

農漁村 醫療保險事業의 當面課題

서울大學校 保健大學院

文 玉 論

1. 農村과 保健資源의 分布

흔히들 地域的으로 都市가 아닌 곳, 즉 郡部를 農村이라고 부르며, 郡에 居住하는 사람을 農村住民이라고 부른다. 그러나 全國이 一日生活圈에 들어져 있는 今일에 와서는 都會와 農村을 市部와 郡部라는 地域基準안으로 區分하기에는 많은 問題點이 있다. 이러한 區分上의 問題는 都市를 싸고 있는 隣接郡의 경우에 그러하며 특히 大都市 周圍의 隣接郡일수록 더하다. 그러므로 이러한 地理的 區分方法이 항상 妥當性을 갖는 것은 아지지만 便宜上 從來 使用해오던 行政區劃上의 市, 郡을 基準하여 農村을 取扱하기로 한다.

一般的으로 農村地域의 特性은 住民들의 職業形態가 一次産業爲主이고 社會, 文化的으로는 保守的 또는 傳統的 價値性向이 강하고 生活水準은 都市보다 훨씬 낮은 것이 通例이다. 産業의 發達로 인한 都市의 成長은 都市産業이 必要로 하는 勞動力의 確保 때문에 農村地域으로 부터의 經濟

表 1. 韓國의 地域別 人口分布

年度	農村(%)	都市(%)	總人口(實數)
1949	82.8	17.2	20,167,000
1955	75.5	24.5	21,502,000
1960	72.0	28.5	24,954,000
1965	67.7	32.3	28,327,000
1970	58.9	41.1	31,435,000
1975	51.6	48.4	34,681,000

資料: 經濟企劃院調查統計局, 韓國統計年鑑, 1976.

活動人口의 流出이 不可避하다. 우리나라의 農村人口은 繼續 減少하고 있으며 이러한 都市에로의 流入現象은 앞으로 繼續될 展望이다(表 1 參照). 過去 10年間의 우리나라 勞動力의 變遷過程역시 經濟活動人口의 增加가 鑛業, 製造業部門및 社會間接資本쪽의 成長에 依存하고 있으며, 農業과 水産業 從事人口은 繼續 減少되어가고 있음을 알 수 있다(表 2 參照).

過去 3회에 걸친 國家經濟開發計劃의 成功的인 推進으로 農村의 生活與件이 顯著하게 改善되었음에도 불구하고 無醫面 常住人口에는 별 變化가 없었다는 統計資料에서 農漁村의 醫療環境은 크게 改善되지 않았다는 사실을 알 수 있다. 즉 全國邑面人口의 約 30% 정도가 無醫師地域에서 살고 있으며 80% 정도가 無齒科醫師地域에서, 그리

表 2. 韓國의 勞動力, 1965, 1970 및 1976
(單位: 1,000名)

分 類	年 度		
	1965	1970	1976
總 人 口	28,327	31,435	34,345
經濟活動人口	9,199 (32.5)	10,020 (31.9)	12,290 (35.8)
勤 勞 者	8,522	9,574	11,792
農業, 水産業	5,000 (58.7)	4,834 (50.5)	4,442 (37.7)
鑛業, 製造業	879 (10.3)	1,369 (14.3)	2,413 (20.5)
社會間接資本	2,643 (31.0)	3,371 (35.2)	4,937 (41.8)

() 안의 수치는 %임.

資料: 經濟企劃院, 經濟活動人口에 關한 年報, 16, 1976.

表 3. 無 醫 面 居 住 人 口

(單位：1,000名)

年度	邑面人口	無醫師地域人口%	無齒科醫師地域人口%	無漢醫師地域人口%	純無醫面%
1964	19,107	5,665 29.7	15,778 82.6	9,456 49.5	2,525 13.2
1965	19,380	7,503 38.7	16,031 82.7	10,303 53.2	5,925 30.6
1966	19,397	7,551 38.9	15,894 81.9	9,934 51.2	5,459 28.2
1967	19,412	7,915 40.8	15,598 80.4	10,789 55.6	5,760 29.7
1968	19,355	6,858 35.4	15,865 82.0	11,017 56.9	5,320 27.5
1969	19,017	6,647 35.0	15,856 83.4	1,315 59.5	5,554 29.2
1970	18,507	6,365 34.4	15,215 82.2	10,657 57.6	5,255 28.4
1971	18,513	5,068 27.4	14,853 80.2	9,924 53.6	4,517 24.4
1972	18,321	5,239 28.6	14,861 81.1	11,611 63.4	4,736 25.9
1973	18,160	5,191 28.6	14,730 81.1	11,872 65.4	4,720 25.1
1974	18,262	5,625 30.8	14,608 80.0	12,104 66.3	4,954 27.1

資料：保健社會統計年報，1974.

表 4. 無 醫 地 域 現 況 (1977.8.31 現在)

	保健支所數	醫師未確保面	%	醫療地域	醫師未確保地域	%
京 畿	175	18	10.3	155	—	0
江 原	92	24	26.1	74	68.1	96
忠 北	96	25	26.0	86	15	17.4
忠 南	165	49	29.7	145	29	20.0
全 北	147	58	39.5	122	33	27.0
全 南	211	105	49.8	144	38	26.4
慶 北	231	59	25.5	166	—	0
慶 南	203	67	32.2	167	26	15.6
濟 州	11	0	0	9	—	0
合 計	1,336	405	30.3	1,068	147	13.8

資料：醫師新聞，第1545號，1977.10.13.

고 人口의 約 3분의2 정도가 無漢醫師地域에 居住하고 있다(表 3 參照). 最近의 資料에 依하면 1977年 8月 31日 현재로 全國의 1,336個面중에서 30.3%인 405個 面에 常駐醫師가 없다. 이는 地域別로 差異가 심한데, 全南은 50%, 全北 40%, 慶南 32%, 忠南 30%가 未確保狀態로 남아 있어서 過去 15年間 이 問題는 전혀 向上되지 않았음을 알 수 있다. 단지 政府가 發表한 醫療地域에 對하면 未確保率이 14%로 改善되었지만, 이는 行政上 또는 地圖上의 것이지 實質的으로는 예나 다를바 없다(表 4 參照). 無醫地域 住民들이라고 病者에 對한 距離는 遠할 것이므로 이러한 資料

表 5. 公醫診療所 醫師充員現況, 1974

限 地 醫	418 (31.2)
修 練 醫	235 (17.5)
囑 託 醫	220 (16.4)
未 配 置	467 (34.9)
計	1,340 (100.0)

資料：第4次 5個年計劃 中間報告書, 醫療制度班, 1975.

는 農村地域의 醫療人力의 貧困問題가 農村이 當面한 가장 切實한 保健事業課題임을 示唆해 주고 있다.

表 6. 地域別 保健人力과 醫療機關 및 病床現況

區 分		農 村 %		都 市 %		計 %	
醫 療 人 力	醫 師	1,763	14.0	10,828	86.0	12,591	100.0
	齒科醫師	202	8.4	2,197	91.6	2,399	100.0
	護 士	454	17.9	2,079	82.1	2,533	100.0
	看護員 및 看護補助員	9,381	22.8	31,763	77.2	41,144	100.0
	藥 師	3,215	16.8	15,924	83.2	19,139	100.0
計		15,015	19.3	62,791	80.7	77,806	100.0
醫 療 機 關	病 院	7	4.0	169	96.0	176	100.0
	醫 院	1,557	15.7	8,389	84.3	9,946	100.0
	助 産 所	182	23.0	608	77.0	790	100.0
計		1,746	16.0	9,166	84.0	10,912	100.0
病 床	病 院 : 國 公 立	908	9.2	8,947	90.8	9,855	100.0
	私 立	275	2.4	11,159	97.9	11,434	100.0
	醫 院	5,956	23.0	19,943	77.0	25,899	100.0
	助 産 所	91	23.1	303	76.9	394	100.0
	計		7,230	15.2	40,352	84.8	47,582

資料 : 保社部, 國民保健計劃, 1977-1981.

公醫診療所 醫師充員現況을 보면 農村醫療人力 問題는 더욱 深刻하다는 사실을 알 수 있다(表 5 參照). 1974年度 統計資料이긴 하나 缺員地域이 約 1/3이나 되며 限地醫가 約 1/3, 나머지의 半은 修練醫이고 半만이 囑託醫로 되어 있다. 즉 充員된 員中에서는 限地醫가 1/2, 醫師가 1/2로 되어 있다. 그러나 修練醫制度가 지니고 있는 諸般 問題點과 이 制度의 存續與否에 對한 不確實性 때문에 이를 論外로 하면 農村地域의 保健問題는 限地醫들의 奉仕에 依存하는 바가 지나치게 甚을 可知하다. 더구나 이들 限地醫들의 尙當수가 高齡이어서 앞으로의 死亡率을 考慮할 때 農村醫療人力政策의 再考가 要請된다.

表 6은 우리나라의 保健人力과 醫療機關 및 病床現況이다. 人口의 절반 가량이 살고 있는 農村地域에는 全體醫療人力의 19%, 醫療機關의 16%, 病床數의 15%가 있어서 全體的으로 볼때 醫師와 齒科醫師가 不足하고 病床數가 모자란다. 特히 私立病院은 全體의 2.4% 밖에 안되어 病院級 醫療機關의 都市偏在現象이 甚함을 알 수 있다.

相對的인 表現이지만 農村은 높은 嬰幼兒死亡率, 높은 出生率, 낮은 病院分娩率, 낮은 上水道普及率과 기타 基本環境衛生上의 問題가 많고 低所得이라는 社會經濟與件 때문에 人口가 繼續 減少하고 있는 地域으로 要約할 수 있다.

II. 農村醫療保險事業의 現況

1963年度에 醫療保險法이 制定된 以後 처음으로 全南 羅州郡에 있는 湖南肥料株式會社에서 勤勞者를 爲한 示範 醫療保險事業이 始作되었고 그 翌年에 慶北 文鏡郡에 있는 鳳鳴鑛業株式會社가 同一한 事業을 開始하였다. 一般地域住民을 對象으로 한 醫療保險事業은 1969年 10월에 부산靑十字醫療保險組合이 그 嚆矢가 된다. 1970年 8월에 醫療保險法이 改正된후 農村地域住民을 對象으로 한 示範醫療保險事業이 始作되어 1973年 10월에 沃溝靑十字醫療保險組合이, 1974年 6월에는 春城醫療保險組合이 結成되었다.

1976年 11월에 醫療保險法이 大폭 修正되기 前

表 7 農村地域所在 第2種醫療保險加入者數

1977. 7.

組 合	被保險者數(A)	被扶養者數(B)	計(A+B)	被保險者當被扶養者數
沃溝青十字	1,510	5,490	7,000	3.6
春城醫療保險	2,020	10,445	12,467	5.2
巨濟青十字	1,350	2,783	4,133	2.1
仁川赤十字	1,583	8,327	9,910	5.3
會坪에리늘	441	2,383	2,824	5.4
三和醫療保險	654	2,923	3,581	4.4
計	7,564	32,351	39,915	4.3

까지를 示範醫療保險事業期間으로 볼 수 있는데 (實際로는 同改正法の 施行時期인 1977年 7月1日 以前까지로 볼 수 있다) 그 期間中에 自營者 醫療保險組合 7個, 被傭者組合 4個가 政府의 認可를 인하여 事業을 實施해 왔었다. 1975年 12月末 現在 被傭者組合의 被保險者 3,281名, 被扶養者 8,965名, 都合 12,246名의 加入者와 自營者 組合의 被保險者 12,426名, 被扶養者 43,745名. 都合 56,171名이 事業對象으로서 全體國民의 0.2%인 72,654名이 適用對象이었다.

1976年의 第2次 醫療保險法 改正以後 第1種 組合과 第2種 組合으로 나뉘었고, 示範事業으로 運營되어 오던 被傭者組合이 第1種 組合으로 編入되어 現在는 既存 7個 自營者組合과 最近에 認可된 三和의 三和醫療保險이 追加되어 8개 組合이 運營中에 있다. 이 中에서 都市地域에 있

는 釜山青十字와 嶺東醫療保險組合을 除外하면 6個의 醫療保險組合이 農村地域에서 事業을 實施하고 있다. 이 6個 中에서도 沃溝青十字와 春城 醫療保險組合은 각각 群山市와 春川市內로 擴大하고 있어서 嚴密히는 純粹한 農村醫療保險事業으로 보기 힘든 편이지만, 이런 事業들이 農村을 事業根據地로 해서 擴大되고 있으며, 全體加入者 中에서 都市住民들이 차지하고 있는 비율이 매우 적으므로 農村型事業으로 보아도 無妨하겠다(표7 참조).

1977년 7월 現在 第2種 組合에는 被保險者 7,564名, 被扶養者 32,351名, 計 39,915名이 加入되어 있다. 이는 被保險者 1人當 約 4.3名의 被扶養者(家口當 人口數는 5.3人)가 있음을 意味하는데 全國의 農村家口當 人口數가 5.4인 것을 감안하면 農村地域의 醫療保險은 基本加入單位가

表 8. 農村地域의 第1種醫療保險組合 現況

地 域	組 合 數	(A) 被保險者數	(B) 被扶養者數	(C) 計	被保險者當被扶養者數 (B)/(A)
京 畿	7	14,480	29,447	43,927	2.0
江 原	15	16,135	50,458	66,593	3.1
忠 北	—	—	—	—	—
忠 南	8	8,087	14,142	22,229	1.7
全 北	1	679	374	1,053	0.6
全 南	2	2,621	7,386	10,007	2.8
慶 北	7	22,584	25,324	47,908	1.1
慶 南	6	7,444	10,900	18,344	1.5
濟 州	—	—	—	—	—
計	46	72,030	138,031	210,061	1.9

資料: 保健社會部, 醫療保險組合現況, 1977.7.5

表 9. 地域別 第1種 醫療保險 受惠率, 1977. 10

地 域	農 村			都 市			計		
	人口數	醫療保險 受患者數	%	人口數	醫療保險 受患者數	%	人口數	醫療保險 受患者數	%
서 울	—	—	—	6,873,075	1,895,755	27.6	6,873,075	1,895,755	27.6
釜 山	—	—	—	2,450,681	391,256	16.0	2,450,681	391,256	16.0
京 畿	2,388,831	43,927	1.8	1,646,060	362,087	22.0	4,034,891	406,014	10.1
江 原	1,444,835	66,593	4.6	416,507	17,793	4.3	1,861,342	84,386	4.5
忠 北	1,224,066	—	0.0	297,279	19,365	6.5	1,521,345	19,365	1.3
忠 南	2,344,958	22,229	0.9	602,861	57,353	9.5	2,947,819	79,582	2.7
全 北	1,872,970	1,053	0.1	582,075	53,786	9.2	2,455,045	54,839	2.2
全 南	2,944,098	10,007	0.3	1,038,440	45,802	4.4	3,982,538	55,809	1.4
慶 北	3,140,971	47,908	2.2	1,715,231	166,789	9.7	4,856,202	214,697	4.4
慶 南	2,270,764	18,344	0.8	1,009,611	312,714	31.0	3,280,375	331,058	10.1
濟 州	276,698	—	0.0	135,149	—	0.0	411,847	—	0.0
計	17,915,489	210,061	1.2	16,766,969	3,322,700	19.8	34,675,160	3,532,761	10.2

資料：保社部, 醫療保險組合現況, 1977. 7. 5.

全家적인 것을 알 수 있다. 實際로 1975년의 自營者組合의 被保險者 1人當 被扶養者數는 3.6人 이었으나 現在는 4.3人으로 그동안 約 0.7人 程度가 增加되었다. 이는 加入者들의 逆選擇現象을 防止하여 組合財政을 保護하려는 組合自體의 努力탓으로 理解할 수 있다.

今年 7月 1日을 기하여 500人 以上 雇傭企業體가 強制的 醫療保險事業을 實施하도록 制度化됨에 따라 農村에 居住하고 있는 勤勞者들의 相當數가 第1種醫療保險의 受惠對象으로 되었다. 表 8에서 보는 바와 같이 忠淸北道와 濟州道를 除外한 全國의 郡地域에 46個의 第1種組合에서 被保險者 72,030名, 被扶養者 138,031名, 計 210,061名이 가입되어 있다. 이 중 被扶養者들이 전부 農村地域에서 生活하고 있다고는 볼 수 없으며, 반면 工場은 農村地域에 있더라도 本社가 서울이나 기타 都市地域에 있어서 醫療保險組合이 本社所在地인 都市地域으로 認可된 경우가 많이 있을 것이다. 그러나 現단계에서는 이에 대한 精確한 統計資料를 얻을 수 없는 실정이다. 따라서 表 8의 자료는 醫療保險組合 所在地가 農村인 것만 包含시켰으므로 이 地域의 實組合員數는 이보다 약간 上廻할 것으로 보인다. 表 9에서 農村地域 總人口의 1.2%만이 第1種醫療保險의 惠澤을

받고 있음을 알 수 있다. 그러므로 農村所在 第1種과 第2種 組合을 합치면 總組合員 249,976名으로 農村人口의 1.4%에 해당된다.

農村醫療保險組合의 組合員規模別現況은 表 10과 같다. 2,000人 以下의 小規模組合이 10個나 되며 10,000人 以上의 組合이 5個, 나머지는 그 사이의 規模인데 全體의 52%가 2,000人 내지 5,000人 사이의 小規模組合임을 알 수 있다. 組合當 組合員數에 있어서는 京畿道の 6,275名이 가장 많으며, 農村地域의 工團組合을 除外한 1種 醫療保險組合當 4,130名의 規模로 운영되고 있음을 알 수 있다. 이는 前⁴⁾의 調査結果인 都市所在 組合을 포함한 全國의 1種組合員數 5,551名과 比較해 보면, 都市所在 醫療保險組合이 農村의 것보단 더 크다는 것을 알 수 있다.

또한 日本의 農民들을 對象으로 施行되는 國民健康保險의 1972年度 組合當 加入者數 12,736名에 比較하면 우리나라의 農村所在 1種 組合의 規模가 日本것의 $\frac{1}{3}$ 임을 알 수 있다.

醫療保險法 第50條에 依한 保險料率의 現況은 表 11과 같다. 農村組合의 경우 41.3%가 標準報酬月額의 3~4%를 適用하고 있으며 39.2%가 下限線인 3%, 13%가 4~5%, 6.5%가 5~6%를 適用하고 있다. 이를 全國의 組合現況과 비추어

表 10. 農村 醫療保險組合의 組合員規模

地 域	2,000人以下	2,000人~5,000人	5,000人~10,000人	10,000人以上	計	1種組合當 平均組合員數
京 畿	2	2	1(1)	2	7(1)	6,275
江 原	1	10	3	1(1)	15(1)	4,440
忠 北	—	—(1)	—	—	—(1)	—
忠 南	1	7(1)	—	—	8(1)	2,779
全 北	1	—	—(1)	—	1(1)	1,053
全 南	—	1	1	—	2	5,004
慶 北	2	2	2	1	7	3,948
慶 南	3	2(1)	1	—	6(1)	3,057
計	10	24(3)	8(2)	4(1)	46(6)	4,130

* () 안의 수치는 第2種 組合數임

** 組合當 平均組合員數는 工團組合을 除外한 1種組合에 限한 것임.

表 11. 農村所在 1種組合의 保險料率

地 域	3%	3~4%	4~5%	5~6%	計
京 畿	6	1	—	—	7
江 原	—	8	5	2	15
忠 南	5	2	—	1	8
全 北	1	—	—	—	1
全 南	1	1	—	—	2
慶 北	4	3	—	—	7
慶 南	1	4	1	—	6
計	18 (39.2)	19 (41.3)	6 (13.0)	3 (6.5)	46 (100.0)
全 國 平 均	(67.3)	(25.1)	(5.1)	(2.5)	(100.0)

() 안의 수치는 %임.

資料：保健社會部，醫療保險組合 現況，1977. 10.

그런 農村所在 醫療保險組合의 保險料率이 都市보다 약간 높다는 事實을 알 수 있다.

以上에서 우리나라 農村地域 醫療保險組合의 現況을 概括的으로 살펴 보았는데, 第1種 組合의 경우에는 事業을 始作한지 불과 3個月 남짓해서 아직 組合運營 實態를 抑握할 도리가 없다. 그러므로 本稿에서는 第2種 組合을 中心으로 考察하도록 한다.

Ⅲ. 農村 醫療保險事業의 問題點

農村醫療保險事業이 當面한 問題는 前述한 바

와 같이 現在 農村人口의 1.4%를 對象으로 實施하고 있는 本事業을 어떻게 全體人口에게 擴張해 나가느냐하는 問題로 要約된다. 따라서 農村住民들의 經濟的 負擔能力이 1次의인 問題가 된다. 일반적으로 보아 1人當 國民所得이 美貨 500弗以下인 나라에서 社會保障策으로 醫療保險이 導入되어 成功한 例가 없다고 되어 있다. 우리나라는 3次에 걸친 經濟開發 5個年計劃의 成功的인 遂行에 힘입어 國民所得이 急激히 伸張되고 있어서 머지않아 國民 1人當 年間所得이 1,000弗을 바라볼 수 있게 되었다. 따라서 經濟條件은 農村醫療保險事業의 擴張에 유리한 方向으로 好轉되고 있

表 12. 家計年 消費 支出 및 國民 1人當 年間 醫療費

年度	農 家 (I)				都 市 (II)				全 國 (I+II)			
	家計支出 (1)	醫療費 (2)	(2)/(1) (%)	國民1人 當年間 醫療費	家計支出 (1)	醫療費 (2)	(2)/(1) (%)	國民1人 當年間 醫療費	家計支出 (1)	醫療費 (2)	(2)/(1) (%)	國民1人 當年間 醫療費
1968	143,104	5,135	3.59	925	278,280	8,040	2.89	1,570	210,692	6,588	3.13	1,227
1969	171,371	5,697	3.32	1,026	312,840	9,480	3.03	1,852	242,106	7,589	3.13	1,413
1970	207,766	6,966	3.35	1,255	359,400	11,040	3.07	2,156	283,583	9,003	3.17	1,677
1971	244,463	7,721	3.16	1,391	419,640	10,920	2.60	2,133	332,502	9,321	2.81	1,736
1972	209,665	8,830	2.85	1,591	462,720	12,240	2.65	2,391	386,193	10,535	2.73	1,962
1973	337,350	11,581	3.43	2,161	497,880	13,080	2.63	2,664	417,613	12,331	2.95	2,404
1974	435,490	14,535	5.34	2,712	601,200	15,600	2.59	3,177	518,345	15,068	2.91	2,937
1975	616,280	23,101	3.75	4,310	783,720	31,080	3.97	6,330	700,000	27,091	3.87	5,281
1976	—	—	—	—	977,520	42,840	4.38	8,725	—	—	—	—

資料：經濟企劃院 調査統計局, 韓國統計年鑑, 1976
農水産部 農業統計官室

다.

農村家計中에서 醫療費가 차지하는 比率은 表 12와 같다. 農家總支出의 3.8%가 醫療費 支出이고, 1975년에 農村住民 1人當 4,310원의 醫療費를 使用했다. 이는 都市住民 支出의 4%인 6,330원보다 약간 낮은 편이다. 農村地域의 경우 經常價格으로 1968年の 925원에서 1975年の 4,310원에 이르기까지 계속 增加하고 있다. 그러나 農村住民 1人當 年平均 支出額 114,978원은 都市住民 1人當 年平均 支出額 159,617원의 72%에 불과하므로 兩者間에 상당한 隔差가 있음을 알 수 있다.

한편 1968年 都市家計支出의 51%에 불과했던 農家計支出이 1975年の 72%에 이르기까지 每年 增加해 와서 家計支出面에서의 地域間 隔差는 實價적으로 減少하고 있다 따라서 그동안 醫療人

力의 地域分布異常은 是正됨이 없었으나 住民들의 經濟的 負擔能力은 地域間的 隔差가 꾸준히 是正되어 오고 있다. 現時點에서 農漁村醫療保險事業의 가장 큰 問題點으로는 經濟的 負擔能力이 모자라서 受惠對象人口가 극히 制限되어 있다는 事實로 볼 수 있다.

둘째, 保險料徵收에 많은 어려움이 있음을 指摘해야겠다. 表 13은 우리나라의 第2種 醫療保險組合의 운영형태에 따른 保險料徵收額 狀況이다. 診療所中心의 第2種 示範組合은 1976년에 全體의 51.6%밖에 徵收하지 못했으며, 病院中心의 第2種 組合은 80%를 徵收하고 있어서 全體의으로는 71.8%만이 徵收되고 있다. 組合間 保險料 徵收 實績의 差異가 아주 심해서 最低 38.1%에서 最高 91.4%에 이르고 있다.

表 13. 組合類型別 保險料 徵收額 比率

年度	診療所中心의 第2種組合					病院中心의 第2種組合				總平均
	A	B	C	D	平均	E	F	G	平均	
1973	—	—	—	—	—	96.7	41.1	—	90.4	90.4
1974	60.3	51.3	—	—	55.9	74.2	18.8	61.5	63.6	63.3
1975	38.5	80.4	91.8	60.7	61.2	98.7	17.4	98.0	85.9	82.1
1976	38.1	60.0	87.3	55.2	51.6	91.4	44.6	78.8	80.0	71.8
平均	43.8	64.7	88.8	58.8	55.1	89.8	29.0	80.0	84.6	75.3

* 알파벳은 各 示範組合名인.

* 資料：文玉綸, 示範醫療保險事業의 財政構造에 關한 考察, 大韓病院協會誌, 第5卷 第6,7,8號, 1976.

表 14. 地域別 保險料 徵收率

年 度	農 村	島 嶼	都 市	平 均
1975	41.1	—	96.7	75.7
1976	32.8	58.7	74.2	57.4
1977	29.7	92.9	90.9	72.4
1978	46.0	73.8	87.3	71.8
平 均	36.7	75.8	86.9	75.3

資料 文玉綸, 示範醫療保險事業의 財政構造에 關한 考察, 大韓病院協會誌, 第5卷 第 6,7,8號, 1976.

表 14는 保險料 徵收率을 地域別로 본 것이다. 農村地域에 있는 春城醫療保險, 沃溝靑十字, 曾坪메리놀 醫療保險은 最近 4年間 平均 36.7% 밖에 徵收하지 못했으나 1976년에는 46%로 向上되고 있다. 島嶼地域에 있는 白翎靑十字와 巨濟靑十字의 경우는 最近 3年間 75.8%가 徵收되고 있다. 이 양자를 합쳐서 農漁村으로 보면 1976년에는 53.3%가 徵收된 셈이다. 이에 비해서 都市所在 第2種 組合인 釜山靑十字와 嶺東醫療保險은 86.9%가 徵收되어 地域間 保險料 徵收實績에 差異가 顯著하다. 이러한 統計資料는 農村醫療保險 組合이 가장 고심하고 있는 것이 保險料徵收問題임을 尙명해 두고도 남음이 있다.

셋째, 組合直營 診療所나 病院中心으로 운영되는 醫療保險에서는 醫療人力을 確保하는데 큰 難

點이 있다. 醫療人力의 都市集中現象 때문에 상당한 수준의 報酬를 支拂하더라도 有能한 醫師를 農村에서 確保할 수 없는 實情이다. 앞으로 公務員과 私立學校敎員을 對象으로 醫療保險制度가 실시되면 山間僻地에 있는 對象者들의 경우에는 이 問題가 더욱 深刻하게 대두될 것이다.

넷째, 農村醫療保險組合의 財政自立도가 낮고 不安定하다. 一般的으로 醫療保險事業의 成敗는 保險財政의 堅實性에 달려 있다. 表 15는 組合總支出額에 대한 保險料 徵收額이 차지하는 比率을 財政自立도로 명명한 것이다. 1976年度の 農村地域 第2種 組合의 財政自立도는 27.9%에 불과하다. 이에 비하여 都市地域 第2種組合은 73.4%여서 前者보다 約 2.6배나 높다. 이처럼 第2種 組合의 財政自立도가 낮은 一次的인 理由는 前述한 바대로 保險料 徵收가 잘되지 않기 때문이다. 따라서 農村醫療保險組合은 診療所나 病院收入에 依存하거나 國庫補助에 지나치게 依存하고 있어서 給與準備금이 充分하지 못한 狀態이다.

다섯째, 農村醫療保險組合의 給與充實도가 낮다. 醫療保險組合의 운영이 잘 될수록 組合員에게 惠澤으로 돌아가는 給與가 增加함은 自明한 理致이다. 表 16은 第2種組合의 給與充實도인데 農村地域組合은 50.8%이며, 都市地域은 74%, 總平均은 65.1%이다. 農村醫療保險組合의 경우 組合收入의 절반이 組合事務費와 其他 目的으로 쓰

表 15. 第2種 示範組合의 財政自立度, 1976

組 合	保險料徵收額 (1)	組合總支出額 (2)	財政自立度 (%) (1)÷(2)	
農 村	沃 溝 靑 十 字	3,346,300	13,578,955	24.6
	春 城 醫 療 保 險	2,116,535	4,237,109	50.0
	巨 濟 靑 十 字	3,718,180	7,777,324	47.8
	白 翎 靑 十 字	4,324,000	23,577,277	18.3
	曾 坪 메 리 놀	2,734,650	9,040,242	30.2
小 計	16,239,666	58,210,907	27.9	
都 市	釜 山 靑 十 字	65,358,130	87,106,693	75.0
	嶺 東 醫 療 保 險	3,441,500	6,607,002	52.1
小 計	68,799,630	93,713,695	73.4	
總 計	85,039,296	151,924,602	56.0	

表 16. 第 2 種 組合의 給與充實度, 1976

組 合		組合總支出額 (1)	組合給與額 (2)	組合充實度 (%) (2) ÷ (1)
農 村	沃 溝 寺 十 字	13,578,955	5,188,420	38.2
	春 城 醫 療 保 險	4,237,109	2,303,200	54.4
	巨 濟 寺 十 字	7,777,324	5,507,080	70.8
	白 翎 赤 十 字	23,577,277	14,790,540	62.7
	曾 坪 醫 療 保 險	9,040,242	1,777,212	19.7
小 計	58,210,907	29,566,452	50.8	
都 市	釜 山 寺 十 字	87,106,693	67,712,154	77.7
	嶺 東 醫 療 保 險	6,607,002	1,615,848	24.5
小 計	93,713,695	69,328,002	74.0	
計		151,924,602	98,894,454	65.1

되고 있음을 알 수 있다. 따라서 加入者의 權益이 最大로 保障되는 醫療保險組合이 되기 위해서는 行政費所要를 극소화하고, 給與의 水準을 向上시켜야 한다.

여섯째, 農村醫療保險組合 加入者들의 醫療利用度가 너무 낮다. 全般的으로 우리나라 國民들의 醫療利用度는 다른 나라에 比較해 볼 때 아주 낮은 편이다. 表 17에서 加入者 1,000名當 年間 入院利用率을 보면 都市型和 比較해 볼 때 農村型의 경우 1974년의 17.6에서 1975년의 13.6, 1976년에는 11.6으로 每年 減少하고 있다. 이처럼 農

村型的 醫療利用度가 낮은 것은 農村地域의 地理的 特性和 交通手段의 不便, 醫療機關과의 近接性的 缺如등이 主要原因으로 볼 수 있는바, 醫療利用度의 向上은 短時日內에 해결될 수 있는 일은 아니다.

그러나 近年에 와서 農村 住民의 所得向上과 醫療保險機構의 導入은 地域間 醫療利用度의 隔差를 크게 減少시키고 있다. 申¹²⁾의 研究結果에 따르면 1959년에 1人當 年間入院日數가 大都市 0.352日, 中都市 0.395日, 小都市 0.179日, 郡地域 0.008日로서 大, 中都市는 郡地域에 比하여

表 17. 加入者 1,000人當 年間入院利用率

組 合		1974	1975	1976
農 村	沃 溝 青 十 字	17.6	9.5	21.6
	春 城 醫 療 保 險	—	7.0	2.8
	巨 濟 青 十 字	—	8.1	15.2
	白 翎 赤 十 字	—	24.6	11.3
	曾 坪 醫 療 保 險	—	—	4.5
小 計	17.6	13.6	11.6	
都 市	釜 山 青 十 字	13.7	25.9	20.2
	嶺 東 醫 療 保 險	—	12.5	15.5
小 計	13.7	23.1	19.7	
計		13.4	17.8	15.2

表 18. 加入者 1人當 年間外來利用率

組 合		1974	1975	1976
農 村	沃 溝 青 十 字	0.5532	0.3276	0.6751
	春 城 醫 療 保 險	—	0.4843	0.4656
	巨 濟 青 十 字	—	1.6057	1.2419
	白 翎 赤 十 字	—	1.4725	0.8459
	曾 坪 醫 療 保 險	—	—	3.0051
小 計	0.5532	0.9096	0.8333	
都 市	釜 山 青 十 字	2.1985	1.3509	1.7680
	嶺 東 醫 療 保 險	—	0.5287	0.3191
小 計	2.1985	1.1821	1.6054	
計		1.6693	1.0303	1.2038

4倍~50倍였으나 1968년에는 각각 0.359日, 0.295日, 0.173日, 0.014日로서 大, 中都市는 郡地域에 比하여 21~25배의 1人當 年間入院率을 나타내었다. 이 研究가 지닌 方法論上의 缺陷과 資料의 制約에도 不拘하고 醫療利用度上의 地域間 차이가 급히 줄어들고 있음을 窺 看破할 수 있게 한다. 그러나 第1種 組合員과 第2種 組合員의 醫療利用度上의 차이를 報告한 文⁷⁾의 研究結果와 미루어 보면 아직 農村住民들의 醫療利用度는 改善의 여지가 많음을 알 수 있다.

한편 加入者 1人當 年間 外來利用率을 比較해 보아도 (表 18 參照) 入院利用率과 마찬가지로 地域間의 차이가 相當히 發生하고 있음을 알 수 있다.

실공저, 農村住民들의 醫療保險事業에 對한 認識이 不足해서 本事業의 擴大에 큰 制約要因이 되고 있다. 대개의 農民들에게 醫療保險制度는 生疎한 制度임에 틀림없다. 더구나 一般商業保險에 對한 나쁜 인상 때문에 住民들의 積極的인 呼應을 얻기가 무척 어려운 것이 現實이다. 따라서 農村住民에 對한 醫療保險教育 및 啓蒙이 體系의 으로 先行되지 않고는 本事業의 擴散은 期待하기 어렵다.

Ⅳ. 農漁村 醫療保險事業의 土着化를 爲한 具備要件

醫療惠의 都市 및 農漁村間 地域隔差는 世界的인 現象이다. 이와 같은 現象은 醫療資源의 地域分布와 各 階層 人口의 醫療要求度가 一致하지 않기 分布하는데 緣由하는 경우가 많다. 왜 農漁村 住民들은 都市住民보다 덜 醫療惠澤을 받아야 하나? 이러한 質問에 滿足할 만한 대답을 하기란 무척 어렵다. 一般的으로 보면 農村人들의 政治的 比重이 都市人보다 낮으며 教育水準도 낮고 都市賃金所得者들을 爲한 權益保護團體인 勞動組合과 같은 組織이 農民들에게는 없다. 또한 經濟開發의 主體로서의 産業 勤勞階層의 生産性이 農民들의 것보다 높게 評價되는 것도 事實이다. 그러나 이러한 外因的인 理由보다도, 자신의 健康問題에 優先順位를 높게 附與하지 않는 農民들의

意識構造가 더욱 問題가 될 수 있다.

아름은 醫療保險史를 더듬어 보면 각국의 醫療保險은 都市의 賃金勞動者를 對象으로 시작됐고, 그 다음에 그 扶養家族을 包含시키고 더 나아가서는 一般 都市生活 自營者가 包含되고 마지막으로 農漁민에게로 擴大되는 것이 定石이다. 우리나라의 경우에는 農村地域의 賃金勞動者에 對한 示範事業에서 始作하여 都市人과 農村人에 對한 示範事業으로 이어졌다가 500人 以上 雇傭企業體에 對한 強制通用醫療保險化하면서 脫示範事業의 契機가 마련되었다.

現段階에서 一般 農漁村住民을 對象으로 한 強制通用 醫療保險이란 時期尙早로 볼 수 밖에 없다. 왜냐 하면 그들의 意識構造와 經濟的 負擔能力이 社會保險을 施行해도 좋을 水準에 이르지 못했기 때문이다. 따라서 本項에서는 農漁村醫療保險의 擴大에 先行해야 할 前提要件을 살펴보겠다.

첫째, 農村人口中에 定期的 所得階層이 더욱 增加되어야 한다. 일정수 以上の 定期所得階層이 없이는 農村醫療保險事業의 擴大는 어렵다. 따라서 非定期的인 不規則한 所得階層은 定期的 所得階層이 되도록 誘導해야 한다.

둘째, 定期的 所得階層의 月平均收入이 一定水準以上이어야 한다. 즉 醫療保險料를 支拂할 수 있을만큼의 所得은 保障되어야 한다.

셋째, 醫療保險事業에 對한 農村住民들의 理解와 關心度を 높여야 한다. 醫療保險事業이 住民들 속으로 파고 들기 위해서는 緻密한 長期弘報戰略이 수립되어야 한다.

넷째, 滿足할만한 水準의 醫療受惠를 供給하기 위해서는 醫療提供者와 醫療消費者 사이의 近接性を 높여야 하므로 醫療資源의 農漁村地域分散이 必須的이다. 이것 없이는 農村型醫療保險事業은 現在와 같은 水準을 踏步할 수 밖에 없다. 특히 公務員과 私立學校教育에 對한 醫療保險이 實施될 段階에 있으므로 農村地域에 있는 이들에 對한 醫療受惠를 위해서는 醫療資源의 分散이 緊急한 課題로 되고 있다. 왜냐하면 醫療供給의 不毛地帶에서 醫療保險의 成熟을 期待할 수는 없기 때문이다.

다섯째, 社會保險의 一種으로서 의료보험이 갖는 特性을 살리기 위해서는 國家의 扶養性이 強調되어야 한다. 農村住民들의 現在와 같은 水準의 負擔能力에서 醫療保險事業을 擴大하기 위해서는 國家의 強力한 리더십과 財政支援이 없이는 不可能하다. 그것은 마치 第1種 의료보험의 施行이 勤勞者와 企業主들의 保險料 共同負擔體制下에서 可能한 것과 같은 理致이다.

여섯째, 既存農漁村地域 醫療人들의 職業的 權益은 保障되어야 하며 農村地域에 居住하는 稀少한 醫療資源은 最大로 活用되어야 한다. 따라서 指定醫療機關制는 適用하지 않는 편이 바람직하다. 또한 醫療酬價의 地域等差制도 철폐하는 쪽으로 나아가야 한다.

V. 農漁村 醫療保險의 擴大를 위한 몇가지 提言

現行 醫療保險法에 따르면 第2種組合의 設立時에 그 地域內에 居住하는 住民으로서 被保險者로 될자 500人 以上の 同意를 얻도록 되어 있다. 설사 醫療保險組合을 結成하고자 하는 사람이 있어도 被保險者 500人을 모으기는 쉬운일이 아니다. 그러므로 이와 같은 規定을 緩和하든지 行政力을 動員하여 加入者 確保를 도와주든지 아니면 行政當局이 被保險者 500人을 確保하는 데 소요될 經費를 補助해 주는 方法 등을 檢討해야 한다. 이와같은 조치가 講究되지 않는한 2種 組合의 擴散은 바라보기가 어려운 實情이다.

둘째, 農村地域의 醫療保險事業 擴大를 위해서는 都市地域의 醫療資源을 最大限 活用해야 한다. 이는 都市를 싸고 있는 農村의 空白地帶인 경우가 많다는 事實에 緣由한다. 특히 이러한 地域의 경우에는 住民들의 日常生活이 都市圈을 中心으로 進行되기 때문에 診療圈을 生活圈에 一致시킬 경우에 便益을 圖謀할 수 있으며, 農村 醫療資源의 간접적인 增大效果를 거둘 수 있다. 따라서 地理的으로만 農村과 都市를 分離하는 것보다는 醫療資源의 分布에 따른 診療圈中心의 體制로 醫療保險事業을 構想해 나가야 한다.

셋째, 農村住民들의 經濟的 負擔能力問題가 醫

療保險事業擴散에 制約要因이라면 이러한 制約要因을 除去하기 위한 稅制上的 研究가 必要하다. 農村住民들의 主業은 農產品의 生産이다. 따라서 農村住民들에 대한 醫療政策을 國家施策으로 推進하기 위해서는 財源確保가 急先務인바, 一般歲入에서 이를 充當할 수 없다면 農產品을 消費하는 側이 이를 負擔하도록 하는 方法이 고려될 수 있겠다. 다시 말해서 農產品을 통한 特別消費稅를 徵收하는 方法이 그것이다.

넷째, 農村地域의 醫療保險事業을 擴大하는 捷徑은 郡單位의 行政當局이 直接 保險者가 되어 示範的인 強制適用 醫療保險事業을 展開해 보는 方法을 들 수 있다. 地方自治團體의 財政이 比較的 풍부한 郡을 選定한 후 醫療保險事業의 強制實施에 對한 意見을 聽取하여 一定水準以上の 同意를 얻을때 部分的 強制適用을 試圖해 볼 수 있다. 이 경우 中央政府의 果敢한 補助金支援이 要請됨은 물론이다.

Ⅵ. 結論：農村醫療保險事業의 展望

앞에서 우리나라 農村醫療保險事業을 擴大하는데 있어서 制約要因으로 볼 수 있는 몇가지 事實에 대하여 言及했지만, 우리나라 農村이 갖는 諸般社會的 與件이 本事業을 擴大하는데 항상 不利하게 作用하는 것만은 아니라는 點을 指摘해야겠다. 善한 이웃이 있고, 相扶相助의 傳統과 새마을 精神이 있으며, 所得의 增加와 全國 1日生活圈의 實現等은 本事業의 擴大에 順機能的 社會變化로 볼 수 있다.

醫療保險當局의 주장대로 產業勤勞者를 爲한 第1種 醫療保險은 脫示範事業期에 들었으나, 第2種 醫療保險은 아직 示範事業期를 벗어나지 못했다. 그러나 農村地域의 500人 以上 雇傭企業體가 醫療保險制度를 導入함으로 말미암아 農村醫療保險事業이 새로운 局面을 맞이하게 된것이 사실이다.

이는 단순히 農村醫療保險受惠者가 增加했다는 次元을 넘어서서, 農村의 潛在醫療要求를 有效需要化하는 契機를 마련함으로써 醫療人力과 施設의 農漁村分散을 誘導하는 轉機가 될 수 있으며,

農村所在 第1種과 第2種 組合의 相互協助 아래 農村住民들의 醫療保險生活化에 큰 보탬이 될 것이 확실하다. 이러한 意味에서 農村醫療保險事業의 展望은 밝다고 볼 수 있다.

그러나 第2種 醫療保險이 痼疾의으로 안고 있는 保險料徵收方法의 改善이 없는한 本事業의 擴大는 當분간 期待하기 어려울 것으로 判斷된다. 그 동안 2種 示範事業場에서는 強制徵收方法을 제외한 온갖 徵收方案을 다 適用해 본 셈이다. 그 結果 現在와 같은 任意加入 任意脫退型 醫療保險制度에서 保險料의 自進納付에는 限界가 드러나고 있다. 實際로 2種 醫療保險을 運營하는데 所要되는 努力의 대부분이 保險料徵收에 消耗되고 있으며 示範事業要員들이 거의 氣盡狀態에 놓여 있음이 사실이다. 地域社會를 위해서 奉仕하겠다는 矜持 이외에는 별다른 補償이 있을 리 없다. 우리 모두에게 궁금한 것이 있다면 언제까지 어떤 式으로 가야 하는지 하는 點이다.

問題解決의 方向은 強制適用型 2種組合의 示範事業을 遂行해 오는 方法에서 찾아야 할 것 같다. 왜냐하면 問題의 核心은 適用範圍의 擴大와 保險料徵收에 있으므로 결국 強制型 社會保險 方式을 따를 수 밖에 없는 것 같다.

이미 私立教員과 公務員에 대한 醫療保險計劃이 發表되었고 産業勤勞者에 대한 擴大計劃도 樹立되어 있어서 고든 것은 순조롭게 進行중인 것 같다. 우리는 지금 醫療社會保障適用對象의 마지막 단계인 農漁村 住民들 問題에 窩心하고 있다. 現在와 같은 與件아래서 이러한 課題에 正答을 얻기란 쉬운 일이 아니다. 그러나 國民保健事業

의 來日을 設計하는 오늘의 象智가 도일 때 農漁村 醫療保險事業의 當面課題가 하나 하나씩 解決되어 갈 것은 확실한 일이다.

參 考 文 獻

- (1) 文玉綸: 示範醫療保險事業의 財政構造에 關한 考察, 大韓病院協會誌, 第5卷 第6,7,8號, 1976.
- (2) 保社部: 醫療保險組合 現況, 1977.
- (3) 保社部: 保健社會 統計年鑑, 1974, 1975, 1976.
- (4) Park, Chong Kee: Financing Health Care Services in Korea, K.D.I. July 30, 1977.
- (5) T. Higuchi: Medical Care through Social Insurance in the Japanese Rural Sector, International Labor Review, Vol. 19, No. 3, 1974.
- (6) 經濟企劃院 調查統計局: 韓國統計年鑑, 1976.
- (7) 文玉綸: 醫療保險政策의 推進方向, 特輯, 80年代의 醫療政策, 國會報, 第160號, 1977年 9,10月號
- (8) Moon, Ok Ryun: An Overview of the Health Insurance Demonstration Programs in Korea. The Journal of the Korean Public Health Association, Vol. 3, No. 1, 1977.
- (9) 申英秀: 우리나라 病院數, 病床數 및 病院利用度의 變動에 關한 調查研究, 公衆保健雜誌, 第8卷 第1號, 1971.
- (10) Roemer, Milton: The Organization of Medical Care Under Social Security, I.L.O., 1969.
- (11) 崔千松: 國民醫療保障 方法論, 財政, 第140號, 1976.
- (12) 申守植: 韓國醫療保險制度의 改編方向과 課題, 經營論叢 第21輯, 1976.
- (13) 保健社會部: 社會保障計劃, 1977-1981.