

醫療保險의 現實

柳 承 欽

(延世大醫大 豫防醫學敎室 助敎授·醫博)

1. 머릿말

국민 소득이 증가되고 사회가 발전함에 따라 사람들은 이구동성으로 衣·食·住 다음에 醫療를 손꼽게 되었다. 그것은 매우 자연스러운 인간의 기본 욕구 중 하나이기 때문이다. Abraham H. Maslow는 인간의 욕구를 다섯 단계로 구분·설명하였는데,¹⁾ 첫 단계가 衣·食·住 등의 생리적 욕구이며, 이러한 것이 기본적으로 충족되면 다음 단계로 安全慾求를 갖게 된다. 안전 욕구는 화재나 사고 등의 물리적 위험 뿐 아니라 경제적 안전도 포함한다.

이러한 욕구를 충족시키는 방안의 하나로 산재보험이나 의료보험 등을 들 수 있다. 오늘날 福祉國家에서는 국민의 복리를 꾀하려고 사회보장제도를 운용하고 있는데, 사회보장은 상·하수도나 전염병 관리 등의 공공 보건 서비스와 저소득층을 위한 의료 보호 등의 공적 부조, 그리고 소득과 의료를 보장하기 위한 사회보험 등으로 이루어진다.²⁾

醫療保險은 의료 보장을 위한 방안의 하나이

다. 우리 나라는 1977년에 공적 부조 형태인 의료보호와 사회보험 성격을 띤 醫療保險이 시작되었다. 우리 나라의 사회보장 현황을 보면 <표 1>과 같다.

2. 醫療保險의 進展

우리 나라에서는 1961년에 연세 의대 양 재모 교수가 처음으로 醫療保險에 관하여 건의³⁾한 바 있으며, 1963년에 사회보장에 관한 법률이 제정된데 기초를 두고, 같은 해에 醫療保險法이 제정되었다. 1965년에 호남비료(현 한국종합화학)와 1966년에 봉명 광업이 시범 의료보험조합으로 인가·운영되었으나 그 규모는 조합당 가입자가 총 2,000~3,000명 수준에 불과하여 대수의 법칙(law of majority)에 맞지 않았다.

한편, 민간의료보험사업으로서는 1960년대 중반 이후 공제회 형식으로 몇 군데 시도되었으나 그 규모는 매우 작았다.⁴⁾ 그 중 부산 청십자 의료보험조합은 1968년에 발족되어 자영자 의료보험으로서 운용되어 왔다(자영자란 근로자, 공무원 또는 군인을 제외한 일정한 소득을 가지는 모든

1) Abraham H. Maslow: A theory of human motivation. Psychol Review. July 1943, pp.388~389.

2) 양 재모, 유 승흠: 국민의료, 연세대 의대 예방의학교실, 1978.

3) 양 재모: 사회보장제도 창시에 관한 건의, 1961. 5. 16.

4) 김 한중, 유 승흠, 김 일순, 양 재모: 우리 나라 의료보험 운영 실태에 관한 조사 연구. 대한의학협회지 19(8): 686, 1976.

5) 유 승흠: 제 2종 의료보험 제정일 재원 조달 방안과 급여, 제 2종 의료보험 확대 방안에 관한 세미나 결과보고서 p. 152, 한국인구보건연구원, 1982.

<표 1>

우리 나라 社會保障 現況

제 도	적 용 대 상	대상인구	소관부서
I. 사회보험			
1) 의료보험	16인 이상 사업장 근로자, 제 2종 의료보험 공무원 및 사립 학교 교직원, 군인 가족	1,260만명	보사부
2) 산재보험	16인 이상 사업장 근로자 등	376만명	노동부
3) 특수지역 연금보험	공무원, 군인, 사립 학교 교직원	80만명	총무처 국방부 문교부
4) 국민복지연금	노령, 사망, 불구, 폐질	미 실시	보사부
5) 선원보험		미 실시	항만청
6) 퇴직금	16인 이상 사업장 근로자	284만명	노동부
II. 공적부조			
1) 생활보호			
가) 거택보호	생활보호법상 생활 무능력자	28만명	보사부
나) 시설보호	사회 복지 시설 수용자	5만명	보사부
다) 영세민	생활보호법상 저소득층	176만명	보사부
라) 재해구호	이재민 등		보사부
2) 의료보호	생활 무능력자, 영세민, 시설 수용자, 원호 대상자 등	373만명	보사부
3) 원호사업	상이군경 유족, 독립 유공자, 월남 귀순자 등	13만명	원호처
III. 사회복지 서어비스			
1) 아동복지	불우 아동	114만명	보사부
2) 노인복지	65세 이상 노인	146만명	보사부
3) 장애인 복지	심신 장애인	90만명	보사부
4) 모자세대지원	과부, 미혼모 등	6만세대	보사부

※ 자료 : 보건사회부

국민을 말함). 1963년에 제정된 의료보험법이 1976년 말에 전면 개정됨에 따라 제 2종 의료보험으로 되었다. 그간 가입자가 꾸준히 증가되어 1982년 말에는 총 가입자가 7만명을 넘게 되었고⁶⁾ 금년 여름에는 10만명을 돌파하여 부산 지역 인구의 약 3% 정도가 가입하였다.

우리 나라의 의료보험은 이와 같이 시범 사업 수준에서 벗어나지 못한 채 1970년대 중반까지 지났다. 1976년 말에 의료보험법의 개정에 따라 상시 500명 이상의 근로자를 사용하는 사업장의 근로자는 당연 적용, 피보험자가 되었다. 즉, 해당자는 강제로 의료보험에 가입케 함으로써 사회보험의 성격을 분명히 하게 된 것이다. 그 뒤

1979년에는 300명 이상, 다시 1981년에는 100명 이상으로 그 적용 기준을 낮추었고, 금년부터는 다시 16명 이상으로 낮추었다. 1983년 5월 말 현재 피보험자 338만명, 피부양자 669만명, 계 1,007만명이 가입되어 있다.

한편, 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 따라 이들과 부양 가족이 가입되었고, 1980년에는 군인 가족과 사립 학교 경영 기관 직원, 그리고 1981년에는 연금 수급자에 대하여 확대 적용되어 작년 말 현재 공무원 83만, 사립 학교 교직원 12만, 연금 수급자 2만, 그리고 이들의 피부양자 296만, 총계 393만명이 적용을 받고 있다.

6) 유 승훈, 손 명세, 이 태룡, 이 해중 : 부산 청십자 의료보험조합의 운영 및 관리에 대한 연구. 1983년 2월.

3. 醫療保險體系

가. 管理運營

임의 성격의 의료보험이 1977년에 사회보험의 성격을 띠고 재출범을 하게 됨에 따라서 적용 대상자는 모두 강제로 의료보험에 가입되었다. 제 1종 의료보험은 단위 조합을 구성하는데, 현재 146개의 의료보험조합이 있고, 중앙에 의료보험조합연합회가 있다. 의료보험조합연합회는 요양 취급 기관의 지정과 취소, 보험 급여 비용의 심사와 지급, 조합에 대한 지도 감독, 의료보험에 관한 교육 훈련 및 홍보, 의료보험에 관한 조사 연구 및 국제 협력 등의 업무를 수행하고 있다. 단위 의료보험조합은 단독조합 72個所와 공동조합 74개소로 구성되어 있다.

한편, 제 2종 의료보험은 지역, 직역 및 임의 조합의 세 가지로 구분된다. 지역의료보험은 1981년에 3개 지역(경북 군위군, 전북 옥구군, 강원 홍천군)과 1982년에 추가 3개 지역(경기 강화군, 충북 보은군, 전남 목포시) 등 6개 지역을 대상으로 하며, 직역의료보험은 문화 예술인, 이·미용, 양곡상, 택시 사업, 숙박, 목욕업, 매구 시장 상인, 전국 고물상조합 등 7개 조합이 있다. 임의 조합은 1963년 제정된 구 의료보험법에 의해 설립된 부산 청십자 의료보험조합 등 7개 조합이 있다. 이들 제 2종 의료보험조합은 의료보험연합회에 가입되어 있다.

공무원 및 사립 학교 교직원 의료보험은 의료보험관리공단에서 관장하고 있으며, 서울 특별시, 부산 직할시 및 9개도에 지부가 설치되어 있다. 관리공단의 기능은 의료보험조합연합회와 비슷하다.

나. 保險料

의료보험의 재정은 가입자가 납부하는 의료보험료가 주종을 이루고 있으며, 정부에서 일부 보조하고 있다. 정부 보조 내역은 다음과 같다.

1981년에 1종 보험에 국고 부담의 명목으로 보조한 액수는 963,212,000원으로서 전체 1종 보

험 예산의 0.5%를 차지하고 있으며, 같은 해에 제 2종 의료보험에 관리운영비 명목으로 보조한 액수는 189,357,000원으로 전체의 26.3%를 차지하고 있으나 사업 1차년도 고유 예산인 자산취득비 및 조합설립비를 제외하면 20.1%에 해당된다. 또한 공무원 및 사립 학교 교직원 의료보험은 국고 보조가 전체 예산의 0.8% 정도를 차지하고 있다.

보험료는 제 1종의 경우 표준 보수 월액에 대하여 $\frac{30}{1000} \sim \frac{80}{1000}$ 범위 내에서 정률제로 납부하는데, 제 1종은 노동자와 사용주가 반씩 부담하며, 대부분 $\frac{30}{1000}$ 을 택하고 있다. 공무원은 표준보수월액의 $\frac{38}{1000}$ 을 납부하는데 정부가 반을, 그리고 사립 학교 교직원은 정부가 20%, 사용주가 30%를 부담한다. 제 2종 지역의료보험은 정부가 사무비를 보조하고 있으며, 임의보험은 약간의 정부 보조가 있을 뿐 대부분 가입자가 보험료 전액을 납부한다. 한편 군인 가족은 표준보수월액의 3.82%에 대하여 정부가 받을 부담한다.

다. 給與

의료보험의 급여는 요양급여와 분만급여 및 부가급여가 있는데, 부가급여는 장제비, 분만 수당 및 본인 부담금 보상금이 있다. 요양급여는 진찰, 약제 또는 치료 재료의 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 의료 시설에의 수용, 간호 및 이송 등을 포함한다. 요양급여 기간은 결핵을 제외하고 동일한 상병에 대하여 180일 이내로 한다.

가입자가 받을 때 입원의 경우에는 진료비의 20%를, 그리고 외래 진료시에는 의원급 30%, 병원과 종합병원 이용시 50%를 본인이 일부 부담한다. 이것은 불필요한 의료 이용을 억제함으로써 의료보험 재정 안정을 꾀하며 불필요한 행정 업무를 감소시킬 수 있다. 아울러 외래 이용시에는 의원급을 이용하도록 장려하기 위하여 본인 부담률에 차이를 두었는데, 실제로 이 차이(50%-30%=20%) 때문에 의료 이용의 감소를 초래하지는 않는다. 제 2종 임의보험에서는 제

7) 유 승훈 : 의료보험 제도의 임의성과 당연성, 의료보험 제 6권 7호 p.69, 1983.

1종이나 공무원 및 사립 학교 교원 의료보험에 비하여 급여에 다소간 제한이 있는데, 이것은 고액 진료를 제한함으로써 다른 보험 가입자의 부담을 감소시키려는 데 그 이유가 있다.

한편 보험급여에 있어서 제 3 지불제를 택하고 있다. 즉, 진료비는 의료보험 가입자가 본인 부담금만 지불할 뿐 의료 기관에서 의료보험에 청구하여 받는 제도이다. 의료보험 가입자로서는 편리한 제도이나, 환자가 더 많은 진료를 원하거나 또는 의사가 마음 놓고 진료할 수 있어 장점이 있는 반면에 의료비가 상승되어 보험 재정에 영향을 미치게 되며, 따라서 보험료를 더 올려야 하는 단점이 있다. 현재 우리 나라의 의료보험 수진율이 계속 증가되고 있는 것은 이러한 제도에 기인하는 것이 주요 이유 중 하나이다.

4. 問題點

의료보험이 전국적 규모로 강제 시행되어 현재 전 국민의 36%가 의료보험에 가입되었다. 그 중 크게 몇 가지 문제점을 살펴보자.

첫째, 적용 대상의 문제이다. 의료보험은 사회보험의 성격을 가지는 만큼 저소득층이 먼저 가입되었어야 할 것인데 오히려 일정 소득이 있는 계층이 가입되어 있어 형평에 문제가 있다.⁸⁾ 물론 의료보험료를 부담할 능력이 있어야 되므로 시행 가능하기 위하여는 불가피하였다. 그래서 정부에서는 제 2종 지역의료보험 시범 사업을 시작하였는데, 아직 그 전개 방향이 확정되지 않았다.

현재 제 1종은 적용 대상 인구의 대부분인 약 1,008만명이 가입되었고, 공무원과 사립 교원 보험 대상자 약 400만은 100% 가입되었으나 제 2종 대상자는 약 2,200만명으로 아직 시범 사업 단계로서 약 3% 정도 가입된 데 불과하다.

둘째, 의료 수가의 차이를 들 수 있다. 정부는

의료보험 재정의 안정화를 위하여 의료보험 수가를 일반 수가에 비하여 약 70% 수준으로 낮게 책정하였다. 따라서 의료 기관은 재정 압박을 받게 되고, 의료보험에 가입하지 못한 사람은 같은 진료라도 진료비가 상대적으로 약 30% 비싼데 의료 서비스량은 오히려 의료보험 환자에서 더 많다.⁹⁾ 이것은 의료보험 미가입자가 이점으로 불이익을 감수해야 하는 것이므로 빨리 시정되어야 할 사항이다.

세째는, 급여 수준과 이용률의 문제이다.¹⁰⁾ 의료보험에서의 급여는 기본 진료 수준이다. 그런데 우리나라에서는 고급 진료를 최고 수준의 의사에게, 마음대로 진료받는 것으로 착각하고 있다, 매스컴도 이를 조장하는 감을 갖는다. 의료보험의 급여는 건강을 회복·유지하기 위한 최소의 진료이며, 건강을 증진시키는 방안이 가마되어야 한다. 따라서 의료전달체계가 정립되어서 지속성 있는 진료와 예방이 강조되는 건강 관리가 될 수 있도록 체계화되어야 하겠다. 의료전달 체계가 단순히 1, 2, 3차 진료의 후송 의뢰 체계만을 지칭하는 것으로 잘못 인식되기도 하였다. 이렇게 되면 불필요한 의료 이용도 없으며, 보험 재정이 안정되고 국민의 건강 향상도 꾀할 수 있다.

5. 맺음

요즈음 사회보장 이야기가 나오면 흔히 복지 망국론을 연상하기 쉽다. 그러나 잘 운용되는 의료 보장 프로그램은 소득이 날로 증가되는 우리나라 현실에서 불가피하게 대두되었다.

문제는 선진 여러 나라에서 저지른 시행착오를 자세히 검토하여 우리는 이를 다시 저지르지 않아야 한다. 그러므로 앞에서 지적한 몇 가지 주요 문제점을 깊이 분석·검토하여 우리 실정에 알맞으면서 시행 가능한 바람직한 제도를 정착시키도록 노력해야 할 것이다. □

8) 유 승훈: 사회보장과 의료시혜 월간 조선 p. 356, 1982년 2월.

9) Yu SH: Hospital care services between the insured and non-insured on selected diagnosis in Korea Yonsei Med. J. 1983.

10) 유 승훈, 김 한중, 박 중구, 오 대규, 손 명세, 이 태룡, 지 경혜: 피보험자 및 보험 종사자의 의료보험에 대한 수용 실태와 문제점 연구, 의료보험조합연합회, 1983년 2월.