

韓国における保健システムの現状

Health Care System in Korea Today

Wan Seok Jo (韓国円光大学校社会福祉学科助教授)

訳：星 且二 (国立公衆衛生院衛生行政学部)
前田 信雄 (同 上)

はじめに

韓国は過去20年間に驚異的な経済的发展をとげ、現在もまた最も高い経済成長率国の一つである。経済成長は、1960年代早期の経済発展計画によって開始され、石油危機や輸出制限そして政治的抗争にもかかわらず、継続的な経済成長をとげている。

最近、韓国政府は、経済成長の恩恵を公平に分配することに焦点をあてた第6期の经济社会発展計画(1987年～1991年)を提示した。この計画によると、国民一人当りの所得は、1991年には3,800ドルに上昇し、平均的な経済成長率は7.2%を維持し、失業率は、この計画期間中3.7%以下に抑えるであろうと推定している。

その計画にあるいくつかの事業や企画の中で、特に私は全国民のための医療保険システムの普及計画を含めた保険システムに関心をもっている。この計画は、国民年金制度や最低賃金法そして種々な救済政策、更に医療保険システムを普及することを含んでいて、以前の5カ年計画ではその主な目的が急速な経済発展だったことと比べて

大きな飛躍である。

第4次5カ年計画(1977～1981年)においては、もし経済発展がもたらす成果や収益が全ての人々に広範に分配されないとしたら、その発展は満足すべきものとみなされない危険性を政府は考慮したために、社会分野での発展にも高い優先性を与えている。このようにして仕事の機会や所得がより平等に分配されることは、韓国の社会経済政策の主要課題となっている。

この論文では、今日韓国の保健システムの中で最も重要な課題である医療保険システムの普及計画について論じたい。そのためには、韓国医療資源、この計画の成功の前提条件について調査することであり、また同時に医療保険の現状についても検討したい。

医療資源

医療施設やマンパワーを含んだ医療資源は、人々の受療ニーズに対応するだけではなく、医療社会保障制度を形成していく上でもとても重要である。

十分な医療資源なくして、適切な医療保

障は達成できないし、医療保険の特典は無意味となってしまう。

韓国の医師数は、1974年の15,722人から1985年には29,596人に増加した。図1は、医療専門職数の経年変化を示している。ごらんの通り、1975年以降、徐々にその数が増加している。しかし医師一人当りの人口

数は、専門分化や疾病構造の変化、それに保険の制度化に応じた医療需要の増加などのために、依然として数が多いままである。

また、他の先進国と比較しても、韓国の医療専門マンパワー数は十分ではない。

(表1参照)

表1 医療専門職の国際比較(人口10万人対)

	年	医師	歯科医師	看護婦
韓国	1985	8.1	1.3	14.4
日本	1981	13.1	4.5	24.3
米国	1980	18.2	5.6	51.1
カナダ	1978	18.0	4.2	59.5
デンマーク	1978	20.7	9.1	47.1
西ドイツ	1980	22.6	5.4	35.4
スウェーデン	1980	22.0	10.0	67.1
英国	1979	14.0	—	23.4

出所: *World Health Statistics Annual*, 1983

MOHSA, *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986

表2 病院、医院の地域分布, 1985年

分類		合計 (%)	都市 (%)	地方 (%)
人口 (千人)		40,466(100)	26,458(65.4)	14,008(34.6)
合計	病院/医院	15,154(100)	12,991(85.7)	2,163(14.3)
	ベッド数	99,950(100)	83,671(83.7)	16,279(16.3)
	千人あたりのベッド数	2.46	3.16	1.16
病院	病院数	534(100)	448(83.8)	86(16.2)
	ベッド数	74,365(100)	64,236(86.3)	10,129(13.7)
	千人あたりのベッド数	1.83	2.42	0.72
医院	医院数	14,620(100)	12,543(85.8)	2,077(14.2)
	ベッド数	25,585(100)	19,435(76.0)	6,150(24.0)
	千人あたりのベッド数	0.63	0.73	0.43

出所: *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986.

更にまた、医療専門職の分布は均等ではなく都市に集中している。韓国医師会の1983年の調査によると、84.4%の医師が都市部に居住し、7.8%が軍医で、地方にはたった7.8%しか居住していない。一方、1985年の韓国人口のうち65.4%は都市に集中し、地方人口は34.6%であった。

医師の遍在を是正していくために、また医療サービスを平等に提供していくために、韓国厚生省(MOHS A)は1983年に地方の全ての無医地区に公的医師を配置した。しかしながら、公務員医師による医療サービスの質は、一般の医療サービスよりも悪く、彼らの治療内容も十分ではない。この公務員医師の役割は、疑問視されている。

社会経済状況における最近の変化と医療サービスに対する需要は、人々の健康に対する関心を高めている。それに加えて、高齢者を含む人口の急増や保険加入率が増えること及び新しい疾病の増加などによって、医療サービスの需要が増加した。これに対処するために、MOHS Aは医師一人当りの人口数を2000年までに840人までに下げるという目標を設定した。

都市と地方に対して医療施設を平等に分布させることは、また重要な問題である。病院のベッドの場合でも、全ベッド数のたった1.3%が地方で活用されているに過ぎない。韓国の医療施設もまた不適切であり、不均衡でもある。これは医療のマンパワーと同じ様な状況である。特に医療施設及び医療マンパワーは非常に不足している。図2にみられるように、医療施設の増加は緩やかである。しかしながら、人口1,

000人当りの病院のベッド数は、先進国で見られる数よりもかなり少なく、およそ1.8であると推定された。

地域での私的な経営による医療施設が増加するにともなって、農村地域において医療施設を設立する人々に対する財政的な奨励金、つまり長期で低率のローンが提供されている。そして農村部の病院の中でも特に町や村の病院では、財政難や医療マンパワーの不足が問題となっている。これらの問題に対処するために1978年から1985年までの間に67の病院、つまり6,580のベッドがこれらのローンによって援助され、57の病院が開院した。

しかしながら、医療施設の分布は不平等である。これらの理由は、私的医療施設部門に対する無干渉政策の結果である。それゆえに、これらの問題は、基本的には解決することができなく、このような政策の変更なしには改善できないものと私は考える。

医療保険の概説

韓国の福祉社会を目指す社会保障システムの主な特徴としては、医療保険制度が1977年7月1日に強制的制度として実施されたことである。1963年に法制化された労働災害保険が、当時の韓国においては主要な社会保険システムであった。

現在では、韓国においては3つの種類の医療保険制度が存在する。はじめのものは、被用者とその家族に対する職域医療保険制度である。2番目の医療保険制度は、公務員を対象とするもの、私立学校教員を対象

とするもの、そして軍人とその家族を対象とする特殊なものである。3番目の医療保険制度は、6つの地域住民を対象にしたものや、その多くが自営業である特定職種の任意加入者を対象として運営するモデル的なものである。

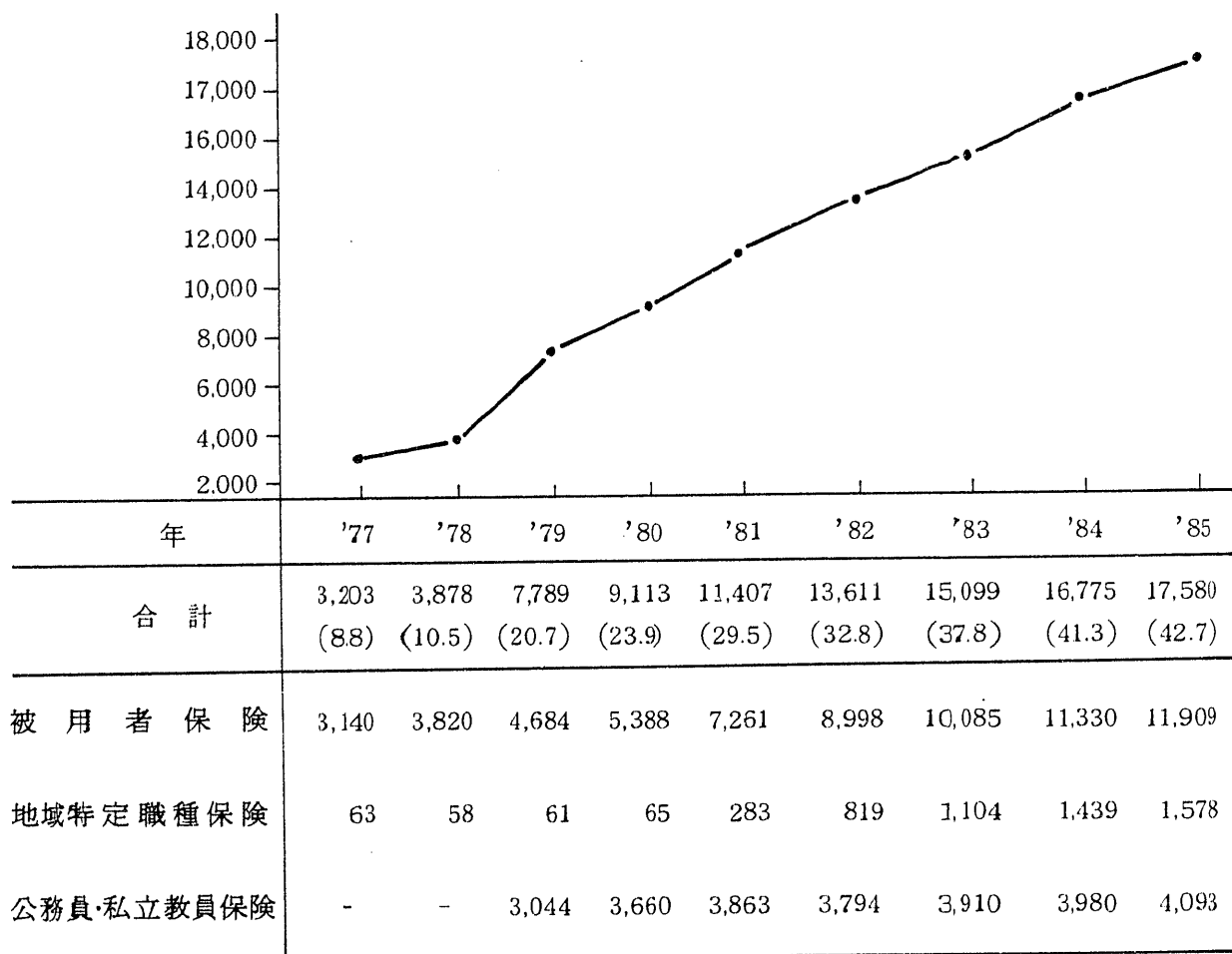
第1の医療保険制度が開始された当初は、従業員が500人以上の企業が対象とされていた。しかし、1986年の4月1日以降は、従業員が16人以上の企業も義務的にこの医療保険制度に加入している。

1985年では、全人口の42.7%にあたる1,

758万人の人がこの医療保険制度に加入している。

公務員や私立学校教員に対する医療保険制度は、唯一の組織つまり韓国医療保険協会(KMIC)という名前の単一の医療保険協会によって運営されている。一方、被用者医療保険制度は、個々の公法人としての医療保険組合によって運営されている。1980年においては422の組合が存在していた。しかしながら、その組合は統合されたり、改革されたりして、その数は急速に少なくなっている。1985年には、その組合数

表3 医療保険制度の被保険者数の年次変化



出所：White Paper of MOHSA, 1986

論文

表4 医療保険制度の財政

	100億ウォン								
	1982			1984			1985		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
歳入	242.8	117.8	2.4	375.1	142.3	5.62	443.1	151.9	—
負担	215.1	112.4	1.8	350.7	133.5	4.37	414.0	143.4	6.28
出費	204.1	107.6	3.2	370.6	151.1	7.99	439.7	163.5	—
便益	186.0	100.1	2.6	341.0	142.7	6.75	405.7	153.8	6.78
差	38.7	10.2	△0.8	4.5	△8.9	△2.3	3.4	11.6	—
便益率*%	86.5	89.0	143.0	97.2	106.8	148.0	98.0	107.3	108.0
法定積立金	151.8	28.4	—	165.4	40.1	—	169.3	28.4	—

注：I - 雇用保険

II - 公務員私立教員保険

III - 地方医療保険

* - 便益 ÷ 負担

出所：Statistical Yearbook of KMIC and FKMIS, every year Seoul.

表5 医療保険制度における医療行為

年 活動	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83	'84	'85
治療ケース数	883	2,889	11,169	17,500	22,365	28,106	36,140	45,864	49,999
入院	47	114	329	526	606	747	839	966	1,056
外来	836	2,745	10,840	16,974	21,759	27,359	35,301	44,898	48,943

表6 医療行為指数の年次変化 (1980=100)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
雇用保険・職種保険								
入院	54.0	56.9	80.5	100.0	118.4	153.2	182.1	207.6
		(5.3)	(41.4)	(24.3)	(18.4)	(29.4)	(18.8)	(14.0)
外来	68.9	70.9	92.5	100.0	104.3	121.1	132.4	139.1
		(2.9)	(30.4)	(8.1)	(4.2)	(16.1)	(9.3)	(5.1)
公務員私立教員保険								
入院		—	71.0	100.0	110.2	135.4	161.7	183.2
				(40.9)	(10.2)	(22.8)	(19.4)	(13.3)
外来		—	95.6	100.0	109.6	126.7	138.4	148.5
				(4.5)	(9.6)	(15.6)	(9.2)	(7.3)
消費者物価指数	57.4	65.7	77.7	100.0	121.3	130.1	134.5	137.6
		(14.1)	(18.3)	(28.7)	(21.3)	(7.2)	(3.4)	(2.3)

は144になった。これらの組合の連合体は、韓国医療保険組合連合（KFKMIS）とよばれ、その機能は、総合評価をしたり、医療保険を支払ったり、協会の財政安定をめざし、さらに職員の研修を行い、そして組合の情報や国際的な協力を推し進める上でアドバイスをすることである。地方の医療保険制度の運営は、それぞれの地方の政府に組織された第3セクターのもとで管理されている。

被用者医療保険制度と、公務員及び私立学校教員に対する医療制度においては、その財源が、被保険者及び彼らの雇用主によって負担されている。財源の半分は、被保険者によってまかなわなければならない。

被用者の医療保険制度における支払いの割合は、実際にはそれぞれの保険組合の規約に基づいて雇用主によって決定され徴収されている。しかしながら、1986年大多数の場合、その割合は月収の3%であり、平均率は3.57%であった。公務員と私立学校教員の医療保険制度においては、被保険者と彼らの雇用主である中央政府、または地方自治体がそれぞれ被保険者の月収の2.3%に当たる金額を折半負担している。

地域医療保険制度の場合は、被保険者が全額保険料負担をしなければならない。なぜならば、彼らは雇用主をもたないからである。彼らの分担割合は、収入や資産（主に土地）によって決定されている。

医療サービスの内容は、制度によって若干異なる。しかしながら、被保険者とその家族が規則によって受けることのできる基準となるサービスは、医学的な検査、処方

薬剤、治療、手術、臨床的継続的なサービスを含む入院、看護、及び出産、そして救急医療サービスである。

保険制度においては、患者自身は通常医療サービスの提供者に対して直接的な金銭は取り扱わない。しかしながら、医療保険制度においても医療費一部自己負担制度が存在しているのであるから、患者は医療サービスのうち一定金額を医療提供者に直接支払わなければならない。

患者は、入院治療サービスの総額に対して20%まで一部負担を支払う。外来治療に対しては、保険サービスの提供者によって異なるが、それは平均的に決定される。1986年以前においては、患者は外来治療経費の30%まで負担してきた。

そして、病院や個人的な医師に対する報酬は、それぞれの提供されたサービスに基づいて決定される。いわゆる出来高払い制度である。最近、韓国の医療保険組合は、財政難で苦しんでいる。ほとんど全ての保険の財政状況は悪化しつつある。

表4にみるように、地域医療保険制度は毎年財政赤字を記録している。そして、公務員や私立学校教員の医療制度でも1984年には同様であった。組合医療保険の財政もまた悪化しつつある。1984年には144の組合医療保険協会のうち70の組合が財政赤字を示している。この財政赤字の問題は、韓国医療保険組合が直面するもっとも重要な問題である。

実際に韓国と同じように他の国々においても、医療保険の財政赤字や医療費の増大が大きな問題となっている。ほとんどのヨー

ロップの国々やその他の先進国においても、オイルショック以降、財政難の問題に直面している。

韓国の医療保険において財政難が起こったことについては、いくつかの理由がある。まずはじめに、病気が急速に増えてきたことである。1977年には有病率がわずか0.28であった。しかしながら1985年には、その率が2.89にまで増加した（表5参照）。もちろん、先進国における有病率は、この値以上である。しかしながら、この増加率が注目し値することを認めないわけにはいかない。

第2の理由としては、1症例当りの治療経費がかなり増加したことである。特に入院治療の額が外来治療の経費よりもさらに多く増加していることであった。被用者医療保険制度においては、入院患者の受診率が、1977年の54.0から1984年には207.6にまで増加している。同様の期間において、外来受診率では、68.9から139.1まで増加している。公務員や私立学校教諭の医療制度においても同様な増加傾向がみられる。（図1，2参照）。

3番目の理由は、相対的に給与の伸びが給付率より下回ったことであった。月給の伸びが1980年度を100とすると、1982年には123.5に増加し、1984年には140.8まで増加した。これに比べ月当りの給付割合は、1980年を100とすると1982年には141.9、そして1984年には198.8と増加したからである。このことは収入の増加率が、医療費の増加率に及ばなかったことを意味している。このことは、政府の第5次経済社会発

展計画（1984～1986年）における、強力な賃金・物価統制令の結果であると私は考える。

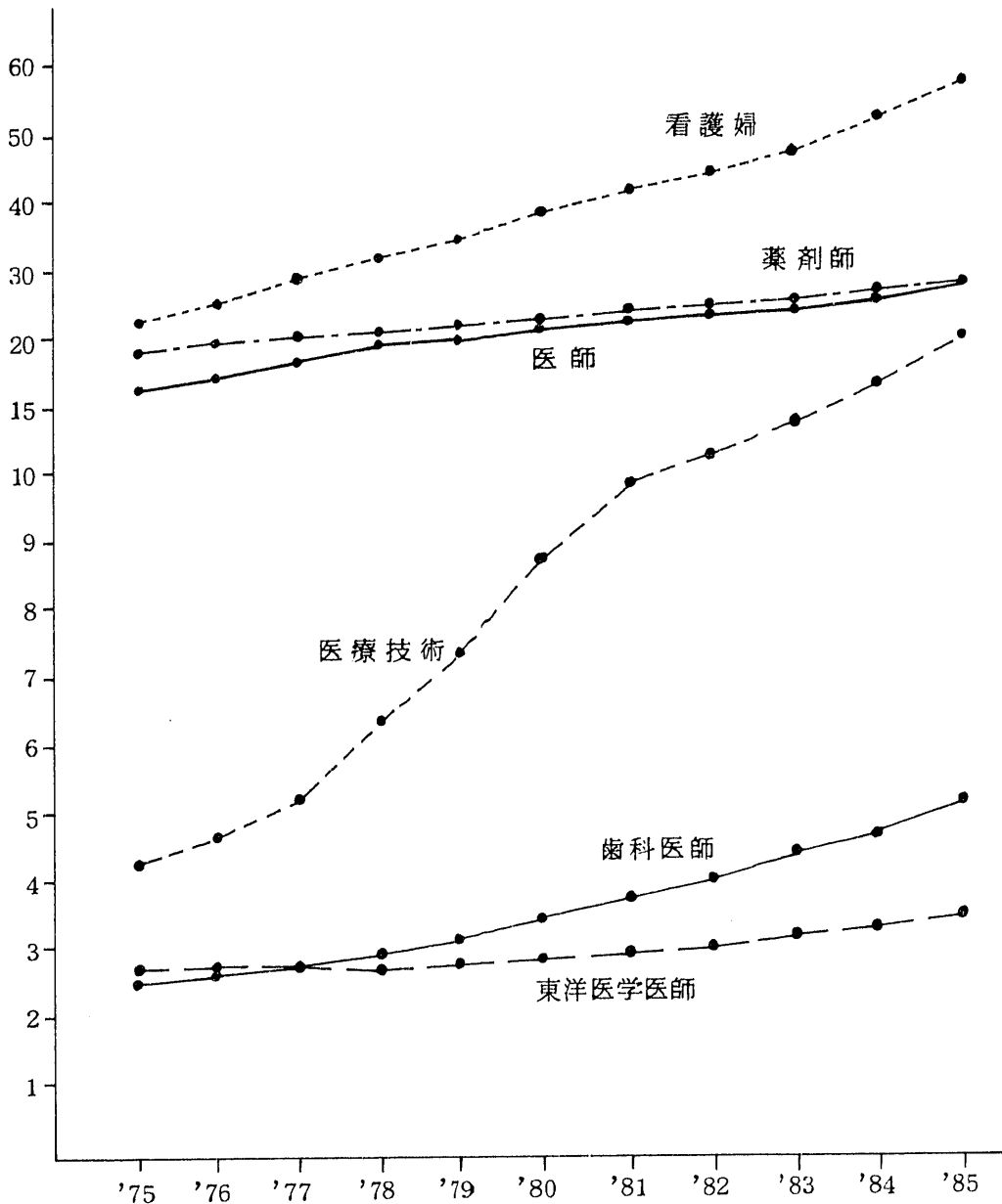
医療保険制度の普及計画

すでに述べたように、韓国政府は、1988年までに地方の自営業者全てに対して、そして、都市においては、1989年までに医療保険制度を普及させる計画をもっている。その結果、低所得者に対する医療保険と合わせ、完全な医療の社会保障システムが完成することになる。

しかしながら、医療保険制度を普及させる最もよい方法を選択することは、非常に難しいことである。医療保険システムにかかわる人々、つまり被保険者、彼らの雇業者、医師、そして保険者などの間に、多くの異なった利害がある。そのために、政府は普及計画の実行可能性について考慮しなければならない。この問題に関しては、2つの提案がなされた。一つは、分離方式というもので、現行の被用者医療保険組合方式を都市と農村地域にいる自営業者にたいして随時今までどおり拡大していく方式であった。その制度においては、多くの保険組合が個別的に財政基盤をもつことになる。もう一つの提案は、すべての医療保険組合とKMICが一緒に大胆に統合される方式である。このことはすべての保険組合が一つの保険組合として改変され、その財政基盤もまた単一のものとなる。

この問題は、韓国の医療保険制度の最も重大な問題の一つである。1963年に初めて

図1 医療専門職数の年次変化



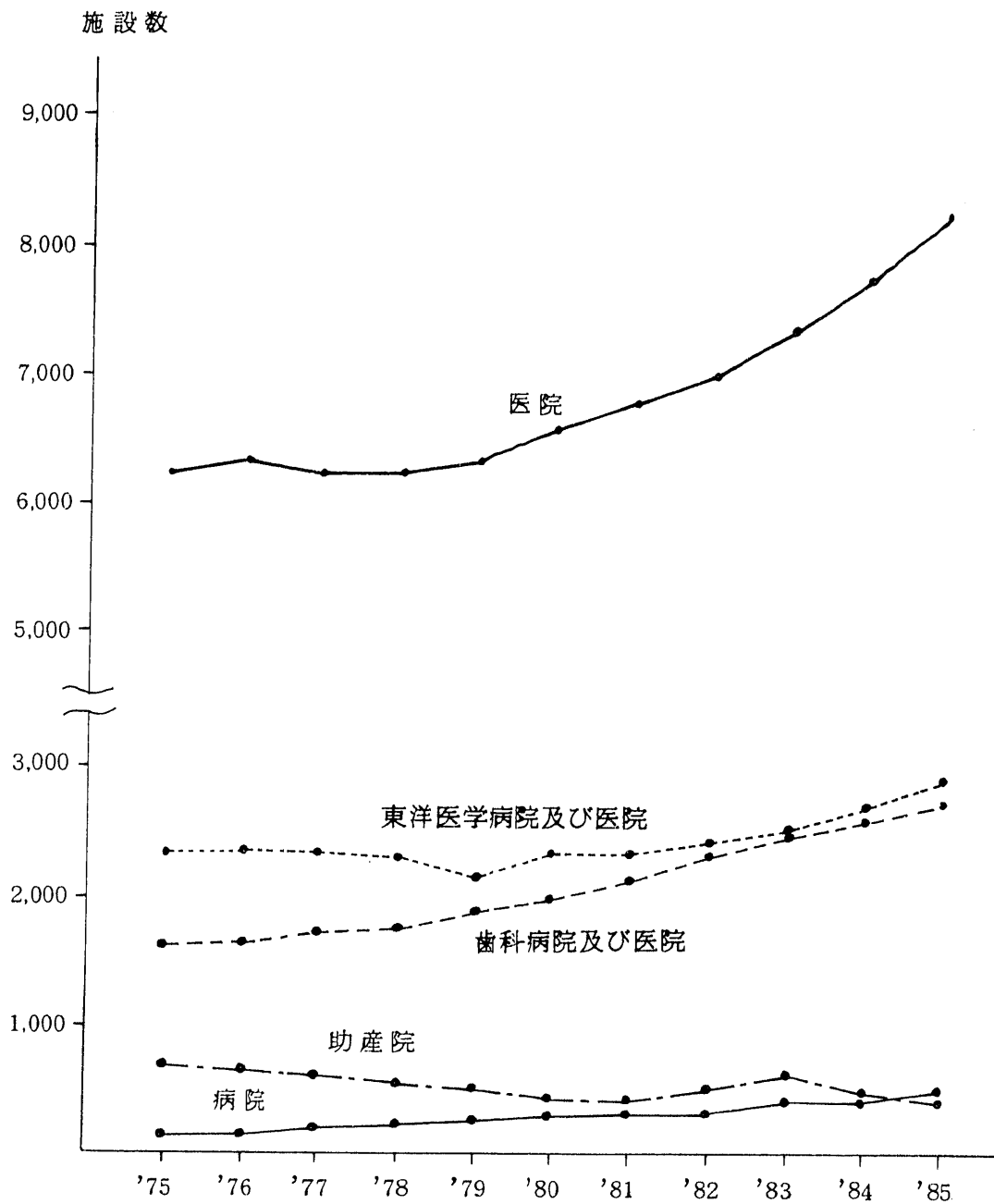
出所：MOHSA, *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986, P.78

韓国に医療保険法が制定されたときに、この問題はすぐに批判された点であった。そして医療保険制度が、1976年に実際の制度化が準備されたときにもこの問題は再び議論された。

しかしながら、政府官僚及びある専門家

は、分離方式を推薦し、これを選択するように決定している。彼らがそのように考えた理由は、一つの合併したシステム、ないしは政府による直接的な管理システムのもとでは、財政赤字のような機能上の問題が生じ、また信頼性の少ない管理が行われ、

図2 医療施設の年次変化



出所：MOHSA, *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986, P.79

その結果政府はそれらの問題に対して責任をもたなければならなくなるからである。

それゆえに分離方式を示す医療保険改正法案が、1976年の12月22日に国会を通過した。

1980年代には、先進的な教授や専門家がこれらの問題に関して再び議論した。彼らはこれらの分離方式を批判し、医療保険制度の抜本的な改革を提言した。なぜならば分離された医療保険制度においては、社会

保障の機能，例えば疾病罹患の危険を分散し，財源を再配分する効果という考え方が欠落しているからである。

これらの議論は，政府が分離方式の問題点を再点検するという影響を与え，韓国厚生大臣は，1980年10月に大統領に対し医療保険制度に関する報告を行なった。そして大統領は，医療保険組合のすべてにわたって改善を行うと約束した。このことは，医療保険が分離方式から統合方式に変更する可能性を意味している。

しかしながら驚くべきことに韓国厚生省(MOHS A)は，この約束を無視しこの分離方式による医療保険制度を国民に普及させる計画を，1982年の12月に議会に報告した。

結局のところ，統合医療保険制度を支持する意見は少数意見となり，分離方式に基づく医療保険普及計画案が1978年4月，政府によって決定された。

専門家によって議論された分離方式のメリットは次のようなものである。

まずはじめに，この制度は，医療保険の運営を最大限効果的なものにできるということである。

2番目には，このシステムにおいては，財政的な出費を減らし得るということである。医療保険組合の被保険者や関係者自身が，不正な医療請求や不当な治療行為を監視でき，そうした問題を最小限に食い止め得る。

3番目のメリットとして，この医療保険制度は，現実的で実行可能性があるということである。社会保障の理論や考え方に基

づけば，統合された医療保険制度は，より理想的なものである。しかしながら，この考え方を医療保険制度に適用するには，多くの限界がある。

4番目のメリットとしては，財政的負担のように福祉制度のもとで起こる問題を避け得るということである。医療保険組合は財政的に独立し，また管理運営的にも自立しているために，政府の財政的支援を必要としない。

一方，統合方式による医療保険制度を支持する人たちも，このいくつかのメリットについて議論している。以下それらのメリットについて述べる。

まずはじめに，統合方式においては，医療保険の財政安定が得られるということである。

2番目のメリットとしては，医療保険において所得の再配分効果を最大限に発揮できるということである。様々な収入階層，様々な職業集団が一つの基金に拠出し，そのメリットをお互いに享受できるということである。よって様々な階級間の所得再配分が活発に行われる。

3番目のメリットとしては，この統合方式においては，組合間で拠出率に差があるということとは有り得ず，組合は一つであり，拠出割合も同率である。

4番目のメリットとしては，医療保険制度の管理運営を，最も効率的なものにすることができる。

以上述べてきた理論をまとめてみると，二つの異なる医療制度のメリットが，お互いに相反していることが，わかるであろう。

論文

しかしながら、私は、この分離方式による医療保険制度のメリットが、説得力のあるものではないこと、そして誤った考え方やデータに基づいていると考えている。例えば、二つの医療保険制度は管理運営上、効率的なものであると議論されてはいる。しかしながら、分離方式による管理運営費のほうが、統合された方式のそれに比べて、より多いのが事実である。分離方式医療保険制度に加入する一人の被保険者とその家族の1985年の管理運営費は、283 U S ドルであったが、統合されたシステムにおいては、244 U S ドルであった。このことは、統合方式の方が、分離された方式に比べてより効率的であることを示している。医療保険組合の被保険者や関係者自身が、不正な医療請求や医療行為を監視できるという考え方もまた誤りであることがわかる。受診率に関する限り、社会保険の管理方法によって差が生じるということは正しいかもしれない。しかしながら受診率の違いは、患者の社会経済的状況や、社会的、精神的要因によって説明することができる。医療保険組合の財政を守るために、病院を受診しない人は誰もいない、ということは誰でもが容易に理解できることである。

現在、私は、韓国政府が分離方式による医療保険制度を選択し、このシステムを決定したという理由が、管理運営の便利さ、および医療保険による財政負担を逃れたいという理由からだと考えている。もちろん私は、韓国政府が医療保険を全韓国民に普及させるという約束をしたということは納得できるし、また、それは運営上正しい方

法に違いないと考える。そして、最も容易で、最も可能性の高い方法を選択せざるを得なかったというように理解している。しかしながら、医療保険というものは、主要な生活の一部であり、多くの被保険者の関心事でもある。それゆえに私は、分離方式による医療制度が制度化の便利さや、可能性という理由だけで選択されたということには絶対に同意できない。

結論

私は、日本の自由民主党と日本医師会とが、現在の様々な医療保険制度を一本化するべきであるということにお互いに合意し、この意見書をお互いに交換したということを知っている。

この一本化に対しては、いくつかの理由がある。結局のところ、日本政府もまた現在の医療制度が、平等な分配や便益の平等の点で多くの限界をもつことに気づくようになってきたのである。そして、私たちは次の事実を思い起こさなければならない。つまり、ベヴァリジが述べたように、統合された社会保障システムのメリットは偉大であり、疑う余地はないということである。

分離された医療保険制度に制度化の可能性や便利さといういくつかのメリットがあることは確かである。しかしながら、医療保険制度は社会保障制度の一つであり、それゆえに医療保険制度の根本的な価値は効率ではなくて、福祉であるべきである。このことは、医療保険制度の普及にはかなりの時間と努力を必要とはするが、私たちは

海外社会保障情報No.81

すべての人々に最も便益を与えるシステム
を選択せねばならないということを意味し
ている。現在私は、すべての被保険者やそ

の家族の福祉にとって、分離されたシステ
ムよりは統合されたシステムがよりよいと
いうことを確信している。