

연구보고 R381/1998. 9

국민의료보험 통합과 농어촌 적용 대책

정 명 채 연 구 위 원
박 대 식 부연구위원



한국농촌경제연구원

연구 담당 자	담당 분야
정 명 채	연구 총괄, 제2장, 제3장, 제5장 3절 및 4절, 제6장 집필
박 대 식	제1장, 제4장, 제5장 1절 및 2절, 부록 집필

머 리 말

현행 농어촌 지역의료보험은 관리 및 보험료 부과체계에서 여러 가지 문제점이 있을 뿐만 아니라 의료보험을 이용하는 농어민들에게도 크게 불편한 것으로 나타났다. 따라서 농어민들은 이미 오래 전부터 의료보험의 통합을 주장해 왔으며 농어민단체들을 통해서 의료보험 통합운동을 적극적으로 추진해 왔다.

뿐만 아니라 농업 관련 연구기관, 농정 당국, 사회복지 관련 학회에서 도 의료보험의 통합을 위한 논의가 계속되어 왔다. 그 결과, 1997년 정기 국회에서는 227개 지역의료보험조합과 공무원·교직원 의료보험관리공단을 하나로 통합하는 내용의 「국민의료보험법」이 통과되었으며, 최근에는 2000년부터 145개 직장의료보험조합까지 통합하는 “국민건강보험법(안)”이 국회에 제출되어 있는 상태이다.

그 동안 본 연구원에서는 국민의료보험의 통합 개혁과정에서 보험료의 산정방식 개발과 통합보험 운영시 예상되는 문제점들에 대해 농어촌지역과 농어민을 중심으로 검토해 왔으며, 이 보고서는 이러한 연구의 한 결과이다.

이 연구결과가 농어촌 의료복지의 증진을 위한 정책개발과 의료보험 수행에 참고가 되고, 이 분야의 연구에 관심을 갖는 분들에게 자료로 이용될 수 있기를 기대한다. 끝으로 이 연구를 위한 각종 자료를 수집하는데 적극적으로 협조해 주신 국민의료보험관리공단 설립위원회와 의료보험 관련 기관의 담당자들에게 깊은 감사를 드린다.

1998. 9

한국농촌경제연구원장 박 상 우

빈

면

목 차

제1장 서 론

1. 연구의 필요성 및 연구목적 1
2. 연구의 내용 및 연구방법 2
3. 선행연구에 대한 검토 5

제2장 농어촌 의료보험 관리운영상의 문제점과 의료보험 통합의 추진

1. 현행 농어촌 의료보험 관리운영체계의 문제점 9
2. 현행 농어촌 의료보험료 부과방식의 문제점 13
3. 농어촌 주민의 의료보험 이용의 불편 16
4. 의료보험 통합의 추진 17

제3장 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 계획

1. 의료보험 통합의 기본 방향 21
2. 의료보험 통합관리체계의 수립 24
3. 통합보험료 부과체계 설계 32
4. 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 방향 43

제4장 통합 국민의료보험의 농어촌 적용에 따른 문제점

1. 과세소득자료 보유 격차로 인한 농어촌 주민의 불이익 46
2. 보험료 부과기준의 불공평성 47
3. 농어민의 보험료 부담 증가 48
4. 농어촌 보험료 경감계획의 문제점 51
5. 국고지원 및 재정조정 기능의 약화 53

6. 농어촌 의료공급기반의 약화 및 의료서비스의 질 저하	54
제5장 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 개선대책	
1. 통합보험료 부과체계의 개선방안	56
2. 농어민의 의료보험료 부담 경감대책	59
3. 재정공동사업 및 재정이전사업의 운영	62
4. 농어촌 보건의료서비스의 확충	66
제6장 요약 및 결론	71
부록 : 외국의 통합 의료보험 관리운영 사례	83

표 목 차

제1장

표 1-1 조합방식 및 통합방식의 장점	7
-----------------------------	---

제2장

표 2-1 보험제도별 관리운영비 현황(1996)	12
표 2-2 농어민의 보험료 부과 기준	15

제3장

표 3-1 지사 설치 계획	27
표 3-2 지역의료보험 적용대상자의 과세소득자료 보유 현황	34
표 3-3 조합별 기타소득 추계를 위한 부과 적용요소 현황	35
표 3-4 보험료 부과모형의 비교	37
표 3-5 부과요소별 보험료 배분 비율	39
표 3-6 평가소득보험료 부과요소의 기준 구간표	40
표 3-7 평가소득보험료 부과요소의 구간별 평가점수	41
표 3-8 자동차보험료 등급 조건표	43

제5장

표 5-1 도·농간의 소득 및 소비수준, 의료접근도의 격차	61
표 5-2 재정공동사업 실적	64

부 표

부표 1 과세소득보험료	78
--------------------	----

부표 2 평가소득보험료	79
부표 3 재산보험료	80
부표 4 보험료 경감 조건표	81

그림 목 차

제2장

그림 2-1 의료보험 관리운영 체계도	12
그림 2-2 세대당 보험료 부과 절차	14

제3장

그림 3-1 의료보험 관리운영의 단계적 통합	23
그림 3-2 의료보험의 단기적 통합관리체계	25
그림 3-3 국민의료보험관리공단 본부 조직	26
그림 3-4 국민건강보험관리공단(안)의 조직구조	28
그림 3-5 국민건강보험관리공단의 업무 흐름	29
그림 3-6 통합사회보험공단(안) 체계도	31
그림 3-7 통합보험료 부과요소	38

제5장

그림 5-1 농어촌 의료서비스 전달체계	70
-----------------------------	----

제 1 장

서 론

1. 연구의 필요성 및 연구목적

국민의료보험제도는 1977년 사업장 근로자를 대상으로 처음 실시된 이래 1979년에는 “공무원 및 사립학교 교직원 의료보험”이 실시되었고 1988년에는 농어촌지역에, 1989년에는 도시지역에 확대 적용되었다. 즉, 국민 의료보험제도는 단계적인 적용과정에서 행정 편의성에 기초하여 직종별 145개 조합과 지역(시·군)별 227개 조합 그리고 한 개의 공무원·교직원 의료보험관리공단을 만들어 총 373개의 관리조직을 각각 독립적인 운영 형태로 체계화시켰다. 그 결과, 주로 건강한 젊은이들로 구성된 직장 조합이나 고소득 가구가 집중된 지역조합의 경우는 보험재정의 흑자요인이 크게 부각되었고, 노령인구가 대다수를 차지하는 농어촌조합이나 저소득 가구가 집중된 오지 지역조합의 경우는 만성적인 적자요인이 부각되었다.

그 동안 농어민, 지역주민, 사회단체, 학계 등에서는 의료보험제도를 통합 관리체제로 개편할 것을 계속 요구해 왔으나 직장조합과 조합장, 조합주의를 선호하는 학자, 기타 기득권 세력의 반대로 계속 무산되어

왔다. 그러다가 1997년 정기국회에서 227개 지역의료보험조합과 공무원·교직원 의료보험관리공단을 하나로 통합하는 내용의 「국민의료보험법」이 통과되어 1998년 10월부터 시행될 예정이다. 한편, 1998년 2월 「노사정위원회」와 「대통령직 인수위원회」에서 지역, 직장, 공무원·교직원 의료보험을 통합하기로 결정함에 따라 「의료보험통합추진기획단」을 구성하여 의료보험 통합 일원화의 기본방향을 설정하고 있으며 금년 중에 완전통합 의료보험법안(국민건강보험법)을 제정하려고 추진하고 있다. 그리하여 2000년부터는 직장조합까지 포함하여 전국민을 통합 일원화하여 관리하는 체계로 의료보험제도가 개편될 예정이다.

현재 국민의료보험관리공단 설립위원회에서는 지역의료보험 통합보험료 부과체계를 마련 중에 있다. 그러므로 통합보험료 부과체계에 농어민들의 이익이 최대한 반영될 수 있도록 개선대책을 제시하는 것은 무척 시급한 과제인 것이다. 즉, 의료보험을 통합 관리하게 될 경우 예상되는 문제점과 관리운영 방안 등을 종합적으로 검토하고 농어민과 관련되는 문제점에 대해서는 실질적인 대안을 강구해야만 하는 것이다.

이 연구의 주요 목적은, ① 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 계획 및 그에 따른 문제점을 파악하여, ② 농어촌 적용 개선대책을 마련하는 것이다.

2. 연구의 내용 및 연구방법

2.1. 연구의 내용

이 연구에서는 다음과 같은 내용의 연구를 수행하였다.

제1장(서론)에서는 연구의 필요성 및 연구목적, 연구내용 및 연구방법, 선행연구에 대한 검토를 다루었다.

제2장에서는 농어촌 의료보험 관리운영체계 및 의료보험료 부과방식

의 문제점과 의료보험 통합의 추진에 대해서 다루었다.

제3장에서는 국민의료보험관리공단 설립위원회에서 마련한 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 계획을 의료보험 통합의 기본 방향 및 통합관리 체계의 수립, 통합보험료 부과체계의 설계, 농어촌 적용 방향을 중심으로 정리하였다.

제4장에서는 통합 국민의료보험의 농어촌 적용에 따른 문제점을 과세 소득자료 보유 격차로 인한 농어촌 주민의 불이익, 보험료 부과기준의 불공평성, 농어민의 보험료 부담 증가, 농어촌 보험료 경감계획의 문제점, 국고지원 및 재정조정 기능의 약화, 농어촌 의료공급기반의 약화 및 의료서비스의 질 저하의 측면에서 파악하였다.

제5장에서는 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 개선대책을 통합보험료 부과체계의 개선방안, 농어민의 의료보험료 부담 경감대책, 재정공동사업 및 재정이전사업의 운영, 농어촌 보건의료서비스의 확충의 측면에서 종합적으로 정리하였다.

제6장에서는 연구결과를 요약하고 결론을 제시하였다.

부록에서는 외국의 통합 의료보험 관리운영 사례로서 대만의 통합의료보험과 영국의 의료보장제도에 관한 자료를 정리하였다.

2.2. 연구 범위

이 연구에 있어서 농어촌은 군부(郡部)이하의 지역(도·농 통합시의 읍·면을 포함)을 말한다. 국민의료보험의 통합은 1998년 10월 1일부터 시행되는 “1단계(부분)통합”(지역의료보험과 공무원 및 사립학교 교직원의료보험의 통합) 방안과 국민의료보험통합추진기획단에서 준비하고 있는 전국민 의료보험을 통합하는 “2단계(완전)통합” 방안(2000년부터 실시 예정), 그리고 장기적인 계획으로 추진되고 있는 3단계 통합인 “4대 사회보험 통합관리 체계의 수립”으로 구분한다.

2.3. 연구 방법

자료수집은 국내의 관련 기관 자료 조사, 외국의 통합 국민의료보험제도에 관한 사례연구, 지역의료보험조합의 운영 현황과 문제점을 파악하기 위한 사례조사, 통합보험료 부과체계(안)의 농어촌 현지 적용 조사, 기타 국내외 관련 문헌 조사 등을 통해서 이루어졌다.

국내의 관련 기관 자료조사는 보건복지부, 통계청, 한국보건사회연구원, 의료보험통합추진기획단, 의료보험관리공단, 의료보험연합회, 국민의료보험관리공단 설립위원회, 농림부, 의보연대(의료보험 통합일원화와 보험적용 확대를 위한 범국민 연대회의) 등의 자료를 이용하였다.

외국의 통합 국민의료보험제도에 관한 사례연구는 통합방식의 국민의료보험을 실시하고 있는 대만과 영국의 사례를 조사하여 그 시사점을 검토하였다(부록 1 참조).

지역의료보험조합의 운영 현황과 문제점을 파악하기 위한 사례조사는 일반 농어촌지역(칠곡군, 남해군, 광주군, 해남군, 완도군 등), 도·농 통합 시 및 중소도시지역(이천시, 충주시, 공주시, 오산시 등), 대도시지역(서울 강남구, 대구 서구 등)의 관련 자료들을 검토하였다.

통합보험료 부과체계(안)의 농어촌 현지 적용 조사는 1998년 7월 28일부터 8월 5일까지 경기도 안성, 충북 진천, 충남 예산 및 홍성 지역에서 지역의료보험조합의 도움을 받아서 총 93가구의 의료보험료 부과자료를 수집하였다. 그러나 자료의 완전성, 대표성, 사회경제적 계층 등을 고려하여 13가구는 최종 자료분석에서 제외하였다. 그 결과 4개 지역(안성, 진천, 예산, 홍성)에서 각각 20가구씩 총 80가구를 최종 분석대상으로 삼았다.

기타 국내외 관련 문헌 조사는 의료복지 관련 각종 학술지 및 학위논문, 인터넷 등을 이용하여 검색하였다.

자료분석방법으로는 SPSS/PC+를 사용해서 기술적인 통계치를 중심으로 분석하였다. 사례조사 및 현지조사 결과는 빈도, 구성비(%), 평균 등

을 사용하여 정리하였다.

3. 선행연구에 대한 검토

1980년부터 의료보험의 통합논의가 본격적으로 시작된 이래로 최근까지도 “조합론”(의료보험의 관리운영체계를 피보험자의 성격이 유사한 직종별, 지역별로 구성하여 운영하는 것이 바람직하다는 주장)과 “통합론”(의료보험의 관리운영체계를 직종이나 지역에 관계없이 하나로 통합하여 운영하는 것이 바람직하다는 주장)을 중심으로 많은 연구발표와 논쟁이 계속되어 왔다. 이와 관련된 주요 선행연구들은 다음과 같다.

보건사회부(1980)가 “의료보험체제 일원화 방안에 관한 회의결과 보고”에서 통합의 필요성으로 내세운 주요 논점은, ① 조합방식으로는 전 국민 의료보험의 확대가 어려움, ② 조합간의 재정격차로 적자조합이 발생함, ③ 조합간에 의료혜택의 차등화를 초래할 우려가 있음 등을 들 수 있다.

전국의료보험협의회(1980)가 “의료보험 관리체제 이원화의 성립배경과 이론”에서 내세운 의료보험의 통합일원화에 반대하는 논거는, ① 노사자치 재정, 자치운영제로 추진되어온 현행제도가 보다 합리적임, ② 일원화할 경우 정부부담의 가중과 향후 보험료 인상 등을 둘러싼 정부와 국민간의 대립을 초래할 우려가 있음, ③ 의료보험을 통한 노사간의 연대의식이 약화됨 등이다.

보건사회부(1982)는 “의료보험제도 개선방안”에서 지역의료보험 시범사업의 경험을 토대로 미 적용 계층에 대한 의료보험을 확대하기 위해서는 의료보험의 통합이 필요하다는 것을 강조하였다.

청와대 비서실(1982)은 “의료보험제도 일원화 문제 검토”에서 통합일원화는 의료에 대한 모든 책임이 정부로 직결되어 선진국형 복지병을 유발하고 관리운영체제의 경직화를 초래한다고 주장하였다.

한국경영자총협회(1986)는 “의료보험의 기구 및 재정통합에 대한 건의”에서 의료의 국민 개보험화는 다원적 의료체제와 조합주의 원칙이 견지되는 가운데 실현되어야 한다고 주장하였다.

사회보장연구회(1988)는 “전국민 의료보험을 위한 통합일원화 방안”에서 현행 조합방식의 의료보험제도는 막대한 국고지원을 하면서도 국민을 통합시키는 의료보험 개보험화의 실현이 불가능하므로 국고지원의 최소화과 사회정의의 실현이 가능한 통합일원화 방식의 의료보험으로 전환할 것을 건의하였다.

의료보험연구자 일동(1988)은 “한국 의료보험의 발전방향에 대한 제언”에서 현행 조합방식이 절대적으로 올바른 제도는 아니지만 통합일원화 방식이 문제의 대안이 될 수 없다고 보았다.

정명채 외(1991)는 “농어촌 복지제도 개발에 관한 연구”에서 의료보험이 사회보험임을 확실히 하고 그에 맞는 기능을 수행할 수 있도록 하기 위해서는 현재의 조합을 공단이나 공사로 명칭 변경하고 조직의 관리체계를 직종과 직업에 관계없이 하나로 통합해야 한다고 주장하였다.

이규식(1994)은 “한국의 의료개혁과 향후의 과제”에서 통합일원화가 제도의 효율관리를 보장하는 것은 아니므로 조합간의 경쟁을 조장하는 현재의 조합체계를 유지하는 것이 합리적이라고 주장하였다.

김인재(1995)는 “사회보험의 통합적·효율적 관리운동을 위한 법제개선 방안”에서 사회보험의 통합성과 효율성을 기하기 위해서는 행정조직을 일원화하고, 그 행정을 실질적으로 관장하는 업무 부서로 사회보험청의 신설을 주장하였다.

최경환(1997)은 “한국 의료보험의 공정성과 효율성에 관한 연구”에서 현행 조합주의 방식의 의료보험제도는 사회보장제도의 주요 기능인 위험분산과 소득재분배를 제대로 달성하지 못하고 있음을 밝혔으며, 의료보험제도가 모든 국민이 건강한 삶을 영위토록 하는 공정하고 효율적인 제도로 발전하기 위해서는 의료보험조직을 광역화할 필요가 있다고 주장하였다.

한오석(1998)은 “의료보험관리체계 검토”에서 나름대로 장점이 많은 현행 조합방식을 근간으로 통합방식이 가지고 있는 장점을 접목하는 것이 바람직하다고 보았다.

의료보험 통합일원화와 보험적용 확대를 위한 범국민 연대회의(1998)는 “신정부에 바라는 의료보장 개혁방안”에서 통합일원화는 조합간의 벽을 허물어 근원적으로 재정 불균형 문제를 해소하고, 부담의 형평성을 확보하고 급여를 확대할 수 있는 제도적 틀을 만들 수 있으며, 관리운영비 절감과 국민의 보험이용의 편의를 도모할 수 있다고 보았다. 신정부에 바라는 의료보험 급여 확대방안으로는 진료비 총액 상한제 도입과 보험급여일수 제한의 완전 철폐를 주장하였다.

조합방식 및 통합방식의 장점은 <표 1-1>과 같이 정리할 수 있다. 즉, 조합방식의 장점으로서는 보험급여 관리의 효율성, 주민참여에 의한 자치적 운영, 상호경쟁으로 효율성을 제고시킬 수 있음, 의료보험 분쟁의 국지화, 현대사회의 복지병 방지 등을 들 수 있다. 통합방식의 장점으로서는 위험분산의 최대화, 소득재분배 효과의 최대화, 보험료 부담과 급여수준이 공평해짐, 관리운영비의 절감, 타 사회보장제도와 연계발전이 가능함, 사회보험의 기본원리에 가장 부합됨 등을 들 수 있다.

표 1-1 조합방식 및 통합방식의 장점

조합방식의 장점	통합방식의 장점
- 보험급여관리의 효율성 : 상호감시, 의료납용 방지 - 주민참여에 의한 자치적 운영 - 상호경쟁으로 효율성을 제고시킬 수 있음 - 의료보험 분쟁의 국지화 - 현대사회의 복지병 방지 : 정부의 의존성 타파	- 위험분산의 최대화 - 소득재분배 효과의 최대화 : 재정안정에 기여 - 보험료 부담과 급여수준이 공평해짐 - 관리운영비의 절감 - 타 사회보장제도와 연계발전 가능 - 사회보험의 기본원리에 가장 부합됨

선행연구들은 조합론 또는 통합론의 문제점을 지적하고 자신의 주장에 대한 논리적 근거를 마련하는데 강조점을 두다보니 시각이 지나치게 편향적이거나 구체적 분석이 결여된 경우가 많은 것으로 나타났다.

의료보험제도는 사회보장정책에 의한 사회제도인 만큼 사회보험의 기본원리에 충실한 통합방식을 이 연구의 기본적 시각으로 한다. 그러나 이 연구는 통합방식의 단점을 보완하기 위해서 조합방식의 장점을 가능한 많이 수용하도록 노력하였다.

제 2 장

농어촌 의료보험 관리운영상의 문제점과 의료보험 통합의 추진

1. 현행 농어촌 의료보험 관리운영체계의 문제점

지금까지 우리 나라의 의료보험제도는 직장인과 공무원 그리고 자영업자를 각각 다른 법과 관리체제로 조직하여 운영하여 왔다. 농어민과 자영업자들은 국민의료보험법에 의거하여 지역의료보험으로 분류된 227개 각 시·군별 지역조합으로 관리되었으며 직장인들은 직장의료보험으로 분류되어 각 직종과 지역별로 145개의 직장조합으로 조직 관리되었다. 한편 공무원과 사립학교 교직원들은 별도의 공무원·교직원 의료보험법에 의거해 공무원·교직원 의료보험관리공단이 전국을 하나의 공단으로 관리해 왔다. 이 과정에서 지역조합들의 영세성과 조합간의 업무중복, 부담전가, 조합간 격차 증대 등 많은 문제점들이 제기되었다. 특히 농어촌의 군 조합들은 계속되는 인구감소로 1만세대도 못되는 보험가입자를 가지는 영세조합들이 많았으며 이들 군 조합들은 기본적으로 재정자립의 어려움이 있었다. 뿐만 아니라 가입단위가 적으므로 위험분산의 효과도 낮고 관리운영비는 상대적으로 높을 수밖에 없었다. 더구나 농어촌 군 조합에

서는 소득수준이 비교적 높고 안정된 직장인들은 모두 공무원·교직원의 의료보험관리공단이나 직장조합에 가입하고 저소득층과 실업자, 농어민 등 자영업자들만이 지역조합을 구성하게 됨으로써 보험료 수입자체로는 의료비를 충당하고 조합을 독립적으로 운영하기 어려운 상태였다.

이와 같은 의료보험 조직관리의 체계 수립을 통해서 특히 농어촌의료보험은 농어촌의 급변하는 지역적 특성과 의료보험법 규정의 잘못된 관리규정에서 연유되는 소위 사회구조적인 재정적자 요인과 보험제도적인 적자요인을 가지는 가장 열악한 경영조건을 감수 할 수밖에 없었다.

농촌사회구조 변화에 따라 나타나는 농어촌의료보험의 재정적자 요인은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다. 첫째, 계속되는 인구감소로 조합의 규모가 작아지고 있다는 점이다. 둘째, 이농인구의 대부분이 젊은 층이므로 농촌인구는 계속 고령화되고 있으며 그에 따라 의료수요는 계속 증가하고 있다. 셋째, 농어촌의 일손부족으로 농기계 이용과 농약사용량이 많아지면서 사고가 빈발하고 있으나 농업노동재해는 산업재해보험이 적용될 수 없어 의료보험으로 처리 할 수밖에 없고 따라서 이것은 의료보험재정의 적자요인이 되고 있다. 넷째, 농어촌의 거주형태가 분산 거주형이어서 자격관리를 위한 출장 등 관리운영비가 과도하게 지출된다. 다섯째, 농어촌의 생활수준이나 소득여건이 도시에 비해 낮아 가입자의 경제력 저위성에 따른 보험료 수입이 기본적으로 의료보험 사업비에 비해서 부족하다는 것이다.

이와 같은 농촌사회의 구조적인 의료보험재정 적자요인 외에도 의료보험 관리체계와 운영규정에서 원인이 되는 제도적인 적자요인이 있는데 이것을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 직장으로부터 은퇴하는 노인들을 규정상 모두 지역조합에서 받아주게 되어 있어 노인인구 증가와 의료비 지출 증가의 원인이 되는 점이다. 둘째, 직장에서 직업병이나 노동사고로 퇴직당하는 사람들도 지역조합은 받아줄 수밖에 없으며 이러한 환자의 전입은 막대한 재정지출의 원인이 된다. 셋째, 소규모의 공장이나 회사들은 의료보험조합을 결성하지 않고 임의로 직원들을 지역조합에 가입하도

록 함으로써 노동조건이 열악한 이들 직장근로자들의 의료비와 사고치료 비용을 모두 지역조합이 떠맡아 온 점이다. 넷째, 보험료 납부 거부자나 장기체납자 등이 이농하거나 취업하는 경우 전출자의 주소 파악이나 체납보험료의 징수가 불가능하여 발생하는 적자요인도 크다. 다섯째, 지역 주민들의 잦은 이동(전·출입)으로 관리운영비가 증가하고 의료보험조합 간 업무연계 및 협조 부족으로 인한 업무중복 등 제도적으로 발생하는 재정적자 요인이 상당하다는 것이다. 그리고 이 제도적인 적자요인이 의료보험 관리체계의 통합을 주장하는 가장 큰 이유가 되기도 한다.

따라서 가장 불리한 의료보험 관리운영조직인 농어촌 지역조합들은 조합내의 보험료 수입과 일부의 정부 지원금으로 재정을 독립시키기 위해 농어민들의 보험료를 높일 수밖에 없었다. 결국 의료보험제도는 지역간, 직종간 격차를 심화시키게 되었고 특히 농어촌 지역의료보험조합들은 직장인이나 도시민에 비해 가장 높은 보험료를 가난한 농어민들에 부과하면서도 만성적인 재정난을 벗어날 수가 없게 된 것이다. 이러한 문제점은 이미 오래 전부터 예견되었고 그래서 의료보험은 직종이나 지역의 구분 없이 통합 관리되도록 하여 위험분산을 최대화시키고 관리의 효율성을 높여야 한다는 소위 의료보험 통합주의가 농어민단체를 비롯한 관련 학계에서 계속 논의되어 왔다.

의료보험의 관리운영 조직체계는 그 외에도 소규모의 많은 조합을 독립적으로 운영하도록 규정함으로써 과잉인력이 투입되는 결과를 보였다. <그림 2-1>에서 보는 바와 같이 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단은 전국을 하나의 경영단위로 함으로써 총 772명의 직원을 가지고 있는데 비해 직장조합(4,720명)과 지역조합(10,077명)은 연합회(1,435명)까지 모두 373개 조직에 16,232명의 직원으로 많은 인력을 가지고 있어 인건비와 조직관리 운영비도 상당한 지출요인이 되어 왔다. 그 결과 보험조직별 평균 관리운영비를 적용 인구 1인당으로 환산하여 비교해보면 농어촌지역이 가장 높은 부담을 보이고 있다(표 2-1 참조).

그림 2-1 의료보험 관리운영 체계도

(총 373개 조직, 17,004명)

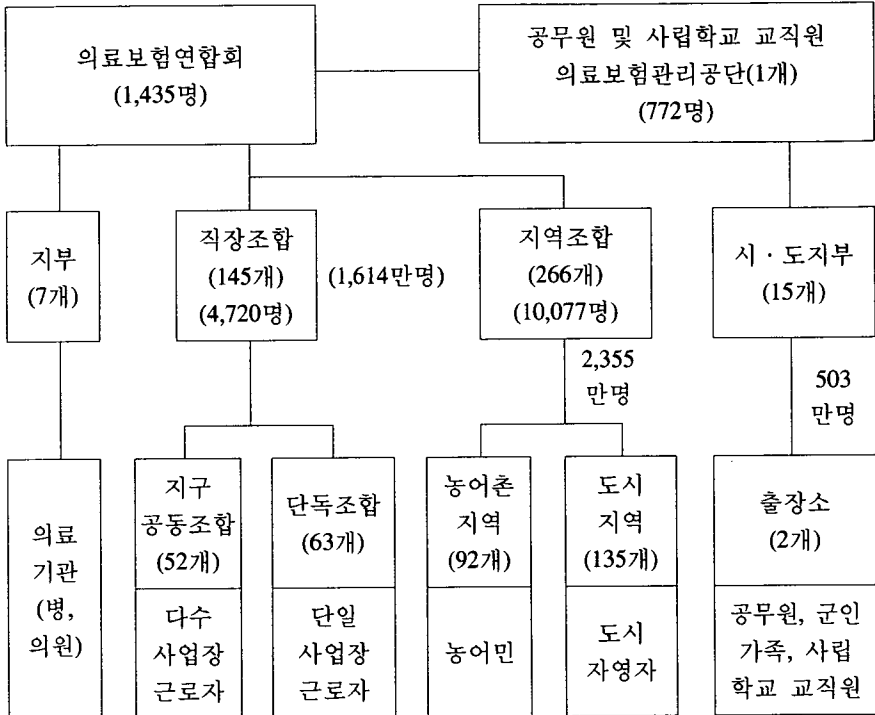


표 2-1 보험제도별 관리운영비 현황(1996)

단위: 천명, %, 원

구 분	직장공동	직장단독	삼성의료 보험조합	공·교 공 단	도시지역	농어촌 지 역
1개 조합당 적용 인구수	158	65	501	4,881	143	37
관리운영비 비 율	8.8	5.5	3.6	6.1	9.3	15.3
적용인구 1인당 관리운영비	13,214	8,407	5,379	10,124	12,316	22,717

자료: 의료보험연합회 의료보장연구실, 의료보험 관리체계 검토 1998.

2. 현행 농어촌 의료보험료 부과방식의 문제점

2.1. 보험료 부과 절차와 부담의 원칙

농어촌 지역의료보험의 보험료 부과 과정을 보면 보건복지부가 마련하는 「지역의료보험료 부과지침」에 따라 조합 전체가 필요로 하는 총보험료 부과목표액을 마련한 후 이를 각 세대별로 배분하게 된다(그림 2-2 참조).

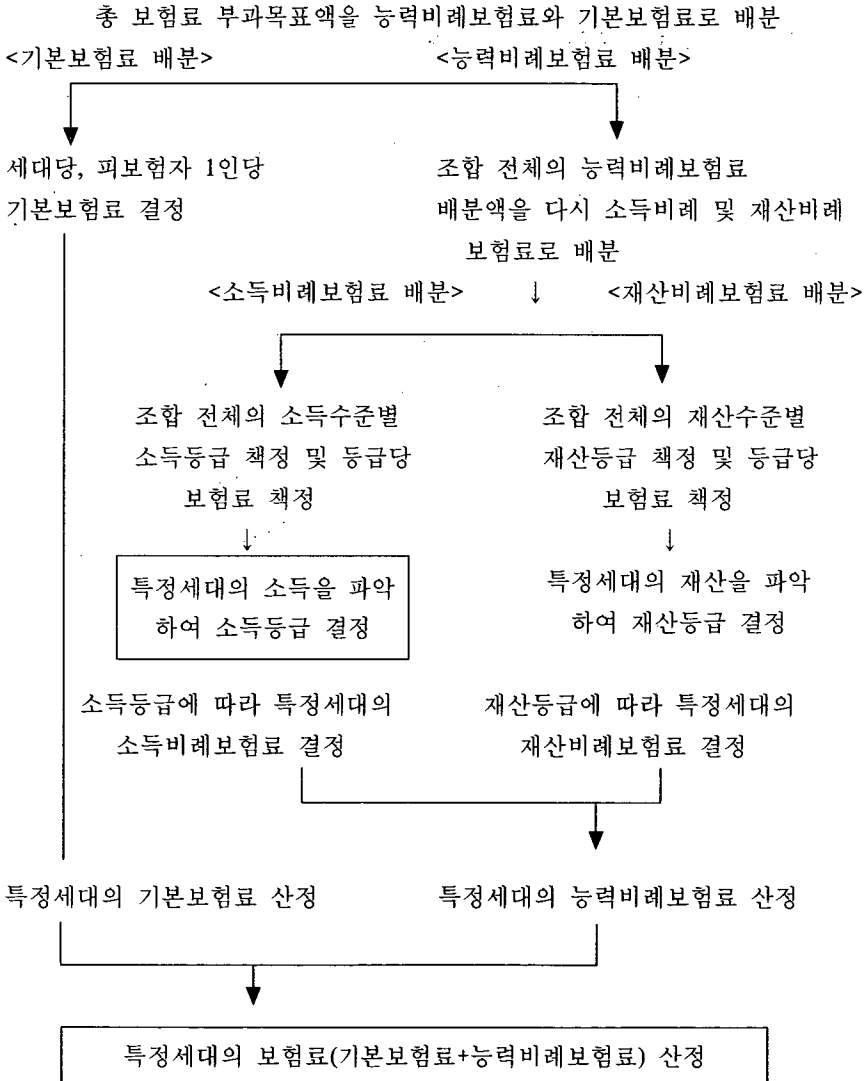
$$\text{○ 총보험료 부과목표액} = (\text{법정급여비} + \text{부가급여비} - \text{보험료국고부담금} / \text{정수율} + \text{준비적립금} + \text{예비비})$$

이와 같은 절차는 실질적으로 보험료 부과 초기단계에서의 절차이며 대부분의 경우 이미 농가별로 결정되어 매년 부과되고 있는 보험료 수준에서 변동사항만을 감안하는 형태로 이루어져 왔다.

사회보험의 보험료를 부담하는 원칙은 경제적 능력에 따라 부담하되 급여는 필요에 따라 공평하게 이루어지도록 하여 소득의 재분배효과를 추구하고 있다. 그러나 현행 의료보험료 부과절차에서 지역의료보험이 부담해야 할 총 비용을 각 조합이 부담하는 배분방식을 취하는 것으로 하고 있으나 실제로는 각 지역조합의 독립적인 재정운영체계이어서 조합 내에서의 비용조달이라는 기능이 크게 강화되고 있는 상태였다. 따라서 소규모의 영세한 농어촌 의료보험조합들의 재정적 독립운영의 어려움을 가중시키게 되고 소득재분배 효과나 위험 분산의 효과는 기대할 수 없는 것이다.

그림 2-2 세대당 보험료 부과 절차

조합전체의 총 보험료 부과목표액 결정



2.2. 보험료 부과 방법과 문제점

농어민에게 부과되는 보험료 부과모형을 보면 각 조합에 따라 약간의 차이가 있으나 대부분 기본보험료와 소득비례보험료 및 재산비례보험료의 3가지 분야에서 4요소 내지 5요소 부과기준 적용방식을 활용해 왔다 (표 2-2 참조).

표 2-2 농어민의 보험료 부과 기준

부과 기준	부과 내용
① 소득비례보험료	농어업소득, 사업소득, 근로소득, 기타소득을 포함하는 종합소득 등급별 정액
② 재산비례보험료	토지, 가옥, 임야의 재산세 과표기준의 등급별 정액
③ 자동차비례보험료	자동차 종류와 배기량에 따른 등급별 정액
④ 가족원비례보험료	가족원 1인당 정액
⑤ 세대당기본보험료	세대당 정액
농어민보험료 = ① + ② + ③ + ④ + ⑤	

이와 같은 보험료 부과방식은 농민의 소득과악이 어렵고 소득세 과표 자료를 보유한 세대가 적기 때문이라는 것이다. 그러나 원칙적으로 사회보험의 보험료는 능력에 맞는 부담을 해야하므로 능력비례보험료 중심으로 부과기준을 두어야 하고 그 중에서도 소득을 중심으로 부과해야 한다. 소득자료가 부족하고 그 파악작업이 어렵다는 이유로 가족원 두당 보험료와 세대당 정액보험료인 기본보험료를 부과하는 것이라든가 재산과 자동차 비례보험료를 부과하는 것은 편법이다. 결국 이 편법적 기준에 의해 비교적 가족수가 많은 농어민이 상대적으로 높은 부담을 가지게 된 것이다.

농민의 농지는 농업에서 가장 중요한 생산수단(토지자본)이며 가족원도 생산수단인 노동자본이다. 이들 두 요소에 기술자본을 추가하면 생산

물을 통해 소득이 발생된다. 그런데 이들 각 자본요소에 보험료를 부과하고 다시 그로 인한 소득에 대해 보험료를 부과하는 것은 중복 부과되는 셈이다. 따라서 농어민의 의료보험료는 상대적으로 과중한 부담이 되었던 것이다.

3. 농어촌 주민의 의료보험 이용의 불편

위와 같이 농어촌주민이나 농어민들은 보험료 부담의 불공평성, 그리고 지역의료보험조합들의 제도적 비 형평성 등으로 여러 가지 어려움을 겪고 비용을 과도하게 부담하고 있음에도 불구하고 의료이용은 가장 열악한 조건을 가지게 되었다. 우선 제도적으로 각 시·군조합을 독립 운영체로 정함으로써 의료행위도 가능하면 관할조합 구역 내에서 이루어지도록 견제하는 기능이 나타나게 되었기 때문이다. 그것은 소위 진료권제도로써 지역 내 또는 인근 시·군 지역까지를 1차 진료지역으로 정하여 조합의 허가 없이는 1차 진료지역을 벗어나지 못하도록 하였다. 2차 진료지역은 마음대로 갈 수 없으며 조합의 허락을 받기 위한 절차를 거치도록 하여 타 지역에서의 진료를 견제한 것이다. 결국 지역주민과 농어민들은 가장 비싼 보험료를 부담하면서도 진료는 지역 내 또는 인근의 보건지소나 의원 등에서 저급 진료밖에 받을 수 없도록 제도화되어 있는 것이다.

현재 우리 나라의 의료인력과 의료기관의 90% 이상이 도시지역에 집중되어 있고 특히 면 단위 이하의 지역에는 민간의료기관이 거의 없어 공공의료기관인 보건지소를 주로 이용하게 되어 있다. 그러나 면 소재지의 보건지소는 의과대학 졸업생을 중심으로 군복무 대신 3년간을 근무하도록 하는 공중보건 의사 1명만이 근무하고 있어 의료서비스가 아주 취약한 상태이다.

또한 농어민들의 지역 이동이나 직장 이동시는 의료보험조합에 들러

전·출입 신고를 해야 하고 보험료 정산의 수속도 마쳐야만 하는 번거로움이 있었다. 이러한 의료이용의 불편함은 의료보험제도 시행으로 인해 편리해져야 할 의료이용의 유리함을 오히려 반감시키는 결과를 가져왔다.

4. 의료보험 통합의 추진

이와 같은 의료보험 관리운영체계 및 부과방식의 문제점, 이용의 불편함 등을 들어 농어민들은 이미 오래 전부터 의료보험의 통합을 주장해 왔으며 농어민단체들을 통한 의료보험통합개혁운동을 적극적으로 추진해 왔다. 뿐만 아니라 농업 관련 연구기관이나 농업 관련 기관 및 농정당국에서도 의료보험의 통합개혁을 관계 당국에 강력하게 권장해 왔었다. 또한 복지학계나 사회경제학계 등에서도 이러한 문제점을 들어 의료보험제도의 통합개선을 요구하게 되었다. 1997년에는 국회 농림해양수산위원회의 식수의료분과 소위원회가 주도하여 지역의료보험조합 통합을 주 내용으로 하는 개정 “국민의료보험법(1997년 10월 제안)”이 보사위원회에 제출되어 추진되었고 당시에 이미 보사위원회에 제출되어 있던 통합 “국민건강보험법(1996년 11월 제안)”을 통합 조정한 “국민의료보험법”이 1997년 11월 14일에 의원입법으로 통과되었다.

이로써 의료보험통합을 위한 10여 년간의 논란은 실질적인 통합보험 실현의 첫 단계를 오르기 시작한 것이다. 이 통합법안 입법과정에서도 직장조합들의 거센 반대는 결국 직장조합은 제외하고 우선 지역조합들만을 통합 운영하는 것으로 전제한 상태에서 법적 통과를 보았다. 그러나 이 법의 입법취지에서 밝히고 있듯이 장기적으로는 직장조합까지도 모두 통합관리할 것을 전제하고 있다.

그동안 전개되어 온 의료보험 통합논의의 경과를 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

□ 의료보험 통합논의의 경과

- 1980. 10. 15 보사부장관이 대통령에게 ‘의료보험관리공사’(가칭)를 설치하여 보험을 단일화할 것을 골자로 한 ‘의료보험 관리체계 일원화 방안’을 보고
- 1980. 10.~11 각 일간신문(경향신문 제외)이 반대입장 표명(직장의료보험 연합체인 ‘의료보험협의회’ 전경련 등 5개 경제단체도 반대의사 표명
- 1980. 11. 4 보사부는 반대에 부딪치자 2개 대안을 담은 ‘의료보험 관리체계 일원화방안’을 작성
- 1980. 11. 17 보사부의 ‘일원화방안’은 청와대 비서실의 통합 불가론을 받아들인 대통령의 반대로 ‘연구검토’라는 단서 하에 유보됨
- 1981. 1 보사부장관은 국회 보사위에서 단계적으로 보험을 일원화하겠다고 표명
- 1981. 8 ‘노총’이 종전의 입장을 바꾸어, 노동자권익을 보호하기 위해 직장의료보험조합을 하나로 통합 운영할 것을 요구하는 ‘의료보험제도 개선요구서’를 발표
- 1981. 10 국회 통합론자들은 1982년 정기국회에 보사부가 의료보험 통합일원화에 관한 개정안을 내도록 촉구
- 1982. 1. 21 민정당은 당정협약에서 일원화법을 1982년 정기국회에서 마련하고 1983년 7월부터 일원화체제를 출범시킨다는 방침을 세움
- 1982. 5 신임 보사부장관은 113차 임시국회의 보사위원회에서 전임장관과는 반대로 의료보험 일원화는 시기상조라고 밝힘
- 1982. 8 의견수렴을 위한 정책협의회를 연이어 개최(통합론이 대체로 우세)

- 1982. 10. 13 국회 본회의에서 보사부장관은 몇 가지 이유를 들어 의료보험법개정안을 제출할 수 없음을 표명
- 1982. 10 통합 주장 의원들이 대통령을 방문했으나 비서실의 일원화 무용론으로 대통령의 동의를 얻는데 실패
- 1982. 12. 18 보사부는 ‘전국민 의료보험 통합방안’을 발표(이미 보사부는 통합의사를 포기한 상태임)
- 1984. 12 제12대 국회에서도 보사위 소속 통합파 의원들의 일원화 실시를 요구했으나 장관은 1985년까지 종합대책을 마련하겠다는 약속으로 대답을 회피
- 1986. 4 보사부는 지역의료보험 실시방안 수립 시 조합방식에 의한 개보험 실시를 계획
- 1986. 5. 25 당정협의회에서 민정당은 정부에 대해 일원화에 의거한 계획을 수립하여 협의할 것을 요구
- 1986. 9. 1 청와대 당정연석회의에서 ‘88년에 농어촌지역, ‘89년에는 도시지역으로 확대 실시하되 추진방식에 대해서는 9월 당정협의를 통해 결정하기로 방침을 정함
- 1988. 6 통합론자들이 ‘사회보장연구회’ 이름으로 통합주장 건의문을 작성 배포
- 1988. 8 조합론자들은 ‘의료보험 연구자 일동’이란 연명으로 건의문을 작성하여 반박
- 1988. 8. 25 통합에 대한 보사부 공청회
- 1989. 2. 10 국회 보사위원회의 공청회에서도 통합론과 조합론은 팽팽히 대립
- 1989. 3. 9 임시국회에서 여야 합의로 통합법안인 ‘국민의료보험법안’ 통과
- 1989. 3. 24 노태우 대통령 ‘국민의료보험법안’에 거부권 행사
- 1990. 2. 12 ‘사회보장연구회’ 교수들은 의료보험 통합일원화를 촉구하는 제안서를 국회의원들에게 발송

- 1991. 5 제14대 국회 폐회(‘국민의료보험법안’ 자동 부결 처리됨)
- 1996. 7~12 국회(신한국당) 의료, 식수 대책 소위원회에서 현행 의료보험제도의 문제점과 통합개선방안 검토 및 통합법안 추진
- 1997. 5 의료보험개혁위원회에서 의료보험 통합에 대한 시안을 발표
- 1997. 11. 14 국회 여당과 야당에서 각각 의료보험 통합법안이 제안됨
- 1997. 11. 18 여야의 제안법안을 종합한 국민의료보험법이 국회입법으로 가결됨

제 3 장

통합 국민의료보험의 농어촌 적용 계획

1. 의료보험 통합의 기본 방향

우리 나라 국민의료보험제도의 장기적인 발전방향은 현행의 소규모 지역별, 직종별 조합관리방식의 문제점을 해결하고 가장 바람직한 관리운영 형태를 지향하기 위해 전국민을 하나의 관리운영체계로 통합하는 것이다.

이것은 모든 국민이 하나의 위험분산 단위를 이룸으로서 위험분산의 최대화와 관리운영의 효율화를 추구하며 나아가서는 국민통합을 이루려는 것이다.

현재까지의 의료보험제도는 한겨레를 직종별로 그리고 지역별로 각각 나누어 별도의 재정체계와 급여구조를 가지게 함으로써 국민간 분열을 초래하게 된 것이다. 이미 이와 같은 현상은 뚜렷하게 나타나고 있으며 의료보험 통합법이 제정되고 그 준비작업이 진행되고 있는 이 단계에서도 일부의 직업계층들은 그 집단의 이기적 편견에 몰입된 채 국민통합을 반대하여 통합의료보험의 기본방향을 흐려버리려는 작업들을 하고 있는 상태이다. 이러한 현상은 이미 10 여 년 동안의 직종별, 지역별로 분리된

조합주의방식의 의료보험제도를 운영해온 결과 생겨난 집단 이기주의라고 볼 수 있다. 물론 현대 자본주의의 민주사회에서 개인의 권익이 보호되고 의견이 존중되는 것이 원칙이지만 개인의 자유가 늘어날수록 공동사회를 이끌어 가기 위한 수단은 더 많고 강력한 통합적 공동이용조직과 사회적 제도를 필요로 한다는 사실을 간과해서는 안 된다. 그 중에서도 특히 공공성이 강한 분야인 복지제도는 공정성과 형평성에 바탕을 둔 사회통합적이고 사회부조적인 공동체 유지기능을 강화해야 한다.

이와 같은 사회보험제도의 기본 취지에 맞추어 판단한다면 의료보험은 전국민을 통합하여 관리체계를 일원화하며 나아가서는 사회보험제도 전체를 통합관리 함으로써 모든 국민에게 모든 사회보험을 통해 공동체적 위험분산 기능과 소득재분배 기능을 강화시키도록 해야 하는 것이다. 그러나 현재의 상황을 전혀 무시할 수 없는 것이 사회문제를 풀어 가는 방법이다. 현재에는 이미 직업별, 지역별로 분리 독립된 기존의 기득권 층이 형성되어 있고 이들의 집단적인 권익보호 요구가 강하므로 이들이 동화되도록 분위기를 조성해 가는 것이 필요하다. 따라서 의료보험의 통합도 혁명적으로 일시에 통폐합을 단행하는 것보다는 점진적인 통합방법이 순리적이다.

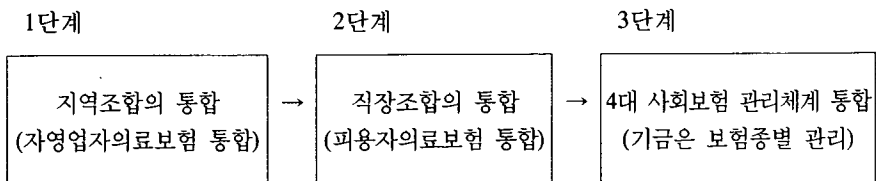
1997년 11월 8일 국회의원 입법으로 의결된 통합국민의료보험법도 이와 같은 순리적 방법을 택하여 그 기본취지에 따라 단계적인 통합방식을 추진하는 것으로 규정하고 있다. 따라서 이 법의 내용도 1단계 통합이라고 할 수 있는 지역조합들만의 통합을 목적으로 하고 있다. 우선 지역의료보험 227개 조합을 하나의 공단으로 만들고 이를 전국 일원화 체계로 관리해오고 있는 공무원, 교직원 의료보험공단과 통합관리하는 것으로 정하였다. 뿐만 아니라 통합체계 수행의 혼란을 우려하여 당분간 보험재정도 지역조합들만 통합 운영하고 공무원, 교직원 의료보험 공단의 재정과는 분리 운영하는 것으로 하였다. 의료보험을 통합하는 경우 가장 중요하게 대두되는 보험료 부과방식은 소득에 대해 부과되 그 등급구간을 정하는 방법으로 만들어 통일 적용될 수 있는 보험료 부과기준을 개

발해 나가기로 하였다.

이와 같은 통합 국민의료보험법의 내용과 정신은 이 법을 만들고 제안하기 위해 1996년부터 추진해왔던 국회농림수산위원회 식수, 의료분과 소위원회와 보사위원회의 활동결과에서 얻어진 것이라고 할 수 있다. 그리고 이들 소위원회와 국회의 활동결과는 그 동안 국민의료보험이 국민 통합의 기능을 가지도록 개혁을 주장해온 소위 통합주의자(정부 및 관련 단체와 정당관계자, 사회복지학회 등 각 학회, 연구소의 학자)들의 의견과 성원이 모아진 결과라고 할 수 있다.

그러므로 현재의 국민의료보험 통합관리체계 구축계획은 점진적으로 그동안 통합을 반대해 왔거나 기득권을 주장하고 있는 각계의 충격을 흡수하면서 주도면밀하게 추진되어야 할 것이다. 사회제도를 고친다는 것은 기존의 이권을 가진 계층이 있을 때는 그 저항이 있을 수밖에 없으므로 이를 지혜롭게 수용할 수 있어야 한다. 그러나 개선방향은 국가의 장래와 국민 전체의 복지향상에 두어야 하므로 때로는 단호해야 한다. 뿐만 아니라 의료보험이 우리 나라의 4대 사회보험을 선도하고 가장 잘 기능적인 관리조직이 되기 위해서도 전국을 하나로 조직화한 통합체제로 만들어야 한다. 그리고 이와 같은 전국 일원화 관리 방침이 확고해야만 장기적으로 4대 사회보험의 통합관리체계를 확립해 갈 수 있을 것이다.

그림 3-1 의료보험 관리운영의 단계적 통합



2. 의료보험 통합관리체계의 수립

국민의료보험제도의 효율적인 운영을 위하여 그리고 통합의료보험제도의 기본방향과 정신에 맞게 관리 운영체계를 수립하는 것이 의료보험 통합에서 가장 중요한 과제라고 볼 수 있다. 지금까지의 의료보험관리운영체계는 소규모의 시·군별 조합단위 독립경영체계로서 그로 인한 문제점이 크게 대두되었던 것이므로 이를 통합된 하나의 경영단위로 할 경우 다시 그 반대의 문제점 즉 소규모조합 단위 독립경영의 유리함이 문제점으로 나타나게 될 것이기 때문이다. 이와 같은 점을 감안하여 소규모조합 경영방식에서의 장점으로 부각되었던 급여관리의 효율성이나 소득조사의 철저성 등을 가능한 한 유지시키도록 설계해야 한다.

2.1. 1단계 통합관리체계(단기계획)

먼저 통합의료보험의 법규정에 따라 1단계 통합이 지향하고 있는 전국 227개 지역의료보험조합과 공무원, 교직원 의료보험관리공단을 하나의 국민의료보험공단으로 통합한 중앙조직을 만드는 것이다. 그 다음은 현재의 시·군 단위 조합을 국민의료보험공단 시·군 지사로 만들어 2단계의 체계로 운영한다. 현재의 의료보험연합회 시·도 지부는 폐쇄하여 중간단계의 관리조직을 배제하며 지사가 직접 대민 업무를 관장하도록 해야 한다. 지금까지는 시·군 조합이 독립재정운영을 위해 병·의원 관리까지 맡아 했으나 이제부터는 병·의원관리는 공단이 직접 하고 지사는 공단의 일선조직으로서 대민 행정업무, 즉 소득과약과 보험료의 부과·징수 및 급여관리 업무만 수행하면 된다. 또한 대민업무만을 위해서 시·군별 각각의 지사를 두는 것보다는 업무량(관할구역 내 인구수)에 따라 2~3개 시·군에 1개의 지사를 두는 것으로 조정할 필요가 있다. 그러나 장기적으로는 4개 사회보험 업무를 총괄해야하므로 무리하게 시·

군을 통합관리하는 것도 문제가 있다고 본다(그림 3-2 참조).

국민의료보험관리공단 설립위원회가 추진중인 관리조직의 구상을 보면 본부인 공단에는 공무원·교직원 의료보험관리공단의 본부기능과 지역조합의 연합회에서 수행하던 기능을 감안하여 10개의 실로 부서를 편성하고 이를 3개의 상무이사 소관 하에 두도록 하고 있다(그림 3-3 참조).

국민의료보험공단의 지역 관리조직인 지사는 대도시지역의 경우 민원 접근도에 큰 차이가 없으므로 교통과 생활권 및 지역 피보험자 수 등을 고려하여 2~3개 구를 묶어서 한 개의 지사로 편성하고 중소도시와 농어촌지역은 시·군 단위로 지사를 설치하되 국민연금 지사가 설치된 지역은 인접 시·군과 통합·설치하여 의료보험과 국민연금의 통합관리 시범지역으로 운영토록 하였다. 다만 의료보험과 국민연금의 통합 시범사업은 준비가 갖추어 지는 대로 조속한 시일 내에 실시하는 것으로 하였다.

그림 3-2 의료보험의 단기적 통합관리체계

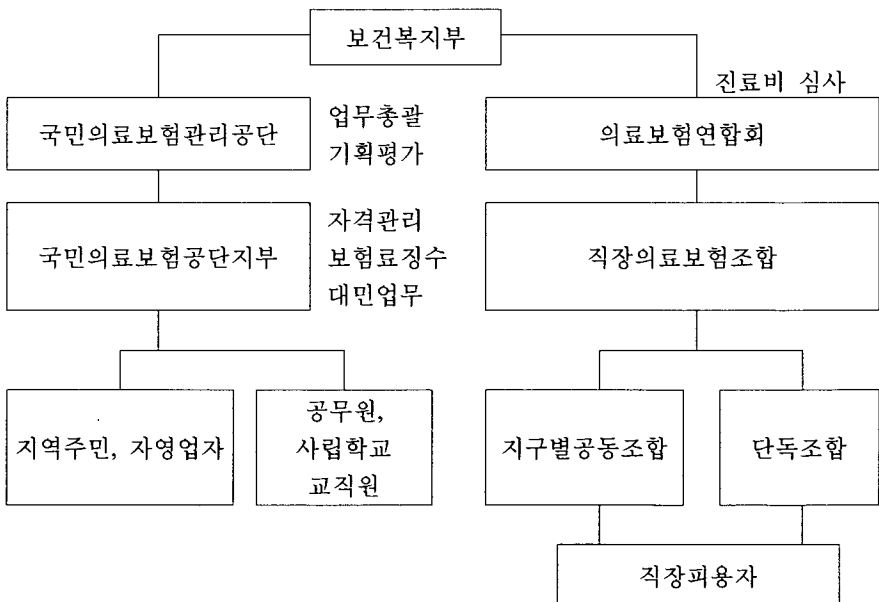
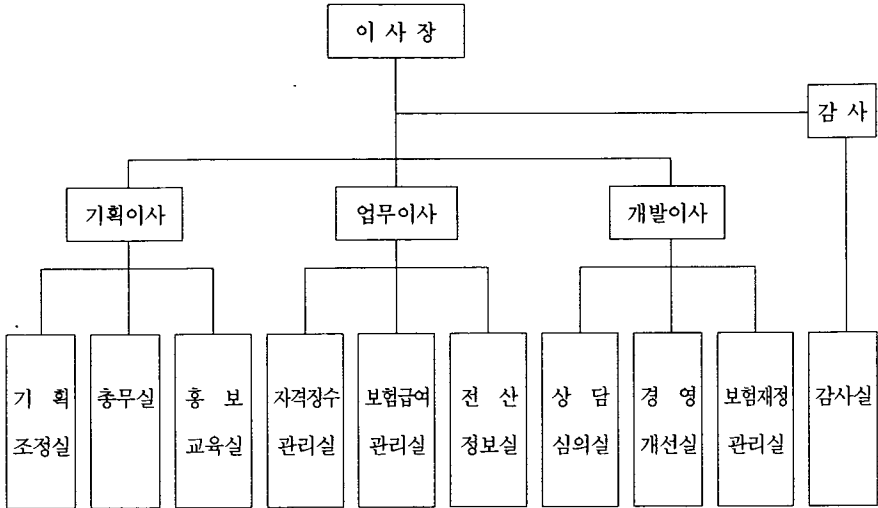


그림 3-3 국민의료보험관리공단 본부 조직



의료보험 지사는 국민연금지사가 설치되지 않은 시·군에는 의료보험 민원실만을 설치하여 지역별 의료보험업무를 처리할 수 있도록 하였다. 그러나 국민연금지사가 설치된 곳이라도 적용대상자가 많은 지역은 의료보험지사를 설치하여 업무의 효율성을 높이도록 하였다. 그리고 지역 피보험자가 1만 명 이하이거나 지역여건상 지사의 분리 설치가 바람직하지 않은 지역은 생활권을 고려하여 인접지역에 통합지사를 설치하는 것으로 하였다.

이와 같은 계획에 따라 현행 227개 지역조합과 19개 공무원 교직원 의료보험관리공단 지사를 통폐합하여 모두 161개의 지사를 설립하는 것으로 계획함으로써 34.6%의 조직 축소를 가능하게 하였다. 그러나 농어촌 지역은 가능하면 교통편이와 접근도 문제를 고려하여 현행 군 조합을 지사로 조치토록 하였으며 다만 지역여건이 갖추어지지 않고 피보험자의 숫자가 적은 농촌지역 8개 조합만을 통합하는 방법으로 조직을 재편하였다(표 3-1 참조).

표 3-1 지사 설치 계획

구 분		계	대도시	중소도시	농어촌(군)
현 행	지역조합	227	50	77	91
	공·교공단	19	8	11	-
	계	246	67	88	91
변 경		161	30	48	83
증감(%)		△85 (△34.6)	△37 (△55.2)	△40 (△45.5)	△8 (△8.8)

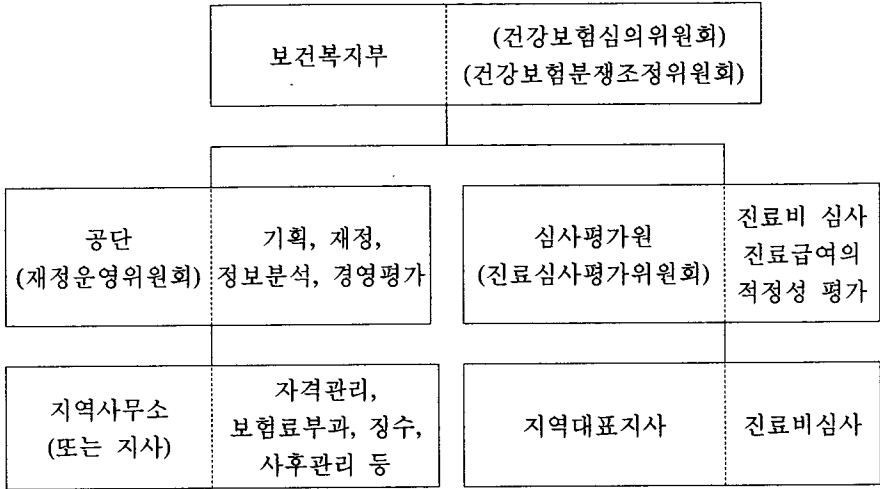
자료: 국민의료보험관리공단 설립위원회, 1998.

2.2. 2단계 통합관리 체계(중기계획)

의료보험통합의 2단계는 중기 발전방향으로 국민의료보험법에 의해 227개 지역의료보험조합과 공·교의료보험관리공단을 통합하여 설립한 국민의료보험공단과 남아있는 145개 직장조합을 통합하여 전 국민을 하나의 조직관리체계로 일원화 하는 것으로 2,000년부터 적용될 예정이다. 이와 같은 계획은 이미 1998년에 신정부에 의해 발족된 「의료보험통합추진기획단」에서 검토되어 「국민건강보험공단」을 설립하는 것으로 계획된 상태이다. 그리고 이와 같은 의료보험통합체계를 골자로 하는 「국민건강보험법」안이 만들어져 현재 관계 당국과 국회에서 검토중이다. 이 법이 통과될 경우 우리 나라의 의료보험은 비로소 전 국민을 하나의 법과 관리체계 속에 통합 관리함으로써 위험분산을 최대화시키고 국민공동체적 성격을 강하게 지니는 사회보험제도를 갖추게 될 것이다.

「의료보험통합추진기획단」이 구상하고 있는 국민건강보험공단의 조직설계의 기본원칙을 보면 다음과 같다(그림 3-4 및 그림 3-5 참조).

그림 3-4 국민건강보험관리공단(안)의 조직구조



첫째, 작으면서도 효율성이 높은 조직체계의 구축이다. 그러기 위해서 조직구조를 중앙조직과 하부조직의 2계층 구조로 하며 공단 내부조직도 업무혁신을 통한 조직경량화를 추구하는 것으로 하였다. 하부조직은 그 역할과 기능이 강화되어 보험료 산정을 제외한 대부분의 실무적인 업무는 지역사무소에서 실질적으로 수행할 수 있도록 구상하는 것이다.

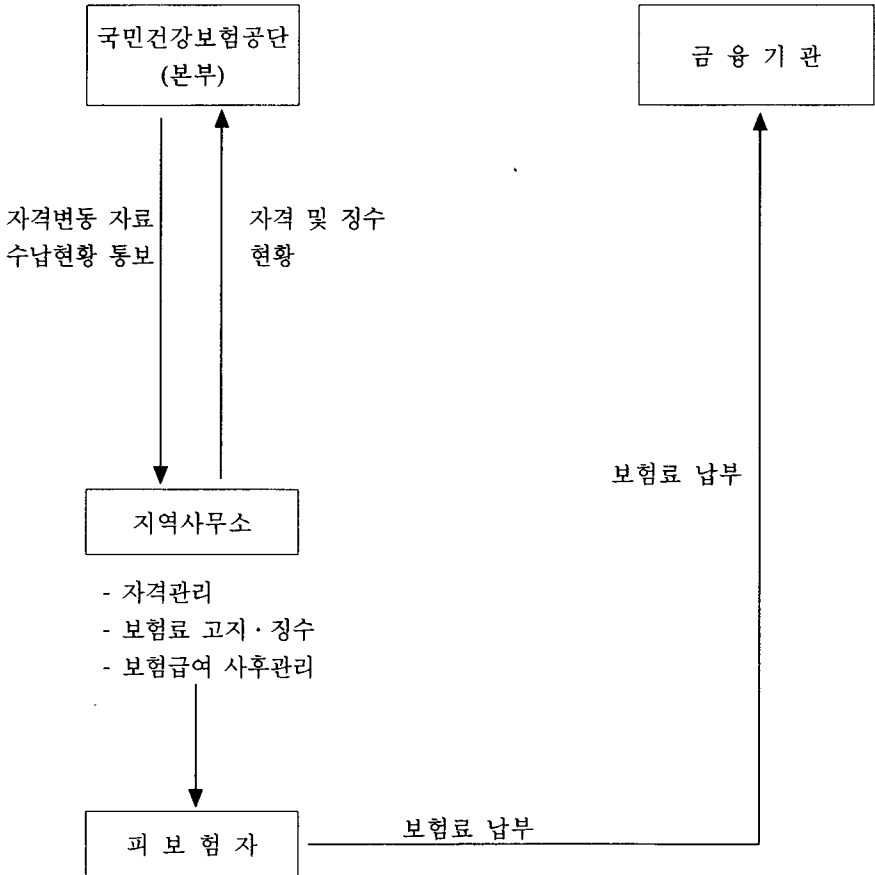
둘째, 제도운영의 민주성 확보 및 민원편의와 대민 지향적 행정서비스의 질을 향상시키고, 정보화시대에 부응할 수 있는 조직체계를 구축하는 것이다. 이를 위해 공익대표로 구성된 재정운영위원회 설치와 민원상담 조직의 설치 및 통합전산정보망을 확립할 계획이다.

셋째, 행정구역과 생활권을 고려하여 적정규모의 지역사무소를 설치하는 것이다. 이를 위해 현재 「국민의료보험관리공단」의 지사 설치 지역을 그대로 반영시키고 지역사무소 중 6개소를 권역별 대표지역사무소로 특화하여 지역전산센터를 운영하여 심사평가원의 지부도 설치할 계획이다.

넷째, 조직혁신을 지속적으로 추구하기 위해 경영평가시스템을 도입하는 것이다. 이를 통해 지역사무소별 성과관리 중심의 경쟁시스템을 도입할 계획이다.

다섯째, 향후 4대 사회보험과의 통합 등을 수용할 수 있는 조직체계를 만들기 위해 자격관리, 보험료의 부과와 징수 및 관리조직을 갖추도록 계획하였다.

그림 3-5 국민건강보험관리공단의 업무 흐름



여섯째, 「국민건강보험공단」 신설에 따른 인력배치는 지역사무소의 인력과 함께 기존의 각 의료보험조합직원을 공정하게 선발하여 채용토록 하며 신설될 「심사평가원」은 현재의 의료보험연합회 심사업무 인력을 고용 승계하도록 계획하였다.

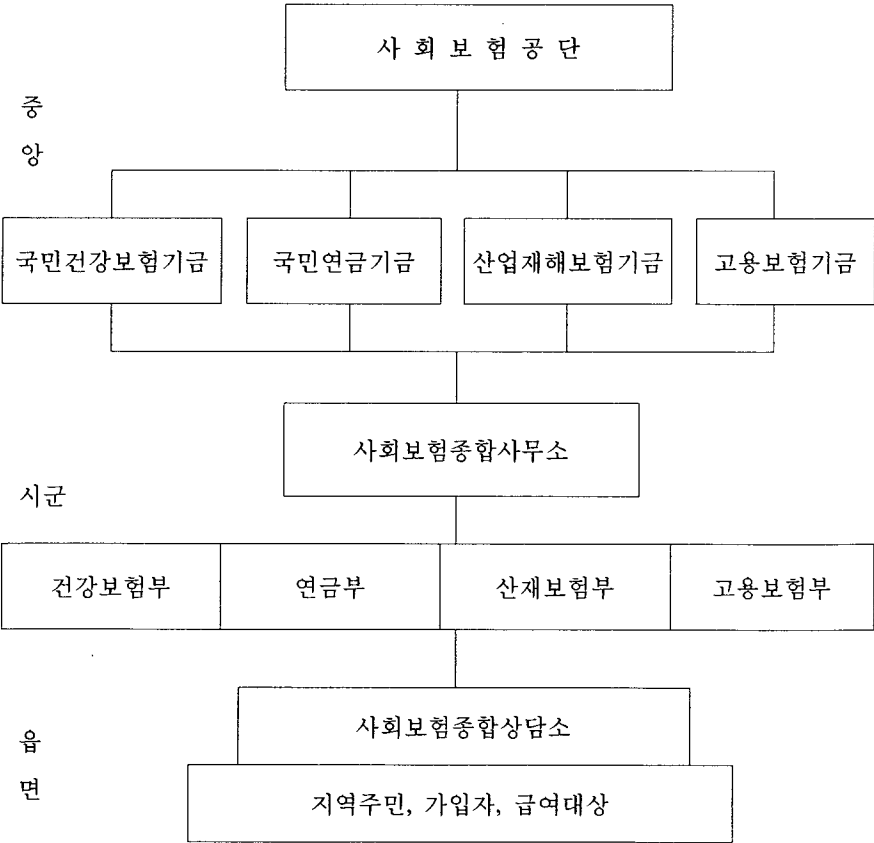
2.3. 3단계 4대 사회보험 통합관리 체계(장기계획)

우리 나라의 4대 사회보험 조직을 통합관리체계로 묶어 업무의 효율성을 높이고 조직관리 운영비를 최소화시키는 것이다. 이 경우 국민건강보험공단과 국민연금공단, 산업재해보험공단 및 고용보험공단을 하나의 통합된 조직(가칭 사회보험공단)으로 만들어 종합 관리할 수 있도록 체계화해야 한다. 그러나 건강보험재정과 연금재정, 산재보험재정 그리고 고용보험재정은 그 업무의 성격상 각각 독립성을 가져야 하며 독립된 기금 운영이 필요하다. 다만 업무의 효율성을 추구하기 위해 지역사무소와 대민업무를 통합관리하는 것이다. 특히 보험료의 부담수준을 결정하기 위한 소득과액과 보험료의 부과 및 징수 업무를 통합된 단일체계에서 수행할 수 있으며 징수된 보험료는 각각의 기금에 분류되어 적립되도록 하되 급여는 각각의 급여규정과 성격에 따라 현금급여나 현물급여 등의 형태로 지출되도록 종합적인 행정으로 처리하면 된다. 따라서 기금만 각각 분리 운영하고 행정업무는 통합하는 형태로 구상 할 수 있다.

사회보험 관리에서 가장 중요한 것은 보험료의 부과징수이다. 그리고 보험료의 부과는 원칙적으로 가입자의 능력에 맞도록 소득에 대해서만 통일적으로 부과한다. 따라서 소득능력에 알맞는 보험료의 부과과정이 통합된 체계로 이루어 질 수 있다. 즉 국민의 소득과액 문제가 공통된 과제이므로 이를 통합사무로 수행할 수 있으며, 그 다음은 각 보험제도의 규정에 따라 보험료율을 감안한 통합보험료 고지서 발부와 보험료 징수가 통합업무로 가능하게 된다. 이 경우 농어촌지역에서는 그 업무의 대행을 농·수·축협에 의뢰할 수도 있으며 농업 관련 단체의 협조를 받을 수도 있다.

그 다음 중요한 관리업무는 급여관리이다. 급여관리에 있어서 국민연금이나 산재보험 및 고용보험의 급여관리는 크게 복잡하지 않으므로 의료보험급여 관리를 중심으로 하는 조직에서 이를 대행하거나 또는 관련 전담 직원 1~2명의 배치로 충분히 수행할 수 있는 것이다. 이 때 국민연금이나 산재보험 또는 고용보험의 급여관리도 농어촌지역의 경우는 농·수·축협에 의뢰할 수 있고 협조도 받을 수 있는 부분이다(그림 3-6 참조).

그림 3-6 통합사회보험공단(안) 체계도



사회보험관리에서 나머지의 자격관리나 일반행정업무는 통합의 효과가 그대로 나타날 수 있는 분야이다. 특히 사회보험의 통합관리는 현재에도 발생되고 있는 중복급여나 제도간의 부담전가 또는 제도간의 분쟁 문제를 원활하게 조정할 수 있게 된다. 예를 들면 공장의 노동자가 노동재해로 입은 상해나 장애를 산업재해로 판정하지 않을 경우 의료보험이나 국민연금의 장애연금이 이를 넘겨받게 되므로 이와 같은 상황을 조정하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 하는 점이다. 이런 경우 관리체계를 통합하게 되면 자체조정에 의거하여 쉽게 조정이 가능하기 때문에 신속성과 효율성이 제고될 수 있을 것이다.

3. 통합보험료 부과체계 설계

3.1. 설계의 기본방향

의료보험의 통합관리체계가 성립되면 보험료의 부과방식도 그에 맞게 정비되어야 한다. 특히 지금까지의 조합방식 관리체계에서 각 조합들이 독립적으로 적용해오던 보험료 부과방식에서 농어민들이 가장 불리한 보험료를 부담할 수밖에 없었다는 분석들이 있었기 때문에 이 문제는 더욱 중요하다.

의료보험의 보험료 부과방식도 보험제도의 통합단계별로 다른 방법을 추구하고 있어 1단계 통합인 국민의료보험관리공단 설립위원회의 안과 2단계 통합인 국민건강보험공단체제에서의 보험료 부과방식의 개발방향에 대해 각각의 검토가 필요하다. 다만 1단계 통합인 국민의료보험공단 설립위원회의 보험료 부과 방식은 구체적인 방안들이 제시되어 이를 검토할 수 있었고 2단계 통합인 국민건강보험공단체제에서의 보험료 부과 방식은 기본방침만 제시된 상태에서 구체적인 검토가 불가능하다는 점이다.

따라서 본 연구에서는 국민의료보험공단 설립위원회의 보험료 부과방

식에 대해서는 구체적인 내용 제시와 검토를 하도록 하고 2단계 통합시의 보험료 부과방식은 바람직한 방향만을 제시하고자 하였다.

국민의료보험관리공단 설립위원회는 전국의 지역조합에 공통으로 적용될 보험료 부과방식을 개발하기 위해서 다음과 같은 원칙을 제시하였다. 우선 보험료 부과체계의 기본방향에서 부담의 형평성을 확보하고 부담 능력에 따른 보험료 부과를 목표로 하였다. 부담능력에 따른 보험료 부과 원칙을 실현하기 위해서는 소득에 비례하는 부과체계를 개발하는 것이 가장 이상적이다.

정부가 2,000년부터 직장의료보험을 포함한 의료보험의 완전통합을 추진하기로 하고 정부 내에 「의료보험통합추진기획단」을 설치 운영하고 있으며, 이 기획단에서 모든 국민에게 공통으로 적용할 수 있는 「소득비례 단일 보험료 부과체계」의 개발을 추진하고 있다. 그러므로 국민의료보험공단 설립위원회가 추진하고 있는 지역의료보험 통합보험료 부과체계(안)는 향후 개발될 「소득비례 단일보험료 부과체계」의 전 단계적 시행방안이 되며 과도기적인 성격을 지니고 있다. 따라서 1단계 통합에서의 보험료 부과방식 개발은 급격한 변화가 없도록 가급적 현행지역의료보험제도하의 보험료 부과체계의 틀을 유지하면서 전국적인 통일기준을 만드는데 초점을 두었으며 세대당 보험료 부담에 큰 변화가 없도록 설계하였다.

3.2. 통합보험료부과체계 개발을 위한 현행 보험료 부과방식의 검토

통합의료보험료 부과체계 개발을 위하여 현행보험료 부과방식을 검토하는 것은 중요한 일이다. 왜냐하면 1단계의 통합은 자영업자인 지역조합을 통합하는 것이기 때문이다. 의료보험료 부과방식에서 자영업자의 소득과약 문제가 가장 큰 장애요인이며 이를 효과적으로 해결하지 못할 경우 불공평 문제는 계속 제기될 것이다. 그러나 현재 상황으로서는 과세자료를 보유한 세대수가 너무 적어 소득차액이나 소득능력 과약과 관

표 3-2 지역의료보험 적용대상자의 과세소득자료 보유 현황

단위: %

구 분	과세소득자료 있는 세대		과세소득자료 없는 세대
	종합소득자료	농가소득자료	
평 균	23.5	6.3	70.0
대 도 시	18.2	0.2	81.6
중 소 도 시	27.6	4.1	68.3
농 어 촌	32.3	34.8	32.9

주: 위 자료는 모의 D/B상 자료임.

자료: 국민의료보험공단 설립위원회, 1998.

- 종합소득자료는 소득세법상 사업소득, 근로소득, 부동산 임대소득 등을 종합하여 과세하는 자료임. 종합소득에 포함되는 이자소득, 배당소득 등 금융소득은 의료보험의 보험료 부과대상에서 제외되고 있음
- 농지소득자료는 원래 농지에서 발생하는 소득에 대한 소득세 부과대상 자료인데, 이 농지소득은 1년에 한번 발생하는 소득의 누적개념으로서 계절과 기상조건에 따라 가변적이고, 작물의 종류에 따라 차이가 많음.

련되는 간접적인 자료를 활용할 수밖에 없는 형편이다(표 3-2 참조).

과세자료가 없는 대다수의 자영업자 세대들의 소득과약을 위해 현행 보험제도가 만들어 적용해왔던 기타소득 추계방식을 보면 조합별로 각각 다른 기준들을 적용하고 있었다. 각 조합들이 적용해온 기타소득 부과 적용요소는 모두 25종류나 되며 각각의 지역적 특성을 가진 요소들도 있다. 이들 25종류의 부과기준 요소들을 검토해보면 각 조합들이 공통적으로 중요하게 다루었거나 비중을 크게 두었던 요소들을 몇 개(4~5개)로 집약해 볼 수 있다. 이들 집약된 부과요소를 중심으로 소득추계 자료를

만들 경우 그것이 가지는 경제능력 평가 효과는 클 것으로 보아 이들 집약된 요소들을 중심으로 소득을 추정하는 방식을 개발하는 것으로 하였다. 통합보험료 부과요소에서는 현행 조합방식의 보험료 부과요소 중 기본보험료인 세대 당 보험료와 피보험자당 보험료는 폐지하였다. 다만 과세소득, 과세재산, 자동차 등 공적자료를 활용하여 보험료를 부과할 수 있는 부과요소는 그대로 활용하였다.

현행 기타소득보험료 부과방식으로 사용해오던 25개 종류의 적용요소를 통합보험체제하의 보험료 부과방식에 적용할 경우 이를 집약적으로 표현할 수 있는 요소 3~5개로 만들어 경제능력을 추정하는 새로운 추정평가소득의 구성요소를 구상하였다.

표 3-3 조합별 기타소득 추계를 위한 부과 적용요소 현황

'98 조합정관 기준 분석(단위: 조합수, %)

구 분	연령	자동차 유무	직업 직종	피보험자 수	경제 활동 능력	재산 보유 정도	장애자	성별	만성 질환자	학생	기타 (15종)
대도시	26	30	10	28	23	27	19	21	17	19	17
중소도시	37	31	30	27	30	30	24	20	19	16	58
군지역	24	10	31	14	15	9	17	16	16	14	84
총계	87	71	71	69	68	66	60	57	52	49	159
비율	38.3	31.3	31.3	30.4	30.0	29.1	26.4	25.1	22.9	21.6	70.0

주: 1) 각 지역조합에서는 위 25종류의 부과요소 중 3~5개를 적용하여 기타소득 추계.

2) 비율은 227개 조합 중 부과 적용요소별 비율임.

3) 기타는 사업장규모 등 15개 적용요소가 다양하게 활용되고 있음.

3.3. 통합보험료 부과방식의 기본체계

현행 지역의료보험의 부과기준을 검토한 후 새로운 통합보험료 부과체계를 개발하는 과정에서 논의된 보험료의 부과 모형은 A, B, C 모형이었다(표 3-4 참조). 이중 A모형이 가장 적용 가능성이 있고 비교적 합리적이라는 판단을 가지게 되었다(표 3-4 참조).

여기에서 새로이 도입한 “평가소득”은 앞으로 「소득비례 단일보험료 부과 체계」 개발을 위한 중간단계로서 소득자료가 없는 세대를 대상으로 그 소득을 추정 평가하도록 한 것이다. 통합 이전의 조합별 부과방식에 사용되던 기타재산보험료나 기타소득보험료의 부과대상이 된 전·월세보증금 등은 기본 재산보험료의 부과요소로 활용하는 것으로 하였다. 이 평가소득보험료의 개발은 지금까지의 보험료부과체계에서 문제가 되어왔던 기본보험료를 폐지하고 기타소득보험료의 문제점을 개선하기 위한 방법의 하나이기도 하다.

지금까지의 보험료 체계에서 기본보험료가 31% 기타소득보험료가 22%로 도합 53%를 차지하고 있었다. 이를 통합보험료 부과방식에서 감안하기 위해서는 소득비례와 재산비례보험료 중에 모두 수용해 넣어야 하는데 소득자료를 가진 세대가 전체 피보험자의 30%에도 못 미치므로 과세소득보험료에 모두 배분할 수 없었다. 그렇다고 이를 재산보험료에 배분하면 그것도 비중이 크게 높아질 것이므로 문제가 있었다. 그러나 과세소득자료가 없는 세대가 다수인 실정을 감안하여 대상세대의 보험료 부담 능력과 관련되는 경제활동능력, 소득능력 및 생활수준 등을 종합적으로 추정하는 “평가소득”을 보험료 부과요소로 개발하였다. 특히 토지를 재산으로 보아 부과하게 되는 재산보험료는 그 비중을 높일수록 농어민에게 매우 불리한 보험료 부과기준이 될 것이므로 그 결정은 문제가 있었다. 그래서 과세소득자료를 보유하지 않고 있는 약 70%의 세대와 소득금액 500만원 이하의 저소득 세대를 대상으로 하는 “평가소득보험료”를 설정하였다.

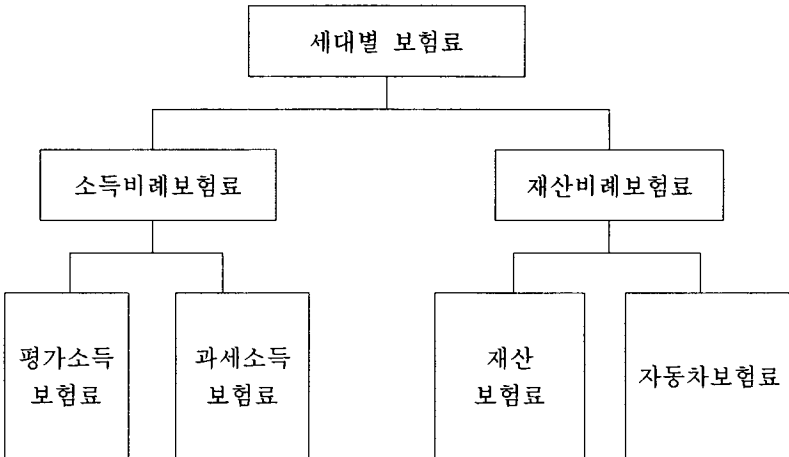
표 3-4 보험료 부과모형의 비교

구 분		모형A안	모형B안	모형C안
평가소득 추계요소		성 연령 재산정도 자동차정도	피보험자 수 경제활동 가구원수 재산정도 자동차정도	성 연령
평가소득보험료 적용 세대		과세소득 무자료세대 과세소득 500만원 이하세대	과세소득 무자료세대 과세소득 1,000만원 이하 세대	전세대
배분 비율	평가소득	50%	45%	40%
	과세소득	16%	16%	16%
	기본재산	4%	3%	5%
	과세재산	23%	29%	30%
	자동차	7%	7%	9%
부과 요소별 평균 보험료	평가소득	14,400원	8,300원	10,400원
	과세소득	41,900원	14,300원	13,900원
	기본재산	-	1,600원	2,700원
	과세재산	7,800원	14,800원	15,400원
	자동차	4,000원	4,100원	5,200원
단위당 보험료	평가소득	700원	900원	750원
	과세소득	-	2,200원	2,400원
	기본재산	2,000원+100원×(가산등급)	600원	600원
	과세재산	1,500+100원×(가산등급)	1,800원	1,900원
장 점	평가소득 보험료	평가소득 추정력이 높음 성, 연령 구간설정의 지수화	-	성, 연령 구간설정의 지수화
	과세소득 보험료	500만원 이하 과세소득 유자료세대의 보험료 부담을 완화	-	-
	재 산 보험료	과세재산과 기본재산보험료의 통합	-	-
		농어촌보험료 15% 감면	-	농어촌 보험료 15% 감면
단 점	평가소득 보험료	재산, 자동차요소의 이중사용 논란 가능성	재산, 자동차요소의 이중사용 논란 가능성	평가소득보험료의 기본보험료적 성격이 강함
		-	평가소득보험료의 기본보험료적 성격이 강함 (피보험자 수, 경제활동 가구원 수 이중적 활용)	-
	과세소득 보험료	-	과세소득 유자료세대 중 소득수준이 낮은 계층 의 보험료 부담이 큼	과세소득 유자료세대 중 소득수준이 낮은 계층의 보험료 부담이 큼
	과세재산 보험료	-	과세재산보험료의 부담이 큼	과세재산보험료의 부담이 큼

자료: 국민의료보험공단설립위원회, 1998.

그 외에 재산비례보험료나 자동차보험료 등은 지금까지 시행되어 왔던 보험료 부과기준과 다를 바가 없다. 다만 통합보험료 부과방식에서는 부과요소를 2가지로 대구분하고 그 내용에서도 4가지로만 소 분류했기 때문에 그 배분비율이 통합 이전과는 각각 다르게 적용된다(그림 3-7 참조).

그림 3-7 통합보험료 부과요소



3.4. 보험료 배분비율

현행보험료 부과방식의 각 부과요소별 보험료의 배분비율 중 기본보험료와 기타소득보험료의 배분비율을 대부분 평가소득보험료로 흡수시켜 이를 50% 수준으로 조정했다. 소수의 피보험자(약24%)가 해당될 과세소득보험료에 대해서는 현행 보험료 배분비율인 15.5% 수준을 감안해 16%로 조정했다. 이 경우 과세소득 적용 세대는 현재 24%에서 통합의료보험 실시 때는 과세소득 500만원 미만 세대를 소득자료가 없는 세대와 동일하게 취급하는 것으로 하였으므로 그 적용 세대 비율은 9.9% 수준으로

낮아질 것으로 예상하고 있다.

재산보험료의 배분비율은 현행 과세재산 보험료와 기타재산보험료의 배분비율을 대체로 유지토록 했으나 기본보험료의 배분율 일부를 감안하여 27%로 조정했다. 현행 부과체계에서는 25.1%의 재산보험료 비중을 27%로 약간 상향 조정함으로써 재산을 소유하고 있는 사람의 경우 보험료의 인상이 예상된다. 이 점은 생산수단으로서 농지를 소유하고 있는 농민들에게 불리한 점이며 따라서 이를 감안하는 농민의 토지재산 보험료 비중 경감 조치의 요구가 계속되고 있는 상황이다. 자동차보험료의 배분비율은 자동차 소유형태가 소득과 가장 높은 상관관계를 나타내고 있는 점을 감안하여 현행보다 약간 그 비중을 높이는 것으로 하였다(표 3-5 참조).

표 3-5 부과요소별 보험료 배분 비율

단위: %

구 분	계	기 본 보험료	기타소득 보험료	기타소득 보험료	재산보험료			
		평가소득 보험료			소계	기타	과세	자동차
현 행	100	31.9	21.8	15.5	30.8	2	23.1	5.7
통 합	100	50		16	34	27		7

3.5. 부과요소별 보험료 결정

3.5.1. 평가소득보험료

평가소득보험료는 과세자료가 없는 세대와 과세소득이 연간 500만원 이하인 세대에게 적용하는 것으로 인적, 물적 요소를 동원하여 소득을 추정하고 그에 따른 보험료를 부과하도록 하였다. 평가소득의 추정을 위한 인적 요소에는 피보험자의 성, 연령, 장애여부 등을 감안하고 물적 요

표 3-6 평가소득보험료 부과요소의 기준 구간표

구 분		1구간	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
피보험 자의 성 및 연령별	남성	19세 이하	60~64세	20~29세	30~49세			
		65세 이상		50~59세				
	여성	19세 이하	60~64세	25~29세	20~24세			
		65세 이상		50~59세	30~49세			
재산정도		0~300	301~ 600	601~ 1,000	1,001~ 2,000	2,001~ 5,000	5,001~ 10,000	10,000 초과
자동차 연간세액(만원)		0~8 만원	12만원 이하	24만원 이하	44만원 이하	62.5만원 이하	93만원 이하	93만원 초과

주: 등록 장애인인 본인의 성 및 연령에 대하여 1구간으로 적용함
 자료: 국민의료보험관리공단 설립위원회, 1998.

소로는 재산정도와 자동차 수준을 고려하여 결정토록 하였다. 이때의 재산정도는 재산세 과표금액과 주택이 없는 세대는 전세금액을 감안하는 구간별 점수제 방식을 적용하였다(표 3-6 참조).

평가점수의 계산은 <표 3-7>에 의거해 해당 구간의 점수를 합산한다.

$$\bigcirc \text{ 평가점수} = \sum \text{피보험자당 성 및 연령별 구간점수} + \text{세대 당 재산구간 점수} + \text{세대 당 자동차 구간점수}$$

합산된 점수는 곧 보험료 등급표(30등급)의 소득보험료 해당란에서 그 점수에 해당하는 등급별 보험료를 찾을 수 있고 그것이 확정보험료가 된다. 한편 500만원 이하의 과세소득 유자료 세대에 대한 추정평가소득보험료 부과는 과세금액 50만원 당 1등급(1점)씩 가산하여 소득점수를 결정할 수 있다(부표 2 참조).

표 3-7 평가소득보험료 부과요소의 구간별 평가점수

구 분		1구간	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
피보험자의 성 및 연령별	남성	1.4	4.8	5.7	6.6	-	-	-
	여성	1.4	3.02	3.77	4.2	-	-	-
재산정도		1.8	3.6	5.4	7.2	9.1	10.9	12.7
자동차 연간세액(만원)		2	3.9	5.9	7.9	9.9	11.8	13.8

주: 평가소득보험료는 세대별 평가점수에 단위등급보험료를 곱하여 산정한 금액을 합산하여 결정함.

3.5.2. 과세소득보험료

과세소득보험료는 과세소득이 연간 501만원 이상으로 과세자료가 있는 세대에게만 적용되는 것으로 종합소득과 평가율을 적용한 연금소득 그리고 농지소득을 합산한 금액에 대해 50등급의 구분에 따라 부과한다. 등급별 보험료는 등급구분의 등급수에 단위등급보험료를 곱하여 산정하되 단 31등급의 등급별 보험료액 산정은 단위가산등급을 적용토록 하였다.

$$\text{- 단위가산등급 : 단위등급보험료} + 100 \times n(n=\text{등급수}-30)$$

과세소득보험료의 등급구간은 이원화하여 수익자부담(수평부담)과 부담능력(수직부담)을 고려하여 보험료 부담의 형평성이 유지되도록 하였다. 즉 1등급에서 16등급까지는 동일 구간폭으로 하고 11등급 이상은 상위등급으로 갈수록 일정율로 과표금액 구간폭이 넓어지도록 증가율을 곱하여 결정했다(부표 1 참조).

3.5.3. 재산보험료

재산보험료는 재산자료가 있는 모든 세대에 공통으로 적용하는 보험료로서 건물, 종합토지, 선박, 항공기 등의 과표재산과 전·월세 등의 기타 재산을 합산한 금액에 대하여 재산의 등급표상 등급수를 결정토록 하였다. 재산보험료도 소득보험료와 같이 50등급으로 구분하고 31등급 이상 50등급의 등급별 보험료액 산정은 단위가산등급을 적용토록 하였다.

재산보험료의 등급구분도 이원화하여 1등급에서 10등급까지는 동일한 구간 폭으로 하고 11등급 이상은 상위등급으로 올라갈수록 일정율로 과표금액 구간폭이 올라가도록 하여 형평성을 고려하였다(부표 3 참조).

3.5.4. 자동차보험료

자동차보험료는 자가용 자동차가 있는 세대에게 적용하는 보험료로서 자동차의 차종, 배기량, 적재량으로 구분하고 지방세법상 연간세액을 기준하여 자동차의 등급표상 등급수를 결정하도록 하였다. 자동차보험료는 모두 7등급으로 하고 그 등급 구분은 지방세법상 승용자동차의 등급 구분으로 결정했다(표 3-8 참조)

표 3-8 자동차보험료 등급 조건표

구 분			기 준 세 액	기 준 점수(A)	단 위 보험료	등 급 보험료	결 정 보험료
등급	차종	배기량등					
1등급	승용자동차	800cc이하	8만원	1점	1,160	1,160	1,200
	승합자동차	소형일반버스					
	화물자동차	적재정량 5톤이하					
	특수자동차	소형 특수자동차					
2등급	승용자동차	1,000cc이하	12만원	1.5점		1,740	1,800
	승합자동차	대형일반버스					
	기타 승용자동차	모든차량					
3등급	승용자동차	1,500cc이하	24만원	3점		3,480	3,500
	화물자동차	적재정량 10톤이하					
	특수자동차	대형 특수자동차					
4등급	승용자동차	2,000cc이하	44만원	5.5점		6,380	6,400
5등급	승용자동차	2,500cc이하	62.5만원	7.8점		9,048	9,100
6등급	승용자동차	3,000cc이하	93만원	11.6점		13,456	13,500
7등급	승용자동차	3,000cc초과	129.5만원	16.2점		18,792	18,800

※ 결정보험료는 등급보험료를 10원 단위에서 절상

자료: 국민의료보험공단 설립위원회, 1998.

4. 통합 국민의료보험의 농어촌 적용 방향

4.1. 농어촌 의료보험 관리조직

통합 의료보험의 보험료 부과방식과 보험관리 운영체계를 농어촌에 적

용하는 1단계 통합인 지역의료보험통합과 2단계 통합인 전국민 통합 단계를 구분해서 보아야 한다. 1단계 통합에서의 농어촌 적용 방향은 「국민의료보험관리공단 설립위원회」가 설계한 조직관리체계와 보험료 부과체계를 적용하는 것이다. 농어촌의 의료보험관리는 국민의료보험관리공단 산하의 군 지사에서 관장함으로서 2단계의 단순조직으로 설계되었다. 이와 같은 조직관리체계는 2단계 통합인 전국민 통합체계 하에서도 「국민건강보험공단」 산하에 지사를 「지역사무소」 형태로 만들어 2단계 조직체계를 그대로 유지하는 것으로 계획하고 있다. 따라서 농어촌의 의료보험관리는 현재까지와 같이 군 단위 조직에서 직접 관리하는 형태로 계속 유지될 것이다. 다만, 중앙 조직이 「국민의료보험공단」으로 설립되는 1998년 10월부터는 「국민의료보험공단 **군지사」가 되고 「국민건강공단」으로 설립되는 2,000년에는 「국민건강공단 **군사무소」가 될 것이다.

또한 농어촌의 군단위 지사는 국민연금공단지사가 있는 곳을 피해서 설치되며 연금공단지사와 의료보험공단지사가 모두 연금과 의료보험 관련 업무와 홍보서비스를 수행하는 종합 관리 형태로 전환되어 갈 것이다. 그러나 적용 인구수가 작은 군의 경우는 인근 군과 통합된 지사를 설립하게 되어 있어 현재와 같이 소규모이기는 하나 조합형태로 관리될 때 보다는 접근도가 낮아질 것으로 예상된다.

4.2. 농어촌 의료보험료 부과방식의 적용 방향 및 보험료 경감 계획

의료보험료의 부과방식 적용은 1단계 통합에서 국민의료보험관리공단 설립위원회가 개발한 보험료 부과방식에 따라 평가소득보험료(또는 과세소득보험료)와 재산보험료+자동차보험료로 계산되는 통합보험료를 부과하게 된다. 2,000년대로 계획하고 있는 2단계 통합에서는 새로운 소득비례 단일보험료 부과방식을 개발하는 것으로 되어 있고 그것이 개발되면 그에 따라서 적용을 받게 될 것이다.

국민의료보험관리공단 설립위원회(1998. 9. 4.)에서 마련한 보험료 경감

방안으로는, ① 농어촌 지역경감, ② 오·백지 지역경감, ③ 저소득세대 대인경감, ④ 현행대비 100% 이상 보험료 인상세대에 대한 한시적 경감 방안이 있다.

농어촌 지역경감은 군지역 및 도·농 통합시의 읍·면·동 지역 주민을 대상으로 하며 경감률은 산정보험료에서 15%를 경감하는 것이다. 연간 예상 경감액은 약 542억 원으로 총 보험재정의 2.3% 수준이며 경감효과는 현행 평균 보험료와 대비해서 3.9% 인하되는 것으로 나타났다.

오·백지 지역경감은 233개 백지 및 도서의 읍·면·동 지역의 주민을 대상으로 하며 경감률은 산정보험료에서 50%를 경감하는 것이다. 연간 예상 경감액은 약 42억 원으로 총 보험재정의 0.2% 정도이다.

저소득세대 대인경감은 노인단독세대, 모자세대, 소년·소녀가장세대, 장애인세대를 대상으로 하며 경감률은 산정보험료에서 10~30%를 경감하는 것이다. 연간 예상 경감액은 약 240억 원으로 총 보험재정의 1% 수준으로 나타났다.

현행 대비 100% 이상 보험료 인상세대에 대한 한시적 경감방안은 100% 이상 초과 인상된 보험료를 1998년 10월부터 1998년 12월까지 한시적으로 경감시켜주는 방안이다.

제 4 장

통합 국민의료보험의 농어촌 적용에 따른 문제점

통합 국민의료보험의 농어촌 적용에 따른 문제점은 과세소득자료 보유 격차로 인한 농어촌주민의 불이익, 보험료 부과기준의 불공평성, 농어민의 보험료 부담 증가, 농어촌 보험료 경감계획의 문제점, 국고지원 및 재정조정 기능의 약화, 농어촌 의료공급기반의 약화와 의료서비스의 질 저하의 측면에서 살펴볼 수 있다.

1. 과세소득자료 보유 격차로 인한 농어촌 주민의 불이익

국민의료보험관리공단 설립위원회(1998. 9. 4.)의 자료에 따르면, 지역 의료보험 적용대상자의 과세소득자료 보유 정도는 농어촌이 대도시나 중소도시에 비해서 훨씬 더 높은 것으로 나타났다. 종합소득 자료의 경우는, 대도시는 18.2%, 중소도시는 27.6%가 보유하고 있는데 반해서 농어촌지역은 32.3%가 보유하고 있는 것으로 나타났다. 농지소득 자료의 경우는, 대도시는 0.2%, 중소도시는 4.1%가 보유하고 있는데 반해서 농어촌지역은 34.8%가 보유하고 있는 것으로 나타났다. 과세소득 자료가 없는 세대비율을 살펴보면, 대도시는 70.0%, 중소도시는 68.3%인데 비해서

농어촌지역은 32.9%인 것으로 나타났다. 그리고 의료보험통합추진기획단 제2분과 회의자료(1998. 5.)에 따르면, 소득세 과세자료 보유율('95. 12.)은 도시자영업자들은 22.3%인데 반해서 농민들은 53.7%인 것으로 나타났다.

농어촌 주민들(농민들 포함)은 도시자영업자들에 비해서 소득세 과세자료 보유율이 훨씬 더 높을 뿐만 아니라 도시자영업자는 파악된 소득도 실제소득보다 터무니없이 낮은 경우가 많다. 도시자영업자들은 총매출액을 과세당국에 자진신고하나 실 매출액 전액을 신고하는 사례는 별로 없다. 또한 자영업자들의 과세소득 결정은 자진 신고된 매출액에 표준소득률을 적용하여 필요경비를 제외한 순소득에 대하여 세금을 부과하며, 보험료는 과세소득을 표준으로 하기 때문에 순소득에 대하여 보험료를 부과하게 된다. 그러므로 파악된 소득만을 기준으로 통합 의료보험료를 부과할 경우 자영업자는 실소득에 비해서 훨씬 더 낮은 등급의 의료보험료를 내게된다. 따라서 도시자영업자의 소득 및 재산 파악률을 높이는 조치 없이 통합 국민의료보험을 그대로 적용하면 농어촌주민들은 상대적으로 더 많은 보험료를 부담하게 되는 것이다.

2. 보험료 부과기준의 불공평성

제3장에서 살펴본 바와 같이, 통합(부분 통합) 의료보험료 부과체계에 따르면, 농촌지역 피보험자의 의료보험료는 소득비례보험료와 재산비례보험료로 구분하여 산정하며 이를 합산한 금액으로 부과된다. 소득비례보험료는 과세소득보험료 또는 평가소득보험료로 하며, 재산비례보험료는 재산보험료와 자동차보험료로 구성된다.

통합 의료보험료 부과체계에 따르면, '평가소득 보험료'의 산정요소로 삼은 농지(토지) 및 주택에 대해서 또 다시 '과세재산 보험료'를 이중으로 부과함으로써 인해서 대부분의 농민들이 크게 불리하게 되어 있다. 특히, 농지소득이 있는 농민은 삼중으로 불리하다. 농지소득이 있는 사람은

농지가 평가소득보험료 및 재산보험료를 계산하는데 이중으로 적용될 뿐만 아니라 과세소득에 근거해서 추가하는 평가소득의 가산등급을 계산하는 데도 적용되는 것이다. 예를 들면, 충북 진천의 L씨는 토지 과표가 3,069만원이고 농지소득이 123만원이다. 이 경우, 토지는 평가소득보험료 및 재산보험료 계산에 이중으로 적용될 뿐만 아니라 농지소득(123만원)으로 인해서 평가소득보험료가 1등급 가산된다. 왜냐하면, 통합 보험료 부과체계에 따르면, 농지소득은 과세소득 평가에 있어서 20%를 반영하도록 되어 있기 때문이다.

농민들이 소유하고 있는 농지는 도시민들이 소유하고 있는 농지와는 달리 하나의 생산수단에 불과하기 때문에 농민들의 농지에 대해서 의료보험료를 부과하는 것은 불합리하다. 현행의 지역의료보험제도에서도 농지에 대해서 재산가치로서의 ‘재산비례보험료’와 소득원으로서의 ‘소득비례보험료’로 이중으로 적용함으로써 농민들이 도시민들에 비해서 상대적으로 더 많은 보험료를 내야 했다. 이로 인해서 농민들의 불만이 컸을 뿐만 아니라 관련 전문가들도 비판의 목소리가 높았다. 그럼에도 불구하고 통합 의료보험료 부과체계에서도 이러한 문제점이 별로 개선되지 못한 것이다.

또한 자동차를 ‘평가소득 보험료’ 및 ‘자동차 보험료’를 계산하는 과정에서 이중으로 적용함에 따라 승용차 및 화물차를 동시에 소유하고 있는 농어민들은 보험료 산정에서 불이익을 당하게 되어 있다. 또한 자동차 보험료는 차종, 배기량 및 크기, 자동차세를 근거로 결정보험료를 산정하고 있는데 차량의 수령(연식)은 고려하지 않고 있어서 노후화 된 차량을 그대로 소유하고 있는 농가의 경우 손해를 보게 된다.

3. 농어민의 보험료 부담 증가

대다수의 농어민들은 의료보험이 통합됨으로 인해서 보험료 부담이 줄

어울 것으로 기대하고 있다. 그래서 이 연구에서는 국민의료보험관리공단 설립위원회에서 마련한 통합 의료보험료 부과체계를 농어민들에게 적용했을 때 보험료 부담이 어떻게 달라지는가에 대하여 검증하였다. 통합 보험료 부과체계의 농어촌 현지 적용 조사는 4개 지역(안성, 진천, 예산, 홍성)에서 각각 20가구씩 추출하여 총 80가구를 분석대상으로 삼았다.

먼저 본 연구자들은 국민의료보험관리공단 설립위원회에서 1998년 7월 15일에 발표한 “지역의료보험 통합보험료 부과체계”(편의상 ‘1차 시안’이라고 칭함)를 바탕으로 농어민에 대한 적용을 해보았다.

1차 시안에서는 통합보험료 부과모형이 “1안”과 “2안”으로 나누어져 있었다. 1안은 부과요소별 배분비율에 있어서, 추정평가소득이 40%, 과세소득보험료가 16%, 기본재산보험료가 5%, 과세재산보험료가 30%, 자동차보험료가 9%이다. 2안은 부과요소별 배분비율에 있어서, 추정평가소득이 50%, 과세소득보험료가 16%, 기본재산보험료가 4%, 과세재산보험료가 23%, 자동차보험료가 7%이다. 추정평가소득보험료의 산정은 부과모형 1안은 성과 연령을 부과요소로 하고, 부과모형 2안은 성과 연령 이외에 재산 및 자동차를 부과요소로 활용하는 것이다.

1차 시안의 농어촌 현지 적용 결과를 요약해보면 다음과 같다. 현행 의료보험료(월)는 10,000원 이하가 8.8%, 10,001~20,000원이 38.7%, 20,001~30,000원이 15.0%, 30,001~50,000원이 13.8%, 50,001원 이상이 23.7%이며, 평균 보험료는 33,265원으로 나타났다.

부과모형 1안을 적용하여 현행 보험료와 비교해보면, 전체 80가구 중에서 33가구(41.3%)가 현행보다 부담이 줄어들고, 47가구(58.7%)는 현행보다 부담이 늘어나는 것으로 나타났다.

부과모형 2안을 적용하여 현행 보험료와 비교해보면, 전체 80가구 중에서 29가구(36.3%)가 현행보다 부담이 줄어들고, 51가구(63.7%)는 현행보다 부담이 늘어나는 것으로 나타났다.

1차 시안의 부과모형 1안 및 2안에 따르면, 통합 의료보험의 실시로 대략 40% 내외의 농어민들만이 보험료 부담이 줄어들고, 나머지 60% 가량

은 보험료 부담이 늘어나는 것으로 나타났다. 더구나 보험료가 현행보다 줄어드는 가구들은 대부분 경감액수가 작는데 반해서 보험료가 현행보다 늘어나는 가구들은 대부분 증가금액이 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 예를 들면, 최고로 경감을 받게되는 가구를 살펴보면, 부과체계 1안은 6,900원이고, 부과체계 2안은 7,200원으로 나타났다. 현행 보험료에 비해서 최고로 증가하는 가구를 살펴보면, 부과모형 1안은 82,900원이고, 부과모형 2안은 63,300원으로 나타났다.

국민의료보험관리공단 설립위원회에서 1998년 9월 12일에 발표한 국민의료보험관리공단 정관에 나타나 있는 통합 의료보험료 부과체계(자세한 내용은 제3장을 참조바라며, 편의상 부과체계 3안이라고 칭함)를 놓어췌 현지 적용 결과를 요약해보면 다음과 같다.

부과모형 3안을 적용한 것을 현행 보험료와 비교해보면, 전체 80가구 중에서 24가구(30%)가 현행보다 부담이 줄어들고, 50가구(70%)는 현행보다 부담이 늘어나는 것으로 나타났다. 부과모형 1안 및 부과모형 2안과 마찬가지로 의료보험료가 현행보다 줄어드는 가구는 대부분 경감액수가 작는데 반해서 의료보험료가 현행보다 늘어나는 가구들은 대부분 증가금액이 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 예를 들면, 의료보험료를 최고로 경감을 받게되는 가구는 현행보다 7,400원을 덜 내게 되는데 반해서, 의료보험료가 최고로 증가하는 가구는 83,600원을 더 내게 되는 것이다. 현행보다 50% 이상 더 내게 되는 가구의 비율은 18.7%로 나타났다.

우리는 여기서 부과체계 3안에다 놓어췌 경감률 15%를 적용한 것을 “15% 감면안”으로 부르기로 한다. 15% 감면안에 따르면, 통합 의료보험의 실시로 53.8%의 농어민들이 보험료 부담이 줄어들고, 46.2%의 농어민들이 보험료 부담이 늘어나는 것으로 나타났다. 부과모형 1, 2, 3안들과 마찬가지로 의료보험료가 현행보다 줄어드는 가구는 대부분 경감액수가 작는데 반해서 의료보험료가 현행보다 늘어나는 가구들은 대부분 증가금액이 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 그러나 “15% 감면안”은 다른 부과모형들에 비해서 현행 대비 경감비율은 높아지고 증가율은 낮아진 것으

로 나타났다. 예를 들면, 의료보험료를 최고로 경감을 받게되는 가구는 현행보다 13,245원을 덜 내게 되는데 반해서, 의료보험료가 최고로 증가하는 가구는 54,155원을 더 내게 되는 것이다. 현행보다 50% 이상 더 내게 되는 가구의 비율은 8.7%로 나타났다.

4. 농어촌 보험료 경감계획의 문제점

국민의료보험관리공단 설립위원회에서 마련한 보험료 경감방안의 문제점은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

첫째, “농어촌 지역경감”에서 15%의 경감률은 농어민단체의 주장이나 (20~50% 요구) 외국의 사례(대만의 경우, 정부에서 농어민의 의료보험료를 70% 부담함) 등을 고려해 볼 때 지나치게 낮은 수준이다. 본 연구자들이 국민의료보험관리공단 설립위원회의 “15% 감면안”을 농어촌 현지 주민들(진천, 안성, 홍성, 예산의 80가구)에게 적용해 본 결과, 15%를 감면해준다고 하더라도 조사대상 가구의 53.8%만이 현행 보다 의료보험료가 낮아지는 것으로 나타났다. 더구나 의료보험료가 낮아지는 경우는 경감금액이 5,000원 미만인 세대가 대부분(약 70%)이고, 의료보험료가 높아지는 경우는 증가금액이 5,000원 이상인 세대가 절반 이상(54%)으로 나타났다. 그리고 조사대상 가구의 보험료 평균 증가금액은 대략 3,925원으로 나타났다.

둘째, “오·벽지 지역경감”은 경감 대상자를 선정하는 기준이 지나치게 한정적이다. 국민의료보험법시행령(안) 제25조의 오·벽지 지역경감규정을 살펴보면, 의료보험료 감면 대상지역을 선정함에 있어서 기준 의료시설에 보건소 및 보건지소까지 포함함으로 인해서 대상지역이 과소하게 한정될 우려가 있다. 대상지역의 선정기준으로 가장 가까운 의료시설까지의 “대중교통 소요시간”을 사용할 경우, 소요시간은 교통수단, 속도, 도로상태 등에 따라 다르고 지역에 따라서 그 의미가 다르다. 만약, 농어

촌에서 “대중교통 소요시간”의 기준을 30분으로 한다면 아주 극소수의 지역만이 감면 대상지역으로 선정될 것이다. 농림부에서는 오·벽지 지역경감의 감면 대상지역을 구분하는 기준으로 가장 가까운 의료시설까지의 대중교통 소요시간 대신에 “의료시설까지의 거리”로 대체할 것을 제안하였다. 그러나 이 방안도 국민의료보험관리공단 설립위원회의 방안과 마찬가지로 의료보험 감면 대상지역을 선정함에 있어서 기준 의료시설에 보건소 및 보건지소까지 포함함으로 인해서 감면 대상지역이 과소하게 한정될 것이다. 즉, 가장 가까운 의료시설까지의 거리를 감면기준으로 한다면 보건소 및 보건지소 인근에 거주하는 많은 저소득 농어민들이 감면 대상에서 원천적으로 배제되는 문제가 있는 것이다. 또한, 가장 가까운 의료시설까지 얼마나 떨어져서 거주해야 의료보험료 감면대상이 되는가에 따라 감면대상자 수가 크게 달라질 수 있다.

셋째, 노인단독세대, 모자세대, 소년·소녀가장세대, 장애인세대를 대상으로 하는 저소득세대 대인경감은 과세소득 및 재산금액 기준이 지나치게 낮게 설정되어 있다. 기본 요건으로 과세소득이 없는 경우로 한정된 것은 지나치게 자격요건이 엄격한 것이다. 재산요건의 경우, 30%를 경감해주는 1등급은 300만원 이하(소년·소녀가장세대는 500만원 이하), 20%를 경감해주는 2등급은 600만원 이하(소년·소녀가장세대는 1,000만원 이하), 10%를 경감해주는 3등급은 1,000만원 이하(소년·소녀가장세대는 2,000만원 이하)로 설정함으로 인해서 농어촌 현실과는 상당한 거리가 있다. 농어촌의 경우, 저소득세대라고 하더라도 주택과 농지로 인해서 이러한 재산요건을 충족시키지 못하는 경우가 허다하기 때문이다. 예를 들어, 농사를 더 이상 짓지 않고 매매도 이루어지지 않는 농지를 1,000평 소유하고 허물어져 가는 초가에서 거주하는 농촌주민들도 이러한 경감기준을 충족시킬 수 없는 것이다.

넷째, 현행 대비 100% 이상 초과 인상된 보험료를 1998년 12월까지 한시적으로 경감시켜주는 방안은 수혜 기간이 너무 짧고 보험료가 50~100% 인상되는 세대에 대한 배려가 없다.

5. 국고지원 및 재정조정 기능의 약화

정부에서는 1992년부터 농어촌 지역의료보험조합에 대한 지원을 강화하기 위하여 국고 지원액의 일부를 조합별 1인당 평균 소득세과표 금액과 노인인구 비율 2가지를 이용하여 차등지원하고 있다. 1997년에 국고 차등지원으로 농어촌 지역의료보험조합에 추가로 지원된 금액은 665억 원으로 나타났다.

도시와 농촌(군지역)의 1997년 국고지원률을 비교해보면, 국고지원(급여비 기준)은 도시가 23.2%, 농촌이 39.3%로 나타나 농촌에 16.1% 더 높게 지원되었다. 관리운영비를 포함할 경우에는 국고지원률(총 재정지출 기준)이 도시가 26.2%, 농촌이 45.7%로 나타나 농촌에 19.5% 더 높게 지원되었다.

통합 국민의료보험이 농어촌에 적용되면 지역조합간 국고차등지원이 없어짐으로 인해서 농어촌주민들의 실질부담이 증가될 소지가 있다. 지금까지는 농어촌지역이 도시지역보다 더 유리하도록 국고지원액의 20% 범위 내에서 국고를 차등 지원하여 농어촌주민의 보험료수준을 낮추어 주었으나, 통합되면 차등지원 제도가 없어지게 되어 농어촌주민들의 실질적인 부담이 늘어날 가능성이 있는 것이다.

재정공동부담사업은 조합간 재정 격차를 완화하기 위하여 고액 진료비와 노인의료비를 공동으로 부담하는 제도이다. 이 사업의 결과 1996년에 지역조합에 1,517억 원이 추가로 이전되는 효과를 발생하였으며, 1997년의 경우 배분기준 확대 실시로 이전규모가 2,568억 원에 이를 것으로 추정된다.

통합 국민의료보험이 농어촌에 적용되면 모든 직장·지역조합간 재정 조정제도인 노인의료비 및 고액진료비 공동부담제도의 소멸 또는 기능약화의 위험이 있다. 그것은 재정조정을 위한 공동부담제도에서 상당한 기

여를 해온 직장조합들이 의료보험 관리체계의 통합을 적극 반대하며 공동부담제도를 거부하고 있기 때문이다. 따라서 통합 국민의료보험이 농어촌에 적용되면 재정조정을 위한 공동기금의 조성체계가 와해될 위험이 있으며 이 경우 국민의료보험관리공단의 재정은 어려움을 겪게 될 것으로 보인다.

6. 농어촌 의료공급기반의 약화 및 의료서비스의 질 저하

의료보험의 진료권제도는 환자가 의료보험으로 진료를 받기 위해서는 분만, 응급, 기타 부득이한 사유를 제외하고는 의료보험증에 표시된 중진료권 안에 있는 병·의원에서 진료를 받아야 하고 가족의 간호를 받기 위하여 부득이 다른 진료권에서 진료를 받고자 하는 경우에도 보험자로부터 사전에 승인을 받도록 되어 있다. 이러한 진료권제도는 의료의 지역간 균형적인 발전을 도모하고 환자들이 대도시지역의 의료기관에만 편중되는 문제점을 해결하기 위하여 시행되어 왔다. 그러나 이 제도는 농어촌주민들에게 의료기관의 이용에 있어서 많은 불편을 초래하고 있다. 예를 들면, 농어촌주민들이 도시에 사는 자식들의 간호를 받기 위하여 다른 진료권에 있는 의료기관을 이용하려면 사전에 보험자의 확인을 받아야 하는 것이다.

오는 10월부터 환자는 사는 곳에 관계없이 어느 지역에서나 병·의원급 의료기관에서 진료를 받을 수 있게 된다. 이렇게 되면 지역별 진료권의 해제로 인해서 농어촌 민간의료기관에 대한 이용기피 및 도시의료기관 이용 집중이 가중되어 농어촌 민간의료기관은 운영이 더욱 곤란하게 될 것이다. 앞으로 농어촌의 저소득층만이 지역의 보건의료기관을 이용하게 될 경우 현재와 같은 공공의료기관의 시설·인력으로는 질 낮은 의료가 될 수밖에 없을 것이다.

현재에도 농어촌인구의 노령화로 의료수요가 지속적으로 증대하고 있

지만 의료시설과 의료인력의 약 90%가 도시에 집중되어 있어 농어촌의 의료공급 여건이 무척 열악하다. 뿐만 아니라 현재에도 농어촌지역 민간 의료기관에 대한 금융지원 등 적극적인 정책적 지원에도 불구하고 민간 의료기관이 농어촌지역에 개원을 기피함으로 인해서 의료자원의 도시편중이 완화되지 않고 있다. 기본적으로 농어촌인구가 감소하고 있고, 교통수단의 발달로 도시의료 이용이 용이해져 정부지원으로 건립된 의료취약지역의 병원들까지도 경영수지가 악화되고 있는 실정이다.

통합의료보험제도의 실시는 도·농간 의료이용의 불공평성이나 질적 격차 등을 비교하게 되고 그 격차에 따른 대책을 요구하게 될 것이다. 특히, 농부증과 같은 만성질병에 대한 진료기능의 취약성이 부각되고 도서·벽지의 주민과 거동이 불편한 사람들을 위한 이동진료서비스의 요구, 의료접근도와 관련된 형평성 요구 등이 증대할 것이다.

제 5 장

통합 국민의료보험의 농어촌 적용 개선대책

통합 국민의료보험의 농어촌 적용 개선대책은 통합보험료 부과체계의 개선방안, 농어민의 의료보험료 부담 경감대책, 재정공동사업 및 재정이전사업의 운영, 농어촌 보건의료서비스의 확충이라는 측면에서 살펴볼 수 있다.

1. 통합보험료 부과체계의 개선방안

농어민에게 조합관리체계 하에서의 2중 부과 효과를 가지고 있던 농지 자본에 대한 재산비례보험료 부과와 노동자본이 되는 가족원 1인당 보험료 부과 등 생산요소에 대한 부과기준을 그대로 적용하게 되는 현재의 구상 중 재산보험료 조항은 폐지하거나 개선해야 하겠다. 농어민에게도 공평한 부담이 되도록 하기 위해서는 소득을 조사하고 조사된 소득에 대해서만 보험료를 부과하는 것이어야 한다. 그러나 1단계 통합에서는 자영업자들만의 통합이므로 구성원 모두가 공통적으로 소득과악이 어려운 점을 감안하여 당분간은 공통적으로 평가소득을 적용토록 하고 그 외에는 과세소득보험료에 재산과 자동차 보험료를 부과하는 것으로 계획하고 있다. 그러나 장기적으로는 소득보험료 이외의 재산보험료와 자동차보험

료는 부과기준에서 제외시킬 수 있도록 평가소득보험료의 비중을 높여나가야 할 것이다. 따라서 모든 국민을 소득기준에 따라 부과하는 단일 부과방식을 개발하기로 계획하고 있는 2,000년대까지는 농어민도 정확한 소득자료를 확보할 수 있도록 소득자료를 정비해야만 하겠다. 자영업자나 농어민들의 소득을 파악하고 그 자료를 확보하는 것이 쉽지 않기 때문에 직장인들과의 의료보험통합이 어려움에 처해왔던 점을 감안한다면 지금부터 계획적인 개발과 관련 작업이 추진되어야 하겠다. 다만 국민의료보험공단설립위원회가 개발한 평가소득 추정방식이 소득자료가 없는 자영업자들 세대의 유일한 소득자료로 점차 확립되어갈 경우 그것을 통해 2,000년대에는 소득비례 단일 보험료 부과 방식이 쉽게 개발되어 적용될 수 있을 것으로 보인다.

1.1. 1단계(부분) 통합에 따른 보험료 부과체계의 개선방안

제4장에서 살펴본 바와 같이, 통합 의료보험료 부과체계는 일부 저소득층을 제외한 대부분의 농어민들에게 불리하게 되어 있다. 이번에 국민의료보험관리공단 설립위원회에서 마련하여 확정된 부분 통합(지역의료보험과 공무원 및 교직원 의료보험관리공단의 통합) 보험료 부과체계는 1998년 10월 1일부터 적용되는데 이에 대한 개선방안은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 농민들이 소유하고 있는 농지는 하나의 생산수단에 불과함으로 농지에 대한 보험료는 당연히 면제되거나 감액되어야 하겠다. 더구나 농촌의 농지와 도시의 토지는 같은 면적이라도 소득 실현도는 크게 차이가 있으므로 동일한 소득추정방식을 사용하는 것은 불합리하다. 따라서 농민이 소유한 농지는 “평가소득보험료” 또는 “재산보험료”에 한번만 적용하여 중복계산을 피해야 하며, 농민이 소유한 농지와 도시의 토지를 구분하여 농지에 대한 보험료 부과에는 경감률(20~50%)을 적용하는 방안을 모색해야 하겠다.

둘째, 농지로 인한 기대소득 및 경제적 능력은 평가소득보험료 또는

재산보험료에서 충분히 반영할 수 있으므로 농지소득을 과세소득 평가에 20%를 반영하여 평가소득보험료의 등급을 가산하는 방식은 철회되어야 하겠다.

셋째, 대다수 농어민들에게 있어서 화물차는 필수적인 생산수단에 불과함으로 이에 대한 보험료는 면제 또는 감액되어야 하겠다. 그리고 자동차보험료의 계산에 있어서 차량의 수령(연식)을 반영해야 하며 복수의 차량을 소유한 가구의 경우 대표 차량을 제외한 나머지 차량에 대해서 일정 부분 감액을 해주어야 하겠다.

1.2. 2단계(완전) 통합에 따른 보험료 부과체계의 개선방안

오는 2000년 1월 1일부터 의료보험이 완전 통합이 되면 보험료 부과체계가 소득 단일기준으로 바뀌는 바, 이에 따른 농어촌 적용 개선대책은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

첫째, 기본소득추계 방법을 발전시킨 새로운 부과 모형을 생각해 볼 수 있다. 이 부과모형은 현행 등급제의 한계를 보완하고, 부과요소의 이중적 적용을 배제할 수 있으며, 보험료 부담능력의 합리적 파악과 이에 따른 보험료 부과로 보험료 부담의 형평성 제고할 수 있다. 이 부과모형은 다음과 같은 수식으로 나타낼 수 있다. 적용방법을 살펴보면, 국민의

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 \dots + b_nX_n..$$

- Y : 보험료 부담능력(경제적 능력)
- Xi : 부담능력을 평가할 수 있는 지표(예 : 소득요소 - 근로, 재산, 배당, 이전소득, 재산요소, 인적요소 등)

료보험관리공단 설립위원회가 개발하여 시행하고 있는 경제활동능력 중심의 보험료 부과 결과를 기초로 보험료 부담능력 평가지표를 만들고, 무자료

세대에게 적용되는 기본소득의 구성요소별 자료확보 방안을 보완한다.

둘째, 자진 소득신고제를 개선하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 자진 소득신고제에 따르면, 자영업자는 부기장에 근거한 소득신고를 하고, 자유직업자는 가계부에 근거한 소득신고를 하고, 부기장이나 가계부를 쓰지 않는 경우는 현행 부과 방식을 적용한다. 부기장과 가계부의 성실한 작성과 성실신고를 유도하기 위한 표본조사제도를 도입한다. 즉, 해마다 일정수의 표본을 조사하여 소득신고의 성실정도를 측정하여 불성실하게 소득을 신고한 사람을 처벌하는 제도를 도입한다.

자진 소득신고제는 국민연금제도에서 적용하고 있는 자진신고제를 강화한 형태로 개발한다. 이 경우, 소득조사는 의료보험, 국민연금, 산재보험, 고용보험 등의 사회보험과 세무당국(소득세, 농지세 담당)이 합동으로 추진하고 자료는 공유해야 한다. 적용방안을 살펴보면, 국민연금제도가 현재 시행하고 있는 자영업자의 소득신고 방식을 활용하되 현행 신고소득제도의 문제점에 대한 개선방안을 모색하여 성실한 신고를 유도해야 하겠다. 또한 신고소득의 확정과정에서 확인 조사방법을 강화해야 하며, 농어민들의 소득과약률(53.7%)이 도시 자영업자(22.3%)에 비해서 높기 때문에 이들간에 형평성을 높이기 위해서 자영업자들의 신고소득에 가중치를 부여하는 방안을 모색해야 하겠다.

2. 농어민의 의료보험료 부담 경감대책

통합의료보험 적용 시 농어민의 보험료 부담을 경감시켜주는 방법으로는 두 가지 가능한 규정이 있다. 그 하나는 보험료 부과 규정에서 농지와 가족원을 생산요소인 토지자본과 노동자본으로 보아 추정평가소득을 계산하는 점수계산 방식에서 일정 비율을 감산하고 재산비례보험료에서도 일정 비율을 감산하는 방법이다. 이러한 방법을 적용하기 위해서는 농어민의 농지와 비농업인의 농지를 구분해야 한다. 농업인의 정의를 확실하

게 하고 그 정의에 따라 그 농가가 소유한 농지와 가족원에 대해서는 보험료의 일정비율을 경감하도록 해야 하겠다. 그러나 이와 같은 법 적용이 행정 수행상에서 여러 가지 어려움을 가질 수 있을 것으로 보인다.

다른 한 가지의 농어민보험료 부담 경감 방안은 이미 국민의료보험법 제정 시 그 정신을 담아 규정한 법 제 47조 4항의 농어촌의료보험료 경감조치이다. 이 규정은 의료접근도가 불리하고 질 낮은 의료밖에 받을 수 없는 의료취약 지역인 농어촌을 일방적으로 도시에 비해 낮은 부담이 되도록 조치하려는 것이다. 이 법규정의 정신에 따르면 이것은 농어민만이 아니라 농어촌지역에 거주하는 모든 주민에게 적용되어야 할 경감조치이므로 의료접근 불리 지역과 저급의료공급지역이라는 지역적 개념이 기초하고 있는 규정인 것이다. 현재 국민의료보험공단 설립위원회가 계획하고 있는 법 제 47조 4항 규정에 의한 감면률은 확정된 농어촌의료보험료의 15%를 감액하는 것으로 추진중이며 농업관계자들은 이 경우 우리 나라의 의료기관이나 의료인력 도시지역 편중률 90%로 인한 농어촌 주민의 불편도와 의료비 부담 증가 효과를 상쇄하기 어렵다는 판단이다.

농어촌지역 의료보험료 경감수준은 도·농간의 소득 및 소비수준, 의료접근도의 격차 등을 종합적으로 고려하여 결정되어야 하겠다. <표 5-1>에 나타나 있는 바와 같이 농촌주민의 연간소득이 도시주민의 80.6%에 불과하고, 월 소비 지출은 농촌이 도시의 81.7%이다. 그리고 도시와 비교해 볼 때, 농어촌지역은 지역주민들의 의료요구를 양적 및 질적으로 충족시킬 수 있는 의료접근도가 매우 낮다(의료기관수, 병상수, 의료인력은 도시의 10% 내외에 불과함). 즉, 농어촌주민들은 병·의원 이용 시 교통편의도가 낮고 동일 진료권내의 접근성도 낮다.

국민의료보험관리공단 설립위원회에서 마련한 농어촌 보험료 경감계획에 따르면 연간 총 소요 예산이 1,000억원 내외인 것으로 나타났다. 1998년도의 농촌 지역의료보험조합에 대한 정부지원금이 2,278억 원임을 감안할 때 국민의료보험관리공단 설립위원회의 보험료 경감방안은 경감률을 높이고, 경감대상자 선정기준을 현실적으로 재조정하여 수혜자를

표 5-1 도·농간의 소득 및 소비수준, 의료접근도의 격차

(1996년 말 기준)

구 분	도시(A)	농촌(B)	(B/A)×100
연간소득(평균)	26,446,300원	21,327,500원	80.6%
월 소비지출(평균)	1,383,900원	1,130,600원	81.7%
의료기관수	29,828개	3,716개	12.5%
병상수	189,897개	19,351개	10.2%
의료인력	194,104명	13,327명	6.9%
도로포장률	73.7%(시도)	23.0%(농촌도로)	31.2%

자료: 통계청, 「1996년 가구소비실태조사보고서」, 1998; 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 1997; 통계청, 「한국의 사회지표」, 1997.

확대해야 하겠다. 이를 좀 더 자세하게 살펴보면 다음과 같다.

첫째, “농어촌 지역경감”에서 경감률은 최소 20% 이상으로 인상되어야 하겠다. 국민의료보험관리공단 설립위원회에서 농촌의 1,072,397세대에 “15% 경감안”을 모의 적용하여 분석한 결과에 의하면, 농촌주민들의 현행 평균보험료는 21,240원이고 통합 시 평균보험료(15% 감면 경우)는 20,381원으로 의료보험료가 3.92%가 낮아지는 것으로 나타났다. 본 연구자들의 농어촌 현지 적용 분석결과에 의하면, 경감률을 20%로 인상하면 조사대상 가구의 63.8%가 현행보다 의료보험료가 낮아지고, 경감률을 25%로 하면 조사대상 가구의 70%가 현행보다 의료보험료가 낮아지는 것으로 나타났다. 그러므로 조사대상자의 약 2/3 정도가 현행보다 보험료가 낮아지게 되는 “20% 경감안”이 현실적인 개선책이라고 할 수 있다. 20%를 경감해 줄 경우, 연간 소요 예산은 약 573억 원 정도이다{20,381원(평균보험료)×0.2(경감률)×1,176,900세대×12개월 = 573억 원}.

둘째, 오·벽지 지역경감의 경감 대상 범위를 어느 정도 확대할 필요가 있다. 오·벽지를 구별하는 종합지표를 만들어 오·벽지 특성이 상대적으로 높은 지역에 사는 20%의 농어촌 주민들에 대하여 결정보험료에서 50%를 경감시켜 주는 방안을 모색한다. 오·벽지 대상지역의 선정은

공무원·교직원의료보험관리공단에서 도서, 벽지·농어촌지역으로 분류하고 있는 284개 읍·면지역을 참조하여 전체 농어촌 대상세대수의 20% 정도가 되도록 조정할 필요가 있다. 이에 필요한 재정소요를 추계해보면 약 287억 원 정도이다[(20,381원(평균보험료)×0.5(경감률)×1,176,900 세대×0.2(전체 대상가구에서 오·벽지주민이 차지하는 비율)×12개월=287억 원]。

셋째, 노인단독세대, 모자세대, 소년·소녀가장세대, 장애인세대를 대상으로 하는 저소득세대 대인경감 기준이 완화되어야 한다. 과세소득이 있더라도 최저생계비에 못 미치는 경우는 대인경감 대상자로 선정될 수 있어야 하겠다. 재산요건의 경우도 의료보호대상자 선정기준을 참조하여 다소 완화되어야 하겠다. 그리고 의료보호대상자는 100%를 지원하되 의료보험제도에 통합하는 방안을 모색해야 하겠다.

넷째, 인상된 통합 보험료에 대한 납부 저항을 최소화하기 위해서 현행 대비 100% 이상 초과 인상된 보험료는 의료보험이 완전 통합일원화되기 직전(1999년 12월)까지 면제시켜 주고, 통합 보험료가 50~100% 인상되는 세대에 대해서도 50% 이상 초과 인상된 부분에 대해서 일정 부분 경감시켜주는 조치가 필요하다.

3. 재정공동사업 및 재정이전사업의 운영

지금까지의 소규모 의료보험 조합관리체계 하에서 직장인 계층과 자영업자 계층간의 부담전가 또는 소득격차 등을 상쇄하기 위해 운영되어온 재정이전 사업인 노인의료비 공동부담 사업과 고액진료비 공동부담 사업은 1단계 통합이 이루어진 상태에서도 계속 존속되어야 할 기능의 하나이다. 왜냐하면 1단계 통합은 지역조합들끼리 통합하는 것이므로 직장에서 은퇴한 노인들을 국민의료보험공단 소관의 지역주민으로 전입시키는 과정은 전과 다름없고 직장에서 노동사고자나 산업 질병자를 퇴직시킴으

로써 국민의료보험공단이 떠맡게 되는 고액 진료나 장기진료 부담은 전혀 변함이 없기 때문이다. 따라서 직장조합들이 모두 통합되는 2000년의 2단계 통합 때까지는 이를 완화시키기 위한 노인의료비와 고액진료비 공동부담 사업은 계속되어야 하고 오히려 확대되어야 한다.

이와 같은 공동부담 사업을 현재의 직장조합들은 지역조합의 재정을 돕기 위한 자기들의 희생이라고 평가하고 이를 중단하고자 희망하고 있는데 이를 받아들일 경우 지역의료보험인 국민의료보험공단은 앞으로 직장을 퇴직한 퇴직자의 의료보험 기금 적립금 지분을 직장조합들에게 정확하게 요구하고 사고자나 피해자에 대한 치료비도 계산하여 청구해야 한다.

그러나 이와 같은 극한적이고 대립적인 논리는 의료보험의 국민통합을 저해하며 실제로 그 계산을 정확하게 할 수도 없는 것이므로 국민을 모두 통합된 조직으로 묶어 공동체적 성격과 기능을 강화하는 방법을 추구해야 할 것이다.

재정공동사업으로는 재정취약의 주요 요인이 되는 노인의료비 공동부담사업이 1995년부터 시행되었고 고액진료비 공동부담사업은 1991년부터 시행되어 왔다. 이것은 지역조합에 비해 상대적으로 재정력이 좋은 직장조합 및 공무원, 교직원 의료보험공단이 더 부담하게 함으로써 조합 상호간 재정이전과 위험분산 효과를 도모하려는 것이었다. 재정공동사업을 통해 보험조직간의 재정이전 기능을 가지도록 해왔던 지금까지의 재정공동 사업은 매년 그 규모가 증가하는 추세를 보여 왔다(표 5-2 참조).

65세 이상 노인의 입원 급여비에 대한 공동부담 사업은 노인 인구비율이 가장 높은 농어촌과 공무원, 교직원의료보험공단에 유리하게 적용될 것으로 보았으나 실제로는 노인의 절대 숫자가 많은 직장조합과 도시지역조합이 더 유리하게 되어 각출 방법에서 이를 조정하는 방법을 써왔다. 보건복지부의 보고에 따르면 1996년도 노인의료비 공동부담 사업 재원 4,090억원을 조성하는 과정에서 보험자 종별로 재정력에 영향을 주는 구조적인 요인 즉 적용인구 1인당 급여비와 부양을 및 경제활동인구 구

성비 등을 부담금 산출에 반영시켜 직장조합의 부담을 늘리고 농어촌 의료보험조합들의 부담을 적게 만들었다고 한다. 이 방법을 통해 1997년 한 해에만 지역의료보험조합들이 재정지원을 받는 효과는 약 804억원 이라고 추계했다. 그 중에서도 농어촌지역 조합은 665억원의 지원효과를 보았다는 보고이다.

그 다음 고액 보험급여비용의 공동부담 사업은 진료건당 부담액이 120만원을 초과하는 비용을 공동으로 부담하되 그 재원은 각 조합 공통으로 전년도 보험료 수입액의 8.8%를 각출하는 방법으로 조성하였다. 이 사업으로 지역조합에 재정이전이 이루어졌다고 추정된 추계액은 약 1,114억원이며 농어촌지역에만 521억원이 지원된 효과를 가지고 있다는 것이다.

이와 같은 재정공동사업은 주로 직장조합과 지역조합간의 재정 분담과 위험분산을 통해 전체의료보험사업의 재정안정과 발전을 목적으로 하고 있는 것이다. 그런데 직장조합들은 이번에 지역의료보험조합만을 통합하여 1개의 공단으로 만들었다고 해서 이 재정공동부담제도를 없애려는 노력을 하고 있다. 뿐만 아니라 이들은 전국민 의료보험 통합은 직장조합의 폐쇄를 의미하므로 통합을 반대하고 있으며 특히 직장조합들이 적립해 놓은 누적적립금의 통합을 반대하고 있는 상태이어서 재정공동 부담사업에 대한 반대는 이와 같은 맥락에서 파악할 수 있다. 그러나 이 제도는 조합간 노인 비중에 따른 재정의 어려움이나 고액 진료자로 인한 재정난을 조정하는 재정이전 기능 외에도 퇴직 또는 은퇴직장인의 의료비

표 5-2 재정공동사업 실적

연도별	단위: 억원		
	1995	1996	1997(추정)
사업규모	4,667	6,081	7,189
재정이전효과	666	985	1,105

자료: 국민의료보험관리공단 설립위원회, 1998.

부담전가에 따른 비용전가 현상에 대한 보상적 기능도 가지고 있음을 간과해서는 안 된다. 따라서 이 제도를 폐지할 경우 직장조합에서는 매년 직장퇴직자에게 직업활동 기간동안 기여한 의료보험료 적립금을 계산하여 직장조합 기금에서 국민의료보험공단 기금으로 넘겨주어야 마땅하다.

직장으로부터 퇴직하는 노인들을 추정해보면 1996년 말 통계를 기초로 볼 때 향후 5년 동안은 매년 약 7만 명 이상의 직장인이 정년 퇴직하게 될 전망이다. 1996년 말 현재 직장의료보험조합의 피보험자 총수는 5,890,499명이며 누적 적립기금의 총액은 1,948,485,909천 원(이미 1996년 이전에 퇴직한 많은 수의 전 직장조합 가입자들의 적립금도 포함되어 있음)이므로 이를 단순 계산방식으로 피보험자 1인당 누적적립금의 몫을 계산한다면 약 333,784원 정도로 계산된다. 따라서 7만 명의 퇴직자가 지역의료보험으로 넘겨져 올 때 이전되어야 할 적립기금의 몫은 약 232억 원 수준이 된다. 한편 직장으로부터 질병, 사고를 통해 퇴직당하는 숫자는 파악이 되지 않고 있지만 이들이 지역의료보험에 남기게 되는 재정 적자요인도 정확하게 계산하기 어렵다. 더구나 우리 나라와 같이 직장 이동이 많은 나라에서 직장인 개개인의 적립기여금에 대한 계산과 환부를 위한 작업은 실질적으로 불가능하고 인력과 비용을 낭비하는 방법이며 오히려 현행의 재정공동사업을 유지 또는 확대하여 직장조합을 통합할 때까지 그 기능을 계속 유지해 가는 방법이 합리적이라고 하겠다.

뿐만 아니라 앞으로도 계속 많은 수의 직업병자나 노동사고자들이 퇴직하여 지역의 국민의료보험공단으로 전입해 올 것이 분명하다. 이들의 의료수요는 장기진료, 고액진료를 특징으로 하고 있어 자영업자들만으로 구성된 국민의료보험공단의 재정적자요인으로 작용하게 될 것이다. 이와 같은 의료보험재정의 적자요인을 직장의료보험이 지역의 자영업자의료보험에 떠맡기게 되는 제도적 문제는 두 직업집단을 통합하지 않는 한 계속 발생될 수밖에 없는 상황이다. 최근에 와서는 직장조합에 가입했던 퇴직자는 계속 직장조합에 머물게 하겠다는 계획으로 여러 가지 방

법을 강구해 보았으나 우리 나라와 같이 직장 이동이 잦고 회사들의 설립과 폐쇄가 잦은 사회에서는 소속 직장을 정한다는 것이 쉽지 않다.

결국 직장에서 퇴직당하거나 은퇴하는 모든 직장조합 탈퇴자를 자영업자 조직인 국민의료보험 공단에서는 받아주지 않을 수 없고 그로 인한 재정적자요인은 당분간(완전통합이 될 때까지) 재정공동 부담사업을 강화하거나 별도의 적립금 지분을 이전하는 방법을 통해 상쇄시킬 수밖에 없다고 본다.

재정공동사업의 한 형태로 시행되어 왔던 국고차등지원제도는 그 목적이 국고를 지원 받고 있는 지역조합 내에서도 도시지역과 농어촌지역간에 재정력의 격차가 심하므로 이를 조정하기 위한 방법으로 시행된 제도였다. 이제 지역조합들이 모두 하나로 통합된 상태이므로 국고를 차등지원 함으로써 농어민의 보험료 부담을 경감시켰던 효과를 어떤 방법으로든 살려내어 농어민의 부담을 덜어주어야 할 것이다. 이와 같은 의미를 담아 앞에서 논의한 국민의료보험법 제47조 4항의 농어촌의료보험 경감규정을 강조해 농어촌 주민에게는 의료보험료의 일부를 감면해주는 제도적인 조치가 필요하다.

4. 농어촌 보건의료서비스의 확충

농어촌지역에서의 의료보험제도 시행은 의료기관과 의료인력의 부족으로 인한 의료이용의 불편을 더욱 부각시키게 되었으며, 특히 농어촌과 도시 지역의료보험의 통합관리가 이루어지고 지역간 진료권의 제한이 없어지게 되면 농어촌지역은 더욱 더 의료시설과 인력의 부족 문제를 겪게 될 것으로 예상된다. 이와 같은 문제점은 농어촌지역의 인구 과소화가 가지고 있는 문제점이므로 자유시장 경제 질서에 따라 제도화된 개업의사 제도하에서는 해결되기 어려운 과제라고 본다. 결국 농어촌 인구과소지역의 의료문제는 국가의 공공의료인 보건의료서비스의 시설과 인력의

확충을 통해 보완할 수밖에 없다고 본다.

우리 나라의 의료제도는 개업의사제도이어서 의사자격증을 가진 사람이라 하더라도 기존의 의료기관에 취업을 하거나 새로 의료기관을 개업하지 않고는 의료행위를 할 수 없다. 의료기관의 개업은 임의로 의료기관 경영이 가능한 곳에 설치할 수 있으므로 혼자경영을 위해서는 인구가 밀집된 지역을 선호할 수밖에 없다. 영국의 NHS(국가의료보장체계)처럼 지역별 인구비례에 따라 담당의사가 지정되는 나라가 아니고 자유스런 의료업의 개업을 기본으로 하고 있는 시장경제체제의 국가에서는 의료시설과 인력의 도시집중을 막을 길이 없는 것이다. 따라서 앞으로도 농어촌지역에의 민간의료기관 유치나 발전을 크게 기대하기 어려울 것이라는 판단이다. 특히 면 단위 이하의 지역은 민간의료의 존립기반을 갖추기 어려울 것이다. 지방자치제 이후 군청소재지는 최소한도 지방자치의 소재지로서 인구집중과 도시발전을 기대할 수 있으므로 민간의료의 정착과 발전이 어느 정도 기대되지만 규모가 크거나 시설 및 인력이 잘 갖추어진 고급의료기관의 설립은 기대하기 어렵다.

의료기관과 인력의 도시집중으로 의료접근이 취약한 입지조건하에서 농어촌의료보험이 실시되자 의료공급의 문제가 발생했다. 농어촌지역은 의료보험료를 받고 보험을 실시하는데도 지역 내에 진료를 맡아줄 의료인력과 시설이 크게 부족했다. 그래서 정부는 모자라는 농어촌지역 의료공급처를 보완하기 위해 공공보건서비스기관인 보건소와 보건지소에게도 의료보험 환자의 진료를 담당하도록 맡기게 되었고 그에 따른 인센티브제도도 개발하게 되었다.

원래 공공보건의료서비스기관은 국민의 보건관리와 질병 방지를 위해 무료서비스를 해주는 정부기관이다. 그런데 이들 질병예방사업과 국민보건관리 및 보건교육서비스를 주 업무로 하는 기관에게 돈을 받고 질병치료를 해주게 되는 보험의료를 맡겼으니 자연히 현금이 들어오게 되는 보험환자 진료중심으로 업무내용이 바뀌게 되는 것은 당연하다. 결국 보건소나 보건지소들은 본연의 업무인 국민 보건관리와 질병예방사업은 등한

히 하게 되었다.

농어촌의 의료공급을 주도하고 있는 공공보건의료의 양과 질을 높이기 위해서 1994년부터 농어촌발전특별조치법에 의거해 지원된 농어촌 보건 의료 지원사업은 앞에서 검토한 바와 같이 군청 소재지 보건소의 시설지원 중심으로 시행되었다. 그러나 농어민의 보건의료 수요가 가장 높은 곳은 민간의료가 정착할 수 없는 면 단위 보건지소 및 오·벽지의 보건 진료소이다. 군청 소재지는 그래도 민간의료가 정착할 수 있는 지방자치 행정 말단의 농촌지역 문화중심지이다. 그런데 이곳에 있는 공공보건소를 병원급으로 확대하는 보건소의 병원화사업에 농어촌특별지원금을 모두 지원한 것은 아주 잘못된 방향이었다고 본다. 왜냐하면 이것은 농어촌의 민간의료 정착을 막는 길이며 공공보건의료의 필요성이 보다 높은 면 단위 이하의 농어촌 보건의료 발전을 저해하는 정책이 되었기 때문이다.

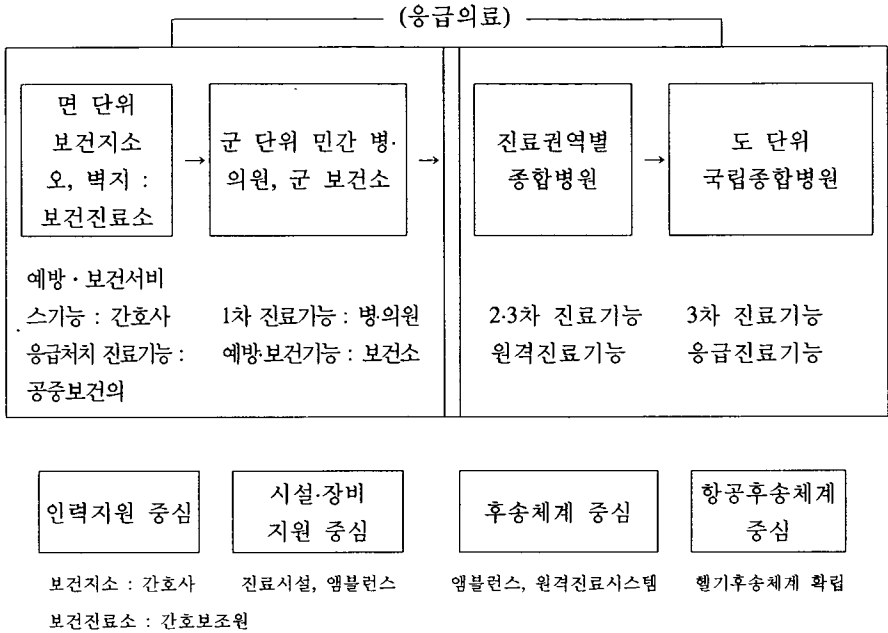
이와 같이 농어촌 보건의료 특별지원 사업이 의미 없이 군청 소재지의 보건소를 병원급시설로 만드는데 중점 투자되도록 방향 설정된 이유는 이 사업을 위해 만들어진 농어촌 공공보건의료시설 투자사업 기술지원단이나 지역보건의료사업 발전계획서 심사책임자들이 모두 농촌 보건의료의 실정을 제대로 파악하지 못하고 있는 중앙부처의 서울지역 인사들이 대부분이었기 때문이다. 그리고 이 투자사업의 계획과 수행과정에는 당사자들 중에서 군보건소장 정도만 참여할 수 있었기 때문이다. 면 단위 보건지소에는 모두 군복무 대신 3년간을 무료로 근무하고 있는 공중보건의사들이 맡고 있고 이들의 소속은 군속의사로 국방부의 인사권 하에 있으므로 이들은 지역의료발전계획에 참여하거나 적극적으로 나설 수 없는 상태였다. 따라서 면 단위의 보건지소가 얼마나 농어민의 보건의료에 중요한 역할을 하고 있고 접근도가 높으며 이곳에 시설 및 인력이 얼마나 필요한지를 주장할 사람이나 기회가 없었기 때문이다. 그리고 대부분의 경우 공공보건의료사업지원은 보건복지부를 통해 군보건소를 거쳐 전달되므로 면 단위 보건지소에까지 자금이 지원되기는 어려운 행정체계상의

문제점도 있었다. 결국 농어촌 보건의료지원 특별사업은 농어민이 가장 필요로 하는 면 단위 이하의 보건지소와 보건진료소 시설 및 인력 지원에는 별 다른 의미를 가지지 못한 채 이미 마무리 단계로 접어든 상태이다.

농어촌의 의료문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 군청 소재지의 민간의료(주로 의원급 시설)의 발전을 최대한 지원하고 군보건소는 본연의 업무인 예방의료와 보건사업에 집중하며 보건의료행정기관의 역할을 충실히 하도록 재정비해야만 하겠다. 그리고 면 단위 보건지소와 도서·벽지에 있는 보건진료소의 시설과 인력을 지원하여 그곳의 보건의료 기능을 강화시켜 나가야 한다. 그러기 위해서는 보건지소에 공중보건의사를 한 명씩을 더 배치할 수 있도록 하여 24시간 진료가 가능하게 해주어야 한다. 이와 같이 농어촌 지역의료는 민간의료기관과 공공보건의료기관의 상호보완적 의료전달체계 구축이 필요하다. 또한 전체적인 지역 의료 전달 체계는 면 및 군 단위 민간병의원과 보건소가 1차진료 및 예방·보건기관으로서 기능 하도록 하고 도청 소재지 또는 인근시의 종합병원을 2, 3차 진료기관으로 묶는 종합적인 전달체계를 수립해 나가야 할 것이다(그림 5-1 참조).

그 외에 농어촌의료는 점차 늘어나고 있는 노인인구의 비중을 감안할 경우 노인건강관리를 위한 노인방문 보건서비스의 확대가 필요하다. 자녀들의 노인부양의식 약화와 독거노인의 증가로 이들 농어촌 고령자의 건강관리서비스는 이제 의료인이나 간호사가 농가를 방문하여 시행하는 방문 보건의료서비스 방법이 될 수밖에 없다. 이와 같은 보건관리서비스의 공급처는 군청 소재지에 있는 보건소로 하는 것보다는 면 단위 보건지소로 해야 편리하고 수시로 응급조치가 가능해질 것이다. 따라서 앞으로 면 소재지의 보건지소는 농어촌 보건의료의 종합서비스 기능으로 발전할 수 있도록 시설과 인력을 확충할 필요가 있다.

그림 5-1 농어촌 의료서비스 전달체계



제 6 장

요약 및 결론

1997년에 사업장 근로자를 대상으로 처음 실시된 우리 나라의 의료보험제도는 1988년에 농어민에게도 확대 실시되었고 1989년에는 도시지역 주민에게도 확대 실시되어 10여년 동안에 전국민의 의료보험 확대 적용을 달성하였다.

그러나 이 제도는 도입 당시부터 의료보험이 가장 필요한 저소득, 영세민 층을 제외한 채 보험제도 도입이 가장 손쉬운 봉급생활자를 중심으로 우선 실시함으로써 이들 계층의 기득권을 형성시켜주는 결과가 되었다. 이들 계층은 뒤이어 확대 적용된 농어촌의 영세농이나 지역주민들과의 의료보험 통합실시를 반대했고 직종별로 독립된 조합방식의 의료보험 운영을 추구하게 되었다. 결국 직종별 및 지역별로 분립된 400여개의 소규모 조합별 관리운영체계가 수립되었으며 그로 인한 조합간의 격차와 부담전가, 업무의 중복 등 관리운영상의 문제점들이 점점 심화되어 왔다. 이와 같은 문제점들이 부각되면서 농어촌지역 의료보험 당사자들을 중심으로 의료보험제도의 통합 개혁 요구가 높아지게 되었다. 의료보험제도의 통합 관리운영체계 개선에 관한 찬·반론은 이미 의료보험제도 도입 초기부터 많은 사회복지학계의 학자들로부터 제기되어온 과제였으나 정부는 소규모 직종별, 지역단위별 조합관리방식인 소위 조합주의의 장점을 강조하면서 지금까지 조합관리방식을 고수해 왔다. 그러나 최근에 와

서 지역조합들의 재정난이 심해지고 지역조합의 독립채산제도 더 이상 유지가 어려운 상황이 되면서 각계에서 통합 개혁 방안을 검토하게 되었다. 그 결과 1996년 11월에 국회에 제출된 “국민건강보험법(안)”과 1997년 10월에 국회에 제출된 “국민의료보험법(안)”을 통합 조정한 새로운 “국민의료보험법(안)”을 11월에 국회의원 입법으로 개정하게 된 것이다.

이 법에서도 의료보험관리운영체계는 전 국민을 하나의 통일된 체계로 가져가는 것을 원칙으로 하되 의료보험 통합에 대해 기존의 직장조합이 크게 반대하고 있고 자영업자와 임금 근로자간의 소득과악률에 격차가 심해 이를 조정할 필요가 있으므로 우선은 자영업자 조직인 227개 지역 의료보험조합들만 통합하여 공무원, 교직원 의료보험공단과 함께 관리하는 것으로 하였다. 직장조합들과의 통합체계 구성은 그 다음의 단계에서 추진한다는 것이다. 그러나 새 정부가 들어서면서 의료보험 통합 본래의 취지는 국민을 모두 하나의 의료보험 관리운영체제로 통합하는 것이므로 “국민의료보험법”은 1단계 통합으로 보고 동시에 2단계 통합인 직장조합과의 통합을 추진키로 한 것이다.

따라서 1단계 통합은 개정된 “국민의료보험법”에 의거해 설립된 “국민의료보험관리공단 설립위원회”가 주도하여 1998년 10월부터 시행될 구체적인 제도 내용까지 검토하도록 하였다. 2단계 및 3단계 통합은 정부에 의해 설립된 “의료보험통합추진기획단”에서 2000년대부터 실시될 전국민 의료보험 통합관리체계와 4대 사회보험 통합관리체계를 목표로 구상하는 “국민건강보험법(안)”으로 추진하고 있다.

이러한 상황에서 지금까지 조합주의 관리운영 방식에 의해 가장 크게 피해를 받고 과중한 보험료 부담을 해왔다고 평가되는 농어민들의 문제점을 정확하게 파악하고 그 문제점들이 새로운 국민의료보험법 시행단계에서나 2000년 이후에 실시될 국민건강보험법에서 반영될 수 있도록 방향을 제시하고자 하였다.

지금까지의 조합주의 관리방식 하에서 발생된 농어촌지역 의료보험조합들의 재정적자 요인은 크게 사회구조적인 적자요인과 제도적인 적자요

인으로 구분 할 수 있다. 사회구조적인 적자요인으로서는 첫째, 계속되는 인구감소로 조합규모가 작아지고 있다는 점이다. 둘째, 이농인구의 대부분이 젊은 층으로 농촌인구는 계속 고령화되고 있으며 그에 따라 의료수요는 계속 증가하고 있는 문제이다. 셋째, 농어촌의 일손부족으로 농기계 이용과 농약 사용량이 많아지면서 사고가 빈발하고 있으나 농업노동재해는 산업재해보험이 적용될 수 없어 의료보험으로 처리 할 수밖에 없고 농어촌의 거주 형태가 분산 거주형이어서 자격관리를 위한 출장 등 관리운영비가 과다 지출된다. 다섯째, 농어촌의 생활수준이나 소득여건이 도시에 비해 낮아 가입자의 경제력 저위성에 따른 보험료 수입의 부족문제이다.

농촌의료보험재정의 제도적인 적자요인은 다음과 같다. 첫째, 직장으로부터 은퇴하는 노인들을 규정상 모두 지역조합에서 받아주게 되어 있어 노인인구 증가와 의료비지출 증가의 원인이 되는 점이다. 둘째, 직장에서 직업병이나 노동사고로 퇴직당하는 사람들도 지역조합은 받아줄 수밖에 없으며 이러한 환자의 전입은 막대한 재정지출의 원인이 된다. 셋째, 소규모의 공장이나 회사들은 의료보험조합을 결성하지 않고 임의로 직원들을 지역조합에 가입하도록 함으로써 노동조건이 열악한 이들 직장근로자들의 의료비와 사고치료비 등을 모두 지역조합이 떠맡아 온 점이다. 넷째, 보험료 납부 거부자나 장기체납자 등이 이농하거나 취업하는 경우 전출자의 주소과약이나 체납보험료의 징수가 불가능하여 발생하는 적자요인도 크다. 다섯째, 지역주민들의 잦은 이동(전·출입)으로 관리운영비가 증가하고 의료보험조합간 업무연계 및 협조의 부족으로 인한 업무중복 등 제도적으로 발생하는 재정적자 요인도 상당한 것이었다.

그 다음 현행 조합관리방식의 의료보험제도에서의 보험료 부과방식이 불공평하여 농어민의 보험료 부담이 상대적으로 과대하게 된 점이 있다. 이를 정리해 보면 첫째, 보험료의 부과 기준을 농·어업소득 이외에 소득의 구성요소가 되는 토지자본과 노동자본인 가족원에 대해서도 보험료를 부과함으로써 농민은 2중 부과의 효과를 가지게 된 점이다. 농어촌보

험료는 농·어업소득이나 근로소득 등을 모두 포함하는 소득비례 보험료와 토지, 가옥 등 재산에 비례하는 재산비례보험료, 자동차비례 보험료, 가족원 1인당 부담하는 가족원 두당 보험료 그리고 세대당 정액보험료를 모두 합산하게 되어 있다.

둘째, 농어민의 소득과액은 농업소득 외에 근로소득과 기타소득까지 모두를 종합하는 종합소득 개념으로 되어 있어 직장인의 개인별 근로소득과는 큰 차이가 있다는 점이다.

셋째, 사회보험의 보험료 부담은 원칙적으로 소득능력에 맞도록 공평하게 부담해야 하는데 경제력이 약한 농촌조합이 독립적인 재정을 운영토록 함으로써 타 직업 계층이나 타 지역에 비해 공평하지 않은 과부담을 하게 된다는 점이다.

이와 같은 문제점들이 새로운 국민의료보험법 시행 계획에서 어떻게 반영되고 있는가를 살펴본 결과는 다음과 같다.

국민의료보험관리공단 설립위원회(이하 공단설립위원회라고 함)가 구상하고 있는 보험료 부과방식을 검토한 결과 농업생산수단인 농지의 재산비례보험료 부과와 그에 따른 2중 부과 효과는 이번에도 개선되지 못한 상태이다. 새로운 보험료 부과방식은 평가소득보험료, 과세소득보험료, 재산비례보험료, 자동차비례 보험료로 단순화되었다. 그러나 평가소득 보험료는 과세소득 자료가 없는 세대나 과세소득이 연간 500만원 이하인 세대에 대해 그 소득을 추정하는 것으로 그 추정요소에는 다시 재산과 자동차 그리고 세대주와 가족원의 성별, 연령에 따른 경제활동 능력을 감안하도록 하고 있다. 평가소득의 평가요소인 재산과 가족의 경제활동 능력 평가에서 2중 부과의 효과가 여전히 남아 있고, 재산비례보험료에서도 중복 부담하는 효과가 그대로 남아있게 되었다.

평가소득을 추정하는 보험료 부과방식은 자영업자들만을 통합하는 1단계 통합체계에서의 적용방식이므로 모두가 종합소득 개념으로 적용되므로 공단 자체 내에서의 불공평성을 제기하게 되지는 않을 것이다. 그러나 직장조합이 아직도 존립되어 있어 이들과의 상대적인 불공평성 문

제는 계속 남는다.

공단설립위원회는 농어민의 보험료가 이와 같은 2중 부담 효과에 따라 과중해지는 문제를 해결하기 위해 법규정 중에 농어촌지역보험료의 경감 조치를 이용하여 결정된 보험료의 15%를 감액하겠다는 계획이다. 이 경우 농어촌지역주민의 보험료 경감 효과는 있으나 근본적으로 보험료 부과 과정에서 토지 재산의 대량보유 농가나 대가족 농가의 불이익 문제가 형평성을 가지지 못하는 문제점으로 계속 존재하게 된다.

그 다음 조합주의 관리방식에서 제기된 사회구조적인 재정적자 요인과 제도적인 적자요인의 일부는 지역의료보험 조합들만의 통합관리인 1단계 통합에서는 계속 잔존될 수밖에 없다. 특히 지역주민들의 고령화와 직장조합으로부터의 은퇴자와 퇴직자의 지역 전입에 따른 보험재정 적자 요인 전가 문제는 계속 남는 문제이다.

이 외에 업무의 중복이나 직장조합들과의 업무연계, 직업이동 등에 따른 문제도 부분적으로는 잔존하게 된다.

의료보험관리체계를 완전 통합하게 될 2단계 통합에서는 사회구조적인 문제나 제도적인 문제는 해결되겠지만 보험료 부과방식에서의 재산보험료와 가족원 보험료의 2중 부과 문제는 국민의 소득과악률을 높이고 소득비례보험료 단일화 방법을 개발하기 전까지는 계속 불공평성의 문제로 남게 될 것이다.

이와 같은 검토결과에 따라 통합 국민의료보험제도를 농어민에게 적용하기 위해서는 다음과 같은 문제점들이 개선되어야 하고 제도시행의 방향이 정립되어야 할 것이다.

첫째, 보험료 부과방식은 1단계 통합에서 평가소득 추정의 평가요소가 되고, 또 다시 재산비례보험료에 기준이 되는 농지의 2중 부과 효과를 감안하여 농민의 토지 재산가액의 감액규정을 만들어야 한다. 농지는 농업 소득 창출을 위한 생산수단이므로 이를 감안하기 위한 감액조치가 필요하다. 2단계 통합에서는 보험료의 부과기준을 소득단일화로 해야하며 이 경우 그 소득의 개념은 자영업자나 직장인을 구분하지 않아도 형평성이

유지될 수 있도록 종합소득 개념으로 확대해야 한다.

둘째, 소득을 보험료 부과율의 단일요소로 발전시키기 위해서는 자영업자들의 소득과악률 제고를 위한 방안이 강구되어야 하며 1단계 통합에서 사용하게 될 소득 무 자료 세대에 대한 평가소득 추정방식은 계속 확대 강화시켜 나가야 한다. 그리고 나머지 부과요소인 재산과 자동차 등에 대한 보험료는 점진적으로 소멸시켜 평가소득을 소득단일부과 방식으로 유도할 필요가 있다.

셋째, 보험료의 부과방식이 농어민에게 불리하게 되지 않더라도 농어촌 주민은 기본적으로 의료이용의 불편으로 인한 도·농간 급여격차가 발생하게 된다. 도시지역의 의료기관과 인력 편중화 경향이 90% 수준임을 감안하여 농어촌지역 의료보험료를 경감해주는 국민의료보험법 제 47조의 규정에 의한 경감 조치는 현행 계획이 15%이나 이는 통합 이전에도·농간 격차해소를 위해 실시되었던 국고부담 차등지원 효과에도 못 미치는 수준이다. 그러므로 이를 상쇄할 수 있도록 최소한 20% 정도의 경감 규정을 두는 것이 합리적이다.

넷째, 재정공동사업은 통합이전에 지역조합과 직장조합간의 노인의료비와 고액진료비에 대한 공동부담사업이었다. 현재에도 직장조합은 분리되어 있으므로 직장조합에서 자영업자조직인 국민의료보험관리공단으로 은퇴노인들과 직업병 퇴직자 등의 의료비를 전가하는 구조는 그대로 있게 된다. 따라서 이제까지의 재정공동사업은 더욱 강화되어야 한다.

다섯째, 지역의료보험의 통합으로 진료권의 제한이 없어지므로 농촌지역 주민들의 의료이용 형태가 크게 바뀌게 될 것이다. 경제적 여유가 있는 농가는 도시지역으로 진료장소를 바꾸게 될 것이고 저소득 영세민층들은 공공보건의료기관을 주로 이용하게 될 것이다. 이 경우 농어촌지역의 민간의료기관들은 발전하기 어렵고 농어촌보건지소나 보건진료소의 이용률은 높아질 것이다. 이와 같은 의료 수요 변화에 맞게 농어촌의 보건지소나 보건진료소 등 보건의료기관의 장비와 인력을 강화해야 한다. 특히, 지금까지의 농어촌 보건의료기관 지원 특별사업(농특세사업)이 군

청 소재지의 보건소를 병원급 시설로 확장하는 사업에 집중 투자됨으로써 군청 소재지의 민간의료기관 발전을 저해하고 농어민의 접근도가 가장 높은 면 소재지 보건지소의 발전을 저해하는 결과를 초래하였다. 그러므로 이후부터는 민간의료기관이 들어설 수 없는 면 단위 보건지소와 도서, 오·벽지 보건진료소의 시설과 인력 확충에 집중 투자토록 해야 하겠다.

부표 1 과세소득보험료(국민의료보험관리공단 정관 제40조 관련)

등급수	과세금액(만원)	과세소득보험료(원)
1등급	501 - 600	27,800
2등급	601 - 700	29,900
3등급	701 - 800	32,000
4등급	801 - 900	34,100
5등급	901 - 1,000	36,200
6등급	1,001 - 1,100	38,300
7등급	1,101 - 1,200	40,400
8등급	1,201 - 1,300	42,500
9등급	1,301 - 1,400	44,600
10등급	1,401 - 1,500	46,700
11등급	1,501 - 1,600	48,800
12등급	1,601 - 1,700	50,900
13등급	1,701 - 1,800	53,000
14등급	1,801 - 1,900	55,100
15등급	1,901 - 2,020	57,200
16등급	2,021 - 2,140	59,300
17등급	2,141 - 2,270	61,400
18등급	2,271 - 2,410	63,500
19등급	2,411 - 2,560	65,600
20등급	2,561 - 2,710	67,700
21등급	2,711 - 2,880	69,800
22등급	2,881 - 3,050	71,900
23등급	3,051 - 3,240	74,000
24등급	3,241 - 3,430	76,100
25등급	3,431 - 3,640	78,200
26등급	3,641 - 3,860	80,300
27등급	3,861 - 4,100	82,400
28등급	4,101 - 4,350	84,500
29등급	4,351 - 4,610	86,600
30등급	4,611 - 4,890	88,700
31등급	4,891 - 5,190	90,900
32등급	5,191 - 5,500	93,200
33등급	5,501 - 5,840	95,600
34등급	5,841 - 6,190	98,100
35등급	6,191 - 6,560	100,700
36등급	6,561 - 6,960	103,400
37등급	6,961 - 7,380	106,200
38등급	7,381 - 7,840	109,100
39등급	7,841 - 8,320	112,100
40등급	8,321 - 8,820	115,200
41등급	8,821 - 9,360	118,400
42등급	9,361 - 9,930	121,700
43등급	9,931 - 10,600	125,100
44등급	10,601 - 11,200	128,600
45등급	11,201 - 11,900	132,200
46등급	11,901 - 12,600	135,900
47등급	12,601 - 13,400	139,700
48등급	13,401 - 14,200	143,600
49등급	14,201 - 15,000	147,600
50등급	15,001 이상	151,700

부표 2 평가소득보험료(국민의료보험관리공단 정관 제41조 제2항 관련)

등급수	평가소득 점수	평가소득보험료(원)
1등급	5.2 - 6.1	4,200
2등급	6.2 - 7.1	5,000
3등급	7.2 - 8.1	5,700
4등급	8.2 - 9.1	6,400
5등급	9.2 - 10.1	7,200
6등급	10.2 - 11.1	7,900
7등급	11.2 - 12.1	8,700
8등급	12.2 - 13.1	9,400
9등급	13.2 - 14.1	10,100
10등급	14.2 - 15.1	10,900
11등급	15.2 - 16.1	11,000
12등급	16.2 - 17.1	12,400
13등급	17.2 - 18.1	13,100
14등급	18.2 - 19.1	13,800
15등급	19.2 - 20.1	14,600
16등급	20.2 - 21.1	15,300
17등급	21.2 - 22.1	16,100
18등급	22.2 - 23.1	16,800
19등급	23.2 - 24.1	17,500
20등급	24.2 - 25.1	18,300
21등급	25.2 - 26.1	19,000
22등급	26.2 - 27.1	19,800
23등급	27.2 - 28.1	20,500
24등급	28.2 - 29.1	21,200
25등급	29.2 - 30.1	22,000
26등급	30.2 - 31.1	22,700
27등급	31.2 - 32.1	23,500
28등급	32.2 - 33.1	24,200
29등급	33.2 - 34.1	24,900
30등급	34.2 이상	25,700

부표 3 재산보험료(국민의료보험관리공단 정관 제42조 제1항 관련)

등급수	재산금액(만원)	재산보험료(원)
1등급	101 - 300	1,600
2등급	301 - 600	3,200
3등급	601 - 900	4,800
4등급	901 - 1,200	6,400
5등급	1,201 - 1,500	8,000
6등급	1,501 - 1,800	9,600
7등급	1,801 - 2,100	11,200
8등급	2,101 - 2,400	12,800
9등급	2,401 - 2,700	14,400
10등급	2,701 - 3,000	16,000
11등급	3,001 - 3,350	17,600
12등급	3,351 - 3,700	19,200
13등급	3,701 - 4,100	20,800
14등급	4,101 - 4,600	22,400
15등급	4,601 - 5,200	24,000
16등급	5,201 - 5,800	25,600
17등급	5,801 - 6,400	27,200
18등급	6,401 - 7,100	28,800
19등급	7,101 - 7,900	30,400
20등급	7,901 - 8,800	32,000
21등급	8,801 - 9,800	33,600
22등급	9,801 - 11,000	35,200
23등급	11,001 - 12,200	36,800
24등급	12,201 - 13,600	38,400
25등급	13,601 - 15,100	40,000
26등급	15,100 - 16,800	41,600
27등급	16,801 - 18,800	43,200
28등급	18,801 - 20,900	44,800
29등급	20,901 - 23,300	46,400
30등급	23,301 - 25,900	48,000
31등급	25,901 - 28,800	49,700
32등급	28,801 - 32,100	51,500
33등급	32,101 - 35,800	53,400
34등급	35,801 - 39,800	55,400
35등급	39,801 - 44,300	57,500
36등급	44,301 - 49,400	59,700
37등급	49,401 - 55,000	62,000
38등급	55,001 - 61,200	64,400
39등급	61,201 - 68,200	66,900
40등급	68,200 - 75,900	69,500
41등급	75,901 - 84,600	72,200
42등급	84,601 - 94,200	75,000
43등급	94,201 - 105,000	77,900
44등급	105,001 - 117,000	80,900
45등급	117,001 - 131,000	84,000
46등급	131,001 - 145,000	87,200
47등급	145,001 - 162,000	90,500
48등급	162,000 - 180,000	93,900
49등급	180,001 - 200,000	97,400
50등급	200,001 이상	101,000

부표 4 보험료 경감 조건표(국민의료보험관리공단 정관 제44조 제4항 관련)

구 분		1등급	2등급	3등급	비고(구비서류)
제44조 제4항 제1호의 해당세대	소득 요건	과세소득 없는 경우			
	재산 요건	제42조에 의한 재산 금액이 300만원 이하	제42조에 의한 재산 금액이 600만원 이하	제42조에 의한 재산금 액이 1,000만원 이하	
	소득 요건	과세소득 없는 경우			
제44조 제4항 제2호의 해당 세대	재산 요건	제42조에 의한 재산 금액이 300만원 이하	제42조에 의한 재산 금액이 600만원 이하	제42조에 의한 재산금 액이 1,000만원 이하	- 주민등록 등본 - 재학증명서
	가족 구성 요건	부양가족이 3인 이상 이고 자녀가 모두 재 학중(미취학아동 포 함)인 경우	부양가족이 2인 이상 이고 자녀가 모두 재 학중(미취학아동 포 함)인 경우	부양가족이 3인 이상 이고 자녀가 모두 재 학중(미취학아동 포 함)인 경우	
제44조 제4항 제3호의 해당 세대	소득 요건	과세소득 없는 경우			- 주민등록 등본
	재산 요건	제42조에 의한 재산 금액이 500만원 이하	제42조에 의한 재산금 액이 1,000만원 이하	제42조에 의한 재산금 액이 2,000만원 이하	
	가족 구성 요건	경제활동을 하고 있는 구성원이 없는 경우	경제활동을 하고 있 는 구성원이 1인이 있는 경우	경제활동을 하고 있 는 구성원이 2인이 있는 경우	
제44조 제4항 제4호의 해당 세대	소득 요건	과세소득 없는 경우			- 주민등록 등본 - 장애자수첩
	재산 요건	제42조에 의한 재산 금액이 300만원 이하	제42조에 의한 재산 금액이 600만원 이하	제42조에 의한 재산금 액이 1,000만원 이하	
	가족 구성 요건	세대주 또는 생계 유 지에 책임이 있는 세 대원이 장애 1-2 등급 이고 처를 제외한 경 제활동 세대원 (20세 이상 59세 이하인 세 대원)이 없는 경우	세대주 또는 생계유 지에 책임이 있는 세대원이 장애 3-4 등급이고 처를 제외 한 경제활동 세대원 (20세 이상 59세 이 하인 세대원)이 없 는 경우	세대주 또는 생계유 지에 책임이 있는 세대원이 장애 5-6 등급인 경우	
경 감 율		30%	20%	10%	

빈 면

부록 : 외국의 통합 의료보험 관리운영 사례

빈 면

부록 : 외국의 통합 의료보험 관리운영 사례*

1.1 대 만

대만의 의료보험제도는 1950년에 ‘노공보험’의 실시를 기원으로 하여 1958년에 ‘공무원보험’이 도입되었고, 1989년에는 ‘농민보험’이 전면 실시되었으며, 1990년에는 저소득층을 위한 ‘건강보험’이 시작되었다.

대만이 의료보험을 통합한 배경을 살펴보면, 첫째, 통합 이전에는 근로자에 대한 노동보험(농민건강보험 포함)과 공무원에 대한 공무원보험으로 분산되어 운영되었으며, 각 제도 내에서 대상집단별로 구분하여 12개 프로그램이 독립된 회계로 운영되어 각 제도의 수가체계, 급여범위, 정보망체계 등이 서로 달라서 관리상의 비효율성 및 환자에 대한 차별대우 문제가 제기되어 의료보험 일원화의 요구가 높았다. 둘째, 통합 이전에는 자영업자, 노약자, 어린이를 비롯한 국민의 약 41%가 의료보험의 혜택을 받지 못하고 있었기 때문에 미 적용 계층에 대한 적용 확대를 계기로 전 국민에 대한 통합일원화를 실시함으로써 사회적 연대의 구축을 시도하였다(최병호, 1998). 즉, 대만은 전국민의 건강을 보호하고 모든 국민에게 동등한 의료보험 급여를 제공하기 위해서 1995년 3월 1일 통합 의료보험 제도(전민건강보험)를 도입하였다.

대만의 현행 통합 건강보험제도의 특징을 살펴보면, ① 정부가 단일보험자이며, ② 적용대상자 1인 1보험카드제를 실시하고 있으며, ③ 보험료 부과는 29등급으로 일원화된 표준소득등급표를 적용하며, ④ 농어민, 일

* 이 부분은 의료보험관리공단(1997a 및 1997b), 최병호(1998), 이영찬(1998) 등의 자료를 요약하여 정리하였음.

반 자영업자, 고소득 전문 자영업자(의사, 변호사, 회계사와 같은 전문직 자영업자 및 20인 이상 고용 사업장 고용주)는 각각 5등급, 6등급, 29등급을 일률적으로 적용하되 피부양자 수에 비례하여 보험료를 가산하고 있으며, ⑤ 보험급여가 포괄적이며 환자 본인부담 상한제를 채택하고 있다(최병호, 1998).

보험료의 부과는 표준소득등급표에 의거하여 전국민에게 동일 기준을 적용하고 있으며, 표준소득은 조세전산망, 국민건강보험전산망, 노동보험전산망, 주민전산망간의 Data Base를 상호 비교 ·검토함으로써 실소득과의 격차를 줄이고 있다.

전민건강보험의 주관부처는 행정원의 위생서이며 보험자는 ‘중앙건강보험국’인데 운영상의 효율을 높이고 민원편의를 위해 지방분권적 관리운동을 채택하고 있다. 본부는 5실 5처로 이루어져 있으며 기획, 감독, 연구개발, 인사교육, 정보관리 및 감사에 관한 업무를 주로 담당하고, 지부(6개의 분국과 6개의 연합진료센터로 구성됨)는 자격심사, 보험료 징수, 급여비용 심사 및 승인, 요양기관 관리 등의 업무를 처리한다. 타이페이에 있는 본부에서는 업무를 총괄하며, 6개 분국은 행정구역별 운영을 담당한다.

피보험대상은 전입후 대만에 4개월 이상 거주하거나 또는 신생아, 정식 근로자로 고용된 사람은 거주기간에 관계없이 누구나 전민건강보험에 가입해야 하며, 피보험대상자는 그 부양가족이며 피부양자는 피보험자와 같이 등록된다. 피보험자는 6개 유형으로 분류되는데 제1류는 임금근로자이고, 제2류는 자영업자이며, 제3류는 농어민, 제4류는 직업군인, 제5류는 저소득 세대, 제6류는 퇴역군인 및 기타로 구성된다.

자영업자의 경우 A,B 두 집단으로 분류되어 고소득집단인 의사, 변호사, 경영자 등은 정률로 부과되고, 소규모 자영업자, 농민 등의 저소득집단은 정액으로 부과된다. 본인 일부 부담금은 외래의 경우 원칙적으로 20%이며, 입원인 경우 1회 본인부담액이 전년도 평균소득의 6%를 초과할 수 없다.

전민건강보험의 보험료율은 현재 4.25%이지만, 향후 재정상황에 따라 최고 6%까지 인상될 예정이다. 피보험자, 사용자, 정부간의 보험료 분담률(%)을 살펴보면, 공무원은 40 : 0 : 60, 교원은 40 : 30 : 30, 경영주는 30 : 60 : 10, 농어민은 30 : 0 : 70이다. 통합 전민건강보험의 실시 이전에는 일반 피용자를 대상으로 하는 노공보험의 수지는 균형을 이루고 있었지만 다른 보험은 대폭적인 적자를 나타냈으나, 전민건강보험(통합)의 실시로 1995년에는 29.3%, 1996년에는 15.4%의 흑자를 나타냈다.

1996년 12월에 실시한 사회조사 자료에 따르면, 전국민의 68.6%가 전민건강보험에 만족하고 있는 것으로 나타났다. 전민건강보험은 단일제도가 되기 때문에 관리운영 측면에서 상당히 효과적이다. 전민건강보험 시행 이후 보험적용수가 38.8% 증가하여, 1997년 말 현재 보험 적용비율이 전체인구의 96.2%에 달한다. 사회부조대상인 극빈 계층을 전민건강보험제도에 흡수·통합하였으며 중환자, 벽지 거주자, 퇴역군인, 저소득 세대는 본인부담이 면제된다. 1997년 말 현재 의료보험료 징수율은 92.6%이고, 의료기관의 약 91.5%가 중앙건강보험국과 계약하고 있다.

1.2. 영 국

영국의 보건의료제도는 1946년에 제정되어 1948년 7월 5일부터 시행된 국민보건서비스법에 근거해 질병예방 및 재활훈련을 포함한 포괄적인 의료서비스를 제공한다. 국민보건서비스의 특징은 보건의료서비스의 공급이 국영이며, 경비의 대부분은 국고에서 조달되며 전국민을 대상으로 하는 원칙적으로 무료 서비스라는 점이다. 국민보건서비스는 예방, 치료, 재활훈련 등을 포함한 포괄적인 의료보장제도이며, 국가가 의료를 계획적이고 평등하게 급여하기 위해 의료공급 측면에서 큰 제약을 가한다. 이전의 국민보건서비스는 3개 부문(병원서비스, 일반서비스, 지역보건서비스)이 각각 별도로 운영되어, 부문간 조정·통합이 요구되어 1974년에 관리기구를 통합하였다. 국민보건서비스의 관리조직은 보건성 본부, 지방사무국, 지역보건당국으로 구성된다.

국민보건서비스 및 지역사회보호(community care)법은 국민보건서비스와 사회복지서비스에 대한 관리운영방식 및 재원조달방식을 포함하는 광범위한 개혁이다(1990년 6월에 성립되어 1991년 4월부터 실시함). 환자 및 이용자의 의향이 서비스의 제공에 충분히 반영되도록 함과 동시에 의료에서는 내부시장의 발전, 사회복지에서는 거택복지의 강화, 지방자치단체의 권한강화를 시도한다. 보건당국은 병원 등의 의료서비스를 제공하는 부문과 서비스를 구입하는 부문으로 분리되어 있다. 국민보건서비스에 의해 공급되는 의료는 크게 일반가정의서비스, 약제서비스, 치과 및 안과서비스, 병원 및 전문의서비스, 기타서비스로 구분된다.

영국의 의료정책은 입원에서 지역보건서비스로 전환되고 있다. 지역보건서비스의 핵심은 가정의이다. 가정의와 긴밀한 연계 하에 방문 보건인, 지역간호사, 조산원, 학교간호사가 주요한 역할을 하고 있다.

진료보수는 1965년에 공표된 “가정의 서비스 현장”에 따라 보건성장관과 가정의의 대표간에 교섭이 계속 유지되고 있다. 주요 수가 및 수당의 수준은 의사 및 치과의사 진료보수심사위원회의 권고에 근거한다. 일반 가정의는 기본보수 및 등록 주민 수에 따라 1인당 일정액을 보수로 지불하는 인두불제를 채택한다.

영국의 사회보장(의료보장)은 국민보험이라는 단일 제도로 하나의 체계에서 관리 운영되고 있다. 보험료 부과 및 징수, 기록 및 대상자 관리, 보험급여 지급 등의 보험 관련 업무들이 사회보장사무소라는 중앙기구를 통해 일괄적으로 운영된다.

국민보험은 피보험자를 취업형태와 소득정도에 따라서 4가지 보험료로 분류하여 관리한다. 제1종 보험료는 피용자의 총소득에 표준보험료를 이 적용되어 부과되는 것으로 소득세와 함께 원천 징수된다. 제2종 보험료는 자영업자에게 부과되는 정액보험료로 은행 지로구좌로 자동 이체하거나 인지를 붙인 카드로 납부한다. 제3종 보험료는 제1종과 제2종에서 제외되는 임의대상자에게 부과되는 정액보험료로 은행지로구좌로 자동 이체하거나 인지를 붙인 카드로 납부한다. 제4종 보험료는 자영업자에 대

한 소득비례 보험료로 임의적으로 가입할 수 있는 것으로 국세청에서 부과하고 징수하도록 되어 있다.

사회보장사무소는 적용체계를 관리하기 위하여 모든 국민에게 국민보험카드를 발급하면서 국민보험번호를 부여한다. 피보험자는 자신이 피용자일 경우에는 사용자에게, 자영업자일 경우에는 사회보장사무소에 국민보험번호를 통보하여 보험료 납부의 기록이 유지될 수 있도록 해야한다.

보험료 부과체계에 있어서는, 제1종 보험료가 부과되는 피용자의 소득은 주당 소득 £58 이상 되어야 하며, 주당 소득 £440까지 보험료율을 적용한다. 제2종 보험료는 자영업자에게 정액으로 부과되며 연소득이 £6,640 이상인 자영업자는 주당 £5.75를 납부해야 한다. 제3종 보험료는 주당 소득이 £58 미만인 피용자와 연소득이 £6,640 미만인 자영업자가 임의로 가입하여 주당 £5.65의 정액보험료를 납부해야 한다. 제4종 보험료는 제2종 보험료를 납부해야 하는 자영업자에게 부과되는 소득비례 보험료로서 국세청에서 부과하며, 연소득 £6,640 이상, £22,880 미만에 대해 7.3%가 부과된다.

영국의 노동당정부는 제한된 범위 내에서의 경쟁을 격화시키는 내부시장제도를 개혁하는 방안을 1997년 11월에 발표하였다. 이 개혁안에 따르면, 1차보건의보호에 대한 역할을 강화하며 운영관리에 대한 책임을 가급적 위임하여 분권화한다는 원칙하에서 경쟁보다는 형평·효율성 및 의료의 수준확보에 중점을 두는 조치를 도입하였다(이영찬, 1998).

1.3. 시사점

전국민의 건강을 보호하고 공평한 의료서비스를 제공하기 위해서는 각종 의료보험을 통합하는 것이 필수적이다. 대만은 의료보험만을 통합 일원화하였고, 영국은 의료보험을 포함하는 사회보장이 국민보험이라는 단일체도로 통합되었다.

이들 사례들이 우리에게 시사하는 바를 살펴보면, 첫째, 환자의 본인 일부 부담금의 상한액을 설정하여 피보험자의 과도한 의료비 부담을 막

아주는 것이 필요하다. 둘째, 보험료 부과에 있어서 농어민 및 저소득층에 대한 특별한 고려가 필요함을 알 수 있다. 예를 들면, 대만에서는 정부에서 농어민에 대해서는 의료보험료의 70%를 부담하고 있으며, 저소득층에 대해서는 보험료 전액을 부담하고 있다. 셋째, 통합 의료보험의 실시는 관리운영비를 크게 절감하여 의료보험의 수지를 적자에서 흑자로 호전시킴을 알 수 있다. 특히, 보험료 부과기준에 있어서 모든 국민에 대해서 단일의 표준소득등급표를 사용함으로써 보험료 부과 및 징수가 단순화되어 관리운영비를 크게 절감할 수 있는 것이다.

참 고 문 헌

- 국민복지기획단, 「삶의 질 세계화를 위한 국민복지의 기본구상」, 1995. 12.
- 국민의료보험관리공단, 「국민의료보험관리공단 정관」, 1998. 9. 12.
- 국민의료보험관리공단 설립위원회, 「지역의료보험 통합보험료 부과체계 (안)」, 정책토론회 자료, 1998. 7. 15.
- , 「회의자료(제8차)」, 1998. 8.28.
- 김기옥, 노인철, 유미녀, 「지역의료보험의 보험료 부과체계 개선방안 연구」, 한국보건사회연구원, 1994.
- 김연명, “지역의료보험의 쟁점 : 통합론과 조합론.” 「농민과 사회」 통권 제4호, 한국농어촌사회연구소, 1992. pp. 156~172.
- 김용하, 석재은, 윤석환, 「사회보험 관리효율성 개선방안 : 부과 및 징수 체계를 중심으로」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 보건복지부, 국민의료보험관리공단 설립위원회, 「국민의료보험제도의 발전에 관한 세미나」, 1998. 9.4.
- , 국민건강보험법안, 1998.
- 보건사회부, 「의료보험체제 일원화 방안에 관한 회의결과 보고」, 1980.
- , 의료보험제도 개선방안」, 1982.
- 사회보장연구회, 「전국민 의료보험을 위한 통합일원화 방안」, 1988.
- 의료보험관리공단, 「외국의 의료보험제도 분야별 비교조사」, 1997a.
- , 「대만의 통합의료보험제도」, 1997b.
- 의료보험연구자 일동, 「한국 의료보험의 발전방안에 대한 제언 : 통합일원화 주장에 대한 검토」, 1988.
- 의료보험연합회, 「의료보험의 발자취」, 1997.

의료보험 통합일원화 보험적용 확대를 위한 범국민 연대회의, 「신정부에 바라는 의료보장 개혁방안」, 1998.

의료보험통합추진기획단, 「통합의료보험법 제정을 위한 주요 검토사항」 (공청회 자료), 1998.

——, 「의료보험 보험료 부과체계 개편시안, 의료보험통합모형」 (회의 자료), 1998.

이규식, “한국의 의료개혁과 향후의 과제.” 「21세기를 대비한 한국사회보장의 진로」, 한국사회보장학회 1996년도 하반기 학술발표회 자료, 1996. pp. 59~87.

이두호, 차홍봉, 엄영진, 배상수, 오근식, 「국민의료보장론」, 나남, 1992.

이영찬, “영국의 복지제도 동향.” 「보건복지포럼」 통권 제20호, 1998. 8. pp. 96~109.

이해영, 한승수, 「영국의 사회복지」, 서울대학교 출판부, 1980.

전국의료보험협의회, 「의료보험 관리체계 이원화의 성립배경과 이론」, 1980.

전영준, 한도숙, 「우리 나라 국민연금제도의 개선방향」, 한국조세연구원, 1997.

정명채, 국민의료보험법 개정과 농어촌 지역 의료보험제도 개선 방안, 농경 토론 주제발표자료, 1997.

——, 농어촌 의료보험료 부담의 개선대책, 한국농촌의학회지 20권 1호, 1995.

정명채, 최경환, 허장, 「농어촌 복지제도 개발에 관한 연구 : 총괄 및 사회보험 부문」, 한국농촌경제연구원, 1991.

조재국, 이상호, 「의료기관의 경영지표 분석과 정책과제」 「보건복지 포럼」 통권 제19호, 1998. 4, pp. 49~61.

청와대 비서실, 「의료보험제도 일원화 문제 검토」, 1982.

최경환, 「한국 의료보험의 공정성과 효율성에 관한 연구」, 건국대학교 대학원, 경제학과, 박사학위논문, 1997.

- 최병호, 김용하, 이필도, 이상은, 「국민연금제도의 도시지역 확대방안」, 한국보건사회연구원, 1996.
- 최병호 외 3인, 「의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 최병호, “대만의 통합 의료보험제도 운영현황과 새로운 개혁논의.” 「보건복지포럼」 통권 제21호, 1998. 6. pp. 88~99.
- 한국경영자총협회, 「의료보험의 기구 및 재정통합에 대한 건의」, 1986.
- 한오석, 「의료보험관리체계 검토」, 의료보험연합회, 1998.
- 현진권, 이철인, 전영준, 정영현, “국민연금제도 확대 적용을 위한 소득추계 방법론의 고찰.” 「재정포럼」 제21호, 1998, pp. 6~16.
- Bailey, Stephen and Allan Bruce, “Funding of the National Health Service : The Continuing Search for Alternatives.” 「Journal of Social Policy」 23(4), 1994, pp. 489~516.
- Browning, Edgar K. and William R. Johnson, “The Trade-off between Equality and Efficiency.” 「Journal of Political Economy」 92(2), 1984. pp.175~203.
- Campbell, Donard E., “Can Equity Be Purchased at the Expense of Efficiency? : An Axiomatic Inquiry.” 「Journal of Economic Theory」 51, 1990, pp. 32~47.
- Chappell, Neena L., “The Future of Health Care in Canada.” 「Journal of Social Policy」 22(October), 1993, pp. 487~506.
- Culyer, A. J., E. van Doorslaer and A. Wagstaff, “Access, Utilization and Equity : A Further Comment.” 「The Journal of Health Economics」 11, 1991, pp. 207~210.
- Greedy, J. and R. Disney, Social Insurance in Transition, Oxford : Clarendon Press, 1985.
- Pauly, Mark. V., “Is Medical Care Different?”, R. D. Ruke and J. C. Bauer

(eds.), *Issues in Health Economics*, London : An Aspen Publication 1982.

Rejda, G. E. *Social Insurance and Economic Security*(5th ed.), New Jersey Prentice-Hall, 1994.

Sonderstrom L., *Social insurance*, North-Hollance, 1983.

Wilson, L. S., "The Socialization of Medical Insurance in Canada." 「Canadian Journal of Economics」 18(2), 1985, pp. 355～376.

연구보고 R381

국민의료보험 통합과 농어촌 적용 대책

찍은날 1998. 9. 펴낸날 1998. 9.

발행인 박 상 우

펴낸곳 한국농촌경제연구원(3299-4000)

11310-7110 서울특별시 동대문구 회기동 4-102

등 록 제5-10호(1979. 5. 25)

찍은곳 (주)문 원 사 739-3911~5

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유로이 인용할 수 있습니다.
무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.
- 이 연구는 본 연구원의 공식견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.