
醫療保險 被保險者 便益增進을
위한 保險者의 役割에 관한 研究

崔 秉 浩
李 正 雨
申 鉉 雄

韓國保健社會研究院

醫療保險 被保險者 便益增進을
위한 保險者의 役割에 관한 研究

責任研究者: 崔 秉 浩

1996. 11.

醫療保險管理公團
韓國保健社會研究院

제 출 문

의료보험관리공단 이사장 귀하

1996년 4월 22일 귀 공단으로부터 위촉받은 <의료보험
피보험자 편익증진을 위한 보험자의 역할에 관한 연구>의
최종보고서를 제출합니다.

1996년 11월 30일

한국보건사회연구원 원장 연 하 청

연구陣

연구책임자: 최병호(한국보건사회연구원 연구위원)

연구자: 이정우(한국보건사회연구원 책임연구원)

신현웅(한국보건사회연구원 연구원)

머리말

의료보험제도가 1977년에 사업장 근로자를 중심으로 도입된 후 적용대상이 확대되어 1989년 7월 전국민 의료보장시대를 맞이 하였다. 한편 공무원 및 사립학교교직원에 대한 의료보험은 “醫療保險法”과는 별도로 독립된 “公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法”으로 제정되어 1979년부터 시행하여 18년의 역사를 갖게 되었다.

현행 의료보험제도의 관리운영체제는 組合別 自律的 運營을 지향하는 조합방식에 근거하고 있으나 실질적으로는 조합별 保險給與의 內容, 財源調達方法, 診療費審査 및 支拂方法, 管理運營組織 등 조합간 차이가 거의 없이 운영되고 있다. 특히 독립된 법률에 의하여 적용받고 있는 공무원 및 사립교직원에 대해서는 “醫療保險管理公團”에서 관리하고 있는데, 현재 공단에 대해서도 조합과 마찬가지로 기능상 자율성을 제한하고 있다. 다만, 근래에 공단이 직영하는 병원을 일산에 설립하도록 허용함으로써, 管理運營의 自律性의 폭을 확대하는 계기가 될 것으로 생각한다.

본 보고서는 공무원 및 사립학교교직원에 대한 의료보험의 보험자로서의 의료보험관리공단이 “保險管理”라는 제한된 역할에서 피보험자 및 그 피부양 가족의 健康增進을 통해 보다 삶의 質을 제고할 수 있도록 “健康福祉”를 실현하는 적극적인 역할을 수행할 수 있는 방안을 제시하려는 것이 目的이다.

본 보고서에서 제시하고 있는 醫療保險管理公團의 被保險者 便益增進을 위한 역할이 향후 職場 및 地域組合의 保險者로서의 역할 수행에 대한 정책수립에도 도움이 될 것으로 기대되어 관련 정책담당자,

조합운영책임자 및 관련 연구자들의 一讀을 권한다.

본 연구는 본원 崔秉浩 부연구위원의 책임하에 李正雨 책임연구원, 申鉉雄 연구원에 의해 수행되었다.

본 보고서가 완성되기까지 先進 外國의 保險者 역할을 공부하기 위하여 의료보험관리공단 관계자 및 보건복지부 정책담당자와 함께 프랑스와 독일 지역에 대해 海外出張을 하였으며, 의료보험관리공단 관계자와 수차례의 資料協助 및 懇談會를 통하여 意見을 收斂하였다. 본 연구진은 이러한 과정에서 보건복지부 보험정책과 정책담당자, 의료보험관리공단 박오영 조사과장을 비롯한 관계직원에게 사의를 표하고 있다. 그리고 원고를 읽고 귀중한 논평을 해준 본원의 이필도, 정영호 책임연구원에게 사의를 표하고 있다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구진의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1996年 11月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

目 次

研究結果 要約	9
I. 序論	25
1. 研究의 背景	25
2. 研究目的 및 研究方法	27
II. 保險者의 役割現況	30
1. 保險給與 提供者로서의 保險者 役割	30
2. 被保險者 便益增進事業 主體로서의 保險者 役割	41
III. 健康福祉增進을 위한 保險者의 役割分析	58
1. 保險者를 둘러싼 與件의 變化와 展望	58
2. 健康福祉에 있어서의 政府와 保險者의 役割	65
3. 健康管理機能, 福祉機能, 保險管理機能의 調和	76
IV. 先進國 保險者의 健康福祉 增進事業	87
1. 日本 保險者의 保健福祉事業	87
2. 獨逸 醫療保險金庫의 役割	126
3. 프랑스 醫療保險金庫의 役割	145
4. 先進國의 保險者 役割의 示唆點	149
V. 被保險者의 健康福祉 需要調査	152
1. 調査概要	152
2. 調査結果 分析	154

VI. 被保險者의 健康福祉 增進方案	166
1. 健康福祉 增進事業의 基本方向	166
2. 健康福祉 增進事業의 選定과 運營	167
VII. 結 論	178
參考文獻	184
附 錄	187

表 目 次

<表 II- 1> 保險給與外 本人負擔	32
<表 II- 2> 西歐先進國의 保險給與範圍	33
<表 II- 3> 日本의 醫療保險給與範圍	36
<表 II- 4> 日本의 附加給與	37
<表 II- 5> 1人當 附加給與額 및 法定給與額의 比較	40
<表 II- 6> 附加給與 實施組合數	41
<表 II- 7> 被保險者 健康診斷 受檢現況(1994年度)	44
<表 II- 8> 1995年度 被扶養者 健康診斷 檢診種目의 改選	45
<表 II- 9> 年度別 疾病豫防 教育實施 現況	47
<表 II-10> 1995年度 健康相談 現況	48
<表 II-11> 1995年度 主要 保健教育 教材 開發 및 補給現況	49
<表 II-12> 醫療保險 弘報教育 實施現況	51

〈表 II-13〉	報道媒體를 통한 弘報 現況	53
〈表 II-14〉	弘報物 製作 現況	54
〈表 IV- 1〉	國家公務員 等 共濟組合聯合會의 保健福祉施設	89
〈表 IV- 2〉	日本 私立學校敎職員 共濟組合의 保健福祉事業	90
〈表 IV- 3〉	日本 組合管掌健康保險의 保健福祉事業	92
〈表 IV- 4〉	日本の 健康保險組合의 保健福祉事業 事例	97
〈表 IV- 5〉	國民健康保險의 直營診療施設 및 人力(1992年末)	101
〈表 IV- 6〉	主要 高齡者 介護關聯 醫療·福祉서비스의 現況	107
〈表 IV- 7〉	醫療施設 種類別로 본 施設數 및 病床數	108
〈表 IV- 8〉	日本の 老人福祉施設	114
〈表 IV- 9〉	在宅서비스의 概要	121
〈表 IV-10〉	高齡者介護 側面에서의 日本の 醫療福祉施設 서비스	124
〈表 IV-11〉	機能別 專門療養施設 運營現況	148
〈表 V- 1〉	現行 서비스에 대한 利用度	155
〈表 V- 2〉	一般健康診斷에 대한 滿足度	155
〈表 V- 3〉	癌檢診에 대한 滿足度	156
〈表 V- 4〉	健康教育에 대한 滿足度	156
〈表 V- 5〉	健康相談에 대한 滿足度	156
〈表 V- 6〉	保健福祉增進 서비스에 대한 選好度	157
〈表 V- 7〉	健康增進을 위한 스포츠센터 運營事業의 優先順位	158
〈表 V- 8〉	健康檢診 種類別 優先順位	159
〈表 V- 9〉	PC通信에 의한 醫療情報需要의 優先順位	159
〈表 V-10〉	直營施設 種類別 優先順位	160
〈表 V-11〉	介護서비스에 대한 優先順位	161
〈表 V-12〉	健康福祉需要의 優先順位 綜合	162
〈表 V-13〉	서비스提供에 따른 保險料등 追加費用 負擔意思	163

〈表 V-14〉 스포츠센터의 財源調達 意思	163
〈表 V-15〉 豫防事業의 財源調達 意思	164
〈表 V-16〉 治療의 財源調達 意思	164
〈表 V-17〉 再活事業의 財源調達 意思	164
〈表 V-18〉 介護事業의 財源調達 意思	165
〈表 VI- 1〉 被保險者 便益增進事業 種類別 財源調達方案	177

圖 目 次

[圖 IV-1] 日本 高齡者의 現況	106
[圖 V-1] 母集團에서의 標本抽出過程	153

研究結果 要約

I. 序論

- 公共部門이 국민의 건강의 질 향상과 다양한 복지수요에 응하여 그 역할 증대의 필요성이 요청되고 있음.
 - 이러한 인식을 바탕으로 국가의 社會保障制度 中 醫療保險 部門에서 보험자로서의 의료보험관리공단이 자신의 피보험자 및 피부양가족에 대한 疾病의 治療, 豫防 및 健康增進 事業에 있어서 적극적인 역할을 정립하여야 함.
- 질병구조의 변화 등으로 의료보장을 둘러싼 환경이 빠르게 변화하고 있고, 이러한 환경 변화에 적극적이고 사전적인 대응자세가 요구됨.
 - 우리나라의 경제·사회적 여건과 傷病構造 및 人口構造의 變化는 보험자가 단순한 보험관리의 대행자 역할에 안주할 수 없음.
 - 보험자는 소극적 보험관리자의 역할에서 국민건강 증진을 위한 적극적인 역할 수행으로 탈바꿈해야 함.
- 다가오는 21세기에 국민건강의 큰 부분을 담당해야 하는 보험자의 역할은 어떠하여야 하는지, 그 효율적 실천방안을 제시하고자 함.

II. 保險者의 役割現況

- 保險者로서의 公團의 역할은 保險給與管理者의 역할과 被保險者 便益增進을 위한 사업주체로서의 역할로 구분할 수 있으나 양자간에 뚜렷한 한계선을 짓기는 어려움.
 - 保險給與로는 요양급여, 있고, 요양비와 분만비 및 그 외 타조합에서 附加給與로 제공하고 있는 장제비, 본인부담보상금과 같은 現金給與가 있음.
 - 健康檢診등 일부급여는 現 醫療保險制度下에 편익증진사업으로서의 성격이 강함.
- 被保險者 편익증진을 위한 사업으로서 健康檢診, 保健教育 및 教育資料의 보급, 의료보험 弘報教育, 成人病檢診 등을 실시하고 있음.
 - 疾病의 早期發見 및 早期治療, 健康의 維持增進을 도모하고, 疾病의 事前豫防으로 장기적인 측면에서 보험급여를 절감하기 위하여 피보험자 및 피부양자를 대상으로 健康檢診 事業을 실시하고 있음.
 - 우리나라에서 사회적 문제가 되고 있는 고혈압, 당뇨병, 간질환 등 주요 慢性退行性 疾患(성인병)을 검진대상 질환에 적극 포함시켜 해당질환의 조기발견·치료를 도모하고 있음.
 - 保健教育은 건강에 대한 잘못된 知識, 習慣 및 行動을 변화시켜 疾病의 事前豫防 및 健康增進을 도모하고 있음
 - 예방의료서비스를 제공하기 위해 健康相談室을 설치하여 적극적 질병예방사업을 실시하고 있음.
 - 피보험자에게 의료정보를 제공하기 위해 保險教育 資料를 發刊 및 普及하고 있음.

- 피보험자에 대한 弘報教育은 자격기준 및 보험료징수, 요양급여 기준, 진료전달체계 등을 중심으로 교육함.
- 保險者直營 醫療施設로 일산 신도시에 종합병원을 건립 중임.

III. 健康福祉增進을 위한 保險者의 役割分析

1. 保險者를 둘러싼 與件의 變化와 展望

가. 21世紀 保健醫療環境의 展望

- 21세기에는 지속적인 경제발전에 따른 生活水準 및 環境衛生의 개선과 醫學技術의 발달함에 따라 平均壽命의 延長 등의 의료여건이 변화할 전망이다.
- 앞으로 개인의 生活習慣과 관련된 癌이나 循環器系 疾患 등은 계속 증가할 전망이나 早期診斷과 치료법의 향상으로 증가추세는 둔화될 것으로 기대됨
 - 交通事故나 産業場事故로 인한 사망과 알코홀·약물 남용으로 인한 中毒死가 증가할 것으로 보임
- 尖端科學技術의 의학분야 적용으로 하이테크에 의존하는 의료가 가속화되어 새로운 醫藥品의 개발에 괄목할만한 성과가 기대됨.
- 醫療需要의 高級化·多樣化, 醫療市場開放에 따른 競爭의 심화 등으로 인하여 공급자 주도의 의료서비스 조직이 환자의 수요와 취향에 따라 消費者 主導로 변모하게 될 것임.
 - 醫療技術의 發達 등으로 의료서비스를 가정에서 받을수 있는 ‘在

家治療'시대가 예견됨.

- 수요의 다양화와 만성퇴행성질환의 증가로 인해 特化·專門化된 中小病院의 설립과 운영이 활성화될 것으로 보임.
- 保健科學의 振興과 尖端 保健醫療서비스의 開發에 적극적으로 노력하고 있음.
 - 첨단 보건의료서비스의 일환으로 在宅診療을 導入하기 위하여 超高速公衆情報通信網이 2015년에 일반가정까지 공급되는 것과 더불어 在宅診療의 도입을 추진할 것임.
- 「삶의 質」 向上을 위해 호스피스사업이나 장기요양시설 및 노인보건사업 등의 保健醫療서비스의 提供이 될 것임.
 - 慢性退行性疾患者 및 長期療養患者의 보건의료수요에 대처하기 위하여 長期療養施設을 설치할 것임.
 - 老人專門病院이나 看護養老院(Nursing Home)을 확충하고 老人을 위한 在家治療서비스와 만성병 관리사업을 활성화할 것임.
- 醫療供給에 있어서 1次醫療機能의 劃期的 強化할 것임.
 - 1차 의료기관('동네병원') 人力·施設·裝備의 효율적 활용을 위한 방안이 수립된 것임.
 - 保健所 기능을 강화하여 '건강증진센터'로서의 역할을 확립시키고 慢性疾患管理, 精神保健, 營養事業 등을 확충하게 될 것임.

나. 醫療保險制度的 發展展望

- 의료보장의 장기적인 정책방향은 健康保險으로서의 포괄적이고 능동적인 역할을 수행하므로써 國民의 健康增進에 기여하는 하여야함.

- 건강관리의 패턴이 종래의 疾病治療 위주에서 豫防 및 積極的인 健康增進의 추구로 변화함에 따라 포괄적이고 능동적인 健康保險(Health Insurance)의 개념으로 정착되어야 할 것임.
 - 이를 위해서는 진료비외에 豫防 및 積極的인 健康管理을 위한 費用도 保險給與範圍에 포함시키도록 하여야 할 것임.
 - 질병 및 사고의 발생시 醫療와 所得의 종합적 보장이란 관점에서 役割을 擔當하여야함.
- 醫療保險組合의 自律的 運營을 確保하고 積極的 役割을 附與하여야 함.
- 地域特性에 맞는 健康管理 프로그램을 적극적으로 수립하고, 獨自인 附加給與를 개발할 수 있도록 하여야 함
- 高齡化社會가 도래하고 老人醫療費 負擔이 증가함에 따라 의료보험의 效率的인 對處가 필요함.
- 조합별 재정능력에 비하여 노인의료비 부담이 많은 조합에 대해 조합간 재정조정을 강화해 나가야 하고, 과도한 醫療費 上昇을 抑制하기 위한 가격메카니즘이 잘 활용되어야 함
- 醫療費 上昇으로 보험재정에 압박이 따르므로 保險財政의 健實化와 負擔의 衡平性 確保되어야 함.
- 보험재정의 건실성은 규제와 자율의 균형 잡힌 정책에 의해 확보되어야 할 것으로 판단됨.
 - 부담의 階層間 衡平性이 확보에 있어 소득계층별 형평성과 함께 지역별, 성별, 연령계층별 형평성도 중요한 정책적 고려요소가 되어야 함.

2. 健康福祉에 있어서의 政府와 保險者의 役割

- 健康福祉事業 部門에 대한 政府 및 보험者의 역할이 강조되고 있음.
 - 건강 및 의료산업의 경우 外部效果, 情報의 不足, 供給者 獨占, 소비자 主體性의 缺如 등 시장의 失敗要因으로 인해 합리적인 시장의 결과를 기대하기 어려움.
 - 이러한 시장의 불완전성 문제를 보완하는 차원에서 국가와 보험자의 적극적인 역할이 요구되고 있음.
 - 특히 보험자는 국가의 대리인으로서 본연의 保險機能은 물론 보건 및 사회복지정책적 기능을 조화롭게 수행할 의무를 가지고 있음.
- 건전한 생활습관과 합리적인 醫療需要行爲를 유도하기 위하여 피보험자를 대상으로 健康教育을 실시할 필요가 있음.
 - 건강교육은 有益財(Merit Goods)의 성격을 가지고 있으며, 개인의 효용증대는 물론 국가적 차원에서 생산성의 향상과 사회안정에도 기여를 할 수 있음.
 - 건강교육은 개별 경제주체의 근시안적 消費行爲(현재와 미래소비의 과대 및 과소평가)를 교정함으로써 개인의 부주의에 따른 비용을 사회로 전가하는 문제를 방지할 수도 있음.
- 被保險者의 健康增進을 위하여 보험자는 예방적 차원의 保健·醫療정책을 수립할 필요성이 있음.
 - 국민경제적인 차원에서 사전적인 건강의 유지 및 증진사업이 사후적인 治療事業 보다 費用節約적임.
 - 따라서 보험자는 예방적 상품(일례로 건강검진, 스포츠센터의 운영 등)을 생산하여 수요자에게 염가 또는 무료로 제공할 필요가 있음.

- 보험자는 의료시장의 不完全性 문제를 완화하기 위하여 직영병원을 운영할 필요성이 있음.
 - 의료시장에 있어서 공급자의 利潤追求行爲는 의료공급체계의 지역별 불균형과 醫療受惠의 不平等 問題를 초래할 우려가 있음.
 - 의료정보의 독점현상과 의료수요에 대한 공급자의 개입은 獨占的 利潤의 문제를 야기할 수 있음.
 - 따라서 보험자는 자체의 직영병원을 設置·運營함으로써 의료공급의 지역별 不均衡問題를 완화하고 민간병원과의 경쟁체계를 유지할 필요가 있음.
 - 醫療供給者의 不足에 따른 獨占現象에 대처하기 위하여 보험자는 의료전문인력 교육기관을 운영하고, 동시에 교육기간 및 체계를 합리적으로 조절할 필요성이 있음.

- 醫療需要構造의 變化에 능동적으로 대처하기 위하여 의료자원의 이동성을 제고할 수 있는 정책을 수립할 필요가 있음.
 - 질병구조의 변화와 건강의식의 제고에 따라 국민들의 의료수요가 변화해 오고 있음. 따라서 醫療供給體系를 합리적으로 재조정하기 위한 정책적 지원이 필요함.
 - 의료공급자에 대해 재교육을 실시함으로써 需要構造의 變化에 따라 人力의 合理的 재배치가 이루어질 수 있도록 지원함.
 - 치매 및 노인성 질환 등에 대한 공급자의 시장진출과 收支均衡을 유지할 수 있도록 하기 위하여 정책적 지원을 할 필요성이 있음.

IV. 先進國 保險者의 健康福祉 增進事業

1. 日本 保險者의 保健福祉事業

- 일본 보험자의 保健福祉事業은 보험급여에 대한 보충적 서비스의 성격을 가지고 包括的인 事業을 수행하고 있음.
 - 피보험자 및 피부양자의 질병, 부상의 療養 및 療養環境의 향상, 病院, 診療所, 保養所 등 直營施設을 운영하고, 예방접종 등 豫防活動, 健康診斷, 健康相談, 健康體操, 高額醫療費貸付事業, 각종 體育大會, 건강유지·증진을 위해 필요한 각종 사업을 행하고 있음.
- 국가공무원 및 사립교직원 등의 “共濟組合”은 복지사업, 의료사업, 숙박사업, 기타 후생증진사업을 함으로써 職員의 福祉厚生에 힘쓰고 있음.
 - 健康福祉에 관련된 주요사업은 직영병원, 직영진료소, 건강관리센터, 보양소, 기타 체력증진을 위한 각종 운동시설을 들 수 있음.
 - 예방과 관련하여 건강교육, 건강상담, 건강진단 기타 건강유지·증진을 위한 필요한 사업을 적극적으로 운영하고 있음.
 - 특히 보건사업은 전국공통의 보건사업과 지역적 특성을 고려한 지역보건사업을 수행하고 있음.
 - 각종 사업의 운영은 直營과 더불어 민간시설에 대한 利用料補助 및 契約에 의한 운영, 타보험자와의 共同運營 및 타보험가입자의 이용을 상호 허용하고 있음.
 - 財源의 調達은 事業形態에 따라 보험료, 이용자부담, 중앙 및 각 지방자치단체의 보조 등 다양하게 구성되고 있음.
- 특히 보험자 시설로서 “健康管理센터”가 보편화되고 있는데, 보건교육, 보건지도 및 건강상담, 건강진단 및 사후관리, 체력증진 등 포괄

적인 건강관리를 하고 있음.

- 高齢者介護에 관련한 事業이 중요하게 부각되고 있으며, 개호의 시설 및 서비스가 醫療的 성격과 福祉的 성격을 융합한 “介護的”서비스로 一元化하는 방향으로 나아가고 있음.
 - 현재의 고령자개호 관련 의료·복지서비스의 현황은 다음 <表 1>과 같음.

<表 1> 主要 高齢者 介護關聯 醫療·福祉서비스의 現況

	醫療서비스 (의료법, 노인보건법, 건강보험법 등)	福祉서비스 (노인복지법 등)
施設서비스	<醫療·施設서비스> 일반병원(진료소) 특정기능병원 요양형 병상군을 가진 병원 개호강화형 병원 특례허가 노인병원 노인보건시설	<福祉·施設서비스> 특별양호노인Home 양호노인Home 輕費老人Home Care House 유료노인Home
在宅서비스	<醫療·在宅서비스> 방문진료 방문치과 진료 방문복약지도 방문간호 Day care	<福祉·在宅서비스> Home help Day service Short stay 일상생활용품 급여 등 사업 노인개호지원센터 운영사업

2. 獨逸 保險者의 役割

- 독일의 질병금고는 순수한 의미의 보험사업 뿐만 아니라 피보험자의 건강유지와 증진을 위하여 다양한 사업을 수행하고 있음.
 - 질병금고는 의료공급의 지역별 불균형문제를 완화하기 위하여 직

영병원을 운영하고 있음. 구체적으로 연방광산근로자 질병금고의 경우 현재 전국적으로 8개의 직영병원을 두고 있으며 전문분야별로 특화된 専門病院으로써 大學病院으로도 활용하고 있음.

- 직영병원은 지방정부가 公共支援 對象 病院으로 지정하고 있으며, 질병금고의 보험환자 뿐만 아니라 일반환자에게도 의료기회를 제공하고 있음.
- 질병금고는 장기환자의 간호와 요양을 위하여 전문요양소를 운영하고 있음.
- 현재 구서독 전지역에 550개소의 질병금고 직영 전문요양소가 설치되어 있음.
 - 전문요양소는 환자의 심리적·정서적 안정을 도모하고 신속한 재활 및 사회복귀를 지원하고 있으며, 질환대상별 特性化를 유지하여 각 疾患別 治療效果를 極大化하고 있음.
 - 전문요양소의 체류비용은 병원의 입원비용보다 저렴하게 되어 비용절약적인 치료는 물론 보험재정의 건실화에도 상당한 기여를 하고 있음.
- 독일 공적의료보험제도 중점사업의 성격은 종전 질병보험에서 건강보험으로 전환해 오고 있음.
- 보험자는 질병의 조기진단을 위하여 자체의 비용부담으로 정기적인 건강검진사업을 실시하고 있음.
 - 보험자는 피보험자 건강관리사업의 일환으로써 스포츠센터의 운영과 다양한 건강관리 프로그램을 개발·수행하고 있음.
 - 보험자는 사회·경제적인 환경의 변화에 대처하여 의료정책의 기본방향을 제시하고 양질의 의료서비스를 보편적으로 제공하기 위하여 공익의료전문요원제도를 운영하고 있음.

- 공익의료전문요원의 역할은 特別檢診 實施, 주치의 업무지원, 질병발생시 직장교체 및 재활조치의 주선, 장애연금의 수급에 필요한 소견서 발급, 그리고 연방장기요양보험법에 따른 간병의 필요성 여부 판단등임
- 또한 의료업무 뿐만 아니라 연금 그리고 장기요양보험의 업무를 동시에 수행하게 되며, 전체 社會保險制度間 긴밀한 업무공조체계를 구축하는데 조력할 의무가 있음.
- 인구의 노령화에 따른 만성 퇴행성 질환자의 증가에 대처하여 보험자는 장기요양보험제도를 운영하고 있으며, 가정요양과 시설요양으로 구분하여 現物給與와 現金給與가 제공되고 있음.

3. 프랑스 保險者의 役割

- 프랑스의 公的醫療保險制度는 지역 및 직역별로 구분하여 조합방식으로 운영되고 있음.
 - 현재 공적의료보험제도는 프랑스 居住住民의 약 99%를 적용하고 있음.
 - 의료비는 후불의 원칙에 따라 피보험자가 먼저 비용을 지불하고, 질병금고에서 추후정산하는 형태를 취하고 있음.
- 질병금고는 의료공급자에 대한 감독권과 의료관련 社會間接資本의 확충을 위한 책임을 가지고 있음.
 - 질병금고는 개별 醫療供給機關의 豫算 및 診療費 策定 그리고 진료내용에 대하여 직접적으로 관여하고 있음.
 - 질병금고는 醫療受惠의 衡平性을 보장하기 위하여 관할지역 의료공급체계의 확충에 필요한 財政支援을 하고 있음.

- 이 이외에도 질병금고는 보건계획의 수립 그리고 産業災害의 豫防과 被災者의 再活 및 所得支援과 관련한 업무에도 관여하고 있음.
- 질병금고는 보험환자의 健康回復과 심리적·정서적 안정을 위하여 專門療養所를 직영하고 있음.
 - 전문요양소는 기능별로 장기환자의 회복 및 휴식, 비정상 아동의 치료 및 보호 그리고 職業再活 및 社會適應支援을 위하여 별도의 시설로 운영되고 있음.
 - 시설사용료는 무료 또는 실비로 제공하고, 나아가 요양소에 입원한 비정상 아동의 부모를 위하여 별도의 숙박시설을 운영하고 있음.

V. 健康福祉 需要調査 結果

- 현행 사업중 一般健康診斷은 응답자중 90%이상이 利用經驗이 있으나 그 만족도는 그다지 높지 않게 나오고 있음.
 - 癌檢診에 대해서는 일반건강검진에 비해 더욱 不滿足을 시현하고 있음.
 - 健康教育과 健康相談에 대해서도 일반적으로 接近機會가 制限되어 있어 이용경험이 매우 낮은 관계로 만족스럽지 않게 생각하고 있음.
- 健康福祉事業의 優先順位로서 보험자가 제공할 수 있는 健康增進, 豫防, 治療, 再活, 介護, 高額治療費 貸與事業등 6가지 부문별 선호를 조사·정리한 결과는 <表 2>와 같음.
 - 부문별 우선순위는 豫防에 가장 큰 중점을 두고 있고 예방사업 중에서도 綜合檢診에 우선적인 선호를 보이고 있음.

- 특히 직영시설에 대한 설문에서도 健康檢診센터에 높은 지지를 보여 一貫性있는 응답을 하고 있음.
- 부문별로 두번째의 우선선호를 보인 治療에 대해서도 직영시설로써 綜合病院에 많은 선택을 하고 있으며, 개호서비스분야에서도 老人專門病院에 상당한 지지를 하고 있는 것에 일관성이 있음.

〈表 2〉 健康福祉需要의 優先順位 綜合

순위	전 체	사업부문별				
		건강증진	예 방	PC의료정보	직영시설	개호서비스
1	예방	수영장	종합검진	건강상담	건강검진센터	노인전문병원
2	치료	헬스 등	성인병검진	검진내역	종합병원	장기요양원
3	건강증진	사우나	암검진	의학백과	노인병원	가정간병인
4	치료비대여	테니스장	건강정보	민간요법	장기요양병원	병원간병인
5	재활	볼링장	예방접종	의보안내	한의원	단기보호소
우선순위별 응답률(%)						
1	82.1	78.6	80.1	76.4	69.0	77.9
2	58.5	68.2	64.2	46.5	66.5	47.1
3	47.4	47.4	61.6	46.2	37.2	33.8
4	31.6	37.1	27.6	45.5	35.1	32.5
5	29.0	28.6	19.1	36.3	21.4	6.2

- 이러한 각종 서비스를 제공하는 데에 따른 보험료인상등 被保險者의 追加的인 費用負擔 意思에 대한 물음에서,
 - 必要한 쪽에 2/3이상이 응답함으로써 비용부담이 따르더라도 더 나은 건강증진서비스를 받기를 원하는 것으로 보임.
 - 특히 매우 필요가 23%로써 상당한 필요성을 느끼는 계층이 적지 않음을 보여주고 있으므로 公團의 적극적 역할을 기대하고 있음.
- 서비스 改善을 위한 財源調達方法에 있어서 사업 종류별로 意思를 打診한 결과,

- 스포츠센터의 경우 利用者負擔, 豫防事業의 경우 保險料引上에 의한 무료이용, 治療事業의 경우 보험료와 이용자 양자부담, 再活事業의 경우에도 보험료와 이용자 양자부담, 介護(病院看護, 家庭看護)事業에 있어서는 利用者 부담쪽을 선호하는 것으로 판단됨.

VI. 被保險者의 健康福祉 增進方案

- 健康福祉 增進을 위한 事業의 基本方向은 다음과 같음.

- 삶의 質 向上과 生産性 提高: 被保險者 및 被扶養家族에 대한 건강복지 증진을 통해 삶의 質 향상과 生産性 향상에 기여
- 費用效果性 提高: 健康福祉 增進事業에 대한 投資가 장기적으로 醫療費 증가를 억제하고 健康의 質 개선에 기여
- 肯定的인 外部效果 발휘:
 - 1) 公團의 편익증진사업이 타 組合의 편익증진사업에 운영향을 미치고 長期的으로 公團과 組合 共同의 건강증진사업방안 모색
 - 2) 타 組合員도 이용이 가능하도록 하여 國民全體의 健康福祉增進에 기여
 - 3) 편익사업이 점진적으로 附加的인 保險給與로 포함되고 나아가서는 法定給與로 이행함으로써 醫療保險制度의 發展에 기여
- 公共財로서의 機能 強化: 민간의 시설 및 서비스를 이용하는 것보다 저렴하게 이용하고 조직적인 情報의 제공으로 접근성 제고와 건강증진에 기여
- 醫療保險管理公團의 건강증진사업과 公務員年金管理公團 및 私學年金公團의 복지후생사업이 종합적으로 連繫되어 사업수행의 효율성을 제고함.

- 健康福祉 增進事業의 選定과 運營

- 保健豫防 및 健康增進事業의 擴大와 內實化:
 - 1) 健康檢診은 직중, 지역, 인구적 특성을 감안하여 사업내용을 다양화하고, 수혜대상 연령의 인하와 피부양자에 대한 확대를 도모함.
 - 2) 특히 癌檢査등 특수검사종목을 확대하고 보험료인상과 본인부담의 완화등 탄력적 운영이 필요함.
 - 3) ‘健康增進센터’ 혹은 ‘健康管理센터’의 건립을 통한 綜合檢診 및 검진의 事後管理와 健康增進프로그램을 적극 운용함.
 - 4) 健康相談의 내실화를 위해 건강상담원의 자질을 제고하고 종합적인 피상담자 관리체계를 구축하고, 건강상담 D/B의 구축 등 전산관리와 건강상담의 PC통신 서비스를 실시함.
 - 5) 健康維持·增進을 위한 각종 프로그램 開發
- 直營醫療施設로써 건강증진센터외에 病院, 診療所, 療養院 및 高齡者 介護施設을 고려할 수 있음.
 - 1) 直營病院(綜合病院과 老人專門病院): 현단계로써는 綜合病院을 일산지역외에 전국적으로 추가적인 종합병원의 건립을 추진함. 종합병원외에 특수한 분야의 專門病院의 건립을 선도해 나갈 필요도 큼.
 - 2) 診療센터: 건강검진 및 일차진료서비스를 하는 진료센터를 勤務地에 건립하여 근무중 접근도를 제고하는 방안을 검토함
 - 3) 療養院 및 介護施設: 단기적으로 수요가 그렇게 강하지는 않지만 시범적으로 운영으로 운영경험을 축적해 나감.
 - 4) 健康增進 體育施設: 수영장과 헬스센터, 사우나를 함께 갖춘 시설로써 직영시설로 건립하는 방향과 거주지에 가까운 시설에 대한 이용료보조 양자를 검토함.

- 便益増進 서비스로써 간병인파견사업 및 의료정보의 보급을 고려함.
 - 1) 看病人(病院 및 家庭看病人)派遣: 핵가족화와 맞벌이부부의 증가로 수술후 회복기 환자와 노약자에 대한 보호가 요청됨
 - 2) 醫療情報의 普及: PC통신을 이용한 정보 문의 및 안내, 특히 '健康相談'이 중요하며, 건강교육을 직장단위로 수행함
- 施設 建立 및 서비스 提供時 檢討事項으로써 被保險者의 地域別 分布를 고려하여 地域間 均衡있는 分布가 필요함. 단, 長期療養 施設이나 專門病院의 경우 환경이 조용하고 깨끗한 곳에 건립하여야 할 것임. 民間施設과의 계약하에 이용료의 전액 면제 혹은 일부 보조를 검토함
- 事業의 種類에 따라 健康福祉増進 事業의 財源調達은 피보험자의 보험료, 정부 및 사용자(학교)의 보험료, 적립기금, 이용자의 부담, 필요한 경우 국고보조간 비율이 적절히 조정되어야 할 것임.
 - 1) 검진 등 豫防事業은 주로 보험료인상 및 적립기금에 의해, 부분적으로 이용자부담에 의해 조달함.
 - 2) 體力増進事業은 주로 이용자의 부담과 부분적으로 보험료및 적립기금 재원에 의해 조달함.
 - 3) 直營綜合病院 및 診療센터등은 적립기금을 활용하되 이용자의 부분적 부담으로 조달함.
 - 4) 特殊專門病院(치매센터), 特殊療養院 등 민간의료기관이 참여하지 않으려는 사업은 국가정책상 국고보조가 필요할 것임.

I. 序 論

1. 研究의 背景

1995년 국민소득 1만불의 달성과 1996년말 OECD 가입으로 우리나라는 선진국의 문턱에 도달하고 있다. 이에 상응하여 선진국다운 국민복지수준을 향상시키는 것이 새로운 책임으로 주어지고 있다. 즉 世界先進國 대열에 참여하여 경쟁력을 갖추어 동시에 건강의 질 향상을 포함한 국민복지의 발전을 위하여 노력하여야 하는 중요한 시기인 것이다.

1995년 11월 國際社會保障協會(ISSA) 제 25차 총회에서 의료보장부문의 발전전망으로써 첫째, 적절하고 공평한 醫療接近性의 보장, 둘째, 國民醫療費 수준유지를 통한 巨視經濟的 效率性 유지, 셋째, 消費者便益을 만족시킬 수 있는 의료서비스를 공급하는 微視經濟的 效果性의 확보 노력을 제시하고 있으며 이러한 변화가 세계적인 주류를 형성하고 있다고 밝히고 있다.

公共部門이 국민 개개인의 다양한 복지수요에 대해 消極的이고 事後的으로 대응하는 것은 民間의 役割이 증대하고 공공과 민간간의 경쟁이 더욱 치열해 질 전망에 비추어 볼 때 효율적이지 않을 것이며, 공공부문의 역할을 위축시킬 가능성이 크다. 다시 말하면 공공부문이 담당하여야 할 영역을 민간부문이 담당함으로써 국가 전체적인 차원에서 효율성을 저하시킬 수 있는 것이다.

본 보고서에서는 이러한 인식을 바탕으로 국가의 社會保障制度 中 醫療保險 部門에서 保險者로서의 醫療保險管理公團이 자신의 피보험

자 및 피부양가족에 대한 질병의 치료, 예방 및 건강증진 사업에 있어서 자신의 역할을 재정립하는 경우의 바람직한 방향을 제시하고자 한다. 물론 이러한 방향은 職場 및 地域醫療保險 組合의 경우에도 기본적으로 유사하게 적용될 것이다.

소득수준의 향상에 따른 健康欲求의 增大, 의료비의 증가, 만성질환의 비중이 날로 증대하는 질병구조의 변화, 노인인구의 증가와 그에 따른 노인성질환의 증가, 건강생활습관에 발병원인이 기인하는 성인병의 증가등 의료보장을 둘러싼 여건과 환경은 빠르게 변화하고 있고, 이러한 여건의 변화는 적극적이고 사전적인 대응자세와 노력을 그 어느때보다도 절실히 요구하고 있다. 이제까지의 急性疾患 치료중심의 의료체계는 慢性疾患 및 노인병에 보다 비용효과적으로 대처할 수 있는 적정체계로 변화·조정되어야 하고, 나아가 의료와 복지, 건강과 생활이 통합되는 인식의 전환 및 제도의 뒷받침이 요구되고 있다.

따라서 우리나라의 경제·사회적 여건과 傷病構造 및 人口構造의 變化는 더 이상 보험자가 단순한 보험관리의 대행자 역할에 안주할 수 없음을 말해준다. 의료비 부담에 대한 보험원리의 적용에 주력하는 소극적 보험관리자의 역할에서 國民健康 增進을 위한 積極的인 役割 수행으로 탈바꿈하지 않으면 안되는 것이다.

국민소득수준의 향상, 노령화, 국제경쟁에 의한 지구촌화 등 環境의 變化에 따라 변화하는 국민의식에 능동적으로 대처하고, 保健醫療部門의 변화와 개혁에 동참하기 위한 보험자의 역할은 어떠한 것이어야 하며, 다가오는 21세기에 국민건강의 큰 부분을 담당해야 하는 보험자의 역할은 어떠하여야 하는지, 그 효율적 실천방안은 무엇이며, 우선순위는 어떻게 정립될 수 있는가에 대한 問題提起와 方向의 摸索이 요구되는 시기인 것이다.

2. 研究目的 및 研究方法

본 연구는 국민의 健康福祉增進을 위한 보험자의 역할을 재정립하고, 그 구체적 실천방안을 모색하는 데에 목적을 두고 있다. 즉, 피보험자의 보험을 단순관리하는 소극적·사후적 대행자에서 피보험자의 건강을 유지·증진시키고, 健康과 福祉의 造化를 지향하는 積極的·事前的 先導者의 위치로 재조명하여 보험자의 기능과 역할을 새로이 정립하려는 목표를 가지고 있다. 재정립된 보험자의 기능과 역할에 부합되는 제도와 사업내용을 보다 구체적으로 제시하여, 보험자로 하여금 보다 용이하게 현실에 적용할 수 있도록 연구방향을 설정하고 있다.

醫療需要(Demand for Care)와 마찬가지로 醫療保險需要(Demand for Insurance)도 건강에 대한 수요에서 派生(Derived Demand for Health)된다는 기본원리를 재확인해야 한다. 즉, 의료보험이 지향하는 바는 健康福祉의 달성이며, 따라서 보험자에게 기대할 수 있는 영역은 보다 포괄적이며, 보다 종합적이라 할 수 있다. 보험가입자들의 의료비의 위험분산이나 보험의 행정적 관리 이상의 역할과 기능이 요구되는 것이다.

우리보다 의료보험의 역사가 깊은 외국의 경우에는 치료뿐만 아니라 豫防 및 再活을 保險給與로 제공하는 체계를 갖추고 있을 뿐만 아니라 그러한 급여제공에 따른 건강증진의 효율성을 높이고 궁극적으로 건강한 사회인으로 복귀할 수 있도록 하는 데에 필요한 시설과 사업을 적극적으로 실시하고 있다. 가까운 일본의 경우에도 각종 保健豫防 및 健康教育·相談을 비롯하여 보험자 直營醫療機關, 保健福祉센터, 保養所, 老人 Home 등의 노인관련시설, 나아가 고액의료비 대부사업과 같은 복지사업이 꾸준히 전개되어 왔다.

한편 의료시장에 있어서 國家醫療保險制度의 공적인 성격에 비추어

보험자 역할의 민간과 차별되는 공공성에 대한 재검토가 필요하다. 근래에 政府部門의 民營化의 움직임이 확산되고 있는 가운데 의료보험 시장에 민간보험회사의 참여를 검토하고 있다. 그런데 현재 우리나라는 공적 의료보험이 시행된 역사가 아직 일천하고 法定保險給與의 범위도 매우 制限的이라는 비판이 일반적이므로, 保險給與範圍가 계속 증가할 전망이다. 이는 公的 醫療保險의 役割 增大를 의미하며 곧 공공부문의 확장을 의미한다. 이때 보험급여의 증대와 더불어 보험자의 보건복지사업이 행해지는 경우 건강증진을 통한 개인의 厚生增進과 국가의 생산성 제고를 활성화시킬 가능성이 있을 것이다. 다만, 이러한 후생 및 생산성 증진에 대한 실증적 분석은 추후 연구과제가 될 것이다.

따라서 본 연구는 다가오는 21세기에 능동적으로 대처하는 보험자의 상을 정립하고, 國民의 健康維持 및 增進을 위해 보험자가 맡아야 할 적극적 역할을 구체적 實踐方案과 함께 제시하고자 한다. 다만, 논의의 전개에 있어서 주의하여야 할 사항은 현재 의료보험체제에 있어서 보험자는 372개 조합과 의료보험관리공단으로 구성되어 있으며, 公團은 獨立된 法律과 全國的인 組織網을 갖추고 있다. 그러므로 보험자의 역할에 있어서 공단과 조합간에 동일한 적용에는 한계가 있을 것이다. 또한 조합의 경우에도 직장조합과 지역조합의 역할이 다를 것이고, 직장조합의 경우에도 지구공동조합과 단독조합의 기능과 역할도 다를 것이며 특히 지역조합의 경우 지역적 특성에 따라 보험자의 역할은 다양하여야 할 것이다. 따라서 본 보고서에서는 주로 의료보험관리공단을 염두에 두고 논의가 전개된다.

본 연구를 위해 外國 事例로서 독일과 프랑스의 의료보험조합(혹은 보험금고)을 방문하여 보험자의 역할과 최근의 의료보험 개혁동향에 따른 보험금고의 기능변화를 연구하였다. 독일의 경우 주로 鑛夫組合

과 조합이 직영하는 병원, 요양원 등을 견학하고 의견을 교환하였으며, 프랑스의 경우 일드지역 금고를 방문하여 지역금고의 역할 현황과 21세기의 새로운 유형의 보험자 직영병원 건립계획에 대한 설명을 들었다. 일본의 경우 그동안 의료보험관리공단이 日本出張을 통하여 축적하여 온 자료와 최근 발간되고 있는 각종 자료를 이용하였다.

한편 본 연구진은 피보험자들이 현재의 공단이 제공하고 있는 건강 진단을 포함한 각종 보건복지사업에 대하여 어떻게 평가하고 있는지, 그리고 피보험자들에 대한 서비스 증진을 위하여 공단이 어떠한 사업을 해 주기를 원하는지를 우편을 통한 說問調査를 하였다.

II. 保險者의 役割現況

1. 保險給與 提供者로서의 保險者 役割

가. 現行 醫療保險制度下에서의 給與內容

현재 보험자로서의 의료보험관리공단은 被保險者에 대한 급여서비스의 제공에 있어서 자율성에 상당한 制約을 받고 있으며, 의료보험조합의 기능과 비교하여 크게 다르지 않다. “공무원 및 사립학교교직원 의료보험법”에 의해 그 설립의 근거를 갖고 있으나 組織 및 人事 등에 관한 사항을 제외한 급여내용 등이 法律 및 施行令, 기타 지침에 의해 일반 의료보험조합과 다른 보험자로서의 역할은 매우 미흡하다.

우선 보험급여의 내용을 살펴보기로 하자. 의료보험법령과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법령에서 인정하는 法定給與는 現物給與로서 요양급여, 분만급여 및 정기건강검진이 있으며, 現金給與로서 요양비와 분만비가 있다. 조합별 附加給與로서 장제비, 본인부담보상금과 같은 현금급여가 있다. 保險適用期間은 현재 연간 240일로 제한되어 있다. 단, 보험자가 부담하는 급여비가 연간 120만원 이내에서 기간을 연장할 수 있으며, 65세이상 老人과 障礙人은 제한이 철폐되었다. 이에 따라 고혈압, 당뇨병, 정신질환 등 만성질환자의 경우 진료에 제한을 받으며 특히 급여일수 초과후 수술 등을 요하는 장기질환 발생시 의료보험 진료를 받지 못하는 사례가 발생하고 있다¹⁾.

1) 요양급여기간은 양방, 한방, 약국급여를 불문하고 입원일수, 내원일수, 투약일수를 합하여 산정하므로 장기질환자의 경우 내원 및 투약 240일을 초과한 뒤 입원하는 경우 보험혜택을 받을 수 없다. 보험급여 범위에 대한 구

이러한 보험급여비중 일정부분에 대해서는 본인부담분이 있으며, 그 외 급여비용 전액을 본인이 부담하여야 하는 경우와 보험급여의 대상에서 제외된 非給與에 의한 본인부담 등 本人負擔費가 매우 높은 것이 우리나라 의료보험제도의 특징이다. 본인부담에 대한 간략한 정리는 <表 II-1>에 제시되어 있다.

보건복지부 요양급여기준의 非給與對象에서 기타 장관이 정하는 사항외에는 요양기관이 任意로 비급여대상으로 적용하여서는 안된다는 규정이 있어 운영하기에 따라서 보험급여범위가 상당히 넓게 인정될 수 있으나, 實際의 運營은 급여범위를 좁게 해석하는 쪽으로 움직이고 있다. 실제의 진료내용이 복잡하여 경우에 따라서 보험급여에 해당하는지 비보험급여에 해당하는지 판단하는 것이 곤란할 때 보건복지부의 유권해석에 따르고 있는데, 非保險給與 및 全額本人負擔으로 판정한 기준은 다음과 같다.

첫째, ‘普遍的’ 혹은 ‘標準的’으로 시행되는 검사, 진단, 치료가 아닌 특수한, 시험적 진료를 한 경우 급여의 일반성원칙과 보험재정상 비급여 혹은 全額本人負擔으로 판정된다. 둘째, 일상생활에 지장이 없는 질환의 경우는 주로 물리적·기능적인 불편이 판단기준이 되어 非給與對象으로 하고, 정신적·심리적 기준은 제외되고 있다. 셋째, 국내에서 보편적으로 사용되지 아니하는 검사, 재료, 약제의 경우 환자가 전액 본인부담한다. 따라서 보편성에서 벗어나는 檢査 및 治療를 억제하고, 진료를 위한 새로운 대체적인 방법을 허용하지 않아 의료기술의 발전을 제약할 가능성이 크다고 생각한다. 또한 하나의 예로써, 화상을 입은 후 흉터부위를 줄이는 경우 성형목적이므로 비급여대상으로 판정하고 있는 것은 지나치게 좁게 해석하는 것으로 생각된다. 그리고 非給與對象과 全額本人負擔으로 구분하는 판정기준이 명확하지 않은 점이 지적될 수 있겠다.

체적 토의는 최병호(1996) 참조.

〈表 II-1〉 保險給與外 本人負擔

보험급여중 本人一部負擔	보험급여중 本人全額負擔	非 給 與
入院: 20% 外 來: · 綜合病院: 진찰료+55% · 病 院: 진찰료+40% · 醫 院: 2,900원+30% · 保 健 所: 일정액+30% * 단, 군지역, 한의원, 치과의원, 보건소종류: 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소에 따라 차등을 두고 있음.	· 급여기간 종료이후 진료비용 · 수급절차에 따라 요양기관을 이용하지 않았을 때 진료비 · 지정진료비 · 군복무중 군병원이외 요양기관 이용시 비용 · 장기 또는 골수공여희망자에게 행한 공여 적합성 확인진단에 소요된 비용	· 단순피로 및 권태 · 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환 · 미용목적의 성형수술과 그 후유증, 부정교합치 교정, 보철, 예방목적의 치석제거 · 마약중독증, 향정신성 의약품 중독증 · 예방접종, 건강진단 · 보조기, 보청기, 의수족, 의안, 콘택트렌즈 · 식대, 상급병실료 차액

資料: 보건복지부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.

기타 급여범위는 다음과 같다. 첫째, 一部手術에 대해서는 외래에서의 수술이 보편화되고 있는 추세임을 감안하여 1日 入院制度를 도입하여 이를 보험급여로 인정하고 있다. 둘째, 분만급여기간 중 산모와 신생아를 같은 병실에 수용할 경우 母子同室制度를 의료보험급여로 인정한다. 셋째, 장애인의 再活診療 행위를 보다 세분하여 의료보험급여로 인정한다. 넷째, 齒科診療에 있어서 발치에 따른 보철위주의 진료행위에서 치아보존을 위한 진료행위로의 전환을 유도하기 위하여 齒牙保存 관련항목을 중점 조정한다. 다섯째, 양·한방진료일이 중복되더라도 급여기간을 1일로 산정토록하여 양·한방 협진체계를 제도적으로 보완하여 양·방의료기관을 동시에 이용하는 데 지장이 없도록 개선하고 있다.

나. 先進外國의 給與範圍의 動向

1) 西歐諸國의 給與範圍

의료선진국인 서구제국의 급여범위를 보기로 하자. 본 고에서는 유럽대륙의 대표적인 조합방식을 채택하고 있는 獨逸, 국가책임의 NHS 방식을 채택하고 있는 英國, 민간의 民營保險의 자율에 맡기되 노인 및 저소득층에 대한 醫療保障制度(Medicare 및 Medicaid)를 갖추고 있는 美國을 비교의 대상국가로 선정하여 <表 II-2>에서는 韓國에서 보험급여되지 않고 있는 保險給與를 중심으로 소개하였다.

<表 II-2> 西歐先進國의 保險給與範圍: 우리나라의 非給與對象을 中心으로

급여내용	영 국	독 일	미 국
의료급여	<ul style="list-style-type: none"> · 24시간 가정의 서비스 · Home nurse · 각종 모든 검사 · 의치비용의 정액 부담 · 급여기간 제한 없음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 예방급여: 암, 치과검진 · 보장구, 의치 및 정형외과용 등 · 약제, 붕대, 치료용품, 안경지급 · 여비지급: 교통비, 식비, 숙박비 등 · 일정한 거택개호급여 · 급여기간 제한 없음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 특별식을 포함한 식사 · 기브스, 붕대, 부목 등의 의료용품 · 각종 검사 테스트 · 구급차에 의한 이용 · 보철장치들의 비용 (단 치과관련 보철은 제외) · 퇴원후 연장요양 서비스, 거택보호 서비스 · Hospice Care · 급여기간 제한 없음.
상 병 수 당 금	<ul style="list-style-type: none"> · 국민보험 → 근로불능 시작 4일부터 28주간 	<ul style="list-style-type: none"> · 근로불능 판결시: 1일당 통상임금의 80% · 지급기간: 동일 질병에 대해 최고 3년간 78주로 한정 	<ul style="list-style-type: none"> · 일부 주에서 주법에 의해 실시

註: 의료비지출/GDP비중은 영국 6.6%, 독일 9.1%, 미국 13.3%임. 保險料率은 영국의 경우 피보험자는 주 58파운드까지 2%, 58~440파운드는 10%이며, 사용자는 소득에 따라 3, 5, 7, 10.2%임. 독일의 경우 피보험자는 구서독 6.6%, 구동독 6.4%, 사용자는 구서독 6.6%, 구동독 6.4%임.

〈表 II-2〉 계속

급여내용	영 국	독 일	미 국
출 산 수 당 급	· 국민보험 → 출산 때문에 근로할 수 없을 때 출산전 11주전부터 총 18주간 급여	· 피보험자 출산시 산전 6주 산후 8주간 통상 임금의 100% 지급	· 일부 주에서 주법에 의해 실시
장 제 비	· 저소득자에게는 사회기금에서 장제 실비가 지급됨.	· 피보험자 사망시 장례 및 매장비용으로 임금 일액의 20일분 지급 · 피부양자 사망시 그 반액 지급	· 없음.

2) 日本의 給與範圍와 動向

(1) 給與範圍 現況

일본의 보험급여범위는 다음 <表 II-3>과 같다. 일본의 급여범위의 한국과의 비교에서 다른 특징은 첫째, 피용자와 자영자간, 그리고 피보험자와 피부양자간 차이를 두고 있으며 外來 定額負擔이 없는 점이다. 둘째, 入院과 外來間 본인부담에 별 차이를 두지 않고 있다. 셋째, 本人負擔金 보상제가 대부분 법정급여로서 보상수준이 상당히 높다. 즉 월보수의 약 20%이상의 초과부담에 대해 보상하고 있다. 넷째, 現金給與가 잘 보장되어 있어 출산, 상병, 사망 등 생활주기에 따른 所得中斷이나 喪失에 대한 보장이 이루어지고 있다. 다섯째, 자영자에 대해서는 임의성과 자율성을 인정하고 있다.

한편 日本의 附加給與 制度는 <表 II-4>에 제시되어 있다(주로 조합관장 부가급여). 일본의 건강보험조합은 조합별로 財政狀況을 고려하여 부가급여를 지급하고 있다. 급여의 내용은 조합별 재정상황에 따

라 많은 차이가 있으나 대부분의 조합이 附加給與를 실시하고 있다.

- 訪問看護 療養 附加金: 방문간호 요양비를 받을 때에 지불한 환자 부담액 중에 일정액의 초과 부분을 부가급여로 지급한다.
- 傷病手當 附加金: 표준보수일액의 60%를 지급하고 있는 법정급여에 10~25%를 추가적으로 부가급여를 지급한다.
- 延長傷病手當 附加金: 법정급여인 상병수당의 지급기간인 1년 6개월에 3~6개월을 추가하여 부가급여를 지급한다.
- 出産手當 附加金: 법정급여인 출산수당에 대하여 일정을 또는 일정액의 급여를 부가급여로 지급한다.
- 埋葬料 附加金: 매장료 수급자에게 주로 정액으로 추가적으로 부가급여를 지급한다.
- 出産育兒 附加金: 출산육아 일시금의 수급자에게 법정급여액의 일정비율을 추가적으로 부가급여를 지급한다.
- 家族療養 附加金: 피부양자가 법정급여를 받을 때에 지불한 환자 본인부담액 중에 한도액을 초과하는 부분을 부가급여로 지급한다.
- 合算高額療養 附加金: 합산고액 요양비를 받을 때 지불한 환자 본인 부담액 중에 일정액의 초과 부분을 부가급여로 지급한다.

한편 피보험자 및 피부양자 1인당 부가급여액은 <表 II-4>에 제시되어 있으며 부가급여가 법정급여에서 차지한 비중은 대비하고 있다. 부가급여는 법정급여의 주로 보완적 역할을 하고, 一部給與(육아수당 부가금, 배우자 육아수당 부가금)의 경우 대체적 역할까지 하고 있다.

부가급여가 법정급여 대비 약 4.7%를 떠맡고 있다. 피보험자에 대해 2.9%, 피부양자에 대해 7.3%를 맡고 있다.

〈表 II-3〉 日本의 醫療保險給與範圍

항 목		피 용 자	자 영 자
현물급여	요양급여	90% 본인일부부담율 10%, 단, 1,500엔 이하는 100엔, 1,500~2,500엔은 200엔, 2,500~3,500엔은 300엔	70%
	가족급여	80%(입원), 70%(외래)	
고액진료비 본인부담금 보상		본인부담 6만 3천엔(저소득자 3만 5400엔) 초과시 초과분 지급(1991. 5~) · 동일월에 3만엔(저소득자 2만 1천엔)이상이 복수 발생할 경우 합산하여 세대단위로 지급 · 4회 이상 발생부터 본인부담은 3만 7,200엔(저소득자 2만 4,600엔) · 혈우병, 인공투석의 만성신부전 환자의 본인부담 한도는 1만엔	
현금급여	상병수당금	표준보수일액의 60% 1.5년분	(임의급여)
	출산수당금	표준보수일액의 60% 분만일 이전 42일부터 분만후 56일까지	
	출산육아 일 시 급	30만엔(배우자 포함)	
	매장료	표준보수월액의 1개월분 최저 10만엔	1~5만엔
	가족매장료	10만엔	-
財 源	보험료율	4.1%(본인), 4.1%(사용자) ('92.4~) · 특별보험료 1%(본인 0.3, 사용자 0.5, 국고 0.2) 건보조합은 평균 3.604%, 4.686%	세대당 평균 14만 6천엔('93)
	국고부담	급여의 13% (노인보건의료비 각출의 16.4%) 사무비 전액	급여의 50% (시정촌) (국보조합은 32~52%)

註: 平均標準報酬月額('93)은 정부관장건보 28만엔, 조합관장 건보 34만3천엔

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, (42卷 14號), 1995.

〈表 II-4〉 日本의 附加給與

종 류	지급기간의 최고한도	지급액의 최고한도	법정급여
일 부 부 담 환원금		각 진료월에 대해 요양에 필요한 비용의 일부로서 지불한 일부부담금(법 제59조의 4의 2의 규정에 의해 고액요양비)동일월에 피보험자 및 그 피부양자가 지불한 일부부담금 등을 합산함으로써 지급되는 고액요양비(“합산고액요양비” 제외. 이하 동일)가 지급되는 경우는 일부부담금에서 고액요양비에 상당한 금액을 공제한 금액)을 공제해서 얻은 금액에서 3,000엔을 공제한 금액	*일부부담금 요양급여의 산정액 10/100을 부담 (건강보험법 제43조의 8에서는 20/100 으로 되어있지만, 1984년 법 77 부칙 제4조의 경과조치로 당분간 10/100적용)
방 문 간 호 요 양 부가금	방문간호요양비의 지급기간	각 진료월에 대해 법 제44조의 4 제4항에 규정한 후생대신이 정하는 바에 의해 산정된 비용에서 방문간호요양비에 상당한 금액(법 제59조의 4의 2의 규정에 의해 고액요양비가 지급되는 경우는 방문간호요양비에 상당한 금액에서 고액요양비에 상당한 금액을 가산한 금액)을 공제해서 얻은 금액에서 3,000엔을 공제한 금액	*방문간호요양비 지정방문간호에 필요한 비용의 80/100 을 급여 (법 제44조의 4 제 4항)
가 족 방 문 간 호 요 양 부가금	가족방문간호요양비의 지급기간	각 진료월에 대해 법 제44조의 4 제4항에 규정한 후생대신이 정하는 바에 의해 산정된 비용에서 제59조의 4의 2 제2항의 규정에 의한 가족방문간호요양비에 상당한 금액(법 제59조의 4의 2의 규정에 의해 고액요양비가 지급되는 경우는 방문간호요양비에 상당한 금액을 산한 금액)을 공제해서 얻은 금액에서 3,000엔을 공제한 금액	*가족방문간호요양비 지정방문간호에 필요한 비용의 70/100을 급여 (법 제59조의 2의 2 제2항)

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, (42卷 14號), 1995.

〈表 II-4〉 계속

종 류	지급기간의 최고한도	지급액의 최고한도	법정급여
상 병 수 당 부가금	법 제47조의 규정에 의한 상병수당의 지급 개시후 3년간. 다만 3년내에 법 제58조 제2항 및 제3항에 해당할 때는 그때까지	노동불능 1일당 표준보수일액의 25/100에 상당하는 금액. 다만 법 제47조의 규정에 의한 상병수당 지급기간 경과후의 상병수당 부가금은 노동불능 1일당 표준보수일액의 85/100에 상당하는 금액	*상병수당 근무할 수 없는 날을 기준으로 4일제부터 그후 근무할 수 없는 기간 1일당 표준보수일액의 60/100에 상당한 금액을 급여(법 제45조) 지급기간은 동일상병에 대해 지급을 시작한 날로부터 1년 6개월이 한도 (법 제47조)
출 산 수 당 부가금	법 제50조 제2항의 규정에 의한 출산수당의 지급기간	근무하지 않는 1일당 표준보수일액의 25/100에 상당한 금액	*출산수당 피보험자가 각종 분만 42일(多胎임신은 72일)이전부터 분만일 이후 56일까지 근무하지 않는 기간 1일당 표준보수일액의 60/100에 상당한 금액 (법 제50조 제2항)
매장료 부가금		피보험자의 표준보수월액에 상당한 금액. 定額인 경우는 법 제3조 제1항에 규정된 표준보수월액 최고액의 25/100에 상당한 금액	*매장료 표준보수월액에 상당한 금액 (법 제49조 제1항) 최저보장액:10만엔 (시행령 제74조)
매장비 부가금		피보험자의 표준보수월액에 상당한 금액. 定額인 경우는 법 제3조 제1항에 규정된 표준보수월액 최고액의 25/100에 상당한 금액. 다만 매장비와 합산한 금액이 매장에 필요한 비용을 초과할 수 없다.	*매장비 표준보수월액에 상당한 금액의 범위내에서 매장에 필요한 비용 (법 제49조 제2항)
가 족 매 장 료 부가금		법 제3조 제1항에 규정된 표준보수월액의 25/100에 상당한 금액	*가족매장료 피부양자 사망시 피보험자에게 지급 (법 제59조의 3) 지급액 : 10만엔 (시행령 제77조)

〈表 II-4〉 계속

종 류	지급기간의 최고한도	지급액의 최고한도	법정급여
출 산 육 아 부가금		법 제59조의 4에 규정한 출산육아일시금의 50/100에 상당한 금액	*출산육아일시금 피보험자의 분만시(법 제50조 제1항) 지급액: 30만엔 (시행령 제75조)
배 우 자 출 산 육 아 부가금		법 제59조의 4에 규정한 배우자출산육아일시금의 50/100에 상당한 금액	*배우자출산육아일시금 피부양자인 배우자의 분만시 피보험자에게 지급(법 제59조의 4) 지급액: 30만엔 (시행령 제75조)
가 족 요 양 부가금	가족 요양비 지급기간	각 진료월에 대해 요양(식사요양 제외)에 필요한 비용에서 가족요양비에 상당한 금액(법 제59조의 4의 2의 규정에 의해 고액요양비가 지급된 경우, 가족요양비에 상당한 금액에 고액요양비에 상당한 금액을 가산한 금액)을 공제해서 얻은 금액에서 3,000엔을 공제한 금액	*가족요양비 피보험자의 피부양자가 요양을 받을 때 피보험자에게 지급 (법 제59조의 2) 지급액: 요양에 필요한 비용의 70/100을 피보험자에게 지급 (법 제59조의 2 제2항)
합 산 고 액 요 양 부가금		각 진료월에 대해 피보험자 및 그 피부양자가 지불한 일부부담금에 상당한 금액에서 합산 고액요양비에 상당한 금액을 공제해 얻은 금액에서 원칙적으로 해당 피보험자 및 그 피부양자 1인당 각각 3,000엔을 공제한 금액	*합산고액요양비 각 진료월에 대해 피보험자 및 그 피부양자가 지불한 일부부담금에 상당한 금액이 고액인 때에 지급(법 제59조의 4의 20) 지급액: 일부부담금 등의 금액이 63,000엔을 초과한 경우에 63,000엔의 초과금액을 지급(시행령 제79조)

〈表 II-5〉 1人當 附加給與額 및 法定給與額의 比較

(단위: 엔, %)

	부가급여 종류	1인당 금액(A)	법정급여 종류	1인당 금액(B)	법정급여 대비(A/B)
피 보 협	일부부담환원금	1,930	요양급여 요양비 고액요양비 소계	98,618 1,286 538 100,442	1.921
	상병수당부가금 연장상병수당부가금 소 계	645 202 847	상병수당	4,802	17.638
자 분	매장료부가금	189	매장료	574	32.927
	분만부가금	95	분만비	1,338	7.100
자 분	출산수당부가금	101	출산수당	1,737	5.815
	육아수당부가금	11	육아수당	11	100.000
	피보험자 부가급여 계	3,173	피보험자 법정급여 계	108,904	2.914
	급여총액 대비 피보험자 부가급여	1.61	급여총액 대비 피보험자 법정 급여	60.93	
피 부 양 자 분	가족요양부가금	5,095	가 족 요 양 비	70,894	7.187
	가족매장료부가금	89	가 족 매 장 료	336	24.488
자 분	배우자분만부가금	284	배우자 분만비	4,383	6.480
	배우자육아수당부가금	51	배우자 육아수당	36	141.67
	피부양자 부가급여 계	5,519	피부양자 법정급여 계	75,649	7.296
	급여총액 대비 피부양자 부가급여	2.89	급여총액 대비 피부양자 법정급여	30.68	
	합산고액요양부가금	31	합산고액요양비	71	43.662
	급여총액대비 합산고액요양부가급여	0.03	급여총액 대비 합산고액요양비	0.07	
	부가급여 총계	8,723	법정급여 총계	184,624	4.725

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, (42卷 14號), 1995.

<表 II-6> 附加給與 實施組合數

종 목 별	1995년 4월 1일 현재		증 감('94년 대비)	
	실시조합수	실시율(%)	실시조합수	실시율(%)
일부부담환원금	1,312	72.57	-6	-0.53
가족요양부가금	1,301	71.96	-5	-0.47
합산고액요양부가금	1,253	69.30	-4	-0.42
상병수당부가금	816	45.13	-12	-0.79
연장상병수당부가금	342	18.92	-6	-0.38
출산육아부가금	1,171	64.77	1,171	-
배우자출산육아부가금	1,185	65.54	1,185	-
출산수당부가금	246	13.61	-12	-0.70
매장료부가금	1,393	77.05	-13	-0.93
매장비부가금	950	52.54	-9	-0.65
가족매장료부가금	1,380	76.33	-15	-1.04
방문간호요양부가금	695	38.44	695	-
가족방문간호요양부가금	683	37.78	683	-
조사대상 조합수	1,808	-	5	-

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, (42卷 14號), 1995.

부가급여를 실시하는 조합수는 부가급여 종목별로 <表 II-6>과 같으며 (조사대상 1808개 조합 중) 종목별로 실시율에 상당한 차이를 보이고 있어, 組合別 財政現況에 따른 차이로 볼 수 있다.

2. 被保險者 便益增進事業 主體로서의 保險者 役割

가. 概要

醫療保險 法定給與외 被保險者 편익증진을 위한 사업으로서 健康檢診, 보건교육 및 교육자료의 보급, 의료보호 홍보교육, 향후 성인병검

진 등을 실시하고 있다.

질병의 양상도 急性傳染性 疾患에서 암, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병 등 만성퇴행성질환으로 변화되어 이들 만성퇴행성질환의 급격한 증가는 국민의 건강을 위협하고 있으며, 의료비 증가의 주요 요인이 되고 있다. 이러한 만성퇴행성질환은 일단 발병하면 치료에 어려움이 있어 질병의 事前豫防과 早期發見의 중요성이 점차 증대되고 있다.

공단은 모든 피보험자와 피부양자를 대상으로 2년을 주기로 건강진단을 실시하고 있다. 法定給與는 피부양자 건강진단은 '93년부터 40세 이상 피부양자를 대상으로 성인에게 발생하기 쉬운 폐결핵, 고혈압, 간질환, 당뇨병등 8개종목과 더불어 여자에게는 자궁암검사를 추가 실시하여 피보험자 뿐만 아니라 그 가족에게까지 健康診斷을 확대 실시하였다.

'95년부터는 노동부 주관으로 실시되던 사업장 근로자 一般健康診斷이 보건복지부로 이관되면서 건강진단사업이 의료보험권으로 일원화되었는데 이들 검진기관에서 成人病檢診, 공무원 및 사립학교교직원 被保險者 健康診斷을 비롯하여 근로자 일반검진까지 모두 실시할 수 있도록 한 것이 '95年度 健康診斷에서의 가장 큰 변화라 할 수 있다.

한편 건강진단 결과가 환자의 향후 건강관리와 연결되도록 하기 위하여 1994년 4월부터 전국 8개 지부에 '건강상담실'을 설치 운영하고 있는데, 건강상담원은 健康診斷에서 발견된 비정상 소견이나 문진표에서 얻어진 건강생활 위험요인에 관한 소견을 종합하여 被保險對象자들이 의료서비스를 올바르게 이용하도록 해주고, 아울러 生活習慣을 교정해주는 임무를 수행하고 있다.

또한 건강생활문고, 건강생활실천수기 모음집 등을 발간·배포하고 특히 성인병과 관련되는 질병에 대한 예방, 증상, 치료방법 등을 소개한 視聽覺資料를 구입하여 보건교육에 활용하였으며, 專門人 保健教

育, 機關委任 保健教育 등의 프로그램을 운영하여 보건교육 효과를 증진하고 『健康生活 實踐手記公募』를 통해 건강생활실천사례를 발굴 확산함으로써 健康管理 意識提高에 노력하고 있다.

나. 健康檢診

1) 一般健康診斷

疾病의 早期發見 및 조기치료, 건강의 유지증진을 도모하고 평소의 생활습관을 평가하여 자기건강관리의식을 鼓吹시켜 건강한 생활 습관의 유지관리, 疾病의 事前豫防으로 장기적인 측면에서 보험급여를 절감하기 위하여 피보험자 및 피부양자를 대상으로 健康檢診 事業을 실시하고 있다.

健康檢診은 1차 및 2차로 나누어 실시하는데 2차 건강진단은 1차 健康診斷 결과에 따라 실시하고 희망 암검사는 1차선별검사(본인부담)와 2차 확인검사(공단부담)로 구분하여 실시한다.

健康檢診 후 개인별로 1차 및 2차 검진결과를 당해 수검자 및 소속기관장에게 통보하여 본인의 健康狀態를 확인시킴과 함께 질환별 건강관리안내문, 건강생활문고 등을 개별송부하여 활용토록 한다. 그리고 유질환자 관리를 위해, 피보험자 健康診斷 결과 해당질환 검사소견이 ‘有疾患’이고 종합판정이 ‘單純療養’ 또는 ‘休務療養’으로 판정된 수검자에 대하여 조기치료·회복이 이루어지도록 공단 확인 즉시 검사결과를 당해 被保險者 소속기관장에게 통지하였으며, 아울러 健康診斷 성적이 치료에 연계될 수 있도록 가급적 健康診斷을 받은 의료기관을 이용토록 안내한다. 그리고 폐결핵, 고혈압, 고지혈, 간질환, 당뇨질환, 빈혈증, 신질환 등 7개질환을 대상으로 ‘건강관리안내문’ 및 ‘건강생활문고’ 소책자 등을 개인별로 송부하여 치료에 활용토록 한다.

〈表 II-7〉 被保險者 健康診斷 受檢現況(1994年度)

(단위: 명, %)

구분	대상인원	1차 건강진단		2차 건강진단			
		수검인원	수검율	대상인원	대상율	수검인원	수검율
남자	856,231	811,468	94.77	177,430	21.87	163,484	92.14
여자	321,730	301,253	93.64	21,775	7.23	19,708	90.51

註: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

2) 成人病檢診

피보험대상자들의 건강을 유지·증진하여 장기적으로 보험급여비의 지출을 줄이고자 하는 健康診斷의 목적에 따라 健康診斷 실시초기부터 매 실시년도마다 보험재정중 疾病豫防事業에 투입가능한 예산범위 내에서 검진 프로그램을 지속적으로 개선 및 보완하여 실시해오고 있다. 즉 檢診對象疾患은 경제성과 검진효과를 고려하여 우리나라에서 발생율이 급격히 높아져 사회적 문제가 되고 있는 고혈압, 당뇨병, 간 질환 등 주요 慢性退行性 疾患(성인병)을 검진대상 질환에 적극 포함시켜 해당질환의 조기발견·치료를 도모하고 있고, 檢診種目は 검진대상 질환으로 선정된 질환의 특성을 고려하여 감수성과 특이도가 높고, 費用·效果側面에서 경제성이 있다고 판단되는 종목을 위한 전문가의 의견을 수렴하여 채택함으로써 健康診斷제도의 내실을 기하고자 하였다.

'95년도 健康診斷은 피부양자 健康診斷을 처음 실시한 '93년도와 비교한 다음 <表 II-8>로 요약·정리할 수 있다.

〈表 II-8〉 1995年度 被扶養者 健康診斷 檢診種目的 改選

검진종목	1993년도	1995년도	비고
1. 기본검사 ·진찰 ·체위검사	·시진, 촉진, 청진, 문진 ·신장, 체중, 시력, 청력, 혈압	·시진, 촉진, 청진, 문진 ·신장, 체중, 시력, 청력, <u>비만도</u> , 혈압	
2. 구강검사		· <u>치아우식증</u> , <u>결손치</u> , <u>치주질환</u>	
3. 흉부 X-선검사	·흉부 X-선간접촬영	·흉부 X-선간접촬영	
4. 요검사	·요당, 요단백, 요잠열	·요당, 요단백, 요잠열	
5. 혈액검사	·혈색소, 백혈구수, 혈청지오티, 혈청지 피티, 총콜레스테롤, 혈당, <u>총단백</u> ·트리그리세라이드, 요소질소,크레아티닌	·혈색소, 백혈구수, 혈청지오티, 혈청지 피티, <u>감마지티피</u> , 총콜레스테롤, 혈당 ·트리그리세라이드, 요소질소,크레아티닌	* 총콜레스테롤 이상자에 한 해 트리그리 세라이드검사 를,요단백 이 상자에 한해 요소질소, 크 레아티닌 검 사를 실시
6. 세포학적 검사	·부인과적세포학적 검사	·부인과적세포학적 검사	
7. B형간염검사		· <u>B형간염 항원·항체 검사</u>	

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

검진 후를 위해서 검진결과 종합판정이 '정밀검진요'로 판정된 자에게 질환에 의심이 있음을 환기시키고 이 경우 「成人病檢診 依賴 및 結果通報書」는 요양급여기준에 의한 「診療依賴書」로 갈음되는 것이므로 의료보험 요양기관에서 정밀검사를 받거나 진료를 받을때 이를 지참하여 醫療保險 給與로 받을 수 있도록 하였다.

공단은 검진결과에 따라 수검자 개인별로 적절한 건강관리를 안내함으로써 질병의 事前豫防과 早期治療에 도움이 되고자 노력하였다. 즉, 『건강생활주의 안내문』과 『건강관리 안내문』을 검진결과통보시 동봉하여 송부하고, B형간염 예방접종대상자에게는 예방접종 안내문을 송부하여 자비로 B형간염 예방접종을 받도록 안내하였다.

- 건강생활주의 안내문(7종): 종합판정 ‘정상B’ 해당자용
 - ① 비만주의, ② 혈압주의, ③ 콜레스테롤주의, ④ 간기능주의
 - ⑤신장기능주의, ⑥ 당뇨주의, ⑦ 빈혈주의
- 건강관리 안내문(9종): 종합판정 ‘정밀검진요’ 해당자용
 - ① 폐결핵 의심, ② 고혈압 의심, ③ 고지혈 의심, ④ 간장질환 의심
 - ⑤ 당뇨병 의심, ⑥ 신질환 의심, ⑦ 빈혈 의심,
 - ⑧ 기타 흉부질환 의심, ⑨ 자궁경부암 의심
- B형간염 예방접종 안내문: B형간염 항원 및 항체가 음성인 자

공단은 8개지역에 『건강상담실』을 운영하여 健康診斷 결과 및 질병에 대한 상담을 실시하고 있다.

다. 保健教育 및 資料普及

保健教育은 건강에 대한 잘못된 知識, 習慣 및 行動을 변화시켜 평소에 올바른 건강생활을 실천토록 유도함으로써 건강한 가정과 직장 생활을 통하여 疾病의 事前豫防 및 健康增進을 도모하는데 있다. 보건교육으로는 지부별 전문인으로 구성된 保健教育委員이 각 기관 및 학교의 被保險者에게 실시하는 직접 集團教育和 건강문고, VTR 등을 통해 각 기관이 자체적으로 실시하는 機關委員教育이 있다. 이러한 교육의 질과 효과를 높이기 위해 다양한 시청각교재 구입 및 건강

생활문고를 제작 배부하며, 교육의 주제나 문고 수록의 내용도 成人病의 豫防과 管理를 교육의 주된 내용으로 하고 있다.

'94년 4월부터 『保健相談員』 제도를 도입하여 健康診斷후 각 개인에게 알려준 검진결과를 어떻게 해석하고, 현재 개인의 생활습관 등에 비추어 어떤 방법으로 건강위험요소의 개선을 시도해야 하는지에 대한 상담 및 지도를 하고있다.

그리고 '91년도 부터는 피보험자 및 그 가족을 대상으로 건강생활 실천수기 현상공모를 통해 健康管理維持 및 올바른 健康生活習慣의 實踐事例를 발굴하여 교육의 효과를 높이고 있다.

1) 保健教育 實施

被保險對象者에게 건강에 대한 올바른 정보제공, 질병의 예방과 지속적인 건강유지 증진을 위해 54여종의 각종 視聽覺資料(비디오 테이프)를 醫療保險 取扱機關에 대여하여 수시 상영토록 하는 『機關委任教育』과 의과대학 교수 및 開業醫 등 전문인 122명을 지부별 보건교육 전문위원으로 위촉하여 전국의 기관, 학교를 중심으로 출강하여 건강지식을 전달하는 『專門人 保險教育』을 지속적으로 실시하였으며 '95년도 실시현황은 <表 II-9>와 같다.

<表 II-9> 年度別 疾病豫防 教育實施 現況

(단위: 회, 명)

구 분	1995년도		1994년도	
	실시횟수	인원	실시횟수	인원
계	2,815	341,458	2,929	511,033
전문인 보건교육	262	55,756	260	64,218
기관위임 보건교육	2,553	285,702	2,669	446,815

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

2) 健康相談 實施

공단은 기존의 소극적인 질병예방사업 차원에서 벗어나서 개별적이고 선택적인 예방의료서비스를 제공하기 위해 '94년 4월부터 전국 8개 지부에 健康相談室을 설치하여 적극적 질병예방사업을 실시하고 있다.

건강상담원은 來訪人에 대한 基礎體力 測定 및 각종 질환의 증상, 豫防法 등에 대해 상담과 치료를 안내하고, 건강진단 결과에 대해 개인별 건강위험요인을 평가하여 건강한 생활습관으로의 변화를 유도시키고 질병발생을 미연에 방지토록 지도한다. 그리고 有疾患者에 대하여는 치료여부를 지속적으로 확인하고 발견된 질병을 早期治療토록 권고하여 피로보험대상자가 조속히 건강을 회복토록 유도하였으며, '95년도 상담 실시 현황은 <表 II-10>과 같다.

<表 II-10> 1995年度 健康相談 現況

(단위: 명)

구 분	계	진 화	내 방	기 타
계	26,350	23,218	3,112	20
일반건강 관련상담	5,525	318	2,206	1
건강진단 관련상담	23,825	22,900	906	19

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

3) 保險教育 資料 發刊 및 普及

공단이 보건교육용 교재로 개발 보급해 오고 있는 주요 교재내용은 올바른 健康生活 實踐誘導와 질병예방과 관리방법을 수록한 健康生活 文庫, 요주의 대상자용 건강생활 안내문(7종), 정밀검진 대상자용 건강관리 안내문(9종), 健康生活 實踐手記 모음집 등의 인쇄물과 각종 成人病의 예방과 치료 내용이 수록된 VTR테이프 등 視聽覺 教材가 있다.

〈表 II-11〉 1995年度 主要 保健教育 教材 開發 및 普及現況

구분	교재명	주요 수록내용	배부처	발간수량
건강생활문고	· 식생활과 건강 (제29호)	· 식생활의 중요성 · 건강식품의 허와 실, 건강을 위한 올바른 식생활	· 의료보험취급기관, 요양기관, 유관기관등	30,000부
건강생활실천수기	· 건강을 가꾸는 소중한 이야기	· 건강생활을 통사한 건강유지 사례	· 의료보험취급기관, 요양기관, 유관기관 응모자 전원	22,000부
건강생활안내문	· 비만주의 · 콜레스테롤주의 · 빈혈주의 · 혈압주의 · 간기능주의 · 신장기능주의 · 당뇨주의	· 각 질환에 대한 발생요인, 증상, 치료관리 및 예방관리	· 건강진단 결과 해당질환 요주의 의심자로 판정된 피부양자	122,200매 35,800매 34,700매 29,900매 18,600매 14,600매 1,400매
건강관리안내문	· 고혈압 의심 · 고지혈 의심 · 간장질환 의심 · 당뇨질환 의심 · 빈혈의심 · 폐결핵의심 · 기타흉부질환 · 신질환 의심 · 자궁경부암의심	· 각 질환에 대한 발생요인, 증상, 치료관리 및 예방관리	· 건강진단 결과 해당질환 정밀 검진자로 판정된 피부양자	41,400매 27,800매 25,300매 20,700매 9,000매 8,200매 6,700매 6,300매 900매
안내문	· B형 간염 예방 접종 안내문	· B형 간염의 예방 절차 및 접종안내	· '95. 건강진단 결과 B형 간염 항원, 항체 모두 음성인자	77,500매

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

'95년도에 발간 배부한 健康生活文庫로는 식생활에 대한 정확하고 올바른 정보를 제공하여 잘못된 식습관 때문에 나타나는 각종 만성퇴행성질환을 사전에 예방관리할 수 있도록 『食生活과 健康』을 발간

하였다.

그리고 건강진단 결과 疾患疑心者로 판정된 피부양자에게는 해당질환의 증상과 치료 또는 예방방법 등의 내용이 수록된 요주의자용 건강생활 안내문과 정밀검진 대상자용 건강관리 안내문을 제작, 개인별로 송부하여 그들로 하여금 生活習慣의 變化를 誘導하고 自己健康管理意識을 고취시키고자 하였다.

4) 健康生活 實踐手記 公募

被保險者 및 그 가족을 대상으로 평소에 올바른 건강생활을 실천하여 건강한 삶을 영위하는 사람들을 발굴하여 선정 포상하고 이를 널리 확산 전파함으로써 건강의 소중함을 일깨우고 평소 바른 健康生活 誘導 및 自己健康管理意識을 제고하기 위하여 健康生活 實踐手記 懸賞公募를 실시하였다.²⁾

라. 保健 弘報教育

1) 醫療保險 弘報教育

피보험자에 대한 弘報教育은 자격기준 및 보험료 징수, 요양급여기준, 진료전달체계, 민원 다발사항 등을 중심으로 교육훈련기관과 장기간 교육 미실시기관, 교육요청기관 등을 우선적으로 선정하여 시간을

2) 응모수기 내용으로는 첫째, 평소 철저한 자기건강관리와 올바른 건강생활습관의 실천으로 건강하고 행복하게 살아가고 있는 개인이나 가족 이야기, 둘째, 무절제한 생활습관으로 건강을 해쳤다가 건강의 소중함을 인식하고 건강생활 실천으로 이를 극복하여 건강하게 살아가고 있는 내용, 셋째, 건강유지 및 증진을 위하여 평소 실천하고 있는 건강 비결이나 건강관리법에 관한 내용, 넷째, 기타 행복하고 밝은 미래를 위하여 건강생활의 실천이 소중함을 타인에게 느끼게 할 수 있는 내용 등이다.

확보하고 지부(출장소) 간부직원이 講師로 출강하여 被保險者를 대상으로 質疑應答式과 講義式으로 교육을 실시하였다.³⁾

〈表 II-12〉 醫療保險 弘報教育 實施現況

(단위: 회, 명)

구 분	회 수	인 원 수
계	817	131,917
교육훈련기관 연수생	146	21,228
의료보험취급기관 피보험자	671	110,689

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

2) 報道媒體를 통한 弘報

가) 放送媒體 活用

라디오, TV 등 全國의 放送社에서 제작 방영하는 전화 또는 엽서 민원상담 프로그램에 적극 출연하는 국민들을 대상으로 자격관리와 보험급여절차 그리고 지역주민의 보험료 부과방법에 이르기까지 모든 세부사항을 안내함으로써 醫療保險 運營全般에 관한 의문점을 해소시키고 제도에 대한 이해의 폭을 넓히는 등 의료보험에 관한 대국민계도의 先導的 役割을 담당하였다.

'95年度에는 라디오의 '라디오에 물어보세요'와 TV의 '가정상담실' 등 상담프로에 380회 출연(表II-13 참조)함으로써 목표를 훨씬 초과한 실적(212.3%)를 거양하는 등 대국민 弘報活動을 적극적으로 전개하였다.

3) 특히 교육시간 확보를 위해 總務處와 협의하여 '84년부터 '의료보험제도'를 『公務員教育訓練指針』의 정부주요 시책과목으로 선정하고 공무원교육훈련기관연수생과 의료보험취급기관의 직장교육시간을 할애받아 각 지부(출장소)에서 교재 및 강사를 지원, 직접교육을 실시하였다.

나) 地方新聞 活用

地方日刊紙 및 地域新聞 등의 지면을 통하여 의료보험제도 이용을 지속적으로 안내하기 위해 의료보험제도와 疾病豫防 關聯 內容을 중심으로 본부에서 원고를 제공하거나 ‘被扶養者 認定基準’ 등 질의응답 형태의 원고를 支部 自體에서 수시로 작성·제공함으로써 支部의 自律的 弘報力量을 강화하였다.

’95년도에는 『江原日報』의 ‘민원상담’란 등에 821회를 게재(表 II-13 참조)하여 계획 대비 205.3%의 실적을 거양하였으며, 상당수 언론사에 고정지면을 할애받고 있는 등 弘報效果를 거두었다.

다) 有關機關紙 活用

각급 행정기관에서 발간되는 기관지, 또는 경찰·체신·소방·철도·병무·산림 등 專門職 公務員을 위한 전문지, 대학교 등의 學報, 의약단체와 종합병원에서 발간되는 잡지 등 독자층이 넓고 발행부수가 많은 339개 有關機關紙를 대상으로 피보험대상자의 관심사항과 성인병 예방과 치료방법 등에 관한 원고를 월 1회 이상 정기적으로 제공, 집중 홍보함으로써 弘報의 多角化를 기하였다.

有關機關紙는 被保險者는 물론 被扶養者까지 접근할 수 있는 장점이 있을 뿐만 아니라 독자층이 다양하며, 우리 공단에서 발생하는 정기간행물 월간 『醫療保險會報』의 제한된 배포선으로 인한 취약점까지 극복할 수 있어 이를 적극 활용하였다.

’95년도에는 ‘달라진 의료보험 안내’도 제도안에 원고 15종과 ‘주치의는 질병예방의 지름길’ 등 질병예방과 건강증진관련 원고 11종을 제공하여 관련 기관지에 1,739회 게재(表 II-13 參照)되는 실적(128.8%)을 거양하였다.

〈表 II-13〉 報道媒體를 통한 弘報 現況

(단위: 회, %)

구 분	회 수	실적비율
계	2,940	152.4
지방송매체 활용	380	212.3
지방신문 활용	821	205.3
유관기관지 활용	2,739	128.8

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

라) PC통신 活用 弘報

대국민정보서비스 일환으로 추진되고 있는 총무처 정부전자계산소의 「행정종합정보」망에 醫療保險의 目的과 特性에서부터 자격, 징수, 급여 등 의료보험 운영현황에 이르기까지 평소 알아두면 편리한 醫療保險 業務全般에 관한 “醫療保險 利用案内”를 개설하고 관련법 개정 등 제도변경이 있을 때마다 보완하여 제공하였으며, 국민들이 의료기관 이용을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있도록 新規開設 및 폐업하는 療養機關을 매일 정리하여 지역별, 종별, 과목별로 요양기관 현황을 제공함으로써 情報化 時代에 부응한 대국민 홍보의 초석을 마련하였다.

마) 弘報物 製作 活用

신규로 자격을 취득한 피보험자나 내방민원인에게 醫療保險制度의 概要, 피보험대상자의 권리나 의무, 자격 및 급여기준·절차 등 제도 전반을 쉽게 이해할 수 있도록 풀이한 “의료보험 어떻게 이용할 것인가?”라는 팜플렛 200,000부를 1, 2차로 나누어 제작·배부하여(表 II-14 참조) 被保險對象者들의 의료보험 이용에 편의를 제공하였으며, 공단을 방문하는 국내외 인사, 견학 대학생, 간담회 참석자 등 외부인

사들에게 의료보험제도와 공단을 소개하기 위하여 최근 영상자료를 보완·제작한 바 있는 국영문판 15분짜리 공단 소개용 비디오테이프를 각 지부에서 적극 활용하도록 하였다.

〈表 II-14〉 弘報物 製作 現況

(단위: 회, 명)

구 분	교 체 명	주 요 내 용
팸플렛	의료보험 어떻게 이용할 것인가?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료보험이란? ○ 의료보험 자격과 보험료 ○ 보험급여절차 알아둡시다 ○ 우리의 권익과 건강, 스스로 지켜갑시다
비디오테이프	의료보험관리공단(KMIC)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 공단의 조직과 임무 ○ 분야별 주요 임무

資料: 醫療保險管理公團, 『醫療保險 事業報告』, 1995.

마. 直營病院

保險者直營 醫療施設은 전세계적으로 상당히 많은 국가에서 설치·운영되고 있다. 라틴아메리카 제국의 거의 모든 나라와 아시아의 인도, 파키스탄, 이스라엘, 터키, 대만, 일본, 베트남, 유럽의 그리스, 사이프러스, 오스트리아, 아프리카의 이집트, 가봉, 기니 및 미국의 健康維持組織(HMO)에 이르기까지 광범위하게 분포하고 있다.

이러한 세계적인 경향과 전국민의료보험 시행이라는 시대적 배경을 바탕으로 '92년 4월 『保險者 直營病院 設置方案 檢討』, 병원건립에 대한 타당성 조사를 실시하였으며 그 결과 전국민 의료보험실시에 따른 병상부족해소에 기여할 수 있을 뿐만 아니라 의료보험 수가산정에 모델병원으로도 활용될 수 있다는 등의 긍정적인 결론을 얻었다. '92년 두차례의 정책토론회를 거쳐 수도권지역에 직영병원 1개소를 건립하

여 시범적으로 운영하도록 하였다. 1993년 12월에는 경기도 고양시 일산신도시내 綜合 醫療施設用地 7,007평에 500명상 규모의 병원을 건립하고 있다.

바. 醫療保險管理公團의 向後 計劃

우선 지금까지 건강진단사업이 질병의 早期發見과 早期治療에 비중을 두어왔다면 앞으로 삶의 질을 추구하는 사회에서는 질병의 예방과 이환된 질병의 조기발견·치료, 3차 예방 프로그램까지 종합적으로 실시될 수 있는 總體的 疾病豫防 프로그램을 개발하고 있다.

이러한 총괄적 예방관리체계를 갖추기 위해서는,

첫째, 적은 비용으로 비교적 큰 예방효과를 기대할 수 있는 보건교육을 한층 강화하는 것인데 특히 현대사회에서 발생율이 급격히 높아지고 있는 慢性退行性疾患의 豫防을 중심으로 보건교육을 추진하고, 점차 그 대상을 확대하도록 하고 있다.

둘째, 현재 실시되고 있는 被保險者 健康診斷 프로그램도 피보험자에게 보다 내실있는 豫防醫療서비스가 제공될 수 있도록 檢診種目的開發, 檢診種目別 實施週期등에 대한 연구를 지속적으로 추진하도록 하고 있다.

셋째, 先進外國 健康診斷制度와의 比較分析이나 선진외국의 질병예방관리사업에 대한 실태를 파악하여 國內 健康診斷事業의 제도 및 프로그램의 검토 작업을 하고 있다.

넷째, 장기적 계획으로 疾病豫防事業을 보다 체계적이고 상호 유기적으로 추진하기 위해서는 현행 의료기관에 위탁하여 疾病有無 判定 위주로 운영되고 있는 검진체계를 개선하여 전문적인 예방서비스를 직접 제공할 수 있는 방안을 강구함으로써 유질환자의 지속적인 사후관리와 질병의 중증진행을 미연에 방지하여 유질환자에 대한 早期治

療를 유도하여 피보험대상자 질병예방사업을 효과적으로 추진하는 방안을 적극 검토하고 있다.

한편 정부당국은 보건예방사업을 효율적으로 수행하기 위하여 그동안 보험자별로 다원화되어 있는 보건예방사업을 일원화하여 공단, 직장조합에서만 실시하던 健康診斷事業을 '95년부터 지역피보험자에까지 擴大·統合 실시하도록 통합지침을 마련하였다. 즉, 1995년 부터는 40세 이상의 공단 및 직장 피부양자, 지역 피보험자 모두가 이 통합 지침에 따라 건강진단을 실시하게 되었다. 그리고 지역별 보건교육사업에 관한 협의 및 지도, 검진기관 지도·감독 등의 업무를 수행하기 위해 해당지역내 공단 및 연합회 지부장, 직장 및 지역조합 대표이사, 보건소장 및 의료계 대표 등으로 구성된 18개 시·도 권역별 保健豫防事業協議會를 구성하여 운영하였다.

그런데, 保健豫防事業의 脆弱點으로서 첫째, 健康診斷의 目的이 질병의 치료와 예방에 그치는 것이 아니라 건강과 불건강의 선별, 자신의 건강상태 확인을 통한 자신감을 제공함에 있음에도 수검자가 이를 인식치 못하고 질병을 발견하지 못한 이유로 불신을 하고 있는 점이다. 둘째, 종합검진이 전신의 모든 병을 발견하는 것처럼 오인되어 고가검진 풍토가 만연되고 있는 실정이고, 또한 보험재정의 한계로 국민들의 욕구가 높은 高價裝備를 활용한 검사종목의 채택이 곤란하여 형식적인 건강진단으로 인식되고 있을 뿐만 아니라, 의료기관 분포의 불균형, 시설, 인력의 부족 등도 健康診斷 制度發展의 阻害要因으로 작용하고 있다. 셋째, 전국민을 대상으로 건강진단을 실시함에 따라 검진기관이 확대되고 이와 관련한 검진기관 관리의 문제점, 수검임원 폭주에 따른 부실검진, 획일적 건강진단에 따른 비효율성 등이 문제점으로 대두되고 있다.

따라서 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 정부당국, 보험자 및 관

계 전문가들의 지속적인 관심과 연구·개발이 필요하며, 나아가 공단은 다년간 축적해 온 건강진단의 경험과 지식을 바탕으로 의료보험권내에서 전국민 保健豫防事業이 조기에 정착될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

III. 健康福祉増進을 위한 保險者 役割의 定立

1. 保險者를 둘러싼 與件의 變化와 展望

가. 21世紀 保健醫療環境의 展望

1) 健康指標의 改善

지속적인 경제발전에 따른 生活水準 및 環境衛生의 개선과 醫學技術의 발달을 전제할 때, 우리 나라 국민의 平均壽命은 2000년에는 74세, 2020년경에는 77세에 이를 것으로 보인다. 또한 영아사망률은 2000년에는 1,000명당 10 수준으로, 2020년에는 7 이하로 감소하여 先進國 水準에 달할 것으로 기대된다. 結核有病率도 2000년이 되면 1% 이하로 떨어질 것이 예상된다.

醫師數는 현재의 의과대학 정원을 유지할 경우 就業醫師數가 2000년에는 56,700명, 2010년에는 79,000명으로 증가되어 인구 600명당 1인 정도로 선진국 수준에 근접할 것이다.

2) 疾病構造의 變化

感染病과 기생충질환은 최소수준으로 계속 감소할 것이다. 개인의 生活習慣과 관련된 癌이나 循環器系疾患 등은 계속 증가할 전망이다. 早期診斷과 치료법의 향상으로 증가추세는 鈍化될 것으로 기대된다.

특별한 대책이 마련되지 않는다면 交通事故나 産業場事故로 인한 사망과 알코올·약물 남용으로 인한 中毒死가 증가할 것으로 보인다.

3) 醫療技術의 發展

生命科學과 醫工學이 가장 중요한 기초과학 연구분야로 부상될 것이며 尖端科學技術의 醫學분야 적용으로 하이테크에 의존하는 의료가 가속화될 것으로 보인다. 항암제, 노인성치매 치료제, 항바이러스 제제, 정신질환 치료제 등 새로운 醫藥品의 개발에 괄목할만한 성과가 기대된다.

내시경, 복강경 등 光學技術의 발달과 레이저 이용으로 상당수의 外科手術을 대체할 것이며, 인공장기의 실용화도 예상된다. 遺傳工學을 이용한 진단방법의 개발과 遺傳因子 조작으로 선천성질환의 치료가 가능해질 것이다.

4) 醫療서비스 組織의 變化

醫療技術의 發達, 醫療需要의 高級化·多樣化, 醫療市場開放에 따른 競爭의 심화 등으로 인하여 공급자 주도로 형성되어 왔던 의료서비스 조직은 환자의 수요와 취향에 따라 消費者 主導로 변모하게 될 것이다.

入院에서 外來, 外來에서 다시 地域社會와 家庭으로 醫療서비스의 場이 변화할 것이다. 통상적 검사는 물론 병원과 연결된 情報시스템으로 고도의 검사와 진단, 치료를 받게 되는 ‘在家治療’의 시대가 예견된다. 또한 수요의 다양화와 만성퇴행성질환의 증가로 인한 疾病管理의 중요성 증대에 따라 特化·專門화된 中小病院의 설립과 운영이 활성화될 것으로 보인다.

經營效率化의 필요성에 의해 대형병원들은 機能 또는 單位別로 分權化되어 責任經營體制를 갖추는 조직구조로 변화될 것이다.

5) 保健科學의 振興과 尖端 保健醫療서비스의 開發

保健醫療産業(生命工學, 醫工學, 醫療情報, 新藥開發 등)에 관련된 산업을 전략적으로 육성하기 위하여 研究開發 投資의 확대를 위한 지원정책을 지속적으로 추진하고 產學研 協同研究의 촉진을 위한 기반을 조성하게 될 것이다.

公共研究機關의 發展的 改編을 위하여 선진국 수준의 研究機關(예: 미국의 NIH) 설립을 위하여 현재의 公共 保健醫療研究機關을 발전적으로 개편하여 암센터, 전염병연구소, 생명공학연구소, 순환기질환연구소, 정신행태의학연구소, 노인의학연구소, 보건의료기술정보센터 등을 부설하는 한편 研究人力 양성과 優秀研究人力 확보를 위해 碩·博士課程을 개설하게 될 것이다.

基礎醫學分野는 산업이나 환자진료와 직접적 연관이 적은 탓에 그동안 科學政策과 醫療産業에서 투자 우선순위가 낮았던 분야이다. 특히 韓國의 狀況에 적합한 연구과제에 選別的인 投資가 요청된다. 세계적으로는 기초의학이 급속도로 발전하고 있기 때문에 戰略的으로 投資해야 성과를 얻을 수 있을 것이다.

應急센터에 대한 데이터베이스 구축 및 관련 소프트웨어와의 連絡體系, 구급차안에서의 후송병원 專門醫의 遠隔診療를 가능케 하는 情報傳送技術을 개발하고, 양방향통신 등 모든 장비를 갖춘 첨단 구급차, 환자호송 통보후 응급의료 완료시까지의 診療 및 行政管理를 가능케 하는 應急患者 管理시스템을 구축할 것이다.

光카드 利用의 活性化를 위해 광카드에 個人診療記錄을 입력시켜 휴대, 활용케 함으로써 健康情報의 自己管理 및 疾病의 自律的 豫防을 유도하고 重複診療, 過剩檢査 등의 낭비요인을 방지하도록 하며 이를 위해 관련 法制度(환자 사생활보호 문제 등)를 정비하고 技術開發(기억용량의 확대 등)을 지원하게 될 것이다.

在宅診療을 導入하기 위하여 현재 추진중에 있는 초고속정보통신기
반구축 사업의 일환인 超高速公衆情報通信網이 2015년에 일반가정까
지 공급되는 것과 더불어 在宅診療의 도입을 추진할 것이다.

6) 「삶의 質」 向上을 위한 保健醫療서비스의 提供

호스피스 事業의 導入 및 發展을 위하여 암을 비롯한 각종 만성퇴
행성질환의 臨終段階 患者에 대한 國家次元의 체계적인 호스피스사업
을 도입하여 의료자원의 效率的 活用과 급증하고 있는 末期醫療需要
에 대처하고 人間的인 의료서비스를 받을 수 있는 제도를 확립하여
말기환자 뿐 아니라 그 家族의 福祉를 향상시킴과 동시에 사회생활에
전념할 수 있는 기틀을 마련할 것이다. 이를 위해 관련 法을 제정하고
醫療保險酬價를 개발하며 專門人力을 육성할 것이다.

長期療養制度를 活性化의 방안으로 慢性退行性疾患者 및 長期療養
患者의 보건의료수요에 대처하기 위하여 療養施設을 설치하고 요양서
비스에 적합한 醫療保險酬價를 개발하여 보건의료자원의 효율적 활용
과 國民醫療費 節減에 기여한다. 療養制度의 활성화를 위하여 관련 법
제도를 수정·보완하고 종합병원과의 患者後送體系를 확립하며 지역
사회 각종 자원과 지속적인 還流體系를 구축할 것이다.

老人保健事業의 持續的 擴充방안으로써 노인전문병원이나 간호양로
원(nursing home)을 확충함과 아울러 보험급여화하고 老人을 위한 在
家治療서비스와 만성병 관리사업을 활성화할 것이다.

7) 醫療서비스 利用과 財源調達의 衡平性 提高

의료취약지역에 公共病院이나 保險者 直營病院의 설립을 유도하고
농어촌지역 集團開院醫에 대한 세제 및 금융상의 지원을 검토한다. 저
소득층 밀집지역의 保健所 기능을 강화하고 低所得層에 대한 本人一

部負擔金の 감면과 傷病手當의 지급을 추진하게 될 것이다.

醫療保險料 부과대상 소득과악률을 제고시키고 보험제도간 부과방법을 통일한다. 유해물질 배출사업장에 대한 醫療保障負擔金과 건강위해상품에 대한 醫療保障稅를 검토하여야 할 것이다.

8) 醫療供給의 構造調整(1次 醫療機能의 劃期的 強化)

대형종합병원의 환자집중문제를 규제위주(예: 患者依賴制度)로 해결하는 것은 限界가 있으므로 근본적으로 1차의료기능의 강화 등 지원정책을 통해 需要者 中心으로 醫療制度를 改編하는 것이 필요할 것이다. 1차 의료기관(동네 병원) 人力·施設·裝備의 효율적 활용을 위하여 ‘集團開院制度’와 ‘開放型 病院制’를 지속적으로 발전시키고 지역별로 ‘綜合檢査센터’를 설립하며, 需要者の ‘동네병원’ 利用 活性化를 위하여 1차 의료기관 診療費 本人負擔分の 일부를 醫療保險 財政에서 報償해 주도록 할 것이다.

保健所 기능을 강화하여 ‘건강증진센터’로서의 역할을 확립시키고 慢性疾患管理, 精神保健, 營養事業 등을 확충하게 될 것이다. ‘豫防保健醫’를 양성하여 보건소에 배치하고 현행 公衆保健醫 제도는 단계적 폐지를 검토할 계획으로 있다. ‘豫防保健醫’는 신설되는 5~6년 과정의 ‘豫防保健醫學科’를 졸업하고 별도의 國家考試에 합격함으로써 資格을 인정하고 公務員의 신분을 부여하고 醫學部 교과과정을 家庭醫學 중심으로 대폭 개편하고 家庭醫의 數도 전체의사의 50% 수준(영국의 예)이 되도록 추진해 나아갈 것을 검토할 수 있다.

9) 住民參與의 制度的 保障

公共保健醫療機關과 醫療保險組合의 運營에 대한 주민 참여방안을

마련한다. 消費者保護運動의 강화 및 地方議會를 통하여 의료기관의 활동에 대한 견제 및 감시기능을 활성화한다. 住民自治의 이념에 부합하도록 地方保健組織을 개편하고 시·군·구에 주민의료 고층처리실을 운영하는 방안이 제기되고 있다.

나. 醫療保險制度的 發展展望

1) 健康保險으로서의 包括的이고 能動的인 역할

의료보장의 장기적인 정책방향은 궁극적으로 國民의 健康増進에 기여하는 「健康保險」으로서 발전시켜야 할 것이다. 건강관리의 패턴이 종래의 疾病治療 위주에서 豫防 및 積極的인 健康増進의 추구로 변화함에 따라 보다 포괄적이고 능동적인 健康保險(Health Insurance)의 개념으로 정착되어야 할 것이다. 이를 위해서는 진료비외에 豫防 및 積極的인 健康管理을 위한 費用도 保險給與範圍에 포함시키도록 하여야 할 것이다. 또한 선진국에서 급여하고 있는 상병수당 등 현금급여도 타 사회보험급여와의 연계의 관점에서 검토할 필요가 있을 것이다. 즉 질병 및 사고의 발생시 의료와 소득의 종합적 보장이란 관점에서 각종 사회보장제도가 중복되지도 않고 결여되지도 않도록 구성되어야 하며, 이때 의료보장제도가 어떠한 역할을 맡는 것이 바람직하느냐에 대한 검토를 거쳐 필요시 소득보장기능의 일부분을 담당하여야 할 것이다.

2) 醫療保險組合의 自治的 運營과 積極的 役割 附與

각 의료보험조합의 자율적 운영을 확보하여 地域 保健醫療機關과 연계·협조하여 地域特性에 맞는 健康管理 프로그램 수립에 적극 참여하고, 獨自的인 附加給與를 개발할 수 있도록 하여야 할 것이다. 또한

지역 의사단체, 약사단체, 간호사단체 등 의료공급단체와 협의하여 의료공급의 질을 확보하고 적절한 가격을 유지함으로써 피보험자의 부담을 적정화하고 지역의료자원을 효율적으로 배분하는 데에 기여할 수 있는 적극적인 역할을 부여하여야 할 것이다.

3) 高齡化社會에서의 老人醫療費 負擔의 效率的인 對處

다가오는 21세기는 고령화가 급속히 진행됨에 따라 노인의료비의 사회적 부담을 얼마나 효율적으로 대처할 것인지가 중요한 정책적 과제로 등장하게 된다. 보건의료분야에서 老人保健事業이 持續的으로 擴充되어 노인전문병원이나 看護養老院(Nursing Home), 老人을 위한 在家治療서비스 등이 확충될 것이므로 이들에 대한 의료보험수가를 개발하여 보험급여화하여야 할 것이다. 노인의료비 부담을 의료보장제도 내에서 효율적으로 대처하기 위해서는 조합별 재정능력에 비하여 노인의료비 부담이 많은 조합에 대해 조합간 재정조정을 강화해 나가야 할 것이다. 老人醫療費의 負擔을 정부, 의료보험의 법정급여, 조합별 부가급여, 개인의 민간보험, 개인의 부담 등으로 적정하게 분담되도록 시스템을 구성하고, 과도한 醫療費 上昇을 抑制하기 위한 가격메카니즘이 잘 활용되어야 할 것이다.

4) 保險財政의 健實化와 負擔의 衡平性 確保

의료보험의 역사가 오래된 선진국의 경우 근래에 의료비상승으로 인한 保險財政의 壓迫으로 의료보험제도를 개혁하고 있다. 우리나라의 경우도 21세기에 들어 국민소득수준의 향상과 고령화에 따른 의료비상승으로 保險財政 健實性을 유지하기 위한 정책이 불가피할 것이다. 보험재정의 건실성은 규제와 자율의 균형 잡힌 정책에 의해 확보되어

야 할 것으로 판단된다. ‘規制’란 국민의료비 수준을 적정하게 통제하는 豫算制約(Budget Constraint)下에서 자원배분을 효율화하는 것을 의미하며 각종 행정지침과 지도에 의한 制度的 規制를 의미하는 것은 아니다. ‘自律’이란 의료시장에서의 의료보험제도 도입과 의료보험의 관리운영이 시장원리를 저해하지 않도록 혹은 나아가 시장원리를 内部市場(Inside Market)에 도입함으로써 최대한의 효율성을 발휘할 수 있는 환경을 조성해 주는 것이다. 구체적으로는 선진국 의료보험시장에서 진행되고 있는 피보험자의 조합 선택권 부여, 조합의 의료공급자의 선택과 보험자와 공급자간 협의에 의한 의료수급의 조정과 같은 경쟁과 자치의 시스템을 도입하는 것이다. 이러한 규제와 자율을 균형 있게 조화시킬 수 있는 정책을 실현하기 위해서는 그것을 가능하게 하는 의료보험시장 外部的인 與件의 造成이 함께 이루어져야 한다.

보험재정의 건실화와 함께 보험재정을 유지하기 위한 부담의 階層間 衡平性이 확보되어야 한다. 이는 소득계층별 형평성과 함께 지역별, 성별, 연령계층별 형평성도 중요한 정책적 고려요소가 되어야 할 것이다. 부담에는 보험료의 부담 뿐아니라 보험의 진료비의 부담도 고려되어야 한다. 또한 保險給與惠澤을 고려한 有效保險料 부담의 계층별 형평성이 중요한 정책변수가 된다. 지역별 형평의 확보에 있어서는 지역별 醫療供給資源의 不均衡과 진료전달체계 등이 함께 고려되어야 한다. 부담의 형평성 확보의 기초적 조건으로서 의료보험료 부과대상인 소득의 과약률을 제고시키는 것이어야 한다. 이는 國稅廳의 課稅衡平과 더불어 반드시 이루어져야 할 필수적인 조건이다.

2. 健康福祉에 있어서의 政府와 保險者의 役割

國家는 국민의 健康増進을 위해 노력할 책임을 가지고 있다. 保險者

는 이러한 국가의 책임을 위임받아 被保險者를 대상으로 건강관련 保險政策을 수행하게 된다. 동시에 公的醫療保險制度의 경우 전국민 단위의 제도적용으로 인해 社會 및 公共的 責任이 강조되고 있다. 따라서 보험자는 狹義의 保險事業 뿐만 아니라 廣義의 保健 및 醫療政策(健康福祉事業, 건강관련 社會間接資本의 擴充 등)을 수행할 의무가 있다. 그리고 이러한 보험자의 역할은 相互 補完的이고 조화롭게 수행되어야 할 필요성이 있다.

인간은 삶의 궁극적인 목표를 效用의 極大化에 두고 있다. 자본주의 경제이론에 따르면 효용의 극대화와 관련한 목표는 국가보다는 개개인의 자율적인 經濟行爲를 통하여 효율적으로 달성될 수 있다고 한다. 나아가 후생경제학에서는 資源의 合理的 分配와 사회적 總效用의 極大化가 자율적인 시장경제체제 하에서만 효과적으로 이루어질 수 있다는 이론적 바탕을 두고 있다. 이러한 의미에서 시장경제에 대한 국가의 개입과 개인에 대한 자율성의 제한은 理論的 根據와 正當性을 요구하게 된다.

합리적인 시장의 결과(즉 개인 및 사회적 효용의 극대화)를 기대할 수 있기 위해서는 사전적으로 몇가지 전제조건이 충족되어야 한다. 대표적으로 경제행위에 있어서 外部性(Externality)의 문제와 情報不足의 문제가 없어야 하며 개별 경제주체의 동등성을 토대로 한 철저한 경쟁이 이루어질 수 있어야 한다. 이러한 제반 전제조건이 충족되지 않게 될 경우 인간의 경제행위는 부정적인 시장의 결과, 즉, 市場의 失敗(Market Failure)를 초래하게 된다. 따라서 국가는 시장기능을 활성화하기 위하여 제반 정책을 수행할 당위성과 의무를 가지게 된다.

아래에서는 건강 및 보건산업에 있어서 市場의 失敗要因과 國家介入의 正當性에 대해 이론적인 차원에서 살펴보고자 한다. 이러한 이론적 접근은 건강 및 보건정책의 방향모색과 관련산업의 시장기능을 활

성화하기 위한 대안추구에 중요한 시사점을 가져다 줄 수 있을 것으로 판단된다.

가. 健康의 公共財的 性格과 外部效果

시장이란 財貨의 생산자와 수요자가 가격을 바탕으로 상호 거래를 하는 장소를 의미한다. 일반적으로 需要者는 생산자에게 가격을 지불하고 해당 재화의 사용에 있어서 배타적인 권리를 행사하게 된다. 그러나 일부 재화의 경우 다음과 같은 公共財的 性格으로 인하여 시장에서 공급되지 못하게 되는 사례가 있다(Musgrave et, al, 1987). 첫째, 재화의 소비에 있어서 배타성의 원칙이 결여되는 경우가 이에 해당된다. 이에 따라 가격을 지불할 의사나 능력이 없는 사람도 財貨의 消費에 참여하게 되는 문제가 발생하게 된다. 둘째, 경쟁성의 원칙이 적용되지 않는 경우이다. 이에 따라 시장에 직접적으로 참여하지 않은 제3자가 특정재화를 소비하게 될 경우에도 실제 購買者의 效用에는 아무런 영향이 발생하지 않는 문제가 나타나게 된다.⁴⁾

종합하면 公共財(Public Goods)란 배타성 및 경쟁성의 원칙이 결여되고 있는 재화로서 시장에 참여하지 않은 사람에게도 해당 재화의 사용기회를 제공하게 되는 無賃乘車者(Free-Rider)의 문제와 外部性(Externality)의 문제가 발생하게 된다. 이에 따라 사회구성원 개개인 효용의 합계와 사회적 총효용은 상호 불일치하게 된다. 따라서 市場經濟體制下에서 국가의 역할은 경제행위의 외부성으로 인해 발생하게 되는 개인 및 사회간 효용의 불일치 문제를 해결하여 市場機能을 回復하는 데 있다. 일반적으로 공공재는 시장의 기능에 의해 생산되어질

4) 경쟁성의 원칙이 결여되고 있는 대표적인 재화로는 도로, 항만 등 사회간 접자본이 있다. 일례로 특정 개인이 도로를 사용하게 될 경우 다른 사람의 효용은 이로 인해 별다른 영향을 받지 않게 된다.

수 없으며 국가가 조세재원을 통하여 직접적으로 공급하게 된다. 대표적인 공공재로는 國防, 社會安定, 社會間接資本 등이 있다.

건강 및 보건과 관련하여 공공재는 주로 豫防事業部門에서 나타나고 있다. 예를 들어 천연두, 장티푸스 등 대형 전염성 질병의 경우 피해는 당사자 본인 뿐만 아니라 사회전체적으로 막대한 不定的인 影響을 미치게 된다. 따라서 대형 전염병 豫防事業은 국가에서 직접 실시하거나 財政支援을 통하여 간접적으로 수행해 오고 있다.

건강 및 보건사업으로서 일부는 공공재의 성격을 가지고 있지 않음에도 불구하고 국가의 개입을 필요로 하는 경우가 있다. 왜냐하면 특정재화의 경우 자율적 시장기능 하에서 社會的 最適(Social Optimum)의 수준 이하로 생산되는 문제가 발생할 수 있기 때문이다. 이와 관련한 대표적인 재화로는 개인의 비합리적인 행위(예를 들어 흡연, 음주 등)를 억제하기 위한 건강교육이 있다. 健康教育은 有益財(Merit Goods)의 성격을 가지고 있으며, 개인의 효용증대는 물론 국가적 차원에서 생산성의 향상과 사회안정에도 기여할 수 있다. 따라서 건강교육은 個人的 努力 및 費用負擔 뿐만 아니라 국가로부터 별도의 지원을 통하여 실시해 오고 있다. 종합하면 국가는 국민들의 건강의식을 제고하기 위한 교육에 참여함으로써 인간의 삶에 있어서 필수적인 재화인 健康의 增進에 기여할 당위성을 가지고 있다.

有益財的 차원에서 건강 및 보건부문에 대한 國家介入의 當爲性은 개별 경제주체가 현재소비를 선호하여 미래에 발생하게 될 질병에 대비한 경제적 대책마련에 소홀히 하게 될 경우에도 발생하게 된다. 이러한 문제는 의료부조제도의 악용에 따른 道德的 危害(Moral Hazard)의 문제를 초래하여 개인의 비용이 사회적으로 전가되는 비합리적인 결과를 야기할 우려가 있다. 따라서 국가는 公的醫療保險制度을 도입하여 제도가입을 강제화 함으로써 個人費用의 社會轉嫁問題를 사전에

방지할 수 있다(Berthold, 1988).

나. 情報不足의 問題

인간은 합리적인 경제행위를 위하여 情報을 필요로 하게 된다. 왜냐하면 정보가 부족한 상태에서 수행한 경제행위는 그릇된 狀況判斷에 따른 부정적인 시장의 결과, 즉 시장의 실패를 초래할 위험이 있기 때문이다. 情報不足의 問題는 다시 無知(Ignorance)의 문제와 不確實性(Uncertainty)의 문제로 구분하여 살펴볼 수 있다. 일반적으로 건강과 관련한 무지의 문제는 健康教育과 弘報를 통하여 상당부분 개선될 여지가 있다. 반면에 질병발생의 시기 및 빈도 그리고 질병상태 등은 개인별로 상당한 차이가 발생하게 되어 불확실성의 문제가 제기된다. 이러한 불확실성의 문제는 정보의 강화 보다는 위험의 재분산장치인 보험제도를 통하여 극복되어질 수 있다(Arrow, 1963).

良質의 醫療給與를 보편적으로 보장하기 위해서는 보험상품이 충분한 수준으로 공급될 수 있어야만 한다. 그러나 상업의료보험의 경우 다음과 같은 이유로 인해 그 공급량이 제한될 가능성이 있다. 첫째, 정보의 불균형과 관련한 문제이다. 일반적으로 건강 또는 질병발생의 위험에 대한 情報의 接近性은 상품의 수요자인 개인이 보험공급자 보다 유리하게 된다. 이에 따라 양질의 위험집단은 제도가입을 기피하고 대신 질병발생의 위험이 상대적으로 높은 집단이 제도에 가입하게 되는 逆選擇(Adverse Selection)의 문제가 발생하게 되어 보험공급자는 막대한 經濟的 損失을 입을 가능성이 있다. 정보의 불균형에 따른 문제는 정보활동의 강화를 통하여 해결할 수 있으나, 이는 동시에 비용의 증가를 초래하여 保險料의 引上要因으로 작용하게 될 우려가 있다. 둘째, 規模의 經濟(Economy of Scale)와 관련하여 자본의 규모가 영세할수록 상품의 가격이 상승하게 되는 문제가 제기될 수 있다. 일반

적으로 보험료 수준은 大數의 法則(Law of Large Number)에 따라 가입자의 규모에 반비례하게 된다. 따라서 영세보험회사의 경우 보험료는 타사보다 상대적으로 높게 되어 가격경쟁력의 측면에서 열등하게 된다. 그리고 행정관리비용, 판매 및 홍보비용 등 상품의 생산과 직접적인 관련성이 없는 去來費用(Transaction's Cost) 또한 기업의 규모가 영세할수록 증가하는 경향이 있다. 이러한 제반 문제는 영세자본의 보험시장진입을 억제하여 소수 독점자본의 독점적 공급으로 인한 폐해, 즉 독점가격의 형성과 만성적인 供給不足現象을 초래하게 될 우려가 있다.

이상에서 언급한 사실을 고려해 볼 때 질병의 위험에 대처한 보험은 규모의 경제로 인하여 自然的 獨占의 性格을 가지고 있다. 따라서 적절한 가격(보험료)에서 사회적 최적수준의 보험공급이 이루어질 수 있기 위해서는 制度加入의 強制性과 국가적 차원의 공급자를 필요로 하게 된다(Weissenböck, 1974). 국가에 의한 供給獨占方案은 상업보험기관간 수익율의 격차로 인해 가입자가 보험기관의 선택에 혼란을 겪게 되는 문제를 해소할 수 있다는 장점도 가지고 있다. 반면에 이러한 방안은 획일적인 醫療保險 供給으로 인하여 보험기관 선택에 대한 개인의 자율권을 제한하고 保險需要에 대한 개별적인 선호도를 무시하게 되는 문제점을 제기하게 된다.

오늘날 대다수의 선진국에서는 이층적 의료보험 공급체계를 유지해 오고 있다. 이에 따라 전체 국민에 대한 기초적인 의료보장은 公的醫療保險制度을 통하여 실시하고, 그 이상의 의료급여에 대해서는 본인의 자출에 따라 상업의료보험에 가입할 수 있도록 하고 있다. 우리나라의 公的醫療保險은 1989년 이후부터 전국민을 대상으로 실시해 오고 있다. 그러나 높은 수준의 본인 부담율, 급여기간의 제한 그리고 비급여부분의 존재 등으로 인해 제도의 선진화를 위하여 해결되어야

할 산적한 과제가 있다. 이와 관련한 방안으로서 公的醫療保險과 상업 의료보험간 합리적인 역할분담이 요구되고 있다.

다. 市場의 透明性 缺如(消費者 主體性的 缺如)

일반적으로 需要者는 가격과 품질 등 상품에 대한 정보를 바탕으로 실제 購買與否를 판단하게 된다. 그러나 醫療部門의 경우 수요자는 의학적 專門知識의 缺如로 인하여 상품의 질에 대한 판단과 상품간 가격비교를 할 능력이 없다. 나아가 건강 및 질병상태에 대한 자기진단과 치료의 폐해를 고려하여 국가는 의료수요의 결정과 관련한 消費者 主體性(Consumer Sovereignty)을 제한하고 대신 의료의 공급자(의사, 약사 등)가 決定權을 행사하도록 하고 있다. 이상을 종합하면 의료상품의 경우 情報不足의 問題로 인하여 소비자가 자신의 효용을 극대화할 수 있는 능력을 소지하고 있지 못하다는 점에서 소비자 주체성 제한의 당위성이 부여되고 있다.

그러나 의료 공급자에 의한 需要判斷은 상품의 가격결정에 있어서 심각한 歪曲現像을 초래할 우려가 있다. 왜냐하면 의료 공급자는 상품의 공급량과 가격을 조절하여 자신의 효용을 극대화 하려는 노력을 하게 되기 때문이다.⁵⁾ 특히 생명에 직접적인 영향을 줄 수 있는 심각한 질병의 경우 상품에 대한 수요가 가격에 非彈力的으로 되어 가격결정에 있어서 공급자의 횡포가 우려되고 있다. 따라서 의료상품의 가격결정에 대한 국가의 개입이 필요로 하게 된다. 이러한 방안의 일환

5) 일반적으로 완전경쟁시장의 경우 가격은 시장의 기능에 의해서 결정된다. 따라서 공급자는 주어진 가격하에서 상품의 공급량을 조절함으로써 자신의 경제적 이익을 극대화 하게 된다. 반면에 독점적 시장의 경우 공급자는 상품의 공급량은 물론 가격도 조절할 수 있게 되어 그만큼 이익을 극대화할 수 있는 여력이 커지게 된다.

으로서 국가는 公的醫療保險制度을 도입하여 의료상품의 공급자와 수요자간 가격결정능력의 불균형문제를 해결하도록 하고 있다. 달리 표현하면 公的醫療保險制度은 전체 가입자를 대표하여 수요독점적 지위를 확보함으로써 의료 공급자의 독점현상에 대응을 하게 된다.

公的醫療保險制度은 가입자로부터 보험료를 강제징수하게 된다. 여기서 보험료의 징수는 개별 경제주체의 평생소득을 時期的으로 재분산 함으로써 질병발생에 따른 費用集中問題를 방지하는 기능을 가지고 있다. 이러한 비용집중문제는 의료상품에 대한 수요곡선의 특수성과 관련하여 발생하게 된다. 즉 건강한 시기의 경우 수요곡선이 존재하지 않고, 막상 질병이 발생하게 될 경우 需要曲線이 가격비탄력적으로 된다는 점이다(Schäfer, 1983). 따라서 보험료의 징수는 개별 경제주체의 질병발생 전후간 비용을 분산함으로써 당사자의 效用을 제고하는 장점을 가지고 있다.

의료의 수요와 공급이 자율적인 시장기능에 의해 결정될 경우 건강의 유지를 위해 필요한 비용이 適正線(Pareto-Optimality) 이상을 초과하게 될 우려가 있다. 이는 경제주체의 근시안적 소비행위와 관련한 사항으로서 예방적 의료상품의 소비를 소홀히 하게 될 때 발생하는 문제이다. 일례로 질병이 발생하게 되어 이의 치료를 위해 소요되는 비용이 예방적 상품(健康檢診, 스포츠 등)의 소비에 따른 비용을 훨씬 초과하여 자원낭비의 문제가 제기될 수 있다. 따라서 보험자인 公的醫療保險制度은 자원절약의 차원에서 예방적 의료상품의 공급을 확대하고 이를 堦가 또는 무료로 제공하여 가입자가 건강을 유지하고 증진할 수 있도록 할 當爲性을 가지고 있다.

라. 醫療供給體系의 地域別 不均衡 問題

경제행위의 궁극적인 목표는 利潤追求에 있다. 따라서 모든 경제주

체는 최대한의 이윤이 보장되는 부문에 자신의 勞動力과 資本을 우선적으로 투입하려고 노력을 하게 될 것이다. 이는 市場의 資源分配機能과 관련한 사항으로서 社會的 厚生의 增進에도 기여하게 된다. 그러나 의료부문의 경우 市場의 자율적 기능은 醫療供給體系의 地域間 不均衡問題를 야기하게 될 우려가 있다. 일례로 현재 우리나라의 경우 의료기관 接近性에 있어서 도시와 농어촌지역 주민간 심각한 불평등의 문제가 제기되고 있다.

醫療供給體系의 지역간 불균형문제를 해결하기 위하여 국가에 의한 合理的인 市場介入이 요구되고 있다. 의료공급체계가 취약한 농어촌지역주민의 醫療便宜를 제고하기 위한 일환으로서 우리나라는 保健所機能을 강화하고 公衆保健醫制度를 도입하여 해당지역에 의료인력을 집중적으로 파견하는 정책을 실시하고 있다. 都·農間 醫療供給體系의 불균형문제를 효과적으로 해결하기 위하여 다른 각도에서의 政策的 接近이 요구되고 있다. 즉 醫療保險 수가체계를 지역별로 차별화함으로써 농어촌지역 의료공급자의 經濟的 不利益을 완화해 주는 방안을 모색해 볼 필요가 있다.

마. 市場進入의 制限

獨占 또는 寡占現像은 신규기업의 시장진입 억제요인으로 인해 발생하게 되며, 이는 價格決定의 歪曲을 가져와 소비자의 효용을 저해하고 사회전체적으로 非效率性의 問題를 야기하게 된다. 의료부문에 있어서 대표적인 시장진입 억제요인으로는 과도한 施設費用(특히 종합병원의 경우), 教育期間의 長期化 그리고 教育機關의 不足 등이 지적될 수 있다.

일반적으로 병원시설이 大規模化될수록 規模의 經濟에 의하여 상품단위당 생산비가 절감되고 나아가 新技術의 導入에 따라 상품의 품질

이 향상되는 장점을 가지게 된다. 반면에 규모의 경제는 零細資本의 병원시장 참여기회를 억제하여 獨占價格을 형성할 우려가 있다. 그리고 의료인력의 양성에 필요한 교육기간의 장기화 그리고 교육기관의 부족현상은 궁극적으로 醫療供給者의 수를 제한하여 시장의 독점현상을 가중할 가능성이 있다.

의료부문에 있어서 시장진입 억제요인을 해결하기 위하여 국가의 합리적인 醫療政策이 필요로 하게 된다. 현재 우리나라 의료보험관리공단에서는 直營病院을 설치할 계획에 있는데 이는 의료공급자의 부족문제를 해소할 수 있는 바람직한 방안으로 생각된다. 그리고 公團直營病院을 통한 의료 공급자간 경쟁기능의 제고는 시장의 독과점현상으로 인해 나타나고 있는 폐해에 효과적으로 대처할 수 있다는 장점도 가지게 된다. 아울러 의료공급자의 부족에 대처하기 위하여 교육기관을 확대하도록 하고 교육기간을 합리적으로 再調整할 필요가 있다.

바. 資源의 移動性 制限

합리적인 시장의 결과를 달성하기 위해서는 資源의 移動性이 강화되어야 한다. 즉 需要構造의 變化와 사업부문간 收益率에 변동이 발생할 경우 원활한 자원의 退去와 進入이 이루어질 수 있어야 한다.

의료부문의 경우 자원의 移動性이 상당부분 제한되어져 있다. 앞에서 언급한 바와 같이 醫療人力의 養成을 위한 교육기간의 장기화는 수요구조의 변화에 대처한 인적자본의 이동성을 제한하고 있다. 그리고 종합병원을 설치하기 까지 상당한 期間이 소요된다는 점 또한 자원의 이동성을 제한하는 要因으로 작용하고 있다.

현대사회에서 생활수준의 향상에 따른 疾病構造의 變化 그리고 국민들의 健康意識提高는 의료수요의 구조에 커다란 변화를 가져오고 있다. 이에 상응하여 醫療供給體系 또한 합리적으로 재조정될 필요가

있다. 따라서 의료자원의 이동성 제고를 위한 政策的 支援이 요구되고 있다. 대표적으로 다음과 같은 정책을 고려해 볼 수 있다. 첫째, 의료 공급자에 대해 再教育을 실시함으로써 수요구조의 변화에 따라 인력의 合理的 再配置가 이루어질 수 있도록 한다. 둘째, 의료 공급자의 市場領域을 확대하기 위하여 국가의 정책적 지원을 하도록 한다. 현재 우리나라에서는 치매노인들을 위한 專門病院의 설치가 시급히 요구되고 있다. 그러나 노인성 癡呆는 대부분의 경우 醫療保險의 適用으로부터 제외되어 대상자의 병원접근이 억제되고 있는 실정이다. 따라서 치매전문병원의 설립을 확대하여 수요자의 접근성을 제고하고 病院의 收支均衡을 유지할 수 있기 위해서는 국가적 차원의 정책적 지원이 필요로 하고 있다.

사. 分配의 歪曲

경제주체는 자신의 生産要素를 기업에 제공하고 그 대가로 임금, 이자 및 지대를 받게 된다. 이러한 要素所得은 다시 개인 및 그 가족의 생활에 필요한 재화의 구입에 사용하게 된다. 自律的 市場의 기능에 따라 분배된 소득량과 가계의 생계유지를 위해 실제로 필요로 하는 소득량은 相互 不一致하게 되어 분배문제를 야기할 소지가 있다. 따라서 국가는 시장개입을 통해 個人間 所得을 再分配 함으로써 분배갈등에 따른 社會不安要因을 해소할 의무를 가지고 있다.

의료부문에 있어서 分配問題는 질병발생시 醫療費用 負擔能力의 개인간 차이에서 발생하게 된다. 상업의료보험의 경우 가입자간 의료비 분담기능, 즉 所得再分配 機能이 극히 제한적으로 발생하게 된다. 왜냐하면 보험료는 질병발생의 위험에 따라 개인별로 差等化되기 때문이다. 이에 따라 발병의 위험이 상대적으로 높은 노인, 慢性疾患者, 저소득자 등은 높은 수준의 보험료를 부담하여야만 하므로 보험가입이

어렵게 된다. 또한 피부양자 많은 가구의 경우 獨身家口에 비해 상대적으로 높은 보험료를 부담하여야만 하는 분배문제가 발생할 수 있다. 따라서 국가는 公的醫療保險制度을 도입하여 분배구조의 왜곡에 따른 의료비 부담능력과 保險料 負擔能力의 격차문제를 합리적으로 재조정하여야만 한다.

국가는 전체국민에 대해 기초의료를 보장할 의무를 가지고 있다. 현재 우리나라에서는 保險料 負擔能力이 있는 계층에 대해서는 公的醫療保險制度을 강제적용하고 그 이외의 생활보호대상자에 대해서는 의료보호제도를 적용하고 있다. 醫療扶助를 위한 비용은 전적으로 국가의 재정에서 부담하고 있다. 그리고 농어민 및 자영자를 대상으로 한 지역의료보험의 경우 국가는 保險財政의 35% 가량을 지원하고 있다. 따라서 의료부문에 대한 國家의 役割은 대체적으로 긍정적인 평가를 받고 있으나, 일부 사안의 경우 시급한 개선을 필요로 하고 있다. 대표적으로 個別組合間 심각한 財政不均衡의 問題와 의료비용에 대한 높은 수준의 本人負擔制를 지적할 수 있다. 특히 後者は 低所得 加入者의 醫療需要를 억제하여 低所得階層이 高所得階層을 지원해 주는 分配的 逆機能을 초래할 우려가 있다.

3. 健康管理機能, 福祉機能, 保險管理機能의 造化

경제행위의 궁극적인 목표는 效用의 極大化에 있다. 그러나 이러한 목표를 달성하기 위한 수단인 자원은 稀少性の 原則에 따라 그 존재량에 한계가 있다. 따라서 국가는 經濟性的 原則에 입각하여 제반 정책을 수행하게 된다. 경제성의 원칙이란 최소한의 費用으로 최대한의 政策的 效果를 달성하는데 있다.

의료정책은 疾病의 豫防 및 治療와 健康增進을 위해 양질의 의료서

비스를 보편적으로 보장하고, 동시에 이에 소요되는 비용을 최소화할 수 있도록 수행되어야 한다. 公的醫療保險制度의 경우 경제성의 원칙은 제도의 사회보장정책적 기능과 경제정책적 기능간 균형을 필요로 하게 된다. 제도의 대표적인 기능으로는 건강관리기능, 복지기능 그리고 보험관리기능이 있다. 이러한 기능은 제도의 經濟·社會的 波及效果를 감안하여 개별적인 사안으로서가 아니라 均衡的이고 조화롭게 수행되어야 할 것이다.

가. 健康管理機能

건강이란 질병의 反對概念으로서 개인 및 사회전체적으로 삶의 質提高와 生産性的의 向上에 필요불가결한 요소가 된다. 건강의 상실은 치료비용의 지출에 따른 부담의 증가는 물론 職業 및 社會活動을 제한하게 되어 당사자 가족전체의 생계를 심각하게 위협하게 된다. 따라서 국가는 국민들의 건강을 증진하고 질병의 발생시 적절한 의료혜택을 제공하기 위한 제반 사업을 수행함으로써 社會的 福利厚生을 증진할 의무를 가지고 있다.

公的醫療保險制度은 국가의 대리자적 차원에서 다양한 의료정책을 독립적으로 수립·집행해 오고 있다. 의료정책의 적용대상은 보험가입자와 피부양가족이 되며, 사업의 핵심은 가입자의 健康増進에 있다. 이와 관련한 사업내용은 의료수요 및 공급의 합리적 관리와 의료전달체계의 개선으로 구분하여 살펴볼 수 있다.

1) 醫療需要의 管理機能

건강의 유지 및 증진을 위한 一次的인 책임은 당사자인 개인에게 있다. 이에 따라 개인은 醫療消費를 합리적으로 수행할 의무가 있다.

일반적으로 개인의 경우 의료부문에 대한 專門知識의 不足, 질병의 원인과 발생간 時間的 隔差(time-lag) 그리고 질병발생의 複合性 등으로 인하여 합리적인 의료소비행위에 한계를 가지게 된다. 따라서 國家와 公的醫療保險制度은 국민 또는 보험가입자의 건강을 위한 二次的인 責任者로서 개인의 비합리적인 의료소비행위를 修正·補完할 當위성을 가지게 된다.

가) 疾病豫防事業

우리나라는 급속한 산업화과정에 따라 국민들의 生活樣式이 변화해 오고 있다. 무엇보다도 식생활 및 기타 社會環境의 變化와 環境汚染의 증가는 사회전체적인 疾病構造의 변화에 큰 영향을 미치고 있다. 질병의 양상은 종전 急性疾患에서 암, 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 치매 등 慢性退行性 疾患으로 전환해 오고 있다. 이에 따라 질병의 종류 또한 종전 단순·보편적인 傳染性疾患에서 多樣化 그리고 個別化되고 있는 실정이다. 질병패턴의 변화와 사회적 환경의 변화는 疾病豫防의 중요성에 대한 사회적 인식전환을 가져오게 되었다.

현재 우리나라 公的醫療保險制度에서는 被保險者를 위한 疾病豫防事業의 일환으로써 자체의 재원으로 정기적인 健康檢診事業을 수행해 오고 있다. 사업의 목적은 질병의 발생으로 인한 經濟的 損失과 肉體的·精神的 苦痛을 사전에 방지하고, 질병의 조기발견 및 치료를 통하여 중증으로의 진행을 차단함으로써 長期的으로는 保險財政의 지출요인을 줄여 건실한 보험체정을 유지하고자 하는 데 있다. 구체적인 사업내용으로는 질병의 조기발견과 치료를 위한 健康診斷事業 그리고 올바른 건강생활 안내와 각종 질병에 대한 정보를 제공하는 保健教育事業 등이 있다.

健康診斷事業 본연의 목적을 충실히 하기 위하여 다음과 같은 정책

적 보완작업이 필요로 할 것으로 판단된다. 첫째, 건강진단범위를 확대 실시하도록 한다. 현재 암검진제도의 경우 희망에 따라 1차 진단은 본인의 부담으로 하고, 2차 확인검사 비용은 醫療保險制度에서 전액 부담하도록 하고 있다. 그리고 健康診斷의 種類 또한 일부 종목에 국한하고 있다. 따라서 健康診斷 費用에서 차지하는 본인부담비율을 대폭 축소하고 건강진단 종목을 확대하도록 하여야 할 것이다. 둘째, 健康檢診事業의 운영에 필요한 소요재원을 대폭 확대하도록 한다. 셋째, 健康檢診事業의 참여도에 연계하여 의료급여에서 차지하는 被保險者의 본인부담율을 차등화하도록 한다. 이러한 방안은 질병의 豫防과 健康増進에 대한 당사자의 책임의식을 제고하고, 본인의 부주의에 따른 개인의 의료비용을 보험공동체로 전가하는 문제점을 억제할 수 있다는 장점을 가지고 있다.

나) 健康増進事業

건강은 건강할 때 지키라는 말이 있다. 건강을 유지·증진하기 위해서는 적당한 운동, 절제있는 식생활 습관의 유지 그리고 흡연 및 음주의 자제를 필요로 하게 된다. 이를 위하여 보험자는 被保險者를 대상으로 弘報 및 健康教育事業을 적극적으로 실시하고 健康増進을 위한 사회적 기간시설로서 각종 스포츠센터를 설립·운영할 필요성이 있다.

다) 再活事業

질병의 발생에 따른 육체적 및 정신적 피해와 경제적 손실을 최소화하기 위해서는 의료급여와 병행하여 社會 및 職業再活을 위한 제반 급여가 제공되어야만 한다. 따라서 보험자는 兩者를 동시에 수행할 수 있는 有機的인 醫療供給體系를 건실히 구축할 필요가 있다. 특히 醫療技術 및 再活工學의 발전에 힘입어 환자의 사회참여를 위한 장비가

지속적으로 개발되고 있다.

이러한 업무를 원활히 수행하기 위하여 의료공급체계를 二元化할 필요가 있다. 즉 현행의 治療專門病院 이외에도 환자의 사회참여를 지원하기 위한 再活專門病院을 설립하는 방안을 적극적으로 모색해 보아야 할 것이다. 이에 따라 再活專門病院에서는 환자의 육체적 재활을 위한 치료급여와 함께 사회참여에 필요한 職業再活 프로그램을 개발하여 실시하고 나아가 心理的 안정을 위한 사업을 수행할 수 있어야 할 것이다. 재활전문병원의 운영은 醫療費 支出 경감하고 保險患者의 勞動市場復歸를 지원함으로써 長期的으로는 保險財政의 健實化에도 상당한 효과를 가져다 줄 것으로 생각된다.

라) 健康相談

건강한 삶을 유지하기 위해서는 충분한 건강정보를 필요로 하게 된다. 따라서 보험자는 지역별로 건강상담센터를 설치하여 공평한 醫療情報가 제공될 수 있도록 하여야 할 것이다. 그리고 전문적인 건강상담이 이루어질 수 있도록 하기 위하여 專門人力의 配置가 필요로 하게 된다. 따라서 보험자는 의료전문인력을 확충하고 지속적인 재교육을 실시함으로써 健康相談의 效率性을 유지할 의무가 있다.

마) 醫療需要의 調節機能

건강이란 인간의 생활에 있어서 必要不可缺한 財貨이다. 그리고 이러한 재화를 소비하고자 할 경우 그에 상응하는 대가를 지불하여야만 한다. 의료비용의 주된 부담주체인 보험자는 醫療財源의 효율적 관리를 통해 浪費要因을 抑制하기 위하여 의료수요를 조절할 필요가 있다. 따라서 보험자는 의료수요를 사안의 긴급성에 따라 보장하고, 불요불급한 수요는 가급적 제한하도록 하여야 할 것이다.

보험자는 被保險者의 醫療需要를 조절하기 위한 제도적 장치를 마련해 두고 있다. 대표적인 장치로는 비급여 항목의 설치와 본인부담제도를 지적할 수 있다. 우리나라의 경우 현재 補綴, 豫防接種, MRI 診斷費用, 미용목적의 성형수술, 입원환자의 경우 식대와 상급병실료 차액분 그리고 240일을 초과하는 의료수요 등이 비급여 항목으로 되어 있다. 그리고 의료비용의 본인부담율은 평균적으로 대략 50%를 차지하고 있다.

2) 醫療供給의 管理機能

보험자의 의료공급 관리기능은 다시 供給調節機能과 醫療商品의 品質管理機能으로 구분하여 살펴볼 필요가 있다.

가) 醫療供給의 調節機能

被保險者의 과도한 의료수요를 억제하기 위하여 보험자는 醫療供給者의 의료행위를 조절할 필요성이 있다. 왜냐하면 의료수요는 이중적 구조를 가지고 있기 때문이다. 즉 一次的인 醫療需要는 환자가 병원 또는 기타의 의료기관을 방문하여 치료를 의뢰하는 행위가 된다. 그리고 二次的인 醫療需要는 담당 의료전문요원이 환자의 상태를 파악하여 결정하게 된다. 종합하면 의료상품의 수요 및 종류는 제3자인 의료공급자에 의해 유발된다고 할 수 있다.

의료상품의 공급자인 의사의 경우 인간의 생명을 취급하는 직업의 특성상 倫理的 및 社會的 責任을 가지고 있는 동시에, 경제주체로서 자신의 利潤追求를 위한 당연한 권리를 가지고 있다(Zacher, 1985). 일반적으로 자본주의사회에서는 후자의 역할이 지배적이다. 따라서 의사는 의료상품의 공급량을 늘려 상품의 수요자인 환자에게 판매함으로써

써 자신의 이윤을 극대화하게 된다.

그러나 醫師의 利潤追求는 독점가격의 문제와 과잉진료의 문제를 초래할 우려가 있다. 먼저 의료상품의 독점가격문제에 대처하기 위한 방안으로써 被保險者의 代理人인 保險者는 의료수가제도를 도입하고 있다. 이에 따라 보험자는 정기적으로 의료수가를 조절하여 의료비용 부담의 과도한 상승을 억제하고 있다. 그러나 非給與 항목이 상당수 존재하고 있는 우리나라 公的醫療保險의 경우 이러한 의료수가제도는 의료가격의 왜곡현상을 초래할 우려가 있다. 왜냐하면 醫療價格의 統制에 따른 이윤의 감소분을 비급여 부분에서 보전하려는 유인이 발생할 수 있기 때문이다. 따라서 사회전체적인 관점에서 醫療費用을 적정한 수준에 유지하기 위해서는 의료수가제도의 도입과 함께 非給與 項目의 縮小가 필수적으로 요구되고 있다.

다음으로 과잉진료의 문제를 해결하기 위하여 의료행위를 통제할 필요가 있다. 참고로 독일의 경우 醫療審議委員會(Prüfgremien)를 도입·운영하고 있다. 위원회는 의료보험금고의 대표자와 의사를 대표하는 자를 同數로 구성하여, 醫療行爲의 適切性 與否를 판단하고 과잉진료시 당사자에 대한 懲戒의 水準을 결정하게 된다. 과잉진료여부에 대한 심사방법으로는 개별의사의 진료량을 전체의사의 평균진료량과 비교 그리고 표본추출조사법이 있다. 獨逸 醫療保險聯合會에서는 의료보험금고에 가입하고 있는 전체 개업의의 2%를 매분기마다 임의추출형식으로 조사하고 있다. 醫藥分業制度를 도입하고 있는 독일의 경우 약품은 의사의 처방전이 있어야만 구입이 가능하게 된다. 따라서 의사의 처방전 남발문제를 방지하기 위하여 일정한 基準值(Richtgröße)를 설정하고, 그 이상을 초과하여 처방전을 발행할 경우 담당의사에게 불이익이 돌아갈 수 있도록 하고 있다. 여기서 기준치는 擔當患者數와 환자의 年齡構造를 고려하여 개별적으로 책정하고 있다.

나) 醫療商品의 品質管理機能

보험자는 환자인 피보험자에게 양질의 의료급여를 보장할 의무가 있다. 이러한 의무를 충실히 수행하기 위해서는 의료상품의 품질을 관리할 수 있는 制度的 裝置를 필요로 하게 된다. 보험자의 의료상품 품질관리기능은 세가지로 요약해서 살펴볼 수가 있다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1991). 첫째, 구조적 品質管理機能이다. 이를 위하여 보험자는 의료인력, 설비장치, 접근의 편의성 등을 기준으로 개별병원의 품질을 관리하게 된다. 둘째, 진료절차상의 品質管理機能이다. 이는 개별병원의 환자에 대한 진단, 치료 그리고 간호절차를 시계열적으로 관리하는 기능을 의미한다. 셋째, 진료결과의 품질관리기능이다. 보험자는 患者의 治療 以後 질병의 치유 또는 호전여부를 사후적으로 관리하여 피보험자의 삶의 질을 제고할 의무가 있다.

3) 醫療傳達體系의 改善

보험자는 양질의 의료서비스가 모든 피보험자에게 공평하게 보장될 수 있도록 완벽한 醫療傳達體系를 구축하도록 하여야 할 것이다. 이와 관련한 주요업무로는 다음과 같은 것을 지적할 수 있다. 첫째, 醫療供給의 지역간 불균형문제를 해소하여야 한다. 이를 위하여 의료공급자가 농어촌지역에서 의료사업을 수행할 수 있는 유인체계를 마련할 필요성이 있다. 대표적인 방안으로는 都·農間 醫療酬價를 차별화하고, 이로 인한 개별조합간 재정수지의 불균형문제를 해소하기 위하여 財政調整事業을 活性化하도록 한다. 그리고 의료기관 접근에 애로가 있는 지역가입자를 위하여 應急救護體系를 마련하거나 保險者 直營病院을 개설하도록 한다. 둘째, 의료기술의 발전 그리고 질병구조의 변화에 적절하게 대처하기 위한 醫療傳達體系를 합리적으로 개선할 필요성이

있다. 건강 및 질병의 개념은 고정적인 것이 아니라 시대적 그리고 사회적 환경의 변화에 따라 변화해 오고 있다. 이러한 의미에서 의료진 단체도 또한 적절하게 개선될 필요성이 있다.

나. 福祉機能

우리나라 公的醫療保險制度의 경우 다른 社會保險制度에 비교해 볼 때 소득재분배적 기능이 가장 크다고 할 수 있다. 왜냐하면 公的醫療保險制度은 다음과 같은 복지정책적 역할을 수행해 오고 있기 때문이다. 첫째, 보험료는 개인의 능력에 따라 징수하고 의료급여는 개인의 필요에 따라 보장하고 있다. 특히 우리나라의 경우 다른 나라의 관련 제도와는 달리 보험료의 징수에 있어서 所得上限을 적용하지 않고 있다는 점은 福祉政策的 觀點에서 긍정적으로 평가되고 있다. 둘째, 보험의 적용은 連帶性的의 原則에 입각하여 보험가입자 뿐만 아니라 피부양가족에 대해서도 동일하게 이루어지고 있다. 이에 따라 가족의 규모에 따라 보험가입자간 所得再分配 效果가 상당한 규모로 나타나고 있다.

반면에 우리나라 公的醫療保險制度의 대표적인 문제점으로는 의료비용의 본인부담율이 높고 또한 비급여 항목이 상당부분 존재하고 있다는 점이다. 이러한 문제는 소득의 불평등문제를 심화할 우려가 있다. 왜냐하면 의료기관의 접근도는 被保險者의 所得에 따라 개인간 차이가 발생하게 되기 때문이다. 따라서 개별가입자의 경제·사회적 여건을 감안하여 本人負擔制度和 非給與制度에 예외규정을 마련해 둘 필요가 있다. 즉, 개별가입자의 소득수준, 연령 그리고 질병상태의 경중에 따라 본인부담율과 비급여항목을 경감 또는 면제해 줄 필요가 있다. 이러한 방안은 의료수혜의 개인간 不平等問題를 완화하고 궁극적으로 제도의 사회보장정책적 기능을 충실히 하는데 기여할 수 있을

것으로 판단된다.

다. 保險管理機能

公的醫療保險制度은 보험관리자로서 다양한 역할을 수행하고 있다. 그 중 보험재정의 안정적 관리와 제도의 民主的 運營은 보험자의 대표적인 사업으로 대두되고 있다.

1) 保險財政의 管理

保險者는 보험료 부담수준을 적정하게 유지하고 보험재정의 건실화를 장기적으로 보장할 의무가 있다. 과도한 의료비의 지출은 經濟全般에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있다. 國民醫療支出의 증가는 保險料의 引上要因으로 작용하여 가계의 실질소득을 감소시키게 된다. 그리고 기업의 측면에서도 保險料의 引上은 인건비부담의 증가와 투자활동의 위축을 초래하여 經濟成長과 기업의 人力需要에 부정적인 영향을 미치게 된다. 나아가 인력수요의 감소에 따른 失業率의 증가는 보험재정을 위축하여 사회전체적으로 醫療의 質을 저하시킬 우려가 있다.

보험자는 과도한 의료지출을 억제하고 보험재정의 健實化를 도모하기 위하여 制法的 裝置를 도입할 필요성이 있다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1991). 첫째, 醫療保險財政의 總量的 支出規模를 관리하여야 한다. 참고로 독일의 경우 보험자는 醫療保險法에 따라 保險料率의 安定性 原則을 준수할 의무가 있다. 이에 따라 보험조합별 醫療費 支出의 增加比率이 전체 가입자 所得의 增加率을 초과하지 못하게 되어 있다. 둘째, 의료비 지출의 총량관리에 따른 제도운영의 硬直性을 탈피하기 위하여 醫療事業部門別 우선순위를 재조

정할 필요가 있다. 사업별 우선순위의 재조정에 따라 서구 선진국 公的醫療保險制度의 성격은 질병보험에서 건강보험으로 변화해 오고 있다. 특히 豫防事業과 재활사업의 중요성에 대한 인식전환은 國民健康增進은 물론 장기적으로 의료보험재정의 건전화에도 긍정적으로 작용하게 될 것으로 판단된다. 셋째, 시장의 기능을 강화하도록 한다. 의료 시장에 있어서 완전한 자율적 경쟁은 앞에서 살펴본 市場의 失敗要因으로 인해 否定的인 效果를 초래할 가능성이 있다. 특히 社會保險制度의 대표적인 특징인 所得再分配的 機能은 시장경제원칙에 배치될 수 있다. 따라서 보험재정의 건실화 방안으로서 시장기능의 강화는 현행 公的醫療保險制度을 토대로 제도의 사회보장적 기능을 저해하지 않는 범위 내에서 실행하도록 할 필요가 있다. 이와 관련한 세부적인 방안으로는 醫療商品 品質 및 價格의 透明性 提高, 의료수요를 절약하기 위한 動機賦與 그리고 의료공급자간 競爭의 強化 등을 열거할 수 있다.

2) 制度의 民主的 運營

公的醫療保險制度이 성공적으로 운영되기 위해서는 제도에 대한 被保險者의 신뢰가 필수적이다. 被保險者가 제도에 적극적으로 참여하여 자신의 의견을 제도에 반영할 수 있도록 하여야 할 것이다. 이러한 목적을 달성하기 위하여 제도의 민주적 운영이 요구되고 있다.

제도의 자율적 운영권을 보장하고 국가의 개입은 최소한의 범위에서 행사하도록 할 필요가 있다. 公的醫療保險制度의 최고 경영진은 선거에 의해 선출된 공익단체(노동조합 및 경영자협회의 대표자 등)로 구성하고, 독립적인 보험관련정책을 수립·집행할 수 있도록 하여야 할 것이다. 국가는 제도운영에 대한 최종적 책임자로서 거시적인 차원에서 감독·감시기능만을 담당하도록 하여야 한다.

IV. 先進國 保險者의 保健福祉 增進事業

醫療保險의 歷史가 깊은 선진외국의 보험자의 被保險者 便益增進을 위한 사업을 살펴봄으로써 우리나라에 주는 시사점을 얻을 수 있을 것이다. 본 보고서에서는 日本, 獨逸 및 프랑스를 중심으로 살펴보고자 한다.

1. 日本의 保健福祉事業

일본의 의료보험조합의 보험급여의 보충적 서비스로써 保健福祉事業이 어떻게 추진되고 있는지 살펴 본다.

보험자는 피보험자, 피부양자의 질병, 부상의 요양 및 요양환경의 향상, 건강 및 복지증진을 위해 필요한 資金의 貸付, 施設 設置 등을 할 수 있기 때문에, 병원, 진료소, 보양소 등을 설치함과 동시에, 예방접종 등 질병예방활동, 건강진단, 건강상담, 건강체조, 고액의료비대부사업, 각종 체육대회, 건강유지·증진을 위해 필요한 각종 시책을 실시하고 있다.

가. 共濟組合

일본은 국가공무원 및 사립교직원 등의 단체에 대해 “共濟組合”을 설립하여 職員의 福祉厚生에 힘쓰고 있다. 우리나라의 경우에는 소득보장 등 복지증진을 위하여 공무원에 대해 公務員年金管理公團, 사립학교교직원에 대한 私學年金公團이 있으며, 의료보장 등 보건증진을 위하여 공무원과 사립학교교직원 전체를 대상으로 한 醫療保險管理公

團이 일본의 공제조합 역할을 하고 있다.

일본의 公務員 및 私立學校教職員 共濟組合은 보험사고에 대해 급여를 제공함으로써 조합원 및 그 가족의 생활안정을 도모할 뿐 아니라, 복지재원 및 장기급여의 적립금 일부를 활용하여 적극적으로 福祉增進에 노력하고 있다. 조합원의 보건, 보양을 위한 시설을 운영하여 短期給與의 예방급여적인 조치를 취하고 조합원의 임시지출에 대한 대부, 생활필수물자의 공급 등 사업을 실시하여 직원 및 그 가족의 健康回復 및 生活安定에 이바지하기 위해 복지사업을 실시하고 있다. 사업의 종류는 조합에 따라 다소의 차이는 있지만, 병원, 진료소, 보양소, 숙박시설, 운동장 등의 시설운영, 주택분양, 자금대부, 예금업무, 생활물자의 염가판매 등이 있다.

保健福祉事業의 주요내용을 다음과 같이 요약할 수 있다.

- 첫째, 건강교육, 건강상담, 건강진단 기타 건강유지·증진을 위한 필요한 사업: 병원, 진료소의 운영, 인간도크 등
- 둘째, 보양 및 숙박, 교양을 위한 시설의 운영: 보양소, 숙박시설, 바다의 집, 산의 집, 운동장 등
- 셋째, 조합원의 임시지출에 대한 대부: 의료, 결혼, 육영, 장제, 주택건설 등
- 넷째, 조합원의 저축 및 그 운용: 보통예금, 정기예금, 정액적금, 정액적립적금 등
- 다섯째, 조합원에게 필요한 생활필수물자의 공급: 피복, 가구, 전기제품 등 판매 및 매점운영
- 여섯째, 기타 조합원이 복지증진에 이바지하는 사업으로 조합정관으로 정한 사업: 외국주재 조합원의 재산관리 등
- 일곱째, 상기 사업에 부수하는 사업

1) 國家公務員等 共濟組合聯合會

국가공무원등 공제조합연합회는 병원, 보양소, 숙박소, 운동장, 체육소, 장례식장 등 시설을 운영하고 있으며, 생활필수물자의 공급을 위한 매점과 식당을 운영하고 있다. 또한 기타 조합員の 福祉增進에 이바지하기 위한 사업을 하고 있다.

<表 IV-1> 國家公務員等 共濟組合聯合會의 保健福祉施設

의료시설	물자관련시설	숙박시설	기타시설
· 직영병원: 27개소 (일반병상 7,513, 결핵병상 308), 직원수 6,927명 · 관리병원: 10개소 · 건강관리센터: 5개 · 직영병원에서 8개소 운영 · 이용현황(직영병원): '93년도 이용자수 773만3,317명 (입원 2,454,103명, 외래 5,279,214명)	· 직영시설: 합동청사 식당, 다방, 이발소, 미장원, 쇼핑센터, 매점 등을 갖춘 4개 시설 · 위탁시설: 장례식장 1개소, 생활필수물자 판매소 등 3개소	· 숙박소 31개소 (정원 2,158명, 공제회관 포함) · 보양소 37개소 (정원 2,242명) · 조합원 이용현황: 숙박 101만 8천명, 회의 149만 3천명	· 운동시설: 야구장, 테니스코트, 농구장, 수영장, 럭비장, 요트장 등을 갖춘 3개 시설 · 호텔, 결혼식장(19개소)

資料: 日本 國家公務員等共濟連合會, 『'90國家公務員共濟組合聯合會の概要』, 1991.

2) 私立學校教職員共濟組合

사립학교교직원공제조합의 사업은 保健事業, 醫療事業, 宿泊事業 등으로 분류할 수 있다(表 IV-2 參照). 그외 기타 예금사업, 적립공제연금사업, 생애생활설계의 지원사업, 대부사업 등이 있다.

〈表 IV-2〉 日本 私立學校教職員 共濟組合의 保健福祉事業

구 분	내 용
보건사업	<p>〈전국공통의 보건사업〉 인간도크 이용비용 보조, 출산축하품, 재해위문금, 장기요양자 위문금, 장기근무조합원에 대한 직영시설 우대권 증정, 해외연수여행의 기획·후원 등)</p> <p>〈지역보건사업〉 각 회관이 지역성을 살려, 각 블록에 공통된 각종 보건사업(인간도크 이용시설 계약업, 건강상담 위촉사업, 백화점 할인사업, 전문점 할인사업, 장례식장 할인사업, 보양소 티켓사업 등)</p> <p>〈블록(block)보건사업〉 각 회관이 지역성을 살려, 각 블록이 주체가 되는 각종 보건사업(임시숙박·건강증진시설), 이용보조사업(건강증진숙박시설, 후생시설, 스포츠 시설), 각종 강좌개설사업(건강증진강좌, 문화교양강좌등), 홍보지 배부사업 등</p>
의료사업	<ul style="list-style-type: none"> · 직영종합병원: 도쿄소재 하곡병원 운영(201병상) · 건강상담위촉병원: 22개 사립외과대학병원과 계약
숙박사업	<ul style="list-style-type: none"> · 직영숙박시설: 회관(7개소), 숙박소·보양소(16개소) · 지정여관: 사학공제조합이 일반여관과 계약, 보조금을 지급하여 사학공제조합의 직영시설과 동일수준의 요금으로 이용(61개소)
기타사업	기타 예금사업, 적립공제연금사업, 생애생활설계의 지원사업, 대부사업 등
보건복지사업의 재원	<ul style="list-style-type: none"> · 단기급여(의료보험)와 장기급여(연금)의 동시가입 조합원: 표준봉급의 월액 0.3% · 단기급여 조합원과 장기급여 조합원: 표준봉급의 월액 0.25% · 임의계속조합원: 표준봉급의 월액 0.15% · 기타: 일본사학진흥재단의 지원금 및 장기급여의 적립금으로부터의 차입금, 단기급여의 잉여금 등

資料: 日本 私學共濟, 『'93私立學校教職員共濟組合の福祉事業』, 1994.

나. 組合管掌 健康保險

조합관장건강보험은 일정한 규모이상의 사업장근로자에 대한 健康保險으로써, 보건시설사업을 기업의 실정에 따라 사용자와 공동으로 적극적이고 적절하게 실시하고 있다. 최근 건강증진이 강조되어 被保險者 및 家族의 健康增進, 疾病豫防을 결합한 건강관리를 중시하고 있다.

1992년도에 保健施設費는 3,620억엔(지출총액대비 7.1%, 피보험자 1인당 23,258엔)이다. '90년도부터 보건시설비 항목에 特別事業費(의료비 적정화 추진 등 선구·선진적인 조합에 대해 정부의 특별사업보조금 지원)가 포함되어, '92년도에 522개 조합에 45억 6,765만엔을 정부에서 지원하였다. 이 지원사업의 지출(특별사업비)은 67억 1,693만엔(동 대상조합 1인당 1,040엔)이고 그 부족액 21억 4,928만엔은 健康保險組合(이하, 건보조합)의 부담이다.

피보험자 1인당 保健施設費의 內譯을 보면 보건지도선전비 2,604엔(11.2%, 총액 405억엔), 질병예방비 2,604엔(11.2%), 질병예방비 10,676엔(45.9%, 총액 1,662억만엔), 체육장려비 1,821엔(7.8%, 총액 283억엔), 재택보건시설 9엔(0.0%), 특별사업비 432엔(1.9%), 직영보양소비 4,850엔(20.9%, 총액 755억엔), 고액의료비대부금 18엔(0.1%), 기타 2,848엔(12.2%)이다.

1) 保健施設事業

보건시설사업은 健康診斷, 健康敎育, 體力가꾸기사업, 健康相談, 健康診斷 事後 保健指導, 豫防接種, 應急常備藥의 배포 등을 내용으로 하고 있으며, 시설에 참여하는 人力은 의사(소속 395, 외부 183명), 보건부(소속 56, 외부 281명), 간호사(소속 301, 외부 204명), 영양사(소속 66, 외부 50명), 체육지도원(소속 56, 외부 38명), 기타(소속 41, 외

부 88명)로 구성되어 있다.

한편 在宅保健施設事業으로서 재택개호·재택목욕서비스, short stay service, 개호용품의 대여·보조 등을 수행하고 있다.

〈表 IV-3〉 日本 組合管掌健康保險의 保健福祉事業

사업종류	내 용
보건시설사업	건강진단, 건강교육, 체력가꾸기사업, 건강상담, 건강진단 사후 보건지도, 예방접종, 응급상비약의 배포 *재택보건시설사업으로써, 재택개호·재택목욕서비스, short stay service, 개호용품의 대여·보조
직영고정시설	<p>〈保健施設〉</p> <ul style="list-style-type: none"> · 건강관리센터(건강교육의 기획·실시·평가, 건강상담, 보건지도, 건강진단 및 사후관리) · 건강교육센터, 보건센터, 건강상담실, 건강교실, 조리교실, 보건회관, 검진센터, 건강정보센터 등 · 체육증진시설: 트레이닝시설,fitness시설,healthy-dance시설, 체력증진시설, 구기시설, 스포츠 사우나시설, 체육관, 운동장, 수영장 등 · 재활시설(체질개선시설): 보양소, 산의 집, 바다의 집 · 노인개호서비스시설: 개호형 유료노인홈 등 <p>〈福祉施設〉</p> <ul style="list-style-type: none"> · 조합직영의료기관: 병원(102개 조합, 189개 병원, 사업주 공동 포함), 진료소(732개 조합, 2,349개 진료소, 사업주공동 포함) · 사업주의료기관 · 노인보건시설 · 건보회관: 검진센터, 건강교육센터, 체육증진시설, 숙박시설 등 병행운영 (*퇴직자, 일반주민에게 적극적으로 개방)
보 양 소	<ul style="list-style-type: none"> · 건강보험조합 공동이용 보양소 · 건보조합간의 공조체제를 유지하기 위한 공동사업일본 전역의 414개 보양소를 공동 이용 · 도도부현별 건강보험조합연합회 계약보양소 · 일반여관과 계약을 하여 보양소로서 이용 · 대부분은 타 도도부현의 건보조합 가입자도 이용

資料: 日本 組合管掌健康保險, 『'93健康保險組合事業運營基準の解説』,1994

2) 直營施設

직영시설은 保健施設과 福祉施設로 구분할 수 있으며, 일반적으로 퇴직자 및 일반주민에게 적극적으로 개방하고 있다.

保健施設로서는 健康管理센터와 體力增進施設, 再活施設, 老人介護 서비스시설 등이 있다. 건강관리센터는 건강관리사업의 추진을 위한 거점으로서 건강교육의 기획·실시·평가, 건강상담, 보건지도, 건강진단 및 사후관리 등을 행하고 있다. 그외 건강교육센터, 건강상담실, 건강 교실, 조리교실, 보건회관, 검진센터, 건강정보센터 등 다양하다. 체육 증진시설로서는 트레이닝시설, fitness시설, healthy-dance시설, 체력증진시설, 구기시설, 스포츠 사우나시설, 체육관, 운동장, 수영장 등이 있으며, 再活施設(체질개선시설)로써 보양소, 산의 집, 바다의 집을 운영하고 있다. 老人介護서비스시설로써 개호형 유료노인홈 등이 있다.

한편 福祉施設로써 조합직영의료기관: 병원(102개 조합, 189개 병원, 사업주공동 포함)과 진료소(732개 조합, 2,349개 진료소, 사업주공동 포함)가 있고, 노인보건시설로서 健保會館은 검진센터, 건강교육센터, 체육증진시설, 숙박시설 등을 병행운영하고 있다.

3) 保養所

보양소는 健康保險組合 共同利用 保養所와 도도부현별 건강보험조합연합회와의 契約保養所로 구분할 수 있다. 먼저 건강보험조합 공동이용 보양소는 각 건보조합이 운영하는 보양소를 다른 건보조합 가입자의 이용을 용이하게하고 健保組合間的 共助體制를 유지하기 위한 共同事業이다. 이러한 취지에 따라 건보조합의 가입자만이 공동이용보양소를 이용할 수 있다. 이용시에는 이용일 등에서 약간의 제약이 있지만, 일본 전지역의 414개 보양소를 공동으로 이용하도록 하고 있다.

다음으로 도도부현별 건강보험조합연합회와의 契約保養所는 건보조

합 가입자의 건강증진 및 보양을 위하여 각 도도부현별 健康保險組合聯合會(이하, 도도부현 연합회)가 일반여관과 계약을 하여 보양소로서 이용하도록 하고 있다. 이 계약보양소의 이용은 도도부현 연합회에 소속된 健保組合의 加入者로 한정하는 곳도 있지만, 대부분은 타 도도부현의 건보조합의 가입자도 이용할 수 있다.

다. 日本 出版健康保險組合의 保健福祉事業

본항에서는 건강보험조합중 출판건강보험조합의 보건복지사업을 보다 구체적으로 살펴보기로 한다. 일본 출판건강보험조합에 소속된 사업장은 1,302개소로써, 피보험자수는 7만 4천여명, 피부양자수는 7만 8천여명이다.

1) 保養施設

- 보양시설: 9개소
 - 비용: 1박 1,500~4,000엔(외부인 3,500~6,000엔)
- 중기보양시설: 보양시설인 대정평내에 5개 전용실 설치
 - 질병치료후 보양 및 심신의 피로회복
 - 비용: 1박 4,000엔 · 기간: 5박 6일
 - 관리영양사, 보건부에 의한 당뇨병, 고혈압, 비만 등에 대한 식생활 지도
 - 비용: 1박 4,000엔 · 기간: 1박 2일(희망시 5박 6일까지 연장)
- 타 건강보험조합의 보양시설
 - 취약지역(관서지역)에 2개 타 건강보험조합과 상호이용 계약체결
 - 오사카자동차판매건강보험조합: 5개소, 1박 3,600~4,000엔
 - 오사카부건축건강보험조합: 2개소, 1박 2,000~4,500엔

- 季節關聯 保養施設
 - 바다의 집: 5개소, 1박 2,500엔
 - 산의 집: 4개소, 1박 2,500엔
 - 겨울산의 집: 4개소, 1박 2,500엔
- 선원보험의 보양시설
 - 선원보험회와 이용계약 체계
 - 국내 보양시설 34개소, 해외보양시설 1개소, 복지센터 3개소
 - 비용: 1박 5,600~9,000엔
- 건강보험보양소센터의 보양시설
 - 건강보험보양소센터와 보양시설(호텔, 여관) 28개소의 이용계약을 체결
 - 비용: 1박 7,500~40,000엔
- * 10년 이상 근무한 후 정년 등으로 퇴직한 자(국민건강보험 가입자만)도 2박 3일 한도로 이용할 수 있고 이용료도 다른 피보험자와 동일하다.

2) 體育施設

- 건강증진센터: 수고야카 Plaza
 - 스포츠 시설
 - 소체육실: 탁구대1, 에어로빅 시설 등
 - Training실: Running Machine 등 각종 운동기구 28기종 56대 설치
 - 假想(Simulation)골프장: Simulation시설 1, 피터그린 5개 홀
 - 대체육실: 농구코트 2, 배구코트 2 (9인승), 3 (6인승)
배드민턴 코트 1, 탁구대 20, 관람석 150명 수용

- 당구실: 당구대 1
- 温水水泳場: 25 × 5개 코스 (수심 1~1.2m), 유아용 수영장 등
- 건강체력상담실 (Bio-fitness): 컴퓨터를 이용한 균형이 맞는 적절한 운동처방, 식사, 건강처방을 한다.
- 기타 시설: 강의실, 회의장, 식당, 주차장 등
- 大宮綜合運動場
 - 야구장: 6명, 2시간 이용시 1,000~2,000엔(외부인 13,000~5,000)
 - 테니스코트: 12면, 이용시 500~1,000엔(외부인 1,500~3,000엔)
 - 축구장: 1면, 이용시 2,000~4,000엔(외부인 6,000~9,000엔)
 - 육상경기장: 1면, 전일 20,000~30,000엔(외부인 40,000~60,000엔)
- 大宮Club house
 - 야구장 6면, 테니스코트, 축구장 및 육상경기장
 - 강의실 1일 1회 100엔, 회의실 2시간 1,000엔, 식당, 라운지 등
- 運動場
 - 전천후 테니스코트 4명, 농구 및 테니스 겸용코트 2면
- 輕井澤스즈카리 테니스코트: 4면
- 타 스포츠시설의 법인회원 가입
 - 健康増進事業의 一環으로 타 스포츠 시설과 법인회원 계약을 체결하여 전국 47개 시설에서 회원자격으로 이용가능
 - (사) 동경도종합조합보건시설진흥협회에 가입한 건강보험조합이 공동으로 계약한 공동이용시설 39개소
 - 출판건강보험조합이 단독으로 계약한 개별계약시설 7 개소
 - 비용: 1회 500~2,060엔

〈表 IV-4〉 日本의 健康保險組合의 保健福祉事業 事例

종 류	사업내용
출판건강보험조합	<ul style="list-style-type: none"> · 건강관리센터: 일반검진, 성인병검진, 가족건강진단, 인간도크, 치과검진 등 · 운동요법 지도, 건강상담·지도, 건강·체력증진사업 · 스포츠대회, 가족운동대회, 스포츠교실, 장기·바둑대회 · 보양시설: 일본 국내(7개소), 하와이(1개소) · 중기보양시설(1개소): 치료후 보양 및 심신회복, 당뇨병·고혈압·비만 등 식생활 지도 · 트레이닝실, 골프연습장, 당구장, 온수 수영장, 야구장, 축구장, 전천후 테니스코트, 육상경기장 등
마쓰시타전기 건강보험조합	<ul style="list-style-type: none"> · 건강관리센터: 도쿄, 오사카 2개소 · 마쓰시타기념병원 : 359병상 · 마쓰시타간호전문학교 · 마쓰시타산업위생과학센터: 특수건강진단, 작업환경 측정(도쿄, 오사카 2개소) · 보양시설(직영 15, 공동 2)
도시바린칸 건강보험조합	<ul style="list-style-type: none"> · 직영병원: 도시바린칸병원(100병상), 도시바츠루미병원(60병상) · 보양소: 26개소
도쿄실업 건강보험조합	<ul style="list-style-type: none"> · 의료시설: 진료소 1, 종합건강진단센터 1개소 · 체육시설: 체육센터, 건강증진시설 · 보양시설: 직영 2, 전속계약 3
도쿄도식품 건강보험조합	<ul style="list-style-type: none"> · 건강관리센터 · 직영보양소 4개소

資料: 日本 組合管掌健康保險, 『'93出版健康保險組合 가이드』, 1994.
 _____, 『'91マツシタ電氣健康保險の概況』, 1992.
 _____, 『'91ドシバ健康保險組合の概況』, 1992.
 _____, 『'90東京實業健康保險組合の概況』, 1991.
 _____, 『'90東京都食品健康保險組合』, 1991.

3) 健康管理事業

- 健康診斷
 - 一般檢診(34세 이하의 피보험자), 성인병검진(35세 이상의 피보험자)

- 실시기관: 건강관리센터(50세 미만의 사업장 대상)
검진위탁기관, 기타 의료기관
- 비용: 무료, 다만 기타 의료기관 이용시 일부보조
- 家族健康診断(35세 이상의 피부양자, 부인과검사는 34세 이하만)
 - 실시기관: 검진위탁기관, 기타 의료기관
 - 비용: 무료, 다만 기타 의료기관 이용시 일부보조
- 인간도크(40세 이상의 피보험자)
 - 1박 2일 코스: 건강보험조합연합회가 병원협회와 계약한 지정병원 본인부담금 30,000엔
 - 당일코스: 기타 의료기관, 31,000엔의 범위내에서 보조
- 齒科檢診: 전체 피보험자 대상, 검진위탁기관에서 실시
- 사업장 직원채용시 건강진단
 - 건강관리센터 실시, 진료보수점수표에 기준한 비용지불
- 運動療法(Bio fitness 『Super-atlas』를 설치하여 운동요법을 지도
- 상담 지도
 - 건강, 에이즈, 정신건강상담, 모자보건상담, 영양상담지도, 당뇨별, 고혈압, 비만 등 식생활 지도, 검진상담, 고령자개호상담 등
 - 실시기관: 출판건보회관내 건강상담실, 보건지도과, 영양지도과, 건강관리과, 오오타이라 등
- 진료: 내과, 안과, 이비인후과, 피부과, 안과 검안, 전문외래 등

라. 政府管掌 健康保險

정부관장건강보험은 영세규모 사업장근로자에 대한 건강보험으로써 정부가 지원하고 있으며, 각종 保健福祉事業을 수행하고 있다.

1) 成人病 豫防

건강진단 암, 뇌졸중, 심장병 등 성인병의 증가 등 疾病構造의 變化에 대응해, 중고령층의 피보험자 등을 대상으로 성인병의 예방, 조기 발견, 조기치료 등을 도모할 목적으로 '64년도부터 成人病 豫防 健康 診斷을 실시하고 있다.

일반 건강진단, 당일 인간도크, 유방암·자궁암 검진, 생활습관 개선 효과 측정(follow-up) 건강진단 등이 있다.

2) 健康가꾸기 事業

건강가꾸기의 중요성 인식을 높여, 피보험자 등의 健康維持增進을 도모하기 위해, 다음 사업을 실시하고 있다. 주요 사업내용은 건강관리지도 강좌, 건강도조사, 건강상담실, 건강관리수첩의 배포

3) 在宅介護支援事業

재택의료, 방문간호 등을 받고 있는 피보험자 및 피부양자의 자립을 촉진하기 위해, 특수침대 및 휠체어 등 개호기기의 대여료 일부를 보조하고 있다.

4) 高額醫療費 貸付事業

가계부담의 경감을 위해 피보험자 및 피부양자의 고액요양비가 지급되기 까지 무이자로 고액요양비 지급예상액의 80% 상당을 대부하고 있다.

5) 社會保險病院

피보험자 및 피부양자에 대한 걱정안 사회보험의료의 실시, 성인병

예방 건강진단 등 질병예방, 건강유지·증진 등을 도모하기 위해, 병원 54, 진료소 7개소('93년말)가 설치되어 있다.

6) 看護師 養成所

사회보험병원의 간호사 부족을 해소하고 적절한 자격, 식견을 갖춘 간호사를 양성하기 위해, 사회보험병원에 간호사 양성소(고등간호학교)가 11개소 ('93년말) 설치되어 있다.

7) 健康保險 保養所

피보험자 등의 보양, 건강증진을 도모하기 위해, 보양소가 27개소 ('93년말)설치되어 있다. 이용기간은 2박 3일을 원칙으로 하고 있다.

8) 保健福祉센터

피보험자 및 피부양자의 건강유지·증진 및 치료후 가벼운 機能訓練을 할 목적으로 보건복지센터(healthy-pal)가 8개소('93년말) 설치되어 있다.

보양소와 보건복지센터는 운영상의 지장이 없는 한, 건강보험조합(이하, 건보조합)의 가입자도 저렴한 요금으로 부담없이 이용할 수 있다. 보양소의 경우 政府管掌健康保險(이하, 정관건보)의 가입자는 1박 2식 4,000엔, 건보조합의 가입자는 4,600엔이고 보건복지센터의 경우 정관건보의 가입자는 1박 2식 4,800엔, 건보조합의 가입자는 5,600엔이다.

또 國民年金의 福祉施設(건강보양센터 47, 국민연금회관 2, 건강센터 2), 厚生年金의 福祉施設(후생연금회관 6, 후생연금건강문화센터 15, 숙박·노인홈 43, 장기노인홈 11, 건강복지센터 8, 휴가센터 16, 스포츠센터 5, 보양소 3 등), 船員保險의 保養施設(36), 노동복지사업단

(산재보험 운영)의 휴양소 등도 정관건보, 조합건보의 가입자도 제한 없이 이용할 수 있다.

마. 國民健康保險

국민건강보험의 보험자가 실시하고 있는 주된 보건시설은 直營 診療施設이고, 健康管理施設 등을 설치하는 시정촌도 있다.

1) 保險給與에 필요한 施設

국민건강보험의 급여는 요양급여로서 조산, 장제 등이 있다. 급여에 필요한 시설로서 병원, 진료소, 약국, 조산소, 화장터 등을 운영할 수 있지만, 현실적으로 병원, 진료소 등만이 운영되고 있다.

<表 IV-5> 國民健康保險의 直營診療施設 및 人力(1992年末)

직영진료시설	병상수	인력
병 원 403개 진료소 664개 284개 (20병상미만) 380개 (무병상) 출장진료소 366개	병 원 52,204개 진료소 2,881개 (6병상 이상)	의 사 5,615명 (치과 의사 295명 포함) 약 사 1,492명 간호사 17,842명 기술직 13,228명 사무직 6,583명 기 타 6,283명
총 1,443개	총 55,085개	총 51,043명

資料: 日本 國家公務員等共濟連合會, 『93國家公務員共濟組合事業統計年報』, 1994.

2) 健康維持에 必要的 施設

被保險者의 健康維持·增進을 위해 필요한 시설은 적정수준에 관한 교육지도, 위생교육, 성인병 기타 질병예방, 건강진단, 모성·유아보호, 레크레이션의 실시, 보건시설, 건강관리시설(6개소)의 設置·運營 등이다.

특히 “Health Pioneer Town”사업은 1983년부터 시정촌 보건사업의 수준향상 및 증가하는 의료비의 적정화에 이바지하기 위한 것으로, 주민의 健康維持·增進을 시정촌 행정의 기본방침으로 하여 종합적인 시책을 추진하고 있다.

3) 健康管理센터

종합적인 보건서비스를 제공하기 위한 건강관리센터를 설치하기 위하여 1982년부터 그 설치에 요하는 비용의 일부에 대해 보조를 하기 시작하였다. 각 도도부현별 國民健康保險團體聯合會(이하, 국보연합회) 및 保險者(시정촌, 국민건강보험조합)가 설치하게 되는데, 보험자가 설치주체가 되는 경우는 국보연합회가 보조사업자가 되고 보조금은 國保聯合會에서 보험자에게 교부된다.

설치장소는 원칙적으로 국보연합회 및 보험자 직영의 진료시설에 병설, 인접한 장소로 하거나, 피보험자가 이용이 쉽고 관련 保險醫療機關과의 協力體制를 확보할 수 있어야 한다. 이는 건강관리센터가 건강증진, 질병예방, 진료·치료, 재활훈련까지 포함한 광의의 의료, 즉 包括的 保健醫療를 추진하도록 한 것이다.

1982년부터 매년 5개소씩 건강관리센터를 설치하여 1991년 현재 50개소가 운영되고 있다.

지역의 특성에 살린 의료제공을 하고 지역주민의 건강유지·증진에 기여할 목적으로 북생병원(244병상), 남다마병원(191병상) 등 2개의 직영병원을 운영하고 있다.

바. 日本의 健康管理센터

일본의 건강검진, 건강교육등 종합적이고 포괄적으로 건강을 관리하는 건강관리센터가 우리나라에 주는 시사점이 크다고 판단되므로 보

다 구체적으로 소개하기로 한다.

1) 意義

건강관리센터는 보건센터, 건강개발센터, 건강증진센터, 건강관리본부 등과 동일한 개념으로써, 특정한 시설물이라기 보다는 보험자의 조직적인 기능으로 사용되는 경우가 많다. 간략히 말해서, 健康診斷 및 그 사후 보건지도 등 종합적인 保健施設事業의 추진본부로 볼 수 있다.

건강관리센터의 규모는 보험자의 규모, 사업장의 업종 및 규모 등에 따라 차이가 있으며, 각 직종 전문담당자 100명이상인 대규모부터 몇 명만 있는 소규모까지 다양하다.

健康管理센터의 機能은 크게 보건교육, 보건지도 및 건강상담, 건강진단, 체력증진 등으로 나눌 수 있으며 이하 각각에 대해 살펴본다.

2) 保健教育

保健教育은 건강교육자료를 배포하고 보다 명확한 이해를 돕기 위해 시청각기재를 활용한다. 健康教育對象에 따라 가장 효율적인 건강교육 실시방법을 검토하고 특히 사업장과 긴밀한 연대관계를 유지한다.

건강교육자료의 內容構成時에 고려할 내용으로는, 첫째, 사업장 및 그 조직, 피보험자 및 그 피부양자의 실태, 둘째, 피보험자, 피부양자 집단 및 그 개인의 건강상태, 셋째, 지역의료 및 지역보건활동의 실태, 넷째, 사회적 건강문제, 의학발전 및 영양, 식생활, 체력증진에 관한 정보, 다섯째, 여가활동, 레크레이션, 교육방법에 관한 정보, 여섯째, 건강에 관한 교육자료목록, 카타로그 등의 자료 등이다.

3) 保健指導·健康相談

보건지도 및 건강상담실을 확보하고, 건강상담원(간호사 등) 등의

전문담당자가 없는 경우, 정기적인 비상근의사의 위촉, 공동사업으로 건강전문담당자를 파견하도록 한다.

4) 健康診斷

건강진단은 여러 단계가 있다. 최저한의 기능부터, 재검사 및 정밀검사, 종합적인 검진까지 다양한 형태가 있다.

첫째, 最低機能으로써의 保健指導: 외부기관에 위탁하는 곳부터 정밀검사를 포함한 모든 건강진단을 실시하는 곳까지 다양하기 때문에 이에 따른 건강관리센터의 기능도 다양하다. 그러나 건강관리센터의 최대 중요사업은 건강진단에 따른 보건지도이기 때문에 健康診斷全體를 외부기관에 위탁하는 곳이라도 보건지도를 실시하여야 한다.

둘째, 再檢査·精密檢査: 자체실시하게 되면 공간확보가 문제가 되기 때문에 대상자가 많은 일반 건강진단은 외부기관에 위탁하고 비교적 인원이 적은 成人 健康診斷은 자체에서 실시하는 경우가 일반적이다.

셋째, 綜合機能: 질병발견중심의 기능에서의 탈피가 필요하며, 면접에 의한 건강생활조사, 지도가 중요하고 프라이버시가 보장되는 면접실이 필요하다. 또한 체력 등의 생리기능관계 계측검사를 종합적으로 실시한다.

5) 體力增進

體力增進을 위한 종합 건강관리센터로써, 종래의 체육관을 건강증진센터로 바꾸거나 체육관 인근에 건강관리센터를 병설한 곳도 있다. 健康維持·增進을 위한 종합적인 기능을 가진 것은 바람직하다. 종래의 보건시설사업은 각 분야별로 분리하여 생각해왔다. 보건시설사업의 목적은 피보험자 및 가족의 건강유지·증진에 있고 이를 위한 사업에는

공통점이 있기 때문에 종합적으로 접근해야 할 것이다.

體力增進의 動機를 부여하기 위하여 건강관리센터에 정기적인 문화교실, 영양교실, 건강교실 등과 함께 체력증진관계교실을 개설해 피보험자 및 가족을 우선 문화교실 등에서 건강관리센터로 받을 돌리게 하여 그 기회에 體力增進으로의 눈을 향하게 하도록 연구를 하고 있는 것이 곤란한 경우라도 건강관리센터에 體力增進의 동기부여로서의 기능을 가지게 하는 것도 가능하다. 건강진단에 일부 체력측정항목을 포함해 體力增進으로의 동기부여로 하거나 체력증진상담코너의 개설 및 체력증진을 위한 전시 등에서 동기를 부여해 갈 수 있다.

체력증진을 위한 설비뿐만 아니라 바른 체력증진 지도를 할 수 있는 기능이 필요하고 專門擔當者를 설치할 필요가 있다. 전문담당자로서, 의사, 치과의사, 약사, 보건원, 간호사, 영양사, 치과위생사, 임상검사사, X선 검사 등 각종 검사의 기사, 기술자, 카운셀러, Caseworker, 체육트레이너 등의 체육지도자 등이 있다.

사. 高齡者介護關聯 便益增進事業

인구의 고령화에 따라 고령자의 개호를 위한 의료혜택을 의료보험에서 흡수하거나 보험자의 보건복지사업으로 수행하는 경향에 있다. 여기에서는 일본의 高齡者介護와 관련된 시설 및 재택서비스의 현황에 대해 알아보기로 한다.⁶⁾

6) 1995년 7월 노인보건복지심의회 중간보고에 의해 공적개호보험제도의 도입을 포함하는 새로운 고령자개호시스템의 논의가 구체화되었다. 이 중간보고에서는 의료(사회보험방식)와 복지(공공부담방식)로 구분되고 있는 현재의 고령자개호서비스체계를 재검토하여 동일한 재정방식하에서 종합적·일체적인 개호서비스가 제공되는 새로운 고령자개호시스템의 창설이 필요하다고 지적하고 있다.

다른 선진국가들과의 비교시 일본의 특징으로 언급되고 있는 부분은 노인의료분야에서 개호욕구(needs)의 상당한 부분을 담당해 왔다는 점이다. [圖 IV-1]에서도 보는 바와 같이 의료기관에 입원하고 있는 사람의 수는 상당수에 이르고 있다.

또 이러한 상황과 관련하여 老人保健制度에서는 1991년도부터 노인 의료분야 중에서 『개호적 요소가 큰 분야』에 대해서 공적부담 비율을 50%로 높이는 조치를 취하고 있다. 개호비용은 급속히 증가하여 현재 노인의료비 전체의 약 10%(1995년도 약 8,200억엔)를 차지하고 있다.

〈表 IV-6〉 主要 高齢者 介護關聯 醫療·福祉서비스의 現況

구 분	서비스 현황	
醫療서비스 (의료법, 노인보건법, 건강보험법 등)	시설서비스	일반병원(진료소) 특정기능병원 요양형 병상군을 가진 병원 개호강화형 병원 특례허가 노인병원 노인보건시설
	재택서비스	방문진료 방문치과 진료 방문복약지도 방문간호 Day care
福祉서비스 (노인복지법 등)	시설서비스	특별양호노인홈 양호노인홈 輕費老人홈 Care House 유료노인홈
	재택서비스	Home help Day service Short stay 일상생활용품 급여 등 사업 노인개호지원센터 운영사업

資料: 日本 老人保健福祉審議會, 「高齢者介護システムて關する中間報告」, 1995, 7.

2) 醫療서비스 施設의 種類

의료서비스의 시설을 醫療法 규정에 근거해 분류해 보면 ① 일반병원(특례허가노인병원 제외), ② 특정기능병원, ③ 요양형병상군을 가진 병원 ④ 개호력강화형병원, ⑤ 특례허가노인병원, ⑥ 노인보건시설 등 6가지이다. 이들 의료시설 중에 특정기능병원과 요양형병상군이 1992년 의료법 개정에 의해 새롭게 창설된 신설기능이다.

이 의료법 개정은 醫療供給體制의 改革을 도모하기 위한 것으로 의료시설기능에 대해 기존체계를 재검토해 고도의 의료를 제공하는 시설로 특정기능병원을 장기입원환자를 care하는 시설로 요양형병상군을 창설해 환자 개개인에게 최적의 의료시설로 의료를 받을 수 있도록 하려는 것이다. 醫療施設 種類別로 본 시설수 및 병상수는 <表 IV-7>과 같다.

<表 IV-7> 醫療施設 種類別로 본 施設數 및 病床數

	시 설		병 상	
	시설수	구성비율	병상수	구성비율
총 수	152,532	100.0	1,939,538	100.0
병 원	9,731	6.4(100.0)	1,677,041	86.4(100.0)
정신병원	1,060	(10.9)	362,847	(21.6)
진염병원	6	(0.1)	10,343	(0.7)
결핵요양소	9	(0.1)	35,385	(2.2)
나병요양소	15	(0.2)	8,718	(0.5)
일반병원	8,641	(88.8)	1,259,748	(75.1)
일반진료소	85,588	56.1	262,273	13.6
치과진료소	57,213	37.5	224	0.0

註: 1. ()안의 수치는 각 항목의 총수를 100으로 한 경우의 구성비율임.

2. 평균병상수를 보면 1병원당 172.3임.

資料: 日本 老人保健福祉審議會, 「高齢者介護システムに関する中間報告」, 1995, 7.

가) 病院과 診療所

의료법상의 규정에 의하면 醫師·齒科醫師가 진료하고 20인이상이 입원가능한 수용시설을 보유한 경우는 병원이고, 입원설비가 없거나 19명이하의 수용시설을 가진 경우가 診療所이다.

의료법제정시(1948년)에 병원은 國立 및 私立醫療機關을 중심으로 정비를 도모하고 사적의료기관은 보완적인 의미로 고려되었다. 그러나 1950년 의료법인제도 설치 및 1961년 國民開保險制度의 創設, 경제의 고도성장에 의해 의료수요가 대폭적으로 증가한 점 등으로 의료법인 경영을 중심으로 一般病院의 시설수, 병상수가 급증해왔다. 그러나 최근에는 地域醫療計劃에 근거한 병상규제에 의해 일반병원의 시설수, 병상수 모두가 감소경향에 있다.

또한 정신병상수는 일반병원에 비해 규모는 작으나 증가율은 높다. 이후 고령화와 함께 치매성노인문제도 있어 정신병상수의 증가가 예상되고 있다.

한편 의료시설전체에서 진료소의 비중은 크다. 진료소 중에 一般診療所라 부르는 의과진료소는 매년 수가 증가하고 있는데 병상을 갖지 못한 진료소는 비교적 컨설턴트 기능이 증가하고 있는데 반해 병상이 있는 진료소는 1970년이후로 감소하고 있다. 看護職員의 확보문제 및 경영문제가 큰 이유라고 볼 수 있다. 병상이 없는 진료소에도 醫師高齡化 問題, 개업비용의 증대와 의료수입의 증가에 따른 경영문제 등의 문제를 안고 있다.

진료소는 1차의료기능을 가지고 있어 진료소의 의사가 요개호고령자에 대해 진료관리 및 在宅診療, 在宅care의 主體, 보건·의료·복지연계의 중심자로서의 역할 등에 적극적으로 관여하는 것이 기대되고 있다.

또한 병상이 있는 진료소에서는 1994년부터 진료소에서 老人醫療를 관리하는 병상의 입원의료비중 노인보건제도에서 공적비용으로 50%

를 부담하므로 계속적으로 진료소의 병상을 개호관련 서비스에 활용하는 방안을 검토할 필요가 있다.

나) 特定機能病院

특정기능병원은 각 병원의 신청에 따라 후생대신이 승인한 것이다. 의료법에서 特定機能病院의 要件으로 ① 고도의 의료 제공, 고도의 의료기술의 개발 및 평가, 고도의 의료에 관한 연수를 실시할 능력을 갖추고 있는 것 ② 500병상 이상의 수용시설을 갖춘 것 ③ 인원배치는 일반병원에 비해 많은 것(예를 들면 의사수는 일반병원의 약 2배) ④ 시설로는 일반병원에 필요한 시설, 종합병원의 법정시설에 추가해 집중치료실, 무균병실, 의약품정보관리실 등을 갖추는 것 등으로 정해져 있다. 1995년 7월 현재, 전국에 76개 병원으로 국립암센터 등의 국립센터 및 국공립·사립대학병원이 있다.

다) 療養型病床群

요양형병상군은 장기에 걸쳐 요양이 필요한 환자를 수용하기 위한 일종의 일반병상으로 각 병원의 신청에 따라 都道府縣知事が 허가한다. 요양형병상군 환자의 질병으로는 고혈압, 노혈관질환, 만성관절류마티즘, 만성위질환 등의 질병이다. 受容與否는 병명에 따라 일률적으로 규정되는 것이 아니라 병상이 안정되어 있다는 담당의사의 판단에 따른다.

일반병원의 시설기준과 비교하면 장기요양환자에 맞는 요양환경을 만들기 위해 병실면적 등이 일반병원보다 넓게 되어있고, 기능훈련실 및 식당, 대화실, 욕실이 배치되어 있다. 인원배치는 장기요양환자에 맞는 care를 제공하기 위해 介護職員(看護補助者)이 일반병원보다 많다. 기존병상을 전환하여 요양형병상군으로 하는 경우는 시설기준의

특례가 설치되어 있다.

1995년 4월 현재, 요양형병상군을 가진 병원수는 260개, 병상수는 17,851개이다. 1993년부터 1년동안 2.8배가 늘어나는 등 현저하게 증가하고 있다.

라) 介護力強化型病院 및 特例許可老人病院

특례허가노인병원은 노인수용비율이 높은 병원에 대해 노인만성질환자의 경우 집중적인 치료보다는 일상생활능력(ADL)이 떨어지는 것에 대한 보호(Care)가 필요하다는 것을 감안해 특례적으로 의사·간호사의 배치기준을 완화(예를들면 입원환자 100명당 일반병원에서는 의사 6명, 간호사 25명인데 특례허가노인병원은 의사 3명, 간호사 17명)하고 一般病院에 없는 개호직원회 배치(13명)를 의무화하고 있다.

개호력강화형병원은 시설기준 및 의사·간호사의 배치기준은 特例許可老人病院과 같은데 개호직원은 많이 배치하고 있다. 특례허가노인병원 등 소위 노인병원이라고 부르는 병원은 1993년 10월 현재 시설수가 1,525개, 병상수는 182,518개이다.

마) 老人保健施設

노인보건시설은 1986년 老人保健法の 개정에 따라 창설된 비교적 새로운 시설유형이다. 증상이 안정되고 병원에서의 입원치료는 필요없지만 機能訓練(rehabilitation) 및 간호·개호를 중심으로 한 의료를 필요로 하는 고령자를 대상으로 필요한 의료와 일상생활서비스를 함께 제공하여 가정복귀를 도모하는 것을 목적으로 한다.

따라서 고령자에 대해 의료서비스를 중심으로 제공하는 기타 醫療施設과는 달리 의사와 간호사의 배치기준은 완화되고(노인보건시설은 입소자 100명당 의사 1명, 간호사 3명, 일반병원은 입원환자 100명당 의사 6명, 간호사 25명), 介護職員을 배치(22명)한다. 시설기준은 거실

면적이 넓고 복도폭도 넓으며, 기능훈련실, 욕실, 식당설치 등 개호적인 기능면이 강화되고 있다. 또한 입소기능만이 아니라 재택요개호자에 대한 지원기능도 부여되고 있어 Day care사업의 전개방법에서는 특징있는 운영이 가능하다.

設置形態로는 병원의 일부를 전환하거나 병원 및 특별양호노인 홈에 병설 혹은 새롭게 독립시설로 설치하는 등 여러가지가 가능하다. 老人保健施設이 의료와 복지의 중간적인 성격을 가진 것도 있고 의료법인이외에 사회복지법인의 경영이 전체의 약 20%를 차지하고 있는 것도 특징의 하나이다.

제도창설이후로 건설보조제도의 정비 및 老人保健施設療養費制度의 充實, 一般病床의 増床이 한계에 달하고 있는 등 노인보건시설에 대한 정비의욕이 강하여 1993년 10월 현재 814개 시설, 총정원수 68,547개에 달한다. 또한 시설정비비는 정액보조인데 가령 대도시에서 치매전문병동을 가진 시설이면 약 1억엔의 國庫補助가 있다.

노인보건시설은 고령자보건복지추진 10개년 전략(Gold plan)에서 특별양호노인홈과 함께 고령자개호서비스 중 시설서비스를 담당하는 중요한 시설이며, 1999년의 정비목표치는 28만병상이므로 이후 매년 약 3만명분 정도의 정비가 필요하다.

이상 의료시설의 종류 및 기능등에 대해 살펴봤는데, 醫療와 介護라는 구분으로 보면 일반병원 및 특정기능병원은 오로지 질병을 치료하는 의료분야에 속한 의료기관이고, 개호에 중점을 둔 의료기관으로는 요양형병상군, 개호력강화병원, 특례허가노인병원 및 老人保健施設이 해당한다.

3) 福祉서비스 施設의 種類

복지서비스 시설의 종류 및 기능에 대해 정리하면 <表 IV-8>과 같

다. 이 시설은 노인복지법에서 노인복지시설로 정의되고 있다. 또한 특별양호노인홈 및 양호노인홈은 시설로의 입소가 시정촌의 조치결정에 따라 이루어지므로 소위 『措置施設』이라 한다.

고령자개호서비스와의 관계에 대해 특별양호노인홈의 입소자는 『신체상 또는 정신상 현저한 장애가 있기 때문에 상시 개호를 필요로 하는 자(소위 거동불능자 및 치매자)로, 거택에서 적절한 개호를 받기 곤란한 자』이며, 이러한 要介護高齢者에게 식사 및 목욕, 생활지원 등의 생활개호서비스를 제공하기 위한 시설이다. 그러나 생활보호세대나 시정촌주민세비과세세대 등의 경우 要介護狀態에 있다고 해서 모두 입소요건이 되는 것은 아니다. 입소의 ADL(일상생활능력)상황을 보면 자립하고 있는 자의 비율이 높다. 또한 경비노인홈은 일상생활상 자립하고 있는 자가 입소하는 것이 일반적이다.

가) 特別養護老人홈

1962년 제정된 노인복지법으로 창설된 시설로 복지분야의 대표적인 介護施設이다. 설치주체는 지방자치단체 또는 사회복지법인이고 운영에 필요한 비용으로 시정촌이 시설에 대해 전액 공적비용을 재원으로 하는 조치비를 지불한다. 시설정비비의 보조율은 국가 1/2, 도도부현 1/4, 설치자 1/4로 公的費用이 차지하는 비율이 상당히 높다.

특별양호노인홈에 대한 수요가 많아 근래에는 매년 1만명분이 넘는 규모로 정비가 진행되고 있다. 居住環境을 보면 입소자 1인당 기준면적은 의료기관보다 넓고 1995년에는 거실면적의 확대, 개실화가 추진되고 있다. 특별양호노인홈의 운영은 입소자에 대한 서비스만이 아니라 day service center의 부설, short stay 실시, home help 사업의 실시, 재택개호지원사업의 실시 등 지역의 요개호고령자에게 서비스를 제공하려는 방향으로 지도가 이루어지고 있으며 地域福祉의 中心的

存在로 기대되고 있다.

Gold plan에서 1999년도의 목표치가 24만명분이었는데 입소대기자가 많으며 각 지방자치체에서의 정비노력이 이루어짐에 따라 신gold plan에서는 목표치를 28만명분으로 상향수정하였다.

<表 IV-8> 日本의 老人福祉施設

	특별양호 노인홈	양호노인홈	輕費노인홈 (A형)	輕費노인홈 (B형)	輕費노인홈 (care house)
시설목적 및 대상	65세 이상인 자로 신체상 정신상 현저한 장애가 있기 때문에 항상 개호를 필요로 하거나 거택에서 개호를 받는 것이 곤란한 경우 입소시켜 개호한다.	65세 이상인 자로 신체상·정신상·환경상의 이유 및 경제적 이유로 거택에서 양호를 받는 것이 곤란한 경우 입소시켜 양호한다.	무료나 정액으로 노인을 입소시키고 음식 및 일상생활에 필요한 편의를 제공한다. 이용자가 생활할수 있는 자산, 소득등이 이용료의 2 배 이하로 친척이 없는 자나 가정사정으로 가족과의 동거가 곤란한 자를 입소시킨다.	가정 환경, 주택사정 등으로 거택 생활이 곤란한 자로 이용자가 자취가능한 정도의 건강상태인 자를 입소시킨다.	자취할 수 없는 신체기능 저하가 인정되거나 고령 등으로 독립하여 생활하는데 불안한 자 및 가족의 보조가 곤란한 자로 저액요금으로 이용시킨다.
비용지불	개호비용·생활전반에 대해 시설에 조치비를 지급	개호비용·생활전반에 대해 시설에 조치비를 지급	사무비에 대해 시설에 공적비용 지급	원칙적으로 모두 이용자 부담	사무비에 대해 시설에 공적비용 지급
이용자 부담	응능부담 (0~24만엔) (평균 약 4만엔)	응능부담 (0~14만엔) (평균 약 2만엔)	응능부담 (0~11.2만엔)	원칙적으로 전액 이용자 부담 (4만엔 이하). 생활비는 자취때문에 당연 자기부담	사무비에 대해 부담 (1~8만엔) 식비등의 생활비 및 관리비는 전액이용자 본인부담

資料: 日本 老人保健福祉審議會, 「高齢者介護システムで關する中間報告」, 1995, 7.

〈表 IV-8〉 계속

	특별양호 노인홈	양호노인홈	輕費노인홈 (A형)	輕費노인홈 (B형)	輕費노인홈 (care house)
이용수속	시정촌의 입소조치	시정촌의 입소조치	입소자와 시설의 계약	입소자와 시설의 계약	입소자와 시설의 계약
개설자	지방공공단체, 사회복지법인	지방공공단체, 사회복지법인	지방공공단체, 사회복지법인	지방공공단체, 사회복지법인	지방공공단체, 사회복지법인, 재단법인, 사단법인, 농협, 의료법인
개설수속	·시정촌-지사에게 신청 ·사회복지법인-지사의 허가	·시정촌-지사에게 신청 ·사회복지법인-지사의 허가	지사에게 신청	지 사 에 게 신청	·시정촌 및 사회복지법인-지사에게 신청 ·기타-지사의 허가
시설기준	거실(8.25m ² /1인), 식당, 집회실, 욕실, 세면실, 화장실, 의무실, 조리실, 사무실, 숙직실, 간호사실, 기능회복훈련실, 면접실, 오물처리실, 개호재료실, 영안실	거실(7.425m ² /1인), 식당, 집회실, 욕실, 세면실, 화장실, 의무실, 조리실, 사무실, 숙직실, 면접실, 오물처리실, 영안실	거실(6.6m ² /1인), 응접실, 상담실, 의무실, 집회실, 오락실, 식당, 취사실, 세면실, 욕실, 화장실, 사무실, 숙직실	거실(독신자 16.5, 부인용 24.8m ² /1인), 조리설비, 세면실, 응접실, 휴게실, 집회실, 작업실, 욕실, 화장실, 사무실, 관리인거실	거실(독신자 21.6, 부인용 31.9m ² /1인), 상담실, 휴게실, 식당, 조리실, 욕실, 세면실, 사무회 의실, 숙직실, 화장실
직원 배치 기준(100명당)	의사 1명 간호사 3명 개호직원 22명 기타-생활지도원, 기능회복 훈련지도원 등	의사 1명 간호사 3명 개호직원 10명 기타-생활지도원 등	의사 1명 간호사 1명 개호직원 5명 기타-생활지도원 등	표준직원수 개호직원 2명 등	개호직원 2명 기타-생활지도원 등
시설수·정원수(1993년 10월 1일)	2,770개 시설 194,091명분	949개 시설 67,703명분	253개 시설 15,302명분	38개 시설 1,810명분	77개 시설 3,730명분

나) Care house

Care house는 輕費老人홈의 일종으로 1988년 12월 책정된 Gold plan에서 처음 등장했다. Care house는 입소자의 생활상담, 목욕·식사 서비스를 제공함과 함께 긴급시 대응하는 것인데 허약한 입소자에게는 home help service 등의 福祉서비스를 이용시키는 것이 특징이며, 또 設備構造面에서는 휠체어를 쉽게 이용하게 하는 등 고령자에게 살기 좋은 환경정비를 배려하고 있다. Gold plan에서 1999년 목표치는 십만명분이다.

Care house의 개설자는 다른 노인복지시설이 국가, 지방자치단체나 사회복지법인에 한정되어 있는데 반해 재단법인, 사단법인, 농협, 후생연, 의료법인까지로 확대되었다.

다) 有料老人홈

有料老人홈은 노인복지법에서 『항상 10인이상의 노인을 입소시켜 식사제공이나 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 것을 목적으로 하는 시설로 노인복지시설이 아닌 것을 말한다』고 정의되어 있다. 즉 주거기능과 서비스제공기능을 병행한 民間施設이다. 입소를 위한 계약형태로는 종신�이용권형(입소일시금 지불, 전용거실 및 공용부분에 대한 종신�이용권을 취득하는 시설, 입소일시금은 평균 1인입소의 경우 약 3천만엔 정도)이 많다. 또한 입소시부터 상시 개호를 필요로 하는 자를 입소시키는 것을 목적으로 하는 『介護専用型』의 유료노인홈도 있다. 1994년 10월 현재, 265개 시설, 입소자 수는 약 19,000명이 되고 있다.

4) 在宅서비스 事業

보건·복지·의료분야에서의 고령자에 대한 在宅서비스 내용은 <表

IV-9>과 같다. 在宅서비스의 범위는 포괄적으로 사용되고 있으나 엄격히 말하면 訪問서비스(개호전문가가 방문하여 가정에서 받을 수 있는 서비스)와 通所서비스(시설로 직접가서 받을 수 있는 서비스)로 구분할 수 있다.

여기서는 保健·福祉·醫療分野인 것을 종합적으로 정리하고 있는데, 제도적으로는 의료보험제도, 노인보건제도 및 노인복지제도에서의 서비스로 구분된다.

가) Home Help Service

Home helper는 심신장애, 상병 등으로 일상생활에 지장이 있는 고령자의 가정을 방문해 식사 및 배설, 세안, 청소, 물건구입 등의 가사원조, 상담·조언 등을 하는 서비스로 在宅福祉서비스의 중심이 되고 있다.

1962년에 요보호세대를 대상으로 한 노인가정봉사원 破見事業으로 시작하여 다음해 노인복지법에 근거한 조치사업으로 법정화되고, 그 후 과견대상자를 低所得世代(1965년), 一般世代(1982년)로 순차적으로 확대하여 현재에 이르고 있다.

이용자부담은 費用徵收制度에 따라 전년도 소득상황별로 시간당 무료에서 100엔까지 설정되어 있다. 또한 복지제도로는 home help사업이 고령자뿐만 아니라 신체장애자, 정신박약자에 대해서도 제도화되고 있다.

초기 Gold plan에서 home helper수의 1999년 목표치는 10만명이었는데 新 Gold plan에서는 17만명으로 대폭 인상되었다. 현재의 과제로는 home helper의 증원 및 자질향상, 처우개선과 함께 팀방식의 도입(Helper가 social worker나 간호사와 팀을 구성) 및 24시간 대응형 등이 대두되고 있다. 특히 24시간 대응 helper사업에 대해서는 新 Gold

plan에 다루어져 1995년에는 21개 시정에서 모델사업이 실시되었다.

나) 訪問看護制度

노인방문간호제도는 1991년 노인보건법의 개정에 의해 창설된 새로운 제도이다. 거동불능 또는 이에 준하는 상태에 있는 요개호고령자가 자신의 지역사회나 가정에서 요양할 수 있도록 근접한 의사의 지시에 따라 老人訪問看護station에서 간호사등이 방문해 在宅에서의 개호에 중점을 둔 訪問看護서비스를 제공한다. 의료분야에서의 在宅서비스는 訪問診療와 더불어 중심을 이루는 서비스이다.

방문간호서비스의 실시자는 의료시설 경영주체의 범위보다도 넓어 지방자치단체, 의료법인, 사회복지법인, 후생대신이 정하는 자(지역의 사회, 간호협회등) 중에 일정 기준에 의해 도도부현지사의 지정을 받으며, 설치형태로는 독립형, 시설병설형 등 여러가지이다. 인원기준은 常勤으로 환산하여 2.5명 이상의 보건부, 간호사 등을 배치하고 관리자를 두게 되어 있다.

Station은 시정촌장으로부터 노인방문간호 요양비를, 이용자로부터 이용료(1일 250엔)를 받는다.

新 Gold plan에서 1999년의 목표치로 5천개소가 설정되어 있다.

〈新 Gold Plan의 개요〉

모든 국민이 안심하고 그 노후를 보낼 수 있도록 하기 위하여 1989년 12월에 수립되었던 종전의 “고령자 보건복지추진 10개년 계획”(Gold Plan)을 전면적으로 수정한 “新 Gold Plan”이 수립되어 1995년부터 실시되었다.(1994년 12월 18일 財務·厚生·自治省 3個大臣 合議)

新 Gold Plan의 주요내역은 다음과 같다.

- ① 고령자간병서비스의 추진목표
- ② 향후 추진해야 할 고령자간병서비스 기반구축에 관한 정책의 기본구조
- ③ 1994년부터 1999년까지의 5년간의 총사업비

1. 서비스의 추진목표(1999년까지의 목표)

○ 재택서비스

- home helper: 17만명(10만명)
 - home helper station: 1만 개소(-)
- short stay: 6만명분(5만 병상)
- day service / day care: 1.7만 개소(1만 개소)
- 재택간병지원센터: 1만 개소(1만개소)
- 노인방문간호지원센터: 5,000개소(-)

○ 시설서비스

- 특별양호노인홈: 29만명분(24만 병상)
- 노인보건시설: 28만명(28만 병상)
- 고령자생활복지센터: 400개소(400개소)
- care house: 10만명분(10만명)

○ 인력양성 확보

- 간병인 등: 20만명(-)
- 간호직원: 10만명(-)
- 작업요법사·이학요법사: 1.5만명(-)

2. 향후 추진해야할 고령자간병서비스 기반구축에 관한 정책의 기본구조

○기본이념

- 이용자 분위·자립지원
- 보편주의
- 종합적 서비스의 제공

○고령자간병서비스의 종합적인 기반구축

- 재택서비스
 - 24시간대응 home helper(순회형) 배치
 - 소규모 day service center 등 설치
 - 재택간병지원센터의 종합상담·간병경과관리 기능강화
 - 주치의 제도의 정착을 통한 재택의료의 추진
 - 재택 및 시설 이용자에 대한 서비스 질 평가와 함께 고령자 각 개인에게 적절한 간병을 제공하기 위한 간병계획작성
- 시설서비스
 - 특별양호노인홈의 시설 및 병원의 요양환경 개선
 - 도시지역의 시설정비 촉진을 위한 지원책 강구
 - 타 보건복지시설 및 지역공공시설의 복합적인 정비
- 요원호 고령자 자립지원정책의 종합적 실시
 - 지역의 재활실시체계 강화 도모
- 치매노인대책의 종합적 실시
 - 소규모 공동생활의 장소 등 재택을 기반으로 하는 간병 서비스의 충실도모
- 고령자의 사회참가·삶의 보람찾기 대책의 추진

○고령자 간병기반 정비를 위한 정책지원

- 인력의 양성확보대책 추진
 - 신규 시설직원, 방문간호 종사자 양성연수 등 충실도모
- 복지용품의 개발·보급 추진
- 국민에게 이용하기 쉬운 서비스 제공체제의 종합적인 정비
- 민간서비스의 활용 등 서비스 공급의 다양화·탄력화
- 장수과학연구의 종합적인 추진
- 주택대책·마을조성 추진
- 자원봉사활동·복지교육·시민참가 추진

3. 5년간 총사업비

- 9조엔을 상회함.

* ()는 舊 Gold Plan의 목표치

〈表 IV-9〉 在宅서비스의 概要

		내 용	대 상	비용부담	실시기관	시 설 수
의료적	방문진료	의사가 가정을 방문해 계획적인 의학적관리하에 진료하는 것	거동불능 등 노인 의료수급대상자	의료보험 각출금과 공적비용	의료기관	-
	방문간호	의사의 지시에 따라 간호사 등이 가정을 방문해 간호하는 것			노인 방문간호station 과 의료기관	노인 방문간호station 803개시설(1995년5월)
보건사업	기능훈련	시정촌보건센터 등에서 기능훈련(rehabilitation)을 하는 것	심신기능이 저하된 40세 이상인 자	공적비용	시정촌	연인원 1,989천명('93년)
	방문지도	보건부 등이 가정을 방문해 요양방법, 기능훈련방법 등을 지도하는 것	거동불능상태에 있는 40세 이상인 자			실인원 891천명('93년)
	Day care	노인보건시설이나 의료기관에서 당일 식사, 목욕, 기능훈련 등의 서비스를 제공하는 것	허약하고 거동불능인 고령자	의료보험 각출금과 공적비용	노인 보건시설, 의료기관	노인보건시설 day care 785시설('93년10월), 노인 day care 304 시설('94년7월)
	Day Service	Cay Service센터나 자택으로의 방문으로 식사, 목욕, 일상생활동작훈련 등의 서비스를 당일 제공하는 것	허약하고 거동불능인 고령자	공적비용	시정촌	센터수 6,180시설('95년)
	Short stay	개호자를 대신해 단기간 노인단기입소시설이나 특별양호노인홈에서 보살피는 것	65세이상 재택요개호노인			병상수29,074병상('95년)
	Home help service	Home helper가 집을 방문해 개호·식사서비스, 주택개량에 대한 상담 조언을 하는 것	거동불능고령자			home helper수 92,482명('95년)
복지적	일상생활용품급여사업	특수침대 등 일상생활용품을 급여 또는 대여하는 것	요수호노인 및 독신노인	공적비용	시정촌	-

資料: 日本 老人保健福祉審議會, 「高齢者介護システムで關する中間報告」, 1995, 7.

다) Day service, Day care사업

Day service사업은 노인복지법에서 『Day service 센터에 다니고 목욕, 식사제공, 기능훈련, 개호방법 지도, 세면, 생활 등에 관한 상담이나 조언, 양호, 건강진단 등의 편의』를 제공하는 사업으로 정의되어 있다. 在宅의 要介護高齢者에 대해 기본사업으로 생활지도, 세탁, 일상 동작훈련, 양호, 가족개호자교실, 건강체크를 하며, 通所事業으로 목욕 서비스와 급식서비스를, 방문사업으로 목욕, 급식, 세탁서비스를 하고 있다.

Day care事業은 의료행위의 일종으로 노인보건시설이나 의료기관에서 식사, 목욕, 기능훈련 등의 서비스를 제공하며 재원은 診療報酬制度에 의해 보장되고 있다.

위의 두 사업은 재원 및 시설, 직원배치 등에 차이는 있지만 이용자의 심신상태, 서비스 내용은 유사하다. 新 Gold plan에서는 두가지를 합쳐 1999년 목표치로 17,000개로 잡고 있다.

5) 向後 介護關聯 서비스의 發展方向

지금까지 요개호고령자에 대한 시설서비스와 在宅서비스 내용을 정리하였다. 빠르면 1997년에 도입될 예정인 공적개호보험제도의 창설을 포함하여 새로운 고령자개호시스템이 구축될 경우 고령자개호 서비스 체계에 어떠한 영향을 미치고 어떤 변화를 초래할 것인지 살펴보기로 하자.

가) 高齢者 介護施設의 財源 및 利用節次의 統一

현재 醫療施設과 福祉施設로 나누어 있는 고령자개호관계시설을 介護施設이라는 관점에서 보면 <表 IV-10>과 같다(일반병원은 개호관

계시설이라 할 수 없지만 참고하기 위해 기재함).

公的介護保險의 對象이 되는 시설은 기본적으로 요개호고령자에게 적절한 개호서비스를 제공할 수 있는 인원배치 및 시설설비 체제를 갖춘 것이 해당한다. 의료시설 중에는 노인보건제도의 개호기능에 착안하여 공적비용으로 50%를 부담하는 노인보건시설 및 요양형병상군, 입원의료관리병동, 노인성치매질환 요양병동이 해당하며 개호력강화병원도 포함가능할 것이다.

한편, 福祉施設의 경우 거동불능등의 요개호상태이어야 입소가 가능한 특별양호노인홈이 해당한다. 그러나 양호노인홈 및 유료노인홈, 경비노인홈은 입소자의 ADL(Average Daily Life)상황을 보면 시설전체를 개호시설로 하기는 어려워 시설급여의 대상으로 보는 것 보다는 현재의 Care house와 같이 입소자가 요개호상태가 됐을 때에 그 개인에 따라 在宅介護서비스를 제공하는 것이 나올 것이다.

<表 IV-10>에 나타난 高齡者介護施設은 각각의 근거규정이 현행 법체계를 유지하면서 이용수속의 통일화, 이용료의 격차 해소, 재원의 통일화(조치비나 의료보험재원에서 개호보험재원으로의 변화) 등을 도모하게 된다. 다만 같은 재원의 통일화를 도모하는 것 이상으로 시설 기준 및 인원배치의 적합성 확보는 필요하다. 예를 들면 특별양호노인홈의 경우 현재 介護職員의 인원배치는 입소자 4명당 1명인데, 개호직이나 간호직을 증원함에 따라 노인보건시설 등의 의료시설과 같이 3명당 1명으로 개호기능의 강화를 도모할 필요가 있다. 또한 의료관계의 개호시설은 거실공간의 확보, 식당, 욕실, 휴게실의 설치 등 생활환경의 충실에 노력할 필요가 있다. 특히 개호노력강화형 병원에 대해서는 요양형병상군 정도의 居住環境의 정비가 필요하다.

〈表 IV-10〉 高齢者介護 側面에서의 日本의 醫療福祉施設 서비스

시설명	기능	대상자	시설수 (병상수)	이용 수속	비용지불	이용자부담	운영 재원	시설기준	직원배치기준 (100명당)
특별 양호 노인 홈	개호 기능	항상 개호가 필요하고 재 택생활이 곤 란한 거동불 능 고령자 등	2,770 (194,091)	시정 촌의 입소 조치	조치비·개 호비용·생 활비 전반 에 대해 시 설에 조치 비를 지급	비용징수· 본인의 수 입 등에 따 라 부담(평 균 월4만엔 정도)	국 가 시 1/2 현·정· 촌1/12	거실 (1인 당 8.25m ²) 의무실, 기 능회복훈 련실, 식 당, 욕실	의사 1명 간호사 3명 개호직원22명 생활지도원, 기능회복훈 련지도원 등
노인 보건 시설	가정 복귀 요양 기능	병이 안정 기에 있고 입원치료를 할 필요는 없지만 재 활, 간호· 개호를 필 요로 하는 거동불능 고령자 등	1,050 (90,074)	시설 과 개인 계약	요양비 ·노인보건 시설요양 비를 지급 월 264,800엔, 270,000엔) ·생활보호 대상자는 의료부조	이용료 ·시설마다 설정(월 6 만엔정도) (·생활보호 대상자는 일정액의 생활부조	보 험 자 각 출 금 1/2 국 가 1/3 현·시정 촌 1/12	요양실 (1 인당 8m ² 이상)진찰 료, 기능훈 련실, 휴게 실, 식당, 욕실	의사 1명 간호사 8~10명 개 호 직 원 20~24명 삼당지도원등
요양 형병 상균	치료 기능 (요 양 형 기 능 도 있음)	장기에 결 쳐 요양을 하는 환자	189 (12,835)	병원 과 개인 계약	의료비 ·노인진료 보수에 의 한 성과불 ·정액제 ·생활보호 대상자는 의료부조	일부부담 (입원) ·월 21,000엔 ·식비 월 18,000엔	보 험 자 각 출 금 1/2 국 가 1/3 현·시정 촌 1/12	병실 (1인 당 6.4m ² 이상)진찰 실,수술실, 처치실,입 상검사실, 기능훈련 실,휴게실, 욕실	의사 3명 간호사 17명 개호직원 17~34명 약사, 진료방사선 기사 등
개호 력강 화형 병원	치료 기능	노인만성질 환자	840 (103,548)	병원 과 개인 계약	의료비 ·노인진료 보수에 의 한 정액제 ·생활보호 대상자는 의료부조	일부부담 (입원) ·월 21,000엔 ·식비 월 18,000엔	보 험 자 각 출 금 1/2 국 가 1/3 현·시정 촌 1/12	병실 (1인 당 4.3m ² 이상)진찰 실,수술실, 처치실,입 상검사실	의사 3명 간호사 17명 개호직원 17~34명 약사, 진료방사선 기사 등
일반 병원	치료 기능	입원치료를 필요로 하 는 환자	7,193 (1,077,022)	병원 과 개인 계약	의료비 ·노인진료 보수에 의 한 성과불 ·생활보호 대상자는 의료부조	일부부담 (입원) ·월 21,000엔 ·식비 월 18,000엔	보 험 자 각 출 금 7/10 국 가 2/10 현·시정 촌 1/20	병실 (1인 당 4.3m ² 이상)진찰 실,수술실, 처치실,입 상검사실	의사 6명 간호사 25명 약사, 진료방사선 기사 등

資料: 日本 老人保健福祉審議會, 「高齢者介護システムで關する中間報告」, 1995, 7.

또한 現行制度와 비교하면 특별양호노인홈의 경우 입원수속 및 이용료부담, 운영재원 등에서 변화가 크다. 즉 운영기반이 노인복지제도에 근거한 조치제도에서 사회보험제도로 변화하는 것으로 制度創設 이래의 大轉換이라 할 수 있다. 이용자와의 법적관계가 종래 시정촌의 조치위탁에 근거한 서비스 제공에서 시설과 이용자가 직접 계약하는 것으로 하여 시설선택에 있어 이용자의 의사가 강한 영향을 미치며 이용료의 직접징수, 시설운영면에서는 시정촌의 조치비가 보험자의 개호보수로 되는 등 크게 변화하게 된다.

나) 施設分布의 地域間 隔差 解消

高齡者介護施設은 지금까지 정비의 추진방법이 다르거나(예를들면 의료시설은 의료법에 의한 病床規制가 이루어지기까지는 자유개업제이고 복지시설은 공적비용에 의한 시설정비이기 때문에 예산의 제약하에서 정비가 진행되어 왔음), 노인보건시설과 같이 비교적 최근의 시설유형인 것에서 부터 도도부현단위의 高齡者人口當 시설정원수에서 약 4배의 지역차가 존재하기도 한다.

“保險은 있고 서비스는 없다”라는 사태를 초래하지 않으면서 被保險者의 公平성의 관점에서 지역차를 해소해야 한다. 特別養護老人홈과 노인보건시설은 현재 新 Gold plan에 근거해 정비가 급속히 진행되고 있는데, 특히 대도시에서의 정비가 최대 과제가 될 것이다.

다) 高齡者care施設의 一元化

高齡者介護施設은 공적개호보험제도 도입에 있어서 관계자의 합의를 얻기 위해서도 현행제도로부터 원활한 이행을 도모하는 것에 최대한의 역점을 둘 필요가 있다는 점에서 근거가 되는 법제도 및 運營主體 등에 대해서는 현상유지를 도모하는 것이 자연스러운 것이다. 그러

나 어느정도 이행이 도모된 시점에서 재원이 공적개호보험제도로 일원화된 이상, 시설체계 및 운영주체에 대해서도 현행 『의료와 복지의 경계』를 가능한 낮추어 일원화된 방향으로 조정해 갈 필요가 있다.

우선 시설체계에 대해서는 特別養護老人홈, 노인보건시설, 요양형병상군(개호력강화형병원 포함)이라는 3구분에서 醫療Care면에 역점을 둔 『療養介護型施設』과 생활Care면에 역점을 둔 『生活介護型施設』로 구분되는 경향이 있다. 후자의 전형으로는 현재의 특별양호노인홈의 발전형을 들 수 있다.

다음으로 운영주체는 <表 IV-10>과 같이 의료시설은 의료법인중심, 복지시설은 사회복지법인중심이다. 醫療法人은 특별양호노인홈을 설치 운영할 수 없고 사회복지법인은 『무료저액』으로 특화된 노인보건시설 밖에 설치운영할 수 없다. 또한 양법인에 관련된 비과세조치 및 행정기관의 지도감독내용도 서로 다르다. 이러한 상황에 대해 장래에는 의료법인이 特別養護老人홈을, 사회복지법인이 노인보건시설 등의 의료관계시설을 관리하는 양법인의 ‘합병’을 인정할 것인지, 혹은 개호에 착안한 “介護法人制度”의 창설을 검토할 것인지가 고려될 수 있다.

2. 獨逸 醫療保險金庫의 役割과 保險財政

가. 獨逸 公的醫療保險制度的 一般現況

1) 制度的 歷史

19세기 후반 獨逸은 유럽의 다른 국가와 비교하여 공업화의 수준이 상대적으로 취약한 상태에 있었다. 국가의 주도하에 이루어진 獨逸의 급속한 산업화는 대다수 국민의 희생을 바탕으로 이루어졌다. 특히 공

업화 초기 열악한 勤勞條件 및 環境 그리고 장시간의 노동은 국민건강을 심각하게 위협하였으며, 이로 인한 근로계층의 불만은 공산당 및 사회당의 정치세력화와 함께 사회적 불안을 가중하게 되었다. 따라서 집권계층은 노동자의 불만을 무마시키고 政治安定을 도모하기 위하여 마침내 1881년 醫療保險, 年金保險 그리고 産業災害保險에 관한 법률을 공포하게 되었다.

獨逸의 公的醫療保險制度은 1883년에 최초로 도입되었다. 제도의 가입대상은 산업근로자와 저소득계층의 사무직 종사자에 국한하였다. 公的醫療保險制度은 1845년에 제정되었던 프로이센의 사업장 일반규정 (Preußische Allgemeine Gewerbeordnung)에 근거하고 있었다. 이러한 규정에 따라 手工業者, 見習工, 工場職 勤勞者 등은 일반의료보험에 의무적으로 가입하게 되었다. 保險機關의 選擇은 일반적으로 개별 사업장에서 단체의사에 따라 결정되었으나, 일부 계층에 대해서는 개인적 선택의 기회를 부여하였다.

다른 社會保險制度에서와 같이 獨逸의 公的醫療保險(Gesetzliche Krankenversicherung)은 각국의 관련제도 도입시 큰 영향을 주었고, 제도의 역사적 발전과정 또한 많은 시사점을 제공해 주고 있다. 獨逸의 公的醫療保險은 제도도입 이후 그 성격이 크게 변화되어 가입대상, 급여의 범위 및 수준에 있어서 지속적인 확대가 이루어져 왔다. 제도도입 초기 저소득 賃金勤勞者 중 일부계층에 국한하여 실시해 오던 제도는 점차 전체 賃金勤勞者, 자영업자 그리고 미취업의 일반국민으로 까지 그 적용대상을 확대하게 되었다. 제도의 성격은 먼저 복지적인 관점에서 살펴보면 勤勞者福祉에서 일반적인 국민복지, 다음으로 의료적인 관점에서 사후적인 질병보호에서 예방적인 健康保護 및 增進으로 변화해 오고 있다.

2) 適用對象

원칙적으로 독일에 거주하고 있는 모든 사람은 국적, 종사상의 지위, 사회적 신분에 상관없이 公的醫療保險制度에 가입할 의무가 발생하게 된다. 다만 勤勞者 또는 自營者로서 자신의 연간소득이 공적연금 제도에서 적용되고 있는 소득상한선의 75%를 초과할 경우 본인의 의사에 따라 商業醫療保險에 가입할 수 있도록 하고 있다.

公的醫療保險에서는 보험가입자의 피부양가족에 대해서도 동등한 의료급여 受給資格을 부여하고 있다. 현재 독일국민의 90% 가량이 公的醫療保險에 가입하고 있으며, 9.7% 가량은 상업의료보험의 적용을 받고 있다. 醫療保險制度의 適用을 받지 않고 있는 계층은 전체 독일국민의 0.3% 정도이며 대개의 경우 이들은 정부의 조세재원으로 운영되고 있는 의료부조제도의 적용을 받고 있다.

3) 給與

獨逸 公的醫療保險의 급여형태는 現物給與와 現金給與로 구분해 볼 수 있다.

現物給與는 다시 健康增進 및 豫防 그리고 진료로 나누어 진다. 먼저 健康增進 및 豫防에 대한 대표적인 사업으로는 健康診斷을 지적할 수 있다. 健康診斷事業은 첫째, 6세 미만의 어린이를 대상으로 한 豫防接種과 건강검진이 있다. 둘째, 성인을 대상으로 한 건강검진은 여성의 경우 20세 이상 그리고 남성의 경우 45세 이상으로 하고 있다. 셋째, 특정한 질병(심장병, 순환기 장애, 신장병, 당뇨병 등)에 대한 健康檢診은 35세 이상의 성인을 대상으로 실시하고 있다. 넷째, 齒科檢診事業은 그 대상에 있어서 年齡의 制限을 두지 않고 있다. 정기적으로 齒科檢診을 받지 않은 사람의 경우 보철처리시 비용의 본인부담을

을 높게 책정하도록 하고 있다.

다음으로 診療事業에는 의사 또는 치과의사의 치료비, 병원입원비, 의약품 및 부상치료장비의 구입비, 안경, 보청기, 보장구 구입비의 보조 등이 있다. 그리고 장기질환자에 대해서 療養費를 지급하고 있다.

現金給與의 種類는 다음과 같다. 첫째, 질병의 발생으로 인하여 보험가입자가 소득활동에 종사할 수 없게 될 경우 傷病給與가 지급된다. 傷病給與는 질병발생 이후 최초 6주간은 해당 사업주가 전액지급하도록 하고, 그 이후 최고 78주까지 의료보험조합에서 당사자 종전소득의 80%를 지급하고 있다. 둘째, 被保險者의 자녀에게 질병이 발생하여 근로활동에 종사할 수 없게 될 경우에도 醫療保險組合에서 傷病給與가 지급된다. 연간수급기간은 아동 1명당 최고 10일로 하고, 미혼모의 경우 20일까지로 하고 있다. 그리고 여러명의 자녀가 있을 경우에는 연간 최고 25일로 제한하고, 미혼모에 대해서는 특별히 50일로 하고 있다. 셋째, 被保險者가 입원 등으로 인해 부양자녀의 養育을 위해 타인을 고용하게 될 경우 생계보조수당(Haushaltshilfe)이 지급된다. 넷째, 被保險者가 출산 및 육아로 인해 소득활동을 중단하게 될 경우 모성수당이 지급되고 있다. 이 경우 受給期間은 산전 6주 그리고 산후 8주간으로 하고 있다. 모성수당은 당사자 종전 3개월간의 평균임금을 기준으로 산정되며, 일일임금을 기준으로 醫療保險조합에서 25마르크를 부담하고 나머지 부분에 대해서는 사업주가 지급하도록 하고 있다. 다섯째, 被保險者가 사망하게 될 경우 장제비가 지급된다.

4) 徵收

公的醫療保險制度의 사업은 원칙적으로 보험가입자의 保險料 수입으로 운영되도록 하고 있다. 保險料의 賦課對象은 소득상한선 이내의 근로소득이 되며, 賃金勤勞者의 경우 노사반반으로 하되 저임금 근로

자의 보험료는 사용주가 전액 부담하게 된다. 그리고 자영자의 경우 본인이 전액 부담하도록 하고 있다. 농업경영자와 무급가족종사자의 保險料는 경영자가 전액 부담하도록 하고, 보험료는 경작면적(정확하게 말하면 지역별 단보당 평균 산출량)을 기준으로 부과하게 된다.

保險料 納付의 例外規程으로서 군인의 경우 국가, 실업자와 이주민의 경우 고용보험 그리고 재활치료를 받고 있는 환자의 경우 해당 재활기관에서 전액 부담하도록 하고 있다. 대학생의 경우 保險料는 연방 교육촉진법에 의거하여 지급되는 학비보조수당의 9%로, 1991년의 경우 일인당 67.50마르크를 징수하였다. 그리고 年金受給者에 대한 保險料는 연금수급액을 기준으로 당사자와 공적연금보험에서 각각 절반씩 부담하도록 하고 있다.

조합별 가입자의 연령구조가 상이하여 발생하게 되는 재정불균형문제를 해소하기 위하여 의료보험연합회는 법률에 따라 재정조정사업을 수행하고 있다. 그러나 農業疾病金庫에 대해서는 재정조정사업의 적용에서 제외하고, 대신 연방정부에서 보험재정의 적자분을 보전해 주고 있다.

綜合病院은 의료공급을 위한 사회적 기간시설로 인식할 수 있다. 따라서 시설의 설치비용과 기계의 구입비는 綜合病院財政支援法(Krankenhausfinanzierungsgesetz)에 의거하여 연방, 주정부 그리고 자치단체에서 부담하도록 하고 있다. 다만 종합병원의 관리운영비는 公的醫療保險과 체결한 보험수가율의 수입으로 충당하게 된다.

5) 行政管理體系

獨逸의 公的醫療保險은 분산관리의 원칙에 따라 개개의 疾病金庫에서 職域 또는 地域別로 구분하여 운영하고 있다. 이에 따라 통일 직전 독일에는 전국적으로 1,151개의 疾病金庫가 있었으며, 개별 疾病金庫

는 비영리적인 공적기관으로서 보험가입자의 健康增進, 豫防 그리고 질병의 치료를 위하여 독립적으로 사업을 수행하게 된다.

獨逸 公的醫療保險制度의 특징으로 自律管理運營의 原則(Selbstverwaltungsprinzip)을 들 수 있다. 個別 疾病金庫는 독립적인 기구로서 정책의 수립, 조직의 구성 및 운영 그리고 재정운영은 疾病金庫의 독자적인 판단에 따라 운영되고 있다. 그리고 최고 경영진은 선거를 통하여 선출되게 된다. 조직의 민주적 운영은 제도에 대한 보험가입자의 신뢰도를 제고하고 수요자의 욕구를 제도에 용이하게 반영할 수 있다는 장점을 가지고 있다. 나아가 組織運營의 民主性은 사회의 안정에도 기여하고 있다.

현재 독일에서는 公的醫療保險制度의 분산운영에 따라 발생하고 있는 문제점에 대한 논란이 있다. 국가적 차원에서 관리운영비의 과다지출문제 그리고 개별 疾病金庫間 保險料의 격차문제가 대표적인 문제점으로 대두되고 있다. 이러한 중대한 문제에도 불구하고 獨逸의 公的醫療保險制度의 통합은 현실적으로 불가능할 것으로 판단된다. 왜냐하면 100년 이상 독립적으로 발전해온 제도를 통합하는 것은 상당한 혼란이 예상될 뿐만 아니라 制度運營의 效率性을 심대하게 저해할 우려가 있기 때문이다. 특히 제도의 통합운영은 경제적인 측면에서 규모의 불경제문제와 사회적인 측면에서 제도운영의 비민주성을 초래할 우려가 있다. 따라서 公的醫療保險制度의 分散管理體系는 운영의 자율성을 담보할 수 있고 나아가 수혜자 중심의 보험사업을 수행할 수 있는 필수적인 요소가 되고 있다.

나. 獨逸 聯邦鑛産勤勞者 疾病金庫의 事業施設

獨逸 公的醫療保險制度의 보험사업은 疾病金庫(Krankenkasse)別로 상당한 차이를 보여주고 있다. 왜냐하면 疾病金庫는 독립적인 사업주

체로서 정책수립 및 제도운영은 個別金庫의 자율적 판단하에서 수행하고 있기 때문이다. 여기서는 연방광산근로자 질병보험금고의 사업시설 전반에 대해서 살펴보고자 한다.

1) 疾病金庫의 直營病院

가) 現況 및 概要

연방광산근로자 疾病金庫는 의료보험법에서 지정한 法定給與(Soll-Leistung) 이외에도 추가적인 부가서비스(Kann-Leistung)을 제공하고 있다. 구체적으로 조합은 전국에서 유일하게 총 8개의 독자병원을 운영하고 있다. 대표적인 疾病金庫 직영병원으로는 보쿰-랑엔드리어 병원, 렉크링하우젠, 줄츠바하 그리고 아아헨 근교 바르덴바르크 등의 병원이 있으며, 이들은 인근지역 소재 대학들의 敎育病院으로도 활용되고 있다.

직영병원들은 모두 종합병원으로서 광산질병금고 가입자 이외에도 여타의 사용자에게 예외없이 공개되고 있으며 각 병원별로 전문분야를 특화하여 顧客滿足에 충실한 의료서비스를 제공하고 있다.

연방광산근로자 疾病金庫의 직영병원들은 거의 전 의학부문을 망라하고 있으며 전체 병원들의 총 看護日數는 연간 약140만일에 달하고 있다. 이중에서 약 34%는 광산근로자 疾病金庫에 가입한 환자들의 입원 치료일에 해당되며, 기타의 疾病金庫 환자들은 61% 그리고 일반 환자들은 약 5%를 차지하고 있다. 이러한 病床日數의 분포 상황에서 直營病院이 독일국민의 보건 향상에 상당한 기여를 하고 있음을 알 수 있다. 주 정부가 의료 정책에 광산근로자 疾病金庫의 직영병원들을 관련시키고, 또한 公共支援 對象 病院으로 지정한 이유는 病院 供給(krankenhausversorgung)과 관련하여 큰 기여할 수 있을 것으로 판단

하고 있기 때문인 것으로 생각된다.

광산근로자 疾病金庫 직영병원들의 의료진과 간호 및 행정 업무에 종사하는 종사자들 모두는 최신 의학이 요구하는 전문적 지식을 구비하고 있다. 이밖에도 直營病院들은 급속히 발전하고 있는 의학기술에 발맞춰 나갈 수 있는 고도의 의료 기술을 보유하고 있다.

나) 보쿰-랑엔드리어 直營病院 運營現況

疾病金庫 直營病院의 하나인 보쿰-랑엔드리어 직영병원(루르대학부속병원)의 연혁에 관해 살펴보면 1909년에 최초로 내과와 외과를 전문으로 하는 병원이 설립되었다. 1918년에는 연방광산근로자 疾病金庫를 인수하여 사업의 수행에 필요한 재원을 확충할 수 있게 되었다. 이에 따라 疾病金庫 直營病院은 1931년에는 400명상 그리고 1950년에는 540명상으로 그 규모를 점차적으로 확대하게 되었다. 동시에 진료과목도 종전의 내과와 외과 이외에도 부인과와 안과가 추가로 설립되었다. 1977년에는 보쿰대학 부속병원을 설립하고, 이때부터 광산근로자가 아닌 일반인도 진료를 받을 수 있는 기회를 제공하게 되었다. 直營病院은 현재 총 558명상 규모에 11개 진료과목을 운영하고 있으며, 병원은 외상사고자 치료, 특히 일반, 정형외과 그리고 이식수술 부문에 전문성을 갖추고 있다.

다음에는 보쿰-랑엔드리어 直營病院의 運營現況을 살펴보고자 한다. 1995년의 경우 전체 진료환자수는 15,334명을 기록하였다. 그리고 入院患者의 平均 入院日數는 10.17일이었으며, 병상점유율은 80.9%를 차지하였다. 病院運營에 소요된 비용은 장기요양 관련 급여가 99백만 마르크, 기타비용으로 외래, 응급 및 시설운영비 등이 790만 마르크로 전체적으로 대략 107백만 마르크를 기록하였다. 전체 급여비의 10% 정도는 病院施設 補充 및 장비구입에 충당하며, 그 이외의 시설비용은

市에서 부담하고 있다.

진료와 관련하여 발생하는 비용의 일부는 의료수요자가 부담하게 된다. 診療費의 算定은 진료조건표에 의거하여 환자에게 공지하도록 하고 있다. 이러한 方案의 目的은 의료공급자의 適定診療를 도모하고 동시에 의료수요자의 경제적 醫療消費行爲를 유도하고자 하는데 있다.

다) 直營病院 醫療人力 受給體系

被保險者들의 일반의료 및 치과의료상의 진료를 돕기 위하여 疾病金庫는 독자적인 의사운영시스템을 개발하였는데, 이는 疾病金庫의 역사적 전통중의 하나이다. 요컨대 “광산 의사”를 고용하여 광산인들을 진료토록 한 일은 광산의 태동과 거의 그 시기를 같이 하는 것으로 19세기 중반부터 “組合醫師”란 용어가 통용되었다.

疾病金庫 고유의 의사공급체계는 현재 아아헨 지역, 루르 지역 그리고 쾰른, 니더라인 및 자아르 등에서 운영되고 있으며, 이들 지역에서 거주하고 있는 保險加入者들은 조합 醫師/專門醫들 중에서 원하는 의사를 자유로이 선택할 수 있으며, 또한 疾病金庫에서 직접 공급하는 의사들의 진료도 받을 수 있도록 하고 있다. 현재 연방 광산근로조합은 574명의 조합의사, 470명의 組合專門醫師, 215명의 組合齒科醫師들과 개별 계약을 맺어 긴밀한 醫療供給體制를 갖추고 있다.

2) 專門療養所(Kurklinik)

가) 適用對象

專門療養所는 의료적 치료 이후 장기적인 看護와 療養을 필요로 하는 환자를 대상으로 운영되고 있다. 구체적인 적용대상자는 외과수술 후 회복기에 들어가는 환자, 의사가 처방에 따라 입소하는 慢性疾患者

가 된다. 전문요양소 運營의 目的은 첫째, 질병을 치유하여 조속한 사회복귀에 도모하고 둘째, 慢性疾患者의 병원입원일수를 축소하여 保險財政의 安定化를 도모하고자 하는데 있다.

나) 一般運營現況

연방광산근로자 疾病金庫에서는 장기성 질환자를 위하여 현재 5개의 전문요양소를 운영하고 있다. 독일 전체적으로 볼 때 疾病金庫 직영 전문요양소는 구 서독지역에만 550개소가 있다. 개별 요양소는 질환별로 심장질환자, 폐질환자, 위장·당뇨병 환자, 뼈골절 환자 등을 대상으로 특성화를 유지하고 있다. 전문요양소별 특성화는 각 疾患別 治療效果를 極大化할 수 있다는 장점을 가지고 있다.

전문요양소에서는 개별 환자의 疾病特性을 고려하여 개인별 治療計劃을 수립하고 있다. 특히 소화기관의 이상, 신진대사상의 질환, 당뇨병, 운동기관의 질환, 정신, 자율신경계 질환, 심장과 순환기계의 질환, 종양의 제거 후 후유증이 우려되는 환자에 대한 治療節次를 개별적으로 결정하게 된다. 이러한 업무를 수행하기 위하여 요양소에서는 임상적 검사, 심전도검사, 근력측정, 장시간 심전도검사, 24시간 혈압측정, X선촬영, 내시경검사, 음파홀로그래프 검사에 필요한 장비를 갖추고 있다.

다) 專門療養所의 業務營域

전문요양소의 주요업무는 질병의 치료보다는 일상생활속에 식사, 행동, 습관등의 행동개선교육에 치중하고 있다. 특히 암환자에 대해서는 정상인들과 같이 생활할 수 있는 직장내에서 생활습관의 개선교육, 음식조절 그리고 우울증세에 대한 정신안정 등에 대해 조언을 하며, 아울러 가족에도 教育參與의 기회를 제공하고 있다.

수술환자의 신체적 재활능력을 제고하기 위한 구체적인 사업으로써 체조 및 트레이닝 치료(실내 및 야외와 근력측정기 훈련) 그리고 광천 및 물리요법(광물욕장, 약물욕장, 하우페식 욕장, 크나이프식 요법 등), 요가, 해염, 팡고(더운 찜질용 泉泥), 수중맞사지 치료, 그리고 電氣療法, 단파, 超音波療法이 실시되고 있다. 이러한 특정질환 치료사업 뿐만 아니라 專門療養所에서는 환자의 心理的 安定感과 再活意志를 제고하기 위하여 각종 레크리에이션 장비를 구비하고 있다. 특히 요양소 구내에 수영장, 탁구장, 볼링장, 당구장, TV시청 장소, (벽)난로방, 도서관, 체스(서양장기)장이 설치되어 있다. 이 이외에도 屋外 프로그램으로써 산보코스, 자전거 코스, 테니스장, 미니골프장, 요양지 음악회, (초청)음악회 및 연극공연, 영화관 등을 구비하여 환자의 治療效果를 제고하고 있다.

라) Bad Neuenahr - Ahrweiler 專門療養所의 運營現況

여기서는 연방광산근로자 疾病金庫에서는 직영하고 있는 5개의 전문요양소 가운데 Bad Neuenahr-Ahrweiler 療養所의 運營現況에 대해 살펴보고자 한다.

Bad Neuenahr-Ahrweiler 전문요양소는 연방광산근로자 疾病金庫의 재원으로 1983년에 최초로 개관되었다. 여기서는 제반 의료 및 물리장비 이외에도 별도로 치료욕장을 갖추고 있으며 화산의 알칼리성 광천수로 유명하다. 전문요양소의 직원은 疾病金庫의 職員으로 하고, 인력 구성은 일반의사 8명, 정신과 의사 2명, 간호사 11명, 물리치료사 10명 그리고 식이요법 관리사 2명으로 되어 있다. 병상규모는 총 165개이며, 이 중 157개는 일인용 병실로 되어있다. 모든 병실에는 발코니, 전화, TV 및 라디오가 갖추어져 있다. 療養期間은 환자의 상태에 따라 차이가 있으나, 평균 4~6주 가량이다. 병원운영비의 절감을 위하여

疾病金庫에서는 1996년 평균요양일수를 3주로 단축할 계획에 있다.

療養期間 중 발생하게 되는 비용은 일일기준으로 170마르크는 질병금고에서 그리고 환자는 12마르크를 부담하도록 하고 있다. 전문요양소는 원칙적으로 해당 疾病金庫 加入者들만 이용할 수 있도록 하고 있다. 그러나 지역적 여건을 고려하여 시설의 여유가 있을 경우에 한해서 타 疾病金庫 加入者에게도 제한적으로 이용을 허용하고 이용료는 질병금고간 상계처리하도록 하고 있다. 전문요양소의 의료장비 구입재원은 疾病金庫와 地方自治團體의 財源으로 충당하고 있다.

다. 健康增進事業

獨逸 公的醫療保險制度의 보험사업과 관련하여 큰 변화가 나타나고 있다. 종전 사후적인 治療爲主의 事業에서 사전적인 疾病豫防 및 健康增進事業이 강조되고 있다. 이에 따라 제도의 성격도 질병보험에서 健康保險으로 전환해 오고 있다.

1) 健康檢診事業

보험자는 질병의 조기진단을 위하여 健康檢診事業을 실시하고 있다. 健康檢診은 35세 이상의 피보험자를 대상으로 매 2년마다 1회씩 무료로 실시하고, 檢診種目は 심장병, 순환기 질환, 당뇨병 등 성인병으로 하고 있다. 그리고 매년 1회에 한해서 질병금고의 부담으로 癌檢診事業이 실시되고 있다. 여성 피보험자의 경우 자궁암 검사는 20세 이상부터, 유방암과 피부암 검사는 30세부터 그리고 기타 대장 부위의 암 검진은 45세부터는 실시하도록 하고 있다. 남성 被保險者의 癌檢診은 45세 부터 실시되며, 檢診種目は 직장암, 피부암 등 일부로 하고 있다. 임신부와 태아의 健康檢診은 검진시기와 시기별 검진내용에 대한 지

침을 정하여 실시하고 있다. 그리고 6세 이하 어린이에 대한 健康檢診은 9가지 종목으로 구분하여 수행하고 있다. 被保險者에 대한 豫防接種은 종목에 상관없이 의사의 책임하에 실시할 수 있도록 하고 비용은 전액 疾病金庫에서 부담하고 있다.

2) 健康管理事業

疾病金庫는 被保險者의 健康增進을 위하여 다양한 건강관리 프로그램을 마련하여 무료로 제공하고 있다. 이 밖에도 疾病金庫는 사회복지대학(Volkshochschule)이나 유사기관(근로자 복지단체, Caritas, 적십자사 등)에 財政支援을 하여 관련 프로그램의 내용과 질을 제고하고 사업의 활성화를 도모하고 있다. 구체적인 건강관리 프로그램으로는 금연 트레이닝, 건강식 상담과 관련 요리 강좌, Fitness course와 관련 강좌, self-control 훈련과 유사 긴장 해소 훈련, 체조 강좌, 수영 등이 있다.

健康增進은 국민 개개인의 인식제고와 함께 건전한 食生活 習慣의 維持를 통하여 효과적으로 달성할 수 있다. 따라서 公的醫療保險制度은 의료공급자, 연방 및 주정부 그리고 지방자치단체와 협력하여 보건 교육, 의료정보사업을 적극적으로 수행해 오고 있다. 獨逸 公的醫療保險制度은 被保險者의 健康增進을 위하여 자발적 단체인 셀프-헬프(self-help)그룹을 발굴하여 지원해 주고 있다. 1992년 의료개혁법에서는 셀프-헬프 그룹에 관한 규정을 마련하여 疾病金庫가 健康增進 및 재활에 관여하고 있는 셀프-헬프 그룹에 보조금을 지원할 수 있도록 하고 있다. 지원의 내용과 수준의 문제는 각 疾病金庫가 정관에 따라 재량에 의해서 자유롭게 결정할 수 있다.

라. 公益醫療專門要員制度

연방의료보험연합회에서는 公的醫療保險制度에 가입하고 있는 전체 被保險者에게 양질의 의료서비스를 보편적으로 보장하기 위하여 공공적 차원의 醫療專門要員制度(Sozialer Medizinischer Dienst)를 운영하고 있다. 동 제도의 주된 목적은 기술의 발전 그리고 인구구조 및 사회적 변화에 대처하여 의료정책의 기본방향을 제시하고 被保險者의 醫療便益增進(상담 및 의료분쟁조정 등)을 도모하는 데 있다.

공익의료전문요원은 전문분야의 의사들과 숙달된 보조 인력들로 구성되며, 신분 및 업무수행상 완전한 독립성이 보장되고 있다. 聯邦醫療保險聯合會는 의료와 관련한 전문적인 연구를 수행할 수 있도록 하기 위하여 종합의료센터를 설립하여 첨단장비를 갖춘 실험실을 운영하고 있다. 公益醫療專門要員들은 환자의 치유과정을 수년간에 걸쳐 세심히 추적하여 효율적인 醫療供給體系를 마련하는 역할을 수행하고 있다. 공익의료전문요원제도의 운영에 필요한 재원은 전체 疾病金庫에서 共同負擔하고 있다.

보편적인 의료정보서비스를 제공하기 위하여 연방의료보험연합회는 公益醫療專門要員을 전국적으로 파견하고 있다. 그리고 의료관련 정보를 총괄하고 합리적인 의료정책을 수행하기 위하여 연방적 차원의 중앙기구를 설치해 두고 있다. 중앙의 공익의료전문요원은 의료업무 뿐만 아니라 연금 그리고 장기요양보험의 업무를 동시에 수행하게 되며, 전체 社會保險制度間 긴밀한 업무공조체계를 구축하는데 조력할 의무가 있다.

구체적으로 연방광산근로자 질병금고에 있어서 公益醫療專門要員의 役割은 다음과 같다: 피보험자와 그 가족들을 대상으로 特別檢診의 實施, 주치의들을 위한 업무지원, 피보험자에게 질병이 발생하여 업무수행에 애로가 발생할 경우 직장교체를 주선, 재활조치의 주선, 장애연

금의 수급에 필요한 소견서의 발급 그리고 연방장기요양보험법에 따라 간병의 필요성 여부 판단.

마. 長期療養保險制度的 導入

1) 導入背景

오늘날 독일은 평균수명의 연장과 출산율의 감소로 인하여 人口構造의 老齡化傾向이 현격하게 나타나고 있다.⁷⁾ 平均壽命의 延長은 死亡率(mortality rate)의 감소에 의한 결과이며, 그에 상응하는 만큼 국민들의 건강이 증대되고 있다는 것을 의미하지 않는다. 일반적으로 평균수명의 연장은 퇴행성 慢性疾患에 앓고 있는 노령인구의 증가를 초래하여 국민전체적으로 疾患率(morbidity rate)이 상승하게 된다 (Schraa, 1994). 독일의 사회조사연구소에 의해 발간된 Socialdata-Untersuchung에 따르면 1978년의 경우 전체 장기간호서비스를 요하는 노령인구는 대략 2백만명으로 추산되고 있다.⁸⁾

獨逸 公的醫療保險에서는 노인성 慢性疾患을 신체적 기능의 저하에 따른 자연적 현상으로 간주하여 給與對象에서 제외하고 있다. 중풍, 치매 등을 앓고 있는 노인의 경우 가족 또는 친지로 부터의 간호가 필요로 하는 반면, 현실에 있어서는 核家族化와 個人主義로 인하여 가족의 기능은 이미 오래전 부터 상실되어 오고 있었다. 따라서 慢性疾患의 노령인구에 대한 부양의무는 전적으로 국가 또는 지방자치단체에 전가되고 있었다.⁹⁾ 이러한 사회적 문제(social problem)에 대처하

7) 최근 독일의 한 연구기관은 2000년 독일전체 인구중 60세 이상의 노령인구가 차지하는 비율이 25%가량에 달할 것이라는 충격적인 연구보고서를 제출한 바 있다.

8) Sozialforschungsinstitut(1980), Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart

여 연방정부는 1994년 5월 요개호자의 사회적 보호에 관한 법률”(일명 장기요양보험법: Pflegeversicherungsgesetz)을 제정하여 1995년 1월 1일부터 독일의 다섯번째 社會保險이 출범하게 되었다.

2) 適用對象

장기요양보험은 제도적용의 강제성을 바탕으로 하고 있다. 적용대상은 제도의 도입당시 公的醫療保險에 가입하고 있는 모든 계층으로 하고, 보험가입자의 피부양자에게도 동등한 제도의 혜택이 주어지도록 하고 있다. 商業醫療保險에 가입하고 있는 계층의 경우 기존의 보험기관에서 추가적으로 長期療養保險에 가입할 수 있도록 허용하고 있다. 公的長期療養保險 가입자는 1995년의 경우 전체국민의 약 92%, 商業長期療養保險 가입자는 7.7%가량이 되고 있다. 그리고 제도도입 당시 이미 長期療養을 요하는 환자에 대해서는 의료보험에 가입하고 있었을 경우 제도의 혜택을 부여하고 있다.¹⁰⁾

3) 財源의 調達

장기요양보험은 타 社會保險과 마찬가지로 保險料에 의해 운영되며, 가입자 및 사용자에 부담을 주고 있다. 1995년 保險料率은 1%이며 1996년 7월부터 1.7%로 인상되었다. 公的醫療保險에서와 같이

-
- 9) 장기요양보험제도가 도입되기 이전 노인간호를 위해 소요되는 비용은 공공부조의 재정에서 충당되고 있었다. 1994년의 경우 전체 공공부조재정에서 노인간호비용이 차지하는 비율은 대략 35%가 되어, 제도 본연의 목적인 빈곤보호의 기능을 크게 위협하게 되었다.
 - 10) 이를 달리 표현하면 독일의 장기요양보험제도는 부과방식으로 운영되고 있음을 의미한다. 사회보장정책적 관점에서 부과방식은 제도도입 초기부터 제도의 혜택을 제공할 수 있다는 장점을 가지게 된다. 왜냐하면 개인 저축적 성격을 가진 적립방식과는 달리 부과방식은 사회적 위험에 대한 세대간 연대성을 바탕으로 운영되기 때문이다.

보험료는 所得上限線(1995년 월 5,850마르크) 이내의 소득에 대해 부과되고 있다. 그리고 年金受給者の 경우 年金所得(별도의 근로소득이 있을 경우 합산소득)을 기준으로 본인과 공적연금보험제도에서 당사자의 保險料를 절반씩 부담하고 있다. 長期療養保險制度의 도입에 따른 기업주의 추가적 비용부담을 경감해 주기 위하여 관련법에 의거하여 근로자의 연간 휴일일수 가운데 1일을 삭감하도록 하고 있다. 구체적인 일자의 선택은 個別州의 자율적 결정에 따르도록 하고 있다.

長期療養保險制度의 運營에 소요되는 비용은 이원적 財源調達方式(Dualfinanzierungssystem)에 의해 충당되고 있다. 먼저 개호시설의 설치를 위한 投資費用은 주정부에서 부담하도록 하고 있다. 투자시설 비용을 주정부에서 부담하는 주된 이유는 제도의 도입에 따라 야기되는 국가적 차원의 비용을 社會保險으로 전가하는 문제를 해결하기 위해서이다. 왜냐하면 종전 경제적 능력이 없는 慢性疾患者の 개호비용은 주정부의 재원으로 운영되는 公共保護制度를 통해 해결해 왔기 때문이다. 다음으로 제도의 운영비용은 介護保險金庫가 부담하도록 하고 있다. 이에 따라 개호보험금고는 개호시설의 운영자측과 체결한 개호서비스 요율표에 의거하여 환자의 개호비용을 지급하고 있다.

4) 給與

장기요양보험제도의 전면적 도입에 따른 經濟的 衝擊과 管理運營上의 隘路點을 고려하여 급여는 단계적으로 확대해 오고 있다. 이에 따라 1995년 1월 1일 부터 전체 적용대상자로 부터 보험료를 징수하고, 1995년 4월 1일 부터는 제 1단계로써 家庭介護給與를 지급하게 되었다. 그리고 1996년 7월 1일 부터는 제 2단계의 조치로써 시설개호자에 대해서도 급여를 확대 실시하고 있다.

신체적인 장애가 있는 사람의 경우 활동에 상당한 애로가 발생하게

되며, 따라서 타인의 도움을 필요로 하게 된다. 그러나 이는 환자에 대한 治療的 또는 醫療的 次元의 保護와는 달리 당사자의 일상 및 사회활동능력을 지원하기 위한 “기본적 돌봄(basic care)”을 의미한다. 통상적으로 도움의 종류는 4가지로 구분하여 살펴볼 수 있다. 첫째, 신체상의 돌봄(예를 들면 목욕, 샤워어 또는 머리손질 등) 둘째, 영양섭취상의 돌봄(예를 들면 적절한 음식준비, 식사제공, 특별한 식이요법 등) 셋째, 이동상의 돌봄(예: 기상, 옷입기, 옷벗기, 걷기, 서기 또는 계단오르기 등) 넷째, 가사상의 돌봄(예를 들어 시장보기, 요리, 청소 또는 설건이 등)이 있다.

이러한 기본적 보호의 분류를 바탕으로 급여의 수준은 당사자 障害의 程度에 따라 3등급으로 구분하고 있다. 1등급의 경우 看護를 상당히 필요로 하는 자로서 신체, 영양섭취 또는 이동중 최소한 2개분야에 지장이 있으며, 가정돌보기 케어 분야에서 매주 1일 1회의 도움이 필요로 하는 자가 해당된다. 2등급의 경우 간호를 절실히 필요로 하는 자로서 보호의 분류 전반적으로 하루에 시간을 달리하여 3회의 도움을 필요로 하는 경우가 된다. 3등급의 경우 간호를 절대적으로 필요로 하는 자로서 24시간 내내 보호가 필요하고 가정돌보기 케어도 필요로 하는 경우가 이에 해당된다.

介護의 必要性 및 深刻城과 관련한 결정은 질병보험금고의 의료서비스부(Medical Service)에 근무하는 전문가와 가정의, 간호진 및 다른 전문가(social worker, 심리학자 등)에 의해서 이루어 진다. 이때 질환의 병력, 평가, 담당의사의 소견 등이 고려되지만 결정적인 판단은 의료서비스부의 전적인 책임이며 보통 요개호자의 가정에서 행해진 검사를 기초로 하고 있다.

長期療養保險의 給與는 가정요양과 시설요양으로 구분하여 現物給與와 現金給與가 제공되고 있다. 급여는 개호로 인하여 발생하는 비용

의 일부를 부담하는 것을 원칙으로 하고 있다. 가정개호는 가족내 인적자본을 활용하고 이에 소요되는 비용을 지원함으로써 가족 구성원 간 連帶意識을 제고하고자 하는 데 주된 목적이 있다. 그리고 가족에 의한 보호는 환자의 심리적 안정 뿐만 아니라 시설개호에 비하여 비용절약적인 장점을 가지고 있다. 따라서 시설개호는 상태의 심각성과 보호가족의 존재여부를 고려하여 제한적으로 제공하도록 하고 있다.

家庭介護로 인하여 발생하는 비용은 환자의 간호에 소요되는 직접적인 비용과 간호자가 勤勞活動의 中斷으로 인해 발생하게 되는 기회비용으로 구성된다. 먼저 간호비용에 대한 보상은 환자의 장애상태에 따라 1등급의 경우 월 750마르크, 2등급의 경우 월 1,800마르크 그리고 3등급의 경우 월 2,800마르크를 지급하도록 하고, 특별장애의 경우에는 최고 월 3,750마르크까지 지급할 수 있도록 하고 있다.

개호환자의 간호에 따른 간호자의 機會費用에 대한 보상 또한 환자의 장애등급에 따라 1등급 월 400마르크, 2등급 월 800마르크 그리고 3등급 월 1,300마르크를 지급하고 있다. 개호로 인한 간호자의 육체적·정신적 부담을 감안하여 연간 4주 이내에 휴가가 보장되고 있다. 이에 따른 對替看護費用은 장기요양보험금고에서 2,800마르크 한도내에서 부담하고 있다. 나아가 개호환자 간호의 편의를 도모하기 위하여 해당 금고는 개호보장구(예를 들어 휠체어, 특별 개호침대 등)의 구입비용을 지원하고, 건당 5,000마르크의 한도내에서 집구조의 변경에 소요되는 비용을 부담하고 있다. 가족과 자발적 간호제공자에 대한 무료의 훈련코스도 별도로 지원하고 있다. 나아가 長期療養保險金庫는 간호자의 연금보험료와 산재보험료를 대리납부해 주고 있다.

시설개호의 경우 전체 비용중 월 2,800 마르크까지 現物給與의 형태로 지급되고 있다. 다만 개호를 절대적으로 필요로 하는 사람에 대해서는 예외적으로 월 3,300마르크까지 지급될 수 있도록 하고 있다. 원

칙적으로 入院費用은 당사자 또는 그 가족이 부담하도록 하고 있다.

장기요양보험금고는 의학적, 과학적 지식에 기초하여 양질의 급여서비스를 지속적으로 제공할 의무가 있다. 이를 위해 介護保險金庫는 시설의 질(quality)에 대한 평가를 바탕으로 개호 공급자들과 서비스계약 및 상환협정을 체결하게 된다. 공급기관의 선택시 민간, 자선단체 및 공공복지 제공자간 완전한 競爭原理가 적용된다.

5) 行政管理機構

공적장기요양보험제도는 獨逸 社會保險의 다섯번째 축(pillar)으로써, 제도운영은 醫療保險制度의 傳達體系를 활용하고 있다. 이에 따라 별도의 행정관리기구가 설치되지 않았다. 의료보험제도 전달체계의 활용방안은 관리운영비의 절감효과 뿐만 아니라, 長期看護와 疾病은 위험의 성격상 상호 유사한 부분이 많기 때문에 채택된 사안으로 판단된다. 우리나라의 경우 老齡人口의 急增趨勢에 따라 장기간호보험제도의 도입에 대한 논의가 활발해 질 것으로 예견되고 있다. 따라서 제도의 導入方案과 行政管理機構의 설치시 獨逸은 물론 현재 관련제도를 도입하고 있는 국가의 사례에 대한 심도있는 研究가 필요로 할 것으로 생각된다.

3. 프랑스의 醫療保險金庫의 役割과 保險財政

가. 公的醫療保險制度의 一般現況

프랑스 公的醫療保險制度의 體系는 지역별 구분에 따라 크게 일반제도, 특별제도, 상공업 자영자제도 그리고 농업자제도로 구성되어 있

다. 이 가운데 일반제도는 民間部分의 被傭者를 대상으로 하고 있으며, 전국민의 80% 가량을 적용하고 있다. 特別制度는 공무원과 프랑스 국철, 전력, 가스, 파리 지하철, 파리 국립은행 등 공공부문 종사근로자 그리고 광원 및 선원을 적용대상으로 하고 있다. 독일의 경우에서와 같이 보험가입자의 피부양자에게도 동등한 의료수급의 자격이 부여되고 있다. 현재 프랑스 국민의 99%가 公的醫療保險制度로부터 保護를 받고 있다.

프랑스의 다른 사회보험제도와 같이 공적의료보험제도는 다음과 같은 특징을 가지고 있다. 첫째, 強制加入의 原則을 바탕으로 사회적 위험인 질병에 대한 가입자간 連帶性이 강조되고 있다. 둘째, 自主運營의 原則이 적용되고 있다. 이에 따라 의료보험정책의 수립 및 제도운영과 관련하여 保險者의 自律權이 보장되고 있다. 그리고 제도의 운영에 대한 국가의 개입은 가능한 한 최소화하고 있다. 셋째, 民主的 運營의 原則이 적용되고 있다. 이에 따라 보험가입자는 선거를 통하여 최고운영자를 선출할 권리가 있으며, 制度運營에 참여할 수 있는 기회가 보장되고 있다.

나. 프랑스 일드地方疾病保險金庫

1) 一般運營 現況

프랑스의 공적의료보험제도는 組合主義의 原則에 따라 지역 그리고 지역별로 분산관리되고 있다. 따라서 프랑스에는 상당수의 질병금고가 相互 獨立的으로 운영되고 있다. 여기서는 일드지방질병금고에 국한하여 제도의 운영현황을 살펴보고자 한다. 동 疾病金庫는 발두와즈현(Val-D'oise), 오드센느현(Hauts-de-Seine), 센느생드니현(Seine-Saint-Denis), 파리(Paris), 이블린현(Yvelines), 발드마른현(Val-de-Marne), 에손현(Essonne),

센에마른 현(Seine-et- Marne) 등의 8개 현(縣)의 居住住民을 대상으로 하고 있다.

일드프랑스는 면적 12,000km²로 프랑스 본토(프랑스령을 제외한 프랑스국토) 면적의 2.2%에 해당되며, 인구는 10,901,500명으로 프랑스 본토인구의 19%를 차지하고 있다. 經濟活動人口는 프랑스 전체의 약 25%가 되며, 535,014개의 기업이 해당지역에 소재하고 있다. 그리고 동 지역에는 1,500개의 醫療機關 및 保健社會機關이 있다. 일드지방 질병금고는 17개의 直營病院을 운영하고 있으며, 전체 병상수는 2,000개 가량이 된다. 국가에는 운영하고 있는 보건시설은 10개로 총 1,251병상을 보유하고 있다. 이 이외에도 사회복지단체에서 운영하고 있는 社會醫療施設은 7개이며 728개의 병상을 운영하고 있다.

2) 醫療供給者와 疾病金庫의 關係

일드지방 질병금고는 醫療給與 後拂의 原則에 따라 보험가입자가 진료비를 자기비용으로 우선 지불하도록 하고 추후에 정산하고 있다. 의료비 정산에 있어서 便宜를 圖謀하기 위하여 별도로 대리 지급인을 설치해 두고 있다.

질병금고는 개별 醫療供給機關 豫算 및 診療費의 策定과 診療內容에 대하여 직접적으로 관여하고 있다. 질병금고는 관할지역 의료공급 체계의 확충을 위하여 재정지원을 하게 되는데, 1986년 이래 160차례에 걸쳐 통해서 2억 4천만 프랑(약 3백 84억원)을 투자하고 있다. 특히 老人專門 의료기관이나 보건시설이 자금지원의 우선적인 대상이 되고 있다. 이 이외에도 질병금고는 해당지역 保健計劃의 樹立 그리고 産業災害의 豫防과 被災者의 再活 및 소득지원과 관련한 업무에도 적극적으로 참여하고 있다.

질병금고는 560명의 사회복지요원을 고용하여, 질병, 사고, 궁핍한

생활 등으로 고통을 받고 있는 피보험자를 지원해 주고 있다. 被保險者의 保健教育을 위하여 질병금고는 2,750회의 토론회 및 세미나를 개최하였으며, 또한 675회의 전시회를 개최하였다.

3) 疾病金庫 直營 專門療養施設 現況

질병금고는 피보험 환자의 건강회복과 사회·심리적인 안정을 위하여 專門療養施設을 직영해 오고 있다. 대표적인 시설로는 카톨릭구호연합에서 설립한 휴양소, 국가원조의 원조를 받아 1978년에 설립한 MAGENDIE休養所, 타지역 환자의 가족을 위한 숙박시설, 장기입원 아동의 부모를 위한 “부모들의 집”이 있다. 이러한 시설은 無料 또는 廉價로 사용할 수 있도록 하고 있다.

전문요양시설은 세가지의 기능을 수행하고 있다(表 IV-11참조). 첫째, 수술환자 및 장기환자의 回復과 休息을 위한 기능이 있다. 이러한 시설은 일드지방 행정구역내에 3개소 그리고 이외의 지역에 별도로 1개소가 설치되어 있다. 둘째, 비정상 아동을 위한 休養施設로서 이는 행정구역내에 3개소 그리고 관외지역에 2개소가 운영되고 있다. 셋째, 職業適應 및 再活을 위한 시설로써 행정구역 내에 5개소 그리고 관외지역에 2개소가 있다.

〈表 IV-11〉 機能別 專門療養施設 運營現況

(단위: 개소)

시설의 종류별	행정구역 내	행정구역 외
병회복 및 휴식을 위한 시설	3	1
적응하지 못하는 어린이를 위한 시설	3	2
건강기관(직업재활센터)	5	3

4. 先進國의 保險者 役割의 示唆點

본 절에서는 지금까지의 일본, 독일 및 프랑스의 보험자의 역할을 재정리함으로써 우리에게 주는 示唆點을 살펴보기로 하자. 日本 保險者의 保健福祉事業은 보험급여에 대한 보충적 서비스의 성격을 가지고 包括인 事業을 수행하고 있는데 病院, 診療所, 保養所 등 直營施設 운영, 예방접종 등 豫防活動, 健康診斷, 健康相談, 健康體操, 高額醫療費貸付事業, 각종 體育大會 및 건강유지·증진을 위해 필요한 각종 사업을 행하고 있다. 특히 國家公務員 및 私立敎職員 共濟組合은 별도로 운영되고 있으나 연금등 복지사업을 함께 운영하고 있는 것이 특징이다. 즉 “共濟組合”은 복지사업, 의료사업, 숙박사업, 기타 후생증진사업을 함으로써 職員의 福祉厚生에 힘쓰고 있으며, 健康福祉에 관련된 주요사업은 직영병원, 직영진료소, 건강관리센터, 보양소, 기타 체력증진을 위한 각종 운동시설을 들 수 있다. 예방과 관련하여 건강교육, 건강상담, 건강진단 기타 건강유지·증진을 위한 필요한 사업을 적극적으로 운영하고 있다. 특히 보건사업은 全國共通의 보건사업과 地域的 特性을 고려한 지역보건사업을 수행하고 있다. 각종 사업의 운영은 直營과 더불어 민간시설에 대한 利用料補助 및 契約에 의한 운영, 타보험자와의 共同運營 및 타보험가입자의 이용을 상호 허용하고 있다. 財源의 調達은 事業形態에 따라 보험료, 이용자부담, 중앙 및 각 지방자치단체의 보조 등 다양하게 구성되고 있다.

일본의 보험자 시설로서 “健康管理센터”가 보편화되고 있는데, 보건교육, 보건지도 및 건강상담, 건강진단 및 사후관리, 체력증진 등 포괄적인 건강관리를 하고 있다. 근래에 高齡者介護에 관련한 事業이 중요하게 부각되고 있으며, 개호의 시설 및 서비스가 醫療的 성격과 福祉的 性격을 융합한 “介護的”서비스로 一元化하는 방향으로 나아가고

있는 것은 향후 우리나라의 노령화에 따른 개호사업에 큰 시사점을 주고 있다.

獨逸의 질병금고 역시 보험사업 뿐만 아니라 피보험자의 건강유지와 증진을 위하여 다양한 사업을 수행하고 있다. 醫療供給의 地域別 不均衡問題를 완화하기 위하여 直營病院을 운영하고 있는 것은 우리나라의 현실에 매우 시사하는 바가 크다. 연방광산근로자 질병금고의 전국 8개 직영병원은 전문분야별로 특화된 專門病院으로써 大學病院으로도 활용하고 있다. 또한 직영병원에 대해 지역보건계획에 따라 지방정부가 支援하고 있다. 한편 長期患者의 간호와 요양을 위하여 專門 療養所를 운영하고 있으며, 현재 구서독 전지역에 550개소 직영 전문요양소가 설치되어 있다. 전문요양소는 환자의 심리적·정서적 안정을 도모하고 신속한 再活 그리고 궁극적으로 정상적인 社會人으로 復歸하는 데에 목적을 두고 있는 데에 유의하여야 한다. 요양소는 종합요양소가 아닌 질환대상별 特性化를 유지하여 각 疾患別 治療效果를 極大化하고 있다. 전문요양소의 체류비용은 병원의 입원비용보다 저렴하게 되어 비용절약적인 치료는 물론 보험재정의 건실화에도 상당한 기여를 하고 있다. 독일 의료보험의 중점사업은 종전 질병보험에서 건강보험으로 전환해 오고 있다. 보험자는 질병의 조기진단을 위하여 자체의 비용부담으로 정기적인 건강검진사업을 실시하고 있으며, 피보험자 건강관리사업의 일환으로써 스포츠센터의 운영과 다양한 건강관리 프로그램을 개발·수행하고 있다.

독일의 獨特한 制度로써 양질의 의료서비스를 보편적으로 제공하기 위한 公益醫療專門要員制度를 운영하고 있는 것이다. 이들의 역할은 特別檢診 실시, 主治醫 업무지원, 질병발생시 職場交替 및 再活措置의 주선, 障害年金의 수급에 필요한 소견서 발급, 그리고 연방장기요양보험법에 따른 看病의 必要性 여부 판단등이다. 또한 의료업무 뿐만 아

나라 年金 그리고 長期療養保險의 업무를 동시에 수행하게 되며, 전체 社會保險制度間 긴밀한 業務共助體系를 구축하는데 조력할 의무가 있다. 독일의 경우에도 인구의 노령화와 만성 퇴행성 질환자의 증가에 대처하여 장기요양보험제도를 운영하고 있으며, 家庭療養과 施設療養으로 구분하여 다양한 서비스가 제공되고 있다.

프랑스의 경우 질병금고의 특징은 醫療供給者에 대한 監督權과 의료관련 社會間接資本의 확충을 위한 역할을 수행하는 데에 있다. 개별 의료공급기관의 豫算 및 診療費 책정 그리고 診療內容에 대하여 직접적으로 관여하는 등 보험자에 대한 상당한 自律과 責任을 부여하고 있다. 또한 의료수혜의 형평성을 보장하기 위하여 관할지역 醫療供給體系의 확충에 필요한 재정지원을 하고 있어 公共醫療資源 供給者로서의 역할도 한다. 이 이외에도 保健計劃의 수립 그리고 産業災害의 豫防과 피재자의 再活 및 所得支援과 관련한 업무에도 관여하고 있다. 또한 질병금고는 보험환자의 건강회복과 심리적·정서적 안정을 위하여 專門療養所를 直營하고 있다. 전문요양소는 기능별로 장기환자의 회복 및 휴식, 비정상 아동의 치료 및 보호 그리고 職業再活 및 社會適應支援을 위하여 별도의 시설로 운영되고 있다. 시설사용료는 무료 또는 실비로 제공하고, 나아가 요양소에 입원한 非正常 兒童의 부모를 위하여 별도의 숙박시설을 운영하고 있다.

V. 被保險者의 健康福祉 需要調査

1. 調査概要

가. 調査目的

보험자로서의 의료보험관리공단이 자신의 被保險者 및 被扶養家族에 대한 疾病의 治療, 豫防 및 健康增進 事業에 있어서 자신의 역할을 재정립하는 경우의 바람직한 방향을 외국의 사례와 기타 다른 분야의 보험자들의 역할을 통하여 제시할 수도 있다. 그러나 이것 이외에 실질적으로 공단의 피보험자들이 현재의 공단이 제공하고 있는 健康診斷을 포함한 각종 보건복지사업에 대하여 어떻게 평가하고 있는지, 그리고 피보험자들에 대한 서비스 증진을 위하여 공단이 어떠한 사업을 해 주기를 원하는지를 직접 설문지를 통하여 알아보고자 하는 데 목적이 있다.

나. 調査方法

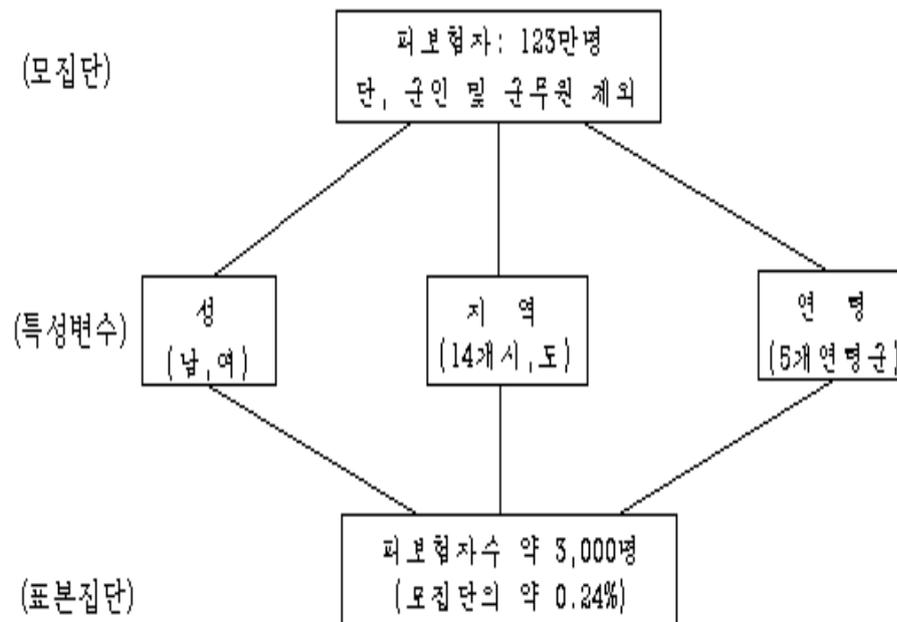
1) 調査對象 및 標本

조사대상의 모집단은 현재('96. 9. 30) 의료보험관리공단의 피보험자인 123만명을 대상으로 하며, 표본은 123만명 중 3,000명을 대상으로 우편조사를 했다.

2) 標本抽出方法

모집단 123만명(군인 및 군무원 제외)중 약 3,000명(약 0.24%)을 성별·지역별·연령별 특성을 고려한 비례층화 추출방법으로 표본을 추출하였다. 특성변수로 성별은 남, 여로 구분하고 지역특성은 시, 도를 기준으로 15개 지역으로 구분하였으며, 연령은 29세이하, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60세이상으로 5가지 연령으로 구분하였다.

[圖 V-1] 母集團에서의 標本抽出過程



다. 調査票 構成 및 內容

조사표는 응답자 일반사항으로 3문항, 현재 서비스의 이용 경험 1문항, 현서비스의 만족도 1문항, 그리고 의료복지수요 8문항으로 이루어졌다.

라. 調査期間

조사는 1996년 10월 31일부터 11월 15일까지 우편조사로 이루어졌다.

2. 調査結果 分析

가. 現行 서비스의 利用度

현재 공단이 제공하고 있는 서비스에 대하여 어느 정도 이용하고 있는지 조사한 결과, 健康診斷은 90% 이상이 이용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 한국보건사회연구원이 1995년에 조사한 일반적인 건강검진율 35%를 훨씬 상회하고 있다. 이는 공단의 성격상 集團檢診을 거의 義務化한 결과로 해석된다. 그러나 건강교육 및 건강상담에 대한 이용경험은 낮게 나타나고 있는데, 이는 사업의 성격상 전체 피보험자를 대상으로 하기에는 한계가 있기 때문일 것이다. 건강교육교재에 대해서는 14%를 시현하여 비교적 높은 이용경험을 보여주고 있다고 생각된다.

〈表 V-1〉 現行 서비스에 대한 利用度

	빈 도 수	비 율
건강진단	1,013	91.4
건강교육	23	2.6
건강상담	49	4.4
건강교육교재	156	14.1

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

나. 現行 서비스에 대한 満足度

현행 서비스에 대해 어느 정도 만족하고 있는지 설문해 봄으로써 便益増進事業에 대해 평가해 보기로 하자. 우선 一般健康診斷에 있어서, 利用度 면에서 91.4%로 상당히 높은 반면 만족도에 있어서는 매우 만족과 만족이 전체 10% 정도이며, 보통은 전체의 50%, 불만족이 약 40%로 나타나 전체적으로 불만족에 가까운 응답을 보이고 있다.

〈表 V-2〉 一般健康診斷에 대한 満足度

	빈 도 수	비 율
매 우 만 족	6	0.6
만 족	102	9.3
보 통	556	50.9
불 만	317	29.0
매 우 불 만	111	10.2
총 계	1,092	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

癌檢診에 대해서는 일반건강검진에 비해 만족보다는 불만족으로 응답한 비율이 56%로써 더욱 不満足을 시현하고 있다. 특히 매우 불만이 20% 가까이 나와 그 원인을 상세히 분석할 필요가 있을 것으로 보인다.

〈表 V-3〉 癌檢診에 대한 満足度

	빈 도 수	비 율
매 우 만 족	7	0.9
만 족	48	6.0
보 통	296	37.1
불 만	294	36.8
매 우 불 만	153	19.2
총 계	798	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

나머지 健康教育과 健康相談에 대한 満足도는 불만과 매우 불만이 각각 62.4%, 63.9%로 서비스에 대해 消費者가 만족스럽지 않게 생각했다. 이는 사업의 성격상 일반적으로 接近機會가 制限되어 있어 이용 경험이 매우 낮은 것과 유관한 관계에 있다고 판단된다.

〈表 V-4〉 健康教育에 대한 満足度

	빈 도 수	비 율
매 우 만 족	2	0.2
만 족	32	4.2
보 통	254	33.1
불 만	327	42.7
매 우 불 만	151	19.7
총 계	766	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

〈表 V-5〉 健康相談에 대한 満足度

	빈 도 수	비 율
매 우 만 족	3	0.4
만 족	29	3.8
보 통	246	31.9
불 만	331	43.0
매 우 불 만	161	20.9
총 계	770	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

다. 健康福祉事業의 優先順位

보험자가 제공할 수 있는 서비스를 健康増進, 豫防, 治療, 再活, 介護, 高額治療費 貸與事業으로 크게 6가지로 구분하여 이 6가지 서비스 중 소비자들의 서비스에 대한 欲求를 조사해 본 결과, 예방(건강검진, 건강교육 및 상담, 예방접종, 건강정보제공 등)서비스를 원하는 응답자중 82.1%를 차지하였고, 다음으로 治療가 59%, 健康増進(스포츠 센터 등)이 47.4%로 세번째로 가장 많아, 질병 발생전에 예방과 건강증진을 통한 서비스에 대한 높은 選好度を 보였다. 그런데 치료에 대한 선호도 거의 60% 정도 가까이 응답함으로서 현행 保險給與範圍의 制限性에 대한 不滿을 간접적으로 나타내고 있다. 그러나 재활이나 개호 등에 대한 선호는 30%에는 못미치고 있으나 1/4 정도가 그 필요성을 인식하고 있다. 고액치료비대여는 약32%가 응답함으로써 현행 의료보험제도하에서의 높은 本人負擔을 반영하고 있다. 따라서 공단 차원에서 의료보험 적립금으로 治療費貸與事業을 수행하는 것도 바람직하다.

〈表 V-6〉 保健福祉増進 서비스에 대한 選好度

	빈 도 수	비 율
건강증진	525	47.4
예 방	910	82.1
치 료	648	58.5
재 활	321	29.0
개 호	264	23.8
고액치료비 대여	350	31.6

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

다음으로 보건복지증진을 위한 각부문별 구체적 사업의 우선순위에 대하여 살펴보기로 한다.

첫째, 健康増進을 위한 스포츠센터로는 수영장과 헬스 및 에어로빅 센터가 78.6%와 68.2%로 가장 많은 선호도를 보이고 있다. 사우나도 약 半數가 선호하고 있다. 따라서 水泳場을 중심으로 한 헬스, 에어로빅 및 사우나 등을 갖춘 시설물을 건립하는 것이 많은 지지를 얻을 것으로 판단된다. 야외운동시설에 대한 선호는 그다지 많지 않았으나 테니스장에 대한 선호는 높은 편이다.

〈表 V-7〉 健康増進을 위한 스포츠센터 運營事業의 優先順位

	빈도수	비율
사우나	525	47.4
테니스장	411	37.1
골프연습장	73	6.6
야구장 및 축구장	119	10.7
수영장	871	78.6
볼링장	317	28.6
헬스 및 에어로빅센터	756	68.2

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

둘째, 豫防서비스를 위한 健康檢診의 종류별 우선순위에 대한 선호도에 있어서는 綜合健康診斷, 成人病診斷, 癌檢診에 각각 80.1%, 64.2%, 61.6%의 크기順으로 우선순위를 나타내었다. 따라서 중요한 질병의 사전발견을 위한 욕구가 상당히 강하다고 보여지며, 근래에 들어 일반적으로 확산되고 있는 綜合檢診에 대한 수요가 거의 80% 가까이 시험되고 있어 현재의 일반건강검진을 보다 강화할 것을 요청하고 있다. 다음으로 健康情報 提供 및 健康敎育에 예방접종, 일반검진, 치과검진, 소아초기검진등 보다 우선순위를 두고 있어 상당한 관심을 표명하고 있다.

〈表 V-8〉 健康檢診 種類別 優先順位

	빈 도 수	비 율
일반건강진단	211	19.0
암검진	682	61.6
소아초기검진	117	10.6
성인병진단	711	64.2
종합건강진단	888	80.1
치과검진	120	10.8
예방접종	212	19.1
건강정보제공 및 건강교육	306	27.6

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

셋째, 情報化時代에 있어서 PC通信에 의한 각종 의료정보 수요는 보편적으로 고른 분포를 나타내고 있으나 健康相談 質疑·應答에 76.4%로 가장 많은 우선순위를 부여하고 있다. 다음으로 우리 家族 健康診斷內譯, 疾患別 醫學百科辭典, 民間療法 등에 응답자의 45%이상이 고르게 관심을 보이고 있다.

〈表 V-9〉 PC通信에 의한 醫療情報需要의 優先順位

	빈 도 수	비 율
의료보험 안내민원	402	36.3
병의원 안내	324	29.2
질환별 의학백과 사전	512	46.2
우리가족 건강진단 내역	515	46.5
건강상담 질의 · 응답	846	76.4
민간요법	504	45.5
주요 질환별 발생통계	81	7.3

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

넷째, 直營施設 種類別 優先順位를 살펴보면, 健康檢診센터가 69%

로 가장 많은 선호를 보이고 있는데 이는 부문별 서비스의 종합적 우선순위에서 豫防이 중요시 되었던 것과 일관성이 있는 결과를 보여주고 있다. 이어서 綜合病院에 67%의 선호를 보이고 있어 현재의 일산병원 건립에 상당한 지지를 보이고 있으며 向後에도 全國적으로 종합병원을 계속 건립하는 것이 피보험자의 호응을 받을 것으로 생각된다. 다음으로 다른 직영시설들은 선호도에 있어서 상기 건강검진센터나 종합병원보다는 다소 선호도가 낮아지면서 고른 선택을 하고 있지만 老人病院(치매센터)과 長期療養病院등 고령자관련시설에 35%이상의 선호도를 보이고 있다.

〈表 V-10〉 直營施設 種類別 優先順位

	빈도수	비율
종합병원	737	66.5
아동병원	130	11.7
노인 병원 (치매센터)	412	37.2
특수 재활병원	177	16.0
건강 검진 센터	765	69.0
의원	30	2.7
한의원	237	21.4
약국	126	11.4
장기 요양병원	389	35.1
단기보호시설(탁노소)	72	6.5
화장터	25	2.3
장례식장	176	15.9

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

다섯째, 中風등 舉動不便時의 介護(수발)서비스와 관련한 시설종류에 대한 우선순위에 있어서는 老人專門病院에 78% 가깝기가 압도적으로 우선적인 선택을 하였다. 다음으로 長期療養施設에 약47%정도가 선호를 하고 있으며, 家庭看病人이나 病院看病人에 대한 選好도 각각 33%가까이 되어 적지 않은 관심을 보여주고 있다. 즉 가정간병인과

병원간병인을 합하면 看病人에 대한 需要는 상당한 수준에 이르는 것으로 판단된다.

〈表 V-11〉 介護서비스에 대한 優先順位

	빈도수	비율
노인전문병원(치매, 중풍 등)	863	77.9
장기 요양시설	522	47.1
단기 보호시설(탁노소 등)	69	6.2
병원 간병인(병원 도우미)	360	32.5
가정 간병인(식사 수발, 목욕, 배설, 청소, 물품구입, 상담)	375	33.8

註: 비율은 응답자 1,108명 중 각번호를 선택한 빈도수의 비율을 의미함.

한편 健康福祉需要에 대한 설문조사를 綜合한 優先順位를 1위부터 5위까지 정리한 것은 <表 V-12>와 같다. 건강복지증진을 위한 부문별 우선순위는 豫防에 가장 큰 중점을 두고 있고 예방사업중에서도 綜合檢診에 우선적인 선호를 보이고 있다. 특히 직영시설에 대한 설문에서도 健康檢診센터에 높은 지지를 보여주고 있어 一貫性있는 응답을 해 주고 있다. 또한 부문별로 두 번째의 선호를 보인 治療에 대해서도 직영시설로써 綜合病院에 많은 선택을 하고 있으며, 개호서비스 분야에서도 老人專門病院에 상당한 지지를 하는 것으로 나타나 일관성이 있다고 하겠다.

〈表 V-12〉 健康福祉需要의 優先順位 綜合

순 위	전 체	사업부문별				
		건강증진	예 방	PC의료정보	직영시설	개호서비스
1	예 방	수영장	종합검진	건강상담	건강검진센터	노인전문병원
2	치 료	헬스 등	성인병검진	검진내역	종합병원	장기요양원
3	건강증진	사우나	암검진	의학백과	노인병원	가정간병인
4	치료비대여	테니스장	건강정보	민간요법	장기요양병원	병원간병인
5	재 활	볼링장	예방접종	의보안내	한의원	단기보호소
優先順位別 應答率(%)						
1	82.1	78.6	80.1	76.4	69.0	77.9
2	58.5	68.2	64.2	46.5	66.5	47.1
3	47.4	47.4	61.6	46.2	37.2	33.8
4	31.6	37.1	27.6	45.5	35.1	32.5
5	29.0	28.6	19.1	36.3	21.4	6.2

라. 保險料 等 追加費用 負擔問題

상기 제반 서비스를 제공하는 데에 따른 被保險者의 負擔意思에 대해서는 보험료인상 등 追加的인 費用을 부담하더라도 보험자의 서비스가 개선되어야 할 필요성에 있어서 必要와 매우 必要 쪽에 67.2%가 응답함으로써 비용부담이 따르더라도 더 나은 의료서비스를 받기를 원하는 것으로 보인다. 특히 매우 필요가 23%로써 상당한 필요성을 느끼는 계층이 적지 않음을 보여주고 있어, 公團이 保險者로서 健康福祉增進 事業主體로 적극적인 역할을 하는 데에 財政的인 負擔意思를 상당히 뒷받침하고 있다. 이는 매우 불필요와 불필요가 각각 3.3%, 9.1%로써 저항이 그다지 크지 않음을 암시하고 있다.

〈表 V-13〉 서비스提供에 따른 保險料 等 追加費用 負擔意思

	빈 도 수	비 율
매우 필요	255	23.0
필요	490	44.2
보통	214	19.3
불필요	101	9.2
매우 불필요	37	3.3

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

마. 서비스 改善을 위한 財源調達方法

서비스改善에 따른 財源調達方式에 있어서는 서비스의 종류별로 意思를 打診하였다.

첫째, 스포츠센터의 경우에는 과반수가 利用者가 부담하도록 선택하였고 약 1/4이 보험료인상과 이용자부담 양자에 의한 부담을 원하였다.

〈表 V-14〉 스포츠센터의 財源調達 意思

	빈 도 수	비 율
보험료 인상으로 무료이용	179	17.5
보험료 인상과 이용자의 부담	264	25.9
이용자의 부담	577	56.6
총 계	1,020	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

둘째, 豫防事業의 경우에는 스포츠센터의 경우와는 달리 보험료인상으로 무료이용에 상당한 선호를 보이고 있다. 이용자의 부담은 17%정도만이 응답하고 있다. 따라서 예방사업의 경우 서비스종류에 따라 無料提供과 적절한 利用者의 一部負擔에 의한 서비스를 구분하여 事業을 多樣化할 필요가 있을 것이다.

〈表 V-15〉 豫防事業의 財源調達 意思

	빈 도 수	비 율
보험료 인상으로 무료이용	482	47.6
보험료 인상과 이용자의 부담	363	35.8
이용자의 부담	168	16.6
총 계	1,013	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

셋째, 治療事業의 경우에는 주로 보험료인상과 이용자부담 양자에 의해 수행하도록 하는 방향을 지지하고 있다. 그런데 보험료부담에 의한 무료제공도 30% 가까이 지지하고 있어 현행 醫療保險 給與範圍를 더욱 擴大할 필요성이 크다고 판단되며, 綜合病院 및 老人專門病院 등 직영의료시설에 대한 높은 수요를 반영하고 있다.

〈表 V-16〉 治療의 財源調達 意思

	빈 도 수	비 율
보험료 인상으로 무료 이용	291	28.8
보험료 인상과 이용자의 부담	548	54.3
이용자의 부담	171	16.9
총 계	1,010	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

넷째, 再活事業의 경우 보험료와 이용자 양자부담에 의한 사업수행을 원하고 있으며 보험료인상에 의한 선호도가 30%로 재활에 상당한 관심을 표명하고 있다.

〈表 V-17〉 再活事業의 財源調達 意思

	빈 도 수	비 율
보험료 인상으로 무료 이용	276	28.5
보험료 인상과 이용자의 부담	472	48.8
이용자의 부담	220	22.7
총 계	968	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

다섯째, 介護(病院看護, 家庭看護)事業에 있어서는 44%가 보험료와 이용자의 양자부담에 의한 사업수행을 지지하고 있으며, 특히 약40% 가까이 이용자부담을 원하고 있어 우리나라의 경우 아직까지 개호에 관한 認識과 需要가 그다지 강하지 않은 것으로 보인다.

〈表 V-18〉 介護事業의 財源調達 意思

	빈 도 수	비 율
보험료 인상으로 무료 이용	170	17.1
보험료 인상과 이용자의 부담	437	44.0
이용자의 부담	386	38.9
총 계	993	100.0

註: 비율은 무응답자를 제외한 실제 응답자의 빈도수 비율임.

VI. 被保險者의 健康福祉 增進方案

1. 健康福祉 增進事業의 基本方向

피보험자 및 피부양가족의 건강복지 증진을 위한 사업 및 서비스의 기본방향은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 삶의 質 向上과 生産性 提高: 被保險者 및 被扶養家族에 대한 건강복지 증진을 위한 사업을 수행함으로써 궁극적으로 피보험대상자의 삶의 質 향상과 피보험자의 生産性 향상에 기여하도록 한다.

둘째, 費用效果性 提高: 健康福祉 增進을 위한 사업에 대한 投資가 장기적으로 費用效果性을 제고시켜 醫療費 증가를 억제함과 동시에 健康의 質 개선에 기여하도록 한다.

셋째, 肯定的인 外部效果 발휘: 保險者의 건강복지증진 사업이 긍정적인 外部效果(external effect)를 가질 수 있도록 한다.

- 즉 公團의 편익증진사업이 타 組合의 模範이 됨으로써 조합의 편익증진사업에 영향을 미치고 나아가 長期的으로 公團과 組合이 共同으로 건강증진사업을 수행하는 방안을 모색할 수 있다.
- 공단의 각종 서비스 및 시설에 대해 타 組合員도 이용이 가능하도록 함으로써 國民全體의 健康福祉增進에 기여하고, 公團으로서 는 적정한 규모의 사업으로써 安定的인 經營을 도모할 수 있도록 한다.
- 편익증진을 위한 사업이 점진적으로 附加的인 保險給與로 포함되고 나아가서는 法定給與로 이행함으로써 궁극적으로 醫療保險制度의 發展에 기여하도록 한다.

넷째, 公共財로서의 機能 強化 : 피보험대상자들 개개인이 민간의 시설 및 서비스를 이용할 때에 드는 비용보다 저렴하게 이용할 수 있고 조직적으로 보다 더 많은 情報를 제공함으로써 접근성을 높여 건강증진에 보다 효율적으로 기여하도록 한다.

마지막으로, 피보험대상자에 대한 健康 및 福祉의 증진에 기여할 수 있도록 醫療保險管理公團의 건강증진사업과 公務員年金管理公團 및 私學年金公團의 복지후생사업이 종합적으로 連繫되어 사업수행의 효율성을 제고하도록 한다.

2. 健康福祉 增進事業의 選定과 運營

被保險者の 便益增進을 위한 건강복지 증진사업은 첫째, 피보험자의 健康福祉 需要調査에 의한 결과를 참조하고, 둘째, 先進外國의 건강증진 및 편익증진사업을 고려하고, 셋째, 保健醫療環境 변화에 따른 피보험대상자의 건강증진을 위한 保險者의 바람직한 役割을 감안하여 사업 및 서비스를 선정하고 운영방향을 정하여야 할 것이다.

이러한 세가지 요소를 고려함에 있어서, 건강복지 수요조사에 의한 결과는 현재의 피보험자의 욕구를 조사한 것으로써 短期的으로 고려하는 것이 바람직할 것이며, 先進外國의 발전된 건강증진사업등은 中長期的으로 고려하되 우리나라의 現實과 公團의 與件을 충분히 감안하여야 할 것이다. 마지막으로 보건의료환경의 변화는 선진국과 공히 앞으로 맞이하여야 할 장래의 변화로써 保險者의 바람직한 役割에 대한 고려를 바탕으로 우리나라의 상황에 맞는 건강복지 증진사업을 선정하고 운영방향을 정하여야 할 것이다.

가. 保健豫防 및 健康增進事業의 擴大와 內實化

건강복지 수요조사 분석에서 나타난 바와 같이 피보험자의 가장 큰 욕구는 豫防事業에 있다. 그런데 公團은 지금까지 건강진단 사업, 건강상담실 운영 등을 통해 疾病豫防事業을 지속적으로 展開해오고 있으며 향후에 더욱 강화할 계획으로 있는 것은 바람직한 방향으로 생각된다. 건강진단과 더불어 피보험대상자 건강증진사업의 강화는 長期的으로 健康財에 대한 投資로서 의료보험 財政安定에 기여하고 國民 醫療費를 抑制하는 데에도 중요한 기여를 할 것으로 기대되며 궁극적으로는 健康의 質을 향상시키고 생산성 제고에도 기여하게 될 것이다. 따라서 피보험대상자의 건강증진을 위한 다양한 프로그램을 지속적으로 개발, 도입하는 등 보험자의 적극적인 역할이 요구된다.

1) 健康檢診

보건예방사업은 人口·社會學的 特性을 감안하여 사업내용을 多樣化하고, 健康相談內容을 內實化하여야 할 것이다. 질병예방사업으로써, 현행 40세 이상에서 배우자 전원과 35세 이상 피부양자에게 확대하고 특히 암검사의 내실화를 기하고 被扶養者에 대해서도 실시할 것을 검토하고, 현행 피보험자 암검사의 종목 및 비용부담 방법을 보험료의 추가적 인상과 본인부담의 완화등으로 개선하여야 할 것이다.

檢診種目에 있어서 현행 피부양자 검진종목을 피보험자 수준으로 실시하고 기본 공통종목외에 보험자 裁量에 의해 職種, 地域, 人口特性을 고려한 종목을 추가하도록 한다. 또한 검진지역을 중진료권에서 大診療圈으로 확대하는 것을 수요자들이 선호할 것으로 판단된다(단, 암검사의 경우 현재 대진료권으로 하고 있음). 또한 건강진단 업무의 지역별 처리를 위해 지부별 분산처리를 할 수 있는 전산시스템을 구

축하는 것이 바람직할 것이다. 검진기관 선정대상으로서 의료보험요양기관 지정기관중 희망기관을 病院級以上 기관으로 상향조정하는 것도 검진의 내실화를 기할 것으로 생각된다.

2) 健康相談

의료기관의 혼잡으로 의사의 診察 및 相談이 매우 制限되어 있는 현실에서 건강상담의 중요성은 매우 클 것으로 생각된다. 건강상담이 성공적이 되기 위해서는 우선 健康相談員의 資質을 내실화하고, 특히 종합적인 건강진단의 事後管理에 중점이 주어져야 한다.

그 세부추진내용으로서, 건강상담원 제도의 운영을 재평가하고, 상담에 대한 患者의 反應과 評價度를 조사함으로써 상담실적을 평가하고, 상담직원을 정규직화하여 효율적인 운영방안을 검토하여야 할 것이다.

건강상담의 내실화를 위해서는 첫째, 종합적인 被相談者 管理體系를 구축하고, 둘째, 건강상담 D/B의 구축 및 상담내용을 전산화하며(건강진단—문진표—현물급여—건강상담 D/B 연계), 셋째, 정보화시대에 따라 건강상담의 PC통신 서비스를 실시할 것을 적극 검토한다.

3) 健康維持·増進을 위한 各種 프로그램 開發

건강진단 및 건강상담원제도의 확대와 내실화 등 綜合的인 健康管理과 健康増進을 위하여 “健康増進센터”(H.P.C.: Health Promotion Center)를 운영할 것을 검토한다. 이는 일본의 ‘健康管理센터’와 유사하다고 볼 수 있다.

〈健康增進센터(H.P.C.)의 內容〉

- 機能:
 1. 건강진단 및 사후관리
 2. 건강상담 및 지도
 3. 건강교육 및 건강관리교실 운영: 당뇨병교실, 고혈압교실, 임산부교실, 육아교실, 구강보건교실 등 건강에 대한 인식 및 능력 배양
 4. 운동부하 검사 등을 통한 체력에 맞는 건강운동의 처방 등 건강증진서비스 제공
- 人力: 의사, 약사, 간호사, 운동지도사, 보건교육사, 영양사 등
- 組織: 건강상담실, 운동부하검사실, 건강진단실, 건강교육 및 관리실 등

나. 直營醫療施設事業

직영의료시설로써 病院, 診療所, 療養院, 高齡者介護施設을 고려할 수 있다. 특히 건강증진 및 예방을 위한 건강관리센터는 보건예방사업 부문에서 언급하였다.

1) 直營病院: 綜合病院과 老人專門病院

병원의 경우 현재로써는 綜合病院을 선호하고 있어 일산지역의 병원의외에 전국적으로 추가적인 종합병원의 건립을 계획할 필요가 있다. 종합병원의외에 專門病院의 건립을 선도해 나갈 필요도 크다. 특수한 분야의 치료와 재활 등을 전문적으로 취급하는 의료부문의 수요가 계속 증가할 것으로 생각된다.

2) 療養院 및 介護施設

요양원이나 개호관련시설은 단기적으로 수요가 그렇게 강하지는 않지만 향후 고령화추세에 따라 그 수요가 급증할 것으로 예견되며 선진국의 경우 국가적 차원에서 문제의 심각성을 인식하고 막대한 재원의 조달과 효율적인 운영방법 등에 대해 활발히 토의하고 있다. 일정한 부분에 대해서는 介護保險으로 제도화하여 노인에 대한 국민적 서비스를 제공하고 있다. 이러한 경향에 비추어 볼 때 노령자비율이 높은 公團의 경우 示範事業으로 몇 군데에 運營함으로써 수요자의 반응과 평가에 대한 자료를 구축함으로써 運營經驗을 꾸준히 축적해 나갈 필요가 있다. 고령자에 대한 요양원이나 개호시설은 일본의 경험에서와 같이 비교적 건강한 노인에 대한 福祉的 시설과 개호가 필요한 노인에 대한 醫療的 시설을 融合한 형태의 시설을 구축하는 것이 불필요한 낭비를 줄이고 先進的 형태의 시설로 활용가치가 높을 것으로 본다.

3) 診療센터

한편 건강검진 및 일차의료기능을 하는 의료인력(의사, 약사, 간호사등)을 被保險者가 集團으로 많이 근무하는 장소(예; 종합청사, 각 시, 도 청사)에 常時勤務하게 함으로써 業務過重으로 외부의 의료기관을 이용하기에 어려울 경우 쉽게 接近하여 각종 검진이나 기초적인 의료서비스를 제공할 수 있는 직영 검진 및 진료센터의 설립을 현실적으로 고려할 필요가 있다. 근무중에도 규칙적으로 건강관리를 할 수 있으며 이상 발견시에는 건강증진센터(H.P.C.)나 직영종합병원에 의뢰 내지는 후송할 수 있는 시스템을 갖추어야 할 것이다. 이러한 진료센터는 피보험자의 수요에 따라 민원인등 一般人도 이용이 가능하도록

탄력적으로 운영할 필요가 있다.

4) 專門保健醫療人力 養成 및 教育施設

직영의료시설의 설립이 확대되는 경향에 맞추어 이러한 시설에 필요한 人力의 供給을 民間市場에 맡겨두는 경우 적절한 인력을 확보하는 데에 차질이 생길 수 있다. 특히 특수한 질환분야의 專門病院이나 療養院, 再活施設 및 介護 관련시설 등에 필요한 인력의 양성을 민간 교육기관에서 기대하기 어려울 수 있다. 또한 간호사등 공급부족이 심화되는 직종의 경우 보험자의 판단에 따른 자체 양성이 더욱 효과적일 수 있다. 또한 새로운 의료환경의 변화 특히 醫科學 技術의 發展에 따라 의료전문인력의 재교육이 절실하므로 이러한 교육시설에 의료인력의 양성과 아울러 再訓練 및 再教育을 담당할 수 있는 기능을 갖도록 할 필요가 있다.

5) 健康增進 體育施設

질병의 사전발견에 의한 예방과 함께 평소에 건강을 관리하고 증진시킬 수 있는 체육시설이 근래에 들어 더욱 필요성이 증대하고 있다. 우리나라의 경우 社會體育施設이 매우 부족하고 일반적으로 利用機會도 制限的이다. 따라서 전국적으로 低廉하게 이용할 수 있는 체육시설의 설립이 많은 호응을 받을 것이다. 피보험자들의 수요는 주로 수영장과 헬스센터를 선호하고 있다. 여기에 사우나시설이 함께 첨가될 수 있다. 이들 시설은 直營施設로 건립하는 방향과 거주지에 가까운 시설에 대한 利用料補助 양자를 검토하여야 할 것이다.

다. 便益增進 서비스

1) 看病人: 病院 및 家庭看病人

기타 피보험자 및 그 피부양가족의 편익증진을 도모하기 위하여 看病人 派遣事業이 매우 중요할 것으로 판단된다. 이는 특히 여성 피보험자의 경우에 있어서 수요가 클 것이다. 수술후 회복기 환자와 노약자에 대한 보호는 주로 女性の 몫으로 되어 있는 현실에서 핵가족화와 맞벌이부부의 증가로 여성이 충분히 보살펴 줄 시간적인 여유 뿐 아니라 근로후 피곤으로 여력이 없을 것이다. 이는 한국적인 현실에서 특히 요청되고 있다. 입원시 간호의 역할을 간호사가 충분히 수행하지 못하고 주로 扶養家族에 의해 부분적으로 해결하고 있는데, 이러한 부양가족의 역할이 經濟活動參加의 증가로 점차 限界에 부딪치고 있으며 이러한 경향은 가속화될 것이다.

2) 醫療的 相談 및 情報의 通信서비스

健康情報 및 疾病 治療 및 豫防에 관한 情報를 접하게 함으로써 적은 비용으로 많은 효과를 거둘 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다. 그 방안으로 건강증진센터에서 교육교재나 비디오등 시청각 교육시설을 이용하게 하거나 PC통신을 이용한 정보 문의 및 안내를 할 수 있다. PC통신에 의한 수요조사에서는 '健康相談'이 압도적으로 많아 醫師와의 診察時間이 극히 짧고 직접 병원을 방문하여 진찰받기가 쉽지 않은 현실에서 매우 효과적인 수단이라 생각된다. 또한 PC통신을 이용하여 健康教育을 職場單位로 수행할 수 있다. 건강교육교재를 발간하지 않아도 직장단위로 PC를 이용한 정보 유포가 더욱 접근성이 높을 수 있다. 또한 각종 병원 안내나 편익증진시설에 대한 안내 등을

언제든지 서비스 받을 수 있으며 PC통신을 이용한 예약 등이 가능할 것이다.

라. 施設 建立 및 서비스 遂行時 檢討事項

피보험자의 편익증진을 위한 사업 및 서비스를 수행함에 있어서 검토하여야 할 사항을 논의하여 보자. 우선 피보험대상자의 接近性 문제로써 被保險者의 地域別 分布를 고려하여야 한다. 되도록이면 적용인구가 밀집된 장소에 시설을 건립하는 것이 바람직하지만 현실적으로는 전국적으로 또한 일정 지역내에서도 주거지는 넓게 분포되어 있다. 특히 直營綜合病院의 경우 서울의 일산 한 곳에 건립하고 있어 지방이나 서울 도심지역은 이용하기가 쉽지 않다. 따라서 단계적인 확대가 이루어져야 할 것이다. 그러나 長期療養施設이나 專門病院의 경우에는 주위 環境이 조용하고 깨끗한 곳에 건립하여야 할 것이며, 경우에 따라서는 移送(여행)費用을 보조하는 것이 바람직할 것이다.

지역적 분포로 보아 민간시설이 기존에 있는 경우 民間施設과의 契約하에 이용료를 전액 면제 혹은 일부 보조하는 것도 바람직한 형태가 될 것이다.

마. 健康福祉增進 事業의 財源調達問題

의료보험관리공단의 운영재원은 기존에 보험료의 적립에 의한 積立基金외에 保險料와 관리운영비에 대한 國庫補助로 구성된다. 보험료는 피보험자의 保險料와 사용자로서의 政府 및 學校法人의 보험료로 구성된다. 따라서 건강복지사업에 필요한 재원으로써 보험료 및 국고보조 없이 사용할 수 있는 재원은 積立基金이다. 1995년 현재 法定積立金은 4,274억원으로써 '95년 보험급여지출 규모의 85%에 해당함으로

써 기금규모는 상당히 확보되어 있다. 그러나 1996년 급여지출의 빠른 증가로 기금규모가 줄어들 전망이다.

1995년의 총지출은 7,192억원이며 그 중 약 70%가 보험급여비로써 5,026억이며, 事業費는 43억원으로써 총지출의 0.6%에 불과하다. 그런데 건강진단(42억 6천만원)과 장제비(53억 3천만원)는 보험급여비에 포함되어 있는데, 事業費와 健康診斷을 합한 금액도 85억 6천만원으로써 총지출의 1.2%에 지나지 않는다. 따라서 예방사업을 비롯한 건강 복지증진을 위한 사업의 재원여력은 충분히 있다고 판단된다. 다만, 어느 정도의 재원이 보험급여외의 건강증진사업에 투자되는 것이 적정한지는 각사업 및 서비스별로 건강증진에 미치는 微視的인 효과분석을 통하여 事業別 構成比率과 전체적인 投資水準 등에 대한 심층적인 논의가 이루어져야 할 것이다.

피보험자 편의증진을 위한 사업별 재원조달방안을 간략히 논의하면 다음과 같다(表 VI-1 참조). 먼저 積立基金을 사용하여 수행할 필요가 있는 사업으로는 직영종합병원, 진료센터, 각종 병원, 건강증진센터의 설립등 直營醫療施設의 건립을 들 수 있다. 또한 수영장, 헬스, 사우나 등 종합체력증진센터등 이용자의 부담으로 주로 이용할 수 있는 시설 등 收益性을 띤 사업이 해당될 것이다. 적립기금이 사용되는 만큼 피보험대상자의 이용시에는 割引惠澤이 주어져야 할 것이다. 또한 직영 의료시설이 계속 건립되는 경우의 직영시설에 합당한 專門醫療人力의 供給을 위한 전문교육 및 양성기관의 설립이 필요할 것이다. 그리고 현재 본인부담이 높은 의료보험제도하에서 高額治療費에 대한 貸與事業에 적립기금의 활용이 적극적으로 검토되어야 할 것이다.

다음으로 保險料의 引上이 따르더라도 수행할 필요가 있는 사업으로는 건강검진 등 豫防事業을 들 수 있다. 이러한 사업은 장기적으로 保險給與範圍에 포함될 가능성이 크므로 보험료의 부담이 따르더라도

사업을 확대할 필요가 있을 것이다. 그런데 검진사업중 암검진 등 특수검진은 時差的으로 본인부담과 보험료부담 양자의 구성비율을 조정해나가야 할 것이다. 또한 보편적인 진료인 産前診察 등에 대해서도 보험료인상에 의해 부가적 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것이다. 종합건강관리(증진)센터의 설립비용도 적립기금의 참여와 함께 수요가 높은 사업이므로 보험료인상에 의하여 관리비용을 충당하는 것을 적극 검토하여야 할 것이다. 다만, 피보험대상자간 接近度の 不公平을 해결하여야 한다는 전제가 따른다. 그외 대부분의 사업은 적립기금 뿐 아니라 보험료와 이용자부담 양자가 참여하여야 할 것이다.

이용자인 本人負擔이 주로 요청되는 사업으로서는 휴식 및 체력증진을 위한 시설, 그리고 아직까지 수요가 그다지 높지 않은 고령자를 위한 개호시설, 受益者負擔原則이 적용되는 看病人派遣事業을 들 수 있다. 병원으로서는 노인병원등이 이에 해당할 것이다.

마지막으로 國庫補助가 필요한 사업으로는 民間이 참여하기를 꺼려하거나 政府의 豫算制約으로 수행하기 어려운 사업이 해당될 것이다. 점차 그 수요가 증가할 것이고 중요성이 높아가는 의료분야로서 特殊專門病院(노인성질환 전문 및 치매 등)이나 특수질환의 療養院, 特殊再活病院 등을 들 수 있다. 또한 지역간 의료시설이 균등하게 분포되도록 의료취약지역에 시설을 건립하는 경우에 정부의 지원이 따라야 할 것이다. 또한 부족한 의료인력의 공급을 위한 양성소에 대한 정부 지원도 필요할 것이다.

〈表 VI-1〉 被保險者 便益增進事業 種類別 財源調達方案

財源調達方法	健康增進事業의 種類
積立基金의 사용이 필요한 사업	<ul style="list-style-type: none"> · 직영종합병원, 요양소, 건강증진(관리)센터 등 직영의료 시설 · 체육시설(수영장, 헬스, 사우나) · 간호사등 전문의료인력의 양성기관 · 고액치료비 대여사업
보험料 引上으로 수행할 수 있는 事業	<ul style="list-style-type: none"> · 일반건강검진, 성인병검진 · 암검진, 특수검진등 · 예방접종, 산전진찰등 부가급여 · 건강증진센터(HPC)
보험料 引上과 本人負擔	<ul style="list-style-type: none"> · 특수 건강검진, 예방접종, 소아초기검진, 산전진찰 · 체육시설 : 수영장, 헬스, 사우나 · 건강증진센터(HPC), 직영종합병원, 요양원, 노인병원 · 기타 부가급여
本人負擔이 주로 요청되는 사업	<ul style="list-style-type: none"> · 체육시설(수영장, 헬스, 사우나) · 고령자를 위한 개호시설, 간병인(병원, 재택)파견사업 · 노인전문병원
國庫補助가 필요한 사업	<ul style="list-style-type: none"> · 특수전문병원 : 노인전문병원, 치매센터, 재활전문병원 · 전문요양원 · 지역간 의료시설의 균등분포를 위한 의료기관 건립 · 기타 전문의료인력 부족을 타개할 수 있는 교육기관

VII. 結 論

본 보고서는 공무원 및 사립학교 교직원을 피보험대상으로 의료보험급여를 관리하고 있는 醫療保險管理公團이 보험자로서 被保險者 및 그 被扶養家族의 便益增進을 위하여 어떠한 역할을 하는 것이 바람직할 것인지에 대하여 고찰하였다.

현재 의료보험관리공단의 보험자로서의 역할은 정책적으로 규제되어 保險의 機能에 충실한 나머지 피보험자의 健康福祉의 증진을 위한 편의증진 사업은 제한적으로 운영되어 왔다.

그러나 保險者 役割은 醫療環境의 變化, 需要者の 보다 質 높고 다양한 서비스의 要求에 따라 점차 積極的인 役割을 요청하는 需要가 증가하고 있다. 따라서 본 연구의 결과는 그러한 時代的 要求에 능동적·사전적으로 준비하고, 대처하고자 하는 각 조합을 비롯한 보험자들에게 유익한 判斷根據를 제공하게 될 것이다. 특히 향후 소득수준의 상승에 따라 의료욕구의 수준이 높아지고 다양화될 것으로 전망되고, 民間保險會社가 의료보험 및 의료서비스 시장에 진입하게 될 가능성이 높아지고 있다. 따라서 의료보험의 法定 保險者(공단 및 조합)와 民間保險會社간에 競爭的 혹은 補完的 競合이 예상될 수 있다. 정부의 의료보험 운영방향이 보험자에 대한 自律性을 허용하도록 추진되는 경우 이러한 경향은 더욱 可視化될 것이다. 또한 의료보험 법정급여의 적용범위가 어떠한 방향으로 나아가느냐에 따라 법정 보험자와 민간 보험자간의 경쟁양상도 달라질 것이다.

특히 의료보험관리공단은 대규모의 全國的인 組織을 갖춘 保險者로서 거대한 보험회사와 유사하다. 따라서 의료보험 및 의료서비스 뿐만

아니라 그와 관련된 다양하고 포괄적인 상품으로 消費者를 誘引하는 민간보험회사와의 경쟁은 더욱 치열해질 수 있다. 다만, 공단의 특성상 적용대상자의 범위가 法定으로 強制되고 있으므로 보험가입자를 민간시장에 잠식당하지는 않을 것이지만, 민간보험자의 질 높고 다양하고 편리한 의료서비스의 제공에 대하여 피보험자들이 자신의 負擔能力的 한계상 民間商品을 구입하지 못하는 경우 보험자인 공단에 대한 편익증진을 위한 수요가 증가할 것이다.

한편 健康福祉 증진을 민간시장기능에만 맡겨두는 경우에 발생할 市場의 失敗를 보완하기 위한 政府 및 保險者의 역할이 강조되고 있다. 즉 건강 및 의료산업의 경우 외부효과, 정보의 부족, 공급자 독점, 소비자 주체성의 결여 등 시장의 失敗要因으로 인해 합리적인 시장의 결과를 기대하기 어렵다. 이러한 시장의 불완전성 문제를 보완하는 차원에서 국가와 보험자의 적극적인 역할이 요구되고 있으며, 보험자는 국가의 대리인으로서 보험관리기능과 함께 보건복지정책적 기능을 조화롭게 수행할 필요가 있다. 이러한 관점에서 먼저 건전한 생활습관과 합리적인 醫療需要行爲를 유도하기 위하여 피보험자를 대상으로 健康教育을 실시할 필요가 있다. 건강교육은 有益財(merit goods)의 성격을 가지고 있으며, 개인의 效用增大는 물론 국가적 차원에서 生産性的 向上과 社會安定에도 기여할 수 있다. 또한 건강교육은 개별 경제주체의 근시안적 소비행위(현재와 미래소비의 과대 및 과소평가)를 교정함으로써 개인의 부주의에 따른 비용을 사회로 전가하는 문제를 방지할 수도 있다. 그리고 피보험자의 건강증진을 위하여 보험자는 豫防的 次元의 保健·醫療政策을 수립할 필요성이 있다. 국민경제적인 차원에서 사전적인 건강의 유지 및 증진사업이 사후적인 치료사업 보다 費用節約的 이다. 따라서 보험자는 豫防的 商品(예: 건강검진, 스포츠센터의 운영 등)을 생산하여 수요자에게 염가 또는 무료로 제공할 필요가 있다.

보험자는 醫療市場의 不完全性 문제를 완화하기 위하여 直營病院을 운영할 필요성이 있다. 의료시장에 있어서 공급자의 이윤추구행위는 의료공급체계의 지역별 불균형과 의료수혜의 불평등 문제를 초래할 우려가 있으며, 醫療情報의 獨占現象과 의료수요에 대한 供給者의 誘引은 獨占的 利潤의 문제를 야기할 수 있다. 따라서 보험자는 자체의 직영병원을 설치·운영함으로써 의료공급의 지역별 불균형문제를 완화하고 민간병원과의 경쟁체계를 유지할 필요가 있다. 특히 의료공급자의 부족에 따른 독점현상에 대처하기 위하여 보험자는 醫療專門人力 教育機關(예, 간호사 양성소)을 운영하고, 동시에 교육기간 및 체계를 합리적으로 조절할 필요성이 있다. 또한 질병구조의 변화와 건강의식의 제고에 따라 피보험대상자들의 의료수요가 변화해 오고 있으므로 이에 따라 醫療供給體系를 합리적으로 재조정하여 醫療資源의 效率의 活用을 제고할 수 있도록 의료공급자에 대한 再教育으로써 人力의 合理的 再配置를 지원할 필요가 있다.

이러한 보험자 역할에 대한 이론적인 검토와 함께 日本, 獨逸, 프랑스 등 先進外國의 보험자 역할에 대하여 살펴보았는데 대부분의 선진국은 이미 醫療保險給與로써 대부분의 질병 치료 및 예방에 대처하고 있으며 보험급여외에 포괄적이고 다양한 健康增進 및 便益增進 事業을 수행하고 있다. 이러한 사업 및 서비스 제공을 위하여 保險者가 직접 直營하는 시설이 전국적으로 분포하고 있으며 모든 국민이 공동으로 이용할 수 있는 시스템을 갖추고 政府에서 支援하고 있다. 우리나라의 경우 의료보험의 역사가 아직 짧아 보험급여의 확대 및 내실화에 더욱 많은 정책적 노력을 기울이고 있으므로 健康增進이나 便益增進사업은 아직 시기상조일 수도 있다. 그러나 보험급여와 건강 및 편익증진사업이 동시에 진행되고 상호 上昇的인 작용을 할 때에 국민의 健康의 質 확보면에서 더욱 효과적일 것이다. 또한 현재 보건의료자원

에 대한 政府의 투자가 매우 미약하고 豫算制約上 많은 투자를 기대하기 어려울 경우 醫療保險管理公團등 보험자의 公共的 投資에 의한 각종 健康福祉增進事業이 적극적으로 전개될 필요가 있다.

피보험자 및 피부양가족의 健康福祉 增進을 위한 事業의 基本方向을 정리하면, 첫째, 건강복지 증진을 통해 삶의 質 향상과 生産性 향상에 기여하는 것이며, 둘째, 健康福祉 增進事業에 대한 投資가 장기적으로 醫療費 증가를 억제하고 健康의 質 개선에 기여하는 것이다. 셋째로는 肯定的인 外部效果의 발휘로써 公團의 편익증진사업이 타 組合의 편익증진사업에 순영향을 미치고 長期的으로 公團과 組合의 共同事業方案을 모색할 수 있으며, 편익사업이 점진적으로 附加的인 保險給與로 포함되고 나아가서는 法定給與로 이행함으로써 醫療保險制度의 發展에 기여하는 것이다. 넷째, 민간의 시설 및 서비스를 이용하는 것보다 저렴하게 이용하고 조직적인 情報의 제공으로 접근성 제고와 건강증진에 기여하는 公共財로서의 機能을 強化하는 것이다. 마지막으로 醫療保險管理公團의 건강증진사업과 公務員年金管理公團 및 私學年金公團의 복지후생사업이 종합적으로 連繫되어 사업수행의 효율성을 제고하는 것이 바람직할 것이다.

따라서 보험자인 公團의 피보험자에 대한 健康福祉 需要調査를 분석한 결과를 토대로 한 각종 사업 및 서비스의 선정과 운영방향은 다음과 같다.

먼저 保健豫防事業에 대한 수요가 가장 높고, 이에 따라 포괄적인 健康增進을 위한 事業의 擴大와 內實化가 필요할 것으로 판단된다. 그중 健康檢診은 직종, 지역, 인구적 특성을 감안하여 사업내용을 다양화하고, 수혜대상 연령의 인하와 피부양자에 대한 확대를 도모하여야 할 것이다. 특히 보험료의 인상이 따르더라도 癌檢査등 특수검사종목을 확대할 필요가 크다. 또한 질병예방에서 더 나아가 건강한 생활을

영위하도록 하기 위하여 ‘健康增進센터’ 혹은 ‘健康管理센터’의 건립을 통한 綜合檢診 및 검진의 事後管理와 健康增進프로그램을 적극 운용하는 것이 장기적인 관점에서 효과적일 것이다.

이러한 예방과 건강관리 및 증진사업외에 질병치료에 필요한 醫療資源이 매우 制限的인 현실을 고려할 때, 보험자의 直營醫療施設의 건립이 요청된다. 특히 피보험자들은 綜合病院을 선호하고 있다. 현단계로써는 綜合病院을 일산지역외에 전국적으로 추가적인 종합병원의 건립을 추진하며, 종합병원외에 특수한 분야의 專門病院(예, 노인성질환 전문병원)의 건립을 선도해 나갈 것을 적극 검토하여야 할 것이다. 특수전문병원의 경우 민간부문이 참여하기 꺼려하는 경우 정부의 지원이 필요할 것이다. 한편 건강검진 및 일차진료서비스를 하는 진료센터를 勤務地에 건립하여 근무중 접근도를 제고하는 방안을 검토할 필요도 있을 것이다. 療養院 및 介護施設은 단기적으로 수요가 그렇게 강하지는 않지만 장래에 수요가 급증하고 필수적인 국가적 사업으로 등장할 가능성이 크다. 따라서 현단계에서 示範的으로 운영으로 運營經驗을 축적해 나가야 할 것이다. 이러한 보건의료시설과 관련하여 이에 따른 전문적인 保健醫療人力的 적정한 供給과 再教育에 필요한 教育施設을 설립할 것을 아울러 검토하여야 할 것이다. 健康增進 및 休息, 體育施設로써 수영장과 헬스센터, 사우나를 함께 갖춘 시설을 직영으로 건립하는 것과 거주지 근처 시설에 대한 이용료보조에 의한 이용권장을 검토하여야 할 것이다. 그외 便益增進 서비스로써 看病人(病院 및 家庭看病人)派遣事業을 들 수 있다. 핵가족화와 맞벌이부부의 증가로 수술후 회복기 환자와 노약자에 대한 보호가 요청되며 이러한 서비스에 대한 수요는 계속 증가할 것으로 판단된다. 한편 情報化時代의 도래로 일반적으로 정보의 공급자독점현상을 완화할 수 있다. 즉 PC를 통하여 醫療情報를 매우 효율적으로 제공할 수 있으며 특히 ‘健康

相談'에 대한 수요도 매우 큰 만큼 건강유지 및 증진, 예방 등 건강교육, 건강상담 등을 개인별 혹은 직장단위로 수행하여 保健醫療情報에 쉽게 접근할 수 있는 방안을 적극 마련하여야 한다.

이러한 사업 및 서비스의 財源으로는 被保險者의 保險料, 政府 및 使用者(學校)의 保險料, 積立基金, 利用者의 負擔, 필요한 경우 政府支援 등을 들 수 있다. 사업의 性格에 따라 이들 財源間 비율이 적절히 조정되어야 할 것이다. 검진 등 豫防事業은 주로 보험료인상 및 적립기금에 의해, 부분적으로 이용자부담에 의해 조달되는 것이 바람직하며, 體力增進事業은 주로 이용자의 부담과 부분적으로 보험료 및 적립기금 재원에 의해 조달할 것을 검토한다. 直營綜合病院 및 診療센터등 직영시설은 적립기금을 활용하되 이용자의 부분적 부담으로 조달하는 방향이 옳을 듯하며, 특히 特殊專門病院(치매센터), 特殊療養院 등 민간의료기관이 참여하지 않으려는 사업은 국가정책상 국고보조가 필요할 것이다.

參考文獻

- 國民福祉企劃團, 『「삶의 質」世界化를 위한 國民福祉의 基本構想』, 1995. 12.
- 魯仁喆·金秀春·李忠燮·韓惠卿, 『醫療保險 本人負擔制에 관한 研究』, 한국 보건사회연구원, 1989.
- 保健福祉部 편, 『'95 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』, 1995.
- 醫療保障改革委員會, 『醫療保障 改革課題와 政策方向』, 1994. 6.
- 醫療保險管理公團, 『主要國의 高齡者 醫療保險制度』, 1996.
- 21세기 經濟長期構想 福祉政策班, 『韓國型 社會福祉體系 定立方案』, 1996. 5. (공청회 자료)
- 이현실·문옥륜, 「의료보험환자의 비급여진료비 본인부담금 징수실태분석」, 『國民保健研究所 研究論叢』, 제3권, 제1호, 서울대학교 보건대학원 국민보건연구소, 1993, pp.18~32.
- 崔秉浩, 「醫療保險 給與範圍의 適正限界에 관한 考察」, 『保健社會研究』, 제16권 제1호, 한국보건사회연구원, 1996.
- 日本 國家公務員等共濟連合會, 『'93國家公務員共濟組合事業統計年報』, 1994.
- _____, 『'90國家公務員共濟組合聯合會の概要』, 1991.
- 日本 老人保健福祉審議會, 「高齡者介護システムで關する中間報告」, 1995. 7.

- 日本 私學共濟, 『'93私立學校教職員共濟組合の福祉事業』, 1994.
- 日本 組合管掌健康保險, 『'93健康保險組合事業運營基準の解説』, 1994
- _____, 『'93出版健康保險組合 ガイド』, 1994.
- _____, 『'91マツシタ電気健康保險の概況』, 1992.
- _____, 『'91トシバ健康保險組合の概況』, 1992.
- _____, 『'90東京實業健康保險組合の概況』, 1991.
- _____, 『'90東京都食品健康保險組合』, 1991.
- 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 제43권 제14호, 1995.
- Arrow, K. I., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" *American Economic Review*, Vol.53, 1963.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, *Übersicht über die Soziale Sicherheit*, 1991
- Evans, R. G., "Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by Mark Perlman, 1974.
- Musgrave, R. A, et. al., "Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis", 1. Band III, völlig überarbeitete Auflage, Tübingen, 1987.
- NERA(National Economic Research Associates), *The Health Care System in Korea*, July 1994.
- Schäfer, D., "Soziale Sicherung: Konstruktionselemente und Gestaltungsalternativen", *WISU*, Hf.2~3, 1983, pp.75~79 und pp.119~128.
- Schraa, J., "Soziale Pflegeversicherung-Die lange Geschichte," *Bundesarbeitsblatt*, Hf.8~9, 1994,

Socialdata, *Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger*, Stuttgart, 1980.

Weissenböck, H., *Studie zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen*, Stuttgart, 1974.

Zacher, H. F., "Arzt und Sozialstaat", *Sozialer Fortschritt*, 34. Jg., Hf.10, 1985, pp.217~224.

附 錄

附錄. 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험가입자
의료복지 수요조사표

인 사 말

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 가입자들에 대한 의료서비스 증진을 위하여 “의료보험 피보험자의 편익 증진을 위한 보험자의 역할”에 관한 연구를 수행하고 있습니다.

본 조사표는 여러분들이 현재 의료보험관리공단에서 제공받고 있는 의료보험급여외의 서비스에 대한 이용정도와 만족도에 대해서 알고, 앞으로 선생님 및 가족의 건강을 위해 공단이 무엇을 해야할 것인가에 대한 의견을 반영하고자 하는데 목적이 있습니다.

바쁘신 업무에 번거로우시겠지만 선생님의 성실하고 정확한 답변은 바로 선생님이 받으실 의료서비스의 개선에 중요한 자료가 되오니, 모든 질문에 대해 빠짐없이 성실하게 답하여 주시기 바랍니다.

아울러 동봉한 반송봉투를 이용하시어 **응답내용이 11월 15일까지 당 연구원에 도착**할 수 있도록 협조하여 주시기 부탁드립니다. 응답하신 내용은 전산처리 후 통계자료로만 이용될 것입니다.

조사에 성실히 응해주신 응답자 여러분의 무궁한 발전을 기원합니다.

1996년 11월 4일

한국보건사회연구원 원장 연 하 청

조사표 응답내용의 반송 및 관련 문의는 다음 연락처로 하여 주십시오.

서울 은평구 불광동 산 42-14(우편번호 122-040)

한국보건사회연구원

사회보험연구실 의료복지 수요조사팀

☎: (02)355-8003(교 266, 138), 389-0103 FAX: 352- 2181

일반사항

--	--	--	--

성별	<input type="checkbox"/> ①남	<input type="checkbox"/> ②여	연령	()세
지역	<input type="checkbox"/> ①서울	<input type="checkbox"/> ②부산	<input type="checkbox"/> ③대구	<input type="checkbox"/> ④인천
	<input type="checkbox"/> ⑤광주	<input type="checkbox"/> ⑥대전	<input type="checkbox"/> ⑦경기	<input type="checkbox"/> ⑧강원
	<input type="checkbox"/> ⑨충북	<input type="checkbox"/> ⑩충남	<input type="checkbox"/> ⑪전북	<input type="checkbox"/> ⑫전남
	<input type="checkbox"/> ⑬경북	<input type="checkbox"/> ⑭경남	<input type="checkbox"/> ⑮제주	

의료복지 수요 실태

※ 본인 뿐만 아니라 본인의 “피부양자”에 대한 서비스 개선을 항상 염두에 두시고 답해 주십시오.

1. 본인이나 피부양자가 현재 제공되고 있는 다음 서비스를 이용한 경험이 있습니까?

(경험이 있는 것에 모두 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 건강진단 ② 건강교육 ③ 건강상담
 ④ 건강교육교재(예: 건강생활, 건강관리 및 주의 안내 등)

2. 현행 서비스에 대해 어느 정도 만족하십니까?

- 1) 일반건강진단

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만 ⑤ 매우 불만

- 2) 암검진

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만 ⑤ 매우 불만

- 3) 건강교육

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만 ⑤ 매우 불만

- 4) 건강상담

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만 ⑤ 매우 불만

3. 앞으로 본인이나 피부양자를 위한 서비스를 개선한다면 어느 분야에 우선적인 중점이 주어져야 한다고 생각하십니까? (세가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 건강증진(스포츠센터 등)
- ② 예방(건강검진, 건강교육 및 상담, 예방접종, 건강정보제공 등)
- ③ 치료(병의원 등)
- ④ 재활(퇴원후 요양, 만성질환 및 장애인 요양소)
- ⑤ 개호(거동불편자 및 노인에 대한 수발, 간호)
- ⑥ 고액치료비 대여

4. 건강증진을 위한 스포츠센터 운영사업중 바람직한 것은?

(세가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 사우나 ② 테니스장 ③ 골프연습장 ④ 야구장 및 축구장
- ⑤ 수영장 ⑥ 볼링장 ⑦ 헬스 및 에어로빅센터(기타:)

5. 예방사업중 바람직한 것은? (세가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 일반건강진단 ② 암검진 ③ 소아초기검진
- ④ 성인병 진단 ⑤ 종합건강진단 ⑥ 치과검진
- ⑦ 예방접종 ⑧ 건강정보 제공 및 건강교육

6. PC통신에 의한 의료정보중 바람직한 것은? (세가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 의료보험안내 민원 ② 병원안내 ③ 질환별 의학백과사전
- ④ 우리가족 건강진단 내역 ⑤ 건강상담 질의·응답 ⑥ 민간요법
- ⑦ 주요 질환별 발생 통계

7. 공단직영시설중 바람직한 것은? (세가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 종합병원 ② 아동병원 ③ 노인병원(치매센터)
- ④ 특수재활병원 ⑤ 건강검진센터 ⑥ 의원
- ⑦ 한의원 ⑧ 약국 ⑨ 장기요양병원
- ⑩ 단기보호시설 ⑪ 화장터 ⑫ 장례식장

8. 중풍 등 거동불편시의 개호(수발)서비스중 바람직한 것은? (두가지를 선택하여 주시기 바랍니다.)

- ① 노인전문병원(치매, 중풍 등)
- ② 장기요양시설
- ③ 단기보호시설 (탁노소 등)
- ④ 병원 간병인(병원 도우미)
- ⑤ 가정 간병인(식사 수발, 목욕, 배설, 청소, 물품구입, 상담)

9. 보험료의 인상 등 추가적인 비용을 부담하더라도 건강증진, 예방, 재활, 가정간호 등 서비스 개선이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 매우 필요 ② 필요 ③ 보통 ④ 불필요 ⑤ 매우 불필요

10. 분야별 서비스 개선을 위한 재원조달방법으로 바람직한 것은? (해당난에 체크해 주십시오)

	(1) 보험료인상으로 무료이용	(2) 보험료의 인상과 이용자의 부담	(3) 이용자의 부담
①스포츠 센터			
②예방사업			
③치료사업			
④재활사업			
⑤개호(병원간호, 가정간호)			