

醫療保險의 所得再分配 效果에 關한 考察

보건 행정과 김 미
전 임 강 사

I. 序 論

급속한 산업화 과정에서 파생된 계층간 지역간 도시·농촌간의 불균형과 격차의 심화로 소외계층의 불만은 사회갈등의 주요요인이 되고있다. 불균형과 격차를 해소하기 위해서는 주택, 의료, 교육등 국민의 기본수요 문제와 농어촌주민 도시근로자를 포함한 도시서민층의 생활향상과 개선을 위한 과감한 복지정책이 요구된다. 복지정책의 과제로서 첫째, 계층간 도농간의 불균형과 왜곡을 시정하고 둘째, 소외된 계층의 열등의식을 해소하여 참여의식을 제고하며 셋째, 지속적으로 경제성장을 추구하고면서 사회적 형평도 촉진시켜야 한다. 복지정책으로서의 우리나라 사회보장제도는 사회복지 공적부조사업과 함께 의료보험과 국민연금등이 시행되고 있다.

본 논문에서는 사회보장제도의 소득재분배기능 특히 의료보험제도의 재원조달과 소득재분배기능에 관하여 논하고자 한다.

우리나라 의료보험은 1989년 7월 1일을 기하여 전국으로 확대되었는데 의료보호제도의 혜택을 받고있는 약 10%의 인구를 제외하면 전국민이 적용 대상으로 포함되고 있어 전국민 의료보험(National Health Insurance NHI)이라고 부를 수 있다. 사회보험으로서의 의료보험과 공적부조로서의 의료보호를 합쳐 의료보장제도라고 부른다. Davis는 전국민의료보험(NHS)에 대하여 다음과 같이 평가하고 있다.¹⁾ 첫째, 전국민에 대하여 의료에의 접근을 보장하고 둘째, 의료비부담이 주는 경제적 곤란을 제거하며 셋째, 보건의료비를 재원조달기구를 통하여 손쉽게 달성할 수 있고 넷째, 비용비담과 급여 측면에 공평성을 기할 수 있으며 다섯째 제도에 대한 이해가 쉽고 행정이 용이하며 여섯째, 의료공급자와 일반국민에게 수용된다면 바람직한 제도라고 평가하고 있다.

¹⁾ Davis, Karen, National Health Insurance; Benefits, Costs and Consequences, *The Brookings Institution*, 1975.

보험료를 그 재원으로 하고있는 의료보험의 재분배효과는 동일계층내에서 건강한자로부터 상병자로 소득재분배가 이뤄지므로 수직적 재분배라고 할 수 있다. 하지만 보험제도의 운영에 국고부담이 포함되어 있으며 국고부담비율은 조세부담비율과 밀접한 연관이 있으므로 수직적 재분배와 관련이 있다. <표1>은 보험재정지출중 국고부담액의 비율을 나타낸다. 표에서 나타난 바와같이 국고부담액이 갈수록 증가하다가 특히 1988년 농어촌 지역의료보험과 1989년 도시지역의료보험 실시 이후 급속히 증가하였다.

<표1> 보험 재정 지출중 국고 부담액의 비율

(단위 ; 억원, %)

연 도	보험 재정 지출	국고 부담액	%
1977	51	3.1	6.1
1978	253	7.0	2.8
1979	812	205.4	25.3
1980	1,521	320.5	21.1
1981	2,102	412.4	19.6
1982	3,197	269.2	8.4
1983	4,376	370.1	8.5
1984	5,576	376.8	6.8
1985	6,480	363.7	5.6
1986	6,414	468.1	7.3
1987	7,507	604.8	8.1
1988	10,703	1,637.4	15.3
1989	14,810	2,854.4	19.3

자료 ; 보건사회부, 의료보험국, 1989.

의료보험 및 연금의 경우는 각 개인의 임금을 표준보수월액에 따라 구분하고 해당표준보수월액에 보험료를 곱하여 보험료 지출액을 정한다는 점에서 수직적 소득재분배의 요소를 지니고 있다. 의료보험 재원조달의 수직적 공평성이라 하면 “고소득층에 비하여 저소득층에서 부담하는 비용부담이 더 무겁지 않도록”이라고 표현할 수 있다.

우리나라에서 의료보험 재원조달의 소득재분배적 측면은 매우 중요한 의미를 지닌다. 최근 의료보험의 재원조달이나 관리운영체계를 둘러싼 일련의 움직임은 결국 의료보험제도의 공평성과 결부되어있다. 소득재분배가 경제, 사회적 정책과제로 부각되고있는 배경아래 사회보험의 소득재분배기능이 강조되어 정부도 이에 호응하여 막대한 규모의 보조금을 의료보장에 쏟아넣고 있는 실정이다. 그 결과 전국민 의료보험과 의료보호는 오늘날 정부지출의 중요한 항목이 되고 있다.

본 논문에서는 현행 의료보험의 재원조달방식을 살펴보고 소득재분배 효과를 이제까지 실시

한 연구자료를 토대로 살펴보고 현제도를 보다 형평의 측면에서 공평하게 개선시키기 위한 대안을 제시해보고자 한다.

II. 現行醫療保險制度의 財源調達 方式

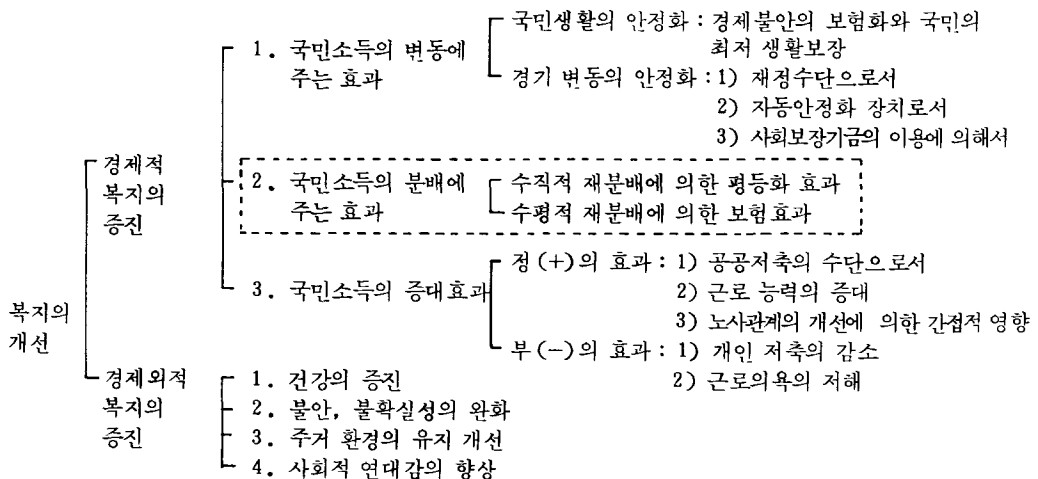
1. 의료비조달의 소득분배적 측면

보건의료비를 어떻게 공평하게 조달하느냐의 문제는 그 나라의 의료보험제도를 통하여 성취하고자 하는 목적이 무엇이며 실제로 그 의료보험제도가 이들 목적을 얼마만큼 달성하고 있는가 하느냐에 따라 달라진다.²⁾

1976년에 제정된 우리나라의 의료보험법은 제 1항에서 의료보험제도의 주목적을 다음과 같이 규정하고 있다. “국민의 질병, 부상, 분만 또는 사망 등에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모함을 목적으로 한다.” 따라서 사회보장제도의 관점에서 우리나라의 의료보험제도를 평가할 필요가 있다.

사회보장은 그 나라 국민들에게 일상생활에서 당면하는 각종위험을 공동노력으로 분산시켜 사회구성원을 보호하는 사회적 장치로서 합당하게 제도화될 경우 <표 2>에서 나타나는 것처럼 경제적 복지와 사회적 후생증진에 바람직한 충격을 주게 된다.

<표 2> 사회보장의 경제적 및 경제외적 효과³⁾



²⁾ Mills, Anne, "Economic Aspects of Health Insurance", K. Lee and A. Mills(eds), *The Economics of Health in Developing Countries*, Oxford.

³⁾ 권순원, 의료보험제도의 소득 재분배 효과, 한국개발연구, 제 11 권 3 호, 1989, 가을.

사회보장이 가져오는 여러 효과중에서 의료보험제도가 주는 평등화 효과와 소득분배효과를 보도록 하겠다. 전국민 의료보험제도는 민간의료기관이 제공하는 의료서비스에 대하여 집단적으로 재원을 조달하는 공적제도이다. 형평의 관점에서 볼때 의료보험은 수요자에게 현물보조를 함으로써 재분배를 돕는다. 간접적으로 수요자에게 보조를 취하는 방식으로는 의료보험에 가입하는 직장근로자가 매월 불입하는 보험료에 대하여 근로소득세를 면제해주고 근로자 1인당 연간 24 만원까지 본인부담의료비에 대하여 면세가 된다. 또한 사용자가 부담하는 1/2 의 보험료에 대하여 사업소득세를 면제해준다. 공급자 측에서도 보조가 이루어지는데 현역군인들에게 제공되는 의료서비스나 전상퇴역군인들에게 정부 운영 병원들에서 제공되는 서비스들이 해당되며 간접적인 보조형태로는 비영리병원에 대한 조세감액 조치등이 있다.

의료보험제도의 주된 재원은 노동자와 사용자가 부담하는 보험료와 본인일부부담료, 정부가 조세수입에서 지출하는 보조금으로 구성된다.<표 3> 공적부조인 의료보호의 재원은 정부의 지출과 2종 의료보호대상자, 의료 부조대상자가 지불하는 본인일부부담금으로 구성되어 있다.

<표 4>.

의료보험은 건강한 가입자로부터 아픈 가입자에게로 수평적 재분배가 이루어지도록 하는 제도적 장치이나 결과적으로 수직적 재분배에도 영향을 주게 된다. 건강상태가 나쁜 저소득층이 의료서비스 이용을 많이 할 경우 소득계층간 재분배가 나타난다. 따라서 의료보험은 불가피하게 소득재분배효과를 지니게 되며 그 성격과 정도는 재원조달방식 및 보험료산정 방법에 달려있다. 특히 형평증진의 입장에서는 소득계층별로 보험료부담과 급여수준이 어떤양상을 띠는가가 중요한 관심사이다. 재분배와 관련한 다른 하나는 조세귀착문제이다. 근로자가 부담하고 있는 임금세부분은 근로자에게 귀착될 뿐 전가되지 않으며 사용자부담의 임금세부분은 임금수준을 낮추어 근로자에게 또는 일반소비자에게 전가시키게 된다.²⁾ 따라서 임금세제도는 저임금근로자에게 더욱 불리하다.

정부가 제공하는 보조금은 소득재분배 효과를 지니고 있다. 소득재분배와 관련하여 조세수입이 소득에 대하여 누진적이냐 그렇지 않느냐의 문제가 제기 된다. 하지만 의료에 관한 정부보조금으로 인하여 보건의료서비스를 이용할 수 있는 자금의 규모가 확대 됨으로써 저소득층의 접근이 용이해지므로 의료서비스의 이용이 쉬워졌다.

의료보호는 공적부조제도의 일환으로 수혜계층은 최저소득수준에 속하는 영세민들이다. 물론 의료보호대상자의 선정기준에 관한 객관성의 부재로 논란의 대상이 되고 있고 이중으로 분리된 수가로 병원에서의 차별대우등이 문제점으로 제기되고 있지만 이와같은 공적제도는 의료보험에 가입되어 있어도 높은 본인 일부부담금으로 의료의 접근이 어려운 저소득층에게 의료서비스이용을 용이하게 했다. 그러므로 공적부조에 의한 저소득층의 의료이용 증진은 의료보험제도보다 훨씬 많은 수직적 소득재분배의 기능을 지니고 있다.

〈표 3〉 보건의료비 조달과 재분배 측면

(1989, 7)

의료보험	재원조달방식	적용인구(千名)	소득이전방식	관리부서
A. 의료보험	보험료, 국고보조	38,134	건강한 자에서 병자로 이전(수평적 재분배) 국고보조로 인한 소득계층간 이전	보건 사회부
직장보험	본인 일부부담	15,312		의료보험 연합회
지역보험 ¹⁾		18,634		의료보험 연합회
공교보험		4,188		의료보험 관리공단
B. 의료보호	정부의 조세수입,		소득 계층간 이전	보건 사회부
1종	본인 일부부담(2	648	(수직적 재분배)	
2종	종, 3종)	1,917		
3종(의료부조)		1,681		

주 ; 1) 기존의 직종보험 가입자 포함.

자료 ; 보건 사회부 내부 자료.

〈표 4〉 의료보호 대상자 및 수혜내용

(1988 ; 단위 ; 백만원, %)

구분	자격기준	대상자(千名)	수혜내용
1종	<ul style="list-style-type: none"> 주택보호자 ; 4만4천원 미만(1인1월)소득. 시설보호자 및 재해 구호법에 의한 이재민 ; 전원 국가유공자, 인간문화재 ; 월 9만원 미만소득 월남귀순자 ; 전원 성병 감염자 ; 전원 	648	<ul style="list-style-type: none"> 외래 ; 진료비 전액 무료 입원 ; 진료비 전액 무료
2종	<ul style="list-style-type: none"> 자활보호 대상자 월 4만4천원 미만 소득 320만원 미만 재산보유 	1,917	<ul style="list-style-type: none"> 외래 ; 진료비 전액 무료 입원 ; 진료비 일부 본인 부담 대도시 거주자 : 40% 기타지역 거주자 : 20%
3종	<ul style="list-style-type: none"> 자활보호 대상자와 유사한 소득계층 월 5만4천원 미만소득 540만원 미만 재산보유 (단 전세 생활자는 600만원 미만) 	1,725	<ul style="list-style-type: none"> 외래 ; 진료비 2/3 본인부담 입원 ; 진료비 일부 본인 부담 · 대도시 거주자 ; 50% · 기타지역 거주자 ; 40%

자료 ; 보사부「보건사회」, 1988.

2. 재원의 조달

사회보험에서는 그 소요재원을 조달함에 있어 피보험자의 인구학적 특성이나 보험사고의 크기를 고려하지 않고 다만 피보험자의 부담능력을 보험료산정의 척도로 삼는다. 그러므로 사회보험의 재원조달이 피보험자 각자의 소득수준을 정확하게 반영할 때 보험료부담의 공평성이 커졌다고 한다. 보험료부담의 가장 흔한 방식은 사용자와 고용자가 각각 반씩 부담하는 방식이지만 상당수의 국가에서는 사용자가 고용인보다 약 두배나 많이 부담하는 경우도 있다. 그러나 어느나라도 예외없이 고용인의 보험료는 50%를 초과하지 않는것이 상례이다. 이 원칙은 고용인의 경제적 처지를 고려하여 사용자가 소요비용을 공동부담 함으로써 사회보험을 성립시키기위한 조치로 이해할 수 있다.

의료보험의 재원으로는 앞서서도 언급했다시피 보험료, 국고보조가 주요재원이고 준비금과 기금이 재정상태의 중요한 역할을 담당한다.

보험료는 피보험자(사용자)와 사업주(사용자) 및 국가(국고)가 부담하는 재원으로 조달된다. 조합단위로 운영되는 직장보험에서는 조합사정에 따라 보험료율을 3~8% 범위내에서 탄력적으로 조정, 운영하고 있다. 피보험자와 사용자는 보험료의 50%를 각각 부담한다. 공교의료보험은 계속 3.8%를 유지하던 보험료율을 1986년 1월 보험재정의 적자보전을 위해 4.6%로 인상하였다. 보험료부담비율은 공무원의 경우는 피보험자와 정부가, 연금수급자는 피보험자와 연금기금에서 각각 절반씩 보험료를 부담한다. 사립학교교직원은 정부, 학교법인, 피보험자가 각각 20%, 30%, 50%씩 부담하고 있다.

<표 5>에서 보면 1987년 기준으로 전체보험료수입은 8,670 억원을 상회한다. 이중 직장의료보험의 보험료수입은 6,070 여억원으로 약 70%를 차지하고 공교의료보험이 24.2% 지역 의료보험이 0.8% 직종의료보험이 4.9%를 차지하고 있다.

피보험자 1인당 연간보험료는 <표 6>과 같다. 지역의료보험 직장의료보험 공교의료보험 직종의료보험의 순서로 보험료부담이 커진다. 1987년을 기준으로 공교의료보험 피보험자는 직장의료보험 피보험자보다 보험료를 약 55% 더 부담하고 있다. 지역의료보험에서는 소득의 원천이 다양하며 대상범위가 포괄적이고 정확한 소득파악이 사실상 불가능하므로 소득, 재산 가구원수, 세대수에 따라 15 등급까지 구분하는 등급별 정액제를 이용한다. 따라서 공교의료보험 직장의료보험이 소득비례정액제에 의한 보험료부과인 것과 구별된다.

〈표 5〉 보험 종류별 재정 현황

(단위 : 백만원, %)

구 분		1986		1987		증가율
		금 액	비 율	금 액	비 율	
직장 의료 보험	수입 계	544,876	100.0	657,352	100.0	120.6
	보험료	509,584	93.4	608,159	92.5	119.3
	국고부담	-	-	-	-	-
	기타	35,291	6.6	49,193	7.5	139.4
	수출 계	428,811	100.0	515,862	100.0	121.4
	보험급여비	386,737	91.0	464,167	90.0	120.0
	관리운영비	26,181	6.2	31,840	6.2	121.6
	기타	11,893	2.8	19,855	3.8	166.9
공교 의료 보험	수입 계	201,426	100.0	230,594	100.0	114.5
	보험료	192,520	95.6	210,396	91.2	109.3
	국고부담	-	-	-	-	-
	기타	8,906	4.4	20,198	8.8	226.8
	수출 계	168,139	100.0	175,346	100.0	104.3
	보험급여비	157,247	93.5	163,633	93.3	104.1
	관리운영비	9,268	5.5	10,014	5.7	108.0
	기타	1,625	1.0	1,698	1.0	104.5
지역 의료 보험	수입 계	8,647	100.0	8,780	100.0	101.5
	보험료	6,661	77.0	6,675	76.0	100.2
	국고부담	1,693	19.6	1,828	20.8	108.0
	기타	292	3.4	277	3.2	94.9
	수출 계	7,872	100.0	10,866	100.0	138.0
	보험급여비	6,193	78.7	7,202	66.3	116.3
	관리운영비	1,550	19.7	1,767	16.3	114.0
	기타	129	1.6	1,896	17.4	1,469.8
직종 의료 보험	수입 계	38,657	100.0	44,917	100.0	116.2
	보험료	36,376	94.1	42,465	94.5	116.7
	국고부담	145	0.4	130	0.3	89.7
	기타	2,136	5.5	2,322	5.2	108.7
	수출 계	34,938	100.0	43,828	100.0	125.4
	보험급여비	31,327	89.7	39,409	89.9	125.8
	관리운영비	2,525	7.2	3,230	7.4	127.9
	기타	1,086	3.1	1,189	2.7	109.5
계	수입 계	793,605	100.0	941,642	100.0	118.7
	보험료	745,142	93.9	867,695	92.1	116.4
	국고부담	1,838	0.2	1,957	0.2	106.5
	기타	46,625	5.9	71,990	7.7	154.4
	수출 계	635,761	100.0	745,902	100.0	117.3
	보험급여비	581,503	91.5	674,411	90.4	167.6
	관리운영비	39,524	6.2	46,851	6.3	118.5
	기타	14,733	2.3	24,640	3.3	167.2

〈표 6〉 보험 종류별 연도별 피보험자 1인당 연간 보험료¹⁾

구 분	1977	1978	1979	1980	1981	1982
직장의료보험	12,110	22,670	35,822	50,305	64,936	75,374
공교의료보험			57,100	72,531	94,282	119,744
지역의료보험 ²⁾					17,428 ³⁾	28,033 ³⁾
직종의료보험 ³⁾						133,459

구 분	1983	1984	1985	1986	1987
직장의료보험	84,092	94,660	107,301	123,605	126,791
공교의료보험	133,962	136,600	142,991	185,764	196,872
지역의료보험 ²⁾	48,899	58,753	73,065	84,647	87,097
직종의료보험 ³⁾	150,924	156,165	156,729	147,370	158,418

주 ; 1) 피보험 1인당(세대당)연간 보험료=연간 총보험료수입(부과액) /
연평균 피보험자(세대수)

2) 세대당 보험료임

3) 신설조합의 급여 개시일을 감안하여 1년 실적으로 환산 조정하였음.

자료 ; 각 연도 결산서

Ⅲ. 全國民醫療保險制度和 所得再分配 效果

1. 이론적 검토

전국민의료보험의 목적에 대하여 학자들간에 의견이 분분하다. Davis는 전국민의료보험의 목적이 첫째, 의료서비스의 이용을 보장하고 둘째, 가계의료비 부담을 경감시키며 셋째, 국민 의료비의 양등을 억제하는 것으로 보고있다.¹⁾ 그러나 기존 의료체계의 보건의료서비스의 생산이 비효율적이라고 믿는 Roemer⁴⁾나 Donabedian⁵⁾ 등은 위와같은 체제 유지적 목적에 추가하여 기존의료체계의 구조적모순을 개혁하는것 자체를 전국민의료보험의 목표로 보고 있다. 그러나 Altman과 Falkson은 의료보험의 의료체제개혁이라는 목표에 회의적이며 대신 의료비의 억제와 의료서비스의 직접생산과 분배를 그 목적으로 보고 있다.⁶⁾ 이처럼 미국의 경우

⁴⁾ Roemer, M., "Social Insurance as Leverage for Changing Health Care Systems; International Experience", *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol 48, 1972.

⁵⁾ Donabedian, A., "Issues in National Health Insurance", *Academy Journal of Public Health*, Vol. 66, No.4, 1976, p.345.

⁶⁾ Altman, S, and Falkson, J., National Health Insurance and The Health Care Delivery System, Social Security-Issues and Trends, *Industrial Relations Research Association*, 1972, p.231.

에는 전국민의료보험의 주된 목적을 국민의 의료보장에 두고 있는 반면에 소득재분배등의 사회보장적 목적은 극히 부수적으로 다루고 있다. 영국의 경우에는 사회보장이라는 용어가 경제보장 내지 소득유지라는 쪽으로 정의되고 있어서 현물급여의 의료보장영역은 사회보장제도의 영역에서 독립하고 있다. 이는 영국의 사회보장제도가 구빈과 방빈대책을 중심으로 발달되어 왔기 때문이다.⁷⁾ 즉 구빈법에서 공적부조로 공적부조에서 사회보장으로 이어지고 있다.⁸⁾ 오스트레일리아를 위시한 영연방제국 역시 현금급여에 국한되고 있다.⁹⁾ 그러므로 국민의료서비스제도(NHS)를 채택하고 있는 이러한 나라들에서 의료보장의 목적은 경제적 부담능력에 무관하게 주민들의 보건의료 욕구를 충족시키는데 있다. 이에 비하여 Weimar 헌법 이래로 구라파 대륙의 경우에는 의료보장과 소득보장을 사회보장의 2대 지주로 삼고 있다. 이 견해는 빈곤과 질병은 상호 연계관계가 있기 때문에 양자를 분리시키면 완전한 기능을 기대할 수 없다는 데서 출발한다. 다시 말해서 의료보장이 건강증진을 통한 “질병으로부터의 해방”뿐만 아니라 “빈곤으로부터의 해방”을 포괄해서 종합적인 소득보장의 효과를 가져와야 한다는 입장이다.¹⁰⁾ ILO에서는 이러한 입장을 지지하고 있다. 이 견해에 따르면 현대의 사회보장정책은 UN의 인권선언에 명시된 「인간의 존엄성에 상응하는 생활」을 보장하기 위한 사업계획으로 볼 수 있다. 우리나라의 헌법에도 생존권적 기본권의 하나로써 국민이 인간답게 살 권리에 대하여 규정하고 있으며 구체적으로 「사회보장에 관한 법률(1963년)」에서 사회보장의 증진을 국가의 의무로 규정하고 있다. 위와같이 의료보험의 기능을 보는 시각에는 국가간에 상이한 차이가 있다.

전국민의료보험제도를 형평의 관점에서 평가하자면 이를 평가하는 기준설정이 요구된다. 첫째 기준은 의료서비스의 최저수준 보장이다. 즉 모든 사회구성원은 질병에 걸렸을 경우 일정수준 이상의 의료서비스를 받도록 보장한다. 둘째 기준은 의료서비스 이용에 있어 균등한 경제적 부담(equal financial access to medical care)을 요구한다. 세째 기준은 의료이용에 영향을 미치는 경제적 사회인구적 요인에 관계없이 동일한 의료서비스(equal consumption of medical services)를 보장한다. 그런데 세번째 기준은 상대적 저소득계층이 부(-)의 수가제도를 통하여 보조 될 경우에만 달성 가능하기 때문에 동일한 의료서비스의 기준 즉 동일 필요에 의한 동일치료(equal treatment for equal needs)라는 개념은 실제 받아들이기가 어렵다. 왜냐하면 의료수요가 금전적요인 이외에도 의료기관과의 거리, 의사와 환자와의 관계, 시간비용등 여러다른 요인들에 의해 변동되기 때문에 단순히 의료이용가격을 “영(0)”으로 인한다 하더라도 균등한 소비를 가져올 수는 없기 때문이다. 두번째 기준은 의료서비스의 이용

⁷⁾ 신수식, 사회보장론, 1978, pp.30~32.

⁸⁾ Schweinitz, K., England's Road to Social Security, 1961, pp.227~346.

⁹⁾ Australian, Department of Social Security, Financing Social Security, *Research Paper, No. 19*, p.25.

에 따른 경제적 부담을 동일하게 만들기를 원할때 무료 의료서비스제도 혹은 소득수준에 따라 보험금에 차등을 주는 제도를 통하여 달성할 수 있다. 또는 저소득계층에 대하여 의료비용이 전혀 들지않게끔 보조금제도를 실시하면 경제적부담의 균등을 성취할 수 있다. 첫번째 기준인 최저의료서비스 보장은 설정된 최저수준의 의료서비스를 소비하지 못하는 이용자들에게 최저 수준까지 이용할 수 있도록 보조금을 지급하거나 공급자에게 보조금을 지급하여 의료수가를 인하시켜 최저수준의 의료서비스를 받을 수 있도록 할 수 있다. 하지만 어떠한 기준을 선택하여 목표로 설정하느냐는 의료보험가입자가 필요로하는 서비스가 개인적 예산제약과 국가적 자원제약하에서 감당할 수 있는 범위 한도에서 이뤄져야 한다.

2. 전국민 의료보험제도의 평가

소득재분배는 소득이 발생한 후에 세제나 사회보장제도의 개입에 의해 소득이 전이되는것을 의미한다. 의료보험의 소득재분배효과에 대한 연구들의 결과를 보면 다음과 같다.

1) 용어의 정의

○ 보험급여율; 보험급여율이란 보험료부담 정도에 비해 어느정도의 급여를 받았는가를 나타내는 것으로 보험료 부담이란 정부나 학교경영자 부담까지 포함된것이다.

$$\text{보험급여율} = \frac{\text{보험 급여액}}{\text{보험료액}}$$

○ 보험점유율 및 보험급여점유율; 전체 징수된 보험료 및 지급된 급여비중 각 분석군이 차지하는 보험료 및 급여비의 구성비를 나타내는 것이다.

○ 지니 (Gini) 계수; 소득 재분배 효과를 수평적 재분배와 수직적 재분배로 구성한 경우 소득의 수직적 불평등의 척도로서 지니계수가 감소하는 것은 고소득층에서 저소득층으로 소득 재분배가 이루어짐을 의미한다.

○ 재분배지수; 재분배 이후의 소득에서 재분배 이전 소득을 제외시킨후 재분배이전 소득으로 나눈 값으로 재분배효과를 측정하기 위해 사용되는 값이다. 두가지 소득이 있다고 가정할 때 의료보험의 급여와 비용부담 원칙을 살펴보겠다.

a : 재분배지수 b : 평균급여 c : 평균 보험료 y : 평균소득

저소득층과 (1 집단) 고소득층 (2 집단) 의 재분배지수는 다음과 같은 관계를 보이게 된다.

$$a_1 = (b_1 - c_1) / y_1$$

$$a_2 = (b_2 - c_2) / y_2 \quad (\text{단 } b_1 > b_2 \quad y_1 < y_2)$$

$$(b_1 / y_1) - (c_1 / y_1) \gg (b_2 / y_2) - (c_2 / y_2)$$

$$\text{또는 } (b_1 / y_1) - (b_2 / y_2) + (c_2 / y_2) \gg (c_1 / y_1)$$

재분배가 달성되려면 1 집단의 재분배지수가 정 (+)의 값을 가져야 하는 반면 2 집단의 재분배지수는 부 (-)의 값을 지녀야 한다.

○ 유료보험료를 ; 법정보험료부담의 가치를 일정 시점에서 근로소득계층별 해당근로자의 보험급여액과 비교하여 실제로 해당근로자의 보험료 부담분을 산정한 것으로 각 소득계층별 유효보험료를 다음과 같이 계산할 수 있다.

$$EPR_i = SP + SP \left(1 - \frac{RB_i}{RP_i} \right)$$

EPR_i = i 소득계층의 유효보험료율

SP = 법정보험료율

RB_i = 전 소득계층에 대한 i 소득계층의 보험급여점유율

RP_i = 전 소득계층에 대한 i 소득계층의 보험료점유율

법정보험료율은 각 소득계층 근로자의 평균 임금에 대해서 일정보험료율을 적용하지만 유효보험료율은 실제적인 보험급여를 가중한 것으로 소득계층별로 다르다. 현행 보험제도가 수직적 소득재분배 효과를 지닌다고 가정하면 저소득계층의 보험료점유율은 보험급여점유율보다 작으므로 $SP[1 - (RB_i / RP_i)]$ 항이 부 (-)의 값을 갖게 되어 저소득층에 대한 유효보험료율이 법정보험료율보다 작게 되며 ($EPR_i < SP$) 고소득층에게는 보험료 점유율이 보험급여 점유율보다 크므로 결국 $SP[1 - (RB_i / RP_i)]$ 항이 정 (+)의 값을 갖게 되어 고소득층에 대한 유효보험료율은 법정보험료율 보다 크게 된다 ($EPR_i > SP$).

2) 공·교의료보험의 평가

공교의료보험에서의 소득 재분배효과에 대한 연구결과를 보면 다음과 같다.

1984년 1년동안의 보험료납부와 보험급여를 포함한 자료를 공교의료보험 대상자중 군인과 연금수급자 및 이들 가족을 제외한 3,536,567 명을 조사대상자로 선정하여 분석한 연구결과는 긍정적인 소득 재분배효과를 보여주고 있다. 대상자의 표준보수등급별 분포는 <표 7>와 같다.

피보험자는 표준보수등급이 184,000 원에서 264,500 원인 16~20 등급이 28.76%로 가장 많고 264,500 원에서 367,000 원인 21~25 등급이 26.86%로 많은 비율을 차지하고 있다. 피부양자와 피보험대상자는 21~25 등급이 각각 27.07% 27.13%로 많다. 보험료대 보험급여액의 비율인 보험급여율을 변수로 소득재분배 효과를 분석한 결과는 다음과 같이 나타났다 <표 8>.

평균 급여율은 100.50%으로서 그해 공교의료보험의 재정수지는 약 88 억이 적자였다. 표준

〈표 7〉 표준 보수 등급별 대상자 분포 (단위 : 명, %)

표준 보수등급	피보험자	피부양자	피 보험 대상자	부양율
계	864,390(100.00)	2,672,177(100.00)	3,536,567(100.00)	3.09
1 ~ 5	734 (0.08)	965 (0.04)	1,699 (0.05)	1.31
6 ~ 10	17,375 (2.01)	22,811 (0.85)	40,186 (1.13)	1.31
11 ~ 15	92,304 (10.68)	211,541 (7.92)	303,845 (8.54)	2.30
16 ~ 20	248,562 (28.76)	614,828 (23.01)	863,390 (24.52)	2.48
21 ~ 25	232,238 (26.86)	723,368 (27.07)	955,606 (27.13)	3.11
26 ~ 30	158,588 (18.35)	625,253 (23.40)	783,841 (22.11)	3.94
31 ~ 35	108,009 (12.50)	451,761 (16.90)	559,770 (15.72)	4.18
36 ~ 40	6,032 (0.70)	20,521 (0.78)	26,553 (0.75)	3.43
41등급	548 (0.06)	1,129 (0.04)	1,677 (0.05)	2.06

자료 : 의료보험 관리공단

〈표 8〉 표준 보수 등급별 연간 평균 보험료 및 평균 급여비와 급여비율 (단위 : 원, %)

표준 보수등급	피보험자 1인당		피 보험 대상자 1인당		급여 비율
	연간 보험료	연간 보험 급여비	연간 보험비	연간 보험 급여비	
계	136,440	137,224	33,355	33,539	100.50
1 ~ 5	21,240	41,726	9,183	18,026	196.50
6 ~ 10	36,538	44,075	15,804	19,056	120.50
11 ~ 15	58,793	75,537	17,864	22,947	128.50
16 ~ 20	91,575	116,927	26,365	33,661	127.50
21 ~ 25	135,428	150,110	32,921	36,481	111.00
26 ~ 30	185,016	172,137	37,435	34,826	93.00
31 ~ 35	243,748	171,096	47,034	33,013	70.00
36 ~ 40	274,532	181,615	68,763	41,257	60.00
41	300,147	86,104	98,085	28,136	28.50

〈표 9〉 표준 보수 등급별 소득 이전율 및 유효 보험료율 (단위 : %)

표준 보수등급	보험료 점유율	급여 점유율	소득 이전율	유효 보험료율	
				피 보험자	피보험 대상자
계	100.00	100.00	1.00	3.8	2.87
1 ~ 5	0.01	0.03	3.00	-3.8	-2.87
6 ~ 10	0.52	0.65	1.25	2.85	2.15
11 ~ 15	4.60	5.88	1.28	2.74	2.07
16 ~ 20	19.30	24.50	1.27	2.77	2.10
21 ~ 25	26.67	29.39	1.10	3.42	2.58
26 ~ 30	24.88	23.01	0.92	4.10	3.10
31 ~ 35	22.32	15.58	0.69	4.98	3.76
30 ~ 40	1.55	0.92	0.59	5.36	4.05
41	0.14	0.04	0.29	6.50	4.91

보수등급이 1~5등급에서 196.50%로 최고를 나타내며 소득이 증가 할수록 차츰 감소하여 41등급에서는 28.50%를 나타내 저소득층일수록 급여율이 높고 고소득층 일수록 급여비율이 낮아짐을 나타낸다. 표준보수등급별로 소득이전율과 유효보험료율을 산출한 결과는〈표9〉와 같다.

소득이전율을 보면 1~5등급에서는 3.00이며 6~25등급에서도 1보다 크게 나타나 소득분

배상 유리한 것으로 나타났다. 반면 26 ~ 41 등급은 소득이전율이 1 보다 작아 소득분배상 불리하게 나타났다. 유효보험료율에서도 25 등급까지는 유효보험료율이 3.8%보다 작고 26 등급 이상의 등급에서는 3.8%보다 커서 전체적으로 고소득층으로부터 저소득층으로 소득재분배의 효과를 보여주고 있다.

1987년의 공교의료보험의 소득재분배 효과에 대한 연구결과를 살펴보면, 표준보수등급별로 재분배지수를 사용하여 살펴보면 <표 10>와 같다.

<표 10> 공교 의료보험의 표준보수월액 등급별 재분배 효과

등 급	피보험자 (명)	적용 대상자 (명)	부양율 (명)	월평균 보 수 ¹⁾ (원)	월평균 보험 료 ²⁾ (원)	월평균 보험 급여 ²⁾ (원)	재 분배 지수 (%)	
							피보험자 1인당	적용 대상 자 1인당
1 ~ 5	6,475	15,848	1.34	51,217	1,178	3,859	5.2	2.2
6 ~ 10	29,559	114,001	2.86	142,870	3,286	8,310	3.5	0.9
11 ~ 15	47,648	145,729	2.06	190,304	4,377	7,869	1.8	0.6
16 ~ 20	129,139	450,258	2.49	242,826	5,585	10,272	1.9	0.5
21 ~ 25	225,894	827,606	2.66	316,435	7,278	11,841	1.4	0.4
26 ~ 30	164,006	791,523	3.83	428,087	9,846	14,428	1.1	0.2
31 ~ 35	94,071	465,151	3.94	546,348	12,566	15,067	0.5	0.1
36 ~ 40	49,733	228,273	3.59	668,522	15,376	16,118	0.1	00.02
41 ~ 45	1,750	7,809	3.46	887,505	20,414	19,087	-0.1	-0.03
46 ~ 53	13	41	2.15	1,317,174	30,295	9,103	-1.6	-0.53
평 균	748,558	3,046,149	3.07	364,565	8,385	12,379	1.1	0.3

주 : 1) 월평균 보수 = 피보험자 1인당 월평균 보험료 ÷ 0.023.

2) 피보험자 1인당.

자료 : 의료보험 관리공단 내부자료.

고소득층에 속하는 사람들로부터 저소득층으로 재분배 흐름을 읽을 수 있으나 재분배지수는 그다지 크지 않게 나타났다. 최저 1 ~ 5 등급 계층들의 소득재분배지수가 5.2%로 가장 높았으며 최고 46 ~ 53 등급 계층의 지수가 -1.6%로 가장 낮았다. 같은 자료를 소득 10분위별로 재편성해 소득재분배지수 및 지니계수를 산출할 수 있다.<표 11> 보험료를 지불하기 이전과 지불한 이후의 지니계수는 분배중립적인 보험료 성격을 반영하며 0.2186과 0.2187로 매우 비슷한 수치를 보여주고 있다. 보험료 지출과 급여지급을 모두 고려할 경우 지니계수의 크기는 조금 낮아져 0.2153을 기록하였다. 재분배지수는 모두 작은 크기지만 정(+)의 수치를 보였는데 고소득층으로 갈수록 지수가 낮아진다.

위의 결과는 공교의료보험제도는 미약하나마 소득재분배 기능을 가지고 있음을 나타냈다.

〈표 11〉 보험료 지출 전후 및 보험급여 실시후 지니계수와 소득 10분위별 재분배 지수

소득 10분위	월평균 보수 ¹⁾		(C)	월평균 보험료 (D)	월평균 보험 급여 (E)	재분배 지수 ²⁾ (%)
	(A)	(B)				
I	166,848	163,112	171,056	3,736	7,944	2.5
II	232,821	227,600	236,933	5,221	9,333	1.8
III	268,176	262,139	273,116	6,037	10,977	1.8
IV	297,418	290,788	301,492	6,630	10,704	1.4
V	327,063	319,744	332,170	7,319	12,426	1.7
VI	365,917	357,648	370,702	8,269	13,054	1.3
VII	415,576	406,256	420,545	9,320	14,289	1.2
VIII	468,289	457,800	472,475	10,489	14,675	0.7
IX	548,138	535,990	551,022	12,148	15,032	0.5
X	683,393	668,431	684,320	14,962	15,889	0.1
지니계수	0.2186	0.2187	0.2153			

주 1) : A는 보험료 거출 이전 보수 월액
 B는 보험료 거출 이후 보수 월액 (A - D)
 C는 보험급여 실시 이후 보수 월액 (B + E)

2) : 재분배 지수 = $[CE - D] / A \times 100$

자료 : 의료보험 관리공단 내부 자료

3) 직장의료보험의 평가

서울소재 4개 1종의료보험조합을 대상으로 1979년 9월 1일~1980년 8월 31일까지의 7135명을 대상으로 소득계층별 보험급여율을 중심으로 재분배효과를 분석한 결과는 다음과 같다.〈표 12〉 소득계층을 표준보수등급별로 4개군으로 나눌때 조사대상자 1인당 월 평균 보험료 및 보험급여는 소득이 증가함에 따라 1377원(1군)에서 3272(IV)군으로 증가하고 있으며 이와같은 추세는 피보험자의 1인당의 경우에는 더욱 현저해진다. 보험료대 보험급여화 비율은 IV군에서 대상자 1인당 및 피보험자 1인당 각각 1.48, 1.49에 이르고 있어서 고소득층일수록 보험급여가 보험료를 훨씬 상회하고 있다. 이를 그림으로 나타내면 〈도 1〉와 같다.

1981년과 1985년 현재 144개 직장의료보험을 대상으로 소득재분배효과를 살펴보았다. 의료보험의 소득계층별 유효보험료율과 급여율은 1981년은 소득재분배의 역기능을 보여주고 있으나 1985년에는 소득재분배의 긍정적인 면을 보여주고 있다.〈표 13〉

1981년에는 제 1분위에 속하는 소득계층은 보험료점유율보다 보험급여점유율이 낮아 유효보험료율이 법정보험료율을 상회했으나 1985년에는 소득 제 1분위의 유효보험료율이 법정보

〈표 12〉 소득 계층별 1인당 월평균 보험료¹⁾ 및 보험급여

소득 계층	보험료(1)	보험급여(2)	(2)/(1)
I군 (1~9 등급)			
대상자 1인당	9,377	1,099	0.80
피보험자 1인당	1,874	1,492	0.80
II군 (10~17 등급)			
대상자 1인당	1,851	1,268	0.68
피보험자 1인당	4,452	3,023	0.68
III군 (18~27 등급)			
대상자 1인당	2,400	1,743	0.73
피보험자 1인당	8,268	6,034	0.73
IV군 (28 등급 이상)			
대상자 1인당	3,272	4,842	1.48
피보험자 1인당	15,927	23,667	1.49
계			
대상자 1인당	1,886	1,622	0.86
피보험자 1인당	3,987	3,428	0.86

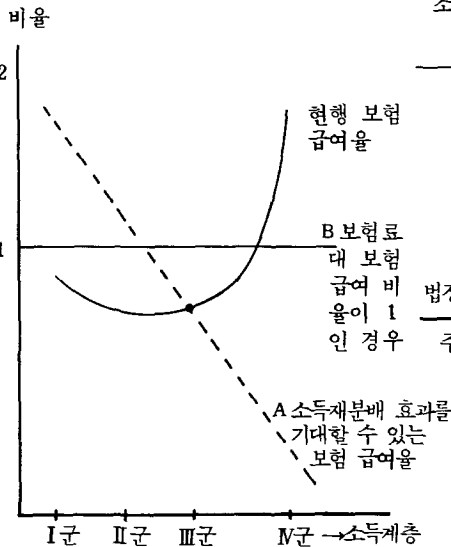
주 1) : 보험료 = 본인부담 + 사업주부담

〈표 13〉 직장의료보험의 소득 재분배 효과

소득 분위 ¹⁾	의 료 보 험 ²⁾	
	급여 점유율 / 보험료 점유율	유효 보험료율(%)
I	1.13(0.89)	2.73(3.43)
II	1.19(1.02)	2.54(3.03)
III	1.29(1.14)	2.23(2.66)
IV	1.24(0.74)	2.39(3.89)
V	0.70(0.74)	4.08(3.89)
법정 보험료율		3.14(3.09)

주 1) 표준보수월액 10만원 미만을 I분위, 10~20만원을 II분위, 20만원~30만원을 III분위, 30만원~50만원을 IV분위, 50만원 이상을 V분위로 임의 구분 하였다. 단 1981 의료보험의 경우는 IV분위와 V분위를 통합하여 계산한 것임.

주 2) 1985년 144개 직장의료보험을 분석 대상으로 하였고 ()의 수치는 1981년을 대상으로 한 분석임.



〈도 1〉 보험료대 보험급여 비율

협료율보다 낮게 나타나고 있다. 그러나 부분적으로는 낮은 소득계층일수록 유효보험료율이 높아 낮은 소득계층의 실질보험료 부담율이 상대적으로 높은 양상이 나타나므로 아직까지 우리나라 의료보험은 소득계층 전반에 걸친 소득재분배 효과를 갖는다고 볼 수 없다.

4) 농·어촌지역 의료보험에 대한 평가

농어촌지역 의료보험의 소득재분배에 관한 분석은 자료의 미비로 아직 실시되지 않은바 보험료부담, 자원의 분포, 의료 이용, 보험료 납부 방법등의 이론적 측면에서 소득재분배의 기능을 살펴보겠다.

(1) 보험료부담

사회보험은 부담능력에 따라 재정적 부담을 지되 혜택은 부담능력과는 무관하게 필요에 따라 그 수준이 보장되어야 하는 재분배 원리에 기초하고 있다. 보험료부담에 부담 재분배원리가 제대로 지켜지기 위해선 부담능력에 따른 보험료 부담이 되어야 한다. 농어촌의료보험의 보험료는 국고 부담이 50%일때 가구당 평균 4678 원으로 나타나고 있다. 보험료의 절대수준이 경제적으로 큰 부담이 되고 있다고 한 연구에서 언급하고 있다.¹⁰⁾ 이 연구에 의하면 조사대상 농민의 약 95%가 보험료가 큰 부담이 된다고 생각하고 있으며 현금소득만을 갖고 계산할때 근로자의 월 평균 보험료율은 0.9%인 반면 농가의 보험료율은 약 2.7%에 해당하는 높은 수준이다. 서울대 보건대학원이 시범사업을 실시한 춘성, 춘천지역 의료보험의 경험도 경제적 부담에 관한 한 비슷한 결론을 내리고 있다.<표 14>.

<표 14> 춘성, 춘천지역 임의보험 가입 현황

구 분	전 체 인 구	적용대상인구 ¹⁾ (A)	가입인구(B)	B/A(%)
1980 년	211,030	138,687	11,252	8.1
1981 년	215,690	128,617	13,590	10.6
1982 년	217,584	122,887	20,219	16.5
1983 년	220,585	119,444	30,396	25.4
1984 년	227,752	103,039	30,522	29.6
1986 년	223,212	114,998	35,356	30.7
1987 년	222,034	118,207	38,263	32.4

주 1) 적용대상인구=전체인구-(직장 및 공교인구+ 의료보호인구+ 의료보조인구)

자료: 조합결산보고서 각년도

¹⁰⁾ 정명채, 이영대, 「농어촌지역 의료보험제도의 문제점과 개선방안 연구」, 한국농어촌 경제연구원, 1988, p. 5.

〈표 14〉에 의하면 보험수가 적용의 혜택이 있음에도 강제형이 아닌 선택형임의보험이 주어질때 보험적용 대상인구의 절대다수(80년~87년 동안 연평균 약 78%)가 보험을 선택하지 않는다는 것이다.〈표 15〉와 결부시켜보면 가입하지 않는 이유가 78%정도의 대상자가 경제적 부담 때문이라고 들고있다.

〈표 15〉 지역의료보험에 가입하지 않는 이유

(단위 : 가구, %)

미 가입 이유	가족이 건강해 이용 기회가 적을것 같다	경제적 능력 부족	가입 및 이용절차의 복잡	기 타	계
조사 가구	3 (7.7)	25 (64.1)	6 (15.4)	5 (12.8)	39 (100)

자료 : 춘성, 춘천지역 의료보험 실태조사, 서울대 보건대학원, 1986, 7.

MBC 방송국이 실시한 농촌문제 파악을 위한 개별면담 표본조사에 의하면 88년 5월 5일 현재 농어촌주민의 약 88.9%가 의료보험료부담이 과중하다고 응답하였다. 이것은 보험료부담의 절대적 과중성이 문제시 되고 있음을 의미한다.

보험료부담의 상대적 형평성을 살펴보겠다.

공교보험이나 직장의료보험에서는 실질적 보험료의 50%를 정부나 직장에서 지원하나 농어민의 경우 국고 지원율이 50%라 하더라도 관리운영비를 제외하면 39.6%지원에¹¹⁾ 불과하므로 농어민의 자기부담이 상대적으로 과중하다. 보험료부담에 있어 형평성이 결여될 수 있는 가장 큰 이유는 부과대상소득에 있다. 농어민의료보험의 경우 보험료부과는 소득, 재산, 피보험자수, 세대등 네 요소를 기준으로 하여 소득과 관련이 없는 피보험자수가 포함되며 농지는 재산과 소득으로 보험료가 매겨짐으로서 이중부담이 된다. 세대와 피보험자에 매겨지는 보험료를 기본보험료라 하며 재산과 소득에 매겨지는 보험료를 능력비례보험료라 하는데 평균적으로 보험료 수입중에서 기본보험료가 70% 능력비례보험료가 30%를 차지하여 경제적 소득능력에 따라 보험료를 부담한다는 사회보장의 기본원리가 무시되고 있다. 반면 공교의료보험이나 직장의료보험은 상여금을 제외한 소득, 비근로소득을 제외한 근로소득만이 부과 대상이 됨으로써 부담능력의 일부만이 고려되어 보험료를 부담하고 있다.

(2) 자원의 분포와 의료이용

¹¹⁾ 이광찬, 농어민 건강권 확보를 위한 올바른 의료보장제도.

의료보험제도를 통한 소득재분배의 기능의 수행은 의료서비스 이용에서 가장 크게 나타난다. 의료보험적용대상자들이 필요(need)에 따라 의료이용을 할 수 있는나. 가장 중요한 요인은 가격이다. 가격이 양(+)일 때 의료서비스의 이용은 필요(need)가 아닌 수요곡선에 따른 서비스이용이 발생한다는 것은 정설(定說)로 받아들여지고 있다.¹²⁾ 의료수요함수 이론은 소비자 지불 총 가격을 본인부담액에 해당하는 화폐가격과 치료를 받기위해 소요되는 시간을 금액화한 시간가격 둘로 나눈다. 의료보험 소외 계층이었던 농어촌주민들에게 보험이 적용됨으로써 화폐가격 및 시간가격의 상대적 중요성의 변화를 간단한 예로 살펴 편의상 총 가격에 대한 보험 이후의 의료수요탄력성을 1.0 이라 가정한다 ($n_{TOP} = 1.0$).

$$\begin{array}{l} \text{예) 보험전 총 가격 (TOP) = 화폐가격 (MOP) + 시간가격 (TIP)} \\ \text{₩ 4,000} \qquad \qquad \text{₩ 2,000} \qquad \qquad \text{₩ 2,000} \\ \dots\dots\dots (1) \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{보험후 총 가격 (TOP) = 화폐가격 (MOP) + 시간가격 (TIP)} \\ \text{₩ 3,000} \qquad \qquad \text{₩ 1,000} \qquad \qquad \text{₩ 2,000} \\ \dots\dots\dots (2) \end{array}$$

식(1)에서 화폐가격의 의료수요탄력성 (n_{MOP})과 시간가격의 의료수요탄력성 (n_{TIP})은 각각

$$n_{MOP} = \frac{2,000}{4,000} \cdot n_{TOP} = \frac{1}{2}(1.0) = 0.5$$

$$n_{TIP} = \frac{2,000}{4,000} \cdot n_{TIP} = \frac{1}{2}(1.0) = 0.5$$

로 주어진다. 보험 실시후의 식(2)에서는

$$n_{MOP} = \frac{1,000}{3,000} \cdot n_{TOP} = \frac{1}{3}(1.0) = 0.33$$

$$n_{TIP} = \frac{2,000}{3,000} \cdot n_{TOP} = \frac{2}{3}(1.0) = 0.67$$

¹²⁾ Feldstein, P. J. (1983), *Health Care Economics*, 2nd Edition.

위의 예에서 보험적용에 의한 화폐가격의 하락으로 인하여 수요는 시간가격의 변화에 더욱 민감한 반응을 나타낼을 알 수 있다. 우리나라의 의사인력은 서울 및 대도시 지역에 61.3%가 거주하고 있으며 군 단위 이하에는 7.8%만이 거주하고 있다. 이러한 사실은 농어촌의 의료자원분포가 도시에 비하여 현저히 낮음을 의미하고 있다. 의료보험으로 인하여 화폐가격이 낮아졌어도 상대적으로 시간가격이 증가하였다. 따라서 의료기관의 방문시 부족한 의료자원으로 도시지역보다 시간가격이 훨씬 크므로 의료 이용에 제한을 받고 있다.

자원의 지역적인 형평성의 배려없이 농어촌보험의 실시는 지역의료보험 대상자들에게 의료의 이용이라는 차원에서 불균형을 심화시킨다.

(3) 보험료 납부방법

농어촌의 소득은 타 계층의 소득과는 달리 소득의 대부분이 화폐소득이 아닌 실물소득 즉 농작물이거나 수산물의 형태이다. 실물소득 자체도 매월 일정량씩 균일하게 발생하는것이 아니고 계절적 요인이 강하게 작용하여 작물의 수확기에 집중적으로 발생한다. 반면 매달 지급해야 하는 의료보험료는 현금으로 지급해야 한다. 실물소득의 높은 비중과 불규칙적인 소득발생으로 보험료의 납부시기와 시차가 발생하게 된다. 양봉민의 연구에 따르면 의료비 지출시기와 소득 발생시기의 차이가 크면 클수록 의료서비스의 소비로부터 발생하는 만족도는 감소한다.¹³⁾ 형평의 관점에서 볼 때 같은 의료서비스에 대해 대상자가 느끼는 만족도가 농어촌지역의 대상자가 더 작으므로 소득재분배효과가 있다고 볼 수 없다.

농어촌지역의료보험은 사회보험으로서의 지역주민 소득 보호기능을 충분히 수행하지 못하고 있다. 의료보험 실시 이전보다 화폐가격의 감소로 의료서비스 이용이 용이 해졌다고 할지라도 공교의료보험 직장의료보험과 비교할 때 상대적 형평성에서 크게 뒤떨어지고 있다.

IV. 結 論

본 연구는 의료보험의 소득재분배효과를 이제까지 실시된 공교의료보험, 직장의료보험의 연구자료를 이용하여 살펴 보았고 농어촌의료보험은 아직 자료가 정리되지 않은 바 보험료부담, 자원의 분포와 의료이용, 보험료 납부 방법의 측면에서 소득재분배의 효과를 고찰하였다.

결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 공교의료보험의 소득재분배효과는 유효보험료율, 소득재분배지수, 보험급여율에서 정(+)의 효과로 나타났다. 표준보수등급을 기준으로 소득계층간 소득재분배효과를 살펴본 것으로 공교의료보험대상자의 의료서비스 이용이 전체적으로 타 보험대상자들의 의료서비스 이용보다 높으며 소득수준이 높다는 것을 염두에 두어야할 필요가 있다.

¹³⁾ 양봉민, 김진현, "진료비 할인 제도의 역할", 인구보건논집, 제 7권, 2호, 1987.

둘째, 직장의료보험의 소득재분배효과는 유효보험료율을 이용해 측정했을때 1981년 부(-)의 효과를 보여줬으나 1985년에는 소득재분배의 정(+)의 효과를 나타냈다.

세째, 농어촌지역의료보험은 보험료 부담에 대한 설문조사, 자원분포와 의료이용, 보험료 납부방법등에 대한 이론적 검증에서 공교의료보험이나 직장의료보험대상자들과의 불공평성으로 인해 소득재분배의 효과가 있다고 볼 수 없다.

V. 提 言

우리나라의 의료보험제도는 사회보장의 관점에서 평가될 필요가 있으며 의료보험제도의 발전방향은 국민들의 요구와 재정능력을 감안하여 설정할 필요가 있다.

의료보험 실시 13년만에 전국민의료보험제도라는 경이적인 기록을 세운 한국의 의료보험제도는 개인의료비부담을 줄이는데 크게 기여하였으며 소득 재분배효과에서도 공교의료보험과 직장의료보험에서 미비하나마 긍정적인 효과를 가지고 있음을 나타냈다. 하지만 농어촌지역 의료보험의 상대적 불공평성, 높은 본인부담금으로 저소득층의 의료이용의 제한, 의료보험관리운영제도에 대한 논란, 의료기관의 대도시편중등 많은 문제점을 내포하고 있다. 따라서 의료보험제도의 정착화를 위해서 몇가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 재산과 소득수준에 따른 정확한 계층분류가 선행된 후 보험료 부과방법이 개선되어야 한다. 현재 보험료는 소득수준과 무관하게 3~8%를 적용하는 정률제이므로 소득재분배를 꾀하기 위해서는 보험료징수는 누진율제를 적용하여야 한다.

둘째, 의료보호에 대해서 앞에서 언급하지 않았지만 의료보호를 의료보험제도에 통합시켜야 한다. 의료보호제도는 의료보험수가에 비해 낮게 책정됨으로써 의료기관으로부터 차별을 받고 있다. 따라서 의료보호대상자에게 의료보험카드를 주고 보험료와 본인부담금을 면제하거나 국가가 대납한다.

세째, 각 조합별로 되어 있는 의료보험관리운영체계를 하나로 일원화 한다. 보험재정이 독립적으로 운영되고 있기 때문에 하나로 통합된 보험재정에 비해 수직적 재분배효과가 약하다. 특히 지역의료보험의 경우 피보험자의 평균 소득수준이 낮고 고령자의 비중이 많아 보험재정이 취약하며 타 조합과 재정이 연계되지 않아 보험의 목적인 위험분산 기능이 미약하다.

네째, 의료기관 이용시 본인부담율을 현재보다 낮춘다. 1989년 현재 개인의료비 지출의 추이를 보면 환자 직접지불이 51%를 차지하고 있다<부록>. 높은 본인부담율은 의료보험 실시에도 불구하고 여전히 저소득층의 의료서비스 이용을 어렵게 한다.

다섯째, 농어촌지역의 의료자원을 충분히 분포시켜야 한다. 의료보험제도가 있어도 의료기관이나 의료인력의 절대적부족으로 현실적으로 의료이용이 어렵다. 따라서 전문의나 대규모 의료기관보다 의원이나 시설이 확충된 보건기관이 필요하며 이는 국가의 정책적 배려가 있어야 한다.

참 고 문 헌

1. 권순원, 의료보험제도의 소득재분배효과, 한국개발연구, 9 (1989).
2. 권순원, 국민의료비 추이와 의료비 안정화 대책, 한국개발연구, 4(1988).
3. 김기옥, 이규식, 지역보험의 의료이용도 및 소득재분배효과에 관한 분석, 인구보건논집, 5 권 2 호 (1985).
4. 김영훈, 지역의료보험의 보험률 이전효과 분석, 제 11 회 한국사회보장학회 학술대회 발표, 1989.
5. 문옥륜, 사회보험과 국가 보건서비스와 의료보장, 의료보험.
6. 문옥륜, 김혜순, 소득계층별 보험의료 이용도 및 보험료 전이에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 보건학논문집, 9 (1981).
7. 문옥륜, 지역보험과 의료의 수급, 의료보험, 11(1988).
8. 문옥륜외, 지역의료보험의 소득재분배효과분석, 의보공론, 여름(1985).
9. 문옥륜, 전국민 의료보장과 재원조달의 방향, 국회보, 국회사무처, 5(1989).
10. 박종기, 의료보험과 국민경제, 의료보험, 9(1982).
11. 보건과 사회 연구회, 한국의 의료보장 무엇이 문제인가?, 5(1989).
12. 보사부, 의료보험제도의 발전적 개선방안에 관한 공청회 보고서, 국민의료정책 심의위원회, 8(1988).
13. 양봉민, 의료보험과 재원조달, 서울대학교 보건사업평가 연구보고서, 12(1985).
14. 양봉민, 김진현, 진료비할인행위의 경제분석, 인구보건논문집, 12(1986).
15. 양봉민, 김진현, 진료비할인제도의 역할, 인구보건논문집, 12(1987).
16. 양봉민, 의료보험제도에 대한 평가; 보험저항을 중심으로, 서울대학교 보건대학원, 1988.
17. 연하청외, 의료보험의 정책과제와 발전방향, 한국개발연구원, 2(1983).
18. 연하청, 사회보장제도의 자원배분 및 소득재분배효과 한국개발연구, 1(1989).
19. 연하청, 의료보험의 소득재분배효과 분석, 한국개발연구원, 4(1982).
20. 원석조, 우리나라 의료보장제도에 대한 비판적고찰, 인의협 심포지움, 9(1988).
21. 유인왕, 우리나라 의료보험의 소득재분배기능, 의보공론, 5(1983).
22. 육효순, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험의 소득재분배효과에 관한 분석 서울대학교 석사학위 논문 1986.
23. 이 순, 현대의료보장론, 1984.
24. 임양택, 우리나라 의료보험제도의 문제점과 개선방향, 의료보험, 7,11.
25. Arrow, Kenneth J., "Theoretical Issues in Health Insurance," *Collected Papers of K. J. Arrow Vol. 6*, Applied Economics, Havard University Press, Combridge, M.A., 1985.
26. Davis, Karen, National Health Insurance; Benefits, Costs, and Consequences, *The Brooking Institution*, 1975.
27. Feldstein, Martin et al., Distributional Aspects of National Health Insurance Benefits and Finances, *National Tax Journal*, 1972.
28. Klarman, Harbert E., *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York, 11,1965.
29. Mill, Anne, "Economic Aspects of Health Insurance, K.Lee and A Mills, *The Economics of Health in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford, U.K., 1983.
30. Russel, R. and Wilkinson M., *Microeconomics*, John wiley &SSons, 1979.
31. Wilensky, Gail P. et al., "Variations in Health Insurance Coverage; Benefits vs. Premiums," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1984.

**A Study on the Redistribution of Income
under Health Insurance**

Kim, Mee

Dept. of Health Administration

Kwangju Health Junior College

>Abstract<

The purpose of this study is to make research the redistribution of income under health insurance. In Government-Workers and Private school 'Teachers' Health Insurance, Employees' Health Insurance and Regional Health Insurance, redistribution of income is considered.

As a result, redistribution of income is found from Govern-ment-workers and Private School Teachers' Health Insurance.

In 1981, redistribution of income is showed the negative sign in Employees' Health Insurance. But after 1981, It appeared positive sign.

In Regional Health Insurance, a theoretical study attempted.

Considering an insurance bill loading, the utilization of medical facilities, and the time of payment, Regional Health insurance is more unfair than the other insurance program.

Accordingly Regional Health Insurance has no redistribution of income

Health price come down on account of the execution of Health Insurance. So the low-income group is accessible to health services. For redistribution of income effect, a progressive insurance bill, integration of Health Insurance programs, and guarantee of medical facilities are necessary.

<부록> 재원별 개인 의료비 지출의 추이

(단위 ; 10 억원, %)

	1980	1985	1989
합 계	1,214.9(100.0)	2,094.0(100.0)	3,473.6(100.0)
환자 직접 지불	1,015.6 (83.6)	2,064.2 (71.1)	1,778.5 (51.2)
제 3 자 부 담	198.7 (16.3)	837.4 (28.8)	1,691.0 (48.7)
의 료 보 험	132.8 (10.9)	591.6 (20.4)	1,209.4 (34.8)
의 료 보 호	14.2 (1.2)	65.9 (2.3)	132.7 (3.8)
산 재 보 험	24.0 (2.0)	65.1 (2.2)	126.3 (3.7)
사 보 험	27.4 (2.2)	114.8 (3.9)	222.6 (6.4)
기업내 의료비 지출	0.9 (0.1)	2.4 (0.1)	4.1 (0.1)

자료 : 대한민국정부, 「세입 세출 결산 보고서」 ; 경제 기획원, 「예산 개요」,
 각 년도 및 권순원 「국민의료비 추이와 의료비 안정화 대책」,
 한국개발연구원, 1988.4.