

의료보험의 급여형평성 및 운영효율성 개선을 위한 제도간 비교연구

인제대학교 보건대학원 보건관리학과

유영석

인제대학교 보건대학 보건학과

황인경

< Abstract >

A Comparative Study on the Beneficial Equity and Operational Efficiency of the Medical Insurance Programmes

Young Seok You

Department of public Health Management, School of Public Health, Inje University

In Kyoung Hwang

Department of Public Health, College of Health Science, Inje University

This study attempts to evaluate the beneficial equity and operational efficiency of the three Korean medical insurance programmes and thereby suggest directions for their policy improvement. Concepts of the equity and efficiency were reviewed to develop indicators for comparative analysis. For the analysis, statistical and financial accounting data for 1991, issued by the National Federation of Medical Insurance and the Korea Medical Insurance Corporation, on the operational status and performances of the programmes, were collected and rearranged to be suited to the purpose of the study.

The analysis reveals that beneficial inequity exists between self-employed and employee programs, and that operational inefficiency is prominent in both programmes for self-employeds and for Government employees and private school teachers. In order to improve the beneficial inequi-

of the self-employed program, it is suggested that policies be formulated and implemented toward increasing the program revenue through increasing subsidies from the Government and through inter-program finance adjustment. For the operational inefficiency of the two programs, it is judged that, together with the administrative support and control from the Government and the insurance society bodies, self-efforts be initiated to improve the internal management styles and systems of the insurance societies. Finally, from the viewpoint of the structural efficiency, expansion of the preventive insurance benefits by the insurance societies is recommended both for beneficial equity and operational efficiency.

Key Words : medical insurance program, beneficial equity, operational efficiency, preventive insurance benefits.

I. 서 론

1. 연구배경 및 목적

의료보험제도운영에 있어서 형평성과 효율성의 제고는 제도 도입초기는 물론이고 전국 민의료보험의 실시 이후에도 가장 기본적이고 중요한 과제의 하나가 되고 있다. 그간 의료보험의 형평성과 효율성의 과제는 관리운영체제 개편이라는 주제로 통합론자들과 조합론자들 간에 논쟁의 핵심이 되어 왔다(사회보장연구회 1988, 의료보험연구자일동 1988, 문옥륜 1988, 차홍봉 1988). 그러나 우리나라 의료보험의 관리운영방식은 큰 변화가 없는 한 조합분산방식을 유지할 것으로 전망되므로 의료보험의 형평성과 효율성의 과제는 향후 현재의 관리운영체제를 전제로 계속 검토, 연구되어야 할 것이다.

의료보험의 형평성에 관한 논의에 있어서 과거 관리운영체제의 개편과 관련하여 가장 중요시 되어왔던 과제는 직장, 공교, 지역 등 각 보험제도간 급여의 형평성의 문제였다. 보험급여는 현재 현물급여와 현금급여만을 의미하는 개념으로 인식되고 있으나 향후 예방사업 등 자체사업이 확대 실시되는 상황에서는 그 개념을 확대하여 간접적인 편익까지도 포함하는 총급여의 개념으로 인식할 필요가 있다. 예방사업이나 홍보사업은 궁극적으로 보험급여비 지출을 감소시키는 방향으로 기여하게 될 것이며, 이들 사업비는 결국 보험료를 재원으로 하여 지출이 이루어지게 되기 때문이다.

의료보험 관리운영의 효율성에 있어서는 현재 관리운영비가 그 논의의 핵심이 되고 있다. 관리운영비의 절감은 보험급여의 확대를 의미할 수 있으므로 매우 중요한 사항임에 틀

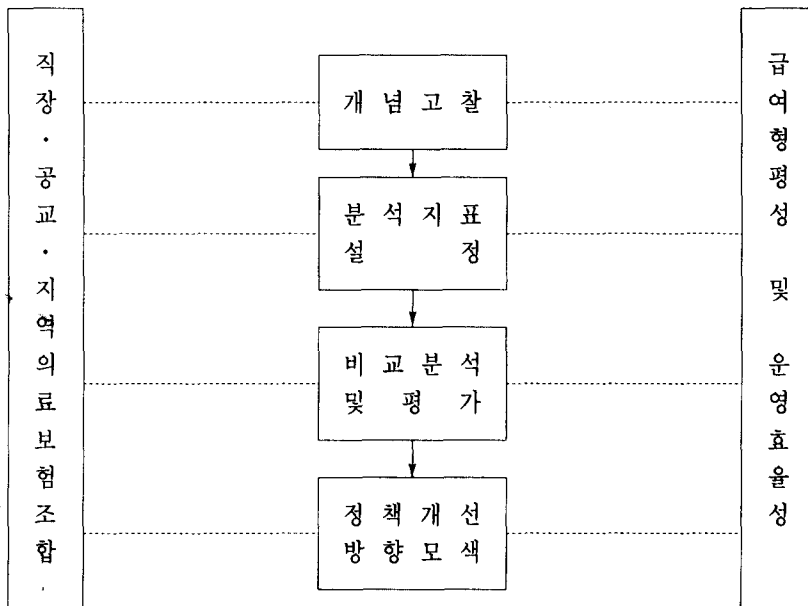
림없으나 보험사업의 내용과 질이 달라짐에 따라서 효율성의 개념도 보다 구조적인 차원으로 확대하여 분석되고 개선되는 것이 바람직하다. 보험급여비가 증가될 경우 총재정지출에 대한 관리운영비의 비율은 감소되는 것이며 상대적으로 보험급여비지출의 내용과 구조가 더 중요한 요소로 대두될 것이기 때문이다.

이 연구는 현행 관리운영체계하에서 의료보험제도간 급여의 형평성과 운영의 효율성을 비교평가하고 이를 제고시킬 수 있는 정책개선방향을 모색, 제시함으로써 의료보험제도의 발전에 기여하는데 목적이 있다.

2. 연구방법

이 연구는 다음과 같은 방법에 의하여 수행되었다(그림 1-1).

- 1) 의료보험의 급여형평성과 운영효율성을 비교, 평가함에 있어서 그 분석대상을 직장, 공교, 지역 등의 각 보험제도로 설정하고 접근하였다.
- 2) 연구절차는 급여형평성 및 운영효율성의 개념 고찰, 분석지표의 설정, 제도간 비교분석 및 평가, 정책개선방향 모색의 순서에 의하여었다.
- 3) 분석지표의 산출과 비교분석을 위한 자료는 주로 1991년도 직장, 공교 및 지역의료



(그림 1-1) 연구 체계도

보험의 통계연보와 결산서 등(의료보험연합회 1989, 1992 A,B,C, 의료보험관리공단 1992) 으로부터 수집하였으며, 필요한 경우 의료보험연합회로부터 내부자료를 수집, 사용하였다.

- 4) 연구수행시 필요한 경우 직장 및 지역조합과 의료보험관리공단 지부를 방문하여 담당자들과의 면담을 통하여 운영실태를 파악하였다.

3. 연구의 제한점

이 연구는 직장, 공교, 지역 등 3개 의료보험제도를 대상으로 이들 상호간의 급여형평성과 운영효율성을 비교, 평가하는데 주안점을 두었다. 보험제도 상호간의 문제를 이와 같이 거시적 관점에서 비교, 평가하기 위한 자료는 의료보험연합회와 의료보험관리공단이 발행하는 의료보험통계연보와 각 제도별 결산서에 주로 의존하였다. 이러한 접근방법을 택하게 됨에 따라 이 연구는 다음과 같은 제한점을 지니고 있다.

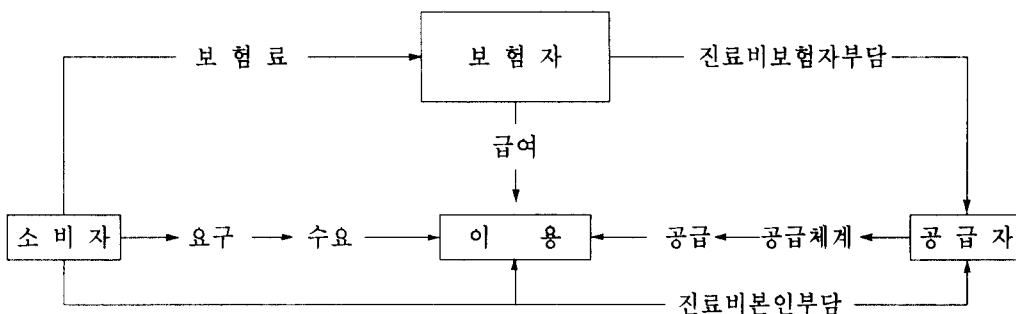
첫째, 급여의 형평성을 평가하기 위해서는 무엇보다도 먼저 보험료부담의 형평성이 평가되어야 한다. 그러나 지역의료보험 적용대상자들의 소득수준에 관한 자료를 구하기 어려웠기 때문에 급여형평성의 앞 단계에서 규명되어야 할 보험료부담의 형평성을 규명하지 못하였다. 그 결과 이 연구에서의 급여형평성에 관한 평가는 기여금과 급여비만을 중심으로 이루어지는 취약점을 지니게 되었다.

둘째, 운영효율성의 평가에 있어서는 각 보험제도별 관리운영비만을 기초로 관리운영비 비율과 적용인구 1인당 관리운영비 및 피보험자1인당 관리운영비를 산출, 비교, 평가하였기 때문에 단순비교의 수준을 넘지 못하였다. 현행의 조합분산방식하에서는 보험제도간 관리운영비지표의 양, 불량의 차이가 보험제도 그 자체의 구조적 속성으로부터 야기되는 측면이 적지 않다. 따라서 비교의 적정을 기하기 위해서는 이러한 제도적, 구조적 요인에 의해 야기되는 차이를 통제한 상태, 즉 제도적 여건을 주어진 것으로 본 조건하에서 조합들의 자체관리능력과 관련이 있는 요소들에 의해 제도간 운영효율이 어떻게 차이가 나는지에 대해서도 아울러 평가가 이루어져야 한다. 그러나 이를 위한 평가지표의 개발이 용이치 아니하고 설령 지표가 개발되었다 하더라도 필요한 자료를 수집하는데는 많은 노력과 시간을 필요로 한다. 본 연구에서는 당초 이러한 지표의 개발과 자료수집을 시도하였으나 여의치 못하였으며, 그 결과 운영효율성의 비교평가가 너무 단순화될 수 밖에 없는 취약점을 지니게 되었다.

II. 급여형평성 및 운영효율성의 개념

1. 급여형평성의 개념

보건의료의 형평성(equity)이란 일반적으로 보건의료서비스의 요구(need)에 비하여 서비스의 이용이 어느 정도 보장되는가를 나타내는 개념이라고 정의된다(Campbell 1978). 의료서비스의 이용은 의료요구의 수요화과정을 거쳐 이루어지며, 의료공급의 제 여건에 의하여 영향을 받게 된다. 의료보험제도하에서 의료서비스의 이용이 실현되는 과정을 나타내면 (그림 II-1)과 같다.



(그림 II-1) 의료보험서비스의 이용과 급여의 관계

의료보험이란 의료보장에 필요한 재원조달의 한 방법으로 이해되지만 이를 의료수요의 관점에서 보면 의료요구가 의료수요로 전환되기 위해 필요한 두가지 요건, 즉 진료비 지불 의사와 지불능력의 두가지 요건 중에서 지불능력의 문제를 완화하기 위한 기전이라고도 해석할 수 있다. 의료보험제도의 도입에 의하여 지불능력의 문제가 어느 정도 해소되더라도 진료비공동부담이 제도화 되어 있는 상황에서 의료서비스의 이용은 본인부담진료비의 수준에 의하여 영향을 받게 된다. 의료서비스의 이용은 또한 적용대상자의 직업적 특성에 의해 영향을 받게 된다. 피용자들은 대부분 월급제에 의하여 보수를 지급받을 뿐만 아니라 질병, 사고 발생시 직무상의 사유로 인하여 의료이용에 제약을 받는 일이 현실적으로 거의 일어나지 않는다. 반면에 자영자들 중의 저소득층은 생계소득이 불규칙일 뿐만 아니라 의료이용에 따른 진료비의 지출, 즉 기회비용이 비교적 크기 때문에 의료이용에 제약을 받을 가능성이 훨씬 큰 편이다(Mills 1983).

의료보험서비스의 이용은 이와 같은 소비자측면의 요인외에도 의료자원의 지리적 배치나 환자후송체계와 같은 공급자측의 요인에 의해서도 영향을 받는다. 의료시설, 인력, 장비 등의 자원은 경제, 문화, 교육 등의 혜택을 받기 어려운 농어촌지역에는 과소공급되는 것이 일반적 현상이다. 그 결과 환자들에게는 의료기관을 방문할 때 소요되는 이동시간과 의료기관내에서의 대기시간의 장단에 의해 직업의 유형 및 소득수준의 차이에 따른 시간비용의 차이가 발생하게 되며 이로 인하여 의료이용에 차이가 발생하게 된다(Joseph et. al. 1984).

의료보험의 급여에는 현물급여와 현금급여가 있으나 현물급여가 대부분을 차지하고 있다. 현물급여는 의료보험제도하에서는 의료서비스의 이용과 동시에 발생되며 의료이용의 보험제도적 현상이라 할 수 있다. 의료이용이 많아질수록 급여비의 규모는 커지고 작아질 경우에는 그 반대가 된다. 소비자측면의 요인이 소득수준과 깊은 관련을 갖고 있다는 점에서 소득수준에 대한 기여금부담의 형평성을 재무적 형평성(financial equity)이라고 부른다면 공급자측면 즉, 의료자원의 지리적 배치와 관련하여 발생하는 시간비용의 소득수준에 대한 형평성은 지리적 형평성(geographical equity)이라고 부를 수 있을 것이다. 이렇게 볼 때 의료보험급여의 형평성은 결국 이 두가지 형평성을 결정하는 제 요인에 의해 영향을 받는 것이라고 이해할 수 있다.

2. 운영효율성의 개념

효율성에 대해서는 여러가지로 다양한 개념의 정의가 이루어지고 있으나 아래와 같이 자원의 투입 또는 소비량과 산출량과의 관계를 효율이라고로 보는 개념이 가장 보편적인 개념으로 사용되고 있다.

$$\text{효율(efficiency)} = \text{산출(output)} / \text{투입(input)}$$

이와 같은 개념을 의료보험의 운영과 관련시킬 경우에는 분석대상을 의료보험제도 전반으로 하느냐 아니면 의료보험조합의 내부운영에만 국한시키느냐에 따라 그 운영적 정의(operational definition)가 달라질 수 있다고 판단된다. 그러나 의료보험의 제도간 운영효율성은 각 제도에 속하는 의료보험조합들의 총체적 운영효율성이라 볼 수 있으므로 이러한 차이를 구태어 구별하지 않아도 문제가 없다고 판단된다. 이러한 전제하에서 운영적 정의의 설정을 위한 기초로서 본 연구와 관련이 깊은 운영효율성의 개념(WHO 1989)에 관

하여 고찰하였다.

1) 서어비스이용효율(service utilization efficiency)

이 개념은 의료보험서어비스의 이용이 의료요구를 충족시킬 수 있는 적절한 수준의 요양취급기관에서 적절한 수준으로 이루어질 때 효율비(efficiency ratio), 즉 산출/투입의 값이 극대화 될 수 있다는 개념이다. 의료보험의 경우 의료전달체계가 정교하게 설계되어 적용될 때 서어비스이용효율은 높아진다고 볼 수 있다. 현재 우리나라에서는 1989년부터 의료전달체계가 도입, 시행중에 있으므로 서어비스이용효율이 제고되기 위해서는 이 체계가 더욱 정교하게 설계되고 의료보험조합과 요양취급기관의 공동노력하에 엄격한 운영·관리가 이루어져야 할 것이다.

2) 자원배분효율(resource allocative efficiency)

이 효율성은 서비스의 생산이나 조직의 운영에 있어서 비용이 최소화 되도록 투입 자원을 구성해야 한다는 개념이다. 따라서 관리대상을 의료서비스로 할 경우에는 각종 요양취급기관이 그 분석대상이 되고, 의료보험조합을 관리대상으로 할 경우에는 개별 조합의 업무수행에 필요한 인력, 시설, 장비 등 자원의 구성이 그 분석대상이 된다.

이 효율성의 개념은 산출/투입의 분석에 있어서 투입측면을 중시 하는 관계로 보험재정이 어려울 때 더욱 큰 의미를 갖는다고 볼 수 있다. 왜냐하면 투입자원의 양과 비용을 절약할 때 그 절약된 부분이 보험급여의 확대쪽으로 전용될 수 있기 때문이다. 우리나라의 경우 의료공급조직의 형태는 물론이고 의료인력, 시설, 장비 등의 모든분야에서 이 효율성의 문제가 심각한 것으로 널리 지적되고 있다. 또한 의료보험조합이 장차 예방사업이나 의료사업을 확대시행할 경우에도 이 효율성을 제고시키기 위한 자원의 결합방식이 중요한 고려의 요소가 될 것이다.

3) 관리효율(managerial efficiency)

이 효율의 개념은 제도나 조직의 운영에 있어서 어떠한 관리방식과 기술을 도입, 이용할 때 효율비가 극대화될 것이냐를 의미하는 것이다. 이러한 관리방식과 기술은 기획, 조직화, 집행, 평가 등의 과정적 요소들과 의사결정, 권한과 책임의 부여, 리더쉽 발휘, 등의 행태적 요소들을 말하는 것으로서 주로 조직·인력의 관리와 관련이 깊다. 현행의 조합주의에 의한 보험제도하에서 이러한 관리기술과 방식은 각 조합의 경영자와 관리자가 어떠한 자세와 관리능력을 지니고 있느냐에 따라 그 내용과 수준이 크게 달라지게 될 것이다.

4) 구조적 효율성(structure efficiency)

이 효율성의 개념은 보험사업의 우선순위를 어디에 둘 때 전체적인 사업의 효율비가 극대화되는가를 의미하는 개념이다. 보험사업은 각 보험제도가 공통적으로 시행하는 보험급여사업과 개별 조합이 자체적으로 실시하는 예방사업 등으로 구분된다. 조합분산 방식하에서 보험사업은 결국 각 개별조합이 실시하는 이들 사업의 집합이므로 이 구조적 효율성의 문제는 특히 개별조합이 실시하는 자체사업과 깊은 관계를 지닌다고 볼 수 있다. 이 효율성의 개념을 더욱 구체화하면 각 조합이 어떤 인구집단을 대상으로 필요한 예방사업 또는 급여사업을 시행할 수 있는가의 개념(focus efficiency)으로 발전시킬 수 있다. 조합분산 방식을 택하고 있는 우리나라의 경우 각 개별조합의 자율적 의사에 의해 시행대상사업과 적용인구대상이 결정될 수 있다는 점에서 이 구조적 효율성의 의의가 높다고 판단된다.

3. 개념적용상의 과제

급여형평성의 경우 앞에서 고찰한 바 있는 지리적 형평성은 의료이용에 따라 발생하는 시간비용이 그 중심개념이기 때문에 보험제도간의 전체적 측정, 비교가 용이하지 않다. 또한 재무적 형평성의 경우에도 소득수준에 대한 기여금 부담의 형평성은 지역의료보험의 적용대상자에 대한 소득의 파악이 용이하지 않은 관계로 운영적 정의의 설정이 가능하다고 하더라도 측정은 용이하지 않은 문제를 안고 있다.

이러한 제약조건하에서 실질적으로 적용가능한 급여형평성의 개념은 기여금 부담에 대한 보험급여의 형평성이라 할 수 있으며, 급여형평성의 개념을 이와 같이 정의할 때 각종 보험통계 또는 결산서자료에 의하여 운영적 정의의 설정과 관련변수의 측정이 보험제도별로 가능하게 된다. 일반적으로 이 개념의 운영적 정의는 <보험급여액/기여금>으로 설정되며, 이의 계산을 위한 보험급여액이나 기여금도 매우 용이하게 조사할 수 있다. 그러나 이 개념을 적용하는데 있어서는 전국민의료보험이 실시되고 있는 현 상황을 고려하여 보험급여나 기여금에 관한 개념을 다음과 같이 확장하여 적용하는 것이 발전적 목적에 합당한 것이라고 판단된다.

첫째, 보험급여는 현재까지 법정급여나 부가급여, 또는 현물급여나 현금급여를 의미하는 급여로 인식되고 있다. 그러나 전국민의료보험시대하에서는, 그리고 특히 의료보험의 재정이 어느정도 안정화되어가고 있는 현 시점에서는 각 조합이 자체적, 개별적으로 실시할 수 있는 예방사업이나 홍보사업이 형평성과 효율성의 관점에서 중요한 의미를 지니게 된다.

의료보험의 재정수지회계에 있어 이러한 사업비의 지출은 현재 보험급여 이외의 항목으로 분리하여 별도로 계상, 관리되고 있다. 그러나 이러한 사업은 직,간접적으로 국민의료보장의 유효성과 질을 높히는데 기여하는 사업들이므로 의료보험사업에서 무시되어서는 안될 뿐만 아니라 오히려 확대시행해야 될 성질의 사업이라 할 수 있다. 따라서 순수한 보험급여비에 예방사업비까지를 포함하는 넓은 의미의 보험급여비의 개념을 도입하여 보험제도간 또는 개별조합간의 급여형평성을 비교, 평가하는 것이 바람직하다.

둘째, 기여금의 경우에도 보험료외에 수진과정에서 환자가 부담하는 본인부담진료비를 가산한 기여금으로 그 개념을 확장, 적용할 필요가 있다. 본인부담진료비의 수준이 저소득층의 의료이용을 저해할 수 있다는 점은 이미 널리알려진 사실이며 우리나라의 경우 이 비율이 비교적 높은 것으로 지적되고 있다(노인철외 1989). 따라서 보험급여액을 기여금으로 나누어 보험제도간 형평성을 비교할 때 본인부담금을 기여금의 일부로 인식, 포함하는 것이 비교, 평가의 적정성을 높이는 방법의 하나가 된다고 볼 수 있다. 따라서 기여금의 개념은 보험료만을 의미하는 경우와 본인부담진료비까지도 포함하는 경우로 구분하여 적용하는 것이 바람직하다.

운영효율성의 경우 자원배분효율과 관리효율의 개념은 관리운영비라는 단일의 개념으로 통합하여 이해할 수 있으므로 운영적 정의의 설정과 관련변수의 측정이 용이하다. 그러나 서비스이용효율과 구조적 효율은 정의의 설정과 측정이 용이하지 않으므로 간접적인 추론에 의해 평가할 수 밖에 없는 실정이다.

자원배분 및 관리와 관련된 효율성은 이미 각종 연구보고서나 저서에서 관리운영비의 총재정에 대한 비율이나 피보험자 1인당 혹은 적용인구 1인당 관리운영비를 계산하여 분석, 제시되고 있다(문옥륜 1991, 의료보험연합회 D 1992). 따라서 여기에서도 이러한 방식으로 운영적 정의를 설정하여 보험제도간의 운영효율을 비교하는 것이 가능하다. 그러나 이러한 측정기준을 사용함에 있어서는 다음과 같은 점을 유의, 고려하는 것이 중요하다고 판단된다.

첫째, 각 보험제도별로 관리운영비의 개념에 차이가 있다. 이러한 차이는 결산서의 계정과목을 비교함으로써 쉽게 파악할 수 있으므로 관리운영비의 개념을 통일, 조정하여 비교의 적정을 기할 필요가 있다.

둘째, 관리운영비를 비교함에 있어서 총재정수입이나 지출, 세대수, 피보험자수 또는 적

용인구 등 여러가지 기준이 사용되고 있으나 어떠한 것이 각 보험제도별 조합들의 운영적 특성을 가장 잘 대표하고 있는 것인지 아직 규명된 바 없다. 따라서 비교의 적정을 기하기 위해서는 이러한 특성을 반영한 합리적 비교기준을 개발, 사용하든지, 이 것이 용이치 않을 경우에는 적어도 이러한 특성을 염두에 두고 지표의 해석에 신중을 기하도록 하여야 할 것이다.

이상으로 급여형평성과 운영효율성의 개념을 분리하여 그 적용상의 과제를 검토하였는데, 마지막으로 이 두 개념이 상호 어떠한 관련성을 갖느냐에 관하여 검토할 필요가 있다. 형평성과 효율성에 대해서는 이들이 상호 대립하는 관계에 있다고 보는 견해와 상호 보완적 관계에 있다고 보는 견해가 양립하고 있다(김성태, 1992). 전자는 형평성을 제고시키기 위하여 시장의 소득분배에 간섭하면 효율이 떨어진다는 주장이고, 후자는 효율성이 제고되면 형평이 촉진되어야 한다는 주장이다.

의료보험의 급여형평성에 관한 운영적 정의를 전술한 바와 같이 <보험급여액/기여금>으로 설정하고, 운영효율성을 관리운영비를 기준으로 정의하게 되면 급여형평성과 운영효율성은 상호 보완적 관계에 있음을 알 수 있다. 관리운영비를 절약하여 재정수지상의 잉여가 발생하면 기여금을 인하하거나 급여를 확대할 수 있게 되어 형평성이 제고되기 때문이다. 이러한 관계는 역으로 재정수입이 일정할 때 <급여비/기여금>의 비율을 높이려면 관리운영비를 줄여야 한다는 말과도 같다. 따라서 각 보험제도에 속하는 적용대상자들의 보험급여에 의한 만족도의 극대화는 의료보험조합의 운영효율성 극대화와 동시에 추구되어야 할 과제라고 할 수 있다.

Ⅲ. 분석결과 및 고찰

1. 급여형평성

1.1 분석지표 설정

의료보험의 급여형평성에 관한 개념과 운영적 정의의 고찰결과를 기초로 보험제도간 비교를 위한 분석지표를 설정하였다. 보험급여의 형평성비교를 위한 지표는 일반적으로 <급여비/기여금>으로 설정, 사용되고 있으나 이 연구에서는 연구의 목적과 관련하여 다음과 같이 각 변수의 개념을 규정하고 적용하였다.

1) 급여비 항목

- (1) 보험급여비: 적용인구 1인당 현물 및 현금급여비
- (2) 총 급여비: 적용인구 1인당 보험급여비에 예방사업 등의 적용인구 1인당 자체 사업비를 가산한 금액

2) 기여금 항목

- (1) 본인부담보험료: 적용인구 1인당 본인부담보험료 즉, 직장 및 공교보험의 경우 사용자부담 보험료를, 그리고 지역보험의 경우에는 국고부담보험료를 제외한 금액
- (2) 의료비총본인부담금: 적용인구 1인당 본인부담보험료에 적용인구 1인당 본인부담진료비를 가산한 금액.
- (3) 사회보험총기여금: 적용인구 1인당 의료비 총본인부담금에 사용자, 국고 등이 부담하는 기여금의 적용인구 1인당 금액을 가산한 금액

급여비 항목으로는 전통적으로 사용되어오던 보험급여비외에 총급여비 항목을 추가로 설정하였는데 이는 예방사업등 자체사업의 실시에 의하여 수혜자들이 얻는 간접적 편익을 급여개념으로 포괄하기 위해서이다. 기여금 항목은 본인부담보험료, 의료비 총본인부담금, 사회보험 총기여금의 세가지로 구분하였다. 이렇게 한 이유는 급여형평성을 평가함에 있어서 보험제도별로 수혜자들이 직접 부담하는 기여금과 사회보험에 의한 총기여금으로 비교기준을 달리함으로써 급여형평성에 대한 분석과 정책개선방향의 모색에 있어서 다각적인 접근이 가능할 것이라고 보았기 때문이다. 이상과 같은 급여비 및 기여금 항목을 사용하여 급여형평성의 분석을 위한 지표를 다음과 같이 설정하였다.

1) 본인부담보험료기준 분석지표

- (1) 순급여율: 보험급여비 / 본인부담보험료
- (2) 총급여율: 총급여비 / 본인부담보험료

2) 의료비총본인부담금기준 분석지표

- (1) 순급여율: 보험급여비 / 의료비총본인부담금
- (2) 총급여율: 총급여비 / 의료비총본인부담금

3) 사회보험총기여금기준 분석지표

- (1) 순급여율: 보험급여비 / 사회보험총기여금
- (2) 총급여율: 총급여비 / 사회보험총기여금

위 지표들 중에서 본인부담보험료만을 기준으로 급여형평성을 비교하는 지표들은 적용 대상자들이 보험진료를 받지 않았다고 가정한 상태에서 형평성을 비교하는 의미를 갖는데 비하여 본인부담진료비까지도 포함한 의료비총본인부담금이나 사회보험총기여금을 적용하는 지표들의 경우에는 적용대상자들이 보험진료 또는 예방급여를 받았다고 가정하고 형평성을 비교하는 의미를 갖는다. 또한 순급여율은 순수한 보험급여비만 분석대상이 되므로 그 의미가 단순하고 협의이지만 총급여율은 보험제도별로 또는 소속조합들이 실시하는 자체사업비의 지출까지도 포괄적으로 분석대상으로 하기 때문에 종합적이고도 실질적인 형평성의 의미를 갖는 것이라고 볼 수 있다. 설정된 분석지표의 비율을 산출하기 위하여 1991년도의 의료보험통계연보와 직장, 공교, 지역 등 각 보험제도의 '91년도 결산서로부터 각종 급여비와 기여금을 조사하였다. 이들 자료를 조사, 이용함에 있어서는 각 보험제도간에 결산서 계정과목구조의 차이가 심하여 비교의 적정을 기할 목적으로 다음과 같이 계상 기준을 설정하고 조정하여 적용하였다.

첫째, 보험급여비의 경우 의료보험통계연보에서는 직장보험의 보험급여비를 법인세법의 규정에 따른 표시금액과 실제의 급여액으로 구분, 표시하고 있다. 이 경우 실급여액이 분석목적에 적합한 것이므로 직장, 공교, 지역보험 공히 실급여액을 보험급여액으로 사용하였다.

둘째, 자체사업비의 경우에는 보건예방사업비와 홍보사업비가 주를 이루고 있는데 보험제도간에 계상항목에 차이가 있다. 즉 공교보험은 보건예방사업비에 해당되는 건강진단사업비를 보험급여비에 포함시키고 있는 반면, 직장 및 지역조합은 이를 자체사업비에 계상하고 있어 제도간에 계상방식이 다르다. 따라서 이를 통일시키기 위하여 공교보험의 건강진단사업비를 보험급여비에서 차감하고 자체사업비에 포함하였다.

셋째, 또한 직장조합의 경우를 보면 관리운영비 성격의 직원교육훈련비를 자체사업비항목으로 계상하고 있다. 그러므로 이 비용을 차감하여 자체사업비를 조정하고 차감된 비용은 관리운영비로 이관, 계상하였다.

1.2 분석 및 고찰결과

1991년도의 보험통계자료로부터 전술한 바의 기준에 따라 각종 급여비와 기여금을 조사하고 이를 기초로 각 보험제도별 적용인구 1인당 급여율을 계산하였으며, 그 결과는 각각 <표 Ⅲ-1> 및 <표 Ⅲ-2>와 같이 나타났다.

<표 Ⅲ-1> 보험제도별 연간급여비, 기여금 및 적용인구 현황(1991) (단위 : 백만원)

		지 역	직 장	공 교
보험급여비	(1)	963,847	813,030	261,253
자체사업비	(2)	595	12,820	3,776
총급여비<(1)+(2)>	(3)	964,442	825,850	265,029
본인부담보험료	(4)	844,194	563,519	180,220
본인부담진료비	(5)	551,702	500,042	154,018
의료비총본인부담금<(4)+(5)>	(6)	1,395,896	1,063,561	334,238
사용자 또는 국고 부담금	(7)	586,790	563,519	180,220
기타수입	(8)	90,795	186,337	73,277
사회보험총기여금<(6)~(8)>	(9)	2,073,481	1,813,417	587,735
연평균적용인구수(명)		19,764,498	16,184,607	4,579,615

주 (2) 지역조합의 자체사업비는 교육홍보비에 해당되는 것으로서 '91년도의 지역의료 보험조합결산현황에 구분, 표시되어있지 아니하여 기관운영비의 1.1%로 추정, 계상하였음

(4) 직장 및 공교보험의 본인부담보험료는 총징수보험료의 50%로 계상하였음.

자료 1) 의료보험연합회, '91의료보험통계연보

2) 직장, 공교, 지역조합의 '91년도 결산서

<표 Ⅲ-2>에 의하면 우선 급여율을 순급여율로 볼 때와 총급여율로 볼 때 적용인구 1인당 자체사업비의 규모가 별로 크지 않아 각 보험제도내에서는 큰 차이가 나타나고 있지 않다. 그러나 급여율의 산출기준을 본인부담보험료와 의료비 총본인부담금으로 구분하여 볼 때는 본인부담진료비의 규모가 본인부담보험료의 65%~89% 수준으로 크기 때문에 각 보험제도의 내부적으로 큰 차이를 보이고 있다. 역시 동일한 본인부담보험료와 의료비 총본인부담금을 기준으로 각 보험제도간의 급여율을 살펴보면 순급여율과 총급여율 모두 공교, 직장, 지역보험의 순으로 낮아지는 경향을 보이고 있으며, 직장보험과 공교보험 간에는 별 차이가 없지만 이 두 보험과 지역보험간에는 현저하게 차이가 나타나고 있다.

각 보험제도의 적용대상자들이 직접 부담하는 보험료와 진료비만을 기준으로 그들이 받는 급여를 비교해 볼 때 피용자보험과 자영자보험간에는 결론적으로 급여상에 현저한 비형평이 존재하고 있다고 말할 수 있다. 이러한 비형평의 실태를 <표 Ⅲ-2>에 나타나 있

는 적용인구 1인당 급여비와 본인부담진료비 및 의료비총본인부담금을 중심으로 비교, 요약하면 다음과 같다.

첫째, 본인이 직접 부담하는 보험료의 경우 지역보험에 속하는 국민은 직장보험과 공교보험에 속하는 국민에 비하여 평균적으로 1인당 각각 약 23%와 9% 만큼의 보험료를 더 부담하고 있다.

<표 Ⅲ-2> 보험제도별 적용인구 1인당 월평균 급여비, 기여금 및 급여율(1991)
(단위 : 원, %)

		지 역	직 장	공 교
보험급여비	(1)	4,064	4,186	4,754
자체사업비	(2)	2	66	69
총급여비<(1)+(2)>	(3)	4,066	4,252	4,823
본인부담보험료	(4)	3,559	2,901	3,279
본인부담진료비	(5)	2,326	2,575	2,803
의료비총본인부담금<(4)+(5)>	(6)	5,885	5,476	6,082
사용자 또는 국고 부담금	(7)	2,474	2,902	3,280
기타수입	(8)	383	959	1,333
사회보험총기여금<(6)~(8)>	(9)	8,742	9,337	10,695
급여율 (%)	(본인부담보험료기준)			
	(1) 순급여율, <(1)/(4)>	114.2	144.3	144.9
	(2) 총급여율, <(3)/(4)>	114.2	146.6	147.1
	(의료비총본인부담금기준)			
	(1) 순급여율, <(1)/(6)>	69.1	76.4	78.2
	(2) 총급여율, <(3)/(6)>	69.1	77.6	79.3
	(사회보험총기여금기준)			
	(1) 순급여율, <(1)/(9)>	46.5	44.8	44.5
(2) 총급여율, <(3)/(9)>	46.5	45.5	45.1	

자료 1) 의료보험연합회, '91의료보험통계연보
2) 직장, 공교, 지역조합의 '91년도 결산서

둘째, 실제 수진과정에서 부담하는 본인부담진료비의 수준은 반대로 지역보험의 적용 대상자가 가장 낮다. 본인부담진료비는 어느 보험제도에 속하든지 간에 일정한 본인부담율이 동일하게 적용되고 있기 때문에 본인부담진료비가 낮다는 것은 상대적으로 의료이용율이 낮음을 반영하는 것이라 할 수 있다.

셋째, 이상의 결과로 적용인구 1인당 의료비용본인부담금의 수준은 공교보험이 가장 높고, 지역보험, 직장보험의 순으로 낮아지고 있다.

넷째, 적용인구 1인당 평균 보험급여비는 지역보험이 가장 낮고, 직장보험, 공교보험순으로 높아지고 있는 바, 지역보험 적용대상자들의 보험급여비 수준은 직장보험의 약 97%수준, 공교보험의 약 85%수준에 있다.

다섯째, 자체사업, 즉 보건예방사업이나 교육, 홍보사업에 의하여 간접적으로 받는 사업급여비는 적용인구 1인당으로 볼 때 각 보험제도 공히 높지 않은 수준이다. 그러나 보험제도별로 비교해 보면 직장보험과 공교보험이 각각 66원과 69원으로 유사한 수준인데 비하여 지역보험은 2원으로 거의 무시할 정도로 작은 실정에 있다.

여섯째, 그 결과 보험급여비와 자체사업비를 합한 적용인구 1인당 평균총급여비에 있어서 지역보험은 직장보험의 약 96%수준, 공교보험의 약 84%수준으로 낮은 상태에 있다.

일곱째, 이상과 같은 이유때문에 지역조합의 본인부담진료비기준 급여율과 의료비총본인부담금기준 급여율은 모든 경우에 있어서 가장 낮고 직장보험 및 공교보험과 비교시 차이가 심하게 나타나고 있다.

종합적으로 볼 때 지역보험 적용대상 국민은 직장 및 공교보험에 비하여 보험료는 많이 부담하면서 의료이용율은 낮은 관계로 보험급여를 적게 받고, 예방사업 등과 같은 자체사업의 혜택도 거의 받지 못하고 있다. 이러한 분석결과를 기초로 볼 때 자영자보험과 피용자보험간에는 급여상의 비형평이 존재하고 있으며, 그 정도가 심각한 상태라고 말할 수 있다.

다음에 분석의 기준을 달리하여 사회보험총기여금을 기준으로 제도간의 급여형평성을 비교하면 앞서와는 다른 결과를 얻게 된다. 즉 <표Ⅲ-2>에서 보는 바와 같이 의료비총본인부담금에 사용자나 국고가 부담하는 기여금 등을 가산하여 사회보험총기여금을 계산하고 이를 기초로 급여율을 계산해 보면 순급여율과 총급여율이 다같이 지역보험이 가장 높고 직장보험과 공교보험은 거의 동일한 수준으로 다소 낮은 수준에 있다. 이러한 현상은

지역보험에 대하여 정부가 저소득층의 보험료와 조합의 관리운영비를 국고에서 지원해 주고 있기 때문에 나타난 결과이다. 이러한 사실은 보험제도 전체의 입장에서 볼 때 피용자 보험의 경우 사용자들이 부담하는 보험료에 상응하여 자영자들에 대해 국가가 보험료를 선별적으로 부담하고 조합의 관리운영비도 지원함으로써 사회보험 전체로는 보험제도 간에 급여의 형평성을 실현하고 있는 것이라고 말할 수 있다.

현행의 조합분산방식 관리체제하에서 자영자보험과 피용자보험간의 급여율의 격차가 완화되고, 또 균형이 유지되고 있는 사실은 분명히 재정공동사업이나 국고지원과 같은 재정조정기전의 성과임과 동시에 장래에도 그러한 방향으로의 관리가 가능함을 보여주는 것이라 할 수 있다. 그러나 그렇다고 해서 문제의 본질이 근본적으로 달라지는 것은 아니라고 판단된다. 사회보험총기여금을 기준으로 하는 급여율이 균형을 이루더라도 의료이용자들이 직접 부담하는 기여금을 기준으로 하는 급여율은 계속 심각한 차이를 나타낼 수 있으며, 이러한 불균형이 해소되기 위해서는 무엇보다도 먼저 자영자보험 적용대상자들의 의료이용율이 제고되는 한편, 본인이 부담하는 보험료는 낮아져야 하기 때문이다. <표 III-2>에 나타나 있는 본인부담진료비기준 또는 의료비총본인부담금기준 급여율들이 분명하게 이러한 사실들을 뒷받침해주고 있다. 따라서 보험제도간 급여형평성의 개선을 위해서는 이러한 변수간의 상관관계를 염두에 두고 개선정책이 모색, 수립되어야 할 것이다.

2. 관리운영의 효율성

2.1 분석지표 설정

의료보험의 운영효율성은 자원배분효율 및 관리효율의 개념과 관련이 있으며, 일반적으로 관리운영비에 의하여 측정, 평가되고 있다. 관리운영비를 이용한 분석지표로는 다른 많은 연구에서 재정수입이나 지출에 대한 관리운영비의 비율, 적용인구 1인당 관리운영비, 피보험자 1인당 관리운영비, 세대당 관리운영비 등의 지표가 사용되고 있다. 이러한 지표들은 단독으로 사용되기 보다는 2개 이상이 동시에 사용되는 경우가 대부분이다. 이렇게 하는 데는 관리운영비의 수준을 다양한 각도에서 비교하는 것이 필요하다는 이유가 있겠으나 그 보다는 관리운영비를 비교분석하는데 사용할 어떤 단일의 기준을 찾는 것이 용이하지 않다는 데에 보다 근본적인 이유가 있는 것이라고 이해된다. 이 연구에서는 다음과 같은 근거하에서 총지출에 대한 관리운영비의 비율, 적용인구 1인당 관리운영비 및 피보

험자 1인당 관리운영비를 분석지표로 선정, 사용하였다.

첫째, 관리운영비의 비율은 총수입이나 총지출을 기준으로 하여 계산이 가능하다. 총수입에 대한 관리운영비의 비율은 총수입 중에서 얼마가 관리운영비로 지출되는가를 의미하고, 총지출에 대한 관리운영비의 비율은 총지출 중에서 관리운영비가 차지하는 구성비율의 의미를 갖는다. 그러나 총수입을 기준으로 사용할 경우에는 보험제도간의 비교가 일관성을 결여할 가능성이 크다. 지역보험에 대해서는 직장, 공교보험과 달리 국고지원금이 제공되고 있는데 정부의 계획에 따라 연도별로 지원액의 규모가 달라질 수 있을 뿐만 아니라 총수입과 관리운영비간에는 반드시 직접적인 관계가 있는 것이 아니기 때문이다. 이에 비하여 총지출은 각 보험제도의 실제 관리와 운영을 위하여 지출된 재정의 규모를 나타내는 것이므로 관리운영비와의 직·간접적인 관련성이 크고, 보험제도간에 지출의 목적이나 발생의 사유가 대개 유사하므로 연도별 비교에 있어서 일관성이 높다고 볼 수 있다. 따라서 총지출에 대한 관리운영비의 비율을 분석지표로 사용하였다.

둘째, 관리운영비의 금액 그 자체를 비교하기 위한 기준으로는 적용인구수, 피보험자수, 세대수등이 사용되고 있다. 이 중에서 세대수는 앞에서 검토한 바 있는 총지출이나 여기에서 검토대상이 되고 있는 적용인구수를 기준으로 관리운영비를 비교할 경우 보험제도간에 나타나는 일관성 있는 차이의 경향이나 정도를 잘 나타내주지 못하는 결함이 있으므로 제외하였다. 적용인구수는 총지출을 분석기준으로 사용할 때와 거의 동일한 보험제도간 차이의 경향내지 정도를 반영하는 기준일 뿐만 아니라 자격관리, 보험료 부과·징수, 보험급여 등 보험제도 운영에 따른 다양한 업무와 직·간접적인 관계가 있는 요소이기도 하므로 분석기준으로 채택하였다. 피보험자수는 다음과 같은 두가지 이유에 근거하여 분석기준으로 채택, 사용하였다. 첫째는 보험의 1차적 관리대상이 적용인구라기보다는 피보험자이므로 후자를 기준으로 사용하는 것이 더욱 설득력이 있다는 논거이다(문옥륜 1991). 둘째는 직장보험과 공교보험간에는 관리운영비를 적용인구 1인당으로 계산했을 때와 피보험자 1인당으로 계산했을 때 정반대의 결과가 나올 수도 있으므로(남광성 1988) 본 연구에서도 과연 그러한지를 확인해 볼 필요가 있다고 판단되었기 때문이다.

분석지표로 선정된 이상 세가지의 지표에 대해서는 다음과 같이 운영적 정의를 설정하고 관리운영비의 비용구성항목을 구분하였다.

- 1) 관리운영비비율 = 관리운영비 / 총지출
- 2) 적용인구1인당 관리운영비 = 관리운영비 / 연평균적용인구

3) 피보험자1인당 관리운영비 = 관리운영비/연평균피보험자수

단, 관리운영비 : 인건비 + 경상사무비 등 + 자산취득비 + 연합회비 + 기타

경상사무비 등 : 일반경상사무비에 운영위원회 회의비, 소송비, 교육훈련비, 잡지출 등 포함

연합회비 : 연합회 일반회비 및 진료비심사수수료 포함

기 타 : 감가상각비, 대손상각, 고정자산처분손실, 법인세 등

위에서 관리운영비는 총지출에서 급여성 지출, 결손처리금 및 지급준비금전입액을 제외한 비용으로 정의하였다. 급여성 지출이라 함은 보험급여비외에도 고액진료비공동사업을 위하여 지출하는 재정공동사업부담금과 예방사업의 실시와 관련하여 지출되는 자체사업비와 같이 그 지출의 성격이 직접, 간접적으로 급여의 목적을 갖는 지출을 말한다. 결손처리금은 보험료부과의 착오 등으로 인한 환급이나 소송의 결과로 인한 급여의 추가지급 등의 보험재정결손금이고, 지급준비금전입액도 지불준비금 적립을 위한 지출이어서 다같이 급여성지출이나 관리운영성 지출로 보기 어려우므로 별도 항목으로 취급하였다. 관리운영비에 포함되는 비목은 인건비, 경상사무비, 자산취득비, 연합회비, 기타로 구분하였는데 이는 관리운영비를 통제가능비용과 통제불가능비용으로 구분하는데 그 목적이 있다. 즉, 인건비와 경상사무비, 자산취득비는 대체로 통제가능비용으로 볼 수 있고 연합회비와 기타비용은 통제불가능비용으로 볼 수 있는데, 이렇게 구분함으로써 관리운영비 절감을 위한 대상과 그 규모를 용이하게 파악할 수 있기 때문이다.

2.2 분석 및 고찰결과

앞에서 설정한 바의 지출항목 구분에 따라 1991년도의 의료보험통계연보와 보험제도별 결산서로부터 보험제도별 총지출의 구성과 관리운영비를 파악하였다. 이 과정에서 각 보험제도간의 수지결산서 구조를 비교해 본 결과 계정과목의 분류방식과 명칭에 많은 차이가 있음이 발견되어 조정, 통일하였으며 그 결과 <표 III-3>과 같이 총지출의 구성내역이 조사되었다. 이 표에서 보면 공교보험의 총지출이 367,363백만원으로서 의료보험통계연보나 공교보험결산서상의 총지출 346,031백만원과 21,332백만원의 차이를 보이고 있다. 이 차이는 직장, 지역보험의 경우 자산취득비를 총지출에 포함시키고 있는데 비하여 공교보험은 제외시키고 있는 관계로 비교기준을 통일하기 위하여 그 금액만큼 가산한 결과로 나타난 것이다.

<표 III-3>

보험제도별 총지출의 구성내역(1991)

(단위: 백만원, %)

	직 장	지 역	공 교
보험급여비	1,813,030(73.0%)	963,847(83.3%)	261,253(71.1%)
공동사업부담금	48,322(4.4%)	27,094(4.4%)	15,767(4.3%)
자체사업비	12,810(1.2%)	595(0.1%)	3,776(1.0%)
급여성지출계 (1)	874,172(78.6%)	991,536(85.7%)	280,796(76.4%)
인건비	54,680(4.9%)	92,357(8.0%)	10,171(2.8%)
경상사무비 등	19,133(1.7%)	43,022(3.7%)	3,974(1.1%)
자산취득비	25,952(2.4%)	9,229(0.8%)	21,332(5.8%)
연합회비	10,247(0.9%)	6,907(0.6%)	2,873(0.8%)
기 타	1,076(0.1%)	1,300(0.1%)	584(0.2%)
관리운영비계 (2)	111,088(10.0%)	152,815(13.2%)	38,934(10.6%)
결손처리금 (3)	426(0.0%)	12,859(1.1%)	-
지급준비금전입액 (4)	127,041(11.4%)	-	47,633(13.0%)
총지출<(1)+(2)+(3)+(4)>	1,112,727(100.0%)	1,157,210(100.0%)	367,363(100.0%)

자료 1) 의료보험연합회, '91년도 의료보험통계연보
 2) 직장·공교·지역의료보험의 '91년도 결산서

<표 III-4> 는 이상의 조사결과를 기초로 보험제도별 관리운영비 지표를 계산한 것이다. 이들 지표에 대하여 개괄적으로 살펴보면 모든 지표에 있어서 직장보험이 가장 양호한 수준을 나타내고 있다. 그러나 적용인구 1인당 관리운영비와 피보험자 1인당 관리운영비는 직장, 지역, 공교보험의 순으로 비슷한 비율로 커지는 일관성 있는 경향을 보이고 있는데 비하여 관리운영비비율은 지역 보험과 공교보험의 순위가 반대로 나타나고 있다.

이러한 현상은 관리운영비비율이 다른 두가지 지표에 비하여 분석지표로서의 유용성이 낮음을 보여주는 것이라 할 수 있는데 그 이유는 이 비율이 총지출을 구성하는 지출항목 상호간의 구조와 총지출의 규모에 의하여 영향을 받는 결함을 지니고 있기 때문이다(문옥륜 1991). 이러한 특성은 <표 III-3>에서도 잘 나타나 있다. 즉 총지출의 구조면에서 볼 때 직장, 공교보험은 각각 11.4%와 13.0%에 해당하는 지급준비금전입액을 계상하고 있으

나 지역보험은 이 전입액을 전혀 계상하지 않고 있다. 만약 지역보험이 1991년도의 당기 결산잔액 364.569백만원 중에서 공교보험과 같은 수준인 13%에 해당하는 172.916백만원의 지급준비금전입액을 계상하여 그 결과 총지출의 규모가 커졌다면 그 관리운영비 비율은 13.2%에서 11.5%로 낮아지는 것으로 계산된다. 따라서 지역보험의 관리운영비비율은 이러한 구조적 요인에 의해 과대표시되고 있다고 보아야 한다.

그러나 이러한 요인을 감안한다 하더라도 지역보험과 공교보험의 1991년도 운영효율성은 상대적으로 낮다는 평가를 면하기 어렵다. <표 Ⅲ-4>에서 보는 바와 같이 두 보험제도의 관리운영비 비율이 다같이 10%를 초과하고 있고, 적용인구 1인당 연간관리운영비는 지역보험과 공교보험이 각각 직장보험의 112.6% 및 123.9% 수준에 있고, 피보험자 1인당 연간관리운영비도 각각 직장보험의 126.9%와 155.0%의 수준에 있기 때문이다. 관리운영비비율이 지니는 분석지표로서의 취약점을 인정하여 이를 제외시키고 적용인구 1인당 및 피보험자 1인당 관리운영비의 규모에 의해 평가한다면 1991년도의 운영효율성은 직장, 지역, 공교보험의 순으로 낮아지고 있다고 말할 수 있다.

<표 Ⅲ-4> 보험제도별 관리운영비 지표(1991)

		직 장	지 역	공 교
총 지 출 (백 만 원)	(1)	1,112,727	1,157,210	367,363
연 평 균 적 용 인 구 수 (명)	(2)	16,184,007	19,764,498	4,579,615
연 평 균 피 보 험 자 수 (명)	(3)	5,342,641	5,792,725*	1,238,619
관 리 운 영 비 (백 만 원)	(4)	111,088	152,815	38,934
지 표	관리운영비비율 <(4)/(1),%>	10.0 (100.0)	13.2 (132.0)	10.6 (106.0)
	적용인구 1인당 연간관리운영비 <(4)/(2),원>	6,864 (100.0)	7,732 (112.6)	8,502 (123.9)
	피보험자 1인당 연간관리운영비 <(4)/(3),원>	20,793 (100.0)	26,381* (126.9)	31,433 (155.0)

* 지역보험의 경우에는 연평균보험자수 대신에 연평균세대수를 적용하여 산출하였음.

자료 1) 의료보험연합회, '91의료보험통계연보

2) 직장·공교·지역의료보험조합의 '91년도 결산서

지역보험의 운영효율성이 낮는데 대해서는 그 원인을 자원배분효율이나 관리효율의 관점에서 다각도로 조사, 고찰해 볼 수 있을 것이나 무엇보다도 지역의료보험조합들이 처해 있는 운영여건들이 가장 중요한 요인이라고 볼 수 있을 것이다. 지역조합들이 처해 있는 상대적으로 불리한 운영적여건과 특성에 대해서는 그 대표단체인 의료보험연합회가 여러 가지로 잘 지적하고 있다(의료보험연합회 D, 1992). 예를 들면, 보험료 부과, 징수측면에서 볼 때 지역조합은 공교나 직장조합에 비하여 업무량이 많다. 피용자조합은 자격관리, 보험료 부과 등의 업무를 가입기관이 일부 대행하고 있는데 비하여 자영자조합은 조합직원이 직접 수행하고 있다. 징수업무에 있어서도 지역조합은 미납세대에 대한 가가호호방문이나 체납처분의 업무량이 많은 실정이다. 이러한 구조적 특성은 인력 및 인건비소요 증가의 직접적 원인이 되고 있으며 이외에 관리대상이 되는 세대수와 지역의 규모가 큰 점도 인력 및 관련경비 증가의 요인으로 작용하고 있다.

공교보험의 운영효율성은 지역보험과는 다른 요인에 의해 낮아지고 있다고 판단된다. 공교보험의 총수지율이나 지출구조 등 재정운영의 제 상황은 직장보험과 거의 유사한 상태에 있으나 1991년도 자산취득비의 구성비가 직장보험이나 공교보험에 비하여 특이하게 큰 문제점을 지니고 있다. <표 Ⅲ-3>에서 관리운영비의 구성을 보면 직장보험과 지역보험은 인건비가 가장 큰 규모를 차지하고 있으나 공교보험은 자산취득비가 수위를 차지하고 있다. 고정자산의 취득이 치료 또는 예방사업의 수행을 위하여 일시적으로 발생된 것이라면 이로 인한 관리운영비의 증가는 타당한 것이라 할 수 있다. 그러나 급여성이 아닌 순수한 관리운영성의 목적으로 발생한 것이라면 문제시 되지 않을 수 없다. 보험제도간 운영효율성의 차이는 직접적으로는 각 보험제도간의 운영적 여건과 관리방식, 능력 등에 의해 나타나는 것이지만 간접적으로는 어떤 비교방법을 사용하느냐에 따라서도 다르게 나타날 수 밖에 없다. 우리나라에서는 각 보험제도에 속한 조합들의 운영적 특성을 반영하여 제도간의 운영효율성을 평가할 수 있는 적절한 분석지표나 기준이 아직 개발되어 있지 않으며, 본 연구에서 이를 시도하였으나 만족할 만한 결과를 아직 얻지 못하였다. 그러므로 이상의 분석, 고찰결과는 대부분 우리나라의 의료보험이 처해 있는 제도적 상황을 반영하는 것이라고 말할 수 있다.

3. 정책개선방향

지금까지의 분석, 고찰결과를 기초로 우리나라 의료보험의 급여형평성과 운영효율성 개

선을 위한 정책방향을 모색하였다. 개선방향이 모색될 상황, 분야, 대상 등은 범위가 넓고 그 개념적 구분도 용이하지 않다. 따라서 개선방향을 모색함에 있어서 이들에 대하여 다음과 같은 전제를 설정하고 접근하였다.

첫째, 형평성과 효율성의 개선은 현재 우리나라가 택하고 있는 조합분산방식의 범위내에서 모색되는 것을 전제로 하였다. 관리운영체계의 통합이나 조세방식에 의한 국민보건서비스제도 등 관리운영체계의 개편논쟁에서 거론되어 왔던 여러가지 사항들은 우리가 향후 계속 연구, 검토해야 될 사항임에 틀림없으나 본 연구의 주제에서 벗어나는 성질의 것이므로 논외로 하였다.

둘째, 앞장의 분석, 고찰에서 명백해진 바와 같이 우리나라 의료보험의 급여형평성은 사회보험의 총기여금을 기준으로 할 경우 정부의 국고보조나 재정공동사업의 실시에 의해 제도간에 균형을 이루고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나 분석기준을 의료이용자가 실제 부담하는 보험료와 진료비로 할 경우에는 지역보험이 직장, 공교보험에 비해 급여율이 낮은 문제를 안고 있다. 그러므로 급여형평성의 개선을 위한 정책방향 모색의 영역을 본인 부담보험료와 의료비총본인부담금의 범위내로 국한하여 접근하였다.

셋째, 역시 앞장의 분석, 고찰결과와 앞에서 설정한 두가지 전제를 기초로 볼 때 정책개선의 영역은 기본적으로 급여형평성 측면에서는 보험료부담과 의료이용의 형평성이 대상 영역이 되고, 운영효율성 측면에서는 의료보험조합들의 내부관리운영의 효율성이 대상이 되며, 형평성과 효율성에 다같이 관련이 있는 분야으로서 의료보험조합들에 의한 예방사업의 실시측면이 중요한 대상영역이 된다고 판단된다. 따라서 개선방향, 모색의 영역을 보험료부담 및 의료이용의 형평성, 조합내부의 관리운영의 효율성, 예방보건사업의 세가지 분야로 설정하였다.

3.1 보험료부담 및 의료이용의 형평성 제고

급여형평성의 분석과정에서 밝혀진 비형평성 문제의 핵심은 지역보험의 적용대상자 1인당 본인부담진료비와 의료비총본인부담금이 직장보험과 공교보험에 비해 높은 반면 보험급여비나 총급여비는 모두 낮은 수준에 있다는 점이다. 이러한 비형평성의 문제를 해결하기 위해서는 보험료 부담과 의료이용에 있어서의 형평성이 제고될 수 있도록 정책이 수립, 집행되어야 한다. 그리고 그 구체적인 방법은 보험료의 국고부담이나 재정공동사업을 확대함으로써 지역보험의 재정수입을 늘리고 그에 해당되는 만큼 저소득층의 보험료와 진

료비본인부담을 경감시킴으로써 의료이용율을 제고시키고 급여의 확대를 도모하는 것이라 판단된다. 이러한 내용의 의미와 판단의 근거를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 보험료의 국고부담이나 재정공동사업의 확대에 의하여 지역보험의 수입을 늘린다는 것은 다시 말하면 지역보험 적용대상자의 보험료 부담을 경감시켜 보험료 부담의 형평성을 제고시킨다는 말이 된다. 국고지원금수입 또는 공동기금수입을 늘리지 아니하면 적용대상자들로부터의 보험료 수입을 늘릴 수 밖에 없고, 반대로 징수보험료를 늘리지 않으려면 국고 또는 공동기금으로부터의 수입을 늘릴 수 밖에 없다. 지역보험 적용대상자들의 1인당 평균징수보험료가 직장 및 공교보험보다 높아지게 된 것은 최근의 잇따른 보험료 인상때문인데, 그러함에도 불구하고 적용인구 1인당 급여비가 제일 낮다는 데에 징수보험료 부담의 경감 및 이를 위한 국고 또는 공동기금으로부터의 지원의 타당성이 있다고 할 수 있다. 징수보험료의 적용인구 1인당 수준만을 놓고 볼 경우에는 지역보험 적용대상자들의 실제 평균소득이 높기 때문에 보험료가 높을 수 있다는 주장이 제기될 수도 있다. 그러나 이러한 주장은 지역보험 적용대상자들의 실제 소득을 조사한 것이 아니라 가계지출액, 즉 소비수준으로부터 추정, 주장된 것이어서 객관성을 결여하고 있다. 보험료부담의 경감을 위하여 최소한 국고부담 보험료를 늘려야 한다는 주장의 당위성은 직장 및 공교보험의 보험료 공동부담방식의 구조적 측면에 의해서도 인정된다고 볼 수 있다. 직장 및 공교보험의 적용대상자들은 각 제도별 총보험료수입의 50% 씩만을 부담하고 있다. 그러나 지역의료보험조합들의 결산서(의료보험연합회 A,1992)를 기초로 보험료의 부담을만을 계산해 보면 지역보험 적용대상자들은 '90년도에 총보험료 수입의 71.1%, 91년도에 65.7%를 부담하고 있으며 나머지 28.9%와 34.3%만을 국가가 부담하고 있다. 적용인구 1인당 보험급여비나 총급여비가 직장보험이나 공교보험에 비하여 높다면 이러한 보험료부담구조는 당연한 것이라고도 할 수 있으나 그렇지 않기때문에 국고 부담에 의한 보험료 지원확대의 타당성이 있다고 할 수 있다.

둘째, 급여형평성의 제고는 의료이용율을 높힘으로써 이루어질 수 있다. 급여율은 <급여비/기여금>에 의해 계산되기 때문에 급여비가 커지면 이 비율도 커지게 된다. 그러나 급여는 의료이용의 결과로서 이루어지는 것이기 때문에 급여비가 커지기 위해서는 의료이용율이 제고되어야 한다. 지역보험의 경우 적용인구 1인당 보험급여비와 총급여비가 가장 작을 뿐만 아니라 1인당 본인부담진료비도 가장 작는데 이는 곧 수진율이 낮기 때문이라고 해석된다. <표 Ⅲ-5>에 의하면 지역보험의 입원수진율은 직장보험과 공교보험에 비

해 큰 차이가 없지만, 외래수진율은 매우 낮은 수준에 있다. 적용인구의 연령별 구성비는 의료이용율에 영향을 미치는 요인이라 볼 수 있다. 이 표에서 공교보험의 40세 이상 적용인구의 구성비는 32.8%로서 타 보험에 비하여 높은 수준이며, 입원, 외래의 수진율이 역시 타 보험에 비하여 가장 높은 현상과 일치한다. 그러나 지역보험과 직장보험을 비교해보면 의료이용율이 크다고 볼 수 있는 40세 이상 인구의 구성비는 지역보험이 더 크다. 따라서 적어도 외래의 경우 인구학적 요인에 의해 지역보험의 수진율이 직장보험보다 낮아야 할 이유는 없다고 보아야 한다. 지역보험의 수진율은 전국민의료보험 도입이후 타 보험에 비하여 급격히 증가되는 추세에 있으나 아직까지도 제일 낮은 수준에 있으며 따라서 이를 높일 수 있는 대책이 지역보험 적용대상자들의 행태적 및 의료제도적 관점에서 강구, 수립 될 필요가 있다.

<표 Ⅲ-5> 보험제도별 수진율 및 연령별 적용인구 구성비(1991)

		지 역	직 장	공 교
수 진 율 (건 / 명)	입 원	0.065	0.065	0.069
	외 래	3.064	3.411	3.861
	계	3.129	3.476	3.930
적 용 인 구 구 성 비 (%)	40 세 미 만	73.1	73.9	67.2
	40 세 이 상	26.9	26.1	32.8

자료 : 의료보험연합회, '91의료보험통계연보

지역의료보험 적용대상자들의 의료이용을 촉진시킬 수 있는 방안에는 여러가지가 있을 수 있겠으나 앞에서 언급한 국고부담이나 재정공동사업의 확대에 의한 지원금수입을 저소득층과 만성병환자의 보험료 및 진료비본인부담금을 경감시키는 방향으로 사용하는 것이 하나의 방안이 될 수 있다. 보험료 부담능력이 취약한 저소득층은 의료이용에 제약을 받을 가능성이 크기 때문이다(문옥륜 1992). 지역의료보험의 보험료 징수율은 부과기준으로 볼 때 '91년도에 86.5%, '92년도에 93.5%로서 계속 증가되는 추세에 있으나 직장 및 공교보험 직장.공교보험에 비해서는 아직도 낮은 수준에 있다. 진료비 본인부담수준이 높을 경우에도 저소득층과 장기수진환자의 의료이용이 저해될 수 있음은 잘 알려진 사실이다. 본 연구

의 <표 Ⅲ-1>에 의해 보험제도별 진료비본인부담율(본인부담진료비/<보험급여비+본인부담진료비>)을 계산해 보면 평균적으로 지역보험은 36.4%로서 직장보험의 38.1%와 공교보험의 37.1%에 비하여 제일 낮은 수준에 있다. 이러한 현상의 원인으로서는 지역보험 적용대상자들의 질병중증도가 비교적 낮거나, 이들이 비교적 규모가 작은 의료기관에서 진료를 받았을 가능성을 들 수 있다. 그러나 전자보다는 후자의 요인이 더 가능성이 높다고 볼 수 있으며, 이러한 가능성을 전제로 할때 지역보험 적용대상자들이 대규모 의료기관보다는 본인부담율이 낮은 중소규모 의료기관에서 많이 진료를 받고 있다고 추측할 수 있다. 이는 다시 말하면 지역의료보험 적용대상자들의 대규모 의료기관, 즉 본인부담율이 높은 의료기관들에 대한 접근도가 낮음을 반영하는 것이라 볼 수 있으며, 이러한 관점에서 지역보험에 속해 있는 저소득층이나 만성병환자들은 현재의 진료비본인부담제도하에서 의료이용에 저해를 받을 가능성이 상존하고 있다고 볼 수 있다.

3.2 내부관리운영의 효율성 제고

관리운영비는 자원배분효율 및 관리효율과 관련이 있는 비용항목이다. 의료보험조합들은 의료보험사업을 시행함에 있어서 내부자원의 투입구성을 합리화할 뿐만 아니라 각종 내부관리제도, 방식 등도 계속적으로 연구 개선시킴으로서 관리운영비를 낮추는 것이 바람직하다.

<표 Ⅲ-6>

보험제도별 급여성지출 및 관리운영비 구성비(1991)

(단위 : %)

	직 장	지 역	공 교
보 험 급 여 비	93.0	97.2	93.0
공 동 사 업 부 담 금	5.5	2.7	5.6
자 체 사 업 비	1.5	0.1	1.4
급 여 성 지 출 계	100.0	100.0	100.0
인 건 비	49.2	60.4	26.1
경 상 사 무 비 등	17.2	28.2	10.2
자 산 취 득 비	23.4	6.0	54.8
연 합 회 비	9.2	4.5	7.4
기 타	1.0	0.9	1.5
관 리 운 영 비 계	100.0	100.0	100.0

<표 Ⅲ-6>은 앞장의 <표 Ⅲ-3>에 나타나 있는 급여성 지출과 관리운비 등 항목별 금액의 구성을 백분율로 표시한 것이다. 이 표에 나타나 있는 관리운영비의 구성비를 기초로 볼 때 각 보험제도에 속한 조합들은 다음과 같은 방향으로의 관리운영개선을 위한 대책의 수립, 시행이 요망된다고 판단된다.

첫째, 관리운영비의 총지출액에 대한 비율은 10% 이하로 낮추는 것이 바람직하다고 인식되고 있으며(문옥륜 1992), 이 기준하에서 볼 때 관리운영비비율이 지역보험 13.2%, 공교보험 10.6%로 개선의 대상이 된다.

둘째, 지역보험의 경우 관리운영비 중에서 인건비와 경상사무비가 점유하는 비중이 크고, 관리운영비로 분류되지는 아니하였으나 결손처리금의 구성비도 큰 문제점을 지니고 있다. 이러한 문제점들은 지역조합들이 당면하고 있는 불리한 운영적 여건을 반영하는 것이지만 조합주의 관리운영방식이 지니는 단점이라고도 수 있으므로 내부관리운영의 개선을 통하여 해결 내지 최소화될 필요가 있다. 자격관리, 미납보험료의 징수와 체납처리 등은 지역조합의 인력과 경상사무량을 증대시키는 구조적 요인이 되고 있다. 그러나 이러한 요인들이 구조적인 것이라 해서 문제를 해소 내지 경감시킬 방안이 없는 것은 아니다. 구조적인 문제는 업무처리의 체계와 방식을 개선하고 지역주민의 이해와 협조를 증진시키기 위한 노력을 지속적으로 전개함으로써 상당부분 해소될 수 있다. 행정기관 및 타보험제도와 의 업무연계의 강화, 사무처리의 합리적 기준과 절차의 개발, 지역주민에 대한 민원처리 방식의 개선과 일체감의 조성 등 지역조합들의 자체실무연구를 통하여 제시된 방안들(의료보험연합회 E 1992)이 그 예라 할 수 있다. 지역조합의 관리운영비를 바람직한 수준까지 낮추는데 있어서는 이와같은 조합자체의 자율적 관리운영개선노력을 계속적으로 지원하고 활성화시키는 정책의 수립, 시행이 매우 중요하다고 판단된다.

셋째, 반면에 공교보험은 앞장에서 지적한 바와 같이 자산취득비의 지출규모가 현저하게 큰 문제점을 지니고 있으며 관리운영비 절감의 1차적 대상이 되고 있다. 재정상태가 안정된 이 시점에서 이러한 성격의 지출 규모가 커지게 되면 내외적으로 여러가지 지적을 받을 가능성이 크다. 즉 내부적으로는 급여의 확대보다 행정, 사무의 편의만을 추구한다는 비판과 함께 보험료수준을 인하해야 한다는 요구가 제기될 수 있다. 한편 외부적으로는 재정상태가 좋은 공교보험이 재정상태가 취약한 지역보험을 위하여 더 많이 기여해야 한다는 주장의 근거가 될 수 있다. 이는 곧 보험제도간 재정공동사업의 규모를 확대해야 한다는 주장과 일치하는 것으로서, <표 Ⅲ-6>에서 지역보험의 자산취득비 구성비가 6.0%에

불과한데 비하여 직장보험과 공교보험은 각각 23.4%, 54.8%로 높은 수준에 있는 점이 이를 강력하게 뒷받침해주고 있다. 이러한 비판과 주장의 가능성에 입각해 볼 때 우리나라의 의료보험제도가 사회보험으로서의 성격을 유지하면서 동시에 조합분산방식에 의한 관리운영체계를 유지하려면 관리운영비의 구조면에서도 보험제도간의 균형이 유지되도록 자율적 또는 타율적 통제와 지도가 이루어져야 할 것이라 판단된다.

3.3 예방보건사업의 강화

예방사업을 위한 사업비의 지출과 규모는 넓은 의미의 급여비로 인식되어 급여형평성에 영향을 미치는 하나의 요인이 되지만 효율성 측면에서는 의료보험사업의 전체적 효율성을 높이기 위한 사업우선순위와 관련이 있다는 점에서 구조적 효율성의 과제가 되기도 한다. 따라서 예방보건사업은 보험제도간 총급여의 형평성과 의료보험사업의 총체적 효율성에 영향을 미치는 중요한 정책대상이라 하지 않을 수 없다.

예방보건사업비를 의미하는 자체사업비는 <표 Ⅲ-6>에서 보는 바와 같이 직장보험과 공교보험에서는 각각 급여성지출의 1.5%와 1.4%에 이르고 있으나 지역조합은 0.1%에 불과한 실정이다. 이러한 지역조합의 열악한 상황은 근본적으로 불안정한 보험재정에 그 원인이 있다. 그러나 전술한 바의 예방보건사업의 중요성에 입각해 볼 때 이의 개선을 위한 정책개선이 이루어지는 것이 보험사업 전체의 궁극적 효과달성을 위하여 바람직하다고 판단된다.

의료보험조합에 의한 예방사업의 실시, 강화가 형평성의 관점에서 뿐만아니라 효율성의 관점에서도 중요하게 되는 근거는 <표 Ⅲ-7>에 의해 추론이 가능하다. 이 표에서 알 수 있는 사실의 하나는 지역보험과 공교보험간에는 수진율과 건당급여비가 역상관의 관계를 갖는다는 점이다. 지역의료보험의 수진율은 3개 보험제도 중에서 제일 낮은 반면 건당급여비는 가장 크고, 공교보험의 수진율은 가장 높은 수준인 반면 건당급여비는 지역보험에 비해 크게 낮은 수준에 있다. 수진율이 높아질 때 건당급여비가 작아지는 이러한 현상은 이론적으로 건당일수와 일당급여비에 의해서 설명이 가능하다. 즉 다른 조건이 같다면 수진율이 높아질 경우 건강검진, 질병조기발견, 조기치료 등 2차적 예방의 기회가 증가되어 질병의 중증도를 경감시키고 그 결과로 건당일수와 일당급여비를 낮추는 효과를 얻을 수 있을 것이다. 또한 지역보험이 예방사업을 강화하게 되면 그 자체로 총급여율의 증가로 형평성의 제고에 기여하게 됨은 물론이거니와 건당급여비의 감소로 보험재정 구조의 개선에

기여하게 될 것이다.

의료보험은 본질적으로 발생된 보험사고에 대비하기 위한 제도로 발전되어온 관계로 우리나라의 의료보험제도에서는 직장보험과 지역보험에서 예방사업을 법정급여에 포함시키지 않고 조합의 재량사업으로 실시하도록 규정하고 있다. 그러나 공교보험에서는 건강진단사업을 보험급여사업으로 실시하고 있고, 미국의 HMO(Health Maintenance Organization)에서도 예방보건사업에 치중하는 등의 사례가 있으므로 그러한 고정관점은 반드시 옳거나 바람직한 것은 아니라고 판단된다. 국내의 연구에서도 이러한 예방보건사업의 중요성이 강조되고 있으며(황인경외 1990), 보험관련 종사자들의 의식도 이를 중시하는 방향으로 점차 변화되고 있다고 판단된다. 그러나 우리나라 의료보험관리구조의 특성상 이러한 의식의 변화는 중앙정부의 보건정책담당자들과 의료보험조합의 운영관리자들에게서 먼저 일어나야하며, 그렇게 될 때 의료보험조합에 의한 예방보건사업의 확대가 실현될 수 있을 것이다.

<표 III -7>

수진율과 건당급여비의 관계

(단위 : 건/명, 원)

		지 역	직 장	공 교
91	수 진 율	3.129	3.476	3.930
	건 당 급 여 비	15,430	14,255	14,670
90	수 진 율	2.964	3.394	3.849
	건 당 급 여 비	15,205	14,181	14,541

자료 : 의료보험연합회, '91의료보험통계연보 PP 492~497

IV. 결 론

우리나라는 전국민의료보험이 실시된 이후 1991년부터 고액진료비 재정공동사업을 실시함으로써 위험분산효과의 확대와 동시에 지역보험의 재정안정화를 위하여 노력하고 있다. 이러한 정책변화는 추후에도 계속 강화될 예정에 있으며(보건사회부 1992), 이와 병행하여 의료의 질향상을 위한 연구도 정부지원으로 이루어지고 있는 등(신영수 외, 1991) 이

제 의료보험사업은 보다 양질의 사업이 되게 하기 위한 방향으로 발전하고 있다.

이러한 발전과정에 있어서 간과할 수 없는 중요한 과제는 3개 보험제도로 구분 실시되고 있는 의료보험사업 상호간의 형평성을 제고시키고 관리운영의 효율성도 증대시키는 일이다. 과거 보험제도 발전과정에서 끊임없이 지속되어온 관리운영체계개편에 관한 논쟁은 곧 이러한 형평성과 효율성의 증대를 위한 노력의 다른 표현의 하나라고도 볼 수 있다.

이러한 인식과 배경하에서 이 연구는 의료보험의 형평성과 효율성 제고에 기여하기 위하여 급여형평성과 운영효율성에 대한 보험제도간의 실태와 문제점을 파악하고 정책개선 방향을 모색하고자 시도하였다. 관련개념을 고찰하고 분석지표를 설정한 다음 1991년도 의료보험관련 통계자료를 이용하여 제도간 비교연구를 수행하였으며 그 결과 다음과 같은 결론을 얻게 되었다.

첫째, 사회보험총기여금을 기준으로 한 급여형평성은 지역·직장·공교 등의 제도간에 균형상태에 있다. 그러나 보험제도별 적용대상자 1인당의 직접부담 보험료와 진료비를 기준으로 볼 때 자영자보험과 피용자보험간에는 아직도 급여형평성이 심한 불균형상태에 있다.

둘째, 관리운영비에 의하여 보험제도간 운영효율성을 평가한 결과 지역보험과 공교보험의 효율성이 낮은 것으로 나타났다. 지역보험은 조합들이 처해 있는 상대적으로 불리한 운영여건 때문에 운영효율성이 저하되고 있으며, 공교보험은 건물 등 고정자산 구입을 위한 거액의 자산취득비 지출이 운영효율성 저하의 요인이 되고 있다.

셋째, 지역보험의 급여형평성이 제고되기 위해서는 보험료 국고부담과 재정공동사업의 규모가 확대되어 재정수입이 증대되고, 증대된 수입이 진료비본인부담금 감소 및 급여범위의 확대에 사용됨으로써 의료이용율 제고를 기할 수 있는 방향으로 운용되는 것이 바람직하다고 판단한다.

넷째, 운영효율성이 제고되기 위해서는 지역의료보험조합들의 내부관리체계와 관리방식에 대한 개선방안이 강구되고, 공교보험에 대해서는 관리운영비의 발생, 지출에 대한 내부적 및 외부적 분석과 통제가 이루어져야 할 것으로 판단된다.

다섯째, 보험제도간 급여의 형평성과 구조적 효율성의 관점에서 예방보건사업의 확대실시가 필요하며, 이의 실현을 위하여 정부 및 의료보험조합내 관리자들과의 예방사업에 대한 의식의 개선이 필요하다고 판단된다.

참 고 문 헌

- 김성태. 효율성과 공정성의 상호일치성, 인제논총, 1992 ; 8(1) : 163~176
- 노인철 외. 의료보험 본인부담제에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1989 : 19, 35
- 문옥륜. 의료보장제도의 발전적 개선방안. 보건사회부 공청회 보고서, 1988. 8
- _____. 한국의료보험론. 신광출판사, 1991 : 240
- _____. 의료보장정책연구. 신광출판사, 1992 : 287~291, 294
- 보건사회부. 제7차경제사회발전5개년계획, 보건의료사회보장부문, 1992~1996 : 90
- 사회보장연구회. 전국민의료보험을 위한 통합일원화 방안. 1988. 7
- 신영수 외. 적정진료보장을 위한 의료의 질 관리연구. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 1991
- 의료보험관리공단. 제 14기 결산보고서. 1992
- 의료보험연구자일동. 한국의료보험의 발전방향에 대한 제언-통합일원화 주장에 대한 검토. 1988, 8
- 의료보험연합회. 1981~1991 직장의료보험재정분석. 1989
- _____. (A). '91 지역의료보험조합결산현황. 1992. 10
- _____. (B). '91 의료보험통계연보. 1992. 11
- _____. (C). 의료보험통계편람. 1992. 12
- _____. (D). 의료보험제도의 발전방향(내부자료). 1992 : 17, 22
- _____. (E). 1992년도 교육훈련결과보고서. 1993 : 145~174
- 차홍봉. 의료보장제도의 발전적 개선방향. 보건사회부공청회보고서, 1988, 8
- 황인경 외. 보건예방사업의 활성화방안 연구. 의료보험연합회, 1990. 11
- Campbell. Alastair V., Medicine, Health and Justice. Churchill Livingstone, New York, 1978
- Joseph A.E. and David R.Phillips. Accessibility and Utilization-Geographical Perspectives on Health Care Delivery. Harper and Row Publishers, New York, 1984 : 51
- Mills A.. Economic Aspects of Health Insurance. in Kenneth Lee and Anne Mills(ed), The Economics of Health in Developing Countries, 1983 : 44, 74
- WHO, Planning and Managing Finances for Health, WPR/RC40/12, July, 1989 : 4~10