

農漁村醫療保險制度的 改善方向

韓國農村經濟研究院

鄭 明 采

緒 論

농어촌지역주민들을 위한 사회보험제도로서는 1981년부터의 시범사업과 88년 전국확대실시로 유일하게 시행되고 있는 지역의료보험이 있을 뿐 노령농민의 생계보장을 위한 연금보험이나 농업노동사고 사후보장을 위한 노동재해보험 그리고 농작물의 기상재해로 인한 피해보상의 농작물보험등은 거론단계에 와 있는 형편이다.

농어민의 복지증진을 위해 만들어지는 사회보험 제도는 그 결과가 농민에게 도움이 되더라도 가입과정에서는 보험료부담이라는 경제적 부담이 있기 때문에 동시에 모든 보험제도를 도입실시한다는 것은 매우 어려운 것이다. 따라서 사회보험의 도입실시는 농어민의 복지증진을 위해 가장 중요한 것부터 단계적으로 도입되어야 하며 이에 따라 농어촌의료문제의 중요성을 강조한 농어촌지역의료보험이 선도적제도로써 수립시행된 것이다. 그럼에도 불구하고 해마다 가중되고 있는 농어촌지역주민들의 보험료 부담문제가 계속 누중되고 있는 지역보험조합의 재정적자 문제로 지역의료보험은 지금까지도 정착되지 못한 채 제도수정의 도전을 받고 있고, 이에 대한 대응은 간과할 수 없는 세대적 과제라 할 수 있다. 지역의료보험이 시범사업으로 실시된 것은 81년이지만 의료보험법이 만들어진 것은 1963년이며 근로자를 위한 본격적인 보험사업의 실시는 1977년으로, 결코 짧은 역사를 갖고 있다. 그러면서도 지금의 지역의료보험이 제도상의 문제점으로 인해 진통을 겪고 있다는 것은 그동안 우리 국민이나 관계부처 및 관련전문가들의 노력이 그만큼 부족했었기 때문이라는 결론이 될 수 있다. 그러나 인류사회의 사회적 제도가 가지는

성격은 한번 만들어지면 그것을 근본적으로 개혁하기는 어려우면서도 시대적 요구나 사회변화에 맞게 항상 개선되어져 갈 수 밖에 없는 것이라는 시각에서 지금의 의료보험문제를 보는 것도 중요할 것이다. 특히 사회경제이론에서 국민의 권익보장을 위해 만들어지는 사회보장제도들이 제도의 도입초기에는 정치전략적 동기에서 입법되는 경향이 지배적이므로 그 이후의 제도개선에 대한 노력과 투자가 그 범으로 하여금 국민권익보장수준을 높여주는 열쇠로 된다는 사실 또한 중요한 관점이 되어야 할 것이다.

이와같은 어른들이 암시하는 것을 우리의 의료보험제도에 적용하면, 제도도입초기부터 완전한 것을 기대할수는 없는 것이며 도입된 이후에 더 많은 사회적관심과 제도개선을 위한 노력들이 이루어져야하고 그것이 받아들여지지 않으면 안된다는 것으로 볼 수 있다. 따라서 지금의 우리 의료보험제도, 특히 농어촌 지역의료보험제도의 표류현상은 사회적관심과 제도개선의 노력이 부족한 때문이라고도 해석할 수 있겠다.

본 논문에서 문제의 원인을 분석하고 그 원인별 대안을 제시하는 노력은 제도의 개선을 통한 우리 농어촌지역의료보험의 조기정착과 그로인한 농어촌 지역주민들의 의료보장확립에 기여코자 하는 것이며 현행의료보험제도의 현실적용에 중점을 둔 것이므로 정책연구의 성격이 강한 것임을 전제한다.

農漁村地域醫療保險의 現況과 問題點

1. 地域醫療保險組合의 財政自立度 低位

농어촌지역의료보험실시이후 초기단계에서 나타났던 여러가지 문제점들이 개선되어지고 있는 가

운데에서도 가장 어려운 문제로서 지금까지 그 근본적인 대책을 강구하지 못하고 있는 것은 곧 지역의료보험의 재정적자가 계속 누증되고 있는 문제와 그로인한 지역의료보험 가입자들의 보험료가 파중하게 인상되고 있다는 문제이다.

우선 농어촌지역의료보험조합들의 재정자립도를 보면 보험사업의 최초실시연도인 88년은 제도초기적인 지출과 수입관계로 감안하기 어려운 결과로 보더라도 89년과 90년에도 계속적인 재정자립미달 상태임을 알 수 있다.

통계상에서 의료보험의 재정자립도는 계속 호전될 것으로 보여지고 있으나 구체적으로 보험조합을 살펴보면 K군의 경우 1989년에 351백만원의 재정적자였던것이 90년에는 432백만원으로 늘어났고 91년도에는 7억5천만원으로 적자가 누증될 전망이다. 91년초 보험료를 30%정도 인상했으나 92년도에도 30%이상 또다시 인상시킬 수 밖에 없게 되었다고 한다. 이와같은 현상은 대부분의 군 의료보험조합들에게서 공통적으로 발생하고 있는 문제

표 1. 도별 농어촌지역 의료보험 재정자립도
단위 : %

| | 1988 | 1989 | 1990 |
|-----|-------|------|------|
| 계 | 127.0 | 79.8 | 82.0 |
| 경 기 | 123.7 | 76.8 | 81.2 |
| 강 원 | 112.1 | 77.9 | 83.6 |
| 충 북 | 125.1 | 82.5 | 84.2 |
| 충 남 | 119.7 | 75.2 | 81.2 |
| 전 북 | 127.2 | 74.0 | 75.8 |
| 전 남 | 146.6 | 86.4 | 81.1 |
| 경 북 | 131.2 | 84.2 | 83.5 |
| 경 남 | 125.9 | 82.0 | 85.7 |
| 제 주 | 106.4 | 78.1 | 84.1 |

*재정자립도 = (보험료 국고부담금 + 징수액) / 급여비 × 100(%)

이며 C군의 경우 관할구역내의 병, 의원에게 지불해야 할 진료비를 제때 주지 못하고 5~6개월씩 지연되는 과정에서 보험조합과 의료기관간에 상당한 마찰이 생기기도 한다는 것이다. 이와같은 현상은 보험료의 징수실적에도 연유되기는 하지만 기본적으로 농어촌 지역의료보험사업이 지역주민 가입자의 보험료납부액만으로는 충당되기 어려우며 따라서 보험제정의 독립능력이 없다는 것을 의미한다. 이와같은 결론은 금년도부터 실시된 지방자치제에 임하여 농어촌지역의 지방재정자립도가 도시지역에 비해 현저히 낮아 지방행정자립이 문제가 되고 있는 것과 같은 맥락에서 파악될 수 있을 것이다.

2. 地域醫療保險의 保險料負擔過重化

지역의료보험조합의 재정자립도가 낮고 적자가 누증되므로 인해서 나타나는 결과는 매년 높은 옴의 보험료 인상이었다.

이와같은 매년의 보험료인상은 지역주민들의 반발을 일으키게 되었고 특히 보험료인상율이 너무 높는데 따른 보험료납부거부와 불공평성문제의 제기는 보험제도의 조기 정착을 어렵게 만들고 있는 것이다. 농어촌주민들의 보험료부담이 이미 다른 보험가입자들보다 높아지게 된 것은 최근에 발표된 한국 소비자 보호원의 자료에서도 인용해 볼 수 있다. 이 자료에 의하면 월평균보험료를 월 평균 소득으로 나누어 산출해내게 되는 실효보험료율이 농어촌의 경우 2.36%로 직장의료보험의 1.19%보다 약 2배나 높아 보험료부담의 상대적 과중함이 심화되고 있는 것을 알 수 있다.

실제로 한국농촌경제연구원의 현지통신원 조사와 의료보험조합방문 현지조사결과에서도 농어촌 지역의료보험료의 수준은 상당히 높은 것으로 나타났다.

표 2. 醫療保險組合間 實效保險料率 比較

단위 : 원, %

| 구 분 | 월 평균소득 | 월평균보험료 | 실효보험료율 | |
|-----------|---------|---------|--------|------|
| 지 역 의 보 | 도 시 | 619,225 | 12,628 | 2.04 |
| | 농 촌 | 439,177 | 10,365 | 2.36 |
| | 지역평균 | 563,115 | 11,923 | 2.12 |
| 공·교의보 | 596,660 | 10,019 | 1.68 | |
| 직장의보 | 563,817 | 6,732 | 1.19 | |
| 공교 및 직장평균 | 569,748 | 7,326 | 1.29 | |

자료 : 송태희 외, 「의료보험제도와 소비자 보호방안」, 한국소비자보호원, 1990

현지통신원은 전국에 2,400명이 다양하게 분포되어 있으며 이들중 1,079명의 회신을 받아 집계한 결과 평균 보험료는 월 15,180원이었으며 최저보험료는 1,080원에서 최고 보험료 납부자는 53,000원(월)까지 분포되어 있었다.

농촌경제연구원의 현지통신원들의 경제적수준이 높은 편에 속한다고 평가할 수 없으나 결과로서는 의료보험료의 평균수준이 충청북도 시군별의료보험조합에서 얻은 보험료통계치의 평균보험료 월 10,523원보다 매월 4,657원이나 높게 나타나고 있다. 지역의료보험은 매년의 적자재정을 메꾸기위해 89년에 전국평균보험료를 13.5%, 90년에는 37.7%, 그리고 91년에는 31.6%를 인상시켜 왔었다.

보험료의 인상이 계속되어온 지역의료보험은 1988년 확대실시당시 직장의료보험의 1인당 보험료 1,974원보다 651원이나 낮은 1,323원이었던 것이 91년에는 오히려 1,117원이나 많은 3,688원으로 직장의료보험의 보험료(2,571원)보다 43.5%나 높

은 부담으로 변해버렸다. 그 결과 현재 농어촌의 료보험제도에 있어서의 문제점은 보험료가 비싸서 부담이 된다는 것이며 이것은 농정이슈의 중요한 3대과제로 부상하기에 이르렀다.

地域醫療保險의 財政赤字와 保險料負擔增加要因

1. 保險財政의 赤字要因

지역의료보험이 매년 계속적인 높은 보험료인상에도 불구하고 재정적자가 누증되고 있으나 그것이 보험료의 인상요인이 되어버리는 악순환적 고리를 형성하고 있는 상황이다. 이와같은 문제의 해결을 위해서는 그 문제의 발생요인을 정확하게 파악하는 것이 중요한 일이므로 적자의 내용을 상세히 살펴보면 대개 일반적인 보험의료비증가요인과 농어촌의 특수한 여건에서 비롯되는 요인으로 구분해 볼 수가 있다.

표 3. '91년도 충청북도 시군별 보험료 조정현황

단위 : 원, %

| 시 군 별 | 90년도 세대당 평균보험료 | 91년도 보험료 인상비율 | 91년도 세대당 평균보험료 |
|-------|-------------------|------------------|-------------------|
| 파산군 | 7,425 | 30.0 | 9,655 |
| 청주시 | 10,715 | 25.6 | 13,429 |
| 충주시 | 7,906 | 29.8 | 10,148 |
| 제천시 | 8,613 | 29.8 | 11,143 |
| 청원군 | 8,766 | 29.8 | 11,378 |
| 보은군 | 11,000 | - | 11,000 |
| 옥천군 | 7,598 | 30.0 | 9,877 |
| 영동군 | 8,300 | - | 8,300 |
| 진천군 | 8,800 | 30.0 | 11,440 |
| 음성군 | 9,786 | 27.5 | 12,487 |
| 충원군 | 7,523 | 27.5 | 9,590 |
| 제천군 | 7,193 | 28.0 | 9,214 |
| 단양군 | 7,650 | 19.8 | 9,140 |
| 평 균 | 8,560 | 28.0 | 10,523 |

표 4. 의료보험제도에서 가장 불만인 점

| 구 분 | 빈도(명) | 비율(%) |
|----------------|-------|-------|
| 보험료가 너무 비싸다 | 418 | 41.0 |
| 원하는 병원을 못가게 한다 | 375 | 36.8 |
| 지역에 의료기관이 부족 | 194 | 19.0 |
| 기 타 | 33 | 3.2 |
| 계 | 1,020 | 100.0 |

자료 : KREI 통신원조사, 1991

표 5. 경제능력에 비해 의료보험료의 비싼 정도

| 구 분 | 빈도(명) | 비율(%) |
|--------|-------|-------|
| 너무 비싸다 | 503 | 53.5 |
| 약간 비싸다 | 356 | 37.8 |
| 적당하다 | 81 | 8.6 |
| 싼편이다 | 1 | 0.1 |
| 계 | 941 | 100.0 |

자료 : KREI 통신원조사, 1991

일반적으로인으로는 첫째, 지역주민이 감소하고 있다는 점이다. 최근 농어촌 경제의 악화와 밝지 못한 전망으로 인하여 이농이 크게 증가하고 있으며 이것은 곧 지역의료보험의 가입자수를 감소시키는 결과로 나타나고 있다.

특히 농어민중에서도 생산력이 있는 40대미만의 젊은이들이 이농의 주축을 이루고 있어 장기적으로도 보험가입단위의 감소문제가 계속될 전망이다. 현재 군단위 보험조합 평균가입 가구수는 약 9,000세대 정도이다. 둘째, 농어촌지역의료보험이 실시된 이후 의료접근도가 높아지고 보험에 대한 의외심까지 생겨났으며 건강관리에 관심이 높아짐으로 인해 수진율이 높아졌다. 수진율의증가를 보면 1981년 농어촌시범사업초기에 연간 1,024건 이었던것이 89년에는 2,477건으로 142%의 증가율을 보이고 있다. 반면 직장외보는 81년에 이미 2,086건 수준에 있었기 때문에 89년에는 3,047로 46%의 증가율에 그치고 있다.

그러나 절대적인 수진건수는 아직도 농어촌지역 주민이 직장인보다 0.59건이 낮고 공무원, 교직원 의료보험(공교의보)의 그것보다는 1,078건이나 낮은 수준에 있다. 한편 농어촌지역의보가입자들의 연간 병의원 진료시 건당진료일수도 아직은 가장 낮고 진료를 받았을 때 진료건당 비용도 가장 낮다. 그러나 이들은 보험이 적용되는 지급진료나 일반진료를 주로 받기 때문에 보험조합의 부담율은 높게 나타나 직장이나 공, 교의보는 보험적용이 안되는 특진 등 고급진료를 많이 받기 때문에 조합부담율은 낮은 편으로 나타났다. 세번째로는 보험의료수가의 인상과 진료수준의 향상에 따른 의료비용의 증가 요인이다. 이것은 매년의 일반경제변화에 크게 영향을 받게 되는 부분으로 각종 의료자재의 가격상승과 노임상승 등 물가인상이 영향요인으로 되고

있는 부분이다.

그러나 여기에서도 우리 나라 의료보험의 의료수가 지불방식이 행위당 수가제에 기초하고 있기 때문에 의료수가의 인상이 곧 의료인의 소득과 직결되는, 그래서 의료인들이 의료수가인상을 매년의 행사처럼 들고 일어나게 된다는 제도적 문제점도 요인의 하나로 보아야 할 것이다. 다음은 농어촌의 특수한 여건과 구조적인 원인에 의해 발생하는 재정적자의 요인을 들 수 있는데 첫째로는 농어촌 노령인구의 증가문제이다.

농어촌인구 노령화문제는 최근 더욱 심화되어 이제 농가인구중 60세이상의 농가율은 80년에 20.3%에서 31.2%로 늘어났다. 농어촌노인들의 비중이 이와같이 증가하고 있는 원인은 농어촌젊은이들의 계속적인 이농의 결과이며 이농의 추세는 농가경제가 어렵게 되고 장래의 농업전망이 어둡게 됨으로 인해서 최근 더욱 심해질 것으로 보인다. 뿐만 아니라 도시지역의 직업안정대책이 소홀하고 불안정함으로 인하여 도시적응에 실패한 노령층들의 귀

표 7. 연령계층별 총 이농량 추이 단위:천명

| 연령계층 | 1970~75 | 1975~80 | 1980~85 | 1985~90 ¹⁾ |
|--------|---------|---------|---------|-----------------------|
| 17~21 | 199.8 | 385.8 | 164.2 | 51.8 |
| 22~26 | 239.5 | 307.1 | 266.8 | 133.0 |
| 27~31 | 134.2 | 167.3 | 95.7 | 138.8 |
| 32~36 | 67.3 | 98.0 | 73.0 | 70.5 |
| 37~41 | 76.4 | 80.8 | 72.8 | 74.7 |
| 42~46 | -20.3 | 44.5 | 74.22 | 98.8 |
| 47~51 | -13.6 | 25.9 | 23.6 | 115.8 |
| 52~56 | -58.1 | -30.7 | 0.0 | -90.8 |
| 57~61 | -47.6 | -4.3 | 0.4 | -145.4 |
| 62세 이상 | -47.6 | -4.3 | 15.6 | -280.3 |
| 57~61 | 577.6 | 1,774.4 | 786.3 | 166.9 |

자료: 이정환, 한국농촌경제연구원 연구보고 126호

1) 농림어업취업인구의 통계에서 추산함

표 6. 保險給與現況

| 연도별 | 수진율(건)* | | 건당진료일수(일) | | 건당진료비(원) | | 조합부담률(%)** | | | | | |
|------|---------|----------|-----------|----------|----------|----------|------------|----------|--------|------|------|------|
| | 농어촌 지역 | 직장공·교 지역 | 농어촌 지역 | 직장공·교 지역 | 농어촌 지역 | 직장공·교 지역 | 농어촌 지역 | 직장공·교 지역 | | | | |
| 1988 | 2.120 | 2.870 | 3.339 | 4.13 | 4.71 | 5.10 | 16,987 | 20,320 | 20,385 | 69.0 | 64.2 | 64.2 |
| 1989 | 2.477 | 3.047 | 3.555 | 4.59 | 4.82 | 5.26 | 19,461 | 21,203 | 21,630 | 68.4 | 64.4 | 64.7 |
| 증가율 | | | | 11.1 | 2.9 | 3.1 | 14.6 | 4.3 | 6.1 | | | |

*진료건수/연평균 적용인구

**건당 급여비/건당진료비

농현상과 도시직장에서 은퇴하게 되는 60세이상 연령층의 농촌회귀현상으로 농어촌인구의 노령화 속도는 앞으로 계속 증가될 전망이다. 노령인구가 증가하는 것은 의료수요의 증가를 의미하게 되는데 이들은 만성질환이나 노환등으로 장기치료, 고액진료의 대부분을 차지하게 된다. 우리 나라는 아직까지 노인의료비가 큰 비중을 점하고 있지는 않으나 적용인구비례로 보면 진료회수나 진료비 등 모든면에서 60세미만의 의료비 지출보다는 높게 나타나고 있는 것이다. 둘째로 농어촌지역의료보험에는 직장외보나 공, 교외보에서 퇴직한 은퇴자들이 모여들게 됨으로써 의료수요는 높으나 부담능력은 낮은 노인집단을 이루게 된 점이다. 이들 직장은퇴자들중에도 자녀들이 원거리가입이 가능한 사람들은 자녀의 가족 피보험자로서 입적하여 혜택을 받게 되지만 의지할 자녀가 없는 은퇴노인의 경우는 어쩔 수 없이 지역의료보험으로 편입되게 된다. 더욱 문제가 되는 직장퇴직자문제는 공장이나 직장생활중에 직업적 질병이나 사고로 인한 능력상실등 장기질환, 전립자가 중도에 퇴직당하게 되면 그 또한 지역의료보험으로 편입되게 된다는 점이다.

특히 중소기업이나 근로조건이 취약한 수공업체 근로자들의 직업병 퇴직은 산업재해보험의 적용미흡과 사업주들의 산재처리 기피현상으로 더욱 많아 지역의료보적자에 큰 요인이 되고 있다. 이들 직업병이나 재해자들은 지역의료에 편입되면 장기치료, 고액진료를 받게되고 다행히 질병이나 장애가 완치되는 경우는 또다시 직장에 취업을 함으로써 지역의료에는 적자만 안겨주고 떠나게 되는 제도적 모순에서 비롯되는 적자요인으로 작용하고 있다.

셋째로는 농어촌지역의보의 대다수를 차지하고 있는 농어민들의 농기계와 농약사고 등으로 인한 재해와 사업업자들의 노동사고 사상자 치료비에 의한 적자요인이다. 농어촌은 지금 젊은 노동력의

부족으로 농기계나 농약이 없이는 농사를 지을 수가 없으며 이와같은 농기계, 농약이용의 증가는 부수적으로 많은 사고와 사상자를 발생시키게 되는 것이다. 농기계중 보급율이 가장 높은 경운기의 경우 100대당 사고율은 10%나 되며 경운기의 교통사고만해도 우리 나라 총 교통사고의 1%를 차지할 만큼 높은 인명피해를 수반하고 있다. 뿐만 아니라 농약사고는 농약사용량의 지속적인 증가로 매년 평균 1,400여명이 농약사고로 사망하고 있으며 이중 40% 정도는 농약중독사고로 사망한다고 보고되고 있다(사망원인 통계연보: 경제기획원).

이와같은 사고 사상자에 대한 산업재해보험이 적용되지 못하는 자영업자들로 구성된 지역의보는 산재보험이 적용되는 직장외보에 비해 그 부분만큼의 재정적자요인을 더 안게 된다는 점이다. 넷째로는 지역의보의 보험사업재정중 50%를 정부가 지원하는 것으로 결정해 놓고서는 지금까지 매년 36% 정도의 지원만을 해왔으며 그것마저도 3개월 이상 뒤늦게 분기별로 지급함으로써 년초부터의 재정운영계획에 차질을 빚어준 점이 또한 적자발생의 요인으로 작용해왔다. 실제로 조사지역의 2개국 국고지원현황을 보면 조합의 총 사업비인 급여비지출과 관리운영비 총계(D+E)에 대해 보험료국고부담과 관리운영비 국가부담(B+C)의 비중 36%~45%수준에 머물고 있음을 알 수 있다.

다섯째로 농어촌지역의보는 광활한 지역에 산재해 있는 농어가들을 일일이 방문하면서 보험료의 부과기준을 확인하거나 보험료징수와 자격관리를 하기위한 조직관리운영비용이 크게 든다는 점이다.

원천징수가 불가능한 자영업사를 관리하는 것과 가입자의 빈번한 이동을 스스로의 가입탈퇴신고없이 쉽게 정리 할 수 없는 어려움들 때문에 더욱 그 비용을 감소 시키기가 어려운 것이다.

지역의보의 관리운영비는 88년에 22%에서 90년

표 8. 老人醫療費 比率 (0군, 1990. 12) 단위: %

| | 적용인구 | 진료건수 | 총진료비 | 급여비 | 본인부담액 |
|-------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 0~59세 | 88.1 | 86.3 (98) | 80.1 (91) | 79.6 (90) | 81.2 (92) |
| 60세이상 | 11.9 | 13.7 (115) | 19.8 (166) | 20.4 (171) | 18.8 (158) |
| 계 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

* ()안은 적용인구 비율을 100으로 했을 때의 비.

표 9. 國庫支援現況

단위 : 백만원, %

| | 0군 | | | K군 |
|--------------------------|------|-------|-------|-------|
| | '88 | '89 | '90 | '90 |
| 보험료 수입(A) | 710 | 644 | 827 | 1,066 |
| 보험료 국가부담(B) | 318 | 374 | 423 | 588 |
| 관리운영비 국가부담(C) | 255 | 282 | 333 | N.A |
| 급여비 지출(D) | 908 | 1,200 | 1,410 | 2,075 |
| 관리운영비 지출(E) | 254 | 284 | 330 | N.A |
| 보험료 국가부담률[B/(A+B)] | 31 | 37 | 34 | 36 |
| 보험제정중 국가부담률[(B+C)/(D+E)] | 49.6 | 44.2 | 43.4 | 36 |

에 18.9%로 줄어들고는 있으나 근본적으로 직장이나 공, 교의보처럼 원천징수가 가능한 조합과는 비교를 할 수 없을 만큼 격차가 생긴점이다. 뿐만 아니라 원천징수가 아닌 한 보험료의 징수율은 낮아질 수 밖에 없으며 그에 따른 수입감소도 지역보험제정적자의 큰 원인이 되어왔다.

이와같은 요인들이 지역의료보험조합의 보험재정을 적자로 만들게 하는 주요요인들이며, 그외에 조합운영을 잘못하여 보험료의 수입이 낮아진다거나 급여관리가 소홀해져서 발생하는 지출증대등의 기술적요인들은 어떤 직종의 보험에서도 같은 위험을 가지는 것이므로 논의의 대상에서 제외하였다.

2. 保險料負擔의 過重化 要因

앞에서 검토한 바와 같이 여러가지의 의료보험 재정적자요인이 내재된 지역의료보험은 기본적으로 보험료부담이 높아질 수 밖에 없는 것이며, 이러한 문제의 원인은 의료보험법과 조직관리운영체계에서 연유된 것으로 분석된다.

우선 앞에서 거론된 일반적 또는 농어촌지역의 특성적 재정적자요인은 시군단위의 소규모 지역에서, 그것도 직장을 별도로 조직하여 분리한 후 자영업자들만을 대상으로 보험조합을 구성하여 독립채산방식으로 운영토록 제도화한 것에서부터 문제는 발생한 것이다. 많은 구조적 특성적 적자요인만을 가지는 자영업자들을 흑자요인이 큰 직장인들과 분리조직함으로써 결국 은퇴노인이나 퇴직직업질병자등 직장보험에서 발생하는 적자요인까지 전가받아 책임지게 만드는 불합리한 보험구조를 탄생시킨 것이다.

어느 나라에서나 농어촌지역은 노인들의 노후생활터전으로서는 유리하기 때문에 농어촌 노인의

수는 증가하게 마련이며 직장인들의 은퇴생활도 고향을 찾아가는 경우가 많은 것이다. 그런데 이들의 의료수요로 인한 재정적자요인을 지역주민들에게만 부담지운다는 것은 논리적으로나 도덕적으로도 전혀 설득력이 없고 잘못된 제도임을 적시할 수 있게 된다. 이와같은 원인에 의해 늘어나는 재정적자를 지역주민들의 보험료로써 군단위 조합내에서 해결하려고 노력하다보니 결국은 보험료를 매년 크게 인상할 수 밖에 없는 결과로 나타난 것이다.

두번째로는 이와 같은 보험료인상요인이 있더라도 보험료의 부담수준과 부과기준이 모든 국민에게 공평하게 적용되고 있다면 실질적인 주민부담은 크게 늘어나지 않을 수 있을 것이다. 그러나 제도상의 보험료부담수준과 부과기준이 조합에 따라 별도의 방식을 가지게 만듦으로써 문제를 어렵게 만든 셈이다.

특히 농민의 경우는 같은 지역의보가입자중에서도 가장 부담이 높은 보험료를 부과하게 되는데 이것은 곧 보험료의 부과방식에서 연유된다. 그림에서와 같이 ⑤번인 재산비례보험료는 농지를 재산세과표기준에 의거하여 부과하는 것이고 ②번인 피보험자당 보험료는 가족원수에 비례하여 1인당 부과되는 것으로, 농가에게는 생산요소기 되는 농지와 가족노동요소에 대해 부과한 후 다시 생산요소의 결합에 의해 발생하는 농업소득, 즉 ③농지세 과표기준에 따른 보험료를 다시 부과함으로써 결국 2중 3중의 부과가 되도록 되어있는 셈이다. 따라서 농민의 경우는 같은 지역 의보내의 상업이나 자유직업을 가지는 자영업자들보다도 과중한 부담을 안게 되었다. 실제로 K군의 91년도 보험료 부

과기준을 보면 농가로서 수준이 높아 최고등급의 소득, 최고등급의 재산, 최고등급의 종합소득 및 자동차 등을 가지면서 가구원이 5명인 경우 최고로 월 79,900원까지 보험료를 내게 된다는 점이다. 여기서 보험료의 최고등급인 30등급은 농지소득 금액이 421만원이며, 종합소득은 601만원, 재산가액은 4,001만원이상, 자동차의 경우 최고등급은 분기별 자동차세 25만원이상이면 최고의 보험료 등급에 속한다. 반면 직장의료보험의 경우 최고등급 53등급인 월 190만원이상 소득자(전국 평균 3.17%)의 경우 보험료는 겨우 60,230원 밖에 안된다. 그리고 이들 직장인들은 재산이나 가족수가 얼마가 되더라도 상관없고 자동차를 가진 것도 감안되지 않으며 오직 한 사람이 받는 봉급에 의해서만 보험료를 부과하게 되는 농어촌 주민과는 다른 부과기준을 적용하고 있는 것이다.

세책로 지역의료보험의 보험료는 제도상 그 인상이 손쉽게 되어 있다는 점 또한 보험료부담이 높아지게 되는 한 원인이 되고 있다. 앞에서와 같이 보험료의 부과기준이 7가지로 되었기 때문에 그 어느 한가지만 인상시켜도 결과는 보험료인상으로 나타나고 특히 재산비례 보험료의 경우는 91년에 실시된 재산세 과표 현실화 조치로 실제재산세과표가 30%이상 높아졌기 때문에 보험료는 자동으로 인상된 효과를 가져왔었다. 뿐만아니라 이와같은 보험료부과 방식과 그 기준 및 인상수준에 대해 감독관청의 승인만 얻으면 되도록 되어있어 보험료의 인상이 해마다 손쉽게 이루어져 왔다는 점이다. 사회보험의 기입은 국민 모두에게 권유되는 강제 조항이며 보험료의 각출은 의무이므로 보험료미납이나 거부의 경우 강제차입이 발동되는 것으로 결국 의료보험료는 세금과 다름이 없는 국

지역의보의 보험료부과방식

| | |
|--|---|
| 세대별보험료 = 기본보험료(세대당+피보험자당) + 능력비례보험료(농지소득+종합소득+재산소득+자동차보험료+기타보험료) | |
| 기본보험료 | ① 세대당보험료 : 세대마다 동일금액 ② 피보험자당보험료 : 피보험자(가족)1인당 동일금액(가족원은 노동요소임) |
| 능력비례 보험료 | ③ 농지소득 - 90년도 농지소득 금액(②×⑤에서 발생됨) ④ 종합소득 - 89년도 종합소득 금액(세무서 자료) ⑤ 재산소득 건물 : 90년도 재산세 1기분 건물과표액 토지 : 90년도 재산세 2기분 종합토지세 토지 과표액(농지는 생산요소임) ⑥ 자동차에 대한 보험료 - 91년도 1/4분기 자동차 세액 ⑦ 기타보험료 - 주변의 생활정도가 유사한 세대보다 보험료가 적게 부과된 세대에 적용 |

표 10. K군의 91보험료 부과조정 변경 내역

단위 : 원

| 구분 | '90년도 | | '91년도 | | |
|-----------------|-----------|-------|------------|-------|-------------|
| | 등급구간 | 보험료액 | 등급구간 | 보험료액 | |
| 기본 보험 분류 | 세대당보험료 | 1,200 | | 1,500 | |
| | 피보험자당 보험료 | 800 | | 1,200 | |
| 능력 비례 보험료 | 농지소득비례보험료 | 1-15 | 400-6,700 | 1-15 | 700-14,400 |
| | 종합소득비례보험료 | 1-15 | 400-14,600 | 1-15 | 700-21,900 |
| | 재산비례보험료 | 1-15 | 300-7,400 | 1-15 | 700-17,300 |
| | 기타보험료 | 1-15 | 500-7,500 | 1-15 | 500-15,000 |
| | 자동차에대한보험료 | | | | 1,000-5,000 |

자료 : K군의료보험조합

민부담금인데도 국회의 결정없이 국민부담을 올릴 수 있도록 되어있다는 점이 문제인 것이다.

넷째로는 오늘의 농어촌 경제가 농산물의 수입 개방을 전제로 하는 세계적인 농업구조개편과정에서 농산물 가격하락과 농가소득조건의 악화등으로 상대적인 보험료 부담의 과중화 경향이 나타나고 있다.

농산물의 수입은 우루과이라운드 협상이 본격적으로 시작된 88년부터 크게 늘어나 국내 농산물 생산자들의 소득조건을 크게 악화시켰다. 농민들은 수입이 되지않는 농산물이나 수입되기 어려운 신선채소재배에 몰려 과잉생산으로 인한 가격폭락사태를 매년 되풀이하게 되었고 이 과정에서 농민들의 생산의욕은 크게 저하되었으며 의료보험료는 큰 부담이 되기 시작했다.

農漁村地域醫療保險問題의 改善方案

1. 醫療保險의 社會保險的 概念再定立과 機能 強化

지역의료보험의 문제는 곧 우리 나라 의료보험의 전체적인 체계속에서 문제발생의 원인을 제공받고 있으므로 우선 포괄적 차원에서 우리 나라 의료보험제도의 문제점 개선을 통한 지역의료보험의 문제과급을 마아야 할 것이다. 이와같은 관점에서 우리 나라 의료보험제도의 문제점을 보면 우선 의료보험이 사회보장장치의 하나인 사회보험제도로서의 기능과 역할을 충분히 하고 있지 못한 점이다. 의료보험은 국가공권력을 위임받아 강제가입에 의무자출 방식으로 제도화되며 모든 국민에게 공평하게 부담되고 공평하게 급여되도록 창안되어야 한다. 그러나 행정편의상의 편이점과 제도관리 체계상의 이점을 강조하여 그 부담과 급여의 공평성이 보장되지 못하고 있는 점은 제도를 주관하고 있는 국가의 책임이다

의료보험을 조합방식으로 세분화하여 조합내에서의 독립적 운영을 강조함으로써 모든 책임을 조합에게 지우고는 있지만 보험료부담 과중화나 급여의 불공평등에 따른 국민의 불평은 최종적으로 국가에게 책임이 돌아가게 된다는 점이다. 그것은 보험가입과 각출을 의무화하고 있는 법적 공권력의 원천이 국가에게 있기 때문이며, 따라서 의료보험

사업은 개인기업이나 자주적인 이익단체에게 완전히 위임할 수 없는 사업인 것이다.

따라서 의료보험조직을 관리하는 기관이 자주적 이익단체인 조합으로 결성 될수도 없는 것이다. 원래 국가의 공공사업을 위임받아 이를 수행하는 기관의 명칭으로는 공단, 공사, 기금, 금고 등의 공기업적 명칭을 사용하게 된다. 조합이란 동질성을 갖는 집단내에서 공동이익을 추구하기 위해 자유의사에 따라 계약에 의해 결성되는 인적결합체인 것이며 따라서 이들 조합은 가입과 탈퇴가 자유롭고 조합장이나 직원의 선발이 민주적이며, 공동이익을 위해 정치적 활동, 경제사업활동 등을 할 수 있는 것이어야 한다. 그러므로 의료보험조직을 조합으로 만든 것은 잘못된 발상이며 가입과 탈퇴를 자유롭게 해서는 안되는 강제사업인 것이므로 조합적 조직은 불가하다. 따라서 지금의 의료보험조합은 의료보험공단 또는 공사로 개칭되어야 하며 그 기능과 역할에 맞는 사업주체조직을 정비해야만 한다. 지역의료보험조직이 의료보험공단으로 될 경우 당연히 그 기능과 목적이 같은 공무원, 교직원 의료보험공단이나 직장의료보험공단과 통합적 조직체계를 가지게 될 것이다. 의료보험사업에 있어서 비용의 최소화나 위험분산효과의 최대화 및 재정적 자요인과 후자요인의 중화기능을 위해서도 조직관리운영체계의 통합적 광역화는 필수적이다. 지금까지 오랜기간동안 통합론과 분리론(소위 조합론)이 상당한 논란을 거쳤으며 그에 따른 문제점도 제기되어 왔다. 그러나 중요한 것은 지금의 지역 의료보험조직이 그 스스로의 능력으로는 재정적 적자요인을 감당할 수 없는 상태에 의 있으며 직장 의료보험조직들은 대부분 후자요인에 의해 재정 적립금이 필요이상으로 누중되고 있으면서도 상호간의 독립된 조직체계 때문에 문제를 해결하지 못하고 있다는 점이다. 지금의 지역의료보험재정 적자요인이 지역의료보험의 사업운영 잘못이나 지역주민들의 과잉된 진료비 남용에서 연유된 것이 아니며 사회구조적이고 제도적인 모순에서 연유된 것이 대부분인데도 불구하고 사회보험적 재분배 기능을 단절시켜 놓은 조합주의의 조직관리방식 때문에 문제를 계속 악화시키고 있다는 결론이다.

의료보험의 사회보험적 재분배기능을 강조하는 것은 과욕이라는 지적들이 있어 왔으나 역시 사

회보험의 기능은 잘못된 분배구조와 소득격차를 완화시키는데 크게 작용하고 있다는 점을 간과해서는 안된다.

예를 들어 의료보험제도를 통합된 하나의 국민의료보험공단으로 만들었다면, 그 보험료의 설정은 물론 국민의 부담을 소득에 비례하여 동일하게 적용시키는 방법으로 국민의 대표인 국회에서 결정하게 될 것이다. 국회는 보험료의 결정과 매년의 인상을조정과정에서 보험료를 인상시켜야 되는 요인에 대해 검토를 거치지 않고서는 그 인상을올 인정하지 않게 될 것이다. 그렇게 되면 보험료의 징수가 제대로 되었는가를 검토하게 되며 소득과 약이 제대로 되지 않고 있어서 발생하는 불공평한 문제, 금융거래 실행제가 되지 못해서 발생하는 보험료부담의 불공평성 등과 관련된 국제정 세무자료부실문제, 지하거래나 지하경제의 표면거래화 문제가 계속적으로 추궁되고 밝혀지게 될 것이다. 이것은 곧 지금 우리 사회가 암적요소로 품고 있는 소득의 불균형과 생산의욕의 저하문제를 해결하는 첩경이 될 것이며 따라서 의료보험의 사회보험적 기능은 제역할을 다 하는 것으로 볼 수 있을 것이다.

그러나 지금과 같이 한 국민을 직종별, 지역별로 분리하여 각각의 다른 기준과 부담방식으로 의료보험을 실시하는 한은 의료보험의 사회보험적 기능은 기대할 수도 없을 뿐만 아니라 지금과 같은 사회적 불공평성을 비호하는 반사회보장적 기능을 수행할 수 밖에 없게 될 것이다. 이와같은 원리에 따라 의료보험료의 통제가 국회권한으로 확립되는 것을 가장 못마땅하게 생각할 사람들은 곧 소득과약이 명확하게 되거나 금융거래가 설명화되면 손해를 보게 된다고 생각하는 비정상적 소득향수 계층과, 보험료인상이 손쉽게 되지 않으면 어려움을 겪게 될 수도 있는 주관부서와 조직관리기구의 담당자들 그리고 지출의 정당성과 정확성을 추궁 받게 됨으로써 여리가지 제재를 받게 될 의료인들이 될 수 있을 것이다. 따라서 지난번의 통합의료보험법안에서 문제점으로 크게 부각되었던 근로자계층의 보험료 부담과중화요인에 대한 논리는 국민의 판단을 흐리게 한 가장 중요한 잘못이었다고 본다.

그당시 의료보험이 저역주민과 직장인을 모두 통합조직화 할 경우 농어촌의 재정적자 때문에 소득과약율이 가장 높은 직장인만 보험료가 높아

지고 손해를 본다는 논리였었다.

그러나 지금과 같이 농어촌의 재정적자요인을 사회구조적이고 제도적인 모순으로 분류했을때 그로 인한 부담을 농어촌주민에게만 떠넘긴다는 것은 도덕적으로도 이념적으로도 맞지 않기 때문에 결국 국민의 지원으로 이를 해결할 수 밖에 없게 된다는 결론이다. 이와같은 결론은 최근에 와서 과거에 분리주의(조합주의)를 주장해온 학자들사이에서도 지역외부의 파산을 막기 위해서는 정부의 재정지원이 확대될 수 밖에 없다고 주장한 점에서 일치하고 있다. 그러나 재정지원을 확대하기 위해 세금을 늘린다고 한다면 결국 지금과 같이 소득과약이 안되어 있고 금융거래실행제도 안되고 있으며 토지종합과세제도도 완화되고 있는 상황에서 결국 정부재정의 원천인 세금을 주도내게 되는 사람이 직장인뿐이라는 점은 곧 의료보험료를 주로 내게 되는 계층이 직장인이 될 것이라는 점과 같은 결과가 된다. 따라서 의료보험뿐만아니라 모든 사회보험의 각출부담에서의 공평성 확립은 소득세 과표기준이 얼마나 잘 정비되어 있는가에 따른다는 점을 인식해야만 하고 의료보험제도가 사회보험의 원리에 입각해 제대로 만들어짐으로써 지금의 잘못된 소득과약과 소득세 제도상의 문제점을 개선 촉구할 수 있고 경제정의를 추구할 수 있다는 사실을 인식해야 한다.

그 다음, 의료보험에 있어서의 보험료각출은 사회보험원리에 따르면 “능력에 맞는 각출과 필요에 따른 급여”원칙은 강조하고 있으므로 이를 감안할 수 있어야 한다는 점이다. 의료보험료가 국민 각자의 능력에 맞게 부과되면 소득비례 부과방식이 되어야 하며, 모든 국민이 형편에 맞게 부과되는 보험료라면 국민은 보험료를 내고 나서는 질병이 있을때 치료를 받을 수 있고 그 치료가 보험으로 처리된다면 문제가 없는 것이며 질병이 없을때는 건강했으니 다행이라는 생각으로 지나갈 수 있는 것이다. 즉 보험료는 한번 내고 나면 급여의 기회가 공평하게 주어지는 이상 잊어버리게 되는 것이어야 하며 따라서 그 보험료의 사용이 보험사업속에서만 쓰여진다면 문제가 없다고 보아야 하는 것이다. 의료보험은 월간 결재 또는 년간결제를 전제로 하는 단기성 부과형태 또는 세금의 성격과 동일한 의무각출에 대하여 권리로써의 급여이기 때문이다.

그런데 지금의 의료보험제도는 소규모의 보험조직을 조합방식으로 운영토록 함으로 인하여 적립금이 쌓일 수 밖에 없는 흑자요인을 안고 있는 조합, 특히 미혼남녀 사원을 많이 거느리는 공장조합들이 매년 계속되는 필요이상의 적립금 누적액수에 관심을 가지게 만들고 적자요인만을 가지는 농어촌 지역의보의 적자를 공장조합의 누적된 적립금으로 상쇄하게 될 것 같아 통합조직화를 반대하게 되는, 그래서 의료보험이 사회보험이 아니고 사보험적인 성격으로 자리를 굳혀가고 있다는 문제를 안고있다.

의료보험이 사보험으로 인식되고 사회보험적 성격을 인식시키지 못한다면 곧 사회보험만이 가질수 있는 공권력에 도전을 받게 된다. 즉 국민은 적자없이 잘 운영될때는 문제가 없지만 적자가 되는 경우에는 가입을 않거나 보험료납부를 거부하는 등 강제가입과 의무각출에 도전하게 된다는 점을 간과해서는 안된다.

의료보험은 사회보험이며 따라서 사회보험의 원리인 소득재분배기능과 보험료각출의 형평성, 급여기획의 공평성이 확실하게 추구되는 공보험으로써 국민인식을 굳혀야 한다.

그래서 의료보험제도를 통하여 국민화합을 이루는 하나의 역할 분담을 다할수 있도록 제도개선과 방향재정립이 필요하다고 본다.

2. 財政赤字와 保險料負擔過重化의 要因別 對策
지역의료보험제도의 사회구조적인 재정적자요인으로서 그 비중이 높아지고 있는 노인의료비의 지출문제는 농어촌지역이 노인들의 편안한 안식처로서 제공될 수 있도록 배려하는 국가적 차원에서 지원방법이 필요하다. 이들 노인들은 과거에 자녀교육과 육성을 위해 헌신했고 산업발전을 위해 일해왔지만 지금은 노약화되고 자녀들은 도시산업으로 떠나가 버림으로써 정든 고향을 버리지 못하고

농어촌에 남아 살고있는 공헌자들이다. 이들 노인들의 신체적 노령으로 인한 의료수요의 증가문제를 본인의 책임으로 돌리는 것은 그들에게 무리한 부담을 지우는 것이므로 노인복지적 차원에서 정부의 노인의료비 보조방법이 농원될 수 있다. 고령자들의 의료비를 국가가 일방적으로 지원하고 있는 나라는 많아, 유럽에서나 가깝게는 일본에서도 볼 수 있는 일이며 우리 나라도 국가경제적 능력이 가능해질 경우 이것은 노인복지의 가장 중요한 과제가 될 것으로 보인다.

예를 들어 현재 60세이상의 노인의료비를 정부 보조로 처리한다면 약 444억원정도의 예산이 필요하게 될 것으로 추산되며, 이 경우 의료보험조합에 미치는 영향은 노인을 가장 많이 포함하고 있는 시약의료보험재정의 적자요인해소에 크게 기여하게 될 것이다.

특히 농어촌지역의 노인수는 계속 증가하고 있으므로 지역의보의 재정적자해소 요소는 더욱 커질 것으로 보이며, 반대로 공무원, 교직원외보나 직장외보의 경우도 비부양자중 노령자의 보험료면제나 의료비보조효과가 동일하게 될 것이므로 흑자 폭은 더 크게 늘어날 것이다.

다음으로는 농어촌 노동사고 빈발에 따른 의료수요증가와 그 비용에 의한 적자발생을 산업재해보상차원에서 시원하게 될 경우, 평균적인 농작업 사고발생율과 농업노동종사지수에 근거하여 추산해본 결과 91년도를 실시초기로 본다면 약 154억 원정도의 요양 및 치료비용이 들것으로 계산되었다. 여기에서 타직업으로부터의 산업재해자나 직업질병자 유입량은 예측할 수가 없고 실제조사도 불가능하여 감안되지 못하였다. 그러나 그 숫자는 적더라도 비용은 크게드는 장기진료, 고액의료비 수요자일 것으로 보아야 한다. 세번째로 농어촌의

표 11. 재정적자요인별 지원대책과 소요비용

| 농어촌 의보적자요인 | 요인별 대책 | 소요비용 |
|--------------------|-----------------|---------------|
| 60세이상 노인수의 증가 | 노인의료비 보조 | 약 444억('89) |
| | 노인보험료 면제 | 약 11억('89) |
| 농업노동사고에 의한 의료수요 증가 | 농업노동사고보상 (요양치료) | 154억('91) 1) |
| 지역외보관리운영비과다 | 관리운영비 보조 | 약 434억('89) |
| 합 계 | | 약 1,043억('89) |

1) 농업노동사고보상액은 KREI연구보고 204호 “농작업 사고대책과 농업노동재해보험연구”참조

구조적 적자요인은 조직관리비용이 과다하게 들수 밖에 없다는 것이며 이것은 지금과 같은 소규모 군단위 조합체제속에서나 통합된 광역체제속에서나 기본적으로 제기되는 문제일 것이다. 통합조직체제를 가질 경우 관리인력축소효과와 업무중복해소에 따른 비용 감소효과는 인정되지만 기본적으로 농가 호호방문에 의한 징수, 자격관리는 어쩔수 없이 비용이 든다는 점에서 변함이 없다고 보아야 한다.

89년 현재 지역의료보험의 조직관리 운영비는 약 434억 정도가 국가적 지원으로 가능한 재정분야라고 볼 수 있고 이러한 재정지원이 국고로부터 얻어지게 될 경우 90년말 현재의 농어촌지역의료보험사업 재정적자 총 720억원을 상쇄하고도 남는 금액이 된다는 것이다.

3. 醫療保險管理運營方式改善과 醫療制度의 改善方向

위에서 검토한 바와같이 지역의료보험이 갖는 사회구조적인 적자요인과 지금의 보험관리 방식에서 비롯되는 사회보험적 기능 약화문제를 개선하기 위해서는 우리 나라 의료보험의 조직관리운영방식을 개선하는 것이 선결과제라고 보여진다.

여기에서 지금의 제도처럼 의료보험조직관리방식을 소규모 지역별, 직종별로 분리 조직하여 운영하는 것은 사회보험기능을 약화시켜 사보험적 인식을 국민에게 불어넣는 결과가 되며 그로 인한 사회보험적 공권력의 존엄성 실추결과는 앞으로 만들어지게 될 국민연금이나 실업보험 등에도 크게 영향을 미치게 될 것이다.

그러므로 현행 소규모 지역별 직종별 조직관리 체계는 통합 광역화 방향으로 추진되어야 한다. 우선은 군단위 조직기능을 살려가면서 통합적 기능을 가질 수 있도록 군내의 모든 주민을 하나의 보험으로 통합시키는 것이다. 이 경우 그 조직관리운영이 지방자치제하의 군단위 행정과 연계되어 재정자립도에 따른 재정조정장치만 만들어주면 될 것이다.

군단위의 가구수는 보통 1만-5만 정도이지만 현재의 농어촌지역의료보험은 그 절반위 5천-2만 세대(약 50%)를 가입자로 하고 있는 영세한 규모이다.

그 다음 좀더 광역화된 조직기능을 발휘하도록 하기 위해서는 지방광역단체인 도단위 통합조직으로 조직운영할 수 있다. 이 경우 도단위내에서의 의료행정과 맞물린 의료보험 사업수행은 원활한 기능을 할 수 있을 것이다(도단위가구수는 보통 40만-70만 정도임).

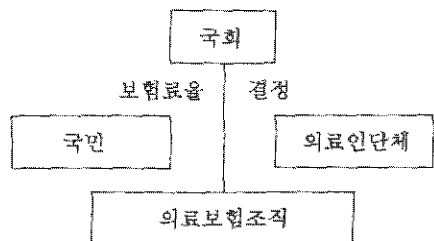
이때 자영업자와 근로소득자를 하나의 조합으로 통합시키는 작업이 필요하며 그것은 자유직업자들의 소득노출도가 항상 근로소득자들보다 낮기 때문에 보험료부담의 형평성 문제에 중점을 두어야 할 것이다. 따라서 자유직업계층의 소득과악을 높이기 위한 노력이 전제되는 것이며 소득과악율이 제고되기까지는 경과조치적인 방법으로 소득비에 보험료와 기본 보험료를 보험료부과체제로 적용할 수 있을 것이다.

다음으로는 의료보험료의 부과와 인상을 결정 등 보험료의 국민부담을 국회의 결정사항으로 하는 제도적 개선이 필요하다. 이 경우 보험료의 인상요인이 발생하더라도 쉽게 인상시키기 어렵게 됨으로써 보험운영의 원활화가 저해될 것으로 우려하는데 그것은 국회의 정부재정 예산심의와 같은 의무적 사항으로 보아야 한다. 왜냐하면 강제적 가입에 의한 의무각출의 사회 보험료는 세금과 전혀 다를 바 없고 그것으로 모아진 재정은 정부예산과 조금도 다를 바 없기 때문이다.

그리고 이와같은 절차에 의해 만들어진 보험료는 이를 거부하거나 체납할 경우 강제징수의 공권력이 국민으로부터 존중받을 수 있게 될 것이기 때문이다.

세번째로 의료보험의 재정지출이 증가하는 중요한 요인중에는 의료인의 의료행위에 대한 보수 지불방식이 의료비의 증가를 가장 억제하기 어려운 전근대적인 행위당 수가제방식으로 되어 있다는

의료보험료의 결정체계



점이 지적될 수 있겠다.

이것은 진료행위 하나하나를 가격으로 계산하도록 되어 있어 진료행위의 상품화 경향을 최대화시키는 방법이 된다고 한다. 진료행위가 상품화될 경우 상품이 가지는 특징이 그대로 직용되기 때문에 이익을 많이 남기고 수입을 올리기 위해서는 상품을 많이 팔아야 하고 그것도 고급상품일수록 이윤이 많이 남는다는 사실이다. 따라서 행위당 수가제는 의료인의 수입증대를 위한 과잉진료와 이윤을 많이 얻기 위한 고급진료화 경향을 부추기는 효과가 있다는 점이다.

이와같은 문제점을 해결하기 위하여 유럽의 복지국가들은 새로운 보수계약제와 총액보수 계약제 그리고 포괄수가제등의 방법들을 개발해왔다.

포괄수가제는 질병의 종류에 따라 질병지표전제를 포괄하는 수가를 정하는 것으로 중복진료를 억제할수도 있지만 질병의 요인이 다양하거나 합병증세일 경우는 포괄적 수가 적용이 곤란해진다. 따라서 독립적 성격이 강한 질병의 치료는 포괄수가제를 적용하고 복합적 질병인 경우는 행위당 수가방식을 적용하는 병행방식도 연구해 볼수 있다. 보수계약제 방식은 의료가 공영화되어 있는 영국 등지에서 지역별 담당의사제도 형태로 국민의료를 분담케하고 연간 또는 주간 보수를 정해서 계약하는 방법으로, 의료기관이 국영화되어 사회화되어있는 경우에 용이하게 적용될 수 있다. 총액보수계약제는 독일이 취하고 있는 방법중의 하나로서 국민 의료보험기관과 국민의료를 총 담당하는 의사협회간에 국민의 건강관리, 질병치료를 위한 보수총액을 예년의 의료비에 비추어 결정하고 이를 계약하는 방식이다. 이때 의사협회는 회원들의 보수를 총액으로 인수하여 자체내에서 지역간 배분하고 지역내 의사협회에서는 회원들의 개인 실적에 따라 기본보수와 비례보수를 지급하는 방식을 쓴다. 이때 비례보수의 근거는 방문환자수와 환자의 진료실적 및 고정된 의뢰 가점수에 따라 다르게 된다.

우리 나라와 같이 개업의 제도에 전문의사중심의 체제로 의사제도가 된 경우 이러한 보수 계약방식의 도입은 쉽지 않다. 왜냐하면 의사의 비례보수부분을 결정하는 가장 중요한 요소가 가정지정의사제도에 기초한 지정된 가점수가 몇 가정인가에 있는데 가정의는 전문의사가 아닌 일반의사중심으로 이루어

어 질 수 밖에 없기 때문이다. 우리 나라는 가정의사나 지정의사가 될 수 있는 일반의사는 전체 의사수의 30%밖에 안되고 지정의사의 의뢰를 받아 진료를 위임받게 될 전문의사수는 70%나 되어 의료질서가 세워질 수 없게 되어 있는 것이다. 일반적으로 국민의 질병은 70%정도가 일반적 질병이고 30%정도가 특수한 전문진료를 필요하는 질병이기 때문에 총액보수계약제나 보수계약제를 도입하기 위해서는 먼저 우리 나라의 의사제도를 개선해야만 한다. 그러나 현재와 같은 평위당 수가 방식은 하루 빨리 개선되어야 하며 그러기 위해서 포괄수가방식이 도입될 수 있는 질병의 범위설정과 총액보수 계약방식을 도입할 수 있는 의료기반의 조성은 빠르면 빠를수록 좋다고 본다.

내번새로 의료수가 제도와 연계시켜서 성리해야 할 과제는 국민들의 의료이용질서를 확립하는 문제이다. 의료는 의료인의 욕심에 의해서도 중복진료나 의료비중가가 촉발되지만 반대로 환자들의 욕심때문에도 중복진료와 의료낭비가 촉발된다. 국민들이 의료의 질서를 시키지 않고 일반실명을 치료받기 위해 전문의사나 전문병원으로 가는 경우, 한가지 질병을 가지고 이곳저곳을 중복하여 방문하는 경우, 필요도 없는 검사나 진료행위를 요구하는 경우등이 그것이다. 선진외국의 경우 이와같은 문제의 해결방안으로 일반의사를 중심으로 하는 가정의사지정과 전담의사를 통해서만 전문의사의 진료를 받을 수 있게 하는 의료질서를 확립해 놓고 있다. 독일의 경우 보험가입자는 1인당 연간 3배의 진료의뢰카드를 받아서 쓸수 있으며 이것을 제출한 곳이 그가 지정한 전담의사(일반의사)가 된다. 나머지 두장은 가족중의 누구가 또는 특별한 사정이 생겨서 전담의사를 바꾸게 되거나 외지에 임시주재하는 동안의 전담의사지정등을 위해 여분으로 주어진다.

그리고 전문치료를 필요로 하는 질병의 경우 그 결정은 일반의사인 전담의사가 하게 되고 치료를 받게 될 전문의사선정은 본인이 하든가 또는 전담의사가 소개를 받아서 하게 된다. 이와같은 방식의 시행은 의사의 총액보수계약방식과 연계되어 있어 의사나 환자의 중복진료를 억제하게 되고 진료의 질서가 확립되어 의료비의 남용을 막는 효과가 큰 것이다. 우리 나라의 진료질서확립은 1

차, 2차 진료권과 의원급, 병원급, 종합병원급의 진료규제를 통하여 억제하고 있어 진료의 불편만 초래할 뿐이고 의료수가제도가 연계되어 있지 못한 행위당 수가제이므로 또한 의료비의 남용을 막을 수도 없는 것이나. 그러므로 총액모수계약 방식의 도입을 위한 단계적 계획하에 진료질서 또한 일반의사를 중심으로 하는 지정의사(전담의사)제도 정착을 추진해야만 할 것이다.

다섯번째로 중요한 것은 의사와 약사간에 첨예한 이해대립을 보여오고 있는 의약분업의 완전한 실시문제이다. 원래 의사는 진료만 하게 되어있고 약사는 약을 제공하기만 하면 되는 것으로 통념화되어 있다. 그런데 특히 우리 나라만은 이와 같은 문제가 정리되지 못하고 있어 의사가 매약까지 하면서 약사는 처방과 조제를 임의대로 할 수 있게 되어 있는 무질서를 보이고 있다. 그 결과 국민들은 의약품의 남용과 오용이 심하고 의료비를 증가시키는 큰 요인으로 작용하게 된 것이다.

의약분업의 의미는 의사가 환자를 진단하게 되면 그 치료를 위해서 필요한 의약품을 처방전에 기록해주고 환자는 그 처방전을 약국에 가서 제출하여 약을 받을 수 있도록 질서를 세운 것이다. 이것은 의사나 약사의 의료독점을 방지하고 의사가 약을 마음대로 환자에게 투약하게 될 경우에 발생할 수 있는 약품남용을 방지하며 약사와 의사의 전문성을 살려 의료의 질을 높이는 데 그 목적이 있는 것이다.

의사가 환자를 진단한 후 처방전을 만들어 주게 되면 그 처방전은 공개되는 것이다. 환자가 그 처방전을 들고 약사에게 찾아가 제시하게 되면 약사는 처방된 약을 조제하거나 매약하게 되는데 이때 의사의 처방전은 어떤 특정한 질병에 필요도 없는 약을 마음대로 처방할 수 없게 되며 만약 잘못된 처방이었을 경우 의사는 그것의 책임을 모두 지게 된다.

따라서 의사는 최선의 약을 처방하게 되고 약사는 처방전에 있는 것만을 제공하거나 조제해주게 되므로 그 결과 환자는 질 높은 의료서비스를 받게 된다.

우리 나라의 의약분업은 의사들의 매약권 주장과 약사들의 처방조제권 주장사이에서 결단을 내리지 못하는 관계당국 때문에 지금까지도 완전한 분업을 이루지 못하고 있다.

의약분업에서 또 하나의 중요한 과제는 의약품 조제규정과 유통질서의 확립이다. 분업이 되기 위해서는 의약품조제가 신제품의 시험사용기간 규정과 합격약품신청규정등이 정비되어야 하며 제약회사가 직접 의사에게 의약품을 공급하는 것은 규제되어야 한다. 시료품이나 시험제품을 의사에게 직접제공할 수는 있으나 그 제품은 가격을 받지 못하는 시료품규정에 따른 것이어야 한다. 의약품은 선전에 의해서 판매가 촉진되는 일반상품과는 구별되어야 하며 현재와 같은 의약품 판매촉진방법이 내폭수정되어야 한다. 제약회사는 국민의 건강을 지킬 수 있는 값싸고 안전하며 효과높은 약을 개발하는데에 가장 큰 목표를 두어야 한다. 그런데 영리적 욕심만을 내세워 판촉사업 중심으로 일관한다면 그로인한 의약품의 유통질서문란과 국민들의 약에 대한 잘못된 인식을 고치기는 어렵게 되고 의약품의 남용을 막을 길은 없게 되며, 의료비의 증가 또한 규제할 길이 없게 될 것이다. 따라서 의약분업은 의사와 약사간의 이해대립을 넘어서서 제약회사들의 판매실적위주의 유통질서문란과도 깊은 관계가 있으므로 이를 시정하기 위한 과감한 결단이 필요한 부분이다.

지금까지의 논의 결과 제시된 제도개선방향이나 개선대책들이 지역의료보험의 문제점을 개선하기 위한 중요한 것들로서 의미를 가지며 특히 강조해야 할 부분이라고 생각한다. 그외의 직접간접적인 문제들이 있겠지만 그것까지 거론하는 것은 지면도 부족하고 강조해야 할 중요개선대책의 의미를 흐리게 할 우려가 있으므로 본 논문에서는 나머지의 문제들을 생략하기로 하였다. 그러나 본논문에서 제기된 문제점과 그에 대한 해결방안에 대해서는 앞으로 더욱 현실적응력이 있는 구체적인 대안으로 발전시켜야 할 것이며 그것을 위한 노력이 뒤따를 수 있기를 기대한다.