

# 醫療保險(2種)改善方案

1983年度

## 研究資料

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

社會保障審議委員會

研究委員 孫 昌 達  
參 事 河 吉 雄



保健社會部長官 貴下

1983 年度の 調査研究事業의 하나인 醫療保險 ( 2 種 ) 改善方案을 마  
련하여 다음과 같이 報告 하나이다.

1983. 12. 15.

研究者

社會保障審議委員會

研究委員 孫 昌 達

參 事 河 吉 雄



# 차 례

머릿말 .....	3
第 1 節 現 況 .....	7
第 2 節 課題의 檢討 .....	25
1. 被保險者 資格管理 .....	27
2. 保險料賦課 및 徵收 .....	27
3. 保險財政 .....	30
4. 醫療供給體制와 保險給與 .....	33
5. 管理運營體制 .....	37
第 3 節 改善方案 .....	39
1. 醫療保險의 一般的 側面 .....	41
2. 醫療的 側面 .....	44
3. 2 種醫療保險의 境遇 .....	46
結論 및 建議 .....	51
結 論 .....	53
建 議 .....	54



## 머 리 말

1. 지난 20餘年동안 4次에 걸친 經濟開發計劃을 推進하여, 우리의 所得水準이 크게 向上된 것은 누구도 否認할 수 없는 事實이다.

計劃期間中 年平均 8.3%의 높은 經濟成長率을 記錄하면서, 所得水準은 지난 1962年 87\$에 불과하던 國民1人當 GNP가 1,671\$水準으로 높아지면서 絶對貧困의 水準에서 벗어난 것이다.

그러나 絶對的 所得水準의 向上에도 불구하고, 分配의 不均衡 등으로 階層間的 違和感이나, 相對的 貧困感을 느끼는 경우를 흔히 볼 수 있다.

所得의 不平等度를 가장 잘 나타내 주는 것으로서, 所得水準의 낮은 階層 40%가 차지하는 所得比重이, 지난 1965年의 19.3%에서 1980년에는 16.1%로 낮아진 反面에 高所得層 20%가 차지하는 所得占有率은 같은 期間에 41.8%에서 45.4%로 높아진 것은, 開發期間中 所得의 不平等度가 크게 深化되었음을 立證하는 것이라고 하겠다.

따라서 “지니”係數는 1965年의 0.344에서 1980년에는 0.389로 높아졌다. 高所得層의 富가 低所得層의 그것보다 훨씬 빠른 速度로 늘어난 結果이다.

이와같은 현상은 社會的으로는 不安要因으로 經濟的으로는 持續的인 發展의 阻害要因으로 作用할 素地가 없지 않다.

周知하는 바와 같이 社會保障이 國民의 生存權의 實現을 目的으로

所得의 再分配를 통하여 國家가 모든 國民의 最低生活을 全體的으로 確保하는 政策이라고 한다면, 그리고 資本制 經濟의 缺陷을 是正 補完하는 것이라면 前述한 바와같은 狀況에서는 당연히 社會保障部門에 의 力點이 주어져야 하겠다.

2. 社會保障이란 國民의 한사람 한사람이 自力으로서는 언제 일어날 지 모를 各種의 生活危險에 合理的으로 對應하고 最低限의 生活을 지탱할 수 있는 所得을 確保하기 困難한 狀態에 대비하여 國家의 責任下에 이를 保障하는 制度라고 했다.

社會保障의 固有領域인 所得保障과 아울러 醫療保障이 그 支柱인데 現代 醫療는 그 費用이 빠른 速度로 急騰하고 있다. 따라서 醫療費의 增加를 감당하기에는 個人은 너무나 微弱하고 無力한 存在이다.

醫學의 發展에 따라 人類의 壽命이 延長되고 또한 醫療에 대한 期待感도 날로 커져가고 있다. 또한 人類의 基本權의 하나로서도 醫療를 保障하여야 하고, 同時에 人的資本인 人間의 健康을 回復·維持·增進하도록 해야할 責任은 形態의 如何에 구애됨이 없이 國家가 社會가 이를 保障해야 한다.

國家나, 社會가 醫療保障을 企劃함에 있어서는 醫療保險과 保健서비스가 主된 必須的 方策이다. 그중 醫療保險은 國家의 次元에서 또 社會保險의 方式으로 운영되는 것인만큼 國民은 당연히 모두가 그 適用對象이 된다. 卽 家庭의 所得水準의 如何에 불구하고 醫療保障惠澤을 받을 수 있어야 한다.

社會保險의 性格을 띤 醫療保險에서 加入을 任意로 한다는 것을 論理上 合當치 않을뿐 아니라 社會保險의 原理를 無視한 것이므로 그러한 原理原則과 어긋나는 制度는, 自然히 順調로운 發展을 期約할 수 없다.

우리나라의 醫療保險制度가 導入된지 日淺하지만 그동안의 迂餘曲折과 示範事業의 經驗에서 全國民的인 制度擴充이 時急함은 두말할 나위 없다. 卽, 醫療保險을 適用받지 못하는 人口가, 適用 人口보다 經濟的으로 어려운 低所得層 國民이 大部分이라는 點이다.

低所得階層의 사람들의 最低限의 欲求를 充足시키려는 社會保險의 目的에서 볼때, 現行保險은 상당히 먼 거리에 머물고 있다고 할 수 있다. 醫療保險의 實施가 가장 時急하고 優先的으로 適用되어야 할 이들의 未適用으로 相對的인 不利益과 甚한 階層化를 부채질 하는 結果가 되어서는 안될 것이다.

특히 2種醫療保險이 實施되는 地域, 職種, 任意등 醫療保險制度의 運營에서 浮刻된 各種 問題點들의 解決을 서둘르는 것은, 빠른 時日內에 全國民的 醫療保障體制를 確立하는 길인 동시에 各種 雜多한 問題點을 解決하는 길인 것이다.

3. 우리나라의 醫療保險은 事業場 勤勞者와 地域住民을 對象으로 하는 「醫療保險法」과 公務員 및 私立學校教職員 그리고 退職公務員教職員과 退役軍人中 年金受給權者를 對象으로 하는 「公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法」등 두개의 法律에 의해서 各各 施行되고 있다.

醫療保險 適用對象者를 導入初 勤勞者만으로 했던 制限的인 醫療保險制度가 數次의 法改正에 의하여 全國民을 對象으로 擴大 實施하게 되므로 그 受惠者는 每年 增加하여 1983年 5日末 現在 「醫療保險法」의 適用을 받고 있는 第1種인 事業場 勤勞者 8,998千名과 第2種인 地域住民 및 自營者 등 919千名, 「公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法」의 適用을 받고 있는 者 3,995千名 등 都合 13,912千名이 醫療保險의 惠澤을 받고 있다.

醫療保險이 이와같은 發展을 가져오기까지는 많은 試行錯誤도 없지 않았고 많은 問題點도 浮刻이 되었으나, 短時間에 刮目할 만한 成長이라고 하겠다.

그러나 地域間・階層間・職域間 受惠機會의 不均衡 保險酬價와 一般慣行酬價와의 格差에서 오는 醫療서비스의 二元化現象, 單位組合別 運營의 矛盾등의 問題로 危險分散이 이루어지지 못하여 私的 保險性이 強하게 나타나고 있으므로 이런것들을 빨리 是正하여 全國規模로 擴大시켜야 할 것이다.

## 第 1 節 現 況



## 現 況

1. 80年代末까지 全國民의 醫療保障制度를 보다 빨리 定着시키는데 指針이 될 2種(特히 地域保險)醫療保險의 成敗는, 醫療保險發展의 試金石이 된다는 점에서 重要的 뜻을 지니고 있다. 따라서 示範事業의 實施 結果가 반드시 成功的이어야 한다는 絕對的 命題를 안고 있다.

2種地域醫療保險組合의 運營方式은 地域住民의 代表로 구성된 組合 運營委員會가 맡고 있으며, 이곳에서 保險料를 算定하며 賦課告知하고 徵收하며 組合業務의 監査도 맡고 있다.

保險料率은 1種醫療保險의 경우는 標準報酬의 3~8%로 勤勞者와 使用者가 半半씩 負擔하는데 비해 2種醫療保險은 各者의 所得水準에 따라 差等 賦課하며, 保險組合은 이 保險料를 財源으로 療養給與의 醫療費를 負擔 支拂한다.

保險料는 示範事業의 地域마다 多少의 差異가 있어 一律的이 아니다.

### 2. 地域 2種組合

1981年7月부터 洪川, 沃溝, 軍威, 1982年부터 木浦, 江華, 報恩 등 6個醫療保險組合이 示範事業으로 運營되고 있다. 勿論 이 事業

은 1984 年을 時限으로 하고는 있으나 지금까지의 事業結果의 印象으로는 國民皆保險化를 위한 問題의 解決方案을 얻어 냈다고 하기 보다는 各種의 問題點을 赤裸裸하게 露出시켜 政策當局者는 勿論 이에 關聯하는 많은 사람들이 問題 解決에의 關心이 매우 높아지고 있다고 하겠다.

强制適用型의 2種醫療保險의 實施로 인하여 6個地域 65萬餘名이 惠澤을 받고 있는바 그중 約 30%는 1種 또는 公·敎醫療保險 및 醫療保護對象者이므로 이들을 除外한 約 44萬名이 地域醫療保險의 適用對象이 된다.

2種醫療保險의 醫療利用度는 1次示範地域의 경우 100名當 年間入院利用率이 2.6%, 外來訪問回數가 1.8회로서 1981年度의 1種醫療保險의 각각 5.1% 및 5.9회나 公·敎醫療保險의 5.2% 및 6.8회에 比하면 훨씬 低調하며 2種地域保險의 示範地域은 保健所와 保健支所 및 保健診療所등의 公共醫療機關을 療養取扱指定醫療機關으로 活用하고 있다. 이와같은 措置는 農村地域의 경우, 民間醫療資源이 不足하여 公共醫療機關을 利用할 수 밖에 없었던 것이다.

過去 1年間の 診療實績(表 1)과 外來利用狀況을 보면(表 2) 保健機關利用實績이 전체 診療件數의 55.4%, 診療日數의 38%로서 一般人들이 생각하는 것보다 保健機關의 利用도가 높았다.

(表1)

2種醫療保險診療実績(1981. 7. 1~1982. 6.30)

		洪川	沃溝	軍威	計
被保險者數		72,093	69,845	37,854	179,792
入院	診療件數	1,734	1,899	977	4,610
	在院日數	14,252	17,600	8,205	40,057
	平均在院日數	8.2	9.2	8.4	8.7
	年間入院利用率 (1,000名當入院件數)	24.1	27.2	25.8	25.6
外來	診療件數	84,748	56,982	62,173	203,903
	訪問件數	138,869	96,834	83,756	319,459
	年間外來利用率 (1,000名當訪問回數)	1,926	1,386	2,213	1,777

資料：保健社會部 - 2種醫療保險 第1次示範事業評價報告書(II)  
(1981. 7. 1~1982. 6.30) p.27.

(表2) 2種醫療保險療養取扱機關別 外來診療現況

(洪川, 沃溝, 軍威)(1981. 7. 1~1982. 6.30)

	一般醫療機關	保健機關①	計
診療件數	90,902 (44.6%)	113,001 (55.4%)	203,903 (100%)
診療日數	198,054 (62.0%)	121,405 (38.0%)	319,459 (100%)
診療費(千圓)	751,249 (86.2%)	120,626 (13.8%)	871,875 (100%)
件當外來診療費(圓)	8,264	1,067	4,276

註：①保健所・保健支所 및 保健診療所

資料：保健社會部 2種醫療保險 第1次示範事業評價報告書(II)  
(1981. 7. 1~1982. 6.30) p. 30~31.

그러나 이를 診療費用으로 보면 保健機關利用의 경우 13.8%에 不過하다. 卽 1件當 外來診療費에 있어서는 一般醫療機關은 8,264 원 保健機關은 1,067 원으로 前者는 後者의 約 8倍에 해당되고 있다. 이러한 例는 醫療傳達體系의 確立이 要緊함을 말해주는 것이다.

財政狀況을 보면 3個地域의 경우 約 464,751,000 원의 缺損을 보이고 있다. (表 3 참조)

(表 3) 2種醫療保險財政總括(1981. 7. 1~1982. 6. 30)

		洪 川	沃 溝	軍 威	計
收 入	計 (千원)	469,631	401,031	275,973	1,146,635
	保 險 料 ( % )	73.7	68.7	69.6	71.0
	國 庫 ( % )	26.3	31.3	30.4	29.0
支 出	計 (千원)	664,562	573,172	373,652	1,611,386
	保 險 給 與 費 ( % )	80.9	77.4	76.9	78.7
	管 理 運 營 費 ( % )	18.6	21.9	22.4	20.7
	徵 收 手 數 料 ( % )	0.5	0.9	0.7	0.6
差 額 (千원)		-194,931	-172,141	-97,679	-464,751

資料：前記 評價報告書 ( II )

總收入의 71%가 保險料이고, 29%가 國庫負擔으로 되어 있으며, 支出의 경우에는 保險給與費가 78.7%, 管理運營費가 20.7%로 되어 있는데 國庫負擔은 管理運營費에 限定돼 있음을 말해 준다.

6個示範事業地域中에서 가장 問題되는 地域은 木浦인데 1983. 9月末 現在 保險料 1,187,000,000 원이 收入되었는데 保險給與費는 1,953,000,000 원으로 赤字額 766,000,000 인데 國庫 294,000,000 원을 補填하더라도 472,000,000 원의 赤字를 안고 있는 셈이다.

保險料徵收實績이 대체로 不振한 탓이 첫째 理由이지만, 保險料賦課算定 자체가 당초부터 未及한 것이었고 地域住民中 對象者 全員이 參加하지 않고 있는데도 問題는 있다고 보여진다. 그리고 이들은 保險料 全額을 負擔해야 하는데 다른 不滿과 醫療機關 利用上의 不便도 생각해 볼 만한 일이다.

### 3. 職種 2種組合

職種 2種醫療保險은 '83年 10月 1日 現在 8個組合이 設立되어 保險給與가 이루어지고 있는데, 總對象被保險者 174,090名中 96,682名이 加入 55.5%의 適用에 不過하다.

各 職種組合別로 보면 81年 12月 10日부터 給與가 開始된 「文化藝術人組合」은 13,098名 適用對象者中 12,128名이 加入 92.6%의 適用率을 나타냈고, 「糧穀商組合」은 82年 3月 1日부터 給與를 開始

하였는데 適用對象者 27,332名中 16,327名이 加入, 59.7%의 適用率이고 「全國택시組合」은 24,405名中 22,864名이 加入 93.7%의 加入率을 나타내고 있다. 또 「理·美容組合」은 38,332名中, 12,349名이 加入해 32.2%이고, 「宿泊·沐浴業組合」은 17,828名中 7,187名이 加入 41.1%, 「大邱市場組合」은 10,429名中 6,837名이 加入 65.5%, 「畜産企業組合」 10,779名中 7,235名이 加入 67.1%, 「古物商組合」은 31,887名中 11,755名이 加入 37%의 適用率을 보이고 있다.

이들 職種組合의 被保險者 1人當 平均報酬 月額은 244,000~432,000원이며, 保險料率은 文化藝術人組合이 3%로 그중 1%는 文化藝術振興基金에서 負擔하고, 其他 組合은 3%~4%의 保險料率을 適用, 被保險者 1人當 保險料는 9,280~14,180원까지 負擔하고 있다.

現在 職種 2種醫療保險 適用對象者들은 모두가 一定한 所得源을 가지고 있기 때문에 1만원정도의 保險料를 負擔하기는 그리 어렵지 않다. 그러나 保險料의 告知 및 徵收등 管理業務를 전적으로 中央會에서 管掌하고 있는데, 全國적으로 散在하고 있는 會員들에게 影響力을 行使하기에는 機能이 弱하여 效率的인 管理運營을 할 수 없는 것이 커다란 問題點이다.

現行 醫療保險法規上 職種醫療保險組合의 設立與件이 該當 從事者의 3分の 2이상의 同意를 얻으면 設立이 되고 殘餘會員이 모두 加入해야만 組合運營이 可能한데 事實上 그러하지 못하므로 많은 問題點

을 나타내고 있다.

또한 이러한 狀況下에서 本人이나 家族중에서 疾病이 發生, 醫療機關을 利用해야할 狀況이 發生해야 自發적으로 醫療保險加入申請을 하는 이른바 逆選擇으로 保險財政을 더욱 惡化시키고 있다. (實際로 古物商組合을 除外한 7個組合은 7億원의 診療費 未支給額을 안고 있다.)

이와같은 事態를 收拾하기 위해서는 7億원의 赤字補填과 其他 改善策이 마련되어야 할 것이다. 따라서 被保險者의 資格管理를 強化하여 全會員의 加入誘導와 保險料 徵收率을 높여야 한다. 그러기 위해 現在의 管理體系를 대폭 轉換, 市·道에 職種 2種保險地域共同組合을 設置하여, 이들로 하여금 加入督勵와 保險料 告知 및 徵收 등 管理領域의 地域單位化가 必要할 것이다.

그리고 地域 2種保險 示範事業이 實施되고 있는 地域안의 職種保險 適用對象者는 地域 2種에 包含시키는 調整作業도 必要하다.

#### 4. 任意 2種組合

1982年 9月末 現在 釜山靑十字등 7個組合에 加入된 人員은 31,182世帶에 123,215名에 이른다. 이들은 保險料 賦課에 있어서는 1人當 定額制로 되어 있으며, 金額도 組合別로 各各 다르다.

納付方法은 先納制로서 거의 모두가 自進納付制이며, 加入後 一定期

間이 經過하여야만 療養給與가 開始된다.

診療費 本人負擔率에 있어서는 加入者數 保險料 등 諸般 經濟的 要因을 감안하여 組合別로 差異가 있다.

이들의 診療實績( 1982 年 1 月 ~ 9 月 )은 外來診療가 83.8 % 入院診療가 16.2 %의 比率을 나타내고 있다.

보다 具體的인 組合別 現況은 別表(4)와 같다.

특히 保險給與의 制限內容을 보면 ( 表 5 )와 같이 各 地域 組合마다 다르다.

(別表 4) 임의 2종조합 일반현황 (1982. 9. 30 현재)

설립년월일	부산청십자	춘성·춘천	거제청십자	백령	중평베리놀	영등	삼화
1965. 7. 29	부산·김해 양산·마산	1974. 1. 5 춘천·춘성 전역	1974. 7. 25 거제군	1974. 12. 6 백령도 대청도 소청도	1975. 7. 28 괴산군·청주시 음성군·청원군	1975. 2. 10 강릉·동해·속초·삼척·주목진·양양·고성	1977. 8. 13 서산·해미 윤산·음암
가입금(세대당) (단위: 원)	3,000	5,000	3,000		5,000	세대 : 5,000 단체 : 3,000	1인당 500
1인당월보험료 (단위: 원)	1,200	출천시 900 출성군 550	700	250	700	1,200	700
보험부방	자진남부(부병사은행·모병원·조합)	자진남부(조합)정수원정수	자진남부(조합)정수원평대체	자진남부(조합)정수원정수	자진남부(조합)	자진남부(조합)정수원정수	자진남부(조합)
비율 (%)	30	35	35	50	50	50	40
가입자증가지수 9.30일현재	4.37	4.03	0.97	0.70	30.5	9.40	0.42
요양취급기관 지정현황	75 8 5 55 7	40 2 2 34 2	4 1(모병원) 3(초진)	1 1	13 4 1 8	55 3 45 7	14 1 2 10 1
피보험자 현황	64,771 (14,903) 17,146 (3,192)	19,173 (4,755) 3,532 (802)	1,376 (1,415) 385 (572)	5,175 (7,350) 1,120 (1,470)	6,103 (200) 1,312 (57)	24,906 (2,650) 7,273 (758)	1,711 (4,070) 414 (907)

資料 : 保健社會部, 社會保險局

※ 被保險者數 總合計 123,215 名, 世帶數 總合計 31,182 家口

(別表 5)

## 保 險 給 與

釜 山 靑 十 字	春 城 · 春 川	巨 濟 靑 十 字
1) 법정전염병	1) 법정전염병	1) 건강진단
2) 정신신경과 질환	2) 정신신경과 질환	2) 법정전염병
3) 치과중 보철부분	3) 치과중 보철부분	3) 정신신경과 질환
4) 90일이 지나도 치 유되지 않는 질병	4) 60일이 지나도 치 유되지 않는 병	4) 치과중 보철부분
5) 미용 및 성형수술	5) 미용 및 성형수술	5) 90일이 지나도 치 유되지 않는 질병
6) 나병·마약 및 알 콜중독자	6) 나병·마약 및 알 콜중독자	6) 용비술 및 정형수 술
7) 가입전 질병	7) 가입전 질병	7) 아편마약 알콜중독 및 나병
8) 기타 조합운영위원 회에서 정하는 질 병	8) 기타 운영위원회에 서 정하는 질병	8) 가입전 질병
가) 가입후 만 3 개월 이내에 생긴 질 병 단, 분만비 지급대상자의 신 생아는 제외한다. 미숙아는 전액을 부담하여야 한다.	9) 건강진단을 위한 진 찰 및 질병진단을 위한 병리검사 10) 엑스레이 특수촬영 특수검사의 특진 진료비 11) 물리치료 및 언어 교정	9) 주근깨, 사마귀, 다 모, 백모증 10) 음기 및 선천기형 등의 비뇨기 질환 11) 근시·원시, 난시, 색맹등의 시력검사 12) 예방접종 13) 자각증상이 없는

制 度 의 例

'82. 9.30 日 現在 ( 백령제외 )

曾 坪 메 리 늘	嶺 東	三 和
1) 분만급여	1) 법정전염병	1) 법정전염병
2) 치과급여	2) 정신신경과 질환	2) 안경·의족·의안·
3) 동일상병 6 개월이상	3) 치과중 보철부분	보철, 보청기
4) 진료비 총액	4) 60 일이 지나도 치	3) 교통사고, 폭력사고
500,000 원 이상	유되지 않는 질병	4) 범죄 고의사고
5) 가입이전의 만성질환	5) 미용 및 성형수술	5) 미용을 위한 정형
	6) 나병·마약 및 알	수술
	콜 중독자	6) 흑가
	7) 가입전 질병	7) 다모, 무모, 백모
	8) 기타 조합운영위원	8) 일상생활에 지장이
	회에서 정하는 질	없는 질환
	병	9) 고혈압, 당뇨, 암,
		노인성질환
		10) 신경통 및 정신질
		환

釜 山 靑 十 字	春 城 · 春 川	巨 濟 靑 十 字
<p>나) 정형외과 및 신경외과진료 단, 청십자의원에서 외래로 정형외과 진료시는 제외한다.</p> <p>다) 임신 및 출산에 관한 진료( 단, 자궁외 임신은 제외한다 )</p> <p>라) 혈액대</p> <p>마) 의료보험 진료비 급여 및 불인정 대상 기준에 해당될 때( 1종 및 공무원의 기준과 동일 )</p>	<p>12) 자살기도에 의한 상처 및 치료</p> <p>13) 교통사고 폭력상해와 이외의 다른 단체나 개인이 치료비 지불의무를 가진 경우</p>	<p>불임증, 자궁발육부진, 무월경</p> <p>14) 인공임신중절수술 및 피임술</p> <p>15) 음주에 의한 타박 및 골절부상</p> <p>16) 혈액공급</p> <p>17) 시체실 이용료</p> <p>18) 엠브란스 차량 사용료</p>

會 坪 美 里 늘	嶺 東	三 和

## 5. 改善措處後の 問題 (1983年7月)

地域 2種 醫療保險의 被保險者의 保險料가 '83年8月부터 再調整되고, 保險料의 滯納者는 醫療保險 診療惠澤에서 除外시키도록 하는 한편, 地域醫療保險組合은 差押 등의 方法으로 保險料를 強制 徵收할 수 있고, 被保險者證에는 반드시 加入者와 被扶養者의 寫眞까지 貼附하도록 했다. 이는 地域醫療保險示範事業의 結果 6個地域이 모두 加入者의 保險料滯納과 偽裝受診 增加로 慢性的인 財政赤字에 부딪쳐 있기 때문에 취한 措處이다.

그 內容을 要約해 보면 다음과 같다.

### ① 保險料

保險料는 財政赤字를 解決할 수 있도록 地域實情에 맞춰 組合이 自律調整케 하였으며, 또 實施 3年次를 맞는 1次示範地域(洪川, 沃溝, 軍威)도 2次示範地域(江華, 報恩, 木浦)과 같이 家口當月 1,000원씩의 保險料 基本割을 新設하고, 現在 3等級으로 된 所得水準別 保險料 策定等級(能力割=1等級 月400원, 2等級月600원, 3等級 月800원)을 7等級으로 細分하여 이를 基本割에 追加토록 했다.

洪川, 沃溝地域組合은 이와같은 方法으로 지난 6월에 50% 内外의 保險料를 올린바 있다. 2次年度를 맞은 江華, 報恩, 木浦地域은 基本割(家口 및 家口員別)과, 能力割(所得 및 財産別)賦課基準을 그대로 維持하면서 地域實情에 따라 等級別 保險料로 再調整한바 있다.

### ② 強制徵收

地域醫療保險組合은 保險料 滯納者에 대해서는 即時 또는 다음

달부터 保險診療惠澤 對象에서 除外하고, 醫療保險法에 따른 強制徵收 方法을 動員해서라도 保險料 徵收率을 높이도록 했다.

지난 5月末 現在 6個 示範地域의 保險料徵收率은 73.9%로 1,731,000,000 원의 財政赤字를 記錄함으로, 政府에서 765,000,000 원 을 貸與한바 있는데, 徵收率이 가장 낮은 地域은 木浦로 61.8%에 불과하였고, 가장 높은 地域은 江華로 94.7%에 이르렀으나 114, 000,000 원의 赤字를 보였다.

그러나 8月 調整作業이 이루어진 뒤에는 財政赤字가 크게 改善돼 가고 있다. 保險料를 平均 38% 引上하고, 徵收方法을 強化하는 등 상당한 好轉을 보이고 있다. 即 '83年 1月부터 6月까지의 月平均 保險料는 賦課額 309,221,000 원에 徵收額 231,475,000 원으로 74.9%의 徵收率을 보였는데 比해 改善方案이 施行된 7~8月에는 賦課額이 종전보다 22.6% 늘어난 379,106,000 원에 徵收額은 33.4%나 늘어난 308,889,000 원을 記錄 徵收率이 6.6% 늘어난 81.5%에 이르렀다.

이와같은 保險財政의 好轉에 따라 組合의 運營도 圓滑해질 展望이 보이고 있어 多幸이다.

### ③ 僞裝診療의 封鎖

保險診療惠澤을 받기 위한 해당지역에의 僞裝轉入, 다른 사람의 被保險者證을 利用하는 事例를 막기 위해, 新規 轉入者는 一定期間 組合의 確認을 거쳐야 保險診療惠澤을 받게 하고, 保險者證에 記錄된 給與對象者는 모두 寫眞을 부쳐 他人이 使用하지 못하도록 했다.

## 職種 2 種 醫療保險組合

自營者の 福祉向上을 위해 實施되고 있는 職種 2 種 醫療保險은 '83 年 10 月末 現在 3 億 5 千 6 百餘萬원의 診療費를 支拂하지 못하는 등 總 8 個 組合中 5 個 組合이 赤字에 허덕여 甚한 財政難을 겪고 있다고 한다. 이 8 個職種 醫療保險組合員 96,682 名에 467,651 名의 人口가 醫療保險惠澤을 받고 있으나 被保險者들이 保險料를 제때 내지 않아 診療費를 支拂치 못하고 있다.

이들 組合中 가장 먼저 醫療保險惠澤을 받은 文化藝術人組合(保險給與開始 1981 年 12 月 10 日)은 75,948,962 원의 赤字를 안고 있으며, 1983 年 1 月 1 日부터 保險給與가 開始된 大韓宿泊業·沐浴業組合도 10 個月 사이에 88,409,530 원을 支拂하지 못해 가장 많은 赤字를 안고 있다. 特히 지난 9 月 5 日부터 保險給與를 開始한 全國古物商組合은 不過 두달도 못되는 사이에 3,367,486 元, 全國택시組合도 16,101,289 元, 理·美容組合이 72,466,390 원의 赤字를 냈다. 다만 糧穀商組合과 大邱市場商人組合, 畜産企業組合등 3 個 組合만이 健全한 經營을 하고 있다.

그러나 職種別組合員中 醫療保險組合에 加入하지 않은 會員 一理·美容組合 32.2%, 全國古物商組合 36.9%, 大韓宿泊沐浴業組合 40.3% 이 많이 있으므로 이들은 빠른 時日內에 加入케 하고 加入會員의 保險徵收率을 높인다고 하면 이런 赤字는 解決될 수 있을 것이다.

## 第 2 節 課題の 検討



# 課 題 의 檢 討

## 1. 被保險者의 資格管理

地域單位의 示範事業은 原則적으로 地域住民 가운데, 1種醫療保險, 公務員, 私立學校教職員醫療保險 및 醫療保護등의 對象者를 除外한 全住民을 當然 適用하고 있는 것이므로 邑·面단위의 住民登錄 處理業務와의 連繫制度로서 被保險者의 資格管理가 이루어져야 할 것이다.

따라서 被保險者證의 交付와 保險料의 先知나 納付도 地方行政機關과의 紐帶協助로서 이루어져야 한다. 이렇게 함으로써 被保險者의 轉出入, 出生, 死亡등이 即時 確認되고, 資格喪失時의 被保險者의 回收와 未納된 保險料의 徵收도 可能해질 것이다. 또한 診療를 目的으로 하는 僞裝轉入의 豫防도 쉽게 이루어질 것이다.

그러나 地方行政機關이 自己固有의 業務가 있어, 資格管理業務를 協助하는데는 限界가 있기 때문에 診療目的의 僞裝轉入의 索出이나 防止, 資格喪失者 및 保險料 未納者의 轉出時의 保險料 徵收등이 쉽지는 않은 問題이다. 特히 木浦市등 流動人口가 많은 경우 資格管理業務量은 막대한 量이 될 것이므로 이에 必要한 組合側 또는 行政機關의 人力需要 또한 問題이다.

## 2. 保險料 賦課 및 徵收

가. 保險料의 賦課에 있어서는 社會保險이 지니는 所得의 再分配機能이

最大限 發揮되도록 所得의 正確한 把握과 그 所得에 相應하는 保險料가 賦課되어야 한다. 지난날 人頭制 方式에 의한 保險料 賦課가 形式的인 衡平性은 있었으나, 各個人의 所得에 따른 質的 衡平性이 缺如되고 또 같은 等級안에서도 地域間 或은 같은 地域안에서도 所得水準에 隔差가 있었던 것도 事實이다.

따라서 邑·面別, 地域別 所得源泉을 考慮한 等級策定 基準과 等級을 좀더 細分化하여 社會·經濟的 衡平의 維持와 所謂 所得 再分配 機能을 發揮할 수 있도록 하는 要綱이 制定되어야 할 것이다.

#### 나. 保險料의 告知와 納付

① 賦課된 保險料를 每月別로 告知하고 納付하게 하는 것 보다는 分期別로 이를 通知하여 그 期間內에 수시로 自進納付하게 하는 것이 組合의 業務量을 輕減시킬 뿐 아니라 被保險者인 住民의 便宜도 圖謀하게 된다.

保險料의 自進納付率이 매우 低調하여 組合의 職員이 戶別 訪問하여 督促하여 어느 程度의 成果를 올린바 있으나, 里·洞長의 責任下에 徵收하기도 하고 있다.

② 一般的으로 醫療保險 自體에 對하여는 歡迎하는 態度이나, 社會保險制度가 지닌 特性을 잘 理解하지 못하고 있는데다가 被保險者의 逆選擇도 恣行되고 있는 것도 事實이다. 即, 現在 患者가 있는 경우에는 保險料의 納付가 順調로우나 憂患이 없어지고 나면 保險料 負擔을 아까워 한다.

그리고 農村 住民의 경우 農繁期에는 現金流通이 잘 안되고, 收穫

期에 集中되므로 每月別 保險料納付에는 問題가 있다. 勿論 이밖에 療養取扱機關의 問題도 있고 組合 自體의 人力不足으로 徵收, 管理能力이 不足한 경우도 있으며, 特히 保險料 全額을 被保險者가 負擔한다는데 대한 不滿도 있다. 또 같은 組合內의 等級策定の 不公正등도 問題가 있다.

③ 따라서 保險料의 원만한 徵收를 위해서는 自進納付制의 定着이 重要하지만, 아울러 滯納者에 대한 強制徵收方法을 講究할 수 밖에 없다. 負擔能力이 있으면서도 診療를 받고도 保險料를 내지 않는 家口에 대해서는 強制徵收해야 한다. 그렇지 않으면 다른 滯納者(特히 無病者家口)에게 미치는 影響이 크기 때문이다.

保險料의 徵收業務와 管理業務를 一線行政機關에 委託하는 方法이 있을 수 있겠다. 業務의 效率性을 높이기 위해, 保險料의 自進納付者名簿를 邑·面·洞事務所에 보내줘서 住民登錄業務의 處理時에 參考하게 하여 保險料 納付의 關心度를 높이고 滯納者의 他地域에의 轉出에 따른 缺損도 減少시킬 수 있을 것이다. 勿論 一線行政要員의 誠實한 名簿對照가 先行되어야 하므로, 이에 相應하는 代價가 講究되어야 할 것이다.

保險料의 自進納付率의 提高와 被保險者의 逆選擇을 줄이기 위해서도 他地域으로부터 轉入한 新規 被保險者의 療養給與의 開始日을 轉入日字 即 保險料 納付日字로부터 3個月以後부터로 規定하는 例도 생각해 볼만한 일이다. (勿論 皆保險段階以前까지)

④ 이러한 諸般業務가 이룩되려면 郡單位の 保健所처럼 醫療保險(保護도) 專擔機構가 마련되는 것이 바람직하다. 당장 그렇게 못

할 경우는 現行 一線行政部署안에 併設 運用하다가 좀더 擴大되었을 때 設置할 수도 있을 것이다.

⑤ 保險料의 負擔能力이 微弱한 低所得層의 住民은 嚴正하게 再分類하여, 醫療保護對象者로 하는 한편, 若干의 能力만 있으면 程度에 따라 保險料를 負擔시키고, 不足額 만큼은 政府가 負擔하여, 被保險者로 參與시키는 것이 바람직하고 그들에게 몇몇한 삶을 保障해 주는 結果가 된다.

### 3. 保險財政

가. 2種醫療保險의 財政은 管理運營費 全額을 國庫에서 支援하고 給與費만 保險料 收入으로 充當토록 하고 있는데, 保險料 賦課額이 100% 徵收된다 해도 給與費를 充足시킬 수 없는데도 保險料의 徵收가 매우 低調하므로써 엄청난 赤字를 계속 보이고 있어 近茲에 많은 물의를 일으킨 바 있다.

現在의 保險料 賦課額이 各地域 組合 또는 職種組合마다 다르고 徵收 또한 不振한 데다가 被保險者의 逆選擇마저 겹치기로 일어나고 있으니 保險財政 赤字가 累增될 수 밖에 없었던 것이다.

따라서 지난 7月初旬 保險料를 引上 調整한바 있으나 무엇 보다도 保險財政上의 問題는 保險料 徵收의 低調에 있다고 하겠다.

그리고 現在의 管理運營費등 國庫와 管理體系上의 改善點도 時急한 問題이다.

나. 2種醫療保險이 다른 醫療保險에 비해 管理運營上 어려움이 많은 것이 事實이지만 全體 財政中 20%以上을 占하는 管理運營費를 차지 하는 것은 公·教保險과 比較할 때 지나친 過重한 것이다.

이를 全額 國庫에서 支援한다고 하더라도 하나의 制度를 運營하기 위해 20%以上 支給한다는 것은 制度가 갖는 目的과 效率的 運營上 根本的인 再檢討가 不可避한 것이라 하겠다. 그리고 保險料徵收 手數料도 運營費에 속하며, 徵收率을 높이기 위해 組合職員을 늘린다는 것도 慎重해야 할 問題이다.

現在 財政赤字를 國庫에서 또는 醫療保險組合聯合會에 支援한 補償金에서 貸與하는 형식으로 充當하고 있는데 이러한 一時彌縫之策으로 解決될 問題는 아니다. 따라서 1種保險이나 公·教保險처럼 保險料의 一部를 國家가 負擔해줄 것을 요청하고 있는 것도 檢討해 볼 만한 重大 課題이다.

우리나라의 財政形便은 繼續的으로 約 35%라는 막대한 國防費를 감당하면서 經濟發展을 이룩해야 할 운명이기 때문에 2種保險의 給與費까지 國庫에서 補助하기는 어려운 형편인 것도 事實이다. 現在의 管理運營費의 全額을 國庫에서 負擔해 주고 있는데 小規模示範事業에서 더 擴大해 나갈 경우를 예상할 때 그 金額, 또한 莫大해질 것이다.

다. 비록 制度가 社會保險이기는 하지만, 主財源은 保險料이고, 國庫는 어디까지나 補填的인 役割이 되어야 한다는 學者의 主張도 있으므로 合理的인 國庫負擔方案이 講究되어야 할 것이다. 國庫負擔의 比

률이 커지면 그만큼 社會性이 強해지기는 하나 그만큼 保險性은 弱  
化되는 것이다.

그렇기 때문에 醫療保險이 法에 의한 強制性이 있는 限 社會保險  
으로 인정해야 하며, 補完的인 位置에서 國庫負擔을 생각해야 한다.

특히 社會保險에서 國庫의 役割은 所得再分配인데, 우리나라의 租稅  
制度를 보면 '82年度의 경우 間接稅 比率이 62.9%, 直接稅 比率  
이 37.3%의 構成比이기 때문에 國庫를 相當額 投入한다 해도 所  
得 再分配效果는 그리 크지 않을 것이다.

더우기 이러한 國庫를 1種保險에 投入하는 것은 所得逆進現象을 일  
으키는 結果가 될 수도 있다.

따라서 國庫에의 依存度를 당장 높일 수 없을 것이므로 醫療保險  
制度內에서의 全國民的 次元의 所得再分配 機能을 強化하는 方向에서  
찾을 수 밖에 없을 것이다.

한편 現在의 保險給與水準의 問題인데, 勿論最高 最善의 良質醫療保  
障이 理想이기는 하지만 2種 保險對象者의 負擔能力을 감안할 때,  
最低限의 適正水準이어야 하지, 모든 疾病 모든 醫療技術이 다 確保  
되는 것처럼 誤導해서도 안될 일이다.

라. 醫療保險의 適用을 社會保險可能限界 所得層 卽 相當 水準의 高  
所得階層부터 適用을 해 왔고, 給與水準도 계속 向上시켜 왔기 때문  
에 現在의 우리 醫療保險給與水準은 低所得國民을 包含한 모두에게 保  
險을 適用할 수 있는 最低保障의 水準을 넘어서 있다고 할 수 있다.

그렇기 때문에 1種 및 公·教保險을 비롯하여 國民負擔能力範圍에

서 給與內容과 水準을 調整하여 最少限의 適正水準의 診療를 提供하고, 漸次的으로 國民全體의 醫療費 負擔能力의 向上에 맞추어 給與水準도 上向 調整하는 方向으로 誘導되어야 할 것이다.

왜냐하면 先進社會들이 겪고 있는 高醫療 高負擔과 우리社會 特有的 和合이 必要하기 때문이다.

마. 特히 2種醫療保險만 당초부터 醫療傳達體系의 嚴格한 適用과 保健機關의 活用을 통해 醫療費를 節減하도록 計劃되었으나, 날이 갈수록 醫療傳達體系가 무너지고 一般醫療機關의 利用이 增大하여 醫療費가 크게 上昇하여 組合마다 赤字財政을 나타내고 있다.

發足當時 保健機關 利用率을 約 75%로 잡았으나 實際利用實績은 그러하지 못하고 保健機關에 대한 給與費 支出比는 13.8%에 不過했다.

또한 職種 2種組合이 계속 增加하고 있어 地域 2種保險對象中 비교적 高額의 安定的 所得層을 分離시키는 結果가 되어 地域 2種保險의 財政기반을 弱化시키고 있다.

#### 4. 醫療供給體制와 保險給與

가. 2種醫療保險中 地域保險 示範地域內의 醫療機關分布를 보면, 市地域인 木浦를 除外하고는 대부분 크게 不足하여 保健機關에 대한 依存도가 높고, 管外地域의 醫療機關에의 依存도가 높은 실정이다.

示範事業 初期에 비하면 療養取扱機關 指定이 크게 늘어났다.

指定 療養取扱機關의 分布를 보면 一般醫療機關의 絶對不足으로 保健機關에 크게 依存하고 있음을 알 수 있다.

이러한 醫療機關의 不足과 不均衡은 이들 地域住民에 대해 良質의 醫療를 원활하게 供給하는데 問題가 될뿐 아니라 地域的인 皆保險化의 示範이라는 意義도 크게 減少시키는 結果가 되고 있다.

保健機關은 保健所와 公衆保健醫가 있는 保健支所 그리고 保健診療員이 있는 保健診療所등이 있는데 各 邑·面保健支所에는 公衆保健醫의 단독으로 患者診療에 臨하고 있어 그 補助員이 絶실히 必要한 實情이고 醫療裝備가 거의 없거나 있어도 대부분이 10餘年前에 購入한 老朽된 것들이 많다.

또한 이들 保健機關에 勤務하는 醫療人力의 대부분이 臨床經驗이 不足하거나 限地醫들로 住民의 信賴를 크게 받지 못하는 등의 問題도 있고, 대개의 公衆保健醫가 義務的으로 時限的으로 勤務하는 사람들이라 勤務意慾에도 問題가 있고, 報酬도 一定額으로 낮게 限定된 데다 勤務成績에 따른 인센티브制度도 없어 더욱 機能을 低下시킨다고 하겠다.

또한 保健機關의 訪問當 酬價도 상당히 낮은 水準이라 充分히 治療할 수 있는 患者까지 一般醫療機關에 移送하는 事例가 빈발하여, 不必要한 醫療費의 浪費는 勿論 患者의 不便도 더해 주고 있다.

이 밖에 保健診療所는 어떤 경우 保健所가, 또는 保健診療所 運營協議會에서 主管運營하는지 二元化된 運營指導도 問題지만 保健診療所 運營을 위한 住民 釀出金이 保險料와 함께 住民에게 二重負擔을 주는 등의 問題도 있다.

이러한 保健機關의 脆弱性이 保險患者의 保健機關 外面現象을 빚어當初 保健機關利用率 計劃 75%가 45.7%에 그치는 結果로 많은 醫療費 支出의 上昇을 가져오게 하고 있다. 또 그 밖에 醫療傳達體系上에도 原因은 있다.

醫療傳達體系는 1種 및 公·敎醫療保險과는 달리 管轄區域을 中心으로한 生活圈에 局限되어 있고, 療養機關 指定을 1次, 2次로 區分하고 2次機關에 대해서는 1次診療機關의 意見書를 持參케 함에 따라 住民의 不滿이 없지 않으나 不必要한 診療費의 浪費를 막고 醫療施設人力의 地域分散을 誘導하기 위해 더욱 엄격히, 철저히 이를 지켜 持續해야 할 것이다. 뿐만 아니라 언젠가는 保險制度間의 差等を 없애야 하고, 또 醫療傳達體系도 確立되어야 한다는 當爲성과 地域的인 國民皆保險의 實現을 위해서도 이들 2種地域保險示範地域에서는 1種 및 公·敎醫療保險도 2種保險과 同一한 醫療傳達體系를 適用하여 保險財政의 示範事業뿐만 아니라 醫療供給體系의 確立을 위한 示範事業의 意味도 찾아야 할 것이다.

그리고 醫藥分業의 問題도 示範事業을 試圖하고 있는 만큼 더욱 그러하다.

醫藥分業의 試圖는 이들 示範地域에서 1種 및 公·敎保險과 2種保險 모두 같은 制度를 適用하고 있는데 醫療傳達體系는 各各 適用하면서 醫藥分業만 모두에게 같이 適用하는 것은 矛盾인 동시에 無意味한 것이라고 하겠다. 醫藥分業은 醫療供給의 한 部分的인 問題에 불과하고 醫療保險이라는 制度的으로 볼 때는 큰 影響을 줄 수 없는 微微한 問題이다.

醫藥分業問題는 現 示範地域中 木浦市를 除外하고는 藥局과 醫療機關의 地域的인 配置로 볼 때 實施할 만한 與件이 아니다. 木浦의 경우도 藥局的 受容態勢나 住民의 不平등과 投藥事故와 投藥의 診療效果에 대한 責任所在의 不分明등 前提條件이 解決되지 않는 限 一律的인 強制分業의 施行이 어려운 現實이다.

2種 醫療保險 示範事業의 實施로 醫療供給의 側面에서 가장 問題가 되고 있는 것은 이들 地域內의 醫療機關運營이 더욱 어려워져 深刻한 事態에 直面하고 있는 것이다.

2種醫療保險은 그 對象을 醫療保護 適用者와 1種 및 公·敎醫療保險 適用者를 除外한 모든 地域住民으로 하고 있기 때문에 2種保險 實施 地域은 地域的으로 國民皆保險이 實施되는 것이며 따라서 이들 地域內에는 모든 患者가 醫療保險患者인 것이고, 이들 地域內에서는 醫療保護酬價를 除外하고서는 醫療酬價가 一元化된 것이다.

그러나 이들 地域에서의 醫療酬價의 一元化는 一般酬價와의 隔差를 調整하는 方向에서 一元化가 이루어진 것이 아니라 낮은 保險酬價로 一元化되는 矛盾을 안고 있는 것이다.

現行醫療保險酬價는 우리나라 全國的인 保險患者比率을 參酌하고 保險酬價보다 일등히 높은 一般酬價에 의한 一般患者가 상당수 點하고 있다는 事實을 前提로하여 策定된 것이다. 이에 대하여 保社部는 保險患者보다 일등히 어려운 一般患者들이 保險酬價보다 더욱 비싼 一般酬價를 勘當하고 있는 現象을 是正하기 위해 81년도부터 韓國生産性本部에 依賴하여 醫療酬價를 一元化하는 方案을 講究하고 있다.

## 5. 管理運營體制

地域 2種 醫療保險管理運營體制는 1種醫療保險과 같이 郡單位로 設  
立한 醫療保險組合이 獨立法人으로서 自律的 管理運營體制를 維持하고  
있다. 組合 人力은 常勤代表理事를 包含 洪川 20名, 沃溝 20名, 軍  
威 14名, 江華 23名, 報恩 20名, 木浦 41名 등 總 138名이다.  
(1983年 月現在)

人力의 配置를 보면 邑·面單位로 支所를 設置 邑·面事務所內에  
事務室을 두고 主로 管轄地域을 巡廻하며, 保險料 徵收, 弘報業務, 資  
格管理등을 하는 支所長을 1名씩 配置하고 있다.

職員 1人當 平均受惠對象者數는 1種組合의 경우보다는 적으나 保險  
料 賦課 및 徵收, 被保險者 資格管理, 弘報 등 過多한 業務量과 地  
域의 廣濶로 實際는 人力이 不足하고, 따라서 管理能力이 微弱한 實  
情이다.

被保險者 資格管理와 保險料 徵收業務등은 앞서 言及한 바와 같이  
그 業務의 性質上 行政機關의 協助가 없이는 수행하기 어려운데 行  
政機關으로서는 자체의 業務가 아닌 以上 協助에 限界가 있다.

組合의 性格이 獨立法人으로서 自律的인 管理運營을 標榜하고 있으  
나 現在는 示範事業의 重要性 때문에 主務部와 地方行政機關의 指導  
監督과 醫療保險組合 聯合會의 指導 支援에 依存하고 있어 自律的  
管理運營이 完全히 實現되지는 않고 있으나 根本的으로 2種保險의 管  
理運營이 法人의 自律에 맡겨진 것에 限界있는 問題가 있다고 하겠  
다.

특히 地域 2種保險은 1種保險과는 달리 行政機關의 依存도가 높고 影響이 큰 業務性格이기 때문에 이를 遂行하는 保險者가 公的인 性格이 强하지 않으면 效果的인 業務遂行이 不可能하다.

現在 2種保險管理運營費를 全額 國庫에서 負擔하고 있는 것은 2種保險의 公的인 性格을 그만큼 認定하고 있으나 民間組織인 以上 自律運營을 指導 育成해야 할 當爲性이 있는 것을 알아야 한다.

그런데도 實際는 被保險者들이 保險組合의 公信力을 크게 認定하지 않고 있다. 또한 業務中 被保險者 資格管理는 行政機關의 業務와 事實上 重複되고, 保險料의 賦課 및 徵收業務도 行政機關이 遂行해야 效果的인 것이기 때문에 많은 問題點이 있다고 하겠다.

現在の 組合人力과 業務를 比較할 때 業務가 過重한 것이 事實이나 人力을 增加한다는 것은 管理運營費의 增額을 招來하기 때문에, 더 이상의 增員은 不可能하다. 그리고 現在の 2種保險이 示範事業 段階인만치 地域間의 不均衡과 所得再分配나 危險分散의 效果가 微弱하여 社會保險으로서의 機能이 達成되기 어려운 것이므로, 示範事業結果를 冷徹히 分析 檢討할 必要가 있다.

### 第 3 節 改善方案



# 改 善 方 案

## 1. 醫療保險의 一般的 側面

가. 現行 2種 醫療保險의 適用人口는 全對象者의 約 3.3%에 불과하며, 그 擴大 實施가 時急히 要求되고 있다. 그런데 任意 適用되고 있는 7個地域 任意 2種組合들은 公的 醫療保險으로서의 機能을 다하지 못하고 있으며, 또 任意職種 2種保險 8個組合도 醫療保險制度의 多岐多樣化를 招來하는 한편 當該職種組合員間的 隔差와 組合間에 있어서의 保險料나 保險給與上的 隔差도 誘發할 憂慮가 있다. 또 地域 2種醫療保險 示範事業의 6個組合에 있어서도 前述한 바와 같은 問題를 안고 있다.

따라서 現行的 示範事業의 擴大·適用에는 多樣한 醫療保險制度를 綜合的인 考察과 衆智를 모아야 할 時點에 와있다고 하겠다. 即 被保險者의 資格管理, 組合運營, 保險財政등에 대한 研究檢討와 農·漁村의 社會·經濟的 諸般與件, 農·漁民, 零細自營業者의 生活行態 등에도 알맞는 制度의 摸索이 要求될 뿐 아니라, 此際에 이러한 問題解決에 대한 努力을 疎忽히 한다면 醫療保障史에 큰 汚點을 남기게 될 것이다.

나. 農·漁村 住民의 保健醫療 利用은 都市住民과는 相當한 隔差가 있어서, 醫療供給이 비교적 圓滑한 都市型 醫療保險制度를 農·漁村에 定着시키기에는 많은 어려움이 있다. 即 農·漁村地域에의 醫療保險의

擴大 適用은 保險技術的 側面에서 危險分散 原理에만 置重할 것이 아니라, 醫療需要의 增大에 對處할 수 있는 醫療供給施設의 擴張과 供給體系의 確立이 併行되어야 하고, 그렇지 못하면 醫療를 위한 直接費用보다는 間接費用이 커서, 醫療保險의 制度的 定着은 어려워 질 것이다.

따라서 生活의 利益과 便益을 中心으로 考慮된 醫療保險의 管理 運營과 生活圈域 中心의 醫療供給施設의 地域別 設置方案이 講究되어야 할 것이다.

또 零細한 自營者 中心의 職域任意保險 내지 地域任意保險에 있어서도 對象者들의 自生的 經濟組織과 一致된 保險管理가 아니면 制度의 效率性은 期約하기 어려울 것이다.

특히 保險料의 賦課와 그 徵收 그리고 被保險者 資格管理 등의 困難은 保險財政을 惡化시켜 마침내 保險給與마저 制限시키는 結果를 가져온다.

따라서 零細自營者와 地域住民의 所得水準 把握에 注力하여 正確을 期해야 하고, 또 保險料 等級의 設定에 衡平和 慎重을 期해야 할 것이다. 그리고 保險料 徵收 및 資格管理에는 地方自治團體 一線行政機關의 積極的인 協助가 必須的으로 要求되고, 또 徵收方法에 있어서 어느 時期까지는 強制徵收方法이 考慮되어야 할 것이다.

다. 醫療保險給與에 充當될 主財源은 被保險者가 負擔하는 保險料이다. 특히 2種醫療保險의 경우는, 保險料가 定額인데다가 保險給與의 要求가 增加하는 한편, 醫療給與에 있어서 診療費用도 上昇(利

用率의 上昇과 醫療要求內容의 高級化 등) 하기 때문에, 保險料의 自動調整裝置를 導入하여, 이에 合理的으로 對應해야 할 것이다.

그리고 地域保險의 受惠對象者의 所得水準과 1種保險의 被傭者의 所得水準의 差異는 保險料 負擔의 差異도 생겨나게 마련이므로, 2種保險의 保險料 賦課 및 徵收方法에 대한 檢討가 있어야 한다.

따라서 2種保險의 경우는 被保險者의 家口單位에 의한 所得比例 保險料와 家口員數에 의한 家口員別 定額保險料賦課方式이 併行되어야 할 것이다.

또한 低所得家口에 대한 保險料의 補填方法和 아울러 生活保護對象者의 保險人口化도 考慮되어야 한다.(例: 無釀出保險制의 導入 등)

라. 醫療保險의 財源은 使用者(企業主)와 被保險者(勤勞者) 그리고 政府 등 3者 負擔制가 原則인데 實際는 그러하지 못한 경우도 없지 않다. 卽 管理運營에 必要한 事務費를 負擔하는 경우, 또 保險料의 一部를 負擔하는 경우, 또 이 두가지를 다 負擔하는 경우 등이 있다.

우리나라에서도 勤勞者中心의 1種醫療保險 및 公務員·私立學校教職員 醫療保險 등에 있어서는 保險料를 分擔하거나 第2種地域保險의 경우는 管理運營費 全額을, 職種保險의 경우는 組合事務費 一部를 國庫가 負擔해 주고 있다.

地域醫療保險의 財源 調達의 支援策의 하나로서 農業協同組合 또는 漁業協同組合의 組合員에 대한 支援金과 利用者에 대한 受益者 負擔原則에 의한 一時負擔金의 上向調整도 생각할 수 있다.

## 2. 醫療的 側面

가. 醫療保險의 擴大에 따라 醫療資源의 增加는 必須的인 要求이다. 醫療人力的 供給은 醫科大學의 增設 또는 既存醫科大學 定員의 上向調整도 重要하다. 그러나 人力養成이 短時日에 이룩되는 것은 아니다. 따라서 醫學教育 擴充計劃에 의하여 다루어져야 할 것이다. 그리고 우리나라 醫療人力的 構成에 있어서 一般醫師에 비해 專門醫의 比重이 높다는 것도 하나의 問題가 된다. 診療能力을 갖춘 一般醫를 養成할 수 있는 教育, 修練制度의 擴充 改善策이 講究되어야 할 것이다.

또 醫療人力的 地域間·都農間の 不均衡分布는 自由開業醫制度下에서 이루어진 現象으로 이를 自然的으로 解決하기는 期待할 수 없는 일이다.

따라서 從來의 保健醫療獎學醫 制度를 擴充하는 한편 公衆保健醫의 補完的 措置의 擴大와 더불어 이들의 活動을 積極化하는데 必要한 施設 및 裝備를 補強하여 農村地域의 保健診療員 制度和 緊密하게 連結시켜 1次診療 機能을 大幅 擴充하도록 해야 할 것이다.

또한 民間病·醫院의 地域別 育成策과 病床 過密地域에 대한 病院施設 投資의 抑制策이 樹立되어 醫療供給施設의 地域別 配分이 效果的으로 이루어져야 될 것이다.

우리나라의 醫療施設은 政策的 支援과 善導가 未洽한 가운데 主로 民間投資에 의하여 發展해 왔기 때문에 醫療서비스 供給의 效率을 期할 수 있는 醫療傳達體系를 形成하지 못하고 있다.

따라서 醫療保險의 擴大에 相應하는 各種 醫療機關의 均衡的 配置가 이루어 져야 한다.

나. 무엇보다도 公共醫療機關의 機能을 強化하고 그 公益的 運營은 勿論 各種 醫療機關間的 機能的 協同體制가 確立될 수 있도록 하는 醫療傳達體系의 確立을 서둘러야 한다.

近年에 地域住民의 醫療施設 利用을 容易하게 하기 위해 生活圈을 考慮한 診療圈을 形成하여 病·醫院의 計劃的 配置를 서둘러 왔다. 特히 醫療脆弱地域에 病院이 建設된 것은 반가운 일이나 地域別 需給計劃과 多少 거리가 있어 病院經營에 많은 隘路가 없는 것도 아니다.

따라서 地域別 需給計劃의 樹立과 醫療傳達體系는 緊密한 相關關係下에서 實効性 있게 運營되어야 할 것이다.

醫療保險의 擴大와 함께 醫療傳達體系의 確立에 있어서는 保險制度의 運用에서 不必要하거나 非効率的인 醫療利用을 抑制하도록 하고, 供給者가 醫療의 質뿐 아니라 經濟的 側面的 效率性を 考慮하게 해야 하고, 또 現存 醫療機關 相互間的 競爭보다는 分業이나 協業을 위해 患者의 診療能力別 移送體系를 制度化하여, 患者의 病院集中現象을 防止하고, 나아가 保險給與의 効率和 保險財政의 健全運用에로 誘導되어야 할 것이다.

따라서 公共醫療部門의 機能을 우선적으로 強化해야 한다. 即 保

健所, 保健支所 및 保健診療要員과의 紐帶로서 豫防保健事業의 充實과 農·漁村住民의 健康狀態를 定期的으로 豫診하여 痼疾에 가까운 疾病을 早期發見, 早期診療케 하는 것이 漸增하는 醫療費用의 輕減에 一助가 될 수 있을 것이다.

### 3. 2種醫療保險의 경우

#### 가. 管理運營體制

앞으로의 2種醫療保險의 改善은 國家의 財政責任을 最少化하면서 2種醫療保險을 成功的으로 擴大할 수 있는 것이어야 할 것이다.

첫째로 現在의 2種醫療保險의 運營은 國家의 財政責任을 가장 크게 지우는 管理運營이라고 할 수 있다. 따라서 國家의 財政責任을 最少化하는 대신 國家의 管理責任을 增大하는 方向에서 摸索되어야 할 것이다.

萬一 管理運營 責任마저 回避한다면 이는 곧 國民에 대한 醫療保障責任을 回避하는 것이 될 것이다.

따라서 정부는 ①地方行政機關이 2種醫療保險의 管理를 全적으로 맡기는 것인데, 이것은 保險料의 徵收管理는 容易하겠지만 國家責任이 지나치게 增大할 憂慮가 있고, ②管理運營體制를 都市住民은 地方行政機關에, 農民은 農業協同組合에, 漁民은 水產協同組合에 맡기는

등 對象別로 保險管理를 分擔시키는 方法이 있을 수 있는데, 이것은 保險料 徵收는 다소 容易하겠으나 保險管理體制가 多元化할 短點이 있다. ③ 1種保險이나 2種保險등을 統合한 全國單一保險자가 資格管理, 保險財政등을 一元化하여 管理하는 方法이 있는데 이는 社會保險의 原理 그대로를 實現해 볼 수 있고, 財政統合에 의해 國民皆保險이 有利한 反面 保險財政에 대한 公共責任이 增大될 憂慮도 있다고 하겠다.

國家가 國民의 醫療保障을 위해 醫療保險制度를 實施하는 이상 國家責任을 回避할 理由는 없다고 하겠으며, 現實적으로 國庫가 莫大한 財政支援이 어렵다고 한다면 方法이 없는 것은 아니며, 段階적으로 負擔을 增大시켜나가는 方策도 있다. 그리고 財政上의 責任을 當장 勘當 못할바엔 管理上의 責任만이라도 果敢하게 擔當 遂行해야 할 것이다.

따라서 지금까지의 各種 保險의 試行結果를 土臺로 衆智를 모아 社會保險의 原理를 最大限 發揮할 수 있는 方向에서 國民皆保險의 方案을 樹立, 이를 段階적으로 擴充해 나가야 할 것이다. 結局 2種醫療保險의 改善이 아니라 全體的인 醫療保障體系의 管理·運營에 轉換되어야 할 것이다.

나. 다음으로 地域 2種醫療保險 示範事業은 地域적으로 國民皆醫療保險을 試行한다는 意識과 目的을 가지고 施行하면서, 問題點을 提

起하고 檢討하여 改善해야 할 것이다.

地域 2種醫療保險이 醫療保護對象자와 1種保險 및 公務員·私立學校 教職員醫療保險 適用者を 除外한 全住民을 對象으로 實施하는 것이므로 2種醫療保險 實施地域은 全住民의 醫療保障이 實現되는 國民皆醫療保險 實施地域이 되는 셈이다. 그러나 全住民이 加入돼 있지 못하고, 醫療保護對象자에 대한 확실한 區分도 없이 시행되어 保險料 負擔能力이 없는 자가 그 對象에 包含돼 있고, 또 1種 및 公·教醫療保險과도 아무런 相關없이 別個로 運營됨으로써 같은 地域內에서 여러가지 形態의 醫療保障이 並行되고 있어 住民間의 差別感和 違和感을 造成하여 結果적으로 效果的인 醫療保障 目的을 達成할 수 없는 것이다.

그렇기 때문에 2種醫療保險 示範事業은 곧 地域的인 國民皆保險을 示範한다는 認識을 가지고 좀더 慎重해야 할 것이고, 또한 2種保險 자체내에서의 改善뿐 아니라 全國民的 醫療保險策의 確立이라는 巨視的인 眼目에서 改善策을 講究해야 할 當爲性이 여기에 있는 것이다.

다. 다음은 2種醫療保險이 1種 및 公·教醫療保險과는 달리 合理的인 保險料의 賦課와 徵收方法을 集中的으로 研究 開發돼야 할 것이다.

2種醫療保險이 1種과 크게 다르게 된 것은 保險料 賦課와 徵收

方法이 다를 수 밖에 없기 때문이다. 職場勤勞者인 경우는 月報酬에 根據하여 源泉徵收가 可能하지만, 2種保險의 경우는 所得의 正確한 把握이 도무지 어려운 것이 事實이다. 或者는 稅務資料를 活用하면 되지 않느냐고 하지만 그 資料도 正確하다고 할 수 없으므로 合理的인 保險料 賦課가 이루어지기 어렵다는 것이다. 따라서 앞으로 國民皆醫療保險을 實施해야 하는 大命題를 解決하기 위해서도 이에 대한 研究開發에 注力해야 함은 너무나 當然하다.

라. 한편 2種醫療保險의 實施에는 그 對象의 많은 部分이 醫療施設이 貧弱한 農·漁村住民이기 때문에 農·漁村醫療施設의 擴充이 重要的 課題의 하나가 될 것이다.

앞으로 農·漁村地域에 都市地域처럼 接近하기 쉬운 民間醫療施設이 設立되리라고 期待하기는 어려운 問題이다. 따라서 農·漁村 地域에는 公共醫療機關의 確保와 그 役割·機能을 強化하는 길이 解決의 실마리가 될 것이다. 한편 이들 農·漁村地域에 民間醫療施設을 政策的으로 積極 誘致하는 일도 게을리 해서는 안될 일이다. 또한 現存하는 公共醫療機關의 施設과 醫療裝備의 現代化에도 注力해야 할 것이다.

다음은 2種醫療保險의 擴大 實施에는 社會保險原理에 대한 弘報와 教育에도 注力해야 하겠다. 우리나라는 이제까지 社會保險에 대한 經驗이 日淺하였기 때문에 社會保險 내지 社會保障에 대한 認識도 稀

薄하다. 다만 짧은 歷史의 私保險에 대한 單편적 知識으로 「돈 내고 돈 먹는」私保險인 것처럼 社會保險을 誤認하고 있어, 마치 保險料를 내고 醫療機關을 利用하지 못하면 損害보는 것으로 여기는 例도 있다.

따라서 保險料를 自進納付하게 되어야만 2種醫療保險의 擴大 實施는 勿論이고, 保險財政의 安定도 期待할 수가 있다.

社會保險에 있어서 強力히 要求되는 社會連帶意識의 提高問題는 바로 이런 點에서 必要하다. 따라서 社會保險에 대한 弘報活動이나 教育이 強化되어야 할 所以가 여기에 있다.

그러나 現在 實施되고 있는 2種醫療保險 示範事業地域에는 事前教育이 거의 안된 狀態에서 着手됐고, 事後弘報도 잘되지 못한 데다가, 強制保險이면서 保險料 強制徵收를 하지 않음으로서 任意保險과 같은 認識을 갖게 되었고, 被保險者의 逆選擇이 恣行되고 있는 것이 現實이다. 따라서 社會保險은 어디까지나 強制로 實施되는 것임을 하루 속히 認識시켜 運營이 強化되어야 할 것이다.

## 結 論 及 建 議



## 結 論

2種 醫療保險은 조급하게 그擴大를 서두를 것이 아니라 改善에 注力하는 것이 賢明한 것이므로, 醫療保障制度의 全般的인 課題와 關聯시켜 綜合計劃으로 樹立되어야 하며, 동시에 時代的 現實과 將來 發展相을 照明하여 長期的인 目標과 國家計劃의 一環으로 마련되고 또 推進되어야 하는 것이다.

卽 우리의 現實은 南北이 對峙하고 있는 狀況에 따른 國防豫算과 經濟의 持續的인 發展을 期하면서 國民福祉向上을 同時에 圖謀해야 하는 命題앞에서의 長期的인 綜合的 社會保障制度의 發展計劃下에서 改善되어야 하고 또 段階的으로 차분히 擴大해 나가는 것이 效果的인 것이다.

## 建 議

現行의 多樣한 醫療保險制度(被傭者 中心의 1種醫療保險,公務員 및 私立學校教職員 醫療保險, 그리고 2種醫療保險으로서의 地域醫療保險示範事業, 職種任意醫療保險, 地域任意醫療保險 등)와, 生活保護對象者를 위한 醫療保護制度가 相當한期間 施行되면서, 豫상되는 問題點이 거의 露出되었다고 하겠읍니다.

따라서 「醫療保障對策班」을 編成하며, 이를 綜合的으로 調査 研究하여 우리의 實情과 未來像에도 符合되는 醫療保障體制를 確立하는데 必要한 方案을 樹立하도록 措處하여 주시기를 建議합니다.

## 參 考 文 獻 및 資 料

1. 醫療保險總計年報(1982.1983 - 醫療保險組合聯合會 發行)
2. 醫療保險(1982 ~ 1983. 日刊 - " " " )
3. 醫療公論(1983. 여름, 가을, 겨울號 - 醫療保險管理公團 發行)
4. 醫療保險管理公團 회보
5. 社會保障綜合計劃 研究(1978 - 崔千松外, 社保審 刊)
6. 社會保障 財政調達에 관한 考察(1978 - 李光榮, 鄭福蘭, " " )
7. 社會保障(理論과 實際) - (1982 - 安彰洙 - 社保審 刊)
8. 社會保障(理論定立을 위한 基礎) - (1982. 孫昌達 - " " " )
9. 韓國社會保障 醫療保險制度의 改善策(1982. 李光榮 - " " " )
10. 社會保障 - 무엇이 問題인가? - 韓國社會保障問題研究所 1982 發行)
11. 醫療保障 - 무엇이 問題인가? - 韓國社會保障問題研究所 1983 刊)
12. 醫療保障政策論(1980 崔千松 - 韓口社會保障研究所)
13. 醫療保障의 段階的發展模型研究(1980 - 崔千松 社保審 刊)
14. 醫療保障의 段階的一元化方案(1981 - " " " )
15. 韓口の 福祉政策決定過程研究(孫鶴奎 - 1981 博士學位 論文)
16. 現代의 社會保障(1970 - 末高信, 安井信夫 著)
17. 社會保障(1955年 改訂增補版 - 近藤文二 著)
18. 保健社會(1982年版 - 保健社會部 發行)
19. 2種醫療保險 第1次示範事業 評價報告書(II)(保健社會部 刊)


正 誤 表

페이지	행	오	정
5	上 1 行	한다는것을	한다는것은
6	上 3 行	5 日 末	5 月 末