不能に基づく代替所得（失業手当、休業補償手当等）、右は職業生活からの引退に基づく代替所得（老齢年金、抛出制障害年金等）。

\*\* 「/」の左はくじでの獲得金、右はカジノでの獲得金。

出所：フランスの連帯・厚生省および公的活動・公会計省の管轄する社会保障局が毎年公開している *Chiffres-clés de la Sécurité sociale* (<http://www.securite-sociale.fr/Chiffres-cles-de-la-Securite-sociale>) 等を参考に筆者作成。

表3 1968年から2007年の医療保険全国金庫 (CNAM)\*の収入の構造 (%)

	1968	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2007
社会保険料	98.4	98.8	97.1	97.1	94.5	94.2	92.4	53.4	48.5
うち使用者負担保険料				64.4	62.8	61.6	57.0	49.9	
うち被用者負担保険料				32.7	31.7	32.6	35.4	3.5	
CSG								34.6	36.9
他の租税	0.3	0.5	0.4	0.4	2.4	1.6	1.7	4.1	9.9
国家負担の社会保険料					0.1	0.5	1.2	1.2	1.2
FOREC**の保険料負担								3.8	—
公的拠出金					1.0	0.9	1.0	0.5	0.3
その他	1.3	0.7	2.5	2.5	2.0	2.8	3.7	2.4	3.2

\* CNAMは、一般制度の医療保険の保険者。

\*\* 使用者負担保険料改革財源基金 (FOREC) は、2000年に創設された、税収を財源として使用者負担保険料の減免を補填する財源を供給する公的施設 (2004年に廃止)。

出所：A. GUBIAN, «Quarante ans de financement de l'assurance maladie obligatoire», in P-L. BRAS, G. DE POURVOURVILLE, D. TABUTEAU, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses de Sciences Po., 2009, p.170.

化した。総収入に占める保険料の割合は、1990年代半ばまで90%以上だったのが、2000年以降大きく低下するに至っている (上記表3参照)。そして、2019年では、保険料は医療保険収入の3分の1強を占めるにすぎず、代わって税収が50%以上 (CSG単独でも、医療保険収入全体のおよそ3分の1) を占めることが見込まれている<sup>22)</sup>。

ここで、CSGは無限定に充当範囲を広げているのではないことに注意が必要である。CSGが充当されるのは、①一般化を達成した給付 (家族手当、医療保険の現物給付 [注12参照]) の財源と、②所得条件付きで支給される非拠出制給付 (老齢年金の一部) の財源である。つまり、職業活動が受給要件とされており、稼働所得を補償するという性質をもつものではない給付 (フランスでは、連帯的性質の給付と呼ばれる) の財源としてのみ充当されている。

## 5. CSG創設以後の医療保険財源改革 —多様な租税化

フランスでは、連帯的性質の給付にCSGを充当するという直接的な租税化以外の形でも税財源を投入する動きがみられ、それらは医療保険財源にも大きく関わっている。

### (1) 間接的な租税化

#### 1) 使用者負担保険料の減免

CSG創設以降から、低賃金労働者にかかる使用者負担保険料を減免する改革が行われるようになった。これは、最低賃金 (SMIC) に近い賃金層の人件費水準が高いため、フランスの雇用創出が (特に第3次産業部門で) 近隣諸国と比べて弱いことを受けて、低賃金労働者に対する保険料を軽減すべきであると指摘されたためである。

具体的には、1993年から家族手当で、1995年から医療保険で、それぞれSMICに近い賃金層にかかる使用者負担保険料の減免措置が設けら

れ、そして、1996年に家族手当保険料と医療保険料の2つの減免策が1つにまとめられた。賃金がSMIC水準の被用者にかかる医療保険および家族手当の使用者負担保険料が免除され、SMICの1.33倍（1998年に1.3倍に変更）までの者については減額される。

また、2000年1月19日の法律（n° 2000-37：通称 Aubry 法）は週労働時間35時間制に移行し、かつ雇用を増加もしくは維持する企業に諸保険料の減免を認めた。軽減率は、賃金がSMIC水準の者で26%になる。2003年には、労働時間に応じて新たに企業に諸保険料の減免が認められることとなった。軽減率は、賃金がSMIC水準の者で26%（被用者20人未満の企業では28.1%）、賃金水準がSMICの1.7倍（その後1.6倍に変更）までの者が対象となり、賃金が高くなるにつれて逡減する。これらの仕組みは、2005年に、SMICからその1.6倍まで逡減的に使用者負担保険料が軽減される措置にまとめられた（改革を推進した大臣の名前からFillon軽減措置と呼ばれる）。

さらに、2014年から、競争力強化・雇用促進税額控除（CICE）が設けられた。これは、SMICの2.5倍未満の賃金の被用者を雇用する企業に、当該被用者の賃金総額の6%の税額控除を行うものである（厳密には税制優遇措置であり、保険料の軽減ではない。2018年末で廃止）。そして、2016年から、責任連帯協定（Pacte de responsabilité et de solidarité）<sup>23)</sup>の一環として、SMICの3.5倍未満の被用者にかかる家族保険料（使用者のみが負担する）は、1.8ポイント引き下げられている。

こうして、低賃金労働者に対する使用者負担保険料の軽減策は、年々規模を大きくすると同時に複雑化している。結果として、使用者負担保険料は、SMICからその1.6倍までの賃金にかかる部分は累進的となり、そこからSMICの2.5倍までの賃金にかかる部分は税額控除があり、SMICの3.5倍までの賃金にかかる部分は料率が軽減される。

## 2) 使用者負担保険料の減免による減収分の補填

1994年7月25日の法律（n° 94-637：通称 Veil 法）により、同法の施行日以降に実施された保険料の減免については、国家予算（予算交付金〔dotations budgétaires〕や税収の割当の見直し）により補填される<sup>24)</sup>。この措置は、社会保障制度の収入は国家の政策的選択に左右されないことを一つまり、国家との関係で社会保障の財政的自律を—保障するものである。国家が雇用政策として使用者負担保険料を軽減とした場合、それにより社会保障制度が被る減収分は国家が負担しなければならないということである。具体的には、保険料の軽減は、様々な税収が、毎年の社会保障財政法により定める配賦基準（clé de répartition）に従って社会保障制度に充当されることで補填されている。これらの改革により医療保険の租税化は強化されたが、目的税であるCSGとは異なり、普通税は絶えず税収の充当先や配賦基準が変更されるため、不安定性がつきまとう点は批判されている<sup>25)</sup>。

## 3) 使用者負担保険料の減免が社会保障財源に与えた影響

使用者負担保険料の減免は、一般予算によって補填されることで税財源にも影響を及ぼしている点で興味深い（例えば、高所得の被用者にかかる保険料を引き上げて補填するのではない）。これは、雇用政策の一環である使用者負担保険料の減免による減収分を国家予算（租税）に負担させる形の「間接的な租税化」（fiscalisation indirecte）といえる。

### (2) 逡及的な租税化

#### 1) 社会保障赤字の償還<sup>26)</sup>

1996年1月24日のオルドナンス（n° 96-50）は、社会保障機関に対する貸付金を償還するために社会保障債務償還金庫（CADES）を設けた。当初、CADESは1994年・1995年の事業年度における社会保障制度の累積赤字、1996年の予想赤字、1993年までの一般制度の累積債務を償還

するための毎年の国家に対する支払負担（これまでは老齢連帯基金〔FSV：主として非拠出制年金のための財源を出資する基金〕が負担していたもの）、1995年・1996年の赤字をカバーするための独立自営業者の医療保険者への支払を負担する金庫だった。これが1998年社会保障財政法（n° 97-1164）により、CADESの負担に1996年・1997年の社会保障制度の赤字、1998年の予想赤字が追加された。さらに、2004年8月13日の法律（n° 2004-810）により、CADESは2004年およびそれ以前の完全に補われていない社会保障制度の赤字、2005年・2006年の予想赤字も負担することとなった。2009年社会保障財政法（n° 2008-1330）により、CADESに一般制度の医療部門、老齢部門、FSVにおける2007年・2008年の累積赤字が移転された。加えて、2011年社会保障財政法（n° 2010-1594）により、CADESに一般制度の医療部門、老齢部門、家族部門、FSVにおける2009年・2010年の累積赤字、一般制度の医療部門および家族部門における2011年の予想赤字、一般制度の老齢部門およびFSVの2011年から2018年までの赤字も上限付きで移転されることになった。そして、2012年社会保障財政法（n° 2011-1906）により、CADESに農業制度における2009年・2010年の会計赤字が移転された。

こうして、CADESは全部門の赤字額（社会保障債務）を償還する役割を負っているが、そのなかでも医療保険および老齢保険の赤字が最も大きい。

## 2) 社会保障赤字の償還の財源

CADESには、社会保障債務を償還するための財源とする目的税が充当されている。それが、上記1996年のオルドナンスで創設された社会保障債務償還拠出金（CRDS）である。CRDSは、広範な人的適用対象を有し、かつ0.5%という低い単一税率で多様な所得類型にかかる（したがって、広範な課税基礎を有する）租税である。

## 3) 社会保障赤字の償還が社会保障財源に与えた影響

CADESに新たに社会保障債務を移転する際の増収措置は、新たに発生した社会保障債務について、後年の財政法により充当する財源を定めて補填するという形をとっている。そして、CADESにはCRDSという税財源が充当されている（さらに、CSGの一部や資産所得および投資益にかかる社会保障徴収金も充当される）。ここでは、既発生の社会保障債務を事後的に税財源で補填する動きがみられており、「遡及的な租税化」（fiscalisation rétroactive）が行われているといえることができる。

## 6. 2018年の社会保障財政法および財政法

2018年社会保障財政法は、被用者負担の医療保険料を廃止し、CSGを引き上げた（前述4. (2) 参照<sup>27)</sup>。そして、2018年財政法（n° 2017-1837）は、部分的かつ段階的に住居税を廃止すること、高額の資産を保有する高所得者にかかる富裕税を廃止し、新たに不動産資産税を設けることを定めた。これらの措置は、被用者の購買力を引き上げること、企業の投資を促進することで雇用創出を大きくすることという目的を組み合わせたものである。これらの改革を全体として分析すると、（特に年金受給者である）低・中所得層から高所得層への「逆方向の」（à l'envers）連帯が生じているとの指摘がある<sup>28)</sup>。

### (1) CSGの引き上げと保険料の引き下げ

2018年社会保障財政法は、賃金に賦課される被用者負担保険料を3.15ポイント（医療保険料0.75ポイントおよび失業保険料2.4ポイント）引き下げたが、稼働所得にかかるCSGを1.7ポイント引き上げたため、被用者の実質的な負担軽減は賃金1.45%分となる。

また、失業者、年金受給者、障害者の受給する社会保障給付（代替所得）にかかるCSGは、所得条件のもとで免除や軽減税率が適用されて

いる。しかし、免除や軽減税率が適用される所得水準は、SMICに近い水準（非常に低い）に設定されているため、それを上回る（が、低額の）年金受給者には、CSGの引き上げが完全に適用される。他方で、年金受給者は、保険料を納めていないため、（被用者であればCSGの引き上げを相殺するものとして享受する）保険料の軽減がない。

以上からは、低額の老齢年金受給者が、すべての被用者（年金受給者の所得を大きく上回る上級幹部職員も含む）が享受する保険料の軽減分の財源を負担しているとみることができる。

### （2）住居税の将来的な廃止

もっとも、Macron大統領は、住居税<sup>29)</sup>を廃止することを公約に掲げ、この改革が年金受給者にとって、CSGの引き上げを相殺する効果を有すると主張していた。

そこで住居税にかかる改革をみると、2018年財政法は、2018年から2020年まで段階的に、所得条件付きで新しい減税（dégrèvement）を設けた。この減税は、既存の住居税の減免に加わるもので、2020年までに80%の世帯が住居税を免除されることが予定されており、住居税は、上位20%の高所得者だけに課されることになる。

減税を受けるための所得条件は、家族の構成により額が異なるが、単身者の場合、所得年額27,000ユーロ（月額2,250ユーロ）以下の者が、減税の対象となる（減税率は、2018年で30%、2019年で65%、2020年で免除となる）。そのため、年金が月額2,250ユーロを上回る単身の年金受給者は、住居税の減免を受けられない（住居税改革は、保険料の軽減を受けられない年金受給者に対し、CSGの引き上げを相殺するためのものと主張されているにもかかわらず<sup>30)</sup>）。

### （3）富裕税の廃止と不動産資産税の新設

2018年財政法は、富裕税を廃止する代わりに、市場価格が130万ユーロを超える資産に適用される累進税である不動産資産税<sup>31)</sup>を新設した（租税一般法典964条）。つまり、動産（特に金融資

産）にかかる富裕税だけが廃止されたのと同様の結果をもたらし、これにより企業における投資（最終的には雇用）を促進することが意図されている。

もっとも、フランスでは、最富裕層の資産は、主に金融資産から構成されており、不動産が占める割合は低いのに対し、上位10%の高所得者の層以外では、不動産が資産の中心となっている。こうして、改革の利益を受けるのは最富裕層であり、不動産所得しか有しない層は、改革からまったく利益を受けない。また、実際には、株式の購入は流通市場（転売市場）でなされることが多く、発行市場ではなされない。そのため、企業の投資（雇用）には効果がなく、投機経済を助長する恐れがあるとの指摘がある<sup>32)</sup>。さらに、不動産の所有者は、不動産を売却する意思がなくても、不動産価格の急騰により市場価格が130万ユーロを超えた場合には不動産資産税を課税される。

こうして、月額2,250ユーロを上回る単身の年金受給者が、市場価格が130万ユーロを超える住居の所有者である場合、この者は不動産資産税を課税され、相殺なしでCSGの引き上げを被る。これに対し、資産の大半が金融資産からなり月額2,250ユーロを大きく上回る所得の幹部職員は、富裕税の廃止と、CSGの引き上げを相殺する保険料の引き下げとを受けることになるという不公平が生じる。

## 7. おわりに

本稿では、「医療保障と公費」を、医療保険の財源改革を時系列的にみることから考察した。フランスでは、社会保険を中心とする社会保障制度が確立され、労使が保険料を負担して管理運営も行うという自律性が重要な原則となった。これは、労使が財源を負担していることが管理運営に携わることの正当化根拠となっていたとみることができる。

しかし、医療保険の保障するリスクが、傷病による休業に伴う喪失賃金の補償から医療サー

ビスの給付へと重心を移したことや、医療サービスの受給者が就労者にとどまらなくなったこと（一般化）は、いずれも「賃金比例保険料」を財源とすることに疑念をもたらした。こうした状況のなかで、租税化の議論は、財源の負担者と給付の受給者を一致させること、社会保障における賃金補償の性質の給付と連帯的性質の給付を区別することという考え方に基いている。

これを踏まえて、租税化の議論の帰結であるCSGは、賃金（稼働所得）以外の所得も広く課税対象とすること、ごく一部の人的カテゴリーを除いて広く納税義務を負うこと、連帯的性質の給付に選択的に投入されていることで、上記の疑念や考え方に応えている。そして、医療保険では、租税化が最も顕著に行われており、2018年から被用者負担保険料が廃止され、税財源に代替されるに至っている。

医療保険への公費の投入は、CSGを医療保険に充当することを通じて直接的に行われているだけではない。医療保険料の減免により生じた減収分を国家予算で補填したり、税収を財源とする社会保障債務の返済機関が医療保険赤字（を中心とする社会保障赤字）を引き取るといった多様な形態を通じて行われている。

また、現行政権では、CSGの引き上げ（と保険料の引き下げ）が行われるとともに、相補的に税制改革が行われた。このことは、社会保障を超えて広く税制のなかに「医療保障と公費」を位置づけて考察する必要性を示唆する。こうした視点から2018年の改革をみると、高所得層に益する部分と年金受給者に不利となる部分がみられており、連帯の観点からは不公平を生じさせるものとなっている。

#### 〔付記〕

本稿は、2018年度科学研究費補助金（基盤研究（C）：課題番号17K03415）の助成による研究成果の一部である。

#### 注

- 1) 1928年4月5日の法律は1930年7月1日の施行が予定されていたが、様々な社会勢力からの批判を受けたことで、結局施行されることなく1930年4月30日の法律により修正されることになった。
- 2) ただし、実際には、一般制度に一本化することによる一般化は、各社会層からの抵抗に遭い、多様な制度の存続を認めた結果、家族手当部門でのみ達成されるにとどまった。その結果、医療部門における一般制度は、民間部門の商工業被用者を主たる被保険者とする制度となったが、現在では、独立自営業者も一般制度によりカバーされる。また、統一化も、1967年の改革により、医療保険金庫、老齢保険金庫、家族手当金庫という3つの金庫制度に分割され、部門ごとに収支の均衡を維持することとなったことで破棄された。
- 3) R. PELLET, «Les assurances sociales sont-elles solubles dans la fiscalité ? Mise en perspective historique de la décision Cons. constit. n° 2014-698 DC, 6 août 2014», *Journal de Droit de la Santé de l'Assurance Maladie*, n° 9, février 2015, pp.11 et s.
- 4) 保険料の算定基礎上限額の設定は、すでに独自の社会保障制度を有していたため一般制度に組み込まれることに反対した幹部職員が、一般制度への包摂を受け入れる代わりに設けられた要件である (R. PELLET, *ibid.*, p.16)。
- 5) B. PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, 8<sup>e</sup> éd., 2017, p.23.
- 6) R. PELLET et A. SKZRYERBAK, *Leçons de droit social et de droit de la santé*, Sirey, 2<sup>e</sup> éd., 2008, pp.292 et s.
- 7) B. PALIER, *op. cit.* note 5, p.19.
- 8) P. VOLOVITCH, «Egalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance-maladie?», *Revue d'IREs*, n° 30, 1999/2, pp.159 et s.
- 9) 1928年法（注1参照）第4条による。
- 10) M.-T. JOIN-LAMBERT (*et al.*), *Politiques sociales*, Presses de sciences PO et Dalloz, 2<sup>e</sup> éd., 1997, p.424.
- 11) M. KOWALYK, «La fiscalisation de l'assurance maladie», *Revue Française de Finances Publiques*, n° 136, novembre 2016,

- p.160.
- 12) その後、2000年に、複数制度の分立・併存という構造を残しつつ、いずれの制度にも加入できない者はフランスでの安定的かつ合法的な居住と所得条件により、一般制度に加入させる「普遍的医療保障 (CMU)」制度を創設して、医療保険の現物給付の一般化は実現された。さらに、2016年社会保障財政法 (n° 2015-1702) で定められた「普遍的医療保護 (PUMa)」により所得条件が廃止され、安定的かつ合法的な居住のみを要件に一般制度に加入する (失業時にも受給権が途切れずに継続加入する) が可能となっている。
  - 13) 租税化の議論は非常に示唆に富むが、紙幅の都合上、本稿では省略する。すでに本誌で紹介したことがあるため、そちらを参照されたい (柴田洋二郎「フランスにおける社会保障と税制」健保連海外医療保障90号3頁以下)。
  - 14) R. PELLET, «Rapport introductif», in R. PELLET (dir.), *Finances publiques et Santé*, Dalloz, 2011, p.31.
  - 15) 1981年には、使用者負担の医療保険料率が、算定基礎上限額までは5.45%、賃金全額に8.0% (合計した医療保険料率は13.45%) だったのが、1984年に賃金全額に12.6%とされた (このとき、医療保険料の算定基礎上限額は完全に撤廃された)。したがって、算定基礎上限額以下の賃金で就労する被用者にかかる医療保険料額は0.85ポイント軽減される。これに対し、算定基礎上限額を超える賃金で就労する被用者にかかる医療保険料額は、これまで保険料を免れていた算定基礎上限額を超える賃金部分にも保険料がかかることで、保険料率の軽減の効果が弱まることとなる。
  - 16) あくまで補助的な財源でしかなく、これらの税収が医療保険財源に占める割合は大きくない。
  - 17) M. KOWALYK, *op. cit.* note 11, p.161.
  - 18) 法律の合憲性審査機関である憲法院 (Conseil constitutionnel) は、拠出金 (contribution) という名称にもかかわらず、CSGの法的性質は租税であると判断している (n° 90-285 DC)。ただし、CSGが租税とされるのはフランス国内においてであり、ヨーロッパ共同裁判所 (CJCE [当時])。現在のヨーロッパ連合裁判所 (CJUE) は、まさに社会保障財源に充当されることを理由にCSGの法的性質は保険料であると判断している (CJCE, 15 février 2000, affaire C-169/98)。このため、フランスに居住しているが、他国で就労しており、当該就労国の社会保障制度の適用を受けている (当該就労国で保険料を納付している) 者は、稼働所得にかかるCSGを徴収されない。
  - 19) 以下本章は、柴田洋二郎「フランス社会保障財源の『租税化』 (fiscalisation) 一議論・帰結・展開一」海外社会保障研究179号22頁に大きく依拠している。
  - 20) 現在でも、CSGの収益の大半は医療保険制度に充当されている。すなわち、稼働所得にかかるCSG 7.75ポイント分の収益、一時的な就労不能に基づく代替所得にかかるCSG 4.75ポイント分の収益、職業生活からの引退に基づく代替所得にかかるCSG 6.85ポイント分の収益、くじでの獲得金にかかるCSG 7.45ポイント分の収益、カジノでの獲得金にかかるCSGの収益の82%が医療保険財源とされている (社会保障法典L.136-8条IV,V)。
  - 21) 社会保障制度から支給される一定の金銭給付の上限額であり、毎年見直しが行われる。
  - 22) 2019年社会保障財政法 (n° 2018-1203) のANNEXE C (部門別かつ所得類型別に収入を示した表) によれば、全ての強制加入の医療保険制度について、収入に占める割合は、医療保険料 34.1%、CSG 33.6%、その他の税 27.9%となっており、一般制度の医療保険制度では、医療保険料 34.0%、CSG 33.9%、その他の税 28.1%となっている。
  - 23) 2013年に発表され、2014年に順次具体化された、企業の競争力強化と雇用促進を目的とする、企業の雇用コストを軽減するための諸政策の総称。
  - 24) Veil法以前の減免措置についてはすべてが補填されるわけではない。
  - 25) M. KOWALYK, *op. cit.* note 11, p.168.
  - 26) 以下本項目は、M. KOWALYK, *ibid.*, pp.162 et s.を参照した。
  - 27) さらに、労使で負担していた失業保険料のうち被用者負担部分を廃止した (税財源に代替することが予定されている)。そして、現在失業保険の受給者となっていない独立自営業者 (職人や商人) や企業主、辞職被用者も受給者に含む普遍的失業保険の創設が目指されている。
  - 28) R. PELLET, «Les réformes du financement de l'assurance maladie et de la fiscalité: une

---

conception doublement critiquable de la solidarité», *Journal de Droit de la Santé de l'Assurance Maladie*, n° 20, juillet 2018, p.84. 以下本章は、この論稿に大きく依拠している。

- 29) 住居に用いられている不動産の居住者が負担する。所有者、借家人、無償で居住する者等、居住者の地位は問わない。住居の「土地台帳上の賃貸価値 (VLC)」を基準に、自治体ごとに定める住居税率を乗じて税額が定まる。
- 30) 所得が月額2,250ユーロを上回る被用者も住居税を課税されることになるが、この者は、賃金1.45%分の負担軽減を受けている(前述(1)参照)。
- 31) 課税上の純価額が80万ユーロを超え130万ユーロ以下では0.5%、130万ユーロを超え257万ユーロ以下では0.7%、257万ユーロを超え500万ユーロ以下では1%、500万ユーロを超え1,000万ユーロ以下では1.25%、1,000万ユーロ以降は1.5%となっている(租税一般法典977条)。
- 32) R. PELLET, *op. cit.* note28, pp.87 et s.

## 特集：医療保障と公費

韓国における  
医療費公費負担の沿革と課題小樽商科大学教授  
片桐 由喜  
Katagiri Yuki

医療保障として医療保険制度を採用する国のほとんどは、医療保険財源に公費を投入している。公費負担が国家責任として当然視される中、日本では医療保険の保険者が複数存在し、その性質に応じて公費負担のあり方が異なることもまた、異論なく受け入れられてきた。他方、韓国では公費負担のあり方をめぐっては制度創設時から今日に至るまで、議論が続いている。この議論状況を検討することで、日本における公費負担のあり方に示唆を得る。

## はじめに

わが国の医療保険の財源は主に保険料と公費である。そして、わが国の場合、医療保険の保険者が健康保険組合（以下、健保組合）、全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）、および、2018年から国民健康保険（以下、国保）を管掌する都道府県と三者構成であり、公費投入の状況は保険者の性格や被保険者の経済力などを反映して異なる。

すなわち、健保組合の場合は企業体ごとに設立されることから、保険者自治・自律、あるいは保険財政の自立性を旨とし、政府の介入から距離をおく一方、同じ被用者保険であっても、経済的基盤が比較的脆弱な被用者を被保険者とする協会けんぽは、政管健保時代から公費投入が制度に組み込まれている。また、国保は公的医療保険制度のセーフティーネットであることからして、公費負担が当然に立法当初から規定されている。

このように三者三様であるため、医療保険全体を俯瞰した公費負担のあり方、適正規模、および、投入された公費の用途について普遍的な

議論が乏しかったように思われる。

ところで、現在、いずれの保険者も厳しい財政状況に直面し、今後、この状況はいっそう加速化することが見込まれている。なぜなら、人口の高齢化に伴う医療需要の増加、後期高齢者医療制度への支援金急増、医学薬学の発展がもたらす薬剤、治療材料、医療機器、および、医療技術などの高額化など、保険財源からの支出を増加させる要因は増える一方だからである。このような状況下、医療保険財政に対し公費を公平、かつ合理的に投入することが求められている。

そこで本稿は韓国医療保険制度における公費負担の状況を紹介し、わが国への示唆を得ることを試みる。なぜなら、韓国においては公費負担のあり方について長年にわたり、活発な議論が展開されており、そこでの議論が日本の医療保険財政における公費負担のあり方にとって参考になると思われるからである。以下では、まず、公費負担の議論を理解するうえで必要な韓国医療保険制度について財政を中心に概観し (1)、公的医療保険立法以来の公費負担の経緯 (2) を紹介し、最後に課題を論じることとする (3)。

## 1. 韓国医療保険制度の概要 — 財政を中心に —

### (1) 現行医療保険制度の概要

現行医療保険制度の法的根拠は1999年制定・2000年施行の国民健康保険法（以下、国保法）である<sup>1)</sup>。同法は保険者として国民健康保険公団（以下、公団）一つを定め、単一保険者制をとる。被保険者は職場加入者と地域加入者に分類され<sup>2)</sup>、職場加入者の被扶養者もまた保険適用対象者となる。なお、職場加入者とは日本でいう被用者保険の被保険者であり、官民を問わない。また、地域加入者とは日本の国保の被保険者と同じである。

保険給付は現物給付と付加給付（＝現金給付）があり、現物給付の内容は日本の医療保険各法が定める療養の給付とほぼ同じである<sup>3)</sup>。一方、付加給付は国保法50条が「公団はこの法が定める療養給付のほかに大統領令が定めるところにより、妊娠・出産診療費、葬祭費、傷病手当、その他給付を実施することができる」と定めるが、2019年時点では妊娠・出産診療費のみを支給している（同法施行令23条）。

韓国医療保険制度における保険給付の特徴の一つは混合診療が認められている点である。これは診療報酬が低いことの代償として医療機関に自由診療を認容したことが背景にある。そのため、公的医療保険によってカバーされる医療サービスの割合、すなわち2017年度の保障率は公団の公表によれば57.1%<sup>4)</sup>（前年比0.3%減）と日本の84%（2015年）より低く、OECD平均が70%であることを考慮しても低水準にとどまっている<sup>5)</sup>。

この保障率の低さを補い、同時に混合診療の存続をも支えているのが民間医療保険である。韓国金融監督院の調査によれば民間医療保険の加入率は約65%にのぼる<sup>6)</sup>。韓国における混合診療の状況と課題、および、民間医療保険との関係等については別稿に譲る<sup>7)</sup>。

### (2) 医療保険財政の現況

#### 1) 保険料

##### ① 職場加入者

2019年1月より職場加入者の保険料率は6.46%である<sup>8)</sup>。これを報酬月額に乗じて労使折半で負担する<sup>9)</sup>。なお、へき地居住や育児休業中の職場加入者など、特定の加入者については保険料の軽減が定められている（国保法75条）<sup>10)</sup>。

また、上記保険料算定の基準となる報酬のほかに、年間3,400万ウォン（参考：100ウォン≒10円）を超える所得がある職場加入者は別途、所得月額保険料を納付しなければならない。そのような報酬として利子、配当、事業収入、あるいは、勤労所得、年金等がある<sup>11)</sup>。

##### ② 地域加入者

日本の国保被保険者同様、地域加入者の場合、所得把握が容易ではないため、所得のみならず、不動産などの財産、および、自動車は保険料算定基準となる。所得別、財産別、および、自動車の排気量別に等級化し、等級に付された点数の合計に1点あたりの金額（2019年1月からは189.7ウォン）をかけて保険料を算出する。近年の保険料賦課体系の改正において、所得を賦課基準の中心にすえ、より公平な保険料賦課体系の整備が進められている<sup>12)</sup>。

また、地域加入者の場合、へき地居住による保険料軽減に加えて（軽減率50%）、へき地ではなくとも農漁村居住者軽減（同22%）、農漁業従事者軽減（同28%）が用意されている（以下、両者あわせて農漁民）。加えて、世帯構成員に高齢者、障害者がいる場合、あるいは、世帯が片親世帯である場合にも30%～50%の保険料軽減措置がある<sup>13)</sup>。

#### 2) 保険財政の現況

医療保険財源は上記保険料に加えて政府支援金がある<sup>14)</sup>。現行法上、政府支援金には2種類

表1 国保財政

(単位：億ウォン、%)

区 分	2013	2014	2015	2016	2017
総収入	451,733 (100.0)	485,024 (100.0)	524,009 (100.0)	557,195 (100.0)	579,990 (100.0)
保険料収入 (総収入 対比)	386,117 (85.5)	412,404 (85.0)	440,476 (84.1)	473,062 (84.9)	500,099 (86.2)
政府支援 (A + B) (総収入 対比) (保険料収入 対比)	58,072 (12.9) (15.0)	63,221 (13.0) (15.3)	70,974 (13.5) (16.1)	70,974 (12.7) (15.0)	67,839 (11.7) (13.6)
一般会計 (A) (総収入 対比) (保険料収入 対比)	48,086 (10.6) (12.5)	53,030 (10.9) (12.9)	55,789 (10.6) (12.7)	52,060 (9.3) (11.0)	48,828 (8.4) (9.8)
増進基金 (B) (総収入 対比) (保険料収入 対比)	9,986 (2.2) (2.6)	10,191 (2.1) (2.5)	15,185 (2.9) (3.4)	18,914 (3.4) (4.0)	19,011 (3.3) (3.8)

出所：健康保険政策研究院保険財政研究室作成 (2019年)。

表2 保険診療費の財源構成

(単位：億ウォン、%)

区 分	2013	2014	2015	2016	2017
保険診療費	509,941 (100.0)	543,170 (100.0)	579,546 (100.0)	645,768 (100.0)	693,352 (100.0)
保険料財源	(63.4)	(63.3)	(62.5)	(63.8)	(65.0)
政府支援財源	(11.4)	(11.6)	(12.2)	(11.0)	(9.8)
一般会計	(9.4)	(9.8)	(9.6)	(8.1)	(7.0)
増進基金	(2.0)	(1.9)	(2.6)	(2.9)	(2.7)
本人自己負担	(25.2)	(25.1)	(25.2)	(25.2)	(25.3)

出所：健康保険政策研究院保険財政研究室作成 (2019年)

あり、一つは一般会計からの支援<sup>15)</sup>、もう一つは国民健康増進法（以下、増進法。1995年制定）を根拠とする国民健康増進基金（以下、増進基金）である。

国保法108条、増進法付則2項により、公団は一般会計から当該年度保険料予想収入額の14%、増進基金からは同収入額の6%に相当する額の支援を受けることができる。しかし、実際の支援率は、これが定められた2007年以来、一度も法定の20%を達成したことがない（表1は2013年以降について記載）。詳細は後述する。

なお、この政府支援規定は時限立法であり、国保法付則2項（法律11141号）、および、増進

法付則2項（法律6619号）により、国庫、および増進基金からの支援はいずれも2022年12月31日で失効する。

また、表2は保険診療費の財源構成を示したものである。

参考までに国民医療費全体の財政状況を表3に示す。表3のとおり、2017年度、韓国の国民医療費は130兆ウォンであり、過去5年間で毎年10兆ウォンずつ増加している。

公的医療費のうち、政府からの支出には日本でいうところの生活保護法上の医療扶助費、保健福祉部直轄の病院、軍人病院、警察病院、および、刑務所等で要する医療費が含まれる。社

表3 財源別国民医療費

(単位：億ウォン、%)

区 分	2013	2014	2015	2016	2017
国民医療費	940,298 (100.0)	1,013,565 (100.0)	1,102,585 (100.0)	1,204,665 (100.0)	1,309,745 (100.0)
公的医療費	(59.0)	(58.8)	(58.9)	(59.2)	(58.2)
政府からの支出	(10.6)	(10.6)	(10.7)	(10.3)	(9.9)
社会保険からの支出	(48.4)	(48.2)	(48.2)	(48.8)	(48.3)
私 費	(41.0)	(41.2)	(41.1)	(40.8)	(41.8)

出所：健康保険政策研究院保険財政研究室作成（2019年）

会保険からの支出には医療保険のみならず、長期療養保険（＝介護保険）、労災保険、自賠責保険の各財源から支出される医療費が含まれる。私費は保険診療時の本人自己負担と民間医療保険からの保険金などで構成される。

## 2. 国庫負担の歴史的経緯

### (1) 医療保険法制定

1963年、韓国において最初の医療保険立法である医療保険法が制定された。同法は保険者を事業主が設立する医療保険組合と定め、その設立は任意であった。

同法43条の国庫補助規定は、「国家は毎年度、予算の範囲内で大統領令が定めるところにより、医療保険事業の事務執行に必要な費用の全額を補助し、保険給付に要する費用は、その一部を補助することができる」と定める。そして、同法施行令36条1項において「法43条の規定により、国家は毎年度、予算の範囲内で医療保険事業の事務執行に必要な費用の全額を補助し、保険給付に要する費用の100分の10に該当する金額を補助することができる」と定めた。

### (2) 強制加入の始まり

#### —国民皆保険に向けて—

1977年、医療保険法が全部改正され、従業員500人以上の事業場が医療保険の強制加入適用事業所となった<sup>16)</sup>。1977年改正法48条は従前の

「国庫補助」を「国庫負担」と名称変更し、「国庫は毎年度予算の範囲内で大統領令が定めるところにより、医療保険組合、および、医療保険組合連合会に対し<sup>17)</sup>、医療保険事業の運営に要する費用の一部を負担することができる」と定める。そして、同法施行令36条は国庫が費用を負担できるものとして、医療保険事業の事務費用、保険給付の支給に要する費用、および、保険者の保険財政を調整するための費用を掲げた。

強制加入方式が導入されたとはいえ、当時の事業場内に設立された医療保険組合は「政府からの大きな介入がなく、自由と責任という原則の下、各組合が自主的に財政運営を実施していた」と評されている<sup>18)</sup>。そのため、当時は前記施行令36条にかかわらず、医療保険組合の管理運営費の一部にのみ国庫負担が投入され、政府が医療保険財政に本格的に介入するのは農漁民が強制加入対象となった1988年以後である<sup>19)</sup>。

1980年に入り、従業員100人以上の事業場で就労する被用者やその被扶養者らが医療保険の適用対象となる一方で、農漁民や自営業者ら、地域住民が取り残されていた。そこで韓国政府は1981年と1982年に二次にわたって試験事業を実施して国民皆保険体制を目指すこととした<sup>20)</sup>。試験事業であるがゆえに、事業の管理運営費は全額、国庫負担であり、また、試験事業の過程で生じた赤字もまたすべて国庫で補填された<sup>21)</sup>。

上記試験事業を経て、1988年に農漁民、1989

年に都市地域住民がそれぞれ強制加入対象となり、ここに国民皆保険が達成された。これら地域住民を対象とする医療保険の保険者は各地域に設立された地域医療保険組合である。

### (3) 地域加入者支援としての国庫負担

地域加入者となった農漁民は、経済基盤が脆弱であることから、彼らが負担する保険料に対し国庫による支援が定められた。当初は世帯に課せられる保険料に対し一律定率支援（27.3%）とした<sup>22)</sup>。しかし、この方式が大きな財政負担となったことから、政府は支援方式を定率から、所得に関係なく世帯あたりと世帯構成員1人あたりに対する定額支援に変更した。これに対して、この支援の程度が保険料の半分を使用者が負担する被用者に比べると小さいとして、農漁民らが強く反発したため、彼らの保険給付費用の2分の1を国庫が負担することとした。こうして地域医療保険組合は、当該年度の保険給付費の推計額と管理運営費の所要額を合算したものの50%が国の一般会計から支援され、それをまず管理運営費全額に投入後、残額を保険給付費に充当するというようになった。

その後、1989年に都市地域住民が強制加入対象となったのを契機に、1992年に上記保険料支援方式が変更された。具体的には従来の世帯あたりの定額保険料支援を廃止し、世帯構成員1人あたりの定額支援方式のみとした。これは都市地域住民の1世帯あたりの世帯構成員数が農漁村地域のそれよりも少ないため、世帯あたりの定額支援は都市地域住民がより多くの利益を受けることになるからである。

また、従前の一律50%の支援方式は地域医療保険組合間の財政状況を考慮しないとの批判が生じるようになる。つまり、農漁村と都市地域の所得格差や年齢構成の違いにより生じる保険者間の保険財政格差が、支援内容に反映されないという批判である。そこで、同年、各地域医療保険組合の1人あたりの収入と高齢化率を支援額に反映させることとし、これにより医療保険組合ごとに国庫負担率が異なることとなった。

## (4) 保険者統合過程における国庫負担

### 1) 第一次統合

1997年、あらたに国民医療保険法が制定された（1998年施行）。同法により地域加入者らの保険者である227の地域医療保険組合と公務員・私学教職員の保険者である「公務員、および私学教職員医療保険管理公団」が一つに統合されて、国民医療保険管理公団となった。これは保険者一元化の第一段階で、第一次統合と言われる。そして、国保法の施行により（2000年）、上記国民医療保険管理公団と事業場ごとに設立されていた職場医療保険組合を統合して、保険者一元化が完成する。

ところで、第一次統合を促した国民医療保険法が定める国庫負担規定（57条）は、「国庫は毎年度予算の範囲内で大統領令が定めるところにより、公団に対し、医療保険事業に必要な費用の一部を負担することができる」と医療保険法と同旨である。そして、同条をうけた国民医療保険法施行令32条は国庫の用途として、①国民医療保険管理公団の管理運営費、②各地に支部設置に要する費用、③地域加入者の保険給付に要する費用、④医療保険法27条の規定による保険財政安定事業に関し公団が負担する費用、および、⑤天変地異により一時的に多額の支出のため発生した決済上の不足金の5つを列挙し、同条2項においてこれらに充てる国庫負担金額と基準は保健福祉部長官が毎年定めるとした。

### 2) 第二次統合

保険者一元化を完成させた国保法は1999年制定時、国庫負担について「国家は毎年度、予算から公団に対し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」（92条）と定めた。また、同法67条3項において「国家は大統領令が定めるところにより、地域加入者が負担する保険料の一部を負担できる」と定める。しかしながら、これらの規定を実施するための施行令が制定されず、国庫負担は未施行のままであった。

## (5) 保険財政危機支援としての国庫負担

—国民健康保険財政健全化特別法制定—  
保険者一元化を達成した翌2001年、国保財政は破綻に直面する。この原因として主に以下の4つが指摘されている<sup>23)</sup>。第一に保険者統合と同時に始まった医薬分業により医療機関は薬価差益による収益を失うことになるため、政府はその代償措置として診療報酬の大幅な引き上げを行ったこと、第二に高価な薬剤の処方が増えたこと、第三に患者本人負担を低く抑えたこと、そして、第四に職場、地域の各医療保険組合が統合前に抱えていた赤字を各自が保有していた積立金で補填したため、統合後に運用できる積立金がほぼ底をついていたことである。

政府はこの事態を解決するために、2002年に国民健康保険財政健全化特別法（以下、健全化特別法）を2006年12月31日までが有効期間である時限立法として制定した。

同法15条1項は「国家は毎年、当該年度の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）の100分の40に相当する金額を国庫から地域保険給付費用等に充当して、公団を支援する」、同条2項は「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基金から公団へ支援する」、そして、同条3項は「公団は2項の規定により、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用しなければならない」と定める。なお、同法は2004年改正において国庫負担を35%、増進基金からの支援を15%と変更した。

先に述べたとおり、増進基金とは1995年に制定された増進法を法的根拠とする。同法22条は国民の健康増進事業のために増進基金を設置すると定め、その管理運用は保健福祉部長官が行う（同法24条）。同基金はタバコに課せられた負担金で形成される（同法23条）。2019年現在の負担金は国産紙タバコの場合、1箱（20本入り）4,500ウォンに841ウォンが課せられている<sup>24)</sup>。

増進基金の使途は1995年制定当時、健康生活の支援事業等、9項目が明示され、使途が定められていた（同法25条）。健全化特別法が制定され、国保財政立て直しに増進基金を活用するとしたため、増進法は付則2項（法律6619号）を新設し、「保健福祉部長官は25条の規定にかかわらず、2006年12月30日まで、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基金から公団へ支援する」と定めた。

増進基金が国保財政を支援する際の特徴として、「支援規模は地域加入者の保険給付費に連動するけれども、その使途は職場、地域の各加入者の区別なく、65歳以上の高齢者の保険給付の支援にむけられる」点を指摘できる<sup>25)</sup>。健全化特別法15条3項のように支援対象を定めたことは地域加入者に国庫負担が偏っているという職場加入者の不公平感を解消し、支援のあり方をめぐる公平性の議論を収束させたといわれる<sup>26)</sup>。

なお、健全化特別法により一般会計と増進基金という2つの異なる財源から支援を得ることになった。それで、同法施行後は、これら2つを合わせて政府支援金という。健全化特別法による政府支援金を得て、国保財政は危機を乗り越え、2004年には757億ウォンの積立金を計上した。

## (6) 現行法の政府支援

2006年末の健全化特別法失効後、同法の国保財政支援規定は国保財政の一般法である国保法に移行することとなった。上記のとおり、積立金が計上されたといっても、それは保険料収入と保険給付支出の収支差によって生じたものではなく、政府支援金による支援の結果であり、政府支援の必要性は続いていたからである。そこで、政府は国保財政の安定を図るため、健全化特別法失効にあわせて国保法を改正し、政府支援金の法的根拠をおくこととした。

すなわち、2007年、国保法を改正し同法92条に政府支援金規定をおいた。そして、2011年改正において同規定を108条とし、内容は2007年

表4 国保法108条

108条 保険財政に対する政府支援
① 国家は毎年予算の範囲内で当該年度保険料予想収入額の100分の14に相当する額を国庫から公団へ支援する。
② 公団は国民健康増進法が定めるところにより、同法による国民健康増進基金から資金の支援を受け取ることができる。
③ 公団は1項の規定により支援された財源を以下の事業に使用する。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加入者、および被扶養者に対する保険給付</li> <li>2. 健康保険事業に対する運営費</li> <li>3. 75条、および、110条4項の規定による保険料軽減に対する支援*</li> </ol>
④ 公団は2項の規定により、支援された財源を以下の各事業に使う。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康診断等、健康増進に関する事業</li> <li>2. 加入者、および被扶養者の喫煙による疾病に対する保険給付</li> <li>3. 加入者、および、被扶養者のうち、65歳以上の高齢者に対する保険給付</li> </ol>

\* 75条の保険料軽減対象者となりうる者はへき地や農漁村に居住する者、65歳以上の高齢者、障害者、生活困窮者等である。また、110条4項の保険料軽減対象者となりうる者は失業者である。

表5 国民健康増進法 付則2項新旧比較

2002～2006	保健福祉部長官は25条の規定にかかわらず、2006年12月30日まで、地域保険給付費用等の100分の10に相当する金額を増進基金から公団へ支援する（なお、2005年から100分の15に変更）。
2007～	保健福祉部長官は25条の規定にかかわらず、2011（2017年、2022年）12月31日まで*、毎年、増進基金から国保法による当該年度保険料予想収入額の100分の6に相当する金額を同法108条4項の用途に使用するよう、同法による公団に支援する。ただし、その支援金額は当該年度負担金予想収入額の100分の65を超えることができない。

\* 本付則もまた国保法旧92条、108条に従い、時限規定であり、かつ、同条にない2022年末まで有効期間が延長されている。

表6 政府支援金の現況

(単位：億ウォン)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
保険料収入 (A)	364,685	393,661	421,803	453,035	486,221	512,151
支出 (B)	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913
短期収支 (A-B)	△ 23,350	△ 21,626	△ 17,352	△ 29,246	△ 40,118	△ 60,762
政府支援 (C)*	53,507	58,072	63,221	70,974	70,974	67,839
政府支援後、短年度収支 (A-B+C)	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077
累積積立金	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733

出所：シンヨンソク「健康保険財政収入関連 主要課題」『保健福祉 ISSUE & FOCUS』（韓国保健社会研究院）355号4頁（2018年）

\* 政府支援 (C) の内訳は表1を参照。

当時と同じままで今日に至っている（表4）。

ただし、108条も時限規定とされ、2007年施行の旧92条は付則2項において有効期限が2011年12月31日までとされた。その後も同条の効力は延長され続け、2011年改正により2017年12月31日まで、2017年改正により2022年12月31日までと効力が延長され今日に至っている。

また、2007年の国保法改正と連動し、同年、増進法付則2項が改正された。同付則は増進基金からの支援を保険料予想収入額の6%と定め（表5）、これにより現行法上の政府支援規模は保険料予想収入額の20%である。

現在、国保財政は政府支援金なくしては健全な運営が困難なことが表6から理解される。他

表7 統合後の公費支援制度

区 分	適用年度	法的根拠	財源の種類と規模		
			A + B	一般会計(A)	増進基金(B)
健全化特別法以前	2000～2002	国保法67条3項	国家の予算の範囲内で、地域加入者が負担する保険料の一部を負担		
同法以後	2002～2004	健全化特別法15条	地域加入者の保険給付費用等の50%	40%	10%
	2005～2006		同上	35%	15%
	2007～2022	国保法108条、増進法付則2項	保険料の予想収入額の20%	14%	6%

出所：シンヨンソク「健康保険財政収入関連 主要課題」『保健福祉 ISSUE & FOCUS』（韓国保健社会研究院）355号8頁（2018年）

方で、2002年の健全化特別法による国保財政立て直しにより2003年から単年度収支が黒字に転換し、その後も黒字基調で推移して2017年末現在、積立金が約20兆ウォンに達している。この背景には2012年の薬価引下げ、X線、CT、MR、PETなどの診療報酬のマイナス改定、2015年のMERSの院内感性による受診抑制現象などがある。

これまで述べたとおり、韓国医療保険財政において国庫負担（現在は政府支援金）は制度創設当初から法定されていた。その機能は当初の主として地域加入者への支援から、保険財政の危機回避へと、それぞれの時代の要請に応じて変容してきた。なお、これに関して、韓国においては東アジアの医療保険財政への政府による支援は所得が低く、かつその把握が困難な地域住民に向けて行われるのに対し、ヨーロッパの場合には被用者の保険料の引き上げが企業にとって負担となり、雇用阻害や国際競争力の低下を招来するとして、被用者医療保険の保険料を抑えることを目的として行われているとの研究・分析がなされている<sup>27)</sup>。

現行法の特徴はこれまでの国庫負担が地域加入者の保険料と保険給付に対する支援が中心であったが、現在は、職場加入者、地域加入者を問わず等しく支援対象となったことである。表7は保険者統合後の公費支援制度の変化をまとめたものである。

### 3. 政府支援金をめぐる課題

#### (1) 過少支援問題

先に述べたとおり、現行法上、政府支援金は保険料予想収入額の20%と法定されているにもかかわらず、実際は表1のとおり13%～16%にとどまっている。そのため、2007年から2017年までの法定どおりの支援額と実際の支援額の累積差額は18兆ウォンにのぼる<sup>28)</sup>。これが過少支援問題である。

これは政府支援金の算定基準が当該年度保険料の『予想収入額』であることに起因する。この予想収入額は企画財政部（日本の財務省に相当）が算出し、国庫から公団へ支援する。保険料収入の予想額と実際の額が異なることは当然であり、かつ、容易に想定できることである。問題はその差額を次年度に精算する手続き規定がなく、不足額が補充されないままであることである。

この事態に対し、国会議員らが国会に対し事後精算制度を盛り込んだ国保法改正法案を2008年以來、数次にわたり上程しているけれども、可決に至っていない<sup>29)</sup>。また、この過少支援を解消するために、政府支援金の算定基準を前々年度の保険料収入とし、政府支援金額の不確実性を排除することが必要であるとの見解も示されている。

政府支援金が20%に満たない背景には積立金

の存在があるとも言われる。国庫の歳出先は国保財政に限らず多方面に及ぶ。したがって、法定率に満たない政府支援であっても単年度収支で黒字が継続し、かつ、積立金が増え続ける中で20%を遵守しようとする意図が財政当局に弱いことが推察できる。

そこで、次に問題となるのが適正な積立金の規模である。これに関して、国保法38条は「公団は会計年度ごとに、決算上の剰余金のうち、その年度の保険給付に必要な費用の100分の5以上に相当する金額をその年度に使う費用の100分の50になるまで準備金を積み立てなければならぬ」と定める。つまり、積立金額は当該年度の保険給付額の50%に相当する額が上限となる。2017年度の保険給付額は約70兆ウォン（表2）、同年度の積立金額は20兆ウォンであり（表6）、30%弱の水準である。

積立金の適正水準に関しては日本と同様に議論がみられる。すなわち、国保法38条について、一方では医療保険は短期保険であり、必要以上の積立金を認める現行法は不適切であるという意見があり、他方で今後の医療給付の増大を鑑みれば、保険料収入ではその需要をまかなえず（公団の試算では2018年度から単年度収支が赤字転落）、現行法の水準を維持すべきという主張がある。

日本の場合、健康保険法施行令46条において健保組合は保険給付費の2か月分および納付金1か月分、協会けんぽは同給付費および納付金の1か月分を積み立てることが定められている。現在、韓国保健福祉部も現行の準備金規定を「最少1か月分の保険給付費」（約10兆ウォン規模）と変更する方向で検討中である<sup>30)</sup>。

## (2) 政府支援金の財源

現在、政府支援金は一般会計とタバコ負担金により形成される増進基金の2つのみである。これに関しては他国の例を参考に酒や清涼飲料水など健康被害を誘発する食料品やサービスへ課税し、その税収の一部、あるいは全部を国保財政へ投入することを論ずる者もいる<sup>31)</sup>。実際、

公団は2012年、物品への間接税の一つとして健康税構想を提案したが、最終的には企画財政部がこれを否定したため、上記構想は実現に至っていない。

## (3) 政府支援金の使途

現行法上、一般会計と増進基金からの支援金の使途は、上述のとおり別途、具体的に定められている（表4）。しかし、実際にはこれらは一つのポケットに入れられ、区分経理されていない。そのため、増進基金が108条4項3号のとおり、高齢者の支援に使用されているかを検証のしようがない。タバコ負担金は目的税の一種であり、目的どおりに使途が確保される必要があることから、これが政府支援金の使途をめぐる課題の一つである。

もう一つの課題は政府支援金の規模との関連で議論される同支援金の使途である。現行法上、政府支援金は予想保険料の20%である。今後、高齢化や医療の高額化に応じて医療費が増額すれば、保険料も自動的に増え、政府支援金はこれに連動する。つまり、支援金額はこれから大きく上昇することが見込まれる。国家財政自体が厳しい状況の中、このような保険料連動型の政府支援金決定方式には無理があり、あわせて、政府支援金の使途に国民的合意を得るために、支援の規模と使途を合理的に決定すべきとの主張がなされている。

具体的には同支援金の使途を低所得者の保険料支援等、特定項目に限定するべきというものである<sup>32)</sup>。つまり、いわば補助的に投入される政府支援金には明確な目的と名分が必要であるということを強く主張している。

## (4) 時限立法の解消

最後に指摘すべき課題は時限規定の当否である。表6のとおり、政府支援金なくしては財政運営が困難であり、今後もその状況は変わらないことは自明である。安定的な政府支援金を確保するために、期限を撤廃すべしとの意見が圧倒的に多い。そのため、2012年以来、期限を定

表8 日本の制度別公費(国) 負担の状況

制 度	支援内容	支援額 (決算見込額)
健保組合	事務費補助金等	27億円 (平成29年度)
協会けんぽ	給付費等の16.4%	1兆1,343億円 (同 上)
国保	給付費等(前期高齢者交付金を控除した額)の41%と保険料軽減等	3兆1,209億円* (平成28年度)
後期高齢者医療制度	給付費等の約24%と保険料軽減等	4兆8,234億円 (同 上)

\* 国庫支出金のうち、医療給付分のみ。

出所：健保組合 健康保険組合連合会「平成29年度健保組合決算見込の概要」(平成30年)  
 協会けんぽ 全国健康保険協会「平成29年度事業報告書」(平成30年)  
 国保 厚労省「平成28年度国民健康保険(市町村)の財政状況について=速報=」(平成30年)  
 後期高齢者医療制度 厚労省「後期高齢者医療事業年報」(平成28年度)

める国保法、増進法の各付則2項の廃止を定めた改正法案が国家に上程され続けている。しかし、この法案もいまだ可決されていない<sup>33)</sup>。

### まとめにかえて—日本への示唆—

日本の憲法25条(生存権規定)に相当する規定は韓国憲法34条である。同条1項は「すべての国民は人間らしい生活をする権利を有する」、同条2項は「国家は社会保障・社会福祉の増進に努力する義務を負う」と定める。両国の生存権規定が国庫負担、政府支援金(以下、これらをまとめて言う場合には国庫負担等)の究極の法的根拠であり、それゆえに医療保険財政に対する国家責任を否定する論者はいない。

しかし、法的根拠を憲法に求める点が同じであるとしても、国庫負担等のあり方はこれまで述べたとおり、大きく異なる。第一に日本は保険者ごとに公費負担の規模、支援の対象が異なるが(表8)、韓国では単一保険者であることを反映して加入者の属性を問わず、等しい基準で支援が実施されている。第二に韓国の政府支援金にはいわゆる目的税財源が含まれ、かつ、その用途が形式的には限定されている点も日本と大きく異なる。

このような韓国の国民健康保険における政府支援金制度が日本に与える示唆として、ここでは二点指摘したい。第一は目的税導入の検討で

ある。健康被害をまねく(おそれのある)製品やサービスへの課税収入の一部、または全部を医療保障のための財源に加えることは、韓国をはじめ諸外国ではすでに実施済みである。そのことは、とりもなおさず国民的合意を得ていることの証左ともいえよう<sup>34)</sup>。第二は一般財源からの支援にふさわしい項目と人的対象を選定し、これに関しては保険者の種類にかかわらず、等しい規模の支援をすることである。

日本もまた、医療保険財政は公費負担なしでは成り立たない。それゆえに、公費負担が当然視され、その規模と決定方式、目的、あるいは、用途について詰めた議論を怠ってきたように思われる。韓国での政府支援をめぐる様々な議論を参考に、日本においても公費負担のあり方を再考することは、医療保険財政全体を考えるうえで有意義である。

### 謝辞

本稿の執筆に際し、国庫負担等について貴重な助言、情報をいただいた健康保険政策研究院のキムドフン研究コーディネーター団研究課題推進班長、ヒョンギョンレ制度財政研究センター副研究委員、ソンドング同副研究委員に感謝する。また、本稿は2015年度科学研究費補助金(基盤研究(C):課題番号15K03149)、および2015年度科学研究費補助金(基盤研究(A):課題番号15H01920)の助成による研究成果の一部

である。

## 注

- 1) 韓国医療保険制度に関しては、拙稿「第4章 韓国」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年）64～82頁参照。
- 2) 現行法以前の医療保険立法においては、「被保険者」が用いられていた。混乱を避けるために、本稿では旧法について言及するときもすべて「加入者」を用いることとする。
- 3) これは韓国の健康保険立法が日本法を参考にして行われたからである。これに関しては拙稿「韓国・社会保障法制の基盤形成過程—所得保障制度を中心に—」『商学討究』56巻1号（2005年）57～112頁参照。
- 4) 健康保険政策研究院「報道参考資料」（2018年12月27日）。同資料によれば、四大重症疾患（がん、脳血管疾患、心臓疾患、および、難病）の保障率は82.1%（前年比1.4%増）、四大重症疾患とそれ以外の疾患を合わせた全体保障率は62.2%（前年比0.1%増）である。なお、本脚注では韓国語文献を日本語で表記し、参考文献において脚注番号を付して原語表記する。
- 5) '7.9. Health financing sources by type of revenue, 2015 (or nearest year)', OECD Health at a Glance 2017.
- 6) 韓国金融院「2017年 保険会社の実損医療保険 損害率等 現況」2018年4月16日。同資料によれば、実損医療保険契約件数は2017年末現在、3,359万件、前年比0.9%増である。
- 7) 健康保険組合連合会『医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書』（2017年）47～69頁。なお、本報告書は筆者が主体となって執筆したものである。
- 8) 国民健康保険公団ホームページより。以下、制度の概要は主として同公団のホームページによる。
- 9) 報酬月額とは同一事業場から当該年度に受け取る報酬総額を勤務月数で割った金額を言う。
- 10) たとえば、へき地に暮らす職場加入者や休職中の職場加入者は本人負担分の50%が軽減される。また、育児休業中の職場加入者の場合、従前は休業前に負担していた保険料の50%が軽減されていたが、現在は最低保険料（月額8,730ウォン）を負担すればよいこととなった。保険

料軽減については保健福祉部「保険料軽減告示」（2018-311号）。

- 11) 所得月額保険料の算定式は、（年間報酬外所得 - 3,400万ウォン）÷12×所得評価率（利子、配当、事業所得の場合は100%、勤労所得、年金の場合は30%）×保険料率（6.46%）である。2018年6月までは保険料率が国保保険料率の2分の1であったが、同年7月からは同率となった。
- 12) 保険料賦課体系の改正について、詳細は健康保険組合連合会・前掲（注7）38～46頁参照。
- 13) 保健福祉部・前掲（注10）別表2。軽減対象となる世帯類型には65歳以上の加入者がいる世帯、55歳上の独居女性世帯、障害者福祉法上の障害者、あるいは、生活困窮世帯などである。
- 14) 韓国における公費の名称は国庫補助、国庫負担、そして政府支援金と変遷している。本稿では、言及する時代に施行中の法律で使用されていた用語を用いる。
- 15) 韓国においては通常、公費ではなく、国庫と表現されるため、韓国法について論じる際は国庫と表記する。
- 16) 適用対象となる事業場は徐々に拡大され、1988年には5人以上の従業員がいる事業場が強制加入対象となり、現在はすべての事業場が強制加入の適用対象事業所である。
- 17) 1977年改正法に初めて規定された組織である。同法27条は組合連合会について「保険事業を円滑に行うために保健社会部長官が組合に設立を命じ」、「組合に組合連合会に加入することを命じることができる」と定める。
- 18) 国民健康保険公団『国民健康保険 40年史—部門史編』（2017年）248頁。
- 19) シンヨンソク・キムソウン・キムウナ『政策報告書 2015-23 健康保険持続可能性実現化のための政府支援金支援法案 改善』（韓国保健社会研究院、2015年）17頁、国民健康保険公団・前掲（注18）254～255頁。
- 20) 皆保険達成過程については、健康保険組合連合会・前掲論文（注7）5～13頁参照。
- 21) キムケヒョン・キムハンナ「国民健康保険制度における国庫支援規定の改善案」忠北大学校法學研究所『法學研究』28巻1号（2017年）437頁。
- 22) イウンギョン「健康保険国庫支援の改善案」『健康保険政策』14巻2号（2015年）71頁。
- 23) 国民健康保険公団・前掲（注18）251～253頁。

- 24) このほか、電子タバコ、パイプタバコ、葉巻、  
 噛みタバコ、口臭防止タバコ、水タバコ、無煙  
 タバコが負担金賦課対象である。詳細は増進  
 法23条参照。
- 25) 이운ギョン·前掲(注22) 72頁。
- 26) 国民健康保険公団·前掲(注18) 252頁。
- 27) 이운ギョン·前掲(注22) 74頁。
- 28) 신욘소크「健康保険財政収入関連 主要  
 課題」『保健福祉 ISSUE & FOCUS』(韓国保  
 健社会研究院) 355号 8頁。
- 29) 송드ング「国民健康保険の持続可能性のため  
 の政府支援改善方案」『健康保険政策イ  
 シュー』 3巻3号(2016年) 16頁。
- 30) 신욘소크·前掲(注28) 16頁。
- 31) 이운ギョン·前掲(注22) 79頁、Medical  
 world news (<http://medicalworldnews.co.kr>)  
 2018年6月22日掲載記事、CHOSUN.COM  
 (<http://www.chosun.com/>)、Edaily news  
 (<http://www.edaily.co.kr/>)、いずれも2013年  
 3月26日掲載記事。
- 32) 이운ギョン·前掲(注22) 78~79頁、김케히  
 옌·김한나·前掲(注21) 451~452頁。こ  
 こで提示されている特定項目には、他に妊娠・  
 出産給付費や終末期医療(ホスピス)給付費な  
 どが挙げられている。
- 33) 송드ング·前掲(注29) 16頁。
- 34) 保険料引き上げに限界がみられる今日、第二  
 のポケットを創設することは魅力的である。しか  
 し、他方で間接税が低所得者にとってより負担  
 が大きいこともまた事実である。

#### 参考文献

(( )) 内は脚注番号)

- 금융감독원「2017년 보험회사의 실손의료보험 손  
 해율 등 현황」(2018年4月18日)(注6)。
- 국민건강보험공단『국민건강보험 40년사-통사평』  
 (2017年)。
- 국민건강보험공단『국민건강보험 40년사-부문사  
 평』(2017年)(注18)。
- 건강보험연구원 2005-14『국민건강보험재정건전  
 화특별법 이후의 재정안정화방안』(2007年)。
- 김경하, 他『연구보고서 2008-08 건강보험 국고지  
 원 평가 및 개선방안』(국민건강보험공단 건강보  
 험정책연구원, 2008年)。
- 김계현·김한나「국민건강보험제도에서 국고지원  
 규정의 개선방안」忠北大学校法学研究所『法學  
 研究』28巻1号(2017年) 435~457頁(注21)。
- 박인화「2017년 사회보장재정과 법정지출」한국  
 보건사회연구원『보건복지 ISSUE & FOCUS』  
 329号(2016年) 1~8頁。
- 손동국「국민건강보험의 지속가능을 위한 정부지  
 원 개선방안」건강보험정책연구원『건강보장 정  
 책이슈』3巻3号(2016年) 4~16頁(注29)。
- 신영석「건강보험 재정수입 관련 주요 과제」  
 『보건복지 ISSUE & FOCUS』355号(2018年)  
 1~16頁(注28)。
- 신영석·김소운·김은아『정책보고서 2005-23  
 건강보험건강보험 지속가능성 실현을 위한 정부  
 지원금 지원방안 개선』(한국보건사회연구원,  
 2016年)(注19)。
- 이은경「건강보험 국고지원 개선방안」『건강보험  
 정책』14巻2号(2015年) 69~83頁(注22)。
- 이정면·이수연·조정완·홍선민『연구보고서  
 2015-1-0001 주요국 건강보험의 재정수입구조  
 병화에 대한 연구』(건강보험정책연구원, 2015年)。
- 한국건강증진개발원·국가금연지원센터『금연이  
 슈 리포트』(2016年)。

## 1. 基本情報

(17年)	日本	ドイツ	フランス	韓国	
総人口(千人)	126,706	82,522	66,989	51,446	
高齢化率(%)	27.7	21.2	19.2	13.8	
合計特殊出生率 <sup>※</sup>	1.44	1.60	1.89	1.17	
平均寿命(年) <sup>※</sup>	男81/女87.1	男78.6/女83.5	男79.2/女85.5 (15年)	男79.3/女85.4	
失業率(%)	2.80	3.75	9.4	3.68	
医療費対GDP(%)	10.75	11.27	11.5	7.6	
国民負担率 (国民所得比) (%) <sup>※</sup>	(A) + (B)	42.8	53.4	67.2	39.2
	租税負担率(A)	25.1	31.2	40.8	27.4
	社会保障負担率(B)	17.7	22.2	26.5	11.8

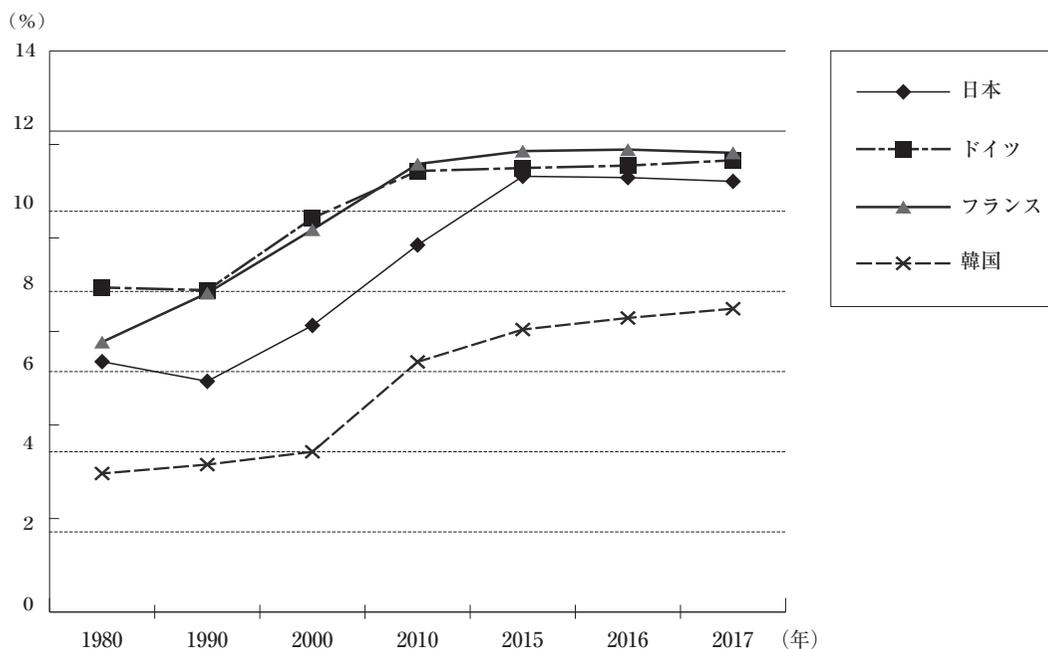
(注) 合計特殊出生率、平均寿命は各国16年の数値。国民負担率については、各国16年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2018 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2018

失業率はLabour Stat 2018、国民負担率は財務省HP「平成31年度の国民負担率を公表します」

## 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2018

### 3. 医療提供体制

		(16年)	日本	ドイツ	フランス	韓国
平均在院日数			16.3	7.5	5.7(15年)	7.3
病床数	医療施設	急性期	992,131 (7.82)	498,718 (6.06)	210,003 (3.14)	363,686 (7.1)
		長期	338,067 (2.66)	—	31,396 (0.47)	246,373 (4.81)
		精神	334,258 (2.63)	105,026 (1.28)	57,335 (0.86)	64,137 (1.25)
医療関係者数	医師		308,105 (2.43)	344,755 (4.19)	209,367 (3.13)	117,450 (2.29)
	歯科医師		101,584 (0.8)	70,305 (0.85)	43,026 (0.64)	24,150 (0.47)
	薬剤師		230,186 (1.81)	52,430 (0.64)	70,025 (1.05)	33,946 (0.66)
	看護師		1,439,721 (11.34)	1,058,000 (12.85)	—	348,401 (6.8)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat2018 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2019年2月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)	韓国 (1ウォン)
127.59	10.13

## 健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4

TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091

E-mail:shahoken@kenporen.or.jp