

韓国の医療保険における財政調整の分析と評価

趙 源 卓

I. 序 論

韓国の医療保険は、職域別、地域別に設立された、保険者別の独立管理方式を採択しているため、危険分散と所得の再分配が制約され、財政管理面での非効率性が露呈してきている。こういった問題を解消し、医療保険全体の財政安定をはかるため、財政調整事業を実施してきている。財政調整事業の内容は、先ず第一に、保険者間の財政調整事業として高額保険給付費の共同負担事業と、老人医療費の共同負担事業があり、第二としては、地域医療保険の導入と共に実施され始めた、国庫の支援がある。

今、世界の主要国家では、医療保険の衡平性の確保と医療費の急騰に対する対策を講ずるため、医療保険制度の改革が進行中である。こういった改革の傾向は、現下、殆どすべての国家で大きな流れを形成しつつあると言えよう。

韓国においても、1994年、保健福祉部の傘下に「医療保険改革委員会」を設けて、中長期的な医療保険改革の計画を打ち立て、目下これを推し進めているところである。その核心とするところは、制度全般の改革よりは財政の衡平性ある運用と、保険給付の拡大という当面の課題を解決するため、現在の制度を維持し補完するための改革の追求である。医療保険の財政調整の拡大も、こういった政策上の延長線上にある

と言えよう。

本研究は、医療保険を組合方式で運営することに伴い、構造的な諸問題を克服するために導入・運営されている保険者間の財政調整事業が、社会保険としての所得再分配の原理に則り、忠実に実施されているかどうかという問題を追求して、現在の韓国医療保険における財政調整事業の限界と、その改善策を模索するための分析と評価を試みたものである。

II. 韓国の医療保険における 財政調整の導入背景とその特徴

1. 韓国の医療保険における財政調整導入の 背景

医療保険制度に財政調整が導入された理由としては、各保険制度における財政力の格差と、人口変動の要因を挙げることができよう。韓国の医療保険は大きく職場医療保険、公・教医療保険、地域医療保険に分けられ、1995年7月現在、145個の職場医療保険組合、全部で373個の保険者によって独立採算制で運営されている。これによって種別、保険者別の危険構造上の格差が内在することになり、これが各保険者間の財政上の格差を生み出す原因になっている。また、各保険者別の老人構成比においても、差を見せており、これが財政格差の発生に大きく影響を与えている。

組合方式の運営に伴う保険種別の格差を解消する代表的な方法としては、財政を統合するか、または、財政を調整する方式がある。財政を統合する方案としては、現在分立されている医療保険制度を単一化することである。

(1) 医療保険組合組織の構造的問題

1960年代以降の急速なる産業化の過程で、産業構造の変革に伴う職域間の所得格差が拡大されるに伴い、医療保険組合種別の保険財政の格差も大きく現われてきた。特に農・漁民の所得は、その間の7次に及ぶ開発計画の遂行過程で、農林、水産業の産業比重が低下するに伴い、甚だしく低迷するに至った。表1で示されるように、産業別のGDP、就業者の構成比、及び相対所得を比較してみると、農林・漁業の全産業に占める比重はGDP基準で、1963年の42.2%から1992年の7.6%に、就業者の構成比は1963年の63.1%から1992年には16.0%に落ちており、相対所得も1963年の0.67%から1992年には0.48%へと各々低下し続けている趨勢にある。

このような職業別所得の格差にもかかわらず、農村地域の医療保険料の水準は職業医療保険を100と見なした場合117の水準であり(1994年基準)、農漁村における医療保険料の方がかえって高い水準にあることが分かる。相対所得は農漁村が0.48であり、一方、鉱・工業の方は1.09であるにもかかわらず、医療保険料の水準は前者の方がかえって高率であるという事実をみると、農漁村の保険料の水準が相対的に過重であることが分かる。

このように、保険種別、所得階層別の所得の格差と寄与率の格差が発生することによって、所得により負担するのを原則とする社会保険の、所得再分配の効果が挙げられない現状である。

(2) 人口的要因と老人医療費との関係

最近における韓国の老人人口の増加率は、総人口の増加率を上回っており、今後20年の間、このような傾向は更に進展するものと予想されている。1994年現在、人口における老人人口の

表1 産業別GDP、就業者構成比、及び相対所得の比較

区分	農林・漁業			鉱・工業			社会間接資本及び その他サービス業		
	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得
1963	42.2	63.1	0.67	16.6	8.7	1.91	41.2	28.2	1.46
1977	21.5	41.8	0.51	29.1	22.4	1.30	49.4	35.8	1.38
1987	10.5	23.6	0.45	43.0	25.9	1.27	56.5	50.5	1.12
1988	10.5	20.7	0.51	33.2	28.5	1.16	56.3	50.8	1.11
1989	10.1	19.5	0.52	31.8	28.2	1.13	58.1	52.8	1.10
1990	9.0	18.3	0.49	29.4	27.3	1.08	61.6	54.4	1.13
1991	8.0	16.7	0.48	28.6	26.9	1.06	63.4	56.4	1.12
1992	7.6	16.0	0.48	27.7	25.5	1.09	64.7	58.5	1.11

資料：韓国銀行『経済統計年報』、各年度
 経済企画院 1988 『産業別就業構造』
 経済企画院 1993 『経済白書』

注：相対所得=所得構成比/就業者構成比

表2 種別医療保険における保険料水準の推移

(単位：ウォン)

区 分	職 場	公 ・ 教	都 市	農 ・ 漁 村
1988	6,014 (100)	9,022 (150)	7,029 (117)	5,466 (91)
1989	6,832 (100)	10,019 (149)	8,291 (123)	5,869 (87)
1990	7,592 (100)	11,393 (128)	9,699 (128)	7,772 (102)
1991	8,790 (100)	12,586 (143)	12,727 (145)	10,591 (120)
1992	9,949 (100)	13,855 (139)	13,693 (138)	11,783 (118)
1993	10,884 (100)	12,816 (118)	14,255 (131)	12,693 (117)
1994	11,840 (100)	13,834 (117)	14,838 (131)	13,549 (117)

資料：医療保険联合会，各年度、『医療保険組合決算書』

注：保険料は被保険者本人の月負担保険料を基準とすること。

構成比は保険種別により異なった様相を示している。1993年現在，医療保険のうち65歳以上の老人の人口構成比が最も高いものは，農・漁村医療保険と公・教医療保険であり，8.15%に至っている。一方，職場医療保険は5.30%，更に市地域の医療保険はまだ3.59%にとどまっている。

特に，農・漁村医療保険の老人人口は，産業化の過程での青年階層の急速なる離農現象によって，農・漁村における人口の老齢化が加速されているので，全国民医療保険以後における，退職者の地域医療保険への流入などにより，更に高まっていく現状にある。

(3) 統合方式と組合方式との論争とその結果

このような経済的，人口的諸要因と共に，韓

国の医療保険における財政調整制度の実施の最も直接的な原因のひとつは，統合方式と組合方式との熾烈な論争である。

韓国における組合方式の医療保険制度は，組合間の財政の格差，負担と給付の非衡平性，管理運営上の非効率性などの構造的な問題が発生したので，統合方式への論議は制度施行の初期から提起されてきた。1980年の初期における600余個の事業場別組合を統・廃合する過程において，保健福祉部は全国の保険者の一元化論を提起し，1981年9月の国会では，与野党の満場一致による医療保険制度の統合を決議して，政府をして統合法案の提出を要求するに至った。こうして1982年末まで，保健福祉部は医療保険統合法案を国会に提出すべく約束したのであるが，ついには提出することなく終わった。そしてその代案として，韓国人口保健研究院による全国民医療保険の実施のための制度の研究が遂行され，組合方式が温存されながら，これを補完する手段として，財政調整制度の導入を提案したのであった。その後，財政調整制度の導入への提案は採択されぬままに時が流れ，1991年に至って地域組合における財政運営の困難が増大するや，財政調整制度のひとつとして，高額

表3 種別医療保険における老人人口構成比の現況とその推計

(単位：%)

区 分	全 体	職 場	公・教	郡地域	市地域
1993	5.35	5.30	8.15	8.15	3.59
1994	5.52	5.61	8.31	8.47	3.69
1995	5.69	5.95	8.47	8.81	3.79
1996	5.87	6.31	8.64	9.16	3.89
1997	6.05	6.69	8.81	9.53	4.00

保険給付費の共同負担事業が実施されることになったのであった。更に1995年には、このような財政調整制度を本格的に拡大して、遂に高額給付費と老人医療費の共同負担事業を実施するに至った。

2. 韓国における財政調整制度と主要国の制度との比較

財政調整は社会保険制度の自立または分立を前提として、社会保険が対象とする危険(給付)費用に大きく影響を及ぼす要因に対して、社会保険制度間の、より広くは、社会保険全体がその費用を共同で負担する構造を言うのは言をまたない。これは、すべての被保険者が仮想の単一制度に加入する場合を仮定して、負担すべき水準に見合った各社会保険制度がこれを負担するのを原則としている。この場合、老人人口の加入率、人口構成比などの人口の要因による負担を同一水準に調整する方式と、所得に対する負担率を同一水準にする方式など、二つの方式にこれを分けることができる²⁾。

主要国の財政調整制度と韓国のそれとを比較してみると、全保険者の財政力を評価する点においては韓国はドイツの制度と類似しているが、ドイツの制度が所得だけを対象にして財政力を評価している反面、韓国の場合には所得、給与費、扶養率、老人人口の構成比など、4つの要素を財政力の評価基準にしている。また、老人医療費の共同負担事業の場合、日本は地域医療保険に対する国庫負担分を含めた金額を基準にして、老人医療費の財政調整事業を拠出しているのに反して、韓国の場合には地域医療保険に対する国庫負担分を除外した金額に基づいて財政調整事業の拠出を行っている。日本の場合、65歳以上の老人は、地域医療保険に当然編入さ

れるのに反して、韓国の場合にはこれを職場医療保険や公・教医療保険の被扶養者として編入することができるので、保険者間の老人人口の構成比が日本に比べてさほど格差が大きくない。

一般的に、社会保険制度の財政調整では特に被用者制度と被用者以外の制度との間の加入者の所得把握の差が問題として提起されるので、日本の老人保険制度やフランスの財政調整においても老人加入率などの人口要因だけを対象とする財政調整方式を採択している。特に日本の場合、老人保健制度における老人医療費のように、明らかに制度間の差が発生するリスクに対しては全医療保険にわたる制度間の財政調整を実施しているし、その他、給付に対しては同一の医療保険制度内でこれを実施している。この場合、被用者と非被用者間の所得把握の差に対する問題はある程度解決できることになる。しかしながら、フランスの場合には、自営者の所得の把握が正確でないまま、全体の医療保険制度間の財政調整を実施しているので、赤字制度が黒字制度を支援するなどの問題が発生している。

韓国の場合には、基本的に自営者の正確な所得把握の状態や水準に対して、これを医療保険の公式資料としてはまだ見做しかねないとの報告がなされていることも相俟って、所得に基づいた財政調整は事実上不可能であると評価できよう。社会保険は保険料をその財源としており、保険料は所得比例による拠出が一般的であるが、勤労者でない自営者や農業従事者を対象とする場合は、所得の正確な把握が困難であるという事情から、推定所得に基づいてこれを実施するしかない現状である。

表4 年度別拠出及び配分基準

区 分	'91	'92	'93	'94
拠出率(%)	5	6	7	8
配分基準額(千ウォン)	947	900	900	900
配分率(%)	100.00	98.87	100.00	100.00

III. 保険者間の財政調整事業の 運営実態

1. 保険者間の財政調整事業の概要

保険者間の財政調整は、現行の組合方式下における財政安定事業のひとつとして実施されており、施行の主体は医療保険聯合会の主管の下に「医療保険の財政調整事業運用委員会」がこれを行っている。

事業の範囲は高額保険給付費用の共同負担事業、老人医療費用の共同負担事業、国民の健康増進と医療費の節減のための保健予防事業、天災地変などによる財政の脆弱した保険者の支援事業、保険給付費用の支給のための貸与事業などである。この中で高額保険給付費用の共同負担事業は、1991年から実施されており、保険給付費用の支給のための貸与事業は、1993年から実施されている。また、1995年からは老人医療費の共同負担事業が実施されている。

負担の基準は1991年～1994年の期間と、1995年以降とは大きく違った様相を示している。1991年～1994年を第1期、1995年以降を第2期として説明を試みることにしたい。

第1期(1991～1994)においては、各保険者の前年度の決算書上の保険料収入決定額に一定率を乗じた金額を徴収した。但し、地域組合における前年度保険料の収入決定額は、国庫による負担金を除外した住民負担の保険料決定額の100分の90と定めた。国庫による負担金が地域組合の42～45%になっていたことを勘案すれば、地域組合は前年度の保険料収入の49.5%～52.2%が負担基準になっていて、拠出基準は被用者組合に比べて約半分になっているのが特徴だと言えよう³⁾。

第2期においては、年間高額保険給付費の配分額にかかわる所要予想額と、年間老人医療費配分額の所要予想額を各々区分して算定しているが、その合計が1995年度では年間総保険料の収入の20%以内に、1996年度では25%以内と定められているが、拠出基準においては第1期と大きく内容を異にしている。すなわち、拠出金の算定基準を、第1期における保険料の単一要素(地域：国庫除外分の90%)方式から、財政力に影響を与える構造的要素を総合的に測定できると主張されている諸指標、すなわち所得、給付費、扶養率、経済活動人口の構成比などの多要素公式に転換して、保険者別に差額を負担するようにしている。また、医療保険制度の種別(職場、公・教、市地域、区地域、農漁村地域)の構造的特性を考慮して、種別に割当て額を決定した後、各制度内で再分配していく段階的な配分方式を採択している。

配分対象の基準は、高額保険給付費の共同負担事業と、老人医療費の共同負担事業とに分けられる。高額保険給付費の共同負担事業の配分基準額は、審査支給が決定された診療費の請求明細書1件当たり(件当たり診療費)の保険者負担給付費のうち、'91年には100万ウォン、1992年からは90万ウォンを超過した金額であり、老人医療費の共同事業は年度末基準で65歳以上の者の入院診療の審査支給決定額の全額を対象にして配分している(表4)。

以上に説明した、韓国の医療保険制度におけ

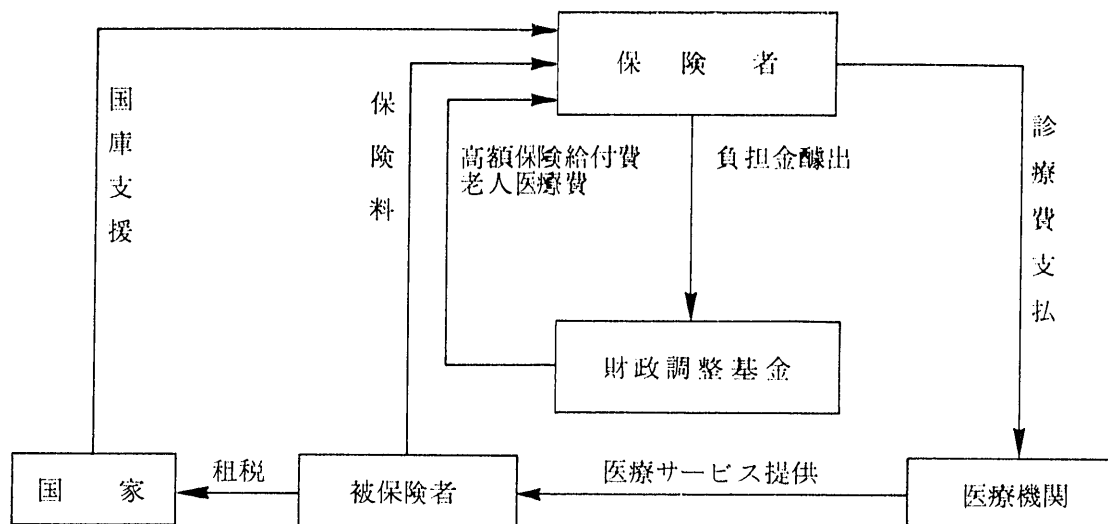


図1 財政調整事業の業務体系図

る財政調整事業の業務体系を図示すれば、図1のようである。

2. 保険者間財政調整事業の効果の分析と評価

(1) 第1期(1991～1994年)財政調整事業

医療保険財政安定事業としての保険者間共同負担事業は、「高額保険給付費用の共同負担事業」と「老人医療費の共同負担事業」とに構成されており、そのうち、高額保険給付費用の共同負担事業が1991年より施行されている。

拠出金は保険者の前年度における保険料収入の決定額(但し、地域組合の場合は保険料の収入決定額は住民負担保険料の90%とする)に拠出率を乗じて拠出し、拠出率は1991年の5%から逐次引き上げて、1994年には8%を徴収するまでになった。これによって、財政調整事業の拠出規模は1991年、911億6,600万ウォン、1992年、1,348億3,500万ウォン、1993年、1,793億3,200万ウォン、1994年、2,200億5,500万ウォンと増加した。したがって、地域医療保険に対する財政移転額も年々増加の道をたどっている。地域医療保険へと財政移転した金額を年度別にみれば、1991年、188億ウォン(農漁村819億ウォン、都市107億ウォン)、1992年、241億ウォン(農漁村104億ウォン、都市137億ウォン)、1993年、324億ウォン(農漁村136億ウォン、都市188億ウォン)、1994年、420億ウォン(農漁村171億ウォン、都市249億ウォン)と増加している。1991～1994年期の間、地域医療保険へ移転された総額は1,173億ウォン(農漁村492億ウォン、都市681億ウォン)であった(表5)。

韓国の医療保険制度では所得水準と医療利用が正比例の関係にあると報告されており⁴⁾、高額診療費も高所得層で大きく発生している⁵⁾。

表6は総診療費143万ウォン(給付費90万ウォンを基準として総診療費を逆算した値である。)を基準として公・教医療保険の被保険対象者(被保険者と被扶養者を含む)を対象として、世帯当たりの発生率(10,000人当たり)を分析したものである。保険料を負担する世帯当たり(被保険者基準)で分析してみると、標準月給与額64万5,000ウォン未満の階層の高額医療費の発生率よりも標準月給与額84万5,000ウォン以上の所得階層の方が約1.5～2倍近くの発生を示している。扶養率の差を統制して被保険対象者一人当たりの高額医療費の発生率を観察して

表5 保険者種別、年度別の拠出及び配分実績

(単位：百万ウォン)

区 分	1991		1992		1993		1994	
	拠出金	配分金	拠出金	配分金	拠出金	配分金	拠出金	配分金
全 体	91,166	91,154	134,835	137,576	179,332	178,475	220,055	225,168
職 場	48,304	33,751	67,622	50,057	89,895	61,744	112,037	77,487
公 ・ 教	15,767	11,755	21,627	17,797	28,762	23,624	31,223	28,959
農・漁村(郡)	6,523	14,622	10,586	20,989	13,974	27,528	17,739	34,803
都 市	20,572	31,206	35,000	48,733	46,701	65,577	59,056	83,919
区 地 域	4,402	7,324	8,492	11,713	11,503	15,707	14,863	21,009
市 地 域	16,107	23,882	26,508	37,020	35,198	49,870	44,193	62,910

表6 所得階層別高額診療件数の発生現況 (1993)

標準月額給与額 (ウォン)	構 成 比 (%)			発 生 比 率		世帯当人員 (名)
	保 険 料	高額診療費	総診療費	世帯当発生率	被保険対象者基準	
計	100	100	100	205	76	3.70
280,000以上～380,000未満	5.1	4.7	5.2	129	53	2.41
380,000以上～495,000未満	11.3	12.3	13.9	196	66	2.98
495,000以上～645,000未満	18.2	18.5	21.5	243	70	3.48
645,000以上～845,000未満	23.5	23.5	25.0	315	74	4.25
845,000以上～1,125,000未満	22.2	20.6	18.7	378	82	4.62
1,125,000以上～1,550,000未満	17.6	16.0	12.1	481	110	4.37
1,550,000以上	1.1	1.1	0.7	553	136	4.06

注：世帯当たり発生率は保険料を支払う被保険者を基準とした。

みても、所得が高いほど、一人当たり的高額診療発生率は一定して高くなっている。所得階層別保険料の構成比と高額医療費の構成比及び総診療費の構成比と比較してみると、標準月額給与額が64万5,000ウォン以上84万5,000ウォン未満の所得階層では高額医療費の構成比率が総診療費の構成比率に比して低いが、それ以上の所得階層では高額医療費の構成比率よりも高い総診療費の構成比を示している。

表7は職場医療保険組合の平均標準報酬月額

と高額保険給付費の共同負担事業の配分率との関係を分析している。

表7で示すように、平均標準報酬月額を上回る組合群において、高額保険支給費の共同負担事業の平均配分率以上を配分される比率が、年度別に一貫して高くなっている。すなわち、1991年から1994年までの職場組合の平均標準報酬月額を上回る組合群における共同負担事業の平均配分率以上の配分を受ける組合の比率は、各々64.7%、56.8%、52.1%、61.1%を示している

表7 職場医療保険の平均報酬月額と配分率との関係

(単位：個所)

区分	平均標準報酬月額	組合数	平均配分率			備考
			平均配分以上	平均配分率+10%以上	平均配分率-10%以下	
1991	578,011ウォン以上	68	44 (64.7%)	16 (23.5%)	10 (14.7%)	最高：175.4%
	578,011ウォン以下	86	42 (48.8%)	16 (18.6%)	21 (24.4%)	最低：16.7%
1992	656,451ウォン以上	67	38 (56.8%)	16 (24.0%)	9 (13.4%)	最高：144.3%
	656,451ウォン以下	87	34 (39.1%)	17 (19.5%)	25 (28.7%)	最低：3.3%
1993	716,665ウォン以上	71	37 (52.1%)	17 (23.9%)	10 (14.1%)	最高：101.8%
	716,665ウォン以下	83	38 (45.8%)	9 (10.8%)	22 (26.5%)	最低：33.7%
1994	788,930ウォン以上	72	44 (61.1%)	23 (31.9%)	5 (6.9%)	最高：233.4%
	788,930ウォン以下	78	33 (42.3%)	7 (9.0%)	17 (21.8%)	最低：33.8%

資料：医療保険联合会，各年度，『職場医療保険組合決算現況』

注：平均配分率は：1991：669.5%，1992：74.0%，1993：68.7%，1994：69.2%。

一方、平均標準報酬月額を下回る組合群においては、配分を受ける共同負担事業の配分率よりもかえって約16～19%ポイント程高くなっている。

以上の分析により判明したのは、標準報酬月額が高い組合群での共同負担事業は、その配分率が高く現われることによって、共同負担事業の施行の結果による職場組合間の所得再分配の効果は、むしろ逆進性を示しているという事実である。

このような分析結果は、職場医療保険の平均標準報酬月額と高額保険支給費の共同負担事業における配分率との相関関係の分析において

も、確認できる。表8に示されているように、職場医療保険の平均標準報酬月額と高額保険給付費の共同負担事業の配分率との相関関係を分析した結果、1991年には平均報酬月額と配分率の有意性が殆どないという結果を示しているが、共同組合では多少有意性を示して、1992年、1993年、1994年は概ね有意の数字を示している。

このように、所得が高いほど高額医療費の発生率が相対的に高くなる現象は、公・教医療保険だけでなく、地域医療保険においても同様に現われている可能性は高いとみななければならないのであるが、このことは保険制度内においても共同負担事業を実施した結果、保険者間の所

表8 職場組合の年度別平均標準報酬月額と配分率との関係

	1991	1992	1993	1994
職場組合全体	-0.1195	0.2780**	0.2058*	0.2278*
共同組合	0.3475**	0.2548	0.2101	0.2820*
単独組合	0.1388	0.4040*	0.1899	0.0965

*p<0.01, **p<0.001

資料：医療保険联合会，各年度，『職場医療保険組合決算現況』

得の逆進性が進行していることを意味するもの
と言えよう。

(2) 第2期(1995年)財政調整事業

1995年度上半期における共同負担事業の配分の結果、職場及び公・教医療保険から地域医療保険に移転した金額は551億9,500万ウォンである。1994年の移転金額が419億2,700万ウォンであったことを考えると、1995年度の共同負担事業を通じた財政移転規模は、1994年の約3倍に及ぶ展望である。配分率は職場医療保険と公・教医療保険が1994年では各々69.2%、92.8%であったのに比べて、1995年上半期では63.5%、81.2%になり、各々5.7%ポイント、11.6%

ポイントの減少を示している。地域医療保険の場合は、1994年には154.6%から188.7%に増加しており、郡・市地域医療保険は1994年の141.4%から1995年の上半期には各643.8%、162.8%に変化して、各々446.4%ポイント、21.4%ポイントずつ増加しており、区地域医療保険は1994年の142.4%から1995年上半期には133.2%と、9.2%ポイントの減少になっている。

高額保険給付費における共同負担事業の配分率は、職場と公・教医療保険の1994年の各69.2%、92.8%から、1995年の上半期には57.7%、64.8%に変わって、各々11.5%ポイント、28.0%ポイントずつ減少している。地域医療保険は

表9 '95上半期における保険種別の配分現況

(単位：百万ウォン)

区 分		負担金 (A)	配分金 (B)	差 額 (B-A)	配分率 (B/A, %)	'94配分率比較 (%, 増加)
計	職場	129,482	82,189	△47,293	63.5	69.2(△5.7)
	公・教	42,322	34,362	△7,950	81.2	92.8(△11.6)
	地域	62,160	117,322	55,162	188.7	154.6(34.1)
	郡	6,035	38,855	32,820	643.8	196.2(447.6)
	市	12,592	20,496	7,904	162.8	141.4(21.4)
	区	43,533	57,971	14,438	133.2	142.4(△9.2)
高額	職場	59,044	34,081	△24,963	57.7	69.2(△11.5)
	公・教	19,296	12,516	△6,780	64.8	92.8(△28.0)
	地域	28,392	60,058	31,666	213.1	154.6(58.5)
	郡	2,770	17,799	15,029	642.6	196.2(446.4)
	市	5,735	10,853	5,118	189.2	141.4(47.8)
	区	19,887	31,406	11,419	157.4	142.4(15.0)
老人	職場	70,438	48,108	△22,330	68.3	
	公・教	23,026	21,856	△1,170	94.9	
	地域	33,768	57,264	23,496	169.6	
	郡	3,265	21,056	17,791	644.9	
	市	6,857	9,643	2,786	140.6	
	区	23,646	26,565	2,919	112.3	

* 配分金の算定基準：診療費明細書の件当たり審査支給の決定資料により定める。

注1) 高額給付費：件当たり給付費が90万ウォンよりも超過する場合の金額。

配分比率：'95-1/4分期72.88%，'95-2/4分期66.65%。

2) 老人診療費：65歳以上の入院給付費全額。

配分比率：'95-1/4分期100%，'95-2/4分期96.65%。

1994年154.6%から213.1%に増加し、郡、市、区の地域医療保険は1994年においてそれぞれ196.2%、141.4%、142.4%から1995年の上半期には643.8%、162.8%、133.2%になり、各々446.4%ポイント、47.8%ポイント、15.5%ポイントずつ増加している（表9）。

1995年から拡大実施されている財政調整事業の最も大きな問題は、衡平係数が各保険者の財政力を評価する客観的な指標を導き出すことが可能なのかという問題である。第2期財政調整事業によれば、衡平係数を通じて、財政調整事業が今までの「負担率の均等化」から「構造的危険要素の均等化」へと転換されていくだろうという展望を前提としている。このため医療保険の種別の割り当て方式を4要素方式に基づく衡平係数を算出し、衡平係数に比例して各保険種別に拠出金を割り当てている。

衡平係数を構成している4つの要素とは、所得水準、被保険者一人当たりの給付費、扶養率、経済活動人口の構成比である。そうして衡平係数を算定するための回帰式を導き出すために、「世帯当たり平均保険料」を従属変数として、所得水準、被保険者一人当たりの給付費、扶養率、経済活動人口を独立変数としている。それゆえ、このような式は健康な人が病人を支援し、扶養率の低い階層が扶養率の高い階層を支援するという水平的再分配の原則にも正面から相反する前提を含んでいると言わねばならない。

第二に、世帯当たり所得水準の基準が保険者別に一致しない。世帯当たり所得水準を評価する指標の世帯当たり平均所得の場合、職場医療保険は標準報酬月額、公・教医療保険は標準月給与額を基準にしているが、両医療保険の保険料の賦課基準である標準報酬月額の賦課範囲は著しく違う。わけても地域医療保険の所得と見

做している「国税庁の通報に基づく課税標準」と、標準報酬月額を比較の対象とするのは問題である。例えば、1993年末基準の世帯当たり平均所得の指標として、職場医療保険は71万955ウォン、公・教医療保険は67万7,130ウォンであるが、地域医療保険は小計8万6,200ウォン、郡地域医療保険4万3,800ウォン、市地域医療保険8万6,969ウォン、区地域医療保険は10万5,261ウォンとなっていて、区地域医療保険の所得水準の方が職場医療保険の20%以下に評価されているのは、現実的に妥当性を欠いている。

こういった問題点を伴っている諸変数を基礎にして、衡平係数を算出し、各医療保険の種別及び保険者別財政調整事業の負担金を算出した結果、各保険者別衡平係数と負担率が一致しない結果を生んでいるのは矛盾と言えよう。例えば、被用者医療保険組合の内部では、衡平係数が高い組合の方がかえって負担率が低くなっているし、地域組合の内部でもこういった現象が発生しているのを指摘しなければならない。

第三に、老人医療費の共同負担事業が老人人口の構成比と一致していない点である。老人医療費の共同負担事業の配分結果、郡地域医療保険の配分率は644.9%であるが、郡地域医療保険の老人人口の構成比は平均人口構成比の約1.5倍である。老人医療費共同負担事業の配分率の場合、市地域が141.4%、区地域は112.3%に達しているが、都市地域医療保険の老人人口構成比は、制度全体の61.3%の水準に過ぎない。

所得を比較してみると（表10）、都市自営者の平均所得が職場被用者の平均所得よりも高くなっている。したがって、実際においては職場被用者に比べて老人医療費の構成比は都市自営者の方がより低いし、所得は都市自営者の方がもっと高いにもかかわらず、職場及び公・教医療

表10 世帯主の活動状態別年間所得の比較 (1988)

区 分	都市自営者	都市被用者	農漁村自営者	農漁村被用者
年間所得 (比較指数)	9,209千ウォン (100)	8,488千ウォン (92.9)	7,948千ウォン (86.3)	6,744千ウォン (73.3)

資料：統計廳 1993 『韓国の社会指標』

保険では財政が一方的に移転されて、財政調整事業と言うよりは財政支援事業になってしまっている。

第四に、老人医療保険の発生も所得が高いほどその発生比率が高いはずなので、職場、地域医療保険制度の間には逆進性の発生が予想される。表11は公・教医療保険の家口当たり及び被保険対象者を基準として、65歳以上の老人の入院医療費の発生率（1万人当たり）を所得の階層別に整理したものである。この表でみられるように、老人入院医療費の発生率も所得が高いほど高くなっている。所得階層別の保険料の構成比と老人入院医療費の構成比とを比較してみると、標準月給付額が84万5,000ウォン未満の所得階層では保険老人医療費の構成比よりも老人入院医療費の構成がかえって低くなっているが、それより高い所得階層では、保険料の構成

比よりは老人入院医療費の構成比の方が大体において高い数字を示している。

所得階層別保険料の構成比と高額医療費及び老人入院医療費を比較してみると（表11）、老人入院医療費の発生比率が高額医療費の発生比率より高いほど高くなっている。したがって老人医療費を共同負担にするとき、同じ保険種別内でも低所得集団から高所得集団へと所得移転が起こって、逆進的な現象が発生する可能性が大きい。

IV. 結 語

現行の財政調整事業の拡大は、地域医療保険の財政の安定に主なる狙いをおいており、そういった機能的な面においては成果をおさめている。しかしながら、財政調整の基本的前提にな

表11 所得階層別老人入院件数の発生現況 (1993)

標準月額給与額 (ウォン)	構 成 比 (%)			発 生 比 率		世帯当 老人構成比 (%)
	保 険 料	老人入院 医療費	総診療費	世帯当発生率	被保険対 象者基準	
計	100	100	100	788	788	8.2
280,000以上～380,000未満	5.1	2.5	5.2	392	685	4.7
380,000以上～495,000未満	11.3	8.5	13.9	610	747	6.7
495,000以上～645,000未満	18.2	16.3	21.5	720	767	7.7
645,000以上～845,000未満	23.5	27.1	25.0	998	803	10.2
845,000以上～1,125,000未満	22.2	27.4	18.7	1,288	819	12.9
1,125,000以上～1,550,000未満	17.6	15.6	12.1	1,306	788	13.6
1,550,000以上～	1.1	1.3	0.7	1,710	1,009	13.9

注：世帯当たり発生率は保険料を納める被保険者基準。

る財政力に伴う負担とその危険の伴う配分などの原則が正常に守られているとは言い難い。財政調整の導入の拡大は、現行の組合方式医療保険の限界を克服するためには必須の制度である。そうしてその財政規模が大きく高まってきているので、社会保険の原理に符合するよう改善されていかねばならない。

制度改善の基本的な方向は、公平なる所得の再分配が確保されるような財政調整にならねばならず、所得の水準に見合った財政運営の体制にならねばならず、かつ、国庫負担を効率化しなければならない。その内容は、第一、共同負担事業が公平に運営されるように衡平係数の内容が改善されねばならない。現行の衡平係数は扶養率や給付率への依存が高くて、医療保険の水平的な再分配にも符合しない現象が発生している。もしも所得の把握が難しいとか、全体の保険者に対して同一に適用できる基準を導き出すことが難しいならば、主要諸外国の経験でみられるように、高額な保険給付費の共同負担事業を医療保険の種別で運営するとか、市・道別の都市地域どおし、あるいは職場組合どおしで運営する必要がある。

第二、財政調整事業の財政移転の方向においては、被用者の財政が一方的に都市自営者に移転することのないように合理的な基準を設定して、日本のように国庫の負担を拠出金の賦課基準に含めるか、あるいは都市と農村を差別化するのが必要であろう。財政調整事業の拠出金の賦課基準として、職場医療保険と公・教医療保険の場合は前年度の総保険料収入の決定額を基準とすることによって国庫の負担分を除外している。ところで、この場合、都市自営者の所得の方が結果的に被用者の所得よりも大きくなっていて、都市自営者の方が財政共同負担事業の

負担金をより少なく負担する結果になっていることは説得力に乏しい。なおさら、国庫負担は被用者が納めた税金が含まれている中から支援されていて、都市自営者には二重に支援をする結果になってしまう。

第三、財政調整事業の負担の衡平性を高めるためには、総報酬に基づく保険料が賦課される必要がある、これに基づいて財政調整の負担率が決定されるべきである。現在、職場医療保険の共同負担事業の拠出金は平均標準報酬月額大きさによって割り当てられている⁹⁾。したがって、所得水準によって負担率を異にしている財政調整事業が正常に運営されるためには、その基本的前提として、所得基準の評価資料である保険料の賦課基準が同一に適用されなければならない。現在のように職場医療保険の内部においても標準報酬月額が総所得をまともに反映できない結果に陥るならば、衡平性に符合した財政力の評価には問題が起きるのである。

第四、国庫による負担方式を合理的に改善して、国庫負担の効率的な配分による国庫の効果的な活用を期すべきである。国庫負担の効率的な配分をとおして、地域組合が全体的には黒字でありながらも部分的には赤字を招き、その結果、財政調整事業による財政の追加負担を必要とする事態が起こらないことが望ましい。このためには、市・道で国庫負担の差等的な支援を行い、市道別に負担された国庫を効率的に運用することが望ましい。

第五、所得の階層別財政運営ができるように、管理運営の体系を再編することである。例えば、地域医療保険を市道別に統合運営するか、あるいは職種別に自立可能な集団を別途に管理することによって、国庫の負担を縮小する方法である。

社会保障の運営において全国民を一つの組織で管理するか、財政を統合して運営しない以上は、分立されている社会保障制度間、または医療保険制度内で保険者間の財政調整による財政の格差を調整することは必須である。韓国の医療保険においても、その間財政調整を導入してこれを実施してきているが、実施方法やその運営の過程で多くの問題点を露呈しているのが現状である。今後、韓国の医療保険における財政調整事業の役割は益々増大かつ重要にならざるをえないであろう。したがって、社会保険の根本主旨にかなうような衡平性のある、そして合理的な財政調整事業が達成されなければならず、さらには、国民の連帯という次元での医療保険の財政運営の実をあげられるよう制度の改善が要望されてやまない。

注

- 1) 世界的に実施されている医療保険制度の改革を概観すれば、次のような三つの目標の下に推進されているという点で、共通点がある。OECD, 1995, *The Reform of Health Care: A Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies, No. 5, Paris.*
 - ①一定の、最小限度の医療に対して、すべての国民に適切で公平な接近性の保障 (access to a minimum of health care)。
 - ②国民の医療費が国家の資源の適正なる比率を超えないようにすべきであるという巨視経済的な効果性の確保 (macro-economic efficiency)。
 - ③医療サービスが最小の費用で良い結果と消費者の満足を確保せねばならないという微視経済的な効果性の確保 (micro-economic efficiency)。
- 2) 藤井良治 1994 「社会保険と財政調整」社会保険研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- 3) 地域組合がこのように国庫の支援を除いた金

額の90%にならねばならないという根拠に対して、文玉綸は二つの理由を挙げている。第一は、地域保険に対しては農・漁民などによる保険料負担の軽減のために、国家が政策的に保険財政の50%を支援しているの、このような位置を勘案して、国庫支援額の管理運営費、国庫負担分の保険料を除外すべきである。第二は、地域保険における保険料の自発的な納入意識が未だ定着していない現在としては、保険料を源泉徴収する職場保険に比べて地域保険の方は構造的にかかえている保険料徴収の難しさを勘案する必要があるためである、としている。(文玉綸 1991『韓国医療保険論』新光出版社, p. 24)

- 4) 文昌珍 1990 『保険医療社会学』新光出版社, pp. 110-111.
- 5) 低所得層の高い死亡率と有病率は、一般的な傾向である (Kronenfeld, 1993: 23; 文昌珍, 1990: 134-152)。しかし医療の利用は所得やあるいは貧困の文化、医療体系内の内的障害などによって左右されるので、低所得層の方の医療利用は、必ずしも常に高いわけではない (文昌珍, 1990: 110-117)。
- 6) 職場医療保険の共同負担事業の負担金の割り当て基準は職場医療保険全体に割り当てられた負担金を各保険者の所得総額/職場医療保険の所得総額で算定し、所得総額の基準は平均標準報酬月額×被保険者数で算出する (医療保険联合会 1995 『医療保険における財政安定事業の実務要領』pp. 30-31)。したがって保険料率は考慮されていないが、保険料率が高いほど標準報酬月額が低めに評価される場合が発生するので、賃金水準が高くて保険料率が高い保険者群は共同負担事業の負担水準が低くなる問題点が発生する。

参考文献

- 金泳謨ら 1991 『韓国医療保険の研究』韓国福祉政策研究所出版部 (韓国語版)
- 文玉綸ら 1988 『医療保険における財政安定基金の造成及び運用に関する研究』医療保険联合会 (韓国語版)
- 文昌珍 1990 『保険医療社会学』新光出版社 (韓国語版)

- 医療保険联合会 1995 『医療保険における財政安定事業の実務要領』(韓国語版)
- 江見康一 1982 「財政と社会保障との相互調整—社会保障と税制との相互調整並びに給付配分の効率性に関する研究」『季刊 社会保障研究』Vol. 18, No. 3, 社会保障研究所
- 江見康一 1984 『社会保障の構造分析』岩波書店
- 江口隆裕 1980 「フランス財政調整(1-3)」『週刊 社会保障, No. 1089-No. 1090』社会保険法規研究所
- 村上雅子 1983 『社会保障の経済学』東洋経済新報社
- 正村公宏 1989 『福祉社会論』創文社
- 下田平裕身 1992 「社会政策視点からの社会階層の認識—基礎的統計における社会集団分類法の吟味から」『季刊 社会保障研究』Vol. 27, No. 4, 社会保障研究所
- 勝又幸子 1994 「社会保障における制度間財政調整の現状と問題点」『季刊 社会保障研究』Vol. 30, No. 2, 社会保障研究所
- 藤井良治 1994 「社会保険と財政調整」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- 金井利之 1994 「地域福祉と財政調整」『季刊 社会保障研究』Vol. 30, No. 3, 社会保障研究所
- 漆 博雄 1994 「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」社会保障研究所編『社会保障の財政政策』東京大学出版会
- 健康保険組合連合会社会保障研究室 1994 「ドイツの医療保険改革にみる自治原則と市場原理」『健康保険』1994, 11, 12月, 健康保険組合連合会
- 社会保障研究所編 1994 『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- OECD, 1995, *The Reform of Health Care: A Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies No. 5*, Paris.
- Aulmann, H.-D, 1983, *The Legal Status of Social Security Organizations, Report of XXIst General Assembly*, Geneva, ISSA.
- Almann, H.-D, 1989, *Autonomous Management of Social Security Institutions, Report of XXIIIrd General Assembly*, Vienna, ISSA.
- Creedy, J. & Disney, R, 1985, *Social Insurance in Transition: An Economic Analysis*, Clarendon Press, New York.
- Dinh, X, 1989, *Form and Methods of Participation by Insured Persons in the Administration of Social Security in Certain Western Countries, Report of XXIIIrd General Assembly*, Geneva, ISSA.
- Doorsaer E. V. and Wagstaff. A, 1993, *Equity in the finance and delivery of health care: An International Perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Wagstaff, Adam, 1991, *Equity in Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparison in Providing Health Care, The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, (ed) Alistair Mcguire.
- AOK - Bundesverband, 1994, *Bericht zur Markt und Wettbewerbssituation der AOK, Germany*.
- (Cho Won Tak 韓国医療保険管理公団企画調査室 社会福祉学博士)