
醫療保險 管理運營體系의 問題와 改善方案

閱 載 成

▷ 目 次 ◁

- I. 序 論
- II. 現行醫療保險行政體系와 組織機能
- III. 現行制度의 問題點
- IV. 醫療保險 管理運營體系의 代案
- V. 結論 및 建議

I. 序 論

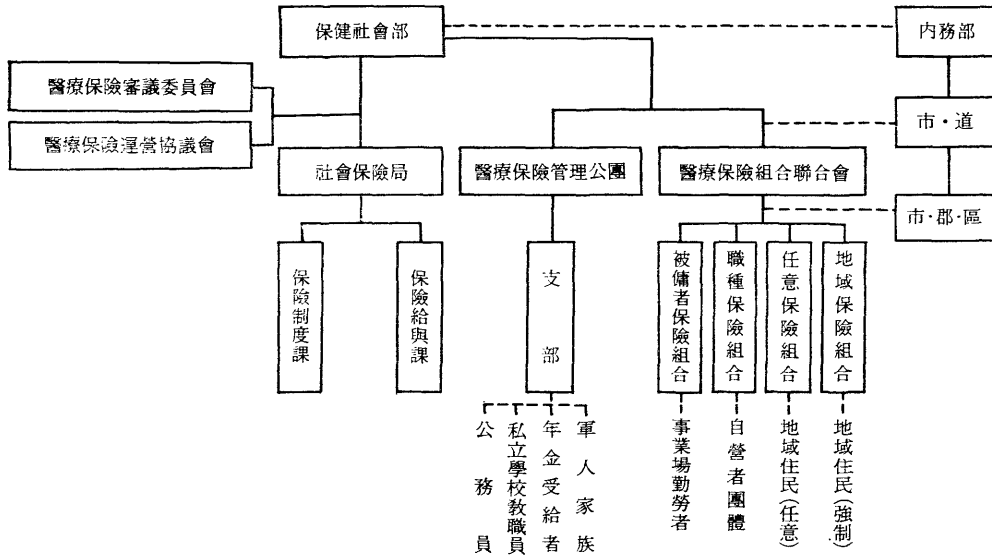
우리나라는 1977年 7月부터 事業場勤勞者를 중심으로 한 醫療保險制度를 本格的으로 실시하면서 民間主導에 의한 組合管掌方式을 채택하여 單數 혹은 複數의 事業場別로 醫療保險組合을 構成·運營함으로써 組合自律主義에 의한 管理運營體系를 導入하였고, 이를 원칙으로 醫療保險適用事業場數를 每年 擴大·調整하여 왔다. 그런데 1979年에 公務員 및 私立學校教職員醫療保險法이 別途로 制定되면서

이 制度가 官主導의 公社形態로 運營되어 醫療保險의 管理運營體系는 그 성격이 兩分되게 되었다. 이렇게 二元화된 行政體系는 醫療保險의 綜合的인 管理를 어렵게 하고 運營上의 資源浪費, 不合理한 資格管理體系維持, 統計處理의 困難, 診療費審査·支給體系의 混亂, 政策樹立의 一貫性缺如 등의 問題를 惹起하고 있다. 더우기 1981年부터 地域住民에 대한 示範的 醫療保險을 市·郡行政單位로 強制適用함에 따라 組合自律主義에 의한 管理方式은 여러 側面에서 많은 問題를 惹起하게 되어 現行管理運營體系로 醫療保險을 계속 擴大할 경우 全國民醫療保險을 指向하고 있는 政策目標을 早期에 達成하리라고는 期待하기 어렵게 되었다.

醫療保險의 管理運營體系의 選擇問題는 社會保障制度의 基本方向設定과 밀접히 關連되는 중요한 問題이다. 즉, 가장 적절한 醫療保險管理運營體系의 선택은 國家의 經濟力, 傳統文化, 國民의 社會保障에 대한 意識水準과 政治的 必要, 醫療制度와 其他 社會保障諸制

筆者：韓國開發研究院 副研究委員

[圖 1] 現行 醫療保險 行政體系圖



度와의 有機的인 관련하에서 綜合的으로 分析 檢討한 후 가장 적절한 組織體系를 決定하는 것이 바람직하다. 本稿에서는 現行 被傭者 및 地域醫療保險에서 채택하고 있는 組合自律主義의 長短點을 上述한 與件을 감안하여 檢討하고 保險者團體인 醫療保險組合聯合會와 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險의 保險者인 醫療保險管理公團의 管理運營體系를 比較分析함과 동시에 우리나라 醫療保險行政管理體系의 全般的인 現況과 問題點을 파악하여 全國民醫療保險을 指向한 바람직한 醫療保險 管理運營體系를 摸索하는 데 중점을 두기로 한다.

Ⅱ. 現行 醫療保險行政體系와 組織機能

우리나라의 醫療保險制度는 事業場勤勞者 및 地域住民과 自營者를 대상으로 하는 醫療

保險法과 公務員·教職員·年金受給者·軍人家族 등을 管掌하는 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法에 의해 施行되고 있으며, 前者는 組合主義, 後者는 政府管掌의 公社形態로 運營되고 있다. 이들 法令을 根據로 하여 現醫療保險制度의 行政體系를 圖示하면 [圖 1]과 같으며, 그 組織과 機能은 다음과 같다.

1. 中央管掌機構(保健社會部)

醫療保險事業은 保健社會部長官이 關장하고 醫療保險에 關한 權限과 責任은 保健社會部長官에게 있는데 이를 檢討해 보면 監督權·命令權·承認權·組織權 등으로 크게 區分할 수 있다. 즉, 保健社會部長官은 組合, 醫療保險組合聯合會 및 醫療保險管理公團의 指揮·監督뿐 아니라 療養取扱機關, 使用者 및 被保險者에게도 그 權限을 行使할 수 있기 때문에 醫療保險에 關한 包括的인 制度樹立과 施行의 責任을 賦與받고 있다(表 1 참조). 그리고 保

健社會部の 組織機構는 保健社會部長官의 法的 權限과 役割에 관한 業務를 遂行하고 전반적인 醫療保險業務를 담당케 하기 위해 1局 2課(社會保險局, 保險制度課 및 保險給與課)¹⁾를 두고 있다.

이와 같이 制度的으로는 保健社會部가 中央行政機關으로서 醫療保險業務를 管掌하도록

되어 있지만 保健醫療事業을 수행하는 대부분의 一線業務는 다른 中央行政部處 즉, 內務部傘下의 一線地方行政機關을 통해서 수행하고 있어 醫療保險事業도 保健社會部長官이 組合의 指導, 監督業務를 市長·道知事に 委託하고 있다. 따라서 中央行政機關으로서의 保健社會部는 內務部와 긴밀한 協調體制를 이루어

〈表 1〉 醫療保險事業에 대한 保健社會部の 役割

	醫 療 保 險 法	公務員 및 私立學校敎職員醫療保險法
監督權	<ul style="list-style-type: none"> · 組合 및 聯合會에 대한 監督·措置權(法 72條) · 醫療保險關係 資料提出·報告命令 및 檢查權(法 71條) · 療養取扱機關從事者의 免許資格停止處分權(法 71條의 2) 	<ul style="list-style-type: none"> · 公團에 대한 監督·措置權(法 69條 2項) · 左同(法 67條) · 左同(法 68條)
命令權	<ul style="list-style-type: none"> · 組合 및 聯合會의 決算報告 受取權(令 63條 2項) · 組合의 共同設立 및 編入命令權(法 20條) · 組合 및 聯合會의 決議取消, 任員解任 및 解散命令權(法 24條) · 聯合會設立 및 加入命令權(法 27條 1項) · 療養取扱機關指定 및 取消命令權(法 32條 4項, 33條 2項) 	<ul style="list-style-type: none"> · 左同(令 41條) · 公團醫療施設·福祉施設 設置命令權(法 26條) · 左同(法 33條 2項, 法 34條)
承認權	<ul style="list-style-type: none"> · 審査·支給에 관한 業務 委託命令權(法 35條 3項) · 組合設立 認可權(法 17條, 法 18條 1項) · 任意組合解散認可權(法 18條 3項, 法 19條 2項) · 組合 및 聯合會 定款變更承認權(法 23條) · 保險料·其他徵收金의 強制徵收承認權(法 55條 3項) · 組合 및 聯合會 豫算承認權(令 39條 1項) · 醫療施設·福祉施設資金借入金 承認權(令 43條 4項) · 組合 및 聯合會의 緊急處理承認權(令 28條 1項) · 組合 및 聯合會의 財産讓渡·交換·擔保承認權(令 47條) · 聯合會規程承認權(令 32條의 14) · 聯合會의 負擔金徵收承認權(令 32條의 13) 	<ul style="list-style-type: none"> · 公團定款 變更認可權(法 13條 2項) · 公團業務의 委託 承認權(令 57條) · 公團事業運營計劃·豫算承認權(法 69條 1項) · 公團의 借入金承認權(法 59條) · 公團의 財産讓渡·交換·擔保承認權(令 45條) · 公團規程承認權(令 23條) · 公團準備金使用承認權(令 43條)
組織權	<ul style="list-style-type: none"> · 再審査委員會 委員 委囑·任命權(法 59條 2項) · 聯合會任員중 會長·常任監事·常任理事 承認權(令 32條의 8) · 組合運營委員會 解散命令權(令 66條 1項) 	<ul style="list-style-type: none"> · 審査委員 任命權(法 62條) · 公團理事·理事長의 任命·解任權(法 16條, 法 20條)

1) 社會保險局에는 保險制度課와 保險給與課 外에 年金企劃課를 두고 있으나 年金企劃課에서는 아직 실시가 保留되고 있는 國民福祉年金制度를 주로 擔當하고 있다.

야 하고 國家의 全般的인 經濟·社會開發의 企劃과 豫算을 擔當하고 있는 經濟企劃院과도 相互協助體制를 유지해야 하는 多元體系로 運營되고 있다.

2. 地方行政機構

우리나라의 地方行政組織機構인 13個 市·道는 상술한 바와 같이 의료보험사업에 관련된 權限의 一部를 委託받고 있다²⁾. 즉, <表 1>에서 提示한 保健社會部長官의 權限중 ①組合決議의 取消 및 組合任員의 解任權 ②保險料·其他 徵收金滯納處分承認權 ③使用者·療養取扱機關·受惠者에 대한 醫療保險關係資料提出·報告命令 및 檢査權 ④組合의 事業報告命令, 財産狀況檢査, 定款變更命令 등의 組合監督權 ⑤組合의 緊急處理承認權 ⑥組合豫算承認權 ⑦組合의 財産讓渡·交換·擔保承認權 ⑧組合決算報告受取權 ⑩組合運營委員會 解散命令權 등을 市·道知事가 委託받고 있다.

地方行政機構의 醫療保險業務擔當機關은 各市·道の 保健社會局이고³⁾ 保健社會局內에서 醫療保險을 擔當하는 部署는 社會課나 保健課의 勞政係 또는 醫藥係지만 서울特別市는 福祉課 醫療保險係, 釜山直轄市는 社會課 醫療保險係에서 擔當하고 있다. 그러나 市·郡·

區에서는 醫療保險業務를 擔當하는 組織이 없이 效率的인 指導·監督을 하지 못하고 있다. 다만 地域醫療保險을 示範的으로 실시하는 地域에서는 임시적인 조치로 既存行政組織의 業務를 조정하여 醫療保險業務를 管掌시키고 있는 실정이다.

3. 醫療保險組合聯合會

醫療保險組合聯合會는 被傭者 및 地域醫療保險의 保險者인 組合을 會員으로 하는 保險者團體이다⁴⁾. 保健社會部長官은 醫療保險事業을 원활히 시행하기 위하여 필요하다고 인정될 때 保險者인 組合에 대하여 醫療保險組合聯合會를 設立할 것을 命하거나 이에 加入할 것을 命할 수 있다.

醫療保險組合聯合會의 業務⁵⁾는 ①組合의 保險財政安定事業과 醫療施設 또는 福祉施設의 設置·運營 ②療養取扱機關의 指定 및 取消에 관한 事務 ③保險者가 聯合會에 委託한 保險 ④給與費用의 審査·支給에 관한 業務 ④保健社會部長官이 委託한 組合에 대한 指導·監督, 즉 療養取扱機關에 대한 保險給與關係資料提出要求和 組合에 대한 指導·監督 ⑤解散된 組合의 殘餘財産處理 ⑥教育·訓練 및 弘報 ⑦調査·研究 및 國際協力 등으로 保險者인 組合의 業務를 委任받아 遂行할 뿐 아니라 組合에 대한 監督權도 갖고 있다.

醫療保險組合聯合會는 組合의 聯合會에 대한 負擔金, 즉 會費收入과 審査手數料, 國庫補助 및 其他收入 등으로 財源을 調達하여 事業運營費에 充當하고 있다. 組合의 負擔金은 組合의 保險料收入의 5%범위 안에서 保健社會部長官의 承認을 받아 策定하도록 하고 있으

2) 醫療保險法 第73條 第1項 및 施行令 第58條 第1項 참조.

3) 濟州道の 경우는 總務局에서 醫療保險業務를 擔當하고 있다.

4) 醫療保險制度施行 初年度인 1977년에는 全國 醫療保險協議會로서 保險者團體의 機能을 수행해 오다가 1981年 8月에는 醫療保險法 第27條에 의한 法의 名稱인 中央醫療保險組合聯合會로 變更하였다. 그런데 1981年 12月 31日 醫療保險法을 改正하면서 醫療保險組合聯合會로 改稱하였다.

5) 醫療保險法施行令(1982. 4. 1. 改正) 第32條의 4 참조.

나⁶⁾ 1982年 현재 保險料收入의 0.7%를 徵收하고 있으며, 審査手數料는 外來件當 130원, 入院件當 400원을 組合의 法定給與額에 포함시켜 徵收하고 있다⁷⁾. 國庫補助는 1981年까지는 全無하였으나 1982년에 3億원을 財政支援金으로 補助받고 있다⁸⁾. 醫療保險組合聯合會의 會計는 負擔金收入, 즉 會費收入을 中心으로 한 一般會計와 審査手數料收入을 중심으로 한 特別會計로 區分되어 있다. 1981年 현재 聯合會收入의 55.0%가 審査手數料收入이고 會費收入은 28.6%에 해당되어 審査收入이 큰 比重을 차지하고 있다(表 2參照).

4. 醫療保險管理公團

醫療保險管理公團은 公務員 및 私立學校敎職員醫療保險의 保險者가 되며 法人格으로 構成된다. 管理公團은 ①被保險者에 관한 記錄 및 管理維持 ②保險料徵收 ③保險給與의 決定, 支給, 審査 ④다른 法律에 의해서 支給되는 診療費用의 審査에 關해 委託받은 業務 ⑤資產의 管理運營 ⑥醫療施設 또는 福祉施設의 設置·運營 ⑦其他 醫療保險에 關하여 필요한 業務를 管掌하고 있다.

醫療保險管理公團의 本部에서는 企劃·調

〈表 2〉 醫療保險組合聯合會의 收支現況(1978~81)

(단위 : 百萬元)

	1 9 7 8		1 9 7 9		1 9 8 0		1 9 8 1	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
收 入	237.6	100.0	873.9	100.0	1,989.9	100.0	3,590.6	100.0
會 費 收 入	185.2	78.0	368.2	42.1	601.7	30.2	1,026.3	28.6
敎 育 · 出 版 收 入	48.1	20.2	60.6	6.9	20.5	1.0	46.4	1.3
審 查 收 入	—	—	410.3	47.0	1,281.7	64.4	1,976.5	55.0
其 他 收 入	4.3	1.8	34.8	4.0	68.0	3.4	230.9	6.4
移 越 金	—	—	—	—	17.9	1.0	310.5	8.6
支 出	231.2	100.0	852.2	100.0	1,679.4	100.0	2,761.9	100.0
一 般 事 業 費	107.6	46.5	214.6	25.2	122.4	7.3	224.3	8.4
審 查 事 業 費	—	—	103.2	12.1	360.1	21.4	569.7	21.3
運 營 費	80.7	34.9	337.6	39.6	983.3	58.6	1,466.6	54.9
人 件 費	56.9	24.6	173.0	20.3	612.9	36.5	974.7	36.5
事 務 費	23.8	10.3	164.6	19.3	370.3	22.1	491.9	18.4
積 立 金	19.1	8.3	1.0	0.1	45.4	2.7	337.2	12.6
其 他	23.8	10.3	195.9	23.0	168.1	10.0	74.1	2.8
收 支 差 額	6.4	2.7	21.7	2.5	310.5	15.6	918.7	25.6

註 : 1) 收支差額의 「퍼센트」는 收入에 대한 比率임.

資料 : 全國醫療保險協議會, 『決算書』, 1978~80.

中央醫療保險組合聯合會, 『決算書』, 1981. 9.

醫療保險組合聯合會, 『決算書』, 1981. 12.

6) 醫療保險法施行令(1962. 4. 1. 改正) 第32條의 13 참조.

7) 醫療保險組合聯合會의 診療費審査手數料徵收規程에 의해 每月 20日까지 診療費預託金에 포함하여 聯合會委託 金融機關에 納入해야 함.

8) 1982年度 總豫算 51億8千萬원의 5.9%에 해당됨.

査·研究·出版·弘報業務 外에 資金管理, 準備金運用, 被保險者와 被扶養者의 資格管理, 醫療施設·福祉施設運營, 給與管理, 療養取扱機關管理, 診療費審査, 「온라인」維持管理, 電算管理 등의 業務를 주로 수행하고, 各支部에서는 ①被保險者資格取得·變更·喪失 및 遠隔地被扶養者管理 ②本人負擔·機關負擔保險料徵收 ③現金給與支給 및 精算 ④現物給與指導·事後管理 ⑤療養取扱機關指導·監督 ⑥診療費講求書接受 및 指導 ⑦入·出力管理 및 터미날管理 ⑧相談業務 등을 擔當하고 있다.

醫療保險管理公團의 運營費는 保險料收入으로 充當하고 國庫에서 一部補助하고 있으며 國庫補助額은 1979년에 48.5%, 1980년에 27.8%, 1981년에 15.4%로서 每年 減少하고, 상대적으로 保險料收入에 의한 運營費充當금이 增加하고 있다⁹⁾.

醫療保險管理公團에 관한 業務는 保健社會部에서 직접 指揮·監督하여 地方行政當局에 의해서는 干涉받지 않으며, 管理公團任員의 任命·解任權도 保健社會部長官에 있기 때문에 醫療保險組合聯合會와는 달리 保健社會部の 影響力이 직접적으로 行使되고 있다. 따라서 醫療保險管理公團에 의한 醫療保險管理業務는 中央政府의 直接管理體系라 볼 수 있다.

5. 醫療保險組合

公務員 및 私立學校教職員醫療保險은 上述한 바와같이 醫療保險管理公團이 保險者가 되

고 그 이외의 保險者는 醫療保險組合이 된다. 그리고 醫療保險組合은 被傭者組合과 地域組合으로 區分될 수 있다. 被傭者醫療保險組合은 使用者와 그 事業場에 고용되어 있는 被保險者를 組合員으로 하여 設立되고, 地域醫療保險組合은 市·郡·區 등의 組合管轄地域에 居住하는 世帶主를 組合員으로 하거나(地域醫療保險組合), 特殊職種 및 職域에 속하는 自營者를 組合員으로 하여(職種醫療保險組合) 構成하게 되지만 地域住民이 任意로 加入할 수 있는 任意地域醫療保險組合도 設立할 수 있다¹⁰⁾. 이렇게 設立된 各組合은 被保險者의 保險을 管理運營하게 되는데 주로 資格管理, 保險料의 決定 및 徵收, 保險給與, 附加給與 등 保險과 관련된 모든 業務를 실제로 擔當하게 된다. 醫療保險組合을 設立할 때는 保健社會部長官의 認可를 받아야 하며, 保健社會部長官은 2個 이상의 組合을 合併 또는 編入하도록 命命할 수 있다¹¹⁾. 그리고 保健社會部長官은 組合職制·人事·報酬·旅費·財務·會計·監査·文書管理 등에 관해서는 例規로서 醫療保險組合運營準則을 마련하여 이에 따라 組合을 組織·運營하도록 하고 있다¹²⁾.

醫療保險組合은 組合의 被保險者數에 따라 그 組織이 相異하고 定員도 被保險者數에 따라 決定된다. 즉, <表 3>에서 보는 바와 같이 被保險者數를 10等級으로 區分하여 職制와 定員을 策定하고 있는데, 組合의 被保險者數가 10,000名 이상일 경우에 組合에 課를 設置할 수 있으며, 20,000名 이상이면 總務課, 業務課, 徵收課 등 3個課를 두도록 하고 있다. 組合職員은 被保險者가 1,000名 미만인 組合에 대해서는 2~3名, 10,000~20,000名の 組合은 10~15名, 100,000名 이상인 組合은 46名을

9) 醫療保險管理公團, 『決算報告書』, 各年度 參照.

10) 醫療保險法 第19條 參照.

11) 醫療保險法 第20條 參照.

12) 醫療保險法施行令 第13條의 2 參照.

基準으로 被保險者가 3,000名이 증가할 때마다 1人을 增員할 수 있도록 하고 있다. 그러나 組合定員은 被保險者數에 의해서만 결정되는 것이 아니고 組合을 構成하는 事業場數가 101個 이상일 경우에도 每 100個 事業場當 1人을 增員할 수 있고, 被保險者數가 20,000名 이상일 경우에도 事務員을 增員할 수 있도록 하여¹³⁾ 組合의 職員數는 被保險者, 事業場數, 被扶養者數에 따라 調整할 수 있다.

6. 醫療保險 諮問機構

醫療保險에 관한 重要事項을 審議하고 保健社會部長官의 諮問에 응하기 위해 保健社會部內에 醫療保險審議委員會와 醫療保險運營協議會를 設立하도록 法的으로 規定되어 있는데

前者는 被傭者 및 地域醫療保險에 대하여 後者는 公務員 및 私立學校敎職員醫療保險에 關하여 審議·諮問하게 되어 있다.

醫療保險審議委員會는 保健社會部次官이 委員長이 되고, 勞·使 및 醫藥界代表 各 4名과 公益代表委員 5名¹⁴⁾ 등 總 17名으로 構成되며 醫療保險制度, 保險給與, 保險料 등에 관한 事項과 保健社會部長官이 賦與하는 事項을 審議諮問하는 機能이 있다. 그리고 醫療保險運營協議會는 保健社會部次官을 委員長으로하고 社會保險局長을 副委員長으로 하며 經濟企劃院·內務部·財務部·總務處의 2~3級公務員 各 1名, 學校經營者代表 1名 및 醫藥界代表 3名 등 總 11名으로 構成된다¹⁵⁾. 이 醫療保險運營協議會에서는 保險料率, 公團의 事業運用計劃, 公團의 豫算·決算에 관한 事項 및 醫療

〈表 3〉 組合規模別 職制 및 定員基準表

等級	被保險者數	職制	定員		備考
			下限	上限	
1	1,000名 미만	} 事務員	2	3	—
2	1,000~3,000		2	4	
3	3,000~5,000	} 總務擔當·業務擔當	3	6	} 被保險者 1,000名 增加에 1人增員
4	5,000~10,000		6	10	
5	10,000~20,000	} 總務擔當·給與擔當·徵收擔當	10	15	} 被保險者 1,500名 增加에 1人增員
6	20,000~30,000		15	20	
7	30,000~50,000	} 總務課·業務課	20	28	} 被保險者 2,000名 增加에 1人增員
8	50,000~70,000		28	36	
9	70,000~100,000	} 總務課·業務課·徵收課	36	46	} 被保險者 2,500名 增加에 1人增員
10	100,000名 이상		46	—	

註: 1) 定員數에는 令 第26條 第2項 또는 第3項의 規定에 의한 代表理事를 두는 組合의 경우에는 代表理事를 포함한다.

2) 組合을 構成하는 事業場數가 101個 이상일 경우에는 每 100個 事業場當 1人을 增員할 수 있다.

3) 被扶養者數가 20,000名 이상일 경우 40,000名까지는 1人, 60,000名까지 2人의 事務員을 增員할 수 있으며, 60,000名 이상은 每 30,000名當 1人씩 增員할 수 있다.

資料: 保健社會部, 「醫療保險組合運營準則」, 1982. 1. 20(保社部例規 第436號).

13) 被扶養者數가 20,000名 이상일 경우 40,000名까지는 1人, 60,000名까지는 2人의 事務員을 增員할 수 있으며, 60,000名 이상은 每 30,000名當 1人씩 增員할 수 있다.

14) 公益代表 5名에 委員長인 保健社會部次官이 포함됨(醫療保險法 第4條 第2項 및 施行令 第54條 참조).

15) 公務員 및 私立學校敎職員 醫療保險法 第4條 第2項 및 施行令 第46條 참조.

보험에 관한 重要事項을 審議하도록 되어 있다. 그러나 이들 審議·諮問機構는 그 機能을 充分히 活用하지 못하고 있으며 두 機構가 擔當하고 있는 業務內容이 유사하기 때문에 兩 機構는 加급적 統合하여 醫療保險에 관한 全般的인 重要事項을 審議·諮問할 수 있는 機構로 活性化시키는 것이 바람직하다.

Ⅲ. 現行制度의 問題點

1. 組合自律主義의 限界性

우리나라 醫療保險의 管理運營主體는 事業場을 中心으로 한 民間主導의 組合을 保險者로 하여 公의性格의 醫療保險을 運營케 하고 國家는 監督機能만을 수행하는 組合自律主義 運營方式을 採擇하고 있다. 이는 西獨·프랑스·日本 등과 유사한 制度라고 할 수 있다. 組合自律主義는 그 성격상 어느 정도 醫療의 私有化가 認定되고, 合理的인 醫療傳達體系의 確立이나 醫療酬價適正화를 위한 公權力의 간여가 요구된다. 그러나 保險財政에 대한 責任은 어디까지나 受惠對象者 自身에 있다는 것이 國家 및 公社管掌方式과 다른 點이라고 할 수 있다.

우리나라에서는 國家財政保護의 必要性을 감안하여 이와 같은 組合自律主義가 制度導入 初에 採擇되었으며, 이것이 연장되어 示範中인 地域醫療保險에까지 擴大하기에 이르렀다. 組合主義는 원래 勞·使共同 혹은 被保險者單獨負擔의 財源調達方法으로 國庫負擔을 排除하고, 自律的 自治運營 體制構築으로 相互協

助 및 相互監視에 의해 保險財政을 節約할 수 있고, 自治的 管理로 官僚化 및 劃一性을 止揚하여 事業場 또는 地域特性에 보다 적합한 運營을 期待할 수 있을 뿐만 아니라, 勞使協力과 事業場의 共同體意識을 涵養할 수 있다는 長點이 있다. 즉, 自發的 參與의 原則, 自主自治의 原則, 相互協助·啓蒙·監視의 原則 및 組織과 受惠對象者의 距離感短縮의 原則에 입각하여 制度가 樹立되어야 제 機能을 발휘할 수 있다. 그러나 우리나라에서는 이러한 組合主義의 長點이 充分히 발휘되고 있지 못해 醫療保險制度運營에 여러가지 問題點을 露呈시키고 있는 실정이다.

醫療保險組合은 保險者로서 組合의 組織·人事·報酬 및 會計 등에 관한 運營規程을 정하고, 組合定款에 運營委員會, 保險給與, 保險料, 任職員에 관한 事項 및 財産管理에 관한 事項 등을 記載토록 하여 組合의 自律的 運營을 前提로 하고 있다. 그러나 現行制度下에서는 이들의 運營規程은 保健社會部例規로 정한 醫療保險組合運營準則에 依據하여 作成되어야 하고, 組合定款도 保健社會部長官의 承認을 받아야 할 뿐만 아니라 組合定款의 變更命令까지도 保健社會部長官의 權限으로 되어 모든 組合運營은 保健社會部の 監督을 받도록 되어 있다(表 1 참조).

더우기 保險財政의 保護라는 側面에서 보면, 被傭者保險의 경우 保險料率과 附加給與內容만을 一定範圍內에서 組合의 自律的 意思에 맡기고 있으나 保險給與費나 本人一部負擔金의 組合間差異는 인정치 않고 있어 保險財政에 미치는 支出要因에 對處할 수 있는 組合의 自律性은 排除되어 保險財政의 安定化機能이 없다. 특히 地域保險의 경우는 被傭者保險

組合보다 더욱 制約되어 被保險者加入에서 保險料策定, 保險給與에 이르기까지 國家統制下에 一括으로 실시됨으로써 獨自인 財政安定機能이 없을 뿐만 아니라 地域住民의 保險料 單獨負擔能力이 未洽하여 醫療保險財源調達에 問題가 있으나 制度的인 救濟方案이 없고 硬直性和 劃一性으로 組合은 保健社會部の 傘下機構로서의 役割만을 수행하고 있다고 볼 수 있다.

醫療保險制度施行 草創期에는 事業場의 特性을 考慮하여 事業場單位의 組合設立을 原則으로 하여 1977년에는 組合이 平均 3.5個事業場으로 構成되었으나 점차 事業場範圍(當然適用)의 擴大로 1980년에는 組合當 13個事業場으로 증대하였다. 또한 1981년에는 大幅的인 組合의 統廢합으로 組合當 平均 67個事業場이

수용됨으로써 事業場特性에 따른 組合自律原則이 崩壞되고 있다. 더우기 保險財政의 健實을 기한다는 組合이 1980년에는 總組合의 22.7%가 保險料收入보다 保險給與支出이 많아 財政赤字를 示顯해 法定準備金을 代替使用하게 되었다¹⁶⁾. 1981년에는 組合財政의 健實化를 위해 組合을 大幅的으로 統·廢合하였으나 184個 組合中 13個 組合인 7.1%가 保險料收入보다 保險給與費가 超過支出되었고(表 4 참조), 組合이나 事業場 特性을 고려치 않은 統·廢合으로 組合의 自律性만 더욱 排除되는 결과를 초래하였다.

더구나 우리나라 醫療保險組合은 保健社會部の 強力한 統制에 의한 自律性의 限界뿐 아니라 保險者團體인 醫療保險組合聯合會의 機能이 肥大해 짐으로써 保險者로서의 組合役割

〈表 4〉 組合規模別 保險料收入對比 保險給與支出에 따른 組合分布(1981)

被保險者數 ¹⁾	50% 미만	50~60%	60~70%	70~80%	80~90%	90~100%	100% 이상	計	給與/保險料平均(%)
3千名 미만	1 (14.3)	2 (28.6)	—	1 (14.3)	—	1 (14.3)	2 (28.6)	7 (100.0)	75.7
3 ~ 5	—	3 (9.4)	5 (15.6)	10 (31.3)	7 (21.8)	4 (12.5)	3 (9.4)	32 (100.0)	79.6
5 ~ 10	4 (6.5)	6 (9.7)	4 (6.5)	26 (41.9)	10 (16.1)	5 (8.1)	7 (11.3)	62 (100.0)	78.7
10 ~ 20	—	5 (11.1)	13 (28.9)	17 (37.8)	8 (17.8)	1 (2.2)	1 (2.2)	45 (100.0)	74.7
20 ~ 30	—	2 (8.7)	7 (30.4)	10 (43.5)	4 (17.4)	—	—	23 (100.0)	73.5
30 ~ 40	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	—	—	6 (100.0)	65.1
40 ~ 50	—	—	3 (42.8)	2 (28.6)	1 (14.3)	1 (14.3)	—	7 (100.0)	74.1
50千名 이상	—	—	2 (100.0)	—	—	—	—	2 (100.0)	66.9
計	6 (3.3)	19 (10.3)	36 (19.6)	67 (36.4)	31 (16.8)	12 (6.5)	13 (7.1)	184 (100.0)	74.0

註: 1) 年平均 被保險者數 基準임.

資料: 醫療保險組合聯合會, 『1981年度 醫療保險組合決算現況』, 1982. 6을 根據로 分析한 것임.

16) 1980年 全組合의 保險料收入對比 保險給與費支出比率이 平均 84.2%이며, 이 比率이 100%를 超過하는 組合이 22.7% 90%~100%가 18.0%를 차지하고 있다(全國醫療保險協議會, 『1980年度 醫療保險組合決算現況』, 1981. 7을 근거로 算出하였음).

은 더욱 감소되고 있다. 즉,組合의機能인 診療費審査·支給業務, 醫療施設 및 福祉施設의 設置運營을 醫療保險組合聯合會에서 統括하게 함으로써 組合自體의 業務는 더욱 簡素化되어 保險者의 役割은 喪失되고 있는 실정이다.

2. 危險分散機能의 微弱

醫療保險制度가 民間保險이 아닌 社會保險의 性격을 띄고 있는 한 危險分散機能뿐 아니라 所得再分配效果도 살릴 수 있어야 한다. 그런데 組合主義에 立脚한 被傭者醫療保險은 公·敎醫療保險과는 달리 所得階層에 따른 所得逆分配現象이 부분적으로 나타나고 있어, 社會保險의 所得再分配效果를 제대로 發揮하지 못하고 있는 실정이다¹⁷⁾.

한편 被傭者醫療保險組合은 그동안 事業場單位組合에서 地區共同組合으로의 統廢합의 結果로 組合이 大型化함에 따라 1981年 현재 組合當 平均 14,251名의 被保險者를 포함하게

됨으로써 危險分散의 效果는 어느 정도 있다고 볼 수 있으나 아직도 被保險者數가 3,000名 미만인 組合이 全體組合의 4.9%를 차지하고 5,000名 미만 組合이 19.1%를 차지하여 이들 組合의 危險分散機能은 未洽하다. 즉, <表 4>에서와 같이 被保險者數가 많은 組合일수록 保險料收入에 대한 保險給與費支出比率이 낮고, 財政赤字組合이 없으나, 20,000名 미만 組合은 保險料收入에 대한 保險給與費比率이 平均值인 74%를 上廻하고 財政赤字組合이 나타나고 있다. 그리고 受惠對象者 1人當 運營費도 組合의 規模가 작을수록 많아져 保險財政의 脆弱性을 보이고 있다(表 5 참조).

危險分散은 確率의 原理를 保險에 활용하는 것으로서 保險集團이 一定規模에 달하면 財政收支가 一致하게 되며, 그 限界를 超過하는 경우에는 管理運營上의 效率이 低下되어 保險財政의 浪費要因을 招來할 수 있다. 즉, 組合은 規模의 經濟에 立脚하여 組織되어져야 한다. 日本의 경우에는 危險分散 및 管理의 適正規模를 12,000~15,000名 정도로 보고 있으

<表 5> 組合規模別 運營指標(1981)

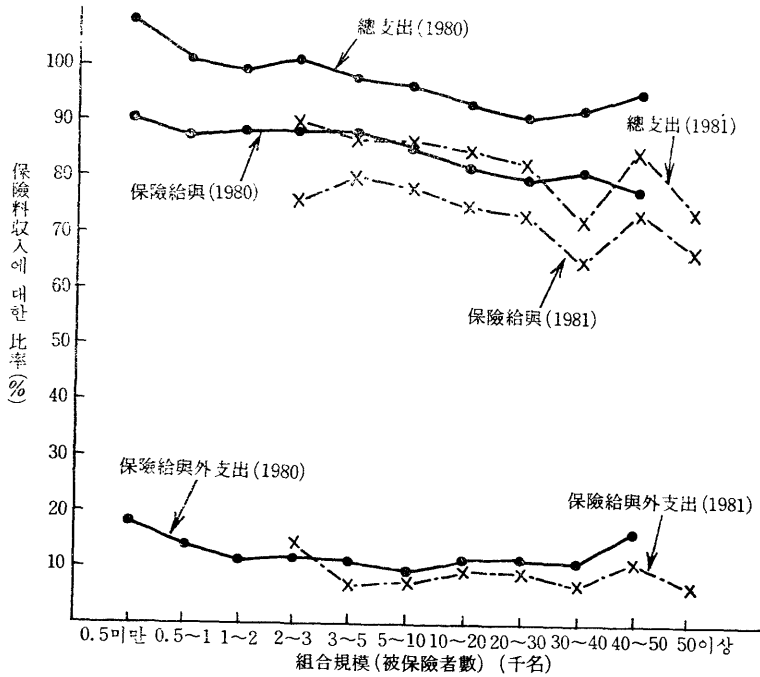
被保險者數	受惠對象者 1人當 保險料 (원)	受惠對象者 1人當 保險給與 (원)	保險料 占有率 (%)	保險給與 占有率 (%)	保險給與 / 保險料 (%)	保險給與 外支出 / 保險料 (%)	受惠對象者 1人當 純粹運營費 (원)	扶養率	受診率
3千名 미만	20,119	15,226	0.50	0.51	75.7	14.2	2,298	1.65	1.75
3 ~ 5	22,557	17,952	4.68	5.03	79.6	7.4	1,472	1.77	2.47
5 ~ 10	24,386	19,193	18.69	19.87	78.7	7.9	1,213	1.90	2.32
10 ~ 20	22,569	16,849	28.11	28.34	74.7	9.8	1,467	1.88	2.04
20 ~ 30	24,585	18,077	21.69	21.54	73.5	9.4	1,583	1.52	2.05
30 ~ 40	23,432	15,264	8.76	7.70	65.1	7.5	1,144	1.85	1.85
40 ~ 50	24,677	18,290	11.60	11.61	74.1	10.8	1,339	1.41	2.17
50千名 이상	26,197	17,533	5.96	5.39	66.9	7.1	1,052	1.83	1.94
計(平均)	23,819	17,638	100.00	100.00	74.0	9.0	1,385	1.73	2.11

註: 年平均値에 의한 被保險者와 被扶養者로 計算한 것임.

資料: 醫療保險組合聯合會, 『1981年度 醫療保險組合決算現況』, 1982. 6을 根據로 分析한 것임.

17) 延河清外 共著, 『醫療保險의 政策課題와 發展方向』, 韓國開發研究院, 1983. 3. 2, pp. 92~122.

[圖 2] 組合規模別 保險料收入에 대한 支出比率(1980, 1981)



며, 우리나라는 3,500명 정도로 推定하고 있다¹⁸⁾. 그러나 1980年度와 1981年度의 組合財政을 이용하여 [圖 2]의 保險料收入에 대한 支出比率을 分析한 결과 3,000~4,000名の 被保險者로 구성된 組合이 제일 좋은 狀態를 보이고 있어 이 規模의 組合이 適正한 것으로 볼 수 있다. 따라서 지금까지 組合의 統廢合은 規模의 經濟分析에 立脚한 것이 아닐 뿐 아니라 오히려 事業場의 特性도 제대로 살리지 못 해 組合의 特性만 喪失하게 되어 組合의 機能 을 제대로 발휘할 수 없게 되어 있다. 그런데 組合主義下에서 危險分散에만 重點을 두면 組合主義의 最大長點인 自律性이 排除되기 쉽기 때문에 組合의 自律性을 保障할 수 있으면서

도 保險制度를 效率的으로 管理할 수 있는 限度內에서 危險分散機能이 擴大될 수 있도록 하여야 할 것이다.

3. 管理運營費의 增大

醫療保險組合은 事業場單位 혹은 地域單位로 結成하여 醫療保險業務를 管理運營하게 됨으로 組合數에 따라서 施設投資나 人件費支出이 過多해질 수 있다. 組合主義는 自主自治의 運營原理로 保險財政을 節約할 수 있다는 長點이 있으나 保險給與費 이외의 運營費支出은 오히려 增大하기 마련이다. 各組合의 立場에서 보면 法定給與費 및 附加給與費를 除外한 組合人件費, 經常事務費, 資産取得費 등 뿐만 아니라 醫療保險組合聯合會에 納付하는 會費¹⁹⁾ 그리고 醫療保險組合聯合會에 支給하는 診療費審査手數料²⁰⁾도 運營費支出로 看做될 수 있

18) 全國醫療保險協議會, 『全醫保事業報告書』, 1980, pp. 70, 162.

19) 各組合에서는 이를 運營費에 포함시키지 않고 組合의 雜支出項에 포함시키고 있음.

20) 醫療保險統計에서는 保險給與費에 포함시키고 있음.

다. 즉, 醫療保險管理公團에서는 會費가 없고 審査費用도 自體運營費에서 支出하기 때문에 당연히 保險給與費이외의 支出은 運營費로 取扱되어져야 한다. 이를 감안하여 組合主義를 採擇하고 있는 被傭者醫療保險과 政府管理方式의 公教醫療保險의 運營指標를 比較해 보면 <表 6>과 같다.

被保險者 1人當 年間運營費는 1981年の 경우 被傭者醫療保險組合이 5,802원인 데 비해 管理公團은 5,836원으로 後者가 前者의 1.01 倍정도 많이 支出하였으나 被扶養者를 포함한 受惠對象者 1人當 運營費는 被傭者保險이 2,126원, 管理公團이 1,508원으로 後者가 前者의 71%에 該當된다. 그리고 總支出에 대한 運營費比率은 10.7% 및 7.4%, 保險料收入에 대한 運營費比率은 8.9% 및 6.4%로서 被傭者組合의 運營費가 管理公團의 運營費보다 상

대적으로 많이 支出된다는 것을 알 수 있다. 運營費支出중 人件費가 차지하는 比率은 58.3% 및 52.1%로서 後者가 前者보다 낮다. 이것은 職員 1人當 被保險者數가 1.194名, 1.580 名인 점을 고려하면 理解될 수 있다. 지금까지의 分析結果에 의하면 被傭者組合이 管理公團보다 職員數가 상대적으로 많고, 運營費支出도 높게 나타나고 있음이 분명하다.

반면에 被傭者保險의 경우 保險料收入에 대한 保險給與費支出比率은 74.2%인 데 비해 管理公團은 79.6%로서 前者가 보다 적게 支出하고 있으나 이는 受診率이나 扶養率이 높은 데서 起因하고 있다. 그러나 管理公團의 경우 扶養率이 被傭者保險보다 1.72倍 높은 반면에 保險料率을 1.62倍 높게 策定하여 비교적 衡平을 維持하고 있으므로 保險財政에는 큰 영향을 미치지 않는 것으로 볼 수 있다.

<表 6> 被傭者醫療保險과 公教醫療保險의 運營指標比較(1980~81)

	1 9 8 0			1 9 8 1		
	被傭者保險 (A)	公教保險 (B)	B/A	被傭者保險 (A)	公教保險 (B)	B/A
平均保險料率(%)	3.09	5.07 ²⁾	1.64	3.13	5.07 ²⁾	1.62
扶 養 率	1.68	3.02	1.80	1.76	3.03	1.72
受 診 率	1.95	1.91	0.98	2.11	2.21	1.05
職員當被保險者(名)	953	1,601	1.68	1,194	1,580	1.32
件當受診日數	2.71	2.87	1.06	3.38	3.48	1.03
被保險者當運營費 ¹⁾ (원)	4,965	4,040	0.81	5,802	5,836	1.01
受惠對象者當運營費(원)	1,854	1,042	0.56	2,126	1,508	0.71
運營費/總支出(%)	10.3	6.2	0.60	10.7	7.4	0.69
運營費/保險料(%)	9.9	5.7	0.58	8.9	6.4	0.72
運營費/給與費(%)	11.5	6.6	0.57	12.0	7.9	0.66
人件費/運營費(%)	62.3	62.5	1.00	8.3	52.1	0.89
給與費/保險料(%)	85.6	86.9	1.02	74.2	79.6	1.07
國庫補助/總收入(%)	1.03	1.41	1.37	0.61	0.88	1.44
國庫補助/運營費(%)	12.4	25.3	2.04	6.6	14.4	2.18

註: 1) 本表의 運營費에는 組合運營費, 資產取得費, 雜支出 및 審査手數料 등을 포함하였음.

2) 公教保險의 保險料率은 俸給과 賞與金에 대해 3.8%이므로 俸給만을 基準으로 計算하면 5.07%가 됨(賞與金이 400%인 경우임).

資料: 醫療保險組合聯合會, 『1981年度 醫療保險組合決算現況』, 1982. 6.
全國醫療保險協議會, 『1980年度 醫療保險組合決算現況』, 1981. 5.
醫療保險管理公團, 『決算報告書』, 1980, 1981.

즉, 受診率이나 件當診療日數가 各制度間에 비슷하고 扶養率만큼 保險料率이 調整되면 保險給與費의 支出差異는 없게 되어 결과적으로 運營費支出만이 保險財政에 큰 영향을 미치게 된다.

日本의 경우 政府管掌健康保險과 組管掌健康保險을 比較해 보면 後者가 前者보다 많은 運營費를 支出하고 있는데 <表 7>에서와 같이 1979年 현재 被保險者當 年間運營費²¹⁾가 組管掌이 政府管掌健康保險보다 7.2배 가량

<表 8> 地域醫療保險의 運營現況(1981. 7~12)

	洪 川	沃 溝	軍 威	計
保險料徵收決定額(千圓)	272,408	253,618	138,686	664,712
保險料徵收額(千圓)	146,645	135,084	100,009	381,738
保險給與費(千圓)	192,975	201,211	137,661	531,847
管理運營費 ¹⁾ (千圓)	68,732	71,867	48,758	189,357
人件費(千圓)	40,060	38,064	28,274	106,398
受惠對象者當給與費(圓)	2,626	2,873	3,594	2,925
受惠對象者當運營費(圓)	935	1,026	1,273	1,042
運營費/保險料徵收額(%)	46.9	53.2	48.8	49.6
運營費/保險料徵收決定額(%)	25.2	28.3	35.2	28.5
人件費/運營費(%)	58.3	53.0	58.0	56.2
運營費/給與費(%)	35.6	35.7	35.4	35.6
保險料徵收手數料/運營費(%)	5.6	5.4	4.0	5.1
保險料徵收率(%)	53.8	53.3	72.1	57.4

註: 1) 管理運營費에는 人件費, 事務費, 保險料徵收手數料, 資產取得費 및 組設立費 등이 포함되어 있으며, 이는 모두 國庫補助金으로 充當됨. 즉, 國庫補助金과 管理運營費는 同一함.

資料: 保健社會部, 『2種醫療保險示範事業: 推進實績分析·評價 및 改善對策』, 1982, pp. 32~33.

<表 7> 日本의 組管掌健康保險과 政府管掌健康保險의 運營指標比較(1979)

	組管掌健康保險 (A)	政府管掌健康保險 (B)	A/B
平均標準報酬月額(千円)	199.9	158.3	1.26
扶 養 率	1.41	1.15	1.23
被保險者當運營費 ¹⁾ (円)	23,616	2,928	8.07
受惠對象者當運營費(円)	9,780	1,364	7.17
受惠對象者當事務費 ²⁾ (円)	2,044	1,035	1.97
受惠對象者當給與費(円)	65,342	83,082	0.77
運營費/給與費(%)	14.97	1.64	9.13
給與費/保險料(%)	88.1	119.1	0.74
國庫補助/保險料(%)	0.25	20.5	0.12
事務費/運營費(%)	20.9	75.9	0.28

註: 1) 本表의 運營費는 事務費, 保健施設費, 福祉施設費 및 其他支出로서 保險給與費以外的 支出은 모두 포함한 것임.

2) 事務費는 人件費와 經常事務費를 말함.

資料: 總理府 社會保障制度審議會 事務局(編), 『社會保障統計年報』, 1981, pp. 132~145.

21) 여기서 運營費는 事務費, 保健 및 福祉施設費, 其他支出을 포함한 것임.

높게 나타나고 있으며, 運營費중에서 人件費 및 經常費支出만을 포함한 純粹事務費도 組合管掌이 政府管掌의 2배가 된다. 그러나 保險料收入에 대한 保險給與費支出比率은 組合管掌이 88.1%인 데 비해 政府管掌健康保險은 119.1%를 나타내고 있어 國庫負擔의 比率이 높게 나타나고 있다.

결국 우리나라나 日本 모두에서 組合主義에 의한 運營은 政府管掌方式에 의한 運營에 비해 상대적으로 높은 運營費를 支出하고 있는 것이 분명하다.

地域單位の 地域醫療保險組合은 示範事業段階이긴 하나 被傭者保險보다도 높은 運營費가 支出되고 있다. <表 8>에서와 같이 保險料徵收額에 대한 運營費가 49.6%를 차지하고, 保險料徵收決定額에 대해선 28.5%를 支出하여 保險給與費支出의 1/3이상을 차지하고 있어 被傭者保險組合에 비해 運營費支出이 過多한 실정이다. 또한 運營費중에서 人件費가 차지하는 比率이 56.2%로서 被傭者保險의 58.3%와 비슷하여 運營費의 節減을 期待하기 어려운 실정이다. 더우기 運營費중에서 保險料를 징수하는데 따라 里長 및 婦女會長 등에 支給되는 徵收手數料가 5.1%를 차지하여 效率의 인 人力活用이 되지 못하고 있다.

4. 資格管理體系上の 問題

醫療保險事業에 있어 受惠對象者の 資格管理業務는 保險料徵收나 保險給與支出의 基礎가 되므로 保險者의 基本的인 機能인 동시에 保險財政의 安定維持에도 밀접한 관계가 있다. 현재 被傭者保險 및 地域保險對象者の 資格管理業務는 各組合에서 직접 취급하고 있으

며, 公務員·教職員·軍人家族·年金受給者 등의 資格管理業務는 醫療保險管理公團에서 담당하고 있다. 管理公團에서는 13個 支部를 통해서 「온라인」體系로 電算化하고 있어 資格의 不正取得(任意登載), 二重取得 등의 문제가 解消되고 있다.

그러나 被傭者保險의 경우에는 事業場의 使用者(單位組合) 또는 組合(共同組合)에서 被保險者의 資格을 管理하므로 비교적 용이하지만 地域保險의 資格管理業務는 自進納付體系가 未確立되고 多元化된 徵收業務로 인하여 많은 問題點을 內包하고 있다. 더우기 適用對象者の 移動이 빈번하고 死亡出生에 대한 申告體系가 未備한데다가 制度的인 뒷받침이 없기 때문에 地方自治團體(市·郡 및 邑·面·洞)의 消極的인 協調로 더욱 어려운 점이 많다.

우리나라 醫療保險은 制度 또는 組合의 種類마다 각각의 獨自的인 資格管理業務를 수행하고 있기 때문에 制度間 組合間 相互連繫가 없어 被保險者 및 被扶養者가 二重으로 登載될 가능성을 排除할 수 없으며, 특히 適用對象者把握의 어려움은 保險 및 保健統計의 作成을 어렵게 하는 要因이 되고 있다. 예로서 管理公團內에서는 被保險者 및 被扶養者의 住民登錄番號를 「온라인」體系化함으로써 管理公團內에서의 二重登載問題는 제거될 수 있으나 한 世帶內의 父子 혹은 夫婦가 公教保險이나 被傭者保險에 각각 被保險者로 登載될 가능성이 있다. 따라서 이 경우 모두가 醫療保險의 受惠對象者가 되므로 管理公團이나 組合의 財政에 영향을 미칠 수 있고 保險統計上的의 문제가 될 수 있다. 더우기 二重登載된 受惠對象者 個人이 慢性疾病患者로서 6個月 이상 診療

를 받게 될 경우 制度間的 審査機構가 달라 療養給與期間을 초과하여 保險給與惠澤을 받을 수도 있다. 이러한 문제는 地域保險에서도提起될 수 있다. 즉, 地域保險의 경우에는 世帶主의 申告에 의해서 資格을 管理하고 있어 비록 保險料를 追加負擔한다 할지라도 被傭者 保險 및 公教保險의 被保險者도 地域保險의 被保險者로 申告될 수 있다.

특히, 被傭者醫療保險과는 달리 地域醫療保險의 경우 資格管理는 保險財政에 더욱 크게 영향을 미칠 수 있다. 즉 住民登錄 轉出入時 地方行政當局과의 連繫未備로 인한 資格管理의 困難, 偽裝轉出入者의 索出困難 등은 地域醫療保險의 財政을 惡化시키는 또다른 요인이 되고 있다.

5. 資金管理體系的 問題

醫療保險財政은 保險料, 國庫補助 그리고 其他收入 등으로 財源이 調達되는데 그 가운데 保險料가 保險財政의 根幹이 되고 있기 때문에 保險徵收體系의 確立與否는 制度運營의 成敗를 좌우한다.

現行 醫療保險制度에서의 保險料徵收方法과 體系는 適用對象에 따라 相違한데, 事業場被保險者의 경우 使用者가 月報酬支給時 保險料를 源泉徵收하여 使用者負擔분과 함께 保險組合에 納付한다. 그러나 地域保險의 경우는 世帶主 또는 被保險者가 自進納付하는 것을 原

則으로 하고 있다. 그리고 公教醫療保險에서는 各地區의 醫療保險取扱機關長이 源泉徵收하는데 俸給支拂後 5日 이내에 指定된 金融機關으로 納付하고 政府負擔分은 所管部處의 會計別로 分期마다 概算拂로 納付한다.

이상과 같이 被傭者保險과 公教保險의 保險料徵收體系는 使用者 또는 機關長²²⁾에게 保險料徵收責任을 賦與하고 있고 定期的으로 俸給 또는 賃金이 支拂되므로 保險料徵收體系나 方法上的 問題는 별로 없다. 그러나 示範地域保險의 경우 等級別로 頭當定額을 世帶主가 合算하여 自進納付하도록 하였으나 徵收率이 극히 低調하여 組合財政을 압박하고 組合의 운영까지도 어렵게 하여 徵收員, 邑·面公務員, 里·班長, 婦女會長 및 保健診療員(CHP: Community Health Practitioner)까지 動員하고 있으나 크게 改善되지 못하고 있는 실정이다. 이와 같은 徵收體系上的 問題는 特性이 다르고 社會經濟의 背景이 다른 地域에 勤勞事業場의 被傭者保險組合 結成方式과 흡사하게 組合을 組織함으로써 組合이 地域社會 被保險者를 統制할 수 있는 능력이 부족하고 地域住民의 醫療保險에 대한 認識程度가 낮은 데에 직접적인 原因이 있는 것으로 평가된다. 더우기 徵收體系의 多岐化, 地方自治團體의 徵收業務(保險組合에서 徵收手數料支給)는 費用의 過多支出²³⁾은 물론 現金管理의 問題點을 內包하고 있다.

한편 組合의 資金管理는 金融機關을 통하여 管理함을 原則으로 하는데, 每月의 保險給與費와 組合運營費를 除外하고는 定期預金으로 豫置토록 하고, 法定準備金의 경우는 定期預金, 國公債買入, 信託型收入證券買入 등을 할 수 있도록 되어 있다²⁴⁾. 즉, 醫療保險組合이

22) 當該公務員이 소속되어 있는 機關長으로 大統領令으로 命하는 자를 말함.

23) 地域醫療保險示範事業地域인 沃溝, 軍威, 洪川の 1981年 7月 1日~12月 31日의 6個月間의 運營費中에서 保險料徵收手數料로 支出된 金額은 5.1%에 해당된다(保健社會部, 『2種 醫療保險示範事業: 推進實績分析·評價 및 改善對策』, 1982. 3, p. 33).

24) 醫療保險組合運營準則 第128條 참조.

나 醫療保險管理公團의 準備金은 每會計年度의 決算剩餘金중 前3年間의 保險給與費用의 平均年額의 5%이상(5%이하일 경우는 全額)을 平均年額에 달할 때까지 積立하도록 制度化되어 保險給與缺損額을 充當하거나 組合의 現金支出에 不足이 생긴 때 이외에는 代替使用하지 못하도록 되어 있다²⁵⁾. 그리고 組合의 決算剩餘金중에서 法定準備金外에는 다음 年度豫算에 移越하여 收入에 計上하고 있다. 그런데 法定準備金은 使用상의 制約뿐 아니라 準備金を 事業場의 각 組合에서 保管·運營함으로써 적절히 活用하지 못하고 있는 실정이다.

이러한 保險料賦課, 徵收 및 準備金管理의 여러가지 節次상의 문제는 全國民 醫療保險으로 발전하는 데 제일 큰 難關이 될 수 있다. 따라서 地域保險의 保險料賦課, 徵收 및 準備金管理方法의 改善없이 地域保險을 擴大하기는 어려운 것으로 보인다.

6. 診療費審査支給上の 問題

現行 醫療保險法은 療養取扱機關으로부터 療養給與나 分娩給與에 대한 費用지급의 請求가

있으면 保險者가 審査支給하도록 되어 있다. 그러나 被傭者醫療保險의 경우 事業場組合이 많아서 行政節次가 복잡하고 醫療保險審査에는 專門性이 요구되어, 醫療保險組合聯合會에서 委託管理하도록 되어 있다. 따라서 個別組合은 診療費預託金を 醫療保險組合聯合會가 指定하는 金融機關에 預託하게 되는데 이 預託金은 各組合의 前3個月間의 平均診療費(審査決定額)의 120%를 每月末까지 납입하고 療養取扱機關의 診療費請求時 이로서 支給한다. 만약 審査期間이 지연되어 1個月이 經過될 경우에는 診療費의 80%까지를 先給金으로서 지급할 수 있다²⁶⁾. 그리고 診療費預託金を 納付할 때 審査手數料도 納入한다. 그러나 이러한 預託金制度는 醫療保險組合聯合會規程²⁷⁾으로만 明示되고 있을 뿐 法的인 뒷받침이 없으며 더욱이 各組合의 預託金利子收入은 聯合會收入計定으로 算入되고 있는 矛盾이 있다. 그러나 公教醫療保險의 경우는 管理公團自體가 하나의 保險者이기 때문에 직접 審査·支給業務를 擔當하므로 聯合會와는 달리 預託金制度나 療養機關에 대한 先給金制度가 없이²⁸⁾ 口座送金으로 一元化하고 있다. 그 외에도 分娩費 葬祭費 등의 附加給與는 組合이나 管理公團에 被保險者가 직접 請求하면 組合이나 公團支部에서 發付한 支給證明書を 根據로 指定金融機關에서 現金支給한다.

診療費審査過程은 管理公團이나 聯合會에 設置되어 있는 診療費審査委員會²⁹⁾에서 業務를 管掌하고 있는데 現制度에서는 兩機構의 業務를 適正化하기 위하여 共同審査委員會³⁰⁾를 構成하도록 하고 있다. 그러나 管理公團이나 聯合會는 團體設立의 法的 根據가 相違하고 組織編成도 별도로 운영되고 있어 實質的인

25) 醫療保險法施行令 第44條 및 第45條 참조. 만약 代替使用할 경우에는 當該會計年度중에 返還해야 한다.

26) 醫療保險法 施行規則 第21條와 公務員 및 私立學校教職員醫療保險法 施行規則 第28條에 診療費는 請求日로부터 1個月이내에 審査支給토록 規定하고 있다.

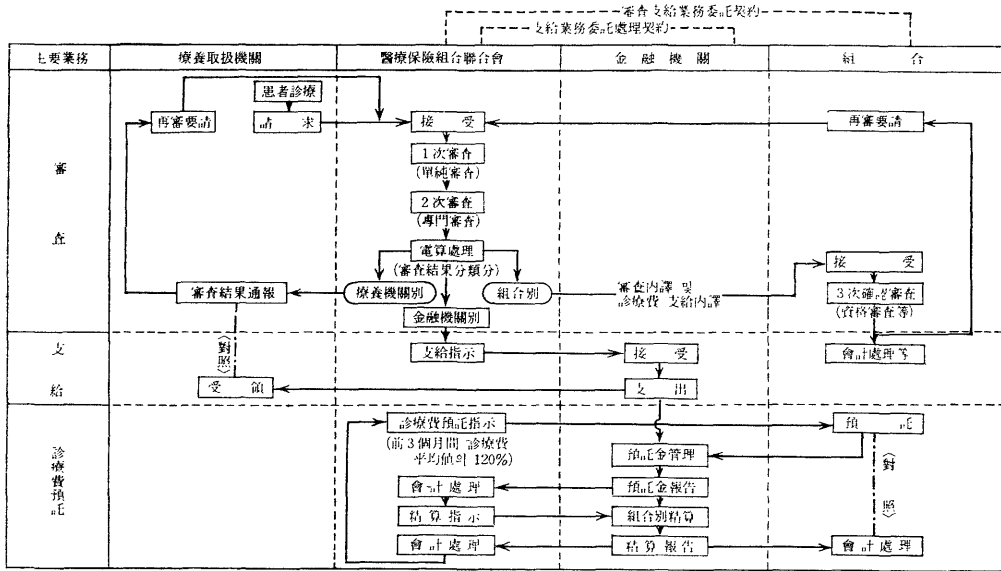
27) 醫療保險組合聯合會의 「診療費豫託 및 支給業務規程」 및 「診療費 審査手數料 徵收規程」 참조.

28) 1980年 7月 1日 이전에는 概算先給制度를 채택하였으나 이후 審査業務의 迅速化로 精算制度만 실시하고 있다.

29) 審査委員會는 委員長을 포함한 7人이내의 常勤審査委員과 定款에 따른 非常勤委員으로 構成되며 必要에 따라 分科委員會를 두어 診療費審査業務를 擔當케 함.

30) 醫療保險法 施行令 第32條의 12, 公務員 및 私立學校教職員 醫療保險法施行令 第22條 참조.

[圖 3] 醫療保險聯合會的 診料費審查支給業務 節次圖



審査·支給過程은 비슷하면서도 二元化體系로 되어 있다(圖 3 참조). 따라서 審査方法, 電算處理過程, 統計作成基準이 相異하고 療養取扱機關에서의 請求節次나 各種書式이 별도로 요구되고 있다.

Ⅳ. 管理運營體系的 代案

지금까지 醫療保險의 行政管理運營體系 現況과 問題點을 分析하였으나 이것은 어디까지나 현재까지의 施行過程에서 나타난 문제들로서 앞으로 地域保險의 擴大로 全國民醫療保險 體制가 이루어지면 더욱 많은 문제가 擡頭될 것으로 보인다. 특히, 現行 組合主義形態와 國家管掌形態로 二元化된 制度運營은 醫療保險 制度의 綜合的 計劃 및 管理에 蹉跌을 招來하고, 資格管理, 審査體系, 保健統計作成에

많은 問題를 提起하고 있으며, 人力 및 施設 投資의 重複으로 行政運營費의 浪費를 招來하게 되어 이를 해결할 수 있는 方案의 講究가 시급하다. 그리고 앞에서 나타난 組合主義의 問題를 어떻게 해결할 것인가 하는 점은 管理運營體系改善의 核心이 되기도 한다.

따라서 여기서는 醫療保險을 社會保險에 立脚하여 全國民醫療保險을 成就한다는 基本原理의 테두리속에서 醫療保險 管理運營體系의 可能性 있는 代案을 3가지로 區分하여 檢討해 보기로 한다. 즉 ① 現行制度의 問題點을 補完하여 계속 維持하는 方案 ② 醫療保險 制度間의 財政은 分離運營하되 機能과 業務를 統合하는 方案 ③ 모든 機能과 財政을 單一機構로 統合하는 方案 등이다.

[代案 1] 現行制度(組合主義)의 問題點을 補完하여 계속 維持하는 方案

우리나라의 既存 組合主義는 앞에서 言及한 바와 같이 여러가지 長點이 있을 수 있으나

현재로서는組合의自律性이 극히制限되어 있으며,危險分散 및 所得再分配效果가 微弱하고 間接費支出이 過多하다는 커다란 문제가 擡頭되고 있다. 그런데 政府財政支出을 最小化하면서 醫療保險制度를 擴大시킬 수 있으므로 政府財政이 微弱하고 國家安保 및 經濟開發部門投資소요가 큰 우리나라로서는 組合主義을 選好하게 된다.

현재 被傭者保險은 制度的인 矛盾이 있으나 短期間에 受惠對象을 擴大하였다는 側面에서 볼 때 어느 정도 定着되고 있으며, 保險을 管理運營하는 데 있어서 地域保險에 비하여는 큰 문제가 없다. 그러나 아직도 保險組合으로서의 特性과 保險者로서의 機能이 未洽하므로 이에 대한 改善策이 시급히 마련되어야 할 것이다. 또한 地域住民과 自營者 등을 대상으로 하는 地域保險은 資格管理 및 保險料徵收體系가 未備하고 保險을 管理·運營하기에는 保險組合의 力量이 부족한 실정이다. 따라서 現行의 組合主義로서 全國民醫療保險體制에 對處하려면 最小限 다음과 같은 課題가 해결된다는 條件으로 代案을 提示할 수 있다.

첫째, 保險財政을 安定化하기 위한 適正規模의 組合을 構成해야 하고 保險財政의 特性에 맞는 管理·運營權을 賦與해야 할 것이며 社會保險의 目的인 危險分散機能을 살릴 수 있도록 해야 할 것이다. 즉 組合의 構成을 多元化하더라도 組合特性을 살리고 規模의 經濟에 立脚한 組合의 構成이 補完되어야 할 것이다.

둘째, 保險組合의 自律性을 最大限 保障하여야 한다. 保健社會部나 地方行政當局의 組合에 대한 監督權을 最小化하고, 組合運營의 圓滑을 위한 指導業務, 組合運營에의 行政上

問題解決 등 補助的 役割에만 專念하도록 하여야 할 것이다.

셋째, 各種組合의 能力으로 해결하기 어려운 資格管理 및 保險料徵收業務는 國家(中央 및 地方行政當局)의 積極的인 協助가 필요하다. 이것은 우리나라 地域醫療保險組合에서 주로 나타나는 問題로서 組合自體의 人力과 施設만 가지고는 資格管理를 할 수 없고, 그 뿐만 아니라 行政當局의 協助體系가 構築되지 않으면 保險料徵收에 큰 어려움이 있게 마련이다. 따라서 保險制度運營에 成敗가 左右될 수 있는 資格管理 및 保險料徵收業務는 地方行政當局의 協助와 中央政府의 강력한 協助體制가 이루어지도록 制度化되어야 한다.

이와 같은 先行條件들이 改善된다 할지라도 組合主義로서는 여전히 다음과 같은 문제가 提起될 수 있는데, 첫째, 制度間의 資格管理 調整機能이 없어 資格의 二重登載, 不正資格取得 등의 문제가 提起된다. 둘째, 被傭者保險의 保險者團體인 聯合會와 公教保險의 保險者인 管理公團間에는 業務重複으로 資源浪費가 예견되고, 保險組合들의 運營費는 여전히 큰 比重을 차지할 것이다. 셋째, 비록 規模의 經濟에 立脚하여 組合을 調整한다 하여도 地域組合의 경우 危險分散機能을 살리기는 어려울 것이며, 넷째, 組合別로 準備金이나 基金을 운영함으로써 福祉事業 및 基金增殖事業의 效果가 未洽할 것이다. 다섯째, 民間團體인 保險組合을 위해 公權力을 가진 行政當局이 保險料徵收와 資格管理를 위해 어느 정도 協助할 수 있을지 의문이 제기될 수 있으며, 여섯째, 組合間, 制度間의 均衡的인 發展이 沮害될 수 있다. 더우기 資格管理 및 保險料徵收上의 문제뿐 아니라 우리나라 行政構造에

따른 隘路點이 擡頭될 수 있는데 日本과 같이 地方自治制度가 定着되어 있는 경우 各地域間의 保險料率의 差異, 保險給與水準의 差異 등을 地域住民이 合意할 수 있으나 우리나라와 같은 中央集權體制의 行政構造로서는 地域間의 受惠 및 保險料差異는 國民階層間의 違和感을 造成할 수 있고, 이에 따라 地域住民의 反撥이 예상될 수 있다. 결국 地域保險을 現行 示範事業과 같이 組合主義로 管理·運營하기 위해서는 根本的인 改善策이 마련되어야 할 것이다.

[代案 2] 醫療保險公社(假稱)의 設置

醫療保險組合聯合會와 管理公團의 2元構造는 指導·監督體系의 重複, 電算施設·福祉施設 등의 二重投資로 國家的 次元에서 볼 때 行政管理費增大, 一貫性 있는 國家醫療保險制度의 發展沮害, 審査體系의 二元化로 인한 人力 및 資源浪費와 療養取扱機關의 不便招來 등의 문제를 제기하고 있다. 특히 聯合會의 資格管理機能不在는 醫療保險의 基本體系確立을 어렵게 하는 要因이 되고 있다.

따라서 이들 兩機構 및 地域醫療保險行政管理의 役割과 機能을 再調整하고 制度運營에 必須的인 資格管理機能의 一元化를 위하여 새로운 統合管理機構를 設置하는 方案을 생각할 수 있다. 즉, 資格管理와 審査業務등을 새로운 統合機構에서 總括管理케 함으로써 效率的인 운영을 기할 수 있고 經費節減效果도 기대할 수 있을 것이며, 審査過程을 單純化할 수 있고 診療費審査業務를 效率化할 수 있을 것이다. 그러나 이 경우에는 被傭者保險, 地域

保險, 그리고 公敎醫療保險의 財政은 當분간 각각 分離·運營하되 各制度內에서는 統合한다는 것을 前提로 한다. 즉, 現行的 組合主義는 排除되고 醫療保險公社(假稱)와 그 傘下에 一線行政機構로서 地方事務所를 設置하여 현재의 各組合 및 管理公團支部業務를 擔當하도록 한다. 그러나 地域保險의 경우는 市·郡·區의 地方行政當局에 保險料徵收와 資格管理業務를 內務部를 통해 委任하도록 함으로써 強制徵收의 效率을 提高하게 하며, 統合機構에서는 制度的으로 保障되는 被傭者保險基金, 地域保險基金, 公敎保險基金 및 調整基金³¹⁾을 두어 保險財政을 分離하여 管理運用하도록 하는 方案을 提示할 수 있다.

이 代案의 長點은 資格管理, 徵收體系 및 審査體系의 效果를 極大化할 수 있을 뿐 아니라 危險分散機能도 어느 정도 살릴 수 있고, 各基金에서 保險財政을 管理하게 함으로써 效率的인 資金運營과 管理가 가능하게 될 것이다. 다만 地域醫療保險의 財政은 徵收率이 提高되고 制度運營이 正常化될 때까지는 地域保險基金內에서도 地域別로 財政을 分離運營하여야 될 것이다. 그리고 현재 146個 組合과 13個 管理公團支部를 적절히 調整하여 地方事務所를 設立함으로써 運營費의 節減效果가 期待된다. 또한 業務體系, 資格管理 등의 行政 統合으로 一貫性있는 保險統計蒐集이 가능하여 保健政策樹立에 크게 이바지 할 수 있다.

[代案 3] 全醫療保險制度의 1元化

醫療保險의 危險分散機能과 行政體系의 統合 및 能率의 極大化를 위해 被傭者醫療保險, 地域醫療保險 및 公敎醫療保險의 모든 業務뿐 아니라 保險財政을 統合하여 운영하는 方案이 摸索될 수 있다. 즉, 모든 業務를 統合된 行

31) 여기서 調整基金이란 被傭者保險基金, 地域保險基金, 公敎保險基金에서 保險料收入의 一定率을 釀出하여 하나의 基金을 만드는 것으로서 주로 醫療保險公社와 그 傘下機關의 運營費로 充當하게 되는 것이다.

政機構에서 管掌할 뿐만 아니라 各制度의 財政收入이나 保險給與支出業務도 單一基金에서 總括管掌하는 體系가 提案될 수 있다.

이 代案은 앞에서 提示한 [代案 2]의 統合機構와 制度的인 保障下에 別途로 運營되는 4個의 基金을 모두 統合機構에서 總括管掌하는 것을 意味한다. 이 경우 [代案 2]의 長點을 모두 갖게 되며, 危險分散機能은 [代案 2]보다 더욱 擴大되어 社會保險의 목적을 더욱 鼓吹할 수 있다는 長點이 있다. 또한 中央政府가 強力한 公權力을 발휘하여 全醫療保險을 管掌運營할 수 있게 된다.

그러나 財政을 統合하는 데는 現 우리나라 現狀上 많은 問題를 誘發할 素地가 있다. 첫째, 各制度間의 保險料率이 相異할 뿐 아니라 扶養率, 醫療利用率, 所得水準 등이 相異하여 各制度間에 利害가 相衝될 수 있다. 둘째, 현재 公教保險과 被傭者保險 그리고 地域保險의 受診率이나 所得水準의 差異는 오히려 所得의 逆分配現象을 招來할 수 있으며³²⁾, 셋째, 醫療資源이 不均衡하게 分布된 現狀下에서는 醫療利用機會가 많은 都市住民이 農村住民보다 높은 受惠를 받을 것이 豫想되어 農村住民에게서 都市住民에게로의 所得逆分配現象이 生길 가능성도 排除할 수 없다. 넷째, 모든 制度의 財政을 統合할 경우 中央政府의 財政依存도가 보다 커질 것이며 醫療保險의 財政赤字가 발생하였을 때 財政補填이 어렵게 될 것이 豫想된다.

끝으로 이 代案은 全醫療保險財政을 統合하

는 것이기 때문에 全國民醫療保險이 이루어진 경우 全적으로 國家責任下에서 運營됨으로 保險料는 稅金과 같은 형태를 갖게 되어, 社會保障稅 등과 같은 目的稅가 新設될 수 있다는 것을 意味한다. 이러한 目的稅의 新設은 우리나라 徵稅構造나 國民의 稅負擔能力, 國家財政 등을 고려할 때 現시점에서는 肯定的이라고 말하기 어렵다. 따라서 本代案은 理論적으로는 妥當성이 있을지 모르나 현실적으로는 많은 制約要因이 內包되어 있다.

V. 結論 및 建議

1. 結論

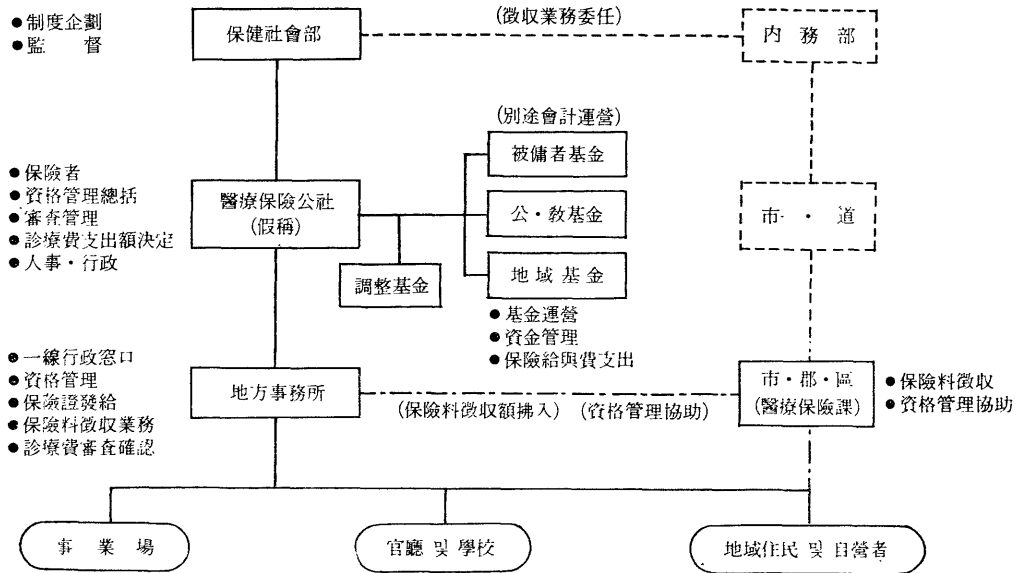
우리나라 醫療保險의 行政管理體系를 分析·檢討한 結果 현재와 같이 組合主義形態와 國家管掌形態의 二元構造로 運營될 경우³³⁾ 醫療保險의 綜合的 計劃과 保險制度의 行政管理를 어렵게 하고, 資格管理, 審査業務, 保險統計作成 등에도 많은 문제점을 提起하게 될 것이며 多數組合의 行政體系는 人力 및 施設投資의 重複으로 行政運營費의 浪費要因을 排除할 수 있다. 따라서 既存 組合主義의 運營方法 [代案 1]은 여기서 일단 排除하고 [代案 2]의 行政統合方案을 考慮의 對象으로 할 수 있다.

醫療保險管理機構를 統合하는 데는 그 運營主體나 方法上의 問題가 중요한 「이슈」로 등장하게 된다. 즉, 統合機構의 主體를 民間主導로 할 것인지, 또는 半官半民의 公社形態로 할 것인지 아니면, 國家管掌으로 할 것인지의 問題와, 統合方法으로 財政과 機能을 모두 統

32) 延河滄外 7名, 『醫療保險의 政策課題와 發展方向』 韓國開發研究院, 1983의 第4章 所得再分配效果 참조.

33) 現행 醫療保險制度에서는 被傭者醫療保險과 地域醫療保險에서는 서로 다른 組合主義를 採擇하고 있으며 各組合에서도 別途로 財政을 運營함으로써 실제로는 醫療保險制度가 多元化되어 있다고 말할 수 있다.

[圖 4] 醫療保險行政管理體系 및 組織(案)



합할 것인지, 아니면 機能만 統合할 것인지 등의 문제가 提起될 수 있다.

먼저 運營主體로서 民間機關이 擔當할 경우는 自律性は 保障된다 하더라도 社會保險으로서 特徵이 喪失될 우려가 있다. 國家가 직접 管掌할 경우 강력한 中央集權體制로 監督이 용이하고, 所得再分配 및 基金活用面에서 效率性を 높일 수 있으며, 非營利서비스의 追求로 最大限의 保險給與를 保障할 수 있고, 保險財政安定화를 위한 強力한 政策을 樹立할 수 있게 된다. 그러나 官僚組織의 肥大는 運營上의 伸縮性이 缺如되어 劃一的이고 非能率的인 制度로 흐르기 쉽고, 政府組織의 擴大로 財政負擔이 加重될 것이며 人事의 自律性制約, 財政運營의 硬直化 등의 短點이 豫想된다. 그리고 保險財政缺損時 政府의 財政支出이 필수적으로 마르게 되어 우리나라의 與件上 어려운 점이 많다. 한편 半官半民의 公社形態의 組織은 社會保險으로서 民間의 責任과 政府의

責任을 分擔할 수 있고 人事의 自律性, 財政安定化의 努力 등 業務의 效率性を 提高할 수 있어 統合機構는 公社形態組織으로 하는 것이 바람직하다고 判斷된다.

統合方法에 있어서는 財政까지도 統合할 경우 앞서서도 言及하였지만 우리나라 現與件上 所得再分配問題뿐 아니라 國家財政負擔의 문제까지 提起되어 현실적으로 이를 採擇하는 데는 많은 隘路點이 있다. 따라서 各制度의 財政은 分離運營하고 機能과 業務만을 統合하는 [代案 2]를 採擇하는 것이 바람직하다고 생각한다.

2. 建 議

統合機構로서 醫療保險公社(假稱)를 新設할 것을 建議한다. 이때의 管理運營體系는 [圖 2]와 같이 提案한다. 먼저 現醫療保險組合聯合會와 管理公團을 統合한 醫療保險公社(假稱)

가 被傭者保險, 公敎保險, 그리고 地域保險의 保險者役割을 擔當하여 受惠對象者의 資格管理를 總括하고, 審査指針의 開發, 審査統合調整 등 診療費審査業務를 擔當하게 한다. 그리고 醫療保險에 관한 研究·調査 및 弘報·出版業務와 人事·財務·會計業務 및 福祉事業 등을 總括케 한다.

醫療保險公社안에는 法的으로 保障되는 被傭者保險基金, 公敎保險基金, 地域保險基金³⁴⁾을 두고 여기에서 各制度의 保險財政을 별도로 管理하도록 한다. 各制度의 모든 保險財政收入은 이 基金에 流入시키고 醫療保險公社의 審査機能으로 診療費가 결정되면 各 基金에서 診療費를 分離支給하도록 한다. 즉, 醫療保險公社의 業務와 財政은 완전히 분리시켜 運營하되 醫療保險公社의 運營을 위해 各 基金에서는 保險料收入의 5~10%³⁵⁾를 醫療保險公社의 調整基金에 拂入하는 方案이 검토될 수 있다. 그리고 醫療保險公社에서는 이 資金과 政府支援金을 이용하여 運營하되 殘額은 醫療保險公社內의 調整基金에 積立하여 財政赤字를 補填하는 데 활용하도록 한다.

一線組織의 管理機構는 현재의 各被傭者保險組合과 管理公團의 市·道支部 그리고 地域組合을 적절히 調整하여 一線行政窓口로서 地方事務所를 設置하고 여기서 實際적인 모든 業務를 管掌하도록 한다. 즉, 모든 受惠對象

者의 資格管理, 被保險者證發給, 保險料徵收, 地域審査確認 등의 業務와 事業場 및 療養取扱機關의 保險業務를 指導한다. 특히, 地域保險에 관한 한 資格管理協助와 保險料徵收業務는 地方行政當局인 市·郡·區에 權限을 委任하는 制度的인 裝置를 마련해야 할 것이다³⁶⁾. 다시 말해서 市·郡·區는 地域住民의 保險料를 徵收만 하고 徵收된 保險料는 地方事務所를 통해 醫療保險公社의 地域保險基金에 積立되도록 하여 여기서 保險給與를 支出한다.

이상과 같은 代案은 全國民醫療保險時를 對備한 경우라고 말할 수 있는데 현재로서는 地域保險의 基盤이 약하여 實施하는데 隘路點이 많을 것이 豫想된다. 따라서 地域保險에 관한 한은 各地方事務所에 地域保險基金을 두고 地方事務所 業務領域內의 住民에 대해선 危險分散을 하면서 점차 醫療保險公社(假稱)에 移管하는 方案이 講究되어야 한다. 그리고 審査業務는 醫療保險公社(假稱)에서 점차 地方事務所로 移轉시키는 것이 長期的으로는 審査의 效率性提高를 위해 바람직할 것으로 보인다.

34) 地域保險은 地域別로 所得水準 및 保險料徵收率 등에 差異가 甚심하여 制度運營의 安定化를 이룩할 때까지 地域保險基金內에서 地域別로 細分하여 保險財政을 管理運營하도록 하여야 할 것이다.

35) 1981년에 被傭者醫療保險은 保險料收入의 8.9%가 運營費支出이며 公敎保險은 6.4%, 地域保險은 28.5%를 차지하고 있어 各制度가 공통적으로 5~10%를 納入하도록 提案할 수 있다.

26) 地域保險의 保險料徵收權限의 委任은 醫療保險公社의 建議에 따라 保健社會部와 內務部가 合意하고 地方自治團體行政當局에서 施行할 수 있어야 한다.

▷ 參 考 文 獻 ◁

- 醫療保險管理公團, 『決算報告書』, 各年度.
醫療保險組合聯合會, 『決算書』, 1981.
_____, 『1981年度 醫療保險組合決算現況』
1982.
全國醫療保險協議會, 『決算書』, 1978~80.
_____, 『1980年度 醫療保險組合決算現況』,
1982.
中央醫療保險組合聯合會, 『決算書』, 1981.
保健社會部, 「醫療保險組合運營準則」, 1982.
_____, 『種醫療保險示範事業: 推進實績分
析・評價 및 改善對策』, 1982.
延河清外, 『醫療保險의 政策課題와 發展方
向』, 韓國開發研究院, 1983.
醫療保險組合聯合會, 「診療費預託 및 支給業
務規程」.
_____, 「診療費審查手數料徵收規程」.
全國醫療保險協議會, 『全醫保事業報告書』,
1980.
日本 總理府 社會保障制度審議會 事務局(編),
『社會保障統計年報』, 1981.