

국가발전5개년계획과 의료보장

이 규 식 *

I. 머릿말	Ⅲ. 의료보장분야 6,7차 5개년계획의 주요내용
Ⅱ. 국가발전5개년계획과 전국민의료보장	Ⅳ. 6,7차 5개년계획의 평가
	Ⅴ. 맺는말

I. 머릿말

第4次 經濟社會發展5個年計劃의 시작년도인 1977年 職場動勞者를 대상으로 출발을 본 우리나라 醫療保險制度는 그 동안 많은 批判과 迂餘曲折에도 불구하고 제도실시 만 12년만인 1989年 都市自營者를 끝으로 全國民醫療保險을 달성함으로써 세계적으로 최단기간에 전국민의료보험을 이룩한 국가로 기록케 되었다. 지금까지 가장 단기간에 전국민의료보험을 달성했다는 日本도 1922年 법제정이래 1926년에 健康保險을 시작하여 1961年 大都市地域住民에 대해 健康保險을 제공함으로써 35년만에 전국민의료보험을 달성했던 것과 비교하면 우리나라의 전국민의료보험의 달성은 경제의 고도성장을 세계적 유례가 없을 만큼 단기간에 이룩했던 것만큼이나 醫療保障分野에서의 고도성장에 比肩되는 成果라 하겠다.

醫療保險制度가 일부 국민에게만 적용될 경우, 適用階層의 醫療需要 증가로 醫療價格이 급격히 상승하게 되며 이로인해 의료보험 未適用階層은 자신의 醫療利用과는 상관없이 높은 수가를 지불해야하는 관계로 미 적용계층의 相對的 不利益은 심각해지는 것이 醫療市場構造인 것이다. 이러한 불이익을 해소시키기 위해서는 무엇보다도 早期에 전국민을 醫療保險制度圈 속에 포함시켜야 하는 바 우리나라가 만 12년만에 모든 국민을 醫療保障圈 속에 포함시킬 수 있었다는 것은 6次 5個年計劃의 가장

* 연세대 보건행정학과 교수

큰 成果로 평가를 받아도 마땅하다고 하겠다.

醫療을 保障하기 위해서는 가격장벽을 완화시키는 財源調達裝置로서의 醫療保險이나 醫療保護制度의 導入이 무엇보다 중요하다. 그러나 완화된 價格障壁에 의해 의료의 수요가 증가되면 이러한 수요를 충족시켜 줄 供給基盤의 擴充이 뒷받침되지 않는다면 適正한 醫療保障은 어려울 것이다. 따라서 醫療保障分野에 대한 評價를 위해서는 醫療保障制度 및 醫療供給基盤이라는 兩側面에서의 分析이 요구된다.

II. 국가발전5개년계획과 전국민의료보장

保健醫療分野에 대한 經濟社會發展 5個年計劃의 주요내용을 요약하면 <表 1>과 같다. 1次에서 3次計劃에 이르는 기간 동안의 주요내용은 疾病(특히 傳染性疾患)의 豫防과 관리, 家族計劃 및 母子保健事業의 확충 그리고 無醫面解消를 위한 보건지소 요원 확보로 매우 初步的인 國民健康管理에 관심을 두었다.

세차례에 걸친 5개년계획의 성과로 국민경제가 絶對貧困水準을 벗어나 1961년에 83달러에 불과하던 1인당 GNP가 1976년에는 803달러로 15年 동안에 무려 9.6배가량 증가됨에 따라 生存的인 衣食住中心의 생활패턴에서 점차 벗어나 의료분야와 같은 基本的需要가 增加하기 시작했고 동시에 相對貧困問題가 제기되어 再分配次元의 社會福祉 需要가 싹트기 시작하였다.

특히 <表 2>에서 볼 수 있는 바와같이 경제성장에 따른 醫療供給의 增加로 증대되는 醫療需要가 供給面에서 뒷받침될 여건이 마련되었다. 이에 第4次 5個年計劃期間에는 醫療保險制度和 醫療保護制度가 본격적으로 도입되었으며, 兩制度의 도입이 수요를 폭발적으로 증가시킬 것을 예상하여 4次計劃대 부터 保健醫療人力 養成에 상당한 비중을 두었다. 5次計劃에서는 의료보험제도의 확충을 위한 制度의 定着과 함께 의료보험제도에 걸맞는 醫療供給體系를 갖추기 위해 醫療傳達體系의 確立 및 醫療資源擴充이 주요내용으로 강조되었다.

다섯차례에 걸친 5個年計劃의 성과로 1986년에는 1인당 GNP가 2,000 달러선을 上廻하였고, 특히 1986년에는 역사상 처음으로 貿易黑字를 기

〈表 1〉 保健醫療分野 國家5個年計劃의 主要內容

5個年計劃	主 要 內 容
1次計劃 (1962-1966)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療人的 都市集中防止와 600個 無醫解消 2. 防疫藥品の 大量生産 3. 醫藥品の 國內生産獎勵 4. 家族計劃의 獎勵
2次計劃 (1967-1971)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病의 豫防과 管理(특히 結核) 2. 母子保健의 向上 3. 保健醫療網의 擴大
3次計劃 (1972-1976)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健醫療施設의 擴大와 要員의 確保 (保健支所醫師確保) 2. 疾病豫防 및 管理強化 3. 母子保健의 向上
4次計劃 (1977-1981)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 低廉保健醫療制度의 開發 2. 公衆保健事業의 強化 3. 保健人力養成制度의 改善 4. 醫療保險制度의 樹立 實施 5. 公的扶助의 充實化
5次計劃 (1982-1986)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療傳達體系의 確立과 醫療資源의 擴充 2. 1次保健醫療의 強化 3. 公衆保健管理의 強化 4. 醫療保險制度의 定着基盤造成 5. 低所得層 自立支援強化
6次計劃 (1987-1991)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全國民醫療保險의 擴大 2. 農漁村保健機關活性化와 醫師確保 3. 國民醫療費 節減을 위한 醫療制度의 改善 4. 公衆保健管理의 強化 5. 零細民 支援施策의 強化
7次計劃 (1992-1996)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病豫防管理 및 保健教育強化 2. 醫療保障制度의 安定的 定着 3. 醫療利用의 適正化 및 衡平化 4. 食品, 飲用水, 生活用品 등의 安全水準向上 5. 醫藥産業振興 및 醫藥品安全對策 6. 國民醫療費의 適正水準維持와 消費者保護

〈表 2〉 年度別 醫師數, 病床數 및 1人當 GNP

年 度	醫師數 1)	病床數 2)	1人當 GNP
1961	10,687 3)	9,894 4)	83
1966	14,924	12,891 5)	125
1971	19,564	17,506	289
1976	20,703	22,792	803
1981	26,875	40,255	1,734
1986	35,657	79,935	2,505
1991	48,346 6)	99,843 6)	6,498 P)

註: 1) 醫師는 韓醫師 포함.

2) 病床數에는 綜合病院, 病院, 齒科病院, 韓方病院 포함임.

3) 1960年, 4) 1959年, 5) 1965年, 6) 1990年 數値임.

P) 는 暫定值임.

資料: 保健社會部, 保健社會統計年報.

經濟企劃院, 韓國의 社會指標.

특함에 따라 社會保障 및 福祉政策에 정부는 자신감을 가졌다. 이에 1986年 9月 政府는 國民福祉增進對策을 발표하여 1988年 1月부터 農漁村地域, 1989年에는 都市地域순으로 의료보험을 확대토록 하고 이를 위해 지역주민들의 保險料 一部(약 35% 수준)를 정부가 支援할 것을 計劃하였다. 지역의료보험에 대한 國庫支援決定이 전국민의료보험을 早期達成하는데 가장 큰 決定要因이 되었다는 점을 생각한다면 결국 다섯 차례의 5개년계획으로 인한 經濟成長이 醫療保障에 있어서 가장 큰 영향을 주었다고 하겠다. 그런데 지역의료보험에 대한 國庫支援政策을 결정하기 이전인 1985年, 정부는 전국민의료보험시 가장 障礙되는 대상은 醫療保護對象은 아닌데도 보험료부담능력 면에서는 상당히 취약한 低所得階層일 것으로 판단하여 1986年 1月 약 190만명을 먼저 의료부조를 통해 醫療保障圈속에 넣도록 했으며, 이러한 조치가 醫療保險의 擴大를 용이케 했을 것으로 판단된다.

그뿐 아니라 4次 5個年計劃때 부터 꾸준히 추진해 온 醫療供給基盤擴充이 현실적으로 농어촌지역의 의료보험확대에 기여해 온 바도 무시할 수 없을 것이다. 특히 1983年에는 外形상으로는 無醫面이 一掃가 되어, 비록 의료서비스의 질이나 내용은 어떤지 몰라도 농촌지역주민도 保健支

所를 찾을 경우, 公衆保健醫師의 진료서비스를 받을 수는 있게 됨에 따라 전국민의료보장이 공급면에서 가능토록 하는 길을 열어두었다.

다섯 차례의 5個年計劃에 따른 성과를 바탕으로 하여 6次 5個年計劃의 주요내용은 全國民醫療保險의 實施, 農漁村保健機關活性化, 國民醫療費節減을 위한 醫療制度의 改善에 두었다. 이러한 6次計劃의 목표에 따라 1989年 7月로 모든 국민은 의료보장권속에 들게 되었다. 그리고 금년부터 실시된 7次5個年計劃에서는 1989년부터 시작된 전국민의료보장이 모든 국민에게 불편없이 적용될 수 있도록 制度의 安定的 定着과 醫療利用의 適正化 및 平等化를 달성코자 계획하고 있다.

Ⅲ. 의료보장분야 6,7차 5개년계획의 주요내용

국민의 의료보장과 관련하여 6,7次 5個年計劃에서 제시된 主要內容을 要約하면 <表 3>과 같다. 6次 5個年計劃에서 의료보장에서는 全國民醫療保險의 達成과 醫療保護內實化를 계획하였다. 전술한 바와같이 전국민의료보험은 당초 國庫支援을 地域保險財政의 35%水準으로 계획하였으나 1988年 農村醫療保險 實施와 함께 농민들의 반발로 1988年 4月에 이를 50%水準으로 지원할 것을 약속하여 豫算基準으로 지원하였다. 그런데 1988年 및 1989年에 각각 실시된 지역의료보험이 <表 4>에서 볼 수 있는 바와같이 12~3년의 역사를 갖는 직장의료보험과 비교하여 受診率에서는 86~98%수준으로, 件當診療費에서는 오히려 직장의료보험을 능가함에 따라 保險財政은 豫算基準보다 엄청나게 增加하였다. 따라서 예산기준 50%를 지원한 결과 <表 5>에서 처럼 1988년에는 國庫負擔이 지역보험의 總財政收入의 44.1%, 1989년에는 41.5% 그리고 1990년에는 36.5%에 불과하여 赤字發生의 原因이 되었다. 즉 1990년에는 지역의료보험의 赤字가 135억원에 달하였고, 1991年에도 그렇게 될 전망이었으나 다행히 1991년에는 追更豫算 1,009억원을 編成하여 예산기준으로하여 부족했던 國庫支援金을 充當함에 따라 몇몇 단위조합에는 비록 적자가 발생하고 있지만, 지역의료보험전체로 따져보면 赤字가 清算되었다. 그리고 지역의료보험의 재정안정화를 위해 당초 6次 5個年計劃에는 없었으나 제도를 운영하는 과정에서 지역의료보험이 他醫療保險에 비해서 高額醫療費支出이 많은 점을 감안하여 1991년부터 高額醫療費 共同事業을 實施하여

〈表 3〉 醫療保障關係 6,7次計劃의 主要內容

分 野	6 次 計 劃	7 次 計 劃
醫療保障	<ul style="list-style-type: none"> · 全國民醫療保險達成 · 保險料一部 國庫支援(35%) · 韓方醫療保險擴大 · 醫藥分業의 合理的方案摸索 	<ul style="list-style-type: none"> · 全國民醫療保險의 安定的定着 · 地域醫療保險財源의 安定的調達 · 地域醫療保險組合運營改善 · 國庫負擔金 中 一部를 財政調整金 · 非給與 範圍의 縮小調整 · 給與期間 緩和 · 本人一部負擔金補償의 活性化 · 韓方 및 藥局醫保 給與水準擴大
	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療保護內實化 · 醫療保護酬價와 保險酬價의 一致 · 本人負擔率引下 · 醫療保護基金擴充 	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療保護內實化 · 本人負擔率引下 · 藥局 및 韓方保護實施 · 非保護項目縮小 및 豫防事業實施
醫療體系	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療機關地域間 均霑分布 · 大都市病院設立抑制 · 農漁村醫療脆弱地域 · 民間病院誘致 · 病院化 保健所 · 醫療人力 適正供給 · 醫療施設의 效率的活用 · 醫療酬價制度改善 · 醫療傳達體系의 確立 	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療需給의 適正化 및 衡平化 · 醫療資源需給 및 分布改善 · 醫療傳達體系 및 應急醫療體系의 定着 · 醫藥分業의 段階的 定着 · 醫療質管理體系 導入 · 公共醫療役割 提高 · 家庭看護師 및 호스피스制度 導入

1991年 당해연도에 188억원이 지역보험으로 이전되었으며, 1992年度에는 약 210억원이 이전될 계획에 있다.

전국민의료보험과 함께 韓方에 대한 국민들의 選好度를 감안하여 1987年 부터 실시된 韓方醫療保險의 給與範圍를 擴大하였다. 1987年 2月 을 기해 실시된 한방의보는 診察, 入院, 針, 뜸, 附缸의 시술행위와 26 개 藥劑處方에 한정했으나 9月에는 36개 약제처방으로 1989년에는 56개 약제처방으로 확대와 함께 시술행위의 수가체계를 시술의 난이도, 위험도를 감안하여 세분화 하였다. 결과 1987년에는 한방진료비가 약 41억원에 지나지 않았으나 1990년에는 216억원으로 증가되기에 이르렀다.

〈表 4〉 保險種別受診率 및 件當診療費

	1988	1989	1990			
			受診率	職場對比指數	件當診療費	職場對比指數
職 場						
入 院	0.064	0.063	0.064	100.0	389,504	100.0
外 來	2.806	2.984	3.319	100.0	15,119	100.0
公 教						
入 院	0.067	0.068	0.069	107.8	420,791	108.0
外 來	3.272	3.487	3.780	113.9	15,286	101.1
地 域(農村)						
入 院	0.032	0.053	0.062	96.9	424,273	108.9
外 來	1.559	2.424	2.846	85.8	13,223	87.5
地 域(都市)						
入 院	-	-	0.063	98.4	412,416	105.9
外 來	-	-	2.928	88.2	15,559	102.9

資料: 醫療保險聯合會

〈表 5〉 地域醫療保險財政收支 現況

단위: 백만원

	1988	1989	1990
收 入	214,495	531,077	994,017
保險料	116,463	300,128	602,111
國庫負擔	94,559	220,517	363,901
其 他	3,473	10,462	28,005
國庫負擔比率(%)	44.1	41.5	36.6
支 出	173,265	433,942	1,007,504
保險給與	135,028	353,432	875,147
管 理 費	38,058	79,633	126,446
其 他	179	877	5,911
管理費比率(%)	22.0	18.4	12.6
損 益	41,230	97,135	△13,487

資料: 醫療保險聯合會

는 보건소 및 지소를 포함하여 전국에 20,000개 의료기관을 지정진료기관으로 하였다.

<表 7> 醫療保護 本人負擔率 引下推移

區	分	1986	1988	1992	
入院	1種	없음	없음	없음	
	2種	大 都 市	50%	40%	20%
		其 他 地 域	20%	20%	20%
		大 都 市	60%	50%	20%
醫療扶助	其他都市	40%	40%	20%	
外來	1種	없음	없음	없음	
	2種	없음	없음	없음	
	醫療扶助	67%	67%	44%	

資料: 保健社會部.

<表 8> 醫療保護指定診療機關 現況

區	分	1987	1988	1989	1990	1991	1992
指定醫療機關	數	8,826	9,584	10,240	12,093	16,027	20,000

資料: 保健社會部

전국민의료보험시대에 맞는 공급체계를 갖추기 위해 6차계획기간중에 중점적인 내용은 의료기관의 地域間 均霑分布를 유도하기 위해 첫째, 1985년 1월 보사부령 제763호에 의해 지역별 의료기관개설허가 등에 관한 규칙을 토대로 대도시지역에 대한 病院設立 抑制措置를 취하였다. 이것이 오늘날 대도시지역의 病床 不足의 원인 가운데 하나가 되었다. 다음으로는 農漁村 醫療脆弱地域에 대한 민간병원 유치를 위해 금융지원, 전문의사 배치지원, 세제지원 등의 誘引策을 사용하였다. 즉, 군단위를 기준으로 의료자원이 빈약한 26개 지역을 선정하여 총 193억원의 금융지원을 農漁村地域開發基金에서 年利 5%, 5년거치 5년 균등 분할 상환토록

하였으며, 기본4과의 전문의사중 2명을 공중보건의로사로 배치하였으며 1988년 1월부터 5년간 법인세, 사업소세, 증여세, 지방세 등의 면세혜택을 부여하였다.

그리고 농어촌지역으로서 <表 9>에서 볼 수 있는 병원급 의료시설이 없는 13개 지역 보건소와 울진군 및 울릉군 보건소에 대하여 진료기능을 보강하여 30~40병상 규모의 시설을 확충하고 공중보건의로사중 전문의사를 배치하여 기본4과 및 치과를 진료할 수 있도록 하는 病院化保健所事業을 1988년부터 실시하여 농어촌주민들이 지역내에서 손쉽게 專門醫의 진료를 받을 수 있게 하였다.

<表 9> 病院化保健所 運營現況

道 別	地 域	道 別	地 域
경 기 도	연천군	전 남	장성군, 구례군
강 원	평창군, 화천군		곡성군, 완도군
충 남	청양군	경 북	청송군, 울진군, 울릉군
전 북	임실군, 순창군	경 남	합안군, 산청군

資料: 保健社會部

6차계획기간 중에 특기할만한 사항은 醫療人力의 적정공급을 위해 醫科大學의 增員이 거의 동결되었다는 점과 診療費支拂制度의 개선을 시도 하였으나 전혀 그 결실을 맺지 못하였다는 점이다. 당초 수가제도의 개선을 위해 包括酬價制 등이 검토되었으나 정책으로 연결되지 못하였다.

6차계획기간 중 의료체계상의 가장 큰 변화는 醫療傳達體系를 실시한 점을 들 수 있다. 1989년 7월 전국민의료보험을 기하여 전국을 140개의 중진료권과 8개의 대진료권으로 구분하여 診療圈을 설정함과 동시에 1차 진료는 중진료권내에서만 진료가 가능하며, 1차진료기관이 발급하는 診療依頼書를 지참하는 경우에만 3차진료기관(500병상 이상을 갖춘 25개 병원)의 이용이 가능토록 하여 의료의 濫利用을 억제토록 시도하였다.

1992년부터 실시되는 7차계획에는 의료보험분야에서는 지역의료보험의 財政安定化와 지역조합의 運營改善을 도모토록 하며, 동시에 非給與範圍의 축소나 給與期間완화, 한방 및 약국급여의 확대 등 보험급여를 보다 향상시키고자 계획되어있다.

의료보호사업에 있어서도 이미 본 바와같이 의료보호2종 및 醫療扶助

의 本人負擔率 인하와 약국 및 한방보호의 실시 및 豫防事業 실시를 통해 의료보호사업을 보다 내실화시키고자 계획되어 있다.

醫療體系面에서는 1985년부터 실시된 대도시지역 病院設立抑制가 대도시지역의 병상부족을 초래하였다는 점에서 이러한 규제조치를 폐지하고 오히려 의료시설의 확충을 계획하고 있으며 동시에 地域間的 의료자원의 均霑化를 기도하고 있는 점은 6차계획에서의 基調와 같다. 그리고 6차계획때 부터 실시된 의료전달체계를 정착시킴과 함께 應急醫療體系를 구축토록 하고 있다. 특히 의료사고로 인한 병원에 대한 물리력행사는 응급환자를 외면케되어 이것이 사회문제화되자 1990년부터 응급의료체계를 도입하였고 이를 7차계획기간중에 완전한 시스템으로 구축코자 계획하고 있다. 이와함께 7차계획기간중에는 醫療의 質管理에도 유의코자하여, 지금까지 量的醫療保障증심에서 의료의 질문제를 추가토록 시도하겠다는 점에 주목할 필요가 있겠다.

7차계획기간중에 특기할 사항은 상병구조의 慢性病化에 대처키 위해 家庭看護制度和 호스피스제도를 도입코자 계획되었다는 점이다.

IV. 6,7차5개년계획의 평가

국민의 의료보장을 위한 醫療保險, 醫療保護 그리고 醫療供給體系는 상호 유기적인 보완관계를 지니면서 4차 5개년계획이래 꾸준히 추진되어 왔으며, 그 흐름을 평가하면 다음과 같이 요약할 수 있겠다.

첫째, 모든 국민을 醫療保障圈속에 포함시키기 위해서는 먼저 保險料負擔能力이 결여된 사람을 醫療保護로 적용하고 다음으로 보험료 부담능력이 있는 계층에 대해 의료보험을 실시한다는 것이다. 따라서 1977년 의료보험이 시작되기 이전인 1976년까지 생활보호법에 근거하여 醫療救護事業을 실시하였고, 1988년 지역의료보험확대에 앞서 1986년 醫療扶助를 실시한데서도 잘 알 수 있다.

둘째, 의료보험의 실시에 있어서 관리가 상대적으로 쉬운 勤勞者層을 먼저 적용하고 차츰 自營者쪽으로 확대하여 단기간에 전국민에게 적용을 완료하였다. 물론 이러한 방법은 세계 모든 나라가 취한 방향이었다. 그런데 租稅負擔率이 낮고, 보험료부담을 싫어하는 국민정서로 인해(표 10 참조) 처음부터 높은 급여수준이면 보험료를 높여야 하기 때문에 의

〈表 10〉 OECD諸國 및 韓國의 GDP 對比 租稅 및 社會保障負擔率(1989年)

國 家	計	租稅負擔	社會保障負擔
日 本	30.6	22.1	8.5
스 웨 덴	56.1	41.4	14.7
덴 마 크	49.9	48.7	1.2
네델란드	46.0	27.2	18.9
노르웨이	45.5	33.2	12.4
벨 기 에	44.3	29.1	15.1
프 랑 스	43.8	24.6	19.2
룩셈부르크	42.4	31.3	11.1
오스트리아	41.0	27.3	13.7
아일랜드	37.6	32.2	5.4
뉴질랜드	40.3	40.3	-
필 랜 드	38.1	35.1	3.0
독 일	38.1	24.3	13.8
영 국	36.5	30.1	6.4
이 태 리	37.8	25.3	12.5
그 리 스	33.2	22.8	10.5
포르투갈	35.1	25.9	9.2
카 나 다	35.3	30.7	4.6
스 페 인	34.4	22.5	11.9
스 위 스	31.8	21.4	10.4
아이슬랜드	33.8	32.9	0.9
오스트레일리아	30.1	30.1	-
미 국	30.1	21.3	8.8
터 어 키	29.0	24.5	4.5
OECD 평균	38.4	29.3	9.0
OECD(歐洲)	39.7	29.5	10.3
韓 國	21.1	18.3	2.8*

註: *는 1987년 數值임.

資料: 1) OECD, Revenue Statistics of OECD Member Countries, 1965-1990.

2) 經濟企劃院, 主要統計資料, 1991.

3) 韓國開發研究院, 社會保障制度의 政策課題와 發展方向, 1988.7.

료보험확대가 용이하지 않을 것으로 판단되어 낮은 급여수준으로 단기간에 전국민을 적용시키는 방향으로 정책이 전개되었고 이제는 급여수준의 향상이라는 제2단계정책이 계획되고 있는 점이다...

셋째, 의료보험이 실시되는 1977년에는 이미 우리나라도 선진국의 醫療技術이 도입되어 醫療費水準이 매우 높았다. 따라서 병으로 일을 하지 못하여 일어나는 所得喪失 보다는 治療費가 더욱 큰 부담이 되었다. 이에 우리나라는 처음부터 現物給與가 대중을 이루었다. 2차대전 이전에 의료보험에 있어서 급여주종은 소득상실을 보상하는 現金給與중심이었던 것과 비교한다면 우리나라는 현물급여중심이 되지 않을 수 없었다는 점이다. 따라서 의료보험제도는 의료서비스 제공체계와 밀접히 결부되어 발전될 수 밖에 없었다.

넷째, 의료보험이 실시되는 1977년에는 이미 우리나라는 産業化가 상당한 수준에 이르렀고 의료산업은 民間部分에서 상당히 발전되었었기 때문에 보험자가 의료공급은 크게 걱정하지 않아도 되었다는 점이다. 따라서 보험하에서 서비스제공은 保險者가 직접 의료기관을 설립하여 제공하는 南美諸國의 방식이 아니라 보험자가 민간의료기관과 契約하여 間接的으로 서비스를 제공하는 방식을 택하였다. 이에따라 의료서비스의 公共性向上이 정책의 관심사항으로 제기되었다는 점이다. 예컨대 제2차세계 대전이전에 의료보험을 실시한 남미제국들의 경우는 산업화가 되지 않았던 관계로 의료산업의 발전도 미미했다. 이러한 상황에서는 保險者가 의료기관을 直接 設立하여 국민들에게 의료서비스를 제공하는 직접적방법이 불가피했고 이러한 국가에서는 의료기관의 균점이나 의료서비스 공공성은 따질 필요가 없었다.

다섯째, 서비스의 公共性을 유지하기 위해 保險酬價를 統制하고, 診療費를 審査하는 등의 활동은 물론 진료권을 설정하고 진료권내의 의료기관의 신·증설을 통제하고 또한 전달체계 등을 실시하는 등의 의료의 공공성을 증대시키기 위해 꾸준히 노력하고 있다는 점이다. 그런데 이러한 공공성제고를 위한 노력은 기존의 의료계나 약업계의 변혁을 통해서 가능한데 현재의 均衡破壞를 두려워하는 의약계와의 조화가 과제가 되고 있다.

이러한 脈絡위에서 보다 구체적으로 6,7차 5개년계획을 평가하면 첫째, 낮은 급여를 통한 단기간의 보험확대가 모든 국민을 의료보장권속에 넣는다는 성공했으나 국민으로 하여금 의료보장에 따른 費用負擔認識을 약화시켜 보험료를 인상하는데는 무척 많은 어려움이 따르고 이로인해 보험급여수준을 향상시키는데 상당한 제약조건이 될 것이라는 점이다.

물론 先進國중에서도 벨기에는 의사진료비의 25%를 핀란드는 의사진료비의 40%를 본인부담시키고 있으나 우리나라의 외래수진시 본인부담율도

<表 11> 보건의료분야 예산

단위 : 백만원

년도	정부예산 (A)	보건 사회예산 (B)	의료보장 (C)	GNP대비 조세 부담율	B/A(%)	C/A(%)	C/B(%)
1962	88,393	2,021			2.3		
1967	182,076	5,394			3.0		
1972	709,336	11,003		12.5	1.6		
1977	2,869,956	55,673		16.7	1.9		
1982	9,313,725	232,521	51,717	18.2	2.5	0.6	22.2
1987	16,059,629	508,610	141,560	17.5	3.2	0.9	27.8
1988	17,464,429	663,841	251,548	17.9	3.8	1.4	37.9
1989	22,046,825	928,242	441,396	18.5	4.2	2.0	47.6
1990	27,455,733	1,151,823	597,043	19.0 P)	4.2	2.2	51.8
1991	31,382,261	1,462,885	849,094	-	4.7	2.7	58.0

주: 추경예산 포함. P)는 잠정치임.
자료: 보건사회부, 보건사회백서, 각년도.

높은게 사실이다. 그럼에도 불구하고 1991년 韓國保健社會研究院의 지역주민 의식조사를 보면 보험료를 더 내더라도 본인부담율을 낮추는 것을 희망하는 주민은 29.4%인데 반해 보험급여를 축소시켜서 보험료를 적게 내는것이 좋다는 주민이 31.2%로 더 높다는 점은 우리나라의 保險政策 추진에 상당한 한계로 작용될 전망이다. 보험료가 낮아 보험급여수준이 낮을 경우 의료비 부담은 低所得層이 상대적으로 크며 이로인해 소득의 逆進性문제가 제기된다는 점을 인식하여 사회보험에 대한 국민교육과 함께 보험료 인상을 통한 보험재정규모를 증대시키는 정책제시가 있어야 하는바, 이러한 측면에서 7차계획의 아쉬움이 있다.

둘째, 아직까지는 지역의료보험이 몇몇 조합을 제외하고는 재정상의 큰 문제는 없는 것 같다. 다만 지난 몇해동안 지역보험에 대한 國庫支援을 豫算基準 50%로 하다보니 어려움이 있었으나 1991년부터 追更으로 해결이 되었다. 그런데 지역의료보험의 수진율이 급격히 증가될 뿐아니라 件當診療費도 매우 높았다. 그리고 보험급여수준을 향상시킬 경우 지역 의료보험에 대한 국고부담의 가중은 물론이거니와 재정적자문제가 제기될 수 있다. <表 11>에서 보면 1991년에 의료보장비가 保社豫算의 58%를

이미 차지하고 있다. 지역의료보험이 재정적자를 낼 경우, 재정의 50% 이상을 국고가 부담할 수는 없을 것이다. 이러한 예상문제에 대해 職場醫療保險과 統合을 주장하는 견해도 있으나 의료보험의 관리에서 자영자와 근로자의 통합관리는 바람직스럽지 못하다. <表 12>에서 家口主의 活動狀態別 年間所得을 보면 1985年만해도 피고용자의 소득이 자영자소득보다 높았는데 1988년에는 자영자의 소득이 높다. 다만 농가소득은 도시근로자보다 낮아지고 있다. 그럼에도 불구하고 지역의료보험의 보험료가 근로자보험료보다 낮다. 따라서 도시지역에는 소득에 맞는 보험료를 부과하고 농촌에는 국고지원율을 높이는 방안이 제시되어야 하겠다.

<表 12> 家口主 活動狀態別 年間所得

단위: 천원

		全 國	大都市	中小都市	郡地域
1985	평 균	5,857	6,542	5,609	5,275
	고 용 주	10,160	10,789	9,809	8,444
	자 영 자	5,544	5,868	4,956	5,537
	피고용자	5,773	6,259	5,756	4,742
	무 직	4,299	5,104	3,744	3,367
1988	평 균	8,863	9,895	9,026	7,529
	고 용 주	18,354	20,021	18,115	11,416
	자 영 자	8,358	9,287	9,109	7,948
	피고용자	8,187	8,713	8,212	6,747
	무 직	4,838	5,952	4,398	3,070

資料: 經濟企劃院, 韓國의 社會指標, 1990.

셋째, 社會保險方式의 醫療保險에 걸맞는 의료의 公共化가 보다 강화되어야 하겠다. 이를 위해서 진료권을 설정하고 전달체계를 확립한 일이나 응급의료체계를 구축코자하는 계획은 매우 바람직한 일이다. 그러나 나아가서 診療費支拂制度의 개선이 시도되어야 함에도 불구하고 6차계획 기간중에 전혀 진척이 없었을 뿐아니라 7차계획에서는 언급조차도 없다는 점은 매우 아쉬운 일이다. 우리나라의 醫療産業이 效率性을 유지하는데는 민간부문에 의해 의료서비스가 제공되기 때문이라는 점도 무시할 수 없다. 그러나 민간부문에서의 영리성 추구는 불가피하다. 이러한 營利性追求에 대해서 공공분야가 보완할 수 있는 정책의 하나로 보험자가

의료시설을 직영하는 등의 방안도 강구될 필요가 있겠다. 사회보험하의 의료의 공공성을 수가통제로만 의존한다는 것은 의료의 질관리면에서나, 의료서비스의 供給行態面에서도 한계가 있는 것 같다. 따라서 이러한 면에서의 계획이 결여되어보인다.

넷째, 韓方醫療서비스가 6차계획기간중에는 의료보험에, 7차계획기간중에는 의료보호에 적용되는 것은 바람직스럽다. 그러나 한방이용이 소위 양방이용과의 需要代替效果도 없이 추가적의료이용으로 연결되어 국민의료비 증가로 연결될 가능성이 있다. 국민들이 보험료인상이라는 비용부담은 싫어하는데, 한방에서의 추가급여가 얼마나 가능할지 면밀한 연구가 필요하다고 하겠다.

다섯째, 醫療供給側面과 醫療保險側面의 상호연계적 계획이 보다 강화되어야겠다. 현재까지는 대체로 상호연계가 잘 되었으나 부분적으로 상반되는 정책이 6차계획기간중에 일어났다. 전국민의료보험실시를 목표로 하면서 대도시지역의 병원 신·증설은 억제하는 등 政策의 矛盾性도 있었다. 다행히 6차계획의 후반기인 1989년부터 이러한 정책이 완화되고 오히려 병원에 대한 지원강화로 나가고 있다. 따라서 공급체계와 의료보장과의 정책연계가 요망된다.

여섯째, 醫藥分業이나 醫療의 質管理와 같은 현재 의료계나 약업계의 정태적 균형을 파괴하는 정책의 추진이 보다 강화되어야 할 것 같다. 의약분업의 경우 약국의 보험참여라는 變形된 形態로 되어 국민건강보호에는 별효과를 주지 못하고 있다. 7차계획에서는 의약분업이 보다 진전되게 계획되어 있고 의료의 질관리도 그 체계를 수립코자하고있다. 설정된 계획이라도 추진되어 국민건강보호에 유의되었으면 바람직스럽겠다.

일곱째, 오늘날의 傷病構造가 慢性病중심이라는 것과 인구의 노령화가 가속되고있다는 점은 누구나 아는일이다. 그렇다면 이러한 環境變化에 대처해야 하는데 家庭看護制度도입만으로 미흡한 점이 있다. 현재의 우리나라 의료체계는 급성질환관리에 적합한 병의원중심체계이다. 급성질환은 단기간에 완치가 가능하기 때문에 병원이나 전문의원과 같은 技術集約的인 의료기관이 효과적이다. 그러나 만성병은 장기간에 걸쳐 관리가 되어야하기 때문에 병원이나 전문의와 같은 기술집약적인 의료기관으로 대처한다면 국민의료비 증가를 막을 길이 없다. 따라서 만성병관리에 적합한 별도의 傳達體系가 필요하다. 인구의 老齡化가 본격화되기전

에 이러한 측면에서의 전달체계개발이 이루어져야하며 동시에 의료보험 급여와 연계를 가져야만 實效를 거둘 수 있을 것이다. 7차계획에서는 이러한 점이 결여되어 있다.

V. 맺는말

6차계획때까지는 전국민의료보험의 달성이라는 量的目標가 의료보장 정책의 優先課題가 될 수 밖에 없었다. 그러나 전국민의료보장시대를 맞이한 7차계획부터는 보다 내실있는 제도로 나아가야 할 것이다.

정부는 주어진 與件에서 최선을 다하기 위한 制度改善의 노력을 기울여야 한다. 지역의료보험의 재정안정문제, 보험급여의 확대, 의료의 공공성 제고, 상병구조에 적합한 새로운 전달체계의 모색, 支拂制度의 改善, 醫療費增加의 抑制, 보다 質 좋은 서비스의 보장 등이 정책과제가 될 것이다.

이와 아울러 국민들에게는 費用負擔없는 便益은 없다는 費用認識을 심어주어야 할 것이다. 소득의 3~4%수준의 보험료를 갖고는 보험급여의 확대도, 의료질의 유지도 모두 한계가 있다. 보험료수준이 낮을수록 의료비부담의 개인몫이 커져 저소득층의 의료이용에는 한계를 주는 逆進性이 제기되어 의료보험의 社會保險的機能은 상실된다는 점을 인식하여야만 할 것이다.

參 考 文 獻

- 대한민국정부, 제6차 경제사회발전5개년계획, 1986.
대한민국정부, 제7차 경제사회발전5개년계획, 1992.
보건사회부, 제6차 경제사회발전5개년계획 보건사회부문계획, 1987.
보건사회부, 제7차 경제사회발전5개년계획 보건의료, 사회보장계획, 1992.
보건사회부 보건행정과, 병원행정참고자료, 1991. 4.
이규식, "전국민의료보험과 관리운영의 과제," 사회보장연구, 제3권, 1987. 11.
이규식, 문옥륜, 조유향, "노인복지와 노인의료비 절감 방안," 사회보장연구, 제5권, 1989. 11.

- 한국개발연구원. 사회보장제도의 정책과제와 발전방향, 1988.7.
- 한국인구보건연구원. 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구, 1987.12.
- Hollingsworth, J.R., J.Hage and R.A. Hanneman. State Intervention in Medical Care, Cornell University Press, Ithaca and London, 1990.
- International Social Security Association. Medical Care Under Social Security in Developing Countries, Studies and Research No.18, Geneva, 1982.
- Roemer, M.I. Health Care Systems in World Perspective, Health Administration Press, Ann Arbor, 1976.
- Strauss, A. and J.M. Corbin. Shaping a New Health Care System, The Jossey-Bass Publishers, San Fransisco, 1988.