

# 韓国の医療保険制度と 非営利・協同セクター

石塚 秀雄

## 1. はじめに

韓国は人口約4700万人であり、2003年度現在、国民医療保険制度はほぼ全国民をカバーしている。医療費のGDPに占める割合は5.4% (1999年)で各国比較では低い位置に属する。国民医療費は約3兆7000億円 (2000年度)で、1人当たりの医療費は日本の約4分の1である。韓国が国民医療保険制度を確立したのは1989年といわれ、準備から30年、1976年からの本格的準備からすれば13年という短期間での実現であった。国民医療保険制度の普遍主義的の制度としての発展は、韓国の急速な社会的経済的発展をバックにしたものであった。

韓国の医療制度は1963年朴軍事政権下で「医療保険法」が制定されたことをもって正式にスタートした。「低負担・低サービス」というスタート点は社会経済的に避けられないものであった。

韓国の医療機関の90%は民間セクターである。民間医療機関は法人的には非営利組織であるが、日本と同様、実態的に非営利的性格は薄い。医療費は本人払いの比率が高く、医療サービスの現物給付という方式である。医療機関は出来高払いで、薬の提供も行っていた。薬局はすべて民間セクターに属し、薬剤師もまた別途薬の提供を行っていた。韓国政府は、医療サービスを民間セクターに基本的にまかせ、政府自体は公的医療の役割を制限する政策をとってきた。現在、公共保険医療機関は国立(12)、道立(9)、市・郡・区立(3,600)、地方公社(35)、特殊法人(32)の計3,698カ所で、医療機関としては総合病院(55)、病院(16)、特殊病院(17)、保健機関(保健所・保健診療所、3,447)がある。これらは第一次医療サービスと保健サービスの提供を担当している。

医療保険制度の当初は、職域の医療保険組合に

よる任意加入の方式が採用された。1976年に医療保険法の改正に伴い、保険者である医療保険組合は職域と地域に分かれて設立され、3種類の医療保険組合の区分ができた。すなわち、第1に、大規模・中規模の企業が加盟する職域組合(順次小規模企業を対象にする)、第2に、公務員(軍人を含む)・教員などの「公教医療保険組合」、第3に、地域の自営業者を中心にした「地域医療保険組合」が順次形成されて、徐々にカバー率を拡大した。国民の医療保険制度加入率は1977年にはわずかに8.6%にしかすぎず、その後公務員が加入し、さらには従業員数16名以上の企業の加入などがあり、1985年には44.1%となり、1989年の普遍主義的の制度の実施により、地域の自営業もふくめることになる。1990年にはカバー率が97.6%となった。この3種類の保険者団体が統合されたのは1998年に単一の国民健康保険公団制度ができてからであった。

患者はプロバイダー(医師・医療機関)を自由に選択できるが、プライマリケア・ゲートキーピングシステムは存在しない。病院と診療所の間にはベッド数による規模の違いがあるだけで、明確な区分化はされていないので、患者はどちらでもよかったし(ただし、総合病院には医師紹介状が必要)、2000年改革以前には患者は医者からも薬局からも薬を貰うことができた。

プライマリケア的な役割をする医療機関は公的な保健センターであり、これは1981年に農漁村地域で設立された行政区(最低500世帯)に一カ所ごとに設置されたものである。これには医学生徴兵免除に代わる制度を活用した義務的な医師を配置する試みもあった。

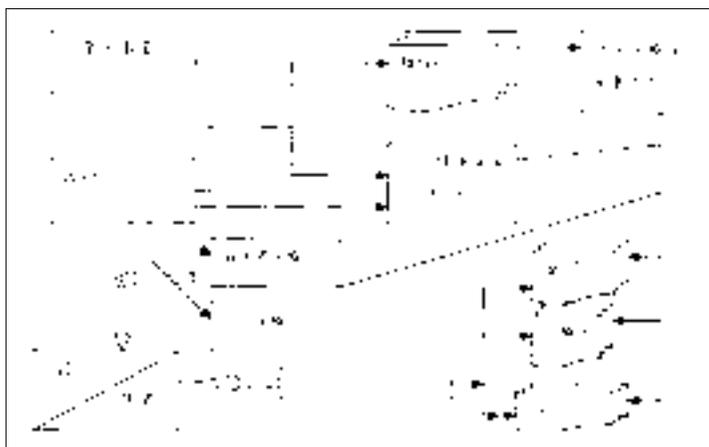
東洋医学も伝統的に利用されており、患者は西洋医学・東洋医学(韓方と呼ぶ)の両方に通院す

ることが多いといわれる。東洋医学は医療保険制度には組み込まれていない。

韓国の医療制度の出発点の基本的性格は、「低保険料負担、低給付」であるといわれる。1999年に「国民健康保険法」が制定されて、医療保険制度の統合すなわち、医療保険組合ごとにあった保険者機能を統合して、単一の保険者である公団に集中させる「統合」改革と、医薬分業を徹底させ「分離」改革の2つの基本的方向が定まった。

図表1. 韓国の改革前の医療保険制度

金→ サービス⇒ 出所：OECD, 2002. により作成



韓国の医療保険の議論については、参考文献で示した『研究報告』において3段階の議論区分に分けている。すなわち、第1次保険者統合論争（1980—1985）、第2次論争（1986—1989）、第3次論争（1993—1999）といわれる。この3つの論争はそれぞれの時代的要請をふまえたものであると思われるのでその区分に従って概要を見る。

### (1) 第1次論争（1980—1985）

1980年に全斗煥政権下で光州事件が起きている。

この時期の論争のテーマは、地域医療保険をどのように組織するかであった。地域住民は組織された被用者（賃金労働者）に比する所得水準が低いので、保険料徴収をどうするかという財源問題が第一の課題であった。保険者である職域組合と公教医療保険組合の統合が提案された。これはいわば財政的に健全な大企業被用者と公務員グループの統合により、規模の経済を目指し、それにより農漁村地域住民へのカバーをすることが主張された。この時期に地域医療保険の試験的運用を保険者を団体として実施した。

として実施した。

### (2) 第2次論争（1986—1989）

1986年に「国民福祉増進総合対策」が発表され、88年から農漁村地域医療保険、1989年から都市地域医療保険の実施の提案がされた。88年にノテウ政権となったが、地方自治体の選挙は実施されおらず、1995年になって県レベルの選挙が実施されたという状況であった。1989年に統合を目的とした「国民医療保険法」案が提出されたが、ノテウ大統領の拒否権にあって廃案となった。法案の眼目は、①保険報酬審議会の設置、②累進保険料化、③診療費審査員の設置、④年金者医療の半額を年金基金より負担、⑤自営業の保険料への国庫扶助であった。大統領の拒否の理由は、簡単に言えば、統合すると富裕な医療保険組合の特権的位置が希薄化するということであった。いわば既得権の墨守ということにつきるであろう。しかし、地域医療保険組合が設立されることによって、都

## 2. 医療保険制度の歴史的特徴

韓国は日本よりも20年ほどのタイムラグをもって急速な国民的医療保険制度をすすめてきた。軍事政権から民主化という政治的社会的背景が大きな影響を与えているとおもわれる。

図表2 年表

制度	【保険財政方式】
1962 5カ年経済開発計画開始	
1977 医療保険法の実施（従業員規模500人以上の会社）	
	【組合方式】
1979 公務員・教員の医療保険加入開始	
1988 都市部の自営業の加入	
1989 農漁村部の自営業の加入（普遍主義的カバーの達成）	
1990 国民医療保険法の制定（保険組合の統合）	
1997 国民医療保険法の改定（医療保険公団の設立）	
1999 国民医療保健法の改定（改革の準備）	
	【組合+部分統合方式】
2000 医療保険運営の統一、「医療保険審査評価院HIRA」の設立、処方箋調剤分離法	【部分統合方式】
2002	【完全統合方式】

出所：『研究報告書』（2003）および金（2001）により作成

市自営業階層が加入したことによって、組合方式にもとづく皆保険化が達成された時期であり、普遍主義的制度の確立といえるであろう。

### (3) 第3次論争(1993—1999)

1995年に老人医療費の組合共同負担および国庫扶助を開始した。市民運動の高まりにより、医療保険制度の統合化のための「医療保険連帯会議」が労働組合、病院労働者連合会医、保険医療団体、農民団体、女性団体、市民団体などにより結成された。

1997年12月の「国民医療保険法」に基づき、1998年に地域医療保険組合と公教公団との統合が行われた。1997年から2001年まで韓国は経済危機によりIMF管理体制下に置かれた。これにより社会的セフティネット整備への対応が迫られた。キムデジュン大統領は「生産的福祉政策」、「民主的市場経済」を唱えて、国家介入による社会的セフティネットを進めるとした。1999年には職場医療保険組合と地域医療保険組合との統合目指した「国民健康保険法」を制定し、医療保険制度の財政統合を図ろうとしたが、職場組合と地域組合は従来のおり別々の保険料基準のままであったので、職場組合の財政を地域組合に流用するという方式となり、依然として問題を残した。これは政治的には農村票の獲得を意図したものと見なされている。

### (4) 論争点の整理

医療保険制度改革の主たる論争点は、2種類の保険者(従来通りの職域組合と地域組合、組合派)の分立か、単一の保険者(現在の公団、統合派)か、あるいは広域(県単位)保険者(医師会派)かの3モデルの是非であったが、結果的には単一保険者が形成された。統合派のモデルが採用されたことになる。統合派の考えは保険者機能を統合することによって、個別の組合間の財政格差を是正し、保険給付を同一化できる。統合に際して国家から50%の支援を行うことを表明した。

これによって、医療における所得再分配機能が向上されたとする見解がある。また診療審査を独立させる(現在の「健康保険審査評価院」)によって、評価院の独立性・民主制が向上したとされる。保険者と医療機関との報酬契約制度も確立した。

医療保険制度は組合方式から始まったが、組合方式に対しては、階層間・地域間の不公平の原因とされ、「統合派」の主張では、職域組合の積立金を利用して地域組合との財政の平準化を図ること、群立する組合を統合することにより管理費用を低減できるし、負担の公平性を確保できるという主張に沿って制度改革が進められてきた。これはしかし保険財政の安定化を必ずしももたらさない。医療費の増大によって保険料値上げまたは国庫補助率をあげることが必要になっているが、公団一元化によって、保険料値上げには国民的抵抗が強くなることになった。また、自営業に対する保険料決定のための所得把握が異常に低いことは、問題であると思われる。

組合方式の支持者は、主として経済団体とそれに連動する安定的な労働団体すなわち、大企業、公務員の社会集団であった。農漁村部の地域住民(自営業)や中小企業の労働者たちは統合方式の支持者という図式である。

統合方式から租税方式への移行も1つの筋に見えるが、社会保険方式から租税方式に行く場合には韓国の場合、自営業に対する課税把握の「改善」をするか、消費税(あるいは社会保障税)という方式が有力である。

## 3. 2000年医療改革と現状

2000年7月の医療改革は、多くの自主的医療保険組合が単一の支払い保険者に統合したいいわゆる「統合改革」と、医薬分業により処方薬を医療機関の収入から分離して、薬剤師からの購入、一般薬を薬剤師の取り扱いにした「分離改革」の2つである。この2つの改革が同時に行われた意義の評価については、まだ定まっていない。

### (1) 医薬分業

1994年に薬事法改正し、2000年8月に「処方箋調剤分離法」により、医薬分業が実施された。医薬販売は2001年度においては、薬局での販売が60%を越えて1999年度から倍増し、一方病院の占有率は42%から27%に下落し、診療所は20%から4%に割強の占有率に下がった。韓国では伝統的に医療機関の収入のうち薬剤の占める比率が高か

ったので、医師側の反発が強かった。したがって医薬分離改革について医師会は抵抗した。このために医師のストライキが1999年から2000年にかけて波状的に発生した。医師側のロビー活動は強力で、結果として、医師にとっての医薬品のマージン分離を補填するために診療報酬は41%増加し、医師の薬剤処方箋料金も5倍となった。これが医療保険財政の赤字の大きな要因だと指摘されている。すなわち、政府は医薬分離によって、医療機関の調剤収入をカットすることで費用削減を目指したものの、2001年度において医薬費用分は前年対比25%増となり、医師の診療費用も増加したので、当初の目的とは逆の結果が生じた。また安価薬剤の利用などにより、外国製薬会社は大幅に売り上げを伸ばしている。この改革の結果についての国民世論の評価も芳しいものではなく、改革以前に比べて、医療サービスの低下および横ばいしていると答えているのは約80%である（朝鮮日報、2003.9.13）。医薬品の自由市場化よりも、たとえば、「医薬品流通公社」を設立してチェック機能をもうけるという提案の方が評価できる。

図表3. 国民保険制度の加入率の変化

1977年	8.6%	500人以上の企業
1980年	24.2%	300人以上の企業、公務員・教員
1985年	44.1%	16人以上の企業
1990年	93.9%	5人以上の企業、自営業
1995年	97.6%	給付日180日。高額治療。
1999年	96.4%	給付日365日

出所：『研究報告』（2003）

図表4. 医療機関の区分（2001年）  
（30床以上を病院、100床以上を総合病院）

総計	62,744
総合病院	278
病院	706
医院	21,340
歯科病院	71
歯科医院	10,790
韓方（漢方）病院	139
韓方（漢方）医院	7,558
歯科医院	10,790
薬局	18,372
助産所	87

出所：『研究報告』（2003）

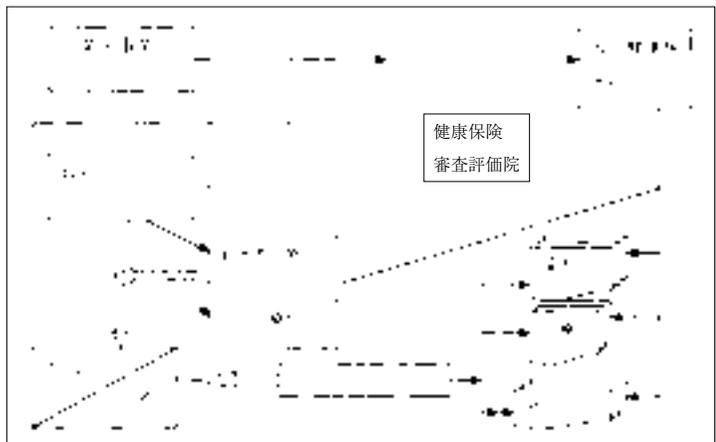
図表6. 国民医療費

国民医療費	30,679億ウォン（3兆679億円）	
公的財源	136,157	44.4%
中央政府	22,177	7.2%
地方政府	8,766	2.8%
社会保険	105,274	34.4%
民間財源	170,642	55.6%
民間社会保険	13,199	4.3%
民間保険会社	13,433	4.4%
家計	126,677	41.3%
民間非営利団体	1,218	0.3%
民間企業	16,115	5.3%

出所：『研究報告』（2003）により作成。

図表5. 韓国の新しい医療保険制度

金→ サービス⇒ 出所：OECD, 2002. により作成。



図表 7. 医療保険適用人口・加入者数 (2001)  
(単位1000人)

総人口	47,343千人		
医療保障人口	47,882千人(重複加入あり)	保険加入者数	平均保険料
健康保険	46,379千人(96.9%)	30,500千人	11,274ウォン
職場	18,503千人(38.6%)	6,000千人	26,631ウォン
公教	4,664千人(9.7%)	1,400千人	38,673ウォン
地域	23,212千人(48.5%)	23,100千人	36,253ウォン
医療扶助	1,503千人(3.1%)		無料

出所：『研究報告』(2003)およびNHIC, 2001により作成

韓国の場合の保険適用扶養者の定義は「無収入で、実際に被保険者に扶養される者」とされるが、その範囲は日本よりも広く、兄弟姉妹も含まれる。扶養者は職域保険に集中しており、その平均扶養者数は2.08人である。一方、自営業の階層は国民の約半数を占め比重は高い。医療扶助制度はアメリカのメディケア・メディケイドと同じ考え方である。

## 4. 収入と支払い方式のありかた

### (1) 診療報酬制度

政府は、資源基盤総体価格体系を元にして、医療サービスの単価を決めようとしている。公団と医療保険審査評価院(HIRA)は医療機関代表と毎年の交渉で単価を決めることにしている。診療報酬の単価基準を前年度の実績データに基づいて総枠削減の方向で進むならば、しだいにサービスの質の低下は免れない。韓国の場合、利害当事者の交渉駆け引きの果たす役割がすくなく、医師団体による診療報酬の値上げがなされており、基準作りそのものは政治的交渉とリンクして活用される可能性は高い。すなわち、日本のように政府が一方的に診療報酬単価を政策的意図をもって決めるといった方法とは異なるアプローチの仕方である。

医療提供者の収入源は、①診療報酬契約、②患者負担 ③政府からの「契約決裂時報酬調整」である。医療保険審査評価院へのレセプト提出は、書面またはEDI電子データの2種類で、月単位または週単位で請求する。評価院は2000年7月に設立された。理事16人の構成は、医薬団体5名、

保険公団3名、労使・市民団体5名、公務員3名。任期3年である。職員は1500名で、そのうち医師40名、看護師1000名である。運営費用は保険公団から一年予算総額を受け取る。独立性のためには直接政府からの財源を受けるほうがよいとする意見がある。

2000年の医療改革によって政府は全体費用を統制しようとしたが、結果的には費用は増大した。医療保険制度の財政危機は2001年度の赤字は2.7兆ウォンで年間予算の25%に当たる。改革後の赤字の理由としてあげられるのは、診療報酬を薬収入からの撤退を条件にあげすぎたことに直接の原因を求める声が強い。政府は保険料を2006年までに年間9%アップを図るとしている。診療報酬については、医師の側には歴史的に報酬の低さに不満があり、また政府が一方的に決めるだけの条件にはなく、政治的な交渉によって決まるものである。診療報酬を引き下げても、財政の膨張に対する効果は薄いとされる。診療数を増やすことにより収入を維持しようとするからだとされる。

医師数については41の医科大学の定員が2004年から2006年まで1割削減する方針が、医療制度発展特別委員会から出された(朝鮮日報、2002.09.03)。中小規模の病院の経営難のために、中国に進出する病院が増えて今年度2003年の8月までの投資額は175万ドルとなっている。美容整形外科、皮膚科、歯科、産婦人科など韓国の先端医療技術が進出を計っている。

資源を効果的に使うための支払いメカニズムには、出来高払いと頭割りの組み合わせがある。出来高払いは、患者数が増えれば収入が増え、リスク責任もあるが、過剰診療になりやすいし、人頭割りは逆に収入は診療内容に関係ないので、患者に対するリスク責任は弱くなる傾向にあると言われる。

政府はこの混合支払いメカニズムをめざして、2001年に「相対的価値基準制度」を導入して、アメリカ型の点数システムを導入した。これはアメリカのマネージドケアと同様に、サービスの真のコストを示すものではない。またDRG診療率基盤の導入は、診療コストの想定化と固定化に導くことになる。DRGは1997年に一部導入されて、試験的な試みがつづけられているが、DRGが医

療機関の質を改善することにはかならずしもつながっていないと言われる。

また政府は2004年度から労働者の医療費控除優遇を年間所得の3%超過分から5%超過分へと引き上げることを決定した。これまでの優遇者の約60%が控除対象から除外されることになるという。

医薬分業の結果、医療費支出が増えたという国民が73%もあり、国民の評判は良くないようである（朝鮮日報, 2003.9.22）。

## （2）保険料制度

保険料徴収において、地域自営業の所得補足率が大変低いために（3割程度）、保険料徴収の基準は、自営業の場合、所得・資産・自動車の総財産を基準としている。実際に年間所得500万ウォン（日本円にして約50万円）が89%もいるということになれば、首をかしげざるを得ない。1999年度の職域組合における被用者の平均月額所得が147万ウォン（約15万円）に対して、自営業は86万ウォン（約86,000円）で、所得把握率が30パーセントであるとすれば、自営業の月額所得の実態は約300万ウォン（約30万円）ということができる。韓国は自営業の比率が45%と日本よりは高いので、問題は収税方法そのものにありそうである。

被保険者については従来区分を継続して2区分として、異なる基準により保険料を徴収している。被用者（職域）は、月収の3.4%であり、事業主も同額負担している。保険料支払い対象者の最低月額賃金は28,000ウォンである。また自営業（地域）の保険料は、年収500万ウォン以下と以上を区分して所得割を30段階と50段階、資産割を50段階、自動車資産7段階と細かく分けて、その組み合わせにより保険料支払いを行う。

窓口支払いは、診療所では通常30%負担、病院

で40%から65%負担である。薬は通常30%負担である。高度治療を受けるほど自己負担率が高くなる。

政府は保険料率を2008年度までに現行の3.94%から6.7%に引き上げ、保険支給比率を52%から70%に引き上げる方針という。また公共医療機関の比率も現在の15%から倍の30%に増加させる方針である。

## （3）救貧医療制度

1977年に医療保険制度が出来たときに、生活保護者は保険料が支払えないので対象外とされて、別途制度が開始されたが、1997年に生活保護基準を改正して自助的性格を強めた。最低生活基準に達しない人（2000年、月513ドル、）と特定グループが対象となる。これらの人々は保険料支払いは免除されている。政府統計では対象となる貧困層は3.8%（2001年）にすぎず、対象範囲はきわめて絞られている。しかし、救貧医療患者は公立病院の患者の10%、民間病院の患者の1%を占めており、公的施設である保健センターにおける医療の質を上げることは、医療アクセスの平等を解決する方法の1つとなる。一方で、民間病院は料金が高く、貧困層がアクセスできないので、それを容易化するためには民間病院・診療所にゲートキーパー的な役割を付与することも一案とされている。

制度上、クラス1はもともと労働不能者、65歳以上の高齢者、福祉施設で介護を受けている者など。クラス2は、就労可能な生活保護者で自立している者。医療保険制度と救貧医療制度との間でのサービスの違いはない。

図表8. 医薬分業と費用効果

	薬請求数	外来患者数	薬処方平均価格(ウォン)	外来診療費用(ウォン)	薬/医療給付費用対比
1994-1999	53,302,468	216,491,987	2,454	13,348	2.51%
年間増加率	16.26%	9.49%	15.39%	11.01%	—
2001	247,178,527	322,729,988	13,791	18,857	35.76%

出所：O E C D. 2002より作成。

#### (4) 韓国の医療非営利協同組織

韓国の伝統的な非営利協同セクターである農業協同組合、信用組合、財団などは、現在でも公権力にコントロールされ従属させられ、私的利益や営利目的に従属しており、参加民主主義という性格に乏しい、と見なされている(北島・ビデ,1999)。また、ヨーロッパなどで伝統的に存在した共済組合がないことも労働者福祉の発展を停滞させた(Bidet,2000)。現在、非営利組織は2種類あり、届け出非営利組織は約11,000であり、無届け非営利組織は約5万あると推定されている。非営利組織の74%は1987年の民主化以降に設立されたものである(Bidet,2000)。民法、非営利法人設立法および関連法(医療法人ならば医療法、福祉法人ならば社会的会福祉法など)に基づき設立される。

韓国におけるいわゆる非営利・協同セクターとして見なすことのできるグループは、協同組合、NGO、NPO、市民団体、市民運動団体、財団、公益団体などである。独立後の軍事政権下ではこうした非営利セクターが発展する素地はきわめて乏しかった。近隣組織、血縁組織、宗教組織の形態が主たるものであった。1980年代の民主化の過程の中で多くの非営利セクターの組織が誕生してきた。1999年に非営利民間団体進法が制定され、市民のボランティア参加による公益活動の推進を目指した。

医療機関は医療法人法に基づく非営利組織である。これは日本と同様である。従って、こうした医療団体が、非営利組織の原則である「民間・自律・利潤非分配・自己管理」をどの程度意識的にしているのかはまったく不明である。とりわけ民主的組織原則をもっているのかどうかは今後大きな区分基準になっていくべきであろう。民間非営利病院は法人税・地方税、寄付などの控除などの優遇措置を受けることができる。

こうした中で、韓国における非営利・協同原則を掲げた医療機関としてあげられるのが、医療生協である。2002年現在、韓国には6つの医療生協があり、もっとも古いものがアンソン医療生協で1994年設立であり、他の医療生協は2000年と2002年に設立されたもので新しい(日生協、www.jhca.coop/korea)。大学医療生協が浦項大学にある。ま

た、セツルメント的活動的な民主医療運動によって1992年にソウル市近郊に広津医療・福祉センターが診療活動と貧困者のための地域活動を行っているといわれる(勤医協新聞、1998.12. www.10.plala.or.jp/shosuzki/edit/asia/kormedic.htm)。また大学の研究事業から出発して労働災害における労働者の医療の権利を守る運動となった源進(ウォンジン)総合センターから発展分化してできたグリーン病院(『民医連医療』1999,6/7.No.323/324)などもある。いずれも1987年以降の民主化時代に誕生したものである。1987年にはまた民主的な医療をめざす「人道主義実践医師協議会(人医協)」が設立された。ソウルなどの大都市圏で医院が設立され、一部は医療生協となっている。

## 5. 今後の方向

1980年代より社会政策を重視し、経済発展の必要条件として医療福祉を位置づけてきた韓国であったが、国民総生産に占める医療費の比重は先進国平均値に比する低いので、今後医療費総額を先進国並みにするとすれば、数倍あげていく余地はあると思われる。またヨーロッパ各国が、福祉・社会サービスの手段として非営利・協同セクター(第三セクター)を活用して新しいニーズや雇用問題の解決手段としていることに習えば、家族制度や門柱制度などの伝統的なつながりといわゆる市民社会の台頭とどのように調整するのかが韓国独自の課題であるにしても、韓国もまた同じ施策を採用する余地はあると思われる。

公団があげている今後の課題は、管理運営の改善、保険財政の安定化、サービスの改善、組織の改善、市場を利用したサービス供給効率の改善である。OECD論文では、政策勧告として、医療保険制度においては、保険料の値上げ、支出目標額の設定、アクセス平等の改善、費用効率性の追求のためのDRGの導入、酒たばこ税の一部財源組み入れ、保険者のガバナンス・アカウンタビリティの向上、医療機関の規制と自己規制化の促進、予防医学の重視などの方策をあげている。そしてOECD報告ではシンガポールで実施されている医療貯蓄勘定(MSA, Medical Savings Account)制度という患者個人が医療費を貯蓄して支払う方

式を推奨している。しかし、シンガポールは外国人投資が中心の高級医療サービスと公立病院が一般大衆むけの医療サービスという差別化を行っており、もし韓国がOECD勧告にしたがってその方向を採用するとすれば、医療の不等性と営利民営化が強化され、医療の公共性指向は弱まり、普遍主義型制度よりも残余型制度になり、医療財政削減が主たる政策目標になるであろう。

一方で、医療の公共性、平等性を追求すべきとして、主としてイギリス型のNHS制度という税に基づく制度への転換や、保険料負担の事業主責任を重視するフランス型の採用などの主張もある。医療政策をめぐる様々な利害関係者たる社会的集団（医療関係者、患者、事業者、自営業、賃金労働者、団体など）が存在する。市場においてはそれぞれの利害は対立し競争するという原理の関係でしかないが、医療の公共性（この場合協同性）という場の中で、各利害関係集団の役割をとらえて行くならば、人々のいのちとくらしを護るための経済的社会的平等の実現という共通目標のために、連帯していくことが可能になり、それがまた国家の役割としての富とサービスの再分配機能を果たすことにつながるであろう。そのためには、医療を巡るサプライ側と受け手側の一層の協同関係と政策的連帯が必要である。韓国の場合でも、2000年医療改革を受けて、単一保険者公団の設立や医療評価審査院の設置など、より公共性を追求可能な運営機関ができており、また医療機関の予防的・治療技術的適正配置の計画も検討されている。その実現手段としては、医療の「営利市場化と最低限保障」よりは、「普遍主義化と適正アクセス」の道のほうが論理としてはあるべき方向であろう。そのためには民間の医療機関の営利性と非営利性の区分化と統制が大きな過大のひとつと

なるであろう。

#### 参考文献

- 「韓国の医療保険改革についての研究報告」、健康保険組合連合会、2003
- 金永子編訳「韓国の社会福祉」、新幹社、2002
- 北島健一、エリック・ビデ『フランス、日本、韓国における新しい社会的経済もしくは非営利・協同組織の国際比較』、松山大学ディスカッションペーパーNo.1101.,1999
- リン・チェンウェイ（林成蔚）『台湾と韓国の社会保障制度－比較政治学の視点から』、東京大学社会科学研究所報告レジュメ（2000/10/25）
- “Review of the Korean health care system, OECD, 2002
- Meesook Kim, *Social Security and Social Safety Nets in Korea*, World Bank, 2002
- Ian Gough, *Welfare Regimes in East Asia and Europe*, World Bank, 2000
- I. Kim & C. Hwang, *Defining the Nonprofit Sector : South Korea*, The Jons Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, 2002.
- National Health Insurance Program in Korea 2001*, NHIC, 2001
- <http://www.mohw.go.kr/> 韓国厚生省サイト
- 朝鮮日報サイト <http://srch.chosun.com/cgi-bin/japan/>
- Eric Bidet, *Économie sociale et nouveaux pays industrialisés : Le cas de la Coère du Sud*, *Annals of Public and Cooperative Economics*, CIRIEC,71:3, 2000

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）