

## 保健医療政策

—過去は乗り越えられたのか？—

李 蓮花

### ■ 要約

「進歩十年」といわれた韓国の金大中政権と盧武鉉政権は保健医療分野においてどのような政策を展開したのか。本稿では従来の韓国医療保障システムが抱えていた主な問題を医療保険の統合論争と低い保障水準という二点にまとめたうえで、前者に焦点をあわせた金大中政権と後者に焦点をあわせた盧武鉉政権の保健医療政策の主な流れを整理する。そして、低い保障水準という根源的な問題が十分に解決されないまま、新たな成長論理のもとで保健医療の産業化・市場化が進まれている韓国の現状を指摘し、日本に対する示唆や比較可能な課題を探る。

### ■ キーワード

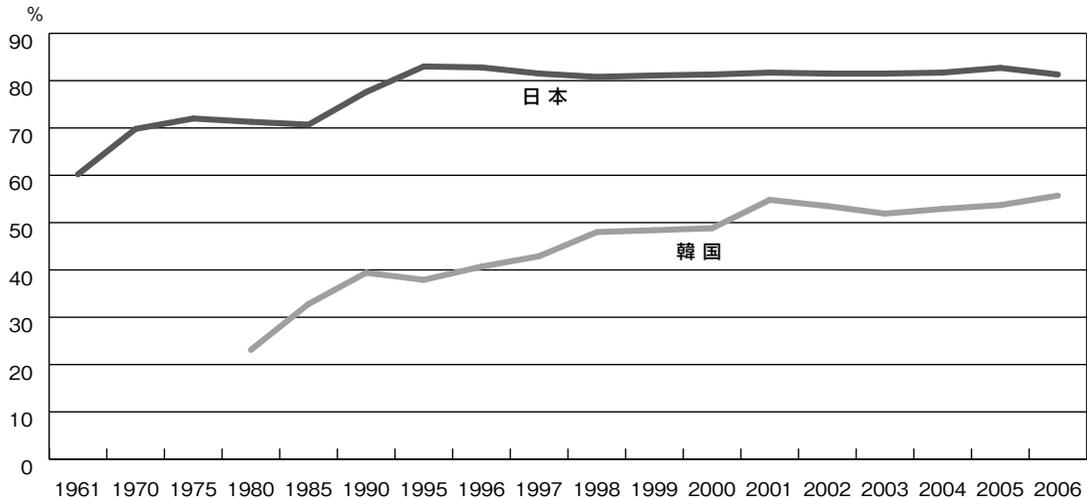
韓国、医療保険、保健医療、医薬分業、民営化

### I はじめに

本稿は、韓国におけるいわゆる「進歩十年」(1998～2007)の保健医療政策を検証することを目的とする。金大中政権と盧武鉉政権は保健医療分野においてどのような政策をイシュー化し、どのような方法によってアプローチしようとしたのか；それらの政策の成果と限界は何か；そして、韓国の経験は似通った制度と構造をもつ日本の保健医療に対しどのような示唆を含むのか。

本論に先立ち、いくつかの国際比較指標を通して韓国の社会保障全般における保健医療の比重、および保健医療支出における公的支出の比重を確認しておこう。OECDのSocial Expenditure統計によると、2005年、韓国のGDPに占める公的社会支出の割合は6.9%で、その中で保健医療に使われる公的社会支出の割合は3.2%である。単純計算では保健医療への支出が公的社會支出

全体の46.4%を占める(OECD, Social Expenditure 2008)。同じ年の日本の数値は18.6%と6.3%で、保健医療への支出が公的社會支出の33.9%を占める。公的社會支出における保険医療支出の比重において韓国の方が日本より高いのは主として年金制度の未熟度に起因するもので、今後、年金受給者の増加と高齢化の進展にともない韓国においても保健医療の比重はしだいに低下すると予測される。次に、一国の公的医療保障の充実度を表す、総保健医療支出に占める公的支出<sup>1)</sup>の割合を見てみよう。図1を見ると、韓国では90年代以降公的支出の比重が速いスピードで増加してはいるものの、2006年の時点でまだ55.7%に止まっている。一方、日本では90年代後半以降公的支出の比重が若干下がったが、依然として80%を超える水準である<sup>2)</sup>。つまり、韓国では国民皆保険から20年が経っているにもかかわらず、いまだに医療費の約半分を患者または民間医療



出所：OECD, *Health Data 2008*.

図1 日本と韓国の保険医療支出に占める公的支出の割合

保険でまかなっており、医療保障のなかで市場の役割が日本よりはるかに大きい。韓国の保健医療政策を検討する際にはこの事実をつねに念頭に置かなければならない。

本稿は次のように構成されている。まずIIでは、医療保険を中心に韓国の医療保障制度の歴史の変遷を簡単に整理し、保健医療分野における制度遺制と政策を取り巻く構造がいかなるものであったかを分析する。続いてIIIとIVでは、それぞれ金大中政権（1998～2002）と盧武鉉政権（2003～2007）の主な保健医療政策について考察する。最後にVでは、この10年間の保健医療政策を総括・評価した上で、日本に対する示唆または比較可能性のある諸課題について触れる。

## II 医療保障制度の歩み

どの国においても近代的な医療保障制度は近代化の産物の一つであり、その意味で対象国の近代化のなかで捉えなければならない。韓国の医療保険制度は、社会保障制度のなかで最も早く制度の整備が進んだ分野であるだけでなく、韓国の工業

化・民主化と密接に絡み合いながら発展してきたという点において、社会保障における「韓国的特徴」を端的に現す制度でもある<sup>3)</sup>。ここでは金大中・盧武鉉両政権の保健医療政策の理解への補助線として、韓国の医療保障政策の歩みを簡単に振り返る。

韓国の医療保障政策の歴史発展はいくつかの転換期的な出来事を境に、大きく4つの時期に区分することができる。第一時期は1948年から1976年までで、公的医療保障がまったくなかった、いわば医療保障の「前史」である。第二時期は1977年の医療保険・医療保護制度導入から1989年の皆保険達成までで、「世界最速」のスピードで制度の適用範囲が広がった時期である。第三時期は1990年から2000年までで、大規模の論争を経て医療保険制度が組合方式から一元的な統合方式へ転換した時期である。第四時期は2000年以降で、政策の重点が保障水準の改善など質的なものにシフトした時期である。

### 1. 公的医療保障の導入

韓国で公的医療保障制度（医療保険と医療保

護)が正式に導入されたのは朴正熙政権の末期の1977年である。それ以前の長い期間、韓国の人々は医療においてほとんど無保護の状態に置かれていた<sup>4)</sup>。1963年、軍事クーデターのあと、日本の健康保険法に倣った「医療保険法」が制定されたが、強制加入は時期尚早という理由から医療保険組合の任意設立・被保険者の任意加入を原則とする任意制度としてスタートした。しかし、60～70年代の成長一辺倒のもとで医療保険はほとんど有名無実であり、制度実施から10年以上が経った1975年の組合数はわずか11にすぎなかった。

山本・金論文が紹介したように、韓国では60年代半ばから軍事政権の下で急速な工業化が進み、1972年の維新体制成立後はさらに重化学工業化が断行された。こうした「上からの」の工業化は急速な都市化や産業構造の変化とともに、都市の農村の格差や近代部門と前近代部門との格差など開発の歪みをもたらし、70年代半ばごろには(経済開発だけではなく)「社会開発による均衡の維持」が重要な政策目標として認識されるようになった。そして、1976年には「国民保健計画」が第四次五ヵ年計画のなかに書き込まれ、それに基づいて上記の「医療保険法」が全面改訂、翌年の1977年7月に500人以上の事業所から強制適用されるようになった(職場医療保険)。医療保険に先立ち、医療へのアクセスが特に困難であった低所得層を対象とする医療保護制度が1977年1月から実施された(「医療保護法」の制定は1977年12月;2000年に「医療給付法」に変更)。そして、1977年には「公務員・教員医療保険法」も制定され、1979年より実施された<sup>5)</sup>。主に民間被用者を対象とする職場医療保険はその後1979年には300人、1981年には100人、1983年には16人以上の事業所へと着々と拡大され、地域医療保険が実施される直前の1987年には、被扶養者を含め全人口の36.01%をカバーするようになった。

社会保障制度は一度選択されると変えることが

難しい。その意味で、工業化初期においてどのような形の医療保障を選択したかはその後の政策変化を理解する上で重要である。ここではいくつかの点を指摘することができる。まず、医療保障の主要手段として、医療サービスの公的供給ではなく、社会保険を通じた「需要の社会化」を選択したことである。これは日本の影響を大いに受けたことであるが、同時に、植民地時代からの民間優位の医療供給体制の結果でもある<sup>6)</sup>。第二に、これも日本の影響であるが、韓国の医療保険制度は分立的な組合方式を採用した。その直接的な理由は、組合の独立採算制を通じた政府責任の回避であったが、企業福祉の一環として利用できることから企業側からも支持された。第三に、制度の早期実施・早期拡大のために保険料を低くする代わりに給付水準も低く抑える「低負担-低給付」構造が選好された。当初、保険料は3～8%のあいだで各組合が自主的に決定することになっていたが、近年までほとんどの組合が3%台の低い保険料を設定し、それによる財政的限界から給付水準の引き上げが困難になった。給付日数が制限されたり、多くの項目が保険給付から除外されたりしただけでなく、当初は診療報酬が市場価格よりかなり低く設定されていたため、医療機関が過度に保険外の薬剤や検査に依存し、医療保険未加入者の負担をさらに悪化させた。

## 2. 国民皆保険の達成

医療保障の主要な手段として医療サービスの公的供給ではなく医療保険を選択した国では、医療保険のカバレッジが非常に重要になる。なぜならば、民間優位の医療供給体制の下で、医療保険未加入者が利用できる低廉な医療サービスがきわめて少ないからである。韓国においても医療保険未加入者問題、具体的には農民や自営業者など非被用者の医療保障問題は医療保険実施直後から強く認識され、80年代初めから皆保険を目標に地域医

療保険のモデル事業が試行された。全斗煥政府は地域医療保険にも職場医療保険と同じく財政自立を求めたが、モデル事業はいずれも恒常的な赤字に陥り、地域医療保険の全面実施は繰り返し先送られた。

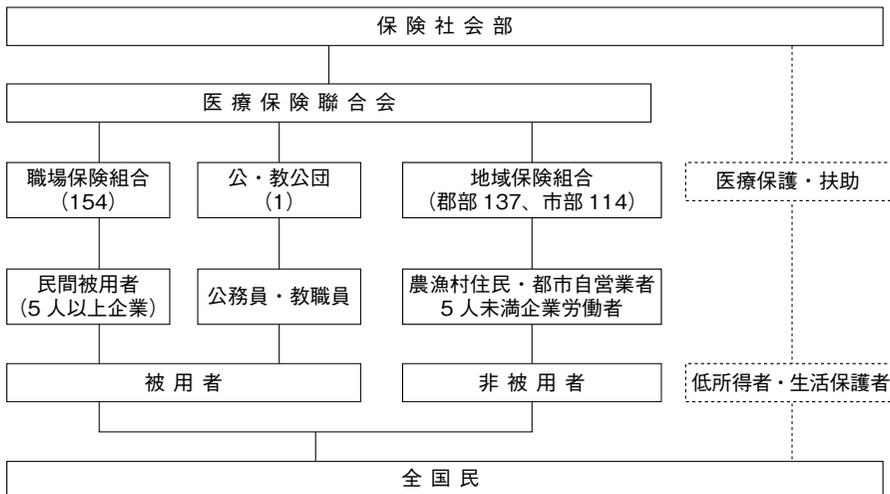
80年代半ばの政治的民主化は皆保険への足取りを一気に加速させた。1985年ごろから韓国では政治的自由化が進み、選挙競争が激しくなった。そこで、農村部に支持者の多い与党民正党は選挙公約の一つに地域医療保険の全面実施を掲げ、政府に積極的にプレッシャーをかけたのである。1986

年、国民皆保険は国民年金、最低賃金制とともに三大社会政策として発表され、1987年の怒涛のような民主化闘争と大統領選挙をはさんで、1988年1月に農漁村地域医療保険、1989年7月に都市部地域医療保険が実施された。これにより、医療保険の導入からわずか12年という「世界記録」で韓国は少なくとも制度上では国民皆保険を実現したのである。地域医療保険の全面実施にあたり、政府は保険料の約35%の支援することを約束した<sup>7)</sup>。民主化は皆保険の実現を速めただけでなく、それまで韓国の医療保険の最大原則であった財政中立

表1 韓国における医療保険加入者の推移 (対人口比)

	公教医保	職場医保	地域医保	計
1977	—	8.62	—	8.79
1980	9.92	14.11	—	24.20
1985	10.32	29.93	0.92	44.09
1988	10.74	38.76	16.15	68.87
1989	10.12	37.38	42.88	90.39
1990	10.76	37.75	45.38	90.80
1995	10.68	37.13	49.80	97.61
1997	10.74	37.18	49.76	97.68

出所：韓国医療保険連合会『医療保険統計年報』，各年度より。



出所：保険社会部 (1989)『保険社会』，164頁の図に一部加筆。

図2 韓国の全国民医療保険体系 (1989年)

原則に抜本的な修正を迫ったのである。

表1は1977年から1997年までの医療保険加入者数の推移であるが、1988 - 89年の地域医療保険の実施が韓国の医療保障にとって如何に大きな一歩であったかが読み取れる。地域医療保険の全面実施により、韓国では1989年7月に図2のような分立的な国民皆保険体系が完成した。政管健保（現在の協会けんぽ）がない点、地域医療保険組合が公営化されなかった点を除けば、韓国の皆保険体制は日本のそれとさきわめて似たものであった。ただ、図1ですでに確認したように、皆保険達成時における公的支出の割合は4割以下で、1960年代初頭の日本の約6割に比べても著しく低い。韓国の皆保険は実現のスピードは速かったものの、実質的な医療保障までは程遠いものであった。

### 3. 医療保険統合論争

韓国における医療保障の歴史を語るうえで「医療保険統合論争」（以下、統合論争）は避けては通れないイシューである。上述したように、初期の韓国医療保障体系の根幹は組合方式の医療保険であった。統合論争はこうした分立的な組合方式の抱える諸問題への代案として提起されたものであるが、論争が大きく盛り上がったのは三つの時期である。それぞれ第一次、第二次、第三次統合論争と呼ばれる。

第一次論争は医療保険が導入したばかりの1980年代初頭で、主として官僚や国会議員など国家エリートのなかで限定的に行われた。当時、一部の官僚や政治家が、徐々に現れてきた中小規模組合の財政不安や組合間の格差などの問題から、これらの問題を克服し、将来的に皆保険を実現するためには早期の制度統合が必要であると主張した。しかし、全斗煥大統領は医療保険における政府と国民の直接対決を懸念し、組合方式を擁護、統合は将来の課題として棚上げされた。その後、統合主義者たちが要職から追放・左遷され、統合論争

はしばらくタブーとなったが、1988 - 89年の皆保険の際に再び論争に火が付いた。民主化によって飛躍的に拡大された政治空間のなかで、多様な立場の学者や利益集団、社会団体が統合論争に加わり、韓国社会保障史上初めの大規模な社会運動——「医療保険是正運動」——に発展した。皆保険の直前である1989年2月には、「与小野大」国会で野党案に基づく統合法案が議決されたが、盧泰愚大統領が拒否権を行使したため、結局、従来の組合方式によって皆保険が実現されたのである。

組合方式 vs. 統合方式をめぐる対立はその後も大統領選挙など重要な政治局面ごとに重要なイシューとして登場した。同時にそれは「単なる政策選択の問題を超え、価値観の対立、権威主義的な政府と反政府民主化勢力との対立に転化」し（キム・ヨンミョン2002）、政党、省庁、労使、マスコミ、市民団体など韓国社会のあらゆる勢力を二分化するメカニズムとなった<sup>8)</sup>。こうした「総力戦」のなか、市民団体や民主労総、野党のあいだに緩やかな連帯が形成され、1997年の大統領選挙では金大中候補が医療保険の統合を主な選挙公約の一つに掲げた。そして、選挙後の1998年2月の「経済危機克服のための社会協約」のなかに医療保険の統合が正式に書き込まれるようになったのである。

1994年に結成された「医療保険統合と保険適用拡大のための汎国民連帯会議」という市民運動団体の名前が象徴的に表すように、90年代半ばにおける保健医療分野の主な課題は二つあった。一つは普遍主義に基づく医療保険制度の統合であり、これは制度的次元のものである。もう一つの課題はより根源的なもので、給付範囲の拡大などを通じた公的医療保障の実効性の向上と医療システムの営利性の抑制であった。金大中・盧武鉉政権はこうした問題に対しどのようにアプローチし、どのような成果を上げたのだろうか。

### III 金大中政権の保健医療政策： 抜本的な制度改革とその代償

金大中政府は「生産的福祉」を国政理念の一つに掲げ、社会保障領域で一連の抜本的な改革を推進した。保健医療分野における金大中政権の主な改革は医療保険の統合一元化と医薬分業の実現であった。二つとも韓国保健医療政策における長年の争点であり、制度の合理化という面では大きな突破 (break-through) であった。しかし、これらの改革は予想以上に深刻な社会葛藤を惹起しただけでなく、他の要因と複雑に絡み合いながら史上最大の財政危機をもたらし、政権後半はその対応に追われることになった。

#### 1. 医療保険の統合一元化

既述のように、韓国は日本と同じく分立的な組合方式で国民皆保険を達成し、組合間の医療保険負担や給付の格差、および組合方式から起因する(と指摘された)保障水準の低さの問題から、80年代末から統合一元化を求める社会運動が展開された。長年の論争のなか、組合方式は大企業中心の権威主義体制の一部として位置づけられ、統合一元化は広義の民主化の一環として、野党や進歩的市民団体などの支持を取り付けた。

一方、90年代半ばごろから地域医療保険組合の保険財政がしだいに悪化し、改革の機運が高まってきた。まだ金泳三政権であった1997年12月には地域組合と公・教公団の統合を骨子とする「国民医療保険法」が制定され、それに基づき1998年10月に国民医療保険公団が設置された。1998年3月に登場した金大中政権は、医療保険联合会や経営者団体、韓国労総などの強い反対を押し切り、選挙公約と労使政社会協約に基づき職場医療保険組合をも含む完全な一元化を強力に推し進め、1999年1月に完全一元化を骨子とする「国民健康保険法」を制定した。そして、2000年7月には組織統

合、(盧武鉉政権期の)2003年7月には財政統合が行われたのである。これにより、20年近く続いた統合論争に終止符が打たれ、韓国の医療(現在は健康)保険システムは統合前の227の地域組合、公・教公団、および142の職場組合による分権的なシステムから、単一保険者である国民健康保険管理公団による一元的なシステムへ転換した。組合方式から統合方式への完全なる移行である<sup>9)</sup>。

国際的にほとんど類を見ない医療保険の完全一元化にあたり、政府および統合推進派の論拠は主として次の二点であった(企画団2002:93)。一つは、「持てる」組合と「持たざる」組合とのあいだの格差の解消を通じた公平性の向上と社会的連帯の強化である。左派陣営は組合主義を医療保障における国家責任の忌避と批判し、財政面だけでなく制度の管理・運営面での国家責任を強化するためには制度の統合が必要であると主張した。もう一つの理由は、韓国医療保障の最大の問題である低い保障水準を改善するためには、従来の「低負担-低給付」構造から「適正負担-適正給付」構造への転換が必要であるが、組合方式の下では保険料の引き上げや給付水準の改善が困難である、ということである。制度の統合は、給付範囲の拡大や国単位での健康管理のためのインフラ整備であると主張された。一方、組合方式の維持を支持する陣営は、自営業者の所得把握率がきわめて低い状況のなかで統合は非現実的で、統合が問題解決の唯一の選択肢ではないこと、当事者主義の放棄から深刻な財政危機を招く恐れがあると反発した。

医療保険の統合は金大中政権における最も重要な保健医療政策であり、1977年以降の医療保険体系に重大な変化をもたらした。しかし、政府自身が認めたように、「統合をめぐる社会的論争、および統合移行過程で混乱が続いたことにより、医療保険統合の意味と限界が正しく認識されず、誤解を招い」てしまった(企画団2002:105)。

## 2. 医薬分業

2000年に実施された医薬分業も、理念や制度的合理性を追求しすぎた結果、深刻な社会的混乱と葛藤を招いた政策である<sup>10)</sup>。

韓国では、患者が病院や診療所で診察を受けると同時に薬をもらい、また一部制限はあるものの、医師の処方箋がなくても薬局で薬を買えるのが長年の慣行であった。医薬分業の原則は1963年の「薬事法」で明記されたものの、付則で医師の調剤権、施行規則で薬剤師の任意調剤権が認められ、さらに1989年には皆保険と同時に薬局保険も導入され、医薬混合が制度的に認められることになった。しかし、1993年の韓薬紛争（漢方医と薬剤師のあいだの役割分担をめぐる紛争）をきっかけに専門職の役割に関する議論が沸騰し、1994年の改正薬事法では遅くとも1999年7月には医薬分業を実施すると明記した。しかし、金大中政権が発足するまでは医薬分業のための具体的な準備作業がほとんど進められておらず、医師会や薬剤師会もそれを現実的な問題として認識しなかった（チャ・フンボン2006：91）。

金大中政権は、医療費の無駄をなくし、医療慣行を先進国化するという理由から医薬分業の実施に強い意志を示した。医師に対する院外処方強制化にせよ薬剤師に対する任意調剤権の禁止にせよ、いずれも両側にとって死活問題であったため、両団体は突然問題の重要性に気づき、活発なロビー活動を展開しはじめた。医師と薬剤師の利害調整は困難を極め、医薬分業は予定の1999年から1年延期されることになった。一方、1998年11月には市民団体（参与連帯）から薬価差益の水増し問題に関する告発があり、医薬関連の議論がさらに沸騰した。1999年5月には市民団体の仲介のもと医師会と薬剤師会のあいだで史上初めて医薬合意が得られたが（「5.10合意」）、その後再び決裂し、2000年2～6月には医師会が4回にわたる全国規模のストライキを強行するなど、歴史上類

をみない大混乱が発生した（「医療大乱」）。診療報酬の大幅な引き上げや多くの例外措置の承認などの妥協を経て、医薬分業は2000年8月に全面実施された。（チャ・フンボン2006）。

医薬分業によって、誤用・乱用の典型と指摘された抗生剤や注射剤、ステロイドなどの使用は10～20%程度減少したと報告されている（企画団2002：345）。医療行為の効率化・透明化という医薬分業の大義名分に異議を唱える人は少ない。ただ、これほど大きな制度転換を短期間に推進しようとした結果、利害関係者間の合意形成と妥協のための十分な時間的余裕がなく、予想をはるかに超える混乱と葛藤を招き、同時に政策目標も大きく歪曲される結果となった。

## 3. 健康保険制度の財政危機

金大中政権の前半（1998～2000年）の保健医療政策が医療保険制度の統合や医薬分業など旧体制に対する抜本的な改革によって特徴づけられるとすれば、後半（2001～02年）のメインテーマは健康保険制度の財政危機およびその対策であった。

人口の高齢化や疾病構造の変化、医薬技術の進歩にともなう医療費の増加はどの国においても社会保障政策の主な課題の一つであり、韓国では90年代半ばから地域組合の財政悪化が顕在化しはじめたことは上述のとおりである。医療保険統合の目的の一つは組合間の助け合いを通じた赤字組合の「救済」で、医薬分業の目的の一つも効率化・透明化を通じた医療費の節約であった。ところが、この二つの改革は政府の期待とは裏腹に医療費の急増をもたらし、健康保険財政が急速に悪化したため、二大改革の効果や意義も著しく低下した。

健康保険財政の悪化の原因は複数で、給付範囲の拡大もその一つである。しかし、そのような必然的なあるいは望ましい増加に加え、上の抜本的な制度改革に起因する一時的な増加も大きかった。一つは統合一元化に関連するもので、いずれ

表2 健康保険制度の財政危機

(億ウォン, %)

		1999	2000	2001	2002	2003	2004
財政変化	収入 (A)	86,923	95,294	116,423	138,903	168	185,722
	・ 保険料など	75,267	79,767	90,173	108,764	134	150,892
	・ 国庫支援金	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567
	・ 健康増進基金	0	0	0	4,392	6,446	6,263
	支出 (B)	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043
	・ 保険給付費	78,406	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311
・ 管理運営費	17,208	15,063	8,064	7,517	7,915	8,732	
	当期収支 (A-B)	△ 8,691	△ 10,090	△ 24,088	△ 7,607	10,794	15,679
	累積収支 (積立金)	22,425	9,189	△ 18,109	△ 25,716	△ 14,922	757
政策変化	診療報酬増加率	12.80	2.70	7.08	-2.90	2.97	2.65
	保険料増加率	14.68	3.47	20.00	6.70	8.50	6.75
	政府支援率	12.19	14.73	18.68	20.57	21.75	20.48

注：政府支援率 = 政府支援額 (国庫 + 健康増進基金) / 健康保険総支出。

出所：チャ・フンボン (2006：397) より。

統合されると予測される職場組合における不自然な給付増、積立金の使い果たしなどであった。もう一つは、医薬分業の際に、短期間に医師会からの合意を導くために診療報酬の大幅な引き上げが行われたことである。診療報酬は1999年11月に9%引き上げられたのに続き、2000年には1年間に3回(4月に6.0%、7月に9.2%、9月に6.5%)、合計21.70%も引き上げられたのである(国民健康保険管理公団HP <http://www.nhic.or.kr>)。その結果、表3から観察されるように、国民健康保険制度の財政赤字(単年度)は2000年に1兆ウォンを超え、2001年にはさらに2兆4千億ウォンにも達した。

深刻な財政危機に対応するために、政府は2001年3月に「健康保険財政安定非常対策本部」を設置し、5月に保険料の引き上げ、DRG方式の導入、国庫補助率の引き上げ(地域加入者保険料の50%)などを含んだ「健康保険財政安定および医薬分業総合対策」(「5.31対策」)を発表した。さらに、2002年1月には5年時限つきの「国民健康保険財政健全化特別法」が制定され<sup>11)</sup>、地域加入者事業の40%は国庫から、10%はたばこ税を主な収入とする国民健康増進基金から支援することを決定した(2005年後はそれぞれ35%と15%へ)(保健福祉家族部2007：411)。これらの対策の結果、

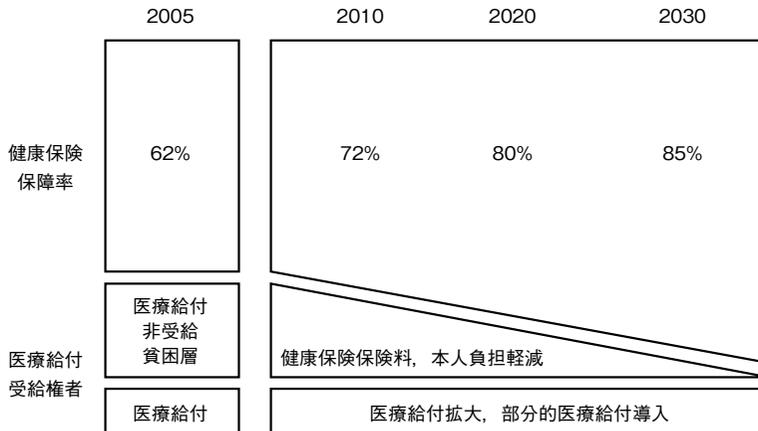
健康保険の財政危機は2003年以後沈静化した。しかし、これで健康保険への財政問題が根本的に解決されたわけではなく、財政の安定性はその後も健康保険の最大の問題でありつづける。

#### IV 盧武鉉政権の保健医療政策： 公共と市場の狭間で

旧制度の二つの遺制のなか、医療保険の統合論争に関しては金大中政権における統合一元化によってけじめが付けられた。残ったのはより根源的な問題、すなわち公的制度的実効性の問題であった。2003年に登場した盧武鉉政権は当初、保障性の強化(給付率の改善)を保健医療政策の基本目標とし、そのために多額の財源を投入した。一方、政権後半になると保健医療産業や民営医療保険の活性化に議論の重心が移り、保障性強化の目標はあいまいになってしまった。

##### 1. 公的制度的保障性の強化

公的制度的拡充は金大中政権のもとでも一部実施された。たとえば、公共保健医療に関しては2000年1月に「公共保健医療に関する法律」が制定され、農漁村地域の保健所に対する支援や公共



出所：大統領諮問政策企画委員会（2006：287）より。

図3 国民健康保険の保障性拡大と医療脆弱階層への支援強化

保健士の配置が明文化された。また、2002年には「国民健康増進総合計画」(Health Plan 2010) が制定され、がんなど慢性疾患の管理や稀少・難病患者に対する支援が始まった。

盧武鉉政権は、OECDのなかで最高水準といわれる本人負担率を軽減し、公的制度的実質的保障機能の強化を保健医療政策の最大目標に掲げ、そのための様々な政策を打ち出した。具体的には、(a) 健康保険給付範囲の拡大：がん・心臓疾患・脳血管疾患の本人負担率の大幅な引き下げ(10%へ)、本人負担上限制<sup>12)</sup>の導入、産前検査と出産時の自己負担免除、6歳未満の子どもの入院時本人負担の免除、等々；(b) 稀少・難病患者への支援の強化：2001年の4種から07年には111種に拡大；(c) 公共保健医療の拡充：公共保健医療の割合を全体の30%に拡充するために、05～09年に4兆3千億ウォンを投入；(d) 健康保険滞納世帯や次上位階層に対する支援：保険料の免除または猶予等々、が挙げられる(両極化委員会2008)。

さらに、2006年に『ビジョン2030』の一環として発表された『社会ビジョン2030：先進福祉国家のためのビジョンと戦略』には図3のような中長期的な将来像が描かれ、国民健康保険の給付率

を現在の6割前後から2030年には先進国並みの85%に引き上げると展望した。

当然ながら、このような野心的な目標を達成するためにはそれに応じた財源確保が不可欠である。盧武鉉政権初期には保険料の引き上げとたばこ税の投入による健康保険財政の改善のもとで大幅な給付水準の改善が見られたが、後期に健康保険財政が再び逼迫してくると、健康保険給付日数の再制限、6歳未満の子どもの入院時の本人負担金の再導入、第一種医療給付受給者に対する本人負担の設定など、それまでの政策に逆行するような政策が次々と採られた。健康保険財政の長期的な持続可能性、および公的制度的保障性的強化のためには、単なる保険料やたばこ税率の一方的な引き上げだけでは不十分である。より根本的には民間中心の医療供給に対する介入・統制が不可欠であるが、盧武鉉政権はその点に関してはほとんど無為であった。その結果、意欲的な政策目標と巨額の財源投入にもかかわらず、民間医療が公共医療を上回るスピードで成長したため、上述の政策の効果は国民には体感しにくいものであった。再び図1をみると、盧武鉉政権期に公的支出の割合が足踏み状態であったことが分かる。

## 2. 保健医療産業と民間医療保険の活性化

健康保険と直接関連するものではないが、盧武鉉政権（とりわけ後半）の保健医療政策の重要な目玉であり、今後の韓国保健医療の方向性を見極めるうえで無視できない政策変化があった。すなわち、保健医療・バイオ産業の活性化、およびそれと関連する保健医療分野での規制緩和と民間医療保険の活性化である。これらは公共性の強化とはまったく別の論理——今後の戦略的な成長産業としての保健医療産業の育成、国際競争力の強化、雇用の創出——によって、主として経済部署のイニシアチブによって推進された。2004年11月には「保健産業振興のための50大推進課題」が発表されたが、産業育成のためのインフラ整備や研究開発費の集中支援などとともに、許可手続の合理化・緩和、医療サービスの海外進出の促進、海外患者の誘致などもリストアップされたのである。

日本でも小泉政権期が新自由主義的な規制緩和と政策の一環として営利法人による医療機関設立を推進したことがあるが、同じ時期韓国でも類似し

た規制緩和が行われた。2003年に制定された「経済自由区域法」では外国人専用の営利法人医療機関の設立が許可され、さらにその翌年には内国人に対する診療も解禁された。また、「済州特別自治道計画」では観光、教育と並んで医療が三大核心産業の一つとして挙げられ、国内外の営利法人による医療機関の設置や海外からの患者誘致を通じて済州道を医療特区にしようとした。国内営利病院の許可は市民団体の反対や世論の批判のため、盧武鉉政権期には計画から外された。

医療の民営化は民間医療保険の活性化と密接不可分の関係である。韓国では健康保険制度の保障水準の低さと公的年金制度の未熟のために民間保険市場がきわめて大きく、9割近くの世帯が民間の生命保険または医療保険に加入している。健康保険との関連では（日本で一般的な）定額補償型医療保険のほかに、病院に払った医療費の一定割合を補償する実損型医療保険も拡大し、補償範囲に健康保険法定本人負担を含めるべきか否かをめぐって論争が繰り広げられた。この問題に対し、2006年10月、医療産業先進化委員会は原則的に法定本

表3 健康保険制度の主要指標

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
総人口(人)	46,286,503	47,008,111	47,357,362	47,622,179	47,859,311	48,039,415	48,138,077	48,297,184	48,456,369
健康保険加入者数(人)	44,472,127	45,895,749	46,379,161	46,659,476	47,102,786	47,371,992	47,392,052	47,409,600	47,819,674
加入率(%)	96.08	97.63	97.93	97.98	98.42	98.61	98.45	98.16	98.69
医療給付受給権者数(人)	1,322,696	1,570,009	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,852,714
一種	648,461	810,684	831,854	828,922	867,305	919,181	996,449	1,028,536	1,062,263
二種	674,235	759,325	671,132	591,617	586,481	609,662	765,116	800,091	790,451
医療給付受給率(人)	2.86	3.34	3.17	2.98	3.04	3.18	3.66	3.79	3.82
平均保険料(ウォン)	7,145	9,369	11,274	13,425	16,248	17,985	19,104	20,851	23,690
職場	17,583	24,237	28,830	35,209	44,581	49,675	52,956	57,092	62,430
地域(一世帯当たり)	25,619	31,678	36,253	39,071	43,390	45,818	46,871	49,688	55,054
保険料収入(百万ウォン)	5,254,985	7,228,817	8,856,158	10,927,688	13,740,851	15,614,223	16,927,714	18,810,579	21,728,700
保険給付(百万ウォン)	6,896,658	9,285,605	13,195,616	13,823,665	14,893,489	16,265,350	18,393,587	21,587,980	24,560,092
政府支援金(百万ウォン)	1,076,026	1,552,746	2,624,980	3,013,934	3,423,829	3,482,965	3,694,802	3,836,190	3,671,795
国庫支援	1,076,026	1,552,746	2,624,980	2,574,723	2,779,241	2,856,652	2,769,500	2,869,770	2,704,200
たばこ税	—	—	—	439,211	644,588	626,313	925,302	966,420	967,595
管理運営費	223,778	171,779	158,420	129,883	136,361	140,452	126,500	113,270	—
政府支援率(%)	15.11	16.42	19.66	21.60	22.78	21.23	19.95	17.68	—

注：政府支援率＝政府支援金／（保険給付＋管理運営費）×100％。

出所：韓国国民健康保険公団ホームページ <http://www.nhic.or.kr/> より作成。アクセス日2008年6月11日。

人負担金を実損型医療保険に含めないよう保険業界に勧告した。しかし、その後も規制緩和を求める民間医療保険と公的健康保険とのせめぎあいが続き、その動きは政権交代後さらに激化した。

2007年、盧武鉉政府は保健医療産業活性化政策の仕上げとして、1973年以後34年ぶりに「医療法」の全面改訂に着手した。医療機関の営利化や保健医療分野の規制緩和を骨子とする法案は市民団体だけでなく、既得権の侵害を恐れる医療関係者からも猛反発を受け、集団休診にまで発展した。結果的に、「医療法」の改正案は盧武鉉大統領の任期内で成立できなかったが、2009年1月に海外からの患者誘致を可能にするための一部改正案が国会を通過した。親市場的な李明博政権の登場により、保健医療分野の産業化・民営化傾向は今後さらに強まると予測される。

## V 総括と示唆

以上、金大中政権と盧武鉉政権における保健医療政策をごく簡単に整理した。最後に両政権の保健医療政権の性格を簡単にまとめよう。

株本論文が指摘したように、経済危機という非常事態のなかで成立した金大中政権の至上課題（とりわけ政権前半）は危機の克服であり、その過程で「生産的福祉」という理念のもと、韓国史上前例のない規模とスピードを以って社会保障改革を推し進めた。しかし、「生産的」という21世紀型福祉国家を思わせるようなレトリックにもかかわらず、金大中政権の社会保障改革の主眼は公的扶助の近代化や社会保険の普遍化など所得保障を中心としたソーシャル・セーフティネットの構築であり、その意味では「20世紀型福祉国家へのキャッチアップ」であった。二大医療改革（医療保険の統合と医薬分業）の基本性格も過去の問題の清算である。ただ、それらの改革により、韓国の保健医療システムに大きな質的な変化が起き

たのは事実である。それは言い換えれば、従来の「日本型福祉制度からの乖離」でもあった（キム・ヨンミョン2002 = 2006）。

一方、盧武鉉政権期には両極化や少子高齢化などまさしく21世紀型の社会問題が社会政策の中心テーマになり、医療保障は少なくとも制度面においては解決済みの問題として社会政策の後景に退いた。特に政権後半の社会的投資言論のなかでは、人的資本の維持という観点から健康を捉える傾向が強まり、「権利としての健康」、たとえば低所得層の医療保障問題は中心課題から外れたり、逆に乱用に対するバッシングが現れたりした。初期に強調された健康保険の保障性強化の論理も後半になると保健医療産業の活性化という経済論理に押されて、政策目標があいまいになってしまった<sup>13)</sup>。盧武鉉政権の保健医療政策は公共性の強化と市場の活性化という二つの論理の狭間で揺れ動き、後期になればなるほど後者の性格が強まってきた（ユン・テス2008）。その結果、多額の予算投入にもかかわらず、公的制度的実効性の著しい改善には至らず、保健医療システムの営利性がむしろ強化される方向に向かっているように見える。

日本と韓国は、世界的にみて、医療システムの構造や医療保険の歴史など類似点が多い。また近年には、少子高齢化や医療保険の財政安定化、医療市場の開放など多くの新しい課題をも共有している。韓国における医療保険の統合や保健医療の民営化の動きは日本にも少なからず問題を投げかけてくれる。医療保険の統合は日本でも長年の懸案であるが、韓国のような一元化は無理だとしても、近年、都道府県単位への統合が試みられている。また、21世紀の新たな成長産業として期待される保健医療産業に対し市場の論理をどこまで許容し、その過程で如何に医療の公共性を維持するのか、韓国の議論は日本とも無関係ではあるまい。日本と韓国の違いをもたらす主な原因は歴史

の長短にあると思われる。韓国の制度は日本をモデルにして出発したものの、制度の歴史が浅く既得権益が相対的に強固でないため、福祉政治の流動性が高く、先進国に比べラディカルな政策が展開されやすい。そうしたラディカルな政策は、良し悪しを含めて、日本を含む他の国にとって参考例となりうる。本稿で触れたイシュー以外にも紙幅の関係で触れることのできなかった診療報酬体系の改革や情報管理のIT化、貧困対策と医療保障との関連など、日本と韓国のあいだには比較可能な研究テーマが数多く存在する。ただ、国際比較をより深みのあるものにするためには、細部の考察とともに、制度の歴史的発展や保健医療を取り巻くより大きな経済社会構造の変化に対する十分な理解が不可欠であることを常に意識しなければならない。

#### 注

- 1) ここでの公的支出とは社会保険、公的扶助、公共医療サービスなど租税と社会保険による支出を指す。
- 2) アメリカを除く先進国のほとんどは8割前後の水準である (OECD Health Data 2008)。
- 3) 筆者は博士論文で比較の視点から韓国と台湾の医療保険政策を分析したことがある (李2007)。
- 4) 公務員は公務員年金法のなかの短期給付として一部医療保障を受けていた。
- 5) これは組合方式ではなく公務員・教員医療保険公団によって一元的に管理された。
- 6) このことは、イギリス植民地であった香港とシンガポールにおいて公的医療サービス (とりわけ入院治療) の比重が高いことと比較すれば対照的である。
- 7) 国庫補助率は90年代に徐々に低下し、90年代半ばの地域組合の財政難を悪化させる一因となった。
- 8) 与党、保健社会部、医療保険联合会、経営者団体、韓国労総、主要日刊紙などは主として組合方式を支持し、野党、民主労総、農民団体、進歩的市民団体などは主として統合方式を支持した。政策決定において大きな影響力をもつ財政経済院は組合方式の問題点を指摘するに止まり、明確な意思表示をしなかった (キム・ヨンミョン1996)。
- 9) 医療保険の統合と同時に、制度の管理と運営の民主性確保の目的で、健康保険審査評価院、健康保険政策審議委員会、健康保険財政運営委員会が新設され

た。と同時に、地域加入者の保険料算定方式が従来の四要素 (所得、財産、1人当たり、1世帯当たり) から所得と財産のみによる方式に変わった (所得把握率の問題で現在は所得と財産以外に世帯員の性別や年齢をも算定基準に入れている)。

- 10) 金大中政権期は保健医療分野でさまざまな論争が後を絶たなかった時期であった。医療保険管理運営体系論争と医薬分業の他にも、西洋医学と韓方医学の一元化をめぐる論争、韓方医と薬剤師間の韓薬論争、水道水フッ素化論争などがあり、「五大医療論争」と言われた (イ・ゾンチャン2000:12)。
- 11) 2006年、盧武鉉政権期にはこの法律を改正し、たばこ税の健康増進基金への投入をさらに5年間延長するとともに、政府支援率を従来の地域加入者給付費の50%から、当該年度予想保険料収入の20% (国庫14%、健康増進基金6%)に変更した (保健福祉家族部2008)。
- 12) 6カ月以内の法定本人負担金が300万ウォンを超えた場合、超過診療費の全額を健康保険が負担する。しかし、韓国では混合診療が一般的であるが、保険給付以外のサービスは含まれないため、効果は限定的である。
- 13) 公共医療拡充総合計画に必要な予算4兆3千億ウォンも外国営利病院に内国人の診療を許可したのと引き換えに実現したといわれる (ユン・テス2008)。

#### 参考文献

〈日本語〉

キム・ヨンミョン 2000=2002「医療保険統合の成果と争点、そして未来」韓国社会科学研究所社会福祉研究室『韓国の社会福祉』(金英子監訳)新幹社

キム・ヨンミョン (2002=2006)「金大中政府の社会福祉政策—新自由主義を超えて—」金淵明編『韓国福祉国家性格論争』(韓国社会保障研究会訳)流通経済大学出版社

李蓮花 2007「韓国と台湾における公的医療保険政策の比較分析」早稲田大学アジア太平洋研究科博士学位論文

〈韓国語〉

キム・ヨンミョン 1996「医療保険管理運営体系と関連集団の利害関係」韓国社会福祉政策学会『社会福祉政策』No. 3.

大統領秘書室生活の質向上企画団 1999『新千年に向かう生産的福祉の道』テソルダン

大統領秘書室生活の質向上企画団 2002『生産的福祉：福祉パラダイムの大転換』

大統領諮問政策企画委員会 2006『先進福祉韓国のビジョンと戦略』ドンドウォン

保健福祉家族部 2008『2007 保健福祉家族白書』  
福祉国家 SOCIETY 政策委員会 2007『福祉国家革命』図  
書出版  
両極化委員会(大統領諮問両極化・民生対策委員会&企  
画予算処両極化・民生対策本部)編 2008『国民とと  
もにみる参与政府社会政策ガイド』MDI  
ユン・テス(윤태수) 2008「参与政府福祉政策評価：保  
健医療政策」『月刊福祉動向』No. 111  
イ・ヨンファン(이영환)編 2005『韓国の社会福祉運動』

人間と福祉  
イ・ゾンチャン(이종찬)他 2000『韓国の医療大論争』  
ソナム  
チョ・ビョンヒ(조병희) 2003『医療改革と医療権力』ナ  
ナム出版  
チャ・フンボン(차홍봉) 2006『医薬分業政策過程』集  
文堂

(Lianhua Li 東京大学外国人研究員)