

西獨 및 日本의 醫療保險制度가 주는 教訓

權 純 源
鮮 于 惠

本稿의 목적은 西獨·日本 兩國의 醫療保險制度를 비교·검토하여 그들의 경험에서 배울 수 있는 교훈을 토대로 우리나라의 실정에 적합한 정책방안을 제시하려는 데 있다. 일반적으로 西獨은 제도내용이 效率性보다는 衡平性에, 日本은 費用效果 측면에 치중함으로써 西獨에서는 의료비 증가로 費用抑制가, 日本에서는 급여의 衡平問題가 중심과제로 되어 있다. 이들 兩國의 경험을 토대로 韓國制度의 改善에 유용한 일련의 政策代案을 제시하면, 프로그램간 부담과 급여의 균등화를 추진하고, 政府의 補助金支援은 目標人口를 대상으로 규모를 최소화하여 비용효과적으로 실시해 나가야 할 것이다. 小單位組合의 지속적인 廣域化 추진과 조합운영에 자율적인 기능을 부여해 나가는 한편 地域保險 保險料賦課基準의 단순화 및 형평제고를 위해 資力調査를 조기에 실시할 것을 제안한다. 後送體系를 전국적으로 확대적용시켜 나가면서 고소득계층에 대하여는 강제적용보다 임의적용으로 전환하여 民間保險市場의 개발을 꾀하고, 소득 있는 피부양자를 선별하여 保險料를 賦課함으로써 保險財政의 안정을 도모하여야 할 것이다.

I. 序 論

우리나라가 公的醫療保險制度¹⁾를 시작한 지 올해로 만 10년이 되었다. 그간 세계적으

로 類例없는 빠른 속도로 適用人口를 늘려오면서 우리의 醫療保險制度는 국민들의 醫療利用이 크게 증가될 수 있도록 고취시켰으나 반면 效率과 衡平面에서 많은 문제를 제기하고 있다.

이러테면 醫療保險制度의 구체적 目標가 무엇인가? 이를 통하여 무엇을 追求하려고 하였으며 실제로 달성한 것은 어느 정도인가? 국민들이 원하는 방향으로 醫療保險制度가 설계 시행되고 있는가? 醫療保險制度에 투입되는 資源은 效果的으로 活用되고 있는가? 등에 대

筆者: 權純源-本院 研究委員
鮮于惠-本院 主任研究員

1) 社會保險의 형태를 지니는 醫療保險은 대부분의 국민을 強制加入시키는 특성이 있으므로 公的制度라고 불리는데 OECD의 定義를 보더라도 社會保險을 公共部門으로 간주하고 있음.

한 검토를 행함으로써 내년도에 달성될 계획으로 있는 國民皆保險을 앞두고 制度의 質의 改善을 추진해 나가야 할 것이라고 판단된다.

準備期間의 制約으로 日本의 醫療保險制度를 참고한 것은 이해할 수 있다고 하겠으나 계속 日本의 經驗이 우리 제도 속으로 뿌리를 내리고 있다는 인상을 강하게 주고 있기 때문에 日本制度의 特性을 알아 보고 또한 日本制度의 根源인 西獨의 醫療保險制度를 살펴보는 것은 매우 의의있는 일이라고 하겠다.

本稿의 주된 目的은 우리와 外形적으로 비슷한 接近方式을 보이고 있는 西獨·日本 兩國의 醫療保險制度를 검토함으로써 先進經驗에서 배울 수 있는 教訓을 추출하여 우리나라에 어울리는 정책방안을 제시하려는 데 있다. 이를 위하여 1인당 소득수준을 감안하는 比較分析을 행할 것인바 주로 우리나라의 醫療保險制度가 지니고 있는 政策課題를 中心으로 논의를 전개할 것이다²⁾.

우리나라의 醫療保險法을 보면 第1條 目的에서 "國民의 질병·부상·분만 또는 사망 등에 대하여 保險給與를 실시함으로써 國民保健을 향상시키고 社會保障의 증진을 도모"한다고 제시하고 있다. 따라서 우리는 社會保障制度의 테두리 안에서 의료보험을 再照明할 필요가 있다고 판단되며 이와 관련하여 社會保險方式으로 醫療保險의 體系化를 구축하고 있는 西獨과 日本制度의 長·短點을 올바르게 알게 될 경우 이는 韓國醫療保險制度의 體系的

발전에 크게 도움을 줄 것이다.

本稿에서는 먼저 Ⅱ章에서 韓國, 西獨 및 日本 醫療保險制度를 검토하기에 앞서 醫療保險의 理論的 基礎를 概說하고자 한다. Ⅲ章에서는 이들 3개국의 제도를 역사적 전개과정과 발전, 加入者의 범위와 保險料, 給與體系, 財源 調達方式 그리고 管理運營方式 및 組織의 각 측면에서 우리나라 제도의 문제점을 설명하고 先進兩國과의 比較分析을 통하여 우리가 배울 수 있는 教訓을 抽出할 것이다. Ⅳ章에서는 Ⅲ章에서의 分析을 토대로 주요정책과제에 대한 改善方案을 제안하게 될 것이며 Ⅴ章에서는 지금까지의 논의를 요약하고 結論을 맺을 것이다.

Ⅱ. 醫療保險의 理論的 基礎

현재 건강한 사람이 질병이나 事故라는 危險(risk)에 언제 어떻게 당면하게 될지 모르는 不確實性(uncertainty) 속에서, 당면할 경우 필요하게 되는 醫療費支出을 준비하는 선택의 과정을 概說해 보기로 한다³⁾.

소비자가 건강의 損失에 따른 위험에 대처하려고 할 경우 여러가지 방법을 생각할 수 있다. 우선 平소의 貯蓄을 통해서 적립한 돈으로 危險發生에 대비할 수 있을 것이다. 그러나 이 방법은 豫期치 못하는 큰 危險에 대한 준비방안으로는 충분치 못하기 때문에 통상 여러 사람이 共濟組合을 결성하여 대비하게 된다. 이 방안이 바로 近代의 醫療保險制度의 母體인데 西獨과 日本의 경우 相互扶助團體가 결성되어 醫療保險의 기능을 부분적으로 대신했었다.

2) 우리나라 醫療保險制度의 歷史가 짧을 뿐만 아니라 地域醫療保險은 금년부터 전국적으로 시작되었으므로 기초자료의 不足으로 計量分析이 어려운 실정에 있다는 점도 감안될 필요가 있을 것임.

3) 여기서는 健康과 관련되는 '危險과 不確實性 理論'에 대한 구체적인 설명이 아니고 다만 앞으로의 논의에 필요한 理論的 根據를 略述하고자 함.

醫療保險에 가입하는 것은 따라서 健康損失에 대비하는 한 方便이 된다. 이 경우 평소에 일정책의 保險료를 각출하는 대신 健康毀損이 주는 금전적 부담을 醫療保險으로부터 제공받는 給與로써 완화 또는 해소시키게 된다. 따라서 醫療保險은 危險을 싫어하는 사람에게 있어서 '알려진 現在로부터 不確實한 未來의 상태로 소득을 移轉' 시키는 수단이 되는 것이다. 消費者效用理論을 빌자면 危險을 좋아하지 않는 一般人들은 未來의 不確實한 상황에 그냥 직면하기보다는 매우 낮은 確率의 큰 금전적 부담과 아주 높은 確率의 無損失을 결합하여 대처하는 편을 선호한다. 그러므로 兩 경우가 주는 效用水準의 差異보다 少額의 金錢的費用(즉, 保險料)을 가볍게 생각한다면 일반인들은 醫療保險에 가입하려고 할 것이다.

다른 保險과 비교하여 醫療保險이 지니는 특징은 '건강상태를 保險 또는 保障'하는 것이 아니라는 점이다. 통상 保險者는 被保險者의 주어진 건강상태와 관련, 保險數理에 입각하여 一定額을 支給하기로 義務化하는 계약을 제공하게 된다. 이 方法이 現金으로 保險給與를 지급하는 賠償保險(indemnity insurance)인데 被保險者의 주어진 건강상태를 전제로 健康損失이 있을 경우 一定額을 지급한다. 또 다른 醫療保險形態로서 새로운 건강상태에서

발생하는 금전적 손실, 즉 건강의 회복 또는 치유에 따른 비용의 一定率이나 一定額을 保險給與로 지급하고 나머지 一部를 本人이 부담하는 本人一部負擔保險(coinsurance or copayment insurance)이 있다. 이 경우 保險料는 期待醫療費에 근거하여 保險數理的으로 부과되나 급여는 실제의 의료비를 토대로 一定率이나 一定額으로 지급된다.

이와 같은 理論的 根據가 뒷받침되어 현재 80개국 이상에서 醫療保險制度가 실시되고 있는데 주로 社會保險方式에 의한 本人一部負擔 保險制를 채택하고 있는 나라가 많으나 醫療保險의 구체적 형태는 국가별로 다르게 나타나고 있다⁴⁾. 그러므로 오늘날의 세계적 추세는 美國등을 예외로 할 경우 여러가지 醫療保險制度를 놓고 어느 한 制度를 선택하느냐 여부를 개인의 자유의사에 맡기지 않고 하나의 醫療保險制度에 強制加入을 규정하는 公營制가 일반적이라고 판단된다. 따라서 각국의 醫療保險制度는 社會保障의 觀點에서 평가되고 있으며 이 제도에서 제공되는 保健醫療서비스는 公共財 또는 勸獎財(merit goods)로 간주되고 있다. 그러나 西獨의 경우에서 보는 바와 같이 한 制度 안에 몇가지 다른 특색을 지닌 프로그램을 놓고 가입자가 선택할 수 있는 길을 일부 열어 놓고 있으며 또한 누구나 公的制度의 강제적응을 받도록 의무화되고 있지 않아 私的醫療保險市場의 문도 열려 있음을 알 수 있다⁵⁾.

그런데 保健醫療서비스는 다른 종류의 財貨와 달리 주요한 몇가지 經濟的 特色을 지니고 있다. 個人에게 있어서 질병이나 사고가 언제 어떻게 발생하는지 모르기 때문에 의료서비스 이용과 관련하여 예측을 할 수 없다는 점과 그

4) 美國의 경우 民間醫療保險이 중심을 이루고 있는 반면 歐洲諸國은 社會保險의인 公的醫療保險을 채택하고 있는바 그 중에서도 英國등은 國家管掌制를 실시하고 있음.
5) 西獨에서는 부유층에게 이와 같은 선택권을 부여하고 있는데(州 또는 地方) 政府의 補助金이 지급되는 公的醫療保險制度인만큼 국가가 低·中所得層을 보호하는 것은 바람직하나 高所得層에 대해서는 사회적으로 이들을 보호할 필요가 없기 때문이라는 분명한 원칙을 제시하고 있음.

와 같은 危險이 不規則하게 발생한다는 점이 먼저 손꼽힌다. 또한 개인의 타고난 건강상태가 다를 뿐만 아니라 시간에 따라 다르게 변화하며 질병에 걸리더라도 그 정도가 다르다는 個別性이 손꼽힌다. 그러나 가장 두드러진 특징은 바로 個人이 醫療서비스이용의 필요를 느꼈다 하더라도 언제, 어느 醫療供給者로부터 얼마만큼의 서비스를 구매해야 할지 전혀 無知한 상태에 있다는 점이다. 따라서 醫療市場은 醫療人力 특히 醫師가 의료서비스의 需要·供給 양면에서 주요한 의사결정을 거의 獨占하는 供給者主導市場인 것이다.

이와 같은 이유로 醫療部門은 市場의 기능이 제대로 作動하지 못하는 典型으로 간주되고 있으며 醫療部門의 확충에 따른 外部的 不經濟가 작용하고 있다고 알려져 있다. 이와 같은 의료시장의 특수성으로 말미암아 政府의 효과적인 介入이 요청되고 있으며 또한 公的 醫療保險制度의 출현을 재촉시킨 근거가 되기도 한다.

왜냐하면 여러 사람들을 묶어 多數의 人口集團을 대상으로 고려할 경우 질병의 發生 가능성이나 그 類型에서 어느 정도 규칙성을 보여주므로 不確實성을 상당히 줄이게 되어 전체적으로 醫療서비스에 대한 利用率을 짐작할 수 있게 한다. 따라서 여러 個人이 뭉쳐서 社會的 組織을 결성하여 共同으로 健康害損이 주는 諸危險에 대처하게 되었는데 이러한 共同努力의 現代的 機構가 바로 醫療保險制度인 것이다.

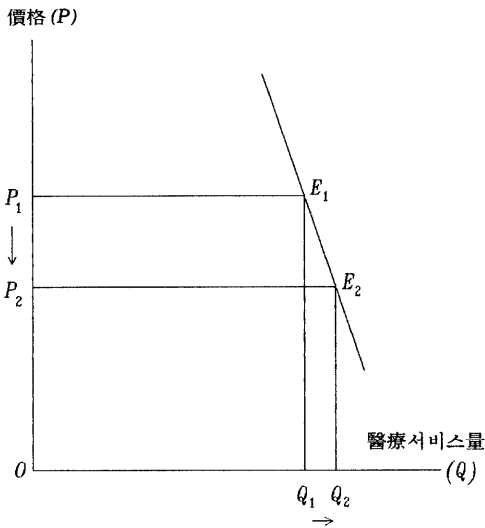
이와 같이 큰 人口集團을 대상으로 할 때 의료보험은 갑작스런 질병이나 사고발생시 상당한 비용을 부담해야 하는 위험을 분산시켜 불확실성을 감소시켜 준다. 더우기 醫療保險은

많은 수의 가입자가 一定額을 불입하여 共同基金을 모으고 위험을 당한 가입자에게 필요한 비용을 지급하도록 제도화함으로써 의료서비스에 대한 接近性を 올려 주는 데 기여하게 된다.

그런데 대부분의 醫療保險制度에서는 필요한 경우 의료서비스를 이용하는 당사자에게 醫療費를 어느 정도 分擔하도록 의무화하여 의료이용에 있어서 過用이나 濫用을 방지하고자 本人一部負擔制를 채택하고 있다. 그런데 本人一部負擔率이 낮으면 낮을수록 의료서비스 價格은 그만큼 낮아지게 된다. [圖 1]에서 이를 살펴보면, 우선 왼쪽그림에서 개별 醫療保險加入者의 경우 OP_1 의 의료서비스價格 중 P_1P_2 가 第三者支拂分이라면 의료보험가입후 酬價가 P_1 에서 P_2 로 감소하게 된다. 따라서 새로운 균형점은 종전의 E_1 에서 個別需要曲線 D 를 따라 右下向하여 E_2 로 옮겨가게 되는데 종전보다 Q_1Q_2 만큼 많은 의료서비스를 구매하게 된다. 오른쪽 그림에서 이를 醫療保險制度 전체적으로 보면 本人一部負擔率이 2/3이라고 할 경우 가입자들이 醫療保險이 없을 당시 3,000원을 내고 OQ_1 의 의료서비스를 이용하였으나 醫療保險이 실시되고 나서는 醫療를 이용할 때 醫療保險組合에서 비용의 1/3을 급여로 지급해 주게 되어 본인은 2,000원만 지불하면 된다. 따라서 균형점은 E_1 에서 D_1 곡선을 따라 역시 右下向하여 E_2 로 이동할 것이다. 이때 總醫療費用은 종전과 마찬가지로 3,000원이므로 전가입자를 놓고 보면 수요곡선이 D_1 에서 D_2 로 이동한 셈이 된다. 만일 本人一部負擔率이 50%로 낮추어졌다면 수요곡선은 右上方으로 다시 이동하게 될 것이다.

醫療保險은 保險料 납부액에 관계없이 醫療

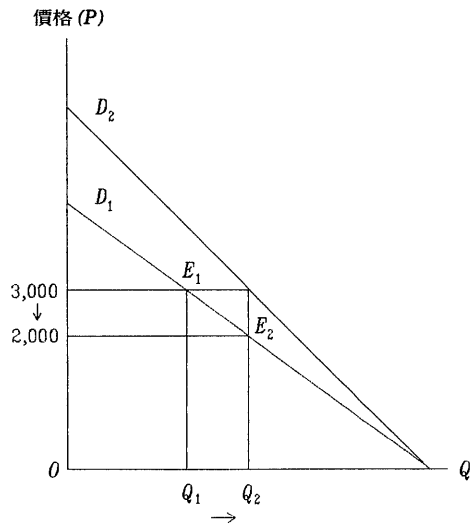
[圖 1] 本人一部負擔制度의 醫療需要에 미치는 效果



(個別需要曲線)

$P_1 - P_2$: 第 3者支拂

$0 - P_2$: 本人一部負擔



(保險擴大에 따른 全體效果)

1,000원 : 第 3者支拂

2,000원 : 本人一部負擔

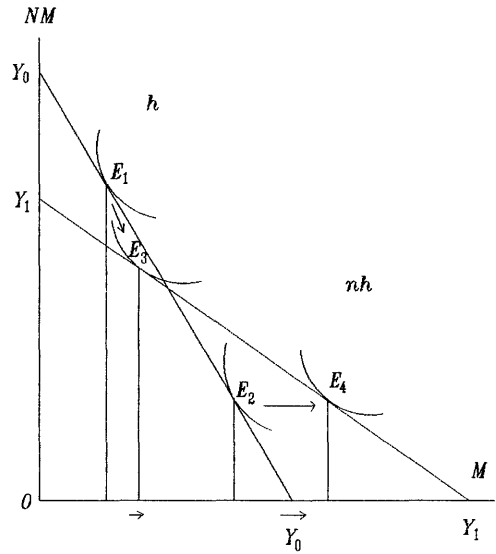
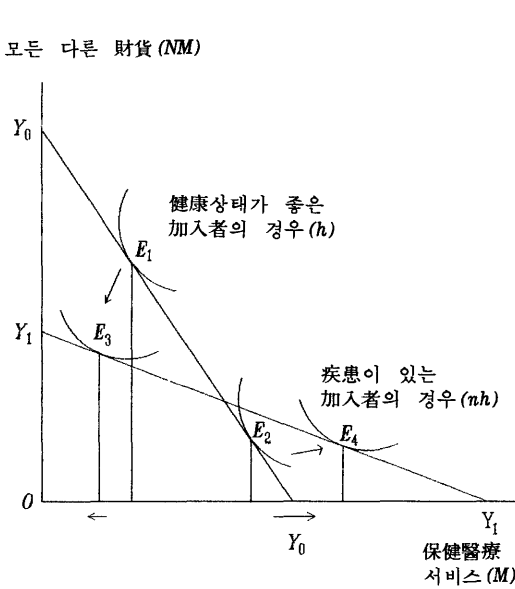
서비스를 적게 이용하는 가입자로부터 많이 이용하는 가입자에게로 소득을 移轉시키는 所得再分配의 기능을 가진다. 私的保險에서는 어느 정도 현재의 건강상태를 감안하여 보험료를 책정하기도 하나 公的醫療保險에서는 주로 所得을 기준으로 보험료가 결정된다. 만일 公的醫療保險에 가입된 低所得階層의 건강상태가 나쁘고 따라서 이들이 의로서비스를 상

대적으로 많이 이용하게 되면 결과적으로 所得階層間 再分配가 이루어질 수 있다. 또한 보험료산정이 소득에 대하여 累進的으로 이루어지는 한편 급여면에서 차등이 없다면 역시 垂直的 所得再分配에 도움을 주게 될 것이다.

그러나 기본적으로 醫療保險制度는 [圖 2]에서 보는 바와 같이 건강한 가입자로부터 그렇지 않은 가입자로 소득이 재분배되기 때문에 제층간 소득재분배를 지나치게 강조할 필요는 없는 것이다⁶⁾. Y_0Y_0 가 醫療保險이 없는 상태의 豫算線이라면 醫療保險이 적용된 후의 그것은 本人一部負擔制을 반영하여 Y_1Y_1 로 이동하게 된다. 일정한 소득에서 所定의 보험료를 각출하고 酬價가 引下되기 때문이다. 왼쪽 그림에서 건강한 醫療保險加入者는 中전의 E_1 에서 균형하여 상대적으로 적은 量의 의로서

6) 所得水準과 醫療利用과의 관계를 보면 U커브를 그린다고 美國의 保健經濟學者들은 보고하고 있는데 우리나라의 都市家計資料를 보더라도 그와 같은 양상을 보여주고 있음을 알 수 있다(權純源, p. 87의 附表 1 참조). 통상 低所得階層의 경우 건강상태가 나쁜 경향이 있고 그리고 高所得階層은 상대적으로 教育程度가 높고 건강에 대한 관심이 높아 醫療利用을 많이 하기 때문이다. 그러므로 결과적으로 보여지게 되는 階層間 所得再分配效果는 반드시 크게 나타나는 것은 아니며 특히 分配中立的인 保險料算定方式을 채택할 경우 所得再分配效果를 기대하자면 소득에 反比例하여 醫療利用이 크게 늘어날 수 있다.

[圖 2] 醫療保險이 個別消費패턴에 미치는 影響



비스와 많은 量의 다른 재화를 소비하였으나 醫療保險適用 이후에는 E_3 으로 균형점이 이동하여 총체적인 만족수준이 하락하게 된다. 반면 건강이 좋지 않은 가입자들의 균형점은 E_2 에서 E_4 로 이동하여 만족수준이 올라가게 된다. 그러나 오른쪽 그림에서 보는 것처럼 건강 강한 가입자도 그렇지 않은 가입자도 다 같이 전보다 더 많은 보건의료서비스를 이용하게 될 가능성이 있다. 이는 醫療保險의 도입으로 의료기관에 대한 접근성이 높아지고 酬價가下落하는 效果로 말미암아 가입자들이 幻覺에 빠지게 되어 의료이용이 크게 제고되는 道德的危險(moral hazard)을 보여주게 될 경우이다⁷⁾.

그러므로 醫療保險의 도입으로 발생하게 되

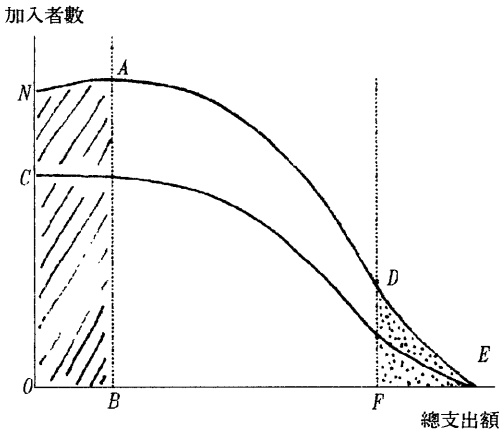
는 醫療서비스의 과다한 이용을 수요측면에서 덜어주기 위한 장치가 本人一部負擔制에 추가되는 것이 일반적이는데 一定額控除制(deductibles)와 給與上限制가 그것들이다(圖 3참조).

먼저 一定額控除制는 의료기관이용에 따른 일종의 基礎費用負擔制로서 그만큼 利用件數를 줄이게 되어 의료비를 절감할 수 있을 뿐만 아니라 行政管理費를 절약할 수 있다. 그런데 이 장치의 효과는 주로 控除金額의 크기, 醫療保險 加入家口의 期待醫療費, 그리고 家口所得의 정도에 달려 있다고 생각된다.

給與支給額의 최고한도를 규정하는 給與上限制는 주로 長期治療나 高額治療가 주는 保險財政의 壓迫을 완화하기 위한 조치인데 이로써 장기에 걸쳐 요양이 필요한 환자의 부담이 늘어나겠지만 소수의 重患者가 초래하는 큰 금액의 의료비를 다수의 輕患者 또는 건강한 者가 부담해야 하는 交叉補助(cross-sub-

7) 우리나라에서 최근 볼 수 있는 醫療利用急增現象을 설명하는 주요 요인의 하나가 되겠으나 이를 뒷받침할 자료가 구체적으로 집계되어 있지 않은 실정임.

[圖 3] 醫療保險의 要素



1. 一定額控除制(deductibles) : 保險給與가 시작되기 전 일정한도의 醫療利用費用을 自擔하도록 하는 제도로 OB, AV와 같음.
2. 本人一部負擔制(coinsurance) : 일정률을 정하여 보험자와 본인이 醫療利用費用을 분담하는 제도로 OEC와 같음.
3. 給與上限制(limit) : 保險給與의 上限을 규정하여 이 한도내에서 급여를 지급하는 제도로 ED와 같음.

sidization) 현상의 폭을 좁혀 가입자간 不公平의 정도를 어느 정도 완화시킬 수 있을 것이다.

醫療保險制度는 제대로 설정될 경우 의료공급에 바람직한 영향을 미치게 된다. 좋은 예로서 우리나라의 경우 外來에 적용되는 本人一部負擔率을 病·醫院間 상당한 차이가 나도록 조정된 다음 病院에서 의원으로 얼마만큼 이용자를 이동시키는 효과가 있었다는 사실을 들 수 있겠다(附表 3 참조). 따라서 이와 같은 방향으로 後送體系나 의료기관간의 分業 또는 協業體系를 강구해 나갈 필요가 있을 것이다.

Ⅲ. 西獨 및 日本의 醫療保險制度 - 韓國 醫療保險의 改善과 關聯하여

醫療制度의 한 부분으로서 醫療保險制度는 그 나라 經濟社會의 특징을 반영하여 社會制度의 하나로 발전되고 있음을 보게 된다. 따라서 각국의 醫療保險制度는 전반적으로 그 특색이 다르게 나타나고 있을 뿐만 아니라 歷史的 生成이나 展開過程, 保險料의 부과방법, 給與體系 및 酬價, 財源調達, 管理運營 등에 있어서도 차이를 나타내고 있다.

여기서는 하나의 家族나무 안에서 특히 비슷한 外形의 特質을 지니고 있다고 평가되는 韓國, 西獨 및 日本의 醫療保險制度를 위에서 열거한 몇가지 主要內容別로 比較分析해 보기로 한다. 우리나라와 日本의 醫療保險制度는 비록 發展段階가 다르다고는 하나 매우 類似的한 면모를 보여주고 있기 때문에 兩國制度의 모델이 되는 西獨制度의 평가에서 많은 유익한 敎訓을 얻을 수 있다고 생각되어 주로 西獨의 法定醫療保險制度(Gesetzliche Krankenversicherung)를 논의하고 日本의 醫療保險制度가 우리에게 示唆하는 바도 함께 설명하기로 한다.

1. 醫療保險制度의 概觀

西獨의 醫療保險制度는 福祉國家로 요약되는 現代的 社會保障政策 또는 社會政策의 관점에서 이해되어야 할 것이다. 따라서 西獨에서는 所得, 社會的 地位, 그리고 居住地에 관

제없이 모든 국민들에게 필요할 경우 醫療서비스에 接近할 수 있도록 보장한다는 취지 아래 全國民을 대상으로 필요한 모든 서비스를 제공하려고 노력하고 있음을 알 수 있다. 그 결과 서독의 醫療保險制度는 效率보다는 衡平에 치중하고 있다고 평가되고 있다. 지난 100여년에 걸쳐서 제도를 발전시켜 왔기 때문에 給與의 擴充은 일관성있게 추구되었으나 제도의 硬直性이 강하여 변화하는 國民의 진정한 要求(need)의 반영과 늘어나고 있는 醫療費의 抑制라는 측면에서 문제가 제기되고 있는 것이다.

日本과 우리나라의 醫療保險制度 역시 社會保險의 次元에서 실시되고 확충되어 왔다고 볼 수 있다. <表 1>에서 이들 3國의 醫療保險制度를 살펴보면 外觀上 많은 類似點이 있음을 알 수 있다. 물론 西獨의 醫療保險歷史가 오래고 日本의 그것도 60년 이상에 걸쳐고 있기 때문에 10여년의 짧은 展開過程을 지니고 있는 우리나라를 그들과 같은 次元에서 비교할 수는 없겠지만 주로 職場과 住居地別로 구성되는 많은 組合을 가지고 있다는 점에서 共通의이다. 이들 醫療保險組合들은 원칙적으로 地域이나 職場의 특색에 따라 自治的으로 운영되나 地方分權이 전통적으로 강한 西獨에서는 그만큼 組合의 役割이 강한 반면 中央執權의인 우리나라에서는 그만큼 政府의 役割이 크며 日本은 어느 경우나 兩國의 중간에 위치한다고 볼 수 있다.

8) 통상 保險料率(premium rate)이라고 불리나 이는 民間保險에서 個人的 危險程度를 감안하여 책정하는 保險料率과는 분명히 다르기 때문에 보다 정확한 표현이며 西獨의 경우에는 이렇게 표현하고 있음(Henke, 1988 참조). 그러나 앞으로 특별히 구분해야 할 경우를 제외하고는 人頭稅와 保險料를 併用할 것임.

西獨은 1人當所得水準이 매우 높은 편이고 給與擴大를 助長하는 制度的 特色 때문에 所得에서 각출하는 人頭稅率⁸⁾이 11%가 넘으며 부담이 높은 만큼 給與도 다양하고 體系의인 편이다. 그리고 產災保險, 年金保險, 公的扶助 및 社會福祉서비스 등 다른 社會保障制度和 醫療保險制度가 서로 잘 連繫되어 있다.

한편 日本은 [附圖 1]에서 볼 수 있듯이 醫療保險制度가 職業別로 多岐化되어 있는 것은 西獨이나 우리나라와 비슷하나 프로그램간 給與의 衡平問題가 심각하게 제기되고 있다. 그러나 1인당 국민소득이 西獨과 비슷한 수준에 있는데 비해 人頭稅率이 상대적으로 낮기 때문에 費用效果的으로 국민의 보건의료서비스를 담당케 하고 있으며 政府가 직접 소규모 영세사업장근로자를 관리운영하는 것이 특징이다.

우리나라의 醫療保障은 <表 2>와 <表 3>에서 다시 요약한 것처럼 醫療保險制度和 醫療保護(扶助 포함)制度로 區分되고 있는 특색이 있고 아직은 제도발전의 초기단계에 있기 때문에 人頭稅率이 낮은 편이다. 국민의 요구를 반영하여 장기적인 안목에서 도입·발전되어야 할 社會的 制度가 지니는 特性에 비추어 醫療保險制度導入을 위한 준비가 事前에 충분히 이루어지지 않았고 앞서 소개한 醫療保險의 포괄적인 目的을 보완해 줄 구체적인 실천목표가 명시되어 있지 않고 있다. 또한 매우 짧은 시간에 制度的 適用人口를 급속히 늘려왔기 때문에 保險料의 策定, 財政의 安全性 등에 있어서 많은 문제가 제기되고 있다. 그리고 醫療保護는 대상자의 生活程度를 고려하여 公的扶助의 하나로 제공되고 있으나 대상자의 선정에 문제가 있고 財政支援의 不充分

〈表 1〉 韓國·日本·西獨의 醫療保險制度 比較

	韓國 (1988.1 기준)	日本 (1987.4 기준)	西獨 (1987.1 기준)
根據法	醫療保險法(1976.12.22) 公務員 및 私立學校敎職員醫療保險法 (1977.12.13)	健康保險法(1922.4.22) 船員保險法(1939.4.6) 國家公務員等共濟組合法(1983.12.3) 地方公務員共濟組合法(1962.9.3) 私立學校敎職員共濟組合法(1953.8.21) 國民健康保險法(1958.12.27)	라이히保險法(1911)
適用對象	5人 이상 事業場勤勞者(強制) 5人 이하 事業場勤勞者(任意) 公務員, 私立敎職員, 軍人家族 및 年金受給者 農漁村地域住民, 都市自營者	一般被傭勤勞者, 船員, 公務員 및 私立 學校敎職員, 農漁村住民, 自營者, 被傭者 保險의 退職者	一般勞働者, 年間所得 51,300DM 이하의 職員, 失業者, 年金受給者, 學生, 自營者, 自營 農業者 및 農業者老齡扶助金受惠者 (단, 年間所得이 51,300DM 이상인 직원은 任意適用)
財源調達 保險料率	· 事業場勤勞者; 報酬月額의 3~8% (勞使半半, 1987: 평균 3.51%) · 公務員; 報酬月額의 4.6% (公務員, 政府 半半) · 私立敎職員; 敎職員 2.3%, 學校經 營者 1.38%, 政府 0.92% · 年金受給者; 年金額의 4.1% (受給者, 年金公團 半半) · 軍人家族; 報酬月額의 3.4% (軍人, 政府 半半) · 農漁村住民, 自營者; 所得, 財産, 家族數에 따라 일정액 부담	· 300人 이하 事業場勤勞者; 8.3% (勞使半半), 特別保險料; 0.3(勞), 0.5(使), 0.2(政) · 300人 이상 事業場勤勞者; 피보핌자 3.480%, 사용자 4.613% · 船員; 8.2%(勞使半半) · 國家公務員等; 6.5~10.6% (公務員, 政府 半半) · 地方公務員; 7.62~11.914% (公務員, 政府 半半) · 私立敎職員; 7.3%(勞使半半) · 農漁村, 自營者; 所得, 財産, 家族數 에 따라 일정액 부담	· 被保險者; 支拂報酬의 3.5~7.5% (단, 월액 570DM 이하는 사용자가 부담) · 年金受給者; 年金額의 4.5% · 使用者; 支拂報酬의 3.5~9.8% (참고: 地域疾病金庫; '86.1 평균 12.62% 企業 " ; " 10.72% 同業 " ; " 11.99% 船員 " ; " 11.70% 鑛夫 " ; " 11.60% 生産職補充金庫; " 11.51% 事務職 " ; " 12.11%
國庫負擔	· 地域組合: 總費用의 50%(事務費 전액 포함) · 職種組合: 事務費 일부	· 300人 이하 事業場勤勞者; 給與費의 16.4%, 事務費 전액 · 300人 이상 事業場勤勞者; 給與費의 일부, 事務費 전액	· 出產手當 1인당 400DM(1986)보조 · 學生, 鑛夫, 障害者; 保險料 일부 · 老齡隱退者; 소요 경비 전액

西 獨 (1987.1 기준)	日 本 (1987.4 기준)	韓 國 (1988.1 기준)
<p>· 診療費의 100% 급여 (단, 약제 1제당 2DM, 義齒費用의 40%, 補裝具費用의 20%, 안경 처방 건당 4DM, 補養治療給與는 1일당 10DM의 본인부담) · 給與制限期間; 없음</p>	<p>· 船員; 給與費 일부, 事務費 전액 · 公務員等; 事務費 전액 · 私立敎職員; 事務費 일부 · 農漁村住民; 給與費의 50%, 事務費 전액 · 自營者; 給與費의 32~52%, 事務費 전액 · 被傭者保險의 退職者; 事務費 전액 · 入院; 피보험자 90%, 피부양자 80% 급여 外來; 피보험자 90%, 피부양자 70% 급여 (단, 진료비가 3,500엔이하인 경우는 일정액만 본인부담) · 農漁村住民 및 自營者는 70% 급여를 원칙으로 함. · 給與制限期間; 없음</p>	<p>· 入院; 80% 급여 外來; 診療機關에 따라 45~70% 급여 (단, 의원급이하 경우 진료비가 1만원 이하는 일정액만 본인부담) · 給與制限期間; 6개월(단, 일정액 한도까지 연장가능) · 療養費, 分娩費; 비지정의료기관 진료비로 산정 · 分娩手當; 일정액 · 本人負擔補償金; 일반피용자만 수급 · 葬祭費; 일정액 · 其他; 健康診斷費-공무원등만 수급</p>
<p>· 傷病手當金; 기본임금의 80%(단, 6주까지는 사용자가 100% 지급) · 出産手當金; 소득의 100% · 出産一時金; 피보험자, 출산아당 50~100DM 피부양자, " 35~150DM · 死亡一時金; 피보험자, 기본임금의 20~40일분 피부양자, " 10~20일분 · 其他; 豫防給與, 在宅看護給與, 家庭援助, 再活給與 등</p>	<p>· 傷病手當金; 피용자, 보수월액의 60% 신원, " 60% 국가공무원, " 65% 지방공무원, 사립교직원, " 80% · 出産手當金; 상병수당금과 동일 · 休業手當金; 국가공무원, 보수월액의 50% 지방공무원, 사립교직원, " 60% · 分娩費; 피용자, 신원, 보수월액의 50% 공무원, 사립교직원, " 1개월 · 其他; 配偶者分娩費, 育兒手當金, 葬祭費</p>	<p>· 職場醫療保險組合(153개) · 醫療保險管理公團(1개) · 地域醫療保險組合(144개) · 職種醫療保險組合(15개)</p>
<p>地域疾病保險金庫(269개) 企業疾病保險金庫(722개) 同業疾病保險金庫(155개) 農業者疾病保險金庫(19개) 船員疾病保險金庫(1개) 鑛夫疾病保險金庫(1개) 生産職勤勞者補充金庫(8개) 事務職勤勞者補充金庫(7개)</p>	<p>健康保險組合(1,743개) 社會保險廳(소규모사업장근로자, 신원) 國家公務員等共濟組合(27개) 地方公務員共濟組合(54개) 私立敎職員共濟組合(1개) 市町村(농어촌지역주민, 3,270개) 國民健康保險組合(지역자, 167개)</p>	<p>管理運營機構</p>

〈表 2〉 우리나라 醫療保險制度的 概觀(1988년)

	職場醫療保險	地域·職種醫療保險 ¹⁾	公務員 및 私立敎職員醫療保險
根據法	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療保險法(1963.12.16 제정, 1976.12.22 전면개정) · 1977.7.1 	<ul style="list-style-type: none"> · 醫療保險法(1963.12.16 제정, 1981.4.4 일부개정) · 1981.7.1(일부 地域), 1982.1.1(일부 自營者), 1988.1.1 農漁村(全地域) · 農漁村地域의 居住住民 및 自營者, 都市地域의 일부 自營者(의사, 약사, 양무장인 등) · 保健社會部(醫療保險聯合會) · 醫療保險組合(地域 144개, 職種 15개) · 農漁村住民; 15개 부과등급에 따라 일정액(所得, 財産, 家口員數 기준) · 都市自營者; 3~15개 등급에 따라 일정액(所得, 家口員數 기준) 	<ul style="list-style-type: none"> · 公務員 및 私立敎職員醫療保險法(1977.12.31) · 1979.1.1 · 公務員, 私立學校敎職員, 軍人家族, 公務員·私立敎員·軍人年金의 年金(一時金) 受給者 · 保健社會部(醫療保險管理公團) · 公團支部 · 公務員; 4.6%(공무원, 정부 半半) · 年金受給者; 4.1%(수급자, 연금공단 半半) · 私立敎職員; 4.6%(본인 2.3%, 학교 1.38%, 정부 0.92%) · 軍人家族; 3.4%(군인, 정부 半半) · 없음(1979-82년간 行政管理費 일부 補助)
適用對象者	<ul style="list-style-type: none"> · 5인이상 事業場勤勞者(단, 5인이하는 任意適用) 		
管掌部署 運營主體 保險料率	<ul style="list-style-type: none"> · 保健社會部(醫療保險聯合會) · 醫療保險組合(153개) · 標準報酬月額의 3~8%(勞使半半)(1987년: 평균 3.51%) 		
國庫補助	<ul style="list-style-type: none"> · 없음 (1977-84년간 行政管理費 일부 補助) 	<ul style="list-style-type: none"> · 農漁村住民; 총비용의 50%(行政管理費 포함) · 都市自營者(職種); 行政管理費 일부 	
保險給與 現物給與	<ul style="list-style-type: none"> · 入院診療費의 80%급여, 外來診療費는 종합병원의 경우 45%(진찰료 본인부담), 병원은 60%(진찰료 본인부담), 의원급 이하는 진료비가 1만원 이상일 때 70% 급여(단, 1만원이하는 所定의 本人負擔額을 제외한 잔여금액 급여함) 		
現金給與	<ul style="list-style-type: none"> · 療養費·分娩費; 비지정의료기관 진료 비로 산정 · 分娩手當; 일정액(1987년: 지급조합 없음) · 本人負擔補償金; 한달 진료비가 50만원 초과시(1987년: 件當 302,472원) · 葬祭費; 일정액(1987년: 件當 107,292원) · 都市地域住民의 미적용(1989.7 확대 실시계획), 醫療需要의 증가로 保險財政의 압박, 診療酬價決定의 不合理, 診療費審査의 비효율성, 診療體系의 미확립, 일부 조합에서 規模의 經濟 미흡, 保險料賦課 및 給與의 不公正性, 醫藥分業의 미실시 	<ul style="list-style-type: none"> · 療養費·分娩費; 左同 · 分娩手當; 일정액(1987년: 지급조합 없음) · 本人負擔補償金; 左同 (1987년: 지급 조합 없음) · 葬祭費; 일정액(1987년: 地域組合, 件當 1만원 職種組合, 件當 79,142원) 	<ul style="list-style-type: none"> · 療養費·分娩費; 左同 · 葬祭費; 일정액(1987년: 件當 111,016원) · 健康診斷費; 격년제로 실시

註: 1) 1989년 7월에 地域醫療保險이 都市地域까지 확대되면 職種醫療保險은 폐지되고 가입자는 地域保險으로 편입될 계획으로 있음.

〈表 3〉 우리나라 醫療保護制度의 主要內容 (1988년)

	主 要 內 容
根據法 施行日字	醫療保護에 관한 規則(1977. 1. 4) [이후에 醫療保護法(1977. 12. 31)으로 改면됨] 1977. 1. 1
適用對象者	a. 1種; 居宅保護對象者, 社會福祉 施設收容者, 國家有功者, 罹災民, 性病感染者, 越南歸順者, 人間文化財 b. 2種; 自活保護對象者 c. 醫療扶助; 自活保護對象者와 유사한 低所得階層
管掌部署	a. b. c. 保健社會部
財源調達	a. b. c. 政府; 國庫補助金(서울 50%, 기타 80%), 地方自治團體(서울 50%, 기타 20%) 其他; 決算剩餘金, 醫療保護基金運營收益, 雜収益
保險給與	a. 入院; 100% 給與 外來; 100% 給與 b. 入院 ¹⁾ ; 大都市 60% 給與 기타地域 80% c. 入院; 大都市 50% 給與 기타地域 60% 外來; 100% 給與 外來; 1/3 給與
診療酬價	a. b. c. 入院; 一般疾患 -- 診療酬價는 保險酬價의 88%, 藥價·材料費는 保險酬價의 100% (給食費 2,300원, 영안실 安置料 2,500원 별도 인정) 精神疾患 -- 國公立病院 4,700원, 市道立病院 6,200원, 民間病院 7,900원 (給食費 포함) 外來; 一般醫院 -- 1~3일 2,200원, 4일 이후 1,100원 保健(支)所 -- 1~3일 1,260원, 4일 이후 630원 保健診療所 -- 1일 800원, 2일 이후 500원

註: 1) 대도시의 경우 本人負擔금이 6만원 초과시, 기타지역은 4만원 초과시 정부에서 代拂해 준 후 無利子로 1~3년에 걸쳐 분할상환함.

과 더불어 診療酬價가 낮아 의료기관으로부터 차별대우를 받는 등 근본적인 대책이 요망되고 있는 실정이다.

2. 醫療保險制度導入의 背景과 發展

1883년 「비스마르크」首相에 의하여 세계에서 최초로 설립된 당시 獨逸의 醫療保險制度는 政治的으로 野黨의 攻勢를 무마하고 勤勞者들의 支持를 넓혀 나가려는 目的도 있었지만 産業革命 이후 劣惡한 작업환경 속에서 事故나 疾病의 위협을 느끼고 있었던 勤勞者들에게 政府가 使用者들의 양보를 얻어내면서 제공한 膳物이었다. 이와 같은 傳統이 뒷받침되어 이후에도 勤勞者를 중심으로 하는 國民的 要求, 使用者의 讓步, 그리고 政府의 仲裁 등 3要素가 결합하여 國民들을 위한 醫療保障이란 뚜렷한 동기를 가지고 醫療保險制度는 擴充·發展되었던 것이다. 그런데 오늘날 西獨醫療保險의 法的根據는 대부분 1911년에 제정된 帝國醫療保險法(Reichsversicherungsordnung)에 기초를 두고 있으며 부단히 國民들의 기대수준 향상에 부응하여 급여체계를 키워 왔으나 최근에는 國民醫療費의 急上昇으로 費用抑制을 위하여 給與의 축소조정 등 改革을 시도하고 있음을 본다.

日本에서도 일찌기 1922년 健康保險法이 제정되었고 1927년부터 10人 이상 사업장근로자 를 대상으로 제한적인 給與를 제공하면서 의료보험이 시작되었는데 1930년대에 大恐慌으로 生活苦에다 醫療費負擔이 무거웠던 農漁村 自營者들의 負債를 덜어줄 目的으로 이들에게 도 1938년 醫療保險이 도입되었다. 그러나 地域保險制度는 처음에 임의방식으로 실시되어

의료혜택을 받지 못하는 인구가 상존하게 되었다. 이러한 國民계층간 의료이용의 불균형을 시정하고자 國民皆保險計劃을 수립하였고, 특히 地域醫療保險의 발전을 위해 政府가 國庫補助額의 규모를 점차 늘리면서 未適用人口를 점차적으로 줄여나갈 수 있었고, 1961년에 國民皆保險을 달성하기에 이르렀다.

반면 우리나라의 醫療保險制度는 1963년 立法措置되었으나 사실상 폐기된 상태에 있었으며 經濟事情의 好轉을 기다려 1970년대 중반에 와서 갑작스런 指導者의 결단에 의해 조금 하게 시작되었다. 비록 일부기업이나 지역을 대상으로 示範事業이 전개되었고 協議會形式을 빌어 정책논의가 있었다고는 하나 輿論造成의 여유도 없이 日本制度를 거의 모방하여 의료보험제도를 도입하였다. 또한 試行錯誤가 불가피한 상황에서 全國民을 대상으로 醫療保險制度를 早期에 확대하는 데 政策的 力點이 두어졌기 때문에 醫療部門은 전반적으로 주름살이 늘어나게 되었다. 따라서 醫療保險制度가 社會制度의 하나로서 長期的으로 키워져야 하는 것이라면 國民的 要求와 國民經濟의 負擔能力을 감안하여 뚜렷한 動機를 가지고 분명한 目標를 제시하면서 발전시켜 나갈 필요 가 있을 것이다.

한편 <表 4>에서 이들 세 나라의 醫療保險 展開過程을 보면, 출발이 늦은 日本이 西獨에 앞서 전국민을 대상으로 적용인구를 확충해 왔음을 알 수 있다. 그러나 兩國에서 제도의 형성이 거의 종료된 것은 1970년경이었으며 1人當 GNP수준으로 보아 그 당시 西獨은 우리 의 1987년 수준과 비슷한 3,000달러 정도였고 日本은 우리 의 1983~84년 수준이었던 1,900 달러 정도였다.

〈表 4〉 醫療保險制度的 發達推移(1951~86)

	1951	1960	1970	1976	1982	1986
西 獨						
· 適用人口(千名)	24, 212	47, 417	53, 681	55, 298	55, 268	55, 040
組合數(個)	1, 992	2, 028	1, 827	1, 425	1, 286	1, 184
適用人口比率(%)	48. 1	85. 0	87. 9	90. 3	89. 8	90. 2
組合當人口(名)	12, 155	23, 381	29, 382	38, 806	42, 977	46, 486
1人當GNP(달러)	-	1, 297	3, 041	7, 251	10, 690	12, 080
日 本	(1953)	(1961)				
適用人口(千名)	56, 250	93, 079	103, 634	112, 784	118, 099	121, 241
組合數(個)	-	-	5, 013	5, 199	5, 228	5, 297
適用人口比率(%)	64. 9	98. 7	99. 0	99. 3	99. 2	99. 6
組合當人口(名)	-	-	20, 673	21, 693	22, 590	22, 889
1人當GNP(달러)	-	472	1, 965	4, 963	8, 947	12, 840
韓 國				(1977)		
適用人口(千名)	-	-	-	3, 200	13, 804	19, 361
組合數(個)	-	-	-	520	164	171
適用人口比率(%)	-	-	-	8. 8	35. 1	46. 6
組合當人口(名)	-	-	-	6, 154	84, 171	113, 222
1人當GNP(달러)	-	-	252	1, 008	1, 773	2, 296

資料：醫療保險聯合會, 『醫療保險統計年報』, 各年度; 韓國銀行, 『國民所得計定』, 1987.
日本總理府, 『社會保障統計年報』, 各年度.

Henke, Klaus-Dirk, *The Health Care System of the Federal Republic of Germany*, Discussion Paper No. 119, University of Hannover, 1988; World Bank, *World Development Report*, 1988.

西獨은 歷史的으로 適用人口를 扎实하게 늘리면서 適用範圍의 廣域化로 組合數를 점차 줄이게 되어 組合當 適用人口는 1986년에 4萬 6千명을 넘어서게 되었다. 한편 日本은 이미 1960년대초에 適用人口의 확대를 거의 완료하였으나 그 이후에도 組合數는 꾸준히 증대되어 최근 組合當 人口는 2萬 3千명 정도로 적은 편에 속한다. 우리나라는 같은 해에 組合當 適用人口가 11萬명을 넘어섰으나 今年 들어 農漁村에 地域組合이 설립되면서 다시 9萬명

수준으로 낮아졌다. 우리나라 醫療保險프로그램 중에서도 특히 地域醫療保險의 조합평균적 용인구가 낮은 편으로 1987년 현재 4萬 6千명 정도이나 西獨의 地域金庫나 日本의 國民健康保險組合에 비해 높게 나타나고 있다.

3. 加入者의 範圍와 保險料

西獨에서는 대부분의 勤勞者(失業者 포함) 들을 公的醫療保險의 强制適用對象으로 규정하고 있으나 一定所得(1986년: 月所得 4, 275 DM⁹⁾) 이상인 高所得層에 대해서는 사회적 보

9) 換率을 적용, 원화로 환산하면 약 189萬 1千원인데 이는 우리의 月所得 上限인 200萬원보다 낮은 수준이며 매년 소득변동에 따라서 上向調整됨.

〈表 5〉 醫療保險形態別 適用人口比率 推移(1966~85)

(단위 : %)

	1966	1970	1974	1976	1982	1985
西 獨						
公的醫療保險	86.4	87.9	89.8	90.3	89.8	89.2
私的醫療保險	10.3	9.3	7.3	7.3	7.9	8.4
其 他	1.6	1.7	2.6	2.0	2.1	2.0
未 適 用	1.7	1.1	0.3	0.4	0.3	0.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
日 本	(1965)					
公的醫療保險	97.7	99.0	99.5	99.3	99.2	99.7
其 他 ¹⁾	2.3	1.0	0.5	0.7	0.8	0.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
韓 國				(1977)		
公的醫療保險	-	-	-	8.8	35.1	44.5
其 他 ¹⁾	-	-	-	5.6	9.5	8.1
未 適 用	-	-	-	85.6	55.4	46.4
計	-	-	-	100.0	100.0	100.0

註 : 1) 醫療保護對象者임.

資料 : 醫療保險聯合會, 『醫療保險統計年報』, 各年度.

日本總理府, 『社會保障統計年報』, 各年度.

Henke(1988).

호의 대상이 될 필요가 없다고 보고 任意適用의 대상으로 구분하고 있다. 따라서 이들에게는 전혀 醫療保險에 가입하지 않거나 公的保險 또는 私的保險에 가입할 수 있도록 선택권을 부여하고 있다. 즉, 〈表 5〉에서 볼 수 있는 바와 같이 私保險이 약 8%에 달하고 있으며, 其他保險이 나머지 2%를 점하고 있는데 여기에는 軍警, 在鄉軍人 및 福祉對象者 등을 위한 의료보험이 포함된다.

日本의 경우 전국민이 公的醫療保險의 적용 대상이 되고 있는데 우리나라처럼 職場人 혹은 自營者의 구분에 따라 職場醫療保險과 地域醫療保險에 가입하게 된다. 다만 소수의 국민이 우리나라와 같이 생활보호대상자로 규정되어 의료보호혜택을 받고 있기는 하지만 그

대상인구가 적어 사실상 전국민이 公的醫療保險에 속해 있으며, 또한 우리나라 경우와 같이 高所得者도 전부 公的制度의 강제적용대상으로 규정되어 있다. 이들 兩國과 비교하여 우리나라는 醫療保護라는 美國의 제도를 公的醫療保險과 결합시켜 國民醫療保障體系를 구축하고 있다는 점이 특징적이라고 하겠다.

그런데 西獨은 極貧階層이나 소외계층에 대하여 별도의 프로그램을 만들지 않고 이들을 醫療保險에 포함시키되 地方政府 또는 使用者의 補助를 통하여 지원하고 있다. 이를테면 소득이 年金保險의 保險料算定報酬限度額의 1/10 이하인 저소득근로자에 대하여는 사용자가 보험료를 전액 부담하고 있다. 우리나라에서는 이들 극빈계층에 대해서 별도의 醫療保

〈表 6〉 醫療保險形態別 保險料率 現況

	組合數(個)	被保險者數 (千名)	組合當被保險 者數(名)	平均保險料率 (%)
西 獨(1986.1 기준)				
地域疾病保險金庫	269	9,394	34,922	12.62
企業疾病保險金庫	743	2,371	3,191	10.72
同業疾病保險金庫	155	1,398	9,019	11.99
船員疾病保險金庫	1	28	28,000	11.70
鑛夫疾病保險金庫	1	262	262,000	11.60
生産職勤勞者補充金庫	8	372	46,500	11.51
事務職勤勞者補充金庫	7	6,283	897,571	12.11
農業者疾病保險金庫	19	790	41,579	-
計	1,203	20,898	17,372	-
日 本(1986.3 기준)				
政府管掌健康保險	1	15,519	15,519,000	8.3
組合管掌健康保險	1,743	12,723	7,299	8.093
船 員 保 險	(1)	180	(180,000)	8.2
國家公務員等共濟組合	27	1,870	69,259	6.5-10.6
地方公務員共濟組合	54	2,984	55,259	7.62-11.914
私立教職員共濟組合	1	353	353,000	7.3
國民健康保險	3,437	47,253	13,748	-
計	5,263	80,882	15,368	-
韓 國(1987.12 기준)				
職 場 醫 療 保 險	153	4,866	31,804	3.51
公 教 醫 療 保 險	1	1,108	1,108,000	4.60 ¹⁾
地 域 醫 療 保 險	13	603	46,385	-
職 種 醫 療 保 險	15	336	22,400	-
計	182	6,913	37,984	-

註: 1) 단, 年金受給者는 4.1%, 軍人家族은 3.4%인.
 資料: 〈表 5〉 참조.

護制度를 마련하고 있기 때문에 기타 저소득 근로자에 대한 보험료면제나 감면조치는 없으며 다만 농어촌주민에 대해 정부에서 世帶當 및 加入者當 定額을 보조해 주고 있다. 참고로 日本에서는 생활보호대상자를 제외할 경우 저소득계층에 속하는 농어촌주민에 대해서만 보험료를 감면해 주고 있다.

〈表 6〉에서 3個國의 醫療保險프로그램별 平

均人頭稅率을 보면 西獨은 특히 地域醫療保險의 그것이 평균 12.6%로 높은데 所得의 7~15% 범위내에서 組合에 따라 수준차가 상당히 있는 편이다. 이에 비해 日本은 일반적으로 月所得의 7~8% 수준에 머물고 있어 상대적으로 적은 보험료를 각출하고 있으며 우리나라는 아직 제도의 초기단계에 있고 소득수준이 낮아 5% 미만의 수준을 보여주고 있다.

여기서 한가지 특징적인 현상은 日本과 마찬가지로 우리나라에서도 勤勞者는 月標準所得에 一定한 人頭稅率을 곱하여 각출금을 계산하나 自營者의 경우 所得뿐만 아니라 財産, 그리고 家口員數를 保險料賦課基準으로 삼고 있는 점이다¹⁰⁾. 그런데 이 점에 대한 홍보가 부족하여 農漁村住民들로부터 다른 프로그램과 비교하여 보험료산정이 不公平하다는 불평을 사고 있다. 사실상 財産에 대한 加重値가 높아 재산소득은 상대적으로 많으나 現金所得이 별로 없는 계층의 保險料는 무거운 편이다. 따라서 이러한 불만요소를 제거하기 위해서는 保險料算定에 참고가 되고 있는 既存의 課稅資料를 매년 適時에 修正하여 補完해 나가야 할 것이고 課稅資料가 없는 가구는 簡易調査를 통해서라도 객관적인 소득자료를 수집하여야 할 것이다.

4. 給與體系, 報酬 및 診療費支拂

西獨의 醫療保險 給與體系를 보면 통상적인 질병, 이를테면 감기, 몸살 등에 대한 의약품 처방은 給與對象에서 제외되나, 질병의 豫防¹¹⁾, 癌 등 不治病의 早期發見, 治療 및 出產 등 의로서비스에 대하여 충분하고 적절한 정도로 제공하도록 조치되어 있음을 알 수 있다. 齒科補綴과 안경 등 일부항목에 대한 本

人一部負擔이 있고 醫藥品 및 入院에 대하여 一定額控除制가 적용되고 있으나 전문가의 推定으로 實效本人一部負擔率(effective copayment rates)은 5%정도에 불과하다고 알려지고 있다¹²⁾.

그리고 診療費의 산정방식은 기본적으로 診療行爲別酬價制이다. 醫師서비스(외래진료)의 경우 각 지역의 醫師協會와 醫療保險聯合會간에 協定을 맺고 後者가 前者에게 진료보수를 지불하게 되는데 被保險者의 所得增加에 連動된다(圖 4 참조). 病院은 先拂日當制에 기준을 두고 醫療酬價를 산정하고 있는데 역시 지역별로 病院協會와 醫療保險聯合會간에 協約을 맺게 된다. 그런데 日本과 우리나라는 醫療酬價의 산정방식이 역시 診療行爲別酬價制이나 醫療酬價는 西獨의 경우처럼 당사자간의 자율적인 협정에 의하지 않고 정부(보건사회부 또는 후생성)가 일률적으로 책정하고 있다. 그러나 최근 西獨에서는 醫療費의 急上昇과 함께 聯邦政府의 관심이 높아지면서 적극적인 개입이 시도되었는데 이것이 바로 協議制(concerted action)에 의한 酬價上昇의 抑制對策인 것이다. 이는 利害當事者들과 經濟學者 등이 매년 만나서 次年度의 酬價引上幅에 대한 提案을 위하여 事前的인 調整을 행하는 기구인데 일종의 「가이드」政策이다. 이로써 西獨의 自治的인 醫療保險運營은 상당한 정도에 이르기까지 후퇴를 하게 된 셈이다.

現行 日本 醫療保險制度의 특색은 각 프로그램별로 급여면에서 격차가 발생하고 있다는 점에 있다. 즉 被傭者保險내의 각 프로그램별로 급여범위뿐만 아니라 급여액수준에도 차이가 발생하고 있으며 被傭者保險과 地域保險간에는 그 격차가 더욱 크게 나타나고 있다¹³⁾.

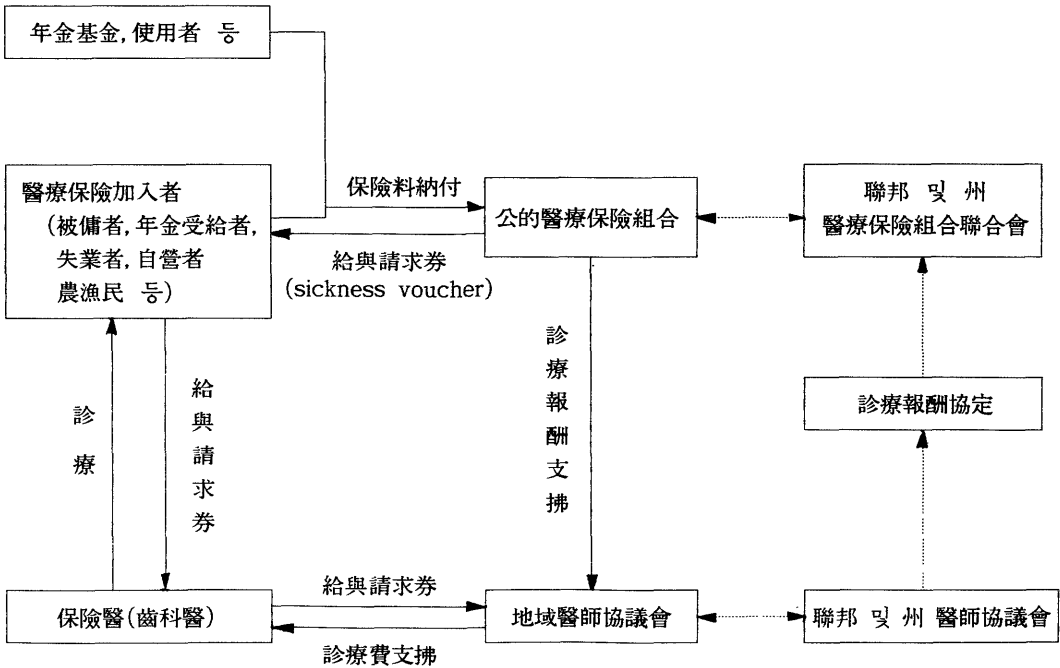
10) 資力調査(means test)가 실시되지 않아 自營者의 所得把握이 어렵기 때문에 家口當 課稅算定을 위하여 이들 요인을 묶어 加重値를 준 算式을 만들어 사용하고 있음.

11) 일반적으로 費用效果의으로 알려지고 있는 豫防醫療를 위해 西獨公的醫療保險은 총비용의 약 0.9%를 투입하고 있음.

12) Henke(1988) 참조.

13) 現物給與인 療養·分娩給與에 있어서 피용자보험은 진료비의 90%를, 지역보험에서는 70%를 급여해 주고 있으며 現金給與는 피용자보험에서는 法

[圖 4] 西獨 公的醫療保險의 外來診療 및 診療費支拂節次



또한 西獨이나 우리나라에서는 被保險者와 被扶養者간에 給與水準에 차이가 없으나 日本에서는 양자간에 차등을 두고 있는 조합이 제법 많다¹⁴⁾. 따라서 組合間 給與의 不平等을 해소하기 위하여 1995년까지 될 수 있는 한 빠른 시기에 醫療保險制度를 一元化할 방침으로 있으며 우선적으로 給與水準의 平準化에 政策의

촉점을 맞추고 있다.

우리나라 地域醫療保險에서는 다른 醫療保險프로그램과는 달리 後送體系의 開發과 財政의 安定化를 위하여 1次診療를 반드시 그 지역에서 반도록 義務化하고 있는데 의료서비스 이용의 급격한 상승을 막고 後送體系의 적용을 시도한 점에서 일단 이해할 수 있겠으나 다른 프로그램에서도 그와 같은 후송체계의 도입방안을 강구하여야 '所得이나 각출에 관계없이 均等給與'의 보장이라는 社會保險의 原則을 살려나갈 수 있다고 본다.

5. 財源調達 및 醫療費上昇

西獨의 公的醫療保險에서는 통상 勤勞者와

定給與로 실시하고 있으나 지역보험에서는 任意給與로 되어 있어서 실시하는 보험자가 상당히 적은 실정이며, 비록 실시하는 組合이라도 급여액수준이 피용자보험에 비하여 약 1/2 정도로 낮은 수준임.

14) 피용자보험의 경우 入院 및 外來診療費에 대해 피보험자에게 일률적으로 90%를 급여하고 있으나 피부양자에게는 入院診療費 80%, 外來診療費 70%의 급여로 차등을 두고 있으며, 지역보험에서는 대체적으로 양자 모두에게 차등없이 최저수준인 진료비의 70%를 급여해 주고 있는 한편 自營者組合의 경우 전체의 74.3%(1986)에 해당하는 조합에서 양자간 차등을 두고 있음.

使用者가 1/2씩 각출하나 低所得勤勞者의 경우 使用者가 保險料全額을 부담하며 年金受給者의 경우 年金保險의 保險者가 保險料를 代納한다. 營農從事者를 포함하여 自營者들은 本人이 전액 保險料를 부담하고 종업원이 있으면 이들의 보험료도 부담하게 된다. 그리고 西獨 의료보험에 있어서 재원조달의 특징은 日本이나 우리나라와는 달리 정부의 補助金이 거의 없다는 점인데 1986년의 경우 전체수입의 약 3% 정도에 불과하다. 따라서 西獨의 人頭稅率이 日本보다 상대적으로 높게 나타나고 있는데 經常収支에서 정부의 역할이 이와 같이 제한적이지만 資本支出 측면에서는 地方公共病院에 대한 투자를 비롯하여 정부의 기여가 매우 높은 편이다.

西獨에 있어서 法定醫療保險의 費用은 1970년 이후 1984년까지 지난 15년간 4배 이상 증가하였는데 1977년에 제정된 疾病保險費用抑制法을 필두로 같은 해에 保健醫療部門의 效率를 증진시키고자 協議制에 의한 政策勸誘案이 제안되기에 이르렀다. <表 7>에서 보는 바와 같이 西獨에 있어서 保險診療費의 증가율은 GNP 증가율을 크게 앞질러 왔으나 최근에는 일련의 費用抑制對策이 나오면서 약간 진정되고 있는 느낌이다. 아뭏든 西獨의 醫療保險은 費用助長的이라고 평가되고 있다. 관계 전문가들은 국민들의 건강수준을 해치지 않으면서도 보다 效率的으로 資源을 活用한다면

國民醫療費의 30~40% 정도는 절약할 수 있다고까지 지적하고 있어¹⁵⁾ 앞으로도 費用節減方案이 제도개혁의 중심을 이루게 될 것으로 보인다.

日本の 醫療保險 財源調達方式 중 特記할 만한 것은 政府補助金の 규모가 매우 크다는 점이다. 즉 피용자보험에 대하여 사무비뿐만 아니라 보험금여비의 일부까지 정부가 보조하고 있으며 특히 地域醫療保險의 경우 保險料의 각출에 의한 收入보다 國庫補助金の 비중이 더 크게 나타나고 있다. 이는 地域醫療保險의 加入者 중 低所得階層이 많고 使用者가 없는 自營者라는 점 이외에도 地方政府나 自治團體가 地域醫療保險을 직접 책임지고 있기 때문이다.

또한 日本에서는 1963년부터 地域醫療保險의 경우 低所得階層에 대하여 保險料를 輕減시켜 주고 있는데 ①所得割 ②資産割 ③世帶當平等割 및 ④被保險者均等割의 네가지 부과기준 중 定額으로 책정되는 ③과 ④에 대하여 적용된다. 한편 보험료부과방식도 시간이 경과함에 따라서 변화하고 있는데 1951년 당시에는 반드시 네가지 요소를 부과기준으로 포함시켰으나 1959년부터 資産割과 世帶當平等割이 임의기준으로 바뀌면서 두가지 또는 세가지 요소만으로 부과하는 組合이 늘어나고 있다¹⁶⁾. 한편 日本の 國民醫療費는 그동안 GNP증가율을 훨씬 상회하는 수준으로 증가해 왔으나 최근에 診療報酬의 실질적인 인하조치, 피보험자 診療費에 대한 一部本人負擔制 도입 등 의료비적정화대책에 힘입어 의료비의 증가율이 1970년대 후반보다 상당히 둔화되었으며 1985년에 와서는 GNP의 성장률과 동일한 수준에 머무르고 있다.

15) Henke(1988) 참조.

16) 네가지 요소를 모두 부과기준으로 하는 것을 4要素方式이라 한다면 3要素方式은 資産割을 제외한 세가지 요소를, 2要素方式은 資産割과 世帶當平等割을 제외한 두가지 요소를 부과기준으로 하고 있으며, 1986년말 현재 3,034개 市町村 중 237개가 2 또는 3要素方式을 채택하고 있음(日本 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 1987 참조).

〈表 7〉 GNP와 醫療費支出의 年平均增加率 推移

(단위 : %)

	1971~75	1976~80	1981	1982	1986
西 獨					
外來診療	15.7	6.4	7.3	2.6	3.2
齒科診療	19.4	6.0	7.5	2.3	7.6
齒科補綴	41.3	12.3	10.3	-13.8	-10.0
醫藥品	16.1	7.2	8.4	1.1	6.2
入院診療	23.4	7.8	7.2	8.3	7.0
總診療費	19.4	8.1	7.3	0.9	5.0
G N P	8.5	7.6	3.8	3.6	5.5
日 本		(1975~80)			(1985)
國民醫療費	-	13.1	7.4	7.7	6.1
G N P	-	10.0	4.4	4.2	6.1
韓 國		(1975~80)			(1985)
國民醫療費	-	37.3	25.0	25.9	13.0
G N P	-	29.5	23.1	12.4	9.7

資料 : 權純源, 『國民醫療費推移와 醫療費安定化 對策』, 韓國開發研究院, 1988.
日本厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 1987.
Henke(1988).

우리나라의 醫療保險은 프로그램별로 保險財政의 財源構成이 조금씩 다른데 문제는 保險財政이 당분간 不安定할 것으로 전망되는 地域醫療保險에 대한 정부의 支援規模이다. 앞으로 職種組合이 地域組合으로 흡수되고 都市地域自營者들이 새로이 地域組合을 결성하게 되면 現行처럼 總費用의 50%를 정부가 支援하는 방안이 國庫에 상당한 부담을 주게 될 것이므로 이에 대한 연구분석 및 이를 토대로 한 再檢討가 필요하다고 판단된다¹⁷⁾.

또한 새로운 프로그램의 시작과 함께 道德

的 危險現象이 두드러지게 나타날 뿐 아니라 費用意識의 이지 못한 의료서비스의 利用 및 供給慣行과 더불어 國民醫療費가 앞으로도 지속적으로 증가될 전망임에 비추어 이에 대한 대처방안이 요청되고 있다.

6. 管理運營 및 全般的 制度運用

西獨의 醫療保險制度는 國民들에게 포괄적인 醫療서비스를 제공하고 있지만 變化하는 여건에 對應하는 신축성이 결여된 느낌이다. 따라서 여러가지 制度改革案들이 제시되고 있으나 당분간 市場原理에 기초를 둔 自治運營과 政府의 役割이 강조되는 公的性格을 아울러 지니게 될 것으로 보인다.

西獨制度에 있어서 組合當 適用人口는 적은

17) 실제로 각 地域醫療保險組合에 대한 정부지원은 매월 世帶當 750원 그리고 加入者 1人當 550원으로 이루어지고 있어 적용인구가 많은 큰 單位組合의 경우 50%선을 밑돌고 있으며 더우기 소득수준에 관계없이 定額制에 의한 보조방식은 總支援規模를 키워줄 뿐 平衡增進에도 負의 영향을 미칠 것임.

편이지만 平均行政管理費는 全體醫療保險費用의 4.8% 수준으로 안정되어 있다. 그러나 入院費用 등 診療費가 계속 늘어나고 있어 美國의 患者群分類(Diagnostic-Related-Group : DRG)와 같은 保險診療費에 대한 先拂補償制의 도입, 나아가서 現行의 現物給與에서 現金給與로의 전환 등 의료이용자를 費用意識적으로 유도하는 정책이 제시되고 있는 한편 消費者教育의 강화 그리고 醫療保險聯合會와 醫師協會간의 合同努力등이 부수적으로 제의되고 있다.

西獨에서 논의의 대상이 되고 있는 쟁점과 관련하여 한가지 재미있는 제안은 現行人頭稅에 의한 財源調達方式을 개혁하여 英國式의 一般財政方式으로 전환하자는 것인데 이와 같은 組合主義에서 統合主義로의 개혁은 단지 소수의 勞動組合에서 찬성하고 있을 뿐이다. 반대로 이와 대립적인 제의는 現行의 公的醫療保險에서 危險程度에 따라 보험료를 부과하는 私的保險方式으로 전환하자는 것이다. 또 하나의 案은 일부 경제학자와 정치가들이 支持하는 中立的인 것으로 現行醫療保險에다 私的醫療保險을 일층 강화하여 兩者의 調和를 도모하자는 내용이다.

그런데 醫療保險制度的 成果를 長期的으로 평가하려는 노력과 관련하여 중요한 것은 國民의 건강상태가 어떻게 개선되고 있으며 이를 어떻게 파악할 수 있는가 하는 점이다. 이와 같은 목적으로 사용될 수 있는 指標로는 資源의 配分, 資源의 活用 그리고 保健人口의 統計 등이 제시될 수 있겠는데 말하자면 어느 정도의 비용을 투입하여 얼마만큼 의료서비스 이용이 증가되었고 결과적으로 平均壽命이나 死亡率 指標上의 改善이 이루어졌나 하는 점

토인 것이다. 그러나 이 接近方法은 長期的으로 관찰해야 하며 投入과 產出이 不分明하기 때문에 우선은 구체적인 利用度增加 등 短期的인 目標를 제시하여 평가하는 편이 쉬울 것이다.

이를테면 <表 8>에서 主要保健指標를 보면 日本의 경우 비교적 적은 醫療人力과 施設로서 국민들의 평균수명이 길고 死亡率이 낮게 나타나는 등 높은 保健增進效果를 내고 있어 資源活用上의 經濟가 있음을 알 수 있다.

우리나라는 아직 醫療保險의 始發段階에 있는만큼 이와 같은 接近方法으로는 醫療保險制度的 成果를 충분히 파악하기는 곤란하다고 생각된다. 단편적이긴 하나 <附表 1>에서 보는 바와 같이 先進國에 비하여 醫療酬價가 대체로 낮은 편이나 의료서비스 제공에 있어서 가장 主要한 醫師人力은 앞으로 계속 늘어날 것지만 그 絕對數에 있어서 아직은 不足한 편이며 그나마 대부분의 의료인력이 都市地域에 偏重되어 있다. 따라서 <附表 2>에서 알 수 있듯이 의사들은 어느 정도 經濟的 地代를 향유하고 있다는 감이 든다. 물론 기초자료에 문제가 있겠으나 韓國의 醫師所得은 그 절대 수준으로 보나 被傭者平均賃金과 對比시켜 보나 아직은 상대적으로 높은 수준에 있다고 판단된다.

醫療保險을 통한 그간의 受診率과 件當診療費推移를 각각 入院과 外來로 나누어 살펴보면 [圖 5] 및 [圖 6]과 같다. 각 프로그램별로 시작초기에는 어느 경우나 漸增하는 추세에 있으나 長期的으로 安定化하는 공통점이 있음을 알 수 있다. 또 하나 특징은 늦게 시작한 職種과 地域醫療保險의 受診率이나 件當診療費가 既存制度의 그것들을 바로 쫓아가는 경

〈表 8〉 主要 保健指標의 國際比較(1984년 기준)

保健指標	西 獨	日 本	韓 國
1. 醫療資源			
1.1 病院病床數(人口千名當)	11.12	12.33	1.70
1.2 急性病院病床數(人口千名當)	7.59	8.84	1.47
1.3 所有形態別 病床構成比率(%)			
國公立病院	51.2	26.9	24.2
非營利民間病院	35.4	8.8	-
營利民間病院	13.4	64.3	75.8
1.4 醫師數(人口10萬名當)	256	152	78 ¹⁾
1.5 醫師1人當 人口(名)	390	660	1,282
1.6 齒科醫師數(人口10萬名當)	57	53	13
1.7 就業醫師比率(%)	52.6	-	72.1(1981)
1.8 醫療機關 就業醫師比率(%)	91.5	95.8	82.7(1981)
1.9 病院勤務 就業醫師比率(%)	47.4	56.1	41.5(1981)
1.10 國民醫療費比率(GNP對比, %)	9.5	5.1	4.7
2. 醫療利用			
2.1 平均在院日數(一般病院)	13.9	55.1(1983)	11.0
2.2 病院入院率(人口千名當)	187	67(1983)	31
2.3 急性病院入院率(人口千名當)	165	-	30
2.4 病院出生比率(%)	98.9	-	68.8(1983)
3. 其 他			
3.1 平均壽命(出生時, 年)男	71.2	74.5	64.9
女	77.8	80.2	71.3
3.2 65歲以上 老人人口比率(%)	14.7	10.3	4.1
3.3 出生率(人口千名當)	9.6	12.5	19.7
3.4 死亡率(人口千名當)	11.4	6.2	6.2
3.5 嬰兒死亡率(出生兒千名當)	10.0	6.0	33.3

註: 1) 韓醫師를 포함한 免許登錄醫師를 기준함.

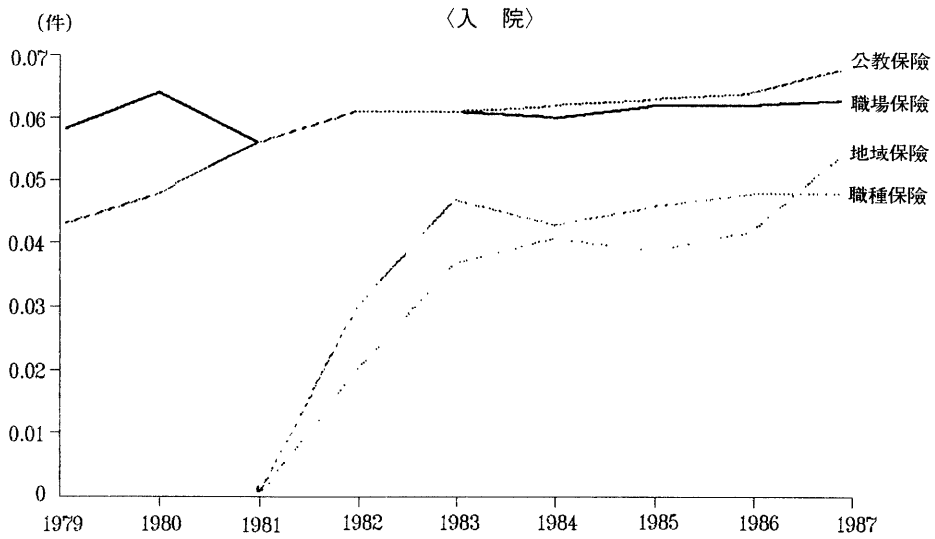
* 急性病院(病床)은 傳染, 結核, 精神, 癲病院(病床)을 제외한 一般病院(病床)임.

資料: 〈表 4〉 및 權純源(1988); 保健社會部, 「保健社會統計年報」, 1982, 1985, OECD, *Measuring Health Care*, 1985.

향이 있으며 특히 직종조합의 件當診療費는
입원·외래 어느 경우에도 가장 높게 나타나
고 있는데 이는 주로 적용인구의 평균연령이

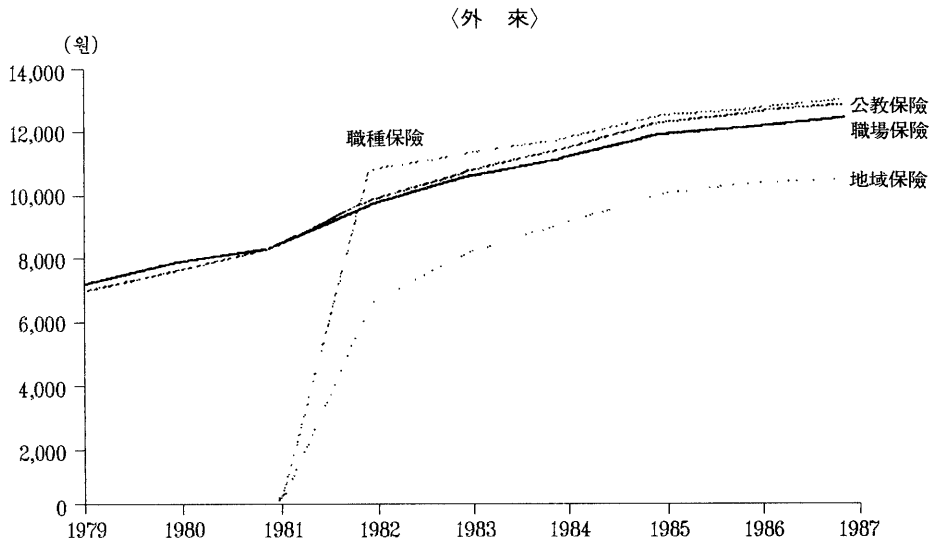
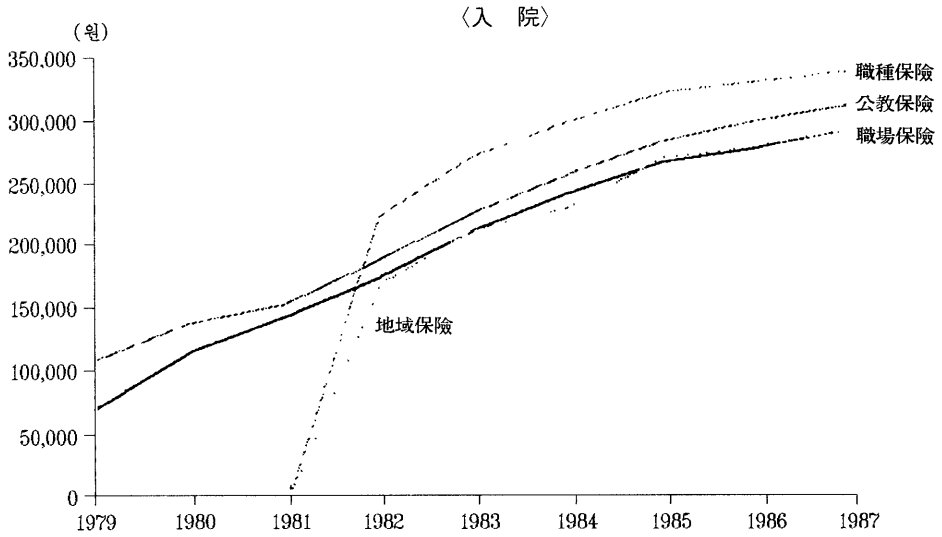
상대적으로 높은 데 기인하는 것으로 분석된
다.

[圖 5] 醫療保險形態別 受診率 推移



資料：醫療保險聯合會・醫療保險管理公團，「醫療保險統計年報」，各年度。

[圖 6] 醫療保險形態別 件當診療費 推移



資料：醫療保險聯合會・醫療保險管理公團，「醫療保險統計年報」，各年度。

IV. 政策提案

社會制度的 하나로서 醫療保險制度는 오랜 기간에 걸쳐서 國民的 要求와 國民經濟의 負擔能力을 감안하여 그 나라에 적합한 형태로 발전되어 간다고 볼 수 있다. 따라서 社會保障의 觀點에서 醫療保障의 長期目標가 설정된 다음 그 테두리 안에서 제도와 여건의 성숙과 함께 제1단계로 "필수적 1次保健醫療의 강조", 제2단계로 "豫防醫療의 추가", 그리고 제3단계로 "필요한 모든 의료서비스를 적절한 수준에서 經濟的으로 傳達"한다는 등 단계적인 短期目標가 제시될 수 있을 것이다.

(1) 醫療保險의 管理運營에 있어서는 加入者가 참여하고 그들의 要求를 반영하여 組合主義가 가지는 長點인 自治運營과 조합간 善意的 競爭을 조장해 나갈 필요가 있을 것이다. 아울러 단계적으로 單位組合의 管掌範圍를 확대하여 管理운영비가 최소가 되는 規模의 經濟를 기초로 道單位까지 擴大할 수 있는 方案을 검토하되 서로 특색이 다른 被備者와 自營者를 구분하여 醫療保險聯合會 아래 職場醫療保險과 地域醫療保險 등 2개의 프로그램으로 묶는 것이 바람직하다고 생각된다. 따라서 公教保險은 별도로 독립시키지 말고 醫療保險聯合會와 점진적으로 統合하는 방안이 강구되었으면 한다.

(2) 政府의 役割은 公的保險임을 감안하여 醫療保險의 質的改善에 주력하는 방향으로 보다 강화될 것이 요청된다. 우선 所得에 따른 均等躉出, 必要에 따른 均等給與의 원칙을 분

명히 하여 프로그램간 差等を 줄여 나가야 할 것이다. 이와 같은 관점에서 國庫支援을 능률적으로 행하되 그 폭을 최소화시켜 나가야 할 것이며 醫療保險制度의 自律機能을 살려 나가기로 誘因體系를 구축할 수 있을 것이다. 여기서 西獨의 예에서 보는 協議制가 정책조정기구로 운영될 수 있도록 검토될 필요가 있을 것이며 이와 관련하여 醫療保險聯合會는 醫師協會, 病院協會 등과의 協議를 통하여 의료기관의 협조를 유도해 나갈 수 있을 것이다. 또한 政府는 醫療保險과 產災保險 및 年金保險 등 關聯社會保險制度가 연계를 이룰 수 있도록 制度補完을 기해 나가는 한편 公衆保健을 강화하여 慢性成人病의 早期發見制度를 마련함으로써 成人病 診療費의 증가로 인한 보험재정의 압박을 완화시키고, 이와 아울러 각종 接種事業도 늘려 나가야 할 것이다.

(3) 地域醫療保險은 우선 日本의 경우에서 보는 것처럼 保險料策定基準을 단순화시켜 나가되 所得산정의 기준이 되는 租稅資料가 未洽한만큼 早期에 資力調査(means test)를 실시하여 기초를 다져 나갈 것이 요청된다. 이를 토대로 低所得加入者에 대해서는 保險料의 減免을 행하는 대신 減免額만큼 國庫에서 支援할 수 있을 것이며 그만큼 政府의 財政資金이 目標人口階層을 대상으로 효과적으로 활용될 것이다. 더불어 醫療保護 및 扶助를 단계적으로 地域醫療保險에 흡수·통합하는 방안이 강구될 필요가 있을 것인바 이 方案 또한 社會保障體系下에서의 연계 및 조정노력의 한 부분이 될 것이다.

(4) 醫療機關의 이용에 있어 地域醫療保險加入者에게만 실시되고 있는 後送體系에 일정한 制限措置를 全國的으로 擴大實施하는 것이

바람직하다고 판단된다. 이 점에서 이용자의 居住地에 가장 가깝고 적절한 의료기관을 이용하지 않을 경우 給與額을 삭감하는 조치를 취하고 있는 西獨의 규제조치가 좋은 참고가 될 것이다. 일반적으로 의료이용자의 거주지나 직장 근처에 있는 1次醫療機關을 거쳐 추가진료가 필요한 경우 綜合病院에 갈 수 있도록 制度化하되 타당한 이유없이 바로 병원으로 가는 이용자에게는 本人一部負擔率을 높여 差等を 둘 수 있을 것이다.

(5) 國民醫療費推移의 安定化를 위해서는 기본적으로 醫療保險에 대한 教育과 弘報의 質을 높이고 지속적으로 실시하여 費用意識을 가지도록 소비자들의 호응을 유도하는 한편 醫師와 病院協會의 도움을 얻어 의료기관 스스로 自律的인 費用節約캠페인을 전개하는 方案이 바람직하다고 생각된다. 制度的인 補完策으로는 의료기관으로 하여금 이용자에게 반드시 費用內譯을 보내도록 의무화하는 방안과 醫療費支拂報償制를 現行의 行爲別酬價制에서 이를테면 우선 병원을 대상으로 總額豫算制를 시도하는 등 적절한 形態의 先拂制로 전환하는 방안이 검토될 수 있을 것이다.

(6) 西獨의 實例에서 보는 것처럼 앞으로 高所得層에 대해서는 醫療保險에 任意加入할 수 있도록 强制加入義務條項을 완화시키는 방안이 고려되었으면 한다. 現行制度에서는 月所得 200萬원의 限度가 있기는 하나 高所得者가 保險料를 많이 내는 반면 低所得者가 상대적으로 더 많은 의료서비스를 利用하게 될 경우 所得再分配에 도움을 주게 된다는 사고가 작용하고 있다고 생각된다. 그러나 醫療保險制度는 事前的으로 所得再分配를 主目的으로 고안된 社會制度는 결코 아니며 事後的으로

어느 정도 再分配效果를 기대할 수 있기는 하나 반드시 그렇게 되리라고 보장할 수는 없을 것이다. 불충분한 증거이긴 하지만 오히려 所得이 높을수록 保險給與를 많이 타 가는 경향이 있음도 지적되고 있는 터에 高所得者를 醫療保險에 묶어 둘 필요는 없을 것이다. 이들은 그 대신 私的保險에 가입할 수도 있을 것이고 一般醫療를 이용할 수도 있어 의료기관에 收入을 늘려주는 誘因을 주게 될 것이므로 醫學研究나 技術普及을 자극하게 될 것이다. 따라서 醫療保險患者가 차별대우를 받지 않도록 제도적인 보완이 이루어진다면 私保險의 成長으로 公的醫療保險에 신선한 충격을 줄 수도 있고 醫療保險酬價를 의료기관에 주는 誘因만큼 낮은 수준으로 유지할 수 있다면 全體醫療保險加入者에게 혜택을 줄 수 있을 것이다.

(7) 그동안 被扶養者의 範圍가 계속 확대되어 왔으나 대부분의 被扶養者가 각출금 없이 의료서비스를 이용하고 있어 保險財政에 압박을 주고 있다고 판단된다. 따라서 소득있는 被扶養者를 선별하여 適正保險料를 부과함으로써 보험재정의 안정에 보탬이 될 수 있도록 保險行政의 改善이 요청된다.

V. 結 論

우리나라 醫療制度는 과거 日本의 영향으로 獨逸式的 醫學教育등 大陸의인 특징을 가지고 있었으나 6.25를 계기로 美軍의 役割이 커지면서 自由競争方式의 美國制度의 영향을 받게 되었다. 따라서 醫療部門에 있어서 公共의 役割이 작은 반면 民間의 比重이 매우 커지게

되었다. 최근의 醫療保險은 다시 歐洲式 社會保險을 모델로 한 것이며 醫療保護는 美國의 「메디케이드」(medicaid)에서 따온 것이다. 이와 같이 우리나라 醫療部門은 美國式과 大陸式이 섞여 있는 混在現象을 보이고 있는데 兩者의 적절한 조화가 있을 경우 반드시 혼란을 초래한다고 볼 수는 없을 것이다.

醫療保險制度에 국한할 경우 우리는 韓國制度의 直接的인 모델이 된 日本制度和 西獨의 醫療保險制度를 생각하지 않을 수 없다. 西獨의 醫療保險은 政治的 產物인 동시에 그 나라 國民性向과 所得水準을 반영하여 ‘高給與-高負擔’의 특징을 보여주고 있으며 社會保障의 테두리 안에서 다른 社會保險과 좋은 연계체계를 구축하고 있다. 그러나 效率面에서 문제가 있고 뚜렷한 目的意識 없이 國民醫療費의 상승을 자극하는 방향으로 발전되어 왔다.

반면 日本의 醫療保險制度는 兩次的 世界大戰과 世界大恐慌의 渦中에서 필요에 의해서 쌓아올린 複雜多端한 모습을 보여 주고 있으나 醫療制度 전체로서는 상대적으로 적은 규모의 資源으로 國民保健의 向上을 충실하게 뒷받침하는 效率的인 면모를 갖추고 있다고 평가된다.

이들을 뒤쫓아 가는 우리나라로서는 兩國의 經驗에서 배울 수 있어 잘못된 것은 피하고 잘된 것은 취하여 장기적으로 우리나라 經濟水準과 國民들의 요구에 상응하는 방향으로 醫療制度를 발전시켜 나갈 수 있을 것이다. 기본적으로 醫療保險制度는 운용하기에 적절

한 조직으로 보다 單純化시킬 필요가 있을 것이고 中央執權의인 우리의 전통으로 보아 政府는 앞으로 醫療保險制度가 나아갈 方向定立과 質的改善에 치중하여 그 役割을 분명히 해 둘 것이 요망된다. 關係專門家와 醫療關聯專門機構를 활용하여 政策方向을 조화있게 조정하면서 필요한 公衆保健을 강화해 나갈 수 있으면 한다. 醫療保險制度는 직접적인 지도 보다는 誘因體制를 통한 適時的 信號提示와 利害當事者간의 協議를 통하여 自律機能을 살려 나가는 방향이 바람직하다고 생각된다.

새로이 시작된 地域醫療保險은 출발부터 많은 문제가 제기되고 있으나 資力調査를 통한 기반의 정비와 도움이 필요한 零細民에 대한 保險料支援을 軸으로 既存의 醫療保護를 흡수하는 방안의 검토가 요청된다. 의료이용에 있어서 後送體系의 개발은 全國的으로 확대 실시되어야 할 것인바 給與上의 差等이란 反誘因을 주어 유도해 나갈 수 있을 것이다.

醫療費의 절감을 위해서는 의료서비스의 供給者와 利用者 모두가 費用意識의 이 될 수 있도록 教育弘報活動의 강화와 아울러 근본적으로 醫療費報償方式의 改善에 의한 제도적 장치의 도입이 중요하다고 판단된다. 또한 변화하는 경제사회발전에 발맞추어 醫療保險加入者간 선택의 폭을 넓힐 수 있게끔 醫療保險組合간 선의의 경쟁이 요청되며 더불어 高所得者에 대해서는 強制適用을 풀어 私的醫療保險에 가입하거나 一般醫療를 이용할 수 있도록 허용할 필요가 있을 것이다.

▷ 參考文獻 ◁

- 權純源,『國民醫療費推移와 醫療費安定化 對策』,韓國開發研究院,1988.4.
- 權純源·鮮于惠·金榮昌,「成人病의 年度別診療費趨勢 分析」,『醫療保險』,1988.6.
- 勞動部,『職種別賃金實態調查報告書』,1986.
- 保健社會部,『保健社會統計年報』,1987.
- 成益濟,「病院賃金體系의 實態와 改善方向」,『大韓病院協會誌』,1987.6.
- 醫療保險聯合會·醫療保險管理公團,『醫療保險統計年報』,1987.
- 醫療保險聯合會,『1988 醫療保險法令集』,1988.
- 李宗吉,「醫療保險酬價의 現實化方案에 대한 一考察」,『大韓病院協會誌』,1987.3.
- 韓國銀行,『國民所得計定』,1984.
- 菅谷 章(編),『現代の醫療問題』,有斐閣,1983.
- 杉本嘉三郎,「國保40年の回顧」,『國民健康保險』,1979.2.
- 日本健康保險組合聯合會(編),『社會保障年鑑』,東洋經濟新報社,1987.
- 日本社會保障研究所(編),『戰後社會保障-資料,本論-』,1984.
- 日本總理府社會保障制度審議會,『社會保障統計年報』,1987.
- 日本厚生統計協會,『保險と年金の動向』,1987.
- 川上武·中川米造,『醫療保障』,日本評論社,1983.
- 厚生省,『國民健康保險40年史』,1979.
- Abe, M. A., "Hospital Reimbursement Scheme: Japan's Point System and the United States' DRGs", *Medical Care*, 1985.9, pp.1055~1066.
- Akin, J., "Health Insurance in the Developing Countries: Prospects for Risk-Sharing" (mimeo.), World Bank, 1987.
- Allgemeine Ortskrankenkasse(AOK) Bundesverband, "All about Us", (mimeo.), 1988.
- Emi, K., "Present Condition of the Japan Medical Association, III. Health Insurance System", *Asian Medical Journal*, 1975.9, pp.638~655.
- Geissler, U., "Alternative Methods of Physician Compensation and Their Effects on Physician Activity-An International Comparison: Country Report for the Federal Republic of Germany", *CREDOC*, 1981.
- Henke, Klaus-Dirk, "A 'Concerted' Approach to Health Care Financing in the Federal Republic of Germany", *Health Policy*, 1986.6, pp.341~351.
- _____, "The Health Care System of the Federal Republic of Germany", Discussion Paper No.119, University of Hannover, 1988.
- _____, "What Can Americans Learn from the German Health Insurance System?", *Social Science & Medicine*,

1980. 3, pp.133~137.
- Higuchi, T., "Medical Care Through Social Insurance in the Japanese Rural Sector", *International Labour Review*, 1974. 3, pp.251~274.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung(KBV), *Statistik der KBV*, (mimeo.), 1987.
- Kastner, F., "Trends and Structural Changes in the Statutory Sickness Insurance Scheme in the Federal Republic of Germany", *International Social Security Review*, 1971.1, pp.69~86.
- Neuhaus, R., *Social Security: How It Works in the Federal Republic of Germany*, Friedrich Ebert Foundation, Bonn, Federal Republic of Germany, 1979.
- Noell, K., and G. Reiff, "Sickness Insurance for Farmers in the Federal Republic of Germany", *International Social Security Review*, 1975. 2, pp.107~121.
- OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987.
- _____, *Measuring Health Care*, Paris, 1985.
- Schriftenreihe des Bundesministers fuer Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens*, 1987, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Federal Republic of Germany, 1987.
- World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington D. C., 1987.
- _____, *World Development Report*, 1988.

〈附表 1〉 主要 傷病診療費의 國際比較(1984)

(단위: 달러)

	西獨	프랑스	스위스	日本	韓國
初診料(First Consultation)	10	15	34	7	3
正常分娩(Normal Delivery)	45	154	207	-	28
膽囊腸出術(Cholecystectomy)	136	149	429	394	-
子宮切除術(Hysterectomy)	151	187	433	300	149
盲腸切除術(Appendectomy)	81	93	258	185	90
心電圖檢査(Electrocardiogram)	14	15	39	7	-
氣管支鏡檢査(Bronchoscopy)	33	56	97	16	-
小便檢査(Urine Test)	-	19	6	12	-

資料:李宗吉,「醫療保險酬價의 現實化方案에 대한 一考察」,『大韓病院協會誌』, 1987. 3.
OECD, *Financing and Delivering Health Care*, 1987.

〈附表 2〉 醫師所得의 國際比較

	醫師所得(달러)		被備者平均賃金對比(倍)	
	1970	1981	1970	1981
美 國	41,800	93,000	5.4	5.1
스위스	34,500	84,200	-	-
西 獨(1980)	40,800	76,300	6.4	4.9
日 本	-	68,200	-	4.7
프랑스(1979)	26,600	46,800	4.8	3.3
英 國	-	32,300	-	2.4
韓 國(1986)	-	39,000 ¹⁾	-	8.2

註: 1) 6개 公共病院의 專門醫所得을 算術平均한 것임.
資料: 成益濟,「病院賃金體系의 實態와 改善方向」,『大韓病院協會誌』, 1987. 6.
勞動部,「職種別賃金實態調查報告書」, 1986.
OECD(1987).

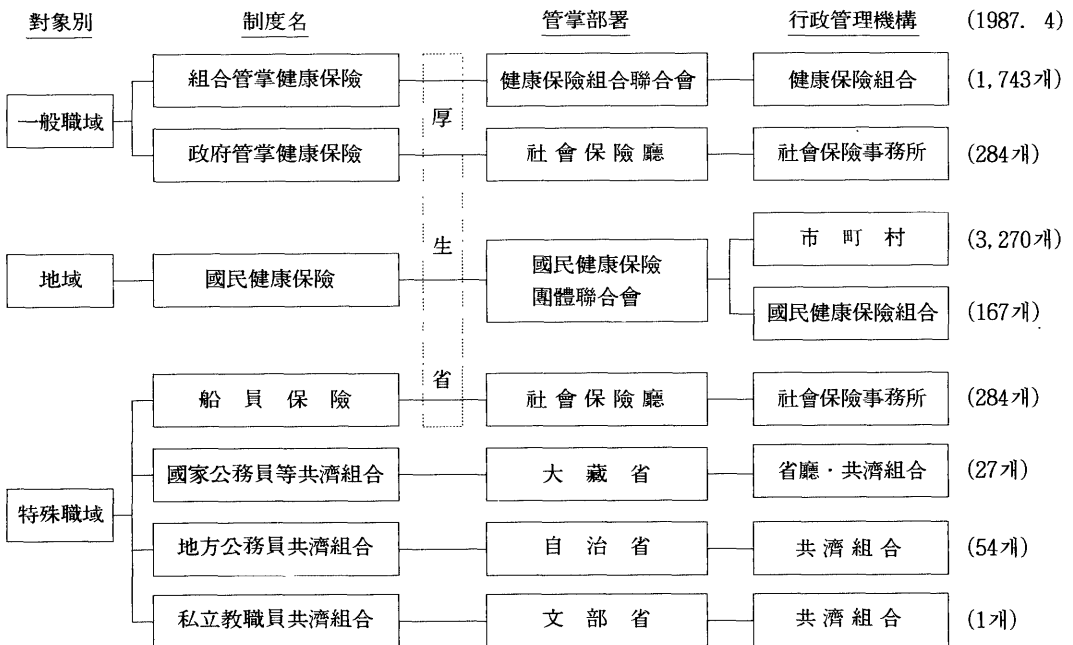
〈附表 3〉 本人負擔率變化에 따른療養取扱機關別 診療件數 構成比率(外來)

(단위 : 件)

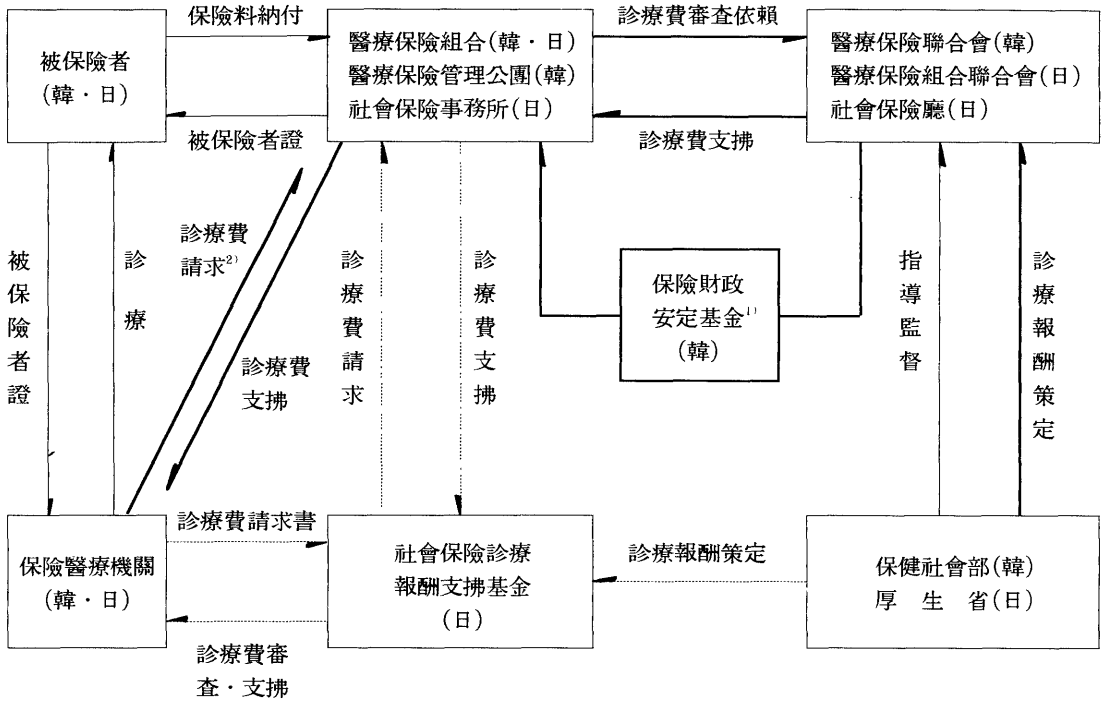
	1985	1986	B/A(%)
	診療件數(百分率, A)	診療件數(百分率, B)	
職場醫療保險			
綜合病院	5,123,979 (15.3)	4,716,097 (14.0)	-8.5
病院	2,252,318 (6.7)	1,964,592 (5.9)	-11.9
齒科病院	22,084 (0.1)	21,017 (0.1)	-
醫院	23,539,104 (70.3)	23,989,266 (71.5)	1.7
齒科醫院	2,458,700 (7.3)	2,822,491 (8.4)	15.1
保健機關	14,469 (0.0)	28,887 (0.1)	0.0
計	33,479,934 (100.0)	33,569,485 (100.0)	
公教醫療保險			
綜合病院	2,059,004 (16.5)	1,897,542 (15.5)	-6.1
病院	787,431 (6.3)	697,144 (5.6)	-11.1
齒科病院	21,848 (0.2)	19,234 (0.2)	-
醫院	8,580,842 (68.9)	8,517,852 (69.8)	1.3
齒科醫院	913,087 (7.3)	1,021,642 (8.4)	15.1
保健機關	22,609 (0.2)	47,467 (0.4)	100.0
計	12,447,976 (100.0)	12,203,321 (100.0)	

資料 : 醫療保險聯合會·醫療保險管理公團, 『醫療保險統計年報』, 1986, 1987.

[附圖 1] 日本醫療保險制度의 管理運營體系



[附圖 2] 韓國·日本의 診療 및 診療費支拂 節次



凡例： —▶ 는 韓·日 共同, —▶ 는 韓國,▶ 는 日本

註： 1) 保險財政安定基金의 역할은 高額保險給與費의 共同負擔, 其他保險給與費의 支給을 위한 貸與事業, 保險財政安定事業을 하는 데 있음.

2) 구체적으로 설명하면 綜合病院, 病院, 齒科病院 및 漢方病(醫)院은 각 해당 組合에 診療費를 청구하고 각 해당 組合은 醫療保險聯合會에 審査를 의뢰하며 醫院, 齒科醫院, 助産所 및 保健機關은 피용근로자와 자영자에 대한 진료비는 醫療保險聯合會支部에, 농어촌주민에 대한 진료비는 地域組合에 청구하고 支部에서 일괄적으로 심사함.