

醫療保險 財源調達에 관한 세미나 報告書

1989. 7. 18~19



韓國人口保健研究院

머 리 말

이 報告書는 1989年 7月 18~19日 이틀동안 서울스위스그랜드호텔에서 개최된 「醫療保險財源調達에 관한 세미나」 結果를 담고 있다.

이번 세미나는 우리의 오랜 念願이던 全國民醫療保險의 實施에 때 맞추어 이에 걸맞는 財源調達方案을 導出하기 위한 目的에서 마련되었다. 어떤 制度나 政策이건간에 그를 수행하기 위해서는 所要財源의 確保가 先決課題가 된다. 그런 意味에서 合理的인 醫療保險財源調達方案의 講究야말로 時急을 요하는 當面課題라 할 것이다.

이번 세미나의 또 하나의 目的은 이웃나라 日本의 醫療保險制度의 現況과 問題點을 철저히 파악하자는데 있었다. 다른 分野가 그렇듯이 醫療保險制度를 導入함에 있어서도 우리는 日本의 制度를 하나의 準據로 삼았으며, 그렇기 때문에 우리나라 醫療保險制度의 상당한 部分이 日本의 그것과 類似點을 지니고 있음은 잘 알려진 事實이다. 따라서 日本의 醫療保險制度가 걸어온 발자취를 되돌아보고, 社會・經濟的 發展過程에서提起된 問題點이 무엇이었으며 그를 어떻게 解決했는가 하는 經驗的 事實을 그들로부터 體得한다는 것은 그들이 범한 誤謬를 우리가 되풀이하지 않는다는 뜻에서 대단히 有益한 일이 될 것이다.

이 세미나의 重要性을 感知하여서인지 醫療保險 專門家와 實務者는 물론 各界各層의 열성적인 參與가 있었다. 세미나 參加者 여러분께 심심한 謝意를 표한다. 특히 日本의 貴重한 經驗을 誠心誠意껏 辟력한 日本側 參加者の 勞苦에 敬意를 표함과 동시에, 세미나가 可能

하도록 物心兩面의 支援을 베푼 保健社會部長官 이하 當局者 그리고
醫療保險聯合會와 醫療保險公團側에 感謝한다.

끝으로 세미나의 組織, 準備, 進行 및 報告書 發刊에 수고를 아끼
지 않은 研究院 關係者에게 感謝한다.

1989. 9.

韓國人口保健研究院
院長 池 達 顯

目 次

主題發表 및 討論

I. 醫療保險制度 概要	1
1. 日本醫療保險制度의 概要	1
2. 全國民醫療保險의 現況과 課題	14
3. 討 論	36
II. 醫療保險財源調達 現況 및 問題點	43
1. 日本國民健康保險의 現況	43
2. 日本被傭者保險의 現況	57
3. 全國民醫療保險財源調達の 政策方向	69
4. 討 論	95
III. 醫療保險財政 安定化 對策	107
1. 日本醫療保險에 있어서의 醫療費算定 및 抑制策	107
2. 日本의 大學病院과 醫療費	141
3. 韓國의 保險醫療費 및 財政安定化 對策	180
4. 討 論	213
IV. 老人保健制度	223
1. 日本老人保健制度의 現況	223
2. 日本老人醫療의 動向	234
3. 討 論	253

〔 附 錄 〕

1. 開 會 辭	263
2. 人 事	265
3. 激 勵 辭	267
4. 祝 辭	270
5. 프 로 그 램	273
6. 參席者名單	277

I. [主題 1] 醫療保險制度的 概要

1. 日本 醫療保險制度的 概要

大 塚 義 治
(日本厚生省國民健康保險課長)

1) 醫療保險制度的 歷史

日本の 醫療保險制度는 1922 年の 健康保險法の 制定에서 시작되나 그 후의 社會經濟의 進展變化와 더불어 계속 改正되어 現在에 이르고 있다.

(主要經緯)

1922 健康保險法の 制定 : 被用者를 對象으로 하는 醫療保險의 開始

1938 國民健康保險法の 制定 : 農林漁業者, 自營業者等을 對象으로 하는 醫療保險의 開始

1961 國民皆保險達成 : 國民全部가 어떤 종류던지의 醫療保險에 加入하는 구조 實現

1973 * 老人醫療費支給制度實施 : 70 歲以上者の 醫療費負擔 無料化

* 各年代를 거쳐 給與率의 引上登의 給與改善이 이루어진다.

1981 老人保健法制定 (Ⅳ 老人保健制度項 參照)

1984 醫療保險制度全般에 걸친 改革實施

2) 醫療保險制度의 種類

(1) 醫療保險制度의 種類

日本의 醫療保險制度는 法律別로 보면 5 種類(健康保險, 船員保險, 3 種의 共濟)의 被用者保險(職域保險)과 하나의 地域保險 및 이들의 制度를 基礎로하는 特別한 制度의 老人保健制度로 構成되어 있다.(表 I-1-1)

(2) 各 制度의 對象과 加入者數

各 制度의 對象과 加入者數는 表 I-1-1 과 같다.

制度別에서는 國民健康保險(地域保險)이 最大規模로 加入者는 約 4,500 萬人.(保險者數 3,429)

(3) 保險給與

① 醫療給與

(a) 給與率 1 個月單位로 算定되는 醫療費에 있어서 다음 率에 따라 保險給與가 이루어진다.(表 I-1-2)

患者는 自己負擔分을 醫療機關에 支拂하고 保險給與에 相當하는 額은 支拂機關에서 直接 醫療機關으로 支拂된다.

- 被用者保險 被用者本人 90%(自己負擔 10%)
家族
入院 80%(自己負擔 20%)

外來 70 % (自己負擔 30 %)

- 地域保險 70 % (自己負擔 30 %)

老人保健 患者負擔은 定額의 一部負擔은

(b) 高額療養費

自己負擔額에 限度를 두고 1 個月간의 自己負擔이 一定額以上이 될경우는 그 超過額全額을 保險에서 給與(償還拂)

(表I-1-2)

② 其他給與

傷病手當金(被用者保險은), 出產手當, 育兒手當등

3) 保險料 및 國庫補助의 現況

(1) 保險料의 構造 및 水準

①被用者保險의 保險料는 各 保險者別로 保險料率을 定하나 基本的으로는 被保險者의 報酬에 比例하며, 原則으로 事業者와 被保險者가 2 分の 1 씩 負擔한다.(表I-1-3)

②地域保險의 保險料는 世帶마다 均等한 額, 世帶員數에 應한 額, 所得이나 資産에 應한 額을 合하여 算定하나 그 比率이나 水準은 保險者에 따라 定한다.(Ⅱ 國民健康保險項 參照)

(2) 國庫補助

國民健康保險(地域保險)에 있어서는 保險給與費의 50 %, 政府管掌健康保險에 있어서는 給與費의 16.4 %, 老人保健에 있어서는

給與費 20 %의 國庫補助로 되어있고 1989 年度 豫算에 있어서
의 이들 國庫補助의 合計는 約 4 兆 1000 億円이다.

醫療保險에 대한 國庫補助의 現況은 表 I-1-3 에서 表 I-1-5 와
같다.

4) 國民醫療費 動向

(1) 國民醫療費 增加

國民醫療費의 總額인 國民醫療費의 動向은 表 I-1-6 과 같다.

國民醫療費는 國民皆保險制度가 達成된 1960 年頃부터 1978 年度
까지는 두자리數의 大幅的인 伸張을 나타냈으나 1979 年度 부터
伸張率은 한자리數의 伸張이 되고있다.

近年에는 1983 年度, 및 1984 年度를 除外하고는 每年約 1 兆円
의 增加로 되어있고 1989 年度에는 約 20 兆円에 達할것으로 예
상되고 있다.

(2) 國民醫療費와 國民所得

國民醫療費의 伸張을 國民所得의 伸張과 比較하면 近年에는
1983 年度에서 1985 年度の 3 年間과 1988 年度(推定)를 除外
하고는 國民醫療費의 伸張이 上回하고 있고 1989 年度에 있어서
는 國民醫療費의 對國民所得比는 6.58 %로 예상되고 있다. (表
I-1-6)

政府로서는 國民의 醫療費負擔이 增大되지 않도록 하기 위하여

中・長期的으로는 國民醫療費의 伸張을 國民所得의 伸張의 範圍
內로 할것을 政策目標로 하고 있다.

5) 醫療從事者の 狀況 및 醫療施設

(1) 醫療關係者

醫師, 齒科醫師, 藥劑師, 看護士등의 醫療關係者の 狀況은 表 I -
1-7 과 같다.

醫師, 齒科醫師에 있어서는 現狀대로 推移하면 점차로 過剩하게
될것이 예상되므로 將來의 受給을 檢討하여 1995 年을 기해 醫
師의 新規追加를 最小限 10 %, 齒科醫師의 新規追加를 最小限
20 % 抑制해야 할것이라는 意見이 제시되고 있다.

看護職員에 있어서는 質의 改善과 數의 確保가 課題이며 要請
curriculum 의 改善, 看護職員 受給計劃의 策定등을 하고있다.

(2) 醫療施設

病院, 診療所 및 病床數의 狀況은 表 I-1-8 과 같다.

病床數에 있어서는 總量으로서는 大體로 必要한 水準에 達하고
있으나 地域的인 不均衡이 보인다. 이때문에 1985 年에 醫療法
이 改正되어 各 都道府縣에 있어서 地域醫療計劃을 作成하
고 病床過剩地域에서는 病床의 增加를 抑制하므로써 醫療資源의
地域的 偏在를 是正하여 效率的인 保健醫療 system 을 構築 하도

록 하고 있다. (圖 I-1-1)

6) 今後의 醫療保險制度的 課題

- (1) 人口의 高齡化進行에 따른 國民醫療費增加에 對하여 效率的인 醫療供給體제의 整備, 醫療費의 適正化 等に 의해 國民의 負擔이 過大하게 되지않도록 努力한다. (老人保健法 改定 등)
- (2) 被用者保險과 地域保險으로 되어있는 現行의 國民皆保險體제의 基本을 維持하면서 醫療保險 各 制度間의 給與와 負擔의 公平化를 段階的으로 推進한다.

〈 表 I-1-1 〉 醫療保險制度의 種類

制度의 種類			保 險 者	對 象 者 (加 入 者)	加入者數 (千名)
被 用 者 保 險	健康 保 險	政 府 管 掌	國 家	主로 中小企業의 被用者 및 그被扶養者	33,430
		組 合 管 掌	健康保險組合 1,800	主로 大企業의 被用者 및 그被扶養者	30,545
	船 員 保 險		國 家	船員 및 그被扶養者	506
	共 濟	國家公務員等	共濟組合 27	國家公務員 및 그被扶養者	12,147
		地方公務員等	〃 54	地方公務員 및 그被扶養者	
		私學教職員	〃 1	私立學校의 教員 및 그被 扶養者	
地 域 保 險	國 民 健 康 保 險		市町村 3,262	被用者保險의 加入者가 아 닌 者	41,560
			組 合 167		3,647
老 人 保 健			實施主體 市 町 村	醫療保險의 加入者로 原則 的으로 70 歲 以上 者	8,975

(1989 年 3 月 末)

〈 表 I-1-2 〉 保險 給與의 概要

制度의 種類		法 定 給 與 率				高 額 療 養 費	其 他
		入 院		外 來			
		本人	家族	本人	家族		
被 用 者 保 險	健 康 保 險	90 %	80 %	90 %	70 %	自己負擔額이 1 個月 57,000 円을 초과하는 경우에는 超過額 全額을 保險에서 支給 (償還拂) • 低所得者인 경우에는 1 個月 31,800 円을 超過하는 額을 全額支給 • 血友病 및 腎臟人工透析患者의 경우에는 1 個月 10,000 円을 超過하는 額을 全額支給	傷病手當金 出產手當金 分娩費 其 他
	船 員 保 險						
	共 濟						
地 域 保 險	國民健康保險	70 %					助產費 育兒手當金
老 人 保 健		1 日 400 円 (低所得者는 300 円) 만自己負擔		1 個月 800 円만 自己負擔			

〈表 I-1-3〉 保險料의 構造

制度의 種類			保 險 料			國 庫 補 助
			保 險 料 率	事 業 主 負 擔 比		
				被保險者	事 業 主	
被 用 者 保 險	健 康 保 險	政府管掌	8.3 % 보너스에 對한 特別保險料 1 %	50 %	50 %	保險給與費의 16.4 %
		組合管掌	8.137 % (全組合平均)	('87) 43 %	('87) 57 %	('89) 77.5 億円
	船 員 保 險		8.3 %	50 %	50 %	('89) 27 億円
	共 濟		5.28 % ~ 9.96 % (國家公務員 共濟 組合의 경우)	50 %	50 %	
地 域 保 險	國民健康保險 (市町村)		• 保險者에 따라 다름 • 1世帶當 平均 132,900 円	—		給與費의 50 %
老 人 保 健			—	—		費用負擔 國 2/10 縣 0.5/10 市町村 0.5/10 各醫療保險의 保險者 7/10

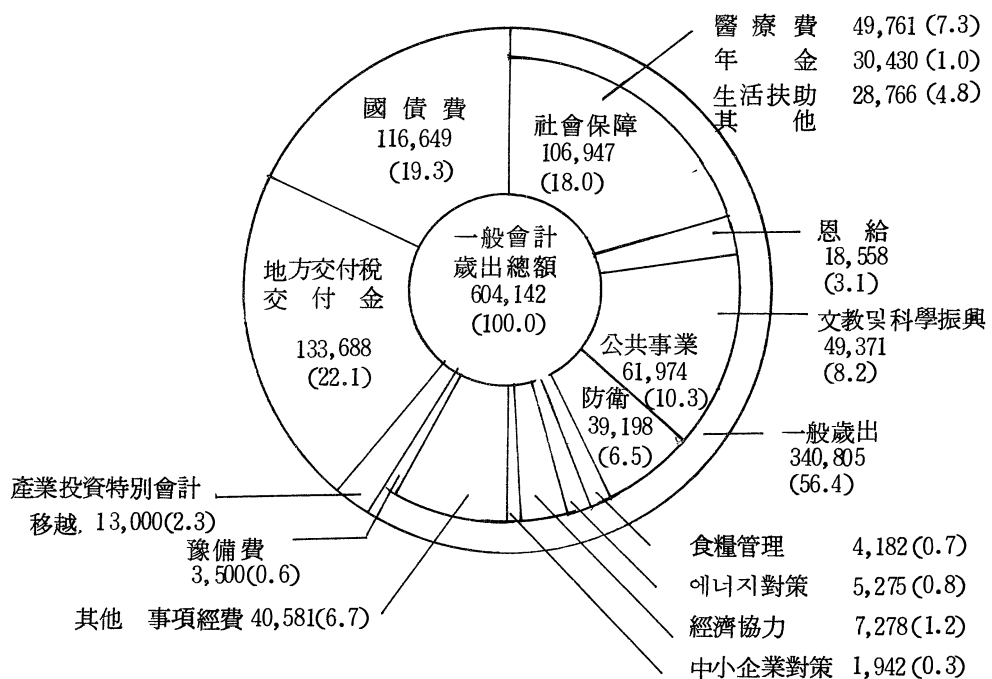
〈表 I-1-4〉 醫療保險給與費에 對한 國庫補助

(億 円)

區 分	1989 年度 豫算
醫 療 保 險	30,432
政 府 管 掌 健 康 保 險	6,242
健 康 保 險 組 合	78
船 員 保 險	30
國 民 健 康 保 險	24,082
老 人 醫 療 給 與 費	10,684
計	41,116

〈表 I-1-5〉 1989 年度의 政府一般會計豫算內譯

(單位 : 億 円 , %)



〈表 I-1-6〉 國民醫療費의 動向

	國民醫療費 (兆 円)	1 人 當 醫 療 費 (千円)	醫療費 對前年度 比(%)	國民所得 對前年度 比 (%)	醫療費 對國民所得 比 (%)
1975	6.48	57.9	20.4	10.2	5.22
1980	11.98	102.3	9.4	9.4	6.01
1981	12.87	109.2	7.4	4.4	6.18
1982	13.87	116.8	7.7	4.2	6.39
1983	14.54	121.7	4.9	5.2	6.38
1984	15.09	125.5	3.8	5.1	6.29
1985	16.02	132.3	6.1	6.1	6.29
1986	17.07	140.3	6.6	4.0	6.45
1987 豫 想	18.03	147.5	5.6	3.6	6.58
1988 推 計	18.89	154.0	4.8	5.4	6.54
1989 推 計	19.97	162.1	5.7	5.0	6.58

〈表 I-1-7〉醫療關係者 狀況

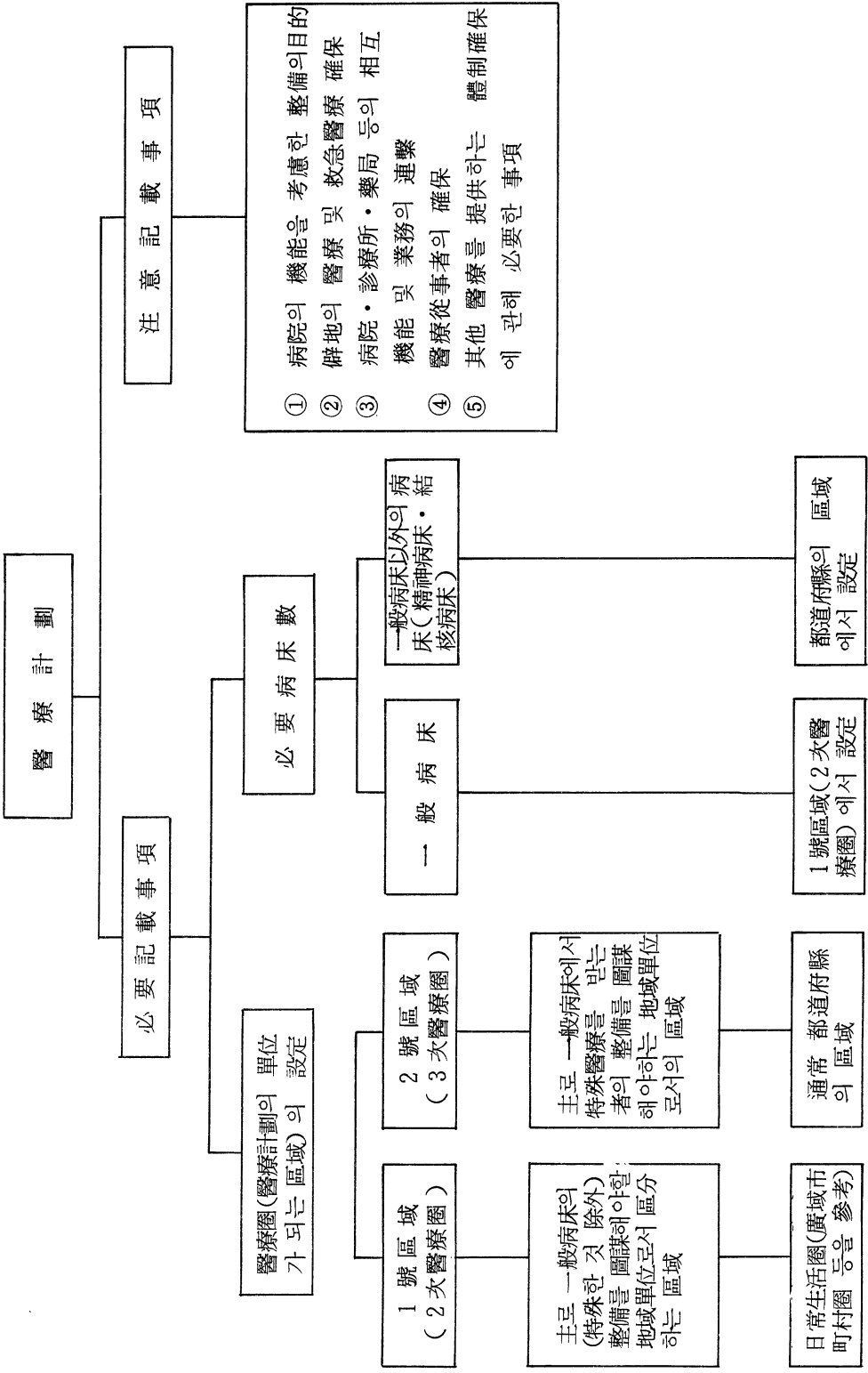
(1986 年 12 月 末)

	實 數	率 (人口 10 萬對)
醫 師	191,346 名	157.3 名
齒 科 醫 師	66,797	54.9
藥 劑 師	135,990	111.8
保 健 婦	22,050	18.1
助 產 婦	24,056	19.8
看 護 婦	639,936	526.0
齒 科 技 工 士	31,139	25.6
齒 科 衛 生 士	32,666	26.8

〈表 I-1-8〉醫療施設 狀況

	病 院						一 般 診 療 所	齒 科 診 療 所	藥 局
	總 數	精 神 病 院	結 核 療 養 所	癩 療 養 所	傳 染 病 院	一 般 病 院			
1965 年度	7,047	725	340	14	46	5,922	64,524	28,602	21,870
1970	7,974	896	160	14	35	6,809	68,997	29,911	24,055
1975	8,294	929	87	16	27	7,235	73,114	32,565	26,920
1980	9,055	977	39	16	20	8,003	77,611	38,834	31,346
1985	9,608	1,026	27	16	12	8,527	78,927	45,540	35,264
1986	9,699	1,035	22	16	13	8,613	79,369	47,174	35,783
1987	9,841	1,044	19	16	13	8,749	79,134	48,300	35,915

〈表 I-1-9〉醫療計劃 內容



2. 全國民醫療保險의 現況과 課題

鄭 敬 培

(韓國人口保健研究院 · 首席研究員)

1989 年 7 月 1 日부터 우리나라는 全國民에게 醫療保險의 우산을 카버 함으로서 社會保障制度의 가장 중요한 기둥 중에 하나를 세우게 되었다.

이를 계기로 하여 全國民 醫療保險이 안고 있는 問題點들을 파악하고 그에 대한 政策方向을 검토하기 위하여 醫療保險의 財源調達, 財政安定化方案, 醫療費抑制方案, 支拂審査制度, 管理運用機構, 醫療供給擴大, 醫療酬價의 適正化, 醫藥分業등에 대하여 검토하고자 한다.

1. 醫療保險適用現況

1987 년도말 현재 年度別 醫療保險 現況〈表 I-2-1〉을 보면 平均保險料率이 公務員·教員醫療保險이 4.60 %, 職場醫療保險이 3.51 %로 나타나고 있다.

公·教의 平均標準報酬 月額は 367,478 원으로 할때 年間 1 人當保險料는 196,872 이고, 職場의 平均標準報酬月額は 316,522 원이고, 年間 1 人當 保險料는 126,791 원으로서 公務員·教員 醫療保險料가 높게 나타난다.

이는 公務員・教員의 扶養率이 직장보다 훨씬 높게 나타난 것은 아직도 우리나라에서는 공무원과 교원이 사기업직장보다 더 안정된 직업으로 평가되고 있음을 나타내고 있으며, 그 결과 부모 및 현재의 부양이 근로자보다는 공무원이나 교원인 피보험자에게 더 많이 의존하고 있기 때문일 것이다.

年間 適用人口 1인당 보험료와 給與費의 비율을 보면 公・教의 경우 77.8%이고 직장의 경우 76.3%로서 양자 공히 급여비보다는 보험료를 많이 내고 있음을 알 수가 있다.

병원에 가서 진료를 받는 受診率에 있어서도 공무원・교원의료보험이 3.232로서 직장의료보험의 2.731보다 훨씬 수진율이 높게 나타나고 있다.

2. 醫療保險財政現況

1987년도 의료보험 수입은 職場醫療保險이 657,352百萬元이고 支出은 515,862百萬元으로서 적립금누계가 421,839百萬元이다. <表 I-2-2>

公務員・教員 의료보험은 230,594百萬元이고 支出은 175,346百萬元으로 累積積立金이 116,972百萬元이다.

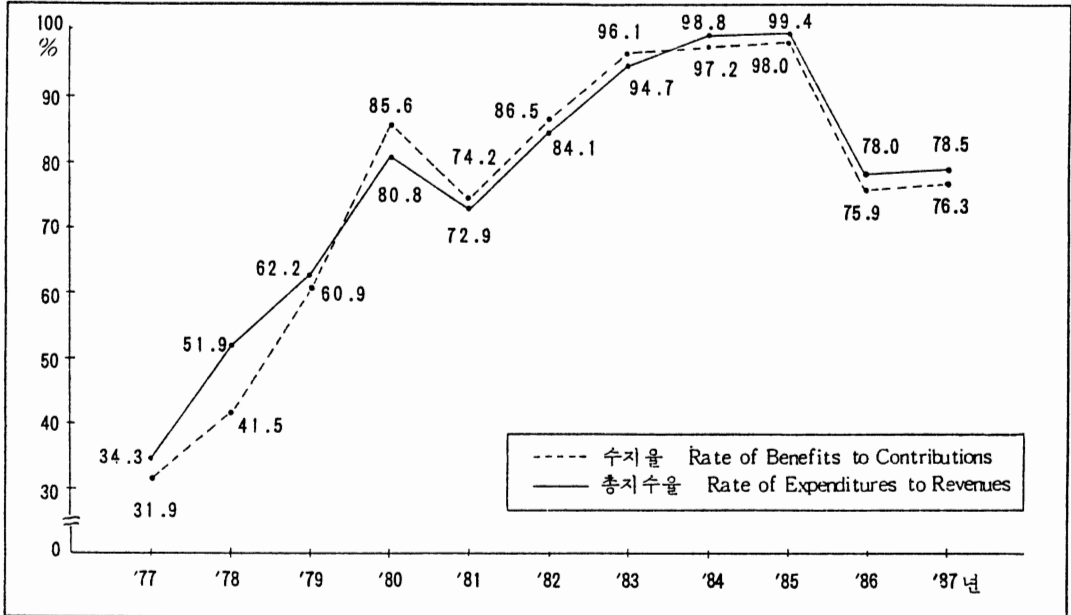
이는 공무원・교원 의료보험이 부양율이 높기 때문에 누적적립금이 낮게 나타나고 있다.

保險料 收入에 대한 보험급여비의 비율을 보면 전국 평균이 76.3%이다. 5개대도시인 서울・부산・대구・인천・광주는 72~78%를 나타내고 있다. 전국에서 수지율이 제일높은 지역은 전북 82.4%이며, 제일 낮은 지역은 충북으로서 66.1%이다.

年度別 醫療保險 主要指標

	單 位	公・教 醫 療 保 險			職 場 醫 療 保 險		
		1985	1986	1987	1985	1986	1987
사 업 장 수	개	6,462	6,560	6,598	56,330	64,544	80,997
연 도 말 적 용 인 구 수	명	4,209,661	4,328,850	4,364,093	12,214,830	13,294,240	14,971,357
연 도 말 피 보 험 자	명	1,038,593	1,074,394	1,107,646	3,907,965	4,308,868	4,866,114
연 도 말 피 부 양 자	명	3,171,068	3,254,456	3,256,447	8,306,865	8,985,372	10,105,243
부 양 을	명	3.05	3.03	2.94	2.13	2.09	2.08
연 평 관 적 용 인 구	명	4,162,392	4,267,142	4,332,150	11,966,341	12,746,444	14,674,898
연 평 관 피 보 험 자	명	1,026,923	1,058,047	1,091,130	3,858,626	4,122,673	4,796,550
연 평 관 피 부 양 자	명	3,135,469	3,209,095	3,241,020	8,107,715	8,623,771	9,878,348
평 균 표 준 보 수 월 액	원	318,842	346,826	367,478	268,595	289,789	316,522
평 균 보 험 료 율	%	3.80	4.60	4.60	3.40	3.57	3.51
연 간 적 용 인 구 1 인 당 보 험 료	원	35,444	46,374	49,913	34,600	39,979	41,442
연 간 적 용 인 구 1 인 당 급여 비	원	38,021	37,877	38,820	33,900	30,341	31,630
연 간 피 보 험 자 1 인 당 보 험 료	원	142,991	185,764	196,872	107,301	123,605	126,791
연 간 피 보 험 자 1 인 당 급여 비	원	153,384	151,728	153,111	105,132	93,807	96,771
수 진 율 (계)	건	3,140	3,003	3,232	2,860	2,696	2,731
입 원	건	0,063	0,064	0,068	0,062	0,062	0,063
외 래	건	3,077	2,939	3,164	2,798	2,634	2,668
건 당 진 료 비 (평균)	원	17,366	18,234	18,633	17,043	17,821	18,455
입 원	원	277,597	293,040	305,443	261,186	261,186	285,811
외 래	원	12,001	12,295	12,507	11,621	11,621	12,124
심 사 조 정 액	천 원	3,063,088	4,357,566	4,945,551	6,207,471	6,207,471	13,681,585
심 사 조 정 율	%	1.37	1.88	1.91	1.05	1.05	1.82

다음 그림에서 본바와 같이 연도별 수지율 현황도 1977년에
 <圖 I-2-1> 年度別 收支率 現況



31.9 %에서 1980년에 85.8 %, 였다가 1983년에 96.1 %, 1985년에 98.0 %, 그 이후에는 75 % 전후로 계속되고 있다.

이에 따라 누적적립금 421,839 百萬元 중 準備金保有率이 제일 높은 지역은 부산의 138.5 %이며 제일 낮은 지역은 제주와 전북으로서 각각 53 %와 60.0 %이다.

被保險者 1인당 보험료는 전국 평균이 126,791 원인데 비하여, 가장 높은 지역은 제주로서 151,796 원이다. 피보험자 1인당 급여비는 전국 평균이 92,750 원인데 비하여, 가장 높은 지역은 제주가 122,115 원이며 가장 낮은 지역은 부산의 76,505 원이다.

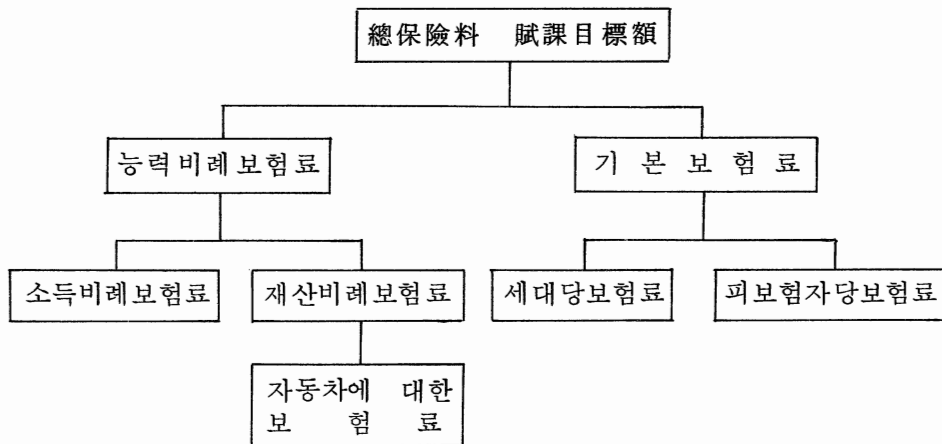
組合運營費는 전국평균이 1인당 6,643이며 가장 높은 지역은 역시 제주로서 11,422 원이고, 가장 낮은 지역은 경기로서 6,181 원이다.

각 조합별 재정분석에 따르면 조합마다 1인당 보험료 부담, 급여비, 수지율, 조합운영비 등이 차이가 있어 社會保險의 衡平性 문제가 제기되고 있다.

3. 保險料 賦課基準

都市地域 醫療保險 對象者의 所得把握率이 32.3 %에 不過하기 때문에 保險料 賦課를 多元化하고 있다.

各單位 組合別로 全體費用을 算定하여 基本保險料와 能力比例 保險料로 크게 나누어 진다.



基本保險料는 被保險者當 保險料와 世帶當保險料로 나누어 진다. 所

< 表 I-2-2 >

年度別 組合財政收支現況

단위 : 천원

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
수 입	181 698 569	242 774 107	308 871 468	375 144 835	443 064 627	544 875 839	657 351 806
보 험 료	159 169 760	215 080 110	280 926 925	350 651 371	414 034 737	509 584 394	608 158 911
국 고 부 담 운 영 비	963 212	965 349	1 015 850	826 296	-	-	-
이 월 금	1 977 633	3 349 764	2 434 767	1 106 812	529 808	-	-
기 타	19 587 964	23 378 884	24 493 926	22 560 356	28 500 082	35 291 445	49 192 895
지 출	132 505 931	204 087 937	292 605 095	370 636 479	439 659 234	424 810 781	515 861 975
법 정 금 여	116 873 511	184 104 522	267 348 515	338 044 794	402 283 698	383 199 454	460 296 758
부 가 금 여	1 226 124	1 886 857	2 521 106	2 963 101	3 379 923	3 537 208	3 869 953
운 영 비	9 275 044	12 633 503	16 117 107	18 967 997	22 545 278	26 180 929	31 840 458
기 타	5 131 252	5 463 055	6 618 367	10 660 587	11 450 335	11 893 190	19 854 806
결 산 잔 액	49 192 638	38 686 170	16 266 373	4 508 356	3 405 393	120 065 058	141 489 831
준비금적립금 (누적)	118 429 029	151 818 018	161 112 643	165 448 562	169 259 224	287 628 258	421 838 712

得把握率이 低調하기 때문에 家族數와 世帶當 保險料 賦課가 不可避하다. 家族數에 다른 被保險者當 保險料는 受益者負擔의 原則에 다른 것이며, 世帶當 賦課는 保險料의 賦課, 徵收, 資格管理 등이 世帶를 基本單位로 하기 때문에 여기에 所要되는 管理運營費用을 世帶別로 均等하게 負擔하기 위한 것이다.

基本保險料의 配分은 世帶에 25 %, 被保險者에게 75 %로 하기로 하였다.

被保險者當 保險料는 被保險者當 保險料配分 總額을 전체 피보험자수로 나누어 산정한다. 또한 世帶當 保險料는 世帶當 保險料 配分總額을 全體 世帶數로 나누어 산정한다.

그러나 適用世帶當 月 850 원의 行政管理費를 國庫負擔으로 하기로 되어 있기 때문에 이 區分은 의미가 없다고 하겠다.

家族數에 대한 賦課는 4人家族까지만 賦課하고 그 이상에 대해서는 免除하고 있다. 이는 低所得層의 大家族에 대한 特別한 考慮라고 볼 수가 있다.

그러나 核家族化의 傾向에 비추어 볼때 生産活動이 왕성한 젊은層들이 獨立해서 單獨 世帶를 形成해 나가고 있으며, 老父 및 教育中 年少 兒童 등 非生産活動人口의 保護를 爲해서는, 젊은 核家族世帶에 대한 高率의 負擔이 妥當하다고 하겠다.

年間給與費 推計額이 決定되면 能力比例 保險額과 基本保險額으로 區分한다. 이 配分比率은 다음에 나타낸대로 所得・財産 把握率에 따라서 결정한다.

예컨대 所得・財産 把握率이 70 %인 組合은 能力比例保險料가 60 %, 基本保險料가 40 %가 된다. 이 所得・財産把握率은 所得과 財産 中에서 1 個以上 資料를 保有하고 있는 世帶數를 全體世帶數로 나누어 얻은 區分比이다.

이렇게 해서 計算된 能力比例保險額을 어떤 比率로 所得과 財産에

標準配分率

(단위 : %)

소득·재산과약율		50以下	60	70	80	90	90以上	비 고
배	계	100	100	100	100	100	100	
분	능력비례보험료	40	50	60	70	80	90	
율	기본보험료	60	50	40	30	20	10	

$$* \text{所得・財産把握率} = \frac{\text{소득・재산중 1개이상 자료가 있는 세대수}}{\text{전체 적용세대수}} \times 100$$

配分 할 것인가 하는 問題가 남아있다.

現在 1989 年 7 月 1 日부터 施行되고 있는 우리나라의 都市地域醫療保險에서는 各 組合別 年平均所得金額에 따라 所得金額이 높은 組合의 경우에는 所得例保險料比率를 다음表 에서와 같이 加重値를 들어 높게 適用하고 있다.

加重値

세대당 연평균 소득금액(만원)	100 이하	101-200	201-300	301-400	401 이상
소득비례보험 료의 가중치	1	1.25	1.5	1.75	2

具體的으로 算出公式을 만들어 보면 所得比例保險料 配分率과 財産比率保險料 配分率은 다음과 같이 計算한다.

$$\text{保險料所得比例配分率} = \text{능력비례보험료 배분율} \times \frac{\text{소득과약율} \times \text{가중치}}{(\text{소득과약율} \times \text{가중치}) + \text{재산과약율}}$$

○ 財産比例保險料 配分率

$$= \text{능력비례보험료 배분율} \times \frac{\text{재 산 과 약 율}}{(\text{소득과약율} \times \text{가중치}) + \text{재산과약율}}$$

自動車에 대한 保險料賦課는 都市地域의 경우 非營業 등 自動車인 自家用 乗用車가 世帶의 生活水準을 반영하고 있는 점을 考慮하여 3~5 등급으로 差等賦課 한다.

自動車에 대한 保險料 賦課는 臺當 3000 원 이내에서 地域設定에 알맞게 결정한다.

現在 우리나라 經濟水準에 勘案하여 自家用車 所有는 所得水準의 間接的인 表示가 된다. 그러나 事業場勤勞者나 農村地域에서는 自動車에 대한 保險料 賦課가 되지 않고 있음에 비추어 負擔上 형평성이 問題가 될수 있다.

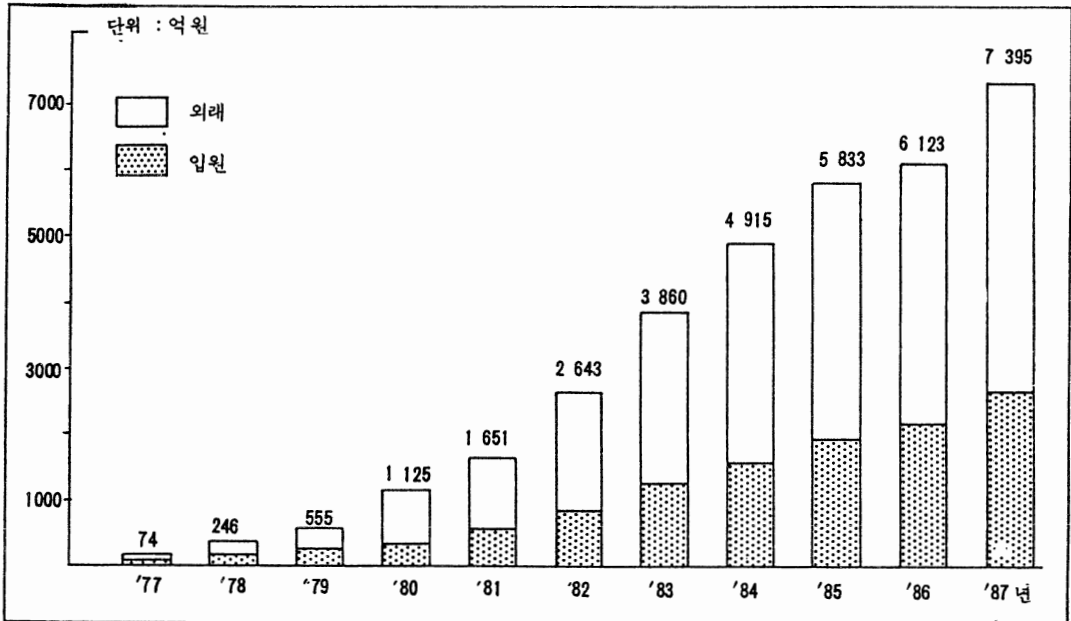
4. 醫療費 現況 分析

1977 년 이래 年度別 外來와 入院을 合한 診療費 現況을 보면 매년 20 % 이상 증가하고 있다. 醫療費 構成의 내역을 보면 호흡기계 질환이 37.2 %로 가장 많고, 소화기계통의 질환은 19.5 %로 두번째 이다. 다음이 신경계통질환, 피부계통질환 등의 순서이다.

診療科目別로 보면 내과가 43.5 %, 이비인후과, 치과, 외과의 순

서이다.

〈圖 I-2-2〉 年度別 診療費 現況



年度別 療養 및 分娩給與 實績을 보면 〈表 I-2-3〉 진료비에 있어서 본인 부담율이 1890년에 39.3%, 1984년에 32.3%, 1987년에는 37.6%이다.

건당 진료비는 10,260 원으로부터 매년 증가하여 1984년에 15,805 원, 1987년에 18,456 원이다. 日當診療費도 1980년에 4,178 원에서 1984년에 5,901 원, 1987년에는 7,340 원으로 1980년에 비하여 175%가 상승하였다.

本人 負擔制는 自己統制에 의한 의료비상승억제효과가 있겠으나, 모든 가입자에게 일정율을 적용하는 것은 소득재분배원칙을 위배하고

〈表 I-2-3〉

年度別 療養 給與實績

수 급 자							
	진료건수	진 료 비			본인 부담 비율	건 당 진료비	일 당 진료비
		계	조 합부담	본인부담			
건		천 원	천 원	천 원	%	원	원
	계 Total						
1979	5,404,562	55,450,728	37,529,843	17,920,885	31.7	10,260	3,839
1980	9,937,079	112,515,193	80,767,530	31,747,663	39.3	11,322	4,178
1981	13,955,123	165,127,600	114,828,877	50,298,723	30.5	11,833	4,516
1982	19,071,977	264,297,815	183,508,097	80,789,717	30.6	13,858	5,243
1983	25,615,737	386,036,169	266,528,521	119,507,648	31.0	15,070	5,753
1984	31,101,364	491,543,269	339,381,969	152,161,300	32.3	15,805	5,901
1985	34,223,449	583,278,462	403,625,568	179,652,894	30.8	17,043	6,466
1986	34,359,650	612,337,708	383,804,488	228,533,220	37.2	17,821	7,128
1987	40,072,425	739,549,067	461,161,816	278,387,251	37.6	18,455	7,340

자료 : 의료보험연합회

있다. 그러므로 所得의 크기에 따라서 差等比率을 適用하므로서 醫療利用을 방만하게 하는데 따르는 醫療費上昇을 억제하고, 負擔의 差等에 따른 所得再分配 原則에도 充實하게 하는 것이 타당할 것이다.

5. 醫療資源供給現況

우리나라 醫療機關分布 〈表 I-2-4〉를 보면 1983年 이래 매년 4%~7.7%씩 증가하여 왔다. 그러나 病院數는 1987년에 오히려 감

소현상을 나타내고 있다. 1987년말 현재 총 의료기관수는 17,311개소이며 그중에서 5개대도시인 서울·부산·대구·인천·광주에 10,613개소가 있어 전체의 61.3%가 대도시에 몰려 있음을 알 수가 있다.

병상수의 분포를 보면 1987년말 현재 총 114,611개이며 이중에 종합병원이 57,863개, 병원 및 의원이 54,651개이다.

그중에서 서울·부산·대구·인천·광주에 58,009개로서 50.7%가 5개 대도시에 편중되어 있다.

특히 벽지에는 醫療施設이 不足하고, 의료인력의 質이 떨어지기 때문에 全國民을 대상으로 하는 강제보험의 경우 보험료 부담과 의료공급 사이에 불균형이 발생하여 도시지역 주민과 비교할때 형평성의 문제가 발생한다. 도시로 부터 떨어져 있는 오지의 경우 公衆保健醫制度가 있으나 大學을 갓 졸업하고 인턴코스를 거치지 않아서 경험이 충분치 못한 현실이다.

경험이 충분치 못한 醫療人力의 質的 不均衡과 不信에서 오는 問題 때문에 많은 經費를 支出하면서 까지 大都市의 綜合病院을 찾게 되는 現狀을 초래한다.

6. 醫療酬價 審査調整現況

의료보험 診療費審査件數는 약 40%가 투약 및 처방진료이며, 주사료가 42.2%에 해당하여 투약과 주사가 진료비조정건수의 82.2%에 해당함을 볼 수가 있다.

診療費 支拂制度가 법정시한인 30일이 지켜지지 않고 과다하게

〈 表 I-2-4 〉

醫 療 機 關 分 布

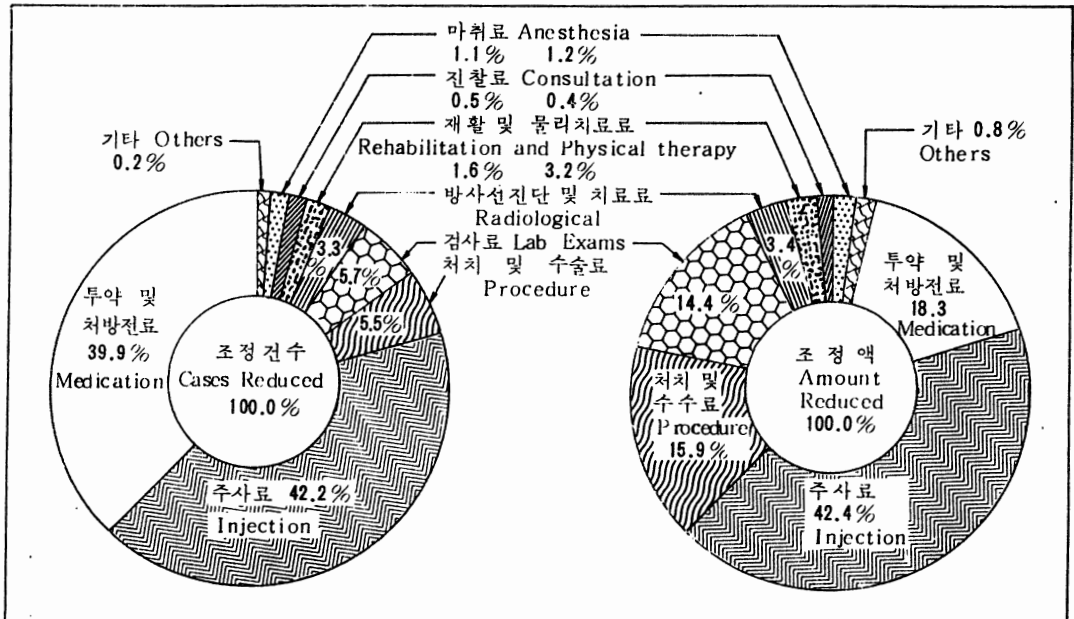
(단 위 : 개 소)

	1983	1984	1985	1986	1987
계	13,674	14,216	15,154	16,066	17,311
중 합 병 원	156	170	183	193	205
병 원	282	310	317	318	305
의 원	7,252	7,584	8,069	8,570	9,089
특 수 병 원	11	13	13	15	18
치 과 병 원	2,522	2,752	2,996	3,278	3,599
한 방 병 원	2,519	2,628	2,791	2,957	3,235
부 설 의 원	236	256	279	262	356
조 산 소	696	503	504	473	504

자료 : 보건 사회 부

지연되므로써 병원의 經營壓迫의 요인이 되고 있다. 그러므로 의료 보험진료비 심사기구는 獨立性を 보장해야 하며 그 구성원은 피보험자대표, 의료공급자대표, 사용자대표, 공익대표 등으로 구성하여 中立性和 獨立性を 보장해야 한다.

〈圖 I-2-3〉 심사조정 항목별 조정건수 및 금액비율



醫療費 審査에 있어서 큰 論爭이 되고 있는 것은 醫療酬價가 物價上昇幅을 따라가고 있느냐 하는 것이다. 만약에 醫療酬價의 上昇率이 物價上昇率을 下廻하고 있다면 病院經營收支의 惡化를 초래하게 되고 良質의 醫療供給이 불가능하게 될 것이다. 그러므로 醫療費에 관련된 諸般費用 算出時에는 物價指數에 連動 (Sliding) 시킴으로서 實質價値를 保全하도록 하여야 할 것이다.

7. 醫療保險財源調達の 原則

사회보장재원조달원칙으로서 의료보험이 社會保險의 性格을 띠어서 가입이 강제성을 가지게 될때 의료보험의 財源調達方式의 결정과 政策方向은 다음과 같다.(Abel Smith)

(1) 所得再分配의 原則 → 의료보험은 다른 사회보장과 마찬가지로 소득재분배 효과를 달성하여야 한다. 그러나 의료보험의 所得再分配 효과는 制限的이라고 볼 수가 있다.

의료보험 재원조달방식이 保險方式 일때는 租稅方式 보다 소득재분배 효과가 적다. 그 이유는 보험방식이 의료보험제도 내에 포함 되어 있는 특정한 피보험자만 대상으로 하여 보험료에 준한 진료비 급여를 받기 때문이다.

한편 租稅方式은 전국민을 대상으로 하기 때문에 고소득층에게는 높은 세율을 부과하고 저소득층에게는 낮은 세율을 적용하므로 소득재분배의 효과가 크게 나타난다.

우리나라의 경우 所得不均型과 소득계층간의 위화감을 조성하는 원인을 제공하는 고소득층의 부동산 투기와 사치성소비를 억제하는 特別消費稅는 사회복지재원으로 전환되어 만성적인 적자를 시현하고 있는 의료보험조합을 지원하여야 할 것이다.

(2) 富의 世襲防止 → 社會的 富의 不平等 原因이 당대의 소득에만 의존하는 것이 아니라 전세대의 富의 세습과 貧困의 세습 때문에 다음 세대에게 역시 富와 貧困에 있어서 불평등을 남게 된다. 그러므

로 세대간의 소득불균형 원인을 줄이는 相續稅와 贈與稅를 지금보다 강화하고, 우리나라와 같이 면적이 좁기 때문에 나타나는 不動產投機는 정상적인 근로에 의한 저축으로 성실하게 살아가는 사람

〈表 I-2-5〉

財源調達原則

財源調達基準	政 策 効 果
1) 所得再分配	－ 租稅方式再分配效果 > 保險方式效果 － 所得不均衡原因者負擔 (特別消費稅)
2) 富의 世襲防止	－ 相續稅・贈與稅 － 不動產 投機稅
3) 生産性向上	
○ 勤勞意慾低下	－ 賃金에 課稅
○ 投資意慾低下	－ 資本利得에 課稅
4) 雇傭水準	－ 고용수준이 높을때 (社會복지 수입증대정책) － 고용수준이 낮을때 (社會복지 지출증대정책)
5) 資本集約度	－ 높을때는 資本利得에 增稅 － 낮을때는 資本利得에 減稅
6) 老齡人口率	－ 높으면 租稅方式 － 낮으면 保險方式
7) 國際競爭力	－ 價格競爭力低下 (社會복지 재원조달이 수출상품가격인상을 자극할 때)

들의 勤勞意慾을 박탈하는 결과를 초래하기 때문에 不動產投機稅를 부과하여 그 원인을 제거하여야 하고, 稅入은 저소득층에게 재배하는 財源으로 사용하여야 할 것이다.

(3) 生産性向上 → 사회복지지출은 그나라 국민경제의 能力範圍 내에서만 가능하다. 국민경제의 부담능력을 초과할때는 生産力의 잠재력을 잠식하게 된다. 또한 社會保障制度가 국민경제에 미치는 영향은 첫째로 경기변동에 있어서 自動的 安全裝置의 역할을 하기 때문이며, 둘째로 사회보장제도에 의한 사회복지 지출은 上向伸縮的이고 下向硬直的이기 때문에 계속해서 증가는 하지만 감소하기란 지극히 어렵다.

한편 사회보장수입은 그 財源調達의 방식에 따라서 생산요소중 임금에 부과하느냐 자본에 부과하느냐에 따라 임금이 부과하게 되면 勤勞意慾이 저하되고, 자본에 부과하면 투자가 감소하게 된다. 그러므로 두 생산요소中 어느것이 더 많이 부담을 지우느냐 하는 것은 국민경제의 資本裝備率에 따라 달라진다.

(4) 雇傭水準 → 사회보장 재원조달에 있어서 국민경제의 雇用水準이 높으면 임금소득이 많기 때문에 사회보장재정이 용이하다. 반대로 고용수준이 낮게되면 사회보장수입이 낮아지고 지출이 커지게 되기 때문에 총수요가 증가하게 되어 경기를 진작시키게 된다.

(5) 資本集約度 → 경제구조에 있어서 資本集約度가 크면 임금소득에 대한 사회보장세를 부과하는것 보다는 자본소득에 과세하여야

하고, 반대로 자본장비율이 낮으면, 자본투자를 보호하기 위하여 자본소득에 대한 과세를 줄여야 할 것이다.

(6) 老齡人口率 → 人口構造에 있어서 老人人口가 많으면 생산인구가 부담해야 할 부양비율이 커진다. 그렇게 되면 사회보장 지출이 커지고, 보험방식으로는 재정을 유지하기가 어려워진다. 이때는 租稅方式이 더 바람직하다고 볼 수가 있다.

(7) 國際競爭力 → 우리나라와 같이 對外依存度가 큰 나라는 수출상품가격에 대하여 사회보장부담이 가중될때 해외시장에서 가격 경쟁력이 떨어지게 된다. 그 理由는 雇傭增大에 따른 生産者 부담이 커지기 때문이다. 世界各國의 社會保障負擔은 勤勞者와 生産者가 같은 比率로 부담하거나, 生産者가 더 많이 부담하게 된다. 그러므로 生産을 확대하거나 雇傭을 增加시킬 경우에 生産者 負擔은 그만큼 커지게 되고, 生産費의 增加는 商品價格을 上昇시켜서 海外市場에서의 價格競爭力을 떨어뜨리게 된다. 社會保障 財源 調達이 租稅方式에 의할 때는 全國民에게 一般的인 負擔을 가하게 되고, 保險方式을 採擇할 경우에는 保險加入者에만 範圍가 限定되게 된다.

8. 醫療保險의 課題 및 政策方向

1989年 7月 1日부터 全國民에게 醫療保險이 實施됨에 따라 지금까지의 여러분야에 걸쳐 現況 및 問題點들을 검토하였다. 이 같은 課題 〈表 I-2-6〉들을 비교하고 그 해결을 위한 政策方向을 간략하게 제시하고자 한다.

(1) 醫療保險財源調達에 있어서 現行保險方式으로서 未洽할 경우 이를 보완하기 위한 租稅方式의 混用이 필요하다. 이번 도시지역의료보험이 실시되면서 부터 소득과악이 곤란한 도시자영자에게 보험료를 부과하는데 있어서 소득·재산과악율에 따라서 기본보험료와 능력비례보험료의 분배율을 정하고 있다.

그러나 앞으로 소득실명제가 진행되고 전산화 작업이 이루어지게 되면 이와같은 인위적인 가중치는 저절로 해결될 것이다.

(2) 醫療保險財政安定은 이 制度를 成功시키는데 가장 중요한 條件이 된다. 현행 의료보험재정방식에 있어서는 필연적으로 黑字組合이 있는가 하면 赤字를 시현하는 組合이 나타나기 마련이다. 赤字組合의 경우 財政安定基金을 마련하여 支援하도록 하고, 만약에 해당조합이 다른 조합에 비하여 지나치게 보험료부담이 많다고 하면 사회복지재원(별도설명)을 마련했다가 이를 지원하여야 할 것이다.

그러나 赤字의 원인이 노인의료비나 만성병 진료비 때문이라면, 사회복지재원에서 一般的으로 통일된 정책하에서 특별 조치가 있어야 할 것이다.

〈表 I-2-6〉

醫療保險의 課題 및 政策方向

醫療保險課題	政 策 方 向
1) 의료보험재원 조달	— 보험료부과 기준설명, 소득과악전산화 — 보험방식과 조세방식의 혼합
2) 의료보험재정 안정	— 노인의료비·만성병진료비 국가부담 — 적자조합의 재정안정 기금운용
3) 의료비억제 방안	— 본인부담제의 차등누진제도 — 일부 포괄수가제 도입 (진료표준화 가능한 질병)
4) 지불심사기구	— 의료보험진료비 청구 심사의 신속 — 의료공급자의 참여
5) 관리운용기구	— 의료보험조합의 경영합리화, 행정간소화 — 사회보장체계의 지방지소로 체계화
6) 의료공급확대	— 국공립병원 증설, 보건소확대 — 공중보건의 활용강화·인턴수료후 임용
7) 의료수가의 적정화	— 의료수가 심의기구 중립성, 독립성 — 물가상승에 연동 Slide제 도입
8) 의약분업	— 의약분업의 단계적 실시방안 — 약국의 의료보험 참여

(3) 醫療費抑制 方案은 모든 나라들이 해결하기에 어려움을 느끼고 있는 것으로, 현재와 같이 行爲別 酬價制度 (fee-for-service) 하에서는 어쩔수 없는 특징으로 나타나고 있다. 앞 현황에서

나타난 대로 약제비와 주사료가 82.2%를 점하고 있으며, 매번 진찰권을 구입하도록 한다든지, 병원방문을 수회씩 하도록 하는것은 일반화된 현상이다.

이에 대하여 의료서비스 수요자와 공급자가 다같이 자체 통제기능이 되도록 하는 제도를 강구하여야 하겠다.

수요자인 피보험자는 本人負擔制를 소득에 따른 差等賦課 하므로써 부담을 느끼게 하고, 의료서비스 공급자인 병의원의 경우에는 일부 包括酬價 制度를 도입하여 진료행위가 표준화 될수 있는 간단한 질병은 단일수가로 하여 행위별 수가 제도와 混用함이 타당할 것이다.

(4) 支拂審査機構는 공정한 심사를 위해서 쌍방의 참여와 중립성이 필수적이다. 그 구성은 피보험자, 사용자, 공익대표자, 의료보험자 등의 참여로서 의료보험진료비의 공정한 심사와 신속한 지불, 의료수가의 적정한 수준유지를 위한 物價連動制 등을 강구하여야 할 것이다.

(5) 의료보험의 관리운영기구의 經營合理化에 의한 행정관리비의 절감과 인건비의 절약, 그리고 보건사회부 산하의 하부기관으로서 일선기관기능까지 확대하기 위한 관리체계의 정비가 필요하다.

(6) 의료공급확대는 의료보험이 가입 강제성을 가진 사회보험이므로 부담과 급여에 있어서 衡平性을 보장하여야 하며 제도의 합리적 운용을 위해서, 벽지의 무의촌에는 國公立病院 혹은 保健所등을

확충하여야 한다.

의료시설 뿐만아니라 일정한 질적 수준의 기능을 가진 의료인력을 배치하여 양질의 서비스를 제공하도록 국가가 보장하여야 할 것이다.

(7) 醫藥分業을 통하여 의사와 약사의 分業을 유지하므로서 약의 남·오용을 방지하기 위하여 部分分業으로 부터 단계적으로 완전분업에 이르기 까지 확대하여야 한다.

이렇게 하므로서 국민들을 藥禍로 부터 보호하고 약국에게는 의료보험에 참여시켜서 기회균등을 보장하게 된다.

3. 討論〔主題 1〕

座 長：權 彝 赫
討 論 者：金 駟 舜
 韓 達 鮮

醫療保險의 發展期間에 있어 日本은 우리나라보다 약 55 年이 빠른 1922 年에 비용자를 대상으로 醫療保險이 시작되었다.

日本은 醫療保險을 시작한 16 年後에 自營者和 農漁民에게까지 醫療保險을 시작한 이래 39 年이 지난 1961 年에 國民皆保險을 실시할 수 있었으나 우리나라는 醫療保險 시작후 12 年만에 全國民醫療保險을 실시하게 되었고 현재 시작한지 불과 1 개월도 지나지 않았다. 즉 우리나라가 55 年 늦게 시작했으나 그 發展速度는 日本에 비해 약 3 배 가량 빠르게 진행되고 있다. 이는 매우 바람직한 현상이기는 하나 日本은 충분한 기간을 두고 안정적으로 발전해 왔지만 우리나라는 그러하지 못했음을 뜻하기도 한다. 따라서 현재 우리가 직면하고 있는 문제 및 혼란등은 급속한 발전으로 인한 당연한 귀결이라 생각한다.

우리나라의 醫療保險制度和 日本의 그것은 매우 유사하다. 단지 몇 가지 다른 점이 있다면 高額 療養費 문제와 老人 保健問題를 日本은 해결하고 있으나 우리나라는 아직 없고, 우리나라에는 醫療保護制度가 있고 醫療傳達體系와 醫療保險制度가 서로 연계되어 있다는 점들을 들 수 있다.

- (1) 日本의 GNP에서 醫療費의 比率은 현재 6.58%이며 1980年代에 들어와서 그 增加速度가 대단히 완만한데 行爲別酬價制하에서 그 比率이 그렇게 낮은 이유는 무엇이며 앞으로의 展望에 대해 답변해 주기 바란다.
- (2) DRG 制度의 導入 및 包括酬價制의 導入에 관하여 日本의 形편은 어떠한가 앞으로 醫療費 支給方法에 대해 개선할 計劃이 있는지 궁금하다.
- (3) 우리나라에서는 統合 一元化하자는 주장이 강력하게 대두되고 있고, 또 保險料보다는 租稅로 하자는 의견도 나오고 있는데 日本에서는 이러한 움직임이 없는지에 대하여 설명해 주기 바란다.
- (4) 日本에서는 利用者 본인과 그 家族의 自己負擔額에 差等を 두고 있는데 이에 대한 타당한 이유가 있는지 궁금하다.
- (5) 日本도 醫療供給을 주로 個人 또는 私立機關에 의존하고 있는데 日本의 政策當局이나 學界는 日本의 醫療供給體制의 構造에 대해서는 어떻게 평가하고 있는지 궁금하다.
 醫療供給에 관한 政府의 역할을 앞으로 증대시킬 구상이 있는지, 日本에서는 醫療保險이 醫療供給體制를 바람직한 方向으로 改善하는데 어떤 影響力을 行事해 왔는지 醫療供給體制와 관련해서 설명해 주기 바란다.

- (6) 地域醫療保險의 保險料 賦課에 대한 질문으로 地域醫保의 保險料를 결정할때 그 基準으로 世帶均等割, 世帶員數, 資産을 같이 고려하는데 그 이유가 日本에서도 所得把握의 어려움 때문인지, 그렇다면 日本의 경우 所得把握의 정도가 어느정도인지 궁금하다. 이와 관련해서 費用자보험에서는 보험료가 所得만을 기준으로 하고 있는데 이에 대해 地域醫保의 피보험자들이 혹시 불만을 갖고 있지 않은지 궁금하다.
- (7) 自己負擔額의 差等 적용에 있어 이미 保險料가 결정과정에서 所得再分配原則이 적용되었는데 自己負擔額에 까지 所得再分配原則을 또 도입한다는 것에 타당성을 인정할 수 있는지 궁금하다.

答辯〔主題 1〕

- (1) 日本의 GNP 對 醫療費의 比率이 西歐諸國에 비하여 낮은 理由는, 첫째 日本의 人口의 高齡化가 西歐諸國에 비하여 아직 낮은 段階에 있다는 것, 둘째 오일 쇼크 以後 經濟가 低成長을 하고 있다는 것, 그리고 最近 10 年間に 걸친 醫療保險制度의 改善이 醫療費抑制에 效果를 미쳤기 때문이라고 생각한다.
- (2) 行爲別酬價制가 醫療費增加의 要因이 되고 있음도 事實이다. 그러나 모든 支拂制度에는 長短點이 있기 마련이다. 日本의 支拂制度는 基本的으로 行爲別酬價制度를 유지해 간다는 생각이 강한데, 老人醫療費에 대해서는 包括酬價制를 조속히 導入해

야 한다는 意見이 강하게 대두되고 있으며, 行爲別酬價制度 속에도 包括酬價制의 要素를 一部 導入하고 있다. 이 問題는 日本의 當面課題가 되어 앞으로 상당한 論難이 예상된다.

- (3) 管理體系가 하나로 統合되지 않는 理由는 日本의 各制度가 오랜 歷史 가운데서 이미 定着되어 있다는 背景이 있기 때문이다. 그리고 保險財政의 安定이라는 側面에서는 保險者의 規模가 큰 편이 有利하겠지만, 반대로 그 規模가 지나치게 크면 運營上의 損失도 있고 效率性面에서도 短點이 발생할 것이다.

또한 日本의 社會經濟的, 文化的 背景 속에는 可能하면 特定の 集團에 歸屬하려는 傾向이 강한데, 이같은 歸屬意識과 密着시키는 것이 원활한 運營을 기할 수 있다는 見解가 있다. 그리고 被傭者保險과 自營者對象의 地域保險 사이에는 所得把握의 問題도 포함하여 生活構造에 상당한 差異가 있어, 두 制度를 統合하는 데 대해서는 現時點에서는 대체로 소극적이다.

참고로 最近 提出된 日本醫師會의 見解에 의하면 將來의 課題로는 統合을 내세우고 있으나, 現實的인 當面對應策으로서는 現行制度 속에서 問題들을 解決해간다는 方向을 제시하고 있다.

租稅로 해야할 것인가, 保險料로 해야할 것인가 하는 議論은 兩者擇一的인 것이 되어서는 안된다고 생각한다. 日本의 醫療保險制度는 基本的으로 被保險者의 保險料에 의해 運營하며, 必要한 部門에는 國庫 및 地方公共團體의 負擔을 導入한다는 것이 基本方針이다. 이에 대해서는 異見이 있는 것 같지 않다.

- (4) 負擔率의 差異는 各 制度가 創設될 때부터의 經緯에 의한 것이다. 最近에는 高額療養費制度가 있어 一定의 限度가 넘으면 負擔은 本人이나 家族 모두 同一하다. 그러나 給與率에 一部 差異가 있는 것은 事實이며, 앞으로 政府는 모든 醫療保險 制度의 給與率을 8割 程度로 調整할 것을 目標로 하고 있다.
- (5) 日本에서는 醫療機關을 자유로 開設할 수 있다. 따라서 過去나 現在에도 都市地域에 醫療機關이 集中되는 傾向이 있다. 이같은 現象을 抑制하고, 過疎地域으로의 醫療機關 設置를 자연적으로 誘導하려고 한 制度가 地域醫療計劃이다. 또한 全體醫療機關의 增加를 間接적으로 抑制하는 效果도 노리고 있으나, 實際의인 效果 分析은 좀더 두고보아야 될 것 같다.
- (6) 日本의 地域保險의 保險料를 所得 이외에 世帶員數, 財産狀態 등을 고려하여 賦課하는 理由는, 所得把握의 問題도 背景의 하나임은 부정할 수 없으나, 그 보다는 대단히 多種多樣한 職業 및 生活狀態의 住民이 全體的으로 加入하는 地域保險에 있어서도 均一的인 保險料의 負擔이, 負擔의 公平을 기한다는 면에서 必要하다는 觀點에서 이같은 制度를 택하고 있다. 保險料에 대해서는 不滿이 많다. 地域保險의 被保險者 특히 中間程度의 所得者の 負擔이 過重하다는 不滿이 있으며, 被傭者保險의 被保險者로부터는 老人醫療費를 위한 財政調整 負擔이 급속히 增加하여 큰 不滿이 있다. 政府로서는 國民 모두가 양해하는 制度는 무엇인가를 고려하면서, 앞으로 醫療保險制度를 運營할 必要가 있다고 생각하는

데 이 경우의 基本的인 立場은 各 制度에 公平性이 유지되는 것이다.

- (7) 醫療保險의 黑字를 老人醫療費로 사용하는 것을 檢討했으면 한다. 또한 本人負擔의 差等制의 주장에 있어 소위 自己統制를 도입하려 했다. 이것이 本論의 첫째 목적이다. 우리나라는 이미 組合主義가 많은 경험을 통하여 正립되어 있으므로 組合主義가 기초단위가 되어야 한다.

本人負擔制에 있어 租稅制度를 주장하고자 하는데 社會福祉의 부족한 부분을 그 原則에 의해 福祉財源을 별도로 만들어서 支援을 받아야 하는데 이를 「補助財源」이라 명명했다.

Ⅱ. 〔主題 2〕 醫療保險財源調達 現況 및 問題點

1. 日本 國民健康保險(地域保險)의 現況

大塚 義治

1) 國民健康保險의 歷史

1938 國民健康保險法(舊法)의 制定

• 原則적으로 任意加入으로 給與의 內容도 保險者가 定함

1958 新國民健康保險法의 制定

• 全市町村에 있어서 實施를 義務化하고, 強制加入으로 改正 함

• 醫療費의 25 %를 國庫負擔

• 醫療費의 50 %의 保險給與를 法定化

1961 國民皆保險達成

世帯主의 結核, 精神病에 따르는 醫療費에 있어서는 70 %給與를 實施

1963 世帯主의 모든 疾病에 있어서 醫療費의 70 %給與

• 國庫負擔率을 醫療費의 35 %로 引上

1966 全加入者에 對하여 70 %給與를 法制化

• 國庫負擔率을 醫療費의 45 %로 引上

1973 高額療養費支給制度 實施

老人醫療費支給制度 實施

- 1983 老人保健法施行
- 1984 醫療保險制度의 廣範圍改革의 一還으로서
- 退職者醫療制度 創設
 - 國庫負擔率을 醫療費의 45 %에서 保險給與費의 50 %로 變更
- 1987 老人保健法 改正 (Ⅳ 老人保健制度項 參照)
- 1988 國民健康保險法의 改正
- 國民健康保險의 安定化를 도모하여 國家와 地方이 共同으로 財政援助를 하는 구조를 導入

2) 保險者, 加入者 및 保險給與

(1) 保險者

國民健康保險의 保險者는 原則으로 市町村이나 그외에 同種의 事業에 從事하는 者를 組合員으로 組織하는 國民健康保險組合이 있다.

保險者의 總數는 3,429 이다. (表Ⅱ-1-1)

(2) 加入者

國民健康保險加入者는 健康保險이나 共濟組合等の 職域保險에 加入해 있지않은 地域住民을 對象으로 하는 制度이며, 自營業者, 農業者, 年金生活者等이 中心이다.

近年, 特히 年金受給者를 中心으로 하는 無職者の 增加가 顯著하다. (表Ⅱ-1-2)

(3) 保險給與

① 醫療給與

醫療에 要하는 費用의 70%가 給與되고 加入者는 30%를 自己가 負擔하나, 自己負擔이 一定限度를 超過하는 경우에는 超過額全額이 高額療養費로서 支給된다.

이때문에 實際의 給與率은 平均 醫療에 要하는 費用의 約 78%가 되고 있다.

② 其他給與

助産費, 育兒手當 및 葬祭費가 있으나 支給額은 保險者가 定한다.

3) 保險財政 및 國庫補助

(1) 概況

① 主要한 財源構成

國民健康保險은 被用者保險과 比較하여 (1)保險料에 對한 事業主負擔이 없다는것 (2)高齡者나 所得水準이 낮은層이 많고, 保險料負擔能力이 낮은것 등으로, 醫療費에 關한 保險給與의 50%를 國庫로 補助하는 것으로 되어있다. 保險給與費의 남은 50%에 대하여는 基本的으로는 保險料로 充當하는것이 되나 以外에 市町村이나 都道府縣의 一般會計에서의 보충등이 있다. 이들이 主要한 財源을 構成하고 있다. (表Ⅱ-1-3)

② 高齡者の 醫療費의 制度間 財政調整

從來 國民健康保險財政을 壓迫해왔던 高齡者醫療費의 問題에 있어서는 1983 年の 老人保健制度의 創設에 의해 保險者間の 老人加入率의 格差의 一部가 調整되는 것으로 되었다. (Ⅳ 老人保健制度의 項 參照)

또, 1984 年의 醫療保險制度改革의 一環으로서 國民健康保險
중에 退職者醫療制度가 創設되어 國民健康保險加入者 중에서,
健康保險이나 共濟組合등의 被用者保險의 退職者醫療費는 健康
保險組合이나 共濟組合等の 被用者保險側에서의 據出金으로 充
當하는 것으로 되었다.

이들에 의해 國民健康保險의 財政負擔은 從來에 비해 한층
緩和되는 것이 되었다.

③ 高額醫療費共同事業

保險者인 市町村에는 小規模인것도 적지 않은데 이들 小規模保險者
의 경우에는 高額醫療費가 發生하면 保險財政의 急激한 惡化를 초
래할 우려가 있다.

이때문에 都道府縣의 區域을 單位로하여 保險者가 高額醫療費에 관
한 再保險事業을 實施하고 있으며 이에 대하여 政府및 都道府縣도
助成을 하고있다. (圖Ⅱ-1-1)

(2) 國庫補助

① 國庫補助의 구조

(a) 國民健康保險(市町村)에 있어서는 醫療에 의한 保險給與費
의 50%를 國庫補助하는 것이 法定되어 있으나 이중 40%는
各保險者에게 定率로 配分되고(定率國庫負擔), 10%는 保險者
의 財政力(所得水準 및 醫療費의 水準에 의해 算定)에 따
라 配分된다(財政調整交付金).

또한 國民健康保險組合에 있어서는 補助率は 다르나 市町村과
類似한 國庫補助가 이루어지고 있다.

(b) 其他 다음과 같은 國庫補助가 이루어지고 있다.

・事務費에 있어서는 全額補助

・助産費에 있어서는 3 分の 1 을 補助

以上の 國庫補助額の 總額は 1989 年度 豫算에서 約 2 兆 5081 億
円이 되고 있다.

(3) 地方公共團體의 補助

① 市町村 (一般會計) 의 補助

(a) 1988 年度の 法律改正에 의해 創設된 保險基盤安定制度 (4 -
(1) - ⑤ 參照) 에 의해 市町村은 國民健康保險 特別會計에 對
하여 低所得者の 保險料輕減分の 4 分の 1 을 補助하는 것으로
되어있다.

1989 年度에 있어서의 額は 250 億円이다.

(b) 市町村은 각각의 判斷에 따라서 一般會計에서 國民健康保險
特別會計에 對하여 補助를 行하고 있는곳이 적지않다.

1987 年度の 總額は 約 2,340 億円이 되고있다.

② 都道府縣의 補助

(a) 市町村과 같이 保險基盤安定制度에 의해 低所得者の 保險料
輕減分の 4 分の 1 (1980 年度 250 億円) 을 補助한다.

(b) 保險者が 하는 高額醫療費共同事業에 對하여 1988 年度에
190 億円の 補助를 하고 있다.

(4) 收支狀況

1988 年度에 있어서의 國民健康保險 (市町村) 의 決算에서는 全
保險者の 收支合計는 1,210 億円の 黒字였다.

그러나 保險料의 增加가 현저한것, 市町村의 一般會計에서의

充當도 2,000 億円以上 된다는것, 赤字保險者의 赤字額合計가 1,000 億円을 上回한다는것등 國民健康保險全體의 財政收支는 여전히 惡한 狀況에 있다. (表Ⅱ-1-4)

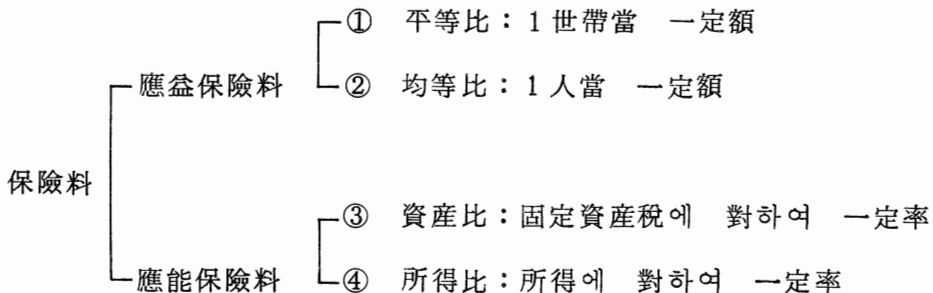
4) 保險料

(1) 賦課方式

① 保險料賦課構造

國民健康保險의 保險料는 大別하여 所得이나 資産 등의 負擔 能力에 作안한 應能保險料와 世帶當 또는 加入者 1人當으로 算定하는 應益保險料와의 합산에 의해 賦課된다.

단, 그 합산의 方法이나 각각의 比率에 있어서는 保險者가 實態에 應한 方式을 채택할 수 있도록 裁量이 널리 認定되 고 있다.



上記중 ①, ②, ③, ④를 합산하여 賦課하는方式 (4方式)을 택 하는 保險者가 가장 많으나 ①, ②, ④ 합산 (3方式) 및 ①, ④의 합산 (2方式)도 있다.

② 所得比의 賦課標準

①의 所得比保險料를 賦課하는 경우의 標準에 있어서도 다음과 같은 것이 있다.

(a) 所得(收入總額에서 必要經費를 控除한 額)에서 住民稅의 基礎控除(28萬円)을 除한 額을 標準으로 하여 算定

(b) 住民稅의 課稅所得(所得에서 基礎控除, 扶養控除 등의 各種控除를 한 것)을 標準으로 하여 算定

(c) 住民稅의 所得比稅額을 標準으로 하여 算定

(d) 其他

a의 方式은 他方式에 比해 所得比保險料를 賦課하는 範圍가 넓어져 널리 賦課할 수 있으므로 90%를 넘는 保險者가 採用하고 있다.

b또는 c의 方式은 住民稅의 賦課標準과 基本的으로는 同一하고 事務量이 적어도 되므로 都市部의 保險者가 採用하는 例가 많다.

③ 保險料의 賦課限度額

上記의 方式에 의해 算定된 保險料에 있어서 上限이 法定化되고 있다.(1989年度에는 42萬円)

④ 低所得者에 對한 保險料 輕減制度

低所得者에 있어서는 다음과 같은 保險料의 輕減制度가 있다.

- 世帶의 所得이 年 28萬円以下인 경우, 應益比保險料의 60%

를 減額

- 世帶의 所得이 (28 萬円 + 世帶主 以外の 世帶員 1 人當 21 萬 5 千円) 以下인 경우, 應益比保險料의 40 %를 減額

⑤ 保險基盤安定制度

- 低所得者에 있어서 保險料의 輕減이 된 경우, 그 輕減額을 다음의 比率에 의해 公費로 補充하는 制度

政府 2 分の 1

都道府縣 4 分の 1

市町村 4 分の 1

- 1988 年度에 있어서의 公費에 의한 補充額의 總額은 1,000 億円

(2) 保險料의 水準

- 國民健康保險保險料의 水準 (市町村) 은 1987 年度의 實績으로 1 世帶當 平均 132,900 円, 1 人當 平均은 53,100 円이 되고 있다. (表 II-1-5)

(3) 保險料에 關한 問題

- (a) 保險料 徵收率의 向上은 國民健康保險의 經營上 重要な 課題여서 納付組織의 活用이나 自動移替制度의 普及等 여러가지 努力이 이루어지고 있다. (表 II-1-6)

(b) 保險者間의 保險料格差

保險料의 地域差는 基本的으로는 醫療費의 地域差에 起因하는바가 크나 最高와 最低에서는 約 7 ~ 8 배의 차가 있어,

地域差의 縮小는 今後의 重要한 課題의 하나다.

5) 國民健康保險의 課題 ～ 構造的不安定要因과 1990 年の 改正을 向한 檢討

• 國民健康保險은 構造的으로 다음과 같은 問題를 안고있어, 그 運營의 不安定要因이 되고 있다.

① 高齡者의 加入比率이 다른 制度와 比해 極히 높으므로, 醫療費의 水準 및 申張이 크다는것

② 保險料負擔能力이 낮은 低所得者의 加入比率이 높으므로 다른 一般被保險者가 負擔하는 保險料總額이 커지고 그 負擔이 增大하고 있다는것

③ 醫療費나 所得水準의 地域差에서 오는 保險者間의 負擔의 不均衡이 크다는것

이같은 問題에 對하여 高率의 國庫補助를 비롯하여 老人保健制度나 退職者醫療制度의 創設, 1988 年度의 國民健康保險의 改正등, 여러가지 對策이 實施되어 왔으나, 나아가 長期的인 安定化를 도모하기 위한 對策에 대하여 現在, 關係審議會에 檢討가 되고있다. 1990 年에는 이 檢討의 結果에 따라 制度의 改正을 할것으로 되어 있다.

6) 退職者醫療制度의 構造

① 對 象 者

被用者年金의 老齡(退職)年金受給者이었던 70 歲未滿의 國民健康

保險加入者（老人保健法 適用對象者를 除外）

그 被扶養者（老人保健法 適用對象者를 除外）

② 給 與

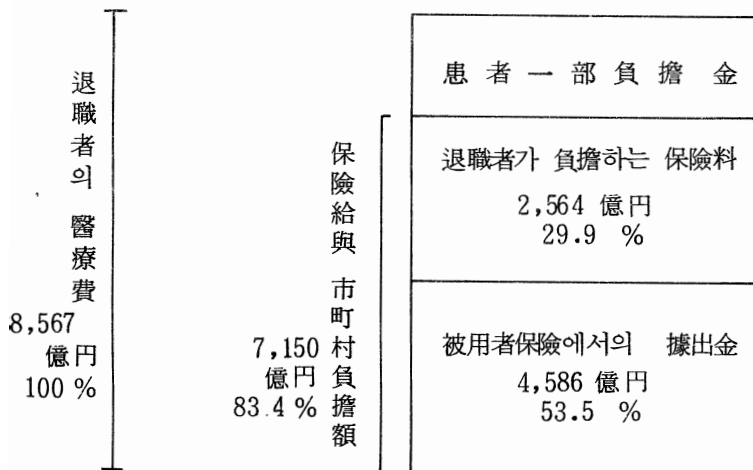
給與內容：高齡退職者에 있어서는 8 割로 하고 그 被扶養者에 대하여는 外來 7 割，入院 8 割로 한다.

給與의 實施主體：國民健康保險의 保險者인 市町村

③ 財 源

財源은 高齡退職者의 保險料 및 被用者保險의 保險者 등이 據出하는 被用者保險等 保險者據出金에 의해 充當한다.

療養給與費 據出金の 構造（數字는 1987 年度）



〈表Ⅱ-1-1〉 國民健康保險의 保險者 (1989 年 3 月末)

區 分	市 町 村	國 保 組 合	合 計
保 險 者 數	3,262	167	3,429
加入世帶數 (千世帶)	16,739	1,406	18,145
加入者數 (千人)	41,560	3,777	45,338

〈表Ⅱ-1-2〉 國民健康保險의 加入者

(單位 : 萬名 , () 是 %)

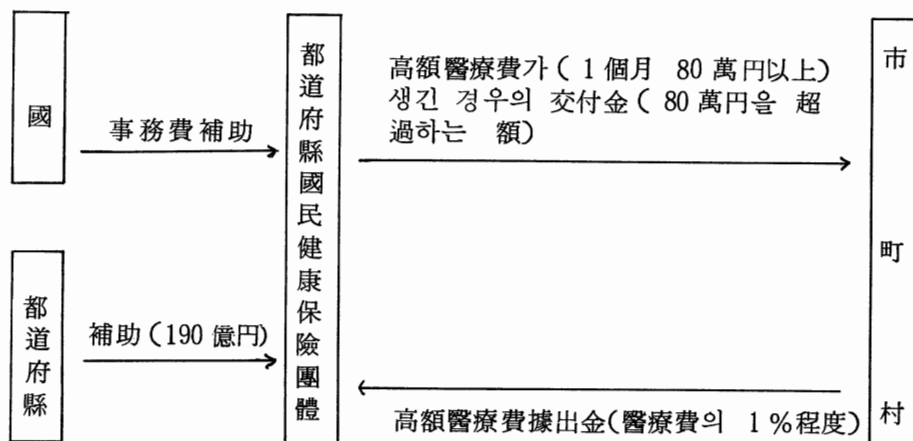
世帶主의 職業別	1965 年 度	1975 年 度	1987 年 度
(被 保 險 者 總 數)	4,190	4,120	4,181
農 林 水 產 業	2,150(51.2)	1,130(27.4)	582(13.9)
自 營 業	1,100(26.3)	1,430(34.7)	1,439(34.4)
被 用 者	600(14.4)	1,120(27.2)	1,172(28.0)
其 他 職 業	200(4.7)	190(4.6)	179(4.3)
無 職	140(3.4)	250(6.1)	807(19.3)

〈表Ⅱ-1-3〉 國民健康保險 收支狀況（市町村）

（單位：億円）

區 分		1983 年度	1984 年度	1985 年度	1986 年度	1987 年度
收 入	保 險 料	14,745	15,666	17,478	19,806	21,573
	國庫支出金	22,946	21,635	22,397	23,331	23,031
	一般會計充當金	1,186	1,271	1,761	2,253	2,339
	其 他	2,037	4,895	7,010	7,069	7,443
	計	40,914	43,467	48,646	52,459	54,386
支 出	保 險 給 與 費	26,066	27,648	31,106	33,976	36,452
	老人保健據出金	10,683	11,827	13,815	15,123	12,675
	其 他	2,230	2,445	3,066	3,245	3,999
	計	38,979	41,920	47,987	52,344	53,126
收支差引額△不足額		1,935	1,547	659	115	1,260

〈圖Ⅱ-1-1〉 高額醫療費共同事業의 概要



〈表Ⅱ-1-4〉 國民健康保險의 決算狀況

年 度	黒 字		赤 字		計
	保險者數	金額(億円)	保險者數	金額(億円)	金額(億円)
1983	3,148	2,035	124	△ 235	1,800
1984	2,868	1,528	402	△ 498	1,030
1985	2,824	1,528	446	△ 932	596
1986	2,933	1,627	337	△ 1,245	382
1987	3,008	2,387	254	△ 1,177	1,210

〈表Ⅱ-1-5〉 保險料等の 比較

項 目	政府管掌健康保險	組合管掌健康保險	國民健康保險(市町村)
加 入 者 數	3,320 萬名 本人 1,590 萬名 家族 1,730 萬名	3,050 萬名 本人 1,330 萬名 家族 1,720 萬名	4,160 萬名
加入者平均年齡 (老人을 除外한 경우)	33.9 歲 (31.9 歲)	30.3 歲 (29.4 歲)	43.4 歲 (38.4 歲)
老人加入比率	4.5 %	2.9 %	13.9 %
平均標準報酬月額 (年間平均)	218,283 円 (注 1)	278,534 円	平均年間所得 199 萬円
保 險 料 率	標準報酬의 8.3 % 特別保險料 1 %	標準報酬의 全組合 平均 8.1 %	
一世帶當保險料年額 〔 ()內는 事業主 負擔을 包含하는 例 〕	110,800 円 (221,600 円)	118,300 円 (273,200 円)	132,900 円
國 庫 負 擔	給與費等の 16.4 %	定額 70.5 億円('88)	給與費等の 50 %
一人當醫療費 (注 2)	97,400 円	79,000 円	121,500 円

(注 1) 老人이란 老人保健의 對象者이다.

(注 2) 老人保健對象者를 除外한 數字이다.

〈表Ⅱ-1-6〉 保險料의 徵收率(市町村)

(單位：%)

年 度	1983	1984	1985	1986	1987
徵 收 率	93.40	93.57	93.62	93.69	93.91

2. 日本被傭者保險의 現況

青 柳 親 房
(日本厚生省企劃課課長補佐)

1) 被用者保險의 成立과 現況

日本の 被用者保險制度의 大宗을 이루는 健康保險制度는 制度發足當初부터 組合健保와 政管健保라는 二元方式으로 構成되고 있다. 오늘날 高度經濟成長等에 의한 社會經濟環境의 變化에 따라 새로운 課題에 直面하고 있다.

- (1) 健康保險制度發足當時(1922) 既히 企業內的 互助의 組織으로서 活動하고 있던 民間共濟組合의 大部分이 健康保險組合으로 移行, 其他의 勞働者는 政府管掌健康保險에 加入하고 組合健保와 政管健保의 二元化가 된다.
- (2) 皆保險實現(1961)以後, 高度經濟成長中(1960 ~ 1970) 醫療保險財政과 醫療經濟(診療報酬)의 均衡을 圖謀할 것이 課題가 되어 國庫負擔의 增大에 의해 그 均衡을 기하였다.
- (3) 油價과동(1976)과 같이 高度經濟成長이 끝나고 制度의 充實, 成熟에 따라 保障의 必要性이 增大되는 一方에서 國庫財政의 窮迫化에 의해 社會保障制度全般의 再檢討가 切迫하였다.
- (4) 이 期間에 있어서의 經濟社會環境의 變化가 被用者保險에 미친 影響으로서 特히 重要하다고 생각되는 것은 다음의 3點이다.
 - ① 就業構造의 變化에 따라 被用者는 絕對數에 있어서도, 就業者

中 占하는 比率에 있어서도 크게 增大하여 被用者保險의 財政基盤은 強化되는 것이 되었다.(表Ⅱ-2-1)

② 한편 産業構造의 變化에 따라 特定 産業分野(石炭, 造船等)에 있어서는 被保險者의 減少, 負擔能力의 低下가 생기고 있다.(表Ⅱ-2-1)

③ 人口構造의 高齡化에 의해 醫療費支出이 크고 負擔能力이 낮은 集團(高齡者)이 增大하고 있다. 이때문에 必要한 費用을 負擔하는 機構로서 老人保健法에 基礎하는 據出金制度가 設立되었다. 被用者保險制度에서는 近年 이 據出金の 負擔이 增大하고 이제까지 比較的安定되어 있던 組合의 財政狀況도 크게 어렵게 되고있다.(表Ⅱ-2-5)

2) 被用者保險의 制度的 特性

被用者保險은 勞動者의 生活實態나 就業形態에 對應하여 給與의 對象, 費用負擔關係等에 대하여 國民健康保險制度와는 다른 몇 가지의 特性을 가지고 있다.

(1) 被扶養者

勞動者가 주로 그 勞動力으로 家族을 扶養하고 있다는 實態에 着眼하여 그 家族에 대하여는 各自 獨自的 費用負擔은 하지않으나 給與를 받을 수는 있는 것으로(一被扶養者)하고 있다. 단 自身이 被用者保險의 被保險者인者나 一定以上の 所得이 있

는 者는 被扶養者는 될수없고 後者의 경우에는 國民健康保險의 被保險者가 된다. (表Ⅱ-2-2, 表Ⅱ-2-3)

(2) 報酬

勞動의 對價로서 每月提供되는 것을 名稱의 여하를 不問하고, 「報酬」로 하고 이를 基本으로 保險料負擔額을 定한다. 報酬에 따르는 負擔에는 應能負擔이란 見解와 主로 報酬로 生計를 이루어가는 勞動者의 生活實態의 着眼이라는 해석이 反映되고 있다. 現在 賞與(보너스. 通常은 夏冬으로 年2回 支給된다)에 대해서도 保險料가 徵收되고 있다. (表Ⅱ-2-3)

(3) 事業主

被保險者는 事業所單位 別로 事業主의 身告等에 따라 適用되고 있다. 事業主는 被保險者를 代身하여 保險料의 納付를 하던가 必要한 保險料를 被保險者와 原則으로는 折半씩 負擔한다.

(4) 保險者

保險事業의 運營安定化, 被保險者의 利益保護等の 觀點에서 保險事業의 運營은 政府 또는 組合(事業主와는 人格적으로 獨立한 法人組織)이 實施한다.

(5) 審査・支拂

醫療機關이 被保險者인 患者에 對하여 實施한 診療內容에 따라 醫療費의 支拂을 請求한 경우에 그 內容을 審査하여 所要費用을 支拂하는 것은 本來는 保險者의 業務다. 그러나 大量의 請

求・支拂處理，審査를 할수 있는 專門家の 確保의 困難性 等を 考慮하여 請求側과 支拂側雙方的 便宜를 圖謀하기 위하여 社會保險診療報酬支拂基金을 設置，保險者の 委託下에 審査・支拂業務를 實施하고 있다.(註：國民健康保險에 있어서는 國民健康保險團體聯合會가 審査・支拂業務를 實施하고 있다.)

3) 健康保險組合의 現況과 方向

被用者保險中 組合이하는 健康保險事業에 있어서는 民間의 自由로운 創意性を 살리면서 比較的 小規模인 集團의 merit 를 活用하여 醫療費 支拂뿐만아니라 保健施設事業等 各種의 先驅的인 事業展開를 해가고 있다.

(1) 組合의 設立促進

組合의 設立은 厚生大臣의 認可에 의하는 것으로 되어 있으나 設立樣相(單獨企業인가 複數의 企業인가)，被保險者の 數等에 應하여 必要한 基準을 채우는 것으로 되어있다.

① 單一組合

(a) 1事業所의 事業主와 從業員이 單獨으로 設立하는 健康保險組合에 있어서는 設立時의 被保險者가 700名 以上 이어야 하는 것이 特히 必要

(b) 資本關係에 있어서 密接한 關係를 갖는 2以上の 事業所의

事業主와 從業員이 共同으로 設立하는 組合에 대하여는 上記(a)와 同一한 생각

② 綜合組合

(a) 特定地域에 있어서의 同種同業의 多數事業所의 事業主와 從業員이 共同으로 設立하는 組合에 대하여는 設立時の 被保險者가 3,000 名 以上이라는 것 등이 必要

(b) 一定地域에 居住하는 業種을 달리하는 多數의 事業所의 事業主와 從業員이 共同으로 設立하는 경우에 있어서는 上記(a)와 同一한 생각

(2) 組合의 事業

① 醫療給與

(a) 被保險者 本人 및 被扶養者에 對한 醫療給與를 行한다. 給與率은 法定給與에 있어서는 政管健保와 같이 本人 9 割, 被扶養者入院 8 割・外來 7 割이외에 附加給與가 되는 경우가 있다.

(b) 醫療給與에 必要한 費用은 保險料로서 事業主 및 被保險者가 原則으로 折半씩 負擔한다. 단 事業主는 그 比率을 增加시킬 수 있다.(表Ⅱ-2-4, 表Ⅱ-2-5)

② 據出金

老人保健, 退職者 醫療等に 必要한 費用을 據出金으로 負擔한다.

③ 保健施設事業

被保險者の 健康相談・保健指導事業, 成人病等の 健康診査, 健康増進事業等を 實施한다.

(3) 組合의 現課題와 推進 方向

① 據出金에 依하는 費用負擔의 増大

保險料收入의 約 30 %는 據出金으로 他保險者に 財源代替되고 있다.

② 醫療費適正化 努力

社會保險診療報酬支拂基金에 있어서 審査되고 請求된 診療報酬支拂明細書(醫療費支拂의 請求書)를 保險者が 點檢하는 것에 의해 個個의 被保險者の 繼續的 健康管理나 醫療費의 效率的인 使用에 이바지하도록 하고있다.

③ 保健施設事業의 擴充

從來부터의 事業에 加해 Home Helper 의 派遣에 對한 費用助成等 의 在宅介護 서비스등에 관한 事業을 推進하도록 하고 있다.

4) 健康保險組合聯合會의 共同事業(財政調整事業)

健康保險組合이 하는 醫療에 關한 給與 또는 據出金の 納付에 要하는 費用의 財源의 不均衡을 調整하기 위하여 健康保險組合聯合會가 各 組合의 共同事業으로 交付金を 支給한다.

(1) 事業의 種類

- ① 財政이 窮迫한 組合에 對한 交付金에 의해 當該組合의 財政負擔의 輕減을 圖謀
- ② 高額醫療給與에 關한 交付金에 의해 高額醫療給與의 影響緩和를 圖謀

(2) 事業의 財源

- ① 各 組合은 財政調整事業據出金を 據出한다. 財政調整事業據出金은 報酬에 調整保險料率(各 組合의 財政狀況에 應한 修正있음)을 곱하여 算出한다.

- ② 調整保險料率은

財政窮迫分 0.2 / 1,000

高額醫療分 1.0 / 1,000

(3) 具體的 事業內容

- ① 財政窮迫分에 있어서는 法定給與에 必要한 保險料率이 一定以上인 것 또는 老人保健據出金を 加한 法定給與에 要하는 保險料率이 一定以上の 組合等에 對하여 그 窮迫의 程度에 應하여 交付한다.
- ② 高額醫療에 대하여는 診療報酬請求書 1件當 金額이 一定額을 초과하는 것에 대하여 交付한다.(實績에 대하여는 表Ⅱ-2-6)

〈表Ⅱ-2-1〉

關 聯 指 標

年 度	産業部門別就業人口 比 率 (%)			雇用者比率 (%)	被用者保險의 國民醫 療費에 對한 WEIGHT (醫療費：單位億원・%)	
	I	Ⅱ	Ⅲ		政管健保	組 合 健 保
1920	53.8	20.5	23.7	-	-	-
1940	44.3	26.0	29.0	41.9	-	-
1960	32.7	29.1	38.2	54.0	758(18.5)	523(12.8)
1970	19.3	34.0	46.6	64.2	5,351(21.4)	3,566(14.3)
1980	10.9	33.6	56.4	71.8	26,097(21.8)	17,886(14.0)
1985	9.3	33.0	57.5	-	24,794(15.6)	18,408(11.5)

(註) 老人保健制度負擔分

40,377(25.2) … 1985

※ 1. 産業部門別 就業人口比率欄中 I 은 農林漁業・Ⅱ 鑛業・建設業・

・製造業 Ⅲ 其他(서비스業等) ……

2. 雇用者比率欄은 從業上의 地位別就業者數中 雇用者의 比率…

國勢調査

3. 被用者保險의 國民醫療費에 對한 weight …統計情報部「國民醫
療費」

(表Ⅱ-2-2)

健康保險適用狀況의 推移

年 度	政府管掌健康保險		組 合 管 掌 健康保險	
	事業所數	被保險者 〔被扶養者〕	組 合 數 〔事業所數〕	被保險者 〔被扶養者〕
1920	43.5	1,140.9 〔 — 〕	316 〔 — 〕	800.6 〔 — 〕
1940	145.6	3,084.8 〔 — 〕	550 〔 — 〕	2,121.7 〔 — 〕
1960	382.8	8,902.2 〔 9,676.5 〕	1,091 〔 44.7 〕	5,046.1 〔 7,690.2 〕
1970	660.4	13,182.9 〔 12,837.5 〕	1,461 〔 94.4 〕	9,696.5 〔 11,538.9 〕
1980	868.3	14,562.2 〔 16,727.0 〕	1,670 〔 120.2 〕	11,431.1 〔 16,071.1 〕
1985	923.8	15,333.4 〔 17,214.0 〕	1,743 〔 124.7 〕	12,722.9 〔 16,964.0 〕

※ 單位는 事業所數는 千個所, 被保險者數 및 被扶養者數는 千名, 組合數는 組合, 政府管掌健康保險은 社會保險廳의 「事業年報」, 組合管掌健康保險은 厚生省調査.

(表 II-2-3) 健康保險組合 適用狀況 (1987)

組合數(1988.3)		1,800 組合	對前年度比	23 組合增
年間平均被保險者數	計	13,316 千人	//	102.4 %
	男	9,685 千人	//	102.3
	女	3,631 千人	//	102.7
年間平均被扶養者數		17,056 千人	//	100.8
扶養率		1.28		—
年間平均標準報酬月額	計	278 千円	//	102.3
	男	313 千円	//	101.1
	女	184 千円	//	108.6

※ 健康保險組合連合會調查

(表 II-2-4) 最近의 健康保險組合保險料率의 推移

年 月	平均保險料率	對前年上昇幅	政管健保의保險料率
1982. 3	79.94/1000	1.52 %	85.00/1000
83. 3	80.57/6000	0.63	//
84. 3	80.73/1000	0.16	84.00/1000

(表Ⅱ-2-5) 被用者保險決算の 概況 (1987)

(單位：億円)

政 府 管 掌 健 康 保 險			組 合 管 掌 健 康 保 險		
收 入	保 險 料	35,117	收 入	保 險 料	34,316
	國 庫 補 助	5,153			
	其 他	1,725		其 他	5,564
	收 入 合 計	41,995		收 入 合 計	39,879
支 出	給 與 費	29,971	支 出	給 與 費	22,679
				予 法 定 給 與 費	21,620
				予 附 加 給 與 費	1,058
	據出金 (老人・退職者)	11,366		據出金 (老人・退職者)	9,468
	其 他	656		保 健 施 設 費	2,443
	支 出 合 計	41,993		其 他	2,722
收 支 差		2	支 出 合 計		37,311
			予 經 常 支 出		36,268
			經 常 收 支 差		△ 2

※ 社會保險廳調査

※ 健康保險組合連合會調査

(表Ⅱ-2-6) 健康保險組合聯合會の 交付金交付事業 実績

(1981 ~ 1987)

(單位 : 億円)

年 度	高額醫療交付金交付事業	財政窮迫組合交付金交付事業
1981	301.0	43.5
1982	332.7	36.5
1983	346.7	38.6
1984	372.8	44.9
1985	400.0	48.2
1986	417.6	27.1
1987	443.8	132.4

※ 健康保險組合聯合會調査

3. 全國民醫療保險 財源調達의 政策方向

魯 仁 喆

(韓國人口保健研究院 · 首席研究員)

1. 序 言

우리나라의 醫療保險制度는 1977 年 7 月부터 500 人 이상 事業場勤勞者를 對象으로 처음 施行된 이래 段階적으로 適用對象을 擴大하여 5 人 이상의 事業場勤勞者, 公務員 및 教職員 등 賃金所得者에게 適用되어 왔다. 1988 年 1 月부터는 農漁村 地域醫療保險이 擴大實施됨에 따라 現在 全國民의 66.6 %에 該當하는 2 천 8 백여 만명이 醫療保險을 適用받게 되는 成果를 거두었으며, 1989 年 7 月부터는 都市地域에 居住하는 自營者를 위한 醫療保險을 施行하게 되었다.

이처럼 地域醫療保險을 全面的으로 擴大實施하게 되므로써 醫療保險制度가 導入實施된지 12 年만에 우리는 全國民 醫療保險時代를 맞게 된 것이다. 그동안 適用人口나 制度定着面에서 飛躍的인 發展을 가져왔으나, 醫療保險의 適用對象을 擴大하는 過程에서 管理運營體系, 財源調達, 醫療傳達體系 등에 관한 衡平性和 效率性的 問題가 學論되어 왔다.

한마디로 醫療保險制度의 成敗는 財源確保에 달려 있다고 하여도 過言이 아닐만큼 財源調達の 役割과 機能에 대한 重要性은 共通的으로 認識되어 왔다. 그러나 財源을 調達하는 具體的이며 現實的인 手段과 方法에 대해서는 여러 異論이 存在하고 있다. 예를 들면 財源

調達에 適用하는 公平原則 (equity principle) 은 특히 社會保險에서 追求하는 가장 根本的인 基準임에는 틀림없다. 그러나 모든 加入者が 社會保險의 費用을 公平하게 負擔하여야 한다는 데에는 同意하지만, 公平負擔이란 말의 解釋에 관해서는 意見이 分分하다. 公平負擔의 達成에는 水平的 公平과 垂直的 公平이 있는데 어느 쪽이 追求되어야 하는가는 그 社會의 所得分配가 어떤 狀態에 있느냐에 달려 있으며 그러한 現實與件이 財源調達方式의 形態를 決定하게 된다.

그러므로 公平原則을 適用하는데 있어서 먼저 어떠한 負擔力을 能力原則의 測定基準으로 보는가를 분명히 明示해야 할 必要가 있다. 傳統的으로 負擔能力의 原則은 賦課負擔配分の 公平을 判斷하는 尺度로서 所得을 택한다. 따라서 保險料 負擔의 配分은 所得水準에 의존하는 것이 가장 公平한 賦課方法이라고 알려지고 있다. 그러나 이때에도 所得만이 가장 公平하다고 斷定할 理由는 없으며 所得 이외에 消費 (consumption), 資産 (assets) 등이 個人的 經濟力 또는 負擔力에 나타낼 수 있는 指標로 考慮될 수도 있는 것이다.

위와 같은 公平原則의 適用問題는 農漁村地域과 都市 自營者を 包含하는 全國民 醫療保險時代를 맞게 되면서 특히 浮角되기 시작했다. 즉 全國民醫療保險制度는 社會保險이라는 큰 테두리안에서 財政安定을 꾀해야 하는 同時에 農漁村地域 住民이나 都市 自營者들의 特殊한 여건이나 要求 (need) 를 考慮해야 한다는 課題를 안고 出發해야 하기 때문이다.

또한 經濟・社會的 與件 및 環境의 變化는 疾病構造와 醫療에 대한 要求水準을 變化시키고 있다. 生活水準의 向上으로 全般的인 醫

療要求 水準이 높아졌으며 人口의 高齡化에 따라 老人性疾患에 의한 老人醫療費가 急増하는 등 保險財政惡化의 심각한 要因으로 作用하게 된다. 뿐만 아니라 全國民醫療保險이 實施됨에 따라 潛在되었던 醫療需要가 分출될 可能性도 크기 때문에 財政을 安定시킬 수 있는 方案이 要求되는 것이다.

따라서 最近 一角에서는 租稅方式의 長點을 導入한다면 위와 같은 難題들을 解決하는데 도움이 될 수 있지 않겠느냐는 意見도 조심스럽게 開陳되고 있는 실정이다. 本稿의 目的은 全國民 醫療保險時代를 맞아 既存 財源調達方式의 問題點을 解決할 수 있는 政策方向을 提示하고자 하는 것이다. 위의 目的을 위해서 첫째, 現行 保險料賦課의 問題點을 살펴보고 둘째, 크게 保險料方式과 租稅方式의 2가지 財源調達方式을 比較分析하며 셋째, 效果的인 財源調達을 위한 政策方案을 提示할 것이다.

2. 現行 保險料賦課의 問題點

現行 職場別, 事業場別 또는 地域別로 나누어 각각 다르게 適用하는 保險料賦課方法은 能力比例原則이 保險의 種類內 및 種類間에 있어서 公平하게 適用되지 않고 있어 費用負擔의 公平성이 크게 缺如되어 있다고 보여진다. 이 章에서는 農漁村地域, 都市地域, 職場 및 公教 醫療保險으로 나누어 現行 保險料賦課의 問題點을 살펴보고자 한다.

(1) 農漁村地域 醫療保險

農漁村地域醫療保險의 保險料徵收率이 不振하여 保險財政安定에 상당한 問題가 있는 것으로 나타나 都市地域 醫療保險擴大와 關聯 地域醫療保險 定着을 위한 對策이 時急한 것으로 指摘되고 있다. 최근 醫療保險聯合會의 執計에 의하면 保險料徵收率은 1988 年末 現在 81.1 %로서 豫想徵收率 90 %에 못미치고 있다.

徵收率이 그렇게 低潮한 배경에는 여러 要因이 複合的으로 作用한 結果라고 할 수 있겠으나 가장 重要한 原因은 保險料賦課基準이 農民들의 現實에 맞지 않아 保險料賦課의 衡平性を 잃고 있다는 데서 찾을 수 있다.¹⁾ 農漁村地域에 適用하고 있는 保險料策定方式은 家口 및 家族數當 基本保險料에 財産과 所得정도에 따라 差異를 두는 能力比例 保險料를 합한 金額을 保險料로 賦課하고 있다. 여기서 야기되는 問題로 첫째, 扶養家族을 認定하지 않고 家族數에 따라 保險料를 負擔하고, 둘째 能力比例 保險料의 경우 所得과 財産을 각각 15 等級으로 나누고 있어 아무리 高所得者라도 家口平均 保險料의 5 ~ 7 倍를 넘지 못하도록 되어 있기 때문에 能力比例 保險料는 家口別로 差異가 나타나지 않으며, 셋째, 所得이 전혀 發生되지 않는 財産(예, 林野)까지도 保險料算出基準으로 삼고 있다는 점이다. 그러한 賦課方法의 結果가 <表Ⅱ-3-1>에 保險料構成比로 나타나고 있다. 첫째, 經濟的 能力과는 상관없는 基本保險料가 53 %에서 64 %로 매우 높은 비중을 차지하고 있기 때문에 扶養家族數가 많은 零細農

註 1) 鄭明采, 李永大, 農漁村地域 醫療保險制度的 問題點과 改善方案研究, 韓國農村經濟研究院, 1988.5.

家の 保険料負擔이 큰 것으로 나타난다. 둘째, 能力比例의 賦課根據가 없는 家口가 全家口중 20 %에 該當하며 그들의 月平均 保險料는 3,016 원으로 能力比例에 따른 保險料의 差異가 미미하게 되어 公平 賦課의 深刻한 限界를 노출하고 있음을 알 수 있다. 셋째, 農地를 所有하지 않아 家族勞動力이 상대적으로 적은 非農家 自營業者에게 保險料가 낮게 策定되도록 되어 있을 뿐아니라 非農家の 資産과 所得의 評價가 어렵기 때문에 실제 負擔하는 保險料가 낮아서 상대적으로 農家가 훨씬 높은 保險料를 負擔하게 된다.

〈表Ⅱ-3-1〉 農漁村醫保의 保險料 構成(1988)

(單位: %)

區 分	能力比例		所 得 財 產	基 本			備 考 *
	能力比例			基 本	家 族	家 口	
예 산 군	46.0	29.9	16.1	54.0	39.1	14.9	14.9
경 주 군	39.7	22.1	17.6	60.3	42.9	17.4	22.5
영 천 군	45.3	27.5	17.8	54.7	40.7	14.0	24.4
함 양 군	42.4	16.5	25.9	57.6	41.0	16.6	12.0
경 산 군	36.1	16.6	19.5	63.9	43.6	20.3	33.8
청 도 군	43.1	23.9	19.2	56.9	43.2	13.7	16.7
산 청 군	47.0	28.0	19.0	52.9	39.7	13.2	11.4
거 창 군	40.6	21.7	18.9	59.5	44.1	15.4	20.3
합 천 군	37.1	19.5	17.6	63.0	48.7	14.3	14.7
平 均	41.8	23.3	18.5	58.2	42.4	15.8	20.3

* 基本保險料만이 賦課되는 家口의 構成比임.

資料: 醫療保險聯合會, 內部資料

이와 같이 負擔能力을 충분히 反映하지 않은 保險料賦課는 保險料寡多策定の 不滿으로 연결되어 所得階層간 위 화감을 造成하게 되고, 徵收率을 低下시키는 要因으로 作用하여 保險財政의 安定을 해치는 結果를 초래할 수 있다. 따라서 農漁村地域醫保의 保險料賦課原則은 賦課根據資料의 制約을 감안한다 하더라도 基本保險料의 比重을 現行 58 %에서 40 % 이하로 낮추고, 能力比例의 比重을 現在의 42 %에서 60 % 이상의 水準으로 끌어 올리는 것이 바람직 할 것이다.

1989年初에 총 137個 組合中 53.3 %에 該當하는 73個 組合이 平均 18.5 %의 保險料를 引上하였으며, 앞으로 引上할 組合이 더 發生될 것으로 豫想되고 있다. 施行 1年만의 위와 같은 結果는 農漁村地域醫保의 財政運營에 深刻한 不安要因이 內在되어 있음을 시사해주는 것으로 향후 財政安定을 위한 方案이 모색되어야 할 것이다.

(2) 都市地域 醫療保險

都市地域醫保의 保險料는 所得 및 財産을 15等級으로 나눈 能力比例保險料에다 家口 및 家族數를 基準으로 한 基本保險料를 합한 金額으로 策定하고 있으며, 乘用車所有者는 추가로 1천원에서 3천원을 더 負擔하게 된다. 그러나 保險料賦課 基準의 衡平性の 결여로 여러 問題點을 안고 있다.

첫째, 所得・財産 把握의 곤란으로 低所得層의 負擔이 상대적으로 높아지게 된다는 점을 지적할 수 있다. 둘째, 保險料賦課는 地域別로 所得・財産 把握率의 높고 낮음에 따라 能力比例 保險料와 基本保險料의 反映率을 정하고 있어서, 所得・財産 把握率이 낮으면 低所得層

이 주로 負擔하게 될 基本保險料의 比重이 높기 때문에 상대적으로 低所得層의 負擔만 높아지게 된다. 셋째, 所得・財産이 비슷하더라도 소속조합에 따라 保險料가 큰 差異가 나는데 따른 주민의 반발도 간과할 수 없다. 넷째, 利子, 配當, 賃貸料 및 讓渡所得등이 保險料算出에서 제외되고 있어 能力比例의 公平原則에 벗어나고 있다.

都市地域 醫療保險適用 對象者の 所得 및 財産把握이不振한 것은 金利生活者, 不動産所得者, 自營業者에 대한 精確한 所得追跡이 곤란하기 때문이라고 본다. 또한 상당한 수의 自營業者가 職場 및 公教醫保의 被扶養者로 되어 있어 資料의 把握對象에서 제외되고 있는 것으로 볼 수 있다. 초기의 制度定着過程에서 被扶養者範圍를 擴大하였으나 이제는 全國民醫療保險時代에 부합되는 被扶養者範圍로 축소되어야 할 것이다. 職場 및 公教醫保의 被扶養者가 雇傭되면 保險料를 負擔하는 경우와 같이, 自營業을 하는 경우에도 所得이 發生하면 職場 및 公教의 被扶養者로 適用받지 않고 地域醫保의 被保險者로 전환되는 것이 바람직하다. 그렇게 하므로써 地域醫保의 保險財政安定에 기여할 뿐아니라 費用負擔이 公平하게 이루어진다고 볼 수 있기 때문이다.

(3) 職場 및 公教醫療保險

職場과 公教醫療保險의 경우에는 標準報酬月額을 基準으로 하여 保險料가 負擔되고 1986 年에 標準報酬月額의 上限制를 철폐하였기 때문에 負擔의 衡平問題에 관한 한 地域保險에 비해 相對적으로 큰 問題가 없다고 볼 수 있다.

그러나 保險料賦課의 근거인 標準報酬에 포함되지 않는 賞與金이나 일부 手當 등이 있어 總勤勞所得에 의한 保險料賦課가 실현되지 않을 뿐만 아니라 賃金構造 및 報酬의 형태가 매우 다양하여 業種別, 事業場別, 所得階層 간에 심한 不平等現象이 초래되고 低所得者の 保險料負擔率이 高所得者の 負擔率보다 높게 나타나는 등 能力比例 原則이 公平하게 適用되지 못하고 있는 것으로 지적되고 있다.

〈表Ⅱ-3-2〉에 業種別 報酬總額對比 保險料賦課率을 분석한 結果에 의하면, 金融業의 경우 保險料賦課報酬가 總報酬額의 49.5 %에 불과하는 등 業種간 保險料賦課率에 상당한 격차가 있었으며, 調査對象 12 個 事業場의 平均 保險料賦課率이 63.6 %로 나타났다. 또한 被保險者の 職級別 保險料賦課率에 있어서는 任員級이 67.1 %, 部長級이 59.5 % 인데 비해 主任級은 71.4 %, 社員은 79.8 % 등으로 下位職일수록 保險料賦課率이 높은 것으로 나타나 負擔의 衡平에 問題가 있는 것으로 나타났다. 이 같은 현상은 現在 標準報酬月額에 포함되지 않는 金品이 있어 標準報酬 月額適用이 低所得層에 불리하게 되어 있는데 起因한 것으로 分析된다.

負擔에 있어 公平성이 결여될 수 있는 가장 중요한 이유는 무엇보다도 賦課基準 및 對象에 있다. 즉, 非賃金勤勞者の 경우 保險料賦課는 所得이외에 財産, 家族數, 世帶 등을 賦課對象으로 하고 있다는 점이다. 반면에 賃金勤勞者の 경우 勤勞所得에서 賞與金 아니면 일부 手當을 뺀 標準報酬月額이며 그것도 非勤勞所得을 제외한 勤勞所得만이 賦課對象이 되므로써 負擔能力의 일부만이 고려되어 不公平하다는 지적을 할 수 있다. 더구나 所得水準이 높을수록 總所得중

에서 非勤勞所得이 차지하는 비중이 높아가는 추세를 감안한다면 保險料負擔에 있어 상당한 不公平性이 내재되어 있다고 볼 수 있다. 즉, 職場이나 公教醫保의 保險料負擔은 勤勞所得중의 상당부분이 賦課對象에서 제외되므로써 실질 負擔率이 報酬月額이 높아짐에 따라 낮아진 다는데 問題가 있는 것이다.

〈表Ⅱ-3-2.〉 報酬總額에 대한 保險料 賦課率 (1987)

業 種	構 成 比 (%)
建 設 業	72.6
製 造 業	77.3
纖維製造業	119.2
電子製造業	79.2
油類都賣業	75.0
用 役 業	101.9
宿泊業 (K 호텔)	76.8
金融業 (H 信託)	45.1
金融業 (H 金融)	49.5
金融業 (H 證券)	62.0
飲食業	106.8
서비스업 (J 航空)	69.1
平 均	63.6

職 級	構 成 比 (%)
任 員	67.1
部 長	59.5
次 長	61.0
課 長	60.0
代 理	63.0
主 任	71.4
社 員	79.8
平 均	63.9

資料：崔承奎, 직장의료보험기여제도의 불평등에 관한 연구,
중앙대학사회개발대학원 (1988)

위 表에서 보여준 바와 같이 職場組合간의 保險料率을 비교하여 보면, 平均標準報酬月額이 높을수록 保險料率이 낮은 것으로 나타났다.

適用人口 1人當 給與費水準도 標準報酬月額과 비례 관계를 보여주고 있음을 알 수 있다. 그것은 件當給與費의 差異가 없기 때문에 受診率의 差異에 기인한다고 볼 수 있다. 標準報酬月額이 높은 組合은 被保險者의 平均 年齡이 비교적 높아 扶養率도 높은 것으로 보인다. 따라서 1人當 給與費가 높은 것은 상대적으로 受診率이 높은 어린이와 노인이 被扶養者로 되어 있을 가능성이 크기 때문인 것으로 본다.

1983年에서 1988年까지의 收支內譯을 보면 전체적으로 1984年과 1985년에는 財政赤字를 나타냈고 그 외에는 모두 黒字를 기록하였다. 財政赤字에 대한 조합별 대응을 보면, 平均 標準報酬月額이 비교적 높은 조합은 保險料率의 引上없이 적립금으로 충당한 반면에, 비교적 標準報酬月額이 낮은 조합은 保險料率을 引上하였음을 알 수 있다. 한편 適用人口 1人當 管理運營費는 소규모조합이 대규모조합에 비하여 많이 소요되는 것으로 나타났다.

여기서 유의해야 할 두가지 사항이 있는데, 첫째는 標準報酬月額이 相對적으로 낮은 組合이 비교적 높은 保險料負擔을 하고 있다는 점이다. 이것은 組合單位로 운영되는 데서 오는 衡平性의 결여이다. 다음은 管理規模의 零細性에서 야기되는 높은 管理運營費의 所要는 制度運營의 效率性을 낮추게 되는 結果를 가져온다는 것이다.

〈表Ⅱ-3-3〉

職場組合醫保의 財政現況 (1988)

(單位: %, 원)

組 合 名	保險料率	報酬月額	扶養率	年 齡	給與費	受診率	運營費
서울 1 지구	3.0	452,000	2.14	32	43,855	3.17	2,438
법 인 단 체	3.5	527,415	2.29	32	45,109	3.31	2,675
대 립 산 업	3.0	585,612	2.90	34	42,623	3.47	2,590
대 한 항 공	3.0	699,118	2.31	33	45,488	3.77	2,082
한국방송공사	3.0	600,000	3.04	34	44,193	3.54	2,739
현 대 건 설	3.0	472,019	2.81	35	29,667	2.44	1,149
인 천 기 계 공 업 공 단	4.0	335,690	2.16	31	37,212	2.67	2,684
경기 8 지구	3.8	312,482	1.97	29	34,212	2.40	2,357
강원 1 지구	4.6	292,588	2.56	29	38,012	2.74	2,709
충북 1 지구	4.2	284,378	1.98	28	35,532	2.99	2,750
전북 2 지구	4.0	233,942	1.82	27	34,908	2.59	3,158
제주 1 지구	4.4	333,079	2.57	31	38,740	3.36	3,323
평 균	3.6	380,389	2.20	31	37,951	3.36	2,500

註: 1) 年齡은 被保險者의 平均年齡이며,

2) 給與費와 運營費는 각각 適用人口 1 人當 年間數值임.

資料: 醫療保險聯合會, 職場醫療保險組合決算現況, 1989.5.

1988 年末 現在 職場醫保의 累積積立金規模는 5,539 億圓에 이르고 있으며, 積立金保有率이 300 %를 초과하는 組合이 5 개 組合에 이르고 있는 반면, 154 개 組合중 5 개 組合이 赤字를 나타내고 있다.

〈表Ⅱ-3-4〉에 의하면 5개 積立金過多保有組合의 平均 積立金保有率은 401.3 %에 이르고 있어 當該 年度의 一時的 黑字로 인한 結果가 아님을 알 수 있다. 持續的인 黑字의 原因은 被保險者가 낮은 年齡의 女性勤勞者로 構成되어 있고, 扶養率도 낮아서 結果적으로 낮은 受診率로 인해 5개 赤字組合에 비해 被保險者 1人當 약 0.56 배에 불과한 給與費를 나타내고 있다. 따라서 過多積立金保有組合들은 일시적인 財政黑字에 의해 積立金を 保有하고 있는 것이 아니라 構造的으로 낮을 수 밖에 없는 給與費水準과 現行 3.0 %로 설정된 保險料率의 下限線 때문인 것이다.

한편, 5개 赤字組合의 경우, 赤字의 原因이 被保險者의 年齡이 높고, 주로 男子로 構成되어 있으며 또한 扶養率이 높아서 높은 受診率로 인해 給與費規模가 커지기 때문인 것으로 보인다. 이들 조합의 積立金保有率이 平均 37.6 % 수준을 유지하고 있어 財政不安은 一時的인 現象이라고 볼 수 있다.

위와 같은 組合들의 適用人口의 特性이 크게 變化하지 않는 한 過多積立金保有組合의 積立金規模는 계속 增加할 것이며, 赤字組合의 財政不安定은 常存할 것으로 본다. 現在 300 % 이상의 積立金保有率을 나타내게 된 결과는 낮은 給與費水準에도 불구하고 保險料率의 下限이 3.0 %로 制限되어 있기 때문이다. 그러므로 社會保險의 原理上 保險財政收支가 均衡을 이룰수 있도록 保險料率 3.0 %의 法定下限을 止揚하는 것이 妥當하다.

〈表Ⅱ-3-4〉 赤字組合과 過多積立金保有組合의 比較 (1988)

(單位: 원, %)

區 分	標準報酬	平均年齡	扶養率	男 / 女	保險料率	受診率	月給與費	積立金保有率	收支率
赤字組合									
동국무역	390,000	31	2.85	10.9	3.0	3.01	11,521	41.5	1.03
강원 5 지구	291,586	34	3.17	10.6	3.6	2.55	12,008	54.0	1.09
충남방직	189,190	23	0.91	0.4	3.0	2.57	5,319	24.9	1.11
전북 1 지구	265,522	29	2.41	1.6	4.0	2.91	10,159	25.3	1.00
전북 3 지구	258,848	31	2.75	2.2	3.8	2.51	9,838	44.0	1.01
平 均	273,817	30	2.49	2.1	3.5	2.74	10,033	37.6	1.04
積立金過多保有組合									
삼 도	262,678	27	1.16	0.6	3.0	2.70	7,435	412.8	0.80
삼화공동	207,933	28	1.29	0.6	3.0	1.91	4,757	469.5	0.69
진양공동	213,160	32	1.82	0.8	3.0	2.23	8,074	342.4	0.99
태화공동	190,801	23	1.32	0.4	3.0	2.48	4,989	376.3	0.76
태화방직	218,604	23	1.02	0.3	3.0	2.01	4,230	407.9	0.80
平 均	210,753	27	1.35	0.5	3.0	2.25	5,637	401.3	0.79

* 平均年齡은 被保險者의 平均年齡
 (男/女)는 被保險者中 女子 1人當 男子의 數
 月給與費는 被保險者 1人當 金額
 積立金保有率은 (果積積立金 / 當該年度 給與費)의 100 分率
 收支率은 (支出額 / 收入額)의 比率
 資料: 醫療保險聯合會, 職場醫療保險組合決算現況, 1989.5.

3. 財源調達方式의 比較

醫療保障을 위한 財源調達方法은 크게 두가지로 구분되는데 첫번째는 개인을 질병으로부터 보호하는 보편주의이념에 입각하여 一般豫算으로써 그 財源을 總當(general tax financing)하는 것이며, 두번째 유형은 勤勞者를 중심으로 賃金이나 所得에 근거한 保險料로 總當(contribution financing)하는 방법이다. 여기에 추가해서 患者費用一部負擔制(cost sharing devices)가 도입되고 있는데 그것은 醫療利用시에 환자에게 費用의 일부를 負擔시킴으로써 불필요한 醫療需要를 억제하여 保險財政의 安定을 유지할 목적으로 사용하고 있다.²⁾ 財源調達은 어느 單一方法에 의존하는 것보다는 상이한 方法들이 갖는 의미를 충분히 검토한 후, 현실여건과 社會保險의 근본취지에 적합한 財源調達方案을 선택하는 것이야말로 매우 중요한 과제라 할 수 있다.

(1) 保險料方式에 의한 財源調達

社會保險方式에 의한 醫療保障은 個人의 위험을 분산시킴으로써 個個人의 危險費用(cost of risk)을 줄일 수 있다는 측면에서 社會的 連帶意識을 통한 相互補助(cross subsidies)의 역할을 할 수 있으며 더 나아가 階層간의 수평적, 수직적 公平負擔을 통하여 所得

註 2) 우리나라는 다른 국가에 비해 保險料率은 낮은 반면에, 患者本人 一部負擔率은 아주 높은 편이다.

再分配의 기능을 실현시키고자하는 制度이다.³⁾ 法에 의해 强制性을 띤 社會保險에서는 保險料가 일종의 租稅의 역할을 한다.

保險料方式의 長點은 다음과 같이 지적될 수 있다.

첫째, 賃金所得者의 醫療保障에 적합한 方式이다. 즉, 賃金所得者의 경우 保險料와 賃金에 대한 雇傭稅 (payroll tax) 간에 본질적인 差異가 거의 없으며 財源이 주로 賃金を 근거로한 保險料로 충당되기 때문에 保險料를 쉽게 산정할 수 있고 사용자가 源泉徵收하게 되므로 관리하기가 용이하다. 따라서 經濟가 安定的으로 成長하는 時期에는 이 制度를 통해 꾸준한 保險料 收入의 증가를 가져올 수 있다. 또한 이 釀出方法은 收入과 給與支出의 내용을 명확히 보여줄 수 있으므로 收支決算이 용이하다는 장점을 가진다.

둘째, 費用負擔에 있어 受給者原理 (benefit principle)가 適用되고 保險料와 給與사이의 연계가 분명하여 保險料가 하나의 중요한 費用抑制策으로서 작용하게 된다. 왜냐하면 추가적인 給與가 요구된다면 더 높은 保險料를 負擔해야 하기 때문이다. 그러므로 保險料抵抗을 피하면서 保險財政收支의 균형을 쉽게 유지할 수 있다.

셋째, 使用者와 被傭者가 費用을 共同負擔함으로써 財源確保가 용이하며, 원만한 勞使關係의 유지에 기여한다. 즉, 企業主 (使用者)가 企業福祉 차원에서 근로자의 勞動生産의 향상과 원만한 勞使關係의 정립을 위하여 保險料의 일부 (50 %)를 負擔하고 있는데 이것은 使用

註 3) 保險原理에 의한 釀出制度는 所得을 水平的으로 再分配하는 기능에는 기여하는 편이지만 垂直的인 再分配에는 寄與하지 못하고 있는 것이 일반적인 사실이다.

者負擔 保險料를 賃金의 일부로 인식하는 견해에서 나오는 것이라 볼 수 있다. 다시 말해 使用者負擔의 保險料는 직접적으로 노동자에게 배분되지 않으나 再分配를 위해 醫療保險財政에 지불되어 所得의 수평적인 재분배효과를 達成한다는 것이다. 그러나 이에 대해서는 다음과 같은 반론이 제기되고 있다. 즉, 使用者는 商品價格을 引上하거나 賃金引上을 억제함으로써 그가 지불하는 保險料를 충당한다는 것이다. 특히 商品價格을 引上하게 되면 保險費用을 消費者에게 떠넘기게 되는 結果가 된다. 위의 두가지 견해중 어느 견해도 實證分析을 통해 立證하지 못하고 있는 실정이다.⁴⁾

넷째, 患者 本人一部負擔制를 도입하여 醫療서비스이용의 남용을 어느 정도 방지하여 保險財政에 플러스 要因으로 작용할 수 있다.

한편 保險料方式의 短點은 다음의 세가지로 요약된다.

첫째, 保險料를 지불할 能力이 취약한 階層에 대한 問題를 해결할 수 없다. 특히 使用者가 없는 農漁民, 취약한 自營者階層 등의 保險料負擔이 무리가 되기 쉽고 대체로 自營者の 所得構造가 賃金勤勞者와 다르기 때문에 별도의 관리를 해야한다는 어려움이 따르게 된다.

둘째, 租稅方式에 비해 管理運營費의 支出이 크고 특히 自營者の 保險料徵收에 따르는 費用이 크고, 滯納時 租稅制度에 비해 강제력이 낮다.

셋째, 우리나라의 경우 醫療保險과 醫療保護가 양분되어 있는 상황

註 4) Brittain 은 使用者 負擔分과 被傭者 負擔分 모두가 결국 被傭者報酬에서 賦課된다고 주장하고 있음. See John A. Brittain, The Payroll tax for Social Security Bookings Institution, Washington D.C., 1972.

에서 全人口의 10 %를 차지하는 醫療保護患者에 대한 차별대우, Stigma 등이 존재하므로 醫療라는 필수적 요구에 대한 대응책으로서의 社會統合效果가 상대적으로 낮다.

(2) 租稅에 의한 財源調達

租稅方式의 醫療保障은 국민이면 누구나 마땅히 누려야 할 권리로서 社會的 醫療保障을 國家의 公權力에 의한 租稅를 통해 財源을調達하는 方法이다. 租稅方式은 一般稅 (general tax)와 目的稅 (earmarked tax)에 의한 財源調達로 나뉘어 진다.

所得의 보다 균등한 분배를 목적으로 하기 위해서는 個人所得稅, 財産稅, 奢侈品 (부유층이 주로 많이 사용하는)에 대한 稅金, 輸入品에 대한 稅金등과 같은 다양한 方法으로 財源을調達할 수 있다. 그렇지만 現在 가장 많은 관심을 끄는 財源調達方法은 政府 一般稅 收入의 사용과 賃金所得의 一定率에 근거한 雇傭稅 (payroll tax)에 의한 財源調達을 뜻하는 目的稅이다.⁵⁾

註 5) payroll tax 는 社會保障에 대한 寄與의 의미로 사용되며, 그 算定基準으로는 勤勞所得만이 사용된다. payroll tax 는 일반적으로 一定 上限線까지의 勤勞所得에 대한 稅金으로 被傭者와 使用者가 공히 부담하는데, 被傭者입장에서 보면 賃金稅로 번역되나 使用者입장에서는 雇傭稅概念에 더 가깝다. 한편 保險給與와 所得간의 相互關係가 단순하지만은 않기 때문에 所得 上限制 (ceiling)가 처음 도입되었을 때는 그 나름의 이유가 있었다. 그러나 요즈음 公平負擔과 財源確保라는 측면에서 上限線을 일부 폐지하는 국가가 증가하는 추세에 있다.

두 財源調達方法의 差異點은 一般稅에 의한 財源調達은 個人이 負擔하는 稅金의 支出흐름이 醫療給與와의 밀접한 關係가 없는 반면에 目的稅에 의한 財源調達は 納稅者가 稅金에 대한 댓가로서 받을 것이 기대되는 給與와의 連繫가 분명해 진다는 것이다.

一般稅에 의한 租稅方式의 長點은 다음과 같다.⁶⁾

첫째, 多段階의 累進稅率 適用에 의한 所得再分配效果가 크고 특히 低所得層에 유리하다.

둘째, 免稅點이하의 국민은 醫療費負擔없이 醫療保障혜택을 納稅者와 동등하게 받을 수 있다.

셋째, 국민들에게 保險料 혹은 保險稅의 부담을 따로 지우지 않고 保健醫療를 公共需要의 하나로 취급하는 형태로서 행정적으로 매우 간편하며, 管理運營費가 대폭 삭감될 가능성이 크다.

반면 一般稅에 의한 財源調達方式의 短點은 다음과 같이 지적 할 수 있다.

첫째, 일반적으로 租稅低抗에 의한 財源調達의 不安定性の 가능성이 높다. 直接稅에 만 賦課하게 되면 勤勞者를 위시한 納稅階層만이 過負擔하게 되어 衡平問題가 제기될 뿐아니라 直接稅는 많은 나라에서 脫稅問題때문에 비판의 對象이 되고 있다.

둘째, 급증하는 給與費支出이 一般稅入에 의한 財源調達에 의 해 모호해 질 수 있고 醫療需要에 따라 給與가 증가될 수 있

註 6) 租稅方式에 대하여 자세한 長短點의 분석은 文玉綸, “全國民 醫療保險과 財源調達의 向方,” 國會報, 1989. 5.

다고 우려된다. 특히 景氣와 밀접한 연관을 가지게 되는데 景氣가 좋을 때에는 財政安定이 쉽게 達成될 수 있으나, 경기가 나쁠 때에는 財源調達의 어려움이 커지므로 財政이 不安定해지기 쉽다는 것이다.

目的稅는 社會保障制度의 財源調達方式으로 많이 사용되고 있다. 目的稅에 의한 財源調達方式은 다음과 같은 長點을 가진다.

첫째, 一般稅와는 달리 稅金과 支出을 직접 連繫시킬 수 있으므로 새로운 稅金이나 稅率引上에 대한 抵抗을 극복할 수 있기 때문에 財源調達면에서 효과적이다.⁷⁾

둘째, 雇傭稅가 중요한 費用抑制策으로서 작용할 수 있다. 만일 추가적인 給與가 요구될 경우 더 많은 雇傭稅를 납부해야 하기 때문이다.

셋째, 保險料方式에 비해 目的稅에 의한 財源調達方式은 특히 年金, 產災등과 連繫될 경우 醫療保險料만을 따로 내는 번거로움을 피할수 있다.

그러나 目的稅에 의한 財源調達의 短點은 다음과 같이 지적할 수 있을 것이다.

첫째, 雇傭稅는 所得上限線(ceiling)에 의한 負擔의 逆進性을 갖는다. 더구나 個人的 所得源이 다양할 경우 賃金所得에만 賦課하게 되면 賦課對象간의 衡平에도 어긋나며, 非賃金所得의 비중이 높으면

註 7) Buchanan 은 국민들이 公的事業의 支出內容과 稅金の 용도를 알 수 있다는 측면에서 目的稅에 의한 寄與制度가 더 바람직하다고 주장한다.

높을수록 財源負擔의 逆進現象을 심화시킨다.⁸⁾

둘째, 財源調達을 生産要素의 하나인 勞動力에만 근거하면 雇傭을 억제하고 특히 勞動集約的인 産業을 불리하게 하여 産業간 衡平을 저해한다. 왜냐하면 賃金이 각 企業의 附加價値의 가장 큰 몫을 차지하므로 그런 産業체들이 다른 産業체보다 더 무거운 社會保障 賦出金을 負擔하기 때문이다. 일반적으로 被傭者가 많고 상대적으로 技術이 없는 被傭者(즉 建設業, 山林業, 衣類, 신발, 纖維産業從事者)를 雇傭하고 있는 企業들은 石油, 化學 및 電子産業에 비하여 불리한 위치에 있다고 볼 수 있다.

셋째, 目的稅로서 賦課된 總額은 그 기능에 맞게 활용될 것으로 보나 시간이 지남에 따라 징수된 총액이 그러한 목적을 위해 계속 활용될 것이라고 하는 어떠한 보장도 없는 것이다.

4. 財源調達의 政策方向

앞장에서 간단히 살펴본 社會保險方式과 租稅方式의 比較 結果를 우리나라 상황에 適用시켜 보면 다음과 같다.

社會保險方式은 우리나라처럼 經濟開發, 國防, 教育등에 주력해 온 상황에서는 租稅低抗을 피하면서 財源을 調達할 수 있었던 가장

註 8) 1966년 미국의 雇傭稅는 所得이 높을수록 점차 실질 負擔率이 낮아지는 逆進現象을 보여주었음. See A. Munnell, The Future of Social Security, Brookings Institution, Washington D.C., 1977.

최선의 方法이었다고 볼 수 있다. 또 그동안의 주요 醫療保險 對象者가 賃金勤勞者였기 때문에 保險料方式에 무리가 없었을 것이다. 그러나 全國民 醫療保險時代를 맞아 自營者 및 農漁民에 대한 所得把握의 어려움, 負擔의 衡平問題 대두, 국가의 負擔增加 등의 問題가 제기되면서 保險料方式에 대해 비판적인 시각이 대두되기 시작했고, 그 대안으로서 租稅方式의 가능성을 타진하게 되었다고 보여진다.

그러나 우리나라의 경우처럼 전체 歲出중에서 國防費 및 教育費, 經濟開發費 등 硬直性支出의 比率이 높은 상황에서는 醫療保障을 위한 支出比重을 높게 하는데 많은 어려움이 따르게 된다. 또한 이方式이 성공하기 위해서는 所得의 根源과 關係없이 모든 所得을 동일하게 취급하고 과세하는 綜合所得稅制의 정착이 필수적인데 이것을 실현하는데 현실적으로 여러가지 어려운 기술적인 問題가 놓여있다. 따라서 一般稅에 의한 財源調達은 단기적으로 도입하기에는 많은 負擔이 따를 것이다.

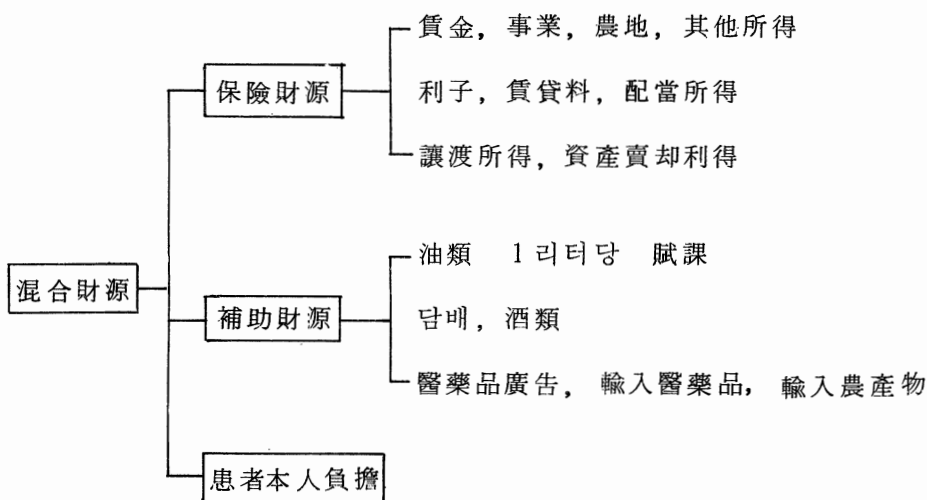
반면에 目的稅를 통한 財源調達方式은 一般稅의 경우에 비해서는 국민적 합의를 얻기 쉬우나 시한부 目的稅導入에 대한 국민들의 불신이 큰 障礙要因으로 작용할 가능성이 크므로 이에 대한 뚜렷한 명분을 필요로 할 것이다.

결국 保險料方式이든 租稅方式이든간에 여러 問題點들이 지적되고 있는데 그러한 問題點들을 개선하고 보완할 방향은 所得階層간, 職種간 및 產業간 費用負擔의 衡平性を 기하고, 源泉徵收를 가능케 하는 財源確保의 安定性を 保障하며, 賦課徵收의 費用을 최소화할 수 있어야 한다.

한편 財源收入은 景氣循環의 변동에 따라 영향을 받기 쉬운 반면 給與費는 계속 상승할 것으로 예측된다. 세계적인 경험을 통해서 볼 때 지금도 대부분 국가에서는 賃金이나 1인당 GNP에 비해 醫療서비스 費用이 더 빨리 상승하고 있다. 이렇게 증가하는 醫療費用에 상응하여 증가하는 標準報酬月額의 收入만으로 충당하기는 어렵다. 따라서 財源確保의 다원화가 이루어져야 하며, 앞으로 변화되는 환경에 가장 적합한 대안으로는 保險料方式에 目的稅를 도입하는 混合方式의 財源調達方案이 검토되어야 할 것이다. 왜냐하면 保險料方式에 의한 財源調達은 寄與에 대한 정당한 댓가를 받는다는 心理的 長點을 가지기 때문이다.

여기서 제시하는 混合方式에 의한 財源調達方案을 그림으로 나타내면 [圖 II-3-1]과 같다.

[圖 II-3-1] 混合方式에 의한 財源調達模型



(1) 保險料의 賦課對象은 包括所得으로 한다. 包括所得은 所得의 흐름 (income flow) 과 資金의 흐름 (financial flow) 에서 포착되는 모든 所得을 말한다. 전자는 GNP 의 生産過程에서 창출되는 附加價值 (value added) 중 個人에게 귀속되는 個人所得 (personal income) 즉, 賃金, 賃貸料, 利子, 配當, 非法人企業所得 (주로 自營人의 事業所得) 을 뜻하고, 후자는 GNP 의 所得創出과는 직접적으로 관계가 없는 資産의 去來에서 發生하는 讓渡所得, 資産賣却利得 (capital gains) 등 단순한 富와 資産의 移轉에서 수반되는 所得을 의미한다.

保險料賦課對象을 現行 標準報酬月額에서 包括所得으로 전환하는 근거는 利子, 配當 혹은 不動產所得만의 생활자가 증가일로에 있으며 또한 所得水準이 높아감에 따라 總所得중에서 金融資産所得 및 不動產所得의 비중이 높아가는 추세에 있기 때문에 標準報酬月額에만 국한하면 負擔의 逆進現象이 나타나 社會保險의 취지에 어긋나게 되기 때문이다.

한편으로 自營者의 隱匿所得중에서 상당한 부분이 金融資産 또는 不動產으로 흘러가기 때문에 여기에 保險料를 賦課하여 負擔의 衡平을 이룩하자는 것이다. 그리고 所得源별 所得의 범위는 각종 控除를 포함한 總所得金額 (gross income) 으로 하여야 하며, 家口의 家口主 所得뿐 아니라 扶養家族의 所得이 發生하면 그러한 所得에도 賦課하는 것이다. 즉, 所得源별 모든 所得者가 費用을 負擔하는 것이 타당할 것으로 본다.

(2) 保險料率은 差等率로 한다. 社會保險에서 單一率의 保險料를 주

장하는 근거는 간소화된 保險料率이 水平的 公平性を 크게 도모한다고 본다. 그러나 所得의 再分配만을 추구한다면 多段階의 累進率이 適用되어야 하나 個人간의 效用比較가 불가능하다는 논리이외에 保險原理상 설득력이 없기 때문에 保險料率은 현행의 單一率보다는 平均所得水準을 전후로 2段階의 소폭 差等率로 바꾸어 제한적이거나 所得再分配效果를 피하는 것이 바람직하다. 平均所得水準이하의 所得者는 주로 연령이 낮거나 單獨家口인 경우가 대부분이며 또한 低所得層이기 때문에 낮은 保險料率을 適用하는 것도 正當化될 수 있다.

(3) 賦課는 所得源별로 한다. 分離所得賦課는 所得發生의 형태별로 개별적으로 賦課徵收하기 때문에 행정상의 간편이라는 장점이 있는 반면에 累進率適用에 의한 所得再分配效果가 제한을 받는다는 단점이 있다. 이에 비해 綜合所得賦課는 個人的 負擔能力을 종합하여 累進率適用에 의한 所得再分配機能을 강력히 수행할 수 있는 장점이 있으나, 賦課 및 徵收상의 절차가 복잡하고 자진신고에 따른 所得 누락이 비교적 높다는 사실이 問題點으로 지적되고 있다.

現在 모든 所得의 個人별 또는 家口別 綜合化가 技術上 어려울 뿐만 아니라 특히 保險의 原理上 累進率適用의 한계가 있기 때문에, 所得者가 被保險者이든 또는 被扶養者이든간에 關係없이 發生하는 所得源別로 保險料를 賦課하는 것이 타당할 것으로 본다.

(4) 社會費用을 추가시키는 행위나 일부 消費品目에 目的稅를 신설한다. 그러나 目的稅는 개념적으로는 賦課對象이 되는 행위가 事故의 危險을 증가시키기 때문에 醫療利用者負擔金과 유사한 것으로 간주될

수 있다. 이러한 취지에 적합한 消費對象은 담배와 술이 있으며, 現在 담배 및 酒稅에 賦課하고 있는 教育稅가 1992 년이 후에는 醫療保險의 目的稅로 전환되는 것이 바람직하다. 이외에도 大氣汚染의 주범인 自動車用 油類消費量과 일부 廣告에 대해서도 目的稅를 신설하여 補足財源으로 충당하면 保險財政의 安定에 크게 寄與할 것으로 본다.

이러한 間接調達方式에서 기대되는 세가지 效果는 다음과 같다. 첫째는 社會費用을 추가시키는 消費品目에 稅金을 賦課함으로써 費用負擔의 公平을 달성한다. 예를 들면 담배에 대한 賦課는 흡연자가 결국 肺癌治療費用의 상당액을 스스로 負擔하는 것과 같다. 이것은 本人負擔과 유사하며 醫療費用을 절감하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 둘째, 保險의 費用을 노출된 所得에만 賦課하게 되면 賃金所得자가 過負擔하게 될 不公平을 다소 줄이기 위한 방편으로 所得資料에 관계없이 누구나 醫療費用負擔의 일부를 부담해야 한다는 장점이 있으며, 셋째, 直接負擔의 比重을 줄이므로써 높은 率의 保險料抵抗을 피할 수 있다.

(5) 保險料의 徵收는 現행과 같이 保險者が 할 수 있겠으나 保險料賦課의 對象에 따라 國稅廳에 위임해야 할 경우도 發生된다. 다시 말하면 包括所得중에서 利子, 配當, 賃貸料, 讓渡所得, capital gains 에 대한 保險料收入과 目的稅收入은 國稅廳에서 源泉徵收하는 것이 效率的이라 할 수 있다. 그러므로 國稅廳에 徵收業務의 일부 委任方案을 검토하여야 한다.

(6) 상당히 높은 患者本人負擔率의 適用으로 本人負擔이 診療費의 38 %에 달하고 여기에 非給與의 負擔을 포함하면 총진료비의 50 % 이상을 患者가 負擔하는 기이한 保險制度라 할 수 있다. 물론 患者 本人負擔制는 불필요한 醫療서비스의 이용을 억제하여 保險財政安定을 도모하기 위해 도입된 것이지만 높은 本人負擔金은 低所得層의 醫療利用을 저해할 우려가 있으며 그들의 醫療費負擔을 높이는 등 醫療保險 본래의 목적에서 벗어나는 것이다. 따라서 本人負擔制의 개선이 요구되고 있는 바, 여기서 제시하고 있는 新賦課方式이야말로 현행 本人負擔率의 인하를 어느 정도 가능케 하는 財源調達方案이라 할 수 있다.

끝으로 所得再分配에 대한 관심이 고조하고 있는 바 1988 년의 경우 金融資産은 상위 10 %가 전체 金融資産의 41 %를 점유하고 있고 土地의 경우는 상위 10 %가 76.9 %를 所有하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 所得의 不平等보다는 金融資産의 불평등도가 높고 金融資産의 불평등보다는 土地所有의 不平等도가 더 높은 것으로 보여지고 있어 金融資産이나 土地所有가 能力을 나타내는 지표로 사용될 수 있기 때문에 앞으로 財産稅에 대한 保險料賦課方案도 아울러 검토되어야 할 것이라는 점을 示唆한다.

4. 討論〔主題 2〕

座 長：禹 鍾 淋
討論者：印 敬 錫
權 純 源

醫療保障財源의 調達은, 주로 保險料+租稅+診療時의 本人負擔의 세 가지 형태로 구성되어 있다. 어느것을 주로 하느냐에 따라 保險方式, 租稅方式으로 구분되며 주로 혼합된 형태로 움직여지고 있다.

日本도 醫療保險에 4兆1千億円 정도 쓰고 있고 이것이 7.3%에 해당된다고 했는데 우리나라의 경우 醫療保護까지 포함할때 3,888億을 支援하고 있고 여기에 지방공무원에 대해 지방비에서 부담하는것까지 합치면 4,570億원을 투입하고 있으며 내년에서 8千億원을 넘어설 것으로 추정하고 있다. 또한 財源의 調達에 있어 租稅方式을 시행하는 나라도 점차 保險料나 一部本人負擔金으로 보충하고 있다.

우리나라의 경우 혼합된 형태로 시작했고, 현재에는 租稅方式의 도입이 개진되고 있으나 먼저 우리나라의 租稅制度의 근본적인 검토가 필요하므로 단기적 시행은 불가능하리라 본다.

또한 醫療保險에 대한 政府의 負擔이 빠른 속도로 증가되리라고 보는데 90년에 醫療保護까지 포함할 경우 醫療保障財政의 40%가 國家財政에서 支援될 것이다.

- (1) 日本의 경우 保険料, 租稅, 本人負擔 問題에 대한 展望 즉 어떻게 發展되어 가리라 생각되는지 궁금하다.
- (2) 日本 制度는 制度間, 組合間에 負擔과 給與의 차이가 크다.
또한 保険料率에 있어 健康保險組合間, 國民健康保險間에도 크다.
특히 國民健康保險間的 크기가 최고, 최저 7 ~ 8 배인데 이것이 사실인가 답변해 주기 바란다.
給與率에 있어 피용자보험의 경우 본인과 가족이 차이가 나고 國民健康保險과 皮用者보험과도 차이가 나므로 이러한 것을 장기적으로 맞추어 나가겠다고 했으나 이러한 差等を 制度로 출발할 때 國民의 反발은 없었는지, 그리고 醫療保險制度間, 給與, 負擔의 公平化를 단계적으로 어떻게 추진할 것인지 궁금하다.
- (3) 日本의 경우 所得, 財産把握의 정도는 어떻게 그 문제를 어떻게 해결하고 있는지 궁금하다.
- (4) 保険料負擔에 있어 上限을 1989 年の 경우 42 萬円으로 하고 있다. 日本의 경우 地域醫療保險의 平均保險料對比 약 2.5 배 정도 된다. 日本의 경우 上限을 더 높이거나 廢止하라는 지적은 없는지 궁금하다.
- (5) 國民健康保險의 保險者中 1987 年 254 개 保險者에 1,177 億원의 赤字 發生, 이것이 50 %를 政府가 支援함에도 불구하고 1,177 億원이 發生했는지 아니면 그것을 제외하고 발생한 액수인지 궁금하다.
만일 前者의 경우라면 이 赤字에 대해서 어떻게 해결하고 있는

지 궁금하다.

- (6) 國民健康保險法과 老人保健法을 1990년에 改定할 것이라 했는데 그 내용을 구체적으로 설명해 주기 바란다.
- (7) 健康保險組合의 保險料 收入의 약 30%가 他保險者에게 財源對替 (transfer)되고 있는데 이를 健康保險組合이 수용했는가 그리고 많은 財源對替가 일어날 때에 組合의 財政節減努力에 좋지 않은 영향을 끼치지 않을까, 또 한편으로 組合方式의 의미가 퇴색되지 않을까 하는데 어떻게 생각하는지 궁금하다.
- (8) 日本의 保險者 總數는 5,300여개로 이 경우 총인구를 보험자수로 나누면 組合當 23,000여의 가입자를 관할하는 것이다. 日本의 경우 종류별로 適正單位의 가입자수를 어느정도로 보고 있는지, 또한 組合의 規模를 좀더 대형화하고 통합화해 나가려는 움직임은 없는지 답변해 주기 바란다.
- (9) 서독의 경우처럼 Pension Fund에서 퇴직자 소득의 일부를 保險料로 직접 醫療財政으로 Transfer 할 의도가 있는지 답변해 주기 바란다.
- (10) 高額診療費에 대한 再保險事業에 있어서 이를 위한 財源 造成등 구체적 내용을 설명해 주기 바란다. 또한 지나치게 작은 소규모 조합은 財政不安의 가능성이 높다는 관점에서 組合規模를 廣域化할 의향은 없는지 궁금하다.

(11) 低所得者에 대한 保險料 輕減조치는 어떻게 누구를 위해서 할 것인지 설명해 주기 바란다.

(12) 所得의 근거는 주로 세무자료를 이용하고 있으나 이는 변화 가능성이 있다. 따라서 日本에서는 이에 대해 어떤 보완 조치를 하고 있는지 그리고 同一世帯안에 여러명이 所得을 올릴때 어떻게 처리하고 있는가 궁금하다.

資産所有者 특히 農地를 所有한 農민이 資産이 없는 商人에 비하여 不利하지 않은가 궁금하다. 또한 所得稅 免稅點 以下者에 대하여 保險料를 輕減해 주는데 移轉所得 등 기타소득도 감안되는지 답변해 주기 바란다. 또한 保險料 과다산정 등 불평처리를 위한 제도적 장치는 어떠한 것이 있나 설명해 주기 바란다.

(13) 保險料 長期滯納者에 대한 처리를 어떻게 하고 있는지 즉, 이들에게 어떤식으로 Penalty를 가하는지, 그리고 長期滯納者중 高所得者도 포함되는지 설명해 주기 바란다.

(14) 우리나라의 경우 報酬의 개념 및 범위가 직장별로 상이하고 특히 과세대상이 되는 手當과 그렇지 않은 手當이 있기에 gross income에 대하여 保險料를 책정한다해도 불공평이 있는데 日本의 경우는 어떤지 답변해 주기 바란다.

(15) 日本의 경우 豫防醫療에 대한 급여의 비중은 어떤가 궁금하다.

(16) 地域醫療保險의 財源調達에 있어서 基本保險料 比重 58 %에서 40 %로, 能力比例의 比重을 42 %에서 60 %로 해야한다고 했는데 이

제안의 구체적 근거는 무엇인지 답변해주시기 바란다.

- (17) 醫療保障 財源調達을 위하여 教育稅의 전환, 환경이나 광고에 대한 目的稅 신설은 教育 및 公害 대책도 醫療保障에 못지 않게 중요한 basic need의 分野이므로 어려움이 있다고 본다. 이에 대해 어떻게 생각하는지 궁금하다.

答辯〔主題2〕

- (1) 醫療保險의 財源이 保險料, 租稅, 本人負擔의 세 部門으로 구성되어 있음은 事實이다. 日本의 醫療保險은 給與의 改善과 國庫補助의 増額이一體가 되어 發展되어 왔는데, 1970 年代初를契機로 하여 國庫負擔을 가능한한 制限하려는 傾向이 最近까지 계속되어 왔다. 그러나 老人人口의 比率이 急激히 増加함에 따라 國庫補助를 現水準보다 強化시켜야 한다는 意見이 最近 대두되고 있다. 예컨대 日本의 自民黨은 醫療保險制度의 方向에 대한 報告에서, 醫療保險 특히 老人保健制度에 대한 國庫負擔의 強化를 圖謀하여야 한다는 意見을 제시하고 있다. 國家財政과 관련된 微妙한問題인데, 個人的 意見으로서는 앞으로 當分間 國庫補助이건 地方公共團體의 補助이건 補助의 強化方向으로 나아갈 것으로 본다.
- (2) 地域保險의 保險料가 地域間에 7~8 倍의 差異가 있는 것은 事實이다. 그런데 保險料가 낮은 地域은 醫療機關이 적은 離島또는 僻地여서, 醫療機關의 利用機會가 적으며 따라서 醫療費 自體

가 낮다. 이런 地域과 醫療機關이 集中되어 있는 近代的 都市와는 7~8 倍의 差異가 생긴다. 이것을 하나의 保險者로 만든다는 것은 오히려 不公平을 發生시키는 것이 되지 않을까 하는 생각이다.

給與率에 있어 被傭者保險과 國民健康保險 그리고 被傭者 保險의 本人과 家族間에 差異가 있다. 이같은 差異는 各 制度가 設立될 當時부터 保險料 負擔率이 相異했기 때문인데, 國民健康保險의 경우에는 오랫동안 給與率이 5 割 내지 그 以下였다. 따라서 큰 論難과 反對도 있었으나 給與率을 引上하면 당연히 負擔도 늘게 된다. 負擔과 給與를 고려하여 國民健康保險은 漸進的으로 給與率을 引上하였으며 이에 맞추어 國庫補助를 強化하였던 것이다. 아직까지 몇가지 給與에 差異가 있어 8 割의 水準을 目標로 段階的으로 給與의 公平化를 기하려 하고 있다. 그런데 한가지 重要한 點은 給與에 앞서 負擔의 均衡을 고려해야 한다는 것이다. 이와 함께 個個 保險者의 財政運營의 安定化가 重要하다. 따라서 來年에 豫定되고 있는 制度의 改善은 이같은 點에 着眼하여야 한다고 생각한다. 그리고 給與率에 큰 差異가 있지만 高額醫療費 制度에 의해 國民健康保險의 實質的인 給與率도 이미 78 %에 이르고 있다.

- (3) 應益保險料의 賦課는 所得把握의 問題 때문이 아닌가 하는 指摘을 否認할 수는 없다. 그러나 醫療保險의 原則은 所得이나 財産狀態에 相關없이 均一的인 負擔을 하는 것이라는 極端的인 意見도 存在한다. 이것은 지나치다고 보고, 平等하게 負擔하는 保險料와 能力에 따른 負擔을 調和시키는 것이 現實的이라고 생각

한다. 應益保險料과 應能保險料의 比率이 韓國의 경우 應能保險料가 40 %라고 하는데 日本은 反對로 應益保險料가 40 % 程度이다. 個人的인 見解로는 日本의 現實에서는 應益保險料의 比率을 좀더 높이는 方向으로 가지 않을까 생각한다. 그리고 財産에 대한 賦課도 實施하고 있으나, 最近 그 賦課比率을 낮추고 있다. 따라서 長期的으로 볼때 財産에 대한 賦課는 없애는 것이 바람직하지 않은가 생각한다.

(4) 國民健康保險의 保險料 上限을 廢止해야 한다는 意見이 日本에 없는 것은 아니다. 日本醫師會가 그와같은 趣旨의 提案을 하고 있다. 그러나 被傭者保險인 健康保險의 實質的인 上限이 36 萬 円이라는 點을 생각할 때 國民健康保險만 上限을 廢止한다는 것은 대단히 困難하며, 또 醫療保險制度의 基本的 性格으로 보아 上限이 지나치게 높은 것은 바람직하지 않다고 본다.

(5) 254 의 保險者가 赤字를 보이고 있는데, 이것은 平均 50 %의 國庫補助를 받은 以後의 赤字이다. 이같은 保險者의 赤字를 어떻게 解決하는가에 대하여 政府는 고심하고 있다. 赤字 保險者에 共通的인 現象은 醫療費가 높다는 것이다. 따라서 個個 保險者는 醫療費 抑制와 함께 保險料 引上을 위한 努力을 계속 하고 있다. 政府로서도 不可避한 赤字이면 可能한한 財政支援을 하고 있으며, 地分公共團體도 補助를 하고 있다. 그러나 赤字 保險者는 固定化되는 傾向에 있어 그 對策에 부심하고 있다.

(6) 1990 年の 國民健康保險法과 老人保健法の 改定에 대해서는 現在로서는 確定的으로 말할 수 없다. 단지, 老人保健制度의 改善,

즉 公的 扶助의 強化라던가, 老人의 定率負擔 方案 또는 老人의 過度한 醫療機關 利用을 抑制하기 위한 在宅療養 方案이 거론되고 있다. 한편 醫療費의 支拂에 대해서도 一種의 包括酬價制와 같은 支拂方式이 가능하지 않겠느냐는 意見도 나오고 있으나 結論을 내리기에는 이른 상태이다.

(7) 1983 年에 老人保健制度가 도입될 當時의 老人醫療費 負擔方式은 지금과는 달랐기 때문에 老人數가 적은 被傭者保險의 老人醫療費 負擔額은 비교적 낮은 水準에 있었다. 즉 1983 年의 老人醫療費 據出金이 保險料 收入에서 차지하는 比率이 13 %였고, 1984 年에는 16.3 % 程度였으므로 被傭者保險의 反對가 별로 없었다. 그리고 老人保健制度가 成立할 수 있는 根據로서는 被傭者 保險의 加入者도 退職하면 國民健康保險의 被保險者가 된다는 點에서, 老人醫療費는 全體가 부담하지 않으면 안된다는 國民的 合意가 있었다고 할 수 있다. 그러나 來年의 老人保健法 改定時에는 老人醫療費에 대한 負擔問題가 健康保險組合側으로부터 제기될 것으로 보여져 이에 대한 對策을 협의중에 있다.

(8) 組合의 適正規模가 어느 程度인가 하는 問題는 斷定하기 곤란하다. 醫療經濟 또는 保險財政이라는 觀點에서 볼 때는 組合의 規模가 큰 쪽이 有利할 것이다. 그러나 組合이 단순히 醫療給與만 하는 것이 아니고, 保健事業 등의 被保險者 健康管理를 한다는 側面에서 볼 때는 지나치게 廣域化한 組合도 適切하지 않다고 본다. 이런 면에서 設立時의 基準인 單一組合 700 人, 綜合

組合 3,000 人이라는 規模가 어느 意味에서는 適切한 것이 아닌
가 생각한다.

(9) 西獨方式의 退職者醫療制度의 導入에 대해서는 여러모로 研究하고
있으나 가까운 將來에 採擇될 可能性은 없다. 現在로서는 國民
健康保險制度로 對應하려고 한다.

(10) 現在의 保險者 規模보다는 可能하면 큰 規模가 바람직하다고 생
각하나 여러가지 現實的 制約 때문에 市町村을 중심으로 地域保
險을 전개하고 있다. 이 같은 短點을 緩和하기 위해 高額醫療費
事業도 하고 있으며 必要한 對策도 강구하고 있다.

(11) 低所得者の 保險料 輕減을 위한 對象者 選定은 資産調査 方式에
의하지 않는다. 本人身告, 稅務資料 및 保險者の 調査 등의 方
式을 活用하고 있다. 日本의 地域保險의 가장 큰 問題點은 中
間所得者の 保險料 負擔이 다른 制度에 비해 過重하다는 것이다.

(12) 同一世帶의 경우에도 所得이 있는 모든 世帶員에 대하여 保險料
를 算定한다. 따라서 保險料는 合計額이 되는데 上限은 世帶當
42 萬円이다. 現在로서는 所得이 적어도 財産이 있으면 保險料를
賦課하는 方式을 택하는 保險者가 많다. 그런데 統計資料에 의
하면 所得이 적은 者일수록 相對적으로 財産도 적게 나타 나고
있다.

(13) 被保險者의 不平을 처리하는 制度로서는 不服審査制度가 있으나 現實的으로 그같은 制度를 利用하는 경우는 드물다. 오히려 政黨이나 地方議會를 통한 輿論으로 國民의 不平이나 不滿이 반영되고 있다. 납득할 수 없는 理由로 保險料를 長期滯納한 者에 대해서는 醫療費 全額을 醫療機關에 支拂하고 후에 償還받는 制度를 적용하고 있다. 그리고 惡質의인 滯納者에 대해서는 法律的으로 保險者가 給與를 하지 않아도 되게 되어 있으나 이런 規定을 활용하는 例는 거의 없다.

(14) 勞動의 對價로 年 4 회 이상 支給되는 것은 額數가 一定하지 않아도 이를 標準酬價의 對象으로 간주한다. 따라서 보너스는 그 對象이 되지 않으나 特別保險料라는 形式으로 徵收하고 있다. 政府管掌健康保險의 경우에는 都道府縣에 설치되어 있는 社會保障事務所가 企業調査를 토대로 標準酬價를 결정한다. 企業을 調査해 보면 對象으로 해야 할 範圍가 最大公約數로 나오게 되므로 이를 適用하면 公平한 標準報酬의 決定이 可能하게 된다. 政府管掌健康保險의 保險料率은 制度 全體에 一律的으로 適用되는 料率이며, 健康保險組合의 경우에는 組合마다 保險料率이 다르기 때문에 各組合의 總報酬에 대한 保險料收入額의 比率을 數値로 표시하고 있다. '88年3月 現在의 健康保險組合의 平均保險料率은 81.03/1000, 政府管掌健康保險은 83.00/1000 이다.

(15) 健康保險組合의 保健施設事業을 위한 平均 支出額은 全體 保險料 收入의 7.1 % 程度가 되는 것으로 나타나고 있다. 그러나 이것이 全部 豫防醫療에 支出되는 것이 아니고 休養施設 등에도 사용되므로 豫防醫療에는 7.1 %의 約 7 割 程度가 支出될 것으로 보인다.

(16) 현재의 60 %에 해당하는 基本保險料에서는 所得資產이 전혀 없는 家口가 平均 3,000 원을 負擔하는 것은 무리라고 볼때 이 負擔을 줄이려는 측면에서 본다면 40 % 정도로 줄이면 平均 2,000 원 정도가 되지 않을까 하는 생각에서 제시했다.

(17) 一般財政에서 地域醫療保險의 財政支援은 금년에 2천2백억 내년에는 3천억 이상 所要될 것으로 豫想된다. 이와같이 増加 일로에 있는 一般財政支援에는 한계가 있기 때문에 目的稅에 의한 財源調達로 전환하는 것이 바람직하다 하겠다.

이러한 次元에서 健康에 해를 끼치는 사회비용을 증가시키는 消費品目에 부과하는 것은 費用 負擔의 公平性을 가져오므로 현재 담배와 酒稅에 부과하고 있는 教育稅는 그 기간이 종료되는 1992年度부터 醫療保障을 위한 目的稅로 전환하고 油類에 새로운 稅金賦課할 것을 建議한다.

Ⅲ. 〔主題 3〕 醫療保險財政安定化 對策

1. 醫療保險에 있어서의 醫療費算定 및 抑制策

高 原 亮 治

(日本厚生省大臣官房企劃官)

1) 點數表(資料Ⅲ-1-1)

- (1) 日本의 社會保險 診療報酬의 特徵은 ①基本的으로는 詳細한 行爲別酬價制이며 ②點數表와 藥價基準이라는 公定價格에 의한 算定이라는 것 ③全國 또는 各種의 醫療機關등을 통하여 原則的으로 同一價格이 適用되고 있다는 것이다. 또 特別한 경우를 除外하고 點數表에 定해져있지 않은 名目으로 患者에게서 料金を 徵收하는것은 違法이다.
- (2) 點數表는 技術과 資源의 相對評價로 되어있어 厚生大臣이 公益側, 支拂側, 醫療側으로 되는 中央社會保險醫療協議會의 協議를 거쳐 決定 한다.
- (3) 點數表는 ①醫療機關의 全收入과 全支出이 均衡을 이룰것을 目的으로 ②可及의 原價를 反映하고 ③臨床上의 有用性を 反映하도록 定해져있다.
- (4) 點數表는 대체로 2年에 1回程度 物價, 人件費에 따라 改定된다.
(表Ⅲ-1-1, 資料Ⅲ-1-2)
- (5) 診療報酬의 國際比較를 할 경우에는 各國의 獨自의 醫療風土를 勘案한 必要가 있다. 例를들면 日本의 再診料는 높지않으나 이는 ①初診料의 算定이 傷病單位라는것 ②一傷病當의 診療日數가 길다는것 ③處方箋 交付나 療養指導에 別個의 點數가 存在한다는것 등의 特徵이 있기때문이기도 한다.

2) 審 査

- (1) 社會保險醫療의 診療報酬明細書는 醫療機關에 있어서 每月點數表와 藥價基準에 따라 作成되고 被用者保險의 경우에는 診療報酬支拂基金, 國民健康保險의 경우에는 國民健康保險聯合會라는 各縣마다 設定된 診療報酬支拂機關에 送附되어 審査가 이루어진다.
(資料Ⅲ-1-3 診療報酬明細書)
- (2) 審査機關에서는 事務職員의 共助業務(事務上 錯誤의 訂正과 醫療上の 問題點指摘)가 이루어진後 審査委員會에 의한 決定이 行해진다. 決定率은 1-2%이다.
審査委員은 公益, 保險者, 醫師會의 各方面을 代表하는자가 1/3씩의 構成으로 되어있고 全員이 醫師다.
- (3) 審査委員은 準據해야할 規範으로 다음과 같은것을 가지고 있다.
이에 의해 査定이 된다.
- ① 療養擔當規則(資料Ⅲ-1-4)
 - ② 藥事法(藥의使用方法, 效能效果, 用法用量)
 - ③ 治療指針(結核, 精神……)
 - ④ 各種의 guide line, 通說, 教科書等の 醫學文獻
 - ⑤ 審査委員의 合意事項
- (4) 不適正한 醫療나 不正請求에 대하여는 指導監査가 行해진다.
處分으로는 保險醫나 保險醫療機關의 取消가 있다. 極히 惡質인 경우에는 刑法上の 處分이나 醫師免許停止, 取消가 이루어지는 경우가 있다.

3) 醫療費의伸張과 對策

(1) 日本에 있어서는 醫療費의 신장을 國民所得의 신장의 範圍內에 들것을 政策目標로 하고 있으나 1983,84 年の 2 年을 除外하고는 成功하고 있지 않다. 1985 ~ 87 年の 各年度의 신장率は 約 6 %이다.

(2) 醫療費의 伸張年率 6 % 중 人口增加에 의한것이 0.5 %, 人口의 高齡化에 의한것이 1.2 %라 하고있다. 나머지 4 %强은「自然增」이라 하는 것으로

①新藥이나 新技術의 導入에의해 舊技術이나 藥이 이보다 새로운 技術이나 藥으로 移行 하는 「代替」와

②新藥이나 新技術이 舊技術이나 藥에 追加되는 「付加」에 따라 說明된다. 自然增의 主된 要因은 藥과 檢査의 增加다.
(圖Ⅲ-1-1)

(3) 日本에 있어서는 옛부터 醫師와 藥劑師의 業務內容이 類似하고 1960 年頃까지는 藥價差가 醫師의 技術料가 되고있다는「潛在技術料」생각이 存在해 왔다.

또 現在에 이르기까지 醫藥分業의 實施率は 높지않다. 그때문에 藥價差益에 依存한 醫業經營도 存在하고있고 藥過用등 醫師의處方行爲에 影響을 주고 있다고 알려져있다. 예를보면 日本의 醫藥品의 市場規模는 14,670 (百萬圓, 1984)로 人口를 勘案하면 미국의 22,410 (百萬圓). 韓國의 1,400 (百萬圓)보다 크다.

(4) 藥의 價格은「藥價基準」에 의한 公定價格이다. 藥價는 基本的

으로는 市場調査에 따라 90 % (bulk on line) 方式에 의해 決定된다. 藥價基準은 2 年에 1 回정도의 頻度로 改定되고있다. 藥價는 점차 떨어지는 方向에 있으나 上記 (2) 의 現實이 認定되므로 藥劑費의 絶對額은 増加傾向에있다. 여하튼 1 連의 藥價改定은 藥價基準의 價格을 實際價格에 가깝게하는것을 目的으로 하고 있다. (資料Ⅲ-1-5)

- (5) 檢査에 의한 醫療費의 増加要因으로는 特히 侵襲이 적어도되는것, 檢査센터와같은 外部검사기관에 依託한 수 있는것등을 들 수있다. 對應策으로서는 ①點數 (公定料金) 를適正引下하고委託料金과의 格差를 적게하여 差益目的의 檢査를 적게 한다. ②醫學敎育, 卒業後敎育의 適正化에 의해 效率的인 檢査計劃을 普及한다. (例를들면 敏感度 Sensitivity 나 特異度 Specificity 에 대하여는 今年의 醫師國家試驗에 出題되었다) ③點數의 合算 등이다.

※ 敏感度와 特異度

	有 病	無 病
檢査異常	a 人	c 人
檢査正常	b 人	d 人

$$\text{敏感度} = a / (a + c)$$

$$\text{特異度} = a / (a + b)$$

※ 點數의 合算

點數의 合算이란 例컨데 血中 Bilirubin 의 alluvumin
尿酸, 血糖, RGTP 等은 다 1 項目 25 點이 지만

5 項目以上 7 項目以下 190 點

8 ~ 9 項目 240 點

10 ~ 14 項目 260 點

15 ~ 19 項目 270 點

20 項目以上 280 點

와같이 項目數가 增加하여도 正比例的으로 價格이 上
昇하지 않는 算定條件으로 한다는 것이다.

- (6) 新技術에 있어서는 保險給與의 對象으로 할 것인가, 어떨 것인가의 判斷이
個別技術마다 되고있다. 評價項目은 ①有效性 ②安全性 ③普及性
④效率性 ⑤倫理性等인데 今後客觀的인 評價指標作成이 計劃되고
있다.

特別한 경우에는 新技術의 導入시에 使用上的 留意點이 gui -
deline 으로 제시되고 있다.

4) 其他 日本의 當面課題

(1) 長期入院期間 (表Ⅲ-1-2)

日本의 平均在院日數는 39 日로 世界最長, 自己負擔分の 適正化
와 在宅醫療에의 給與擴大에 의해 入院의 濫用防止. 醫療機關에
있어서의 急性病棟과 慢性病棟의 區分이나 入退院의 客觀的인

判斷基準의 開發이 要望되고 있다.

(2) 醫療의 地域差

入院日數等地域差가 크다. 地域醫療計劃에 의한 病床擴大制限

(3) 藥과 檢査의 過用 (表Ⅲ-1-3)

差益의 壓縮, 醫學敎育卒業後 敎育의 改善 (臨床經濟學的觀點의 導入)

(4) 其 他

患者 Service의 向上, informed Consenc의 普及, 醫療의 質管理 (Quality Assurance) 醫療機關情報의 公開 (information disclosure) 老人의 長期診療體系 (Long term Care). 在宅醫療 Service의 普及 (Home health Care). 支拂方式改善, 一部負擔制度 (Co-Payment), 醫療機關機能分化.

(目 次)(抄)

別表第1．診療報酬點數表(甲)

第1章 基本診療料

第2章 特掲診療料

第1部 療養上の指導等

第2部 在宅療養

第3部 検査

第4部 画像診断

第5部 投薬

第6部 注射

第7部 理学療法

第8部 精神病特殊療法

第9部 處置

第10部 手術

第11部 麻醉

第12部 放射線治療

別表第2．齒科診療報酬點數表

第1章 基本診療料

第2章 特掲診療料

- 第 1 部 療養上의 指導等
- 第 2 部 在宅療養
- 第 3 部 檢 查
- 第 4 部 X線診斷
- 第 5 部 投 藥
- 第 6 部 注 射
- 第 7 部 理學療法
- 第 8 部 處 置
- 第 9 部 手 術
- 第 10 部 麻 醉
- 第 11 部 齒冠條復 및 欠損補綴
- 第 12 部 齒科矯正

別表第 4. 診療報酬點數表(乙)

- 第 1 部 診察料
- 第 2 部 在宅療養料
- 第 3 部 投藥料
- 第 4 部 檢査料
- 第 5 部 畫像診斷料
- 第 6 部 注射料
- 第 7 部 處置料
- 第 8 部 理學療法料
- 第 9 部 精神病特殊療法料

第 10 部 手術料

第 11 部 麻醉料

第 12 部 放射線治療料

第 13 部 入院料

別表第 6．調劑報酬點數表

別表第 1. 診療報酬點檢表(甲)

第 1 章 基本診療料

區 分

0 0 0 初診時基本診療料

1. 初診時基本診療料 205 點

2. 紹介患者初診時基本診療料 205 點

(紹介患者初診時基本診療料를 包含. 以下 이 表에 있어서 같음)

1. (略)

2. 同時に 2 以上の 傷病에 대하여 初診을 行한 경우에 있어서도 初診時基本診療料(紹介患者初診時基本診療料를 包含. 以下 이 表에 있어서 같음)은 1 回로 算定한다.

3. 1 傷病의 診療繼續中에 他 傷病이 發生하여 初診을 行한 경우에는는 그들의 傷病에 관한 初診時基本診療料는 合하여 1 回로 하고 第 1 回 初診時에 算定한다.

4. 同一 患者에 대하여 1 月以内に 初診時基本診療料를 算定 해야 하는 初診을 2 回以上 行한 場合に 있어서는 初診時 基本診療料는 1 回로 하고 第 1 回 初診時에 算定한다.

5. (略)

6. 6 歲未滿의 嬰幼兒에 對하여 初診을 行한 경우에는는 所定 點數에 40 點을 加算한다.

7. 小兒科를 標榜하는 保險醫療機關에 있어서 小兒科를 擔當 하는 醫師가 2 歲未滿의 嬰幼兒에 對하여 初診을 行한 경

우 育兒, 營養, 其他療養上 必要한 指導를 行하였을 때는 所
定點數에 90 點을 加算한다.

8. 保險醫療機關이 表示하는 診療時間 以外の 時間(深夜(午
後 10 時에서 午前 6 時까지. 以下 이 表에 있어서 같
음) 및 休日을 除外. 以下 이 表에 있어서 같음), 休
日(深夜를 除外. 以下 이 表에 있어서 같음) 또는 深
夜에 있어서 初診을 行한 경우는 각각 所定點數에 75 點
210 點 또는 420 點을 加算한다. 단, 主로 夜間에 있어서
의 救急醫療 確保를 위해 設置되어 있는 保險醫療機關에서
別途 厚生大臣이 定하는 時間에 있어서 初診을 行한 경우
는 所定點數에 70 點을 加算한다.

9. (略)

0 0 1 再診時基本診療料

1. 醫療法 第1條의 2 第1項에 規定하는 病院(以下 이 表에 있
어서 「病院」이라 한다)의 경우 66 點

2. 醫療法 第1條의 2 第2項에 規定하는 診療所(以下 이 表에
있어서 「診療所」라 한다)의 경우 76 點

注 1. ~ 6. (略)

0 0 1 - 2 慢性疾患外來醫學管理料 150 點

注 1. 別途 厚生大臣이 定하는 慢性疾患을 主病으로 하는 入院
中の 患者以外の 患者에 對하여 計劃的인 醫學管理를 繼續
해 行하였을 경우에 1 個月에 1 회를 限度로 하여 算定함.

2. ~ 5. (略)

0 0 2 入院時基本診療料

入院患者數가 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 該當하는 保險 醫療機關에 있어서 室料 및 看護料에 대하여는 別途 厚生大臣이 定하는 바에 의해 算定한다.

1. 室料(1日當) 124 點

注1. 都道府縣知事の 承認을 얻어, 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 의한 寢具設備를 하였을 경우는 所定點數에 1日當 14 點을 加算하고 當該基準에 의한 寢具設備를 行하였을 경우로 病衣를 貸與하였을 때에는 다시 6 點을 加算한다.

2. 都道府縣知事の 承認을 얻어, 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 의한 重症者の 收容을 하였을 경우는 所定點數에 個室의 경우 1日當 200 點을 2人病室의 경우 1日當 100 點을 加算한다.

2. 看護料(1日當)

① 基本看護料

注1. (略)

2. 注1. 에 規定하는 患者에 對하여 都道府縣知事の 承認을 얻어 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 의한 看護를 한 경우는 當該基準에 記載되는 區分에 따라 다음에 드는 點數를 1日當 각각 所定點數에 加算한다.

가. 特3類看護

- | | |
|----------------------------|-------|
| (1) 入院日부터 起算하여 20日以內的 期間 | 235 點 |
| (2) 入院日부터 起算하여 20日을 超過한 期間 | 225 點 |

나. 特 2 類看護

(1) 入院日부터 起算하여 30 日以內의 期間 165 點

(2) 入院日부터 起算하여 30 日을 超過한 期間 157 點

다. 特 1 類看護

(1) 入院日부터 起算하여 40 日以內의 期間 95 點

(2) 入院日부터 起算하여 40 日을 超過한 期間 87 點

라. 其他의 看護料(病院의 경우) 119 點

以下 (略)

3. 給食料(1 日當) 135 點

注. 都道府縣知事の 承認을 얻어 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 의한 給食을 하였던 경우에는 所定點數에 1 日當 46點을 加算하고 當該基準에 의한 給食을 하였을 경우에 있어서 主로 入院患者의 給食用으로 使用되는 目的인 食品으로 厚生大臣이 指定한 檢査機關에 있어서 調理加工後 營養成分이 分析되고 있고, 또한 當該營養成分分析値가 유지되고 있는 食品을 給與하였을때 또는 別途 厚生大臣이 定하는 特別食을 給與하였을 때는 각각 다시 16 點 또는 31 點을 加算한다.

4. 特殊疾患收容施設管理料(1 日當) 180 點

注. 都道府縣知事の 承認을 얻어 重症心身障害者, 筋 DYSTROPHY 患者 等を 收容하고 있는 保險醫療機關인 경우에 算定한다.

5. 精神科應急入院施設管理料 2500 點

注. 別途 厚生大臣이 定하는 施設基準에 適合한 都道府縣知事가 인정하는 保險醫療機關에 있어서 精神保健法(1950 年 法律第

123 號) 第 33 條의 4 第 1 項에 規定하는 入院에 관한 患者에
대하여 當該入院中 1 回에 限하여 入院日을 算定한다.

0 0 3 入院時醫學管理料

入院患者數가 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 該當하는 保險
醫療機關에 있어서의 入院時醫學管理料에 대하여는 別途 厚生大
臣이 定하는 바에 의해 算定하고 醫師 및 看護婦 및 准看護
婦의 員數가 別途 厚生大臣이 定하는 基準에 該當하는 病院인
保險醫療機關에 있어서의 入院時醫學管理料에 대하여는 別途 厚
生大臣이 定하는 바에 의해 算定한다.

1. 病院에 收容되어 있는 患者의 경우 (1 日當)

가. 入院日부터 起算하여 1 週間以內的 期間	440 點
나. 入院日부터 起算하여 1 週間을 超過 2 週間以內的 期間	430 點
다. 入院日부터 起算하여 2 週間을 超過 1 個月以內的 期間	280 點
라. 入院日부터 起算하여 1 個月을 超過 2 個月以內的 期間	205 點
마. 入院日부터 起算하여 2 個月을 超過 3 個月以內的 期間	195 點
바. 入院日부터 起算하여 3 個月을 超過 6 個月以內的 期間	140 點
사. 入院日부터 起算하여 6 個月을 超過 1 年以內的 期間	115 點

아. 入院日부터 起算하여 1 年을 超過 1 年 6 個月 以內的 期間
97 點

자. 入院日부터 起算하여 1 年 6 個月을 超過한 期間 95 點

注. (略)

2. 收容施設을 갖는 診療所에 收容되어 있는 患者의 경우

(1 日當)

가. 入院日부터 起算하여 1 週間以內的 期間 215 點

나. 入院日부터 起算하여 1 週間을 超過 2 週間以內的 期間
209 點

다. 入院日부터 起算하여 2 週間을 超過 1 月以內的 期間
142 點

라. 入院日부터 起算하여 1 個月을 超過 2 個月以內的 期間
115 點

마. 入院日부터 起算하여 2 個月을 超過 3 個月以內的 期間
111 點

바. 入院日부터 起算하여 3 個月을 超過 6 個月以內的 期間
85 點

사. 入院日부터 起算하여 6 個月을 超過 1 年以內的 期間
69 點

아. 入院日부터 起算하여 1 年을 超過 1 年 6 個月 以內的 期間
67 點

자. 入院日부터 起算하여 1 年 6 個月을 超過한 期間 65 點

0 0 4 特定入院時基本診療料

(略)

.....(中略).....

第4部 画像診断

第1節 診断料

區 分

1 0 0 透視診断 94 點

1 0 1 寫眞診断

1. 單純撮影

가. 頭部, 胸部, 腹部 또는 脊椎 72 點

나. 其 他 36 點

2. 特殊撮影(一連當) 84 點

3. 造影劑使用撮影 64 點

注. 間接撮影을 했을 경우는 所定點數의 100 分の 50 에 相當하
는 點數에 의해 算定한다.

1 0 2 撮 影

1. 單純撮影 60 點

2. 特殊撮影(一連當) 260 點

3. 造影劑使用撮影 144 點

注. 間接撮影을 하였을 경우는 所定點數의 100 分の 50 에 相當
하는 點數에 의해 算定된다.

1 0 3 Computer 斷層撮影診斷

1. 單純 CT 撮影診斷

가. 頭部 (一連當) 1,000 點

나. 軀幹 (一連當) 1,300 點

다. 四肢 (一連當) 1,000 點

2. (略)

1 0 4 造影劑注入手技

1. 2. (略)

3. 動脈造影 catheter 法 1,000 點

注. 主要血管의 分岐血管을 選擇的으로 造影撮影한 경우는 1
回限 580 點을 加算한다.

4. 靜脈造影 catheter 法 1,000 點

5. 內視鏡下의 造影劑注入

가. 氣管支鏡播入 區分番號 074 에 드는 所定點數

나. 氣管支 Fiborscopy 播入 區分番號 074-2 에 드는 所定點數

다. 十二指腸 Fiborscopy 播入 區分番號 077-2 에 드는 所定點數

라. 尿管 catheter 法 (兩側) 區分番號 084 에 드는 所定點數

6. 腔內注入 및 穿刺注入

가. 注腸 90 點

나. 其他 70 點

第2節 核醫學診斷料

區 分

1 0 5 Synchgram (畫像을 동반하는 것)

1. Synchgram (1 Scan 또는 1 Coma) 860 點

2. 血流動態 Synchgram (一連當) 1,400 點

3. 全身 Synchgram

가. 1 方向 1,400 點

나. 2 方向以上 2,500 點

1 0 6 싱글호튼밋션 컴퓨터 斷層撮影診斷 (同一의 라디오 아이소토프를 사용한 一連의 檢査當)

第3節 磁氣共鳴컴퓨터 斷層撮影診斷料

區 分

1 0 7 磁氣共鳴컴퓨터 斷層撮影診斷 (一連當) 2,300 點

注. 同一의 患者에 대하여 同一의 部位에 대하여 同一月內에

2 回以上 撮影診斷한 경우에는 2 回째 이후에 대해서는

所定點數의 100 分の 90 에 相當하는 點數에 의해 算定한다.

第4節 필름 및 造影劑料

區 分

1 0 8 필름 購入價格을 10 円으로 나누어 얻은 點數

注. 6歲未滿의 乳幼兒 對 胸部單純撮影을 行한 경우에는
購入價格에 1.1을 곱하여 얻은 金額을 10 円으로 나누어
얻은 點數로 한다.

1 0 8 - 2 造影劑 購入價格을 10 円으로 나누어 얻은 點數

注. 使用필름 및 造影劑의 購入價格은 別途 厚生大臣이 정한
다.

第 5 節 特定晝像診斷用器材料

區 分

1 0 9 特定晝像診斷用器材

..... (後略)

診 療 報 酬 改 定	藥 價 調 查	藥 價 基 準
1978年2月 醫科 11.5%, 齒科 12.7%, 藥局 5.6% 平均 11.6%의 引上	1976年5月 調査	1978年2月 全面改正
1981年6月 醫科 8.4%, 齒科 5.0%, 藥局 8.8% 平均 8.1%의 引上	1978年7月 調査	1981年6月 全面改正
1983年2月 醫科 0.3%의 引上	1982年1月 調査	1983年1月 部分改正
1984年3月 醫科 3.0%, 齒科 1.1%, 藥局 1.0% 平均 2.8%의 引上	1983年5月 調査	1984年3月 全面改正
1985年3月 醫科 3.5%, 齒科 2.5%, 藥局 0.2% 平均 3.3%의 引上	1984年11月 調査	1985年3月 部分改正
1986年4月 醫科 2.5%, 齒科 1.5%, 藥局 0.3% 平均 2.3%의 引上	1985年11月 調査	1986年4月 部分改正
1988年4月 醫科 3.8%, 藥局 1.7% 平均 3.4%의 引上 (齒科는 同年 6月 1.0%의 引上)	1987年7月 調査	1988年4月 全面改正
1989年4月 平均 0.12%의 引上 (1個月分程度의 在庫를 勘案하여 調整後 0.11%의 引上)		1989年4月 全面改正

* 1982年9月 藥價算定方式에 關한 中央社會保險醫療協議會의 答申
 1987年5月 藥價算定方式에 關한 中央社會保險醫療協議會의 建議

〈資料Ⅲ-1-2〉 社會保險診療報酬改定の 概要

I. 改定趣旨

1. 今回の 改定은 醫療를 둘러싼 狀況의 變化에 對應하여 診療報酬의 合理化를 圖謀하는 見地에서 國民醫療綜合對策本部中間報告의 趣旨도 수렴, 長期入院의 是正, 老人醫療의 再檢討, 在宅醫療推進, 検査의 適正化等を 도모함과 함께 醫療機關의 機能, 特質에 맞는 診療報酬上の 評價를 하는 것으로 한다.

2. 具體的으로는

- (1) 診療所の primary care 機能, 病院의 高次機能等 醫療機關에 있어 할 機能, 特質에 맞는 診療報酬上の 評價를 行한다.
또, 그 일환으로 大學病院等 高度專門病院에 있어서의 醫療의 再檢討를 함과 동시에 精神醫療의 動向을 수렴한 充實을 도모 한다.
- (2) 長期入院의 是正을 기하기 위해, 入院時醫學管理料의 再檢討等 所要의 改正을 한다.
- (3) 在宅醫療의 推進을 위하여 獨立된 部를 新設하고, 訪問診療, 訪問看護等 諸般의 新規項目을 包含시킨다.
- (4) 検査의 適正化를 위하여 檢體検査의 再編成을 함과 동시에 生體検査, 畫像診斷에 관한 遞減制等を 導入한다.

〈資料Ⅲ-1-4〉 保險醫療機關 및 保險醫療養 擔當規則

第1章 保險醫療機關의 療養擔當

(療養給與의 擔當範圍)

第1條 保險醫療機關이 擔當하는 療養의 給與 및 被保險者와 被保險者이었던者 또는 이들의 被扶養者의 療養範圍는 다음과 같다.

1. 診 察
2. 藥劑 또는 治療材料의 支給
3. 處置技術, 其他의 治療
4. 病院 또는 診療所에의 收容

(療養給與의 擔當方針)

第2條 保險醫療機關은 眞心으로 친절하게 療養의 給與를 擔當하지 않으면 안된다.

2. 保險療養機關이 擔當하는 療養의 給與는 被保險者 및 被保險者이었던者와 이들의 被扶養者이기는 하나 療養上 妥當適切한 것이어야 한다.

(受給資格의 確認)

第3條 保險醫療機關은 患者로부터 療養의 給與를 받을 수 있게 要求되었던 경우에는 그者가 提出하는 被保險者證에 의해 療養의 給與를 받을 수 있는 資格이 있다는 것을 確認하지 않으면 안된다. 단, 緊急을 要하는 事由에 의해 被保險者證을 提出할 수 없는 患者는 療養의 給與를 받을 資格이 明白한 사람에 대하여는 그러하지 아니하다.

(一部負擔金の 受領)

第 5 條 保險醫療機關은 被保險者 또는 被保險者이었던 者에 대하여는 法の 規定에 의한 一部負擔金(中略)에 相當하는 金額의 支拂을 받는 것으로 한다.

(特定醫療에 의한 療養의 基準 등)

第 5 條의 3 保險療養機關은 當該療養을 하는데 있어서 그 種類나 內容에 따라 厚生大臣이 定하는 基準에 따라야 하는 外에 사전에 患者에 對하여 그 內容이나 費用에 關해 說明을 하고 그 同意를 얻어야 한다.

2. 保險療養機關은 그 病院 또는 診療所の 잘보이는 場所에 前項의 療養內容 및 費用에 關한 事項을 揭示하지 않으면 안된다.

(證明書 交付)

第 6 條 保險醫療機關은 患者로 부터 保險給與를 받기 위해 必要한 保險療養機關에 있어서 健康保險法の 診療에 從事하고 있는 保險醫(以下 「保險醫」이라 한다)의 證明書, 意見書 등의 交付를 받았을 때는 無償으로 交付하지 않으면 안된다.

(助力)

第 7 條 保險療養機關은 患者에 對하여 看護 또는 移送의 給與가 되어야 할 必要가 있다고 認定하였을 때는 當該, 被保險者 또는 被保險者이었던 者에게 그 手續을 할 수 있도록 助力하지 않으면 안된다.

(診療錄記載 및 整備)

第 8 條 保險醫療機關은 第 22 條의 規定에 의한 診療錄에 療養의 給與擔當에 關하여 必要한 事項을 記載하고 이들 他 診療錄

과 區別하여 整備하지 않으면 안된다.

(帳簿等の 保存)

第 9 條 保險療養機關은 療養給與의 擔當에 關한 帳簿 및 書類, 其他 記錄을 그 完結日부터 3 年間 保存하지 않으면 안된다. 단, 患者의 診療錄에 있어서는 그 完結日부터 5 年間으로 한다.

(通知)

第 10 條 保險醫療機關은 患者가 다음 各號의 1 에 해당하는 경우에는 遲滯없이 意見을 부쳐 그 취지를 管轄 都道府縣知事 또는 當該 健康保險組合에 通知하지 않으면 안된다.

1. 家庭事情 等으로 退院이 困難하다고 認定되었을 때
2. 鬭爭・泥醉 또는 현저한 不行實에 의해 事故를 일으켰다고 認定되는 때
3. 正當한 理由가 없이 療養에 關한 指揮에 따르지 않을 때
4. 詐欺, 其他 不正한 行爲에 의해 療養給與를 받고 또는 받으려 할때

(收容)

第 11 條 保險醫療機關은 患者의 收容에 關하여는 그 病狀에 應하여 適切히 할 療養上 必要한 事項에 대하여 適切な 注意나 指導를 하지 않으면 안된다.

第2章 保險醫의 診療方針等

(診療의 一般의 方針)

第12條 保險醫의 診療는 一般으로 醫師 또는 齒科醫師로서 診療의 必要가 있다고 認定되는 疾病 또는 負傷에 對하여 適確한 診斷下에 患者의 健康保持增進上 妥當適切하게 하지 않으면 안된다.

(診療의 具體的 方針)

第13條 醫師인 保險醫의 診療의 具體的 方針은 前8條의 規定에 의하는 外에 다음에 드는 바에 의하는 것으로 한다.

1. 診 察

- ① 診察은 特히 患者의 職業上이나 環境上의 特性等を 顧慮하여 行한다.
- ② 健康診斷은 療養給與의 對象으로 해서는 안된다.
- ③ 往診은 診療上 必要가 있다고 認定될 때 한다.
- ④ 各種의 檢査는 診療上 必要가 있다고 認定되었을 경우에 하고 研究의 目的으로 하여서는 안된다.

2. 投 藥

- ① 投藥은 必要가 있다고 認定되는 경우에 한다.
- ② 治療上一劑로 足한 경우에는 一劑를 投與하고 必要가 있다고 認定되는 경우에는 二劑以上을 投與한다.
- ③ 同一의 投藥은 不必要하게 反覆하지 말고 症狀의 經過에 應하여 投藥의 內容을 變更하는 等の 顧慮를 하지않으면 안된다.
- ④ 營養・安靜・運動・職場轉換 其他 療養上の 注意를 하므로써 治

療效果를 높일 수 있다고 認定될 경우는 이들에 關하여 指導를 하고 不必要하게 投藥을 해서는 안된다.

⑤ 投藥量은 豫見할 수 있는 必要期間에 따라 대체로 다음의 基準에 의한다.

(1) 內服藥은 一回二日分을 標準으로 하고 外用藥은 一回五日分을 限度로 投與한다.

(2) 歸鄉療養等 特殊한 事情이 있는 경우에 必要하다고 認定될 때는 旅程 其他의 事情을 考慮하여 一回十四分을 限度로 投與한다.

(3) 厚生大臣이 定하는 內服藥은 厚生大臣이 定하는 疾患에 罹患되어 있는 者에 對해 症狀의 經過에 應해 1回 30日分을 限度로 投與한다.

⑥ 注射案은 患者가 療養上 必要한 事項에 대하여 適切한 注意와 指導를 하여 厚生大臣이 定하는 注射藥에 限해 症狀의 經過에 應하여 1回 30日分을 限度로 投與한다.

4. 注 射

① 注射는 다음에 드는 경우에 한다.

(1) 經口投與에 의해 胃腸障害를 일으키는 염려가 있을때, 經, 投與를 할 수 없을 때 또는 經口投與에 의해서는 治療의 效果를 期待하기 어려울 때

(2) 特히 迅速한 治療效果를 期待할 必要가 있을 때

(3) 其他 注射에 의하지 않으면 治療效果를 期待하기 困難할 때.

② 內服藥과의 併用은 이에 의해 현저하게 治療效果를 높일 수 있음이 明白한 경우 또는 內服藥의 投與만으로는 治療效果를 期待하기 困難한 경우에 한해서 한다.

③ 混合注射는 合理的이라고 認定되는 경우에 한다.

④ 輸血 또는 電解質 또는 血液代用劑의 補液은 必要가 있다고 認定되는 경우에 한다.

5. 手術 및 處置

① 手術은 必要가 있다고 認定된 경우에 한다.

② 處置는 必要程度에 따라 한다.

6. 理學的 療法

理學的療法은 投藥・處置 또는 手術에 의해 治療效果를 높이기 困難한 경우에 있어 이 療法이 보다 效果가 있다고 認定될 때 또는 이 療法을 併用할 必要가 있을때 한다.

7. 收容 指示

① 收容指示는 療養上 必要가 있다고 認定될 경우에 한다.

② 단순한 疲勞回復・正常分娩 또는 通院의 不便等 때문에 收容指示는 하지 않는다.

8. 다음에 드는 治療의 治療方針, 治療基準 및 治療方法은 厚生大臣이 定하는 바 外에 前各號에 定하는 바에 의한다.

① 性病治療

② 結核治療

③ 高血壓症 治療

④ 慢性胃炎・胃潰瘍 및 十二指腸潰瘍 治療

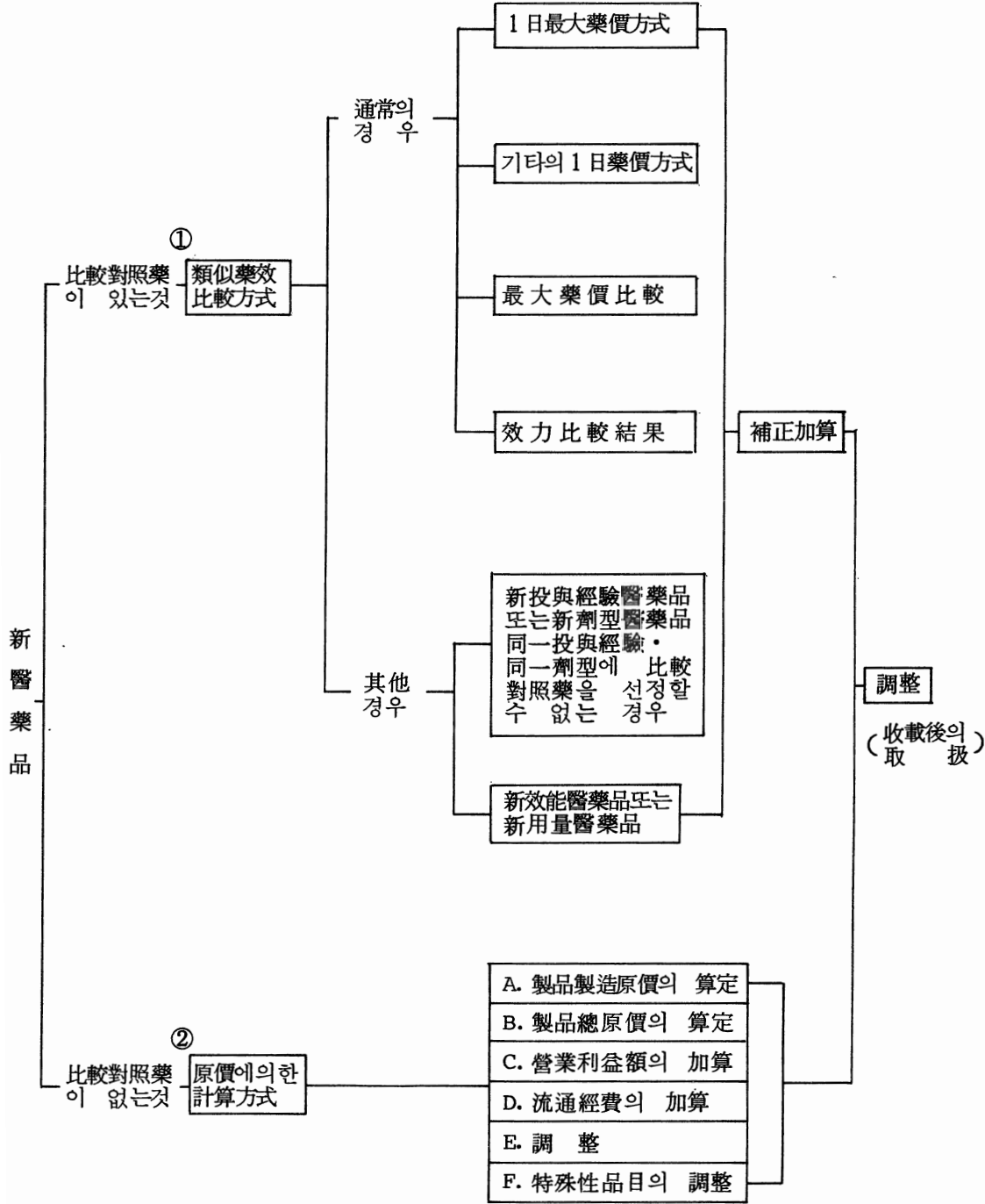
⑤ 精神科治療

⑥ 抗生物質製劑에 의한 治療

⑦ 副腎皮質 호르몬, 副腎皮質刺戟호르몬에 의한 治療

< 圖Ⅲ-1-1 >

新醫藥品의 藥價算定에 대하여는 新藥懇談會의 報告에 따라 Flow로 行해지고 있다.



藥 價 基 準 制 度

法 的 性 格

- ① 價格基準（保險診療，保險調劑의 報酬請求에 있어서의 藥價를 나타낸다） 健康保險法第 43 條의 9（療養에 要하는 費用）



健康保險法의 規定에 의한 療養에 要하는 費用의 額의 算定方法（告示）

藥劑料 …… 「使用藥劑의 購入價格은 別度로 厚生大臣이 定한다」



使用藥劑의 購入價格（藥價基準）（告示）

- ② 品目表（保險診療，保險調劑로 使用할 수 있는 醫藥品의 範圍를 나타낸다.）

健康保險法第 43 條의 4（保險醫療機關 또는 保險藥局의 業務）

// 第 43 條의 6（保險醫 또는 保險藥劑師의 業務）



保險醫療機關 및 保險醫療養擔當規則（省令）

健康保險法第 19 條（使用醫藥品）

保險藥局 및 保險藥劑師 療養擔當規則（省令）

健康保險法第 9 條（使用醫藥品）

保險醫 및 保險藥劑師의 使用醫藥品（告示）

〈表Ⅲ-1-2〉人口 10 萬對 1 日平均患者數・病床의 種類別로 本 病床利用率・6 月末의 病床數・
醫療在院日數의 年次推移

	1965 年	1970 年	1975 年	1980 年	1984 年	1985 年	1986 年	1987 年
人口 10 萬對								
1 日平均患者數								
在院患者數	717.8	323.8	831.1	920.4	1,039.0	1,056.3	1,074.8	1,002.7
新入院患者數	12.7	14.9	15.2	16.5	19.1	19.6	19.9	20.7
退院患者數	12.6	14.9	15.1	16.4	19.0	19.5	19.9	20.6
外來患者數	1,016.6	1,151.0	1,157.7	1,245.9	1,376.5	1,391.8	1,436.9	1,495.8
病床利用率	02.6	81.6	80.5	83.3	85.3	85.8	85.7	85.1
精神病床	108.0	104.3	101.8	102.4	102.4	101.9	100.6	99.1
傳染病床	16.6	6.1	3.5	2.0	1.4	1.3	1.4	1.2
結核病床	75.4	66.2	60.3	55.4	56.5	55.8	55.9	54.4
瀦留病床	75.3	68.3	66.1	68.1	72.9	71.3	72.1	72.4
一般病床	60.6	80.3	78.6	81.4	83.3	83.7	83.8	83.3
6 月末病床數	853,787	1,047,099	1,155,723	1,293,787	1,459,827	1,489,236	1,525,453	1,570,319
精神病床	164,027	242,022	275,468	304,459	329,806	333,570	339,161	345,485
傳染病床	24,051	23,181	21,077	18,453	15,431	14,706	14,271	13,009
結核病床	224,533	181,373	134,150	88,173	61,321	57,055	52,272	49,343
瀦留病床	13,230	13,217	13,986	12,609	10,750	10,720	10,319	9,997
一般病床	427,946	587,306	711,042	870,073	1,042,519	1,073,185	1,109,480	1,151,575
平均在院日數	56.7	55.3	54.8	55.9	54.6	54.2	54.0	52.9
精神病床	433.8	455.4	486.8	534.8	538.9	536.3	532.6	522.3
傳染病床	17.7	17.6	16.8	17.8	16.4	18.2	18.9	18.7
結核病床	458.5	85.3	317.7	252.6	215.2	207.2	200.3	181.8
瀦留病床	11,733.4	11,118.1	14,148.6	7,250.7	8,560.3	9,748.1	10,735.5	9,365.5
一般病床	30.3	32.5	34.7	38.3	39.4	39.4	39.7	39.3

〈表Ⅲ-1-3〉 診療行為別 1 件當 點數・構成比率の 年次推移，政管健保－國保別

歯科診療分

	政 府 管 掌 健 康 保 險							國民健康保險				
	1978 年	1979 年	1980 年	1981 年	1982 年	1983 年	1984 年	1985 年	1986 年	1987 年		
	1 件 當 點 數											
總 數	1,326.8	1,346.8	1,407.5	1,441.8	1,478.9	1,621.8	1,610.2	1,618.5	1,685.9	1,769.1	2,356.5	2,475.2
診 察	220.5	210.5	206.9	200.3	239.2	254.4	264.3	277.3	293.9	294.8	323.3	315.1
藥 投	384.8	388.7	423.7	432.2	385.3	433.4	393.1	370.0	384.5	418.9	501.0	544.2
注 射	160.9	162.3	182.9	193.2	176.6	196.8	159.9	159.5	147.5	161.0	244.7	238.9
理 學 療 法	11.8	12.5	11.5	13.2	23.8	25.5	25.5	25.5	24.0	29.5	34.2	37.1
精神病特殊醫療	1.6	1.3	1.4	1.6	2.7	3.0	3.1	3.7	4.1	3.1	6.6	5.1
畫 像 診 斷	44.1	47.0	55.3	52.6	51.7	56.1	59.4	70.1	68.4	74.5	83.9	87.4
檢 査	120.7	143.2	155.2	188.1	173.9	201.9	203.0	196.8	195.6	219.0	248.5	266.0
處 置	40.1	40.2	41.8	42.4	39.0	45.1	39.7	50.3	51.4	54.4	90.9	98.0
手 術	77.5	65.3	56.6	60.3	67.2	65.4	93.5	78.4	98.0	88.4	133.1	145.3
麻 醉	7.0	6.9	6.8	6.7	8.1	8.7	9.7	8.7	11.3	11.0	12.8	12.3
放 射 線 治 療	-	-	-	-	-	-	-	0.9	0.7	0.6	0.8	1.1
入 院	275.0	266.1	230.6	265.8	302.8	321.7	349.3	367.6	396.5	406.3	665.8	684.3
其 他	2.4	3.3	4.9	7.3	8.4	9.5	9.9	9.9	10.1	10.5	10.8	10.6
	構 成 比 率 (%)											
總 數	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
診 察	16.6	15.8	14.7	13.9	16.2	15.7	16.4	17.1	17.4	16.7	13.7	12.7
藥 投	27.5	28.9	30.1	30.0	26.1	28.7	24.4	22.8	22.8	23.7	21.3	22.0
注 射	12.1	12.1	13.0	13.4	11.9	12.1	9.8	9.9	8.8	9.1	10.4	10.5
理 學 療 法	0.9	0.9	0.8	0.9	1.6	1.6	1.6	1.6	1.4	1.5	1.5	1.5
精神病特殊醫療	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
畫 像 診 斷	3.3	3.5	3.9	3.7	3.5	3.5	3.7	4.3	4.1	4.2	3.6	3.5
檢 査	9.1	10.6	11.0	11.5	11.8	12.5	12.6	12.2	11.6	12.4	10.5	10.7
處 置	3.0	3.0	3.0	2.9	2.6	2.8	2.5	3.1	3.0	3.1	3.9	4.0
手 術	5.8	4.8	4.0	4.2	4.5	4.0	5.8	4.8	5.8	5.0	5.6	5.9
麻 醉	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.7	0.6	0.5	0.5
放 射 線 治 療	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.6
入 院	20.7	19.8	18.5	18.4	20.5	19.8	21.7	22.7	23.5	23.0	28.8	28.0
其 他	0.2	0.2	0.3	0.5	0.6	0.8	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4

2. 日本大學病院의 醫療費

1. 大學病院醫療의 背景

紀伊國獻三
(日本筑波大學教授)

大學醫學部는 附屬病院을 가지는 것이 우리나라에서는 義務로 되어 있습니다. 醫學部設置審査基準 要項으로는 學生入學定員마다 教育研究및 學生의 臨床實習을 위해 적어도 600床 以上の 附屬病院을 必要로 하고 적어도 病床數와 마찬가지로 年間 1日平均 外來患者數가 있을 것을 要求하고 있다.

現在(1986年 文部省의 統計로는 醫育機關의 病院數는 160, 病床數는 85,075床으로 全國의 病院數의 1.65%, 病床數의 5.5%를 차지하고 있다. 확실히 大學病院의 病院數, 病床數, 나아가서는 在院患者數, 外來患者數가 우리나라 病院醫療 중에서 차지하는 비율은 완만, 느리기는 하지만 上昇을 계속하고 있다. 여기에서는 여러가지의 理由를 알 수 있을 것이다.

첫째, 國民의 큰병원指向이 있다. 우리나라는 昭和36年の 國民皆保險의 達成으로부터 昭和57年の 老人保健法の 制定까지 保險에 의한 醫療給付는 擴大를 계속했지만, 그때 患者의 醫療機關의 選擇의 自由 이른바 free access를 保障해 왔다. 이것은 醫療機關 相互의 切磋琢磨를 意味하고 患者를 위한 醫療를 實施하는 인센티브가 되었다. 이 경우에 있어서 患者는 「高度의 醫療를 받고싶다」 「專門의 醫療를 받고싶다」고 하는 希望을 가지고 大病院, 特히 大學病院을 指向한다.

둘째, 醫科學의 急速한 進歩와 그 結果의 專門化이다. 近代醫療은 醫師를 처음 醫療專門職의 專門分化에 의해서 進歩했다고도 말할 수 있을 것이다. 進歩를 可能하게 하는 것은 專門家인 多數의 醫師에 의한 診療이고, 그것을 提供할 수 있는 것은 大學病院이 되고 있다.

셋째, 둘째와도 관련이 있지만 醫療關係科學技術의 急速한 發展에 따른 高度醫療設備이고 그것은 臨床研究의 發達과도 關連해서 大學病院에서밖에 設置하기 어렵게 된 點이 있고, 그것이 利用者の 大學病院指向에도 관계가 있다.

네째, 高度情報化에 의한 情報의 急速한 傳播가 있다. 利用者は 相對적으로 高度教育을 받아 情報, 특히 醫療에 관한 情報에 注意를 기울인다. 매스컴 등의 報道는 大學病院이야말로 醫療의 최첨단인 것을 계속 보고하고 있다. 大學病院이 지닌 有名醫師도 大學病院으로의 利用者の 選擇에 作用하고 있을 것이다.

다섯째, 現在の 社會保險診療 報酬體系이다. 어디에서나 同一料金인 現狀에서는 보다 高度의 醫療를 提供할 수 있다고 생각되는 大學病院으로의 患者의 흐름은 助長되어진다.

여섯째, 醫療機關 相互의 連係가 적음이다. ‘우리나라 醫療機關發達の 歷史的 背景, 經營主體의 多樣性, 診療報酬決定의 rule의 歷史的 發展 등은 地域內的 醫療機關의 相互連係를 重視 하지 않았다. 적어도 정신적인 絶介에 의한 大學病院으로의 受診이 결코 많이 존재하지는 않았다.

일곱째, 「最高裁判所の 役割」을 大學病院이 담당하고 있는 것

이다. 「大學病院에서도 할 수 없었다」고 最終的判斷을 醫療에 求한다면 그 役割은 大學病院이 다하고 있는 것이다.

한편, 大學病院側도 보다 많은 利用者를 必要로 하는 理由가 있다.

첫째, 教育의 必要性이다. 大學醫學部는 우리나라에서 唯一한 醫師의 教育機關이고, 그곳에서의 臨床教育研修를 위해 大學病院이 必須의 것이고, 大學醫學部の 設置基準에도 明記되어 있는 바이다. 그를 위해서는 많은 病床과 外來患者가 必要하고 그 數는 醫師의 教育研修經驗에 必要한 폭의 넓이를 고려하면 적어도 600床과 同數의 外來患者라는 設置基準의 數倍는 必要하다고 諸外國의 例로부터 主張되고 있다.

둘째, 醫學의 前進를 위한 臨床研究의 必要性이 있다. 臨床醫學의 發展은 患者의 충분한 觀察・檢討로부터 탄생된 歷史를 가지고 있고, 그것이 今後에도 眞實인 것은 否定할수 없다. 臨床研修가 함몰된 患者의 權利의 輕視는 충분히 注意하지 않으면 안되지만 한사람 한사람의 患者의 診療때에 科學的 探求心 없이는 大學病院은 使命이 없고, 그 때문에도 過去의 探求方式으로는 不충분한 患者의 診療의 새로운 시도를 積極的으로 行할 義務를 大學病院은 社會에 대해서 가지고 있다.

세째, 醫師以外的 많은 醫療專門職種の 教育養成의 必要性이다. 近代醫療의 特徵은 수많은 醫療專門職種에 의한 組織的 協力體制에 따른 醫療라고 일컬어진다. 그 때문에 새로운 職種이 수많은 醫療의 장에서 탄생되고 있고, 그 대부분은 大學에서 탄생했다. 이 教育養成을 醫師의 教育研修와 병행해서 行하는 것이 大學病院이고, 이 教育

養成을 위해서도 많은 患者數가 必要하다.

네째, 地域內에서의 中核的 醫療機關으로서의 大學病院의 存在가 있다. 우리나라에서는 반드시 地域內의 醫療機關의 連係體制는 충분하지 않다고 기술했다. 그러나 一縣一醫大政策에서 볼 수 있는대로 大學病院은 地域中에서 最終醫療機關, 中核的 醫療機關으로써 理解되고 있다. 地域內의 診療所나 病院은 複雜・困難한 케이스의 對應場所로써 正式 紹介의 有無에 관계없이 大學病院에로의 患者의 흐름을 容認하고 있다. 最近 醫師의 生涯教育 研修計劃의 重視하는 때의 地域內 生涯教育研修의 據點으로써 大學病院이 利用되는 것도 이 생각을 背景으로 하는 것이고 地域內 醫療機關으로서는 大學病院과의 連係의 存在를 자랑하는 경우가 많고 그것에 부응하고 있는 것이 實狀이다.

확실히 結果로써 最近 大學病院을 利用하는 患者는 外來도, 入院도 우리나라 病院 患者數의 增加를 상회해서 增加해 왔다. 한마디로 말하면 社會의 必要가 存在하고 그것에 부응했다고 說明할 수도 있을 것이다. 一般社會의 service에 있어서 시장점유율의 擴大는 社會의 need를 정확하게 받아들여 대응해 왔기 때문이라고 理解되는 경우가 많은 것이다. 大學病院은 요구되는 近代醫療의 提供에 있어서 가장 適切한 形態로의 提供을 行하고 있는 것일지도 모른다. 이 點에서의 冷靜한 問題提起와 分析이 必要하다고 생각된다.

그러나 단순히 量的으로 社會에서 요구되는 것에로의 對應 만으로 大學病院의 使命이 達成되었다고는 말할 수 없다. 거기에는 大學病院이 완수하지 않으면 안되는 使命이 완수되고 있는 것인가의 檢討가 必要하다. 社會에 대해서 大學病院이 완수해야할 量的인 充實은 今後

에도 모두 重要하지만 그것뿐만 아니라 提供하고 있는 醫療의 內容의 質的 檢討가 병행해서 必要하다.

大學病院은, 人的資源도, 設備등의 物的資源도, 一般의 醫療機關에 비해서 重裝備이다. 과연 그것들 重裝備의 資源이 개개의 患者가 받는 醫療에 어떻게 反映되고 있는가의 檢討는 과거에 반드시 충분하지는 않았다. 과연 大學病院에서의 醫療實態는 어떠한가 확실히 1日當 醫療費는 高價이다. 診療行爲別 點數의 檢查, 畫像診斷이 一般醫療機關의 2倍를 넘고 있는 것도 厚生省의 지적과 같이 事實일 것이다. 그러나 그것이 어떠한 患者의 어떠한 狀態에 對應해서의 點數인가의 分析없이 批判하는 것은 불충분한 批判이다.

大學病院이 가지는 人的・物的 資源이 效果的・效率的으로 使用되었는가의 檢討는 當然히 이루어지지 않으면 안된다.

效果性的 檢討는 各診療科에 따라서 케이스의 檢討가 행해지고 있지만 이것에서도 品質保障(Quality Assurance)의 手法에 의한 檢討를 必要로 한다. 또 效率性的 檢討는 단순히 1日當 醫療費의 高底를 논하는 것이 아니라 患者特性의 客觀化, 患者構成의 定量化, 診療特性의 客觀化등에 따라서 患者가 받은 診療內容의 比較分析에 따라서 檢討하지 않으면 안될 것이다.

本研究에서는 3가지 疾患의 入院患者에 대해서 大學病院이 어떠한 醫療를 提供했는가 주로 醫療費를 分析하는 것에 의해서 그 構造特性을 檢討한 것이다.

2. 分析結果

「大學病院等の 醫療費는 一般病院보다 總醫療費, 예를들면 1日當 點數에 있어서 高額이다.」「診療區分別로 보아 檢査나 畫像診斷이 診療額으로써 높다」等の 見解는 확실히 있는 자료의 데이터에 근거하고 있다. 그러나 그것들의 대부분은 社會醫療調査등의 「平均値」에 의한結果이고 大學病院 醫療의 實態를 충분히 檢討한 후의 資料에 근거한 見解라고는 말할 수 없다. 우리들은 제한된 데이터 方法이지만 大學病院의 入院患者중에서 肺癌, 白血病, 心筋硬塞의 3疾患醫療의 實態分析에 의해서 大學病院의 醫療를 機造的으로 檢討하는 시도를 행했다.

(1) 大學病院醫療의 構造的 要因

① 轉 歸

大學病院醫療의 總醫療費總額에 影響을 미치는 第1의 要因으로서 轉歸를 들 수 있다. 本 研究에서는 轉歸를 1:通常의 退院(全快, 輕快, 寛解, 不變, 増惡等), 2:死亡, 3:診療의 도중에 退院(轉院, 기타)의 3群으로 分類했다. 轉歸・疾患別 平均診療費나 死亡患者의 醫療費에 대해서 檢討한 結果, 死亡患者의 醫療費는 어느 疾患에 있어서나 高額이고 한편 總醫療費, 1日當 醫療費로 보아도 高額醫療費의 患者에서는 死亡者가 많았다. 死亡患者 醫療費의 特徵은 高額인것과 注射料, 處置料에 보다 많은 醫療費를 配分하고 있는 것에 있다. 生命의 維持나 狀態改善을 위한 注射나 處置가 重症患者나 結果로써 死亡에 이른 患者에 대해서 比較的 많이 행해지는 것을 생각할 수

수 있다. 本 研究에서는 다른 一般病院과의 比較를 하고 있지 않기 때문에 大學病院에 특별히 重症者が 많다고 結論하기는 어렵다.

그러나 肺癌, 白血病, 心筋硬塞의 死亡비율이 各各 18.4%, 23.3%, 10.0%였던 것, 또 地域에 있어서의 高度中核醫療機關으로서의 大學病院의 役割을 考慮하면 大學病院에서 많은 重症者の 診療를 행하고 있고 結果로서 總醫療費가 高額이 되고 그 중에서도 注射料, 處置料가 높아진다고 分析하는 것이 可能할 것이다.

또 大學病院에서의 診療 도중에 退院한 患者의 醫療費는 通常의 退院을 한 患者와 比較해 低額이었다. 그 경우 患者의 대부분은 在院日數가 짧고 醫療費配分에서는 檢査料가 많았다. 研究의 對象으로한 3疾患에서의 診療途中의 退院은 各各의 病院에 따라서 차이가 있고 病院特有의 診療形態, 周邊의 醫療環境 등이 影響이 된다고 생각되고 診療途中의 退院이 많은 病院은 大都市에 많고, 地方都市의 新設大學病院에서는 比較的 적었다. 즉 大學病院에서 檢査하고 確定診斷이나 治療方針의 決定을 한 후에 中途退院시키는 診療形態를 생각할 수 있다. 또 大學病院에 밖에 없는 機能, 예를들면 高額醫療機器의 利用, 많은 研究者에 의한 總合協力診療 등을 集中的으로 행한 후에 轉院하는 일도 많다고 여겨진다. 이와같은 大學病院 醫療의 構造的 特徵은 診療途中의 退院을 한 患者에서 檢査料比率이 많게 되고 總醫療費의 檢査料의 다소가 큰 影響을 주고 있다고 하는 우리들의 分析結果와 一致하는 現象이고, 轉歸를 考慮하지 않는 平均像에서는 大學病院 醫療를 證明하는 일은 할 수 없다.

② 疾 患

總醫療費는 疾患에 따라서 차이가 있고, 醫療費配分에는 疾患에 따라 特徵的 패턴이 있다. 轉歸가 通常의 退院이었던 患者群에 대해서 疾患別로 比較한다. 總醫療費의 平均額은 肺癌과 心筋硬塞에서는 約 160 萬円이지만 白血病은 다른 2 疾患보다 高額이었다. 醫療費配分을 純醫療費(總醫療費 중에서 投藥料・注射料・處置料・手術料・畫像診斷料)에 따라서 檢討하면 肺癌의 患者에서는 注射料나 檢査料 혹은 畫像診斷料의 醫療費 比率이 높고, 投藥料는 10 % 未滿의 患者가 많았다.(對象者の 74.0 %). 白血病의 患者에서는 注射料, 手術料(輸血料)의 醫療費 配分이 많고, 投藥料에로의 配分도 10 %를 넘는 患者가 約半數였지만 檢査, 畫像診斷料에로의 配分은 比較的 적었다. 心筋硬塞의 患者에서는 檢査料・畫像診斷料에로의 醫療費配分이 많고 注射料, 投藥料에로의 配分은 적었다. 이 상과 같이 疾患마다의 檢討 없이는 大學病院醫療를 논하는 것은 불충분하다.

總醫療費의 配分은 以上과 같이 疾患에 따라서 特徵이 있지만 手術料의 有無, 入院의 目的에 따라서도 다르다.

③ 手術料의 有無

手術料가 있는 患者群과 手術料가 없는 患者群으로 나누어 檢討한 結果, 手術料의 有無에 따라서 總醫療費 및 純醫療費 配分이 현저하게 달랐다.

通常의 退院을 한 患者群을 들어서 手術料가 있는 群과 手術料가 없는 群의 比較를 하면 總醫療費의 平均額에서는 前者는 後者の 1.5

倍(肺癌), 3.37 倍(白血病), 2.64 倍(心筋硬塞)의 醫療費였다. 通常退院以外の 轉歸에 있어서는 前者는 後者보다 高額이었다. 手術料가 있는 患者라는 것은 手術 혹은 輸血을 행한 患者이다. 手術料가 있는 患者의 醫療費에는 手術 또는 輸血을 행한 것과 關連하는 여러가지 診療行爲가 더해지고 特히 注射料, 處置料 나아가서는 檢査料도 增加한다. 肺癌으로 手術料가 있는 患者群에서는 處置料, 注射料에 의한 醫療費 配分은 純醫療費額의 增加와 더불어 많아지는 傾向을 볼 수 있다. 手術의 有無는 커다란 構造的要因이다.

④ 特定診療를 目的으로 한 醫療

純醫療費額과 醫療費의 診療 6 區分別 醫療費의 配分과의 關係로부터 몇개의 特徵적인 診療內容을 豫測할 수가 있었다.

純醫療費額이 低額이고 또한 特定の 醫療費區分の 醫療費 비율만이 높은(純醫療費의 60 % 以上) 患者群이 死亡群을 제외하고 모든 疾患에서나 있었다. 이들의 患者群은 純醫療費가 低額이기 때문에 필시는 在院日數가 짧고 特定の 醫療費區분에 該當하는 診療行爲만을 행하고 退院한 患者群, 즉 「入院의 目的」이 特定の 診療行爲에 있었다고 생각되는 患者群이다. 가장 特徵적인 醫療費區分은 檢査料였다. 精密檢査, 確定檢査, 治療方針의 決定등 今日의 大學病院은 우리나라의 醫療에 있어서의 「最高裁判所の機能」을 가지고 있는 것은 아닌가하고 생각된다. 檢査만을 행하고, 退院 또 轉院하는 患者群의 存在는 大學病院의 「最高裁判所の機能」의 一端을 表現하고 있다고 생각된다.

畫像診斷料의 醫療費配分에 있어서도 檢査料와 같은 現象이 觀察되

고, 3 疾患중에서는 特히 心筋硬塞의 患者에 있어서 顯著했다.

注射料 비율만이 높은 患者群은 肺癌, 白血病의 경우에 볼 수 있었지만 特히 白血病에서는 「容態의 急變」등에 對處하는 短期入院도 있다고 생각할 수 있다.

特定の 病院이 아니면 實施할 수 없는 高度의 技術, 設備와 專門的인 醫療팀에 의한 診療도 大學病院醫療의 特徵이다. 우리들의 結果에서는 病院 4 의 心筋硬塞의 手術에서 이 例를 찾을 수 있다. 이 患者群의 手術料 비율은 純醫療費의 60 %였다.

本 研究의 結果 大學病院의 入院醫療費를 說明하는 要因으로서 ① 轉歸, ② 疾患名뿐만 아니라, ③ 手術의 有無나 ④ 特定の 診療行爲의 目的 (혹은 入院目的: 精密檢査, 手術 등) 의 要因이 있고, 多樣的인 診療를 행하는 大學病院의 入院 醫療費를 檢討하기 위해서는 單純한 平均値로의 比較檢討는 매우 無理가 있는 것, 또 檢討에 첨가되어야 될 要因으로써 적어도 ①~④의 要因을 첨가하는 것에 의해서 보다 現實에 입각한 檢討가 可能해진다는 것을 나타냈다.

(2) 大學病院 醫療의 多重性和 多樣性

病院別로 入院醫療費를 檢討한 結果 病院間에 共通하는 現象과 各病院에서 特殊한 現象을 알 수 있었다.

共通하는 部分은 各病院에 매우 低額한 患者群이 있는 한편에 高額인 患者群도 있고 이 現象은 疾患, 轉歸에 상관없이 항상 存在했다. 1 日當 醫療費에 따라서 檢討한 結果에서는 大學病院의 入院醫療費는 크게 2 群 (基本構造와 特殊構造) 으로 分類할 수 있고 前者가

検査診断料를 主體로 하고 後者는 手術・處置料를 主體로 하고 있는集團이라는 것을 알았다. 後者에는 大學病院의 高度한 team 醫療에 의한 特殊診療 혹은 臨死患者, 重症患者의 診療가 포함될 것이다. 나아가 檢討를 進行할 필요는 있지만 前述의 大學病院醫療費의 要因에 관한 結果를 考慮하면 大學病院醫療의 多重性を 證明하는 結果라고 할 수 있을 것이다.

各病院에 特殊한 現象은 各病院의 診療特性이고 周邊의 醫療環境, 受診患者의 醫學的・社會的特性등의 地域性에 근거한 因子와 각각의 大學病院의 診療集團(診療料)에서의 診療方針에 의한 因子로부터 이루어진다.

本研究에서는 우선 在院日數와 1日當 醫療費의 分布圖에 따라 檢討했다. 확실히 8大學病院 診療特性에는 차이가 있고 또 疾患에 따라서도 차이가 있고 診療特性의 차이에서는 設立主體, 新設・既設, 都市・地方都市등의 因子로 複雜하게 影響을 미치고 있는 背景을 알수가 있다.

病院別・疾患別・轉歸別로 各大學病院의 醫療費 區分別 醫療費를 分析한 結果, 肺癌으로 內服藥(投藥) 治療를 重視하는 病院, 心筋硬塞으로 短期檢査 入院이 많은 病院, 肺癌으로 注射料가 많은 病院, 白血病患者가 많은 病院등등 불과 3疾患을 對象으로한 分析에서있어서도 多様な 診療特性을 觀察했던 것이다. 大學病院의 入院醫療에 內含되는 多様性は 病院間의 診療特性의 比較를 可能케 하는 條件을 限定한 均一の 患者群을 設定하고 나아가 一般病院과의 比較도 行함에의해서 명확하게 될 수도 있다. 均一の 患者群에 의한 檢討는 Case

mix study로서 醫療費에서 代表되는 醫療의 量的檢討뿐만 아니라 醫療의 質의 評價를 가능하게 한다.

本研究는 제한된 데이터 方法이기는 하지만 大學病院의 入院醫療의 現狀分析에 따라 그 構造와 機能을 分析說明하는 努力을 行했다. 그 結果 手法의 有用성과 간편함만이 先行되는 「平均值」에 의한 議論이 不충분하고 議論으로써 無意味함을 指摘할 수가 있었다. 大學病院의 醫療에 關한 評價는 적어도 大學病院 醫療構造의 分析과 그 機能을 묻지 않고 行할 수 없고, 大學病院의 機能을 表現할 수 있는 方法에 關한 研究의 必要性이 强하게 要求된다.

大學病院醫療의 多重性・多機能을 說明하는 要因으로서 教育・研究機能에 關係되는 因子가 있다. 教育・研究機能의 比重이 적은 一般病院과의 比較에 의해서 이들의 要因을 分析할 수 있지만 今回の 研究에서는 이것을 行하지 않았다.

醫師, 看護婦 및 다른 醫療專門職의 卒前・卒後教育의 場으로서의 大學病院에 있어서의 醫療는 특별히 醫師의 教育에 있어서 醫療費에 直接的인 影響을 가지는 因子가 된다. 新卒醫師의 80%以上이 大學病院에서 醫師로서의 臨床研修를 行하고, 診斷, 治療의 方法, 論理를 배운다. 教育에는 反復性(多様な 經驗), 一貫性(科學性, 프로토코루의設定, 意志決定의 論理)이 必要하다. 經驗主義에 지나지 않는 것은 教育의 效率, 나아가서 效果를 줄인다고 생각하지만 診療에 있어서의 通常 論理는 전부를 의심하는 일로부터 시작되고, 消去法에 의해서 決定되는 일이 많고 나아가서는 反復도 未經驗의 이유라는 것도 있

을 것이다. 多種多樣한 症狀을 나타내는 患者에 있어서도 條件을 제한하면 (Case-mix) 均一한 集團으로서 把握하는 것이 可能하고 이와 같은 集團의 데이터에 따라서 大學病院에서 實施한 醫療의 科學的인 評價를 하는 基礎를 만들 수 있다. 또 大學病院에서의 臨床研究는 醫學의 進歩를 떠받치고 醫療技術・知識에의 信賴性を 유지하기 위해 不可缺하고, 大學病院의 診療・教育・研究가 醫療의 科學성을 위해 不可分の 關係에 있음은 否定할 수 없다. 大學病院에서의 受診을 希望하는 患者가 많은 것은 이와같은 背景속에서 찾지 않으면 안된다. 그리고 나서 개개의 Case가 均一 集團속에서 어떠한 特性을 가지는가 質의 檢討를 행할 수 있을 것이다.

(3) 大學病院醫療의 差異

本研究에서는 8 大學病院에 있어서 肺癌, 白血病 또는 心筋硬塞 때문에 昭和 61 年 11 月 이후 入院한 患者중에서 62 年 3 月까지 退院또는 死亡한 1,672 名에 대해서 여러가지 분석을 시도했다. 그 結果를 보는데 病院間에 在院日數, 醫療費等に 若干의 差를 알 수 있다. 또 厚生省의 指摘을 기대할 필요도 없이, 市中醫療機關에 비해 在院日數 醫療費가 높다. 그 理由로써 많은 要因을 생각할 수 있겠지만 우리는 특히 다음의 諸點을 指摘하고 싶다.

① 患者抽出法에 의한 差異

오늘날 各大學病院에서는 醫療情報部 내지 그것에 비슷한 中央部門이 設置되어 特定の 疾患患者를 抽出하는 것이 容易하게 되었다. 그러나 이렇게해서 抽出된 데이터가 정말로 患者의 病態를 質적으로

表現하도록 되어 있는가 아닌가 심히 疑問이다. 예를들면 心筋硬塞으로 그것을 主疾患으로서 入院한 것인가 혹은 다른 疾患이 主體로 入院하고 心筋硬塞은 副隨的인 것이었던가를 區別하지 않는다. 病院 6에서는 肺癌, 白血病, 心筋硬塞 모두 他大學病院에 比較해서 絕對數가 적은 것도 한가지로는 上記疾患의 어느쪽인가를 主疾患으로써 入院한 患者로 제한, 한정함에 의한다고 생각된다. 이것이 病院間에의 在院日數, 醫療費의 差異를 낳을 可能性도 否定할 수 없다. 이러한 分析을 행함에 있어서는 患者抽出法을 統一하는 일이 重要하다.

② 醫療環境에 따른 差異

最近 우리나라의 醫療事情이 현저하게 好轉하고 있다고는 하지만 大都市와 地方都市에서는 여전히 格段의 차이가 있는것 같이 생각된다. 따라서 大都市의 大學病院과 地方의 그것과는 若干 다른 性格을 가진다. 病院 1 과 6 은 모두 新設大學 또는 醫科大學病院으로 周邊에 高次醫療를 分擔할 수 있는 醫療機關이 적다. 따라서 入院患者는 重症例가 많고, 患者가 最終적으로 당도하는 醫療機關으로써의 性格을 다분히 갖는다. 또 bad 數도 中規模이기 때문에 入院이 늦어지고 있다. 나아가서 예를들어 가령 경쾌해 市中病院에 轉院可能해져도 그것을 책임지는 것이 可能的 醫療機關의 數도 적다. 이것이 大都市에 存在하는 病院 2, 3, 4, 5, 7 등에 비해 病院 1, 6에서 在院日數가 길고 醫療費가 高額이 되고 있는 理由의 한가지일 것이다.

醫療環境에 따라 在院日數, 醫療費에 差가 생기는 또 하나의 原因은 大學病院에 있어서의 醫療시스템의 特殊性이다. 大學病院은 高次醫

療를 擔當하는 役割을 가지므로, 各病院에는 特殊의 高次醫療를 담당하는 部門이 적지 않다. 그러한 部門에서는 高度의 醫療技術을 몸에 익힌 著名한 스텝을 많이 가지므로 高度의 醫療를 바라고 患者가 많이 殺到한다. 病院 4에서 心筋硬塞의 醫療費가 高額이 되고있는 理由의 하나는 그것에 있는것 같이 생각된다.

③ 大學病院의 高次醫療機關으로써의 特殊性

大學病院이 最終적인 高次醫療機關으로써의 性格을 가짐은 말할 필요도 없다. 本研究에서 調査對象이 되었던 肺癌, 心筋硬塞에 제한하지 않고 대부분의 難治性疾患으로 市中의 醫療機關에서 診斷, 治療가 困難한, 또 대부분의 醫療機關에서 포기, 단념된 患者가 最後의 도움을 바라고 大學病院을 찾고있는 現實을 無視할 수는 없다. 그 가운데는 複數의 疾患을 가지는 患者도 많다. 이와 같은 患者에서는 的確한 診斷, 病態의 把握, 그것에 근거한 適切な 治療를 必要로 하기 때문에 市中의 醫療機關에 비해 在院日數가 길고 醫療費가 高額이 되는 것은 當然한 일일 것이다.

요컨대, 同一疾患名이라도 개개의 患者의 病態에 따라 診斷, 治療에 필요한 日數, 醫療費는 다르다고 하는 것이다.

今後, 病態의 “質”이라고 하는 要因을 충분히 考慮한 分析이 必要하다.

3. 大學病院醫療의 展望

大學病院에 있어서의 典型的疾患이라고 생각할 수 있는 3가지의 疾患 1,672 例의 入院患者 醫療實態의 分析으로부터 몇가지인가의 問題點을 指摘할 수가 있다.

하나의 問題點은 大學病院醫療의 多樣性이다. 患者醫療費에서 본 分布領域의 分析에서는 그 多樣性이 指摘되었다. 그 原因으로써 첫째로 大學病院이 놓여진 地域의 차이가 있다. 大都市와 地方都市에 있는 大學病院에서는 차이를 알 수 있다. 이것은 選擇할 수 있는 醫療機關의 數差, 즉 地方都市의 大學病院은 그곳이 唯一의 三次醫療機關이기 때문에 結果로써 폭넓은 患者를 받아들리게 된다. 後方病院의 數가 적음도 分布領域을 在院日數의 측에서 길어지게 하는 것이 되고있다.

이것은 둘째의 多樣性的 原因으로써 大學病院에 期待되는 機能의 차이에 反映될 것이다. 大都市의 大學病院은 特別한 專門機能을 明確하게 할 수 있고 또 그 機能을 必要로 하는 患者를 廣範圍, 경우에 따라서는 全國적으로 모으는 일이 可能하다. 이것은 어느 경우에는 分布領域을 좁히는 方向으로 作用하고 다른 경우에는 廣範圍로 하는 方向으로도 作用한다.

세째의 多樣性的 原因은 歴史的인 技術特性에 의한 多樣性이다. 歴史있는 大學病院은 技術의 蓄積에 의한 特殊性을 가질 수가 있다. 通例는 이것도 分布領域을 좁히는 方向으로 作用할 것이다.

네째로는 先端技術의 開發性的 多樣성에 있다. 각각의 大學病院은 醫療의 先端技術의 開發研究에 特色을 가지고 그것에 아울러 多樣性

에 影響을 주고 있다. 今回의 檢討例에서는 心筋硬塞의 外科手術에서 그 例를 볼 수 있다.

다음의 問題點은 大學病院 醫療의 多重構造이다. 3 가지의 疾患에서 많은 적든 基本構造的 醫療과 特殊構造的 醫療가 存在한다. 그리고 基本構造的 醫療에는 大學病院的 基本構造的 醫療과 一般病院 및 慢性病院의 基本構造的 醫療의 存在를 豫見할 수 있다. 이것을 어떻게 分離할 수 있을까 比較檢討를 필요로 하는 것은 將來의 檢討課題이지만 우리들이 시도한 方法論의 追試를 期待하고 싶다. 그때 大學病院이 完수하지 않으면 안되는 教育養成研修機能에는 어떠한 基本構造的 醫療가 地域內에서 준비되지 않으면 안되는가의 問題를 提起한다.

特殊構造的 醫療는 大學病院으로서의 特徵을 明確케 하는 醫療라고 말해도 좋다. 勿論 그것은 大學病院 以外에서도 提供하는 것은 可能하지만 대부분의 경우는 大學病院이 完수하지 않으면 안되는 責任으로 되고 있다. 그때 臨床研究의 發展과도 서로 어울려 이른바 高度先端의 醫療가 되는 일이 많다. 그 部分은 매우 多樣性이 풍부함이 分析되고 있다.

問題는 이 基本構造的 醫療과 特殊構造的 醫療의 相互關連 바란스일 것이다. 그것은 大學病院에서의 바란스와 大學病院과 다른 醫療機關의 바란스를 포함해 檢討하지 않으면 안된다.

세제의 問題點은 資料의 統一性이다. 今回의 研究는 厚生省의 國民醫療總合對策本部中間報告가 大學病院等の 검토가 촉박했던 報告書發表前에 研究디자인이 되었기 때문에 반드시 그곳에서 指摘되었던 點의 檢討와 一致하는 資料를 收集할 수가 없었다. 그때 問題가 되는것은

가능하면 大學病院以外の 醫療機關과의 比較를 可能하게 하는 資料收集이었다. 다행히 8大學에서는 中央病歷室이 存在했기 때문에 3疾患에 대한 症例를 뽑아낼 수가 있었지만, ICD에 의한 疾病分類로는 等疾患者群을 設定해서 세밀히 분석을 행하기에는 불충분했다. 그때 一般(市中)의 病院에서는 과연 우리들의 收集한것 같은 데이터를 얻을 수는 있을까 또 中央病歷室이 없는 大學病院에서는 과연 우리들이 收集한 데이터는 抽出할 수 있는 것일까 하는 의문이 있다. 아마 필시 中央病歷室이 存在하지 않을 때에는 不可能하다는 것을 豫像할 수 있다.

그러면 우선 大學病院間の 比較檢討가 可能的 最低限의 데이터 베이스를 確認해 作成하는 것이 요망된다. 그것에 따라서 各大學病院間の 醫療의 內容을 比較檢討함에 의해 各病院의 現在存在하는 地域內에서의 醫療機能을 보다 明確하게 確認할 수가 있을 것이다. 나아가서 이 데이터 베이스에 의한 資料收集을 다른 一般病院에도 넓혀감에 의해서 각각 施設의 機能을 明確히 하고 地域內에서의 關係의 必要性을 확실하게 해 地域內醫療의 充實로 향할 수도 있다. 厚生省의 中間報告에서의 大學病院의 批判이 建設的이 아니라 이해되는 것은 이 基本的 데이터 베이스에 의한 資料의 보증이 없이 批判이 되고 있기 때문이라고 말할 수 있을 것이다. 이와같은 統一的資料에 따라서만 醫療內容의 흠어짐을 的確하게 指摘할 수가 있다. 美國의 醫科大學協會가 作成한 資料의 收集과 그 效果的 發表에 의해서 教育病院이 완수해야할 役割과 그것에 대한 社會的 support의 콘센스를 얻는 것도 可能하다.

네째로는 繼續的 모니타링그의 必要性이다. 우리들이 시도한 方法論은 上述의 限界가 있다 해도 轉歸別死亡患者에 있어서의 檢討 등에 의해서 等質그룹의 患者의 醫療內容의 構造分析을 可能하게 하는 것이다. 그러나 이 分析은 어느 時點에서의 調査뿐만 아니라 繼續적으로 實行됨에 의해서만 問題點을 명확하게 하고 그 程度에 따라서 優先順位를 부여한 對應策을 實施해 그 對應策이 정말로 흠어짐이 적은 品質적으로 安定된 醫療의 提供에 效果적이었는가를 알 수가 있다.

이 大學病院醫療의 構造分析은 확실히 問題領域의 發見을 목표로 하는 것이고, 그 結果 適當한 액션이 各問題마다 診療擔當者에 의해서 實施되어 그 結果 보다 좋은 醫療의 實現에 도움이 되도록 하는 것이다. 여기서 말하는 모니타링그라고 하는 것은 개개의 診療의 自由에 대해 指示的行動을 意味하는 것은 아니다. 實態를 分析하고 問題領域을 나타내고 그 對策은 專門職自身の 對策을 기다린다. 만일 그 對策이 效果적이 아닐 때는 나아가서 데이타를 나타낸다고 하는 管理를 위한 情報의 提供을 意味하는 것이다. 그리고 그것이 모든 患者의 醫療에 대해서 이루어 질때에 大學病院의 醫療의 品質管理(Quality Control)가 이루어지기 시작했다고 말할 수 있다. 이 品質管理體制의 確立이야말로 우리나라 大學病院管理의 커다란 課題이고 그것에 의해서 保證된 醫療은 틀림없이 비싸질지라도 社會에 必要性을 主張하지 않으면 안된다.

4. 大學病院에 있어서의 醫療의 政策方向

(1) 大學病院等에 있어서의 醫療, 研修의 자세

① 現 狀

- 大學病院에는 現代의 醫療技術이 集積되어 있고, 教育研究機關으로써의 使命 이외에 中樞的 病院으로써의 機能도 完수하고, 우리나라에 있어서의 醫療의 高度化나 醫療技術의 向上에 큰 役割을 完수해 왔다.
- 우리나라 醫師의 教育, 研修는 現狀에서는 대부분이 大學病院에서 행해지고 있고, 그 때문에 20歲代의 醫師의 5割, 30歲代前半의 醫師의 4割은 大學病院에 所屬되어 있다. 그 結果 大學病院에 있어서의 醫療가 一般의 病院 醫療에서의 診療를 主導한다고 하는 關係를 알 수 있다.
- 大學病院에 있어서의 研修나 醫療는, 研究, 教育, 診療가 軍然一體가 되어서 實施되고 있다. 大學病院은 다른 醫療機關에 비해 重症, 難病, 原因不明의 患者等에 대한 醫療의 비중이 크다고 하는 特徵이 나타난다. 까닭은 研究優位の 姿勢로부터 오는 過度의 專門指向이나 檢査指向型的 診療傾向이 나타난다.
- 高齡化의 進行을 근거로한 老年醫學이나 效率的인 醫療의 자세에 관한 研修가 충분치 않다. 計劃的인 研修 프로그램에 근거한 研修가 적다는 등의 問題도 指摘되고 있다.

② 具體的인 方策

良質로 效率的인 醫療를 確保하기 위해 大學病院에 있어서의 醫療나 研修의 자세를 검토해 다음과 같은 方策을 강구해 가는 것이 必要하다. 臨床研修指定病院에 있어서의 研修의 자세에 대해서는 똑같은 措置를 강구한다.

(a) 卒後研修의 改善

모델病院을 指定하고 計劃的인 研修프로그램을 確立함과 함께 地域醫療, 老年醫學, 醫療經濟等を 研修프로그램에 추가한다.

(b) 總合研修方式의 普及

專門指向의 지나침을 是正하고 醫師로써 충분한 診療技術의 修得을 도모하기 위해 初期研修의 段階에서 주요한 診療科를 한번 研修하는 總合研修方式의 普及을 推進함과 함께 그를 위한 效果的인 研修커리큘럼을 作成한다.

(c) 醫師 國家試驗의 改善

醫師 國家試驗에 있어서 醫療全般에 대한 基礎的인 知識이나 技術을 重視함과 함께 地域醫療, 老年醫療, 醫療經濟等에 대해서도 配慮한다.

(d) 大學病院등 高度專門病院에 대한 診療報酬상태의 검토

大學病院等에 있어서는 研究, 教育, 診療가 渾然一體가 되어 實施되고 있지만 方法으로서는 本來 각각의 機能을 區分하고 醫療保險으로서는 診療部分을 評價해야 한다. 이와 같은 視點에서 檢査料등에 대해서 大學病院等の 實態에 꼭맞는 診療報酬의 상태를 檢討한다.

(e) 大學病院등 高度專門病院에 있어서의 外來診療의 검토

大學病院등 高度專門病院에 대해서는 그 本來의 機能을 發揮할 수

있도록 外來診療의 상태를 검토, 그를 위한 方策으로써 紹介外來制나 醫療費의 支擴方法의 상태 등 폭넓게 檢討를 행해갈 必要가 있다.

(2) 保險醫登錄制度의 검토와 醫師의 生涯教育體制의 確立

① 現 狀

- 우리나라의 保險醫登錄은 醫師免許를 取得하면 事實上 이것에 連動해서 행해지기 때문에 醫療에 관한 知識이나 實務經驗이 반드시 충분치 않은 新卒醫師도 保險診療를 행할수 있게 되어있다.
- 醫學醫術의 進歩를 醫師가 충분히 吸收할 수 있도록 生涯教育의 體制가 반드시 충분치 않다고 하는 問題도 指摘되고 있다.

② 具體적인 方策

良質로 效率적인 醫療를 供給할 수 있는 醫師를 確保해가기 위해 醫療保險制度에 있어서도 다음과 같은 方策을 檢討할 必要가 있다.

(a) 保險醫登錄要件의 검토

(1)의 ②의 (a) 및 (b)에서 기술한 것 같은 計劃적인 臨床研修나 社會保險에 관한 講習을 받은 醫師에 對해서 保險醫登錄을 행하기로 하는등 保險醫의 登錄要件의 검토를 행한다. 또한 大學病院等の 實態에 꼭 맞는 診療報酬의 검토를 행하는 一環으로써 卒後研修費用에 대해서도 醫療保險面の 對應을 檢討한다.

(b) 保險醫登錄의 更新制의 檢討와 生涯教育시스템과의 連動

醫學, 醫術의 進歩에 對應할 수 있는 醫師를 確保한다고 하는 視

點에서 自主的，效果的인 生涯教育 System 과의 連動을 계속 꾀하고
保險醫登錄의 更新制의 導入을 檢討한다.

〈表 Ⅲ-2-1〉

コ	三	肺 癌	白 血 病	心 筋 硬 塞	合 計
01		121	47	26	194
02		138	67	60	265
03		99	93	126	318
04		73	36	36	145
05		144	88	143	375
06		39	14	14	67
07		60	14	23	97
08		81	67	63	211
合 計		755	426	491	1,672

〈表 Ⅲ-2-2〉

疾 病		年 齡	在 院 日 數	總 醫 療 費	1 日 醫 療 費
肺 癌	平 均	63.3	59.8	170,092	3,095
	標準偏差	11.3	41.5	127,594	1,680
白 血 病	平 均	32.0	52.7	276,988	5,197
	標準偏差	23.3	52.2	352,263	4,886
心 筋 硬 塞	平 均	61.0	33.9	143,447	5,724
	標準偏差	12.5	26.0	130,474	6,210

〈表Ⅲ-2-3〉 各群에 있어서의 醫療費配分의 百分率

① 肺 癌

	第 I 群		第 II 群	
	平 均	標 準 偏 差	平 均	標 準 偏 差
檢 查 料	31.4	11.7	22.3	5.9
畫 像 診 斷 料	25.4	9.6	5.6	4.0
投 藥 料	5.6	3.2	3.1	2.6
注 射 料	26.3	1.8	28.0	13.5
處 置 料	2.9	1.4	31.8	19.2
手 術 料	8.4	6.8	9.2	6.6

② 白血病

	第 I 群		第 II 群	
	平 均	標 準 偏 差	平 均	標 準 偏 差
檢 查 料	40.7	16.6	13.0	5.5
畫 像 診 斷 料	4.8	2.9	1.3	1.2
投 藥 料	9.3	6.2	7.3	4.8
注 射 料	31.3	16.8	40.6	11.7
處 置 料	11.2	11.0	15.8	7.1
手 術 料	2.7	3.1	22.0	11.9

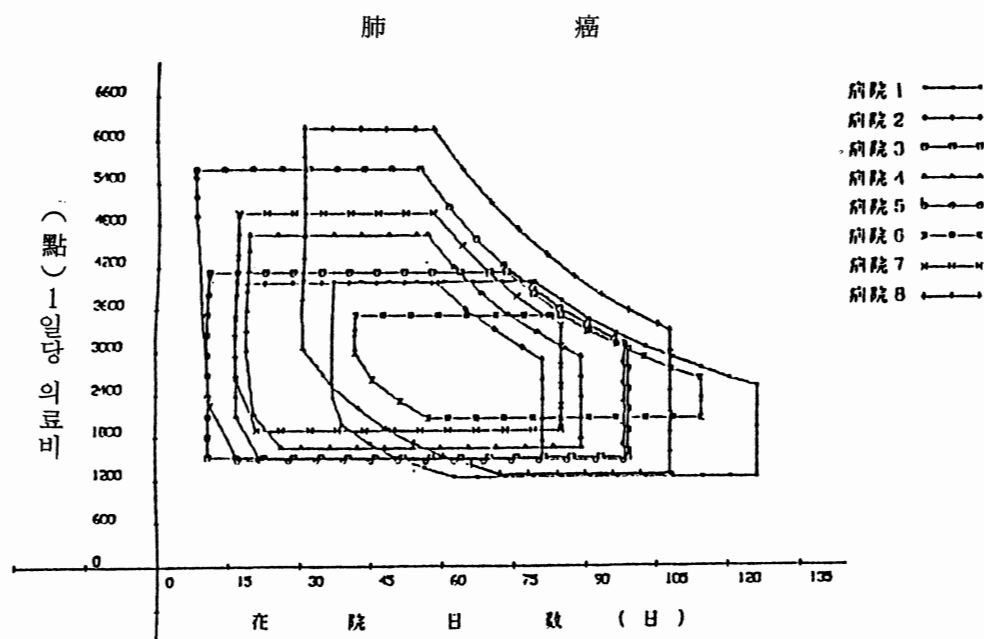
③ 心筋硬塞

	第 I 群		第 II 群	
	平 均	標 準 偏 差	平 均	標 準 偏 差
檢 射 料	72.5	12.8	21.2	7.2
畫 像 診 斷 料	14.0	10.1	4.6	3.6
投 藥 料	4.3	4.6	3.4	4.4
注 射 料	6.9	3.2	20.2	12.0
處 置 料	2.2	2.6	17.0	13.2
手 術 料	0.1	0.4	33.6	22.1

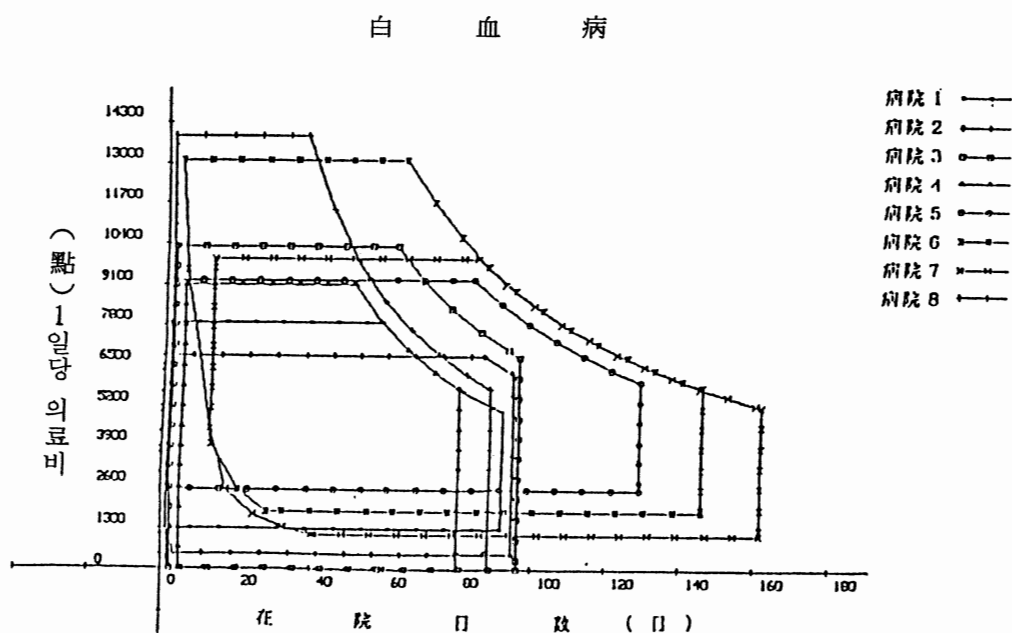
④ 合 計

	第 I 群		第 II 群	
	平 均	標 準 偏 差	平 均	標 準 偏 差
檢 射 料	52.2	19.1	15.5	5.5
畫 像 診 斷 料	11.3	8.8	3.2	2.9
投 藥 料	5.1	4.4	4.8	4.9
注 射 料	20.7	13.3	30.3	10.5
處 置 料	9.4	11.8	18.7	8.9
手 術 料	1.3	1.8	27.5	14.7

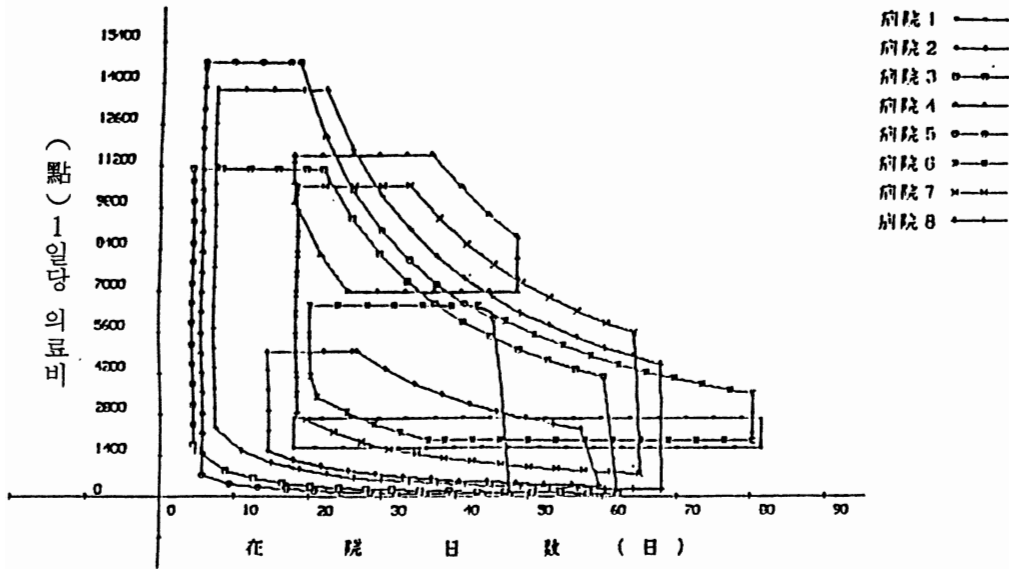
〈圖 Ⅲ-2-1〉 在院日數 및 1日當 醫療費의 分布領域



〈圖 Ⅲ-2-2〉 在院日數 및 1日當 醫療費의 分布領域



〈圖 Ⅲ-2-3〉 在院日數와 1日當 醫療費의 分布領域
心 筋 硬 塞



〈表Ⅲ-2-4〉

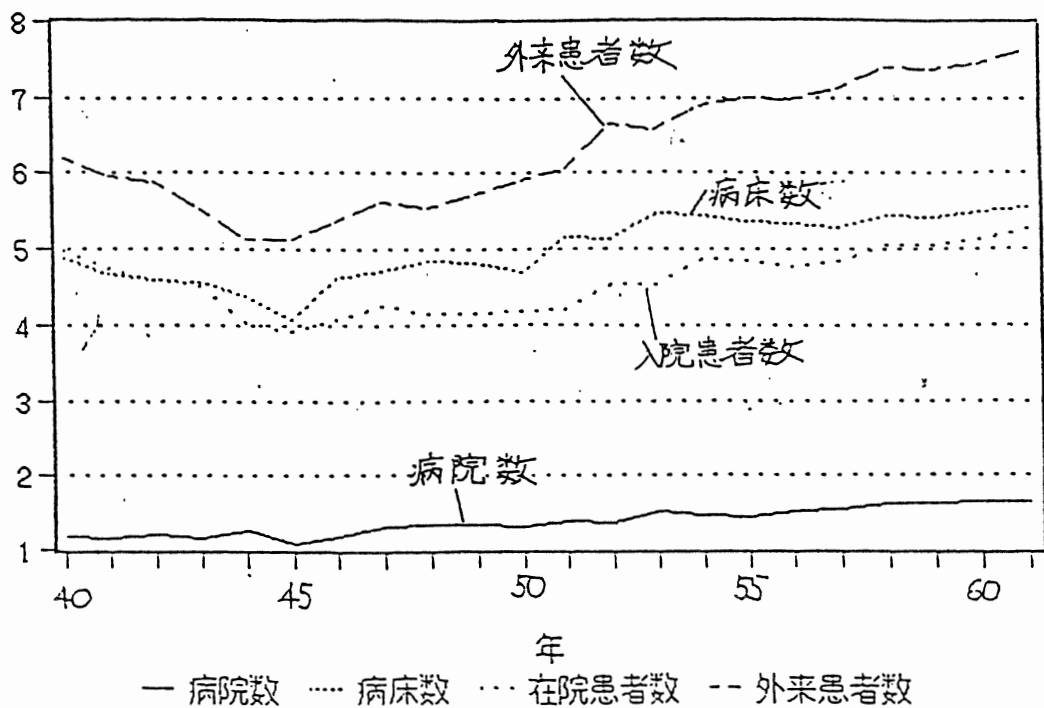
區 分	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
全 國	7,047	7,308	7,505	7,703	7,819	7,974	8,086	8,143
醫 育 機 關	84	84	90	89	98	85	96	106
醫育 / 全國	1.192	1.149	1.199	1.155	1.253	1.066	1.187	1.302
病 院 數								
全 國	873,652	918,233	963,113	1,003,638	1,033,550	1,062,553	1,082,647	1,105,403
醫 育 機 關	52,527	42,802	44,133	45,684	45,238	43,334	50,049	52,087
醫育 / 全國	4.868	4.661	4.582	4.552	4.377	4.078	4.623	4.712
在 院								
全 國	21,182	22,313	23,466	24,436	25,237	25,826	26,192	26,533
醫 育 機 關	1,056	1,061	1,079	1,104	1,014	1,015	1,068	1,126
醫育 / 全國	4.985	4.755	4.598	4.518	4.018	3.930	4.078	4.244
外來患者數 (×千人)								
全 國	26,244	27,247	28,979	28,963	29,769	31,699	32,474	32,637
醫 育 機 關	1,622	1,621	1,702	1,601	1,527	1,626	1,744	1,833
醫育 / 全國	6.180	5.949	5.873	5.528	5.129	5.129	5.370	5.616

區 分	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
全 國	8,188	8,273	8,294	8,379	8,470	8,500	8,800	9,055
醫 育 機 關	109	110	109	117	115	129	129	130
醫育 / 全國	1.331	1.330	1.314	1.396	1.358	1.518	1.468	1.436
病 院 數								
全 國	1,125,608	1,146,785	1,164,098	1,184,737	1,207,003	1,232,779	1,249,576	1,319,406
醫 育 機 關	54,520	55,172	54,762	61,121	62,081	67,502	68,018	70,635
醫育 / 全國	4.844	4.811	4.704	5.159	5.143	5.476	5.443	5.354
在 院								
全 國	27,379	27,650	28,118	28,732	29,605	30,269	31,313	32,462
醫 育 機 關	1,140	1,151	1,174	1,211	1,344	1,370	1,528	1,574
醫育 / 全國	4.164	4.163	4.175	4.215	4.540	4.526	4.880	4.849
外來患者數 (×千人)								
全 國	34,031	32,971	33,353	35,236	35,692	35,771	36,504	37,300
醫 育 機 關	1,891	1,884	1,974	2,140	2,375	2,355	2,515	2,608
醫育 / 全國	5.557	5.714	5.919	6.073	6.654	6.584	6.890	6.992

區 分	1981	1982	1983	1984	1985	1986
全 國	9,224	9,403	9,515	9,574	9,608	9,699
醫 育 機 關	141	144	153	156	158	160
醫育 / 全國	1.529	1.531	1.808	1.629	1.644	1.650
病 院 數						
全 國	1,362,161	1,401,999	1,440,381	1,467,050	1,495,328	1,533,887
醫 育 機 關	72,636	74,298	78,439	79,315	82,285	85,075
醫育 / 全國	5.332	5.299	5.446	5.408	5.503	5.546
在 院						
全 國	33,741	35,205	38,319	37,693	38,578	39,357
醫 育 機 關	1,612	1,709	1,836	1,910	1,984	2,067
醫育 / 全國	4.778	4.854	5.055	5.067	5.143	5.252
外來患者數 (×千人)						
全 國	39,479	41,207	42,370	43,792	41,859	44,454
醫 育 機 關	2,747	2,935	3,135	3,227	3,119	3,396
醫育 / 全國	6.958	7.123	7.399	7.369	7.451	7.639

(圖 III-2-4)

醫育機關 / 全國



〈表 Ⅲ-2-5〉

大學病院 入院・外來別， 診斷區分別 一件・一日當 點數

	總 數					入 院					入院外				
	大學病院	300床以上	500床以上	倍 率	倍 率	大學病院	300床以上	500床以上	倍 率	倍 發	大學病院	300床以上	500床以上	倍 率	倍 率
	①	② 一般病院	③ 一般病院	① / ②	① / ③	④	⑤ 一般病院	⑥ 一般病院	④ / ⑤	④ / ⑥	⑦	⑧ 一般病院	⑨ 一般病院	⑦ / ⑧	⑦ / ⑨
總 計	1,548.8	1,184.4	1,224.5	1.31	1.26	2,374.2	1,677.8	1,625.7	1.42	1.46	857.3	740.0	795.0	1.16	1.08
診 察	71.5	68.5	66.5	1.04	1.08	2.5	2.9	2.7	0.86	0.93	129.3	127.6	134.8	1.01	0.96
投 藥	240.6	207.3	219.0	1.16	1.10	96.4	74.0	75.4	1.30	1.28	361.3	327.4	372.8	1.10	0.97
注 射	161.2	118.4	121.0	1.36	1.33	327.9	228.9	215.4	1.43	1.52	21.6	18.8	19.9	1.15	1.09
理 學 療 法	10.2	12.2	10.2	0.84	1.00	18.4	19.0	15.5	0.97	1.19	3.3	6.2	4.5	0.53	0.73
精 神 病 特 殊	4.3	2.9	3.8	1.48	1.13	0.4	1.3	1.5	0.31	0.27	7.6	4.3	6.4	1.77	1.19
畫 像 診 療	105.5	56.9	57.1	1.85	1.85	150.1	57.6	62.7	2.61	2.39	68.0	56.2	51.1	1.21	1.33
檢 查	256.8	145.7	153.3	1.76	1.68	314.7	161.0	159.4	1.95	1.97	208.4	132.0	146.8	1.58	1.42
(畫像+檢査)	181.2	101.3	105.2	1.79	1.72	232.4	109.3	111.1	2.13	2.09	138.2	94.1	99.0	1.47	1.40
處 置	76.7	47.0	38.7	1.63	1.98	165.1	93.7	71.6	1.76	2.31	2.7	4.9	3.4	0.55	0.79
手 術	139.5	86.3	81.9	1.62	1.70	249.0	116.4	109.9	2.14	2.27	47.8	59.2	51.8	0.81	0.92
麻 醉	24.7	11.0	10.5	2.25	2.35	50.3	21.8	19.5	2.31	2.58	3.2	1.3	0.9	2.46	3.56
放 射 線 療 法	3.4	1.2	1.8	2.83	1.89	5.8	1.6	2.5	3.63	2.32	1.4	0.7	1.1	2.00	1.27
入 院	452.9	426.2	459.9	1.06	0.98	993.5	889.4	889.4	1.10	1.12	-	-	-	-	-

300床以上，500床以上 一般病院에는 大學病院은 포함되어있지 않다.

〈表Ⅲ-2-6〉

全國 7 醫療機關의 診療區分別 1 日當 點數

總數 - 入院

國立

	總數	A 施設	B 施設	C 施設	D 施設	E 施設	F 施設	G 施設
總計	2,047.6	2,228.8	2,961.6	2,615.6	2,205.7	2,290.0	2,305.5	2,439.0
診察・指導計	2.9	2.7	3.8	.3	3.0	2.5	4.0	1.7
投藥計	88.2	85.8	80.7	67.0	98.0	91.7	75.6	203.4
注射計	318.1	260.5	339.8	506.7	297.0	361.0	273.6	290.5
理學療法計	11.7	11.9	31.2	5.6	9.2	6.7	.8	.0
精神病特殊療法計	.5	0	1.7	.1	.6	.3	.1	.0
☆畫像診斷計	128.8(1.00)	139.8(1.07)	151.4(1.18)	152.6(1.18)	116.4(0.70)	90.5(0.77)	131.3(1.02)	107.7(0.87)
☆檢査計	360.8(1.00)	396.7(1.10)	476.2(0.91)	327.4(0.91)	284.6(0.77)	315.9(0.88)	351.2(0.77)	329.6(0.91)
處置計	133.0	78.9	270.3	97.2	95.6	56.6	194.6	147.2
手術計	299.0	241.4	467.7	410.2	235.6	310.6	199.2	336.4
麻醉計	75.6	63.6	97.3	108.5	61.3	76.2	74.6	55.4
放射線治療計	7.6	4.4	9.7	7.0	4.6	11.6	9.2	22.9
入院計	936.9	926.8	1,012.6	839.3	988.3	913.3	867.2	806.4
(기타計)	44.4	16.3	19.2	93.9	11.6	53.0	124.1	137.8
(再掲)								
컴퓨터 肺癌撮影	33.5	36.1	47.2	38.6	27.0	25.0	28.3	35.6
醫學診斷	17.9	18.8	19.7	22.9	16.4	20.3	12.2	15.2
血液學的檢査	30.3	36.5	32.6	25.8	29.2	22.7	27.5	43.3
出血凝固檢査	12.3	15.7	12.5	16.4	10.1	10.4	11.6	2.5
生化學的檢査	99.5	101.1	145.1	99.7	74.1	87.7	92.3	98.6
內分泌・甲狀腺	18.9	21.9	28.7	12.9	15.9	4.7	26.4	5.0
Virus	5.6	6.8	4.5	1.6	6.8	7.8	3.9	1.2
종양 마카	11.9	16.9	10.4	6.5	8.4	16.4	10.1	16.6
免疫學的檢査	29.2	46.5	21.1	22.3	17.8	36.1	31.0	15.3
微生物學的檢査	17.0	12.2	21.6	21.7	13.2	19.7	18.1	27.2
病理學的檢査	17.2	11.9	19.9	20.4	14.2	16.8	26.6	9.6
呼吸循環機能	14.3	16.3	19.0	7.6	12.2	16.9	10.8	9.5
畫像診斷檢査	9.4	8.7	13.1	2.9	8.0	8.6	13.2	2.8
負荷試驗	5.0	3.1	10.5	1.7	5.7	1.7	5.7	.9
內視鏡	9.1	8.1	10.6	4.2	7.2	7.7	11.1	38.2
藥劑	563.3	469.9	654.6	772.3	531.7	525.9	543.0	706.8
治療材料	102.5	87.8	259.2	35.1	51.9	122.7	36.9	20.1

〈表 Ⅲ-2-7〉

全國 7 醫療機關의 診療區分別 一日當 點數

總 數 — 外 來

	總 數	A 施 設	B 施 設	C 施 設	D 施 設	E 施 設	F 施 設	G 施 設
總 計	981.7	711.9	1,326.6	853.8	999.9	799.8	918.0	1,012.9
診 察 ・ 指 導 計	133.9	92.5	189.1	139.3	131.5	99.7	114.5	105.9
投 藥 計	388.4	279.4	470.3	368.4	424.3	349.7	371.6	375.1
注 射 計	26.6	31.9	22.2	19.9	26.6	33.2	27.1	38.0
理 學 療 法 計	2.1	6.5	1.2	.8	3.0	1.0	1.1	.0
精神病特殊療法計	3.8	.0	3.9	8.7	2.3	2.8	5.9	.0
☆畫 像 診 斷 計	83.7 (1.00)	68.0 (0.81)	76.2 (0.71)	68.9 (0.82)	80.3 (0.76)	81.9 (0.98)	113.5 (1.36)	156.5 (1.87)
☆檢 查 計	264.3 (1.00)	204.5 (0.77)	347.5 (1.31)	212.7 (0.08)	275.0 (1.04)	199.5 (0.75)	256.1 (0.77)	325.3 (1.23)
處 置 計	3.7	1.1	3.7	4.3	5.5	3.1	4.8	.7
手 術 計	46.9	23.9	111.4	26.1	48.7	18.8	12.5	9.8
麻 醉 計	.6	1.9	.3	.1	.1	1.8	.0	.4
放 射 線 治 療 計	.5	.0	.7	1.7	.0	.0	.3	.9
入 院 計	.3	1.1	.0	.0	.0	1.2	.0	.0
(기 타 計)	26.9	1.1	100.1	3.1	2.6	7.1	10.7	.3
(再 揭)								
컴퓨터 肺癌撮影	16.6	9.3	20.8	11.8	16.1	22. 1	15.8	28.3
醫 學 診 斷	9.5	5.9	9.4	6.9	10.2	17. 1	9.2	11.5
血 液 學 的 檢 查	21.9	16.4	29.5	17.5	27.3	12. 1	17.9	26.8
出 血 學 的 檢 查	2.7	1.7	2.5	3.6	4.8	1. 2	1.0	2.6
生 化 學 的 檢 查	67.1	37.9	90.7	64.9	63.1	37. 6	74.1	61.7
內 分 泌 ・ 甲 狀 線	23.5	26.4	39.8	10.7	16.0	22. 5	23.3	5.9
Virus	7.3	6.5	5.3	2.5	12.1	11. 7	7.3	8.0
중 양 마 카	13.4	10.5	10.8	8.4	15.6	7. 6	13.4	57.1
免 疫 學 的 檢 查	18.3	17.3	21.4	10.1	17.7	16. 8	25.5	17.1
微 生 物 學 的 檢 查	7.9	2.7	14.1	9.6	7.4	4. 0	4.8	7.3
病 理 學 的 檢 查	12.1	8.6	9.4	12.1	10.6	9. 3	15.7	40.0
呼 吸 循 環 機 能	11.5	10.6	19.6	5.1	14.2	6. 0	7.7	5.7
畫 像 診 斷 檢 查	15.6	13.3	18.8	9.1	15.7	14. 9	18.4	22.3
負 荷 試 險	3.1	.7	8.5	1.9	2.6	1. 5	.7	.4
內 、 視	13.4	8.0	16.7	14.8	7.7	9. 0	12.1	47.0
藥 劑	418.8	316.0	484.5	390.8	467.0	384. 6	404.3	431.1
治 料 材 料	20.5	10.3	40.7	12.6	14.1	8. 7	17.9	33.7

〈表 Ⅲ-2-8〉 症例別，平均在院日數，1入院當 醫療費 및 1日當 醫療費

病 院	症例數	平均在院日數	1入院當醫療費	1日當醫療費
總 數	40,167	25.4 日	695.0 千円	28.8 千円
A 病院	4,502	33.5	756.5	24.7
B 病院	7,128	27.9	705.0	29.1
C 病院	7,683	23.3	667.5	29.6
D 病院	10,637	26.0	742.0	29.3
E 病院	10,217	23.3	637.0	29.3

〈表 Ⅲ-2-9〉 平均在院日數 및 1日當 醫療費의 他病院과의 比較

	全 一 般 病 院	500床以上の一般病院	5 大 學 病 院
平 均 在 院 日 數	39.7 日 ¹⁾	30.0 日 ³⁾	25.4 日
1 日 當 醫 療 費	13.7 千円 ²⁾	21.4 千円 ³⁾	28.8 千円

1) 厚生省 昭和 61 年度病院報告 2) 同 社會醫療診療行爲 調查報告

3) 全國公・私病院聯盟・日本病院會 昭和 61 年度 病院經營實態調查報告

〈表 Ⅲ-2-10〉 大學病院 醫療費의 診療行爲別 構成比率

病 院	投藥・注射	畫 像 診 斷	檢 査	處置・手術	入 院	기 타
5 病院	19.4 %	5.5 %	15.2 %	21.3 %	37.8 %	0.9 %
A 病院	15.1	5.9	16.3	18.2	43.5	1.1
B 病院	19.0	6.5	15.6	18.5	39.7	0.7
C 病院	22.5	5.9	16.9	23.2	31.0	0.5
D 病院	21.6	4.8	13.7	22.7	36.6	0.5
E 病院	17.2	5.0	14.7	21.9	39.7	1.6
全病院	19.5	3.0	8.6	10.3	55.8	2.7

厚生省 昭和 61 年度 社會醫療診療行爲別 調查報告

〈表 Ⅲ - 2 - 11〉 大學病院에 있어서의 高頻度疾患 (%) 構成比率

A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院
162 氣管・肺의 惡性新生物 121 <2.7>	366 白 內 障 178 <2.5>	366 白 內 障 287 <3.8>	550 서혜 탈창 176 <1.7>	628 女性不妊症 842 <8.2>
366 白 內 障 112 <2.5>	550 서혜 탈창 147 <2.1>	531 胃 潰 瘍 161 <2.2>	413 狹 心 症 158 <1.5>	571 慢性肝疾患 肝 硬 變 249 <2.4>
550 서혜 탈창 109 <2.5>	571 慢性肝疾患 肝 硬 變 137 <1.9>	367 屈 折 調 節 障 136 <2.1>	574 膽 石 症 153 <1.4>	162 氣管・肺의 惡性新生物 201 <2.0>
250 糖 尿 病 100 <2.3>	473 慢 性 129 <1.8>	692 接觸皮膚炎 기타 128 <1.7>	218 子 宮 筋 腫 152 <1.4>	669 分 合 併 症 197 <1.9>
571 慢性肝疾患 肝 硬 變 82 <1.9>	250 糖 尿 病 129 <1.8>	550 서혜 탈창 127 <1.7>	366 白 內 障 151 <1.4>	250 糖 尿 病 187 <1.8>
151 胃의 惡性 新 生 物 77 <1.7>	151 胃의 惡性 新 生 物 128 <1.8>	571 慢性肝疾患 肝 硬 變 116 <1.5>	151 胃의 惡性 新 生 物 145 <1.4>	151 胃의 惡性 新 生 物 176 <1.7>
644 早産 또는 切迫分娩 62 <1.4>	540 急 虫 性 炎 104 <1.5>	478 上氣道의 기타 疾患 112 <1.5>	162 氣管・肺의 惡性新生物 144 <1.4>	356 白 內 障 175 <1.7>
174 女性乳房의 惡性新生物 56 <1.3>	410 急 心 筋 硬 塞 102 <1.4>	465 急 上氣道感染 101 <1.3>	540 急 虫 性 垂 炎 134 <1.3>	585 慢性胃不全 152 <1.5>
669 分 合 併 症 54 <1.2>	493 喘 息 94 <1.3>	242 甲 狀 腺 中 毒 症 98 <1.3>	250 糖 尿 病 118 <1.1>	749 口 蓋 裂 嚙 唇 裂 135 <1.3>
413 狹 心 症 46 <1.0>	155 肝・胆管 惡性新生物 93 <1.3>	365 綠 內 障 83 <1.1>	560 腸 閉 塞 116 <1.1>	478 上氣道의 기타 疾患 132 <1.3>
[491 疾 患]	[579 疾 患]	[499 疾 患]	[605 疾 患]	[628 疾 患]

〈表Ⅲ-2-12〉 代表的 入院疾患の 在院日数, 1入院當 醫療費 1日當 醫療費

主 診 断 名	總 計	A 病 院	B 病 院	C 病 院	D 病 院	E 病 院
151 胃の 悪性 新 生 物	(565) 1,507千円 49.2日 31.9円/日	(77) 1,863千円 71.7日 25.2円/日	(128) 1,863千円 53.4日 34.6円/日	(39) 851千円 32.4日 26.2円/日	(145) 1,407千円 42.7日 32.6円/日	(176) 1,539千円 45.6日 33.6円/日
162 氣管・肺の 悪性新生物	(531) 1,392 49.9日 31.5	(121) 1,970 81.2日 26.3	(56) 1,434 48.4日 33.5	(9) 1,105 46.1日 22.2	(144) 1,663 52.8日 35.4	(201) 851 29.7日 31.7
205 骨 筋 性 血 病	(144) 3,112 56.3日 48.6	(33) 2,126 39.7日 46.8	(26) 1,958 36.5日 34.6	(5) 801 26.2日 31.2日	(48) 4,060 65.6日 59.6	(32) 4,006 79.5日 48.7
218 子 宮 平 滑 筋 腫	(389) 461 19.6日 23.8	(31) 483 23.6日 20.7	(84) 584 24.3日 24.2	(24) 486 17.6日 28.6	(152) 465 20.5日 22.4	(98) 336 13.5日 25.4
250 糖 尿 病	(612) 733 35.3日 21.5	(102) 761 41.2日 18.3	(129) 771 40.1日 21.6	(76) 609 26.5日 26.0日	(118) 869 41.3日 21.3	(187) 656 28.9日 21.5
366 白 内 障	(903) 332 15.8日 22.6	(112) 477 28.0日 17.2	(178) 356 15.5日 24.4	(287) 254 10.2日 26.5	(151) 394 19.8日 20.0	(175) 290 14.1日 20.3
410 急 性 心 筋 硬 塞	(277) 1,475 37.2日 59.4	(7) 2,034 74.4日 24.2	(102) 1,554 40.4日 64.8	(16) 1,036 31.1日 39.2	(85) 1,547 32.7日 70.1	(67) 1,309 35.5日 46.1
434 腦動脈の 狭 塞 (症)	(269) 1,010 39.2日 29.3	(6) 772 20.8日 32.9	(72) 1,226 48.8日 31.1	(24) 680 30.9日 27.5	(72) 974 38.8日 28.5	(95) 971 35.6日 28.8
493 喘 息	(382) 296 12.2日 24.1	(18) 352 19.2日 18.8	(94) 313 15.0日 25.5	(35) 546 15.6日 34.8	(112) 179 8.0日 20.8	(123) 310 12.0日 23.6
585 優性胃不全	(275) 1,265 39.8日 34.6	(33) 1,747 56.8日 30.2	(30) 1,495 64.6日 24.8	(5) 341 12.4日 29.1	(55) 1,502 40.4日 36.1	(152) 1,060 32.0日 37.1

3. 韓國의 保險醫療費 抑制 및 財政安定化 對策

文 玉 綸

(서울大學校 保健大學院)

1989年 7月 1日을 기하여 韓國이 全國民醫療保險時代로 돌입함에 따라 아시아 大陸에서 全國民의료보험을 實施하는 國家는 日本과 韓國의 2개국이 되었다. 全國民의료보험실시의 關鍵은 이 事業에 소요되는 財源調達의 可能性 여부에 달려있다. 특히 農漁民등 自營者에 대한 保險財政을 어떻게 調達하느냐에 달려있다. 韓國이 社會保險制度 實施 12年만에 全國民의료보험체제를 이룩했다는 사실을 보험재정이라는 관점에서 보면 韓國의 醫療保險이 所要財源調達에 성공했을 뿐만아니라 그동안 保險財政을 어느정도 安定的으로 유지해 왔다는 意味가 된다. 本稿에서는 保險財政의 現況과 醫療費 增加의 要因分析과 保險醫療費 抑制方案 및 財政安定對策에 대하여 記述하도록 하고 마지막으로 앞으로 고려되어야 할 사항에 대하여 언급하기로 한다.

1. 財政現況

醫療保險 適用人口가 증가함에 따라 保險財政도 급격하게 膨脹하였다. 1977년에 500人 이상 適用 産業場 從事者를 대상으로 하여 확대되기 시작된 당시의 財政支出 規模는 1978년에 約 253 억원으로서 人口의 약 10.5%(약 390萬名)를 適用對象者로 하였다. 그러나 작년말 현재로 保險財政支出은 1조원을 상회하여, 10년동안에 약 42배나 증가하였다. 그리고 1988年末 현재 7,410억원의 準備積立金이 발생했는데, 이는 당해년도 보험재정지출액의 69.2%에 해당하는 금액이며, 금년 말에는 약 9,400억원이 積立될 것으로 보인다<表Ⅲ-3-1 참조>.

保險制度間에는 財政安定度에 큰 차이를 보이고 있다. 職場保險은 收支率과 準備金積立金發生率面에서 안정을 유지해 왔다. 公教醫療保險은 1984~85년에 赤字財政을 시현했으나 1986년에 外來本人一部負擔金 定額制가 실시된 이래로 재정상태가 안정되었다<表Ⅲ-3-2參照>. 1988年末 현재 職場과 公教醫療保險은 당년도 保險給與費를 각각 11.2개월 및 10.1개월 충당할 수 있는 準備金을 積立해 두고 있는 셈이다. 한편, 地域保險의 경우에는 示範事業을 실시하는 동안 대체로 赤字를 면하지 못했다. 다만 1988년에 全國의 農漁村으로 지역보험이 확대 실시된 이후에는 收支率이 87.5% 수준을 유지하였다.

그러나 個別 組合을 기준으로 하면 1984년에는 職場組合의 약 절반에서 赤字가 발생했으나, 本人一部負擔金 定額制가 實施된 이후

〈表Ⅲ-3-1〉

年度別 保險財政 現況 ¹⁾

(單位：百萬圓)

年 度	收 入 (A)	支 出 (B)	收支差額 (C)	累積積立金 (D)	$\frac{(D)}{(B)} \times 100$
'77	14,928	5,118	9,810	9,810	191.7
'78	48,690	25,276	23,413	33,151	131.2
'79	113,489	80,574	32,914	59,523	73.9
'80	179,465	151,341	28,123	75,151	49.7
'81	274,768	209,606	65,162	138,768	66.2
'82	366,626	318,504	48,122	179,605	56.4
'83	460,587	435,405	25,181	205,245	47.1
'84	551,645	554,769	△ 3,123	197,691	35.6
'85	634,078	643,161	△ 9,083	187,834	29.2
'86	793,605	635,761	157,845	338,739	53.3
'87	941,642	745,902	195,740	532,135	71.3
'88 ²⁾	1,300,397	1,070,281	230,116	741,043	69.2
'89 ²⁾	1,678,575	1,480,950	197,625	938,668	63.4

1) 醫療保險聯合會，醫療保險統計資料集，(1977-1987)

2) 保健社會部，醫療保險局，保險財政推計，(1989-1990)，1989.5.

〈表 Ⅲ-3-2〉

現行 醫療保險制度의 財政安定性 比較

(單位 : 개월, %)

區 分	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88
<u>職 場 保 險</u>									
收 支 率 ¹⁾	80.8	72.9	84.1	94.7	98.8	99.2	78.0	78.5	81.4
準備金積立金發生率 ²⁾	14.0	29.7	15.5	3.3	1.2	0.9	23.2	22.1	17.0
準備金支給換算月 ³⁾	10.5	12.0	9.8	7.2	5.8	5.0	8.9	10.8	11.2
<u>公 · 教 保 險</u>									
收 支 率 ¹⁾	90.3	82.8	91.4	92.1	106.2	107.7	83.5	76.0	78.1
準備金積立金發生率 ²⁾	3.5	18.4	7.3	4.9	4.0	- 8.2	15.0	28.4	23.9
準備金支給換算月 ³⁾	0.8	3.4	3.4	3.6	3.4	2.2	4.4	8.6	10.1
<u>地 域 保 險</u>									
收 支 率 ¹⁾	-	91.3	134.2	144.8	142.3	122.3	101.2	123.8	87.5

1) 支出 / 收入 × 100

2) 短期剩餘金處分內譯上의 準備金積立金 / 當年度 保險料 收入

3) 果積準備金積立金 / 保險給與費 × 12

로는 組合財政이 安定되었다<表Ⅲ-3-3 參照>. 1988년에는 154개 職場組合의 3.2%에 해당하는 5개 조합만이 當期赤字를 나타내었고, 144개 地域組合의 6.3%에 해당하는 9개 조합이 적자를 시현하였다. 地域組合의 경우에는 아직도 事業 草創期여서 財政狀態가 상대적으로 불안한 편이다.

<表Ⅲ-3-3> 職場組合의 年度別 赤字發生 現況

(單位:개)

年 度	組 合 數	赤字組合數	%
1981	185	-	-
1982	146	2	1.4
1983	146	28	19.2
1984	146	70	47.9
1985	144	66	45.8
1986	144	1	0.7
1987	153	5	3.3
1988	154	5	3.2

資料: 의료보험연합회, 決算現況, 1981-88.

保險者別로 보험재정의 構成比率에 큰 차이를 보이고 있다. 직장 과 공·교의료보험의 보험급여비는 90 ~ 93% 수준이지만 지역보험의 경우에는 75% 수준에 불과하다<表Ⅲ-3-4 參照>. 다시 말해서 管理運營費 등이 차지하는 비율이 前者에서는 7 ~ 10% 水準이지만 後者에서는 약 25% 수준이다. 이러한 資料의 解釋에는 農村地域

保險과 都市地域保險이 각각 1988년과 1989년에 처음으로 확대 실시되었다는 점이 勘案되어야 하겠지만, 全國民 의료보험의 管理運營費가 선진제국의 경우에 6~8% 수준인데 비하여, 한국의 경우에는 13.5%에 이르고 있어서 이의 節減對策이 시급함을 示唆해 주고 있다.

〈表Ⅲ-3-4〉

保險者別 保險財政의 構成比率

(單位: %)

年 度	區 分	保險給與費	管理運營費等	計 (百萬元)
1988 ¹⁾	職 場	90.1	9.9	100.0 (657,173)
	公・教	93.4	6.6	100.0 (203,961)
	地 域	75.5	24.5	100.0 (164,911)
	計	88.4	11.6	100.0 (1,070,281)
1989 ²⁾	職 場	91.2	8.8	100.0 (693,939)
	公・教	93.5	6.5	100.0 (217,131)
	地 域	76.6	23.4	100.0 (478,696)
	都 市	74.0	26.0	100.0 (250,572)
	農 村	79.5	20.5	100.0 (228,125)
	計	86.5	13.5	100.0 (1,389,767)

1) 보건사회부, 의료보험국, 1989.

2) 한국개발연구원 추계치임.

保險財政에서 國庫負擔額이 차지하는 비율은 年度別로 심한 기복을 보이고 있다〈表Ⅲ-3-5 參照〉. 社會保險實施 첫해에는 6.1% 수준

이었으나 公・教醫療保險이 實施된 1979년에는 25.3%로 急増하였다. 1982년 이후로는 대체로 6~8% 수준으로 安定을 유지해 오다 1988년에 농촌지역보험이 확대되면서 15.3%, 그리고 1989

〈表Ⅲ-3-5〉 保險財政支出中 國庫負擔額의 比率
(單位: 億圓, %)

年 度	保 險 財 政 支 出	國 庫 負 擔 額	%
1977	51	3.1	6.1
1978	253	7.0	2.8
1979	812	205.4	25.3
1980	1,521	320.5	21.1
1981	2,102	412.4	19.6
1982	3,197	269.2	8.4
1983	4,376	370.1	8.5
1984	5,576	376.8	6.8
1985	6,480	363.7	5.6
1986	6,414	468.1	7.3
1987	7,507	604.8	8.1
1988	10,703	1,637.4	15.3
1989	14,810	2,854.4	19.3

資料: 보건사회부, 의료보험국, 1989.

년에는 都市地域保險이 확대되면서 19.3 %로 증가하기 시작하였다. 전국민의료보험이 실시된 1989 년도의 國庫負擔額 2,854 억원은 1978 년도의 7 억원에 비하여 무려 408 배의 증가에 해당되는데, 그동안 適用人口가 10 배나 확대되었고, 保險酬價가 2.5 배 증가한 것을 勘案하더라도 엄청난 증가임에 틀림없다.

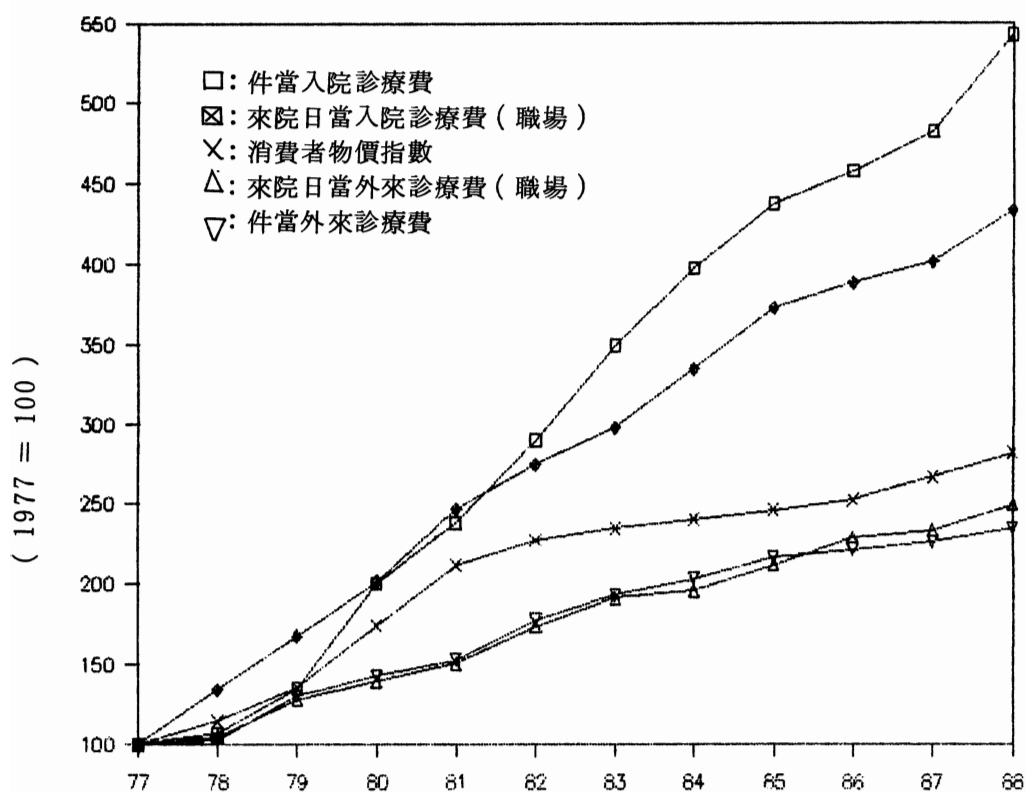
2. 保險診療費 增加의 要因分析

保險財政을 壓迫하는 第 1 의 要因은 보험진료비의 增加에서 찾아볼 수 있다. 保險診療費는 適用人口構造의 變化와 數의 증가에 의하여 영향을 받게 되고, 所得增大와 인플레이션, 醫療技術의 발달 및 醫療資源의 供給狀態에 따라서 좌우된다. 이상의 요인은 醫療需要를 量的으로 膨脹시킬 뿐 아니라 質적으로도 高級化시키게 된다. 이처럼 醫療需要가 增加하게 되면 供給측면에서도 이에 대응하는 變化가 초래된다.

保險診療費의 增加趨勢를 보면 圖Ⅲ-3-1과 같다. 過去 11 년동안에 入院診療費의 增加率は 消費者物價指數의 증가율을 상회하고 있으며, 外來診療費의 증가율은 소비자물가지수의 그것 보다 하회하고 있다. 이 資料는 입원진료비가 保險診療費 증가를 主導하고 있음을 보여준다. 구체적으로 件當入院診療費는 동기간 동안에 5.4 배 증가했으며, 來院日當 入院診療費는 4.3 배 증가하였다.

한편, 1986 년에는 보험재정을 節減하고, 수진절차를 간소화하기 위하여 외래진료비 本人一部負擔金 定額制를 導入하였다. 本制度 도입前後의 각종 保險指標의 變化양상은 圖 Ⅲ-3-1 에서 보는 바와 같은데,

이 制度導入 이후에 受診率이 급격하게 減少된 것이 가장 현저한 變化이다. 이는 診療時 본인 부담금의 증가로 인하여 醫療利用이 억제된 結果이다. 定額制 導入 전후를 비교할 때 保險適用人口와 件當入院診療費 및 件當外來診療費는 계속증가 했는데, 그중에서도 保險適用人口의 增加率이 가장 현저하였다.



〈圖Ⅲ-3-1〉 保險診療費와 消費者物價指數의 增加趨勢

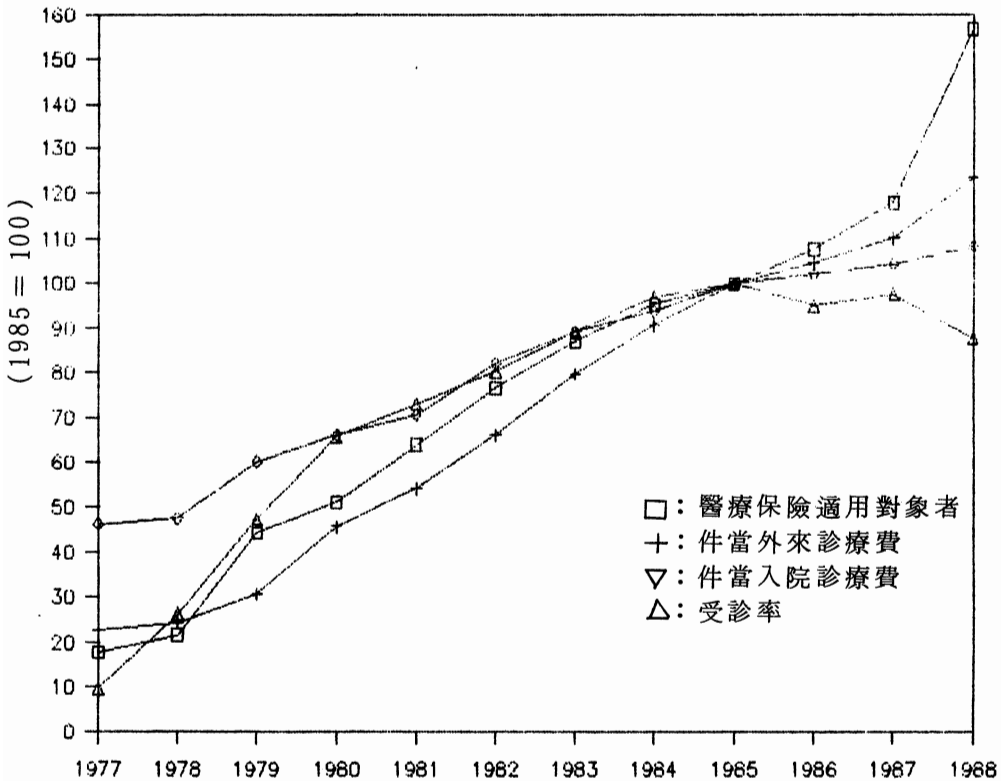
이상과 같은 상황에서 보험진료비의 증가에 영향을 끼친 要因과 各 要因別 寄與度를 分析하여 보았다.

$$T.E. (총진료비) = I.P. (적용인구) \times U.R. (수진율)$$

$$\times E.C. (건당진료비) \dots\dots\dots ①式$$

$$E.C. (건당진료비) = M.F. (의료수가) \times V.D. (건당내원일수)$$

$$\times S.I. (내원일당 서비스의 강도) \dots\dots ②式$$



圖Ⅲ-3-2) 本人一部負擔金 定額制 實施前後의 醫療保險指標의 變化趨勢

①式과 ②式이라는 基本 모델을 세우고, 이를 算出하기 위하여 ①式을

$$(1 + \text{총진료비 변동율} / 100) = (1 + \text{적용대상인구 변동율} / 100) \times (1 + \text{건당진료비의 변동율} / 100) \times (1 + \text{수진율의 변동율} / 100) \dots\dots\dots ③式으로$$

변형시켰다. 다만 내원일당 서비스의 강도 (S.I.) 는 다음과 같은
式에 의하여 算出하였다.

$$(1 + \text{건당진료비의 변동율} / 100) = (1 + \text{의료수가의 변동율} / 100) \\ \times (1 + \text{건당내원일수의 변동율} / 100) \times (1 + \text{서비스 강도의 변동율} / 100) \dots\dots\dots \text{④式}$$

또한 각 要因들의 의료비 증가에 대한 寄與度는 ⑤式~⑩式으로
산출할 수 있다.

$$\text{I.P. (적용인구)의 기여율} = \frac{\text{I.P.의 증가율}}{\text{I.U.E.}} \times 100 \dots\dots\dots \text{⑤式}$$

$$\text{U.R. (수진율)의 기여율} = \frac{\text{U.R.의 증가율}}{\text{I.U.E.}} \times 100 \dots\dots\dots \text{⑥式}$$

$$\text{E.C. (건당진료비)의 기여율} = \frac{\text{E.C.의 증가율}}{\text{I.U.E.}} \times 100 \dots\dots\dots \text{⑦式}$$

단, I.U.E. = I.P.의 증가율 + U.R.의 증가율 + E.C.의 증가율

$$\text{M.F. (의료수가)의 기여율} = \text{E.C.의 기여율} \times \frac{\text{M.F.의 증가율}^1)}{\text{M.V.S.}} \\ \dots\dots\dots \text{⑧式}$$

$$\text{V.D.의 기여율} = \text{E.C.의 기여율} \times \frac{\text{V.D.의 증가율}}{\text{M.V.S.}} \dots\dots\dots \text{⑨式}$$

$$\text{S.I.의 기여율} = \text{E.C.의 기여율} \times \frac{\text{S.I.의 증가율}}{\text{M.V.S.}} \dots\dots\dots \text{⑩式}$$

단, M.V.S. = M.F.의 증가율 + V.D.의 증가율 + S.I.의 증
가율

註 1) M.F.의 增加率은 保險酬價引上率로 대체 하되, 약대와 재료대
를 제외한 보정치를 사용했음.

그 結果 1981 ~ 87 년간의 보험진료비의 年平均 增加率은 지역보
 험이 44.5 %로서 가장 높았고, 職場保險 27.13 %, 公・教保險 16.
 64 %였다 < 表Ⅲ-3-6 참조 >. 適用人口 要因은 직장의료보험이 12.87 %
 로서 가장 높았으며, 公・교의료보험은 1.56 %로 별로 변화를 보
 이지 않고 있다. 受診率 要因은 지역보험이 12.52 %로서 직장보험
 의 4.59 %보다 약 3 배나 높았다. 한편, 件當診療費의 연평균 증
 가율은 地域保險이 17.09 %로서 가장 높았으며, 직장 및 公・교보
 험은 약 8 % 水準으로서 지역보험의 절반이하였다. 다시말해서 同
 期間 동안에 地域保險의 受診率 增加와 건당진료비의 증가가 가장
 현저하였다.

< 表Ⅲ-3-6 > 醫療保險種類別 診療費 決定要因의 增加率, 1981 ~ 87

(單位 : %)

區 分	職 場	公・教	地 域	計
總 診 療 費 (T.E.)	27.13	16.64	44.50	25.26
適 用 對 象 者 (I.P.)	12.87	1.56	9.68	10.79
受 診 率 (U.R.)	4.59	6.54	12.52	4.97
件 當 診 療 費 (E.C.)	7.69	7.80	17.09	7.71
醫 療 酬 價 (M.F.)	2.82	2.82	2.82	2.82
醫療酬價補正值 (C.M.F.) ¹⁾	1.76	1.76	1.76	1.76
件 當 來 院 日 數 (V.D.)	- 0.71	- 0.69 ²⁾	3.59	- 0.87 ³⁾
醫療서비스强度 (S.I.)	6.58	6.67	11.08	6.78

1) 의료수가의 증가율 보정치 = 보험의료수가의 증가율 × 0.6252

2) '83 ~ '87 자료임.

3) '83 ~ '87 자료임.

醫療費 증가 (1981 ~ 1987) 를 需要側面의 要因으로 나누어 보면, 職場, 公·教, 地域保險에서 공히 비용측 요인보다는 수요측 요인 (의료보험적용자수의 증가와 수진율의 증가) 이 의료비 증가에 대한 寄與度가 컸다. 전체적으로 볼때 需要側 要因의 기여도가 67.15 %인데 비하여 費用側 要因의 기여도는 32.85 %로 전자의 약 절반에 해당한다 <表Ⅲ-3-7 참조>. 費用側面의 요인중 의료비 증가에 가장 큰 기여를 한 항목이 酬價引上要因이 아니라 의료서비스 強度 要因이라는 사실은 특기할 만 하다. 지역보험에서는 수가인상요인의 기여도가 4.67 %인 반면 의료서비스 강도요인의 기여도는 29.31 %나 되어 후자가 전자의 약 6.3 배나 된다. 직장 및 공·교보험

<表Ⅲ-3-7> 醫療保險 診療費增加의 決定要因別 寄與率, 1981 ~ 87

(單位 : %)

區 分	職 場	公·教	地 域	計
總 診 療 費 (T.E.)	100.00	100.00	100.00	100.00
需 要 增 加 要 因 (D.I.)	69.42	50.94	56.51	67.15
適 用 對 象 者 (I.P.)	51.17	9.81	24.64	45.97
受 診 率 (U.R.)	18.25	41.13	31.87	21.18
費 用 增 加 要 因 (E.C.)	30.58	49.06	43.49	32.85
醫 療 酬 價 (M.F.)	7.05	11.16	4.67	7.54
件 當 來 院 日 數 (V.D.)	- 2.85	- 4.37	9.51	- 3.73
醫 療 服 務 強 度 (S.I.)	26.38	42.27	29.31	29.04

도 비슷한 趨勢이지만 후자가 전자의 3.7 배 정도이다.

한편, 需要側要因인 의료보험적용자의 增加와 受診率의 증가중 어떤 요인이 의료비 증가에 더 큰 寄與를 하였는가 하는 결과는 醫療保險 種類別로 相異하였다. 즉 지역 및 공·교보험에서는 受診率 요인이 더욱 크게 작용했으나, 직장보험에서는 적용인구수가 훨씬 더 큰 役割을 하였다. 過去 6년동안에 직장보험의 확장이 가장 현저하였기 때문에 전체적으로는 적용자수 요인의 기여도가 10.79%로서 수진율 요인의 4.97%보다 약 2.2배나 되었다. 1988년 이래로 의료보험이 全國의 農漁村 및 都市地域 自營者에게로 확대되고 있어서 당분간은 수요증가에 의한 요인이 保險診療費의 증가에 더욱 큰 役割을 할 것으로 보인다. 다시말해서 現行 醫療保險診療費의 引上은 費用引上 인플레이션 (cost-push inflation) 보다는 超過需要 인플레이션 (demand-pull inflation)이 主導하고 있음을 알 수 있다.

3. 韓國의 保險醫療費 抑制方案

韓國은 1977년에 傳統的인 自由放任의 保健醫療體系에 근원적인 構造變化를 유도함이 없이 의료보험제도를 도입하였다. 既存 保健醫療體系에 財源調達方式만 일부 變更시킨 셈이다. 政府는 社會保險을 導入하면서 慣行酬價 대신에 保險酬價라는 통제가격을 적용했으며, 모든 醫療機關을 醫療保險療養取扱機關으로 강제지정하였고, 그리고 費用節減을 위하여 상당히 높은 수준의 本人一部負擔制 (cost-sharing)를 병행 실시하였다. 본고에서는 醫療費 增加의 一般理論

에 따라서 그동안 한국에서 실시해 온 보험의료비의 抑制對策에 대하여 살펴보도록 한다.

A. 需要管理的 接近手段

1) 保險酬價의 統制

保險醫療費를 管理하는 가장 손쉬운 方法은 酬價抑制를 통한 接近이 된다. 表Ⅲ-3-8 에서 보듯이 보험당국에서는 의료보험수가를 消費者物價나 都賣物價水準 이하로 철저히하게 抑制해 왔다. 이러한 원칙은 의료보험이 農村地域으로 확대 실시되기 이전까지에는 철저히 지켜졌으며, 1988년에야 비로소 12.2%를 인상함으로써 겨우 都賣物價水準을 유지하게 되었다.

그러나 問題의 出發點을 이해하자면 1977년에 保險酬價를 책정할 당시로 거슬러 올라가야 한다. 大韓病院協會의 주장에 따르면 1977년도 保險酬價는 그 당시 慣行酬價의 平均 42% 수준으로 책정되었다.²⁾ 다시 말해서 保險當局은 薄利多賣의 원칙을 적용하여 低保險酬價政策을 수행해 왔지만 醫療機關의 擴張에 많은 資本과 時間이 소요되며, 醫療行爲의 個別性和 生命關聯性 때문에 薄利多賣의 원칙이 그대로 적용될 수 없었다. 이러한 政策은 다음과 같은 세가지의 불행한 현상을 초래하고 말았다.

註2) 文玉綸, 鄭基善, 魯公均, 醫療保險酬價體系的 改善에 關한 研究, 大韓醫學協會, 1984, p.60.

〈表Ⅲ-3-8〉年度別 醫療保險酬價調整率과 物價上昇率 對比

年 度	醫療保險酬價		都賣物價		小賣物價	
	引上率	指 數	增加率	指 數	增加率	指 數
1977. 6		100	9.0	100	10.2	100
'78.12	20.75	120.8	11.6	111.6	14.5	114.5
'79. 6	11.14	134.2	18.8	132.6	18.3	135.5
'80. 5	19.40	160.2	38.8	184.0	28.7	174.3
'81. 6	16.60	186.8	20.4	221.6	21.3	211.5
'82. 6	7.10	200.1	4.6	231.8	7.3	226.9
'83.10	4.0	208.1	0.2	232.2	3.4	234.6
'84		208.1	0.7	233.8	2.3	240.0
'85. 3	3.0	214.3	0.8	235.7	2.5	246.0
'86. 6	3.0	220.8	2.4	241.4	2.6	252.4
'87.12		220.8	1.7	245.5	5.8	267.0
'88. 2	12.2	247.7	2.0	249.7	4.0	282.5

첫째, 全般的으로 醫療機關의 經營收支가 惡化되었다. 相當수의 病院이 이미 倒産하였거나 困境에 처해 있다. 의료취약지역의 病院 일 수록 더욱 그러하다. 그러나 이러한 經營收支의 惡化가 그동안의 방만했던 病院경영을 合理化 하는 계기가 된 것도 사실이다.

둘째, 의료기관은 低保險酬價로 인한 收入의 缺損分을 慣行酬價에 전가시켰고, 의료보험未適用者에게 그 負擔이 移轉되고 말았다. 表 9에서 보는 바와 같이 1984년의 보험수가는 慣行酬價의 약 절반수

준이었다.(入院診療費에서는 62.5% , 外來診療費에서는 49.0 %였다.) 이와같은 현상은 의료보험 미적용자의 어려운 처지를 더욱 困難하게 만들었으며 識者들이 이를 社會的 不條理의 하나로 지탄하기에 이르렀다. 이러한 채찍이 全國民醫療保險制度를 早期에 실시하도록 하는 觸媒劑가 된 것도 사실이다.

〈表Ⅲ-3-9〉 一般酬價에 대한 保險酬價의 比率* (單位: %)

年 度	日當平均入院診療費	外來訪問日當診療費
1980	56.4	52.6
1981	50.4	49.6
1982	57.4	52.6
1983	54.1	48.2
1984	62.5	49.0

$$* \frac{\text{保險酬價}}{\text{一般慣行酬價}} \times 100$$

資料: 韓國人口保健研究院, 醫料保險酬價適正化方案 研究報告書, 1985.

세째, 低保險酬價政策은 醫療機關의 經營行態에 변화를 야기시켜診療歪曲現象을 초래하였다. 즉 醫療費 算定에서 單位酬價가 統制됨에 따라診療의 量이 증가하거나 非保險給與項目이 증가하는 결과를 낳았다. 그중에서도診療行爲의 量的增加는 각종 檢査의 빈도 및 의료서비스의 強度가 增加하거나 또는 基本診療料 中の 再診費

를 늘려서 疾病件當 의료기관 來院日數가 증가하는 등의 不健全한 방향으로 유도 되었다. 아뭏든 保險酬價를 엄격하게 통제 함으로써 全國民醫療保險時代를 성공적으로 앞당겼지만, 診療行態의 歪曲이라는 값비싼 대가를 치르게 하였으며 이는 韓國의 保健醫療가 쏠어진 큰 짐이 되고 있다.

2) 費用의 本人一部負擔制 (coinsurance)

韓國의 醫療保險이 今日에 이르기까지 財政節減對策으로서 가장 광범위하게 사용한 것은 費用의 本人一部負擔制이다. 保險給與의 水準을 떨어뜨림으로써 保險財政을 보호하는 이 제도는 本人負擔金이 受診時 국민에게 큰 負擔이 될 수 있으며, 특히 低所得層의 필요한 醫療利用을 선택적으로 抑制할 위험이 있기때문에 덜 바람직하다. 그러나 保險醫療費抑制가 至上課題로 되고 있어서 全世界의 모든 公的 醫療保險은 이 方式을 도입하고 있는 實情이다. 韓國의 경우에도 制度間에 별 차이없이 本人負擔金의 比率이 1980 年の 29 %수준에서 1987 年에는 약 38 %수준으로 크게 增加하였다.

(表Ⅲ-3-10 참조).

韓國의 本人一部負擔制은 다음과 같은 特性을 보이고 있다. ①入院診療費에는 定率制를 그리고 外來診療費에는 定率制와 定額制를 병행하여 실시하고 있다. ② 과거 10 年동안에 入院診療費의 本人負擔比率을 20 %로 固定시킨 반면 外來本人負擔率은 끊임없이 增加시켜왔다. 이는 入院診療費가 通常적으로 家計에 큰 負擔을 지우기 때문에 被保險對象者를 保護하기 위한 조치로 理解할 수 있다.

〈表Ⅲ-3-10〉

診療費 本人負擔率의 比率

(單位：%)

區 分	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87
職 場	-	30.5	30.6	31.0	31.0	30.8	37.3	37.6
公・教	29.4	30.7	31.0	31.1	31.0	31.0	37.0	37.7
地 域	-	-	28.5	28.9	29.5	30.0	33.5	34.2

③ 被保險者와 被扶養者間에는 本人一部負擔率에 차이가 없다. ④ 患者의 綜合病院 集中現象을 抑制하기 위하여 醫院級 醫療機關 利用時에는 本人負擔金을 減少시켜 差等的으로 적용하고 있다. ⑤ 保健機關 利用度를 提高하기 위하여 本人負擔金을 醫療機關 利用時의 약 $1/3$ 내지 $1/5$ 의 水準으로 낮게 책정하고 있다. ⑥ 1만원 이하의 外來診療時의 初診과 再診의 本人負擔金은 同一하며 定額制를 모든 의료기관에 적용하고 있다. (表Ⅲ-3-11 참조).

이상과 같은 제도운영의 결과 外來診療費에 대한 醫療機關別 本人負擔率은 表Ⅲ-3-12 와 같다. 1987 年の 경우 病院級 醫療機關은 外來診療費의 $2/3$ 에 가까운 62~65 %를 本人이 負擔했으며 醫院은 41.2 %, 保健機關에서는 19.2 %만을 負擔하였다. 이러한 資料는 韓國 醫療保險의 本人負擔率이 總診療費의 $1/3$ 수준을 넘고 있어서 被保險者의 負擔이 지나치게 크며, 해를 거듭할수록 本人負擔比率이 두드러지고 있음을 보여주고 있다. 이제 本人一部負擔制度의 '醫療費抑制效果와 所得逆進效果에 관한 綜合的인 評價를 내려야 할 시기에 當面한 셈이다.

〈表 Ⅲ-3-11〉 保險診療費 本人 一部負擔制의 變遷過程

시행일	요양취급기관종별	적용대상	본 인 부 담 율		비 고
			입 원	외 래	
'77. 7. 1	전 요 양 취 급 기 관	피 보 험 자 피 부 양 자	30 %이내 40 %이내	총진료비의 40 %이내 총진료비의 50 %이내	- 조합정관으로 규정
'79. 7. 1	전 요 양 취 급 기 관	전체적용인구	20 %	총진료비의 30 %	- 전체적용인구는 피보험자와 피부 양자를 합한 것 을 의미함.
'80. 5. 10	종 합 병 원 · 병 원 의 원	전체적용인구	20 %	총진료비의 50 %	
		"	20 %	총진료비의 30 %	
'86. 1. 1	종 합 병 원	전체적용인구	20 %	진찰료+진찰료제의 총진료비의 55 %	- 의원급 이하 정액제 실시
	병 원	"	20 %	진찰료+진찰료제의 총진료비의 50 %	
	의 원	"	20 %	· 총진료비가 기준상한액 이상은 총진료비의 30 % · 총진료비가 기준상한액 이하는 보건사회부장관 의 고시액	
'88.10. 1	전 요 양 취 급 기 관	전체적용인구	20 %		- 외래방문당 금액이 1만원 이상인 경우와 1만원 이하인 경우로 구분 실시
	(방문당 진료비 1만원 초과시)				
	군지역 종합병원	전체적용인구		총진료비의 55 %	
	군지역 병 원	"		총진료비의 40 %	
	전국의 의원(보건기관)	"		총진료비의 30 %	
	(방문당 진료비 1만원 이하시)				
	군지역 종합 병 원	전체적용인구		초진 3,000 원, 재진 2,700 원	
	" 병 원	"		" 3,000 원, " 2,500 원	
	전국의 의 원	"		" 2,000 원, " 1,500 원	
	" 한 의 원	"		" 2,200 원, " 1,700 원	
	" 치 과 의 원	"		" 2,500 원, " 2,000 원	
	" 보 건 소	"		" 700 원, " 600 원	
	" 보 건 지 소	"		" 600 원, " 500 원	
	" 보건진료소	"		" 400 원, " 400 원	
'89. 7. 1	전 체 요 양 취 급 기 관	전체적용인구	20 %		- 방문당 1만원 이상시는 상동.
	(방문당 진료비 1만원 이하시)				
	군지역 종합 병 원	전체적용인구		초제진 3,000 원	
	" 병 원	"		" 2,800 원	
	전국의 의 원	"		" 2,000 원	
	" 한 의 원	"		" 2,000 원	
	" 치 과 의 원	"		" 2,500 원	
	" 보 건 소	"		" 700 원	
	" 보 건 지 소	"		" 600 원	
	" 보건진료소	"		" 500 원	

〈表 Ⅲ-3-12〉 醫療機關別 外來診療費 本人負擔比率, 1985 - 1987.

(單位：%)

區 分	1985		1986		1987	
	保險者	患 者	保險者	患 者	保險者	患 者
綜合病院	50	50	39.9	60.1	38.0	62.0
病 院	50	50	37.9	62.1	35.0	65.0
醫 院	70	30	59.7	40.3	58.8	41.2
保健機關	70	30	77.3	22.7	80.8	19.2

3) 給與範圍의 制限

需要管理의 다른 측면은 高級醫療需要나 特殊서비스에 대한 要求를 保險給與의 범위에서 除外하는 方法이 된다. 이를 위하여 폐결핵 등의 경우를 除外하고는 醫療給與의 期間을 年間 180日 이내로 制限하고 있다.³⁾ 그리고 犯罪行爲에 의하거나 故意事故나 產災를 給與範圍에서 除外하고 있다. 한편, 療養給與基準에 의하면 治療目的이 아니거나, 業務 또는 日常生活에 지장이 없거나, 기타 保險給與의 原理에 부합되지 아니하는 11 가지의 경우를 非給與對象으로 하여 除外하고 있다. 그리고 各種 醫療行爲의 診療基準을 설정하여 標準診療를 유도하고 있다.

註 3) 다만 保險給與費가 年間 30 萬원 미만의 경우에는 給與期間의 연장이 가능하다.

이상과 같은 給與範圍의 制限은 被保險對象者의 道德的 危害(moral hazard)를 抑制하여 保險財政을 節減하는 效果는 있으나 C.T. 등 최신 高價장비를 이용해야 하는 경우의 低所得層에게는 큰 負擔이 되고 있다. 그리고 醫療機關으로서는 經營壓迫을 완화하기 위하여 非給與對象항목의 開發에 박차를 가하고 있다. 이러한 사태는 窮極的으로 피보험대상자의 負擔을 加증시키는 요인이 되고 있다.⁴⁾

B. 供給管理的 接近手段

1) 病床建立의 增加와 規制의 완화

종래의 固疾적인 病床不足現狀을 타개하고 社會開發 및 社會보장 제도의 확충을 지원하기 위하여 4次 5個年 經濟開發計劃부터는 市場經濟를 바탕으로 하는 既存 醫療環境에 病床增設計劃을 활발하게 推進하였다. 借款導入과 政策金融에 의한 醫療脆弱地區 民間病院 建立 支援計劃이 그 대표적인 例가 된다. 그 結果 總病床數는 1978년의 5.8만 病床에서 1988년에는 12만 병상으로 2.1배 증가하였고, 의료기관의 수도 동기간에 1.6배 증가하였다 <表Ⅲ-3-13참조>. 특히 病院級 醫療機關의 병상수와 醫院이 급격하게 증가한 것으로 되어 있다.

註 4) 一般的으로 大型醫療機關일수록 總收入에서 非給與部分의 比率이 큰데 S病院의 경우(1983) 入院診療費 收入의 26.8%가 非保險給與 項目이었다.

自由放任의 의료환경에서 醫療資源의 配分歪曲과 綜合病院의 大都市 亂立을 是正하기 위해서는 도시지역의 병원건립 및 병상증설抑制計劃이 正當性을 가질 수 있다. 그러나 韓國의 狀況에서는 이러한 조치가 큰 효과를 가져오지 못한 것 같다. 예를 들어서 1980년대 중반에 發表된 大都市 病床建立 制限措置는 병상증가 趨勢를 전혀 둔화시키지 못했으며, 그런데도 불구하고 大도시의 病床不足現狀을 가속시키는 결과를 낳았다. 産業化와 都市化가 급격하게 進行

〈表Ⅲ-3-13〉 醫療施設 및 病床의 增加趨勢, 1978 - 1988.

年 度	病 床 數 (指數)	醫療機關數 (指數)
1978	58,042 (100)	11,245 (100)
1980	65,041 (111)	11,781 (105)
1982	69,063 (118)	12,807 (114)
1984	93,582 (160)	14,216 (126)
1986	107,907 (185)	16,095 (143)
1988	120,640 (207)	18,462 (164)

資料：保健社會部，統計年報

되고 의료보험이 급격하게 확장되는 한국의 상황에서 이와같은 철저한 規制위주의 政策은 비효과적임을 알 수 있다.

이러한 措置는 農漁村地域의 병상증가에도 큰 영향을 미치지 못

한 것으로 評價되고 있다.⁵⁾ 그러므로 大都市地域의 病床不足을 해소시키면서 醫療資源配分の 適正과 經營合理化를 도모할 수 있는 接近手段이 요구되고 있다. 集團開院(group practice)의 권장을 예로 들 수 있다.

2) 保健醫療人力の 供給

70年代 후반 이래 가장 현저한 變化의 하나로 각종 保健人力の 大量輩出을 들 수 있다. 그중에서도 看護人力の 輩出이 가장 현저하여 과거 10年 동안에 看護助務士는 2.6 배, 看護師는 2.3 배 增加하였다(表註-3-14). 同期間에 齒科醫師는 2.5 배, 醫師와 韓醫師는 각각 1.8 배 增加하였고 藥師는 1.5 배 增加하였다. 최근에 와서 藥師의 增加趨勢가 다소 둔화된 셈이다.

그러나 現在와 같은 民間主導의 醫療市場 構造하에서 그리고 醫療裝備의 對外依存도가 높은 상황하에서, 고가장비 설치심사 委員會가 얼마나 效果가 있을 것인지 의문시되고 있다.

4) 豫防給與의 提供

豫防給與가 保險財政에 미치는 效果에 대하여는 아직도 論難의 여지가 많다. 설사 費用便益面에서 效果가 인정되는 예방의료라 하더라도 短期的으로는 보험급여비를 증가시킬 뿐 아니라 保健醫療

註 5) 韓國人口保健研究院, 醫療資源과 管理體系에 關한 研究, 1988.

〈表Ⅲ-3-14〉 保健醫療人力의 增加趨勢, 1978 - 1988.

年 度	醫師 (指數)	齒科醫師 (指數)	韓醫師 (指數)	藥師 (指數)	看護師 (指數)	看護助務士(指數)
1978	20,079(100)	3,027 (100)	2,644 (100)	22,371 (100)	33,672(100)	47,019 (100)
1980	22,564(112)	3,549 (117)	2,818 (107)	24,366 (109)	40,373(120)	61,072 (130)
1982	25,097(125)	4,201 (139)	3,087 (117)	26,307 (119)	46,651(138)	73,159 (156)
1984	28,015(140)	4,911 (162)	3,426 (130)	28,531 (128)	54,081(161)	92,264 (196)
1986	31,616(157)	5,981 (198)	3,944 (149)	31,334 (140)	64,270(191)	107,672 (229)
1988	36,747(183)	7,644 (253)	4,841 (183)	34,343 (154)	76,143(226)	123,115 (262)

資料：保健社會部，統計年報

서비스를 추가적으로 要求하는 경우가 많고, 그 효과가 長期間에 걸쳐서 나타나기 때문에 中・短期 醫療費抑制 對策으로서는 이것은 적합하지 못하다.

韓國의 의료보험은 公敎保險의 被保險者에 대한 매 2년 마다의 定期 身體檢査를 제외하면 일반적으로 예방급여에 吝嗇한 것으로 알려져 있다. 1988년의 경우 職場組合의 39%(60개 조합)가 肝 染豫防事業을 실시하고 있으며, 22%(34개 조합)가 寄生蟲檢査를, 13%(20개 조합)가 成人病 豫防事業을 실시하고 있으며 子宮癌檢診을 실시하는 조합은 3개 조합에 불과하다(表Ⅲ-3-15 참조). 豫防事業에 소요되는 예산이 직장조합예산에서 차지하는 비중은 2% 수준에 불과하다. 그러나 職場組合의 積立金 累積이 과다하기 때문에 각 조합이 예방보건사업에 주력할 가능성이 크다. 그러므로 이를 効果的으로 실시하여 보험진료비의 抑制에 연결시킬 수 있도록 하자면 先進諸國에서의 經驗分析과 이에 대한 체계적인 研究가 필요하다.

醫療保險의 導入은 專門人力이 부족했던 상황에서 醫療需要의 增加와 財源調達機能의 確立을 통하여 保健人力의 量産에 긍정적인 영향을 끼치게 되었다. 그러나 先進諸國의 經驗에 의하면 診療行爲別 酬價制下에서 이와같은 人力의 大量輩出은 國民醫療費의 昂騰이라는 부정적인 영향을 낼 수 있다.⁶⁾ 齒科醫師와 醫師 및 韓醫師의

註 6) 이에 대하여는 Roemer's Law 참조.

과잉배출이 특히 그러하다. 우리나라의 경우 專門醫療人力의 年平均增加率이 人口增加率을 훨씬 上廻하고 있기 때문에 保健人力의 適正需給計劃에 대한 綜合的인 檢討가 시급한 실정이다. 過剩輩出된 專門人力은 반드시 國民의 료비 양등이라는 재앙을 가져온다는 것이 歴史的 敎訓이다. 韓國의 경우에는 專門醫療人力의 輩出을 國民醫療費의 觀點에서 分析하는 事例가 흔치 않으며 이에 대한 研究가 덜 되어있는 셈이다.

3) 高價醫療裝備의 增加

醫療保險의 導入이래로 高價醫療裝備의 無分別한 導入이 큰 問題點으로 지적되고 있다. 이는 非保險給與 項目을 開發함으로써 慣行 酬價를 적용하여 經營收支를 改善할 수 있다는 醫療機關측의 立場 때문에 促發된 現象이다. 當局에서는 高價裝備導入 審査委員會를 構成하여 이의 導入을 지연시키는데는 어느정도 성공했으나 醫療費 抑制에는 실패하였다. 특히 근래의 收入自由化 趨勢에 따라 當局에서는 기존의 위원회를 폐지하고 高價裝備設置 審査委員會를 構成하여 대처하고 있다.

C. 醫療報酬 支拂方式의 改善

第3者 支拂方式의 의료보험이 診療行爲別酬價制를 사용하게 되면, 의료기관과 被保險者 公히 의료서비스에 대한 費用意識이 희박해지기 쉽다. 특히 醫療提供者의 경우에는 誘導需要(induced demand)를 촉발시키는 등 의료비 증가의 裁量權이 커진다. 이를 방지하기

〈表Ⅲ-3-15〉 職場組合의 豫防保健事業 實施 現況, 1988

區	分	肝炎豫防	成人病豫防	寄生虫檢査	子宮癌檢診
(A) 實施組合數	(N)	60	20	34	3
(B) 實施率	(%)	39.0	13.0	22.1	1.9
(C) 豫防事業豫算額 (백만원)		8,140	3,816	201	27
(D) 執行額	(백만원)	5,287	2,287	55	13
(E) 執行率	($\frac{D}{C}$ %)	65.0	59.9	27.4	48
(F) 計劃人員	(名)	665,657	449,248	847,383	7,300
(G) 實施人員	(名)	410,413	313,057	209,257	3,238
(H) 實施率	($\frac{G}{F}$ %)	61.6	69.7	24.7	44.4
(I) 豫防事業의 比重	(%)	1.23	0.58	0.03	-

(豫算基準)

자료 : 의 료보험연합회, 공동사업과, 1989.

위 하여 保健機關에서의 보험진료비와 公費에 의한 醫療保護診療에 包括酬價制를 一部 適用하였으나 극히 制限的으로만 사용해 왔다. DRGs 나 人頭制, 總豫算制 및 俸給制의 導入에 대한 것은 더욱 研究를 要求하는 사항일 뿐 아직 본격적으로 시도된 바는 없다.⁷⁾⁸⁾ 그러나 韓國醫療人의 意識構造와 진료행태가 行爲別酬價制에 깊이 뿌리를 두고 있기 때문에 조심스럽게 유도해 나가야 할 것으로 보인다.

註 7) 申英秀, An Alternative Pricing System-DRGs in Korea, 病院研究, 1987. 5.

8) 金漢中, 醫療費 增加抑制와 保險財政安定方案, 의 료보험, 1989. 1.

4. 制度間 財政共同事業

韓國의 醫療保險制度는 職業의 種類와 地域에 따라 조합을 構成하도록 되어 있다. 따라서 賃金勤勞者를 대상으로 하는 직장과 公교보험은 財政的 安定을 유지하고 있으나 自營勤勞者를 대상으로 하는 지역보험은 재정적으로 매우 脆弱하다. 이러한 脆弱點을 극복하자면 現행의 조합별 獨立採算運營方式을 보완해 나가야 한다.

現行醫療保險法 第 27 條 2 項은 보험제도간 재정안정을 도모하기 위하여 保險財政安定基金을 設置하고 의료보험연합회는 組合 및 公團의 보험료수입의 5 % 범위안에서 基金을 각출하도록 되어 있다. 이와같은 再保險機能에 의한 보험재정의 分散을 效果的으로 수행하기 위하여는 기존제도의 赤字要因別로 接近하는 것이 가장 바람직하다. 그동안 검토된 것은 高額醫療費 共同事業과 老人醫療費 共同事業 및 保險給與費 貸與事業 및 천재지변등의 其他 共同事業에 관한 模型이었다.⁹⁾

地域組合이나 小規模職場組合이 高額診療費發生에 취약하기 때문에 今年 下半期에는 高額醫療費共同事業을 우선적으로 實施하도록 되어 있다. 基金은 前年度 決算書上 保險料 收入決定額의 5 %를 徵收하여 構成하고, 件當診療費中 保險者負擔 法定給與額이 100 萬원 (1989 年度 基準額)을 초과하는 경우 그 초과액을 배분대상액으로 하도

註 9) 文玉綸, 李奎植, 醫療保險 財政安定基金의 造成 및 運用에 관한 研究(1988. 12) 참조.

록 되어 있다. 이 때의 配分率은 財源의 制約으로 인하여 配分對象額의 75 %로 되어 있다.

구체적으로 작년도 資料로서 高額醫療費共同事業을 示範運營한 결과는 表Ⅲ-3-16 과 같다. 1988 年 年間 事業時에는 職場保險이 44 億원 그리고 公·教保險이 11 億원을 내어서 도합 55 億원을 地域組合에 지원하게 된다. 이처럼 職場 및 公·教醫療保險이 地域保險의 어려운 處地를 도와줌으로써 保險者間 共同連帶意識과 相互協助의 精神을 고양시킬 수 있으며, 재정취약조합의 危險分散機能을 지원하게 된다.

〈表 Ⅲ-3-16〉 88 年度 高額醫療費 共同事業 運用結果

(單位：百萬元)

區 分	'88 年度保險料 收入× 5 % (A)	保險者 負擔 100 萬圓超過	配分額 (B)	支援額 (B - A)
計	54,836	58,465	54,836	—
職 場	37,041	34,742	32,586	△ 4,455
公 · 教	11,951	11,611	10,890	△ 1,061
地 域	5,844	12,112	11,360	5,516

資料：醫療保險聯合會，共同事業課，1989. 7.

앞으로 이 事業은 老人醫療費用의 共同事業과 財政脆弱組合에 대한 貸與事業등으로 擴大될 豫定이다. 결국 制度間 共同事業은 地域組合의 財政安定化를 지원함으로써, 現行의 組合保險方式을 支持하는 도구로 볼 수 있다.

5. 맺 는 말

－ 韓國의 醫療保險이 試圖해야 할 事項들

醫療保險의 成敗가 保險財政의 安定에 달려 있다는 點에는 再論의 여지가 없다. 韓國은 짧은 期間동안에 全國民醫療保險을 達成하기 위하여 被保險對象者를 급격하게 擴大해 왔으며, 주로 需要管理를 통한 財政安定策을 모색해 왔다.

다시말해서 保健醫療供給基盤을 體系化한 後에 醫療保險政策을 전개하기 보다는 先 醫療保險實施 後 醫療體系補完을 해왔기 때문에 여러가지 不作用이 수반되었던 것이 사실이다. 全國民醫療保險이 이미 實施되었기 때문에 앞으로의 制度發展을 위하여 다음의 몇가지를 指適하면서 本稿를 끝맺기로 한다.

첫째, 保險制度가 存續發展하려면 계속적으로 增加一路에 있는 診療費本人負擔金의 문턱부터 낮추어야 한다. 이를 위해서는 現行의 診療費一部負擔制(coinsurance)의 本人負擔率을 所得水準에 연결시켜 보완하든지, 또는 免責制度의 하나인 費用控除制(deductible)를 導入하는 것을 檢討하는 것이 바람직하다.

그러나 前者에는 所得把握의 어려움과 까다로운 行政的 問題가 수반되고, 後者에는 控除金額의 크기를 決定해야 하며 이 金額의 크기에 따른 所得逆進性을 극복해야 한다.

둘째, 現在 各各 따로 運營되고 있거나 또는 연계가 덜 맺어져 있는 需要管理接近手段과 供給管理接近手段간의 相互聯關策을 모색

해 보아야 한다. 이미 政府에서는 醫療發展對策委員會를 構成하여 이러한 接近을 試圖中인 것으로 아는 바, 醫療體系의 合理的 改編에 박차를 가해야 한다. 이에는 社會保險下의 醫療供給과 需要에 競爭의 原理를 導入하는 方法과 醫療供給과 財源調達을 한데 묶는 健康維持機構(HMOs)類의 實驗 그리고 現在 一部地域에서 示範中인 地域保健醫療體系(District Health System)의 適用등을 예로 들 수 있다.

세째, 醫療報酬支拂方式의 改善을 통한 市場構造의 改編을 示範의 으로 모색해 보아야 한다. 이에는 1次保健醫療에 대한 總額契約方式이나 人頭制의 導入, 그리고 包括酬價制의 廣範圍한 채택등을 예로 들 수 있다.

네째, 製藥產業의 改編과 藥의 流通過程에 對한 體系화가 필수적으로 要請되고 있다. 藥價가 保險診療費의 1/3을 차지할 만큼 비중이 지나치게 높다는 점에서, 또 불합리한 製藥產業의 構造를 改善해야 한다는 社會的 必要에서, 그리고 醫藥品 流通에 따른 소위 「검은 돈」의 非理를 척결해야 한다는 점에서 이에 대한 대수술이 필요하다. 그러나 市場經濟下에서 이러한 難題가 하루아침에 解決되기는 대단히 어려운 일이므로 製藥產業과 藥의 流通構造改編에 관한 長期發展計劃을 수립하여 과감하게 이를 推進해 나가야 할 것이다.

다섯째, 이제 막 시작하는 財政安定基金의 運營이 保險制度間의 共同體的 연계와 再保險機能을 擴充하는 계기가 될 것이다. 그러므로 이 制度가 高額醫療費 共同事業이외에 老人醫療費와 天災地變 및 기타 財政脆弱組合에 對한 共同事業을 向해서 發展할 수 있도록

록 定着시켜 나가야 할 것이다.

여섯째, 保險者에 의한 豫防保健 및 保健教育事業을 活性化하여야 한다. 被保險者의 自己健康管理能力을 向上시키는 일에 保險者가 관심을 가지는 것은 당연하다. 앞으로 人口가 노령화될수록 그리고 高額醫療費가 增加할수록 홍보사업을 통한 醫療費 節減努力이 필요하며 效果的인 豫防保健事業을 開發하는 일이 主要課題가 된다. 積立金의 一部를 豫防保健活動에 投入하는 것이 制度的으로 保障되어야 한다.

일곱째, 民主化 추세에 따른 病院勞組의 活性化가 病院經營을 새로운 局面으로 몰아가고 있다. 醫療機關 從事者의 賃金鬭爭이 醫療費抑制의 한 制約要因이 된 셈이다. 이러한 難局을 打開하기 위해서는 醫療機關 자체 내에서 勞使關係를 改善하는 것이 시급하다. 이와 더불어 費用增加率이 높아서 醫療機關의 支出中 가장 큰 負擔이 되고 있는 醫師人件費등을 統制하는 機制를 만들어야 한다. 한 예로 「國民醫療費節減法」을 制定하는 것을 검토할 수 있을 것이다.

마지막으로 여덟째, 醫療費抑制 및 財政安定化 方案은 財源調達方式에 依하여 좌우되기 마련이므로, 韓國의 保健醫療財政을 向後 어떠한 방식으로 調達하는 것이 가장 理想的이겠는가에 대한 論議가 더욱 必要하다. 保險方式이나 또는 租稅方式이나? 또는 양자를 절충한 混合方式이나에 따라서 醫療費抑制 및 財政安定化 方案에 차이가 생길 수 밖에 없겠기 때문이다.

4. 討 論〔主題 3〕

座 長：張 慶 植

討 論 者：申 英 秀

柳 承 欽

金 漢 中

保險財政安定이 곧 醫療費 增加를 抑制하는 것은 아니다. 보험자간의 財政調整事業은 보험자간의 費用移轉일 뿐이지 궁극적으로 醫療費 安定을 가져오는 것은 아니다. 따라서 目的을 醫療費 增加抑制에 두어야 할 것이다.

醫療費 支出과 醫療費抑制는 구분할 필요가 있다. 醫療費用을 따로 구하기 어렵기 때문에 醫療費支出을 proxy로 사용하지만 지출은 cost와 공급자의 profit 또는 income으로 구성되고 만약 醫療費支出의 감소가 비용이 아니라 공급자의 profit을 줄여서 생긴 것이라면 이는 소비자의 便益移轉일 뿐이지 전체로 보아서는 便益의 증가가 아니다.

(1) 診療酬價 引上過程이 中央社會醫療協議會의 協의를 거친다고 했는데 그 協의내용을 알고싶다.

즉, 2 ~ 3 % 인상결정이 원가에 의한 것인지 Power game의 balance에 의한 것인지 궁금하다.

(2) 원칙적으로 모든 의료기관에 同一酬價가 적용되고 있다고 했는데

각기 다른 사정을 가지고 있는 의료기관에 대해 이것이 좀더 합리적으로 해결될 수는 없는지 궁금하다.

(3) 藥價에 있어서 이것에 대한 適正化에 대한 해결방안은 어떠한 것인지 궁금하다.

(4) 日本에서는 基本診療의 개념을 현재 어떻게 정하고 있는가. 또한 여러가지 財政安定方案이 현재의 fee for service 때문에 실행 불가능하다고 했는데 그럼에도 불구하고 日本의 件當診療費 自然增加率은 낮다. 이것이 혹시 의사들이 매우 협조적이라서 그런 것이 아닌지 답변해 주기 바란다.

(5) 醫學發展에 따라 檢査나 診斷에 대한 새로운 醫藥品이 개발되고 있는데 이렇게 대체적, 추가적으로 개발되는 것을 醫療保險에서 어떤 경과로 수용해서 반영하고 酬價登載하는 것인지 설명해 주기 바란다.

(6) 韓國의 경우 醫院級이라도 상당히 많이 資本投資가 되어있다. 이는 어떤 의미에서 資本의 死藏이 될 수도 있다. 그런 의미에서 臨床檢査 등은 醫院級에서 외부에 의뢰하는 것이 바람직하다. 日本에서는 이것이 발달되어 있으므로 이에 대해 권장하는 입장인지 답변해 주기 바란다.

(7) 國民健康保險에서 254개 조합이 赤字組合이라는데 이 赤字組合의 특성(예를들면, 도시인지 농촌인지 하는)이 있는지 설명해 주기

바란다.

- (8) 財政調整事業 중에서 피용자보험과 자영자 조합간의 분배 조정계획은 없는지 답변해 주기 바란다.
- (9) 우리나라는 行爲別酬價制, 日本은 點數와 點數當 額數로 계산하는 conversion factor 에 의해서 診療酬價가 결정된다. 이 경우 點數制는 상대가치이므로 의료단체에 일임하고 政府에서는 매년 conversion factor 의 값만 聯動해서 조절하면 되지 않을까. 그리고 2년에 한번씩 상대가치를 조정하는데 그 이유는 무엇인지 설명해 주기 바란다.
- (10) 新技術은 비용이 들기 때문에 가능한한 保險給與에서 제외하고 本人負擔을 하게 한다. 그래서 酬價의 통제를 받지 않으므로 新技術의 확산이 더 醫療費增加를 가속화시키는 경향이 있다. 이에대한 대안이 있는지 설명해 주기 바란다.
- (11) 醫學教育에 졸업후 臨床經濟學的 관점을 도입한다는데 그 교육내용은 무엇이고 시간은 어느정도인지 궁금하다.
- (12) Home Health care 居宅醫療 service 의 구체적인 유인책은 무엇인지 설명해 주기 바란다.
- (13) 診療所의 再診點數가 病院點數보다 높은 이유를 설명해 주기 바란다.

- (14) 우리나라의 大學病院은 매우 비대해져 있다. 3차 診療機關은 20%이나 그 수준 미만의 病院까지 계산하면 전체 병상수의 25% 이상이다.

7월부터 3차 診療機關의 경우(大學附屬病院의 경우) 患者紹介制에 따라 診療依頼書を 써야 한다. 따라서 大學病院이 외래진료의 제한으로 인해서 감량경영을 해야 할 처지이다. 日本의 이에 대한 대책이나 경험이 있는지 설명해 주기 바란다.

- (15) 大學病院의 機能 가운데는 診療機能과 教育研究機能이 있다. 그러나 우리나라 保險에서는 診療機能만을 인정하려 한다. 診療酬價를 결정함에 있어 收入과 支出의 균형을 맞추려고 할 때 大學病院의 支出 가운데 教育研究費用도 감안해서 전체 酬價결정시 인정되는지, 만일 인정이 안되면 大學病院의 教育研究費用의 財源調達에 있어 지원이 있는지 궁금하다.

答 辯〔主題 3〕

- (1) 中央社會保險、醫療協議會가 2~3년에 1회 실시하는 醫療經濟實態調査에 의해 醫療機關의 支出構造를 파악한다. 이 調査는 標本抽出에 의한 自記式調査이다. 調査結果에 의해 支出構造중의 人件費와 物件費를 구분한 다음, 人件費에 대해서는 勞動賃金上昇率, 物件費에 대해서는 消費者物價指數 등을 이용하여 補正함으로써 診療報酬 改正率을 算出하는데 壓力團體의 作用이 전혀 없다고 말할 수는 없다. 참고로 醫療經濟實態調査의 結果를 소개하면 人件費와 物件費의 比率이 50:50이며, 人件費 50%중의 약 20%가 醫師의 몫이 되고 나머지 30%가 기타 醫療從事者の 所得이 되는 것으로 나타나고 있다.
- (2) 醫療經濟實態調査에 의해 經營狀態를 파악하면서 診療報酬의 改正을 한다. 이때의 考慮對象은 全體醫療機關의 收支均衡이지, 個個의 醫療機關이 아니다. 그리고 自由開業醫制下에서는 그것이 당연하다고 본다.
- (3) 藥價의 適正化 方法에는 藥價調査를 근거로 藥價를 引下한다던가, 가능한 한 藥價差額을 축소한다던가 하는 方法이 있다. 根本的으로 醫學教育을 통한 方法이 있을 것이다. 그런데 日本에는 藥은 많이 使用할수록 좋다는 性善說같은 傾向이 강하여 西歐와는 藥에 대한 基本的 態度가 다르다.
- (4) 日本의 基本診療體系는 어떤 意味에서 一次診療를 重視하는 體系

로 되어 있다. 이것은 診療所가 病院보다 一次診療에 適合하다는 基本認識 때문이다. 日本 經濟가 低成長을 계속하고 있다는 점을 볼 때 現代의 醫療費 增加率도 놀랄만한 數値라고 생각된다. 따라서 앞으로도 GNP 範圍內에 抑制할 필요가 있으며, 21世紀初에는 日本人의 $\frac{1}{5}$ 이 65歲 以上이 된다는 점에서 中心的 課題가 되고 있다.

(5) 日本에서는 基本的으로 有效性이 證明된 治療 및 檢査에 대해서는 모두 保險給與의 對象으로 한다는 입장이다. 단지 有效性의 評價는 Control Study 에 의한 長期的 데이타가 필요하며, 一個 教授나 學會의 有效性이 있다는 주장으로 社會保險醫療의 有效性이 證明되었다고 보지는 않는다.

(6) 外部, 內部檢査를 막론하고 檢査에 있어 重要的 것은 質의 問題이다. 厚生省으로서도 外部檢査機關에 대한 質의 管理에 전력을 다하고 있다. 그리고 社會的 效率問題인데 檢査와 같이 規模의 利點이 作用하는 것에 대해서는 이를 살리는 것, 즉 檢査를 外部化하는 것도 醫療費의 效率的 利用의 한 方法이 아닌가 본다. 그러나 病院의 自體 檢査能力은 應急對應이라는 면에서 유지하는 것이 바람직한 것이다.

따라서 病院檢査와 外部 委託檢査에 대해 差等價格을 適用하자는 論議도 있으나 결정적인 것은 없다.

(7) 國民健康保險의 赤字 保險者의 特徵은 그 大部分이 都市地域의

保險者라는 것이다. 人口 10 萬以上の 都市地域 保險者中 50 % 가 가까이 赤字이다. 그것은 平均醫療費가 높기 때문인데, 都市地域은 다른地域에 비해 所得水準도 높으나, 실제로 保險料를 算定하는데 있어서는 다른 保險者の 水準도 고려하여야 하므로 所要醫療費보다 부족하게 保險料를 算定하는 傾向이 있다.

(8) 老人保健制度와 退職者醫療制度가 被用者保險과 自營者保險制度 사이의 效果的인 財政調整機能을 하고 있다. 예컨대 老人保健制度가 없었다면 地域醫療保險은 現在보다 1 兆円 以上の 追加的 支出이 필요했을 것이며, 또한 退職者醫療制度가 없었다면 다시 5 千億円 정도의 追加支出이 필요했을 것이다.

(9) 點數와 單價의 關係에 대하여 最近에는 點數表도 一種의 價格表로 보는 見解가 강하여 원래의 相對價格이라는 意味와는 달라지고 있다. 日本에서 相對價格의 特色이 가장 강했던 것은 1958 年に 制定된 醫藥分業形態의 點數表인데 지금의 그것과는 약간 달랐다.

(10) 新醫學技術에 대해서는 費用-效果가 극히 나쁘지 않은한, 有效性이 증명된 것은 기본적으로 포함시킨다.

(11) 醫學教育에 대해서는 國民醫療對策本部가 中間報告를 통하여 醫療經濟의 重要性을 강조하면서, 國家試驗에 이를 出題하도록 건의하고 있으나 國家試驗委員會에서는 大學의 事情을 理由로 실시를 미루고 있다.

- (12) 居宅醫療의 誘引策으로서는 往診醫療의 再評價와 함께 各種 居宅醫療行爲를 給與對象으로 하고 있다. 이와함께 保險者 單位로 介護와 같은 居宅서비스를 실시하고 있다.
- (13) 診療所의 再診點數가 病院보다 높은 것은 診療所가 一次 診療에 적합하다는 基本認識이 있기 때문이다.
- (14) 大學病院은 近代醫療의 創造的 存在이며 絶대로 必要的 存在이다. 단지 地域住民의 健康維持에 어느 정도 이바지하고 있는가가 문제이다. 따라서 大學病院은 一次診療教育을 무시할 수는 없다. 問題는 教育을 大學病院이 담당해야 하는가, 아니면 診療所나 一般病院이 담당해야 하는가인데, 이것은 地域의 醫療시스템과 관련된다고 본다. 日本에서는 地域醫療計劃에 의해 이에 대처하려고 하는데, 現在로서는 病院의 病床規制가 目標로 되어 있으나 根本方針은 大學病院과 一般病院의 관계 그리고 病院과 診療所の關係를 어떻게 定立시키는가 하는 것이다. 筑波大學에서는 6年生을 실제로 診療所에서 實習시키고 있으며, 大學病院이 아니면 1次診療가 안된다는 생각은 하지 않는다.
- (15) 診療報酬의 어느 정도를 診療와 教育에 割當하는가는 醫療經濟實態調査와 같은 것이 기초가 되어야 할 것이나 限界가 있을 것이다. 따라서 統一的인 會計基準이 設定되는 것이 필요할 것이다. 國公立病院이 企業會計經營을 하지 못하는 實情에서 大學病院이 企業會計를 하기는 어렵다. 大學病院은 모델적인 醫療를 바라고

있으나, 이에는 社會的 支援이 必要하다. 研究費用의 大部分을 文
部省으로부터 받고 있으며 厚生省의 研究費는 보잘것 없다. 따라
서 美國의 NIH와 같은 中立的인 研究費가 있다면 製藥會社로부
터의 研究費는 줄어들 것이다.

Ⅳ. [主題 4] 老人保健制度

1. 日本 老人保健制度의 現況

紺 矢 寬 郎

(日本厚生省老人保健福祉部指導調査室長)

1) 老人保健制度의 背景

老人保健制度는 다음과 같은 背景下에 創設된 것이다.

(1) 老人醫療費의 增加 (圖Ⅳ-1-1)

1973 年에는 約 4000 億圓에 불과했던 老人醫療費가 翌年度에는 前年度對 55 % 增, 또 翌年度에는 30 % 增이 되고, 그後 年平均 20 % 가 가까운 성장을 나타내, 1981 年度에는 2 兆 4,000 億圓에 達하고, 1973 年度의 6 倍 가까운額이 되었다.

(2) 人口의 高齡化의 進展 (表Ⅳ-1-1)

1980 年度에 5.7 % 이었던 70 歲以上人口의 比率은 1890 年에 7.8 %, 2000 年에 10.9 %, 2020 年에는 17.7 % 가 되는것으로 되어 諸外國이 經驗한바 없는 속도로 人口의 高齡化가 進전되는 것으로 指摘되고 있다.

(3) 疾病構造의 變化 (圖Ⅳ-1-2)

疾病構造는 結核외에 肺炎, 氣管支炎, 赤痢 등의 急性傳染病 등의 感染症을 中心으로 한것에서 암등의 惡性新生物, 腦卒中 등의 腦血管疾患 및 心臟病 등과 같은 非感染症을 中心으로 하는것으로 크게 變化되고 있다. 特히 高血壓, 腦卒中, 心臟病 등의 循環器系疾患은 40 歲台부터의 出現率이 顯著히 높아지고 있다.

2) 老人保健制度의 目的

國民의 老後에 있어서의 健康 保持와 適切な 醫療確保를 도모하기 위해 壯年期부터의 疾病予防, 治療, 機能訓練에 이르는 綜合的인 保健醫療 Service를 提供함과 동시에 이에 必要한 費用을 國民이 公平하게 負擔하는 것을 目的으로 하고있다.

3) 老人保健法에 따르는 事業

(1) 事業의 種類와 對象

- ① 醫療…………… 70 歲以上者 및 65 ~ 69 歲의 起動障礙老人等
- ② 保健事業……… 40 歲以上者 (健康保險本人等의 職場健康診斷등을 받는 사람除外)

(2) 實施主體……………市町村

4) 醫 療

(1) 患者의 一部負擔

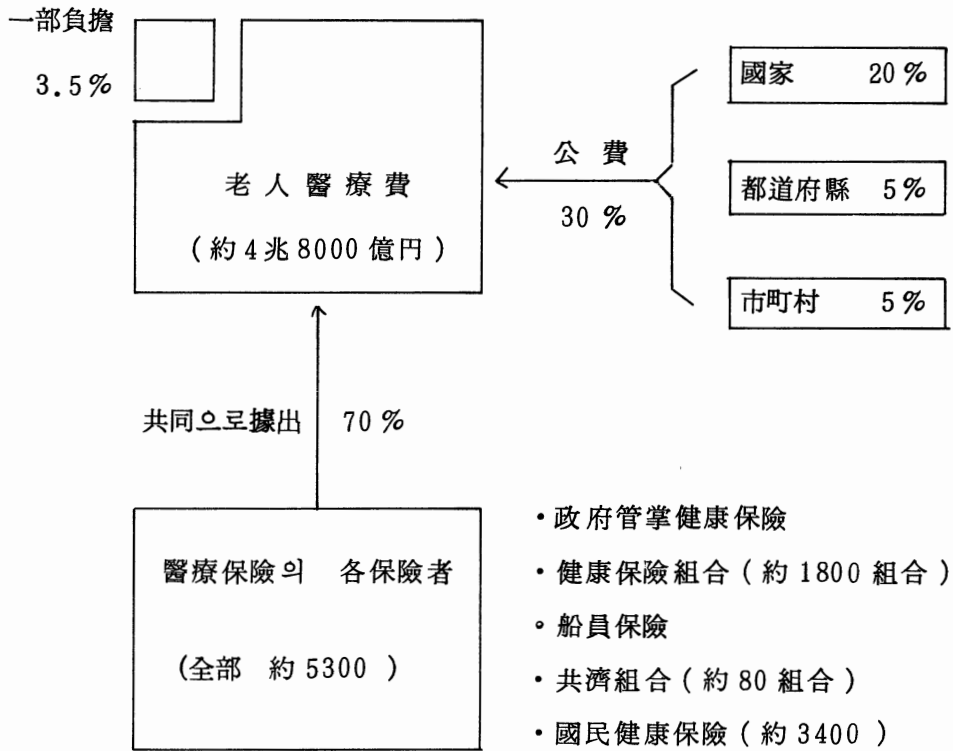
醫療를 받는者는 保險醫療機關에서 다음에 의해 定額의 一部負擔을 支拂한다.

外 來	1 月 800 円 (月最初の 診療日에 支拂한다.)
入 院	1 日 400 円 (期間限度 없음) (※ 低所得者에 있어서는 300 円, 2 個月限度)

※ 1987 年 1 月부터

(2) 老人醫療의 費用負擔

醫療에 要하는 費用에 對해서는, 國家가 10 分의 2, 地方公共團體가 10 分의 1 (都道府縣 및 市町村이 各各 10 分의 0.5) 를 負擔하고 醫療保險各法의 保險者가 10 分의 7 을 據出하는것으로 되어있다.



(注) 公費와 據出金은 老人醫療費에서 一部負擔을 除外한 額의 各各 30 %, 70 % 이다.

(3) 據出金 (圖Ⅳ-1-3, 表Ⅳ-1-2)

醫療保險制度別 老人加入率을 보면, 被用者保險에 加入해 있는 被用者도 退職하면 國民健康保險에 加入한다는 등의 理由에서 國民健康保險의 老人加入率은 他醫療保險에 비해 현저히 높다. 또 1人當 老人醫療費는 老人以外에 비해 約5倍 높다는데서 各醫療保險制度間의 負擔의 不均衡이 생기고 特히 被用者保險에 비해 國民健康保險의 負擔이 현저하게 무거워지는 것이 된다.

이 때문에 各保險者의 據出金에 있어서는 保險者間의 老人加入率의 差에 의한 負擔의 不均衡을 是正하고 老人醫療費의 公平한 負擔을 도모하기 위해 어떤 保險者도 同率로 老人이 加入하고 있는 것으로 假定하고 算定하는(加入者配分) 것으로 되어 있다.

醫療費據出金중 老人加入率의 格差를 是正한 다음에 據出하는 部分의 比率을 加入者配分率(기타는 이러한 調整을 하지않고 各保險者의 老人醫療費의 實績에 따라 據出)이라 하고 老人保健法 制定時에는 50%로 되어 있었으나 그後 이 加入者配分率は 1986年 12月の 法改正에 의해 80%(1986年度), 90%(1987~1989年度), 100%(1990年度以後)로 段階적인 引上이 되는것으로 되어 있다.(加入者配分率의 部分이 많을수록, 健康保險組合等 老人加入率이 낮은 保險者의 負擔이 增加하고, 市町村國民健康保險等 老人加入率이 높은 保險者의 負擔이 輕減된다.)

5) 保健事業

(1) 種 類

健康手帖 交付, 健康教育, 健康相談, 機能訓練, 訪問指導

(2) 費用 負擔

國家, 都道府縣, 市町村이 각각 3 分の 1

6) 老人保健施設

(1) 概 要

現在 起動障礙等 介護를 必要로 하는 老人은 全國에서 60 萬名으로 推定되고있고, 이러한 要介護老人이 2000 年에는 100 萬人程度에 達하는 것으로 豫見되고 있다. 老人保健施設은 이들 急激히 増大한다고 予想되는 行動장애等 要介護老人에 對하여 醫療 care 와 日常生活 service 를 함께 提供하는 施設로 創設된 것으로 1988 年 4 月부터 本格實施 되고 있다. (1989 年 5 月末 開設數 151 個所)

(2) 給 與

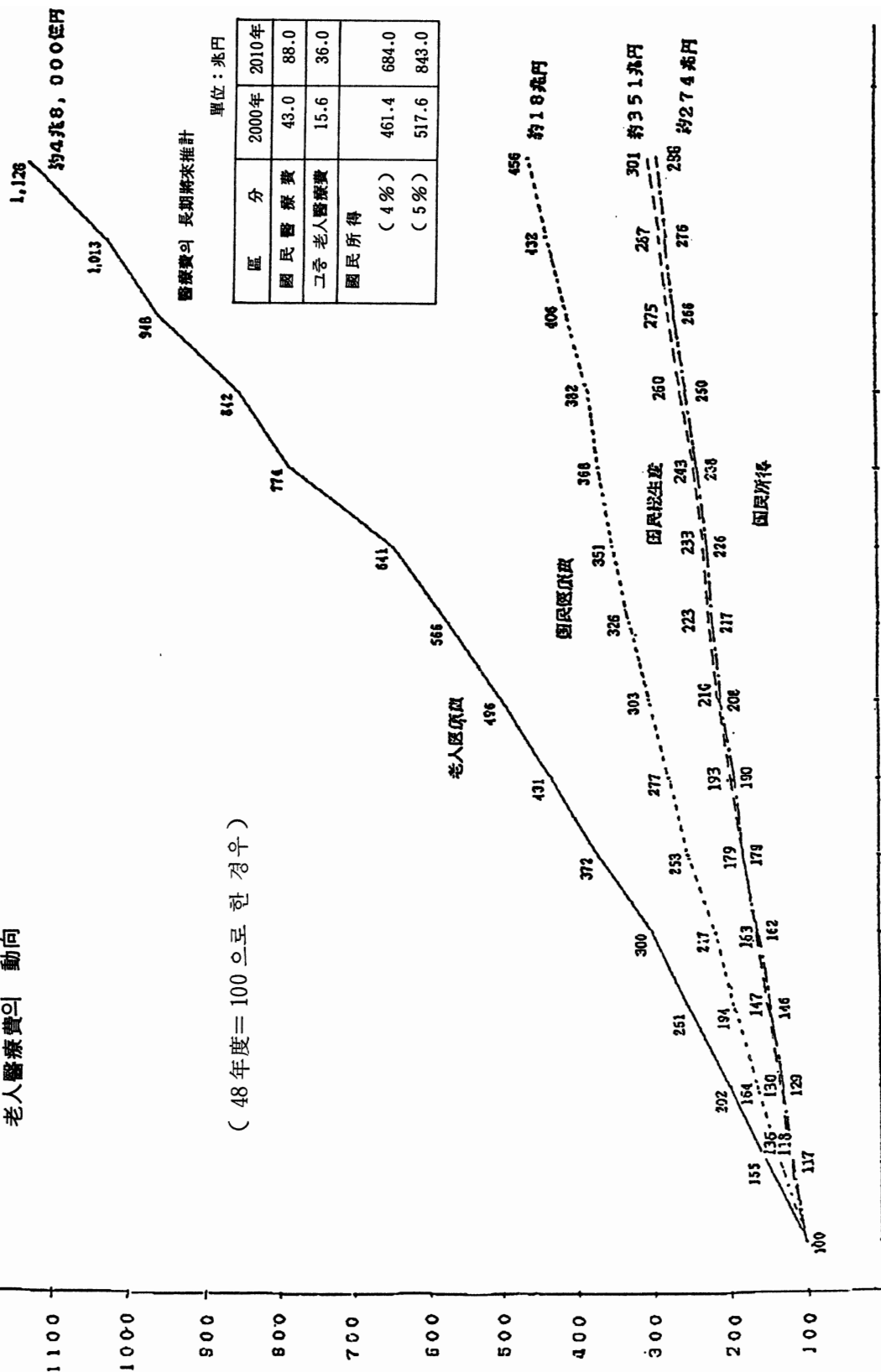
老人醫療의 對象者가 老人保健施設에서 看護, 醫學的管理下의 介護 및 機能訓練 其他 必要한 醫療 (施設療養) 를 받았을 때에는 그 者에 對하여 當該施設療養에 要했던 費用 (食費等 除外) 에 對하여 施設療養費 (1 개월 約 21 萬円の 定額) 를 現物로 給與한다. (表Ⅳ-1-3)

(3) 費用負擔

醫療負擔과 同一.

단위: 백만원

(圖 IV-1-1)
老人醫療費의 動向



(48年度=100으로 한 경우)

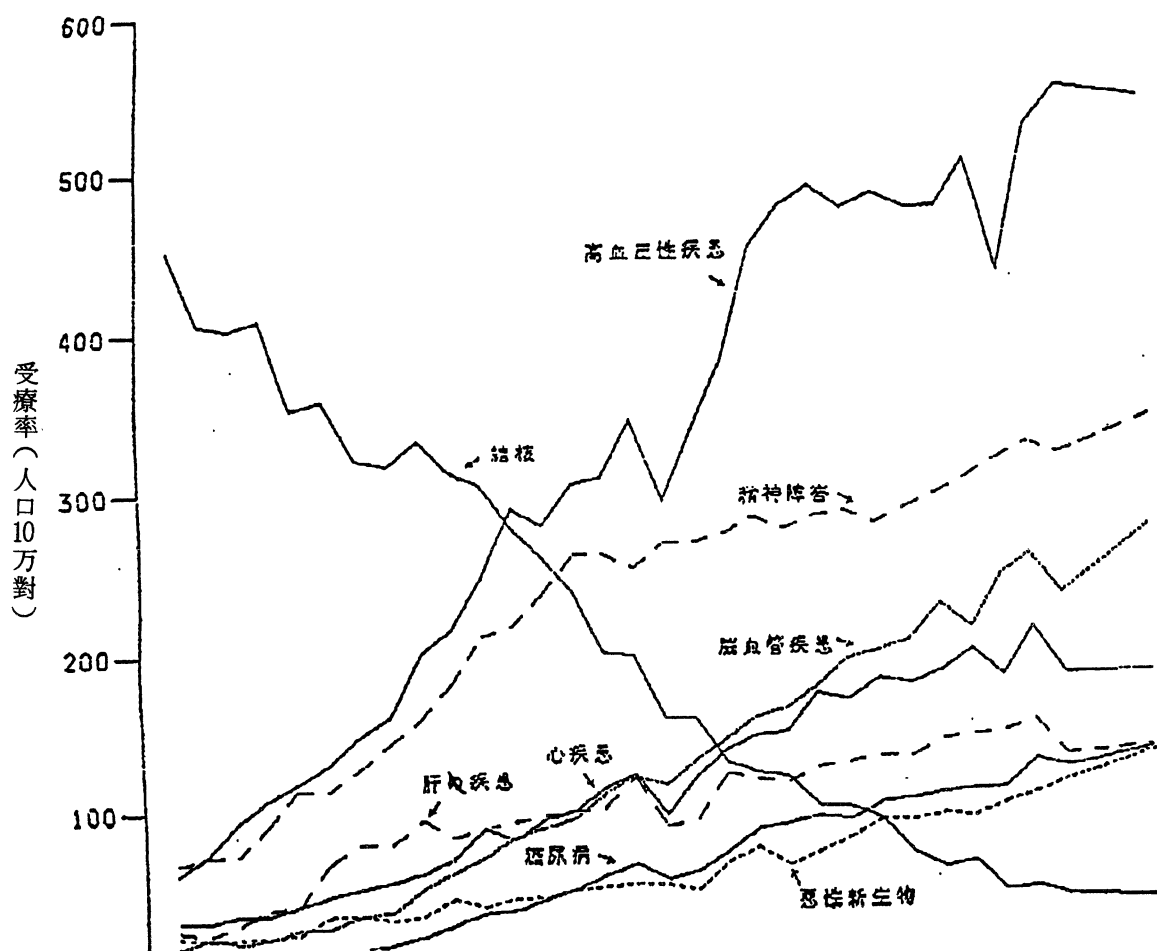
〈表Ⅳ-1-1〉

老人人口의 推移

	總人口	65歲以上人口		70歲以上人口	
			比率		比率
	千名	千名	%	千名	%
1970年	104,665	7,393	7.06	4,387	4.19
1975年	111,940	8,869	7.92	5,419	4.84
1980年	117,060	10,653	9.10	6,686	5.71
1985年	121,049	12,468	10.30	8,275	6.84
1990年	124,225	14,819	11.93	9,719	7.82
1995年	127,565	18,009	14.12	11,641	9.13
2000年	131,192	21,338	16.26	14,274	10.88
2005年	134,247	24,195	18.02	16,950	12.63
2010年	135,823	27,104	19.96	19,116	14.07
2015年	135,938	30,643	22.54	21,247	15.63
2020年	135,304	31,880	23.56	23,988	17.73
2025年	134,642	31,465	23.37	24,645	18.30

〈圖Ⅳ-1-2〉

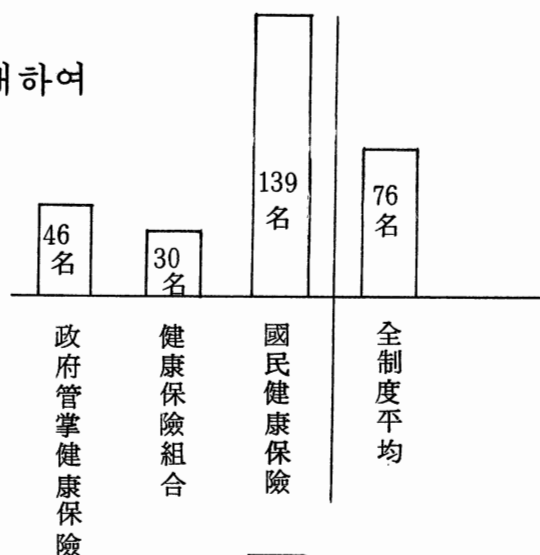
主要傷病別受療率（人口10萬對）の年次推移



〈圖Ⅳ-1-3〉

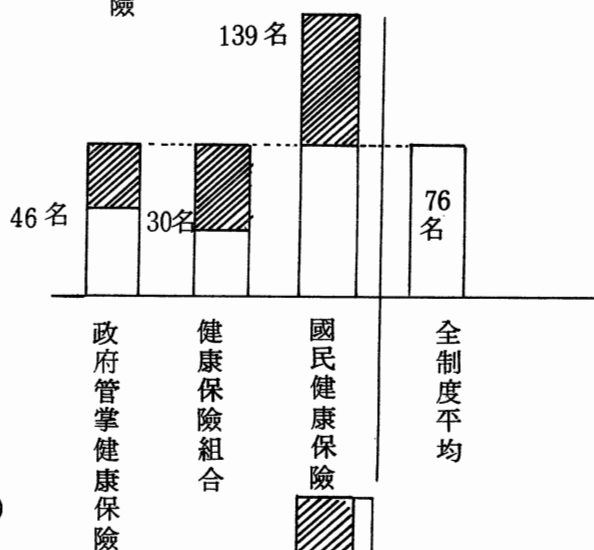
加入者配分率에 대하여

a. 老人加入者比의 格差
(1989 年 1000 人當)

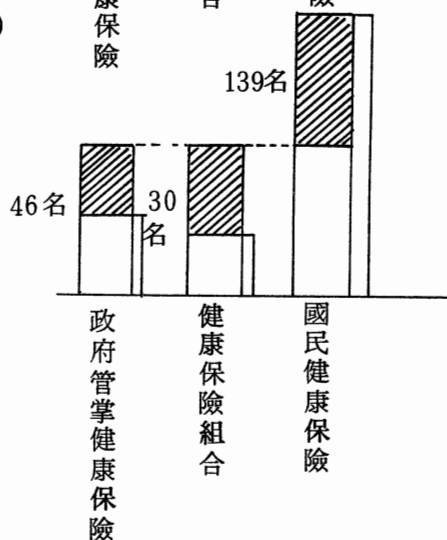


b. 老人保健據出金の 算定方法

①加入者配分率 100 %인 경우
(1990 年 부터)



②加入者配分率 90 %인 경우 (現行)



〈表Ⅳ-1-2〉

制度別老人醫療負擔額의 狀況

(單位：億円)

	1983 年度	1984 年度	1985 年度	1986 年度	1987 年度
公 費	9,798	10,660	12,021	13,075	13,992
國 家	6,532	7,107	8,014	8,717	9,328
都 道 府 縣	1,633	1,777	2,004	2,179	2,332
市 町 村	1,633	1,777	2,004	2,179	2,332
據 出 金	22,862	24,874	28,049	30,509	32,647
被用者保險	11,046	11,755	13,099	14,595	19,297
政府管掌健康保險	5,223	5,583	6,226	6,829	8,657
健康保險組合	3,826	4,074	4,573	5,249	7,406
船員保險	111	115	123	130	145
共濟組合	1,886	1,984	2,176	2,387	3,089
國民健康保險	11,815	13,119	14,950	15,914	13,350
患 者 負 擔	525	564	603	792	1,671
合 計	33,185	36,098	40,673	44,377	48,309
(對前年度伸張率)	(-)	(8.8 %)	(12.7 %)	(9.1%)	(8.9%)

(參 考)

(單位：千名)

老人加入者數	7,491	7,823	8,157	8,484	8,805
(對前年度伸張率)	(-)	(4.4 %)	(4.3%)	(4.0%)	(3.8%)

〈表Ⅳ-1-3〉

病院，老人保健施設 및 特別養護老人Home比較

	一 般 病 院	老 人 病 院		老人保健 施 設	特別養護 老人 Home
		特例許可老人 病院	特例許可外老人 病院		
機 能	醫療機能	同 左	同 左	家庭復歸・ 療養機能	家庭과같은機能
對 象 者	病狀의 急性期 또는 慢性期의 治療를 必要로 하는老人	病狀의 急性期 또는 慢性期 의 治療를 必要로 하는老人 (老人慢性疾 患의 入院患 者가 7割以 上)	病狀의 急性期 또는 慢性期의 治療를 必要로 하는老人 (70 歲以上の老人 이 6割以上)	病狀安定期에 있고 入院治療 를 할必要는 없으나 再活看 護-介護를 必 要로하는 起動 不能老人等	在宅介護가 困 難하여 生活의 場을 必要로하 는 起動不能老 人
費用支拂	醫療費 ・老人診療報 酬에의한 行爲 別酬價	醫療費 ・老人診療報 酬에의한 行爲 別酬價 (단 一部에 대하여 는 實施된檢 査等の種類, 回數에 관계 없이 定額을 支拂하는것으 로 하고있다.)	醫療費 ・老人診療報 酬에의한 行爲別酬價 (特例許可老人 病院에서의 對 策은 한층 强 化)	療養費 ・老人保健施 設療養費로하 여 定額을 支 給 (月額 21 萬円程度)	措置費 ・生活費全般에 대하여 措置費를 支給 (月額 20 萬 円程度)
利用者負擔	一部負擔 入院 1 日 400 円 外來 1 月 800 円	同 左	同 左	利用者負擔 ・施設別로 設定 (月 5 萬 円程度)	費用徵收 ・本人의 所得에 應해 負擔 (月平均 2 萬円 程度)
利用手續	病院과 個人의 契約	同 左	同 左	施設과 個人의 契約	福祉事務所長의 入所措置
STAFF (100名當)	醫 師 6 名 看護師 25 名 其 他 藥劑師, 診療放 射線技師, 臨床 檢査技師 等	醫 師 3 名 看護師 17 名 介護職員 13 名 其 他 藥劑師, 診療 放射線技師, 臨床檢査技師 等		醫 師 1 名 (常勤) 看護師 8 名 介護職員 20 名 其 他 UT, PT, 相談 指導員等	醫 師 1 名 (非常勤으로可) 看護師 3 名 介護職員 22 名 其 他 生活指導員, 機能 回復訓練指導員 等

2. 日本老人醫療의 動向

藤 野 志 郎
(日本中央大學教授)

1. 序 論

高齡者の 在院日數가 90 日로 異常하게 긴 日本에 있어서, 入院受療率中에서 高齡者가 차지하는 比率이 높아진다는 것은 단지 必要病床數에 머물지 않고, 健康保險制度上에서도 또 社會福祉上에서도 그리고 財政負擔의 問題도 얹혀 커다란 社會問題가 될 것이다. 事實, 厚生省을 中心으로 활발히 議論되고 있는 中間施設의 問題도 이런 면을 포함한 것으로 생각된다. 入院受療率中에서의 高齡者の 受療率의 動向을 把握하는 일은 今後の 地域醫療計劃의 요체가 될 것이다.

지금까지 地域醫療計劃의 策定을 하고 있는 地域案에서는 必要病床數의 決定이 當初 厚生省으로부터 제시된 方法에 따르고 있는 것이 많다. 그리고 거기에 若干의 修正이 加해지고 있다. 그러나 이 策定方法은 靜態的인 性格이 강하여 여기에서 日本이 經驗할 動的인 變動要因을 考慮하는 것은 곤란하다고 생각된다.

따라서 다음과 같이 1986 年度の 모델을 기초로 年齡別 및 男女別의 入院受療率決定 모델의 提示와 推計를 하였다.

2. 年齡別 및 男女別 疾病量의 決定모델과 그 推計結果

－ 年齡別 및 男女別 有病率 決定모델 －

前年度の 全體的 모델에서는 推定對象期間을 1960 年부터 1985 年까지로 하였다. 여기서는 皆保險이 충분히 普及되고 高度成長도 達成되었다고 생각되는 1967 年부터 1984 年까지의 期間을 對象으로 한다.

年齡別의 疾病量이나 入院量이라고 하여도 그것을 어떻게 區別하는가가 問題가 되는데 여기서는 慣例에 따라 65 歲以上과 그 以下로 나누기로 하였다. 그리고 모델의 推計는 65 歲以上の 그룹에 대하여 실시하였다.

단, 여기서 利用하는 有病率과 入院受療率도 65 歲以上の 그룹으로 정리되어 있는 것은 아니다. 따라서 厚生省 「國民健康調査」의 65 歲以上の 各年齡區分別 有病率에 厚生省 「人口動態調査」의 對應하는 年齡區分の 人口를 이용하여, 65 歲以上 有病率을 그들 加重平均値로 하여 作成하였다. 入院受療率에 대해서도 厚生省「患者調査」에서 같은 方法으로 65 歲以上 그룹의 入院受療率을 加重平均하여 구하였다. 동시에 그것들을 男・女別과 그들의 總數로서도 구하였다.

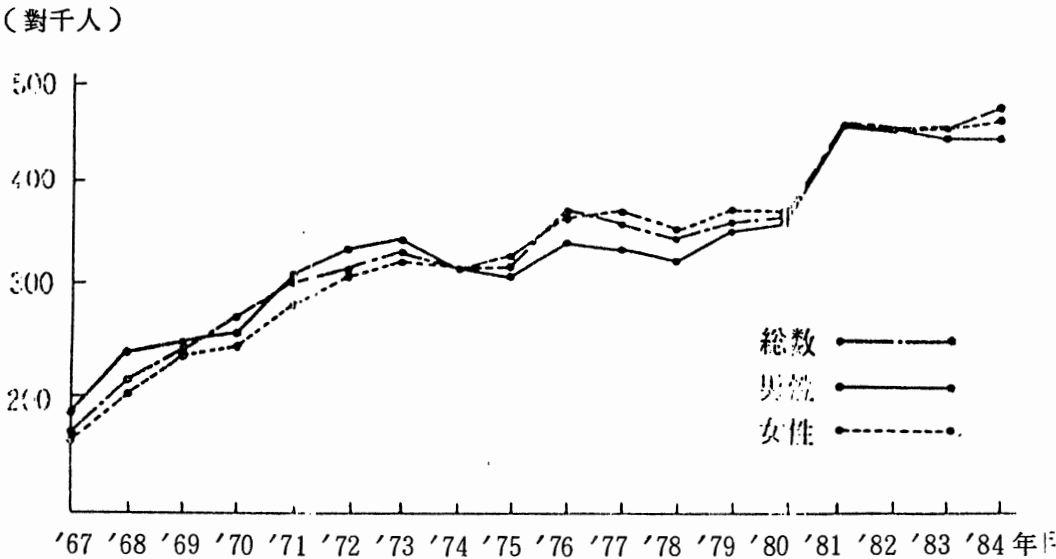
〈圖Ⅳ-2-1〉의 65 歲以上 그룹의 男女別 및 總數의 有病率의 動向은 着實한 上昇傾向을 나타내고 있으나, 그 3 者間에 뚜렷한 動向의 差는 보이지 않는다. 구태여 特徵的인 것을 든다면 1980 年에서 1981 年에 걸쳐 有病率이 유례없이 높다는 것이다.

그리고 總平均으로서의 이른바 有病率과 65 歲以上 그룹을 比較하면,

거기에는 當然히 큰 差異가 存在한다. 이제 參考로 그것을 <表Ⅳ-2-1>에 제시한다.

그런데 上記한 세 그룹에 대한 疾病量(有病率) 決定모델의 경우 이것은 昨年度 報告의 有病率決定 모델과 同一한 傾向을 취하고 있다. 이제 有病率을 YU로 하고, 人口構造變數를 P, 其他를 X로 하면,

$$YU = f(P, X_1, \dots, X_n)$$



<圖Ⅳ-2-1> 65歲以上總數, 男女別有病率(對千人)

<表Ⅳ-2-1> 有病率과 65歲以上 그룹有病率(對千人)

	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1984
總 平 均	72.2	91.6	110.3	127.7	109.9	115.7	109.4	130.5	136.2	137.3
65 歲 以 上	173.8	239.6	318.0	342.8	317.6	355.6	365.1	458.2	450.1	473.4

을想定하고, 특히 P 의符號條件을 플러스라고 한다. 社會的經濟的
 要因인 X_1 의符號條件은 X_1 의意味內容에 의해 결정된다. 여기서
 特記할 점은, 65歲以上 그룹의 有病率에 대하여 人口構造의 變化 P
 만으로 80%以上 그 變動을 說明할 수 있다는 것이다. 이제 YU
 을 65歲以上 그룹全體의 有病率, YU_m 을 男性의 有病率, YU_f 를
 女性의 有病率로 하고, P 를 總人口에서 차지하는 65歲以上の 人口의
 比率이라 하면, 먼저 P 만으로 YU 를 說明한다. 式으로서의 모델을

$$YU = \alpha_0 + \alpha_1 P + u_t$$

로 한다. 단, U 는 攪亂項으로서 $E(U) = 0$, $\text{Var}(U) = \sigma^2$ 로 한다.

推計結果는,

$$\textcircled{1} \quad YU_t = -248.4142 + 72.1462 P$$

$$(9.1439)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8293 \quad (\bar{R} = 0.9111), \quad \text{S.E.} = 34.6946$$

$$\text{D.W.} = 0.9167$$

$$\textcircled{2} \quad YU_m = -216.2205 + 67.3713 P$$

$$(9.6594)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8447 \quad (\bar{R} = 0.9239), \quad \text{S.E.} = 30.6693$$

$$\text{D.W.} = 0.9715$$

$$\textcircled{3} \quad YU_f = -272.8186 + 75.6373 P$$

$$(8.4038)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8032 \quad (\bar{R} = 0.9029), \quad \text{S.E.} = 39.5768$$

이들 세 가지 推計結果는 놀랄만한 點을 밝히고 있다. 모두가 더빈·왓슨 比가 낮는데 그것은 그렇다치고 YU와 P와의 單相關이 모두가 0.9 以上이다. 65 歲以上の 高齡化가 되면 거의 모든 사람들이 어떤 疾病을 保有한다는 것을 나타내고 있다. 이것은 대단히 높은 相關이라 하지 않을 수 없다. 그리고 男性의 경우의 P의 限界值數가 67.4 인데 대하여 女性의 그것이 75.6 으로 상당히 높다는 것도 注目할 點이다.

한편 65 歲以上 그룹의 有病率이 經濟活動狀況에 依存하는가 아닌가를 밝히기 위하여 昨年度와 마찬가지로 有病率을 P 以外에 實質 GNP 成長率도 導入하여 推計를 하였다. 推計結果는 以下와 같다.

$$\textcircled{4} \quad YU_t = -149.4090 + 63.3159 P - 4.5839 \dot{GNP}$$

$$(6.6263) \quad (1.5198)$$

$$R^2 = 0.8423 \quad (\bar{R} = 0.9177), \quad S.E. = 33.3563$$

$$D.W. = 1.2742$$

$$\textcircled{5} \quad YU_m = -133.7827 + 60.0187 P - 3.8168 \dot{GNP}$$

$$(7.0447) \quad (1.4193)$$

$$R^2 = 0.8537 \quad (\bar{R} = 0.9239), \quad S.E. = 29.7411$$

$$D.W. = 1.1814$$

$$\textcircled{6} \quad YU_f = -164.8886 + 66.0110 P - 4.9971 \dot{GNP}$$

$$(6.0161) \quad (1.4428)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8162 \quad (\bar{R} = 0.9030), \quad S.E. = 38.3033$$

$$D.W. = 1.2519$$

이들 ④式에서 ⑥式까지의 어느것이나 實質 GNP 의 成長率 (小數點表示) 과 有病率이 깨끗하게 逆相關을 나타내고 있다. 여기서도 男女別로 보면, 65 歲以上에서는 男性보다도 女性쪽이 P 의 限界值數가 높고, 人口의 高齡化에 따라 感應的이며, 또한 經濟狀況의 變動에 대해서도 女性쪽이 男性에 비하여 感應的임을 알수 있다.

65 歲以上 그룹의 有病率決定의 모델에 人口變數 P 以外에 經濟變數 X (實質 GNP 成長率) 를 導入한바, 全體의 適合度는 그렇게 改善되고있지 않다. 예컨대 全體의 YU_t 의 경우, ①式의 $\bar{R}^2 = 0.8293$ 에서 ④式의 $\bar{R}^2 = 0.8423$ 으로 약간 커지고 있을 뿐이다. 그리고 兩邊에서의 標準誤差를 비교하면 ①式에서는 $S.E. = 34.7$ 이고, ④式에서는 $S.E. = 33.4$ 로서 이것도 약간의 改善을 나타낼 뿐이다.

1986 年度報告에서의 入院受療率決定의 모델에서는 意圖한 入院과 實際의 入院과의 사이에 調整이 이루어 (時間의 格差)진다는 調整모델을 導入하였다.

有病率의 경우, 65 歲以上 그룹이 되면, 人口의 高齡化로 그 大部分이 說明된다는 것은 有病化가 狀態化하고 있는 狀況이라고 解釋하는 것이 適當할 것이다. 그렇다면 上記한 調整모델과 結果적으로 同一한 形態를 취하는 方程式을 想定하는 것이 妥當性を 갖는다. 그것은

$$YU(t) = \alpha_0 + \alpha_1 P(t) + \alpha_2 YU(t-1)$$

이 形式은 YU 에 關하여 geometric lag 을 假定하는 것과 같은데 여기서는 단지, 推計結果를 나타내기로 한다.

$$\textcircled{7} \quad YU_t = -91.6488 + 35.9867 P + 0.4378 YU_t (t-1) \\ (2.4203) \quad (2.2364)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8830 \quad (\bar{R} = 0.9397), \quad S.E. = 25.6395$$

$$D.W. = 1.9976$$

$$\textcircled{8} \quad YU_m = -85.0206 + 35.8110 P + 0.4060 YU_m (t-1) \\ (2.0742) \quad (2.5721)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8809 \quad (\bar{R} = 0.9429), \quad S.E. = 23.3036$$

$$D.W. = 1.8406$$

$$\textcircled{9} \quad YU_f = -91.5945 + 34.5808 P + 0.4818 YU_f (t-1) \\ (2.1771) \quad (2.4352)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8648 \quad (\bar{R} = 0.9299), \quad S.E. = 29.3299$$

$$D.W. = 1.9820$$

이들 ⑦~⑨식과 ①~③식과를 비교해 보면 상당히 推計結果가 改善되어 있음을 알 수 있다.

()內 t 값은 파라미터의 推定値가 5%의 水準에서 有意하다는 것을 나타내고 있다. 그리고 自由度修正後의 決定係數 $\bar{R}^2$ 가 현저히 改善되어, 88~86%로 되어 있다. 이 경우 더빈·왓슨 比는 當然히 현저히 改善되고 있다. 推定値의 標準誤差 S.E.를 比較하면 ①식과 ⑦식에서는 34.7에서 25.6으로 大幅으로 改善되고 있다.

65歲以上 그룹의 有病率決定모델에 대해서는 이밖에도 많은 推計를 시도했다. 65歲以上 그룹의 有病率에 P以外도 影響을 주고 있다고

생각되는 變數를 多數 취해 보았다. 그러나 推定結果와 그 結果의 解釋에 있어서 이 ⑦~⑨式과 65 歲以上 그룹의 男女別 및 總體의 有病率決定의 모델로 한다.

단, ⑦~⑨式에는 lag 付 內生變數를 포함하기 때문에 ①~③式과 比較하기 위해 $YU(t-1)$ 의 파라미터의 推定結果에서 調整係數를 구하고, ①~③式에 相當하는 式을 구하면,

$$\textcircled{10} \quad YU_t = -163.0210 + 64.0116 P$$

$$\textcircled{11} \quad YU_m = -143.1323 + 60.2879 P$$

$$\textcircled{12} \quad YU_f = -176.7551 + 66.7325 P$$

로 되고, ⑦~⑨에서는 一見 同一하게 보인 P의 限界係數가, 長期的으로는 ①~③式과 같은 傾向(男性이 낮고, 女性이 높다)을 갖는 것을 알수 있다.

3. 受療量 決定모델(入院受療率 決定모델)과 그 推計結果

앞에서 말한 것처럼, 65 歲以上 그룹의 有病率에 對應하여 65 歲以上 그룹의 入院受療率을 推計하였다. 이것은 〈圖IV-2-2〉에서 總數, 男性 및 女性 모두 대단히 깨끗한 上昇傾向을 나타내고 있다. 그리고 1980 年까지는 男性의 入院受療率이 높았으나 1980 年 이후는 男性과 女性의 受療率이 逆轉하여 女性의 그것이 높아짐을 알수 있다. 이 65 歲以上 그룹의 入院受療率을 日本 全體의 平均과 比較해 보자.

이 간단한 〈表Ⅳ-2-2〉에서 65 歲以上 그룹의 入院受療率의 總平均에 對한 倍率은 1967 年의 約 2 에서 1979 年의 約 4 로 2 倍나 높아지고 있음을 알 수 있다.

이같은 事實을 근거로 必要病床數의 決定에 있어, 年齡要因이 얼마나 重要的인 影響을 끼치는가를 理解할 수 있다. 더우기 日本의 경우, 周知하는 바와 같이 이제부터 高齡化의 速度가 一層 빨라지기 때문에 이같은 要因을 考慮하지 않은 靜態的인 必要病床의 決定은 커다란 問題를 남길 것이다. 특히 人口構造등의 變動이 격심한 地域에서는 地域醫療計劃의 하나의 큰 支柱가 되는 必要病床數의 決定에는 以下에서 표시하는 年齡別男女別의 모델을 必要로 할 것이다.

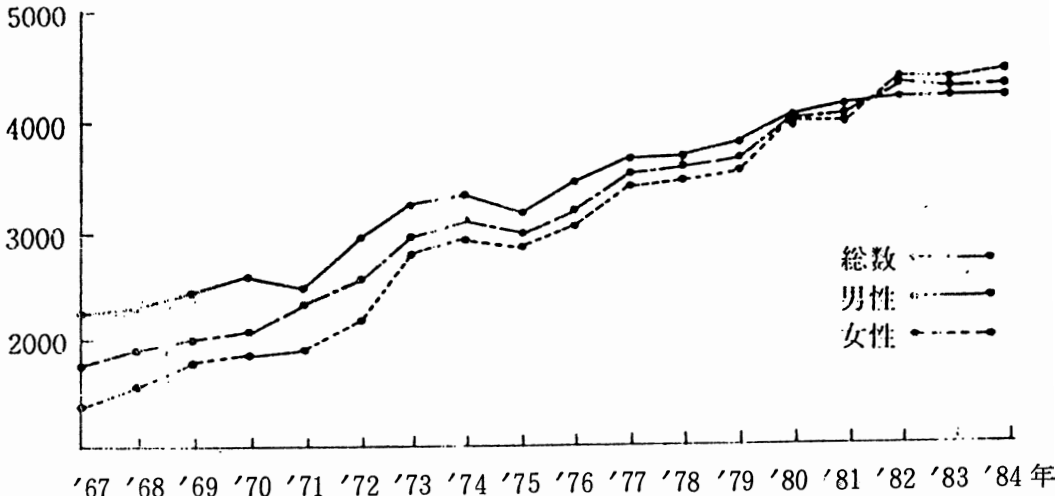
여기서도 1986 年度 報告에서의 入院受療率決定의 모델에 基本的으로 依據한다. 1967 年에서 1984 年에 걸쳐 〈表Ⅳ-2-2〉에서와 같이 65 歲以上 그룹의 入院受療率은 1,746 에서 4,290 로서 約 2.5 倍 增加하였다. 이것은 상당히 높은 增加率이라 하지 않을 수 없다.

이제 모델로서 65 歲以上 總數의 入院受療率을 J_t , 男性의 그것을 J_m , 女性의 그것을 J_f 로 하고 有病率 YU 以外에 J 에 影響을 주는 諸變數를 Z_1 로 하면,

$$J = g (YU, Z_1, \dots, Z_n)$$

그러면 먼저 入院受療率과 有病率의 單相關을 검토하기로 한다. 이를 위해 먼저 總數에 대하여 〈圖Ⅳ-2-3〉을 준비하였다.

(對10萬人)



〈圖Ⅳ-2-2〉 65歲以上總數，男女別入院受療率（對10萬人）

〈表Ⅳ-2-2〉 入院受療率과 65歲以上그룹 入院受療率（對10萬人）

	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1984
總平均	886.0	917.0	932.0	977.0	928.0	977.0	1,014.0	1,084.0	1,153.0	1,118.0
65歲以上 그룹	1,746.0	2,026.0	2,345.0	2,964.0	2,994.0	3,516.0	3,669.0	4,133.0	4,307.0	4,290.0

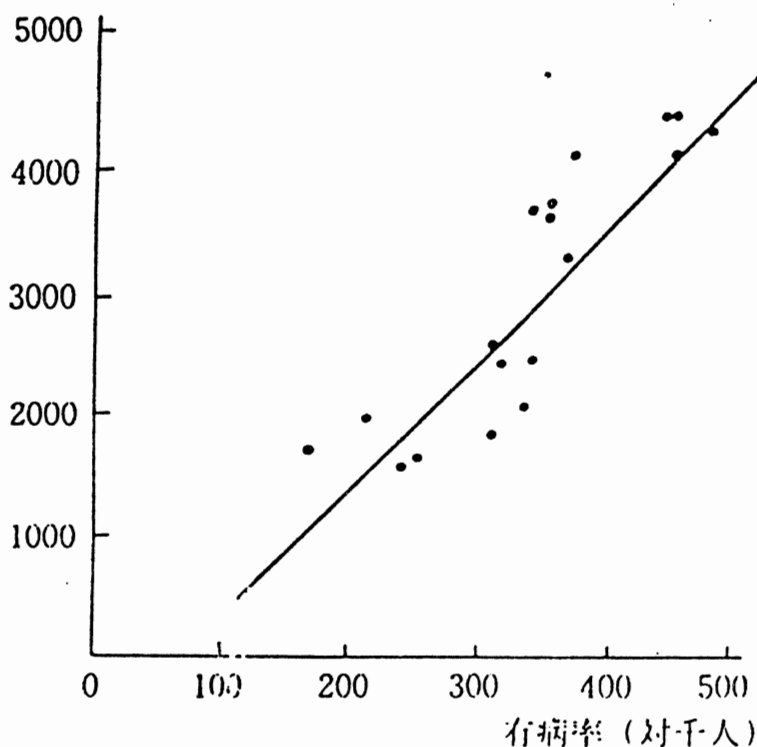
이 〈圖Ⅳ-2-3〉에서 65歲以上 그룹의 入院受療率과 有病率이 상당히 높은 相關을 가지며 그 兩者가 거의 直線의 關係에 있음을 알 수 있다. 물론 短期的으로는 若干의 不規則한 變動을 나타내고 있다. 그러나 〈圖Ⅳ-2-4〉에서 65歲以上 男性그룹의 경우의 入院受療率과 有病率과의 相關圖을 보면 男性의 경우는 상당히 깨끗한

直線關係에 있으며 分散도 적음을 알 수 있다. 거기에 比較하여
 〈圖Ⅳ-2-5〉의 女性그룹을 보면 入院受療率과 有病率과의 사이에 直
 接的增加傾向은 있으나 그 關係를 충족시키는 要因이 男性그룹에 비
 하여 크다는 것을 알 수 있다. 男性의 경우와 女性의 경우에도 19
 70年代 後半에 이르러 그 不規則要因이 强하게 作用하는 것처럼 보
 인다.

그러면 먼저 65歲以上그룹에 대하여 入院受療率을 有病率만으로 說
 明하는 簡單한 모델을 생각해 보자. 推計結果는 以下와 같다.

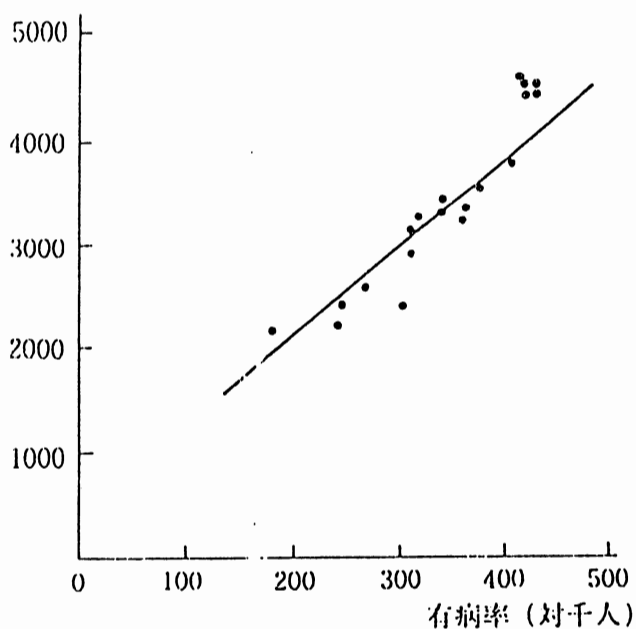
(對10萬人)

入院受療率

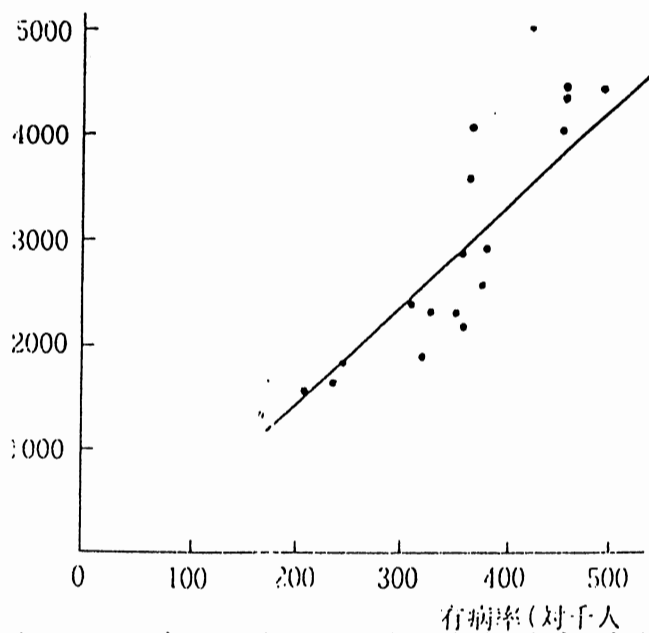


〈圖Ⅳ-2-3〉 65歲以上總數入院受療率과 有病率

(对10万人)
入院受療率



〈圖Ⅳ-2-4〉 65 歲以上 男性入院受療率与 有病率
(对10万人)
入院受療率



〈圖Ⅳ-2-5〉 65 歲以上 女性入院受療率与 有病率

$$\textcircled{13} \quad J_t = -218.5251 + 9.8872 YU_t$$

$$(10.4885)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8651 \quad (\bar{R} = 0.9301), \quad S.E. = 326.4204$$

$$D.W. = 1.1341$$

$$\textcircled{14} \quad J_m = 467.0801 + 8.6052 YU_m$$

$$(9.8676)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8501 \quad (\bar{R} = 0.9220), \quad S.E. = 279.6223$$

$$D.W. = 1.0423$$

$$\textcircled{15} \quad J_f = -721.7771 + 10.7453 YU_f$$

$$(9.1443)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8293 \quad (\bar{R} = 0.9107), \quad S.E. = 432.8396$$

$$D.W. = 1.0185$$

이 세가지 推計結果도 놀랄만한 것이다. 65歲以上 그룹이 되면 男女 공히 入院受療率의 約 85%가 有病率만으로 說明될 수 있다는 것이다.

그리고 여기서도 有病率의 男女差와 同一한 것이 觀察되고 있다. 그것은 男性의 경우의 YU_m 의 파라미터의 推計値가 8.6인데 대하여 女性의 그것은 10.7로 男性의 경우에 비하여 큰 값을 나타내고 있다. 女性의 경우가 入院受療率에서 反應이 크다는 것을 나타내고 있다.

그리고 1986年度 報告에서의 受療行動의 모델에서도 疾病의 發生에

서 實際의 入院까지에는 갖가지 遲滯를 가져오는 要因이 存在할 것 이라는 點을 考慮하였다. 그것은 實際의 入院에 따르는 갖가지 犠 牲이라는 機會費用의 存在이다. 따라서 여기에서도 同一한 入院行動 에 對한 調整모델을 생각해 보자. 이제 入院受療率의 期待値를 J^* 라 하면, 連續의 경우

$$\frac{dJ^*}{dt} = \lambda [J(t) - J^*(t)]$$

로 되는 調査모델을 想定할 수 있다. 이것은 微分方程式인데 그 解는

$$J^*(t) = \lambda \int_{-\infty}^t e^{\lambda(\tau-t)} J^*(\tau) d\tau$$

로 된다. 단, 定數項은 0으로 한다. 이것은 바로 geometric lag이며, 昨年度는 우리가 想定한 離散型의 調整모델

$$J(t) - J(t-1) = \lambda [J^*(t) - J(t-1)]$$

과 같은 結果를 가져온다. 단, 調整이 되는 方法이 달라지고 있다. 여기서 當然히 $1 > \lambda > 0$ 이다.

그런데 우리는 ⑬~⑮式의 形이 t 期에 對하여 發生하는 疾病에 對 하여 期待하는 入院受療率 J^* 라고 하자. 즉,

$$* J^*(t) = \alpha_0 + \alpha_1 YU(t)$$

라 假定한다. 調整方法을 離散型의 모델을 想定하고, 거기에 $J^*(t)$ 의 式을 代入하여 整理하면,

$$** J(t) = \beta_0 + \beta_1 YU(t) + \beta_2 J(t-1)$$

로 된다. β_0 , β_1 및 β_2 의 推計値에서 α_0 와 α_1 의 값을 求할수 있다. (**) 式의 推計結果는 以下와 같다.

$$\textcircled{16} J_t = 166.1001 + 1.2500 YU_t + 0.8526 J_t(t-1)$$

(0.9456) (7.4755)

$$\bar{R}^2 = 0.9672 \quad (\bar{R} = 0.9835), \quad S.E. = 152.2212$$

$$D.W. = 2.2538$$

$$\textcircled{17} J_m = 253.9577 + 1.5235 YU_m + 0.8005 J_m(t-1)$$

(1.0614) (5.6465)

$$\bar{R}^2 = 0.9432 \quad (\bar{R} = 0.9712), \quad S.E. = 162.7808$$

$$D.W. = 2.0922$$

$$\textcircled{18} J_f = 51.8127 + 1.4331 YU_f + 0.8685 J_f(t-1)$$

(1.1851) (9.1287)

$$\bar{R}^2 = 0.9704 \quad (\bar{R} = 0.9851), \quad S.E. = 171.4728$$

$$D.W. = 2.3711$$

이들 세가지 方程式의 推計結果는 YU의 파라미터의 推計値의 값에 若干 問題는 있으나, 決定値數는 현저히 改善되어 65歲以上 그룹의 入院受療率은 거의 95%에서 97%를 式으로 說明할 수 있다. 그리고 ⑬~⑮의 式에 비하여 推計値의 標準誤差가 모두 半以下로 현저히 改善되고 있다. 더빈·왓슨 比도 그렇다.

우리는 이 ⑯~⑲의 式을 가지고 65歲以上の 總數, 男性 및 女性의 入院受療率의 決定式으로 하기로 하자. 이들 結果에서 (*) 式을 각각 求하면,

$$\textcircled{19} \quad J_t = 1127.1722 + 8.4828 YU_t$$

$$\textcircled{20} \quad J_m = 1272.9709 + 7.6366 YU_m$$

$$\textcircled{21} \quad J_f = 394.0129 + 10.8981 YU_f$$

그리고 ⑩~⑫式에서 2000年の 65歲以上 그룹의 有病率을 豫測한다. 2000年에서의 P가 16.26 (厚生省「日本の 將來人口推計」)이라고 假定하면, 2000年에서의 값은

$$YU_t = 877.8, \quad YU_m = 837.1, \quad YU_f = 908.3$$

으로 된다.

거기서 2000年에서의 65歲以上 그룹의 入院受療率을 豫測하면,

$$J_t = 8573.4, \quad J_m = 7665.4, \quad J_f = 10.2929$$

로 된다.

昨年度の 報告에서의 日本 全體의 平均의入院受療率의 2000 年の 豫測値가 1,490 이었음으로 65 歲以上 그룹의 入院受療率이 그해에 8,573 이라는 것은 2000 年에는 入院患者의 大部分이 65 歲以上の 高齡者라는 것이 된다.

이 結果는 日本의 病院을 포함한 모든 施設面의 早急한 改善을 必要로 한다는 것을 나타내고 있다.

4. 結 論

本稿에서는 疾病別 入院受療率이나 有病率에 대해서는 다루지 않았다. 우리가 必要病床數를 決定할 때, 上記한 年齡別 要因이 대단히 重要하다는 점은 밝혀졌다. 그러나 疾病別 問題를 全然 다루는 일 없이 必要病床數의 問題를 추구할 수 있는가는 檢討해야 할 課題일 것이다. 단지, 疾病別까지 들어가면 逆으로 豫測의 精度가 떨어질 危險도 일어날 수 있다. 그리고 疾病別로 入院受療率과 有病率과의 關係는 상당히 다른 패턴을 나타낼 것이 豫想된다.

그 問題에는 전혀 언급하지 않았으나 將來의 檢討의 端緒로서 若干의 疾病에 대하여 受療率과 有病率과의 動向을 나타내는 그래프를 제시한다. 이것은 1984 年の 데이터이며, 受療率 全體이지 入院受療率은 아니라는 것에 注意하기 바란다. 그러나 이에 대한 檢討는 필요할 것이다.

疾病別에 關係 全體적으로 觀察할 수 있는 패턴은 세가지이다. 有病率이나 受療率이 年齡別로 平穩한 케이스, 다음으로 有病率이나 受療率이 年齡과 함께 上昇하나 거의 같은 率로 變化하는 케이스, 그리고 有病率과 受療率이 年齡別로 乖離하는 케이스이다.

우리의 今年度の 研究가 年齡別(特히 高齡者)을 對象으로 했기때문에 좀더 疾病內容을 다룬 檢討를 할 必要가 있었을지도 모른다.

끝으로 여기서는 다루지 않았던 모델의 하나에 대해 付記하기로한다. 앞에서도 말한 바와 같이 우리는 많은 모델을 想定하고 多數의 推計結果와 그 意味에 대하여 檢討하였다. 그중에서 昨年度의 報告에서 有病率의 說明要因의 重要한 變數로 삼은 高齡化指數에 대한 이번의 結果를 보기로 하자.

1986 年度の 分析에서는 有病率 全體의 動向을 說明함에 있어서 人口變數로서는 全人口에서 차지하는 65 歲以上の 人口의 比率보다도 高齡化指數쪽이 說明力이 있었다. 그것은 有病率이 全平均的인 것이기 때문이라고 理解할수 있을 것인데, 今年度の 分析은 65 歲以上 그룹의 有病率을 對象으로 하고 있다. 따라서 그 說明要因으로서는 全人口에 對한 65 歲以上の 人口比率쪽이 적당하리라고 생각된다.

이제 C를 高齡化指數로 하는 다음의 모델을 想定해 보자. 65 歲以上 그룹에 대해서도 그 有病率은 C와 實質 GNP 成長率에 依存하는데, 高齡化의 進行과 함께 過去의 有病率이 現在의 그것에 影響을 준다고 하는 모델이다. 즉,

$$YU = \alpha_0 + \alpha_1 C + \alpha_2 \dot{GNP} + \alpha_3 YU(t-1) + U$$

단, U 는 確率變數로 $E(U) = 0$, $Var(U) = \sigma^2$ 로 한다.

推定結果는 다음과 같다.

$$YU_t = -16.4568 + 7.3729 C - 2.1555 \dot{GNP} + 0.36681 YU_t (t-1) \\ (2.5072) \quad (0.7471) \quad (1.5714)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8798 \quad (\bar{R} = 0.9379), \quad S.E. = 25.9964$$

$$D.W. = 2.0457$$

$$YU_m = -11.2719 + 8.1027 C - 2.5426 \dot{GNP} + 0.2626 YU_m (t-1) \\ (2.7378) \quad (1.0185) \quad (1.0835)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8884 \quad (\bar{R} = 0.9524), \quad S.E. = 23.3702$$

$$D.W. = 1.8109$$

$$YU_f = -27.1118 + 6.7037 C - 1.2564 \dot{GNP} + 0.4635 YU_f (t-1) \\ (2.2080) \quad (0.3780) \quad (2.0003)$$

$$\bar{R}^2 = 0.8593 \quad (\bar{R} = 0.9270), \quad S.E. = 29.9296$$

$$D.W. = 2.0440$$

3. 討論〔主題 4〕

座 長：大谷藤郎

討論者：李 奎 植

李 允 淑

日本の 老人保健制度는 人口老齡化에 따른 地域保險의 財政壓迫을 防止하기 위한 制度로서 現在 日本만이 간직하고 있는 獨特한 制度라 할 수 있다. 이번 세미나의 目的의 하나는 日本의 經驗에서 韓國이 어떤 敎訓을 얻을 수 있는가 하는 점이 될 것이다. 그런데 日本의 경우 財源調達上의 가장 큰 難題는 老人醫療費의 急増이며, 이로 인한 老人醫療費의 원활한 財源調達이 가장 큰 政策課題가 되고 있는 것 같다. 이제 日本으로서도 가장 難題에 속하는 老人醫療費 調達問題와 관련하여 다음과 같은 몇가지 質問을 하고자 한다.

(1) 老人保健制度의 出發目的이 費用의 公平負擔이라 했으나 現實은 반대로 老人醫療費 調達方法이 被傭勤勞者와 自營者間の 費用負擔의 衡平性을 저해하고 있지는 않는지, 따라서 韓國과 같이 被扶養者의 範圍를 확대하거나, 美國의 Medicare 처럼 年金受給者 醫療保險組合을 설치하는 方法등도 생각할 수 있는데 이에 대한 說明을 듣고 싶다.

(2) 國民健康保險 財政의 50 %는 政府財政이기 때문에 老人醫療費에 대한 自營者의 醫療費 分擔은 매우 적다. 차라리 老人醫療費는 租稅를 통해 調達하는 方法이 合理的이 아닌가

- (3) 日本은 地域間의 醫療費 格差가 큰데, 醫療費 支出이 높은 地域은 그만큼 醫療施設이 많다. 즉 地域間 醫療費 格差는 醫療施設의 不均衡 分布를 의미하는데 이에 대한 對策은 무엇인가.
- (4) 全保險者의 平均 老人 1人當 醫療費의 一定率 以上이 되는 것은 調整對象外 醫療費로 설정하는데 이것은 高額醫療費를 市町村 負擔으로 넘기는 制度가 아닌가, 이에 대한 補完策은 없는가.
- (5) 老人保健事業의 醫療 以外 事業對象을 40歲 以上者로 한 理由는 무엇인가, 그리고 이의 經濟的 效果는 어떤가.
- (6) 日本의 老人 1人當 醫療費가 극히 높은 理由는 診療報酬支拂制度가 行爲別酬價制이기 때문이라는 비판이 있다. 包括酬價制 또는 總額契約制 등과 같은 支拂方式을 導入할 計劃은 없는가.
- (7) 老人醫療費의 根本的인 增加要因은 老人들의 道德的 危害라 할수 있다. 이를 防止하기 위한 適切한 方案은 무엇인가.
- (8) 老人醫療施設에 의한 費用節減效果와 居宅看護의 效果는 어떻게 評價하고 있는가.
- (9) 醫療機關의 不當請求 내지 過剩診療를 방지하기 위하여 어떤 制度的 裝置를 택하고 있는가, 醫療機關의 領收證 發行은 어떻다고 생각하는가.
- (10) 國民健康保險의 財政惡化要因의 하나가 地方自治團體가 保險者 役割을 수행하기 때문에 그렇다는 主張에 대해서 어떻게 생각하는가.

가. 만약 이 주장이妥当하다면 韓國과 같이 保險組合을 設立하여 運營하는 方案은 고려할 수 없는가.

- (11) 日本의 高齡化 對策은 世界에서 類例가 없을 만큼 심각한 것이 사실이다. 高齡化에 따라 1) 老人醫療費의 增加, 2) 疾病構造의 慢性化, 3) 70歲 以上 人口比率의 急増 등의 問題를 야기시키고 있다. 그 重要對象으로 1) 老人醫療費의 公平한 負擔을 위해 加入者配分率制度를 도입하여 醫療費據出金の 格差를 시정하고, 2) 老人病院과 老人保健施設이라는 中間施設을 설치함으로써 老人病을 위한 醫療費 節減對策을 실현한 것은 획기적이라고 생각한다.

어떤 保險者도 同率로 老人이 加入하고 있는 것으로 算定하는 加入者 配分率制度의 具體的 說明을 바란다.

- (12) 國民醫療適正化對策이 老人保健事業에 미치는 意義를 어떻게 보는가.

- (13) 保健醫療 서비스와 福祉 서비스의 限界는 實施面에서 重複과 애매한 점이 많다. 이와 같은 區分을 日本에서는 어떻게 처리하고 있는가.

答辯〔主題 4〕

- (1) 急證하는 老人醫療費를 해결하기 위한 過程에서 政府가 當면한 最初의 問題點은 美國과 같은 別度로 運營할 것인가, 아니면 財政調整方式으로 할 것인가 하는 制度의 선택문제였다. 이에 대한 各界의 意見을 수렴하여 1978 年에 마련한 것이 이른바 ‘小澤構想’인데, 이에 따르면 財源은 政府, 地方公共團體, 事業主 이외에 住民으로부터 據出하도록 되어 있었다. 그리고 1979 年의 ‘橋本構想’에서 老人醫療費의 3割 정도를 加入者로 配分한다는 財政調整方式이 제안되었다. 이 두 構想에서 제안된 意見을 토대로 1980 年에 厚生省이 마련한 試案이 오늘날의 共同據出 方式이다.
- (2) 1989 年度の 老人醫療費는 5 兆円을 초과할 것으로 예상된다. 이를 租稅로 充當한다는 것은 용이한 일이 아니라고 본다. 日本은 今年에 消費稅가 도입되어 選舉에서 爭點化하고 있는 實情이다.
- (3) 老人醫療費 뿐만 아니라 全體 醫療費에 地域差가 있다. 그 原因은 人口當 病床數의 크기가 큰 比重을 차지한다고 본다. 1988 年에 政府는 國民健康保險의 改善策의 하나로 醫療費가 높은 市町村에 대해서는 安定化計劃을 制定하는 등 綜合對策에 의해 高 醫療費의 原因解明과 그 對策을 강구하고 있다.

(4) 調整對象外 醫療費라는 것은 醫療費 全體를 加入者 配分對象으로 하는 것은 不合理함으로 全國 平均을 一定比率 넘는 醫療費에 대해서는 保險者로부터 據出한다는 方式이다. 그 根據는 共同事業에서의 지나치게 높은 醫療費는 抑制한다는 점에 있다. 그리고 그 比率는 老人保健審議會에서 每年 결정하는데 심의할 때마다 여러 異見이 있어 調整對象外 醫療費 자체가 當面課題로 되어 있다.

(5) 老人保健法の 事業對象을 40歲 以上으로 한 것은, 勞動安定衛生法, 學校衛生法, 各種 傳染病豫防法 등의 對象에서 제외된 家庭主婦와 自營者の 健康管理을 하기 위해서였다. 즉 老人保健法을 制定하면서 保健事業은 이 제외된 부분을 法律로 한 人間の 一生을 健康管理하여야 한다고 생각하였던 것이다. 豫防事業의 經濟的 效果는 완벽한 事業을 하고 있는 市町村 水準에서는 死亡率이라던가, 醫療費 輕減같은 면에서 그 效果가 나타나고 있다. 그러나 都道府縣같은 廣域水準에서는 統計的 效果가 보이지 않고 있다.

(6) 現行의 老人保健法에 의한 老人診療報酬體系는 醫療保險制度와는 다른 별도의 體系이다. 老人의 心身의 特性에 적합한 醫療를 확보한다는 의미에서 老人特別診療料를 설정하고 있다. 현재 老人診療報酬의 再考라는 측면에서 점진적인 改善을 하고 있다. 行爲別酬價制의 問題와 관련하여 總額契約制와 같은 支拂方式으로 바꾼다는 것은 극히 革命的인 것이어서 政府關係者가 제안하는 것

은 옳지 않다고 본다.

- (7) 老人醫療費의 暴騰에 대한 老人 자신의 責任問題를 政府가 문제 삼는 것은 곤란하다. 政府로서는 필요한 醫療를 확보함과 동시에 浪費를 방지한다는 입장이다. 醫療制度의 方向이나 一部負擔 및 診療報酬의 問題 등을 포함하여 종합적으로 對應하여야 한다고 본다.
- (8) 老人醫療施設의 問題는 醫療費 節約이라는 側面과 居宅醫療의 評價라는 면을 고려하여야 한다. 政府로서는 종합적인 居宅福祉와 施設을 어떤 形態로 존속시키는가 하는 基本條件을 정비하는데 비중을 두고 있다.
- (9) 醫療供給者의 不當行爲에 대한 對策으로서는 領收證 發行도 한 方法일 것이다. 日本에서는 老人保健의 경우 市町村이 醫療費通知를 年 2~3回 실시하고 있으며, 健康保險에서는 每月 醫療費通知를 하고 있다. 醫療機關에 대한 指導監督은 都道府縣이 실시하고 있으며, 醫療를 많이 받는 사람에 대해서는 保健指導라는 측면에서 保健婦가 家庭訪問하는 형태를 취하고 있다. 이같은 方法으로 醫療機關과 患者의 兩面에서 醫療의 適正化를 기하고 있다.
- (10) 地方自治團體가 保險者이기 때문에 國民健康保險의 管理運營에 問題가 생겨 財政이 惡化되는 것은 아니라고 본다. 年齡階級別로 醫療費를 계산해 보면 國民健康保險과 被傭者保險 사이에 거의

差異가 없다. 즉 國民健康保險에서는 全體的으로 年齡構造가 높기 때문에 1人當 平均醫療費가 높아지고, 그 結果로 保險料가 높아지는 것이다. 물론 現實的인 運營에 있어 地方政府的 關與가 전혀 없다고 단정할 수는 없으며 問題點도 있을 것이다. 그러나 日本의 갖가지 條件을 감안할 때, 國民健康保險은 市町村이 運營하는 것 이외에 다른 選擇手段이 없다고 본다.

(11) 加入者 配分率이 90 %라는 것은 各保險者の 老人醫療費의 額數에 따라 算定되는 醫療費 配分을 10 %로 하고, 나머지 90 %는 老人의 加入者數에 따라 算定한다는 뜻이다. 加入者 配分率이 100 %가 되면 各保險者別 1人當 老人醫療費를 平均老人加入者로 곱하여 醫療費를 算定하게 된다. 가령 平均老人加入者數가 76名, 政府管掌健康保險의 실제 加入者數가 46名이라면 政管은 30名分을 더 據出할 필요가 있게 된다.

(12) 醫療費適正化對策에서 老人醫療費를 지나치게 강조하면 國民福祉部門을 등한히 한다고 인식하기 쉽다. 政府로서는 老人의 心身에 適合한 醫療를 확보한다는 觀點에서 對策을 취하고 있으며, 必要한 醫療까지 제한하는 것은 아니라는 것을 國民에게 이해시키고 있다.

(13) 居宅서비스와 福祉 서비스에 대해서는 가능하면 醫療서비스와 함께 統合的으로 제공하려는 것이 政府의 基本方針이다. 이는 厚生省에 老人保健福祉部가 신설된 것으로도 알수 있을 것이다.

한편 居宅 서비스에 대해서는 醫療 뿐만 아니라 看護 및 福祉 등 3大 支柱에 주력하고 있다.

附 録

〔附錄 1〕

開 會 辭

池 達 顯
韓國人口保健研究院長

은 國民의 소망이었던 全國民醫療保險時代に 즈음하여 오늘부터 이
틀동안 醫療保險 財源調達에 관한 세미나를 開催하게 된 것을 매우
뜻깊게 생각합니다.

오늘 이 자리에公私多忙하심에도 불구하고하시고 參席하여 주신 文太
俊 保健社會部 長官님, 國會保社委員會 辛相佑 委員長님, 그리고 國會
議員님 여러분께 깊은 感謝를 드립니다. 또한 學界의 여러 教授님
과 醫療保險關聯機關의 關係者 여러분께 충심으로 感謝를 드립니다.

특히 본 세미나를 爲하여 日本에서 參席하여 주신 오오파니 先生
님을 비롯한 專門家 여러분에게 심심한 感謝를 表하는 바입니다.

周知하시는 바와 같이 우리나라는 醫療保險制度를 1977 年に 導入한
以來 불과 12 年이라는 짧은 期間에 全國民醫療保險을 實施하게 되었
습니다.

이것은 歷史上 類例없는 일로 높이 評價되리라고 생각합니다.

이러한 結實을 가져온 것은 그동안 우리나라 醫療保險發展을 爲하
여 불철주야 努力하신 關係者 여러분의 열성과 國民 各階層의 積極
的인 성원이 있었기에 成就된 것이라 믿어 의심치 않습니다.

그러나 全國民醫療保險이 확고하게 定着되기까지는 아직도 解決해
야 할 많은 問題들이 산적해 있음을 우리는 잘 알고 있습니다.

醫療保險의 管理運營體系 및 醫療傳達體系의 改善, 그중에서도 特히 財源調達方式의 改善은 現時點에서 가장 時急하고 重要な 問題라 할 수 있습니다.

모든 國民에게 良質의 醫療을 골고루 부여하기 爲하여 保險財源을 安定化하고 所得水準에 相應하는 財源調達方案을 마련하는 것이 가장 重要的 열쇠가 되기 때문입니다.

따라서 이번 세미나는 이러한 취지 하에 醫療保險의 財源調達을 主題로 하고 있습니다. 이 機會를 통해 各界 各層의 폭넓은 意見交換이 이루어짐으로써 合理的이고 公平한 醫療保險의 財源調達 方案이 導出될 수 있기를 希望하는 바입니다.

특히 이번 세미나에서는 日本의 그간의 實際 經驗을 상세하게 把握, 理解하으로써 앞으로 解決코자 하는 醫療保險 財源調達의 問題解決에 도움이 될 것으로 期待하고 있습니다.

끝으로 이 세미나가 있기까지 激勵을 아끼지 않으신 文太俊 長官님을 비롯한 保健社會部 關係者 여러분과 物心兩面으로 支援을 아끼지 않으신 醫療保險聯合會와 醫療保險管理公團 關係者 여러분께 衷心 感謝의 말씀을 드립니다. 感謝합니다.

[附錄 2]

人 事

大 谷 藤 郎
日本藤楓協會理事長

文太俊 保健社會部長官님, 辛相佑 國會保社委員長님을 비롯한 韓國의 親知 여러분, 이 훌륭한 會議場에 招請받아 여러분과 함께 세미나에 參與할 수 있게 된 것을 日本側을 代表하여 眞心으로 感謝드립니다.

韓國의 經濟發展과 國力の 伸張은 실로 눈부신 것이어서 世界가 注目하고 있습니다. 특히 '88 올림픽과 금년의 世界看護師大會의 成功的인 開催에 대해서는 이웃나라인 日本人으로서 가슴 뿌듯하고 기쁘게 생각하는 바입니다. 그리고 여기에 이르기까지 여러분이 기울인 努力을 생각할 때 마음으로부터 敬意를 표하지 않을 수 없습니다.

日本の 醫療保險은 1961 年에 國民皆保險이 달성되었습니다. 그러나 國民皆保險에 이르기까지에는 대단히 긴 歲月이 필요했으며, 國民皆保險 이후에 다시 發生한 온갖 問題에 對應하기 위해 政府는 苦心하고 있습니다. 日本의 醫療保險을 中心으로 한 醫療制度는 온갖 問題를 안고 있으며, 결코 完成된 狀況이 아닙니다. 日本에서는 1990 年에 醫療保險制度의 하나의 支柱인 國民健康保險法과 老人保健法の 改定이 豫定되고 있습니다. 이를 두고 言論에서는 1990 年을 '醫療의 決戰의 해' 라고 表現할 程度로, 日本의 醫療保險의 歷史는 길지만 아직도 많은 困難과 葛藤을 겪고 있습니다.

이번 日本側 參加者중에는 國民健康保險과 老人保健法の 直接責任者

가 參加하고 있어, 그 分野의 討論時에는 그 經緯에 대하여 直接 答 辨할 수 있을 것으로 생각합니다.

最高의 醫療을 貧富, 社會階層, 宗教 등 社會經濟的 差異때문에 받을 수 없다는 것은 대단히 不幸한 일이며, 모든 國民에게 最高의 醫療을 平等하게 提供하는 것이 人類社會의 理想입니다. 그러나 現實的으로 이를 위해서는 莫大한 費用과 人力이 所要된다는 것이 自明하므로 이 矛盾을 解決하는 것이 世界各國의 共通的 課題라 하겠 습니다.

따라서 이같은 醫療問題는 단지 醫學이나 醫療技術의 問題가 아니라 政治的 課題라 할 수 있으며, 한 나라가 醫療問題에 어떻게 對處하는가는 그 나라의 하나의 文化的 尺度로 볼 수 있다고 생각합니다.

日本과 韓國은 이웃나라이며 文化的으로 많은 共通點을 가지고 있습니다. 이같은 會議를 통하여 相互 理解를 깊이한다는 것은 兩國의 醫療發展에 있어 대단히 有益하리라고 생각합니다. 이 會議가 成功的이기를 祈願합니다. 끝으로 다시 한번 文太俊 長官님을 비롯한 여러분에게 招請하여 주신데 대하여 感謝의 뜻을 표함과 동시에 萬般의 準備를 다하여 주신 主催側에 敬意를 표합니다. 感謝합니다.

[附錄 3]

激 勵 辭

文 太 俊
保 健 社 會 部 長 官

이 세미나에서 人事의 말씀을 드리게 된 것을 대단히 기쁘게 생각합니다.

韓・日兩國은 긴 歷史를 통해 여러 分野에서 交流가 이루어져 왔으며 特히 保健醫療分野에서는 韓・日兩國의 保健醫療分野 特히 醫療保險政策에 該博한 知識과 經綸을 가지신 學者 및 專門家 여러분과 많은 關係人士들이 參與한 가운데 醫療保險 財源調達方案을 主題로 한 兩國民의 健康과 幸福을 增進시키기 위해서 緊密한 協調 關係를 維持해 왔습니다.

그러나 醫學分野의 活潑한 交流에 比해서 保健醫療政策에 있어서는 相互間의 協調關係가 그다지 頻煩하지 못했던 것이 事實입니다.

우리나라의 醫療保險團體와 日本의 健保聯의 交流, 大韓醫學協會와 日本醫師會의 政策討論 등이 있었으며, 近來에 와서는 오늘 參席하신 日本側여러분의 周旋으로 大韓醫學協會와 全日本病院協會間의 醫療政策 세미나가 開催되어 相互 有益한 많은 成果를 얻은 것으로 알고 있습니다.

本人은 政府 出捐機關인 韓國人口保健研究院과 日本의 保健醫療政策專門家들과의 交流가 우리나라의 保健醫療 政策을 빠르게 合理的으로 發展시키는데 큰 도움이 될 것이라는 생각에서 오늘의 이 세미나를

開催할 것을 勸奨하게 된 것입니다.

다행히 바쁘신 중에도 不拘하고 日本에서 著名하신 여러분들이 參與하시고 우리나라의 많은 關係人士들의 至大한 關心下에 이 모임이 開催된 것은 대단히 뜻있는 일로 생각하며, 많은 成果가 있을 것으로 確信하는 바입니다.

여러분들도 다 아시다시피 우리나라는 지난 7月 1日부터 全國民醫療保險이 實施되므로써 12年이라는 짧은 期間에 全國民醫療保障을 實現하게 되었습니다.

社會保障이나 保險制度에 生疎했던 우리나라의 過去 歷史에 비추어 볼때, 하나의 큰 成果라고 自負하고 싶습니다. 勿論 그간에는 많은 障壁이 있었으며, 수많은 難題를 解決하지 않으면 안되었습니다.

그리고 아직도 우리들이 努力을 傾注해야 될 問題들이 남아 있습니다. 그중의 하나가 醫療保險財源調達方案에 관한 研究라고 생각하고 있습니다.

우리나라는 自由民主主義體制下에 있으며 經濟 역시 自由市場經濟에 그 뿌리를 가지고 있습니다.

이러한 國家의 基本的인 理念土臺 위에서 우리 實情에 알맞는 醫療保障制度가 빨리 定着되고 또한 發展되어 나가야 할 것입니다.

우리의 現行 醫療保險制度는 政府和 受惠者 그리고 企業의 3者共同 負擔으로 財政이 調達運營되고 있습니다.

이러한 現狀을 어떤 方向으로 改善・補完해 나가야 할까 하는 問題는 날로 増加될 것으로 豫測되는 醫療費 負擔의 抑制方案과 더불어 많은 研究가 이루어져야 될 것으로 봅니다.

오늘부터 2日間 계속될 이 세미나에서 이 重要的 政策課題가 活潑하게 充分히 論議되어서 實行可能한 合理的方案이 提示되길 바랍니다.

끝으로 이 會議을 準備하시는데 수고한 여러분들 特히 日本側에서 오신 여러분께 깊은 感謝를 표하는 바입니다.

韓・日 兩國間の 友誼는 물론 兩國民의 健康과 福祉增進에 관해 밝은 未來가 있길 祈願합니다. 感謝합니다.

[附錄 4]

祝 辭

辛 相 佑
國會保社委員會委員長

文太俊 保健社會部 長官님, 學界의 여러 教授님들, 그리고 醫療保險 關聯機關의 關係者분들, 特히 이번 세미나를 爲해 日本에서 參席해 주신 오오따니 先生님을 비롯한 여러분들을 모신 자리에서 祝辭를 드리게 된 것을 큰 기쁨으로 생각합니다.

이제 全國民醫療保險時代를 열어나는 歷史的인 時期에 즈음하여 醫療保險을 成功裡에 이끌기 爲해서 韓國人口保健研究院이 醫療保險財源 調達에 關한 세미나를 開催하게 된 것을 매우 뜻있는 일이라고 생각합니다.

우리나라 醫療保險은 1977 年 制度導入 以後 12 年만인 1989 年 7 月 1 日을 期하여 國際社會에서 그 類例를 찾아볼 수 없을 만큼 短期間內에 全國民皆保險의 實現이란 기적을 國民 모두의 努力으로써 이룩하게 되었습니다.

그러나 그동안의 經驗에 비추어 볼때 醫療保險擴大 實施가 결코 낙관적인 것만은 아니라고 하겠습니다.

다시말해서 醫療保險이 定着되려면 무엇보다도 財政的 安定이 必須的이라고 하겠습니다.

그러나 우리나라의 保險財政은 現在 상당한 취약성을 지니고 있음을 누구도 否認할 수 없다고 생각합니다.

先進國에서도 醫療保險의 財政 安定을 確保하기 爲해서 多角的인 對策을 樹立하거나 補完하고 있는 事實을 비추어 볼때 우리나라에서도 이에 대한 效果的인 對策을 미리 마련해야 할 時點에 와 있다고 하겠습니다.

다시말해서 한마디로 醫療保險制度의 成敗는 財政安定에 있다고 해도 過言이 아닐 만큼 그 役割과 機能이 매우 重要한 것입니다.

그리고 이것은 根本的으로 醫療保險의 財源調達 問題로 귀결된다고 하겠습니다.

따라서 우리나라와 類似한 醫療保險制度를 施行하고 있는 日本의 財源調達方式의 問題點과 그 改善過程 등의 經驗的 知識과 事實을 比較 分析하여 代案을 마련하므로써 우리가 當面한 課題를 푸는데 있어 그 실마리가 提供될 수 있을 것으로 믿어마지 않겠습니다.

그런 뜻에서 이번 2日間에 걸쳐 開催되는 醫療保險 財源調達에 관한 세미나는 兩國間の 醫療保險制度의 發展에 크게 도움이 될 것이라 믿어마지 않습니다. 좋은 結果와 여러분의 健康을 祈願하며 祝辭에 가름하는 바입니다. 感謝합니다.

醫療保險 財源調達에 관한 세미나

日時：1989年 7月 18日～19日

場所：스 위 스 그 랜 드 호 텔

主催：韓國人口保健研究院

後援：醫 療 保 險 聯 合 會

醫 療 保 險 管 理 公 團

프로그램

1989. 7. 18 (火)

09 : 30 ~ 10 : 00 登 録

10 : 00 ~ 10 : 30 **開會辭** 池 達 顯 (韓國人口保健研究院 院長)
人 事 大谷藤郎 (日本藤楓協會理事長)
激勵辭 文 太 俊 (保健社會部 長官)
祝 辭 辛 相 佑 (國會保社委員會 委員長)

10 : 30 ~ 10 : 50 休 息

10 : 50 ~ 12 : 30 **第一主題 醫療保險制度 概要**
座 長 權 舜 赫 (綠十字 會長)
題 目 日本 醫療保險制度의 概要
 大塚義治 (日本國厚生省國民健康保險課長)
題 目 全國民 醫療保險의 現況과 課題
 鄭 敬 培 (韓國人口保健研究院 首席研究員)
討論者 金 駟 舜 (延世大 保健大學院長)
 韓 達 鮮 (翰林大學校 醫科大學長)

12 : 30 ~ 14 : 00 中 食

14 : 00 ~ 15 : 30 **第二主題 醫療保險財源調達 現況 및 問題點**
座 長 禹 鍾 淋 (醫療保險聯合會 會長)
題 目 日本 國民健康保險의 現況
 大塚義治 (日本厚生省國民健康保險課長)
題 目 日本 被用者保險의 現況
 青柳親房 (日本厚生省企劃課課長 補佐)
題 目 全國民 醫療保險 財源調達의 政策方向
 魯 仁 喆 (韓國人口保健研究院 首席研究員)

15 : 30 ~ 15 : 40 休 息

15 : 40 ~ 17 : 00 **討論者** 印 敬 錫 (保健社會部 醫療保險局長)
 權 純 源 (韓國開發研究院 研究委員)

18 : 00 리셉션

1989. 7. 19 (水)

09 : 30 ~ 11 : 00 第三主題 醫療保險 財政安定化 對策

座 長 張 慶 植 (醫療保險 管理公團 理事長)

題 目 日本 醫療保險에 있어서의 醫療費算定 및 抑制策
高原亮治 (日本厚生省大臣官房企劃官)

題 目 日本 大學病院과 醫療費
紀伊國獻三 (日本 筑波大學 教授)

題 目 韓國의 保險醫療費 抑制 및 財政安定化 對策
文 玉 綸 (서울大 保健大學院 教授)

11 : 00 ~ 11 : 10 休 息

11 : 10 ~ 12 : 30 討論者 申 英 秀 (서울大學校 教授)

柳 承 欽 (延世大學校 教授)

金 漢 中 (延世大學校 教授)

12 : 30 ~ 14 : 00 中 食

14 : 00 ~ 15 : 00 第四主題 老人保健制度

座 長 大谷藤郎 (日本 藤楓協會理事長)

題 目 日本 老人保健制度의 現況
紺矢寬朗
(日本厚生省老人保健福祉部 指導調査室長)

題 目 日本 老人醫療의 動向과 問題點
藤野志朗 (日本 中央大學 教授)

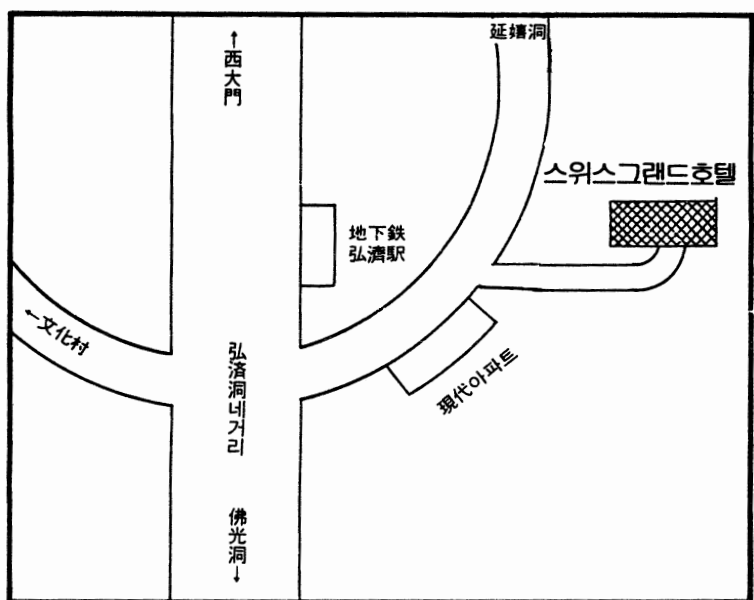
15 : 00 ~ 15 : 10 休 息

15 : 10 ~ 16 : 10 討論者 李 奎 植 (延世大 保健科學大學 教授)

李 允 淑 (同德女大 自然科學大學長)

16 : 30 閉 會

스위스 그랜드 호텔 略圖



서울市 西大門區 弘恩洞 201-1 Tel.356-5656

參 席 者 名 單

국회 및 정당

신 상 우	보사위원장
김 문 기	민정당의원
안 영 기	//
송 두 경	민주당의원
신 철 균	공화당의원
강 준 호	보사위원회 입법심의관
이 재 형	//
이 광 규	신상우의원보좌관
용 재 수	신철균의원보좌관
안 기 희	민정당전문의원
박 명 숙	민주당전문의원

보건 사회 부

문 태 준	장 관
이 성 우	국립보건원장
인 경 석	의료보험국장
김 일 천	보험제도과장
엄 영 진	보험관리과장

대학 및 연구기관

박 형 중	인제대 보건대 학원 장
김 일 순	연세대 보건대 학원 장
한 달 선	한림대 의대 학장
이 윤 숙	동덕여대 자연과학대 학장
신 영 수	서울대의대 교수
문 옥 룬	서울대 보건대 학원 교수
양 봉 민	//
유 승 흙	연세대의대 교수
김 한 중	//
이 규 식	연세대 보건과학대 교수
민 재 성	한국개발연구원 연구위원
권 순 원	//
노 공 균	한국과학원 교수
정 명 채	한국농촌개발원 농촌사회실장
황 인 경	병원연구소 수석연구원

의료계 및 관련단체

권 이 혁	녹십자 회장
박 찬 무	을지병원장
백 락 조	인제 학원 이사장
백 락 환	백병원 의료원장

윤 석 우	대 한 의 학 협 회 부 회 장
심 영 보	대 한 의 학 협 회 이 사
김 정 균	대 한 치 과 의 사 협 회 부 회 장
김 기 성	대 한 약 사 회 사 무 총 장
노 경 병	대 한 병 원 협 회 장
김 학 목	의 료 보 험 동 우 회 장

언 론 계

노 재 영	후 생 신 문 기 자
권 미 혜	의 사 신 문 기 자
주 광 남	약 사 공 론 기 자
최 규 태	의 학 신 문 기 자
윤 승 철	보 건 신 문 기 자
이 세 민	약 업 신 문 기 자
한 봉 규	의 계 신 문 기 자

의료보험연합회

우 종 립	회 장
김 진 곤	상 무 이 사
박 상 우	상 근 심 사 위 원
서 창 원	기 회 조 사 실 장
임 동 근	심 사 1 부 장

오 상 근	관리부장
이 관 철	서울제 6 지구의료보험조합 대표이사
정 해 관	서울제 7 지구의료보험조합 //
안 제 민	서울제 18지구의료보험조합 //
송 대 원	서울마포구의료보험조합 //
조 남 식	경기도시흥군의료보험조합 //
마 정 수	대농의료보험조합 사무국장
손 성 환	대한석탄공사의료보험조합 사무국장
윤 희 순	미원그룹의료보험조합 사무국장
장 래 식	선경공동의료보험조합 //
장 석 재	효성그룹의료보험조합 //

의료보험관리공단

장 경 식	이 사 장
김 순 현	감 사
정 인 명	상 무 이 사
이 의 찬	상 무 이 사
김 주 도	감 사 실 장
문 홍 규	기획조사실장
윤 해 동	총 무 부 장
윤 석 호	관 재 부 장
강 동 수	급 여 부 장
선 우 상 준	전 산 실 장

정 성 수

조 사 과 장

조 원 탁

조사과대리

한국인구보건연구원

지 달 현

원 장

김 정 태

부 원 장

조 남 훈

기획조정실장

최 인 현

인구문제연구실장

홍 문 식

가족계획연구실장

송 건 용

보건제도연구실장

김 연 영

보건관리연구실장

안 창 수

복지의료연구실장

정 경 배

의료보험연구실장

노 인 철

수석연구원

김 수 춘

책임연구원

이 충 섭

연 구 원

한 혜 경

//

