

韓國의 醫療保險制度

—財源調達の 側面에서—

朴 宗 淇

▷ 目 次 ◁

- I. 序 論
- II. 保健醫療費의 財源調達
- III. 醫療保險制度의 問題點과 改善方向

I. 序 論

1977年 7月 1日부터 實施를 보게 된 醫療保險法의 制定은 우리나라의 社會保障立法史上 또 하나의 중요한 里程碑를 確立했으며 이 制度의 導入으로 韓國은 包括的인 社會保障制度로의 前進的인 한 걸음을 내딛게 되었다. 政府가 근래에 와서 社會開發政策의 一環으로 醫療保護事業의 推進, 醫療保險의 實施, 病院施設의 擴充 등 保健醫療施惠擴大에 보다 積極的인 施策을 펴나가게 됨에 따라 財源調達 및 財源의 合理的 配分 등 保健財政問題가 重要한 政策課題로 擡頭되고 있다. 오늘날 保健活

動은 單純한 治療事業(curative service)의 次元을 넘어서 經濟·社會開發의 一環으로서 豫防事業(preventive service), 保健教育, 環境衛生 등을 包括하는 保健醫療問題에 力點을 두어 가는 趨勢를 보이고 있어 이를 뒷받침하기 위한 財政과 財源調達問題도 保健醫療部門만의 問題가 아닌 全體的인 國家發展計劃의 一環으로 다루어져야 할 것이다.

우리나라에 있어서 保健財政(health financing)問題는 公共財源의 不足, 醫療資源의 偏在 및 非效率的 活用, 醫療費用의 急激한 上昇, 政策調整의 未洽 등 構造的 또는 制度的인 여러 問題點을 隨伴하고 있다. 우리나라의 國民保健醫療費가 國民 1人當 金額으로 보나 國民所得에 대한 比率로 보나 아직 낮은 水準에 있다는 것은 否認할 수 없는 事實이다. 특히 保健이 國家開發의 重要한 한 部門이며 保健向上은 모든 開發部門과 調和있는 努力을 必要로 한다는 認識이 漸次 높아가고 있는 현 時點에서 이 部門에 있어서의 政府財政의 役割이 지나치게 未洽함을 指摘하지 않을 수 없

다¹⁾. 그러나 國家의 保健向上은 財源의 追加的 確保만으로 解決될 수 있는 問題는 아니며 이는 어디까지나 制度的 改善, 資源의 效率의 活用 등 緊急한 當面課題와 連結지어 考慮되어야 할 것이다. 즉, 保健醫療費가 주로 어떤 事業에 投入되고 있으며, 費用·收益의 原則을 살려서 優先順位에 따라 效果的으로 使用되고 있는지? 醫療費用의 上昇이 어느 程度 統制되고 있는지? 財源調達이 効率的 方法에 의해서 이루어지고 있는지? 保健醫療資源의 配分에 있어서 部處間의 政策調整이 合理的으로 이루어지고 있는지? 이와 같은 여러 問題點들이 우리나라의 保健財政과 關聯하여 嚴密히 檢討되어야 할 것이다.

本論文에서는 醫療保險制度를 保健醫療費의 財源調達이란 側面에서 다루고 있는데 그 主要目的은 韓國에 있어서 保健財政(health financing)의 現況과 여러가지 財源調達方法들을 살펴보고 1976年 12월에 制定된 醫療保險制度의 現況과 問題點을 檢討함과 아울러 同制度가 앞으로 如何히 發展되어 나가야 할 것인가에 대한 政策建議를 提示하는 데 있다. 本論文의 內容은 크게 두 가지로 구분된다. 첫째로, 可用資料를 利用하여 1970~77年間の 우리나라 國民總保健醫療費를 一貫性 있게 推計하여 이를 國際比較하고 아울러 消費者의 醫療費支出 樣相과 行態도 分析하고 있다. 둘째로, 現行 醫療保險制度를 社會의 便益(social

benefits)과 費用(cost)의 側面에서 分析·評價하고 있는데 그 實績을 保險對象人口, 給與內容 및 費用分擔, 保險財政, 運營形態 등을 중심으로 檢討한 다음 制度改善을 위한 代案도 摸索하고 있다.

II. 保健醫療費의 財源調達

1. 保健醫療費의 推計

國民保健醫療費에 대한 資料는 一國의 經濟·社會·政治的 與件下에서 保健部門에 投入되는 資源의 總規模를 밝혀주는 重要한 情報로서 이를 통하여 國民의 醫療需要 및 消費形態의 推移는 물론 保健醫療產業의 位置 및 比重 그리고 國家經濟에 미치는 影響 등을 把握할 수 있다. 이러한 主要情報가 제대로 갖추어질 때 비로소 이에 基盤을 둔 效果的인 保健計劃의 立案과 保健政策의 樹立이 可能하다. 그러나 우리나라의 現實은 統計資料의 未洽으로 國家總醫療費에 대한 正確한 實態把握이 매우 어려운 立場에 있으며 保健部門 全體의므로나 또는 特定保健分野에 國家財源이 어느 程度 投入되고 있는지에 관한 公式發表資料가 전혀 없었다. 그러한 가운데 1976年 第4次 5年計劃의 樹立을 契機로 해서 保健醫療部門이 우리나라 社會開發分野의 主軸을 이루게 됨에 따라 國民保健醫療費에 대한 暫定的인 推計가 처음으로 試圖된 바 있다²⁾.

國民保健醫療費의 推計는 주로 國民所得計定(National Income Account) 또는 產業關聯分析(Input-Output Analysis)資料나 全國的인

1) 이와 關聯하여 「머스그레이브」(Musgrave)教授는 保健의 價値欲求(merit wants)의 部類에 속한다고 보고 있으며 醫療「서비스」는 多분히 公共財(public goods)와 外部經濟(external economies)의 要素를 지니고 있기 때문에 保健醫療活動에 대한 政府의 積極의 介入이 正當視된다고 主張하고 있다. 따라서 大部分의 先進諸國에서는 保健醫療費支出이 政府의 財政規模에서 큰 比重을 점하고 있는 것이다. Musgrave(1959).

2) 朴宗洪·魯仁喆(1976).

規模의 「서베이」(survey) 資料를 통하여 接近할 수 있으나 먼저 保健醫療費에 대한 概念을 整理한 다음 利用可能한 基礎資料를 토대로 우리나라 國民保健醫療費의 推計方法을 詳說하기로 한다.

概念上の 問題로서 흔히 保健醫療費가 投資支出의 性格을 지니느냐 혹은 消費支出로 看做되느냐 하는 것과 關聯하여 적지 않은 論爭이 있어 왔다. 그런데 一般的으로 保健醫療費는 長期的으로 보아 投資의 性格이 강하게 나타나고 있다고 評價될 수 있겠다. 이와 같은 主張은 保健費支出이 人的資本(human capital)을 形成하여 國民經濟成長에 寄與한다는 學說에 根據를 두고 있는 것이다³⁾. 反面 保健醫療를 消費의 側面에서 볼 때는 다른 目的을 위한 手段이 되는 것이 아니라 消費 그 自體가 目的이 된다는 것이다. 健全한 身體를 維持하고 일생동안 幸福하게 살았으면 하는 欲求是 누구나 가지고 있는 것이므로 健康을 維持할 수 있을 때 삶의 보람도 追求할 수 있을 것이다. 이와 같은 觀點에서 接近하게 되면 醫療費는 消費의 性格을 띠게 되는 것이다. 그러나 實際로 어떤 保健醫療費가 消費的 支出이며 어떤 保健醫療費가 投資的 支出인가 하는 것을 가려내는 데에는 많은 問題點이 있다. 이와 같은 概念上の 問題를 且置하고도 基礎資料의 未備 혹은 不充分으로 保健醫療費의 正確한 推定을 期待하기는 매우 어려운 實情에 있다.

一般的으로 保健費의 時系列推移를 얻기 위한 경우나 諸國家間에 保健費의 國際比較를 행하는 경우 어떤 統一된 統計體系에 基礎를

를 必要가 있을 것이다. 이와 같은 觀點에서 國民所得關係資料가 흔히 國民保健費推計에 있어서 有用한 役割을 하게 된다. 즉, 國民所得資料를 利用하는 경우 各國이 모두 UN의 國民計定體系(United Nation's System of National Accounts)에 根據하여 國民計定을 推計하고 있기 때문에 時系列分析이나 國際比較分析이 容易할 뿐만 아니라 資料에 대한 信賴度 또한 相對的으로 높다. 그렇다면 어떤 것이 保健醫療費에 包含되어야 하고 어떤 項目이 保健醫療費에서 除外되어야 하는가?

實際로 保健醫療費 項目別 推計에서는 概念 또는 定義의 問題보다도 基礎資料의 不足과 推計範圍의 不分明에서 惹起되는 難點이 더 많은데 몇가지 推計上の 實例를 들어보면 아래와 같다. 즉, 國民計定上 病院에서 提供되는 飲食, 衣服 및 其他物件에 대한 費用은 保健費에서 除外하고 飲食物費, 衣服費 등으로 處理된다. 또한 保健醫療人力의 教育費는 全額教育「서비스」에 包含시키며 醫療保險에 대한 保險料收入中 實際로 保健「서비스」利用에 支出된 것을 除外한 殘餘는 金融 및 保險「서비스」部門에 算入한다⁴⁾.

따라서 國民計定推定過程에서 이와 같은 細分된 保健費項目의 推定作業이 더욱 具體化될 必要가 있다. 우리나라의 경우도 細部項目別 基礎資料가 아직 整備되어 있지 않아 國民所得計定만으로는 不充分하기 때문에 不得已 여러 補足的인 資料를 利用하여 1970~77年度 韓國의 國民保健醫療費를 支出面에서 推定하게 되었다. 우리나라의 國民所得計定에서는 단지 民間消費支出中 保健醫療費만을 얻을 수 있을 뿐이며 公共醫療費 또는 投資支出에 대해서는 利用可能한 統計를 전혀 入手할 수 없

3) Mushkin(1962), Schultz(1961) 參照.

4) Abel-Smith(1967).

는 實情이다. 따라서 여기서는 政府歲入歲出 決算報告書, 內務部의 地方財定年鑑, 그리고 各道의 統計年報 등을 使用하여 國民保健醫療費를 推計하였다. 이와 더불어 5年 혹은 3年에 한번씩 推計되는 産業聯關分析表도 檢證資料로써 利用하였다.

民間部門의 保健醫療費支出은 3個 項目으로 分類되는데 1) 國民所得計定上에 나타나는 民間消費支出額 中の 保健美容費에서 保健費만을 가려 뽑았으며⁵⁾, 2) 企業體의 醫療費支出(直接費)은 韓國銀行이 每年 調查하는 企業經營實態分析에서 導出한 福利厚生費와 全國經濟人聯合會⁶⁾에서 實施한 事業體의 福利厚生에 관한 實態調查資料에 의하여 概略的으로 推定했으며, 3) 其他 非營利團體의 醫療費支出額(研究費包含)은 各 團體(結核協會, 家族計劃協會, 寄生蟲撲滅協會, 家族計劃研究院 등)로부터 直接 入手하였다.

公共部門의 保健醫療費支出은 總計概念과 純計概念으로 區分하여 把握할 수 있다. 總計概念의 公共支出은 他部處 및 他會計로부터의 轉入金 또는 病院診療收入까지 包含한 支出總額을 意味한다. 따라서 國民總保健醫療費는 이와 같은 二重計算을 피한 純計概念에서 把握되어야 한다. 重複計算을 피한 純計概念으로 集計함에 있어서는 保健社會部의 總保健醫療費支出 中の 地方自治團體補助金과 道の 總保健醫療費 中の 市·郡交付金은 最終段階에서 地方自治團體와 市·郡의 保健醫療費로 支出된 것이고, 또한 病院의 診療收入은 國民所得計定上의 民間消費支出部門에서 捕捉된 것이기 때문에 이 部分은 保社部와 道 및 各 國

· 公立病院의 保健醫療費支出에서 除外되어 集計되었다.

上述한 推計方法에 의하여 우리나라 國民保健醫療費支出總額을 純計概念에서 把握해 본 結果, 1977年의 경우 5,712億원에 達하고 있으며 이는 1970年의 714億원에 비하여 8倍가 增加한 金額이다(表 1 參照). 國民總醫療費의 國民總生產(GNP)에 대한 比率은 1970年의 2.7%에서 1977年의 3.4%로 나타나 우리나라에서도 世界的인 趨勢에 따라 그 比率이 漸次的으로 높아지고 있음을 알 수 있다. 1人當 國民醫療費支出은 1970년에 2,270원이던 것이 1977년에 와서는 15,860원으로 上昇하였다. 國民保健醫療費支出을 公共部門과 民間部門으로 區分하여 볼 때, 公共部門支出은 1977년에 951億원으로서 全體의 약 17% 水準에 이르고 있는데 반하여 民間消費支出의 比重은 絕對的이어서 같은 해에 4,724億원에 達하여 全體의 83%를 차지하고 있다. 그런데 여기서 한가지 주의할 것은 <表 1>에서 推定된 國民醫療費가 過小評價되고 있다는 점이다. 왜냐하면 投資

<表 1> 1970年과 1977年의 國民總保健醫療費

(단위: 100萬원)

	1970		1977	
	金額	構成比 %	金額	構成比 %
公共部門	10,643	14.9	95,106	16.7
中央部處	4,710	6.6	58,725	10.3
地方政府	5,933	8.3	36,381	6.4
民間部門	60,785	85.1	476,128	83.4
個人消費支出	59,997	84.0	472,364	82.7
企業醫療補助費	118	0.2	1,677	0.3
非營利民間支出 ¹⁾	670	0.9	2,087	0.4
總醫療費	71,428	100.0	571,234	100.0
總醫療費의 對GNP比率	2.7%		3.4%	
1人當醫療費(원)	2,272		15,861	

註: 1) 4個 非營利保健醫療團體의 政府補助金을 除外한 支出總計(結核協會, 家族計劃協會, 寄生蟲撲滅協會, 家族計劃研究院).

5) 公式으로 發表되는 資料에는 保健費와 美容費가 分類되지 않고 있어 內部資料를 利用하여 이를 分類했다.

6) 全國經濟人聯合會(1979).

支出, 특히 民間投資支出이 資料事情으로 제대로 把握되지 못했기 때문이다.

한편 이와 같은 方法으로 推計된 우리나라 國民保健醫療費支出 水準의 妥當性を 檢證해 보기 위해 1975年度 產業聯關表 資料를 利用하여 別途로 韓國의 國民保健醫療費를 推定해 보았다.

여기서는 韓國銀行이 최근 推計를 完了한 1975年 產業聯關表에서 保健醫療關係資料를 導出하여 可能한 한 모든 項目을 包括하는 國民醫療費를 供給面에서 推定하려고 試圖하였다. 즉, 製造業(製藥, 醫療機器製造業, 衛生材料製造業 등), 建設業(醫療機關建物建築 및 補修), 都小賣業(醫藥品, 醫療用機器 및 備品販賣) 및 「서비스」業(病·醫院 및 其他 서비스) 등으로 나누어 保健醫療產業의 供給能力을 評價하였다. 이와 같이 推定한 保健產業의 附加價值合計는 1975년에 2,821億원으로 集計되었다.

그런데 產業聯關表에 의한 總醫療費數値를 前述한 推計方法에 의한 推定值(表 1)와 比較해 보면 產業聯關表를 利用하여 推定한 國民保健醫療費가 약간 적게 나타나고 있다. 즉, 1975年을 基準으로 比較해 보면 產業聯關表에 의하여 推計한 國民保健醫療費가 本推計에 의한 推定值보다 244億원 적은 것으로 나타났다. 그런데 國民所得計定 및 其他資料를 利用하여 推定한 3,065億원이란 數値는 改編된 新系列 國民計定統計資料에 의한 것인데 반하여 產業聯關表는 舊系列 基礎資料를 利用했기 때문에 거기서 생기는 差異가 勘案되어야 할 것이다. 韓國銀行의 國民所得計定에 의하면 新系列의 國民總生産規模는 基準年인 1975年의 경우 舊系列보다 6.2% 增大되었으며 總消費는 5.1%,

그리고 總投資는 16.1%나 擴大되었다⁷⁾. 따라서 國民所得計定과 其他資料를 利用하여 推定한 國民保健醫療費 數値가 產業聯關表에 의한 數値보다 約 8% 많게 나타난 것은 주로 國民所得系列의 改編에서 생기는 差異에 起因한다고 볼 수 있겠다. 그러나 產業聯關表上의 保健醫療費總額 2,821億원(1975年) 중에는 投資支出額(醫療機器, 醫療機關 建築 및 補修) 約 240億원이 包含되고 있음을 勘案할 때 <表 1>에 나타난 바와 같은 推計方法에 의해 集計된 國民保健醫療費 約3,000億원(1975年)은 적어도 240億원만큼 過小評價된 것으로 생각된다.

한편 위에서 推計된 우리나라의 1976年度 保健醫療費 支出水準을 日本, 美國과 比較해 보면 <表 2>와 같다. 또한 여기서 GNP規模 및 人口를 勘案한 保健費 水準도 아울러 比較해 보기로 한다. 1976年 韓國國民의 1人當 平均保健醫療費는 약 11,186원(23弗 정도)에 不過하나 日本은 같은 해에 1人當 水準이 233弗에 달하였고 美國은 더욱 높은 646弗로 推計되어 우리와는 엄청난 差異를 보이고 있다. 그리고 GNP에 대한 保健醫療費의 比重은 韓國 3.0%, 日本 4.5%, 美國 8.7%를 各各 나타내고 있어 대체로 보아 保健醫療費가 所得彈

<表 2> 保健醫療費의 國際比較, 1976

	韓 國	日 本	美 國
保健醫療費	3,953億원	76,684億엔	1,410億弗
保健醫療費의 對GNP比率	3.0%	4.5%	8.7%
1 人 當 保健醫療費	23弗	233弗	646弗
G N P	130,513億원	1,689,220億엔	16,254億弗
人 口(千名)	35,341	112,420	218,368

資料: R.M. Gibson and C.R. Fisher, "National Health Expenditures, Fiscal Year 1977," *Social Security Bulletin*, July 1978, pp.3~20; 日本 厚生省, 『厚生白書』, 昭和 53年版, 昭和 53年 12月.

7) 韓國銀行(1978).

力的임을 알 수 있다. 그런데 우리나라 保健費의 長期的 推移를 살펴보기 위해서는 國民所得計定에서 抽出한 民間消費支出(舊時系列) 중의 保健費資料를 利用할 수 밖에 없는데 이는 <表 3>에서 보는 바와 같이 支出規模로 보나 全體民間消費支出에서 차지하는 比重으로 보나 1960年 以後로 크게 增加하고 있다⁸⁾.

한편 國民所得計定上의 民間消費支出 중 保健醫療費支出(不變價格)의 GNP(不變價格)에 대한 彈力值를 구해보면 保健費全體의 경우 1960~76년에 걸쳐 1.05로 推定되었으며 1人當 保健費의 경우는 그 彈力值가 1.13으로 前者보다 조금 높게 推計되고 있다. 즉,

$$\log \frac{M}{P} = -4.436 + 1.045 \log \frac{GNP}{P} \dots (1)$$

$$R^2 = 0.962 \quad D.W. = 1.650$$

$$\log \frac{M/N}{P} = -5.215 + 1.130 \log \frac{GNP/N}{P} \dots (2)$$

$$R^2 = 0.935 \quad D.W. = 1.486$$

여기서 $\frac{M}{P}$: 實質個人保健費

$\frac{GNP}{P}$: 實質GNP

$\frac{M/N}{P}$: 1人當 實質個人保健費

$\frac{GNP/N}{P}$: 1人當 實質GNP

다시 말하자면 同期間에 있어서 1人當 實質GNP의 10% 增加는 1人當 保健費支出 약 11.3% 增大와 對應하고 있다는 의미인데 따라서 韓國의 保健費支出은 所得彈力的이라고 할 수 있겠다.

이로 미루어 韓國의 消費者들은 所得水準이 向上됨에 따라 保健醫療面을 점점 더 重視하는 方向으로 消費패턴을 서서히 바꾸어가고 있다고 하겠으나 아직도 全體消費支出中에서 占하는 醫療費의 比重이 比較的 낮다고 하겠다. 여기서 保健醫療費支出을 다른 消費項目과 比較해 보면 그러한 事實을 分明히 알 수 있다(表 4 參照).

또한 이러한 韓國國民의 消費行態를 外國의 경우와 比較해 보더라도 韓國의 消費者들은

<表 3> 民間消費支出과 民間保健費支出, 1960~1976

(단위: 經常價格 百萬원)

	1960	1965	1970	1975	1976
民間消費支出(A)					
舊系列	207,260	668,800	1,884,250	6,424,210	7,947,460
新系列	207,390	671,490	1,929,310	6,801,490	8,507,180
保健費支出(B) ¹⁾					
舊系列	4,754	18,280	53,275	206,010	271,400
新系列	—	—	59,997	271,428	340,450
保健費支出比率(B/A) %					
舊系列	2.3	2.7	2.8	3.2	3.4
新系列	—	—	3.1	4.0	4.0

註: 1) 韓國銀行 國民所得課의 未公表資料.

資料: 韓國銀行, 『經濟統計年報』, 1977. 6. pp. 280~281 및 『韓國의 國民所得』, 1978. 12.

8) 新系列에 의한 消費者의 個人保健費 總支出은 1976年의 경우 3,405億원에 達하고 있다. 改編된 新系列 國民所得計定上의 民間消費支出中 保健費의 分類集計는 1970~77年 동안만 可能하기 때문에 個人保健醫療費의 長期趨勢分析을 위해서는 부득이 舊系列 資料를 使用할 수밖에 없었다.

煙草와 衣類 및 裝身具에 置重하는 消費패턴을 示顯하고 있는데 兩費目的 比重 모두 先進國水準을 크게 上廻하고 있으며 특히 煙草 消費의 경우 美國과 日本 水準의 約 3倍에 該當하는 3.7%의 比重을 보여주고 있어 保健醫療費보다 높게 나타나고 있는 點이 特記할만 하다 하겠다. 특히 吸煙이 國民健康에 惡影響을 미치는 것으로 밝혀지고 있어 더욱 큰 問題가 되고 있다. 이와 같은 分析結果로 미루어 判斷하건대 現在 우리나라에서는 “健康은 國民의 基本權利的 하나이다”라든가 “保健活動은 國家的인 次元에서 우리가 追求해야 할 가장 重要한 目標이다”라는 命題가 否定되고 있는 듯하며, 消費者의 自由選擇이라는 見地에서 볼 때 韓國人들은 健康보다도 다른 消費活動을 통해서 더 많은 滿足感을 찾으려 하는 樣相을 보여주고 있다 하겠다. 이와 같은 우리나라의 消費패턴은 國家的인 保健事業의 目的達成을 阻害하는 한 側面이라고 볼 수 있겠다. 따라서 健康하고 幸福한 社會를 이룩하기 위해서는 國家에서 해주기를 期待하기 以前에 먼저 나의 健康은 나 自身이 돌본다는 올바른 國民意識을 鼓吹해 나가는 것이 바람

직하다. 그러기 위해서는 國民 各者가 健康을 增進할 수 있도록 健全한 消費行態와 生活樣式(life style)을 이끌어내야 할 것이다.

2. 財源調達方法

保健醫療費支出의 規模가 增大되고 國民經濟에서 차지하는 保健費의 比重이 높아짐에 따라 그 調達方法이 重要한 課題로 擡頭된다. 왜냐하면 이 問題는 國家資源의 効率的 活用과도 直結될 뿐 아니라, 財源의 調達方法 如何에 따라서 이것이 國民經濟와 社會에 미치는 影響도 크게 달라질 수 있기 때문이다.

그런데 保健醫療費의 財源은 매우 多様하며 여러 經路를 통해서 그 財源이 造成되고 있다. 대체로 보아 保健醫療서비스의 財源調達方法(financing mechanism)은 ① 消費者 直接負擔, ② 慈善寄附, ③ 民間(商業) 醫療保險, ④ 企業側 補助, ⑤ 社會保險 및 ⑥ 一般財政에서의 政府支出 등 여섯가지로 區分된다.

保健醫療事業에 所要되는 財源이 어떠한 方法으로 調達되는가에 따라 國家保健計劃에 있어서 各各 다른 重要한 政策的 意味를 지닌다. 이를테면 資金이 여러 機關에 의해서 여러가지 源泉에서 多様な 方法으로 調達될 경우 責任과 權限이 폭넓게 分散되기 때문에 國民保健醫療費支出의 統制가 容易치 않으며 全體國民을 위한 綜合的이고 一貫性있는 國家保健計劃이 어렵게 된다. 反對로 資金調達源泉이 2~3 個로 集中되어 있으면 機關間的 調整과 協助가 容易하여 包括的인 國家保健計劃이 實施 手월해질 것이다. 따라서 保健醫療의 財源調達方法을 摸索함에 있어서 이와 같은 要素들이 充分히 考慮되어야 한다.

〈表 4〉 民間消費支出形態의 國際比較(1975年)

	韓 國	日 本	美 國
總 消 費 支 出	100.0%	100.0%	100.0%
食 料 品	54.2	32.6	21.5
煙 草	3.7	1.2	1.5
衣類 및 裝身具	12.5	8.1	8.4
美 容	1.4	—	1.6
保 健 醫 療	3.2	9.3	8.9
遊 興 및 娛 樂	4.7	8.9	7.3
其 他	20.3	39.9	50.8

資料：韓國銀行, 『經濟統計年報, 1977』, 서울, 1977. 6, p. 281; 日本經濟企劃廳, 『國民所得統計年報, 1977』, 東京, 1977. 2; U.S. Department of Commerce, Survey of Current Business, July 1976.

上記한 6가지의 財源調達方法이 世界의 여러 나라에서 現在 採擇되고 있으나 各財源調達方法의 比重이나 全體的인 構成은 나라마다 다르게 나타나고 있다. 社會保險制度에 置重하는 나라(大部分의 西歐諸國)가 있는 反面 政府의 一般財政에 거의 全的으로 의존하는 나라(英國)와 民間商業保險을 최대한으로 活用하는 나라(美國)도 있다. 그러나 오늘날 世界의 趨勢를 보면 上記한 6가지 方法 중 消費者 直接負擔, 慈善寄附, 民間保險 등에 의한 方法의 重要性은 점차 떨어지고 있는 反面 企業支援, 社會保險 및 一般財政에 의한 政府支出 등의 세가지 財源調達方法의 比重은 점점 커지고 있다고 指摘되고 있다⁹⁾. 이와 같은 傾向은 國民健康을 增進시키고 保健「서비스」를 改善하는데 있어서 社會的 또는 國家的 責任이 더욱 重要視되고 있음을 反映하는 것으로 풀이된다. 그러나 開發途上國보다 先進諸國에 있어서 社會保險이 훨씬 더 重要的 役割을 擔當하고 있음을 보게 된다. 예를 들면 西獨의 경우 全人口의 90% 以上이 地域單位疾病保險에 加入하고 있으며¹⁰⁾ 日本에서는 國民皆保險이라는 目標 아래 거의 全國民이 被傭者 健康保險과 國民 健康保險에 加入하고 있다. 한편 美國의 경우는 現在 社會醫療保險(Medicare)이 制限된 人口集團인 老齡人口만을 對象으로 하고 있기 때문에 歐洲의 先進諸國에 比하여 그 役割이 未洽하나 그 대신 消費者 直接負擔, 民間保險, 政府 一般財政支出 등에 크게 依存하고 있어 財源이 골고루 分散되어 있다¹¹⁾.

그런데 1977年 現在 우리나라의 現況을 살펴보면 保健醫療費 總財源의 約 17%가 政府

의 一般財政에 의하여 充當되고 있으나 社會保險(產災保險, 公務員年金 및 私立學校敎職員年金 중 短期療養給與, 醫療保險)의 役割은 아직 극히 未洽하여 約 2%에 不過하며 民間醫療保險會社는 全無한 狀態에 있다(表 5 參照). 뿐만 아니라 外援을 위시한 慈善寄附金도 韓國動亂 終結 이후 점점 減少하여 오늘에 와서는 거의 無視할 수 있을 정도이며 企業體의 醫療補助(保險料의 負擔을 除外한 直接費)도 現在에는 大企業體에만 限定되어 있는 實情이다. 따라서 個別 消費者 直接負擔方式이 保健醫療「서비스」의 財源調達에 있어서 絕對的으로 重要的 比重(約 80%)을 佔하고 있는데 주로 主要都市地域을 中心으로 中產層 以上의 人口集團만이 利用하고 있을 뿐이다.

그러면 消費者 直接負擔, 一般財政에서의 政府支出, 社會保險 등 主要 財源調達方法중 어느 것이 우리의 實情에 맞는 가장 適切한 方法이 될 것인가? 市場經濟體制下에서 消費者의 自由選擇을 尊重하여야 한다는 單純한 側面에서만 볼 때, 消費者들이 個別的으로 醫療需要를 充足하고 거기에 所要되는 費用도 全

〈表 5〉 保健醫療費 財源의 國際比較

(단위 : %)

	韓國 (1977)	日本 (1975)	美國 (1976)	英國 (1974)
消費者 直接負擔	81	13	30	3
政府 一般財政支出	17	13	26	90
社會 保險	2	74	15	8
商業 保險	—	—	28	—
企業 補助	} 1	—	} 2	—
慈善 寄附		—		—
合 計	100	100	100	100

資料 : 韓國의 境遇는 本文 參照.

日本總理府 社會保障制度審議會, 『社會保障統計年報』, 昭和53年版; R.M. Gibson and C.R. Fisher, "National Health Expenditures, Fiscal Year 1977", *Social Security Bulletin*, July 1978; Derick Fulcher, *Medical Care Systems*, Geneva, International Labour Office, 1974.

9) World Health Organization(1971).

10) Fulcher(1974).

11) Gibson and Fisher(1978).

額 自費負擔하는 것이 바람직한 方法이라고 主張할 수 있겠다. 그러나 消費者 直接負擔方式은 첫째로 醫療費 支拂能力이 있는 사람만이 醫療惠澤을 받을 수 있다는 缺點(社會的側面)과, 둘째로 醫療費 上昇에 대한 統制가 容易치 않다는 問題點(經濟的側面)이 있기 때문에 保健醫療費의 財源調達을 이 方法에 크게 依存할 수는 없다. 또한 앞서 指適된 바와 같이 우리나라의 消費行態와 生活樣式이 國民의 健康增進에 逆行하는 側面도 없지 않다는 事實을 보더라도 消費者 直接負擔方式에는 限界가 있음을 알 수 있다. 한편 政府財政의 役割은 醫療施惠의 均霑이라는 國家의 社會的 目標을 達成하기 위해서도 앞으로 擴充되어야 할 것이다. 그러나 우리나라의 現與件으로 보아 政府財源에 대한 要求가 매우 競爭的이기 때문에 保健事業에 대한 一般財政支出의 急激한 増大를 크게 期待하기는 어려울 것이다. 따라서 한동안 社會保險의 性格을 먼 醫療保險에 財源調達을 依存하지 않을 수 없을 것으로 본다. 保健醫療事業만을 위해서 別途의 財源을 造成할 수 있다는 것이 社會保險의 큰 利點이라 하겠다. 그러나 社會保險은 어디까지나 保健醫療의 基本欲求를 充足하는 데 根本目的이 있다고 본다면, 그 以上の 醫療需要를 위해서는 制限된 範圍內에서나마 非營利民間保險의 役割도 전혀 排除할 必要는 없다고 생각된다.

Ⅲ. 醫療保險制度的 問題點과 改善方向

위에서 살펴본 바와 같이 保健醫療「서비스」

에 支拂되는 費用은 여러가지 方法에 의해서 그 財源이 調達되고 있는데 醫療保險制度는 그 중의 한 方法에 지나지 않는다. 우리나라에 있어서 保健醫療費의 約 80%가 個別 消費者에 의해서 直接 調達되고 있는데 그 중에서도 특히 中所得層 및 高所得層 위주로 保健醫療「서비스」가 널리 利用되고 있다. 한편 政府의 一般財政支出은 前述한 바와 같이 우리나라 保健財政에 있어서 그다지 큰 比重을 차지하지 못하고 있는 實情이며 社會保險의 役割도 아직은 微微하나 1979年을 契機로 크게 擴張될 展望을 보이고 있다. 따라서 本章에서는 앞으로 우리나라 保健醫療費의 財源調達面에서 큰 役割을 堪當하게 될 醫療保險의 機能과 性格을 살펴본 다음 現在 實施되고 있는 우리나라 醫療保險制度的 特性과 內容을 分析·評價해 봄으로써 앞으로의 發展 方向을 摸索해 보기로 한다.

醫療保險은 經濟的 障壁(financial barriers)을 除去시켜 줌으로써 醫療「서비스」의 利用을 높이는 데에 根本目的이 있는 것이다. 疾病發生이란 매우 不規則적이기 때문에 個人別로는 이를 제대로 豫見하기가 어려우나 一團의 個人을 結集시켜 醫療保險을 組織할 경우 「大數法則」(the law of large numbers)의 作用으로 疾病發生의 變動幅과 不規則性이 全般的으로 減少되어 一個 集團으로서의 疾病發生의 豫測이 쉽게 되는 것이다. 따라서 醫療保險은 가능한 한 많은 數의 人口集團을 對象으로 함으로써 疾病發生의 危險을 이들 全部에게 分散시키며 疾病發生時에 所要될 醫療費를 共同으로 負擔케 하는 財源調達制度라 하겠다.

그런데 醫療保險은 그 性格上 社會保險(social insurance)과 民間保險(private or com-

mercial insurance)으로 區分할 수 있다. 疾病이란 特定危險을 對象으로, 그것이 惹起하는 費用發生으로 인한 經濟的 負擔을 保險이란 技術的 基礎 위에 相互 分割하는 制度라는 點에서 이들은 共通點이 있다고 하겠다. 그러나 私의 性格의 民間保險은 自發性, 個人的 權利(individual equity)를 주된 特徵으로 하고 있는 反面 公的 性格의 社會保險은 強制性·社會性(social adequacy)을 一般的 前提條件으로 規定하고 있어 相互 對照를 이룬다. 民間商業保險의 경우에는 個人的 生活安定에 置重할 뿐만 아니라 個人的 自發的 契約에 의해 保險에 加入하게 되며 被保險者와 保險者間에 同等 立場에서 保險契約이 이루어지는 特色을 지니고 있다고 보여진다. 그리고 選擇할 수 있는 給與의 種類가 多樣하며 保險料도 被保險者 個個人的 危險程度에 따라 經驗率(experience rating)이 賦課된다. 즉, 健康하고 젊은 階層에게는 낮은 保險料를 適用하는 대신, 虛弱하거나 年老한 階層에게는 높은 保險料를 賦課하는 것이 通例로 되어 있다. 그러나 社會保險의 경우에는 社會的 衡平增進이나 所得再分配 등 社會政策의 具體的 表現手段으로서 原則적으로 社會構成員 全體를 對象으로 하고 있으며 國法에 의한 強制加入이 原則으로 되어 있다. 또한 社會保險에서는 疾病發生의 危險을 社會的 責任으로 防止하려는 社會性이 基礎가 되고 있기 때문에 保險料도 加入者 個人的 危險程度에 따라 賦課되지 않고 地域社會內 加入者들의 集團率(community rating)에 의하여 一律적으로 適用되는 것이 보통이다. 또한 民間保險은 保險基金을 包含한 모든 業務를 個別的으로 組織된 民間機構에서 運營하고 있는 反面 社會保險은 주로 政府 또는

이에 準하는 非營利 公共機關(公社)에서 管掌·運營하게 되는 것이다. 그런데 우리나라의 醫療保險制度는 社會保障의 增進을 圖謀하기 위하여 마련된 社會保險임에도 불구하고 이를 論함에 있어서 民間保險 또는 商業保險의 該當基準을 그대로 適用하는 경향이 많이 있어 이로 말미암아 社會醫療保險制度의 評價上 많은 混亂이 일고 있음을 보게 된다.

1. 保險의 適用範圍

社會保險制度의 理想的인 目標은 所得水準, 居住地, 雇傭形態, 性別 또는 年齡에 關係없이 全國民을 對象으로 하는 것인 바 이와 같은 國民皆保險(universal coverage)은 基本的으로 社會衡平(social justice)의 實現에 根據를 두고 있다. 그러나 實際적으로 制度導入 初期에는 加入範圍에 어떤 制限을 加하지 않을 수 없는데 이 制限은 대체로 職種, 企業規模, 雇

〈表 6〉 市·道別 醫療保險組合과 加入者數 (1978年末 現在)

市·道別	組合數	加入人口(千名)			1975年人口(千名)	人口에 대한 加入人口의 比率(%)
		被保險者數	被扶養者數	合計		
서울	339	801.2	1,207.2	2,008.4	6,879	29.2
釜山	76	276.9	288.6	565.6	2,451	23.1
京畿	60	174.4	180.0	354.4	4,035	8.8
江原	19	33.3	74.0	107.3	1,861	5.8
忠北	6	12.8	17.0	29.8	1,521	2.0
忠南	20	55.5	49.8	105.3	2,947	3.6
全北	10	39.2	48.8	88.0	2,455	3.6
全南	13	23.3	48.8	72.2	3,983	1.8
慶北	24	98.1	108.3	206.4	4,856	4.3
慶南	25	133.1	149.3	282.4	3,279	8.6
合計	592 ¹⁾	1,648.0	2,171.9	3,819.9	34,269	11.2

註: 1) 22個 工業團地 醫療保險組合 包含.

資料: 保健社會部 內部資料 및 經濟企劃院, 『1975 總人口 및 住宅調查速報』, 서울, 1976. 12, pp. 24~59.

備狀態, 地理的 位置 등의 差異에서 오는 行政的, 經濟的, 社會的 要因 때문에 어느 정도 不可避하다고 느껴진다. 특히 醫療人力 및 施設 등 醫療의 供給能力이 醫療保險의 適用範圍 決定에 重要한 役割을 하게 되는데 우리나라 醫療保險法도 이러한 여러 制約要因들을 勘案하여 施行初期에는 適用範圍를 制限하고 있는 것이다.

保健社會部가 集計한 行政統計에 의하면 1978年 12月 31日 現在 從業員 500人 以上の 企業體와 22個 工業團地에 結成된 當然設立組合(第1種)數는 584個이며 여기에 任意設立組合(第2種) 8個를 더하면 全國的으로 設立된 醫療保險組合 總數는 592個에 達하고 있다(表 6 參照). 制度에 加入한 被保險者는 약 165萬名이며 그 扶養家族을 합칠 경우 都合 382萬名이 醫療保險의 惠澤을 입고 있다. 이는 1978年 우리나라 總人口의 11%¹²⁾에 該當하는데 歷史가 오래된 歐美 先進國의 경우 醫療保險 또는 國民健康事業에 90%以上 거의 全國民을 加入시키고 있는 것과는 隔差가 크다고 생각된다. 그러나 1979年 7月 1日을 期하여 醫療保險(第

1種)의 適用對象을 擴大實施하고 있음을 勘案할 때 앞으로 繼續하여 保險人口數가 增大될 것으로 展望된다.

그런데 우리나라 保險加入者의 市·道別 人口에 대한 比率을 보면 全羅南·北道 및 忠清南·北道の 1.8~3.6%線에서 서울의 29.2%에 이르기까지 地域間隔差를 露呈하면서 多樣한 分布를 나타내고 있다. 특히 全羅南道와 忠清北道の 경우 全體人口의 約 2%에 該當하는 極少數만이 醫療保險의 惠澤을 받고 있음을 알 수 있다. 이에 反하여 서울·釜山 등 2大都市만을 考慮한다면 人口面에서는 全體人口의 27%에 지나지 않으나 醫療保險制度의 加入者數에서는 全國加入者의 約 67%나 占하고 있어 이들 兩大都市에 加入者가 集中되고 있음을 알 수 있다¹³⁾. 前述한 것처럼 保健醫療資源이 大都市에 偏在해 있을 뿐만 아니라 이처럼 醫療保險受惠者가 大都市에 集結되어 있다는 事實은 醫療施惠의 均霑이라는 基本政策에 違背되는 現象으로서 早速히 根本的인 對策이 講究되어야 할 것이다. 즉 <表 6>에서 볼 수 있는 바와 같은 醫療施惠의 不均衡을 是正하기 위해서는 특히 忠清, 全羅道民들에게 더 많은 保險惠澤이 주어질 수 있도록 制度面에서의 改善이 있어야 할 것이다.

適用範圍의 擴充과 關聯하여 1979年 7月 1日부터 常用勤勞者 300人 以上の 企業體從業員을 保險에 加入시키고 있으나 이와 같은 當然 適用 被保險者의 加入範圍는 앞으로도 繼續 擴充되어 나가야 할 것으로 생각된다. 小規模 零細企業의 勤勞者가 大企業의 勤勞者에 비해 醫療利用面에서도 보다 落後되어 있다는 事實에 비추어 中小企業의 勤勞者 및 그 扶養家族에게 醫療「서비스」를 擴大供給하는 일은 매우

12) 1979年 7月 1일부터 第1種 醫療保險의 適用對象을 300人 以上の 企業體로 擴大實施하고 있는데 이 結果 約 540,000名이 追加로 醫療保險의 惠澤을 받게 될 것으로 推計되고 있다. 또한 이와는 別途로 1979年 1月 1일부터 公務員 및 私立學校敎職員 醫療保險制度가 實施되고 있는데 適用對象總人員은 約 3,600,000名에 達하고 있다. 따라서 이들을 모두 包含시킬 경우 全國的으로 醫療保險對象人員數는 7,960,000名으로 우리나라 總人口의 21%에 該當된다.

13) 그런데 保險對象者數는 現在 被保險者의 居住地別로 集計되는 것이 아니라 加入組合의 所在地別로 集計되기 때문에 醫療保險 加入人口를 市·道別로 파악하는 데에는 實際과 乖離가 發生한다. 예를 들면 本社가 서울에 있고 支社와 工場은 地方에 所在하는 경우 地方에 居住하는 支社나 工場勤勞者는 本社가 있는 서울의 保險對象者數에 포함되어 集計되고 있으며 反面 서울에서 地方으로 移轉한 企業體의 被備者中 家族이 계속 서울에 居住하는 경우 이들 서울 居住 被扶養家族은 保險對象者의 集計에 있어서 地方保險組合의 被保險者數에 포함되기 때문이다. 따라서 <表 6>의 市·道別 保險受惠人口를 分析함에 있어서 注意를 要한다.

緊急하다고 하겠다. 또한 아직 實施를 보지 못하고 있는 國民福祉年金制度의 適用範圍(30人以上의 企業體)와 比較해 보더라도 早速한 時日內에 醫療保險制度의 加入範圍를 擴大시켜 나가는 것이 바람직하다고 생각된다. 이와 더불어 產災保險의 加入範圍 역시 相當히 擴張되어 現在 16人 以上の 勤勞者를 雇傭하는 企業體를 對象으로 하고 있다는 點에도 注目할 必要가 있을 것이다.

그러나 保險適用 對象範圍의 擴大와 關聯하여 醫療利用率의 急速한 增大가 豫想되므로 이에 대한 對策이 實效있게 講究되어야 할 것이다. 특히 現時點에서 患者들이 이롭기는 綜合病院으로만 過度하게 몰리는 傾向이 있어 深刻한 問題를 提起하고 있는 實情에 비추어 醫療供給의 限界性을 드러내지 않도록 供給體系의 確立이 早期에 이루어져야 하겠다. 앞서가는 醫療保險制度에 뒤지지 않도록 醫療制度面에서의 改善도 있어야 한다는 것이다. 이를 위해서는 諸醫療機關을 診療機能別로 系列化하여 效果的인 醫療供給의 分擔을 기해 나가야 할 것이다. 醫療保險制度의 導入으로 인한 醫療需要의 急增에 對處하기 위해서는 이와 같이 醫療供給面에 있어서 傳達體系를 系列化하고 體系化할 必要가 있을 것이다. 現在 當局에서는 가벼운 1次診療는 可及的 隣近 醫院에서 받도록 勸獎하고 있으나 제대로 履行되지 않고 있으므로 좀더 積極的인 啓蒙과 함께 이러한 方針이 制度의 保障될 수 있도록 政策的인 뒷받침이 要請되는 것이다.

醫療保險法에서는 農民을 包含한 自營業者로 하여금 任意設立의 第2種 組合에 加入할 수 있도록 規定하고 있는데 1978年末 現在 自營業者나 其他 勤勞者를 對象으로 任意設立된 醫

療保險組合은 忠淸南道 瑞山郡에 1977年 8月 13日 開設된 삼화組合 하나 뿐이며 나머지는 既存 示範組合들이다. 農村住民들의 醫療需要를 充足시키는 問題가 오늘날 重要한 當面課題임을 勘案할 때 第2種保險의 조속한 發展이 切實히 要請되고 있다. 그런데 現在의 法 테두리 안에서는 2種組合의 結成條件이 매우 까다롭기 때문에 法의 精神은 살아 있으나 實際로는 2種組合의 發展을 阻害하고 있는 實情이다. 따라서 農村地域社會에 가장 適合한 財源調達方式을 開發하기 위해서는 먼저 示範事業을 擴散하여 될 수 있으면 많은 實驗事業을 試圖하도록 政府는 積極的으로 勸獎해 나가야 할 것이다. 地域에 따라서 所得水準, 現金流通範圍, 住民의 態度 및 地域社會의 參與 程度 등에서 큰 差異를 보이고 있는데 이와 같은 經濟·社會의 特色이 農村住民을 위한 醫療施惠 擴大의 基本方向을 設定함에 있어 充分히 考慮되어야 할 것이다.

2. 保險給與

醫療保險法의 規定에 의하면 保險給與는 法定給與와 附加給與로 區分되는데 現物給與를 原則으로 하는 法定給與에는 ① 診察 ② 藥劑 또는 治療材料의 支給 ③ 處置, 手術, 其他의 治療 ④ 醫療施設에의 收容 ⑤ 看護 ⑥ 移送 등 療養給與와 分娩給與가 包含되고 있다.

한편 附加給與에는 分娩手當, 本人一部負擔金 補償, 葬祭費 등이 包含되고 있는데 이는 組合定款에 따라 任意的으로 支給할 수 있도록 規定하고 있어 組合間 給與上의 不均衡을 惹起시킬 素地를 안고 있다. 지난 2年間의 經驗에 의하면 葬祭費를 支給하고 있는 組合은

많이 있으나 分娩手當을 포함한 傷病手當¹⁴⁾(私傷의 경우를 말함)¹⁵⁾을 支給하는 組合은 거의 없는 것으로 밝혀지고 있다.

保險給與와 關聯하여 指摘해야 할 事項은 現在의 우리 制度가 비록 初期段階에 있다고는 하나 너무나 治療事業(curative care) 中心이며 豫防醫療(preventive care)를 거의 度外視하고 있다는 點이다. 醫療保險法 第26條는 豫防事業을 “設置運營할 수 있다”라고 規定하고 있으나 좀더 積極적이고 具體적인 法的 뒷받침이 있어야 할 것으로 본다. 全世界的으로 豫防事業에 대한 關心이 높게 일고 있고 保健問題의 效果的인 解決方案으로 包括적인 接近方法의 重要性이 폭넓게 認識되고 있는 傾向을 勘案할 때 豫防醫療가 保險給與에 포함되도록 明文化되어야 할 것이다. 豫防醫療에 置重함으로써 疾病의 發生을 未然에 防止하고 또 疾病을 早期發見함으로써 入院治療나 기타 비싼 醫療行爲를 避할 수 있기 때문에 費用 및 便益 兩面에서 效果的이며 効率的인 接近手段이라고 看做되고 있다¹⁶⁾. 治療는 豫防보다도 그 性格上 많은 費用이 들며 高度의 技術을 要하고 있어 資源消費的이며 따라서 國家資源에 대한 要求가 매우 競爭的인 우리나라에서

는 治療爲主의 패턴에서 벗어나 豫防事業과 治療事業의 均衡있는 接近方法이 要請되고 있다.

醫療保險法은 醫療「서비스」費用의 一部를 患者가 分擔하도록 規定하고 있는데 최근 同法 施行令 第34條의 改正으로 被保險者와 被扶養者 모두 入院의 경우 診療費의 20%, 外來 30%를 負擔하고 있다¹⁷⁾.

費用 一部負擔制(co-insurance 혹은 cost-sharing)는 社會保險에 있어서 가장 論難의 對象이 되고 있는 問題의 하나로서 그 主目的은 醫療의 過用·濫用을 防止하고 同時에 保險의 財政負擔을 줄이자는 것이다. 醫療保險에서 費用分擔條項의 有無와 負擔率의 水準은 醫療利用行態와 需要樣相에 상당한 影響을 주는 것으로 分析되고 있다¹⁸⁾. 우리나라에서도 만약 費用分擔制가 採擇되지 않았다면 醫療「서비스」에 대한 需要가 그동안 크게 增加했을 것으로 想像되며, 만약 保健人力과 施設이 이와 같은 需要增大을 充足할 수 없게 된다면 結果적으로 醫療酬價의 上昇壓力을 加重시킬 것이고 또한 患者들로 하여금 適時에 醫療「서비스」를 利用하지 못하게 하는 困惑을 안겨다 줄 것이다.

이와 같이 費用分擔制는 여러가지 長點이 있지만 다른 한편으로는 몇가지 深刻한 問題點이 提起되는데 이를테면 一律的인 費用分擔制는 低所得層에게 相對적으로 더 큰 負擔을 주게 된다는 點을 우선 指摘할 수 있겠다. 또한 患者의 自擔率이 지나치게 높을 경우 이는 高·低所得層을 불문하고 醫療利用者의 經濟的 負擔을 加重시켜 結果적으로 必要한 醫療를 提供받지 못하게 함으로써 醫療保險制度的 根本趣旨을 弱화시키게 될 것이다. 그런데 이

14) 從前에는 附加給與를 傷病手當과 葬祭費로 區分했으나 1979年 7月 1日부터는 傷病手當의 範圍를 分娩의 경우에만 制限하고 그대신 本人 一部 負擔金補償制를 導入했다.

15) 私傷이 아닌 公傷의 경우는 産業災害補償制度和 勤勞基準法에 依據하여 傷病手當이 支給되고 있다.

16) 豫防醫療의 費用·便益分析에 關해서는 Feldstein (1973) 參照.

17) 法改正 以前인 1979年 6月 30日까지는 被保險者 本人의 경우 入院費用의 30%, 外來費用의 40%를 自擔하며 扶養家族의 경우에는 入院 40%, 外來 50%까지를 負擔하게 돼 있었다. 그러나 이것은 上限線에 지나지 않으며 이 範圍內에서 各組合이 獨自적으로 一部分擔率을 決定하도록 規定하고 있었다.

18) Newhouse, Phelps and Schwartz(1974) 및 Scitovsky and Snyder(1972) 參照.

번의 法改正(1979年 7月 1日 施行)을 통해서 本人負擔金 補償制¹⁹⁾를 導入하게 된 것은 바람직한 施策인데, 이는 過重한 本人負擔에서 오는 醫療利用上의 逆效果와 副作用을 除去함으로써 社會醫療保險의 根本目的을 살리기 위한 措置라고 풀이된다. 그러나 本人 一部負擔問題와 關聯하여 아직 몇가지 疑問點이 남겨져 있다. 즉, 費用 중 患者 一部分擔率은 어느 程度나 되어야 할 것인지? 同 負擔率은 所得에 關係없이 모든 患者에게 一律적으로 適用되어야 할 것인지? 特定患者나 特定診療項目(이를테면 豫防醫療에 該當되는 項目)을 費用分擔規定에서 除外시킬 수 있을 것인지? 하는 것 등이 主要 論點으로 列擧된다.

그런데 우리나라의 本人 一部負擔率 20%(入院)와 30%(外來)는 다른 나라에 比하여 비슷한 水準²⁰⁾에 있어 크게 例外的이라고는 볼 수 없으나 모든 患者에게, 또 모든 診療行爲에 같은 負擔率을 適用한다는 데는 問題點이 없지 않다고 본다.

一定率의 費用 一部分擔은 高所得層에 比하여 低所得層이 相對적으로 더욱 큰 負擔을 안게 되기 때문에 社會的 問題가 되고 있다. 예컨대, 한달에 10萬원 收入의 家長의 경우 病患으로 診療를 받고 6萬원 程度의 醫療費가 請求되었다면 그 30%(外來의 경우의 本人負擔率)인 1萬8千원에 該當하는 本人負擔을 즉시 支拂하기에는 經濟的 負擔이 過重하다고 하겠다. 그러나 月 50萬원의 所得者는 같은 경우에 別困難없이 一部分擔金인 1萬8千원을 支

拂할 수 있을 것이다. 즉, 同一한 醫療費에 대한 費用分擔額은 月 10萬원 所得者의 경우 月 收入의 18%나 되나 月 50萬원의 收入이 있는 者에게는 月所得의 3.6%에 不過하다. 이와 같이 所得階層에 關係없이 一律적으로 같은 費用分擔率을 適用하는 方式은 低所得層에게 過重한 負擔을 주게 되어 그들로 하여금 必要한 醫療利用을 멀리하게 하는 結果를 가져오게 될 것이며 이로 因하여 疾病의 早期發見을 지연시켜 結局 個人的, 社會的 費用을 높이게 될 것이다. 이는 특히 低所得層의 醫療利用을 고취시킨다는 社會保險의 本源的 目的에 違背되는 것이라 하겠는데 이 問題에 대한 한가지 解決策으로 費用分擔規定을 所得과 連結시킴으로써 低所得層에게는 差等分擔率을 適用하는 方案을 摸索해 볼 수도 있을 것이다.

끝으로 保險給與와 關聯하여, 提供된 診療行爲에 대한 報酬는 點數制(fee-for-service)에 의하여 算出된 總費用에 根據하여 保險組合이 醫療機關에 事後的으로 償還하는 方式(cost-based reimbursement)을 취하고 있다. 이와 같은 報酬支給方式下에서는 費用을 높이면 바로 收入을 增大시킬 수 있기 때문에 醫療費가 無制限으로 昂騰될 可能性이 있으며 동시에 값비싼 醫療資源을 非效率的으로 活用하는 結果를 가져오게 된다. 이와 같은 副作用과 弊端을 除去하기 위해서는 費用節減을 促進하여 效率的으로 運營하는 病院에 대해서는 充分한 補償이 돌아갈 수 있도록 하고 非效率的으로 運營하여 費用上昇을 助長하는 病院에는 科料에 準하는 補償을 할 수 있는 一種의 誘引償還制度(incentive reimbursement scheme)가 摸索해야 할 것이다²¹⁾. 現在 우리나라에서 採擇되고 있는 酬價點數制는 病·醫院에서 提供되는

19) 補償金은 本人 負擔額이 30日間 20萬원을 超過할 경우 支給되는데, 그 支給額은 그 超過한 金額의 範圍 안에서 綜合定款으로 定하도록 돼 있다.

20) Roemer(1969), Fulcher(1974) 및 U.S. Department of Health, Education, and Welfare(1976).

21) McCarthy(1975) 및 Dowling(1977).

762種의 醫療行爲項目에 대해서 各己 該當點數(1點當 10원)를 賦課하여 酬價를 決定하게 되기 때문에 이러한 酬價制度下에서는 收入을 極大化하려는 動機를 誘發하게 되는 것이다. 즉, 收入은 診療의 量에 正比例하기 때문에 收入의 增大를 위해서는 診療「서비스」의 量을 必要以上으로 增加시켜 過剩診療(over-doctoring)하는 傾向이 있다. 따라서 醫療「서비스」의 質보다는 量에 더욱 置重하게 되며 또한 豫防보다는 比싼 治療에만 열중하게 된다. 또한 다른 醫師에게 患者를 依賴할 경우 自己의 收入이 減少되므로 可及의 혼자서 많은 患者를 治療하려는 動機가 賦與되고 있어 醫療의 質을 低下시킬 可能性도 있다. 醫療行爲에 따라 일일이 點數를 計算하여 報酬를 決定해야 하기 때문에 事務處理에 많은 번거로움을 가져오게 되며 事務員의 增大를 招來하게 된다. 그러나 點數制(fee-for-service)와는 달리 人頭制(capitation method)는 一定期間 1人當 一定額을 醫療機關에게 支拂하는 制度로서 診療의 量과는 關係없이 報酬가 支拂되기 때문에 收入의 極大化란 動機는 誘發하지 않는다²²⁾. 모든 支拂方法이 그 나름대로의 長·短點과 問題點들이 있어 完全無缺한 制度를 選擇한다는 것은 거의 不可能하나 人頭制의 많은 利點을 살려 이의 採擇可能性도 研究·檢討해 볼 必要가 있다고 본다.

3. 保險財政

保險의 財源은 被保險者 標準報酬 月 60萬 원(1979年 6月 30日까지는 40萬圓)의 限度內에서 月報酬의 3~8%에 該當하는 保險料의

徵收에 의해서 造成되는데 그 중 1/2은 使用者가, 나머지 1/2은 被備者가 各各 負擔한다. 政府補助金은 現在 運營費 支援에 局限되고 있다. 그러나 實際로 保險料率은 3~8%의 範圍內에서 各組合이 定款의 規定에 의하여 任意的으로 決定, 使用者가 徵收하도록 되어 있어 앞으로 組合間의 隔差를 惹起시킬 素地를 안고 있다. <表 7>에서 1978年 12月末 現在 保健社會部에 登錄된 592個 醫療保險組合의 保險料率分佈를 살펴보면 總組合數의 81% 以上이 法定最低限度인 3%를 採擇하고 있는 反面 不過 3個組合이 5.1~6%의 保險料率을 適用하고 있다. 法定保險料率의 最高限度가 8%임에도 不拘하고 6%以上을 採用하고 있는 組合은 하나도 없으며 따라서 592個 組合의 加重平均 保險料率은 3.12%로 매우 낮게 나타나고 있다. 保險實施 初期에 있을 수 있는 財政負擔의 不確實性 때문에 大部分의 組合들이 當장은 最低保險料率을 固守하고 있는 것으로 풀이되고 있으나 法에 規定된 3~8%의 지나치게 폭넓은 保險料率의 限度는 長期的으로 볼 때 保險料率로 인한 組合間의 不均衡을 招來할 可能性이 있기 때문에 料率의 範圍를 좁혀 나감이 妥當하다고 본다. 組合間 不均衡이 存在할 경우 이것은 企業間, 產業間 및 地域間 勞動力의 移動을 沮害하여 生産性を 減少시

<表 7> 保險料率別 組合數(1978年末 現在)

保險料率(%)	組 合 數	構 成 比(%)
3	484	81.7
3.1~4	92	15.6
4.1~5	13	2.2
5.1~6	3	0.5
合 計*	592	100.0

* 加重平均料率值 3.12%

資料: 保健社會部 社會保險局.

22) Abel-Smith(1976).

키게 될 수 있기 때문이다. 適正 保險料率의 決定은 어디까지나 細密한 保險數理的 推計 (actuarial estimates)와 分析을 통해서 隨時로 이루어져야 할 것인바 法 改正의 번거로움을 피할 수 있다는 理由 때문에 미리부터 지나치게 높은 最高限度를 法에 規定해 놓을 필요는 없다고 본다.

그런데 우리나라의 保險料率과 外國의 保險料率을 表面上으로나마 比較해 볼 때 많은 差異가 있음을 알 수 있다²³⁾. 開發途上國인 칠레의 3.54%, 필리핀의 3.75%, 아르헨티나, 인도네시아, 印度 등의 7% 水準 그리고 臺灣의 8% 등의 順으로 되어 있다. 그러나 同保險料率은 프랑스, 西獨 및 英國 등 先進國의 경우 10%~14%까지 올라가고 있는데 이들 主要國의 經驗²⁴⁾에 비추어 韓國의 平均 保險料率 3.12%는 實施 初期段階인 關係로 아직 相對的으로 낮은 水準이라고 보아야 할 것이다. 또한 우리나라의 醫療保險利度下에서 使用者 및 被傭者間의 保險料 均割 負擔方式은 一般的인 國際慣例에 벗어나는 것 같아 注目할 만하다고 하겠다. 大多數의 國家에서는 使用者의 保險料率負擔이 被傭者보다 훨씬 높게 나타나고 있으며 우리나라와 같이 勞·使間 均割 負擔制를 採擇하고 있는 나라는 많지 않다²⁵⁾. 使用者의 保險料率 1/2以上 負擔은 國際的인 慣例로서 勞使協調에도 有助할 것으로

判斷되기 때문에 使用者·被傭者가 各各 保險料의 1/2씩을 釀出토록 規定한 現醫療保險法 第51條는 伸縮性이 賦與되도록 改正됨이 바람직하다. 만약 使用者가 保險料의 1/2 以上을 負擔하고자 할 때는 이를 法的으로 拘束할 必要는 없다고 본다.

前述한 바와 같이 政府는 現在 少額의 運營費를 支援하고 있을 뿐 保險給與費用에 대한 補助는 전혀 하지 않고 있어 一部에서는 좀더 폭넓은 政府의 財政支援을 促求하고 있으나 이는 現段階에서는 妥當性이 없는 主張으로 본다. 첫째로 現在 醫療施惠를 받지 못하고 있는 農漁民, 零細企業勤勞者, 零細自營業者 등의 人口階層을 除外한 극히 制限된 勤勞者를 對象으로 實施되는 醫療保險制度에 政府의 莫大한 資金을 補助하는 것은 資源을 非效率的으로 活用하는 結果를 가져올 뿐 아니라 社會 衡平의 原則도 違背된다고 풀이된다. 둘째로 政府의 財政支援은 一般財政의 增加에 의해서 支辨될 것이므로 이는 非加入者에게 賦課되는 稅金으로 經濟的으로 比較的 優位에 있는 保險加入者들을 補助해 주는 結果가 될 수 있다는 點을 指摘할 수 있다. 세계로 大部分의 組合의 경우 剩餘金이 蓄積되고 있는 現保險財政狀況에서는 政府로부터의 財政支援을 必要로 할 아무런 理由가 없다고 본다.

그런데 醫療保險制度가 實施된 以後로 保險財政의 剩餘金이 繼續 蓄積되어 왔으나 最近에 와서는 그 規模가 줄어드는 趨勢를 보이고 있다. 즉 1977年 下半年期 6個月 동안의 保險料 徵收額은 144億원인데 反해 給與費 支出은 同期間 36億원에 不過하여, 支給된 保險給與는 保險料總收入의 4分の 1에 該當하는 金額이었다. 그러나 1978年 12個月間의 執行實績에 의

23) 保險料率(premium rate)을 경우에 따라서 釀出料率(contribution rate) 또는 賃金稅(payroll tax)라고도 부르고 있는데 이를 國際比較할 경우, 이는 一般的으로 賃金이나 俸給의 全額을 對象으로 賦課되는 것이 아니라 어떤 一定限度의 所得까지가 賦課標準이 된다는 點과 通常 平均所得의 倍數로 決定되는 이 最高限度所得이 國家間에 相互比較될 수 없다는 點등 特有의 이러한 點이 있는 것이다.

24) U.S. Department of Health, Education, and Welfare(1977).

25) *Ibid.*

하면 給與費로 支給된 總額은 228億원으로 이
 는 同期間에 徵收된 保險料 313億원의 거의 4
 分の 3에 該當하는 金額인 것으로 나타났다.
 또한 1979年 1/4分期의 暫定集計 結果를 보더
 라도 給與費支出額의 對保險料 收入比率이 80
 %를 上廻하는 것으로 밝혀지고 있어 保險財
 政의 剩餘金은 점차 減少하고 있음을 알 수 있
 다. 이는 醫療保險 實施初期엔 아주 低調했던
 醫療利用率이 서서히 高개를 들기 시작하였음
 을 反映하는 것으로서, 受惠人口의 擴大와 制
 度の 定着化에 따라 앞으로 繼續 上昇할 것
 으로 展望되고 있다. 또한 醫療保險 診療酬價
 가 1979年 1月 1日과 同年 7月 1日을 기하여
 각각 平均 20.75%와 11.14% 引上되었음을
 勘案할 때, 이는 앞서 指摘된 利用率의 增大
 와 더불어 앞으로 保險財政에 적지않은 影響
 을 미칠 것으로 判斷된다. 따라서 지난 2年間
 의 實績을 土臺로 좀더 綿密하고 正確한 保險
 數理的 計測을 實施함으로써 適正水準의 保險
 財政이 維持되도록 努力해야 할 것이다.

4. 制度의 運營

우리나라의 公의性格의 醫療保險制度는 300
 人以上(1979年 7月 1日부터) 企業體와 工業團
 地에 勤務하는 勤勞者를 對象으로 하는 當然
 設立 醫療保險組合(第1種)과 農漁民을 包含한
 自營者 및 其他 一般住民을 對象으로 市·郡
 ·邑·里 등 各地方行政地域을 單位로 하여 設
 立되는 任意醫療保險組合(第2種)에 의해서 自
 律的으로 運營되도록 되어 있다. 따라서 保險
 組合이 많이 생기면 생길수록 運營單位도 數
 多하게 생겨(1978年末 現在 592個) 各 組合이
 獨自的으로 保險基金을 造成하여 이를 土臺로

醫療保險事業을 管理하게 되는 것이다. 이와
 같은 單位組合 中心의 複數運營制度는 組合의
 自治運營의 鼓吹, 自發的인 參與意識의 助長,
 그리고 企業單位로 醫療保險組合이 結成될 경
 우 勞·使間의 緊密한 協力으로 바람직한 產
 業關係 風土를 造成할 수도 있다는 點 등 몇
 가지 利點이 列擧될 수 있다고 評價된다.

그러나 이러한 類型의 組合自律主義에 立脚
 한 醫療保險制度는 單位組合으로서의 利點은
 있으나 國家的인 次元에서 여러가지 問題點과
 不利點을 갖고 있음을 알 수 있다. 그 中에서
 도 保險料(醜出金)와 給與水準의 組合間 隔
 差, 危險分散의 制限, 財源調達上 制約, 二重
 構造 및 行政의 重複, 資源의 浪費, 國家保健
 政策과의 乖離, 社會保障制度의 體系의 發展
 沮害 등이 指摘될 수 있겠다. 지금까지의 經
 驗으로 보아 單位組合別로 運營되고 있는 우
 리나라의 醫療保險制度는 公的 性格의 社會保
 險이라기보다는 企業內의 私的 保險制度로 基
 盤을 굳혀가고 있는 느낌이 없지 않다.

多數의 小規模單位組合을 設置하여 自律的
 으로 運營하는 이 制度는 먼저 財政이나 運營
 面에서의 規模의 經濟를 잃게 되어 單位當 費
 用이 높아질 것이다. 지난 2年동안 500人以上
 事業場으로 個別單位醫療保險組合을 設立·運
 營해온 結果 小規模組合에 있어서 管理運營費
 의 總支出面에서 차지하는 比重이 過度하게
 크게 나타나고 있으며 人件費의 急激한 增加
 가 保險財政의 赤字를 誘發하여 組合財政의
 安定을 威脅하고 있음이 밝혀지고 있다. 즉,
 全國醫療保險協議會가 1978年末 全國의 醫療
 保險組合을 對象으로 實施한 運營實態調查資
 料에 의하면 大體的으로 被保險對象者 規模가
 큰 組合은 財政收支率이 높으며 反面 小規模

單位組合의 경우 收支率이 낮은 것으로 分析되고 있다. 또한 管理運營費(人件費와 經常事務費의 合計)의 總財政支出에서 차지하는 比重도 業種에 따라 크게 差異를 나타내고 있는데 金融, 保險, 不動產 및 用役業 등 大單位組合의 경우 平均 5.7%인 데 비하여 都小賣 및 飲食宿泊業 등 比較的 規模가 작은 組合은 20.9%인 것으로 集計되었다²⁶⁾. 日本에 있어서 組合管掌 健康保險의 경우 事務費의 保險支出總額에 대한 比率이 全國적으로 平均 2.9%에 不過함에 비추어 볼 때 우리나라에서는 管理運營費의 支出이 過多함을 알 수 있다²⁷⁾. 現在 우리나라의 組合中心 醫療保險制度가 안고 있는 또 하나의 問題點은 保險組合과 事業體와의 關係가 不透明하다는 것이다. 즉, 組合業務에 대한 企業體의 不當한 干涉이 심하고, 企業體의 職員이 保險管理를 兼하고 있으며, 企業體의 資金事情의 惡化로 인해 保險料가 제때에 제대로 納付되지 못하는 등 醫療保險施行上 여러 問題點이 指摘되고 있다.

〈表 8〉에 나타난 바와 같이 우리나라의 醫療保險組合의 規模가 全般的으로 小規模임을 알 수 있다. 즉, 保健社會部가 集計한 資料에 의하면 1978年末 現在 保健社會部에 登錄된 592個 醫療保險組合의 平均被保險者數는 2,784名에 이르고 있는데 工業團地內에 組織된 22個 組合을 除外한다면 組合當 平均被保險者數는 2,435名에 不過하게 된다. 그런데 이의 道別分布를 보면 道에 따라서 相當한 差異가 있음을 알 수 있다. 즉, 全南의 1,491名에서 慶南의 4,445名에 이르기까지 多樣한 分布를 나타내고 있는 한편 大多數의 道에서 醫療保險

組合의 平均被保險者數는 2,000名未滿을 記錄하고 있다. 또한 外國의 例를 보더라도 우리나라의 保險行政單位가 어느 정도 小規模인가 하는 것을 알 수 있을 것이다. 이를테면 日本의 組合管掌 健康保險制度의 경우 全國적으로 약 1,658個의 組合이 약 1千1百萬名의 勤勞者를 被保險者로 包容하고 있어 組合當 平均被保險者數는 約 7,000名에 이르고 있다²⁸⁾.

따라서 單位組合別 自律的 運營을 規定하고 있는 우리나라의 現醫療保險制度는 大規模의 統合運營方式이 지니는 폭넓은 危險分散 및 財源의 共同利用이란 利點을 잃고 있다고 보여진다. 危險分散뿐 아니라 所得再分配機能의 側面에서도 組合自律主義에 立脚한 現行 醫療保險制度가 바람직하지 못하다고 分析된다. 社會保險의 性格을 면 우리나라의 醫療保險制度가 追求하는 社會的 欲求의 充足, 즉 經濟的障壁을 除去하여 모든 國民이 醫療를 利用할 수 있도록 保障하고 醫療費의 急速한 上昇을 抑制하는 것 등 所期의 目的을 達成하자면 結局 統合運營을 통한 醫療保險制度의 一元化가 必

〈表 8〉 市·道別 組合當 平均被保險者數
(1978年末 現在)

		(단위: 名)	
市·道別		組合全體	工業團地內 組合除外
서 울		2,363	2,218
釜 山		3,643	3,292
京 畿		2,907	2,138
江 原		1,753	1,812
忠 北		2,133	1,860
忠 南		2,775	2,616
全 北		3,920	3,138
全 南		1,792	1,491
慶 北		4,088	2,225
慶 南		5,324	4,445
合 計		2,784	2,435

資料: 保健社會部 社會保險局.

26) 李珣(1979).

27) 日本 厚生省(1978).

28) Japan Social Insurance Agency(1978).

妥하게 될 것이다. 統合運營의 利點을 살리기 위하여, 當然 適用事業場의 擴大實施를 契機로 1979年 7月 1日부터 새로 適用되는 從業員 300人 以上 企業體를 大單位組合으로 統合管理키로 한 政府의 方針은 規模의 經濟를 살리기 위한 前進의인 첫걸음으로서 바람직한 措置라 하겠다. 社會保險에서 「社會」는 社會的 便益· 衡平 등을 強調하는 意味가 있으므로 醫療保險도 國家나 이에 準하는 機關(公社)에 의해 社會保障制度의 一環으로 統合運營됨이 바람직하다고 본다. 國法에 의해 뒷받침되는 社會保障性格의 強制醫療保險制度가 民間單位組合에 의해 任意的으로 運營된다는 것은 어느 면

에서 畸形的인 現象이라 하겠다. 특히 앞으로 醫療保險의 適用對象을 農村住民을 包含한 自營者들에게까지 擴充하여 醫療惠澤을 주자면 統合運營方式으로의 轉換은 不可避하다고 본다. 그러한 制度를 갖추게 될 경우 長期的으로는 우리나라 醫療傳達體系의 發展에도 寄與하게 될 것이며, 財源의 効率的 活用과 關聯하여 重複과 浪費를 防止하고, 社會開發政策面에서 가장 緊急한 欲求를 充足시키도록 資源의 配分을 誘導할 수 있을 것이다. 또한 保險財政도 個別單位組合에 局限된 財政問題가 아닌 國家財政의 一環으로 다루어질 수 있을 것이다.

▷ 參 考 文 獻 ◁

- 朴宗淇·魯仁喆, 『韓國의 國民保健醫療費 推計: 1970~1974』, 韓國開發研究院, 1976.
- 서울特別市, 『醫療保險實施 1年: 成果와 展望』 1978.
- 李珣, 『1種 醫療保險의 現況分析(Ⅱ)』, 『의료보험』, 1979. 3.
- 日本厚生省, 『厚生白書』, 昭和 53年版, 1978.
- 全國經濟人聯合會, 『企業內 福利厚生에 관한 實態調査』, 1979.
- 韓國銀行, 『韓國의 國民所得』, 1978.
- Abel-Smith, Brian, *An International Study of Health Expenditure*, Public Health Paper No. 32, Geneva: World Health Organization, 1967.
- , *Value for Money in Health Services*, London: Heinemann Educational Book Ltd., 1976.
- Dowling, William L., "Prospective Reimbursement of Hospitals," *Inquiry*, No. 3, 1974.
- Feldstein, Martin S. et al, *Resource Allocation Model for Public Health Planning: A Case Study of Tuberculosis Control*, Geneva: World Health Organization, 1973.
- Fulcher, Derick, *Medical Care Systems*, Geneva: International Labour Office, 1974.
- Gibson, Robert M. and Fisher, Charles R., "National Health Expenditures, Fiscal Year 1977," *Social Security Bulletin*, July 1978.
- Japan Social Insurance Agency, *Outline of Social Insurance in Japan*, Tokyo: 1978.
- McCarthy, Carol, "Incentive Reimbursement as an Impetus to Cost Containment," *Inquiry*, No. 4, 1975.
- Musgrave, Richard A., *The Theory of Public Finance*, New York: McGraw-Hill Book Company, 1959.

- Mushkin, Selma J., "Health as an Investment," *The Journal of Political Economy*, October 1962.
- Newhouse, Joseph P. et al., *Issues in the Analysis and Design of the Experimental Portion of the Health Insurance Study*, Santa Monica, Calif.: The Rand Corporation, 1974.
- Park, Chong Kee, *Financing Health Care Services in Korea*, Seoul: Korea Development Institute, 1977.
- Roemer, Milton I, *The Organization of Medical care Under Social Security*, Geneva: International Labour Office, 1969.
- Schultz, Theodore W., "Investment in Human Capital", *American Economic Review*, March 1961.
- Scitovsky, Anne A. and Snyder, Nelda M., "Effect of Coinsurance on Use of Physician Services," *Social Security Bulletin*, June 1972.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare, *National Health Insurance Proposals*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, March 1976.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977.
- World Health Organization, *Personal Health Care and Social Security*, Report of a Joint ILO/WHO Committee, Geneva: 1971.