의료보험과 국가결핵관리제도

결핵·결핵연구원

이 창 주

Medical Insurance and National Tuberculosis Control System in Korea

Chang Choo Lee, M. D.

Korean Institute of Tuberculosis, KNTA

1. 서 론

복지국가 건설은 우리의 공동 염원이나 사회적 경제적 제약을 받는 개발 도상국가에서는 의료혜택의 평준화조차도 이루어져 있지 못하고 있는 것은 사실이다. 그러나 우리의 공동염원 달성을 위한 노력은 꾸준히 계속되어 왔으며 그 목적 달성 과정에서 우리의 현실이 허용하는 범위내에서 부분적으로 혹은 단계적으로 제도상의 발전을 하고 있는 것도 사실이다. 즉 우리나라에서의 공무원의 건강진단, 질병, 부상, 퇴직, 분만, 퇴직, 사망에 대한 사회보장을 목적으로 하는 공무원 연금법, 업무수행 과정에서 발생하는 상병에 대한 보장으로서 산업재해보험법, 돌발 사고로 인한 상해를 보장한 자동차 손해배상 보험법, 생활 무능력자에 대하여 국가가 공여하는 의료보호 및 보건소망을 통한 무료진료 등은 복지국가 건설을 향한 우리의 노력 과정에서 현실이 허용하는 범위내에서 실시되고 있는 부분적인 사회보장 제도들이라고 볼 수 있을 것이다.

그러나 우리나라에서 이러한 제도에 의한 수혜도는 전국민의 3-4%에 불과하다고 한다. 보사부는 1966년 사회보장 심의위원회로 하여금 국민 의료보험 실시 가능성을 연구케 하기위하여 의료보험 시범 사업을 몇몇 기업체(봉명광업소, 호남비료)에 실시하여 그 결과를 토대로 국민 의료 보험 장기 계획을 수립하고 연차적으로 국민의 의료보험 수혜율을 증가시켜 1986년에는 전 국민의 88.9%를 보장 할 수 있을 것이라고 한다.

결핵은 전체상병의 견지에서 볼 때 한 질병에 지나지 않지만 그 만연도가 높고 국민 보건, 국가노동력에 끼치는 손실이 크며 그 치료 기간도 장기간 소요되므로

중대한 질환이나 또 그 치료와 예방법은 거의 완성되어 있어서 다만 국가적 대규모 실천방안의 가부에 따라서 이병을 쉽게 극복할수도 있고 그렇지 못 할수도 있다는 것을 우리들은 역사적으로 잘 알고 있다. 그러므로 우선적으로 결핵병을 보험의 대상으로 해서 그 치료와 예방에 있어서 우리나라도 선진국과 같이 신속하고 막대한 효과를 얻을 수가 있도록 해야 할 필요성이 있다고 생각 된다.

그런데 현재 보건사회부가 계획한 의료보험에는 이질 환이 장기간 치료를 요하는 치료비 부담이 불가능하다는 이유때문에 결핵이 제외되어 있다.

저자는 이러한 생각은 큰 착각에서 기인한 것이라고 믿으며 여기에 다음과 같이 결핵치료의 비용을 추산해 보고 결핵을 의료보험에 가입시킬 수 있는 가능성을 검토하고, 그 제도에 대한 연구를 시도해 보았다.

2. 사회보장이념 및 현실에 대한 고찰

2-1. 우리나라의 사회보장의 현실

우리나라의 사회보장 제도의 현실에 대하여서는 서론에 언급한 바 있다. 앞으로 있어야 할 사회보장 제도로서는 전체국민의 건강보장, 실업보장, 노년보장, 아동복지 보장, 신체장애자 복지보장, 정신박약자 복지보장 등이 있다.

2-2. 선진국가의 사회보장 현실

자유 민주주의 정치 이념에 입각한 선진국가들의 사회 보장에는 국민의 최저 생활을 보장하고 있으며, 완전 고용정책을 수립하여 빈곤의 원인인 실업을 규제하고 나아가 교육 문화생활 환경 등에 관한 전국민의 복지를 보장하고 있다. 현재 소위 자유진영국가들 중에서

발달된 국가로 인정받는 나라는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드, 영국을 들 수 있다고 하며, 다음으로 잘된 나라 서독, 불란서, 일본, 이태리, 호주, 뉴질랜드 등이다. 이들 나라에서는 국민의 질병, 노동제해 사망, 폐질, 임신, 분만, 보육, 가족부양, 미망인, 고아, 소독감소 또는 상실로 오는 생존의 위협, 사회생활상의 사고 등에 대하여 국가 보장 제도가 되어있다.

2-3. 사회보장 제도의 이념

사회보장제도라는 것은 누구 누구를 위해서 하는것이 아니라 전국민이 다 한 겨레라고 인정하고 또 각자가 자기의 사회적 책임을 완수하는데 있어서 이것이 가능할 수 있도록 환경조성을 하는데 필요한 상호의 협력을 국가적으로 발전시킨 것이며 노력과 협동 정신의 발휘 없이는 이루어 질 수 없는 것이다. 그러나 이러한 일이 시초에는 의례히 기업주와 근로자 혹은 정부와의 사이에 마찰이 있기 마련이고 또 이사회 보장제도의 규모와 포함범위의 결정을 하는데 있어서는 여러가지 의견의 차이가 있을수 있을 것이다.

또 이 제도를 실천하는데 있어서도 정부가 전담하느냐 혹은 일부를 사기업체인 보험회사나 협동조합등에 위임하느냐 하는 것은 각국가의 정치이념에 따라서 다를 것이다.

2-4. 결핵, 심장보험

싱가폴 공화국의 결핵심장 보험은 특이한 예로서 들 수 있다. 싱가포르 공화국의 일반 의료보험 제도는 알수 없으나 영국식 행정을 따르고 있는 이나라에서의 의료 제도는 보험이 없다 하더라도 국가가 운영하는 병원에서 무료 치료를 받을수 있는 제도가 결핵에 한하여서는 확립되어 있다.

선진국에 비해 손색없는 치료가 실시되고 있고, 일차약, 이차약을 필요에 따라 거의 제한없이 사용하며, 입원, 수술이 필요하면 무료로 시행된다. 이런 견지에서 보면, 결핵보험의 필요성은 없는 것으로 생각되기도 했다. 그러나 실제로는, 1968년 말 현재로 인구 약 2,000,000의 싱가포르 공화국에서 48,042명의 보험가입자가 있으며 이 숫자는 우리나라의 인구를 30,000,000으로 생각했을 경우의 720,630명에 해당하는 것이다.

상기 싱가포르의 보험 가입자 중에서 새로히 환자로 발견된자는 110명이었고 이들 환자는 도합 1,160일의 병가를 허용받았으며 이는 일인 평균으로 따져보면 10.5일(연간)의 병가밖에 안되며 실효치료 환자로서는 의외로 짧은 병가라고 하겠다.

여기서는 근로기준법의 강력한 뒷받침이 있어서 근로자의 병가지는 고용주가 원금을 지불해야 하는 의무가

있는데 결핵환자가 보험에 가입하므로써 평균 병가일이 단축되어 기업주에게 이익이 돌아가는 것이다.

우리나라에는 보험으로 받는 이익에 대해서 환자나 기업주의 인식이 부족한데다 근로기준법의 뒷받침도 약한것이 사실이지만 이런 특이한 결핵심장보험(단일질환에 대한 보장 보험)은 전체적인 일반 의료 보험이 불가능한 시점에 있는 개발도상국가가 채택 가능성을 검토해 볼 가치가 있는 것으로 생각된다.

3. 결핵보험제도 계획 수립의 참고자료

3-1. 항결핵제

일차약으로서는 Nydrazid(INH), paraamino-salicylicacid(PAS) Streptomycin(SM)이 있으며, 이차약제로서는, prothionamide(1321), Ethambutol(EMB), Pyrazinamide(PZA), Kanamycin(KM), Cycloserine(CS), Capreomycin(CM), Rifampicin(RF) 등이 있다. 치료의 원칙은 삼자병합을 원칙으로하고 초치료에는 일차약을 사용하고, 일차약 내성확득시에 이차약을 사용한다. 여기에서는 최소 치료기간을 18개월로 했다.

3-2' 항결핵제 가격표

항결핵제 가격은 현재 서울시내 모 결핵전문 진료소(비영리기관)에서 실시하고 있는 수가를 기준으로 하여 비용의 추리를 하였다. 다음표는 그 진료소의 수가 규정표이다.

표 1. 약 품 수 가

약 명	수 량	mg	수 가
PAS	1 정	0.5gm	1원
SM	1 병	1gm	50 "
INH	1 정	100mg	2 "
1321	1 정	125mg	30 "
ETB	1 정	250mg	40 "
PZA	1 정	250mg	20 "
KM	1 병	1gm	500 "
CS	1 갑	250mg	70 "
RF	1 갑		330 "

3-3. 보험시범 사업소 년도별 현황

다음표는 보사부 의료보험 시범사업소로 설정된 봉명 광임소와 호남비료의 연도별 피보험자의 현황이다.

표 2. 연도별 피보험자 현황

조 합 별	년 도					
	1966		1967		1968	
	피보험자	부양가족수	피보험자	부양가족수	피보험자	부양가족수
호 남	655	2,036	719	2,781	660	2,607
봉 명	625	2,642	640	2,792	580	2,565
계	1,190	4,678	1,359	5,573	1,240	5,171

3-4. 의료비

다음표는 봉명광업소, 호남비료의 보험사업의 의료비 지출실태를 연도별 조합별로 표시한 것이다.

표 3. 연도별 조합별 의료비(단위 1,000)

	년 도								
	1966			1967			1968		
의료비부담	호남	봉명	평균	호남	봉명	평균	호남	봉명	평균
조 합 부 담	335	175	250	439	538	398	678	474	576
환 자 부 담	118	82	100	183	166	175	275	209	242
계	453	257	350	620	524	572	953	683	818
의료비증가율			100	137	204	164	210	268	234
수지실적비교	+	+		+	+		+	-	
과 부 족	374	647		842	221		143	120	

3-5. 보험수혜자(피보험자와 가족) 10,000명당 치료비

표 4. 보험수혜자 10,000당 치료비(단위 1,000)

치 료 비 부 담 별	년 도					
	66		67		68	
	호남	봉명	호남	봉명	호남	봉명
조합부담	1,288	536	1,249	1,043	2,075	1,507
환자부담	454	251	523	484	842	665
계	1,742	787	1,771	1,527	2,917	2,172
수지실적비교	+	+	+	+	+	-
과 부 족	1,437	1,980	2,405	643	437	381

상기표는 Ⅲ-4를 보험수혜자수를 10,000으로 하고 환산된 치료비이다.

3-6. 결핵 유병률

1970년도에 실시한 전국결핵 실태조사 보고(대한결핵협회)에 의하면 5세 이상의 인구에서는 100명중 4.2명이 엑스선상의 활동성 결핵환자이고, 1,000당 7.6명은 세균학적으로 균이 증명된 개방성 환자인 것으로 밝혀졌다.(다음표 참조)

표 5. 결 핵 유 병 율

년 도	엑스선상의 유병율	세균학적인 유병율
1970	4.2	0.76
1965	5.1	0.93

유병률 상으로 추산하면 인구 10,000명중의 결핵환자는 420명이 된다. 보험에서 혜택을 받을수 있는 환자는 보험 가입(창설당시) 당시에 환자는 제외되는 것이 원칙이어야 하기 때문에 여기에서는 제외되어야 한다.

3-7. 연간 결핵환자 발생률

표 6. 연간 결핵환자 발생률

나 라 별	연간 결핵환자 발생률		
	기 간	엑스선상의 발생률	세균학적인 환자발생률
한 국	1969—1970	0.60	0.33
한 국	1970—1971	0.35	0.24
일 본	1953—54	0.37	
일 본	1963—64	0.17	0.01

상기표는 1971년 11월 27일 부산에서 개최된 제33차 결핵학술대회에서 발표된 것으로 1970—1971년 결핵환자 발생 실태조사 결과를 예비 발표한 것으로 차후 약간의 수정이 있을수 있다는 전제하에 발표되었다.

이에 의하면 세균학적인 발생률과 엑스선상의 발생률의 비가 일본에서는 1:17인데 비해, 한국에서는 24:35 약 1:1.45로 큰 격차가 있어 한국의 엑스선상의 발생률 약간 높은 쪽으로 정하고 이를 기준으로 하였다. 1969—1970년 사이의 발생률은 0.60%인 것은 조사대상이 통계학적으로 전국의 대표가 될 수 없어서 임의로 이 보다는 약간 낮은 그러나 0.35% 보다는 높은 0.5%를 기준했다.

3-8. 조합원 10,000명당 연간신환 발생추산

연간 결핵환자의 발생수는 0.5%의 발생률을 적용시키면,

$$10,000 \times 0.5\% \times \frac{1}{100} = 50명$$

즉 10,000명의 보험수혜인원 중에서는 연간 약 50명의 결핵환자가 발생할 것으로 추산할 수 있다.

3-9. 약품비

약품비 추산은 현재 서울 모 결핵전문 진료소(비영리 기관)의 수가 규정을 참고하였다.(표 3-2 참조)

아이나 100mg 1정=2원

아이나 1일 소요량=4정

아이나 월 소요량=4정×30일

아이나 연간 소요량=4정×30×12

환자 1인당 아이나 연간 약품비=2원×4×30×12=2,880원

파스 0.5g 1정=1원

〃 1일 소요량=20정

〃 월 소요량 20정×30

〃 연간 소요량 20정×30×12

환자 1인당 파스 연간 약품비 1원×20×30×12=7,200원

S.M 1gm 1병 50원

〃 1일 소요량 1병

〃 월 소요량 1×30

〃 초 3개월간 소요량 1×30×3

〃 9개월간 소요량 1×2×34주

연간소요량 1×30×3+1×2×34

연간약가 50×30×3+50×2×34=7,900원

1인당 INH+PAS+S.M 연간약값 2,880원+7,200원+7,900원=17,980원

3-10. 제검사비

엑스레이 1회 800원 년 4회 3,200원

도 말 1회 50원 년 2회 100〃

배 양 1회 100원 년 2회 200〃

계 3,500〃

3-11. 환자 일명당 제비용

약품비 17,980원

제검사비 3,500원

계 21,480원

3-12. 보험 수혜자 10,000명중의 환자치료 총비용

3-8에 의하여 50명환자를 예상하므로

21,480원×50=1,074,000

3-13. 기업체 근로자 인원 현황(1968년도 현재)

※ 표 7참조

3-14. 근로자와 가족비율 ※ 표 8참조

3-15. 근로자 전체 가족의 추산(1968년말 현재)

3-14에서 근로자 : 부양가족=1:4

전근로자수 622,894×4=2,491,396명으로 추산된다.

고로 보험수혜 전체인원은=근로자+가족

즉 622,849+2,491,396=3,114,245명으로 추산된다.

표 7. 기업체 근로자 인원현황(1968년도 현재)

업체수및 근로자수	단 위 인 구				계
	50-499	500-999	1,000-1,999	2,000 이상	
기업체수	3,896	122	42	15	4,075
근로자수	437,222	84,128	57,593	43,906	622,849
백 분 률	70.2	13.5	9.3	7.0	100.0

표 8. 근로자와 가족비율

년 도			피 보 험 자	부 양 가 족
66	호 남		655	2,036
	봉 명		625	2,642
67	호 남		719	2,781
	봉 명		640	2,792
68	호 남		660	2,607
	봉 명		580	2,565
총 계			3,789	15,422

근로자 : 부양가족=1:4(약)

3-16. 근로자의 월평균 월급

보사부에 의하면 1968년도 조사에서 근로자의 월평균 수입은 11,000원으로 추산하고 있다. 그동안의 월급의 인상을 고려하여 여기 보험료 추산에서는 근로자의 평균 월급을 15,000원으로 정하고 추산하였다.

3-17. 전근로자(가족포함) 결핵보험 소요예산 추산

(1968년말 현재 기준)

3-12와 3-15에서

$$1,074,000 \times \frac{3,114,245}{10,000} = 334,471,911$$

약 3억 3천 4백만원이 약품과 제검사에 소요될것으로 추산된다.

3-18. 적정선의 보험을 추산

3-16에서 언급한 바 있지만 여기서는 근로자의 월평균 월급을 15,000원으로 기준하고 추산하였다.

3-17에서 전체 소요 금액은 334,471,911원이며 전체 근로자수는 622,849(1968년말 현재)이다.

고로 전체소요금액의 전 근로자의 월금액 전체의 백분율은

$\frac{334,471,911}{15,000 \times 622,849 \times 12} \approx 0.0029$ 로서 월급의 약 0.29%에 해당된다.

기업주와 분담하는 경우는 약 0.19%로 금액으로 따지면 월평균 일인당 약 28원이 된다.

이상의 비용이 보험을 시작하게 될 경우에 일차년도에 소요되리라고 생각된 금액이다. 이차년도에는 약간의 예산이 달라지게 된다.

3-19 일차약 실패자의 추산

일차약(INH, PAS, SM)의 실패자의 추산은 힘든다. 그러나 대체적인 추산은 불가능한 것은 아닐지 모른다. (큰 오차를 인정한다면)

선진국의 보고로는 일차약만으로도 균양성자를 90% 음전시킬 수 있다고 한다.

대체적으로 보험에 가입한자중에서 발생하는 환자 치료의 성공율은 이를 상회하리라고 추산할 수 있을 것이다.

그 이유로서는 두가지를 들 수 있을 것이다.

일반에서의 통계는 환자들이 이미 결핵의 증상을 가진자들로서 진단되어 치료를 받은 결과에서 얻어진 것이며 양성자에서 균음전된 것을 기준한 것이지만, 보험 가입자 중에서 발견되는 환자는 매년 집단검진에서 이상의 가까운 상태에서 조기 발견되는 환자들이기 때문에 개방성 환자의 수도 극히 소수일 것으로 예측되기 때문이다. 그 이유는 보험 창립시에는 신체검사가 필요하며 이때의 결핵환자는 제외되어야 하기 때문이다. 이런 견지에 과학적이라고는 할 수 없어도 일차년도의 치료 성공율을 95%로 보고 실패자는 5%로 하고 추산하였다.

그리고 이차약도 가장 보편적으로 사용되는 1321, EMB, PZA, 삼자에 국한 시켰고 RF과 같은 고가 약품에 대해서는 제외하였다.

그리고, 실험가능성이 희박한, 제검사, (내성, 단층촬영등,) 및 입원, 수술은 고려하지 않았다.

3-20 약 품 비

1321	250mg	1정	30원
//	1일	소요량	4정
//	월	소요량	4정×30
//	년간	소요량	4정×30×12
가) 환자 1인당 1321년간약값 $30 \times 4 \times 30 \times 12 = 43,200$			
EMB	250mg	1정	40원
//	1일	소요량	4정
//	월	//	4정×30
//	년간	//	4정×30×12
나) 환자 1인당 EMB 연간약값 $40 \times 4 \times 30 \times 12$			

=57,600

PZA	250mg	1정	20원
//	1일	소요량	4정
//	월	//	4정×30
//	년간	//	4정×30×12

다) 환자 일인당 PZA연간 약값

$$20 \text{원} \times 4 \times 30 \times 12 = 28,800$$

라) 환자일인당 1321, EMB, PZA, 삼자병합치료 연간 약값 = $43,200 + 57,600 + 28,800 = 129,600$

마) 보험수혜인원 10,000명의 치료 실패자 추산

$$50 \text{명} \times \frac{5}{100} \text{실패율} = 2.5 \text{명}$$

바) 보험수혜인원 10,000명의 일차약 치료 실패로 이차약 사용약가의 추산 $129,600 \times 2.5 = 324,000$ 원
2차약은 일차년도에는 불필요한것을 원칙으로 했다.

3-21 전체보험수혜자 (근로자와 가족)에 대한 이차약의

약값추산 (1968년 말 현재 기준)

가) 치료 실패자 추산

$$50 \times \frac{3,114,245}{10,000} \times \frac{5}{100} \approx 778 \text{으로 약} 778 \text{명이다.}$$

나) 약값 = $129,600 \times 778 = 100,812,800$

다) 실패자의 재검사비 $3,500 \times 778 = 2,723,000$

3-22 이차년도의 약품비

이차년도의 약품비용은 가) 5%의 신환자와 나) 일차년도에서 이월해오는 환자와, 다) 이월환자중의 일차약 실패자 이차약 사용비용으로서 구성된다.

가) 5%의 신환의 비용은 일차년도와 동일하다.

334,471,911원

나) 이월환자

결핵의 치료는 2년전후 필요하지만 여기서는 평균 1년 6개월을 기준으로 했다. 이렇게 되면 이들 이월환자에게는 아이나 파스의 유지량을 투여할 필요가 생긴다.

환자 1인당 아이나, 파스—의 연간 치료는 각각 2,880원 7,200원 이므로(3-9참조)

$$\text{아이나+파스의 6개월간의 치료는 } \frac{2,880}{2} + \frac{7,200}{2}$$

=5,040원 전체보험수혜자 아이나+파스 유지치료비는 $5,040 \times \frac{50}{10,000} \times 3,114,245 = 78,478,974$

다) 이월 환자 재검사비

$$1,750 \times \frac{50}{10,000} \times 3,114,245 = 27,249,643$$

3-23 이차년도의 전체 비용은

$$334,471,911 + 78,478,974 + 27,249,643 + 60,710,000 = 500,909,394$$

3-24 이차년도 근로자 보험율의 추산 (1968년도 말 기준)

보험 수혜자 추산수 3,114,245명에 소요되는 전체비용 543,736,327원은 근로자 622,849명의 평균 월급을 15,000으로 하였을 때의 약 0.48%에 해당하며 기업주와 근로자가 분담할 경우 약 0.24%로서 금액으로 따져 약 36원이 된다.

4. 우리나라의 결핵관리 현황과 제도

현재 우리나라의 결핵치료는 국가가 전적으로 보장한 형식으로 무료 진단과 치료가 전국 192개소의 보건소망을 통하여 실시되고 있다.

치료의 질에 있어서는 국가의 경제적 여건의 취약성 때문에 INH, PAS, SM, 등의 일차약에 국한되어 있으며, 2차약을 자유롭게 사용하는 선진국이나 싱가포르에 비하면 너무도 큰 차이를 보여주고 있다.

또한 전국에 산재하고 있는 종합병원, 시, 도립병원, 개업의 등에서도 결핵환자를 치료하고 있지만 치료비에 대한 보장이 없어서 경제능력이 있는 환자는 계속 치료를 받을 수 있겠지만, 경제능력이 없는 자에게는 양질의 치료 보장 제도는 없다. 그리고 현재 정부의 재정 형편으로서는 싱가포르 등지에서 시행되고 있는 국가부담의 2차약 사용은 그 전망이 요원하다고 생각된다. 이런 견지에서 어떤 조직체에 근무하는 근로자들은 기업주의 협조를 받아 자신들의 건강을 자신들이 연대적으로 책임을 지는 보험제도의 창설은 일정한 율의 보험료 부담이 최저 생활의 위협이 되지 않을 경우에는 가능할 것이라고 말할 수 있으며, 현재의 무보장 상태의 불우한 현실 극복의 실마리가 될 수 있을 것이다.

4-1 보험제도의 의료공급기관

보건사회부는 의료보험법 시행령을 초안하여 1971년도 하반기에 법제처에 회부하였으나 의료기관 지정문제에 대한 의협의 항의에 부딪쳐 다시 재고 하도록 보사부로 반송된 사실이 있다. 의협측은 환자에게 의료기관 선택의 자유를 부여하라고 주장하고 있다. 현재 대부분의 국가에서 실시되고 있는 의료보험 제도는 의료기관 선택은 환자의 자유에 속한다. 환자는 개업의를 포함하여 어디서든지 치료를 받을 수 있다.

4-2. 결핵전문의로 구성된 지역별 심의 위원회

어떠한 경우에서도 질병에 대한 일정한 진단기준과 치료 원칙이 있지만 특히 결핵보험에 있어서는 이의 필요성이 더 많은 것이다.

상기 표는 1969년 결핵 및 호흡기질환 7월호 Vol 16 No3에 발표된 것이다. 다음의 표에 의하면 보건소에서

경증으로 진단한 597명의 환자중 조사자(결핵전문의)는 371명은 결핵으로 진단되어 보건소 진단과 일치하였으나 정상이 146명 비활동성 및 진단보류 56명, 비결핵중 56명으로 진단 불일치는 계 218명으로 30%가 상회하는 불일치를 보이고 있다.

표 8. 진단의 차이

보건소판독	조 사 자 판 독			
	폐결핵	정상	비활동성 혹은 진단보류	비결핵
경 중	371	146	56	16

보험제도 하에서도 이런 결과가 나올 수 있다고 가정할 때, 불필요한 환자의 치료로서 보험기금의 낭비를 예상 할 수 있다.

현재 일본에서도 지역별로 결핵심의 위원회가 조직되어 있어, 개업의가 결핵 환자를 치료하려면, 일단 엑스선 사진 과거력, 치료 방향을 결핵 심의 위원회에 제출하고 인정된 경우에 환자치료를 시작하고 치료비를 신청 할 수 있는 제도가 되어 있다.

우리나라에서도, 이런제도는 모방할 가치가 있다고 보며, 지역별로 결핵전문의, 방사선 전문의, 우수한 개업의로서 결핵심의 위원회를 조직하고 사전 승인 후에 치료에 임하는 것이 낭비를 방지하는 결과가 될 것이다.

5. 기타 참고 자료

가) 일본의 결핵치료비 지불실태

표 9. 결핵 실태조사에서 발견된 환자의 의료비 지불 방법.

실 수	총 수	입원중	재가 치료중	취업 치료중
총 수 (%)	468 100.0	84 100.0	150 100.0	234 100.0
비용자보험본인	25.2	22.6	12.7	34.2
비용자보험가족	19.2	10.7	23.3	19.7
국 세	41.9	39.3	48.7	38.5
비용자보험가족+생보	0.4	—	0.7	0.4
생활보호	4.7	1.2	10.0	2.6
전 액 자 비	1.5	1.2	1.3	1.7
기 타	7.1	25.0	3.3	3.0

일본의 결핵환자는 거의 전원이 여러가지 형태의 보
험 혹은 기타 방법으로 보장된 치료를 받고 있음을 알
수 있다. 자비치료를 받는 자는 입원환자, 재가치료,
취업치료중에서 각각 1.2%, 1.3%, 1.7%를 점할뿐 대
다수가 여러가지 방법으로 보장되고 있음을 알수 있다.

우리나라에서는 보장된 치료는 보건소 뿐이며, 그 나
마 일차약과 재가치료에 국한 되어 있다. 일본은 필요
에 따라 재가, 입원, 수술이 가능하고 일차약, 2차약도
필요에 따라 자유롭게 사용 할 수 있는 현실과 비교하
면 너무도 뒤진 감을 면할 수 없다.

6. 종합적 고찰

여러 각도에서 결핵보험 가능성에 대하여 생각해 왔
다.

첫째 제도면에서, 보건소를 통한 무료 치료사업을 확
장해가는 것은 국가의 부담이 일반적으로 커갈 뿐이
며, 질의 향상의 속도는 지지 부진할 것으로 생각된다

바람직한 제도는 환자의 생활의 위협을 주지 않는 한
도에서 건강할 때, 서로 연대적으로 책임을져서 일정
한 금액을 월급에서 떼어내어 저축하고, 환자가 되었을
때에 치료비 문제로 생활의 위협을 느끼지 않고 이상에
가까운 수준에서 치료를 받고 건강을 회복할 수 있는
제도의 창설이 필요하다. 이런 제도를 완성 시킬 수 있
는 전제 조건으로서, 완전고용이 요구된다.

완전 고용은 실제에 있어서 불가능할 것이므로 무직
자에게는 국가가 보장할 수밖에 없을 것이지만 현재의
보건소의 수준보다는 나은 치료가 배풀어져야 할 것이며
현재 보건소에서 하고 있는 무차별한 무료제도를 지양
하고 이 무직자 환자를 위하여, 특별예산을 책정하여,
환자가 치료받는 기관에 지불하는 제도를 발전시켜 가
야 할 것이다.

이러한 제도의 실천을 위한 준비로서 국가가 현재 할
수 있는 것은 조직체(민간이건, 공공기관이건)에서 보
험의 가능성을 타진해 본다는것은 유익한 일일 것이다.

다행이 보건사회부는 호남비료, 봉명광업소에서 1966
년부터 의료 보험시범사업을 실시한바 상당한 가능성이
보여, 의료보험법 시행령을 제정하려고 하고 있다. 의
료보험은 전질환을 카바해야 하는 것이 상식이지만 보
사부가 추진중인 의료보험에는 결핵이 제외 되어 있다.

완전한 전체적인 의료보험은, 이상적이지만 결핵보험
은 우선적으로 중요한 질환에 대한 부분적인 보장 제도
이다.

보사부는 점진적으로 의료보험을 발전시켜 전 국민에
게 혜택을 줄려고 도모 하고 있다. 우리나라의 현재의
경제적 여건하에서 의료보험에 참가 할 수 있는 조직체

는 소수에 국한될 것이다. 어떤 시점에서 의료보험에
가입할 수 없는 경제능력을 가진 조직체가 있다면, 단
일 질환인 결핵보험을 우선적으로 할 가능성은 없는 것
일까? 이상적인 전체적의료보험에 앞서, 결핵보험을
먼저 발전시켜가는 방법은 타당성이 있다고 생각되므로
저자는 여기에 관련된 다음의 문제들을 해명해 보기로
한다.

6. 치료비문제

6-1-1. 역학적인 현실

치료비 문제에 있어서, 역학적으로 고율의 연간 신환
발생이 있을 시는 보험료 부담이 증가될 것이라는 것은
상식적이다. 다행이도 우리나라에는 결핵실태 조사가 전
국적 규모로 2차에 걸쳐 시행된 바 있으며, 특히 1970,
1971년도에는 연간 발생율의 조사가 되어있어 치료비용
추산에 큰 도움이 되고 있는 것은 다행으로 생각된다.

6-1-2. 일차년도 치료비

3-18에서 언급한 바 있지만 일차년도의 근로자의 부담
은 월평균 수입 15,000원으로 가정하였을 경우 0.29%
이며, 기업주와 분담할 시는 0.19%로 금액으로는 월평
균 근로자 1인당 약 28원으로 결핵보험은 최소의 가능
성을 가진다. 사회적, 경제적건지에서, 근로자 1인당
15,000원의 수입으로서 4명의 부대 가족을 가진 근로자
가 자신의 결핵과 가족의 결핵을 동시에 보장하는 보험
료 월 0.19%의 부담을 하는 것이 타당성이 있는 것인
지 아닌지에 대하여서는 더 연구가 있어야 할 것이지만
상식적으로 판단해서 가능성은 크다고 본다.

6-1-3. 2차년도 치료비

2차년도에는 일차약 치료실패자와, 이월환자치료가
걸쳐 일차년도보다 약간 증액된 부담을 근로자에게 부
과시킨다.

3-24에서 본바와 같이 월평균수입 15,000원의 근로자
는 매월 봉급의 0.24% 약 36원을 보험료로서 지불하여
야 한다.

6-1-4. 치료비 문제의 종합적 고찰

본연구에서의 치료비 추산은 전술한 바와 같이 서울시
내 비영리결핵전문 진료소의 수가에 의한 것이기 때문
에 의료공급자를 일반 개업의에게도 허용할 경우에는
다시 검토되어야 할 것이다. 그러나 현재 우리의 실태
로는 평균 500명이상의 종업원을 가진 기업체에서는
자체의 의무실이 있으며 기업체에 고용된 의사가 있으
므로 자체의 의료시설(지정 치료기관)을 활용하였을 경
우에는 월급의 0.24%의 부담이 사회적, 경제적 건지에
서 타당성이 있을 경우에는 기능성이 있는 것으로 판단
할 수 있을 것이다. 기타 군소 기업체도 지역적으로 연

합하여 의료시설을 운영한다면 가능성이 있는 것으로 판단된다.

6-1-5. 향후 역학적 상태의 전망과 보험

특이한 기업체, 예컨대 방직공장등에 종사하는 독신의 젊은 근로자에게서 발생하는 연간 신결핵환자는 극히 소수일것으로 추산된다.

이는 결핵실태조사의 연령별 유병율로서 추측할수 있다. 결핵은 고령에 갈수록 유병율이 높으며, 따라서 발병율도 높으리라고 추측된다.

표 10. 연령별 X선상 활동성 결핵환자 유병율

연령	1970
계	4.2
5—9	2.8
10—14	1.9
15—19	2.5
20—24	3.7
25—29	2.5
30—34	4.2
35—39	5.4
40—44	6.8
45—49	6.3
50—54	5.8
55—59	8.8
60—64	8.3
65—69	11.4
70—74	17.1
75—79	18.0
80—84	16.7

1972년 중순에는 대한결핵협회가 연령별 연간 환자 발생율도 연어질것으로 알고 있지만 현재로서는 연령별 연간 신환 발생율은 아직 없다.

그리고 비시지 점종율로 볼때, 30세 미만의 인구에서는 상당히 높으며, 20대 전후에는 28-37%의 점종율을 가지고 있다. 따라서 비시지 점종자에게서는 환자 발생은 비시지 비점종자중의 환자 발생보다 약 80% 감소된 것으로 추산된다. 이런 여건들은 보험료 부담을 저하시킬수 있는 요인이 될것이며 추산보험율 0.24%보다 저율을 부담할수 있는 가능성도 있다고 추리된다.

표 11. 연령별 BCG접종율

연령	1970
계	30.3
0	11.3
1	31.2
2	50.1
3	49.2
4	46.5
5	50.4
6	52.0
7	48.8
8	59.5
9	55.4
10	55.6
11	52.5
12	49.4
13	53.5
14	59.4
15—19	37.3
20—24	28.3
25—29	20.5
30—34	7.6
35 over	0.4

6-2. 특수조직체와 보험

중·고·대학에 재학중인 학생들에게 등록금 납입시에 보험료를 납입한다고 가상하면, 경제적으로 별 부담감없이 그리고 근로자의 보험율보다 상당히 저율로서 재학중의 결핵 발병에 대한 치료 보장을 할수 있는 가능성이 크다고 추리된다. 학생만을 보장하게 되면 치료비는 전술한 것보다 상당히 감소 될 수 있을 것이다.

7. 결 론

1) 이웃나라 일본에서는 결핵환자의 약 98%가 보험의 혜택 혹은 기타의 보장세도로 생활의 위험없이 이상적인 치료를 받고 있지만 한국에서는 국가제정의 형편상 보건소망을 통하여 정부로부터 약간의 치료만이 보장되어 있을뿐이고 이러한 식으로 결핵관리가 계속 된

다면 현대국가로서 갖추어야 할 복지사회를 이룩할 길은 너무나 요원하다고 하겠다.

그러므로 질병의 중요성을 감안해서 결핵보험을 우선적으로 실시하는 문제를 검토해 볼 가치가 있다고 판단된다.

2) 현재 실시되고 있는 무차별한 국가부담의 보건소를 통한 최저한의 결핵치료제도를 지양하고 우선 조직체에 근무하는 근로자들이 연대적인 부담을 할수있는 결핵보험을 단계적으로 발전시켜 나가는 방법이 가능하고 효과적이라고 생각된다.

3) 조직체에 근무하는 근로자의 월평균 수입을 15,000원으로 가정하였을 경우 월 봉급의 0.24%씩 근로자와 기업주가 부담한다면 최소한 제일 많이 쓰이고 있는 2차약 1321 PZ1, E.M.B.의 3자 병합요법을 포함할수 있는 결핵보험의 가능성이 있는 것으로 추리된다.

4) 이러한 결핵보험이 실천될 때는 환자의 재량으로 의료기관을 선택하게 하는 것보다는 기업체에 기존하는 부속병원을 활용하는 것이 가장 적절한 제도로 인정된다.

그리고 결핵은 다른병보다도 진단기준과 치료 원칙을 따르는 것이 더욱 필요하므로 지역적인 결핵전문과의 심의제도를 두는 것이 좋다고 본다.

5) 역학적으로 젊은 근로자중에는 비시지 기접종자가 증가하고 있는 경향이며 비시지 접종자의 증가와 기타

여건으로 연간 환자 발생율이 가속도로 감소될 수 있는 환경에 있으므로 보험료 지출의 감소가 예상되며, 또 보험료 부담도 월 0.24%로서 가능하다고 생각되므로 현재 정부가 계획하는 의료보험에서 결핵질환이 제외되어 있는 것은 그렇게 타당성이 있다고 할 수 없으며, 결핵을 의료보험에 가입시켜도 보험료 부담에는 크게 영향을 주지 않을 것으로 전망된다.

참 고 문 헌

- 1) 보건사회부, 대한결핵협회 결핵연구원, 제 2 차 결핵 실태조사 결과 보고.
- 2) 보건소 결핵환자 치료에 관한 평가 보고. 결핵 및 호흡기질환 1969. 7월호 Vol. 16. No. 3.
- 3) 결핵환자 연간 발생을 조사(1970—1971) 중간보고. 대한결핵협회 결핵연구원, 1971년 제31차 결핵학술대회
- 4) 의료보험장기 계획 1970. 1 보건사회부, 의정국 지방의정과.
- 5) Medical Reserch Council(1963) Brit. Med. J. 1, 973-978
- 6) 의료보험 관계 법령집, 보건사회부
- 7) The annual report of Singapore Anti-Tuberculosis Association 1968.
- 8) 결핵실태조사. 일본 결핵예방회 소화 35년.