

韓国の医療保険 — 制度の沿革と問題点

石崎菜生

現在、韓国では急速な少子高齢化が進行しており、社会保障の整備が急がれている。しかし、長らく「先成長・後分配」の経済・社会政策をとってきた韓国では、社会保障は軽視されていた。制度の整備が本格化したのは、最近になってからである。制度が整備されても、運用面で様々な問題を抱えている。本稿では、四大社会保険のうち、最も早く制度が整備された医療保険を取り上げ、その沿革と問題点を指摘してみたい。

●はじめに

「先成長・後分配」の政策をとってきたといわれる過去の軍事政権にも社会保障を整備する志向がなかったわけではない。一九六一年五月、朴正熙が軍事クーデターによって政権を握った後、同年一二月に生活保護法、一九六三年に医療保険法、一九六四年に産業災害補償保険法が制定された。朴正熙政権は、正統性確保のため民生の安定に力を入れることを約束し、こうした一連の社会保障関連法の制定に努めたのである。しかし、制度の恩恵を受けられる層は公務員や軍人など、政権に忠誠を誓う人々や、産業化の主力であった大企業の従業員に限られ、生活保護はきわめて不十分な制度であった。

大統領直接選挙制が導入された一九八七年は、韓国の民主化の転機となった。一九八八年に発足した盧泰愚政権は過去の軍事政権を基盤としていたが、過去の政権に比べ民意を意識せざるをえず、一九八八年に農・漁村地域に医療保険を実施したのも、国会選挙を間近に控え、農村の票を獲得することが目的であった。

一九九八年には長らく民主化運動に携わり、過去の軍事政権に反対してきた金大中が大統領に就任した。金大中政権は一九九九年に国民皆年金を実現し、同年に雇用保険、二〇〇〇年に産業災害補償保険（労災）の対象者を全事業所に拡大した。また、既存の生活保護法に代わる国民基礎生活保障法の実施（二〇〇〇年）により公的扶助を充実させた。一連の政策の背景に、一九九七年のアジア通貨危機による失業者の急激な増加に対するソーシヤル・セーフティネットの整備の必要性があったことは事実であるが、社会保障の充実を求める市民団体の圧力の増加と、金大中大統領自身の政策的志向とが、短期的なソーシヤル・セーフティネットを超えた社会保障全般の整備に結びついたといえよう。

表1 韓国の医療保険制度の沿革

時期	内容
1963年12月	医療保険法制定（300人以上事業所組合任意設立）
1976年12月	医療保険法全文改正
1977年7月	500人以上事業所勤労者医療保険実施（最初の強制適用）
1979年1月	公務員および私立学校教職員医療保険実施
1981年7月	地域医療保険1次モデル事業実施
1982年7月	地域医療保険2次モデル事業実施
1988年1月	農・漁村地域医療保険実施
1988年7月	5人以上事業所まで医療保険適用拡大
1989年7月	都市地域医療保険実施（制度導入後12年ぶりに全国民医療保険実施）
1997年12月	「国民医療保険法」制定・公布
1998年10月	1次医療保険組織統合（公務員・私立学校教職員医療保険および227の地域医療保険組合統合）→国民医療保険管理公団業務開始
1999年2月	「国民健康保険法」制定・公布
2000年7月	医療保険組織完全統合（国民医療保険管理公団および139の職場組合統合）→国民健康保険公団および健康保険審査評価院業務開始
2002年1月	「国民健康保険財政健全化特別法」制定・施行（健康保険政策審議委員会設置、保険財政に対する政府支援率明示）
2003年7月	職場・地域加入者財政統合運営

（出所）参考文献⑤および⑭より筆者作成。

一九六三年に大統領に就任した盧武鉉は、その政権基盤を金大中政権から受け継ぎ、市民運動の支持を得て大統領に当選した。盧武鉉政権もまた、社会保障の整備に力を入れている。介護保険（韓国では「老人スバル保険」という）の導入を計画し、社会福祉サービスの充実を図っている。盧武鉉政権にとって、「両極化」と呼ばれる貧富の格差の拡大と、急速に進む少子高齢化に対応することが課題となっている。以下、医療保険に焦点を絞る。

●医療保険制度の沿革

韓国の医療保険の沿革は表1の通りである。一九六三年の導入当初は任意適用方式であり、一部のモデル事業だけ実施されたにすぎず、有名無実となった。その後、急速な産業化にあずかり、一九七六年、医療保険法が全面改正され、一九七七年七月一日から五〇〇人以上の事業所を対象として強制適用の医療保険が実施されるようになった。医療保険が本格的に始まったのは一九六三年ではなく、一九七七年としたほうがよいであろう。その次に公務員と私立学校教員を対象を広げ、カバーする事業所数も拡大し、自営業者も包含するようになった。

皆保険が実現したのは一九八九年七月のことである。日本の医療保険において皆保険が実現したのは一九六一年であるから、韓国のそれは二八年も遅い。とはいえ、韓国において、国民年金の創設は一九八八年、雇用保険の導入は一九九五年、産業災害補償保険の対象が全事業所に拡大したのは二〇〇〇年である。そのことに

鑑みれば、韓国において医療保険の制度整備は四大社会保険のうち最も早くなされたといつてよいだろう。

医療保険と健康保険という言葉が混在しているが、これは、それまで法律で医療保険法という言葉が使われていたのが、一九九九年に制定された法律において国民健康保険法という言葉が用いられたことによる。病気がかかった後の事後的対応に重点を置く医療保険に比べ、健康保険には健康診断など予防も含めたより統合的な対応、という意味合いがこめられている。国民健康保険法の制定以後、韓国では「健康保険」という言葉が用いられることが多くなったが、本稿では過去のことも分析の対象としており、また、日本では一般名詞としては医療保険という言葉が使われているので、基本的には「医療保険」という用語を用いることにする。しかし、法律の名称や統計資料などには「健康保険」という言葉を用い、文脈に応じて適宜使い分ける。

現在は、あらゆる国民が国民健康保険と「医療給与」により医療保障を受けている。二〇〇五年末現在、国民の九六・四％である四七三九万人が国民健康保険制度の適用を受けており、残りの三・六％である一七六万人が「医療給与」を受けている。「医療給与」の対象は、基礎生活保障対象者、国家有功者などである。主として生活困窮者に対する医療扶助制度といえる。日本にも公費負担医療の制度があるが、それとは異なる概念である。

日本の国民健康保険は、被用者保険の適用を受けない農林水産業の従事者や自営業者、小規模事業所の被用者、無職の者等を被保険者とし、疾病や負傷などに関して医療その他の保険給付を行うことを目的とする制度を指すが、現在の韓国では「医療給与」の適用者以外のすべての国民を国民健康保険の適用対象としている。両国の制度が異なるため、紛らわしいが、ここでは韓国の文脈での国民健康保険という言葉を使うことにする。

表2 健康保険財政における国庫支援の位置

(単位: 億ウォン)

	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
一般会計国庫 (A)	5,868	7,553	11,656	15,529	26,363	25,747	27,792	28,567	27,695
健康増進基金 (B)	—	—	—	—	—	4,392	6,446	6,263	9,253
地域財政支出 (C)	11,219	23,122	44,065	49,523	68,299	70,525	74,370	77,019	81,844
(A+B) / C、%	52.3	32.7	26.4	31.4	38.6	42.7 (36.5)	46.0 (37.4)	45.2 (37.1)	45.1 (33.8)
全体財政支出 (D)	24,910	50,537	95,614	101,106	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537
(A+B) / D、%	23.6	14.9	12.2	15.4	18.8	20.6	21.7	20.5	19.3

(出所) 参考文献①およびチェ・ビョンホ韓国保健社会研究院研究委員へのインタビューより筆者作成。

(注) かつこ内は A/C。

●医療保険の統合の経緯

韓国の医療保険は日本やヨーロッパの制度を参考に作られたため、当初は組合方式をとっていた。その後、多数の組合を統合し、保険者（保険を引き受ける団体）を単一にする改革を行った。その結果、現在も組合方式をとり、多数の保険者が存在する日本とは異なるシステムをとるようになった。

統合の論議は一九八〇年から始まった。韓国で統合が提起された背景には、一つはイタリアが一九七八年に、組合方式により運営していた社会保険制度から単一化した国営医療制度 (National Health Service = NHS) への法制定を行ったのに続き、ギリシャ、スペイン、ポルトガルなどが同様な方法で改革を行ったこと、もう一つは日本での医療保険の一元化を主張する論議が韓国に流入してきたことがある。

韓国における統合論争は三次にわたって行われた。論争の時期によって「統合」の意味するものは異なる。第一次論争は一九八〇年から八三年の間に行われた。また皆保険達成前の時期であり、地域医療保険は一部のモデル事業が実施されていたにすぎなかったため、「統合」という言葉は「職場医療保険と公務員・私立学校教職員医療保険の統合」を意味していた。議論の中心はいかにして医療保険を地域住民にまで拡大するかという点にあり、その一つの方法として、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。

第二次論争は一九八六年から八九年にかけて起こった。保健社会部（保健福祉部の前身、日本の旧厚生省にあたる）は、一九八八年から導入された農漁村地域医療保険と八九年から実施された都市地域医療保険について、組合方式を採用することを決めた。しかし、この時も統合派と組合派の論争が起きた。経営者総協会、保健社会部、大統領秘書室、当時の与党、組合派の学者、保険者団体などが組合方式を支持し、農民団体、市民団体、当時の野党、統合派の学者が統合に賛成した。

しかし、第一次と第二次は論争が行われただけで、結局統合は実現しなかった。第三次論争は一九九三年から九九年に行われて行われた。第二次論争の終結後も、医療保険統合を求める農民運動・市民運動は続いた。一九九〇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などの問題が提起された。表2のように、地域財政支出に対する国庫支援の割合は一九九〇年代を通じて抑制され、政府の財政中立下での給付拡大という目的を達成するためには統合が必要だという論調が強くなった。リスク分散の公平性のためにも統合が必要だとされた。全国民主労働組合総連盟（民主労総）傘下の労働組合、病院労働者組合、保健医療団体、農民団体、女性団体、市民団体などにより構成された「医療保険統合一元化および保険適用拡大のための汎国民連帯会議」（医保連帯会議）が統合を強く主張し、論争を主導していった。医保連帯会議による積極的な運動を受け、野党だけでなく、与党も統合案を提出するようになった。

結局、金泳三政権が一九九七年一二月に制定した国民医療保険法により、一九九八年一〇月に第一次の統合が行われた。この時は公務員・私立学校教職員医療保険および二二七の地域医療保険組合を統合し、国民医療保険管理公団が保険者として業務を開始した。そして金大中政権が一九九九年二月、国民健康保険法を制定したことを受けて、二〇〇〇年七月に医療保険の完全統合が実現した。その結果、国民医療保険管理公団および一三九の職場組合が統合された。保険者が国民健康保険公団一つになり、健康保険審査評価院が業務を開始した。

現在、健康保険の加入者（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」という名称に変更された）は職場加入者と地域加入者に区分されている。あらゆる事業所の勤労者および事業主と公務員および教職員は職場加入者となり、職場加入者とその被扶養者を除外した農漁村の住民、都市自営業者などは地域加入者となった。

表3 年度別健康保険財政現況

(単位：億ウォン、%)

区分		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
計	収入 (A)	63,255	72,967	78,491	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325
	支出 (B)	64,132	76,787	87,092	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537
	当期収支	-877	-3,820	-8,601	-8,691	-10,090	-24,088	-7,607	10,794	15,679	11,788
	収支率 (B/A)	101.4	105.2	111.0	110.0	110.6	120.7	105.5	93.6	91.6	94.2
	累積収支	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	-18,109	-25,716	-14,922	757	12,545
地域	収入 (A)	29,063	36,258	39,621	43,519	46,534	63,209	69,284	74,818	75,907	77,116
	支出 (B)	30,485	36,135	41,193	46,802	49,523	68,299	70,525	74,370	77,019	81,844
	当期収支	-1,422	123	-1,572	-3,283	-2,989	-5,090	-1,241	448	-1,112	-4,728
	収支率 (B/A)	104.9	99.7	104.0	107.5	106.4	108.1	101.8	99.4	101.5	106.1
	累積収支	8,141	8,850	7,278	3,995	364	-6,700	-7,941	-7,493	-8,605	-13,333
職場	収入 (A)	27,038	28,806	30,378	31,229	31,659	53,214	69,619	93,413	109,815	126,209
	支出 (B)	25,547	31,082	34,252	36,993	38,700	72,212	75,985	83,067	93,024	109,693
	当期収支	1,491	-2,276	-3,874	-5,764	-7,041	-18,998	-6,366	10,346	16,791	16,516
	収支率 (B/A)	94.5	107.9	112.8	118.5	122.2	135.7	109.1	88.9	84.7	86.9
	累積収支	26,075	25,029	22,312	17,305	8,359	-11,409	-17,775	-7,429	9,362	25,878
公 教 (注)	収入 (A)	7,154	7,903	8,509	12,175	12,823	—	—	—	—	—
	支出 (B)	8,100	9,570	11,712	11,819	12,883	—	—	—	—	—
	当期収支	-946	-1,667	-3,203	356	-60	—	—	—	—	—
	収支率 (B/A)	113.2	121.1	137.6	97.1	100.5	—	—	—	—	—
	累積収支	5,804	3,972	769	1,125	466	—	—	—	—	—

(出所) 参考文献⑭および⑮より筆者作成。

(注) 公務員・私立学校教職員医療保険。

● 財政赤字

以上、沿革をまとめたが、以下では韓国の医療保険がどのような問題点を抱えているのかを探ってみよう。まず、問題としてとりあげられるのは財政赤字である。ここでいう財政赤字は健康保険の財政についてであり、国家のそれではない。

韓国の健康保険は、一九九五年までは比較的安定状態を維持し、当期収支は黒字であったが、表3のように、一九九六年、八七七億ウォンに上る当期収支の赤字が発生し、その後も赤字基調が続いた。その背景としては、給付範囲の拡大、診療報酬の引き上げのほか、高齢人口の増加にともなう慢性疾患の増加、医療技術の発展と所得の向上による国民の医療欲求の増加などの構造的な要因により、支出が収入より相対的に高くなったことがあげられる。

さらに二〇〇〇年の統合直後、健康保険の財政は急速に悪化し、医療給付費が支払えなくなる事態が発生した。表3のように、それまで黒字を保ってきた累積収支が二〇〇一年、一兆八一〇九億ウォンに上る赤字を計上している。その理由としては、統合過程における保険者の管理運営能力の低下が保険料徴収率を低下させたこと、職域間の統合の際、公務員・私立学校教職員医療保険の公団の保険料率に合わせる形で職場組合の保険料率を従来より低めに設定したことがあげられる。また、二〇〇〇年七月に医薬分業が行われたことも大きい。医療関係団体が医薬分業に反対して大規模なストを起し、その対策として診療報酬と薬価の大幅な引き上げが行われたのである。

二〇〇一年の財政破綻の後、政府は保険料引き上げ、保険適用範囲の縮小、診療報酬の凍結など様々な政策を実施した。二〇〇二年一月には、国庫支援を拡大することを骨子とする国民健康保険財政健全化特別法を制定した。そのおかげで表3のように健康保険は二〇〇四年、累積収支が七五七億ウォンの黒字を記録し、赤字から脱出した。しかし、前述した赤字発生

造的要因などにより、健康保険財政は不安定な状態にある。

●国庫支援の経緯

健康保険の財政が赤字から脱出した要因としては、国庫支援の拡大が大きい。韓国で医療保険に対する国庫支援が導入された経緯を見てみよう。地域医療保険を設計した当初から、政府は国庫支援をすることを考え、モデル事業を七年間実施した結果、管理運営費のみならず保険給付支出に対しても国庫支援をすることを決めた。一九八八年、農漁民に対する地域医療保険が導入された際、地域医療保険の五〇％を政府が負担することを約束した。負担能力が低い農漁村および都市地域の自営業者が適用対象であったこと、職場加入者の場合保険料の五〇％を事業主が負担していたため、これに当たる金額を政府が負担することにしたことがその理由である。

その後、医療保険の統合により、過去の組合方式をもとにした国庫支援の方式は変更された。しかし、二〇〇〇年七月に施行された国民健康保険法によれば、国家が予算の範囲内で地域加入者に対する保険料の一部を負担することができることを規定している。

国庫支援規模は、一九八八年の地域医療保険の発足当時、地域財政支出の五四％であったが、次第に減少し、一九九九年には二六・四％まで下落した。二〇〇一年の財政危機を受けて、二〇〇二年に国民健康保険財政健全化特別法が制定・施行されたことは前述の通りである。同法により健康保険に対する国庫支援は一般会計による支援のみならず、タバコ負担金を財源とする国民健康増進基金からの支援に拡大された。国庫支援は地域保険財政の五〇％を占め、このうち三五％は一般会計から一五％は健康増進基金から支出される（この数字は二〇〇四年に改正された後のものである）。ただし、健康増進基金の具体的な適用対象は、地域加入者と、職場加入者およびその被扶養者のうち六五歳以上の老人であり、地域加入者のみならず、職

場加入者にも適用される。

国庫支援の金額の推移および総支出に対する割合は表2の通りである。国民健康保険財政健全化特別法の施行以後も、同法による規定である地域財政の五〇％には達していないが、これは、保険料と給付額をやや低めに見積もり、国庫支援額を決定しているためである。全体の財政支出に対する割合は、一九九〇年代に下落したが、近年、二〇％ほどで推移している。

健康保険財政収支と国庫支援率の関係を見てみると、国庫支援率が落ちると財政収支が悪化し、国庫支援が増加すれば健康保険財政収支が良くなる傾向がみられる。国庫支援は健康保険財政運営の一つの軸であり、国庫支援の規模は健保財政の安定性に相当な影響を与えてきた。

健康保険財政健全化特別法は二〇〇六年二月三日に終了する時限法であった。その後続措置として、二〇〇六年二月二二日、国会で国民健康保険法の改正案が可決された。国庫支援に関して言えば、国民健康保険財政健全化特別法のように別途の法律を制定するわけではなく、国民健康保険法第九二条「保険財政に対する政府支援」を改正したのである。その内容は、当該年度保険料予想収入額の $14/100$ に相当する金額を国庫が支援し、国民健康増進基金からは $6/100$ を支援するということである。二〇〇七年一月一日から二〇一一年二月三十一日まで施行される予定の時限立法であることが、付則に盛り込まれている。この法律によれば、国庫は加入者および被扶養者に対する保険給付、健康保険事業に対する運営費、保険料軽減対象者に対する支援に使われる。国民健康増進基金は健康検診など健康増進に関する事業、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、加入者および被扶養者のうち六五歳以上の老人に対する保険給付に使われる。地域と職場の区分をなくすという点が、以前は主として地域保険にしか国庫支援をしていなかったこととの大きな違いである。

●低負担・低給付

財政赤字の要因の一つとして、給付範囲の拡大をとりあげたが、現在のところまだ保険の給付率は充分ではない。韓国の医療保険の特徴は「低負担・低給付」であるといわれている。全国民が医療保険にカバーされ、制度が整っているように見えるが、実際には保険が適用されない項目が多く、運営上の未整備が目立つのである。

職場加入者の場合、二〇〇五年は標準報酬月額額の四・三％を保険料として徴収している。日本の場合、健保組合の保険料率は、標準報酬月額額の三〇／一〇〇〇から九五／一〇〇〇の範囲内で組合ごとに定められている。ちなみに政府管掌健康保険の保険料率は八二／一〇〇〇であり、組合管掌健康保険の場合、二〇〇五年二月末現在の全組合平均の保険料率は七四・八四／一〇〇〇である。被保険者と事業主が折半で負担するのは日本も韓国も同じである。韓国のほうが低い水準である。

給付についてみてみよう。現在、韓国の法定の本人負担率は入院治療費の二〇％、外来診療費の二〇～五〇％、薬剤費の三〇％である。しかし、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それより高くなっている。日本では給付対象であるが、韓国では給付対象外である項目として、超音波、入れ歯などがある。また、給付対象になつていない項目でも一定の基準を超過する場合は、給付対象から外される。例えば、肝炎に使うラミブデインは二年間しか給付が認定されない。韓国政府が二〇〇四年七月から実施している本人負担償還制も十分な効果を発揮していないという批判を受けている。本人負担償還制とは、六カ月間で、本人が負担する診療費用が三〇〇万ウォンを超えれば、それ以上負担せず、超過診療費を国民健康保険公団から出すようにした制度である。診療費の範囲には入院診療費のほか、外来診療費、薬剤費が含まれる。しかし、健康保険が適用されない食事代や差額ベッド代など非給付項目

は、対象から除外される。また、疾患の種類により、保険が適用されない非給付項目が多い。

このように、保障性の強化が韓国の医療保険の大きな課題である。しかし、そのためには財源の確保が必要である。二〇〇六年二月一日、保健福祉部健康保険政策審議委員会は、二〇〇七年度の健康保険料を六・五％引き上げることを決めた。これにより、保険料が地域加入者の場合、月平均五万二〇八ウォンから五万三四七二ウォンに、職場加入者の場合、五万八〇六六ウォンから六万一八四〇ウォンに引き上げられることになった。しかし、財政赤字の項で述べた構造的な要因に加えて、診療報酬が二・三％引き上げられ、タバコ価格の引き上げができなくなり、健康増進基金の財源であるタバコ負担金の確保が難しくなったことなどにより、二〇〇七年度、健康保険財政は赤字に陥ることが予想されている。

●職場加入者と地域加入者の公平性

財政統合後も、職場加入者と地域加入者では、異なる保険料賦課体系が維持されている。職場加入者の場合、標準報酬月額に保険料率をかけて算定している。一方、地域加入者の場合は所得形態が多様で把握が難しいため、所得・財産、生活水準など賦課要素別点数をもとに計算している。職場加入者と地域加入者の間の公平性の問題は、統合時の争点であったが、統合後もその問題は引き継がれている。

表3をみると、二〇〇四年から職場加入者の健康保険財政の累積収支が赤字に転換したにもかかわらず、依然として地域加入者のそれは赤字であることが分かる。地域加入者のほうが多くの国庫支援を受けているにもかかわらず、財政赤字は地域加入者のほうが深刻なのである。その要因としては、日本もそうであるが、一般に地域加入者のほうが、所得が低く、病気になるやすい、すなわちリスクの高い高齢者が多いため、財政収支が赤字になりやすいことがあげられる。その赤字を埋めるため、

表4 保険料3カ月以上滞納者現況

区分	世帯	人数
地域	1,400,432	2,745,053
職場	13,625	31,459
合計	1,414,057	2,776,512

(出所) 国民健康保険公団。
(注) 2006年9月30日現在。

職場組合で生じた黒字で補填しようということが、統合論が提起されたきっかけであった。

国庫支援のあり方を議論する際、職場加入者からは主として地域加入者のみに国庫支援が行われているのは不公平だという声があがっていた。参考文献⑱によれば、二〇〇〇年の職場加入者のジニ係数は〇・三六二七で、地域加入者のそれは〇・四二二六と、職場加入者より地域加入者のほうが、所得分配が不平等であることが分かる。地域加入者の構成は高所得自営業者、零細自営業者、臨時および日雇い労働者となっているため、職場加入者に比べて所得格差が大きく開いているのである。職場加入者の不満は、高所得の自営業者にも国庫が支援されるのにもかかわらず、低所得の職場加入者には支援されないという点にもあった。この問題に関しては、職場加入者と地域加入者の区別なく、一律に当該年度保険料予想収入額の二〇％を国庫と健康増進基金で支援するという国民健康保険法の改正により職場加入者の不満は緩和された。

また、保険料を職場加入者のほうが多く払っているという不満がある。地域加入者には自営業者が多いため、所得把握が難しいことも、所得がガラス張りになっている職場加入者の不満の一因である。自営業者の所得把握率引き上げのための多様な政策の開発も必要であろう。

●死角地帯

現在、あらゆる国民が国民健康保険か「医療給与」のどちらかの制度に編入され、制度上は国民皆保険が実現している。しかし、実際には、保険の適用を受けられない死角地帯に属する人々も少なくない。

国民健康保険法は保険料の滞納回数が三回以上の場合、保険給付を制限することができる」と規定している。保険料は毎月一回徴収されるため、これは三カ月以上滞納した場合のことを指すといえる。表4によれば、二〇〇六年九月三〇日現在、保険

料を三カ月以上滞納した世帯は一四一万世帯、二七八万人である。職場加入者よりも地域加入者のほうが圧倒的に多い。滞納者の例としては、住民登録法上の職権抹消者、行方不明者、野宿者や、事業主の意図的な勤労者登録忌避などの理由で保険料を支払っていない人々があげられる。

最近の韓国では、貧富の格差の拡大を意味する「両極化」が問題になっている。失業率は、一九九八年の七・〇％、一九九九年の六・三％ほどではないにしても、二〇〇三年三・六％、二〇〇四年三・七％、二〇〇五年三・七％と漸増している。韓国の失業率が長らく二％台で推移していたことに鑑みれば、高い数値だといえる。非正規労働者も増えている。所得が生計を立てるのに不十分であるにもかかわらず、法的にみると一定所得や財産があり、扶養家族がいて、「医療給与」対象者に転換させることが難しい次上位階層がこうした死角地帯に陥る可能性が高いと考えられている。

ただし、保険料納付能力がない生計型滞納世帯に対しては、保険料の支払いが免除される制度もある。二〇〇三年一月に一万二〇〇〇世帯、二〇〇四年三月には八万七〇〇〇世帯が免除の対象となった。それでも日本より免除条件は厳しく、対策としては、こうした免除基準の緩和や保険対象から外されるまでの滞納期間の延長などが考えられる。

●まとめと今後の課題

韓国の社会保障は、制度の整備が遅れていたが、医療保険は比較的早く制度が導入され、四大社会保険の中で最も早く皆保険を達成した。統合により保険者を単一化し、リスク分散の公平性を図り、組合間の財政格差の是正に取り組んだ。その結果、日本とは異なるシステムをとるようになった。

しかし、制度面では整えられたものの、運用面では様々な問題を抱えている。保障性の強化が韓国の医療保険の課題であるが、少子高齢化の進展と医療技術の発展による医療支出の増加

など、健康保険財政は構造的に赤字に陥りやすくなっている。健康保険財政を黒字にするためには保険料の引き上げや、診療費支払い体系の合理的な変更、国庫支援の拡大などが必要である。しかし、保険料の引き上げに対しては、国民の反発が強い。診療費支払い体系の変更に対しては、医療関係者の反対が強い。景気低迷による国家財政の悪化により、国庫支援の拡大も簡単ではない。韓国の国家債務は二〇〇五年末二四兆ウォンと、GDPに対する比率は三〇・七%に達している。さらに、統合の課題であった職場加入者と地域加入者の間の公平性も解決されていない。また、国民皆保険が実現されたにもかかわらず、死角地帯が依然として存在する。

日本では、財政制約の下で社会保障制度の見直しが進んでいる。一方、韓国は社会保障制度を充実させようという動きと見直そうという動きが並存している。財政制約に直面していることでは両国とも同じである。その下でどのように制度の内実化を図るかは、医療保険のみならず、韓国の社会保障が直面する課題であるといえよう。

(こしごき) なお／アジア経済研究所地域研究センター

《参考文献》

- ①李奎植「韓国の医療改革の評価」(『日本福祉大学・COEニューズレター』第六号、二〇〇六年一月)。
- ②池上直己、J・C・キャンベル『日本の医療―統制とバランス感覚』中央公論社、一九九六年。
- ③医療保険制度研究会編『目で見える医療保険白書―医療保障の現状と課題』二〇〇五年。
- ④韓国社会科学研究所社会福祉研究室(金永子編訳)『韓国の社会福祉』新幹社、二〇〇二年。
- ⑤健康保険組合連合会『韓国の医療保険改革についての研究報告書』二〇〇三年。
- ⑥健康保険組合連合会編『社会保障年鑑二〇〇六年版』東洋経済新

報社、二〇〇六年。

- ⑦高橋圭一郎「韓国の医療保険制度改革にみる統合の姿」(『健康保険』第六〇巻一〇号、二〇〇六年一〇月)。
- ⑧武川正吾、キム・ヨンミョン(金淵明)編『韓国の福祉国家・日本の福祉国家』東信堂、二〇〇五年。
- ⑨金淵明編(韓国社会保障研究会訳)『韓国福祉国家性格論争』流通経済大学出版社、二〇〇六年。
- ⑩羅仁淑「韓国金大中政権における社会保障改革―医療保険制度統合一本化を中心に」(『経済研究』第一六巻第一号、二〇〇四年)。
- ⑪李蓮花「民主化と福祉政策―一九八〇年代の韓国の国民医療化を事例として」(『アジア研究』第五一巻第三号、二〇〇五年)。
- ⑫広井良典『日本の社会保障』岩波書店、一九九九年。
- ⑬パク・ジョンゴン、キム・ジンス、チェ・インドク「統合健康保険の評価および発展方向に関する研究」(『財政政策論集』第七輯、二〇〇五年六月)(韓国語)。
- ⑭保健福祉部『二〇〇五年保健福祉白書』二〇〇六年(韓国語)。
- ⑮保健福祉部『二〇〇二年保健福祉白書』二〇〇三年(韓国語)。
- ⑯チェ・ビョンホ、シン・ヒョンウン「健康保険の職場と地域間の保険料負担に関する考察」(『保険経済と政策研究』第一一巻第一号、二〇〇五年)(韓国語)。
- ⑰チェ・ビョンホ、チェ・ギユン、キム・ジェジン、シン・ヒョンウン「国民健康保険国庫支援改善方案」国民健康保険公団、韓国保健社会研究院、二〇〇六年(韓国語)。
- ⑱チェ・ビョンホ、ユン・ビョンシク、シン・ヒョンウン、キム・ミョンヒ、キム・チャンヨブ「国民健康保険の公平性実態と政策課題」国民健康保険公団、韓国保健社会研究院、二〇〇五年(韓国語)。
- ⑲朝鮮日報ホームページ(<http://www.dosun.com/>)(韓国語)。
- ⑳Wong, Joseph, *Healthy Democracies: Welfare Politics in Taiwan and South Korea*, Ithaca and London, Cornell University Press, 2004.