

석사학위 논문

국민건강보험 부과체계의 개선방안에 관한 연구

- 지역가입자 보험료 부과체계를 중심으로 -



제주대학교 행정대학원

행정학과 일반행정전공

진 창 우

국민건강보험 부과체계의 개선방안에 관한 연구

- 지역가입자 보험료 부과체계를 중심으로 -

지도교수 이 경 원

이 논문을 행정학 석사학위 논문으로 제출함



진창우의 행정학 석사학위 논문을 인준함

2002년 2월

심사위원장 (인)

위 원 (인)

위 원 (인)

< 목 차 >

제 1 장 서 론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구의 범위 및 방법	4
제 2 장 보험료 부과체계에 대한 이론적 논의	5
제1절 보험료 부과체계의 형평성에 대한 논의	5
1. 사회적 형평성	5
2. 건강보험과 형평성	8
제2절 건강보험제도에 관한 고찰	12
1. 의료의 개념적 특징과 건강보험	12
2. 건강보험의 형성과 변화	18
제3절 연구 분석의 틀	31
제 3 장 지역가입자 보험료 부과체계의 현황	34
제1절 통합전 보험료 부과체계	34
1. 부과체계 변경 배경	34
2. 지역가입자 보험료 부과체계의 변천 과정	36
제2절 현행 지역가입자의 보험료 부과체계	39
1. 보험료 부과요소	39
2. 부과요소별 보험료 결정	44
3. 지역가입자의 부과표준소득	46
제 4 장 보험료 부과체계의 문제점과 개선방안	48
제1절 부과체계의 문제점	48

1. 부담의 형평성	48
2. 소득원의 정확한 파악	58
제2절 부과체계의 개선방안	63
1. 보험료 부과등급의 세분화	64
2. 성실신고에 따른 소득평가율 조정	65
3. 연령구간 및 평가요소 확대	65
4. 지역간 재산가치 실질적 반영	66
5. 자영업자의 소득과약을 제고	67
6. 세대별 종합소득의 합산	71
7. 소득유형별 부과자료 적용의 현실화	72
제 5 장 결 론	73
참 고 문 헌	75
ABSTRACT	79
< 부 록 >	
1. 지역가입자의 부과표준소득의 등급별 적용점수	82
2. 소득등급별 점수	83
3. 재산등급별 점수	84
4. 자동차등급별 점수	85
5. 생활수준 및 경제활동참가율 등급별 점수	86



< 표 목 차 >

<표 2-1> 임의보험조합의 설립 현황	20
<표 2-2> 한국의료보험제도의 발전 연혁	23
<표 2-3> 국민건강보험법상의 주요 위원회와 그 구성	27
<표 2-4> 의료보험 진료비 및 증가 현황	28
<표 2-5> 연구 분석의 틀	33
<표 3-1> 지역가입자 보험료 부과요소별 배분율	40
<표 3-2> 성별·연령별에 따른 구간별 점수표	45
<표 4-1> 지역가입자 세대의 소득 보유 현황	50
<표 4-2> 보험료 부과요소별 세대수	51
<표 4-3> 소득종류별 소득평가율	52
<표 4-4> 성별·연령별 생활수준 및 경제활동참가율 기준 구간표	54
<표 4-5> 지역가입자의 도·농간 소득·재산자료 보유율	55
<표 4-6> 지역·직장간 재산·자동차·성연령등 비교	56
<표 4-7> 지역보험료 징수율 변동 추이	57
<표 4-8> 소득유형별 표본 분석 결과	60
<표 4-9> 자영자 세대의 연소득 구조	62
<표 4-10> 비자영자 세대의 연소득 구조	62
<표 4-11> 종합소득세 납세 인원 현황	71

< 그림 목 차 >

<그림 2-1> 통합방식 의료보험으로의 이행 과정과 모형	24
<그림 2-2> 재정통합의 연도별 이행 단계	25
<그림 3-1> 지역조합 보험료 부과체계의 기본 모형	37
<그림 3-2> 1차통합후 보험료 부과 모형	38
<그림 3-3> 현행 지역가입자 세대별 보험료 부과 모형	43

제 1 장 서 론

제1절 연구의 목적

의료보험제도는 언제 어떠한 질병에 걸려 얼마나 고통을 받게 될 것인가를 전혀 예측할 수 없는 미래 상황에 대하여 사회구성원이 공동으로 대처함으로써 자신의 미래에 대한 신체적 위험의 불확실성을 감소하기 위한 사회적 노력에서 마련된 것이라고 할 수 있다. 특히 만성 질병이 증가하고 인구의 노령화가 지속됨에 따라 질병을 치료하는 기간이 길어지고, 그에 따라 사회구성원이 부담하여야 할 치료비 또한 상승하게 되어 개인적 차원에서 건강문제를 해결하는 데에는 한계에 부딪칠 수밖에 없다. 그러므로 의료보험제도는 의료문제를 사회보장의 원칙과 사회연대성 원리에 따라 해결함으로써 모든 국민이 질병의 위험으로부터 자유로운 생활을 할 수 있도록 한다는 당위성에 바탕을 두고 있다.

우리 나라 의료보험제도는 1977년 7월에 도입되어 12년 만인 1989년 7월에 전국민을 대상으로 확대되었으며, 2000년 7월 국민건강보험이 출범하였다. 이는 건강보험 통합일원화 정책의 2단계 결과로서 건강보험 통합일원화 정책의 첫 단계는 1977년 의료보험 도입 이래 독립채산 형태의 조합별 운용방식이 1998년 10월 1일부터 227개 지역조합과 공교공단이 하나의 보험자 집단인 국민의료보험관리공단의 통합이며, 두 번째 단계는 2000년 7월 140개 직장조합까지 통합한 단일 보험자인 국민건강보험공단의 출범이다.¹⁾ 건강보험 통합일원화 정책은 의료보험의 조합단위 운영방식에 따라 종별 내부간 또는 종별간 보험료 부담의 형평성이 떨어지는 부과의 비형평성, 재정상태가 가장 열악한 조합의 형편에 맞추어 보험급여 수준을 정함으로써 나타난 조합간 재정력의 격차, 공단과 조합의 관리운영의 분리에 따른 관리운영의 비효율성에서 비롯

1) 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2000. 7, p. 20

되었다.

이러한 배경으로 출범한 의료보험의 통합, 즉 국민건강보험은 지금까지 주요한 과제였던 보험료 부과체계의 형평성, 관리운영의 효율성, 심사의 공정성과 진료의 적정성, 재정통합에 따른 적정급여·적정 보험료율 구조로의 전환, 보험급여 서비스의 확대 등을 얻을 것으로 기대되었다. 과거의 조합단위 운영에서는 동일한 소득 수준임에도 불구하고 조합별 보험료 부과 비율의 차이로 인하여 보험료 부담의 형평성 문제가 상존하였다. 그러나 국민건강보험은 봉급생활자와 자영자 모두에게 동일한 소득비례 부과기준을 적용하고 있다. 국민건강보험은 계층간·지역간 보험료 부담의 형평성을 꾀하며, 재정통합으로 그 동안 조합간 구조적 재정불균형의 심화에 따라 급여 수준을 재정이 열악한 지역조합에 맞추어져 큰 걸림돌로 작용하였던 보험급여 확대와 의료서비스 질 향상을 가져 올 수 있는 적정급여·적정보험율 구조로 전환할 것이다. 또한 관리운영 측면에서는 보험자가 국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합으로 분리되었던 것을 하나의 보험자인 국민건강보험공단으로 통합·일원화함에 따라 조직기구의 경량화, 보험업무의 혁신, 자격관리·부과자료·급여 관리 등에 대한 정보공유 시스템화 등을 통해 작고 효율적인 관리운영체계의 구축이 가능해졌다. 그리고 보험진료비의 심사와 진료의 평가 업무가 심사평가원으로 독립됨으로써 진료비 심사의 공정성과 진료의 적정성을 확보할 수 있게 되었다. 특히 건강보험은 질병의 치료뿐 아니라 산전진찰 등의 예방급여와 재활서비스 및 건강증진 프로그램 등을 포함하는 적극적이고 포괄적인 보험혜택을 받을 수 있도록 함으로써 의료서비스의 확대 기반을 마련하였다.

이러한 기대에도 불구하고 국민건강보험은 여전히 건전 보험재정의 문제, 부과체계의 형평성 문제, 관리운영체계의 효율성 문제, 진료비 심사·지불체계의 문제, 보험급여 수준의 확대 문제, 통합전산망의 문제 등이 해결하여야 할 과제로 지적되고 있다. 특히 자영자의 소득 파악에 의한 부과체계의 형평성 확보 문제는 이해 관련 집단의 집단 저항을 일으킬 가능성마저 보인다. 따라서 국민건강보험법에서는 통합의 의의를 살리면서 직장과 지역을 망라한 전국민 단일체계를 갖게 되면 부과에 있어서 형평성 제고의 극대화를 기할 수

있다는 근거에서 소득을 기준으로 피용자와 자영자의 부과기준을 단일화하였다. 이로써 과거 직장조합과 공교공단 가입자의 부과기준을 근로소득 가운데 과세대상이 되는 모든 소득으로 통일시켜 종래 문제점으로 지적되어 왔던 공교공단과 직장조합간 부담의 비형평성 및 직장조합간 총소득 가운데 의료보험 보험료 부과 비율의 차이를 해결할 수 있게 되어 직장가입자 내에서만큼은 통합으로 부과체계가 과거 의료보험제도에 비해 훨씬 더 진일보한 제도라고 할 수 있다. 또한 과거 의료보험제도 하에서는 부과대상에서 제외되어 왔던 피용자의 부양가족 가운데 자영소득이 있는 자에게도 통합으로 부과하게 됨으로써 소득이 있는 곳에 부과한다는 원칙에 더욱 충실하였다. 자영자의 경우 소득을 파악한 후 그 소득 정도에 따라 등급별 정을 부과하게 됨에 따라 그 원칙만을 놓고 본다면 직장가입자와 형평성을 유지할 수 있을 것으로 판단된다. 그러나 현실적으로 자영자의 소득 파악방법이 개발·완료되지 않았고, 특히 설사 자영자의 소득 파악방법이 개발·완료될 지라도 자영자의 소득을 직장인의 소득만큼 투명하게 파악하는 것이 부과체계의 형평성 문제를 확보하는 우선 과제란 점을 고려할 때 국민건강보험에서는 여전히 부과체계의 형평성 확보가 중요한 과제가 분명하다. 그러므로 국민건강보험이 의도한 만큼이나 충실한 제도로 정착하기 위해서는 부과체계의 형평성을 어떻게 확보하는 가로 귀결된다고 할 수 있어 국민건강보험의 부과체계가 안고 있는 문제점이 무엇인가를 심층적으로 분석하여 그 문제점을 개선할 수 있는 방안을 모색할 필요성이 제기된다.

이에 본 연구에서는 국민건강보험이 충실한 제도로 정착하는데 부과체계의 형평성 확보문제로 인식하고 국민건강보험에 있어서 부과체계의 문제점이 무엇인가를 체계적으로 분석하여 문제점을 개선할 수 있는 방안을 모색하고자 한다. 구체적으로는 국민건강보험 보험료 부과체계의 형평성에 대하여 논의하고, 우리나라 지역가입자의 보험료 부과체계를 분석한 후, 이를 바탕으로 국민건강보험 부과체계의 문제점을 부담의 형평성 확보와 소득원의 정확한 파악 측면에서 도출하여 그 개선방안을 모색한다.

제2절 연구의 범위 및 방법

본 연구에서는 국민건강보험에 있어서 부과체계의 문제점과 그 개선방안을 모색하는데 있다. 언급한 바와 같이 국민건강보험이 충실한 제도로 정착하기 위해서는 보험재정의 안정화 문제, 부과체계의 형평성 문제, 관리운영체계의 효율성 문제, 진료비 심사·지불체계상의 문제, 보험급여 수준의 확대 문제, 통합전산망의 문제 등이 산적해 있지만, 본 연구에서는 부과체계의 형평성 문제를 중심으로 살펴보고자 한다. 또한 본 연구에서는 지역가입자에 대한 보험료 부과체계를 중심으로 연구를 한정한다. 왜냐하면 직장가입자에 대한 보험료부과는 사업장근로자와 공무원·교직원에게 달리 적용하던 보험료율이 2001. 1. 1부터 단일화되었기 때문에 직장가입자의 보험료 부과에 대한 형평성 문제는 실현되었다고 볼 수 있다. 그러므로 본 연구에서는 지역 가입자에 대한 보험료 부과체계를 중심으로 국민건강보험의 형평성 문제와 그 개선방안을 연구 범위로 한다.

한편 본 연구에서는 본 연구와 관련된 국내외 선행 연구와 문헌을 수집하여 보험료 부과체계 문제를 고찰한 후, 국민건강보험에 있어서 지역가입자의 보험료 부과체계의 현황과 문제점을 분석하여 그 문제를 개선할 수 있는 방안을 모색한다. 그러므로 본 연구에서의 분석 방법은 문헌을 통한 내용 분석을 시도하고자 한다.

본 연구의 구체적인 내용은 다음과 같다

제 1장에서는 연구의 목적, 연구 범위 및 방법 등을 기술하며, 제 2장에서는 국민건강보험 보험료 부과체계의 형평성에 대하여 논의하고, 제 3장에서는 우리나라 지역가입자의 보험료 부과체계를 분석한다. 제 4장에서는 우리나라 국민건강보험 부과체계의 문제점을 부담의 형평성 확보와 소득원의 정확한 파악 측면에서 도출한 후, 그러한 측면에서 부과체계의 개선방안을 모색한다.

제 2 장 보험료 부과체계에 대한 이론적 논의

제 1절 보험료 부과체계의 형평성에 대한 논의

1. 사회적 형평성

형평성(equity)의 개념을 정의하는 것은 간단하지 않다. 때로는 공정성(fairness) 혹은 사회정의(social justice)의 개념과 거의 같은 의미로 쓴다. 형평의 원리는 “각자의 몫은 각자에게로”라는 로마의 격언에 따르는 것이다. 아리스토텔레스에 의하면 여러 개인들간의 관계에서 공정하고 마땅한 분배가 이루어진 상태를 형평성이 있는 상태로 보았으며, 돌바크(d’Holbach)는 ‘형평은 각자의 재능과 업적에 따라 대우하는 것을 의미한다’면서 정의가 곧 형평이라고 주장한다. 그는 기계적 평등은 사회정의에 어긋날 뿐만 아니라 사회공동선과 양립하지 않는다고 주장한다.²⁾ 그리고 Chitwood는 형평성의 개념을 모든 사람에게 동등한 서비스를 제공하는 것, 모든 사람들에게 비례적으로 동등한 서비스를 제공하는 것, 각 개인이 가지고 있는 어떤 특성의 현실적인 차이에 상응하도록 불균등하게 서비스를 제공하는 것 등의 세 가지 측면에서 논의하고 있다.³⁾ Ross는 동등한 접근성을 핵심적 의미로 이해하고 있으며, Levy는 동등한 기회, 동등한 결과, 시장의 형평성을 형평성의 요소로 이해하고 있다.⁴⁾

이러한 의미에서 볼 때 사회적 형평이란 모든 사람에게 동등한 것을 동등하게, 동등하지 않은 것을 동등하지 않게 처방하는 실질적 의미에서의 평등을 의미한다. 이러한 사회적 형평의 개념 속에는 ‘정당한 불평등’의 개념이 내포되어 있다. 따라서 사회적 형평의 개념으로서 분배적 정의의 핵심 문제는 어

2) 이종수 외, 「새 행정학」, 대영문화사, 2001, p. 197

3) Chitwood, S. R., “Social Equity and Social Service Productivity”, *Public Administration Review* 34, 1974, pp. 29~35

4) 안국찬, “행정서비스 전달체계의 발전방향과 전략”, 「한국행정학회 하계학술대회 발표논문집」, 2000, p. 611

떠한 불평등이 정의라는 기준에서 용인될 수 있는 불평등인가를 밝혀 내는 것이다.

행정 이념으로서의 사회적 형평성은 신행정론의 등장과 더불어 강조되기 시작했다. 신행정론자들의 주장에 따르면, 1960년대 이후 미국 사회에 실업, 빈곤, 무지 등의 악순환이 계속되는 기존의 관료제가 비민주적이고 공리주의적인 총체적 효용의 개념에 사로잡혀 정치적·경제적으로 소외되어 온 소수 집단에 대한 무관심 때문이었다고 한다. 따라서 이를 극복하기 위해서는 행정가가 적극적으로 사회적 형평을 실현하여야 한다고 주장하였다. 그러나 근본적으로 행정에서의 형평성 개념은 ‘동등한 것은 동등하게 취급하고, 서로 다른 것은 다르게 취급하는 것’을 의미한다. 후자는 서로가 차이가 있는 상황에 있는 것을 서로 다르게 취급함으로써 궁극적으로는 배분적 정의를 실현하려는 것이다. 물론, 행정에서는 후자인 수직적 형평성이 보다 중요시된다.

프레더릭슨은 행정을 “여러 가지 방법으로 개인들, 집단들, 사회계층들 혹은 전체 사회의 가치나 선호를 집행하는 바퀴”⁵⁾로 정의한다. 물론 여러 가지 가치들은 서로 경쟁적이며, 상황에 따라 특정의 가치체계가 다른 가치체계를 지배하기도 한다. 전통적인 행정이론이나 행정활동은 능률성과 경제성의 이념을 실현하기 위해 시민들의 질적인 차별성을 고려하지 않고 그들을 단지 서비스를 받는 무차별적인 대중으로 인식함으로써 오히려 사회적 불평등을 심화시키고 있다는 것이다. 행정은 정치과정에서 결정된 사항을 기능적으로 집행하는 역할을 하기 때문에 불평등한 행정활동이 불가피한 것으로 해석될 수 있다. 따라서 행정의 책임성이 문제화될 수 없는 것이다. 이러한 의미에서 프레더릭슨은 정책 수요자들의 다양성을 무시하는 행정의 편의주의적 태도에 대해 문제를 제기하고 있는 것이다. 따라서 프레더릭슨은 새로운 상위의 가치체계를 도입할 것을 요구한다. 사회적 형평성은 사무실과 학술적인 차원에서 행정인이 자신의 행동과 결정을 평가하는 기준이 되어야 한다. 즉 능률성과 경제성은 사회적 형평성을 위한 것이어야 한다는 것이다. 이러한 의미에서 그는

5) Frederickson, H. G, *New Public Administration*. Alabama : The University of Alabama Press. 1980, p. 31

사회적 형평성을 중심으로 하는 규범적 행정학의 패러다임을 제시하고 있다.

그리고 사회적 형평성의 개념을 통해서 프레더릭슨은 시민의 요구에 대한 행정의 반응성 고양, 시민들의 의사결정 과정에의 지속적인 참여, 서비스 제공에 대한 행정의 책임성, 그리고 다양한 서비스 제공을 통한 시민들의 선택 가능성 확대 등을 강조하고 있다. 사회적 형평성에 대한 프레더릭슨이 따르고 있는 사전적 규정⁶⁾을 보면 사회적 형평성은 인간과 인간의 상호작용을 규제하는 공정성과 정당성 그리고 올바른 대우의 정신과 습관을 의미한다. 따라서 그것은 자연권이나 정의와 동의어이다. 그러나 이러한 의미에서 그것의 책무는 법적이라기 보다는 윤리적이다. 그리고 그것에 대한 논의는 도덕적 영역에 속한다. 그것은 실정법의 제재가 아니라 양심의 계율에 기초한다.

프레더릭슨은 또한 “능률, 절약 등과 더불어 사회적 형평이 행정 이념, 행정 윤리로 적용되어야 한다”⁷⁾고 주장한다. 이러한 의미에서 사회적 형평성은 지극히 윤리적인 내용을 함축하는 것으로 사람들에게 대한 공정한 혹은 올바른 대우를 뜻한다. 즉 일상적인 의미에서 형평성은 동일한 범주에 속하는 사람들에게 대해 공정하게 대우하는 것으로서 이러한 행위의 준칙은 양심의 원리에 의존한다는 것이다. 프레더릭슨은 ‘올바른 대우’를 무조건적인 평등한 대우가 아닌 질적인 차이를 고려한 대우로 해석한다. 따라서 사회적 형평성은 시민에 대한 무차별적인 대우보다는 질적인 차원에서 시민들의 다양한 욕구에 맞는 다양한 서비스의 제공을 의미하는 것이며, 양적인 차원에서 최소의 수혜자들에게 상대적으로 많은 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 프레더릭슨은 쿼트 우드의 서비스 분배유형에 관한 논의를 정리하면서 사회적 형평성의 논리를 따르게 되면 궁극적으로 “공평한 행정인은 서비스의 분배에 있어서 필요의 방향으로 관심을 기울이게 될 것⁸⁾이라고 결론짓고 있다. 다시 말해서 수혜자의 객관적 조건에 따른 서비스의 불평등한 분배가 사회적 형평성을 약속할 수 있다는 것이다.

6) Frederickson, H. G(1980), op. cit., pp. 36~38

7) Frederickson, H. G, “ Introductory Comment : Social Equity and Public Administration”, : *Public Administration Review*, Vol. 34, 1974, p. 1

8) Frederickson, H. G(1980), op. cit., p. 45

이러한 의미에서 행정은 공공의 문제를 사적인 영역의 논리에 따라 해소하려는 이익집단 자유주의라고 하는 공공철학을 지양하고 공공의 문제를 공공영역의 논리에 따라 해결할 수 있는 공적 권위를 회복할 수 있는 가능성을 제공한다. 다시 말해서 밀즈(C.W.Mills)나 밀리반트(R.Miliband)의 논의에서 볼 수 있는 엘리트주의나 도구주의적 국가관을 벗어나 상실된 공적 권위를 회복하는 적극적인 행정의 의미를 획득하는 계기를 마련한다.⁹⁾

사회적 형평성은 기본적으로 윤리적 논의의 범주에 포함된다. 그리고 사회적 형평성의 의미는 공적 권위를 회복하는데 있다. 따라서 프레더릭슨은 사회적 정의의 문제를 목적론이 아닌 의무론적으로 제시한 롤즈(J.Rawls)의 정의론을 사회적 형평성의 정치철학적 정당성의 근거로 제시한다. “정의로운 사회에서는 평등한 시민들의 자유가 안정되게 정립되어 있다. 따라서 정의에 의해 보장되는 제권리는 정치적 흥정이나 사회적 이해타산에 속하지 않는다.¹⁰⁾ 그리고 형평성의 개념은 롤즈의 차등원칙에 의해 그 의미가 확정된다. 즉 사회적 형평성은 최소수혜자에게 더 많은 서비스를 제공하여 그들의 실질소득을 증가시킴으로써 사회적인 부의 권위적 분배에 도덕적 혹은 윤리적 정당성을 제공한다. 물론 이러한 차등의 원리는 최대수혜자나 최소수혜자 모두에게 이득이 된다는 전제조건을 가정하고 있다. 프레더릭슨은 이러한 롤즈의 정의관을 통해서 사회적 개념을 정당화하고, 그러한 관점이 행정활동을 인도하는 규범으로서 수용되어야 한다고 생각한다.¹¹⁾

2. 건강보험과 형평성

현대 복지국가에서는 의료보장은 사회보장의 이념에 따라 보편성, 형평성, 효율성, 연대성 등의 제원리를 적용하고 있다. 이와 같은 원리들이 제대로 실

9) 임선영, “신행정학의 규범적 가치로서 사회적 형평성”, 「한국행정학회」, 한국행정학회, 1994, p. 1160

10) Rawls, John. *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press. 1971, pp. 3~4

11) 임선영, 상계논문, p. 1163

천되면 의료보장은 결국 모든 국민에게 적절한 의료를 공평하게 제공하고 능력에 따라 형평한 부담을 함으로써 사회계층간의 불평등을 완화하여 전체 사회의 균형 발전에 기여하게 된다.¹²⁾

행정 및 정책영역 중에서도 사회복지 영역은 특히 형평성이 중요시된다. 그것은 사회복지가 추구하는 궁극적 목적의 하나가 사회적 약자를 구제하며, 소득재분배를 통해서 사회내의 빈부격차를 완화하려는 것이기 때문이다. 이 점에서 사회복지 정책이 형평성이 없다면, 이는 존재 가치마저도 위협받는 중대한 문제에 직면하게 된다. 그리고 사회복지의 광범위하지만, 현실적으로는 사회보험, 공적부조, 사회복지 서비스를 중심으로 하는 사회보장(social security)이 핵심적인데¹³⁾, 이 중에서도 의료보험이 포함되는 사회보험 영역에서 특히 형평성이 중시된다. 왜냐하면 무각출(無稼出)의 사회적 부조제도인 공적부조와는 달리, 사회보험은 응능(應能)부담을 전제로 사회적 정의에 입각하여 능력에 따른 보험료 납부와 필요에 따른 혜택을 주기 때문이다.¹⁴⁾ 즉, 사회보험은 개인의 능력에 따라서 차등적으로 보험료를 부담하므로 개인의 경제적 능력을 어떻게 정확하게 측정하며, 이들에게 어느 정도의 부담을 부과하느냐는 것이 사회보험의 핵심인 것이다. 따라서 사회보험은 형평성에 관한 불만과 논란이 발생하면 시행 과정에서 많은 난관에 봉착하는 것이다.

국민건강보험공단조직은 하나로 통합되었지만 재정은 미통합된 시점에서 관리운영체계 및 적용체계, 보험급여 체계, 보험료부과 측면 등에 관해 형평성과 효율성의 문제를 생각해 볼 필요가 있다. 형평성과 효율성을 동시에 추구하는 게 바람직 하지만 이 두 가지는 서로 모순적인 성격을 가지고 있다고 할 수 있다. 어느 한편에 치중할 때 다른 한편이 등한시되는 경우가 발생한다. 통합공단의 출범으로 관리운영체계 및 적용체계의 단일화로 효율적인 조직관리 운영과 업무체계가 구축되었고, 급여체계도 균등급여로 형평성과 효율성을 동

12) 고희신, “국민건강보험의 제도분석과 발전방향에 관한 연구”, 석사학위논문, 숙명여자대학교 정책대학원, 2001, p. 51

13) 김순양, “사회복지 및 관련 용어들의 개념규정에 관한 연구”, 「두산 백상기교수 정년기념 논문집」, 1998, p. 213

14) 권혁주, “국민건강보험의 출범과 향후 과제”, 「의료보험」, 2000. 3, p. 8

시에 이루었다고 볼 수 있다.¹⁵⁾ 그러나 보험료 부과체계에서는 전국단일 부과 체계로 행정의 효율성은 이루었으나 부담의 형평성 부분은 국민의 수용성 등을 고려 보험료 변화의 폭을 적게 하여 국민에 대한 충격을 완화하는데 중점을 두다 보니¹⁶⁾ 부담의 형평성 실현이 미흡한 편이다.

통합의료보험인 국민건강보험 관리조직은 통합 일원화되었지만, 보험료부과를 포함한 재정통합은 2003. 6. 30까지 유보되었다. 실제로 의료보험의 통합 일원화 논의가 정당성을 부여받게 된 것도 이를 통해서 보험료 부과체계를 단일화하고 계층간 보험료 부담의 형평성을 제고함으로써 의료보험의 소득재분배 효과를 극대화한다는 것이었다.

사회보험은 연금보험, 고용보험, 산재보험, 건강보험의 네 부분으로 구성되는데, 이 중에서도 보험료 부과 과정에서 형평성 문제가 특히 논란이 되는 것은 건강보험이다. 왜냐하면 연금보험과 고용보험 등이 차등기여, 차등급여의 원칙이 적용되는데 비해서, 건강보험은 대체로 차등기여, 균등급여의 원칙을 취하기 때문에 동일한 급여를 제공받음에도 불구하고, 보험료는 개개인의 경제적 능력에 따라서 차등적으로 부담해야 하기 때문이다. 이 점에서 건강보험에서는 보험료 부과 과정에서 어느 정도 형평성을 확보하느냐는 것이 건강보험의 성공적 시행은 물론, 건강보험과 관련한 사회적 정의를 실현할 수 있는냐는 관건이 된다.¹⁷⁾

구체적으로 건강보험의 형평성 문제는 여러 차원에서 발생할 수 있다. 우선은 건강보험의 적용대상자 측면이다. 건강보험의 적용대상을 재산의 과다, 소득정도, 직업, 성별, 연령 등에 따라 차별한다면 이는 형평성 문제를 야기한다. 다음에는 보험료의 부과 내지는 징수와 관련한 형평성 문제이다. 건강보험의 부과 내지는 징수는 응능(應能) 부담을 전제로 한다. 따라서 보험료 부과에서 개개인의 경제적 능력을 적절하게 형량하지 않는다면 심각한 형평성 문제를 유발한다. 다음에는 보험급여의 내용이나 제공측면의 형평성 문제이다. 균

15) 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 1999. 12, p. 9

16) 국민의료보험관리공단, 「최근의보통향」, 1998, 9·10(격월간), p. 4

17) Macarov, D. , *Social Welfare : Structure and Practice*, London : SAGE Publications, 1995, p. 26

등급여를 지향하는 건강보험의 급여내용이 개인별, 지역별 등으로 부당하게 차이가 난다거나, 보험급여나 의료기관에 접근하는 과정 등의 면에서 부당한 차별이 있으면 중대한 형평성 문제가 발생한다.

형평성 문제를 보험료 부과 측면에 국한하였을 때 보험료 부과 측면에서 형평성이 있다는 의미를 규명해야 한다. 기본적으로 건강보험의 보험료는 응능(應能) 부담을 전제하기 때문에 수직적 형평성과 관련이 있다. 이 점에서 건강보험의 보험료 부과 형평성과 관련된 핵심 쟁점은 첫째는 ‘응능(應能)’과 관련하여 부과 대상자의 경제적 능력 즉 재산, 소득, 연령, 노동능력 등을 어떻게 적절하게 측정 내지는 유추하느냐는 것이다. 건강보험대상자의 경제적 능력을 정확하게 판별하지 않고 과소 내지는 과대 추정하여, 이를 보험료부과의 기준으로 삼는다면 이는 보험료부과의 형평성을 저해하는 일차적 이유가 된다. 둘째는 ‘부담’과 관련하여 측정 내지는 유추된 능력에 대해서 어느 정도의 차등 부담을 부과하는 것이 적당한가 이다. 즉, 경제적 능력에 차이가 있음을 확인 내지는 추정하였으면, 그러한 차이가 각자의 보험료 부담액의 차이로 적절하게 연결될 수 있도록 보험료 부과가 되어야 하는 것이다. 따라서 건강보험의 보험료 부과체계가 형평성이 있다는 의미는 ‘보험료 부과대상자의 경제적 능력을 그 사람의 재산이나 소득정도, 그리고 잠재적인 경제활동능력 등을 통해서 적절하게 측정 내지는 유추하며, 그러한 경제적 능력의 차이에 따라서 적절한 수준으로 차등적인 부과를 할 수 있는 것’이라고 정의할 수 있을 것이다.¹⁸⁾

18) 김순양·신영균, “통합의료보험 보험료 부과체계의 형평성 제고방안”, 「한국행정논집」, 2000, 제12권 제4호, p. 612

제2절 건강보험제도에 관한 고찰

1. 의료의 개념적 특징과 건강보험

가. 의료의 개념과 특성

의료는 “개인이나 사회에 의학을 적용하는 보충 행위”¹⁹⁾로서, “질병을 예방하고 치료하며 나아가서는 적극적으로 건강과 체력을 증진시키고 수명을 연장시키며, 개인이나 사회를 심신양면에서 더욱 건전하게 만드는 것”²⁰⁾이다. 이렇게 볼 때 의료란 인간의 기본권 가운데 하나로 인식되고 있고, 보건의료는 다른 사회복지와는 달리 계약당사자는 아니지만 당사자 못지 않게 중요한 역할을 담당하는 의료기관들이 중간의 서비스전달자로 개입하게 된다. 따라서 의료보장제도의 중요한 특징은 서비스제공자로서의 의료기관과의 관계가 존재한다는 것이며, 이는 의료보장제도를 다른 제도에 비해 복잡하게 하는 요인으로 작용하고 있다. 의료서비스가 시장 기제에 맡겨 놓을 수 없으며, 따라서 사회적 책임이 제공되어야 할 특성들이 존재함을 지적하고 있다.

이러한 점에서 주로 많이 거론되고 있는 특성을 요약하면 다음과 같다.²¹⁾ 첫째, 의료수요자와 공급자간에는 지식과 정보의 비대칭성이 있다. 일반 대다수 국민들은 의료의 전문서비스에 대한 지식이 적을 뿐만 아니라 의료의 재원이나 질에 대한 정보를 충분하게 가지고 있지 않다. 둘째, 질병은 예측을 불허한다. 개별수요자들의 의료서비스에 대한 미래의 수요를 예측하기 힘들다는 것이다. 셋째, 대부분의 공공의료서비스는 외부 효과를 가지고 있다. 예를 들어 폐결핵 환자에게 아무런 조치를 취하지 않는다면 다른 사람에게 전염을 시킬 확률이 크지만 전염병 관리에서 개인의 예방 및 치료가 이루어진 경우에는 다른 사람에게 감염의 경로를 차단하게 되는 결과를 가져온다.²²⁾ 넷째, 의료서

19) 주영재, 「바르고 효율적인 의료」, 보건신문사, 1991, p. 25

20) 신수식, 「사회보장론」, 박영사, 1989, p. 325

21) 김도영, 「한국의 의료보험」, 삼연사, 1982, pp. 19~21

비스는 거의 모든 분야에서 다양한 종류의 전문직들이 집중해서 진료에 임하기 때문에 노동집약적인 성격을 띠고 있다. 다섯째, 보건의료는 영리적 동기를 가지지 않는 준공공재로 취급되기 때문에 의료인에게는 과세대상에서 제외시켜 주는 경우가 많다. 여섯째, 보건의료는 의료수요자와 공급자간에 상호 신뢰를 바탕으로 하는 특수관계가 형성되어야 하기 때문에 일대일의 대응관계가 성립되고 진료행위의 노출도가 지극히 낮다. 일곱째, 의료공급의 비탄력성을 들 수 있다. 의료인을 양성하는 데는 오랜 기간이 필요하고, 의료시설은 막대한 경비를 요구하기 때문에 의료 소비자가 요구하는 공급량을 제대로 공급하지 못하는 경우가 많다. 여덟째, 의료행위는 의료서비스와 지식을 동시에 제공하는 경우가 많을 뿐만 아니라 의료서비스는 교육과 함께 생산되는 공동생산물의 특성을 갖는다. 아홉째, 의료소비재는 소비요소와 투자요소가 공존한다. 종래 의료서비스의 개념은 다른 소비재와 같이 소비재로 인식되어 왔으나 경제성장에 관한 이론이 발달하면서²³⁾ 비경제 요인인 교육과 의료서비스에 대한 투자가 건강한 노동력의 확보와 노동의 질과 생산력을 증가시키는 투자재로서 인정하고 있다.

이러한 점에서 무엇보다 양질의 의료를 지향해야 하는데²⁴⁾ 의료서비스가

22) George, E. Rejda, *Social Insurance and Economic Security*, New York : Prentice-Hall, Inc, 1984, pp. 44~45

23) Gunnar Myrdal은 그의 저서 *Asian Drama*에서 ‘인적 자본 개념’을 소개하면서 노동자에게 적절한 의료가 제공되지 않으면 노동불능상태에 빠져 생산성이 저하된다고 보았다. 이러한 견해는 종래 국가경제개발계획의 전략 우선 순위를 바꾸어 놓았다. 이 이론으로 후진국의 보건의료에 대한 투자 우선순위가 증가하기 시작하였다고 보는 시각도 있다. (*Asian Drama : An Inquiry into Poverty of Nations*. (1968)번역본 「아시아의 드라마」, 현암사, 1984)

24) 양질의 의료를 위해서는 네 가지 조건이 필요하다. 첫째는 수요자가 의료공급자에게 쉽게 접근할 수 있어야 하는 접근용이성이고, 둘째는 질적인 고려로 가장 최신 전문지식과 기술을 실제로 의료서비스에 적용함으로써 이루어 질 수 있으며, 셋째는 계속성으로, 의료수요자의 입장에서 신체 각부에 대한 개별적 치료가 아니라 종합적 치료를 장기간 걸쳐 받아야 한다. 넷째는, 능률성으로 의료수요자에게 필요한 의료서비스를 적절하게 제공할 수 있도록 합리적 재정지원, 적당한 보상, 효율적 관리가 요구된다. (문옥륜 외, 「한국의료보험론」, 신광출판사, 1996, p. 29)

갖는 수요의 불확실성, 불완전한 정보, 외부효과의 존재, 공급의 독과점, 투자재 및 가치제적 특성의 보유, 구매대리인으로서의 의사의 존재는 의료가 개인차원의 해결보다는 국가가 사회보장 차원에서 공공부문의 개입 필요성을 제기하여 왔다.

나. 국민건강보험의 성격

국민건강보험제도는 사회보장제도의 한 주요 부문이며, 사회보장제도는 사회정책의 가장 중요한 부문의 하나이다. 그러므로 국민건강보험제도는 사회정책의 원리·원칙과 목적에 부합하는 것이어야 한다. 이러한 원리·원칙은 평등과 자유이며, 전에는 그 영향을 받지 못했던 저 생활영역으로 민주주의적 원리들을 확장하는 것이라고 할 수 있다. 이것은 궁극적으로 사회복지의 4가지 이상인 인간의 존엄성, 자율권, 사적 자유권 및 자아실현을 달성하는 것이다. 이 평등에 대한 신념은 사회정책의 기초가 되는 도덕적 가치관으로서, 보수주의자들이 흔히 말하는 기회균등과는 거리가 먼 것이다. 그들이 말하는 기회균등은 흔히 '불평등하게 되는 균등한 기회'만을 의미하기 때문이다. 이 평등은 자유를 신장시키기 위한 수단이 된다.²⁵⁾

보수주의자들을 중심으로 평등은 자유와 양립할 수 없다는, 혼동이 있을 수 있으나 이는 흔히 '자유'의 개념을 매우 협의로 정의하며, 자기들의 제반 특권과 생활스타일을 정당화하기 위한 논리로 사용하기 때문이다. 따라서 현대사회는 평등과 자유는 상호 양립할 뿐만 아니라, 대다수의 국민에 대해서는 완전한 사회적, 경제적 및 문화적 의미에 있어서의 자유는 보다 큰 평등화 조치에 의존한다. 그런데 이 양자의 문제에 접근하는데 지침으로 삼아야 할 것은 '최대다수의 최대행복'이라고 하는 공리주의 원칙일 뿐만 아니라, 또한 평등은 그 자체가 목적이 아니라 자유와 동포애를 증진시키는 주요한 수단이라는 확신인 것이다. 소수의 자유를 제한하는 것은, 언제나 복지와 정의의 원칙

25) 이광찬, "국민건강보험제도의 딜레마와 그 해결책", 「한국사회복지정책학회 논문집」, 제11집, 2000. 12, pp. 236~239

을 유지하는 가운데 대다수의 자유신장을 가져올 수 있다는 것이 명백한 경우에만 정당화된다. 결국 사회정책은 제반 서비스, 급여 및 시설의 한 기본적인 구조를 마련해 줌으로서 이 구조 내에서 모든 사람들이 지금까지는 소수 특권층만이 행사해 왔던 제반 자유와 선택을 행사할 수 있도록 해주어야 한다.²⁶⁾

자유라는 목적에 대한 하나의 수단으로써 평등의 기본원칙은 사회정책에 대한 두 가지 관련 의미를 가지는데, 이것은 어떤 일정한 요구들(needs)을 충족시킬 기본권들의 확립과 재분배조치이다. 이러한 조처를 통한 사회정책의 주요 목적은 하나의 평등한 사회를 이룩하는 사회통합인 것이다. 하나의 보다 통합적인 사회를 창출하는데 도움이 될 제반 정책, 행정관리 및 참여제도와 태도를 발전시켜 가야 하는데, 예를들면, 사회정책은 특히 빈곤계층을 따로 분리시켜 다루지 않는 소득 및 의료보장 형태를 포함하여야 한다.

이러한 사회정책의 원칙에 따라 사회보장제도는 모든 국민에 대해 전국민적 연대원리에 기초한 탈상품화(*de-commodification*)²⁷⁾에 의해서 직접적으로 생존권적 기본권인 사회권을 실현할 수 있도록 해 주는 구체적인 하나의 제도인 것이다. 그래서 바람직한 사회보장제도 확립의 요체는 전국민적인 사회적 연대체제를 확립하여서 인간의 좀 더 나은 탈상품화를 달성함으로써 이 사회권을 실현하는 것이다. 이러한 사회보장제도의 하나인 국민건강보험제도의 성격은 어떠한 것인가?

사회보장제도로서의 국민건강보험은 사회보장권외에 건강권(*the right to health*)을 보장해 주는 기능도 한다는 점을 명심하여야 한다. WHO규약의 전문에서는 ‘달성할 수 있는 최고의 건강수준의 향유는 모든 인간의 기본권의 하나이다’라고 하여 건강권을 매우 광의로 규정하고 있다.²⁸⁾ 구체적으로 보면

26) Wicks, M. , *A Future for All*, Harmondsworth : Penguin Books, 1987, pp. 165~173

27) 에스핑 앤도슨에 의하면, 탈상품화는 개인이나 가족이 시장참여(현금거래관계)와는 무관계하게 사회적으로 수락할 수 있는 생활수준을 유지할 수 있는 정도를 말한다. (Esping-Andersen, G. , "The Three Political Economics of the Welfare State", *Canadian Review of Sociology Anthropology* 26, 1989, p. 22)

28) 이 건강권은 소위 근로권(*the right to work*)과 비교될 수 있는 것인데, WHO가

건강권은 모든 개인들에게 보건보호에 대한 가능한 가장 균등한 권리를 주는, 즉 모든 사람들이 균등한 조건하에서 건강보호를 위해 이용할 수 있는 모든 것에 접근할 수 있도록 하는 보건의료제도의 발전을 의미한다는 것이 가장 중요한 점이다.²⁹⁾ 이에 기초하여 보면, 어느 사회에서나 건강보험제도의 기본적인 기능은 그 주민의 최고의 건강수준을 달성하고 유지하는 것일 것이다. 이를 위해서 건강보험제도는 이중의 기능을 하는데, 한편으로는 건강한 사람들의 좋은 건강상태를 잃지 않도록 유지시켜 주는 예방적 기능(*preventive function*)이고, 또 한편으로는 건강 상실, 즉 상병이 발생하면 그 사람의 생리적인 건강을 회복시켜주는 치료기능(*curative function*)과 중환일 경우에는 최종적인 사회적 재통합을 위해 필요한 생리적 기초를 마련해 주는 재활기능(*rehabilitative function*)이다. 이 후자의 경우에는 이러한 의료급여 외에 경제적인 손실도 보상해 준다. 사회보장이 모든 시민들에 대한 소득의 공동적 보장을 의미한다고 보고, 이러한 소득보장은 대체소득의 보장으로서 뿐만 아니라, 의료에서 초래되는 특히 과중한 비용의 보전으로서도 보게 되면 사회보장 제도로서의 건강보험의 성격을 알 수 있다.³⁰⁾ 즉, 건강보험제도의 궁극적 목적은 사회의 모든 성원에게 예방적, 치료적 및 재활적 서비스를 포함하는 권리로서의 의료보장임과 동시에 소득보장인 것이다.

이러한 목적 달성을 위해서 국민건강보험은 상기한 바와 같이 사회보험으로서 전국민적인 사회적 연대에 기초하고 있다. 이 사회적 연대는 보다 나은 계층으로부터 더 불우한 계층으로 자원의 조직적인 재분배를 포함하는 것이기

제안한 건강권은 정부당국에 시민들이 그들의 건강에 관한 최적의 환경에서 살 수 있도록 하는 제 조건을 창출할 의무를 지운다. 그러한 제 조건의 창출, 유지 및 향상은 공적 보건제도의 임무인 것이다.(Ryss, V. , "Planning of Medical Care Services Within Social Security Schemes", In G. M. J Veldkamp(ed.), *Social Security and Medical Care*, Deventer : Kluwer, 1977. p. 177)

29) Pieters, D. , *Introduction into the Basic Principles of Social Security*, Deventer : Kluwer, 1993, p. 79

30) Veldkamp, G. M. J. , *Healthcare and Social Security* , In. G. M. J. Veldkamp(ed.), 1977, p. 13

때문에, 일반 민간보험 하에서 임의로 발생하는 위험들을 분산하는 것과는 전혀 다르다.³¹⁾ 그러나 국민건강보험은 그 사회의 재정적 능력 내에서 운영되지 않으면 안 되는 한계점이 있으며, 그래서 모든 선진국은 지출비용 목표액을 정하고 보건의료비를 통제하기 위한 방법들을 개발하여 왔다. 여기서 그 사회의 이러한 제도에 대한 목적과 가치관의 문제가 매우 중요하다.

모든 사회에 있어서 보건의료는 하나의 사회제도이며 단순히 하나의 개인적 서비스가 아니다. 즉, 그것은 불행한 사람들을 도와주고자 하는 것이고 단지 자기 자신을 보호하고자 하는 것이 아니다. 모든 나라의 보건의료는 종교에서 발전해 온 것이며 상업에서 발전해 온 것이 아니다. 그러므로 의료제도를 사적인 시장경제에서의 사리추구를 승인하는 것에 의존한다면 그 목적 달성에 실패할 수밖에 없다. 이러한 이상에 헌신하는 전문 의료인들의 보건의료는 인도주의적인 사회적 서비스인 것이며, 개인적 수입의 극대화 수단이 되어서는 안 된다. 보건의료의 재정조달의 지침이 되는 것은 전문직업적 윤리와 강력한 전문직업적 책임 그리고 사회정의를 되지 않으면 안 된다. 전문의료인에 대한 최선의 “유인”은 자기의 사회에 대한 의무를 수행하는 것이며 단지 “외인성의 요인”이 아니다.³²⁾

이러한 국민건강보험제도의 두 가지 주요한 구성요소는 ①소요 재원을 징수하는, 그리고 의료서비스에 대한 요금을 지불하고 주민들에게 의료급여권을 부여할 메커니즘을 창출하는 조직적 및 재정적 제도와 ②제반 의료서비스를 마련해 주는 매우 복잡한 여러 가지 설비들과 요인들이다. 이 후자의 문제 때문에 기타 사회보험과 다른 특별한 어려움이 있고 주도 면밀한 국가적 계획과 강력한 시행이 요구된다. 이러한 건강보험제도는 사회의료시장의 계층별 차이를 없애고 전체 주민들이 누구나 동일한 보건의료를 받을 수 있게 하고, 가입자들 자신의 소득차이에 관계없이 재분배적 재정조달방법을 발전시키고, 건강상의 “우량”과 “불량”위험들을 다 동일한 재정조달원칙에 의해 완전히 커버되

31) Glaser, W, A. , *Health Insurance in Practice*, Oxford : Jossy-bass, 1991, p. 20

32) Ibid, pp. 495~496

도록 한다. 그리고 강제사회보험제도에 의하여 끊임없는 상당한 재정유입과 유효수요(*effective demand*)의 확보로 각종 의료설비와 요원들 등의 필요한 의료자원의 조성, 동원과 그 적정배치를 기하고, 엄격한 심사를 거쳐서 인가된 최신의 임상진료 방법들과 약품들을 이용할 수 있게 하고, 가입자들의 충분한 급여권과 부족함이 없는 설비로 인해서 저소득층을 포함한 모든 사람이 필요에 따라 의료서비스에 신속히 접근할 수 있게 해 준다. 선진국에서 이러한 국민건강보험의 발전은 부적절하게 협소한 치료위주의 서비스에 편중된 것이라는 반성 하에 오늘날에는 일차 의료 및 예방적 서비스에 치중하는 방향으로 나아가고 있다.

2. 건강보험의 형성과 변화

가. 건강보험의 변천³³⁾

1) 의료보험의 태동

제 3공화국 헌법 제30~31조에서 “사회보장증진과 국민보건향상에 관한 국가의 보호” 조항을 신설하면서 의료보험제도의 실시에 관한 문제가 거론되기에 이르렀고, 1962년 국가재건최고회의의 지원 하에 3월 사회보장에 관한 연구와 조사를 보장하는 「사회보장제도의 위원회규정」이 각령으로 제정되었다. 사회보장심의위원회의 연구에 의한 사회보장 관련 법률의 제출로 1963년 11월 「사회보장에 관한 법률」과 「산업재해보상보험법」이, 그리고 12월에 「의료보험법」이 제정되었으나, 이 법은 임의가입 형태로 법제화된 결과 제대로 기능을 발휘하지 못하는 상태에서 사문화 되고 말았다. 그것은 당시의 정부가 사회정의를 구현해야 한다는 정책 목표에 이끌려 충분한 사전준비 없이 출범한 결과에서 비롯되었다.³⁴⁾

33) 문옥륜외, 「한국의료보험론」, 신광출판사, 1996, pp. 57~72

34) 신수식, 「사회보장론」, 박문사, 1993, p. 388.

2) 의료보험 사업기

1963년 의료보험법의 제정에도 불구하고 시행을 미루었던 의료보험을 1965년 호남비료주식회사가 의료보험조합을 설립함으로써 임의적용형 피용자조합의 원형이 되었다. 한편 1969년 10월에 부산 청십자 의료보험조합이 설립됨으로써 임의적용형 자영자조합의 원형이 되었다.³⁵⁾ 그후 금융기관, 국영기업, 병원 등으로 확산되었다. 그 내용은 <표 2-1>과 같다.

시범사업은 강제가입이 아니었기 때문에 질병을 가지고 있거나 그러한 위험이 높은 사람들이 가입하는, 이른바 보험의 역선택 현상이 발생하여 낮은 급여수준³⁶⁾에도 불구하고 보험재정이 불안하였으며, 특히 노사 양측의 연대의식 부족과 의료보험에 대한 사회의 전반적인 인식부족 등이 문제점으로 지적되고 있다.³⁷⁾ 그러나 임의조합의 설립과 시행은 우리 나라에서 처음 의료보험을 실시하였다는 점과 우리의 실정에 맞는 의료보험제도의 개발을 위한 기초자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다. 1970년 1차 의료보험법 개정에서는 피용자, 공무원, 군인에 대하여 강제 조항을 신설하였지만, 자영자와 지역민에 대하여는 임의조항을 그대로 두었다.

35) 최선호, 「복지행정론」, 신원문화사, 1993, p. 142.

36) 예를 들면 ① 가입이전의 질환은 제외 ② 급여기간 제한: 1-2개월 ③ 급여상한액 제도 ④ 제외대상질병 등의 규정을 들 수 있다.

37) 한국보건사회연구원, 「전국민의료보험 실시를 위한 제도 연구」, 한국보건사회연구원, 1985, p. 44.

<표 2-1> 임의보험조합의 설립 현황

피용자조합		자영자조합	
조합명	설립연월일	조합명	설립연월일
한국종합화학	1965. 11. 5.	부산청십자	1969. 10. 1.
봉명흑연광업소	1966. 4. 1.	옥구청십자	1973. 10. 10.
대한석유공사	1973. 7. 12.	춘성의료보험	1974. 6. 5.
협성의료보험	1975. 5. 27.	거제청십자	1974. 7. 24.
		백령청십자	1974. 12. 6.
		영동의료보험	1975. 2. 10.
		증평메리놀	1975. 7. 28.
		삼화의료보험	1977. 8. 13.

자료 : 문옥륜. 「의료보험연구 I」, 대한병원협회지 제5권, 1976, p. 74

3) 사회보험 확장기

1977년부터 1981년까지를 사회보험 확장기로 보고 있다. 정부의 국민의료의 불균점 상태를 시정하기 위하여 1976년 12월 의료보험법을 개정하여 적용 대상 인구를 지역과 직업에 따라 분류하였으며, 사업장의 종류, 근로자의 수 등에 따라 의료보험조합을 독립적으로 설립하여 조합자율주의의 기초를 마련하였다. 직장의료보험 확장은 다음과 같다. 즉, 1977년 7월 1일 500인 이상의 사업장 근로자, 1979년 7월 1일 300인 이상의 사업장 근로자, 1981년 1월 1일 100인 이상의 사업장 근로자에 대하여 당연 적용하였다.

지역의료보험은 1981년 개정된 의료보험법에 의해서 제1차 시범 의료보험 사업을 전국에서 3개 군을 선정하여 실시하였다.³⁸⁾ 1977년 12월 31일 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법이 제정되고 1978년 7월 1일 시행령이 공포되어 1979년 1월 1일 공무원 및 사립학교교직원과 그 가족을 대상으로 1980년 1월 1일부터는 군인가족과 사립학교 사무직원, 그 가족에게까지 확대 적용하였다.

38) 1차 시범지역 의료보험은 강원도 홍천군, 전북 옥구군, 경북 군위군의 3개 지역임.

4) 지역의료보험 시범 사업기

지역의료보험의 시범 사업기를 1981년부터 1988년까지로 보고 있다. 지역 의료보험 시범사업이 시작된 1981년의 의료보험 현황을 살펴보면 사업장 근로자, 공무원, 교직원 등의 임금 소득자와 그 가족은 대다수 의료보험을 적용받게 되었다. 그러나 농어민과 도시자영자의 요구에는 수용할 수 있는 제도가 마련되어 있지 않은 상태였다. 이에 따라 지역의료보험이 정책 과제로 강력하게 대두되어 피용자의료보험에 비하여 어려운 점을 감안하여 먼저 시범사업을 시작하게 되었다.³⁹⁾

시범 사업의 추진 경위는 다음과 같다.⁴⁰⁾ 1981년 1월 20일 시범사업 실시 방안 수립, 1981년 3월 30일 1차 시범사업지역 의료자원 현지조사, 1981년 5월 1차 시범사업 세부사업계획 및 지침 시달, 1981년 5월 25일 조합 설립·인가, 1981년 7월 1일 1차 시범사업 보험급여 실시, 1982년 4월 2차 시범사업⁴¹⁾ 세부지침 시달, 1982년 4월부터 7월까지 2차 시범사업 조합 설립, 1982년 7월 1일 2차 시범사업 보험급여 실시 등이었다.



5) 전국민 의료보험기

이는 1989년부터 현재까지를 일컫는다. 1981년 7월 1일부터 3개 군 지역에서, 1982년 7월 1일부터 2개 군 지역과 1개 시 지역을 대상으로 실시한 의료보험 시범사업에서 몇 가지 교훈을 얻어⁴²⁾ 그 동안의 연구와 개발한 모형을

39) 지역의료보험의 어려운 점은 ① 피보험자 관리가 어렵다. ② 보험료 부과, 징수가 어렵다. ③ 강제적용이 어렵다 등을 들 수 있다.

40) 의료보험연합회, 「직원연수교재」, 1987, p. 37.

41) 2차 시범사업 지역은 경기도 강화군, 충북 보은군, 전남 목포시 등 3개 지역임.

42) 시범사업에서 얻은 교훈은 ① 소득과약이 곤란하고 원천징수가 불가능한 현실과 의료시설이 불균형 분포된 여건 하에서는 주민참여에 의한 자율적 보험운영방식이 정부재정의 개입을 최소화하면서 조기 정착시키는데 유리하다. ② 철저한 사전홍보와 교육을 통하여 의료보험에 대한 올바른 인식을 갖도록 하여야 한다. ③ 운영 부실에 의한 보험재정 적자는 지역주민 스스로 해결해야 한다는 책임의식을 갖도록 해야 한다. ④ 보건기관 기능 활성화를 통하여 저렴하고 양질의 의료서비스가 공급되도록 함으로서 주민의 의료이용에 있어서의 편의와 의료비 부담을 경감시켜야 한다. ⑤

토대로 1987년 11월 1일 전국 134개 군 지역에 의료보험조합을 설립하여 1988년 1월 1일부터 농어촌지역 주민에게 보험급여를 실시하였다. 도시지역의료보험은 1989년 1월부터 4월까지 준비기간을 거쳐 4월에 114개 시, 구 단위로 의료보험조합을 설립하여, 7월 1일부터 도시지역 자영자에게 보험급여를 실시하였다. 이로서 사회보험방식으로서 의료보험을 실시 한지 12년만에 전국민을 포괄하는 의료보험의 실현을 달성할 수 있게 되었다.

그후 1989년 10월 1일부터 전국적으로 약국을 요양기관으로 지정하여 약국의 조제급여를 받을 수 있게 되었다.⁴³⁾ 그리고 한방의료보험은 1987년 2월부터 전국에 확대 실시하였다.

이상의 건강보험제도의 변천을 정리하면 <표 2-2>와 같다.



농어촌지역 주민은 매년 감소하지만 노인인구가 증가하여 재정 불안요인이 있는바 이에 대한 대책이 마련되어야 한다.(의료보험 연합회, 「지역의료보험 시범사업 평가」, 1988, pp. 16~18).

43) 2001년말 현재 전국의 18,354개의 약국을 요양기관으로 지정하고 있다.

<표 2-2> 한국의료보험제도의 발전 연혁(2002년 1월 기준)

구분	일시	법률제정 / 폐지	관 련 내 용
직장· 지역의료 보험(조합 방식)	1963. 12	의료보험법 제정(법률 제1623호)	- 500인 이상 사업장근로자를 대상 임의가입형태의 의료보험조합 설립이 가능해짐.
	1970. 8	의료보험법 전문개정(법률 제2228호)	- 급여체계와 적용범위 보완
	1976. 12	의료보험법 전문개정(법률 제2942호)	- 의료보험제도 실시(500인 이상 사업장)
	1977. 7		- 300인 이상 사업장까지 확대
	1979. 1		- 공무원 및 사립학교교직원 적용
	1980. 10	의료보험 관리체제 일원화 방안	- 보사부 장관이 대통령에 보고
	1981. 4		- 직종, 지역조합 설립근거 마련
	1981. 7	의료보험법개정(법률 제3415호)	- 지역의료보험 시범사업 실시
	1981.		- 100인 이상 사업장 확대
	1981. 11		- 국회 보사위 의료보험 통합일원화 결의
	1982. 11		- 1차의료보험 통합 안의 대통령 거부권행사
	1982. 12		- 16인 이상 사업장 확대
	1987. 2		- 한방의료보험실시
	1988. 1		- 농어촌 지역의료보험 실시
	1988. 7		- 5인이상사업장
	1989.3. 9	국민의료보험법안(통합법안)	- 국회보사위 만장일치로 통과
	1989.3.24		- 국민의료보험법안에 대한 대통령 거부권
	1989. 7		- 도시지역의료보험 실시(전국민의료보장 실현)
	1989. 10		- 약국의료보험실시
1994. 1	의료보험법 전문개정(법률 제728호)	- 전국국민의료보험 실시에 따른 제도 보완	
1994. 12	독립유공자예우 관련 법률 개정		
1995. 8	의료보험법 개정(법률 제4972호)		
1997. 1	국가유공자등 예우 및 지원 관련 법률 개정		
공교(조합 방식)	1997. 12	공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제정	
통합추진	1997. 12	국민의료보험법 제정·공포 국민건강보험법 입법 예고	- 227개 지역조합과 공교공단 통합, 국민의료보험 관리공단 설립
	1998. 2	공무원 및 사립학교교직원 의보험폐지	- 노사정합의, 인수위100대과제로 의보통합
	1998. 3		- 복지부산하 의료보험통합추진기획단 발족
	1998. 8		- 국민의료보험관리공단설립위원회 업무개시
	1998. 10		- 국민의료보험법 시행
	1999. 1	국민건강보험법 제정	- 104개 직장조합까지 통합(2000.1. 1 시행)지역과 직장 제정은 분리
	1999. 2		- 국민건강보험공단설립준비 실무전담반발족
	1999. 7	국민건강보험법중 개정법률안	- 이성재 의원 등 발의 국회 계류중
	1999. 7	국민건강보험법중 개정법률안	- 이명섭 의원 등 발의 국회 계류중
	2000. 1	의료보험법, 국민의료보험법 폐지	- 국민건강보험법 시행
	2001. 1	국민건강보험법중 개정법률안	- 직장과 공무원·교직원의료보험 제정통합
	2001. 7	국민건강보험법중 개정법률안	- 5인미만 사업장 직장건강보험 적용
2002. 1	국민건강보험법중 개정법률안	- 직장과 지역간 제정 2003.6.30까지 구분계리	

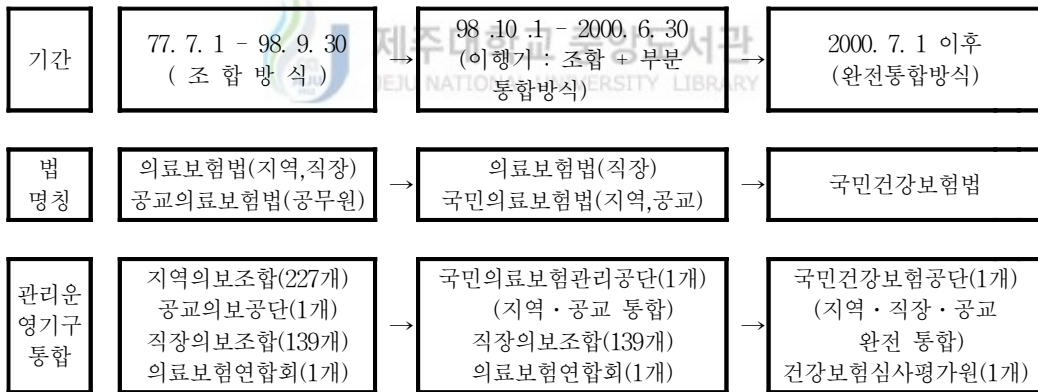
나. 국민건강보험의 성과 및 과제

1) 국민건강보험의 성과

가) 다보험자에서 단일보험자로의 전환

의료보험 통합이 가져 온 가장 혁신적인 변화는 직장, 거주 지역, 그리고 직업 등에 따라 별도의 의료보험조합을 설립하여 피보험자를 관리하던 다보험자 방식이 단일 보험자 방식으로 전환된 점이다. 44) <그림 2-1>에서 보는 것처럼 1998년 10월을 기점으로 지역의보조합 227개와 공교의료보험관리공단이 우선 통합되어 국민의료보험관리공단으로 바뀌었으며, 2000년 7월 1일부터는 139개의 직장의보조합도 국민의료보험관리공단으로 통합되어 단일보험자인 국민건강보험공단으로 완전히 전환되었다. 기존에 의료보험연합회에서 담당하던 진료비 심사 기능은 국민건강보험공단과는 독립된 조직인 건강보험심사평가원이 신설되어 이 조직으로 이관되었다.

<그림 2-1> 통합방식 의료보험으로의 이행 과정과 모형



나) 형평성 제고를 위한 재원조달체계

부담의 형평성을 높이는 방향으로 부과체계를 변경한 것은 통합방식 의료보험의 가장 큰 성과중의 하나이다. 통합방식하의 재원조달 방식은 지역의보나 직장의보 모두 당해 연도에 소요되는 의료보험의 총 진료비를 먼저 추정한 후 가입자에게 보험

44) 김연명, "의료보험 통합의 성과, 쟁점 그리고 미래", 「국민건강보험연구자료」, 국민건강보험공단, 2001, p. 4

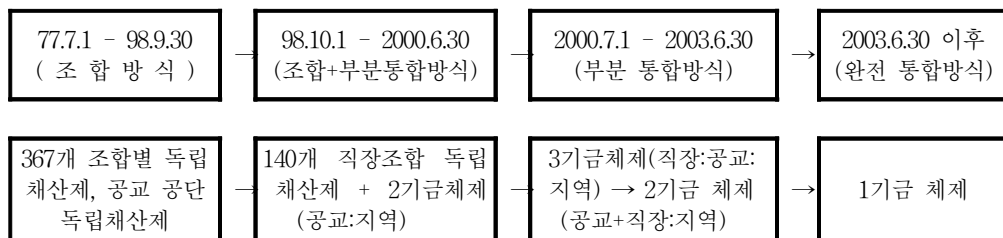
료를 부과하여 재원을 조달하는 부과방식으로 기존 조합주의 방식과 동일하다. 변화한 것은 첫째, 의료보험 통합으로 부과방식의 단위가 개별 조합에서 국가 전체로 넓어진 것과 둘째, 보험료 부담의 형평성을 높이기 위해 고소득·고재산 소유자가 더 많이 보험료를 부담하도록 보험료 부과체계를 변경한 것이다.

다) 조합별 독립채산제에서 단일 기금으로의 재정운용체계

통합과정에서 가장 핵심적인 쟁점으로 등장했던 지역내 조합간, 그리고 지역간 재정통합은 통합의 궁극적 목적을 가장 구현할 수 있는 가능성이 있는 영역인 동시에 통합의 ‘아킬레스건’으로 비화될 수도 있는 양 측면을 갖고 있다. 통합 의료보험의 출범으로 기존의 조합별 독립채산제가 단일기금 방식으로 변화되게 되는데 <그림 2-2>에서 보는 것처럼 98년 10월 기점으로 지역의보는 하나의 기금으로 이미 통합되었고, 2000년 7월 1일부터 직장의보의 재정이 통합되어 직장, 지역, 공교 등 3개의 기금체제로 이행한 후, 2001년 1월부터 직장과 공교의보의 재정이 통합되어 2기금체제로 이행하고, 2003년 6월부터는 두 개의 기금이 하나의 기금으로 합쳐지는 완전한 재정통합이 이루어진다.



<그림 2-2> 재정통합의 연도별 이행 단계



라) 급여체제

국민건강보험법 제정의 성과 중의 하나로 치료적 서비스 제공을 위주로 하는 의료보험에서 건강증진, 질병예방, 재활을 모두 포괄하는 보험으로 개념적 변화를 추구했다는 점을 들 수 있다. 건강보험법에서는 예방·재활이 요양급여의 하나로 명문화되었고(39조), 건강검진이 법정 급여로 규정되었으며, 장애인 보장구 지급과 상병수당도

입의급여이긴 하나 실시 근거가 마련되었다(46조-47조). 또한 기존 의료보험법에서 조합재정 상태에 따라 지급 유무가 결정되었던 장제비와 본인부담보상금 등 부가급여도 법정급여로 명문화되어 모든 가입자가 동등한 혜택을 받을 수 있게 되었다.

마) 진료비 지급체계

통합 의료보험체제에서는 진료비 지급체계와 관련하여 두 가지의 중요한 변화가 있었다. 첫째 진료비심사업무를 보험자조직과 독립된 ‘건강보험심사평가원’으로 이관시켰다(법 제55조). 건강보험심사평가원의 독립은 그 타당성에 대한 논란에도 불구하고⁴⁵⁾ 그 동안 보험급여의 심사과정에서 발생하였던 보험자와 의료공급자간의 불필요한 마찰을 최소화하고, 급여심사의 전문성을 강화하며, 특히 그 동안 소홀하게 다루어졌던 보험급여의 적정성(질)을 평가하는데 있어서 중요한 계기를 마련했다는 점에 그 의미가 있다. 두 번째는 보험자와 의료공급자간의 요양급여비용에 관한 계약제가 도입되었다는 점이다. 기존의 요양급여비용(의료보험 수가)은 정부가 일방적으로 고시하는 방식이었으나 건강보험법에서는 1년을 단위로 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자가 계약을 맺어 정하도록 규정하였다(제42조).

바) 가입자 참여

통합 의료보험체제의 또 다른 성과 중의 하나는 보험재정 및 보험정책 결정과정에서 가입자의 참여가 대폭 확대되어 의료보험의 폐쇄적이고 자의적 운영을 통제할 수 있는 구조가 마련되었다는 점이다. <표 2-3>에서 보는 것처럼 건강보험법에서는 정부-공단-가입자-의료공급자의 관계가 과거의 일방적 배제와는 달리 상당한 참여가 보장되었고 이런 의미에서 사회보험에서의 민주주의가 한 단계 진전된 것이라 평가

45) 진료비 심사업무를 단일보험자(국민건강보험공단)의 기능으로 할 것인지, 아니면 별도의 독립된 기구로 전환할 것인지는 국민건강보험법 제정 과정에서 최대 쟁점중의 하나이었다. 전자의 입장을 주장하는 쪽에서는 보험자가 궁극적인 재정의 책임을 맡고 있다는 점, 의료비 통제 장치가 필요하다는 점을 내세웠고, 후자의 입장을 주장하던 쪽에서는 보험자와 의료공급자간의 정상적 관계 회복이라는 점 등을 내세웠다. 결국 의견 조정이 쉽지 않아 ‘의료보험통합추진기획단’에서 투표를 통해 결정되었는데, 간발의 차이로 독립하는 쪽으로 결정되었다.

할 수 있다.⁴⁶⁾

<표 2-3> 국민건강보험법상의 주요 위원회와 그 구성

기구	기능	구성
건강보험심의 조정위원회	보험급여 기준 및 진료비 등 건강보험에 관한 주요 사항 심의	① 가입자 대표 4인(노동조합 및 지역가입자를 대표하는 단체가 각각 2인씩 추천), ② 사용자 대표 2인, ③ 보험자 대표 2인, ④ 의약계 대표 6인, ⑤ 공익 대표 6인임
국민건강보험공단 이사진	국민건강보험공단 관련 업무에 대한 결정	이사장 1인, 이사 16인 및 감사 2인. 이사 중 8인은 노동조합·사용자단체·농어업인단체·소비자단체가 각각 2인씩 추천, 4인은 공단 이사장 추천, 4인은 관계공무원.
건강보험공단 재정운영위원회	보험료 수준 등 재정에 관한 의결	① 직장가입자 대표하는 위원 10인(노동조합, 사용자단체가 5인씩 추천), ② 지역가입자 대표하는 위원 10인(농어업인단체, 도시자영업자단체, 시민단체 추천), ③ 공익을 대표하는 위원 10인.
건강보험심사평가원 이사진	건강보험심사평가원 운영 업무에 대한 심의·결정	원장 1인, 이사 16인 및 감사 1인. 이사중 5인은 의약관계단체 추천, 3인은 공단 추천, 3인은 심사평가원 추천, 5인은 노동조합·사용자단체·농어업인단체 및 소비자단체가 각각 1인씩 추천, 관계공무원 1인.

2) 국민건강보험의 과제

가) 보험 급여비 증가 대책

의료보험의 급여비는 <표 2-4>에서 보는 것처럼 1990년에서 1994년까지 평균 13.2%씩 증가하다 1995년에 급여기간 연장, CT 의 보험급여 적용 등 보험급여 확대, 의료보험 수가 인상 그리고 노인의료비 증가 등 여러 가지 요인이 복합적으로 작용하면서 1995년, 96년에는 25%를 상회하는 상승률을 나타냈다. 또한 보험자가 직접 지불하는 급여비 외에 법정 본인부담금을 합친 총 의료보험 진료비⁴⁷⁾의 비중도 1990

46) 김연명, "국민건강보험 관리운영의 과제 : 배제의 정치에서 동반자적 정치로", 「최근의보동향」, 제3호, 1999, p. 37

47) 총진료비에는 법정 본인부담금은 포함되나 비급여에 지출되는 비급여 본인부담금은 포함되지 않는다.

년 GDP의 1.65%에서 1995년을 기점으로 높아지기 시작하여 1998년에는 2.22%로 증가하여 급여비 팽창속도가 급속히 나타나고 있음을 알 수 있다. 이러한 급여비 상승의 결과 2001년에는 직장의료보험에 2조원 규모의 재정적자가 발생하여 직장의료보험의 재정 상태도 매우 불안한 상태를 보이고 있다.

<표 2-4> 의료보험 진료비 및 증가 현황('90-'98)

(단위:억원)

구 분	90	91	92	93	94	95	96	97	98
총진료비(A)	29,419	32,010	37,311	43,482	48,972	61,442	76,240	88,039	99,650
급여비(B)	18,910	20,061	23,363	27,304	31,088	39,394	49,484	57,504	65,713
B의 증가율	-	6.1	16.5	16.9	13.9	26.7	25.6	16.2	14.3
A/GDP	1.65	1.48	1.52	1.57	15.1	16.3	18.2	1.94	2.22

비고 : 총진료비 = 급여비 + 법정 본인부담금
 자료 : 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 1999. 9, p. 16

이러한 급여비 팽창 속도는 통합체제가 급여비 통제의 적절한 수단이 되지 못한다는 것을 의미한다. 결국 의료보험 통합으로 조합방식에서 파생되는 여러 가지 구조적 문제가 극복될 수 있지만 적정한 진료비 수준의 유지나 혹은 적정한 의료보장이라는 보다 본질적인 목적에 접근하기 위해서는 진료비 지불방식의 개편 등 통합과는 전혀 다른 차원의 문제에 보다 적극적으로 대처할 필요성이 제기되는 것이다.

나) 진료비 지불방식과 의료체계의 재편

국민건강보험법은 분명히 포괄적 의료를 제공한다는 목적 하에 설계되었고, 보험급여 확대에도 다소의 진전을 이룩하였으나 의료공급자에 대한 진료비 지불방식은 여전히 행위별수가제를 고수하고 있다. 포괄적 보건의료서비스의 제공에 행위별수가제가 결합된 의료보장제도는 급여비 통제에 약점을 갖고 있기 때문에 여러 가지 진

료비 지불제도의 조합 중 가장 최악의 조합이 될 가능성이 농후하다⁴⁸⁾. 그동안 우리나라에서 시범사업이 진행된 포괄수가제⁴⁹⁾를 입원의 경우 전면적으로 확대할 필요성이 있으며 혹은 총액계약제⁵⁰⁾ 등의 시행 가능성에 대한 좀 더 면밀한 검토가 이루어져야 한다.⁵¹⁾ 그리고 1/2/3차 의료기관의 수가 차등화를 통한 의료전달체계 재편이 동시에 추진되어야 한다.

다) 재정통합과 소득분배 문제

통합과정에서 가장 많은 논란이 되었던 쟁점 중의 하나는 재정통합으로 인한 직역간 그리고 지역간 소득의 역진적 분배가 이루어질 가능성이다. 의료보험의 목적이 의료의 위험분산인가 혹은 소득재분배인가에 대해서는 사회보험으로서의 의료보험을 어떤 시각에서 보는가에 따라 입장의 차이가 있을 수 있다⁵²⁾. 사회보험에서 소득재분배 형태는 수직적 재분배와 수평적 재분배가 있는데 통합 시 역진적 재분배의 가능성을 지적하는 입장은 의료보험 통합이 소득계층간에 역진적 재분배를 초래할 수 있다는 점이다.



48) 의료공급자의 서비스 행위 하나 하나 그리고 제공된 상품 하나 하나를 가격으로 환산하여 지급하는 행위별수가제는 가장 시장 지향적이며 진료비 지불방식 중 진료비용 절감 효과가 가장 낮을 뿐만 아니라 청구된 진료비를 일일이 심사해야 하기 때문에 관리가 어렵고 관리비용도 많은 방법으로 알려져 있다. (Norman, Charles, & Axel Weber, *Social Health Insurance : A Guidebook for Planning*, WHO. ILO, 1994, pp. 60~64)

49) 포괄수가제는 두 가지 형태가 있다. 첫째는 한가지 치료행위가 아닌 환자 사례 case 당 정액의 진료비를 지급하는 방법, 둘째는 수백개의 질병군으로 사례를 분류하여 질병군에 따라 정액의 수가를 지급하는 방법(예, 맹장수술은 얼마 등) 즉 DRGs (*diagnosis-related groups*) 가 있는데 우리나라에서는 DRG를 포괄수가제로 통칭하고 있으며 현재 시범사업이 진행 중에 있다. 일반적으로 DRG는 행위별수가제보다 진료비 절감 효과가 좋은 것으로 알려져 있다.

50) 총액계약제(혹은 예산제 *budget system*) 는 일정 기간동안(년간 혹은 월간) 공급자가 행한 서비스 비용과 약 등 상품 제공 비용 전체를 사전에 보험자와 의료공급자간에 정하는 방식이다. 이 방식은 의료비 절감효과가 뛰어나고 관리비용도 매우 적다.

51) 최병호 외, 「의료보험통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구」, 한국보건사회연구원, 1998, p. 133

52) 조합주의 방식을 옹호하던 연구자들은 위험분산을 상대적으로 강조했고, 통합을 주장하던 학자들은 소득재분배를 상대적으로 강조하는 경향이 있었다.

라) 적정급여에 대한 사회적 합의 도출

관리운영체계와 상관없이 그 동안 정부와 학계에서 주장되어 왔으나 추상적인 범주에 머물렀던 ‘적정 급여’에 대해 사회적으로 합의된 기준이 설정되어야 한다. 이미 국민의 의료 욕구와 의료보험제도에 대한 기대치는 저급여 수준에서 탈피했으나 우리의 경제적 수준에서 의료보험이 제공해야 하는 적정급여 수준은 사회적 합의를 얻지 못하고 있다. 우리 나라의 보험료 수준은 선진국의 1/2-1/4 수준에 불과하기 때문에 적정급여로 이행하기 위한 적정한 보험료 부담에는 융통성이 있는 상황이다.

마) 보험료 부과체계의 보완

사회적으로 납득할 만한 수준의 보험료 부과체계가 개발되어야 한다. 합리적 보험료 부과체계 개발의 핵심은 주지하듯이 자영자의 정확한 소득과악에 있으며 보험제도 만으로는 해결하기 어려운 과제이다. 재정통합이 이루어지는 2003. 6. 30 전에 자영자 소득과악이 사회적으로 납득할 만한 수준으로 올라가기에는 여전히 한계점이 있기 때문에 기존의 지역의보 보험료 부과방식을 보완하거나 한시적으로 소요 재정을 직역별로 부과하는 방안 등에 대한 검토가 필요한 시점이다.

바) 관리문제의 대처

대규모 통합공단의 출현으로 일각에서 관료화, 제도운영의 비효율화 가능성 문제를 상당히 거론하고 있기 때문에 이에 대한 대처가 필요하다. 사회보험 재정 지출의 효율화와 관리운영의 효율성을 제고하는 방안으로 많이 언급되는 것은 사회보험에 시장원리 즉, 경쟁시스템을 도입하는 방법이다. 또한 최근에는 공공기관의 관리운영의 책임 주체 중의 하나로서 노동조합의 공적 책임성 강화 문제가 제기되고 있다. 노동조합도 이익집단 일변도의 모습에서 벗어나 사회보험을 관리하는 공적 역할을 충실히 수행할 필요성이 있다.

제3절 연구 분석의 틀

통합 건강보험의 형평성 문제를 보험료 부과 측면과 관련해서도 이를 다양하게 논의할 수 있겠으나, 가장 기본적으로 건강보험의 적용대상자를 중심으로 요소를 구분하는 것이다. 이는 기본적으로 현재의 통합 건강보험이 기존에 분리 운영되던 개별 직장조합, 개별 지역조합, 그리고 공무원 및 사립학교교직원을 하나의 관리체계로 통합한 것이기 때문이다.

그런데 건강보험 관련 법제와 관리체계는 그 동안 상당한 변화를 겪어 왔다. 97. 11월 국민의료보험법이 제정되기 이전까지는 직장근로자와 지역거주자는 의료보험법의 적용을 받으면서 조합별로 관리 운영되었으며, 공무원 및 사립학교교직원은 공·교 의료보험법의 적용을 받으면서 의료보험관리공단의 형태로 통합 운영되어 왔다. 이후 97. 11월 1단계 통합법인 국민의료보험법이 제정되어 98. 10월부터 시행됨으로써 직장조합은 기존대로 개별 조합별로 관리 운영되었으나, 개별 지역조합과 공·교 의료보험은 국민의료보험법으로 통합되었다. 이후 다시 99. 2월 통합 의료보험법인 국민건강보험법이 제정되고 2000. 7월부터 시행됨으로써 기존의 개별 직장조합들을 통합하고, 다시 이를 국민의료보험관리공단과 통합하여 국민건강보험공단이 발족하였다. 이로써 관리운영체계의 통합일원화가 완성되었다.⁵³⁾

국민건강보험에서는 건강보험 가입자를 크게 직장가입자와 지역가입자로 구분하고 있다. 그리고 직장가입자에는 사업장 근로자와 공무원 및 사립학교교직원이 포함된다(국민건강보험법 제6조). 따라서 현재 건강보험의 가입자는 법제적으로는 직장가입자와 지역가입자의 두 가지로, 그 성격상으로는 지역가입자, 사업장근로자, 공무원 및 사립학교교직원의 세 가지로 구분된다. 따라서 본 논문의 분석 요소와 관련해서는 지역가입자들에 한하여 보험료 부담의 형평성과 소득원의 정확한 파악이라는 두 가지 요소로 유형화한다. 그러나 현실

53) 그러나 국민건강보험은 관리체계면에서의 통합을 의미할 뿐이며, 건강보험 재정은 여전히 한시적으로 직장과 지역의 2원체제로 분리하여 운영하고 있다.

적으로 같은 지역가입자에 속한다고 하더라도 근로형태, 소득형태, 경제적 능력수준 등이 매우 상이하다. 따라서 지역가입자의 일정한 속성에 따라서 하위 요소로 재분류할 필요가 있다.

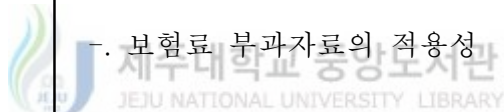
이와 관련하여 본 연구에서는 지역가입자들 간의 보험료 부담의 형평성과 관련하여 우선 소득수준별로 고소득 가입자와 저소득 가입자로 구분할 수 있으며, 소득형태별로는 자영업자와 고정소득 생활자로 구분할 수 있다. 후자는 매달 일정한 소득이 발생하고 소득규모가 쉽게 노출되는 영세사업장(5인 미만) 근로자 및 연금생활자가 해당된다. 그리고 성별, 연령별로도 지역가입자를 구분하여 달리 기준을 적용하고 있다. 뿐만 아니라, 거주지역별로 도시지역 가입자와 농어촌지역 가입자로 구분할 수 있다.

그리고 소득원의 정확한 파악과 관련하여 소득이 노출되는 영세사업장 근로자 및 연금소득자와 소득노출이 되지 않는 자영업자에 대한 소득파악율, 세대에 속한 전 구성원의 소득과 주소득 이외의 소득합산에 따른 보험료 부과대상 소득범위, 소득유형별 자료의 보험료 부과자료 적용의 현실성 측면에서 분석의 틀을 행하고자 한다.

이를 요약하면 본 연구의 틀은 <표 2-5>과 같다.

<표 2-5> 연구 분석의 틀

분 석 요 소	분 석 의 내 용
부담의 형평성	<ul style="list-style-type: none"> - 소득 수준별(고소득가입자/저소득가입자) - 소득 형태별(자영업자/고정소득 생활자) - 성별·연령별 - 거주지역별(도시지역가입자/농어촌지역가입자)
소득원의 파악	<ul style="list-style-type: none"> - 소득 파악율 - 보험료 부과대상 소득범위 - 보험료 부과자료의 적용성



제 3 장 지역가입자 보험료 부과체계의 현황

제1절 통합전 보험료 부과체계

1. 부과체계 변경 배경

의료보험제도는 기본적으로 보험료를 주된 재원으로 하여 전 국민의 기본적인 의료문제를 해결하기 위한 제도이다. 특히 우리 나라의 경우 의료보호대상자를 제외하고는 모든 국민이 의료보험의 혜택을 보고 있다. 그러나 이러한 의료보험제도가 직장의료보험, 지역의료보험, 공무원 및 사립학교교직원의료보험으로 나뉘어져 각 조합별로 독립채산제 형태로 운영되고 있었으며, 이러한 제도적인 차이로 인하여 각 보험별로 재정 형편에 크게 차이가 나고 있었다. 직장의료보험조합은 커다란 폭의 흑자(1996년말 당시 약3조원 정도의 누적 적립금)를 보고 있는데 반하여 지역의료보험조합은 만성적인 적자 상태로 그 동안 매년 정부에서 막대한 액수의 국고보조를 하고 있는 형편이어서 사회보험의 중요 기능인 위험분산과 소득재분배기능이 제대로 발휘되지 못하게 되었다.⁵⁴⁾ 이러한 재정의 불균형과 이로 인하여 사회보험기능의 역할을 제대로 하지 못하는 문제점을 해결하기 위하여 단계적으로 의료보험을 통합하기로 하였던 바, 그 첫 단계로 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원의료보험을 통합하여 1997. 12. 31 법률 제5488호로 국민의료보험법이 제정되었다. 동법의 제정 취지는 직장의료보험은 누적적립금을 보유하고 있는데 비하여 지역의료보험은 만성적 적자 현상을 보이고 있어 의료보험으로서의 기능을 제대로 수행하지 못한 점을 시정하고 또한 지역·직장·공무원 및 사립학교 교직원에 대하여 규율하는 의료보험제도의 완전 통합을 위한 첫 단계로 지역의료보험과

54) 정홍기·조정찬, 「국민건강보험법」, 한국법제연구원, 2001, p. 105

공무원·사립학교교직원의료보험을 통합하여 집단간 갈등을 최소화한다는 것이었다.

그리고, 1999년 1월 국민건강보험법이 제정되어 2000년 7월 시행되기 전까지 5인 이상의 사업장의 근로자인 직장피보험자는 의료보험조합이라는 다보험자 방식으로 의료보험법에 의하여 운영되고 있었고, 지역주민인 지역피보험자와 공무원·교직원인 공무원·교직원피보험자는 국민의료보험관리공단이라는 단일보험자방식으로 국민의료보험법에 의하여 운영되고 있었다.

또한 보험료는 직장·공무원 및 교직원피보험자는 보수라는 일종의 임금소득에, 지역피보험자는 소득·재산·성·연령 등에 대하여 부담하여 왔다.

그런데 직장피보험자와 공무원 및 교직원 피보험자는 보수가 인상되면 자동적으로 보험료가 인상되는 정율 방식으로 운영되었기 때문에 보험료 인상에 대한 국민들의 불만은 그다지 크지 않았다.

그러나 지역피보험자의 보험료는 정액제이므로 급격한 보험급여비용의 확대에 따른 보험료의 인상폭과 인상 횟수가 많아 민원이 발생되어 왔다. 직장피보험자와 공무원·교직원피보험자는 그 부양가족을 피부양자로 등재하여 피부양자에게는 무료로 혜택을 주고 있으나, 지역피보험자에게는 피부양자제도가 없어 직장피보험자의 피부양자와 같은 경제적 능력이 없더라도 보험료를 부담할 수밖에 없었다.

특히 직장피보험자와 공무원·교직원 피보험자는 자신이 근로의 대가로 받는 보수에 대하여만 보험료를 부담하고 있는 반면 지역피보험자는 소득·재산·성·연령 등을 보험료 결정의 기준으로 삼았기 때문에 보험료 부담의 불공평에 대한 불만이 제기되어 왔다.

의료보험을 다보험자 방식으로 운영함으로써 거주지와 가까운 의료보험조합이 있음에도 소속 의료보험조합을 이용하여야만 되는 불편이 발생되었고, 소속 피보험자의 자격변동시 많은 불편이 발생되었다. 다보험자 방식은 보다 많은 관리·운영 인력과 장비를 필요로 하여 관리·운영비의 낭비 요인으로 제기되었다.

따라서 국민 계층간의 위화감과 보험료 부담의 비형평성, 국민불편 및 관리

운영비 등의 문제를 해소하고자, 1997년 당시 김대중 대통령 후보는 직장의료 보험을 포함한 의료보험 전체 통합을 선거 공약으로 제시하였다.

김대중 후보가 대통령으로 당선되자 김영삼 대통령 임기 말(1997년 10월)에 발생한 IMF 경제위기 극복과 선진국가로의 제도약을 이한 노사정간의 협력 방안 등을 협의하여 대통령의 자문에 응하기 위하여 대통령 소속하에 설치한 노사정위원회는 1998. 2. 6 직장의료보험을 포함한 의료보험 전체를 통합하는 법률안을 1998년 정기국회에 제출하기로 합의하였다.⁵⁵⁾

또한 국민의 정부를 표방한 김대중 정부는 1998년 2월 의료보험 통합을 100대 국정 과제 중의 하나로 선정하였다. 그후 1998년 10월 지역과 공무원·교직원 의료보험의 통합으로 국민의료보험관리공단, 2000년 7월 국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합이 통합하여 국민건강보험공단으로 출범 오늘에 이르고 있다.

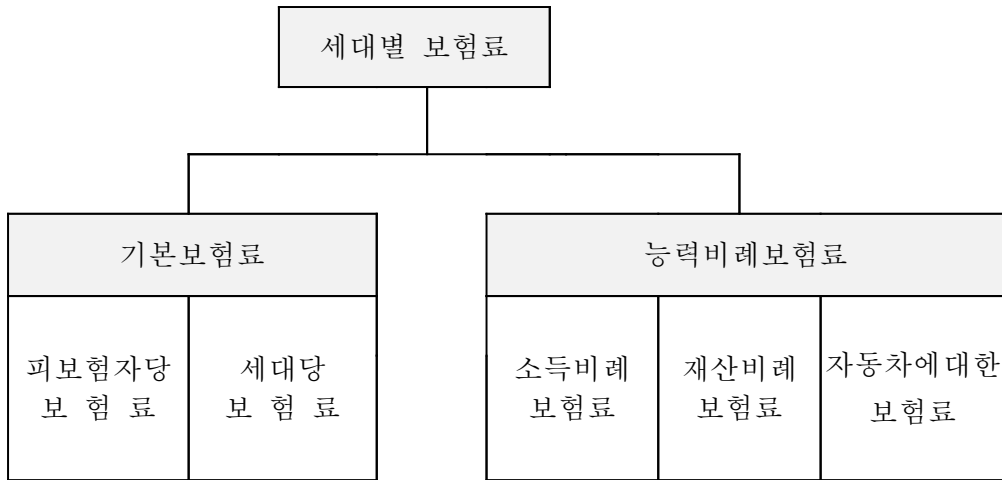
2. 지역가입자 보험료 부과체계의 변천 과정

가. 조합방식하의 보험료 부과체계(1998년 9월 이전)

당시 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단이 통합하기 전의 보험료 부과체계는 <그림 3-1>와 같다.

55) 정흥기·조정찬, 전계서, p. 106

<그림 3-1> 지역조합 보험료 부과체계의 기본 모형



자료 : 의료보험연합회, 「의료보험연수교재」, 1994. 7, p. 142

227개 지역조합의 기본 부과 모형은 동일하였으나, 구체적 모형 및 부과체계는 조합별 정관에 따라 각기 상이하게 운영되었으며, 보험료는 모든 세대에 「기본보험료+능력비례보험료」로 부과하였다. 기본보험료는 피보험자수 및 세대당 기본금액을 부과하는 제도로서 소득·재산자료의 파악이 어려운 상황에서 수익자 부담원칙을 적용한 부과제도이다. 능력비례보험료는 소득비례보험료와 재산비례보험료로 나누어지며, 소득·재산 등에 따라 정액을 부과하였다⁵⁶⁾.

소득비례보험료는 종합소득·연금소득·농지소득·신고소득(기타소득)에 대하여 부과하였으며, 국세청의 종합소득자료와 지방관청의 농지소득, 연금기관의 연금소득자료, 근로자의 근로소득 등 객관적인 자료에 의하여 부과하였으나 소득자료의 열약성으로 주민신고소득 등 기타소득을 조사하여 이를 보완하였다. 즉, 과세소득이 있는 세대는 과세소득금액으로, 과세소득이 없는 세대는 기타소득금액(신고소득 또는 추정소득)으로 부과하였다. 재산비례보험료는 건물·토지·선박을 그 부과대상으로 하는 제도이며, 행정자치부의 재산관련자

56) 정홍기·조정찬, 전계서, pp. 568~569

료와 전세보증금 등 기타재산을 조사하여 이를 보완 사용하였다. 즉, 과세재산이 있는 세대는 과세재산 금액으로, 과세재산이 없는 세대는 전세금액 또는 월세금액으로 부과하였다.

자동차 보험료는 차종별 자동차 세액을 기준으로 부과하였으며 지방관청의 자동차세 자료를 기준으로 하였다.

나. 통합후 부과체계의 내용(1998년 10월 ~ 2001년 12월)

2001년 12월 이전 지역의료보험 보험료 부과체계의 기본구조는 과세소득 500만원을 기준으로 500만원 이하세대(무자료세대 포함)에 적용되는 평가소득 보험료와 500만원을 초과하는 세대에 부과하는 소득보험료로 구분하여 부과되, 재산보험료와 자동차보험료는 공통으로 부과하는 구조로 되어 있으며 <그림 3-2>와 같다.

<그림 3-2> 1차통합후 보험료 부과 모형



자료 : 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 1998. 11, p. 16

보험료 산정은 소득 500만원 초과 세대에 대하여는 「②+③+④」로 부과하고, 소득이 500만원 이하 및 없는 세대는 「①+③+④」로 보험료를 부과한다. 평

가소득 보험료는 세대원별 성·연령·재산·자동차·소득세표준을 근거로 하여 부과하며, 소득보험료는 소득세법상의 종합소득, 지방세법상의 농지소득 및 각종 연금법상의 연금소득을 기준으로 하여 부과한다. 지역가입자의 보험료는 세대단위로 소득비례보험료와 재산비례보험료로 구분하여 산정하며 이를 합산한 금액으로 한다. 소득비례보험료는 소득보험료 또는 평가소득보험료로 하며, 재산비례보험료는 재산보험료와 자동차보험료로 한다⁵⁷⁾.

제2절 현행 지역가입자의 보험료 부과체계⁵⁸⁾

1. 보험료 부과요소

가. 개요

지역가입자의 보험료는 피보험자의 보험급여에 필요한 재원으로서 보험자인 국민건강보험공단이 보험료 납부의무자에게 부과하는 금액이다. 건강보험은 일반 사보험과는 달리 계약자의 의사와 관계없이 당연 적용되고, 보험료는 국민건강보험법 제64조에 의거 당해 세대의 부과표준소득에 따라 등급별로 정하여진 금액으로 한다. 부과표준소득은 일종의 추정(추산)소득으로서 소득, 재산, 생활수준, 직업, 경제활동참가율 등을 참작하여 정하도록 한 법규정을 보아 화폐단위로 표시되는 소득을 직접 파악하기에는 어려움이 있음을 나타내고 있다. 화폐는 거래·교환수단 및 가치의 척도를 재는 사회적 약속으로 소득개념이 반드시 화폐단위로 표현될 필요는 없다고 할 수 있다. 따라서 법규정상 5개 요소를 근거로 부담능력을 간접적으로 파악하고, 파악된 부담능력을 점수로 표시하여 부과표준소득으로 정하고 있다.

지역가입자의 보험료는 지역가입자가 속한 세대별로 산정 하되, 같은 세대내에 있더라도 지역가입자가 아닌 자의 소득·재산·생활수준·경제활동 참가율 등

57) 정흥기·조정찬, 전제서, p. 573

58) 국민건강보험공단, 「지역보험료 부과관리」, 2002. 1, p. 3

은 보험료 산정기준인 부과표준소득에 포함시키지 않는다. 지역가입자의 경제 단위는 세대별로 이루어지기 때문이다. 여기서 세대란 반드시 주민등록표상의 세대를 말하는 것이 아니라 일반적으로 거주 및 생계를 같이하는 자의 집합체를 말한다고 보아야 한다. 지역가입자가 한사람인 경우에는 그 사람이 독립하여 거주 또는 생계를 유지하는 것을 말한다.⁵⁹⁾ 따라서 주민등록상 같은 세대로 구성되어 있다 하더라도 가계단위를 같이 하지 아니하는 지역가입자는 다른 세대로 분리할 수 있다. 그러나 현재 5개요소중 직업은 반영하고 있지 않다. 부과표준소득은 화폐단위로 수량화한 소득이라기 보다는 부담능력을 추정할 수 있는 가득능력기준을 계량화한 소득점수를 산정한 것이다.

보험료부과는 연간 보험재정이 안정적으로 운영될 수 있도록 적정한 보험급여비를 추계하여 기타 고려요소들을 반영한 후 부과목표액을 결정하고, 피보험자의 경제적 부담능력에 따른 부과액의 형평성이 실현되도록 부과요소별 부과등급을 결정하여 부과한다.

나. 부과요소⁶⁰⁾



지역가입자의 보험료 부과요소별 배분율을 <표 3-1>에서 보면 아직도 소득이나 재산에 대한 보험료보다는 생활수준 및 경제활동 참가율에 따른 보험료가 전체 보험료 부과액의 50%를 차지하고 있다⁶¹⁾.

<표 3-1> 지역가입자 보험료 부과요소별 배분율 (단위:%)

구 분	계	소 득 요 소			재 산 요 소			자 동 차
		소 계	생 활 수 준	과 세 소 득	소 계	재 산	전 월 세	
배 분 율	100.0	63.87	50.78	13.09	29.11	26.04	3.07	7.02

자료 : 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 2000. 3, p. 13

59) 정흥기·조정찬, 전계서, p. 558

60) 국민건강보험공단, 「업무처리요령 I」, 2001. 12, pp. 210~213

61) 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2000. 3, pp. 12~13

1) 소득요소

종합소득은 이자소득, 배당소득, 부동산임대소득, 사업소득, 근로소득, 일시 재산소득, 기타소득 등이며, 부과시점 전년도 귀속분으로 당년도에 확정된 자료를 당년도부터 적용한다. 연금소득은 공무원연금소득, 사학연금소득, 군인연금소득이며 부과시점 당년도 연금지급액으로 확정된 자료를 적용하며, 농업소득은 농지로부터 얻은 농업소득금액이며 부과시점 전년도 귀속분으로 확정된 자료에 의한다. 다만, 농업소득세를 납부하지 아니하는 농가세대는 제외한다.

2) 재산요소

재산보험료 부과표준은 재산세의 과세대상이 되는 건축물, 선박 및 항공기와 종합토지세의 과세대상이 되는 토지 등이며, 종중재산, 마을공동재산 기타 이에 준하는 공동의 목적으로 사용하는 재산은 제외한다. 재산세 과세자료가 있는 세대와의 형평성을 유지하고, 객관적이고 합리적인 보험료 부과를 실현하기 위하여 주택을 소유하지 아니한 세대에 대한 부과표준은 전·월세 보증금의 평가금액으로 한다. 전세보증금의 평가율은 20%이며 월세는 전세보증금 환산계수 0.025로 전세보증금으로 환산하여 평가율을 적용하고, '주택을 소유하지 아니한 세대'라 함은 기본적으로 재산세(건물분) 과세표준금액이 없는 세대를 말하며, 농지 또는 택지 등에 의한 종합토지세만을 납부하는 세대도 포함한다.

3) 자동차 요소

자동차의 부과표준소득(점수)은 차종별, 배기량(적재량)에 의해 산출된 연간 세액과 최초 등록일을 기준으로 한 사용연수(3년단위 20%씩 경감적용)에 따라 7등급 28구간으로 구분하여 적용한다.

4) 생활수준 및 경제활동참가율 요소

지역가입자 중 500만원 이하의 소득금액 세대를 생활수준 및 경제활동참가

을 점수 적용대상으로 한 이유는 소득금액이 부정확할 개연성이 많은 계층으로 실질소득 능력이 있음에도 불구하고 소득자료가 포착되지 않는 세대와 역진될 수 있는 개연성을 최대한 예방하기 위함이다. 생활수준 및 경제활동참가율 점수는 임의부과의 불합리성을 극복하고 참작요소의 객관성을 최적화 할 수 있도록 객관성이 있고, 전산화가 가능하며 지역주민에 대한 경험측에 근거 국민의 수용성이 있는 모든 요소를 복합적으로 고려함으로써 일부요소 편중에 따른 위험성을 최소화한다. 생활수준 및 경제활동참가율 점수는 인적·물적요소와 소득금액의 정도에 따른 가산요소를 종합적으로 평가하여 산정한다. 즉, 인적요소는 가입자별 성·연령, 장애여부에 따라 유사그룹을 4개구간으로 차별화 한 후 개인별 경제활동능력을 고려하여 절대 평가한 요소이고, 물적요소는 세대별 재산정도와 자동차정도에 따라 유사그룹을 7개구간으로 차별화 한 후 소득과의 상관관계를 고려하여 세대별 경제활동능력을 평가한 요소이다. 또한 가산요소는 인적·물적요소가 동일할 경우 소득금액 정도에 따라 10개구간으로 차별화 한 후 소득있는 세대가 소득능력이 우위에 있음을 고려하여 경제활동능력을 절대 평가한다.

적용기준은 소득이 없거나, 소득금액이 500만원 이하인 세대에 부과하며, 당해 세대의 성·연령, 재산, 자동차 등을 고려하여 산정한 점수에 500만원 이하 소득금액은 50만원 단위로 1점씩 가산한다. 연령은 매년 1월1일을 기준으로 하고 재산, 자동차, 장애여부는 적용 시점에서 공단이 확인한 사실을 근거로 점수를 산정 한다. 장애인의 경우 본인에 한하여 가입자의 성 및 연령에 대한 구간별 점수 산정시 기본1구간을 적용하며, 국가유공자등 예우 및 지원에 관한 법률의 규정에 의한 국가유공자는 성·연령에 관계없이 1구간으로 적용한다.

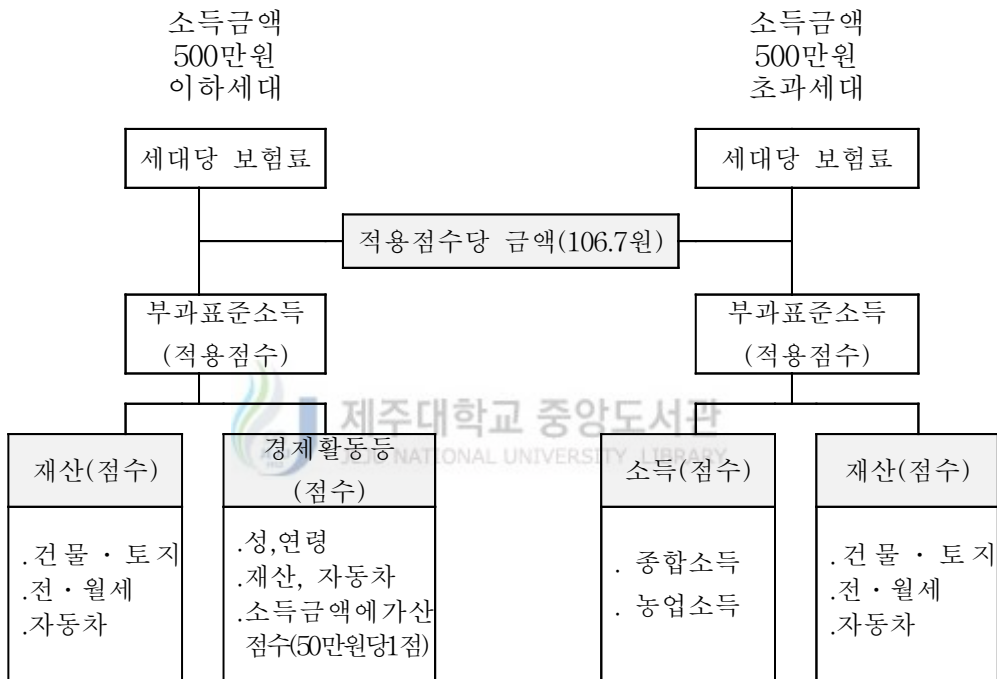
다. 세대별 보험료 부과⁶²⁾

현행 지역가입자 보험료 부과체계의 기본구조는 과세소득 500만원을 기준

62) 국민건강보험공단, 「지역보험료 부과관리」, 2002. 1, p. 5

으로 생활수준 및 경제활동 참가율 점수와 소득등급별 점수로 구분하여 부과하되, 재산등급별 점수와 자동차등급별 점수는 공통으로 부과하는 구조로 되어 있으며 <그림 3-3>과 같다.

<그림 3-3> 현행 지역가입자 세대별 보험료 부과 모형



자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2002. 2, p. 12

- 1) 생활수준 및 경제활동참가율 등급별 점수는 소득이 없거나, 연간 500만원 이하인 세대에 대하여 성·연령, 재산(과표금액, 임차주택에 대한 보증금 및 월세금), 자동차(연간세액) 및 장애정도와 소득금액에 의한 가산점수(50만원당 1점)에 따라 30등급으로 구분하여 결정한다. 그리고 재산·자동차 없는 세대에는 점수를 부과하지 않는다.
- 2) 소득등급별 점수는 소득금액의 합산액이 연간 500만원을 초과하는 세대에

대하여 소득금액에 따라 70등급으로 구분하여 결정하는데 종합소득과 농업소득으로 구분하며 종합소득에는 사업소득, 부동산 임대소득, 이자소득, 배당소득, 근로소득, 일시재산소득, 기타소득, 연금소득 등이 있다.

3) 재산등급별 점수는 과표재산(토지, 건물 등)의 과세표준금액과 임차주택에 대한 보증금 및 월세금에 따라 50등급으로 구분하여 결정한다.

4) 자동차 등급별 점수는 비영업용 자동차의 차종별, 배기량(화물차는 적재량)에 의한 연간세액을 기준으로 사용년수에 따라 3년 단위로 20%씩 경감율을 적용 7등급(28구간)으로 구분하여 결정한다.

2. 부과요소별 보험료 결정⁶³⁾

가. 생활수준 및 경제활동참가율 등급 점수

소득이 없거나 소득금액 500만원 이하의 세대에 적용하며 생활수준(재산 및 자동차 등)과 경제활동참가율(성·연령) 등을 참작하여 정한 점수에 따라 적용등급 결정한다. 생활수준 및 경제활동참가율 등급 점수 산정에서는<표 3-2>와 같이 가입자의 성별·연령별, 재산정도(과표금액, 전·월세보증금)·자동차정도(연간세액), 장애정도와 소득금액을(50만원당 1점) 고려하여 점수를 산출한다.

1) 「가입자의 성별·연령별」은 개인별로 성별에 따라 연령을 4개구간으로 구분한다. 단, 장애인, 국가유공자 등은 성·연령에 관계없이 1구간으로 적용한다.

2) 「재산」은 과표금액과 임차주택에 대한 보증금 및 월세금액에 따라 7구간으로 구분한다.

3) 「자동차」는 지방세법에 의거 산출된 자동차 연간세액의 정도에 따라 7구간으로 구분하며, 2대 이상의 경우 합산한 세액을 적용한다.

63) 국민건강보험공단, 「업무처리요령 I」, 2001. 12, pp. 158~187

<표 3-2> 성별·연령별에 따른 구간별 점수표

()은 점수임

구 분		1구간	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
가입자의 성 및 연령별	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 10만원이하 (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, 「지역보험료 부과관리」, 2002. 1, p. 6

나. 소득등급 결정



소득등급별 점수는 70등급으로 구분하며 소득금액이 연간 500만원 초과 세대에 적용하는 등급으로서 종합소득과 연금·농지소득에 평가율을 적용하여 산출된 금액을 합산한 금액에 소득보험료 등급표상 적용등급 결정한다.

다. 재산등급 결정

재산등급별 점수는 50등급으로 구분하며 재산자료가 있는 전체세대에 공통으로 적용하는 등급으로서 건물, 토지, 선박·항공기 등의 과표재산과 임차주택에 대한 보증금 및 월세금액에 평가율을 적용하여 산출된 금액을 합산한 금액에 대하여 재산보험료 등급표상 적용등급 결정한다.

라. 자동차등급 결정

자동차등급별 점수는 7등급(28구간)으로 구분하며 비영업용 자동차에 대해

차중, 배기량(적재량)에 의해 산출한 자동차 연간 세액에 사용년수 3년 단위로 20%씩 감액하여 자동차보험료 등급표상 해당 구간 결정한다.

마. 부과표준소득의 등급별 적용점수

부과표준소득의 등급별 적용점수는 100등급(부록1)으로 구분한다. 등급별 부과표준소득(점수)은 부과요소별 점수의 합산점수로 등급별 보험료는 등급별 적용점수에 적용점수당 금액을 곱하여 산정한다.

3. 지역가입자의 부과표준소득⁶⁴⁾

가. 부과표준소득의 개념

부과표준소득은 소득, 재산, 생활수준, 경제활동참가율 등을 참작하여 정하도록 한 법규정(국민건강보험법 제64조)으로 보아 화폐단위로 표시되는 소득을 직접 파악하기에는 어려움이 있음을 나타내고 있다. 화폐는 거래·교환수단 및 가치의 척도를 재는 사회적 약속으로 소득 개념이 반드시 화폐단위로 표현될 필요는 없다고 할 수 있다. 따라서 법규정상 5개 요소를 근거로 부담능력을 간접적으로 파악하고, 파악된 부담능력을 점수로 표시하여 부과표준소득으로 정하도록 시행령에 정하고 있다. 부과표준소득은 화폐단위로 수량화한 소득이라기 보다는 부담능력을 추정할 수 있는 가득능력기준(稼得能力基準)을 계량화한 소득점수를 산정한 것이다.

나. 소득등급별 점수(부록2참조)

소득에 부과하는 점수는 종합소득, 농업소득의 소득금액을 공단정관이 정하는 평가율을 적용하여 연500만원을 초과하는 세대에 대하여 소득등급별 점수를 적용하며, 근로소득, 연금소득 및 농업소득은 20%의 평가율을 적용한다.

64) 국민건강보험공단, 「업무처리요령 I」, 2001. 12, pp. 193~208

다. 재산등급별 점수(부록3참조)

재산에 부과하는 점수는 건물, 토지 또는 선박·항공기 등의 과표재산 보유 세대와 임차주택에 대한 보증금 및 월세금 부과세대에 대하여 시행령이 정하는 재산등급별 점수를 적용한다. 다만, 주택소유자(건물과표)의 경우 임차주택에 대한 보증금 및 월세금은 제외하며, 임차주택에 대한 보증금 및 월세금은 과세표준금액을 기준하여 20%의 평가율을 적용한다. 월세금은 【월세보증금+월세÷25/1000】에 의거 산출한후 20%의 평가율을 적용한다.

라. 자동차등급별 점수(부록4참조)

자동차에 부과하는 점수는 영 제40조의2 제3항 제4호의 규정에 의한 자동차의 연간 자동차세액에 사용연수에 따른 감액율을 반영(3년단위 20%씩 감액)하여 차종별, 배기량(적재량)에 따라 자동차등급별 점수를 적용하며, 사용연수 계산은 최초등록일로부터 월단위로 계산하여 적용한다. 동일한 세대에 자동차가 2대 이상인 경우에는 자동차에 대한 등급별 점수를 합산한다.

마. 생활수준 및 경제활동 참가율 등급별 점수(부록5참조)

소득이 없거나 연간 500만원 이하인 세대에 대하여 성·연령, 재산(과표금액, 임차주택에 대한 보증금 및 월세금), 자동차(연간세액) 및 장애정도 등을 참작하여 구간별 점수표에 따른 점수와 소득금액에 의한 점수【소득금액 500만원 이하인 세대에 대하여 소득금액 50만원으로 나누어 얻은 값에 해당하는 점수】를 합산한 점수에 따라 30등급으로 구분하여 결정한다. 재산 및 자동차 없는 세대에 대한 기본 1구간 점수는 적용하지 않는다.

제 4 장 보험료 부과체계의 문제점과 개선방안

제1절 부과체계의 문제점

1. 부담의 형평성

가. 지역가입자들간의 형평성 문제

지역가입자들의 보험료 부과체계는 98.10월부터 국민의료보험법이 시행됨으로써 기존에 각 지역조합별로 부과되던 부과체계가 일원화되었다. 그러나 2000.7월 직장의료보험까지 통합이 되었지만 직장의료보험과 지역의료보험은 여전히 별도로 부과하고 있다. 종전의 조합별 관리방식에서는 동일한 소득과 재산을 가지고 있어도 조합에 따라서 보험료 부담이 상이하였으나, 국민의료보험으로 통합된 이후에는 전국 어디서나 경제적 능력에 따라서 동일하게 부과되게 되었다. 그리고 종전에 세대당 가족수에 따라서 보험료가 조합마다 다르게 부과되던 기본보험료를 없애고, 소득과 재산만으로 보험료를 산정하게 되었다. 또한 2002.1월부터는 지역가입자에 대한 보험료를 소득, 재산, 생활수준, 경제활동 참가율 등을 참작하여 부담능력을 점수로 표시한 부과표준소득 점수에 의하여 보험료를 부과하고 있다.(p. 43, <그림 3-3> 현행 지역가입자 세대별 보험료 부과 모형 참조)

여기서 생활수준 및 경제활동 참가율 등급별 점수는 소득이 없거나 연간 500만원 이하인 세대에 대하여 성, 연령, 재산(과표금액, 임차주택에 대한 보증금 및 월세금), 자동차(연간세액) 및 장애정도와 소득금액에 의한 가산점수(50만원당 1점)에 따라 30등급으로 결정한다. 소득등급별 점수는 소득금액의 합산액이 연간 500만원을 초과하는 세대에 대하여 소득금액에 따라 70등급으로 구분하여 결정하고, 재산등급별 점수는 과표재산(토지, 건물등)의 과세표준 금액과 임차주택에 대한 보증금 및 월세금(20%)에 따라 50등급으로 구분하여 결정한다. 그리고 자동차등급별 점수는 비영업용 자동차의 차종별, 배기량(적

재량)에 의한 연간세액을 기준으로 사용년수에 따라 3년 단위로 20%씩 경감율을 적용 7등급(28구간)으로 구분하여 결정한다.

지역가입자에 대한 이러한 부과체계는 과거의 조합주의 방식에 비해서, 동일한 기준에 입각하여 부과함으로써 형평성이 많이 향상되었다.⁶⁵⁾ 보험료 감면도 과거에는 빈곤지역이라도 보험료를 자체 조달해야 하기 때문에 일괄감면이 불가능하였으나, 통합 이후에는 전국적인 일괄감면이 가능해졌다. 그러나 이러한 개선에도 불구하고, 현재의 통합 의료보험제도 역시 여전히 지역가입자들간에 형평성을 저해하는 많은 문제점들이 남아 있다. 이러한 지역가입자들간의 보험료 부과체계의 형평성 문제는 여러 차원에서 논의할 수 있겠으나, 소득수준별, 소득형태별, 성별·연령별, 거주지역별 형평성이라는 네 가지 차원으로 보고자 한다.

우선 지역가입자의 소득수준별 형평성과 관련하여 첫째, 과세소득이 연간 500만원 초과하는 세대는 종합소득, 연금소득, 근로소득, 농지소득을 합산한 금액을 7등급으로 구분하여 소득등급별 점수를 적용하고, 500만원 이하인 세대는 50만원당 1점씩 생활수준 및 경제활동참가율 점수를 적용하고 있는데 여기서 소득이 500만원인 세대와 501만원인 세대의 보험료 부과 점수를 보면 500만원인 세대는 50만원당 1점씩 하여 10점이 되지만, 501만원인 세대는 소득등급별 점수의 1등급인 380점을 적용하게 되어 소득은 1만원 차이인데 보험료 부과점수는 38배의 차이가 난다. 따라서 과세소득 500만원을 기준으로 서로 다른 부과기준을 적용하였을 때 <표 4-1>에서 보듯이 소득이 있는 세대중 약26%에 달하는 500만 초과 세대⁶⁶⁾에 대한 보험료가 과중하게 부과된다고 할 수 있어 과세소득은 금액에 상관없이 동일 등급표에 의한 점수를 적용해야 할 것이다.

65) 국민의료보험관리공단은 98. 10월 지역의보에 대한 통합 보험료 부과체계를 적용한 결과, 전체 지역가입세대의 62.2%는 월평균 보험료가 4,574원 인하되었고, 37.8%는 월평균 보험료가 6,749원 인상되어 소득계층간 보험료부담의 형평성이 많이 제고되었다고 주장한다.(국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 1999. 11, p. 28)

66) 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2001. 9, p. 13

<표 4-1> 지역가입자 세대의 소득 보유 현황

(단위:세대, 2001. 7. 보험료부과자료기준)


구분	계	100만원 이하	101 -300	301 -500	501 -1,000	1,001 -2,000	2,001 -3,000	3,001 -4,000	4,001 초과
세대수	2,366,964	776,479	682,609	298,012	321,096	179,688	51,510	22,632	34,938
구성비	100.0	32.8	28.8	12.5	13.6	7.6	2.2	1.0	1.5
누계비	100.0	32.8	61.6	74.1	87.7	95.3	97.5	98.5	100.0

자료 : 국민건강보험공단(지역가입자의 보험료 부과체계와 직역간 보험료 형평 분담 방안, 2001. 8. 23, 정책세미나자료)

둘째, 재산등급별 점수 중에서 자동차등급별 점수는 자가용자동차가 있는 세대에 대해서 부과되는 자동차세를 기준으로 차종, 배기량, 적재량으로 구분하여 7등급으로 구분하고 있다. 그러나 자동차 점수의 경우는 자동차의 유형과 배기량에 대한 정보는 잘 제공하고 있지만, 이것이 어떤 용도에 사용되고 있는지에 대한 정확한 정보는 제공하지 못하며, 따라서 소득수준별 형평성을 저해할 수 있다. 가격이 비싸고 출퇴근용으로 많이 사용되는 승합차보다도 생계유지용 승용차가 세금이 많이 부과되는 현실에서, 단순히 자동차세액만을 기준으로 보험료를 책정하는 것은 형평성 면에서 문제가 있다. 즉, 승합차의 경우는 모두 이를 생계용 상업차량으로 인정하여 승용차에 비하여 훨씬 낮은 등급을 책정하고 있으며, 승용차는 일반적으로 많이 이용하는 1,500cc - 2,000cc 이하의 승용차도 4등급에 책정되고 있다. 그리고 4등급 이상은 승용차에만 해당된다. 이는 기본적으로 승용차의 경우는 모두 업무나 생계유지와 관련이 없는 소비성 차량이라고 가정하기 때문이다. 그러나 실제로는 구형 승용차를 생계용으로 이용하는 경우도 많이 있다. 따라서 형평성을 제고하기 위해서는 단순히 자동차의 외형이나 크기에만 의존하여 보험료를 부과할 것이 아니라, 용도도 고려해야 할 것이다. 왜냐하면 생계용 차량 등으로 확인될 경우는 감면 등의 조치도 필요하다. 그리고 한 세대당 차량 소유가 2대 이상인 경우도 많다. 현재의 보험료 부과체계는 이러한 것에 대해서 적절하게 가중 부담

시킬 수 있는 방안이 미비하다. 그리고 자동차에 부과되는 보험료가 일반 재산에 비하여 상대적으로 비중이 높다. 예를 들어 차량 가격이 900만원 정도인 1,500cc 자동차인 경우 보험료 부과점수가 113점이 적용되는데 비해, 재산인 경우 과표금액이 1,200만원~1,500만원(실체가격 5,000만원 정도)인 재산점수인 110점과 비슷하게 부과되고 있는 실정이다.

다음에 지역가입자의 소득형태별 형평성 면에서 첫째, 생활수준 및 경제활동 참가율 점수와 관련하여 <표 4-2>에서 보면 전체 세대중 재산 보유 세대가 약51%, 자동차 보유 세대가 48%를 차지⁶⁷⁾하고 있는데 이들 재산과 자동차를 보유한 세대인 경우 재산은 재산등급별 점수, 자동차는 자동차등급별 점수를 각각 적용 합산하여 보험료를 산정하고 또다시 생활수준 및 경제활동참가율 점수 산정시 성별·연령별 외에 재산 및 자동차의 보유정도에 따라 점수를 가산하고 있는데 이는 재산 및 자동차를 이중으로 부과하고 있다고 볼 수 있다.

 제주대학교 중앙도서관
<표 4-2> 보험료 부과요소별 세대수

(단위 : 세대, %, 2001.7월기준)


구 분	계	소 득		재 산		자 동 차
		과세	경제활동등	과세재산	전월세	
세대수	8,072,124	609,864	7,462,260	4,125,171	2,557,119	3,872,444
구성비	100.0	7.6	92.4	51.1	31.7	48.0

자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2001. 9, p. 13

그리고 소득노출이 제대로 되지 않는 자영업자와 소득이 노출되는 연금소득자 및 영세사업장 근로자간의 형평성이 저해될 소지가 있다. 즉, 소득등급별 점수와 관련하여 과세소득이 500만원 이하이거나 소득자료가 없는 세대에 대해서는 성별, 연령별, 재산정도, 자동차 등의 요소를 중심으로 생활수준 및 경

67) 정흥기·조정찬, 전게서, p. 574

제활동 참가율 점수를 부과하고 있다. 그러나 자영업자들의 음성 탈루소득이 많을 것으로 추정되는 현실에서 지역가입자의 소득형태를 고려하지 않고 500만원이라는 획일적 기준을 적용하는 데는 문제가 있다. 둘째, 소득등급별 점수를 결정하는 데서도 형평성이 저해된다. 즉, 소득등급별 점수의 결정 요소는 종합소득, 연금소득, 근로소득, 농지소득 등인데, 실제로 소득신고가 불성실한 상황에서 자영업자들의 종합소득이나 근로소득은 제대로 파악되지 않는다. 따라서 소득상태가 비교적 정직하게 노출되는 연금소득자나 영세사업장 근로자가 상대적으로 불이익을 당하게 된다. 그 결과 고소득 자영업자들 보다는 직장 은퇴자 등이 보다 많은 보험료를 부담하는 결과가 초래되기도 한다. 셋째, 지역가입자에 대한 소득등급별 점수를 추정하기 위한 소득평가율의 적용도 형평성을 저해할 수 있다. <표 4-3>의 소득평가율표는 국민건강보험공단이 국세청과 지방자치단체, 국민연금관리공단 등으로부터 자료를 받아서 파악한 소득을 평가하는 것이다.


<표 4-3> 소득종류별 소득평가율

소득종류	평가율(%)
종합소득(근로소득제외)	100
근로소득	20
농지소득	20
연금소득	20

자료 : 국민건강보험공단 정관 제48조관련 [별표2]

이에 따르면, 종합소득은 전액(100%)을 보험료 부과소득으로 평가하지만, 근로소득, 농지소득, 연금소득에 대하여는 20%만 부과소득으로 한다. 이는 통합전 각 조합별로 20~80%의 평가율을 적용하고 있었으며 대부분의 조합이 20~30%의 낮은 평가율을 적용하고 있음을 고려하여 20%로 설정하였다.⁶⁸⁾

지역 가입자들간의 성별·연령별 속성에 따라서도 형평성 문제가 발생한다. 성별·연령별에 따른 점수를 산정하는데는 노동부 통계연감의 성별·연령별 경제활동 참가율과, 통계청의 성별·연령별 1인 가구 연평균 가계수입을 지수화한 후 합성하여 성별·연령별로 점수화 한 것이다.⁶⁸⁾ 이는 통합전 인두제의 성격을 지닌 기본보험료(가구원당 보험료와 세대당 보험료)를 폐지하는 대신 성·연령을 요소로 한 보험료 부과 기준이다. 그리고 과세자료가 없거나 과세소득이 500만원 이하인 세대에 대해서는 인적·물적인 객관적 요소로서 소득을 추계하여 점수를 산정하는데 인적요소로는 성, 연령, 장애여부, 물적요소로는 세대별 재산정도와 자동차 정도를 반영하고 있는데, 여기에 범에는 규정되어 있으나 실제 부과에서는 제외되어 있는 직업요소와 세대의 생활수준을 정확히 반영할 수 있는 여러 가지 요소 즉, 학력, 취업률, 거주지역, 전기사용량, 가스사용량, 전화사용량, 병원 이용빈도 등 측정 가능한 여러 요소들도 고려하여 볼 필요가 있다.

또한 <표 4-4>를 보면, 우선 성별로 여성의 경우는 1구간과 2구간은 연령구분이 남성과 동일하나, 3구간은 25-29세와 50-59세, 4구간은 20-24세와 30-49세로 상이하다. 이는 20-24세의 여성이 25-29세의 여성보다 예상소득이 높을 것으로 가정하는 것으로서, 여성의 경우도 계속 취업을 하고 있는 이상에는 나이가 들수록 소득이 증가할 것으로 가정하는 것이 합당할 것이다. 남성의 경우 1구간은 19세 이하와 65세 이상의 사실상 생산활동에 종사하기 어려운 계층이며, 2구간은 60-64세, 3구간은 20-29세와 50-59세, 4구간은 가장 활발하게 생산활동에 종사하는 30-49세로 설정하고 있다. 물론, 이는 타당성이 있으나, 좀더 등급을 세분화하고 현실화하여 연령별 예상소득이 반영되도록 해야 할 것이다.

68) 국민의료보험관리공단, 「국민의료보험실무」, 1998. 9, p. 168

69) 상계서, pp. 158~163

<표 4-4> 성별·연령별 생활수준 및 경제활동참가율 기준 구간표

구분	제1구간		제2구간		제3구간		제4구간	
	연령	점수	연령	점수	연령	점수	연령	점수
남자	19세이하	1.4	60-64세	4.8	20-29세	5.7	30-49세	6.6
	65세이상				50-59세			
여자	19세이하	1.4	60-64세	3	25-29세	4.3	20-24세	5.2
	65세이상				50-59세		30-49세	

자료 : 국민건강보험공단, 「지역보험료 부과관리」, 2002. 1, p. 6

마지막으로 지역가입자들의 거주지역별 형평성 문제가 발생할 수 있다. 소득이 같으면 전국 어디서나 동일한 보험료를 낸다는 이른바 「동일소득 동일 보험료 원칙」인데 이 역시 도시지역과 농촌지역, 대도시와 중소도시간의 재산가치의 실질적 차이를 반영하지 못하여, 대도시지역 거주자에게 불리하게 작용할 수 있다. <표 4-5>에서 보면 도시지역가입자의 약51%가 재산을 보유⁷⁰⁾하고 있는 것으로 나타나고 있는데 이는 실제 소득은 낮지만 전세금이나 과표금액이 높은 대도시 영세서민들은 경제능력에 비해서 농촌지역이나 중소도시 주민들에 비해서 상대적으로 많은 보험료를 부담하는 결과가 초래된다. 그리고 재산등급별 점수도 도시와 농촌간, 대도시와 중소도시간에 지역별로 재산과세 금액의 편차가 큰 현실을 제대로 고려하지 못하며, 재산등급별 점수를 너무 높게 설정해 놓은 면도 있다. 따라서 재산정도를 파악하기가 용이하다는 이유로 재산에 대해서 보험료를 너무 많이 부과하는 것은 재고할 필요가 있다. 특히 대도시의 공동주택은 과세재산 가격이 다른 부동산들에 비해서 상당히 현실화되어 있다. 따라서 재산등급별 점수를 너무 과다하게 설정하면 대도시의 서민층이 실질소득이나 생활정도에 비해서 과다한 보험료를 부담하게 된다. 그리고 소득이 같아도 도·농간 또는 지역별로 의료비 편차가 크기 때문에 지역별 보험료의 편차를 인정하지 않는다는 점에서 불평등하다. 다시 말해서 의료기관이 밀집되어 있는 도시지역 주민은 그렇지 못한 농어민 보다

70) 정홍기·조정찬, 전게서, p. 643

비록 소득은 같아도 보험료를 더 내야 할 것이다.

<표 4-5> 지역가입자의 도·농간 소득·재산자료 보유율

(단위:세대,%, 2001.7월기준)

구 분	전체세대수 (%)	소득·재산 유자료 세대			
		소 계	소득만	재산만	소득+재산
계	8,072,124 (100.0)	4,882,349 (60.48)	584,402 (7.24)	2,690,415 (33.33)	1,607,532 (19.91)
도 시	7,057,688 (100.0)	4,104,401 (58.16)	533,169 (7.55)	2,197,607 (31.38)	1,373,625 (19.46)
농어촌	1,014,342 (100.0)	777,902 (76.69)	51,229 (5.05)	492,773 (48.58)	233,900 (23.06)

자료 : 국민건강보험공단(지역가입자의 보험료 부과체계와 직역간 보험료 형평분담 방안, 2001. 8. 23, 정책세미나자료)

나. 지역가입자와 직장가입자간의 형평성 문제

2000.7월 통합 이후 지역가입자와 직장가입자는 각각의 부과기준에 의하여 이원적으로 보험료를 부과하다가 2002년 1월부터 재정을 통합하면서 소득에 의한 단일 보험료 부과체계에 의하여 부과할 예정이었다. 그러나, 재정통합이 무산되면서 현재도 직장가입자는 소득에 대하여, 지역가입자는 소득과 재산 및 경제활동능력을 추정하여 산출한 소득에 대하여 각기 분리하여 보험료를 산정하고 있다. 따라서 양자간의 보험료 부과를 둘러싼 형평성 논란도 대부분은 직장과 지역간 재정이 통합되고, 소득기준이라는 동일한 보험료 부과체제로 운영된다는 가정하에서 전개되고 있다.

우선, 가장 기본적인 논란은 소득과약율 문제로서, 직장조합이 지역의료보험과 직장의료보험의 재정통합을 반대하는 궁극적 명분도 여기에 있다. 즉, 직장근로자의 소득은 거의 모두 노출되는데 비해서, 지역가입자 중에서 농어민의 소득과약율은 56.7%, 도시자영업자의 소득과약율은 23%정도에 불과하다는 것이다. 따라서 보험재정이 통합되고 동일한 소득기준의 보험료가 부과되면

직장가입자가 불리해진다. 물론, 이러한 주장에는 동조하기 어려운 면도 있다. 직장가입자도 실제로 근로소득 외에도 이자, 임대수입 등의 자산소득이 있음을 감안하면, 직장가입자도 사실은 소득이 모두 파악되는 것은 아니다. 실제로 정부에서는 소득과액율이 낮은 도시자영자가 임금근로자 보다 평균보험료 기준으로 약 34% 많이 부담하고 있다고 주장한다. 그러나 보험료 부과에서는 평균보험료 개념보다는 개별적인 경제능력에 비례하여 어느 정도 형평성이 있게 보험료를 부담하느냐가 중시되어야 한다. 어떤 면에서 지역가입자들이 평균적으로 보험료를 많이 내는 것은 고소득 지역가입자들의 소득 과액이 제대로 안되기 때문에, 저소득자들이 보험료를 많이 부담하기 때문인 점도 있다.

다음에 보험료 부과요소와 관련한 형평성 문제이다. 재정통합이 되더라도 지역가입자의 경우 결국은 소득과 함께 재산이 중요한 부과기준이 될 것이다. <표 4-6>에서처럼 지역 직장간 재산·자동차·성·연령 등을 비교하여 볼 때 지역보다 직장이 더 많은 재산자료를 보유하고 있음을 알 수 있다⁷¹⁾. 그런데 이 경우에 직장가입자는 현행대로 소득에 대해서만 부과하고 지역가입자는 소득과 재산 양자에 대하여 동시에 부과한다는 것은, 소득이 제대로 파악되는 지역가입자들에게는 상당한 불이익을 준다.

<표 4-6> 지역·직장간 재산·자동차·성연령등 비교

(단위:만원, 원, 점, 2001.7 부과기준)

변 수	전 수 모 의 운 영 현 황		
	직장평균(A)	지역평균(B)	A/B(상대비)
재 산(만원)	2,693	2,556	1.054
자 동 차(원)	3,345	2,732	1.224
성·연령(점수)	12.6	11.3	1.071


자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2001. 9, p. 15

또한 연금소득 등 소득이 쉽게 파악되는 지역가입자와 직장가입자간에 형

71) 국민건강보험공단, 「건강보험」, 2001. 9, pp. 14~16

평성 문제가 발생한다. 그리고 현재 직장가입자는 보험료의 절반을 사용자가 부담하는데 비해서, 지역가입자는 본인이 전액 부담한다. 따라서 소득정도와 대비하여 보험료 총액은 직장가입자가 많더라도 실제 본인부담액은 지역가입자보다 적은 경우가 많다. 특히 지역가입자들 중 영세서민의 경우는 소득수준에 비하여 보험료 부담이 과중한 경우가 많이 발생한다.

그리고 보험료 징수율 측면의 문제이다. 즉, 직장가입자의 경우는 징수율이 거의 100%인데 비해서, 지역가입자의 경우는 월평균 보험료 징수율이 <표 4-7>에서 보듯이 지역의료보험 통합 이후에 급격하게 하락하여 99년에 92.7%로 통합 이전에 비해서 징수율이 급락하였었다.⁷²⁾ 그러나 2001년에 들어서는 지역의료보험의 징수율이 97%이상을 상회하고 있는 실정이다.⁷³⁾ 직장과 지역 간 이러한 징수율의 차이가 재정이 통합되면 직장가입자들이 부담할 부분이라고 생각을 하고 있는 것이다. 하지만 의료보험은 사회연대성에 기반을 둔 부조제도이기 때문에 집단 이익에만 급급할 것은 아니라는 것이다.

 제주대학교 중앙도서관
<표 4-7> 지역보험료 징수율 변동 추이

(단위:%)

구 분	통 합 전		통 합 후					
	'99	00.1-6	00.3/4	00.4/4	01.1	01.2	01.3	01.4
누적징수율	92.7	90.1	82.6	95.1	87.4	94.4	100.2	97.7

자료 : 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001. 7, p. 74

72) 국민의료보험관리공단, 「의료보험」, 2000. 5, p. 15

73) 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001. 7, p. 74

2. 소득원의 정확한 파악

가. 부과대상 소득의 범위 문제

국민건강보험법 제64조 제1항에 “세대별 보험료를 산정하기 위한 부과표준 소득은 지역가입자의 소득, 재산, 생활수준, 직업, 경제활동참가율 등을 참작하여 정하되, 부과표준소득의 산정방법·기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다”라고 규정하고 있어서 보험료 부과대상 소득은 ‘실현된 화폐단위의 금액’으로 파악하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

현행 건강보험에서의 부과대상 소득은 소득세법의 규정에 의한 종합소득, 지방세법의 규정에 의한 농지소득, 연금소득, 그리고 재산등이 가미된 포괄적 성격으로 규정되어 있다. 반면에 국민연금의 경우 부과대상소득은 사업소득, 농업소득, 임업소득, 어업소득, 근로소득 등 5가지 소득에 한정되고 있다. 즉 이자·배당소득 등 금융소득을 배제하고 기본적으로 가입자의 주소득원을 부과대상으로 하고 있다.

따라서 건강보험에서의 부과대상 소득은 국민연금에서의 부과대상 소득과 일치하지는 않는다. 후자는 부과대상 소득에 연계한 연금급여가 이루어지는 반면, 전자는 부담과는 상관없이 의료적 필요(medical need)가 발생됨에 따라 급여가 이루어지기 때문이다. 즉 양자가 강제가입을 전제로 하고, 소득재분배 효과를 지향하고 있기 때문에 부담능력에 따른 강제배분의 필요성은 공유하고 있으나 그 정도가 건강보험에서 더욱 높게 나타나고 있는 것이다.

지역가입자는 자영업자, 1개월 미만의 임시직·일용직, 시간제 근로자, 농어민 등으로 구성되어 다양한 소득창출원이 혼재되어 있으므로 주 소득원별로 각각 다른 소득형태가 존재하고(예, 사업소득, 근로소득 등), 주 소득원 이외의 소득원에 의한 소득(예, 이자·배당소득 등)이 존재한다. 나아가 세대 단위의 보험료 부과가 이루어지게 되므로 세대주뿐만 아니라 세대원에 의한 소득도 부과대상 소득에 합산되어야 한다.

<표 4-8>는 지역가입자로 구성된 18,001세대를 표본으로 한 종합소득세

내역을 나타내고 있다. 예견할 수 있는 바와 같이, 주로 자영자로 표현되는 지역가입자의 주된 소득원은 사업소득으로서 사업소득만을 갖는 경우가 5,676세대로서 전체 세대의 31.5%에 이른다. 230세대는 사업소득과 부동산 소득을 동시에 지닌 경우에 해당하며, 사업소득과 근로소득을 동시에 지닌 경우가 934세대로 나타나고 있다⁷⁴⁾.

이자·배당소득은 세대수 비중으로는 거의 무시할 수 있을 정도이다. 그러나 이자소득과 그 이외의 소득을 갖는 50세대의 연평균 소득이 6,911만원에 이른다. 이는 사업소득과 그 이외 소득을 갖는 6,956세대의 연평균 소득이 665만원, 근로소득과 그 이외의 소득을 갖는 5,255세대의 연평균소득이 544만원임을 감안하면 10배 이상이 고소득 수준임을 알 수 있다. 보다 중요한 사실은 여타소득을 감안한 이자소득세대(50세대)의 연평균 소득 6,911만원은 이자소득만을 갖는 23세대의 세대당 연평균 소득은 5,756만원보다 1,155만원 많게 나타나고 있다는 점이다. 반면 사업소득만을 갖는 5,676세대의 연평균 소득은 562만원으로 여타소득을 감안한 665만원과 103만원의 차이를 보이고, 근로소득의 경우에는 근로소득만을 갖는 세대의 연평균소득이 464만원으로 여타소득을 감안한 544만원과 80만원의 차이를 나타내고 있다.

74) 노인철, "자영자 소득과약과 보험료 부과체계", 「한국사회복지정책논문집」, 제9집, 1999. 12, pp. 325~327, 한국보건사회연구원에서 소득과약을 위한 가구경제실태 조사를 실시하여 조사대상 25,333세대 중에서 통계사용 가능한 대상세대 수는 18,001세대이다.

<표 4-8> 소득유형별 표본 분석 결과

(단위:명,만원)

구 분		이자소득	배당소득	부동산소득	사업소득	근로소득	기타소득	계
이자소득	세대수	23	6	9	10	1	1	50
	합계	132,380	32,443	85,659	81,290	5,540	8,253	345,565
배당소득	세대수	6	9	5	3	1	1	25
	합계	32,443	3,664	21,350	8,047	2,693	1,504	69,701
부동산 소득	세대수	9	5	468	230	76	7	795
	합계	85,659	21,350	407,734	470,674	94,707	5,881	1,086,005
사업소득	세대수	10	3	230	5,676	934	103	6,956
	합계	81,290	8,047	470,674	3,190,759	757,798	120,350	4,628,918
근로소득	세대수	1	1	76	934	4,175	68	5,255
	합계	5,540	2,693	94,707	757,798	1,937,946	61,762	2,860,446
기타소득	세대수	1	1	7	103	68	209	389
	합계	8,253	1,504	5,881	120,350	61,762	6,367	204,117

주 : 지역가입자 18,001세대를 표본으로 종합소득세 자료를 근거로 작성

자료 : 한국보건사회연구원, 「가구경제실태조사」, 1999

이들의 경우 모두 여타소득을 감안한 소득은 주소소득의 1.2배에 해당한다. 따라서 주소소득원에게만 부과하는 경우는 여타 다른 소득을 갖는 세대는 그만큼 부담이 줄어들게 된다. 보험료 부과가 세대별 부담능력에 의거하여야 형평성을 달성한다고 할 때, 주소소득원 이외의 소득까지를 합산한 세대별 소득총액에 부과해야 형평성에 접근하게 될 것이다. 다만 여기에서의 형평성은 지역가입자 내에서만 유효한 개념임을 명시해야 한다. 보다 일반화된 형평성의 기준을 적용하면 근로소득만을 기준으로 하는 직장가입자의 현행 부과체계에도 여타 금융소득 등을 부과대상으로 확대 적용해야 하는 문제가 뒤따르게 된다.

보험료 부과대상 소득을 소득세법상 종합소득의 세대별 합산액으로 규정하면 국민건강보험법 취지에 적합할 뿐만 아니라 부과 근거의 객관성으로 인해 시행의 용이성이 보장되게 될 것이다. 그러나 이러한 원칙론은 다음과 같은 실제 적용에 있어서는 큰 어려움이 따른다.

나. 보험료 부과자료상의 문제

부과대상 소득을 세대별 소득총액 개념에 기초하여야 한다는 원칙론과 그렇게 규정된 소득에 현실적으로 ‘부과할 수 있는가’하는 적용성의 문제는 별개의 사안이다. 즉 다음과 같이 부과대상 소득 유형별로 부과 적용성을 저해하는 현실적 문제점을 안고 있다.

첫째, 사업운영으로 얻은 사업소득을 보면 과세소득 유자료 대상자는 실제 소득과 괴리가 있고, 과세소득 무자료 대상자는 소득과약 자체가 곤란하다. 둘째, 근로제공으로 얻은 근로소득 등은 1~4인 사업장중 건강보험 적용제의 사업장의 고용주는 외형 거래를 은폐하기 위하여 근로자의 소득을 보고하지 않거나 축소하여 보고하는 경향이 있어 부과 근거자료 확보 곤란하며, 비정기적 근로소득은 그 종류가 다양하고 또한 유동적이어서 본인의 신고에 의하지 않고는 파악하는데 어려움이 있다. 또한 퇴직금은 일시에 발생하는 소득이므로 월소득으로 환산하여 지속적으로 부과하기 어렵고, 일시에 고액을 부가하기도 곤란하다. 셋째, 기타 연금소득 등은 국민연금법 등 공적연금법에 의한 연금소득을 제외한 금융기관 및 보험회사의 개인연금은 자료 제약으로 현 단계에서는 파악이 곤란하다.

아래의 <표 4-9>와 <표 4-10>는 지역가입자(18,001세대:표본)중 사업주, 종업원이라고 응답한 세대(‘가구경제실태조사’)의 소득구조를 나타내고 있다⁷⁵⁾. 지역가입자의 자격특성상 가구주중 자영자가 비자영자 수보다 더 많고, 전자가 후자보다 더 높은 소득수준을 나타내고 있다.⁷⁶⁾ 지역가입자의 소득구조는 가구주만의 소득뿐만 아니라 가구원의 소득도 세대의 부담능력을 결정하는 주요한 원인으로 작용할 수 있음을 보여준다. 자영자 세대의 가구원의 주소득원은 사업소득과 근로소득이며, 비자영자 세대의 주소득원은 근로소득임을 발견할 수 있다.

75) 노인철, 전제논문, p. 327

76) 자영자 세대의 ‘근로소득’은 동업관계 혹은 사업주이나 정액의 급여로 책정된 소득을 가진 경우로 해석할 수 있다.

<표 4-9> 자영자 세대¹⁾의 연소득 구조

(단위:세대, 만원)

가구주	세대수	월평균	가구원	세대수	월평균
사업수입	3,805	145	사업수입	205	98
근로수입	914	104	근로수입	314	68
금융자산수입 (이자,배당)	9	148	금융자산수입 (이자,배당)	2	30
부동산자산수입	42	161	부동산자산수입	3	140
이전수입	17	125	이전수입	4	30
기타수입	67	78	기타수입	42	42

주 : 1)지역가입자(18,001세대 : 표본)중 가구주가 종업원이라고 응답한 세대임
 자료 : 한국보건사회연구원, 「가구경제실태조사」, 1999

<표 4-10> 비자영자 세대¹⁾의 연소득 구조

(단위:세대,만원)

가구주	세대수	월평균	가구원	세대수	월평균
사업수입	53	139	사업수입	32	71
근로수입	3,953	86	근로수입	441	60
금융자산수입 (이자,배당)	2	40	금융자산수입 (이자,배당)	1	100
부동산자산수입	6	66	부동산자산수입	2	130
이전수입	21	57	이전수입	5	50
기타수입	105	54	기타수입	82	32

주 : 1)지역가입자(18,001세대 : 표본)중 가구주가 종업원이라고 응답한 세대임.
 자료 : 한국보건사회연구원, 「가구경제실태조사」, 1999.

결국 지역가입자 세대의 보험료 부과대상 소득은 가구주의 소득총액과 가구원의 소득총액을 합친 금액이 되어야 세대별 부담능력을 반영한 형평성 있는 부과체계라 할 수 있다. 그러나 종합소득세 자료 보유세대가 전체 세대의 30%에도 못 미치고, 또한 과세자료 보유세대의 약 75%가 연소득 500만원 미

만에 불과한 여건 하에서 과세소득을 기준으로 하는 부과체계는 시행에 많은 부담을 안을 수밖에 없다. 더욱이 과세소득 자체의 하향 신고로 실제 소득과의 괴리 문제가 심각하며,⁷⁷⁾ 또한 과세자료가 없는 약 70%의 세대에게는 어떠한 방법으로 보험료를 부과할 것인가에 대한 해답을 찾아야 할 것이다.

제2절 부과체계의 개선방안

97년 이후의 일련의 의료보험 통합과정을 통해서 우선 관리운영 면에서는 낭비적 요인을 제거하고, 전국적인 조직망을 확립함으로써 국민들의 의료기관 이용시의 편의를 도모하며, 동일한 수준의 보험급여를 유지함으로써 의료서비스의 형평성을 유지할 수 있게 되었다. 그리고 보험료부과 측면에서도 아직도 2원체제를 유지하고 있으나, 지역군 내에서는 동일한 기준에 의해서 보험료가 부과되게 되었으며, 이로 인해서 형평성이 상당히 제고되었다.

그러나 통합 건강보험의 보험료 부과체계는 아직도 지역간은 물론, 동일 지역군 내에서도 형평성 측면에서 많은 문제점들이 남아 있다. 따라서 보험재정의 완전통합을 얼마 남겨 두지 않은 현 시점에서 보험료 부과체계의 형평성을 제고하는 것은 통합 건강보험의 숙제이다.⁷⁸⁾

통합 건강보험의 장점은 보험료 부과나 보험급여의 지급을 단일 기준으로 행한다는 것이다. 물론 이로써 동일한 경제 능력을 보유한 사람에 대해서는 동일한 부담을 부과할 수 있는 가능성은 증대하였다. 그러나 대신에 조합별 체계가 가질 수 있던 장점인 다양성을 희생하게 되었다. 따라서 건강보험 통합의 정신을 훼손하지 않는 범위 내에서 통일성과 개별성의 장점들을 조화하는 묘안이 필요하다.

77) 이는 ‘자영자소득과약위원회’의 1차적 목표가 영세자영업자는 물론 일반자영업자 보다는 ‘고소득 전문직 종사자’에 대한 소득과약에 초점을 맞추고 있다는 사실에서 확인할 수 있다.

78) 김순양, 신영균, “통합의료보험 보험료 부과체계의 형평성 제고방안”, 「한국행정논집」, 제12권 제4호, 2000, p. 626

1. 보험료 부과등급의 세분화

지역가입자들간의 보험료 부과의 형평성을 제고하기 위해서는 우선, 소득수준별 형평성 면에서 보면 사회보장 중에서도 사회보험만이 갖는 특성은 수혜자에게 직접적인 부담을 부과한다는 점이다. 따라서 수혜자는 편익에 못지 않게 비용 부담에 민감하다. 우선 건강보험 보험료 부과체계는 과거에 비해서 보험료 등급수가 많이 확대되었으나, 문제는 이러한 등급 세분화가 실질적인 형평성 제고에는 별로 기여하지 못한다는 점이다. 그 이유는 대부분의 가입자가 해당하는 중간등급은 세분화 정도가 미흡하기 때문이다. 극소수의 사람들이 해당하는 상위등급을 세분화하고 있다. 따라서 등급 수를 몇 개로 하느냐에 민감할 것이 아니라, 실제로 대부분의 소득계층을 포함할 수 있는 등급 군을 좀더 세분화하는 것이 형평성 제고에 도움이 될 것이다⁷⁹⁾. 그리고 과세소득등급별 점수, 재산등급별 점수, 생활수준 및 경제활동참가율 점수, 자동차등급별 점수 등 모든 것이 편의적으로 설정된 면이 강하다. 따라서 건강보험의 부과가 좀더 형평성을 갖으려면, 보험료 부과기준을 대부분의 사람들이 배치될 수 있는 등급이나 구간을 중심으로 세분화하며, 소득이나 재산정도를 구간별로 책정하는 데서도 소득이 많아질수록 보험료 차이가 누증되도록 경험적인 자료조사에 입각하여 객관적으로 해야 한다. 그리고 자동차의 경우도 이를 배기량이나 차종에 따른 일률적 기준에 의해서 보험료를 책정할 것이 아니라, 생계유지용, 출퇴근용 등으로 구분하여 보험료를 부과하여야 한다. 그리고 현실적으로 자동차의 등급 판정은 단순하게 가입자의 신고와 서류상의 내용만으로 판단하는데 최소한 실물확인 절차는 필요하다.

79) 일본이나 독일의 경우 일정소득 이상의 경우 보험료를 부과하지 않는 상한선을 두고, 프랑스는 상한선을 두고 있지 않은데 지역보험료 부과체계의 성격상 상한선을 두는 것이 보다 사회보험의 원리에 충실한 것이라 보여진다. (정흥기·조정찬, 「국민건강보험법」, 한국법제원, 2001, pp. 550~551)

2. 성실신고에 따른 소득평가율 조정

소득형태별 형평성 면에서 우선, 생활수준 및 경제활동참가율 점수와 관련하여 자영업자의 소득 과약을 철저하게 해야 한다. 즉 자영업자의 소득 과약율을 제고한 것이 지역가입자들간 형평성을 제고하는 가장 기본적인 출발점이다. 그러나 지역가입자의 종합소득에 대한 소득평가율 적용에서 모두가 소득의 20%정도 밖에 신고하지 않을 것으로 전제할 것이 아니라, 개인별·업종별 신고소득율의 편차를 잘 고려해야 한다⁸⁰⁾. 가령, 개인별로 모범납세자이거나, 업종별로 비교적 성실하게 소득신고가 되는 업종은 소득평가율을 달리 적용할 수 있다. 따라서 성실 소득신고에 대해서는 소득평가율을 낮추어서 적용해 주며, 업종별로도 이를 유형화하여 소득신고가 잘 안 되는 업종에 대해서는 소득 평가율을 높게 하며, 소득신고가 잘 되는 업종은 소득 평가율을 낮게 책정해 주는 인센티브가 필요하다.

3. 연령구간 및 평가요소 확대

연령별, 성별 형평성 면에서는 우선, 생활수준 및 경제활동참가율 점수 산정에서 성별·연령별로 구분하고 있는데, 이 역시 단순하게 남녀 구분이나 연령 구분만으로 할 것이 아니라, 이에 더해서 적어도 그 사람의 실제 소득여부 정도는 고려해야 할 것이다⁸¹⁾. 그리고 연령별로는 근로능력을 적절하게 고려하

80) 독일·프랑스는 자영업자의 과세소득에 보험료율을 적용하여 보험료를 산정하고 있는데 우리나라도 재산을 소득가치로 환산하는 방법을 개발할 필요가 있으며, 특히 프랑스는 국고지원이 없는 대신 보험제정에 일반사회각출금(31%), 목적세(6%)등으로 충당하여 저소득층의 부담을 덜어주고 있다. (국민건강보험공단, 「각국의 의료보험제도」, 2001, pp. 2~15)

81) 독일 자영업자의 경우 소득이 적거나 전혀 없을 경우 피보험자의 위험이나 보험료를 부담하지 않는 가족피부양자의 수와는 상관없이 정액으로 보험료를 부과하고, 프랑스도 소득이 없는 학생이나 청소년인 경우 정액으로 보험료를 부과하여 저소득층의 부담을 덜어주고 있다. (국민건강보험공단, 「각국의 의료보험제도」, 2001, pp. 4~15)

여 연령별 구분을 하되, 인접 연령대의 점수를 중첩시키는 것도 가능하다. 그리고 4구간을 분리하거나, 63-64세의 경우는 1구간으로 재조정하는 것 등도 고려할 수 있으며, 50대 후반의 경우는 생산능력이 크게 떨어질 것이므로 이를 2구간으로 옮기는 방안도 고려할 수 있다. 아니면 57-62세 정도를 한구간으로 별도로 설정하는 방안도 고려할 수 있다. 성별로는 여성의 경우 3구간과 4구간이 불합리하게 설정된 감이 있다. 오늘날 여성들도 상당수가 대학진학을 하는 것을 전제로 3구간과 4구간의 연령을 조정해야 한다. 또한 구간 수를 남성과 여성을 동일하게 설정할 필요는 없으며, 필요에 따라서 구간 수를 확대할 수도 있을 것이다.

또한 생활수준 및 경제활동참가율 반영 요소에 직업, 학력, 취업률, 거주지역, 전기사용량, 가스사용량, 전화사용량, 병의원 이용도 등 현 생활수준을 반영할 수 있는 모든 요소를 고려할 필요가 있다.

4. 지역간 재산가치 실질적 반영

지역가입자의 거주지역별 형평성 면에서 지역가입자들의 보험료 부과에서 지역간 차이를 감안하는 범주를 설정해야 한다. 현재 지역간의 물가수준이나 생계비 차이를 고려하지 않고 획일적인 부과기준을 적용하고 있는데, 실질적인 표준생계비를 반영하는 과표금액을 설정함으로써 도시지역의 영세서민을 보호해야 할 것이다. 재산등급별 점수 산정에서 대도시, 중소도시, 농어촌지역간을 비교해 보면, 대도시지역 주민들이 불합리한 면이 많다. 특히 대도시 지역의 영세서민들이 그러하다. 대도시의 경우 매매조차 되지 않는 소형가옥을 소유하더라도 재산이 높게 파악되며, 소형 아파트의 전세금도 매우 높다. 따라서 이들이 실제로는 생계유지에 급급함에도 불구하고 과중한 보험료를 부담하는 경우가 많다. 따라서 가능하면, 보험료의 부과를 서울, 광역시지역, 중소도시지역, 농어촌지역 등으로 몇 개의 군으로 분류하여 해당지역의 부동산 가격이나 물가 등을 감안한 역의 가중치를 부여하여 차등화 하는 방안을 강구해야 한다.

또한 우리의 경우 의료보장은 건강보험과 의료급여를 중심으로 작동된다. 물론 이 중에서 건강보험은 적절한 수준의 보험료를 부담할 수 있는 계층을 위한 것이며, 의료급여는 보험료 부담능력이 없는 계층을 위한 것이다. 그러나 문제는 의료급여의 대상자는 못되지만 건강보험료를 부담하는 데는 어려움이 있는 경제적 취약계층이 많다는 점이다. 농어촌지역 주민의 경우는 상당수가 노령층이기 때문에 요양기관 이용빈도는 높는데 비해서 소득은 적다. 더구나 지리적 여건으로 인한 이동비용까지 추가 부담하고 있다. 따라서 농어촌 지역 주민들을 연령 소득수준 등의 속성별로 등급화 하여, 보험료 감면폭을 획일적 범위 내에서 차등화 하는 방안이 필요하다. 물론 이러한 사회적 취약계층에 대한 감면이나 지원을 강화하기 위해서는 기본적으로는 국가보조금이 증가해야 한다. 그러나 국가의 재정능력이 한계가 있는 상황에서는 고소득 자영업자의 소득과약율을 높이며, 보험급여의 거품을 제거하고 관리운영비를 절약함으로써 보험기금을 확충하며, 이를 토대로 사회적 취약계층에 대한 지원을 강화하는 것이 바람직하다⁸²⁾.



5. 자영업자의 소득과약율 제고

아직 지역가입자와 직장가입자간의 재정이 별도로 처리되고 있지만, 2003. 6. 30이후 양자가 재정적으로도 통합되면 궁극적으로 당면할 문제가 두 집단간의 형평성 문제이다. 이와 관련하여 개선해야 할 점으로는 우선, 지역가입자의 소득과약율을 제고하는 것이 급선무이다. 지역가입자 특히 자영업자들의 소득을 얼마나 정확하게 파악하느냐는 것은 현재에도 보험료 부과 형평성을 저해하는 중요한 요인이지만, 향후 지역가입자와 직장가입자의 재정을 통합하고 소득 중심의 단일 보험료 부과체계가 시행될 경우에는 더욱 큰 문제가 될

82) 일본은 시정촌 보험자간 및 동일보험자에 속하는 피보험자간의 보험료 부담의 공평화를 도모하기 위하여 보험료 부담이 낮은 시정촌 및 보험자에 대하여 부담비율을 높이도록 조정하고, 국고지원과 보험료의 경감등으로 저소득층의 부담을 덜어준다. (국민건강보험공단, 「각국의 의료보험제도」, 2001, p. 64)

것이다. 특히 우리는 OECD국가들에 비해서도 자영업자의 비중이 매우 높다.⁸³⁾ 현재 고소득 자영업자의 소득과약율은 26% 정도에 머무르고 있으며, 고소득 전문직종의 음성 탈루소득이 국민총생산의 23% 정도일 것으로 추산되고 있다. 물론, 정부도 자영업자의 소득과약율 제고가 건강보험의 성패를 좌우하는 것임을 인식하고 자영업자 소득과약위원회를 설치하는 등 납득할 수 있는 보험료 부과를 위해 노력하고 있다. 그리고 자영업자의 소득과약은 완벽할 수는 없으며, 다만 그 정확도가 사회적으로 용인할 수 있는 범위가 되어야 한다는 데도 공감대가 형성되어 있다.

자영업자의 소득과약율을 제고하기 위해서는 우선 기본적으로 조세와 금융시스템이 개혁되어야 한다. 이 점에서 향후 과세특례제도와 간이과세제도가 폐지되고, 금융종합소득과세제도가 정착되면 자영업자의 소득과약율도 상당부분 제고될 것이다. 그리고 무엇보다도 국민들 스스로가 영수증 주고받기를 생활화하여, 자영업소의 신용카드 사용을 의무화하는 등의 과세자료 확보에 노력해야 할 것이다. 그리고 자영업자의 소득 및 금융거래자료에 대한 신고의무를 강화해야 하며, 국세청, 은행, 공단이 연계하는 협력체계의 구축도 필요하다. 또한 자영업자의 소득을 완벽하게 과약하는 것이 사실상 불가능한 현실을 감안하여, 정액제적 요소를 가미한 직종별 소득등급제도 고려할 수 있다.⁸⁴⁾ 그러나 현실적으로 지역가입자의 소득을 완벽하게 과약하는 것은 불가능하므로 재정통합이 되더라도 재산 등 소득을 추계할 수 있는 간접지표는 계속 활용해야 할 것이다. 그리고 궁극적으로는 직장가입자도 근로소득외의 총소득을 과약해야 하므로 임대수입이나 금융소득 등의 재산소득도 총소득 개념으로 통합해야 할 것이다.

그리고 지역가입자의 소득과약율을 높여 지역가입자에 대해서 소득기준 보험료 부과방안을 모색해야 하는데 그 방안을 보면 조사자료에 의한 추정소득 기준, 신고소득 기준, 국세청 과세자료를 통한 기준으로 볼 수 있다.

83) 권혁주, "국민건강보험의 출범과 향후 과제" 「의료보험」, 2000. 3, p. 10

84) 원석조, "이제 효율적인 통합을 지향할 때이다", 「의료보험」, 1999. 12, p. 16

가. 조사자료에 의한 추정

이는 자영자의 소득 규모를 직접적으로 파악할 수 없으므로 관찰이 가능한 지출 등의 대리지표를 사용하여 간접적으로 추계하는 방법으로서 가장 대표적인 소득추정 방법이다. 즉, 개별자영자의 인적·사회적 특성과 소비지출구조 및 보유부동산 등의 자료를 활용하여 소득규모를 추정하는 방법이다. 이는 통계청 등의 조사자료를 바탕으로 개별 자영자의 소득구조를 파악하는 것으로 가장 보편적으로 사용되고 있으며, 이 방법에 의한 추정은 평균치를 근거로 하기 때문에 분석 결과에 따라 개별 자영자의 소득 규모를 파악할 경우 평균치 이하에 있는 자영자는 상대적으로 높은 소득수준으로 평가될 위험이 있다. 이 방법은 자영자의 신고소득의 성실도를 판단하는 간접자료로서 정부에서 활용하는 용도로서는 적합하지만, 개별 자영자의 소득수준을 결정하는데는 부적합한 면이 있다.

나. 신고소득에 의한 방법

이 방법은 신고소득에 재산, 자동차, 경제활동인구 등을 조정계수로 보정하여 실제소득에 근접하도록 조정하는 것이다. 그러나 이는 실제소득보다 낮게 신고할 가능성이 있다는 단점이 있다. 한국보건사회연구원의 자료에 의하면 신고소득의 성실성 여부를 판별하는 기법이 개발되었을 때, 신고소득 기준의 부과방안이 가장 타당하다는 결론을 얻은 바 있다.

자영자 소득파악은 건강보험뿐만 아니라 사회보험의 발전을 위해서 필요하므로 자영자 소득파악율을 높이는 방안을 모색해야 한다.⁸⁵⁾ 이를 위해서는 첫째, 자영자의 소득에 대한 정보가 필요한 대표적인 정부 정책으로는 조세정책, 국민연금, 건강보험정책 등을 들 수 있는데, 이들 정책들은 자영자의 소득을 파악할 수 있는 공통적인 정보가 필요하나, 담당 부서별로 독립적으로 자영자의 실제소득을 파악하고 있으므로 정보 공유 시스템의 구축이 필요하다. 둘째, 장기적으로 자영자의 자발적인 성실신고를 유도하여야 하며 세무조사 기능을

85) 김미화, "의료보험통합에 따른 관리향상방안에 관한연구", 석사학위논문, 원광대학교, 2000, p. 36

강화하여야 한다. 셋째, 현재 소규모 사업자를 위한 부가가치세 간이과세제도를 폐지하고, 신용카드 사용 확대를 통하여 과표 양성화를 기해야 한다.

위와 같은 조치를 취해서 지역가입자에 대한 소득과약율을 높여서 되도록 소득에 대한 부과율을 높힐 수 있는 방안을 모색해야 하겠다.

다. 과세 자료를 통한 소득과약

신고소득이 보험료 부과근거로 활용되기 위해서는 객관적인 타당성을 갖추어야 한다. 그러나 소득 실체의 파악이 어려운 현실에서 타당성의 판단은 상대적이고, 잠정적인 비교기준에 의거하는 방법일 수밖에 없다. 우선 고려할 수 있는 방법이 국세청 과세 자료를 통하여 소득을 파악할 수 있다. 이는 자영자들의 종합소득세 신고 자료를 통하여 자영자들의 소득을 파악하는 방법이며, 현재 국세청 신고자료는 의료보험 산정시 참고 자료로 활용되고 있다. 그런데 종합소득세 자료는 <표 4-11>을 보면 전체 납세 인원 가운데 약 40%만이 과세인원 비율이므로 나머지 과세 미달 추정 인원의 소득에 대해서는 파악할 수 없는 한계점이 있어 전체 자영자 가운데 과세 자료가 있는 일부에 대해서만 소득 자료가 활용될 수 있다⁸⁶⁾. 많은 자영자들이 종합소득세 과세 미달에 해당하는 이유는 과세표준이 양성화되지 않았을 뿐 아니라, 소규모 사업자들을 위한 과세 특례 및 간이과세제도가 너무 방만하게 운영되기 때문이다. 그러므로 가장 방법에 있어 소규모 사업자에게도 간편장부를 기재하도록 하고, 소득 표준율을 비공개로 하고, 소득표준율도 상당히 올려야 한다. 또한 과세당국이 납세자 사실대로 신고하는지 알 수 없듯이 납세자도 자기의 신고내용이 성실 신고기준에 들어가는지를 알 수 없도록 하여야 한다.

86) 정흥기·조정찬, 전게서, p. 631

<표 4-11> 종합소득세 납세 인원 현황

(단위:명)

구 분		인 원	%	비고
납세인원	계	3,407,662	100.0	100.0
	과세미달 추정인원	2,047,371	60.1	60.1
	확정신고 대상인원	1,360,291	39.9	39.9
확정신고 인원	계	1,342,153	39.4	100.0
	장부, 증빙에 의한 신고인원	572,904	16.8	42.7
	추계 신고 인원	748,762	22.0	55.8
	사업소득·부동산소득 이외 의 종합소득	20,487	0.6	1.5

주)납세인원에는 분리과세소득자, 원천징수대상 근로소득만 있는 자는 제외
자료 : 국세청, 「통계연보」, 2000

특히 자영자에 대한 과세 자료를 확보하기 위해서 소비자에게는 영수증까지 확대하는 문제와 세액공제제도, 가산세 제도, 신용카드 복권, 근로소득 필요경비 실액 공제제도 등의 도입을 고려해 볼 필요가 있다.

6. 세대별 종합소득의 합산

지역가입자의 구성을 보면 자영업자, 5인 미만 영세사업장 근로자, 임시직·일용직·시간제 근로자, 농어민 등으로 구성되어 다양한 소득 창출원이 혼재되어 있으므로, 세대원 각자의 서로 다른 소득형태가 존재하고 또한 주소득원 이외의 다른 소득이 존재할 수 있다. 보험료 부과대상 소득을 보면 소득세법에 의한 종합소득, 지방세법에 의한 농업소득으로 되어 있는데 이자·배당소득 등 금융소득이 제외되고 있다. 그리고 세대원들의 소득을 보면 보험료 부과대상이 되는 소득보다 보험료 부과에서 제외되는 소득이 더 많은 경우가 있다. 따라서 지역가입자에 대한 보험료 부과가 세대 단위로 이루어지기 때문에

한 세대에 속하는 세대주뿐만 아니라 세대원에 의한 소득을 주소주와 그 이외의 소득을 합산하여 보험료 산정소득자료로 활용하여야 한다. 즉 보험료 부과 대상 소득을 소득세법상의 종합소득의 세대별 합산액으로 규정해야 할 것이다.

7. 소득유형별 부과자료 적용의 현실화

세대별 보험료 부과대상 소득을 살펴보면 현실적으로 보험료 부과자료로 적용하는데 어려움이 많은 소득자료가 있음을 알 수 있다. 즉 파악이 불가능한 자료가 있는가 하면, 또는 신고의 불성실 등으로 정확한 소득 포착이 되지 않는 경우가 있다. 또한 구조상 파악하기 쉽지 않은 소득은 국세청에서 파악된 과세소득도 실제소득보다 낮게 신고되는 경우가 일반적인 경향이다. 요컨대 소득파악을 위한 관련 기관들간의 정보 인프라가 구축되지 않아 개개인의 소득이 정확하게 파악되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 소득자료와 관련된 기관인 국세청, 국민건강보험공단, 국민연금관리공단, 사학연금·공무원연금공단 들간의 정보공유 및 전산업무 체제의 협조가 필요하다. 또한 모든 거래에 신용카드의 사용을 의무화하여 세원을 양성화시키고, 성실신고 여부에 따라 업종별, 개인별 차등과세를 적용하여 자진 성실신고를 유도하되 불성실 신고 업체나 개인에 대하여는 현지 실사 등을 하여 ‘소득 있는 곳에 과세 있다’라는 원칙을 실현하는데 충실하여야 할 것이다.

제 5 장 결 론

이상에서 통합의료보험제도 하에서도 여전히 해결되지 않고 있는 보험료 부과와 형평성 논란을 지역가입자들간, 지역가입자와 직장가입자들간의 형평성이라는 부분에서 고찰해 보았다. 그리고 이러한 논의들을 토대로 국민건강보험 부과와 형평성 제고를 위해서 필요한 방안들을 알아보았다.

전반적으로 의료보험이 국민건강보험의 형태로 통합됨으로서 관리운영비 절감은 물론, 보험료 부과나 보험급여 지급의 측면에서도 상당 부분 형평성을 제고할 수 있게 되었다. 그러나 여전히 보험료 부과체계면의 형평성 문제는 통합 건강보험의 성패를 좌우할 중요 요인으로 남아 있다. 지역가입자들간에는 어떠한 직종에 종사하고 있느냐에 따라서 형평성을 저해하는 부분이 많으며, 특히 고소득 자영업자들의 정확한 소득과액 여부는 통합 건강보험의 정당성을 좌우할 중요한 요인으로 잠재해 있다. 물론, 지역가입자의 등급별, 구간별 보험료 책정 등도 개선해야 할 부분들이 많다. 먼저, 지역가입자 보험료 부과와 형평성 제고를 통해 국민의 수용성을 확보해야 한다. 그러기 위해서는 자영업자의 소득 과액이라는 중요 변수가 있는데, 첫째 소득신고 기준안을 신고소득을 기초로 하여 재산, 자동차, 경제활동인구 등을 조정계수로 보정하여 실제소득에 접근하는 것이다. 둘째, 자영업자의 소득과액은 소득원이 다양하고 정기적이지 못하며 태생적으로 한계가 있으나 조사비용을 많이 들지 않고 자영업자 소득을 과액할 수 있는 방법은 신고소득이나 추정소득 이외의 다른 대안을 찾을 수 없다고 본다. 따라서 성실신고 유인장치 마련이 필요하다. 셋째, 자영업자의 정확한 소득과액을 위한 관련법과 제도, 세무행정, 거래관행, 정보공유 등의 개혁방안을 마련할 필요가 있다. 넷째, 장기적으로 자영업자의 소득을 업종별로 추정하는 방안도 검토할 필요가 있다. 국세청의 과세소득에 기초하여 소득단일기준 보험료부과로 이행한다. 단 세점 이하의 경우에는 신고소득 기준에 부과되 일정 수준 이하는 정액 기본보험료만 부과하는 방안이다.

그리고 무엇보다도 지역가입자와 직장가입자간의 형평성 문제는 완전한 재

정통합을 앞두고서 양자간의 중요한 갈등 요인으로 잠재해 있다. 물론, 이러한 보험료 부과체계 면에서의 형평성 저해 요인들을 방지하고서 재정통합을 감행할 경우에는 많은 부작용이 있을 것으로 우려된다. 의료보험이 하나의 관리체계와 재정으로 통합된다고 해서 가입자들의 상이한 경제능력과 소득의 속성까지도 하나로 통합되는 것은 아니다. 따라서 2003년 6월 이후의 재정통합 효과를 극대화하고 보험료 부과의 형평성을 제고하기 위해서는 지역가입자들간, 그리고 지역가입자와 직장가입자들간의 형평성을 저해할 수 있는 요인들을 면밀하게 분석하여 대비하여야 할 것이다. 그리고 의료보험 통합이라는 테두리 내에서 개별성의 장점을 동시에 조화하는 방안이 모색되어야 하며, 보험료 부과체계를 보다 객관적이고 현실적인 방향으로 개선되어야 한다.

그리고 국민건강보험에는 가입자 대표가 참여하는 기구들이 있으나, 실제로는 비율도 낮고 대표성도 의심스럽다. 의사결정 과정이 제대로 공개되지 않는 현실에서 의사결정이 새로운 대안을 찾는 다기보다는 보험자가 사전에 결정한 사안을 추인하는 경우가 많다. 따라서 의사결정기구가 대표성과 전문성을 가지고 보다 내실화하여 보험자에 의해 독점되지 않도록 한다.

끝으로 우리나라에서 사회복지의 발달에 큰 영향을 미치는 것은 정치적 요인이다. 그리고 사회복지가 사회통제의 수단으로 이용되는 면도 강하다. 그러나 의료보험의 제도화 과정에서 정치적 논리가 지나치게 개입하면 합리성을 저해하는 경우가 많으며, 그 결과 실질적 형평성은 저하된다. 특히 우리의 경우 적용되는 정치적 논리라는 것은 형평성을 고려한 정치적 협상이라기 보다는, 집권 세력의 정치적 편익을 도모하려는 것이기 때문에 일부 계층에게는 편익을 주지만, 전체적으로는 형평성을 저하시키는 경우가 많다. 따라서 사회적 약자를 보호하기 위한 차원의 정치적 논리가 아닌 이상에는, 이를 가급적 억제하고 합리성과 이에 기반을 둔 형평성이 보다 우선해야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

가. 단행본

- 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 국민건강보험공단, 2001. 7
_____, 「업무처리 요령 I」, 국민건강보험공단, 2001. 12
국민의료보험관리공단, 「국민의료보험실무」, 국민의료보험관리공단, 1998. 9
김도영, 「한국의 의료보험」, 삼연사, 1982
문옥륜 외, 「한국의료보험론」, 신광출판사, 1996
신수식, 「사회보장론」, 박영사, 1989
_____, 「사회보장론」, 박문사, 1993
의료보험연합회, 「지역의료보험 시범사업 평가」, 의료보험연합회, 1988
_____, 「직원연수교재」, 의료보험연합회, 1987
이종수 외, 「새 행정학」, 대영문화사, 2001
정홍기·조정찬, 「국민건강보험법」, 한국법제연구원, 2001
주영재, 「바르고 효율적인 의료」, 서울보건신문사, 1991
최병호 외, 「의료보험통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구」, 한국보건
사회연구원, 1998
최선호, 「복지행정론」, 신원문화사, 1993

나. 논문, 학술지, 잡지

- 고현신, “국민건강보험의 제도분석과 발전방향에 관한 연구”, 석사학위논문,
숙명여자대학교 정책대학원, 2001

- 국민건강보험공단, “각국의 의료보험제도”, 국민건강보험공단, 2001.
- _____, “지역보험료 부과관리”, 국민건강보험공단, 2002. 1
- _____, 「건강보험」, 각연도
- 국민의료보험관리공단, 「최근의보동향」, 각연도
- _____, 「의료보험」, 각연도
- 국세청, 「통계연보」, 국세청, 2000
- 권혁주, “국민건강보험의 출범과 향후 과제”, 「의료보험」, 2000. 3
- 김미화, “의료보험통합에 따른 관리 향상 방안에 관한 연구”, 석사학위논문,
원광대학교 대학원, 2000
- 김순양·신영균, “통합 의료보험 보험료 부과체계의 형평성 제고방안”, 「한
국행정논집」, 제12권 제4호, 2000
- 김순양, “사회복지 및 관련용어들의 개념 규정에 관한 연구”, 「두산 백상기
교수 정년기념 논문집」, 1998
- 김연명, “의료보험통합의 성과, 쟁점 그리고 미래”, 「국민건강보험연구자
료」, 국민건강보험공단, 2001
- _____, “국민건강보험 관리운영의 과제 : 배제의 정치에서 동반자적 정치
로”, 「최근의보동향」, 1999. 3
- 노인철, “자영자 소득과약과 보험료 부과체계 : 의료보험 지역가입자의 소득
비례 보험료 부과체계를 중심으로”, 「사회복지정책」, 1999
- 문옥륜, “의료보험 연구 I”, 「병원협회지」, 제5권, 1976
- 안국찬, “행정서비스 전달체계의 발전방안과 전략”, 「한국정책학회
하계학술대회 발표 논문집」, 2000
- 원석조, “이제 효율적인 통합을 지향할 때이다”, 「의료보험」, 1999. 12
- 이광찬, “국민건강보험제도의 딜레마와 그 해결책”, 「한국사회복지 정책학
회 논문집」, 사회복지정책 제11집, 2000. 12
- 임선영, “신행정학의 규범적 가치로서 사회적 형평성”, 「한국행정학보」,
한국행정학회, 1994. 11

한국보건사회연구원, “가구경제 실태조사”, 한국보건사회연구원, 1999
_____, “전국민의료보험을 위한 제도 연구”, 한국보건사회연
구원, 1985

2. 국외문헌

- Bartlet, W. & Le Grand, The Theory of Quasi-Market in Le Grand
& Bartlet, W. ,ed, *Quasi-Market and Social Policy*, Macmillan, 1993
- Chitwood, S. R. , “Social Equity and Social Service Productivity”, *Public
Administration Review* 34, 1974
- Esping-Andersen, G. , “The Three Political Economics of the Welfare
State”, *Canadian Review of Sociology Anthropology* 26, 1989
- Frederickson, H. G, “Introductory Comment : Social Equity and Public
Administration”, : *Public Administration Review*, Vol. 34, 1974
_____, *New Public Administration*. Alabama : The
University of Alabama Press. 1980.
- George, E. Rejda, *Social Insurance and Economic Security*, New York :
Prentice-Hall. Inc, 1984
- Glaser, W, A. , *Health Insurance in Practice*, Oxford : Jossy-bass, 1991
- Macarov, D. , *Social Welfare : Structure and Practice*, London : SAGE
Publications, 1995
- Norman, Charles, & Axel Weber, *Social Health Insurance : A Guidebook
for Planning*, WHO. ILO, 1994
- Pieters, D. , *Introduction into the Basic Principles of Social Security*,
Deventer : Kluwer, 1993
- Rawls, John. *A Theory of Justice*. Cambridge, Massausetts : Harvard
University Press.1974

- Ryss, V. , "Planning of Medical Care Services Within Social Security Schemes", In G. M. J Veldkamp(ed.), *Social Security and Medical Care*, Deventer : Kluwer, 1977
- Veldkamp, G. M. J. , "Healthcare and Social Security", In. G. M. J. Veldkamp(ed.), 1977
- Wicks, M. , *A Future for All*, Harmondsworth : Penguin Books, 1987



ABSTRACT

A Study on the Improvement Scheme of Contribution System of the National Health Insurance

-Centered on the contribution of the self-employed
in the rural and urban areas-

Chang-Woo Jin

Graduate School of Public Administration

Cheju National University

Jeju, Korea

(Supervised by professor Kyung-Won Lee)



Medical insurance system is based on the premise that all population should have a happy life freed from the danger of disease. Also the system to solve the public health problems has to be based on the principle of social security and solidarity. Since the fully integrated new National Health Insurance Corporation(NHIC) was born in July 2000, there have been many indicated problems such as the insurance funds, the equity contribution, the efficiency in the management, the inspection and payment system of the medical examination and treatment cost, and the expansion of the benefits level. But among these, it is obvious that the equal contribution to the system is the most important challenge to the National Health Insurance(NHI). Thus, it is necessary to establish the equity of the contribution as the required substantial system of the NHI. The purposes of this study are to point out the problems of the

contribution system and to seek the improvement scheme based on the framework of equity. In other words, after discussing the topic of equity in the contribution system, this paper tries to analyze the contribution system of the self-employed in the rural and urban areas and finally propose the improvement scheme of contribution system of the NHI in terms of equity contribution and source of income.

The range of this study is, centered on the contribution system of the self-employed in the rural and urban areas, limited to the problems of the contribution system of the NHI and to its improvement scheme. After surveying the problems of the contribution system through the previous publication and NHIC documents, the study discusses the present conditions and problems of the contribution system of the self-employed in the rural and urban areas and gropes for the improvement scheme. The method this study employs is basically the content analysis.

In the 1st Chapter, the paper presents the purposes, range, and method of this study, then the equity of the contribution system is discussed in the 2nd Chapter. After analyzing and surveying the contribution system of the self-employed in the rural and urban areas in the 3rd Chapter, the problems of the contribution system of the NHI in concern with equity contribution and the exact source of income are presented. Next the improvement scheme of the contribution system is sought in the 4th Chapter. The conclusion of this thesis is laid out in the 5th Chapter.

To sum up, the problems of the equity contribution is the most important factor in successful management of the integrated new NHI systems. Especially, for the justification of the integrated new NHI systems, it is necessary to figure out the exact level of high-income of the self-employed. Though there are many problems of the contribution system of the self-employed in the rural and urban areas, it is the most

important thing to guarantee the acceptance of all population through the reconsidered equity of it. Since grasping the exact income of the self-employed in the rural and urban areas is the most important factor, it is necessary to improve the system continually to solve the problems of the contribution system. Before integrating the funds of the corporate employees and the self-employed in the rural and urban areas, more careful analysis of the obstacles to the equity contribution should be done and prepared for it.



<부록 1> 지역가입자의 부과표준소득의 등급별 적용점수

등급	부과표준소득(점수)		적용점수	등급	부과표준소득(점수)		적용점수
1	40점 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	10,701점 이상		11,000

<부록 2> 소득등급별 점수

등급	소득금액(만원)	점수	등급	소득금액(만원)	점수
1	500 초과 - 600 이하	380	36	6,560 초과 - 6,960 이하	1,407
2	600 초과 - 700 이하	409	37	6,960 초과 - 7,380 이하	1,443
3	700 초과 - 800 이하	437	38	7,380 초과 - 7,840 이하	1,481
4	800 초과 - 900 이하	466	39	7,840 초과 - 8,320 이하	1,520
5	900 초과 - 1,000 이하	494	40	8,320 초과 - 8,820 이하	1,560
6	1,000 초과 - 1,100 이하	523	41	8,820 초과 - 9,360 이하	1,601
7	1,100 초과 - 1,200 이하	552	42	9,360 초과 - 9,930 이하	1,643
8	1,200 초과 - 1,300 이하	580	43	9,930 초과 - 10,600 이하	1,687
9	1,300 초과 - 1,400 이하	609	44	10,600 초과 - 11,200 이하	1,731
10	1,400 초과 - 1,500 이하	637	45	11,200 초과 - 11,900 이하	1,776
11	1,500 초과 - 1,600 이하	666	46	11,900 초과 - 12,600 이하	1,823
12	1,600 초과 - 1,700 이하	695	47	12,600 초과 - 13,400 이하	1,871
13	1,700 초과 - 1,800 이하	723	48	13,400 초과 - 14,200 이하	1,920
14	1,800 초과 - 1,900 이하	752	49	14,200 초과 - 15,000 이하	1,969
15	1,900 초과 - 2,020 이하	780	50	15,000 초과 - 15,800 이하	2,020
16	2,020 초과 - 2,140 이하	809	51	15,800 초과 - 16,600 이하	2,247
17	2,140 초과 - 2,270 이하	838	52	16,600 초과 - 17,400 이하	2,474
18	2,270 초과 - 2,410 이하	866	53	17,400 초과 - 18,300 이하	2,714
19	2,410 초과 - 2,560 이하	895	54	18,300 초과 - 19,200 이하	2,969
20	2,560 초과 - 2,710 이하	923	55	19,200 초과 - 20,100 이하	3,224
21	2,710 초과 - 2,880 이하	952	56	20,100 초과 - 21,100 이하	3,494
22	2,880 초과 - 3,050 이하	981	57	21,100 초과 - 22,100 이하	3,777
23	3,050 초과 - 3,240 이하	1,009	58	22,100 초과 - 23,200 이하	4,074
24	3,240 초과 - 3,430 이하	1,038	59	23,200 초과 - 24,400 이하	4,400
25	3,430 초과 - 3,640 이하	1,066	60	24,400 초과 - 25,600 이하	4,740
26	3,640 초과 - 3,860 이하	1,095	61	25,600 초과 - 26,800 이하	5,080
27	3,860 초과 - 4,100 이하	1,124	62	26,800 초과 - 28,200 이하	5,449
28	4,100 초과 - 4,350 이하	1,152	63	28,200 초과 - 29,500 이하	5,831
29	4,350 초과 - 4,610 이하	1,181	64	29,500 초과 - 31,000 이하	6,228
30	4,610 초과 - 4,890 이하	1,209	65	31,000 초과 - 32,500 이하	6,653
31	4,890 초과 - 5,190 이하	1,240	66	32,500 초과 - 34,100 이하	7,092
32	5,190 초과 - 5,500 이하	1,271	67	34,100 초과 - 35,800 이하	7,559
33	5,500 초과 - 5,840 이하	1,303	68	35,800 초과 - 37,600 이하	8,055
34	5,840 초과 - 6,190 이하	1,336	69	37,600 초과 - 39,400 이하	8,565
35	6,190 초과 - 6,560 이하	1,371	70	39,400 초과	9,104

<부록 3> 재산등급별 점수

등급	재산금액(만원)	점수	등급	재산(만원)	점수
1	100 초과 - 300 이하	22	26	15,100 초과 - 16,800 이하	569
2	300 초과 - 600 이하	44	27	16,800 초과 - 18,800 이하	591
3	600 초과 - 900 이하	66	28	18,800 초과 - 20,900 이하	613
4	900 초과 - 1,200 이하	88	29	20,900 초과 - 23,300 이하	635
5	1,200 초과 - 1,500 이하	110	30	23,300 초과 - 25,900 이하	657
6	1,500 초과 - 1,800 이하	131	31	25,900 초과 - 28,800 이하	680
7	1,800 초과 - 2,100 이하	153	32	28,800 초과 - 32,100 이하	704
8	2,100 초과 - 2,400 이하	175	33	32,100 초과 - 35,800 이하	730
9	2,400 초과 - 2,700 이하	197	34	35,800 초과 - 39,800 이하	756
10	2,700 초과 - 3,000 이하	219	35	39,800 초과 - 44,300 이하	784
11	3,000 초과 - 3,350 이하	241	36	44,300 초과 - 49,400 이하	812
12	3,350 초과 - 3,700 이하	263	37	49,400 초과 - 55,000 이하	842
13	3,700 초과 - 4,100 이하	285	38	55,000 초과 - 61,200 이하	873
14	4,100 초과 - 4,600 이하	307	39	61,200 초과 - 68,200 이하	905
15	4,600 초과 - 5,200 이하	329	40	68,200 초과 - 75,900 이하	938
16	5,200 초과 - 5,800 이하	350	41	75,900 초과 - 84,600 이하	972
17	5,800 초과 - 6,400 이하	372	42	84,600 초과 - 94,200 이하	1,007
18	6,400 초과 - 7,100 이하	394	43	94,200 초과 - 105,000 이하	1,043
19	7,100 초과 - 7,900 이하	416	44	105,000 초과 - 117,000 이하	1,081
20	7,900 초과 - 8,800 이하	438	45	117,000 초과 - 131,000 이하	1,119
21	8,800 초과 - 9,800 이하	460	46	131,000 초과 - 145,000 이하	1,159
22	9,800 초과 - 11,000 이하	482	47	145,000 초과 - 162,000 이하	1,199
23	11,000 초과 - 12,200 이하	504	48	162,000 초과 - 180,000 이하	1,241
24	12,200 초과 - 13,600 이하	526	49	180,000 초과 - 200,000 이하	1,284
25	13,600 초과 - 15,100 이하	548	50	200,000 초과	1,328

<부록 4> 자동차등급별 점수

구 분			사용연수별 적용율 및 결정 점수			
등급	차 종	배 기 량 등	3년미만	3년 이상 6년 미만	6년 이상 9년 미만	9년이상
			100%	80%	60%	40%
1	승용자동차	800cc 이하	18	14	11	7
	화물자동차	적재정량 4톤이하				
	특수자동차	소형 특수자동차				
2	승용자동차	800cc 초과 1,000cc 이하	28	23	17	11
	승합자동차	소형 일반버스				
	화물자동차	적재정량 4톤 초과 5톤이하				
	기타승용자동차	모든차량				
3	승용자동차	1,000cc 초과 1,500cc 이하	59	47	35	24
	승합자동차	대형 일반버스				
	화물자동차	적재정량 5톤초과				
	특수자동차	대형 특수자동차				
4	승용자동차	1,500cc 초과 2,000cc 이하	113	90	68	45
5	승용자동차	2,000cc 초과 2,500cc 이하	155	124	93	62
6	승용자동차	2,500cc 초과 3,000cc 이하	186	149	111	74
7	승용자동차	3,000cc 초과	217	173	130	87

- 비고 : 1. 사용연수는 자동차 최초등록일부터 월단위로 계산하여 적용한다.
 2. 기타승용자동차는 지방세법시행령 제146조의4 제1항 제3호의 규정에 의한 기타승용자동차(전기자동차·태양열자동차·알코올자동차)를 말한다.

<부록 5> 생활수준 및 경제활동참가율 등급별 점수

등급	생활수준 및 경제활동참가율			점수
1	1.4	-	2.5	20
2	2.6	-	3.7	32
3	3.8	-	4.9	44
4	5.0	-	6.1	56
5	6.2	-	7.3	68
6	7.4	-	8.4	81
7	8.5	-	9.6	93
8	9.7	-	10.8	105
9	10.9	-	12.0	117
10	12.1	-	13.2	129
11	13.3	-	14.4	141
12	14.5	-	15.6	153
13	15.7	-	16.8	165
14	16.9	-	18.0	178
15	18.1	-	19.2	190
16	19.3	-	20.3	202
17	20.4	-	21.5	214
18	21.6	-	22.7	226
19	22.8	-	23.9	238
20	24.0	-	25.1	250
21	25.2	-	26.3	263
22	26.4	-	27.5	275
23	27.6	-	28.7	287
24	28.8	-	29.9	299
25	30.0	-	31.1	311
26	31.2	-	32.2	323
27	32.3	-	33.4	335
28	33.5	-	34.6	348
29	34.7	-	35.8	360
30	35.9 이상			372