

農漁村 地域醫療保險의 批判的 考察

元 爽 朝*

I. 머리말

1988년 2월 28일 오전 11시 괴산, 역말다리앞 광장에서 1,500여 이 지역 농민들이 모여 부당 의료보험 시정결의 대회를 개최하였다. 이 대회에서 농민들은 의료보험제도가 개선될 때까지 의료보험료를 내지 않고 이를 위해 서명운동, 지역공청회 개최, 보건사회부 등 정부기관에 대한 청원, 지역 국회의원에 대한 편지쓰기 및 전화하기 등의 행동을 취할 것을 결의하였으며 그전에 이미 활동조직인 부당 의료보험 시정대책위원회를 구성한 바 있다. 그리고 대회후 대책위는 3,000여명의 서명날인과 자진반납한 의료보험료 고지서 510매를 보사부장관에게 보냈다고 한다.¹⁾

그 밖에도 영동, 포천, 함평, 김제, 부안, 무안, 완주 등의 농촌지역에서는 개인 또는 마을단위로 의료보험증을 반납한다든지, 보험료 납부를 거부한다든지, 보험료부과의 형평에 불만을 나타낸다든지, 아예 도시지역으로 주민등록을 옮긴다든지, 1-2-3차로 나뉘어진 진료권설정에 따른 의료기관 이용의 제한에 반발한다든지, 영세농의 의료보호 확대를 요구한다든지 하는 의료보험의 문제점을 제기하고 나섰다. 시위도 불사하였다.

전국농민협회, 가톨릭농민회, 기독교농민회총연합회, 가톨릭여성농민회, YMCA 농촌부 등 재야농민단체에서는 이러한 의료보험에 대한 농어민의 반발과 불만에

* 圓光大 社會福祉學科 助教授

** 이 글은 한국사회복지학회와 한국정신문화연구원이 공동개최한 「현대사회복지의 제문제」 학술연찬회(1988.4.9)에서 발표한 내용을 수정·보완한 것이다.

1) 「부당의료보험소식」, 제2호, 괴산 농축산물생산자협의회 부당의료보험시정 대책위원회, 1988. 월일 미상

내용은 한결같이 과중한 보험료부담과 비능률적이고 권위주의적인 조합주의방식 관리운영체계를 비판한 것이었다.²⁾

4월 16일 가톨릭여성농민회, 전국농민협회, 가톨릭농민회, 기독교농민회 총연합회, 건강사회실현약사협의회, 교회빈민의료 협의회, 농어촌 사회연구소, 기독교청년 의료인회, 천주교 도시빈민회 등 재야단체들이 공동으로 “올바른 농어촌 의료보험제도의 쟁취를 위하여”라는 부제하에 “농어민 건강권 확보를 위한 대토론회”를 서울 종로성당 강당에서 개최하여 보험료의 과중 부담, 보험료 산정기준의 비합리성, 진료권 설정의 비형평성, 조합주의방식의 정치성과 비능률 등의 문제점을 성토했으며 의료보험조합의 해체와 전국적 통합관리운영체계화를 요구하였다.³⁾ 토론회가 끝난 다음 농민대표들은 민정당사를 향하여 가두시위행진을 벌였으며 도중에 경찰에 의해 강제 해산되었다.⁴⁾

알려진 대로 1986년 9월 정부가 확정·발표한 제 6차 경제사회발전 5개년계획⁵⁾과 작년 노태우 민정당 대통령후보의 선거공약에 따라 올 1월 1일부터 농어촌 지역 주민에게 의료보험이 확대·적용되었다. 아울러 보사부는 실무차원에서 1989년 도시 지역주민의 의료보험 적용을 위한 준비를 대충 마무리 지은 바 있다.

그런데 지역의료보험에 대한 농어민의 반발이 거세지자 정부와 민정당은 농어촌지역 의료보험료의 정부부담율을 현행 35.1%에서 50%로 상향조정하고 도시 지역으로의 확대시 예상되는 정부부담의 과중을 이유로 도시지역 의료보험의 실시시기를 1년 연기할 것을 검토하기 시작했으며,⁶⁾ 의료보험조합을 1990년에 단일화할 것도 고려하고 있다.⁷⁾ 그리고 의료보험 관리운영체계의 통합화뿐만 아니라 의약분업, 의료전달체계, 한방의료보험 등 현안이 되어 있는 이슈들을 전면적으로 재검토하기 위해 보사부장관 직속자문기관으로 “국민의료정책심의위원회”를 두기로 했다.⁸⁾

2) 유인물의 제호나 그 구체적인 내용은 본문에서 언급될 것이다.

3) 「농어민 건강권 확보를 위한 대토론회 자료집」, 가톨릭 농민회의, 1988.4.16.

4) 이는 필자가 직접 목격한 것이다.

5) 경제기획원, 「제6차 경제사회발전 5개년 계획(1987~1991) 의료보장부문」, 1986.9.

6) 「동아일보」, 1988.4.3.

7) 「한국일보」, 1988.4.2.

8) 「동아일보」, 1988.5.1.

물구하고 농어민들이 이를 거부하는지 다소 의아해 할 수도 있다. 현재의 농어촌 의료보험제도의 구체적인 내용과 의료보험의 그간의 변화과정을 잘 모르는 경우 더욱 그러할 것이다.⁹⁾

이 글은 제한된 지면이지만 우리나라 농어촌 지역의료보험의 내용과 그 문제점 그리고 이에 대한 농어민의 입장을 분석하는 데 목적이 있다. 아울러 그 대안을 필자 나름대로 제시해 보고자 한다. 이런 점에서 이 글은 이론적이 될 수 없으며 농어민의 생생한 현장목소리를 정리하여 전달하는 데 초점이 두어질 수 밖에 없다.

II. 農漁村 地域 醫療保險의 概視

박정희 유신정부는 1970년대의 괄목할 만한 경제성장을 발판으로 우선 대기업체 피용자를 대상으로 한 의료보험을 1977년 도입·시행하였다. 이에 따라 일부 풍요한 선진국의 점유물로만 생각되던 사회보장이나 복지국가 등이 본격적으로 논의되기 시작했다. 하지만 제도의 정착시간도 갖기 전인 1980년대에 접어들어 돌발적으로 정권이 바뀌고 정치적 혼란의 영향을 받아 우리 경제는 휘청이기 시작했으며, 경제정책의 기조가 성장에서 안정으로 전환되었다. 따라서 어쩔 수 없이 과도한 재정지출을 수반하는 사회보장의 확대에 주춤하지 않을 수 없었다. 전두환 정부는 의료보험의 전 국민 확대적용의 여론에 따라 자영자와 농어민을 위한 지역 의료보험의 시범사업을 1981년부터 실시하였으나 경제여건의 악화로 전국민확대는 커녕 시범지역의 확대도 엄두를 내지 못했다.¹⁰⁾

그러다가 1980년중반 이후 수출경제의 호전에 힘입어 경제성장이 회복되고 후자경제 시대가 도래했으며, 정부는 여력을 복지부문에 투입하려는 의지를 보이기 시작했다. 해서 제 6차 경제사회발전 5개년계획에 국민연금의 실시, 의료보험의 전국민 확대, 최저임금제의 도입, 사회복지서비스의 질적 향상 등 의무적인 사회

9) 이와 관련해서 신문기자들도 의료보험에 대해 어느 정도 알고 있는지 의심스럽다. 예컨대 「동아일보」 1988년 4월3일자 신문에 도시지역 의료보험을 도시영세민 의료보험이라고 표현했고, 영세민이나 빈민을 위한 의료보장제도는 의료보호 및 부조제도이며, 도시지역의료보험은 도시빈민과 피용자 및 공직자를 제외한 도시 자영자(법적으로는 도시 지역주민)를 대상으로 하는 사회보험이다.

10) 元爽朝, 「醫療保險의 地域單位統合模型에 대한 批判」, 「社會福祉論議」, 創刊號 1986, p.54.

후보는 의료보험의 전국민확대를 선거공약으로 제시했으며, 드디어 1988년 1월 1일부터 우리나라 의료보험제도의 최대의 현안이었던 농어촌 지역 의료보험이 시행되었다.

농어촌 지역의 의료보험은 현재 204만 4천 가구, 826만명의 농어촌 지역주민을 대상으로 하고 있고,¹¹⁾ 농어촌에 거주하더라도 피용자 및 공직자 의료보험의 피양자인 경우와 의료보호 및 부조의 대상자는 제외되어 있다. 이 제도의 시행을 위해 보사부는 1987년 보사부차관을 장으로 한 의료보험확대 추진본부를 두었고 실무적인 준비를 위해 실무작업반, 도추진반, 군실무반을 설치한 바 있다.¹²⁾

보험급여는 요양급여, 분만급여 및 부가급여로 피용자나 공직자 의료보험의 그것과 동일하다. 진료비 지불방법이나 진료비 본인부담율도 마찬가지이다. 차이가 나는 것은 보험료 부과방식과 보험료의 수준 그리고 국가부담율이다. 피용자 의료보험 및 공직자 의료보험은 제도의 시행초기에는 관리운영비를 국가가 부담하였으나, 현재는 없다. 농어촌 지역의료보험의 경우 정책적 차원에서 정부는 관리운영비의 전액과 보험료의 일부를 합쳐 전체 재정의 35%를 지원하고 있다. 보험료는 공직자의 경우 봉급(표준보수월급)의 4.6%(2.3%는 본인부담, 나머지 2.3%는 사용자 부담, 공무원의 경우 정부부담)를 내며, 피용자의 경우는 조합에 따라 봉급의 3-8%(절반은 사용자 부담)의 범위내에서 내고 있다. 반면에 농어민은 소득, 재산, 가족수에 따라 15개의 등급으로 나누어진 보험료를 내고 있다.(최저 3,000원 최고 30,000원 전액 본인 부담) 바로 이러한 제도적 차이점이 의료보험에 대한 농어민의 반발의 근원이며, 자세한 내용은 장을 바꾸어 언급될 것이다.

한편, 농어촌 지역의료보험은 6개 시범사업이나 피용자 의료보험과 같이 보험자가 의료보험조합이다. 즉 군단위로 조합을 두고 여기서 의료보험업무를 관장하며, 각 조합은 독립적으로 보험제정을 관리하고 있다. 좀 더 쉽게 말해서 조합 별로 관내 주민들로부터 보험료를 징수하고, 진료비를 의료기관의 자체 재정으로부터 지불하고 있다는 것이다. 이를 우리나라에서는 조합주의방식의 관리운영체계라고 일컫고 있다. 이에 대한 반론은 소위 통합주의라는 것이다. 통합주의는 한마디로

11) 印敬錫, “'88년 醫療保險施策方向”, 「社會福祉新聞」, 1988.5.1.

12) 保社部, 「農·漁村 醫療保險 擴大 計劃」, 1987.5.

청와대로부터 탄압을 받기까지 하였다. 우여곡절 끝에¹³⁾ 보사부는 민정당과의 당협의를 거쳐 1987년 5월 21일 조합주의를 골자로 한 농촌 의료보험 확대계획을 발표하기에 이르렀다.¹⁴⁾ 이 부분도 장을 바꾸어 검토될 것이다.

III. 保險料에 관련된 問題點과 農民의 要求

현재 지역의료보험의 보험료는 가구 당 재산, 소득 및 가족수에 따라 15등급으로 부과되고 있다. 이는 기본비례 보험료와 소득비례 보험료를 합산하여 산정되는 데, 기본비례 보험료는 가구당 정액+피보험대상자당 정액×가족수로 산출되고, 소득비례 보험료는 농지소득, 종합소득, 재산, 기타 자산을 고려하여 산출된다. 이 같은 보험료 부과방식은 제 2차 지역의료보험 시범사업의 그것을 거의 그대로 답습한 것이다.¹⁵⁾

그런데 이러한 방식은 사회보험의 기본정신에 비추어 볼 때 상당한 문제점을 지니고 있다. 먼저 보험료 부과에 있어서 가족수를 고려한다는 것부터 문제이다. 사회보험의 수평적 재분배 원리에 의하면, 보험료부과에 가족수를 감안하지 않음으로써 사회적 위험(Social risks)의 발생 확율이 높고 생활비 부담이 상대적으로 큰 대가족이 소가족에 비해 유리하도록 되어 있다. 이는 동일한 소득계층내에서

-
- 13) 통합주의의 자세한 내용은 金泳謀·元爽朝 “國民醫療皆保險化의 合理的 方案”, 「社會政策研究」, 第2輯, 1982.12. 第4章에 수록되어 있으며, 이는 통합주의주장에 대한 최초의 본격적인 논문이다.
 14) 이 과정과 양방식의 장단점 주장은 吳根植 “韓國醫療保險의 管理運營方案에 관한 研究”, 「韓國社會福祉」, 제1집, 1986. pp.33~50에 자세히 밝혀져 있다.
 15) 保社部 上揭資料 참조.
 16) 車興奉, “地域醫療保險의 保險財政對策”, 「現代社會福祉의 法問題」, 韓國精神文化研究院, 韓國社會福祉學會, 1988.4.9. p.67
 17) 金泳謀·元爽朝, 上揭書, p.65.
 18) 韓達鮮교수는 “가족수는 수익자부담원칙에 의한 보험료 부과기준으로 생각할 수 있다. 수익자 부담원칙이 보험료부과에 적용될 수 있는 여지는 의료보험급여중 外部性이 전혀 없거나 약한 서비스가 적지 않게 포함되어 있다는 점에 있다. 이러한 시점에서 가족수도 부과기준으로 타당하다고 볼 수 있다”고 하고 있으나, 이는 사회보장의 기본정신을 망각한 견해라고 밖에 볼 수 없다. 수익자 부담원칙은 사회정책의 이념에 근본적으로 상치된다는 사실을 상기해주시기 바란다. 韓達鮮, “地域保險의 保險料賦課方法”, 「의료보험」, 1988.1.1. p.9.

그러므로 시급성 같은 시급의도모임의 가족수 자동 부과방식은 이에 위배된다.¹⁹⁾

이에 대해 농민들은 “직장의보, 공교의보는 피보험자 1인의 소득에 기준해서 부과하고 있으나 농민에게는 피부양자인 가족수대로 돈을 받는 것은 형평의 원칙에 어긋나며... 아픈 사람은 누구나 치료받을 수 있다는 사회보장의 의미보다 돈을 지불할 능력이 있는 자만이 치료받는 개인 보험의 의미밖에 없으니 마땅히 철폐되어야 한다”고 주장하고 있다.²⁰⁾

그리고 피용자나 공직자의 경우 보험료 산정에 전혀 고려하지 않는 재산을 유독 농어민의 보험료 산정에는 포함시키는 것도 형평에 맞지 않는다. 혹자는 개인의 경제력을 나타내는 지표가 소득이외에도 재산, 미실현 자본소득, 소비지출 등이 있으며, 실제로 세제에 의한 소득분배의 조정시 소득세를 중심으로 하면서 재산세 등에 의하여 보완되고 있다는 점을 감안하면 보험료 산정에 재산을 포함시키는 것은 그 타당성을 인정할 수 있다고 한다.²¹⁾ 그러나 이의 타당성을 그야말로 인정키 위해서는 모든 피용자와 공직자의 재산도 보험료 산정에 포함시켜야만 할 것이다.

그런데 이보다 더 근본적인 문제점은 농가소득에 있다. 현재 원칙적으로 보험료의 40%가 농가소득에 의해 결정된다. 하지만 농가소득이라는 것이 제대로 파악되기도 힘들뿐만 아니라 피용자 소득과 비교하여 그 형평을 이루기가 매우 힘들다. 1987년도 농가소득은 정부의 공식통계에 의하면 호당 연평균 약 600만원이다. 이 속에는 이전수입, 대 동식물증식, 재고 농산물 증가분까지 포함되어 있다. 이전수입이란 가족의 송금과 같은 송금보조와 사교상 받은 선물, 결혼·생일잔치 등의 피증, 축의, 조의, 생계보조 등 타인으로부터의 보조와 같은 피증보조를 말한다. 이러한 것들은 피용자의 경우 소득에 포함되지 않고 있다. 또한 대 동식물증식은 동물의 증체분과 가격상승분을 뜻하므로 아직 소득으로 실현된 것이 아니다. 재고농산물의 경우도 마찬가지이다.

농업소득은 엄격히 말해서 현금화된 것을 의미하여 이전수입은 통상적인 소득에는 포함시키지 않는다. 그러므로 이 세 항목은 당연히 보험료 부과기준으로서의 소득에서 배제되어야만 한다. 이점을 고려하여 조정하면 1987년도 농가소득은 연

19) 「농민신문」, 전국 농민협회 제11호, 1988.2.1.

20) 韓達鮮교수의 견해이다. 韓達鮮, 前掲書, p.9.

농가소득 현황(1987년)

〈표1〉

'86농림 수산통계 연보	'86농가 경제 조사	경지규모	농가소득 (A)	이전수입 (B)	대 동물· 대 식물 증식(C)	재고농산물 증가 (D)	실질농가 소득(A- (B+C+D))
28.8	17.2	0.5ha미만	4,348,287	1,124,961	292,854	-13,475	2,943,947
34.8	28.9	0.5~1.0	5,232,535	1,069,245	494,942	108,840	3,559,508
20.2	25.8	1.0~1.5	5,832,627	1,114,720	666,771	238,134	3,813,002
8.4	14.8	1.5~2.0	7,081,991	1,147,199	655,355	256,764	5,022,673
5.8	10.3	2.0ha 이상	9,232,009	1,075,689	1,019,211	469,114	6,668,533
100.0%	100.0%	평균	5,995,009	1,109,169	589,577	158,374	4,137,889

자료 : 한국농어촌사회연구소

뿐만 아니라 농업지출(비료대, 농약대 등)과 감가상각비와 같은 농업경영비가 농가소득의 3할이상을 차지하고 있는 사실에도 주목해야 한다.²¹⁾ 이 경우 농가소득은 기업의 총 매출액에 대응되며 피용자 소득에 맞추려면 이를 제외한 순수 소득을 보험료 부과기준으로 삼아야 한다. 또한 농촌경제연구원 鄭明采 박사는 생산요소인 농지와 노동력인 가족에 대해 보험료를 부과한 뒤 이로부터 나오는 농지소득에 대해 또 보험료를 부과하는 것은 2중부과란 지적을 했는데, 상당히 설득력 있는 견해라고 생각된다.²²⁾

그래서 농민들은 “봉급생활자는 월급 40만원에 월 1만원을 떼는데 농민에게는 평균 1만 5천원이상을 떼다니, 농민의 월소득이 40만원이 넘는다는 것인가?”라고 반문하고 있으며, “차라리 매달 쇠고기, 돼지고기로 몸보신을 하는 편이 나을 것이다”라고 탄식하고 있다.²³⁾ 또한 “전체 평균 만원이상이나 되는 보험료를 매월 납부하는 것은 호당 400여만원의 빚더미 속에서 농업소득의 가계비 충족도가 73.6%('86년말)밖에 안되는 형편으로 도저히 감당할 수 없다”고 강력히 항변하고 있다.²⁴⁾

한편, 정부는 최근 국고 지원율을 50%로 올릴 방침을 세웠다. 그러나 관리운영비를 제외하면 급여비의 39.6%에 불과하다고 한다.²⁵⁾ 이 정도의 지원으로 보험

21) 농림수산부, 「농림수산통계연보」, 1987.

22) 한국정신문화연구원과 한국사회복지학회의 上揭 공동연관회에서 정명채 연구원이 지적한 것이다.

23) 「농민신문」, 기독교농민회, 1988.2.5.

24) 「농민의 소리」, 가톨릭농민회, 1988.1.27.

25) 이광찬, “농어민 건강권 확보를 위한 올바른 의료보장제도” 「농어민 건강권 확보를 위한 대토론회 자료집」, p.25.

농어민의 과중한 보험료 부담은 필연적으로 저조한 보험료 징수율을 가져왔다. 전북도의 경우 도내 13개 의료보험조합의 2월분 평균 징수율이 45.3%에 불과했으며, 이는 1월분 보다 오히려 23.4%나 떨어진 것이라고 한다. 1981년부터 시범 사업을 해 온 옥구군의 경우만 징수율이 90% 이상이었으며, 완주군의 경우는 25.5%에 불과했다.²⁶⁾

시범사업의 경험을 보면 시행초기인 1981년 보험료 징수율이 60.3%에서 점차 호전되어 1986년에는 그것이 5개군 평균 99.2%, 목포 79.4%, 전체 평균 93.2%로 증가한 바 있다. (表 II-2 참조) 이를 근거로 앞으로 농어민 의료보험의 보험료 징수율도 차차 높아질 것이라고 낙관할 수도 있다. 그러나 이는 오산이다. 시범사업의 주민들은 다른 시군의 주민에 비해 선택받았다고 생각했으며, 반발이 전혀 없었던 것은 아니지만(주로 보험료 부과의 형평에 관한 민원이었다.) 지금과 같이 강력하지는 않았다.

6개 시범지역 연도별 보험료 징수율

(표2)

(단위: %)

구분	1981	1982	1983	1984	1985	1986
평균	60.3	77.9	82.0	86.0	88.4	93.2
5개군	60.3	84.3	90.1	95.0	96.7	99.2
목포	-	61.1	68.6	69.0	69.7	79.4

6개 시범지역 의료보장 적용 현황

(표3)

(단위: %)

지역	지역 보험			공단 및 직장			의료보호 및 부조		
	1984	1985	1986	1984	1985	1986	1984	1985	1986
합계	62.9	60.7	55.3	21.4	21.7	22.6	10.8	10.9	16.3
홍천	69.5	68.5	60.7	21.0	21.3	23.5	7.9	9.2	13.7
옥구	53.8	53.9	49.1	30.9	30.8	29.9	13.0	12.7	20.6
군위	72.8	69.0	32.6	15.1	18.0	7.5	10.2	10.8	8.9
강화	84.1	84.5	79.8	9.0	7.8	11.6	4.7	5.1	5.7
보은	77.0	72.5	69.8	11.2	13.7	13.7	11.2	10.1	15.1
목포	49.1	46.0	40.1	26.6	26.4	27.3	13.5	13.3	19.5

그리고 시범사업에서는 의료보호 및 부조 혜택을 전국 평균보다 많이 받게 함

26) 「동아일보」, 1988.3.10.

II-3)에서 보듯이 6개지역 의료보호·부조 인구는 평균 16.29%나 되고 있으며, 이는 전국 평균 10.5%를²⁷⁾ 훨씬 상회하고 있다. 특히 옥군이나 목포시는 무려 20%에 달하고 있다.

그런데 여기서 지적치 않을 수 없는 것은 의료보험을 계획하는 데 있어서 정부는 비공식부문(Informal Sector)을 전혀 고려하지 않았다는 사실이다. 비공식부문의 종사자는 국가의 공식적인 경제활동에 잡히지 않으면서도 일정한 노동소득을 갖는 자들이다. 그러므로 이들의 소득은 정확히 파악될 수 없으며 일부는 봉급생활자에 비해 높은 소득을 올리지만(예, 비합법적인 경제활동을 하는 경우) 대부분은 영세한 행상이나 날품팔이들이다.²⁸⁾ 그럼에도 불구하고 경기도 고양군 의료보험조합에서는 이들에게 기타 소득할 보험료를 부과하여, 가구당 기본보험료를 1,100에서 1,300원으로, 가족당 보험료를 700원에서 1,000원으로, 기타 소득할도 1,000원씩 일괄 올려서 결정했다고 한다. 이렇게 해서 기본보험료를 현재보다 61% 많은 6,300원으로 조정했다는 것이다. 이에 대해 농민들은 “의료보험조합이라는 것이 그날 벌어 그날 살아가는 영세민에게 대해서까지 월소득 44만원을 벌어들이는 직장인 수준의 보험료를 부과하는 것을 보면 남의 건강 생각해주는 척하면서 돈만 뜯어가는 날강도임이 분명”하다고 비난하고 있다.²⁹⁾

그리고 보험료라는 용어도 냉정하게 재고할 필요가 있다. 보험료의 개념은 사보험적이다. 말하자면 사보험에서 보험료를 영어로 Premium이라고 한다. Premium은 우발적으로 생겨날 수 있는 이익을 예상해서 지출하는 돈의 의미를 지닌다. 그러므로 사회보험의 보험료는 영어로 Contribution이라고 한다. 즉 기여금이란 뜻이다.³⁰⁾ 기여금이란 말 그대로 자기보다는 전체공동체를 위해 지불하는 돈의 의미를 갖고 있다.

27) 보사부, 「보건사회통계연보」, 1987.

28) 元爽朝, “都市非公式部門과 社會保障”, 「한국사회복지연구」, 1988(근간) 참조.

29) 「농민신문」, 1988.2.1.

30) 이광찬, 前掲稿, p.21.



[그림출처] 「농어민 건강권 확보를 위한 대토론회 자료집」, 1988.4.16

IV. 組合主義에 대한 農民의 批判

의료보험의 관리운영방식에 대한 논의, 즉 조합주의나 통합주의나 하는 논쟁은 제도시행의 과정과 의료보험의 전 국민 확대를 앞두고 상당히 첨예하게 노정된 바 있다. 이 과정에서 처음에는 통합주의를 주장하다가 대세가 조합주의로 기울자 소신을 굽혀 조합주의를 옹호한 자들도 나타났고, 보사부와 청와대는 시종일관 조합주의를 지지하면서 통합주의자들을 불온시하기까지 했다. 서로 주장하는 양 방식의 장점을 요약하면, 조합주의는 내 조합 알뜰 재정의 정신을 살려 보험재정 누수를 막을 수 있고 조합자율주의를 견지할 수 있다는 것이며, 통합주의는 행정을 일원화하고 재정을 통합함으로써 관리운영을 능률화하고 소득재분배 및 위험분산의 효과를 극대화할 수 있다는 것이다.³¹⁾ 나는 1980년대 초 의료보험논쟁이 일 때부터 통합주의를 주장해 왔지만 아직도 조합주의의 장점을 잘 이해하지 못하고 있다. 다시 말해서 내조합 알뜰 재정이니, 자율주의니 하는 용어들이 사회보험과 도대체 어떠한 유관 적합성을 갖는 지를 알 수가 없다는 것이다. 안타까운 것은 이 글의

31) 자세한 내용은 吳根植, 前掲書, 참조 그리고 지역의료보험의 조합주의에 대한 통합주의의 비판은 元爽朝, 「地域醫療保險의 組合主義的 擴大方法에 대한 批判」, 「韓國社會福祉 무엇이 문제인가? II」, 中央大 社會開發大學院 第2回 社會福祉 세미나, 1986.11.22., pp.3~12 참조

의료자원의 확대를 지적했는데, 의료자원의 부족과 도농간 편포는 통합주의만의 문제가 아니라 조합주의에 있어서도 마찬가지의 문제인 것이다. 관리운영체계를 둘러싼 논쟁이 일 때부터 이러한 문제가 지적되었는데 아직도 이 같은 논리를 주장하는 것은 딱하지 않을 수 없다.³²⁾ 그리고 같은 장소에서 한 토론자는 앞으로 정부는 지방자치를 지향하는데 이러한 추세에 통합주의는 역행하는 것 아닌가하는 반론을 제기하였다. 이 역시 딱한 발상이라고 하지 않을 수 없다. 대체로 대부분의 국가에서는 노인복지, 아동복지, 장애인복지 등 사회복지서비스(Personal Social Service)는 사업자체의 탄력성과 재량권을 고려하여 지방정부에 맡기되 사회보험은 제도의 전국적인 통일을 기하고 소득재분배의 원활화를 위해 중앙정부가 담당하는 것이 통례이다. 지자체가 되면 사회복지서비스의 발전을 위해 지방정부에 보다 많은 재량권과 재정을 주는 것은 바람직하다.³³⁾ 그러나 사회보험의 경우 제도의 성격상 그것은 불가능하다. 예컨대 시·군별로 사회보험의 급여나 기여에 차이를 둘 수는 없는 것이다.

한편, 농민들은 조합주의를 근본적으로 불신하고 있다. 현행 조합주의식 의료보험은 “도시와 농촌 간의 의료시설, 의료인 등 의료혜택의 질적 향상을 막고 저소득층을 더욱 가난하게 만드는 제도”라고 여기고 있으며,³⁴⁾ “껍데기는 의료보험, 알맹이는 의료 수탈, 겉으로는 농민보호, 속으로는 농민착취, 생색은 정부가, 부담은 농민이, 마을마다 의료보험, 집집마다 부채증가”라고 외치고 있고³⁵⁾, “정부는 모든 것을 조합에 책임을 전가시키기 위해 군단위 조합방식을 채택한 것으로 고발하지 않을 수 없다”고 하고 있으며,³⁶⁾ “국가가 저소득층의 생활복지를 위해 강제적으로 실시하는 사회보장제도로서의 의료보험은 잘 사는 사람이 조금 더 내고 못 사는 사람이 적게 부담하여 잘 사는 사람이 못 사는 사람을 도와 줄 수 있도록 통합주의방식을 사용해야 하는데 현재의 제도는 조합자율주의를 따르고 있어 간접세가

32) 이 용은 밝히지 않았지만, 정문연·복지학회의 上揭 연찬회에서 한 토론자가 이렇게 주장했다.
 33) 元奭朝, “地方自治制下の地域福祉 모델에 관한 研究”, 「社會政策研究」, 제9집, 1987.12., pp.172~201
 34) 「농어연회보」, 한국농어촌사회연구소, 1988.2.
 35) 「농어민의 힘」, 호외, 1988. 월일미상
 36) 「농민신문」, 전국농민협회, 1988.2.1.

상제노의 구실을 다할 수 없다”는 상당히 전문적인 주장도 펴고 있다.³⁷⁾

한편, 사회복지학을 연구하는 사람이면 누구나 “누구의 복지국가인가?”(Whose Welfare State)라는 Brian Abel-Smith의 논문을 기억할 것이다. 그 글에서 그는, 영국의 중산층은 “공적인 사회서비스에 있어서 사자의 몫을, 직업복지 특혜에 있어서 코끼리의 몫을 차지하며, 더우기 조세부담을 경감시키는 푸짐한 수당을 요구할 수 있기도 하다”고 하여 복지국가가 결코 빈민들에게 관대한 체제가 아니라는 점을 날카롭게 지적한 바 있다.³⁸⁾

이같은 반문은 우리나라의 농어촌 의료보험제도에도 그대로 제기할 수 있다. 조합주의방식의 의료보험제도하에서는 저소득정책, 각종 부채, 과중한 자녀교육비, 영농비 등에 시달리며 어려운 삶을 영위하는 농민들끼리 조합을 구성하게 된다. 이 방식의 의료보험은 농민의 표현을 빌면, “도시는 도시끼리 농촌은 농촌끼리 지역단위로 묶어서 실시되는 현행 조합방식의 의료보험은 있는 사람은 있는 사람끼리 조금 내고 혜택 많이 받고, 없는 사람은 없는 사람끼리 많이 내고 혜택 조금 받는 ‘가짜 의료보장’이라는 비난을 면키 어렵게 된다.”³⁹⁾

그리고 조합주의 방식의 의료보험에 대해서 조금이라도 아는 사람들에게는 공공연히 알려진 사실이지만, 의료보험조합 대표이사 자리를 둘러싼 잡음도 “누구의 의료보험인가?”라고 반문케 한다. 주요 일간지에 기사화되어 사회적으로 노출된 바에 의하면, 전국 139개 농어촌 의료보험조합의 대표이사중 비전문가인 민정당원이 39명(28%), 평통자문위원 또는 사회정화추진협의회장이 12명(8.6%), 공직자 출신 48명(34.5%), 지역유지 25명(17.9%)이고, 전문가는 5명(3.5%)에 불과하였다. 그리고 이미 실시하고 있던 피용자 의료보험조합의 경우도 대표이사의 40%가 영관급 이상의 군출신인 것으로 밝혀졌다.(서울의 경우 56%) 그러므로 신문기사가 같이 정부여당의 종속기관으로 전락했다거나, 총선에 이용당할 가능성이 크다거나 하는 비판을 받을 수 밖에 없다.⁴⁰⁾

37) 「농민의 소리」, 가톨릭농민회, 1988.1.27.

38) Brian Abel-Smith "Whose Welfare State", in Conviction, Norman MacKenzie (ed), London: MacGibbon and Kee, 1958, pp.55~56.

39) 「농민의 힘」, 호의, 1988, 월일미상.

40) 「동아일보」, 1988.3.8.

자리를 놓고 민정당에서는 지난 대통령 선거에서 공을 세운 사람을 밀고 정부쪽에서도 미는 사람이 있어 대표이사 자리의 30%나 되는 40여 자리를 못 정했을 정도"라든지,⁴¹⁾ 이 자리에 "선거에 공이 큰 민정당 지구당 간부를 많이 앉히려는 민정당과 고참 공무원을 내보내 인사승통을 트려는 지방행정기관 양측의 마찰"이 있다든지,⁴²⁾ 이 자리를 놓고 "각 군 마다 경쟁이 치열해 아직도 공석이 있는 데, 이것은 수많은 이권이 조합자체내에 있기 때문"이라든지,⁴³⁾ "농민들의 돈을 끌어다 현 정권에 충실히 아부하고 봉사했던 정상모리배들에게 자리를 만들어 주려는 간교한 농민수탈술책"이라는 아주 감정적이고 원색적인 비난을 면키 어렵다.⁴⁴⁾

결국 조합주의방식의 농어촌 의료보험은 결코 농민의 의료보험이 아니라 소수의 조합 대표이사들과 집권정당 그리고 정부를 위한 제도라고 농민들은 생각하고 있음을 알 수 있다.

그리고 "조합"이란 용어의 적합성도 재검토될 필요가 있다. 노동조합의 경우에서 보듯이 조합은 완전한 자율성을 갖추고 조합 구성원들의 다양한 이익을 대사회적으로 옹호하는 이익집단이다. 반면에 의료보험조합은 자율성도 미약할 뿐만 아니라 조합원들의 정책결정에의 참여도 거의 없으며, 의료보장이라는 한가지 기능만 수행한다.⁴⁵⁾ 그러므로 서구의 경우 이를 Union이라는 용어 대신 Fund(영어), Caisse(불어), Kasse(독어)라는 용어를 사용하고 있는데⁴⁶⁾ 모두 기금 또는 금고를 뜻한다.

V. 醫療供給의 問題點

우리나라의 의료전달체계는 의료보험제도를 실시함으로써 의료수요 부문은 어느정도 사회화를 이루었지만 의료 공급부문은 거의 자유방임 상태나 다름없다.⁴⁷⁾

41) 「농민신문」, 1988.2.1.

42) 「농어연회보」, 1988.2.

43) 「품앗이」, 제3호, 가톨릭여성농민회, 1988.1.30.

44) 「농민의 힘」, 호외

45) 농촌경제연구원 鄭明采연구원의 지적이다.

46) Barbara Rodgers et al., The Study of Social Policy : A Comparative Approach, London : Allen & Unwin, 1979. Part I ch3. 4참조

47) Ministry of Health and Social Affairs (ROK), Major Policies and Programmes in Health and Social Welfare Services, 1986, p.42.

이종출은 민간 의료 기관에 비하면 극히 미비한 편이다.

의료보험을 전국민으로 확대하는 데 있어서도 기존의 의료공급체계의 불균형은 가장 큰 장애요인으로 지적되었다.⁴⁸⁾ 특히 의료기관의 도시에의 심한 편재 현상은 국민의료 개보험화를 근본적으로 회의케 만들기도 했다. 쉽게 말해서 농어민들에게 의료보험증을 안겨 준다 하더라도 주위에 의료기관이 없다면 그림의 떡에 불과하다는 것이다.⁴⁹⁾

1986년말 현재 도시와 농촌의 인구비는 약 65 : 35인 데 비해 의료기관은 약 88 : 12로 심하게 도시에 편재해 있으며, 병상수의 경우도 마찬가지이다.⁵⁰⁾ 의료기관뿐만 아니라 의사들의 지역 편재현상도 심각하다. 1987년 인구 10만명당 의사수는 대도시가 75.14명, 농어촌은 23.03명이며, 전문의는 각각 43.64명, 12.29명, 일반의는 각각 31.49명, 11.73명이었다.⁵¹⁾

이런 현상에 대해 농민들은 “의사가 없는 읍·면이 970개, 약사가 없는 읍·면이 838개, 의사도 약사도 없는 읍·면이 750개로 이러한 의료혜택 불균형은 심각한 실정이라서 시급히 시정되어야 할 것”이라고 말하고 있다.⁵²⁾

이 뿐만 아니라 농민들은 1-2-3차로 나누어진 의료전달체계에 대해서도 심한 불만을 나타내고 있다. 의료자원의 도농간 불균형 상태에서 “1차, 2차, 3차의 진료기관을 구분한 것은 군내 보는 의원과 보건기관이 해당되는 1차 진료권의 불신이 높아가고 있어 양질의 의료가 요구되는 농민에게는 경제적인 이증부담이 될 수 있으며 진료단계에서도 2차진료 때는 1차 진료의 의뢰서가 필요하다는 것은 의료비의 이증부담과 양질의 진료가 어렵다는 문제점을 갖고 있다”고 비판하고 있다.⁵³⁾ 그리고 “같은 소득수준을 봐서 월 1,710원 내는 도시근로자는 개인의원에서부터 대학병원까지 아무 곳이나 갈 수 있는 반면 만원 내는 농민은 대학병원 한번 가려다 아픈 몸 굶아 터지게 생겼으니 가다가 죽겠네 하던 이웃 아주머니 말이 딱 맞는

48) 金泳禧·元奭朝 前掲書, p.54

49) 元奭朝, “韓國における保健システムの現象”, 日本 社會保障研究所, 「海外社會保障情報」, 第81號, 1987, p.15.

50) 보사부, 「보건사회통계연보」, 1987, p.106.

51) 이편수외, “우리나라 의료인력의 지역분포에 관한 연구”, 「대한병원협회지」, 1987.10.

52) 「농민신문」, 1988.2.1.

53) 「농민신문」, 1988.2.1.

사실 의료전달체계의 확립은 보건정책의 측면에서 매우 중요하다. 한정된 의료 자원의 능률적 활용을 근대화한다는 점에서 특히 그렇다. 그러나 의료자원이 도시에 편재되어 있는 상황에서 유독 농어촌 지역주민에게만 수준 낮은 1차 의료기관의 이용을 강제화한다는 것은 누가 봐도 형평에 맞지 않는다. 의료전달체계의 확립이라는 목표는 반드시 달성되어야 하겠지만, 농어민의 일방적인 희생을 바탕으로 이루어져서는 안된다. 결코 의료보험은 보건정책의 수단이 될 수는 없는 것이다.

VI. 맺는 글

농어민들의 의료문제를 사회적으로 보장하기 위해서 시행한 의료보험인 데도 이에 대해 시큰둥해 하거나, 심한 반발을 보이고, 심지어 마을 이장이 앞장 서서 의료보험증을 거두어 반납하는 경우까지 발생하는 사태를 이대로 좌시할 수는 없다. 순박한 농민들이 시위를 벌일 정도로 절박하게 여기고 있는 데도 불구하고 보험료 징수시기를 조정한다든지, 보험료 부담을 약간 경감시켜준다든지 하는 개량적 조치로 유아무야 넘어가려 하면 오산이다. 이에 대해 한 농민단체 대표는 그런 정도의 보완책으로 의료보험의 문제점은 결코 해결되지 않을 것이며, 천만 농민의 단합된 힘과 의지로 요구관철의 투쟁을 계속해서 벌려 나가겠다고 주장했다.

글을 마무리 지으면서 농민들이 그토록 원하는 통합주의의 장애요소가 무엇인가를 생각해 보았다. 우선 예상할 수 있는 것은 피용자들의 반발이다. 재정이 통합되고 농어민의 보험료를 인하하게 되면 피용자들이 적립해 놓은 재정 잉여분이 농어민에게로 이전될 것이기 때문이다. 그러나 이런 생각은 수익자부담 원칙과 같은 사보험적 발상과 집단이기심(group egoism)에 근거해 있다. 의료보험이 사회보장 제도의 하나인 이상 이런 논리는 성립될 수 없다. 다소 여유있는 도시지역 피용자로부터 빠듯한 생활을 영위하기에 급급한 농어민에게로 돈이 다소 이전되는 것은 사회보장의 원리에 지극히 부합되는 것이며(도시 근로자간의 수직적 소득이전을 농어민에게로 확대한다고 생각하면 된다.), 농어민의 어려운 생활을 충분히 이해

54) 「품앗이」, 1988.1.30.

그들의 무모정책, 일가친척 중 농어촌에 거주하는 경우도 많은 것이 현실이다.

이보다도 나는 통합주의의 가장 큰 장애요소는 의료보험조합과 이들의 중간집단인 의료보험연합회의 임직원들의 조합주의 고수 태도와 이들의 임명에 영향력을 행사할 수 있는 정부와 집권여당의 이해관계에 있다고 생각한다. 통합이 되면 조합의 대표이사직과 같은 높은 자리들이 없어질 가능성이 크고 이렇게 되면 이를 둘러싼 이익을 놓쳐 버리게 될 것을 우려해서 그토록 조합주의를 고집해 왔다는 것이다.

그밖에 통합에 따른 행정절차를 문제삼기도 하지만 이는 지엽말단적인 문제이자 기술적인 것이기 때문에 컴퓨터를 이용한 운영능률화와 합리화를 기한다면 얼마든지 극복할 수 있다.

지금 생각하면 보사부가 1980년 한 때 통합주의에로의 방향전환을 정했다가 그후 대통령 비서실의 방침에 따라 갑자기 조합주의에로 입장을 변경했던 상황과 1981년 11월 국회 보건사회위원회에서 여야 국회의원 모두 정부가 1982년 정기국회에 의료보험 통합을 위한 법률안을 제출해야 한다는 부대결의를 했음에도 불구하고 끝내 통합주의를 관철시키지 못했던 국회의원들의 미온적인 태도가 아쉽기 짝이 없다. 의료보험이 근본적인 문제점을 안고 있었음에도 대다수의 피보험자들이 이를 제대로 인식하지 못함으로써 사회적으로 쟁점화하지 못하다가, 농어촌 지역주민에게로 확대되면서 이제서야 그것도 농민들로부터 밑에서 문제가 제기되었다는 사실은 부끄럽기까지 하다. 앞으로 정부가 의료보험에 대해 어떠한 태도를 취할 것인지 궁금하며 이에 대해 농어민들과 뜻있는 학자들은 눈을 크게 뜨고 주시할 것이다.