

건강보험 재정위기 진단과 전망

Evaluation on the Financial Crisis of the National Health Insurance

1. 머리말

의약분업의 도입과 더불어 촉발된 건강보험의 재정위기 논쟁이 뜨거운 사회적 이슈로 등장하였으며, 향후 상당기간 진통이 불가피하다. 보험급여비가 급격히 증가한 원인에 대한 진단은 현재 계량적으로 명쾌하게 분석하기가 어렵기 때문에 이해당사자들이 처해 있는 입장에 따라 상당한 해석상의 차이를 보이기도 한다.

재정위기를 초래한 원인과 책임을 두고 많은 논란이 전개되는 것과는 별도로 재정위기를 타개하기 위한 대책에 대해서도 전문가들간에 이견이 노출되고 있다. 시민 소비자단체, 노동계, 경영계, 의료계, 약계, 제약회사, 정부 및 보험자 등 관련 당사자들간에도 입장의 차이를 노정하고 있다.

본고는 제한된 자료의 범위내에서 그나마 건강보험 재정위기의 원인을 실제 발생한 진료비자료에 따라 충실히 진단하고, 향후 재정을 전망하여 보았다.



崔秉浩

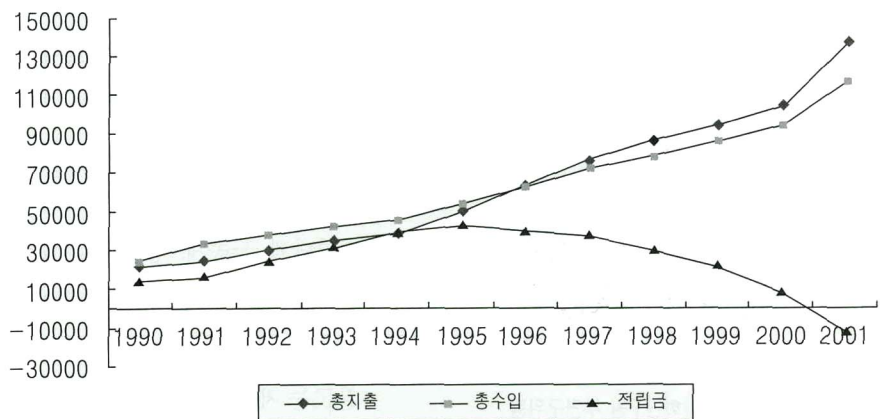
한국보건사회연구원 부연구위원

2. 재정위기의 진단

재정위기의 진단을 과거 자연적으로 진료비가 증가할 수밖에 없었던 구조적인 원인과 최근 의약분업과 관련한 수가수준의 상승에 따른 위기발생의 단기적인 원인으로 나누어 접근하였다.

보험재정은 1996년부터 수지적자를 나타내어 이미 재정위기는 시작되고 있었으며, 그 동안 적립하였던 준비금으로 수지적자를 메꾸어 왔다(그림 1 참조). 물론 통합 이전에 조합방식으로 운영되던 시스템하에서는 흑자 운영을 하는 조합과 적자 운영을 하는 조합이 혼재되어 있기 때문에 조합별 수지상황을 단순 합산한 전체적인 재정상황을 보여주기 때문에 엄밀한 의미에서 수지적자라고 단정하기에는 다소 무리가 있다. 의약분업이 시행되던 2000년에 그다지 지출이 크게 늘어나지 않은 것은 의료계 파업의 영향이 컸다. 이후 2001년에 본격적으로 지출이 발생하여 14조원에 육박하리라 전망된다. 여기에는 7월부터 시행된 정부의 재정안정대책에 따른 재정절감분이 계상된 수치이다.

그림 1. 건강보험 재정수지 및 적립금의 추이(1990~2001년)



그 동안 건강보험재정이 증가하는 요인들은 <표 1>에 정리하였듯이 급여일수가 연장되고 그 외 보험급여항목이 상당히 확대되었으며, 의료이용률인 1인당 연간진료건수는 1991년이래 2배 가까이 증가하였다. 연간내원일수도 50%가 증가하였다. 그리고 65세 이상 노인인구도 1991년 207만명에서 2000년 302만명으로 증가하였으며, 노인

의 수진율은 3.4배 증가하였다. 특히, 주 의료공급자인 의사수가 1.9배 증가함으로써 진료비 증가는 필연적인 것임을 암시한다. 이러한 진료비 증가요인들의 상승세가 이어진다면 향후 재정적 압박을 벗어나기가 힘들어질 것이다.

표 1. 건강보험 진료비 증가요인들

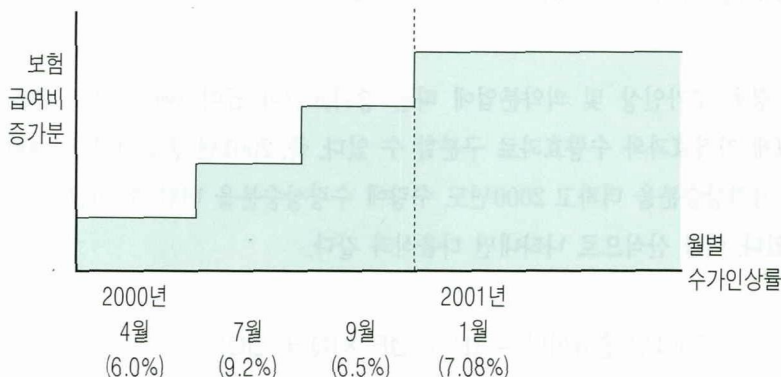
	1991	1995	2000
급여일수(일)	180	210	365
수진율 ¹⁾	3.35	4.46	6.31
내원율 ²⁾	7.88	9.50	11.66
65세+인구(만명)	207	248	302
(인구비중, %)	5.07	5.64	6.58
65세+수진율	3.52	5.88	11.81
의사수(명)	38,928	56,166	72,217 ³⁾

주: 1) 1인당 연간진료건수, 2) 1인당 연간내원일수, 3) 1999년
 자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도
 통계청, 『장래인구추계』, 1995.

건강보험재정의 증가에는
 급여일수의 연장,
 보험급여항목의 확대,
 1인당 연간진료건수 및
 연간내원일수의 증가 등의
 요인이 있다.

2000년과 비교한 2001년의 보험급여비 증대는 2000년 중의 4월, 7월, 9월 세 차례의 수가인상에 따른 급여비 증가와 2001년 1월의 수가인상에 따른 급여비 증가의 누적 합인 결과이다(그림 2 참조).

그림 2. 2000~2001년 수가인상과 보험급여비 증대효과 개념도



그리고 동 그림에서와 같이 2000년의 급여비 증대는 4월, 7월, 9월 세 차례의 수가 인상이 다른 시점에서 이루어졌기 때문에 2000년 연간 급여비 증대에 미치는 효과는 크기에 있어서 차이가 발생한다. 또한 주의하여야 할 점은 2000년 7월에 의약분업은 도입되었으나 7월은 거의 계도기간이었고, 8월과 9월은 의료계의 파업이 있었기 때문에 수가인상이 급여비 증대에 제대로 반영되지 못한 부분이 있다. 따라서 2000년 실제 급여비 규모는 파업 때문에 과소 발생하였기 때문에 급여비 증대효과가 과장될 수 있다. 파업이 없었을 경우에 발생하였을 급여비와 비교하는 것이 수가인상 효과의 측정 측면에서 타당할 것이다.

따라서 <표 2>에서와 같이 2000년에 실제로 나타나야 할 급여비 총액은 과거 자연증가율에 의해 추계된 9조 3051억원과 의약분업 등에 따른 인상효과 1조 877억 원을 합한 10조 3928억원이 되어야 한다. 하지만 2000년 실제 지급된 급여비는 9조 321억원으로 나타나 의약분업에 따른 의료기관들의 파업에 따른 재정증가는 추계된 급여비 10조 3928억원과 실제급여비 9조 321억원 사이의 차액인 1조 3607억원으로 볼 수 있다.

표 2. 2000년 재정증감 분석

(단위: 원)

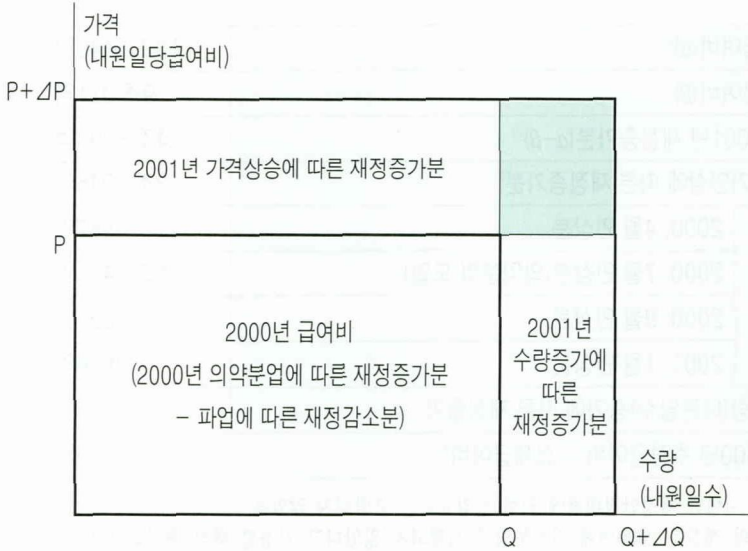
의약분업 미시행시 예측급여비(b_1)	9조 3051억 ¹⁾
의약분업 시행에 따른 재정증가(b_2)	1조 877억
파업이 없었을 경우의 급여비(b_1+b_2)	10조 3928억
실제급여비(b_3)	9조 321억
파업에 의한 재정감소($b_1+b_2-b_3$)	1조 3607억

주: 1) 의약분업미시행시 급여비는 과거 5년간 평균급여비 증가율 18.27% 적용

2001년의 경우 수가인상 및 의약분업에 따른 증가요인이 급여비에 미친 영향을 분석할 때 크게 가격효과와 수량효과로 구분할 수 있다. 즉, 2001년 총급여비는 2000년도 가격에 가격상승분을 더하고 2000년도 수량에 수량상승분을 더한 후 이를 곱하여 구할 수 있다. 이를 산식으로 나타내면 다음식과 같다.

$$2001년\ 총급여비 = (P + \Delta P) \times (Q + \Delta Q)$$

그림 3. 2000년 대비 2001년 보험급여비 증대효과 개념



주: 빗금친 부분은 수량효과와 가격효과의 복합효과

여기서 가격효과인 ΔP 는 다시 수가인상에 따른 가격효과인 ΔP_s 와 자연증가에 의한 가격효과 ΔP_n 로 구분할 수 있다. 그리고 ΔQ 도 의약분업에 따른 외래증가효과인 ΔQ_o 와 수량의 자연증가에 의한 수량효과 ΔQ_n 로 구분할 수 있으나, 자료의 제약상 이러한 구분은 추후 분석 대상으로 미루었다. 분석결과는 <표 3>과 같다.

3. 재정위기에 대한 평가

근래에 발생한 건강보험의 재정위기에 대한 평가는 복잡한 양상을 띠고 있다. 이는 의약분업 시행의 긍정적인 측면과 부정적인 측면에서 관련 당사자들 입장의 미묘한 차이로부터 비롯된다. 의약분업과 건강보험통합을 지지하는 입장에서 있는 쪽은 재정위기를 의약분업과 통합에 원인을 돌리기보다는 의약분업의 디자인이 잘못되고 인상시켜서는 안될 수가를 인상시켰기 때문으로 판단한다. 또한 재정위기는 이미 구조적으로 예견된 것이며 수가인상이 위기를 앞당겼을 뿐이라고 주장한다.

근래에 발생한 건강보험의 재정위기에 대한 평가는 의약분업 시행의 긍정적인 측면과 부정적인 측면에서 관련 당사자들 입장의 미묘한 차이로부터 비롯된다.

표 3. 2000년 대비 2001년 재정증가 분석

(단위: 원)

2001년 추정급여비(α) ¹⁾		13조 8449억
2000년 실제급여비(β)		9조 321억
2000년대비 2001년 재정증가분($\alpha-\beta$) ²⁾		4조 5398억
재정 증가분의 구성	수가인상에 따른 재정증가분 ³⁾	3조 7245억
	2000. 4월 인상분	4587억
	2000. 7월 인상분(의약분업 도입)	1조 7411억
	2000. 9월 인상분	5391억
	2001. 1월 인상분	9856억
	수량(내원일수)증가에 따른 재정증가	8153억
2000년 추정급여비 - 실제급여비 ⁴⁾		2730억

- 주: 1) 정부가 7월 시행한 재정안정대책에 의한 절감효과는 포함되지 않았음.
 2) 재정증가분의 계산은 2000년에 의약분업이 시행되지 않았다고 가정할 때의 추정급여비를 비교의 기준으로 삼았음.
 3) 일당급여비 증가에 따른 가격효과와 내원일수의 자연증가에 따른 수량효과가 혼재되어 있으며, 가격 및 수량의 복합효과에 의한 재정증가분은 7844억원으로 추정됨.
 4) 2000년 의약분업 미시행시 추정급여비 9조 3051억원에서 실제급여비 9조 321억원을 제외한 것임.

반면, 의약분업과 건강보험통합에 부정적인 입장을 견지하는 쪽은 의약분업의 시행에 따른 수가 인상이나 신설을 예측했어야 하고, 보험제도권 밖에서의 의료이용이 보험제도권내로 진입하게 되어 추가적인 비용이 들 수밖에 없다고 주장한다.¹⁾ 따라서 현재와 같은 형태의 완전분업을 일시에 무리하게 추진하다보니 재정위기가 발생한다는 논리에 입각하고 있다. 또한 통합으로 인하여 직장조합의 준비금적립금이 미리 소진됨으로써 위기를 더욱 가속화시켰다는 주장을 펼치고 있다.

재정위기의 현상에 대하여 각각 다른 평가를 내리고 있지만, 재정위기 상황의 부정적인 측면과 타당성 측면을 짚어보자. 재정위기의 타당성 측면으로서는 첫째, 의약분업 이전에 약국에서 임의조제로 인한 소비자의 본인부담비용이 보험재정으로 흡수된 부분은 소비자의 보험료부담 증가가 필요하다는 점은 대부분 공감하고 있으므로 이 부분에 대해서는 위기상황에 어느 정도 정당성을 부여할 수 있다. 다만, 외래전체의 방문일수 증가동향으로 보아서는 외래 환자의 의료기관 방문증가를 뚜렷이

1) 의약분업을 지지하는 쪽도 비제도권에서의 의약품 오남용이 제도권내로 편입되면서 오남용이 줄어들고 재정적 부담을 가중시키는 점을 부각하고 있다.

입증하기가 어렵다. 외래 방문의 내용으로 볼 때에 의원급은 방문이 늘어나지만 병원급 외래는 줄어드는 양상을 보이고 있다. 이는 의료전달체계의 관점에서는 비교적 바람직한 현상으로 볼 수 있다. 그리고 의약분업 이전에 약국에서의 임의조제에 따른 의약품 소비규모를 정확히 알 수 있는 자료가 제한되어 있기 때문에 의약분업 이후의 부담 이전을 쉽사리 평가 내리기에는 한계가 있다.²⁾ 둘째, 고가약 처방의 증가는 보험재정을 증가시키지만, 의사 처방의 자율성을 제고하고 환자들에게 대하여 양질의 약을 소비하도록 하는 계기가 된다는 점에서 긍정적이다. 다만, 불필요하게 고가약을 처방한다면 의료자원의 효율적 활용이란 면에서 부정적이다. 셋째, 수가 인상은 그 동안 억제되어 왔던 수가의 현실화 측면이 있다. 그 동안 계속 저수가-저급여-저부담에 대해 비판받아 왔기 때문에 의약분업을 계기로 수가수준을 현실화하는 조치를 취하였다. 그러나 막상 수가의 인상이 재정적 위기를 초래하자 의료서비스의 편익이 없는 수가 인상은 소비자 부담만 가중시킨다는 비판이 제기되고 있다.

재정위기의 부정적 측면을 살펴보자. 첫째, 의약분업 시행을 앞두고, 혹은 시행과정에서 의료계와 약사회 양 집단이 경영상 위기를 우려하여 집단적인 파업을 감행함으로써 수가 및 조제료가 무리하게 인상되었다. 그런데 보험재정의 위기와 요양기관 경영상의 위기에 대한 정확한 진단이 없는 상황에서 수가인상이 결정되었다. 결과적으로 기대이상으로 이윤 폭이 증가하는 집단이 발생하거나, 기대이하로 손실을 보는 집단이 발생하게 되었다. 후자의 집단은 다시 일부 수가 인상을 요구하게 되며, 전자는 수가의 실질적인 인하조정을 추진하는 정부와 대치하는 형국에 처해 지는 것이다. 외래 환자가 줄어드는 병원급(주로 중소병원)의 경우 본인부담을 인하함으로써 의원을 방문하는 환자들을 다시 병원으로 되돌리려는 데에까지 파급이 되고 있다. 둘째, 공급자들이

의약분업과 건강보험통합에 부정적인 입장을 견지하는 쪽은 의약분업의 시행에 따른 수가 인상이나 신설을 예측했어야 하고, 보험제도권 밖에서의 의료이용이 보험제도권내로 진입하게 되어 추가적인 비용이 들 수밖에 없다고 주장한다.

2) 전문약 처방을 필요로 하는 환자들이 실제 의료기관을 방문하는지, 아니면 불편을 이유로 의료기관을 찾지 않아 질병을 방치함으로써 건강이 악화될 것인지에 대한 검증이 제대로 이루어지지 않고 있다. 한편 그 동안 불필요하게 약국에서 전문약을 조제받던 환자들이 일반약으로 대체함으로써, 전문약의 불필요한 과잉 투약이 억제되는 긍정적인 효과를 짐작할 수도 있다.

처방료의 인상에 따라 처방일수를 늘려 처방료 수입을 증대시키고, 이어 약국의 조제료 수입도 자동적으로 증대됨으로써 필요 이상으로 재정에 압박을 가져 왔다. 의약분업이 도입된다고 하여 처방일수를 늘릴 타당한 이유는 없다. 따라서 정부는 최근 진찰료와 처방료를 통합하는 방안을 시행하였다. 셋째, 일부에서의 의약담합으로 약제비가 증가하고 필요 이상의 고가약 처방이 재정을 증가시키는 왜곡된 현상이 발생되기도 한다. 또한 병원 가까운 문전약국이 조제에 필요한 의약품을 구비하고 있음으로 동네 약국 고유의 지역주민에 대한 복약지도 서비스 기능이 약화되는 현상이 발생하고 있다. 이는 문전약국의 대형화와 동네약국의 쇠퇴를 초래함으로써 당초의 의약분업 취지와는 다소 멀어지고 있다. 넷째, 보험료 조정은 현재 공단내의 '재정운영위원회'에서 심의·의결하고 있는 바, 동 위원회에는 공급자대표들이 참여하지 않기 때문에 주로 시민사회단체·노총·경총 등 소비자대표들이 보험료 인상에 저항하고 있어 적기에 보험료 인상이 되지 못하게 됨으로써 재정적자의 폭을 크게 벌이는 결과를 초래한다. 가입자대표들은 수가 인하의 전제 없는 보험료 인상에 반대하는 논리에 입각하고 있는 바, 수가 인하의 타당성에 대한 끊임없는 논쟁의 와중에서 수가가 인하되지 않는다면 재정적자는 계속 늘어날 수밖에 없다. 한편 수가의 조정은 보건복지부에 설치된 '건강보험심의조정위원회'에서 의결되는 바, 동 위원회에는 공급자 대표들이 참여하므로 수가를 인하 조정하려는 가입자대표 및 정부(보험자) 관계자와의 갈등을 빚고 있다. 따라서 수가의 조정과 보험료의 조정이 동시에 결정되지 않고 각각 다른 심의기구에서 의결되므로 구조적으로 보험재정의 수지균형을 맞추기가 어렵게 되어 있다.

4. 전 망

건강보험의 재정은 근간의 위기를 국고지원의 확대나 금융차입으로 넘어간다고 안정화를 낙관하기가 어려운 구조적 문제가 상존하고 있다. 먼저 현재의 건강보험이 여전히 낮은 보험급여와 높은 본인부담 구조에 대해 비판을 받고 있기 때문에 보험급여 확대의 압력은 지속적으로 제기될 것이다. 따라서 장기적으로는 보험재정의 확대 안정을 추구해야 할 가능성이 크다. 이는 곧 보험료부담의 증가로 귀결될 수밖에 없고, 비급여 항목의 급여화에는 수가 현실화문제가 개입될 수밖에 없어 수가수준을 놓고 다시 갈등이 되풀이될 것이고 보험재정을 압박할 것이다.

선진외국에서의 의료비 가운데 보험급여로 보장되는 실질적인 보험급여율을 보면(표 4 참조), 향후 건강보험의 급여율이 단계적으로 확대되어야 할 압력을 받을 것이다. 이에 따라 보험재정은 계속 증가할 것이다. 선진국들의 보험료율은 일본을 제외하면 거의 15%내외이고, 대만의 경우도 16%에 달한다. 이는 곧 우리의 나아갈 방향을 암시하기도 한다.

표 4. 외국의 실효(實效)보험급여율과 보험료율

(단위: %)

	실효보험급여율(1997)	보험료율
프랑스	73.0	19.6+조세 ¹⁾
독일	91.0	19.5
일본	88.0	8.5
룩셈부르크	90.0	12.6~7.3 ²⁾
네덜란드	76.0	17.65+정액
대만	-	15.98 ⁴⁾
한국	53.4 ³⁾	3.4

- 주: 1) 자동차보험료에 12% surcharge, 의약품광고, 알코올, 담배에 조세(*장애, 유족급여에도 충당)
 2) 룩셈부르크는 생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나, 정부가 보험료의 35%를 보조하므로 이를 감안하여 조정한 수치임.
 3) OECD 자료에 따르지 않고 1999년 기준으로 추정된 수치임.
 4) 8.5%이지만 실제보험료율은 피부양자수에 비례하므로 평균 피부양률 0.88명을 감안하여 조정

자료: OECD, Health Data, 2000.

US Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World, 1999.

심지어 터키 11%, 멕시코 11.8%에 견주어 볼 때에 우리의 보험료 부담은 국민소득에 비추어도 낮다. 물론, 보험급여의 보장수준과 보험료부담을 함께 비교하여야 하지만, 급여확대와 더불어 재원의 확대는 불가피한 선택일 수도 있다. 우리나라의 현행 보험료율은 3.4%이나, 가까운 2002년의 재정전망에 의하면 적어도 5% 이상으로 인상되어야 수지균형을 유지할 수 있다. 실효급여율은 55% 내외일 것으로 추정되

현재의 건강보험이 여전히 낮은 보험급여와 높은 본인부담 구조에 대해 비판을 받고 있기 때문에 보험급여 확대의 압력은 지속적으로 제기될 것이며, 장기적으로는 보험재정의 확대안정을 추구해야 할 가능성이 크다.

지만, 실효급여율을 80% 이상으로 확보하기 위해서는 보험료는 8% 정도로 인상되어야 할 것으로 판단한다. 보험료율 8% 수준은 국제수준에 비추어 그다지 무리한 부담은 아닐 것이나, 향후 소득수준의 상승, 노인인구의 증가와 노인의료비의 상승추세(표 5 및 6 참조), 그리고 의료기술의 발전과 의료서비스의 질 향상을 전망할 때에 보험료율 8% 수준은 상향조정될 수밖에 없을 것이다.

표 5. 65세 이상 노인인구비중의 전망

(단위: %)

2001년	2010년	2030년
7.4	9.9	19.3

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 1995.


표 6. 선진국의 1인당 평균의료비의 65세 이상/65세 미만 비율(1993년)

캐나다	핀란드	프랑스	독일	일본	영국	한국
4.7	4.0	3.0	2.7	4.79	3.65	2.4

자료: OECD, *Health Data*, 2000.

5. 맺는 말

의약분업 시행으로 야기된 건강보험의 재정위기 진단을 현단계에서 수집가능한 거시적인 자료로 분석하였다. 보다 미시적인 분석을 위하여는 좀더 자료의 세분화가 필요하지만, 의약분업이 미친 행태변화를 분석하는 작업이 어려울 뿐 아니라 비보험권에서의 자료 공백으로 여전히 밝혀내기 어려운 한계가 있다. 향후 진료비의 증가전망을 일정한 가정에 의하여 추계가 가능하겠지만 현재 정부가 시행중인 재정안정대책이 어떠한 효과를 나타낼지 좀더 기다려보아야 할 것이다. 그리고 건강보험이 부분적으로 '공공재'의 성격을 띠고 있으므로 공적인 재원조달이 예측 가능하여야 하고, 이를 위해서는 대부분의 선진국에서와 같이 진료비 총액목표의 상한을 억제하려는 제도적 기전이 도입되지 않을 수 없다. 그래야만 보험재정을 전망하고, 이에 따른 재원조달방안을 세심하게 강구할 수 있다.

아무튼 선진국의 건강보험 추이를 따라간다면 보험혜택의 증가와 노인인구의 자연증가로 진료비의 증가는 불을 보듯 명확하다. 이에 따라 직장근로자의 보험료 인상은 가능할 수 있겠지만, 현재 소득, 부동산, 자동차 등에 대해 보험료를 산정하는 지역가입자의 부과방식으로는 보험료의 급격한 인상은 한계에 부딪칠 것이며 보험료를 체납하는 사각지대가 온존할 것이다. 따라서 지역가입자의 소득과악이 원활히 이루어지지 않는 한 재원조달방식의 전환을 검토할 필요가 있다. 나아가 전체적인 재정운영의 틀을 개편하는 작업이 필요할 것이다. 사회보험료에만 의존하는 방식은 한계에 달할 것으로 전망되며, 의료저축제나 조세재원에 의한 재원조달을 깊이 검토하여야 할 것이다. 

지역가입자의 소득과악이
원활히 이루어지지 않는 한
재원조달방식의 전환을
검토할 필요가 있으며,
나아가 전체적인
재정운영의 틀을 개편하는
작업이 필요할 것이다.