

韓国における医療保障の現状と 医療保険制度の拡大

三 井 速 雄
心身障害者福祉協会理事

矢 野 聡
健康保険組合連合会社会保障研究室

1. はじめに

本報告は、韓国における医療保険制度の拡大政策と、農漁村等地域住民のための地域医療保険制度の発展の方向について考察したものである。すでに知られているように、韓国は今世紀の末（当初はオリンピック開催年の1988年を目標としていたが、諸般の事情から遅れざるを得ないことを関係者も認めている）までに、全国民に対する医療の皆保険の実現を目標として掲げている。

それまでの韓国政府の社会・経済開発政策は、ともすれば経済成長主義に偏る傾向があった。すなわち、重点施策を輸出中心的工業育成策に置き、成長産業の育成および激しい国内市場での競争による徹底的な効率化によって短期間に急速に成長目標を達成してきたといえる。しかし、このことは国民に各種の社会的リスク、すなわち産業災害、環境汚染、その他生活上の事故の増大などの生活環境への悪影響も同時に招くことになった。また、医療需要の増大から国民の間に医療保険への著しい選好をも

たらし、逆に所得階層間、地域間に相対的な格差を増幅する恐れをもたらした。そこで政府は、国民の基本的な保健医療への欲求を充足し、社会構成員の連帯を強化する意味からも福祉部門の強化を強調し、新たな社会・経済発展計画の中に福祉国家の建設という目標を打ち出したのである。

しかし、医療保険の急速な拡大と共に、制度に関する基本的な問題点が数多く露呈し、政府による医療保険制度拡大策が必ずしも容易でないことを示している。

本報告の課題は第1に韓国医療保障の現状を当面する問題別に整理し、医療保険制度拡大の方向を追求してゆこうと試みるものである。第2の課題は現制度下の財政・医療費審査制度、支払方法、管理運営体系等を分析する中から、韓国の保険医療部門全体にわたる諸特徴と改善方法を分析することである。

これらの考察は、社会保険方式による医療保障の基本問題を抽出することとなり、したがってわが国の医療保険が当面する諸問題を解き明かす参考となる点も多いと思われる。

2 医療保障拡大発展の経緯

韓国に「社会保障に関する法律」および「医療保険法」が制定されたのは1963年である。当初の法律の内容は強制社会保険的性格の強いものであったが、政治・社会状況や国民の理解が十分でなかったことから施行は保留され、1965年の任意による医療保険組合の設立により実質的に始められた。任意組合は法改正によって強制適用制度が行われる直前の1976年までに組合数11（被用者組合4，自営業者組合7），加入者数は65,415名となっていた。だが保険給与水準，被保険者の逆選択現象，保険財政の不安定など問題点が続出していた。

1976年，韓国政府は1977-81年第4次経済開発5カ年計画を策定するに当って，保健医療部門に関して2つの大きな法律を制定した。すなわち，医療保険法の全面改正と医療扶助制度の創設である。法律は1976年12月に成立し，翌年7月から施行された。医療保険法は一定規模（当初500人）以上の事業所の被用者を第1種医療保険として強制適用し，保険料拠出の1/2使用者負担制や適用対象を本人及びその家族に定めることを決めた。また標準報酬等級表による料率の決定を明確にし，自営業者保険を第2種保険と呼ぶなど，社会保険方式による医療保障制度としての性格を確立したのである。

強制適用の事業所規模は，その後段階的に小グループにまで拡大され，1979年にはその規模は300人，1981年には

100人，そして83年には16名以上の被用者が保険適用の対象となっている。また1981年7月から地域住民を強制適用の対象とした第2種医療保険モデル地区による実験が沃溝（Ok-ku）郡，軍威（Kunwi）郡それに洪川（Hongchun）郡の3地区を対象に行われた。この実験は1982年7月になってさらに江華（Kangwha）郡，報恩（Boun）郡と木浦（Mokpo）市が新たに加えられ，このような形で地域保険の拡大も図られている。

一方，医療扶助制度は1977年1月から施行された。対象は生活困窮者および貧困者に分けられ，いずれも主たる稼得者がいないか，あるいは本人が稼得能力のない者に限られている。生活困窮者は65歳以上老人，18歳未満の少年，寡婦，心身障害者やその他の生活保護受給者である。貧困者とは収入が一定限度額よりも低く，市町村から貧困者と認められた者をいう。その対象者は所得の程度によって2種類に分けられ，給付の内容には若干の差がある（表1）。生活困窮者は病院，診療所^{注1}のいずれについても外来・入院とも無料である。貧困者は外来診療の場合，病院・診療所ともに全額が公費負担であるが，入院については要した費用の半分を公費で支払い，さらに残りを本人が退院して3年の間に繰り延べて支払うことのできる仕組みとなっている。

これらの他に1977年12月に公務員および私立学校教職員医療保険法が別途に成立し，1979年1月から施行された。この法律は当初，公務員，私立学校教職員およびその家族を対象に，第3種医療保険

表1 医療扶助受給者および受給内容(1981)

	受給者数 (1,000人)	基 準	内 容
1種対象者	642.4	居宅保護対象者, 施設収容者, 北からの帰順者, 罹災民その他	外来 全額国庫負担 入院 全額国庫負担
2種対象者	1,556.5	世帯員1人当り月平均所得が大都市26,000ウォン, 中小都市23,000ウォン, 農漁村20,000ウォン未満	外来 全額国庫負担 入院 国家50%負担 国家による貸払の後, 償還
3種対象者	1,529.0	世帯員1人当り月平均所得が30,000ウォン, 中小都市28,000ウォン, 農漁村26,000ウォン 未満	外来 全額国庫負担 入院 国家50%負担 本人負担20%, 30%は国家による貸払の後, 償還

(資料) 韓国保健社会部「保健社会」1982

として出発したが、1980年からは軍人家族が適用対象となり、81年には軍人年金法による年金受給者、選挙を経て公務員となっている者まで加えられた。

こうした医療保障制度の適用対象の拡大にともなって、制度全体の管理・運営やその発展を促すための中央組織が作られるようになった。第1種の医療保険組合では、当初から事業所単位で管理・運営が行われてきたが、療養給付費や診療報酬審査制度を全国的に取り扱う必要から中央機関として、1979年に医療保険組合連合会(FKMIS)が設立された。これによって被保険者、被扶養者の認定における組合間の差異などが解消され、被保険者証の全国的

統一が行われたのである。なお、FKMISは第2種保険で強制適用されている6実験地区、および都市自営業者等が構成する任意組合の診療報酬審査・支払業務も併わせて行っている。また公務員、私立学校教職員および軍人家族等の医療保険の管理・運営を行う中央組織として1978年に医療保険管理公団(KMIC)が設立された。KMICは理事長、常務理事ともに韓国の厚生省にあたる保健社会部から任命され、政府機関としての色彩の濃い組織となっている。KMICも独自に診療報酬審査・支払業務を行っており、韓国ではFKMISとKMICを統合しようとする、いわゆる「一元化」問題が、現在大きな課題と考え

られている。

注(1) 韓国の病院は、病床の保有数によって3つに分れている。19床以下は医院または診療所と呼ぶ。20床～79床までを病院と呼び、80床以上を総合病院と呼んでいる。

3. 医療保障をめぐる現状と問題点

韓国の医療保障は、政府による強力な拡大策もあって、施行以来急速な発展を遂げた(表2)。1982年12月現在では、韓国全人口の32.7%にあたる1,288万9,000人が医療保険の対象者に、また9.5%にあたる372万8,000人が医療扶助の対象者となっている。したがって全人口の半数近いおよそ42.2%(166万7,000人)が何らかの医療保障制度の適用対象者となっているのである。さらに政府は1981年に第5次経済開発5カ年計画(1982～1986年)を策定し、最終年度の1986年までには医療保険の比率を56.8%、医療扶助の比率を8.9%として、全人口の65.7%にまで適用対象者を拡大させる方針である。そしてさらにソウル・オリンピックの開催される1988年には、ほぼ皆保険の体制の実現を目標としている(表3)。

このように韓国政府が医療保障の適用拡大を急ぐ背景には、医療保険に加入していない自由診療による医療費が、保険診療のそれに比べて平均1.57倍も高いという事実も大きな要素となっているが、問題はそれだけではない。韓国の経済成長を支えてきた輸出主導型の産業構造は、先進諸国から国内の所得再分配を犠牲にし、安価な労働力によって輸出攻勢をしているとみられがちである。したがって、労働者および国民の健康を保持するとともに、社会保障施策の充実をはかることによって内外の批判に答えようとする意図も明らかである。しかし、これらの施策が性急に行われているが故に、多くの問題点が浮かび上がってきている。

以下、各項目毎に問題点を整理してみよう。

a) 医療制度

1977年以前の韓国における医療費の負担はおよそ85%が私費によるもので、公的支出は残りの部分を補うにすぎなかった。また高度な技術を有する医師の絶対数は少なく、近代的医療設備を持つ病院も限られていたのである。このような自由診療の体系のもとでは、医療機関および医師が需要の多い、しかも財源の豊富な大都市に集中するのは自明であった。

一方農村部の医療の実情をみると、およそ15%から20%の患者は病院あるいは診療所等で受診しているものの、45%の患者は薬剤師や薬局の助言により購入した薬剤で治療をしていたといわれる。また10%の患者は漢方による治療を行っていた。ところが残りの30%の患者は何の治療も受けていなかったといわれている。これら農村部の保健医療を改善する目的で、1980年に農村に対する保健医療を向上させるための特別法が制定された。この法律で予防から治療まで一貫したプライマリー・ヘルス・ケアを担当する保健診療員が新たに設けられた。1982年現在、752人

表2 医療保障適用対象の年次推移

(単位：1,000人)

	1977	1978	1979	1980	1981
<u>医療扶助</u>					
低所得者	1,726	1,654	1,624	1,500	3,086
生活困窮者	368	441	510	641	642
計	2,094	2,095	2,134	2,141	3,728
全国民に対する医療扶助 適用率 (‰)	5.7	5.6	5.7	5.6	9.6
<u>医療保険</u>					
第1種 被保険者 (被用者) 家族	1,185	1,648	1,820	1,976	2,637
小計	1,955	2,172	2,864	3,412	4,624
第2種 被保険者 (被用者以外) 家族	1.4	1.1	1.2	1.6	7.2
小計	4.9	4.7	4.9	4.9	21.1
第3種 被保険者 (公務員・私学職員他) 家族	—	—	74.1	82.1	87.3
小計	—	—	2,303	2,389	2,990
合計 被保険者	—	—	3,044	3,210	3,863
家族	1,199	1,659	2,573	2,813	3,582
小計	2,004	2,219	5,216	6,300	7,825
全国民に対する医療保険 適用率 (‰)	3,203	3,878	7,789	9,113	11,407
医療保障の適用率(‰)	8.8	10.5	20.7	23.9	29.5
	14.5	16.1	26.4	29.5	39.1

(資料) 表1に同じ

論文

表3 医療保障拡大長期計画

(単位：1,000人)

年		項目	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
人口			39,331	39,951	40,578	41,209	41,839	42,488	43,147
医療	推定適用対象者数	第1種	7,362	10,212	10,927	12,021	12,862	13,763	14,726
		第2種	583	547	547	6,029	5,893	11,485	16,714
		第3種	3,863	4,316	4,537	4,762	5,005	5,255	5,522
		計	11,808	15,075	16,011	22,812	23,760	30,503	36,962
全人口に対する適用対象者の比率			30.0%	37.7%	39.5%	55.4%	56.8%	71.8%	85.7%
保険	拡大計画	第1種	上の従業員100人以上の事業所	上の従業員16人以上の事業所	上の従業員5人以上の事業所				
		第2種	カパカ全国 トイ所の6 地口の6			バ城%全 カをの国 カ地30	カ60 バ% カを	カ90 バ% カを	
医療扶助			3,728	3,728	3,728	3,728	3,728	3,728	3,738
全人口に対する適用対象者の比率			9.3%	9.3%	9.2%	9.0%	8.9%	8.8%	8.6%
医療保障適用者数			15,536	18,803	19,739	26,540	27,488	34,231	40,690
全国民に対する比率			39.5%	47.0%	48.6%	64.4%	65.7%	80.6%	94.3%

(資料) Ok Ryun Moon, ISSA Report, 1983

の保健診療員が各地域に置かれており、さらに1985年までにその数は2,000人に増加されることが見込まれ、農村部の保健医療の向上を担う予定となっている。

しかし、医療保険制度の導入がそのまま韓国の医療制度全体を向上させるものではない。表4に明らかなように、医療マンパワーの配分は都市部、それもソウル市のような大都市に圧倒的に多い。たとえ農村

地域にヘルス・センターや保健診療員を配備するにしても、農村部への病院建設を急がない限りは本格的な医療の確保という点で多くの問題を残すままになるだろう。さらに、病院病床数の絶対的不足という問題がある。病院病床数は1981年現在でみると40,225床である。これを人口1万対で見るとソウル市が25.1で最も多い。最も少ない地域は10.1である。わが国を

はじめ、欧米先進諸国の人口1万対病床数がいずれも50以上（日本は1977年で106.1）である状況からすると、韓国の医療設備はまだ不十分であるといわなければならない。この他、地方によっては飲料水の水質の管理に問題があるといわれており、公衆衛生、予防接種、それに乳幼児の保健活動等に多くの不備な点が指摘されている。

このように、医療保険の制度拡大に答える医療供給側の体制は十分とはいえない。いまだに種々の面で自由診療的であり、これらの方向によっては医療保険の拡大のなりゆきが大きく左右されることになる。

b) 医療保険の財政と運営状況

第1種保険の保険料徴収方式は、わが国のそれと同じように標準報酬月額によっている。保険料率は3.0%～8.0%の間で任意の決定が認められており、1981年現在で法定最低限度である3%を料率としている組合は全体の84.2%にあたる155組合である（表5）。

第1種保険の全組合における平均保険料率は3.1%である。保険料は被用者と使用者とでそれぞれ1/2ずつを負担している。

公務員、私立学校教職員、軍人家族等のいわゆる第3種保険は、第1種保険と若干異っている。まず公務員の場合は標準報酬月額（賞与も含む）の3.8%が法定料率となる。そのうち1/2ずつを被保険者本人および政府で負担する。私立学校教職員の場合は、被保険者本人が1.9%（賞与も含む）、学校側が1.4%を負担し、さらに政府が残りの0.76%を援助するという形をとって

いる。次に軍人家族は、軍人である本人が1.14%（賞与も含む）を負担し、政府が1.44%を負担する。したがって法定保険料率は2.58%となる。軍人年金生活者の場合は年金受給者と年金団体が1.9%ずつを負担する仕組みとなっている。

第2種の地域保険は、保険料算定の方法が第1種および第3種のそれと全く異なる。まず最初に強制適用地区に指定されたパイロット3地区（Kunwi, Ok-ku, Hongchun）では、保険料の策定方法を住民の所得水準毎に世帯別等級方式により、徴収することとした。基準は1世帯当り定額制で1等級400ウォン、2等級600ウォン、3等級800ウォンの3種である。しかし、この方式による問題点も多く、世帯別の所得を認定する際の客観的な評価基準が不明確である、という難点がある。この経験を踏まえて、第2次強制適用地区として選ばれた3地区（Kangwha, Boun, Mokpo）では、保険料率の策定方法をより細分化する仕組みにした。すなわち、保険料算定方式として、世帯主が納付する保険料を（世帯平等割+被保険者均等割）+ {資産（土地、建物）割+所得（所得税、農地税）割} という、応益割50%、応能割50%の課料基準を設定し、実施している（なお応能割の所得の部分は、7等級に区分されている）。しかし、この方法も料率を決定する場合の手続きの複雑さ等から、全国的に普及するにはまだ難点があるといわれ、地域保険における各世帯の所得を客観的に把握することの困難さをうかがわせている。

第2種保険には、この他に任意の地域保

表4 都市、農村別医療マンパワーの配分状況 1981年

()内%

	医 師	漢 方 医	歯 科 医 師	助 産 婦	看 護 婦
都 市	13,949 (89.9)	2,265 (85.1)	2,660 (88.7)	1,522 (85.5)	13,349 (90.0)
農 村	1,574 (10.1)	396 (14.9)	340 (11.3)	259 (14.5)	1,490 (10.0)
計	15,523 (100.0)	2,661 (100.0)	3,000 (100.0)	1,781 (100.0)	14,839 (100.0)

(資 料) 表3に同じ

表5 第2種組合、被保険者数の保険料率別分布状況 (1981)

保険料率(%)	組 合		被 保 険 者	
	数	構成比(%)	数(名)	構成比(%)
3.0	155	84.2	2,329,773	88.8
3.1 ~ 3.5	6	3.3	71,235	2.7
3.6 ~ 4.0	18	9.8	1,618,443	6.2
4.1 ~ 4.5	3	1.6	42,769	1.6
4.6 ~ 5.0	2	1.1	16,634	0.6
合 計	184	100.0	2,622,254	100.0

(資 料) 韓国医療保険組合連合会(FKMIS),「医療保険統計年報」,1982

険組合と職域保険組合とがある。任意の地域医療保険組合は1982年現在、7組合11万6,058人が加入している。彼らは独自の療養取扱機関を指定(121の病院、医院)しているが、保険給付率が低いことなどから医療保険の拡大にともなって次第に独自の役割を薄くしている。また職域の第2種保険は主に都市自営業者、すなわち文化人、糧穀商、個人営業の運転手、理容・美容師等を対象としている。彼らは同一の職業に従事するもの1万名以上で組織し、全国の市・道単位で4組合、27万7,680名が加入している(1982年現在)。保険料の策定は全収入のおよそ3%を基準

としているが、客観性に欠けるという難点も指摘されている。

次に診療費請求および審査であるが、各医療保険組合が療養取扱機関からの請求を月別に受ける点で、わが国と同様である。薬局については、処方せんを発行した療養取扱機関に請求する仕組みである。第1種、第2種保険で請求された診療費は医療機関からFKMISへ送られ、審査を経て支払われる。第2種保険はKMICで同様の手続きが行われる。

保険の給付は、大きく療養給付、分娩給付、葬祭費に区分される。受診時における本人の負担率は外来が診療所30%、病院

50%で、入院の場合は20%である。この他に、農村の保健所、保健支所で受診する場合は1回あたり1,000ウォン、保健診療所の場合は1回あたり600ウォンの定額制である。

医療財源は、ほとんどが保険給付と自己負担によって賄われており、政府は行政管理に要する費用を支出するにすぎない。各保険制度の収支状況は表6、表7にあるとおりである。第1種保険および第3種保険は、ほぼ完全な保険料の徴収状況であるが、第2種の強制保険は、保険料徴収が不十分である。その原因は、地域保険が各組合を基礎として、各世帯から直接に保険料を徴収する方法となっていることによるが、住民の保険拠出への意欲が薄いことも挙げられる。この理由としては、農村部の近代医療への不十分な理解、社会保険に対する知識の不足などの他に、医療機関の絶対的不足、低生活水準による拠出能力の欠如等も指摘される。第2種地域保険は、大幅な国庫補助による援助にもかかわらず、1地区を除く残りの5地区はいずれも赤字を計上しており、地域保険拡大計画に暗い影を投げかけている(表6、表7)。

また医療保険の拡大・普及につれて、保険給付を受ける患者の数は急激に増加している。過去3年間の統計でみると、病院の外来診療の件数は5.3倍に増加しているが、一方自由診療の増加は1.7倍にすぎない。皆保険制度に至るまでの間で、すでに被保険者になった者の受診が著しく増加すると共に、特定の医療機関に集中する傾向が現われており、医療機関の役割機能の未分

化がこのような事態を招いているといえよう。最近はさらに医薬品の乱用や薬剤師による任意調剤販売、それに医療品業界の生産、販売過程における問題点が指摘されるようになっている。薬剤師マンパワーの地域的均衡配分の問題も含めて、医薬分業の制度的確立のためには、まだ相当の日数が要するようにみえる。

4. おわりに

韓国は現在、医療保険、とくに地域医療保険制度の拡大のために保健医療に関わる各省庁団体、研究機関がそれぞれの計画や政策体系について検討している段階である。例えば経済企画院、保健社会部、文教部、國務總理室、韓国開発研究院、韓国人口保健院、大韓医学協会、大韓病院協会などが挙げられる。またFKMISやKMICもそれぞれ独自に策定中である。いうまでもなく、医療保険の拡大とは単に法令を整備し、制度を整えるだけで済むものではない。むしろ保健医療の分野全体にわたる水準の向上と相互の連けいがあるのはじめて、それが実効のあるものとなろう。その意味からみると、現状は施策の遂行にあたって必ずしも統一的な連絡調整の機能が十分に整っていないようにみえる。保健医療のアクセシビリティや医療需要に関する調査・統計報告がより多く必要であろうし、供給側からの報告も同様である。行政組織も、保険医療の分野で一元化しておらず、例えば病院およびプライマリー・ヘルス・ケアの領域は内務部の管轄であり、医療保険制度を担当する保健社会部とは異っている。今

論文

表 6 社会保険収支状況 (収入)

(単位 : 百万ウォン)

1981				
	計	第Ⅰ種	第Ⅱ種	第Ⅲ種
財 源				
計	248,740	181,699	571	92,570
保 険 料	248,740	159,170	382	89,189
国庫負担	1,965	963	189	812
そ の 他	24,135	21,566		2,569

表 7 社会保険収支状況 (支出)

(単位 : 百万ウォン)

			社 会 保 険		
	計	%	Ⅰ 種	Ⅱ 種	Ⅲ 種
支 出					
計	209,871	100	132,506	721	76,645
給 付 費	191,550	91.3	120,018	532	71,001
行政経費	14,746	7.0	9,275	189	5,282
そ の 他	3,575	1.7	3,213	—	362
収支差引残	64,968		49,193	△150	15,925

(資 料) 表5に同じ

後保健医療が発展してゆく過程で、これらが問題点として浮び上がることになるであろう。

また被用者保険の加入者が退職した後の医療保障をどうするかについては、将来人口予測を基礎にした長期的な財源調達、運営方法が必要になる。さらに生活環境、職場環境の変化にともなって、国民医療費がどのように変ぼうしてゆくのか、という視野に立った検討も必要であるように思われ

る。

被用者保険でいえば現在、小規模組合は地区共同組合および工業団地組合に統合されてゆく傾向にある。これによってリスクの分散がはかられ、財源運営の管理および所得再分配効果が増大するとされている。しかし、この方式によると各組合は医療保険の財政的側面を管理するにとどまり、組合加入者および家族の健康管理、健康増進に個別に責任を持って推進してゆくまでに

は至らない。したがって、企業的特色を備えた保健活動や効率的な医療費点検運動が行いえず、法人として存在する組合の持つ独自性が制約される結果となる。現在、被用者保険が分立している状況からしても、組合方式のあり方をもう一度捉え直す必要があるように思える。また法定準備金の有効な運用方法についても、積極的な検討がなされるべきであろう。

診療報酬支払方式は、現行は点数単価方式であるが、保険財政を安定させるためには診療費を合理的に抑制する案を検討する時期にあるといえる。とくに医療供給体制がなお充実の余地を残している現段階は、方式自体の根本的な見直しをも含めた案を策定する好機であろう。ヨーロッパやわが国が直面している医療費問題を回避することのできる可能性が、韓国には残されていると思われる。

地域保険方式の拡大に関しては、第1に合理的かつ統一的な保険料の算定基準を確立する必要がある。その後「税」方式による強制徴収方式等の財源調達手段をはかることができよう。しかし医療供給体制の都市部と農村部の間の著しい不平等を是正するために、医療保険に先行する農村部への保健医療対策が充実されなければならない。主に都市型として発展している社会保険方式を現時点で農村部にまで拡大するには、いまだに整備すべき基礎的な要件が欠けているように見える。

最後に、韓国の全人口のおよそ1割を占める医療扶助受給対象者の問題がある。総数を抑え、かつ対象者を医療保険の被保険

者に取り込んでゆくには、経済成長の安定的持続と同時に、とくに農村部の生活水準を不断に向上させてゆく施策が必要である。

韓国の現段階は、医療保険の診療報酬審査支払に関する徹底したコンピュータ処理機構の他は、すべての部門が将来的に検討する余地を残しているといえる。だが、その困難な作業に政策担当者たちは果敢に取り組んでいる。それはわが国の制度、機構に対する熱心な調査研究活動にもあらわれている。換言すれば、わが国の医療に関連する諸制度がメリット、デメリットも含めて外国から真剣に検討される段階に来ていることを意味する。技術的交流を通じて、韓国をはじめとする近隣諸国の自助、自立活動を援助してゆくと同時に、医療の質の向上にむけたわが国の一層の努力が必要となろう。そのことが、皆保険体制の歴史を有するわが国の諸外国に示すことのできる貢献であるように思うからである。

参考文献

- ・韓国開発研究院, 医療保険の政策課題と発展方向, 1983 (韓国語)
- ・Melvin B Derrick, Assignment Report on Health Insurance in Korea, Ministry of Health and Social Affairs, 1983.
- ・Lee Sung Woo, Primary Health Care in Korea, ISSA Report, 1983.
- ・Ok Ryun Moon, Experiences of the Social Security Medical Care System in Korea, ISSA Report, 1983.
- ・医療保険組合連合会, 「医療保険統計年報」, 1983. (韓国語)