
特集：韓国の社会保障・急速な少子高齢化の下での制度改革

韓国の医療政策 ——保障性・公共性・持続可能性——

株本 千鶴*

抄 録

韓国の医療政策は、社会保険方式の医療保険制度を基軸に実施されている。本稿では、少子高齢化という社会全般にわたる政策課題があるなかで、韓国の近年の医療政策がどのように展開されているのかについて、主に2010年代以降の時期に焦点をあてて整理し、考察する。特に、優先的な政策とされる保障性の強化と公共性の拡大、持続可能性にかんする政策の内容と特徴に注目する。

考察対象とした政策は紆余曲折をへながらも実行されているが、十分な成果を上げているとはいえない。その要因のひとつに民間医療機関を中心とした医療提供体制がある。韓国の医療政策において、医療提供体制の強固な構造的特徴を前提として、実効性のある医療政策を策定し実質的な成果を上げることとは、これまでも課題であったが、今後もしばらく課題でありつづけると思われる。

キーワード：医療政策，医療提供体制，保障性の強化，公共性の拡大，持続可能性

社会保障研究 2023, vol.8, no.2, pp.146-159.

Ⅰ はじめに

韓国の医療政策は、その基軸である社会保険方式の医療保険制度が一部被用者を強制適用対象とする制度として始められた1977年から46年、皆保険を達成した1989年から34年の歳月をへて、成熟度を深めてきた。この間、つねに経済・社会の変動や政治状況の変容に対応してきたが、目下の重要な対応課題は人口の少子高齢化による社会変動である。

本稿では、少子高齢化という社会全般にわたる政策課題のなかで、韓国の近年の医療政策がどの

ように展開されているのかについて、主に2010年代以降の時期に焦点をあてて整理し、考察する。特に、優先的な政策目標とされる保障性の強化と公共性の拡大、持続可能性にかんする政策に注目したい。なお、医療政策の対象には公的扶助制度としての医療給付制度も含まれるが、本稿では扱わない。

以下、Ⅱ節で韓国の医療保険制度である国民健康保険制度・政策の概要、Ⅲ節で医療資源および医療政策の基本計画について確認する。そしてⅣ節で、文在寅政権での保障性の強化と公共性の拡大、国民健康保険制度の持続可能性を目的とした政策の内容と成果を整理し、考察する。そしてさ

* 相山女学園大学人間関係学部 教授

いごとに、今後の展望と日本の政策についての示唆について考える。

II 国民健康保険制度・政策の概要

1 国民健康保険制度の発展過程

1963年に制定された任意加入の医療保険法が1976年に全面改正されたことで、77年に500人以上事業所被用者を強制適用対象とした職場保険が開始された。その後、公務員と私学教職員が加入する公教医療保険（1979）、農漁村地域医療保険（1988）と都市部地域自営業者を対象とする地域医療保険（1989）が実施され、1989年に皆保険が成立した。

1970年代には、経済政策も社会政策も「すべて重化学工業化と内資動員の極大化という脈絡から規定され」、制度の対象は「経済的余力のある中産層と高所得層」とされた〔キムドギョン（2018）、p.84〕。医療保険では、国家は自らの財政負担を最小化するために大企業事業所労働者から適用を開始し、組合主義方式を採択した。組合主義方式の実施は小規模組合の財政不安という問題を生じさせ、その解決を目的とした医療保険組合統合運動が展開されることになる〔ユンホンシク（2019）、pp.232-233〕。これを契機に運動と政治の応答が繰り返され、結果として1997年に「国民医療保険法」が制定された。そしてこの法の施行によって公教保険と地域保険を統合した国民医療保険管理公団が1998年に設立される。1999年の「国民健康保険法」の制定後は、管理運営組織の一元化が目指され、2000年に国民医療保険管理公団と職場組合を統合した国民健康保険公団（以下、公団）が誕生した。

このようにして、公団を単一保険者とする国民健康保険（以下、健康保険）の体系が完成した。財政は段階的に統合され、2003年に完全に一元化された。なお、1987年から韓方医療（東洋医学である韓医学による医療）も健康保険の適用対象となっている。

2 国民健康保険制度の概要

(1) 加入者・保険料・保険給付

健康保険の適用対象は、職場加入者（事業所の労働者及び使用者と公務員および教職員、その被扶養者）と地域加入者（職場加入者とその被扶養者を除く加入者）に区分される。2023年3月時点の適用人口は約5,140万人、職場加入者約1,967万人（38.3%）、被扶養者約1,705万人（33.2%）、地域加入者約1,469万人（28.6%）である。

保険料は、職場加入者には報酬を基準として加入者単位で賦課される。保険料率は2010年には報酬月額5.33%であったが、2015年に6%台まで引上げられ、2023年は7.09%である。保険料は労使が折半する。報酬月額の算定に含まれる報酬を除外した職場加入者の所得（利子や配当、賃貸所得などの報酬外所得）が年間2,000万ウォンを超える職場加入者には報酬外所得にも保険料が賦課される。地域加入者の保険料は、保険料賦課点数（所得、財産、自動車などを基準に定めた賦課要素別点数の合計）に点数あたりの単価（2023年208.4ウォン）を乗じて算出され、世帯単位で賦課される。

給付内容には、現物給付と現金給付がある。また、重症患者の高額医療費負担の軽減を目的とした本人負担額上限制が実施されている。

加入者と被扶養者が給付サービス（保険診療）を受ける場合の自己負担額の算出方法は、外来では療養機関の種別・所在地ごとに異なり、自己負担率は療養給付費用総額の30～60%まで幅がある。例えば、患者は、専門的な診療を行う上級総合病院では診察料総額と残りの療養給付費の60%を、医院級の療養機関では療養給付費用総額の30%を自己負担する。妊娠婦や65歳以上の高齢者、6歳未満の児童などには、別途の軽減制度が設けられている。入院での自己負担率は、基本的には療養給付費用では総額の20%、食費では50%である。

全体医療費（公団負担金＋法定本人負担金＋非給付サービス（保険外診療）費）のうち公団負担の給付費が占める比率のことを健康保険の保障率というが、2021年度のそれは64.5%（前年比0.8%

表1 国民健康保険の保障率の推移

(単位：％)

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
健康保険 保障率	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	64.5
法定本人 負担率	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5	19.9
非給付 負担率	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2	15.6

注：健康保険の保障率は現金給付（本人負担上限額の還付金、妊娠出産診療費支援金、療養費）を含む。

出所：保健福祉部（2023a：8）。

表2 国民健康保険の財政状況

(単位：億ウォン)

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
支出	526,339	572,913	622,937	708,886	737,716	776,692
保険給付費	510,541	555,374	605,896	690,429	709,524	766,021
管理運営費等	15,798	17,539	17,041	18,457	28,191	10,671
収入	557,195	579,990	621,159	680,643	734,185	804,921
保険料収入	473,065	500,099	536,415	587,428	624,849	692,270
国庫支援	52,060	48,828	52,001	59,721	73,482	76,554
健康増進基金	18,914	19,011	18,801	18,082	18,801	19,167
その他	13,156	12,052	13,942	15,412	17,053	17,651
当期収支	30,856	7,077	△ 1,778	△ 28,243	△ 3,531	28,229
累積収支	200,656	207,733	205,955	177,712	174,181	202,410

出所：保健福祉部（2022a：497）。

減少）であった。保障強化政策の実施にもかかわらず、2012年の62.5%から2%の増加にとどまっている（表1）。

（2）財政と民間保険

健康保険の財源は保険料と国庫補助、その他収入からなる。国庫補助は予想保険料収入の約20%に該当する金額とされ、その内訳は国庫支援金（14%）と国民健康増進基金（6%）である。2021年の健康保険の収入は80兆4,921億ウォン、支出は77兆6,692億ウォン、当期収支は2兆8,229億ウォンの黒字、累積積立金は20兆2,410億ウォンである。コロナに対する医療・防疫を積極的に支援し、また、保障強化政策が実行されながらも、健康保険財政は安定的に運営されているとみられている（表2）〔保健福祉部（2022b）、p.712〕。

健康保険財政とあわせて民間実損医療保険の状況を確認しておく必要がある。医療費の自己負担

軽減のために健康保険加入者の多くが民間実損医療保険に加入しているからである（2022年末現在の加入者3,997万人、保険料収益13.2兆ウォン）〔金融監督院（2023）〕¹⁾。

実損医療保険商品は販売時期ごとに構造が異なる。2021年7月から販売されている第4世代の商品には主契約と特約の2タイプがあり、主契約では給付サービスに対する自己負担額の80%が保障され、特約では非給付サービス費の70%が保障される。

実損医療保険の加入者にとって療養費用の自己負担を軽減できることはメリットであるが、健康保険と実損医療保険の両方で保険料を納めることは経済的負担面でデメリットである。また、実損医療保険の存在は、医療機関の過剰な非給付サービス提供の要因のひとつになっている。そのため、第4世代商品では第3世代商品（2017年4月～2021年6月）よりも一部の非給付サービスの保

¹⁾ 韓国の民間実損医療保険については、健康保険組合連合会『韓国医療保険制度の現状に関する調査研究 報告書』（2017）が詳しい（執筆者は片桐由喜）。

障範囲を制限したり、保障率を引下げたりなどの変更が行われ、非給付サービスの過剰提供防止の強化が図られた。

3 国民健康保険総合計画

2016年8月、国民健康保険法が改正され、国民健康保険総合計画の策定が義務化された。それ以前は、2005年の第1次以降、第3次まで策定・履行された中期保障強化計画があったが、健康保険制度全般の改善を目的とした総合計画はなかった。中期保障強化計画の内容は健康保険の支出にかんする分野に限定されていたが、総合計画は政策目標や収入も扱っている。

2019年に策定された「第1次国民健康保険総合計画（2019～2023）」では、4つの推進方向と13の推進課題が提示されている。4大推進方向は、「生涯をととして健康を支える保障性の強化」「医療の質と患者を中心とした保障の強化」「健康保険の持続可能性の向上」「健康保険の信頼確保と未来に向けた準備の強化」である。第1次総合計画の所要財政は累積41兆5,842億ウォンで、健康保険財政では約10兆ウォンの積立金が減少するものと推計された〔パクウンチョル（2019b）, p.100〕。

革新的な政策目標は、健康寿命の延伸と健康保険の保障率向上である。健康寿命は2016年の73歳から2023年には75歳まで延伸させること、健康保険保障率は2017年の62.7%から2022年には70.0%まで拡大させ、維持することとされた。文政権発足後もない2017年8月に発表された「健康保険保障強化対策」は健康保険保障率の拡大と直接的に関連する政策であるため、第1次総合計画を基にした政策ではその内容を含めて推進することが示された。

Ⅲ 医療資源および医療政策の基本計画

1 医療提供体制

韓国の医療機関の数と病床数は表3のとおりで

表3 医療機関と病床の状況

(2022年6月, 単位: 個所, 個)

	医療機関数	病床数
総 計	72,252	726,809
上級総合病院	45	48,206
総 合 病 院	327	110,951
病 院	1,395	132,347
療 養 病 院	1,463	276,430
精 神 病 院	252	64,141
医 院	34,631	53,908
歯 科 病 院	236	236
歯 科 医 院	18,771	85
韓 方 病 院	514	32,650
韓 医 院	14,603	7,830
助 産 院	15	25

出所: 保健福祉部 (2022a: 416)。

ある²⁾。療養病院は療養病床（長期入院が必要な患者を対象に医療行為をおこなうために設置した病床）を備えた病院であるが、2011年に988か所であったのが2020年には1,582か所まで急増している。その後、若干減少しているが、病院級以上医療機関全体に占める療養病院の割合は大きいいため、医療提供体制に与える影響も少なくない。

また、韓国では公共病院よりも民間病院の割合が大きいことが特徴である。2020年末現在、全病院（病院級以上の医療機関）に占める公共病院の比率は5.4%、全病床数に占める公共病床の比率は9.7%である。この比率は、OECD加盟国平均の公共病院・公共病床の比率55.2%、71.6%と比べてかなり低い。規模の面では、公共病院の大部分が300病床未満の中小型医療機関に該当する。2020年末現在で40の地域拠点公共病院（地方医療院34か所、赤十字病院6か所）のうち300病床未満が33か所（82.5%）である。このような中小規模の病院は救急・重症患者を治療する十分な力量をもっていない〔キムジュギョン（2022）〕。

時代をさかのぼれば、朴正熙政権は「医療は民間中心」という概念しかなかったため、長期低利借款の提供など各種支援を提供して民間病院が病床を増やすよう誘導した。その結果、医療保険が

²⁾ 病院・歯科病院・韓方病院・療養病院は30以上の病床または療養病床（療養病院のみ該当）をもつ医療機関である。総合病院は100以上の病床を有する病院で、上級総合病院は重症疾患に対して難易度の高い医療行為を専門的に行う病院である。

導入される直前には40%台を維持していた公共病床供給の割合は、10%台にまで急速に低下した。民間病院の爆発的な膨張によって公共病床の割合が急減したのである。その後、量的な民間優位の傾向は変わらなかった。民間病院は「個人」が設立、運営する病院が大多数で、非営利法人の形態であっても事実上は営利的で個人支配的な運営をしているところが多い。大多数の病院の営利的運営の影響をうけ、公共病院も利益を出さねばならないという圧力を受けることがめずらしくない〔キムヨンイクほか（2022）、pp.203-207〕。

民間病院の多さは、医療機関の地域格差や機能不全の問題を招くことになった。1989年に診療圏が設定され、診療は医療保険証に示された中診療圏（138個、1998年）内の病医院で受けることとされ、ほかの診療圏で受ける場合は保険者の承認を受けるという制度が導入された。しかし、地域間での医療サービス供給が不均衡であることから医療不平等などの問題が浮上したため、1998年に診療圏制度は廃止された。以降、医療へのアクセスは高まったが、医療利用に制約がないことから、上級総合病院と首都圏の大型病院に患者が集中する現象が顕著になった〔イムインテク（2023）〕。

2 医療費

経常医療費は、国民全体が保健医療部門のサービスと財貨の消費のために支出した年間総額であり、公共医療費（政府、義務加入保険）と民間医療費（家計直接負担、任意加入医療保険、非営利団体および企業）に区分される。韓国の経常医療費は2000年25.4兆ウォン、2010年78.3兆ウォン、2020年161.7兆ウォンであり、持続的に増加している。2020年の経常医療費がGDPに占める割合は8.4%で、この割合はOECD加盟国38か国中26番目に該当する。また、2020年の経常医療費のうち公共医療費の割合は62.6%（義務加入保険50.6%、政府12.0%）、民間医療費の割合は37.4%（家計直接負担27.7%、任意加入制度9.7%）である。家計直接負担の割合は減少傾向にあるが、任意加入医療保険の割合は増加傾向にあり、2010年の4.3%から2020年には8.5%まで増えている〔チョン

ヒョンソンほか（2021）〕。

3 保健医療発展計画

2000年に制定された保健医療基本法では、保健医療発展計画を5年単位で策定することが定められているが、現在まで策定されていない。

保健医療発展計画は、保健医療発展のための基本目標と方向性、関連事業計画と推進方法、保健医療資源の活用、保健医療伝達体系など、国家の保健医療体系にかんする全般的内容を総括する総合計画として策定されねばならない。また、保健医療発展計画の策定と執行は保健医療政策審議委員会の審議と國務會議の審議をへて確定され、地域保健医療計画と有機的関係をもつこととされている。地域保健法を根拠とする地域保健医療計画は、1997年に第1期地域保健医療計画が策定されて以来、すでに第8期まで策定されている。

保健医療発展計画の内容で最も重視されるのは、保健医療基本法の目的を反映することである。法は、国家の保健医療体系の発展と国民の保健および福祉の増進を基本目的としている。そのため、保健医療発展計画は、国家の保健医療体系の運営過程で国民と国家の役割と責任を規定し、多様な計画の統合と方向性、それに伴う資源の活用と技術の発展にかんする内容を包括的に扱うものでなければならない〔キムソユン・イドンヒョン（2020）、p.17〕。

韓国社会をとりまく諸条件を勘案しながら、健康保険を中心とする医療サービス提供の構造を適切なものに変革し、制度の持続可能性を担保する方策を確定する必要があるため、そのような構造改革の基盤となることが保健医療発展計画には期待されている。しかしながら、保健医療政策審議委員会は2005年以来しばらく開催されず、あらためて委員会が発足したのは13年ぶりの2018年であり、その可視的な成果はまだ出されていない。

Ⅳ 文在寅政権の医療政策

1 保障性の強化³⁾

(1) 保障性強化政策の展開

健康保険の保障性強化政策の目標や基本的な方向、改善領域は、盧武鉉政権以降の大統領選挙の公約や国政課題などで示され、2005年に保障性強化政策のロードマップが発表されてからは中期保障性強化政策が順次、策定されてきた。その主な政策手段には、政権の性格とかわりなく、連続性が確認される（第1次2005～2008、第2次2009～2013、第3次2014～2018、第4次2019～2023）〔ホスニム（2021）、pp.106-107〕。

保障性強化政策では、保障率を引上げるために、重症疾患診療での自己負担の軽減、高額医療費負担の軽減、自己負担上限額の引下げなどが行われている。しかし、第1次と第2次の計画による政策の結果、保障率を目標値まで引上げることはできなかった⁴⁾。そこで第3次計画では、第2次までの施策の拡充とともに、非給付サービスのあり方を改善し、利用者の自己負担を軽減するための対策がとられた。非給付サービスの利用とそれによる自己負担の急速な増加が、保障率の引上げを阻んでいる要因と考えられたからである。

政策策定の背景には、混合診療が認められていること、非給付サービスが医療機関の収入源として定着していること、非給付サービスの自己負担費用を保障する民間実損医療保険の加入者が多いこと、などの事情がある。

非給付サービス改善の対象となったのは、選択診療制度、差額ベッド代、看病人（付添人）雇用、4大重症疾患（悪性腫瘍、心臓疾患、脳血管疾患、難治性希少疾患）治療での非給付サービスである。

選択診療制度とは、利用者が病院級以上の医療機関を利用する場合、一定の資格要件をもった医師、歯科医師または韓方医師を選択して、診療を

申請できる制度のことである。選択診療制度の実施にあたり、医療機関は通常診療費に追加して選択診療費を徴収でき、利用者はその全額を負担する。選択診療費は非給付サービス費総額に占める比率が最も高かったため、選択診療費の減額や選択診療医師の割合縮小などが試みられた。

差額ベッド代については、保険給付対象の病床を増やすための対策がとられた。具体的には、給付対象である一般病室の基準の変更（6人から4～5人へ）、一般病床の義務的設置率の拡大が行われた。

看病人雇用にかんしては、自己負担の軽減のために「看護・看病統合サービス制度」が給付サービスとして導入された。この制度は、保護者や看病人が患者に付き添わなくても、病院の看護人材が包括的に入院サービスを提供するというものである。

4大重症疾患の治療に必要な非給付サービスについては、費用対効果は低い社会的ニーズがある医療サービスを対象に、段階的に給付化していく制度として「選別給付制度」が導入された（定期的な再調整があり、自己負担率は高めに設定される）。

以上のような対策の実施にもかかわらず、第3次計画においても目標は達成されなかった〔ヨナグム（2020）、p.26〕。非給付サービスの改善策が十分な効果をもたらさなかったからである。

第3次計画期の終盤、2017年5月に文政権が誕生し、同年8月9日、文大統領自身の肉声によって「健康保険保障性強化対策」が発表された。別名「文在寅ケア」と呼ばれるこの政策は、文政権の医療保障改革の核心的な政策であり、その具体的内容は「第1次国民健康保険総合計画」で示された。

(2) 文在寅ケアの推進

文在寅ケアの大目標は健康保険の保障率を70%まで引上げることであり、そのための具体的政策は3つにわけられる。①非給付サービスの解消と

³⁾ 本項は、株本（2021）をもとに記述されている。

⁴⁾ 第1次計画では目標保障率71.5%に対して2008年の実際の保障率は62.2%、第2次計画では目標保障率80.0%に対して2013年の実際の保障率は62.0%〔ヨナグム（2020）、p.26〕。

表4 非給付サービスの類型

分類		定義・説明	例
1. 治療的非給付 疾病の診断・治療等を目的とするが、費用・効果性等の側面から非給付と定められている場合	1-1. 搭載非給付	安全かつ有効で医学的に必要な医療であるが、費用対効果等の面で診療上の経済性が不分明な場合	ダビンチ・ロボット手術 体外衝撃波治療 [筋骨格系疾患] 持続的自己調節鎮痛法
	1-2. 基準非給付	「健康保険給付目録（告示）」に搭載されているが、実施基準（回数等）の範囲を超える場合に非給付として適用される項目	超音波検査料 MRI診断料 鎮静下内視鏡患者管理料
2. 制度非給付 関連制度の規定によって非給付とされている項目 (上級病室差額ベッド代、選択診療費、各種診断書・証明書手数料)			上級病室差額ベッド代 選択診療費 各種診断書・証明書手数料
3. 選択非給付 日常生活に支障がない疾患の治療や身体的必須機能の改善を直接の目的としない診療で医療利用者の選択による場合等			美容・整形手術 レーシック・ラゼック手術 健康診断

出所：保健福祉部（2020）。

その発生を遮断する政策、②高額医療費の発生防止を目的とした医療費負担上限の適正管理政策、③医療費負担による貧困の発生予防を目的とした緊急危機状況支援強化政策、である。

非給付サービスについては、医学的に必要な非給付サービスの段階的な給付化による「医学的に必要な非給付サービスの完全な解消」が目標とされた。目標達成のための方策として設けられたのが「予備給付制度」である。この制度では、治療に必要ではあるが部分的に費用対効果が不確実な非給付サービスが予備的な給付対象とされ（自己負担率30～90%）、事後的な評価をへて、あらためて給付対象としての適否や給付基準を決められる。

また、既存の非給付サービスの分類基準が整備され、「搭載非給付」「基準非給付」「制度非給付」「選択非給付」に類型化された（表4）。非給付サービスは類型ごとに管理されるが、「搭載非給付」「基準非給付」「制度非給付」については、給付化に備え、価格や量などの実態把握によって基礎資料が収集され、標準コード付与の指針も作られている。

同時に進められたのが、選択診療制度、差額ベッド代、看病人雇用に対するさらなる改善対策の実施である。例えば、選択診療制度は全面廃止された。また、非給付サービス情報公開制度や非

給付サービス費が給付対象であるか担当部署に確認要請できる制度なども実施された。医療費負担上限の適正管理政策や緊急危機状況支援強化政策も拡充された。

以上のような施策によって、2019年末時点の保障率はわずかながらも64.2%まで高まり、2020年6月までに約7兆ウォンの医療費負担が軽減され、3兆2千億ウォン分の医学的非給付サービス（医学的非給付サービスの47%）が解消された。特に、重症患者の利用が多い上級総合病院と総合病院の保障率は、2016年にそれぞれ62.9%と62.4%であったのが、2019年には69.5%と66.7%まで上昇した〔保健福祉部（2020）〕。また、情報公開施策は非給付サービスの価格情報提供と医療機関間の競争を促進させ、価格の急増を抑制したとされる。納付した非給付サービス費が給付対象であることを確認できる制度も、利用者の権利救済として効果をあげた⁵⁾。

しかしながら、これらは限られた成果である。非給付サービス解消のための対策が拡大される一方で、新たに創出される非給付サービスが利用者の自己負担を増加させていて、政策効果を弱めているからである。医療機関側の状況としては、医学的非給付サービスの使用が多い上級総合病院と総合病院では医学的非給付サービスの給付化によってさらに利用者数が増えたが、給付化の恩恵

⁵⁾ 2015年から2019年までに約12万件の診療費確認申請が処理され、96億4,000万ウォンが償還された〔保健福祉部（2020）〕。

が少ない病院や医院では、経営の観点から非給付サービスの使用が増加するという傾向がみられた。利用者側では、実損医療保険の利用の増加が非給付サービス利用の縮小を阻む要因になっていた。

(3) 非給付サービス管理強化総合対策

2020年12月、保健福祉部は、非給付サービス管理対策を補完し、より実効的な管理体制を確立するために、「(適正な医療供給と合理的な医療利用を目的とした)健康保険における非給付管理強化の総合対策」を策定した。

総合対策は4つの分野からなる。1つ目は、合理的な非給付利用の促進で、非給付サービス費用の情報公開の拡大(医院級医療機関まで対象拡大等)、非給付サービスの事前説明制度の導入、診療費計算書・領収書発行の改善が行われる。

2つ目は、適正な非給付サービス供給の基盤づくりで、非給付サービス報告システムの導入、給付・非給付並行診療の管理システム構築、非給付サービスの評価による科学的根拠提示や評価活用方案の整備が実施される。

3つ目は、非給付サービスの効率的管理のためのインフラ構築で、非給付サービス分類体系の改善・標準化、非給付サービス標準コード使用の義務化、非給付サービスの定期的な再評価が実行される。

4つ目は、非給付サービス管理ガバナンスや連携協力の強化で、医療保障の成果管理やモニタリングシステムの構築、実損医療保険との連携協力の強化、非給付管理のための官民協力体制の強化が進められる。

(4) 文在寅ケアの評価

文政権における保健福祉部や関連機関は、保障性強化政策の成果を肯定的に受け止めながらも、目標とする結果に確実に到達するためには、非給付サービスをより徹底して統制すべきであると認識していた。

しかし、非給付サービスの統制だけでは、医療サービスの適切な提供は実現できない。非給付

サービスの給付化が進めば、都市圏の大型病院に利用者がさらに集中し、それによって医療サービスの地域格差が拡大し、健康保険財政の支出は増加する。このような予測の範囲内の事態に対応するには、医療提供体制や健康保険財政の改革を同時に行い、公平で持続可能な医療保障を確立していく必要がある。

統制対象である医療機関の強い抵抗も文在寅ケアの目標達成の障壁となった。非給付サービスの価格を自律的に決定してきた医療機関は、非給付サービスが給付対象に転換されることによる収益減少や、収益減少による医療の質の低下を懸念する。そのため、全体的に保障水準の低い診療報酬を適正な価格設定に改善してほしいと要望しつづけてきた。これに対して政府は、可能な範囲で医療機関の損失補償を行っているが、その内容は医療界が十分に満足できるものではない。

また、非給付サービスの詳細の報告義務化に対しても医療界は猛烈に反発した。その理由のひとつに、この制度は個人間の私的契約に政府が過度に介入し、医療提供者の職業遂行の自由を制限するものであるとの見解がある。医院級医療機関の開業医には、報告業務は過重負担になるともいわれた。コロナへの対応に追われる現場にとっては、時期的に負担を強いる業務であるとの訴えもあった。結局、非給付サービス報告システムは2021年7月から施行する予定であったが、文政権時に実行されることはなかった。

最終的に文在寅ケアは保障率を目標値の70%まで引上げることはできなかった。非給付サービスの統制にも失敗し、実損医療保険の膨張を招いたともいわれる〔チェビョンホ(2021), p.396〕。もとより保障性強化政策は困難な作業であるため、継続する改革の地盤づくりが文在寅ケアの役割であったといえるであろう。

2 公共性の拡大

公共保健医療とは、国家、地方自治団体および保健医療機関が、すべての地域・階層・分野にわたって、国民の普遍的な医療(必須医療⁶⁾)の利用を保障し健康を保護・増進する活動のことであ

る。そしてその最大課題は、医療サービスの地域格差とそれにともなう健康格差の解消である。しかし、公共保健医療政策の長年の実施にもかかわらず、成果は芳しくない。例えば、2018年の治療可能死亡率⁷⁾が最も高い地域は江原道、最も低い地域はソウル市であるが、その差は人口10万人当たり8.8人にもなる〔イムジュン（2022）、p.12〕。首都圏への医療機関と人材の集中による医療供給と利用の地域間不均衡も依然として深刻である。例えば、ソウル市に比べてほかの地域では上級総合病院の病床数が少なく、300病床以上総合病院の病床数も一部の大都市を除いて少ない傾向にある。また、2019年の人口1,000人当たり活動医師数はソウル市3.1人に対し慶尚北道1.4人、11の市・道の平均は2.0人となっている〔保健福祉部（2021）、p.5〕。

このような状況に加え、コロナの対応において、患者の80%以上が公共病院で診療されていたという事実（2020年9月時点）、公共保健医療の重要性が社会的にあらためて認識される契機となった。それとともに、問題点も浮き彫りにされた。まず、公共病院の施設の劣悪さや人材不足といった公共保健医療の質と量の不十分さが指摘できる。実際、コロナ重症患者を診療する能力のない大部分の公共病院が隔離施設として提供され、当該施設の職員は相当にエネルギーを使い果たした。また、国立中央医療院の推計によれば、一般の入院患者数の大幅減少によって悪化した経営を正常に戻すには最低3.9年かかるという。社会的弱者層の患者が公共病院で診療を受けられない状況も改善されなければならない。このような公共保健医療の現状があることから、国家の責任強化や公共病院など公共医療の拡充・投資に対する国民の認識と社会的要求が高まっているのである〔保健福祉部（2022b）；チュヨンス（2022）〕。

これまでの公共保健医療にかんする政策は、国立医療機関の拡充と活動支援に限定して行われてきたため、必須医療サービスを衡平に提供する体制づくりという面では限界があった。しかし、すべての国民に必須医療を保障することが必要であり、そのために公共保健医療の役割と機能を拡大させる政策が策定されることとなった。

2016年に策定された「第1次公共保健医療基本計画（2016～2020）」は、民間中心の保健医療体系で発生する問題を補完するために、公共保健医療の3大領域に関連する課題を中心的課題として取り上げた。それらは、地域間の均衡供給、保障が脆弱な階層（低所得層など）に対する医療提供、適正供給されていない必須分野の保健医療提供（分娩や救急医療など）、である。その後、3度にわたって関連対策の策定が行われながら政策が推進された。

2021年に、それまでの対策内容を総合的に補完・発展させるとともに新たな政策ニーズを反映させた「第2次公共保健医療基本計画（2021～2025）」が策定された。第2次計画では、公共保健医療の既存の概念が変更され、より拡大された内容となった。既存の公共保健医療は「市場の保健医療提供に不足する分野」であったが、「国民の生命・安全および基本的なQOLを保障する必須医療」とされた。遂行主体も「公共保健医療機関中心」から「公共的民間病院を含む公共保健医療遂行機関」とされ、民間医療機関も主体に含まれた。対象も「脆弱な階層、地域、分野中心」から「すべての国民の必須重症医療、健康脆弱階層および供給不足分野、公衆保健の危機対応など」に拡張された。コロナが流行する以前の公共保健医療の日常的な機能の回復・強化とコロナ流行以後またはほかの公衆保健の危機に備えて全般的に体制を拡充することが目標とされた。公共部門の

⁶⁾ 必須医療は「緊急に提供されなければ国民の生命に深刻な脅威を与える医療であり、需要の減少などによって適正な提供が困難な医療サービス」とされる。例えば、①救急・外傷・心脳血管疾患・悪性腫瘍などの重症医療、②産婦・新生児・小児医療、③リハビリ、④地域社会健康管理（慢性疾患、精神疾患、障害者など）、⑤感染・患者安全など、があげられる。

⁷⁾ 治療可能死亡（Amenable Mortality）とは、現在の医療的知識と技術を考慮したさい、早期検診、適時治療などの良質な保健医療の介入があれば回避できたとされる死亡を意味する。

拡充、民間の公共的役割の拡大、協力・支援体系づくり、これらをバランスよく強調することも明記されている〔保健福祉部（2021）〕。

第2次計画では「すべての国民の必須保健医療の保障による包容的健康社会の実現」がビジョンに掲げられ、「必須医療提供体系の拡充（規模・量）」「公共保健医療の力量強化（力量・質）」「公共保健医療制度の基盤強化（協力・支援）」の3分野で11の推進課題が示された。主な成果指標には、「地域公共病院20か所以上の新・増築」「地域責任医療機関⁸⁾の医療人材の拡充」「中央および市・道公共保健医療委員会の運営」などがある。

第2次計画をもとに公共保健医療政策は多くの利害関係団体との軋轢のなかで漸進的に実行されている。まず、大規模な公共病院設立が予算部署の同意を得られなかったなど、政府関連部署・自治体の協調と財源の確保に困難があった〔チェビョンホ（2021），p.392〕。公共医療の拡充に対して医師団体は抵抗し、市民団体は容易に納得しない。政府は、民間の利益を主張する団体と公共の利益を主張する団体の調律を十分にこなせていない。また、進歩系の政権や市民団体が広い意味での医療の公共性を拡大しようとする方向性は正しいと受け止められるものの、公共病院を公共性拡大政策の中心とみなすような見方については批判が強い。その批判によれば、現実の医療提供体制は民間中心であるため⁹⁾、民間医療機関の公共的役割を強化することが肝要であり、そのための具体的政策が重要とされる〔チェビョンホ（2021），pp.396-397；イムジュン（2022），p.16〕。

もちろん、民間医療機関とは異なる機能を発揮する公共病院の適正な供給は必要である。また、公共病院には標準診療の提供やモデル病院の役割など、民間医療機関を先導する機能の形成も要求されている〔キムヨンイク（2020），p.7〕。

3 持続可能性

コロナの影響があった時期を除く2007年から

2019年までの健康保険の支出増加率は8～9%で、政府総支出増加率（約6%）をつねに上回っている。したがって、健康保険の支出増加率を引下げ、財政が効果的、効率的に運営されるように健康保険財政は管理されるべきとされる〔イウンギョン（2023），pp.5-6〕。

急速な高齢化や保障性強化政策の推進が支出増加の要因として作用しているため、コロナの影響下にあっても健康保険の財政支出は年々増加しており、今後もさらに増加すると見込まれる。そのため、第1次国民健康保険総合計画で立てられた中長期の財政運営目標を基準に政策が実施されている。3大目標は、①保険料率の引上げ率を平均3.2%水準で管理（2018～2023）、②2023年以降も累積積立金10兆ウォン以上を維持、③国庫補助の持続的な拡大（2019年国庫補助比率13.6%）である。これら目標の達成に向けた施策は次のように進展している。①保険料率の引上げ率は2020年に3.2%であったが、その後はコロナの影響を勘案して3.2%以下に引下げられた（2023年1.49%）。②2021年末の累積積立金は約20兆ウォンである。コロナの影響で支出が減少し2021年の当期収支が黒字になったことが関係していると思われる。③国庫補助は金額面では毎年増えているが保険料収入の約14%台にとどまっている。

財政の収入面の政策内容は、財源調達安定化と管理運営体系の改善からなる。前者にかんして、保険料率の引上げは、保障性強化政策の推進や、診療報酬が相対的に低く評価されている分野に適正報酬を保障するために必要とされる。しかしながら、その決定は社会的諸条件に左右されるものであり、先述のようにコロナの影響を受けて、政策は予定どおりには進んでいない。国庫補助については、法定支援比率の最大限度である保険料予想収入の20%に及ばない状況が続いている。また、国庫補助関連の法規定は2022年末までの時限的規定であったため、国庫補助の存続が危ぶまれる事態が起きた。結局、国庫補助は5年間

⁸⁾ 地域責任医療機関は、国立大学病院と地方医療院など公共病院を中心とする指定機関で、圏域・地域内の必須保健医療の提供のために協力の誘導・調整を担う。

⁹⁾ 2021年末の公共医療機関（病院級以上）は221か所で全体医療機関の5.3%、病床数は全体の9.6%である。

延長されることになったが、国庫補助を恒久的な制度とする明確な法的根拠の制定が求められている。

支出面では、医療利用の適正化、合理的な支出構造の設計にかんする政策が推進されている。適正化政策では不必要な医療費支出の減少が目標となる。具体的には、薬局の薬剤費の本人負担差等制の対象拡大による患者の大型病院選好・集中現象の改善や、慢性疾患管理などを行う一次医療機関の強化対策などが行われている。軽症患者の大型病院への集中を防止し、患者が地域社会で適切な治療を受けるように医療伝達体系を改善することが財政の適正利用につながるからである。

合理的な支出構造の設計としては、医療機関機能に適合した保障体系づくり、保険給付再評価による給付体系の整備、薬剤費の適正管理が実施されている。医療機関機能に適合した保障体系づくりでは、上級総合病院とその他医療機関との機能分化の徹底による、医療サービスの質の向上と医療伝達体系における協力関係の強化が目的とされる。政策は診療報酬によって誘導的に実施される。例えば、上級総合病院で外来軽症患者が診療をうけた場合、当該機関は医療の質評価支援金および診療報酬の種別加算率の対象から除外され(30%→0%)、患者本人負担率は引上げられる(60%→100%)。

さまざまな政策の実施にもかかわらず、2010年から2020年までの上級総合病院の療養給付費用と外来来院日数がそれぞれの全体に占める割合は継続して増加しており、医院のそれは減少傾向にある。そのため、医院級機関を中心とした診療体系の整備が本格化している。一次医療機関による慢性疾患管理モデル事業¹⁰⁾が施行中であるが、これを本事業へと転換し、段階的に一次医療の力量を育成していく準備が進められているのである〔カンヒョン (2022), pp.16-18〕。

支出統制政策の成果をあげることは難しい。し

かしながら、超高齢社会の到来は目前であるため、実効性のある施策を着実に進める必要がある。また、支出統制は保障性強化とバランスをとりながら推進されることも重要である。コロナの影響で変則的な財政運営となっているが、その影響が明けて以降、対策を本軌道にのせなければならないであろう。

V おわりに

文政権の医療政策の展開からわかるのは、市場主義の思考が浸透している医療機関や医療サービス利用者を対象に、健康保険の保障性強化と医療提供体制の公共性拡大、保険財政の持続可能性を推進することは至難の業であるということである。政策の実効性を確保するためには、構造改革を前提とした確固な長期計画が必要であり、それを基に政策が確実に推進される必要がある。そのような計画として策定が期待されているのが保健医療発展計画である。あわせて、政府、医療界、市民団体、利用者などからなる医療政策協議のガバナンスにおいて、構成員が相互に協調的な姿勢で政策論議を展開することが望まれる。

2022年に発足した尹錫悦政権は、2023年1月31日に医療政策の青写真として『必須医療支援対策一重症・救急、分娩、小児診療を中心に一』を公表した。尹政権は基本的に文政権の政策には否定的に反応するため、医療政策における強調点や表現、具体策は文政権のそれと相違するが、その基調は大きくは変容していないようにみえる。また、1月9日公表の『2023年主要業務推進計画』で注目されるのは、2023年下半年期中長期ビジョンとして保健医療発展計画を策定すると明記していることである〔保健福祉部 (2023b), p.7〕。

尹政権では福祉政策全般において選別性や効率性を志向する傾向があるため、医療政策についても、文政権よりも保障性強化や公共性拡大の政策

¹⁰⁾ 一次医療慢性疾患管理モデル事業は、医院級医療機関の慢性疾患に対する包括的な管理体系の構築を目的に2019年1月から実施されている。事業対象は、医院級医療機関で外来診療をうける高血圧・糖尿病の患者。サービスは、①患者登録、②ケアプラン作成、③患者管理（患者モニタリング、相談、サービス連携・調整、教育）、④点検および評価の手順で行われる。

は縮小されるのではないかとみられている。公共病院の建設にも消極的であるため、民間医療機関を生かした政策推進が展開される可能性は大きい〔ペクジェジュン (2022)〕。尹政権の医療政策の志向が現状の改善に効果を発揮するのか、また、その志向を反映させた保健医療発展計画は策定されるのか。早期に成果を上げようという意図は看取されるが、実現までの道のりは険しいであろう。

日本の医療政策は、韓国と同様に医療保険制度を中心に展開され、また、少子高齢化の課題に直面している。医療提供体制が、民間医療機関の割合が高い「民」中心主義である点も類似する。「民」中心主義のメリットは「診療機能や患者サービスの改善・効率性の向上のインセンティブが強く働くこと」、デメリットは「病院整備の体系性・計画性が損なわれること」である〔島崎 (2022), p.29〕。そのため「公」補完主義が用いられる。このような医療提供体制の性質を考慮しながら、日本では地域医療構想によって病床機能の分化と連携が進められている。しかしながら韓国では、日本を先例とした政策を取り入れることは効果的ではあっても現実的に容易ではない。「民」中心主義の度合いが強力であり、それを統制し補完するのに「公」の力量が及んでいないからである。医療政策において「民」中心主義と「公」補完主義を適切に活用し、確実に政策効果を上げるように努力すること、そのような努力を目的としたガバナンスを作動させること。これらの重要性が、韓国の医療政策をととして再認識される。

付記

本稿は、JSPS科研費JP21K01890の研究成果の一部である。

参考文献

(日本語)

株本千鶴 (2018)「韓国における『文在寅ケア』と医療費適正化対策」『健保連海外医療保障』118 : pp.22-28。

—— (2021)「文在寅ケアの到達点—韓国国民健康保険の保障性強化政策」『週刊社会保障』3135 :

pp.48-53。

健康保険組合連合会 (2017)『韓国医療保険制度の現状に関する調査研究 報告書』。

島崎謙治 (2022)「公立・公的病院と民間病院の役割分担論について」『病院』81 (4) : pp.26-32。

(韓国語)

강희정 [カンヒジョン] (2022)「2022년 보건의료 정책 전망과 과제」[2022年保健医療政策の展望と課題]『보건복지포럼』[保健福祉フォーラム] 303 : pp.6-24。

금융감독원 [金融監督院] (2023)「2022년 실손의료보험 사업실적 (잠정) (보도자료)」[2022年実損医療保険事業実績 (暫定) (報道資料)]。(https://www.fss.or.kr/fss/bbs/B0000188/view.do?nttId=127255&menuNo=200218&cl1Cd=&sdate=&edate=&searchCnd=1&searchWrd=%EC%8B%A4%EC%86%90&pageIndex=1, 2023年7月21日最終確認)。

김도균 [キムドギョン] (2018)『한국 복지자본주의의 역사—자산기반복지의 형성과 변화』[韓国福祉資本主義の歴史—資産基盤福祉の形成と変化] 서울대학교출판문화원 [ソウル大学出版文化院]。

김미곤외 [キムミゴンほか] (2018)『한국의 사회보장제도』[韓国の社会保障制度] 나남 [ナナム]。

김소윤·이동현 [キムソユン・イドンヒョン] (2020)「보건의료발전계획의 필요성과 방향」[保健医療発展計画の必要性和方向]『의료정책포럼』[医療政策フォーラム] 18 (4) : pp.14-18。

김용익 [キムヨンイク] (2018)「건강보장과 국민건강보험공단의 역할」[健康保障と国民健康保険公団の役割]『보건행정학회지』[保健行政学会誌] 28 (3) : pp.210-216。

—— (2020)「공공의료를 다시 생각하다」[公共医療をあらためて考える]『행정포커스』[行政フォーカス] 148 : pp.4-8。

김용익외 [キムヨンイクほか] (2022)『복지의 문법—부유한 나라의 가난한 정부, 가난한 국민』[福祉の文法—豊かな国の貧しい政府, 貧しい国民] 한겨레출판사 [ハンギョレ出版社]。

김주경 [キムジュギョン] (2022)「진료의 지역완결성을 위한 공공병원 확충 과제」[診療の地域完結性をめざす公共病院拡充の課題]『이슈와 논점 (국회입법조사처)』[イシューと論点 (国会立法調査処)] 1930。

대한민국의학한림원 [大韓民国医学翰林院] (2020)『한국형 보건의료체계 구축을 위한 로드맵』[韓国型保健医療体系の構築に向けたロードマップ] 박영사 [博英社]。

박은철 [パクウンチョル] (2019a)「보건의료발전계획 수립의 시급한 필요성」[保健医療発展計画策定の至急の必要性]『보건행정학회지』[保健行政学会誌] 29 (3) : pp.245-247。

—— (2019b)「제1차 국민건강보험 종합계획」[第1次国民健康保険総合計画]『보건행정학회지』[保健行政学会誌] 29 (9) : pp.99-104。

백재중 [백제중] (2022) 『공공의료 새롭게』 [公共医療を新たに] 건강미디어협동조합 [健康メディア協同組合].

보건복지부 [保健福祉部] (2020) 『건강보험 비급여관리 강화 종합대책』 [健康保険における非給付管理強化の総合対策].

———— (2021) 『제2차 공공보건의료 기본계획 (2021~2025)』 [第2次公共保健医療基本計画 (2021~2025)].

———— (2022a) 『2022 주요업무 참고자료』 [2022年主要業務参考資料].

———— (2022b) 『2021 보건복지백서』 [2021年度版保健福祉白書].

———— (2023a) 「2021년 건강보험 보장률 64.5% (보도참고자료)」 [2021年の健康保険保障率は64.5% (報道参考資料)]. (http://www.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1673338429129_20230110171349.hwp&rs=/upload/viewer/result/202307/, 2023년 7월 18일最終確認).

———— (2023b) 『2023년 주요 업무 추진계획』 [2023年主要業務推進計画].

여나금 [ヨナグム] (2020) 「비급여의 급여화—성과 및 향후 정책 방향 제언」 [非給付の給付化—成果および今後の政策方向に対する提言] 『보건복지포럼』 [保健福祉フォーラム] 289 : pp.23-37.

윤홍식 [ユンホンシク] (2019) 『한국 복지국가의 기원과 궤적 ①~③』 [韓国福祉国家の起源と軌跡 ①~③] 사회평론아카데미 [社会評論アカデミー].

이은경 [イウンギョン] (2023) 『건강보험 재정건전성 제

고를 위한 거버넌스 체계 구축 방안』 [健康保険の財政健全性向上のためのガバナンス体系構築方案] 조세재정브리프 [租税財政Brief] 144.

임인택 [임인택] (2023) 「더 나은 의료전달체계를 위한, 그간의 노력과 나아갈 방향」 [よりよい医療伝達体系を目的としたこれまでの努力と今後の方向] 『의협신문』 [医協新聞]. (<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147917>, 2023년 7월 21日最終確認).

임준 [임준] (2022) 「공공보건의료 강화 방안」 [公共保健医療の強化方案] 『보건복지포럼』 [保健福祉フォーラム] 311 : pp.6-22.

정형선의 [정형선의] (2021) 『2020년 국민보건계정』 [2020年国民保健勘定].

주영수 [주영수] (2022) 「코로나19가 보여준 공공보건의료의 현실과 과제」 [コロナ19が見せた公共保健医療の現実と課題] 『보건복지포럼』 [保健福祉フォーラム] 311 : pp.2-4.

최병호 [최병호] (2021) 「문재인정부의 보건의료 정책 평가와 차기 정부의 과제」 [文在寅政権における保健医療政策の評価と次期政権の課題] 『보건행정학회지』 [保健行政学会誌] 31 (4) : pp.387-398.

허순임 [허순임] (2021) 「건강보험 통합 이후 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정과정에 대한 분석」 [健康保険統合後における保障性拡大政策の議題設定と政策決定過程についての分析] 『한국사회정책』 [韓国社会政策] 28 (4) : pp.97-121.

(かぶもと・ちづる)

Healthcare Policy in South Korea

KABUMOTO Chizuru*

Abstract

The healthcare policy of Korea is implemented according to the medical insurance system of the social insurance scheme. This paper examines and discusses how the recent healthcare policy in the Republic of Korea is being developed, focusing mainly on the period from the 2010s, amid the problems of a declining birthrate and aging population across society. Attention is paid to the content and characteristics of policies related to the expansion of benefit, the enhancement of publicness, and the sustainability of institutions, which are considered priority policies.

Although the policies discussed are being implemented with twists and turns, they have not produced sufficient results. One of the factors causing this is the health care delivery system that is centered on private medical institutions. In South Korea's healthcare policy, formulating effective healthcare policies and achieving substantial results on the premise of the robust structural features of the healthcare delivery system has been a challenge and will continue to be for some time to come.

Keywords : Healthcare Policy, Healthcare Delivery System, Expansion of Benefit, Enhancement of Publicness, Sustainability of Institutions

* Professor, Faculty of Human Sciences, Sugiyama Jogakuen University