

碩士學位論文

健康保險의 統合效果 分析에 關한 研究



濟州大學校 行政大學院

行政學科 一般行政 專攻

金 錫 秋

碩士學位論文

健康保險의 統合效果 分析에 關한 研究

指導教授 李 暲 遠



濟州大學校 行政大學院

行政學科 一般行政 專攻

金 錫 秋

健康保險의 統合效果 分析에 關한 研究

指導教授 李 暲 遠

이 論文을 行政學 碩士學位 論文으로 提出함

2002年 月 日

濟州大學校 行政大學院
行政學科 一般行政 專攻

金 錫 秋

金錫秋의 行政學 碩士學位 論文을 認准함

2002年 月 日

委員長 (印)

委 員 (印)

委 員 (印)

目 次

第 I 章 序 論

第1節 研究의 目的	1
第2節 研究의 範圍와 方法	3
1. 研究의 方法	3
2. 研究의 範圍	4

第 II 章 研究의 理論的 背景과 分析의 틀

第1節 健康保險制度에 對한 考察	6
1. 社會保障과 健康保險	6
2. 健康保險의 特性	7
第2節 研究分析의 틀	9
1. 分析 틀의 構成	9
2. 分析의 要素	10

第 III 章 우리나라 健康保險의 發展 및 統合過程

第1節 健康保險의 時代的 變遷過程	12
第2節 健康保險의 統合過程	18
1. 健康保險 統合論議 : 1980年代	18
2. 健康保險 統合論議 : 1990年代 以後	21
3. 健康保險 統合論爭이 健康保險 發展에 미친 影響	24

第 IV 章 健康保險 統合의 主要內容

1. 統合의 基本方向	26
2. 統合의 主要內容	27
3. 統合 健康保險의 現況	30

第 V 章 健康保險의 統合效果 分析 및 問題點

1. 國民的 社會連帶性 強化	34
2. 管理運營의 效率化	41
3. 保險料 負擔의 衡平性과 所得 再分配	44
4. 國民便益 增進 및 民願서비스 提高	60
5. 制度運營의 民主性	67
6. 統合 健康保險 施行上의 問題點	72

第 VI 章 結論 및 提言

1. 結論	77
2. 提言	79

參 考 文 獻	82
---------------	----

Abstract	85
----------------	----

< 表 目 次 >

<표2-1>우리나라 사회보장체계 분류	6
<표2-2>건강보험과 민간(사)보험의 비교	9
<표4-1>의료보장 적용인구 현황	30
<표4-2>보험급여의 종류	32
<표5-1>조합유형별 최대 최소 규모 조합현황	35
<표5-2>연도별 적자조합 추이	36
<표5-3>지역의료보험의 수지율 현황	37
<표5-4>소득·재산 보험료 등급 구간표 비교	39
<표5-5>보험료 구간별 경감세대 및 경감금액	40
<표5-6>관리운영 조직감축 현황	42
<표5-7>관리운영 인력감축 현황	42
<표5-8>주요기관별 정원감축율	43
<표5-9>지역조합 규모별 관리운영 비율	43
<표5-10>공단의 관리운영비 현황	43
<표5-11>기본보험료대 능력비례보험료 비율 변화 추이	45
<표5-12>동일소득, 재산기준의 보험료 부담의 조합간 차이 비교	46
<표5-13>통합전후 직장가입자 보험료 업무비교	47
<표5-14>불공정한 부과예	48
<표5-15>기업 규모별 보험료율 비교	48
<표5-16>사업장 규모별 기본급여 대비 상여금 등 비율	49
<표5-17>생활수준 및 경제활동 참가율 구간별 점수표	51
<표5-18>부과표준소득의 등급별 적용점수(법 제31조의2관련)	55
<5-19>통합후 보험료 변동 현황	56

<표5-20>보험료 구간별 보험료 증감세대 분포율	56
<표5-21>보험료 증감액별 세대구성비	57
<표5-22>직장조합을 통합했을 때 소득계층별 보험료 변동	58
<표5-23>사업장 규모별 보험료 증감 변동	59
<표5-24>'97종별간 자격변동율 현황	61
<표5-25>2001년도 자격변동자료 사유별 처리현황	63
<표5-26>자격관리 방문민원 추이 비교표	64
<표5-27>2001년도 하반기 월별 자격관련 방문민원 현황	64
<표5-28>2001년도 방문 및 유선민원 처리현황 비교	65
<표5-29>직장조합 운영위원 구성비율	68
<표5-30>국민건강보험공단 주요 기구의 위원 구성현황	70
<표5-31>건강보험재정수지현황	74
<표5-32>노인의료비 지출 현황	75
<표5-33>년도별 건강보험 수가 인상을	75
<표5-34>지역보험료 징수율 변동추이	76

< 그림 목 차 >

<그림 2-1>건강보험 통합효과 분석의 틀	10
<그림 3-1>한국의 의료보험제도 발전사	18
<그림 4-1>통합 건강보험의 관리체계도	28
<그림 5-1>보험료 부과 기본모형도	52
<그림 5-2>통합 건강보험 보험료 변화 모형도	57

第 I 章 序論

第 1 節 研究의 目的

의료에 대한 사회보장 정책의 목적은 국민이 필요로 하는 의료서비스를 큰 비용부담 없이 쉽게 이용하도록 하여 건강증진을 도모하자는 것이다. 이러한 의료보장 정책의 본질적 가치는 개인의 힘으로 해결하기 어려운 의료문제를 사회 연대성과 상호부조의 원리에 의해서 해결하도록 함으로써 국민 모두가 더불어 잘사는 공동체적 발전을 지향하는 것이다.¹⁾

건강보험은 각 자가 언제 어떠한 질병에 걸려서 어떠한 고통을 받게 될 것인가를 예측할 수 없다는 데서 비롯된다. 또한 의료비 부담이 과중한 경우에는 개인 수준에서 감당하는 데는 한계가 있게 마련이며 저소득자는 물론 중산층 이상의 소득자라 할지라도 매우 큰 부담이 되고 있고, 만성질환의 증가, 인구의 고령화가 계속될수록 국민의 료비가 증가하고 있는 실정이다.²⁾

따라서 가장 효과적, 경제적으로 모든 국민에게 의료서비스를 제공하기 위한 방법으로 각 국에서는 그 나라의 사회, 경제적인 형편에 따라 건강보험제도가 다양하게 시행되고 있으며,²⁾ 우리나라도 복지국가의 실현을 위해 의료시설 이용에 따르는 경제적 부담을 완화시켜 가정경제를 보호하는 한편 적절한 의료서비스를 보장해 주는 제도로써 건강보험제도를 실시하고 있다.³⁾

우리나라의 의료보험은 1963년 12월 제정된 의료보험법에 의해 임의보험 형식으로 적용돼 오다가 1977년 7월 500인 이상 고용사업장 근로자의 적용으로 시행되어 직장근로자, 농어민·도시 자영자의 순서로 확대 적용되어 왔다. 이러한 적용인구를 점진적으로 확대하는 과정에서 소득의 발생 형태나 생활 유형이 유사한 직장 또는 지역별로 의료보험조합을 결성하여 자치적으로 의료보험료를 결정하고 재정을 확보하여 조합주의

1) 의료보험관리공단, 「의료보험회보」, 1988. 8월호, pp. 24~25

2) 박광덕, 「현대 사회복지정책론」 (서울 : 박영사, 1998), pp. 579~580

3) 강성훈, "국민의료보험 제도분석과 운영개선에 관한 연구", 박사학위 논문, 전주대학교, 1997, p. 2

방식으로 운영해 왔다. 그후 1989년 7월 도시 자영자의 의료보험 실시로 12년 만에 전 국민이 의료보험망에 편입되었고, 의료서비스를 보다 용이하게 받을 수 있도록 한 점에서 조합주의 관리방식은 나름대로의 평가를 받아왔다. 그러나 보험급여의 내실화, 관리운영의 효율성, 그리고 국민 편익증진 도모 차원에서 많은 문제점을 제기하여 왔다.⁴⁾

그 결과 의료보험 관리체계와 급여정책상의 문제점을 해결하고 내실 있는 의료보험 제도를 운영하기 위한 논쟁이 시작되었다. 의료보험 관리체계에 대한 논쟁의 핵심은 의료보험의 보험자를 하나의 단일 기구로 통합해서 운영할 것인가 아니면 다수의 보험자로 분리해서 운영할 것인가 하는 문제로 귀결된다. 이러한 논쟁의 핵심은 1962년 우리나라 의료보험법이 시행될 때부터 계속 진행되어 왔으며⁵⁾, 특히 제6공화국 출범 이후에는 1988년 1월부터 실시한 농어촌 의료보험과 1989년 실시된 도시지역 의료보험을 계기로 더욱 심각한 양상을 보여왔다.⁶⁾

관리체계에 대한 논쟁은 관련 학자들을 포함하여 양자의 주장 논리가 서로 상이하여 의견 접근이 어려운 상황으로 발전되었으며 양자간에 심한 갈등을 겪기도 하였다.⁷⁾

논란 끝에 1998년 10월 227개 지역조합과 공·교 의료보험관리공단이 1차 통합을 하였고, 국민의 정부 100대 개혁 과제에 건강보험 전면 통합이 포함되어 1999년 2월 국민건강보험법안이 제정 공포되었다. 통합된 건강보험이 2000년 1월부터 시행되기로 하였으나, 관련 법률제도 정비 미흡과 직장근로자를 중심으로 한 통합반대 서명⁸⁾ 등으로 시행이 6개월 연장되어 2000년 7월 비로소 건강보험의 통합을 이루게 되었다.

한편 현 시점에서도 건강보험의 통합은 통합의 주요 논쟁 사항이었던 보험재정과 보험료 부과체계에서 여전히 직장가입자(공·교는 직장과 통합)와 지역가입자로 이원화

4) 국민의료보험관리공단, 「 월간 의료보험 」, 1999. 1월호, p. 10

5) 원석조, “한국의료보험의 정치·경제적 연구”, 박사학위 논문, 중앙대학교, 1990, p. 74

6) 심정석, “한국 의료보험의 관리운영 체계 개선 방안”, 석사학위 논문, 경북대학교, 1989, pp. 10~12

7) 변제환, “경제체제와 의료보장제도의 조화 : 의보체제의 비교”, 「한국사회복지연구소 학술토론회」, 1999, pp. 38~39

8) 의료보험 통합을 찬성하는 민주노총과 경실련 등이 주축이 된 의보연대(건강연대)와 한국노총과 직장의보노조가 중심이 된 봉급자대책회의 등은 의료보험통합과 통합반대 등 성명전을 지속하였다.

되어 있어, 통합에 대한 논쟁의 여지는 남아있다.

하지만 조직의 관리운영 체계를 통합하였고, 보험료 부과체계도 직장과 지역으로 이원화는 되어있지만 지역보험료의 전국 단일의 부과체계를 구축하였고, 직장보험료도 총보수를 기준으로 부과표준액을 산정하여 보험료의 부과기준을 통일하였다. 또한 보험재정의 구분계리도 한시적인 것이므로 건강보험의 통합은 거의 이루어진 것으로 볼 수 있으며 머지않아 보험료의 부과체계의 일원화와 보험재정의 통합으로 건강보험 완전 통합이 달성될 수 있으리라 기대된다. 건강보험의 통합은 관리운영과 보험료 부과체계, 보험급여와 의료서비스 부문 등 건강보험 전반에 걸쳐 상당한 변화를 가져왔고, 통합으로 인한 기대효과도 매우 커지고 있다.

따라서 본 연구는 건강보험의 통합효과 분석에 관한 연구로 건강보험이 1차 및 2차 통합 과정을 거쳐 2년간 시행되어온 과정에서 통합주의 관리방식의 주장자들의 주장했던 논리를 중심으로 통합의 효과를 분석하고자 한다. 이를 위해 통합전의 조합주의 시대와 분석 요소별로 비교하고 건강보험 통합의 효과성을 분석, 평가하고 이를 근거로 건강보험이 통합에 따른 문제점을 도출하는 것도 본 논문의 또 다른 목적이다. 마지막으로 문제점에 따른 개선방안을 제언함으로써 향후 건강보험의 효율적이고 건전한 발전을 모색하는데 그 목적이 있다.

第 2 節 研究의 範圍와 方法

1. 研究의 方法

전 국민을 대상으로 하는 우리나라의 건강보험이 통합방식으로 제도를 변경 시행한 지 2년이 지나고 있다. 현 시점에서 건강보험의 통합의 효과를 분석하는 것은 매우 의미 있는 일이라 생각한다. 조합주의와 통합주의 주장자의 건강보험에 통합에 대한 논의의 쟁점은 조합주의 관리방식의 주장자들은 건강보험이 통합시 ①보험료 조정의 적절성에 따른 보험재정의 불안정 ②거대 보험자 조직의 비효율성 ③형평성 있는 단일 보험료 부과체계 개발의 곤란 ④알뜰한 보험재정관리가 어렵다는 이유로 통합에 반대, 조합주의 방식의 유지를 주장하고 있고, 반면 통합을 주장하는 측에서는 다소 차이는 있으나 대체적으로 건강보험 통합의 기대효과로 ①전 국민적 사회연대성 강화 ②국민 계층간 보험료 형평성과 소득재분배 제고 ③관리운영의 효율성 ④불필요한 행정낭비와 국민불편을 해소하여 국민편익 증진 및 민원서비스 제고 ⑤제도운영의 민주성 ⑥보험재정의 안정 ⑦적정부담-적정급여 체제 달성 ⑧의료서비스의 질적 향상 등의 달성될 수 있다는 것이다.⁹⁾

이 연구는 통합주의 주장자의 논리를 중심으로 건강보험 통합의 제안된 효과를 분석하고자 하였다. 그러나 앞서 제시한 요소 중 보험재정안정에 대해서는 1995년 이후 만성적인 적자로 인한 보험재정 불안정이 누적되었던 점, 적정부담-적정급여 등 보험급여의 포괄성 및 의료서비스의 질적 향상에 대해서는 건강보험 통합과 동시에 시행한 의약분업의 실시와 진료를 담당하는 요양기관과도 밀접한 관련이 있어 통합만이 가지는 효과를 분석하기란 쉽지 않다. 또한 이러한 요소들은 중·장기적인 계획으로 단기적인 효과분석이 어려운 점 때문에 본 연구대상에서 제외되었다. 따라서 통합 건강보험이 국민을 위한 사회보장으로 성공적으로 자리매김 하고 가입자에게 만족할 만한 제도로 발전하기 위해서는 건강보험 통합이 통합론자들이 주장했던 통합 건강보험의 중요한 장점인 ①전 국민적 사회 연대성 강화 ②국민계층간 보험료 형평성 제고 ③관리운영의 효율화 ④국민편익증진 및 서비스 제고 ⑤제도운영의 민주성 등의 요소에 대하여

9) 국민의료보험관리공단, 「국민의료보험 실무」, 1998, pp. 58~62

가시적인 효과가 나타나야 할 것이다.

본 연구는 통합 건강보험의 시행 후 통합전 조합주의 관리방식과 비교하여 정책적 관점에서 효과가 나타나고 있는가를 비교·분석하고자 하였다. 한편 본 연구는 우리나라의 건강보험의 통합과 관련해서 통합의 효과를 분석하고자 하는 연구이다. 따라서 본 논문의 연구도 엄격한 의미의 가설을 구성해서 검증하는 방법보다 선행 간행물, 논문, 전문서적 및 공단의 내부자료와 통계연보를 중심으로 건강보험의 통합효과를 앞서 제시한 척도를 활용하여 통합전 조합주의 방식과 대비, 분석하는 내용분석 방법(content analysis method)을 주로 사용하였다.

2. 研究의 範圍

본 연구의 내용은 전체 6장으로 구성되어 있다.

제1장은 연구의 목적과 연구방법, 연구범위를 기술하였다.

제2장은 연구의 이론적 배경으로 건강보험제도의 일반적 이론을 검토하고, 건강보험 통합효과 분석의 틀을 제시하였다.

제3장은 우리나라 건강보험제도의 태동기부터 통합 건강보험¹⁰⁾에 이르기까지 건강보험의 변천과정과 통합의 과정을 시대적으로 살펴보았다.

제4장은 건강보험 통합의 주요내용으로 통합의 기본방향과 내용, 통합 건강보험의 현황 등을 살펴보았다.

제5장은 건강보험의 통합의 효과를 분석요소 별로 통합전과 비교 분석하였으며, 아울러 통합 건강보험 시행상의 문제점들을 제시하였다.

제6장은 결론과 제언으로 통합효과 분석 결과 나타난 통합의 효과를 기술하고, 향후 통합 건강보험의 건설적이고 지속적인 발전을 위해 정책결정과 공단의 조직운영 과정에 필요한 몇 가지 사항을 제언하였다.

10) 의료보험의 상병을 치료하기 위하여 소요되는 비용 및 의료서비스를 제공하는 것을 주된 내용으로 하는 반면, 건강보험은 진료비 보상·질병치료를 포함함은 물론 건강검진·재활 및 예방의 범위까지 포함하는 적극적이고 포괄적인 의미이다. 2000. 7. 1일 이전에는 의료보험이라는 용어를 사용하였고 2000. 7. 1일 통합이후 건강보험이라는 용어를 사용하고 있다.

第 II 章 研究의 理論的 背景과 分析의 틀

第 1 節 健康保險 制度에 對한 考察

1. 社會保障과 健康保險

사회보장을 실현하는 수단으로 크게 사회보험(social insurance)과 공적부조(public assistance), 사회복지서비스(social welfare service)로 나누어 볼 수 있다. 사회보험은 사회보장의 가장 큰 주류를 형성하고 있는 것으로 보험기술을 이용하여 사회정책을 실현하려는 입장으로¹¹⁾ 사회구성원의 우발적 사고에 기인하여 발생하는 경제불안에 대비하기 위한 경제준비의 한 사회적 형태이다. 공적부조는 자력으로 생계를 유지할 수 없는 자들의 생활을 그들의 자력으로 생활할 수 있을 때까지 국가가 재정자금으로 보호해주는 일종의 구빈제도이다.¹²⁾

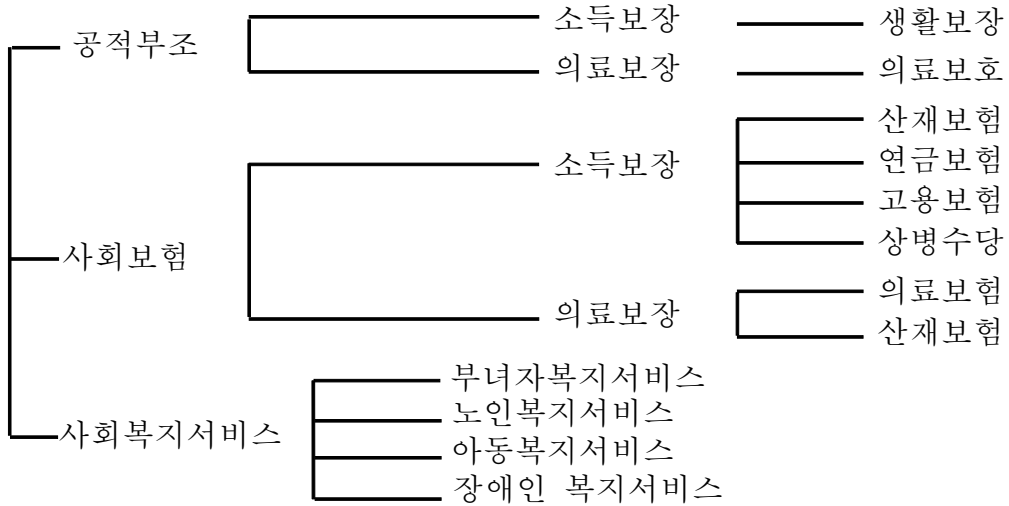
사회복지서비스는 인간의 복지(well-being)를 추구하는 사회적 노력이라고 할 수 있다. 인간의 복지라는 것은 그 개념과 내용이 매우 광범위하여 개인 또는 공공의 복지를 위해서 노력하는 일종의 사회활동을 사회복지서비스라고 표현하고 있지만 동시에 사회정책, 사회사업, 사회운동, 사회부조 등 다른 용어로 표현되기도 한다.¹³⁾ 우리나라의 사회보장체계를 분류하면 대략 아래의<표2-1>과 같다.

11) 최천송, 「한국사회보장론」 (서울 : 한국노사연구문제연구협회, 1977), p. 29

12) 조해균, 「보험경영론」 (서울 : 박영사, 1976), p. 111

13) 신수식, 「사회보장론」 (서울 : 박영사, 1988), p. 10

<표2-1>우리나라 사회보장체계 분류



자료 : 의료보험연합회, 「의료보험연수교재」, 1995

건강보험제도는 상병이라고 하는 생활상의 사고와 분만 또는 사망이라고 하는 가계 지출상의 불안정으로 인하여 통상적으로 가계지출 외에 일시에 많은 가계지출을 하게 됨에 따라 가계가 파탄되는 것을 방지하기 위하여 보험이라는 조직기술을 통하여 가계지출의 위험을 분산함으로써 국민생활의 안정을 도모하기 위한 제도이다. 건강보험은 사회보험의 하나로 국민의 질병, 부상, 분만, 사망을 보험사고로 하는 사회보장제도이다.¹⁴⁾ 즉 생활기반을 같이하는 사회집단의 구성원끼리, 또는 노사각출이나 정부재원에서 조성된 기금을 토대로 가입자와 그 가족의 질병 등 불의의 위험을 당할 때 질병의 예방이나 치료에 드는 경비를 지출해 줌으로써 경제적 장애를 제거해 주는 제도라 할 수 있다. 건강보험제도는 그 나라의 특수조건에 따라 상이하지만 최소한 의료서비스의 과중한 부담을 덜게 해주고 나아가 질병의 예방, 진찰, 치료, 재활 등의 포괄적인 보건요를 보장해주는 제도이다.¹⁵⁾

14) 의료보험연합회, 「의료보험제도연수교재」, 1990, p. 5

15) 김병익, “한국 의료보장제도가 나아가야 할 방향”, 「청년시대」, 1989, pp. 191~192

2. 健康保險의 特性

건강보험의¹⁶⁾ 일반적 특성으로는 크게 다음과 같이 요약할 수 있다.¹⁷⁾

1) 법률에 의한 강제가입을 들 수 있다.

일정한 법적 요건이 충족되면 본인의 의사와는 상관없이 강제적용 시키고 있다. 그 이유는 보험가입을 기피할 경우 국민상호간 위험부담을 통하여 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 건강보험 제도의 목적실현이 어렵고 질병위험이 큰사람만이 가입할 경우 보험재정이 파탄되어 원활한 건강보험 운영이 불가능하기 때문이다.

2) 소득수준 등 부담능력에 따른 보험료의 차등부담이다.

민간(사)보험은 급여의 내용, 위험의정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하나 사회보험방식인 건강보험에서는 사회적인 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하는 것이 목적이므로 보험료 부담능력에 따라 부담하게 된다.

3) 보험급여는 보험료 부담수준에 관계없이 균등하게 수혜를 받는다.

민간(사)보험은 보험료 부담수준, 계약내용에 따라 급여를 받지만 건강보험에서는 보험료 부담수준에 관계없이 관계법령에 의해서 균등하게 급여를 받는다.

4) 보험료징수의 강제성이다.

16) 건강보험의 용어 정의

- 가입자 : 직장가입자와 지역가입자로 구분한다.
- 피부양자 : 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수 또는 소득이 없는 자를 말한다.
- 근로자 : 직업의 종별에 불구하고 근로의 대가로서 보수를 받아 생활하는 자로서 공무원과 교직원을 제외한 자를 말한다.
- 사용자 : 근로자가 소속되어 있는 사업장의 사업주, 공무원의 소속되어있는 사립학교 설립·운영하는 자를 말한다.
- 사업장 : 사업소 또는 사무소를 말하며, 근로자 사업장과 공·교 사업장이 있다.
- 보험자 : 건강보험의 보험자는 국민건강보험공단을 말한다.
- 요양기관 : 진료를 담당하는 병·의원을 말한다.

17) 의료보험연합회, 「의료보험연수교재(상)」, 1997, pp. 46~47, 강성훈, 전계논문, pp. 18~19

가입이 강제성이라는 점에서 사회보험제도의 실효성을 확보하기 위해 보험료징수의 강제성이 동원된다. 보험료 납부의무자가 보험료를 납부하지 않을 경우 공단은 10일 이상 15일 이내의 기간을 정하여 독촉을 하고 독촉을 받은 자가 납부기한까지 보험료 등을 납부하지 않을 경우 보건복지부장관의 승인을 얻어 국세 체납처분의 예에 의해서 이를 징수할 수 있다.¹⁸⁾

5) 부의 재분배 효과를 가져온다.

부의 재분배는 수평적 재분배와 수직적 재분배로 나눌 수 있다. 수직적분배란 고소득자에서 저소득자로의 분배를 의미하며 수평적 분배란 동일한 소득수준이라 하더라도 건강한 사람과 그렇지 못한 사람간의 분배를 의미한다. 의료보험에서는 보험료 차등부과를 통하여 수직적 분배가 일부분 이뤄지고 있으며, 보험료를 적게 내지만 현실적으로 건강한 사람이 건강하지 않은 사람에게 부가 분배되는 수평적 분배도 이루어지고 있다.¹⁹⁾

6) 건강보험은 질병보험이다.

사회보험은 보호해야할 위험으로 구분할 때 근로자 재해보상보험, 질병보험, 연금보험 및 실업보험의 4종으로 분류할 수 있다. 이중에서 건강보험은 질병, 부상을 보험주체로 하고 있으므로 질병보험에 속한다.

7) 건강보험은 단기보험이다.

단기보험이라 함은 1회계년도 즉 1년간의 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하는 것을 말하며 질병, 부상, 분만, 사망 등 잠재적 불확정 위험에 대처하기 위한 단기보험으로 연금과 같은 적립방식이 아닌 부과방식으로 그 재원을 조달한다.

이밖에도 건강보험은 공보험으로써 민간(사)보험과는 구별되는 차이를 가지고 있는바 이를 제도발전의 역사적 측면, 운영주체, 운영목적, 운영원리인 보험 기술적인 측면에서 비교할 때 <표 2-2>과 같다. 건강보험이 급여수준이 적정수준에 미달하거나 급여의 이용이 적절치 못할 경우에는 같은 보험사고를 대상으로 하는 민간(사)보험이 발달하게 된다.

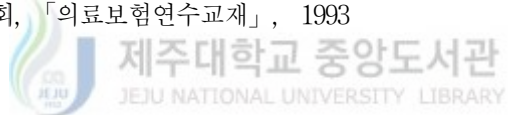
18) 국민건강보험법 제 70조 제2항, 제3항

19) 유승흠, 「의료보험총론」 (서울 : 수문사, 1990), pp. 58~59

<표2-2>건강보험과 민간(사)보험의 비교

구 분	건 강 보 험	민간(사)보험
가입방법	강제가입 원칙	임의가입
보험료	부담능력에 따른 차등부과	위험정도 급여수준에 따른 차등부과
보험료징수	법률에 의한 강제징수	사적계약에 의한 수납
보험급여	평등급여 (법정급여)	보험료수준에 따른 차등급여 (계약급여)
관리운영	국가 혹은 공법인 독점	민간또는 기업간 자유경쟁
비용예측	예측곤란	예측용이
자금관리 및 투자	사회보장증진 목적 투자 및공공투자(공공성 강조)	사적투자(수익성 강조)

자료 : 의료보험연합회, 「의료보험연수교재」, 1993



第 2 節 研究分析의 틀

1. 研究分析 틀의 構成

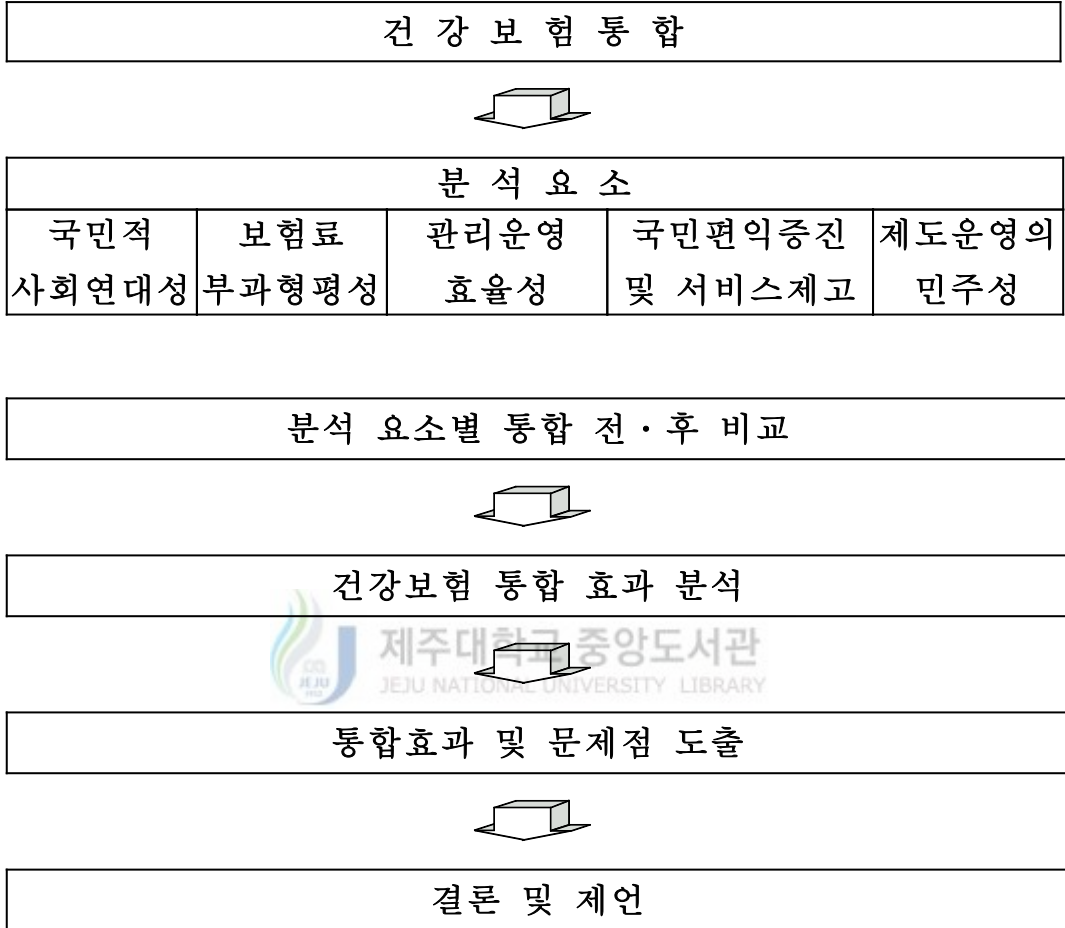
우리나라의 건강보험 통합에 대한 논쟁은 건강보험 출발점부터 시작하여 20여년간 지속되어왔다. 많은 우여곡절 끝에 공·교와 227개 지역의료보험을 통합하는 「국민의료보험법」이 제정, 공포되어 1998년 10월1일부터 시행하게 되었으며, 1998년 제1기 노사정위원회에서 139개 직장조합까지 포함한 건강보험 완전통합을 결정하게 되었고, 국민의 정부에서도 국정개혁 100대 개혁과제로 건강보험의 통합을 하나의 과제로 선정하여 1999년 2월 「국민건강보험법」이 공포되고 2000년 7월 1일부터 시행됨으로써 그동안의 다보험자 방식에서 단일 보험자인 국민건강보험공단으로 출범하게 되었다.

본 연구는 통합 과정에서 통합주의자들이 통합의 장점으로 주장했던 ①전 국민적 사회연대성 강화 ②국민계층간 보험료 형평성과 소득재분배 제고 ③관리운영의 효율적 운영 ④불필요한 행정낭비와 국민불편을 해소하여 국민편익 증진 및 민원서비스 제고 ⑤제도운영의 민주성 등의 요소를 바탕으로 연구분석의 틀을 구성하고 건강보험 통합의 효과를 각 요소별로 분석하였다.

연구분석의 방법은 통합전의 조합주의 방식과 비교하여 건강보험 통합의 효과를 분석하고, 통합의 효과와 그에 따른 시행과정에서 나타난 문제점을 도출하고자 하였다. 아울러 통합효과와 그에 따른 문제점의 개선을 위해서 결론과 제언을 제시하였다.

건강보험통합 효과 분석의 틀을 도해해 보면 그림<2-1>과 같다.

<그림2-1> 건강보험 통합 효과 분석의 틀



2. 研究分析의 要素

1) 국민적 사회연대성 강화

건강보험에서 사회연대성이란 의료문제를 공동으로 해결하는 나눔의 정신으로 전 국민이 연대책임으로 위험분산과 소득재분배 등을 통하여 모든 사람이 골고루 잘살 수 있는 사회를 만드는 것을 의미한다. 통합이후 재정격차 해소와 부담의 형평성, 급여

의 형평성, 업무체계 변화를 통한 사회연대성이 현실적으로 강화되고 있는가를 통합전·후를 비교 분석하였다.

2) 보험료 부과 의 형평성

보험료부과의 형평성은 동일한 수준에 있는 가입자는 전국 어디서나 보험료가 동일한 수평적 형평성과 고소득 층에는 보험료를 많이, 저소득 층에는 보험료를 낮게 부과하는 수직적 형평성을 의미한다. 두 관점에서 지역가입자와 직장가입자로 구분하여 통합전과 통합후의 보험료 부과체계를 중심으로 수평적·수직적 형평성이 제고되고 있는가를 분석하였다.

3) 관리운영의 효율화

관리운영의 효율화는 조직의 감축현황, 관리운영의 인력감축 현황, 관리운영비 감축 현황을 의미하며, 이를 중심으로 통합전후를 비교 분석하였다.

4) 국민편익 증진 및 민원서비스 제고

건강보험 통합후 민원서비스의 형태를 통합전과 비교하여 국민들의 불편을 해소하고 실질적으로 민원서비스가 국민편익 증진과 민원서비스 제고를 위한 형태로 변화되었는가를 비교·분석하였다.

5) 제도운영의 민주성

사회보장제도에서 가입자의 제도참여는 중요한 요소이다. 따라서 의료보험이 통합후 주요 정책결정과정에서 보험가입자, 의료공급자, 보험자, 정부의 참여에 의해서 4자간의 협력과 균형에 바탕을 둔 민주적 제도로 운영하고 있는가를 통합전·후를 비교, 분석하였다.



第Ⅲ章 우리나라 健康保險制度的 發展 및 統合過程

第 1 節 健康保險의 時代的 變遷過程

우리나라 건강보험 제도사의 시대구분에 대해서는 아직까지 일치된 견해가 없다.²⁰⁾

그러나 법령개정과 적용대상자의 확대라는 측면을 고려하여 대체로 5단계로 나눌 수 있다. 제1단계는 임의보험사업기로 1963년 의료보험법 제정시부터 1976년 2차 의료보험법의 개정된 기간, 제2단계는 사회보험확장기로 1977년 직장의료보험 적용부터 지역의료보험 시범사업실시 이전인 1981년까지, 제3단계는 농어촌 시범사업기로 1981년부터 1987년까지, 제4단계는 1988년 농어촌의료보험실시와 1989년 도시자영자 확대로 전 국민 의료보험실시기, 5단계는 1998년 10월과 2000년 7월 의료보험의 조합주의 관리방식에서 단일보험자 관리방식으로 전환한 건강보험 통합기로 나눌 수 있다.²¹⁾

1) 임의보험기

1963년 12월 16일 의료보험법이 제정되었으나 500인 이상 사업장 대상자를 대상으로 임의가입 형태를 취하였으므로 전면적으로 시행을 유보하다가 1965년 11월 1일

20) 우리나라 의료보험의 발전단계는 논자에 따라 여러 단계로 분류하고 있다. 손명세는 제1단계:의료보험전면실시기(1976년부터), 제2단계:의료보험일원화 정책과정기(1981년부터), 제3단계: 통합일원화 논쟁기(1988년부터)로 분류하였고(손명세, 한국의료보험 정책연결과정의 연결망 분석, 연세대학교 대학원 박사과정), 문창진은 제1단계: 준비기(1960-1976), 제2단계: 도입기(1977-1980), 제3단계: 확대기(1981-1988), 제4단계: 전국민의료보험기(1989-)로 분류하였고(문창진, 「보건의료사회학」, 1997, 신광출판사), 의료보험연합회에서는 제1단계(1962년이전): 의료보험전사기(前史期), 제2단계(1963-1976): 임의보험시대, 제3단계(1977-1981): 의료보험전면시행 및 보완기, 제4단계(1981-1987):의료보험 정착발전기, 제5단계(1988-1989): 전국민 의료보험 도래기로 분류하였고(의료보험편찬사 편찬계획1989), 김록호는 제1단계(1945-1962): 의료보장 제도의 총체적 부재기, 제2단계(1963-1976), 제2단계(1963-1976): 의료보장제도의 내용적 분석기, 제3단계(1977-1987): 피용자 보험확장기, 제4단계(1988-현재): 자영자 보험확장기로 분류하였다(김록호, 「창작과비평」 봄호, 1989)

21) 문창진, 「보건의료사회학」 (서울 : 신광출판사, 1997), pp. 345~346, 문옥륜, 「한국의료보장론」 (서울 : 신광출판사, 1990), pp. 58~62, 한국보건사회연구원, 「전국민의료보험실시를 위한 제도연구」, 1985, p. 44

호남비료주식회사(현 한국종합화학)가 의료보험조합을 시범적으로 설립하였다. 이는 임의적용형 피용자 조합이 원형이 되었다.²²⁾

그리고 1969년 10월 1일 부산청십자 의료보험을 시범적으로 설립하여 자영자조합의 원형이 되었다. 부산청십자 의료보험은 청십자운동의 진원지가 되었다는 데서 특별한 역사적 의미를 갖는다.²³⁾ 피용자 조합은 일부사업장에서 근무하는 근로자와 그 부양가족을 대상으로 한 직장 단위조합으로 볼 수 있으며, 자영자 조합은 대상자를 직종에 무관하게 임의 가입한 일반 주민으로 하였다.

그러나 당시 시범 임의의료보험조합에 가입되어 적용받고 있던 대상은 65천명으로 전 국민의 0.2%에 해당하는 의료보험 적용인구에 불과하였다. 당시 정부가 시범사업을 하기 위해서 가입된 조합원에 대하여 행정비와 급여비 일부를 지원하였다.²⁴⁾

또한 시범의료보험사업은 대상자 전원에 대한 강제 가입이 아니었기 때문에 폭넓은 위험분산 효과를 기대하기 어려웠다. 또한 질병을 가지고 있거나 그러한 위험이 높은 사람들이 가입하는 이른바 보험의 역선택(reverse selection)현상이 발생하여 낮은 급여 수준임에도 불구하고 조합의 보험재정이 불안정한 것으로 나타났다.²⁵⁾

이밖에도 보험재정 자립의 곤란, 조합관리 운영의 한계, 의료공급의 미약, 법체계상의 기준미흡과 재정사정 때문에 조합 자체적으로 정한 각종 기준과 절차에 따라 운영되는 임의적 내지 탈법적 현상을 보였다.²⁶⁾ 그러나 임의 의료보험조합은 의료보험에 대한 인식이 전혀 없었던 당시 한국사회의 일부주민은 의료보험 급여수준의 경험을 하였으며, 보험자는 조합경영의 경험을 쌓았고, 정부는 보험운영기술과 정부지원의 폭에 대한 경험을 얻어 우리 실정에 맞는 제도개발에 자료를 제공할 수 있었다는 점에서 중요성을 찾을 수 있다.²⁷⁾

22) 피용자조합(4개): 한국종합화학(1965), 봉명흑연광업소(1966), 대한석유공사(1973), 협성의료보험(1975)

23) 자영자조합(8개) : 부산청십자(1969), 옥구청십자(1973), 춘성의료보험(1974), 거제청십자(1974), 백령청십자(1974), 영동의료보험(1975), 증평메리놀의료보험(1975), 삼화의료보험(1977)

24) 1969년 보건사회부 예규232호(의료보험 국고보조 사무규칙)

25) 한국보건사회연구원, 「전국민 의료보험 실시를 위한 제도연구」, 1985, p. 44

26) 의료보험연합회, 「의료보험의 발자취」, 1997, pp. 69~72

27) 문옥륜외, 전계서, pp. 62~65

정부가 지원했던 12개 시범의료보험조합 이외에도 그 당시 한국의 보건의료 문제가 심각했기 때문에 정부 재정지원이 없는 조합이 우후죽순처럼 증가하였다.

서울청십자(1970), 대한청십자(1965), 전주청십자(1973, 후에 전북의료협동조합으로 개명), 인천청십자(1972), 대전청십자(1974), 수원청십자(1962), 제주청십자(1972), 광주청십자(1972), 협성청십자(1974), 동해청십자(1974), 경주청십자(1974), 봉화(1976), 영동신협(1976) 등을 예로 들 수 있다. 그 가운데 재정난으로 일부조합은 곧 해산되었으며, 일부조합은 1977년 의료보험이 실시되기 전까지 보험확대에 일익을 담당하였다. 또한 특정 집단의 의료문제를 해결하기 위해 일부대학에 의료보험이 실시되었는데 1961년 서울대를 시작으로 숙명여대, 이화여대, 연세대, 경희대, 카톨릭의대, 중앙대학이 부속 병원을 요양기관으로 지정하였고 고려대학 등 일부 대학에서는 교직원 및 그 가족, 재학생에게까지도 치료비 감면제도를 실시하였다. 이러한 정부인가 시범조합이든 정부미인가 의료보험조합, 또는 대학의료보험은 이후에 직장, 공·교, 지역의료보험에 흡수되었으나 우리나라 의료보험에 밑거름이 되었다.²⁸⁾

2)사회보험 확장기(1977-1981)

경제개발계획이 성공으로 사회적 고도성장을 이룩하기 위해서는 사회개발이 필요성이 요구되었고 의료에 대한 욕구를 충족하려는 국민의 여망이 높아졌다. 이에 정부에서는 사회보험으로서의 의료보험을 도입하기로 하고 1976년 12월 의료보험법을 전면 개정 공포하였다. 이 법률은 제정에 가까운 것으로 단계적 적용확대 전략을 채택하고, 근로자에 대해서는 강제, 임의적용을 병행하되 일정규모 이상의 사업장부터 하기로 하였다. 이 법의 주된 내용은 강제적용제도, 보험료의 노사공동부담, 직장보험과 지역보험의 구분, 조합관리방식 운영을 들 수 있다. 법이 제정됨으로 인하여 시행령을 갖춰 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장 근로자에 대해 보험급여가 개시되어 이 땅에 의료보험제도가 처음으로 시행되게 되었다.²⁹⁾

한편 의료보험법의 적용대상에서는 생활보호대상자를 제외한 전 국민으로 하되 공무원, 사립학교교직원, 군인은 별도로 적용하기 위해서 의료보험법의 적용대상에서 분

28) 의료보험관리공단, 「의료보험연보」, 1979, p. 41

29) 박광덕, 전계서, pp. 582~583

리시키기로 하였다. 그리고 의료보험법의 적용대상자도 사업장의 일반근로자를 제1종 피보험자로 나머지 피보험자를 제2종 피보험자로 구분하였으며, 제2종 피보험자는 지역보험대상자와 직종보험대상자로 구분하여 제1종대상자는 당연적용으로 제2종 대상자는 임의적용이 되게 하였다.³⁰⁾ 의료보험법에 의해서 제1종 의료보험조합은 당연가입 규정이 적용되는 일반사업장에 있어서도 보험료의 부담능력, 관리운영능력, 근로자의 임금수준 등을 감안하여 우선 500인 이상 사업장과 공업단지(19km)내 사업장에 486개의 조합을 설립하였고 수혜대상자 3,098,318명(피보험자 1,159,776명, 피부양자 1,938,542명)에게 보험급여를 실시하였다.³¹⁾ 1979년 7월 1일 300인 이상 사업장으로 확대적용, 1981년 1월 1일 100인 이하 사업장으로, 1982년 12월 15일 100인 미만 5인 이상 임의적용, 1983년 1월 1일 16인 이상 당연적용, 1988년 8월 1일 5인 이상 사업장까지 당연적용으로 확대하였다. 그러나 외국의 경우는 대개 초기의 의료보험은 일정소득 미만의 생산자들을 우선으로 시작하였는데 반하여 우리나라는 의료혜택을 필요로 하는 영세업체 근로자, 농어민 영세자영자 및 실업자 등이 제외된 대규모 안정된 공식부문(formal sector)의 근로자를 대상으로 의료보험을 적용하게 되었다.

1977년 시행된 의료보험제도는 시간이 지남에 따라 시행상의 문제점들이 부분적으로 노정되었고 이에 따라 정책적 논쟁들이 싹트게 되었다. 그 중 대표적인 것이 의료보험 관리체계에 관한 논쟁이다. 의료보험 관리방식에 관한 논쟁은 1979년 1월 1일 공무원 및 사립학교교직원에 대한 의료보험의 실시와 함께 시작되었다. 즉, 공무원·사립학교교직원을 포함하여 의료보험사업을 할 것인가 아니면 별도의 법을 제정할 것인가 하는 논쟁으로 결국 조직관리의 용이성, 재정개별화의 이점, 대상층의 특수성으로 인해 별도의 법을 제정하였다.³²⁾ 이에 따라 1977년 12월 31일 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법이 제정되었으며 1978년 8월 11일 공·교의료보험관리공단이 설립되었다. 수혜대상자는 2,665,885명(피보험자 669,569명, 피부양자 2,056,319명)에게 의료보험급여를 실시하였다.³³⁾

30) 문옥륜외, 전게서, p. 66

31) 전국의료보험협의회, 「의료보험통계총람」, 1977, p. 24

32) 문창진, 전게서, pp. 348~349, 의료보험연합회, 「의료보험의 발자취」, pp. 153~169

33) 의료보험관리공단, 「의료보험연보」, 1979, p. 57

3)지역의료보험 시범 사업기(1981-1988)

1981년 의료보험제도는 몇 가지 중요한 발전적 계기를 맞게 된다. 그 하나는 100인 이상 사업장까지 의료보험을 확대 적용한 것이고 또 다른 하나는 농어민 및 도시자영자 의료보험실시를 위한 시범사업이 실시된 것이다. 그리고 유사한 업종에 종사하고 있는 자영자들을 위한 직종의료보험이 실시되었다.³⁴⁾ 의료보험에서 소외된 농어민이나 도시서민의 의료보험에 대한 여망이 높아졌고 오랜 기간 동안 6개 시·군의 시범사업을 통해 농어민과 도시 자영자에 대한 의료보험 도입 가능성을 면밀히 검토하게 되었다.³⁵⁾ 정부에서는 의료보험대상에서 제외된 계층을 포괄하기 위해서 1980년대 말까지 전 국민 의료보험 시행을 정책방향으로 삼았다.³⁶⁾

제1차 시범사업은 1981년 7월 1일부터 흥천군, 옥구군, 군위군의 3개 군에서 실시하였고, 1982년 7월 1일부터는 강화군, 보은군, 목포시를 제2차 의료보험 추가 시범지역으로 선정하였다. 정부에서는 이들 6개 시범 지역의 경험을 토대로 주민의 경제력과 조합관리방식 그리고 1.2차 진료전달체계 도입 등 우리나라 지역실정에 적합한 의료보험모형을 개발하여 전 국민 의료보험 조기 실현에 대비하였다.³⁷⁾ 한편 1981년 4월 4일 의료보험법 4차 개정시 임의포괄 방식에 의한 직종의료보험조합의 설립근거를 마련하여 자발적 참여의사가 있고, 의료보험료 부담능력이 있는 자영자 계층에 대해서 선별적으로 의료보험조합을 설립할 수 있도록 하였는데 문화예술인 의료보험조합을 시작으로 15개 조합이 설립되었고³⁸⁾ 1989년 1월 현재 총 1,319,970명(피보험자335,788명, 피부양자 984,192명)이 의료보험급여를 받게 되었다. 직종의료보험조합은 1989년 7월 1일 도시자영자 의료보험 실시와 함께 지역의료보험조합으로 흡수되었다.³⁹⁾

34) 문창진, 전계서, p. 349

35) 박광덕, 전계서, p. 582

36) 경제기획원, 「제6차 경제사회발전 5개년 계획」, 1986.9, p. 29

37) 문옥륜외, 전계서, pp. 69~70

38) 문화예술인(1981), 양곡상(1982), 전국개인택시(1982), 이·미용(1981), 대한숙박목욕업(1982), 대구상인(1982), 축산기업(1983), 한국특종물업(1983), 한국생명보험모집인(1983), 전국해외취업선원(1984, 88. 12. 2일자로 직장의료보험조합으로 전환), 의사(1984), 부산시장상인(1985), 약사(1986), 기독교교역자(1986), 손해보험종사자(1987)

39) 의료보험연합회, 「의료보험의 발자취」, 1997, pp. 404~406

4) 전 국민 의료보험기 (1989-1998)

이 시기는 직장의료보험조합이 5인 이상 사업장까지 확대 적용되고 농어촌 지역의료보험 실시와 도시지역 자영자 의료보험이 실시로 크게 나눌 수 있다. 정부에서는 전 국민 의료보험의 확대실시를 위해 한국인구보건연구원과 한국개발연구원 등 연구기관의 연구와 그동안 5개 군에서 실시한 시범사업을 근거로 1987년 11월 1일 전국 134개 군에 농어촌 지역의료보험을 설립하여 1988년 1월 1일 전 국민의 19.9%에 해당하는 826만명(192만2천세대)의 지역주민에게 보험급여를 실시하였다.⁴⁰⁾

한편 도시자영자의 의료보험은 1982년 7월부터 1989년 6월까지 과거 7년 간의 목포시의 도시지역의료보험 시범사업의 결과에 따라 1989년 7월 1일 시·구 단위로 114개의 의료보험조합을 설립하여 전 국민의 23.2%에 해당하는 도시 자영자에게 의료보험을 적용 실시함으로써 사회보험방식으로 의료보험을 실시한 지 12년 만에 명실상부한 전 국민 의료보험을 달성할 수 있게 되었다.⁴¹⁾

사회보장제도로서 의료보장제도를 실시하고 있는 나라는 전 세계 160여개 국가 중 84개국에 불과하고 그나마 전 국민 의료보장제도를 제대로 가지고 있는 자유민주주의 국가는 손꼽을 정도에 지나지 아니하는 점에 비추어 볼 때 이토록 짧은 기간 내에 전 국민 의료보험의 시대를 연 것은 괄목할 만한 성과라 하겠으며, 이로써 모든 국민의 질병에 따른 경제적 부담을 크게 완화하고 병원의 문턱도 낮추었다.⁴²⁾

5) 건강보험 통합기(1998~현재)

이 시기는 우리나라 건강보험의 제도적으로 획기적인 변화를 가져온 시기이다. 종전의 조합별 독립채산제인 조합주의 관리방식에서 통합주의 관리방식으로 관리운영체계를 전환하였다. 1998년 10월 1일을 기해 종전의 227개 지역조합과 공·교공단의 통합되어 국민의료보험관리공단으로 출범을 하게 되었고 2000년 7월1일 139개 직장조합이 통합되어 국민건강보험공단으로 새로운 출발을 하게 된 것이다.

전국 단일의 관리운영기구 뿐만 아니라 지역보험료 부과체계를 단일화 하였고 직장

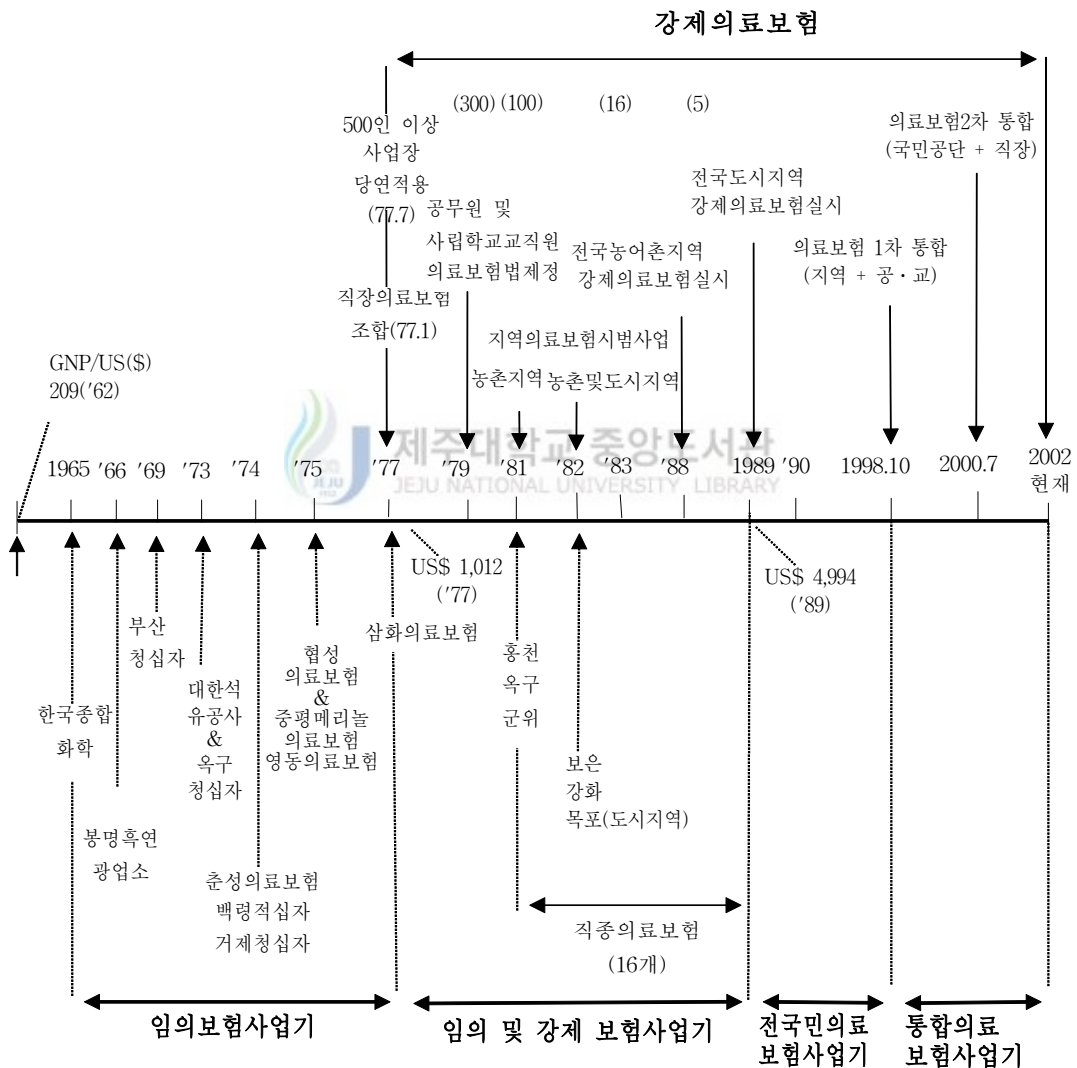
40) 보건사회부, 「 보건사회백서」, 1990, pp. 198~200

41) 문옥륜외, 전계서, pp. 71~72

42) 박광덕, 전계서, pp. 583~584

보험료 부과체계도 총보수를 기준으로 한 보수월액에 단일의 보험료율을 적용함으로써 보험료 부과 수평적, 수직적 형평성을 크게 개선하였다. 우리나라의 의료보험제도 발전사를 도해하면 <그림3-1>과 같다.

<그림3-1> 한국 의료보험제도 발전사



자료: 의료보험연합회, 「의료보장」, 1997.9, p. 10을 재편집

第 2 節 健康保險의 統合過程

1. 健康保險 統合論議：1980年代

한국 의료보험의 발전과정에서 가장 큰 논란이 되었던 것으로 의료보험에 대한 관리 체계에 대한 논쟁일 것이다. 이 문제에 대해서는 학계뿐만 아니라 정부와 국회를 비롯하여 보건의료계, 시민사회단체, 노동단체, 농민단체 등 다양한 집단이 참여하였다. 1979년까지 직장의료보험조합이 603개에 이르게 되었다. 이러한 난립은 재정의 취약, 사업장의 휴·폐업, 경기변동에 따른 의료보험조합의 해산 등 여러 가지 문제점을 드러내기 시작했다. 결과적으로 보사부는 직장조합의 통폐합을 추진하고자 하였으며 이 과정에서 통합에 대한 논의가 시작되었다.

당시 의료보험 통합일원화 방안의 주요 정책골자는 재원조달상의 사회적 공평성 확보, 지역간의 균등한 의료혜택과 정부재정부담 최소화 등이었고 당시 의료보험관리공단과 직장조합, 의료보험협의회 등을 통합하여 의료보험공사로 관리운영하자는 것이었으나 정부의 방침으로 확정되지는 못했다. 1981년 하반기 국회 보사위원회에서 의료보험통합일원화 법안을 제출하자는 결의를 만장일치로 통과시켰고 1983년 보사부에서는 통합일원화 방안을 만들었으나 정치적 사건으로 그 해 정기국회에서 통합일원화를 골자로 하는 법률안을 제출할 수 없었다. 그 후 1986년 농어촌 지역의료보험 확대 계획과 관련하여 그 논의가 다시 전개되었다.

1986년 7월 11일 의료보험 확대에 관한 당정협의회에서 보사부 측에서 먼저 기존의 조합방식으로 지역의료보험을 확대하고자 하였다. 1988년 농어촌 의료보험이 실시되면서 의료보험의 통합논쟁은 의료보험의 수혜자와 주로 농어민 도시빈민 조직 등의 재야조직으로 까지 확대되어 카톨릭농민회와 한국기독교농민회총연합회를 중심으로 「전국의료보험대책협의회」가 결성되었다. 농민들의 주장은 ①보험료부담의 경감과 보험료 책정방식의 개선 ②의료보호 확대 ③국고보조 35%에서 50%확대 ④조합의 민주적 운영 ⑤농어촌 의료시설의 확충 ⑥농어촌에만 실시되던 의료전달체계의 철폐 등이었다. 이러한 농민회의 저항운동은 기존 농민회 조직들과 사회단체, 보건의료단체와

연대를 맺으면서 1989년 국민의료보장법안을 만들게 하였다. 이 법은 의료보험통합방식에 보험료 누진제를 첨가시킨 것이 가장 큰 특징이다.

제6공화국의 출범과 함께 새로 임명된 장·차관은 보건사회부의 현안 정책과제인 의료보험제도 개선, 의약분업 실시방법과 시기, 의료전달체계, 한방의료보험 발전방안을 다루게 될 「국민의료정책심의위원회」⁴³⁾를 구성하였다.

이어서 같은 해(1988) 8월에 「국민의료보장을 위한 공청회」를 개최하고 통합주의와 조합주의를 주장하는 학자와 언론인을 초청하여 토론회를 열게 되었다.⁴⁴⁾ 이 공청회 이전에 통합방식을 주장하는 사회복지 관련 교수들을 사회보장연구회 명의의 「전국의료보장을 위한 통합화 방안」이라는 간행물을 발행하였고⁴⁵⁾ 이 책자에서는 현행 조합방식을 맹렬히 비난하고 현재 이원화되어 있는 의료보험법을 통합하고 의료보험을 관장할 전국 조직을 설립하여 중앙기구와 지방기구를 둘 것을 주장하였다.

이러한 통합측의 공세에 맞서 일단의 학자 및 연구원들은 연구자 일동이라는 명의로 「한국의료보험의 발전방향에 대한 제언-통합일원화 주장에 대한검토」라는 소책자를 배포하였다.⁴⁶⁾ 이 책자에서 통합론자들의 주장에 대해 비판을 가하고 현행 조합방식에 의해 우리나라 의료보험제도가 나아가야 할 각종 개선방안을 제시하였다. 이와 같은 활동은 정치권 내에서도 전개되었다. 정부에서 현행 조합주의 방식을 고수하되 광역화 방식을, 평민, 민주당은 각각 서로 다른 형태의 통합주의 방식의 의료보험법안을 제출하였고 공화당은 공화당대로 의원입법을 위한 의료보험법안을 제출하였다. 재야권에서

43) 장관 자문기관으로 2명의 공동위원장(朴宗祺교수, 李斗護보사부차관)아래 40인 이하의 위원을 두고 의료보장, 의약분업, 의료제도, 한방의료의 4개의 분과위원회로 구성되었다.

44) 여기서 쌍방의 입장은 그간 거의 피력된 상태에서 뚜렷이 새로운 논점은 발견되지 않았으나 1980년대 전반에서와 같은 모호하거나 명분에만 치우친 주장들은 퇴조한 반면 어떤 관리체계가 보험급여와 기여에 있어서 보다 국민적 형평성을 갖춘 것이어야 하는 핵심적인 과제도 제기되었다. 소득비례성이 강조된 기여제도가 구축되어야 한다는 통합론 측의 원칙도 많은 지지를 받았고, 의료보장제도는 소득보장보다도 의료보장제도이며 소득 역진현상을 막기 위해서는 조합방식이 견지되어야 한다는 주장도 공감을 불러일으켰다.

45) 통합을 주장하는 학자로는 김영모, 김상균, 손준규, 신섭중, 어윤배, 엄기섭, 원석조, 이광찬, 이근창, 차홍봉, 최경석 등 11인의 학자들이다.

46) 조합주의를 주장하는 학자로는 권순원, 김수춘, 김일순, 김한중, 문옥륜, 신수식, 안창수, 연하청, 유승흠, 이규식, 한달선, 허정 등 32명

는 전국민의료보험대책위원회가 국민의료보장법안을 제시하였으며 이익단체인 대한의협회도 별도의 시안을 제시하였다.

원래 야당인 공화당은 조합방식을 지지하였으나 농민들이 주축이된 전국민의료보험대책위원회의 강한 반대에 부딪혀 조합방식을 철회하고 통합방식 의료보험을 지지하는 방향으로 선회하였고 대한의사협회(의협)과 대한병원협회(병협)도 의료보험통합을 주장하였으며 지역의보도 의료보험 통합을 강력히 주장하였다. 이러한 상황에서 야 3당은 단일안인 국민의료보험법안이 국회보사위원회 법안심사소위원회는 만장일치로 통과시켰고⁴⁷⁾ 국회보사위원장을 제안자로 한 이 국민의료보험법안은 1989년 8월 9일 제 13대 국회의 145회 임시국회에서 여·야만장일치로 통과되었다. 이 법안이 통과되자 전국의료보험대책위원회 등은 크게 환영하였으나, 의료보험연합회 및 직장의료보험조합에서는 의료보험통합을 반대하는 성명서를 게재하는 등 통합에 반대하였고 경영자총연합회, 한국노총도 통합반대 성명을 발표하였다. 그러나 노태우 대통령이 거부권 행사를 하였기 때문에 실제 법률로서 공포되지는 못했다.⁴⁸⁾ 국민의료법안에 대한 대통령이 거부권이 행사된 이후 정부는 도시지역의료보험을 광역방식으로 실시하려던 계획을 수립하여 시·구단위로 하는 조합주의 방식으로 1989년 7월 1일 도시지역 의료보험을 실시하게 되었다.⁴⁹⁾ 보험료 부과방식은 기존 농어촌조합이 사용하였던 세대, 피보험자에 부과하는 기본보험료와 소득금액에 따른 소득비례보험료 15등급, 재산세 및 종토세의 과표에 따른 재산비례보험료 15등급, 자동차세액에 따른 자동차보험료 5등급으로 구분한 능력비례보험료로 구성되었다.⁵⁰⁾ 또한 보험급여도 농어촌 지역의료보험에

47) 소위원회는 위원장 신상우, 위원에 김문기, 송두호, 박병선, 이인영, 이철용, 황성근, 김충조 의원으로 구성되었다.

48) 거부권이 주요 이유는 기존의 조합을 해산하고 조합의 권리의무를 신설될 국민의료보험의 관리공단에 포괄승계 시키면 당초 조합원이 재산이 조합원이 아닌 자의 의료비로 사용됨에 따라 부담이 형평성이 어긋나며, 조합원이 재산을 공단으로 이전하면 국민의 기본권인 재산권에 대한 헌법의 규정에 배치될 소지가 있다는 것이었다. 대통령이 거부한 이 법안은 원내에서 재의결하지 않게 됨에 따라 동 법안은 13대 국회의 해산과 더불어 자동 폐기되었다.

49) 도시지역 의료보험은 시·구단위로 114개 의료보험조합이 설립되었다.

50) 의료보험연합회, 「도시지역의료보험연수교재(Ⅲ)」, 1988, pp. 123~150 (소득 재산에 대한 등급은 30등급으로 바뀌었고, 1998. 10. 1일 의료보험 통합시 50등급으로 확대되었다.)

준하여 실시하여 기존의 조합방식에 따라 전국민 의료보험 시대를 열었다.

2. 健康保險 統合論議：1990年代 以後

전 국민 의료보험실시 이후에도 현행 조합방식의 의료보험을 통합방식으로 바꾸려는 개혁운동은 계속되었다. 1991년에는 전국농민회총연맹과 노동자, 농민, 도시빈민, 학생 등 5개 부분별 위원회의 협의구조인 의료보장쟁취공동위원회가 중심이 되어 1991년 국민의료보험법 쟁취를 위해 노력하였고 1993년 통일민주당은 국민의료보험법안을 마련하여 공청회를 열어 의료보험통합을 주장하였다.

본격적인 의료보험 통합 운동은 1994년 4월 11일에 보건의료단체, 노동단체(민주노동총산하), 농민/빈민단체, 시민사회단체로 구성된 「의료보험통합일원화 및 급여확대를 위한 범국민 대책회의」가 결성되어⁵¹⁾ 그 해 11월 17일에 의료보험통합일원화를 위한 국민건강보험법을 국회에 청원하였다. 국민건강보험법안은 관리운영체계의 통합일원화, 보험급여의 대폭확대, 본인부담금의 인하, 의료보호와 의료보험통합을 주요골자로 하고 있다. 1994년 1월에는 보건사회부 자문기구로 의료보장개혁위원회(위원장 박종기, 주경식)가 구성되어 개혁작업을 추진하였고 「의료보장 개혁과 정책방향」이라는 최종보고서를 발표하였다.⁵²⁾

1994년 12월 1일에는 대통령직속의 행정쇄신위원회(위원장 박동서)는 제도개혁 추진의 일환으로 학계 등 전문가들이 참석한 가운데 의료보험제도 개선에 관한 정책토론회를 열었으나⁵³⁾ 의료보험 관리운영체계에 대한 결말을 내리지 못하고, 의료보장개혁

51) 일명 의보연대로 결성 당시에는 22개 단체가 가입되어 있으나(당시 공동대표 권영길, 김순, 윤정석) 1999년 7월 현재 77개 사회단체 및 부산경남, 대구경북, 대전충남, 전북, 광주전남, 제주 등 6개의 지역연대회의로 의보연대회의 활동보고서를 발간하였고 1999.7.22일 의보연대를 해체하고 국민건강권 확보를 위한 범국민연대회의(건강연대)를 발족하였다.

52) 제1분과(의료보험관리 및 재정, 위원장 연하청), 제2분과(의료보험급여 및 수가, 위원장 신영수), 제3분과(의료공급 및 진료체계, 위원장 김일순)로 25명의 전문가로 구분하여 보고서를 제출하였는데 의료보험관리체계는 조합주의 방식을 유지하되 통합주의 장점을 최대한 수용, 반영하여 양 방식을 접목시켜 나가는 방향으로 절충하였다.(의료보장개혁위원회, 「의료보장 개혁과제와 정책방향」, 1994.6월)

53) 이 토론회의 통합측 김용익 교수와 조합측 이규식 교수가 각각 나서 의료보험관

위원회의 의견을 존중하게 되었다.

의료보험 관리체계에 대해 조합방식이나 통합방식의 전환이나를 놓고 의견이 엇갈리고 있는 가운데 사회보장부문에 대한 세계적인 경제전문 기관인 NERA(National Economic Research Associates)⁵⁴⁾가 한국의 보건의료 체계를 연구한 보고서에서 “한국의 의료보험제도는 현재와 같은 조합체계를 보다 광역화시키되 다양한 위험보장장치를 도입하여 조합간 재정안정을 기하는 것이 바람직하다”고 권고하기도 하였다.⁵⁵⁾

1996년 제15대 국회가 개원되고 관리체계에 대한 논쟁은 새롭게 부각되었다. 의보연대회에서는 1996년 10월 29일 국회의원회관에서 의보제도의 낮은 수가, 과도한 본인부담금, 보험료부담의 비형평성, 심각한 조합간 재정격차, 관리운영체계의 비효율 등의 문제를 해결하기 위해서 의료보험재정과 관리운영을 일원화하는 것을 골자로 하는 국민건강보험법안을 청원키 위해 공청회를 개최하였고⁵⁶⁾ 국민회의와 자민련도 관리체계를 일원화하는 것을 주요 내용으로 한 통합의료보험법안을 정기국회에 상정하기로 하였다.

1996년 11월에는 총리산하에 의료개혁위원회(위원장 박우동, 5개분과 30명의 전문가로 구성)가 다시 구성되어 의료보험 관리체계를 논의하였다. 1997년 말 대통령선거에서 국민회의 김대중 후보는 의료보험 통합을 공약하였고 대통령에 당선됨으로써 의료보험통합은 가속화되기 시작하여 1997년 12월 227개 지역조합과 공무원 및 사립학교 의료보험관리공단을 통합하는 국민의료보험법이 공포되어 1998. 10. 1일 시행하기로 되었다. 이에 따라 1998년 3월 국민의료보험관리공단 설립위원회(위원장 차홍봉)가 발족되어 통합업무를 추진하였고 국민의 정부 100대 개혁과제의 하나인 의료보험 제도일원화를 위해서 1998년 2월 노사정위원회 합의에 의해서 의료보험통합추진기획단(단장 송

리체계 통합일원화에 대한 찬반 양론을 펼쳤다.

54) 규제와 경쟁에 관한 문제, 정책평가, 경영전략 등을 자문하고 있는 국제적인 전문용역전문회사로 1961년 설립되어 New York의 White Plains에 본부를 두고 있으며 200여명의 경제학자로 구성되어 있다.

55) 의료보험연합회, 「의료보험의 발자취」, 1997, p. 682

56) 국회의원 회관에서 열렸으며 법안발표는 조홍준교수(의보연대 정책위원장) 토론에는 차홍봉교수, 황규선(신한국당), 이성재(국민회의), 이재선(자민련), 김홍신(민주당), 박주혁변호사(민주사회를 위한 변호사모임)가 하였다(의보연대회, 「의보연대회의 활동보고서」, 1999.7월, p. 456)

자)을 설립 운영하여 직장조합을 포함한 의료보험 완전통합에 박차를 가하게 되었다.

그러나 이 무렵 통합반대를 투쟁목표로 내걸고 전국직장의료보험노조가 결성되어 통합에 유보적인 입장을 취하던 한국노총을 전면에 내세워 통합을 반대하였다. 특히 직장노조는 통합시 부담증가를 내세우며 통합 반대 대 국민 홍보를 강화하였다. 여기에 1998년 10월 지역과 공·교공단의 통합인 국민의료보험법이 시행되면서 나타난 일부 업무혼선을 통합과 연계시켜 통합반대 여론을 조장하였다. 1998. 11~12월 국민건강보험법 국회심의를 앞두고 의보연대회의와 직장의보 노조간의 성명전은 일찍이 그 예를 찾아볼 수 없을 정도로 치열하였다. 우여곡절 끝에 국민건강보험법은 1999. 1. 6일 국회를 통과하여 1999. 2. 8일 공포되었다.(법률제5854호)⁵⁷⁾ 이후에도 건강연대를 중심으로 통합측과 직장노조를 중심으로 한 조합측의 성명전은 지속되었고 2000년 1월 시행 예정이던 국민건강보험법은 6개월 연장되어 2000. 7. 1일 시행하기로 하였다.⁵⁸⁾

주요내용은 조직통합은 2000. 7. 1일, 공·교 직장 재정통합 2001. 1. 1일, 직장, 지역 재정통합은 2002. 1. 1일까지 통합하는 내용이다. 2000. 7. 1일 국민의료보험관리공단과 139개 직장조합이 통합됨으로 인하여 관리체계에 대한 논쟁은 일단락 맺게 되었다. 그러나 현재에도 보험재정이 직장가입자와 지역가입자로 구분 계리되고 있으며, 보험료 부과체계가 이원화 되어있어 완전통합에 대한 논쟁의 여지는 남아있다.

3. 健康保險 統合 論爭이 健康保險 發展에 미친 影響⁵⁹⁾

우리나라의 의료보험은 다른 나라에선 좀처럼 보기 힘든 매우 격렬하고 광범위하게 진행된 ‘의료보험 통합논쟁’이라는 독특한 경험을 하면서 그 과정에서 소비적이고 불필요한 것으로 비판되기도 하였지만 의료보험의 관리운영에 대한 지속적인 토론과 논쟁은 관리운영에 대한 국민의 관심과 운영상의 긍정적인 효과를 나타냈다.

첫째, 결과적으로 전 국민에 대한 보험확대를 실시한 중요한 요인이 되었다. 한국이

57) 의보연대회의, 「의보연대회의 활동보고서」, 1999.7, pp. 24~25

58) 1999. 10. 18일 국민회의 김명섭의원 발의로 국회 보건복지상임위에 상정되어 11월26일자로 통과되고 12월7일 국회 본회의를 통과하였다.

59) 보건복지부, 「보건복지백서 요약본」, 2001, pp. 12~14

1977년 500인 이상 사업장에 의료보험이 처음 도입된 이래 적용대상을 점차 확대하여 1988년 1월 농어촌 지역과 1989년 7월 도시지역 자영자에게 까지 적용됨으로써 12년이라는 짧은 기간 내에 전국민 의료보험시대에 접어들게 한 계기를 형성한 것은 바로 미적용 국민에 대한 비형평성, 적용국민간의 불평등성에 대한 논쟁이 중요한 촉발제가 되었다. 특히 의료보험을 강제적으로 적용하면서 500인 이상 사업장 근로자와 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 의료보험이 시작되면서 이들에 대해 낮은 보험수가를 적용하였기 때문에 상대적으로 높은 일반의료수가를 적용 받게 된 저소득계층의 미적용 계층이 불만을 가지게 되었고 이러한 국민들의 불만이 급속한 적용확대의 요인이 되었다.

둘째, 의료보험 관리운영을 둘러싼 논쟁은 급여확대의 촉매가 되었다. 의료보험의 도입을 조합방식으로 시작하면서 급여수준은 전국적으로 일부 부가급여의 수준 차이를 제외하고는 거의 동일하게 유지되었고, 보험급여의 확대는 조합방식을 채택하여 재정수준이 낮은 조합이 있는 한 불가능한 것이었다. 따라서 이러한 구조적 모순을 탈피하기 위해서 재정통합을 비롯한 의료보험통합이 필요하다는 주장이 계속 제기되었다.

셋째, 효율성과 형평성에 대한 문제의식이 커졌고, 제도운영 변화에 반영되었다. 통합을 둘러싼 논쟁이 지속되면서 조합방식을 유지하면서도 한편으로는 효율성과 통합의 효과를 조합방식 속에 반영하려는 노력이 추진되었다. 조합방식하에서 소규모 직장 조합의 통·폐합이 지속적으로 이루어졌고, 통합방식에서 나타나는 이용의 편리성을 확보하기 위한 노력이 이루어졌다. 더 나아가서 조합방식하에서의 형평성의 측면이 대두되자 이를 해소하기 위해 조합의 독립을 유지하면서도 소득간의 격차를 반영하여 조합간 재정조정을 하거나 역진적인 요소가 많은 지역의료보험료의 기본보험료의 비중을 감소시켜서 형평성있는 부과방식을 유인하였다.

넷째, 통합을 둘러싼 논쟁 속에서 4대 사회보험 통합을 향한 진전이 이루어졌다. 통합의 기본방향이 그동안 수요자 편의증진, 관리운영의 효율성, 사회보험간 중복급여 방지와 사회보장의 사각지대를 해소하여 질적 발전을 도모하는 것이었다.

第 IV 章 健康保險 統合의 主要內容

1. 統合의 基本方向

건강보험의 통합은 관리운영 조직의 통합, 자격관리, 보험급여 및 보험료부과방식의 통합, 보험재정의 통합을 그 내용으로 하고 있다. 의료보험통합의 기본원칙은 계층간 형평성을 확보하여 사회통합을 달성하기 위한 사회연대성의 원칙과 적정부담, 적정급여를 위한 보험재정의 안정성에 있다. 이를 세부적으로 살펴보면 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 보험급여의 포괄적(comprehensive benefit)보상

국민의 질병치료 뿐만 아니라 예방, 재활 및 건강증진을 도모하는 포괄적 급여를 실시함으로써 「적정부담, 적정급여」 구조로 전환하고 국민건강의 향상을 기할 수 있다.

둘째, 형평성(equity)의 확보⁶⁰⁾

근로소득자와 자영업자에게 동일하게 적용할 수 있는 보험료부과기준을 개발하여 소득계층간 보험료부담의 형평성을 제고하고 지역간, 계층간 의료서비스 접근의 형평성을 제고하자는 것이다. 그러나 현재는 소득과악을 등이 저조하여 직장가입자와 지역가입자로 구분하여 직장가입자는 총보수액을 기준으로 지역가입자는 소득, 재산, 자동차 등에 따라 보험료를 부과하고 있다.

셋째, 보험재정의 안정성(financial stability)과 효율성(efficiency)달성

보험료와 보험급여의 연계체제를 수립하고 양자의 균형을 도모하며, 조직의 경량화, 자격관리의 통합전산화, 보험료부과체계의 단순화와 진료비 지불방식⁶¹⁾의 개선으로 보

60) 일반적으로 의료보장정책이나 의료보험제도 차원에서 형평성이란 개념에는 재원 조달측면의 형평성(equity in financing)과 의료서비스 제공측면의 형평성(equity of the provision of service)으로 나눌 수 있고 재원조달상의 형평성이란 적용율, 적용 및 방법, 급여의 종류 및 수준과 보험료체계와의 연계성 등에 관한 과제로 나타나고 의료서비스 제공측면의 형평성은 주로 오랜 세월 동안에 형성된 의료자원의 도농간 차이, 민간병원과 공공병원의 분포차이, 요양기관종별간의 역할분담이란 과제로 나타난다.(World Health Organization, Interregional Consultation on Health Insurance Reform: Brain Abel Smithe, 1994, pp. 5~12)

61) 우리나라의 진료비 지불방식은 진료행위에 대하여 (약3,000여개)진료비를 책정하

협재정의 안정성과 조직의 효율화를 이루자는 것이다.

넷째, 의료서비스의 질(quality)향상

합리적인 의료보험수가 조정, 진료의 질 평가 등을 통하여 의료서비스의 질을 향상시키는 것을 의미한다.

다섯째, 제도운영의 민주성(democracy)확보

주요 정책결정과정에서 보험가입자, 의료공급자⁶²⁾, 보험자⁶³⁾, 정부의 참여에 의한 4자간의 협력과 균형에 바탕을 둔 민주적 제도로 운영을 할 수 있다는 것이다.

여섯째, 민원서비스의 향상

종전에는 소속조합에서만 가능했던 민원서비스 제도를 전국의 어느 지사(출장소)에서나 받을 수 없게 되어 보다 편리하고 신속하고 민원서비스가 이루어짐으로써 많은 시간과 경비를 절약할 수 있다.

2. 統合의 主要內容

2000년 7월 국민건강보험공단과 139개 직장의료보험조합이 통합되어 통합 일원화의 조직으로 발족한 국민건강보험의 주요내용은 다음과 같다.⁶⁴⁾

1) 관리운영조직의 통합

국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합(139개)에 의하여 관리되는 의료보험 관리조직을 단일 조직으로 통합하되 공단의 조직을 중앙조직과 지방조직으로 이원화하여 중앙조직은 기획조정, 보험재정, 진료비지불, 전산처리 통계 등의 정보업무를 중심으로 편제하고 지방조직은 6개의 권역별 지역본부⁶⁵⁾와 235개 지사 및 출장소로 자격관리,

여 지불하는 행위별수가제(fee for service)이다.

62) 의료보험에서는 의료공급자를 요양기관이라 한다.

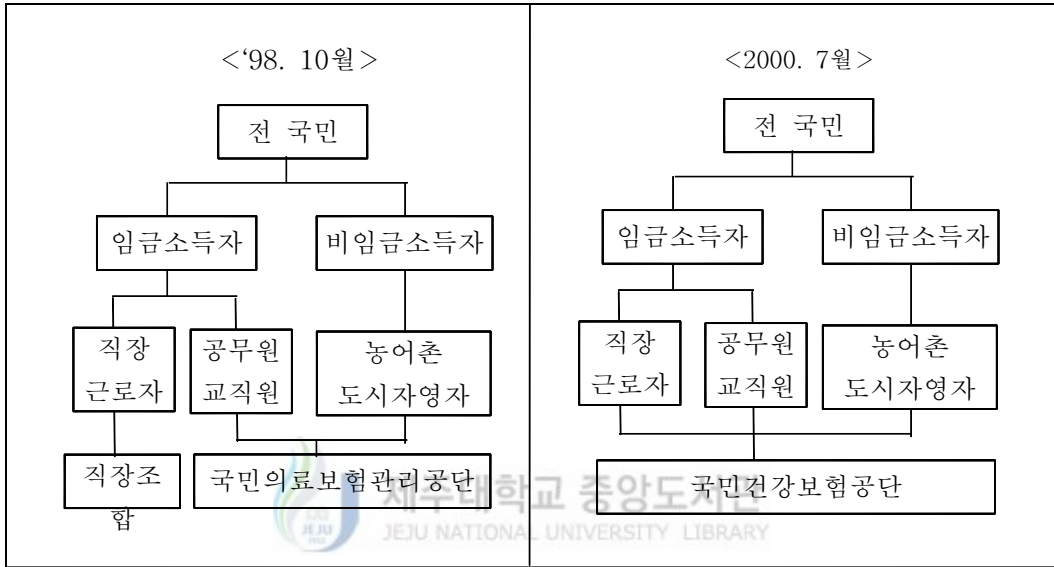
63) 의료보험을 운영하는 주체를 말하며 가입자의 자격취득과 관리, 보험료부과징수, 보험급여에 관한 사항, 교육홍보, 보건예방사업 등의 업무를 수행하는데 통합주의 방식과 조합주의 방식으로 나누어진다.(이두호외, 「국민의료보장론」, 나남출판사, pp. 365~366)

64) 의료보험통합추진기획단, 「1차 공청회자료」, 1998.6, pp. 4~6, 국민의료보험관리공단, 「최근의보동향」, 1999.11월호, pp. 1~8, 국민건강보험공단, 「건강보험실시안내」, 2000.6, pp. 3~5, 보건복지부, 「보건복지백서」, 1999, pp.8~14

65) 서울(서울,강원), 부산(부산,울산,경남), 대구(대구,경북), 대전(대전,충북,충남), 광주

보험료부과 징수, 급여사후관리, 민원처리 등의 대민 서비스 중심으로 업무처리를 하도록 구성되어 있다.

<그림4-1> 통합 건강보험의 관리체계도



자료 : 건강보험공단, 「사업장업무편람」, 2000, p. 6

2) 보험료 부과체계의 개편⁶⁶⁾

사회보험원리에 부합되는 경제적 부담능력에 상응하는 보험료 부담을 원칙으로 직장근로자와 공무원·교직원은 총보수를 기준으로 부과하고 지역가입자인 경우 자영자 소득 파악율이 매우 낮으므로 성별, 연령별, 소득, 재산, 자동차 등에 따른 간접소득을 추정하여 부과하고 피부양자 인정기준을 대폭 축소하여 소득이 있는 곳에 보험료를 부과하는 원칙을 세웠다. 따라서 소득있는 피부양자는 피부양자에서 제외하고 지역가

(광주,전남,전북,제주), 경인지역본부(경기,인천)

66) 원래 소득단일화 부과체제로 부과기준을 적용하도록 하였으나 자영자의 소득파악이 너무 저조하고 급작스런 부과체계의 개편으로 인한 보험료의 급격한 변동을 방지하기 위하여 2000. 1. 1일 이전까지는 한시적으로 국민의료보험법의 보험료부과체계를 적용하는 것인 바람직하다는 한국보건사회연구원의 연구결과가 발표되었다.

입자로 편입하여 보험료의 형평성을 유지하고 있다.

3) 보험재정의 통합

조합별로 운영되던 보험재정을 통합함으로써 소득재분배 기능을 전 국민적 차원으로 확대할 수 있다. 다만, 가입자 종류별 재정불균형 해소를 위해 과도기 적으로 재정을 한시적으로 분리 운영하기로 하였다.⁶⁷⁾

4) 적정부담, 적정급여의 실현

균등한 수준의 적정급여에 필요한 재원을 국민부담 범위 내에서 조달하고 보험재정의 범위 내에서 급여수준을 유지하되 재정안정화와 함께 적정급여의 실현을 추진하도록 하자는 것이다⁶⁸⁾

5) 건강보험심사평가원의 신설

진료비심사를 보험자로부터 독립된 전문기관에서 담당하여 공정성 및 전문성을 확보하고 진료의 의학적 적정성을 평가하여 의료서비스의 질 관리를 통한 국민 건강권 보호와 보험재정 안정화에 기여하도록 하였다.

6) 건강보험심의위원회⁶⁹⁾의 기능 강화

보건복지부내에 의료보험심의위원회 기능을 강화한 건강보험심의위원회를 설치하여 진료비지불방식, 보험수가조정, 진료수가기준, 요양급여기준, 진료비심사기준 등을 마련하고 위원회 산하에 「보험료수가조정위원회」와 「건강보험분쟁조정위원회」⁷⁰⁾를 구성하여 전문성을 강화하고자 하였다.

67) 2000년 12월말까지는 직장, 지역, 공교의 재정을 구분하고, 2001년 12월 말까지는 직장(공교포함), 지역재정을 구분계리하고 2002년 1월부터 재정을 완전히 통합하기로 하였으나, 새천년민주당은 재정통합을 한나라당은 재정분리를 주장하여 2003년 6월말까지 재정통합을 유보하였다.

68) 건강보험사업의 재정운영 전반에 대한 의결기구로 「재정운영위원회」를 설치하고 있다. 이 위원회는 보험가입자(노동계, 농어민, 소비자단체 등), 사용자, 의료공급자, 공익 및 정부대표로 구성되어 보험료수준 및 보험급여의 조정을 담당하고 있다.

69) 위원회의 구성은 보험가입자 대표, 의료공급자 대표, 보험자 대표, 정부(보건복지부, 국무조정실, 기획예산처)의 참여하에 부처간 의견조정을 통한 심의의 효율성 제고하기 위한 기구로 20명으로 구성되었다.

70) 건강보험수가 및 분쟁조정은 진료비심사기구에서 담당하기에 적절하지 못하다는 사유로 보건복지부에서 담당하도록 하였다.

3. 統合 健康保險의 現況

1) 적용 인구 현황

건강보험의 적용대상은 “국내에 거주하는 국민”으로 규정하고 있으며 그 이유는 국외에 거주하는 국민에게 현실적으로 보험급여 실시 및 보험료 징수를 할 수 없기 때문이다. 다만 외국인 등에 대한 특례규정을 두어 대통령이 정하는 자격 및 요건을 갖춘 외국인 및 재외국민은 본인의 신청에 의하여 적용 대상자가 될 수 있다.

<표4-1> 의료보장 적용인구 현황(71)

2001.11월말 현재(단위 :명,세대,%)

구분	세대수(가입자수)		적용인구수		비고	
	2001.11월말현재	구성비	2001.11월말현재	구성비		
계	17,230,271	100	47,888,790	100		
건강보험	소계	16,432,897	95.37	46,386,062	96.86	
	지역	8,570,820	49.74 (52.16)	23,277,082	48.61 (50.18)	농어민 도시자영자
	공·교	1,386,767	8.05 (8.44)	4,669,968	9.75 (10.07)	공무원, 군인, 사 립학교 교직원 및 가족
	직장	6,475,310	37.58 (39.40)	18,439,012	38.50 (39.75)	사업장의 근로 자 및 가족
의료보호	소계	797,374	4.63	1,502,728	3.14	
	1종	555,594	3.23	828,801	1.73	
	2종	241,780	1.40	673,927	1.41	

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2001

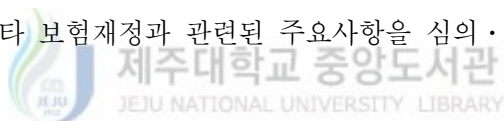
2001년 11월 현재 건강보험대상자는 <표4-1>에서 보는 바와 같이 약 4,638만 명이며 이중 직장가입자 약 39.7%인 1,844만 명이며 공·교가입자가 10%, 지역가입자가 50.2%인 2,327만 명이고 의료보호가 1,500만 명을 차지하고 있다.

71) 재외국민 외국인 지역가입자 현황 (재외국민 2,593명, 외국인 25,452명)

2) 조직 및 임원

국민건강보험공단은 국민건강보험법에 의하여 설립된 비영리 특수 공법인으로 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 등의 부과·징수, 보험급여관리 및 보험급여비용의 지급, 가입자 및 피부양자의 건강유지·증진을 위하여 필요한 예방사업, 자산의 관리·운영 및 증식사업, 의료시설의 운영 등의 기능을 담당하고 있다. 현재 건강보험공단의 조직은 1본부, 10실 1센터, 6개 지역본부, 235개 지사 및 출장소로 이루어져 있다. 임원은 이사장 1인으로 보건복지부장관이 제청으로 대통령이 임명하며, 이사회는 가입자·사용자 측이 추천한 8인, 이사장이 추천한자 4인 및 행정자치부장관·교육부장관·보건복지부장관·기획예산처장관이 그 소속 3급 이상 공무원 중에서 지명한 자 각 1인을 보건복지부장관이 임명한다.

이사회는 16명으로 구성되어 있으며, 이중 상임이사가 3인이고, 13명이 비상임이며, 사업계획과 예산 등 공단운영의 주요사항을 심의·의결하는 기능을 가지고 있다. 재정운영위원회는 지역가입자 대표, 직장가입자 대표 및 공익대표 30인으로 구성되어 있으며 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하는 기능을 가지고 있다.



3) 보험료 부과 및 징수

직장가입자의 경우 표준보수월액에 3.63%를 부담하고, 이를 사용자와 근로자가 절반씩 분담하도록 되어 있다. 표준보수월액의 산정범위는 일정기간 동안 지급받는 보수총액을 기준(총보수제)으로 하여 소득세법상 비과세 근로소득(실비변상적 금품)만을 제외하도록 하고 있다.

지역가입자인 경우 지역가입자의 소득과약 미비로 소득단일 보험료 부과가 불가능하여 부과표준소득에 의해 부과하도록 되어 있다. 이런 규정에 따라 현재 지역가입자의 보험료는 소득비례보험료와 재산보험료로 구분하여 부과하며, 소득비례보험료는 과세소득보험료와 평가소득보험료로 구분하고, 재산비례보험료는 재산보험료와 자동차보험료로 구분하고 있다.

4) 보험급여

건강보험에 있어 보험급여의 원인이 되는 것을 일반적으로 보험사고라고 하며, 이 보험사고에 대하여 급여하는 것을 보험급여라 한다. 즉 건강보험의 적용을 받는 가입자와 피부양자가 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강검진에 대하여 국민건강보험법령이 정하는 바에 의해서 공단이 제공하는 각종 형태의 급여를 보험급여라 한다. 건강보험 급여는 제공형태에 따라 현물급여와 현금급여로 구분할 수 있는데, 현물급여는 가입자 및 피부양자에게 요양기관을 통하여 직접 의료서비스를 제공하는 것으로 요양급여와 건강검진이며, 현금급여에는 요양비, 장제비, 본인부담보상금, 장애인 보장구 급여비 등이 있다. <4-2>는 건강보험에 있어서 보험급여의 종류를 나타낸 것이다.

<표4-2> 보험급여의 종류

급여의 종류		수급권자
현물급여	요양급여	가입자 및 피부양자
	건강검진	가입자 및 피부양자
현금급여	요양비	가입자 및 피부양자
	장제비	사망시 그장제를 행한자
	본인부담보상금	가입자 및 피부양자
	장애인보장구 급여비	장애인 복지법에 의해 등록된 장애인 가입자 및 피부양자

자료 : 건강보험공단, 「건강보험실무교재」, 2000

(1) 요양급여

가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산에 대하여 요양기관으로부터 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등에 대하여 직접 의료서비스를 제공받는 것을 말한다.

(2) 건강검진

가입자 및 피부양자에 대한 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 2년마다 1회 이상 건강검진을 실시하고 있다.

(3) 요양비

가입자 또는 피부양자가 긴급 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관에서 제외되는 의료기관 등에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이외의 장소에서 출산을 한 때에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 그 가입자 또는 피부양자에게 요양비로 지급한다.

(4) 장제비

가입자 또는 피부양자가 사망한 경우 그 장제를 행한 자에게 지급하며, 지급액은 25만원으로 한다.

(5) 본인부담액 보상액

가입자 또는 피부양자가 요양급여를 받고 지급한 요양급여중 본인부담액이 매30일 간에 100만원을 초과한 경우에 지급하되, 그 지급액은 초과한 금액의 100분의 50으로 한다.

(6) 장애인 보장구 급여비

장애인복지법에 의하여 등록된 장애인인 가입자 및 피부양자가 구입한 보장구에 대하여 공단이 그 금액의 일부를 지급한다.

5)진료비 심사 및 지불제도

2000년 7월 1일 국민건강보험법이 시행되면서 진료비 심사 기능은 보험자의 기능에서 독립되어 별도로 설립된 건강보험심사평가원에서 이루어지도록 되어 있다. 건강보험심사평가원의 설립 목적은 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위한 것이며, 이를 위해 요양급여비용을 심사하고, 요양급여의 적정성에 대한 평가를 시행할 뿐만 아니라, 심사 및 평가 기준을 개발하는 등의 업무를 할 수 있도록 되어 있다.

第 V 章 健康保險의 統合效果 分析 및 問題點

현시점에서 건강보험의 통합의 효과를 분석한다는 것은 몇 가지 고려가 필요하다. 첫째로 통합시행 후 기간이 2년도 안 되는 상황에서 최단기간의 성과를 개괄적으로 평가한다는 것이 어렵기 때문이다. 둘째, 어떤 정책은 통합과는 전혀 다른 성격인데도 통합과정에서 발생되었으므로 통합의 결과로 오해하기 쉬운 것도 있는데 이러한 것들과 통합으로 인한 변화는 분명히 구별되어야 한다는 것이다.⁷²⁾ 이러한 고려위에서 그동안 의료보험의 관리체계에 대한 논쟁에서 통합주의 주장자들은 의료보험을 통합하면 국민적 사회연대성 강화, 보험료의 형평성 확보, 관리운영의 효율성, 국민편익 증진 및 서비스 향상, 보험가입자의 제도참여에 따른 제도 운영의 민주성, 보험재정의 안정, 의료서비스의 질 향상, 보험급여의 포괄성 등을 달성할 수 있다고 주장하였다.

이 장에서는 통합 건강보험 시행이후 가시적으로 나타난 통합의 긍정적 효과들을 중심으로 통합 전의 조합주의 관리체제와 비교 분석하는 방식으로 ①국민적 사회 연대성 강화 ②관리운영의 효율화 ③국민계층간 보험료 형평성 제고 ④국민편익증진 및 서비스 제고 ⑤제도운영의 민주성 등의 분석요소를 중심으로 통합의 효과를 분석하고자 한다.

1. 國民的 社會連帶性 強化

1) 사회연대성의 개념

건강보험에 있어서 사회연대성이라 함은 생활형편이 나은 사람이 어려운 사람을, 건강한 사람이 병든 사람을 도와 의료문제를 공동으로 해결하는 나눔의 정신으로 사회 구성원의 연대책임으로 위험분산과 소득재분배를 통하여 모든 사람이 골고루 잘 살 수 있는 사회를 만드는 것을 말한다.⁷³⁾ 의료보험은 내가 스스로 저축하고 찾아 쓰는 개인저축이 아니라 사회적 유대(연대, solidarity)의 한 형식이며 가장 윤리적이고 아름

72) 양봉민, “국민건강보험제도 1년의 성과”, 「건강보험동향 제25호」, 2001.6월호, pp. 14~15

73) 국민건강보험공단, 「사업장 업무편람」, 2000, p. 5

다운 “이웃과 더불어 살기”의 표현이다.⁷⁴⁾

2) 조합주의 방식의 운영형태

우리나라의 건강보험의 실시초기부터 시행되어 왔던 조합주의 관리방식을 살펴보면 조합주의 관리방식은 조합별로 독립채산재로 소규모로 운영되다 보니 사회연대성이 소규모 조합에 국한되어 사회안전망으로서의 구실을 제대로 하지 못하였다.⁷⁵⁾ 우리나라의 의료보험조합의 총수는 통합전 1998년 7월을 기준으로 하면 지역조합이 227개, 공·교공단 1개(16개지사), 직장조합이 143개로 총 371개로 분산되어 있고 조합당 평균 적용 인구수는 농어촌지역이 가장 적어 4만 명에도 못 미치고 있으며, 대도시 지역조합은 19만명에 달하고 있어 그 규모면에서 차이가 많은 것으로 나타나고 있다 또한 적용인구를 볼 때 공·교공단의 480만명을 제외하더라도 40만 이상의 지역조합과 직장조합이 있는가 하면 1천1백26명에 불과한 단독직장조합이 운영되어 왔다. 자세한 내용은 <표5-1>와 같다

<표 5-1> 조합유형별 최대 최소 규모 조합현황

(단위:세대, 명)

유형	구분	최소규모 조합			최대규모 조합		
		조합명	세대수	인구수	조합명	세대수	인구수
자영자	군지역	경북 울릉	2,346	6,847	경기 용인	35,703	107,491
	시지역	경기 과천	9,002	24,031	성남 중원	91,739	284,477
	구지역	인천 중구	13,550	38,967	서울 성동	136,478	401,372
피용자	공동직장	전국 해양	13,563	41,023	서울21지구	169,135	427,585
	단독직장	미대사관	421	1,126	삼성공동	179,121	474,007
전체		미대사관	421	1,126	공.교공단	1,389,833	4,815,146

자료 : 의료개혁위원회, 「공청회자료 97-4」, 1997

74) 김창엽, “국민의료보험에 대한 올바르게 건강한 인식을 위하여”, 「의료보험통합자료집」, 1999, p. 93

75) 국민의료보험관리공단, 「의료보험통합자료집」, 1999.12, p. 20

또한 1996년도에는 아래 <표5-2>연도별 적자조합 추이에서 보는 바와 같이 전체 372개 조합중 절반이 넘는 54%인 201개 조합에 달하고 있고, 지역조합인 경우 65%가 적자를 나타내고 있어 “부자조합과 가난한 조합”이 이분화 됨으로 인하여 국민위화감은 물론 사회보험의 사회연대성을 크게 훼손하고 있다.

<표5-2> 연도별 적자조합 추이

구분		'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96
계		221/408	10/420	9/420	39/419	53/416	104/372	201/372
직장		27/154	9/154	9/154	21/153	25/150	78/145	54/145
지역	소계	194/254	1/266	0/266	18/266	28/266	26/227	147/227
	도시	65/117	0/129	0/130	1/130	1/130	20/130	106/135
	농어촌	129/137	1/136	0/136	17/136	27/136	6/97	41/92

자료 : 의보연대회의, 「의보연대회의 활동보고서(하)」, 1999

이상의 내용을 분석해 볼 때 문제점은 다음 몇 가지로 요약할 수 있다.⁷⁶⁾

첫째, 많은 수의 보험자에 의한 독립적인 재정운영으로 의료보험으로서의 위험분산 기능이 떨어지고 있다. 소규모 조합인 경우 한 달에 부과되는 보험료가 얼마되지 않아 고액환자가 발생시 재정의 어려움이 있고 조합간 보험료 및 재정격차의 심화로 건강보험의 근본취지인 사회연대성을 상실하였다. 고액이나 노인의료비에 대해서는 재정안정사업을 실시하여 보충하였으나 근본적이고 장기적인 대책이 될 수 없었다. 건강보험을 지역별, 사업장별로 운영하여 소득형태 및 과약율에 따라 운영함으로써 조합간 재정격차가 심화되어 국민계층간 비형평성을 초래하였으며 급여의 기준도 가난한 조합에 맞추다 보니 보험급여가 사실상 어려워 의료혜택의 불평등을 초래하고 있다.⁷⁷⁾ 아래 표<5-3>는 지역의료보험의 조합별 수지율을 나타낸 것으로 조합간 재정격차가 극심하게 나타나고 있음을 알 수 있다.⁷⁸⁾ 지역조합 227개 모두가 보험료 만으로는 급

76) 강성훈, 전제논문, pp. 49~51

77) 의료보장개혁위원회, 「의료보장개혁과 정책방향」, 1994, pp. 18~20

78) 수지율은 수입측면인 총수입되는 보험료 대비 지출측면인 보험급여비를 나타내는 것으로 100을 넘으면 재정이 열악하고 100이하이면 재정이 양호함을 말한다. 즉 (수지율=보험급여비/보험료×100, 보험료는 지역피보험자의 개인부담 보험료이며 국고지원금과 재정조정사업 이전금은 제외된 것임)

여비를 충당하지 못하는 것으로 나타났다.

<표5-3>지역의료보험의 수지율 현황

수지율이 높은 조합		수지율이 낮은 조합	
조합명	수지율(%)	조합명	수지율(%)
경북 영양군	256.85	경기 군포시	130.17
전남 진도군	246.93	성남 중원구	131.95
전남 곡성군	241.22	인천 서 구	134.05
충남 태안군	237.48	인천 중 구	134.15
경북 봉화군	232.07	부천 남 구	134.43

자료 : 1996년 지역의료보험 조합결산서

아울러 진료를 담당하는 요양기관에서도 조합마다 재정사정이 달라 진료비 지급을 적기에 할 수 없음으로 인해서 재정이 어려운 조합의 가입자의 진료를 꺼려함으로 인하여 국민간의 위화감을 조성하는 문제까지 발생하는 사례가 있었다.

둘째, 많은 수의 보험자가 있으므로 해서 적용인구의 이동에 따른 자격관리업무의 중복으로 운영상의 능률 저하와 누락자가 발생함으로 인하여 연대의식이 저하되었으며 지역별, 직업별로 구성되어 운영되었던 조합주의 관리방식을 전출입 등 지역이 변동될 때마다 또는 직업이 바뀔 때마다 직접 변동사항을 신고해야 함으로 국민 불편이 가중되었다.

또한 통합된 단일 전산망을 구축하지 못함으로 인하여 건강보험의 이중자격자나 자격누락자가 대량 발생함으로 인하여 건강보험의 사각지대가 형성되었다.

셋째, 의료보험이 사회보장제도로서 사회통합 기능을 수행한다고 볼 때 지역별, 직업별로 의료보험의 종류가 서로 달라 국민연대의식 및 공동체의식을 약화시키는 요인으로 작용하고 있다. 넷째, 조합주의 운영방식으로 인하여 조직상의 문제점 뿐만 아니라 관리측면이나 보험서비스 측면에서도 많은 문제점을 안고 있다.

3) 건강보험의 통합과 사회연대성 강화

조합주의 관리방식에서 사회연대성이 약화된 문제점을 해결하기 위해 건강보험의 통합을 주장하게 되었고 통합 건강보험은 전국 단일보험자로서 지역과 직장을 포함한 관리운영을 단일화하고 보험료 부과에 있어서도 지역가입자를 단일체계의 보험료 부과체제로 전환하였고, 직장가입자의 보험료 부과체계를 총보수액 기준으로 단일화하여 실시함으로써 인하여 보험료의 수평적, 수직적 형평성을 통한 통합 건강보험의 사회연대성의 효과를 강화하였다. 의료보험의 통합의 효과 중 사회연대성의 효과가 강화된 측면을 세부적으로 살펴보면 여러 측면에서 발생되고 있음을 알 수 있다.

첫째로 자격관리 측면에서 살펴보면 종전의 조합주의 관리방식에서는 자격변동시마다 해당조합에 신고하도록 규정하고 있었으나 일부 가입자들은 규정을 몰라 신고를 아니 하는 경우도 있다고 볼 수 있으나 대부분의 누락자들은 조합간 자격이 연계가 제대로 이루어지지 않은 점을 악용하여 보험료 납부 등을 회피하기 위하여 자격신고를 하지 않은 경우가 많았다.

조합에서도 누락사실을 정확히 파악하지 못하여 상당수 인원이 누락됨으로 인하여 의료보험 적용이 사각지대가 발생하였다. 통합이후 단일전산망을 이용하여 자격누락자를 파악한 결과 지역가입자 2,300만 중 5.4%가 누락되었다. 건강보험의 통합이후 지역가입자는 물론 직장가입자를 포함한 단일화된 자격관리를 함으로써 지역간 전입과 전출에 따른 자격 변동과 직장가입자(공무원포함)가 자격상실 등의 자격 변동시 단일보험자로서 종합전산망을 구축하여 자격누락자를 방지함으로써 이중자격자나 자격누락자를 방지함으로써 건강보험의 사각지대를 해소하여 전 국민으로 위험분산 기능을 높이고 사회연대성을 강화하였다.

둘째로는 보험료 부과 측면에서 살펴보면 보험료 부과체계를 단일화를 통해 다음과 같은 효과를 기대할 수 있다. ①조합주의 방식에서는 지역이나 직장조합을 막론하고 조합간 재정격차가 심하여 ‘부자조합과 가난한 조합’ 또는 ‘흑자조합과 적자조합’으로 양분화 됨으로 인하여 적자조합에서는 진료비를 제때 지급하지 못하는 등 사회적 문제가 심각하게 발생하였다. <표5-2>는 조합의 재정현황을 나타낸 것이다. 이 표에서 보듯이 상당수 조합이 적자를 기록하고 있음을 알 수 있다. 그러나 통합으로 인해 조합간 재정격차가 발생했던 문제점을 해소하였다.

②조합마다 소득, 재산 등 부과자료가 동일한 조건이라 할지라도 거주 이전시 마다 조합마다 보험료가 상이함으로 인하여 많은 민원을 초래하고 국민적 위화감을 조성하였다. 그러나 건강보험의 통합으로 보험료를 단일화하여 전국적으로 동일한 조건이면 보험료 역시 동일하도록 하여 국민계층간 비형평성과 위화감을 해소하였다. 조합주의 방식에서 보험료는 성별, 연령별 등에 관계없이 부과되어 인두세적 성격인 기본보험료의 비중이 높아 저소득층에 대한 부담이 가중되어왔다. 통합 후 부과체계는 기본보험료를 폐지하고 성별, 연령별, 노동력 등을 감안하여 보험료를 부과함으로 인하여 저소득층에 대한 보험료 부담을 덜어주어 사회보험의 근본원리인 형평성을 달성하여 사회연대성을 강화시켰다.

③중전의 보험료 부과체계는 지역보험료인 경우 표<5-4>에서 보는 바와 같이 재산이나 소득의 등급에서 등급구간이 폭이 너무 낮고 최고상한 등급의 소득금액이나 재산과표가 낮음으로 인하여 최고보험료 납부자와 최저보험료 납부자간의 보험료 차이가 크지 않았다. 따라서 소득 재산이 중간 계층이나 고소득 계층이 보험료가 동일하게 적용됨으로 인하여 보험료의 형평성이 결여로 인한 국민간 의료보험에 대한 불만과 불신이 높았다.

그러나 통합보험료 부과체계에서는 재산과 소득의 상한등급을 확대하고 최고등급의 상한선도 대폭 확대함으로써 고소득층에 많은 보험료를 부과하여 보험료의 형평성을 통한 사회연대성을 강화하였다.

표<5-4>소득·재산 보험료 등급 구간표 비교

구 분	조합주의(중전)	통합주의(현행)
소득비례보험료	최고등급 : 30등급 최고등급소득금액 : 2,000만원 내외(조합마다 상이)	최고등급 상한선 : 70등급 상한등급소득금액 : 39,400만원
재산비례보험료	최고등급 : 30등급 최고등급재산과표 : 20,000만원 (조합마다 상이)	최고등급 상한선 : 50등급 최고등급재산과표 : 200,000만원

자료 : 지역조합 및 건강보험보험공단 보험료 부과지침

또한 대체적으로 의료접근도가 낮은 농어촌과 도서벽지·오벽지 등 의료이용의 차별에서 오는 불만을 해소하기 위해 농어촌 22%, 도서벽지·오벽지 등은 50%의 보험료를 경감하고 저소득층과 생활여건이 어려운 세대에 대한 보험료 납부에 대한 부담을 덜어주고 있으며, 표<5-5>에서 보는 바와 같이 보험료 경감에 있어서도 보험료가 낮은 계층에 감면을 많이 해주고 보험료가 높을 수록 감면을 적게 해줌으로 인하여 의료보험의 나눔의 실천을 통하여 사회연대성을 강화시키고 있다. (이 표에서 고액보험료 세대가 감면을 받는 세대는 대부분 의료접근도가 낮은 도서벽지·오벽지 등 세대이다.)

<표5-5> 보험료 구간별 경감세대 및 경감금액

(단위 : 건, 천원)

구 분	경감건수	경감금액
계	2,230,564	17,231,648
1만원이하	357,932	510,171
1-2만원이하	421,829	1,480,518
2-3만원이하	368,765	2,214,056
3-4만원이하	347,374	2,739,231
4-5만원이하	214,483	2,120,355
5-6만원이하	189,339	2,260,231
6-7만원이하	128,790	1,821,709
7-8만원이하	80,619	1,333,278
8-9만원이하	44,519	845,421
9-10만원이하	28,159	596,706
10-15만원이하	41,966	1,081,320
15-25만원이하	6,203	251,907
25만원초과	853	70,726

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2002년 4월

셋째로는 보험급여의 형평성측면을 들 수 있다.

종전에는 장제비 등의 현금급여에서도 지역가입자와 직장가입자, 직장가입자 간에도

서로 달랐으며, 본인부담금 보상금 등은 직장과 공·교에서만 지급하고 지역은 지급이 안되었으나 통합이후 강제비, 본인부담보상금도 지역, 직장에 관계없이 동일시 지급하고 있으며, 장애인보장구 등에 대한 현금급여의 범위도 확대하였다.

넷째로는 보험재정의 운영에 있어서 단일의 재정운영으로 건강보험의 위험분산의 기능을 강화하여 사회연대성을 강화하였다. 이 문제와 관련해서는 의료보험 통합당시 지역과 직장을 망라하여 부과체계를 소득중심의 단일부과 체계로 하여 지역과 직장의 재정을 완전히 통합하여 2002년 1월 1일부터 적용하기로 하였으나 2001년도 말부터 정치권이 논쟁으로 인하여 2003년 6월 30일까지 유보되었다. 단일보험자로 통합된 이상 부과체계의 단일화와 재정의 통합은 당연히 이루어져야 할 것이며 그렇게 함으로써 전 국민적 유대강화를 통한 위험분산 기능이 강화될 것이다.

이러한 사항들을 종합적으로 살펴보면 의료보험의 통합에 따른 건강보험의 통합은 다음과 같은 의미를 내포하고 있다.⁷⁹⁾

첫째 모든 국민이 하나의 건강보험 제도에 포괄됨으로 인하여 지역별로 각기 다른 의료보험제도를 적용함으로써 나타나는 지위의 차별화 현상이 없어졌으며, 소규모 집단으로 제한되던 연대를 전 국민적 연대차원으로 넓혀 놓은 것이다. 두 번째는 의료보장에 대한 국가의 책임이 강화되었다는 것이다. 기존의 조합주의 방식은 조합자치주의 원칙이 적용되었고, 재정이 조합별로 독립채산제로 운영되었으며 보험료도 조합별로 결정되었다. 그러나 통합주의 방식에서는 보험료 책정이나 재정을 공공기관인 단일 보험자가 직접 관리함으로써 의료문제에 대한 국가의 책임의 훨씬 강화되었고 국민간 연대가 강화되었다.

2. 管理運營의 效率化

1) 관리운영 효율화의 개념

관리운영의 효율화는 관리운영에 투입된 물적·인적요소가 얼마나 많은 성과를 산출할 수 있는가를 나타내는 것으로, 통합 건강보험의 관리운영의 효율화 분석은 관리

79) 김연명, “DJ정부의 사회복지정책 : 신자유주의를 넘어서?», 「건강보험동향」, 1999, pp. 30~31

운영 조직의 감축효과와 관리운영비의 절감 효과로 나누어 분석하여 보고자 한다. 우선 관리운영 조직의 감축효과는 다시 관리운영 조직수의 감축과 인력감축효과로 나눌 수 있다.

2) 관리운영 조직감축 현황

통합 건강보험공단의 조직감축 현황을 살펴보면 아래 <표5-6>이 보여주는 바와 같이 통합전 397개 기관(의료보험연합회 포함)에서 2000년 7월 완전 통합시는 250개 기관으로 축소되었다. 즉 1차 통합('98.10월)시 58개 기관이 감축되었고, 2차 통합(2000. 7월)시에 89개의 기관을 감축시킴으로써 22.4%의 감소율을 보였다. 이는 2000년 7월 2차 통합 완료시점과 1차 통합이전인 '98년 10월과 비교하면 총 147개의 조직을 감축시켜 37.0%를 감축한 것이다. 특히 241개 지방조직 중 145개 지사장의 직급을 하향조정함으로써 (385명에서 96명으로 감축함으로써 75.1%를 감원) 조직의 슬림화를 달성하였다.⁸⁰⁾

<표5-6> 관리운영 조직감축 현황

구분	계	지역조합	공공공단	직장조합	연합회(평가원)
1차 통합전 ('98.10월이전)	397기관	227조합	20기관 (1본부, 19지부·출장소)	142조합	8기관 (1본부, 7지부)
1차 통합시 ('98.10월)	339기관	189기관(국민의보관리공단) (1본부, 161지사, 27민원실)		142조합	8기관 (1본부, 7지부)
2차 통합전 ('00.7월 이전)	336기관	189기관(국민의보관리공단) (1본부, 161지사, 27민원실)		139조합	8기관 (1본부, 7지부)
2차 통합시 ('00.7월)	250기관	242기관(국민건강보험공단) (1본부, 6지역본부, 223지사, 12출장소)			8기관(평가원) (1본부, 7지원)

자료 : 건강보험공단 내부자료, 2002

3) 관리운영 인력감축 현황

통합 건강보험공단의 인력감축 현황을 살펴보면 통합전 1차 통합('98.10월) 당시 15,653명에서 2002년 정원 10,454명으로 감축하여 5,199명의 인력을 감축함으로써 전체 인력의 33.2%를 감원하여 조합주의 관리 방식에서 누적된 인사적체를 해소하고 인건

80) 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001, pp. 10~13

비 절감효과를 제고시켰다. <표5-7>는 통합 건강보험의 인력 감축현황을 나타낸 것이다.

<표5-7> 관리운영 인력감축 현황

구분		계	지역조합	공교공단	직장.연합회
1차 통합전 (A)		15,653	10,077	772	4,804
2차 통합시 (B)		12,357	8,773		3,854
2001년 정원(C)		11,413	8,103		3,310
2002년 정원(D)		10,454	7,433		3,021
감 축 실 적	현재감축실적(A-C)	4,250	2,746(25.3%)		1,494(31.1%)
	향후 감축계획 (C-D)	959	670		289
	총감축실적(A-D)	5,199 (33.2%)	3,416(31.5%)		1,783(37.1%)

자료 : 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001

이러한 인력감축은 타 주요기관의 인력감축과 비교했을 때 정부의 공기업 경영혁신 과제 중 인력감축 부분에서 선도적인 역할을 한 것으로 나타나고 있다. <표5-8>은 주요 공기업의 최근 3년간 인력감축 현황을 나타낸 것이다.

<표5-8> 주요기관별 정원감축율(최근 3년간)

국민건강 보험공단	한국전기 통신공사	한국전력 공사	한국가스 공사	대한무역 투자공사	한국감정원
33.2	13.9	15.8	15.8	13.4	20.0

자료 : 기획예산처, 「제2차 경영혁신계획」, 1998

4) 관리운영비 감축현황

다음은 관리운영비의 감축 효과에 대해 살펴보고자 한다. 조합주의 관리운영비가 과다하고 특히 선진국에 비해 지나치게 높으며 소규모 조합일수록 관리운영비율이 증가하여 전체 예산의 30%가까이 차지하는 조합이 발생하여 커다란 문제점을 안고 있었다. <표5-9>는 조합주의 관리방식에서 조합규모별 관리운영비를 나타낸 것이다.

<표5-9>지역조합 규모별 관리운영비율(1997)

구분	계	5천 미만	1만 미만	2만 미만	3만 미만	4만 미만	5만 미만	6만 미만	7만 미만	8만 미만	9만 미만	10만 미만	10만 이상
조합수	227	5	37	67	34	17	14	15	10	10	7	5	6
비율 (%)	10.4	27.87	18.99	14.86	12.61	11.21	10.68	9.09	9.15	8.25	7.94	7.50	7.27

자료 : 1996년도 지역조합 결산자료(조합규모는 세대수)

이 표에서 알 수 있듯이 조합규모에 따라 관리운영비가 현저한 차이를 보이고 있으며, 관리운영비 과다는 관리운영이 효율성을 떨어뜨리고 있다.

따라서 통합 건강보험은 단일 보험자로서 관리운영비 절감에 노력한 결과 관리운영비를 현저히 낮춰 관리운영의 효율화를 기하고 있다. <표5-10>는 건강보험공단의 관리운영비의 현황을 나타낸 것이다.

<표5-10> 공단의 관리운영비⁸¹⁾ 현황

(단위 : 억원)

구분	'97	'98	'99	2000	2001
총지출(A)	76,787	87,157	95,614	106,736	151,134
관리운영비(B)	6,719	7,020	6,814	7,799	6,694
비율(B/A)	8.8%	8.1%	7.1%	7.3%	4.4%

자료 : 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001

이 표에서 알 수 있듯이 통합전 관리운영비 8.8%에서 2001년도 4.4%로 감소함으로써 50%의 절감효과를 나타내고 있으나 외국의 사회보험의 관리운영비에 비해서는 지급도 다소 높은 편이다.⁸²⁾

앞서 살펴보았듯이 건강보험의 통합효과는 조합주의 관리방식에 비해 첫째, 조직규모를 대폭 감축하여 슬림화 하였으며; 둘째, 조직의 인력을 대폭 감축하여 인사적체를 해소하고 인건비 절약효과를 달성하였고; 마지막으로 관리운영비를 대폭 절감하여 관

81) 관리운영비란 인건비, 경비(사업비 포함 등)를 말한다.

82) OECD 주요국의 사회보험 관리운영비는 호주1.2%, 캐나다2.8%, 일본1.8%, 독일2.8%, 영국3.1% 등으로 평균 3.1%를 나타내고 있다.

리운영의 효율화를 달성할 수 있는 기반을 구축하였다고 할 수 있다.

3. 保險料 負擔의 衡平性과 所得 再分配

1) 건강보험에 있어서 형평성과 소득 재분배의 개념

사회보험으로 운영되는 건강보험은 사회구성원간의 형평성 제고 역시 주요 목적으로 하고 있다. 의료보험에서는 형평성은 부담과 급여의 형평성으로 구분할 수 있다. 현재 의료보험제도에서는 급여는 모든 피보험자에게 동일하게 적용하고 있기 때문에 형평성 논의의 초점은 보험료 부담의 형평성에 두어지게 된다.⁸³⁾ 건강보험의 보험료 부과에 있어서 형평성이란 경제적으로 여유가 있는 고소득 층이 상대적으로 더 부담하고 저소득층이 덜 부담하는 수직적 형평성과 동일한 조건이면 전국 어디서나 동일한 보험료를 부과하는 것을 수평적 형평성이라 한다. ⁸⁴⁾

또한 의료보험에서 소득재분배의 기능은 사회적 위험이 적은 자, 즉 젊고 건강한 자가 사회적 위험이 높은 자, 즉 늙고 병든 자를 도와주는 수평적 재분배와 경제적 능력이 있는 계층이 경제적 능력이 부족한 계층을 돕는 수직적 재분배 기능을 말한다.⁸⁵⁾

2) 조합주의 관리방식의 보험료 부과

가. 지역조합의 보험료 부과방식

조합주의 관리방식에서 보험료 부과체계는 기본보험료인 세대당 보험료와 피보험자당 보험료, 능력비례 보험료인 소득비례보험료, 재산비례보험료, 자동차보험료로 구성되었다. 그러나 소득과악율이 저조하여 객관성이 없는 기타소득 보험료⁸⁶⁾가 보험료 수

83) 이해훈, "국민건강보험의 과제와 발전방향", 「건강보험동향 제25호」, 2001.6월호, pp. 52~53

84) 국민의료보험관리공단, 「최근 의보동향」, 1998년 창간호, pp. 4~7

85) 국민의료보험관리공단, 「국민의료보험실무」, 1998, pp. 60~61

86) 여기서 기타소득 보험료는 소득과세 자료가 없는 피보험자가 자신의 소득을 조합에 스스로 신고함으로써 파악되는 소득을 말한다. 그러나 신고소득을 신고하지 않은 경우가 다수이며, 신고하더라도 그 신고금액이 불성실한 경우가 대부분이었다.

입의 22%를 차지하고 있으며 기본보험료의 부담이 과중하여 사회보험의 원리 중 능력에 따른 보험료 부담이 제약되고, 가족수가 많은 저소득층의 부담이 과중하게 되는 문제점이 있었다.

<표5-11> 기본보험료대 능력비례 보험료 비율 변화추이

(단위 : %)

구분	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
기본보험료	58.94	55.60	50.83	47.97	44.80	42.09	39.18	36.19	31.93	31.86
능력비례 보험료	41.06	44.40	49.17	52.03	55.20	57.91	60.82	63.81	68.07	68.14

자료 : 국민의료보험관리공단, 「의보동향 창간호」, 1998.9월호

기본보험료는 점차 비중이 낮아지는 추세를 보이고 있으나 아직도 전체 보험료중 30%이상을 차지하고 있다. 능력비례보험료의 등급 구간에 있어서도 조합마다 차이는 있으나 소득인 경우 30등급으로 구분하여 최고 등급인 30등급 상한 소득금액이 1500~2,000만원 정도이고, 재산인 경우 30등급 상한이 과세표준이 15,000만원~20,000만원 정도로 소득이나 재산이 중간계층과 고소득자나 재산이 아주 많은 부유층과 보험료가 동일시 부과됨으로 인하여 형평성이 결여되었다.⁸⁷⁾ 다시 말해서 소득 상한선인 2,000만원 이상인 소득을 가진 자는 소득이 아무리 많더라도 소득에 대한 보험료가 동일하고, 재산인 경우 20,000만원 이상인 경우 재산이 아무리 많더라도 재산에 대한 보험료가 동일하여 중간계층에 소득 재산을 소유한 사람들이 보험료에 대한 불만이 특히 많았고 보험료에 대한 형평성의 문제가 많이 제기되었다.

또한 통합이전 조합주의 관리방식에서는 보험료부과는 동일한 소득, 재산을 소유하고 있어도 조합마다 부과에 대한 정관이 다르므로 보험료 액수가 조합마다 다르게 발생하였다. 즉 아래 <표5-12>에서 보는 바와 같이 전출입 등으로 조합이 변경될 때마다 보험료가 달라 많은 민원이 제기되었으며 보험료에 대한 국민불만을 초래하는 계

87) 한림대 사회과학연구소, “지역의료보험통합의료보험료 부과체계”, 「의보동향」 1998. 9, p. 15

기가 되었다. 이는 동일한 부담능력을 가진 사람은 동일한 보험료를 부담해야 한다는 보험료 부담의 수평적 형평성(horizontal equity) 원칙에 어긋나는 것이다.⁸⁸⁾

<표5-12> 동일소득, 재산기준의 보험료 부담의 조합간 차이 비교

(단위 : 원)

구 분	서울강남구 조 합		서울강서구 조 합		성남중원구조합 (중소도시)		군산시조합 (시·군통합)	
	등급	보험료	등급	보험료	등급	보험료	등급	보험료
세 대 당 기본보험료	-	2,500	-	3,000	-	1,500	-	2,300
피보험자당 기본보험료	-	1,800	-	2,500	-	1,500	-	2,000
소득 보험료	9	5,900	12	10,900	14	9,700	14	14,200
재산 보험료	18	12,400	22	24,300	25	20,800	22	20,200
자동차 보험료	3	4,000	3	4,000	3	4,000	3	4,000
세대당 보험료 합계	32,000		52,200		42,000		48,700	

자료 : '98년 각 조합 정관 기준

위<표5-12>에서 보는 것처럼 부담의 형평성을 야기하는 이유는 지역조합을 시·군·구별로 설립하고 보험료를 시·군·구별로 부과하기 때문에 발생하는 현상이다. 소득과 재산수준이 높은 소위 '부자조합'은 보험료 수준이 낮는데 비해 소득과 재산 수준이 낮은 소위 '가난한 조합'의 경우에는 오히려 보험료가 높아지는 현상이 나타나게 되었다.

동일한 소득과 재산을 가진 경우에 거주지를 달리하는 경우에 보험료가 달라지는 것도 문제이지만 사회경제적 수준이 낮은 지역거주자의 보험료 부담이 사회경제적 부담이 높은 지역거주자에 비해 더 높은 보험료를 부담하고 있다는 사실이 보험료 부담이 형평성을 크게 훼손하고 있다.

88) 양봉민, "국민건강보험제도의 1년의 성과", 「건강보험동향 제25호」, 2001. 6, pp. 17~18

나. 직장조합의 보험료 부과방식

통합전 직장의료보험의 보험료 부과는 표준보수월액×보험료율을 산정하여 보험료를 산정하였으나 표준보수월액이 산정과 보험료율이 조합마다 다르고 특히 상여금이 포함여부에 따라 조합간 보험료는 심한 차이를 보이고 있다.

<표5-13 > 통합전후 직장가입자 보험료 업무비교

구 분	의료보험(통합전)	건강보험(통합후)
○보수의 범위	<ul style="list-style-type: none"> ○ 근로자가 근로의 대가로 받는 임금, 수당, 등의 금품 - 비정기적, 보상적 성격의 임금을 제외한 통상임금 기준 - 퇴직금, 학자금, 상여금, 보상금, 휴일근무수당 및 비정기적 시간외, 야간근무 수당 등은 보수에서 제외 - 조합정관상 부득이한 경우에는 운영위원회의결로 상여금을 보수에 포함시킬 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 근로의 제공으로 인하여 받은 봉급,급료, 보수, 세비, 임금, 상여, 수당과 이와 유사한 성질의 금품 - 실비변상적인 금품을 제외한 총 보수 기준 - 퇴직금, 가입자 본인의 학자금, 현상금, 번역금, 원료료 및 소득세법 규정에 의한 비과세 소득은 보수에서 제외(직급보조비 포함)
○보험료율	<ul style="list-style-type: none"> ○ 법정범위 - 직장 : 2~8% - 공교 : 3~8% ○ 실제적용 - 직장 : 3~6%(3.92%) - 공교 : 5.6% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 법정범위 - 8%이내의 범위 ○ 실제적용 - 직장 : 3.63% - 공무원 : 3.63%

자료 : 국민건강보험공단, 「사업장 업무편람」, 2000

조합주의 방식하에서는 직장조합의 재정상태 및 피보험자의 크기 등에 따라 보험료의 산정대상이 되는 소득이 범위가 조합마다 상이하였기 때문에 소득에 비례하여 보험료를 부과해야하는 사회보험의 기본원리를 충족시키지 못했다. 따라서 조합별로 보험료율과 표준보수가 총보수에서 차지하는 비율이 크기에 따라 같은 보수를 받고 있음에도 실제 보험료가 4.25배 차이나는 사례도 있었다. 즉, 실질소득이 크기에 무관하게 보험료가 결정되어 동일조건외 근로자간에도 조합을 달리 하는 경우에는 보험료가 달라 형평성을 상실하고 있다. 아래<표5-14>에서 볼 수 있듯이 같은 보수(250만원)

을 받는 근로자의 보험료가 4배이상 차이가 나고, 소득이 3배나 차이가 나는 근로자가 같은 보험료(3만원)를 내는 경우도 발생하였다.

<표5-14> 불공정한 보험료 부과 의 예

구분	총보수	보험료		구분	총보수	보험료	
		현행 보험료	통합시 보험료			현행 보험료	통합시 보험료
□□은행 근로자	250만원	30,480원	62,500원	○○은행 근로자	227만원	30,000원	56,825원
☆☆기업 근로자	250만원	129,514원	62,500원	◇◇기업 근로자	76만원	30,000원	19,125원

자료 : 국민의료보험관리공단, 「의료보험통합자료집」, 1999

또한 사업장 변경시 마다 조합이 바뀌게 되고 보험료가 달라 국민 불신을 초래하고, 특히 대체적으로 중소기업근로자는 대기업근로자 보다 평균소득이 낮은데도 소득이 낮은 중소기업근로자가 <표5-15>에서 보는 것처럼 대기업근로자 보다 소득비례보험료를 더 부담하는 현상이 발생함으로 인하여 보험료 부과의 형평성을 크게 훼손하고 있다.⁸⁹⁾

<표5-15> 기업 규모별 보험료율 비교

(단위: 천원)

기업규모	평균보수월액 (A)	의료보험보수월액 (B)	적 용 율 (B/A)	보험료율	상대보험료율
대기업	2,850	1,700	59.6%	3.0%	1
중소기업	1,160	985	87%	3.0%	1.5

자료: 국민의료보험관리공단, 「월간 의료보험」, 1999. 9월호, p. 7

이러한 현상은 조합마다 보험료율이 다른 것도 한 요인이지만 보험료율이 동일하다 하더라도 평균보수월액을 산정함에 있어서 대부분의 조합에서 상여금이 제외되기 때

89) 국민의료보험관리공단, 「의료보험통합자료집」, 1999, pp. 20~21

문이다. 따라서 대기업인 경우 상여금이 높은데도 표준보수월액 산정에서 제외되기 때문에 실질적인 의료보험료는 낮을 수 밖에 없다. <표5-16>는 사업장규모별 기본급 대비 상여금 등 비율을 나타낸 것이다.

<표5-16>은 사업장 규모별 기본급여 대비 상여금 등 비율

(단위 : 명, %)

종업원수	평균	4인이하	5~15	16~49	50~99	100~299	300~499	500~999	1,000이상
상여금등 비율	452.90	250.00	305.45	341.40	414.99	498.34	519.73	572.74	750.00

자료 : 노동부, 「'96년 노동통계연감」, 1997

3) 건강보험 지역 통합보험료 부과체계

가. 부과체계의 특징⁹⁰⁾



(1) 단일보험료 부과체계의 구축

조합주의 관리체계에서 조합별로 상이한 보험료 부과체계를 지역 의료보험 전체 피보험자를 대상으로 하는 단일보험료 부과체계로 전환하였다. 이는 피보험자의 보험료 부담능력에 대한 객관적인 지표들을⁹¹⁾ 활용하여, 피보험자가 속한 조합과 지역에 상관없이, 통일된 보험료의 부과기준을 마련함으로써 인하여 비용부담의 형평성과 분배의 정의가 이루어 질 수 있는 여건을 마련하였다.

(2) 보험료부담의 형평성 실현

통합의료보험은 종래 조합방식의 의료보험제도가 지니고 있던 부담의 비형평성 문

90) 국민의료보험관리공단, “지역의료보험 통합보험료부과체계”, 「최근의보동향」, 1998. 창간호, pp. 5~6

91) 가입자의 성별, 연령별, 재산, 자동차, 장애여부 등 평가요소와 과세소득에 의한 가산요소를 고려하여 평가소득 점수를 산출하고 있다.

제를 개선하여 의료보험제도의 목적적 가치를 실현할 수 있도록 보험료 부담의 수직적 형평성과 수평적 형평성을 달성할 수 있도록 하였다. 수직적 형평성은 종래 조합간의 경계선을 넘어 전국적 차원의 국민계층간 부담의 형평성을 이루도록 하는 것이고, 경제적 능력에 상응하는 보험료를 부담토록 함으로서 사회연대성의 기능을 발휘하도록 하는 것이다.

구체적으로는 경제적 능력상 여유가 있는 고소득층이 상대적으로 더 부담하고, 능력이 부족한 저소득층이 상대적으로 덜 부담하도록 하여 공동체적 사회안전망을 구축하도록 하는 것을 말한다. 수평적 형평성은 종래 조합별로 각기 다르게 적용하던 기준을 통일함으로써 동일한 조건의 국민이면 전국 어디에서든 동일한 보험료를 부담할 수 있도록 만드는 것이다.

(3) 보험료부과의 합리성

지역의료보험의 통합보험료 부과모형은 약 780만 세대의 전국 피보험자에게 적용할 수 있는 하나의 합리적인 기준을 만들어야 하므로 보험료부과 업무를 자료에 근거하여 합리적으로 처리할 수 있도록 설계하였다. 특히 조합주의 당시에는 국세청이 소득자료나 건설교통부의 재산, 토지 자료 등의 전국적인 자료를 확보하기가 어려워 상당수 자료가 누락되어 보험료 형평부과에 많은 어려움이 있었으나 통합공단은 단일 전산망을 이용하여 자료를 신속 정확하게 연계할 수 있어 객관적이고 타당성 있는 자료를 근거로 보험료 부과를 할 수 있으며, 조합주의의 기타소득 보험료처럼 직원에 의하여 임의적으로 조정할 수 있는 것을 배제하도록 하였다.

(4) 기본보험료의 폐지 및 평가소득 보험료설정

조합 당시 기본보험은 세대당과 피보험자에 의해서 정액으로 부과하는 것으로 고령이든 미성년자든 노동능력이나 생활능력에 관계없이 동일한 금액으로 인두세 형식으로 부과하였으나 통합의료보험 보험료 부과는 기본보험을 폐지하고 의료보험의 기본원리의 능력비에 초점을 맞춰 소득이 없는 세대에 대해서도 성별, 연령별, 장애여부 등 여러 가지 요소를 고려하여 평가소득 보험료를 설정하여 보험료 부과기준을 마련하고 있다.

(5) 보험료 경감기준을 대폭 확대

조합당시는 장애인 등 극히 제한적으로 시행하던 보험료 경감기준을 통합보험료 부과에서는 저소득세대, 오벽지, 도서지역에 대한 보험료의 경감대상과 경감율을 대폭확대 최고 보험료의 50%까지 경감하고 있다. 즉 농어촌 지역거주자(22%), 도서·벽지거주자(50%), 저소득세대인 노인세대, 모자가정세대, 부자가정세대, 55세 이상 여자 단독세대, 소년소녀 가장세대, 장애인세대 중 소득과 재산 정도에 따라 10~30%를 경감하고 화재·부도, 만성질환, 전체소유재산 압류자, 경매중인 재산 등과 재해경감의 규정을 두어 보험료 납부에 대한 부담을 덜어주고 있다.

나. 통합보험료 부과요소 및 등급결정⁹²⁾

(1) 과세소득보험료

과세소득이 연간 500만원 초과 과세자료가 있는 세대에 적용하며, 종합소득⁹³⁾·연금·근로·농지소득 금액에 평가율을 곱하여 산출한 금액을 합산한 금액으로 과세소득 보험료의 등급표상 해당 등급을 결정하며 70등급으로 구분하여 최고 소득금액이 39,400만원이다.(1등급 380점, 70등급은 9,104점)

(2) 평가소득보험료

과세소득이 없거나 연간 500만원 이하인 세대에 성별·연령별, 장애여부, 재산 및 자동차 등의 요소로 평가점수를 산출하여 점수에 따라 30등급으로 구분하고 있다. (1등급 20점, 30등급 372점)

92) 국민건강보험공단, 「건강보험 실무교재」, 2000, pp. 125~129

93) 소득세법상의 사업소득, 근로소득, 이자소득, 배당소득, 임대소득, 일시적재산소득, 기타소득을 포함한다.

<표5-17>생활수준 및 경제활동 참가율 구간별 점수표 94)

()은 점수임

구 분		1구간	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
가입자의 성 및 연령 별	남성	20세 미만, 65세 이상 (1.4)	60세 이상 65세 미만 (4.8)	20세 이상 30세 미만, 50세 이상 60세 미만 (5.7)	30세 이상 50세 미만 (6.6)	-	-	-
	여성	20세 미만, 65세 이상 (1.4)	60세 이상 65세 미만 (3.0)	25세 이상 30세 미만, 50세 이상 60세 미만 (4.3)	20세 이상 25세 미만, 30세 이상 50세 미만 (5.2)	-	-	-
재산(만원)	300 이하 (1.8)	300 초과 600 이하 (3.6)	600 초과 1,000 이하 (5.4)	1,000 초과 2,000 이하 (7.2)	2,000 초과 5,000 이하 (9.0)	5,000 초과 10,000 이하 (10.9)	10,000 초과 (12.7)	
자동차 (연간세액)	6만4천원 이하 (3.0)	6만4천원 초과 10만원 이하 (6.1)	10만원 초과 21만원 이하 (9.1)	21만원 초과 40만원 이하 (12.2)	40만원 초과 55만원 이하 (15.2)	55만원 초과 66만원 이하 (18.3)	66만원 초과 (21.3)	

자료 : 국민건강보험공단, 「지역의료보험료 부과지침」, 2002년도



(3) 재산보험료

재산자료가 있는 전 세대에 공통으로 적용되며, 건물, 종합토지, 선박·항공기, 등의 과표재산 가액과 전·월세 보증금 등에 평가율을 곱하여 산출된 금액을 합산한 금액에 대하여 재산의 등급표상 적용등급을 적용하며 50등급으로 구분하고 있으며 최고 50등급의 재산과표는 200,000만원이다. (1등급 22점, 50등급 1,328점)

(4) 자동차보험료

자동차가 있는 세대에 대하여 적용하며 자동차세를 기준으로 차종, 배기량, 적재량에

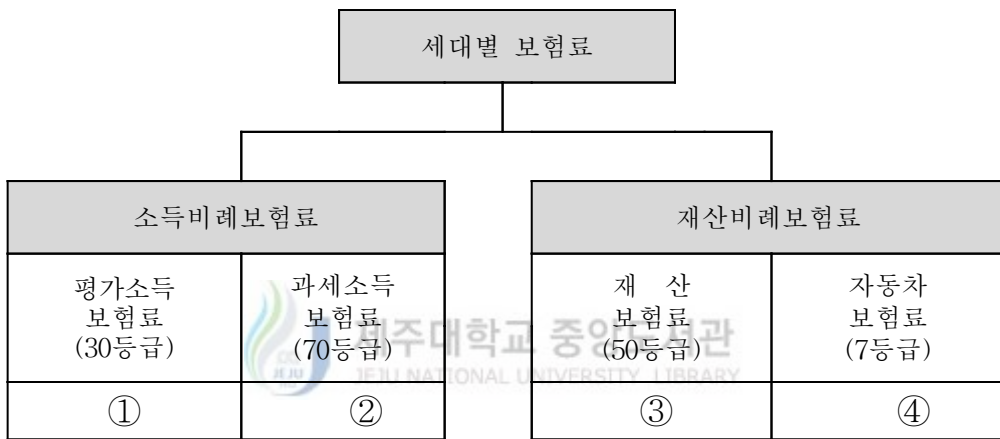
- 94) 1. 자동차 연간세액은 지방세법 제196조의5 제1항의 규정에 의한 자동차세의 표준세율에 의하여 산출한 금액을 기준으로 한다.
2. 장애인복지법의 규정에 의하여 등록된 장애인 및 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제4조 제1항 제4호·제6호·제10호·제12호 또는 제14호에 규정된 국가유공자는 성·연령에 관계없이 1구간으로 적용한다.
3. 재산 및 자동차가 없는 세대는 재산 및 자동차에 대하여 점수를 부과하지 아니한다.

따른 지방세법상 연간세액에 사용연수를 고려하여 자동차의 등급표상 적용등급을 결정하며 7등급으로 구분하여 사용연수에 따라 3년 단위로 20%씩 감액 적용하고 있다.

다. 새로운 통합보험료 부과모형

1) 기본모형

<그림5-1>보험료 부과 기본모형도



※ 세대별 보험료는 소득비례보험료와 재산비례보험료를 합산함.

- 과세소득이 없거나 과세소득이 500만원 이하인 경우 : ① + ③ + ④
- 과세소득이 500만원을 초과하는 세대의 경우 : ② + ③ + ④

즉 과세소득이 없거나 과세소득이 있더라도 500만원 이하인 세대에 대해서는 생활수준 및 경제활동 참가율을 감안한 평가소득 보험료(30등급)와 재산비례보험료인 재산보험료(50등급)와 자동차 보험료(7등급)의 등급별 적용점수를 합산한 부과표준 소득의 등급별 적용점수에 점수당 보험료를 곱하여 산정하고, 과세소득이 500만원 초과하는 세대에 대해서는 과세소득보험료(70등급)와 재산비례보험료인 재산보험료(50등급)와 자동차 보험료(7등급)의 등급별 적용점수를 합산한 부과표준 소득의 등급별 적용점수에 점수당 보험료를 곱하여 산정한다.

라. 세대별 보험료의 결정과정⁹⁵⁾

「1단계」

총보험료 부과목표액 결정	
$[(\text{법정급여비} + \text{임의급여비}) - \text{보험료 국고부담금}] / \text{징수율} + \text{준비금적립금} + \text{예비비} + \text{조정금} + \text{감면} \cdot \text{경감액} (\text{지역, 세대 등})$	

「2단계」



세대당 부과목표액 결정	
$\text{총 보험료 부과목표액} \div \text{총 세대수}$	

「3단계」



부과 요소별 보험료 배분비율 결정			
소득비례보험료		재산비례보험료	
과세소득 보험료	평가소득 보험료	재 산 보험료	자 동 차 보험료

「4단계」



부과 요소별 보험료 등급표 결정			
소득비례보험료		재산비례보험료	
과세소득 보험료	평가소득 보험료	재 산 보험료	자 동 차 보험료

자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험실무교재」, 2000

세대별 보험료의 결정과정을 살펴보면 1단계인 총보험료 부과목표액은 지역가입자 세대별로 부과하는 보험료의 총액으로 부과목표액 결정은 보험료로 지출요인인 법정

95) 건강보험공단, 「건강보험 실무교재」, 2000, p. 132

급여비와 임의급여비, 수입요인인 국고부담금을 예상하고 징수율 등을 감안하여 결정한다. 또한 건강보험법의 규정에 의한 법정준비금과 예비비를 산정하고, 보험료 부과후 조정금액과 감면·경감금액 등을 고려하여 총보험료 부과목표액을 결정한다.

2단계인 세대별 부과목표액 결정은 앞서 결정한 총보험료 부과목표액을 전체의 가입세대수로 나누어 세대당 부과해야될 보험료를 결정한다.

3단계인 부과요소별 보험료 배분비율 결정은 소득·재산·자동차 등의 자료 파악을 등을 감안하여 부과요소별로 보험료를 배분하는 과정을 말한다. 마지막으로 부과요소별 보험료 등급표 결정은 부과요소별로 배분된 보험료를 가지고 요소별로 등급표 및 등급점수를 부여하는 과정이다.

2)보험료 산정방법

지역보험료의 산정은 가입자의 소득·재산·자동차 등의 유무에 따라 평가소득보험료, 과세소득보험료, 재산보험료, 자동차보험료로 구분하여 해당 등급에 따른 적용점수를 산정하여 합산한 부과표준소득 적용점수에 적용점수당 보험료 금액을 곱하여 산정한다.

즉 $\text{부과표준소득(적용점수)} \times 106.7\text{원(적용점수당 금액)} \Rightarrow 2002. 1\text{월 부과기준}$
보험료 인상등 보험료 변경시 적용점수당 금액을 조정하여 보험료를 산정하고 있다.
보험료 산정을 예시하면 과세소득이 500만원 이하인 경우 ①과세소득이 500만원 이하이고 1959년생 남자와 1963년생 여자 그리고 1993년생과 1995년생의 자녀, 재산과표가 1,500만원, 1499cc 승용차를 갖고 있는 경우 평가소득보험료(1959년생 남자 6.6점+1963년생 여자 5.2점+자녀2명 $1.4 \times 2 = 2.8\text{점}$ +재산가산점 7.2점+자동차가산점12.2점)는 33.6점의 등급구간에 해당하는 348점과, 재산보험료 110점, 자동차 보험료 59점을 합산한 517점을 부과 표준소득금액의 적용점수에 적용한 518점에 점수당 보험료 106.7원(2002. 6월 현재)을 곱하면 55,270원을 월 보험료로 납부하게 된다.

②과세소득이 500만원이상이 경우로 과세소득이 950만원이고, 재산과표가 5,500만원 자동차가 2,000cc초과 2,500cc미만이라고 하면 과세소득 등급점수 494점, 재산등급 점수 350점, 자동차 등급점수 155점을 합한 999점을 부과표준 소득금액의 등급별 적용점수는 985점에 점수당 보험료 106.7원을 곱하면 105,100원을 월 보험료로 납부하게 된다.

<표5-18> 부과표준소득의 등급별 적용점수(법제31조의2관련)

등급	부과표준소득(점수)		적용점수	등급	부과표준소득(점수)		적용점수
1	40 이하		35	51	1,031	- 1,080	1,055
2	41	- 50	45	52	1,081	- 1,130	1,105
3	51	- 60	55	53	1,131	- 1,190	1,160
4	61	- 70	65	54	1,191	- 1,250	1,220
5	71	- 80	75	55	1,251	- 1,310	1,280
6	81	- 90	85	56	1,311	- 1,370	1,340
7	91	- 100	95	57	1,371	- 1,440	1,405
8	101	- 110	105	58	1,441	- 1,510	1,475
9	111	- 120	115	59	1,511	- 1,580	1,545
10	121	- 130	125	60	1,581	- 1,660	1,620
11	131	- 145	138	61	1,661	- 1,740	1,700
12	146	- 160	153	62	1,741	- 1,830	1,785
13	161	- 175	168	63	1,831	- 1,920	1,875
14	176	- 190	183	64	1,921	- 2,010	1,965
15	191	- 205	198	65	2,011	- 2,110	2,060
16	206	- 220	213	66	2,111	- 2,210	2,160
17	221	- 235	228	67	2,211	- 2,320	2,265
18	236	- 250	243	68	2,321	- 2,430	2,375
19	251	- 265	258	69	2,431	- 2,550	2,490
20	266	- 280	273	70	2,551	- 2,680	2,615
21	281	- 300	290	71	2,681	- 2,810	2,745
22	301	- 320	310	72	2,811	- 2,950	2,880
23	321	- 340	330	73	2,951	- 3,090	3,020
24	341	- 360	350	74	3,091	- 3,240	3,165
25	361	- 380	370	75	3,241	- 3,400	3,320
26	381	- 400	390	76	3,401	- 3,570	3,485
27	401	- 420	410	77	3,571	- 3,740	3,655
28	421	- 440	430	78	3,741	- 3,920	3,830
29	441	- 460	450	79	3,921	- 4,120	4,020
30	461	- 480	470	80	4,121	- 4,320	4,220
31	481	- 505	493	81	4,321	- 4,530	4,425
32	506	- 530	518	82	4,531	- 4,750	4,640
33	531	- 555	543	83	4,751	- 4,980	4,865
34	556	- 580	568	84	4,981	- 5,230	5,105
35	581	- 605	593	85	5,231	- 5,480	5,355
36	606	- 630	618	86	5,481	- 5,750	5,615
37	631	- 655	643	87	5,751	- 6,030	5,890
38	656	- 680	668	88	6,031	- 6,330	6,180
39	681	- 705	693	89	6,331	- 6,640	6,485
40	706	- 730	718	90	6,641	- 6,960	6,800
41	731	- 760	745	91	6,961	- 7,300	7,130
42	761	- 790	775	92	7,301	- 7,660	7,480
43	791	- 820	805	93	7,661	- 8,030	7,845
44	821	- 850	835	94	8,031	- 8,430	8,230
45	851	- 880	865	95	8,431	- 8,840	8,635
46	881	- 910	895	96	8,841	- 9,270	9,055
47	911	- 940	925	97	9,271	- 9,730	9,500
48	941	- 970	955	98	9,731	- 10,200	9,965
49	971	- 1,000	985	99	10,201	- 10,700	10,450
50	1,001	- 1,030	1,015	100	10,701 이상		11,000

자료 : 국민건강보험공단, 「지역보험료 부과지침」, 2002년도

다. 통합보험료 부과체계의 형평성 효과 분석

(1) 지역보험료의 형평성

통합이후 지역보험료의 부과에 대해 부담의 형평성과 이로 인한 소득재분배 현상을 통계적으로 살펴보면 전체세대의 보험료 변화를 비교해 보면 보험료 부담이 낮아지는 세대가 62.5%, 높아지는 세대가 37.5%로 나타나고 있다. <표5-19>에서 보는 바와 같이 보험료의 변동현황을 분석해보면 보험료가 높아진 37.5% 중에서도 50%이상 보험료가 높아진 세대가 전체세대의 5%이상을 차지하고 있으며 100%이상 높아진 세대도 1.4%로 보험료의 수직적 형평성이 달성되었음을 알 수 있다. 이는 중전의 보험료 부과체계에서 소득 재산의 보험료 구간을 소폭으로 한정하고 소득·재산의 상한액을 낮게 설정했기 때문이다.

<표5-19> 통합후 보험료 변동현황

(단위 : %)

증감구간	낮아진 세대	높아진 세대
계	62.5	37.5
10%미만	18.0	13.8
11-20%	17.5	8.1
21-30%	14.1	5.3
31-40%	8.0	3.3
41-50%	3.2	2.1
51-100%	1.7	3.5
100%이상	0	1.4

자료 : 국민의료보험관리공단, 「지역의료보험 통합보험료 부과체계」, 1998

<표5-20>는 보험료 금액구간별 보험료 증감세대 분포율을 나타낸 것으로 보험료가 증감이 많을수록 높아진 세대의 보험료 비율이 현저히 높아지고 있어 보험료의 수직적 형평성이 이뤄지고 있음을 알 수 있다.

<표5-20> 보험료구간별 보험료 증감세대 분포율

(단위 : %)

보험료구간	평균	1만원 미만	1-1.5	1.5-2	2-2.5	2.5-3	3-3.5	3.5-4	4-4.5	4.5-5
낮아진세대 비율	62.5	84.2	76.2	72.6	64.4	56.7	52.5	49.4	47.0	44.3
높아진세대 비율	37.5	15.8	23.8	27.4	35.6	43.3	47.5	50.6	53.0	55.7

보험료구간	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-1 1	11-1 2	12-1 3	13-1 4	14-1 5	15만원 이상
낮아진세대 비율	41.1	35.0	25.6	19.7	13.3	6.9	2.6	0.8	0.2	0.2	0.1
높아진세대 비율	58.9	65.0	74.4	80.3	86.7	93.1	97.4	99.2	99.8	99.8	99.9

자료 : 국민의료보험관리공단, 「지역의료보험 통합보험료 부과체계」, 1998

<표5-21>은 보험료 증감액별 세대 구성비를 나타낸 것으로 보험료가 10,000원이하 변동세대가 87.1%이고, 10,000원 이상 증감세대가 전체세대의 12.9%로 이는 보험료부과에 있어 형평성이 많이 개선되었음을 보여주고 있다.

<표5-21>보험료 증감액별⁹⁶⁾ 세대구성비

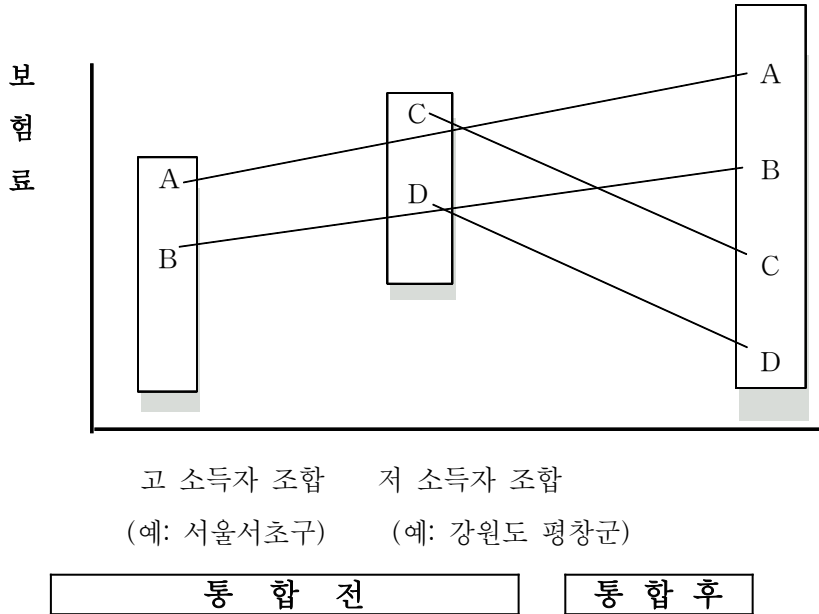
증 감 액		세대구성비(%)	누적구성비(%)
높 아 진 세 대	100,000원이상 증가	0.03	0.03
	100,000원이하 "	0.35	0.38
	50,000원 "	0.27	0.65
	40,000원 "	0.50	1.15
	30,000원 "	1.17	2.32
	20,000원 "	4.47	6.79
	10,000원 "	8.03	14.82
	5,000원 "	22.65	37.47
낮 아 진 세 대	5,000원이하 감소	39.84	39.84
	10,000원 "	16.56	56.40
	20,000원 "	5.49	61.89
	30,000원 "	0.55	62.44
	40,000원 "	0.08	62.52
	50,000원 "	0.01	62.53
			100

자료 : 국민의료보험관리공단, 「지역의료보험 통합보험료 부과체계」, 1998

통합 건강보험의 보험료 부과율의 변화를 도표로 나타내 보면 <그림5-2>와 같이 A,B와 같은 고소득 조합의 보험료는 올라가고, C,D와 같은 저소득 조합의 보험료는 상대적으로 내려가 보험료의 수직적 형평성이 달성되고 있음을 알 수 있다.

96) 5,000원이하 증감세대의 비율 : 62.49% , 10,000원이하 증감세대의 비율 : 87.08%
10,000원이상 증감세대의 비율 : 12.92%(증가6.79% ,감소6.13%)

<그림5-2> 통합의료보험보험료 변화 모형



자료 : 김용익, “국민건강보험의 의의와 과제”, 「의보동향 제7호」, 1999

지역건강보험의 통합보험료 부과체계는 종전보험료 부과체계의 문제점을 개선하고 ①전국 통일기준의 적용, ②경제적 능력의 반영, ③사회계층간의 형평성 확보 측면에서는 종전보다 개선된 효과를 나타내고 있으나 객관적 소득자료가 완벽하지 않은 상태에서 간접적인 방법으로 소득능력을 추정하는 보험료 부과체계는 추정능력의 한계만큼 한계성을 가지고 있다.

(2) 직장 보험료의 형평성

직장건강보험의 보험료도 앞서 살펴보았듯이 표준보수월액과 보험료율이 조합마다 달라 형평성을 결여해 왔으나 통합이후 보험료는 총보수액을 기준으로 통일하여 전국적으로 동일한 보험료율을 적용함으로써 소득이 같으면 전국 어느 사업장이나 동일한 보험료를 부과하고, 또한 공무원도 직장 사업장과 동일한 기준과 동일한 보험료율을 적용함으로써 수평적 형평성을 달성하였다.

<표5-22> 직장조합을 통합했을 때 소득계층별 보험료 변동

(단위:원,%)

보수월액	해당 인구		보험료 평균 변동내용	
	피보험자(명)	구성비(%)	평균변동액(원)	변동율(%)
계	4,801,081	100	-	-
52만원 미만	652,445	13.6	11,099원 이하	50.6% 이하
52 - 75 만원	662,933	13.8	6,413원 이하	28.8% 이하
75 - 100만원	636,823	13.3	4,650원 이하	17.7% 이하
100 - 126만원	595,961	12.4	2,701원 이하	8.8% 이하
126 - 154만원	562,888	11.7	538원 이하	1.5% 이하
154 - 199만원	693,209	14.5	2,943원 인상	7.2% 인상
199 - 249만원	438,233	9.1	7,234원 인상	15.0% 인상
249 - 303만원	279,875	5.8	12,384원 인상	22.1% 인상
303만원 이상	278,714	5.8	26,817원 인상	35.4% 인상

자료 : 건강연대, 「국민의료보험의 의의와 과제」, 2000

<표5-22>에서 보는 것처럼 통합 건강보험 보험료 부과는 표준보수월액이 낮은 세대는 보험료가 현저히 낮아지고 표준보수월액이 높은 세대는 보험료가 상대적으로 인상되었다. 특히 표준보수월액이 52만원 이하인 저소득 계층은 50.6%의 보험료가 인하된 데 반해 보수월액이 303만원 이상인 고소득 자는 보험료가 35.4% 인상되었다. 이는 조합주의 관리방식에서 저소득자가 상대적으로 많은 보험료를 부담하고, 고소득 가입자가 보험료를 덜 부담했다는 사실을 보여주며, 보험료의 수직적 형평성이 개선되었고, '보험료 부과'의 정당성이 높아진 것을 잘 나타내고 있다.

또한 건강한 사람이 아픈 사람을 돕고, 고소득자가 저소득 자를 돕는 의료보험의 기본원리가 적용되게 된 것이며 이는 지금까지 조합주의 방식에 의해 왜곡되고 있던 원칙을 올바르게 세우는 과정에서 필연적으로 나타나는 현상이며, 의보통합은 바로 이것을 위해 추진했던 것이다.

<표 5-23> 사업장규모별 보험료 증감 변동

사업장 규모	보험료		증감	
	현행	통합 후	증감액	증감율
10인 미만	35,550원	29,092원	-6,458원	-18.17%
10-30인 미만	34,701원	28,856원	-5,845원	-16.84%
30-100인 미만	33,197원	29,555원	-3,642원	-10.97%
100-300인 미만	32,755원	31,707원	-1,048원	-3.20%
300-500인 미만	35,343원	37,517원	+2,174원	+6.15%
500-1000인 미만	36,824원	40,400원	+3,576원	+9.71%
1000인 이상	39,880원	49,938원	+10,058원	+25.22%

자료 : 건강연대, 「국민의료보험의 의의와 과제」, 2000

<표5-23>는 사업장 규모별 보험료 부과를 통합 전·후를 비교한 표이다. 표에서 알 수 있듯이 보험료 변동을 사업장 규모별로 보면 10인 내지 30인 미만의 영세업체의 경우 평균 16.2%, 30내지 100명 미만의 중소기업은 평균 11.0%의 보험료 인하가 이루어지는 반면, 1,000명 이상인 대기업의 경우 평균 19.4%의 보험료가 인상되어 직장건강보험 통합으로 보험료 부담의 형평성이 개선되었음을 확인해주고 있다. 이는 대기업 근로자가 중소기업 근로자 보다 소득이 높은 점을 감안하면 대기업 피보험자의 보험료가 인상되고 중소기업 피보험자의 보험료가 인하되는 것은 통합이후 보험료 부담의 수직적 형평성이 제고되었음을 잘 보여 주고 있다. 이밖에도 2001년 7월 1일부터 소득있는 피부양자를 피부양자에서 제외하여 지역가입자로 전환하였고, 5인미만 사업장 근로자와 1개월 이상 고용 직장근로자를 직장가입자로 편입함으로써 보험료 부과 형평성을 한층 제고시켰다.

이상의 내용을 종합해 볼 때 건강보험의 보험료 부과에 있어서 통합전의 조합주의 관리방식에 비해 지역가입자인 경우 전국 어느 지역에서나 동일한 조건에서는 보험료가 동일하고, 직장가입자(공무원포함)인 경우 총보수월액을 기준으로 동일한 보험료를

을 적용하여 보험료를 산정함으로써 동일한 수준이 보수를 받는 가입자는 전국적으로 동일한 보험료를 납부함으로써 보험료 부과 수평적 형평성을 달성하였다.

또한 소득이나 재산이 많은 지역가입자의 보험료 부과 폭을 대폭 확대함으로써 저소득 자는 보험료를 적게 고소득 자는 보험료를 많이 내도록 보험료의 부과체계를 개선하였고 직장가입자인 경우도 소득이 낮은 중소기업 가입자는 보험료를 적게 대기업 가입자는 보험료를 많이 납부하게 함으로써 보험료 부담의 형평성을 개선하였고 소득 재분배 효과를 가져와 사회정의 실현에도 기여했다고 평가할 수 있다.

4. 國民便益 增進 및 民願서비스 提高

오늘날 행정서비스에 대한 국민의 기대욕구는 날로 증가하고 있고, 고객에 대한 최고의 서비스는 공사부문을 막론하고 중요한 조직 생존전략이 되고 있다. 건강보험의 경우에도 가입자의 서비스 욕구는 점점 커지고 있고 특히 건강보험의 출범에 따라 국민의 기대수준은 한층 높아지게 되었다.⁹⁷⁾ 따라서 현대의 행정은 국민의 신고의무 보다는 확인행정을 실현하여 국민의 편익을 증진시키는 방향으로 나가야 할 것이다. 또한 건강보험이 국민편익을 증진시키고 서비스를 제고하기 위해서는 기존의 조합주의 관리방식에서는 제도적으로 상당한 한계를 드러냈으며 통합을 주장하는 한 원인이 되기도 하였다.

1) 통합전 민원서비스 실태

통합전 조합주의 관리방식에서는 지역조합인 경우 시·군·구 단위로 조합을 구성하여 전국에 227개 조합이 조직되었고, 직장인 경우도 지구조합 또는 단독조합을 포함하여 139개 조합으로 구성되어 조합마다 각기 독립된 독립채산제를 적용하였고 전산망 구축에 있어서도 조합단위로 운용되었기 때문에 다음과 같은 문제점이 있었다.

첫째, 거주지 이전마다 가입자가 자격 및 부과 자료 등을 관할 조합에 신고해야만 하고 타 조합에서는 업무처리가 불가능하였다.

97) 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001, pp. 48~49

둘째, 여행 등 타 지역에 있을시 의료보험증이나 고지서를 분실한 경우 타 조합에서 발급이 불가능함으로써 불편을 초래했다.

셋째, 조합간 자격 및 업무가 제대로 연계되지 않아 자격누락자가 상당수 발생하는 요인이 되고 업무처리 및 가입자 불편이 가중되었다. 연간 4,200천 건의 보험자간 이의 신청이 발생하였다.

넷째, 직장이나 공·교공단 자격상실시 지역조합에 반드시 신고해야 하는 불편함과 자격변동사유가 발생시 마다 의료보험증을 재발급 받아야 하는 등 불편이 따르고 엄청난 행정이 낭비가 되고 있다. <표5-24>는 97년 종별간 자격변동을 현황을 나타낸 것으로 자격변동율은 연간 1,196만 건에 달하고 있으며 특히 가입자 인구가 많은 도시 지역인 경우 자격변동이 심하게 나타나 자격변동으로 인한 행정력과 행정비용이 낭비되었음을 알 수 있다.

<표5-24> '97년 종별간 자격변동율 현황

(단위: %, 만명)

구분	지역			직장		
	계	도시	농어촌	계	공동	단독
변동율	53.68	55.93	40.69	84.79	100.66	29.77
자격변동자	1,196	1,044	152	499	461	38

자료 : 의보연대회의, 「의보연대회의 활동보고서(상)」, 1999

다섯째, 지역단위로 진료권(전국을 중진료권 138개 진료권으로 나누었음)이 설정되어 있어서 거주지역에서 1차 진료를 받고 담당의사의 진료의뢰서를 발급받아 타지역의 대진료권(전국을 8개 대진료권으로 나눔)에서 2차 진료를 받도록 진료권이 설정되어 있어서 진료를 받는데 번거로움이 있었다.

여섯째, 조합마다 보험료에 대한 정관이 다르기 때문에 거주지 이전시 마다 보험료가 다르기 때문에 보험료에 대한 마찰과 의료보험 제도에 대한 불신이 가중되었다.

일곱째, 조합마다 재정격차가 심하여 보험급여 서비스의 확대를 저해하였다.

여덟째, 지역보험료인 경우 한 지역에서 체납하고 다른 지역으로 거주지를 이전하거

나 직장조합으로 편입될 경우 보험료 징수가 거의 불가능하였고 체납된 상태에서 계속적으로 진료를 받을 수 있음으로 인하여 가입자가 제도를 악용하는 사례가 많았다.⁹⁸⁾

아홉째, 조합이동시 마다 신고하도록 되어 있으나 고의적으로 신고하지 않은 경우 누락자가 많이 발생하고⁹⁹⁾ 누락자에 대해서 누락월부터 보험료를 소급하여 징수함으로써 인하여 민원이 다수 발생하였다.

2)통합후 민원서비스 방식

통합공단의 출범으로 보험자의 위상의 한층 강화된 반면 그만큼 책임이 강화되었다. 과거 조합주의 관리방식에서는 책임이 분산되고 책임주체도 명확하지 않은 면이 있었으나 통합체계 하에서는 모든 책임과 민원이 보험자인 공단에 귀속될 수 밖에 없으므로 공단은 신속히 대외적 상황에 대응하여야 한다. 이러한 차원에서 공단은 통합이후 체계정비와 함께 민원서비스 개선에 주력하고 있다.¹⁰⁰⁾

건강보험 통합후 민원서비스 부문에서 획기적인 변화를 가능하게 한 것은 전국단일의 초고속 전산망 구축이다. 통합이후에는 본부와 6개 지역본부 및 전국 235개 지사가 초고속망으로 연결되어 전국 모든 지사에서 실시간 정보처리가 가능하도록 전국 온라인 전산망을 구축하고 행정자치부의 주민등록 전산망과 건설교통부의 토지·재산에 대한 전산망 및 국세청의 과세자료를 전산 연계함으로써 종전의 가입자가 자격이나 부과자료 등이 변동이 발생시 직접 신고하던 사항을 공단이 직접 확인하여 처리함으로써 확인행정 위주로 국민편익을 증대시킬 수 있다. 통합이후 국민편익증진과 민원서비스 제고를 위해 변화된 내용을 세분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 종전에는 지역가입자가 거주지가 변동되거나 직장가입자가 직장퇴직 사유 등이 발생할 때마다 신고하였으나 현재는 공단이 주민등록전산망이나 공단이 자격전산

98) 일정기간 이상 보험료를 체납한 자에 대해서는 보험료 완납시 까지 의료보험 급여를 제한하였다.

99) 의료보험 통합당시 지역가입자 2,300만 가입자 중 약 5.4%의 누락자를 발취하여 일제 정리기간을 통하여 의료보험의 사각지대를 방지하였다.

100) 양봉민, 「건강보험제도 1년의 성과」, 「건강보험동향 제25호」, 2001. 6월호, pp. 22~23

망을 확인하여 자격변동 처리를 직접 함으로써 누락자와 이중자격자를 방지하고(보험자간 이중 자격자는 '97년 1,788천건, '98년 1,566천건 발생)민원불편과 행정력 낭비를 해소하고 업무효율성을 제고하게 되었다.

표<5-25>은 2001년도 공단의 자격변동자료를 가입자의 신고 없이 공단에서 처리한 결과를 나타낸 것이다.

<표5-25>2001년도 자격변동자료 사유별 처리현황

구분	자동처리건수	본부처리건수	지사처리건수	비고
계	9,803,919	6,175,909	3,628,010	
비율	100%	100%	100%	
취 득	4,379,847	3,173,090	1,206,758	
	44.7%	51.4%	33.3%	
상 실	528,631	385,026	143,605	
	12.1%	12.1%	11.9%	
주소변경	2,665,585	2,183,801	481,784	
	27.2%	35.4%	13.3%	
기재변경	221,087	173,109	47,978	
	5.0%	5.5%	4.0%	
세대구성	2,008,768	260,883	1,747,885	
	20.5%	4.2%	48.%	

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2001

이 표를 분석해보면 2001년도 연간 자격변동자료를 공단에서 자동으로 처리한 실적은 9,803,919건이다. 이중 취득인 경우 출생, 직장가입자 상실, 의료보호해제 등이고 상실인 경우 사망자, 의료보호 취득 등이며 주소변경은 전출입에 관련된 변동자료이며 세대구성은 의료보험상의 세대 합가와 별도세대 구성 등의 자료를 말한다. 조합방식에서는 이러한 자격변동 사유가 발생할 경우 가입자가 서류를 구비하여 해당조합을 방문하여 처리하였으나 통합으로 인한 단일 전산망 구축으로 자료를 자동으로 연계하고

처리함으로써 민원인의 신고의무보다 확인행정을 우선하여 가입자가 공단을 방문하는 불편을 해소하여 국민편익을 증진시키고 민원서비스를 제고하고 있으며 이중취득자나 자격누락자를 방지할 수 있다. 따라서 통합이후 이러한 자격관리 자동처리시스템¹⁰¹⁾을 도입하여 자격관리를 함으로써 방문민원을 획기적으로 감소시켜 민원인의 편익을 증진시키고 있다. 표<5-26>은 자격관리 방문민원 추이를 비교한 것이다.

<표5-26>자격관리 방문민원 추이 비교표

(단위 : 건)

구분	월간 방문민원수	비고
2000. 7 (통합당시)	987,090	
2001. 1	963,014	2000.7월대비 24,076건이 감소하여 2.4%감소
2001. 12	692,409	2000.7월 대비 294,681건이 감소하여 29.9%감소

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2000, 2001

이 표를 분석해보면 통합당시에는 자격관리 자동처리 시스템이 제대로 구축되지 않았고 주 1회 단위로 연계 처리하여 월간 987,090건이나 되는 방문민원이 발생하였고, 2001년도 중반기 이후 주2회 처리함으로 인하여 방문민원이 월 692,409건으로 현저히 감소하여 통합이후 30%이상 방문민원이 감소하였다. 표<5-27>은 2001년도 하반기 월별 자격관리 방문민원 현황을 나타낸 것으로 2001년도 하반기 이후 월별 방문민원이 지속적으로 감소 해 왔고 앞으로도 지속적으로 감소할 것으로 보인다. 이렇게 자격관리를 자동처리함으로 인하여 민원인이 편익제공은 물론이고 통합공단의 인력을 감축할 수 있는 여건을 마련하였다.

101) 가입자의 주소지 변경 등은 행정자치부의 전산망과 연계하여, 직장가입자의 자격 변동은 공단의 전산망을 이용해서 전 국민의 자격변동을 파악해서 처리하는 것을 말한다.

<표5-27> 2001년 하반기 월별 자격관련 방문민원 현황

월별	2001.7	2001.8	2001.9	2001.10	2001.11	2001.12
방문민원건수	933,107	887,293	791,338	768,484	764,002	692,409

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2001

표<5-28>은 2001년도 방문 및 유선민원 처리현황을 비교한 것으로 년도 초에 비해 년도 말에 민원 총 건수에서는 3.6%가 증가한 122,974건이 증가하였고, 전화민원은 17.1%인 334,654건이 증가하였으나 방문민원은 14%가 감소한 211,680건이 감소함으로써 종전에 민원인이 직접 공단을 방문하는 민원을 유선 등으로 대폭 해소할 수 있어 민원인의 편익을 증대하고 민원서비스 제고 효과가 나타나고 있음을 알 수 있다.

<표5-28>2001년도 방문 및 유선민원 처리현황 비교



(단위 : 건)

구분	계	방문민원	전화민원
2001. 1월	3,454,572	1,518,953	1,953,619
2001. 12월	3,577,546	1,307,273	2,270,273
증 감	122,974(3.6%증가)	211680(14%감소)	334,654(17.1%증가)

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2001

둘째, 종전에는 의료보험증, 보험료고지서, 병의원 이용과 관련된 민원사항이 발생시 관할 조합에서만 가능하였으나 현재는 전국 어느 지사에서 업무처리가 가능하다.

셋째, 종전에는 부과자료 변동(폐업 등)사유가 발생시 조합에 가입자가 자료를 제출하였으나 현재는 공단에서 전산연계 또는 해당 관청으로 확인하여 처리가 가능하다.

넷째, 1차 진료의 진료권을 폐지하여 진료의뢰서 없이 전국 어느 지역에서 진료를 받을 수 있도록 함으로써 국민편익을 증대시켰다.(전문종합병원 제외)

다섯째, 통합이후 민원인의 편익증진을 위해 방문민원 해소와 가입자의 알 권리를 신장시키기 위해 제도변경 등과 공단운영 등에 관련된 사항을 가입자에게 공지하는데 주력한 결과 상대적으로 전화민원은 증가하였다.

이러한 증가하는 전화민원을 해소하기 위해 전국단일의 대표전화(1588-1125)를 45개 지사 1,038회선을 설치하였으며, 전국 108개 지사에 전화자동응답시스템(ARS)을 설치하여 24시간 민원업무 조회 및 처리시스템을 구축하였다.

또한 6개 지역본부 단위로 건강보험 종합안내센터(call center)를 설치하여 전문상담 요원에 의한 민원집중처리로 전화민원 문제를 해결하려고 하고 있다.

여섯째, 민원불편을 해소하기 위해 업무처리를 대폭 개선하여 시행하고 있다. 퇴직시 소득세원천징수영수증 첨부를 생략하여 직장가입자 퇴직시 업무처리를 간소화하고, 고지서 통신란 등 이용 보험료 증감내역 통보, 정부의 주민전산망과 공단의 자격D/B를 연계하여 민원인이 신고없이 2~4일 안에 처리할 수 있는 자격변동자 전산자동처리체제 구축, 직장·지역간 자격처리 즉시처리시스템 구축, 직장가입자 EDI(Electronic Data Interchange)방식으로 확대하여 종전 공교 사업장에서 일반사업장으로 확대하고 우편 또는 내방에 의해 처리하던 업무를 온라인방식으로 처리함으로써 민원불편을 해소하고 있다.

또한 직장가입자의 피부양자인 경우에도 종전에 사업장이나 기관을 달리할 경우 공단에 신고하였으나 배우자와 20세미만인 자녀에 대해서는 피부양자를 자동으로 연계함으로써 인하여 가입자의 편익을 제공하고 있다.

일곱째, 통합정보시스템을 구축함으로써 인하여 사이버민원 서비스를 확대하였다. 사이버민원인 경우 공단 홈페이지(www.or.kr)는 물론이고 인터넷을 이용한 진료내역통보 서비스(www.e-health.or.kr)를 가입자 개인별로 가입하도록 유도하여 개인의 진료내역의 확인은 물론이고 건강보험증 재발급, 고지서재발급, 자동이체, 각종 환급금, 건강검진 업무를 처리하고 있으며, 2002년도 상반기 현재 전국 요양기관의 85%가 전국가입자의 30%정도가 가입되어 가입자에게 민원서비스를 제공하고 있다.

여덟째, 종전의 기다리는 민원서비스에서 찾아가는 민원서비스 체제로 민원서비스

변화를 가져왔다. 전국133개 지사에 이동민원실을 설치하여 월2회 운영하고 있으며, 장애인 및 노약자에 대한 전문전담직원을 두어 민원을 안내, 상담하고 긴급민원처리 사안에 대해서는 민원인 가정을 직접방문 처리하는 민원인 후견제 및 가정방문제를 실시하고 있다.

아홉째, 2002년 7월부터 건강보험증 및 자격확인서 발급을 폐지하여 민원불편해소 및 예산절감 효과를 증대시킬 예정이다. (연간 건강보험증1,600만건, 자격확인서 57만건 발급)

마지막으로 요양기관에 대한 민원서비스 효과도 상당한 변화를 가져왔다. 종전에 요양기관은 보험자가 다수로 인하여 진료비 청구시 지역·직장 등 종별에 따라 진료비 명세서를 나누어서 청구하였으나 통합이후 진료비명세서를 나누지 않고 청구할 수 있다. 청구방법에 있어서도 통합 전에는 주로 진료비명세서를 출력하여 청구하였으나, 통합이후는 대다수 요양기관이 전산 디스켓 청구나 EDI(Electronic Data Interchange)청구를 하고있다¹⁰²⁾ 전산 디스켓 청구나 EDI 청구는 진료비명세서 청구방법보다 신속하고 정확하므로 진료비 지급을 신속하게 처리할 수 있다.

또한 수진자가 건강보험증을 미지참할 경우 통합전에는 수진자의 해당조합으로 일일이 확인하여야 하므로 매우 불편하였다. 통합이후는 단일보험자이므로 자격확인이 전국 어느 지사에서나 가능하고 ARS자동응답시스템 등을 이용해서 자격확인이 가능하도록 시스템을 구축하였다. 특히 공단에서 제공하는 인터넷을 이용한 진료내역 서비스(www.e-health.or.kr)를 활용하여 요양기관에서 가입자의 자격을 직접 확인하여 진료할 수 있도록 함으로써 요양기관은 물론이고 가입자의 편의를 도모하고 있다. 또한 진료비 청구분에 대한 지급내역 등을 직접 확인할 수 있도록 전산망을 구축하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 건강보험의 통합이후 국민편익 증진 및 민원서비스 제고 측면과 요양기관 등에 대한 민원서비스 제고 등 여러 측면에서 가시적인 효과가 나타나고 있다. 특히 방문민원이 획기적으로 감소하고 있으며, 또한 전국 어느 지사에서나

102) 2002년 5월말 현재 총 요양기관 63,144기관 중 EDI청구가 47,517개 기관으로 전체 요양기관의 75%, 디스켓 청구가 10,903개 기관으로 전체 요양기관의 17.2%를 차지하고 있다. 디스켓과 EDI청구를 합하면 58,420개 요양기관으로 전체 요양기관의 92.2%로 대다수 요양기관이 디스켓과 EDI청구를 하고 있음을 알 수 있다. (건강보험심사평가원 내부자료)

민원을 처리할 수 있고 정보화 시대에 발맞춰 사이버 민원처리도 획기적으로 증가하고 있다. 따라서 가입자인 국민의 불편과 불만을 해소하기 위한 이러한 민원서비스의 확충은 통합된 제도가 가져온 커다란 변화라고 할 수 있다. 이러한 민원서비스의 변화는 국민의 호응을 얻기 위한 변화이며 또한 조직의 효율화를 위하여 필요한 과정이며, 동시에 통합된 공단의 생존에 관련된 변화이기도 하다. 따라서 통합공단은 민원서비스 제고를 위해 지속적인 업무개선을 위한 노력을 기울여야 할 것이다.

5. 制度運營의 民主性

제도운영의 민주성에 대해서는 조합주의 주장자와 통합주의 주장자가 서로 다른 견해를 보이고 있다. 조합주의 주장자들은 조합주의 장점 중에서 주민의 대표를 운영위원회 등에 참여하여 조합자체의 자율권이 최대한 보장되고, 제도운영의 민주적으로 운영되고 있으며 의료보험이 통합되면 조직의 거대화와 관료화로 비민주적일 수 있다는 주장을 하고 있다.

그 내용을 살펴보면 비교, 경쟁대상이 없는 단일조직은 관리운영이 방만해지고 비효율적이며 독단으로 흐르기 쉽다는 것이다. 통상적으로 생각하더라도 중앙집권적인 단일보험자 방식보다는 다보험자 방식인 조합주의 방식이 분권화되고 지방화되어 있기 때문에 가입자를 비롯한 이해관계인이 의견을 충분히 수렴할 수 있고 제도운영이 민주적이라고 생각하기 쉽다. 왜냐하면 최소한 외형적인 구조는 분명히 제도운영에 가입자의 대표와 이해관계인을 조직운영에 참여시키고 운영위원회의 의결을 거치도록 되어 있어 통합 의료보험인 단일보험자 방식의 중앙집권적인 구조보다는 제도운영의 자율성과 민주성이 보장된 것처럼 보이나 실질적인 면에서는 큰 차이를 보이고 있다.

실질적으로 지역의료보험조합의 운영위원은 20~24명으로 구성되어 있었지만 주로 읍·면·동 단위의 주민의 대표로 건강보험에 대한 전문가가 거의 전무한 상태로 조합운영의 정책결정 등에는 한계가 있었다. 또한 직장조합인 경우도 <표5-29>에서 보는 바와 같이 운영위원 구성에 있어서 사용자 측과 근로자 측이 대등하게 구성된 것처럼 보이나 실질에 있어서는 사실상 대부분 사용자측 대표자로 구성되어 있음을 알 수 있다.

<표5-29>직장조합 운영위원 구성비율 ('98.10.31일 현재기준임)

구 분	총 수	사용자측	근로자측		사실상 사용자측 구성비
			사실상사용자측	실질적근로자측	
공동조합	906	457	418	31	96.6%
단독조합	843	416	253	174	79.4%
계	1,794	873	671	205	88.3%

자료 : 의보연대, 「의보연대 활동보고서(하)」, 1999

또한 조합주의에서 가입자와 이해관계인의 참여형태로 구성된 운영위원회를 구성하여 민주적인 방법으로 그들의 의견을 최대한 수렴하여 조합운영에 관한 정책을 결정한다고 하나 조합의 실질적인 특성 등에 관계없이 획일적인 수많은 규칙이나 규정에 따라 운영되었다. 따라서 극히 한정된 사항에 대해서만 권한을 행사할 수 있었기 때문에 실질적으로 민주적인 방법으로 제도를 운영하였다고 볼 수는 없다.

이러한 이유 등으로 우리나라의 조합방식 의료보험은 엄격한 의미에서 조합방식이라 보기 힘들다.

보험자의 자율성과 독립성, 그리고 조합원에 의한 자치운영은 정부가 정한 의료보험 법령의 규제와 정부의 지도감독을 받아 일정한 범위 내에서만 인정되었기 때문이다. 조합방식을 합리화하는 자치재정, 자치운영, 정부의 재정부담 감소 등의 논리가 현실적으로 제대로 구현되었다고 보기 어렵다.¹⁰³⁾ 물론 조합주의 제도에서도 위원회 등에 가입자와 이해관계인을 제도운영에의 참여가 여러 경로에서 가능하였으나 주로 정부 주도적인 위원회 형태였으며 그 구성에서 가입자의 효과적인 제도 참여가 어려웠던 것이 사실이다.¹⁰⁴⁾

103) 조합주의 당시에도 조합마다 운영위원회가 있었으나 정부가 정한 의료보험관계 법령이나 기준 등의 제약으로 능동적으로 제도운영에 참여하지 못하였으며, 대표이사 선출과정 등에 많은 문제점들을 갖고 있었다.

한국사회보장제도의 문제점 중의 하나는 제도의 정책결정이나 운영과정에서 가입자나 이해관계인의 참여가 극히 형식적으로 이루어지고 있다는 점이며, 실질적으로 배제의 양상을 띠고 있다. 구 의료보험제도 하에서도 조합주의 최대 장점이라 주장했던 지역주민이나 노동자, 사용자 등의 조합운영 참여조차도(의료보험조합운영위원회) 사실상은 형식에 불과했다는 점이 관리운영기구에의 형식적 참여의 전형적인 표현이라 볼 수 있다.

건강보험이 통합되어 통합공단의 출범하면서 나타난 제도개혁 중 가장 괄목한 만한 변화는 건강보험 가입자와 보험자, 의료관계인, 정부가 보험제도의 운영과 정책결정에 직접 참여하고 의견개진을 할 수 있다는 것이다. 건강보험의 대한민국의 모든 국민을 포괄하는 제도인 만큼 의사결정과정의 민주적인 절차는 건강보험 제도의 발전을 위하여 필수적인 요건이다. 서구의 경우에도 가입자나 사용자 등 이해관계인이 다양한 형태로 관리운영에 참여하고 있다.

사회보장제도 운영에서 가입자와 이해관계인이 참여는 재원 부담자와 의료제공자, 제도의 관리자로서 당연한 권리인 동시에, 조직의 관료주의의 방지와 관리운영 및 재정운영의 투명성을 확보하고 견제와 균형을 이룸으로써 조직의 효율적 운영, 관리운영 기구의 위상을 확보하는데 매우 중요한 메카니즘으로 작용하고 있다.

국민건강보험에서는 <표5-30>에서 보는 바와 같이 국민건강보험의 주요 정책결정 차원(건강보험심의조정위원회), 관리운영기구 차원(국민건강보험공단 이사회), 그리고 재정운영 차원(재정운영위원회)등에서 가입자나 이해관계인의 참여를 대폭 확대시키고, 제도화시켜 실질적인 공단경영의 민주성과 합리성 및 이해집단간의 공평성을 기하고 견제와 균형을 유지하기 위해 각계 각층의 인사로 구성되었다는 점과 형식적이 아닌 실질적인 제도운영에 참여라는 점에서 상당한 진전을 이룩하였다.¹⁰⁵⁾

104) 양봉민, “건강보험제도 1년의 성과”, 「건강보험동향 제25호」, 2001.6월호, pp. 24~25

105) 김연명, “국민건강보험 관리운영의 과제”, 「정책토론회」, 1999

<표5-30> 국민건강보험 주요 기구의 위원 구성현황

제도의 차원	주요 기구	위원(이사)의 구성
정책수립 및 변경	건강보험심의조정 위원회(20인)	노조대표(2), 사용자대표(2), 보험자(1), 건강보험심사원(1), 의약계대표(6), 공익대표(6)
관리운영기구	국민건강보험공단 이사회(16인)	노조대표(2), 사용자대표(2), 농어업인(2), 소비자단체(2), 공단이사장 추천(4), 관계공무원(4)
재정운영	재정운영위원회(30인)	노조(5), 사용자(5), 농어민·도시자영자·시민단체추천(10), 관계공무원및 공익대표(10)
정책심의	건강보험정책 심의 위원회(25인)	보건복지부차관, 가입자 대표위원(8인), 의약계대표위원(8인), 공익대표위원(8인)
진료비심사	건강보험심사평가원 이사회(16인)	의약계(5), 공단(3), 심사원장 추천(3), 가입자대표(5)

자료 : 국민의료보험관리공단, 「최근의보동향」, 1999(제3호)

또한 통합공단에서는 위원회 구성에 있어서도 정책수립, 관리운영, 정책심의, 진료비심사 등과 관련하여 각 위원회의 고유 기능을 수행할 수 있도록 기능별로 위원회가 구성되어 있다.

건강보험의 통합이후 설치된 각 위원회의 기능을 위원회 별로 살펴보면

- 가. 건강보험조정심의위원회 : 건강보험 요양급여 기준, 요양급여비용 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부 장관 소속하에 둔다.(건강보험법 제4조, 위원장은 보건복지부 차관)
- 나. 국민건강보험공단 이사회 : 공단의 주요사항을 심의의결하기 위하여 공단에 이사회를 둔다(건강보험법 제24조) 이사회의 주요 심의·의결사항으로 ①사업운영계획 및 공단운영의 기본방침에 관한 사항 ②예산 및 결산에 관한 사항 ③정관변경에 관한 사항 ④보험료 등에 관한 사항 ⑤준비금 기타 중요재산의 취득·관리 및 처분에 관한 사항 ⑥규정의 재정·개정에 관한 사항 ⑦차입금에 관한 사항 ⑧보험급여에 관한 사항 ⑨기타 공단운영에 관한 중요사항
- 다. 재정운영위원회 : 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정위원회를 둔다.(건강보험법 제31조①항)재정위원회는 다음 각 호의 사유로 보험재정에 중대한 변화가 발생한 때에는 이를 반영하여 해당 가입자의 보험료율의 변경이나 보험료의 조정 등에 관한 사항을 심의·의결하여

야 한다

- ① 보험급여비용 쪼는 보험료 수입의 변동으로 보험재정이 악화될 때
- ② 법정 준비금으로 적립할 금액이 부족할 우려가 있을 때
- ③ 천재지변 또는 이에 준하는 사유가 발생할 때(건강보험법 시행령 제16조)

라. 건강보험정책심의위원회 : 국민건강보험법 제4조 및 동법 제31조 제1항(보험료의 조정에 관한 사항에 한한다.)의 규정에 불구하고 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 건강보험정책심의 위원회를 둔다.(국민건강보험 재정건전화 특별법 제3조)

- ① 국민건강보험법 제39조제2항의 규정에 의한 요양급여의 기준
- ② 국민건강보험법 제42조제3항의 규정에 의한 요양급여비용
- ③ 국민건강보험법 제62조제4항의 규정의 의한 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액
- ④ 국민건강보험법 제65조제1항의 규정의 의한 직장가입자의 보험료율
- ⑤ 그 밖의 대통령령이 정하는 건강보험에 관한 중요사항.

각 위원회마다 보험자는 물론이고 노동조합의 대표, 사용자대표, 의약단체, 농어민, 자영자, 시민단체 및 공익을 대표하는 위원으로 구성되어 있어 각계각층의 의견을 반영할 수 있고 각 위원회가 기능에 따라 다양하게 구성되어 있는 것은 의료보험 통합 후의 큰 변화라 할 수 있다. 이들 위원회의 운영에 있어서도 정부의 일방적 독주를 적절히 견제하면서 국민의 이익을 우선적으로 고려하여 의사결정이 이루어지고 있다.

이는 장기적으로 의료보험 제도의 발전을 위해서 필요한 진보적 개선이다. 예를 들면, 2000년도 재정운영위원회의 보험료 인상에서 16차 회의까지 가는 논의과정을 걸쳐 국민적 합의를 도출했으며, 2002년 보험료 인상과정에서도 수 차례의 재정운영위원회의 회의를 거쳐 최종적으로 찬반투표를 거쳐 보험료 인상을 처리했던 것은 근래 보기 드문 현상으로 국민을 위한 의료보험제도의 전망을 밝게 해주고 있으며 가입자와 이해관계인들이 참여함으로써 민주적으로 제도를 운영하고 있으며 적절한 견제와 균형의 조화를 이루어 나가는 것이라 할 수 있다.

그러나 조합주의 방식에서는 형식에 불과할지언정 지역단위에서 제도운영에 참여할

수 있는 ‘명목의 틀’이 존재하였다.(예, 조합운영위원회의) 통합관리운영방식은 의사결정과 제도운영에 있어서 중앙집권화를 전제로 하고 있기 때문에 사업장 단위와 지역 단위에서 이해관계인의 참여의 폭이 제한될 수밖에 없는 구조이다. 이런 의미에서 지역 혹은 사업장단위에서 이해관계인의 참여를 유도하기 위해 국민건강보험공단의 지사(혹은 지역본부)에 지역 혹은 사업장 단위의 주요 대표자와 의료인 등이 제도적으로 참여할 수 있는 틀을 적극적으로 구상해 볼 필요성이 있다.¹⁰⁶⁾

6. 統合 健康保險 施行上의 問題點

지금까지 건강보험의 통합주의 관리방식으로 제도변경 후 나타난 긍정적인 효과들을 중심으로 건강보험 통합의 효과를 분석하였다. 건강보험의 통합은 긍정적인 면만 있는 것은 아니다. 통합으로 인한 긍정적인 효과도 크지만 통합 건강보험의 시행과정에서 나타난 문제점들도 지적할 수 있다.

건강보험 통합과정과 통합 후에 예상하지 못했던 문제점이 일부 나타나고 있다. 통합 건강보험이 이러한 문제점들을 극복하지 않으면 통합 건강보험으로 발전할 수 없으며 통합에 따른 효과의 극대화도 기대할 수 없다.

현실적으로 통합 건강보험의 시행과정에서 실제로 나타난 문제점들을 몇 가지로 요약해 보면 대체로 다음과 같다.

1) 조직의 불안정을 들 수 있다.

조직의 불안정 요인은 크게 나누어 이질적 집단간의 물리적 통합으로 구성원구성, 기형적인 인력구조 형태, 극심한 노사분규 등으로 인한 노사관계의 불안정을 들 수 있다.

①이질적 집단으로 구성원 구성

공단은 종전 227개의 지역조합, 139개의 직장조합, 공·교공단, 연합회 등 오랜 기간 서로 다른 조직환경에서 근무해온 이질적인 조직문화를 가진 직원들로 구성됨으로 인하여 구성 집단간의 갈등이 잠재하고 있다. 통합당시 조직구성원의 구성을 살펴보면

106) 김연명, “국민건강보험 관리운영의 과제: ‘배제’의 정치에서 ‘동반자적’ 정치로”, 「최근의보동향 1999년 제3호」, pp. 35~39

지역조합 64.9%, 직장조합 28.4%, 공·교공단 5.1%, 연합회 1.6%등 구성집단이 다양하였으며, 조직원들의 업무경험, 조직문화 등의 차이에서 오는 집단간 이질성은 통합공단의 운영과정에서 구성집단간 심각한 갈등으로 표출될 위험성이 항상 내재하고 있다.

특히, 통합후 공단내 3개 노동조합(후에 직장과 공·교노동조합이 직장노동조합으로 통합되어 현재는 지역과 직장의 2개 노동조합으로 구성됨)의 병존에 따라 서로 다른 노동조합을 배경으로 이해 관계의 충돌 등 집단간 갈등은 조직운영에 커다란 장애요 소로 작용하고 있다.¹⁰⁷⁾

②기형적인 인력구조

2002년 현재 공단의 정원은 10,454명으로 이중 4~50대가 40%, 30대가 52%, 20대가 8%이다. 또한 5급은 2,235명이 과원인 반면, 6급은 1,691명이 결원으로 이것은 통합과정에서 지속적으로 정원을 축소하고 97년도 이후 신규인력 충원을 중단함으로 인하여 공단의 인력구조가 노령화 및 직급간 인력 불균형이 심화되었다. 향후 인력구조를 개편하지 않을 경우 일정기간이 지난 후 동시 퇴직에 따른 업무공동화 현상 등 심각한 문제가 예상되고 있다.

③ 노사관계의 불안정

현재 통합 공단의 노동조합의 현황은 민주노총 산하인 전국사회보험노동조합(주요 구 지역의료보험조합 직원으로 구성)과 한국노총 산하인 건강보험공단 직장노동조합이 양대 노조로 구성되어 있다. 양대 노동조합은 의료보험의 통합 전부터 민주노총과 사회보험노동조합은 건강보험 통합을 주장하였고, 한국노총과 직장노동조합은 건강보험의 통합을 반대하였다.

한 조직에 노선이 다른 2개의 노동조합의 상존함으로 인하여 노사간의 갈등과 노노간의 갈등 등으로 조직의 응집력을 약화시키는 한 요인이 되고 있으며, 통합 후 노동조합의 매년 반복되는 과업으로 노사관계가 매우 불안정한 상태이다.

2) 업무구조의 이원화로 인력운용과 업무의 비효율적이 면이 다소 나타나고 있다.

통합 공단은 조직구조의 일원화에도 불구하고 업무구조에 있어서는 일부 업무에서는 업무구조가 이원화됨으로 인하여 기능별보다는 통합전 관리대상자를 중심으로 업무를 편재함으로 인하여 조직내 구성원간의 갈등과 조직내 인력운영의 효율성과 유연

107) 건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001, pp. 43~45

성을 상실하고 있다.

즉, 본부의 지역관리실과 직장관리실, 지역노사협력부와 직장노사협력부, 지역본부와 지사의 지역관리부와 직장관리부로 편제되어 지역업무 관련 부서는 지역출신으로 직장관련 부서는 직장출신으로 가입자별 조직분리 형태의 업무분장으로 인하여 상호협조가 안됨은 물론이고 유사업무를 분리 수행함으로 인하여 효율성이 떨어지며 민원들의 욕구를 제대로 반영하지 못하고 있다.

따라서 향후 인력 및 직제 조정에 있어서는 업무의 기능중심으로 재편하여 업무를 일원화하고 효율성을 높여 나가야 하겠다.

3) 보험재정의 불안정과 재정구조의 이원화이다.

보험재정은 건강보험 사업을 지속적으로 유지 발전시켜 나가기 위한 필수적인 요소이며 보험재정이 안정은 건강보험의 있어서 정책결정과정에서 가장 중요시 해야할 핵심사항이다. 그러나 건강보험의 통합이후 보험재정이 바닥을 드러냄으로 인하여 국민들에게 불안감을 안겨 주었고 현재 정부와 공단이 보험재정 안정을 위해 혼신의 노력을 하고 있다. 보험재정의 불안정은 통합의 결과라고 보기는 어렵다. 하지만 현재 통합공단이 안고있는 가장 큰 문제가 보험재정의 안정이다.

보험재정의 불안정은 아래 <표5-31>에서 보는 바와 같이 1995년도 이전에는 보험재정이 안정적으로 운용되었으나 1996년부터 수진율이 증가, 급여범위 확대, 인구 노령화, 수가인상 등으로 보험급여비 지출이 급격하게 증가하여 단기적자를 보인 후 1999년 8,691억원의 적자를 보였고 2000년도에도 1조원 이상의 적자를 발생하였다.

<표5-31>건강보험재정수지현황

(단위 :억원)

구분	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
수입	41,162	46,038	54,354	63,255	72,967	78,491	86,923	95,294
지출	33,638	38,693	50,537	64,132	76,787	87,092	95,614	105,384
당기수지	7,524	7,390	3,817	△877	△3,820	△8,601	△8,691	△10,090
수지율	81.7	84.0	93.0	101.4	105.5	110.9	110.0	110.6

자료 : 건강보험공단 내부자료, 2001

특히 <표5-32>에서 보는 바와 같이 65세 이상의 노인인구의 증가로 노인 의료비의 증가는 10년간 10배를 지출함으로 인하여 보험재정 안정에 큰 부담으로 작용하고 있다.

<표5-32>노인의료비 지출현황

구분	1990	1995	2000	증가지수(1990=100)
노인급여비 (구성비)	1,621억원 (8.6%)	4,892억원 (12.8%)	1조5,821억원 (18.0%)	976 -
노인대상자 (구성비)	196만명 (4.9%)	248만명 (5.6%)	302만명 (6.6%)	154 -

자료 : 국민건강보험공단, 「2000년 건강보험통계연보」, 2001

또한 보험재정의 불안정은 자연증가 적인 수진율이 상승도 있으나 의약분업과 잦은 수가 인상으로 인한 효과가 가장 큰 비중을 차지한다고 볼 수 있다 <표5-33>은 건강보험수가 인상율을 나타낸 것이다.

<표5-33>년도별 건강보험 수가 인상율

(단위 : %)

시행일	1995.4.1	1995.12.10	1997.1.7	1997.9.1	1998.7.1	1999.11.15	2000.4.1	2000.7.1	2000.9.15	2001.1.1
인상율	5.8	11.82	5.0	9.0	3.5	9.0	6.8	9.2	6.5	7.03

자료 : 국민건강보험공단, 「2000년 건강보험통계연보」, 2001

표에서 알 수 있듯이 1995년도 이후 지나치게 잦은 회수로 건강보험수가를 인상했으

며 1998. 10. 1일 1차 통합 후 2000.7.1일 2차 통합과 의약분업 실시를 전후하여 2년여 사이 42.03%를 인상함으로 인하여 건강보험수가가 지나치게 인상되었음을 알 수 있으며 이러한 요인들이 병합하여 보험재정이 불안정한 요인이 되고 있다.

일부 조합주의를 주장한 자들은 건강보험 통합으로 징수율이 하락 등으로 보험재정의 불안정을 초래했다고 주장하고 있으나 통합으로 인한 직접적인 원인은 아니며 징수율 면에서도 통합당시 IMF등 국내 경제 전반에 걸친 경제침체 현상일 뿐 1999년도 92.7%, 2000년도 89.6%에서 2001년도 98.5%를 달성함으로써 징수율이 점차 회복되어 2002도에는 100%(현금수지)이상을 징수할 것으로 예상되어 통합전 수준에 도달해 있음을 알 수 있다.

<표5-34>지역보험료 징수율 변동추이

구분	통 합 전		통 합 후		
	'99년	2000.1~6월	2000.3/4	2000.4/4	2001
누적징수율	92.7%	90.1%	82.6%	95.1%	98.5%

자료 : 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001

보험료 징수율 변동추이를 분석해 보면 2000년 3/4분기는 통합초기 업무 미정착과 노동조합의 파업 등으로 징수율이 하락하였고, 2000년 4/4분기는 노사분규타결 및 징수특별대책 시행으로 징수율이 상승하였고, 2001년도에는 조직의 안정과 더불어 징수율도 상승하고 있음을 알 수 있다. 보험재정구조의 이원화도 문제이다. 원래 통합당시 직장가입자의 재정과 지역가입자의 재정을 일원화하여 사회연대성을 전 국민적 연대로 확대하는 것이 통합이 근본 취지였으나 정치권의 반대로 재정이 분리 운영됨으로 인하여 건강보험의 완전통합을 이루지 못하고 있으므로 유예기간인 2003년 6월 30일까지는 보험재정의 일원화로 건강보험의 완전통합을 달성하여야 할 것이다.

4)보험료 부과체계의 복잡성과 이원화이다.

통합 건강보험의 보험료 부과체계는 보험료 부과 수평적 형평성과 수직적 형평성을 달성했다는 데에 큰 의미가 있으나 보험료 부과체계가 평가소득 보험료를 적용하기 위한 노동참가율 등을 감안한 성별, 연령별, 재산, 자동차 등에 따라 점수화하여 그 점수를 기준으로 보험료를 산정하고 있어 보험료 산정방식이 복잡·난해하여 민원이 다량발생하고 있다. 또한 직장과 지역의 이원화된 보험료 부과체계로 국민계층간 불신을 초래하고 있어 이에 대한 개선책이 시급히 마련되어야 할 것이다.

5)고질적인 전화민원 발생으로 인한 공단 신뢰 실추되고 있다.

건강보험의 단일 조직으로 통합되고 각종 자료 등이 전산연계로 인하여 공단에서 자동처리 함으로 인하여 방문민원은 대폭 감소하여 민원서비스를 대폭 개선하였으나 상대적으로 전화민원은 지속적으로 증가하고 있고 전화불통으로 인하여 공단이 위상이 약화되고 이미지가 실추되고 있는 실정이다. 특히 공단업무의 특성상 70~80%이상이 전화민원이고 대도시 지역은 전화민원 집중으로 전화민원서비스의 획기적인 대책이 강구되어야 할 것이다. 전화민원의 원인을 분석하고 업무를 개선하여 전화민원 유발요소를 사전에 차단하여 하여야 할 것이다.



第 VI 章 結論 및 提言

1. 結論

건강보험의 통합은 사회보험의 원리인 개인의 위험을 보험가입자의 전원에게 분배하는 위험분산 효과와 국민의 의료비용을 사회연대성의 원리에 따라 공동체적으로 해결할 수 있는 여건을 마련하고 소득재분배를 통하여 모든 사람이 골고루 잘 살 수 있는 사회를 만들 수 있는 사회 통합을 이룩할 수 있는 기틀을 마련하였다. 건강보험 통합은 사회보장의 제 원칙에 측면에서도 행정체계의 통합을 이루었고 통합전 조합간 재정격차로 인한 급여수준의 향상을 저해했던 요인을 제거함으로써 급여수준의 적절성과 충분성을 달성할 수 있다.

또한 가입자의 관리운영 참여도 각종 위원회에 각계각층의 가입자를 대표하는 위원으로 구성하여 관리운영에 참여하고 있으며, 사회보장의 포괄성과 사회보장의 지속차원에서도 조합주위 관리방식하에서 보다는 건강보험의 통합으로 인하여 사회보장의 원칙에 충실할 수 있다고 볼 수 있다. 건강보험의 통합으로 건강보험과 보건의료 정책에 일어나는 변화를 살펴보면 건강보험의 다보험자 방식에서 단일보험자 방식으로 관리운영체계가 일원화되어 계층간 형평성을 확보하고 사회통합을 위한 사회연대성을 강화하였으며 관리운영의 효율성과 민원서비스의 획기적인 개선, 보험료부과의 수평적 및 수직적 형평성 달성, 제도운영의 민주성과 국민의 질병치료 뿐만 아니라 예방, 재활 및 건강증진을 도모하는 포괄적 급여를 실시함으로써 「적정부담, 적정급여」 구조로 전환하고 국민건강의 향상을 기할 수 있는 보험급여의 포괄성(comprehensive benefit)보상과, 합리적인 의료보험수가 조정, 진료의 질 평가 등을 통하여 의료서비스의 질(Quality)향상을 향상시키는 등 사회보장과 보건의료 전반에 커다란 변화를 가져왔다.

결과적으로 통합방식에서의 전환은 우리나라 건강보험의 모델이 되었던 일본의 조합방식 건강보험과 결별하고 한국의 독자적인 모델을 구축했다는 데 통합의 큰 의미가 있는 것이다.

건강보험의 통합의 효과를 분석한 통합의 긍정적인 결과를 몇 가지로 요약하면 다음

과 같다.

첫째, 건강보험의 통합은 종전의 조합규모의 차이에 따른 건강보험 재정격차를 해소하여 국민간 상호연대의식을 강화하였고 적정부담 적정급여의 기틀을 마련하였다. 조합주의 관리체계에서는 조합간 격차가 심해 보험급여의 질을 높이려 해도 재정이 어려운 조합 때문에 어려움이 있었다.

둘째, 보험료의 부과체계를 생활수준이 동일한 세대에 대해서 보험료가 전국적으로 동일한 단일 보험료 부과체계를 적용함으로써 보험료의 수평적 형평성과 보험료 구간의 폭을 대폭 확대하여 저소득층에는 적게, 고소득층에는 많이 부과하여 수직적 형평성도 달성하였으며 직장보험료인 경우에도 총보수 체계를 도입함으로 인하여 동일한 소득에 대해서는 전국적으로 동일한 보험료를 부과함으로 인하여 형평성을 크게 확보하였다.

셋째, 의료보험 관리운영 조직의 조합주의 관리체계에서 보다 조직의 수를 대폭 슬림화하였고, 구조조정을 통한 인력의 대폭적인 감축과 관리운영비의 50%이상 감소로 관리운영의 효율성을 제고시켰다.

넷째, 전국단일의 조직체계로 운영함으로 인하여 민원서비스를 전국의 어느 지사에서나 처리할 수 있도록 함으로써 국민편익증진 및 민원서비스 제공에 획기적인 변화를 가져왔으며, 종전의 조합간의 업무중복 및 정산업무가 없어지고 단일 전산체계로 업무를 처리함으로 인하여 정부부처간 전산연계가 용이하고 빠르게 연계됨으로 인하여 민원인이 공단을 방문하여 신고하는 민원사항이 대폭 감소하고 공단이 확인행정을 우선으로 민원처리를 함으로써 민원서비스 제고에 획기적인 효과를 가져왔다.

다섯째, 제도운영의 민주성 면에서도 종전의 형식적이고 관료적인 형태에서 벗어나 각종 위원회에 노동조합의 대표, 사용자대표, 농어민, 자영자, 시민단체 및 공익을 대표하는 위원으로 구성되어 있어 각계각층의 의견을 적극적으로 수렴할 수 있는 여건을 마련하고 견제와 균형을 유지함으로써 우리나라의 사회보장의 진일보 할 수 있는 계기를 마련한 것은 의료보험 통합이 큰 성과라 볼 수 있다.

본 연구는 건강보험의 통합의 효과를 분석하는데 있어 건강보험의 큰 축을 이루고 있는 관리운영과 보험료의 형평성 및 민원서비스 제고 등을 중심으로 건강보험의 통합효과를 긍정적인 측면에서 분석하였다.

따라서 본 연구는 건강보험의 보험재정의 안정, 의료서비스의 질 향상과 보험급여의 포괄성을 달성하기 위한 적정급여 수급 등과 관련한 보험급여 부문의 연구는 제외된 한계를 갖고 있으며, 통합 의료보험의 시행된 기간이 짧아 각종 통계자료가 미비한 점과 선행의 연구가 거의 전무한 점, 지금도 추진중인 정책으로 정책평가의 효과분석이 시기적으로 어려운 점 등의 한계를 갖고 있으며, 문헌자료에 의한 통합전·후를 단순 비교 분석하여 실질적인 가입자의 여론의 수렴되지 못한 한계점을 갖고 있다.

아울러 통합 건강보험의 보험재정 안정과 보험급여와 관련하여 의료서비스 질 향상 방안 등과 진료비 지불제도와 취약한 공공의료의 문제 등을 포함한 건강보험 보험급여의 포괄성을 달성하기 위한 적정급여 수급 등과 지속적인 건강보험의 안정적 유지를 위한 보험재정 안정과 관련한 재정안정대책 등과 관련된 후속 연구가 필요할 것이라 생각된다.

2. 提 言

건강보험 통합이 시행된 지 2년이 지나가는 현시점에서 조합주의 관리방식에 비해 의료보험 통합에 대한 긍정적인 측면의 가시적인 효과가 나타나고 제도적으로 정착되고 있으며 일부분에 있어서는 문제점도 나타나고 있다.

따라서 앞으로 통합공단은 건강보험 통합의 긍정적인 측면을 지속적으로 제고하고 통합의 부정적인 측면인 문제점 해결에 최선의 노력을 다하여야 할 것이다.

향후 통합 건강보험의 건설적이고 지속적인 발전을 위한 통합 건강보험의 정책추진과 공단의 조직 운영과정에서 간과해서는 안될 몇 가지 사항을 제언을 하고자 한다.

첫째, 정책결정과정에서 각계각층의 다양한 의견을 반영하여야 할 것이다.

건강보험의 통합과정에서 찬성론자와 반대론자로 나뉘어 극심한 논쟁을 하는 과정에서 국민들간의 갈등과 대립이 상존하고 있고 정책적인 차원에서 조합주의 관리방식 하에서는 통합론자를 정책결정과정에서 배제하였고, 현재 통합주의 관리방식 하에서도 조합주의론자를 정책결정과정에서 배제하고 있는 것이 사실이다.

건강보험의 관리체계는 양자 모두 장단점을 가지고 있으며 서로의 단점을 보완할 때 한국형 통합 건강보험이 빠른 시일 내에 정착될 수 있으며, 정치권을 비롯한 시민단체

등 그 동안 통합과정에서 극렬한 논쟁으로 분열된 감정을 하나로 융화하는 것이 이 시점에서 매우 중요한 일이다. 따라서 통합에 반대했던 세력들도 정책결정 과정에 참여할 수 있도록 배려를 해야됨은 물론 통합에 반대했던 세력들도 이제는 맹목적인 비판만 할 것이 아니라 통합 건강보험의 발전을 위해 건전한 비판과 적극적인 제도참여가 필요할 것이다.

둘째, 통합공단이 건강보험 운영의 주체로서 위상을 확립하여야 할 것이다.

과거 의료보험조합은 보험가입자에 대한 서비스 기능이 매우 미흡하여 보험가입자인 의료소비자인 국민의 입장에서 의료보험 행정을 수행하지 못하였다. 통합공단에서는 보험자는 정치적으로 독립하여 소비자인 국민의 대리인으로서 지출을 효율적으로 억제하고 소비자의 건강을 증진하는 한편 부담을 최소화하는 역할들 담당하여야 한다. 따라서 공단을 재원조달자로서의 역할과 진료비 지불자로서의 역할, 진료비 협상자로서의 역할, 대민서비스 제공자로서의 역할을 독립적으로 수행하고 공단운영에 필요한 독립적인 정책개발을 해 나가야 할 것이다.

셋째, 조직의 안정을 최우선으로 달성해야 할 것이다.

조직의 목표란 인간의 사회집단인 조직의 실현하고자 하는 바람직한 상태, 즉 현재 조직이 지향하는 미래의 바람직한 결과 상태를 말하는 것으로¹⁰⁸⁾ 공단의 목표를 달성하기 위해서는 조직안정이 선행되어야 할 것이다. 공단을 일시적으로 이질적 집단간의 물리적 통합으로 인하여 그 구성원간이 융화되지 못하여 공단의 지향하는 목표 달성에 저해 요인의 되고 있다. 따라서 공단은 조직안정을 위해 이질적 집단간의 화학적 통합과 융화, 불안정한 노사관계의 개선, 불균형한 인력구조의 개편을 통하여 조직이 안정적으로 운영하는 데 최우선의 목표를 두어야 할 것이다.

넷째, 이원적인 업무구조를 일원화하여 조직과 인력의 효율적 운용을 하여야 할 것이다.

현재 통합 건강보험 공단의 조직은 일원화되었으나 업무구조면에서는 일부 기존 통합전 관리대상자를 중심으로 업무를 편재함으로 인하여 조직구성원간의 갈등과 민원인의 불편을 초래하고 있고 조직운용과 인력관리의 비효율성이 나타나고 있으므로 업무를 재분석하여 기능중심의 업무편재로 업무를 일원화하여야 할 것이다.

108) 이창원의 1인, 「새 조직론」(서울 : 대영문화사, 1998), pp. 361~362

다섯째, 보험재정 안정에 주력해야 할 것이다.

보험재정은 건강보험을 영위하는 가장 필수적인 요소로 보험재정 안정 없이 건강보험의 지속적인 발전은 있을 수 없다. 그러나 현재 보험재정은 매년 적자를 기록하여 파탄지경에 이르렀고, 정부의 보험재정건전화특별법¹⁰⁹⁾이 재정되고, 재정안정대책 등의 마련되어 2006년에는 보험재정이 안정적일 것으로 보인다.

보험재정이 불안정한 요인은 앞서 살펴보았듯이 노인의료비의 급격한 증가, 의료급여의 확대, 내원일수 등의 급증 등 여러 가지 요인의 작용하였고 1995년부터 매년 적자를 기록하여 누적되어왔던 것이 주 요인이며 의료보험의 통합으로 인하여 보험재정이 불안정한 것이라 보기는 어렵다. 보험재정이 안정은 건강보험재정건전화특별법과 보건복지부의 보험재정안정대책 등만으로는 달성하기 어렵고 공단의 자구노력이 반드시 따라야 할 것이다.

여섯째, 보험료 부과체계의 단순화와 일원화가 이뤄져야 할 것이다.

현재 건강보험의 지역보험료 부과체계는 너무 복잡하여 일반 가입자가 이해 하기는 너무 어려우므로 단순화할 필요가 있으며, 건강보험의 통합당시 보험료 부과체계를 지역, 직장에 관계없이 단일화할 예정이었으나 지역가입자의 소득과악율이 저조한 관계로 지역가입자는 소득, 재산, 자동차 등에 따라 부과하고 직장가입자는 소득에 따라 부과하는 보험료 부과체계가 이원화되어 보험료를 부과함으로써 인하여 국민계층간 불만 요인이 되고 있다. 따라서 현재 공단에서 부과체계의 단일화 작업을 하고 있지만 조속한 시일 내에 보험료 부과체계의 단일화를 이루어 모든 가입자에 대한 부담의 형평성을 도모하고 위험분산 효과를 확대하여야 할 것이다.

마지막으로 전화민원 해소로 민원서비스 질적 향상에 더욱 노력해야 할 것이다.

건강보험의 통합 후 종전의 조합마다 신고하던 사항을 공단에서 전산연계 등으로 확 인하여 처리하므로 방문민원이 획기적으로 감소하여 국민편익증진에 기여했으나 조직 구조의 단일화와 상대적으로 전화민원이 급증으로 인한 전화민원 집중현상으로 대 국민 서비스기관으로서의 신뢰가 실추되었다. 따라서 공단은 전화민원해소에 역점을 두 어 대 국민 신뢰를 회복하여 공단의 위상을 제고하여야 할 것이다.

109) 건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정수지의 균형을 이루도록 함으로써 건강보험제도의 발전과 국민건강증진 도모를 목적으로 법률 제6620호로 2002. 1. 19일자로 제정되었다.

◇ 參 考 文 獻 ◇

1. 국내 문헌

가. 단행본

- 국민건강보험공단, 「건강보험실무교재」, 2000,
_____, 「건강보험통계연보」, 1998, 1999, 2000,
_____, 「사업장 업무편람」, 2000,
_____, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001
국민의료보험관리공단, 「의료보험통합자료집」, 1999
노화준, 「정책평가론」 (서울 : 법문사, 1997)
문옥륜외, 「한국의료보장론」 (서울 : 신광출판사, 1990)
문창진, 「보건의료사회학」 (서울 : 신광출판사, 1997)
박광덕, 「현대 사회복지 정책론」 (서울 : 박영사, 1998)
보건복지부, 「보건복지백서」, 1990, 1999, 2000
송근원외1, 「사회복지 정책론」 (서울 : 나남출판사, 1995)
신수식, 「사회보장론」 (서울 : 박영사, 1988)
오석홍, 「조직이론」 (서울 : 박영사, 1996)
유승흠, 「의료보험총론」 (서울 : 수문사, 1990)
의료보장개혁위원회, 「의료보장개혁과 책방향」, 1994
의료보험연합회, 「초급관리자 연수교재」, 1997,
_____, 「도시지역의료보험연수교재 (Ⅲ)」, 1988,
_____, 「의료보험의 발자취」, 1997,
_____, 「의료보험제도 연수교재」, 1990, 1997
의보연대회의, 「의보연대회의활동보고서」, 1999
이대회, 「정책분석론」 (서울 : 대영문화사, 1990)
이두호외, 「국민의료보장론」 (서울 : 나남출판사, 1988)
이창원외, 「새 조직론」 (서울 : 대영문화사, 1998)
인경석, 「한국 복지국가의 이상과 현실」 (서울 : 나남출판사, 1998)

- 전국의료보험협의회, 「의료보험통계총람」, 1977
- 조해균, 「보험경영론」 (서울 : 박영사, 1976)
- 중앙대사회복지학과편, 「한국사회보장제도의 재조명」 (서울 : 한국복지정책연구소출판부, 1992)
- 최천송 「한국사회보장론」 (서울 : 한국노사문제연구협회, 1977)
- 한국보건사회연구원, 「전국민 의료보험실시를 위한 제도연구」, 1985
- 허정, 「최신보건행정학」 (서울 : 신광출판사, 1989)
- Brian Abel-smithe · 노공균, 엄기섭 譯, 「의료경제론」 (서울 : 한국경제신문사, 1986)
- NERA보고서 · 문옥륜 역 「한국의료보험의 관리체계」 (서울 : 고려의학, 1994)

나. 논문

- 강성훈, “국민의료보험 제도분석과 운영개선에 관한 연구”, 박사학위 논문, 전주대학교, 1997
- 건강연대, “국민의료보험의 의의와 과제”, 「정책토론회」, 1999
- 김병익, “한국의료보장제도가 나아가야 할 방향”, 「청년시대」, 1989
- 김연명, “국민건강보험 관리운영의 과제”, 「정책토론회자료」, 1999
- , “DJ정부의 사회복지정책: 신자유주의를 넘어서?”, 「건강보험동향」, 1999
- 김창엽, “국민의료보험에 대한 ‘올바르고 건강한 인식’을 위하여”, 「의료 보험통합자료집」, 1999
- 노화준, “정책설계에 영향을 미치는 요인과 정책설계 과정의 유형”, 「한국행정학회보」, 제23 권 제1호 1989
- 변제환, “경제체제와 의료보장제도의 조화 : 의보체제 비교”, 「한국사회복지연구소 학술토론회」, 1999
- 심정석, “한국의료보험의 관리운영 체계 개선방안”, 석사학위 논문, 경북대학교, 1989
- 양봉민, “국민건강보험제도 1년의 성과”, 「건강보험동향」, 제25호, 2001.6
- 원석조, “한국 의료보험의 정치·경제적 연구”, 박사학위 논문, 중앙대학교,

1990

이혜훈, “국민건강보험의 과제와 발전방향”, 「건강보험동향」, 제25호, 2001.6

다.기타자료

국민건강보험공단, 「국민건강보험법령집」, 2002

_____ , 「지역보험료 부과지침」, 2002

국민의료보험관리공단, 「최근의보동향」, 1998.창간호, 1999.9월호, 11월호

_____ , 「의료보험회보」, 1999년 1월호, 2000년6월호

의료보험관리공단, 「의료보험회보」, 1988년 8월호

의료보험통합추진기획단, 「1차 공청회자료」, 1998

한림대사회과학연구소, 지역의료보험 통합의료보험료 부과체계, 「의보동향」
창간호, 1998.8

www.nhic.or.kr(국민건강보험공단)

2. 외국문헌

OECD, “*Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*”, 1987

Enthoven, A. C., “*Multipie Choice Health Insurance: The Lesson and Challenges to Employers*”, INQUIRY 27, 1990

ISSA, “*Organization and Structure of Social Security Systems, Social Security Documentation*”, European Series, No.19, Geneva, 1993

Brain Abel Smithe, “*world health organization, Interregional Consultation on Health Insurance Reform*” , 1994

International Labor Organization, “*Introduction to Social Security*”, Geneva : ILO, 1984

Cook, Thomas D. and Donald T. Campbell, “*Quasi-Experimentation : Design and Analysis issues for field setting*”, Boston: Houghton Mittlin, 1979

Mohr, Lawrence B. “*Impact Analysis for Program Evaluation*”, Chicago : Dorsey Press, 1988

ABSTRACT

A Study on the Analysis of Unified Effectiveness for Health Insurance System


Kim Seok Choo

Graduate School of Public Administration

Cheju National University

Jeju, Korea

(supervised by professor Lee kyung Won)

 Korean medical insurance system was established in 1963. When the first Medical Insurance Act promulgated. Under the law, the employer and employee would equally shares payment for employee insurance on the basis of voluntary coverage. The Medical Insurance Act was amended in 1976 in a manner that requires all industries with 500 or more workers to provide insurance through insurance societies. From July 1, 1977, a total of 486 large industrial organizations established separate medical insurance societies. The series of expansion to government and private school employee in 1979 and the enlargement to self-employee in rural areas in 1988, to self-employee in urban areas in 1989 has finally initiated the era of National Health Insurance(NHI).

This while, there were so many heated debates continuing about 20 years for the manage methods in two ways of multiple corporation system or unified corporation system.

After long controversies over the managing method of NHI system, regional insurance merged with government and private school employee insurance in October 1, 1998, and workers insurance July 1, 2000 as the unified form of national health insurance system.

The main purpose of this paper is compare the management system of NHI and analyze the effectiveness of unified system of NHI. The analytic framework employs the parameters for the comparison such as ①social solidarity, ②equity of levy, ③managerial efficiency, ④the improvement of health administration service, ⑤ the improvement of civic engagement in the process of health administration.

The major findings with regard to the unified health insurance system are as follows:

First, smoothing out financial differentials and reinforced social solidarity.

Second, improvement of insurance premium's horizontal and vertical equity.

Third, attaining managerial efficiency and structural flexibility.

Forth, improvement of people's convenience and civil service due to administrative system dealing with civil petitions at every branch office all over the country.

Fifth, the higher degree of participation at various committee activities illustrates enhanced practice of democratic decision making in the management operation.

On the other side, the unified health insurance system include some problems focused in the future.

First, incoherent organization in the NHIC arouse instability.

Second, there are some inefficiency for dualistic work structure.

Third, present status of insurance finance is in unstable condition even though it is not due entirely to the unified system.

Forth, there are complexity of insurance levy structure and separation in

regional area insurance from work's insurance.

Fifth, unstable phone services lose the confidence of public corporation.

The study reaches to the conclusions and recommends propositions that conflicts and problems discovered during the debate must be dissolved for the arrangement of firm basic foundation as a successful social security system.

It is suggested that the unified system has to concern to maximize positive effect and minimize the cost stemming from the managerial intergration.

In order to have better management system, various suggestions from the relevant field of professions should be reflected in the policy making process, and make every efforts for the improvement of administrative service using proper means in terms of the corporation's capacity, such as organizational stability and financial status, and effectiveness of administrative service.

In sum, the unification of health insurance management has brought about desirable improvement and new direction of public health service in terms of people's demands in health and welfare in general.

