

發表資料 II

# 醫療保險 財源調達에 관한 세미나

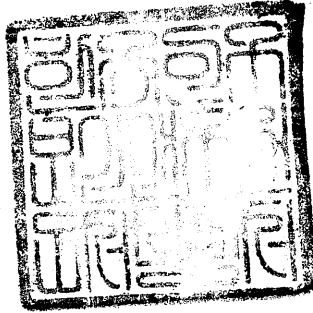
1989. 7. 18~7. 19

스위스 그랜드 호텔

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



王明之印  
印文：王明之印  
印主：王明之

## 目 次

- 全國民醫療保險의

現況과 課題 ..... 鄭 敬 培 ..... 3

- 全國民醫療保險 財源調達의

政策方向 ..... 魯 仁 喆 ..... 29

- 韓國의 保險醫療費 抑制 및

財政安定化 對策 ..... 文 玉 綸 ..... 55



# 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 1〉을 보면 平均保險料率이 公務員・敎員醫療保險이 4.60 %, 職場醫保險이 3.51 %로 나타나고 있다.

公・敎의 平均標準報酬 問題를 367,478 원으로 할때 年間 1人當 保險料는 196,872 이고, 職場의 平均標準報酬問題는 316,522 원이고, 年間 1人當 保險料는 126,791 원으로서 公務員・敎員 醫療保險料가 높게 나타난다.

이는 公務員・敎員의 부양율이 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.

년간 적용인구 1인당 보험료와 급여비의 비율을 보면 公・敎의 경우 77.8 %이고 직장의 경우 76.3 %로서 양자 공히 급여비보다는 보험료를 많이 내고 있음을 알 수가 있다.

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

<表1>

연도별 의료보험 주요지표

|                         | 단 위 | 공 · 교 의 료 보 험 |           |           | 직 장 의 료 보 험 |            |            |
|-------------------------|-----|---------------|-----------|-----------|-------------|------------|------------|
|                         |     | 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                     | 명   | 3.05          | 3.03      | 2.94      | 2.13        | 2.09       | 2.08       |
| 연 평 균 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 균 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 균 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               | %   | 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 금 여 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 금 여 비 | 원   | 153,384       | 151,728   | 153,111   | 105,132     | 93,807     | 96,771     |
| 수 진 륜 (계)               | 건   | 3,140         | 3,003     | 3,232     | 2,860       | 2,696      | 2,731      |
| 임                       | 건   | 0.063         | 0.064     | 0.068     | 0.062       | 0.062      | 0.063      |
| 외                       | 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     |
| 임                       | 원   | 277,597       | 293,040   | 305,443   | 261,186     | 261,186    | 285,811    |
| 외                       | 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 륜               | %   | 1.37          | 1.88      | 1.91      | 1.05        | 1.05       | 1.82       |

자료: 의료보험연합회

## 2. 醫療保險財政現況

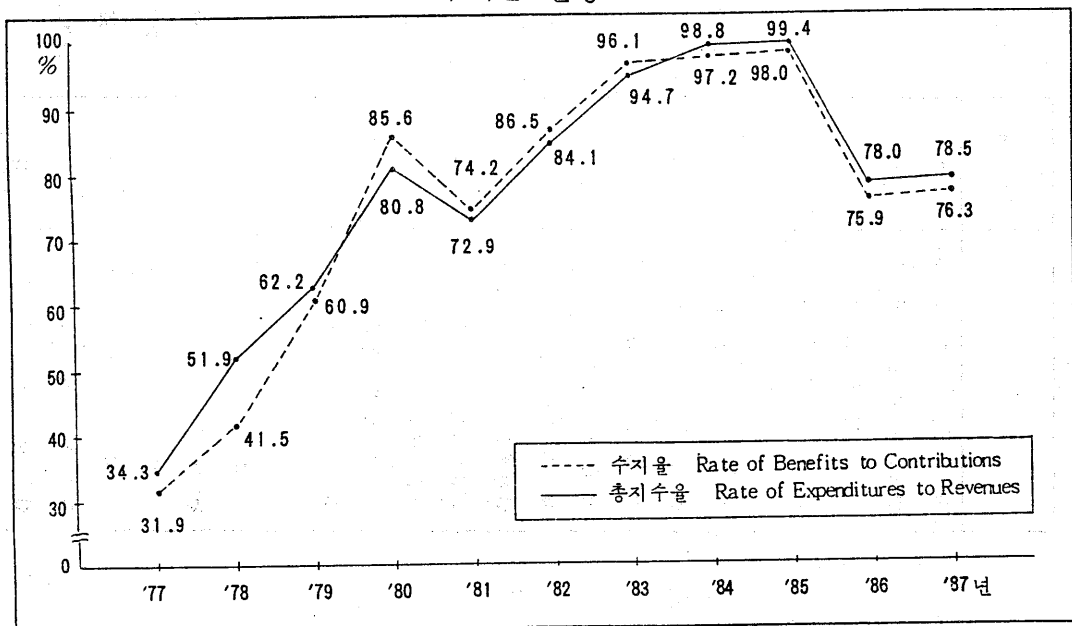
1987년도 의료보험 수입은 직장의료보험이 657,352百萬원이고 支出은 515,862百萬원으로서 적립금누계가 421,839百萬원이다. <表 2>

공무원·교원 의료보험은 230,594百萬원이고 支出은 175,346百萬원으로 누적적립금이 116,972百萬원이다.

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

보험료 수입에 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.

다음 그림에서 본바와 같이 연도별 수지율 현황도 1977년에 연도별 수지율 현황





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

이에 따라 누적적립금 421,839 百萬원 중 준비금보유율이 제일 높은 지역은 부산의 138.5 %이며 제일 낮은 지역은 제주와 전북으로서 각각 53 %와 60.0 %이다.

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

조합운영비는 전국평균이 1 인당 6,643 이며 가장 높은 지역은 역시 제주로서 11,422 원이고, 가장 낮은 지역은 경기로서 6,181 원이다.

각 조합별 재정분석에 따르면 조합마다 1 인당 보험료 부담, 급여비, 수지율, 조합운영비 등이 차이가 있어 사회보험의 형평성이 문제가 제기되고 있다.

# 연도별 조합 재정수지 현황

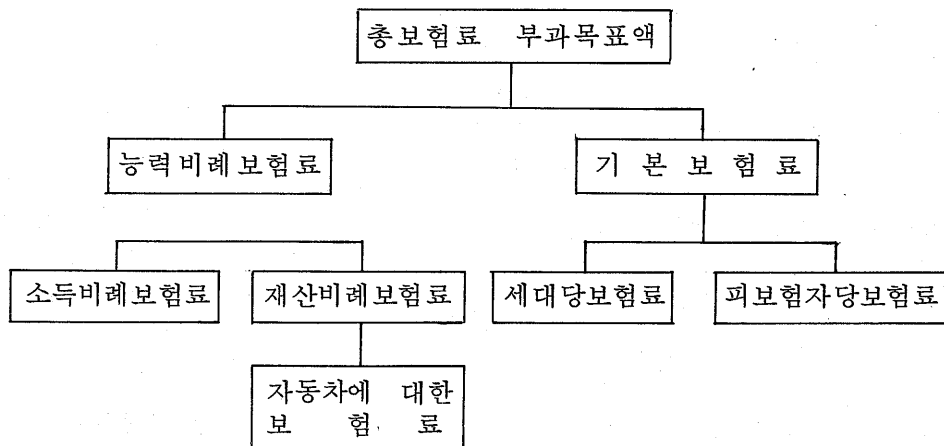
단위 : 천원

|               | 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 급 여       | 116 873 511 | 184 104 522 | 267 348 515 | 338 044 794 | 402 283 698 | 383 199 454 | 460 296 758 |
| 부 가 급 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 |

### 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 따른 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인 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 能力比別 保險額과 基本保險額으로 區分한다. 이 配分比率은 다음〈表-3〉에 나타난 데로 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

< 표준배분율 >

( 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   |     |
| 을 기 본 보 험 료 | 60   | 50  | 40  | 30  | 20  | 10   |     |

$$* \text{ 소득·재산과약율} = \frac{\text{소득·재산중 1개이상 자료가 있는 세대수}}{\text{전체적용세대수}} \times 100$$

配分 할것인가 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을 다음表 에서와 같이 加重値를 들어 높게 適用하고 있다.

< 가 중 치 >

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

具體적으로 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.

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

○ 재산비례보험료 배분을

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

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 世帯의 生活水準을 반영하고 있는 점을 考慮하여 3~5 등급으로 차등부과 한다.

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

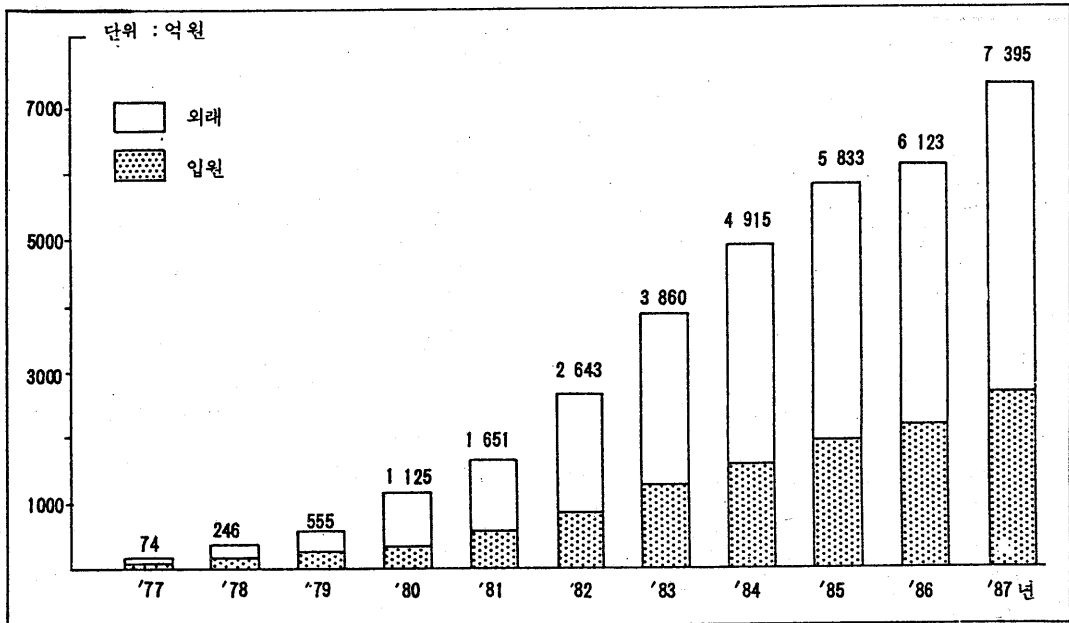
現在 우리나라 經濟水準에 勘案하여 自家用車 所有는 所得水準의 間接的인 表示가 된다. 그러나 事業場勤勞者나 農村地域에서는 自動車에 대한 保險料 賦課가 되지 않고 있음에 비추어 負擔上 형평성이 問題가 될수 있다.

#### 4. 醫療費 現況 分析

1977년 이래 年度別 外來와 入院을 合한 진료비 현황을 보면 매년 20% 이상 증가하고 있다. 의료비 구성의 내역을 보면 호흡기계 질환이 37.2%로 가장 많고, 소화기계통의 질환은 19.5%로 두번째이다. 다음이 신경계통질환, 피부계통질환 등의 순서이다.

진료과목별로 보면 내과가 43.5%, 이비인후과, 치과, 외과의 순서이다.

연도별 진료비 현황



연도별 요양 및 분만급여 실적을 보면 <表 5> 진료비에 있어서 본인 부담율이 1980년에 39.3%, 1984년에 32.3%, 1987년에는 37.6%이다.

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

본인 부담제는 自己統制에 의한 의료비상승억제 효과 있겠으나, 모든 가입자에게 일정율을 적용하는 것은 소득재분배원칙을 위배하고

<表 5> 연도별 요양 급여실적

| 수 급 자 |            |             |             |             |                |            |            |
|-------|------------|-------------|-------------|-------------|----------------|------------|------------|
|       | 진료건수       | 진 료 비       |             |             | 본인<br>부담<br>비율 | 건 당<br>진료비 | 일 당<br>진료비 |
|       |            | 계           | 조합부담        | 본인부담        |                |            |            |
|       |            | 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 소득의 크기에 따라서 차등비율을 적용하여야 할 것이다. 그렇게 하므로써 의료이용에 대한 코스트를 느낄수 있어서 의료비억제 효과를 나타낼 수가 있을 것이다.

## 5. 醫療資源供給現況

우리나라 의료기관분포 <表 6>를 보면 1983년 이래 매년 4%~7.7%씩 증가하여 왔다. 그러나 병원수는 1987년에 오히려 감소현상을 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 의료시설이 不足하고, 의료인력의 質이 떨어지기 때문에 全國民을 대상으로 하고 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.

〈表 6〉

의 료 기 관 분 포

( 단위 : 개소 )

|      | 1983   | 1984   | 1985   | 1986   | 1987   |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 계    | 13,674 | 14,216 | 15,154 | 16,066 | 17,311 |
| 종합병원 | 156    | 170    | 183    | 193    | 205    |
| 병원   | 282    | 310    | 317    | 318    | 305    |
| 의원   | 7,252  | 7,584  | 8,069  | 8,570  | 9,089  |
| 특수병원 | 11     | 13     | 13     | 15     | 18     |
| 치과병원 | 2,522  | 2,752  | 2,996  | 3,278  | 3,599  |
| 한방병원 | 2,519  | 2,628  | 2,791  | 2,957  | 3,235  |
| 부설의원 | 236    | 256    | 279    | 262    | 356    |
| 조산소  | 696    | 503    | 504    | 473    | 504    |

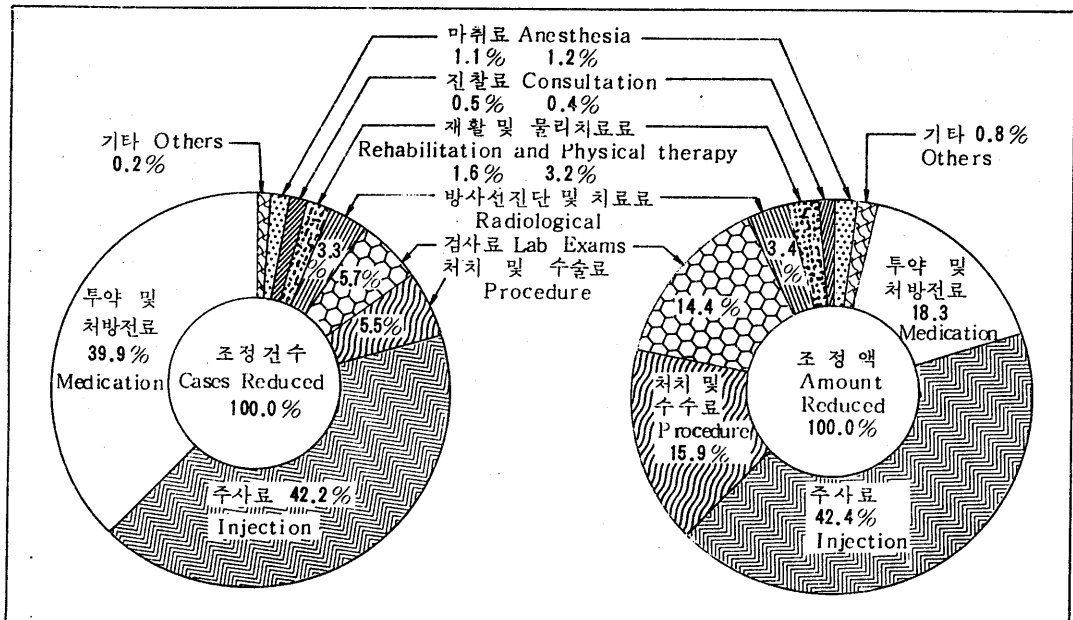
자료 : 보건사회부

## 6. 醫療酬價 審査調整 現況

의료보험 진료비심사건수는 약 40 %가 투약 및 처방진료이며, 주사료가 42.2 %에 해당하여 투약과 주사가 진료비조정건수의 82.2 %에 해당함을 볼 수가 있다.

진료비 지불제도가 법정시한인 30 일이 지켜지지 않고 과다하게 지연되므로써 병원의 경영압박의 요인이 되고 있다. 그러므로 의료보험진료비 심사기구는 독립성을 보장해야 하며 그 구성원은 피보험자대표, 의료공급자대표, 사용자대표, 공익대표 등으로 구성하여 중립성과 독립성을 보장해야 한다.

〈表 7〉 심사조정 항목별 조정건수 및 금액비율



의료비심사에 있어서 큰 논쟁이 되고 있는 것은 의료수가가 물가상승에 미치지 못하다라는 것이다. 그러므로 기준 시점을 중심으로 하여 물가지수에 연동시키는 슬라이딩제를 도입하는 것이 바람직 할 것이다.

## 7. 醫療保險財源調達의 原則

사회보장재원조달원칙으로서 의료보험이 사회보험의 성격을 띠어서 가입이 강제성을 가지게 될때 의료보험의 재원조달방식의 결정과 정책방향은 다음과 같다.( Abel Smith )

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

의료보험 재원조달방식이 보험방식일때는 조세방식보다 소득재분배 효과가 적다. 그 이유는 보험방식이 의료보험제도 내에 포함 되어 있는 특정한 피보험자만 대상으로 하여 보험료에 준한 진료비 급여를 받기 때문이다.

한편 조세방식은 전국민을 대상으로 하기 때문에 고소득층에게는 높은 세율을 부과하고 저소득층에게는 낮은 세율을 적용하므로 소득재분배의 효과가 크게 나타난다.

우리나라의 경우 소득불균형과 소득계층간의 위화감을 조성하는 원인을 제공하는 고소득층의 부동산 투기와 사치성소비를 억제하는 특별소비세는 사회복지재원으로 전환하여 만성적인 적자를 시현하는 의료보험조합을 지원하여야 할 것이다.

2) 富의 世襲防止 → 社會的 不平等의 原因이 당대의 소득에만 의존하는 것이 아니라 전세대의 부의 세습과 빈곤의 세습 때문에 다음 세대가 역시 부와 빈곤에 있어서 불평등을 받게 된다. 그러므

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

〈表 9〉

財源調達原則

| 財源調達基準     | 政 策 効 果                                                                                                          |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) 所得再分配   | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 租稅方式再分配效果 &gt; 保險方式效果</li> <li>－ 所得不均衡原因者負擔 ( 特別消費稅 )</li> </ul>        |
| 2) 富의 世襲防止 | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 相續稅・贈與稅</li> <li>－ 不動產 投機稅</li> </ul>                                   |
| 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    | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 고용수준이 높을때 ( 社會복지수입증대정책 )</li> <li>－ 고용수준이 낮을때 ( 社會복지지출증대정책 )</li> </ul> |
| 5) 資本集約度   | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 높을때는 資本利得에 增稅</li> <li>－ 낮을때는 資本利得에 減稅</li> </ul>                       |
| 6) 老齡人口率   | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 높으면 租稅方式</li> <li>－ 낮으면 保險方式</li> </ul>                                 |
| 7) 國際競爭力   | <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 價格競爭力低下 ( 社會복지 財源조달이 수<br/>출상품가격인상을 자극할 때 )</li> </ul>                  |

들의 생활의욕을 박탈하는 결과를 초래하기 때문에 不動産投機稅를 부과하여 그 원인을 제거하고, 그 결과 나타나는 저소득층에게 재분배하는 財源으로 사용하여야 할 것이다.

3) 生産性向上 → 사회복지지출은 한 나라 국민경제의 능력범위 내에서만 가능하다. 국민경제의 부담능력을 초과할때는 생산력의 잠재력을 잠식하게 된다. 또한 사회보장제도가 국민경제에 미치는 영향은 첫째로 경기변동에 있어서 자동적 안전장치의 역할을 하기 때문이며, 둘째로 사회보장제도에 의한 사회복지 지출은 상향진축적이고 하향경직적이기 때문에 계속해서 증가는 하지만 감소하기란 지극히 어렵다.

한편 사회보장수입은 그 재원조달의 방식에 따라서 생산요소중 임금에 부과하느냐 자본에 부과하느냐에 따라 임금에 부과하게 되면 근로의욕이 저하되고, 자본에 부과하면 투자가 감소하게 된다. 그러므로 두 생산요소中 어느것이 더 많이 부담을 지우느냐 하는 것은 국민경제의 자본장비율에 따라 달라진다.

4) 雇傭水準 → 사회보장 재원조달에 있어서 국민경제의 고용수준이 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도가 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.

## 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. 이같은 課題 <表 8>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 不足할 경우 이를 보완하기 위한 租稅方式의 混用이 필요하다. 이번 도시지역의료보험이 실시되면서 부터 소득과약이 곤란한 도시자영자에게 보험료를 부과하는데 있어서 소득·재산과약을 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 관건이 된다. 현행 의료보험재정방식에 있어서는 필연적으로 赤字組合이 있는가 하면 赤字를 시험하는 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.

만약에 赤字의 원인이 노인의료비나 만성병 진료비 때문이라면, 사회복지재원에서 전국적으로 일관된 정책하에서 별도 조치가 있어야 할 것이다.

〈表 8〉

의료보험의 과제 및 정책방향

| 醫療保險課題       | 政 策 方 向                                                                                                 |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) 의료보험재원조달  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보험료부과 기준설명, 소득과약전산화</li> <li>- 보험방식과 조세방식의 혼합</li> </ul>       |
| 2) 의료보험재정안정  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인의료비·만성병진료비 국가부담</li> <li>- 적자조합의 재정안정 기금운용</li> </ul>        |
| 3) 의료비억제방안   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 본인부담제의 차등누진제도</li> <li>- 일부 포괄수가제 도입 (진료표준화 가능한 질병)</li> </ul> |
| 4) 지불심사기구    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료보험진료비 청구 심사의 신속</li> <li>- 의료공급자의 참여</li> </ul>              |
| 5) 관리운용기구    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료보험조합의 경영합리화, 행정간소화</li> <li>- 사회보장체계의 지방지소로 체계화</li> </ul>   |
| 6) 의료공급확대    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국공립병원 증설, 보건소확대</li> <li>- 공중보건의 활용강화·인턴수료후 임용</li> </ul>      |
| 7) 의료수가의 적정화 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료수가 심의기구 중립성, 독립성</li> <li>- 물가상승에 연동 Slide제 도입</li> </ul>    |
| 8) 의약분업      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의약분업의 단계적 실시방안</li> <li>- 약국의 의료보험 참여</li> </ul>               |

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

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

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

수요자인 피보험자는 본인부담제를 소득에 따른 차등부과 하므로써 부담을 느끼게 하고, 의료서비스 공급자인 병의원의 경우에는 일부 포괄수가 제도를 도입하여 진료행위가 표준화 될수 있는 간단한 질병은 단일수가로 하여 행위별 수가 제도와 혼용함이 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 물가연동제 등을 강구하여야 할 것이다.

5) 의료보험의 관리운영기구의 경영합리화에 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 형평성을 보장하여야 하며 제도의 합리적 운용을 위해서, 벽지의 무의촌에는 국공립병원 혹은 보건소등을

확충하여야 한다.

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

7) 의약분업을 통하여 의사와 약사의 분업을 유지하프로서 약의 남·오용을 방지하기 위하여 부분분업으로 부터 단계적으로 완전분업에 이르기 까지 확대하여야 한다.

이렇게 하프로서 국민들을 약화로 부터 보호하고 약국에게는 의료보험에 참여시켜서 기회균등을 보장하게 된다.



# 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)

## I. 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 2천 8백여 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 擧論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가 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 側定基準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 의 존하는 것이 가장 公平한 賦課方法이라고 알려지고 있다. 그러나 이 때에도 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의 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를 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 분출될 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.

## II. 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. 最近 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적으로 作用한 結果라고 할 수 있겠으나 가장 重要的 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.<sup>1)</sup> 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 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의 問題點과 改善方案研究, 韓國農村經濟研究院, 1988.5.

家の 保險料負擔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 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  | 家 族 家 口 |      | 備 考 <sup>*</sup> |
|-------|------|---------|------|------|---------|------|------------------|
|       |      |         |      |      |         |      |                  |
| 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 | 30.3             |

\* 基本保險料만이 賦課되는 家口の 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 위화감을 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 뿐만 아니라 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의 保險料負擔率이 高所得者의 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 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의 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. 이같은 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 公平性이 결여될 수 있는 가장 중요한 이유는 무엇보다도 賦課基準 및 對象에 있다. 즉, 非賃金勤勞者의 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의 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 낮아진다는데 問題가 있는 것이다.

〈表 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 (1988) .

〈表 3〉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 1988년까지의 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 效率性を 낮추게 되는 結果를 가져온다는 것이다.



〈表 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<br>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 원에 이르고 있으며, 積立金保有率이 30 %를 초과하는 組合이 5개 組合에 이르고 있는 반면, 154개 組合중 5개 組合이 赤字를 나타내고 있다.

〈表 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 結果的으로 낮은 受診率로 인해 5개 赤字組合에 비해 被保險者 1人當 약 0.56배에 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 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 5지구    | 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 1지구    | 265,522 | 29   | 2.41 | 1.6   | 4.0  | 2.91 | 10,159 | 25.3   | 1.00 |
| 전북 3지구    | 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.

### Ⅲ. 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 (geneal 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.<sup>2)</sup> 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 個人的 위험을 분산시킴으로써 個個人的 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.<sup>3)</sup> 法에 의해 強制성을 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 賃金稅 (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 釐出方法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 釐出制度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가격을 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.<sup>4)</sup>

넷째, 患者 一部本人負擔制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.

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, 財產稅, 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 賃金稅 ( payroll tax )에 의한 財源調達을 뜻하는 目的稅이다.<sup>5)</sup>

---

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 번역되거나 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 단순하지 않은 양기 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은 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.<sup>6)</sup>

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 지적할 수 있다.

첫째, 일반적으로 租稅低抗에 의한 財源調達의 不安定性의 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 의해 모호해질 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 財源調達の 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 低抗을 극복할 수 있기 때문에 財源調達면에서 효과적이다.<sup>7)</sup>

둘째, 賃金稅가 중요한 費用抑制策으로서 작용할 수 있다. 만일 추가적인 給與가 요구될 경우 더 많은 賃金稅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 財源調達の 短點은 다음과 같이 지적할 수 있을 것이다.

첫째, 賃金稅는 所得上限線 ( ceiling )에 의한 負擔의 逆進成을 갖는다. 더구나 個人의 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의 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 釀出金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.

#### IV. 財源調達을 위한 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, 敎育등에 주력해 온 상황에서는 租稅低抗을 피하면서 財源을 調達할 수 있었던 가장

---

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

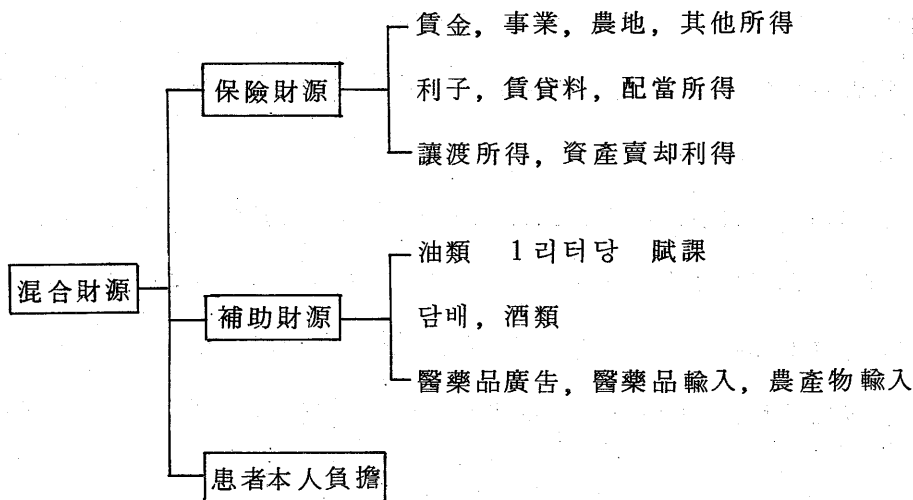
반면에 目的稅를 통한 財源調達方式은 一般稅의 경우에 비해서는 국민적 합의를 얻기 쉬우나 시한부 目的稅導入에 대한 국민들의 불신이 큰 障礙要因으로 작용할 가능성이 크므로 이에 대한 뚜렷한 명분을 필요로 할 것이다.

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 産業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을 이에 상응하여 증가하는 標準報酬月額의 收入만으로 충당하기는 어렵다. 따라서 財源確保의 다변화가 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 1]과 같다.

[圖 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 手に入る 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 不動産所得만의 생활자가 증가일로에 있으며 또한 所得水準이 높아감에 따라 總所得중에서 金融資産所得 및 不動産所得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 不動産으로 흘러가기 때문에 여기에 保險料를 賦課하여 負擔의 衡平을 이룩하자는 것이다. 그리고 所得源別 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, 所得源別 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 꾀하는 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별로 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 년이후에는 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 賃金所得者가 過負擔하게 될 不公平을 다소 줄이기 위한 方便으로 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가 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 1988년의 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.



## 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, 10년 동안에 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, 금년말에는 약 9,400억원이 積立될 것으로 보인다<表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 1〉

年度別 保險財政 現況 1)

(單位：百萬圓)

| 年 度               | 收 入<br>( A ) | 支 出<br>( B ) | 收支差額<br>( C ) | 累積積立金<br>( 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 <sup>2)</sup> | 1,300,397    | 1,070,281    | 230,116       | 741,043        | 69.2                         |
| '89 <sup>2)</sup> | 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 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 <sup>1)</sup>     | 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 <sup>2)</sup> | 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 <sup>3)</sup>  | 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 <sup>1)</sup>     | 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 <sup>2)</sup> | 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 <sup>3)</sup>  | 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 <sup>1)</sup>     | -    | 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) 累積準備金積立金 / 保險給與費 × 12

로는 組合財政이 安定되었다〈表 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 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 4 參照〉. 다시말해서 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 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 <sup>1)</sup> | 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 <sup>2)</sup> | 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 5 參照〉. 社會保險實施 첫해에는 6.1% 수준

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

〈表 5〉 保險財政支出中 國庫負擔額의 比率

(單位: 억원, %)

| 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1의 要因은 보험진료비의 增加에서 찾아 볼 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1과 같다. 過去 11년동안에 入院診療費의 增加率은 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 보여 준다. 구체적으로 件當入院診療費는 동기간 동안에 5.4배 증가했으며, 來院日當 入院診療費는 4.3배 증가하였다.

한편, 1986년에는 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2에서 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.

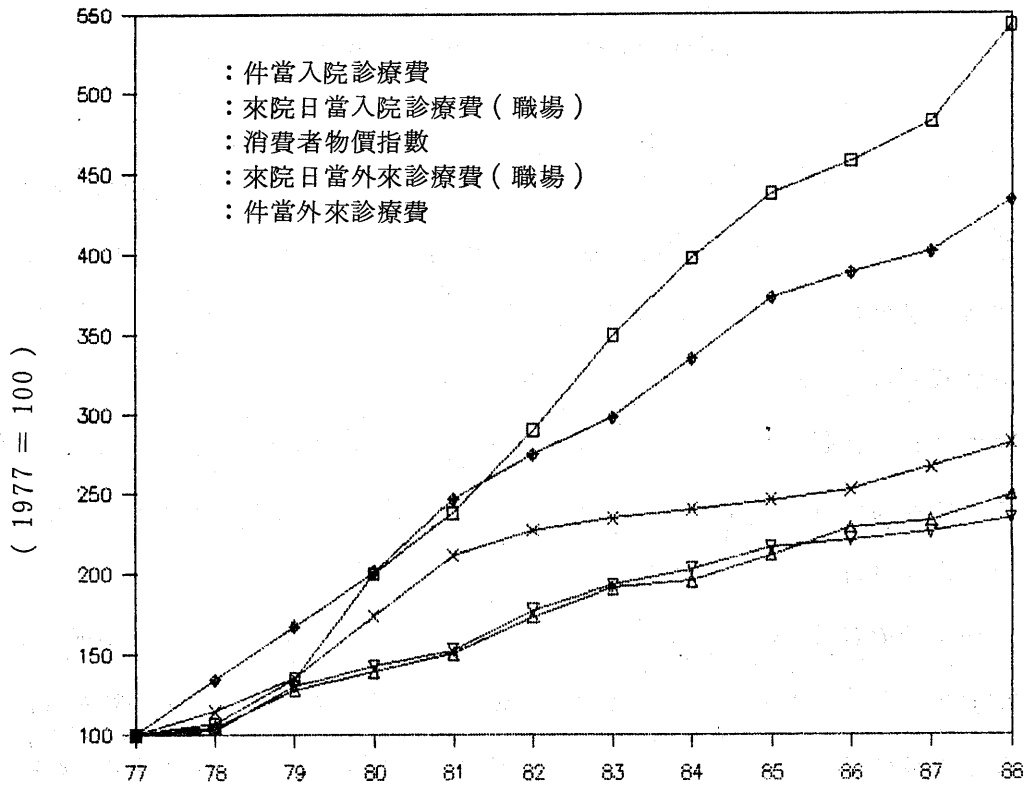


圖 1. 保險診療費와 消費者物價指數의 增加趨勢

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

$$T.E. (총진료비) = I.P. (적용인구) \times U.R. (수진율) \\ \times E.C. (건당진료비) \dots\dots\dots ①式$$

$$E.C. (건당진료비) = M.F. (의료수가) \times V.D. (건당내원일수) \\ \times S.I. (내원일당 서비스의 강도) \dots\dots ②式$$

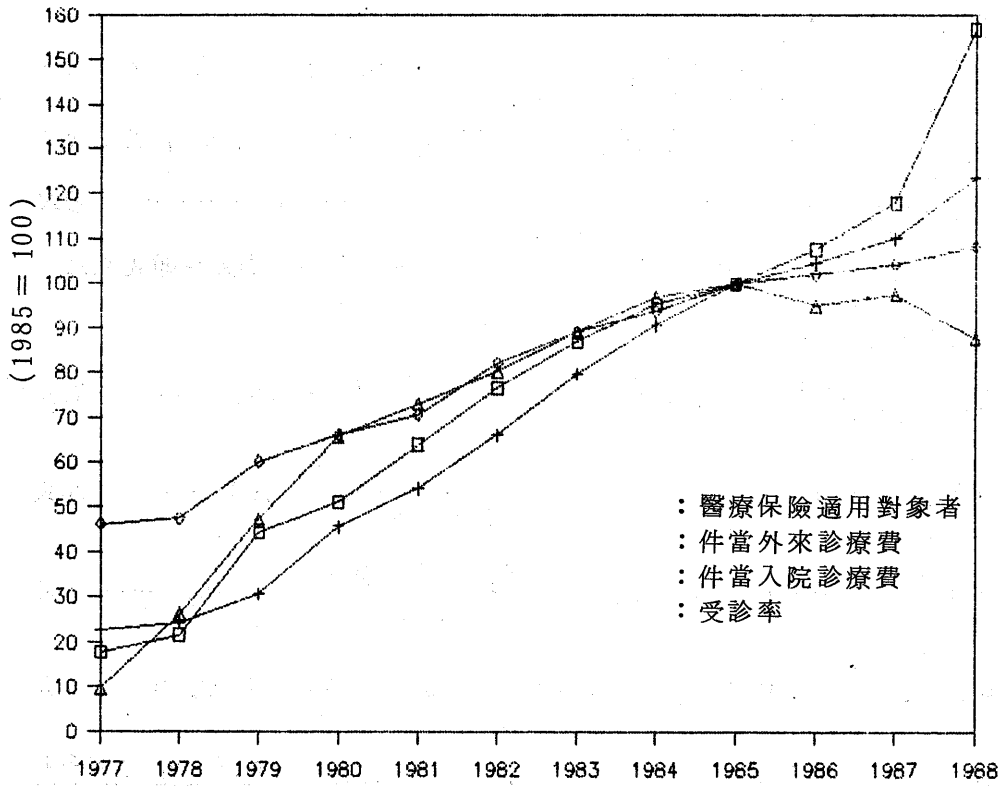


圖 2. 本人一部負擔金 定額制 實施前後의 醫療保險指標의 變化趨勢

①式과 ②式이라는 基本 모델을 세우고, 이를 算出하기 위하여 ①式을

$$\begin{aligned}
 & (1 + \text{총진료비 변동율} / 100) = (1 + \text{적용대상인구 변동율} / 100) \\
 & \times (1 + \text{건당진료비의 변동율} / 100) \times (1 + \text{수진율의 변동율} / 100)
 \end{aligned}$$

..... 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,  $\text{I.U.E.} = \text{I.P.의 증가율} + \text{U.R.의 증가율} + \text{E.C.의 증가율}$

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

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

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

단,  $\text{M.V.S.} = \text{M.F.의 증가율} + \text{V.D.의 증가율} + \text{S.I.의 증가율}$

---

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 결과 1981 ~ 87 년간의 보험진료비의 年平均 增加率은 지역보험이 44.5%로서 가장 높았고, 職場保險 27.13%, 公·教保險 16.64%였다 <表 6 참조>. 適用人口 要因은 직장의료보험이 12.87%로서 가장 높았으며, 공·교의료보험은 1.56%로 별로 변화를 보이지 않고 있다. 受診率 要因은 지역보험이 12.52%로서 직장보험의 4.59%보다 약 3배나 높았다. 한편, 件當診療費의 연평균 증가율은 地域保險이 17.09%로서 가장 높았으며, 직장 및 공·교보험은 약 8% 水準으로서 지역보험의 절반이하였다. 다시 말해서 同期間 동안에 地域保險의 受診率 增加와 건강진료비의 증가가 가장 현저하였다.

<表 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.) <sup>1)</sup> | 1.76   | 1.76                 | 1.76  | 1.76                 |
| 件 當 來 院 日 數(V.D.)             | - 0.71 | - 0.69 <sup>2)</sup> | 3.59  | - 0.87 <sup>3)</sup> |
| 醫療서비스強度(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 公히 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 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 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 2.2 배나 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 1977 年에 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 실시해온 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 8에서 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 이전까지는 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 1977 年에 保險酬價를 책정할 당시로 거슬러 올라가야 한다. 大韓病院協會의 주장에 따르면 1977



년도 保險酬價는 그 당시 慣行酬價의 平均 42 % 수준으로 책정되었다.<sup>2)</sup> 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.

〈表 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 |

註 2) 文玉綸, 鄭基善, 魯公均, 醫療保險酬價體系의 改善에 關한 研究,

大韓醫學協會, 1984, p.60.

첫째, 全般的으로 醫療機關의 經營收支가 惡化되었다. 상당수의 病院이 이미 倒産하였거나 困境에 처해 있다. 의료취약지구의 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 절반수준이었다.( 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 諸者들이 이를 社會的 不條理의 하나로 지탄하기에 이르렀다. 이러한 책적이 全國民醫療保險制度를 早期에 실시하도록 하는 觸媒劑가 된 것도 사실이다.

< 表 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.

세제, 低保險酬價政策은 醫療機關의 經營行態에 變化를 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 의로서비스의 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 方向으로 유도 되었다. 아뭏든 保險酬價를 엄격하게 통제함으로써 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 짊어진 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 10 참조).

韓國의 本人一部負擔制는 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 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 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 12와 같다. 1987年의 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

< 表 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              | 의 래                                                                      |                                                          |
| '77. 7. 1  | 전 요 양 취 급 기 관     | 피 보 험 자<br>피 부 양 자 | 30 %이내<br>40 %이내 | 총진료비의 40 %이내<br>총진료비의 50 %이내                                             | - 조합정관으로 규<br>정                                          |
| '79. 7. 1  | 전 요 양 취 급 기 관     | 전체적용인구             | 20 %             | 총진료비의 30 %                                                               | - 전체적용인구는<br>피보험자와 피부<br>양자를 합한 것<br>을 의미함.              |
| '80. 5. 10 | 중 합 병 원 · 병 원     | 전체적용인구             | 20 %             | 총진료비의 50 %                                                               |                                                          |
|            | 의 원               | "                  | 20 %             | 총진료비의 30 %                                                               |                                                          |
| '86. 1. 1  | 중 합 병 원           | 전체적용인구             | 20 %             | 진찰료+진찰료제의<br>총진료비의 55 %                                                  | - 의원급 이하<br>정액제 실시                                       |
|            | 병 원               | "                  | 20 %             | 진찰료+진찰료제의<br>총진료비의 50 %                                                  |                                                          |
|            | 의 원               | "                  | 20 %             | · 총진료비가 기준상한액<br>이상은 총진료비의 30 %<br>· 총진료비가 기준상한액<br>이하는 보건사회부장관<br>의 고시액 |                                                          |
| '88.10. 1  | 전 요 양 취 급 기 관     | 전체적용인구             | 20 %             |                                                                          | - 의뢰방문당<br>금액이 1만원<br>이상인 경우와<br>1만원 이하인<br>경우로 구분<br>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 병원         | 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<br>이상시는 상동.                                    |
|            | (방문당 진료비 1만원 이하시) |                    |                  |                                                                          |                                                          |
|            | 군지역 종합 병원         | 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                                                                  |                                                          |

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 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 保險級與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.<sup>3)</sup> 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

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

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 標準診療料를 유도하고 있다.

이상과 같은 給與範圍의 制限은 被保險對象者の 道德的 危害(moral hazard)를 抑制하여 保險財政을 節減하는 効果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의으로 피보험대상자의 負擔을 가중시키는 요인이 되고 있다.<sup>4)</sup>

## B. 供給管理的 接近手段

### 1) 病床建立의 增加와 規制의 완화

중래의 固疾의인 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 5.8 만 病床에서 1988년 에는 12 만 병상으로 2.1 배 증

---

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.

가하였고, 의료기관의 수도 동기간에 1.6 배 증가하였다(表 13 참조). 특히 病院級 醫療機關의 병상수와 醫院이 급격하게 증가한 것으로 되어있다.

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 대도시의 病床不足現狀을 가속시키는 결과를 낳았다. 産業化와 都市化가 급격하게 進行

〈表 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 못한 것으로 評價되고 있다.<sup>5)</sup> 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 후반이래 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 2.6배, 看護師는 2.3배 증가하였다(表 14 참조). 同期間에 齒科醫師는 2.5배, 醫師와 韓醫師는 각각 1.8배 증가하였고 藥師는 1.5배 증가하였다. 최근에 와서 藥師의 增加趨勢가 다소 둔화된 셈이다.

---

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

表 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

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. 실사 費用便益面에서 效果가 인정되는 예방의료라 하더라도 短期的으로는 보험급여비를 증가시킬 뿐 아니라 保健醫療 서비스를 추가적으로 要求하는 경우가 많고, 그 效果가 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 15 참조). 豫防事業에 소요되는 예산이 직장조합예산에서 차지하는 비중은 2% 수준에 불과하다. 그러나 職場組合의 積立金 果積이 과다하기 때문에 각 조합이 예방보건사업에 주력할 가능성이 크다. 그러므로 이를 效果的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 낳을 수 있다.<sup>6)</sup> 齒科醫師와 醫師 및 韓醫師의 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의료비 양등이라는 재앙을 가져온다는 것이 歴史的 教訓이다. 韓國의 경우에는 專門醫療人力의 輩出을 國民醫療費의 観点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.

---

註 6) 이에 대하여는 Roemer's Law 참조.

< 表 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.

### C. 醫療報酬 支拂方式의 改善

第 3 者 支拂方式의 의 료보험이 診療行爲別酬價制를 사용하게 되면, 의 료기관과 被保險者 公히 의 료서비스에 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 의 료비 증가의 裁量權이 커진다. 이를 방지하기 위하여 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

연구를 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 보  
인다.

---

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, 의료보험, 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.<sup>9)</sup>

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 조성하고, 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 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 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<br>收入×5%(A) | 保險者 負擔<br>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. 맺는말

### 一 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.

다시 말해서 保健醫療供給基盤을 體系化한 연후에 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 指通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 通한 市場構造의 改編을 示範的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 體系化가 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의 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 効果的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 자체내에서 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.

[illegible]