

醫療保險制度的 所得再分配效果

權 純 源

本稿에서는 최근 달성된 全國民醫療保險(NHI)의 財源調達方式을 개관한 다음 所得再分配觀點에서 理論的, 實證的 分析을 행하고자 한다.

醫療保險은 주로 건강한 사람으로부터 병든 사람으로 醫療의 水平的 再分配機能을 행하나 결과적으로 垂直的 再分配에도 영향을 주게 된다.

衡平과 관련하여 모든 國民들에게 필요한 最低水準의 醫療利用을 보장한다든가 醫療利用에 따른 經濟的 負擔을 균등하게 한다든가 하는 諸基準의 선택은 결국 우리 社會가 내려야 할 價値判斷의 문제일 것이나 우리의 여건에 비추어 前者를 基調로 하되 後者를 지향하는 접근방식이 바람직하다고 평가된다.

實證分析의 결과는 비록 작은 크기이기는 하나 어느 정도 再分配效果를 보여주었으나 프로그램간 給與와 保險料負擔의 측면에서 격차가 벌어지고 있는 실정이어서 NHI 財政統合이라는 長期目標 아래 所得連繫的인 保險料負擔 및 給與體系를 단계적으로 확립해 나가되 우선은 醫療保護부터 이 方案을 실천에 옮기도록 권고한다.

I. 序 論

최근 醫療保險의 財源調達을 둘러싸고 흥미

筆者: 本院 研究委員

* 먼저 本 研究를 위하여 電算資料를 제공해 준 醫療保險管理公團의 張慶植理事長께 감사드린다. 그리고 유익한 助言으로 本稿의 내용을 크게 개선시키는 데 도움을 준 本 研究院의 柳一鎬박사와 高日東박사께 감사드리며 아울러 本稿의 작성과정에서 유용한 討論者가 되어준 鮮于惠주임연구원과 빠르고 정확한 타이핑으로 시간을 절약해준 金賢淑주임연구원께도 謝意를 표한다.

1) 大統領에 의하여 拒否權이 행사되어 폐기되었으나 國會를 통과한 바 있는 醫療保險統合法案이

를 자아내는 一連의 움직임¹⁾이 일어나고 있음을 본다. 이들 노력은 한결같이 醫療保險制度의 公平성과 결부되고 있는데 결국 社會保險의 所得再分配機能을 강조하는 데 焦點이 모아지고 있다.

우리나라의 醫療保險은 1989년 7월 1일을 기하여 全國으로 확대되었는데 醫療保護制度의 혜택을 받고 있는 약 10%의 人口를 제외할 경우 全國民을 適用對象으로 포괄하고 있어 全國民醫療保險(national health insurance, 줄여서 NHI)이라 부를 수 있을 것이다²⁾. 그런데 社會保險으로서의 醫療保險과

公的扶助로서의 醫療保護를 합쳐 醫療保障制度라고 부른다.

Davis教授가 적절하게 지적한 바와 같이 NHI는 (1) 全國民에 대하여 醫療에의 接近을 보장하고, (2) 醫療費負擔이 주는 經濟的 곤란을 제거하며, (3) 保健醫療費의 上昇을 억제하는 등 財源調達機構를 통하여 가장 손쉽게 달성할 수 있는 目標을 지니고 있다. 또한 NHI는 費用負擔과 給與側面에서 公平性을 기할 수 있고 制度에 대한 理解가 쉽고 行政이 容易하며 醫療供給者와 一般國民들에게 受容될 수 있다면 더욱 바람직하다고 평가된다³⁾.

本稿에서는 그 중에서도 NHI財源調達の 垂直的 公平性에 주로 관심을 기울이게 될 것 인바 이는 “高所得層에 비하여 低所得層에 歸着되는 費用負擔이 더 무겁지 않도록” NHI의 財源을 마련하는 방향이라고 간략하게 표현할 수 있을 것이다. 우리나라에 있어서 NHI財源調達の 所得再分配의 측면은 매우 중요한 의미를 지닌다. 所得再分配가 가장 절실한 經濟·社會的 政策課題의 하나로 부각되고 있는 時代的 背景 아래 社會保險의 所得再分配機能이 다시금 강조되기에 이르렀고 政府도 이에 호응하여 막대한 규모의 補助金을 醫療保障을 위하여 쏟아내고 있는 실정이기 때문이다. 그 결과 1977년에 다 같이 시작된

NHI와 醫療保護는 오늘날 政府支出의 主要項目들이 되고 있는 것이다.

本稿의 主目的은 現行財源調達方式이 보여 주는 실제적인 所得再分配效果를 분석하고 설정된 評價틀에 의거하여 “賃金稅를 一般財政으로 代替”하여야 한다는 「保健과 社會」등을 중심으로 하는 최근의 一部 主張을 검토한 다음 現制度를 보다 公平하게 개선시키기 위한 政策代案을 開發하는 데 두고 있다.

本稿의 構成은 序言에 이어 第2章에서는 주로 衡平의 觀點에 치중하여 NHI의 現行財源調達方法을 설명하고자 한다. 이어서 第3章에서는 保健醫療財源調達の 公平性을 평가하기 위한 基準을 설정한 다음 理論的 分析과 아울러 公平한 財源調達을 위한 方案을 제시할 것이다. 다음으로 第4章에서는 現行醫療保險의 給與와 費用負擔을 所得階層別, 그리고 年齡階級別로 검토할 것이며 NHI財源調達과 관련하여 政策代案을 강구할 것이다. 끝으로 第5章은 지금까지의 分析과 論議에 기초를 두고 政策提案을 정리한 후 結言을 맺을 것이다.

II. 現行醫療保障制度의 財源調達方式

1. 醫療費調達の 所得分配的 側面

保健醫療費用을 어떻게 公平하게 조달하는냐 하는 과제에 있어서 중요한 것은 그 나라의 醫療保險制度를 통하여 成就하려고 하는 目的이 무엇이며 실제로 그 醫療保險制度가 이들 目的을 얼마만큼 달성하고 있는가 하는 점이다⁴⁾. 그런데 1976년에 制定된 우리나라

나 教會貧民醫療協議會의 주장 또는 「保健과 社會」회원들의 論文들에서 볼 수 있는 것들.

2) 그러나 一部 地域住民들이 신고를 하지 않았거나 行政未備로 누락되고 있고 5人以下 勤勞者를 고용하는 零細事業場 중에서도 빠져 있는 업체가 있으므로 엄밀한 의미에서 全國民이 모두 NHI의 적용을 받는다고 볼 수는 없을 것임.

3) Karen Davis(1975) 참조.

4) Anne Mills(1983) 참조.

의 醫療保險法은 第1條에서 醫療保險制度의 主目的을 다음과 같이 규정하고 있다:

“국민의 疾病, 負傷, 分娩 또는 死亡 등에 대하여 保險給與를 실시함으로써 國民保健을 향상시키고 社會保障의 增進을 도모함을 목적으로 한다”.

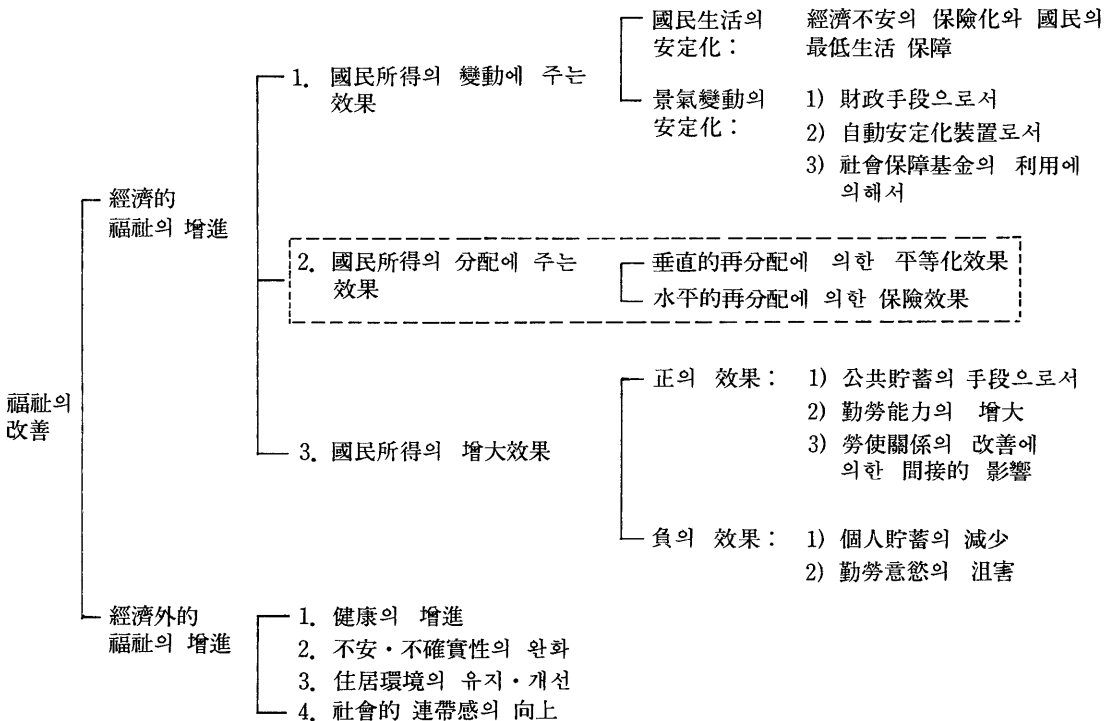
따라서 西歐의 福祉國家들에서 볼 수 있는 바와 같이 社會保障制度의 觀點에서 우리나라의 NHI를 이해하고 評價할 필요가 있을 것이다. 그런데 醫療保險은 우리나라 社會保障體系를 구성하는 여러 制度 중에서도 投入되고 있는 資源의 규모나 加入人口의 擴大推移로 보아 가장 重要한 制度가 되고 있음을 알 수 있다.

社會保障은 그 나라 國民들에게 日常生活에서 당면하는 各種 危險을 공동노력으로 分散

시켜 社會構成員들을 보호하려는 社會的 裝置인바 相當하게 제도화될 경우 社會保障은 <表 1>에서 보는 것처럼 經濟的 福祉와 社會的 厚生增進에 바람직한 충격을 주게 된다. 社會保障이 가져오는 여러가지 效果 중에서도 本稿에서는 NHI가 주는 平等化效果와 保險效果를 중심으로 分配側面을 다루고자 한다. 前者는 주로 所得의 垂直的 再分配와 관련되며 後者는 주로 水平的 再分配와 관계된다.

우리나라에 있어서 NHI는 社會的 危險分散에 근거를 두고 全國적으로 組織化된 財源調達機構로서 주로 民間醫療機關이 제공하는 醫療서비스에 대하여 집단적으로 財源을 調達하는 公的制度라고 할 수 있겠다. 衡平의 観点에서 볼 때 醫療保險은 需要面에서 現物補助를 실시함으로써 再分配를 돕는 制度이다.

<表 1> 社會保障의 經濟的 및 經濟外的 效果



〈表 2〉 保健醫療費調達과 再分配側面(1989. 7)

醫療保障	財源調達方式	適用人口 (千名)	所得移轉方式	管掌部署
A. 醫療保險	保險料, 國庫補助, 本人一部負擔	38,134	健康한 者에서 病者로 이전(水平的 再分配)	保健社會部 醫療保險聯合會 醫療保險聯合會 醫療保險管理公園 保健社會部
職場保險		15,312		
地域保險 ¹⁾		18,634		
公教保險		4,188		
B. 醫療保護	政府의 租稅收入, 本人一部負擔(2種, 3種)	4,246	所得階層間 이전(垂直的 再分配)	保健社會部
1 種		648		
2 種		1,917		
3 種(醫療扶助)		1,681		

註: 1) 기존의 職種保險加入者 포함함.

資料: 保健社會部 內部資料.

需要面的 주된 現物補助制度는 NHI와 醫療保護로 나누어지는데 間接적인 需要補助方式도 채택되고 있다. 이를테면 醫療保險에 가입하고 있는 職場勤勞者가 每月 불입하는 保險料⁵⁾에 대하여 勤勞所得稅가 면제되고, 勤勞者 1人當 年間 24萬원까지 本人負擔醫療費에 대하여 역시 免稅가 되며 使用者가 부담하

는 나머지 1/2의 保險料에 대하여도 事業所得稅가 면제되는 제도 등이 間接적인 需要補助에 속한다.

한편 供給面에서도 補助가 이루어지고 있는데 現役軍人들에게 제공되는 醫療서비스나 戰傷退役軍人들에게 政府運營 病院들에서 제공되는 서비스 등이 그것들이다. 또한 間接적인 補助프로그램으로는 이를테면 非營利病院에 대한 租稅減額措置등이 열거된다.

本稿에서는 두가지 형태의 직접적인 需要補助인 NHI와 醫療保護에 관심을 기울이고자 한다. 우리나라의 醫療保險制度는 현재 醫療保護의 혜택을 받고 있는 人口를 제외한 나머지 全人口에 적용되고 있다. NHI의 주된 資金源은 勤勞者와 使用者가 각출하는 保險料와 本人一部負擔金 그리고 政府가 租稅收入에서 지출하는 補助金으로 구성된다. 반면 醫療保護의 주된 財源은 政府의 一般財政인바 2種 및 醫療扶助對象者가 지불하는 本人一部負擔金이 추가된다(表 2, 附表 1, 附表 2 참조).

5) 本稿에서는 保險料(premiums)와 賃金稅(payroll tax)를 같이 사용하기로 한다. 그러나 엄밀하게 定義할 경우 우리나라의 醫療保險料는 保險料 대신 賃金稅라고 불리어야 옳다고 판단된다. 왜냐하면 所得에 比例하여 각출하는 것은 賃金稅이기 때문이다. 반면 保險料는 所得水準에 관계없이 定額으로 부과되는 것으로 私保險의 경우 보편적으로 적용된다. 따라서 保險料方式은 賃金稅方式에 비하여 所得逆進의이다. 第3의 財源調達方式으로는 一般租稅收入에서 支出하는 경우가 되겠는데 總體的인 所得累進程度를 보아 다른 두가지 方式과 비교하여 所得逆進의인지 所得累進의인지 판단할 수 있을 것이다. 賃金稅方式의 缺點은 利子, 配當, 賃料 및 資本利得(capital gains) 등 其他所得源을 고려하지 않기 때문에 통상 高所得者에 비하여 低所得者의 경우 總所得에서 점하는 賃金稅의 비중이 크다는 것임.

醫療保險은 앞서 지적한 바와 같이 주로 健康한 가입자로부터 아픈 가입자에게로 水平的再分配가 이루어지도록 하는 제도적 장치이나 결과적으로 垂直的再分配에도 영향을 주게 된다. 保險對象이 되는 各種疾病의 발생이 不確實하여 어떤 가입자는 保險料拂入額보다 더 많은 금액의 給與를 타가는 경향이 있는가 하면 그렇지 않은 가입자도 있기 때문이다. 그런데 일반적으로 건강상태가 나쁜 低所得層이 醫療利用을 상대적으로 많이 하게 될 경우 所得階層間再分配에 바람직한 충격을 주게 될 것이다. 따라서 醫療保險은 불가피하게 所得再分配效果를 지니게 되는데 그 성격과 정도는 財源調達方式 및 保險料算定方法에 달려 있다. 특히 衡平增進의 입장에서는 전체가입자들(우리나라의 경우 全國民)을 놓고 所得階層別로 保險料負擔과 給與水準이 어떤 양상을 띠는가가 중요한 관심사가 된다.

또 하나의 이슈는 租稅歸着問題와 관련된다. 일반적으로 勤勞者가 부담하는 賃金稅部分은 勤勞者에 歸着될 뿐 轉嫁되지 않는다고 보고 있으나 使用者負擔의 賃金稅部分은 그만큼 賃金水準을 낮추어 勤勞者에게로, 또는 製品값을 그만큼 올려 일반소비자에게로 轉嫁시킬 가능성이 높다고 하는 견해가 지배적이다⁶⁾. 이와 같은 견해를 받아들일 경우 賃金稅制度는 低賃金勤勞者에게 더욱 不利할 것이라는 점을 쉽게 알 수 있다.

더욱이 정부가 제공하고 있는 막대한 규모의 補助金 역시 所得再分配效果를 지니게 된다. 租稅收入이 총체적으로 累進의이나 그렇지 않느냐 하는 점이 문제가 될 것이나 醫療

利用에 관한한 일반적으로 低所得層에 有利할 것으로 판단된다. 政府補助金의 供與로 인하여 保健醫療서비스를 이용할 수 있는 資金의 규모가 확대될 것이고 따라서 低所得層의 접근이 한층 쉬워질 것이기 때문이다.

醫療保護는 公的扶助制度의 一部인데 주된 受惠階層은 最低所得水準에 속하는 零細民들이다. 이와 같은 公的制度가 없을 경우 身體不具者를 포함하여 低所得層은 그들이 비록 醫療保險에 가입되어 있다손 치더라도 本人一部負擔金 때문에 금전적으로나 의료적으로 危險에 처할 가능성이 높기 때문이다. 그러므로 公的扶助에 의한 低所得層의 醫療利用增進은 상당한 정도의 垂直的所得再分配效果를 지니게 될 것이다.

2. 醫療費의 調達

우리나라의 國民醫療費는 지난 10년간 급격하게 증가되어 왔는데 國民醫療費의 계속적이고 빠른 증대는 주로 1人當 醫療利用增加 및 同強度增加에 기인한다고 분석되고 있다⁷⁾. 醫療保險加入人口의 확대에 힘입어 이와 같은 추세는 尙後 數年間 지속될 것으로 전망된다.

國民醫療費의 急伸張과 함께 그 構成도 크게 변모되고 있는데 個人醫療費를 財源別로 보면 <表 3>과 같다. 가장 큰 변화를 보여주고 있는 財源은 바로 第三者支拂로서 1980년의 16%線에서 1989년에 와서는 거의 49%에 육박할 것으로 計測된다.

醫療利用者가 직접 지불하는 비용은 1978년 이후 계속 상대적 중요성이 감소되어 왔으나 1989년에 와서도 總個人醫療費支出의 약 51%를 점할 것으로 보여 여전히 높은 수준에 머

6) Anne Mills(1983) 참조.

7) 權純源 外(1989) 참조.

〈表 3〉 財源別 個人醫療費支出의 推移

(단위 : 10億원, %)

	1980		1985		1989 ¹⁾	
合計	1,214.9	(100.0)	2,904.0	(100.0)	3,473.6	(100.0)
患者直接支拂	1,015.6	(83.6)	2,064.2	(71.1)	1,778.5	(51.2)
第3者負擔	198.7	(16.3)	837.4	(28.8)	1,691.0	(48.7)
醫療保險	132.8	(10.9)	591.6	(20.4)	1,209.4	(34.8)
醫療保護	14.2	(1.2)	65.9	(2.3)	132.7	(3.8)
產災保險	24.0	(2.0)	65.1	(2.2)	126.3	(3.7)
私保險	27.4	(2.2)	114.8	(3.9)	222.6	(6.4)
企業內 醫療費支出 ²⁾	0.9	(0.1)	2.4	(0.1)	4.1	(0.1)

註 : ()안은 합계에 대한 백분비임.

1) 權純源 外, 『醫療保險療養取扱機關 經營收支分析 研究報告書』에 의거하여 추계함.

2) 자료부족으로 인하여 慈善團體의 醫療費支出 제외함.

資料 : 大韓民國政府, 『歲入歲出決算報告書』; 經濟企劃院, 『豫算概要』, 各年度 및 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.

〈表 4〉 主要年度別 公共醫療費支出의 推移

(단위 : 10億원)

	公 共 醫療費	醫療保障을 위한 政府 補助金(A)	合計	保社部 ¹⁾ 支出總額 (B)	政 府 支出總額 (C)	構成比率(%)		彈力度 ²⁾	
						A/B	A/C	B에 대 한 A의	C에 대 한 A의
1977	79.7	4.2	83.9	52.2	3,001.2	8.0	0.14		
1980	174.4	25.1	199.5	161.2	8,647.8	15.6	0.29		
1985	391.1	82.0	473.1	337.0	13,370.7	24.3	0.61		
1987	605.6	142.6	748.2	521.8	17,781.2	27.3	0.80		
1988 ³⁾	770.4	251.5	1,021.9	663.8	20,113.3	37.9	1.25		
1989 ³⁾	1,016.3	388.8	1,405.1	875.7	23,167.3	44.4	1.68		
年平均增加率(%)	23.6	45.9	26.5	26.5	18.6	-	-		
1977~83								1.65	1.96
1984~89								1.58	3.11

註 : 1) 母子保健, 家族計劃, 疾病豫防 및 退治事業 등에 대한 支出임.

2) J. Stigler의 修正公式를 적용함.

3) 예산치임.

資料 : 財務部, 『決算概要』, 各年度 및 經濟企劃院, 『豫算概要』, 各年度.

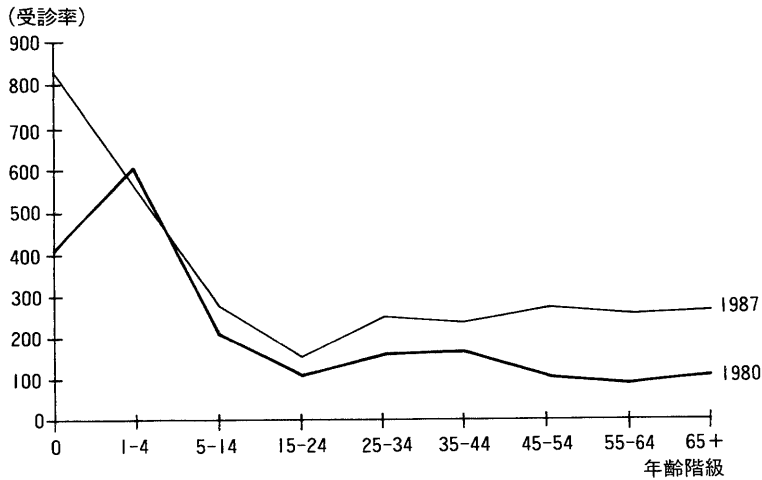
물고 있음을 알 수 있다. 이는 주로 매우 높은 實效本人負擔率에 기인하고 있는 것으로 풀이된다.

〈表 4〉는 公共醫療費와 醫療保障에 대한 政府補助金의 推移를 보여 주고 있다. 政府補助金은 주로 地域醫療保險과 醫療保護를 돕기

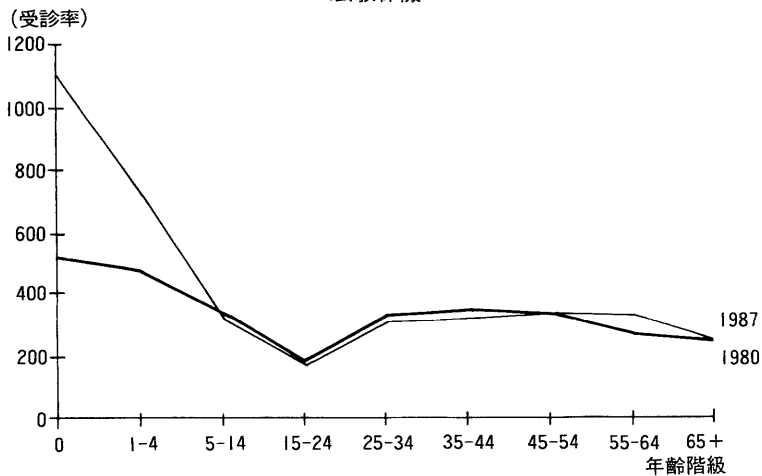
위하여 지급되고 있는데 최근에 와서는 總公共醫療費支出의 28%線에 육박하고 있다. 그런데 保健醫療行政의 담당부서인 保健社會部가 실시하고 있는 사업 이외의 주요 公共 프로그램으로는 報勳事業 및 國防部에 의한 現役軍人醫療事業 등이 있다.

[圖 1] 年齡階級別 受診率 推移 (適用人口 100名當)

〈職場保險〉



〈公教保險〉



資料：醫療保險聯合會 및 醫療保險管理公團, 『醫療保險統計年報』, 1981, 1988.

또한 醫療保險과 醫療保護에 대한 政府補助金規模를 保健社會部支出總額과 비교해 보면 兩制度가 실시된 1977년의 불과 8%線에서 1989년에는 44% 이상을 점할 것으로 예상된다. 이와 같이 醫療保障을 위한 補助金은 餘他の 公衆保健프로그램을 차츰 밀어내면서 상대적 比重을 높여나가고 있다고 觀測된다.

年齡은 保健醫療서비스利用을 결정하는 主要變數 중의 하나인데 [圖 1]에서 볼 수 있듯

이 우리나라의 年齡階級別 受診率分布는 흔히 先進諸國에서 나타나는 U型曲線이 아닌 독특한 모습을 그리고 있다. 1987년을 예로 들면 0歲集團의 受診率이 다른 年齡集團의 그것보다 훨씬 높게 나타났었으며 15~24歲受診率이 가장 낮은 수준을 보여주었다. 여기서 한가지 特記할 만한 점은 25歲以上の 각 年齡階級에 걸쳐서 受診率이 대체로 安定化趨勢를 보이고 있다는 것이다. 老齡人口集團조차 韓國의 특

수여건을 반영하여 受診率이 높지 않은데 그 이유로서 이를테면 老人들은 주로 被扶養者들이고 韓方 또는 民俗療法 같은 非現代醫療에 의존하는 경향이 있으며 本人一部負擔率이 매우 높다는 점 등이 열거된다.

III. 全國民醫療保險制度와 所得再分配效果

I. 理論的 檢討

NHI를 衡平의 관점에서 평가하자면 이를 평가하는 基準設定이 요구되는데 國民이면 누구나 최저수준의 醫療서비스를 이용하도록 조치하거나 의료이용에 따른 經濟的 負擔을 균등하게 제도화한다는 등 몇가지 基準이 제시될 수 있겠다. 이들 代替的인 價値基準 중 어느 하나를 택하거나 혹은 混合하는 형태를 취하는 등의 선택은 國民들의 要求와 財政的 自生能力에 달려 있다고 판단된다. 달리 표현하자면 醫療保險加入者가 원하고 필요로 하는 서비스가 個人的 豫算制約과 國家的 資源制約下에서 감내할 수 있는 비용으로 제공되어야 할

것이라는 의미이다.

한가지 基準은 醫療서비스의 最低水準保障으로 표현될 수 있다. 다시 말해서 어떤 社會構成員도 疾病에 걸렸을 경우 一定水準 이하의 醫療서비스를 이용하도록 내버려 두어서는 아니된다는 기준인 것이다. 두번째 기준은 이보다 한걸음 더 나아가서 醫療서비스이용에 있어 均等한 經濟的 負擔(equal financial access to medical care)을 요구한다. 이를 더욱 연장시키면 세번째 기준을 얻게 되는데 醫療利用에 영향을 미치는 經濟的 또는 社會·人口的 要因에 관계없이 同一한 醫療서비스消費(equal consumption of medical services)를 보장한다는 것이다⁸⁾.

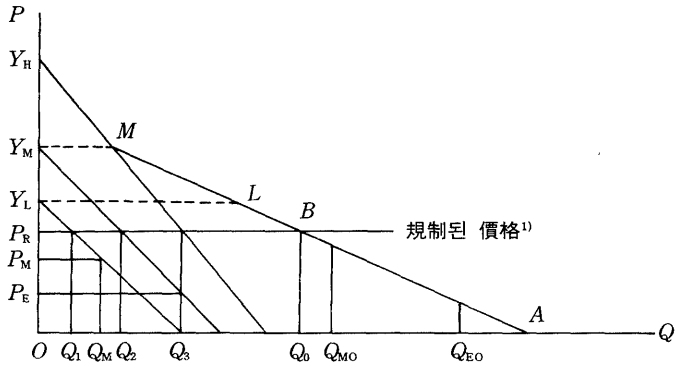
그런데 세번째 기준은 상대적 低所得階層이 負의 酬價制度⁹⁾를 통하여 補助될 경우에만 달성가능하기 때문에 同一한 醫療서비스消費, 또는 말을 바꾸어 同一必要에 의한 同一治療(equal treatment for equal needs)라는 개념은 실제적으로 받아들이기 어렵다고 판단된다¹⁰⁾. 만약 대다수의 韓國民들이 모든 社會構成員들에게 醫療서비스利用에 따른 經濟的 負擔을 同一하게 만들기를 원할 경우 이와 같은 目標은 無料醫療서비스利用制度(또는 모든 이용자에게 매우 낮은 비용을 부담하도록 조치하거나) 혹은 所得水準에 따라서 補助金에 差等を 두는 제도를 통하여 달성될 수 있을 것이다. 또 다른 접근방법으로는 이를테면 低所得階層에 대하여 醫療費用이 전혀 들지 않게끔 補助金制度를 실시하면 經濟的 負擔의 均等を 성취할 수 있을 것이다. 쉽게 이해할 수 있겠지만 經濟的 負擔均等基準은 最低醫療서비스保障基準에 비하여 더 큰 규모의 補助金を 필요로 한다.

8) P. Feldstein(1983) 참조.

9) 負의 價格은 低所得階層에 대하여 直接的 現物供給補助方式으로 지불될 수도 있을 것이다. 이를테면 低所得地域에 醫院과 保健所를 세워 醫師들로 하여금 그 지역에 와서 활동하도록 誘因을 제공할 경우 醫療서비스에의 接近度가 올라가고 旅費등 부대비용이 감소되어 利用이 增加할 것임.

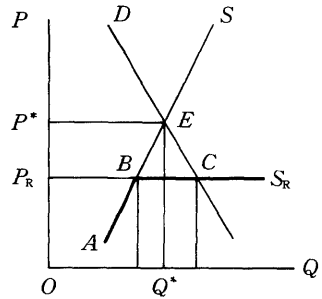
10) 醫療需要가 금전적 요인 이외에도 醫療機關과의 거리, 醫師와 患者와의 관계, 時間費用 등 여러 다른 요인들에 의해 변동되기 때문에 단순히 醫療利用價格을 “零”으로 인하한다 하더라도 결과적으로 均等消費를 가져오지는 않을 것임.

[圖 2] 最低水準의 醫療서비스保障과 醫療서비스利用에 따른 負擔의 均等保障



單純化를 위하여 3部類의 所得階層이 存在한다고 가정할 때 Y_H 는 高所得層, Y_M 은 中所得層, 그리고 Y_L 는 低所得層을 나타낸다. 이 경우 이들 계층을 모두 합친 總需要曲線은 Y_HMBA 가 된다. [圖 2]의 總需要曲線은 L 에서 한번 더 굴절되나 이 점을 명시적으로 고려하지 않고 단순하게 圖示되고 있음을 밝혀 두며, 規制價格의 水準과 所得水準 등이 [圖 2]의 경우와 다를 때 다른 설명이 가능할 것이다.

註: 1) [圖 2]에서 가정하고 있는 完全彈力的인 供給曲線은 醫療保險酬價가 政府에 의하여 規制되고 있는 우리나라 保健醫療市場의 特色과 관련된다. 따라서 有效供給曲線은 右側圖에서 $ABCS_R$ 이 되고 典型的인 最高價格制의 경우를 나타낸다. 그러므로 [圖 2]의 供給曲線은 右側圖에서 BCS_R 部分의 供給曲線을 나타낸다고 볼 수 있다. 右側圖에서 最高價格가 均衡價格인 P^* 보다 낮은 P_R 水準에서 설정될 경우 供給과 需要의 상호조정기능이 崩쇄될 것이다. 그 결과 醫師들은 달리 收入을 보상이거나 服務質을 저하시키려는 노력을 하게 될 것인바 그들은 진료의 다양성이나 편의성을 줄이거나 價格規制를 받지 않는 서비스(이를테면 各種 檢査등 非給與項目에 속하는) 제공에 치중하려는 경향을 보여주게 된다.



最低醫療서비스保障은 설정된 最低水準의 醫療서비스를 소비하지 못하고 있는 利用者들 에게 最低水準까지 이용할 수 있도록 補助金을 지급하거나 또는 모든 利用者들에게 補助金을 주어 醫療酬價를 충분히 引下시킴으로써 그 酬價水準에서 어느 社會構成員도 설정된 最低水準을 밑돌지 않도록 조치할 경우 달성

될 수 있을 것이다.

[圖 2]에서 우리 社會가 最低醫療서비스保障을 Q_M 으로 설정했다면 低所得層에만 補助金을 주는 방식의 경우 모든 利用者에게 酬價를 引下시켜 주는 방식에 비하여 總費用이 적게 소요될 것임을 알 수 있다. 前者의 방식을 채택할 때 低所得層의 利用을 증가시키는 데

필요한 補助金規模는 $(P_R - P_M)$ 에 Q_M 을 乘한 것이 될 것이다.

반면 韓國民들이 醫療에 대한 經濟的 負擔의 均等を 바라고 있다면 [圖 2]에서 低所得層에 대하여 P_R 만큼의 補助金を 지급하여 消費를 Q_3 까지 증가시킬 수 있을 것이다. 中所得階層에 대하여는 $(P_R - P_E)$ 에 해당하는 補助金を 지급할 경우 醫療서비스消費가 Q_3 까지 증가될 것이어서 Q_3 에서 3 所得階層의 醫療서비스利用量이 같게 될 것이다.

2. NHI와 醫療保護의 評價

우리나라의 醫療保障制度는 最低서비스保障, 經濟的 負擔의 均等 및 同一한 要求에 대하여 同一한 醫療서비스提供 등 세가지 기준의 요소를 다소간 混合해서 지니고 있다고 평가된다. 일단 醫療酬價統制가 주는 負의 效果가 끼칠 非效率를 접어들 경우 韓國政府는 특히 低所得層을 대상으로 最低水準의 醫療서비스提供을 돕기 위하여 가능한 범위내에서 醫療保險酬價를 낮게 유지하고자 상당한 노력을 기울여 왔다. 더욱이 豫算上 制約下에서도 최근 政府는 해마다 막대한 규모의 補助金を 地域醫療保險에 지원하고 있는바 그 주된 受惠人口는 低所得層에 속한다. 最低所得階層의 零細民을 대상으로 하고 있는 醫療保護制度 역시 一般租稅收入으로부터 주로 財源이 조성되고 있으므로 크게 보아 우리나라의 醫療保障制度는 어느 정도 所得水準을 감안하여 補助金を 지급하고 있다고 평가될 수 있겠다. 나아가서 대부분의 住民이 低所得層에 속하고 있는 農漁村등 醫療脆弱地域에 대하여는 保健所體系를 개선하거나 확장하고 公衆保健醫를

增員하여 直接的인 現物供給補助를 실시하고 있다.

그러나 現行 NHI는 衡平의 觀點에서 몇가지 주요한 問題點을 던져주고 있다고 分析된다. 먼저 앞서 살펴본 것처럼 實效本人負擔率이 매우 높아 個人醫療費에서 접하는 患者直接支拂金の 비중이 여전히 높다는 점이 지적된다. 특히 醫療保護에 속하는 醫療扶助該當者의 경우에도 <附表 2>에서 보는 바와 같이 상당부분의 醫療費를 自擔하도록 조치되고 있음을 알 수 있다. 本人負擔金이 低所得層에 상대적으로 더욱 무거운 經濟的 짐이 됨은 분명한 일인데 더구나 醫療保險酬價보다 낮은 酬價水準이 적용되고 있는 醫療保護適用對象者들은 醫師들로부터 차별대우를 받는 등 關心의 대상이 되지 못하여 醫療利用을 他意에 의하여 억제당하는 副作用을 낳고 있는 것이다. 일반적으로 高所得層은 低所得層에 비하여 더 많은 量의 서비스를 이용하는 경향이 있으며 그들은 더 나은 병원에서 더 나은 醫師로부터 서비스를 제공받기 때문에 더욱 高價醫療를 이용하는 性向을 보인다고 판단된다.

따라서 醫療保障制度에 대한 政府의 補助가 現行보다 더욱 진보적으로 所得水準에 따라 差等を 두고 행하여진다면(물론 行政管理費가 늘어나겠지만) 더 적은 비용부담으로 같은 量의 서비스가 공급될 수 있어 公平性뿐만 아니라 效率側面에서도 진전이 따를 것으로 전망된다.

결국 NHI의 주된 受惠者는 低所得階層에 속하면서도 우리 社會가 그들로 하여금 利用했으면 하는 量의 醫療서비스를 받지 못하는 零細民들이 되어야 할 것이다. 주어진 國家的

個人的 豫算制約下에서 해마다 더 큰 규모의 政府補助金이 NHI에 투입되고 있는 現實情에 비추어 醫療서비스이용의 最低水準保障이 政策의 基調로 채택될 필요가 있을 것이다. 이와 같은 基調를 토대로 1人當 所得水準의 增加와 발맞추어 醫療利用에 따른 經濟的 負擔의 均等이라는 目標가 추구될 수 있을 것이다.

그런데 重點的으로 혜택이 제공되어야 할 目標人口階層으로서 低所得層에 대한 補助金의 규모가 어느 정도이어야 바람직할 것인가의 문제는 기본적으로 社會全體가 내려야 할 價値判斷에 달려 있다고 생각된다. 어떤 사람들은 가난한 계층으로 하여금 필요한 醫療서비스를 이용할 수 있도록 지원해 주기를 원하는가 하면 다른 사람은 덜 관대한 補助를 원하기도 한다. 이와 관련하여 “低所得階層에게 醫療費負擔을 상당한 정도로 가볍게 하도록 補助함으로써 經濟的 負擔의 均等を 기하거나

나아가서 醫療保險의 財源調達과 관련하여 現行賃金稅方式을 一般財政負擔方式으로 전환시켜 同一要求에 대한 同一消費를 지향해야 할 것”이라는 一團의 社會福祉 관련인사들의 提案에 대하여 신중한 검토가 요청된다고 하겠다¹¹⁾.

그와 같은 提案은 定額所得을 얻는 勤勞者들로부터 상당한 반발을 불러일으켰으며 豫算當局者는 추가적인 財源所要로 인하여 국민들의 稅負擔이 늘어나거나 다른 公共事業을 축소시켜야 할 것이라는 전망을 내리고 있어 政治的 妥當性에 문제를 던져주고 있다. 따라서 同 提案이 立法措置가 된다 하더라도 現行制度와 절충하는 선에서 基本方向의 수정이 이루어진 다음 가능할 것으로 보인다.

한편 醫療保護制度는 政府에 의하여 운영되고 있는데 資格要件이 다양하여 對象者選定을 둘러싸고 많은 잡음과 문제를 제기하고 있다. 受惠對象者들이 대부분 低所得層에 속하지만 所得水準이 결정적인 기준이 되지 못하고 있어 행정관료의 자의성이 개입될 여지가 많고 따라서 貧困線 이하에 있는 모든 零細民들이 醫療保護의 혜택을 받고 있지는 않다.

醫療保護는 주로 一般稅收에서 財源이 지원되나 우리나라의 稅收가 간접세 중심의 所得逆進的인 성격을 띠고 있음에 비추어 그와 같은 財源調達이 分配中立的인 賃金稅와 비교하여 반드시 더 公平한 방식이라고 단정지을 수는 없을 것이다. 醫療保護에 대한 정부의 支援幅은 1982년의 303億원에서 1988년에는 1,225億원으로 急增하고 있음을 보게 되는데 이는 주로 1986년에 추가된 醫療扶助制度和 醫療保護酬價水準의 점진적인 上向調整에 힘입은 바 크다고 분석된다¹²⁾. 二重酬價制度의

11) 本稿에서는 醫療費調達과 관련하여 效率側面을 명시적으로 다루지는 않을 것이다. 그러나 衡平側面을 강조한다고 해서 公平을 위하여 效率을 희생하여야 한다는 의미는 결코 아니다. 醫療酬價가 매우 낮다면 사람들은 醫療서비스를 過多하게 이용할 것이고 따라서 非效率을 낳게 될 것이다. 그러므로 NHI制度下에서는 소비자나 공급자나 費用意識의 이 되도록 고취함으로써 效率增進을 위한 誘因을 제공하여야 할 것이다. 더불어 醫療保障을 위한 政府補助金의 擴大可能性에도 분명한 制限이 있다는 점을 감안해야 할 것이다. 個人所得이 증가하고 經濟規模가 擴大됨에 따라서 稅源이 擴充되고 있으나 여전히 늘어나는 財政需要를 충족시키기에는 미흡한 실정이다. 더욱이 우리나라의 租稅收入은 附加價値稅등 간접세의 비중이 크고(1988년의 경우 35.2%) 所得稅등 직접세의 비중이 상대적으로 낮음(1988년에 27.5%) 편이기 때문에 現行 稅收體系를 그대로 유지하면서 政府의 支援幅을 늘리는 방안은 所得再分配效果에 관한 한 바람직한 代案이 될 수 없다고 판단됨.

12) 1989년 현재 醫療保護의 酬價水準은 평균적으로

존재는 결국 二重醫療制度를 낳고 있는데 하나는 醫療保護患者를 위한 것이고 다른 하나는 醫療保險患者를 위한 것이다. 따라서 醫療保護患者들은 상대적으로 값싼 환자로 분류되어 醫療供給者로부터 소외를 받고 있는 실정이다.

NHI의 근본취지의 하나가 醫療를 再分配시키는 것이라면 가장 公平한 財源調達方式은 가난하지 않은 사람들이 NHI費用 중 상대적으로 많은 부분을 부담하도록 조치하는 것이다. 그러므로 高所得者가 더 많이 각출하고 低所得者가 더 많은 給與를 타가게 될 경우 財源調達의 公平性を 제고할 수 있을 것이다.

우리나라의 NHI는 규정상 給與內容에 있어서 프로그램간 별차이가 없다¹³⁾. 그러나 이미 수차 지적된 바 있는 것처럼 醫療利用時 상당한 금액의 本人直接支拂이 발생하기 때문에 결과적으로 低所得階層에 속하는 적용대상자는 필요한 만큼 醫療서비스를 이용하지 못하는 反誘因을 받게 된다. 반면 醫療保險의 적용과 함께 醫療서비스의 價格이 크게引下되었으므로 本人一部負擔이 주는 상대적 부담이 적은 高所得階層에 속하는 환자들은 醫療서비스를 濫用하고 專門醫와 病院으로부터 높은 質의 醫療서비스를 구매할 誘因을 제공받게 되는 것이다.

더욱이 정부의 醫療酬價規制로 인하여 需要와 供給의 調整이 이루어지지 못하기 때문에

醫療保險酬價水準의 90~94%線을 보이고 있으나 1990년에 가서는 兩者가 一致하도록 정부가 조치할 계획으로 있음.

13) 公教醫療保險의 被保險者에게만 2년에 1회씩 無料로 健康檢診서비스가 제공되는 차이가 있을 뿐임.

14) 최근통계에 의하면 免稅點 이하의 근로자들은 근로자 總數의 50%를 넘고 있는 실정임.

規制되고 있는 현재의 最高價格制下에서 供給不足이 생겨나게 된다. 다시 말해서 現行價格水準에서 소비자가 구매하려고 하는 醫療서비스의 규모보다 공급될 수 있는 量이 모자라기 때문에 어떤 형태로든지 配給이 불가피한 것이다. 한가지 현상으로 待期時間을 연장시켜 醫療서비스가 配給되고 있는데 따라서 醫療供給者들은 費用效果的인 健康教育이나 豫防醫療보다는 急性治療와 重病治療에 치중하게 되는 경향을 보여주고 있다.

또한 稅制面에서도 現行 租稅減免規定이 所得再分配效果를 저하시킨다는 문제가 제기된다. 現行租稅減免의 혜택을 받고 있는 사람들은 被傭者 중 所得稅를 납부하는 部類에 속하는 사람들인데 주된 受惠者는 高所得層에 속하는 사람들이다¹⁴⁾. 그러므로 現行稅制는 高所得階層에 상대적으로 더 많은 혜택을 주고 있다고 풀이된다.

3. NHI의 其他再分配效果

일반적으로 NHI는 所得, 年齡 또는 居住地에 관계없이 모든 가입자로 하여금 良質의 醫療서비스에 접근할 수 있도록 고취하여야 한다고 지적되고 있다.

이와 관련하여 醫療資源의 지역간 不均衡分布는 주로 醫療供給者의 전통적인 서비스제공 유형에 기인한다고 지적될 수 있겠는데 그만큼 農漁村居住者는 醫療利用에서 상대적인 不利益을 받고 있는 셈이다. 이와 같은 문제를 輕減시키기 위해서는 이들 지역에 대하여 直接供給補助를 계속적으로 확대시켜 나가는 대책이 필요할 것이다.

NHI財源調達의 또 다른 문제는 勞動集約

的 企業에 대하여 勞動費用을 증가시킨다는 점이다. 醫療保險의 적용이 확대됨에 따라서 新規企業들의 人件費가 醫療保險의 賃金稅 使用者負擔만큼 증가하게 될 것인데 勤勞者의 숫자가 많은 기업의 경우 상대적으로 더 많은 追加經費가 소요될 것이므로 이들 기업들은 未熟練勤勞者를 熟練勤勞者로 代替하려고 노력할 것이기 때문에 단순근로자들의 失業이 늘어날 가능성이 높다고 하겠다. 또한 기업들은 資本에 비하여 勞動의 費用이 상대적으로 증가하게 될 경우 勞動을 資本으로 代替하려고 시도할 것이다. 나아가서 勞動에 대한 稅賦課는 우리 社會가 생산하는 財貨 및 서비스의 구성을 변모시켜 간접적으로 社會的 衡平에 영향을 주게 될 것이다.

4. 公平한 財源調達을 위한 提案

우리 社會가 필요로 하는 방향으로 醫療保險의 所得再分配效果를 고취시키자면 現行 NHI下에서의 補助金은 所得水準에 따라서 변동될(또는 費用分擔이 所得과 연결될) 필요가 있다고 판단된다. 따라서 NHI는 補助金支給을 所得水準과 연계시킴으로써 醫療서비스의 最低水準保障과 經濟的 負擔의 均等이라는 두 기준을 併合시킬 수 있어야 할 것이다. 만약 補助金이 소득에 따라서 변동한다면 총체적인 수요증가가 現行的 경우에 비하여 적을 것이므로 전반적으로 醫療서비스利用이 줄어들 뿐만 아니라 國民醫療費의 增加가 둔화될 것이다. 醫療保護對象者들을 위해서도 給與支給이 所得水準과 더욱 분명히 연결될 필요가 있을 터인데 所得連繫的 “利用券”(vouchers)이나 또는 “쿠폰”(coupons)의 형태로

差等補助될 수 있을 것이다. 그런데 이들 제도는 行政이 복잡해진다는 큰 결점을 안고 있으나 일단 명시적으로 所得水準 또는 生活水準을 감안하는 제도의 도입이 바람직할 것이므로 긍정적인 검토가 요청된다. 이를테면 「바우처」의 경우 醫療保護對象者를 生活水準에 따라서 上·中·下の 3等級으로 나눈 다음 4인으로 구성된 標準家口의 最低必要醫療費가 月 15,000원 정도라면, 각각 月 12,000원, 15,000원, 18,000원에 해당하는 現金의 效力을 지니는 이용권을 지급할 수 있을 것이다. 「쿠폰」制度는 現行制度의 테두리 안에서 2種 및 3種受惠者의 부담을 덜기 위해서 所要本人一部負擔金中 일부를 現物利用券으로 差等支給한다는 내용이다.

그러나 NHI財政을 所得水準과 연계시킬 경우 다음과 같은 몇가지 점에 유의할 필요가 있다고 판단된다 :

(1) 가장 많은 금액의 보조를 받아야 할 사람들은 最低所得階層에 속하는 사람들이어야 할 것이다. 그런데 이를 위해서는 資力調査 (means test)가 필요한데 全體家口의 소득을 파악하기 위해서는 엄청난 규모의 비용이 수반될 것이므로 우선 零細自營者들의 所得水準把握에 주력할 것이 요구된다.

(2) 감기, 몸살 등 빈번하게 발생되나 少額 醫療費를 낳게 되는 질환에 대한 給與支給보다는 고혈압, 암 등 큰 금액의 醫療費發生에 대하여 중점적으로 保險給與를 제공해 주는 방향으로 옮겨갈 경우 行政管理費를 줄여나갈 수 있을 것이다. 이 경우 NHI는 오늘날 先進國에서 보는 바와 같이 더욱 保險給與對象이 될 수 있는 의료비발생에 대하여 급여를 지급할 수 있게 될 것이다. 이 점은 NHI가

重病(catastrophic illness) 爲主의 給與支給體系로 이행할 경우 保險效果를 더욱 충실하게 발휘함으로써 效率을 높이고 결과적으로 절약되는 行政費를 그만큼 所得連繫的 給與支給에 充當할 수 있다는 측면에서 고려될 필요가 있을 것이다.

(3) 低所得階層은 需要補助에 힘입어 그들의 의료비부담이 감소할 것이므로 당초보다 의료이용이 늘어날 것이나 그 수준 이상으로 醫療서비스를 이용하도록 조치될 것이 요청된다면 保健所體系의 補強으로 低所得農家地域에 供給補助를 추가시켜 수요보조를 補充할 필요가 있을 것이다. 점진적으로 개선할 필요가 있겠지만 NHI나 醫療保護를 막론하고 비록 행정절차가 복잡하기는 하나 상대적인 低所得階層에 대하여 利用券이나 또는 쿠폰을 제공하는 방안을 신중하게 검토할 것이 요청된다.

IV. 醫療保險의 給與와 負擔

앞서 살펴본 理論的 考察에 이어 實證分析을 행하기로 한다. 이를 위해서는 公敎醫療保險의 최근자료가 사용될 것이다¹⁵⁾. NHI 財源調達現況이 보여주는 再分配程度를 설명하

고자 各家口가 받는 給與와 負擔하는 비용을 토대로 再分配指數를 산출하고자 한다.

기본적으로 韓國의 NHI는 被傭者와 使用者集團 그리고 自營者集團 등 두가지 다른 部類로 나눌 수 있는데 前者는 다시 産業勤勞者를 대상으로 하는 職場醫療保險프로그램과 公敎프로그램으로 구분된다. 後者의 경우 地域單位로 醫療保險組合이 결성되어 있기 때문에 地域醫療保險프로그램이라고 부를 수 있겠다. 그런데 이들 세가지 다른 프로그램간에는 衡平의 측면을 놓고 볼 때 保險料負擔과 給與面에서 격차가 벌어지고 있는데 특히 勤勞者集團을 대표하는 職場프로그램과 自營者를 포괄하는 地域프로그램을 비교할 때 좋은 대조를 이루고 있음을 알 수 있다(附表 3 및 附表 4 참조). 이와 같은 프로그램간의 격차는 주로 保險料策定方式과 醫師들의 地域間不均等分布에 주로 기인한다고 판단된다.

公敎醫療保險은 財政的으로 安定된 위치에 놓여 있다고 생각되는데 被保險者의 月平均所得이 다른 프로그램의 그것과 비교하여 가장 높고 保險料率 역시 제일 높아 被保險者當 保險財政에의 기여가 가장 많은 편이다. 또한 加入者 1人當給與도 높으며 被扶養者數도 1988년의 경우 被保險者 1人當 2.9명으로 높은 편이다(職場프로그램은 같은 해에 2.1명이었음). 適用對象者 중에서 점하는 高齡者의 比重 역시 職場의 그것보다 높게 나타나고 있다.

勤勞者들을 위한 醫療保險의 保險料는 賃金이나 俸給을 기초로 各組合에서 정하는 料率을 乘하여 결정된다. 本人一部負擔에 대한 자료가 없기 때문에 各家口의 費用負擔은 醫療保險에 대한 被保險者의 기여금에 한정될 것

15) 단순히 이용가능한 群集資料가 입수될 수 있기 때문에 公敎保險이 선정되었으나 職場醫療保險이 가장 많은 대상자를 보유하고 있을 뿐만 아니라 가장 代表的인 프로그램이 되고 있다. 그러나 醫療保險聯合會로부터 給與와 負擔에 대하여 적절한 자료를 短期間에 입수할 수 없었기 때문에 例示的으로 公敎醫療保險을 분석하고자 한다.

이다. NHI財源調達の 再分配效果를 측정하기 위하여 다음과 같은 公式으로 계산되는 再分配指數를 사용하고자 한다.

$$\frac{\text{再分配以後所得}-\text{再分配以前所得}}{\text{再分配以前所得}} \times 100$$

이와 관련하여 單純化를 목적으로 다만 두 가지 所得階層이 있다고 가정할 경우 醫療保險의 給與와 費用負擔原則을 간단히 살펴보기로 하자. “a”가 再分配指數, “b”가 平均給與, “c”가 平均保險料 그리고 “y”가 當初의 平均所得을 나타낸다고 할 때 低所得階層(1集團)과 高所得階層(2集團)의 再分配指數는 다음과 같은 관계를 보이게 된다 :

$$a_1 = (b_1 - c_1) / y_1, \quad a_2 = (b_2 - c_2) / y_2 \quad (1)$$

단, $b_1 > b_2, y_1 < y_2$

$$(b_1 / y_1) - (c_1 / y_1) \geq (b_2 / y_2) - (c_2 / y_2) \quad (2)$$

또는,

$$(b_1 / y_1) - (b_2 / y_2) + (c_2 / y_2) \geq (c_1 / y_1) \quad (3)$$

再分配가 달성되려면 NHI의 收支가 均衡을 이룬다고 가정할 때 1集團의 再分配指數가 正의 값을 가져야 하는 반면 2集團의 再分配指數는 負의 값을 지녀야 할 것이다. 따라서 保險料率은 方程式 (2) 또는 (3)의 조건을 만족시켜 주는 방향으로 결정될 필요가 있을 것이다. 이는 결국 低所得階層에게는 當初所得에 대한 純給與(net benefits)比率이, 高所得者

의 경우 當初所得에 대한 純寄與(net contributions)比率이 正의 값을 가져야 所得再分配가 달성된다는 것을 의미한다.

실제의 保險制度도 體系的 再分配現象을 보여주게 되는데 이를테면 低所得勤勞者의 경우 건강상태가 상대적으로 좋지 않고 住居나 勤勞環境이 劣惡하여 높은 危險이 수반된다면 따라서 醫療利用이 상대적으로 많게 될 것이고(附表 5 참조) 결과적으로 상대적으로 부유한 가입자로부터 상대적으로 가난한 가입자에게로 체계적인 再分配가 이루어지게 되어 衡平이 증가하게 될 것이다.

그런데 社會保險을 통한 再分配는 다른 主要所得移轉手段에 비하여 매우 간접적으로 이루어진다고 볼 수 있다. 더욱이 아주 긴 時期를 통하여 고찰할 경우 社會保險에 대한 寄與와 그로부터 받는 給與間의 관계는 무척 복잡한 양상을 보일 것이나 알려진 자료가 별로 없어 이 문제를 제대로 다루는 것은 거의 不可能하다고 판단된다¹⁶⁾.

公教醫療保險의 再分配效果를 月標準所得階層別로 살펴보면 <表 5>와 같은데 상대적으로 高所得階層에 속하는 사람들로부터 低所得階層에 속하는 사람들에게로 분명한 再分配흐름을 읽을 수 있다 하겠다. 그러나 再分配指數의 크기가 그다지 크지 않은 것으로 나타났는데 最低 5所得階層들의 指數가 5.2%로 가장 높았으며 最高 7所得階層들의 指數가 -1.6%로 가장 낮았다. 이를 <附表 6>에서 日本의 경우와 類似한 방식으로 비교해 보면 상대적으로 再分配指數가 낮은 편임을 알 수 있다.

이를 年齡階級別로 보아 被保險者 1人當¹⁷⁾ 再分配指數를 산출하면 <表 6>과 같다. 全年齡階級에서 正의 指數를 나타내었으나 25~34

16) 寄與와 給與는 많은 關聯要因 중 두가지 요인에 불과하며 이 主題는 또한 技術的인 자료 및 측정 문제 이외에도 여러가지 개념적인 문제를 제기하고 있음(Creedy and Disney, 1985 참조).

17) 만약 適用對象者 全員에 대한 자료가 알려진다면 결과는 다르게 나타날 것인바 中間年齡階層의 再分配指數는 낮아지고 젊은 人口와 老齡人口의 指數는 상대적으로 올라갈 것으로 예상된다.

〈表 5〉 公教醫療保險의 標準報酬月額等級別 再分配效果(1987)

等級	被保險者 (名)	通用對象者 (名)	扶養率 (名)	月平均報酬 ¹⁾ (원)	月平均保險料 ²⁾ (원)	月平均保險給與 ²⁾ (원)	再分配指數(%)	
							被保險者 1人當	通用對象者 1人當
1~ 5	6,475	15,848	1.34	51,217	1,178	3,859	5.2	2.2
6~10	29,559	114,001	2.86	142,870	3,286	8,310	3.5	0.9
11~15	47,648	145,729	2.06	190,304	4,377	7,869	1.8	0.6
16~20	129,139	450,258	2.49	242,826	5,585	10,272	1.9	0.5
21~25	225,894	827,606	2.66	316,435	7,278	11,841	1.4	0.4
26~30	164,006	791,523	3.83	428,087	9,846	14,428	1.1	0.2
31~35	94,071	465,151	3.94	546,348	12,566	15,067	0.5	0.1
36~40	49,733	228,273	3.59	668,522	15,376	16,118	0.1	0.02
41~45	1,750	7,809	3.46	887,505	20,414	19,087	-0.1	-0.03
46~53	13	41	2.15	1,317,174	30,295	9,103	-1.6	-0.53
平均	748,588	3,046,149	3.07	364,565	8,385	12,379	1.1	0.3

註: 1) 月平均報酬=被保險者 1人當 月平均保險料÷0.023

2) 被保險者 1人當.

資料: 醫療保險管理公團 內部資料.

〈表 6〉 公教醫療保險의 年齡階級別 再分配效果(1987)

年齡階級	被保險者(名)	月平均報酬(원)	月平均保險料 (원)	月平均保險給與 (원)	被保險者 1人當 再分配指數(%)
~24	47,329	195,261	4,491	4,913	0.2
25~34	277,352	291,348	6,701	10,754	1.4
35~44	205,391	382,304	8,793	13,672	1.3
45~54	173,766	454,217	10,447	14,598	0.9
55~64	43,539	567,783	13,059	15,774	0.5
65~	1,211	577,304	13,278	16,723	0.9
平均	748,588	364,565	8,385	12,379	1.1

資料: 醫療保險管理公團 內部資料.

세그룹의 指數가 1.4%로 가장 높았다. 반면 상대적으로 낮은 醫療利用率을 반영하여 55~64세 및 65세이상 그룹 등 老齡人口의 指數가 기대한 것보다 낮아 각각 0.5%와 0.9%를 기록하였다.

같은 자료를 所得10分位別로 再編成해 보면 所得再分配指數 및 지니係數를 산출할 수 있다. 保險料를 지불하기 以前과 지불한 以後의

지니係數는 分配中立的인 保險料性格을 반영하여 0.2186과 0.2187로 매우 비슷한 수치를 보여주고 있다. 保險料齣出과 給與支給을 모두 고려할 경우 지니係數의 크기는 조금 낮아져 0.2153을 기록하였다. 그러나 再分配指數는 모두 작은 크기지만 正의 수치를 보였는데 高所得層으로 갈수록 指數가 낮아지는 경향을 보여 주었다(表 7 참조).

〈表 7〉 保險料釀出前後 및 保險給與實施後 지니係數와 所得10分位別 再分配指數

(단위: 원)

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

註: 1) A는 保險料釀出以前 報酬月額.
 B는 保險料釀出以後 報酬月額으로 (A-D).
 C는 保險給與實施以後 報酬月額으로 (B+E).

2) 再分配指數 = [(E-D)/A] × 100.

資料: 醫療保險管理公團 內部資料.

요컨대 우리나라의 醫療保險制度는 公敎프로그래를 통하여 볼 때 어느 정도 再分配效果를 지니고 있으나 그 정도는 작은 편이라고 판단된다. 衡平에 관한 한 公敎프로그램이 職場이나 地域프로그램에 비하여 상대적으로 긍정적인 再分配機能을 보여주었다는 종전 研究의 결과¹⁸⁾로 미루어 짐작하건대 우리나라의 NHI는 결과적으로 所得再分配效果가 큰 財源調達方式을 채택하고 있다고 보기는 어렵다고 분석된다.

더욱이 각기 다른 프로그램별로 保險財政이

독립적으로 운용되고 있기 때문에 하나로 통합된 保險財政을 가지는 경우에 비하여 垂直的 再分配效果가 약하다고 생각된다. 특히 保險財政이 취약한 地域醫療保險의 경우 被保險者의 平均所得水準이 상대적으로 낮는데다 高齡者의 比重이 매우 높으며 많은 家口에 있어서 산정된 保險料가 所得과 연결되지 않아 불평을 사고 있는 실정이다. 막대한 규모의 政府支援金에도 불구하고 앞으로 수년 동안 地域프로그램加入者들의 醫療서비스利用이 점차 증가될 것으로 보여 保險給與請求가 크게 늘어날 것으로 전망되므로 財政不安要素가 심각한 문제점을 던져줄 것으로 예상된다.

그러나 만일 醫療保險財政이 전국적으로 통합되어 赤字프로그램과 黑字프로그램간에 체계적인 資金移轉이 이루어질 경우 再分配效果는 더욱 분명해질 것이다¹⁹⁾. 세가지 다른 프로그램간에 나타나는 保險料負擔과 給與상의

18) 延河淸 外(1983) 참조.

19) 日本의 例를 좇아 우리나라 政府는 醫療保險聯合會에 中央財政安定基金을 설치하여 財政上 支援를 받게 되는 單位組合들에게 再保險機能을 발휘하도록 조치할 계획으로 있다. 더불어 同基金은 老人醫療費와 高額醫療費로 인한 각 조합의 財政壓迫을 경감시킨다는 목적을 아울러 지니고 있음.

隔差增大와 함께 地域醫療保險의 가입자인 自營者들이 평균적으로 職場醫療保險의 勤勞者들만큼 保險料를 기여하도록 요청받고 있다는 점이 앞으로 개선되어야 할 중요한 과제가 되고 있다. 自營者들의 所得은 평균적으로 勤勞者보다 낮은 수준을 보여주고 있으나 疾患發生率은 상대적으로 높으며 居住地域內에 專門醫療人力이 부족할 뿐만 아니라 마땅한 醫療施設을 방문하자면 交通費와 時間費用 등 더 많은 부수적 비용을 치러야 하는 실정이기 때문이다.

또 다른 과제는 政府補助金과 관련된다. 현재 補助金支援을 위한 분명한 기준이 설정되어 있지 않기 때문에 醫療保險組合으로 하여금 財政上 문제가 생기면 政府가 지원해 준다는 인상을 심어주어 政府支援金の 費用效果性이 문제가 된다고 생각된다. 따라서 保險프로

그램間 費用負擔과 給與水準을 더욱 公平하게 유도할 수 있는 對策이 강구될 필요가 있을 것이다.

그러므로 保險프로그램의 차이에 관계없이 “同一寄與와 同一給與(equal contributions and equal benefits)”의 원칙이 실현되도록 촉구하고자 한다. 다시 말해서 두 被保險者의 所得이 같다면 被扶養家族數가 같다고 할 때 같은 금액의 保險料가 책정되어야 할 것이며²⁰⁾ 給與水準과 內容 역시 同一寄與를 한 모든 가입자에게 균등하도록 조치될 필요가 있을 것이다.

이와 관련, 政府는 地域醫療保險에 대한 補助金の 效果를 고취시키기 위하여 일단 各組合別로 징수한 保險料收入에 대한 對應資金(a matching fund)을 보조한 다음 징수된 總保險料收入의 一定比率(이를테면 10%²¹⁾)과 家口當 平均所得水準을 감안하여 行政管理費補助를 행하는 방식을 채택할 필요가 있을 것이다. 또한 장기적으로 보면 老齡人口가 醫療서비스를 더욱 빈번하게 이용할 것이므로 NHI基金內에 老人醫療費附屬基金을 설치하고 重症으로 인한 高額診療費負擔을 경감시키고자 高額醫療費附屬基金을 같이 설립하도록 요청한다²²⁾. 制度의 변화에는 시간이 많이 걸리는 것이 通例이므로 장기적인 안목에서 NHI 財政統合을 목표로 프로그램間 財政調整의 신축성을 높여주기 위하여 이와 같은 經過措置가 활용될 때 보다 폭넓게 再分配가 이루어질 수 있는 기틀이 마련될 수 있을 것이다.

20) 定額所得을 올리는 勤勞者의 경우 保險料算定은 俸給이나 賃金에 기초를 두고 있으나 地域프로그램의 自營者들에게는 現金所得과 財産所得이 고려될 뿐만 아니라 世帶當一定額, 世帶員數當一定額이 추가되어 世帶當 保險料가 산정된다. 아래 소개하는 回歸分析의 결과가 시사하는 바와 같이 被扶養者數의 변동이 給與請求에 有意한 正의 영향을 주고 있으므로 勤勞者의 保險料算定에도 被扶養者數가 감안될 필요가 있을 것임:

$$\log \text{給與} = 9.166 + 0.201 \log \text{保險料} + (22.025)(3.609) \\ 0.802 \log \text{被扶養者數} (7.019)$$

$$R^2 = 0.853 \quad F_{값} = 125.026$$

21) 地域醫療保險에 속하는 조합 중 行政管理費가 적은 順으로 上位 70%에 해당하는 조합들의 行政管理費 平均比率를 다시 계산하여 기준으로 설정하고 이를 근거로 補助金を 지급해야 할 것임.

22) 이들 두가지 附屬基金의 주요기능은 다른 조합들에 비하여 老人醫療費나 高額醫療費를 全國平均보다 많이 쓰고 있는 조합들을 財政적으로 도와주려는 것임.

V. 政策提案과 結言

우리나라의 NHI制度는 社會保障의 觀點에서 평가될 것이 요청되는데 NHI의 앞으로의 發展方向은 우리 국민들의 요구와 財政能力을 감안하여 설정될 필요가 있겠다.

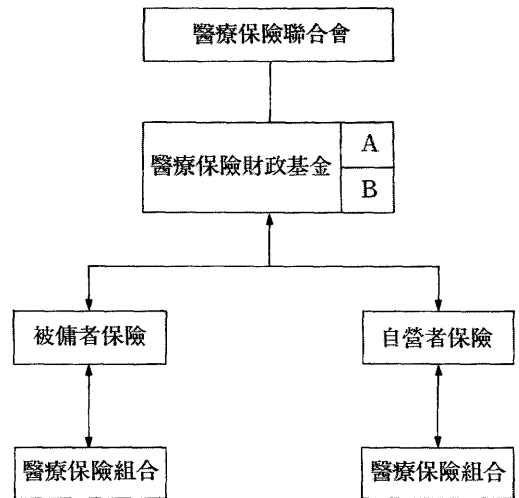
지난 12년간 韓國의 醫療保障制度는 적용대상인구를 빠르게 확대시켜 오면서 적어도 個人醫療費負擔의 위험을 줄이는 데 크게 기여해 왔다고 지적된다. 그러나 所得再分配效果에 관한 한 現行 NHI財源調達은 일단 再分配에 긍정적인 효과를 미치는 것으로 드러났으나 保險料와 給與面에서 所得과의 연계정도가 약한 것으로 판명되었다. 또한 醫療保險프로그램간 保險料負擔과 給與水準에 있어서 격차가 벌어지고 있음도 분명하다. 요컨대 NHI는 전체적으로 어느 정도 再分配效果를 보여주었다고 分析되나 프로그램별 또는 組合別로 보게 되면 不均等의 정도가 심화되고 있다고 평가된다.

혹자는 社會保險이 더욱 명시적으로 再分配에 기여할 수 있어야 한다고 주장하고 다른 일단의 專門家들은 公的醫療保險이 所得再分配을 촉진하는 효과적인 수단이 될 수는 없다고 보고 있으나 우리 정부가 신중하게 검토해야 할 점은 장기적으로 所得과의 연계를 높이는 財源調達方式이 바람직하다는 입장을 분명히 하는 일이다. 당분간은 全體國民을 대상으로 所得連繫의 給與支給의 체계화가 이루어지기는 어렵겠지만 우선은 적어도 醫療保護對象者만을 위해서 이와 같은 代案을 실천하도

록 제안하고자 한다. 이들에 대한 所得把握努力과 더불어 직접적인 需要補助의 효과를 높일 수 있는 供給補助의 강화 등 제도개선을 추진할 때 韓國의 NHI는 더욱 公平하고 더욱 效率的인 제도로 발전할 수 있을 것이기 때문이다. 물론 所得連繫의 醫療保障의 給與體系確立은 行政管理費用을 크게 제고시킬 것이므로 衡平을 강조하는 이러한 방식의 채택여부는 政治的인 해결에 일임할 수밖에 없을 것이다.

또한 醫療保障과 관련하여 담당기구의 중복

[圖 3] 醫療保險財政의 長期的 再組織方案



* A, B는 醫療保險財政內의 特別基金으로 A는 老人醫療費, B는 高額診療費를 보조키 위한 基金임.

註: 주요변화 및 선행조건은 다음과 같음:

- 1) 醫療保護制度를 醫療保險制度로 흡수
- 2) 醫療保險管理公團을 醫療保險聯合會로 명함
- 3) 각 醫療保險프로그램의 財政을 통합하여 궁극적으로 하나의 醫療保險財政基金을 설립하도록 추진하되 경과조치로서 프로그램간 財政調整이 점진적으로 허용되도록 조치
- 4) 保社部 및 國稅廳의 공동협력하에 自營者에 대한 資力調査實施
- 5) 實際所得 및 被扶養者數를 감안하여 自營者의 保險料를 再評價

은 行政管理費의 過多發生을 낳게 되므로 [圖 3]에서 설명하고 있는 것처럼 NHI관계기구를 단순화시킴과 동시에 프로그램간의 財政調

整을 통하여 궁극적으로 財政統合의 길로 나아갈 수 있는 가능성을 타진해 보도록 요청하고자 한다.

▷ 參 考 文 獻 ◁

- 郭泰元·李啓植(編), 『國家豫算과 政策目標, 1988』, 韓國開發研究院, 1988. 10.
- 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 外, 『醫療保險療養取扱機關 經營收支分析研究報告書』, 韓國開發研究院, 1989. 7.
- 經濟企劃院, 『都市家計年報』, 1988.
- 經濟企劃院, 『豫算概要』, 各年度.
- 大韓民國政府, 『歲入歲出決算報告書』, 各年度.
- 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. 2.
- 醫療保險聯合會 및 醫療保險管理公團, 『醫療保險統計年報』, 各年度.
- 財務部, 『決算概要』, 各年度.
- 江見康一, 「社會保障における資本分配と所得再分配視點」, 『經濟研究』(25:2), 1974, pp. 97~105.
- 村上雅子, 『社會保障の經濟學』, 東洋經濟新聞社, 1984.
- Arrow, Kenneth J., "Theoretical Issues in Health Insurance," *Collected Papers of K.J. Arrow: Vol.6, Applied Economics*, Harvard University Press, Cambridge, M.A., 1985, pp.208~233.
- Berki, Sylvester E., "Economic Effects of National Health Insurance," *Inquiry*(7:2), 1971, pp.37~55.
- Creedy, John, and Richard Disney, *Social Insurance in Transition: An Economic Analysis*, Clarendon Press, Oxford, U.K., 1985.
- Davis, Karen, *National Health Insurance: Benefits, Costs, and Consequences*, The Brookings Institution, 1975.
- Feldstein, Martin et al., "Distributional Aspects of National Health Insurance Benefits and Finance," *National Tax Journal*(25:4), 1972, pp.497~510.
- Feldstein, Paul J., *Health Care Economics*, John Wiley and Sons, New York, 1983.
- Henke, Klaus-Dirk, "What Can America Learn from the German Health Insurance System?," *Social Science*(55:3), 1980, pp.133~137.
- Keintz, Rita M., *National Health Insurance and Income Distribution*, D.C. Heath and Company, Lexington, M.A., 1976.
- Klarman, Herbert E., *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York, 1965.
- Lefcowitz, Myron J., "Poverty and Health: A Re-examination," *Inquiry*(10:1), 1973, pp. 3~13.
- Long, Stephen H. et al., "Income Redistribution under National Health Insurance Financing Alternatives," Jacques van der Gaag et al.(eds.), *Economics of Health Care*, Praeger Publishers, New York, 1982, pp.71~112.
- Mills, Anne, "Economic Aspects of Health Insurance," K. Lee and A. Mills(eds.), *The Economics of Health in Developing*

Countries, Oxford University Press, Oxford, U.K., 1983, pp.64~88.

Rushing, William A., *Social Functions and Economic Aspects of Health Insurance*, Kluwer Nijhoff Publishing, Boston, M.A., 1986.

Wilensky, Gail P. et al., "Variations in Health Insurance Coverage: Benefits vs.

Premiums," *Milbank Memorial Fund Quarterly*(62:1), 1984, pp.53~81.

Yeon, Ha Cheong, "Who Gains and Who Loses: An Overview of Equity and Efficiency in Korea's Health Insurance System," Harvard Discussion Paper Series No.2, 1985.

〈附表 1〉 醫療保護財政의 主要年度別 推移

	1982	1985	1988
受惠對象者數(千名)	3,728	3,258	4,290
1種	642	642	648
2種	3,086	2,616	1,917
3種 ¹⁾	—	—	1,725
國庫負擔額(百萬元)	30,260	58,598	122,536
國費	22,888	44,612	94,311
地方費	7,372	13,986	28,225

註：1) 1986년부터 실시된 醫療扶助制임.
 資料：保健社會部, 『保健社會』, 各年度.

〈附表 2〉 醫療保護對象者 및 受惠內容(1988)

(단위：百萬元, %)

	資格基準	對象者(千名)	受惠內容
1種	<ul style="list-style-type: none"> • 居宅保護者：4萬4千원미만(人/月) 所得 • 施設保護者 및 災害救護法에 의한 罹災民：全員 • 國家有功者, 人間文化財：9萬원미만 所得 • 越南歸順者：全員 • 性病感染者：全員 	648	外來：診療費 全額無料 入院：診療費 全額無料
2種	<ul style="list-style-type: none"> • 自活保護對象者 4萬4千원미만(人/月) 所得 320萬원미만 財産保有 	1,917	外來：診療費 全額無料 入院：診療費 一部本人負擔； 大都市居住者：40% 其他地域居住者：20%
3種	<ul style="list-style-type: none"> • 自活保護對象者와 유사한 低所得層 5萬4千원미만(人/月) 所得 540萬원미만 財産保有 (단, 전세생활자는 600萬원미만) 	1,725	外來：診療費 2/3本人負擔； 入院：診療費 一部本人負擔 大都市居住者：50% 其他地域居住者：40%

註：1989년의 醫療保護의 診療酬價는 保險酬價의 90%수준임.
 資料：保社部, 『保健社會』, 1988.

<附表 3> 醫療保險프로그램別 保險料 및 保險給與水準의 隔差(1988)

(단위 : 원)

	被保險者 月平均 所得 ¹⁾	平均保險 料率(%)	扶養率 (名)	被保險者 1人當 保險 給與 ²⁾ (A)	被保險者 1人當 保險 料 ³⁾ (B)	(A)/(B) (%)	55세이상 適用人口 比率 ⁴⁾ (%)
職場保險	355,730	1.715	2.09	115,473	144,325	80.0	10.1(1.9)
公教保險	404,435	2.3	2.89	172,473	216,528	79.7	15.7(7.2)
地域保險 ⁵⁾	378,133	1.5	3.96	94,693	100,227	94.5	—(32.8) ⁶⁾

註 : 1) 職場 및 公教保險은 平均標準報酬月額임.

2) 年間給與額으로 被保險者 및 被扶養者의 給與額을 被保險者數로 나눈 數值임.

3) 使用者負擔額 포함.

4) 總適用人口 중에서 55세이상 人口가 차지하는 比率이며 ()안은 被保險者만의 數值임.

5) 1988년 1월부터 農漁村地域住民 및 自營者에게로 확대되었는데 現行地域保險의 保險料는 精確한 家口所得資料의 미비로 所得, 財産, 被扶養者數를 감안하여 산정하고 있음. 여기서는 政府가 行政管理費를 포함한 總財政의 50%를 부담하고 있다는 점을 고려하여 家口當 保險料率을 1.5%로 가정함. 이는 農漁村地域의 家口當月平均所得이 상대적으로 낮으므로 被備者에게 적용되는 保險料率 1.5~4% 범위 중 最低水準인 1.5%를 적용하는 것이 안전하다고 판단했기 때문임.

6) 資料未備로 經濟活動人口 중 農業部門의 年齡構成比를 이용함.

資料 : 醫療保險聯合會 및 醫療保險管理公團, 『'88 醫療保險統計年報』, 1989.
經濟企劃院, 『經濟活動人口年報』, 1988.

<附表 4> 醫療保險프로그램別 財政收支 現況(1987~88)

(단위 : 百萬元, %)

	職場保險		公教保險		地域保險		職種保險	
	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988
總收入	657,352	807,764	230,594	260,997	9,058	214,495	44,917	n.a
保險料	608,159	740,035	118,979	134,328	6,675	116,463	42,465	43,173
國庫補助	—	—	91,414	104,697	1,828	94,559	130	n.a
其他收入	49,193	67,729	20,198	21,972	555	3,473	2,322	n.a
保險料/總收入	(92.5)	(91.6)	(51.6)	(51.5)	(73.7)	(54.3)	(94.5)	(n.a)
國庫補助/總收入	(—)	(—)	(39.6)	(40.1)	(20.2)	(44.1)	(0.3)	(n.a)
總支出	515,863	657,174	175,345	203,961	10,865	200,640	43,828	n.a
保險給與	464,167	592,096	163,633	190,401	7,202	162,034	39,409	40,464
行政管理費	31,841	40,306	10,014	11,338	1,767	38,058	3,230	n.a
其他支出	19,855	24,772	1,698	2,222	1,896	548	1,189	n.a
收支差	141,489	150,590	55,249	57,036	△1,807	13,855	1,089	n.a
累積積立金	421,839	553,982	116,974	158,594	—	—	—	n.a
保險給與/保險料	(76.3)	(80.0)	(77.8)	(79.7)	(107.9)	(94.5)	(92.8)	(93.7)
適用人口(千名)	14,971	16,269	4,364	4,508	317	6,777	1,320	1,082

資料 : 醫療保險管理公團, 『'88 醫療保險統計年報』, 1989 및 權純源 外, 『醫療保險 療養取扱機關 經營收支分析 研究報告書』, 韓國開發研究院, 1989.

〈附表 5〉 所得階層別 家計所得 및 保健醫療費
支出 現況 (1988)

(단위 : 千원)

所得階層	家計所得 ¹⁾ (A)	保健醫療費 (B)	B/A(%)
平均	657.2	34.1	5.2
100미만	45.1	14.8	32.8
100~150	125.3	11.4	9.1
150~200	172.5	13.4	7.8
200~250	221.6	13.3	6.0
250~300	272.4	16.1	5.9
300~350	321.5	15.0	4.7
350~400	372.0	16.7	4.5
400~450	421.6	20.2	4.8
450~500	472.0	20.7	4.4
500~550	522.1	21.7	4.2
550~600	573.2	26.0	4.5
600~700	644.7	28.0	4.3
700~800	744.0	31.2	4.2
800~900	845.3	36.7	4.3
900이상	1,328.2	83.2	6.3

註 : 1) 家計所得은 家口員所得, 事業 및 副業所得,
利子·社會保障受惠金 등의 其他所得을 포
함한 것임.

資料 : 經濟企劃院, 『都市家計年報』, 1988.

〈附表 6〉 日本 醫療保險의 給與, 負擔 및 再分配指數(1978)

月所得階級 (萬円)	年平均所得 (千円)	年平均保險料 (千円)	年平均給與 (千円)	再分配指數(%)	
				世帶當	1人當
~40	210.9	13.1	296.4	134.3	48.4
40~60	486.7	28.8	165.3	28.0	12.6
60~80	682.4	33.1	328.4	43.3	21.0
80~100	888.3	41.6	286.7	27.6	12.0
100~120	1,093.0	48.1	156.3	9.9	3.0
120~140	1,274.3	55.6	196.4	11.0	3.3
140~160	1,494.3	59.1	163.4	7.0	1.4
160~180	1,687.1	65.8	260.4	11.5	3.4
180~200	1,879.7	69.2	204.5	7.2	1.7
200~240	2,186.6	76.7	185.0	4.9	0.6
240~280	2,589.1	83.0	167.8	3.3	△0.2
280~320	2,978.7	96.4	211.6	3.9	△0.2
320~360	3,390.3	105.1	192.9	2.6	△0.4
360~400	3,781.3	110.3	211.3	2.7	△0.1
400~500	4,438.1	124.1	224.9	2.3	△0.3
500~600	5,450.9	144.3	238.8	1.7	△0.4
600~700	6,427.3	170.9	171.6	0.0	△1.2
700~	10,806.0	190.2	233.9	0.4	△0.6
總數	3,280.4	94.4	211.0	3.5	3.5

資料：村上雅子, 『社會保障の經濟學』, 1984의 <表 5-2>를 축소하여 轉載.