

地域醫療保險의 效果分析

所得階層別 醫療서비스의 均霑 및
所得再分配 效果分析을 中心으로

Ⅰ. 緒 論
Ⅱ. 研究方法
Ⅲ. 分析結果
Ⅳ. 結論 및 提言

I. 緒 論

1. 研究背景

우리나라는 지난 20餘年間 急速한 經濟的 發展으로 國民들의 生活水準이 크게 向上되었고, 최근 政府의 經濟社會 發展計劃에서는 福祉國家의 建設이라는 國家目標을 指向하면서 福祉部門에 대한 國家政策의 優先順位가 增大되고 있으며, 특히 國民의 經濟的 負擔을 輕減시켜 醫療서비스의 機會를 均等하게 提供하려는 醫療保障制度는 國民의 福祉向上과 關聯된 社會福祉制度의 하나로서 社會開發政策의 큰 比重을 차지하고 있다.¹⁾

우리나라에서 醫療保險制度가 國民福祉를 위한 社會保障政策의 일환으로 처음 採擇된 것은 1977年으로 그 歷史가 짧은 하나 1985年末 현재 醫療保險의 適用人口가 全 國民의 44.5퍼센트에 이르고 있으며, 또 政府에서는 1989年度까지는 全 國民에게 醫療保險을 擴大 實施한다는 基本方針 아래 1981年 7月부터 3個郡을 對象으로 地域住民에 대한 強制適用의 醫療保險制度를 처음으로 實施하였으며, 1982년에는 다시 3個 市·郡이 追加되어 현재 6個 市·郡을 對象으로 地域醫療保險이 示範事業으로 實施돼 오고 있다.

그런데 地域醫療保險은 保險財政의 惡化, 資格管理, 保險料 賦課 및 徵收 등 內的인 問題와 함께 醫藥分業 論爭, 醫療傳達體系의 未備등 外的인 問題點등으로 인하여 擴大實施가 어려운 狀態에 있는 실정이다. 그러나 向後 全國民醫療保障化를 위하여는 결국 현재 醫療保險의 未適用階層인 農漁民과 自營者등 一般地域住民에 대한 醫療保險의 擴大를 통해

* 韓國人口保健研究院 首席研究員.

1) 延河淸等, 醫療保險의 政策課題와 發展方向, (서울: 韓國開發研究院, 1983), p. 3.

서 비로소 可能한 것이기 때문에 이미 示範的으로 實施되어 온 地域醫療保險의 事業效果를 機能的인 側面에서 分析·評價해 볼 必要가 있으며, 이는 向後 地域醫療保險의 擴大發展을 위한 바람직한 基本方針의 設定이나 效果的인 政策開發 및 計劃樹立등에 필요한 現況把握은 물론 事業推進에 있어 重點的으로 補完해야 할 問題點 糾明을 위하여도 필요한 研究로 생각된다.

2. 研究目的

지금까지 地域醫療保險에 대한 管理·運營的인 側面에서의 現況 把握이나 問題點에 대한 分析·評價는 수차례에 걸쳐 이루어졌으나,^{2,3,4,5,6)} 所得階層別 醫療서비스의 均霑이나 所得再分配등 社會保險으로서의 機能的인 側面에서의 效果分析은 거의 찾아 볼 수 없다. 따라서 本 研究에서는 주로 地域醫療保險이 본래 目的하고 있는 所得階層別 醫療서비스의 均霑과 保險料 轉移에 의한 所得再分配등 機能的인 側面에서의 事業效果를 分析評價하고자 한다.

II. 研究方法

1. 分析對象 및 資料

本 研究에서의 主要分析內容은 크게 두 가지로 구분할 수 있으며, 그중 하나는 地域醫療保險 實施地域과 非實施地域間의 所得階層別 醫療利用實態 比較分析이고, 다른 하나는 保險實施地域에 있어서의 所得階層別 保險料 賦課와 給與의 差異에서 오는 所得再分配效果 分析으로서 前者의 경우는 分析對象이 地域住民인데 반하여 後者에 있어서는 家口를 分析對象으로 하고 있다.

本 研究에서 使用한 分析資料로는 두가지로서 그 하나는 地域醫療保險이 實施되고 있는 地域의 醫療保險資料이고, 다른 하나는 全國 標本調査資料이다.

-
- 2) 金衍英·梁壽錫, 第2種 地域醫療保險示範事業實績 評價研究報告書, (韓國人口保健研究院, 1983), p. 21.
 - 3) 柳承欽, “2種 醫療保險의 模型 및 實施方案에 관한 研究”, 醫療保險, '84. 8, pp. 14~15.
 - 4) 申동열, “지역 2종의료보험 시범사업운영과 그 실태”, 의료보험, '84. 10, pp. 30~35과 '84 11, pp. 33~37.
 - 5) 姜岩求, “지역 2종 醫療保險制度的 概要”, 의료보험, '84. 9, pp. 43~50.
 - 6) 尹相龍, “2種 地域醫療保險의 運營實態”, 醫保公論, pp. 95~98.

醫療保險資料로는 地域醫療保險의 2次 實施地域인 江華郡과 報恩郡에서 各各 1,112세대와 1,000세대를 系統抽出(systematic sampling)에 의하여 標本抽出하였으며, 非保險資料로는 1983年 韓國人口保健研究院에서 實施한 「1983年度 國民醫療利用과 醫療費에 관한 調査研究」⁷⁾ 資料중에서 居住地가 邑面에 속하는 家口중 醫療保險이 적용되지 않는 527 家口를 分析對象으로 選定하였다.

2. 分析方法

먼저 所得階層別 醫療利用水準 比較分析의 경우 醫療保險受惠住民은 保險給與에 의하여 診療費 負擔이 輕減되기 때문에 非受惠住民에 비하여 所得階層別 醫療利用水準의 差異가 적을 것이라는 假定下에 이를 檢證하기 위한 方法으로 相關 및 回歸分析을 利用하였으며, 醫療保險의 所得再分配效果 分析으로서는 所得階層別로 保險料 對 保險給與率 比較, 保險料와 保險給與額의 占有率比較, 「로렌츠」曲線과 「지니」係數를 利用한 所得分布의 不平等度測定을 試圖하였다.

여기서 所得階層의 區分은 醫療保險住民의 경우는 應能割保險料를 基準으로, 非保險住民은 月間所得水準을 基準으로 區分하였으며, 두 集團間 相應하는 所得階層의 構成比率이 거의 같도록 造作的인 區分을 試圖하였다. (p.40의 所得階層區分 參照)

이를 좀 더 자세히 記述해보면 다음과 같다.

Table 1. Sample Size for Analysis

分析標本抽出

Community Medical Insurance		Non-medical Insurance *	
Household	Population	Household	Population
2,112	9,954	527	2,620

* Source: Households of non-medical insurance selected from the survey data conducted by KIPH in 1983.

7) 徐文姬·李奎植·安聖圭, 1983年度 國民醫療利用과 醫療費에 관한 調査研究, (韓國人口保健研究院, 1983), p. 16.

1) 所得階層別 醫療利用水準의 比較分析

(1) 相關分析

醫療保險實施地域과 非實施地域에 있어 住民들의 所得水準과 醫療利用水準間에 어느 정도 相關關係가 있는가를 相關係數(coefficient of correlation)를 利用한 相關分析을 試圖하였으며, 이는 變數間的 相關程度와 方向을 하나의 數値로 要約해서 表示해 줄 수 있기 때문에 대부분의 研究分野에서 매우 便利하게, 그리고 有用하게 使用될 수 있다.⁸⁾

(2) 回歸分析

醫療保險實施地域住民의 경우 非實施地域 住民에 비하여 所得階層間 醫療利用의 差異가 적다고 하는 것을 入證하기 위하여 두 地域에 있어서의 所得水準과 醫療利用에 대한 回歸直線模型을 推定하고 두 回歸直線의 기울기에 有意한 差異가 있을 것이라는 假說檢定을 試圖하였다.

두 回歸直線模型은

$$y_{ij} = \beta_{0i} + \beta_{1i}x_{ij} + e_{ij} \text{ 와 같이 設定할 수 있다.}^{9)}$$

$i=1, 2$ ($1 = \text{保險地域의 母集團}, 2 = \text{非保險地域의 母集團}$)

$j = \text{各 母集團으로부터 抽出한 標本集團의 數} = 1, 2, 3, \dots, n$

또 標本으로부터 推定된 回歸方程式은

$$y_{1j} = a_{01} + b_{11}x_{1j} \quad (y: \text{醫療利用率}, x: \text{所得水準})$$

$$y_{2j} = a_{02} + b_{12}x_{2j}$$

따라서 두 回歸直線의 기울기에 대한 假說檢定은 $H_0 = \beta_{11} - \beta_{12} = 0$, $H_1 = \beta_{11} - \beta_{12} \neq 0$ 이 되며, $(b_{11} - b_{12})$ 가 $(\beta_{11} - \beta_{12})$ 의 點推定量이 되므로 檢定統計量 t_0 는 다음과 같이 計算된다. 여기서 b_{11} 과 b_{12} 의 값은 各各의 標本集團으로부터 各 所得水準別 醫療利用率을 算出하고 最小自乘法을 利用하여 이들을 가장 잘 적합시키는 回歸推定式의 b_{11} 과 b_{12} 의 값을 算出確定한다.

$$t_0 = \frac{b_{11} - b_{12}}{\sqrt{\text{var}(b_{11} - b_{12})}}$$

이와 같이 하여 算出된 檢定統計量 t_0 의 값이 $|t_0| > t(n_1 + n_2 - 4, \frac{\alpha}{2})$ 이면 歸無假說 $\beta_{11} - \beta_{12} = 0$ 은 棄却되며 아닐 경우 採擇된다.

2) 所得階層別 所得再分配效果 分析

8) 金正根·金東熙, 保健統計學概論, (서울, 世英社, 1984), pp. 186~87.

9) 朴聖炫, 回歸分析, (서울: 大英社, 1985), pp. 147~53.

保險料의 賦課는 所得稅와 財産稅를 基準으로 賦課하기 때문에 所得이 높은 階層일수록 많은 保險料를 負擔하게 되나 保險給與는 所得水準에 關係없이 同一하게 實施되고 있으며, 保險給與에 필요한 財源은 전적으로 保險料에 의존되고 있다. 따라서 同一한 保險給與의 實施는 결국 高所得階層에서 低所得階層으로 保險料의 轉移現象을 가져오게 될 것으로 期待된다. 이러한 保險料의 轉移現象은 결국 所得再分配의 效果를 가져오게 되는 것으로서, 이는 社會保險으로서의 醫療保險이 意圖하고 있는 訓次的인 目的인 동시에 機能이다.

이와 같은 保險料의 轉移現象에 의한 所得再分配效果 分析을 위하여 다음의 3가지 方法을 適用하였다.

(1) 所得階層別 保險給與率의 比較分析

保險給與率은 負擔한 保險料에 비하여 얼마만큼의 保險給與를 받고 있는가를 나타내는 指標로서 보통 다음과 같이 百分率로 계산된다.

$$\text{所得階層別 保險給與率} = \frac{\text{當該所得階層의 保險給與額}}{\text{當該所得階層의 保險料}} \times 100$$

(2) 保險料 占有率과 保險給與 占有率 比較

여기서 保險料 및 保險給與의 占有率이라 함은 全體의 保險料 또는 保險給與額 중에서 어느 所得階層의 保險料 또는 保險給與額이 차지하는 比率을 百分率로 나타낸 것이다.

어느 所得階層의 保險料(또는 保險給與額)의 占有率

$$= \frac{\text{當該 所得階層의 保險料總額(또는 保險給與 總額)}}{\text{全體의 保險料總額(또는 保險給與 總額)}} \times 100$$

(3) 「로렌츠」曲線과 「지니」係數

「로렌츠」曲線과 「지니」係數는 所得再分配效果 分析에 있어 자주 利用되는 方法으로서「로렌츠」曲線은 所得分布形態와는 關係없이 다만 所得의 크기와 이에 對應하는 人員과의 關係를 나타내는 것으로서 Fig. 1에서 처럼 橫軸에 最低所得者로 부터 計算된 累積所得人員의 比率을, 從軸에는 累積所得額을 表示한 것으로서 兩者의 對應關係를 하나의 曲線으로 나타낸 것이다.¹¹⁾ 이 「로렌츠」曲線과 對角線 OA가 이루는 弓型의 面積이 결국 不平等面積에 해당되는 것으로서 이의 算出公式은 다음과 같다.¹²⁾

여기서 不平等面積을 x 라 하면

10) 文玉綸等, “職場醫療保險의 所得再分配效果 分析”, 醫保公論, '85 여름호, p. 68.

11) 現代 經濟經營大辭典 編纂委員會, 新體系 經濟學辭典, (서울: 章文閣, 1976), p. 618.

12) 朱鶴中, 韓國의 所得分配과 決定要因(下), (서울: 韓國開發研究院, 1982), pp. 347~52.

$$\begin{aligned}
 x &= \triangle OAB - \triangle OCAB \\
 &= \frac{1}{2} - \sum_{i=0}^N (y_i + y_{i+1}) (n_{i+1} - n_i) / 2 \\
 &= \frac{1}{2} \{ 1 - \sum_{i=0}^N (y_i + y_{i+1}) (n_{i+1} - n_i) \}
 \end{aligned}$$

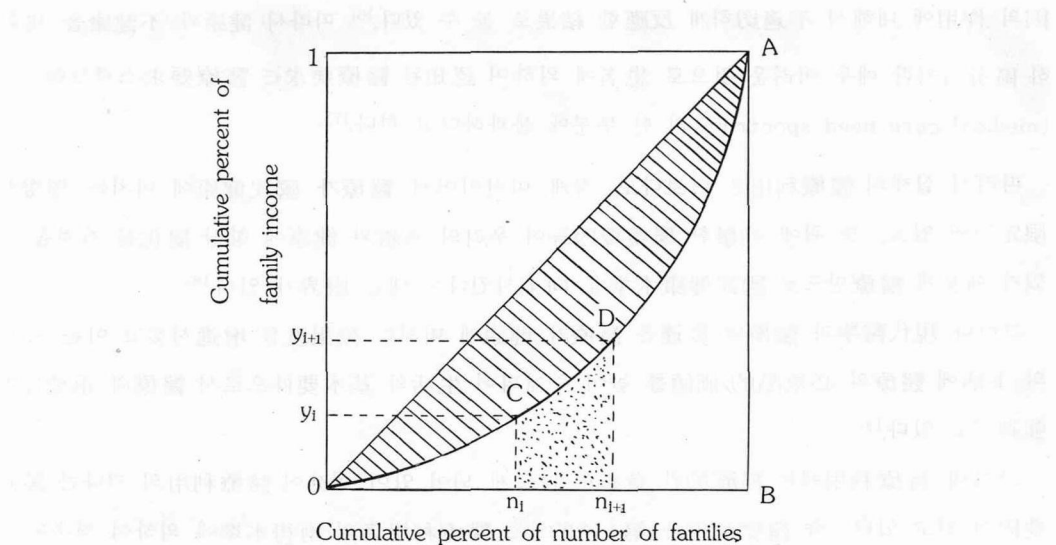


Fig. 1. Distribution of Income by Iorentz's Curve

로렌츠 曲線에 의한 所得分布

또 「지니」係數(GI)는 所得分布의 不平等面積 測定値의 값이 0에서 1까지의 變化範圍를 갖도록 하기 위해서 x 에 2를 곱한 것으로 일명 「지니」 所得集中比(Gini concentration ratio)라고도 한다.

따라서 「지니」係數를 GI라면 이는 다음과 같이 算出된다.

$$GI = 1 - \sum_{i=0}^N (y_i + y_{i+1}) (n_{i+1} - n_i)$$

Ⅲ. 分析結果

1. 所得階層別 醫療利用實態 比較

1) 緒 言

經濟成長에 따른 生活水準의 向上과 價值基準의 變遷에 따라 健康에 대한 認識이 새로와

집에 따라 健康의 追求度가 현저하게 增加하고 있는 것이 오늘날의 趨勢로서 健康하지 않고는 滿足한 生活을 營爲할 수 없을 뿐만 아니라, 日常生活에도 많은 支障을 받게 되기 때문에 健康을 維持하려는 慾望과 努力은 예로부터 끊임없이 계속되어 오고 있다.

그런데 健康은 環境, 生活樣式, 人體의 生物學的 素因, 醫療組織體系등 여러 가지 複合的인 要因에 의하여 영향을 받고 있으며,^{13, 14, 15)} 疾病發生은 위에서指摘한 여러 가지 環境要因의 作用에 대해서 不適切하게 反應한 結果로 볼 수 있다.¹⁶⁾ 따라서 健康과 不健康을 명확히 區分하기란 매우 어려운 것으로 患者에 의하여 認知된 醫療要求는 醫療要求스펙트럼 (medical care need spectrum)의 한 부분에 불과하다고 한다.¹⁷⁾

따라서 실제의 醫療利用은 이보다도 적게 마련이어서 醫療가 國民健康에 미치는 영향은 限定되어 있고, 또 위에 列舉한 環境要因들이 우리의 身體와 健康에 항상 變化를 가져올 수 있기 때문에 醫療만으로 國民健康水準을 向上시킨다는 데는 限界가 있다.¹⁸⁾

그러나 現代醫學과 醫術의 發達は 醫療가 健康에 미치는 効果度を 增進시켰고 이는 우리의 生活에 醫療의 必須品の 價值를 높여 주게되어 生活의 基本要件으로서 醫療의 重要性이 強調되고 있다.¹⁹⁾

그런데 醫療利用에는 經濟的인 負擔이 따르게 되어 있어 이것이 醫療利用의 크나큰 障礙要因이 되고 있다. 즉 醫療利用은 第1次的으로 醫療利用者의 所得水準에 의하여 좌우된다. 고 한다.²⁰⁾

특히 오늘날 急進的인 醫療의 發展 및 새로운 醫療技術의 開發과 더불어 醫療施設과 裝備가 高度로 專門化됨으로써 高価醫療의 供給比率이 날로 增加하고 있으며, 人件費의 上昇

-
- 13) H. L. Blum, *Planning for Health Development Application of Social Change Theory*, (New York : Human Sciences Press, 1974), p. 3.
 - 14) M. Lanlonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, (Ottawa: Office of the Canadians Minister of National Health and Welfare, 1974), p. 31.
 - 15) G. E. Alan Dever, *Community Health Analysis* (Aspens System Corporation, 1980), pp. 12~15.
 - 16) 金正根, “疾病決定要因으로서의 環境要因”, *大韓保健協會誌*, 1. (1) : 29, 1975.
 - 17) A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Adminmstration : Specifying Requirements for Health Care*, (1973), p. 73.
 - 18) 朴宗淇, 韓國의 保健財政과 醫療保險, (서울 : 韓國開發研究院, 1979), pp. 22~23.
 - 19) 韓達鮮, “醫療保險과 醫療需給”, *醫保公論*, '84 겨울호, pp. 67~68.
 - 20) P. Feldstein and J. Carr, *The Effect of Income on Medical Care Spending*, Proceeding of the Social Statistics Section of the American Association, 1964.

등으로 醫療費가 急騰하고 있어²¹⁾ 庶民의 醫療利用을 더욱 어렵게 만들고 있다.

그러므로 실제 市場現象으로서의 醫療需要는 대체로 住民들이 원하는 醫療要求(want of medical care)나 醫療必要量(need of medical care)만큼의 醫療를 充足시켜 주지는 못하게 된다. 이와 같이 充足되지 않은 醫療需要를 未充足醫療(unmet need of medical care)라고 하며,²²⁾ 醫療保險制度는 醫療利用에 따르는 經濟的 負擔을 輕減·緩和시켜 줌으로써 住民들의 未充足醫療慾求를 有効需要로 轉換시키는 社會的 制度로서 그 主機能과 目的은 住民의 所得水準에 관계없이 醫療를 均霑시키고자 하는데 있다.

이렇게 볼 때 本研究에서 意圖하고 있는 地域醫療保險 受惠住民의 所得階層別 醫療利用 實態에 대한 比較分析은 결국 機能的인 側面에서 地域醫療保險의 效果를 評價하는 것으로서 이는 醫療保險의 擴大·發展을 圖謀하고 있는 時點에서 볼 때 매우 重要視되고 있는 政策研究課題이기도 하다.

2. 所得階層別 醫療利用實態 比較

1) 醫療利用水準 比較

여기서는 地域醫療保險 示範事業實施地域인 京畿道の 江華郡과 忠淸比道の 報恩郡에서 標本抽出한 2,112家口의 9,954名에 대한 '82年 10月과 '83年 10月중 1個月間의 保險醫療利用 資料를 基礎로 所得階層別 醫療利用水準을 比較分析하였다. 여기서는 주로 外來醫療利用率의 比較分析으로서 入院醫療利用은 頻도가 적기 때문에 本 分析研究에 適合치가 않다.

<Table 2>는 이들 保險地域住民의 醫療利用實態를 나타낸 것으로서 醫療保險實施 첫 해인 1982년에는 1人當 年間 外來利用訪問 回數가 1.6回였으나 다음 해인 1983년에는 1.9回로 增加하고 있으며, 이러한 醫療利用水準은 江華郡內의 保健醫療機關으로부터 報告된 診療實績을 基礎로 算出한 1985年の 1人當 年間 外來醫療利用 回數 2.1回²³⁾와 比較해 볼 때 매우 妥當한 것으로 생각된다.

또 Fig 2에서 볼 수 있듯이 1982年이나 1983年 모두 中·高所得層보다는 最低所得層에서

21) 許 程, “現代醫療論”, 保健學論集, (30): 80, 1980.

22) 文玉綸, “醫療의 需要와 供給”, 醫保公論, '83. 9, pp. 20~24.

23) 江華郡은 1985年 1月부터 保健社會部和 韓國人口保健研究院에서 實施하는 保健醫療管理 情報體系 開發을 위한 示範事業地域으로서 公共 및 民間醫療機關으로부터 매월 診療實績 報告를 받고 있어 同 報告資料에 의한 醫療利用率算出이 가능하였다.

Table 2. Medical Utilization Status during a Month for the Community Medical Insured in 1982 and 1983.

地域醫療保險 受惠住民의 月間 醫療利用狀態

	This Recording Data		Reporting Data ¹⁾
	1982	1983	1985
Population	9,954	9,954	71,839
No. of patients			
Outpatient	646	820	6,287
Inpatient	18	22	371
Utilization days			
Total			
Outpatient	1,342	1,566	12,574
Inpatient	88	147	2,316
Per patient			
Outpatient	2.1	1.9	2.0
Inpatient	4.9	6.7	6.2
Per person per year			
Outpatient	1.62	1.89	2.1
Inpatient	0.11	0.18	0.39

Note: 1) Reporting data are collected through the reporting channel of the health management information system development project in Kanghwa Gun.

의 醫療利用率이 더 높게 나타나고 있으며, 이는 所得水準이 낮은 階層일수록 社會經濟的 水準이 낮아 有病率이 높은 반면 經濟的인 負擔 때문에 抑制되었던 醫療利用이 保險受惠로 인하여 保險醫療利用이 急増한 때문에 나타는 現象으로 풀이 된다.

그런데 本 研究에서 目的하였던 醫療保險 受惠住民과 非受惠住民間의 所得階層別 醫療利用水準 比較分析은 Fig. 2와 <Table 2>에서 볼 수 있듯이 兩群間에 현저한 差異가 있음을 알 수 있다. 즉 醫療保險 受惠住民의 경우 中·高所得層보다도 오히려 低所得層에서의 醫療利用率이 더 높은 것으로 나타나 있으나 非受惠住民에서는 所得水準이 높을 수록 醫療利用率도 增加하는 傾向을 보이고 있어 兩群間에 所得階層別 醫療利用率은 對照的인 現象을 보이고 있다. 특히 非保險住民의 最高所得階層에서는 醫療利用率이 低所得層에 비하여 2 배이상으로 急騰하고 있어 所得階層間 醫療利用率의 差異가 현격하게 나타나고 있다.

그런데 Fig. 2와 <Table 2>에 나타난 外來醫療利用率이 일반적인 豫想과는 달리 保險住民보다도 非保險住民에서 더 높은 것으로 나타나 있으나 이는 두 比較資料의 出處와 調査方法

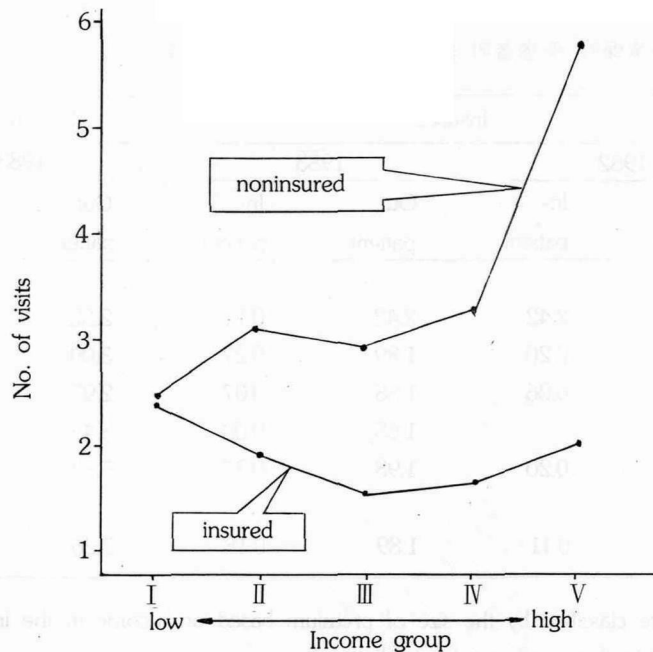


Fig. 2. Number of Visits of Out-patient per Person per Year of the Insured and Noninsured by Level of Income in 1983

所得水準別 醫療保險 受惠者와 非受惠者の 年間 外來醫療利用回數

上の 差異에서起因된 結果로 생각된다. 즉 保險受惠住民의 醫療利用率算出에서는 醫療機關의 保險診療費 請求資料를 根據로 하였기 때문에 診療目的의 醫療利用만이 外來醫療利用率 算出에 포함되었으나 非保險受惠住民의 外來醫療利用率算出에 利用한 資料는 家口面接調査 資料로서 健康相談 및 豫防接種이나 檢診등 診療以外の 目的으로 保健醫療機關을 利用한 경우도 모두 外來醫療利用率 算出에 포함되었기 때문에 保險受惠住民에서 보다도 더 높은 것으로 풀이 된다.

한편 所得階層別 醫療利用率을 回歸推定式을 利用하여 比較分析한 結果 Fig. 3에서 볼 수 있듯이 保險受惠住民의 경우 1982년에는 比較的 有意性이 높은 回歸推定式($y_1 = 1.99 - 0.13x$; $r^2 = 0.73$)이 誘導되었으나 1983年の 外來醫療利用率에 대한 回歸推定式은 所得階層別 醫療利用率이 所得水準에 따라 一貫性 있게 變動하는 것이 아니고 不規則인 變動傾向을 나

Table 3. Utilization Rate of Medical Care per Person per Year of Medical Insured and Non-insured by Level of Income

所得水準別 醫療保險 受惠者와 非受惠者の 年間醫療利用率

Income Class*	Insured				Non-insured	
	1982		1983		1983	
	Out-patient	In-patient	Out-patient	In-patient	Out-patient	In-patient
(low)						
I	1.94	2.42	2.42	0.14	2.52	0.12
II	1.58	0.20	1.89	0.27	3.09	0.15
III	1.73	0.06	1.68	0.07	2.97	0.23
IV	1.38	-	1.65	0.03	3.45	0.25
V	1.41	0.20	1.98	0.35	5.83	0.23
(high)						
Mean	1.62	0.11	1.89	0.18	3.26	0.21

* The income groups are classified by the size of premium based on income in the insured and the size of monthly income in the non-insured, as follows:

Insured: I =None, II =100-1400 Won, III =1500-2400 Won, IV =2500-3400 Won, V =3500 Won or more in the premium.

Non-insured: I =less than 150,000 Won, II =150,000-190,000 Won, III =200,000-290,000 Won, IV =300,000-380,000 Won, V =400,000 Won or more in the premium.

타내고 있기 때문에 有意性이 낮은 回歸推定式($y_2 = 2.36 - 0.14x$; $r^2 = 0.44$)이 誘導되었다.

이와 같이 保險住民의 外來醫療利用率에 대한 回歸推定式은 1982年이나 1983年 모두 所得水準(x)이 增加함에 따라 外來醫療利用率(y)이 低下됨을 나타내고 있으나 非保險住民의 外來醫療利用率에 대한 回歸推定式($y_3 = 1.49 + 0.69x$; $r^2 = 0.71$)은 所得水準에 比例하여 外來醫療利用率이 現저히 增加하는 傾向을 나타내고 있어 保險住民의 外來醫療利用率 推定式과는 相反된 樣相을 보여주고 있다.

이러한 分析結果로 볼 때 保險受惠住民의 경우 非保險住民에 비하여 保險給與에 의한 診療費負擔의 輕減으로 인하여 所得階層間 醫療利用의 均霑效果가 매우 높게 나타나고 있음을 알 수 있다.

또 이미 수차례에 걸쳐 調査發表된 바 있는 公·敎醫療保險이나 職場醫療保險에서의 醫

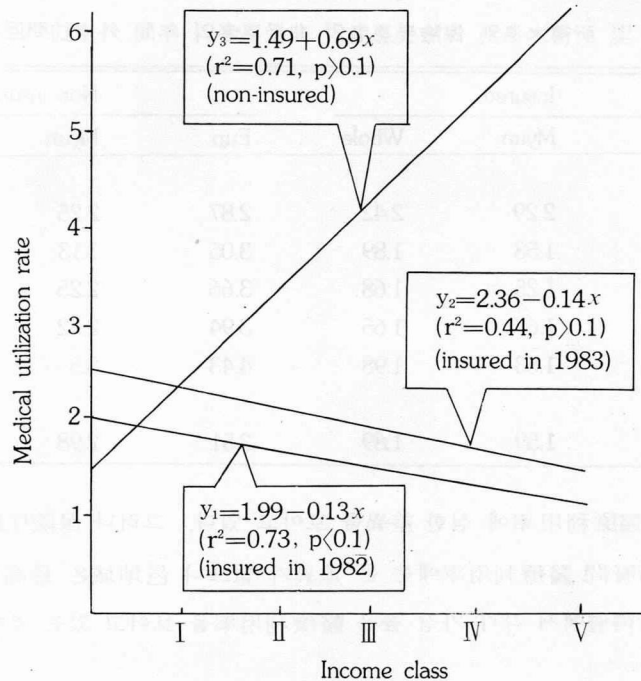


Fig. 3. Relationship between Medical Utilization and Income Level

所得水準과 醫療利用間의 關係

療利用率은 所得階層間에 상당한 差異를 보여주고 있으며,^{24,25,26)} 이러한 事實에 비하면 地域 醫療保險에서의 所得階層間 醫療利用의 均霑效果는 가장 높은 것으로 評價할 수 있으며, 向後 地域醫療保險의 擴大·發展을 위하여 바람직한 結果라 하겠다.

2) 邑面地域 醫療利用率 比較

〈Table 4〉에서 볼 수 있듯이 保險受惠住民이나 非受惠住民의 경우 다 같이 面地域보다도 邑地域에서 현저히 높은 醫療利用率을 보이고 있는 것이 共通인 現象이다. 또 이를 所得階層別로 比較해 볼 때 非保險住民은 邑面地域 共히 所得水準이 높을 수록 醫療利用率도

24) Kyu Sik Lee, "Effects of Medical Insurance on the Demand for Medical Care in Korea" (Ph. D. Dissertation, University of Hawaii, 1984), pp. 101~104.

25) 文玉綸 等, "職場醫療保險의 所得再分配 效果 分析", 醫保公論, 1985 여름호, p. 71.

26) 全惠蓮·文玉綸, "所得階層別 保險醫療 利用度 및 保險料 轉移에 關한 研究", 保健學論集, No. 32, pp. 51~65, 1981.

Table 4. Number of Visits of Outpatients per Person per Year of the Medical Insured and Non-insured by Level of Income and by Area in 1983

邑·面 地域 및 所得水準別 保險受惠者와 非受惠者의 年間 外來訪問回收

Income Class	Insured			Non-insured		
	Eup	Myun	Whole	Eup	Myun	Whole
(low)						
I	2.51	2.29	2.42	2.87	2.25	2.52
II	2.59	1.58	1.89	3.05	3.13	3.09
III	3.09	1.25	1.68	3.66	2.25	2.97
IV	1.54	1.67	1.65	3.94	2.32	3.45
V	3.79	1.63	1.98	4.43	8.5	5.83
(high)						
Mean	2.64	1.59	1.89	3.51	2.98	3.26

높아져서 所得階層間 醫療利用率에 심한 差異를 보이고 있다. 그러나 保險住民에 있어서는 邑面地域 모두 所得階層間 醫療利用率에는 큰 差異가 없으나 邑地域은 最高所得層에서, 그리고 面地域은 最低所得層에서 각각 가장 높은 醫療利用率을 보이고 있는 것이 特徵的인 現象이다.

그런데 面地域의 경우 最低所得層에서 가장 높은 醫療利用率을 보이고 있는 것은 低所得層의 경우 높은 有病率에 의한 潜在的 醫療需要(potential demand of medical care)가 保險受惠로 인하여 有効需要(effective demand)로 顯在化되었기 때문인 것으로 解析된다.

1982年 韓國人口保健研究院에서 實施한 調査에 의하면 低所得層의 경우 中産層에 비하여 有病率이 현저히 높은 것으로 나타났으며, 특히 罹患期間이 3個月 以上되는 慢性疾患의 有病率에서 월등히 높은 것으로 나타났다.²⁷⁾ 이러한 事實은 低所得層에서의 醫療要求가 가장 높다는 것을 立證하는 것으로 保險住民의 경우 低所得層에서의 높은 醫療利用率을 說明하고 있다.

3) 醫療機關別 利用行態

〈Table 5〉는 所得階層別 醫療機關의 利用樣相을 나타낸 것으로 保險住民의 경우 所得階層間 醫療機關別 利用「패턴」에 별다른 差異가 없었으나 非保險住民에 있어서는 醫療機關의 利用「패턴」이 所得階層別로 현저한 差異를 보이고 있다. 즉 病醫院 利用比率은 高所得層에

27) 卞鍾和·徐文姬·安聖圭, 1982年 都市保健醫療實態調查 報告書, (서울: 韓國人口保健研究院, 1983), pp. 82~88.

Table 5. Percent Distribution of Outpatients by Kind of Medical Facilities by Level of Income

所得水準別 醫療施設別 外來患者의 百分率 分布

Income Class	Insured				Non-insured			
	Hospital	Clinic	Health Agency	Total (N)	Hospital	Clinic	Health Agency	Total (N)
(low)								
I	23.1	73.9	3.0	100.0 (134)	10.0	63.3	26.7	100.0 (30)
II	22.7	67.5	9.8	100.0 (255)	26.3	42.1	31.6	100.0 (57)
III	23.1	69.2	7.7	100.0 (156)	43.1	25.5	31.4	100.0 (51)
IV	24.4	70.4	5.2	100.0 (135)	13.0	60.9	26.0	100.0 (23)
V	18.6	75.0	6.4	100.0 (140)	48.3	41.4	10.3	100.0 (29)
(high)								
Whole	22.4	70.6	7.0	100.0 (820)	30.0	43.2	26.8	100.0 (190)

서, 公共保健機關 利用比率은 中·低所得層에서 더 높은 것으로 나타났다. 이것은 非保險住民의 경우 低所得層은 醫療利用에 있어 經濟的 負擔이 큰 病醫院보다는 診療費가 低廉한 保健所, 保健支所 및 保健診療所등 公共保健機關을 利用하는 경우가 많기 때문인 것으로 풀이 된다.

그런데 保險地域의 경우 病醫院의 選好傾向으로 診療費가 低廉한 公共保健機關보다는 診療費가 많이 드는 病醫院 利用比率이 현저히 높은 것이 特徵的인 現象으로 이는 保險財政의 惡化를 한층 加重시키는 要因이 된다는 점을 생각할 때 公共保健機關의 診療機能의 強化와 아울러 診療서비스의 質的인 向上을 위한 方案이 講究되어야 할 것이다.

2. 所得再分配效果 分析

1) 緒 言

우리나라는 現在 國民 1人當 GNP가 2,000弗을 넘고 있어 일반적으로 國民들의 生活水準이 向上된 것은 事實이나 經濟成長 爲主의 開發政策 追求로 社會的 不平等 및 所得隔差의 深化를 惹起하고 있는 실정이다.

〈Table 6〉의 所得十分位 分配率(decile distribution ratio)²⁸⁾에서 볼 수 있는 바와 같

28) 十分位分配率은 上位 20% 所得階層의 所得占有率과 下位 40% 階層의 所得占有率을 對比한 것으로 「지니」係數에 비하여 敏感하고 具體的이다.

Table 6. Decile Distribution Ratio of Income for Whole Households by Year

年度別 家口所得의 拾分位分布 比率

Year	1965	1970	1975	1980
Ratio	0.46	0.47	0.37	0.35

資料: 朱鶴中, 「韓國의 所得分配와 決定要因(上)」, 韓國開發研究院, 1979, p. 91.

經濟企劃院, 「韓國의 社會指標」, 1984, p. 78.

이 우리나라는 60年代와 70年代初에 비하여 70年代 後半과 80年代에 이르러 오히려 比較的高均等分配에서 低均等分配로의 逆進的인 現象을 나타내고 있어 所得階層間的 差異가 더욱 擴大되고 있음을 알 수 있다.

그러나 福祉社會建設을 國政指標의 하나로 삼고 있는 우리나라로서는 國家經濟成長은 바로 全體 國民의 보다 나은 生活向上으로 連結되어야 하고 가장 낮은 生活環境에 놓여 있는 階層의 國民에게도 上昇하는 國家繁榮의 結實이 均霑되어야 한다는 것은 당연한 일이다.

個人的 자유로운 創意와 競爭의인 市場機構에 의한 分配를 原則으로 하는 資本主義社會에서는 所得隔差의 發生이 불가피한 現象으로서 이를 緩和하는 政府의 役割이 이른바 所得分配政策(income distribution policy)과 所得再分配政策(income redistribution policy)으로서 所得分配政策은 價格形成過程에 政府가 介入하여 행하는 所得의 移轉으로 農産物價格 및 金利의 統制와 雇傭政策등은 이에 해당되며, 所得再分配政策은 所得이 發生한 後에 政府가 介入하여 행하는 所得의 移轉으로서 이는 租稅政策과 社會保障政策으로 大別한다.^{29,30)}

醫療保險이 社會保障制度의 하나로서 그 主目的은 國民의 醫療保障에 있다 하겠으나 現實的인 側面에서 볼 때 所得再分配의 問題는 社會正義 實現과 關係되는 社會的인 重要關心事이기 때문에 醫療保險을 論함에 있어 評價基準의 하나로 그 機能이 重要視되는 것이다.³¹⁾

醫療保險에 있어서의 所得再分配는 결국 保險料와 保險給與의 關係에서 發生되는 것으로 만일 각자가 負擔하는 保險料에 완전히 對應하는 保險給與가 이루어진다면 所得再分配에 變化가 없겠으나 醫療保險이 社會保險으로서 保險料의 賦課는 所得에 比例하고 있지만 保險給與의 實施는 所得과 直接的인 關係가 없기 때문에 필연적으로 保險料의 轉移現象이 發生하게 되며, 이에 따라 所得再分配의 效果를 誘發하게 되는 것이다.

29) 朴恩會, “醫療保險과 所得再分配”, 醫保公論, 1984 여름호, pp. 13~16.

30) 朱鶴中, op. cit., pp. 19~20.

31) 文玉綸 等, “職場醫療保險의 所得再分配效果 分析”, p. 68.

지금까지의 여러 研究結果는 醫療保險의 所得再分配效果에 있어 公教醫療保險에 있어서는 所得再分配效果가 어느 정도 나타나고 있으나 職場醫療保險에서는 그 대부분이 所得分配의 逆進現象이 나타나고 있음을 밝히고 있다.^{32,33,34,35,36)}

그러나 醫療保險에 있어 이러한 所得逆進現象은 당초 意圖했던 目的과는 相反되는 바람직하지 못한 結果로서 向後 是正되어야 할 政策的 課題이다.

地域醫療保險의 경우 아직 그 實施期間이 짧고 對象人口가 많지 않기 때문에 이러한 側面에서의 分析이 별로 없었으나 向後 全國民 醫療保障化의 目標를 고려할 때 所得再分配 側面에서의 事業效果를 分析評價함으로써 現制度上的 矛盾이나 問題點을 索出하여 發展初期에 바로 잡도록 是正補完策을 講究하는 것이 바람직하다.

2) 保險料轉移와 所得再分配 效果

(1) 保險給與 比率

여기서의 保險給與는 療養給與와 分娩給與에 局限한 것으로 保險給與比率이라함은 自己가 負擔하고 있는 保險料에 比하여 얼마만큼 더 많이 또는 적게 保險給與의 惠澤을 받고 있는가를 나타내는 指標이다.

保險給與比率은 1982년에 112퍼센트, 1983년에 93퍼센트로서 이미 調査發表된 바 있는 公教醫療保險이나 職場醫療保險에서의 保險給與率보다 훨씬 높다.^{37,38,39,40,41)} 이처럼 保險給與率이 높다고하는 것은 결국 地域醫療保險에서의 保險財政의 赤字要因이 되고 있음을 意味한다.

所得階層別 保險給與率은 1982년이나 1983年 모두 低所得層에서 130퍼센트 以上으로 가장 높고 그다음은 高所得層, 中間所得層의 順으로 되어 있다. 이와 같이 低所得層에서 保險給與率이 가장 높게 나타나고 있는 것은 바람직한 現象이나, 1983年の 경우 高所得層에서의

32) 延河淸 等, op. cit., pp. 92~122.

33) 文玉綸 等, op. cit., P. 68.

34) 柳寅旺, “우리나라 醫療保險의 所得再分配 機能(下)”, 醫保公論, 1983. 7, pp. 45~50.

35) 全惠蓮·文玉綸, op. cit., pp. 51~65.

36) 최원규, “의료보험의 소득재분배효과에 관한 사례연구”, 社會福祉, 1982 봄호, p. 123.

37) 延河淸 等, op. cit., pp. 92~123.

38) 文玉綸 等, op. cit., pp. 71~73.

39) 柳寅旺, op. cit., pp. 45~50.

40) 全惠蓮·文玉綸, op. cit., pp. 51~55.

41) 최원규, op. cit., p. 123.

保險給與率이 105퍼센트 中間所得層의 保險給與率에 比하여 월등히 높은 것은 中間所得層의 保險料가 高所得層으로 轉移될 수 있는 可能性을 意味하는 것으로서 所得再分配의 逆進現象을 가져올 수 있다. 이러한 所得階層別 保險給與率은 中間所得層에서 가장 높은 保險給與率을 보이고 있는 職場醫療保險에서의 保險給與率의 傾向과는 相反되는 것으로서 注目된다.

(2) 保險料占有率과 保險給與占有率의 比較

〈Table 7〉은 所得階層別 保險料占有率과 保險給與占有率을 나타낸 것으로서 1982年과 1983年 다같이 應能割 保險料⁴²⁾가 1,400원 以下에 속하는 低所得階層에서는 保險料占有率에 比하여 保險給與占有率이 더 높게 나타나고 있으나 應能割 保險料 1,500원 以上을 負擔하고 있는 高所得層에서는 이와 反對로 保險料占有率보다 保險給與占有率이 더 낮다.

이것은 바로 地域醫療保險의 경우 中·高所得層에서 低所得層으로의 保險料 轉移에 의한 所得再分配 效果가 나타나고 있음을 示唆하는 것이다. (Fig. 5 參照)

여기서 保險給與率에서와 마찬가지로 1983年의 경우 保險料 3,500원 以上の 高所得層에서만은 保險料占有率보다도 保險給與占有率이 더 높게 나타나고 있어 所得再分配의 逆進의

Table 7. Ratios of Benefit to Premium by Classification of Premium Based on Income in 1982 and 1983

1982年과 1983年의 應能割 保險料 水準別 保險給與 對 保險料比

Premium (Won)	1982			1983		
	Premium per H.H.	Benefit per H.H.	Ratio (B/A)	Premium per H.H.	Benefit per H.H.	Ratio (B/A)
	(A)	(B)		(A)	(B)	
None	1,433	2,114	148	2,063	3,829	186
1-1400	2,432	4,473	184	3,249	4,188	129
1500-2400	3,563	3,853	108	4,459	2,412	56
2500-3400	4,627	1,499	32	5,487	2,412	44
3500-	5,883	5,386	92	7,094	7,475	105
Mean	3,188	3,587	133	4,263	3,983	93

42) 應能割 保險料라 함은 地域醫療保險의 保險料 賦課基準의 하나인 그 家口의 財産 및 所得 水準에 따라 負擔하는 保險料이며, 또다른 하나의 保險料로는 醫療保險의 受惠에 대하여 家口員數 및 世帯에 따라 被保險者가 均等하게 負擔하는 應益割 保險料가 있다. 2次示範事業地域의 경우 이 두가지 方法을 混合하여 賦課하고 있다.

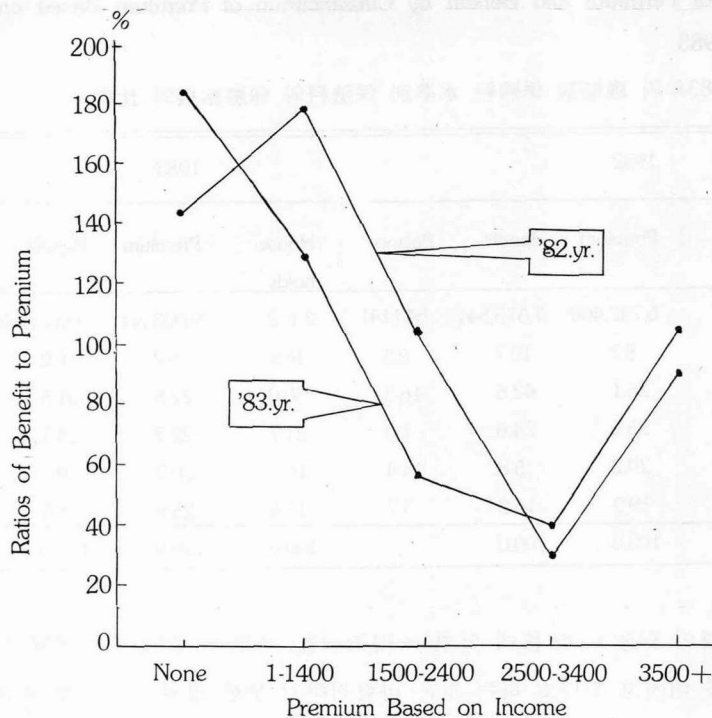


Fig. 4. Ratios of Benefit to Premium by Classification of Premium Based on Income in 1982 and 1983

1982年과 1983年의 應能割 保險料水準別 保險給與 對 保險料比

인 現象을 보이고 있다.

한편 <Table 8>에서 볼 수 있듯이 1982년에는 總 19퍼센트의 保險料의 轉移效果중에서 가장 크게 寄與한 階層은 應能割 保險料 2,500~3,400원에 속하는 階層으로서 14.4퍼센트의 寄與效果를 나타내고 있으며, 이와 反對로 가장 큰 轉移效果의 受惠階層은 應能割 保險料 100~1,400원에 속하는 低所得階層으로서 總 19퍼센트의 轉移效果중에서 16.5퍼센트의 受惠效果를 받은 것으로 나타났다.

그러나 1983년에는 保險料의 轉移에 있어 寄與效果를 보이는 階層은 應能割 保險料負擔額이 1,500~3,400원에 속하는 中間所得階層으로 總 20퍼센트의 轉移效果를 나타내고 있으며, 受惠階層은 低所得層과 最高所得層으로 각각 16.7퍼센트와 3.3퍼센트의 受惠效果를 보이고 있다. 이처럼 低所得層에서 保險料 轉移의 受惠效果를 차지하고 있는 것은 바람직한

Table 8. Proportion of Permium and Benefit by Classification of Premium Based on Income in 1982 and 1983

1982年과 1983年の 應能割 保險料 水準別 保險料와 保險給與의 比率

Premium (Won)	1982				1983			
	House- holds	Premium	Benefit	Balance	House- holds	Premium	Benefit	Balance
Sum	2,112	6,732,400	7,575,541	843,141	2,112	9,003,500	8,412,569	590,931
None	18.2	8.2	10.7	-2.5	16.9	8.2	16.2	-8.0
100-1400	34.2	26.1	42.6	-16.5	30.0	22.8	31.5	-8.7
1500-2400	22.9	25.6	24.6	1.0	21.7	22.7	13.7	9.0
2500-3400	13.9	20.2	5.8	14.4	16.0	20.7	9.7	11.0
3500+	10.8	19.9	16.2	3.7	15.4	25.6	28.9	-3.3
Total	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0	

現象이나 最高所得層이 保險料 轉移에 의한 所得再分配 効果에 있어 寄與階層이 아닌 受惠階層으로서의 影響을 미치고 있다고 하는 것은 바람직하지 못한 일로서 이러한 所得再分配의 逆進現象을 是正하기 위하여는 保險料 策定에 있어 政策的인 考慮가 있어야 할 것이다. 즉 所得水準別 保險料 負擔率을 比較해 볼 때 <Table 9>에서 볼 수 있듯이 所得水準이 낮을수록 높은 率의 保險料를 負擔하고 있는 것으로 나타났다. 예를 들면 1983年の 경우 가장 所得水準이 낮은 第1 十分位階層의 家口所得額 對 保險料의 比率이 2.7퍼센트나 되는데 반하여 所得水準이 가장 높은 第10 十分位階層은 家口所得額 對 保險料 比率이 0.7퍼센트로 家口所得에 비하여 가장 낮은 保險料 負擔率을 適用받고 있는 셈이다.

이와 같이 所得水準이 낮은 階層에서 높은 保險料 負擔率을 보이고 있는 것은 保險料의 賦課基準이 所得水準만에 의한 것이 아니고 家口員數에 의한 均等割과 世帯平等割등 受益者 負擔原則이 適用되고 있기 때문이다. 그러나 地域醫療保險이 社會保險으로서의 機能을 發揮하기 위하여는 現行 保險料賦課 基準에 대한 再檢討가 있어야 할 것이다.

(3) 「로렌즈」曲線과 「지니」係數

「로렌즈」曲線에 의한 所得不平等面積이나 「지니」係數의 算出에는 家口所得額에 관한 資料를 필요로 하고 있으나 이에 관한 資料가 없기 때문에 農水産部の 「농가경제 조사결과보고」⁴³⁾

43) 농수산부, 농가경제 조사결과보고, 1985, pp. 78~79.

Table 9. Ratios of Premium and Benefit-adjusted Premium*to Monthly Income by Income

Decile in 1982 and 1983

所得拾分位別 月間所得에 對한 保險料와 保險給與에 의한 調整保險料의 比率

Income Decile	1982					1983				
	Income	Premium	Ratios	Adjusted Premium	Adjusted Ratios	Income	Premium	Ratios	Adjusted Premium	Adjusted Ratios
1st	65,489	1,373	2.1	607	0.9	76,496	2,091	2.7	0	0
2nd	144,374	1,558	1.1	1,463	1.0	165,813	2,252	1.4	-1,998	-1.2
3rd	196,840	2,027	1.0	-2,661	-1.4	232,053	2,903	1.3	2,433	1.0
4th	243,724	2,460	1.0	96	0	282,908	3,399	1.2	4,673	1.7
5th	291,353	2,795	1.0	4,256	1.5	332,908	3,832	1.2	2,682	0.8
6th	339,725	3,193	0.9	4,917	1.4	388,037	4,289	1.1	6,455	1.7
7th	396,656	3,592	0.9	3,275	0.8	455,986	4,889	1.1	6,547	1.4
8th	472,937	4,153	0.9	3,291	0.7	541,884	5,322	1.0	8,175	1.5
9th	594,613	4,788	0.8	8,203	1.4	678,638	6,190	0.9	9,861	1.5
10th	975,269	5,913	0.6	6,707	0.7	1,118,813	7,432	0.7	3,760	0.3
Mean	372,098	3,188	0.9			427,354	4,263	1.0		

*Benefit-Adjusted Premium=Premium+Premium($\frac{1-\text{Proportion of Benefit}}{\text{Proportion of Premium}}$)

와 經濟企劃院의 「한국의 사회지표」⁴⁴⁾에서 發表된 資料를 引用하였으며, 이러한 資料를 利用하여 算出한 保險給與實施 前後에 있어서의 十分位別 所得分布比率은 <Table 10>과 <Table 11>에 提示된 바와 같다.

<Table 9>에 의하면 1982年の 경우 保險給與實施以後 第4 十分位 以下の 所得階層에서는 所得이 多少 增加한 것으로 나타난 반면 第5 十分位 以上の 階層에서는 所得의 減少傾向을 보이고 있다. 이러한 現象은 1983年の 경우에 있어서도 마찬가지로 第5 十分位 以下에서는 所得의 增加를, 그리고 第6 十分位 以上에서는 所得의 減少傾向을 보이고 있다. 그러나 第10 十分位階層에서만은 例外的으로 所得의 增加를 나타내고 있어 保險給與로 인하여 所得再分配의 逆進現象을 招來하고 있는 것으로 이는 前述한 保險給與率이나 保險料 및 保險給與 占有率에서의 分析結果와도 一致되는 現象이다.

44) 경제기획원, 한국의 사회지표, 1985, p. 78.

Table 10. Distribution of Monthly Income by Income Decile Before and After Medical Insurance in 1982

1982年 醫療保險 實施 前後의 所得 拾分位別 月間 所得分布

Decile	Income	Premium	Benefit	Balance (B-C)	Income	Distribution			
	Before	per H.H.	per H.H.		After	of Income		(%)	
	Med. Ins. (A)	(B)	(C)		Med. Ins. (A-B+C)	Before	After		
						%	cum.	%	cum.
1st	65,489	1,373	2,388	-1,015	66,504	1.76	1.76	1.79	1.79
2nd	144,374	1,558	1,865	-307	144,681	3.88	5.64	3.88	5.67
3rd	196,840	2,027	7,611	-5,584	202,424	5.29	10.93	5.43	11.10
4th	243,724	2,460	5,405	-2,945	246,669	6.55	17.48	6.62	17.72
5th	291,353	2,795	1,513	1,282	290,071	7.83	25.31	7.79	25.51
6th	339,725	3,193	1,663	1,530	338,195	9.13	34.44	9.08	34.59
7th	396,656	3,592	4,393	-801	397,457	10.66	45.10	10.67	45.26
8th	472,937	4,153	3,710	443	472,494	12.71	57.81	12.68	57.94
9th	594,613	4,788	1,538	3,250	591,363	15.98	73.79	15.88	73.82
10th	975,269	5,913	5,761	152	975,117	26.21	100.0	26.18	100.0
Mean	372,098	3,185	3,585	-399	372,497	10.00		10.00	

Table 11. Distribution of Monthly Income by Income Decile Before and After Medical Insurance in 1983

1983年 醫療保險 實施 前後의 所得 拾分位別 月間 所得分布

Decile	Income	Premium	Benefit	Blance (B-C)	Income	Distribution			
	before	per H.H.	per H.H.		after	of Income		(%)	
	Med. Ins. (A)	(B)	(C)		Med. Ins. (A-B+C)	Before	After		
						%	cum	%	cum
1st	76,496	2,091	3,886	-1,795	78,291	1.79	1.79	1.83	1.83
2nd	165,813	2,252	6,106	-3,854	169,667	3.88	5.67	3.97	5.80
3rd	232,053	2,903	3,163	-260	232,313	5.43	11.10	5.44	11.24
4th	282,908	3,399	1,969	1,430	281,478	6.62	17.72	6.59	17.83
5th	332,908	3,832	4,646	-814	333,722	7.79	25.51	7.82	25.65
6th	388,037	4,289	2,007	2,282	385,755	9.03	34.59	9.03	34.68
7th	455,986	4,889	3,020	1,869	454,117	10.67	45.26	10.63	45.31
8th	541,884	5,322	2,291	3,031	538,853	12.68	57.94	12.62	57.92
9th	678,638	6,190	2,339	3,851	674,787	15.88	73.82	15.80	73.73
10th	1,118,813	7,432	10,345	-2,913	1,121,726	26.18	100.00	26.27	100.0
Mean	427,354	42.63	3,983	280	427,074	10.00		10.00	

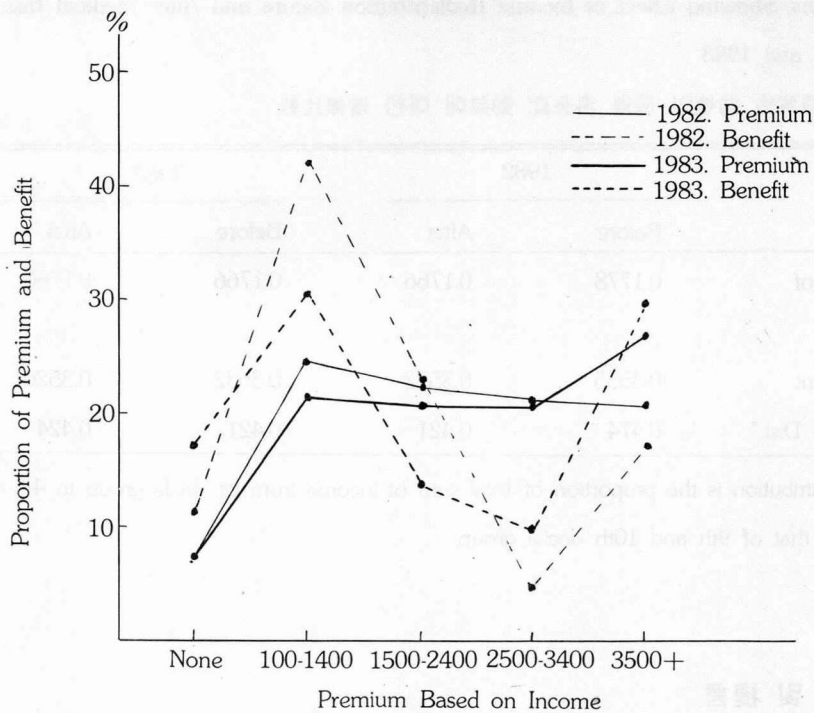


Fig. 5. Proportion of Premium and Benefit by Classification of Premium Based on Income in 1982 and 1983

1982年과 1983年の 應能할 保險料水準別 保險料와 保險給與의 比率

地域醫療保險에서의 所得再分配 効果を「로렌즈」曲線에 의한 所得 不平等面積이나 「지니」係數로 볼 때 <Table 13>에서 볼 수 있듯이 1983年은 醫療保險시작 첫해인 1982年에 비하여 그 효과가 떨어지고 있다. 그러나 地域醫療保險에서의 所得再分配 効果는 全般的으로 볼 때 中·高所得層에서 低所得層으로 所得의 轉移效果가 나타나고 있음을 알 수 있으며, 이러한 所得再分配 効果는 公敎醫療保險의 所得再分配 效果에 비하면 多少 떨어지고 있어 滿足할 만한 水準이라고는 볼 수 없겠지만 職場醫療保險에서의 逆進의인 所得再分配現象에 비하면 比較的 肯定的인 것으로 評價할 수 있다.

Table 12. Indicators Showing Effect of Income Redistribution Before and After Medical Insurance in 1982 and 1983

醫療保險實施 前後의 所得 再分配 効果에 대한 指標比較

Indicators	1982		1983	
	Before	After	Before	After
Unequal Area of Income Dist.	0.1778	0.1766	0.1766	0.1760
Gini's Coefficient	0.3555	0.3532	0.3532	0.3520
Ratio of Decile Dist.*	0.414	0.421	0.421	0.424

* Ratio of decile distribution is the proportion of total sum of income from 1st decile group to 4th decile group divided by that of 9th and 10th decile group.

IV. 結論 및 提言

1. 結 論

本 研究結果를 綜合해볼 때 다음과 같은 結論을 내릴 수 있다.

첫째 地域醫療保險은 公敎醫療保險이나 職場醫療保險에 비하여 住民들의 所得階層別 醫療利用에 있어 均霑效果가 월등히 높다.

둘째 所得階層別 醫療機關의 利用「패턴」을 볼 때 保險地域住民은 所得階層間에 큰 差異가 없으나 非保險住民에 비하여 公共保健機關의 醫療利用率이 월등히 낮다.

셋째 地域醫療保險의 경우 保險實施에서 오는 所得再分配의 逆進現象을 보이고 있는 職場醫療保險에 비하면 所得再分配 效果에 대하여 比較的 肯定的인 評價를 내릴 수 있다.

넷째 保險料賦課는 所得水準과 比較해 볼 때 低所得層이 高所得層에 비하여 높은 保險料率을 適用받고 있어 所得階層間 衡平性에 問題가 있다.

2. 提 言

本 研究結果와 結論을 토대로 다음과 같은 意見을 提示한다.

첫째 地域醫療保險은 他保險에 비하여 受惠住民들의 醫療利用에 있어 均霑效果가 매우 높고, 또 保險實施에 의한 所得再分配 效果面에서도 比較的 肯定的인 것으로 評價할 수 있으므로 地域醫療保險의 擴大發展을 통한 全國民 醫療保障化의 問題는 國民의 醫療福祉向上을 위하여 時急히 解決하여야 할 政策的 課題이다.

둘째 保險地域에서의 낮은 公共保健機關 利用率은 결국 地域醫療保險의 財政惡化와도 直結되는 問題로서 地域醫療保險의 健全한 擴大發展을 위하여는 公共醫療利用率을 높일 수 있도록 公共保健機關의 診療機能을 強化하고 診療서비스의 質的인 向上을 위한 改善施策이 講究되어야 한다.

셋째 保險料 賦課에 있어 社會經濟的인 與件을 考慮하여 所得階層間 衡平性을 期할 수 있도록 賦課基準등에 대한 再檢討가 있어야 하겠으며, 특히 受益者負擔原則에 의한 應益割 保險料의 比重을 下向調整토록 하고, 현재 7等級으로 區分되어 있는 保險料 賦課基準을 좀더 細分化하여 所得水準에 比例한 保險料賦課가 이루어 지도록 하는 것이 바람직하다.

參 考 文 獻

姜岩求, “제 2 중·醫療保險制度的 概要”, 의료보험, '82. 9.

경제기획원, 한국의 사회지표, 1985.

金衍英·染壽錫, 第2次 地域醫療保險 示範事業實績 評價 研究報告書, 韓國人口保健研究院, 1982, p. 25.

金正根, “疾病決定 要因으로서의 環境”, 大韓保健協會誌, 1(1): 29, 1975.

金正根·金東熙, 保健統計學 概論, 서울, 世英社, 1984.

농수산부, 농가경제 조사결과 보고, 1985.

文玉綸, “醫療의 需要와 供給”, 醫保公論, 1983. 5, pp. 20~24.

文玉綸·染奉玟·裴祥秀, “職場醫療保險의 所得再分配 效果分析”, 醫保公論, 1985 여름호.

朴恩會, “醫療保險과 所得再分配”, 醫保公論, 1984 여름호, pp. 13~16.

朴聖炫, 回歸分析, 서울, 大英社, 1985.

朴宗淇, 韓國 保健財政과 醫療保險, 서울, 韓國開發研究院, 1979.

卞鍾和·徐文姬·安聖圭, 1982年 都市保健醫療 實態調查 報告書, 서울, 韓國人口保健研究院, 1983.

- 徐文姬·李奎植·安聖圭, 1983年度 國民醫療利用과 醫療費에 관한 調查研究, 韓國人口保健研究院, 1984, p. 16.
- 신동열, “지역 2 중 의료보험 시범사업 운영과 그 실태”, 의료보험, '84. 10.
- 延河清의 7 人, 醫療保險의 政策課題와 發展方向, 서울, 韓國開發研究院, 1983.
- 柳承欽, “2 種 醫療保險의 所得再分配機能(下)”, 醫保公論, 1983. 7, pp. 45~50.
- 尹相龍, “2 種 地域 醫療保險의 運營實態”, 醫保公論, 1984 겨울호, pp. 95~98.
- 醫療保險管理公團, '85. 醫療保險 統計年報, 제 7 호.
- 全惠蓮·文玉綸, “所得階層別 保險醫療 利用度 및 保險料 轉移에 관한 研究”, 保健學論集, No. 32, 1981, pp. 51~65.
- 朱鶴中, 韓國의 所得分配와 決定要因(下), 서울, 韓國開發研究院, 1982.
- 최원규, “의료보험의 소득재분배 효과에 관한 사례 연구”, 社會福祉, 1982 봄호, p. 123.
- 韓達鮮, “醫療保險과 醫療需給”, 醫保公論, 1984 겨울호, pp. 67~68.
- 許 程, “現代醫療論”, 保健學論集, No. 30, p. 86, 1980.
- 現代經濟經營大辭典 編纂委員會, 新體系經濟學辭典, 서울, 章文閣, 1976.
- Alan Dever, G E: *Community Health Analysis*, Aspens Systems Corporaion, 1980, pp.12.15.
- Blum, H.L: *Planning for Health Development Application of Social Change Theory*, New York : Human Sciences Press, 1974, p.3.
- Donabedian, A: *Aspects of Medical Care Administration Specifying Requirements for Health Care*, 1973, p.73.
- Feldstein, P. and J. Carr: *The Effect of Income on Medical Care Spending*, *Proceeding of the Social Statistics Section of the American Statistical Association*, 1964.
- Lalonde, M: *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, April 1974, p.31.
- Lee, Kyu Sik: *Effects of Medical Insurance on the Demmand for Medical Care in Korea*, Ph. D. Dissertation, University of Hawaii, 1984, pp.101-104.
- Rohrlich, G.: “Social Policy and Income Distribution”, *Encyclopedia of Social Work*, Vol II. New Tork: NASW, 1977, pp.1469-1479.

Abstract

An Analysis of Functional Effectiveness of Community Medical Insurance

—Focused on the analysis of effectiveness of equalizing medical
care utilization and income redistribution by income strata—

Jong Hwa Byun, Ph.D.*

The Korean government is aiming at extending the benefit of the health insurance scheme to whole population in 1990's. In order for this to be achieved, however, solution of the problems related to the community-based health insurance program is the key factor. The goal of the government as such will never be worked out until these problems are solved. As an effort to find the effective ways to solving the problems, the government has carried out demonstration projects in the six local areas for the last several years, yet with no concrete finding.

This study was aimed at finding the effectiveness of equalizing medical care utilization and of income redistribution which are the functions of the community-based health insurance program. Research materials were collected from 2,112 households of the insured and 527 households of the non-insured for the purpose of comparative analyses on the utilization of the medical care services and the function of income redistribution by the different income groups. Statistical analyses were made through correlation coefficient and regression analysis. Lorentz's curve and Gini coefficient.

The major findings are as follows ;

1. The higher the income level, the higher the utilization rate among the noninsured whereas it is quite the other way among the insured. This indicates that the community-based health insurance program was successfully functioning to equalizing the utilization of medical care services among the different income groups.
2. The private clinics and hospitals are more used by the insured whereas the public medical

* Senior Fellow, Korea Institute for Population and Health.

institutions are more utilized by the noninsured.

3. The ratio between the premium paid and the benefit received was highest for the low income group which was followed by the high income group and middle level income group in order. This phenomenon is quite contrary to industrial medical insurance.
4. The low-income group reveals the highest rate of the positive balance between the total amount of the premium paid and the total amount of benefit received whereas the middle and upper income groups show the contrary tendency. The exception, however, is 1983 when the highest-income group benefited the more.
5. The degree of gap between the levels of the different income groups was a little bit narrowed since the insurance scheme so long as the local communities are involved as indicated by the decrease of the Gini coefficient from 0.3555 to 0.3532 in 1982 and from 0.3532 to 0.3520 in 1983.

Based upon the above findings, we can draw the following implications.

Firstly, embracing all population by the health insurance scheme is very much desirable as appeared in the finding of the fact that the insured spread the utilization of the medical care services among the different income groups and it even narrowed the gap between the levels of income whereas the non-insured do not show the same tendency.

Secondly, strengthening the public medical institutions is badly needed at least to secure the balance of the budget of the health insurance scheme since the insured groups are inclined to resort more to the private sector, neglecting the poorly equipped and poorly staffed public institutions.

Thirdly, the rate of the premium by different income groups should be rearranged so that the higher-income group pay more than the present level. The rearrangement of the premium rate should be made also between the residents of Eups and Myons as the Eup population has more favorable access to the medical institutions. In order to effectively implement this weighted rates of premium system, the present classification of seven grades should be elaborated into more grades than the present.