

韓國醫療保險의 所得再分配研究에 대한 批判的 考察

이 광 찬*

I. 머리말

1979년부터 현재까지 현 의료보험제도의 소득재분배기능에 대해서 30여건에 이르는 소위 '실증적 연구'들이 이루어져 왔는데, 이러한 연구들은 '조합주의'라는 확고한 틀 속에서 미시적 차원의 기술적 접근방법을 구사하였다. 따라서 그 올바른 실상을 왜곡하여 통합의료의 개혁을 저지하기 위한 합리화 도구로 이용되어 오고 있는 것 같다.

이러한 '실증적 연구'들을 비판적으로 고찰하여 그 실질적 내용과 함의를 폭로하고, 올바른 의료보험의 재분배연구방법을 제시함으로써 바람직한 의료제도개혁의 조속한 단행을 촉진코자 한다.

특히 이 부문에 대한 그 동안의 '실증적 연구'들을 다 망라하여 검토한 최근의 문옥륜의 연구("의료보험의 소득재분배 기능", 한림대 사회과학연구소 주최 제7회 의료정책토론회 발표문, 1994.3)를 중심으로 고찰해 보고자 한다.

II. 비판적 고찰

1. 醫療保險의 組合論과 統合論의 理念 대립 논리의 허구

"의료보험의 조합론과 통합론이 서로 이념대립을 하고 있어서 의료보험의 소득재분배효과를 객관적으로 보기가 어려울 뿐만 아니라 이 분야에 대한 체계적인 연구가 아직 덜 되어 있다"고 하여 모르는 비 전문가에게 설득력을 갖도록 유도하고 있는 듯하다. 이념(ideologie)을 떠나서는 사회정책, 사회보장은 논할 수 없는 것이며, 또 이것을 떠나서가 아니라 현재 천민자본주의적 시장 경제적 자유라는 이념에 토대를 두고 잘못 형성된 "조합 방식"의 기존 구조적 틀내에서 의료보험의 소득재분배효과를 "객관적"으로 본다는 논리는 자가당착적이라 아니할 수 없다.

2. 醫療保險의 목적은 醫療保障이며, 水平的 再分配가 본래의 목적이란 주장

여기서 분명히 밝히지만 의료보험제도의 목적은 모든 국민에게 빈부에 관계없이 질병, 출산, 상해라는 사회적 사고에서 결과하는 고난을 경감시켜 주고, 생존권적 기본권인 의료보장을 확보시켜 줌으로써 平等化(反階層化)와 社會統合을 증진시키는 것이다.

* 원광대학교 사회복지학과 교수

이러한 목적달성을 위해서는 자본주의 시장경제체제의 원천적인 해악을 완화하도록 전국민의 사회적 연대책임원칙에 의하여 인간의 탈상품화를 지향할 수 밖에 없다.

이러한 의료보장은 사적시장부문이 아니라 공적부문으로 본질적으로 소득이전정책, 즉 국가 책임, 사회적 형평에 입각한 국민소득의 재분배정책이다.

따라서 기여에 상응한 급여의 원리와 임의가입제에 의거하는 私保險과는 달리, 社會保險은 사회적 적절성(재분배)원칙을 증시하는 강제가입제도로써, 개인 또는 집단의 이익보다 국민의 전체적 이익을 우선 해야 한다.

여기서 강제가입제도라는 뜻은 현 의료보험방식하에서 취약한 지역조합독립채산제를 유지하기 위해 저소득층이 자기소득에 비추어 과중한 기여금을 못낼시 주택·가채도구 등을 강제압류할 수 있다는 것이 아니고, 부유한 계층이 역선택을 못하게 하여 소득능력에 상응한 사회적 연대책임제도를 실현하기 위한 제도적 장치란 뜻이다.

3. 醫療保險制度의 所得再分配機能

이상 살펴 본 바에 비추어 하나의 보편적 국민의료보장제도인 전국민의 사회적 연대책임제도(통합체제)에 의해서 재분배기능의 전국민적, 전생애적 확대로서만 바람직한 의료보장제도의 목적달성이 가능한 것이다.

따라서 의료보장의 목적달성을 위한 소득재분배 기능이란 하나의 보편적인 사회적 연대책임제도(즉 417개나 되는 계층별, 지역별, 직업별 分立的 독립채산제인 의보조합방식이 아닌 의보통합체제)를 확립하여 모든 피보험자가 자기소득능력에 비례하여 적절한 기여금을 내는 '재정부담의 사회적 공평화'를 기하고, 모든 대상자에게 기본적인 질적의료서비스의 균점보장을 실현하는 것을 말한다.

일단 이러한 연대책임제도가 확립되었다고 전제할 때, 만일 모든 피보험자의 소득이 동일하다고 가정하면, 그들 모두가 동일한 액수(소득의 동일한 일정률)의 기여금을 납부하여 총 기본 의료요구량을 충족할 수 있는 재정조달액을 마련할 수 있다.

이 경우에는 소득의 수평적 재분배기능만에 의하여 의료보장 목적을 달성할 수 있다. 그러나 한국의 현실상태와 같이 소득의 격차(불평등)가 큰 상황에서는 동일한 기여율(보험료율)의 적용으로 소득에 비례하여 저소득층은 그 만큼 적게, 부유층은 그 만큼 많이 각각 다른 액수의 기여금을 납부하여 상기 예와 같은 총재정조달액을 마련할 수 있다.

이 경우에는 소득격차에 상응한 소득의 수직적 재분배기능에 의하여 자연스럽게 의료보장목적 달성을 할 수 있다. 따라서 하나의 통합체제로서의 전국민적 연대책임제도가 확립되면 그 피보험자들의 소득불평등도가 변화함에 따라서 자동적으로 수직적 또는 수평적 재분배효과가 나타나게 되어 가장 효율적으로 의료보장목적 달성을 할 수 있다.

또 현재의 한국의 심한 소득불평등상태에서는 그에 상응한 수직적 재분배기능이 잘 발휘될 수 있다. 그러나 현재의 계층별 조합체제는 각계층별 집단이익우선체제로서 전국민적 연대책임

원칙에 반하는 역진적 재분배효과를 갖는 의료보장의 계층화와 불균형화를 조장하고 있는데, 기존의 모든 '실증적 연구'들은 이러한 조합별체제내에서의 미시적인 기술적 접근 방법으로 소득 재분배를 분석하고 있으니 전국민적인 소득재분배상황을 거시적으로 파악할 수 없고, 따라서 중대한 현 제도의 개혁을 방해하고 있다고 본다.

즉 나무만 보고 숲은 못 보게 함으로써 이 조합방식하에서 이익을 보고 있는 소수의 기득권층에 봉사하여, 전국민에 이익이 되는 제도개혁을 방해하는 것이라고 볼 수 있다. 그리고 이러한 소규모의료보험조합내에서의 소득계층간 소득재분배를 기여액과 급여액을 가지고 파악하는 것은 별로 의미가 없다. 왜냐하면 위험 및 재정분산의 범위가 좁으면, 계절적, 시기별, 지역별, 직업특성별 등으로 불규칙하게 변하는 이환율(incidence rate)과 유병율(prevalence rate)에 따라 조사할때마다 크게 다른 결과를 보여주고 또 어떤 계층에서 고액의료환자가 많이 발생하는 경우 큰 차이가 나는 결과를 가져올 수 있다.

4. 바람직한 醫療保險의 再分配研究方法

첫째는 전국민적으로 모든 피보험자에 대한 財政負擔의 社會的 公正化가 이루어지고 있는가 하는 측면과,

둘째로는 모든 의료보험적용환자들에게 질적인 기본적 의료서비스의 균점보장을 해 주고 있으나 하는 측면에서 조사연구를 해보는 것이다.

먼저 의료급여는 그 성질상 연금 같은 현금급여와는 본질적으로 다른 점을 유의해야 한다. 의료급여는 연금처럼 많이 받을수록 좋은 것이 아니라 기여금을 계속 내면서도 될 수 있으면 모든 가족이 다 건강하여 의료서비스(의료급여)를 안 받을수록 좋은 것이다.

또한 높은 본인일부부담금은 차치하고서도, 의료급여를 통하여 질병상태를 완전 해결 해 주는 것도 아니며, 불행하게도 질병에 걸리면 그 고통과 고난을 완화해 줄 뿐이지, 건강해서 질병에 안 걸린 경우보다 훨씬 많은 직·간접적 피해를 입는다. 이것이 의료급여의 특징이며 따라서 기여금을 내면서도 건강하여 의료급여를 안 받는 것이 손해가 아니라 득인 것이다.

그러나 누구나 항상 건강할 수는 없고 질병에 걸릴 개연성을 가지고 있는 것이다. 따라서 이것에 불행히도 걸리는 경우, 일시에 큰 경제적 부담으로 인하여 의료서비스를 못 받거나 큰 경제적 곤란에 처하는 것을 방지하기 위하여 사회보험제도를 통하여 전국민적인 연대책임원칙에 의존하는 것이다.

이렇게 보면, 누구나 현대사회를 살아감에 있어서 질병에 걸리는 경우의 의료보장권을 생존권적 기본권으로 확보하여야만 하는 것으로 볼 때, 그것은 전국민의 총기본의료 요구량을 충족할 수 있는 총재정조달액을 모든 피보험자의 소득능력에 비례하여 사회적으로 공정한 부담으로 확보하기만 하면 달성되는 것이다.

물론 아래에서 보겠지만 모든 의료보험적용환자들에게 균등한 질적 의료서비스에의 접근도를 보장해 준다는 조건이 충족되는 것을 전제로 한다. 이렇게만 되면, 아파서 의료급여를 실제

로 받던, 또는 항상 건강하여 안 받거나 또는 적게 병에 걸려서 의료급여를 적게 받던 간에, 다 똑같이 이 생존권적 기본권인 의료보장권을 확보한 것으로 본다.

즉, 이 의료보장권확보는 현대사회생활에서 불가결한 것이라면, 의료보험에 의한 재분배효과는 그 총재정조달액을 모든 피보험자의 소득에 일정률을 승한 액수로 사회적인 공정부담이 될 때 이루어지는 것이다.

이렇게 전국민적 연대책임제도인 통합체제가 확립되어서 일단 재정부담의 사회적 공정화가 이루어지면, 국민의 소득격차가 줄어서 평등화되어 가면 자동적으로 1인당 기여금액의 격차가 줄어들어 같게 되어가므로 자연스럽게 수평적 재분배효과가 나타나고, 국민의 소득격차가 현재의 한국처럼 큰 경우는 자동적으로 수직적 재분배효과가 잘 이루어지게 된다.

현재 건강하여 진료를 필요로 하지 않는 사람도 의료보장권확보를 위해 자기소득에 비례한 기여금을 내는 것은 당연한 것이고, 많은 병으로 많은 의료급여를 받는 사람보다 손해가 아니라 이익인 것이다.

이것은 모든 국민이 일부 병에 걸리는 동포들의 불행과 고통을 자기소득능력에 따라 함께 나누어서만 모든 국민의 의료보장권이 확보될 수 있기 때문이다. 그리고 평생 건강하면 더 좋은 것이나 어느 시기나 또는 노경에는 소득은 적어서 기여금은 적게 부담하지만 병이 많아서 많은 의료급여를 받을 수 있을 것이다.

이렇게 볼 때 이때까지의 소위 '실증적 소득재분배효과 연구'처럼 현재의 소규모조합방식의 틀내에서 기여금납부액과 보험급여액(의료급여의 자기부담분을 제한 비용)을 비교하여, 어떤 저소득층이 급여액이 더 크므로 수직적 재분배가 되었다고 하는 것은 의료보장제도의 본질을 왜곡하는 것이지, 제도 개선을 위한 유용한 의미는 없다.

의료급여를 타먹는 개념으로 볼 수 없는 것인데도, 기여금만 부담하고 건강하여 의료급여를 안 받는 젊은이가 재분배가 잘못되고 있으니, 기여금을 좀 반환해 주거나, 앞으로 기여금을 낮추어 달라고 하면 인간의 탈상품화를 지향하는 의료보장제도의 확립이 가능 하겠는가?

가. 財政負擔측면에서의 再分配研究方法

이상 살펴본 바에 비추어 현 의료보험의 소득재분배기능을 유의미하게 조사연구하려면 다음과 같은 방법을 생각 할 수 있다.

공·교보험, 직장조합, 도시지역조합, 농촌지역조합을 다 통털어서 먼저 부과기준소득과 다른 실제소득을 가능한한 정확히 파악하도록 한다.

피보험자의 소득원의 차이는 있더라도 될 수 있는 대로 합리적 근거 기준을 마련하여 모든 피보험자의 실제소득을 파악한 후 이것들의 총합계액을 산출한다(이것을 T^1 이라고 하자). 이러한 실제소득파악은 피용자는 각종 부가급여등을 포함시키고 자영자도 사업소득 및 기타 실제로 얻는 소득을 합리적 기준에 의하여 파악한다.

그 다음 전체피보험자의 실제소득 총합계액(T^1)에서 부과기준 소득상한이상의 소득분을 뺀 전체 피보험자의 실제소득총합계액(T^2)을 구한다.

그 다음 전체의료보험적용대상자들의 총기본의료요구량을 충족한 총재정 조달액(조합별로 급여비로 쓰인 것을 넘어가는 적립금액을 제하고 계산)에 일정비율의 비상지불준비금을 더한 액수를 구하여 이것을 F라고 하자. 그리고 기여금납부 피보험자 총수를 N라고 하면

$$(1) F/N = \text{피보험자 1인당 평균기여금액}(A)$$

$$(2) T^1/N = \text{피보험자 1인당 실제 평균소득액}(I)$$

$$; T^2/N = \text{피보험자 1인당 실제보험적용 평균소득액}(i)$$

$$(3) A/i \times 100 = \text{실질보험료율}(\%) (R) ; A/I \times 100 = \text{절대보험료율}(\%) (r)$$

다음에 각 계층피보험자의 실제소득 $\times R =$ 공정한 기여금부담액(B)을 구하고, (B - 자기의 실제 기여금부담액)하여 나온 값이 양(+)의 값이면 그 만큼 자기가 과분하게 재분배를 받은 것이며, 음(-)의 값이면 자기가 지나치게 재분배를 해 준 것이 된다.

그래서 저소득층으로 갈수록 양의 값이 커지고 고소득층으로 갈수록 음의 값이 커진다면 수직적재분배가 누진적이라 할 수 있다.

만일 전체 피보험자의 소득이 평등화되어서 부과기준소득상한이하에 들어온다면(또는 평등화가 안되어도 그 씬령을 철폐한다면)보험료율은 R보다 낮아져서 r까지 만큼 낮은 율로 모든 피보험자가 사회적 공정부담을 하여 의료보장 목적을 달성할 수 있다.

$(T^1 - T^2) \div T^1$ 하여 그 값이 얼마나 큰가를 보아서 부과기준소득상한(ceiling)을 조정하여야 할 것이다.

그 다음 본인일부부담진료비까지 넣어서 분석해 본다면, 본인일부부담진료비총액을 G라 한다면,

$$A \times G/F = \text{피보험자 1인당 평균본인일부부담금액}(c)$$

$$A + C = \text{피보험자 1인당 평균진료비 부담액}(D)$$

$$D/i \times 100 = \text{실질진료비부담율}(\%) (S)$$

다음에 각 계층피보험자의 실제소득 $\times S =$ 공정한 진료비 부담액 (K)를 구하고, K - 자기의 실제진료비부담액(기여금부담액 + 본인일부부담금액) = 하여 나온 값이 양(+)의 값이면 그 만큼 자기가 재분배를 더 많이 받은 것이고, 음(-)의 값이면 그 만큼 자기가 지나치게 재분배를 해 준 것이 된다.

그래서 저소득층으로 갈수록 양의 값이 커지고 고소득층으로 갈수록 음의 값이 커진다면 수직적 재분배가 누진적이라 할 수 있고, 그 반대면 그것이 역진적이라고 할 수 있다.

나. 醫療서비스 均霑保障面에서의 再分配研究方法

두번째로 또다른 측면에서 모든 의료보험대상자들에게 질적인 기본의료서비스의 균점보장을 해주고 있으나 하는 측면에서 재분배효과를 검토해 보는 것이 중요하다.

연구보고서에서 일반적으로 의료이용에 대한 소득탄력도가 매우 커서 저소득층의 의료이용이 저해될 수 밖에 없다고 하는데, 이것은 인간의 탈상품화에 의한 의료보장대책이 확보되고 있

지 못함을 의미하는 것 아닌가? 바로 이와 같이 높은 소득장벽을 낮추어 주고 없애 주는 것이 제대로 된 의료보장제도인 것이다.

'1989년 국민건강조사'의 결과를 인용한 바와 같이 저소득층일수록 이환율이 높고, 의료미충족률이 높으며, 의료요구도는 중산층이하가 높지만 상류층과의 차이가 크지 않다고 하였다.

그런데 중상류층은 이환율에 거의 가깝게 의료요구도¹⁾를 보이는데 저소득층은 그 차이가 매우 크다. 그 만큼 저소득층은 생계에 쫓기고 여러 가지로 의료서비스에의 접근도가 낮게 되어 있으며 그러한 의료서비스의 질도 낮아서 상대적 박탈을 당하고 있다. 이러한 의료보장의 상대적 박탈의 크기를 화폐액으로 파악할 수 있는 조사연구방법을 개발하는 것이 매우 중요하다.

예를 들면, 도시인과 동일한 질의 의료서비스를 받으려면 먼거리를 왕래하는 교통비, 일반 직장인은 병의원에 다녀와도 봉급감액을 당하지 않으나 농어민 등 저소득자영자는 그 걸리는 시간만큼 일을 못하는데서 오는 등의 소득상실액등을 각 범주별 저소득층의 표본조사를 통하여 밝혀내서 그러한 것을 합계한 상대적 박탈액을 추출할 수 있을 것이다.

이러한 각 범주별 저소득층의 상대적 박탈액은 그 크기만큼 역진적 재분배를 당한 것으로 볼 수 있으며, 따라서 이들에게 그 만큼 질병현금급여(Sickness benefits)를 의료급여(medical benefits)와 더불어 병급하는 조치를 취하고, 통합적 의보체제로 개혁하여 그 주요기능인 적극적인 계획·조정·관리라는 수단을 통해서 의료자원의 균형분배를 촉진시키는 등 여러 가지로 효과적인 균등한 의료서비스 접근도를 달성해 가도록 하여야 한다.

5. 本人負擔의 所得再分配 效果

12개 직장의료보험조합의 소득계층별 소득에 대한 본인부담비율이 공·교의료보험과는 달리 저소득층에서 특히 낮아서, 의료비부담율이 41등급 이상에서 다소 역진적이거나 전체적으로는 공·교의보 보다 상당히 더 분배적이라고 하였는데, 이것도 크게 왜곡해석하여 의료보장의 본질을 가리우고 조합체제의 약점을 가리우고자하는 궁색한 꾀변이다.

의료보장은 아픈 사람이, 특히 저소득취약계층이 아무 곤란없이 진료를 받도록 하는 것인데, 조합주의로 인한 구조적 모순으로 불가피하게 일부부담금제를 높게 만들어서 저소득층의 이용을 억제하면서 (그래서 상대적 박탈을 당하게 하면서), 이용을 하면 특히 저소득층은 당연히 적은 소득에 비추어 본인 부담비율이 높을 것은 뻔한데, 또 이것과 직장조합저소득층의 본인부담비율이 낮은 것을 비교하여 오히려 직장조합이 재분배면에서 양호하다는 논리는 터무니없는 꾀변이다.

직장조합저소득층은 대부분 연령이 젊고, 단독가구의 가능성이 크며, 또 직장에서 병원에 가는 것이 용이하지 않은 점(일당을 제하거나 각종 금전적, 심리적 억압 등)으로 인하여 병의원

1) 의료요구도는 이환된 환자중에서 치료의 필요성을 느끼지 못하는 자를 제외한 후 치료받은 자와 치료를 받지 않았으나 치료의 필요를 인정하고 있는자의 백분율임, 한국보건사회연구원, 1989년도 국민건강조사(이환 및 의료이용), 1990, 참조.

이용이 적고 따라서 본인부담비율이 낮은 것은 당연한 것이다. 또 오히려 이러한 상대적 박탈을 보상해주는 조치가 있어야 할 것이다.

“전 세계적으로... 본인일부부담제를 적용하고 있는 바, 이러한 보편적인 비용절감방안인 본인일부부담제의 역진성이 소득재분배효과를 경감시키게 된다”고 전세계적으로 보편적이며 의료보험을 통한 소득재분배의 한계라 하였는데, 그렇지가 않고 우리의 일부부담제는 너무도 과중하며, 다른 나라들은 이러한 일부부담제의 부정적 효과를 감소시키는 조치로서 저소득층이나 연금생활자들에게는 이 환자일부부담을 면제해 주는 것이 일반적인 경향이다.

또 “과거의 17년간... 본인일부부담율은 끊임없이 증가되어 왔는데, 이처럼 보험료 인상보다는 본인일부부담율의 인상을 선호하는 일반국민과 정책결정자의 성향이 문제”라면서 “본인일부부담율의 감소를 위하여 국민들이 보험료 인상에 동의하지 않는 한 의료보험의 실질재분배지수²⁾를 향상시키는 것은 거의 불가능하다”고 하여 제도를 잘못 만들어 놓고 오히려 당하고 있는 ‘일반국민’(특히 저소득층)을 탓하고 있다.

현 조합방식 의보제도 때문에 그럴 수 밖에 없는 것이 아닌가. 소규모 조합별 독립채산제하에서 전국민적인 위험 및 재정분산이 안되므로, 기여금을 인상 안해도 잉여적립금이 생기는 조합은 인상할 필요가 없으며, 재정적자 위험이 있는 취약조합 피보험자는 상대적으로 능력에 비해 이미 과중한 보험료를 내고 있어서(한계보험료율에 달하여) 인상이 불가능하므로 우선 요행과 개인 및 집단이익 우선심리를 조장하고, 그래서 본인일부부담율의 인상으로 의료보장에 반하는 진료억제조치를 취하면서 취약조합재정파탄의 예방 및 지연을 강구하게 될 수 밖에 없다.

만약 전 국민적 연대책임제도로 일원적 보험재정조달금고체제가 되어 있다면 어떤 계층, 어떤 직종, 어떤 지역의 피보험자나 다 자기의 소득능력에 비례하여 알맞은 기여금을 낼 수 있고, 그래서 지금처럼 각 조합별 누적적립금은 2조원에 달해 과잉잉여가 쌓여가면서, 한편 취약조합들은 과중한 부담을 하면서도 재정파탄위험을 당하는 모순이 없어지고 자연스러운 전 국민적 재분배기능이 잘 이루어진다.

6. 高額醫療費財政共同事業과 國庫負擔支援

현 조합주의로 인해서 파생한 문제로서 인위적으로 지역조합이라는 울타리를 만들어 놓아 전국민적 연대책임원칙이 작용하지 못하도록 해놓고서 그것을 합리화하기 위해 합리적이지도 못하고 복잡파행적이고 또 낭비적인 공여지책인 ‘고액의료비 재정공동사업’ 과 ‘국고부담지원방식’에 의해 도·농지역간 소득재분배 효과가 있다고 은혜나 베푸는 듯한 진술을 하는 것은 본성을 왜곡시키는 것이다.

통합적 국민의료보장체제하에서는 지역간 구분이 불필요하고, 도시인이건, 농촌인이건, 어떤

2) 실질재분배지수= $\frac{\text{급여비} - (\text{보험료} + \text{본인일부부담료} + \text{비급여액})}{\text{보 수}}$ 라고 하였다. 이것은 현금급여가 아닌 의료서비스급여에 있어서 특성상 올바른 재분배 측정도구가 될 수 있다.

직업에 종사하던 간에, 저소득층은 그 만큼 적게, 고소득층은 그 만큼 많은 기여금을 능력에 맞게 내어서 동일한 의료보장을 확보하면 바람직한 재분배효과가 나타나는 것이기 때문이다.

즉, 도시와 농촌이 아니라 부자와 빈자간(소득계층간)이어야 하며, 지금과 같은 도·농지역조합간 조합주의를 합리화하기 위한 시도들은 사회보장의 사회통합기능을 해쳐서 국민분열만 야기하게 된다고 생각한다.

현재와 같은 조합별 독립재산제하에서 의료수요는 많고 미충족률이 높은데도 자기소득능력에 비해 과중한(예 : 실질소득의 4~6%)기여금을 내고도 조합재정의 위기에 처하는 상황에서, 도시직장조합피보험자들은 상대적으로 소득수준이 높아 아주 가벼운 기여금(실질소득의 1~1.5%)을 내어도 누적적립금이 쌓여 가는 상황에서, 의보연합회에서 궁여지책적 미봉책으로 각 조합 기여금 수입액의 몇%씩 거둬 올려서 농어촌취약조합에 그들의 부담금에 비해 조금 더 많은 배분금을 주었다고 그것이 근본적으로 '의료보험재정부담의 사회적 공정화'라는 재분배효과가 나타나겠는가.

이것도 현 의보조합방식의 근본문제를 호도하는 것에 불과 한다고 본다.

7. 건강한 貧者가 병든 富者를 돕는다는 궤변

“의료보험은 원천적으로 질병에 이환된 자를 건강한 자가 도우는 수평적 재분배의 성격을 지닌 제도이다” 라고 하는 것은 위에서 의료보험의 원리를 설명한 것처럼, 모든 국민의 소득이 전부 동일한 경우에 한하는 것인데, 어느 사회든지 이러한 사회는 없으므로 맞는 말이 아니다.

“그러므로 건강한 빈자가 병든 부자를 도와야 하는 경우도 발생하게 된다”는 말도 잘못된 표현이다. 사회보험이 아니고 사적으로 이웃한 두 사람관계에서는 있을 수도 있다.

즉 못사는 동생이 부자형이 큰병으로 재산을 다 쏟아 붓고도 치료가 부족한 경우 어떻게든 빈약한 재산까지 바쳐서 도와줄 수 있는 경우가 있을 것이다.

그러나 위에서 본 것 처럼 모든 국민의 의료보장권을 생존권적 기본권으로 확보하기 위하여 전 국민적 연대책임원칙에 의해 능력에 비례한 기여금을 냈으면, 이미 공동체적으로 재분배기능이 이루어는 것이고, 여기서 아프면 누구나 동일한 의료급여를 받을 수 있으면 되는 것이다.

기여금을 내면서도 많이 내건 적게 내건(소득능력에 따라서) 안 아파서 의료급여를 안 받는 것이 손해가 아니라 오히려 득인 것이다.

이러한 제도적 장치하에서 어떻게 건강한 빈자가 병든 부자를 돕는 경우가 생긴단 말인가? 따라서 미시적·기술적 분석으로는 재분배효과의 본질을 왜곡하게 된다.

III. 결 어

이상 한국의료보험의 소득재분배연구에 대한 내용을 비판적으로 검토해 보았으며, 그것이 얼마나 오도적 결과를 가져오는 소위 '실증적 연구'라는 일련의 작업들이었는지 알 수 있다.

'실증적인' 분석적 연구는 전체적으로 무엇에 적용되며 또 무엇을 위하여 어떻게 적용되어야 하는지를 안 다음에 이루어져야 한다.

그런데 이러한 대부분의 연구는 현금 급여와는 다른 현물급여인 의료서비스를 내용으로 하는 의료보험·의료보장의 본질과 원리 및 특성을 제대로 파악하지 못한 채, 단지 현 조합체제내에서의 미시적인 기술적 접근방법으로 소득재분배를 분석하고 있어서 실상을 왜곡하여 오도적 결과를 가져오고 있다.

즉 나무만 보고 숲은 못 보게 함으로써 전국민적인 소득재분배상황을 거시적으로 파악할 수 없고, 현 조합체제도 재분배상황이 개선되어 오고 있다는 무리하게 제작된 허상을 제시하여 결과적으로 조합방식을 고수하면서 이익을 보고 있는 소수의 관련기득권층에 봉사하고, 전 국민에 이익이 되는 제도 개혁을 방해하는 것이라고 볼 수 있다.

그렇다면, 현재 한국의 사회보장제도중에서 가장 중요한 의료보장제도 및 정책을 거시적으로 다루어야함에도 불구하고 이것을 이와 같은 미시적인 이론적 유희로 방해하는 것은 무엇 때문인가?

그 이유의 일부는 사회보장·사회정책 및 의료보장에 대한 지식을 제대로 갖추지 못한 관련 분야 연구자들이나 경제학적 시각을 가지고 있는 사람들이 이분야에 미시적·분석적 접근을 시도하였다는데서 찾아볼 수 있고, 또 일부의 이유는 Hilary Rose의 다음과 같은 지적에서 찾을 수 있지 않을까?

“복지를 좁은 시각으로(미시적으로) 다루는 것은 일정한 '사회적·경제적 기능'에 이바지하는 것으로 인정하지 않으면 안되는데, 왜냐하면 그것은 불평등의 연구를 탈공세화하고 탈정치화하여 이미 부유한 기득권층의 이익에 대한 어떠한 위협도 회피하기 때문이다.

기꺼이 (자진하여) 자기들의 시각을 좁혀서, 이런 식으로 보다 큰 상실을 외면하고자 하는 자들은 '조사연구자' 나 '정책수립가'로서 국가관료들에게 마음에 들어 받아들여 질 수 있게 된다.”

이 비판적 고찰을 통하여 현 조합체제를 조속히 통합체제로 개혁하여야 할 당위성과 절박성을 확인할 수 있었으며 앞으로 위에서 필자가 시사한 방향에 따라서 의료보장의 본질과 원리 및 특성을 살려서 불평등이 심한 한국의 사회경제적 상황에 맞게 거시적·합목적적으로 의료보험의 재분배에 관한 연구가 활발히 이루어져야 진정한 국민의료보장제도의 개혁과 그 정착에 기여할 수 있을 것이다.