

농촌의료보험의 당면과제와 개선방향

서울대학교 보건대학원, 보건정책학

문 옥 루

Reforming the Rural Health Insurance Programs in Korea

Moon Ok-Ryun

School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

=ABSTRACT=

Despite its universal coverage of health insurance, the rural health insurance program(RHIP) stands at the crossroads in Korea. The RHIP has weaknesses in stability of financing, problems of inequities in the provision of health services and has suffered from high cost of running the program. The author has analyzed these problems from the perspective of health insurance policy and presented several options for improvement.

First of all, this study urged the importance of a firm Governmental commitment to RHIP with the 50% subsidization of contributions as the Government had promised, instead of the current 40%. This can be justified from the 20% subsidization by the Government for the contributions of private school teachers and their dependents, who belong to richer segments of the population.

Second, various cost containment measures ought to be sought curbing the rising demand for medical care through strengthening health education and increasing individual responsibility, and tightening the claim review process.

Third, this study requires the Government to run a demonstration project on the introduction of case payment system for primary health care.

Fourth, introducing an income-related cost sharing scheme is another possibility. Reforming the cost sharing formula for large medical expenditures is recommendable for a beginning. This measure can take the form of tax credit for medical expenditures of the poor.

Fifth, the degree of financial adjustment among health insurance plans should be levelled up for enhancing stability of RHIP and social solidarity.

Sixth, health policy should be redirected toward development of rural health resources and higher priority should be put on relieving difficulties in access to care.

Seventh, the insurance plan owned-hospital needs to be developed for provision of health services in the medically underserved areas, and the need of such facilities is particularly acute for geriatric care, rehabilitation and renal dialysis, etc.

Eighth, more generous insurance benefits are required of the elderly who are suffering the most: elimination of the maximum 180 days of benefit period and provision of glasses and artificial dentures, etc.

Ninth, the economies of scale principle is working for the operating expenses of regional self-employed insurance plan. Thus, measures should be instituted to pursue an optimum size of health insurance plans.

Lastly, excessive dependence on exclusion items is an evil so that some radical remedies are urgently required to cut them.

머릿말

농촌의료보장을 위한 사회보험이 도입된지 벌써 10년이 경과하였다. 그동안 약 7년간의 시범사업을 거쳐서 1988년에는 전국의 농어촌주민에게 의료보험이 확대 적용되어 전국민의료보험이 실시된지 이제 3년에 접어들고 있다.

비록 전국민 의료보험이 실시되고 있으나 이 제도에 대한 찬반토론이 계속되고 있으며, 제도개혁에 대한 요구가 드높다. 이러한 요구는 제도의 발전이라는 측면에서 볼 때 마땅히 긍정적으로 수용되어야 할 것이다.

전국민을 위한 사회보장의료보험제도가 그 뿌리를 내리기 위해서는 우선 보험제정의 안정을 이루어야 하고 제도시행에 있어서 형평성을 추구해야 함과 동시에 제도실시에 따른 농어촌 주민들의 이용편익이 커야하고, 전반적인 운영이 효율적이어야 하며 결과적으로는 의료보험제도가 의료제도의 발전에 순기능적 기여를 해야 할 것이다.

본고에서는 전국민의료보험이 실시를 선행한 과거 수년간의 운영실적을 위에서 언급한 보험재정안정, 형평성, 의료이용의 편익 및 효율성이라는 관점에서 고찰해 봄으로써 우리나라 농촌의료보험의 당면과제와 그 개선방향에 대하여 모색해보기도 한다.

현황

농어촌주민들에 대한 자영자의료보험의 적용대

상은 137개 군지역의 거주자 중에서 직장 및 공·교의 피용자보험 적용자와 의료보충적용자 및 군인을 제외한 주민이 된다. 이들 농어민들에 대하여 기초 지방자치단체별로 의료보험조합을 구성하여 강제적용하고 있다. 사업초창기에는 대상 농어촌 지역 주민의 약 70%가 농촌지역의료보험의 적용 대상이었으나, 급격한 이농현상등으로 인하여 전국민의료보험이 실시된 1988년 이래로는 적용율이 지역주민의 50%수준으로 감소되었다(표 1참조). 전국적으로는 현재 전체국민의 약 16%가 농어촌 의료보험에 가입되어 있다.

농어촌지역의 보험료 부과방식은 소득, 재산, 피보험자 수 및 세대 등 4요소를 기준으로 하여 지역실정에 따라 탄력적으로 적용할 수 있도록 되어 있다. 즉 세가지의 소득비례 보험료 기본모형을 설정한 뒤 각 조합이 자체실정에 알맞은 모형을 선택하도록 하고 있다. 보험료는 기본보험료와 능력비례보험료로 구성되며, 전자는 피보험자 수와 세대를 기준으로 부과하고 90년 6월 16일 이후부터 능력비례보험료는 소득 및 재산 과세자료에서 3~30등급 이내로 구분하여 부과하고 있다. 한편 과세자료 이외의 소득, 재산(기타 자산)에 대하여는 리(동)개발위원회의 심의를 거쳐 7등급 이내로 구분하여 등급별 정액으로 '기타자산 보험료'를 부과하고 있다.

전 농어민 의료보험 첫해인 1988년에는 적자조합이 5개밖에 안되어 전체적으로는 흑자재정이었으나, 1990년도와 재정현황을 보면 137개 농촌지역 조합 중에서 당년도 흑자조합은 4.4%(6개)에 불

표 1. 농촌지역보험 적용세대 및 인구수 현황

(단위: 세대, 명, %)

연도	세대수			인구수			적용세대당 인구수
	전체(A)	적용(B)	B/A(%)	전체(C)	적용(D)	D/C(%)	
1981	53,305	37,968	71.2	258,505	181,812	70.3	4.8
1982	89,295	65,305	73.1	422,464	310,202	73.4	4.8
1983	89,444	63,557	71.1	416,036	298,357	71.7	4.7
1984	88,691	62,079	70.0	405,477	285,114	70.3	4.6
1985	88,761	60,957	68.7	393,082	273,826	69.7	4.5
1986	88,960	55,561	62.5	386,961	241,496	62.4	4.3
1987	89,527	53,533	59.8	385,113	227,153	59.0	4.2
1988	3,157,770	1,711,157	54.2	13,296,754	6,777,364	51.0	4.0
1989	3,094,655	1,650,483	53.3	12,627,541	6,361,272	50.4	3.9
1990					6,180,000		

자료: 의료보험연합회, 의료보험연합회 사업보고, 1988, 1989, 1990 각년호.
의료보험연합회, 시범지역의료보험 연도별 실적, 1988. 11.

표 2. 지역의료보험조합의 재정현황

(단위: 개, 백만원)

구분	연도	농촌지역			도시지역		
		흑자조합	적자조합	계	흑자조합	적자조합	계
조합수	1988	135	5	140	-	1 ¹⁾	1
	1989	4	133	137	114	3	117
	1990	6	131	137	24	93	117
금 액	1988	40,598	(853)	39,745	-	(19,456) ¹⁾	(19,456)
	1989	201	(39,147)	(38,946)	76,266	(884)	75,382
	1990	198	(39,267)	(39,069)	7,060	(32,851)	(25,791)

()안의 수치는 적자액임.

주 1) 목포시 조합임.

자료: 의료보험연합회, 의료보험연합회 사업보고, 1988, 1989, 1990 각년호.

과하고 적자조합이 95.6%(131개)에 이르렀다(표 2참조). 의료보험은 확대적용됨에 따라 농촌지역 의료보험의 재정상태가 급격하게 악화되고 있음을 볼 수 있다. 이러한 자료는 농촌지역의료보험의 재정을 안정시키는 것이 당면지상과제임을 보여준다.

재정안정화의 과제와 개선방향

1. 당면과제

1990년도말 현재 지역의료보험의 재정적자 누적액은 693억원인데 이중 88.8%에 해당하는 615억원이 농촌지역의료보험의 적자이다(표 3 및 그림 1 참조). 6개의 조합을 제외한 나머지 대부분의 조합이 누적적자를 시현했다는 점에서 지역의료보험재정에 대한 재검토가 불가피함을 알 수 있다.

농촌의료보험의 적자인원으로는 급여비의 급증과 보험료수입 증가의 한계 및 관리 운영비의 증가 등으로 나누어 볼 수 있다¹⁾. 보험급여비의 증가에는 인구의 노령화, 만성퇴행성질환의 증가, 의료수가의 앙등, 수진율의 증가, 각종 검사 및 고가의료장비 이용의 증가 등이 복합적으로 작용하고 있다.

1인당 연간 보험급여비의 증가추이(1987~1990)를 보면 농촌의료보험의 급여비가 연평균 25.5%로 증가하여 직장 및 공교의료보험의 각각 15.5%나 15.8%보다 거의 10%나 더 빨리 증가하고 있음을 알 수 있다. 그 중에서도 전국민의료보험이 실시된 1988년 이후의 농촌지역의료보험의 증가율은 연평균 29.2%나 되어 급여비 증가에 고삐를 물리지 않는 한 재정인정을 도모하기 어렵다는 사실이

1) 이 중에서 관리운영비의 증가에 대한 것은 VI장에서 언급할 것임.

표 3. 지역의료보험 재정누적 현황, 1989~90

구분	적자조합		흑자조합		계
	금액	%	금액	%	
1990					
농촌조합	(61,541)	88.8	1,484	3	(60,057)
도시조합	(7,745)	11.2	56,978	98	49,233
계	(69,286)	100.0	58,462	100	(10,824)
1989					
농촌조합	(25,677)	95.2	4,689	6	(20,988)
도시조합	(1,288)	4.8	76,312	94	75,024
계	(26,965)	100.0	81,001	100	54,036

자료 : 의료보험연합회, 의료보험연합회 사업보고 1989, 1990 각년호.

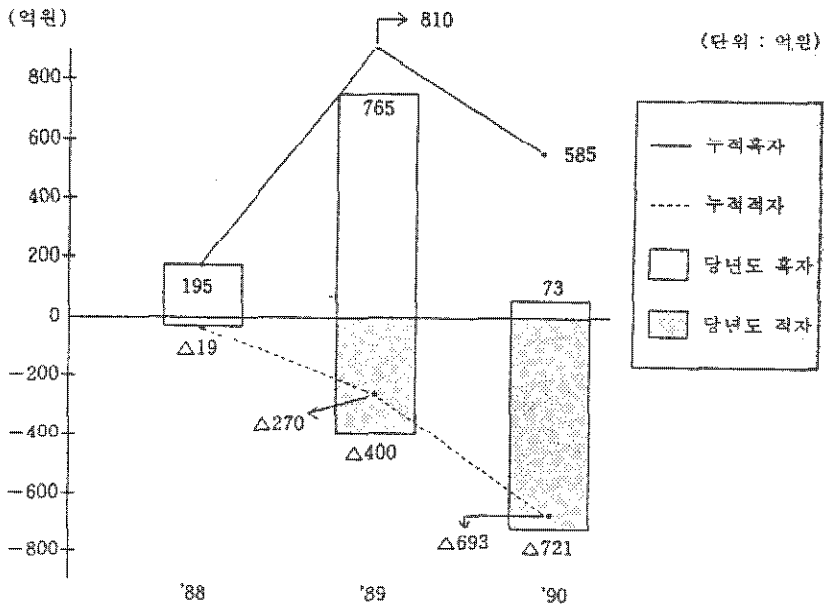


그림 1. 연도별 보험재정 추이.

자료 : 의료보험연합회, 의료보험연합회 사업보고, 1990.

표 4. 1인당 연간 급여비의 증가추이

(단위 : 원, %)

연도	지 역			직장	공·교
	농촌	도시	계		
1987	22,152 (100)	21,423 ¹⁾ (100)	22,152 (100)	31,630 (100)	38,820 (100)
1988	26,206 (118)	16,357 ¹⁾ (76)	26,206 (118)	37,657 (119)	44,197 (114)
1989	33,554 (151)	34,284 (160)	34,034 (154)	42,486 (134)	50,620 (136)
1990	43,740 (197)	46,348 (216)	45,500 (205)	48,696 (154)	60,248 (155)
연평균증가율	25.5	29.3	27.1	15.5	15.8

()안의 수치는 1987년을 100으로 보았을 때의 지수임.

주) 1) 목포시 조합의 1인당 연간 급여비임.

자료 : 의료보험연합회 기획부, 통계로 본 의료보험 변천, 의료보장, 제39호, 1991. 8.

표 5. 각종 의료보험의 연간 1인당 수진율 추이

(단위: 건수, %)

연도	농촌의료보험		도시의료보험		직장의료보험		공·교의료보험	
	건수	증가율	건수	증가율	건수	증가율	건수	증가율
1981	1.024	100	—	—	2.086	100	2.210	100
1982	1.146	112	1.587	100	2.324	111	2.404	109
1983	1.305	127	1.503	95	2.564	123	2.708	123
1984	1.603	157	1.787	113	2.769	133	3.070	139
1985	1.577	154	1.590	102	2.860	137	3.140	142
1986	1.661	162	1.840	116	2.696	129	3.003	136
1987	2.153	210	1.886	119	2.731	131	3.232	146
1988	2.120	207	2.139	135	2.870	138	3.339	151
1989	2.477	242	2.360	149	3.047	146	3.555	161

자료: 의료보험연합회, 의료보험 통계자료집, 1990. 12

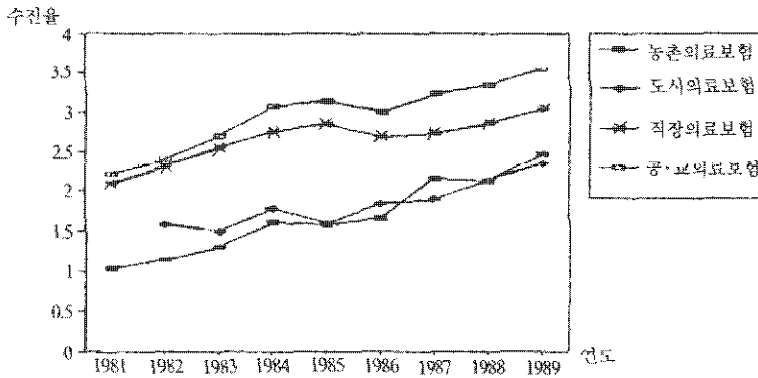


그림 2. 의료보험 종별 수진율 추이.

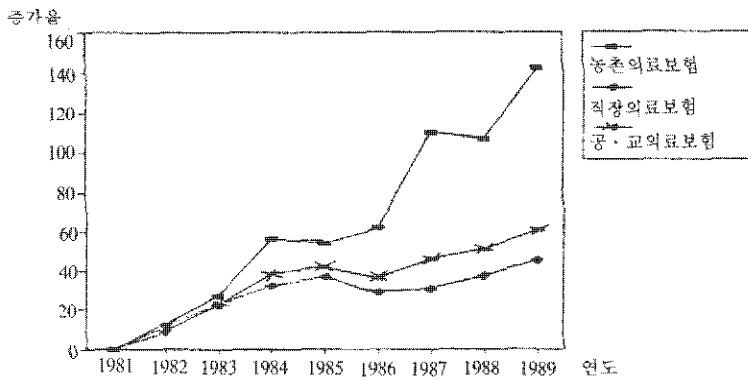


그림 3. 농촌, 직장, 공·교의료보험 수진율의 증가율 추이.

분명하다(표 4참조).

지역의료보험의 급여비 양등요인 중에서 가장 현저한 것으로 수진율의 증가를 들 수 있다. 농촌 의료보험의 경우 8년동안에 1인당 연간 수진율이 1.024(1981)에서 2.477(1989)로 2.4배 급상승하여 가장 증가 했다(표 5 및 그림 2와 3참조). 이는 그동안 억눌려왔던 잠재수요가 의료보험의 도입으

로 인해 급격히 현재화한 결과로 생각된다. 그러나 1989년 현재의 직장 또는 공·교의료보험 수진율 수준에는 훨씬 못미치고 있는 사실을 감안하면 앞으로 수진율의 급격한 상승은 불가피할 것으로 예견된다.

한편, 보험료 부과 및 징수상의 요인 역시 무시할 수 없을만큼 지대하다. 주민의 소득과악이 제대로

표 6. 농촌의료보험의 월평균 보험료 및 급여비의 추이

(단위: 원)

연도	세대당			피보험자 1인당		
	월평균	보험료 ¹⁾		월평균	보험료 ¹⁾	
	부과액	징수액	급여비 ²⁾	부과액	징수액	급여비 ²⁾
1981	2,837	1,713	1,496	592	364	390
1982	2,923	2,536	3,391	615	534	716
1983	3,504	3,140	4,674	747	669	996
1984	4,490	4,215	6,096	978	918	1,327
1985	5,837	5,375	6,521	1,299	1,197	1,452
1986	6,910	6,505	6,545	1,590	1,497	1,506
1987	7,142	6,452	8,216	1,683	1,521	1,936
1988	5,578	4,520	6,468	1,386	1,123	1,607
1989	5,944	4,941	10,725	1,524	1,267	2,750
1990 ³⁾	7,772	-	14,215	1,993	-	3,645

주 1) 실시 초년도는 5개월로 환산하였음.

2) 실시 초년도익 실수진단기간은 4개월로 환산하였음.

3) 연간 1인당 급여액 46,348원 및 연간 세대당 보험료 93,268원에서 잠정 추계하였음.

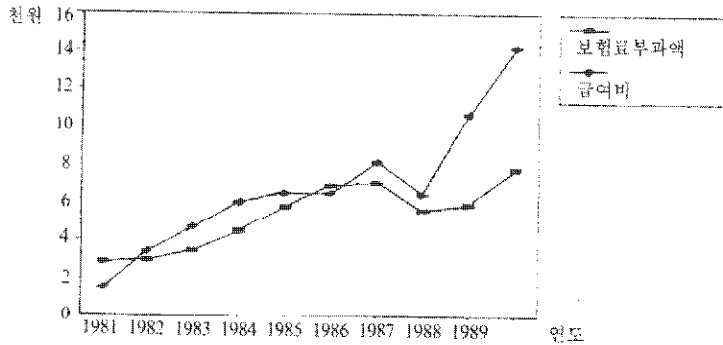


그림 4. 농촌의료보험의 월평균 세대당 보험료부과액 및 급여비의 추이.

이루어지지 않기 때문에 과생되는 보험료 부과상의 문제는 차치하고서라도 현행 방식으로 각출되는 보험료 총액은 보험급여비를 충당하는데 크게 미흡하다. 다시말해서 급여비의 증가율이 보험료 인상율을 크게 상회하고 있어서 강력한 급여통제책이 요구되고 있다.

표 6 및 그림 4에서 보듯이 피보험자 1인당 또는 세대당 월 보험료(부과액 기준)와 급여비의 차이가 날로 커져서 1990년에는 보험료가 급여비의 절반 수준 밖에 되지 않고 있다. 만약 현재와 같은 추세가 계속된다면 그리고 아무런 대응조치가 행해지지 않는다면 머지않아 보험료 징수액이 급여비와 관리운영비 합계액의 1/3수준으로 떨어질 우려가 있다.

이상과 같은 현상을 촉발시키는 또하나의 원인은

국고부담비율의 감소에 있다. 농촌보험을 확대하기 시작한 1988년을 제외하고는 과거 2년간의 국고 지원액 비율은 보험급여비와 관리운영비 합계액의 2분의 1의 89.6%(1989) 및 78.9%(1990) 수준에 머물고 있다(표 7참조). 따라서 이러한 지원액의 감소로 인한 차액 추정분은 농촌지역과 도시지역을 합쳐서 1990년말 현재 약 1,388억원에 이르고 있으며, 이러한 국고 지원감소가 조합재정적자의 직접적인 요인이 되고 있다.

2. 개선방향

농촌지역 보험료의 추가적 인상을 고려하지 않고 보험재정을 안정시키기 위해서는 우선적으로 다음의 세가지 정책대안을 고려해 볼 수 있다.

첫째는, 보험급여비의 억제책을 마련하는 일이다. 보건예방 및 교육사업을 강화해서 의료수요를 억

표 7. 농촌의료보험의 국고지원액 현황

구분	(단위 : 백만원, %)		
	1988	1989	1990 ¹⁾
보험급여비[A]	131,867	216,692	273,479
관리운영비[B]	37,201	43,024	51,276
지원예정 추산액 [C=(A+B)/2]	84,534	129,858	162,378
실제부담액[D]	113,879	116,342	128,085
차액[E=D-C]	29,345	(13,516)	(34,293)
D/C*100	134.7	89.6	78.9

1) 가결산 자료임

자료 : 의료보험연합회, 의료보험 통계자료집,
1990. 12

제함과 동시에 자기건강에 대한 자기책임을 강조해 나가는 것이 중요하다. 구체적으로는 두가지 시책을 고려할 수 있다. 그 하나는 고위험군(예 : 40세 이상의 피보험자)을 대상으로하여 각종 만성퇴행성 질병에 대한 예방사업을 선별적으로 펴나가는 것이고, 다른 하나는 국민과 같은 두드러진 건강위해인자를 가진 피보험자에 대한 보험료 차별정책을 실시하는 것을 생각해 볼 수 있다. 현실적으로는 담배 및 술 등의 건강위해상품에 건강세를 부과하는 방법을 취할 수 있다. 이는 날로 증가하고 있는 국고부담의 충당책으로 고려해 볼 만하다.

둘째는 의료공급측면에서의 통제를 강화해서 불요불급한 진료들 의료인이 스스로 억제할 수 있도록 하는 방안을 강구해야 할 것이다. 진료비심사를 강화하는 것 이외에 세가지의 수단으로 접근할 수 있을 것이다. 우선 농촌지역 의료전달체계를 강화함과 동시에 보건소 등 공공기관의 기능을 보강해서 1차의료를 보건기관이 실질적으로 담당할 수 있도록 육성해 나가는 것이 필요하다. 그 다음으로는 현행 의료보수지급 방식을 부분적 포괄수가제나 1차의료에 대한 총액계약방식으로의 전환을 모색해야 할 것이다. 의료보호환자에 대한 포괄수가적용과 더불어 1차 진료에 대한 보수지급방식의 개선을 위한 시범사업이 필요하다. 그리고 날로 증가하고 있는 신장투석등과 같은 특수진료나 노인진료 또는 종합건강진단 등에 대한 요구를 해소함과 동시에 의료비 절감을 위하여 보험자 직영 진료시설의 설치를 모색해 볼 필요가 있다. 공무원들의 공무상 재해진료 등을 전담할 요양취급기관의 설립을 예로 들 수 있다.

세번째로는 안정적인 자원조달을 위하여 다음의 정책적 고려가 있어야 하겠다. 농촌지역 의료보험을 확대 실시하던 1988년 초반 당시에 당정간에 합의된 대로 정부는 농어민 등 자영자에 대한 실질적인 사용자 역할을 그대로 수행해 나가야 한다. 정부는 중산층에 속하는 사립학교 교직원에 대하여 보험료의 20%를 지원하고 있는 바, 날로 어려워져 가는 농어민의 처지 등을 고려할 때 의료보험법을 개정하여 당초 공약한 대로 50%를 지원하도록 하는 명시적 소지가 있어야 할 것이다. 그리고 사립학교의 재정상태가 안정되는 데로 이들에 대한 현재의 보험료 20%, 국고지원분을 농어민 의료보험지원용으로 전환할 필요가 있다²⁾.

보험제도의 형평성 추구

1. 당면과제

형평성의 추구는 사회보장제도가 갖추어야 할 가장 으뜸의 덕목이다. 구체적으로 형평의 실현여부는 보험적용에 있어서의 형평, 보험료 부과에서의 형평, 본인부담에서의 형평 그리고 이용에서의 형평으로 나누어 볼 수 있다.

현행 의료보험의 적용방식은 전국민을 임금소득자와 비임금소득자로 구분하되 전자에 대하여는 지역과 사업장 및 지역단위로, 후자는 기초 지방자치단위로 나누고 있다. 그러나 임금소득자가 실직하거나 은퇴할 경우에는 비임금소득자로 분류되어 지역보험에 소속하도록 되어 있다. 이러한 적용방식하에서는 소득가득능력 있는 동안은 주로 직장 및 공·교의료보험에 기여하도록 하지만 그렇지 않은 노령 및 실업기간 동안에는 지역의료보험에 소속하게 되어 지역보험의 재정을 잠식할 가능성이 크다. 이러한 구조적인 문제점을 해결하기 위하여 한편으로는 고액진료비 공동부담을 통한 재정조정사업을 실시함과 동시에 다른 한편으로는 피부양자 개념을 확대 적용하여, 노인을 가능한 한 피용자보험의 피부양자로 적용하도록 권장하고 있다.

재정공동사업은 사회적 연대와 재정조정 의 두가지 의미를 가지는 바, 현행 재정공동사업은 재정이

2) 1990년도에 정부는 사립학교 교직원의 보험료로 약 97억원을 지원하였다.

표 8. 보험제도별 65세이상 노인인구의 현황, 1989
(단위: 천명, %)

구분	적용인구수	노인인구수	노인인구비율
직장	16,511	631	3.82
공·교	4,471	336	7.52
농어촌	6,361	444	6.98
도시	12,579	413	3.28
계	39,922	1,824	4.57

자료: 의료보험연합회, 의료보험 통계자료집, 1990. 12.

안정되어 있는 직장보험과 공·교보험에서 재정이 취약한 지역보험을 지원하도록 하는 보험제도간 연대에 성공하고 있다. 그러나 이 사업은 재정조정이라는 또 하나의 원칙에는 그다지 충실하지 못하다. 즉 노인인구의 비율에 따른 재정조정을 하자면 공·교의료보험이 오히려 재정지원을 받아야 하므로, 현단계에서는 노인의료비 공동부담 사업을 실시할 수가 없다(표 8참조). 그리고 고액의료비 배분에 있어서도 배분대상인 조합부담 법정급여액 100만원 초과분이 공·교의료보험에서 가장 높아서 동 사업이 '조정'기능에만 충실할 경우에는 공·교보험이 가장 이득을 보게되고, 지역보험이 약간 이득을 보며, 직장보험이 손실을 보는 형태가 될 것이다³⁾. 이처럼 현행제도는 순수한 의미에서의 '고액의료비에 대한 재정조정'에는 충실하지 못하고, 사회적 연대의 측면에서만 정당화되고 있다. 그러나 조합방식 의료보험의 구조적 취약성을 시정하기 위한 재정조정이 왜 고액의료비 공동부담 사업이라는 형태를 가져야 하는지에 대한 이론적 설명은 부족하다. 그리고 현단계에서는 젊은 연령층이 이농한 후 노인인구의 비율이 높은, 그리하여 막대한 도움을 받아야 하는 농어촌의료보험에 선택적으로 노인의료비를 지원해 줄 제도적 상치가 결여되어 있다.

보험료 부과상의 비형평성에 대하여는 이미 한

3) 배분대상인 1인당 조합부담 법정급여액 100만원 초과분은 공·교보험이 2,549원으로 가장 많고, 농촌지역보험 2,376원, 도시지역보험 2,318원 및 직장보험 2,108원의 순서이다(정형선: 991)

4) 표 9의 자료는 국고부담을 50%로 전제하고서 농촌지역 세대당 주민부담보험료의 2배와 직장 및 공·교 피보험자 1인당 비교한 것임.

5) $1/2 [(93,268 \times 2) - 182,363] = 2,087$

표 9. 보험종별 연간 보험료의 비교

구분	1988	1989	1990
농촌지역보험(A)	65,912	70,425	93,268 ¹⁾
직장보험(B)	144,325	161,568	182,363
공·교보험(C)	216,528	240,456	273,443
2×A/B(%)	91.3	87.2	102.3
2×A/C(%)	60.9	58.6	68.2

1) 국고가 제외된 주민부담으로 90년도 가 결산 자료임.

자료: 의료보험연합회 기획부, 통계로 본 의료보험 변천, 의료보장 제39호, 1991. 8.

표 10. 보험종별 1인당 월평균 보험료(부과액 기준)의 비교
(단위: 원, %)

구분	1988.12	1989.12	1990.12	1991.1
농촌지역보험(A)	1,323	1,531	2,105	2,711
도시지역보험(B)	—	2,429	3,290	3,688
직장보험(C)	1,974	2,237	2,564	2,571
공교보험	2,319	2,626	3,030	3,326
A/C×100	67.0	68.4	82.1	105.4
B/C×100	—	108.6	128.3	143.4

자료: 보건사회부 내부자료.

표 11. 농촌지역 월보험료 부과내역 (단위: %)

구분	1988.1 ¹⁾	1988.6 ²⁾	1990.3 ³⁾	1991.4 ⁴⁾
기본보험료				
세대당	15.0	17.7	16.5	13.7
피보험자당	39.1	41.2	42.4	35.2
소계	54.1	58.9	58.9	48.9
능력비례보험료				
소득	25.0	19.8	19.3	27.7
재산	20.3	19.1	18.4	20.4
기타	0.6	2.2	3.4	3.0
소계	45.9	41.1	41.1	51.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0

주 1) 1987년 12월분 기준

2) 1988년에 1차 조정

3) 1989년 12월분 기준

4) 1991년 6월분 기준

자료: 의료보험연합회, 지역조합결산서, 가년도.

국소비자보호원의 연구⁴⁾(1990)등에서 많이 지적되었지만, 이러한 지적들은 한결같이 농가소득을 정확하게 알 수 없는 우리의 현실때문에 불가피하게 객관성이 결여되어 있다. 그러나 최근 수년간 지역보험료의 인상율이 임금근로자의 봉급인상율을 상회하였기 때문에 자영자보험료와 직장 및 공·교보험료간의 격차가 크게 줄어든 것은

사실이다(표 9참조). 1990년의 경우 지역보험의 연간 세대당 주민부담보험료가 직장보험의 피보험자 1인당 본인부담 보험료 보다 2,087원이나 오히려 더 많다⁵⁾.

근래의 자료에 의하면 최근의 잇단 지역보험료 인상때문에 1991년 현재 농촌지역 주민의 보험료 부과액이 직장조합 피보험자의 보험료를 상회하기 시작하여 보험료 부담의 형평에 의문이 제기되고 있는 것 또한 사실이다. 이러한 현상은 도시지역 조합에서 더욱 현저하게 나타나고 있다(표 10참조).

지역의료보험의 보험료부과가 당면하고 있는 최대의 과제는 보험료 구성상의 역진성에서 찾아볼 수 있다. 다시말해서 세대당 또는 인두당 균등할의 성격이 짙은 기본보험료가 아직도 절반정도를 차지하고 있어서 비형평적인 요소가 내재하고 있음을 볼 수 있다(표 11참조). 그러나 1991년에는 능력비례보험료가 총래의 41.1%에서 51.1%로 증가함에 따라 개선되고 있음을 보여주고 있다. 앞으로는 기본보험료중의 피보험자당 보험료가 차지하는 비율을 더욱 감소시켜 나가야 할 것이다.

현행 본인일부부담제의 역진성은 널리 알려져 있다. 현행 징액본인일부부담방식은 저소득층의 의료이용을 저해할 뿐만아니라 이들의 종합병원급 대형의료기관 이용을 제한하는 결과를 초래하고 있다. 사회보험을 실시하면서 본인일부부담제를 완전폐지하는 것이 어려운 것과 마찬가지로 본인일부부담액을 매년 상향조정하는 것이 근본적인 재정안정책이 될 수 없음 역시 명백하다. 따라서 본인일부 부담방식에 대한 근본적인 개혁이 필요하다. 저소득층과 만생명을 잃고 있는 노인층과 관련된 재민 문제점이 특히 그러하다.

일부 고급의료기술 또는 고가의료장비 이용이 보험급여에서 제외됨으로 인하여, 저소득층의 경우에는 필수적인 고가장비 이용에 있어 소외될 위험이 크다. 소비자보호권의 조사(1990)에 의하면 전체 응답자 600명 중 31%가 전산화단층촬영이 비급여라는 이유로 의료보험혜택을 받지 못한 경험을 가지고 있으며, 이러한 것이 주요한 소비자 불만의 하나가 되고 있다고 한다.

이상 언급한 것 이외에도 직종 및 직급별로 보수대비 보험료 부과대상 금품의 비율 등에서 약간의 격차가 보고되고 있다(문옥룡, 이윤현 1990). 표준

월급여액에 포함되지 않는 각종 수당이 지급되고 있는 사립학교교원(49%), 청원경찰(53%), 전임전문직(55%), 경찰소방직(56%)에 비하여 이와 같은 수당이 별도로 없는 농촌지역에 근무하고 있는 공중보건의(87%), 보건진료원(73%)등의 보험료 부담율이 높다(의료보험관리공단: 1991). 이러한 격차는 공·교의료보험보다는 직장보험에서 더욱 현저할 가능성이 크고, 소득과파악이 제대로 되지 않는 지역보험에서 더욱 클 것으로 생각된다. 그리고 비능률적으로 운영하여도 능률적으로 운영한 조합과 거의 동일하게 국가로 부터 지원받을 수 있는 현행 국가부담방식은 조합간의 비형평을 조장하고 있는 셈이기도 하다.

2. 개선방향

현행 의료보험의 형평성을 재고하기 위하여 다음의 몇가지 접근수단을 고려하는 것이 바람직하다.

첫째, 보험료 부담능력이 취약한 저소득층에 대한 특별배려가 필요하다. 의료보호대상에서 제외된 일정수준 이하의 농촌 저소득층가구에 대하여 보험료 감면제도가 모색되어야 한다. 현실적으로는 향후 수년간 이들의 보험료를 현재 수준에서 동결하는 것도 검토해 볼 만하다 그리고 현행의 국고부담방식을 단순히 비용보조나 비용상환형식으로 운영하기 보다는 조합경영평가방식을 도입한 후 도와주어야 할 가치가 있는 조합을 지원하도록 하고 그리고 도움을 받아 마땅한 저소득층의 보험료를 경감시키거나 이를 보조하는데 활용되도록 개선시켜 나가야 한다.

둘째, 소득비례 자동 본인일부부담제를 도입하여 저소득층에게 실질적인 혜택이 돌아가도록 해야 한다. 특히 고액진료비에 대한 본인일부부담제부터 개선하는 것이 바람직하다. 이들에 대한 일정수준 이상의 본인일부부담금을 건당으로 환급하여 주든지 또는 연말 정산하는 방안이 검토되어야 할 것이다. 그리고 중극적으로는 고액진료비에 대한 기준을 대폭 하향조정하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

셋째, 사회적 연대성의 제고라는 측면에서 보험제도간 재정공동사업이 더욱 강화되어야 할 것이다. 특히 농촌조합의 높은 노인인구 구성비율에 대한 지원책이 별도로 마련되어야 할 것이다.

표 12. 농어촌 조합의 도별 수진율 변이, 1989

(단위: 개, %)

수진율	조합수	%	비 고
1.5 미만			
1.5-7.5	4	2.9	전남4
1.75-2.0	11	8.0	전남9, 강원1, 경북1
2.0-2.25	29	21.2	전남7, 경남6, 경기5, 기타11
2.25-2.5	28	20.4	경남6, 강원5, 경북5, 기타12
2.5-2.75	33	24.1	경북9, 충남6, 경남5, 경기5, 기타8
2.75-3.0	21	15.3	경기5, 경북5, 충북3, 충남3, 기타8
3.0-3.25	9	6.6	강원2, 충북2, 충남2, 기타3
3.25 이상	2	1.5	강원1, 충남1
계	137	100.0	

자료: 의료보험연합회, '89 지역의료보험조합 결산현황, 1990.

네째, 보험료 구성에 있어서 능력비례보험료의 비율을 계속 증가시켜 나가야 한다. 이를 위하여 의료보험조합의 주민소득과약능력을 배가시킴은 물론 의료보험전산망을 행정전산망이나 토지전산망과 연결하여 발전시켜 나가야 할 것이다.

다섯째, 소득계층별 고가의료장비 이용상의 격차를 해소하기 위하여 이를 보험급여화하는 방안이 모색되어야 한다. 동시에 고가의료장비의 도입 및 설치를 적극적으로 규제하며 이들 장비의 지역내 공동이용방안을 마련하여 효율적인 고가의료장비의 운용을 기하여야 할 것이다.

의료이용편익의 극대화

1. 당면과제

농촌 주민들이 전국민의료보험을 향유하기 위해서는 의료서비스에서 접근이 용이해야 한다. 농촌지역은 전통적으로 의료자원이 희소할 뿐더러 지리적 조건 및 교통수단이 열악해서 의료인력이나 시설에의 접근이 용이하지 않다. 의료보험하에서도 의료자원의 도시집중도는 별로 완화되지 않았으며, 상대적으로 오히려 악화된 부분도 있다. 그러나 의료보험 이래로 의료이용의 경제적 장벽이 낮아짐으로써 의료이용도는 전반적으로 크게 향상된 것이 사실이다.

의료보장은 피보험자의 의료이용이 연령, 성별, 지리적 또는 사회적 재조건에 무관하게 단지 의료요구에 따라 이루어 지는 것을 그 이상으로 한다. 현행 의료보험의 지역간 수진율의 격차가 크다는 것은 이러한 관점에서 볼 때 의료보험의 의료보장적

기능을 크게 훼손하는 것이라 아니할 수 없다. 앞의 표 5에서 보는 바와 같이 농촌지역의료보험의 수진율이 1981~1988년간 2.4배 증가하여 도시지역, 직장 및 공·교의료보험의 수진율 증가를 훨씬 앞질렀음에도 불구하고 1989년 현재 수진율은 2.477로 직장보험의 3.047 및 공·교의료보험의 3.555에 크게 미달하고 있다⁶⁾. 게다가 농어촌 지역간의 수진율 격차 또한 커서, 최저 1.716(전남 영광군)에서 최고 3.370(충남 금산군)으로 그 격차가 거의 2배에 이르고 있다(표 12참조). 그리고 시도별로도 큰 격차를 보이고 있는데 전남의 경우가 가장 낮아서 21개군중 20개군(95.2%)이 2.25이하로서, 당년도 평균수진율을 훨씬 밑돌고 있다.

농어촌지역 의료이용의 한 특성은 도시에 비하여 보건기관 이용율이 크게 낮다는 점이다. 예를들어서 제주도의 경우에는 도농간의 보건기관이용율이 1대 306이라는 큰 격차를 보이고 있다. 그러나 농촌지역간 보건기관이용율의 격차 역시 크다. 최저 15.35%(경기)에서 최고 34.75%(전남)에 이르기까지 2배이상의 변이를 보여준다(표 13참조). 보건기관 이용율이 전체 의료이용의 30%를 넘는 전남, 경북, 강원지역은 상대적 경제 낙후성과 벽오지 및 연안 도시지역이 타지역보다 많기 때문에 보건기관 이용도가 상대적으로 높다. 이처럼 보건기관 이용도의 차이가 크다는 것은 지역간 의료수준의 차이가 심하다는 것을 간접적으로 시사해 주고 있다.

소득계층간 의료이용율의 격차도 극복해야 할 6) 도시지역 의료보험이 1989년 7월 1일부터 전국적으로 확대되었기 때문에 당년도 도시지역의 수진율이 농촌보다 낮을 뿐이다.

표 13. 지역별 보건기관 이용율의 변이

(단위 : %)

지 역	보건기관이용율	지 역	보건기관이용율		
			농촌	도시	계
서울	0.04	경기	15.35	0.24	11.98
부산	0.30	강원	30.74	1.86	26.93
대구	0.36	충북	28.30	0.67	24.23
인천	1.31	충남	22.98	0.71	22.01
광주	4.23	전북	30.11	0.97	24.44
대전	1.85	전남	34.75	0.62	29.29
		경북	32.76	2.59	29.80
		경남	24.73	0.46	19.32
		제주	21.45	0.07	15.85

자료 : 의료보험연합회, '89 지역의료보험조합 결산현황, 1990

표 14. 소득계층별 피보험대상자 1인당 의료이용 지표, 1989

(단위 : 원, 건, 일)

표준보수등급	표준보수월액	수진율	진료비	급여비	입내원일수	연간본인부담금
1-5	97,174	1.61	39,543	26,236	4.11	26,536
6-10	152,348	1.97	45,141	29,840	4.83	32,855
11-15	186,174	2.02	47,293	31,088	5.14	61,020
16-20	249,739	2.59	55,593	36,219	6.38	56,161
21-25	335,348	3.33	70,580	45,770	8.24	75,636
26-30	432,522	3.88	75,937	48,390	9.61	113,608
31-35	567,348	3.36	70,669	45,202	8.40	120,300
36-40	735,913	3.06	71,304	45,760	7.77	124,164
41-45	894,739	3.35	91,820	58,951	8.78	137,113
46급이상	1,317,707	3.13	118,209	77,271	8.25	183,322
평균	448,826	3.29	70,752	45,083	8.22	97,166

자료 : 의료보험관리공단, 내부자료, 1991

사항이 된다. 지역의료보험의 경우에는 보험료 크기별 의료이용율의 격차가 적은 것으로 보고되어 있으나(김기옥등: 1985, 김영훈: 1989), 직장 및 공·교보험의 소득계층간 격차가 상당한 것으로 미루어 보아 농어촌지역보험의 소득계층간 격차 역시 클 것으로 유추할 수 있다. 즉 공·교보험의 소득계층별 수진율을 보면 대체로 표준보수월액의 크기에 비례하고 있으며, 상위등급의 수진율이 5 등급이하군의 2배에 해당하고 있다. 그리고 본인 일부부담금도 소득이 증가할 수록 급격하게 증가하고 있다(표 14참조).

농촌주민들의 의료보험 이용과 관련된 불만내용을 보면 비급여로 인한 보험혜택제한(38.5%), 의료진달체계의 엄격한 적용(31.0%), 그리고 약국 및 한방의료보험이 적용범위 제한(24.0%) 및 과도한 본인일부부담금(21.5%) 등으로 되어 있다(한국소비자보호원, 1990). 이러한 지적은 현행 의료보험

급여가 피보험자의 계층분류별 특정 의료수요를 제대로 충족시켜 주지 못하고 있음을 의미한다.

2. 개선방향

피보험자의 의료이용편이를 극대화하기 위해서는 진료권별 의료자원공급의 격차를 줄여나감과 동시에 의료보험급여를 피보험자 계층별로 보다 신축성있게 운영하여야 할것이다. 다음의 몇가지를 정책과제로 제시할 수 있겠다.

첫째, 진료권의 제한에서 오는 농어촌주민들의 불편을 해소시켜야 한다. 이를 위해서는 보건정책의 우선순위를 대전료권 및 중진료권간의 의료자원 격차해소에 두어야 한다. 뿐만아니라 국가나 민간 의료부분이 해결할 수 없는 부분에 대하여는 보험자의 참여를 권장하여, 의료보험이 지역 의료자원개발에 관한 책임의 일단을 수행하도록 하는 것이 바람직하다.

표 15. 농촌지역 조합의 재정상태

(단위: 백만원, %)

구분	1982	1984	1986	1988	1989
수입					
보험료	1,429(75.5)	3,141(77.7)	4,342(75.0)	113,127(53.9)	116,342(49.8)
국고부담	457(24.1)	802(19.8)	1,216(21.0)	93,259(44.4)	109,822(46.9)
기타	8(0.4)	88(2/5)	232(4.0)	3,452(1.6)	7,755(3.3)
계(A)	1,894(100.0)	4,042(100.0)	5,791(100.0)	209,838(100.0)	233,920(100.0)
지출					
보험급여비	2,031(80.6)	4,541(84.0)	4,364(78.1)	132,398(77.9)	216,692(83.2)
관리운영비	457(18.1)	802(14.8)	1,216(21.7)	37,454(22.0)	43,024(16.5)
기타	33(1.3)	66(1.2)	12(0.2)	153(0.1)	872(0.3)
계(B)	2,521(100.0)	5,409(100.0)	5,591(100.0)	170,005(100.0)	260,588(100.0)
차액(A-B)	-627	-1,368	200	39,833	-26,668
차입금(C)	387	1,430	-	-	-
실차액(A-B+C)	-240	62	200	39,833	-26,668

둘째, 정부는 공공보건기관에 대한 투자를 강화하여 농어촌주민들의 1차 의료요구충족에 보다 적극적으로 임해야 한다. 그렇게 함으로써만이 지역간 1차의료의 질격차를 감소시킬 수 있을 것이다.

세째, 보험급여를 보다 신중적으로 운영하여 피보험자 계층별 특정의료수요를 충족시켜 나기도록 한다. 예를 들어서 만성병을 앓고 있는 65세이상 노인의 경우 180일 급여제한규정을 철폐한다든지 이들의 안경이나 의치를 생활필수품으로 보아서 제한적으로 보험급여화하는 방안을 예시할 수 있다 (문옥륜: 1985).

네째, 의료보험정책의 우선순위를 피보험자에게 큰 짐이 되고 있는 비급여항목을 최소한으로 감소시키는데 두어서 이에대한 대책을 마련해 나가야 한다. 현재와 같은 추세로 비급여부문을 방치할 경우에는 머지않아 사회보험으로서의 의료보험이 설 땅을 잃게 될 것이 분명하다. 그러므로 보험료를 인상하는 한이 있더라도 의료수가를 현실화하여 특진제도 등과 같은 비급여 항목을 대폭 삭감시켜야 할 것이다. 만약 그렇지 못할 경우에는 비급여항목에 대한 민간의료보험의 개발을 유도해야 할 것이다.

의료보험조합의 효율적 관리운영

1. 당면과제

의료보험조합은 피보험자의 자격관리, 보험료의 부과 및 징수 그리고 급여관리 등 보험자로서의

표 16. 농촌지역조합의 연도별 세대당 급여비와 관리운영비 (단위: 원)

연도	세대당 급여비 (A)	세대당 관리운영비 (B)	B/A(%)
1982	40,783(100)	6,993(100)	17.1
1983	53,567(131)	11,280(161)	21.1
1984	72,362(177)	12,914(185)	17.8
1985	77,469(190)	16,572(237)	21.4
1986	77,080(189)	21,880(313)	28.4
1987	87,328(239)	25,606(366)	26.5
1988	103,572(254)	22,135(317)	21.3
1989	131,168(322)	26,067(378)	19.9
연평균 증가율	18.2	20.7	

자료: 의료보험연합회, 통계자료집, 1990

관리기능을 수행해야 한다. 이러한 기능을 효율적으로 수행하지 못할 경우에는 운영비의 증가로 인하여 급여의 내실을 도모할 수 없을 뿐만 아니라 보험료 증가의 주요원인이 된다. 이러한 연유때문에 현행의료보험에 대한 가장 혹독한 비판이 관리운영비 지출의 과다에 집중되고 있다.

농촌지역조합의 관리운영비는 전농민 의료보험이 실시된 1988년에 총지출의 22.0%까지 상회했으나, 1989년에는 16.5%(표 15참조), 앞으로는 15%이내로 떨어질 전망이다. 보험급여비가 증가할수록 관리운영비가 차지하는 비율은 줄어들었지만 절대액의 크기는 앞으로도 계속 논쟁의 대상이 될 것이 틀림없다. 왜냐하면 표 16에서 보듯이 세대당 관리운영비의 증가율(20.7%)이 세대당 급여비의

표 17. 농촌조합의 직원 1인당 피보험자수

지 역	(단위 : 명)	
	1988	1989
경 기	1,974	1,874
강 원	1,180	1,139
충 북	1,432	1,338
충 남	1,855	1,783
전 북	1,335	1,207
전 남	1,561	1,486
경 북	1,385	1,296
경 남	1,268	1,210
제 주	2,137	2,089
평 균	1,528	1,447
직원 1인당 적용인구		
직장보험		4,182
공교보험		7,356
도시지역보험		2,122

자료 : 의료보험 연합회, 1989

증가율(18.2%)을 증가하고 있기 때문에 그러한 예측이 가능하다. 그러므로 세대당 관리운영비의 크기를 조합 총지출액 또는 세대당 급여비의 10% 수준으로 끌어내리는 것이 당면 목표의 하나가 될 수 있겠다.

지역조합 관리운영비의 구성을 보면 인건비가 총액의 67.4%(1988)로 가장 큰 비중을 차지하고 있는데 이는 직장조합의 인건비율 74.5%(1988)보다는 낮은 수준이다. 농촌지역 조합당 직원수는 32명, 도시지역조합당 51명으로 되어있다(의료보험 연합회, 1990). 이들 직원 1인당 피보험자의 수를 보면 지역간에 상당한 차이를 보이고 있다. 1989년의 경우 강원도가 1,139명으로 가장 적으며, 제주도가 2,089명으로 가장 많아 농촌조합의 직원 1인당 피보험자수는 직장보험의 약 3분의 1, 공교보험의 약 5분의 1에 해당된다(표 17참조). 지역보험의 세대단위별로 피보험자를 관리해야 하는 어려움을 감안할 때 직원 1인당 피보험자의 수는 별로 의미하는 바가 적을 수 있다. 그러나 아직도 인사관리 체계가 제대로 확립되어 있지 않으며, 관리운영비의 과다 지출을 방지할 수 없는 실정이기 때문에 조합은 최적규모의 인원으로 운영되어야 한다.

지역조합규모의 최적화에 대한 연구결과를 보면 다음과 같다. 6개 지역 시범사업의 자료(1984~

1985)를 분석하여 1인당 관리운영비가 가장 적게 소요된 홍천군 의료보험 조합의 6만 6천명을 최적규모로 본 연구가 있다(이규석, 1987). 이후 이 분야의 연구는 농어민 의료보험이 확대 실시된 1988년도의 결산자료를 이용하여 적용인구수기준 11만 6천명, 세대수 기준 2만 7천 세대⁷⁾를 최적 규모로 보았다(최규태, 1989). 전자의 연구는 표본수가 적을 뿐만 아니라 도시지역 조합(목포)이 1개 포함되어 있다는 약점이 있으며, 후자의 연구는 의료보험 도입 첫해의 자료이므로 오차가 클 소지가 있다.

그러나 1989년도 결산자료를 이용하여 얻은 잠정적 결과를 보면(표 18참조)위의 결과와는 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 즉 적용인구 1인당을 기준으로 하든지 또는 세대당 기준으로 하든지 간에 관리운영비는 계속 감소추세를 보이고 있다. 다시 말해서 조합관리운영비의 크기에는 조합규모의 경제가 그대로 적용되고 있다. 2만명 이하의 소규모 조합에서 1인당 관리운영비가 13,058원으로서 10만명 이상 조합의 3,959원에 비하면 3.3배나 많다. 그리고 5천세대이하의 소규모 조합의 1인당 관리운영비가 50,030원으로서, 22,500세대 이상인 조합의 14,384원보다 3.5배나 높다.

2. 개선방향

농촌지역조합의 효율적 운영을 위해서는 향후 다가올 농촌의 구조적 변화를 염두에 두면서 청사진을 마련해야 할 것이다. 가속되는 도시화 현상으로 인하여 농가인구는 1990년의 6.7백만명에서 2001년에는 4백만명 이하로 줄어들 전망이며 동기간 동안에 농가소득이 2배로 되겠지만 농외소득의 비율이 현재의 43.2%에서 54.2%로 증가할 것으로 추계되어있다(표 19참조). 이처럼 농가인구의 비율이 현재의 15.6%에서 8.4%로 줄어든다는 사실에서 농촌지역의 보험적용대상자 역시 급격하게 감소될 것으로 예상할 수 있다. 이러한 점은 조합규모의 영세화로 인한 관리운영비의 급증에 대비해야함을 시사해준다.

농촌조합의 광역화에는 다음의 몇가지 수단을 상징할 수 있다. 그 하나는 현재 편성되어 있는

7) 이때의 1인당 관리운영비는 2,787원이었고 세대당 관리운영비는 11,793원이었다.

표 18. 농촌의료보험조합의 규모별 관리운영비 변이

(단위: 명, 개, 원)

적용인구별				적용세대별			
적용인구	조합수	적용인구1인당 평균관리운영비	적용세대수	조합수	적용세대당 평균관리운영비		
2만 미만	7	13,058	5,000 미만	7	50,030		
2만-3만 미만	22	10,255	5,000-7,500 미만	21	40,256		
3만-4만 미만	35	8,330	7,500-10,000 미만	36	32,273		
4만-5만 미만	24	6,885	10,000-12,500 미만	24	27,824		
5만-6만 미만	20	6,390	12,500-15,000 미만	17	25,033		
6만-7만 미만	13	5,554	15,000-17,500 미만	15	21,322		
7만-8만 미만	6	5,083	17,500-20,000 미만	7	20,615		
8만-9만 미만	4	4,826	20,000-22,500 미만	3	19,491		
9만-10만 미만	2	4,120	22,500 이상	7	14,384		
10만 이상	4	3,959					
계	137	6,759	계	137	26,067		

표 19. 농어촌 가계 주요지표

	1990	1992	1996	2001
농가인구(천명)	6,681	5,096	4,788	3,955
총인구대비(%)	15.6	13.5	10.6	8.4
농가호수(천호)	1,767	1,627	1,368	1,130
경지면적(천ha)	2,109	2,057	1,963	1,903
논 (천ha)	1,345	1,308	1,248	1,241
밭 (천ha)	764	749	715	662
오당면적(ha)	1.19	1.26	1.43	1.68
농가소득(천원)	11,026	12,789	16,983	22,197
농업소득(천원)	6,264	6,821	8,283	10,161
농외소득(천원)	4,762	5,968	8,700	12,036
어가소득(천원)	10,023	11,583	14,452	20,195

자료: 농림수산부, 제7차 경제사회 개발 5개년 계획, 1990

중진료권 단위로 광역화하는 방안이 된다. 이 방안은 의료이용단위와 조합의 관할단위를 일치시킴으로써 140개 중진료권으로의 개편이 된다. 여기에는 지역의료권을 육성할 수 있다는 이점이 있다. 그 다음으로는 지방자치단체 조합을 결성해서 보험의료문제를 공동으로 대처해 나가는 방안을 들 수 있다. 이에 는 광역지방자치단체나 대진료권 별 또는 몇개의 중진료권이 모여서 하나의 광역 의료보험조합을 결성할 수 있을 것이다. 지방자치제의 운영경험을 살려가면서 이에 대한 연구를 계속 진행시켜야 할 것이다.

규모의 경제를 통한 조합운영의 효율화 이외에도 조합내부관리의 혁신을 통한 접근이 가능하다. 최근에 발표된 조합경영평가제도의 도입이 그 한예가 된다. 구체적인 조합 경영평가 방법은 더욱 검토

되어야 하겠지만, 『지역의료보험조합 운영평가 규정』(1991년 8월 9일부터 시행) 운용을 통해서 조합관리에 개선을 도모할 수 있겠다(부록 참조).

조합직원들에 대한 지속적인 연수교육을 통해서 그리고 창안세대의 활용을 통해서 운영개선이 가능하다. 이를 위해서는 의료보험연수원 설립계획을 구체화 시킴과 동시에 포상제도를 강화할 필요가 있다.

맺는 말

전국민의료보험의 성패가 지역의료보험의 성공 여하에 달려 있다는 주장은 결코 과장이 아니다. שא이 중대한만큼 접근 수단 역시 이에 걸맞게 신중하고 사려깊게 고안되어야 할 것이다. 현행제도를

부쉬버리기는 쉬워도 새로운 제도를 구축하는 것은 현행제도를 구축하는 것보다 더욱 어렵고 위험부담이 따른다는 사실을 인식해야 한다. 그리고 과거 3년간의 경험이 이 제도를 정착시키는데 가장 값진 거름이 되어야 한다는 것을 잊지 말아야 한다.

본 고에서는 농어촌 의료보험이 뿌리를 내리기 위해서는 우선 보험제정의 안정을 이루어야 하고, 제도시행에 있어서 형평성이 보장되어야 하며, 제도이용에 따른 농어촌 주민들의 편익이 커야하고, 전반적인 운영이 효율적이어야 한다는 관점에서 각각의 당면과제와 개선방향에 대하여 고찰하였다.

농촌조합의 재정안정화를 위해서는 보험급여비를 억제하기 위한 재반조치를 강구하고 공공보건기관의 의료공급능력 신장을 위한 기반을 다지는 것 이외에도 1988년도에 당정간에 합의한 대로 정부 부담 50%지원이 의료보험법에 명시되도록 법을 개정해야 할 것이다.

제도의 형평성을 도모하기 위하여는 농촌의 저소득층에 대한 보험료감면 조치나, 이들에 대한 당분간의 보험료인상 동결조치 및 '소득비례 차등 본인일부부담제'를 적용함과 동시에 고액진료비에 대한 본인일부부담제를 개선하는 것이 바람직하다. 특히 농촌조합의 높은 노인인구구성비율에 대한 지원책이 별도로 마련되어야 할 것이다. 또한 소득계층별 고가의료장비 이용상의 격차를 해소하기 위하여 이를 보험급여화하는 방안이 모색되어야 한다.

주민들의 의료보험혜택을 보다 건실하게 해주기 위해서는 일차적으로는 의료자원의 지역별 공급격차를 해소해야 하며, 그 다음으로는 의료보험체계가 주민의 요구에 보다 순응적으로 반응해 나가도록 해야 한다. 만성병을 앓고 있는 노인에게 180일 급여제한규정을 철폐하는 등의 피보험자 계층분류별 특정의료수요를 충족시켜야 하며, 비급여 항목을 줄여서 의료보험의 편익을 확대시켜 나가야 할 것이다.

조합운영의 효율화를 도모하기 위해서는 중진료권별 또는 지방자치단체 조합을 통한 의료보험조합의 광역화를 도모함과 동시에 조합경영평가제도의 도입을 통한 내부관리의 혁신이 필요하다. 또한 비능률적으로 운영하여도 능률적으로 운영한 조합과 동일한 기준으로 국고지원을 받는 현행 국고

부담방식을 수정해 나가야 한다. 각 조합은 세대당 관리운영비의 크기를 조합 총 지출액 또는 세대당 급여비의 10%수준으로 끌어 내리는데 총력을 경주해야 할 것이다.

이러한 일련의 상호연관된 각종 조치가 궁극적으로 의료제도의 발전에 순 기능적 기여를 하게 함으로써, 우리는 의료보험조합을 날로 어려워져 가는 그리고 노령화해가는 농촌주민들의 건강을 돌보는, 봉사하는 조직으로 탈바꿈 시킬 수 있을 것이다.

References

- 1) 김기옥·이규식: 지역의료보험의 의료이용도 및 소득재분배 효과에 관한 연구. 인구보건논집 5(2), 1985
- 2) 김영훈: 지역의료보험의 보험료 이전효과 분석. 사회보장연구, 제5권 1989.11
- 3) 문옥륜: 21세기의 노인문제와 의료보험. 한국노년학회지 제5권, 1985
- 4) 문옥륜: 고가의료장비의 수급과 정부의 역할. 1991년 한국보건행정학회 춘계학술세미나 1991
- 5) 문옥륜: 의료보험조합의 위상정립 및 운영개선-의보조합 발전론, 의료보험, 1989. 7
- 6) 문옥륜·이운현: 직장의료보험의 업종 및 직급별 보험료부담에 관한 연구. 사회보장연구 제6권, 1990. 12
- 7) 연세대학교 인구 및 보건개발연구소: 우리나라 의료보험 발전을 위한 건의. 국민의료보험법(안)의 대안 1989. 7
- 8) 의료보험관리공단: '90의료보험사업보고, 의료보험료부담의 형평성조사 1991
- 9) 의료보험연합회 기획부: 통계로 본 의료보험 변천. 의료보장 제39호, 1991. 8
- 10) 의료보험연합회: 시범지역의료보험 연도별 실적, 1988. 11
- 11) 의료보험연합회: 의료보험 통계자료집, 1990. 12
- 12) 의료보험연합회: 의료보험연합회 사업보고, 1988, 1989, 1990 각년호
- 13) 의료보험연합회: 지역의료보험조합 결산현황. 1987, 1988, 1989 각년호
- 14) 이규식: 효율적인 의료보험관리운영체계. 의료보험, 1987. 7
- 15) 정형선: 지역의료보험제정과 보험제도간 재정공동사업에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석

사학위논문, 1991

- 16) 최규태 : 농어촌지역 의료보험조합의 적정규모에 관한 연구. 조합운영비를 중심으로. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989
- 17) 한국개발연구원 : 지역의료보험의 재정안정화 방안. 제7차 경제사회 발전 5개년 계획 토의자료

경제기획원, 1991. 7. 2

- 18) 한국소비자보호원 : 의료보험제도와 소비자보호 방안. 1990. 11
- 19) 한국소비자보호원 : 지역의료보험제도에 대한 실태조사. 1990. 9