

# 地域 醫療保險의 保險財政 對策

車 與 奉\*

## I 서 론

1977년 우리나라에서 의료보험제도를 본격적으로 실시한 이래 그 적용범위가 계속 확대되어 이제 전국민의 70.3%가 그 수혜권에 포함되고 있다. 정부의 지속적인 확대로 1989년초에 도시지역자영자까지 적용범위를 확대하면 전국민의 약90%가 의료보험의 혜택을 입게 되고, 현재 공적부조방식의 의료보호 또는 의료부조 혜택을 입고있는 나머지 10%의 국민을 포함하면 「전국민 의료보장」의 목표가 달성되는 셈이다.

이렇게 의료보험제도의 적용범위를 확대해오는 과정에서 가장 어려운 과제를 안고 있는 것은 역시 지역의료보험 부문이다. 피용자를 대상으로 하는 공무원 및 교직원의료보험이나 직장의료보험은 1977년 이후 비교적 순조롭게 그 적용 대상을 확대하고 보험재정의 안정도 유지해 오고 있다. 그러나 일반지역주민으로 구성되는 자영자 대상의 지역의료보험은 아직까지 많은 문제점을 내포한 채 우여곡절을 겪고 있다.

지역의료보험은 1981년 7월부터 3개 군에서 제1차 시범사업을 1982년 7월부터 3개 시·군에서 제2차 시범사업을 실시하였고 그 결과들 토대로 하여 1988년 1월부터 전국 농어촌 지역의 모든 자영자에게 까지 그 적용범위를 확대 하였다. 그동안 지역의료보험의 시범사업과 농어촌지역의료보험의 확대 과정을 살펴보면 이 제도에는 슬한 문제가 부각되고 있는데 그 중에서도 가장 핵심적이 이슈로 대두되고

\* 翰林大 社會事業學科 教授

제공하면서 거기에 필요한 재정수입을 제대로 확보할 수 있는가 하는 재정대책의 문제가 최대의 관건이 되고 있는 것이다.

이 소고에서는 의료보험 재정의 일반적인 원리에 비추어 볼때 우리나라의 지역의료보험의 보험재정에는 어떤 문제점이 있는가를 살펴보고, 이제도의 운영에 있어서 중심적 과제가 되는 보험재정 대책에 대해서 논급 하고자 한다.

<표1>

의료보장수혜인구

(88년 1월현재. 천명)

		대상인구수	구성비(%)	비 고
전 국 민		42,593	100.0	
수 혜 자	1. 의 료 보 험	29,952	70.3	
	• 공 교 의 보	4,546	10.7	
	• 직 장 의 보	15,830	37.2	
	• 직 중 의 보	1,063	2.5	
	• 임 의 지 역 의 보	253	0.6	
	• 농 어 촌 지 역 의 보	8,171	19.2	
	• 도 시 지 역 의 보	89	0.2	
	2. 의 료 보 호 및 부 조	4,290	10.1	
	• 의 료 보 호	2,565	6.0	
	• 의 료 부 조	1,725	4.0	
소 계		34,242	80.4	
미 수 혜 자	도 시 자 영 자	8,351	19.6	
	소 계	8,351	19.6	

\* 보건사회부 내부자료

## II. 의료보험재정의 일반적 원리

의료보험제도에 있어서 보험재정이란 보험급여에 따른 재정지출과 이 지출수요를 충당하는 재정수입과의 관계로 이루어진다. 재정지출은 보험급여비, 관리운영비와 예비비등으로 구성되고, 재정수입은 피보험자 또는 사용자의 기여금, 정부재정지원금과 이자수입등으로 구성되는 것이 일반적인 예이며, 우리나라 지역보험의 보험재정도 그 구성요소는 이와 비슷하다. 다만 기여금인 보험료만은 피보험자가 정액 자부담하도록 되어 있다.

이고, 수입면에서는 보험료이다. 특히 우리나라 의료보험제도는 조합별 재정자치의 원칙을 채택하고 있어서 보험료의 수입으로 보험급여비의 지출을 모두 충당하는 것을 그 근간으로 삼고 있다.

의료보험제도를 하나의 체계로 볼때 보험급여와 보험료는 서로 균형을 이루면서 제도의 목적을 지향하는 두가지 기본요소라고 할 수 있다. 그러므로 보험급여와 보험료가 합리적이고 적정한가, 그리고 보험급여비의 지출과 보험료의 수입으로 이루어지는 보험재정의 내용이 건전한가 하는 것은 의료보험제도가 추구하는 목적적 가치나 본질적 기능과 관련하여 평가해 보아야 한다.

의료보험제도는 국가의 개입으로 국민의 기본적인 「니-드」인 의료문제를 해결하려는 사회보장제도의 하나로 생겨나고 발달해온 것이다. 따라서 이 제도가 추구하는 첫번째의 목적적 가치는 인간의 생존과 인간다운 생활에 가장 기본이 되는 의료의 「니-드」를 충족시켜 주는 것이다.

이와같은 목적적 가치를 실현하기 위하여 의료보험제도는 몇가지 본질적 기능을 수행하는데, 이 본질적 기능은 사회보장의 원리에 연유하는 것이다.

첫째 보험급여 적정성(適正性)과 형평성(衡平性)을 그 원리로 하고 있다. 이 적정성과 형평성의 원리는 모든 국민의 기본적 「니-드」를 적정한 수준까지 끌고루 해결하는 것을 의미한다. 의료보험제도에 있어서 보험급여의 적정성이란 피보험 대상자 모두에게 필요한 기본적 의료의 「니-드」를 적정한 수준까지 보장한다는 뜻이다. 여기서 말하는 기본적 의료의 「니-드」가 무엇인가에 대해서는 논란이 있을 수 있지만 일반적으로 보면 현실적 제도를 통하여 보험급여의 종류, 형태, 방법등이 정해진다.

한편 보험급여의 형평성이란 피보험대상자 모두의 의료 「니-드」를 끌고루 해결하고 누구에게나 균등하게 적정수준의 급여를 제공한다는 뜻이다.

둘째 보험료부담 측면에서도 형평성을 그 원리로 하고 있다. 여기서 말하는 형평성이란 필요한 비용을 형편에 따라 공평하게 부담한다는 뜻이다. 의료보험제도에서는 주로 보험료를 소득이나 능력에 비례하여 부담하는 것을 말한다. 이 형평성의 원리는 부담의 상호형평을 이룰 수 있는 일정한 집단을 전제로 한 것이며 이 집단구성원 상호간의 사회적 연대성에 의하여 그 기능이 발휘되는 것이다.

세컨소플린에서 정확에 미대아너 모임표를 수납하고 모임담역면에서 간중환 수준의 급여혜택을 입게 되면 부담과 급여사이에 자연적으로 소득재분배 효과가 발생하게 된다. 의료보험제도는 부담능력에 부족한 계층의 대상자에게 소득재분배의 원리에 따라 보험급여의 혜택을 제공하는 것을 중요한 원칙으로 하고 있다.

세계 보험재정은 위험분산기능을 수행한다. 위험분산기능이란 「대수의 법칙」에 따라 많은 인원을 집단화하여 위험을 분산함으로써 개개인의 부담을 경감하는 기능과 미리 적은 돈을 각출하여 됨으로써 위험을 시간적으로 분산하는 기능을 모두 포함하는 것이다. 의료보험제도에 있어서 위험분산기능을 경제적 부담을 단기적으로 위험분산하는 의미가 강하다.

한편 의료보험제도는 사회보험방식의 제도이기 때문에 보험재정에 있어서는 수지균형의 원칙이 적용된다. 보험이란 해결하고자 하는 사고나 위험에 대처해서 거기에 필요한 재원을 미리 마련하는 것이기 때문에 수입과 지출이 균형을 이루어야 한다는 것은 지극히 당연한 원칙이다. 수입측면에서 보면 수입의 범위내에서 지출이 이루어져야 하고 지출의 측면에서 보면 지출이 이루어지는 만큼 수입을 확보해야 한다. 적정수준의 보험급여가 목적이라면 그 수준의 보험급여비를 충당할 수 있는 수입을 보험료로 조달하여야 하는 것이다. 이러한 의미에서 보험재정의 수지균형의 원칙은 의료보험제도의 목적적 가치를 중심으로 보면 수단적 가치가 되는 것이다.

### III. 지역의료보험재정의 현상과 문제점

의료보험재정의 일반적 원리나 원칙을 살펴볼 때 보험재정의 가장 바람직한 모습은 사회보장제도로서의 의료보험이 추구하는 목적적 가치를 제대로 실현하고 그 본질적 기능을 충실히 수행하면서 수단적 가치로서의 보험재정의 수지균형을 이루는 형태가 될 것이다.

그러면 우리나라 지역의료보험에서는 이러한 의미의 바람직한 보험재정의 형태가 이루어지고 있는가? 1988년에 실시한 농어촌지역의료보험은 아직 제도를 실시한지 3개월밖에 되지 않기 때문에 그 문제점을 전면적으로 분석해보기가 어렵다. 따라서 여기서는 1981년부터 실시한 지역의료보험시범사업의 경험을 통하여 나타난 문제점과 지역의료보험의 확대과정에서도 계속될 것으로 전망되는 문제점중에서

## 1. 의료보험재정이 목적적 가치와 관련된 문제점

### 1) 보험급여비의 증대

우리나라 의료보험제도에 있어서 보험급여의 종류나 범위는 비교적 포괄적인 것으로 인식되고 있다. 지역의료보험의 경우에도 요양급여, 분만급여등 법정급여의 종류나 범위는 직장의료보험이나 공무원·교직원 의료보험과 비교하여 큰 차이가 없으며 보험급여의 수준을 제한하는 진료비 본인부담율도 타의료보험과 동일하다. 이러한 점에서는 보험급여의 적정성과 형평성원칙이 지켜지고 있다.

그러나 보험재정의 지출수요에 큰 영향을 미치는 의료기관이용방법에 있어서는 타의료보험과 차등적인 제도가 실시되고 있다. 즉 진료의 수준에 따라 1차, 2차, 3차의료기관을 단계적으로 거치도록 하는 진료전달체계를 적용하고 있는 것이다. 이 제도를 적용하는 목적은 상대적으로 낮은 수준의 진료비가 소요되는 보건기관이나 개인의원등 1차의료이용을 유도하여 재정지출을 줄여보자는 것이다.

1981년 시범사업에서는 1차의료기관중 가장 가격이 저렴한 보건소등 보건기관의 이용율을 75%로 계획하였다. 그러나 그 실적은 1985년의 경우 22.9%에 지나지 않았다.<sup>1)</sup> 1988년 농어촌지역의료보험의 확대계획에서도 보건기관수진율을 0.276~0.737<sup>2)</sup>로 잡고 있는데 이 수치는 1985년도 시범사업지역의 실적치인 0.263<sup>3)</sup>을 훨씬 웃도는 것이다. 시범사업의 실패경험을 다시 되풀이할 가능성이 많다.

이와같은 의료기관 이용 제한제도는 일반의료기관에도 적용되고 있다. 즉 지역 의료보험에서는 동일군 또는 인근지역의 하급 의료기관을 1차로 이용하도록 제한하고 있는 것이다. 이러한 진료전달체계의 적용은 보험재정을 절감할 수 있다는 의미를 지니고 있지만 한편 공·교의료보험등 타의료보험에서는 이제도를 실시하지 않는 상황에서 지역의료보험에만 차등적으로 적용하기 때문에 형평성을 결하고 있다는 문제점이 따르는 것이다.

지역의료보험의 보험급여면에서는 이러한 제한이 수반되고 있는데도 불구하고

1) 이규식등, 지역의료보험시범사업종합평가 및 재정안정화방안, 한국인구보건연구원, 1986, p.142.

2) 보건사회부, 보험료부과지침, 1987.9, p.6.

3) 이규식등, 전개서, p.136.

보험급여비의 증가에 중요한 변수가 되는 수진율(受診率)과 건당진료비(件當診療費)가 높아지고 있다. 피보험대상자의 연간의료기관 이용회수를 나타내는 수진율은 시범사업의 경우 1982년부터 1985년까지 3년사이에 연평균 27.9%나 증가하였다. 이는 1981년~1985년의 4년간 공·교 의료보험의 증가율 11.4%, 직장 의료보험의 증가율 7.9%를 훨씬 앞지르는 것이다.<sup>4)</sup>

또 의료기관이용 건당진료비도 근래에 와서 공·교의료보험이나 직장의료보험의 수준에 육박하고 있으며 이 건당진료비의 증가율은 <표-2>에서 보는 것처럼 1982년부터 1985년사이에 연평균 13.8%나 되어 공교의료보험의 9.6%, 직장의료보험의 8.5% 수준보다 더 많이 증가한 것으로 나타나고 있다. 외래건당진료비가 연평균 14.6% 증가하여 타의료보험의 증가율을 크게 앞지르고 있다.

<표 2> 의료보험종류별 건당진료비의 변화추이 (단위: 원)

구분		1980	1981	1982	1983	1984	1985	연평균 증감율(%)
공·교	입원	137,340	151,469	186,305	222,428	251,979	277,597	15.1
	외래	7,572	8,276	9,731	10,566	11,220	12,001	9.6
	계	10,964	11,875	14,204	15,281	16,082	17,360	9.6
직장	입원	114,144	141,596	172,222	207,866	236,982	261,186	18.0
	외래	7,857	8,278	9,566	10,399	10,931	11,621	8.1
	계	11,322	11,833	13,858	15,070	15,805	17,043	8.5
지역	입원	-	-	166,651	208,474	225,800	264,199	16.6
	외래	-	-	6,471	7,370	8,868	9,739	14.6
	계	-	-	10,757	13,448	14,377	15,839	13.8

자료: 한달선등, 의료보험 보험료부과 및 급여의 적정화 방안연구, 보건사회부, 1987, p.42

## 2) 보험료부담의 형평성문제

우리나라 지역의료보험의 재원은 주로 보험료에 의존하고 있다. 이 보험료는 형평부담의 원리를 반영하여 세대별 소득수준과 세대원의 수에 따라 등급별 정액으로 결정되고 세대주가 전액 자부담하도록 되어 있다.

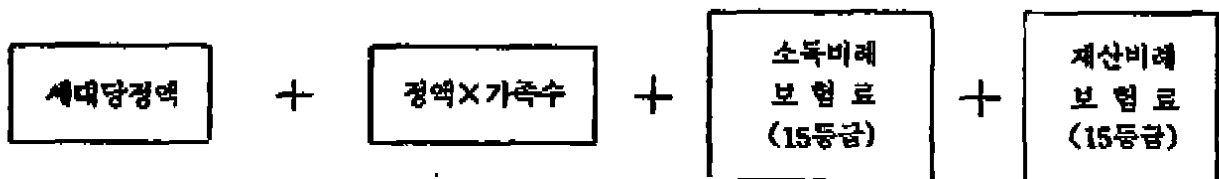
시범사업의 초기에는 소득이나 재산상태에 따라 전체 세대를 3등급으로 구분하여

보험료는 5등급 또는 7등급으로 세분화하였다. 이와같은 보험료의 부과기준과 방법은 그 이후에도 여러차례 변경되어 왔는데 1988년 농어촌 지역의료보험에서는 세대당 균등할과 피보험자당 균등할로 구성되는 기본보험료와 소득비례보험료와 재산비례보험료로 구성되는 능력비례보험료등 4가지 기본요소를 고려하여 보험료를 책정하고 능력비례보험료는 15등급으로 구분하여 부과하고 있다.

<그림 1> 1차 시범지역의 보험료 부과기준



2차 시범지역의 보험료 부과 기준



이와같은 보험료의 부과기준을 실제 적용하는 과정에서 세대당 균등할과 피보험자당 균등할등 기본보험료의 비중이 지나치게 커지고 반대로 능력비례보험료의 비중이 줄어드는 현상이 나타나고 있다. 목포시 의료보험조합의 사례를 보면 1982년에 사업을 시작할 때 능력보험료의 비중을 전체의 50%로 계획하였으나 실제 그 비중은 점차 줄어들어 1986년에는 21.0%로 낮아지고 있다.<sup>5)</sup> 이와같은 현상은 모든 시범사업지역에서 비슷하게 나타나고 있을 뿐만 아니라 앞으로 확대되는 전체 지역의료보험에서도 비슷한 현상을 나타날것으로 예견되고 있다. 능력비례부담의 비중이 이처럼 낮아진다는 것은 보험료부담의 형평성원칙의 적용이 그만큼 제한되고 있음을 뜻하는 것이다.

보험료부담측면에서 보다 근본적인 문제점은 지역의료보험의 보험료부과수준이 피보험자의 부담능력에 비추어 과중하다는 점이다. 지역의료보험의 보험료부과수

5) 노인철등, 도시지역주민을 위한 합리적인 의료보험적용방안연구, 한국인구보건연구원, 1987.12, p.50.

2,838원, 1985년에는 5,823원이다. 이보험료는 타의료보험과 비교해 볼 때 그 수준이 낮은 것으로 되어있으나 타의료보험의 경우 피보험자가 그 1/2만을 부담한다는 점을 감안하면 결코 적은 액수가 아니며, 그나마 연도별 인상율을 보면 타의료보험의 인상율을 앞지르고 있음을 알 수 있다.

1988년 1월 현재 농어촌지역의 의료보험의 세대당 월평균보험료는 6,614원 정도이다(정부재정지원 세대당 평균 1,650원제외).

지역의료보험에 있어서 보험료의 부과수준이 피보험자의 부담능력에 비하여 과중하다는 문제점은 시범사업을 시작할 때부터 지금까지 계속 지적되어 온 것이다.<sup>6)</sup> 보험료의 부담능력을 따질 때에는 절대적 부담능력만이 아니라 타의료보험과 비교하는 상대적 부담능력문제가 더 크게 부각되는 경우가 많다.

〈표 3〉 의료보험종류별 월보험료의 변화추이

(88년 1월현재, 천명)

		81	82	83	84	85	81~85 연평균
1) 월 보 험 료 (원)	공·교보험 (인상률)	7,857 (30.0)	9,980 (27.0)	11,164 (11.9)	11,383 (2.0)	11,916 (4.7)	14.5
	직장보험 (인상률)	5,411 (29.1)	6,281 (16.0)	7,008 (11.6)	7,888 (12.6)	8,829 (11.9)	16.1
	시범사업 (인상률)	2,838 -	2,929 (3.2)	3,598 (23.3)	4,583 (27.4)	5,823 (27.1)	19.7
	국민소득 증가율	22.6	10.8	15.0	13.1	9.3	14.1
1인당보험금 비상승		8.4	26.7	24.7	16.3	12.6	17.0

주) 피보험자 및 사용자부담

자료: 경제기획원, 의료보험확대방안, 1986.7. p.3

6) 보건사회부, 2종의료보험사업추진실적분석·평가 및 개선대책, 1982.3, p.42.  
보건사회부, 지역의료보험시범사업중간평가(1981-1985), 1986.7, p.13.



잔가지로 보험료부담에 있어서도 타의료보험과의 형평을 요구하고 있는 것이다.<sup>7)</sup>

보험료부담능력의 부족문제는 보험료의 징수실적과 직결된다. 물론 보험료의 징수실적에 영향을 미치는 요인은 그이외에도 여러가지가 있겠지만 보험료부담능력의 부족과 그 징수실적간에는 상당한 상관관계가 있는 것으로 지적되어 왔다.

지역의료보험의 보험료징수실적을 <표4>에서 살펴보면 징수율이 점차 향상되어 왔으나 전반적으로 보면 저조함을 알 수 있다. 1988년 농어촌지역의료보험에서도 보험료징수율이 저조한 실정이다.(당월징수실적기준으로 1월 45%, 2월 35.3%)<sup>8)</sup>

<표 4> 지역의료보험의 연도별 보험료 징수율<sup>1)</sup> (단위: %)

년 도	총 원	목 구	군 위	강 화	보 은	목 포	평 균
1981	58.3	51.9	78.6	-	-	-	60.1
1982	86.3	69.4	94.8	97.7	79.9	61.0	75.6
1983	91.3	82.0	93.5	90.9	87.3	67.0	80.7
1984	91.3	104.6	93.9	85.4	89.1	70.5	84.7
1985	84.3	93.1	96.9	92.3	99.6	68.4	84.9

주: 1) 동년도 징수실적/동년도부과 실적

자료: 한달선등, 전계서, p.95

## 2. 의료보험재정의 수단적 가치와 관련된 문제점

### 1) 보험재정적자 문제

의료보험의 보험재정은 그 목적적 가치를 실현할 수 있어야 될 뿐만아니라 그 수단적 가치인 재정수지의 균형도 이루어야 된다고 했다.

그런데 우리나라 지역의료보험의 경우 1981년 시범사업이후 지금까지 재정수지의 불균형 즉 보험재정의 적자현상이 지속되고 있다.

보험급여의 적정수준이 유지되는 상태에서 급여비의 증가율이 높아지고 있는 반면에 보험료는 낮게 책정된 상태에서 그 징수율마저 저조하다면 보험재정의

7) 최근 경제기획원의 농어촌지역실태조사에서 농민들은 9급공무원이 납부하는 보험료수준(월4,700원)으로 해줄것을 희망하고 있다.

8) 의료보험연합회 내부자료.

와서 보험료의 징수율이 꽤 높아지고 있으나, 반면에 급여비의 증가율이 더 높아지고 있어서 재정의 불안요소가 계속 잔존하고 있다.<sup>9)</sup>

〈표5〉

지역의료보험의 보험재정적자 현황

(단위 : 백만원)

구 분	82	83	84	85	86
계	△825	△2,035	△2,370	△1,473	△28
5 개 군	△627	△1,187	△1,368	△720	199
목 포	△198	△848	△1,002	△753	△227

자료 : 의료보험연합회, 지역의료보험제도개요 및 현안문제, 1988.2, p8.

시범사업에서 나타난 재정적자의 요인을 분석한 결과를 보면 ①사업초기에 보험료의 수준을 지나치게 낮게 책정한 점, ②보험급여비의 지출이 크게 증대한 점, 즉 보험료 수입의 증가에도 불구하고 급여비 지출의 증가가 더 빠른 속도로 진행된 점, ③당초 계획에 비하여 보건기관의 이용율이 지나치게 저조한 점, ④보험료의 부담능력이 부족한 계층의 국민이 포함되어 있는 점등이 지적되고 있다.<sup>10)</sup> 이 재정적자 요인은 앞으로 지역의료보험의 확대 과정에서도 계속 될수 있는 것들이다. 지역의료보험자의 부담능력이 부족하여 보험료를 지나치게 높게 부과할 수 없는 상황에서 보험급여비의 증가속도가 보험료의 증가속도를 앞지를 수 있기 때문이다.

1988년 농어촌 의료보험의 확대를 계획하는 단계에서 정부내에서도 보험재정의 전망에 대하여는 견해가 엇갈려 있었다. 조합별 재정자치의 원칙에 따라 조합의 재정자립이 가능하다고 전망하는 측에서는 ①보건기관이용율을 60% 이상으로 높이고, ②보험급여의 수준을 축소조정하며, ③보험료를 수지균형에 맞게끔 인상 조정하므로써 지역의료보험을 확대할 수 있다고 주장하였고, 그 반대측에서는 보험료 인상과 징수의 어려움, 보건기관 이용율의 전망, 보험수가 현실화 요인, 수진율과 건당 진료비의 상승 전망등 모든 요소가 예상을 빚나갈 것으로 보고 보험재정이 수지균형을 이루면서 지역의료보험을 확대하는 것은 어렵다고 전망하

9) 이규식등, 전제서, p.73

10) 보건사회부, 지역의료보험시범사업 중간평가(1981~1985), 1986.7, pp.12-13.  
이규식, 전제서, p.74.

보험재정에 대한 이와같은 견해차이는 결국 현행 조합방식에 따라 의료보험을 확대해 나갈 경우 보험재정의 적자가 불가피할것으로 판단하고 정부재정으로 그 적자를 보전하는 정책을 결정함으로써 그 절말이 난 셈이다.

### 3. 정부재정지원 문제

보험재정에 있어서 정부의 재정지원이란 일반적으로 보면 사회보장에 대한 국가책임에 그 근거를 두고 있으며, 우리나라 의료보험법에서도 「의료보험사업의 운영」에 필요한 비용의 일부를 국고에서 부담할 수 있다는 근거를 두고 있다. 그러나 이제까지 정부재정지원은 의료보험의 관리운영비지원에만 국한하고 보험급여비와 보험료에 대한 국고부담은 일체 하지 않는 것이 정부의 방침이었다. 1988년 농어촌 지역의료보험의 확대과정에서 이 방침을 수정한 것이다.

지역의료보험의 재정적자를 해결하기 위한 정부재정 지원은 시범사업의 초기부터 이미 시작된 것이었다. 즉 1982년에 벌써 보험재정의 적자의 폭이 커지면서 정부에서는 전체 재정지출의 5.1%~21.5%나 되는 대여금을 각 조합에 제공하였으며, 정부재정 대여금은 그 이후에도 계속되었다. 그러나 1988년 농어촌 지역의료보험에서는 대여금 제도가 보험료 일부부담제도로 전환되어 정부의 재정지원이 본격화된 셈이다.

이 정부재정 지원은 명목상으로는 저소득층에 대한 보험료 일부 부담으로 되어 있으나 실제에 있어서는 세대당 450원, 피보험자 1인당 300원을 기준으로하여 모든 가구에 균등하게 지원되고 있다.(1988년 1월 현재 세대당 월평균 1,650원), 세대당 균등지원 방법은 저소득층에 대한 보험료 지원이란 방침과 상치되며 불필요한 고소득층에 대해서도 정부재정지원을 함으로써 자원조달의 형평성 원칙에도 어긋나는 것이다. 한편 이와같은 정부재정 지원은 형식상으로는 보험료에 대한 국고부담의 성격을 띠는 것이지만 실제에 있어서는 보험급여비를 지원하는 결과를 가져오게 된다. 따라서 보험급여비의 증가정도에 따라 정부재정지원이 계속 늘어나게 되는 문제점을 지니고 있다. 지역의료보험 대상자의 보험료 부담능력에 한계가 있고 보험급여비가 지속적으로 늘게되면 정부재정지원의 규모도 불가피하게 크게

11) 경제기획원, 지역의료보험문제검토, 1986.3.25, pp.4~5.

것으로 전망된다.

#### IV. 지역의료보험 재정대책의 대안

지역의료보험의 보험재정에서 나타나고 있는 이러한 문제점을 해결하고 그 목적적 가치와 수단적 가치를 함께 달성할 수 있는 보험재정대책의 한가지 대안이 거시적 관점에서 우리나라 의료보험 조직을 통합하는 방안이다. 의료보험의 통합 방안이란 보험의 조직범위를 현재 제도와 같이 지역별, 사업장별, 직역별 조합으로 구분하지 않고, 전체 국가사회 단위 또는 대단위 생활권역별로 모든 피보험대상자를 하나의 조직으로 묶어 그 안에서 보험재정을 통합하여 운영하는 방식이다.

이 의료보험 통합방식은 보험재정이 추구하는 목적가치를 보다 더 잘 실현할 수 있다. 현행 조합방식의 제도 아래서는 보험급여의 적정성 원리나 형평성 원리가 그 조합내부에서만 실현되고 있다.

이에 비하여 통합방식은 보험급여의 적정성 또는 형평성 원리 실현의 범위를 국가사회 또는 대단위 생활권으로 확대함으로써 모든 국민의 의료니-드를 적정한 수준까지 골고루 해결하는 의료보험제도의 목적적 가치를 보다 더 잘 살릴 수 있는 것이다.

또, 재원조달면에서도 위험분산의 범위가 같은 방식으로 크게 확대되어 국가사회단위의 형평성이 극대화되면 따라서 소득 재분배의 기능도 훨씬 더 효과적으로 수행될 수 있는 것이다.

보험재정의 수단적 가치인 재정수지의 균형면에 있어서도 통합방식은 그 조직 내부의 보험재정기능을 통하여 수입과 지출의 균형을 이루게 함으로써 정부재정의 개입없이 보험재정의 안정을 바라볼 수 있다.

또한, 통합방식은 관리운영비를 절감시켜서 보험재정의 안정에 기여할 수도 있는 것이다.