
醫療保險 財政安定化를 위한
財政調整方案

崔秉浩

韓國保健社會研究院

目 次

要 約	7
I. 序	14
II. 醫療保險 財政調整의 現況	17
1. 醫療保險의 財政現況	17
2. 財政共同事業의 現況	21
3. 國庫支援事業의 現況	28
III. 財政調整에 대한 既存研究와 外國의 事例	38
1. 財政共同事業에 대한 既存研究	38
2. 國庫支援事業에 대한 既存研究	42
3. 先進國의 財政調整方案	46
IV. 評價와 改善方案의 摸索	61
1. 財政共同事業方式에 대한 評價	61
2. 國庫支援方式에 대한 評價	63
3. 財政共同事業 및 國庫支援事業에 대한 綜合評價	72
V. 結 論	78
參考文獻	81
附 錄	85

表 目 次

〈表 II- 1〉	醫療保險 財政現況	17
〈表 II- 2〉	保險者種別 財政支出 規模 推移	18
〈表 II- 3〉	保險給與費, 保險診療費 및 GDP의 增加推移 比較	19
〈表 II- 4〉	保險者種別 給與率 推移	20
〈表 II- 5〉	地域醫療保險의 赤子組合 推移	21
〈表 II- 6〉	財政共同事業의 保險種別 財政移轉 推移	26
〈表 II- 7〉	財政共同事業의 保險種別, 事業別 負擔 및 配分推移	27
〈表 II- 8〉	財政共同事業의 保險種別, 事業別 純移轉 推移	28
〈表 II- 9〉	地域醫療保險의 赤子 組合數 推移	29
〈表 II-10〉	保險給與費에 대한 國庫差等支援額의 比率	31
〈表 II-11〉	地域醫療保險 國庫支援金の 組合間 配分方式	33
〈表 II-12〉	醫療保險 國庫支援豫算 內譯(1997~1998)	34
〈表 II-13〉	地域組合에 대한 國庫支援推移(1991~1996)	34
〈表 II-14〉	年度別 醫療費 對比 保險財政 負擔率(1988~1996)	35
〈表 II-15〉	地域醫療保險 財政과 國庫支援(1991~1996)	36
〈表 II-16〉	地域醫療保險 都·農間 國庫支援 現況(1996)	36
〈表 II-17〉	醫療保險 財政現況과 國庫支援(1996)	37
〈表 III- 1〉	日本 國民健康保險의 國庫補助金 內容	48
〈表 III- 2〉	日本 國民健康保險의 國庫補助金 對 給與支出 比重	49
〈表 III- 3〉	疾病金庫의 財政調整 概要(I)	54

〈表 III-4〉	疾病金庫의 財政調整 概要(II)	54
〈表 III-5〉	金庫와 서비스供給者間 契約構造	57
〈表 IV-1〉	地域醫療保險의 醫療需要	64
〈表 IV-2〉	醫療供給資源의 分布(1995)	65
〈表 IV-3〉	國庫負擔金 配分方式의 補完	68
〈表 IV-4〉	國庫支援 및 財政共同事業에 의한 財政移轉額	74
〈表 IV-5〉	地域組合에 대한 國庫支援과 財政共同事業 移轉額 推移	75
〈表 IV-6〉	地域組合에 대한 財政支援(國庫支援+財政共同事業) 現況(1996)	76

圖 目 次

[圖 II-1]	醫療保險 財政의 增加推移(1991~1996)	18
----------	--------------------------	----

要約

I. 概要

- 醫療保險의 財政安定化를 위한 정책수단중 조합간 財政共同事業과 지역 조합에 대한 國庫支援事業을 통해 조합간 財政不均衡을 효율적으로 조정하기 위한 財政調整方案을 제시함.
 - 財政共同事業은 각 組合에서 발생하는 1인당 120만원 이상의 高額給與費와 65세 이상 노인의 入院診療費에 대하여 모든 조합이 공동부담하여 대처하려는 財政調整方案임.
 - 이는 조합별 위험발생에 대하여 財源의 内部再分配를 통한 재정 안정을 담보하려는 것인 동시에,
 - 재정력이 양호한 職場 및 公敎保險으로부터 재정력이 취약한 地域組合(특히 郡地域組合)으로 재원을 이전하려는 목적을 갖고 있음.
 - 國庫支援事業은 地域組合에 대하여 政府가 財政의 일부를 부담함으로써 財政安定을 도모하고, 동시에 전체 國庫支援金을 조합별 재정력에 따라 차등 지원함으로써 조합간 재정균형을 이루려는 財政調整方案임.
 - 國庫支援은 피보험자 1인당 정액기준으로 조합별 피보험자수 규모에 비례하여 지원하는 均等支援 부분과 조합의 소득수준과 노인부양비에 의거하여 차등 지원하는 差等支援 부분으로 구성됨.

II. 財政共同事業 및 國庫支援事業의 財政調整 現況과 評價

○ 財政共同事業을 위한 組合別 負擔金과 配分金 算定에 따른 재정이전을 보험종별로 정리한 것은 <表 1>과 같음.

- 職場 및 公敎保險은 순이전이 負로 되고, 地域保險은 正이 됨으로써 직장 및 公敎보험의 財政이 지역보험으로 이전되고 있음.
- 職場保險의 순이전액은 1996년 현재 1317억원으로써 보험료수입 대비 6.3%임(보험급여비 대비 7.1%).
- 公敎保險의 경우 순이전액은 170억원으로써 보험료수입 대비 3.3%임(보험급여비 대비 2.8%).
- 地域保險이 이전받은 순이전액은 1517억원으로써 보험료수입 대비 6.8%임(보험급여비 대비 6.1%).
 - 市地域의 순이전액은 861억원으로써 보험료수입 대비 6.3%(급여비 대비 4.2%)인 반면,
 - 郡地域의 순이전액은 656억원으로써 보험료수입 대비 30.6%(급여비 대비 14.6%)임.

<表 1> 財政共同事業의 保險種別 財政移轉 推移

(단위: 억원, %)

	1995		1996	
	순이전액 ¹⁾	보험료 대비	순이전액	보험료 대비
직장	- 954	5.29	- 1317	6.32
공교	- 150	3.16	- 170	3.31
지역	1139	8.60	1517	6.80
시	699	6.30	861	6.32
군	440	20.46	656	30.59

註: 1) 순이전액 = 배분금 - 부담금

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

○ 地域組合에 대한 國庫支援事業의 年度別 推移는 <表 2>와 같음.

- '96년 현재 8723억원임. 그중 급여비 지원은 6553억원으로써 보험급여비 대비 26.3%이며, 그 비중이 감소하는 추세에 있음.
 - '96년 현재 국고지원금은 보건복지예산의 약 37%로써 상당한 부분을 차지하고 있음.
- 郡地域에 대한 급여비 국고지원의 대 보험급여비 비중은 '96년 31.6%로써 '91년의 54.7%에서 급격히 감소하였음.
- 市地域에 대한 급여비 국고지원의 대 보험급여비 비중은 '96년 25.1%로써 '91년의 42.0%에서 급격히 감소하였음.

<表 2> 地域組合에 對한 國庫支援推移

(단위: 억원, %)

		1991		1995		1996	
		국고 지원액	급여비 대비	국고 지원액	급여비 대비	국고 지원액	급여비 대비
지역	전체	5868		7553		8723	
	급여비 지원	4399	45.6	5619	27.7	6552	26.3
	관리운영비 지원	1469		1934		2171	
시	전체	3765		5706		6614	
	급여비 지원	2885	42.0	4361	26.5	5130	25.1
	관리운영비 지원	880		1345		1484	
군	전체	2103		1847		2109	
	급여비 지원	1514	54.7	1258	33.2	1422	31.6
	관리운영비 지원	589		589		687	

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

○ 地域組合의 管理運營費는 國庫에서 전액 지원하고 있으며, 국고지원금중 管理運營費 지원 비중은 약 25% 내외를 차지하고 있음.

- 郡地域은 '96년 32.6%이며, 시지역은 22.5%로써 군지역의 경우 관리운영비 지원 압박이 상당함.

- 財政共同事業과 給與費에 대한 國庫支援事業을 종합한 재정이전은 <表 3>과 같음.
- '96년 현재 地域組合이 지원받는 財政移轉은 給여비 대비 32.4%임 (단, 관리운영비 國고지원은 제외).
 - 郡地域이 받은 財政移轉의 대 給여비 비중은 46.2%로써 '95년에 비하여 증가하였으나 과반에 못미치고 있음.
 - 國고지원에 의한 재정지원이 약화된 대신, 재정공동사업에 의한 지원이 강화되었음.
 - 市地域이 받은 財政移轉의 대 給여비 비중은 29.3%로써 '95년에 비해 약간 감소하였음.

<表 3> 財政調整(財政共同 + 給與費 國庫支援)事業에 의한 財政移轉

	재정이전(억원)		재정이전/給여비(%)	
	1995	1996	1995	1996
직장	- 954	- 1,317	- 7.9	- 7.1
공교	- 150	- 170	- 3.0	- 2.8
지역	6758(5619)	8070(6553)	33.4(27.8)	32.4(26.3)
시	5060(4361)	5991(5130)	30.7(26.5)	29.3(25.1)
군	1698(1258)	2079(1423)	44.8(33.2)	46.2(31.6)

註: ()내는 國고지원사업에 의한 것이며, 관리운영비 國고지원분은 제외하였음.

Ⅲ. 改善方案의 摸索

- 財政調整事業 改善의 基本方向은 단기적으로 지역조합에 대한 國고지원 金の 配分방법을 개선함으로써 차등지원을 대폭 강화하고, 組合間 財政共同事業을 확대함으로써 財源의 内部配分 構造를 구축하는 것임.

- 改善을 위한 구체적인 추진방안으로써 國庫支援 및 財政共同事業에 의한 지역조합에 대한 保險財政支援은 군지역의 경우 46.2%('96)에서 55%로 확대하고, 도시지역의 경우 29.3%('96)에서 32%로 확대함.
 - 이 경우 追加所要財源은 944억원으로써, 國庫에서 600억원, 財政共同事業에서 344억원을 조달함이 바람직하다고 판단됨.
 - 財政이 취약한 郡地域 組合에 대하여 집중적으로 財政移轉을 강화하는 것이 재원의 내부재분배의 효율성을 향상시킬 수 있을 것으로 판단됨.
- 地域組合에 대한 財政移轉에 있어서 국고지원 대 재정공동사업의 역할을 '96년 80:20에서 장기적으로 70:30으로 조정함.
 - 다만, 郡地域에 대해서는 國庫支援의 役割을 보다 강화함.
 - 醫療保險의 財政에 있어서 장기적으로 정부의 역할을 중립적으로 전환해 나가며,
 - 이러한 方向으로 나아가기 위해서는 地域 自營者에 대한 保險料 賦課가 충실해지는 것과 연계되어야 함.
- 國庫支援金の 정액배분(85%)과 차등배분(15%) 비중을 100% 전액 차등 배분하도록 개선함.
 - 組合에 대한 財政力 評價方法이 재정력을 정확하게 반영하는 데에 한계가 있지만, 綜合財政力指數가 조합별 재정능력을 대부분 포착할 것임.
 - 궁극적으로 아무리 정교한 財政力 把握方法을 개발하더라도 한계적인 개선은 있겠지만 획기적으로 개선될 수는 없음.
- 財政共同事業의 高額診療費 기준 120만원을 진료비 인상추세에 따라 상향조정하고, 65세 이상 노인에 대한 진료비를 60세 이상 노인으로 확대하는 등 조합간 횡적인 財政移轉을 보다 강화함.

- 組合別 財政力評價方法을 일원화하고, 財政力指數에 따라 국고 차등배분 및 재정공동사업의 부담금을 산정함.
 - 組合의 財政力을 산정하는 방법상 양 사업에서 다른 방법을 사용할 근원적인 이유는 희박함.
 - 地域保險內에서 조합간 공동사업 부담금 산정이나 국고지원금 배분은 國庫支援事業에 의한 재정력지수를 사용하는 것이 바람직함.
 - 財政共同事業에서 부담금의 보험종별(직장, 공교, 지역) 할당은 保險料收入 規模에 비례하여 산정하여도 형평에 크게 어긋나지는 않을 것으로 판단됨.
 - 職場保險內의 組合間 負擔金은 조합별 소득기준이 상이한 점을 고려할 때 역시 保險料收入 비례로 산정하는 것이 큰 무리가 없을 것으로 봄.
- 재정공동사업에서 “標準的”인 高額診療費 및 老人醫療費를 제시하고, 표준을 초과하여 비용이 발생하는 경우 부담금을 할증하는 방안의 도입을 검토함.
 - 이러한 割増制度가 실천가능하기 위해서는 각 保險者에게 진료비에 대한 통제권한을 주어야 함.
 - 診療費에 대한 통제권은 醫療供給者에 대한 감시가 대부분 이겠지만, 醫療需要者에 대하여도 일정한 모니터링 혹은 제도적 장치가 필요함.
 - 예: 健康檢診 등 예방활동을 게을리 하는 경우에 保險料 割増, 健康維持로 의료이용이 매우 낮은 경우 保險料 割引 혹은 積立保險料의 환불 등 民間保險의 경영원리를 접목하는 것.
- 국고지원사업에서 조합별 “標準的”인 급여비와 보험료수입을 산정하여 그 차액을 보조하는 방안을 도입할 필요가 있음.
 - 표준적인 급여비와 보험료수입은 각 조합에서 실제 발생한 給與費와 保險料收入으로 산정한다면 재정적 자립을 저해할 가능성이 있음.

- 따라서 급여비의 경우 “標準化된 給與費”(연령별 진료비를 고려한 전체 지역조합의 평균적인 급여비)를 사용하고, 부담능력은 “標準化된 保險料收入”(전체 지역조합의 평균적인 1인당 정액보험료 및 소득, 재산과표 수준을 고려한 잠재적 보험료수입)을 사용함.

〈標準化된 給與費와 標準化된 保險料收入 算定 例示〉

<p>표준화된 급여비= (지역보험의 연령별 1인당 평균급여비 × 연령별 피보험자수)를 전체 연령별로 합산한 금액</p> <p>표준화된 보험료수입= [지역보험의 정액보험료의 피보험자당 평균 + (소득 혹은 재산과표 1 단위당 피보험자 1인당 평균보험료 × 소득 혹은 재산과표수준)]을 전체 피보험자수로 합산한 금액</p>
--

- 標準化된 給與費에서 標準化된 保險料負擔能力을 차감한 나머지가 財政所要額이 되며, 이중에서 財政共同事業에 의한 支援額을 除外함으로써 國庫支援 所要額을 決定함.

I. 序

醫療保險이 施行된지 20여년이 되면서 당면과제이자 앞으로도 지속적인 이슈로 등장할 政策課題는 醫療費의 急増과 이에 대처하기 위한 醫療保險 財政의 健全성을 확보하는 것이다. 1991~1996년간 保險酬價는 年평균 6.7%씩 上昇되었는 데에 비해, 保險診療費는 年평균 19%, 환자의 본인부담분을 제외한 保險給與費는 年평균 21%씩 급증하고 있어 이에 상응하는 보험료의 上昇이 뒤따르지 않는다면 保險財政의 惡化가 加速化될 것이다. 그런데 保險料 引上이라는 직접적이고 간편한 수단은 실상 저소득 가입자의 많은 저항에 부딪칠 것이다. 따라서 가능하면 保險料 引上에 직접 의존하지 않고 이미 확보된 醫療保險의 전체 財源을 내부적으로 再分配함으로써 醫療保險 財政을 健全화할 수 있는 방안을 모색하는 노력이 先行되어야 할 것이다.

이러한 財源의 内部再分配를 중요하게 논의하는 이유는 다음과 같다. 현행 醫療保險의 管理運營이 조합별로 독립적으로 이루어지고 있기 때문에 각 조합은 스스로 財政自立을 이루어야 한다. 그러나 각 조합은 地域別로 혹은 職場別로 분리되어 있어 組合別 疾病發生危險에 차이가 발생할 뿐만 아니라 財源調達能力에도 차이가 있으므로 財政的 自立程度에 격차가 발생되므로 조합간 빈부격차가 나타나게 될 것이다. 이에 따라 全國民的인 醫療保障 장치로서의 醫療保險制度가 國民階層間에 심각한 위화감을 초래할 가능성이 있는 것이다. 따라서 組合別 管理運營에 따른 문제점을 完충하기 위한 보완장치로서 財源의 内部再分配로서의 조합간 財政調整이 논의되는 것이다.

財政調整을 위하여 현재 채택하고 있는 政策手段은 두가지이다. 하나는 組合間 財政共同事業으로써 건당 120만원 이상 고액급여비와 65세 이상 노

인의 保險診療費의 발생에 대하여 조합간에 공동으로 위험을 부담하는 사업이다. 이 사업에 의하여 젊은 被保險者가 많은 조합(예, 도시의 직장조합)이 노인 被保險者가 많은 조합(예, 농어촌의 지역조합)에 대하여 재정적으로 지원하게 된다. 前者의 경우 疾病發生率은 낮으나 소득수준이 높은 데에 반해 후자는 疾病發生率이 높으나 소득수준이 낮기 때문에 財政狀況에 큰 차이가 발생한다. 따라서 전자는 共同事業에 대한 寄與金 보다 적은 혜택을 보게 되고, 후자는 寄與金 보다 많은 혜택을 보게 됨으로써 조합간 재원의 내부재분배가 이루어지게 된다.¹⁾ 이러한 財政共同事業을 재원의 내부재분배라기 보다는 조합내의 일차적인 위험발생 가운데 高危險(high risk)에 대하여 이차적으로 각 조합이 피보험자가 되어 조합간에 위험을 담보하려는 再保險으로 파악하려는 견해가 있다. 형식논리상으로는 이론의 여지가 없이 옳은 견해이다. 그런데 통상적으로 再保險이란 예측하기 어려운 위험의 발생(예: 선박의 해난사고)에 대하여 일개 保險會社가 감당하기 어려울 경우에 여러 保險會社의 共同寄與金에 의하여 재보험회사가 위험을 담보하는 것이 일반적이다. 醫療保險의 高額診療費나 老人醫療費의 발생은 상당한 부분 예측이 가능할 뿐만 아니라 통상적으로 발생하는 위험이고, 財政共同事業의 주체인 醫療保險聯合會가 조합을 피보험자로 하는 보험자인지에 대하여 명확하지 않다. 따라서 財政共同事業이 재보험이기 때문에 財源의 內部再分配에 의한 재정이전사업이 아니라고 주장하기에는 그 근거가 미흡한 듯하다. 더구나 財政共同事業을 도입한 실질적인 이유는 재정이 취약한 지역조합의 재정을 건실화하기 위한 데에 있기도 하다.

財政調整을 위한 다른 하나의 政策手段은 지역조합에 대하여 정부가 지원하는 國庫負擔金을 조합별로 배분하는 國庫支援事業이다. 이 사업은 직장조합에 비하여 상대적으로 재정력이 취약한 지역조합에 대하여 정부가 재정을 지원함으로써 職場組合과 地域組合간에 財政調整을 하는 것이 일차적

1) 재정공동사업은 조합간 상호 재정이전에 의하여 이득을 보는 조합과 손실을 보는 조합이 있게 되고, 전체적으로는 제로섬(zero-sum)이 된다.

인 특징이고, 이차적인 특징은 國庫支援金을 지역조합간에 배분하는 데에 있다. 1996년 현재 國庫支援金 총액 8723억원중 86.5%는 조합의 피보험자 수 규모에 비례하여 정액 배분하고, 나머지 13.5%(1178억원)는 조합별 재정력에 따라 차등 배분함으로써 地域組合間에 재정조정을 하고 있다.

따라서 본 보고서에서는 醫療保險 전체의 포괄적인 財政健實性을 논하기 보다는 保險財政의 구조적 조정을 통하여 각 조합별 재정건실화를 어떻게 달성하느냐에 논의의 초점이 있다. 그 手段으로써 醫療保險의 내부적 재원으로 조합간 재정이전을 하는 財政共同事業과 정부로부터의 외부지원 재원으로 지역조합간 재정조정을 하는 國庫支援事業에 대한 개선방안을 모색하려는 데에 研究의 目的이 있다.

본 報告書의 構成은 다음과 같다. 제2장에서 財政共同事業과 國庫支援事業에 의한 현행 조합간 재정조정방식과 현행 방식에 따른 財政調整 效果를 소개하고, 각각에 대하여 評價해 보기로 한다. 제3장에서는 그동안의 既存의 研究와 先進國의 事例를 우리나라와 유사한 組合方式에 의하여 醫療保險을 운영하는 독일, 프랑스, 일본의 경우를 살펴보기로 한다. 제4장에서는 현행 財政調整方案 즉 재정공동사업과 국고지원사업의 改善方案에 대하여 논의하기로 한다.

II. 醫療保險 財政調整의 現況

1. 醫療保險의 財政現況

가. 概要

醫療保險 전체 財政支出規模는 1995년 4조 6098억원으로 GDP 대비 1.3%이며, 전체 國民醫療費중 약 30%를 차지하는 것으로 추정되고 있다(表 II-1 참조). 1991~1995년간 支出은 연평균 17.7%씩 증가한 데 비해 收入은 12.8%씩 증가하였다.²⁾

〈表 II-1〉 醫療保險 財政現況

(단위: 억원, %)

	지출				수입			
		급여비 ¹⁾	관리 운영비 ²⁾	기타		보험료	국고 부담	기타
1991	23,999	19,134	2,326	2,539	31,777	23,317	5,868	3,502
1992	28,356	21,952	2,503	3,901	37,744	26,582	5,924	5,238
1993	32,841	25,788	2,600	4,453	41,992	28,586	6,381	7,025
1994	37,500	29,412	2,926	5,162	47,109	31,874	6,924	8,311
1995	46,098	35,810	4,287	6,001	51,443	36,007	7,553	7,883
(구성비)	(100)	(77.7)	(9.3)	(13.0)	(100)	(70.0)	(14.7)	(15.3)
연평균 증가율	17.7	17.0	16.5	24.0	12.8	11.5	6.5	22.5

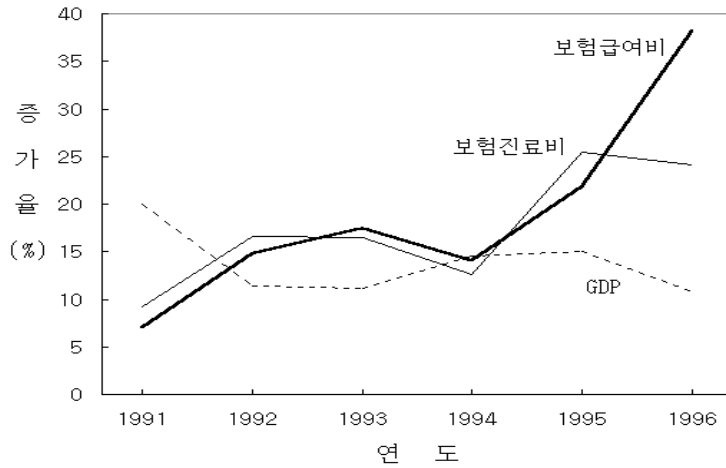
註: 1) 1996년 급여비는 4조 9484억원, 국고부담은 8723억원임.

2) 관리운영비는 각년도 통계연보에서 직장, 공교, 지역의 관리운영비를 각각 합한 값임. 기타지출에는 지급준비금전입금, 보건예방사업비, 보험 재정결손금, 연합회비 등이 포함되어 있으며, 기타수입은 적립금 이식 수입이 대부분임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

2) 1994년 국민의료비는 14조 638억원으로 추정되며, GDP대비 4.61%이다(정영호, 1996). 한편 국민의료비중 지출을 부문별로 보면, 의료보험부문 30%, 민간부문 55%, 정부부문 15%로 추정된다(최병호, 1997).

[圖 II-1] 醫療保險 財政의 增加推移(1991~1996)



<表 II-2> 保險者種別 財政支出 規模 推移

(단위: 억원, %)

	전체	직장	공교	지역		
				전체	시	군
1991	23,998(100.0)	9,395(39.1)	3,303(13.8)	1,1301(47.1)	7,912(33.0)	3,389(14.1)
1992	28,357(100.0)	10,640(37.5)	4,184(14.8)	1,3533(47.7)	9,664(34.1)	3,869(13.6)
1993	32,843(100.0)	12,165(37.1)	4,644(14.1)	1,6034(48.8)	11,521(35.1)	4,513(13.7)
1994	37,499(100.0)	13,807(36.9)	5,265(14.0)	1,8427(49.1)	13,298(35.4)	5,129(13.7)
1995	46,098(100.0)	17,316(37.5)	6,342(13.8)	2,2440(48.7)	18,016(39.1)	4,424(9.6)
평균 증가율	17.7	16.5	17.7	18.7	18.9	14.8

註: 시, 군은 1991년부터 1994년까지의 평균증가율임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

醫療保險의 각 保險者種別, 즉 직장보험, 공교보험, 지역보험의 財政支出 推移는 <表 II-2>와 같다. 1995년 현재 직장보험이 37.6%, 공교 13.8%, 지역보험이 48.7%(시지역 39.1%, 군지역 9.6%)로 구성되어 있으며, 대체로 年度別 구성비에 일관성 있는 變化를 발견할 수 없으나, 地域保險의 경우

1995년의 시·군통합으로 군지역의 재정비중이 대폭 줄어들었다.³⁾ 保險種別 1990~1995년간 財政支出 平均增加率は 시지역의 증가율이 가장 높은 데 비해 군지역은 가장 낮은 증가율을 보이고 있다.

나. 保險給與費 急増과 診療費 統制 메카니즘의 缺如

<表 II-3>에서와 같이 保險給與費 增加는 GDP 증가율을 훨씬 앞지르고 있으며, 최근 保險給與費의 急増(1995년 22%, 1996년 38% 증가)은 保險給與日數 및 範圍의 擴大⁴⁾와 1996년(1995년 12월) 수가인상률 11.8%가 기여한 결과로 보인다. 그럼에도 불구하고 醫療費의 급격한 상승은 진료의 양적인 급팽창을 보여주고 있으며, 이는 궁극적으로 保險料의 引上과 國庫負擔의 증가를 요청하게 될 것이다.

<表 II-3> 保險給與費, 保險診療費 및 GDP의 增加推移 比較
(단위: 10억원, %)

	보험 급여비	증가율	보험 진료비(A)	증가율	GDP(B)	증가율	A/B
1991	1,913	-	3,201	-	215,734	-	1.48
1992	2,195	14.74	3,731	16.56	240,392	11.43	1.55
1993	2,579	17.49	4,348	16.54	267,146	11.13	1.63
1994	2,941	14.04	4,897	12.63	305,970	14.53	1.60
1995	3,581	21.76	6,144	25.46	351,975	15.04	1.75
1996	4,948	38.17	7,624	24.08	389,979	10.80	1.95
평균	-	20.93	-	18.95	-	12.57	-

註: 1996년도 GDP는 KDI추정치이며, 보험진료비는 보험급여비와 법정본인부담금을 합산한 금액임.

資料: 한국은행, 『경제통계연보』, 1996.

의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

3) 1995년 행정구역 개편에 따라 78개 시·군조합(40개시, 38개군)을 39개 도·농복합형 시조합으로 통합하였다.

4) 보험급여일수는 1995년 210일에서 1996년 240일로 연장되었고, 특히 65세 이상 노인과 등록장애인에 대해서는 1996년부터 급여일수 제한이 철폐되고, 1996년 CT에 대해 보험급여가 적용되었다.

한편 醫療保險 給與支出을 통제하기 위해 보험수가를 통제하고 있으나 그 실효성이 떨어지고 있다. 그 原因으로 현행 行爲別酬價制에 기초한 진료비의 후불보상제는 供給者의 診療量에 따라 사후에 지불 받으므로 항목별 가격만 통제하고 진료량에 대한 통제 메카니즘이 결여되어 있으므로, 診療費增加를 효과적으로 관리하기에 한계가 있다.

다. 組合間 財政隔差와 保險料賦課의 問題

財政狀況의 推移를 적절하게 나타낼 수 있는 保險料收入 대비 給與費支出(이하 '급여율')을 保險種別로 비교해 볼 때(表 II-4 참조), 직장이 83%인데 비해 郡지역조합이 111%로 保險財政이 가장 악화되어 있다. 郡지역은 본질적인 구조적 취약성 때문에 財政收支에 있어 적자요인이 크며, 특히 1995년도에 시·郡지역 통합에 따라 상대적으로 財政力이 약한 농어촌들만 남게 되어 더욱 그러한 것으로 분석되고 있다.

〈表 II-4〉 保險者種別 給與率(保險給與費/保險料) 推移

(단위: %)

	1991	1992	1993	1994	1995
전체	75.0	77.4	84.2	86.6	96.6
공교	72.5	78.6	92.8	95.0	106.0
직장	72.1	71.9	76.2	77.3	82.9
지역 ¹⁾	75.1	82.1	89.2	93.1	107.4
시	73.7	78.9	85.9	90.0	106.5
郡	78.7	92.1	99.5	102.8	111.2

註: 1) 지역조합 보험료에는 보험료지원 국고부담금이 포함된 수치임.
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

地域組合에 대한 國庫支援과 高額 및 老人醫療費에 대한 財政共同事業에 의해 財政移轉이 이루어지고 있음에도 불구하고 <表 II-5>에서와 같이 적자조합수는 계속 증가하고 있어 國庫支援이 대폭 확충되지 않는 한 保險料의 급격한 인상이 불가피하다.

한편 地域組合의 財政惡化는 被保險者의 부담능력을 정확히 파악하지 못한 保險料 賦課上의 問題에도 原因이 있다. 所得把握의 어려움 때문에 재산, 자동차 등 소득과약의 간접적인 요소와 세대원수등 수익자 부담요소를 고려하는 다양한 保險料賦課體系로 운용되고 있으나 能力比例 負擔原則의 적용이 미흡하여 부양가족이 많고 저소득인 계층에게 많은 부담이 되며, 재산과 자동차에 대한 보험료는 被傭者保險과의 衡平性 問題를 제기하고 있다. 비용자 의료보험의 保險料賦課는 賃金を 기초로 원천 징수하고 있어 所得源의 파악에는 큰 문제가 없으나, 事業場別로 賃金の 구체적인 산정기준이 달라 임금소득자간 衡平性 問題가 제기되고 있다.

〈表 II-5〉 地域醫療保險의 赤字 組合 推移

연도	적자조합수(A)	조합수(B)	A/B(%)
1991	1	266	0.4
1992	7	266	2.6
1993	15	266	5.6
1994	33	266	12.4
1995	113	227	49.8

資料: 의료보험연합회, 내부자료.

2. 財政共同事業의 現況

가. 概要

財政共同事業이란 被傭者保險(직장의료보험과 공무원 및 교직원의료보험)과 自營者保險(地域醫療保險)을 포함한 모든 保險組合에서 부담능력별 일정 비율의 각출로 共同財源을 마련하여 고액진료나 노인진료 등 診療費 發生 要因이 높은 조합에 많은 지원을 함으로서 조합내 財政不安을 共同 對處하 려는 제도이다. 이 경우에는 政府의 國庫支援이 없이도 각 조합간 부담능력에 따른 橫的再分配(cross subsidization)가 가능하도록 한 것이다. 이러한

財政調整事業은 의료보험법 제27조 제2항 내지 제5항과 동법 시행령 제 64조 내지 제71조의 규정 및 동법 시행규칙 제29조에 의해서 재정안정사업의 하나로 실시되고 있다.⁵⁾

財政共同事業의 이론적 바탕은 피보험자의 疾病危險 發生에 대해 보험자인 조합이 一次的으로 위험을 분산시키게 되지만, 保險者(組合) 자체가 갖고 있는 위험으로 인해 피보험자의 위험을 보전해 주지 못할 때 二次的으로 조합의 재정난을 해결해 주는 再保險에 있다. 그런데 醫療保險組合이 갖는 위험은 확률적인 위험이라기 보다는 이미 構造的으로 決定되어 있는 위험의 성격이 강하다는 점에서 원래의 再保險의 취지와는 상당한 거리가 있는 것 같다.⁶⁾ 따라서 현행 財政共同事業은 구조적으로 재정이 취약한 조합에 대해 재정적으로 부유한 組合이 財政移轉을 해 줌으로써 國家 全體 保險財政의 안정화를 이루려는 측면이 강한 점을 부인할 수 없다.

현재 실시하고 있는 財政安定事業은 크게 ‘高額保險給與費用 共同負擔事業’과 ‘老人醫療費 共同負擔事業’으로 구분할 수 있다. 고액보험급여비용 공동부담사업은 1991년부터 시행하고 있으며 高額給與費 配分額 基準은 1995년 건당 90만원에서 1996년에는 건당 120만원 초과액으로 하고 있다. 老人醫療費 共同事業은 1995년부터 실시하고 있고 노인의료비 배분액 기준은 사업년도말 기준 65세 이상 노인의 入院給與費 全額을 배분해주고 있다.

5) 재정안정사업의 대상범위는 고액보험급여비용의 공동부담사업, 노인의료비용의 공동부담사업, 국민건강증진과 의료비 절감을 위한 보건예방사업, 천재지변 등으로 인한 재정취약 보험자의 지원사업, 보험급여비용의 지급을 위한 대여사업으로 의료보험법 시행령 제65조에 규정하고 있으며, 이중 고액보험급여비용의 공동부담사업과 노인의료비용의 공동부담사업을 중심으로 재정공동사업을 실시하고 있다.

6) 예를 들어 해상에서의 선박사고에 대해 보험회사가 일단 책임을 지지만 보험회사의 경영위험에 대한 이차적 보험은 영국의 로이드(Lloyd) 재보험회사가 책임지는 경우를 생각해 보면 쉽게 이해할 수 있다. 선박사고 및 화재 등 보험의 대상물은 대부분 구조적 위험이 아니라 확률적 위험이다.

나. 組合의 負擔金 및 配分金 算定方法

財政共同事業의 財源을 조달하기 위하여 각 조합별 부담금을 산정하는 절차는 4단계로 구분할 수 있다

첫째, 共同事業에 소요되는 財源을 推定하는 것으로 소요재원총액은 양출제입의 원칙하에 年間 高額保險給與費 配分額 所要豫想額과 年間 老人 醫療費 配分額 所要豫想額을 각각 구분산정하되 양자의 합을 공동부담사업의 배분금총액으로 결정한다. 단, 각 組合의 負擔金은 保險料收入決定額의 25%를 초과할 수 없으므로 그 초과분은 제외한다. 지역조합의 보험료 수입결정액은 국고를 제외한 금액으로 한다. 1996년의 경우 所要財源 總額은 6081억원(고액: 2727억원, 노인: 3354억원)으로 추정되었으며, 이를 조달하기 위한 平均 각출률은 1995년 保險料收入決定額 대비 17.04%(고액 7.64%, 노인 9.40%)로 계산된다.

둘째, 이렇게 결정된 所要財源總額을 보험자 종별(직장, 공교, 지역)로 할당하는 것으로 職場, 公教, 地域組合의 각각의 形平均계수를 구하여 이에 비례하여 부담금을 할당한다. 保險種別 負擔金은 보험료수입액과 각출률 및 形平均계수를 곱하여 결정한다.

〈保險種別(職場, 公教, 地域) 割當〉

種別 割當對象額 = 종별 보험료수입결정액×각출률×종별形平均계수

각 출 률 = 총각출대상액/전년도 총보험료 수입

形平均계수 = 보험종별(직장, 공교, 구시군조합) 보험재정력에 대한 상대적 평가지수로써 보험급여재정과 관련된 내생 및 외생변수로 하여 회귀분석에 의해 재정력을 측정할 값

種別 割當額 = 종별 할당대상액 - 보정액

보 정 액 = (1-소요재원총액/총할당대상액) × 종별할당대상액

총할당대상액 = 종별할당대상액의 합

〈衡平係數의 算定方法〉

$$\text{회귀식} : y_i = \beta_1 \sqrt{x_{1i}} + \beta_2 x_{2i} + \beta_3 x_{3i} + \beta_4 x_{4i} + e \quad (i = 1, 2, \dots, 373)$$

i = 조합

y_i = i 조합의 평균보험료

x_{1i} = i 조합의 세대당 월평균 소득

x_{2i} = i 조합의 적용인구 1인당 급여비

x_{3i} = i 조합의 부양율

x_{4i} = i 조합의 경제활동(20~59세) 인구구성비

$$\text{추정회귀식} : \hat{y}_i = b_1 \sqrt{x_{1i}} + b_2 x_{2i} + b_3 x_{3i} + b_4 x_{4i}$$

$$\text{보험종별 形평계수} = \frac{\hat{y}_g}{\hat{y}}$$

\hat{y} : 전조합 평균값을 각각의 x 에 대입하였을 때의 y 의 추정값

\hat{y}_g : 보험종별 조합의 평균 값을 각각의 x 에 대입하였을 때의 y 의 추정값

셋째, 地域組合內에서는 시군구조합으로 구분하여 保險料의 비중지수와 組合當 소득비중지수에 따라 할당한다.

〈地域保險의 郡·市·區別 割當〉

$$\begin{aligned} \text{군·시·구별 할당액} &= \text{지역보험 할당액 총액} \times \frac{\text{군·시·구별 보험료}}{\text{지역보험 전체보험료}} \\ &\times \frac{\text{군·시·구별조합당소득}}{\text{지역조합당소득}} \end{aligned}$$

단, 자치구가 아닌 행정구를 가진 시지역(안양시 등)은 구지역 조합군에 포함하여 각출금을 할당한다.

넷째, 각각 保險者의 負擔金을 결정하는 단계로 직장, 공교, 시, 군, 구별 總所得에 대한 保險者의 소득비중지수에 의해 산정한다.

〈各 組合의 釀出金 算定〉

$$\text{各 조합의 각출금} = \text{各 그룹별 할당액 총액} \times \frac{\text{各조합의 소득총액}}{\text{각그룹별 소득총액}}$$

이제 組合別로 配分金이 어떻게 결정되는지 살펴보자. 配分對象額은 高額 保險給與費用 共同負擔事業으로 심사지급결정된 진료비명세서 1건당(건당 진료비) 보험자 부담 급여비중 120만원을 초과하는 금액을 배분하고, 老人 醫療費 共同負擔事業의 경우는 당해 연도말기준 65세 이상인 자의 입원진료건 심사지급결정액 전액을 배분한다. 배분율은 사업재원이 배분금보다 많을 경우 배분율은 100%로 배분하고 사업재원이 배분금보다 적을 경우는 그에 비례하여 낮게 책정한다.

다. 保險種別 財政移轉現況

財政共同事業을 위한 組合別 負擔金과 配分金 算定에 따른 財政移轉을 보험종별로 정리한 것은 <表 II-6>과 같다. 配分金에서 負擔金を 제외하면 순이전이 되는 데, 직장 및 공교보험은 순이전이 負로 되고, 지역보험은 정이 됨으로써 職場 및 公教保險의 財政이 地域保險으로 移轉되는 결과를 보여주고 있다. 職場保險의 경우 순이전액은 1996년 현재 1317억원으로써 보험료수입 대비 6.32%, 보험급여비 대비 7.11%이다. 公教保險의 경우 순이전액은 170억원으로써 보험료수입 대비 3.31%, 보험급여비 대비 2.83%이다. 地域保險이 이전받은 순이전액은 1517억원으로써 보험료수입 대비 6.80%, 보험급여비 대비 6.08%이다. 地域保險 중 市地域保險의 순이전액은 861억 원으로써 급여비 대비 4.21%인 반면 郡地域保險의 순이전액은 656억 원으로써 급여비 대비 14.60%로써 市地域에 비하여 더 많은 이전을 받고 있다.

〈表 II-6〉 財政共同事業의 保險種別 財政移轉 推移

(단위: 억원, %)

구 분	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
직장	부담금	483	676	899	1120	2607	3463
	배분금	336	501	617	775	1653	2146
	순이전 ¹⁾	▽147	▽175	▽282	▽345	▽954	▽1317
	대 보험료	1.30	1.36	2.01	2.20	5.29	6.32
	대 급여비	1.86	2.15	3.05	3.23	7.88	7.11
공교	부담금	158	216	288	312	850	1063
	배분금	118	178	236	290	700	893
	순이전	▽40	▽38	▽52	▽22	▽150	▽170
	대 보험료	1.11	0.92	1.33	0.52	3.16	3.31
	대 급여비	1.53	1.18	1.44	0.55	2.98	2.83
지역	부담금	271	455	607	769	1210	1519
	배분금	458	697	931	1187	2348	3036
	순이전	▲187	▲242	▲324	▲418	▲1138	▲1517
	대 보험료	2.22	2.51	3.03	3.54	8.60	6.80
	대 급여비	1.94	2.12	2.37	2.66	5.62	6.08
시	부담금	206	349	467	590	1114	1479
	배분금	312	487	656	839	1813	2340
	순이전	▲106	▲138	▲189	▲249	▲699	▲861
	대 보험료	1.65	1.86	2.30	2.73	6.30	6.32
	대 급여비	1.54	1.67	1.90	2.17	4.25	4.21
군	부담금	65	106	140	178	95	40
	배분금	146	210	275	348	535	696
	순이전	▲81	▲104	▲135	▲170	▲440	▲656
	대 보험료	4.04	4.69	5.50	6.28	20.46	30.59
	대 급여비	2.92	3.31	3.65	4.00	11.61	14.60

註: 1) 순이전 = 배분금 - 부담금

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

〈表 II-7〉은 財政共同事業 중 고액급여비와 노인진료비 사업별로 구분하여 負擔金 및 配分金 推移를 보여주고 있으며, 이에 따라 〈表 II-8〉은 순이전액을 보험종별, 사업별로 보여주고 있다. 직장보험의 경우 고액급여비와 노인진료비 사업에 대한 財政移轉 比重이 반반씩 비슷한데 비해, 공교보험의 경우 순이전액 중 高額給與費에 대한 이전액이 대부분을 차지하고 있으며, 老人診療費 事業에 대한 이전액은 매우 적다. 그 이유는 공교보험의 人口構成이 老齡化되어 있어 노인진료비 부분에 대해 부담금에 비하여 상대적으로 많은 배분금을 받고 있기 때문이다.

〈表 II-7〉 財政共同事業의 保險種別, 事業別(高額, 老人) 負擔 및 配分推移
(단위: 억원)

구 분		1991	1992	1993	1994	1995	1996
직장	부담금	483	676	899	1120	2607	3463
	고액	483	676	899	1120	1189	1553
	노인	-	-	-	-	1418	1910
	배분금	336	501	617	775	1653	2146
	고액	336	501	617	775	693	874
	노인	-	-	-	-	960	1272
공교	부담금	158	216	288	312	850	1063
	고액	158	216	288	312	388	477
	노인	-	-	-	-	462	586
	배분금	118	178	236	290	700	893
	고액	118	178	236	290	250	320
	노인	-	-	-	-	450	573
지역	부담금	271	455	607	769	1210	1519
	고액	271	455	607	769	552	681
	노인	-	-	-	-	658	838
	배분금	458	697	931	1187	2348	3036
	고액	458	697	931	1187	1206	1540
	노인	-	-	-	-	1142	1496
시	부담금	206	349	467	591	1114	1479
	고액	206	349	467	591	508	663
	노인	-	-	-	-	606	816
	배분금	312	487	656	839	1813	2340
	고액	312	487	656	839	960	1236
	노인	-	-	-	-	853	1104
군	부담금	65	106	140	178	96	40
	고액	65	106	140	178	44	18
	노인	-	-	-	-	52	22
	배분금	146	210	275	348	535	696
	고액	146	210	275	348	246	304
	노인	-	-	-	-	289	392
전체	부담금	912	1348	1793	2201	4666	6045
	고액	912	1348	1793	2201	2128	2711
	노인	-	-	-	-	2538	3334
	배분금	912	1378	1785	2252	4691	6075
	고액	912	1378	1785	2252	2149	2734
	노인	-	-	-	-	2542	3341

註: 1995년 행정구역이 통합된 시군의 경우 지역 구분을 시지역으로 포함시켜 계산한 자료임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

_____, 내부자료.

〈表 II-8〉 財政共同事業의 保險種別, 事業別(高額, 老人) 純移轉 推移
(단위: 억원)

구 분	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
직장	순이전	▽147	▽175	▽282	▽345	▽954	▽1317
	고액	▽147	▽175	▽282	▽345	▽496	▽679
	노인	-	-	-	-	▽458	▽638
공교	순이전	▽40	▽38	▽52	▽23	▽150	▽170
	고액	▽40	▽38	▽52	▽23	▽138	▽157
	노인	-	-	-	-	▽12	▽13
지역	순이전	▲187	▲242	▲324	▲418	▲1138	▲1517
	고액	▲187	▲242	▲324	▲418	▲654	▲859
	노인	-	-	-	-	▲484	▲658
시	순이전	▲106	▲138	▲189	▲249	▲699	▲861
	고액	▲106	▲138	▲189	▲249	▲452	▲573
	노인	-	-	-	-	▲247	▲288
군	순이전	▲81	▲104	▲135	▲170	▲440	▲656
	고액	▲81	▲104	▲135	▲170	▲203	▲286
	노인	-	-	-	-	▲237	▲370

註: 1995년 행정구역이 통합된 시군의 경우 지역 구분을 시지역으로 포함시켜 계산한 자료임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1995.

_____, 내부자료.

地域保險의 경우 고액급여비 사업으로 인한 재정이전을 더 많이 받고 있는 것으로 나타나고 있으나, 郡地域의 경우에는 노인진료비사업에 의한 재정이전을 훨씬 더 많이 받고 있다. 이는 老齡人口가 農漁村 등 郡지역에 집중되어 있기 때문이다. 老人診療費 共同事業이 시작된 1995년과 비교하여 1996년의 경우 郡지역은 老人診療費에 의한 재정이전 비중이 더욱 커진데 대해, 시지역은 高額給與費에 의한 재정이전 비중이 더욱 커졌다.

3. 國庫支援事業의 現況

가. 概要

地域醫療保險은 그 적용대상자의 평균적인 부담능력이 낮아 保險料納付

抵抗 등 實施에는 限界가 있기 때문에 정부의 國庫負擔金 支援에 의해 제도시행이 가능하게 되었다. 따라서 現行 地域醫療保險은 扶助性 醫療保險의 성격을 강하게 띠고 있다. 1988년 農漁村地域에 대한 의료보험 시행과 이어 1989년 都市地域으로의 확대 등 전국민 의료보험이 시행되었는바, 지역의료보험의 赤字組合의 數는 <表 II-9>와 같이 1988년 이후 점차 증가하다가 1991년 정부의 지원강화에 의해 赤字組合數는 일시적으로 감소하였다가 다시 증가하는 추세에 있다.

<表 II-9> 地域醫療保險의 赤字組合數 推移

연도	총조합수	적자조합수
1988	140	18
1989	254	118
1990	254	228
1991	266	1
1992	266	7
1993	266	15
1994	266	33
1995	227	113

資料: 의료보험연합회, 내부자료.

이러한 赤字組合의 발생은 地域組合의 근원적인 구조적 문제로부터 발생하고 있다. 즉 所得水準이 職場組合에 비하여 낮은데다가 인구구성이 노령화되어 있어 질병발생에 따른 급여지출이 많기 때문이다. 그런데 地域醫療保險 組合은 지역별로 財政健全성에 있어서 조합간에 많은 차이를 시현하고 있다. 財政黑字가 누적되어 積立金 規模가 상당한 대도시의 조합이 있는 반면에 재정적 부담이 과중하거나 財政赤字를 시현하고 있는 군지역의 조합이 상당수 존재하고 있는 것이다.

현행 國庫負擔金의 지원방식은 각 地域組合에 대한 管理運營費를 제외하고는 組合規模(피보험자수)別로 定額支援하는 것에 상당 부분 의존하고 있다.⁷⁾ 즉 피보험자 1인당 정액을 지원하는 인두제식 보조금으로 배분하고

있다. 이러한 配分方式하에서는 組合間의 財政力 隔差에 따른 적정한 지원에 한계가 있다.

이러한 醫療保險 財政運營上의 目標을 地域醫療保險에 대한 國庫負擔金은 영이란 측면에서 비추어 볼 때,⁸⁾ 첫째, 각 地域組合의 財政力에 따라 補助金を 배분하고 각 조합의 재정부담능력과 관계없이 적정한 의료급여를 제공할 수 있는 衡平性을 추구하여야 하며, 둘째, 주어진 國庫負擔金 豫算하에서 각 地域組合別 財政需要를 적절히 보충하여 모든 조합이 재정적 균형을 이룰 수 있도록 배분함으로써 豫算運用의 效率性을 추구하여야 할 것이다.

한편 國庫支援事業에 의하여 地域組合에 지원되는 豫算은 현재 법령상 ‘國庫負擔金’이란 용어로 사용되며, 保險料에 대한 政府의 負擔이란 성격이 강하다. 그런데 給與支出과 管理運營費를 예상하여 국고의 부담규모를 산정하므로 支出에 대한 補助的 역할을 하고 있다. 地方財政에서 사용되는 國庫補助金은 국가경제 및 지역경제의 발전과 깊은 관계가 있는 地方自治團體의 特定事業에 대하여 정부(중앙부처)가 부담하게 되는 경비의 일부를 말하며, 地方財政調整方法의 하나이다. 다른 하나의 地方財政調整方法으로서 地方交付金은 지방자치단체의 財政需要와 稅收를 비교하여 부족재원을 보전할 목적으로 국가가 교부하는 재원이다.⁹⁾ 따라서 地域醫療保險 組合의 醫療需要(보험급여비)를 충당하기에 부족한 保險料收入을 보충할 목적이라면 交付金에 가깝다. 地域組合의 管轄區域은 기초자치단체의 行政區域과 동일하지만, 組合이 政府組織이 아니므로 國庫負擔金이란 이름으로 國庫補助 혹은 財政交付를 하고 있다. 日本의 경우 地域自營者에 대한 醫療保險運營은

7) 人頭別 定額支援은 所得에 대한 비중으로 보면 저소득일수록 높아지는 累進的인 구조를 지니게 된다. 문제는 이러한 누진적인 지원에도 불구하고 조합간의 재정력격차가 심각하게 상존하고 있는 것이다.

8) 醫療保險의 財政運營의 目標은 첫째, 피보험자의 負擔能力에 따라 保險料를 각출하고 부담능력과 연계되지 않고 適正한 醫療給與를 제공받을 수 있는 衡平性(사회적 연대)을 보장하는 것이며, 둘째, 주어진 負擔能力하에서 양적으로나 질적으로 풍부한 의료급여를 제공받을 수 있도록 하는 效率性을 제고하는 데에 있다.

9) 보다 상세한 설명은 김동진, 『현대재정학』, 1984, pp.472~476을 참조함.

‘市·町·村’이라는 기초자치단체가 직접 관리하고 있으며, 정부의 지원금은 財政調整交付金, 補助金, 負擔金 등의 각종 명목으로 지원하고 있다.

나. 國庫支援金の 配分方式

國庫支援의 配分方法은 전체 國庫補助豫算에서 관리운영비의 실소요액을 전액배분하고 나머지 예산으로 保險給與費를 보조하는데 대부분은 조합의 피보험자수 1인당 기준으로 均等配分하고 나머지는 組合의 평균소득과표와 노인부양비(20~59세 인구대비 65세 이상 인구비율)에 따라 差等支援하고 있다(表 II-10 참조). 差等支援金은 과세크기와 老人人口를 기준으로 7:3의 배분비중으로 차등지원하고 있다. 1997년부터는 정액보조도 3단계(광역시지역, 시지역, 군지역 등)로 나누어 組合別로 差等支援할 예정으로 있다.

〈表 II-10〉 保險給與費에 대한 國庫差等支援額의 比率

(단위: %)

	1994	1995	1996	1997(예정)
균등배분	96.4	89.9	85	80.0
차등배분	3.6	10.1	15 (18.1 ¹⁾)	20.0

註: 1) 국고지원예산 외에 일반회계로부터의 전입금을 포함한 실질적인 차등지원 비율 임.

資料: 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황』, 각년도.

1) 所得課標 基準에 의한 配分

소득과표기준에 의한 배분은 全體 差等支援額의 70%를 차지하는데, 配分方式은 綜合所得對象의 1인당 과표액 크기를 기준으로 배분한다. 이때 과표액은 組合別 保險料 賦課基準 所得資料(국세청 종합소득세) 중 신고소득을 기준으로 하되 申告所得이 없을 경우 推計所得을 기준으로 배분한다.

2) 老人人口 基準

老人人口 基準에 의한 差等配分은 65세 이상 노인에 대한 組合別 老人扶養比率을 기준으로 전체 차등배분액의 30%를 배분한다. 노인부양비율은 農漁村組合의 실질적 부양능력을 반영할 수 있도록 20~59세 인구대비 65세 이상 노인비율로 산출한다.

다. 國庫支援 現況

國庫負擔金은 해당연도의 保險給與推計額과 管理運營所要額을 기준으로 총 재정규모를 산정한 다음, 總 保險財政의 50% 수준으로 국고부담금을 확보하는 것을 원칙으로 하고 있으나 실제로는 이에 못미치고 있다. 地域醫療保險의 財政安定化를 위한 政府支援은 관리운영비에 대해 전액 부담하고 보험급여비(혹은 보험료)에 대하여 일부 부담하고 있다. 保險給與費 支援은 조합별로 피보험자 1인당 정액 지원하는 부분과 지역조합의 노인부양비, 소득과표 등을 감안, 차등지원하는 부분이 있다.

1997년 國庫支援豫算은 9956억원으로써 保健福祉部 일반회계예산의 34.9% 였으나, 1998년 政府豫算要求額은 10.9%가 증가한 1조 1037억원으로써 보건복지예산의 36.9%를 차지할 전망이다. 특히 保險給與費에 대한 지원예산은 전년 대비 16.7%가 증가된 반면 管理運營費豫算은 전년 대비 7.9%가 감소 요구되고 있다. 그 이유는 내년도 給與擴大(급여기간 270일에서 300일로 연장, 장애인보장구 급여 등) 및 酬價引上('97년 9월 9% 인상)에 따른 진료비 증가를 반영하여 給與費支援을 대폭 증가시킨 반면, 읍면동에 파견된 醫療保險 支所要員을 철수하고 醫療保險 電算網 확충에 따른 인원절감을 고려하여 관리인력을 감축(약 1,500명) 계상한 결과이다.

〈表 II-11〉 地域醫療保險 國庫支援金の 組合間 配分方式

구분		조합별 배분액
일반배분		$(\text{국고부담금} - \text{차등지원금}) \times \frac{n_i}{\sum n_i}$
과표기준 배분	종전	차등지원금 $\times 0.7 \times \frac{a_i}{\sum a_i}$ 여기서, $a_i = \frac{y}{y_i} (n_i - \text{old}_i)$ $y = \frac{\sum y_i n_i}{\sum n_i}$
	개정 (1996)	차등지원금 $\times 0.7 \times \frac{a_i}{\sum a_i}$ 여기서, $a_i = \frac{y}{y_i} n_i$
노인기준 배분	종전	차등지원금 $\times 0.3 \times \frac{b_i}{\sum b_i}$ 여기서, $b_i = \text{old}_i \times \log(\text{old}_i / \text{econ}_i \times 100)$
	개정 (1996)	차등지원금 $\times 0.3 \times \frac{b_i}{\sum b_i}$ 여기서, $b_i = \text{old}_i \times \sqrt{\frac{\text{old}_i}{\text{econ}_i} \times 100}$

< 변수 >

$n_i = i$ 조합의 피보험자수

$y_i = i$ 조합의 1인당 평균 소득과세표준

$\text{old}_i = i$ 조합의 65세 이상 노인인구수

$\text{econ}_i = i$ 조합의 20~64세의 경제활동인구(현재는 20~59세임)

〈表 II-12〉 醫療保險 國庫支援豫算 內譯(1997~1998)

(단위: 억원, %)

	1997	1998	증가율
보험급여비 지원	7,602	8,869	16.7
관리운영비 지원	2,354	2,166	-7.9
계	9,956	11,037	10.9
(대 보건복지부예산 ¹⁾)	(34.9)	(36.9)	

註: 1) 보건복지부예산은 일반회계 예산임.

資料: 보건복지부, 『세입·세출예산』, 1997~1998.

이러한 國庫負擔金의 規模를 1991~1996년간 保險財政 및 國家豫算과 비교한 것이 다음 <表 II-13> 및 <表 II-14>와 같다. 1991년에 5868억원으로써 保健福祉豫算의 40%에 달하던 것이 1996년 현재 8723억원으로써 保健福祉豫算의 약 37%로써 그 비중이 감소하는 추세에 있다.

<表 II-13> 地域組合에 대한 國庫支援推移(1991~1996)

(단위: 억원)

		1991	1992	1993	1994	1995	1996
지역	합계	5,868	5,924	6,381	6,924	7,553	8,723
	급여비 부담	4,399	4,272	4,628	5,075	5,619	6,552
	관리운영비 부담	1,459	1,652	1,753	1,849	1,934	2,171
시	합계	3,764	4,079	4,332	4,741	5,706	6,614
	급여비 부담	2,884	3,075	3,373	3,645	4,361	5,130
	관리운영비 부담	880	1,003	1,059	1,096	1,345	1,484
군	합계	2,104	1,845	1,949	2,183	1,847	2,109
	급여비 부담	1,515	1,196	1,255	1,430	1,258	1,422
	관리운영비 부담	589	649	694	753	589	687

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

1996년의 경우 1인당 월 1,960원을 지원하고 있으며, 國庫支援金중 차등 지원분은 1178억원(이중 948억원은 국고부담금에서, 230억원은 일반회계 전입)이다. 여기서 保險給與費 國庫負擔金은 6322억원으로써 전체의 72.5% 이나, 一般會計 轉入金 230억원을 포함하면 6552억원으로써 전체 지원금의 75.1% 이다. 여기서 전체 차등지원금 1178억원은 전체 보험급여비 6552억원의 18.0% 이나, 일반회계 전입금을 제외하는 경우에 차등지원금 948억원은 給與費 國庫負擔金 6322억원의 15% 에 해당함으로써 정부 계획상 차등 지원비율과 일치한다.

<表 II-14> 年度別 醫療費 對比 保險財政 負擔率(1988~1996)

(단위: 억원, %)

	GNP(A)	국가예산 ¹⁾ (B)	복지부 예산(C)	C/A	C/B	의료보장 ²⁾ (D)		지역조합 국고지원(E)	
						예산	D/C	예산	E/C
1988	1,313,713	180,250	6,638	0.51	3.68	2,933	44.2	945.6	14.2
1989	1,479,416	216,531	9,282	0.63	4.29	4,414	47.6	2,206.1	23.8
1990	1,782,621	274,367	11,518	0.65	4.20	5,971	51.8	3,639.0	31.6
1991	2,142,399	312,835	14,629	0.68	4.68	8,491	58.0	5,867.9	40.1
1992	2,387,046	333,625	15,462	0.65	4.63	8,875	57.4	5,924.4	38.3
1993	2,655,179	380,500	16,659	0.63	4.38	9,522	57.2	6,381.5	38.3
1994	3,037,726	432,500	17,719	0.58	4.10	10,414	58.8	6,924.0	39.1
1995	3,482,843	499,879	19,839	0.57	3.97	11,260	56.8	7,553.0	38.1
1996	3,909,491	579,621	23,707	0.61	4.09	12,929	54.5	8,723.0	36.8

註: 1) 중앙정부 일반회계예산임.

2) 의료보험과 의료보호를 합산한 것임.

資料: 통계청, 『한국주요경제지표』, 각년도.

대한민국 정부, 『예산개요』, 각년도.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.

한편 地域醫療保險에 대한 國庫支援이 財政支出에서 차지하는 비중은 <表 II-15>와 같이 '91년 52.5%이었으나 이후 매년 감소하여 '95년 35.7%, '96년 32.0%까지 하락하였다. 保險給與費에 대한 國庫支援은 '91년 46% 선에서 '96년 27% 선으로 급격히 감소하는 추세에 있다. 또한 '96년 현재 國庫支援金은 保健福祉豫算의 약 37%로써 상당한 부분을 차지하고 있다. 地域醫療保險을 郡지역과 市지역으로 구분할 때, '96년 현재 보험급여비에 대한 지원은 市지역 25.5%, 郡지역 34.9%로써 郡지역에 많은 지원이 이루어지고 있다. 한편 地域組合의 管理運營費는 國庫에서 전액 지원하고 있으며, 國庫支援金중 管理運營費 支援 比重은 약 25% 내외를 차지하고 있으며, 郡지역은 32.6%, 市지역은 22.5%로써 郡지역의 경우 관리운영비 부담이 상당하다.

〈表 II-15〉 地域醫療保險 財政과 國庫支援(1991~1996)

(단위: 억원, %)

	국고지원		보험급여비 (C)	재정지출 (D) ¹⁾	B/C	A/D	A/보건복지예산 ²⁾
	총액(A)	급여비 국고지원(B)					
1991	5,868	4,399	9,638	11,173	45.6	52.5	40.1
1995	7,553	5,619	19,139	21,189	29.4	35.7	38.1
1996	8,723	6,552	24,189	27,279	27.1	32.0	36.8

註: 1) 보험급여비, 관리운영비, 연합회비, 보건예방사업비를 합산한 것임
2) 중앙정부 일반회계예산임.

資料: 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황』, 1997.
_____, 『의료보험통계연보』, 각년도.
재정경제원, 『예산개요』, 각년도.

〈表 II-16〉 地域醫療保險 都·農間 國庫支援 現況(1996)

(단위: 억원, %)

	국고지원			B/보험료 수입	B/급여비	C/A
	총액(A)	보험료(급여비) 지원(B)	관리운영비 지원(C)			
시	6,614	5,130	1,484	27.4	25.5	22.5
군	2,109	1,422	687	39.9	34.9	32.6
계	8,723	6,552	2,171	29.4	27.2	24.9

資料: 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황』, 1997.
_____, 『의료보험통계연보』, 각년도.

한편 1996년의 醫療保險 診療費, 保險給與費 및 國庫支援金間的 관계는 <表 II-17>과 같다. 醫療保險 給與費 總額 4조 9484억원 중 13.2%인 6553억원을 국고에서 지원하고 있다. 그러나 직장 및 공교보험을 제외하면 地域 保險 給與費에 대한 國庫支援額은 26.3%에 달한다. 특히 군지역만을 놓고 보면 급여비의 31.6%를 지원하고 있다.

〈表 II-17〉 醫療保險 財政現況과 國庫支援(1996)

(단위: 억원, %)

	진료비		본인일부부담	보험급여비 국고지원금
	총액	보험급여비		
계	76,240	49,484	26,756	6,553(13.2)
직장	28,820	18,536	10,284	-
공교	9,296	6,010	3,286	-
지역	38,124	24,938	13,186	6,553(26.3)
시	31,440	20,443	10,997	5,130(25.1)
군	6,684	4,495	2,189	1,422(31.6)

註: ()내는 보험급여비 국고지원의 대 보험급여비 비중임. 공교보험에 대하여 사용
자로서 정부의 보험료부담이 있으나 이를 제외하였음.

Ⅲ. 財政調整에 대한 既存研究와 外國의 事例

1. 財政共同事業에 대한 既存研究

우리나라 醫療保險 財政共同負擔事業은 1981년 4월 제5차 의료보험법 개정에서 組合間 財政安定事業의 실시 근거를 마련한 이후 1987년 12월에서야 명문화되었다. 따라서 財政共同事業에 관한 실질적 실시가능성 및 실시방안을 강구하는 최초의 연구는 의료보험연합회의 의뢰로 이루어진 문옥륜, 이규식, 양봉민(1988)으로 생각되며, 그 이후에도 연구가 뒤따랐으나 1995년 老人醫療費에 대한 共同負擔事業이 실시된 이후의 연구로는 이현실(1995), 조원탁(1995), 윤성태(1996) 등의 연구를 들 수 있다.

먼저 문옥륜외(1988)의 연구를 보자. 高額醫療費 共同事業의 대상은 보험료 수입의 5%범위내에서 시행토록 하고(3.8%를 제안하고 있음), 이 범위내에서 가능한 사업대상은 300만원 이상 入院診療費가 된다고 추정하였다. 특히 高額診療費는 組合의 財政 뿐만아니라 家計의 財政도 위협하므로 본인부담액 60만원 초과분에 대해서 共同事業基金에서 부담하도록 할 것을 제안하였다. 각 조합의 共同事業 각출금은 해당 조합의 法定給與額이 全體組合의 法定給與액에서 차지하는 비중과 해당 조합의 표준보수월액의 전체조합의 平均報酬에 대한 相對的 比重에 비례하도록 하였다.¹⁰⁾ 노인의료비 공동사업에 대해서는 保險制度간 구분없이 공동으로 실시하며, 70세 이상 노인의 입원의료비로 하되, 대상 의료비중 1/2만을 조정의 대상으로 하도록 하였다.¹¹⁾ 다음으로 財政調整의 節次는 먼저 직장, 공·교, 지역의료보험의 제

10) 즉, 각 조합의 각출액 = 전체조합의 보험료수입 총액×3.8%×(해당조합의 法定給與액/전체조합의 法定給與총액)×{1+(해당조합의 표준보수월액-전체조합평균보수)/전체조합평균보수}

도간에 실시하여 保險制度別로 各출액과 配分액을 산정하여 그 차액을 토대로 제도내에서 組合間에 財政調整을 기하도록 하였다. 재정조정은 제도간 및 조합간 노인인구 비율과 노인 1인당 평균의료비가 반영되도록 하였으며, 특히 조합의 노인 1인당 平均醫療費가 全體組合의 노인 1인당 평균의료비에 비해 일정률을 초과하는 부분에 대해서는 調整對象에서 제외하도록 하였다.¹²⁾

한편 1994년 보건사회부장관의 자문기구로 발족한 醫療保障改革委員會(1994)에서는 1995년부터 65세 이상 老人醫療費에 대한 財政共同事業을 도입할 것을 건의하였다. 이에 따라 高額診療費에 대한 공동사업 대상은 65세 미만의 고액진료비에 한정하고 월급여비 90만원 이상을 '96년부터 급여비 85만원, '97년부터 80만원 수준으로 확대할 것을 제안하였다. 老人醫療費에 대한 共同事業對象은 65세 이상 老人의 入院給與費와 외래 1만원이상 급여비로 하며,¹³⁾ 組合의 負擔金은 전년도 보험료수입결정액의 일정률로 하되 地域組合은 國庫補助를 제외한 보험료수입 90%의 일정률로 하였다.

이현실(1995)에 의하면 高額診療費 對象金額을 조합부담금 90만원으로 일률적으로 정하기 보다는 조합의 平均標準報酬額 크기에 따라 하향조정할 것을 제안하고 있다. 그러나 標準報酬 및 所得水準이 객관적으로 측정되지 않는 현실에서 구체적 적용방안을 모색하는 것에 상당한 난점이 있을 것으

11) 그 이유로써 지역의료보험에 대해서 정부가 이미 보험재정의 1/2을 세금으로 징수된 국고로 지원하기 때문이라고 밝히고 있다. 그러나 재정공동사업의 취지와는 거리가 있는 듯한 논거로 생각된다.

12) 조합각출액 = 해당조합의 노인1인당 평균의료비×(해당조합의 총적용인구×전체조합의 노인인구비율)×1/2

단, 해당조합의 노인1인당 평균의료비가 전체조합의 평균의료비의 일정율(예: 1.5배)을 초과하는 경우,

추가각출액 = (해당조합 노인1인당 의료비-전체조합 노인1인당 의료비×1.5)×해당조합의 총적용인구×해당조합 노인인구비율×1/2

13) 배분기준 = 전체노인 1인당 평균급여비(입원 및 외래 1만원이상) × 조합별 노인인구수

로 생각된다. 그리고 老人醫療費 共同負擔事業의 경우에 노인의 부담 그 자체에 아무런 영향을 미치지 못하는 결점을 가지고 있으므로 현행 70세 이상 고령자에게만 적용하는 당일 診療費가 1만원 이하인 경우 本人 一部 負擔金을 3,000원에서 2,000원으로 낮추어 준 것을 65세까지로 확대하고 그 금액도 65세 이하의 절반으로 하향조정하여 노인들이 실질적으로 혜택을 볼 수 있는 제도로 개편할 것을 提案하고 있다. 그러나 共同負擔事業이란 組合間 財政調整을 目的으로 하는 것이기 때문에 개인간 부담을 조정하는 것은 또 다른 정책상의 문제로 취급되어야 할 것 같다. 한편 형평계수의 모호함을 근본적으로 고칠 것을 제안하고 있으며, 財政共同事業에 대한 조합의 설문 결과 負擔金의 상한선을 보험료수입의 20%이내로 제한할 것을 원하는 조합이 57.3%로 나타나 다보험자방식의 원래의 경영취지가 변색되지 않도록 共同事業은 가능한 최소한으로 운용될 것을 제안하고 있다.

조원탁(1995)은 현행 財政共同事業의 가장 큰 문제점으로써 형평계수가 각 보험자의 재정력을 평가하는 객관적 지표가 될 수 있는지에 대해 의문을 제기하고 있다. 현재 형평계수 산출에 給與費나 扶養率을 변수로 사용하는 것에 반대하고 있다. 즉 給與費가 클수록, 扶養家族이 많을수록 종속변수인 보험료는 크기 마련이며,¹⁴⁾ 종속변수인 보험료의 추정치가 높으면 형평계수가 높아져 결국 共同負擔事業의 각출료를 많이 부담하여야 된다. 이는 疾病危險이 낮은 집단이 질병위험이 높은 집단을 횡적으로 지원하고, 부양율이 낮은 집단이 부양율이 높은 집단을 지원하는 사회보험의 원리에 배치된다고 주장하고 있다. 따라서 형평계수의 적용에 문제가 있다면 先進國과 같이 高額診療費에 대해 保險種別(직장, 지역, 농어촌 혹은 도시)로 운영할 것을 논의하고 있다. 또한 각출금 부담의 衡平性을 提高하기 위해 保險料 賦課基準이 동일할 수 있도록 總報酬制를 도입할 것을 주장하고 있다. 그리고 소득이 높은 都市地域 自營者에게 勤勞者가 財政移轉을 하는 것은

14) 왜냐하면 보험료는 재정지출과 균형을 맞추기 위해 조정되므로, 급여비나 부양율이 높으면 재정지출도 늘어나 보험료가 증가하여야 되기 때문이다.

타당하지 않다고 주장하고 있다.¹⁵⁾ 마지막으로 立法過程을 통해 政策의 합리성을 확보할 것을 제안하고 있는데, 共同事業에 대해 租稅와 동일한 수준의 統制와 牽制가 필요하고 또한 공개적인 입법과정을 통해서 격차발생의 원인을 객관적으로 파악하고 社會的 公평의 관점에서 합의를 끌어내어야 할 것을 제안하고 있다. 財政調整을 실시하는 독일이나 프랑스, 일본의 경우에도 財政調整과 관련한 별도의 法律을 제정하여 운영하고 있는데, 우리의 경우 그 논의 과정이 형식적이고 사전, 사후에 被保險者나 國會의 檢證이나 統制를 제대로 받지 않고 있다고 주장한다.¹⁶⁾

윤성태(1996)는 우선 직장, 공교, 지역간 각출금 배분액을 결정하는 현행 形평계수의 문제점을 인식하고 새로운 形평계수를 제시하였다. 즉 算定 회귀식에 종속변수를 總保險料收入決定額을 사용하고, 설명변수에 세대당 소득수준의 2중근, 60세 이상 인구구성비, 1인당 급여비, 관할지역 면적 또는 사업장수, 평균 가구원수, 적용인구수 등 6개 변수를 사용하였다.¹⁷⁾ 그러나 이러한 회귀식에 의한 推定結果를 이용하는 것도 勤勞者와 自營者間 所得把握率의 限界를 극복하지 못하면서 所得變數를 여전히 사용하고 있다는 점에서 현행 形평계수가 안고 있는 根源的인 問題點을 치유하지는 못하고 있다. 두 번째로 현재 地域保險을 시, 군, 구 3개 집단 및 직장으로 분류되어 있는 구분을 構造的 特性을 반영한 재분류로 지역 6개 그룹, 직장 4개

15) 특히 도시자영자에 대해 국고지원을 계속 하고 있는데, 이에 추가하여 공동사업으로 재정이전을 하는 것은 바람직하지 않다고 주장하고 있다. 나아가 고소득자영자집단에 대해서는 직종별로 별도 조합으로 독립시켜 국고지원 대상에서 제외하는 방안을 제안하고 있다.

16) 또한 지역의료보험에 대한 국고지원도 법률에 명시되지 않은 채 예산에 의해 결정되는데 반해 일본, 프랑스, 독일에서는 국고지원의 범위도 법에 규정되어 있다. 앞으로 하위법이나 규정에 명시되어 있는 재정조정에 대한 규정을 본법에서 규정하여 사회보장의 재정조정에 대한 각계의 의견이 충분히 수렴된 합리적인 방안을 만들 것을 제안하고 있다.

17) 현행 회귀식은 종속변수에 세대당 보험료, 설명변수에 세대당 월평균소득, 적용인구 1인당 급여비, 부양가족수, 적용인구중 경제활동(20~59세)인구구성비를 사용하고 있다.

그룹으로 구분하였다.¹⁸⁾ 그런데 이러한 그룹분류기준에 대해 모든 조합의 동의를 얻는 것이 쉽지 않을 것으로 생각된다. 세 번째는 財政共同事業 給付費 교부시 老人給與費 配分基準을 全國 平均 件當給與費에 조합별 발생 건수를 곱한 것으로 산정하였다. 이러한 改善方案에 의한 財政共同事業 결과, 農漁村 地域組合에로의 財政移轉效果를 극대화할 수 있는 등 재정력 집중도면에서 가장 효과적이고 합리적인 것으로 제안하고 있다. 다만, 연구의 한계로써 財政共同事業 規模의 적정 限界, 즉 社會的 連帶와 組合의 자기재정 책임간의 한계를 규명하지 못한 것을 지적하고 있다.

2. 國庫支援事業에 대한 既存研究

國庫負擔金 支援方式에 관한 연구는 地域醫療保險의 財政安定化方案의 일환으로서 주로 연구되어 왔다. 먼저 地域醫療保險이 실시되기 전에 示範事業 당시의 연구들로서는 유승훈 외(1985), 이규식 외(1986), 연하청(1987), 문옥륜(1988) 등이 있으며, 全國民醫療保險 실시이후의 연구로서는 한국보건사회연구원(1991), 노인철(1991), 문종국(1991), 연세대학교 보건정책 및 관리연구소(1992), 윤완섭(1994) 등이 있다.

國庫負擔金 配分方式을 구체적으로 연구한 것은 노인철(1991), 연세대학교(1992), 윤완섭(1994)이다. 먼저 노인철(1991)은 '標準支援基準'에 의한 각 組合別 一律的인 配分을 제안하고 있다. 즉 '標準支援基準'을 地域醫療保險 적용대상자 전국평균 1인당 給與費와 保險料의 總의 평균으로 정하고 각 조합의 被保險者數에 따른 人頭定額支援에 의한 배분효과를 설명하고 있다.¹⁹⁾

18) 집단분류는 보험료, 인구밀도, 부양률, 경제활동인구, 소득, 적용인구 등 6개변수를 이용하여 군집분석법(cluster analysis)으로 분류하였다고 함.

19) 魯仁喆(1991)은 인두정액지원을 하는 理由로서, 첫째, 政府의 責任限界를 명확히 설정하고, 둘째, 국고부담금의 급격한 증가를 완화하고, 셋째, 均조합과 시조합의 평균급여비 및 평균보험료수준의 차이로 인하여 도농간 차등지원이 사실상 가능하고, 넷째, 조합측의 자발적인 의료비 절감노력이 기대된다는 것을

그리고 소득수준에 따른 差等支援의 問題點으로서 피보험자의 能力比例保險料에 대한 國庫負擔金の 비율이 累進的인 構造를 가지기 때문에 現行 방식이 低所得層의 保險料負擔을 경감시키는 효과를 가진다고 보며, 이 이상의 差等支援은 자영업자의 세대나 개인의 소득수준을 정확히 측정할 수 없다는 현실적인 문제로 귀결되어서 시행하기가 어렵다고 지적하고 있다. 그러나 노인철(1991)에 의한 배분결과는 기존의 組合規模에 比例한 人頭定額支援方式에 의한 것과 큰 차이가 없으며, 따라서 이 방식에 의하더라도 여전히 都,農間 地域組合의 財政不均衡이 상존하게 됨을 스스로 限界點으로 지적하고 있다.

延世大學校 保健政策 및 管理研究所(1992)는 기존의 被保險者 1인당 定額支援과 더불어 組合間 差等配分基準으로서 老人人口數에 따른 比例的 配分方式을 제안하고 있다.²⁰⁾ 地域組合의 財政脆弱要因은 給與부문에서 비롯되므로 老人人口數와 더불어 療養取扱機關數에 따른 差等配分을 제안하고 있다. 그런데 요양기관이 많은 지역일수록 醫療利用率이 높아 財政이 脆弱해진다는 假說을 세웠으나 가설이 棄却되는 분석결과에 의해 老人人口數만을 고려한 배분을 제안하였다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1992, pp. 89~91). 그러나 어떤 지역에 療養機關이 많다는 것은 그 지역의 醫療費負擔能力이 크다는 것을 증명해 준다고 해석할 수 있다. 구매력이 없다면 기업으로서의 요양기관은 그 지역에 진입하지 않을 것이라는 게 市場原理이기 때문이다. 따라서 상기 假說은 反對로 構成되어야 하며 그러할 경우 가설이 기각되지 않는 결과를 갖게 될 것이다.

윤완섭(1994)은 現行 國庫支援方式으로 조합간 財政調整機能을 별로 기대할 수 없음을 평가하고 있으며, 國庫配分方案으로서 우선 전체조합을 5集團으로 분류한다(분류기준은 所得, 適用人口, 面積). 다음으로 組合別로 保險

제시하고 있다.

20) 연세대학교(1992)는 지역의료보험의 재정안정화를 위해 綜合的인 接近을 하고 있다. 즉, 피보험자 자격관리, 보험료부과 및 징수, 재정안정기금(고액진료비 공동부담사업) 등을 함께 고려하고 있다.

料 負擔能力指數(보험료/소득) 혹은 給與費負擔指數(급여비/소득)를 산정한
다. 一段階로 全體國庫負擔金을 集團別로 配分하는데 配分額은 集團의 保險
料 負擔能力指數의 他集團과의 상대적 크기에 따라 결정된다. 二段階로 집
단의 國고부담금은 集團內에서 組合別 給與費 負擔指數의 他組合과의 相對
的 크기에 따라 配分하도록 제안하고 있다. 이 방안은 전체조합을 유사한
환경을 지니는 集團으로 나누고 집단별 보험료부담능력에 따라 배분하되,
集團內에서는 組合의 급여지출수준을 감안하여 赤字組合을 감소시켜려는
시도로서 조합의 財政均衡을 위한 좋은 대안으로 볼 수 있다. 그런데 이 방
안이 실제 집행되기 위해서 몇가지 지적될 사항으로서는, 첫째 집단분류기
준에 대한 논란이 예상되며, 둘째 保險料를 배분기준으로 사용하는 경우 基
準의 外生性에 대한 문제가 있다. 배분기준은 인위적으로 통제할 수 없는
外生變數를 쓰는 것이 타당할 것이다. 給與費 基準의 경우에도 물론 조합이
급여지출을 통제할 재량이 미약하지만, 이 기준을 사용할 경우 不當給與의
적발노력이 약화될 가능성이 있다. 셋째 所得基準에 대한 信賴性의 문제이
다. 현재 소득과약율이 조합별로 상이하며 파악된 소득도 불완전하다. 따
라서 소득외의 다른 외생적인 기준에 의해 組合의 財政力을 측정할 필요가
있을 것이다.

한편 연하청(1987)은 都市型和 農村型으로 구분하여, 保險料徵收를 受益
者負擔原則에 입각하되 地域別 所得水準과 醫療供給水準에 따를 것을 제안
하고 있다. 권순원, 양봉민(1990)에 의하면 기존의 보조방식을 소득수준을
감안한 保險料補助方式으로 전환할 것을 제안하고 있다.²¹⁾ 특히 권순원
(1993)에서는 富農이나 專門職從事者에 대해 정부가 비용의 50%를 부담하
는 것은 국제관행에도 어긋날 뿐아니라 衡平問題나 國家財源의 非效率的

21) 지역의료보험의 노인인구비율의 증가속도가 빠른 것으로 전망하여 노인계층을
타의료보험이나 의료보호에 적용시키거나 혹은 고액노인진료비에 대해 전체
의료보험재정과 정부가 공동으로 부담하는 방안을 제안하고 있다(권순원·양봉
민, 『의료보험제도의 개선을 위한 정책방안』, 1990, pp.99~101).

活用문제를 제기하며 이들에 대해 政府支援을 없애고 나머지 목표지원계층에 50% 를 지원하는 방식²²⁾을 제안하고 있다. 그리고 중장기적으로는 의료 욕구와 지불능력을 반영하는 조합의 經濟社會的 特徵(노인인구비율, 소득수준, 실업자수 등)을 묶어 複合指數를 산출한 다음, 이들을 근거로 조합별 差等支援을 행함으로써 효율을 제고하고 여기서 절약되는 豫算을 생산적인 시설투자(예; 보건소 시설 및 인력보강, 지역사회병원 설립 등)로 轉換하는 政策을 제안하고 있다. 그런데 保險料補助方式으로의 전환은 현행 조합별 보조방식에서 個人別 補助方式으로의 전환을 의미한다고 해석되는데 保險料산정의 기초가 所得水準이라는 客觀的 根據가 확립된다면 가능할 것이나 현재 소득에 대한 파악율이나 파악방법이 組合別로, 個人別로 차이가 크므로 실행하기에 많은 난점이 있을 것이다. 또한 전문직이나 부농에 대한 국고지원의 중단은 타당한 논리이지만 保險料補助方式으로 전환되어야 가능할 것이며, 현행 組合에 대한 國庫支援하에서는 어느 범위의 專門職과 富農을 제외할 것인지에 대한 기술상의 난점이 많을 것이다.

3. 先進國의 財政調整方案

가. 日本

日本은 우리와 같이 組合方式 運營體制下에서 組合間 財政隔差를 해결하기 위한 財政調整方案으로 高액의료비 공동부담사업을 운영하고 있고, 노인 의료비 공동사업을 위해 老人保健法에 의한 老人保健制度(1983)를 운영하고

22) 권순원은 보험료를 全額自負擔하는 가입자의 選定方法으로서 비업무용 자가용 승용차 소유세대와 1인당 전기료를 많이 지출하는 세대를 열거하고 있다(권순원, 『의료보험재원조달방식의 개선방안』, 1993, p.63). 그러나 이러한 방법은 자가용보유가 소득수준의 결정적 기준이 되기 어렵고, 전기료사용이 소비수준을 간접적으로 반영하고 있지만 그 기준을 설정하기가 모호하여, 계층구분의 형평적 문제와 더불어 행정적으로 실행하기에 난점이 많다고 생각된다.

있으며, 지역조합(일본의 시·정·촌)에 대한 국고지원사업이 있다. 그외 退職者를 위한 醫療保險制度(1984)를 따로 운영하고 있는 것이 老人醫療費 共同事業과 유사하다고 볼 수 있다.

1) 高額醫療費 共同負擔事業

高額醫療費 共同負擔事業은 크게 피용자를 대상으로 하는 組管掌健康保險과 시·정·촌(우리의 구시군에 해당)의 자영자를 대상으로 하는 國民健康保險에서 실시하는 것으로 구분할 수 있는데, 그 特徵은 高額醫療費에 관해 상호 보험종류간 共同負擔事業을 실시하지 않고 각제도 내부에서만 실시하고 있다는 것이다.

組管掌 健康保險의 고액의료비 공동부담사업인 『交付金 交付事業』은 동 조합연합회가 주관이 되어 財政 窮乏組合 또는 高額醫療費가 발생한 조합의 재정부담을 경감시키기 위한 것으로, 聯合會내에 ‘재정궁핍조합 대책위원회’와 ‘고액의료교부금 교부위원회’가 설치되고 양 委員會에서 교부금신청에 대한 심사 결정을 하며 필요시 財政 및 事業運營狀態 등에 관한 자료를 요구하고 조사할 수 있다. 1993년 현재 교부사업 대상조합은 1,820개로 기본조정 보험료율은 0.12%이며, 이는 의료교부분 0.1%와 재정궁핍조합교부분 0.02%로 구성되어 있다.

國民健康保險의 高額醫療費 共同事業은 후생성에서 마련한 『국민건강보험 고액의료비 공동사업 실시 요강』에 따라 國民健康保險團體聯合會에서 공동사업을 실시하고 있다. 각 시·정·촌의 고액의료비 각출금은 고액의료비 각출금총액 × (해당 시·정·촌의 의료비/해당 도도부현내 모든 시·정·촌의 의료비합산액)으로 산정된다.²³⁾ 1995년 改正에 의해 동 事業의 擴充·強化를 도모하였는데, 현저한 고액의료비에 대해서는 전국단위의 공동사업을 새로 창설할 것과 동 사업에 대한 국고조성을 창설하는 것이다.

23) 여기서 의료비는 전전년도까지 3개년도 일반피보험자의 의료비합산액임.

2) 老人保健制度

日本의 老人保健制度는 각 保險者간 老人醫療費 負擔不均衡이 조합내 노인인구비율의 차이에서 발생하여 이를 조정하기 위하여 실시하고 있는 財政調整事業으로써, 대상은 70세 이상 노인 또는 65세 이상 70세 미만으로 장애가 있다고 시·정·촌장이 인정한 자이다. 각출금은 組合, 國家, 地方自治團體가 각각 70%, 20%, 10%의 비중으로 분담하고 있다. 각 보험자의 각출금은 전체 保險者平均 老人比率에 기초하여 산정하며, 배분금은 각 보험자의 실제 老人比率에 의한 老人醫療費가 된다. 따라서 노인비율이 높은 보험자에게 財政이 移轉된다. 한편 각 보험자의 노인의료비에 대한 경영노력을 유인하기 위하여 1인당 診療費가 全國平均의 一定基準(예: 1.5배)이상인 경우에는 그 초과분에 대해서는 調整對象에서 제외하도록 한다.

3) 退職者 醫療制度

高齡退職者는 退職後 國民健康保險에 가입하도록 되어있는데, 이에 따라 농민등 자영자를 대상으로 하는 國民健康保險의 財政이 불안정해 지므로 1984년 10월 退職者 醫療制度를 실시하였다. 對象者는 國民健康保險의 피보험자(노인보건법의 적용대상자는 제외)로 각 被傭者年金法에 근거한 연금의 수급권자이다.²⁴⁾ 실시주체는 國民健康保險의 시·정·촌이며, 財源은 퇴직자의 보험료(세)외에 被傭者保險 組合에서의 각출금(피용자 및 사업주 공동부담)으로 조성된다.

4) 地域組合(市·町·村)에 대한 國庫支援事業

日本의 地域醫療保險에 해당하는 國民健康保險에 대한 國庫補助金の 내역은 <表 III-1>에 정리되어 있다.

24) 노령연금수급권자로 가입기간이 20년 이상 또는 40세 이후 10년 이상 가입자

〈表 III-1〉 日本 國民健康保險의 國庫補助金 內容

종 류	시·정·촌 국 보	조합 국보
요양급여비등 부담금	다음 (1), (2)의 합산액의 40% (1) 조합부담 요양급여액, 입원시 식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비, 특별요양비, 이송비 및 고액요양비(단, 여가에서 보험기반안정제도에 의한 시정촌 이월금의 1/2은 공제) (2) 노인보건의료비 각출금	요양급여비의 32% 단, 재정상태에 따라 15% 까지 증액
재정조정 교부금	상기(1), (2)의 합산액의 10%와 보험기반안정제도에 의한 시정촌이월금의 1/4 을 합산하여 조합의 재정력에 따라 탄력적으로 지원. 두가지 형태로 교부: a)보통조정교부금: 보험료수입이 급여비에 미달될 경우 b)특별조정교부금: 재해, 기타 특별사정, 직영진료시설 설치 및 정비확충 보조	-
요양급여비등 보조금	다음 (1),(2)의 합산액의 32% (1)요양급여비, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비, 특별요양비, 이송비 및 고액요양비 (2)노인보건의료비 각출금 단,(1)+(2)의 15%범위내에서 조합별 재정력에 따라 증액 가능	-
보험기반안정 부담금(1988)	보험기반안정제도에 의한 보험료경감액의 50%, 도도부현 및 시정촌이 각각 25%부담 (단, 1993, 94년에는 잠정적으로 정액부담하였음)	-
출산육아일시 금등 보조금 (1992)	출산건당 지급기준액중 일정분: 30만엔 이상이면 7만5천엔, 30만엔 미만이면 7만5천엔 이내 소정액	-
사무비 부담금	피보험자1인당 소요비용 기준: 1992년 직원급여, 1993년 임금, 위탁료등, 1994년 광열수도비, 소모품비 등을 포함	좌동
국보단체 연합회등 보조금	국민건강보험의 진료보수심사·지불의 적정성, 신속성 도모를 위한 필요경비	-
지도감사 위탁비	보험자, 요양취급기관, 국보의에 대한 지도감사, 국고보조금 적정사용에 대한 지도감사를 도도부현지사에 위탁할 때 소요되는 비용 보조	-
국보특별 대책비 보조 (1992)	국보사업의 원활, 적정한 운영 확보, 1993년에는 보건시설 사업 확충, 소규모보험자대책 강화 등에 보조	-

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 第43卷 14號, 1996.

의료보험관리공단, 『외국의 의료보장동향』, 1993. 11.

日本の 國庫補助金の 給與지출에 대한 비중은 <表 III-2>와 같다. 國庫補助豫算의 보험자부담의 給與비에 대한 비중이 1990년 65.9%에서 1994년 60% 이하로 점차 감소하고 있다. 一部負擔을 포함한 전체 요양비에 대해서는 43% 정도이며, 總支出에 대한 비중은 36% 수준이다. 이러한 國庫補助金の 지원비중이 계속 하락하고 있는 것이 특징적이다.

<表 III-2> 日本 國民健康保險의 國庫補助金 對 給與支出 比重

(단위: %)

연도	국고보조예산의 대 지출(결산) 비율	국고보조예산의 대 요양비 ¹⁾ 비율	국고보조예산의 대 보험급여비 비율
1990	39.8	47.7	65.9
1991	39.5	46.8	64.5
1992	37.7	43.9	60.5
1993	37.0	43.7	60.1
1994	36.3	43.1	59.3

註: 1) 보험자부담 보험급여비와 본인일부부담 등을 합산한 것임.

資料: 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 第43卷 14號, 1996.

日本の 地域醫療保險에 대한 國庫補助는 우리나라와 기본적으로 유사한 상황에서 운영되고 있으며 보조금의 種類가 다양하고 종류별로 구체적인 목적을 띠고 있다. 그런데 우리가 유의깊게 살펴보아야 될 점을 몇 가지 지적하고자 한다.

첫째, 日本의 地域醫療保險은 자영자를 대상으로 하되, 의사, 변호사 등 特殊職種에 대해서는 ‘조합국보’로서 분리운영하고 또한 ‘시·정·촌국보’에 비해 國庫負擔金額이 적고, 支援項目도 단순하다. 즉 소득수준이 비교적 높은 특수직종을 제외한 農漁民 등 自營者에 대해 상대적으로 집중 보조하고 있다는 점이다. 우리나라의 경우 地域組合內에 여러 職種의 自營者가 함께 가입되어 있으므로 組合內에서 高所得者營者로부터 低所得自營者에게로 再分配가 이루어지는 장점이 있는 반면에 국고보조가 대상자의 所得과는 무관하게 이루어지는 不合理的한 점이 있다.

둘째, 일본은 退職者醫療制度에 의해 老齡年金受給權을 가지고 퇴직한 被傭者를 ‘시·정·촌국보’에서 분리하고 있다. 이는 시·정·촌조합이 피보험인구의 노령화로 인한 財政不安을 방지하기 위한 것이다. 우리나라의 경우 퇴직 피용자가 地域組合의 被保險者로 되는 경우 지역조합의 재정적 불안을 야기시킬 가능성이 있다. 그런데 현행 醫療保險法은 직장 및 공교보험의 被扶養者範圍를 매우 광범위하게 인정하고 있어 停年退職者의 대부분이 직장 및 공교보험의 被扶養者로 흡수될 가능성이 매우 높다. 日本의 경우 노령연금수급권을 가진 자를 중심으로 하고 있으므로 우리나라와 같이 年金制度의 역사가 짧은 나라에서는 日本과 같은 기준을 단기적으로 적용할 수가 없게 된다.

셋째, 日本의 경우 補助金支援基準이 주로 給與支出중 일정비율 및 보험료수입이 급여지출에 未達되는 부분에 대한 補助를 중심으로 하고 있으며, 여러가지 목적의 명목으로 多様하게 지원하고 있다. 우리나라의 경우 1인당 定額支援 중심의 간소한 방식에 所得課標 및 老人扶養比에 의한 일부 差等支援方式을 附加하고 있다. 일본의 방식은 급여지출에 대한 統制나 保險料의 效率的 徵收에 의한 財政正常化 노력을 유인하지 못하고 있으며 또한 지나치게 많은 명목의 보조금으로 運營의 硬直性을 초래할 것으로 판단된다. 우리나라의 경우 1인당 정액중심의 지원방식으로는 조합별 재정력격차를 補正하기에는 어렵다고 판단되고 향후 差等配分을 더욱 개선시켜나가야 할 것이며, 日本과 같이 세분화된 명목의 보조금지원은 바람직하지 않다고 보며 包括的補助金으로 지원하되 재정안정노력을 유인하기 위한 組合經營의 自律性과 評價體系를 강화하여야 할 것으로 본다.

나. 獨逸

獨逸에서는 '93년 1월 1일부터 단계적으로 시행되고 있는 「법정질병보험의 구조개선 및 안정확보를 위한 법률」에 의해 一般疾病保險 財政에서도

보험료의 산정기초가 되는 所得 및 扶養率, 加入者의 年齡構成 및 男女構成의 차이에서 발생하는 財政隔差를 시정하기 위하여 “리스크 구조조정”이라고 하는 財政調整이 '94년부터 도입되고 있다. 이에 따라 지금까지 실시가 의무화되고 있던 동일 주내 동일 종류의 疾病保險간 財政脆弱金庫에 대한 재정조정은 폐지하였고 年金受給者 疾病保險에서의 재정조정도 '95년부터 이 리스크 구조조정에 흡수하도록 하였다.

1) 獨逸 疾病保險制度의 概要

獨逸의 疾病保險制度는 일반노동자와 직장근로자 등을 대상으로 하는 一般疾病保險制度和 자영농민을 대상으로 하는 農業者 疾病保險制度 등 크게 두가지 제도로 운영되고 있고, 다시 職種別, 地域別로 나누어 8개 종류의 “질병금고”라는 보험자에 의해 운영되고 있다.

公的疾病保險에는 一定所得 이하의 근로자들은 모두 강제적으로 가입을 하도록 하고, 一定所得을 초과하는 피용자, 공무원, 성직자 등은 公的疾病保險에 가입을 의무화하지 않고 임의로 疾病保險에 가입할 수 있도록하고 있다.²⁵⁾

獨逸의 疾病金庫에서는 대부분의 醫療費를 보장해주어 被保險者의 본인 부담이 거의 없는 包括的인 給與를 提供하고 있다. 구체적인 급여내용으로는 외래 및 병원진료, 분만진료, 치과진료, 물리치료, 예방진료, 약제, 가족계획, 재활급여, 안경, 의료보장구, 재택개호, 작업요법, 건강테스트, 그리고 작업요법의 일부로서 실시되는 온천요법등이 있다. 또한 分娩休暇時 현금수당, 本人疾病時 병가수당, 子女 病看護時 휴가수당, 그리고 장제비 등을 지급하고 있다.

疾病金庫의 財政은 被傭者와 使用者에 의해 동등하게 分擔하는 保險料로

25) 독일인구의 약 10% 정도가 법정질병금고에 가입되어 있지 않는데, 이중 약 반이 소득상한선을 초과하는 자로서 민간보험에 가입하고 있고 나머지 반은 대부분 특별제도에 가입된 공무원 및 공적피용자들이다.

충당하고 있다. 保險料는 所得에 一定比率(보험료율은 질병금고마다 차이가 있지만 연금수급자의 보험료율은 전국 동일)을 곱해 산출하여 조달하고 있으며, 保險料率은 구서독지역 13.4%이고, 구동독지역은 13.3%로 고용주와 피용자가 반씩 부담하고 있고 上限額은 구서독지역 68,400마르크와 구동독지역 53,100마르크로 정하고 있다.

財政에 있어 國庫負擔은 원칙적으로 없으며 각 疾病金庫에서 법정급여비를 충당할 수 있는 保險料를 徵收하여 독자적으로 재정의 균형을 도모하도록 하고 있으나 최근에 와서는 일부에서 國庫負擔이 이루어지고 있다.

일부 지원되는 國庫負擔으로는 學生疾病保險의 保險料 一部를 정액으로 보조하고, 또한 출산수당에 있어 원칙적으로 疾病金庫에서 지급하도록되어 있는데 이러한 疾病金庫가 출산수당을 지급하는 경우 연방정부에서 1건당 400마르크를 보조하고 있다. 이 밖에도 鑛山從業員 疾病保險 및 障礙者 疾病保險에도 재원의 일부를 국고에서 보조하고 있다. 한편 農業者疾病保險制度下에서도 老齡退職者는 보험료 부담이 없고 年金受給者 疾病保險에 가입되지 않은 경우에 한해 保險料 全額을 국고에서 보조한다.

2) 리스크 構造調整의 概要

獨逸은 1977년 동일 주내 동일 종류의 疾病保險間 財政脆弱金庫 및 高額 醫療費에 대한 財政調整制度를 도입하였으나, 규정이 임의 규정이었기 때문에 재정취약금고에 대한 財政調整은 일부 주의 企業疾病金庫와 同業疾病金庫에서만 실시되었다. 그후 1989년부터는 동일주 동일종류의 질병금고간 財政脆弱金庫에 대한 財政調整의 실시가 義務化되었을 뿐 아니라 연방수준에서의 재정취약금고에 대한 財政調整도 실시할 수 있도록하였다. 그러나 이러한 질병금고간의 財政調整에도 불구하고 각 疾病金庫의 保險料率의 격차가 여전히 시정되지 않아, 독일은 1993년 의료구조법을 통해 財政調整 構造를 근본적으로 수정하여, 새롭게 “리스크 구조조정”을 도입하였다. 리스크 구조조정은 1994년에 年金受給者를 제외한 一般被保險者에게 실시한 뒤,

1995년부터 年金受給者에게도 확대하였으며 이에 따라 이전의 재정조정은 폐지되었다.

이러한 리스크 構造調整의 원칙은 「(신)사회법전 제V권 제266조 제2항」에 규정되어 있다. 구체적인 조정교부금과 조정각출금은 소요보험료와 재정능력을 비교하여 산출한다. 財政能力이 所要保險料를 상회하는 경우에는 그 초과액에 따른 각출금을 납부하게 되고, 所要保險料가 財政能力을 上廻하는 경우에는 그 초과액에 따라 교부금을 수령하게 된다.

이러한 과정을 자세히 설명하면 첫째, 聯邦保健部가 조사를 통해 성별·연령별로 標準給與費를 설정하여, 이것을 기초로 각 질병금고의 피부양자를 포함한 전체가입자에 대한 標準給與費總額(수입면에서 보면 소요보험료에 해당)을 산출한다. 둘째, 전체 질병금고의 소요보험료총액을 전체 금고의 기초수입총액으로 나눈 값(조정소요재원율)을 각 질병금고의 기초수입총액에 곱하면 그 금고에서의 標準保險料總額(재정력)이 얻어진다. 셋째, 각 금고의 財政力과 所要保險料를 비교하여, 재정력이 소요보험료를 上廻한 경우에는 그 초과분을 각출하며, 반대로 재정력이 소요보험료를 下廻한 경우에는 그만큼의 금액을 받아들인다.

3) 財政調整의 方法

獨逸은 완전한 所得把握을 바탕으로 하여 財政力을 객관적으로 평가하여 財政力에 따라 負擔하고 發生하는 給與費에 따라 配分받는 財政調整을 실시하고 있다. 리스크 構造調整에서는 기본임금에 따라 질병금고 재정조정이 이루어지는 데, 예를 들면 다음 <表 III-3>, <表 III-4>와 같다.

예를 들기위해 가상의 疾病金庫가 5가지 있다고 가정을 하고 다음표와 같이 재정조정을 하였는데, 단 각 疾病金庫의 가입자는 공적 질병보험 가입자 1인당 平均賃金을 받고 있는 것으로 가정한다.

먼저 각 疾病金庫의 임금총액(B)을 가입자수(A)로 나누어 가입자 1인당 기본임금(C)을 산출하고, 全體 賃金總額을 全體加入者數로 나누어 가입자 1

인당 연간 평균 기본임금(D) 24,472마르크를 구할 수 있다. 둘째로 각 疾病金庫의 가입자수에 1인당 평균임금(D)를 곱해 얻은 수치를 가정 기본임금총액(E)이라고 하는데 이때 實質賃金總額과 假定賃金總額의 차액(F)이 재정조정액의 기본이 된다. 財政調整額(G)은 미리 구한 조정소요재원율(13%)을 그 차액(F)에 곱해 얻을 수 있다.

〈表 III-3〉 疾病金庫의 財政調整 概要(I)

질병금고	가입자수(A) (명)	실질기본 임금총액(B) (백만마르크)	가입자 1인당 기본임금(C) (마르크)	가정 기본임금 총액(B×D) (백만마르크)
가	200,000	4,000	20,000	4,894
나	250,000	7,000	28,000	6,118
다	150,000	3,600	24,000	3,671
라	100,000	2,500	25,000	2,447
마	20,000	520	26,000	490
전 체	720,000	17,620	24,472(D)	17,620

〈表 III-4〉 疾病金庫의 財政調整 概要(II)

(단위: 백만마르크)

질병금고	기본임금총액 (B)	가정 기본임금 총액(E)	조정임금 총액 ¹⁾ (F)	재정조정액 ²⁾ (G)
가	4,000	4,894	-894	-116.2
나	7,000	6,118	882	114.6
다	3,600	3,671	-71	-9.2
라	2,500	2,447	53	6.9
마	520	490	30	3.9
전 체	17,620	17,620	0	0

註: 1) 조정임금총액(F) = 기본임금총액(B) - 가정기본임금총액(E)

2) 재정조정액(G) = 조정임금총액(F) × 재정조정률(0.13)

이 사례에서 결과적으로 ‘가’금고는 조정교부금으로 116백만마르크를 받는 금고이고 ‘나’ 금고는 조정각출금 114백만마르크를 납부하는 방법으로

財政調整이 이루어지고 있다. 이처럼 基本賃金만을 가지고 재정조정을 하는 경우 이외에도 지출면에서의 調整으로 가입자 1인당 표준급여비의 합계인 所要保險料를 근거로 이루어지는 이환율 조정의 경우 등이 있다.

4) 獨逸의 醫療保險 改革과 危險構造調整

獨逸의 醫療改革은 1989년의 비용절감을 위한 의료개혁법(Gesundheitsreformgesetz)과 1993년의 구조조정법(Gesundheitsstrukturgesetz)을 통하여 진행되어 왔으며, 최근 醫療改革諮問會議는 개혁을 위한 전문가보고서(1995년 6월)를 발간하였다.²⁶⁾ 이 보고서중 醫療保險體制內에서의 경쟁시스템 강화와 이와 관련된 財政構造調整을 소개하기로 한다.

國家醫療保險體制(statutory health insurance system)내에서의 경쟁의 도입과 강화는 비용효과적이고 需要指向的인 의료서비스를 구축하는 것이 목적이다. 경쟁시스템 강화의 주요내용은 被保險者를 위한 競爭의 構造化, 保險金庫(組合)와 서비스공급자간 경쟁적 관계의 개발, 被保險者의 급여범위의 선택, 醫療情報의 提供과 經濟的 誘引을 통해 건강에 대한 개인적 책임의 강화, 고용주의 保險料率 安定化를 통해 被保險者의 保險料率에 대한 가격메카니즘 부여 등이다.

가) 被保險者를 위한 競爭의 構造化

被保險者를 위한 競爭的 構造는 현재 「국가의료보험 시스템의 안정과 구조적 개혁에 관한 법률」(Gesundheitsstrukturgesetz)에 기초를 두고 있으나 이를 근거로 더욱 개선될 필요성이 있다. 그 주요 요소는 危險構造調整(risk adjustment), 保險金庫의 選擇, 組織·市場的 接近, 保險料率의 地域化

26) 전문가보고서(“Health Care and Health Insurance 2000”)에서의 주요 개혁방향은 결과중심의 접근과 계획된 효율성 제고, 의료서비스 질의 향상, 의료보험체제내의 경쟁시스템의 도입, 의료재정운영에 있어서의 공공과 민간의 한계 설정 등이다.

(regionalization) 등이다.

첫째, 危險構造調整 메카니즘은 국가의료보험시스템(독일의 구동독과 서독을 포함)을 통해 시행되어야 할 것을 건의하고 있다. 구동독지역에서의 保險料賦課基準이 되는 所得은 서독지역의 77%수준으로써, 구서독에서의 保險料率의 引上과 구동독에서의 保險料率의 引下와 함께 수십억 마르크의 이전이 가능할 것이다. 특히 基金移轉이 保險料率을 引下하는 데에 사용되어야 하고 支出을 增加시키는 데에 사용되어서는 안되는 엄격한 조건이 필요하다. 이러한 조치는 分配的 正義 외에도 資源配分과 雇傭政策的 側面에서 바람직할 것이다.

둘째, 保險金庫의 선택기회가 피보험자에게 보다 확장되어야 하며, 중장기적으로 기업금고, 길드식 금고에 대해서도 一般的인 加入이 許容되어야 할 것이다. 금고의 선택시, 가격으로서의 보험료율의 역할이 강화되어야 한다. 현재 危險構造調整後의 기대되는 保險料率의 차이는 구서독가입자의 90%, 구동독가입자의 85%에 적용되는 國家醫療保險의 平均 保險料率의 1%범위내에 있다. 이러한 保險料率의 차이는 거의 유인을 제공하지 못할 것이다. 따라서 고용주의 保險料率이 國家醫療保險의 平均 保險料率의 반으로 책정되도록 함으로써 被傭者의 保險料率이 금고별로 큰 차이가 발생하도록 함으로써, 평균이하의 保險料率을 가진 保險金庫를 선택할 유인을 제공하는 것이다.

셋째, 組織, 市場的 接近, 그리고 保險料率의 地域化로써, 金庫의 법적인 유형구분, 즉 全國的 金庫와 地域的 金庫의 구분은 金庫의 自治的 運營(self-government)에 의해 대체되어야 하고, 주정부의 감독기능은 경쟁적 환경조성과 결과를 모니터링하는 데에 중점이 두어져야 한다. 그리고 금고는 準備金의 規模決定과 資本市場에서의 運用 등에 대해 책임을 져야 한다. 또한 주정부는 새로운 金庫의 設立과 既存 金庫間 合併과 協力이 가능할 수 있도록 규제는 절대 최소한으로 그쳐야 한다. 地域金庫(즉 local, in-company, guild-funded 금고)와 全國的 金庫의 保險料率의 共存은 의료

서비스 밀도가 높은 지역에서 운영되고 있는 地域金庫에게 특히 불리하도록 경쟁을 왜곡한다. 이것은 또한 獨逸 全域의 危險構造調整에도 불구하고 피할 수 없는 상황이기도 하다. 이들 두가지 유형의 保險料率의 공존은 競爭과 分配的 正義를 해치게 된다. 이에 대한 해결책은 보험료율의 지역화로써, 모든 금고가 일정한 지역에 근거를 두는 것이다(uniform contribution regions). 그 밖의 지역별 財政收支의 均衡을 유지하기 위한 保險料率의 산정책임은 금고에게 있다. 그러나, 地域的 區分에 따른 기능에 대한 심층적 연구가 아직 필요하다.

나) 金庫와 서비스供給者間 競爭關係의 持續的 發展

改革의 두 번째 조치는 금고와 서비스공급자간 관계를 재조직하는 것으로써, 被保險者와 金庫間 競爭을 改善하는 첫번째 개혁조치와 중복될 수도 있다. 이러한 경쟁관계의 설정은 특정한 目標와 질적 確保가 개선된다는 조건하에서 경쟁을 왜곡하는 규제를 최소한에 그치도록 한다. 금고와 서비스공급자간 契約構造의 段階的 確立은 다음 表와 같이 정리될 수 있다.

〈表 III-5〉 金庫와 서비스供給者間 契約構造

계약당사자	계약	단계별 접근		
		1단계	2단계	3단계
정부/입법자	경쟁구조를 결정하고 모니터링	시험단계의 규제	현존하는 계약법률의 연장적용	새로운 계약상대의 인정
금고협회 (공급자단체)	급여, 의료의 질, 가격과 진료보수에 대한 비교와 투명성 확보	시험단계의 규제의 실행과 평가	구조적 틀에 대한 협의와 보충적 계약	선택적 계약
개별금고 (미시경제적 수준)	진료, 가격과 진료보수, 질적수준, 부가적 급여와 급여체계의 형태에 대한 보충적인 조건 결정	시험단계의 평가	규제의 실행과	계약의 정례화

외래의료, 치과의료, 입원의료, 재활, 의약품 공급, 의료보조재와 보조기구의 공급, 응급서비스에 대한 金庫와 서비스 供給者間 契約關係의 構造的 틀에 대한 상세한 언급은 생략한다.

다) 被保險者의 給與範圍의 選擇

改革의 세 번째 조치는 被保險者에게 給與範圍의 選擇을 허용하는 것이다. 원리상, 금고는 가입자에게 높은 保險料率에 대해서는 현재의 급여범위 이상을 제공하고, 낮은 保險料率에 대해서는 중요하지 않은 급여를 선택하지 않도록 허용할 수 있는 재량이 주어져야 한다. 金庫가 被保險者의 慾求에 따라 더 많은 급여를 하도록 여론조사를 수행하도록 권장한다. 給與範圍의 被保險者의 選擇裁量은 社會的 連帶에 기반을 두고 있는 國家醫療保險에서의 危險構造調整을 위협해서는 안된다. 따라서 일정한 급여를 선택하지 않는 가입자의 保險料率의 引下는 그 가입자에게 내재하고 있는 개인적인 疾病發生危險과 비례적으로 연계되어야 할 것이다.

給與範圍의 裁量的 選擇의 3단계는 다음과 같다. 첫단계는 금고에게 보충적, 비표준적인(charter-based) 급여를 도입할 기회가 주어진다. 이는 供給側面에서의 競爭을 深化시키고, 被保險者의 選好를 더욱 충분히 만족시킨다. 두 번째 단계는 추가적인 保險料率이 금고내의 특정 집단에 대해 적용된다. 세 번째 단계는 일정한 상한하에 個人的인 給與選擇의 除外(opt-out options)에 대해 保險料率을 引下한다.

이러한 집단별로 財源이 調達되는 비표준적인(charter-based) 급여의 도입은 장기적인 준비기간 없이 가능할 것이며, 集團이나 個人의 재량적인 부가적 급여는 시험적으로 즉시 도입될 필요가 있다.

라) 醫療情報과 經濟的 誘引을 통한 健康에 대한 個人的 責任과 認識의 強化

健康에 대한 情報과 教育, 認識과 行態의 改善을 위한 誘引을 提供함으로써 健康에 대한 個人的 責任을 強化하는 것이다. 특히 環境 및 保健行態와 관련된 예방적 진료가 개선될 필요가 있다. 구체적 인 예로써, 이상적 체중을 유지하는 경우 保險料率에 대한 惠澤을 賦與하고, 健康有害物(담배와 주류)에 대한 조세부과와 조세수입을 健康政策的 目標를 추구하는 데에 사용하는 것이다.

한편 本人負擔制는 상대적으로 덜 중요한 분야(즉 단순처치, 안마, 안경과 봉합)와 가격탄력성이 높은 서비스에서만 制限的으로 效果가 있다는 것이 委員會의 見解다. 또한 一般的인 海外의 經驗은 本人負擔이 支出 增加를 억제하는 데에 통상 일시적인 效果만 지님을 지적한다. 현재의 定額 本人負擔制의 代案으로서, 被保險者 個人的 危險에 比例하는 정을 본인부담을 채택하거나 퇴원후 요양일수를 휴가일수로 대체하도록 하는 등 방안이 모색 되어야 한다.

마) 雇用主 保險料率의 安定化와 被傭者 保險料率에 대한 價格機能 賦與

雇用主의 保險料負擔은 추가적인 雇傭費用으로써 고용정책적으로 보험료 부담의 安定화가 필요하며, 保險料收入에 支出을 연계함으로써 보험재정의 안정을 모색할 수 있다. 비록 競爭이 資源을 효율적으로 활용하도록 하지만 지출 억제의 일정한 한계를 보증할 수는 없다는 점에서 이러한 안정적인 보험료율의 운용은 중요할 것이다.

國家醫療保險의 支出增加의 抑制과 雇用主 保險料率의 安定化의 측면에서 두가지 방안이 고려될 수 있다. 첫째는 雇用主의 保險料率을 일정 시점에서 고정시키는 것이다. 이에 따라 被傭者의 保險料率은 雇用主의 보험료를 제외한 나머지가 된다. 保險料率이 引下되면 被傭者 保險料는 인하되

고 상대적으로 고용주의 보험료 부담은 커진다. 두번째는 雇用主의 保險料率에 上限을 두는 것이다. 雇用主 保險料率이 上限에 못 미치는 한, 고용주와 피용자가 보험료를 반분하고, 雇用主 保險料率이 上限을 초과하는 경우에는 피용자의 부담으로 한다.

전자에 의하는 경우 被傭者는 그들의 保險料率을 줄이는데 더 큰 관심을 기울일 것이지만, 全體 保險料率이 계속 증가한다면 두가지 대안에 차이가 없을 것이다. 전자의 단점은 雇用主가 被傭者의 保險料率 引上에 관심을 가지지 않을 것이라는 것이다.

雇用主의 保險料率을 算定하는 몇 가지 가능한 방법은 ① 특정기금의 보험료율의 1/2, ② 국가의료보험 평균보험료율의 1/2, ③ 피보험자가 자유로이 선택가능한 보험금고의 가장 낮은 보험료율의 1/2 등이 있다. 이러한 세가지 방법에 의한 金庫別 被傭者 保險料率이 價格機能을 하게 되며, ①부터 ③까지 갈수록 더욱 競爭指向的이 된다. 그런데 ①모형은 경쟁을 왜곡시킬 가능성이 있다. 왜냐하면 가장 낮은 被傭者 保險料率을 가진 金庫가 반드시 최저의 보험료율을 가지지는 않을 것이며 이 경우 被傭者의 負擔率이 잘못된 가격신호(signal)를 보내기 때문이다. 더우기 雇用主는 被傭者가 더 낮은 保險料率을 제공하는 金庫에 加入하도록 勸誘할 수 있을 것이다. 이는 피보험자의 保險給與範圍에 대한 慾求와 葛藤을 낳는다. 한편 피용자와 고용주 간 부담의 차이가 保險料率 上昇시 統制할 수 없을 정도로 커지지 않도록 일정한 한계가 정책적으로 결정되어야 한다.

IV. 評價와 改善方案의 摸索

1. 財政共同事業方式에 대한 評價

가. 衡平係數 算定上 問題

高額 및 老人診療費 發生에 대해 각 組合의 각출부담은 일정한 소득비례 정율이 아니고, 또한 위험발생에 비례하여 各출료를 산정하는 것도 아니다. 財政共同事業에 의한 財政移轉效果의 核心은 각 組合의 財政能力에 따라 부담금을 차등하여 各출하는 데에 있다. 통상 郡地域組合은 財政力이 낮아 부담금을 적게 各출하는 한편 老人人口가 많아 配分金을 많이 받게 된다. 반면 職場組合은 財政力이 상대적으로 양호하여 負擔金을 많이 各출하는 한편 젊은 층이 많아 配分金을 적게 받게 된다. 이러한 관점에서 현행 재정 공동사업의 부담금 산정방법은 몇가지 문제점을 안고 있다.

형평계수의 산정에 있어서 첫째, 組合의 財政力을 나타내는 假變數(proxy variable)로써 世帶當 保險料를 사용하고 있는 데, 保險料 水準이 곧 財政力을 나타내기에는 한계가 있다. 財政力이란 財政支出에 대하여 財政收入을 확보할 수 있는 능력을 의미한다고 볼 때, 支出要因을 고려하지 않은 보험료 만으로는 한계가 있다.

둘째, 衡平係數를 산정하는 회귀식에서 保險料에 미치는 獨立變數로써 所得을 사용하는 데에 따른 문제점이다. 地域組合과 職場組合을 동일 데이터 군 속에서 취급하는 것은 합당하지 않다. 地域組合은 국세청의 소득세 과세 표준을 소득으로 산정하고 있으나 所得把握率이 매우 낮아 實際 所得에 비해 훨씬 低評價되고 있기 때문이다. 이러한 地域組合의 課稅標準所得은 직장과 공교 피보험자 소득기준의 20%에도 못미쳐 재정력 평가 지수로 平均

所得을 변수로 하는 것은 근본적인 문제가 있다.

職場組合의 경우에도 사업장별로 標準報酬의 範圍에 대한 基準이 통일되어 있지 못하므로 職場組合간 所得基準의 일관성이 부족하다. 특히 직장조합의 표준보수는 통상 基本給과 手當을 포괄하는데 비해, 공교보험은 기본급과 1기분 상여금만을 標準報酬의 範圍로 算定하고 있어 직장조합의 보수 범위가 공교에 비하여 넓게 되어 있다.

셋째, 형평계수의 회귀식에서 給與費를 獨立變數로 선택한 것은 문제가 있다. 給與費는 종속변수인 보험료에 직접적으로 반영될 가능성이 높은 변수로써 양변수는 거의 恒等관계이기 때문에 회귀식에서 종속변수와 독립변수로 설정할 수는 없을 것이다.

넷째, 보험종별 형평계수를 산정함에 있어서 회귀식에 의한 從屬變數(保險料)의 추정치를 사용하는 방법은 保險種別 財政力을 測定하는 데에 한계가 있다. 즉 373개의 표본을 사용한 회귀분석 결과에서 3개 표본집단의 평균 값에 해당하는 3개의 추정치를 얻고 이를 財政力 測定의 基準으로 활용하는 것은 회귀분석의 의의를 희석시키고 있다. 職場, 公教, 地域 3개 집단간 부담금의 할당을 과연 이러한 方法으로 하는 실익이 있는지 검토하여야 할 것이다. 특히 公教의 경우는 하나의 標本인 데 비해, 職場 및 地域은 각각 145개 표본집단 및 227개 표본집단임을 심각하게 고려하여야 할 것이다.

다섯째, 保險種別(職場, 公教, 地域) 負擔金の 割當額을 계산한 후, 지역보험의 경우 다시 시·군·구별 집단으로 재할당하고(보험료수입 규모와 소득), 다음 단계로 각 集團內에서 組合別로 所得總額에 比例하여 각출료를 계산하게 된다. 이러한 과정에서 시·군·구별 지역적 특성으로 인하여 소득(소득 과세표준)을 負擔能力의 實質的인 基準으로 사용하는 데에는 제약점들이 상존하고 있다. 또한 부담금 산정에 있어서 소득기준을 이중으로 계산함으로써 郡地域組合에 대하여 의도적으로 부담을 줄이려는 시도를 하고 있다.

나. 高額給與費 配分金 問題

財政共同事業의 負擔金 뿐만아니라 配分金, 특히 高액급여비의 조합간 배분에도 문제를 안고 있다. 즉 醫療利用行態에 있어서 일반적으로 소득이 높을수록 의료이용율이 높다는 점을 고려할 때, 또한 高額醫療費의 경우 저소득층에게는 본인부담금이 큰 부담이 되어 醫療接近性이 떨어지는 점을 감안할 때, 도시지역의 피보험대상자들의 高額給與費 增加率이 높아 배분에 있어서 재정력이 우수한 조합 일수록 많은 配分을 受惠받는 현상이 발생할 수 있다. 이러한 경향은 향후 所得水準이 향상될수록 더욱 심화될 가능성이 있다.

2. 國庫支援方式에 대한 評價

가. 醫療需要 側面

현행 國庫負擔金 支援方式은 여러가지 측면에서 평가할 수 있다. 먼저 醫療需要側面에서 보았을 때 <表 IV-1>에서와 같이 受診率(피보험자 1인당 진료건수)의 경우 시지역 조합이 군지역 조합 보다 초기 '91년, '92년에 높았으나 그 이후에는 역전되어 郡地域의 受診率이 높게 유지되고 있다. 이는 의료보험제도가 도입된 이후 醫療保險에 대한 認識이 向上되어 農漁村地域 高齡者 階層의 醫療機關 利用率이 점차 높아지고 있는 현상을 반영하고 있다고 판단된다. 또한 農漁村地域이 상대적으로 위생환경이 열악하여 질병발생의 위험 혹은 농축산업 등으로부터의 事故發生 危險이 높은 데에도 원인이 있을 것으로 생각된다. 그 외에 醫療機關을 이용할 수 있는 시간적 여유의 측면에서 비교적 자유로운 것도 부차적인 요인이 될 것이다.

〈表 IV-1〉 地域醫療保險의 醫療需要

(단위: 회, 원)

연도	수진율 ¹⁾		피보험자 1인당 연간 급여비	
	시	군	시	군
1988	-	1.645	-	26,188
1989	0.758	2.477	34,284	33,554
1990	2.991	2.908	46,348	43,470
1991	3.151	3.077	49,240	47,630
1992	3.335	3.356	56,065	55,936
1993	3.635	3.712	64,480	66,036
1994	3.724	3.946	71,075	76,016
1995	4.217	4.550	89,365	97,374

註: 1) 피보험자 1인당 연간 진료청구건수(외래+입원)임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

다음으로 被保險者 1인당 給與費 추이에서 제도 도입이후 '92년까지는 도시지역의 급여비가 많았으나, 이후 '93년부터는 군지역의 급여비가 도시지역의 급여비를 상회하고 있다.

受診率과 給與費 등 醫療需要의 양측면에서 군지역이 도시지역에 비하여 점차적으로 높아지고 있어, 保險料 負擔能力이 낮은 군지역의 財政狀況이 위기로 치달을 것이 예견된다. 따라서 이러한 財政的 不均衡을 緩和 내지는 解消하기 위해서 國庫支援金의 組合間 配分은 醫療需要와 負擔能力間 격차를 메꾸는 방향으로 차등 지원되어야 한다. 이러한 관점에서 현행 差等支援金의 규모가 작다고 생각되며, 差等支援 方法上 改善도 요구된다. 차등지원 상 고려하여야 할 요소들로서는, 첫째, 保險料의 負擔能力側面에서 지역간 경제적 불균형에 따른 조합간의 재정력 차이를 고려하여야 형평에 맞을 것이다.²⁷⁾ 둘째, 人口構造上 疾病發生頻度 및 高額醫療費 등 많은 의료수요가

27) 地域間 經濟力 隔差에 의한 부담능력을 반영하기 위해 保險料賦課基準중 하나로 所得에 근거하여 각출하고 있다. 그러나 보험료 부과기준이 所得, 財産, 自動車 등 應能基準이 있는 반면에, 世帶當, 世帶員數 등 應益基準이 있으므로 부담능력에 비례한 衡平賦課와는 반드시 일치하지는 않는다.

요구되는 老齡人口 比重이 農漁村地域이 높고 향후 더욱 높아질 전망이다. 이러한 노령인구에 대한 構造的 醫療需要問題가 고려되어야 할 것이다.

나. 醫療供給側面

醫療供給側面에서 <表 IV-2>와 같이 農漁村地域이 量的으로 의료공급의 혜택에 불리함을 안고 있어 같은 保險給與수준이더라도 實質的인 醫療受惠는 낮다고 보아야 할 것이다. 또한 醫療供給의 질적 수준면에서도 도시지역에 비하여 통상 낮다고 보아야 할 것이므로 동일 부담액(예, 1,000원)으로부터 얻는 保險惠澤은 더욱 낮아질 것으로 판단된다. 이러한 관점에서 도시지역에 비교하여 農漁村地域에 대한 더 많은 國庫支援의 정당성을 부분적으로 뒷받침할 수 있다.

醫療供給施設의 지역간 분포에서 얻을 수 있는 더 중요한 사실은 醫療機關을 하나의 企業(firm)으로 간주할 때, 企業은 利潤이 많을수록 통상 진입율(entry rate)이 높을 것이다. 따라서 도시지역이 군지역 보다 의료기관이 많이 분포되어 있다는 사실은 그만큼 醫療費用을 지불할 소득능력이 크다는 것을 의미한다. 따라서 이러한 관점에서 군지역 등 財政脆弱地域에 대한 국고배분의 차등지원이 중요하고, 현행 差等支援 基準은 보다 강화될 필요가 있을 것이다.

<表 IV-2> 醫療供給資源의 分布(1995)

(단위: 적용인구 만명당 의료기관수)

	병원	의원	약국
시지역	0.33 (614)	7.2 (13,236)	10.1 (18,658)
군지역	0.29 (114)	3.4 (1,333)	4.5 (1,759)

註: 치과, 한방 의료기관은 제외, ()내는 해당 의료기관수
 資料: 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황』, 1996.

다. 配分方式 側面

현행 國庫負擔金 차등지원금의 配分基準에 있어 財政力隔차를 고려하는 特別配分の 비중이 너무 낮아 差等支援의 效果를 기대하기 힘들며, 또한 과표크기기준과 노인인구기준의 배분이 7:3으로 나누어지는 근거에 대해 분석을 요한다.

課標크기 기준에 의한 配分에 있어서 負擔能力을 測定하는 指標로서의 과표기준은 綜合所得稅課標를 기준으로 하고 있으나 이러한 과표가 부담능력을 정확하게 반영하지 못한다면 財産관련 課標도 보조적인 지표로서 포함될 필요가 있을 것이다. 다만 保險料가 실질적으로 所得이라는 플로우(flow)를 창출하지 않는 스톡(stock)에 부과하는 것은 문제가 있다고 생각된다. 장기적으로 所得把握率이 提高되어 자영자에 대한 과세특례범위가 줄어들고, 綜合所得稅制가 확립될 것으로 생각하면 綜合所得稅課標를 계속 保險料算定의 기본으로 사용하는 것이 타당하다고 본다. 그런데 전체세대중 課稅資料가 있는 세대는 少數이며 組合別로 課稅資料를 보유한 세대의 비중이 다르므로 所得課標를 差等配分の 基準으로 삼는 데에는 限界가 있음을 인식하여야 할 것이다. 그러나 현재로서는 이외의 다른 代案이 없다는 점이며 소득과표의 組合間 相對的 크기는 유의하게 사용할 수 있으리라 판단된다.

한편 課標기준과 老人扶養比기준에 의한 配分算式에서 각 지표별 函數形態와 加重值로 사용된 人口範圍에 대한 검토가 다시 이루어져야 할 것이다.

최병호(1995)의 연구에서 差等配分 指標로써 사용가능한 지표들, 즉 소득수준, 노인부양비, 급여비, 의료기관 분포, 부양을 대상으로 분석한 결과 현행 사용하고 있는 1인당 所得課標와 老人扶養比를 채택하는 것이 통계적으로 타당하다는 평가결과를 얻었다. 그러면 所得課標와 老人扶養比 양지표를 어떤 형태로 구성하여 綜合的 指數로 활용하는가에 논의의 초점이 모아지는데, 여기에 대해서는 양지표의 分布를 파악함으로써 적절한 형태를 선

택하였다. 즉 각 指標의 分布로부터 변이계수가 비슷하도록 할 수 있는 함수형태를 선택하였다. 왜냐하면 配分指標간의 分布隔差가 많이 나면 그에 따른 國庫配分の 격차가 한쪽의 지표에 의해 과도하게 편중될 것이기 때문이다. 이러한 國庫負擔金 配分方式의 보완안을 현행방식과 비교하여 요약·설명한 것은 <表 IV-3>과 같다.

이에 따라 소득과표와 노인부양비의 함수형태로서 과표기준은 y/y_i (즉, 전 조합 平均所得課標/개별조합 平均所得課標)를 사용하고 있으며, 老人扶養比 기준은 종전에 $\log(old_i/econ_i(\%))$ (즉, 老人扶養比를 로그형태로 치환)의 형태를 '96년 개정에서는 $\sqrt{old_i/econ_i(\%)}$ 를 사용하고 있으며, 加重値로서는 과표기준은 종전에는 $(n_i - old_i)$ (즉 노인을 제외한 개별조합의 피보험자수)를 사용하였으나 '96년 개정에서는 n_i 를 사용하고 있다. 老人扶養比 기준은 여전히 old_i (즉, 피보험노인수)를 사용하고 있다.

그런데 양지표의 分布上の 변이를 유사하게 구성하기 위해서는 각각 $\sqrt{y/y_i}$ 와 $\sqrt{old_i/econ_i(\%)}$ 의 形態에 따라 配分할 것을 제안한다. 1996년의

政府 改正에서는 老人扶養費의 函數形態는 수용하였다. 소득과표의 경우 지역간 분포의 격차가 매우 커서 安定的인 指標로 사용하기에는 한계가 있음에도 불구하고 函數形態의 變形없이 그대로 사용하고 있고, 노인부양비의 경우 지역간 분포가 비교적 安定的이고 指標의 屬性 또한 객관적이기 때문에 오히려 변형없이 사용하여도 무방할 것인데도 불구하고, 양 지표간 함수 형태를 선택하는 데에 있어 不均衡을 露出하고 있다.

<表 IV-3> 國庫負擔金 配分方式의 補完

補完(안)	現行(1996)
<p>組合別 國庫配分金(x_i)은</p> $x_i = \alpha X \frac{z_i n_i}{\sum z_i n_i} + (1-\alpha) X \frac{n_i}{\sum n_i}$ <p>組合 i 의 綜合財政力指數(z_i)는</p> $z_i = \beta \frac{a_i}{\sum a_i} + (1-\beta) \frac{b_i}{\sum b_i}$ <p>여기서</p> $a_i = \sqrt{\frac{y}{y_i}},$ $b_i = \sqrt{\frac{old_i}{econ_i} \times 100}$ $y = \frac{\sum y_i n_i}{\sum n_i}$ $\beta = 0.6,$ $\alpha = 1.0 \text{ (완전차등배분)}$ <p style="text-align: center;">으로 접근</p>	<p>組合別 國庫配分金(x_i)은</p> $x_i = \alpha X \left[\beta \frac{a_i}{\sum a_i} + (1-\beta) \frac{b_i}{\sum b_i} \right] + (1-\alpha) X \frac{n_i}{\sum n_i}$ <p>여기서,</p> $a_i = \frac{y}{y_i} n_i$ $b_i = old_i \times \sqrt{\frac{old_i}{econ_i} \times 100}$ $y = \frac{\sum y_i n_i}{\sum n_i}$ $\beta = 0.7,$ $\alpha = 0.1 \text{ ('95년),}$ 0.15 ('96년), 0.2 ('97년)

<變數說明>

- n_i = i 조합의 피보험자수, y_i = i 조합의 1인당 평균 소득과세표준
- old_i = i 조합의 65세 이상 노인인구수
- $econ_i$ = i 조합의 20~64세의 경제활동인구(현재는 20~59세임)
- β = 所得課標에 따른 배분비중
- $(1-\beta)$ = 老人扶養比에 따른 배분비중
- X = 給與費國庫負擔金 총규모
- α = X 중 差等配分金으로 割當되는 比重

다음으로 差等配分要素, 즉 所得課標와 老人扶養比간 배분비중은 현재 70:30으로 구성하고 있으나 저자는 60:40으로 제안하였다($\beta=0.6$). 그 근거로서 양지표에 의한 표준화된 회귀분석 결과, 각각의 계수치의 비중을 이

용하였다. 즉, 所得課標의 영향이 감소하고 老人扶養比의 영향이 증가한 것은 첫째로 재정자립도가 취약한 農漁村地域에서 생산력인구의 이농으로 인한 고령화가 심화되고 있으며, 둘째 실질소득이 所得課標의 포착범위내로 점차 顯在化되어 지역간 격차가 축소되는 경향이 있기 때문으로 해석하였다. 첫째 요인에 의한 경향은 1995년의 시군 통합에 따라 일부 군지역 조합이 시지역 조합으로 統合됨에 따라 더욱 加速化되어 老人扶養費에 따른 差等支援의 중요성이 더욱 강화되어야 할 것으로 판단된다. 그러나 둘째 요인에 대해서는 그 장기적으로는 타당할 수 있으나 가까운 장래에는 그렇게 낙관하기 어렵다.

급여비 國庫負擔金중 差等配分을 위한 적정비중의 문제로써, 綜合財政力指數가 각조합의 財政能力을 대표하는 지수로서의 信賴性을 확보한다면 國庫負擔金전체를 그 指數에 따라 완전히 差等配分하는 것이 바람직할 것이다. 현재의 差等配分방식하에서 適正한 差等比重(즉 α)을 選擇하는 것은 많은 논쟁이 있을 수 있다. 또한 差等配分방식에 따라서 적정비중이 달라질 수도 있을 것이다. 생각컨대, 國庫支援金의 조합규모별 정액 배분은 이미 그 합리적인 근거를 상실하고 있는데, 여전히 대부분의 國庫支援을 定額配分에 할애하고 있는 정책은 시급히 개선되어야 할 것이다. 더구나 保險料引上이 지역조합의 경우 상당한 저항을 초래할 것으로 보아, 組合財政力에 따른 國庫의 差等配分에 의하여 保險料負擔을 경감시켜 주는 조치가 보험료 인상과 연계되어야 할 것이다.

라. 國庫支援의 改善方案

國庫支援의 基本方向은 地域組合이 필요로 하는 所要財源과 負擔能力의 차이를 메꾸어주는 보충적인 역할을 하여야 할 것이다. 다만, 財政共同事業에 의한 전체 조합간 橫的 財政移轉에 의한 地域組合支援을 제외한 나머지 재정부족분을 메워 주는 것이다. 따라서 政府支援 改善의 요체는 첫째,

필요 所要財源 및 負擔能力의 정확한 측정, 둘째, 豫算制約下에 재정부족분을 얼마나 효율적으로 組合間에 配分하느냐에 달려 있다.

1) 國庫支援 總額規模의 合理的인 算定

地域醫療保險 전체의 豫想給與費 總額에서 豫想保險料 總額을 차감한 금액이 지역보험 전체의 財政不足分이 되며, 이중 재정공동사업에 의한 지원분을 제외한 나머지가 國庫支援額이 된다. 이때 豫想給與費 總額은 전3년간 給與費 平均上昇率과 保險給與擴大에 따른 豫想所要財源을 推算하여 산정하고, 豫想保險料收入 總額은 전년도 GDP상승율을 적용하여 산정할 수 있을 것이다. 이러한 기준에 따를 때, '97년 급여비 國庫支援豫算은 약 1조원이 소요되었지만 7602억원이 책정됨으로써 그 부족분 2400억원에 대한 보험료의 追加의인 引上要因이 발생하였다고 볼 수 있다. 이러한 부족액에 따른 추가 保險料負擔은 國庫支援의 差等配分에 의하여 조합별 부담을 분산하여야 할 것이다. 그렇지 않으면 財政共同事業에 의하여 직장근로자의 부담 증가로 대처하는 수 밖에 없다.

2) 組合別 國庫支援 所要額의 科學的 算定

각 地域組合의 財政所要額은 組合의 給與費財源 所要額에서 保險料負擔能力을 차감함으로써 구해질 수 있다. 그러나 급여비 소요재원과 부담능력을 각 조합에서 실제 발생한 給與費와 保險料收入으로 산정한다면 재정적 자립을 저해할 가능성이 있다. 따라서 급여비의 경우 “標準화된 給與費”(연령별 진료비를 고려한 전체 지역조합의 평균적인 급여비)를 사용하고, 부담능력은 “標準화된 保險料收入”(전체 지역조합의 평균적인 1인당 정액보험료 및 소득, 재산과표 수준을 고려한 잠재적 보험료수입)을 사용하는 것이 타당할 것이다.

〈標準化된 給與費와 標準化된 保險料收入 算定 例示〉

$$\begin{aligned} \text{표준화된 급여비} &= (\text{지역보험의 연령별 1인당 평균급여비} \times \text{연령} \\ &\quad \text{별 피보험자수}) \text{를 전체 연령별로 합산한 금액} \\ \text{표준화된 보험료수입} &= \{ \text{지역보험의 정액보험료의 피보험자당 평균} + \\ &\quad (\text{소득 혹은 재산과표 1 단위당 피보험자 1} \\ &\quad \text{인당 평균보험료} \times \text{소득 혹은 재산과표수} \\ &\quad \text{준}) \text{을 전체 피보험자수로 합산한 금액} \end{aligned}$$

이러한 標準化된 給與費에서 標準化된 保險料負擔能力을 차감한 나머지가 財政所要額이 된다. 이러한 財政所要額 중에서 財政共同事業에 의한 支援額을 除外함으로써 國庫支援 所要額을 決定하는 方案을 檢討할 수 있다.

1996년 지역조합별 자료를 이용하여 조합별 필요 재정소요액에서 재정공동사업에 의한 순이전액을 차감하여 급여비국고지원 소요액을 계산하고, 實際 발생한 급여비국고지원액을 차감함으로써 國庫支援의 過不足額을 산정한 試算 결과는 <附錄>에 제시되어 있다. 다만, 표준화된 보험료수입의 계산에서 소득 혹은 재산과표 단위당 부분은 소득과표를 기준으로 하였으며, 소득과표의 조합별 편차가 매우 심하여 앞서 재정력지수를 산정하는 방법과 같이 소득과표에 座乘根(root)을 적용하였다. 부록에서 보는 바와 같이 조합별로 국고지원이 부족한 조합과 과잉인 조합이 구분되고 있다. 그러나 여기에서 留意하여야 할 것은 본 계산은 試算 例에 불과하다는 점이다. 본 계산결과의 限界는 지역조합별로 課稅標準所得 資料保有率에 상당한 차이가 있으므로 조합별 평균 소득과표는 실제로 그 조합의 재정력을 정확하게 반영하고 있지는 않다. 또한 보험료부과방법상 소득, 재산, 자동차 3요소별로 조합별 構成比重이 다르므로 소득과표 하나의 기준으로 산정하는 데에는 문제가 있다. 그러나 이러한 한계에도 불구하고 향후 소득 및 재산 등 부담능력을 측정하는 지표에 대한 파악율이 제고되고, 이에 따라 보험료부과기준도 통일되는 경우에 본 계산예가 하나의 지침이 될 수 있을 것이다.

3) 國庫支援金の 組合間 差等配分 強化

현재의 地域醫療保險의 赤字危機를 克服하기 위한 短期的인 處方은 지역 조합에 대한 國庫支援金の 差等支援을 強化하는 데에 있다. 특히 郡지역에 대한 國庫지원을 대폭 強化하여야 할 것이다. 그 방안으로 앞에서 논의한 표준화된 國庫支援 所要額의 크기에 비례하여 國庫지원금을 配分하는 것이 타당할 것이다. 그러나 현재 사용하고 있는 差等配分方式에 의하여서도 단기적으로 대응하여야 할 것이다. 물론 組合에 대한 財政力을 정확하게 측정하는 데에는 한계가 있지만, 劃期的인 改善을 기대할 수 없는 한 현재의 財政力指數에 의하여도 差等配分이 가능할 것이다. 다만, 國庫지원금의 均등 배분과 차등배분 비중을 100% 全額 差等配分하도록 개선하여야 할 것이다. 만약 전액 차등배분이 현실적인 한계가 있다면 郡지역의 보험급여비에 대한 지원이 '96년 현재 35%에서 최소한 50% 수준을 확보하도록 함으로써 保險料의 引上을 최대한 억제하여야 할 것이다.

이와 관련하여 國庫支援이 皮보험 세대 각각에 대한 보험료 지원형태로 명시됨으로써 皮보험자가 國庫지원의 혜택을 피부로 느끼게 하여 직장근로자와의 보험료부담의 형평문제를 완화시켜야 할 것이다.

3. 財政共同事業 및 國庫支援事業에 대한 綜合評價

가. 財政共同事業과 國庫支援事業間の 選擇

본 보고서에서의 의료보험 재정의 안정화를 위한 選擇은 전체 보험재정 내에서의 衡적보조에 의한 재정공동사업방식에 의한 지역보험의 財政安定化와 國庫負擔金の 지역보험에 대한 조합간 配分方式 개선을 통한 財政安定化의 양 방식간 적정한 조합에 의한 政策的 判斷이 이루어져야 할 것이다.

國庫負擔金에 의한 國庫지원이 財政共同事業과 비교하여 지니는 장점은

다음과 같다. 國庫負擔金에 의한 差等支援이 타 수단에 비해 直接的이고 강력한 再分配手段이므로 농어촌 등 취약조합에 대한 短期的인 財政安定化에 크게 기여할 수 있다. 여기서 ‘직접적’이란 의미는 정부가 조합의 어떤 寄與 없이 補助(transfer)해 준다는 뜻이며, 반면에 재정공동사업은 조합의 共同 醜出에 의해 고액 및 노인의료비 발생시 일정 초과분에 대해 보상을 받는 조합의 寄與-報償의 迂廻的 連結이 있다는 의미에서 ‘間接的’인 보조수단이다. 短期的인 處方이 필요한 이유는 기존의 國庫支援方式하에서 근래 수년간 地域組合間 재정력격차가 계속 벌어져 적자조합수가 증가하고 있으며, WTO체제의 출범에 따른 농산물 수입개방으로 농가의 경쟁력이 떨어져 농촌으로부터의 이탈이 가속화될 전망이다. 國庫負擔金의 差等支援이 단기적으로 강력하게 전개되어야 할 것이기 때문이다. 또한 점진적으로 농가인구의 감소가 계속됨에 따라 國庫負擔金 전체지원규모는 비례적으로 감소될 것이므로 政策處方の 時期選擇에 있어서 短期的인 政策이 필요하다고 본다.

나. 財政共同 및 國庫支援 事業에 의한 財政移轉 效果

國庫支援 및 財政共同 事業에 의한 종합적인 財政移轉은 <表 IV-4>에서와 같이 地域保險의 경우 1991년 財政支出 대비 60.1%에서 매년 감소하여 1995년 현재 38.7%이다. 그러나 郡地域은 '95년 현재 51.7%로서 재정지출의 過半은 외부로부터의 지원에 의존하고 있다.

각 事業別로 보면, 1995년 현재 郡지역은 財政支出 對比 國庫支援額은 41.8%, 財政共同事業 移轉額은 9.9%이며, 시지역의 경우 재정지출 대비 국고지원은 31.7%, 共同事業 移轉額은 3.9%를 나타내고 있다. 지역보험의 경우 국고지원에 의한 財政移轉이 財政共同事業에 의한 재정이전 보다 훨씬 큰 비중을 차지하고 있는데, 總移轉 중 國庫支援의 比重이 郡지역의 경우 81% 인데에 비해 시지역의 경우 89%로서 상대적으로 시지역이 국고지원으로부터 더 많은 支援을 받고 있다. 이는 앞서 지적한대로 國庫支援의 차등

배분이 보다 더 강화될 필요가 있음을 암시한다고 볼 수 있다. 바꾸어 말하면, 國庫支援 보다는 財政共同事業에서 오히려 차등지원이 더 강하다고 얘기할 수 있다.

〈表 IV-4〉 國庫支援 및 財政共同事業에 의한 財政移轉額

(단위: 억원, %)

	직장	공교	지역		
			전체	시	군
1991	- 148	- 40	6,055(5,868)	3,870(3,764)	2,185(2,104)
1992	- 175	- 38	6,167(5,924)	4,217(4,079)	1,950(1,846)
1993	- 282	- 51	6,706(6,381)	4,621(4,432)	2,085(1,949)
1994	- 346	- 23	7,343(6,924)	4,989(4,741)	2,354(2,183)
1995	- 954	-150	8,692(7,553)	6,405(5,706)	2,287(1,843)
1996	-1,317	-170	10,240(8,723)	7,475(6,614)	2,765(2,109)
재정지출 대비 재정이전액의 비율					
1991	1.6	1.2	60.1(58.2)	48.9(47.6)	64.5(62.1)
1992	1.6	0.9	45.6(43.8)	43.6(42.2)	50.4(47.7)
1993	2.3	1.1	41.8(39.8)	40.1(38.9)	46.2(43.2)
1994	2.5	0.4	39.8(37.6)	37.5(35.6)	45.9(42.6)
1995	5.5	2.4	38.7(33.7)	35.6(31.7)	51.7(41.8)

註: ()내는 국고지원사업에 의한 이전액임.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

職場과 公敎保險의 경우 財政共同事業에 의하여 財政移轉을 하게 되는데, 老人醫療費에 대한 共同事業이 추가된 1995년의 경우 財政支出에서 차지하는 財政移轉의 비중은 직장보험이 5.5%, 공교보험이 2.4% 이다. 공교보험에 비하여 직장보험의 財政移轉이 더 큰 이유는 共同事業의 성격상 노인인구 구성비가 높은 공교보험에 대하여 더 많은 配分金이 주어지기 때문이다. 財政共同事業의 目的이 再保險이기 보다는 保險者間 財政力을 衡平하게 유지하기 위한 정책수단이라면 각 保險者의 財政力에 비례한 순이전액이 결정되어야 할 것이다.

國庫支援事業은 1996년의 경우 8723억원이며, 이중 13.5%인 1178억원이

조합간 재정력에 따라 차등배분되고 나머지 86.5%는 조합의 피보험자 규모에 비례하여 배분되었다.

<表 IV-5> 地域組合에 대한 國庫支援과 財政共同事業 移轉額 推移 (단위: 억원, %)

연도	지역			시			군		
	전체	국고 부담	재정 공동	전체	국고 부담	재정 공동	전체	국고 부담	재정 공동
1991	6,055	5,868	187	3,870	3,764	106	2,185	2,104	81
1992	6,167	5,924	242	4,217	4,079	138	1,950	1,846	104
1993	6,706	6,381	325	4,621	4,432	189	2,085	1,949	136
1994	7,343	6,924	419	4,989	4,741	248	2,354	2,183	171
1995	8,692	7,553	1,139	6,405	5,706	699	2,287	1,847	440
1996	10,240	8,723	1,517	7,475	6,614	861	2,765	2,109	656
재정지출대비									
1991	52.3	50.7	1.6	47.7	46.4	1.3	63.2	60.9	2.3
1992	44.1	42.4	1.7	42.1	40.7	1.4	49.1	46.4	2.6
1993	40.3	38.3	2.0	38.6	37.0	1.6	44.8	41.9	2.9
1994	38.3	36.1	2.2	35.9	34.1	1.8	44.4	41.1	3.2
1995	36.8	32.0	4.8	33.5	29.8	3.7	50.6	40.9	9.7

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

給與費國庫支援과 財政共同事業에 의한 財政支援을 합산한 전체재정지원이 給與費支出 및 保險料收入에서 차지하는 비중을 1996년 기준으로 비교한 것은 <表 IV-6>과 같다. 1996년 현재 地域組合이 지원받는 財政支援은 급여비의 약 1/3수준(33.4%)으로써 郡지역에 대한 財政支援은 給與費의 51.0%에 달하며, 시지역과 비교하여 財政共同事業에 의한 지원에 많이 의존하고 있다.

〈表 IV-6〉 地域組合에 대한 財政支援(國庫支援+財政共同事業) 現況(1996)
(단위: 억원, %)

	재정지원			A/급여비	A/보험료수입
	합계(A)	급여비 국고지원	재정공동사업 에 의한 지원		
시	5,991 (100)	5,130 (5.6)	861 (14.4)	29.8	32.0
군	2,078 (100)	1,422 (68.4)	656 (31.6)	51.0	58.2
계	8,070 (100)	6,553 (81.2)	1,517 (18.8)	33.4	36.2

資料: 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황』, 1997.

다. 保險財政 健實化를 위한 財政調整方案

醫療保險財政의 基本運營 方向은 첫째, 총량적으로 보험급여지출을 적정하게 통제하면서 保險料 引上 및 國庫支援을 통하여 수입을 안정적으로 확보하는 것이며, 둘째는 構造的으로 酬價構造調整(예, 상대가치체계 및 질병단위별 포괄적 지불제)을 통해 給與費를 절감하는 것이 중요한 과제가 될 것이다. 그러나 이러한 급여부분에 대한 支出 管理方案은 많은 제약이 따른다.

결국 醫療保險支出에 소요되는 財源을 安定的으로 確保하기 위해서는 보험료 인상과 함께 國庫支援의 差等配分 強化, 組合間 財政共同事業의 擴大, 積立基金의 效率的 運營을 통한 利殖收入의 確保 등이 될 것이다. 보험료의 인상과 적립기금 운영은 組合의 財政安定을 위한 자구적인 노력에 의해 이루어져야 하며, 특히 지역보험의 경우 保險料收入 確保를 위한 보험료의 형평부과 방안이 마련되어야 할 것이다.

地域保險의 경우 1995년 共同事業에 의한 移轉은 總支出의 5%로서 국고지원(33.7%)에 비해 그다지 크지 않은데, 國庫支援 豫算의 제약과 함께 향후 공동사업의 확대방향이 정해져야 할 것이다. 積立基金에 의한 利殖收入은 조합별로 큰 차이가 있으며 향후 積立金은 給與費 支出을 위한 6개월분

의 준비금 수준으로 운용된다면 基金利殖 收入에 크게 의존하기가 어렵다.

한편 군지역의 財政安定을 우선적인 政策目標로 한다면, 1995년 군지역 財政支出은 醫療保險 全體 財政支出의 9.6%에 불과하다. 따라서 國庫支援金 總額의 군지역에 대한 配分率을 대폭 확대한다면 군지역 財政은 쉽게 해결될 가능성도 엿보인다.

地域組合에 대한 國庫支援 差等 및 組合間 財政共同事業에 대하여 보다 구체적으로 접근하여 보자. 양 사업은 조합별로 상이한 위험구조를 균등화하는 構造調整에 事業의 成敗가 달려 있다. 이를 위하여는 조합에 대한 재정력을 정확하게 파악할 수 있는 技法을 開發하여야 하며, 이러한 재정이전 이 조합의 재정자치 노력을 저해하지 않도록 하는 유인장치를 마련하여야 할 것이다. 組合의 財政力 評價는 實質所得水準, 人口構造 등을 기초로 측정할 수 있다. 전자의 경우 소득과표 외에 負擔能力을 測定할 수 있는 간접적 지표를 개발 하여야 할 것이다. 후자의 경우 年齡別 標準診療費를 가중치로 하여 그 가중치를 年齡別 人口構成에 곱함으로써 질병발생 위험지수를 산정하여 사용할 수 있을 것이다. 특히 國庫支援金中 일부(1996년 13.5%)가 差等配分金으로 활용되고 있는데, 國庫支援金 全額이 組合의 財政力에 비례하여 배분된다면 財政脆弱組合의 상당 부분은 保險料의 큰 인상 없이도 財政安定을 確保할 수 있을 것으로 판단한다. 재정공동사업의 배분금에 있어서 老人醫療費 配分基準인 65세 이상을 연차적으로 인하(예, 60세 이상)하는 방안을 검토하고, 高額診療費는 入院 件當 120만원 기준을 매년 진료비 상승률에 연동시켜 나가는 것이 옳을 것이다.

한편 醫療保險이 疾病 發生時 患者의 直接 負擔金을 경감해 주는 것이 목적이라면 高額 및 老人醫療費 발생에 대하여 조합간 공동사업보다는 환자본인에 대하여 일정액을 還給하는 本人負擔金 補償金制度를 強化하고 환급금에 대한 共同事業을 수행하는 방안도 검토할 필요가 있을 것이다.

V. 結 論

본 研究는 醫療保險의 財政安定化를 위한 現行 政策手段인 高額 및 老人 診療費에 대한 조합간 財政共同事業과 지역조합에 대한 國庫支援事業을 통하여 組合間 財政不均衡을 효율적으로 調整하기 위한 財政調整方案을 제시하는 데에 목적이 있다.

재정조정 基本方向은 단기적으로 地域組合에 대한 國庫支援金の 配分方法을 개선함으로써 差等支援을 대폭 강화하고, 조합간 재정공동사업을 단계적으로 확대함으로써, 재원의 내부재분배 구조를 효율적으로 조정하는 것이다.

이를 위한 推進方案으로 현단계에서 제시할 수 있는 것은 다음과 같으며, 각 방안에 대한 구체적인 妥當性 分析은 추후에 이루어져야 할 것이다.

첫째, 國庫支援 및 財政共同事業에 의한 지역조합에 대한 지원은 재정지출 대비 '95년 현재 38.7%인데, 최소한 40% 이하로 떨어지지 않도록 유지해주는 것이 바람직할 것으로 본다. 특히 시지역은 35.6%, 군지역은 51.7%로써 군지역에 대한 지원이 높음에도 불구하고 군지역의 재정은 여전히 불안하다. 따라서 지역보험에 대한 재정이전을 40%로 하한을 설정하는 경우, 군지역에 대하여 60.0%로 상향조정 한다면 시지역은 35.1%로 불과 0.5% 포인트 정도만 감소하게 된다. 이는 곧 재정이 취약한 군지역 조합에 대하여 집중적으로 재정이전을 강화하는 것이 재원의 내부재분배의 효율성을 향상시킬 수 있음을 보여주는 것이다.

둘째, 지역조합에 대한 財政移轉 寄與率에 있어서 국고지원 대 재정공동사업의 역할을 現行 87:13(시지역 89:11, 군지역 81:19)에서 연차적으로 80:20, 70:30으로 조정할 것을 검토한다. 이렇게 함으로써 의료보험의 재정

에 있어서 점진적으로 정부의 역할을 중립적으로 전환해 나가는 것이다. 그런데 이러한 방향으로 나아가기 위해서는 지역 자영자에 대한 保險料 賦課가 충실해지는 것과 연계되어야 한다. 생각컨대, 군지역에 대해서는 국고지원에 의한 재정이전의 역할이 보다 강화되어야 할 것이다.

셋째, 國庫支援金の 配分은 현재 각 조합 피보험자 규모에 비례한 배분(85%)과 재정력에 비례한 差等配分(15%)을 100% 전액 차등배분할 수 있도록 배분방법을 개선하여야 할 것으로 판단된다. 현재 사용하고 있는 재정력 평가방법이 조합의 재정력을 정확하게 반영하는 데에 한계가 있지만, 재정력평가를 본 보고서에서 제시하는 綜合財政力指數로 개선함으로써 조합별 재정능력을 거의 대표할 수 있을 것으로 생각한다. 궁극적으로 아무리 정교한 재정력 파악방법을 개발하더라도 한계적인 개선은 있겠지만 획기적으로 개선될 수는 없다.

넷째, 국고지원사업과 재정공동사업에서 산정하는 조합별 財政力評價方法이 각각 다르다. 조합의 재정력을 산정하는 방법상 양 사업에서 다른 방법을 사용할 근원적인 이유는 희박하다. 지역보험내에서 조합간 財政共同事業負擔金 算定이나 國庫支援金 配分은 국고지원사업에 의한 財政力指數를 사용하는 것이 바람직하다. 재정공동사업에서 부담금의 보험종별(직장, 공교, 지역) 할당은 보험료수입 규모에 비례하여 산정하여도 형평에 크게 어긋나지는 않을 것으로 판단된다. 직장보험내의 조합간 부담금은 組合別 所得基準이 상이한 점을 고려할 때 역시 보험료수입 비례로 산정하는 것이 큰 무리가 없을 것으로 본다.

다섯째, 조합간 재정공동사업은 고액진료비 기준 120만원을 진료비 인상 추세에 따라 상향조정하고, 65세 이상 노인에 대한 진료비를 60세 이상 노인으로 확대하는 등 조합간 횡적인 재정이전을 보다 강화할 필요가 있을 것이다.

여섯째, 재정공동사업을 보다 비용효과적인 제도로 운영하기 위한 방안으로, 표준적인 高額診療費 및 老人醫療費를 제시하고, 표준을 초과하여 비용

이 발생하는 경우 부담금을 할증하는 방안의 도입을 검토한다. 그러나 이러한 할증제도가 실천가능하기 위해서는 각 보험자에게 진료비에 대한 統制權限을 주어야 할 것이다. 진료비에 대한 통제권은 의료공급자에 대한 감시가 대부분 이겠지만, 醫療需要者에 대하여도 일정한 모니터링 혹은 제도적 장치가 필요하다. 예를 들어, 건강검진 등 예방활동을 게을리 하는 경우에 보험료를 할증하고, 건강유지로 의료이용이 매우 낮은 경우 보험료를 할인하거나 積立保險料를 환불하는 등 민간보험의 경영원리를 접목하는 것이다.

일곱째, 조합별 국고지원액을 각 조합별 재정소요액을 과학적으로 산정하여 그 부족분을 메워주는 방향으로 시도할 필요가 있다. 즉 각 地域組合의 財政所要額은 組合의 給與費 所要額에서 保險料負擔能力을 차감함으로써 구해질 수 있다. 그러나 급여비 소요재원과 부담능력을 각 조합에서 실제 발생한 給與費와 保險料收入으로 산정한다면 재정적 자립을 저해할 가능성이 있다. 따라서 급여비의 경우 “標準화된 給與費”(연령별 진료비를 고려한 전체 지역조합의 평균적인 급여비)를 사용하고, 부담능력은 “標準화된 保險料收入”(전체 지역조합의 평균적인 1인당 정액보험료 및 소득, 재산과표 수준을 고려한 잠재적 보험료수입)을 사용하는 것이 타당할 것이다. 이러한 標準화된 給與費에서 標準화된 保險料負擔能力을 차감한 나머지가 財政所要額이 된다. 이러한 財政所要額 중에서 財政共同事業에 의한 支援額을 除外함으로써 國庫支援 所要額을 決定하는 方案을 檢討할 수 있다.

參考文獻

- 권순원·양봉민, 『의료보험제도의 개선을 위한 정책방안』, 한국개발연구원, 1990. 7.
- 권순원, 『의료보험재원조달방식의 개선방안』, 한국개발연구원, 1993. 12.
- 노인철, 「지역의료보험의 국고지원방식에 관한 재검토」, 『사회보장연구』, 제7권, 1991. 12.
- 김동건, 『현대재정학』, 1984.
- 문옥륜·이규식·양봉민, 『의료보험 재정안정기금의 조성 및 운용에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 연세대학교 보건과학대학, 1988. 12.
- 문종국, 「지역의료보험조합의 재정상태에 영향을 미치는 요인분석」, 『예방의학회지』, 제24권 제2호, pp.195~210.
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 『지역의료보험 재정안정화방안에 관한 연구』, 1992. 5.
- 연하청, 「의료보험확대와 재정안정화과제」, 『사회보장연구』, 제3권, 한국사회보장학회, 1987.
- 유승흠·김한중·이해중, 「지역의료보험의 재정 및 적자요인분석」, 『사회보장연구』, 제1권, 1985.
- 윤성태, 「의료보험 재정조정사업의 합리적 개선방안에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 보건학과 석사학위 논문, 1996. 6.
- 윤완섭, 「지역의료보험 국고지원의 합리적 배분방법에 관한 연구」, 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1994. 6.
- 의료보험관리공단, 『주요국 의료보장제도의 최근 동향』 (최근의보동향 100호 기념 특집), 조사자료-31, 1994. 4.
- 의료보험관리공단, 『최근의보동향』, 119호, 1995. 11.

- 이규식·김경숙·김기옥, 『지역의료보험 시범사업 종합평가 및 재정안정화 방안』, 한국인구보건연구원, 1986.
- 이현실, 『의료보험 재정공동사업의 효과분석』, 경산대학교 박사학위 논문 1995. 12.
- 조원탁, 『한국 의료보험의 재정조정에 관한 연구』, 중앙대학교 대학원 사회복지학과 박사학위 논문, 1995. 12.
- 최병호, 『지역의료보험의 국고보조금 지원방식 개선방안』, 『사회보장연구』, 제10권 제2호, 한국사회보장학회, 1994. 12.
- 최병호, 『지역의료보험 국고지원방식의 평가와 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1995. 12.
- 한국보건사회연구원, 『지역의료보험의 재정안정화를 위한 운영실태 평가 및 개선방안』, 1991. 11.
- 노동부, 『매월노동통계조사』, 각년도.
- 보건복지부, 『보건복지백서』, 각년도.
- _____, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장 개혁과제와 정책방향』, 1994. 6.
- 의료보험연합회, 『지역의료보험조합 결산현황(조합별 내역)』, 1993, 1994, 1995.
- 한국은행, 『국민계정』, 각년도.
- 日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 第43卷 14號, 1996.
- German Advisory Council for the Concerted Action in Health Care, *Health Care and Health Insurance 2000*(Summary and Recommendations of the Special Expert Report 1995), 1995
- NERA(National Economic Research Associates), *The Reform of Health Insurance in Korea*, 1994.

附 錄

〈附表 1〉 改善案에 따른 地域醫療保險 組合別 國庫補助 必要額 計算(1996)
(단위: 백만원, %)

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액 ¹⁾	현행 국고보조	국고보조 과부족액 ²⁾	국고보조 과부족률 ³⁾
서울 종로구	13383	11396	317	1671	2843	1173	41.24
중 구	10458	8689	445	1324	2213	890	40.19
용 산 구	15532	13099	826	1606	3294	1688	51.24
성 동 구	43315	34677	1003	7636	9501	1866	19.64
동대문구	26540	20179	1196	5166	6014	848	14.10
중 랑 구	30102	21471	971	7659	6703	-956	-14.26
성 북 구	32209	23194	1296	7719	6869	-851	-12.38
도 봉 구	43573	32052	1460	10061	9461	-599	-6.33
노 원 구	27328	20782	918	5627	6069	442	7.28
은 평 구	27710	21167	255	6288	5997	-291	-4.86
서대문구	21157	16252	667	4238	4525	287	6.34
마 포 구	22588	18480	525	3583	4919	1336	27.16
강 서 구	25153	19515	170	5468	5771	303	5.25
양 천 구	24021	20275	-633	4379	5341	962	18.01
구로금천	34426	26705	611	7110	7779	669	8.60
영등포구	21973	18620	56	3297	4838	1541	31.86
동 작 구	22911	17749	362	4799	4853	54	1.12
관 약 구	30035	22159	442	7434	6987	-447	-6.40
강 남 구	23101	25046	-1011	-934	4930	5864	118.94
서 초 구	17501	18505	-616	-389	3847	4235	110.10
강 동 구	27200	21484	428	5288	6119	831	13.59
송 파 구	32884	29502	-1522	4904	7110	2206	31.03

註: 1) 국고보조 필요액 = 급여비 표준소요액-보험료 부담가능액-공동사업 순이전

2) 국고보조 과부족액 = 현행국고보조-국고보조필요액

3) 국고부보조 과부족률 = (국고보조 과부족액/현행국고보조)×100

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률
부산 중 구	4659	4056	93	510	986	476	48.24
서 구	10946	7270	711	2965	3062	97	3.16
동 구	8924	5814	537	2573	1924	-648	-33.69
영 도 구	10772	7117	795	2859	3101	241	7.78
부산진구	24283	18282	257	5744	5608	-136	-2.42
동래연제	29178	22346	-165	6997	6428	-569	-8.85
금 정 구	15038	11297	82	3658	3368	-290	-8.61
남구수영	27598	20261	215	7122	5881	-1241	-21.10
북구사상	29530	20561	355	8614	6832	-1782	-26.08
사 하 구	18819	13874	215	4729	4132	-597	-14.46
해운대구	21733	15747	906	5081	4403	-677	-15.38
강 서 구	5365	2901	497	1966	1403	-563	-40.17
대구 중 구	7865	6258	-69	1676	1663	-13	-0.76
동 구	19802	12851	777	6175	4235	-1940	-45.80
서 구	19262	12892	611	5758	4238	-1520	-35.88
남 구	12875	9205	317	3352	2804	-548	-19.55
달 서 구	24747	17692	128	6927	5702	-1225	-21.48
북 구	21698	13171	809	7719	4623	-3096	-66.98
수 성 구	22337	16840	-258	5755	4864	-891	-18.32
인천 중 구	4649	3396	340	913	918	5	0.53
동 구	5006	3191	395	1419	1053	-366	-34.78
남구연수	31088	22396	271	8421	6659	-1762	-26.45
남 동 구	19221	12758	32	6432	4180	-2252	-53.88
부평계양	38471	27091	74	11306	8357	-2949	-35.29
광주 서 구	15354	10451	693	4210	3556	-654	-18.38
동 구	8643	6263	-84	2465	1931	-534	-27.65
북 구	22493	14914	-134	7712	5178	-2534	-48.93
서 구	23097	15316	115	7666	5308	-2358	-44.43
광 산 구	9993	5713	198	4083	1901	-2182	-114.79
대전 동 구	15624	10027	621	4976	3335	-1641	-49.21

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률
대전 중 구	14410	10249	236	3926	3237	-689	-21.28
서 구	18444	13479	174	4790	4386	-404	-9.21
유 성 구	5084	3340	232	1512	1029	-483	-46.99
대 덕 구	9669	6741	350	2578	2131	-448	-21.02
경기 수원장안	15156	11043	725	3389	3954	565	14.29
수원권선	17612	13180	504	3928	3935	7	0.18
부천중구	19458	14322	157	4979	5053	75	1.48
부천남구	21697	16119	273	5305	4844	-461	-9.51
성남중원	31063	23066	937	7060	8538	1478	17.31
성남수정	16242	9926	1086	5230	4554	-676	-14.86
안 양 시	27865	21154	137	6574	5909	-665	-11.26
광 명 시	17654	12337	1237	4081	3847	-234	-6.08
안 산 시	24810	17633	1881	5296	6710	1413	21.07
과 천 시	2710	2454	241	15	554	539	97.26
구 리 시	10247	6931	1035	2281	2275	-7	-0.30
동두천시	4593	2738	530	1324	955	-369	-38.69
의정부시	17050	11769	1510	3771	3773	3	0.07
평택시	16937	11846	1658	3434	4561	1127	24.71
군포시	10301	8352	584	1365	2677	1313	49.03
의왕시	5052	3677	350	1024	1309	285	21.77
시흥시	9763	6483	592	2688	2196	-492	-22.39
하남시	7812	5121	764	1927	2061	134	6.51
오산시	3317	2341	292	683	725	41	5.69
남양주시	17966	11083	1996	4888	4950	62	1.25
고양시	32870	23139	2605	7126	8557	1431	16.72
과주시	10556	5901	1348	3307	3143	-164	-5.2
이천시	9112	5598	1036	2479	2514	35	1.41
용인시	13388	9665	1493	2230	3668	1438	39.21
강원 춘천시	12397	7783	1598	3017	3573	557	15.58
원주시	13355	8811	1575	2969	3596	627	17.43

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률
강원 강릉시	13055	9103	1463	2488	3585	1097	30.60
삼척시	4357	2944	549	864	1315	451	34.31
동해시	5089	3238	410	1440	1261	-180	-14.25
태백시	2860	1463	340	1058	1021	-37	-3.64
속초시	5268	3773	561	934	1408	473	33.64
충북 청주시	24251	16573	448	7230	6270	-960	-15.31
충주시	13654	8485	1382	3787	3819	32	0.83
제천시	8871	5743	814	2314	2465	150	6.11
충남 천안시	17722	12228	1689	3806	4815	1009	20.96
공주시	8905	5095	1122	2688	2797	109	3.90
보령시	8354	4917	1176	2262	2968	706	23.79
아산시	9791	5678	1094	3019	2867	-151	-5.28
서산시	10561	6397	1119	3045	3143	97	3.09
논산시	10331	5258	1297	3775	3195	-581	-18.18
전북 전주완산	15468	9981	609	4877	4082	-796	-19.49
전주덕진	12767	8208	557	4002	3478	-524	-15.07
군산시	15106	9734	1542	3830	4169	339	8.12
익산시	17878	10834	1723	5321	5266	-55	-1.05
정읍시	9781	5651	1281	2849	3446	598	17.34
남원시	7189	4485	945	1759	2274	515	22.67
김제시	8656	4626	1312	2718	3089	371	12.01
전남 목포시	14026	8774	1015	4237	3778	-459	-12.14
여수시	11039	6431	625	3983	3160	-823	-26.04
여천시	3735	2146	251	1338	802	-536	-66.80
순천시	14214	9932	884	3397	3877	480	12.38
나주시	8006	4626	760	2619	2557	-62	-2.42
광양시	6187	3473	512	2202	1841	-362	-19.64
경북 포항시	25335	18035	1380	5920	6469	549	8.49
경주시	15780	10416	2032	3332	4438	1106	24.91
김천시	9132	5699	999	2434	2832	398	14.04

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률
경북 안동시	10972	7037	1172	2764	3037	273	9.00
구미시	11624	8898	1067	1659	2936	1277	43.48
영주시	8721	5494	777	2450	2581	131	5.06
영천시	7806	4625	927	2254	2334	80	3.44
상주시	9419	5051	1246	3123	3149	26	0.83
문경시	5972	3394	759	1820	1781	-39	-2.16
경산시	10161	6615	883	2663	2561	-102	-3.97
경남 울산중구	12209	9592	-157	2774	2631	-143	-5.44
울산남구	12379	10218	-343	2504	3112	608	19.54
울산동구	5142	3545	129	1468	1147	-321	-27.99
울산울주	8456	5249	936	2271	2337	66	2.83
마산시	21654	15766	553	5335	5624	290	5.15
창원시	16623	15274	998	351	4409	4057	92.04
진주시	17703	11277	1889	4538	4422	-116	-2.63
진해시	5377	3376	550	1451	1375	-76	-5.53
통영시	10740	6588	1108	3044	2683	-361	-13.46
사천시	7792	4273	948	2571	2245	-326	-14.52
김해시	15790	10095	1409	4285	4214	-71	-1.69
밀양시	8749	5205	977	2566	2536	-30	-1.18
거제시	6751	4835	864	1052	1871	819	43.77
양산시	7949	5233	736	1980	2254	273	12.13
제주 제주시	12987	9533	622	2832	2868	36	1.24
서귀포시	5746	3416	396	1934	1572	-362	-23.02
대구 달성군	7366	4559	800	2008	2002	-6	-0.31
경기 강화군	5484	2449	927	2108	1770	-338	-19.12
옹진군	968	435	211	322	309	-13	-4.13
양주군	6345	3757	759	1828	1908	80	4.20
여주군	7178	3337	849	2992	2197	-795	-36.17
연천군	3736	1969	573	1194	1441	247	17.15
포천군	9843	5551	1261	3030	2834	-196	-6.92

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률	
경기	가 평 군	3936	2040	622	1236	1236	-39	-3.15
	양 평 군	6207	3141	869	1850	1850	-347	-18.77
	안 성 군	7500	4025	974	2208	2208	-293	-13.26
	김 포 군	6693	4644	727	1753	1753	431	24.58
	광 주 군	6901	6755	842	1846	1846	2541	137.66
	화 성 군	10218	5601	1556	3012	3012	-48	-1.60
강원	홍 천 군	5601	2822	807	1706	1706	-265	-15.55
	횡 성 군	3502	1527	488	1171	1171	-315	-26.92
	영 월 군	3306	1671	513	1051	1051	-71	-6.72
	평 창 군	3908	1770	570	1411	1411	-157	-11.15
	정 선 군	3540	1377	438	1162	1162	-563	-48.47
	철 원 군	3781	1772	653	1909	1909	553	28.99
	화 천 군	1563	744	294	748	748	223	29.78
	양 구 군	1448	675	193	515	515	-65	-12.67
	인 제 군	2347	997	301	796	796	-254	-31.90
	고 성 군	3021	1319	437	1063	1063	-203	-19.08
	양 양 군	2226	1114	292	775	775	-45	-5.87
	충북	보 은 군	3353	1458	540	1179	1179	-176
청 원 군		7046	3289	997	2401	2401	-360	-14.98
옥 천 군		3802	1800	564	1426	1426	-11	-0.77
영 동 군		4282	1564	596	1718	1718	-403	-23.48
진 천 군		3108	1713	488	1023	1023	115	11.26
괴 산 군		5105	2417	625	1573	1573	-490	-31.15
음 성 군		5242	2590	700	1635	1635	-317	-19.39
단 양 군		2919	1565	416	823	823	-115	-13.91
충남	금 산 군	4498	1801	580	1447	1447	-670	-46.26
	연 기 군	4662	2531	670	1627	1627	167	10.24
	부 여 군	7132	3138	1061	2214	2214	-720	-32.50
	서 천 군	4998	2500	711	2025	2025	239	11.79

〈附表 1〉 계속

조합명		표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률	
충남	청양군	3000	1338	422	1240	1022	-219	-21.38	
	홍성군	7462	3611	1152	2699	2658	-41	-1.53	
	예산군	7989	3757	1193	3039	2634	-406	-15.40	
	당진군	9405	4232	1199	3974	2756	-1218	-44.19	
	태안군	6115	2621	914	2580	2164	-416	-19.24	
전북	완주군	6000	2766	759	2475	2084	-392	-18.80	
	진안군	2731	1201	446	1084	1110	27	2.39	
	무주군	2413	966	336	1112	928	-183	-19.76	
	장수군	2267	889	314	1064	855	-209	-24.48	
	임실군	3015	1181	467	1367	1247	-120	-9.59	
	순창군	2861	1104	376	1381	1089	-292	-26.80	
	고창군	6536	2633	995	2908	2826	-82	-2.89	
	부안군	6178	2885	881	2412	2035	-377	-18.55	
	전남	담양군	4016	1719	341	1956	1334	-621	-46.57
		곡성군	2735	1127	322	1286	1038	-249	-23.96
구례군		2693	1132	270	1291	812	-479	-58.93	
여천군		5229	1917	616	2697	1873	-824	-43.99	
고흥군		9187	3830	1250	4107	3044	-1063	-34.94	
보성군		5012	2120	660	2232	1643	-589	-35.83	
화순군		4691	2091	399	2201	1422	-780	-54.82	
장흥군		4363	1798	697	1869	1639	-230	-14.03	
강진군		3935	1739	501	1696	1225	-470	-38.38	
해남군		8033	3437	932	3665	2575	-1090	-42.34	
영암군		4709	1967	616	2126	1552	-574	-36.98	
무안군		5664	2425	770	2468	2047	-422	-20.60	
함평군		3766	1610	491	1665	1249	-416	-33.34	
영광군		5256	2294	822	2139	2055	-84	-4.08	
장성군		3619	1574	445	1600	1158	-442	-38.11	
완도군	5534	2408	641	2486	1769	-717	-40.53		

〈附表 1〉 계속

조합명	표준 급여비 소요액	보험료 부담 가능액	재정공동 사업 순이전액	국고보조 필요액	현행 국고보조	국고보조 과부족액	국고보조 과부족률
전남 진도군	3662	1485	429	1748	1232	-515	-41.84
신안군	5331	1760	696	2875	2125	-750	-35.27
경북 군위군	2574	1075	362	1136	938	-199	-21.21
의성군	6426	2788	819	2818	1995	-823	-41.27
청송군	2643	1087	387	1169	893	-276	-30.90
영양군	1747	712	236	798	587	-212	-36.04
영덕군	4035	1988	676	1371	1310	-61	-4.65
청도군	3896	1704	589	1603	1409	-194	-13.80
고령군	2863	1338	423	1103	829	-274	-33.07
성주군	4548	1987	668	1892	1418	-475	-33.48
칠곡군	4589	2554	621	1414	1396	-18	-1.27
예천군	4630	1861	632	2137	1532	-605	-39.49
봉화군	3265	1191	419	1655	1118	-538	-48.13
울진군	4453	2315	639	1500	1383	-118	-8.51
울릉군	805	493	93	219	279	60	21.61
경남 의령군	2468	1026	351	1090	851	-239	-28.09
함안군	4091	1984	526	1582	1343	-239	-17.78
창녕군	5485	2320	854	2312	1856	-456	-24.55
고성군	4849	2302	777	1771	1488	-283	-19.01
남해군	5050	2097	866	2087	1775	-313	-17.61
하동군	4813	2067	785	1961	1638	-324	-19.76
산청군	3024	1237	439	1349	977	-372	-38.11
함양군	3418	1498	545	1375	1231	-144	-11.71
거창군	5030	2460	662	1908	1491	-417	-27.96
합천군	4614	2029	733	1852	1480	-371	-25.09
제주 북제주군	6688	3170	731	2787	2136	-651	-30.50
남제주군	5798	2776	646	2376	1878	-498	-26.49
합계	2544828	1717854	151708	675266	655192	-20074	-3.06