醫療保障의 段階的 發展模型 構築을 위한 調査研究

1980年度

研究資料

이 資料는 社會保障 審議委員會 研究委員 및 參事의 個別的인 研究結果이며 保健社會部의 公式的 見解가 아님을 밝혀둡니다

보건사회부
제 341 호
82년 9월 21일
자료실

社會保障審議委員會
研究委員 崔 千 松

813
c.2

目　　次

第1章　緒　　論 …… 3

第2章　調査研究計劃 …… 15

1. 研究目的 …… 17

2. 調査研究의 必要性 …… 17

3. 研究의 主要内容 …… 19

4. 研究方法 및 日程期間 …… 19

5. 研究調査結果의 期待効果 …… 20

第3章　社会経済的 背景 …… 23

第4章　外国의 医療保障 類型 …… 33

1. 英国의 医療保障 …… 35

2. 仏国의 医療保障 …… 48

3. 西独의 医療保障 …… 59

4. 日本의 医療保障 …… 70

5. 美国의 医療保障 …… 83

第5章　医療保障 現況 …… 93

1. 医療保険 …… 95

1) 医療保険 …… 95

2) 公務員 및 私立学校教職員 医療保険 …… 97

3) 産業災害補償保険 100
2. 医療保護 102

第6章 医療保障의 開発段階別 展望 109

第7章 結 語 127

第8章 建 議 139

附 録 141

研究者 譯訳, 『社会保障과 医療組織』
(I.L.O의 8個国 標本調査研究資料)

第 1 章　緒　　論

第 1 章　緒　論

疾病과 健康은 用語가 지니는 概念과 같이 明確하게 区別되어 있지 않다. 어디까지가 疾病이고, 어데서부터 健康인가를 금을 그을 수 있는 사람은 医師라 하더라도 어렵지 않겠는가 한다.

이 사이에서 医学과 医療를 手段으로 하는 医師의 介入에 의하여 医療가 効用価値를 発揮해야 하는데 医療保障의 어려움이 있다.

"医療는 生物이다 그렇기 때문에 医療를 政府나 医療関係者나 国民이 생각하는 方向으로 움직이려 하여도 쉽사리 잘 되지 않는다. 그러나 医療 그 自体가 제멋대로 움직이기 始作하면 그 때는 반듯이 医療費 增加라는 귀찮은 짐을지게 된다. 그렇지 않기 위해서는 亦是 事前 監視가 必要하다. 그러나 그 監視가 지나치면 『矯角殺牛』가 된다. 医療를 위하여 世界的으로 必要한 일은 이를테면 『偉大한 常識』이 아닐까 한다.(1)

우리나라에서도 伝統的 療術師나 漢方医療에 代替되어 近代 西洋医療가 뿌리를 내린지 이미 数世紀를 지났다.

더우기 社会保障 医療의 形式으로 保険医療가 導入된 것도 벌써 20余年의 期間을 보내고 있다.

1977年부터 本格的인 保障医療에 突入하여 医療保護와 医療保険의 雙方으로부터의 狹功体制를 갖추고 오늘날 社会保障의 先導的 中極的 事業으로 重要한 評価를 받기에 까지 이르렀다.

1979年末 現在 우리나라 医療保障 総人口는 1,271万人에 이

르고 全人口의 $\frac{1}{3}$을 占하는 큰 数値에 到達된 것으로 推算된다.

가장 큰 部分이 医療保険事業에 의하여 包括되는 人員数値이다. 1979年末 現在, 医療保険法에 의하여 500人以上을 常傭하는 事業場에 603個의 1種組合이 組織되어 1,820千人의 被保険者와2,863千人의 被扶養者, 都合 4,683千人[2]이 加入되고 있다.

또한 強制適用과는 別途로 地域住民을 対象으로 하는 8個의 2種組合이 構成되어 14千人의 被保険者와 49千人의 被扶養者, 都合 63千人이 任意加入되어 있다. 따라서 医療保険法에 의한 総受恵人口는 4,746千人에 達한다.

다음에 公務員 및 私立学校教職員医療保険法에 의하여 受恵되고 있는 人口는 1979年末 現在 公務員 被保険者 652千人과 同 被扶養者 2,051千人, 都合 2,703千人, 私立学校 教職員 被保険者 89千人과 同 被保険者 251千人, 都合 340千人, 総計 3,043千人[3]에 이르고 있다.

그리고 産業災害補償保険法에 의하여 公傷에 대한 医療恵沢을 받는 人員数를 推計하면 1979年末 現在 1,787千人[4]에 이르므로 保険方法에 의한 総 受恵人口는 9,576千人으로 推計된다.

医療保険과는 方法을 달리하여 実施되고 있는 医療保護適用人口도 1979年末 現在 2,134千人[5]이 있으므로 医療保障 総人口는 12,710千人이 되고, 国民의 $\frac{1}{3}$이 이미 이의 恵沢을 입고 있음을 알 수 있다.

그러나 医療의 現物給与에 의한 制度的 装置가 国民傷病에 対処

하는 比較的 合理的이고 널리 利用되는 方法이기는 하나, 実際的으로는 傷病이 지니는 本質的 性質과 保険処理過程에서 일어나는 여러가지 問題 그리고 現物給与를 위한 第3者的 医療提供者의 介入등으로 基本的인 여러가지 어려움이 많다.

아직도 医療의 現物給与를 위하여 다른 좋은 方法이 없기 때문에 모든 先·後進国을 莫論하고 이 方法에 依存하고 있고, 그 어려움을 줄이기 위한 各種의 手段을 講究하는데 余力이 없다.

傷病에 対処하는 限 医療의 現物給与를 위한 保険·保護方法이 그 理想的인 解決方法은 못된다고 하드라도 次善策으로서의 意義는 充分히 있고, 크고 작은 問題点을 안은 채 効果를 거두는 実情에 있다 하겠다.

이와같이 医療의 現物給与로서 이루는 国民医療保障方法의 理解를 위하여 다음에 그 몇가지 本質的 課題를 더듬어 보고자 한다.

첫째, 傷病에 관한 一危険의 基準区劃의 어려움을 들 수 있다. 모든 個人에게 各様 各色으로 存在하는 傷病을 一定한 基準内에 類別하고, 健康과 傷病의 調和를 保持하는 基準医療를 選定하여 被保険者, 被扶養者등의 患者 및 財政分担者와 金庫経営의 保険者가 아닌 第3者인 医療提供者로 하여금 給与担当케 하는데 基本的인 어려움이 있고, 이 어려움은 또한 如何한 方法으로서도 完全하게 克服될 수 없다는 것이 오늘의 専門家들의 見解이기도 하다.

그동안 모든 나라들이 医療의 現物給与를 保障하기 위하여 이 一危険의 基準客観化를 위한 区劃方案 模索에 50年~100年의 歴

史를 쌓아왔고, 그러는 동안에 그나마도 比較的 合理的이라고 하여 널리 利用되고 있는 것이 大数法則에 의하여 接近되고 있는 実績主義 診療方式이라 하겠다.

各国의 被保障人口와 負担能力, 給与方法과 清算要領등에 따라 俸給制, 人類制, 씨링制, 点数制 그리고 償還制등등으로 区別 考察되고 있고, 여러가지 各各 다른 附帯補完措置를 지니는 制度的 相違는 있지만, 거의 모두가 診療実績主義에 따라 運営되고, 各己 지니는 短点補完에 汲汲하는 形便에 있다.

우리나라도 그 中 하나의 方法을 採択하고 있으므로 採択되지 않은 다른 方法을 넘겨다 보게 되는데, 現行의 方法의 維持나 反対的 立場의 表現을 손쉽게 하는 것을 보면 모두가 診療実績主義가 지니는 源泉的 理解에 어두움을 들어내는데 不過하다는 것을 깨달을 必要가 있다.

두째, 全体国民을 単一制度内에 同時에 制度的으로 包括하지 못하는 어려움이 있다.

医療의 現物給与로써 全体国民을 傷病으로부터 保障하려는 것이 医療保障의 理想이다. 그러므로 모든 国民을 同等하게, 同時에 給与保障하는 일이 重要하다. 그러나 모든 国民傷病에 対処할만한 所得水準에 到達하지 못하고 있을 뿐만 아니라 아직도 医療供給能力이 未洽한 状態下에서 一時에 全体国民을 保護한다는 일은 거의 不可能하고, 不得己 保障可能한 階層부터 部分適用하는 接近方法을 択하지 않을 수 없고, 그것이 定期所得階層에 대한 保険方法과 零

細·無所得階層에 대한 国庫依存의 保護方法으로 狭功形態를 취하게 된 主因이 되었다.

따라서 이 때문에 일어나는 不作用과 이에 対処하기 위하여 取하여지는 臨時的 措置가 医療保障의 理想을 그르치고 本来의 뜻을 歪曲시키며 그 運営을 더 複雑하게 하는 것이 非一非再하다.

이러한 部分階層 接近方法으로 빚어지는 問題는 非但 우리나라에서만 일어나는 일이 아니고, 先進諸国의 医療保障制度導入 初期現象으로도 나타나 있고, 모든 나라들이 이미 経験하고 있는 바다.

外国의 경우 이 일로 하여 社会保障 本来의 理念을 흐리게 하거나, 非保障 国民과의 사이에 医療供給의 質量差異로 問題를 惹起시키고 있는 例는 흔히 볼 수 있다.

먼저 被保護되는 階層과 次後에 이에 参与되는 階層과의 사이에 蓄積基金資産, 配分, 施設共同利用 그리고 赤字負担 問題등은 診療過程의 節次上의 差別待遇보다 더 深刻하게 問題되고 있고, 時間的 負担의 公平性과 給与의 均一性 実現 問題가 더 어려운 作業으로 알려지고 있다.

우리나라 医療保障事業도 이 部分接近으로 일어나는 問題가 그 大部分을 차지하고 있다.

이러한 問題는 全国民을 包括하게 됨으로써 自然 解消되는 것으로, 오늘날에 있어서는 그 極少化에 注力하는 수 밖에 없다고 생각한다.

세째, 事業経営의 主体性 維持와 社会性을 尊重하는 어려움이있다.

医療保険事業의 경우를 例로 들면, 그 経営에는 国家, 企業, 医療機関 및 医療人, 高所得者와 低所得者 그리고 多家族者와 単身者, 健康한 사람과 앓는 사람등 여러分野와 各己 다른 階層을 代表하고 利害가 相反되는 사람들이 関与하게 마련이다.

그러나 医療保険은 어디까지나 傷病危険에 対処하는 需要者의 経済的, 社会的 組織이라는 点이 分明해야 하고 이러한 視角은 経済的 主体性, 社会的 連帯性에서 찾아져야 한다.

따라서 保険事業 初期에 企業이나 그外 다른 組織이 이들의 経営技術補完을 위하여 参与한다 하드라도 그것은 一時的인 것이어야 하고, 그 期間도 極히 짧아야 마땅하다.

医療保険事業의 어려움을 自体的으로 解決하고, 問題 極少化를 向하여 努力하는 要領中에 이 主体性, 社会性 維持가 가장 重要하고 그러므로써 自律的인 効率性을 期待할 수 있으리라 본다.

이것은 一線組合의 組織運営이나 聯合組織의 組織運営에도 똑같이 尊重되어야 하며, 앞으로 全国的 規模로 統合運営케 되는 경우에도 主体的, 社会的 経営으로 이끄는 일이 바람직 하고, 法的으로 中央聯合会를 두게 되어 있으므로 그 機能을 回復시켜 줄 必要가 있다.

또한 医療保護事業의 경우를 보더라도 行政機関에 예속시켜 오래도록 둘 것이 못되고, 中央 地方에 保護事業専担 金庫를 가질 必要가 있고 그것도 主体性과 社会性 維持에 必要되는 与件을 갖추어 주는 일이 重要하리라고 생각한다.

이와같이 医療保障事業을 위하여는 本質的인 어려움이 따르고 있는데

이에 더하여 医療保障事業上의 発展段階別 施策方向設定을 위한 어려움이 또한 따르고 있다.

이것은 다른 事業도 마찬가지지만 意思決定者의 段階別 意思決定의 重要性과 그 基本的 方向의 設定의 必要性을 말하는 것이다.

이러한 点들이 医療保障의 原初的 어려움에 더하여 다른 어려움을 불러 일으키고 있다.

어려운 事業일수록 그러하듯이 이 事業에 있어서도 方法論도 갖가지이지만 그 方法論의 時期的 採択問題도 純全히 政策決定者에 의하여 左右되기 때문이다. 社会保障事業의 導入이나 発展을 위한 決定은 配分의 公証이나 當為性만으로 国家施策에까지 反映된다는 일은 大端히 期待하기 어렵고, 더우기 急成長하는 開発途上国이나 持続的 経済成長을 딛고 나가는 나라에 있어서는 資金的 所要圧迫이나 重点的 施策事業 때문에 그 合理的 所要判断만으로는 이루어지지 않는다.

特히 低所得 階層에 대한 医療保障事業은 더욱 그러하고 그 範疇에서 벗어나지 못하고 있다. 必要性이나 当為性만으로 決定되지 못하고, 保障能力의 評価와 継続性 保持可能性判断에 따라 政策決定者의 政策的 中心意思가 먼저 밝혀져야 하는 일이 한 두가지가 아니다.

低所得階層의 国民的 位置와 社会保障的 対象으로서의 比重, 그리고 全国民的 傷病危険의 同質性에 대한 部分的 包括接近의 不可避性과 그 優先的 処遇問題등등의 諸般 困難한 問題가 許多하다.

이以外에도 政策方向의 決定을 위한 方法論上의 意思決定의 問題는

첫째, 単一統合 組織을 理想으로 하는 医療保障制度를 社会保障的 体系内에서 対象別로 綜合生活危険包括方法으로 接近하느냐, 危険別로 全体国民包括方法으로 接近하느냐, 또는 階層別, 危険別로 따로따로 分立된 制度로서 接近하느냐 하는 基本的 接近方法의 択一問題와

두째, 低所得階層을 医療保険과 医療保護制度中 어느制度를 基幹으로 包括 発展시키고, 또한 그러한 決定을 各部処가 分担하고 있는 医療保障制度에서 어떻게 実現可能케 하는가 하는 事業分掌의 限界性問題 그리고

세째, 医療保障給与에 所要되는 資金中 政府支援資金의 調達과 또한 그 支援方法의 決定問題, 金額과 支援方法의 모두에 相互連関性이 있고

이 以外에도 所得 階層의 区劃, 그들의 家計와 所得, 消費構造 및 傷病頻度, 医療要求量, 充足量, 満足度등에 관한 資料에 의하여 国家的, 階層的, 家口的 그리고 個人的인 諸般의 確認이 이루어져야 하는 등의 일이 뒤따라 이루어져야 한다.

医療保障의 理想은 低所得 階層에 대한 医療保障을 어느 程度, 어느 時期에 国民的水準으로 빠르게 実現시킬 수 있느냐 하는 것과 国民全体를 고루게 制度内에 包括시키느냐 하는데 있다.

이中에서도 医療保障事業의 中心的 至難한 課題는 低所得階層에 대한 医療保障方法의 発見이 가장 어려운 問題이고 本論에서 크게 紙面을 割愛한 理由도 理解가 갈줄로 안다.

医療保障의 理想은 低所得 階層에 대한 医療保障을 어느 程度 어느 時期에 国民的 平均水準으로 빠르게 끌어 올릴 수 있느냐 하는 것과 国民全体를 고루게 制度内에 包括시킬 수 있느냐에 있다 하겠다.

그러나 모든 것은 医療保障의 経営에 있고 그 中에서도 医療에 参加하는 第三者的 医師의 役割이 占하는 部分에 관한 適正規制가 이의 成敗를 左右한다고 하여도 過言이 아니다.

筆者가 年前 社会開発調査団員의 一員으로 日本을 訪問하였을 때 当時 厚生省 医政局長이 放談속에 흘러버린 그 말이 아직도 내 머리속에서 맴돌고 있다.

『医師 한 사람의 増員은 그만큼 国民負担이 늘어난다』

이 말의 뜻은 무턱대고 医療財源이 不足한 나라에서는 医師의 排出만으로서 医療保障이 이루어 지지 않는다는 말이된다.

그는 덧 붙여서『医師는 絶対로 損害보지 않는다』라고 한 말까지 함께 考慮할 때 우리들의 医療保障의 길을 暗示해 주고도 남는다 하겠다.

우리들 周囲에서 볼 때 実際的으로는 損害를 보고 있는 医師들도 많이 있고, 그러한 일을 뒷받침하는 現象들이 가끔 일어나는 것을 보기도 한다.

그러나 다른 한 편으로는 그렇지 않는 事例도 가끔 들려온다. 이 경우 医師가 損害보지 않으면 患者가 損害본다는 말이 되는데 患者들 自身의 生命延長을 위한 費用속에 어느 만큼이 그 適正金

額이고 어느 部分以上이 患者의 過大負担 말하자면 損害部分인가 이것 亦是 個別的으로는 금을 그을 수 없는 일이다.

医師가 患者로부터 받는 医療酬価는 모든 経営原価와 利潤 그리고 自身의 技術料가 包含되고 있는데 그것을 웃도는 그 무엇이 있었기에 短時日안에 致富하는 医師들이 있는 것도 目擊하는 일이다.

이러한 部分이 患者의 過大負担部分이고, 患者가 損害보고 있는 部分이 아니겠는가 하고, 생각되기도 쉽지만 自由経済体制下의 自由競争開業医의 収入에 어떤 部分이 過当利得이라고 하는 말조차도 다시 생각해야 하리라고 본다.

어쨌던 医療保障은 이와같이 어려운 길에서 찾아 한걸음 한걸음 接近하여 가는 수 밖에 없고, 이번의 段階的 発展模型 構築도 医療資源 말하자면 人物, 物的資源의 利用極大化와 함께 国民生活水準과 그 負担能力에 발맞추어 이룩되어야 할 줄로 안다.

(註1) 現代医療의 危機 水野 肇 1976年2月 P 26
(註2) 主要保健社会統計 保健社会部 1980年刊 P 83
(註3) 医療保険管理公団회보 統計資料
(註4) 産災保険年報 労動庁 1979年刊
総適用人員3,607千人～医療保険重複1,820千人 = 1,787千人
(註5) 主要保健社会統計 保健社会部 1980年刊 p 82

第 2 章　調 査 研 究 計 劃

第2章 調査研究計劃

1. 研究目的

全国民의 傷病을 対象으로 하는 우리나라 医療保障制度의 段階的 発展模型을 構築하여 発展段階別 医療需要의 極大化를 企図하고 医療保障의 基準模型과 基本原則을 設定하여 段階別로 国民階層과 傷病을 包括 給与水準을 引上 拡充함으로써 早期에 国民医療保障을 実現시키는데 必要한 現存制度의 拡充, 統合, 調整등 諸般方法論의 模索, 導出 그리고 精選하는데 이번 調査研究의 目的이 있다.

2. 調査研究의 必要性

우리나라 国民의 傷病에 対한 医療保障事業으로 既已 保険医療로서, 医療保険, 公務員 및 私立学校 教職員 医療保険 그리고 産災의 公傷에 대한 医療의 現物給与方法등이 있고 保護医療로서 医療保護와 軍事援護報償의 収容保護方法등이 있으며 이미 国民의 $\frac{1}{3}$의 線을 超過하는 人員을 保障하고 있다.

그러나 아직도 未包括 国民이 $\frac{3}{2}$나 있는 外에도 被保護되고 있는 国民도 各制度마다의 特性과 制度経営方法의 更直性에 의하여 給与水準이 고루지 못하고 財政形便이 格差가 甚할 뿐만 아니라 対象의 包括과 未包括의 区劃이 財政調達方法에 너무 치우쳐서 決定되어 実地에 医療를 必要로 하는 階層이 制度的 恵沢을 입지 못하

고 있는 外에도 第三者的 参加로 医療의 現物給与를 担当하는 医療関係者에 대한 参加方法등의 問題와 함께 그들의 給与와 그에 支払되는 報酬의 決定方法과 支払方法등에 많은 어려움이 도사리고 있기 때문에 医療保障의 目的을 圓滿하게 完遂할 수 없을 뿐만 아니라 그 均衡을 維持하지 못하고 惠沢을 받고 있는 사람들 相互間에도 均霑과 共同負担에 合理性을 欠하고 있는 事項들이 尚存하고 있음을 否認하지 못한다.

따라서 研究者 本人은 이러한 問題들의 解決方法의 一環作業으로 1977年에 医療保護에 관한 研究를 하고 1978年에 社会保障 統合計劃研究에서 医療保険発展을 다루어 온 뒤 1979年에서 緊急을 要하는 医療保護対象에서 除外된 低所得階層의 医療保障에 관한 研究에 이어 90年代를 내다 보고 国民皆 医療保険을 成就시키는 뜻에서 全国民에 대한 医療保障의 早期実現을 가져 오기 위하여 今年度 調査研究事業으로 表題를 選択하게 되었다.

다만, 医療保障의 段階的 発展 模型을 構築하는데는 医療需要와 함께 供給이 同等하게 研究되어야 하고 그러한 目標아래에서 綜合的 発展計劃이 展望되어야 하는데 実際 医療의 供給面에 관한 調査는 実地調査를 要하는 部分이 主를 이루고 調査費用도 問題려니와 研究者 혼자의 힘으로는 모든 関聯指標를 生産한다는 일은 그동안의 資料의 欠乏으로 엄두도 낼 수 없기 때문에 이 部面에 関한 研究는 後日에 미루기로 하고 需要側面으로부터 于先 接近하는 方法을 択하였다.

医療의 需要 供給에 관한·法側도 経済의 所要와 供給에 관한 法側과 마찬가지로, 需要는 供給을 創出하고, 供給은 需要를 誘発하므로 이에 힘을 얻어 이번에는 国民需要의 一方的 接近方法으로 段階的 発展을 想定하여 본 것이다.

3. 研究의 主要内容

① 現在의 国民傷病量과 支出医療費負担能力을 把握하는데 重点을 두고, 医療의 供給에 관한 単純能力把握으로 需要의 況況을 設定하고,

② 現在의 우리나라 医療保障制度를 医療保険과 医療保護方法으로 両大支柱를 中心으로 把握하고 이를 土台로 制度的인 特性을 必要分析하며,

③ 医療保障의 基準模型과 段階的 発展模型을 構築하고, 発展段階別 基本原則을 設定하고

④ 우리나라 医療保障 発展을 위한 綜合 結論과 함께 建議를 하도록 되어 있다.

4. 研究方法 및 日程期間

文献研究에 置重하고 研究日程은 一年期間의 研究에 의하여 報告書를 提出하도록 되어 있고, 前半期는 資料의 蒐集分析에 消費하

고 実査期間部分은 旅費不足関係로 中止하고, 後半은 報告書 作成에 所要하고 12月中에 完成키로 되어 있다.

5. 研究調査 結果의 期待効果

① 現在의 多元的 制度의 一元的 考察의 視角이 모아지고

② 基準制度가 確実해지며 그 拡充育成方法論이 発見되며

③ 発展段階別 主要対象階層과 給与種目이 浮刻되고, 医療保障의 適用 拡張의 方向이 設定되고

④ 医療保障의 바람직한 模型이 導出되며

⑤ 早期 国民医療保障 実現이 誘導된다.

다만, 調査研究의 基本的 諒解事項으로 되어 있는 低所得 階層의 国民的 需要位置設定의 重要性과 社会保障的 対象으로서의 比重, 그리고 全国民的 傷病危険의 同質性에 대한 部分的 対象包括接近의 不可避등의 諸般 困難한 問題処理와 아울러 事前에 政策的 考慮를 必要로 하는 事項中 特히

① 単一綜合組織을 理想으로 하는 医療保障制度를 社会保障的 体系内에서 対象別로 綜合生活危険包括方法으로 接近하느냐 危険別로 全体国民包括方法으로 接近하느냐의 択一問題

② 低所得 階層을 保険医療와 保護医療中 어느 制度를 基幹으로 発展시키느냐 하는 政策的 問題

③ 保障給与에 所要되는 資金中 政府支援部分의 直接給与資金支援方法과 間接 不足醵出料部分資金支援方法의 어느 것을 択하느냐의

問題등의 政策的 決定의 必要性과 이에 따르는 問題提起, 研究方向 그리고 仮定은 研究者의 個人的인 所見이 先行되고 있음을 밝혀 둔다.

第3章　社會經濟的　背景

第 3 章　社会経済的 背景

医療保障은 国民的 総所要와 自己調達能力 그리고, 供給網등에 관한 一般 社会経済的인 背景理解가 앞서야 한다.

앞으로 91年까지의 長期展望下의 医療保障努力을 仮定하고 그 基礎的 要素의 展望을 設定할 必要가 있다.

于先 第5次 5個年経済開発計劃의 基礎指針資料(経済企劃院)에서 人口増加推勢와 GNP의 増加 그리고 每年度의 成長을 살펴 보면 다음表와 같다.

人口 및 G.N.P 増加 推勢

資料 : 経済企劃院

項　目	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	82~86 平均	
人　口	37,605	38,197	38,807	39,437	40,081	40,747	41,418	42,088		単位 千人
G. N. P	14,767.4	14,907.8	15,721.9	16,901.0	18,270.0	19,749.9	21,369.4	23,121.7		75不 導価
経済成長率	6.4	1.0	5.5	7.5	8.1	8.1	8.2	8.2	8.0	100억

위의 表의 人口推勢를 다시 構造的으로 그 推移를 보면 다음 表와 같다.

人口構造趨移　　資料：經済企劃院

項　目	1965	1970	1975	1981	1986	1991
平均寿命	62	65	68	70	72	74
老令人口比率 (65歲人口以上 / 15歲～65歲人口)	6.2	6.1	5.9	6.3	6.7	7.6
年少人口比率 (0～14歲人口 / 15歲～65歲人口)	81.7	77.2	66.6	53.3	47.4	43.8

平均寿命은 1965年의 62歲에서 91年에는 74歲로 늘어나고, 따라서 年少人口比는 65年의 81.7%에서 43.8%로 크게 줄어드는 反面 老令人口比는 65年의 6.2%에서 7.6로 늘어난다.

이러한 現象은 扶養費와 直結되고 年少者 扶養이 줄어드는 代身, 老令者의 扶養費가 늘어 나는 것을 말하는 同時에 医療保障의 側面에서 볼때 老令疾患의 增加에 따르는 費用支出의 增大와 함께 지금까지의 扶養家族의 受診状況에 変化를 가져 온다고 하겠다.

実際的인 扶養人口比率은 다음 表에서 보는 바와같이 크게 떨어지고 있지만 疾病의 治療와 関聯되는 医療保障의 危険頻度는 扶養家族의 경우 크게 떨어진다고는 볼 수 없다 하겠다.

扶養人口比率의 變移

資料 : KDI

項目	1961	1976	1981	1986	1991	備考
扶養率	76.5	62.4	54.1	49.1	47.5	13歲以下+65歲以上人口 / 14 ~ 64歲 人口

以上 人類的으로 볼 때 医療保障은 全体人口面에서는 勿論 扶養家族状況에 비추어서 継続的인 增大를 가져 올 것이 豫想된다.

또한 GNP에 있어서도 每年 크게 增大되고 있음을 볼 수 있으나 最近 15年間의 10分位階層別 所得集中値를 보며 下位 40% 人口의 所得集中率은 1965年의 19.34에서 1978年의 15.46%로 떨어져 있는데 反하여 上位 20%人口의 所得集中率은 65年의 41.81%에서 78年의 46.70%로 늘어 남으로서 下位階層의 所得伸張率이 低下되고 있음을 알 수 있고 그것은 医療保障을 包含하는 社会保障의 必要增大를 뜻한다 하겠다.

따라서 이대로 所得集中率의 進行傾向이 継続되는 경우 低位所得階層의 支出医療費의 負担能力은 継続 下落되고, 医療保障費의 補填은 增大되며 同時에 階層間의 生活乖離의 拡大를 沮止策이 別途로 講究될 必要가 있다 하겠다.

이와같은 状況을 説明해 주는 資料로서 다음에 経済企劃院과 KDI에서 生産한 資料

階層別 全家口所得分布와 所得集中値 絶対貧困人口 趨移 그리고 国民 医療費支出推移의 実績値를 比較하기 위하여 添付하여 둔다.

階層別全家口所得分布와 所得集中値

資料：経済企劃院

10分位階層	1965	1970	1976	1978
1	1.32	2.78	1.84	1.75
2	4.43	4.56	3.86	3.43
3	6.47	5.81	4.93	4.94
4	7.12	6.48	6.22	5.34
5	7.21	7.63	7.07	7.10
6	8.32	8.71	8.34	8.34
7	11.31	10.24	9.91	10.13
8	12.00	12.17	12.49	12.27
9	16.03	16.21	17.84	16.47
10	25.78	25.41	27.50	30.23
下位 40 %	19.34	19.63	16.85	15.46
上位 20 %	41.81	41.62	45.34	46.70

絶対貧困人口 趨移

資料 : KDI

年 度	絶対貧困人口比	備 考
1965	41 %	
1970	23 %	
1978	12 %	

(註) 相対的 貧困人口比는 65年 12%, 70年 5%, 78年 14%로 相対的 悪化露出

国民医療費支出趨移

資料 : 経企院

(単位 : 百万원)

項 目	1970	1975	1976	1977
総 医 療 費	71,428	306,526	395,312	571,234
対 GNP 比 率	2.7 %	3.2 %	3.0 %	3.4 %
1人当医療費実額	2,272 원	8,838 원	11,186 원	15,861원

外国의 경우 国民総生産에 대한 保健医療費支出 比率은 그 包括하는 項目이 同一하지 않기 때문에 比較하기 어렵지만 다음 表와

같은 것으로 分析하고 있다.

外国의 国民総生産에 대한 保健医療費支出比率

資料 : 韓国의 保健財政과 医療保険

1976 年度

国 名	比 率	備 考
美 国	8.7	
日 本	4.5	
도미니카	2.6	
콜롬비아	4.5	
泰 国	2.4	
인도네시아	2.2	
印 度	2.0	
방글라데시	1.5	
韓 国	3.0	保健費支出包含 総保健医療費 推計

우리나라의 人口, GNP 그리고 貧困程度, 支出医療費 負担의 諸般 数値와 함께 支出医療費의 負担能力에 못지 않게 医療保障能力을 誇示하는 医療人 및 医療機関등 供給能力의 指標도 綜合的 数値이지만 그 推勢를 밝히기 위하여 다음에 添付[1]하여 둔다.

医療人，医療機関 趨移

資料：保健社会部

項　目	1961	1966	1971	1976	1979	備　考
病院数		237	290	198	324	
病床数		12,891	17,506	22,792	33,046	
人口10万当病床数		43.8	53.2	63.6	87.8	
病床利用率		55.2 %	56.6 %	55.6%	62.9%	
医院			5,700	6,125	6,140	
歯科病医院			1,426	1,664	1,905	
漢方病医院			2,443	2,371	2,174	
保健所			192	198	204	
助産院			767	685	555	
医師1人当人口		2,059 人	1,681 人	1,732 人	1,554人	
歯科医師1人当人口		16,263	13,411	13,069	11,306人	
看護員1人当人口		2,988	1,309	553	417	
薬師1人当人口		2,876	2,119	1,731	1,608	
医師数		10,854	16,207	17,848	21,279	
歯科医師数		1,762	2,452	2,744	3,326	
漢医師数		2,849	3,357	2,855	2,913	
助産員数		5,714	6,266	4,028	4,641	
看護員数		8,898	16,351	26,949	36,975	
薬師数		10,028	15,519	20,718	23,381	

이번 調査研究의 研究方法이 計数的 接近에 따르는 模型構築이 아니였기 때문에 一般的 社会経済的 背景指標만을 例示하고, 各国의 制度分析을 為主로 하는 模型接近努力으로 그 視角에 研究의 中心을 두고, 이런 程度의 基礎的 資料만을 掲示하여 둔다.

말하자면 当為性이나 必要性을 実証하는 資料도 重要하지만 보다 더 医療保障의 一般的 模型에 의한 原則的 発展努力에 研究의 焦点을 設定하였음으로 다음 章節에 研究割愛하기로 한다.

(註1) 보건사회통계연감 보사부 刊 1980 p 10 ~

第 4 章　外国의　医療保障　類型

第 4 章　外國의　医療保障類型

1. 英国의　医療保障

英国의　医療保障은　그　制度的　模型考察에　들어가기에　앞서, 世界에서　国家的　単一　保障模型의　示範이　될　수　있는　制度이기　때문에　그　制度的　理念을　概述할　必要가　있을　것　같다.

"티트머스"(R.M. Titmuss)는　社会的　綜合의　促進因子로서 「制度的　再配合」(Institutional-Redistribution)을　들고　있는　것을　본다.

그는　"마아샬"(T.H. Marchall)이　말하는　「民主的　福祉資本主義」의　政策課題는　「経済的인　것」과　「社会的인　것」을　어떻게 綜合시켜　줄　수　있는가에　달려　있을　것이라고　말하고　있다.

말하자면　「効率性」과　함께　「有効性」　그리고　「社会的　公正」을 充足시키는　社会保障制度, 社会政策展開　特히　이項에서　提起되는　医療保障을　包括하는　社会諸"서어비스"의　再組織이　반드시　要求된다고 指摘하고　있다.

따라서　英国의　医療保障을　代表하는　国民保健"서어비스"도　이　効率性과　有効性　그리고　社会的　公正의　모두를　同時에　満足시키도록 志向하는　国民的　努力의　하나라　볼　수　있다.

"티트머스"가　提示한　세가지　模型

① 補充的　福祉"모델"

② 産業的 業績 = 達成"모델"

③ 制度的 再分配"모델"은 分析"모델"以上의 歷史的発展段階"모델"이 아닌가 한다.

英国의 医療保障의 公的 構造는 救貧法下의 医療扶助의 段階, 1911年 制定 「国民保険法」 및 1924年 制定 「国民健康保険法」의 段階 그리고 第2次世界大戦後 1946年 制定 「国民保健"서어비스"再組織法」의 段階라는 3段階 発展過程을 거쳐서 이루어진 것이라 하겠다.

먼저 例示한 "티트머스"의 3模型은 英国의 医療保障의 発展 3段階를 例証하여 주는 좋은 "모델"이다.

오늘의 英国의 医療保障은 制度的 再配分의 段階로서 보다 効率的이고 보다 有効的이며 보다 公正한 国民保健"서어비스"의 確立인 同時에 民主的 福祉資本主義의 体制維持, 存続, 発展에 있다고 본다.

이와같은 英国의 医療保障의 指向努力에도 不拘하고 "브라운" (R.G.S. Brown)[1]은 1970年度 初頭에 国民保健"서어비스"에 관하여

① 供給水準의 地域的 不均衡등

② 専門職의 "모델" 問題

③ 継続的 医療 — 調整의 問題

④ 優先順位의 偏向 — 資源의 効率的 利用問題등의 欠点을 指摘하고 있다.

또한 新国民保健"서어비스"가 1974 年 4 月부터 実施된 以来 3 年이 経過된 77 年에 이르러서도 "브라운"은,

① 任命制와 選挙制(代議制)의 問題

② 管理主義의 問題

③ 一般医의 管理問題

④ 消費者의 利害 — "코뮤니티"保健協議会(C.H.C)問題등에 批判을 加하고 있는 것을 볼 수 있다.

英国의 医療保障 即 国民保健"서어비스"에서 社会的 公正을 実現시키는 일은 두가지 主要 側面이 있다.

그 하나는 国民의 利益을 代表하는 公的制度의 運営形態이고 또 하나는 保健医療資源의 有効, 効率的 利用이다.

国民保健"서어비스"의 民主的 管理運営을 위하여 마련된 公的制度로서는 新国民保健"서어비스"의 管理機構의 統合과 함께

① 保健"서어비스"의 監察委員(Health Service Commissioner H.S.C)의 任命

② 懲戒委員会(Disciplinary Committee D.C.))의 設立

③ 病院諮問"서어비스"(Hospital Advisory Service H.A.S)의 設置

④ "코뮤니티"保健協議会(Community Health Council C.H.C)의 設立등이다.

保健"서어비스" 監察委員(H.S.C)은 1974 年의 国民保健"서어비스"再組織의 一環으로서 民願処理機関으로 設立된 것이며 公訴裁判所

로서의 機能을 完遂하는 責任을 지는 것이다.

懲戒委員会(D.C)는 家庭医에 대한 民願処理를 目的으로 設置된 것으로 医学関係委員 3人, 医学関係外 委員 3人 및 委員長으로 構成되고, 1971年만 해도 5百件의 民願을 処理한 바 있다.

病院諮問"서어비스"(H.A.S)는 病院内 患者의 民願, 医療要員의 労動條件등 不満足한 状態에 대한 告発로부터 医療要員 自身孤立으로부터 防禦하고 困難한 業務와 싸우고 있는 医療幹部要員을 援助激励하는 機能도 지니며, 이와같은 状況에 대하여 長官과 国民에게 警報를 할 수 있는 機能도 지니고 있다.

"코뮤니티"保健協議会(C.H.C)는 「社会的 公正」 「代表에 의한 意志決定」 「代議制」를 重視하는 労動党政府와 「官僚主義的管理」를 重視하는 保守党政府와의 사이에 政策的 争点이 되었던 機関이다.

保守党政府에 의하여 마련된 1973年의 国民保健"서어비스"法에 따르면

① 公衆의 保健"서어비스"의 利益을 代表하여야 하고,

② 情報의 取得과 施設에의 直接調査

③ 保健"서어비스"実施上의 諸事項에 관한 検討와 地域保健当局에의 助言등의 重要事項등이 列挙되어 있다.

이에 대하여 労動党政府는 政権交替後 1974年 5月의 諮問文書 「国民保健"서어비스"의 民主主義」를 公表하고,

① C.H.C의 事務局長(Secretary)은 公開競争에 의하여 選出

되어야 하고

② 病院閉鎖(Hospital Closure)에 대한 責任을 져야 하며,

③ C.H.C를 地域住民의 参加에 의한 強力한 討論의 場으로 発展시켜야 하고

④ C.H.C와 地区運営組織成員의 建設的対話를 確保하도록 하는 등 重要事項이 指示되고 있다.

따라서 이보다 앞서 4月 11日의 改正要領通牒에서는 保守党政策의 延長을 中断시키는 意味에서 C.H.C의 事務局長의 任命措置가 進行되지 않도록 하는 内容의 公文이 地方保健当局에 送達되고 있다.

어쨌든 保守党이나 労動党政権이 다같이 社会的 公正의 実現에 各各 나름대로의 政策方向을 지니고 있다는데 注目할 必要가 있다.

이와같은 社会的 公正의 理念 具顕을 위한 長期間의 努力에 의하여 생겨난 오늘의 英国의 医療保障은 国民保健"서어비스"法에 의하여 統合的 制度로서 代表되고 英国에 居住하는 모든 国民을 対象으로 疾病의 予防, 治療와 再活을 위하여 精神的 肉体的 健康의 증진을 도모하는 包括的 制度로써 導入 実施되고 있다.

원래 無料의 医療"서어비스"를 原則으로 하고 制度化되었으나 現在는 若干의 一部負担金制度가 加味되어 있다. 国民保健"서어비스"의 財源은 国庫, 国民保健醵出金 및 一部負担金으로 構成되며 이는 各各 91%, 5%, 4%의 비율[(2)]이다. 또한 5%의 国民保健醵出金은 週当 定額制에 의하여 醵出되며, 使用主와 男子被傭者 및 여자被傭者가 各各 다르게 負担하고, 一般国民도 男女의 負担額이 各各 다

르다. 4%의 受益者로서의 患者 一部負担金에는 一定額의 처방전비가 포함되고 16세미만의 아동, 65세이상의 老人, 출산후의 산모, 低所得家口等에는 이 처방전비도 면제된다.

歯科医의 경우도 처방료 義歯費등에, 그리고 眼鏡商에도 一部負担金이 있고 그 免除規定도 家庭医의 경우와 거의 비슷하다. 国民保険의 醵出者는 그 保険料와 함께 国民保健 "서어비스"를 위한 醵出을 해야 한다. 그러나 醵出의 有無에도 불구하고 모든 住民에 대하여 同一한 水準과 内容의 "서어비스"가 제공된다. 이 제도는

① 病院 및 專門医"서어비스"

② 一般開業医"서어비스"

③ 地方当局의 保健"서어비스"의 세 부분으로 구성되고, 대부분의 병원은 国営이며 그 管理上 運営上의 責任은 해당 長官이 진다.

1974年 4月의 통합전까지는 全国에 20개의 病院地域을 두고 病院委員会가 各 地域의 病院운영을 담당하여 왔다. 그러나 실제의 병원운영은 그 下部機関인 450개의 地方病院委員会가 담당하였다.

現在는 관장기구의 統合一元化에 의하여 病院 및 專門医"서어비스"를 担当하는 病院은 大部分이 国営인데 全国을 14개 地域保健当局(Regional Health Authority)으로 区分하여 그 밑에 90개의 単位地域保健当局(Area Health Authority)을 두고 実際로 各地域의 病院運営을 担当하는 統合機構에 의하여 관리 운영되고 있다.

病院勤務医師의 報酬는 医師의 직급에 따라 規定된 報酬表에 의하여 지불된다. 入院患者는 원칙적으로는 無料이나, 独室이나 부속실을 希望하는 자는 그만큼 더 별도로 부담하여야 한다. 一般開業医"서어비스"는 家庭医, 歯科医, 약제, 眼鏡"서어비스"등이, 포함되고 그동안 全国 159개 집행위원회가 그 운영을 담당하여 왔으나 1974年 四月에 地域保健当局에 의하여 統合·管理되고 있다. 国民은 사전에 자기가 속해있는 지역에서 家庭医를 選択 등록하고 傷病에 걸렸을때 그 家庭医의 치료를 받는다. 家庭医가 担当할 수 없는 傷病은 病院専門医에게 후송된다. 또한 歯科 薬剤, 眼鏡 등 기타 "서어비스"는 登録制가 아니다. 따라서 開業医의 報酬는 家庭医의 경우 登録人員数에 따라 人頭制로서 支払되며 治療実績에 따라 代価支払되는 部分도 있다. 歯科医 薬剤部, 眼鏡商의 경우는 모두가 治療実績에 따라 보장받거나 판매량에 따라 地方保健当局으로부터 그 대가를 환불받는다. 患者로부터 처방전비로 1회에 얼마씩 一部負担金으로 징수하며 16세미만의 아동과 65세이상의 老人 출산전후의 母親, 低所得세대의 가정에게는 一部 負担金도 면제되며 따라서 処方総数의 60%가 免除恵沢을 입고 있는 실정이다. 歯科医의 경우에 処方料, 義歯費 等을 그리고 眼鏡費에도 一部負担金이 있는데 免除規定은 家庭医의 경우와 거의 同一하다. 이 開業医들은 간단한 治療만을 담당하고 専門的인 治療를 要하는 患者는 開業医의 소개로 다른 병원으로 보내진다. 地方当局의 保健"서어비스"는 豫防接種의 実施, 保健 "센터"의 設置運営 等

의료에 관한 사항외에 福祉活動과 밀착된 老人, 母子, 障害者 等을 위한 保健"서어비스"도 담당한다.

英国全体에 2만5천명의 家庭医가 国民保健"서어비스"에 참여하고 있으며 家庭医 1人당 登録者数는 2천5백명이다.

一般歯科医師数는 1만2천명, 一般眼科医師 및 眼鏡商의 数는 約 7천5백명이며 家庭医처럼 登録할 必要가 없다.

薬局은 1만2천개소가 이 国民保健"서어비스"에 참여하고 있다.

病院専門医 "서어비스"는 英国全体에 2천9백개소의 国民保健病院이 있고 総病床数는 25만개이다. 이것이 英国의 国民保健"서어비스"制度의 개략이다. 아직도 약간의 問題가 남아 있으나 1974年의 一元的 統合管理運営方向으로 制度가 개선되어 그동안 누적되어 오던 管理運営面만은 해결된 셈이다.

英国은 保健"서어비스"法에 의하여 全国民을 対象으로 일률적인 시혜를 하고 있으므로 이에 合当한 医療提供과 診療報酬制度를 갖고 있다. 오랫동안 「人頭方式報酬」 즉, 당초에는 연간 1人当 9실링, 그 후로는 매년 증액되어 20실링으로 변경되어 오다가 1960년에 王立委員会의 권고와 이에 따라 設立된 「報酬再検討委員会」의 수차의 권고에 의하여 현재는 「人頭方式 + 手当金制度」(3) 로 改正되어 그동안 10数年間 実施되어 오고 있다. 英国医師会도 多少의 불만은 있지만 적당한 報酬価額의 引上에 끌려오고 있다. 이 中에서도 王立委員会의 권고서의 第10章에 明記되고 이에 의하여 設立된 再検討委의 제7차보고(一名 "칸다스레"卿보고)로서

公表된 「人頭方式 + 手当金制度」의 手当金의 内容中 重要事項을 보면,

① 開業手当金

② 年功, 技術加算手当金

③ 時間外手当金

④ 그룹診療手当金

⑤ 名医手当金등이 追加된 細項部分이 그것이다. 이 마지막 名医手当金에 대하여는 英国医師会가 名医의 基準決定困難을 理由로 받아 들여지지 않고 있다. 이러한 結果를 얻어내게 된 것은 英国医師会가 保険者인 政府, 保健省과 대립분규를 거듭하여 紙上 10年 전쟁끝에 쟁취한 투쟁의 결과라고 말하고 있다. 診療報酬의 再検討委員会는 매년 勧告를 내고 있는 常設委員会이며 委員은 7名이고 医師는 参加하지 않고 있다.

이 再検討委勧告는 24%~0.5%의 引上幅을 毎年 勧告한 実績을 가지고 있고 非公開의 경우도 있다.

王立委員会의 報告로서는 社会保険과의 관련사업을 提出한 "비버릿지"이후 1960년의 "필킨튼"報告가 또한 有名하다.

칙령에 의하여 設置된 委員会로서 勧告書를 女王에 提出함으로써 事業이 終結된다. 王立委員会는 어려운 問題에 부딪칠 때마다 14世紀以来 設立되어 온 것으로 有名한 救貧法도 이의 所産이다. 最近의 것으로는 "겜"離婚, 税金, 東"아프리카"問題, 公務"서어비스", 精神病 地方政府 警察問題등에 관한 委員会가 開催된 바 있

고 최고의 권위를 갖고 있다.

어쨌든 人頭方式은 登録住民의 数와 医師의 報酬와 結付되어 있으며 医師는 되도록이면 患者受診이 적은 편이 有利하다. 까닭에 医師는 登録住民(最高 3천5백인)에 대하여 豫防 "서어비스" 또는 事前注意등의 어려운 일을 잘 보고 住民患者의 姓名이나 病歴에 대하여 精通하다는 利点이 있지만 反面, 가능한한 患者에 대한 診療를 적게하고 쉽게 책임을 완수하려는 경향에 빠진다. 医師는 登録住民의 数를 늘리려는 한편 診療는 적게하려는 폐단을 수반한다. 이 人頭方式類型은 住民登録数와 報酬는 結付되어 있지만 個個의 診療"서어비스"와 報酬가 結付되어 있지 않은 까닭에 診療가 소홀해질 우려가 있다. 그러나 이런 정도의 英国의 人頭方式을 가져오는 데도 많은 의료분쟁끝에 얻은 것이다. 1960년의 王立委의 勧告가 있기 直前까지만해도 数年間은 尖鋭化된 의료분쟁의 대립이 계속되어 왔다.

그 한가지 例를 들더라도 알 수 있듯이, 公的場所에서 保健"서어비스" 費用負担者側에서 「医師들側面의 報酬問題로 酬価引上要求와 파업선언등에서 취한 措置는 "날도둑"을 連想케 한다」라고 비난을 던지면, 다른 한쪽인 医師側에서도 이에 応酬하여 「福祉国家에 있어서의 医療保障은 우리들医師를 「몰모트」 취급한다」[4]라고 맞선 때도 있었으며, 분규를 법정으로 끌어 들이기 直前까지 이른 적도 있다.

그러한 時期에 이 王立委의 勧告가 나와 医師側에나 一般国民에게

나 다같이 充分히 納得시킬 수 있었기 때문에, 政府側에서도 「더 나은 医療内容이 約束된다면 費用이 더드는 따위는 諒解하여야 하리라」는 態度를 취함으로써 그 勧告를 그 즉시 全面的으로 받아들이는 契機가 되었다고 한다. 여기에 한가지 王立委의 非公開会議에서 있었던 事案을 紹介한다면 診療報酬決定을 위한 좋은 参考가 될 것이다.

① 医師들의 所得水準은 다른 知的職業, 専門職에 있는 사람들의 所得에 比하여 어떻게 되어 있는가?

② 医師의 所得의 適正水準은 어떻게 되어야 하는가?

③ 医師의 報酬는 恒常 検討할 必要가 있는가? 萬一 있다면 어떻게 하면 좋은가? 등의 자문에 대하여, 王立委의 答申의 要点은 前掲①에 대하여는 医師의 報酬水準이 너무 낮고,

②에 대하여는 詳細한 計数資料를 提示하며,

③에 대하여는 「再検討 委員会」의 常設의 必要가 있다고 하여, 医師라고는 한사람도 参加하지 않은 이 答申이 医師와 "서어비스" 管理者인 保健省이 다같이 받아들이게 되었다고 한다.

위의 자문중에 特히 注目되는 事項은 医師의 報酬를 他의 類似職業階層 말하자면 辯護士등의 報酬와 比較하여 높은가 낮은가하고 자문한 점으로서, 医師의 生活費라든가 設備費用등에 대하여 何等 자문하지 않고 있는 일이다.

1910년代 国民健康保険制度 時代에 医師의 報酬決定의 경우 이와같은 일은 없었으며, 当時의 諸 物価, 報酬에 관한 計数資料만 가지고

檢討되었던 것으로 되어있다. 이와같은 事項을 넘어서 他種 職業水準과의 報酬所得水準의 比較에까지 이르렀다는 것은 英国의 診療報酬紛糾가 어느만큼 치열했는가를 말해준다.

最近 保健"서어비스"에 있어서 그 問題点으로 1975年 12月의 「바바라카슬」長官의 연설문[5]에 따르면

① 老人人口의 증가 問題로서 75세이상이 每年 2%씩 증가하는데 比해 保健医療"서어비스"의 財政은 겨우 年1% 증가하고,

② 治療良好로 生命救済負傷者의 증가로 불구요양비가 증가하며,

③ 의료기술의 증진으로 새로운 治療方法에 의한 費用이 高価이고,

④ 保健"서어비스"도 労動集約 産業化로 (1948年 看護員 24時間 勤務 3人 必要, 1975年 看護員 24時間 勤務 4.5人 必要) 점차 人件費의 負担증가를 가져오며,

⑤ "서어비스"内容의 확대와 腎臓移植등 새로운 수술비용의 과대등으로 財政의 수지·균형을 沮害하는 問題点들이 지적되고 있다.

英国의 医療保障도 国民保健"서어비스"法에 의하여 다른나라에서 볼 수 없는 国民傷病에 대한 綜合的이고 合理的인 制度로서 紹介되고는 있으나 実은, 아직도 많은 어려움을 안고 있다고 하겠다.

医療의 現物給与로서 이루는 国民医療保障은 亦是 保険, 保障医療로서도 成就될 수 없고, 英国도 다른 훌륭한 制度가 発見되지 않으니까 하는 수 없이 現在로서는 그 手段에 依持하는 形便이라는 印象을 払拭시켜 주지는 않는다.

(註1) R.G.S. Brown The Changing National Health Service Routiedge & Kegan Paul 1973.
英国의 医療保障 三友雅夫沢 p11-15

(註2) 社会保障年鑑 1976年 日本健保聯刊 p217

(註3) 国際社会保障研究 調査時報 1974年 日本健保聯刊 No 64 p76

(註4) 各国의 医療保障과 診療報酬 内野仙一郎 p83

(註5) 健康保険 日本健保聯刊 1976年 5月号 p137

2. 仏国의 医療保障

"프랑스"의 医療保障은 위에서 言及된 바와 같이 이나라 社会保障成立의 事情을 그대로 反映시키고 있다.

世界 第2次 大戦以後 所謂 "라,"록크프랑"이라고 불리우는 社会保障의 基礎에 準拠하고, 이 社会保障은 또한 英国의 "비버릿지 플랜"에 影響입은 바 크며, 社会保障의 一般化와 統合이라는 理念의 実現을 指向하는 것이었다.

이미 強制的 社会保険이 많은 労動者에 通用되어있고, 또한 自発的福祉組織으로서의 相互扶助組織이 普及되어 있었기 때문에. 社会保障一般化의 原則은 아무런 問題도 없이 받아 들여졌었다. 그러나 統合化의 方向은 国民 各層으로부터 特히 保守的 中間層(自営者階層)으로부터 激烈한 反対에 부딪쳐 当初의 計劃은 크게 修正되고, 이 때문에 社会保障의 一般化 — 社会保障의 全国民에의 適用 — 이라는 目標가 그 後 30年間 気勢를 펴지 못하는 結果를 가져왔다.

前述한 바와 같이 "프랑스"의 社会保障은 制度的으로 被傭者와 非被傭者로 類別된다.

被傭者中 대표적인 것은 民間, 商工業 被傭者를 대상으로 하는 「一般制度」이며, "프랑스"의 医療保障을 云謂하는 경우 制度的으로는 이 「一般制度」의 疾病給与部門을 지칭하는 경우가 많다.

被傭者를 위한 制度로서는 이 「一般制度」이외에 광산, 철도, 해운

전기까스사업, 各種의 国営事業, 中央 및 地方政府등 特殊職業에 従事하는 피용자를 위하여 各各 마련된 「特別制度」가 따로 있고, 이점이 "프랑스"의 医療保障을 理解困難 하게하는 一因이 되고 있다.

当初의 構想은 一般制度로서 具体化되었고, 그 一般制度가 現在 "프랑스"社会保障의 中核을 이루고 있다.

一般制度以外의 制度는 그 行하는 給与도 給与의 内容도 一般制度와는 반드시 同一하지 않다.

例컨대 医療保険에 있어서 被傭者는 現物給与와 現金給与가 있는데, 自営者는 現物給与뿐이다. 또한 給与内容에 있어서도 商工業自営者 制度는 다른 制度의 그것에 크게 뒤떨어지고 있다.

制度間의 給与差는 医療保険뿐만이 아니고 老令保険의 경우에도 볼 수 있다.

또한 같은 被傭者制度안에서도 一般制度와 特別制度間에 給与差를 볼 수 있고, 그 是正에 努力을 傾注하고 있음을 본다.

이 特別制度中에는 労務管理的 事業을 함께 経営하는 것도 있기 때문에, 따라서 여기서는 医療保障의 世界的 類型을 代表하는 一般制度의 償還制 医療保障에 관하여만 紹介하기로 한다.

一般制度도 社会保険, 労災保険, 가족수당의 三大部門으로 区分되고 疾病給与는 이中 社会保険과 労災保険의 医療의 現物給与를 말한다. 疾病給与사고는 疾病, 出産, 死亡, 폐질등으로 크게 나누어지고, 이중 休業手当등 現金으로 支給되는 部分을 除外한 나머지 部分이

이에 해당된다. 社会保険中 疾病에 관한 医療給与는 의료 및 약제의 給与로 구성되며, 이것들은 疾病의 治療에 所要된 의료비 및 약재비의 상환이라는 形式으로 支給된다. 상환율은 原則的으로 医療費 및 약제비의 70%이며, 患者는 30%에 해당하는 費用을 自己負担하는 것으로 된다.

이 상환율은 被傭者本人이나 그 家族에게 똑같이 適用되어, 다른나라들의 差別給与와는 크게 다르다.

이 상환율은 어디까지나 原則的이고 이에는 여러가지 例外措置가 따로 마련되어 있다.

말하자면 医療費中 入院費(室代, 食費 手術室費등 포함) 公立病院 및 非営利의 私立病院의 外来診療費에 대하여도 그 80%가 상환되고 더우기 長期治療 또는 高価의 治療를 要하는 질병에 대하여는 100% 상환되기도 한다.

다만 長期 高価治療는 그 認定이 困難하기 때문에, 1974年 5月 2日 命令規程으로 改善되어 해당 疾病 25個事例를 例記整備하여 認定에 자의가 개입하지 않도록 自動的 規制절차가 도입되어 있다.

또한 상환율에 있어서는 前記 率以下의 경우도 있다.

말하자면 治療에 관련된 補装具, 포대부속품등의 支給, 検査"서어비스"등의 費用 및 温泉 기타의 수용시설의 治療費用은 70%만 償還된다.

그리고 原則的으로 70%로 되어 있는 상환에 있어서도 例外가 있으며, 달리 대체적효능을 지니는 것이 없고 더우기 지극히 高価인

藥劑로서 別途 命令規程에 등재된 品目에 대하여는 費用의 90%가 상환된다.

더우기 대부분의 被保險者는 職種別 職域別로 그동안 발달되어온 「相互組合」에 加入되어 있으며, 本人 및 被扶養者의 診療時 負担金部分에 대하여 組合에서 補助하기도 한다.

業務上의 傷病 및 職業病에 관하여는 前記業務外 질병에 관한 給与의 경우와 다르고 現物로서 医療가 支給된다.

被害者인 患者는 金額 無料의 医療 및 약제의 지급을 받으며, 診療費는 이 급여사무를 담당하는 질병보험금고에서 診療担当者에 支払된다.

日本의 健康保險制度보다 2,3년 늦어서 発足된 "프랑스"의 社会保障制度속에 包括되고 있는 医療給与는, 実施이래 오늘에 이르기까지 "프랑스"의 医師에 支払하는 償還方式에 依存하여 왔다.

一種의 実績主義 支払方法이지만, 患者가 医師에 대하여 직접 지불하고 公定의 酬価表에 따라 治療費의 70~100%를 疾病保險金庫로부터 償還받는 方法이다.

따라서 疾病保險金庫가 医師에게 支払하는 다른 여러나라의 診療報酬概念에 비추어 볼때 "프랑스"의 경우는 엄격한 意味에서 진료보수가 아니고 被保險者에 대한 現金 給与를 후불로 하는 것이라고 이해하는 것이 옳을 것이다.

다만 이 경우 金額을 給与하지 않고 一部를 給与하며, 給与減額된 部分이 다른 여러나라 제도에서 볼 수 있는 일부 부담금에 해당

된다.

이 나라의 医療保障도 累積된 赤字때문에 상환비율에 변화를 가져오고, 患者의 一部負担의 比率이 점차 증가되는 傾向에 있다.

더우기 최근 数年동안 社会保険制度에 있어서의 수익자부담원칙이 政府의 意向으로 強調되고 있으므로, 이 患者의 一部負担率은 더욱더 增加될 기미가 보인다.

위에서 말한 바와 같이 "프랑스"의 診療報酬支払方法은 다른 나라와는 特異하게 다른 償還方式을 採択하고 있음은 周知의 事実이다.

診療報酬支払方法은 또한 그 決定方法과 密着되어 있다.

"프랑스"의 診療報酬決定方法은 開業医에 의한 診療의 경우와 病院診療의 경우에 따라 다르다.

開業医의 診療報酬는 医師의 全国組織인 "프랑스"医師聯盟 및 "프랑스 "医師組合聯合会와 医療保障의 全国組織인 商工業被傭者疾病保険金庫, 農業相互扶助 中央金庫 및 非農業自営者疾病保険全国金庫와의 사이에 締結되는 「全国協約」에 따라 定하여지는 料金表에 基準하여 算定된다.

診療報酬料金表는 保健省이 定하는 「医療行為集」의 分類에 따라 医療行為의 種別로 定해진다.

診療報酬는 이 医療行為集의 係数와 協約으로 定한 料金単価를 乗하여 算出된다.

病院診療의 경우 入院料나 診療報酬決定은 매우 複雜하다.

入院料는 医師의 行為에 관한 것(診療報酬)과 그 以外의 것(入院料 日額등)과 別個의 基準으로 되어 있다.

入院料의 決定方法은 病院種別에 따라 다르다.

① 公的病院

② 営利目的의 私的病院

③ 非営利目的의 私的病院으로 区別되어, 公的病院에 있어서는 診療報酬 및 入院料日額모두를 国家 또는 市, 道知事가 定하고, 医療保障経営側은 그 料金決定에 関与하지 않는다. 入院料 日額은 原価計算方法으로 病院支出豫算額을 過去 3個年間의 平均 入院日数로 나눠서 算出된다. 이 경우 前年度 赤字등은 翌年支出分에 移入되어야 하고, 特定의 薬剤以外는 모든 薬剤가 入院日額에 包含된다는 点을 留意할 必要가 있다.

営利目的의 私的病院에 있어서는 診療報酬는 開業医의 경우와 同一한, 全国協約料金에 따르지만, 入院料日額등은 地方疾病保険金庫와 病院과의 個別契約에 따르고, 경우에 따라서는 国家가 정하기도 한다.

病院과의 個別契約은 金庫가 定하는 「責任料金」에 따라 이루어진다. 責任料金은 病院宿泊費 및 薬剤費로서 構成되고, 이 외 手術室料, 検査代, 高額薬剤費, 理学療法費등은 別途의 料金에 따른다.

非営利目的의 私的病院에 있어서는 入院料는 公的病院과 同一하게 定해지지만 診療報酬는 公的病院의 경우와 다르고, 定額方式, 診療報酬配分方式등에도 여러가지가 있다.

国民의 医療保障을 効率的으로 成就하는데는 病院의 役割이 크며, "프랑스"는 1970年 12月 31日 法律第70~1318号로 病院改革法을 制定 実施하고 있다.

이 病院 改革은 近代医療制度에 適応하게 하기 위하여 이루어진 1958年의 病院 改革에 継続되는 것으로 그 主要骨子는 아래와 같은 것이다.

病院이 지니는 公共的 性格을 前面에 表出시키는 公的病院"서어비스", 病院管理機構의 整備, 公的病院과 私的病院의 性格의 明確化 病院의 設備投資, 高額機器의 取得에 관한 調整, 資源調達方法 및 病院에 있어서의 医療費 및 入院料決定方式의 改正에 관한 것 등이다.

"프랑스"의 病院分類는 市, 邑, 面, 複数市邑面, 市道, 複数市道 및 国単位의 法的 分類外에 地方病院"센터", 病院"센터", 病院, 郊外病院, 救護院, 老人의 집등의 内容에 따르는 分類가 있다.

地方病院"센터"는 各種類型의 診療部門, 몇個의 機能訓練"센터" 및 高度의 検査를 行할 수 있는 分析室등을 附設하고 있다.

病院"센터"는 病院이 지니는 診療部門外에 몇個의 専門的 診療部門을 併設하고 있다.

病院은 内科 및 産科外에 外科와 함께 外来診療部門을 지니고 있다.

郊外病院은 内科 또는 産科部門 그리고 両科中의 어느 하나를 가지고 있다.

救護院은 本質的으로는 病院과 同一하며, "프랑스"革命때 病院代身 使用된 用語가 오늘날까지 殘存하는 것이다.

老人의 집은 老人의 집에 医療施設을 附属시키는 경우를 말한다.

이들 分類以外에도 C.H.U.(病院과 大学의 共同病院"센터")라고 불리우는 것이 있고, 1958年 改革에 의하여 創設이 規定되었음에도 不拘하고, 大部分의 大学都市에서 機能化되지 못하였다. 이번 改革으로 더욱 拡張시켜 公的病院"서어비스"中에 医学教育까지 包含시켜 놓고 있다.

이 改革法은 改革의 理念뿐으로 具体的인 것은 各各 다른 命令등에 委任되었으나, 그 具体的 実施方案은 遅遅 不進한 形便에 있다.

医療費의 支払方法도 開業医의 경우와 入院의 경우에 다르고, 또한 多様하다.

開業医의 경우 医学費의 支払은 償還方式에 의하고, 이것이 "프랑스"의 診療報酬支払方法으로 널리 알려지고 있다.

入院의 경우는 第3者支払方式에 의하고 있다.

이와같은 開業医의 償還制와 入院의 第3者 支払方式은 社会保険뿐이 아니고 私保険, 共済組合에서도 併用되고 있다.

医療保障給与는 償還制를 原則으로 하고 있지만 위에서 言及한 바와 같이 入院이 第3者払로 되어있고, 実際는 償還制와 第3者払은 3対2의 比重이다. 점차 第3者払쪽으로 그 比重이 옮겨져 가고 있는 実情은, 医療保障을 위해 開業医보다는 入院病院이 重視되고 있는 것이 立証됨을 말해준다.

그러나 이 상환방식이 "프랑스"에서 채용되어 長期間의 歷史를 지니고 있는 데는 그 나름대로 사연이 있다.

当初 制度創始의 사정을 돌이켜 보면 医師側과 疾病保險金庫와의 사이의 診療報酬問題가 원만하게 合意를 이루지 못 하였기 때문에 하는 수 없이 이와같은 상환방식이 채용되게 되었다.

말하자면, 非常措置로서 채용된 것이 그대로 하나의 本格的인 類型으로 오늘에 이르기까지 내려온 것이다.

"프랑스"의 償還性에 의한 患者負担部分에 관하여는 当初 20 %였으나 数年前부터 30 %로 인상되었다.

이 患者의 負担部分은 政府의 閣令(Decret)에 의하여 制度化된 所定의 酬価表에 따라 定하여진 부담이며 患者가 医師에게 支払한 実際金額에 대한 상환비율이 아니다.

그 때문에 実際患者가 부담하는 金額은 그 支払된 酬価의 40 ~ 50 %에 달하는 경우도 종종 있다.

特히 전문의, 名医에 指定治療를 받은 경우는 上述한 所定의 酬価表에 따르지 않아도 된다. 이 경우 名医의 判定은

① 大学의 学位

② 病院의 「디플로마」

(在職 및 経由科目 完遂実績)

③ 동료의사로부터 상담받는 빈도에 따라 결정된다.

다만 이 경우 患者의 一部負担比率은 더 増高하지만 高額治療를 必要로 하는 患者는 政府의 方針에 따라 부담비율이 낮아진다.

또한 所定의 報価表에 따르지 않아도 되는 医師의 경우는 그 취지表示가 환자대기실에 게시되어 있다.

"프랑스"의 償還方式도 엄밀하게 따져서, 診療報酬를 請求할 必要가 없는 一平生의 制度이다. "서어비스"와 酬価가 직접 결부되는 診療로 濫診도 없는 것은 아니나, 患者가 一次的으로 自己負担下에 診療費를 결정 지불하는 절차에서 다소 이를 억제할 수 있게 된다. 그러나 그것으로 매년 上昇一路인 金庫의 償還資金維持를 위한 궁극적인 제동장치라고는 볼 수 없다.

"프랑스"의 社会保険 診療報酬가 이러한 償還方式으로 存続케 된 데에는 医師와의 오랜 분쟁속에서, 한 때 短期間이긴 하지만, 医師와의 罷業이 있은 탓도 있었다.

"드골" 大統領의 각개 격파에 의하여 「사탕발림과 매질」이라는 方法으로 얼마 안되어 中止되고 多少의 酬価引上으로 평온을 되찾은 적도 있다.

財源調達方法은 典型的 類型으로 被傭者의 경우 使用主와 被傭者가 分担하되 그 大部分을 使用主가 負担하는 類型에 속하고 있고 非被傭者의 경우 国家負担이 큰 것도 当然한 措置라고 하겠다. 公的扶助対象者는 英国과 같이 醵出免除方法으로 保険에 包括하지 않고 別途의 財源에 의하여 扶助하는 形式을 택하고 있는 점이 또한 다르다.

被傭者의 医療保障에 所要되는 費用은 被保険者所得額의 17.95%에 相当하는 疾病保険醵出料에 의하여 調達되며 被保険者 4.5%, 使用主 13.45%의 分担比率에 의하는데 使用主 負担이 크다는 점이 特徵이다. "프랑스"의 一般制度의 医療保障은 中央金庫밑에 전국 16개, 地方疾病保険金庫가 있고 그 밑에서 一線의 初級疾病保険金庫가 관장하고 있다. 이와같이 보면 疾病保険金庫등 의료보장을 経営하는 経営主体는 역시 公共機関이 위주이고, 국가가 주도하는 경우에도 労使는 물론 国民을 代表하는 者등 利害当事者가 크게 参加하고 있는 点이 特色이다.

疾病保険給与部門의 혜택을 입는 総被保険者数는 다음 表에서 보는 바와 같이 扶養家族을 包含 全国民의 95%에 달하며 이 中에서 一般被傭者制度가 70%를 占하고 있다.

医療保障適用人口

資料 : Budget Social dela nation 1975

区分	対象		総適用人口
被傭者	一般制度		39,000,000
	農業被傭者		2,209,500
	特別制度	職業軍人	1,362,000
		鉱山	791,112
		国鉄	1,448,800
		地下鉄	132,253
		船員	362,610
		기타	82,624
自営者	商工業自営者		3,754,821
	農業自営者		4,622,012
合計			53,767,720

"프랑스"医療保障도 原初的인 開業医와의 問題는 그대로 안고 있으면서도 診療報酬의 決定方法과 그 支払方法이 다소 特異하다는 点에서 다른나라의 그것과 比較하는데 도움이 된다고 하겠다.

3. 西独의 医療保障

西独의 医療保障의 基幹은 어디까지나 疾病保険과 災害保険 그리고 各種 保険制度와 公衆保健의 健康維持保護施策이다. 이 나라의 医療保障은 역시 社会保障의 新紀元을 이루고 있는 世界最初의 社会保険인 疾病保険에 거슬러 올라가며 1883年에 始発되었다고 볼 수 있다.

西独도 医療費의 增大에 따라 疾病金庫財政도 큰 어려움을 겪고 있다. 모든 金庫의 財政은 労使 折半負擔의 保険料에 의하여 調達되어 왔으므로 必然的으로 保険料의 引上에 依存하여 왔으나, 그것마저도 限界에 到達하게 되어 保険財政은 保険料에만 依存할 수 없다 하여 1977年7月1日부터 「疾病保険費用抑制法」 (Krankenversicherungs,-Kostendämpfungsgesetz)이 制定되어 施行에 옮기게 되었다.

이 法律의 目的은

① 医師의 報酬를 制限하고

② 薬剤費를 抑制하며

③ 病院療養費의 全国的 基準을 設定하는 등이다.

이와같은 対策의 講究는 疾病保険의 費用의 增大를 抑制하고 이에 따라 被保険者와 使用主의 保険料負擔 및 国民経済的 負擔을 이 以上 增大시키지 않으려는 努力, 이러한 医療費 抑制를 위한 考慮는 直接的인 疾病保険의 財政対策뿐만이 아니고 新薬事法의 制

定과 과 病院財政 改革法의 制定에 의하여 薬事制度 및 医療制度面의 整備에 따르는 側面的인 対策도 講究되고 있다.

新薬事法에서는 医薬品의 새로운 認可方式의 導入外 薬品税의 軽減, 医薬品의 宣伝広告의 実質化(宣伝広告費用의 節減) 및 医薬品의 価格上昇, 消費등에 관한 情報의 改善등에 의하여 医薬品의 市場価格上昇을 抑制하고 薬剤費의 増大를 極少化시키는데 그 意図가 있다.

또한 病院財政改革法에서는 聯邦 및 州政府의 資金을 病院建設費에 導入함과 함께 病院의 療養費를 規制함으로써 病院財政의 安定化와 社会的으로 負擔可能한 入院診療費를 設定하여 疾病保険의 負擔軽減을 企図한 것이다.

1) 疾病保険

가) 疾病保険의 體制

疾病保険은 크게 分類하여 一般労動者 職員등을 対象으로 하는 疾病保険과 自営農民 등을 対象으로 하는 農業者疾病保険이 있으며, 各各 保険金庫에 의하여 独立的으로 経営되고 있다. 1976年末 現在 一般 및 特殊계층을 包含하는 疾病金庫의 総数는 壱千四百参五個, 組合員 総数 参千参百四拾八萬 被保険者 家族을 包含하면 五千六百六拾萬人이 이의 恵沢을 입고, 이는 総人口의 92%에 該当된다. 그 외 総人口의 6%는 民間経営의 健康保険에 加入되어 있고, 2%가 医療扶助등 公費負担医療를 받고 있다.

따라서 疾病保險金庫의 體系的 分布狀態를 考察하여 보면 金庫數 및 組合員數의 크기로 比較하는 경우 다음 表와 같다

疾病保險金庫現況

1976年6月10日現在

単位：千人　　資料：日本健保連調査時報 No.70 P.88.

疾病金庫種類	金庫數	強制加入者	年金受給者	任意加入者	加入者合計
地区疾病金庫	307	9,419	5,739	941	16,099
企業 〃	931	2,578	1,245	379	4,202
同業 〃	161	1,188	266	153	1,607
農業 〃	19	536	380	7	923
海員 〃	1	41	14	13	68
聯邦鉱山従事者組合	1	304	718	39	1,061
労動者補充金庫	8	241	67	64	372
職員 〃	7	4,918	1,411	2,819	9,148
合計	1,435	19,225	9,840	4,415	33,480

一般疾病保險金庫에 있어서는 一般労動者 年収 2만5천2백「마르크」(1975年1月1日부터) 이하의 職員, 失業者 年金受給者 特定의 女子職業訓練生, 一般学生 및 自営労動者를 대상으로 한다.

兼業者, 勤労学生, 公務員 公共機関職員 牧師 組合員등 特定의 者는 가입의무가 없다.

위의 加入義務免除者, 疾病保險加入義務從事者, 2人이하의 사업주 自營業者등 特定의 者도 年收 2만5천2백「마르크」 이하일 경우에 任意加入이 許容된다. 또한, 年收 2만5천2백「마르크」를 초과하는 직원이라 하더라도 일정기간 사이에는 임의가입신청을 할 수 있게 되어 있다. 한편, 失業者疾病保險은 自營農民 家族從事者 老命隱退者 및 65세 이상의 가족종사자를 대상으로 하고 있으며 1972年10月부터 실시되는 새로운 制度이다. 農業者疾病保險의 운영은 새로이 各 農業組合의 관할지역마다 설치된 農業疾病金庫가 담당한다.

이와 함께 72年9月에 州疾病金庫(102個)는 廢止되고 여기에 加入되어 있던 農業勤勞者層은 一般地域疾病金庫에 移管되었다.

나) 保險의 給与

保險給与는 疾病給与로서 医療給与藥劑, 治療用品給与, 豫防給与, 入院給与, 傷病手当등이 있다. 이 中 傷病手当을 除外한 모든 給与가 医療保障의 現物給与에 해당된다. 또한 出産給与로서 분만 또는 임신에 따르는 助産 및 医療給与와 분만수당, 출산수당, 보육수당등이 있는데 분만수당 이하의 給与는 現物給与이며 여기에 해당되지 않는다. 그外 代替勞動力의 제공 또는 고용비용의 支給과 埋葬金支給이 있으며 現物給与이다. 一部 負擔金으로서 藥劑 治療用品給与에 一人当 藥劑費의 20%(最高 2.5「마르크」)(年金受給者, 重度신체장해자 및 그 부양가족除外)가 있는데 被保險者는 家族과 함께 同率의 全額給与를 받는다.

豫防給与는 1971年7月1日부터 실시된 것으로 그 내용은 成人病 癌과 幼児特定疾病의 조기검진이 있다.

傷病手当은 現金給与로서 여기에 해당되지 않으나 参考로 例示하면 최초의 6주간은 賃金, 俸給이 계속 支払되기 때문에 給与되지 않고 第7週부터 支給된다.

給与率은 75～85% 정도이지만 모든 被保険者에 対하여 80% 均一하게 統一하는 措置가 마련되고 있다.

出産手当도 参考로 例示하면 産前 6週 産後 8週間 100% 支給된다.

農業者疾病保険給与도 大略 비슷하지만, 若干 特殊性이 加味되어 있다. 즉 長期疾病으로 事業主 또는 家族従事者가 労動不能의 경우 傷病手当에 代身하는 代替労動이 提供되든가 또는 그 費用이 支給된다. 이 給与는 経営援助라고 불리워지고 家政援助制度와 類似한 機能을 가지는 制度다. 現物給与는 保険医 및 病院으로부터 直接 患者에게 支給된다. 이 給与는 各州의 保険医協会와 各 疾病金庫 各病院과 各疾病金庫間에 체결된 診療契約에 따라 提供된다.

保険診療에 대한 報酬는 医師報酬規程을 기초로 하여 保険医協会와 疾病金庫間에 체결된 契約報酬에 따라 우선 疾病金庫로 부터 保険医協会에 그 総額의 支払되고 다음에 保険医協会로부터 各保険医에게 그 配分이 一定基準에 따라 이루어진다. 報酬総額의 計算은 人頭方式 또는 件数方式에 의하여 이루어지고 또한 그 配分基準은 保険医協会가 疾病金庫와의 사이의 契約에 의하여 決定한

1人当 所要金額 또는 1件当 医療費에 의하여 이루어진다. 病院에 対한 報酬는 疾病金庫와 病院과의 診療契約에 따라 決定된다. 이 경우 前年의 実績이 기초가 되며 人件費의 상승등이 考慮된다. 入院診療에 対하여는 1日当 定額으로 決定되는 경우도 있다.

社会保障만 따로 볼 때 西独은 社会保障의 発祥地인 同時에 大陸法系統의 基準을 이루고 우리나라의 導入模型에 利用되는 日本社会保障의 原典的 標本国이며 医療制度의 模型国이기도 하다. 8個의 疾病保険金庫「크랑켄카쎄」와 法定의 保険協会와의 사이에 現物給与에 관한 診療報酬는 毎年 更新하여 契約이 체결된다. 이 契約은 人頭方式이라고 하지만 먼저 말한 바와 같이 医療給与実績이 基準이 되어 있으며 그 総額은 一定한 「씰정」에 의하여 設定되어 있다. 말하자면 総額을 人頭当으로 換算, 診療 報酬를 決定하는 方法이다. 人頭当金額은 医療給与를 위하여 被保険者의 年平均 必要額에 따라 決定되고 그 「씰링」은 各 金庫와의 사이에 決定된 1人当 金額에 四分期(三個月間)의 平均被保険者数를 乗한 金額에 의하여 決定된다. 各 金庫는 四分期마다 提供한 医療行為에 대하여 保険医協会에 그 総額을 支払한다.

이 경우 萬若에 個個의 保険医의 請求額의 合計가 保険医協会가 請負받은 金額을 초과하는 경우에는 酬価表(一般表와 「프로이센」表의 二種)에 定한 金額이나 또는 各 診療行為에 대하여 個別診療報酬는 再次 「씰링」에 의하여 制限받으며 確固不動한 金額이 아니다.

이 「씰링」制 人頭方式은 伝統을 지니는 類型이기는 하지만, 10餘年前부터 이 方式과는 別途로 件数方式에 의한 診療実績에 따라 個別的 医療給与金額을 基準으로 診療報酬를 支払하는 制度도 따로 마련되어 人頭方式과 併合실시 되고 있다.

그러나 이 새로운 契約類型의 경우에도 마찬가지로 「씰링」에 該当되는 制限이 있고 無制限이 아니다.

聯邦保険法(R.V.O) 第368条 第3項에 前述한 바 있는 伝統的 人頭方式以外에 새로운 件数当診療実績에 따르는 診療報酬支払方法으로 保険医協会와 金庫사이에 契約되어도 無妨하다는 規定이 있으며 이 새로운 契約類型도 점차 그 数가 증가되어 最近에는 두가지 類型이 50対 50의 比率로 차지하고 있다. 世界各国에서 通用되고 있는 診療実績 治療程度에 의하여 서어비스 基準制度(Fee for Service)라고 알려져 있는 一般的 実績主義方式은 診療「서어비스」의 質量과 報酬가 結付되고 一致하는 까닭에 지나친 診療서어비스와 不必要한 서어비스를 가져올 우려가 있다. 이러한 濫診에 대한 豫備策으로 西独의 경우 二重装置로 保険医協会와의 사이에 事前에 報酬総額에 対한 「씰링」으로서 契約되고 그 限界가 設定되어 있는 点이 같은 実績主義 採択의 日本이나 美国의 경우와 크게 다르고 診療報酬決定에 있어서 하나의 새로운 試図라 하겠다.

다) 保険財政

一般制度의 保険料는 強制加入, 任意加入 다같이 労使가 절

반씩 負擔하여 料率은 疾病金庫에 따라 다르지만 1975年4月의 職員疾病金庫의 平均料率은 11.2% 同年8月의 地区疾病金庫의 平均料率은 10.8%이다. 聯邦保險法에서는 疾病金庫의 設立에 있어서 保險料率은 6%이상이어야 한다고 되어있고 上限이 7.5%(地区疾病金庫, 企業疾病金庫 및 同業疾病金庫의 경우는 8%, 法定給与에 미달하는 경우에는 그이상 引上可能)이다. 또한 企業疾病金庫와 同業疾病金庫(商工組合金庫)의 경우에는 各各 使用主 同業商工組合이 必要한 補助를 할 수 있도록 되어 있다.

月收 65「마르크」 이하의 被傭者의 保險料는 使用主가 全額 부담한다.

年金受給者의 保險料는 1974年6月부터 平均保險料月額 65「마르크」인데 이것은 年金保險의 保險者가 全額 負擔한다.

失業者의 保險料도 労動事務所가 전담한다. 保險料는 基本賃金으로 歴年 1日当報酬를 기초로 算定되며 保險料策定 보수限度額은 月2만1천「마르크」로 1975年1月1日부터 適用 実施되고 있다. 그리고 農業者疾病保險의 保險料는 같은 地域의 地区疾病金庫 平均最高強制加入保險料를 초과하여서는 아니되도록 規制되어 있고 1972年의 保險料最高額은 月 80.5「마르크」 (가족종사자에 対한 平均保險料는 月 57「마르크」로 되어 있다. 老齢隠退者에 대하여는 保險料負擔이 없고 必要한 경비는 国庫가 負擔하는데 1973年에 3.9億「마르크」가 国庫負擔으로 支出되고 있다.

一般制度의 財源은 대부분 거의 95%가 被保險者 및 使用主의

保険料와 年金受給者와 失業者分의 転入保険으로 充用되고 있다. 광산질병보험에 대하여는 国庫補助가 있으나 国庫補助金이 財源에서 占하는 比率은 1～2%게 불과하다.

또한 農業者疾病保険의 財源은 대부분 被保険者의 保険料로서 이루어지고 있으나 老齢隠退者에 対한 国庫補助가 따로 있다. 出産手当에 対하여는 1件当 4백「마르크」의 国庫補助가 모든 疾病金庫에 提出되고 있다

그러나 疾病金庫의 財政은 医療費의 極甚한 増大에 의하여 크게 苦衷을 겪고 있으며 다음表는 最近의 保険料率의 上昇勢를 如実히 달해준다.

疾病金庫種類別保険料率

単位：%　　資料：日本健保聯調査時報 No.70.p.89.

金庫種類	1975年 1月1日 平均	1974年 1月1日 平均	1975年 1月1日 平均	1975年1月1日 最低	1975年1月1日 最高
地区疾病金庫	8.95	9.35	10.22	7.5	12.9
企業 〃	8.19	8.63	9.06	4.6	12.0
同業 〃	8.47	8.95	10.08	6.9	11.8
海員 〃	6.20	8.00	8.80	8.8	8.8
聯邦鉱山従事者組合	11.60	11.60	11.60	11.60	11.6
労動者補充金庫	8.97	9.38	9.93	9.0	11.9
職員 〃	9.65	9.81	10.16	9.3	10.6
計	9.01	9.36	10.04	4.6	12.9

海員疾病金庫以外에는 9%를 超過하고 鉱山従事者組合의 경우 12%에 肉薄하고 있다.

1975年1月1日 現在 平均保険料率은 10%인데 金庫에 따라 料率差가 크고 最低는 4.6%, 最高는 12.9%에 達한다.

75年3月의 日本健康保険組合의 平均保険料率은 7.1%이므로 이와 比較하면 興味있다.

一般的으로 保険料率이 높은 理由는 地区마다 設置된 地区疾病金庫에 起因하는 것으로 最低保険料率이 7.5%이다. 地区疾病金庫의 約 50%는 10~11%의 保険料率을 採択하고 있다.

이러한 保険料率의 適用은 強制加入者의 96%程度이고, 나머지 4%의 強制加入者는 보다 높은 料率이 適用되고 있다. 이 理由는 一般的인 경우 最初의 6週間은 事業主에 의하여 賃金給与가 継続支給되고 傷病手当은 7週分부터 支給하기로 되어 있는데 이 賃金給与가 継続되지 않는 경우에 첫週부터 傷病手当을 支給해야 하기 때문에 그 分을 料率에 添加시키고 있다.

높은 保険料率의 全平均은 13.3%로서 一般料率보다 3.3% 높다.

이러한 添加料率에 따르는 最低保険料率이 6.5%(企業疾病金庫)이고 最高保険料率은 16.2%(地区疾病金庫)나 된다.

이 種類 保険料率로서 가장 높은 것은 職員補充金庫로서 平均保険料率이 14.9%나 된다.

最近 西独의 疾病金庫를 돌아보고 온 日本 健康保険専門家의

말에 따르면 西独의 制度는 任意選択의 餘地가 크다고 한다. 日本의 경우 逆選択 防除를 위하여 標榜되어온 皆保険이, 西独에서는 自由選択의 制度的 幅을 크게 하여 自由選択으로 얻어지는 利益만큼 더 割増率을 納入하기로 되어 있기 때문에 疾病의 個別性에 対応하는데 大端히 便利하다는 이른바 効率性이 強調되고 있는 点이 興味를 끄는 일이 아닐수 없다.

또한 被保険者証에 관한 問題도 受診券과 結付되어 大端히 便利하게 되어 있다. 受診券綴로 되어 있고, 3個月마다 更新되며 開業医用 受診券 8枚와 4枚의 豫防検診用 受診券이 添付되어 있고, 3個月内 더 必要할 경우에는 그때마다 請求하면 더 交付받을 수 있다.

受診券은 모두 複写로 되어 있고 受診券의 裏面은 医師가 金庫에 請求하는 領収用으로 使用할 수 있게 되어 있다.

豫防検診은 4歳未満의 乳幼児検診 30歳以上의 女子, 45歳以上의 男子의 癌豫防検診用이고 모두 法定給与로 되어 있다.

西独의 国民들은 健康管理意識도 높고 感気에 걸려서 衛生〃마스크〃를 입에 쓰고 出勤하는 일은 찾아 볼 수 없는 일이다.

疾病에 걸려 가지고 職場에 나오는 일은 同僚들에게 不快感을 줄 뿐만 아니라 早期 休業治療한다는 것이 生活習慣으로 되어 있는 그네들의 疾病에 대한 態度인 것이다.

4. 日本의 医療保障

日本의 医療保障制度는 英国과 같이 単一立法으로 全體国民을 包括하지 못하고 있다. 현재 12개의 別個法律에 의하여 14個의 制度로서 運営되고 있다.

이 가운데 가장 오래되고 医療保障의 中心制度가 되고 있는 健康保険은 1922年에 法制化되어 1927年부터 実施되었다. 다음으로 1938년 이래 실시 되어오는 国民健康保険이 非被備者 医療保障制度로 또다른 하나의 모델을 이루고 있다. 以外에 日備労動者健康保険(1953年)이 있다 그리고 다른 保険給与가 추가되고 医療의 現物給与를 兼하고 있는 制度로서 船員保険(1939)과 国家公務員共済組合(1948年), 地方公務員公済組合(1952 ~ 1962年) 公共企業體職員등 共済組合(1956年), 私立学校較員共済組合(1953年) 労動者災害補償保険(1947年), 国家公務員災害補償(1951年), 地方公務員災害補償, 公共企業體職員災害補償등 9개의 立法이 있다. 따라서 日本의 医療保障은 12個의 法律에 의하여 도합 14개의 分立된 制度로서 운영되며 全国民의 99.2%가 이들 制度의 恵択을 입고 있다.

1) 健康保険

各種 事業場에 사용되고 있는 雇備労動者를 被保険者로 하는 医療保険制度로서(事業場数는 1,616個所) 피보험자의 업무외에

傷病 死亡 分娩과 그 扶養家族의 傷病, 死亡, 分娩에 관하여 保險給与를 하는 制度이다.

常時 5인이상의 被傭者를 使用하는 事業場의 노동자를 대상으로 하고 있다.

保險者는 組合管掌이라 하여 3백인 이상을 사용하는 사업장에 単一組合을 結成 經営하게 하는 것과 政府管掌이라하여 組合管掌以外의 모든 사업장의 노동자를 地域別로 조합을 結成 經営하게 하는 두가지가 있다.

1974年 현재 組合管掌의 피보험자 1천96만2천명 부양가족 1천4백61만1천명이며 政府管掌의 사업장수는 74만3천개소 피보험자 1천3백30만9천명 부양가족 1천4백41만2천명이다.

따라서 健康保險総受惠人口는 5천3백29만4천명이 되며, 日本 総人口 1억9백87만명의 근 50%에 接近하고 있다. 피보험자는 強制被保險者 任意包括被保險者 임의계속피보험자의 3종이 있다. 被扶養者는 被保險者에 의하여 生計를 같이하거나 또는 유지하는 피보험자의 직계존비속, 配偶者, 弟妹와 3等親内의 親族 그리고 内縁関係에 있었거나 있는 配偶者의 父母와 子女등이다. 보험급여는 現物給与以外에는 標準報酬에 의하고 표준보수는 第一級 2만엥부터 第35級 20만엥까지 月額으로 정해져 있다.

㉠ 医療給与 및 療養費

피보험자의 業務外의 傷病에 관하여 診療 藥剤 및 治療材料의 支給 手術등의 収容 및 看護 그리고 移送등이 요양급여로서

지급된다.

특별한 사정이 있는 保險者에게는 必要하다고 인정하는 경우에 療養費가 지급되며 被保險者자격이 있는 한 支給期間에 制限이 없다.

그리고 保險医療機関에서 요양의 급여를 받는 경우 初診에 2백엥 入院時 1日 60엥의 一部負擔金을 納入하여야 한다. 被扶養者에 対하여도 家族療養費로써 療養費用의 70%정도 지급된다. 다만 月 一部負擔金이 3만엥을 초과하는 경우 扶養者 高額療養費로서 별도로 지급된다.

㉯ 傷病手当金

療養을 위하여 労動을 하지 못함으로써 報酬를 받을 수 없는 경우 4日째 되는 날로부터 6개월간을 한도로 標準報酬月額의 60%가 지급된다.

㉰ 埋 葬 料

保險者가 死亡하였을 때 그 피보험자에 의하여 생계를 유지하던 자 중 매장을 한 경우 標準報酬月額(最低3만엥)이 지급된다. 다만 埋葬料를 받을 者가 없는 경우에는 실지로 매장한 자에게 標準報酬月額内에서 実費該当額이 지급된다.

家庭埋葬料는 가족이 死亡한때 3만엥이 지급된다.

㉱ 分 娩 費

被保險者가 分娩하였을 때에 標準報酬月額의 50%(最低 6만엥) 相当額이 지급된다. 분만으로 入院하는 경우에는 2分의

1로 減額된다.

配偶者 分娩費는 6만엥이 지급된다.

㉰ 出産手当金

出産으로 인하여 報酬를 받지 못하는 기간 出産前 42日 出産後 42日 標準報酬月額의 60%가 支給된다.

療養給与를 받은 기간동안은 60%가 지급된다.

㉱ 育児手当金

피보험자가 분만하여 出産児를 保有하는 경우 2천엥이 지급된다.

配偶者 分娩에 따르는 育児手当金도 동일하다. 이와같은 諸給与는 1年이상 계속하여 被保険者였던 者가 자격상실한 후에도 각각 支給된다.

보험비용은 政府管掌의 경우 標準報酬月額의 7.6%를 被保険者와 使用主가 각각 절반씩 負擔하는 保険料로써 조달된다. 이 7.6%의 法定料率은 6.6%~8.0% 범위내에서 厚生大臣이 社会保険廳長官의 提議에 의하여 社会保険審議会의 심의를 얻어 変更되도록 되어 있다.

組合擔当 保険料率은 標準報酬月額의 3.0%~9.0% 범위 내에서 各 組合이 適正料率을 정하며 使用主와 被保険者의 負擔은 4.0%를 초과하지 못하도록 規制되어 있다.

国庫는 事務費全額과 給与費의 一部를 보조하도록 되어 있다.

2) 国民健康保険

이 보험은 被保険者以外의 일반국민을 피보험자로 하고 그 질병과 부상, 출산, 死亡에 관하여 医療 및 기타의 保険給与가 지급되는 제도이다. 보험자는 지역단위의 市, 町 村国民健康保険組合이 추가되고 그밖의 업종별로 의사 치과의사 약제사, 변호사, 식품판매업, 토목건축업등 自営者의 国民健康保険組合이 있다. 이 保険은 農林水産業者 自営業者 無職有所得者 그리고 5인 미만의 事業所 및 서어비스업의 피용자와 부양가족이 주로 그 적용대상이 된다. 1974年 현재 市, 町 村組合이 3천2백73개 세대수 1천3백10만5천세대 피보험자수 4천1백10팔만9천명이고 自営者組合이 1백88개 세대수 95만세대 피보험자수 2백66만4천명으로 도합 4천3백95만3천명이 이 制度의 恵沢을 입고 있다.

이 보험급여는 法定給与로서 療養給与 助産費, 葬祭費給与가 있고 任意給与로서 傷病手当金 育児手当金, 出産手当金等이 있다.

療養給与内容은 健康保険과 同一하며 다만 一部 負擔金이 30% 相当額으로 다소 높다.

助産費는 2만엥이상 葬祭費는 5천엥~1만엥이 지급된다.

보험비용은 被保険者의 保険料(市, 町 村保険税)와 国庫負擔에 의하여 조달된다. 保険料額은 매년의 보험급여에 소용되는 비용에서 一部負擔金은 공제한 推定額의 65%를 보험료로서 徵収한다. 따라서 国庫러 事務費全額과 上記 計算의 残金 35%를 부담하여 그 지출명목은 事務費負擔金, 療養給与費負擔金, 調整交付金, 保健婦補

助金，診療施設費補助金，助産費補助金，臨時調整補助金，臨時財政調整交付金등에 의하여 보조된다.

이와같이 国民健康保険은 国庫에 莫大한 지원아래에서 운영되지만 調整交付 補助金이 많은 것으로 이해되는 만큼 政府는 아직도 莫大한 赤字를 해마다 移越，그 消化에 苦心하고 있다.

(3) 日傭労動者健康保険

이 制度는 하루 하루 雇傭되는 者 2개월미만의 기간을 定하여 고용되는 者，季節的 業務에 종사되는 者등 日傭労動者의 業務外의 事由에 의한 傷病，死亡，分娩과 그 피부양자에 대한 이들 사고에 관하여 保険給与하는 것을 目的으로 하고 있다.

保険者는 政府이며 社会保険廳이 담당하고 그 사무의 一部를 知事와 市，町，村長이 담당하고 있다.

피보험자는 사업장에 고용되어 노동하는 그날 그날이 被保険者가 되는 날이다. 保険給与는 아래와 같다.

㉮ 療養給与 및 療養費

급여내용은 健康保険과 同一하며 급여기간이 開始日로부터 5年이며 初診時 1백엔의 一部負擔金을 지불하여야 한다. 保険受給要件은 급여를 받으려는 날이 속하는 달의 前 2개월간 通算 28일분 이상 보험료의 納入이 있어야 한다.

5年 이후 일지라도 보험료 納入이 계속되는 한 보험급여를 받을 수 있다.

家族療養費는 健康保険과 同一하며 給与内容은 50% 정도이다.

㉯ 傷病手当金

요양급여를 받는 동안 노동에 종사할 수 없는 경우 제4일로 부터 傷病手当金이 지급된다.

支給日額은 平均給与基礎日額의 60%이다.

㉰ 出産手当金

피보험자가 분만에 의하여 노동에 종사할 수 없는 경우 生産手当金이 支給된다. 支給要件은 분만일이 속하는 달의 前 4개월간 28일분 이상 保険料의 納入이 있어야 한다.

支給日額은 傷病手当과 同一하며 지급기간은 분만일전 42日間 後 42日間으로 合計 84日間의 범위내이다.

㉱ 分 娩 費

요양수급요건을 충족시킨 자에 대하여 平均給与基礎日額에 厚生大臣이 定한 日数(11日)를 乗한 額(最低保障 6만엥)이 支給된다.

㉲ 埋葬料

요양수급요건을 충족시킨 者에 대하여 平均給与基礎日額에 厚生大臣이 定한 日数(21日)를 乗한 額(최저 3만엥)이 지급되며 家族의 埋葬料도 3만엥이다. 보험비용은 피보험자의 보험료와 国庫補助에 의하여 조달된다.

日傭労動者는 취업하는 사업장이 일정하지 않기 때문에 보험료는 使用主가 피보험자를 사용하는 날마다 피보험자手帖에 健康保険印紙

를 添付하고 消印함으로써 納入이 된다.

保険料額은 피보험자의 賃金日額에 의하여 特例第一級 第一級~第八級까지 9種으로 구분되며 日額 最低 20엥부터 6백60엥까지 階層化되어 있다.

被保険者와 使用主가 각각 2분의 1씩 부담하며 第一級과 第二級의 경우 事業主負擔이 多少 크다.

国庫는 事業費의 全額과 保険給与中 療養給与 및 家族療養費 傷病手当金 出産手当金 및 特別療養費支給에 소요되는 비용의 35%를 부담한다.

이상 健康保険과 国民健康保険 그리고 日傭労動者 健康保険이란 모델을 통하여 日本의 医療保険의 中心類型을 医療保障의 模型으로 紹介하였다.

이러한 医療保障方法에 의하여 日本의 国民医療는 充足되고 最近 5年間隔의 国民医療費 推勢는 다음 表와 같이 毎年 累增되고 同時에 保障機関의 赤字運営의 어려움도 增大되어 가고 있음은 더 감출 길이 없는 周知의 事実이다.

더우기 療養의 現物給与는 保険医療機関이 直接 擔当하여 日本의 医師団体의 개입을 자초하고, 第3者급여의 어려운 문제점을 그대로 안고 있다.

보험의료기관은 直接 수령한 일부 부담금을 除外한 金額을 診療実績에 따라 진료검수제에 의하여 診療報酬로서 보험자에게 청구하여 청산하지만 그 수령까지에는 어려운 経路를밟아야 한다.

国民医療費推勢

資料：日本健保聯調査時報 No.70 p.51

年度	国民医療費		国民1人当医療費（円）	国民医療費占有比		総医療費（億円）
	総額（億円）	対前年比		対国民総生産	対国民所得	
1955	2,388	1.11	2,675	2.69	3.27	2,715
1960	4,095	1.13	4,384	2.53	3.09	4,426
1965	11,224	1.20	11,421	3.42	4.30	11,737
1970	24,962	1.20	24,032	3.42	4.22	25,534
1975	64,779	1.20	57,871	4.33	5.08	

（註） 国民総医療費＝医療費＋買薬＋按摩 등

이와같은 医療保障의 어려움을 坂口正之（名古屋大学 経済学 教授）는 極評하여 「첫째는, 〃乱診〃 〃乱療〃 〃薬바르기〃 〃말（馬）処方〃이라고 불리우는 大量投薬医療, 〃患者돌리기 移送〃에서 보여 주는 救急（特히 休日, 夜間의 경우） 医療體制의 後進性 또는 医師, 診療所, 病院의 都市集中의 結果로서의 無医地区의 拡大나 僻地医療의 考慮除外 등에서 보여 주는 所謂 〃医療의 荒廃〃에서 端的으로 나타나고, 두째는, 国民医療費의 急激한 膨脹 그리고 그 結果로서의 医療保険財政의 赤字問題의 深刻化라는 形式으로 鋭敏하게 露呈되어 오고 있다」[註1)] 고 指摘하고 있다.

日本의 医療保障은 말하자면 原初的인 問題에서부터 아직도 解決

註1. 日本 健保聯 調査日報 No.70, p.50

하지 못한채 그 累積된 問題積載속에서 허덕이고 있고, 1977年까지 継続 審査過程에 있는 「健康保険法(一部)改正案」의 諮問要請에 대하여 社会保険審議会는

「政府管掌 健康保険財政이 오늘날 이와 같이 悪化되어 온 背景에는 近年에 있어서의 経済社会環境의 変化도 있으나, 一面 1971年 答申以来 当審議会가 指摘한 "医療供給体制, 医薬制度, 公費負担医療, 医療費支払制度等"에 관하여 政府가 그 具体化를 怠慢히 한데도 原因이 있다. 까닭에 이번의 諮問案이 政府管掌 健康保険의 財政対策을 主된 内容으로 한 것은 遺憾스러운 일이다. ……政府는 真実로 国民福祉에 資하는 制度의 確立을 目標하여 1978年度 改正을 向하여 現行制度 全般에 亘하는 基本的인 是正을 早速하게 着手하여야 함을 此際에 強力하게 要請한다」고 答申함으로써, 保険財政問題의 局部的인 是正으로는 그 改正의 目標를 이루지 못한다는 것을 明白히 하고 있다.

이와함께 社会保障制度審議会도 그 答申에서

「이번 諮問도 例年과 마찬가지로 政府管掌健康保険의 財政対策뿐이다. 医療保険의 基低를 이루는 基本的 諸問題의 改革에 관하여 이 審議会는 1971年에 그 方向을 提示하였으나, 이에 관하여는 各 方向으로부터 政府의 決意를 促求하는 言声이 높다. 그럼에도

不拘하고 事態가 完全히 放置된대로 있는 것은 참으로 遺憾된 일이다. ……当局은 本件이 当面한 暫定措置이며 1978年을 目標로 健康保険의 全面的 是正考慮를 할 것이라고 하고 있으나, 그 検討의 方向도 明確하지 않고, 또한 지금까지의 經緯에 비추어 보더라도 그대로 首肯하기는 어렵다」(註2)고 하여 医療保険全般에 관한 考慮를 促求하고 있는 것을 볼 수 있다.

어쨌든 医療保険 財政에 관한 問題解決의 側面에서 조차 全般的인 問題解決의 接近視角을 主張하지 않을 수 없는 日本의 医療保障制度는, 近 50年의 発展歴史를 지니고 있으면서도 아직도 根元的인 問題에서 헤어나지 못하고 있다는 것을 알 수 있다.

受診率의 增加傾向과 함께 基本的으로는 薬剤偏重医療와 大幅的인 医療費引上要因이 根本対策을 더 어렵게 하고 있지만 그 보다는 医療制度나 医療保険制度 및 體系의 改革을 第1位의 事業改新의 方向으로 잡아야 함을 보여준다.

現行의 日本医療制度를 지탱해 오고 있는 것은 明治以来의 営利主義医療로서의 自由開業医制라 하겠다. 그것은 「開業医에 있어서 有利한 自由」(註3)를 保障하는 制度인 것이다.

그들은 「収益性이 좋은 地域에서 開業하는 自由를 가지고, 診療時間을 마음대로 하는 自由를 가지며 또한 如何한 診療도 할 수 있는 裁量·自由를 가지고 濃厚診療나 過多請求를 하여 患者나 保険機関으로부터 収奪하는 自由를 가지며 또한 医療労動者를 自身의 独裁的 支配下에 두고 劣悪한 労動条件이나 低賃金에 의하여 그들

註2. 日本 健保聯 調査時報 No.70, p.51.

로 부터 搾取하는 權限과 自由를 가지고, 또는 診療內容의 守秘義務를 방자하는 医療加害行為로 부터의 自由, 그리고 保険医辞退의 自由등을 享受하고 있는 것이다. 이에 대하여 患者, 被保険者에게는 어떠한 自由가 있는가? 있는 것은 強制와 忍耐를 強要당하고 있을 뿐이다」

「이와같은 医療의 供給側과 需要側의 力関係의 不均衡이 所謂 乱診, 乱療를 造出하는 것이며, 이것을 克服하기 위해서는 우선 営利医療를 排除하고 医療供給體制의 社会化가 摸索되어야 한다」고 強調하면서도

「医療擔当者는 特権的 地位에 있는 医師라는 彼岸에 있고, 医療의 社会化를 標榜하는 것만으로는 길이 열려지지 않는다. 問題는 누가 어떻게 하여 고양이 목에 방울을 다는가 하는데 있다. 그러기 위해서라도 오히려 現実의 医療制度의 存在를 検討하고 保険制度와의 接点으로서의 〃現場給与, 点数成果高払制의 改革에 관하여 模索하는 일이 突破口가 될 것이다. 그리고 点数方式에 代身하는 새로운 支払方式이 探究되어야 한다」라고 強列한 語調로서 医療保障制度의 根本的인 改革을 主張하고 나서고, 그 中에서도 診療報酬支払方法에 대한 改革을 앞세우고 償還制, 人種制, 俸給制등을 例示하여 方法의 転換을 模索하도록 要求하고 있다.

診療報酬는 支払方法뿐만이 아니고 그 報酬自體도 充分한 理解가 앞서야 한다.

診療報酬費는 技術料, 材料費, 人件費 등으로 構成되므로, 그 構成

註3. 日本 健保聯 調査時報 No.70, p.65.(日本에 있어서의 医療保険의 財政問題와 今後의 課題—坂口正之)

原価와 增高의 合理的인 根拠가 밝혀져야 한다. 또한 高度化된 医療의 設備投資를 医療機関에게만 負擔시키고 나아가서 患者, 被保険者에게 負擔시키는 일의 是非도 가려져야 한다.

日本의 診療報酬는 아직도 많은 問題를 안고 있다. 의료보험경영자와 의사단체와의 분쟁 대립문제는, 의사의 진료거부행위와 이에 맞서는 보험자의 医療独占行為規制에 관한 不法告訴로까지 번진일도 있다. 日本의 診療報酬분쟁의 根本的 解決策은

① 医薬의 分業

② 専門医制度의 確立이 先決問題로서 지적되고, 이 두가지 問題点이 紛争対立問題의 解決에 큰 장벽이 된다고 하겠다. 소위 開発途上国에서도 이미 解決에 着手하고 있거나, 또는 解決하고 있는 이 問題들이, 社会保障의 先進国이며 高度의 文化国이고 経済大国이라고 自称하는 日本에서 아직도 그 解決에 右往左往하는 일은 보기드문 現象이 아닐 수 없다.

英国의 경우 医薬分業은 1백 20年前에 解決되고 있음을 想起할 必要가 있다. (註4) 이와같은 分立된 制度下에 保険給与를 담당하는 일본의 医師団體인 医師会는 모든 제도에 관계하게 됨으로써 制度間의 不均衡과 不合理性을 시정하는 역할을 담당하기도 하지만 반면 그들의 独占된 의료"서어비스"에 따르는 무리한 요구는 모든 制度에서 保険者 및 政府와의 사이에 여려운 쟁점을 提起시키기도 하여, 日本의 의료보장은 아직도 分立制度로서 운영하는 한에 있어서는 많은 困難과 그 후진성을 만회하는데 많은 努力이 必要하다

註4. 韓国社会保障論 崔千松著 1977年 6月刊 p.154.

고 생각한다.

社会保険方式에 의한 医療保障은 医療 그 自體를 保険의 制度外的要因으로 하고 있는 까닭에 이것을 有効하게 統制할 수는 없다.

支出의 総額을 規制하는 機構를 가지고 있지 못한 상태에서 支出構成의 変更을 해본다 하더라도 支出의 絶対額을 抑制할 수는 없다.

또한 그렇다고 하여 保険料 収入으로 支出에 対応하려고 한다면 被保険者의 過重負擔을 避할 길이 없을 것이다.

医療保障의 保険方式의 限界性이 여기에 있고 日本의 경우 그 成就 困難性을 如実이 露呈시키고 있는 좋은 본보기다.

5. 美国의 医療保障

美国은 自由民主主義 国家로 모든 国民이 自由를 누리고 있듯이 医療制度도 自由放任主義를 採択하고 있음은 周知하는 바와 같다.

따라서 医療는 国民個個人의 責任이며 個人의 能力과 自由意思에 의하여 選択되고 医療의 供給者인 医師도 自由開業主義의 経済的 慣行과 더불어 医療의 特性에 의하여 医療에 관한 限 어느 누구의 간섭도 받지 않는다.

患者는 自身의 経済的 能力에 따라 自己가 願하는 医療를 받을 수 있고, 医師는 自己가 願하는 場所에서 開業을 한다.

그러나 거의 大部分의 美国人들은 家族医 (Family Doctor) 를 갖고 英国의 国民保健 〃서어비스〃의 登録医와 같은 家庭医는 아니더라도 不便없이 診療를 받을 수 있고, 모든 医療相談도 받고 있다.

家庭医가 主治医가 되고 患者의 継続的인 治療, 入院, 手術등은 勿論 다른 医師에게 移送 내지 依頼하는 問題까지를 決定한다.

여기에서 美国 医療制度의 特徴으로 되어 있는 家庭医의 役割이 重要하다. 말하자면 家庭医들은 一定한 病院에 要員特権 (Staff Privilige) 을 갖고 있고, 自身이 擔当할 수 없는 患者의 疾病은 이 病院의 다른 要員特権을 가진 専門医 또는 専門医療員에게 依頼 또는 移送한다.

여기에서 「依頼」라 함은 다른 分野医師의 意見만 얻고, 患者治療의 責任은 家庭主治医에게 있는 경우이며, 「移送」이란 患者診療의 決定을 다른 医師에게 넘겨주는 경우이다.

따라서 家庭医들은 自己個人의 〃클리닉〃 (外来診療所) 을 가지고 要員特権関係를 맺은 여러 〃病院, 綜合病院에서 専門医役割을 다한다.

大学病院, 기타 教育病院을 除外하고는 一般病院, 綜合病院은 患者가 直接 찾아오는 따위의 外来는 받지 않는다.

또한 綜合病院이나 大学病院에서 処置가 끝났거나 더 이상 処置할 수 없거나 特殊処置가 必要하지 않을 때엔 다시 家庭医의 〃클리닉〃으로 돌려 보내지고 여기에서 다시 患者는 家庭医의 顧

客이 된다.

美国의 医療保障은 社会保険으로서 老人에 대한 健康保険과 民間経営의 医療保険의 두가지 형태로 크게 나누어 진다. 社会保険方法에 의한 老人에 대한 健康保険은 老人, 遺族, 폐질 健康保険 (Old-Age Surviors, Disability And Health Insurance = O.A.S.D.H.I) 중 건강보험 (H I) 이 이에 해당된다.

여기에 健康保険은 65歳以上의 全国民을 対象으로 하는 老人健康保険을 指称하는 것으로 主로 年金部門受給権者 및 철도退職者 給与의 受給権者를 強制適用하는 病院保険給与와 任意加入하는 65歳以上인 者에 대한 補完的 医療保険給与로 이루어져 있다.

病院保険給与는 입원환자 병원 〃서어비스〃 退院 後의 요양 〃서어비스〃 외래환자의 병원진료〃서어비스〃 退院後在家保健〃서어비스〃등이 있다. 補足的 의료보험급여에는 病院, 診療所, 事務所, 家庭, 기타 여러 장소에서 医師, X線治療士, 치과기공사 등으로부터 지급되는 諸般〃서어비스 X線치료, 放射線치료, 補装具, 義眼, 救急 〃서어비스〃 家庭保健訪問등의 〃서어비스가 있다.

1974年4月 当時 病院保険給与에 2.64億 달라가 支出되었다. 이 健康保険의 財政은 病院保険給与의 경우, 経費의 절반은 加入者의 醵出保険料로서 충당되고 나머지는 연방정부의 一般税費로서 調達된다.

이것이 美国의 社会保障方法에 의한 医療保険의 全部다. 그러나 반면에 医療給与를 위한 民間保険形式의 事業이 성황을 이루어

世界 다른 나라에서 그 類例를 찾아볼 수 없을 만큼 활발히 전개되고 있다. 1929年〃텍사스州에서 教員들이 主動이 되어 시작된 院治療를 中心으로 하는 〃볼루크로스〃(Blue Cross)와 1939年〃캘리포니아〃에서 医師들이 중심이 되어 外科治療를 위주로 시작된 〃블루 쉴드〃(Blue Shield)가 바로 이것이다. 이 두 制度 모두가 오늘날에 있어서는 美国市民의 大部分을 吸収하는 自発的인 民間組織이지만, 점차 非営利的 経営方式으로 転移되어가고 몇個의 州政府는 권장하는 뜻에서 事務費의 一部를 補助하는 곳도 있다.

이 制度들은 일반상업보험과 같이 入院과 外科手術을 保険事故로 限定시키고 加入者에게 危険分散시켜 그들의 保険料에 의하여 事業을 経営하고 있다. 이 밖에도 「〃카이자〃健康事業」(Kaiser Health plan)이라하여 1930년대부터 〃카이자〃 企業団을 中心으로 実施되고 있는 包括的 의료제공으로서 또 하나의 다른 自律的 制度가 있다.

이 制度는 全国에 약 2백만 加入者를 가지고 있으며,

① 包括的 医療를 提供하기 위하여 組織化된 것이라는 点

② 希望하여 加入하는 住民을 対象으로 하고 있는 点

③ 契約에 따라 一定金額을 事前 또는 数回에 걸쳐 分納 提供하고 그 契約内容과 같은 水準의 治療를 받는등의 特徴을 지니고 있다.

前者인 〃블루크로스〃나 〃블루쉴드〃 두 制度의 경우를 〃서어

비스〃 基準制度 (Fee for Service) 라고 한다면 이 制度는 寄与金基準制度 (Service for Fee) 라고 할만큼 그 방법상의 特徵을 지니고 있다.

이 制度를 中心으로 健康維持組織機構 (Health Maintenance Organization = H.M.O) 가 抬頭되고 国民傷病에 관한 包括的 医療의 接近이 試図되고 있다. 実施가 어려운 나라에서는 위험의 한계가 不分明한 상병보험에 対하여 事前에 一定額을 기탁하는 契約制度가 등장되어 瞩光을 받고 있는데 이는 注目할만한 価値가 있다고 본다.

美国의 医療保険制度에 있어서 一般的인 診療報酬支給方法은 契約主義가 그 特色이다.

個別的 制度에 의하여 볼 때 美国의 〃메디케아〃 (老人健康保険) 에 있어서의 協定料金의 〃리즈너블챠지〃 (Reasonable Charge), 즉 適正酬価는,

① 그 医師에 의하여 平常時 通用되고 있는 類似〃서어비스〃의 慣行酬価

② 類似〃서어비스〃에 대해 그 地方에서 一般的으로 通用되고 있는 普通酬価의 두가지가 그 基礎를 이루고 있다. 따라서 民間健康保険〃블루크로스〃나 〃블루쉴드〃의 酬価와 大差가 없다.

그 〃메디케아〃의 適正酬価決定의 具體的 事例를 들면 어느 地方에 있어서 特定의 医療〃서어비스〃의 一般的酬価가 80 ~ 100 달러인 경우, A 医師는 이 〃서어비스〃에 대한 自身의 慣行酬価는

80 달러인데 그 請求額은 75 달러였고, B医師는 自身의 慣行酬価인 85 달러를 請求하였으며, C医師는 마찬가지로 125 달러를 請求하였고, D医師는 自身의 慣行酬価는 80 달러인데 100 달러를 請求하였다고, 할때 A,B,C,D 医師가 받을 수 있는 適正酬価는

A 医師 75 달러

B 医師 85 달러

C 医師 100 달러

D 医師 80 달러로 決定되는 것을 말한다.

이것은 어디까지나 特別한 事情이 없었을 경우이고 어떤 特別条件이나 事情이 考慮될 때에는 그 사정에 따라 酬価도 変更 또 增額되게 마련이다.

美国은 医薬分業이 되고 있는 나라이며 〃메디케아〃에서는 薬剤의 支給은 없으므로 患者는 医師発行의 処方에 따라 全額本人負擔으로 薬剤師 또는 薬局에 支払하여야 한다.

또한 入院 〃서어비스〃에 있어서는 原則的으로

① 「入院費」

② 「医師에 대한 報酬」支払이 分離計算되고 있는 까닭에, 医師에 대한 酬価는 前述한 바 있는 酬価類型이 그대로 適用된다.

入院費는 入院費用外 手術室使用料 病床代등이며 患者의 전화사용료 〃라디오〃, 〃텔레비젼〃 使用料등은 入院費에 包含되지 않는다. 다만 病床代 差額의 本人負擔은 公認되어진다.

더우기 이 制度에서는 患者가 50% 程度의 高率의 一部負擔金

을 負擔하도록 되어 있다.

어쨌든 美国의 〃메디케아〃의 実績主義方式은 文字 그대로 自由契約에 의하여 行하여지고 西独과 같은 二重装置도 없는 까닭에 何等의 法的制約이 없다.

医師의 報酬 나아가서는 薬剤代金까지도 最近 数年동안 上昇一路를 걷고 政府에서도 束手無策으로 있으며, 日本의 学者는 「제도전체가 붕괴하지 않을가 하는 심각한 사태에 直面하고 있고 社会保険의 常識을 파기한 美国의 一例가 가져오는 結末은 注目할 価値가 있다.」(註1)고 까지 極言을 하고 있다.

美国의 〃메디케아〃에서 自由存重의 이와같은 結果는 〃메디케아〃法 自體条項으로 第八章 第1801条에 다음과 같은 聯邦政府의 干渉禁止規程이 있다. 「이 章에 있어서는 診療 또는 医療가 提供되는 方法에 관하여 그리고 保健〃서어비스〃를 提供하는 施設 機関의 従事者 또는 個人에 雇傭되는 職員의 選任, 在職 또는 報酬에 관하여 어느 연방공무원에게도 何等의 監督 또는 支配, 統制를 行하거나 또는 前記의 施設, 機関 또는 個人에 고용되는 者의 관리 또는 運営에 관하여 또는 支配, 統制를 行使하는 것을 授権하지 않는 것으로 해석한다」 더우기 「患者에 의한 自由選択의 保障」과 이에 계속되는 条文에서는 「個人이 다른 健康保険事業을 選択하는 自由」라는 表現에 따라 任意加入의 非営利民間健康保険을 保護하는 조치가 明記 되어 있다. 까닭에 政府는 自由尊重에 의한 上昇一路의 診療報酬와 이에 따르는 財政難의 해결을 위하여

註1. 各国의 医療保障과 診療報酬 内野仙一郎 p.80.

如何한 統制的 措置로 강구할 수 없을 뿐만 아니라 診療報酬請求를 심사·담당하는 医師도 医師会의 지원없이는 任命하지 못하였던 事例마저 남기고 있는 것이다.(註2)

이와같은 美国의 〃메디케아〃制度는 政府의 不介入政策으로 65세 이상 노인의 95% 이상을 加入確保하는 등 所期의 目的을 達成하였다고는 하겠으나 反面 医療費의 急上昇에 대하여는 거의 束手無策으로 앞으로의 推移는 楽観을 不許하는 것이라 하겠다.

다만 이와같은 自由医療의 悲観的인 結果를 어느 程度만이라도 制禦하려는 努力이 없는 것은 아니다.

医療費의 上昇抑制를 目標하여 事前의 入院審査(Preadmission Certification) 또는 治療中의 入院患者의 適正与否審査(Concurrent Review Retrospective Review)등을 위하여 各州単位로 1972年부터 法制 実施하는 P.S.R.O.制度와 같은 것도 있다.

立法의 趣旨는 医療의 質을 높이고 治療와 入院을 줄이는 한편 医療費를 節減하는데 있다. 이 制度의 実施로 入院期間이 短縮되고 不必要한 治療가 抑制되기는 하지만 反面 医療人들 사이에 많은 論難의 対象이 되어 있기도 하다. 말하자면 入院期間短縮을 위하여 오히려 高価의 集中的 治療를 한다든가 医療人의 自律性이 侵害된다는 등의 問題를 随伴하고 있기 때문이다.

이 以外에도 C.O.N(Certificate of Need)라 하여 医療機関 特히 病院에 대한 投資를 制限함으로써 医療費의 上昇을 抑制하고

註2. 各国의 医療保障과 診療報酬 内野仙一郎 p.85.

자 하는 法制化 努力이 있다.

이 法도 州를 単位로 実施되고, 一定한 地域内의 病院의 新築, 医療機材의 導入에 대하여 事前에 承認을 얻도록 하고, 医療에 대한 過大投資를 防除하여 窮極的인 負担者인 患者의 医療費上昇要因을 軽減시키고자 하는데 있다.

患者의 自由診療와 医師의 自由開業主義는 如何한 法制로서도 그 医療費의 上昇을 막을 길이 없으며, 全国民的 規制医療로서의 保障医療制度를 가지지 못하는 美国의 医療保障은 国民의 平均的 経済所有를 바탕으로 하는 自由形態아래에서는 이 美国의 類型 또한 医療保障의 実質的 模型으로서의 存在価値를 지니는 것인지도 모른다.

第 5 章　医 療 保 障　現 況

第5章 医療保障現況

1. 医療保険

1) 医療保険

우리나라에 医療保険制度가 導入된 것은 1963年 12月16日 法律第1623号 医療保険法이 制定公布됨으로서 비롯된다.

그 後 1970年8月7日, 1976年12月22日 그리고 1979年4月17日의 三次의 改正을 거쳐서 오늘의 実定法으로 定着되었다.

社会保障制度의 一環으로 社会保険方法의 技術的 뒷받침을 받아 導入된 우리나라 医療保険法도 다른 모든 나라들이 겪고 있는 医療의 現物給与에 附随되어 일어나는 모든 어려움을 안은채, 全体国民을 一時에 同時的으로 保護하지 못하는 어려움과 함께 많은 問題를 提起시키고 있는 事業中의 하나라 하겠다.

따라서 現行의 医療保険法의 우리나라 国民의 医療保障을 向한 最高의 것은 아니더라도, 많은 어려운 問題를 改善하는 過程中의 하나의 模型임에는 틀림없다.

모든 問題의 解決과 改善, 理解를 위하여 法, 施行令, 施行規則뿐만이 아니고, 이의 効率的 運営을 期하고저 이에 따르는 療養給与基準, 葬礼費支給額告示, 医療保険組合 常任代表理事選出 및 承認基準 医療保険組合 運営準則, 療養管理 및 療養給与業務処理規定과 附帯診療酬価基準 保険給与関係書式 및 記載要領과 審査請求에 관한 書式 및 手続節次, 要領등에 관한 解説 및 診療報酬請求에 관한 指導등

이 数없이 이루어져 오고 있다.

医療保険의 導入과 그 拡張発展에 관한 이와같은 努力에 의하여 1965年 1個組合 343人의 被保険者와 1,205人의 被扶養者都合 1,548人으로 始作된 우리나라 医療保険事業은 長期間의 示範事業期間을 거쳐 1979年末現在 500人以上 使用의 事業場 603個의 1種組合이 組織되어 1,820千人의 被保険者와 2,863千人의 被扶養者, 都合4,683千人이 受恵하고 있다. 또한 強制適用과는 別途로 그동안 示範事業으로 내려 오던 地域住民을 対象으로 하는 8個의 2種組合이 構成되어 14千人의 被保険者와 49千人의 被扶養者 都合 63千人이 任意組合에 加入되어 있다.

따라서 医療保険法에 의한 総適用人員은 4,746千人 [1]에 이르고 있다.

医療保険의 療養給与를 위하여 第三者的으로 参加하는 全国의 療養取扱機関現況은 綜合病院 68個所, 病院 229個所, 歯科病院 4個所, 医院 6,381個所, 歯科医院 1,928個所, 助産所 510個所, 都合 9,120個所이다.

給与方法과 基準의 設定困難으로 漢方病医院은 아직도 正式으로 参加하지 못하고 있다.

医療保険은 傷病의 一危険 区劃이 어려운데 다가, 第三者的 医療機関의 給与参与와 그들 医療機関에 対한 報酬決定과 支払方法등에 制度의 基礎的 어려움이 있다. 더우기 一時에 全体国民을 同時的으로 同等하게 包括하지 못하고 있기 때문에 被保険者의 組合間,

地域間, 그리고 保険対象者와 非保険対象者間에 医療機関利用에 差別待遇가 露出되고, 保険制度導入이 日浅한데서 오는 業務処理 未熟등이 겹쳐서 아직도 제대로의 評価를 받지 못하는 実情에 있다.

그러나 今年부터 事業場 規模도 300人 使用線으로 引下되어 対象이 拡張되고 公·私経営으로 医療施設들이 地方에 建設됨으로써 医療의 需要와 供給이 함께 増大되어 短時日内에 크게 包括拡張되고, 業務改善에 의하여 그 節次가 合理的으로 簡便하게 되면 医療保険의 本然의 価値를 発揮하게 될 것으로 期待된다.

2) 公務員 및 私立学校教職員 医療保険

1977年 12月 公務員 및 私立学校教職員에 대한 医療保険이 法制化되어 78年7月부터 実施에 옮겨졌다.

公務員 및 그 家族에 대한 保険医療에 관한 法制化는 医療保険法의 一次 法改正인 1970年 8月에 強制適用키로 考慮된 바 있다. 当時, 労動者에 대한 医療保険示範事業이 不如意하여 集団性이 堅固하고, 公務員年金事業의 順調로움에 힘입어 示範的으로 強制適用의 길을 터볼려고 한 것이었다. 그러나 施行令 準備過程에서 関係部処間에 協調를 얻지 못하고, 時期尚早라는 口実아래 保留되어 오다가 77年부터 医療保険이 事業場 勤労者를 対象으로 強制適用케 된데 勇気를 얻어 独立法이 制定되고, 年金実施対象인 私立学校 教職員까지 함께 包括하기에 이른 것으로 안다.

그러나 公務員과 私立学校教職員에 대한 医療保険을 別個의 立法体制를 가져야만 그들을 医療保障으로 包括할 수 있었겠는가 하는

問題는 한번 다시 생각할 必要가 있지 않겠는가 한다.

첫째, 医療保障은 全国民이 지니는 唯一한 共通生活危険이며 그 均霑을 위하는 일이 医療保障의 基底에 깔린 가장 큰 要素라 하겠다. 그러므로 可能한 限 하나의 法制的 테두리 안에서 모든 国民 階層的 特性의 消化를 위한 努力이 必要하다.

둘째, 公務員이나 私立学校 教職員은 国家, 또는 非営利 公的機関에 従事한다는 것을 뺀다면 틀림없는 被傭者이고, 一般被傭者인 勤労者와 区別하여야 할 理由가 없다. 外国의 例에서 볼때 그들도 俸給者 말하자면 定期所得階層에 属하고, 使用主에 代身하는 国家 또는 財団経営者가 있기 때문에 社会保険経営上의 醵出料分担도 多少의 要素를 補完하여 同一視하고 있으며 定期所得階層으로 単一分類에 包括시키고 있는 것을 볼 수 있다.

셋째, 우리나라 医療保険法, 말하자면 70年8月7日의 改正法에도 単一法制内에 및 公務員에 관한 事項을 包括시키고 있을 뿐만 아니라 76年의 改正法에서도 公務員은 所得 1種 被保険者의 資格에 어느 하나도 欠格되는 事項이 없다. 따라서 現行의 一般 医療保険法에서 醵出料分担등에 多少의 法制的 補完만으로 公務員등에 대하여도 1種組合経営으로 包括시킬 수 있을 뿐만아니라 그렇게 하면 巨大한 管理公団의 経営規模도 必要없고, 経費도 크게 節約되었을 것임은 疑心의 余地가 없는 일이라 하겠다.

넷째, 医療保障은 언제인가는 国民的 医療의 給与均衡을 実現시켜야 하므로 그 再統合의 沮害要因으로 남기지 않도록 모든 制度의

導入에서부터 充分한 考慮가 있어야 하는데, 오히려 公務員에 대한 別個의 独立法을 가짐으로서 不均衡的 成長의 素地를 크게 남기는 結果를 갖게 되었다고 하지 않을 수 없다.

다섯째, 国民的 単一医療保障을 考慮하지 않고, 個別階層에 대한 医療保障과 所得保障의 再統合만을 想定할 때에도 昨今의 公務員年金公団設立과 医療保険管理公団의 二元的 制度는 異質性의 乖離를 더 넓히는 것이 되고 그 統合의 어려움을 避할 길이 없다. 萬一에 医療保険組合 経営으로 一般法의 테두리 안에서 経営되었다면 公務員에 대한 綜合生活危険対備의 다른方法 말하자면 年金基金이 医療保険組合을 独立採算에 의하여 経営하는 등의 危険統合의 視角에 多少라도 接近시킬 수 있지 않었겠는가도 생각된다.

이와같이 公務員 및 私立学校教職員에 대한 別個의 医療保険法의 出現은 모든 国民의 医療均霑의 実現이라는 視角에서 볼 때 再検討되어야 하지 않겠는가 한다.

一般 医療保険法과 大同小異하고 안고 있는 모든 問題가 거이 비슷하기 때문에 重言複言을 避하고,

어쨋던 이法에 의하여 公務員 및 私立学校教職員과 그 被扶養者를 相対로 그동안 2年의 保険実績을 쌓아 왔고 1979年末 現在 受恵対象者는 公務員이 그 家族과 함께 2,703千人이고 私立学校教職員이 그 扶養家族을 合하여 340千人이며, 都合 3,043千人이 恵沢을 입고 있다.

全国에 療養取扱機関으로 綜合病院 68個所, 病院 227個所, 医院

6,225 個所, 齒科病院 3 個所, 齒科医院 1,913 個所, 助産院 498 個所 都合 8,934 個所가 指定되어 있다.

公務員 및 私立学校教職員에 대한 医療保険도 前述 一般 医療保険이 안고 있는 모든 問題를 골고루 안고 있다.

傷病危険이 全国民的 生活危険인데도 独立法으로 接近하고 있기 때문에 勤労者와도 均衡을 維持하기 어려울 뿐만아니라 医療保険発展을 위한 先導的 役務도 다하지 못하는 体制를 指向하고 있다.

이 問題는 앞으로 社会保障的 諸事業의 再統合過程에서 公務員 階層에 대한 事業의 再統合을 二重으로 어렵게 하는 結果를 가져올 것이 뻔하다.

그하나는 全国民的 医療保険의 再統合을 어렵게 하고, 그 둘은 公務員 単一階層에 대한 綜合生活危険視角의 統合도 어렵게 할것이 豫期되기 때문이다.

医療保険이 안고 있는 全国民的 現物給与가 医療保障의 捷径이고 그 均霑理想이 早期実現되어야 하는데 現[illegible] 이러한 分立的 接近努力은 目標하는 바에서 크게 멀어져 가는 느낌마저 풍기는 것이 現制度上의 흠이라 하겠다.

3) 農業災害補償保険

業務上의 災害를 迅速하고 公正하게 補償하기 위하여 마련된 우리나라 産業災害補償保険制度는 公傷에 대한 療養給与의 医療保障部分과 休業 및 障害給与등의 所得保障部分으로 크게 나누어져 있고 前者의 医療保障이 여기에 該当된다.

1963年 12月에 法制化되고 翌年부터 500人以上 使用하는 事業場 64個所 81.8千人을 対象으로 着手된 制度이다.

社会保険으로서는 가장 먼저 導入 定着되어 勤労者를 위한 主導的 位置의 事業이면서도 先導的 役割을 다하지 못하는 어려움을 안고 있다.

1979年末 現在 16人以上(鉱業등 特殊事業場5人以上)事業場 勤労者에 適用되어 55,763個事業場 総3,607千人이 受恵하고 있다.

64年度의 負傷件数는 1,443件이었으나 79年에는 128,770件으로 늘어나 그만큼 療養給与支給件数도 늘어나고 있다.

療養給与方法도 医療保険에 準하고, 第二者的 給与에 대한 報酬決定 및 支払方法도 医療保険에 따르고 있음으로 問題点도 大同小異하다. 다만 公傷의 大部分이 外科治療이기 때문에 이에 따르는 療養取扱機関의 偏重輻輳를 不免한다.

79年末 現在 指定医療機関으로 綜合病院 64個所, 病院 152個所, 医院(歯科包含) 1,165個所, 都合 1,381個所의 医療機関이 이 制度에 給与参加하고 있다.

保険管掌은 労動庁이고, 一線에 産災事務所를 두어 実際 業務를 担当시키고 있다.

保険財政은 "메리트"制度에 따르는 事業別 個別危険率을 実績主義에 의하여 採択適用하여 調達하고 있다.

1964年의 平均 保険料率은 23%였었으나 毎年 그 率이 低下

되어 79年度에는 10.8%까지 떨어지고 있다.

事業場 安全管理의 改善과 補償業務処理의 迅速改良에 의하여 크게 줄어든 것이라 하겠다.

그러나 아직도 職業病関係의 包括未洽과 16人以下 事業場의 未包括対象, 그리고 7日以下의 事故에 대한 給与除外등 改善할 点이 많다.

또한 医療保障으로 一元的인 考察로 再統合이 이루어지던가 아니면 産業災害의 特性에 의하여 公傷의 分立制度를 그대로 存続시켜야 하는가 하는 問題가 남아있다.

어쨌던 医療保障의 国民的 均霑을 向하여 医療保険도 같은 하나의 視角에 의하여 再統合의 原則이 尊重되어야 함은 더말할 나위가 없다.

이러한 制度的 一元化의 与件을 造成시키기 위한 努力의 一環으로 다음에 異質的 階層間의 医療保険適用의 統合調整方案과 統合의 合理的 実現方案을 著者나름으로 생각되는 事項을 整理한 것이 있기 때문에 挿入하여 둔다.

2. 医療保護

医療保障方法의 하나인 低所得 乃至는 無所得, 無依無托者에 대한 医療保護는 그동안 生活保護法 第5条第1項第2号~第4号의 規定에 의하여 国公立病院과 民間病院등에서 施療하여 온 無料患者取扱이 主가 되고 前近代的 救療制度의 領域을 벗어나지 못하고 있

었던 것이 事実이다.

그러던 것이 1976年 6月 朴大統領이 基本生活要素中에서 医療를 第4順位要素로 強調한데서 保健社会部가 生活保護法에 根拠를 두고 医療施恵拡大方案을 作成, 1976年 9月에 새로운 接近方法을 確定짓기에 이르렀다.

이어서 그 細部実施方針인 医療保護에 관한 規則이 1977年 1月 4日 保健社会部令 第545号로 制定公布되고 1977年 1月 4日부터 本格的인 公的扶助的 医療保護의 現場給与事業이 出帆되었다.

이 医療保護에 관한 規則은 그 後 医療保護法으로서 正式法律로 制定되어 1977年 12月 31日字 法律第3077号에 의하여 実行에 옮겨졌다.

이 法에서는 生活維持의 能力이 없거나 生活이 어려운 者에게 医療保護를 実施함으로써 国民保健의 向上과 社会福祉의 増進에 寄与하도록 目的을 明確히 하는 外에 医療保護対象者에 관하여는 生保対象者外도 国家有功者등 特別援護法 軍事援護報償法, 文化財保護法上의 無形文化財의 保有者와 그들의 家族에게까지 그 適用対象範囲(第4条)를 拡張시키고 있다.

保護内容도 医療保障給与의 一般分類에 맞추어 그 給与는 더욱 細分하고 있다.

(第5条)

① 診察

② 処置, 手術, 기타의 治療

③ 薬剤 또는 治療材料의 給与

④ 医療施設에의 収容

⑤ 看護

⑥ 移送, 기타 医療目的達成을 위한 措置등으로 医療保障을 向한 다른 여러法의 診療内容과 그 区分을 一致시키고 있다.

保護方法(第6条)및 医療保護施設의 指定(第7条), 医療保護基金(第9条)등이 規定되고 全文 16条 附則으로 構成되었고, 모든 内容은 当初의 規則에 準拠 大同小異하게 規定되어 있다.

1979年末 現在 2,134千人의 対象者가 이의 恵沢을 입고 있으며, 全国 56個 診療地区에 公民営 2393個所의 一次診療機関과 209個所의 二次診療機関 및 11個所의 国立機関이 医療保護施設로 指定되어 医療給与를 担当하고 있다.

우리나라에서 実施되고 있는 社会保障的 事業으로 医療保障에 属하는 것으로는 社会保険方法에 의한 医療保険法 公務員 및 私立学校教職員 医療保険法 그리고 産業災害補償保険法의 医療의 現物給与와 軍人年金法의 治療補償등과, 公的 扶助方法에 의한 医療保護法과 軍事援護報償法등이 있다.

公的扶助対象인 零細民과 生活保護対象者를 除外하면 現在는 거의 모두가 被傭者를 위한 制度이고, 一般国民을 対象으로 하는 制度는 医療保険法上의 2種組合該当者들이 있지만 아직도 示範事業의 範囲를 벗어나지 못하고 있다.

이 以外에 実際로는 社会保障的 立法이 아니지만 国民保健"서어

비스"와 直結되고 있는 것으로서 保健所法에 의한 一般保健"서어비스" 伝染病豫防法에 의한 그 発生과 流行을 防止하는 伝染病管理"서어비스" 結核豫防法에 의한 結核의 豫防과 結核患者에 대한 適正医療의 実施를 目的으로 하는 結核管理"서어비스", 寄生虫疾患豫防法에 의한 寄生虫疾患의 豫防과 그 根絶을 위한 寄生虫管理"서어비스", 母子保健法에 의한 母性의 生命과 健康을 保護하고 健全한 子女의 出産과 養育을 図謀하는 母子保健"서어비스"등이 医療保障의 一翼을 担当하여 国民健康管理와 함께 医療保障의 豫防乃至 治療領域을 補完하고 있다.

또한 医療保障事業中에서도 全国民的 事業이고 社会保障的 理念具顕面에서는 勿論 実際的 生活保障面에서 볼 때, 医療保護事業의 超優先性이 尊重되어야 함은 두말할 必要가 없다 하겠다.

医療保護事業에 所要되는 資金調達을 위하여 国家는 開発計劃資金의 比重에 못지 않게 큰 比重을 두고, 그 決定에 理由를 添付하는 등의 번거로운 節次를 가져서는 안된다.

経済開発計劃을 継続的으로 長期間 추진함으로써 経済開発의 資金的 重圧을 크게 받고 있는 우리나라와 같은 나라에 있어서는 比重 保護投資가 자칫 잘못 생각되어 労動力의 再生産과 無関한 것처럼 速断되거나 経済的 生産性이나 資金의 効率性面에서 価値性이 軽視되는 傾向이 있고 甚한 경우에는 正反対的 損耗投資로서 評価되기도 쉽다.

이와같이 資金의 性質面에서 考察하는 경우 医療保護에 投下되는

資金配分에 그 意義를 附与하는데는 그 나름대로의 合理性이나 国家発展의 目標가 主導하는 理論的 体系内에서의 資金順位의 適正線還元과 配分原則의 客観性이 別途의 視角에 의하여 尊重되어야 한다.

말하자면 従来의 経済成長為主의 視角이 아닌 人間의 幸福과 그 生活의 安定에 맞추는 資金優先順位決定基準과 그러한 配分体系가 設定될 必要가 있다 하겠다.

現在的 状況下에서 우리나라 医療保障이 成就하고 있는 実績은 1979年末 現在, 被保護人口面에서는 総人口의 33.5%인 12,710千人[2]이며 그 内訳은 다음表와 같다.

医療保障受惠人口 推計

1979年末 現在　　単位: 千人

保障区分	制度分類	受惠対象人口	備　　考
医療保障		12,710 千人	
	医療保護	2,134	
	医療保険	9,576	
	医療保険	4,746	
	公務員医保	3,043	
	産災保険	1,787	適用対象 3,607千人-医療重複1,820千人
総人口		37,605	

또한 医療保障에 所要된 給与費 総額은 109,780百万원으로 国民総生産의 0.37%이며 그 内容은 다음表와 같다.

医療保障費(給与額)推計.

単位:百万원

保障区分	制度分類	給与額	備考
医療保障		109,780	
	医療保護	8,774	
	医療保険	101,006	
	医療保険	41,070	
	公務員医保	40,170	
	産災保険	19,766	総給与 53,976 百万 一産災補償給与 34,210 百万
国民総生産		29,553,680	

따라서 우리나라 医療保障은 아직도 基礎的, 導入定着의 段階에 있으며, 保険과 医護医療로서 狭攻하는 많은 어려움속에서도 特히 顕著하게 改善이 要求되는 諸般問題

① 모든 国民을 均等하게 医療保障恵沢을 입게하기 위하여 部分接近의 合理的 運営과 早期包括成就의 方法의 改善問題

② 모든 人的, 物的資源의 継続的 拡充 및 現在的 総動員에 의한 供給能力 拡張등 그 効率性 提高問題.

③ 一元的 再統合을 可能케 하는 中枢体制의 確立의 必要와 모든 分立制度의 視角의 統一과 그 与件의 造成問題

④ 下位 20%의 国民階層에 대한 医療保障의 超優先考慮와 一般国民에 대한 医療保険事業의 早期着手 考慮問題

⑤ 医療保障의 段階的 包括原則設定과 短期 全体包括의 成就方法의 原則決定問題

⑥ 第三者的 医療機関의 参与方法, 報酬決定 및 支払方法등의 統一과 그 改善問題

⑦ 医療保障의 要員 即 研究, 計劃, 数理, 管理등 専門要員과 함께 各級運営에 参加하는 給与, 行政등의 事務要員에 이르는 確保 및 再教育, 訓練問題

⑧ 医療保障 資料精選 및 保管등의 問題등

아직도 우리나라 医療保障事業의 発展을 위하여는 基本的인 여러가지 問題들이 남아있다 하겠다.

註 1 医療保障政策論 崔千松著 韓国法人問題 研究所 刊 1980年10月 p10

註 2 社会開発(90年代를 向한 基本構想)韓国社会開発協会 1980年刊 p 224 (第7章 社会保障)研究者 執筆分

第 6 章　医療保障의　開発段階別　展望

第6章 医療保障의 開発段階別 展望

医療保障의 開発段階別 展望은 우리나라 社会保障의 基本方向設定과 医療需要 및 供給能力의 伸張에 의하여 그 바람직한 象을 내다보는 医療保障基本方向이 그려져야 한다.

社会保障의 基本方向의 設定은 또한 첫째, 90年代 우리나라 人口規模와 그 構造를 把握하고 経済開発段階와 成長果実을 展望하며, 均衡的, 合理的 配分考慮 위에서 理想的 国民生活水準을 그려내야 한다.

둘째, 最低生計費以下階層의 生活의 完全保障과 相対的 貧困의 補足的 保障을 原則으로 하되, 그 最低의 必要水準을 크게 그리고 빠르게 끌어 올려야 한다.

셋째, 当為性과 必要性만으로 基本生活要素를 充足시켜 줘야 하고, 個別危険保障対策으로부터 綜合的 生活保障対策을 指向하며 下位 5分位線의 20%의 人口 即 第一群을 優先保障하고, 漸次的으로 第二群保障으로 衡平을 維持하면서 그 所要를 充足시켜가도록 한다.

넷째, 定期所得, 不定期所得階層과 無所得階層으로 対象을 크게 区劃하고 家口中心의 生活能力所持者와 그 扶養家族으로 生活基本成員을 区別考察하고, 社会保険方法을 主軸으로 公的扶助方法을 補足的으로 그리고 社会福祉를 補完的으로 하는 社会保障体制를 굳혀가도록 한다.

다섯째, 医療保障의 現物給与와 所得保障의 現金給与를 主要保障

手段으로 国民生活의 綜合的 均衡的 管理를 可能케 하는 保障機構를 가지고, 安保的 次元을 윗도는 国民的 統合과 経済成長의 持続性에 바탕을 두는 均衡的 生活向上을 図謀하며, 分業的으로 出発 導入된 諸般 社会保障的 諸制度를 再統合하여, 分立制度가 지니는 不便과 諸般浪費를 極少化하고, 統合的, 効率的 社会保障 経営에 의하여 그야말로 名実相符하는 社会保障社会의 実現을 빠르게 이룩하도록 努力하는 일이 基本이 되어야 한다.

또한 医療保障의 基本方向으로는

첫째, 下位所得階層의 支出医療費不足率 即 1965, 66年의 健康調査結果에 의한 5分位人口構造別 推計에 따른 下位 20%人口의 支出医療費不足率은 68.18% > 48.10%로서 約 50%의 所要不足現象을 나타내고 있음으로 이에 必要한 財源의 調達方法이 考慮되어야 한다.

둘째, 医療의 需要와 供給에 관한 理論을 援用할 必要가 있다. 即 1964年 英国의 国民保健서어비스 調査結果 発見된 M.S. Feldstein의 『供給은 그 自体의 需要를 創出한다』는 理論과 1954-66年 美国 "포트랜드" (Portland) 地域調査結果 나타난 C, Stevens의 『需要에 따라 供給이 拡大된다』라고 하는 理論(1)은 供給과 需要 両쪽에서 作用하여 그 相対를 誘発하도록하여 그 相乗効果를 期待할 必要가 있다.

셋째, 国民皆医療保障의 指向에 의하여 段階的 区劃発展의 길을 摸索하되

① 被傭者와 非被傭者로 国民을 크게 나누고, 被傭者의 경우 包括規模를 크게 낮추고 危険分散範囲를 크게 拡大하여 모든 被傭者를 早期에 吸収하는 措置가 講究되어야 하고

② 非被傭者의 경우, 地域別 組織을 拡大, 強制的 年次計劃을 樹立 早期包括 努力이 考慮되어야 한다.

③ 이러한 努力에는 実質 給与水準 70%以上의 給与가 保障되도록 힘써야 한다.

넷째, 国民医療保障의 一元的 統合体制를 目標하되 段階的 拡張過程에서는 被傭者集団과 非被傭者集団組織化로 二元体制를 빠르게 이룩하여, 産災의 公傷給与와 医療保護도 이에 共通危険参加를 가져오도록 誘導할 必要가 있다.

다섯째, 財政支援方法은 모든 制度에 統一되어야 하고, 給与実績에 따르는 実額支援方法보는 醵出料基準支援方法으로 転換하는 일이 制度의 同質性을 가져오는데 크게 도움될 것이다.

그리고 医療保障의 一元的 経営을 考慮하면서

다음과 같은 統合의 바람직한 医療保障 模型을 내다 보고,

社会保障制度発展과 統合의 바람직한 医療保障 模型

資料 : 韓国社会保障論

生活危険	対象階層	現行制度	制度発展統合過程模型		1990年代 바람직한 模型
			1981 - 1985	1986 - 1991	
医療	無所得	医療保護	対象完全包括	醵出 및 給与의 均衡	
出産	零細民	医療保護	給与充実	給与 調整	
医療	定期所得	医療保険			医療保障金庫統合
出産	不定期所得	医療保険	対象 1種 30人以上 2種 20%人口	対象 95%人口	全国民均一서어비스
葬祭		公務員医保	対象完全包括	給与充実 調整	
		産災保険	全危険包括		
医療	全国民	保健施策	豫防公衆保健	保健徹底	

이와같은 現在的 実情을 堪案한 바람직한 将来 模型에 의하여 社会保障的, 体系的 考察위에서 그 医療保障体系의 位置를 다음과 같이 設定하여 본다.

社会保障体系的 考察

- 医療保障体系
  - 医療保護
  - 医療保険
    - 産災現物給与公傷
    - 医療保険一種
    - 公務員・私立教職員
    - 医療保険
    - 医療保険二種
- 所得保障体系
  - 生活保護
  - 産災保険
  - 年金保険国民福年金1種
  - 公務員 年金
  - 私立教員年金
  - 国民年金 2種

또한 医療保障의 一元的 考察을 위한 現行制度의 与件造成을 다음과 같이 그려 본다.

医療保障一元的考察의 与件造成

1. 医療保障事業의 同一建物内 所在統合 (電算機器, 個人調書一元化)

2. 現行制度의 経営方法의 統一接近 (拡散沮害要素의 除去)

1) 医療保護 中央金庫의 設立 中間管理機構, 一線金庫의 区劃

2) 医療保険 ① 産災現物給与 財源分離, 給与窓口分離,

② 医療保険一種 産業別, 賃金水準別, 地域別 統合

産災現物給与統合

二種成員, 医療保護成員 包括準備

小規模, 弱体組合, 支援準備

③ 公務員 私立教職員 一種組合形態改造 (運営委)

医療保険

④ 医療保険二種 地域内 広域危険分散

政府負担金確保 (中央, 地方分担

35%~40%) 一種과의 合流

準備

3. 診療報酬体系의 統一 (診療実績主義尊重, 点数制, 一次, 二次診療区分, 審査와 支払方法)

4. 医療参加者 (公・私医療, 綜合病院과 医院 医師와 기타 要員) 共通与件拡大, 医療分業 医療伝達体系, 豫防과 治療 및 事後 療養連繫등등

5. 経済的配分構造의 構築과 経済自動安定装置制度에의 参加

그리고, 一元化를 위한 資金調達과 그 衡平을 가져 오는 資金支援 方案도 다음과 같이 그려 본다.

一元化를 위한 支援方案

1. 中央金庫에 대한 支援

1. 事務費의 国庫負担

2. 給与費의 一部 国庫補助

3. 金庫統合, 吸収에 必要되는 資金의 一部国庫補助

4. 政府로부터의 金庫에 대한 基金出資(地方自治団体出資包含)

5. 金庫基金을 위한 海外長期借款導入

6. 他社会保障金庫基金의 活用

7. 財政, 金融 支援(長期 및 一時借入)

2. 単位被包括組合에 대한 支援

1. 赤字組合의 赤字補填

2. 低賃金, 多家族 組合의 別途支援方法의 考慮

3. 企業에 대한 考慮

1. 赤字企業의 包括方法의 特別考慮

2. 低賃金, 不実企業의 支援方法考慮

4. 被傭者에 대한 考慮

1. 赤字企業 低賃金, 不実企業의 被傭者에 대한 醵出料一部支援方案

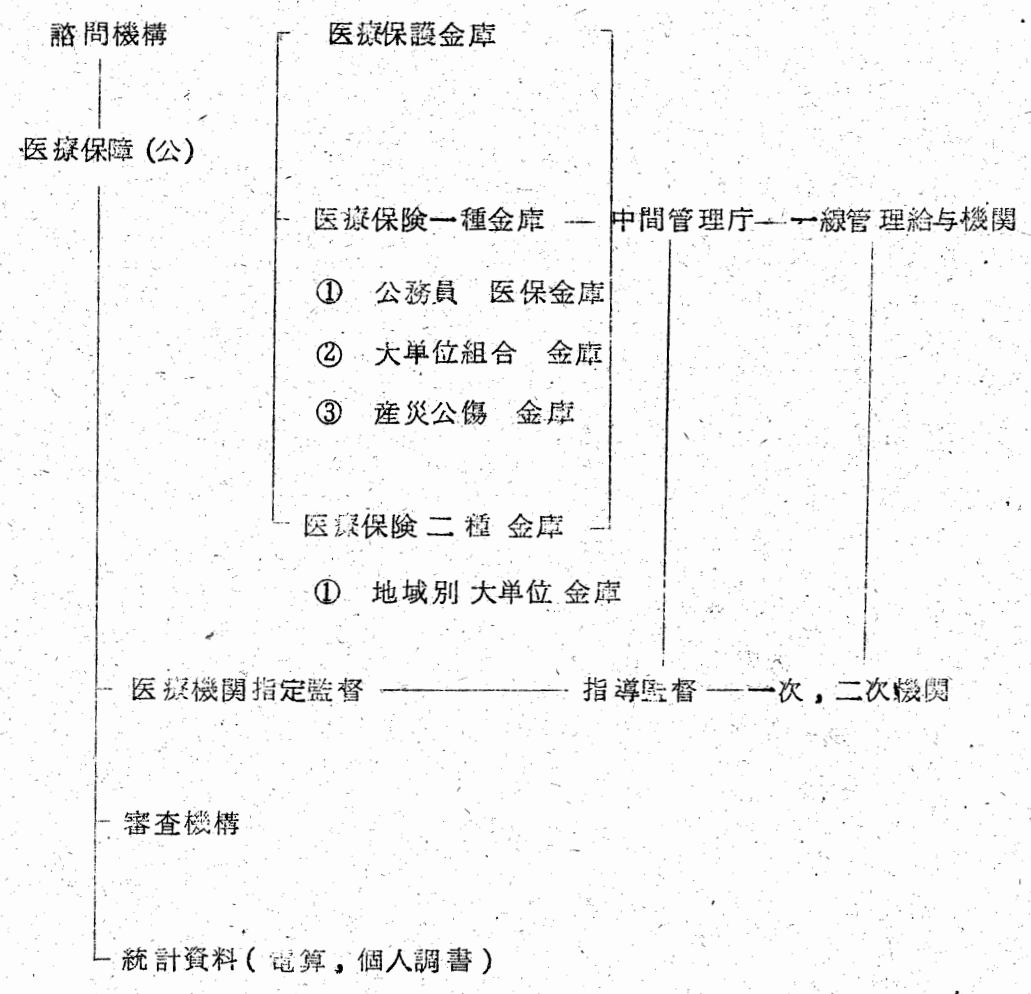
2. 多家族被扶養者에 대한 人頭別 醵出料支援考慮

5. 기타 一般国民에 대한 考慮

1. 人頭別 또는 所得水準別 醵出料一部支援 考慮

이와같은 基礎위에서 最終統合經營視角에서 보는 金庫의 段階的 多元經營方案을 다음과 같이 가져 본다.

医療保障統合經營視角의 金庫多元經營方案



結局 医療保障의 統合的 均衡的 経営을 指向한 綜合判断과 実現으로 誘導하는 政策의 推進要領으로 各々 다음과 같이 構想하여 보는 것이다.

一元化를 위한 綜合判断

① 医療保険対象의 拡張速度가 빠를수록 個別負担能力이 低下되고 給与水準의 低下를 自招 또는 第三者의 負担参加를 要求

② 均一率에 의한 醵出料負担의 増高는 金庫財政은 安定되나 参加対象範囲가 縮少되고 制度拡張遅延招来

③ 多元率에 의한 醵出料徴収는 応能負担으로 資金調達이 容易하나 給与의 多元化와 隔差를 自招

④ 弱体組合, 欠損個人에 대한 別途支援 不考慮는 国庫出損은 없으나 그들에 대한 保険包括은 遅延不得已

⑤ 基金国庫出資, 地方自治団体出損, 長期債導入등의 方法利用은 短期危険分散方法에 不合理性이 있으나 우리나라와 같이 階層間의 乖離가 甚하고 早期保険拡張이 困難한 나라에서는 위와 같은 長期危険分散方法의 混用으로 早期 全国民包括이 実現可能

一元化 推進要領

① 于先 被傭者(一種 및 公務員등)保険의 統合을 企図하되 同質性의 条件拡張에 의한 漸次的인 一元化推進이 바람직하다. 医療保険中央機構(公社)를 設置하여, 人事, 電算, 審査, 資料統計 国庫補助伝達등의 業務를 統轄케하고, 大単位組合(公団包含)의 独立採算制를 勧奨, 諸般与件의 成熟과 함께 中央機構에 統合 시킨다.

② 国庫支援資金의 確保可能程度가 統合一元化作業을 促進시키고 그 実現을 빠르게 하며 残余 기타 未包括階層의 包括도 容易하게 하므로, 年次的 資源確保計劃을 樹立하고 이에따라 統合을 推進한다.

③ 産業別, 職業別, 賃金水準別, 地域別로 均一率適用이 可能한 모든 既組織法人의 大単位化를 推進하고 同時에 均一率適用이 可能한 企業従事者와 個人을 이에 包括한다.

④ 弱体 또는 条件未充足 組合, 企業의 包括은 모든 条件을 補填하여 漸次的으로 包括한다.

⑤ 統合을 위한 最終要綱이 成案되면 学界, 専門家, 企業家, 勤労者 保険業務担当者, 行政担当者등을 包含하는 公聴会를 가지고 幅넓은 意見調整 作業도 바람직하다.

⑥ 統合推進을 위하여 関係 各界主導者로서 構成하는 特別委員会도 가질 必要가 있다.

이와같이 社会保障, 医療保障의 基本的 考慮와 統合的, 均衡的 努力에 의하여 그 80年代 医療保障의 段階的 発展 展望을 내다 보면 다음과 같은 概略的인 指標로 整理할 수 있다.

医療保障의 統合時期를 考慮하지 않고 現行制度를 中心으로 年次的인 発展対象 包括計劃을 다음과 같이 考慮하였다.

① 医療保護는 現行의 人員程度로 醵出料減免으로 保険으로 吸収하는 努力을 継続한다.

② 医療保険은 一種의 경우 81年까지 300人以上, 84年까지 200人以上, 86年까지 30人以上 91年 5人以上 包括

二種의 경우 81年까지 現在의 倍, 84年까지 対象人口의 20% 86年까지 対象人口의 50%, 91年까지 90% 包括한다.

③ 結局 医療保障으로 91年까지 全人口의 95%를 包括한다.

年度別社会保障包括人口推計

資料 : 労動庁統計, KDI 長期経済社会発展 및 医保管理公団公報 No. 16, 17, 18

単位 : 千人

制度区分	1979年末 受惠人口	1981年 包括人口	1986年 包括人口	1991年 包括人口	備考
医療保障総計	12,710 千人	13,730千人	31,061 千人	42,563千人	
医療保護	2,134	2,100	2,100	2,100	
医療保険	9,576	11,630	29,961	40,463	
医療保険	4,746	1種 5,076 2種 126	10,851 11,712	17,337 15,021	
公務員医保	3,043	4,415	5,585	7,105	
産災保険	1,787	2,013	813	0	
総人口	37,605	38,807	42,088	45,251	

年度別社会保障費（給与費）負担推計

単位：百万원

制度区分	1979年 来 医療保障給与額	1981年対GNP 医療保障費比率	1986年対GNP 医療保障費 比率	1991年対GNP 医療保障費比率	備考
医療保障総計	109,780	0.6	1.6	2.6	81年부터 每年 GNP의 0.1%增
医療保護	8,774	対象給与拡充	給与拡充	給与拡充	86年부터 每年 GNP의 0.2%增
				均衡維持	
医療保険	101,006			給与調整	
医療保険	41,070	対象拡充	対象給与拡充	対象給与拡充	
公務員医保	40,170		給与拡充		
産災保険	19,766		給与拡充		
国民総生産	29,553억	157,219억	231,217억	326,817억	GNP 75年不変価 (79年은 経常価)
参考					
所得保障	169,935	0.9	1.4	1.9	
社会保障合計	279,715 (0.94)	1.5	3.0	4.5	

開発段階別 医療保障拡張計劃을 75年 GNP 不変価額에 의하여 1人当 医療保障 実額을

81年부터 91年까지 毎年 0.2%씩 增大하는 것으로 豫想하고 包括対象人員数에 의하여 1人当 実額을 따져보면 79年 経常価額은 8,631원 이지만 81年에는 75年 不変価로서 6,868원 86年에는 11,908원 91年에는 19,963원으로 그 給与가 質的으로 向上되어 감을 다음 表는 말해 준다.

1人当保障医療費額의 推勢

75年 不変価

区 分	1979年末	1981 年	1986 年	1991 年	備 考
人 口	37,605 千人	38,807 千人	42,088千人	45,251千人	
医保人口	12,710	13,730	31,061	42,563	
被保障比率	33.8 %	35.4 %	73.8 %	94.1 %	
G N P	14,767.4 억	157,219 억	231,217 억	326,817 억	75年不変価
豫想投資比		0.6 %	1.6 %	2.6 %	
投資金額	1,097 억	943 억	3,699 억	84,972 억	79年経常価
1人当医療費	8,631 원	6,868 원	11,908 원	19,963 원	79年経常価

이러한 指標의 展望은 너무 意慾的이라는 批判도 있을 수 있겠으나 最近 20年間의 다음의 諸外国의 国民総生産에 대한 社会保障給与費比率과 前掲한 바 있는 医療保健費支出比率을 対比하는 경우 너무 빠르다고 마는 할 수 없지 않겠는가 한다.

外国의 国民総生産에 대한 社会保障給与費比率

資料 : O.E.C.D national Accounts of OECD Contries 1952-77Vol

国名	1960年	1970年	1975年	1977年	備考
카나다	8.0	8.1	10.2	10.6	一般保健서어비
미국	5.2	7.4	10.7	10.1	스 費用除外
호주	5.7	5.6	8.9	9.5	
프랑스	-	15.1	18.4	19.4	
西独	10.8	11.5	14.2	14.1	
이태리	-	14.1	19.3	18.5	
스웨덴	7.4	11.0	15.9	19.1	
영국	6.2	7.9	9.2	10.1	
日本	5.1	4.9	8.0	9.3	

医療保障을 위한 90年代를 바라보면서 위와같은 展望을 하지만 그 基準에는 勿論 다음과 같은 先行을 要求하는 前提整備作業이 이루어져야 함은 더 言及을 不要하는 일이라 하겠다.

첫째, 80年代 前般의 施策考慮로서는

① 最低生計費線 確定節次에 관한 法律의 制定

② 最低賃金制의 立法

③ 社会保障 研究와 医療保障諸般要員確保 訓練을 위한 法制資料一元化措置

④ 医療保障 諸般 法制 即 医療保護法, 医療保険法, 公務員 및 私立学校教職員 医療保険法 그리고 産業災害補償保険法등의 給与 및 財政調達方法上의 均衡維持, 医療의 第三者的 参加方法의 統一, 診療報酬決定節次 및 支払方法의 改善, 診療実績主義方式에 의한 医療酬価의 適正線 誘導를 위하여 現行点数制 制度의 改善

⑤ 医療保険事業의 一元化와 均衡的 発展을 図謀하기 위하여 金庫의 統合을 中心으로 하는 基準法의 制定과 年度別 統合作業推進原則의 設定

⑥ 医療保障 一元的 整備에 所要되는 費用의 公的負担努力의 積極化와 特히 整備該当 個人이나 集団의 負担不足 条件未洽部分은 国家의 補填이 原則的으로 앞서야 한다.

둘째, 80年代 後半의 政策考慮로서는

① 諸般 社会保障的 立法의 体系的 完結과 法制에 있어서 医療保障的 諸般 立法体系의 整備

② 医療保障의 未包括対象과 未包括危険의 完全包括

③ 医療保障 給与水準의 向上과 均衡維持

④ 医療保障 統合 実現, 등의 諸般政策 考慮가 하나하나 이루어져야 한다.

註 1 1. 医療保障政策論 崔千松著 韓国法人問題研究所 1980年 10月刊 p25

第 7 章　結　　語

第7章 結 語

醫療保障의 段階的 發展模型構築에 있어서 가장 그 基礎를 이루는 問題가 一元的 統合的 經營을 早期에 이룩하는 일이다. 말하자면 全體国民 危險의 同質性에 따르는 負擔의 公平性과 給與의 均一性을 理想으로 하는 醫療保障은 一部階層의 自家保障에 安住하여 余他 階層의 自立을 돕지도 않고 더우기 虛弱集團이나 負擔自體能力不足 個人을 永遠히 放置하는 制度的 矛盾을 內包하는 統合的 經營을 反対하는 立場을 그대로 보고만 넘어 갈 수 없는 일이라 하겠다.

醫療保障이 早期이룩해야 하는 共通危險의 廣域化를 沮害하는 要素를 保險小集團經營의 安住에 의하여 存続시켜야 하는 理由는 있을 수 없다.

政府가 來年부터 現在 実施되고 있는 医療保險만이라도 統合할려는 움직임아래에, 医療保險의 一種과 公務員등 醫療保險을 統合經營하여 危險分散의 廣域化를 指向할려는 努力은 諸外国의 分立導入制度의 再統合過程에서 일어나는 諸般沮害要素를 未然에 防止하거나 早期에 防除할려는 意圖에서인데, 經營의 安定段階에 들어간 一部組合과 그 뒷 背景으로 자리잡고 있는 經済團體一部에서 反対하고 나오는 일은 그야말로 自家撞着이 아닐 수 없다.

그들의 反対하는 立場을 다시 살펴보면, 主要한 反対理由가 첫째 一種保險組合과 医療保險公團이 統合되면 保險財政狀態가 比較

的 낳은 一種組合이 公團수의 바닥난 財政을 메워주는 不合理한 結果를 빚게 될 것이기 때문에 統合一元化를 反対한다는 것이다. 그리고 이와같은 兩財政間의 差異가 이러나는 原因으로 一種組合의 경우 被保険者들의 被扶養者数가 적은데 反하여 公務員등 医療保険의 被保険者는 被扶養者가 많은데서 그러한 結果가 왔기때문에 統合되면 勤勞者들이 不當하게 公務員家族을 扶養하는 不合理性이 있다고 主張한다.

그러나 이러한 隔差의 根元은 公務員醫療保険이 加入者水準이 受診率이 높기 때문에 分散危険의 限界性까지 安全利用하는데서 오는 것이고, 一種組合의 경우 加入者들의 意識水準과 環境條件에 의하여 受診率, 利用率이 낮은데다가 保険財政의 安定을 위한 組合經営者들의 給與制限的 影響力을 行使하는데서 온것이며, 被扶養者의 人員만에서 主因이 있는 것은 아니다.

被扶養者가 적고 많은 것은 賃金과 扶養家族과의 相関関係에서도 捕捉되는 일로서 被扶養者가 적을 수록 平均賃金水準도 낮은 것이 一般的 傾向이다.

따라서 被扶養者를 적게 갖는 被保険者의 賃金, 例하여 單身者나 未婚女性勤勞者의 賃金水準은 낮고 그들의 醵出料도 따라서 낮은水準에 머므르고 있음으로 그들의 被扶養者人員의 적은 까닭으로 保険財政에 余裕가 생긴것같이 説明하는 일은 일으다 하지 않을 수 없다.

또한가지 아직도 一種組合의 經営実績期間의 三年도 못되고 操心스럽게 經営하느라고, 모든 給與가 危険을 安全保障하지 못하는 事

例가 있다. 따라서 아직도 一種組合의 經營이 軌道에 進入한 実績指標로는 看做하기 어렵기 때문에 지금의 余力으로 모든 財政狀態를 評価하는 일은 이르다 하지 않을 수 없다.

둘째 統合一元化가 되면 一種組合 勤勞者들이 負擔하는 保険料率(平均月 賃金額의 1.55%)이 公團被保険者의 그것(俸給 및 償與金의 1.9%)과 같은 水準으로 引上될 터이므로 一種組合勤勞者들의 負擔이 늘어나고 不利해지며 따라서 企業主 負擔도 現在보다 늘어난다는 不利益을 招來한다는 것이다.

이 問題는 아직도 小單位組合經營으로 操心스러히 經營하느라고 実績指標가 充分한 給與를 나타내는 것이 아니기 때문에 앞으로 給與의 正常을 되찾이하는 実情의 指標를 모르면서 高負擔, 過負擔云云한 実證値가 正確하지 않다. 다만 高負擔, 過負擔하는 部分이 公団의 赤字메우는데 使用되지 않고 自身들의 正常給與財政에 所要된다면 그 以上 다른 理由를 달 수 없는 것이다. 小單位集團經營에서 一時에 그 組織으로서는 負擔키 어려운 危険負擔이 發生하였을 때를 想定한다면, 危険分散과 過負擔의 論理는 一應理解될 줄로 안다.

말하자면 公務員集團成員과 一種組合成員과의 사이에 疾病量이나 發病率에 根本的인 隔差要因이 있다면 財政調達도 그 危険率의 "메리트"를 加味하는 分離多元率經營으로 할 수도 있는 일이지만 아직도 一般勤勞者와 公務員과의 傷病発生程度나 그 治療期間의 隔差는 나타나 있지 않기 때문에 現在의 一種組合의 財政의 余力을 그대로 傷病危険이 낮거나 受診率이 낮다는 것만으로 單純評価하여

正常的 受診情況의 到來에 無防備하여서도 않될 것이고, 오늘의 給與水準維持가 永遠히 繼続된다고 보는 일도 너무 樂觀的인 展望이 아니겠는가 한다.

이와같이 統合反対論者의 主張은 어디까지나 未成熟된 資料를 바탕으로 小集團經営에 安住하므로서 아직도 醫療保険에서 거이 放置되다싶이 하고 있는 百人以下規模의 事業場의 勤勞者나 第二種該當의 一般 国民의 保険에의 早期吸收를 沮害하는, 説明하기 어려운 立場을 堅持하는 結果를 가져 오게 하고 있다 하겠다.

醫療保障을 一元的 考察위에서 經営한다 하더라도 지금까지 이룩하여 놓은 誠実한 業績을 無로 돌려서까지 統合의 早期実現만을 盲目的으로 쫓는 일도 바람직한 일이 못된다.

되도록이면 早期 全国民的 保障実現을 目標하되, 現在的 構築의 保険基礎위에서 漸進的인 擴張方案을 模索할 必要가 있다.

于先, 一元的 考察을 可能케 하는 基準立法을 가지고, 모든 関聯制度를 하나의 電算機構内에 集合經営하면서 獨立採算制를 採擇하되, 同質性의 擴大에 의하여 事前에 充分히 與件을 갖추게 하고, 그 與件의 同一 乃至 接近成熟程度에 따라 人事, 要員再訓練, 金庫管理業務中 補助金등 調整資金管掌, 医療機関의 指定, 審査支拂의 一元化, 그리고 資料 기타 統合的 視角의 經営이 可能한 모든 関聯業務로까지 擴大시켜 가는 일이 바람직하다.

또한 이와같이 中央業務의 漸進的 一元化와 함께 中間 市道水準의 中間管理機構業務의 拡張과 一線業務의 統合이 併行되어야 한다.

一線業務도 産業別, 職業別, 賃金水準別, 그리고 地域別로 꾸준히 統合을 밀고가되 弱少未包括企業從事者뿐만 아니라 一定地域内 未包括人口의 比率이 一定水準以下의 경우 모두 强制包括시키고, 한거름 더나아가서 醵出料支援方法에 의하여 그地域의 醫療保護対象者도 保険一線機構에 包括하는등의 方法도 考察할 수 있는 일이 아니겠는가 한다.

따라서 醫療保障의 一元的 統合的 經営은 그 理想의 早期実現을 위하여 緊命的인 課題라 아니할 수 없다.

이와같은 一元的 統合制度의 実現에서만 計劃的인 醫療保障의 段階的 發展도 期待할 수 있는 일이기 때문에 醫療保険의 一元化, 乃至는 医療保障의 統合的 經営은 우리나라 醫療保障發展을 위한 하나의 큰 前提的 條件整備作業이라 하겠다.

이와같이 医療保障의 統合的 經営의 當爲性과 함께 우리나라의 開發段階的 社会經済的 醫療保障의 必要性과 또한 지금까지 社会保障體系内에서 이룩하여 놓은 우리나라 醫療保障의 現在的 位置등을 堪案하고, 諸外国의 医療保障類型을 比較考察하여 우리나라의 바람직한 段階的 医療保障 模型을 그려보고 結論을 내린다면 아직도 医療保障에 관한 認識이 一般化되어 있지 않고 利害関係者의 自己利益守護認識도 透徹하지 못하며, 制度的 指向的 方向도 뚜렷하지 않는 事況에서는 不得已한 일이라하겠으며 이러한 일들이 導入初期段階에서 부터 医療保障의 段階的發展努力을 크게 어렵게 하고 있다 하겠다.

따라서 結論的으로 말하자면 우리나라 醫療保障은 制度定着過程에서 一部可能職域에 대한 制度의 分立導入이 推進되고 있는 마당에 아직도 社会保障에 관한 基礎的努力을 充足시키는 段階를 벗어나지 못하고 있다는게 事実이다.

医療保障問題의 接近을 위하여는 이번 調査研究의 基幹을 이루는 것으로 1978年의 社保審 發刊 本人의 研究 課題 「社会保障 綜合計劃研究」에서 建議된바 있는

① 社会保障 研究의 制度的 確保

② 社会保障에 관한 資料의 統合的 處理機構의 創設

③ 醫療保障을 向한 制度的 統合의 基本原則의 採擇

④ 所得保障을 向한 未導入 危険의 制度的 體系化

⑤ 研究要員, 管理要員, 運営事務要員, 窓口要員등의 確保, 教育 訓練

⑥ 社会保障의 国内外 情報交換促進등의 建議된 事項을 하나하나 実践에 옮겨 놓도록 하는 同時에 醫療保障의 緊要性을 視角으로 하여 1977年의 社保審 發刊 本人의 調査研究 「醫療保護制度에 관한 研究」의 建議事項으로 되어 있는

① 社会保障 最低基準에 관한 條約에 따르는 給與의 捕捉性 原則의 嚴格履行

② 要保護 対象者에 대한 国家의 保護 責任의 完遂와 多様한 方法論的 接近의 必要

③ 住民登録카드의 活用

④ 醫療保護金庫의 獨立經營에 의한 段階的 醫療保障金庫의 実現과 全国民的 危険分散의 早期実現

그리고 1979年의 本人의 同調査研究 「醫療保護対象에서 除外된 低所得階層의 醫療保障에 관한 調査研究」의 建議事項

① 低所得階層에 대한 社会保障的 諸施策의 重點的 考慮와 함께 医療保障의 超優先的 実行의 必要

② 現在의 保護水準 全国民의 5.7 %～8 %에서 1次目標를 国民의 5分位線인 低位所得 20 % 人口에두고 漸次的으로 그 水準을 4分位線인 25 %까지로 擴大早期適用実現

③ 下位 20 % 人口의 支出醫療費 不足率 48 %～68 %는 国庫, 또는 地方自治團體등이 支援하되, 醵出料支援方法으로의 轉換 必要

④ 医療保障 長期展望과 함께 發展段階別 重要方針의 設定

⑤ 医療保障体系理想의 実現을 위한 中心制度의 設定과 一元的 考察의 統合的 接近의 必要

⑥ 医療保障의 金庫統合

⑦ 医療保障資料 一元化

⑧ 医療保障要員의 確保와 教育訓練機関의 開設 등등의 浮刻된 諸般政策考慮의 必要에 대한 重點的인 接近努力이 傾注되어야 하지 않겠는가 한다.

그러기 위하여는 長期展望下 医療保障의 目標를 設定하고, 그 基本的 考慮로서

① 90年代 우리나라 人口規模와 그 構造를 把握하고 經濟開發段階와 成長果実을 展望하며, 均衡的, 合理的 国民生活水準을 理想으로 그리고

② 最低生計費線以下 階層의 生活의 安全保障과 相対的 貧困의 補足的 保障을 原則으로 하되 그 最低의 必要水準을 크게 끌어올려 놓으며,

③ 當爲性과 必要性만으로 基本生活要素를 充足시키고, 綜合的 生活保障対策을 指向하며, 下位 5分位線의 第一群을 優先保障하고, 漸次的으로 第2群 保障으로 均衡的인 所要充足의 轉移를 밟어 가야하고

④ 定期所得, 不定期所得 階層과 無所得階層으로 対象을 크게 나누고, 家口中心의 生活能力 所持者와 그 扶養家族으로 生活根據를 設定하고, 社会保険方法을 主軸으로 公的扶助方法을 補足的으로 그리고 社会福祉를 補完的으로 하는 社会保障體制를 굳혀가며,

⑤ 医療保障의 現物給與와 所得保障의 現金給與를 主要保障手段으로 国民生活의 統合的 管理를 可能케 하는 保障機構를 가지고 安保的 次元을 넘도는 国民的 統合과 經済成長의 持続性에 바탕을 두는 衡平的인 生活向上을 圖謀하며 分業的으로 出帆된 社会保障的 諸制度를 再統合하여 名実相符하는 社会保障社会의 実現을 빠르게 하도록 基本的 本向이 忠実하게 段階的으로 이루어져 가야 하리라고 본다.

結局 이와같은 努力에 의하여 우리나라 醫療保障은

79年末現在 全人口의 33.8%를 被護하고 81年에는 35.4%

86年에는 73.8% 91年에는 94.1%를 包括 保障하게 된다.

또한 醫療保障의 実額도 81年에 GNP의 0.6%該當의 投資로부터 每年 0.2% 增加를 豫定하여 91年에는 GNP의 2.6%에 到達될것이 豫想된다.

이러한 GNP上의 占有率에 의하여 75年 不變価格으로 1人當 医療保障医療費額을 推定하면 81年의 6,868원에서 86年의 11,908원, 91年의 19,963원으로 伸張되고 質的으로 国民医療가 크게 向上된다는 것을 結論지을 수 있다.

第 8 章　建　　議

第 8 章　建　　議

우리나라 医療保障事業은 保険과 保護方法에 의하여 79年末現在 国民의 $\frac{1}{3}$線을 被護하는 順調로운 發展을 거듭하고 있으나 아직도 많은 問題點을 안고 있다.

医療의 供給面에서 絶対的으로 不足되는 人的 物的인 供給資源의 擴充은 勿論, 農村地域 医療施設의 未普及은 雪上加霜으로 国民的 医療供給의 公平性을 維持못하고 있다.

더우기 綜合病院, 病醫院, 그리고 기타 醫療機関의 有機的 醫療保障 參與를 期하지 못하고 있을 뿐만아니라 모든 医療資源의 効率性도 極大化시키지 못하고, 더우기, 医療酬価의 形成, 医薬分業등의 어려운 問題가 未解決狀態에 있다.

또한 公医療와 各種豫防措置가 医療保障과 有機的 関聯을 맺지 못하고 있고 公私医療組織의 體系化가 좀처럼 이루어지지 않고 있다.

이와같은 医療供給體系의 全般的問題와 아울러 우리나라 医療保障을 표방하고 있는 医療保険制度와 医療保護制 또한 서로 有機的 補完関係를 維持하지 못하고, 各各의 分立體制를 固守함으로서 国民的 單一傷病危険에 대한 一元化 国家的 努力을 더욱더 어렵게 하고 있다.

医療保障制度上에 아직도 强力하게 그改善策이 要求되는 點을 列擧하여 보면

① 医療保障의 一元的 統合體系를 指向하는 中間統合의 施惠医療金庫의 設置와 医療保険金庫의 中央統合機構의 創設

② 醫療保護対象者의 保険吸收 法的 措置考慮

③ 国庫補助의 大幅 强化와 給與金補助로부터 醵出料補助로의 그 交付方法의 轉換

④ 開業醫의 一線医療機関役務 强化

⑤ 診療報酬制度의 點数制의 止場과 같이 漸次的으로 診療実績主義 自由－協定酬価制로의 轉換(協定酬価＋씨링制)

⑥ 支拂基金과 審査機構의 一元化

⑦ 地區保険金庫의 强制的 低所得階層対象의 比率吸收制 採擇, 등등의 問題가 하나하나 改善 또는 解決을 要求하는 事項들이라 하겠다.

이와같은 醫療保障方法의 改善努力에 따라 全體的인 醫療保障 理想으로 끌어 올리는데는,

① 社会保障體系内에서 所得保障體系 말하자면 年金, 失業, 退職金関係등과 함께 綜合生活危険 接近方法에 의한 基本生活要素 充足努力에 있어서의 医療保障의 体制整備가 이루어져야 한다.

非階層的, 国民的 視角의 接近이 要求되고, 機会均等과 衡平의 原則이 바탕을 이루고, 現行의 모든 制度가 社会保障金庫体系内에서 医療保障金庫로의 再編이 이루어져야 하는 問題에 医療保障의 中央金庫와 中間管理機構 그리고 一線金庫가 體制的인 均衡을 이루도록 措置가 考慮되어야 한다.

② 全国民的 醫療保障을 成就시키는데는 長期間의 擴充發展計劃

을 가질 必要가 있고, 優先包括 階層과 時期的으로 繼続包括階層間에 너무 큰 不利益의 乖離을 나타내지 않도록 留念할 必要가 있으며 또한 그러한 計劃은 合理的 方法으로 모든 国民의 理解를 얻는 努力도 必要하고 그러기 위하여는, 長期發展의 基本原則으로 다음과 같은 事項들이 明確하게 밝혀져야 하리라고 본다.

㈎ 国民的 傷病危険의 同質性에 대한 一元的 經営視角의 堅持

㈏ 被傭者 保険方法과 要保護対象者 保護方法에 의한 対象의 狹攻包括로부터 一般 弱體企業의 被傭者와 中間以上 生活水準의 地域住民으로 代表되는 中間階層包括로의 早期轉換, 그리고 全地域住民으로의 包括計劃의 樹立

㈐ 国庫支援資源의 対GNP比率에 따르는 計劃的 調達供給方法의 確立

㈑ 国民保障醫療水準의 年次的 向上과 指標的 接近方法의 採擇

㈒ 供給能力의 伸張評価에 따르는 地域住民包括의 年次的 計劃作成

㈓ 社会保障 綜合指標作成과 医療保障参與水準의 區劃등등 国民的 協力을 求할 수 있도록 그 原則이 採擇될 必要가 있다.

③ 그리고, 医療保障 必要要員의 確保訓練計劃이 必要하고, 医療保障 資料統計를 包含하는 社会保障 諸般資料의 蒐集과 새로운 指標創出機構의 併設이 必要하다.

以上 建議로서 우리나라 医療保障政策의 發展에 크게 寄與하기를 바라고 全国民的 医療保障의 早期成就의 契機가 되었으면 할 따름이다.

附　　錄

이 論文은 I. L. O의 8個国 標本調査研究資料

總 5章 中

第1章 一般的 背景만을 飜譯蒐錄한

것이다.

社會保障과 医療組織

Dr. milton. I. Roemer.

原　題

The Organization of medical Care Under Social Security, A Study Based on the ExPerience of Eight Countries; Studies and RePorts, new Series, No. 73. I. L. O. 1969.

8 個 国　調 査 研 究　擔 當 專 門 家

Belgium – J. Dejardin

Canada – J. F. F. Hastings

Ecuator – C. Andrade marin

Fedc·al RePublic of Germnany–F. Kastner

India – V. N. Rajan

Poland – B. Kozusznik

Tunisia – A. Balma

United Kingdom – I. L. O. Social Security Branch.

目　　次

前　　言 …… 157

序　　言 …… 163

総　　論（一般的　背景） …… 169

1．各国의　医療制度 …… 171

1）歴史的　発展 …… 171

2）複合保健機構 …… 173

3）医療의　構成要素 …… 182

2．社会保障과　医療 …… 191

1）健康에　관한　事故 …… 191

2）医療受恵者 …… 194

3）一般的　傾向 …… 197

3．医療組織의　基盤 …… 201

1）医療型体의　社会的　背景 …… 201

2）医療組織의　基本型：間接型과　直接型 …… 206

3）研究対象의　各国実態 …… 213

4）各種　医療型体의　評価 …… 221

前　　言

前　　言

第2次大戦以後 社会保障実施를 위한 既存의 医療機構가 눈부시게 拡大되어 이 傾向은 오늘날 아직도 欧羅巴와 "라틴 아메리카" 地域에서 継続되고 있다. 더우기 最近에는 "아프리카" 또는 아시아" 諸国中 新制度導入国에 顕著하다. 이들 制度에 있어서는 保障対象은 初期에는 一部 労動者에 局限되었으나, 漸次 全労動者에 波及되고, 더욱 全労動者와 그 家族에 까지 拡大되어 가고 있다.

一部国家에 있어서는 이미 全国民이 利用할 수 있게까지 이르고 있다.

医療形態에 変化의 各種様相에 관하여는 W.H.O.各種関係団体 및 研究者에 의하여 研究되고, 이 課題에 관하여도 많은 研究発表가 있다.

I.L.O.는 世界 모든 나라에서 医療機構가 急速하게 拡大되고, 各国은 医学의 恵沢이 널리 普及되도록 各種手段, 方法을 講究하여 努力하고 있는 줄은 알고 있으나, 社会保障下의 医療組織의 全体를 잘 検討하고, 批判.分析하는데 価値있는 問題라는 것을 느꼈다.

따라서 1966年에 이 分野에 관한 하나의 研究課題로서 採択하여 이것을 三段階로 区分 研究를 開始하였다.

먼저 알아야 될 일은 社会保障制度下에 있어서의 医療組織化의 現存의 方法에 관한 具体的인 詳細한 知識, 그制度의 歴史的 그리고 概念的인 背景에 관한 것인데, 同時에 特殊한 問題로서 医師와

患者사의 関係, 医師와 社会保障機関 또는 行政機関과의 関係에 있어서의 相互利害関係와 그 反応이었다. 이 観点에서 I.L.O.는 이 研究課題에 関聯되는 社会保障下의 医療組織으로서 가장 特徵이 있고, 그리고 重要한 類型을 代表하는 것으로서 全国的 規模라고 생각되는 8個国을 選定했다. 그리고 이들나라에서 各各 専門家와 그 나라 社会保障下의 医療組織에 関한 包括的 論文을 記述하는 報告者가 選定되었다.

第2段階는 그들 専門家와 報告者를 一堂에 모아 合同하여 問題의 所在를 討議하였다. W.H.O와 I.S.S.A.代表들도 이 研究 "구룹"의 討議에 参加하여 貢献하였다.

이 討議結果, 判明된 것은 医学, 医術의 発達과 医療機構로서의 適当한 医療構造가 반드시 合致된다고는 볼 수 없고, 그 構造는 때로는 慣習이라든가 現状에서 주어진 権利와 그 権利에의 執着때문에 改革이 늦어진다는 것이다.

이 研究課題의 第三 即 退終段階는 特定의 報告者에 의하여 이들 資料를 通한 論文을 記述作成하는 일이었다. I.L.O.는 이 일을 요행하게도 医療組織의 有名한 世界的 権威者 Dr.Milton.I, Roemer에 付託할 수 있었다.

이 研究는 専門家사이의 見解, 結論의 相違는 있었지만 会議討議抄録과 諸氏의 論文에 包含된 資料의 活用에 의하여 큰 成果를 얻을 수 있었다. 이 論文의 著者는 現況과 그 傾向 및 著者自身의 博識에 의하여 폭넓은 情報를 提供해 주었다. 그 結果, 本研究課題에 대하여 決定的, 総合的인 研究가 完遂될 수 있었다.

그리고 法律의 立案, 施行, 医療를 提供하기 위하여 여러가지 類型의 社会保障下의 医療를 組織하는 政策決定 責任者에 있어서의 一般的인 興味와 特殊한 関心을 쏟게하는 資料가 될 수 있었다.

Dr.Roemer은 이 論文의 発刊에 I.L.O.의 援助를 받았으나 이 著作中의 見解는 著者의 責任에 따르는 것이다.

序　　言

序　　言

이 論文은 各己 여러나라에 있어서의 社会保障制度의 範囲内의 医療組織을 検討한 것이다. 世界여러나라의 医療制度와 社会保障制度는 다 같이 넓은 多様性을 지니고 있지만, 그것은 各나라마다의 経済와 政治의 状態가 크게 相違하는데 따른 것이다. 이 総合的 研究課題를 比較的 簡単한 形式으로 解説하기 위하여 이 論文은 I.L.O.가 任命한 8個国 専門家가 自国을 위하여 記述한 論文을 中心으로 研究하였다.

여기에 選定된 8個国은 "벨지엄" "카나다" "에쿠아돌" 西独, "인디아" "폴랜드" "튜니지아" 그리고 英国이다. 社会保障下의 医療組織을 몇개로 類型化하기 위하여 이들나라가 選択되었다. 問題에 따라서는 그外 다른 나라도 参考를 하였으나 全世界를 包括하여 総覧한 것은 아니다.

이 研究는 다음의 두 種類의 読者를 対象으로 計劃되었다.

① 社会保障의 医療面을 担当하는 者로서 他国의 経験을 究知하고자 하는 사람

② 衛生行政에 従事하고 있으되 社会保障制度의 展開에 그다지 知識을 갖고있지 않는 사람

그러나 이 研究課題는 国家計劃의 専門家나 勉学者에게도 興味를 끈다. 医療問題는 国民的 関心事이기 때문이다.

勿論, 社会保障下의 医療計劃에는 많은 基本的인 局面이 存在한다.

仮令 財政方法이라던가 被保障者의 決定과 限界등의 問題가 存在하지만, 今回의 分析은 医療組織과 医療의 給与方法에 局限시켰다.

그 意図는 各種計劃이 患者에게 直接 適用되는 경우 어떻게 実施될 것인가라는 方法을 理解시키려는데 있다. 이 問題를 5個部分으로 取扱하였다.

第1章은 一般的 背景으로서 많은나라에서 볼 수 있는 医療類型의 総覧과 그 医療類型과 社会保障方法과의 相関에 관한 検討이다. 한 걸음 나아가서 이 研究의 理論的 根拠인 各国의 基本的 二類型(工業国과 開発途上国)및 医療組織의 二類型(間接型과 直接型)에 관하여 考察하였다.

第2章은 医療의 技術的 構成으로서 医師의 診療, 病院医療, 薬剤등에 관한 것으로 8個国의 経験을 検討하는 것이다.

医療機関, 医療従事者 및 医療従事者와 患者와의 関係라는 医療上의 問題는 그 構成要素마다 크게 相違하고, 또한 나라마다 다른 것이다.

各構成要素에 관하여는 各組織類型마다의 経験을 検討하기 前에 論議를 試図하였다. 그 結論으로 組織類型의 長短点을 記述하였다.

第3章은 特殊問題에 관하여 詳論하였다. 그것은 疾病豫防, 被保障者의 個人的 権利의 自衛問題 및 現金受給과 障害認定에 관한 것이다.

이것들은 医療制度와 他의 制度 또는 施行과의 接点에 관하여 論述된다.

第 4 章은 一国의 医療의 基礎資源의 発達과 分布에 관한 社会保障制度의 役割을 論한다. 即 사람과 施設과의 効率性을 말한다.

分布의 特殊性(農村地帯의 供給不足)은 開発途上国에 있어서 特히 緊急課題이기 때문에 詳細하게 論及한다.

第 5 章은 医療制度의 統制問題로서 그 質과 費用의 両面에 관하여 検討한다. 이 二大要素에 미치는 国内의 各種勢力의 影響에 관하여 考察하고, 그리고 各団体間의 協力方法에 관하여도 検討한다. 그리고 마지막에 国際間의 協力에 관하여도 言及한다.

全 5 章을 通하여 医療組織의 各種形態마다 그 結果에 관하여 数量的 統計를 提示하려고 試図하였으나 遺感스럽게도 各国 比較를 可能하게 하는 統計는 極히 적은것 밖에 얻을 수 없었다.

比較하기 위하여 各種 人口動態的 条件에 따라 一定人口에 관한 率은 各国의 統計数値를 修正하지 않을 수 없었다. 比較値를 얻을 수 없는 것에 대한 우리들의 推論은 各観察者의 見解에 따라야만 했다. 仮令 8 個国의 人口動態가 提供되었지만 1967 年 7 月에 資料提供한 各 専門家가 会合하여 그것에 대하여 推論을 하는 그러한 方法을 使用하였다. 더우기 이 冊의 著者는 全体의 観察에 의하여 어느 程度의 拡張解釈도 하였다.

이 研究의 主要한 結論의 하나를 말한다면 医療組織의 制度 中 어느것이 좋은가를 評価하기 위하여는 더 많은 研究가 必要하다는 것이다. 즉, 各国의 大端히 많은 経験의 調査가 慎重한 統計的 正確性에 의하여 行해져야 한다. 또한 그 調査는 人口動態의

資料와 함께 그 医療組織이 놓여있는 모든 社会条件이 数量化되어야 한다. 이러한 研究에 의하여서만 特定의 나라가 어느 길을 択하면 좋은가하는 判断에 確固한 決定을 내릴 수 있을 것이다.

이 論文의 作成은 많은 사람들의 努力의 結果이다. 8個国에 관한 論文의 著者名은 巻末에 記載하였다. 그리고 1967年7月의 会合때 그 사람들이 여러가지 相違되는 医療制度下에서 얻어진 経験을 解説하여 준 일은 大端한 도움이었다. I.S.S.A.의 R. Melas氏, W.H.O.의 Dr.R.Bridgman의 協力도 더없이 고마운 일이었다.

끝으로 고마움을 말씀드려야 할 곳은 I.L.O.의 職員들로서 이 論文의 初期·起草에 있어서의 校閲과 批評을 주어서 정말 고마왔다. 그러나 이 論文의 過失은 著者에게 있음은 두말할 나위없다.

医療의 社会的 側面의 科学的 研究는 아직도 揺籃期에 있다. 現在로서는 忠告라든가 意見程度의 것이며 完全한 分析은 정말로 적다. 世界的으로는 이와같은 分析을 위한 優秀한 研究室도 存在하지만 그러나 그것도 時間과 努力이 必要하다.

그 동안도 各国 特히 開発途上国은 国民을 위하여 医療組織을 어떻게 推進하여야 좋은가를 決定하여야 한다. 그들은 研究의 結果와 決定的 結論을 얻을 때까지 기다릴 수는 없다.

이 論文은 願컨대 深大한 研究가 앞으로 이루어질 때까지 国民健康을 위한 組織을 하는 責任者들에게 얼마만이라도 参考되기를 바란다. 医療組織은 무엇보다도 弾力的인 方法이며 그 組織은 恒常 배워야 한다.

總　　論

（一般的　背景）

総　論（一般的　背景）

1. 各国의　医療制度

如何한　国家에　있어서도　오늘의　医療組織의　形態라는　것은　複雜한　歴史的　発展의　結果인　것이다.　그것은　疾病의　性格에도　따른다.　医学, 医術의　発展에도　달려있다.　그리고　社会的, 経済的, 政治的　状態에　따르는　것이다.　医療組織은　国家間에　大端히　큰　相違가　있음은　疑心할　수　없다.

1) 歴史的　発展

科学技術과　工業化가　일찍부터　発達된　欧羅巴　여러나라에　있어서는　医療의　社会的　組織이　早期発生하였다.　古代　"희랍"에서도　奴隷아닌　貧困者의　治療를　위하여　国家가　医師를　任命한바　있다.

古代　"로마"에서는　奴隷를　위하여　"베레튜디나류아"(Veletudinariua)　医師가　있고　軍人을　위하여는　病院이　있었다.

中世紀　初期에는　領主가　農奴에　대하여　医療에　관한　程度의　責任을　지고　있었다.　그러나　医療의　内容은　極히　制限된　것으로　宗教的　治療가　科学的　医療보다　大端히　重視되어　있었다.

中世紀　後期에는　"그리스도"　教会가　病者와　貧困者를　위한　病院을　組織하고, 医師는　都市에서　開業하기　始作하였다.

18 世紀의　後期부터　19 世紀의　初期에　들어　工業이　発達됨에

따라 労動者나 職工의 集団이 罹病時의 自衛手段으로 相互扶助団体가 組織되었다. 病院은 市와 地方統治機関에 의하여 支持되고 統制받게 되며, 篤志団体가 貧困者의 看護, 児童의 保護, 또는 伝染病과의 싸움을 위하여 組織되었다. 이렇듯 組織된 保健事業의 責任이 점차 地域社会로부터 中央政府로 転移되어 왔다.

"아프리카"와 "아시아"에 있어서는 独特한 科学이 간신히 発達되어 온것 뿐으로 住民들은 主로 慣習的 治療師의 도움에만 依存하고 있었다.

"인디아"와 中国등에서는 豊富한 治療慣習이 発達되어 있어서 経験的 治療에 의할 뿐만아니라 하나의 哲学에 依存하는 것이다.

医療行為는 個人対 個人에 의하여 提供될뿐 社会的 組織에 의한 것은 아니었다. 植民地의 支配者는 처음에 軍隊를 위한 것과 欧羅巴人의 植民地居住者를 위한 것이었고, 나중에는 土人을 위하여서도 病院을 建設하였다. 그리고 結局 政府의 制度가 植民地에 形成되었다.

"스페인"과 "폴튜칼"의 政服者와 함께 移住한 카토릭教会는 定着하여 慈善病院(Beneficencia)을 만들었다. 그 後 外国으로부터 온 宗教的 伝道師들도 各 大陸에 病院과 診療所를 세웠다.

伝染性 熱帯病의 大流行은 많은 나라에서 "모기"나 病毒媒介昆虫의 撲滅運動을 刺戟하였다. 植民地는 独立을 獲得하고, 医療의 国家的 制度는 伝統의 그것을 基礎로 하여 部分的으로 組織되어 갔다.

美国과 "카나다"에 있어서는 欧羅巴의 医療類型이 即時 踏襲되

어 거의 2世紀 동안에 急速하게 発達되었다.

美国의 独立宣言(1776)以後, 市 및 州当局은 病院의 設立, 貧困者의 医療制度, 그리고 特히 疾病豫防의 公衆衛生活動에 힘을 기울이게 되었다.

19世紀에는 医療保険이 一部勤労者를 対象으로 組織되고, 今世紀에 와서는 美国과 "카나다"의 聯邦政府가 保健事業의 各方面의 組織에 깊게 介入하기에 이르렀다.

勿論, 各国의 政治発達은 医療의 組織類型에 큰 影響을 가져왔다. "프랑스"革命(1789)과 "멕시코"革命(1910)은 教会의 힘에 国家의 힘이 代替되어 病院에의 重要한 影響과 貧困者의 医療에 큰 影響을 주었다. 独逸에 있어서는 1880年代에 "비스말크"가 社会主義와의 싸움에 医療給与를 包含하는 最初의 国家的 社会保障機構를 創設하였다. 欧羅巴의 다른나라들이 이에 追従하여 福祉国家의 概念으로서의 政治的 힘을 얻게 되었다.

露西亜에 있어서의 1917年의 社会主義革命은 保健事業을 完全히 再編成하였다. 美国과 "카나다"에 있어서는 自由企業의 慣習이 保健事業을 強化하는데 힘찬 影響을 미쳤다.

2) 複合保健機構

保健組織의 새로운 型体가 어느 한나라에 発生하였다 하더라도, 旧型体가 消滅되지는 않는다. 그러나 一般的으로는 国民의 어느 階層 또는 疾病의 어는 種類에 있어서는 存続된다. 이렇듯

많은 나라에 있어서 保健機構는 점차 多様化되어 간다.

宗教的 慈善으로부터 出発된 伝統的 治療師와 機構라는 것을 政府가 統制하는 社会保険의 새로운 型体에 의하여 補足된다. 이러한 것들의 医療型이 併存하는 比率은 나라에 따라 크게 다르다.

後述하는 바와 같이 몇개의 나라에 있어서는 複雜한 要素를 가지는 機構가 発達된 単一의 医療制度로서 混合一体化되어 있다.

検討되어야 하는 일은 거의 大部分의 나라에 있어서 그 程度의 差는 있을지언정 発見할 수 있다. 이들 各種制度에 관하여 主로 検討한다.

① 伝統的 療術師 (Traditional Healers)

開発途上国에 있어서는 住民의 大部分이 아직도 伝統的 治療師에 医療를 맡기고 있는 나라가 많다. 이 治療師에는 많은 種類가 있고 그 治療法은 宗教的 魔法的 그外 非科学的인 各様各色의 方法에 의한 것이다. 그들은 村民들과 密着되어 生活하고 그 謝礼는 僅少한 것이다. 近代的 医療의 恵沢을 받지 못하므로 이 療術師는 널리 利用되고, 医学的 医療를 받을 수 있는 機会가 주어지게 되어도 그 方法이 継続되고 있다.

② 慈善機構 (Charitable Scheme)

基本的으로는 教会의 事業으로 運営되는 것으로서 많은 病院들이 慈善団体 밑에서 施療를 行하고 있는 것이다. 점차 이들 病院들은 公的인 補助金을 받고, 그리고 部分的으로 統制를 받게끔

되어오고 있다. 慈善的 施療所도 또한 母子를 위하여 開設되고 있다. 이런 種類의 機構의 基金은 寄付金, 遺産, 福券利益金등으로 얻어진다. 이 機構는 主로 都市에서 보여진다.

③ 特殊行政機構 (Special Government Scheme)

行政官庁이 여러가지 段階의 医療機構를 運営한다. 州 또는 地方自治団体가 貧困者를 위한 医療給与를 包含하는 特別한 公的扶助機構를 運営하려든다. 工業化가 적은 나라의 市立病院은 特히 低所得階層을 위하여 때로는 運営된다. 州나 第1線의 官吏들은 公費를 使用하여 保健事業을 行하는데 즐거움을 느낀다. 国鉄등 公企業体들도 또한 職員을 위한 包括医療를 提供하고 있다.

中央政府는 軍人과 때로는 그 家族까지도 責任진다. 傷病軍人은 服務中에 起因하는 障害의 治療를 받을 權利가 있고, 때로는 다른 原因에 따르는 障害에 대하여도 治療를 받게된다. "카나다"및 美国의 軍人은 家族들까지도 公費에 의하여 医療를 받게된다.

行政機関은 또한 特히 発生頻度가 높고, 그리고 重度의 特定疾病과의 싸움의 手段으로서의 責任을 진다.

많은 나라에서는 精神障害者를 官公立의 精神病院에서 治療한다.

結核은 全世界的인 重大한 問題이므로 이것도 公的責任으로 돌려지고, 그것을 위한 特別한 官庁機構아래에서 運営되는 경우가 많다.

熱帯地의 나라에서는 癩病에 대하여도 同一하다.

④ 公衆衛生機構 (Public Health Scheme)

保健事業의 発達은 一般的으로 늦고 組織的 努力이 地域集団疾病豫防에 添加되기에 이르렀다. 工業化가 앞서고 있는 나라에서는 一般的으로 地方行政機関에서부터 始作되었는데, 開発途上国에서는 後述의 理由에 의하여 主로 中央政府가 처음부터 그 指導権을 잡았다. 水道塵埃処理, 食品등의 衛生監視가 基本的 問題가 되었다. 그外 環境衛生의 手段은 疾病媒介昆虫 (마라리아, 黄熱病등, 巻貝, 住血吸虫病), 쥐 (페스트), 기타 寄生虫 寄生動物등의 豫防運動이 있다.

豫防注射, 児童이나 姙婦의 定期健康診断을 包含하는 住民各人의 疾病豫防도 公衆衛生機関에서 組織된다. 個人衛生教育도 또한 重要하다.

伝染病蔓延의 豫防, 더우기 個人의 自由도 拘束하는 隔離나 交通遮断의 方法도 行해진다.

公衆衛生의 領域은 世界的으로 점차 拡大되어 가고 있다. 環境衛生에 있어서는 災害豫防이나 原子力의 調整이 強化되어가고 있다.

個人衛生으로는 慢性疾患 (癌, 糖尿病등) 의 早期発見, 精神衛生의 推進, 学令児童의 健康増進등이 拡大되어 가고 있다. 工業国이나 開発途上国이나 農村地域에 있어서는 公衆衛生活動의 範囲가 特히 넓어지는 傾向에 있다. 保健所가 疾病豫防의 主体로서 建設되고 職員이 配置되어 있는데, 外来患者의 診療도 行하여지고 있다.

一般病院도 設立되어 가고, 農村地域의 넓은 地域에서 医療를 行

하고 있다.

"아프리카"에서는 衛生行政의 一貫으로 主要都市에도 一般病院이 設置되는 경우가 많다.

많은 開発途上国의 保健省에서는 豫防側面과 治療側面의 行政部局이 마련되어 있고, 後者는 地域病院網, 때로는 農村地域의 小病院의 運営에도 責任을 진다.

어떤나라에서는 保健部가 다른 法的規制의 責任 即 医師등 医療従事者의 免許, 医薬品의 生産, 病院設計와 建設의 承認등의 認許可事務를 行하고 있다. 一般的으로 이들 責任의 範囲는 다른 医療組織이 微弱한 開発途上国에 있어서는 拡大되어가는 傾向에 있다.

⑤ 任意保険制度 (Voluntary Health Insuerance)

前述한 바와 같이 保険制度에 의한 医療経済機構는 社会保険法에 의한 保険機関이 出現되기 以前에는 任意的인 것으로 出発되었다. 이것은 오늘날 高度로 工業化가 되어 있는 나라에도 아직도 発達되고 있다. 各種方法으로 支援되고 또한 広範囲한 給与를 行하고 있다.

任意保険制度는, 처음에는 勤労者나 使用者 団体에 의하여 発足된 것이었으나 現在 北美에 있어서는 医療의 提供者(病院, 医師 歯科医師등) 또는 商業保険会社에 위하여 支援되고 있다.

이 医療給与의 傾向은 入院料, 入院時의 医師의 診療料, 歯科診療 投薬등과 같은 種類의 医療要素에 制限되어 있다. 総合的 給与는

比較的 보기 드물다. 人口의 大部分이 法定의 社会保険에 의하여 被護되고 있는 나라에 있어서도 中産階級의 一部는 任意保険機構의 被保険者로 되어 있다.

⑥ 기타 私的保健機構 (Other Non-Governmental Health Schemes)

前項에서 記述한 組織에 添記하여 市民의 一部, 特히 中産階級者中에서 医療의 特殊問題를 다루는 組織이 있다.

19 世紀 英国에서 組織된 家庭看護事業과 같은 篤志団体活動은 現在 많은 나라에 存在하고 있다. 結核, 癌, 心蔵病, 肢体不自由児, 精神障害者, 알콜中毒, 기타 社会問題의 対象에 대하여 特種한 運動団体가 世界 어디든지 存在한다. 大部分의 나라에 있어서는 赤十字社 또는 赤三日月社가 外来診療를 包含하는 救急事業을, 때로는 国家의 援助를 받으면서 行하고 있다.

私企業이 自己資金으로 企業内務勤労者를 위하여 保健事業을 行하고 있는 것도 掲記할 必要가 있다. 이들 事業은 健康診断과 第1線의 救急医療에서부터 総合医療에 이르기까지 各段階가 있다.

一般的으로 保健事業을 低調한 開発途上国에 있어서는 큰 農産業 (코피-, 砂糖, 茶, 고무등) 또는 辺境의 鉱業雇傭出資에 의한 医療事業이 比較的 高度의 医療를 提供하고 있다. 이와같은 医療事業은 많은 나라에 있어서는 雇傭主의 義務로서 法制化되기까지 이르고 있다. 特히 100 人以上등의 多数의 労動者를 雇傭하는 事業所가 그러하다.

⑦ 社会保障 (Social Security)

그러나 社会保険法에 의한 医療型機構가 前術해온 組織化 医療型보다 더 重要하다고 欧羅巴의 工業化가 잘된 나라들에서 発足되었서 부터 이 類型은 全大陸에 널리 利用하게 되었다. 勿論 開発途上国家에 있어서는 아직도 人口의 小部分에 지나지 않는 곳도 있다. 이 類型에 있어서는 対象人口에 대하여 어떤 一定의 医療給与費用이 被保険者 自身, 雇傭主 또는 両者의 어느 一方에 의한 特別負擔金 (社会保険料) 에 의하여 마련된다.

社会保険法에 의한 医療財政과 運営方法은 一般的으로는 傷病発生의 性格에 따라 相違하다. 労動災害 (職業病을 包含), 一般疾患 即 非職業病 (労動者 및 그 家族), 및 出産의 医療給与取扱은 各各 別途로 하고 있다. 이 三種의 事故에 대하여는 現金給与와 現物給与의 併用과 医療의 現物給与中의 어느 하나인 것이 一般的 傾向이다. 給与対象은 拡大되고 그 給与内容은 発展되어 이들 制度에 配分되는 基金은 増大되어 社会保障의 概念은 낳기까지에 이르렀다.

各種 社会保障機構下에 組織된 医療制度에는 大端히 많은 種類가 있다. 그러나 어느 制度에 있어서도 保険給与라는 것은 어떤 医療를 法에 따라 保障되는 権利이며 慈善心 또는 個人의 資力調査에 따르는 것이 아니다. 各 制度의 性格은 本書에서 後述하는 主題가 된다.

⑧ 自由診療 (The private Sector)

어느 나라든 어느 程度의 非組織化의 自由診療라는 것이 남아 있다. (勿論, 療術師는 私的인 것이며 여기에서는 近代的 医療의 提供에 限한다)

거의 모든 나라는 医療需要의 大部分이 程度의 差의 如何에도 不拘하고 組織的으로 制度化된 国家에서라져도 医療의 어떤 僅少한 部分은 自由経済市場機構에서 供給되고 있다.

医療가 比較的 組織化되어 있지 않는 나라-美国, 濠洲등-의 경우에는 医療의 実質은 個人間에 売買되고 있는 患者는 医師의 登録과 免許라는 法律과 医師의 各様各色의 倫理規定에 의하여 保護되고 있다.

그러나 이 自由診療의 경우에 있어서도 各種의 医療従事者와 施設은 組織化되어야 한다. 이것은 事実 모든 公私病院에 該当된다 病院外에서는 医師는 私的인 "그룹 프랙티스" (Groupe Practice) 形式의 診療所를 形成한다. 더우기 医師 歯科医師등의 臨床医의 団體는 会員에게 職業으로서 行動을 規制하는 規約을 지키게 한다. 이러한 状態로 되어 있는 까닭에 純粋한 個人的 1対1의 関係의 診療実在의 方法은 어떤 곳에서도 大端히 좁혀져 가고 있다.

結論的으로 말할 수 있는 것은 이 研究에서 討議된 医療의 8個類型 모두가 世界各国의 大部分의 나라에 있어서 各様各色의 拡張方法에 의하여 漸次的으로 現実化되고 있다. 그리고 全然 同一한 状態의 것이 아니다. 그러나 明確한 것은 어느 医療類型에도

不拘하고 医療経済와 医療供給의 両面이 점차 組織化되어 가고 있다.

이 傾向은 各 制度의 受益者人口의 比率 및 医療給与의 範囲로서 알수 있다. 그것은 医療従事者 各人의 行動에 社会的 統制가 여러가지 程度로 加해지게 된다.

医療를 받는 쪽의 大部分이 組織化에 의한 方法으로 形成되면서 이에 따라 各種 組織的 制度에 協調할 必要가 더해지고 그 結果 그것들의 綜合化의 手段이 많은 나라에서 取해져 가고 있다.

어떤 나라들에서는 歴史的으로 発生이 다른 制度의 綜合的 調整을 社会保障이라는 視野에다. 펼쳐놓고 解釈하여도 좋을런지 모른다. 即 社会保障이라는 概念은 保健上 必要한 모든 手段이 資源이 된다고 하고 마지막 終点이라는 概念으로 捕捉하게금 되어오고 있다. (社会保障의 다른 局面은 老齢, 非就業者의 適当한 収入등의 経済的 保障에 있다)

그 外 나라에 있어서는 各種 保健制度의 綜合化는 〃国営保健制度〃 (National Health Service)의 創造를 向하여 가고 있다.

現況의 内容이 두가지 状況에 따라서는 社会保障이라는 表現의 두가지 意味로 使用되고 있다.

하나는 別途会計로 된 社会保険料라는 基礎에 두고 医療를 提供한다는 보다 局限된 制度에 관하여 利用되고 있는 것이다. 그리고 다른 또 하나는 社会保険制度로부터 展開된 法的権利로서 人口의 大部分이 保障되는 医療의 넓은 制度에 관한 것으로 利用되고

있는 것이 그것이다.

3) 医療의 構成要素

只今까지 考察하여 온 各 保健制度는 그 自身이 複雜性을 안고 있다. 各 従事者와 施設의 많은 類型에 "서어비스"가 包含되어 管理方式도 새로 다르다.

이러한 管理問題를 理解하는데 重要한 일은 疾患을 処理하는데 必要한 医療要素의 全部를 完全하게 評価하는 일이다.

疾病治療의 診断과 処方에 責任을 지는 主體者는 医師이다. 그러나 治療自體는 때로는 다른 各種 医療従事者에 의하여 行해진다. 疾病과 싸울 能力을 習得하기 위하여 医師는 長期間에 걸쳐 高度의 教育을 監督者아래에서 받아야 한다. 그 評価에 대하여는 各 나라마다 制度가 마련되어 있다.

医学은 점차 複雜하게 되어 가고 있는 까닭에 専門化가 発達되고 特히 稀貴하거나 重한 疾病의 治療에 있어서는 더욱 甚하다. 그러면서도 보다 一般的 疾病이나 重하지 않는 疾病의 治療에 있어서는 患者의 保健上 必要한 모든 것에 대하여 監視하도록 医師에게 要求하고 있다. 이것은 一般臨床医(General Practicioner) 一般医(General Physician), 家庭医(Family Doctor), 個別去来医(Personal Physician) 또는 一線医=一次診療医(Primary Physician)등 여러가지로 불리우는 医師에 의하여 이루어진다.

一般医가 自己의 患者를 診察하는 場所는 어떠한 役割을 할

것인가 그리고 医療制度上 어떠한 方法으로 診療報酬가 支払되는가에 따라 重要한 뜻을 지닌다.

患者는 一般的으로 그 医師가 勤務하는 場所에서 医師의 診療를 받는다.

그 場所는 医院 (private Office on Surgery) 施療所=医務室 (Dispensary), 保健所 (Health Centre) 또는 診療所 (Clinic) 등이다. 이 診療는 通常的으로 歩行可能者診療 (Ambulatory Care 外来診療 또는 宅診과 同意語) 라고 한다. 医師가 患者집으로 가는 경우는 依頼든 医 師의 判断이든 医師는 患家診療 (Domiciliary 往診과 同意語) 또는 家庭内診療 (Home Care) 를 行한다. 마지막으로 患者는 病院 또는 그와 類似한 施設에 収容된다.

専門医 (Specialist) 에는 여러가지 類型의 것이 있다. 身體의 臓器別 (眼科医 Ophthalmologists, 心臓科医 Cardislogists . 皮膚科医 Dermatrologists) 年齢別 (小児科医 Pediatricians , 老人科医 Geriatricians) 性別 (婦人科医 Gynaecologists , 産科医 Obstetricians) 診療方法別 (病理科医 Pathologists , 放射線科医 Radiologists) 治療方法別 (外科医 Surgeons , 理療科医 Physiatrists , 放射線科医 Radiologists) 등의 専門分化 등이다.

医師는 이것들中 어느 것도 함께 行한다든가 成人의 非外科的疾患을 診療하기 위하여 内科속에서 専門分化된 것을 選沢할 수도 있다. 또한 精神의 障害 및 다른 疾患의 情緒面에 대하여는 専

門化된 精神科医 (Psychiatrists) 라고 하는 것도 있다. 豫防医療 (Preventive Mediscine) 및 社会医療 (Social Mediscine) 가 또한 專門分科로 되어 個人的 患者보다 住民을 対象으로 取扱하고 疾病 組織治療와 같이 組織豫防에 힘을 기우린다.

이들 專門医들 全部 (組織豫防除外) 는 病院에서 診療活動의 大部分을 行한다. 이말은 病院은 疾患이 重하든가 複雜하든가 또는 診断을 내리기 어려운 患者의 大部分이 治療를 받을 수 있기 때문이다.

그러나 그들은 自己의 診療所 또는 組職化된 歩行可能者 診療센터 - 에서도 外来患者 (Out-Patients) 를 診療한다.

거의 모든 疾病의 治療에는 化学的 合成剤가 使用된다. 그것은 옛부터 限定된 職能에 의하여 取扱되어 왔다.

薬剤師 (Pharmacists) 는 歴史的으로 옛날의 薬剤師 (Apothecary) 와 같이 医薬品의 準備, 保管, 投薬하는 일에 熟練되어 있다. 그들은 独立하여 薬局을 経営하든가 医療施設의 組織에 属하여 있다. 組織診療制度에서는 医薬品의 投薬은 必히 医師 또는 歯科医師의 指示 또는 処方箋에 의하여야 한다. 그러나 어떤나라도 어느 程度의 薬은 処方箋없이 直接 投薬口 (Across the Counter) 에서 買入할 수 있도록 되어 있다. 거의 모든 医薬製品은 現在는 製薬会社에서 調合되어 包装되고 있는 까닭에 投薬이 容易하게 되고 組織診療制度에 있어서는 高度의 訓練을 받은 薬剤師의 役割은 많은 나라에 있어서 論議의 対象이 되어 있다.

治療食事라던가 繃帶交換이나 病室의 用品과 같은 기타 医療用品들도 또한 医師의 処方에 의하여 다른 従事者들의 손으로 支給된다. 医師의 指示에 의한 医療用 裝器具는 各患者 개개인의 必要性에 따라 適切하게 着用되도록 熟練된 施術者가 必要하다. 義眼 補聽器, 矯正器, 義肢, 쌍지팡이 카테 텔, 入口肛門具, 脫傷帶 등의 裝着이 그것이다. 많은 나라에 있어서는 技術者들이 이들 하나하나의 裝着技術에 따라 訓練되고 組織治療制度속에 이 일도 調合되어 있다.

世界 어느 곳에서도 病院管理는 複雜한 機能으로 되어 있다. 病床에 누워 있어야 하는 患者는 疾病의 診斷, 治療를 받는것 뿐만이 아니고 食事도 必要하고 清潔한 環境 또는 肉體的으로 心情的으로도 欲求를 滿足시키는 것이 되어야 한다.

따라서 病院医療는 医師에 더 하여 幅넓은 各種의 職員이 必要하다.

이들 職員들은 監督下에 있는 組織員으로서 必要한 일을 다 해야 하므로 어떤 医療制度下에서는 一般的으로 期待되는 것은 病院에서 行해지는 各 技術者의 일이라기 보다는 病院全體로서의 機能이라 하겠다. 어떤 医療制度에 있어서는 医師의 入院患者診療가 入院이라는 概念속에 包含되지 않는 例外도 있다.

收容施設의 가장 重要한 類型은 一般病院 (General Hospital) 이다. 거기에는 모든 疾病의 患者가 收容된다. 그러나 어느 나라에서도 精神障害나 結核 또는 癩病과 같은 伝染性이 높다든가

特히 長期療養이 必要되는 疾患이 特殊病院 (Special Hospitals) 이라는 것도 있다. 그리고 出産, 小兒病, 外傷, 急性伝染등과 같은 短期入院을 위한 特殊病院도 있을 수 있다.

生命延長의 希望이 높아지고 最近에는 長期変性 (非伝染性) 疾患의 老人患者를 위한 特殊病院이나 老人施設이 創設되고 있다. 病院은 또한 그 所有者나 後援者에 의하여 다르다.

医療機関의 前述類型의 어떤 것은 行政機関 (中央政府, 市道 또는 市邑面) 의 어느 部局에 의하여, 教会 또는 다른 篤志団體에 의하여 또는 私企業 또는 個人에 의하여 経営된다. 따라서 病院과 医療制度와의 사이의 関係 그들의 条件에 따라 変化될 수 있다.

医療의 또 하나의 主要한 分化는 歯科医業으로서 그것은 歴史的 背景에 의하여 다른 職能으로서 認定되어 왔다. 身體의 다른 器官의 専門医와는 다르며 患者는 医師의 紹介없이도 直接 歯科医를 訪問하는 것이 普通이다. 歯科医는 助手로서 自身의 監督下에 어떤 制限된 일 (歯牙清掃와 같은) 또는 義歯製作에 従事하는 補助職員을 使用한다.

極少의 나라이기는 하나 歯科助手 (Dental Assistants) 또는 歯科看護婦 (Dental Nurses) 가 認定되고 있다.

病院職員中에서 重要한 集団은 看護婦다. 看護婦는 病院内의 短期間의 簡単한 教育으로 부터 綜合大学의 高度의 勉学에 이르기까지 数段階의 訓練이 있다. 4年制 大学教育의 看護婦는 職業的 (Vocational) 또는 補助的 (Auxiliary) 으로 알려지고 있는

어느 程度의 訓練만 받은 看護婦와 区別되고 專門職業(Professional)으로 불리우는 수가 많다. 看護婦의 正確한 機能은 여러가지 関係에서 極度의 変化가 있다. 그러나 一般的으로는 看護婦(一般的으로 女性)는 医師가 指示하는 処置를 行하는 者이다. 病院内에서의 看護婦의 일은 다른 補助者와 같이 臨時看護婦가 私費患者에 個別看護하는 以外는 病院"서어비스"의 包括部分의 하나로서 알려져 있다. 保健所, 綜合診療所 또는 個人医院에 있어서의 看護業務도 마찬가지이다. 그러나 어떤 看護는 患家에서도 할 수 있고 이와같은 家庭看護(Home Nursing)는 하나의 医療制度内에서 独立된 給与로서 取扱할 수도 있다.

그 外에 医師의 命令으로 일하는 特히 訓練된 職員에 의하여 取扱되는 業務가 있다. 그 中에는 検査技師(Laboratory Technicians) X線技師(X-ray Technicians), 理学療法師(Physical Therapists), 職能療法師(Occupational Therapists) 給食士(Diticians) 病歴士(Medical Record Libralians) 기타 各種의 事務員이나 助手등이 있다.

心理士(Psychologists)는 精神科医 아래에 眼鏡士(Opticians 眼鏡技士)는 眼科医 아래에서 일하고 또한 医療社会事業士(Medical Social Workers)는 患者의 全人的보필 特히 患者의 環境에 患者를 適応시키는 도움에 貢献한다.

더우기 다른 "파라메디칼"職員(Paramedical Personnel)은 医師의 介在없이는 患者에게 直接 医療의 一部를 행하는 것이 있

다.

視力検査師 (Optometrists) 나 開業眼鏡技士 (Dispensing Opticians) 는 簡単한 光学的 視力障碍를 処置하고 眼鏡을 処方한다.

足病師 (Pediatrists) 는 足의 外皮的 障害를 治療한다. 助産婦는 医師의 監督如何를 不問하고 시골 또는 隔地에서 分娩을 取扱한다.

開発途上国에서 많이 보여지는-적은 것으로는 모든 나라에서 보여지는-- 原始療術師는 組織的 医療制度 속에는 거의 包含되지 않는다. 그러나 그 外 指圧療法師 (Chiropractors) 와 같은 療術師도 있고 一部 나라에는 그 外에 整骨療法師 (Osteopaths), 療法師 (Home opaths) 自然療法師 (Naturopaths) 와 같은 것도 있으며, 科学的 診療의 主流에는 끼지 못하지만 疾病의 原因과 治療法에 있어서 다른 理論을 갖고 있다.

그러나 科学的인 医師는 점차 이와같은 療術師를 좋아하지 않게 되고, 많은 나라에 있어서는 그 行為는 法的으로 限定하게금 되었다.

科学的 訓練을 받은 医師가 크게 不足되는 開発途上国에 있어서는 医療組織下에 아직도 다른 型의 医療職員이 補助者로서 일하고 있다.

이것은 看護婦와는 別個의 医療補助者이며 普通 農村部에서 일하고, 쉬운 段階에 있는 疾病의 診療에 従事할 수 있다. 이와같은 医

療從事者(普通 男子)는 帝政時代의 〃러시아〃의 農村部에 既已 存在하고 〃Feldsher〃라고 불리워졌다. 이런것들은 現在에도 〃아프리카〃나 〃아시아〃의 나라들의 医療組織속에서 많이 일하고 있다. 이 從事者의 監督은 大部分이 먼 옛날부터 내려오는 것이기 때문에 정말로 큰 일인 것이다.

끝으로 個人治療에 属하지 않는 많은 保健関係職員이 存在한다. 그것은 純粋한 豫防事業에 從事하는 것들이다.

이中에는 環境衛生일을 맡아보는 環境衛生技師(Sanitarians)나 衛生活動을 指導하는 衛生教育技師(Health Educators)가 包含된다. 看護婦, 検査技師, 기타 前述의 職員은 勿論 豫防活動의 一分野에서도 從事한다. 保健事業에 包含되는 技術的 機能의 多様性은 疾病만을 取扱하기 쉬운 從来의 孤立된 医師의 일과는 크게 다른 것이다.

保健事業이 効果的이기 위하여는 強力한 協調가 要求된다고 하지만 医療制度 問題中에서 가장 골치 아프게 하는 것은 医療需要를 満足시키는데 있어서 아직도 単純하게 個人的 医師 患者関係(Doctor-Patiant Relations)의 作業体系안에만 있다고 하는 時代錯誤的 思想에 어떻게 対処하느냐 하는데 있다고 하겠다.

모든 職員과 施設이 잘 組織되어 있는 것 보다는 그 사이의 相互協力이 大端히 重要하다. 專門医에게 맡겨졌던 일들이 一般医의 判断에 크게 달려 있게 됐다. 投薬이나 検査의 指示는 勿論 医師에 의하여야 한다. 医師는 毎日의 治療하는 일을 가지면서 一部는 豫防効果에 関聯된다. 病院内의 診療는 病院外의 診療의 継

続이다. 医療制度의 費用의 大部分은 薬剤 入院料등으로서 治療効果에도 不拘하고 患者가 또는 保険이나 税등으로서 支払해야만 하는 費用이다.

以上 記述한 医療"서어비스"(Health Service)를 構成하는 것들 사이의 関係는 나라마다 各各 다르다. 特히 社会保障의 制度下에 있어서의 医療組織의 類型은 只今까지 보아 온 바와 같이 医師를 為始, 各 医療従事者의 専門性, 職業性 및 施設의 供給과 条件에 따라 많이 달라지고 있다.

2. 社会保障과 医療

社会保障制度는 産業化 社会에 있어서의 生活危険救済制度의 하나로서 発足된 것이다.

一家가 農業에 의하여 社会的 経済的으로 生活을 維持할 수 있는 동안은 家族中 一員의 生活力이 急作스러이 喪失된다 하여도 悲劇的인 것은 아니었다.

그러나 工場労動者가 疾病 失業, 老命 不具에 의하여 일할 수 없게 된다면 家族과 함께 곧 어려움에 直面한다. 教会나 友人에게 또는 市邑面에 公的扶助의 救済를 要請하는 일이 이런 危機時에 初期의 解決方法이었다. 労動者의 相互扶助의 組織은 効果的 그리고 非屈辱的 解決方法이 되고, 처음에는 任意保険으로 나중에는 強制社会保険으로 행하여지게 되었다.

1) 健康에 관한 事故

考察하는 側面에 따라서는 社会保険이 給与할려는 事故는 모두 健康에 관한 것이다. 거의 모든 나라에서 法制化된 最初의 것은 労災였고 身體障害 疾病, 慢性疾患 또는 一般的으로 볼 때 그것에 所要된 医療費에 의하여 発生된 賃金의 損失이 補償되었다.

労災給与의 適用対象은 대단히 幅이 넓은 것으로서 恒常 그 規則이 改正되어 오고 있다. 이 傾向은 労動関係의 傷害의 定義를 점차 拡大시켜 가고 있다. 많은 나라에 있어서 急性과 慢性職業

病을 包含하게끔 되어 있다. 同時에 労動者의 定義도 점차 拡大되어 가고 있다.

非職業的인 原因에 의한 疾病도 労動不能에 따르는 賃金所得 欠損의 補償 및 医療의 提供이라는 二大方法에 의하여 処理되어 왔다。

疾病保険의 現金給与는 医療의 現物給与와 같이 健康維持에 必要한 것이다.

이 말은 労賃의 欠損은 労動者 自身과 그 家族의 健康에 直接 必要한 食費, 燃料 기타의 生活必需品을 그만큼 買入할 수 없게 된다.

自體障害保険制度를 効果的으로 運営하기 위하여는 적어도 医療給与를 考慮하지 않을 수 없다.

우선 廃疾의 決定은 医学的인 일이다. 더우기 身體障害者가 된 労動者는 障害期間을 短縮시켜 生産能力을 回復하여야 한다. 그것은 労動者 自身을 위하여도 또는 身體障害保険基金의 支払能力을 위하여도 必要한 일이다. 더우기 早期治療는 身體障害의 長期化를 防止하는데 必要하고 죽음을 豫防하는데도 없어서는 않되는 일이다.

不具 또는 長期障害保険은 短期傷病保険과는 別途의 機構의 基金과 管理에 의하는 경우가 많다.

長期의 · 機能障害는 早期老化가 같은 것으로서 労動者는 就労로부터 離脱되고 社会的 扶助에 依持하게 된다. 無能力性이라는 것은 経済用語와 医学用語로서 그 어느 것으로서도 定義 지워져야 한다.

그 理由는 「無能力性과 残存生産性能力」은 労動市場의 受容状態에서 決定되기 때문이다.

不具廃疾性의 医学的 判定基準은 労動者가 그 以上 治療나 再活의 対象이 될 수 없다고 判断하든가 적어도 生産性의 限度를 나타내는 것은 아니다.

따라서 不具廃疾度의 認定은 大端히 細心한 判断이 必要하다. 이와같이 認定된 後에도 身體障害의 労動者는 더 医療의 継続이 必要(障害의 本元症 또는 그 餘病에 대하여)하다. 그리고 医療는 나라에 따라 法的으로 認定하기도 하고 않기도 한다.

出産은 勿論 疾病이 아니지만 婦人労動者에 있어서는 賃金取得의 損失을 뜻하고 이것에 대하여도 社会保険制度에 의하여 保障될 수 있다. 姙婦의 健康을 지키고 母子를 看護하기 위하여 出産給与는 分娩前後 数週間의 労賃決損의 現金代償払로서 包含되는 수가 많다. 適正状態下의 分娩에 所要되는 費用에 相当하는 것이 支払된다. 新生児用品도 어린이에게 提供되는 경우도 많다. 거의 모든 나라에 있어서 医師分娩給与가 被保険者인 労動者의 妻에게도 提供된다.

勿論, 一般的 疾病의 診療는 가장 直接的으로 健康에 関係되는 社会保険의 給与이다.

老齢年金은 老年期에 慢性疾患의 悪化를 豫防할 수 있는 状態에서 退職労動者가 生活하게 되도록 支払된다.

遺族給与 失業保険 및 家族給与는 마치 正確한 営養의 保持가 健康의 基本이 되는 것과 마찬가지로 経済的 営養을 기타의 住民

에게 提供한다.

이렇게 하여 모든 社会保障給与라는 것은 直接 間接을 不拘하고 健康問題에 実質的으로 関係된다고 하겠다.

따라서, 社会保障下에서 医療制度에 의하여 提供되는 個個의 給与는 健康上의 防策에 関한 것으로 모두를 綜合的으로 観察하여야만 한다.

그러나 모든 것은 이 社会的 防禦의 制度를 一部 또는 全部를 享受하는 한 나라의 人口의 数 또는 比率에 따라 把握된다고 본다. 그러나 이 防禦制度의 全部가 全體国民에게 適用되는 나라는 遺憾스럽지만 極히 一部에 지나지 않는다.

나라들에 따라서는 그 給与를 받는 人口가 各各 다르다는 것은 이미 国際労動事務局이 発表한 다른 많은 論文에서 論議되어 있다. 그러므로 이 論文에 있어서는 医療에 관하여 研究하는 것이지만 이 特異한 給与의 適用範囲의 特殊性에 관하여 一言하여 두는 것이다.

2) 医療受惠者

前述한 바와 같이 医療保障의 機構라는 것은 医療需要에 適応하는 方法으로서 다른 方法보다는 낫다고 하여 発足된 것이다. 처음에는 法律에 의하여 그 適用範囲가 特定의 社会的 또는 人口的인 国民의 一部에 局限된다. 가장 普遍的인 政策에 있어서는 어떤 一部의 産業労動者(経済的, 政治的 또는 人道的 理由에 의하

여)에 局限되어 있다. 그리고 後에 이 制度를 運営하 経験의 結果로 政治的 圧力이나 経済発展에 따라서 그 適用範囲는 그外의 国民에게 拡張된다. 適用範囲가 점차 다른 人口集団에 拡張되어가는 方法은 나라에 따라 다르지만 그 傾向은 適用의 順位如何에 不拘하고 점차적으로 보다 高額受領의 勤労者(一般的으로 俸給者) 公務員 農業従事者 家事労動者 臨時 또는 季節労動者등에게 拡大되어간다. 그리하여 最後에는 国民, 商店主 自由業者등의 自営業者를 対象으로 하게 된다.

適用範囲는 이들과 함께 그 家族 年金受給者 寡婦, 孤児등에게도 拡大되는 수가 많다. 最後에는 貧困者, 未就労者, 不具廃疾者, 旅行者등 全住民이 그 恵沢을 받게끔 된다.

医療給与의 内容은 受給者의 種類에 따라 다르지만 그것은 資金의 出処와 総額, 医療従事者와 施設, 政治的 考慮등의 要件에 따라 左右된다. 医療資金이 그 資金源에서나 総額에 있어서 적을 때에는 家族보다는 被保険者, 農村의 農業労動者보다는 都市의 産業労動者가 優先된다.

医療組織의 観点에서는 社会保障機構에 의하여 保障되는 国民의 範囲가 重要하다. 萬若에 어느 地区에서도 그곳의 住民의 一部밖에 適用되지 않고 있는 때에는 医療의 供給은 現存의 医療従事者와 医療施設을 利用하는 수 밖에 없다

그러나 그 比率이 增加함에 따라 새로운 医療資源이 造成되고 特別한 医療計劃이 組織됨으로써 医療의 質이 確保된다고 본다.

農村部에 있어서 住民을 対象으로 하는 경우 農村経済(特히 農業被傭者와 또는 自営者에 관하여)란 条件과 農山漁村에 있어서의 医療資源의 非能率性이란 条件과의 두가지 理由가 가져다 주는 特殊한 問題가 存在한다. 全住民을 対象으로 하는 것 같이 計劃되거나 그것을 達成한다는 일은 그 나라 医療의 完全한 再編成을 하게 되고 가장 能率的, 質的 그리고 経済的인 利益이 얻어진다는 좋은 状態가 된다.

対象人口가 100%에 이르기까지는 社会保障機構下의 医療의 경우에는 個人의 受給資格을 証明하는 것을 発行해야 한다.

이것은 保険料가 事業場 또는 기타의 通路를 通하여 支払된다는 証明카드든가 手帖을 発行하는 것 같은 方法으로 행해진다. 被保険者는 그 制度에 의하여 一般的으로 毎年 再登録한다. 더우기 社会保険은 被保険者로서 医療의 給与를 받는 時期에 관하여는 各種 条件을 設定하고 있다. 受療資格의 期間은 数週 乃至 数個月이다. 被保険者로서의 期限満了는 医療의 継続中에 있어서는 一般的規則으로 定해진 期間을 経過하여 数週間은 더 認定된다.

医療給与가 認定되는 条件의 細部事項은 大部分이 複雜하게 되어 있고 遵守해야 하는 詳細한 管理上의 手続이 必要하다. 이 規則에 관하여는 8個国에 관한 尨大한 提出論文과 I,L,O의 많은 報告書에 記載되어 있다.

治療라는 것은 遅延을 不許하기 때문에 医療的으로 緊急을 要하는 경우에는 受療規則이 寛大하게 取扱되는 경우가 많지만 社会保

障機構의 規則과 有効節次라는 것은 純医学的 見地에서 볼 때엔 問題가 있다. 全国民을 対象으로 하게 되면 管理上 이와같은 手続은 廃止할 수 있다.

社会保険으로 医療給与를 받게 된다고 하드라도 個個의 医療를 받을 때마다 따로 手続이 必要하다. 假令 独逸聯邦共和国에 있어서는 医療를 받을려고 하면 医師의 受診이 必要하다는 罹病書 (Krankenschein)가 要求된다. 그것은 3個月間 有効하고, 그것을 超過하면 새로운 罹病書가 必要하다. 나라에 따라서는 歯科診療 또는 再活医療와 같은 短期間의 技術的 医療를 받을려면 別途로 다른 判定이 必要하다. 많은 나라에 있어서는 専門医 診療와 入院医療를 받을래면 一般医의 証明이 必要하다. 薬剤와 医療用具에는 医師의 処方箋이 必要하다. 이와같은 各種 煩雑한 手続은 社会保障基金의 支払能力을 維持함과 同時에 適正한 医療를 給与하기 위함이다.

3) 一般的 傾向

社会保障制度의 傾向은 어느 나라에 있어서도 国民의 各階層에의 拡大 給与内容의 拡充, 그리고 包括的 医療給与에로 進展되어 온 以来 社会保障機構에 執着하는 価値가 무엇인가에 대한 疑問이 나오게끔 이르렀다. 受療制限 給与의 欠如, 기타 여러가지 附随되어 일어나는 問題가 疑問으로 되어 왔다.

萬若에 資源이 적을 때에는 社会保障機構의 意味는 적어진다.

그러나 大部分의 必要資源－特히 医療資源－이적을 때에는 그 資源을 享受하는데 競争이 不可避하다. 그것은 全額面에 있어서 보다 基本的인 競争이 일어난다. 그 競争은 어느 쪽이든 한 쪽의 資源類型에 転向할 可能性이 있는 것이다. 競争은 自由開業医에 있어서도 官公立의 施設에서도 일어날 수 있다.

社会保障機構는 計劃的인 社会目的을 위하여 特定基金의 流通을 確保하는 큰 経済的 政治的 利益을 갖는다.

이 基金은 道路 整備라든가 軍事가 아니라, 国民의 어떤 階層에 医療를 再配分한다는 意味를 지닌다. 医療는 一国의 発展에 主要한 特定의 人口(假令 生産労動者)의 健康을 取扱한다는 것은 더 말할 나위도 없는 일이다.

一般的으로는 社会保障機構의 基金은 年次 国家歳出豫算에 依存한다기 보다는 大端히 長期의 安定性을 가져야 하는 性格을 지닌다. 그 安定性은 더우기 各 個人에 있어서는 豫測할 수 없는 危険을 処理하기 위하여 数千人의 拠出金을 積立하는 것으로서 強化된다.

社会保険의 強制는 金銭이 다른 目的에 使用되지 않도록 事前에 이 社会的 目的에 必要한 資金의 配分을 確保하는데 있다. 経済学者의 説明에 따르면 社会保険의 拠出金의 基本源泉은 労動者도 使用主도 아닌 그것은 企業에 의하여 販売되는 生産物의 消費에 있다는 것이다. 労動者도 使用主와 함께 販売収益으로 부터 얻는 収入 中에서 拠出하는 것이다. 이와같이 社会保険은 어떤 企業의 労動者와 그 家族에게 어떤 特定의 給与를 해주기 위하여 消費者

(輸出製品의 外国商社를 包含)의 넓은 市場으로부터 돈을 거두어 들이는 하나의 代表的 方法이라 생각한다.

同時에 一国의 健康保険事業을 위하여는 돈을 거두어 들여서 再配分한다는 일은 医療의 資源을 造成하는데 도움이 된다. 그 外의 다른 方法으로는 全然 할 수 없다. 그 顯著한 例는 "라틴 아메리카"이며 数10年前에는 若干의施設밖에 갖지 못했으나 이 社会保険機構는 病院資源의 顯著한 発展을 가져오게 했다. 短期間으로 보면 被保険者側에 高機能의 病院利用에는 不均衡이 있었지만 그러나 長期展望으로 볼 때에는 全国的으로 病院資源의 供給이 発展되었다. 社会保険機構의 다른 局面은 国会議員 또는 擔当部処를 通하여 消費者가 国会의 議決에 発言権을 가지게끔 된 일이다.

勿論 이 경우에 重要한 医学的 問題에 관하여는 医師들의 専門家의 決定에 맡기지 않을 수 없다. 그러나 医療는 相互交流의 関係에 있는 것이다. 많은 個人的인 事項은 医師의 경우와 마찬가지로 患者의 立場도 考慮되어야 한다. 医療는 過去에 往往 있었듯이 医師의 偏狭한 興味에 의하여 強制되어서는 안된다.

어느 나라든 그런 傾向으로서 社会保険에 加入하는 人口는 高率로 되어가고 많은 나라에서 增加되는 社会保険의 費用을 賃金이나 給与로부터 공제하는 것보다는 国庫의 負擔率이 더 높아가고 있다. 나라의 一般会計의 負擔이 貧困者나 年金受給者에 대한 給与費의 公的責任이라고 생각되어 온 疾病(例하여 結核이나 암)의 治療費의 援助나 一般的으로 地方自治団體의 責任이었던(스칸디나비아 諸

国과 같은) 病院費의 大部分의 費用, 또는 기타 特殊한 目的으로서가 아닌 一般的 補助金으로서 支出되는 傾向에 있다. 法的給与의 如何에 不拘하고 社会保険基金에 대한 一般会計로부터의 国庫扶助의 傾向은 医療機構의 範囲를 拡大시켜 오고 있다.

社会保険에 의하여 保障되는 国民이 增加하여 가는 結果, 어떤 나라에 있어서는 거꾸로 共同 또는 単一의 行政組織下에 努力이 組織的으로 結果되는 쪽이 보다 管理가 容易하다는 段階에 達하고 있다. 이것은 1939年에 〃뉴질랜드〃에 있어서, 1948年에 英国에 있어서, 1952年에 〃칠레〃에 있어서, 各各 達成되었다.

〃쿠바〃나 〃폴랜드〃나 蘇聯과 같은 그 外의 나라에 있어서는 社会主義革命이 継続되어 같은 到達点에 達하고 있다. 이 綜合医療制度는 100% 全国民과 全給与가 単一組織으로 綜合化되지 않았다 하더라도 때때로 国営医療(National Health Service)라고 불리워진다. 蘇聯의 制度 및 英国의 制度에 있어서는 一例外이지만 薬剤代, 어떤 種類의 医療用具,, 歯科診療는 患者가 支払하여야 한다. 〃칠레〃의 国営医療는 아직도 中流階層以上의 25~30%밖에 被護하지 못하고 있다. 또한 〃폴랜드〃의 医療는 아직도 農民에게 疾病時의 費用中 診療費 그 自體의 一部를 負擔시키지 않으면 안된다. 그러나 이 傾向이라는 것은 그 나라의 全国民을 普遍的으로 保障하는 方向으로 가고 있으며, 社会保障基金에 特定의 補助金이 一般会計로 부터의 転入이 增加하고 있다는 것은 明白한 일이다.

3. 医療組織의 基盤

医療機構의 財政的 뒷받침은 社会保険 또는 기타의 方法에 의하는 것이라 하더라도 医療를 国民에게 提供하는 方法에는 各種의 것이 있다.

医療라는 것은 第1節에서 論及된 바와 같이 各種의 熟練된 職員과 機関의 造出하는 複合機能이다. 이러한 資源을 組織化하기 위하여는 慎重한 態度를 가지고 患者를 받는 医療의 量, 質 및 費用을 決定하여야 한다.

医療의 生産性에 대한 組織型體에 따르는 影響을 解明하는 데는 分析의 作業組織이 必要하다.

本節에서는 그 理論的 作業組織을 論하고, 本 研究対象으로 選択된 8個国의 医療保障下에 있는 医療制度에 관하여 概論한다.

이 計劃은 一般的으로 認定되고 있는 一定規準項目에 따라 各国의 医療制度의 状況을 比較検討하는데 努力하였다. 그러나 우선 最初로 各国의 社会的, 経済的, 政治的 状態에 관하여 좀 살펴볼 必要가 있다. 그것은 이들 状態의 如何가 医療制度에도 반드시 影響을 미치기 때문이다.

1) 医療形體의 社会的 背景

가장 単純한 方法에 의한 世界 各国의 分類는 工業国과 開発途上国이다. 工業国에 있어서는 国民総生産의 大部分이 科学技術을 活用한 工業生産에 의하여 進出된다.

開発途上国에 있어서는 国民総生産의 大部分이 農業이나 原料生産에 의한 것이다. 또한 農業이나 工業의 構造가 比較的 単純하고 生産의 大部分이 人力에 의한다. 国民 1人当 所得은 낮다. 大部分의 国民은 低生活水準에 있다.

이 極端的인 単純한 分類는 如何한 나라에서도 適切하게 理解하고 特히 그 나라의 状態가 医療組織의 類型에 어떻게 影響되고 있는가를 評価할 때에는 再検討하지 않으면 안된다. 어느 나라가 이 두가지 類型中 어디에 属하는가는 그 나라의 政治思想이 重要하다.

指導的 政治概念으로 私企業과 地方自治를 指向하는 것과, 計劃生産과 中央政府支配를 指向하는 것이 있다.

医療나 教育이나 鉄道와 같은 各種 事業에 있어서는 이 両極端의 政治概念의 사이에 많은 段階가 있음을 알 수 있다.

더우기 一国의 歴史的 背景은 医療事業의 形式에 強力한 影響을 주고 있는 것이 많다.

이들 条件의 相違가 다소 있다 하더라도 各 型體의 나라들의 医療事業의 다양한 構成中 그 性質을 一般的으로 観察하는 일은 可能하다. 이들 条件을 究知한다는 것은 社会保障制度의 医療組織의 各 類型을 理解하는데 도움이 된다.

工業国에 있어서 医師는 一般的으로긴 歴史를 지니고 全人口 対比의 医師数는 크며 自由業的 性格이 짙다. 社会保障機構出現이 먼 옛날부터 大都市는 勿論 작은 마을에 있어서도 開業하고 있는

医師에게 診療를 받았다. 私的医療의 販売市場 — 個人売買方式에서나 民間保険方式에 의해서나 —은 比較的 잘 発達되어 있었다. 医師免許의 登録은 長期間 有効하였고 診療行為는 自律的 倫理에 의하여 規制되어 있었다. 医療의 専門分化는 高度로 発達되었다. 看護의 専門職은 医師의 指示에 의하여 많은 일을 遂行하도록 発達되었다. 그리고 技術的 補助的 職員으로 많은 職種의 사람들이 教育되어 왔다.

工業国에 있어서의 病院 기타의 医療機関도 大規模로 建設되어 왔다. 모든 主要都市와 大部分의 小都市에 設置되고 農村으로 부터의 輸送도 그런대로 可能하다. 病院은 主로 地域의 団體-宗教団體 非宗教의 篤志団體 또는 地方自治団體—에 의하여 建設되고 運営되어 왔다.

기타 各種의 奉仕団體가 特定의 健康問題와 맞서 오고 있다.

極히 一部의 例外를 除外하고 工業国에 国民의 平均教育程度는 높다. 地方自治団體는 一般的으로 強力하고 日常生活의 問題에 관한 地域自律性에는 強한 圧力이 存在한다. 住民은 널리 各種의 社会福祉組織에 参加하고 生活水準의 着実한 向上에 대한 期待가 높다. 勿論 政治的으로는 階級闘争은 存在하지만 工業과 農業에 종사하는 労動者의 生活은 점차 向上되고 그 濃度도 軟化되는 傾向에 있다.

開発途上国에 있어서는 그 様相은 크게 다르다. 近代 医師에 診療를 받는 慣習은 日浅하고 人口対比의 医師数는 대단히 적다.

一部의 開発途上国의 있어서는 医師가 너무 적기 때문에 全国民을 対象으로 하는 医療問題를 解決한다는 것은 到底히 생각할 수 없다. 医師는 極히 一部 市郡에 過度하게 集中하고 国土의 大部分을 占하는 農村地帯는 全然 一人의 医師조차 만나 볼 수 없다. 私的 医療의 市場은 完全히 制限되고 큰 都市의 住民의 極히 一部分에만 局限되어 있다.

病院内 또는 外에 있어서의 医師의 効率은 看護婦와 医師의 不足으로 크게 좁혀져 있다. 専門医는 極히 少数이고 大部分의 医師가 一般医이다. 医師가 僅少하기 때문에 原始的 療術師의 役割이 대단히 크다. 開業薬局은 比較的 重要하고 民衆은 薬局에 가서 薬과 함께 容態의 相談도 한다. 外来患者의 大部分은 勤務医가 있는 保健所에서 診療를 받는다.

開途国의 病院은 工業国의 그것보다는 数가 적고, 設備도 나쁘다. 人口対比의 病床数는 더욱 더 적고 特히 農村은 甚하며 없는 경우가 許多하다. 近年에 相当히 훌륭한 病院이 創建되었지만 現存病院의 大部分은 旧時代의 大病室 形式의 것이다. 거의 모든 病院의 病床은 中央政府機関의 統制下에 있고 地方自治의 것은 적다.

開発途上国의 教育水準은 国民一人当 所得과 마찬가지로 낮고, 社会参加는 그다지 発達되어 있지 않다.

이와같은 情勢下에 있어서는 中央政府는 地方보다 더 많은 権力을 갖는 傾向이 있다. 民間의 保健機関도 있은나 大部分이 그 維持를 위하여 政府의 援助를 받고 있다.

小作農 都市無産階級 및 中産과 上流階級間의 階級格差가 明白하고, 中産階級과 上流階級에 屬하는 것은 全国民中에 僅少하다. 例컨대 〃화이트칼라〃는 入院中 筋肉労動者와 合室을 싫어하고 큰房을 혼자 占領한다.

大分類法에 따르면 工業国과 開発途上国에 있어서의 医療와 社会의 様相은 各己 根本的인 相違가 있는 것을 認定하지 않을 수 없다. 그러나 그 状態는 恒常 静止되어 있지 않다. 新技術과 新社会思想이 各国의 이 두가지 問題를 進化시켜가고 있는 까닭에 状態의 変化는 急速하다.

経済的, 社会的 過程에서 思考의 交流라던가 局地的인 어떤 有力한 指導力등에 의하여 점차 많은 変化가 일어나고 있다.

더우기 一国의 어떤 階級이 다른 것에 代替되어 国家権力을 탈취하는 등의 革命이 일어나면 社会機構의 全部가 根本的으로 改変된다. 過去 50年동안에는 革命이 主로 農業国에서 일어났다. 그리고 大規模의 国家計劃에 의하여 매우 迅速한 工業化가 進行되어 왔다.

領土의 面積과 人口数도 또한 工業国과 農業国 어느 쪽에도 影響을 미친다. 如何한 類型의 나라에서도 작은 나라는 큰 나라와는 다른 理論으로 医療의 提供을 処理하지 않으면 안된다.

大端히 큰 나라에 있어서는 行政組織이 二重構造를 取하는 경우가 많지만, 또한 그 위에 中央과 地方行政組織과의 사이에 第三의 機構가 必要하다.

国土가 広大한 〃인디아〃와 〃카나다〃에서는 많은 行政権이 道県(Provinces)에 委任되어 있지만 〃에쿠아돌〃이나 〃튜니지아〃에서는 中央集権的이다. 그렇지만 一国의 行政制度는 그 나라의 地理的 性格에 따라 決定될 必要는 없다.

〃벨지엄〃의 慣習과 行政機構는 나라는 작은데도 不拘하고 局地的으로 큰 自治性이 있다. 그와 反対로 〃폴랜드〃는 広大한 領土이지만 中央集権性이 強하다.

그러나 如何한 나라에서도 국토의 넓이와 交通의 問題上, 住民이 行政上의 〃서어비스를〃받을 수 있는 地域社会의 水準에서 어느 程度의 行政機構가 必要하게 된다.

2) 医療組織의 基本型 : 間接型과 直接型

各国의 社会保障下의 各種 医療機構에 관하여 一般的으로 調査한 것에 따록면 그 類型을 두개의 類型 — 間接型과 直接型 — 으로 分類할 수 있는것 같다.

住民이 主로 既存의 医師 또는 医療機関으로 부터 医療를 사들이는 医療組織을 間接型組織이라 한다.

医療의 提供에 있어서 医師들의 職業으로서의 独立性은 維持되지만, 特定의 条件에 의하여 給与의 医療를 提供하는 것을 同意한다는 것을 말한다.

이에 反하여 直接型의 医療라는 것은 社会保障機構 그 自体의 機構에 医師나 医療機関이 従事하는 職員으로서 또는 그 機構에 附属되는

施設로서 直接 提供되는 것을 말한다.

이들 財源은 制度에 包含되고 하나의 中央集權機構에 의하여 直接 統制되고 運營되는 것이다.

이 二大類型에는 勿論 各種 變形이 存在하고, 한나라안에서도 그것들의 混合된 것이 있다.

医師의 診療, 病院에의 入院, 藥劑投与등 医療의 各 給与內容에 있어서 또는 勞動者, 公務員, 鉱夫등 国民의 集団에 따라 다르다. 그러나 選択的으로 分類한다면 이 各 機構를 分類하고, 各各 그 結果를 評価할 수 있다.

間接型은 工業化의 오래된 나라에서 또 그 大部分은 過去부터 発達되어 왔다. 前述한 바와 같이 社会保障機構가 発足한 当時 이미 開業医 制度라던가 民間医療機関이 널리 定着되어 있었다.

直接型은 大部分이 開途国에서 볼 수 있고 基礎的인 医療資源이 貧弱하다.

中央政府에 의한 計劃經濟의 나라에 있어서는 行政機構는 이 直接型을 採用하기 쉽다.

이들 一般的 傾向은 勿論 各国은 그 나름의 制限이 있고 各種 給与의 条件이라든가 被保険者의 対象이라든가에 따라서 다르다. 特히 一般医의 活動에 있어서 相違가 있고 그리고 專門医의 存在型, 病院, 投藥, 歯科診療등 各種의 医療體系에 있어서도 마찬가지로 말할 수 있다.

그러므로 間接型의 경우 一般医診療 (General Physicians

Services) 를 確保하기 위하여는 医療基金은 이미 私的診療를 行한 医師에게 被保険者의 診療를 해주도록 하는 協定을 맺어야 한다. 이 協定書의 内容에는 여러가지가 있다.

이들 医師는 独立하여 開業하고 大部分이 自身의 診療所를 保有하고 있으나, 때로는 그것을 借用하여 各種 診療料金方式으로 診療를 하고 있다.

가장 普通的인 方法은 各 診療行為別로 報酬를 받는 方法이다. 이것은 「診療行為別 支払方式」(Fee-for Service Method) 으로 알려지고 있는 것이다. 料金은 宅診療, 往診料, 注射料, 肛門鏡検査料, 副木料등으로 支払받는다.

全医師는 各 診療行為別로 協定料金 또는 報酬가 있다. 또한 그 報酬는 各 医師마다 또는 専門医등의 条件에 따라 慣行料金을 基礎로 하여 반드시 一定하지 않을 수도 있다.

医療基金 (一般的으로 開業医의 代表団體와 協定을 締結하고 있다) 은 이 報酬를 記録한 「診療報酬算定表」 또는 「診療報酬分類表」를 発行하고 있다. 때로는 이 診療報酬表는 各 診療行為別의 比重에 따라 点数表로 簡略化된 것도 있다. 그것은 経済変動에 따라 毎年 그 一点의 価額을 改訂하는데 便利하기 때문이다.

이러한 表는 各 医師의 純粋 私的診療에 있어서도 関係되는 組織機構의 診療와 同一하게 利用할 수도 있다.

報酬의 支払方法에는 두가지가 있다. 患者를 代身하여 医療基金으로부터 直接 医師에게 支払하는 方法은 「報酬支払方式」(Fee-

Payment)이라 하여 医療費의 全額을 支払하든가 主要料金을 支払하고 一部를 患者가 負擔한다. 다른 方法으로 報酬의 支払은 患者의 責任이며 患者가 医師에게 支払한 然後에 患者는 基金으로부터 그 還払을 받는다. 이 方法은 患者가 医師에게 支払한 것을 完全히 償還하든가 分擔規則과 診療報酬規定에 의하여 定하여진 医療의 程度에 따라 그 一部가 還払된다. 一部 国家에 있어서는 이 方法이 医療報酬의 「償還方法」으로서 알려지고 그 運営方法에 많은 変型이 있다.

診療行為別 支払方式과 같이 널리 利用되고 있지 않는 医療報酬方法에 「人頭式」(Capitation Method)이라는 것이 있다. 行為別 報酬方法과는 달리 이 方法은 어떤 組織機構에서 運営되고 있는 것 뿐으로 이 方法에 따르는 医師의 労役은 患者 1人当平均費用의 正確한 計算에 따르게 마련이다. 이 人頭式方法에 의하는 경우 医師(기타 医療提供者)는 毎期(一般的으로 毎月) 그 期間内에 一患者에 대하여 責任을 지는 金額의 一定総額이 支払된다. 各 医師는 診療를 맡아야 하는 2千 乃至 3千人의 登録者를 가진다.

따라서 이것은 「登録方式」(Panel System)이라고도 불리운다. 人頭制라는 것은 一医師가 診療의 質을 確保할 수 있는 範囲의 最多数의 人員에 대하여 責任을 지는 것이다.

이 方法이 適用된다 하드라도 一般的인 診療行為外의 特定의 行為에 대하여는 特別한 報酬가 支払된다.

第三의 報酬方法은 俸給에 의한 것이다. 医師 또는 기타의 医療従事者는 基本的으로는 그 勤務時間의 価値에 따라 支払되는 것으로서 診療行為의 数 또는 取扱되는 患者의 数에 따르는 것은 아니다. 이 方法은 다음에서 論述하는 医療組織의 直接型에 널리 利用되는 方法이지만 間接型에서도 利用된다.

例컨대 그것은 共同診療所 (Group Practice) 의 경우에 各 医師의 報酬의 分配에 利用된다. 그러나 이 共同診療所 全體로서도 診療行為別制 또는 人頭制도 利用된다. 또한 病院에 있어서 이 病院이 全體로서는 医療組織과는 独立되고 또한 間接型의 関係에 있다 하드라도 医師를 俸給으로 勤務케 한다. 이 俸給은 医師가 이 組織機構에 従事하는 月 또는 週의 時間数에 따라 常勤別 또는 非常勤制로서 支払된다.

이들 세가지 三報酬支払方式은 어떤 医療機構内의 다른 医療従事者에게도 応用될 수 있다. 歯科医師, 視力検査士등 開業하고 있는 医療従事者는 被対象者에게 行為別 支払制, 人頭制 또는 月給制로서도 応할 수 있다. 이 各 方式은 어떤 意味에 있어서는 病院에도 適用될 수 있다.

病院의 医療機構의 料金은 入院患者에게 行한 〃서어비스〃로서는 行為別報酬制 各 入院患者에게 月別 또는 年別로서는 人頭制 또한 어떤 期間을 経過하여 오는 患者에게 診療를 하기 위한 準備로서는 月給制가 定해진다. 이 各種의 計算方式의 料金은 이와같은 病院用의 支払方式에 適用되지만 그 概念은 同等하다.

医療組織의 間接型의 診療報酬 支払方法은 財政的 見地에서는 簡単하게 論할 수 없지만 各 方式은 医療従事者와 医療施設間의 関係에 相違되는 影響을 주고 또한 患者에 대한 責任所在의 組織機構 및 形式의 相違에도 있다고 본다.

더우기 明瞭한 것은 以上 論及된 各種의 報酬 支払方法은 医療行為의 意欲表出을 위한 各各 다른 刺戟의 供与方法을 나타낸다. 이것은 後節에서 報告되는 経験上의 所見과 같이 複雜한 事項이다.

上述의 「開放式」(Open) 管理制度에 反하여 医療組織의 直接型은 그 組織에 所属되는 内部職員과 施設에 의한 「閉鎖式」(Closed)制度이다. 病院医療도 診療所医療도 다같이 그 施設 그 自體가 所有되고 医療機構 그 自體도 機関에 直接 統制된다. 이 統制機関은 그 資源을 最大限 効率的으로 活用될 수 있는 管理體系를 保有하고 있다.

間接型에 있어서도 各 病院은 各己 自己의 管理組織을 保有하고 있지만 直接型과 같이 어떤 地域全體를 一括하는 統制機構를 保有하는 일은 極히 드물다.

外来診療에 있어서는 더우기 顕著하고 間接型과 같이 많은 独立된 各各의 떨어져 있는 医院이 아니고 組織된 小数의 〃센터〃에 医師 및 다른 医療職員이 일하고 있다.

直接型의 職員의 報酬支払方法은 一般的으로 月給制이며 勤務時間의 価値에 따라 定해진다. 이 月給의 決定方法은 熟練, 教育, 経験, 経験年数, 責任의 各 標準에 의하여 定해진다. 이 方法에 따

라 同僚 또는 上級者가 承認하므로 患者의 人気에 따르는 것과는 달라서 誠実하게 일을 한다. 高所得은 数量을 채우기 위한 것이 아니고 技術的 標準에 따라 行해지는 質的인 診療에 대한 것이 된다. 事実 診療를 行한 各 行為에 따라서 報酬가 支払되든가 協力한 各人에게 支払되든가 하는 것이 아닌 경우에는 모두가 組織的 機能的으로 調和된 組織全體의 協力에 의하여 各 医療가 行해지도록 된다 直接型에 있어서는 職員은 常勤制와 非常勤制가 있을 수 있다.

直接型은 勿論 歯科, 投薬, 家庭看護 등에도 適用될 수 있다. 事実 医師의 診療와 其他 医療関係의 業務와의 綜合化는 間接型의 경우 보다 強力하게 할 수 있다. 薬局이나 歯科가 保健所나 総合診療所의 一部가 되어 職員으로서 相互 密接한 連繫를 保持하게 되고 患者의 全需要를 그 곳에서 充足시킬 수 있게 된다.

直接型의 全医療組織은 従来의 方法에 의하여 財政的으로 뒷받침되는 社会保険制度에 適用시킬 수 있다.

第1節에서 言及된 바 있는 社会保障을 広義로 解釈할 경우의 機構 말하자면 中央의 保健省에서 運営하고 一般行政費로서 調達되는 경우의 機構에 있어서도 그와같은 組織이 存在한다. 어떤 나라들에 있어서는 社会保険機構의 被保険者에 대한 給与를 社会保険関係의 医療機関이 아니고 直接型의 医療機構에서 이미 運営되고 있는 保健省과 連繫하여 行하고 있다.

이 綜合化는 経済的으로 큰 利益이 있고 또한 保健〃서어비스〃의

目的遂行을 能率化한다.

이와같이 하여 医療組織의 直接類型에는 実際로는 두가지 類型이 있다. 하나는 社会保障機構 自身의 運営下에 있는 것과 保健省이 그것을 引受하는 것이 그것이다.

어쨌든 間接型과는 明確하게 区別되는 것이다.

3) 研究対象의 各国 実態

이 研究의 対象이 된 8個国은 前節에서 概説한 모든 医療型 各各의 型을 보여준다. 本節에 있어서는 各国에 관하여 各己 그들의 医療機構를 総覧하는데 그치기로 한다.

그리고 社会保障制度下에 행해지는 特殊한 構造에 대하여는 다음 後節에서 詳細하게 検討한다.

이 概要는 前述한 8個国의 調査書를 参考한 것이다.

① "벨지엄" (Belgium)

이 欧州의 工業国에 있어서는 医療의 全構成이 間接型에 의하여 医療機構로서 運営되고 있다. 国民의 大部分은 法律에 의하여 地域共済組合에 加入되어 있다.

그래서 이들 組合은 傷病保険全国機関 (National Institute for Sickness and Invalidity Insurance) 이 社会保険料라는 形式으로 모든 돈을 받아들인다. 給与는 包括的이다. 被保険者는 一般医든 専門医든 어떤 開業医든간에 自由로이 選択할 수 있다. 診療報酬는 分擔払方法으로 公定診療報酬表의 報酬의 25%를 患者가

負擔하고 共済組合이 75%를 負擔한다. 歯科診療나 開業薬局에서의 処方薬의 支払도 같은 方法에 의한다.

病院에 入院하는 경우에는 患者負擔은 없고 地域共済組合이 病院과 協定한 日額入院料에 따라 病院에 支払한다. 患者는 病院選択이 自由로우며 勤務医에 의한 "크로즈트 스탭"(Closed Staff)의 病院도 利用할 수 있지만 開業専門医가 主治医로서 診療하는 病院에 가는 일이 많다.

病院의 経営主體는 民間의 것도 있고 地方行政機関의 것도 있다.

全體系로서는 医師나 医療機関의 地域的 自律性을 尊重하고 医師患者関係의 秘密性을 尊重한다.

共済組合은 宗教団體나 政治性格에 따라 聯合하지만 国家의 公衆衛生行政機構와의 連繫는 적다.

② 独逸聯邦共和国(Federal Republic of Germany)

医療組織의 間接型의 또하나의 型은 19世紀에 社会保険을 創始한 이 欧州의 大工業国에서 볼 수 있다. 人口의 約 87%가 国家의 法律과 道県의 政令에 의하여 規定된 地域疾病保険基金에 強制加入케 하고 있다.

一般医治療는 「自由選択」의 原則에 의하여 받게 되고 患者의 一部負擔은 없다. 専門医는 普通 一般医의 紹介에 의한다.

医師의 報酬는 医師会協定의 診療行為別制에 따라 患者가 加入되고 있는 地域의 疾病基金으로부터 支払된다.

歯科診療와 処方箋에 의한 薬剤投与도 같은 方式에 의하지만 各

処方箋의 費用의 一部는 患者가 負擔한다.

病院의 経営은 大概 地区行政機関에서 行해지고 勤務医를 保有하고 있다.

全制度의 運用에 관한 法規는 좀 複雑하며 疾病基金의 給与는 被保険者의 職業種(工業労動者, 農民, 鉱山労動者 公務員등)에 따라 特別한 것이 있다.

疾病基金과 公衆衛生行政機関과의 사이에는 거의 関係가 없다.

医療의 質과 診療行為의 費用의 調整은 州段階의 各種 統計를 利用하여 행해진다.

③ "카나다" (Canada)

北"아메리카"의 工業国이지만 住民이 稀薄한 이 나라는 거의 全国民을 包含하고 一般病院医療에 의한 国家의 社会保障制度가 存在한다. 이 財政은 어떤 種類의 税制에 의하여 必要한 財源을 政府가 徵収하여 그것을 各州에 分配하도록 되어 있다.

各 病院의 経営은 間接型의 自律性에 의한다. 病院医療는 国家 및 州의 最低標準으로 協定되어 있지만 이 中에는 医師 自身의 報酬(但, 病院勤務의 病理医나 放射線医는 除外)는 普通 包含되지 않는다.

그러나 몇個의 州에서는 医師의 診療(入院 外来包含)만을 対象으로 別個의 保険機構가 存在하고 이中에도 "사스카츄원" (Saskatchewan)에서의 此種 保険은 全住民을 対象으로 하고 있다. "사스카츄원"機構에서는 医師의 自由選択과 診療行為別支払

方式이 原則이지만, 專門医가 一般医로부터 紹介된 患者의 경우에는 그 報酬는 標準보다 높다.

病院保険機構는 国家의 公衆衛生行政機関(保健, 厚生省)에 의하여 管理되고 州의 極히 一部에서는 衛生局이 病院保険行政을 管掌하고 있는데도 있으나 大部分은 州마다 別個의 委託機関이 取扱하고 있다.

病院은 州의 機関으로부터 支払되지만 一部는 患者 1人 1日当의 費用으로부터 計算된 것이고 主要部分은 그 年間의 運営費의 一定経費를 基礎로 計算되는 方式에 따라 支払된다.

④ 英 国(United Kingdom)

이 人口稠密한 工業国을 研究対象으로 選択한 理由는 지금까지와 같이 受益者도 給与도 制限된 社会保険보다 더 進化되고 広範한 給与를 全国民에게 提供하는 国営医療(National Health Service)라는 것을 提示하기 위함이다.

一般医診療는 人頭制支払方式에 따르는 間接型을 援用하고 있다. 歯科診療, 眼鏡師 薬剤投薬도 間接型이지만 이들은 行為別支払方式이며 患者의 一部負擔이 있다.

専門医診療와 病院医療는 直接型이다.

이 機構는 保健省에 従属하는 세개의 平列의 全国을 包括하는 管理組織이 存在한다. 外来診療, 家庭看護 및 地域社会의 全 豫防活動은 地域公衆衛生의 行政機関의 責任이다.

地域執行委員会(Local Executive Councils)의 全国網이 一般

医，歯科医，眼鏡과 薬剤의 〃서어비스〃의 責任을 진다.

直接型을 取하고 있는 病院과 専門医 〃서어비스〃는 그보다 数가 적은(14個) 地方病院理事会(Regional Hospital Board)에 의하여 運営되고 各 地方의 一般病院이나 専門病院등 全病院의 建設과 経営에 대하여 넓은 権限을 가지고 있다.

그런나 大学과 連繋되는 教育病院은 〃잉글랜드〃(England)와 웨일즈〃(Wales)에서 別個의 理事会(Board of Governors)를 갖고 있다. 極히 一部의 人口는 国営医療外의 私的患者로서 主로 専門医의 診療를 받는 경우도 있으나 大部分의 国民은 모든 健康上의 需要를 이 機構안에서 充足시키고 있다.

⑤ 〃에쿠아돌〃(Ecuador)

이 開発途上의 〃라틴아메리카〃의 나라는 国民의 小部分에게 医療를 提供하는 社会保障制度를 만들었다. 人口의 約 5%에 該当되는 工業関係労動者가 直接型의 医療를 받고 있고 外来도 入院도 社会福止廳(National Social Welfare Institute)의 組織化된 直営施設에서 提供된다. 一般医와 専門医의 全員이 〃파트타임〃이나 〃풀타임〃으로써 俸給을 받으면서 〃헬스센터〃 또는 보다 큰 綜合診療所 및 病院으로 組織된 網속에서 일하고 있다. 薬剤는 이들의 施設에 附属된 薬局에서 投薬된다.

医療의 質과 費用은 이 制度안에서 統制된다. 이 制度는 社会福祉廳의 監理下에 있고, 衛生局으로 부터는 完全하게 分離되어 있다. 그러나 豫防活動이나 一部의 農村地帯에 있는 〃헬스센터〃의

運営에 있어서는 어느 程度의 連繫가 이루어지고 있다. 이 나라의 保健関係의 職員과 施設의 充足은 낮지만 社会保障機構에 의한 給与에 관하여는 対象外의 国民보다는 그 資源의 比率이 大端히 크다.

⑥ 〃인디아〃 (India)

이 〃아시아〃의 開発途上의 大国은 5億의 人口中 千3百萬人이 社会保障機構의 恩惠를 받게끔 되었다.

医師의 診療는 一部의 大都市에서는 人頭制支払方法의 間接型에 의하고 그外의 地方에서는 勤務医에 의한 直接型에 따라 이루어지고 있다. 이것은 또한 薬剤投与의 경우에도 마찬가지다. 그러나 直接型의 地域에 있어서는 이 機構를 管理하고 있는 勤労者国民保険団體 (Employeés State Insurance Corporation = E.S.I.C) 는 医師등의 従事者를 直接雇傭하지 않고 一種의 市民〃서어비스〃로서 雇傭하고 있는 各州公衆衛生機関과 契約하고 있다.

病院도 또한 直接型과 間接型의 両者가 있다. 이 型의 地域은 반드시 一般医診療의 型에 対応하여야 할 必要는 없다. 直接型의 病院地域에 있어서는 E.S.I.C가 直営의 病院을 建設하고 그리고 運営한다. 그리고 그 外의 地域에 있어서는 既存의 公立病院에 病床을 確保하여 月計算에 따라 医療費를 支払한다. 〃인디아〃와 같이 特히 貧困하고, 圧倒的으로 農村人口가 많고 또한 保健衛生従事者와 施設이 크게 不足되고 있는 나라에 있어서는, 이 두가지 組織型이 並列되어 運営된다는 것은 그 効果를 比較하는데 다시

없는 機会를 주는 것이라고 하겠다.

一般論으로서, 間接型 地域에 있어서 医療費와 医療의 質과를 実際에 있어서 統制하는 일은 보다 어렵다고 하겠다.

⑦ 〃튜니지아〃 (Tunisia)

北〃아프리카〃의 하나의 작은 開発途上国으로서 〃튜니지아〃는 独立을 하기 以前의 植民地時代에 행하여진 社会保障医療制度의 組織을 그 例로 보여준다.

一部의 公務員과 〃프랑스〃의 制度에 準하여 計劃되어져 있고 間接型 医療에 의하여 保障되어져 있었다.

1960年에 直接型의 組織을 利用한 機構가 人口의 14%에 相当하는 工場등 労動者와 그 家族을 위하여 始作되었다.

그러나 直営의 施設을 建設하고 職員을 使用하는 일보다는 오히려 政府社会保障基金(National Social Security Fund)은 包括的 医療(Comprehensive Seruices)를 提供하기 위하여 公衆衛生事務局과 全面的으로 손을 잡기에 이르렀다.

이 包括的 医療는 公衆衛生当局의 病院과 〃헬스센터〃의 地域網을 通해 行해지고 있다.

医師는 病院에 있어서는 通常勤務医이고 外来機関에서는 非常勤務医이다. 〃튜니지아〃의 全保健衛生従事者는 아직도 크게 制限되고 있기는 하나, 上術의 綜合的 接近은 保障対象의 国民을 위하여 어떤 社会保障機構를 適用하는 限에 있어서 그 나라의 全保健制度를 強化시키는 効果를 갖는다고 하겠다.

이 社会保障機構下에서 保障되는 사람들은 当然히 国立機関을 먼저 利用하게 되지만 다른 国民도 같이 그 医療機関에 의하여 恵沢을 받게 된다.

⑧ 〃폴랜드〃 (Poland)

이 東欧羅巴의 国家는 完全한 社会主義의 나라에 있어서 그 方法의 代表的인 例를 보여 주는 것이며 第二次 世界大戦으로 徹底하게 破壞된 後에 医療制度가 再編되고 1946 ~ 56年의 사이에 그것이 새로히 마련되었다. 戦前에는 社会保障의 対象은 一部의 産業労動者에 限定되어 있었으나 現在는 全人口의 70%로 拡大되고 全保健〃서어비스〃는 厚生長官責任下의 直接型으로 転換되었다.

各道 地方, 地区의 病院 및 〃헬스센터〃의 統一된 全国網이 運営되고 있다. 그리고 모든 豫防과 治療가 하나로 統合된 職員에 의하여 供与되고 있다.

学校에서는 児童을 위한 特殊診療所 工場에는 労動者를 위한 診療所가 存在한다. 被保障者는 모든 外来와 病院入院医療를 無料로 받을 수 있다. 그러나 薬剤의 一部負擔이 있다. 그리고 保険対象外 国民은 같은 施設에서 医療를 받을 수 있으나 豫算額의 50%를 支払하여야 한다.

모든 医師 및 그 外 保健関係従事者는 俸給制이다.

医師의 一日의 勤務時間은 7時間이며 그 後에는 私的診療가 許容되어 있다.

中央保険委員会 (Central Insurance Board) 와 厚生省은 財政的的으로 各各 独立되어 있다. 厚生省은 国内의 全 保健事業의 責任을 질 뿐만 아니라 医学校 및 기타의 教育과 研究機関을 監督하는 責任을 지고 있다.

以上 極히 簡略하게 概述하여 왔지만 本 研究의 対象으로 한 8 個国間에 存在하는 医療組織型의 基本的 相違에 관하여는 充分히 理解되리라고 본다.

簡単하게 〃스켓치〃한 굵은 輪廓内에는 많은 変種도 있고 例外도 있다. 一国의 医療制度에 관하여도 어느 程度 簡略化하려 했는데 그것을 8 個国에 관하여 概説한 것이다. 勿論 各国은 一部의 国民에게, 一部의 地方에 또는 어떤 疾病에 관하여는 特別한 制度를 保有하고 있다. 그러나 우리들이 理知的으로 計劃하려면 医療의 各種의 接近에 의하여 얻은 結果를 比較하기 위하여는 이 問題의 複雑性이란 점에서 어떤 種類의 分類와 分析이 必要하다. 그래서 이와같은 分類基準을 考慮하지 않으면 안된다.

4) 各種医療形態의 評価

評価를 위하여는 客観的 比較가 必要하다. 이와같은 比較에 의하여서만 어느 制度가 一定의 条件下에서 그리고 一定의 標準에 따라 다른 것보다 「낫다」라고 結論지을 수가 있다.

臨床医学者는 어느 薬剤가 다른 것 보다 낫다, 또한 어떤 外科手術方法이 다른 것보다 낫다 라고 判断하는 것은 그들 두 方法

에 따라 治療된 治療効果率의 比較에 의하는 것이다.

医療社会学的 研究는 더 어렵다. 그 말은 二次的 価値가 大端히 많고 어느 것을 標準으로 삼을 것인가를 정하는 것이 어렵다. 그러나 基本的인 研究方法論은 同一하며 어떤 基準이던간에 하나의 制度에서 얻어진 成功을 判断하기 위하여 主張할 수 있는 것이다.

이와같이 基準을 나타내는 資料를 얻는 일은 어려울런지 모르지만 몇개의 測定方法에 示唆할 수도 있고 그 어느 것에 따라 比較할 수 있는 情報가 存在할 수도 있다고 본다.

① 医療의 提供量

어떤 機構下에서 提供되고 있는 各種의 医療의 量은 計量可能할 것이다. 어느 一定期間의 人口比率로서 計数化하는데 따라 (例컨데 年間 被保険者 千人当 診療回数) 医療制度안에서 比較가 可能하다.

이와같은 計量은 医療의 種類 —診療, 投薬, 歯科診療, 入院등—에 따라 集計 可能하다. 다만 이 統計가 比較되는 때 特히 注意해야 하는 일은 比較国의 人口構成을 同一한 것으로 修正하여 行하여야 한다.

疾病의 生物学的 条件은 —医療制度와는 関係없이 —年齢階層別로 明確하게 相違하고 또 物理的 社会的 環境등의 相違에 따라 달라진다. 따라서 比較할 때에는 이들을 修正한 後에 医療型의 比較를 行하여야 한다.

더우기 이들 変動을 모두 修正하였다고 하더라도 簡単하게 結論

지을 수도 없다. 어떤 種目에서는 오히려 反対의 意味도 된다. 例를 들면 評価에 疑問이 있는 手術(子宮懸垂術이라든가 扁桃腺切除術등의 件数率) 따위이다.

그러나 一般的으로 医療의 量率은 適切한 解釈아래에서 比較評価의 価値가 있다. 特히 開発途上国에 있어서는 近代医療가 不足되고 있기 때문에 患者와 医師와의 接触率이 높다는 것은 一般的로 〃프러스〃現象이라 하겠다.

② 医療의 質

医療의 量의 크기는 또한 質을 反映하는 것으로서 어떤 種類의 医療는 皆無보다는 있는 것이 나은 때가 있다. 그러나 医療의 質을 보다 正確한 方法으로 計量하는 일은 어떤 診療行為가 医科学이 보여 주는 것과 完全하게 一致한다는 性格의 것이어야 하고, 이러한 計量은 数量的으로 表現할 수도 있을 것이다. 質의 判定의 方法에는 많은 것이 있으나 普通은 専門知識을 지니는 専門家의 鑑別에 따른다.

医療의 質은 段階的 技術水準에 따라 計量한다. 詳細한 것은 別節(第15章)에서 論述한다. 例컨대 内科의 専門医는 一般医보다는 内科領域에 있어서 보다 高質의 診療를 행할 수 있다고 推定한다. 検査室이나 X線設備利用은 一般的인 것 보다는 正確한 診断이 얻기 쉽다고 생각된다. 勿論 窮極의 問題는 患者의 恢復이겠으나 여러가지 因果連鎖의 안에서 무엇이 優先하여 이 恢復을 可能하게 引導했는가를 推測할 수 있을 것이다.

③ 医療의 個人性

医療는 信頼関係의 行為이며 患者 個人의 真実한 欲求需要를 充足시키는 것이라는 것이 重要하다. 어떤 疾病이 한쪽에서는 治療不能이라고 証明되면서도 다른 한쪽으로는 闘病과 自然의 힘에 의하여 克服되는 수가 있다. 어쨌든간에 患者의 感情이 重要한데 例컨대 患者가 感謝하는 制度로서 診療를 받기 위하여는 長時間에 不安한 気分으로 기다리게 하지 않는 것이 중요하며 医師는 患者의 人間으로서의 尊敬을 尊重하는 것, 그리고 入院中에는 患者의 어느 程度의 個人的인 自由를 認定하는 것등이 중요하다고 하겠다.

④ 患者의 態度

前述의 情報가 얻기 쉬운가 아닌가에도 不拘하고 医療의 "시스템"(制度, 慣行)에 대한 患者의 態度에 관하여 資料가 蒐集되어야 한다.

여기에는 調査費가 드는 「患者意見調査」 方法이라든가 入院後 또는 그外 診療後의 患者의 反応에 관하여 患者에게 直接 듣는 方法등이 있다.

또한 現在 特히 가지고 있는 不満의 分析에 의하여 態度를 計量할 수도 있다.

그러나 환자의 好不好間에 医療機構로서는 調整될 수 없는 여러가지 環境的 存在에 따라 그 態度가 影響을 받는다.

政治的 理由에 의하여 存在하는 社会保障制度는 그 提供되는 医療가 患者로 부터 歓迎되는 것으로도 되지만 또 그 反対의 경우

도 될 수 있다.

또한 患者의 態度라는 것은 医療의 質에 관하여 專門家의 判断에 반드시 対応하는 것은 아니다.

⑤ 医療従事者의 態度

医療機構의 有効性은 医師등 医療의 従事者의 마음으로 부터의 努力의 如何에 따라 左右된다. 그 組織에 대하여 敵意가 있으면 被保障者의 医療의 効果는 減退하는 結果가 된다.

따라서 그 制度의 成功性의 評価基準에는 医療従事者의 態度라는 것을 包含시키는 것이 重要하다.

患者의 態度가 마찬가지로 医療従事者의 態度를 調査하든가 不平의의 項目別에 따라 確認할 必要가 있다. 그러나 때때로 従事者가 그 機構를 運営하는 中央機関과의 사이의 管理関係에서 그 協力 또는 非協力의 態度가 明確해지게 된다.

特히 医師들은 世界의 어디서든지 自身들의 專門職業의 独立性을 極度로 主張하는 傾向이 있으며 또한 医師의 行動을 制約하는 組織에 대하여는 심심치 않게 反対闘争을 일으키고 그 制約이 可及的 널리 医学의 水準을 容認하려는 改善되는 利益이 明確한 경우에도 그 束縛에 抵抗하는 傾向이 있다.

이와같은 制約은 間接型과 直接型의 어느 쪽에도 施行된다.

그러나 直接型에서는 本来 이미 制約的이므로 間接型의 경우의 쪽이 보다 反抗的이다. 이 말은 医師의 診療가 独立的인 것으로서 現実的으로 制約의 慣習이 보다 적기 때문이다. 그렇지만

어느쪽 型에서도 制度의 医療従事者의 態度라는 것은 重要한 評価基準의 하나라 본다.

⑥ 医療와 그 診療圏

医療의 量(第1의 規準)에 関聯하여 어떤 医療機構가 미치는 対象住民의 地域의 範囲問題가 있다.

이 基準은 特히 開発途上国에 있어서는 重要하다.

떨어진(隔離) 農耕地域의 住民에게 医療를 普及시키는데 있어 어떤 制度는 다른 것 보다 有効하다.

社会保障機構에 의하여 医療를 받게 되는 全人口에 대한 医療提供率은 높으나 各種의 医療受容 쪽의 地域에 따라 대단히 不均衡이라고 할 때가 있다.

都市住民은 12分의 医療를 享受하는데도 不拘하고 農山村의 住民은 頻死状態의 경우 以外에는 医療의 〃惠沢〃을 받지 못할 때가 많다.

⑦ 医 療 費

費用에 관한 考察은 또한 하나의 重要한 基準이다. 無限한 財源을 갖는 나라는 없다. 그리고 特定의 目的에 支出되는 豫算은 다른 目的에는 使用될 수 없다. 萬一 豫算이 医療機構에 浪費된다면 다른 社会的 目的은 到達할 수 없을 것이다.

거의 모든 医療機構는 그를 위해 利用될 수 있는 基金에는 厳格한 限度가 定하여져 있고, 그 機構外의 힘에 의하여 決定되어지는 社会保障制度内의 各種 需要와의 競争 기타 政策上의 豫算要求,

財政上의 総限度등의 条件에 따라 決定된다.

따라서 実際 問題는 어느 만큼의 量과 質의 医療가 주어진 豫算内에서 確保될 수 있는가 하는 것이다. 医療組織의 型의 選択에 따라 크게 다른 答이 나올 것이다.

単位原価가 最底의 医療에 있어서는 最高의 医療를 提供할 수는 없다. 때로는 将来의 発展을 長期展望하는 것에 따라 短期에 十分 医療費를 使用하는 수도 있다.

医療機構를 発足시키고 進展을 可能케 하기 위하여는 医師会등에 有利한 条件을 留保하는 必要에서 어느 程度 過剰支出을 認定하지 않을 수 없을지도 모른다.

이와같은 考慮의 評価는 「費用, 受益分析」(Cost-Benefit Analysis)으로 어느 医療機構에서도 豫算의 概算 또는 将来計劃으로서 행하지 않으면 안된다.

給与型의 如何에도 不問하고, 그 原価는 各 組織의 型에 따라 計算되고 比較될 수 있다.

⑧ 国民保健状態의 結果

最後의 計量規準 即 하나의 理想이라고 하는 것은 国民의 生命의 確保와 健康恢復의 件数에 나타나는 医療機構의 成果이다. 勿論 死亡率과 傷病率은 診断된 各 疾病別, 年齢別, 性別, 社会階層別 기타 医療上 보다는 健康上에 影響미치는 그 外의 各 条件마다에서 補正되어져야 한다.

그러나 이와같은 計量을 어떤 医療機構下의 人口에 대하여 얻는

다는 것은 유감스런운 일이지만 어려운 일이다. 必要하고 正確한 統計学的 人口動態統計를 얻는 일은 簡単하지 않다.

어떤 特定疾病分類(例컨대 어떤 種類의 癌)에 관하여 死亡率을 比較計算할 수 있다 하드라도 그 対象의 二個国間의 疾病像이 同一한가 어떤가를 認定하기가 어려울 것이다.

小児死亡率은 相違되는 2個의 医療機構에서 受療된 人口数로서 比較가 可能할 것이지만 二個国内의 小児의 保健環境의 影響의 相違를 補正하기 위하여는 精密한 統計가 必要하다 된다.

따라서 上術한 것과 같이 医療機構의 成果에 관하여는 普通 概括的인 評価로서 満足하지 않을 수 없도록 되어 버린다.

그러나 바라건대 医療의 「最終生産性」(End-Products)의 統計的 評価는 事実의 集計技術로서 더욱 널리 利用되어 가고 있고 進歩하고 있다.

事実 上述의 各 基準을 利用하는 일은 一般的으로는 어렵다. 그 資料가 医療提供 그 自體에 있어서는 利用価値가 높다 하드라도 統計学的 修正에 必要한 많은 副次的 要因과 얻어진 "데이타"와의 断絶이 存在한다. 더우기 例컨대 検査 또는 薬剤処方과 같은 簡単한 項目에서도 그 定義가 다른 医療機構間에서는 一定하지 않다.

따라서 後節에서 論述되述되는 各国의 医療制度의 実際를 比較하면 情報提供者의 意見에 따라 그대로의 "데이타" 나름대로 活用하는 수 밖에 없다.

長期保健医療計劃에서 가장 明白한 問題는 医療組織을 間接型으로 하느냐, 直接型으로 하느냐의 選択에 있다. 그러나 이와같이 考慮하는 〃데이타〃의 比較의 大部分은 여러種類의 나라에서 施行되고 있는 두가지 相違되는 制度의 運用에 利用할 수 있다. 同一国内에서 이 두型이 施行되어 그 情報가 얻어지고 있는 경우 이것들은 特히 価値가 있다.

또한 注目할 일은 다른 医療의 部分形式이 相違되는 医療組織型에 때때로 利用되고 있는 일이라 하겠다. 때로는 英国과 같이 一般医診療는 間接型인데도 不拘하고 専門医診療는 直接型이다.

社会保障 全體의 機構内에서 病院医療가 어떤 地方에서는 間接型이지만 다른 地域에서는 直接型이라는 〃라틴 아메리카〃의 나라와 같은 例도 있다.

組織의 形式이 独逸共和国과 같이 職業의 相違에 따라 다르고, 直接型은 鉱夫에게 間接型은 기타 職種에 適用되고 있다.

〃카나다〃와 같이 相当数의 州에 있어서 現実的으로 相違한 医療機構가 存在하는데 이런 나라를 普編的으로 論하여서는 実際와 틀리게 된다.

따라서 次節以下에서는 이와같이 서로 다른 各国마다의 것이라기보다는 医療組織의 各型의 運営에 重点을 두고 論하여 갈 것이다.

本研究対象으로 8個国이 選択되었으나 그것은 組織의 各 型을 代表하는 때문이기는 하지만 그들나름대로 各国이 그 型을 採用한 것은 이 理論的인 型의 運営 結果로서 影響을 미치고 있다.

그리고 그 結果를 評価할 때에 이 事実은 無視하지 못할 것이다. (以下 略)