

醫療保險 財政共同事業의 效果分析

고려대학교 보건전문대학*

경산대학교 보건대학원**

李銜實*, 南喆鉉**

(Abstract)

An Analysis on the Effect of Financial Stabilization Program in the Korean Health Insurance

Hyun Sill Rhee¹, Chul-Hyun Nam²

1. Technical college of Health, Korea University

2. Graduate School of Public Health, KyungSan University

This study was carried out by using questionnaires with 126 insurance societies from Sept. 30, 1995 to Oct. 18, 1995. The primary data collected by the survey have been significantly supplemented by secondary data obtained from sources such as health insurance statistical year books and internal data in the Ministry of Health and Welfare. Major findings were summarized as follows: Two financial coordinating programs have significantly improved financial status of regional health insurance societies: the catastrophic program for high cost medical care that was initiated in 1991 and the program for hospitalization cost of the aged in 1995. Another finding is that there existed ambiguity and inconsistency of equity index that had been used by stabilization programs and its side effects could not be ignored.

Regression analyses were made to identify factors that affect financial transfers. Inde-

pendent variables in the regression include utilization frequency, dependancy ratio, insurance contribution per insured and medical expense per insured. All these variables were statistically significant in the equations of applying distribution rate (distribution /contribution) and transfer rate (transfer /contribution) as dependent variables.

Policy suggestions for the catastrophic program for high cost medical care are modifying the definition of catastrophic case and setting the maximum amount of subsidies for each society based on distribution rates. To solve the problems of the financial coordinating program for the aged, we could consider reimbursing more than 50% of the copayment incurred by the aged 65 or more and determining the maximum amount of outpatient copayment at 10,000 Won per day or per visit for the elderly. More fundamental improvement could be made by amending the Welfare Benefit Act to establish and expand medical and welfare facilities for the elderly.

Key words : Effect | Financial | Stabilization | Health | Insurance

I. 序 論

1. 研究의 背景 및 必要性

國民保健을 향상시키고 社會保障의 增進을 도모함을 목적으로 하는 醫療保險法 이 1963년 12월 16일 최초로 제정 공포된지¹⁾ 14년이 지난 1977년 7월1일에 500인 이상 상시 근로자를 고용하는 사업장에 醫療保險을 본격적으로 실시한 바 있으며 12년간 施行經驗을 토대로 하여 1989년 7월 1일에 全國民 醫療保險制度가 擴大 實施되었다.

그러나 經濟發展에 필수적으로 따르는 都市化와 產業化로 인한 인구 증가, 환경오염, 산업 재해, 스

1) 醫療保險法 제1조(목적) 1963. 12. 16 제정, 1976. 12. 22 전문 개정, 이후 7차 개정.

트레스 등 健康危害 要因이 집중하고 있으며, 식생활 변화와 운동 부족 등으로 당뇨병, 심장병과 같은 만성 퇴행성 질환을 중심으로 한 成人病이 증가하고 있으며(남철현 외, 1991), 의료 기술의 발달에 따른 醫療機資材의 高價化(윤치근, 1992), 治療의 現代化와 多樣化, 그리고 人件費引上 등으로 의료비가 상승하고 있으며 노인 인구의 증가에 따른 慢性退行性疾患 관련 의료비도 增加하는 등(의료보험관리공단, 1990; 조환구, 1990) 保險財政에 큰 영향을 미치고 있다(이규식 외, 1995).

우리 나라 醫療保險은 강제 사회보험 형태로(의료보험연합회, 1989) 運營方式은 다수 보험자 방식 체제를 채택하였으며 그 관리 운영 체계는 負擔과 衡平을 기하기 위하여 소득형태, 소득과약을, 의료이용률 등이 유사한 집단별 보험자를 구성하여 獨立採算方式²⁾으로 자치 운영함으로써 점진적으로 확대 발전해 오고 있다(김원수, 1990; 노인철, 1992; 이규식, 1992; 양명생, 1993; 의료보험연합회, 1992: 한국의료관리연구원, 1994).

1982년 지역의료보험 시범사업이 2차 실시될 무렵 의료보험조합연합회(현 의료보험연합회)와 공,교 의료보험관리공단의 통합 문제가 대두되었다가 1988년과 1989년 市·郡·區別 지역의료보험조합이 설립되면서 재연된 醫療保險管理體系의 統合論爭은 관리 운영에서의 規模의 經濟性을 연구³⁾ 하게 되었다(의료보험연구자일동, 1988; 최재환, 1988; 양봉민 외, 1989; 민재성, 1991; 양명생, 1993; 김기옥 외, 1994; 박재용 외, 1995).

全國民 醫療保險 실시 이후 보험 제도의 定着 및 發展에도 불구하고 현재까지 장애 요인으로 항상 지적되고 있는 것은 일부 農·漁村地域醫療保險組合(이하 '農漁村組合'이라 함)의 財政 不安定이라 할 수 있다(권순원 외, 1990). 이는 보험자 스스로가 자기 保險財政 安定에 책임지도록 하는 保險者別 獨立採算 管理方式에서 필연적으로 問題 提起가 될 수밖에 없는 課題이다(의료보험연합회, 1991; 김한중 외, 1992; 신수식, 1994).

職場組合의 경우 1986년 이후 정치적 변혁에 편승한 사업장 노동조합의 극렬한 활동과 3D現狀은 사상 유례없는 임금 인상을 촉진케하여 保險財政 收入額이 保險給與費 支出額을 훨씬 앞질러 각 조합마다 범정준비금을 超過하여 적립하고 있다(문옥륜, 1992; 양명생, 1994). 반면, 지역조합 중 農漁村組合은 농촌 주민의 離農현상과 연 근해어업의 衰退에 따른 농어촌 경제 상태의 沈滯와 不安, 특히 高額給與費 增加가 조합 재정을 직접적으로 威脅하고 있고(양명생, 1994) 향후 노인 인구 증가에 따른 老人醫療費

2) 이 방식은 組合間에 재정 격차의 發生, 농어촌지역 등 취약한 조합의 재정 불안정, 일부 소규모 조합의 관리 운영비의 過多所要 등이 問題點으로 야기됨(최규태, 1989).

3) 1986년 소규모 의료보험조합의 숫자가 많아지게 되어 惹起되는 위험 분산 기능의 약화, 소득재 분배 기능의 제약, 관리 운영비의 과다 지출 등의 문제가 야기됨(권순원, 1988).

의 負擔問題가 深刻하여 保險財政赤字組合數와 그 적자 폭은 줄어들지 않고 있어 노인의료비 및 고액진료비의 공동부담사업의 실시가 필요하게 되었다(민재성, 1991; 노인철, 1992; 이두호 외, 1992; 박재용, 1994; 경제기획원 조사평가국, 1994).

따라서 우리 나라는 1989년에 財政安定基金事業計劃과 規定 등 준비와 1990년에 示範運用實施를 거쳐 1991년 부터는 “高額保險給與費用 共同負擔事業”을 본격적으로 實施하게 되었다.

이 제도는 韓國醫療保險制度의 多保險者方式 管理體系를 유지 발전시키기 위한 政府의 새로운 정책 의지로 받아들여지는 한편, 통합방식 주창자 측에서는 관리 체계 통합의 전 단계인 財政統合 措置로 받아들여지는(정형선, 1992) 견해차가 있겠으나 財政共同事業은 한국의료보험 재정 운용의 획기적인 對案인 동시에 앞으로의 核心事業으로 발전될 전망이다.

財政共同事業이 保險經營 管理의 原理와 醫療保險의 基本精神이 충실하게 실시되고 있다고 하나, 이에 따른 問題點이 무엇인지에 대한 實態分析과 評價를 통한 檢證이 필요하다고 생각된다. 이 財政共同事業의 評價는 현행 다수 보험자별 관리 운영 체계의 妥當性 檢證 기회는 물론 통합 방식의 장점 주장에 대한 타당성 여부도 비교해 볼 수 있는 계기가 될 수 있을 것이며, 현행 제도의 보완 기능을 효과적으로 수행하고 있는가에 대한 정책적인 판단 자료로도 제공될 수 있을 것이라는 점에서 本 研究는 그 의미가 있다고 하겠다.

2. 研究의 目的

本 研究에서는 우리 나라 醫療保險制度의 보완책으로 실시되고 있는 財政共同事業에 대한 現況과 財政移轉效果를 分析하고, 이를 토대로 재정공동사업의 問題點과 改善 方案을 提示하는 데 그 目的을 두었으며 구체적인 목적은

- 첫째, 보험자 종별로 재정공동사업에 대한 의견을 파악하고
- 둘째, 재정공동사업 내용별로 조합간 財政移轉效果를 分析하며
- 셋째, 財政移轉率에 영향을 미치는 결정 요인들을 糾明하여
- 넷째, 재정공동사업의 問題點과 개선 方案을 提示하므로써 장래 보험 재정의 安定化 및 活性化를 도모코자 하는 데 있다.

II. 研究方法

1. 調查對象 및 期間

1995년 9월 30일부터 10월 18일(19일간)까지 전국 379개 의료보험조합 대표이사(이사장), 사무국장, 담당부장, 또는 과장을 대상으로 재정공동사업에 대한 現況, 意見, 態度 등과 관련된 8개 항목(38개 문항)에 대하여 설문 조사를 實施하였다.

2. 調查方法

설문 조사 방법은 조사 대상 379개 조합에 우편으로 배포하여 그 중 203건이 回收되었으나 해당 조합 명의 기재가 없거나 불성실한 應答을 제외한 126개(직장조합 56개, 군지역조합 34개, 시지역조합 36개)의 이용 가능한 資料로 전체 조합 중 33.2%만을 分析자료로 하였다.

설문지의 妥當性 검증을 위해 5개 직장 및 지역조합에 대해 1995년 9월 10일부터 7일간에 걸쳐 豫備 調查를 하였다.

조합간 財政移轉에 대한 決定要因을 把握하기 위하여 活用된 해당 조합에 대한 收支率과 扶養率 등의 자료는 1994년도 직장의료보험조합 결산 현황과 지역의료보험조합 결산 현황 보고서를 參考하였다.

3. 資料分析

설문응답에서 만족도는 5점 만점으로 하였으며 平均과 標準偏差를 구하고 x^2 -test로 통계적 有意性을 구하였다.

보험자인 조합들의 경영 상태를 把握하기 위해 경영수지율, 이전율, 배분율, 수진율 등은 평균과 표준편차를 구하고 x^2 -test로 有意性을 檢證 하였고 조합간 財政移轉率에 영향을 미치는 결정 요인을 분석하기 위해 相關分析과 回歸分析을 하였다. 회귀분석의 從屬變數는 배분율과 이전율이며 설명 변수는 수진율, 피보험자 1인당 보험료, 1인당진료비, 부양률을 選定하였다.

Ⅲ. 調查結果

1. 應答者의 特性

應答 對象者의 일반특성은 남자가 99.2%로 대부분이었고, 50세 이상이 43.7%로 가장 많았으며 40~49세가 37.3%, 30~39세 17.5% 순이었다. 醫療保險分野에 총근무 경력은 10년 이상 근무자가 42.9%, 7~10년이 31.7%였고, 현재 勤務組合의 근무 경력도 10년 이상이 33.3%, 7~10년이 31.0%로 비슷한 分布를 보였다. 회수되어 사용 가능한 자료 조합은 126개이며 그 중 직장조합은 56개(44.4%)였고 지역조합은 36개(28.6%), 군지역조합은 34개(27.0%)였다.(표1-1).

〈표 1-1〉 대상자의 일반적 특성 (단위 : 명, %)

보 험 종 별		대상자의 일반적 특성			(단위 : 명, %)
일 반 특 성		군지역조합	시지역조합	직장조합	합 계
성 별	남 자	34(27.0)	36(28.6)	55(43.7)	125(99.2)
	여 자	-	-	1(0.8)	1(0.8)
연 령 별	30~39	10(29.4)	7(19.4)	5(8.9)	22(17.5)
	40~49	7(20.6)	13(36.1)	27(48.2)	47(37.3)
	50이상	17(50.0)	15(41.7)	23(41.1)	55(43.7)
	무응답	-	1(2.8)	1(1.8)	2(1.6)
총근무경력	1년미만	1(2.9)	1(2.8)	-	2(1.6)
	1~ 3년	2(5.9)	1(2.8)	3(5.4)	6(4.8)
	3~ 5년	2(5.9)	2(5.6)	2(3.6)	6(4.8)
	5~ 7년	2(5.9)	12(33.3)	4(7.1)	18(14.3)
	7~10년	25(73.5)	12(33.3)	3(5.4)	40(31.7)
	10년이상	2(5.9)	8(22.2)	44(78.6)	54(42.9)
현 조합 근 무 경 력	1년미만	1(2.9)	1(2.8)	2(3.6)	4(3.2)
	1~ 3년	2(5.9)	2(5.6)	4(7.1)	8(6.3)
	3~ 5년	2(5.9)	2(5.6)	2(3.6)	6(4.8)
	5~ 7년	2(5.9)	20(55.6)	5(8.9)	27(21.4)
	7~10년	25(73.5)	11(30.6)	3(5.4)	39(31.0)
	10년이상	2(5.9)	-	40(71.4)	42(33.3)
합 계		34(100.0)	36(100.0)	56(100.0)	126(100.0)

2. 保險者種別 諸特性

표 1-2에서 보는 바와같이 조합종별 경영수지율(총지출/총수입)은 높은 수치일수록 經營狀態가 불량한 것으로 1994년도 統計資料를 기준으로 볼 때 郡지역조합 경영수지율 94.9%, 시지역조합 87.6%, 직장조합 89.3%이나 본 조사에서는 각각 97.4%, 87.8% 및 79.5%로 職場組合의 經營收支率이 가장 좋았다. 직장조합의 경우 당직적자(경영수지율 100% 이상) 조합은 3개로 나타났다(의료보험연합회, 1995).

이전율((이전액/총지출)×100)은 郡지역조합이 17.7%로 가장 높고 직장조합은 -2.3%의 逆移轉率을 보이고 있다.

配分率((배분금/각출금)×100)의 경우 1994년 1년간 통계 자료에서는 郡지역조합 196.2%, 시지역조합 141.4%, 직장조합 69.2%였으나 본조사에서는 각각 208.4%, 152.5% 및 68.9%로서 郡지역조합은 직장조합과 비교할 때 3배 이상의 높은 배분율을 보이고 있으며 1995년 상반기의 統計分析資料에

〈표 1-2〉 보험자종별 제특성

구분	郡지역 조합	시지역 조합	직장조합	조합평균	F 값
경영수지율 (%)	97.4± 5.6	87.8± 3.6	79.5± 8.5	86.7± 9.9	F=77.84**
이전율 (%)	17.7±84.5	2.5± 2.2	-2.3±1.0	4.5±44.4	F=2.24
배분율 (%)	208.4±55.1	152.5±27.3	68.9±12.8	130.3±67.8	F=197.97**
수진율 (%)	4.0±0.4	3.7±0.2	5.1±0.6	4.4±0.8	F=128.9**
부양률 (%)	2.3±0.1	2.7±0.7	2.0±0.5	2.2±0.5	F=5.97**
피보험자1 인당보험료(원)	13,045±1,866	14,678±1,088	23,849±4,798	18,269±6,027	F=135.35**
1인당 급여비(원)	76,860±7,604	68,592±5,237	74,500±6,450	73,449±7,191	F=15.58**
1인당 진료비(원)	27,882±2,309	29,537±2,287	22,857±1,396	26,256±3,563	F=137.92**

**P<0.01

Mean±S.D

군지역조합은 576.4%, 시지역조합 141.3, 직장조합 63.5%로 道·農間の 配分率 隔差가 매우 커지는 것을 알 수 있다(의료보험연합회, 의료보험통계연보,1995).

수진율은 직장조합 5.1%, 군지역조합 4.0%, 시지역조합 3.7% 순으로 나타났다. 被保險者 1人當 保險料는 직장조합이 가장 많은 23,849원이며 군지역조합과 시지역조합은 비교적 적은 것으로 나타났다. 1인당 급여비는 군지역조합 76,860원, 시지역조합 68,592원으로 다소 差異가 나고 있음을 알 수 있다. 1인당 진료비는 시지역조합 29,537원과 직장조합 22,857원으로 보험자종별 차이가 있음을 나타내고 있다. 그외에 수진율, 피보험자 1인당 보험료, 1인당 급여비, 부양률에서도 統計的 有意性이 있음을 확인하였다(표 1-2).

3. 財政共同事業에 대한 見解

11개 문항에서 매우 그렇다 5점, 그러하다 4점, 보통이다 3점, 그러하지 않다 2점, 매우 그러하지 않다 1점으로 하여 각 문항마다 평균점수를 구하여 分析해 본 結果는 표 1-3과 같다.

현행 재정공동사업의 전반적인 呼應度에 있어서 군지역조합은 가장 적극적인 반응을 보였고 시지역

<표 1-3> 보험자종별 재정공동사업에 대한 견해 (단위 : 점수)

구 분	군지역 조합	시지역 조합	직장조합	평균	F 값
재정공동사업의 필요성	4.9±0.2	4.8±0.5	3.5±1.1	4.3±1.1	F=51.84**
조합재정안정에 도움정도	4.7±0.6	4.3±0.8	1.5±0.7	3.2±1.6	F=28.04**
연합회에서 관리필요성 여부	4.5±0.8	3.8±1.3	3.9±1.1	4.1±1.1	F=4.6**
5년 이상 실시 찬성	4.6±1.0	4.4±0.8	3.2±1.2	3.9±1.2	F=23.80**
운영전반에 대한 만족도	4.2±0.8	3.8±1.0	2.6±1.0	3.4±1.2	F=32.96**
각출금 산출방법에 대한 만족도	4.0±1.0	3.6±0.9	2.6±0.9	3.3±1.1	F=29.42**
배분금에 대한 만족도	3.9±0.9	3.8±0.8	2.2±0.9	3.1±1.2	F=53.24**
고액의료비 공동부담사업에 대한 만족도	3.9±0.9	3.8±1.0	2.8±0.9	3.4±1.1	F=20.14**
노인의료비 공동부담사업에 대한 만족도	4.2±0.9	3.9±1.0	3.1±1.1	3.6±1.2	F=14.8**
대여사업에 대한 만족도	3.0±0.9	2.8±1.0	2.6±0.9	2.8±0.9	F=2.5 P=0.09
사회연대의식 기여도	3.9±0.9	3.4±1.1	3.1±1.1	3.4±1.1	F=6.74**

**P<0.01

Mean±S. D

조합도 비슷한 반응이었으나 직장조합은 모든 항목에서 평균점수에 못 미치는 否定的인 反應을 보였다. 특히, 이 사업이 해당조합의 財政安定에 크게 도움이 되느냐는 질문에는 1.5점으로 매우 否定的인 反應을 보였다.

財政共同事業은 꼭 필요하느냐는 질문에는 평균 4.3점으로 비교적 높은 肯定的인 反應을 보였고 이 사업을 聯合會에서 關望해야 되느냐는 질문에는 평균 4.1점으로 높은 呼應度를 보였다. 그러나 대여 사업에 대해 만족하느냐는 질문에 대해서는 全般的으로 否定的인 反應을 보였다. 貸與事業에 대한 만족도를 제외한 10개의 문항이 모두 통계적으로 有意性이 있는 것으로 나타났다.

재정공동사업 중 가장 불만족스런 사업은 표 1-4에서 보는 바와 같이 貸與事業이 69.7%로 가장 높았고, 노인의료비 공동부담사업, 고액의료비 공동부담사업 순으로 나타났으며 세가지 사업 모두 불만족스럽다는 應答은 8개 조합으로 전체의 7.3%를 차지하였다.

〈표 1-4〉 재정공동사업 중 가장 불만족스런 사업 (단위 : 조합수)

구 분	군지역 조합	시지역 조합	직장조합	합 계
고액의료비	3(10.3)	1(3.2)	7(14.3)	11(10.1)
공동부담사업				
노인 의료비	3(10.3)	3(9.7)	8(16.3)	14(12.8)
대여 사업	21(72.4)	26(83.9)	29(59.2)	76(69.7)
세가지 모두	2(6.9)	1(3.2)	5(10.2)	8(7.3)
합 계	29(100.0)	31(100.0)	49(100.0)	109(100.0)*

* 미응답 17건 제외

4. 釀出金에 대한 反應

각출금 산출 근거에 대한 理解度는 지역조합보다 직장조합이 비교적 낮았다(표1-5).

소속조합에서 부담하는 釀出金에 만족하느냐는 질문에 지역조합은 3.5점으로 비교적 肯定的인 反應이었으나 직장조합은 2.6점으로 滿足하지 못하고 있었다. 脆弱한 조합 특히 농·어촌지역 조합을 지원하기 위한 정책적인 運營方針으로 인하여 각출 방법에서부터 차이가 있음에 대한 불만으로 생각된다. 지역조합은 徵收된 보험료의 90%에서 일정율의 각출금을 負擔하는 대신 직장조합은 보험료가 원천징수로 100% 징수되는 관계로 징수된 보험료 100%에서 釀出金을 부담시키는 方法에서부터 公平하지 않다고 보고 있으며 지역조합의 경우 보험료 징수에 皮동적인 자세가 惹起될 수 있다고 指摘하고 있다.

〈표 1-5〉 보험자종별 각출금에 대한 반응 (단위 : 점수※)

구	분	군지역 조합 (평균±편차)	시지역 조합 (평균±편차)	직장조합 (평균±편차)	평균 (평균±편차)	F 값
산출근거*		4.0±0.9	4.1±0.6	3.5±1.1	3.8±1.0	F=5.39**
각출금**		3.5±0.9	3.5±0.8	2.6±1.0	3.1±1.0	F=13.92**
형평계수***		3.7±0.8	3.7±0.8	3.1±0.8	3.4±0.8	F=7.85**

** P < 0.01 Mean ± S.D

※ 점수는 5점 만점.

* 산출근거에 대한 이해도 ** 각출금에 대한 만족도 *** 형평계수적용에 대한 만족도

衡平計數⁴⁾ 적용에 만족하느냐는 질문에도 지역조합과 직장조합에서 다소 差異가 있는 것으로 나타났다. 특히, 직장조합의 경우는 형평계수의 妥當性에 대한 疑懼心을 갖고 있는 組合도 있었다.

각출금의 기준이 적합하지 않다고 응답한 46개 조합에 대하여 이유를 조사한 결과 표 1-6에서 보는 바와 같이 군지역조합의 경우 피보험자의 平均所得이 낮아서와 조합의 재무 상태가 아주 나빠서가 전체의 83.4%였다. 시지역조합의 경우 피보험자의 平均所得이 낮아서가 50%로 가장 높았다. 직장조합의 경우는 각출금 산정 방법의 잘못이 38.5%, 기타 이유가 26.9%였는데, 기타 이유에 대해서는 前年度 配分金 收支率에 따라 부담금을 결정하지 않은 것과 각출금 부담금 比率이 너무 높기 때문임을 지적하였다.

〈표 1-6〉 각출금의 기준이 적합하지 않다고 생각하는 이유 (단위:조합수, %)

구	분	군지역 조합	시지역 조합	직장조합	합 계
	각출금*	2(16.7)	1(12.5)	10(38.5)	13(28.3)
	평균소득**	5(41.7)	4(50.0)	6(23.1)	15(32.6)
	재무상태***	5(41.7)	1(12.5)	3(11.5)	9(19.6)
	기타	-	2(25.0)	7(26.9)	9(19.6)
	합 계	12(100.0)	8(100.0)	26(100.0)	46(100.0)

* 각출금 산정방법이 잘못되어서 ** 피보험자의 평균소득이 낮아서

*** 재무상태가 아주 나빠서

4) 형평계수 : 보험자종별(직장, 공·교, 구, 시, 군조합)간 보험재정력에 대한 상대적 평가지수로서 보험 급여재정과 관련된 내생 및 외생변수로 하여 수리 통계적 방법에 의해 재정력을 측정된 값을 말한다.

5. 財政共同事業 內容 調整에 대한 意見

각출금 상한선을 현행 20%에서 어느 정도로 조정하기를 원하느냐는 質問에서 전체 57.3%가 20% 이하로 조정되기를 원하였고 30%로 조정해야 한다는 의견이 21.8%였다.

老人醫療費 공동부담사업의 지원확대 範圍를 어디까지 하기를 원하느냐는 질문에 대해서는 현행 그대로 入院費에만 적용하자는 의견이 38.5%로 가장 높았는데, 직장조합의 경우는 61.5%로 월등히 높았다. 군지역조합의 경우 47.1%가 總診療費까지로 범위확대를 희망하였고 시지역조합의 경우에는 外來診療費까지만 적용 확대하는 것에 대하여 38.9%로 가장 높았다.

〈표 1-7〉 보험자종별 사업 내용 조정에 대한 의견 (단위 : 조합수, %)

구 분	군지역 조합	시지역 조합	직장조합	계
각출금 상한선*				
20%	10(29.4)	16(44.4)	45(83.3)	71(57.3)
30%	17(50.0)	9(25.0)	1(1.9)	27(21.8)
40%	3(8.8)	4(11.1)	2(3.7)	9(7.3)
50%	4(11.8)	2(5.6)	1(1.9)	7(5.6)
무응답	-	5(13.9)	5(9.3)	10(8.1)
계	34(100.0)	36(100.0)	54(100.0)	124(100.0)
노인의료비**				
총진료비	16(47.1)	10(27.8)	7(13.5)	33(27.0)
외래진료비	10(29.4)	14(38.9)	10(19.2)	34(27.9)
현행(입원비만)	6(17.6)	9(25.0)	32(61.5)	47(38.5)
본인일부부담금	2(5.9)	3(8.3)	2(3.8)	7(5.7)
노인외래진료비		-	1(1.9)	1(0.8)
본인일부부담금에 적용				
계	34(100.0)	36(100.0)	52(100.0)	122(100.0)
추가사업내용***				
보건예방사업	5(16.1)	12(37.5)	17(35.4)	34(30.6)
노인보건의료시설(물리치료실등)	21(67.7)	9(28.1)	15(31.3)	45(40.5)
검진시설	3(9.7)	8(25.0)	13(27.1)	24(21.6)
기타	2(6.5)	3(9.4)	3(6.3)	8(7.2)
계	31(100.0)	32(100.0)	48(100.0)	111(100.0)

* 각출금 상한선 인상 ** 노인의료비 공동부담사업의 지원확대 범위 *** 추가하고 싶은 사업내용

현행 재정안정사업에 추가하고 싶은 사업 내용은 무엇이라는 질문에 대해 노인보건의료시설(물리치료실 등)을 원하는 경우가 40.5%로 가장 높았고, 다음은 保健豫防事業 순이었다. 조합별로보면 군지역 조합의 경우는 노인보건의료료가 67.7%, 시지역조합과 직장조합경우는 보건예방사업이 각각 37.5%, 35.4%로서 군지역조합에서 노인보건의료사업에 대한 關心이 월등히 높음을 알 수 있었다(표 1-7).

조합의 財政共同事業 內容 變化에 대한 반응은 고액진료비 배분대상액을 90만원에서 120만원으로 인상함을 원하느냐는 질문에 군지역조합이 가장 反對하는 것으로 나타났다.

현행 입원비의 20%를 본인 일부부담으로 하고 있는데 老人의 경우 15%만 노인 개개인이 부담하고 의료비로 計算하고 나머지 5%는 재정공동사업기금으로 전환하는 것을 어떻게 생각하느냐는 質問에 전체 3.6점으로 비교적 찬성하는 경향이었다. 이상 3가지 질문 모두에서 통계적 유의성이 있었다(표1-8).

<표 1-8> 보험자종별 재정공동사업 내용 조정에 대한 반응 (단위 : 점수※)

구 분	군지역 조합	시지역 조합	직장조합	평균	F 값
고액의료비*	2.5±1.4	2.9±1.3	3.3±1.2	2.9±1.3	F=3.64*
노인연령**	3.5±1.2	3.6±0.8	4.0±0.7	3.8±0.9	F=4.0*
본인일부 부담금***	4.0±1.0	3.7±0.9	3.2±1.1	3.6±1.1	F=6.60**

* P<0.05, ** P<0.01

Mean±S.D

※ 점수는 5점 만점.

* 고액의료비 배분대상을 90만원에서 120만원으로 인상함을 원함.

** 대상 노인연령을 65세로 하는게 적당함.

*** 노인본인일부부담금 현행 20%에서 5%를 재정공동사업으로 하기를 원함.

6. 財政共同事業의 決定要因 分析

가. 變數選定(variable specification)

재정이전 결정요인 변수 種類와 內容을 整理하였다.

1) 配分率 : [(배분금/각출금) x 100]

2) 移轉率은 5가지 類型으로 分類하였다.

가) 移轉率 A : [(이전액/수입) x 100]

나) 移轉率 B : [(이전액/지출) x 100]

- 다) 移轉率 C : $[(\text{이전액} / \text{급여비}) \times 100]$
 라) 移轉率 D : $[(\text{이전액} / \text{각출금}) \times 100]$
 마) 移轉率 E : $[(\text{이전액} / \text{연평균 적용인구수}) \times 100]$
- 3) 收支率 : 보험급여비 / 보험료수입 (총수지출 : 총지출 / 총수입)
 (지역의료보험의 경우 보험료 수입은 국고부담 보험료를 포함한 부과액 기준)
- 4) 收入(職場組合) : 보험료 + 징수금 + 기부금 + 수입이자 + 고정자산 처분액 + 잡수입 + 공동
 사업 기금수입
 (地域組合) : 보험료 + 국고부담금 + 공동사업배분금 + 보조금 + 사업외수익
- 5) 支出(職場組合) : 보험급여비 + 사업비 + 운영비 + 회비 + 퇴직적립금 + 잡지출 + 공동사업기
 금 부담금 + 잡손실 + 지급준비금전입액 + 자산 취득비
 (地域組合) : 보험급여비 + 공동사업부담금 + 관리운영비 + 연합회비 + 지급준비금 전입
 금 + 보험재정결손금 + 잡손실
- 6) 移轉額 : 배분금 - 각출금
- 7) 受診率 : $[(\text{진료건수} / \text{연평균 적용인구}) \times 100]$
- 8) 扶養率 : $(\text{피부양자수} / \text{피보험자수}) \times 100$
- 9) 피보험자 1人當 保險料 : 피보험자부담 보험료 / 피보험자수
- 10) 1人當 診療費 : 요양기관으로 지정된 의료기관에서 청구한 총진료비 중 심사결정한 금액 / 연평균
 적용인구수
- 11) 1人當 給與費 : 심사결정된 진료비(약제비)중 보험자가 부담하는 금액 / 연평균적용인구수

나. 保險者 財政 特性 分析

1) 配分率別 諸特性

군지역조합은 配分率이 낮아짐에 따라 경영수지율이 높아졌으며($p < 0.05$), 시지역조합과 직장조합에
 서는 이전율이 배분을 증가에 따라 정비례하는 경향을 띄고 있었다($p < 0.01$). 1인당 급여비에서도 배분
 을 증가와 정비례하고 있음을 알 수 있다($p < 0.05$) (표 2-1).

2) 移轉率別 諸特性

이전율이 증가함에 따라 모든 조합에서 配分率이 증가함을 알 수 있었고($P < 0.01$, $P < 0.05$) 1인당진
 료비에서는 군지역조합에서 이전율의 증가에 따라 增加하고 있음을 알 수 있었다($P < 0.05$) (표 2-2)

단위 : 원, (%)

〈표 2-1〉 조합종별 배분율 제특성

조합 종별	근 지 역					시 지 역					직 장						
	100- 이하	150- 199	200- 249	250 이상	평균	F값	100- 149	150- 199	200- 249	200- 이하	49 이하	50- 99	100- 149	평균	F값		
배분율	49	100	150	200	250	평균	F값	100	150	200	평균	F값	49	50	100	평균	F값
구분	이하	149	199	249	이상			149	199	249			이하	99	149		
경영수지율	103.2	4.0	94.0	99.0	100.3	97.4	F=2.89	87.5	88.1	86.8	87.7	F=0.20	75.1	79.5	85.3	79.5	F=0.5
	±0.09	±3.9	±5.4	±4.2	±6.1	±5.6		±4.4	±2.5	±5.0	±3.6	P=0.82	±1.0	±8.6	±0.0	±8.5	P=0.6
이 전 율	3.4	1.1	2.6	3.6	66.6	17.7	F=0.86	1.5	3.2	5.3	2.5	F=6.82	-4.2	-2.3	2.2	-2.3	F=28.82*
	±0.0	±0.6	±0.5	±1.2	±173.5	±84.5	P=0.5	±0.8	±1.1	±6.5	±2.2		±0.1	±0.7	±0.0	±1.0	
수 진 율	4.5	3.9	4.2	4.1	3.8	4.0	F=2.17	3.8	3.6	3.7	3.7	F=1.71	4.3	5.2	4.9	5.1	F=2.61
	±0.0	±0.3	±0.3	±0.5	±0.3	±0.4	P=0.10	±0.2	±0.3	±0.1	±0.2	P=0.20	±0.2	±0.6	±0.0	±0.6	P=0.08
부 양 율	2.4	2.3	2.3	2.4	2.2	2.3	F=1.14	2.2	2.4	2.2	2.3	F=0.71	1.8	2.0	2.6	2.0	F=1.13
	±0.0	±0.1	±0.2	±0.1	±0.2	±0.1	P=0.36	±0.1	±1.0	±0.1	±0.7	P=0.50	±0.2	±0.5	±0.0	±0.5	P=0.33
1인당 진료비	24,696	27,757	27,076	28,325	28,669	27,882	F=1.15	29,222	30,237	28,920	29,631	F=0.97	22,515	22,827	24,992	22,857	F=1.25
	±0.0	±2,027	±1,800	±2,720	±2,177	±2,309	P=0.35	±2,099	±2,483	±1,630	±2,249	P=0.39	±829	±1,398	±0.0	±1,396	P=0.29
1인당 급여비	78,059	72,456	75,233	78,451	78,317	76,860	F=0.51	68,595	67,144	68,733	68,419	F=0.20	62,961	74,886	77,133	71,660	F=3.71*
	±0.0	±4,439	±6,224	±2,721	±1,3697	±7,605	P=0.73	±4,426	±4,109	±5,243	±4,923	P=0.82	±1,113	±6,210	±0.0	±0.6	
피보험자	12,591	13,659	13,668	13,239	11,801	13,045	F=1.35	14,809	14,487	14,735	14,665	F=0.33	16,450	24,096	25,832	23,849	F=2.69
1인당보험료	±0.0	±1986	±1672	±1560	±2296	±1866	P=0.28	±968	±1,332	±518	±1,101	P=0.72	±4696	±4653	±0	±4798	p=0.08

* P<0.05, **P<0.01

단위 : (%)

이전율별 특성

<표 2-2>

구분	이전율		평균		F값		시 지 역		직 장		
	1.0 미만	2.9 이상	3.0~ 9.9	7~ .0	1.0~ 2.9	3.0~ 6.9	10.0 이상	1.0~ 미만	1.0~ 2.9	평균	F값
경영수지율	103.2 ±0.0	95.0 ±5.9	97.9 ±4.6	105.6 ±0.0	87.9 ±3.8	87.5 ±2.7	82.7 ±0.0	79.4 ±8.7	81.4 ±3.5	79.5 ±8.5	F=0.16 P=0.70
배분율	45.5 ±0.0	170.1 ±26.7	236.3 ±33.5	289.1 ±0.0	147.6 ±25.3	164.7 ±22.0	215.0 ±0.0	67.8 ±8.8	94.1 ±38.2	68.9 ±12.8	F=4.51* F=15.65**
수진율	4.5 ±0.0	4.2 ±0.4	3.9 ±0.3	3.8 ±0.0	4.1 ±0.4	3.7 ±0.3	3.8 ±0.0	5.1 ±0.6	4.8 ±0.7	5.1 ±0.6	F=0.88 P=0.35
부양율	2.4 ±0.0	2.3 ±0.1	2.3 ±0.2	2.4 ±0.0	2.3 ±0.97	2.3 ±0.8	2.3 ±0.0	2.0 ±0.5	2.0 ±0.7	2.0 ±0.5	F=0.03 P=0.86
1인당 진료비	24,696 ±0.0	26,750 ±2248	28,676 ±2038	29,668 ±0	27827 ±2322	28,672 ±1,964	27,055 ±0	22,788 ±1,396	23,951 ±997	22,857 ±1,396	F=2.00 P=0.16
피보험자	12,591 ±0	13,228 ±1874	13,093 ±2001	11,471 ±0	13,082 ±1,882	14,609 ±1018	15,294 ±0	23,856 ±4,865	23,735 ±4,231	23,849 ±4,798	F=0.00 P=0.97
1인당 급여비	78,059 ±0	74,260 ±5518	78,587 ±8046	75,596 ±0	76,776 ±7,707	69,445 ±5312	65,655 ±0	74,427 ±6,523	757,990 ±5,921	74,500 ±6,450	F=0.13 P=0.72

* P<0.05, ** P<0.01

단위 : (%)

〈표 2-3〉 조합종별 경영수지율별 제특성

구분	군 지 역			시 지 역			직 장					
	80-99	100이상	평균	F값	60-79	80-99	평균	F값	60-79	80-99	평균	F값
배분율	201.7	220.8	208.4	F=0.94	116.7	153.5	152.5	F=1.81	66.7	71.6	68.9	F=2.13
	±49.3	±64.8	±55.1	P=0.34	±0.0	±27.0	±27.3	P=0.19	±9.9	±15.4	±12.8	P=0.15
	3.1	44.4	17.7	F=1.90	0.7	2.6	2.5	F=0.7	-2.6	-2.0	-2.3	F=4.84
이전율	±1.3	±142.3	±84.5	P=0.18	±0.0	±2.2	±2.2	P=0.41	±0.8	±1.1	±1.0	
	4.0	4.1	4.0	F=0.54	3.6	3.7	3.7	F=0.16	5.0	5.2	5.1	F=1.48
	±0.3	±0.5	±0.4	P=0.47	±0.0	±0.2	±0.2	P=0.69	±0.5	±0.7	±0.6	P=0.23
부양율	2.3	2.4	2.3	F=1.31	2.0	2.3	2.3	F=0.14	1.9	2.2	2.0	F=5.94
	±0.2	±0.1	±0.1	P=0.26	±0.0	±0.7	±0.7	P=0.71	±0.4	±0.5	±0.5	
	27,891	27,865	27,882	F=0.00	28520	29,566	29,537	F=0.20	22,005	22,677	22,857	F=0.69
1인당진료비	±2,178	±2,634	±2,309	P=0.98		±2,314	±2,287	P=0.66	±1,008	±1,766	±1,396	P=0.41
	76,797	76,974	76,860	F=0.00	64,207	68,717	68,592	F=0.72	74,048	75,061	74,500	F=0.34
	±9,230	±3,296	±7,605	P=0.95	±0	±5,258	±5,237	P=0.40	±6,735	±6,168	±6,450	P=0.56
피보험자	13,584	12,057	13,045	F=5.99*	13,512	14,711	14,678	F=1.19	23,934	23,748	23,849	F=0.02
	±1,904	±1,370	±1,866		±0	±1,085	±1,088	P=0.28	±5,212	±4,353	±4,798	P=0.89

* P<0.05

3) 經營收支率別 諸特性

군지역조합의 피보험자 1인당 보험료가 감소 될수록 높아짐으로 재정 상태가 불량해짐을 알 수 있었고 통계적으로 유의성이 있었다($p < 0.05$) (표 2-3)

다. 財政移轉 決定變數間의 相關分析

1인당 진료비(PG)와 수진율(RE)간의 상관관계 계수는 -0.85로서 역상관관계를 나타내고 있다($p < 0.001$). 따라서 수진율이 增加할수록 1인당 진료비는 減少하였다. 1인당 보험료(PI)와 1인당진료비(PG)는 상관 계수가 -0.64로 역상관관계를 나타내며 1인당 보험료가 증가하면 1인당 진료비는 減少한다($p < 0.001$). 피보험자1인당 보험료(PI)와 수진율(RE)은 상관계수 0.81로 높은 수준을 나타내고 있다($p < 0.001$). 이는 1인당보험료가 증가할수록 수진율도 증가하며 비교적 높은 상관성이 있음을 보여 주었다. 부양율(BU)와 1인당 진료비(PG)간의 상관성도 유의성이 있었다. ($P < 0.001$). 配分率(BK)과 피보험자 1인당 보험료(PI)는 역상관계에 있어($p < 0.001$) 1인당 보험료가 增加할수록 配分率은 낮았다.

배분율(BK)과 1인당 진료비(PG)간의 상관성은 높았고($p < 0.001$) 배분율(BK)과 수진율(RE)은 역상관관계에 있었다($p < 0.01$).

이전율B(TRB)과 이전율A(TRA)는 매우 높은 상관관계가(0.99)있었고 ($p < 0.001$) 收入에 대한 이전율(TRA)과 지출에 대한 이전율(TRB)도 높은 相關性을 갖고 있었다. 이전율C(TRC)와 이전율A(TRA)와도 매우 높은 相關關係를 보이고 있으며 給與費에 대한 이전율과 수입에 대한 이전율도 매우 상관성이 높았다. 이전율C(TRC)와 이전율B(TRB), 이전율D(TRD)와 배분율(BK) 그리고 釀出金에 대한 이전율과 배분율간에도 높은 상관관계가 있었다. ($P < 0.001$). 이전율E(TRE)와 이전율A(TRA), 이전율E(TRE)와 이전율B(TRB) 그리고 이전율E(TRE)와 이전율C(TRC)도 매우 높은 相關關係를 보이고 있었다($p < 0.001$). 적용인구 1인당 이전율과 수입에 대한 이전율에 매우 높은 相關性이 있음을 알 수 있고 적용인구 1인당 이전율과 수입에 대한 이전율도 매우 높은 상관관계가 있으며 적용인구 1인당 이전율과 급여비에 대한 이전율도 높은 相關性이 있었다.(표2-4).

라. 財政移轉 決定變數間의 回歸分析

재정이전에 영향을 미치는 決定要因을 분석키 위해 從屬變數로 배분율과 이전율을 選定하였고 獨立變數로 수진율, 피보험자 1인당보험료, 1인당진료비, 부양율을 이용하여 回歸分析하였다.

<표 2-4>

變數간의 相關分析

Class	PG	RE	PI	BU	BK	TRA	TRB	TRC	TRD	TRE
PG	1.000									
RE	-.844**	1.000								
PI	-.639**	.807**	1.000							
BU	.288**	-.125	.009	1.000						
BK	.675**	-.644**	-.711**	.270*	1.000					
TRA	.127	-.089	-.135	.028	.261*	1.000				
TRB	.136	-.097	-.143	.032	.270*	.999**	1.000			
TRC	.135	-.096	-.142	.032	.270*	.999**	1.000**	1.000		
TRD	.675**	-.644**	-.711**	.270*	1.000**	.261*	.270*	.270	1.000	
TRE	.132	-.093	-.139	.030	.266*	.999**	.999**	1.000**	.266*	1.000

* P<0.01, ** P<0.001

PG : 1인당진료비 RE : 수진율
 PI : 피보험자 1인당 보험료 BU : 부양률
 BK : 배분율 TRA : 이전율A(이전액/수입)
 TRB : 이전율B(이전액/지출) TRC : 이전율C(이전액/급여비)
 TRD : 이전율D(이전액/각출금) TRE : 이전율E(이전액/적용인구)

1) 배분율(배분금/각출금)의 결정요인

$$BK = \beta_0 + \beta_1 BU + \beta_2 PI + \beta_3 PG + \beta_4 RE + \Sigma$$

BK : 배분율 BU : 부양률

PI : 1인당보험료 PG : 1인당진료비

RE : 수진율

$$BK = -152.8 + 21.9BU - 0.0PI + 0.0PG + 31.5RE \quad (R^2=0.64)$$

(2.6) (-7.2) (4.3) (2.6)

상기 모델에서 괄호안의 숫자는 T-값이며 PI, PG는 $\alpha=0.01$ 에서 有意하고 부호는 PI는 '-', PG는 '+ '로 나타났고 BU, RE는 $\alpha=0.05$ 에서 有意하며 부호는 모두 '+ '이다. 따라서 부양률 1단위 增加함에 따라 배분율은 21.9증가하며, 수진율 1단위 증가에 따라 배분율 31.5가 증가한다. 따라서 -값을 중심으로 보았을 때 피보험자 1인당 보험료가 증가할수록 배분율이 크게 떨어졌으며 배분율에 영향을 크게 미치는 결정요인은 피보험자 1인당 보험료임을 알 수 있다(표2-5).

<표 2-5> 배분율에 대한 결정요인

Class	B	SE B	Beta	T
BU	21.870467	8.373756	.159989	2.612*
PI	-.007804	.001088	-.699229	-7.172**
PG	.009203	.002165	.484795	4.250**
RE	31.520169	12.352156	.359254	2.552*

* p < 0.05 ** p < 0.01

BU : 부양률 PI : 1인당보험료

PG : 1인당진료비 RE : 수진율

2) 이전율A(이전액/수입)의 결정요인

$$TRA = \beta_0 + \beta_1 BU + \beta_2 PI + \beta_3 PG + \beta_4 RE + \Sigma$$

TRA : 이전율(이전액/수입) BU : 부양률

PI : 피보험자 1인당보험료 PG : 1인당진료비

RE : 수진율

$$TRA = -125.4 - 0.8BU - 0.0PI + 0.0PG + 18.2RE \quad (R^2=0.03)$$

(-0.1) (-1.4) (1.3) (1.3)

위의 결과에서 부양률과 피보험자 1인당 보험료는 '-'부호이며 1인당 진료비(PG)와 수진율(RE)은 '+'부호이다. 부양률 1단위 증가마다 0.8의 減少를 보이며, 수진율 1단위 증가에 18.2의 증가를 보이고 있으나, 부양률(BU), 피보험자 1인당 보험료(PI), 1인당 진료비(PG), 수진율(RE) 모두 統計的으로 有意하지 않았다.

3) 이전율B(이전액/지출)의 결정요인

$$TRB = \beta_0 + \beta_1 BU + \beta_2 PI + \beta_3 PG + \beta_4 RE + \Sigma$$

TRB : 이전율(이전액/지출) BU : 부양률

PI : 피보험자 1인당보험료 PG : 1인당진료비

RE : 수진율

$$TRB = -119.5 - 0.5BU - 0.0PI + 0.0PG + 17.1RE \quad (R^2=0.03)$$

(-0.1) (-1.4) (1.3) (1.3)

부양률과 피보험자 1인당 보험료는 ‘-’부호이며 1인당진료비와 수진율은 ‘+’의 부호이다. 수진율 1% 증가에 따라 이전율B(TRB)가 17.1% 증가하며 부양률 1단위 증가에 따라 0.5% 감소함을 나타내고 있으나 모든 變數들이 統計적으로 有意하지 않았다.

4) 이전율C(이전액 /급여비)의 결정요인

$$TRC = \beta_0 + \beta_1 BU + \beta_2 PI + \beta_3 PG + \beta_4 RE + \Sigma$$

TRC : 이전율(이전액 /급여비) BU : 부양률

PI : 1인당보험료 PG : 1인당진료비

RE : 수진율

$$TRC = -155.4 - 0.7BU - 0.0PI + 0.0PG + 22.3RE \quad (R^2=0.00)$$

(-0.1) (-1.4) (1.3) (1.3)

부양률(BU)과 피보험자 1인당 보험료(PI)는 1단위 증가에 따라 이전율C(TRC)가 감소하는 것으로 나타났고, 수진율 1단위 증가에 따라 이전율(TRC) 22.3% 증가하는 것으로 나타났으나 모든 변수가 統計적으로 유의하지 않았다.

5) 이전율D(이전액 /각출금)의 결정요인

$$TRD = \beta_0 + \beta_1 BU + \beta_2 PI + \beta_3 PG + \beta_4 RE + \Sigma$$

TRD : 이전율(이전액 /각출금) BU : 부양률

PI : 피보험자 1인당보험료 PG : 1인당진료비

RE : 수진율

$$TRD = -267.3 + 21.0BU - 0.0PI + 0.0PG + 33.3RE \quad (R^2=0.64)$$

(2.5) (-7.2) (4.5) (2.7)

이전율D(TRD)에 영향을 미친 變數로서 부양률 1단위 증가시마다 21.0이 증가하며, 수진율 역시 1단위 증가시 33.3이 증가하였으며 부양률(BU), 피보험자 1인당 보험료(PI), 1인당 진료비(PG), 수진율(RE) 모두 統計적으로 有意하였고 피보험자 1인당 보험료(PI)를 제외한 부양률(BU), 1인당 진료비(PG), 수진율(RE)은 ‘+’의 부호로 양의 영향을 주었으며 설명력은 64%로 나타났다(표2-6).

6) 이전율E(이전액 /적용인구)의 결정요인

계속 높아짐으로서 노인의료비 공동부담사업을 1995년부터 實施하게 되었다. 그러나 의학의 발달로 高價裝備開發과 수진율 增加 등으로 고액진료비가 發生되고 노인인구의 증가로 노인의료비가 계속 증가하고 있다. 따라서 이에 대한 解決策으로 예방사업을 勸告하고 있으나 이것도 많은 재정부담을 감수해야 하므로 쉽게 도입할 수 없는 실정이며 의료급여의 탄력적 적용과 노인의료비 절감을 위한 노인요양 및 醫療施設의 개선 등이 연구되고 있는 實情이다.

현재 財政共同事業의 業務는 의료보험연합회에서 共同負擔事業 對象에 대한 내용을 각 보험자에게 通知하고 總金額을 支拂하여 보험자는 每分期 각출금을 지급하고 있다. 이에 대한 업무 과정에서 해당 보험자는 피보험자와 부양자의 진료비 내용 등을 자세히 通告 받지 못하고 있으며 각출금 算出시 衡平 計數에 대한 이해도가 매우 낮으며 형평계수 산출요소에 특히 불만이 많은 것으로 調査되었다.

보험자종별 진료실적은 매년 모든 보험자에서 增加 趨勢를 보이고 있어서 보험진료비를 합리적인 水準에서 통제하지 않는 한 재정공동사업에 대한 壓力이 가중될 것으로 보인다.

재정수지상태가 지역의료보험조합 중 郡지역의료보험조합이 가장 취약한 狀態로 나타난 결과에 대한 보완책으로 國庫差等支援이 이루어지고 있다. 그러나 아직도 재정취약 조합간에는 국고 지원의 增額을 요구하고 있는 실정이다. 특히 국고지원을 제외한 郡지역조합의 재정자립률을 보면 66.3%로 매우 낮은 實情이다. 따라서 국고 차등지원은 불가피한 것으로 보여진다.

재정공동사업을 위한 각출금의 차이는 직장 및 공. 교공단은 보험료의 100%에서 부담률을 適用하는 반면 지역조합은 보험금의 90%에서 부담률을 적용하고 그중 국고지원금은 除外하므로 각출금에서 보험자종별 차이가 나타날 수밖에 없다. 따라서 배분율에도 큰 차이가 發生될 수밖에 없다고 본다. 더구나 직장조합과 공. 교공단이 재정공동사업 각출금의 70% 내외를 차지하고 배분율은 지역의료보험조합의 1/3에도 미치지 못하는 實情이다. 때문에 이 사업을 長期的으로 운영하자면 각출금기준을 형평 적용하는 것이 우선적으로 檢討되어야 한다.

노인의료비 역시 점차 증가하고 있는 趨勢이다. 건당진료비를 보면 60세 미만과 비교시 1.7배 이상 높은 차이가 난다. 이는 노인에게 주로 發生되는 退行性疾患, 成人病 등이 장기 치료를 요하고 完快率이 낮은 특징을 갖는 질병군으로 인하여 의료비 발생이 높아질 수밖에 없다. 그러므로 노인 전문 요양 기관이나 예방사업 등이 점차적으로 開發, 擴大되어야 한다.

고액급여비와 노인의료비 그리고 고액+노인의료비 사업실시 전. 후 비교시 지역의료보험조합 중 郡 지역의료보험조합의 경우 부담이 훨씬 줄어드는 것을 알 수 있다. 이는 재정공동사업의 당초 趣旨에 맞는 재정 이전 효과가 있는 것으로 判斷되었다. 따라서 농어촌 조합에 지원 효과를 늘이는 데 안주할 것

이 아니라 이 제도의 向後 發展을 위하여 재보험 수리의 開發에 계속 주력하여 재정조정기능의 強化, 재정력 평가 지수의 객관화, 재정 자립 의지의 유도, 사회경제적 변화에 상응하는 계량적 접근방식의 탄력성 견지, 보험자의 道德的 危害(moral hazard)의 방지를 위한 보안장치 등을 研究 補完하여 그 운영에 있어 공평과 효율성을 조화시킬 수 있는 제도로 뿌리를 내려 의료보험 발전의 基盤을 다지는 데 일익을 擔當하도록 하여야 할 것이다(송건용, 1995; 의료보험연합회 직장보험부, 1995).

조합종별 특성에서 경영수지율이 양호한 순위를 보면 통계자료에서는 시지역조합 > 직장조합 > 군지역조합 순이나 본 조사에서는 직장조합 > 시지역조합 > 군지역조합 순으로 나타났으며, 군지역조합은 97.4%로 통계치 94.9%와 비교시 경영수지율이 좋지 않은 것으로 나타났다. 이는 조사대상 조합이 전체 조합을 완전하게 대변하기에는 限界가 있음을 의미한다.

移轉率은 郡 地域組合이 높고 직장조합은 부의 이진율을 보이고 있다. 배분율에서도 군 지역조합 > 시 지역조합 > 직장조합 순이며, 군지역조합과 직장조합의 배분율의 差異는 139.1%였다. 그러나 1995년도 상반기 통계자료에 의하면 무려 408.5%나 차이가 남을 알 수 있다(표 3-3-6). 이는 1995년 부터 노인의료비 공동부담사업 實施에 대한 結果로 보여진다.

군지역조합은 배분율의 증가가 경영수지율을 다소 好轉시켜주는 傾向이 나타나 있고, 시지역조합과 직장조합은 배분율이 증가함에 따라 이진율도 增加함을 볼 수 있었다.

재정공동사업에 대한 의견 설문 중 군지역조합은 대부분 呼應度가 높았으나 직장조합은 부정적인 입장이 강했다. 이는 본 제도가 재정이 가장 脆弱한 조합에 재정이전을 할 目的으로 운영하는 사업이기 때문에 그러할 것이다. 실제로 군지역조합의 재정이전 효과가 클 뿐 직장조합 및 공단은 이 사업으로 인하여 재정면에 效果가 적었다.

각출금에 대한 반응을 그 算定方法이나 衡平計數의 이해도에서 보면 직장조합은 지역조합보다 더 열악한 것으로 나타났다. 이는 각출금 산정방법이나 衡平計數의 妥當性이 그만큼 떨어지고 있어서 그러한 것으로 보인다.

재정공동사업의 내용조정에 대한 의견 중 각출금 상한선을 20%로 조정하기를 원하는 조합이 57.3%나 되었다. 이는 각출금이 자꾸 높아짐으로써 다보험자방식의 원래의 경영취지가 變色될 우려가 있으므로 自立 經營을 강조하되 전체 보험사업의 안정을 위해서 최소한의 기금으로써 최대의 이전 효과를 노리는 것이 바람직한 방향임을 시사해 주는 자료가 된다. 현행 사업 중 追加하고 싶은 내용은 40.5%가 노인보건의료시설(물리치료실 등)을 원하였다. 이는 노인의료비의 주종을 이루는 만성퇴행성질환의 일종인 뇌혈관질환이나 병원까지 가지 않고도 적은 비용으로 치료가 가능한 방법을 모색하려는 의지로

보여진다. 물론 예방사업도 비교적 높게 나타난 것으로 보아 보험자들도 고액진료비를 防止할 수 있는 예방의료사업의 必要性은 공통적으로 느끼고 있음을 알 수 있다.

입원시 노인 의료비중 20%는 본인 부담을 하고 있는데 그 중 15%는 診療費의 일부인 본인부담으로 하고 나머지 5%는 재정공동사업 기금으로 하는 質問에 대하여 비교적 찬성의 뜻이 많았으나 이보다는 사회복지 즉, 老人 福祉 차원에서 노인 본인일부부담률을 50%로 輕減시키는 방안을 모색하는 것이 더욱 바람직하다고 보여진다.

보험자의 재정공동사업내용 변화 중 高額 진료비 對象額을 90만원에서 120만원으로 引上하는 데 대한 반응은 거의 모든 보험자가 반대하고 있으며 지역조합의 경우는 오히려 인하해 줄 것을 希望하고 있다. 이는 대상액의 인상이 보험자 재정을 위태롭게 한다고 판단하고 있기 때문이다. 또한 각출금 상한선을 현행법으로 20%로 지정하고 있으나 앞으로 더욱 상향 조정할 필요가 있는냐는 질문에 20%이내로 내릴 것을 57.3% 보험자가 應答을 하였다. 만약 각출금 상한선이 50%가까이 되면 제2의 통합주의의 성격의 의미로서 재정공동사업이 變化 될 것이다. 그러나 노인의료비 공동사업에 외래진료비까지 包含시키기를 희망하는 조합은 각각 27.0%, 총진료비 모두를 포함시키자는 의견이 27.9%였다.

현행 재정공동사업에 追加하고 싶은 사업내용을 調査해 본 결과 노인보건의료시설(물리치료실 등) 확충과 예방사업에서 70% 이상의 支持를 보였다. 이것은 노인에게서 주로 발생하는 성인병, 퇴행성질병 등의 장기 입원과 암이나 특정 질병 발생 증가로 고도의 의료 기술과 시설을 원하는 질병에 따른 의료비 증가추세에 대한 효과적인 代案으로 提示된 것으로 생각된다.

상관분석에서는 통계적유의성($p < 0.001$)이 높고 상관계수가 0.9이상인 변수들은 이전율B(이전액/지출)과 이전율A(이전액/수입), 이전율C(이전액/급여비) 이전율A(이전액/수입), 이전율D(이전액/각출금)과 배분율(배분금/각출금), 이전율E(이전액/적용인구)와 이전율A(이전액/수입), 이전율E(이전액/적용인구)와 이전율B(이전액/지출), 그리고 이전율E(이전액/적용인구)와 이전율C(이전액/급여비)가 서로 상관성이 높은 것으로 나타났다. 회귀분석에서 배분율(배분금/각출금)은 피보험자 1인당(PI)와 1인당 진료비(PG)에서 높은 통계적 유의성을 나타냈다($P < 0.001$). 피보험자 1인당 보험료 1단위 증가시마다 배분율 7.17 감소하는 것으로 가장 재정이전에 영향을 크게 미치는 변수였다($P < 0.001$).

$BK(\text{배분율}) = -152.8 + 21.9 BU(\text{부양율}) - 0.0 PI(\text{피보험자 1인당 보험료}) + 0.0 PG(\text{1인당 진료비}) + 31.5 RE(\text{수진율})$ 이다.

이전율D(이전액/각출금)의 결정요인을 분석한 결과는 $TRD(\text{이전액/각출금}) = -267.3 + 21.0$

BU(부양율) -0.0 PI(1인당 보험료) + 0.0 PG(1인당 진료비) + 33.3 RE(수진율)이다.

모든 변수는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($P < 0.05$, $P < 0.01$) 이전을D(이전액 /각출금)에 가장 큰 영향을 끼치는 변수도 피보험자 1인당 보험료(PI)로 1단위 증가때마다 -7.19의 이전을 감소를 나타내고 있다.

그 밖에 이전율은 모두다 통계적으로 유의하지 않았다.

V. 結論 및 提言

1. 結論

보험자종별로 재정공동사업에 대한 의견을 파악하고 재정이전율에 영향을 미치는 결정요인을 규명하여 재정공동사업의 문제점과 개선방안을 제시함으로써 장래 보험재정의 안정화 및 활성화를 도모코자 126개 의료보험 조합을 대상으로 설문조사를 실시한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

재정공동사업의 필요성에 대하여는 긍정적인 반응을 보였고 각출금의 만족도는 지역조합이 직장조합보다 높았으며 노인의료비 공동부담사업의 지원확대 범위는 직장조합은 현행대로 입원비만, 군지역조합은 총진료비까지 확대적용, 시지역조합은 외래진료비까지만 확대적용하자는 견해가 높았다. 추가 필요사업내용은 노인보건의료시설(물리치료실)과 예방보건사업이었다.

그리고 조합의 배분율(배분금 /각출금)과 이전율(이전액 /각출금)에서 4개의 설명변수 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며 그 중 재정이전에 가장 큰 영향을 미치는 결정요인은 피보험자 1인당 보험료였다. 또한 보험자종별 배분율은 직장조합보다 군지역조합이 9.0배 이상 높게 나타났으며 경영수지율에서는 군지역조합이 훨씬 열악하다는 것을 알 수 있었고 경영상태가 나빠짐에 따라 배분율이 높아지고 있음을 알 수 있었다.

2. 提言

1) 고액진료비 대상액을 현행 90만원으로 확일적으로 적용하기보다는 재정취약조합 피보험자의 보수액이나 소득수준을 감안하여 배분대상액을 90만원 전. 후로 차등화해야 한다.

2) 보험자종별 배분율의 차이가 심하므로 일정 배분율이 넘을 때는 조합에서 부담하도록하는 방안을

고려해야 한다.

3) 고액진료비 대상액을 120만원 수준으로 조정시 조합의 재정안정에 어떠한 영향을 끼치는지를 사전에 분석한후 최종결정을 내리는 것이 합리적이다.

4) 현재 운영되고 있는 재정공동사업의 안정적 실시를 위해서는 재정공동사업의 취약점의 하나로 지적되고 있는 형평계수의 모호함을 근본적으로 고쳐나가도록 해야 한다.

5) 재정공동사업이 노인개개인에게도 미칠수 있는 방안으로 65세이상 노인본인일부담금을 입원의 경우 10%로 낮추고 외래의 경우 1만원 초과는 10~20%로 하는 대신 1만원 이하는 1,500원으로 대폭 하향 조정하는 방안을 고려해야한다.

6) 노인보건법을 제정하거나 노인복지법에 노인건강관리 관련조항을 보완하여 노인을 위한 보건의료 시설 등을 확충해야 한다.

7) 재정이 취약한 직장조합에도 재정이전이 이루어 질 수 있는 방안을 지속적으로 연구 개발해 나가야 한다.

参 考 文 献

1. 경제기획원 조사평가국. 지역의료보험제도 운영 실태에 관한 조사분석. 1994 : 9
2. 권순원 외. 의료보험제도의 개선을 위한 정책방안. 한국개발연구원, 1990 : 18
3. 김기옥 외. 지역의료보험의 보험료 부과체계 개선에 관한 연구. 한국보건사회 연구원, 1994 : 122-124
4. 김한중, 이규식, 손명세 외. 지역의료보험 재정안정화 방안에 관한 연구. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1992 : 2 : 95
5. 남철현 외. "의료보험제도 정착을 위한 보건교육 및 홍보교육 프로그램". 의료보험관리공단, 1991 : 7
6. 문옥륜. 의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나 보고서. 한국보건사회연구원, 의료보험연합회, 1992 : 65
7. 박재용, 배성권, 감신. 지역의료보험조합의 통합대안별 재정수지 비교. 보건행정학회지. 한국보건행정학회, p82(5-1), 1995
8. 윤치근. 고가의료장비의 의료보험급여비 방안 연구. 최근 의보동향. 의료보험관리공단, 1992 : 75 :

1

9. 의료보험연구자일동. 의료관리연구원, 1988
10. 의료보험연합회. '94. 지역의료보험 결산현황(조합별 내역). 1995. 8
11. 의료보험연합회. 외국 의료보장의 개혁동향. 의료보험회보 1993 : 217 : 6
12. 의료보험연합회. 전국민의료보험 5년의 성과와 발전방향(하). 의료보장 1994 : 76 : 8
13. 의료보험연합회 기획조사실 통계과. 고액진료 실적분석. 의료보험. 의료보험 연합회, p132(32), 1991. 1.
14. 의료보험연합회 기획조사실 통계과. 의료보험. 의료보험연합회, 1991 : 129-143
15. 의료보험연합회 의료보장연구실. 보험자와 연합회. 의료보장 1992 : 7 : 7
16. 이규식, 남철현, 박재용 외. "의료보험권의 보건예방사업 확대 모델 개발연구". 연대보건학과, 1995 : 1
17. 이규식. 노령화와 의료보장. 최근 의보동향. 의료보험관리공단, 1992 : 83 : 14
18. 이규식. 의료보험의 정치경제학. 의료보장. 의료보험연합회, 1992 : 49 : 11