

醫療保險制度的 成果와 發展方向에 관한 세미나 報告書

日時：1992. 7. 9 (木)

場所：韓國保健社會研究院

韓國保健社會研究院
醫療保險聯合會



머리말

이 보고서는 1992년 7월 9일에 개최된 「의료보험제도의 성과와 발전방향」에 관한 세미나의 결과를 담고 있다.

우리나라에서 의료보험이 실시된지 15년 그리고 전국민의료보험이 달성된지 3년이 되는 현 시점에서 다시 한번 의료보험제도의 성과를 조명해 보는 것은 의미있는 일이 될 것이다. 이제는 양적인 의료보장인구의 확대에 뒤이어 의료보험제도의 질적인 개선을 추진하면서 비용-효과성의 제고를 함께 도모해 나가야 할 시점이다. 따라서 본 세미나의 목적은 의료보험제도가 성취한 것은 무엇이고, 성취하지 못한 것은 무엇인가 등에 대한 전반적 검토를 함으로써 당면과제의 도출과 이에 따른 향후 의료보험제도의 내실화를 위한 발전방향을 모색하는데 있었다.

세미나에서는 세가지 주제가 발표되었는데 제 1주제인 전국민의료보험제도의 성과와 과제에서는 전국민의료보험의 실시로 의료서비스에 대한 접근성의 향상, 특히 지역별로 농촌, 연령적으로는 노인의 의료이용이 높아졌고, 소득계층에 따르는 경제적 장벽을 완화하는데 기여한 것으로 결론 짓고 있다. 또한 그동안 의료이용의 양적 팽창에 따라 적용인구 1인당 평균진료비의 증가율이 매우 높았음에도 불구하고 GNP 증가율의 범위에서 유지됨으로써 의료비증가가 국민경제에 부담을 주지 않는 것으로 평가하고 있다. 그러나 앞으로 이같은 증가율이 지속되는 한 국민경제에 상당한 부담으로 작용할 것으로 전망되고, 또한 비급여부분의 축소를 통한 보험급여 수준의 확대와 의료보험제도의 효율성을 어떻게 추구해야 하느냐 하는 어려운 과제가 남아있다. 제 2주제인 의료보험재정 현황과 전망에서는 그동안 지역의료보험의 재정적자 때문에 국민의료보험의 전망이 불투명했으나 이제 전반적인 흑자재정을 기록함에 따라 보험급여의 개선, 재정흑자분의 의료보험사업에의 재투자 등 의료보험제도의 내실화를 기할 수 있는 여건이 조성된 것으로 보고 있다. 제 3주제인 의료보험 수가와 병원경영에서는 의료서비스

의 공급이 수요에 비해 부족하며, 아울러 양질의 다양한 의료서비스에의 요구가 증대되고 있는 현실을 감안할 때 의료수가의 구조조정을 포함한 수가 정책의 개선이 필요하다고 지적하고 있다.

본 세미나의 주제 발표자와 토론자에게 심심한 사의를 표하며, 세미나의 재정지원을 해준 의료보험연합회측에 감사한다. 끝으로 세미나의 준비, 진행 및 보고서 발간에 수고를 아끼지 않은 김기욱 책임연구원, 한혜경 주임연구원의 노고를 치하한다.

1992. 9

한국보건사회연구원
원장 지 달 현

目 次

머 리 말

세미나 일정

제 1 주제 : 全國民 醫療保險制度의 成果와 課題	1
제 1 주제 토론	54
제 2 주제 : 醫療保險 財政現況과 展望	61
제 2 주제 토론	101
제 3 주제 : 醫療保險 酬價와 病院經營	121
제 3 주제 토론	136

<부록>

개 회 사

인 사 말

세미나 일정

7월 9일 (목)

- 14:00 - 15:20 주제 1 : 전국민 의료보험제도의 성과와 과제
좌 장 : 김일순 (연세대학교 보건대학원장)
발표자 : 노인철 (한국보건사회연구원 연구위원)
토론자 : 양봉민 (서울대학교 보건대학원 교수)
 정환필 (한국의료관리연구원 연구위원)
- 15:20 - 15:30 휴 식
- 15:30 - 16:50 주제 2 : 의료보험 재정 현황과 전망
좌 장 : 유승흠 (연세대학교 의과대학 교수)
발표자 : 문옥륜 (서울대학교 보건대학원 교수)
토론자 : 이규식 (연세대학교 보건과학대학 교수)
 강암구 (의료보험연합회 의료보장연구실 연구위원)
- 16:50 - 17:00 휴 식
- 17:00 - 18:20 주제 3 : 의료보험수가와 병원경영
좌 장 : 송건용 (한국보건사회연구원 연구위원)
발표자 : 안경태 (삼일회계법인 상무)
토론자 : 조우현 (연세대학교 의과대학 교수)
 이종철 (서울서초구 지역의료보험조합 대표이사)

全國民 醫療保險制度의 成果와 課題

노 인 철

한국보건사회연구원 연구위원

- I. 서론
- II. 의료보장제도의 국제비교
- III. 우리나라 의료보험제도의 성과와 문제점
- IV. 정책과제와 발전방향

I. 序 論

인간은 누구나 전생애에 걸쳐 질병, 부상, 노령이라는 위험에 직면하게 되며, 그로 인한 건강상실, 막대한 의료비부담, 노동력상실 등으로 사회문제와 사회적 불안이 형성된다. 또한 고도성장의 부산물로 등장한 계층간·직종간 임금격차, 산업재해, 환경 및 생태계의 파괴, 직업병의 출현 등이 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 따라서 건강한 사회를 유지·발전시키기 위해서는 사회적 위험을 공동으로 대처하는 집단적 노력이 필요하고, 이러한 산업사회의 구조적 요구에 대한 정책적 대응으로 등장한 것이 바로 의료보험제도이다.

우리나라에서는 경제개발계획이 시작되고 산업화가 이루어지기 시작한 1960년대 초반에 의료보장제도의 필요성에 대한 인식이 대두되기 시작하여 의료보험제도가 처음으로 법제화된 것은 1963년의 일이다. 그러나 정부의 재정형편과 사회경제적 여건의 불충분성 때문에 의료보험제도는 부분적인 시범사업을 제외하고는 이루어질 수 없었다.

따라서 1976년 12월에 500인 이상 사업장 근로자를 강제 적용대상으로 하고 지역주민에게는 임의 적용하며, 관리운영형태는 조합주의 형태로 하는 등의 내용을 담고 있는 제2차 의료보험법의 개정과 1977년 12월 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제정의 배경에는 여러가지 사회경제적 요인이 작용했을 것이지만 무엇보다 경제적 상황의 변화가 중요한 역할을 했을 것으로 보인다. 제2차 의료보험법의 개정을 통하여 1977년 7월 1일부터 500인 이상 사업장이 의료보험의 당연 적용대상이 된 이래, 한국의 의료보험 적용대상자는 단계적으로 확대되어 왔다.

초기의 의료보험제도에 관한 정책결정 과정에서는 국가재정부담의 최소화, 보험재정의 안정화, 보험관리의 편리성에 입각하여 정책이 산출된 것으로 알려진다. 이같은 논의를 뒷받침하는 예는 의료보험의 적용대상의 선정

과정에서도 분명히 드러난다. 외국의 경우, 대부분 초기 의료보험은 산업 재해위험이 비교적 큰 직종의 생산직 근로자를 우선으로 시작하는데 비해 우리나라는 의료보험이 실현가능한, 즉 보험료를 부담할 수 있는 대상으로부터 시작함으로써 정말로 의료보험의 적용을 필요로 했던 영세업체의 근로자, 농어민, 영세자영업자 등이 소외되어 왔다. 즉, 농어촌 지역과 도시지역의 의료보험이 실시되기 전까지의 의료보험 적용대상자의 확대는 주로 피용자와 그 피부양자를 중심으로 이루어졌기 때문에 계층간의 위화감과 미적용 계층이 상대적으로 비싼 의료비를 부담하는 등의 문제점을 가지고 있었다.

결국 위와 같은 문제의식이 사회전체로 확산되면서 1988년 1월 1일부터 농어촌 의료보험이 전면적으로 실시되고 1989년 7월 1일부터는 도시지역 의료보험이 실시됨으로써 명실공히 전국민의료보험의 시대를 열게 되었다.

한달선(1987)은 “의료보험 10년의 성과와 과제”라는 논문에서 의료보험의 성과로서 적용인구의 의료이용수준이 비교적 급속히 증가하였고, 소득계층간의 차이도 많이 해소되었다는 점을 지적하고 있다. 그러나 시급한 당면과제로서 전국민 적용확대를 지적했고, 공간적, 시간적 접근도에 따른 의료이용도의 격차문제, 의료비 증가에 따른 보험제정의 안정문제, 보험료 각출방법과 급여구조, 관리운영체계 등에 의한 소득역진적인 요소를 문제점으로 강조했다.

이제 의료보험이 도입된지 12년이라는 최단기에 전국민의료보험을 실현함으로써 이 시점에서 다시 한번 의료보험제도의 성과를 분석하는 것은 의미있는 일이 될 것이다. 즉, 이제는 양적인 의료보장인구의 확대에 뒤이어 의료보험제도의 질적인 개선을 추진하면서 비용-효과성의 제고를 함께 도모해 나가야 할 전환기이다. 따라서 전국민의료보험 실시 3년이 지난 현단계에서 의료보험제도가 성취한 것은 무엇이고, 성취하지 못한 것은 무엇인가? 그리고 의료보험 도입이 의료접근성, 형평성, 효율성을 진작하는데 얼마나 기여했는가? 하는 문제가 이 시점에서 검토되어야 하고 바람직한 방향이 모

색되어야 한다.

따라서 의료보험제도의 성과를 평가하고 문제점을 개선할 수 있는 주요 정책과제를 도출하고자 하는 것이 본고의 목적이다. 이같은 목적을 위해서 제 II장에서는 재원조달방식을 중심으로 한 몇개국의 의료보장제도를 간단히 비교할 것이며, 제 III장에서는 우리나라 의료보험제도의 성과를 분석하기 위해 Hsiao(1990)의 분석틀을 중심으로 전국민적용여부, 의료접근성, 보험료부담 및 급여의 형평성, 의료비억제, 자원의 효율적이용에 관한 분석을 시도할 것이다. 마지막 장에서는 우리나라 의료보험제도의 주요 정책과제의 발전방향에 관해 논의하고자 한다.

II. 醫療保障制度의 國際比較

의료보장을 위한 제도적 형태는 크게 세가지로 구분되는데 첫번째는 개개인을 질병으로부터 보호하는 보편주의적 이념에 입각하여 정부의 일반재정에서 그 재원을 충당하는 조세조달방식이 있고, 두번째 유형은 근로자를 중심으로 임금이나 소득에 근거한 보험료로 충당하는 사회보험방식이며, 마지막으로 소비자선택과 시장경쟁원리에 입각한 다원화방식이 있다.

1. 租稅調達方式(General Tax Financing)

1.1 中央政府에 의한 直接傳達體系

이 방식을 채택하고 있는 국가들(가장 대표적인 국가는 영국임)에서는 중앙정부가 일반재정에서 의료비지출을 위한 예산을 배정하기 때문에 교육, 기술개발, 교통, 농업육성, 주택, 국방, 사회간접자본 등을 위한 예산배정과 의 경쟁관계를 갖게 되어 예산확보에 어려움을 겪게 된다. 의료자원의

배분방식, 즉 무엇을 그리고 누구를 위해서 자원이 배분되는가를 결정하는데 정부의 역할이 가장 크게 요구되는 제도이다.

조세방식하에서는 정부가 의료시설을 소유하고 관리운영하여 의료서비스를 직접 공급하는 형태를 취하게 된다. 진료비지불방식은 병원에 고용된 의사들은 봉급을 받은 반면 일차의료를 담당하는 개원의는 주로 인두제(capitation)에 의해 보수수준을 결정한다.¹⁾ 따라서 재원조달, 진료비지불 및 의료서비스 전달방식이 조직적으로 연계되어 통합된 체계라고 볼 수 있다.

그러나 Culyer(1989)와 Abel-Smith(1990)는 일반조세에 의한 재원조달 방식에 심각한 문제가 있다고 지적한다. 즉, 주어진 정부의 예산범위 내에서 의료비지출을 위한 예산이 배정되기 때문에 다른 사회 및 경제프로그램을 위한 예산배정과의 경합이 심하여 예산확보의 어려움이 따르게 된다는 것이다. 그리고 새로운 의학기술의 급속한 발달이나 신약공개발을 위한 예산수요가 매년 증가하는데 비해, 경제침체로 인하여 정부재정수입이 낮아질 경우 의료시설의 확충이나 의료기술발전을 위한 예산이 부족해진다는 것이 최근의 영국경험을 통해 입증되었다. 그리하여 의료시설의 낙후, 의료기술의 저하 등의 치료서비스의 심각한 부족현상이나 대기시간의 장기화 등의 문제가 초래되었다는 것이다.

1.2 地方(州)政府에 의한 間接傳達體系

일반조세에 의한 재원조달이 연방정부 및 주정부에 의해 이루어지고 있는 방식으로서 캐나다가 이 형태를 취하고 있다. 연방정부는 국민총생산규모와 연계하여 주정부에 일정금액을 보조하며 주정부는 의료비지출에 필요한 재원은 주정부 조세를 사용한다. 따라서 주정부는 의료비지출을 재정형편(부담수준)에 맞도록 유지하기 위한 강력한 수단을 구사한다. 캐나다는

1) 전문의는 대부분 병원에 고용된다.

영국과는 다른 진료비지불방식과 서비스전달방식을 채택하고 있는데 그것은 정부에서 서비스를 직접 전달하는 대신에 보험자와 의료공급자간의 계약에 의해 서비스를 전달하는 간접방식이다.

캐나다에는 공공병원과 민간병원이 혼재하고 있으며 독자적으로 개업하는 의사는 행위별수가에 근거하여 진료비를 받으며, 환자는 의사나 병원을 자유롭게 선택할

수 있다. 의료자원의 적절한 배분과 의료비 인플레이션을 억제하기 위해 캐나다는 주정부의 권한하에 공급측 전략에 초점을 두고 있다. 예를 들면 몇몇 주정부에서는 정부와 공급자간의 사전계약에 의한 총액예산제를 시행하고 있다. 의료서비스를 공급하는 의료기관에 지불되는 진료비는 주마다 하나의 기구(single channel)를 통해 지불되고 있으며, 그 기구에서 진료량이나 진료의 적절성에 대한 평가작업도 수행한다. 의료기관에 지불되는 진료비총액이 사전에 결정되는 선불형태의 총액예산제 하에서는 실제 지출총액이 예산총액을 초과할 경우 다음 연도의 예산증가분이 감소하게 된다.

1.3 地方自治團體에 의한 直接傳達體系

이 방식은 지방자치단체가 재원조달의 책임을 질 뿐 아니라 의료서비스도 지방자치단체에서 소유하고 있는 의료기관에서 직접 전달하는 형태인데 스웨덴이 여기에 속한다. 병원에 고용된 의사들은 봉급을 받고, 독자적인 진료를 하는 개원의는 행위별수가에 의해 진료비를 받는다. 지방자치단체에서 재원조달과 의료서비스공급이 결정되므로 지역주민에 의한 민주적 절차에 의한 의료보장이라고 할 수 있다.

그러나 이러한 형태에도 약점이 없는 것은 아니다. 재정이 풍부한 지역이 있는가 하면 재정이 매우 취약한 지역이 있기 때문에 중앙정부가 재정이 취약한 지역에 보조금을 지원하지 않는다면 부유한 지역과 가난한 지역 간에 급여수준이나 서비스접근이 불균형하게 된다는 점이다.

2. 社會保險方式(Social Insurance)

전국민을 적용대상으로 하는 사회보험방식에도 2가지 형태가 있다. 첫째 유형은 정부가 직접 보험자역할을 수행하는 형태이다. 이 경우 재원조달은 임금세(payroll tax)와 일반조세와의 결합에 의해 이루어진다. 두 번째의 유형은 정부가 법에 의해 강제 가입토록 규정함으로써 전국민의료보험을 실현하는 것이며, 여기서 보험자는 비영리 법인단체이다.

사회보험방식하의 재원조달의 강점은 공적부조와 같은 시혜로 받아들이는 대신에 보험료를 부담함으로써 급여혜택을 받을 수 있다는 인식을 갖게 된다는 것이다. 보험료와 보험급여와의 연계가 분명하여 보험료부담을 자발적으로 하며 또한 보다 추가적인 보험급여가 요구된다면 더 높은 보험료를 부담해야 하기 때문에 가능한 보험료저항을 피하면서 보험재정의 수지균형을 쉽게 유지할 수 있다.

2.1 公的 社會保險

정부가 보험자인 경우의 재원조달은 사용자부담, 근로자부담 그리고 일반조세 수입으로부터의 기여금으로 구성되며, 그들의 부담몹은 각각 1/3씩이다. 정부가 보험자역할을 한다고 하더라도 보험재정은 일반재정으로부터 독립되어 있어서 보험수리에 입각한 균형재정이 유지될 수 있도록 보험료율을 법으로 조정한다.

피보험자에게 의료서비스를 전달하는 방식은 정부가 직접 관리하거나 또는 간접전달하는 방식을 채택한다. 스페인과 포르투갈은 의료기관을 정부가 소유하고 운영하는 직접 전달방식을 취하고 있다.

그러나 정부가 직접 보험자가 되는 경우 정치적 압력을 많이 받을 수 있게 된다. 이를테면 유권자의 표를 의식하여 정부가 보다 많은 보험급여를 약속할 경우 인구의 고령화, 의료비의 급속한 상승 등으로 인해 다음

세대의 부담이 증가되는 것이다. 한편 정부가 병의원을 소유하고 직접 관리하는 경우 정치적 압력이 만연되고 의료는 관료화되거나 서비스의 질을 떨어뜨리는 결과를 초래하게 될 것이다.

2.2 強制 社會保險

정부가 보험자는 아니지만 모든 사람이 의료보험에 가입하도록 강제 규정하는 제도이다. 이런 형태는 여러 보험자 중에서 소비자가 보험자를 선택할 수 있는 경우(서독)도 있고 선택할 수 없는 경우(한국, 일본)도 있다. 보험자는 비영리 법인형태나 지방자치단체(예, 일본)에 의해 설립된다. 그리고 정부는 고령자, 장애인, 농민 및 저소득층 등의 보험료부담을 완화하기 위해 일반조세수입 중에서 일부 보조해 주며, 서독, 일본, 프랑스, 한국 등이 여기에 속한다.

피보험자에게 의료서비스를 제공하는 방법은 간접 전달방식을 채택하고 있다. 이런 형태를 취하고 있는 국가들간의 중요한 차이점은 의료비를 억제하기 위해 총액예산제를 채택하고 있느냐, 의료기관에 진료비의 지불창구가 일원화되었느냐 하는 점이다. 독일, 캐나다 및 프랑스의 경우에는 총액 예산제를 채택하고 있으며, 모든 보험자는 의료서비스의 가격과 표준화된 방식에 의한 진료비를 하나의 창구를 통해 지불하고 있다. Reinhardt는 이런 방식을 single pipe 지불제도라고 부르고 있으며 이것은 급격히 증가하고 있는 의료비를 부담가능한 수준으로 유지하는데 중요한 역할을 하는 것으로 볼 수 있다.

의료전달체계를 보면 일본의 경우 대부분의 전문의는 병원에 고용되어 봉급을 받으며 의원과 병원서비스는 연계되어 있다. 반면 서독과 프랑스에서는 의원과 병원간에 연계체계가 이루어지지 않고 있다. 따라서 환자가 의원에서 외래진료를 받은 후 입원하는 경우 의료비의 급증을 피할 수 없다. 왜냐하면 병원과 의원 사이의 역할분담 혹은 조정기능이 이루어지지

않기 때문이다.

간접 전달방식은 의료의 관료화를 줄일 수 있다. 더구나 보험자간 경쟁을 유발하여 관리의 효율성을 높일 수 있다. 그러나 소비자의 역선택문제가 발생하며 보험자는 고령화에 따른 노인들의 높은 의료비를 부담해야 하는 데서 오는 재정문제에 직면하는 경우가 있다. 예를 들면 서독의 지역 금고는 원래 지역관할에 있는 농민을 가입대상으로 하고 있는데, 농촌의 젊은층 인구가 높은 소득을 얻기 위해 도시로 이동함에 따라 지역보험자는 노인인구의 비중이 높아지면 보험료율을 크게 인상하게 되어 지역간 재원조달의 불균형문제가 발생하게 된다. 따라서 정부는 지역보험자간 건강위험이 충분하게 분산되지 않고 있는 데서 야기되는 재정위험을 조정하기 위해 지역조합간 교차보조(cross subsidies)방식을 도입하기도 한다.

3. 多元化(Pluralistic)方式

3.1 公共病院을 통한 全國民適用

민간보험을 가미한 공공병원을 통해서 전국민 의료보장을 달성하려는 형태가 있는데 호주와 싱가포르가 이 범주에 속한다. 모든 국민들에게 공공병원에서 입원 및 외래서비스를 받을 권리가 주어진다. 그리고 정부는 기초의료를 제공하는 공공병원의 운영에 필요한 재원을 일반조세수입에서 충당한다. 이외에 민간 병의원에 의해 제공되는 서비스나 공공병원에서 제공하는 양질의 서비스를 제공하는 민간보험이 허용되며 누구나 자유로이 가입할 수 있다.

이 방식의 문제점은 높은 보험료를 지불할 수 있는 고소득층에 선택권과 주도권이 주어진다는 것이다. 왜냐하면 민간보험에 가입된 사람들일수록 비싼 의료서비스를 선호하며, 그러한 수요가 의료자원의 배분에 영향을

주게 되며 결국 의료비 인플레이션의 원인이 되기도 한다. 또 하나의 문제점은 공공병원의 시설이 악화되고 유능한 의사들은 공공병원에서 기초의료를 요하는 환자를 가능한 적게 다루고 높은 가격을 요구할 수 있는 민간보험의 환자를 더 많이 선호하게 된다는 것이다. 따라서 민간부문에 대한 적절한 규제 및 제한이 효과적으로 적용되지 않는다면 의료의 2층구조(two-tiered system)가 형성되며 또한 만성적인 의료비인플레이션에 직면하게 될 것이다.

3.2 自由選擇과 市場競爭 接近

소비자선택²⁾과 시장경쟁이 의료자원의 효율적 배분과 의료비 인플레이션을 억제하는데 가장 효과적인 수단이라고 믿는 미국과 남아프리카에서 이 방식을 채택하고 있다. 특히 미국에서는 3가지 형태의 의료보장 프로그램이 있는데 첫째는 보험료에 대한 소득세감면 혜택을 주어서 임금근로자 중심으로 민간보험³⁾이 발전되고 있다. 두번째 형태는 65세이상(퇴직)노인의 의료보장을 위한 공적의료보험(Medicare)이며, 세번째는 저소득층을 위한 공적부조(Medicaid) 프로그램이다. 현재 총인구의 12%(31백만명) 정도가 의료보장혜택을 받지 못하고 있으며 이들은 주로 자영상공인, 소규모 기업에 고용되었거나 낮은 임금수준의 공장근로자, 임시근로자 등이다.

자유선택과 시장경쟁접근 하에서는 병원 및 의사에게 새로운 의료기술 개발에 대한 인센티브가 주어져서 새로운 의학기술의 개발과 기술확산이 활발하게 이루어진다. 따라서 의학기술의 발전이라는 측면에서는 매우 바람

2)여기에서 소비자선택이란 소비자에게 의사 혹은 의료기관을 선택할 수 있는 자유권이 최대한으로 허용되는 것을 의미한다.

3)미국에는 시장경쟁을 통해 효율을 높이려는 목적하에 의료전달체계와 연계된 다양한 보험형태가 발전되고 있다. 예를들면 Closed-staff Model HMOs, Group-Practice HMOs, Independent-Practice Association(IA), Preferred-Provider Organizations(PRO), Physician/Hospital Joint Ventures(PHOs)등이 있다.

직한 반면, 보건의료비를 증가시키는 요인으로 작용하기도 한다.

또한 소비자의 기호에 맞도록 다양한 보험료책정과 급여범위를 정하고 있으며 보험자간 가격(보험료)경쟁을 유도할 뿐 아니라 보다 낮은 가격으로 양질의 서비스를 제공하도록 의료공급자에게 압력을 가할 수 있다는 장점을 지니고 있는 제도이다.⁴⁾ 그러나 이런 논리는 실증적으로 검증된 적은 없고, Reinhardt(1990)는 과거 10년간 미국에서 의료비 인플레이션이 가속화되었다고 보고한 바 있다. 시장경쟁원리를 저해하는 몇가지 장애요인이 있는데 그 첫째는 소비자의 역선택이 보험자간 경쟁을 어렵게 만들고 있다는 것이며, 두번째는 의료서비스의 제공에 대한 공급자측의 전문성을 들 수 있다.

Hsiao 교수는 몇개국의 의료보장제도를 비교 평가하기 위해 이제까지 설명한 세가지 재원조달방식에 따라 다음과 같은 평가표를 제시하고 있다.

4) 그러나 행정관리의 효율성에 대해서 다원화방식은 보험상품의 경쟁을 유발하여 더 많은 행정비용이 수반될 수 있다. 즉, 병의원의 경우 청구서식이 서로 다른 여러 보험자를 상대로 각종 자료를 준비해야 하기 때문에 진료비 청구에 비용이 더 많이 소요된다. 또한 보험자도 역시 각 보험자별로 진료비청구를 심사조정하고 지불해야하므로 비용이 더 든다는 것이다.

〈표 II-1〉 재원조달방식별 의료보장제도 평가

재원조달방법	전국민적응	의료접근	의료비억제	자원 효율적이용	부담의 형평성	소비자 선택	기술 혁신
조세방식							
중앙정부/직접전달 (영국)	예	높음	강력함	중간	누진적	낮음	낮음
주정부/간접전달 (캐나다)	예	높음	강력함	높음	누진적	높음	중간
지역정부/직접전달 (스웨덴)	예	중간	강력함	높음		중간	중간
사회보험							
공적보험/직접전달 (스페인)	예	높음	강력함	중간	다소역진적	낮음	
강제보험/총액예산제 (서독, 일본)	예	중간/높음	강력함	중간	역진적	높음	중간
강제보험 (한국)	예	중간	약함	낮음	역진적	중간	
다원화방식							
공공병원/민간보험 (오스트리아, 싱가포르)	예	중간	약함	낮음		높음	
자유선택/시장경쟁 (미국)	아니오	낮음	약함	낮음	역진적	높음	높음

자료: William C. Hsiao, What Lessons can Less-Developed Countries Learn from the Experiences of Developed Nations about a Comprehensive Health Financing Strategy. Paper presented at the Seminar Health Financing and the Role of Health Insurance in Selected Countries in Asia, Bali, Indonesia, 1990.

Ⅲ. 우리나라 醫療保險制度的 成果 및 問題點

의료보험제도의 성과 및 문제점을 평가하기 위해서는 여러 측면의 접근이 가능하다. Hsiao(1990)는 재원조달방식의 3가지 분류를 중심으로 전국민에게 적용되는지의 여부, 의료접근성, 의료비억제, 자원의 효율적 이용, 부담의 형평성, 소비자 자유선택, 기술혁신 등의 목표가 어느 만큼 성취되었는가를 평가한 바 있다.

의료보험제도는 의료서비스의 이용이 필요하다고 판단하는 경우 국민 누구에게나 의료서비스에 대한 접근성을 동등하게 유지해 주어야 하는데 동등한 접근성의 달성에는 형평성과 효율성이 고려되어야 한다. 따라서 본고에서는 접근성, 형평성, 효율성 측면을 분석틀로 하여 우리나라 의료보험제도의 성과 및 문제점을 전국민의료보험의 적용, 의료접근성, 보험료부과 및 급여, 의료비증가 억제, 자원의 효율적 이용의 순서로 논의를 전개하고자 한다.

1. 全國民適用 達成

의료보장제도가 추구해야할 중요한 목표는 모든 국민에게 적용되어야 하며, 기초의료를 모든 국민에게 보편적으로 보장해주는 것이라고 볼 수 있다. 이 점에서 보험가입을 자유의사(자유시장)에 맡겨두면 전국민적용을 달성될 수 없다는 교훈이 미국제도의 예를 통해서 입증되고 있다. 여러 형태의 민간보험이 있는데 이들 보험자간의 가격경쟁은 소비자의 역선택문제와 함께 보험자로 하여금 가장 건강한 사람만을 선택하도록 유도하는 것이다. 그렇게 되면 대부분의 노인, 장애인, 병약자들이 보험에서 제외되는 결과를 가져온다. 이와 동시에 젊은층 인구나 건강한 사람들은 보험가입을 기피하려는 경향이 있다. 더구나 저소득층에 속하는 사람은 보험료를

부담할 수 없어서 상당한 인구가 보험적용에서 제외된 상태에 놓이게 된다.

그러므로 모든 국민을 적용시키기 위한 제도로서 조세방식이나 사회보험 방식이 고려되는 것이다. 이 두가지 방식중 조세방식이 갖고 있는 결점은 재원의 대부분을 국세와 지방세에 의존하고 있으므로 운영자체가 경직되기 쉽고 재정사정의 악화가 직접 서비스수준의 저하로 연결된다는 점이다.⁵⁾ 반면 사회보험방식은 의료서비스를 직접 제공하는 것은 아니지만 재원의 안정적 또는 탄력적 확보라는 측면에서 본다면 조세방식보다 상대적으로 우월하다고 볼 수 있다.⁶⁾

우리나라의 경우 사회보험방식에 의해서 그것도 도입되지 12년이란 짧은 기간안에 전국민의료보험을 달성했다는 것은 높이 평가할만한 하다. 전국민의료보험의 확대과정을 자세히 살펴보면 1977년에 314만명의 적용인구가 전국민의료보험이 달성된 1989년에는 4,018만명으로 전체인구의 93.9%를 점하고 있다. 먼저 직장의료보험의 경우 1977년 7월부터 500명 이상의 사업장 근로자를 당연적용으로 하여, 1979년 1월부터는 300명 이상의 사업장, 1981년 1월부터는 100명 이상의 사업장, 1983년 1월부터는 16명 이상의 사업장, 그리고 1988년 8월부터는 5명 이상의 사업장 근로자까지 그 대상을 확대하였다. 그리하여 1990년 직장보험의 적용인구는 1,616만명으로 총인구의 37.8%를 차지한다.

한편 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험은 별도의 법적근거에 의해 1979년 1월부터 공무원 및 사립학교 교직원과 그들의 피부양자만이 적용대상이었으나 1980년에 군인가족이 추가되었고, 1981년 부터는 연금수급자 및 선거에 의해 취임하는 공무원(국회의원포함)도 적용대상에 포함되었다. 그

5)영국의 대처정권 하에서 국민보건서비스 관계의 예산이 계속 긴축되어 왔었다는것은 잘 알려진 바이다. 그러나 국민보건서비스제도의 특색은 가정의를 포함한 지역의료에 있으며, 복지사업과도 잘 연계되어 있다는 점에서 많은 장점을 가진다.

6)조세방식과 사회보험방식간의 장단점에 관한 자세한 분석은 노 인철 (1989), 전국민의료보험 재원조달에 관한 정책방향의 논문 참조.

리하여 1979년의 적용인구 304만명에서 1990년에는 460만명(총인구의 10.8%)으로 늘어났다. 그리고 지역의료보험은 1981년 7월부터는 3개군에서 시범사업을 실시하였고, 1982년 7월에 추가로 2개군과 1개시에서도 시범사업을 시작함으로써 43만 5천명의 시범지역 자영자가 당연적용을 받게 되었다. 그 이후 1988년 1월에는 군지역주민에게 전면 확대하여 적용인구는 678만명으로 증가했고, 1989년 7월에는 도시주민까지 확대하여 지역의료보험의 적용인구는 1990년 전체인구의 45.4%를 점유하는 1,942만명에 이른다. 특히 임금근로자에 적합한 사회보험방식으로 소득이 밝혀지지 않는 자영자까지 강제적용이 확대되었다는 것은 성공적인 것으로 평가받을 수 있을 것이다.

〈표 III-1〉 의료보험적용인구¹⁾

(단위: 천명)

	1977	1979	1981	1982	1983	1988	1989	1990
적용인구	3,200	7,957	11,497	13,803	15,679	28,906	39,922	40,179
직장보험	3,140	4,852	7,241	8,998	10,572	16,269	16,511	16,155
공교보험	-	3,044	3,977	3,924	4,010	4,508	4,471	4,603
지역보험	-	-	182	435	413	6,777	18,940	19,421
직종보험	-	-	24	324	513	1,082	-	-
임의보험	60	61	73	122	171	270	-	-

주: 1) 적용인구는 연말기준이며, 직종조합과 임의지역조합의 적용인구는 1989년에 지역보험으로 편입됨.

자료: 의료보험연합회, 『'90의료보험통계연보』, 1991.

이같은 성공적인 적용인구의 확대가 가능하게된 배경을 살펴보면, 첫째 전국민 의료보장의 실현에 대한 정부의 노력과 정책의지가 강력했다는 점이다. 두번째는 우리나라의 경우 보험료 부담능력이 높은 임금근로자에게 먼저 적용됨으로써 경제적 부담으로 인해 의료보험의 혜택이 더 필요했던 계층이 제외되고, 그들에게 비싼 일반수가가 적용됨으로써 그들이 상

대적 불만이 심화되고 사회적문제로 인식되면서 의료라는 기본적 요구를 제도적으로 해결해야 하겠다는 공감대가 이루어졌다. 세번째, 지역 자영자를 대상으로 실시한 시범사업을 통해서 경험한 보험재정의 설계, 관리능력 등 노하우의 축적이 중요한 요인으로 작용하였다. 만약 6개 지역에 대한 시범사업의 준비과정을 밟지 않았더라면 과연 12년만에 전국민의료보험시대가 개막되었을가 하는 의문이 제기될 수 있을 것이다. 넷째, 지속적인 경제성장으로 국민의 부담능력이 향상되었을 뿐 아니라 정부의 막대한 예산지원이 가능했기 때문이다. 마지막으로 효과적인 재원조달의 전략을 들 수 있다. 소득수준이 높지 않으면서 소득분배가 불공평한 우리나라의 여건에서는 재원조달의 어려움이 있기 때문에 “저보험료·고본인부담”형태의 수익자부담에 더 비중을 두는 전략이 강제가입에 대한 국민 다수의 저항을 피할 수 있었다고 보여진다.

전국민의료보험의 달성이라는 성과를 과소평가할 사람은 없을 것이다. 그러나 빠른 시간안에 적용인구를 확대하는 데서 오는 부작용도 감안해야 한다. 특히 지역의료보험의 재정안정 문제는 가장 시급한 것이며, 의료수가의 조정문제, 의료의 질적 향상을 유지하면서 의료비증가에 어떻게 대응해야 할 것인가 하는 과제가 남아 있다.

2. 醫療接近性의 向上

의료보장이 추구해야할 두번째의 목표는 모든 국민에게 각자의 필요에 따라 의료서비스의 접근이 동등하게 보장되어야 한다는 것이다. 여기서는 의료접근의 개념을 두가지 측면에서 접근하고자한다. 첫째는 의료자원의 지리적 접근성이고, 둘째는 사회경제적 장벽에 의한 의료이용의 격차문제를 해소하는 것이다. 그러면 먼저 의료보험의 도입이후 의료자원이 어느 정도 증가되었는가를 살펴본 후 의료접근의 향상을 나타내는 두가지 측면을 논의

하기로 한다.

2.1 醫療資源의 增加

의료이용 접근도를 높이기 위한 공급확대는 의료보험이 도입된 이후 의료의 인적·물적자원의 증가가 두드러진 것으로 나타났다. 의료보험도입 이전의 10년과 이후의 10년을 비교해 보면 인구증가율은 감소된 반면 의사, 병상의 증가율은 각각 1.7배, 1.5배로 증가하였다. 한편 같은 기간동안의 인구증가율로 표준화하면 인적자원의 증가율이 2.4배로 물적자원의 증가율(2.1배)보다 약간 높았음을 알 수 있다.

〈표 III-2〉 인구 및 의료자원의 증가율

(단위: %)

	1968-1977(A)	1978-1987(B)	B/A
인구증가율(C)	18.1	12.5	0.69
의사증가율(D)	44.6	74.1	1.66
병상증가율(E)	66.5	97.3	1.46
D/C	2.5	5.9	2.41
E/C	3.7	7.8	2.12

자료: 문 옥륜, “의료보험제도가 국민보건과 의료체계에 미친 영향,” 『의료보험과 국민의료에 관한 세미나 결과보고서』, 대한의학협회, 1991.

의료보험이 도입된 이후 의료기관별 인구 1만명당 병상수를 살펴보면 1981년까지는 의원급 병상이 많았으나 1982년 이후부터는 그 양상이 바뀌어 종합병원급의 병상규모가 급속하게 증가하였다.⁷⁾ 이런 현상은 그동안 종합

7) 병상규모별 증가추세는 300명이상의 의료기관수가 크게 증가하였으며, 1990년 500병상 규모이상의 의료기관수는 1977년의 9배로 의료기관의 대형화추세를 뚜렷하게 보이고 있다. 김 한중(1991), 의료시설의 수급과 정부의 역할의 논문 참조.

병원의 수가 늘어났고 규모가 대형화 되었음을 말해 주며, 입원의 기능이 종전의 의원에서 종합병원으로 옮겨지고 있음을 시사해 준다고 볼 수 있다.

〈표 III-3〉 인구 1만명당 의료기관별 병상수
(단위: 개)

	1977	1980	1982	1985	1990
종합병원	3.8	5.4	6.9	12.2	15.4
병원	3.4	4.7	4.5	6.2	7.6
의원	6.9	6.9	5.7	6.1	7.8
계	14.1	17.1	17.1	24.5	30.7

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

최신의료장비는 초음파영상진단기, 컴퓨터단층촬영기, 자동화학분석기, 자기공명단층촬영기 등에 집중 투자가 이루어지고 있다. 고가의료장비의 규제가 도입심사에서 설치승인심사로 크게 완화됨에 따라 고가의료장비의 도입이 급격하게 증가하고 있다. 1990년의 의료기관 장비보유 현황을 보면 초음파영상진단기 2,020대, 자동화학분석기 703대, CT scanner 284대, 섹서기 42대, MRI 33대로 최근 매우 빠른 속도로 증가되고 있는 현상을 보이고 있다.⁸⁾ 이같은 증가추세의 요인에는 첫째, 의료기관이 경쟁력의 제고수단으로 고가의료장비를 경쟁적으로 도입하고 있다는 사실이다. 둘째, 소비자의 선호경향에 맞추어서 비용-효과성에 관한 차원에서 보다는 수익성차원에서 이루어졌다고 볼 수 있다.

〈표 III-4〉에서 보듯이 각국의 1인당 소득수준에 따른 인구 1만명당 의료인력을 비교해 보면 우리나라 의사와 치과의사의 수는 비교적 적은 것으로 나타난다. 그러나 간호인력은 매우 적고 외국에 비해서도 가장 낮은 수준임을 알 수 있다.

8)문 옥륜(1991), 의료장비의 수급과 정부의 역할의 논문 참조.

〈표 III-4〉 소득수준과 의료인력¹⁾의 국제비교

(단위: 1만명당)

	연 도	1인당 GNP(\$)	의사수	치과의사수	간호사수	약사수
한 국	1990	5,569	8.4	1.7	18.1	4.9
스페인	1984	4,010	31.3	1.2	36.8	7.4
홍 콩	1986	6,968	9.3	1.5	33.3	0.8
싱가폴	1986	7,022	4.2	2.1	29.7	1.5
영 국	1982	8,670	14.0	-	36.0	2.1
서 독	1984	10,165	25.6	5.7	33.4	5.1
스웨덴	1985	11,758	26.4	11.0	84.6	1.3
프랑스	1986	13,170	31.9	7.2	75.0	1.3
캐나다	1884	13,251	19.6	4.9	59.5	6.2
미 국	1984	15,926	21.4	5.9	83.0	6.7
일 본	1986	16,156	15.6	5.4	27.4	9.4

주: 1) 한국의 의사에는 한의사가 포함되어 있고, 간호사에도 간호조무사가 포함되어 있음.

자료: 통계청, 『통계로 본 세계와 한국』, 1991.

2.2 醫療資源의 地理的 接近性

지리적 접근의 균등은 의료시설과 의료인력이 지역간 균형되게 분포되어 있다는 것을 전제로 한다. 자원의 배치를 시장경제의 원리에 맡겨두면 의료자원은 더 많은 수입과 소득을 올릴 수 있는 지역으로 이동하게 된다. 따라서 인구가 밀집되어 있거나 소득수준이 비교적 높은 도시지역에 의료자원이 집중되어 있는 현상은 자원배분의 의사결정이 의료공급자에게 있는 경우이다.

의료보장의 재원조달이 조세방식이거나 또는 국가에서 서비스의 공급이 직접 전달하는 방식하에서는 자원배분의 의사결정이 정부에 주어지기 때문에 지역간 의료자원의 배분이 보다 균등하게 이루어진다는 것을 알 수 있다. 그러나 간접 전달하는 방식하에서는 자원배분의 결정권이 의료공급자 측에게 있어서 자원배분의 지역간 균형분포는 쉽게 달성되지 않는다.

〈표 III-5〉와 〈표 III-6〉에 제시된 바와 같이 지역간 의료자원의 분포

를 인구 1만명당 개념으로 살펴보면 군지역의 의료인력은 도시지역의 절반 정도이고 병상은 1/3 내지 1/4 수준에 있으나 여건이 악화된 상황이 아님을 알 수 있다. 이런 현상은 군지역에 의료자원의 빠른 증가에 의해서라기 보다는 농어촌인구의 감소에 기인한다고 볼 수 있다. 농어촌지역의 의료수요와 지불능력이 의료보험 도입전에 비해 증대 혹은 향상에도 불구하고 의료자원의 이동은 별로 영향을 받지 않았다고 보여진다. 한편 도농간 불균형적 분포를 해소하기 위해 정부는 1989년 농어촌 15개 취약지역에 병원화보건소(보건의료원)를 설립하여 426병상과 인력이 증가되었다. 또한 최근에는 보건진료소를 설치할 수 있는 의료취약 지역을 인구 1,000명 이상에서 500명이상으로 조정함으로써 의료취약지역의 주민에게 보건의료를 보다 효율적으로 제공하는데 기여할 것으로 본다. 인구 10,000명당 의료인력은 중소도시가 6대도시보다 높게 나타났는데 이것은 시지역의 생활권에 인접한 군지역 주민의 의료접근에 기여한 것으로 본다. 왜냐하면 그동안 빠르게 진행되어온 도시화추세와 교통통신의 발달 등으로 인하여 의료접근은 단순한 거리개념에서 시간개념으로 바뀌어서 보아야 되기 때문이다.

결론적으로 지역의료보험이 도입된 이후 의료자원의 도농간 불균형분포를 개선하는데 기여하지는 못했지만 불균형상태를 심화시키지는 않았다고 평가할 수 있다. 물론 의료자원의 대도시 집중과 농촌지역 의료시설의 영세성 및 낙후성이 질적 수준의 공평한 이용기회에 장애가 되고 있는 것도 사실이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 무엇보다도 의료전달체계의 정착과 함께 보건기관의 인력 및 시설의 확충이 이루어져야 할 것이다. 한편 신의료기술 및 장비가 대도시의 대규모병원에 집중되어 있음에 따라 지역간 심한 차이를 보이고 있다. 따라서 앞으로 발달된 통신기술을 이용한 진료정보망시스템을 개발하여 환자의 자료를 대도시에 소재하는 전문기관에 전송하여 진료를 받게하여 의료수준의 질적인 불균형문제를 해결해 나가야 할 것이다.

〈표 III-5〉 지역간 의료인력¹⁾의 분포
(단위: 명, %)

	1983	1985	1990
계	83,382(100)	99,950(100)	134,176(100)
인구만명당		24.7	30.8
6대도시	40,789(48.9)	47,481(47.5)	70,657(52.7)
인구만명당		28.7	34.1
중소도시	28,364(34.0)	36,190(36.2)	44,120(32.9)
인구만명당		31.7	37.7
군지역	14,229(17.1)	16,279(16.3)	19,399(14.5)
인구만명당		11.6	17.4

주: 1) 의료인력에는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 간호조무사, 의료기사, 병원약사로 구성되며, 보건기관의 의료인력이 제외되어 있음.

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 각연도.

〈표 III-6〉 지역간 병상수의 분포
(단위: 개, %)

	1983	1985	1990
계	75,445(100)	90,777(100)	136,405(100)
인구만명당		22.4	31.3
6대도시	45,694(60.6)	53,876(59.3)	85,907(63.0)
인구만명당		32.5	41.5
중소도시	22,195(29.4)	28,127(31.0)	39,114(28.7)
인구만명당		28.5	33.4
군지역	7,556(10.0)	8,774(9.7)	11,810(10.2)
인구만명당		6.3	10.6

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 각연도.

2.3 醫療利用의 接近性

〈표 III-7〉에서 보듯이 의료보험의 실시에 따라 의료이용의 수준이 확대되었으며, 특히 의사방문이 현저하게 증가되었음을 알 수 있다. 그 결과 병의원과 보건기관의 이용비중이 상대적으로 증가하고, 약국 및 한의원은 감소한 것으로 나타난다. 이같은 결과는 김일순외(1980), 유승흠외(1986), 송건용·박연우(1980), 박경숙·박능후(1990) 등의 연구에서도 발견된다.

〈표 III-7〉 연간 의료이용수준의 변화

	1980(A)	1988	1990(B)	B/A
병상이용률	60.7	71.1	80.6	1.32
입원율(1,000명당)	57	63	64	1.12
평균재원일수	11	12	13	1.18
1인당의사방문회수	4.9 ¹⁾	6.5	7.3	1.50

주: 1) 직장의료보험의 적용인구 1인당 의사방문회수임.
 자료: 의료보험연합회, 「'90의료보험통계연보」 1991.

〈표 III-8〉 100명당 의료기관별 이용구성비 (단위: %)

	1981		1989	
	도시	농촌	도시	농촌
병 의 원	31.0	20.3	43.1	38.7
한 방	6.4	6.2	3.6	4.7
보건기관	1.9	5.6	0.5	10.4
약 국	60.7	67.9	52.0	45.4
기 타	-	-	0.8	0.8

자료: 송건용외, 『1981년 의료수요조사』, 한국인구보건연구원, 1982.
 -----, 『1989년 국민건강조사』, 한국보건사회연구원, 1990.

그러나 의료보험의 도입이 사회계층별 의료이용의 형평에 얼마나 기여하였는가에 대한 분석은 자료의 제약으로 시도하지 못했으나, 의료보험의 도입을 전후로 한 소득수준별 의료이용의 차이를 분석한 연구(박경숙·박능후, 1990)에 의하면 지역의료보험에 가입함으로써 병의원의 외래방문회수는 모든 계층에서 증가하였고 저소득층에서 보다 고소득층의 의료이용 증가율이 현저하였음을 보여주고 있다. 따라서 저소득층의 미충족의료수요를 유효화시키는데 크게 공헌하여 소득계층별 의료이용의 차이는 상당부분 완화된 것으로 평가할 수 있다. 또한 의료보험의 실시이전에는 거주지, 사회경제적 변수가 의료이용에 미치는 영향이 컸으나 의료보험실시 이후에는 질병의 중증도와 같은 의료필요변수의 중요성이 증대되었다는 결과는 의료보험의 실시에 의해 의료이용의 형평성이 증대되었음을 시사한다.

〈표 III-9〉 소득계층별 수진율의 비교

표준보수 월액등급 ¹⁾	직장의료보험		공교의료보험	
	1인당	부양률	1인당	부양률
평 균	2.00	2.89	3.18	4.08
1 - 5	0.79	2.33	2.02	2.46
6 - 10	1.14	1.88	1.91	3.86
11 - 15	1.92	1.94	2.48	3.06
16 - 20	2.41	2.24	2.97	3.49
21 - 25	2.73	2.97	3.64	3.66
26 - 30	4.03	3.74	3.27	4.83
31 - 35	4.39	4.19	3.08	4.94
36 - 40	4.93	4.45	2.94	4.59
41 - 45	4.52	4.60	3.17	4.46
46 - 50	4.81	4.65	3.73	3.15
51+	5.79	4.58		

주: 1) 표준보수월액의 46등급 이상은 공교보험에 해당함.
 자료: 의료보험관리공단, 『의료보험 10년간 실적보고서』, 1989.
 의료보험연합회, 『'87의료보험통계연보』, 1988.

직장 및 공교의료보험의 경우, <표 III-9>에서 보듯이 소득계층별 의료이용의 수준이 대체로 비슷하다고 볼 수 있다. 왜냐하면 이 정도의 수진율 차이는 등급에 속하는 적용인구의 연령과 부양가족구성의 차이에 의해서 설명되어진다고 보기 때문이다.

다음은 국민건강조사자료에 의해 도농간 의료이용수준을 비교해 보면, 지역의료보험이 도입되기 이전의 1981년에는 두지역간 이용수준의 격차가 큰데 비해 1989년에는 의료이용수준이 농촌지역에서 현저히 증가하여 도시와 농촌간의 의료이용수준의 격차는 많이 해소된 것으로 나타난다(<표 III-10> 참조). 그러나 지역의료보험 자료에 의하면 입원율의 격차는 거의 없으나 외래 이용수준의 격차는 상존한 것으로 나타나는데, 이런 현상은 농촌지역에 노인인구의 비중이 높고, 본인부담수준이나 또는 의료시설의 접근도가 낮은 데서 연유된 것으로 보면 지역간 미충족의료수준에는 아직도 큰 격차가 있을 것으로 본다.⁹⁾

<표 III-10> 연간 의료이용수준의 도농간 비교

	1981	1989	1990 ¹⁾
1인당 의사방문수			
도시지역	5.28	6.70	7.02
농촌지역	1.95	5.67	5.93
입원율			
도시지역	35	47	63
농촌지역	21	52	62

주: 1) 1990년 자료는 지역의료보험 통계자료임.
 자료: 송 건용외, 『1989년 국민건강조사』,
 한국사회보건연구원, 1990.

9) 송 건용, “의료이용도 변화,” 의협신보, 1992. 2. 11.

농어촌의 외래이용률의 증가는 단기적으로는 의료비를 증가시킬 가능성이 있으나 장기적으로는 입원율을 감소시키는데 기여할 수 있을 것이다. 따라서 농촌지역에 대한 일차보건의료를 강화할 것이 요구된다.

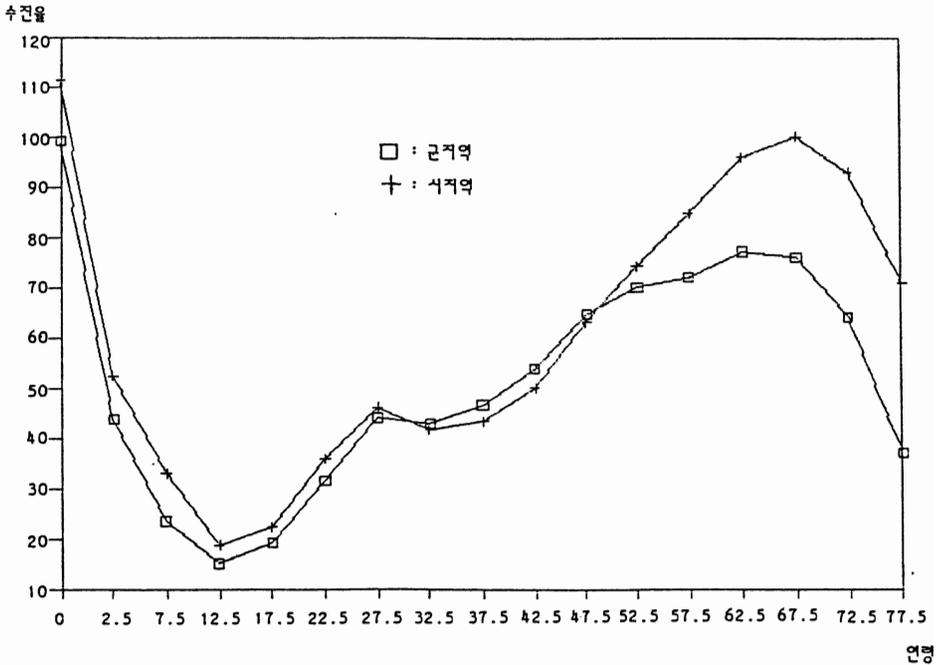
〈표 III-11〉에서 보듯이 1인당 의사방문회수는 전국평균이 1981년 4.1회에서 6.4회로 1.6배, 60세이상 노인은 4.01회에서 8.77회로 2.2배가 각각 증가하였다. 특히 농촌의 의사방문수는 도시보다 더 현저히 증가했고, 농촌의 60세이상 노인의 의사방문수는 2.95회에서 8.72회로 3배 증가했다. 의료이용상 취약계층으로 인식되어온 농촌지역 노인의 의료이용수준이 괄목할만한 개선이 이루어져서 1989년에는 도시와 농촌간 격차가 해소되었다고 볼 수 있다.¹⁰⁾ 그러나 지역의료보험 자료에 의하면 도농간 수진율의 차이는 50세 이상의 적용인구에서 큰 것으로 나타난다([그림 III-1] 참조).

〈표 III-11〉 60세이상의 1인당 의사방문수의 도농간 비교

	1981	1989	1981=100
1인당 의사방문수			
전국 전연령	4.18	6.41	156
60+	4.01	8.77	219
도시 전연령	5.28	6.70	127
60+	5.65	8.82	156
농촌 전연령	2.51	5.67	226
60+	2.95	8.72	296

자료: 송 건용외, 『1989년 국민건강조사』,
한국사회보건연구원, 1990.

10) 송 건용, “의료이용도 변화,” 의협신보, 1992. 2. 11.



[그림 III-1] 시·군지역의보의 연령별 수진율, 1990

지금까지의 논의를 정리해 보면 전국민 의료보험의 실시로 인해 도농간 및 연령별 의료이용의 차이가 해소되고 전반적인 접근성이 향상된 것으로 나타난다. 특히 소득계층별 의료이용의 격차문제를 완화하는데 기여하였으나 본인일부부담금 등 저소득층의 의료이용을 저해하는 요인들이 상존함으로써 완전한 의료이용의 형평성은 거두지 못한 것으로 평가된다.

3. 保險料賦課 및 給與의 衡平性 提高

강제 사회보험에서 보험료부담은 능력에 비례적이어야 한다는 부담의 형평원칙을 근간으로 하고 있다. 소득세는 소득금액이 증가함에 따라 세율이 높아지는 누진세율을 적용하고 있다. 그래서 조세방식에 의한 재원조달은 소득분배에 누진적인 효과를 가져오는 것으로 인정되고 있다. 반면 보험료방식은 상한을 두고 보수월액에 정률로 부과(payroll tax)하기 때문에 상대적으로 역진적이라고 할 수 있다. 미국에서의 민간보험은 소득수준에 관계없이 동일한 금액을 부담하기 때문에 가장 역진적인 재원조달방법이다.

3.1 保險料賦課

먼저 직장 및 공교의료보험의 경우 보험료부과는 표준보수월액을 기준으로 정률로 산정하고 있고, 1986년에 표준보수월액의 상한제를 철폐하였기 때문에 부담의 형평성은 다소 높아졌다고 평가된다. 다만 임금근로자의 보수형태가 다양하기 때문에 표준보수월액의 범위가 직종간 또는 직급간의 차이로 인한 다소 역진적인 것으로 지적되고 있으나 심각한 편은 아니라고 본다. 그러나 지역의료보험의 경우 보험료부과는 소득 이외에 재산, 가족 수, 세대 등을 대상으로 하고 있어서 다소 문제는 있지만 현실적인 대안으로 수용되고 있다. 특히 주어진 여건에서 조합 나름대로 최선이 아니면 차선의 방법으로 보험료를 부과하고 있다고 평가된다. 그러나 부과방식이 복잡하고 상대적인 불공평에 대한 주민들의 불만은 높은 편이다.¹¹⁾

3.2 集團內(保險種別) 危險分散效果

재원조달에서 고려되는 또 하나의 공평성은 위험분산에 관한 것이다. 의료보험은 재원이 건강한 사람으로부터 건강하지 못한 사람에게로 이전하

11) 김 수춘·이충섭(1991), 노 인철외(1991) 참조.

는 것으로 볼 수 있다. 즉, 건강한 사람이 건강하지 못한 사람의 의료비를 보조해주는 장치라고 본다. 조세조달방식이나 또는 공적 사회보험방식(정부가 보험자인 형태)은 지역(주)내에 거주하는 주민 또는 전국민의 위험을 분산시키고 있으나 강제 사회보험은 소규모 집단내 위험분산인 반면에 피용자중심의 민간보험은 임금근로자가 비교적 건강한 상태에 있다고 보기 때문에 위험분산 기능에 있어서는 다른 제도와 비교하여 가장 약하다. 왜냐하면 장애인, 노인 등이 고용에서 제외되고 있어서 그로 인한 건강한 사람과 고위험의 분산을 막고 있기 때문이다.

한편 위험분산을 극대화하기 위해서는 현행 의료보험제도를 전국단위로 한 통합운영이 바람직하다고 할 수 있겠으나 임금·비임금근로자간의 소득구조가 서로 다른 데서 오는 재원조달의 형평성문제가 제기될 뿐 아니라 우리나라의 경우 비임금근로자의 비중(총인구의 45%)이 너무 높기 때문에 하나의 제도로 묶는 데에는 여러가지 부작용이 따를 것이다.

다음은 현행 보험종별 위험의 크기를 살펴보기로 한다. 수진율과 1인당 진료비가 높은 4세이하와 60세 이상을 고위험연령층으로 선정하여 그 비중이 가장 높으면 위험이 상대적으로 크다고 볼 경우 이 개념에 의한 위험의 정도는 공교의보, 직장의보, 지역의보 순으로 된다(<표 III-12> 참조). 그러나 사후적으로 발생한 위험의 크기는 사전적 위험계층의 점유율에 비해 진료건수의 비율이 높을수록 높다고 볼 경우 위험은 지역의보, 직장의보, 공교의보 순으로 크다고 해석된다. 이같은 현상은 지역의보의 재정에 어려움을 주고 있는 것으로 판단되며, 앞으로 농촌인구의 고령화속도를 감안한다면 조합재정의 어려움이 더 클 것으로 예상되는 것이다.

〈표 III-12〉 보험종류별 위험분산의 비교, 1990

고위험연령층(4세이하 + 60세이상)의 점유율					
	적용인구(A)	진료건수(B)	B/A	진료비(C)	C/A
전 체	15.1	28.6	1.89	25.3	1.67
직장의보	15.9	30.2	1.89	27.1	1.70
공교의보	18.0	29.1	1.62	28.7	1.59
지역의보	13.8	26.9	1.95	22.5	1.64

자료: 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 각연도.
의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

3.3 集團內 再分配效果

조합방식은 수익자와 같은 집단에 속한 사람들이 그 비용을 공동으로 부담하고 소득이전은 같은 집단간에 이루어진다. 여기서는 소득이전효과를 소득계층간 연간 보험료부담에 대한 연간 보험급여비의 비율의 분석을 통해 접근하고자 한다. 먼저 지역조합의 경우 정확한 소득수준이 밝혀지지 않기 때문에 능력비례보험료의 크기를 4개 그룹으로 나누어서 이를 소득계층으로 보았다. 대부분 조합이 하위계층 이하에서 보험료부담에 비해 보험급여를 가장 많이 받은 것으로 나타난다(〈표 III-13〉 참조). 이 비율(급여율)은 하위층에서 상위층으로 갈수록 떨어지고 있을 뿐 아니라, 또한 해당그룹의 보험급여점유율을 보험료점유율로 나눈 값을 보험료이전율이라고 정의한다면 상위계층이 1보다 적은 값으로 나타나 보험료부담에 비해 보험급여를 훨씬 적게 받아 보험재정에 긍정적 영향을 끼친 것으로 보인다. 이러한 사실로 미루어 볼 때, 지역조합은 사회보험에서 추구하는 계층간 소득 재분배 효과가 어느 정도 이루어지고 있다고 평가할 수 있다.¹²⁾

12) 김기욱·이규식(1985), 변종화(1988), 김영훈(1989) 등의 보고서에서도 보험급여율이나 이전율의 개념을 사용하여 계층간 소득이전효과의 긍정적인 평가를 하고 있다.

〈표 III-13〉 지역조합의 소득계층별 재분배효과
(단위: 세대, %)

	하위	중하위	중상위	상위
도봉구세대수	10,920(41.7)	6,702(25.5)	5,616(21.4)	2,947(11.2)
급여비/보험료	159.5	144.2	107.6	79.2
보험료이전율	1.32	1.20	0.90	0.66
김해시세대수	2,400(23.8)	3,888(38.6)	1,977(19.6)	1,804(17.9)
급여비/보험료	123.7	102.6	92.2	58.4
보험료이전율	1.40	1.16	1.04	0.66
삼척시세대수	936(31.4)	1,031(34.6)	609(20.4)	402(13.4)
급여비/보험료	75.1	93.7	88.3	73.1
보험료이전율	0.91	1.13	1.06	0.88
홍천군세대수	3,224(31.8)	3,019(29.8)	2,524(24.9)	1,348(13.3)
급여비/보험료	136.0	131.9	102.0	89.8
보험료이전율	1.20	1.16	0.90	0.79
김제군세대수	2,574(28.4)	2,749(30.3)	2,199(24.3)	1,521(16.8)
급여비/보험료	147.2	122.3	99.5	68.4
보험료이전율	1.43	1.18	0.96	0.66
영일군세대수	3,692(28.0)	2,491(18.9)	4,385(33.2)	2,608(19.7)
급여비/보험료	94.4	87.2	73.1	53.5
보험료이전율	1.31	1.21	1.01	0.74

주: ()은 구성비임.

자료: 노 인철외 『지역의료보험의 재정안정화를 위한 개선방안』,
한국보건사회연구원, 1991.

반면 공교보험의 경우에는 소득계층간 재분배효과가 비교적 확연한 것으로 나타난 반면에 직장의보의 소득이전효과는 뚜렷하지 않은 것 같다(〈표 III-14〉 참조). 즉, 직장의보의 46등급 이상에서는 소득이전효과가 있는 것으로 보인 반면에 10등급 이하의 계층은 급여율이나 이전율이 상대적으로 낮아 역진적이라고 볼 수 있겠으나 이 계층 구성원의 특성상 연령이 젊고

단독가구를 이루고 있는 사람의 비율이 높은 데서 오는 역진적인 효과가 있으므로 이들에 대한 배려가 필요하다고 본다.

〈표 III-14〉 공교·직장의보의 재분배효과

	표준보수 월액등급	급 여 율		보험료이전율	
		1986	1987	1986	1987
공교의보	평 균	77.02	73.75	1.00	1.00
	1 - 5	136.60	113.15	1.57	2.16
	6 - 10	134.12	126.41	1.63	2.42
	11 - 15	89.68	89.88	1.59	1.72
	16 - 20	97.29	91.95	1.73	1.76
	21 - 25	84.10	81.34	1.49	1.55
	26 - 30	73.41	73.27	1.30	1.40
	31 - 35	59.52	59.95	1.05	1.15
	36 - 40	53.18	52.41	0.94	1.00
	41 - 45	42.07	46.75	0.75	0.89
	46+	23.85	13.87	0.42	0.27
직장의보	평 균	81.80	85.50		1.00
	1 - 5	50.70	62.50		0.87
	6 - 10	54.90	56.50		0.79
	11 - 15	72.80	81.00		1.12
	16 - 20	86.50	90.40		1.25
	21 - 25	84.60	88.40		1.23
	26 - 30	108.10	112.70		1.54
	31 - 35	95.80	96.80		1.34
	36 - 40	84.50	87.70		1.20
	41 - 45	65.60	67.60		1.16
	46 - 50	56.40	56.10		0.75
	51+	53.00	53.80		0.71

자료: 의료보험관리공단, 『의료보험 10년간 실적보고서』, 1989.

4. 診療費增加 抑制

진료비가 상승하는 추세는 일반적인 현상으로서 그 증가속도에 따라 심각한 문제로 부각될수 있다. 그것은 의학기술이 나날이 발전되어 의료서비스의 단위비용이 계속 급등하고 있으며, 고비용이 요구되는 질병양상의 변화, 그리고 평균수명의 연장으로 말미암아 노령인구가 빠르게 증가되고 있기 때문으로 보여진다.

진료비의 증가가 심각한 문제로 부각되는 것은 보험진료비가 국민경제(GNP or GDP) 및 가계소득에서 차지하는 비중이 커지고 있기 때문이며 아울러 진료비의 상승속도가 경제성장의 속도보다 더 빠르기 때문이라고 할 수 있다. 따라서 문제는 진료비의 상승을 어떻게 하면 국민경제가 부담할 수 있는 수준으로 유지하느냐에 있는 것이다.

<표 III-15>에서 보듯이 우리나라 보험진료비 규모는 1977년의 연간 148억원에서 전국민의료보험 실시 3년째인 1990년에 2조 9,198억원으로 무려 197배 증가한 것으로 나타났으며, 이같은 증가는 적용인구의 확대에 기인한 것으로 볼 수 있다. 적용인구 1인당 진료비를 살펴보면 1990년의 1인당 진료비는 73,012원으로 1980년의 3.5배 증가하여 같은 기간의 1인당 GNP 증가(4배)보다는 약간 낮은 수준이었다. 또한 같은 기간동안의 연평균 증가율도 13.6%로 1인당 GNP 증가율 15.2%보다 낮은 수준에서 유지되었다고 보여진다. 특히 1970년대 이후 많은 선진국들이 국민의료비의 증가율을 경제성장을 수준에서 유지하고자 했다는 점을 감안한다면 지금까지 우리나라 진료비증가는 크게 우려할 정도는 아니라고 하겠다. 더우기 지난 수년동안 직장의료보험이나 공교의료보험이 보험료율을 인상하지 않고, 심지어 다수 직장조합에서 인하했음에도 불구하고 보험제정이 흑자로 기록되었다는 사실은 진료비증가율에 큰 무리가 없었다고 평가할 수 있다.

〈표 III-15〉 GNP와 보험진료비의 증가추세

	GNP(10억원)	진료비(억원)	1인당GNP(원)	1인당진료비(원)
1977	17,806.6	148 ¹⁾	48,903	4,722 ¹⁾
1978	24,001.6	246	64,924	6,452
1979	30,801.8	555	82,064	13,548
1980	36,749.7	1,125	96,395	20,990
1981	45,528.1	1,651	117,574	24,563
1982	52,182.3	2,723	132,692	31,518
1983	61,722.3	5,716	154,654	38,430
1984	70,083.9	7,278	173,449	44,185
1985	78,088.4	8,557	191,365	49,138
1986	90,598.7	8,992	219,985	48,809
1987	106,024.4	10,681	255,020	51,841
1988	126,230.5	14,412	300,728	50,605
1989	141,794.8	19,773	334,579	57,367
1990	168,437.8	29,198	392,913	73,012
1980=100	458.3	2595.4	407.6	247.8
연평균증가율(%)			15.15	13.60

주: 1) 1977년의 진료비는 반년에 해당되기 때문에 2배한 금액임.
 자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계자료집』, 1988.
 -----, 『의료보험통계연보』, 1989, 1989, 1990.

그러나 지난 기간동안 연평균 14%의 높은 진료비증가율이 고도 경제성장에 힘입어 흡수될 수 있었다고 본다면 앞으로도 경제가 계속 높은 증가율로 성장한다면 몰라도 그렇지 않으면 현재와 같은 진료비증가율은 우리나라 경제에 큰 부담이 될 것으로 예견되며 따라서 진료비상승을 적정수준으로 유지하는 것이 앞으로의 주요 과제가 될 것이다.

의료비상승은 의료수가의 인상이나 진료량의 증가 혹은 의료수가와 진료량의 동시 증가에 의해 발생된다. 따라서 진료비증가의 억제수단으로 보험수가와 진료량의 통제를 들 수 있다. 우리나라에서는 그동안 정부의 보험수가제어에 의해 진료비의 상승률을 억제하는데 크게 기여한 것으로 보인

다.¹³⁾ 보험수가가 상대적으로 낮은 수준이어서 의료공급자의 보상심리가 과잉진료, 과잉검사, 과잉투약¹⁴⁾, 고가의료장비에 의한 비급여부문의 개발 등 진료패턴의 왜곡을 가져올 가능성이 높다. 한편 진료량의 제어수단으로 진료비심사제도를 도입하고 있는데 1990년의 삭감조정액은 489 억원으로 보험급여비의 2.6%에 해당한다. 현행 진료비 심사방식이 의료비억제에 심리적 억제효과는 크다고 하겠으나 장기적인 실질효과에 대한 의문이 제기될 수 있다.

또한 불필요한 의료수요를 억제하는 수단으로 본인일부부담제를 도입하고 있는데 본인부담률제는 재원조달의 한 수단으로 옹호될 수 있을 뿐 의료이용률을 크게 억제하는 효과는 가져오지 못한다고 지적되고 있다.¹⁵⁾ 외래진료비의 본인부담률이 대폭 조정된 1986년에 수진율의 감소로 나타났으며, 1987년까지 다소 영향을 주는 단기효과에 불과한 것으로 보여진다. 그러나 본인부담률의 높은 수준은 소득수준에 무관하게 적용됨에 따라 특히 노인과 저소득층에 무거운 부담을 주어서 계층간 형평성을 저해한다는 점이 문제점으로 지적되고 있다.

다음은 각국의 의료비억제 수단으로 먼저 의료공급측면에서 의료비 인플레이션의 제어문제를 살펴보기로 한다. 조세조달방식이나 직접전달방식을 채택하고 있는 영국과 스웨덴에서는 의료부문에 대한 정부의 예산배정의 증가율을 제한하여 의료비인플레이션을 억제하고 있다. 한편 간접전달방식을 사용하고 있는 국가에서는 진료비지불방식에 의해 인플레이션을 완화하고 있다. 즉, 선불형태의 총액예산제와 일차의료에 유리한 수가체계를 통해서 의료비의 상승을 억제하는 것이다. 만약 행위별 수가제하에서 총액예산제

13)보험수가와 다른 물가지수를 비교해 보면 과거 14년동안 소비자물가 이하로 통제되어 왔음을 알 수 있다. 노 인철외(1990), 『의료보험 재정안정화 방안』, P. 153 참조.

14)진료비중 약제비가 차지하는 비중(30-35%)이 너무 높다는 것은 여러 연구한 달선외(1988), 노 인철외(1990)에서 지적되고 있다.

15)노 인철외(1989) 『의료보험 본인부담제에 관한 연구』, PP. 4-23 참조.

를 채택하지 않으면 의료서비스 공급자에게 백지수표를 주는 것과 다를 없다. 왜냐하면 진료량과 단위당 비용이 공급자에 의해 전적으로 결정되기 때문이다. 진료비지불창구와 총액예산이 하나의 기구에서 결정되는 것이 의료비의 급격한 증가를 효과적으로 억제될 수 있을 것으로 보여진다. 특히 의료공급자의 행동에 영향을 주는 수단으로 진료비의 지불보상방법, 진료비심사, 의료수가 등이 있는데 이들 수단을 조정함으로써 의료비증가를 효과적으로 억제할 수 있다. 캐나다의 경우 새로운 의료기술의 도입 및 보급을 규제하는 하나의 수단이 되고 있는데 총액예산제의 도입은 병원비용을 억제하는데 부분적으로 성공을 거두었다고 평가하고 있다.¹⁶⁾

한편 비용인플레이션을 억제하기 위한 수단으로 수요측면에서의 전략을 사용하는 경우도 있다. 한국, 미국, 싱가포르 등의 국가에서 수요측 접근을 더 강조하고 있는 것으로 보여진다. 한국은 환자본인 일부부담률을 높게 책정하여 가격효과에 의한 수요의 감소로 비용억제를 꾀하는 것이다. 미국은 소비자에게 다수 보험자 중에서 택일하도록 하여 보험자간 경쟁원리 전략과 본인부담률을 비용억제를 유도하고 있다. 싱가포르의 경우 피용자별 의료비 저축계좌를 설정하여 피용자와 사용자가 함께 기금을 적립한다. 이 저축기금은 의료비지출에만 사용하도록 되어 있고 만약 피용자가 그 기금을 다 사용하지 못하고 죽게 된다면 나머지 기금은 유족에게 유산으로 넘겨진다. 그러나 이와 같이 수요측에 초점을 둔 비용억제 전략은 큰 실효를 얻지 못한 것으로 여러 국가에서 밝혀지고 있어서 수요측 보다는 공급측의 통제를 강조할 것이 요구된다.

16) Morie E. Fortier, "Containing Costs and Improving Equity: Health Policy Options in Canada", ISSA, 1991. 이 논문의 번역편 참조(최근 의보동향, 의료보험관리공단, 1992. 5).

5. 醫療資源의 效率的 利用

자원의 효율적 이용과 관련된 주요 이슈는 자원배분과 기술확산의 효율성을 들 수 있다. 첫째로 예방(prevention), 일차의료(primary care) 및 치료의료(curative medicine) 중에서 어느 쪽에 더 많은 자원이 배분되어야 하는가는 매우 중요한 과제이다. 소비자는 건강을 관리하기 위해 예방이나 일차의료의 중요성은 인식하면서도 이들 이용의 생활화가 되어 있지 않다. 따라서 예방이나 일차의료의 제도로 보장되어있지 않는 한 될 수 있으면 이용하지 않는 것이 현대사회의 보편적 현상일지도 모른다.

그러나 예방 및 일차의료는 즉각적인 효과를 주는 것은 아니지만 앞으로 질병발생의 확률을 떨어뜨리거나 혹은 가벼운 질병이 심각한 상태로 전환될 가능성을 줄이는데 기여하므로 매우 중요하다.

두번째 이슈인 신기술의 확산 및 고가의료장비의 효율적인 구입 및 사용에 관한 것이다. 많은 신기술이나 고가장비에 대한 비용-효과분석이 이루어지기 전에 의료기관에서는 경쟁으로 도입되고 있는 것이다. 이런 현상은 수요 측면에서 소비자의 무분별한 선호, 공급자측면에서 병원의 명성이나 이윤동기 등이 결합하여 의료기관간 과도한 경쟁을 유발하여 의료장비의 중복투자 등 낭비요인으로 작용한다고 지적되고 있다.¹⁷⁾

고가의료장비를 많이 보유한 의료기관일수록 검사행위료가 높았고, 의료전달체계상 3차 진료기관으로 이송되는 경우 동일한 검사를 반복할 가능성도 배제할 수 없으며, 의료기관들이 검사위주의 진료행위 패턴을 보이는 것도 검사비를 높이는 원인이라고 볼 수 있을 것이다.¹⁸⁾ 특히 이같은 검사위주의 진료행위를 선호하는 경향이 의사들 뿐 아니라 환자에게도 반영되어

17)Roemer의 법칙이 병상이용률에 적용하듯이 고가의료장비가 많을수록 그 이용도 역시 증가하기 마련이다.

18)노 인철외(1990), 『의료보험 재정안정화방안』, PP. 82-121 참조.

있기 때문에 검사시설 및 의료장비시설이 우수한 종합병원에 집중되는 현상을 심화시키는 것으로 보인다.

한편 보험수가의 서비스 내용별 상대적 가치가 불합리하여 발생하는 의료자원의 낭비이다. 예를 들면 상대적으로 낮은 기술료는 과잉투약, 검사항목과 양의 증가와 같은 낭비를 초래한다. 또한 개원의 수익률이 적은 진료를 회피함으로써 진료형태의 왜곡현상이 야기되는데 “외과 개원의가 수술실과 병실을 폐쇄하고 산부인과 의사는 분만을 취급하지 않으며, 안과나 이비인후과 의사가 익상편 수술이나 편도선 절제술조차 기피하는 현상을 빚게 되었다. 그 결과 충수절제술, 분만, 단순화상조차도 종합병원으로 몰리는”¹⁹⁾ 현상, 그리고 가벼운 증상의 질병을 가지고 큰 병원을 찾는 의료이용 형태 등은 의료전달체계에 역행할 뿐아니라 의료자원의 낭비를 초래하게 된다.

다음은 의료보험이 의료수요자와 공급자의 행동에 변화를 주어서 의료자원이 대략 어느 정도 비효율적으로 사용되고 있는가를 살펴보기로 한다. <표 III-16>에 의하면 1987년부터 1990년간의 보험진료비의 연평균 증가율은 13.9%였으며, 특히 1990년의 증가율이 15.6%로 이 기간동안 가장 높은 증가율을 보여준다. 1990년의 보험급여비는 수진율의 증가에 의해 10.7% 증가하였고 진료량의 증가에 의해 5.3% 증가하였다. 의료수가는 7% 인상되었으나 보험진료비의 상승분은 3.2%로 나타난다. 한편 내원일수의 감소가 보험진료비의 증가율을 3.6% 떨어뜨린 것으로 추정된다. 따라서 보험급여비의 증가율 15.55%에서 수가인상률 3.15%를 뺀 나머지 12.4%가 의료수가를 제외한 다른 요인에 의해 증가되었다고 볼 수 있는 것이다.

19) 김 한중(1991), 향후 의료보험제도의 바람직한 방향의 논문 P. 121 참조.

<표 III-16> 보험급여비의 요인별 증가율, 1988-1990

(단위: %)

	1988		1989		1990		연평균('88-'90)	
	증가율	기여율	증가율	기여율	증가율	기여율	증가율	기여율
전 체								
1인당급여비	14.86	100	11.16	100	15.55	100	13.86	100
수진율	4.47	31.75	6.24	55.97	10.71	68.88	7.25	52.13
내원일수	1.06	7.17	-0.51	-4.59	-3.57	-22.93	-0.98	-7.08
진료수가	5.27	35.52	1.14	10.19	3.15	20.20	3.19	22.93
진료량	3.79	25.56	4.29	38.43	5.27	33.85	4.45	32.01
입 원								
1인당급여비	15.52	100	4.22	100	15.09	100	11.61	100
수진율	0.87	5.60	-2.66	-62.94	3.51	23.27	0.55	4.77
내원일수	4.36	28.12	0.15	3.62	2.49	16.52	2.31	20.04
진료수가	5.25	33.84	1.09	25.92	3.11	20.62	3.13	27.12
진료량	5.03	32.44	5.63	133.40	5.97	39.58	5.55	48.08
외 래								
1인당급여비	15.04	100	13.18	100	17.14	100	15.12	100
수진율	4.81	31.99	6.47	49.10	10.97	63.92	7.43	48.96
내원일수	1.13	7.55	-0.21	-1.57	-3.69	-21.48	-0.89	-5.87
진료수가	5.42	36.09	1.18	8.94	3.25	18.93	3.29	21.69
진료량	3.66	24.37	5.73	43.52	6.63	38.63	5.34	35.22

자료: 노 인철외, 『지역의료보험 재정안정화를 위한 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1991.

물론 소득수준의 향상에 의한 수진율 증가, 질병양상의 변화, 의료기술의 발전으로 인한 고급의료서비스 등의 비용상승 요인이 있다. 이들 요인에 의한 보험급여비의 상승부분은 전체를 모두 자원의 비효율적 이용으로만 볼 수는 없으므로 이 부분을 분리해야 하는데 자료의 제약으로 처리하지 못했으나 이들 요인의 증가에 의해 보험급여비가 대략 5.4% 증가한다고 가정하여 1990년 보험급여비의 증가율 12.4%에서 5.4%를 제외하면 보험급여비의 약 7% 정도가 소비자와 공급자의 과잉진료에 의해 발생된 부분으로 볼 수 있다.³⁰⁾ 이 부분은 의료보험에 의한 이용자는 비용의식이 약화되어 수요가

증가하고, 공급자도 역시 이용자의 비용부담을 걱정할 필요가 없게 되어 과잉진료의 유인 등의 결과로 설명될 수 있을 것이다.

이상에서 한국 전국민의료보험제도의 성과 및 문제점에 관해 살펴보았다. 결론적으로 크게 나누어서 접근성, 형평성, 효율성이라는 3가지 자를 가지고 평가할 때, 전국민의료보험의 적용으로 인한 접근성의 향상이 이루어졌고, 특히 지역별로 농촌, 연령적으로는 노인의 의료이용이 높아졌고, 소득계층에 따르는 경제적 장벽을 완화하는데 기여한 것으로 볼 수 있다.

형평성의 측면에서 볼 때 아직 전체적인 분석은 이루어지지 못했지만, 지역의료보험과 공교 및 직장의료보험의 급여율과 보험료 이전율을 중심으로 한 소득재분배 효과는 긍정적인 것으로 평가될 수 있다.

효율성의 측면에서 본고에서는 의료비의 증가와 의료자원의 효율적 이용으로 나누어서 분석해본 결과, 진료비 증가율은 매우 높았음에도 불구하고 GNP 증가율보다 낮은 수준을 유지함으로써 의료비 증가가 국민경제에 부담을 주지는 않았던 것으로 평가된다. 그러나 앞으로도 지속적인 고도경제 성장이 이루어지지 않는다면 이같은 진료비 증가율은 국민경제에 상당한 부담으로 작용할 것으로 전망되며, 이에 대한 대비가 필요할 것이다.

의료자원의 효율적 이용에 대해서는 본고에서 본격적으로 다루지 못한 부분인데, 그 이유 중의 하나는 의료전달체계에 대한 평가²⁰⁾ 및 비용효과 분

20)이 수치는 어디까지나 대략적 추정이라는 점을 지적하지 않을 수 없으며, 보다 정확한 수치를 얻기 위해서는 보다 더 정교한 분석이 필요하다고 본다.

21)전국민의료보험의 달성과 동시에 의료보험 환자들이 진료단계를 밟아 의료이용을 하도록 유도하기위한 조치로서 의료전달체계가 시행되었다. 동 제도는 각급 의료기관간 기능분화를 유도하고 의료의 지역화(regionalization)을 촉진함으로써 대형 의료기관에 대한 환자집중 및 의료자원의 지역편재 문제를 대두된 의료자원의 효율적 활용을 도모하고자 도입된 것이다. 이에 따라 일부 예외적인 경우를 제외하고는 1,2차 진료기관에서 발급한 진료 의뢰서를 제출하는 환자에만 보험급여가 가능한 25개 3차진료기관이 지정되었고 전국은 8개의 대진료권 및 140개의 중진료권으로 구분됨으로써 의료기관간, 지역간 의뢰제도가 시행되어 현재 3년이 경과한 상태이나 동제도에 대한 잠정적 평가는 그 효과가 미약한 것으로 보고되고 있다. 동 제도는 고

석이 이루어지지 못한 것에 기인한다. 그러나 본고의 제한적인 분석결과 의료자원의 효율적 이용은 크게 이루어지지 못한 것으로 평가됨으로써 앞으로 이에 대한 심층적인 연구 및 개선방향의 모색이 필요할 것이다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 앞에서 인용된 Hsiao(1990)의 평가는 제도 유형별 평가에 치중된 것으로서 우리나라의 경우 실증적인 분석과는 다소 차이가 있음을 보여주고 있다.

IV. 政策課題와 發展方向

앞 장에서 살펴본 성과 및 문제점을 중심으로 앞으로의 과제에 관해 간략히 언급하고자 한다. 이 부분은 제7차 5개년계획안을 통해 이미 다루어진 것을 중심으로 제시한다.

이 기간 중의 과제 중 가장 중요한 것은 앞 장에서 살펴본 바와 같은 전국민의 료보험제도의 성공적인 정착과 의료접근성의 확대를 계속 유지하기 위한 지역의료보험제도의 재정안정화에 있다는데 이의를 제기할 사람은 없을 것이다.

둘째, 의료보험제도의 질(quality)을 어떻게 향상시킬 것인가에 관한 것으로서 이 기간 중에 질적인 차원의 향상, 특히 비급여부분의 축소를 통한 의료보험 급여수준의 확대가 중요한 과제로 대두된다.

셋째, 위와 같은 안정적 정착과 급여수준의 향상을 이룩하는 동시에 어떻게 효율성을 추구할 것인가 하는 어려운 과제가 남게 된다. 본고에서는 이 중 대표적인 것으로 의료보험수가와 지불제도의 개선, 그리고 앞으로 중

착화된 의료기관 및 환자의 기존형태를 변화시키는데 그 목적이 있는 만큼 단시일내에 정착되기는 어려울 것으로 판단되며 중·장기적인 관점에서 의료공급의 지리적 균형분포, 각급 의료기관간 기능분담, 당해 지역의 여건에 적합한 지역의료공급의 기반 조성 등 제도의 정착에 필요한 조건들의 충족을 위한 관련정책들이 꾸준히 병행·추진되어야 할 것이다.

요하고도 심각한 문제로 부각될 전망이다. 노인의료비 대책에 초점을 맞추고자 한다.

1. 地域醫療保險의 財政安定

1.1 退職者管理

지역의료보험의 적용대상자가 1990년에 1,942만명으로서 총인구의 44.6%나 차지하기 때문에 지역의료보험의 재정 및 관리상의 어려움이 따르므로 지역의료보험의 적용대상자를 축소시키는 정책이 무엇보다도 우선되어야 할 것이다. 그 일환으로 먼저 직장의료보조합의 피부양자범위를 더욱 확대하여 지역의료보험의 적용대상자를 축소해야 할 것이다. 1991년 7월기준 직장의료보험 피보험자의 부양률은 2.03인데 비해 도시지역민의 부양률은 2.37, 농어촌 주민의 부양률 2.79로 직장의료보험 적용대상자의 부양률보다 훨씬 높다고 볼 수 있다.

다음은 퇴직자에 관한 것으로 연금수급자이든 아니든 간에 퇴직자는 직장 및 공교의료보험의 피부양자 적용을 받지 않는 한, 지역의료보험의 대상자가 된다. 이같은 방식의 여러가지 문제점은 우선 퇴직자가 지역조합에 편입됨으로써 보험료부담의 세대간 이전효과를 단절시키므로 퇴직자의 보험료부담을 가중시킨다는 차원에서 퇴직자에게 불리한 제도이다. 또한 지역의료보험의 재정형편상 이들에 대한 급여수준(건강진단 제외 등)이 직장 및 공교의료보험에 비해 미흡한 데서 오는 불리한 점이 있다. 두번째의 문제점은 퇴직자를 직장 및 공교보험에서 책임지지 않고 지역조합에 떠맡김으로써 제도간 재정불균형을 심화시킬 수 있다는 점이다. 이들은 연령상 만성질환을 가질 가능성이 높아짐에 따라 보험료부담보다 높은 보험급여비를 받게 되어 지역의료보험조합에는 적자를 안겨주는 요인으로 작용하는 한편 직장 및 공교의료보험에는 흑자재정 요인으로 작용한다. 따라서 이들을 현행

대로 지역의료보험에 편입시키는 것은 지역조합의 재정문제를 야기할 뿐 아니라 보험제도간 형평에 맞지 않는다. 즉 젊었을 때는 보험료를 직장조합에 납부하고 나이가 들어서 의료수요가 클 때 지역의료보험에 편입하는 것은 지역조합재정의 압박요인으로 작용할 것이다.

퇴직자관리방안으로 먼저 공교의료보험의 퇴직자는 의료보험관리공단에서 관리하는 것이다. 공단이 단일 보험자이고, 또 과거 관리경험이 있기 때문에 문제가 없을 것으로 본다. 그러나 직장보험의 경우 퇴직자를 직장별로 직접 관리하는 것도 어려운 일로서 여러번 직장을 옮겼을 때 어느 직장에서 관리하느냐 하는 문제, 거주지 이동에 의한 자격관리의 어려움 등이 남게 된다. 따라서 퇴직자를 현행대로 지역의료보험에서 관리하는 것이다. 이 경우 퇴직자의 보험료는 현행대로 부과되 그들의 보험료수준이 높기 때문에 경감(예를 들면 50%의 경감)에 필요한 소요재원과 함께 그들의 급여수준이 보험료부담에 비해 높기 때문에 지역조합재정의 일부를 직장의료보험에서 부담하도록 한다. 이 대안은 연금수급자이든 아니든 모든 퇴직자를 동시에 관리할 수 있다는 장점을 가진다.

1.2 國庫支援金の 50% 保障

적자조합은 당초 보험료를 낮게 설계하였거나 또는 보험급여비의 증가율이 보험료인상률을 앞지르고 있다는 사실이 조합적자의 주된 요인으로 작용하고 있으며, 또한 정부가 당초 보험재정의 50%를 국고로 지원해 준다는 약속이 지켜지지 않은 것이 적자요인에 큰 몫으로 기여하였다고 보여진다. 참고로 1989년 군조합의 국고지원율은 42%였고, 1990년에는 39%로 감소했으며 시조합의 경우는 35%로 군조합보다 더 낮은 수준이었다. 특히 농어촌의 경우는 젊은층의 이농으로 인한 인구의 노령화로 보험료의 인상에도 적지 않는 어려움이 있다. 따라서 국고지원을 보험재정의 50%로 사후적으로 보장해 주는 것이 특히 농어촌 지역의보의 재정안정에 매우 중요하다고

본다.

1.3 廣域化示範事業 推進

1989년 지역조합자료에 의하면 군조합의 46.7%가 적용인구 4만명미만, 시조합의 35.1%가 6만명미만의 소규모조합으로 나타났다. 군지역의 읍이 시로 승격하여 분리되는 경우나 특히 농촌지역의 이농현상으로 인하여 적용인구가 계속 감소하고 있는 현상으로 미루어 볼 때 조합규모에 대한 문제가 제기될 수 있다. 따라서 조합운영의 효율화와 위험분산을 높이기 위해 현행 조합규모를 직할시, 도단위로 광역화를 추진하는 것이다. 그러기 위해서는 먼저 대상지를 선정하여 시범사업을 시행한 다음 그 결과를 토대로 하여 전국적으로 확대할 것인가를 결정한다.

한편 지역의료보험의 관리운영비 비중이 높은 것은 지역조합업무의 특수성에 기인한다고 볼 수 있는데 조합업무의 혁신없이는 관리운영비를 절감하는 것은 어렵다. 예컨대, 1990년을 기준하여 보면 지소직원이 6,380명으로써 본소직원 4,039명의 1.6배에 해당하여 인건비가 많이 소요된다. 1994년부터 주민등록 전산화작업이 시행되어 지방행정기관과의 전산망연계가 이루어질 경우 조합에서 자격관리가 직접 이루어질 수 있어서 지소직원의 감축이 가능하기 때문에 관리운영비의 절감효과는 매우 클 것으로 보인다.

2. 保險給與의 內實化

우리나라 의료보험제도의 재원조달 특징은 보험료율이 비교적 낮은(현재 3-4%이나 선진국은 8-10%임) 반면, 환자의 본인일부부담은 매우 높은 수준이라는 점이다. 따라서 앞으로 현재의 저보험료율과 고본인부담률로 특징지어지는 재원조달전략을 점차적으로 보험료를 높이고, 비급여항목을 축

소하여 본인부담분을 낮추는 방향이 바람직 할 것이다. 그러나 비급여부분을 포함한 본인부담률을 급격하게 낮추려는 조치는 지역의보의 재정상태를 더욱 불안정하게 할 가능성이 크기 때문에 먼저 제 1단계로 저소득층이나 노인에 대한 부담경감 방안이 요구된다. 만일 이런 조치에 의해 지역조합의 재정부담이 크다고 판단되면 지역주민의 복지증진을 위해 생활보호사업이나 지방자치단체에서 부담하는 것도 검토해 볼 수 있을 것이다.

의료보험이 과중한 의료비지출에 대한 가계부담을 경감시키는데 있다고 할 때, 비급여범위는 조정되어야 할 것이다. 단기적으로 비급여범위의 조정은 가계부담의 압박을 완화시키면서 과중한 보험료의 인상이 수반되지 않는 수준에서 이루어져야 할 것이다. 의료보험에서 적용되어야 할 신의료기술 및 신의료장비는 조기에 질병을 정확하게 진단하고 치료함에 있어 매우 중요하다. 이는 비용의 감소, 치료기간의 단축 등에 기여할 수 있다고 보기 때문이다. 특히 대부분의 병원에서 보유하고 있는 초음파영상진단기와 컴퓨터단층촬영기 등의 경우 장비가격이 비교적 저렴하고 검사실시가 용이하며 인체에 해가 없다는 장점이 있어 수술시간과 비용을 절약시킬 수 있어 널리 사용하고 있기 때문에 급여대상으로 포함되어야 할 것이다. 이외의 신의료기술 및 신의료장비의 경우에 진료비의 상승억제 측면에서는 재래의 기술 및 장비가 이용되어질 수도 있으나 기존의 방법으로 의료의 질적인 측면과 경제적 측면 모두가 비효과적이라고 판단될 경우 의료보험으로의 점진적 수용도 검토되어야 할 것이다.

다음으로 생활환경 및 질병양상의 변화에 대응하기 위해 현재의 급성질환 중심의 급여체계에서 만성질환 및 재활부문의 비중을 높여야 한다. 구체적으로 만성병에 대해서는 왕진과 재택간호를 급여대상에 포함시킬 필요가 있는데 이것은 의료서비스의 적절성을 유지할 뿐만 아니라 불필요한 입원을 억제하는 데도 기여할 것이다.

오늘날 40대이상의 주요 건강문제가 되고 있는 각종 암, 당뇨병, 신장

질환, 간질환, 고혈압 등의 만성퇴행성 질환은 대부분 일단 이환되면 치료 만으로는 완치되지 않는 성인병으로서 평생동안 고생을 해야함은 물론 치료 에도 많은 비용이 소요된다. 이같은 성인병은 그 특성상 사후 치료보다는 사전예방이나 조기발견이 훨씬 중요하고 비용효과적이라고 할 수 있다. 그 러므로 성인병을 조기에 발견하기 위한 성인병검진을 보험급여에 포함시키 고 장기적으로 질병예방 및 건강증진사업을 더욱 강화해야 할 것이다.

3. 醫療酬價體系 및 支拂制度의 改善

현행 행위별 수가체계(fee-for-service basis)하에서는 진료행위에 따 라 사후에 진료보수를 지불해야 하므로 비용조장적인 처치, 수술, 검사에 대한 제한을 효과적으로 할 수 없다. 따라서 이러한 비용조장적인 치료방 법에 대한 비용-효과분석(cost-effectiveness analysis)이 활발히 이루어져 야 하며 효과면에서 별 차이가 없는 비용조장적인 치료방법은 지양되어야 하고, 보다 비용절약적인 치료방법이 조장될 수 있도록 하기 위해 비용절약 에 동기를 부여하는 수가체계로 전환해야 한다. 앞으로 수가체계를 개선하 기 위해서는 서비스에 들어가는 비용에 근거한 진료비 수가표의 작성이 필 요하다. 이 수가표는 수술이나 검사보다는 일차진료에 해당되는 가격을 높 게 책정함으로써 의사들이 일차진료에 더 힘을 기울이도록 유도한다. 그리 고 정부는 진료비 상승률의 상한선을 GNP나 GDP의 증가율을 기준으로 정하 도록 한다.

한편 과잉진료, 불필요한 수술 및 검사, 과다청구 등으로 의사에 대한 지불제도개혁의 필요성이 대두되고 있는 실정이다. 현재 진료비 심사물량 의 급증으로 인해 심사의 어려움이 있는 것도 사실이다. 따라서 심사의 효 율성을 제고하기 위해서 현재의 건당진료비 개념에서 외래는 방문당으로, 입원은 재원일당 개념으로 전환해야 할 것이다. 진료비의 지침을 설정하여

이 수준을 초과하는 경우에 한해 심사하고 이 초과금액이 타당한 것으로 인정되지 못할 경우에는 그 초과분을 삭감하는 것이다. 이때 진료비의 가이드라인은 서비스에 대한 의사의 실제 진료비, 전년도의 그 처치에 대한 의사들의 일반적인 진료비, 전년도의 같은 지역, 같은 전문과목에서의 관례적인 가격 등 3가지 가격의 가중 평균값을 이용하여 산출될 수 있을 것이다.

진료비를 심사하고 의료기관을 실사하는 기능만으로 의사에 의해 제공되는 서비스의 전체 진료량을 효과적으로 통제할 수는 없다. 왜냐하면 심사 및 실사에 의해 과다청구가 밝혀지면 환수조치하는 것만으로는 이러한 행위를 근절시킬 수 없다고 보기 때문이다. 즉, 진료심사에 의한 삭감내용이 알려지면 여기에 대응하는 방안이 곧 마련되기 때문에 심사 및 실사의 큰 성과가 이루어지지 않는다.

따라서 보다 강력하게 심사 또는 실사를 통해 과잉청구사태가 밝혀진 의료기관은 요양취급기관의 지정에서 제외시키도록 하는 조치를 취해야 한다. 보험자의 요양취급기관에서 제외된 의료기관은 보험환자를 받을 경우에 환자가 진료비를 전액 선불하고 보험급여에 해당되는 금액은 조합을 통해 환급받도록 의료보험법을 개정한다. 그렇게 되면 보험환자가 지정되지 않은 의료기관을 기피하게 되므로 의료기관이 불이익을 받게 된다. 그러므로 의료기관은 사전에 과잉진료나 과다청구가 되지 않도록 하기 위해 자발적으로 노력할 것이다.

그러나 진료비심사기능을 강화하는 데는 한계가 있고 또한 의료계로부터 심사기구의 독립이 요구되며, 심사결과에 대한 의료기관의 마찰 등 심사기구를 운영하는데 치루어야 할 비용이 적지 않기 때문에 장기적으로는 보험자가 심사기구를 유지하는 것보다는 거시적 측면의 선불지불방식인 총액계약제로 전환하는 것이 더 바람직할 것이다. 그러기 위해서 해결되어야 할 선결조건은 의약분업, 수가체계의 구조적 개혁 등이 이루어질 수 있는 기반

의 조성이다.

4. 老人醫療費對策

한편 노인의 질병구조상 만성질환 및 퇴행성 질환의 유병률이 크기 때문에 입원건당 내원일수가 길어지고, 이 연령층의 종합병원 입원율이 높은 점 등을 감안하여 60세이상 인구에 대한 종합적인 의료비 대책이 필요할 것이다.

따라서 중년인구의 질병예방 및 건강교육의 실시 등을 통해 장기적인 노인의료비 대책을 세우는 것과 동시에 단기적인 억제방안을 제시할 필요가 있다. 즉 노인성 만성질환으로 인한 종합병원의 이용을 가능한 억제하는 것이다. 그러기 위해서는 기술집약적인 고가 의료서비스를 제공하는 의료기관보다는 노인의 상황과 요구에 맞는 지역사회 중심의 의료기관이나 노인 요양원시설을 신설하든지 혹은 기존의 시설을 전환하는 방법이 가능할 것이다. 구체적으로 첫째, 노인전문병원의 신설, 혹은 기존병원을 전문병원으로 전환하는 방법, 둘째 간단한 시설과 장비가 구비된 장기요양원, 간호양 노원, 주간보호센터 등 노인의료시설의 신설 혹은 기존 병원이나 시설의 전환, 셋째 방문진료 및 간호를 통한 재택치료를 강화시키는 방법 그리고 위와 같은 노인전문병원이나 노인의료시설 등에서 퇴원한 후에 재택치료가 유기적으로 이루어지도록 하는 방법 등을 생각해볼 수 있다.

또한 평균수명이 길어짐에 따라 노인환자치료가 세계적인 문제로 부각되고 있는 가운데 노인성질환에 우수한 약을 개발하는 것만이 높아가는 의료비를 줄일 수 있다는 연구결과가 최근 미국에서 나왔다. 부연하면 효과적인 치료약을 개발함으로써 비용이 많이 드는 수술을 지양하고 입원기간을 단축하여 노인환자의 삶의 질을 높여주는 동시에 의료비를 절감할 수 있을 것이다.

위와 같은 방법들은 선진국에서 노인의 일반병원에서의 입원을 가능한 억제하기 위해 사용되고 있으며 일본에서는 노인의 거택진료를 적극적으로 추진하고 있는 실정이다. 따라서 우리나라에서도 이같은 방법을 도입하면 우선 종합병원에서의 환자집중현상을 어느 정도는 완화할 수 있고 또한 상대적으로 저렴한 노인전문병원이나 노인의료원을 이용함으로써 상송일로에 있는 노인의료비를 억제할 수 있을 것이다.

參 考 文 獻

- 권순원·양봉민, 『의료보험제도의 개선을 위한 정책방안』, 한국개발연구원, 1990.
- 김기욱·이규식, “지역의료보험의 의료이용도 및 소득재분배효과에 관한 분석,” 『인구보건논집』, 한국인구보건연구원, 1985.
- 김수춘·이충섭, 『주민의식조사를 통한 지역의료보험 평가』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 김영훈, “지역의료보험의 보험료 이전효과분석,” 『사회보장연구』, 한국사회보장학회, 1989.
- 김일순외, “의료보험 실시전과 후의 의료이용 비교,” 『대한보건학회협회지』, 대한보건협회, 1980.
- 김한중, “향후 의료보험제도의 바람직한 방향,” 『의료보험과 국민의료에 관한 세미나결과 보고서』, 대한의학협회, 1991.
- , “의료시설의 수급과 정부의 역할,” 『국민의료와 정부의 역할』, 한국보건행정학회, 1991.
- 노인철, “의료보험의 위험분산,” 『사회보장연구』, 한국사회보장학회, 1988.
- 노인철·이충섭, 『전국민의료보험과 자원조달』, 한국인구보건연구원, 1988.
- 노인철, “전국민의료보험 자원조달의 정책방향,” 『의료보험재원조달에 관한 세미나 보고서』, 한국인구보건연구원, 1989.
- 노인철외, 『의료보험 본인부담제에 관한 연구』, 한국인구보건연구원, 1989.
- , 『의료보험재정안정화 방안: 진료비상승억제측면』, 한국보건사회연구원, 1990.
- , 『지역의료보험의 재정안정화를 위한 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 명재일, 『의료전달체계 운영성과의 분석』, 한국보건사회연구원, 1991.

- 문옥륜, “의료보험제도가 국민건강과 의료체계에 미치는 영향,” 『의료보험과 국민의료에 관한 세미나 결과 보고서』, 대한의학협회, 1991.
- , “의료장비의 수급과 정부의 역할,” 『국민의료와 정부의 역할』, 한국보건행정학회, 1991.
- , “농어촌의료보험의 당면과제와 개선방향,” 『한국농촌의학학회지』, 한국농촌의학회, 1991.
- 박경숙외, 『농어촌 의료보험제도가 의료서비스이용에 미친 효과분석』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 변종화, “지역의료보험의 효과분석,” 『한국인구보건논집』, 한국인구보건연구원, 1978.
- 송건용, “의료보험이 의료이용양상과 의료균점에 준 효과분석,” 『인구보건논집』, 한국인구보건연구원, 1988.
- 송건용·박연우, “의료보험이 의료이용양상과 의료균점에 준 효과분석,” 『인구보건논집』, 한국인구보건연구원, 1988
- 송건용외, 『1989년도 국민건강조사』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 신영수, “의료서비스의 수급과 정부의 역할,” 『국민의료와 정부의 역할』, 한국보건행정학회, 1991.
- 유승흠외, “지역의료보험 가입자의 외래의료이용변화,” 『예방의학회지』, 대한예방의학협회, 1988.
- 이규식, “의료수요의 가격 및 소득탄력도,” 『인구보건논집』, 한국인구보건연구원, 1985.
- 정명채, “농어촌의료보험제도의 개선방향,” 『한국농촌의학회지』, 한국농촌의학회, 1991.
- 한달선, “의료보험 10년의 성과와 과제,” 『사회보장연구』, 한국사회보장학회, 1987.
- 외, 『의료보험 급여에 대한 분석』, 한림대학 사회의학연구소, 1988.

한혜경외, “입원진료비 상승요인 분석,” 『보건사회논집』, 한국보건사회
연구원, 1990.

보건의료정책연구소, 『21세기를 향한 보건의료세미나 보고서』, 1991.

한국보건사회연구원, 제7차 경제사회개발 5개년 계획: 보건의료부문계획
1차시안, 1991.

Abel-Smith Brian, Assessing the Experiences of Health Financing in
Selected Industrial and Developing Countries. Paper
presented at the Seminar on Health Financing and the Role
of Health Insurance in Selected Countries in Asia, Bali,
Indonesia, 1990.

Culyer, Anthony J. What the Newly-Industrialised Countries can Learn
from the Experiences of the Health Care Systems in Developed
Countries: a View from the United Kingdom. Paper presented
at the International Symposium on Health Care Systems, Taipei,
Taiwan, 1989.

Evans Robert G., The Canadian Health Care System: The Other Part of
North America is Rather Different. Paper presented at the
International Symposium on Health Care Systems, Taipei, Taiwan,
1989.

Fortier, Morie E. Containing Costs and Improving Equity: Health Policy
Options in Canada. Paper presented at the ISSA, 1991.

Hsiao, William C., What Lessons can Less-Developed Countries Learn
from the Experiences of Developed Nations about a Comprehen-
sive Health Financing Strategy. Paper presented at the Semi-
nar on Health Financing and the Role of Health Insurance in
Selected Countries in Asia, Bali, Indonesia, 1990.

Reinhardt, Uwe E., The Health System of The United States: Lessons for Other Countries. Paper presented at the Seminar on Health Financing and the Role of Health Insurance in Selected Countries in Asia, Bali, Indonesia, 1990.

Schulenburg J.-Matthias Graf, The West German Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations. Paper presented at the International Symposium on Health Care Systems, Taipei, Taiwan, 1989.

Yang, Bong-Min, Issues in Health Care Delivery: Case of Korea. Paper presented at the Seminar on Health Financing and the Role of Health Insurance in Selected Countries in Asia, Bali, Indonesia, 1990.

제1주제 토론

좌장: 김 일순(연세대 의무부총장)

15년전 의료보험이 실시되기 전에는 돈이 없어서 병원에 가지 못하는 일이 많았고, 농촌의 경우 만성병 치료를 받지 못하고 불구상태로 사는 사람이 많았다. 그러나 정부가 관여하지 않았기 때문에 이 문제를 해결하기 위하여 보건분야에 있는 사람들이 사보험을 만들어 시범사업을 실시하기도 했다. 그러나 다행히 1977년부터 의료보험이 실시되었다. 이때는 경험도, 전문가도 없었고, 수많은 의견, 비판, 논란이 있었다. 이러한 경험과, 잘못된 점을 고쳐가면서 성장해온지 15년이 되었다.

이제는 의료보험이 어느 정도 정착되었지만, 그렇다고 아무런 문제가 없는 것은 아니고 당면해 있는 문제점들을 하나하나 개선해 감으로써 의료보험이 더 발전할 수 있으리라고 본다.

먼저 서울대학교 보건대학원에서 보건경제학을 전공하시는 양봉민 박사께 토론을 부탁 드린다.

토론: 양봉민(서울대 보건대학원)

전국민의료보험제도에 관한 총괄적 평가가 잘 되었고 접근성, 형평성, 효율성을 통한 평가에 대체로 공감한다. 그리고 저보험료·고본인부담체계의 문제점 지적에도 동감한다. 그러나 Hsiao의 분석틀을 이용한 평가기준은 우리실정에는 맞지 않는 것 같다. 그리고 본인의 생각으로는 크게 형평성과 효율성으로 구분하는 것이 좋을 것 같다. 즉 접근성은 형평성속에 포함될 수 있을 것이다.

저자는 전국민의료보험제도의 성과만을 강조했을 뿐 문제점에 대한 분

석은 충분하지 못하다. 예를들면 12년만에 전국민의료보험을 달성하는데 따르는 부작용과 문제점이 언급될 필요가 있으며, 전체적으로 문제점에 관한 심층적인 분석이 이루어지지 않고 있다.

“저보험료·고본인부담”의 책략은 조기에 보험을 확대하는 데는 효과적이었더라도 사회보험의 근본취지를 따르지 못하는 맹점을 안게 되었다. 이 제와서 형평성을 제고하기 위하여 “고보험료 저본인부담”의 형태를 취하는 것은 정치적으로 쉽지 않을 것이다. 보험비적용 서비스에 대하여도 같은 맥락에서 이해되어야 한다. “저보험료 고본인부담”이나 “보험비적용 서비스의 확대”는 의료제도에 여러가지 바람직스럽지 못한 동기를 부여하게 되었으며 그 결과 비형평 및 비효율이 크게 문제시되고 있다. 따라서 전국민 의료보험의 조기달성은 그 자체로서 문제점을 많이 가지는 제도의 출발로 평가될 수도 있다.

형평성 논의에서 의료보호제도, 특진제, 고가장비서비스와 관련된 논의가 이루어지지 않고 있다. 특히 비급여의 확대는 공급자, 수요자 그리고 의료보험 시장에 많은 부적절한 동기를 부여하고 있으며 그러한 동기부여는 우리의 의료제도를 비효율적이고 비형평적인 제도로 만들어 가고 있다. 따라서 이 부분에 대한 집중적인 분석이 필요할 것이다.

의료이용량의 증대가 의료보험만의 성과라고 판단할 수 없다. 의료보험의 도입 외에도 공급요인의 증가, 소득수준의 변화 혹은 보건의식의 변화와 같은 사회경제적 여건의 변화가 큰 몫을 차지하였다고 볼수 있다. 그리고 국민의료비의 효율성 평가에서 물가상승이 감안된 실질가치의 비교가 필요하다. 실질국민의료비의 증가가 실질 GNP증가를 크게 앞지르고 있다는 것이 대부분의 통계에서 나타나고 있으므로 이에 대한 심층적인 분석이 필요하다. 그리고 저자는 보험진료비가 국민의료비인 것처럼 확대 해석하고 있다.

좌장:

다음은 그동안 의료보험연합회 서울제8지구 대표이사를 역임하시고 지금은 한국의료관리연구원의 연구위원 겸 사무국장이신 정환필 국장께 토론을 부탁드립니다.

토론: 정환필(한국의료관리연구원)

오늘의 주제가 바라는 것은, 전국민 의료보험 확대적용 3년이 되는 이 시점에서 그 동안의 성과는 무엇이며, 그것은 의료보험제도 도입목표를 충족시켰는가를 음미하여 봄으로써, 당초 추구한 목표에 미흡한 점이 있다면 이를 도출하여 타개방향을 모색하여 보자는 데에 있다고 본다.

이 문제를 본 토론자는 의료보험제도에 대한 지금까지의 접근방법인 학술적 또는 논리적 분석방법이 아닌 다른 각도에서의 접근방법, 즉 제도 운영의 이해 당사자의 감각적 입장에서 검토하여 보는 것이 의료보험제도가 국민복지 증진을 위한 정책적 사회 보장제도인 점, 그리고 또한 그 운영이 의료의 수요자(국민), 의료라는 전문적인 공급자(의사) 및 그 관리운영자(보험자) 3주체에 의하여 이루어지고 있다는 점을 감안할때 보다 현실감 있다고 본다.

먼저 혜택을 받는 국민의 입장에서 볼 때 의료보험을 전국민에게 조기 확대 적용한 것, 즉 전국민에게 병의원의 문턱이 낮아진 그 자체가 성과요, 양적 발전이라 할 수 있다.

주제 발제자가 제시한 의료보험제도의 목표 중 “의료접근의 형평성”, “비용의 공평부담” 및 “소비자 자유 선택” 등 표면적 사항은 어느 정도 성취되었음을 부인할 사람은 없다.

이 문제는 제도도입 전과 후 시점을 가리어 우리 국민의 의료에 접근하는 난이도를 음미하여 보면 쉽게 이해할 수 있다.

그러나, 현실적으로 보면 의료보험 혜택을 직접 받고 있는 국민의 입장

에서, “고마운 의료보험”이라는 반응은 기대 보다는 낮고, 국민의료보장 사업에 헌신적이며 희생적으로 동참하여 오늘에 이른 의료공급 담당자인 의료계와 우리 국민 생활사에 일대변혁을 이룩한 국민의료보장 개척자로서의 보험자(조합 또는 공단) 종사자는 공지와 보람으로 충만할 수 있는 입장인데도 그렇지 않음을 볼때 재고의 소지가 없지 않다고 본다.

오늘의 주제가 바라는 발전적인 내일을 그리기 위해서 우리는 오늘의 등잔 밑을 밝히어 보아야 하겠다. 즉, 다시 말해서 그 옳고 그름을 떠나서 일반적으로 일컬어지고 있는 원인을 살펴보면,

- 국민의 입장에서는
 - 급여의 범위와 수준이 낮다.
 - 이용절차도 복잡하다.
 - 비용부담(본인부담금, 비급여 내용, 보험료 등)이 많다.
 - 보험자의 관료적인 군임 인상 등
- 의료계 입장에서는
 - 의료수가가 너무 낮다
 - 진료비 심사에 대한 불만·불쾌감
 - 진료비 청구서 작성 등 행정상의 업무 복잡·과중
 - 보험자의 관료적인 군임 인상 등
- 보험자 종사자 입장에서는
 - 제도 운영의 경직성
 - 인사 불만
 - 차등 보수
 - 전문인으로서의 사회적 예우 대책 미흡(소홀) 등을 들 수 있다.

이상에서 나열한 문제 아닌 문제성의 소리를 경시 또는 도외시하고서는

정책 당국, 학계 및 뜻있는 전문가가 아무리 외쳐도 메아리 없는 외침이 되기 쉽다.

이 소박한 소리들을 문제점으로 받아들이고 이를 바탕으로 한 “전문가적” 또는 “학술적” 과제를 설정, 그 타개 방안을 종합적으로 모색할 때 비로소 의료보험 이해 당사자의 동참적 공감과 더불어 우리나라 의료보험제도의 추구 목표가 내실있게 성취 되리라 본다.

발표자 답변:

먼저 매우 유익한 지적을 해주신 두 토론자에게 감사를 드리고자 한다. 본인이 미처 정리하지 못한 점들을 지적해 주어서 이런 점들을 참고하여 보완하면 보다 좋은 논문이 되리라고 본다. 여러 지적 중에서 두 질문에만 간략히 답변하고자 한다.

첫째, Hsiao의 분석틀도 결국 형평성과 효율성으로 요약될 수 있다고 본다. 즉 전국민적용, 의료서비스의 접근성, 부담의 공평성 등은 형평성에 관련되어 있고, 의료비억제, 자원의 효율적이용은 효율성에 관한 것으로 보기 때문에, 크게 형평성과 효율성이라는 측면으로 구분될 수 있다. 따라서 논평자께서 Hsiao의 평가기준이 우리 실정에 맞지 않는다고 생각하는 이유가 무엇인지에 대해서는 충분히 설명되지 않았으므로 다음 기회에 논의될 수 있기를 바란다.

둘째, 이 논문의 의료비는 의료보험에 의한 보험진료비를 의미하므로 국민의료비와 동일한 개념으로 사용된 것은 아니다. 그러나 국민의료비 중에서 보험진료비가 차지하는 비중이 매우 높고, 비급여부분이나 다른 부분의 비중은 매우 낮기 때문에 그들의 증가율이 전체 진료비의 증가율에 큰 영향을 줄 정도는 아니며, 결국 보험진료비의 증가율은 국민의료비의 증가율과 비슷한 추세를 보일 것이다. 또한 GNP와 의료비의 명목 증가율과 실질 증가율이 다를 가능성에 대해서는 다음과 같이 답변하고자 한다. 즉 양

자의 명목가치를 물가상승률로 할인하게 되면 명목상승률과 실질상승률은 같은 방향으로 움직이기 때문에 의료비의 실질 증가율이 GNP의 실질 증가율보다 낮지만, 서로 다른 디플레이터(deflator)를 사용하는 경우에는 양자의 디플레이터의 증감 속도에 따라 명목증가율과 실질증가율간의 차이가 나타날 수도 있을 것이다.

좌장:

제2주제를 진행하면서 아쉬운 것은 시간제약으로 플로어에 계신 분들에게 토론 기회를 주지 못한 점이다. 아무쪼록 오늘의 토론이 전국민의료보험의 성과와 과제를 이해하는데 좋은 기회가 되기를 바라며, 특히 15년간의 의료보험을 위업이라 해야할 것이냐 아니면 문제점이 많기 때문에 위업이라 하기에는 아직 이르다고 볼 것이냐 하는 논점에 대해 앞으로 많은 연구가 계속되기를 바란다.

醫療保險 財政 現況과 展望

문 옥 륜

서울대학교 보건대학원 교수

- I. 글을 시작 하면서
- II. 재정현황 분석
- III. 보험진료비 증가요인 분석
- IV. 국고지원금 지원방식 개선
- V. 전망

2017 年 4 月 14 日 星期五 14:47:21 来自 192.168.1.100

2017 年 4 月 14 日 星期五 14:47:21 来自 192.168.1.100

2017 年 4 月 14 日 星期五 14:47:21 来自 192.168.1.100

2017 年 4 月 14 日 星期五 14:47:21 来自 192.168.1.100

I. 글을 시작하면서

1991년에 연인원 3억 3만명에 이르는 국민들이 의료보험을 이용하였는데, 이는 국민 1인당 8.2회의 의료기관 방문이 되며, 의료보험도입 이전의 국민 1인당 연간 1회 내외의 의료기관 방문과 비교하면 큰 변화가 아닐 수 없다. 이러한 변화는 의료보험이 이미 국민생활의 한 복판에 깊숙히 파고 들어와 있음을 보여주는 지표가 된다.

전국민의료보험 실시 3주년을 맞이하면서 우리나라 의료보험은 새로운 국면에 접어들고 있다. 그동안은 지역의료보험의 재정적자 때문에 국민의료보험의 앞날이 지극히 불투명하였으나, 이제 지역의료보험이 전반적으로 재정흑자를 기록함에 따라 사정이 달라지게 되었다. 물론 이러한 국면전환을 일시적인 현상으로 치부해 버릴수도 있겠지만, 거의 모든 지역조합에서 재정상태가 호전되었을 뿐 아니라 막대한 수지차액을 발생시켰다는 사실에서 국민모두가 주의를 기울일 필요가 있다. 다시 말해서 지역의료보험도 노력하기에 따라서는 이처럼 큰 폭의 흑자를 발생시킬 수 있다는 점을 확인하는 것은 앞으로의 의료보험 발전을 위해서 도움이 된다.

과거의 경험을 통해서 이러한 전환시점을 잘 이용하면 의료보장제도의 발전을 앞당길 수 있음을 알 수 있다. 예를 들어서 1985년에 의료보험의 수지율이 크게 악화됨에 따라 그 이듬해에는 본인일부부담금 정액제를 도입하였는데, 이후 재정상태가 크게 호전되어 전국민의료보험으로 나아가는 결정적인 계기를 마련하게 되었다. 지금의 이 시기가 그러한 중요한 시기가 되지말란 법이 없을 것이다.

본 고에서는 의료보험의 재정현황에 대하여 고찰한 후, 전술한 바와 같은 흑자재정이 초래된 배경을 검토하고, 현재의 재정상태를 가늠해 보기로 한다. 그 다음으로는 의료보험진료비의 시계열별 분석을 통하여 그 증가요인을 고찰함으로써 장차 진료비 증가에 대비할 수 있는 시사점을 얻도록 한다. 그리고 현 의료보험이 당면하고 있는 과제의 하나인 국고지원금의 지원방식과 적정규모에 대한 고찰을 한후 이에 대한 대안을 제시하고, 향후의 정책과제를 전망하도록 한다.¹⁾

1)현시점은 지역의료보험의 재정상태가 급변하고 있는 와중이어서 재정추계를 하기에 적당하지 않으므로 본고에서는 이를 생략하였다.

II. 재정현황 분석

의료보험의 재정수지는 1984년과 1985년을 제외하면 대체로 안정세를 유지해왔는데, 1991년에는 수지율이 77.5% 수준을 유지하고 있다(표 II-1 참조). 과거 13년(1978~1991)동안에 보험재정수입의 연평균 증가율이 38.0%인데 비하여, 보험지출의 증가율은 42.3%로서 지출의 증가율이 수입의 증가율을 상회하고 있다. 이기간 동안에 누적적립금은 연평균 33.6%씩 증가하였다. 그러나 최근 6년(1985~1991)동안의 보험재정을 보면 수입은 연평균 30.8% 증가한데 비하여 지출은 25.1% 수준이어서 오히려 전자가 후자를 능가하고 있다. 따라서 과거 6년동안의 누적적립금의 증가율은 39.0%로서 과거 13년 동안의 그것보다 연평균 5.4%나 더 높다. 이러한 결과로 인하여 직장보험과 공 교보험의 적립금만을 합쳐도 1조 1,281억원에 이르고 있다. 1991년 현재 누적적립금의 크기는 당해년도 총지출액의 57.5% 수준이다.

(표 II- 1) 연도별 보험재정 현황 (단위 : 억원, %)

연 도	수 입 (A)	지 출 (B)	수 지 율 (B÷A×100)	누적적립금 (D)	(D÷B×100)
1977	149	51	34.2	98	192.2
1978	487	253	52.0	332	131.2
1979	1,135	806	71.0	595	73.8
1980	1,795	1,513	84.3	752	49.7
1981	2,748	2,096	76.3	1,387	66.2
1982	3,666	3,185	86.9	1,803	56.6
1983	4,630	4,376	94.5	1,958	44.7
1984	5,551	5,581	100.5	2,056	36.8
1985	6,392	6,480	101.4	1,977	30.5
1986	8,003	6,417	80.2	3,449	53.8
1987	9,499	7,525	79.2	5,388	71.6
1988	13,393	10,893	81.3	7,236	66.4
1989	18,120	15,851	87.5	9,388	59.2
1990	24,321	21,640	89.0	10,385	48.0
1991	32,067	24,838	77.5	14,284*	57.5
연평균증가율 (1978~1991)	38.0	42.3		33.6	
(1985~1991)	30.8	25.1		39.0	

* 일부 지역의료보험의 미징수금 등이 포함되어 있음.

1991년도 재정수지에 대한 가결산 자료를 보면 수지차액이 7,589억원이나 발생했음을 알 수 있다(표 II-2 참조). 이러한 수지차액은 총지출의 29.1% 수준이다. 공·교보험과 직장보험의 관리운영비는 총지출의 5~6%수준이나, 지역보험의 경우에는 12.7%로서 전자의 약 2배에 해당된다. 전체적으로는 관리운영비가 총 보험지출의 9.2%를 차지하고 있다. 그리고 당년도 국고 지원금은 지역의보 재정의 40.2%를 차지하고 있으며, 공·교보험의 보험료 지원분을 제외할 경우, 국고지원금은 전체 보험재정수입의 18.3%를 차지하게 된다.

(표 II - 2) '91 재정수지현황(가결산)

(단위 : 백만원)

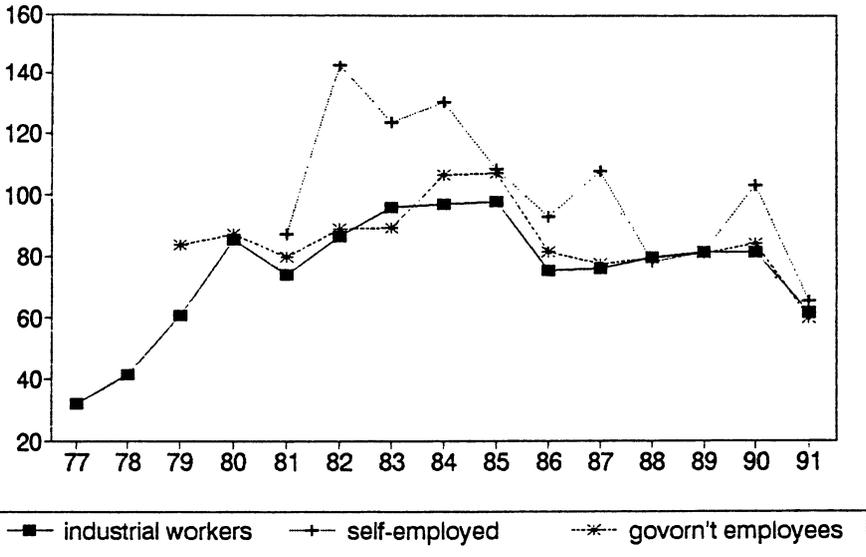
구 분	지역의보		직장의보		공교의보		계	%
	금액	%	금액	%	금액	%		
수 입								
보 험 료	789,344	54.1	1,127,038	85.8	360,441	83.1	2,276,823	71.0
국 고	586,790	40.2	-	-	-	-	586,790	18.3
기 타	83,454	5.7	186,336	14.2	73,277	16.9	343,067	10.7
계(A)	1,459,588	100.0	1,313,375	100.0	433,717	100.0	3,206,680	100.0
지 출								
보 험 료	963,802	83.9	817,166	82.6	261,432	75.6	2,042,401	82.2
관 리 운 영 비	145,616	12.7	64,866	6.6	17,919	5.2	228,400	9.2
기 타	38,428	3.4	107,919	10.9	66,680	19.3	213,026	8.6
계(B)	1,147,846	100.0	989,951	100.0	346,031	100.0	2,483,827	100.0
수지차액(A-B)	347,742		323,424		87,686		758,852	
(A-B)÷B×100	27.2		32.7		25.3		29.1	

의료보험실시 이후 기여금 대 급여비의 비율은 지속적으로 증가하다가 1985년을 기점으로 수지율이 극도로 악화되었으나 정액제 도입 이후에는 직장공·교보험 모두 급여비율이 안정세를 보이고 있다. 이러한 경향은 전국민의료보험이 실시된 직후를 제외하고는 지역보험에서도 동일하다. 그리하여 1991년에는 기여금 대 급여비의 비율이 의료보험 종류에 무관하게 62% 수준으로 수렴되고 있다(그림 II-1 참조).

2)보다 구체적으로는 직장보험은 62.2%, 지역보험은 66.0%, 공·교보험은 60.3%이다.

< 그림 II- 1 > 연도별 보험종류별 기여금 대 급여비의 비율

Rate of Benefits to Contributions by Year



의료보험을 실시 한지 15년이 경과하는 동안에 직장보험과 공·교보험은 계속되는 임금인상, 보험료의 원천징수, 급여비증가 속도의 둔화 등으로 인하여 보험재정이 안정되어 정착단계에 이르렀음을 알 수 있다. 구체적으로 1981년부터 1990년까지 소비자물가와 명목임금의 증가률을 비교해보면 임금 인상승률이 두배이상 높음을 알 수 있다. 보험수가의 인상율이 소비자물가를 따라 잡지 못했기 때문에 보험료의 변동을 무시할 경우 이러한 상황에서 보험료 수입이 지출을 크게 상회하는 것은 당연한 일이 된다. 이처럼 보험수가의 통계와 임금소득의 증가는 직장 및 공·교보험의 재정안정에 크게 도움을 주었다.

이에 비하여 88년과 89년에 전국적으로 적용되기 시작한 지역보험은 아직도 초창기 단계에 놓여있다. 1990년 12월까지에는 96개 조합에서 578억원의 흑자가 발생했으나 그 나머지 158개 조합에서 699억원의 적자가 발생하여 도합 121억원의 적자가 발생하였다. 그 당시 적자의 대부분은 농촌조합

에서 발생하였다³⁾(표 III-3 참조). 이러한 연유로 인해 지역조합의 재정자립율은 (표 II-4)에서 보는 바와 같이 전국민의료보험 실시 첫해의 보험료 징수액 대비 보험급여비 자립율은 108.6%였으나, 그 이듬해의 동 자립율은 90.6%를 보이고 있다.

그러나 이후 1991년에는 사정이 크게 달라졌다. 즉 230개 조합에서 3,050억원의 흑자가 발생하였고, 적자는 36개 조합에서 47억원으로 줄어들어서 전체적으로는 3,003억원의 흑자가 발생하였으며, 최근에는 적자조합이 16개로 총 적자액은 20억원에 불과하였다(1992년 3월말 현재). 즉 만성적으로 적자에 시달리던 농촌조합의 87.3%(110개)가 흑자를 시현하였다.

(표 II - 3) 지역조합의 재정현황

(단위 : 억원, 개)

구분	흑 자		적 자		계	
	조합수	금액	조합수	금액	조합수	금액
90.12						
농어촌	11	9	126	△630	137	△621
도 시	85	569	32	△ 69	117	500
계	96	578	158	△699	254	△121
91.12						
농어촌	102	335	35	△ 46	137	289
도 시	128	2,715	1	△0.4	129	2,714
계	230	3,050	36	△ 47	266	3,003
92. 3						
농어촌	120	511	16	20	137	511
도 시	130	3,360	-	-	130	3,360
계	250	3,871	16	20	266	3,871

자료 : 보건사회부, 내부자료

3)그간의 재정적자는 다음의 세가지 요인으로 설명되고 있다. 첫째, 제도 출범시 보험료가 너무 낮게 부과되어 부과된 보험료를 100%징수하여도 적자가 불가피 하였다. 둘째, 그동안 억눌려왔던 의료수요가 현재화 함으로써 급여비가 급증하였다. 구체적으로 88년에 비하여 90년에는 농어촌주민 1인당 연간 급여비가 2.3배나 인상되었고, 그당시의 1인당 월 보험료(월 1,386원)는 1인당 월 급여비(1,604원)의 86%에 불과하였다. 셋째, 국고보조가 이러한 변화에 부응하지 못하였다. 90년도의 국고지원금은 37%수준으로써 당초 지원수준 50%에 크게 미달하였다.

(표 II- 4) 지역조합의 재정자립율별 현황, 1989~1990

(단위 : 개, %)

연 도	자립율	도시지역	농어촌지역	계
1989	80%미만	-	70(51.1)	70(27.8)
	80-90%미만	-	48(35.0)	48(18.9)
	90%이상	117(100.0)	19(13.9)	136(53.5)
	계	117(100.0)	137(100.0)	254(100.0)
평균재정자립율		154.2	79.8	108.6
1990	80%미만	3(2.6)	50(36.5)	53(20.9)
	80-90%미만	47(40.1)	67(48.9)	114(44.9)
	90-100%미만	49(41.9)	19(13.9)	68(26.7)
	100%이상	18(15.4)	1(0.7)	19(7.5)
	계	117(100.0)	137(100.0)	254(100.0)
평균재정자립율		94.5	82.0	90.6

재정자립율 = (보험료 국고부담금 + 징수액) ÷ 보험급여비 × 100

자료 : 의료보험연합회, 조합 결산현황, 1990-91

지역보험이 흑자재정으로 전환된데에는 제도 내외적으로 다음의 몇가지 요인이 크게 작용하고 있다. 먼저 조합 외적요인을 보면, 첫째, 전국민의 료보험실시 3년간 결산상의 적자액 1,164억원을 국고 지원하기 위하여 1,009억원을 91년 추경예산에서 확보하여 지원하였다. 이는 총 흑자액의 33.6%에 해당되는 금액이다. 둘째, 고액진료비에 대한 재정조정 공동사업으로 지역조합에 188억원을 지원하였다. 이는 총 흑자액에서 국고지원액을 제외한 흑자액(1,994억원)의 9.4%에 해당되는 금액이다. 셋째, 재산세 과표의 인상으로 보험료부과 기준과 관련하여 자동적인 보험료 증가분이 발생하였다. 넷째, 과세자료의 전산연계로 인하여 정확한 보험료 과세자료를 확보하게 되었다.

한편, 조합 내적으로도 다음과 같은 몇가지를 예시할 수 있다. 첫째, 조합의 운영실적을 제고하기 위한 자체노력을 들 수 있겠다. 특히, '91년 부터 의료보험조합 운영 평가제도가 도입됨으로써 이러한 노력은 배가된 셈이

다⁴⁾. 둘째, 이러한 노력의 일환으로 90년 중에 216개 조합에서 보험료를 평균 28.4% 인상하였고, 91년에도 202개 조합에서 평균 30.6%를 인상하였다. 셋째, 마찬가지로 연유로 해서 보험료 미납자에 대한 강제 체납처분 등을 강화하여 보험료 징수율이 크게 향상되었다(표 II-5 참조). 마지막으로 조합의 급여사후관리가 그만큼 강화된 점 등을 들수 있겠다.

(표 II- 5) 보험료 징수율

(단위 : %)

연 도	농어촌	도 시	계
1989. 12	91.5	78.6	83.6
1990. 12	94.1	89.0	90.3
1991. 12	96.5	93.1	93.9

자료 : 보건사회부, 내부자료

위에서 본바와 같이 보험재정은 전반적으로 양호하고 특히 공·교보험에서는 과다 적립금을 우려해야 할 정도에 이르렀음을 알 수 있다. 그러므로 현 단계에서는 직장 및 공·교보험의 적립금을 어떻게 활용할 것인가 하는 과제와 지역보험의 재정안정을 지속시켜 나가는 과제에 정책우선순위가 주어져야 하겠다.

4) 보건사회부 예규 제 599호(의료보험조합 운영 평가 규정 참조).

III. 보험진료비 증가요인 분석

보험진료비 억제에 관련되는 많은 연구들이 행해졌는데, 이들은 한결 같이 보험도입의 초창기에는 적용대상자의 증가로 인한 수요요인이 진료비 증가의 주된 결정인자로 작용하지만, 시간이 경과할수록 의료수가나 서비스 강도요인의 중요도가 증가함을 보여주고 있다. 본 고에서는 전국민의료보험 실시 전 후를 중심으로 한 진료비 증가요인을 분석하고자 한다.

1. 진료비 증가요인 분석모형

M을 의료보험 총진료비, P를 보험적용자수, A를 총수진건수, D를 총진료 일수라고 정의하면 다음의 항등식이 성립된다.

$$M \equiv P \cdot \frac{A}{P} \cdot \frac{D}{A} \cdot \frac{M}{D} \dots\dots\dots (1)$$

이 항등식에 따르면 총진료비는 보험적용자수(P), 1인당 진료건수(A/P), 건당 진료일수(D/A), 일당 진료비(M/D)의 곱으로 산출된다는 것을 알 수 있다. 이제 의료보험 총진료비의 증가요인을 분석하기 위하여 (1)식을 변화율의 형태로 변환하면, (2)식과 같이 될 것이다.

$$\frac{(m-M)}{M} = \frac{(p \cdot x \cdot y \cdot z - P \cdot X \cdot Y \cdot Z)}{(P \cdot X \cdot Y \cdot Z)} \dots\dots\dots (2)$$

단, 전년도의 경우 $M \equiv P \cdot \frac{A}{P} \cdot \frac{D}{A} \cdot \frac{M}{D} = P \cdot X \cdot Y \cdot Z$

$$\text{금년도의 경우} \quad m \equiv p \cdot \frac{a}{p} \cdot \frac{d}{a} \cdot \frac{m}{d} = p \cdot x \cdot y \cdot z$$

(2)식을 정리하면,

$$\frac{m}{M} - 1 = \frac{(p \cdot x \cdot y \cdot z)}{(P \cdot X \cdot Y \cdot Z)} - 1$$

그러므로,

$$\frac{m}{M} = \frac{p}{P} \cdot \frac{x}{X} \cdot \frac{y}{Y} \cdot \frac{z}{Z} \quad \dots\dots\dots (4)$$

(4)식의 계산을 위해 대수변환하면,

$$\log(m/M) = \log(p/P) + \log(x/X) + \log(y/Y) + \log(z/Z) \quad \dots\dots\dots (5)$$

결국 (1)식은 다음과 같이 변화율의 형태로 변형된다.

$$\frac{\dot{M}}{M} \equiv \frac{\dot{P}}{P} + \frac{\dot{(A/P)}}{(A/P)} + \frac{\dot{(D/A)}}{(D/A)} + \frac{\dot{(D/M)}}{(D/M)} \quad \dots\dots\dots (6)$$

2. 실증자료분석

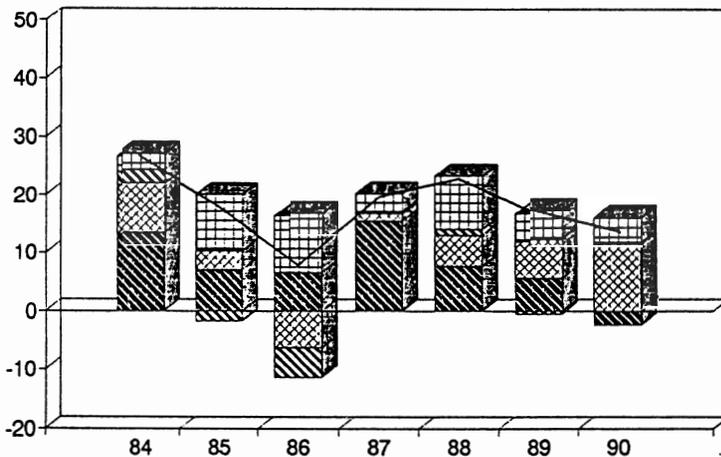
기존의 의료보험통계 자료에서 보험자 종별로 진료비 증가요인을 분석하면 다음과 같다. 직장보험의 경우에는 가입자가 꾸준히 증가하나 1987년에는 적용인구의 증가율이 매우 현저해지는데 이는 형제, 자매, 직계비속의 배우자에 대한 인정범위확대 및 임의 계속 피보험자 제도의 도입과 관련이 있을 것으로 보인다(표 III-1 및 그림 III-1 참조). 그러나 1988년 이후에는 적용대상자의 영향이 체감되고 있으며, 그 대신 수진율의 증가와 일당진료비의 영향력 증가가 가장 현저한 편이다. 1986년에 수진율이 급격하게 감

소한 것은 본인일부부담금 정액제 실시의 탓인데 그 이후 수진율의 증가가 현저해 지고 있다. 그리고 1986년의 일당진료비 증가율이 9.98%인데, 이 중 3.0%는 보험수가 인상율에 의한 것이므로 실제의 자연증가율은 6.98%가 된다. 근년에 와서 보험적용대상자의 수는 약간 감소하였다. 과거 6년간의 연평균 진료비 증가율은 16.3%였다.

(표 III- 1) 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(직장)
(단위 : %)

연도	보험 진료비 증가율	보험적용 인구 증가율	1인당 진료건수 증가율	건당 진료일수 증가율	일당 진료비 증가율	정의 증가율	負의 증가율	보험 수가 인상율
1984	27.3309	13.2079	8.7416	2.5120	2.86938	27.3309	0.0000	
1985	18.6627	6.9269	3.5063	-1.7506	9.98013	20.4133	-1.7506	3.0
1986	4.9821	6.4715	-6.0645	-5.4069	9.98195	16.4535	-11.4714	3.0
1987	20.7747	15.5060	1.4219	0.6177	3.22903	20.7747	0.0000	-
1988	23.9712	7.7001	5.5361	1.1271	9.60795	23.9712	0.0000	12.2
1989	16.6920	5.6192	6.4702	-0.4033	5.00592	17.0954	-0.4033	9.0
1990	13.7589	-2.2686	11.1871	0.4027	4.43773	16.0275	-2.2686	7.0

< 그림 III- 1 > 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(직장)



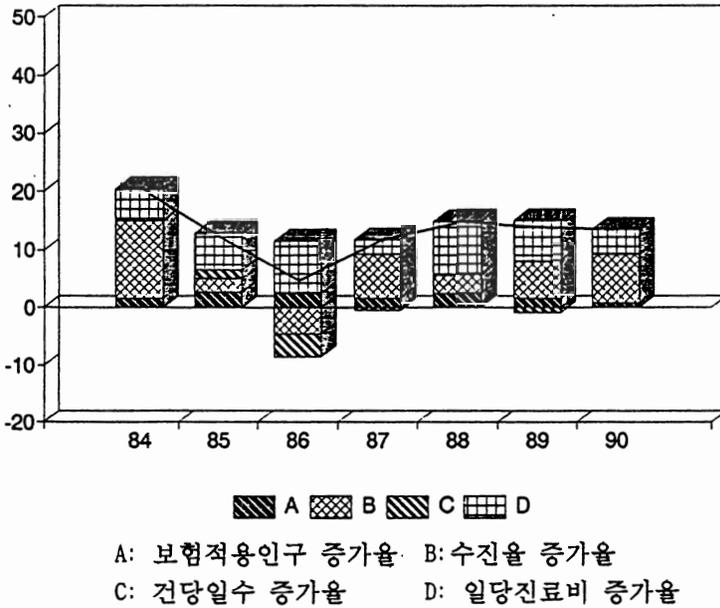
A: 보험적용인구 증가율 B: 수진율 증가율
C: 건당일수 증가율 D: 일당진료비 증가율

공·교의료보험은 적용대상자의 증가가 거의 없는 이미 안정권에 들어선 보험이다. 공·교의료보험의 연평균 보험진료비 증가율이 12.0%로서 직장이나 지역보험보다 훨씬 낮다(표 III- 2 참조). 1985년의 정액제 도입의 효과가 공·교의료보험에도 큰 영향을 미쳐서 수진율이 격감하였다. 그 이후의 공·교의료보험의 진료비는 수진율과 일당진료비의 증가가 주도하고 있다. 수진율의 경우에는 공·교보험이 가장 높고, 지역의료보험이 가장 낮으며, 직장의료보험이 중간치를 보이고 있어서 전체적으로는 직장의료보험의 수진율에 총 평균치가 접근하고 있다(그림 III- 3 참조).

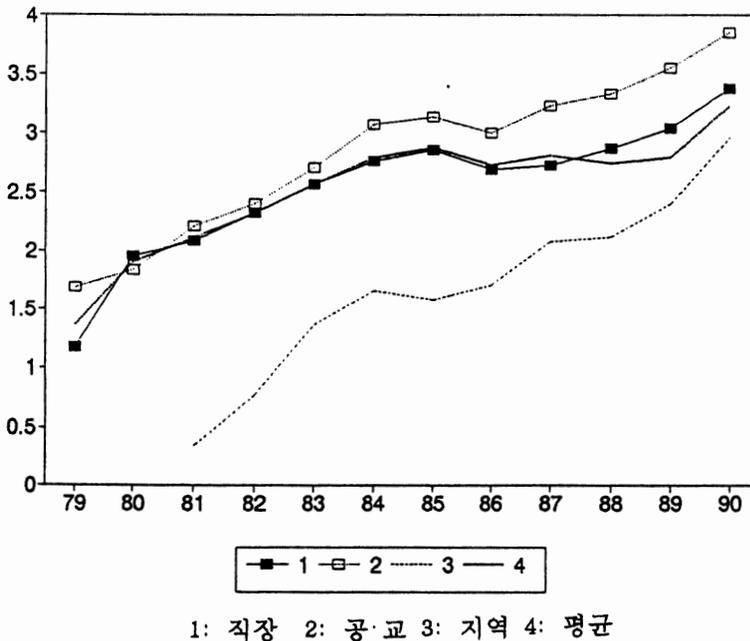
(표 III- 2) 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(공·교)
(단위 : %)

연도	보험 진료비 증가율	보험적용 인구 증가율	1인당 진료건수 증가율	건당 진료일수 증가율	일당 진료비 증가율	정의 증가율	負의 증가율	보험 수가 인상율
1984	20.9759	1.66313	13.6849	0.1523	5.47555	20.9759	0.0000	
1985	13.3971	2.76002	2.4543	1.6542	6.52868	13.3971	0.0000	3.0
1986	3.0351	-2.52297	4.4389	-4.3503	9.30143	11.8244	-8.7893	3.0
1987	11.6666	1.59854	7.7822	-0.3878	2.67361	12.0544	-0.3878	-
1988	15.5287	2.47717	3.3834	0.3292	9.33893	15.5287	0.0000	12.2
1989	14.6243	1.65905	6.6126	-0.7845	7.13716	15.4088	-0.7845	9.0
1990	14.1464	0.95112	8.5524	0.2629	4.37998	14.1464	0.0000	7.0

< 그림 III - 2 > 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(공·교)

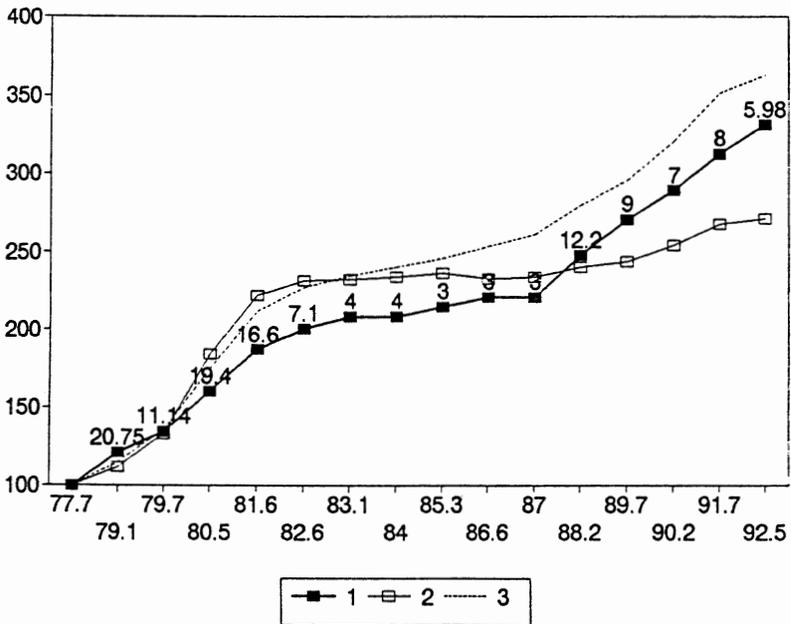


< 그림 III- 3 > 의료보험 종류별 수진율 증가추이



일당진료비의 크기는 보건의료서비스의 종류와 질과 의료수가에 의하여 좌우되는데, 의료가 고급화 될수록 급증하게 된다. 그동안의 각종 의료수가지수를 보면 전국민의료보험실시 이전에는 의료보험수가 도매물가나 소비자물가 보다 낮았으나, 88년 이후에는 양상이 크게 변화되었다. 즉 의료보험수가 도매물가를 상회하면서 점차 소비자물가 상승율을 추적해 가고 있다<그림 III-4 참조>.

< 그림 III- 4 > 의료보험수가와 도매물가와 소비자물가의 증가추이



1: 의보수가 2: 도매물가 3: 소비자물가

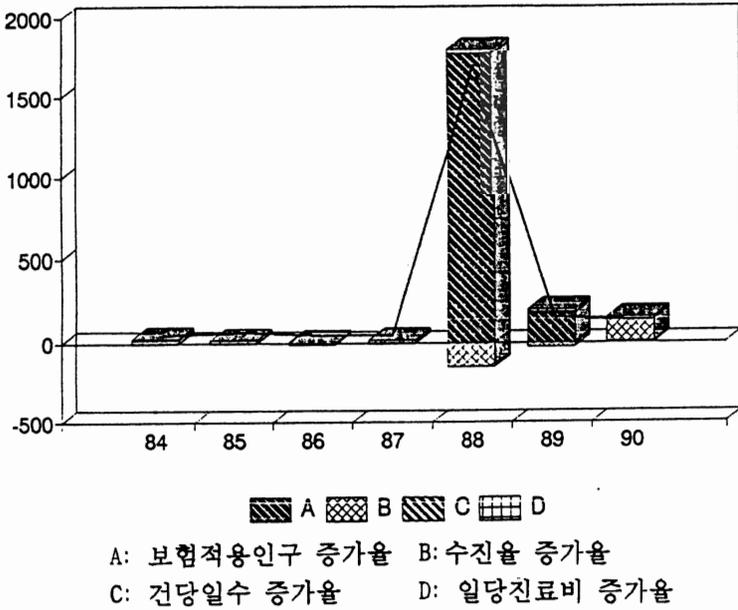
지역의료보험은 1988년에 전국의 농어촌지역으로 일시에 확대되었기 때문에 보험진료비 증가 역시 약 680만명의 적용대상자 증가가 이를 압도하고

있다<그림 III-5 참조>. 1988년의 급격한 충격 때문에 전국민의료보험이 실시되었던 1989년의 전국 도시지역으로의 자영주민 약 1,100만명의 확대는 그 영향력이 오히려 왜소한 것으로 나타나고 있다. 전국민의료보험 실시 이후의 동향을 보기 위하여 이를 확대 도식화하면 <그림 III-6>과 같다. 전국민의료보험 실시 초년도는 수진율이 오히려 감소하였다. 그러나 1990년에는 수진율의 증가가 보험진료비의 증가를 압도하고 있으며, 일당진료비의 증가가 더욱 부각될 것으로 예견된다.

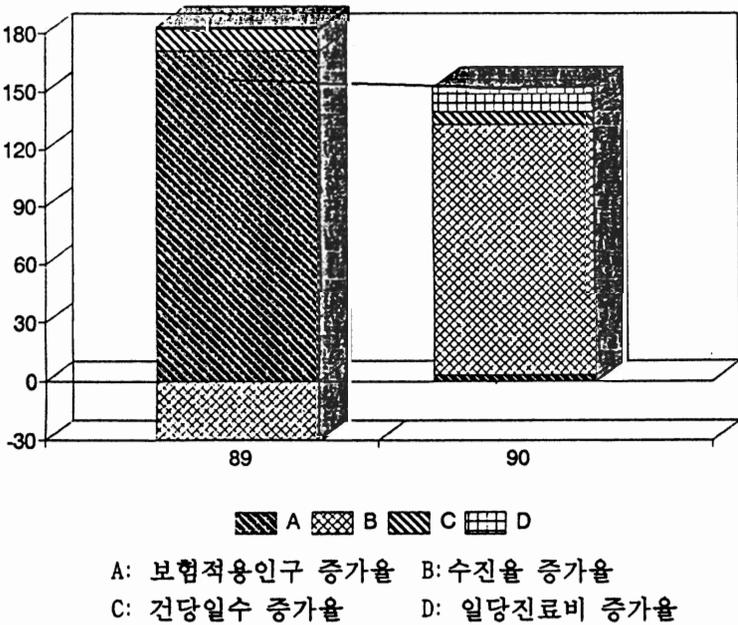
(표 III- 3) 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(지역)
(단위 : %)

연도	보험 진료비 증가율	보험적용 인구 증가율	1인당 진료건수 증가율	건당 진료일수 증가율	일당 진료비 증가율	정의 증가율	負의 증가율	보험 수가 인상율
1984	24.36	-4.83	21.794	-1.3034	8.7037	30.50	-6.137	
1985	1.05	-4.29	-4.475	-4.0307	13.8406	13.84	-12.791	3.0
1986	-4.05	-11.06	7.646	-0.7195	0.0781	7.72	-11.775	3.0
1987	17.83	-5.65	21.233	-1.7241	3.9698	25.20	-7.373	-
1988	1658.83	1776.08	-151.439	5.0741	29.1134	1810.27	-151.439	12.2
1989	174.28	171.29	-29.809	11.4907	21.3033	204.08	-29.809	9.0
1990	153.45	3.08	130.293	7.0422	13.0340	153.45	0.000	7.0

< 그림 III- 5 > 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(지역)



< 그림 III- 6 > 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(지역)

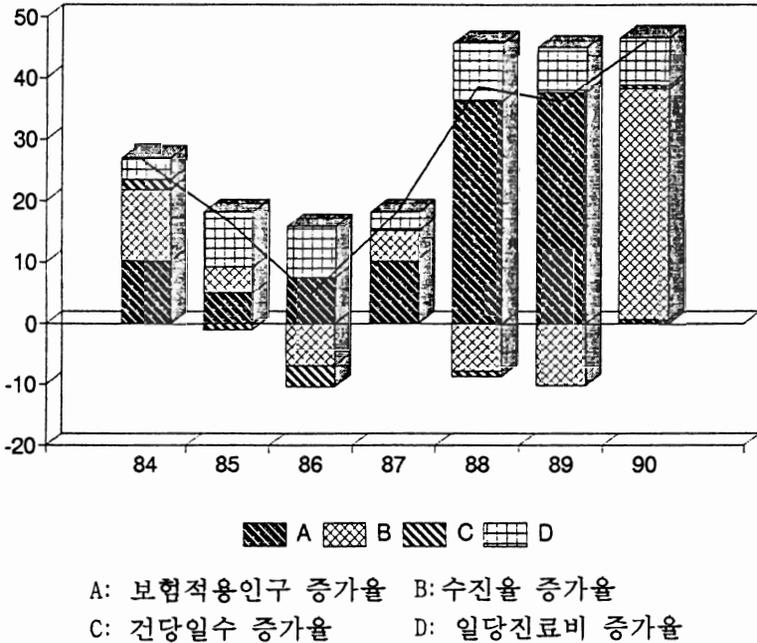


이상의 논의를 종합하면 다음의 (표 III- 4)와 <그림 III- 7>과 같다. 의료보험 진료비는 최근 6년 동안에 연평균 26.0%라는 고율로 증가해 왔다. 다시 말해서 급격한 전국민의료보험의 실시에 대한 비싼 댓가를 치른 셈이다. 이러한 증가는 지역의료보험 적용대상자의 확대에 의하여 주도되고 있으며, 그 이듬해인 1990년의 경우에는 폭발적인 수진율의 증가가 수반되고 있다. 이러한 추세에서 유추할 수 있는 것은 가까운 장래에는 수진율의 증가가 둔화되면서 일당진료비의 상승이 보험진료비의 증가를 견인할 것으로 예측할 수 있다. 다시말해서 적용대상자의 증가가 견인 해오던 초과수요 인플레이션(demand-pull inflation) 시대가 끝나고 비용인상 인플레이션(cost-push inflation) 시대가 돌입하고 있는 셈이다.

(표 III- 4) 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석(전체)
(단위 : %)

연도	보험 진료비 증가율	보험적용 인구 증가율	1인당 진료건수 증가율	건당 진료일수 증가율	일당 진료비 증가율	정의 증가율	負의 증가율	보험 수가 인상율
1984	27.4345	10.2471	11.7628	1.7905	3.63400	27.4345	0.0000	
1985	17.7079	5.1266	4.3916	-0.9885	9.17819	18.6964	-0.9885	3.0
1986	5.2879	7.5080	-6.7902	-3.9443	8.51437	16.0224	-10.7345	3.0
1987	18.7602	10.1972	5.1703	0.2440	3.14874	18.7602	0.0000	-
1988	36.9810	36.1209	-7.7578	-1.1046	9.72258	45.8435	-8.8625	12.2
1989	34.6754	37.6082	-10.3040	-0.2508	7.62203	45.2302	-10.5547	9.0
1990	47.1882	0.7853	37.5997	0.8155	7.98774	47.1882	0.0000	7.0

< 그림 III- 7 > 보험진료비 증가율에 영향을 미치는 요인분석 (전체)

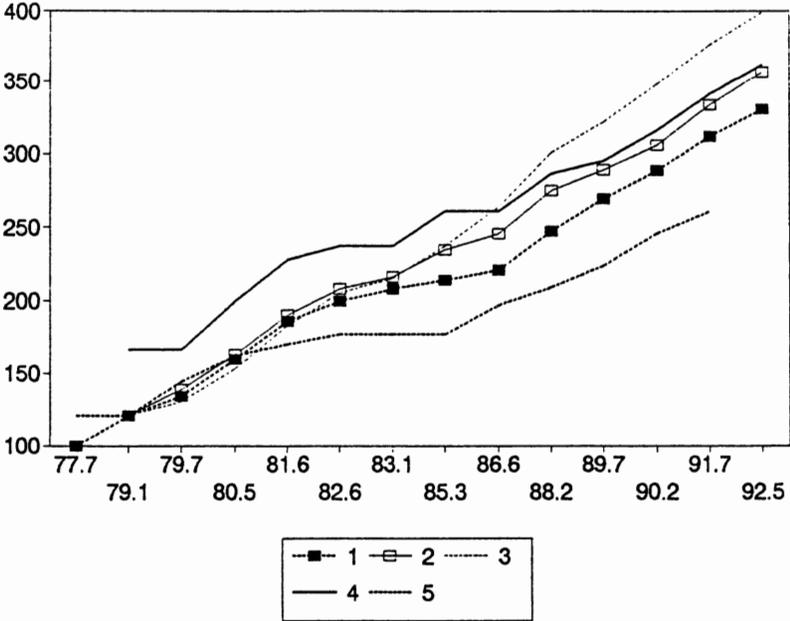


3. 보험수가의 구성요인별 증가추세

그동안의 의료보험수가 인상율을 진료행위별로 구분해 보면 <그림 III- 8 및 9>와 같다. 과거 15년 동안에 의료보험수가는 평균적으로 3.3배 증가했는데, 평균 증가율 이상으로 증가한 것은 입원진료비(4.0배), 마취료(3.9배)와 조제료(3.6배), 처치·수술료(3.6배), 초진료(3.6배) 및 재진료(3.4배)였다. 이에 비하여 가장 억제된 것은 주사료(1.8배)이며, 검사료(2.2배), 방사선료(2.5배), 정신요법(2.6배), 이학요법(2.6배)의 순서이다.

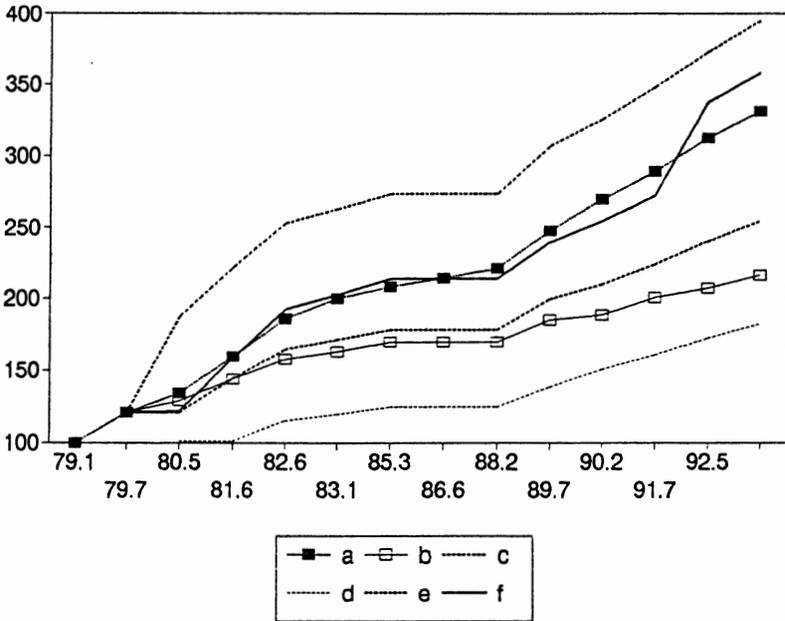
전반적으로 의료보험수가 정책은 수기료를 중시하는 반면 물(物)에 대한 것을 덜 반영해주고 있다. 그러나 수기료 상호간의 수가 적정성에 대한 논란은 계속되고 있다.

< 그림 III- 8 > 의료보험 진료수가의 구성요인별 증가추이(I)



1: 평균 2: 초진 3: 입원 4: 조제 5: 정신

< 그림 III- 9 > 의료보험 진료수가의 구성요인별 증가추이(II)



a: 평균 b: 검사 c: 방사선 d: 주사 e: 마취 f: 처치·수술

이상과 같은 자료에서 다음의 몇가지를 시사받을 수 있다. 첫째, 향후의 보험재정 안정을 위해서는 일당(또는 건당)진료비를 억제하는 방향으로 정책수단을 개발해야 할 것이다. 입원진료비의 억제를 예로 들 수 있다. 둘째, 수기료와 물(物)간의 인상률의 차이폭을 더욱 증가시켜 나가야 할 것이다. 셋째, 각종 진료과목별 수가의 불균형을 시정해 나가야 할 것이다.

IV. 국고지원금 지원방식 개선

1. 현황

국가는 의료보험법 제 48조(국고부담)와 동 시행령 제 36조(국고부담)에 의거하여 의료보험사업의 운영에 필요한 비용의 일부를 부담할 수 있는데, 이 부담금은 ①사무비용, ②보험급여의 지급에 소요되는 비용, ③기금의 재원조성을 위한 비용으로 활용하도록 되어 있다. 이 규정에 따라 직장의료보험은 1984년까지 그리고 공·교의료보험은 1982년까지 국고부담 운영비를 지원받았다. 그러나 결국 직장 및 공·교의료보험에 대한 사무비 국고지원금은 지역의료보험이 확대되면서 그 자취를 감추게 되었다.

현재까지의 국고지원방식은 관리운영비에 대한 것과 보험료에 대한 것으로 이원화 되어 있다. 전자는 국가가 의료보험조합에 위임한 업무에 대한 지원의 성격을 띠고 있으므로 이 부분에 대한 국고부담금의 지원의 정당성은 이론의 여지가 없으나, 후자의 경우에는 논란의 대상이 되고 있다. 예컨대, 1988년 경제기획원에서 조사한 바에 따르면 자영자의 가구주 활동상 태별 연간소득이 전국적으로 피고용자의 그것보다 더 높게 나타났는데, 이를 볼 때 국가가 자영자를 대상으로 하는 지역조합에 국고부담금을 지원해야 하는 타당성은 적다는 등의 주장이 제기되고 있다. 그러나 국가가 사립학교 교직원에 대하여 보험료의 20%를 지원하고 있는 예가 이미 있으며, 지역보험의 경우 사용자부담이 있을 수 없고, 고령자나 소득수준이 낮은 계층이 많아 보험료의 부담능력이 낮은 점 등 지역조합의 어려운 처지를 감안한 사회보장적 차원에서의 지원이 된다고 보아야 할 것이다¹⁾.

1) 보험관리비와 급여비의 총합에 대한 50%를 지원하도록 되어 있는 현행기준의 근거는 관계법령 어디에서도 찾아볼 수 없다. 1988년에 농어촌지역 의료보험의 전국 확대에 대한 저항이 심했을 때, 주민들이 그당시의 국고 35% 지원을 50%로 인상해줄 것을 요구하였고, 여소야대 상황하에서 정부와 여당간의 당정협(1988.4)에서 이에 대한 지원을 약속한 것이 모두로 알려져 있다. 이러한 정황을 볼 때 지역보험에 대한 국고부담의 수준은 다분히 정치적 고려로 인해 산출되었다고 볼 것이다.

현행 지원방식은 관리운영비와 보험급여비를 추계하여 총 재정규모를 산정한 후 그 50%를 예산으로 신청하면 경제기획원에서는 이를 다시 추계하여 신청한 예산의 일부를 삭감하고 일반회계예산으로 확보하고, 확보된 국고부담금은 관리운영비 국고부담금과 보험료 국고부담금으로 구분하여 분기별로 교부하도록 되어있다.

관리운영비 국고부담금은 보건사회부가 정한 예산편성지침에 따라 다음의 기준에 따라 전액 지원하도록 되어 있다(표 IV- 1 참조).

(표 IV- 1) 관리운영비 지급방식

구 분	계 상 기 준
1. 조합본부 규모별 기준액	본부직계별 및 정원별 기준
2. 임직원등 기준액	현임직원수에 대한 기준
3. 지소인력 기준액	승인된 직제상 지소인력수를 기준
4. 유인도서 가산액	유인도서가 10개 이상되는 조합에 한하여 지급
5. 적용세대 기준액	적용세대수에 대한 기준
6. 업무상 재해보상금	전년도에 발생한 임직원의 업무상 재해

자료 : 보건사회부 의료보험국, 내부자료.

그리고 보험료 국가부담금은 총 보험재정의 50%가 되는 국고부담금 중 관리운영비 국고부담금을 제외한 금액으로, 1991년까지는 세대당 정액과 피보험자당 정액의 방법으로 지원했으나, 1992년 부터는 피보험자당 정액의 단일 기준을 적용하고 있다(표 IV-2 참조).

(표 IV- 2) 지역의료보험 연도별 국고지원기준 및 지원액
(단위 : 원)

구 분	1988	1989	1990	1991	1992
세대당(월)	750 (450)	850	1,020	1,350	-
피보험자 1인당(월)	550 (300)	640	770	1,010	1,765

주 : ()는 1988.1~3월까지의 기준임.
자료 : 보건사회부 의료보험국, 내부자료.

국고부담금의 지원규모는 50%국고지원을 약속했던 초창기의 2개년 동안에는 50%이상을 지원했으나, 1990년에는 37.1%를 지원하여 부족액이 1,273억원에 이르렀다. 가결산 자료에 의하면 1991년에는 지원비율이 약간 올라 40.2%를 지원하였으나 부족액은 1,430억원으로 더욱 커졌다(표 IV-3 참조).

(표 IV- 3) 지역의료보험의 연도별 국고지원 내역
(단위 : 억원)

연 도	총소요재정	국고 50%지원시 필요액	실 국고 지원액	지원율 (%)	국고지원 과부족액
1988	1,729	864	946	54.7	82
1989	4,340	2,170	2,197	50.6	27
1990	9,839	4,920	3,647	37.1	-1,273
소계(A)	15,908	7,954	6,790	42.7	-1,164
1991(B)	14,596	7,298	5,868	40.2	-1,430

자료 : 보건사회부, 의료보험국, 내부자료

2. 국고부담금 지원방식 논의의 검토

지역의료보험조합에 대해 국고부담금을 지원하게 된 경위는 앞에서 지적하였듯이 다분히 정치적인 동기에서 비롯되었지만, 이를 통해 지역의료보험의 재정안정을 이룩하고, 농어촌지역 주민 등 취약계층의 어려움을 덜자는 데 그 의의가 인정된다. 그러므로 국고부담금 지원방식은 이러한 취지를 최대한 살려나가는 방식으로 운영되어야 할 것이다.

그런데 현행과 같이 국고지원금액을 보험재정지출 혹은 보험급여비의 일정율(예컨대 50%)이하로 결정하는 방식은 의료이용도가 높거나 행정관리비가 많이드는 지역의 경우에는 상대적으로 더욱 불리하게 되는데 비하여 피보험자의 수가 상대적으로 많은 지역조합에는 정부의 지원이 상대적으로 편중된다는 문제점이 발생할 수 있다. 의료이용도가 높다는 것은 상대적으로 소득수준이 높거나 의료기관의 지리적 접근이 용이한 것이 일반적이므로, 농어촌지역조합이 상대적으로 불리해 질 수 있지만 농촌조합의 가구당 피보

협자의 수가 많기 때문에 현행 방식하에서는 오히려 유리할 수도 있겠다.²⁾

또한 이 방식의 경우 보험급여비가 증가하면 당연히 국고지원금 절대액 역시 증가할 수 밖에 없어, 보험급여비의 급격한 증대추세가 계속된다면 정부의 재정부담이 과중해 질 위험성이 크며, 또한 조합에 급여비지출을 절감하려는 인센티브를 제공하지 못한다는 단점이 있다.

현행 방식이 가지는 이와 같은 단점을 보완하기 위해 최근에 제시된 안이 소위 '표준지원기준' 개념에 의한 지원방식이다(노인철, 1992). 이 방식은 표준지원기준을 지역의료보험 적용대상자의 전국평균 1인당 급여비에다 전국평균 1인당 보험료수준을 합한 금액의 평균으로 정의하고, 여기에 일정율(50%)을 곱한 후, 조합별 적용인구수를 다시 곱하여 국고부담금을 산출한다. 요컨대 현행 산출방식이 해당조합의 보험급여비 지출총액의 50%인데 반하여 평균적인 급여비 및 보험료 수준을 감안한 표준지원기준의 50%로 산정하자는 제안이다.

이 방식의 구체적인 산출방법을 정리하면, 먼저 표준지원기준의 산출방법은 식(1)과 같다.

$$S_t = wB_t + (1-w)C_t + A_t \text{ -----(1)}$$

단, S_t = t시점의 표준지원기준액

B_t = t시점의 전국평균 1인당 보험급여비

C_t = t시점의 전국평균 1인당 보험료 수준

w = 가중평균 계수로서 0.5

A_t = t시점의 평균 1인당 관리운영비

2) 1990년의 경우 국고부담금이 지역의료보험재정에서 차지하는 비율을 보면 대도시 지역은 총 재정의 34.9%, 중소도시는 39.1%, 그리고 농어촌인 군지역은 40.5%로 되어 군지역이 가장 유리한 위치에 있게 된다(김한중 외, 지역의료보험 재정안정화 방안에 관한 연구, 1992.5).

이 표준지원기준에 일정율(50%)을 곱하고 조합별 적용인구수를 곱하면 각 조합에 배분될 국고부담금 지원액이 결정된다. 이를 수식으로 정리하면 식 (2)와 같다.

$$G_t = S_t \times 0.5 \times P_t \text{ -----(2)}$$

- 단, G_t = t시점의 조합별 국가부담금 지원액
- S_t = t시점의 표준지원기준액
- P_t = t시점의 조합별 적용인구수

이러한 방식이 갖는 장점은 현행 방식보다 다음과 같은 면에서 우수하다고 한다(노인철, 1992).

첫째, 사회통념상 적정지원수준의 개념을 도입하여 지역의료보험재정에 대한 정부의 책임한계를 명확하게 설정할 수 있다는 점이다. 이는 현행과 같이 개별 조합의 급여비 증가에 맞추는 것이 아니라 표준지원수준에 맞추어 국고부담금을 지원하면 되기 때문이라고 한다.

둘째, 정부의 지원율이 50%라고 하더라도 국고부담금의 급격한 증가를 완화해 줄 수 있다는 점이다. 왜냐하면 표준지원수준을 초과한 보험재정지출에 대해서는 정부가 지원을 하지 않기 때문이라고 한다.

셋째, 정산에 의한 국고부담의무액의 부족분이 현행에 비하여 훨씬 작은 규모여서 추가예산 확보가 용이하다.

넷째, 군조합과 시조합의 평균급여비 및 평균보험료수준의 차이로 인하여 도농간 차등지원이 사실상 가능케 되어 부담능력이 반영될 뿐만 아니라 농촌지역의 적자규모를 낮추는데 기여할 수 있다.

다섯째, 피보험자 또는 조합측의 자발적인 의료비 절감노력이 기대될 수 있다.

여섯째, 적자조합 중에서 조합의 보험료수준이 전체 지역조합의 평균수준보다 낮은 경우에는 적자조합으로 하여금 최소한 평균수준까지 보험료 인상을 유도할 수 있는 타당성이 제공된다.

생각컨대, 이 방안은 현행과 같이 개별 조합의 급여비 증가에 맞추는 것이 아니라 평균적인 급여비 및 보험료 수준을 감안한 표준지원수준에 맞추어 국고부담금을 지원하게 되므로, 위에서 지적한 장점을 대체로 구현할 것으로 보인다.

그러나 이 방식 역시 몇가지 문제점이 발견된다. 우선 지적할 수 있는 것은 관리운영비에 대한 부담금을 표준지원기준에 포함시켜, 역시 적용인구수를 기준으로 배분하는 방식을 취하고 있다는 점이다. 조합의 관리운영이 세대단위로 이루어고, 관리운영비가 조합조직의 규모에 따라 소요된다는 점을 감안하면 관리운영비는 표준지원기준과는 별도로 산정하는 것이 타당하다. 따라서 관리운영비에 대한 국고부담금은 조합본부 규모별 기준액, 임직원 등 기준액, 지소인력 기준액, 유인도서 가산액, 적용세대 기준액, 업무상 재해보상금 등으로 이루어진 현행 관리운영비 배분기준을 그대로 이용하는 것이 보다 적절한 것으로 생각된다.

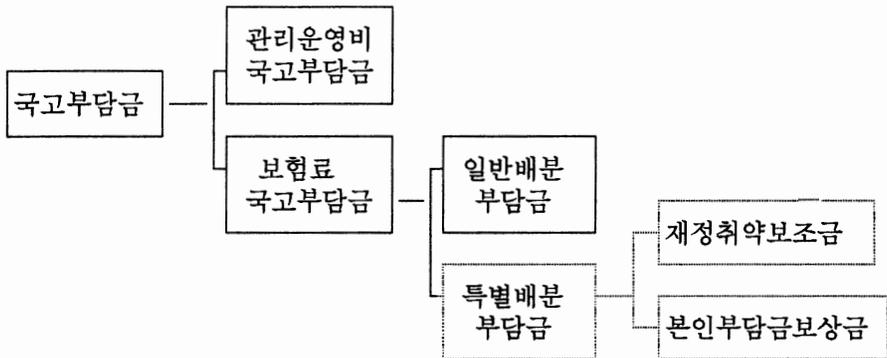
그 다음으로 이 방식으로 국고부담금을 배분 할 경우에는 보험급여비(B)를 적게 쓰고 보험료(C)를 많이 내는 조합의 경우, 국고부담금 지원이 없어도 재정상태가 건전한 텐데 국고부담금의 지원으로 더욱 상태가 호전되는 결과를 낳는다. 반대로 보험급여비(B)를 많이 쓰고 보험료(C)를 적게 내는 조합의 경우에는 나쁜 재정상태가 더욱 악화되는 결과를 빚게 된다. 이러한 결과는 '표준지원기준의 개념을 도입하여 이 수준까지만 50% 지원하고 그 이상을 초과하는 급여비 지출에 대해서는 보험료를 인상하거나 급여비를 절감하는 자구노력에 의해 해결하는 것이 바람직 하다'는 논지에서 비롯되는데, 현실적으로 자구노력이 구조적으로 어려운 경우에는 의료보험조합의 빈익빈 부익부 상태를 불러 올 가능성이 매우 커지게 된다. 따라서 재정상태가 열악한 조합에 대한 특별지원의 문제가 남게 된다.

또 다른 제안(김한중 외, 1992)은 전액 지원되는 관리운영비 국고부담금과 피보험자수에 따라 지급되는 보험료 국고부담금으로 양분된 현행 방식 가운데 후자를 개선하는데 주안점을 두고 있다. 구체적으로 각 조합의 보험급

여비 국고지원을 현재와 같이 피보험자수에 따라 일괄 지급하는 일반배분방식 이외에 재정취약조합 보전에 필요한 요인등을 추가시켜 특별배분하는 방식으로 이원화하는 것이다.

즉 보험료 국고부담금에서 일정비율을 분리시켜 피보험자수가 아닌 다른 방식으로 배분하여 재정취약조합의 안정을 기하는 것이 특별배분 보험료 국고부담금 신설의 목적이라 할 수 있으며 이 제도의 기본 틀은 <그림 IV-1>로 요약된다.

<그림 IV-1> 국고부담금 배분의 기본 틀



출처 : 김한중 외, 지역의료보험 재정안정화방안에 관한 연구, 1992.5

특별배분 부담금은 보험료 국고부담금의 5-10%의 범위내에서 결정하여 재정취약조합의 지원금과 본인일부 부담금 보상의 재원으로 활용하는데, 구체적으로 재정취약조합에 대한 지원금은 보험급여비 상승의 주된 요인 가운데 제도적으로 보전이 안되고 있는 노인인구비율이 높은 취약조합을 지원하는데 사용하고, 본인일부 부담금 보상은 급여범위의 확대를 통해 지역보험제도의 건전한 발전을 도모하고자 하는 점에 의의가 있다고 한다.

생각컨대, 관리운영비 국고부담을 현행 방식대로 배분하는 것은 적절하며, 보험료 국고부담금 중에서 일정 부분 특별배분 부담금을 신설하자는 주장 역시 타당한 것으로 생각 된다. 그러나 '일반배분 부담금'의 경우 현행 방법을 그대로 따르도록 제안하고 있어 현행 방식이 가지는 문제점을 근본적으로 방치하는 결과를 낳는 단점이 발견된다. 그리고 본인부담금 보상은 현실적으로 고액진료비에 대한 지원방안이므로 고액진료비 재정공동사업에서 취급하는 것이 더욱 바람직하다고 사료된다. 뿐만아니라 지역조합에만 한정하여 이러한 보상을 하는 것은 형평상의 문제가 야기될 소지가 크다.

3. 국고부담금 지원방식의 개선안

국고부담금이 지역의료보험 재정에서 차지하는 비중이 크기 때문에 국고부담금 지원방식 및 규모의 대소가 미치는 영향은 대단히 크다. 따라서 바람직하고 적절한 지원방식 및 규모의 결정이 중요하다는 것은 말할 나위가 없다.

바람직하고 적절한 지원방식 및 규모를 결정하는 데 있어 기본원칙은 첫째, 근본적으로 지역주민이 요구(need)에 근접한 서비스를 제공받을 수 있도록 충분히 지원되어야 하고, 둘째, 합리적인 배분을 통해 재정이 근본적으로 취약한 조합의 지원규모를 크게 하여 이들의 재정안정을 도모하고, 셋째, 조합의 비용절감노력을 유도할 수 있는 인센티브를 부여할 수 있어야 한다는 것을 들 수 있을 것이다.

첫째 요건은 의료보험이 사회보험으로서 전국민이 동일한 수준의 서비스를 향유할 수 있도록 할 수 있도록 해야 한다는 의료보장의 목표에서 비롯된다. 이를 구체적으로 표현하면 보험제도간 재정지표의 격차를 최소로 줄이는 것이 된다. 이 요건을 충족하기 위한 국고부담금의 지원방식은 다음 식 (3)과 같이 될 것이다.

$$G_t' = (wB_t' + (1-w)C_t') \times 0.5 \times P_t \text{ -----(3)}$$

- 단, G_t' = t시점의 조합별 보험료일반부담금 지원액
- B_t' = t시점의 (공·교+직장)평균 1인당 보험급여비
- C_t' = t시점의 (공·교+직장)평균 1인당 보험료 수준
- w = 가중평균 계수로서 0.5

이 식은 기본적으로 '표준지원기준'에 의한 국고부담금의 산출과 그 방식이 같은데, 다만 관리운영비 부분은 앞에서 지적한 바와 같은 이유로 제외하였고, 보험급여비와 보험료수준의 기준을 공·교와 직장의 평균개념으로 설정하였다는 점이 다르다. 그리고 조합별 보험료일반부담금 지원액(G_t')은 보험료국고부담금 중에서 취약 조합에의 추가적 지원을 위한 '특별배분 부담금'을 제외한 부분을 의미한다.

보험급여비와 보험료수준의 기준을 공·교와 직장의 평균개념으로 설정한 것은 의료보험이 사회보험으로서 전국민이 동일한 수준의 서비스를 향유할 수 있도록 할 수 있도록 해야 한다는 의료보장의 목표를 충족시키기 위한 것이다. 다시 말해서 국고지원액의 적정규모는 지역보험과 직장 및 공·교 의료보험의 1인당 보험급여비 및 보험료의 차이를 해소할 수 있는 수준이어야 함을 의미한다. 이러한 기준의 적용은 원래의 '표준지원기준'방식에 의해서 파생될 수 있는 조합의 재정적자 현상을 완화시켜 주는 효과가 있을 것이다.³⁾ 문제는 이렇게 할 경우 정부의 재정부담이 가중된다는 점인데, 실제로 추계를 해 보면 지역조합의 1인당 평균 진료비 및 보험료와 공·교, 지역의 그것과의 차이가 90년의 경우 연령을 보정하였을 때 63.3%에 달해 국고부담비율이 50%라고 가정하면 현행보다 약 13%의 국고부담 증가요인이

3)실제로 노인철(1992)의 연구에 의하면 '표준지원기준'방식으로 배분할 경우 국고부담금 지원액을 크게 절감하게 되고 이에 따라 조합적자가 커지게 되며, 특히 군지역의 조합재정이 악화되는 것으로 되어 있다.

생긴다고 볼 수 있다(표 IV-4 참조). 그러나 91년의 경우 1인당 보험료의 차이가 90년에 비해 많이 줄어들고 있어 날이 갈수록 이로 인한 국고부담 증가는 둔화될 것이 확실하므로 그리 큰 문제가 되지는 않을 것으로 본다. 그리고 이러한 자료는 현단계에서 정부가 지역조합에 50% 수준의 재정지원을 해야 하는 또 하나의 근거가 될 수 있다.

(표 IV- 4) 지역보험과 여타 보험과의 1인당 진료비 및 보험료의 차이

	지			역			공 · 교 + 직 장 차			이 (%)		
	'89	'90	'91	'89	'90	'91	'89	'90	'91	'89	'90	'91
수혜자1인당 진료비(원)	27,229	67,730	75,144	67,166	77,278	82,012	59.46	12.36	8.37			
수혜자1인당 보험료(원)	28,167	31,003	39,938	54,294	68,501	74,008	48.12	54.74	46.03			
계(1)							107.58	67.10	54.40			
연령보정 수혜자1인당 진료비(원)	28,591	70,665	-	67,166	77,278	-	57.43	8.56	-			
연령보정 수혜자1인당 보험료(원)	28,167	31,003	39,938	54,294	68,501	74,008	48.12	54.74	46.03			
계(2)							105.55	63.30	-			
국고부담비율							41.43	36.61	40.20			

* 차이 = ((공·교+직장)-지역) ÷ 지역

둘째, 합리적인 배분을 통해 재정이 근본적으로 취약한 조합의 지원규모를 크게 하여 이들의 재정안정을 도모하기 위해서 취할 수 있는 방법은 식(3)에서 산출된 일반배분부담금의 일정부분을 취약 조합에의 추가적 지원을 위한 '특별배분 부담금'으로 활용하는 방안이다. 이를 수식으로 표현하면 식(4)와 같다.

$$E_t = G_t (1 - r) \text{ -----(4)}$$

단, E_t = t시점의 조합별 보험료 특별배분부담금 지원액

G_t = t시점의 조합별 보험료 일반부담금 지원액

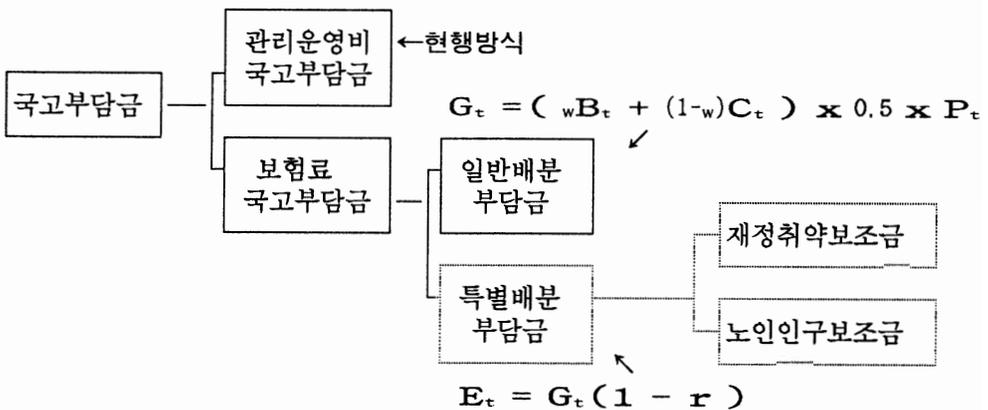
r = 일반부담금의 비율(예컨대, 90%)

이렇게 조성된 특별배분 부담금은 노인인구 비율이 많은 지역조합의 재정이 취약할 가능성이 많으므로 노인인구비율로 배분하는 방안을 모색할 수 있을 것이다. 이밖에 놓여진 지역 조합의 경우 지역별 재정상태를 고려한 차등지원방식의 모색 또한 필요할 것이다.

세제, 조합의 비용절감노력을 유도할 수 있는 인센티브를 부여할 수 있어야 한다는 점에서 보면 '표준지원기준' 방식의 장점을 그대로 흡수할 수 있으므로 대체로 효과적으로 기능하리라고 생각된다. 즉 국고부담금의 대부분이 '표준지원기준' 방식에 의해 배분되므로 급여비용이 작고, 보험료가 큰 조합의 경우가 혜택을 입을 수 있다.

결론적으로 요약하면 국고부담금 배분의 틀은 <그림 IV-2>와 같다.

<그림 IV-2> 국고부담금 배분방식의 개선모형



V. 전 망

1. 주변여건

정부는 제7차 5개년 계획기간 중에 세계적으로는 이념의 퇴조와 군비축소 추세속에서 국가간의 경제적 실리추구와 기술개발경쟁이 치열해지고, 개방화·국제화·정보화등 세계적 조류가 급속히 진행됨에 따라 경쟁이 격화되며, 우리나라의 OECD 가입여건이 성숙될 것으로 내다보고 있다. 그리고 대내적으로는 민주화가 성숙되고 남북간에 물자, 정보 및 인적 교류가 확대되어 통일전망이 가시화 될 수 있는 시기이며, 소득수준이 1만불대의 선진경제로 이행하면서 산업구조와 국민생활양식이 급속하게 변화될 전망이다.

우리나라의 인구증가율은 1991년 0.92%에서 1996년에는 0.88%로 낮아지고, 총인구는 4,525만명에 달하게 되며 2021년에는 5,059만명을 정점으로 그 이후에는 감소할 것으로 전망된다. 그리고 65세 이상의 노령인구는 1996년에 5.8%로 증가할 것이다(표V-1 참조).

우리나라 농가의 연간 평균소득은 90년의 1,103만원에서 96년까지 1,698만원으로 증가될 것이며 어가소득 역시 동기간에 1,002만원에서 1,545만원으로 증가될 것이다. 농가인구는 90년의 666만명(총인구의 15.6%)에서 96년에는 478만명(10.6%)으로, 2001년에는 395만명으로 감소될 전망이어서 이농 및 탈농현상이 심화될 전망이다(표V-2 참조).

(표 V-1) 우리나라의 인구전망

구	분 단 위	1991	1996	2000	2021
총 인 구	(천명)	43,268	45,248	46,789	50,586
인구증가율	(%)	0.92	0.88	0.77	0.0
인구밀도	(명/Km ²)	436	456	472	506
평균수명	(세)	71.6	73.2	74.3	77.0
65세이상인구	(%)	5.1	5.6	6.8	13.1

(표 V-2) 농어가 주요지표

구 분	1990	1992	1996	2001
농가인구(천명)	6,661	5,906	4,788	3,955
총인구대비(%)	15.6	13.5	10.6	8.4
농가호수(천호)	1,767	1,627	1,368	1,130
호당면적(ha)	1.19	1.26	1.43	1.68
농가소득(천원)	11,026	12,789	16,983	22,197
농업소득(천원)	6,264	6,821	8,283	10,161
농외소득(천원)	4,762	5,968	8,700	12,036
어가소득(천원)	10,023	11,583	15,452	20,195

7차 계획기간중에 농어민에 대한 국민연금제도가 확대되고, 계획의 후반기에는 고용보험이 도입될 전망이다. 그리고 사회복지부문에서는 저소득층 밀집지역의 읍면동에 사회복지 전문요원을 4,000명 이상 확대 배치하고, 93-95년까지 저소득층 밀집지역에 시범복지사무소를 대도시 중심으로 단계적으로 확대해 나가도록 되어 있다. 그리고 재가복지 서비스제도가 강화될 전망이어서 사회보장제도가 내실을 기할 것으로 보인다.

2. 의료보험부문

의료보험제도가 우리나라 사회보장제도의 중핵으로서의 기능을 다하기 위해서는 전국민의료보험제도의 내실화가 시급하다. 일단 지역의료보험의 재정이 안정권에 돌입하게 되었으니 그동안 지역의료보험의 재정난때문에 추진할 수 없었던 각종 급여프로그램에 대한 점진적인 개혁이 필요할 것이다. 그리고 지방자치시대에 걸맞게 조합자치에 의한 책임운영체계가 강화되어야 할 것이다. 그러나 의료보험도입 이후에 나타난 국민의료비의 급격한 증가현상에 대하여는 응분의 조치가 따라야 할 것인 바, 질병예방사업이 더욱 강화되어야 하겠고, 급여사후관리가 철저하게 이루어져야 할 것이며, 의료이용 관행상의 비효율적인 요인이 최소화 되도록 해야 할 것이다. 보다 구체적으로는 다음과 같은 부문에서의 변화가 예견된다.

- 노인의료비부담의 경감 대책

노인들의 외래 본인일부부담금을 인하 하든지, 노인들에게 180일 급여제

한을 철폐할 수 있을 것이다.

- 조합의 보건예방사업 강화

보험자 직영 검진센터의 설립과 부설 의료기관의 직영화로 서비스고급화 및 특수화를 도모할 수 있을 것이다.

- 퇴직자 및 연금수급자의 보험관리 개선

퇴직자나 은퇴자를 지역의료보험으로 이관했던 종래의 관리방식을 철폐하고 공·교보험 또는 직장조합에서 관리하도록 될 것이다.

- 의료기관 대체시설의 개발

장기요양시설, 간호양로원과 노인병원의 설립 및 가정보건제도의 개발로 의료비절감 효과를 거양할 수 있을 것이다.

- 고액진료비 공동부담사업의 강화

보험제도간의 재정조정사업을 광범위하게 하기 위하여 종래 100만원 이상의 보험급여비에 적용하던 것을 90만원으로 인하하고, 보험료수입액의 5%를 징수하던 것을 6%로 인상하도록 되어있다. 1991년의 경우 지역조합에 188억원을 지원했으나, 1992년에는 211억원을 지원하도록 되어있다 (표 V-3 참조).

(표 V-3) 고액진료비 재정조정사업의 개요
(단위 : 억원)

연도	구분	징수액(A)	배분액(B)	지원액(B-A)
1991	직장	483	335	▲148
	공·교	158	118	▲ 40
	농어촌	65	147	82
	도시	206	312	106
	계	912	912	-
1992	직장	621	463	▲158
	공·교	215	162	▲ 53
	농어촌	106	202	96
	도시	316	431	115
	계	1,258	1,258	-

- 고가의료장비이용의 보험 급여화
소득계층간에 CT, MRI 등과 같은 고가장비 이용상의 형평을 도모하기 위하여 이들을 점진적으로 보험급여화 할 것으로 보인다.
- 약국의료보험의 정비
현행 약국의료보험을 전면 개편하여 부분적 의약분업으로 나가도록 해야 할 것이다.
- 한방급여의 내실화
제도내용에 대한 홍보강화로 국민의 이용도를 제고해야 할 것이다.
- 지역의료보험의 건강한 피보험자에 대한 보상제 도입
의료기관이용이 전혀 없는 즉 자기건강관리를 잘하는 피보험자에게 인센티브를 줄 필요가 있다. 정액보험료의 인상이 현저하게 눈에 띄이는 지역보험 가입자의 경우에 이 제도를 실시해 볼만 한 가치가 있겠다.
- 본인부담금 보상제도의 광범위한 실시
89년말 현재 50개 조합에서 실시하고 있는 것으로 보고되고 있는 본인부담금 보상제도를 보다 광범위하게 실시함으로써 일부 본인부담금의 역진성을 극복하는데 도움이 된다.

VI. 끝 맺으면서

직장 및 공·교보험이 현재와 같은 흑자재정을 구가하게 되는 데에는 임금인상의 영향이 컸다. 1980년대를 통털어서 임금상승율이 소비자물가 증가율의 2배나 되었는데 비하여 보험수가를 소비자 물가수준 이하에서 통제했기 때문에 보험재정은 그만큼 안정될 수 있었다. 이에 비하여 지역의료보험의 재정흑자는 여러가지 요인이 복합적으로 어우러져 있고, 그 중에서도 조합평가제도의 도입으로 인한 동기유발과 자립의지의 배양등 내부요인의 역할이 큼을 알 수 있다.

지역조합의 재정이 전국민의료보험 실시 3년째에 안정화 되었다는 것은 제도발전을 위하여 낭보가 아닐 수 없다. 이러한 호기를 맞이하여 급여제한조치를 완화하든지, 새로운 급여를 개발하는 등의 계기를 만들어야 할 것이다. 특히 과중한 본인일부부담금 제도의 개선에 주력해야 할 것이다. 뿐만아니라 피보험자의 의식구조를 변경시켜 보험급여를 더 받기 위하여 스스로 보험료를 더 부담할 수 있도록 하는 등의 적극적인 행태변화를 유도해 나가야 할 것이다. 피보험자들이 이처럼 적극적으로 사고할 수 있을 때 의료보험제도의 발전은 보다 탄력을 부여받을 수 있다.

지역의료보험재정이 현재와 같은 안정성을 계속 보장받으려면 보험재정정책이 보다 유연해져서 피보험자들의 적극적인 사고를 수용하는 데 인색하지 말아야 한다. 보험의료수가를 통제하듯이 그리고 급여를 사후관리 하듯이 일반 피보험자들의 요구충족에 보다 관심을 기울여야 할 것이다. 예컨대 지역의료보험이 재정적으로 취약하다는 이유나 보험제도간의 균형적 발전을 내세워서 직장의료보험이나 공·교의료보험의 재정운용에 지나친 경직성을 띠지나 않았는지 반성해 보아야 할 일이고, 만약 그것이 사실이라면 지금의 흑자재정을 의료보험의 재투자 함으로써 새로운 도약의 계기로 삼아야겠다.

참고문헌

- 권순원, 국민의료비의 연구 : 추계와 분석, 1986. 7.
- 권순원, 의료비의 상승과 억제대책, 의보공론, 의료보험관리공단, 통권 14호, 1985.
- 김한중외, 지역의료보험 재정 안정화 방안에 관한 연구, 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1992.
- 김한중, 의료비 증가억제와 보험재정 안정 방안, 의료보험, 통권 99호, 1989.
- 노동부, 노동부통계연감, 1991.
- 노인철, 지역의료보험의 국고지원방식에 관한 재검토, 사회보장연구, 제 7권, 1991.12.
- 노인철, 지역의료보험의 재정안정화를 위한 개선방안, 한국보건사회연구원, 1991.12.
- 대한민국정부, 제7차 경제사회발전 5개년계획:1992-1996, 1992.
- 문옥륜, 의료비 증가에 따른 비용 억제대책, 의료보험, 의료보험연합회, 1987.7.
- 문옥륜, 한국의 보험의료비 억제 및 재정 안정화 대책, 의료보험재원조달에 관한 세미나, 한국인구보건연구원, 1989.7.
- 문옥륜, 농촌의료보험의 당면과제와 개선방향, 한국농촌의학회지, 제 16권 제 2호, 1991.
- 보건사회부, 의료보험 15년-전국민의료보험 3년의 성과, 1992. 6.
- 보건사회부, 제7차 경제사회발전 5개년계획-보건의료·사회보장부문계획 :1992-1996, 1992.
- 양명생, 의료보험급여, 의료보험 연수교재, 의료보험연합회, 1992.
- 양봉민, 이태진, 국민의료비 억제 방안에 관한 연구, 의료보험관리공단, 1989.10.
- 양영화, 의료보험정책, 의료보험 연수교재, 의료보험연합회, 1992.

- 연하청, 의료보험 확대와 재정 안정화 과제, 한국사회보장학회, 제 6회 학술발표회, 1987.
- 유승흠, 김한중, 이해종, 지역의료보험의 재정 및 적자요인분석, 사회보장 연구, 10(1), 1985.
- 의료보험연합회, 조합결산 현황, 1988-1990.
- 의료보험연합회, 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 각연도.
- 이규식, 국민의료비 증가와 그 억제책, 인구보건논집, 한국인구보건연구원, 1986.
- 이규식, 국민의료비 증가 억제방안, 의료보험, 의료보험연합회, 1988. 6.
- 정형선, 지역의료보험 재정과 보험재정 공동사업에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1991. 12.
- 한달선, 의료보험 10년의 성과와 과제, 한국사회보장학회, 제 6회 학술 발표회, 1987.

제2주제 토론

좌장: 유 승 흠(연세대학교 의과대학)

발표자께서 의료보험 존폐에 관련되는 의료보험 재정문제에 대해서 현황분석, 진료비 증가요인, 국고지원금 등으로 나누어 잘 분석해 주셨다고 생각된다. 이 주제에 대하여 연세대학교 사회과학 대학의 이규식 교수와 의료보험연합회 강암구 연구위원께 토론을 부탁드립니다.

토론자: 이 규 식 (연세대 보건과학대학)

의료보험 재정전반에 걸친 문교수님의 발표를 들으면서 우리나라 의료보험이 이제는 매우 안정기에 들어왔지 않느냐는 인식을 받았다. 특히 직장 의료보험과 공교의료보험은 누적적립금만도 1991년까지 1조 1,281억원에 이르게 되어 경제사정이 급격히 악화되는 그러한 특별한 상황이 생기지 않은 한 낙관적으로 보아 비록 보험급여를 확대시킨다 해도 향후 5-6년 이상은 재정의 안정화를 기할 수 있지 않을까 하고 전망되어진다. 지역의료보험도 1990년에는 적자문제로 여러가지 어려움이 있었으나 1991년에 들어와서 정부가 당초 약속했던 정부재정지원 50%를 추경예산으로 반영해 줌으로서 1991년까지 총 3,003억원의 누적적립금을 기록하게 되었다.

1991년 기준으로 직장의료보험이 출발한지 만 14년, 공교의료보험이 만 12년이 되었는데 누적적립금이 1조 1,281억원인데, 1988년에 출발을 본 지역의료보험의 적립금이 3,003억이 된다는 점은 지역의료보험이 매우 단기간에 재정의 안정화를 기하였지 않느냐 하고 평가 할 수 있겠다.

지역의료보험이 재정안정화를 기하게 된다는 발표자의 분석도 있지만 몇가지 제가 강조하고 싶은 요인은 다음과 같다. 첫째, 정부가 총 보험재

정의 50%를 지원해 주었던 점, 둘째, 실시초기에 수진율과 건강진료비가 급격히 증가했는데, 이에 상응하는 수준으로 보험료인상이 이루어졌던 점, 셋째, 비록 실시초기에 수진율과 건강진료비가 급격히 증가했으나 실시 초년도 4년간의 수진율이나 건강진료비의 증가율이 직장이나 공교의료보험에 비해 그렇게 높지 않았으며 특히 1991년에는 수진율의 증가율이 농어촌 7.3%, 도시지역 4.9% 였으며, 건강진료비의 증가율은 농어촌이 5.5%, 도시지역이 3.8%로, 지출측면에서 매우 안정세를 보였다는 것이 큰 요인으로 작용했다고 볼 수 있겠다.

그러나 앞으로도 지역의료보험재정이 안정적으로 갈 것이냐에 대해서는 낙관을 불허하는 요인들이 상당히 많다고 하겠다. 문교수님께서는 이제 demand-pull inflation 시대는 끝나고 cost-push inflation 의 시대가 되고 있다고 했는데 직장이나 공교의료보험에서는 타당성이 있을지 모르겠으나 지역보험의 경우는 그렇지 않을 것 같다. 이유를 요약해 보면 첫째, 수진율의 수준을 보아서 1991년 지역보험은 1989년 직장보다는 다소 높고, 1987년도의 공교수준 보다는 약간 낮다. 그런데 일본의 경우를 보면 지역보험인 국민건강보험의 수진율이 근로자 보험 보다 훨씬 높게 나타나고 있음을 볼 때 우리나라의 경우 지역보험의 수진율은 비록 1991년에는 안정적으로 증가했으나 향후 직장이나 공교의료보험 보다 더욱 급속히 증가할 가능성이 있기 때문이다. 둘째, 의료보험의 수진율은 소득에 함수적 관계를 갖는데 1989년도 통계국의 조사자료에 의하면 자영자들의 소득이 근로자들의 소득 보다 높게 나타나고 있으며 그러한 추세는 앞으로 더욱 뚜렷해 질 것이다. 따라서 소득이 상대적으로 높은 자영자인 지역주민의 수진율이 직장이나 공교의료보험 적용자 보다 높아질 것이라는 점을 쉽게 추측할 수 있다고 하겠다. 셋째, 특히 자영자중에서도 도시자영자들의 수진율이 높아질 전망인데 산업사회화 할수록 3차산업의 비중이 높아져 도시지역의 자영자수가 증가될 전망이다. 이렇게 될 때 지역보험의 재정수요는 더욱 커질 전망이다.

넷째, 지역의료보험에서의 노인인구비율이 증가될 전망이다. 사망율이 떨어져 평균수명이 늘어나고 3차산업의 비중이 늘어나 자영자 수가 증가하면 비록 피부양자제도가 잘 되어 있어도 지역보험에서의 노인인구 비율이 증가할 것이다. 이상의 사유로 인해 지역의료보험에서는 아직도 demand-pull 요인이 상존하고 있고 따라서 장기적 재정전망은 걱정되는 점이 많다. 이러한 장기적인 전망에 대한 발표자의 견해와 이러한 문제의 대응전략에 대한 발표자의 견해를 듣고 싶다.

의료보험제도가 일부 국민에게만 적용될 경우 적용계층의 의료수요 증가로 의료가격이 급격히 상승하게 되며 이로인해 미적용계층은 자신의 의료이용과는 상관없이 높은 수가를 지불해야 하는 관계로 미적용 계층의 상대적 불이익은 심각해지는 것이 의료시장 구조인 것이다. 이러한 불이익을 해소시키기 위해서는 무엇보다도 조기에 전국민을 의료보장권 속에 포함시켜야 하는 바 우리나라가 만 12년만에 모든 국민을 제도권속에 포함시킬 수 있었다는 것은 일본의 35년 이란 기간과 비교할 때도 큰 성과라 할 수 있겠다. 특히 전국민의료보험을 너무 단기간에 달성시키려는 목표 달성으로 그만큼 제도상에 미비점을 낳았다고 치더라도 단기간에 전국민을 하나의 제도로 포함시켜 미적용계층의 불공평을 해소시킬 수 있었다는 성과만 가지고도 단기적의 적용확대에 기인하는 부정적 평가를 모두 상쇄하고도 남을 수 있다고 하겠다.

전국민 의료보험을 조기 달성하는데 의료공급 측면, 보험제도 측면, 기타 측면이 모두 있겠으나 여기서는 특히 다음의 두가지 요소가 크게 강조될 수 있겠다. 첫째는 지역의료보험에 대한 국고지원 결정이며, 둘째는 보험급여 수준이 사회보험을 하는 다른 국가들에 비해 상대적으로 낮다는 점이다. 물론 선진국 중에서도 벨기에는 의사진료비의 25%를, 핀란드는 40%를 본인 부담시키고 있으나 우리나라는 외래수진시 본인부담율이 다른 나라에 비해 높은게 사실이다.

그런데 상기 두가지 요인이 이제는 의료보험의 장기적인 발전에 한계를 주는 부정적 요인으로 작용한다는 점이다. 즉 우리나라는 조세부담율이 낮고 보험료부담을 싫어하는 국민정서로 인해 (1989년 GNP기준 조세부담율이 18.3%로서 OECD 24개국 평균인 29.3% 보다는 크게 낮고, 이웃 일본 22.1%와

<별표> OECD제국 및 한국의 GDP 대비 조세 및 사회보장 부담율(1989년)

국 가	계	조세부담	사회보장부담
일 본	30.6	22.1	8.5
스웨덴	56.1	41.4	14.7
덴마크	49.9	48.7	1.2
네덜란드	46.0	27.2	18.9
노르웨이	45.5	33.2	12.4
벨기에	44.3	29.1	15.1
프랑스	43.8	24.6	19.2
룩셈부르크	42.4	31.3	11.1
오스트리아	41.0	27.3	13.7
아일랜드	37.6	32.2	5.4
뉴질랜드	40.3	40.3	-
핀란드	38.1	35.1	3.0
독 일	38.1	24.3	13.8
영 국	36.5	30.1	6.4
이태리	37.8	25.3	12.5
그리스	33.2	22.8	10.5
포르투갈	35.1	25.9	9.2
캐나다	35.3	30.7	4.6
스페인	34.4	22.5	11.9
스위스	31.8	21.4	10.4
아이슬란드	33.8	39.2	0.9
오스트레일리아	30.1	30.1	-
미 국	30.1	21.3	8.8
터어키	29.0	24.5	4.5
OECD 평균	38.4	29.3	9.0
OECD (구주)	39.7	29.5	10.3
한 국	21.1	18.3	2.8*

주 : *는 1987년 수치임.

자료: 1) OECD, Revenue Statistics of OECD Member Countries, 1965-1990.

2) 경제기획원, 주요통계자료, 1991.

3) 한국개발연구원, 사회보장제도의 정책과제와 발전방향, 1988.7.

비교해도 낮음. 그리고 사회보장부담율이 우리는 약 3%로 OECD 평균 9%에 비해 크게 낮음 - 별표 참조할 것) 처음부터 높은 급여수준이면 보험료를 높여야 하기 때문에 의료보험 확대가 용이치 않을 것으로 판단하여 낮은 급여수준으로 적은 보험료라는 방식으로 단기간에 전국민을 적용시키는 방향으로 정책이 전개되다 보니 국민들은 의료보험을 수가할인제도로 인식하는 경향이 있어 앞으로의 의료보험 발전을 저해시킨다는 사실이다.

즉, 1991년 한국보건사회연구원의 주민의식조사를 보면 보험료를 더 내더라도 본인부담율을 낮추는 것을 희망하는 주민은 29.4% 인데 반해 보험급여를 축소시켜서 보험료를 적게 내는 것이 좋다는 주민이 31.2%로 더 높다는 점은 향후 우리가 나아가야 할 방향인 노인에 대한 의료비경감, 본인부담 보상금제도의 광범위한 실시, 고가장비의 보험급여화, 한방의료의 보험급여 확대등과 같은 정책을 실시하는데 상당한 어려움을 줄 소지가 있다는 점이다. 그리고 조세부담율은 앞에서 본 바와 같이 세계 여러나라에 비해 낮은 편이며 자영자들에 대한 국고지원결정이 현재와 같이 계속 보험재정의 50%를 유지한다고 했을 때 앞으로 보건사회부예산의 대부분은 지역보험재정으로 소요되어 자칫하면 보사부는 다른 업무에 상당한 제한을 갖을 수 있다는 점이다. 즉 앞에서 이야기한 바와같이 지역보험의 재정은 계속 팽창할 가능성이 있는데, 지방자치제의 전면적 실시는 지방재정의 확보를 위해 국세의 일부를 지방세로 전환시키게 되어 있어 중앙정부의 재정은 더욱 어려워지게 되어 있다. GDP에서 차지하는 조세부담율이 우리나라 보다 훨씬 높은 서구제국도 자영자들에 대한 보험료 국고지원이 없는데 우리나라는 너무 성급한 국고지원결정은 하지 않았는지? 앞에서 열거한 바와 같이 노인에 대한 의료비 경감, 본인부담 보상금제도의 확대실시, 고가장비의 보험급여화 등 보험급여를 확대코자 할 경우 지역보험의 재정은 더욱 늘어나야 하고, 이때 국고지원의 크기는 더욱 늘어나야 한다면 과연 보험급여 확대가 가능할지 따라서 자영자에 대한 국고지원문제는 신중히 재검토 되어야 할

과제라 하겠다.

발표자께서는 지역의료보험에 대한 국고지원을 놓고 사립학교 교직원에 대해 보험료 20%를 이미 국고에서 지원하기 때문에 지역주민에 대한 보험료 지원도 사회보장적 차원에서 별 문제가 없는 것 처럼 서술하였는데 여기에 대해 다소 이론이 있다.

물론 국고지원과 같은 분배정책은 정치적 가치판단의 과제이지 경제분석적 과제는 아니지만 우리가 고려해야 할 사항은 첫째, 근로자에 대한 국고 지원은 전혀 없는데 자영자에게만 한다는 것은 형평상의 문제가 있다는 것이며, 둘째, 일부에서는 근로자에 대해서는 사용자가 있어 보험료의 1/2을 보조하고 이 사용자 부담분이 원가에 전가되어 자영자들이 손해를 입기 때문에 이를 보전키위해 국가가 자영자에 대해 사용자 기능을 해야 한다는 주장이 있다. 그러나 자영자는 자신이 종사하는 업종에서 가격을 책정할 때 이미 원가와 이윤까지 전부 합하여 책정하는데, 따라서 부과되는 보험료는 근로자의 경우 임금의 일부인 것처럼 자영자에 있어서도 원가의 일부로 전가시키기 때문에 국가가 사용자 역할을 할 수는 없다는 점이다. 셋째, 보다 현실적으로 GDP에 대한 조세부담율이 18% 정도 밖에 안되는 나라에서 조세부담율이 그보다 훨씬 높은 서구제국에서도 없는 혜택을 계속 줄 수 있는가 하는 점, 물론 일본의 경우는 조세부담율이 22% 수준에 있고 방위비 부담율을 따질 때 우리나라와 크게 다른 상황이다. 넷째, 사립학교 교직원에 대한 보험료 지원은 사학에 대한 국가간섭(예: 중·고등학교의 경우 공사립이 공납금은 동일하게 했으나 공립학교는 국가의 재정적 지원이 낮다하나 사립학교는 없음)에 대한 보상지원의 성격이기 때문에 다른 차원이지만, 만약 발표자의 견해에 따라 보험료지원 이라고 보아, 특별혜택이라고 간주한다면 사립학교 교직원의 보험료에 대한 국고지원을 중지시키라는 주장이 오히려 마땅할 것이다.

이상의 사실을 종합할 때 자영자 의료보험에 대한 국고지원은 재검토 되

어야 할 사항이 아닌가 한다. 그러나 자영자라 해서 모두 국고지원의 타당성이 없는 것은 아니다. 자영자 중에서 농어민의 경우는 그들의 소득이 낮고 또 농어업이 쇠퇴산업이 되어 사회보장 차원에서 계속적으로 국고 지원을 받아야 할 분야임이 틀림이 없다. 그리고 농어촌 인구는 계속 감소되고 있어 이들에 대해서는 국고지원율을 현재 50% 수준이상으로 높더라도 국가 재정상의 부담은 크지 않을 것이다. 그런데 근로자보다도 소득수준이 높은 도시자영자에게 계속 50%의 국고지원을 유지한다는 것은 전면 재검토되어야 할 것 같다. 한번 주어진 복지혜택은 일시에 축소시킬 수는 없기 때문에 당장 국고지원을 철회시키기는 어렵겠지만, 점차적으로 도시자영자에 대한 지원율을 낮추는 방향의 정책이 개발되어야 할 것으로 생각된다.

토론: 강암구(의료보험연합회 연구위원)

1. 의료보험제도의 기본요소 및 사회보장 측면에서 본 성과

전국민의료보험 시행3주년이 되는 시점에서 우리나라 사회보장제도의 근간인 의료보험제도의 '보험의 재정현황과 전망'이라는 주제에 대한 토론에 참여한 사람으로서 우선 의료보험제도의 기본구성요소를 언급하고자 한다. Neil Gilbert와 Harry Specht는 사회복지정책분석틀(frame)에 따른 선택의 4가지 주요차원(요소)으로서, 1) 사회적 할당(social allocation)의 근거, 2) 사회적 급여(social provision)의 형태, 3) 급여 전달체계(delivery system)의 전략, 4) 자원 조달(finance)등으로 구분하고 있으나, 이들 요소를 각각 개별적으로 분리 해석하기는 곤란하고 제도의 정확한 진단과 처방을 위해서는 4가지 요소를 총체적인(total system)면에서 가치(value)와 이론 및 가설(theories)을 기초로 하여 실행 가능한 대안(alternatives)이 선택·운영되어야 한다고 생각한다. 사회보장제도는 소비지향적인 잔여적 개념에서 제도적 개념으로 변화하여 오면서 국민의 사회연대의식을 통합하고, 정치적 안정 및 통제, 효율적인 생산-분배-소비를 통한 경제발전 등 바

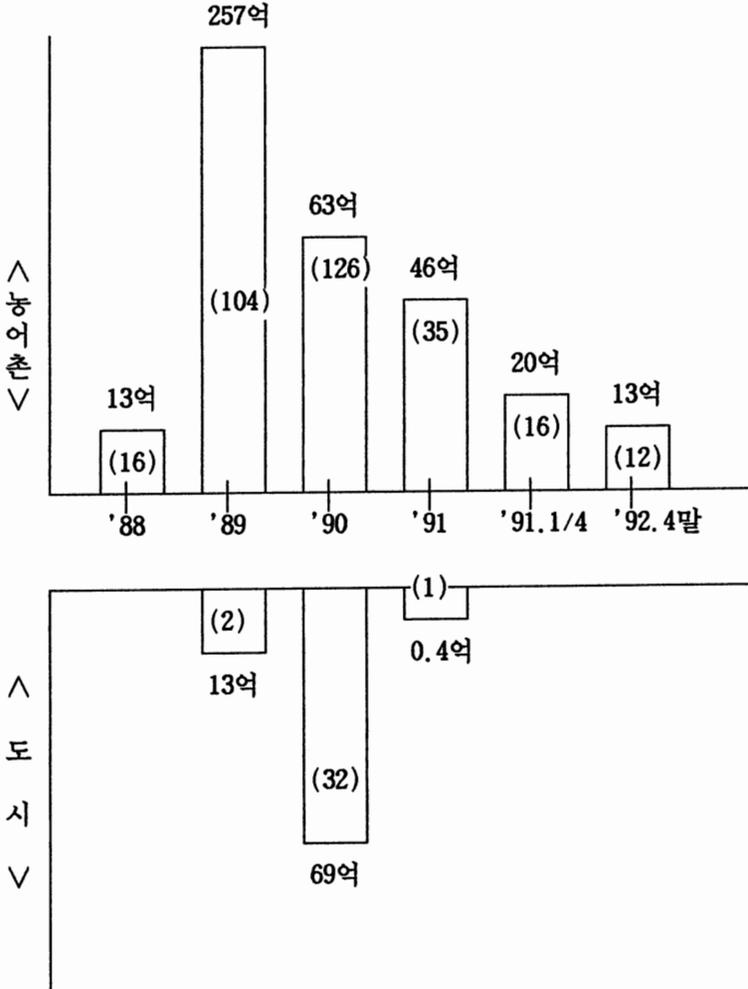
랍직하고 생산지향적인 방향으로 나가도록 상호지지 및 지원하는 사회보장 기능이 확대되고 있다.

이런 측면에서 볼때 12년만에 이룩한 전국민의료보험은, ① 국민건강 증진기여 및 평균수명 연장으로 경제생산 능력을 증강시키고, ②의료사고시 의료비 부담으로부터의 해방이라는 사회·심리적 안정감을 주며, ③ 조합원에 의한 보험료 공동부담을 통해 구성원간의 사회연대의식 강화, 자영자의 경우 조합을 통한 지역사회의 참여가 확대됨으로 자신의 잠재력 개발기회 부여, 국민의 자치의식을 함양하며, ④ 정부의 강력한 복지정책 실천의지의 발현으로 타 사회보장제도 조기 도입계기 마련 등 큰성과가 있었다. 또한 우리나라 의료보험제도는 재산 및 소득파악의 어려움, 제도에 대한 인식여부, 도시·농어촌의 의료기관 분포 및 의료이용 관행 등을 고려하여 우리 실정에 알맞는 제도로서 모든 적용자에게 급여수준이 동일한, 기능상 일원화된 의료보험제도라 할 수 있고, 정부에서도 1992년 보사부예산중 약 57.5%인 9천여억원을 의료보장에 지원하고 있다.

앞으로 노령인구의 증가, 질병구조의 만성질환화, 의료기술의 발달등으로 의료비가 계속 증가하고 있으나, 국민의 의료보험제도의 기본 정신을 인식하게 되고, 국고의 지속적 지원으로 향후 보험재정은 안정화되리라고 생각한다.

2. 지역의료보험 재정현황과 재정 안정화 요인 분석

○ 연도별 지역보험 재정적자 현황(조합수 및 적자액)



주: ()内는 조합수

자료: 1989 - 1990: 지역의료보험조합 결산서

1991 - 1992: 지역의료보험조합 사업실적 보고서

○ 지역보험재정주요지표

(단위: 원, 회, %)

구 분		피보험자 1인당			건당급여비	수진율	징수율
		보험료(월평균)		급여비			
'88	계	2,041	24,489	19,923	11,743	1.653	86.8
	시 군	- 2,041	- 24,489	- 19,923	- 11,743	- 1.653	- 86.8
'89	계	-	15,898	18,722	13,744	1.346	83.6
	시 군	2,466 1,501	14,797 18,015	11,009 33,554	14,461 13,321	0.758 2.477	78.6 91.4
'90	계	2,609	31,305	45,500	15,205	2.964	90.7
	시 군	2,876 2,053	34,516 24,638	46,348 43,740	15,350 14,896	2.991 2.908	89.3 94.9
'91	계	3,521	42,246	48,235	14,319	3.396	93.9
	시 군	3,768 2,907	45,221 34,884	48,310 48,048	14,172 14,699	3.409 3.269	93.1 96.5
'92.3말	계	3,847	11,540	12,654	14,332	0.883	94.8
	시 군	4,084 3,234	12,252 9,702	12,954 11,879	14,303 14,415	0.906 0.824	93.8 97.7
'92.4말	계	3,862	15,446	16,527	14,320	1.154	94.5
	시 군	4,094 3,258	16,376 13,031	16,829 15,743	14,364 14,199	1.172 1.109	93.6 97.5

○ 재정현황

1989년도에는 농어촌 133개조합에서 약 391억, 도시는 3개조합에서 약 9억 적자가 나타나고, 1990년도에는 전년도와 마찬가지로 농어촌 134개 조합에서 약 412억, 도시조합은 94개조합에서 약 381억 적자를 나타내고 있다.

또, 1991년도 당년도에는 농어촌 1개조합만 적자(약 43백만원)인 반면, 265개 조합에서 약 3,124억 흑자를 나타내고 있다. 1992년도 4월말을 기준으로 할 때에는 92년도분은 약 3개조합에서 89백만원 적자로 나타나고, 1992.4월말 누적적자액은 약 13억(12개조합)인 반면 254개조합에서 약 4,197억 흑자(구체적으로 도시: 3,625억 (130개조합), 농어촌: 573억 (124개조합))를 나타내고 있다.

1990년도 재정적자 주요원인은, 급여비 대비 현저히 낮은 수준의 보험료, 국고지원 부족 (50%에 훨씬 미달), 국민의 제도인식 부족으로 인한 징수율저조 등에 의한 것으로 생각된다.

○ 재정분석 및 재정안정 요인

1990년도에는 지역조합 대부분이 적자인데 비해 1991년도에는 상당수 조합의 재정이 호전되어 흑자로 전환, 보험재정 안정화가 이루어지고 있다. 1991년도 보험재정 안정화 요인을 살펴보면, 첫째, 조합관리운영 업무개선 및 의료비에 대한 자기책임 의식을 바탕으로 의료비 상승분에 대한 피보험자의 적정부담선을 확고히 견지키 위한 보험료 대폭 인상 조치, 둘째, 급여비 증가의 둔화를 들 수 있는 데, 수진율은 증가하고 있으나 건당급여비는 감소 경향을 띄고 있다.

1인당 연간 급여비 증가(지역주민 기준)

연도 급여비	1990	1991	1992. 1/4
	45,500원	48,235원	12,654원(50,616원)

셋째, 1991년도에 1988-1990년도분 국고지원 부족분에 대한 1,009억 추정 추가 지원을 들 수 있다. 넷째, 고액진료비 공동사업의 효과가 지대하다. 즉, 1991년도에 187억원(농어촌: 81억, 도시: 106억)을 지원했는데, 이를 조합당으로 보면, 농어촌이 59백만원, 도시 82백만원이 되고 있다. 또, 고액공동부담 사업의 지원은 지역주민 부담보험료 수입총액의 3.1%(농어촌: 5.6%, 도시: 2.3%)에 해당하는 금액으로 조합재정 안정에 기여하는 바가 크다고 하겠다.

부담금 대비 배분금

(단위: 억)

구 분	'91		'91. 1/4	
	부 담 금	배 분 금	부 담 금	배 분 금
계	271	458(169%)	115	168(146%)
도 시	206	312(152%)	88	116(132%)
농어촌	65	146(224%)	27	52(193%)

다섯째, 지역조합 보험급여비 국고 지원방식 개선으로 농어촌 조합에 상대적으로 재정 추가지원 효과가 크다. 즉, 세대당 정액과 피보험자 정액 지원에서 1992년도부터 피보험자 정액제로 제도 개선(세대 구성원수가 농어촌

이 도시보다 높음)을 하였다. 여섯째, 조합관리운영 업무개선, 조합직원의 헌신적노력 및 사회적 환경변화에 의한 주민의 의료보험에 대한 인식제고 등으로 보험료 징수율이 향상되었다.

보험료 징수율

(단위: %)

구 분	'90	'91	'92. 1/4
계	90.7	93.9	94.8
도 시	94.9	96.5	97.7
농어촌	89.3	93.1	93.8

끝으로, 시·군 조합분립으로 주민부담 보험료의 형평이 도모되었고, 관리운영이 내실화 됨으로써 보험재정이 안정(분립전: 1990, 분립후: 1991)되었다.

조합분립 전후의 보험료 및 징수율

구 분	세대당 월평균 보험료		징 수 율	
	분 립 전	분 립 후	분 립 전	분 립 후
김 제 시	6,972	10,887	85.0	87.2
김 제 군	7,567	10,490	80.9	86.3
동광양시	6,560	10,475	84.2	92.7
광 양 군	7,005	9,562	85.2	88.2
밀 양 시	8,011	12,804	86.2	94.3
밀 양 군	9,049	11,909	83.2	95.2

3. 국고부담금지원방식

자영자에 대한 국고지원여부를 결정하는 것은 매우 어려운 것이나, 우리나라 여건에서는 지역의료보험에 있어 자영자에 대한 사회보험제도의 초기 시행, 조직근로자보다 부족한 부담능력, 개별세대의 소득산정의 어려움, 보험료 원천징수의 불가 등의 이유로 자영자 보험의 재정안정화를 도모키 위하여 사회통합기능 차원에서 사회보장적 성격으로 지원하고 있다(일본 국민건강보험의 경우 급여비의 50%와 사무관리비 전액 지원). 국고지원금은 지역주민 입장에서는 정부의 일반조세로부터 지원받는 권리이며 재정안정화에 가장 중요한 요소라고 할 수 있겠다. 국고지원방식은 국고지원 규모 및 산정방법, 실행배분방식으로 대별하여 정부예산을 감안한 실현가능한 개선안을 강구하여야 된다고 생각한다.

이런 맥락속에서 문교수님의 국고지원방식 및 규모에 관한 기본 원칙, 즉 ① 지역주민 욕구에 근접한 서비스 차원의 국고지원, ② 합리적인 배분을 통한 취약 조합지원으로 재정안정 도모, ③ 조합의 비용절감 노력 유도에는 전적으로 동의하지만, 구체적 개선안에 대해서는 의견을 일부 달리하므로 이에 대한 견해를 피력코자 한다.

첫째, 국고지원 규모산정시 '표준지원기준'이라는 방식을 도입하였는데, 보험자 측면에서 지출에 해당하는 보험급여비와 수입에 속하는 보험료를 합산하여 보험료 국고부담금을 산정하고, 관리운영비는 별도로 현행대로 국고지원하는 것으로 되어있다. 그러나, 지역주민의 부담능력을 객관적으로 측정하기 어렵고, 단기사회보험에서는 지출을 예측하고 이에 상응하는 수입을 산출하는 것이 일반적이는데, 문교수님이 제시한 개선안은 이에 반하고, 또한 '표준지원기준'산정시 의료보험이 사회보험으로서 전국민이 동일한 수준의 서비스를 향유하여야 한다는 조건으로 지역보험에서도 직장과 공·교수준의 평균급여비와 평균보험료를 사용하는 것은 현 상황에서 국고지원금을 확대 지원하는 효과는 있지만, 이론과 실제적 측면에서 수용되기 매우 어렵다고

사료되며, 만약 지역조합수준의 평균급여비와 평균보험료로 '표준지원기준'을 산정하면 국고지원규모가 매우 축소되므로(50%에 미달) 지역주민의 불만과 지역보험재정에 악영향을 끼치게 될 것으로 생각한다.

둘째, 국고지원 배분방식에 대해 말씀드리면 '표준지원기준'방식은 현행 방식 즉 피보험자당 정액지원하는 것과 별차이가 없다. 단, 노인인구보조금, 재정취약 보조금을 약 10%정도 별도 배분하는 것이 특징이라고 하겠다. 일본의 국민건강보험은 시정촌의 경우 약20%를 재정조정 교부금으로 지원하는 것과 같은 형태라 할 수 있겠다. 본 토론자는 특별지원 배분금지급율은 대폭적으로 확대하여 재정적으로 취약한 농어촌지역에 보다 많은 지원이 되도록 하는 것이 바람직하다고 생각하며, 국고지원방식에 대한 개선대안으로, 첫째, 국고지원규모는 정부예산을 감안하여 현행대로 보험급여비와 관리운영비의 50% 수준에서 지원하되 법령상 명문화하고 매년 정산제를 도입하며, 둘째, 국고지원배분방식으로는 보험료 국고금의 약 60-70%는 현행대로 피보험자당 정액제로 지원하고(장기적으로는 급여 정율제 도입), 나머지 30-40%는 조합별로 지역주민 소득액 과표자료에 의해 약 5등급으로 구분하여 소득액과표가 적은 조합(주로 농어촌지역)에 가중치를 주어 차등지원하고, 노인인구에 대해 추가지원하는 방안을 제시한다. 이런방식으로 전환하면 일본이 별도 설치운영하는 노인보건의료제도도 해결하고 재정적자가 있는 농어촌조합에 상대적으로 추가지원 함으로써 지역조합의 재정안정화에 크게 기여할 것으로 생각된다. 셋째, 관리운영비는 현행 전액 국고지원하는 것이 바람직하다고 생각한다.

4. 재정안정화를 위한 중점사항

이원적관계(기여자와 관리자)인 연금제도와는 달리 의료보험제도는 피보험자, 보험자, 의료공급자(우리나라의 경우 민간의료기관이 전체의 87.4% 해당)등 삼자관계이며, 의료비 보장이 주된 기능으로써 보험재정 안정은 이

해 당사자 모두가 해결하여야 할 과제이므로 맡은바 책임과 의무를 성실히 수행하여야 한다.

이런 맥락에서 재정안정화 방안은 수입증대(보험료 인상, 징수율 제고, 국고지원액증액, 국고지원방식 개선, 재정공동사업 확대 등)와 보험급여비역제 및 절감(주민의 남수진 자제, 부당청구기관 규제 강화, 보건예방사업 실시 등)으로 대별되며 구체적으로 서술하면, ① 정책당국은 의료기관 및 보험자에 대한 관련 법규를 엄격하게 적용하며, 국고지원율을 의료보험법상 명문화하고, 조합대표이사에게 조합관리·운영 권한을 대폭 위임하고, 농어촌에 보다 많이 지원될 수 있도록 국고지원방식을 개선하고 조합운영평가제를 효율적으로 운영하여야 할 것이며, ② 의료공급자에게는 보험재정을 보호하고, 국민의료비를 적정화하기 위한 의료인의 추가적인 노력이 요청되며, 주민 진료시 본인부담 금액 뿐만 아니라 조합부담분도 결국 주민보험료 부담이 되므로 양질의 적정진료 제공에 노력하고, 일부의료인의 부당행위에 대해서는 의료인 단체 등에서 과감히 척결하여야 하며, ③ 보험자 측면에서는 조합관리운영 및 재정에 대한 실질적 책임자인 조합 대표이사를 중심으로 책임경영 체제를 확립하여 지속적인 주민홍보를 통한 의료보험에 대한 주민인식 제고, 보험급여 사후관리를 통한 재정누수 방지, 적정수준 보험료 인상 및 체납보험료 징수강화, 의료비 적기 지급을 위한 노력 경주 및 피보험자 권익보호 및 욕구충족에 주의를 기울여야 하겠다.

지역주민인 피보험자는 자기가 소속한 조합에 재정적자가 발생하면, 결국에는 조합원이 부담해야 한다는 수익자 부담원칙을 정확하게 이해하고, 보건기관 이용등 의료전달체계 준수, 보험료 적기납부 등 피보험자로서 지켜야 할 사항을 교육·홍보 매체 및 조합직원을 통해 인지한 후 자발적으로 태도변화를 일으켜 실행에 옮길 수 있도록 하는 등, 피보험자의 의식구조가 변화되어야 한다.

보험자단체인 연합회는 공정한 진료비심사 및 부당의료기관에 대한 심사

강화, 조합직원에 대한 교육강화, 주민에 대한 홍보매체 개발, 조합관리운영에 관한 지원·지도 강화, 보험재정 안정화를 위한 재정공동사업 확대 및 지역주민 소득액 과표자료, 노인인구수, 의료기관분포 등을 감안한 국고지원 방식개선 등에 관한 제도연구에 역점을 두어야 할 것이다.

결론적으로 의료보험은 피보험자, 의료인, 보험자가 공동으로 운영하는 제도이므로 이해당사자 모두가 공동체의식을 가지고 상호 이해하고 협조함으로써 보험재정 안정화가 계속 유지될 수 있다고 생각하며, 아울러 보험급여범위를 점진적으로 확대하여 나아감으로써 지역의료보험이 우리나라의 사회보험제도 발전을 위한 튼튼한 초석으로 자리잡을 수 있도록 모두 합심하여 공동의 노력을 경주하여야 될 것이다.

끝으로 본 요지는 토론자의 개인의견이며 토론자가 속한 의료보험연합회의 공식의견이 아님을 명백히 밝혀둔다.

발표자 답변:

현재 가장 어려운 문제가 국고부담금을 어떻게 합리화 하는가 하는 문제인 것 같다. 우선 이규식 교수의 토의에 대해 답을 하겠다. 보험이 확대되어 나가는 과정에서 적용대상자가 급속도로 확대되어 왔으며 적용대상자가 확대되면, 우선 수진율이 늘어나고 그 다음에 점차 건당진료비가 올라가는 추세를 보인다. 이러한 추세를 볼때 전국민의료보험이 이루어진 현 단계에는 적용대상자가 그렇게 늘어날 일이 없을 것이다. 그리고 그다음에 수진율(demand pull)과 건당진료비(cost push) 두가지를 비교해 보면 적어도 앞으로는 demand pull에서 적용자가 늘어나는 것은 완전히 빠지므로 그 폭이 생각보다 줄어들 수 밖에 없으니 앞으로는 건당진료비의 증가에 의한 cost push가 더욱 크게 문제가 될 것이라는 설명이다. 이러한 것을 반증하는 자료가 그림 3-3이다. 수진율을 보면 지금 지역의료보험의 증가 속도가

가장 빨라서, 3년만에 거의 비슷해 지고 있다. 즉 지역의료보험의 수진율은 현재 3.0까지 올라가서, 머지않아 거의 직장, 공교와 같아지던지 더 올라갈 것이다. 따라서 장기적으로 물론 수요가 늘어나고 수진율이 올라가는 것이 문제가 되겠지만 큰 흐름은 역시 서비스의 고급화로 고가급여장비 이용이나 급여제한 완화장치가 풀어진다는지 이런 것 등이 훨씬 더 크게 작용할 소지가 많다는 그런 의미이다.

그다음에 장기적으로 지역의료보험의 재정에 대해서 너무 낙관론을 펴왔다는 데에는 전적으로 동의를 한다. 그런데 제가 말씀드린 의미는 전국민의 료보험이 아주 어려운 시기임에도 불구하고 뭔가 모티브가 주어졌을때 그것이 가능했었다는 점을 강조한 것이다. 전문가들도 단기간에 지역보험이 이렇게 흑자가 나리라고는 누구도 기대를 못했던 일이다. 그렇다면 이 호기를 이용해서 우리가 무엇을 해야 할 것인가 하는 것이다. 장기적으로는 적자가 날 수도 있겠지만, 국민들의 의식구조를 바꾸는 일이 중요할 것 같다. 예를들어서 종래와 같이 보험료를 적게낼 생각만 할것이 아니라 보험료를 더 낼터이니 꼭 필요한 이러한 서비스를 보험급여에 포함시켜 달라고 하는 방향으로 생각을 바꾸어 나가도록 해야 제도의 내실화가 기해질것 같다. 앞으로도 다소간 보험료를 좀 더 올리면 분명히 흑자는 가능하다고 본다. 아까 이교수가 말씀하신 자료에서 보험급여를 축소시켜서라도 보험료를 낮춰야 한다는 것이 31%이고, 보험료를 더 낼테니 급여를 더 올려달라는 것이 29%밖에 되지 않는다고 했는데 이자료는 전국민을 대상으로 한 자료가 아니고 지역의료보험 대상자만을 조사한 것이기 때문에 나온 결과라고 생각한다. 따라서 전국민의 반응은 그 자료와는 반대가 될 수도 있다고 생각되고, 그것이 더 바람직할 수도 있겠다.

그다음에 사립학교교직원 의료보험에 대하여 아주 좋은 말씀을 하셨지만,

다시말해서 사립학교 재정에 대한 국가로부터의 경제적 지원이 없는 이런 상황에 대해서 보상차원이라고 말씀을 하셨는데 과연 그렇다면 농어민에 대한 보상은 무엇인가 하는 것이다. 장차 UR이 적용되고, 공업화를 위해서 농어민이 그동안 희생해왔다는 것을 생각해야 할 것 같다. 똑같은 논리로 이 교수의 의료보험료를 국가가 20%를 지원해주는데 농민한테 50% 지원해주는게 무엇이 이상한가하는 것으로 답을 간단하게 올릴 수 있겠다.

그다음에 가장 근본적인 오해는 저는 결코 50%만을 고집한 일이 없다. 50%든 100%든 필요한 만큼 국가가 더 내야한다고 생각한다. 그렇다면 국고 부담의 적정 기준공식을 만들어 내야되는데 그것이 어려우므로 이론적으로 이것을 제시해야 한다는 의미에서 하나의 공식을 제시했다. 앞으로 제가 제시한 공식에 대해서 더욱 검토해주시기 바란다. 다시말해서 저는 결코 최대지원의 폭을 50%로 경직되게 주장하고 있지는 않다는 말씀을 드리고 싶다. 50% 이상일 수도 또는 그 이하일수도 있다.

강선생님께서도 좋은말씀을 해주셨는데 우선 제가 동의할 수 없는 것은, 지출과 수입을 합쳐서 각각 차이를 내고 이것을 다시 왜 합하느냐 이런 말씀인데 합하는것도 경우에 따라서는 마이너스 부호가 들어가는 경우 빼버리는 것이 되기 때문에 문제가 없다고 본다. 더구나 부담능력이 어떠하냐(수입의 측면), 의료이용은 어떻게 하냐(지출의 측면)등이 동시에 고려되어야 한다고 생각된다. 즉 국고부담의 산출공식에는 부담능력의 차이와 의료이용도의 차이를 동시에 고려하는것이 더욱 바람직하다고 생각한다. 지역보험이 훨씬 더 이용을 할 수도 있기 때문에, 반드시 더 많이 주기 위해서 억지로 합했다고만 생각할 필요는 없다고 본다.

그 다음에 퇴직자 관계의 처리문제는 결정 다 된 것처럼 이야기 하신다고 하셨지만 저는 결정되고 안되고에는 아무런 관심이 없으며, 앞으로 이

런것이 논의가 될 것이다라는 의미로 이야기를 하였다.

좌장:

의료보험의 재정문제는 대단히 중요하므로 한국보건사회연구원에서 앞으로 이런 기회를 마련해 주시도록 부탁드립니다.

醫療保險酬價와 病院經營

안 경 태

삼일회계법인 상무이사

- I. 의료보험 실시 경과 및 주요 관련변수 추이
- II. 보험수가 조정율과 의료기관 경영총괄 분석
- III. 현행 진료비 지불체계의 특징과 문제점
- IV. 의보수가 정책 및 병원경영 개선 방안

I. 의료보험 실시 경과 및 주요 관련변수 추이

1) 의료보험 실시경과

의료보험 경과를 주요법률의 입안(또는 개정), 시행을 중심으로 정리해 보면 다음과 같다.

- 1963년 : 동년 12월에 제정 공포된 '의료보험법'에 의거 300인 이상 사업장의 임의 조합설립을 허용함.
- 1976년 : 동년 12월 '의료보험법'을 개정하여 조합주의 방식하에 500인 이상 사업장 적용을 의무화함.
- 1977년 : 동년 12월 '공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법'을 제정·공포함.

즉, 1992년 현재 의료보험제도가 도입된 시점부터는 30년, 의무보험제도가 도입된 후로는 17년이 경과되었다.

2) 주요변수추이 및 시사점

의료보험제도가 본격 실시된 1977년부터 1990년까지 14년간의 의료보험 관련 주요변수 추이를 살펴보면 <표 1>과 같다. 그리고 이러한 변수추이를 분석해 보면 다음 몇가지 시사점을 파악할 수 있다.

첫째, 인구증가율(연평균 1.1%)에 비해 의사수증가율(연평균 6.47%)이 상대적으로 높아 의사1인당 총인구수는 연간 평균 4.8%씩 감소하였는데, 이는 우리나라의 총괄적 의료환경이 미미하나마 차츰 개선되어 가고 있음을 나타내 준다. 그러나, 1990년도의 의사 1인당 인구 1,005명은 선진외국과 비교할 때 아직도 높은 수준으로 판단되는 바, 이점에서 의료계의 성장을 위한 적절한 유인이 제공되어야 할 필요가 있다고 볼 수 있다.

둘째, 진료건수(연평균 21.3%증가)를 보면, 매년 평균적으로 인구증가율의 20배이상 신장되어 왔는데, 이는 의료수요가 폭발적으로 증가하고 있음을 보여주는 것이다. 이 현상으로 인해 의사수가 상당히 늘어왔음에도

의사1명당 진료건수는 1985년의 1,704건에서 1990년의 3,028건으로 대폭 증가하고 있는 바, 의료서비스의 질 저하문제로 연결될 수 있다.

셋째, 또한 적용인구수의 증가도 연평균 16.8%로 급격히 늘어났으며 1990년에는 총인구의 94%가 적용인구로서 명실공히 전국민 의료보험제도가 정착되었음을 보여주나 적용인구 1인당 보험료 부담액의 증가율은 국민소득 증가율의 절반수준에 머물고 있다. 이는 1인당 국민소득에서 의료보험료가 정착되었음을 보여주나 적용인구 1인당 보험료 부담액의 증가율은 국민소득 증가율의 절반수준에 머물고 있다. 이는 1인당 국민소득에서 의료보험료가 차지하는 비중이 1980년 전후의 1.7-1.8%에서 1990년의 1.1%로 계속적으로 감소하고 있는 사실과도 일맥상통하며, 적용인구의 증가에 따라 1인당 보험료 부담이 경감되는 보험제도의 기능이 작용한 결과로 판단된다.

결론적으로 의료보험제도가 본격적으로 시작된 1977년 이후 매년 보험 급여 범위가 확대되어 왔고 보험급여기간도 1981년에 평균 6.7일에서 1990년 10.7일로 확대되었음을 감안할 때 의료보험제도가 양적으로 성장하여 수혜인구의 확대라는 긍정적인 결과를 낳은 것으로 볼 수 있으나, 소득증대에 따른 의료서비스 수요의 폭증 및 서비스 고급화 요구에 상응하는 적절한 공급이 이루어지지 못한 것으로 판단되는 바 의료서비스의 수요와 공급을 적정수준에서 균형화 시키는 노력이 향후 주요 정책과제가 되어야 할 것으로 판단된다.

<표 1> 의료보험관련 주요변수의 추이

구분	기 초 변 수					기 타 변 수					
	총인구수 (천명)	의사수 (명)	적용인구수 (만명)	적용인구/ 총 인구	의사1인당 총 인구수	진료건수 (천건)	인구1인당 진료건수	의사1인당 진료건수 (건)	1인당GNP (천원)	적용인구당 보험료	적용인구1인당 보험료/1인당GNP
1977	35,849	-	320	8.9%	-	883	0.2	-	496	4,485	0.9%
1978	36,412	-	388	10.5%	-	2,889	0.8	-	659	9,629	1.4%
1979	36,969	21,279	796	21.5%	1,737	10,309	0.3	484	833	12,987	1.5%
1980	38,124	22,564	923	24.2%	1,689	16,444	0.4	728	961	17,344	1.8%
1981	38,723	23,742	1,150	29.7%	1,631	22,291	0.6	938	1,165	21,581	1.8%
1982	39,326	25,097	1,380	35.1%	1,566	28,810	0.7	1,147	1,289	24,119	1.8%
1983	39,910	26,473	1,568	39.2%	1,507	38,036	0.9	1,436	1,546	27,318	1.7%
1984	40,406	28,015	1,717	42.5%	1,442	46,202	1.1	1,649	1,734	30,258	1.7%
1985	40,806	29,596	1,799	44.1%	1,378	50,434	1.2	1,704	1,913	33,231	1.7%
1986	41,184	31,616	1,936	47.0%	1,302	50,788	1.2	1,606	2,199	38,800	1.7%
1987	41,575	34,185	2,125	51.1%	1,216	58,470	1.4	1,710	2,550	41,161	1.6%
1988	41,975	36,845	2,891	68.8%	1,139	74,429	1.8	2,020	3,007	39,658	1.3%
1989	42,380	39,769	3,992	94.1%	1,065	94,091	2.2	2,365	3,328	36,545	1.0%
1990	42,793	42,554	4,018	93.9%	1,005	128,856	3.0	3,028	4,007	46,877	1.1%
연평균 증가율	1.1%	6.47%	16.8%	-	-4.8%	21.3%	-	18.9%	17.5%	8.18%	-

II. 보험수가 조정율과 의료기관 경영 총괄분석

1) 수가조정율 분석

최근 4개년간 수가조정율을 물가상승률과 비교분석하면 다음 <표 2>와 같다.

<표 2> 물가상승율과 수가조정율 비교

구분	연도	'88	'89	'90	'91
물가상승율 ¹⁾		7.1%	5.7%	8.6%	9.6%
수가조정율		12%	9.0%	3.0%	8.0%

주: 1) 물가상승율은 소비자 물가상승율임

2) 1988년과 1989년의 수가조정율이 물가상승율보다 높게 나타난 것은 1987년도에 조정이 이루어지지 못한 때문임.

<표 2>를 살펴보면 1987년도에 수가조정이 이루어지지 못한 영향으로 1988년에는 조정대상기간이 1년 8개월, 1989년에는 조정대상기간이 1년 6개월이 됨으로 인해 1988년과 1989년 양년도의 수가조정율이 해당연도의 물가인상율보다 다소 높았지만, 최근 4년간의 수가조정율이 전반적으로 물가상승율에 미치지 못한 것으로 나타난다.

2) 의료기관 경영수지 상황 분석

의료기관의 경영수지 실태를 분석하기 위해 크게 수익성과 성장성 측면에서 민간기업과 비교해 보았다.

가) 수익성 분석

최근 3개년간의 의료기관의 각 그룹별 수익성과 동종산업인 서비스업의 일반 민간기업의 수익성과 비교분석하였으며, 이러한 분석은 일반적으로 사업타당성 분석에 인용되는 사업에 투자된 총자본의 운용수익성 척도인 총자본순이익율, 즉 총자본에 대한 순이익 비율에 의하였다.

<표 3> 총자본순이익율 비교

(단위: %)

구분 연도	3차병원	종합병원	병 원	의 원	일반기업
1988	0.33	-1.71	3.49	15.49	7.78
1989	-1.06	-4.44	3.60	11.77	10.23
1990	-0.49	-1.43	4.95	12.21	4.66

주: 1) 총자본순이익율은 순이익의 총자본에 대한 백분율을 말함.

2) 의료기관은 의보수가산정과 관련, 선정된 표본기관(88년 44개, 89년 51개, 90년 50개) 자료에 근거했으며, 일반기업은 한국은행표준분류의 '기타서비스업'의 총자본순이익율 수치임.

<표 3>에서 보는 바와 같이 전반적으로 의료기관의 수익성은 의원급을 제외하고는 일반민간기업의 수익성에 비해 극히 낮은 것으로 나타나는데, 여기서 의원급의 총자본순이익율이 높은 것은 의원의 원장 인건비가 의업비용에 포함되지 않았기 때문이다. 특히, 조직형태를 갖추고 고도의 체계적인 의료서비스를 제공하는 3차병원과 종합병원은 총자본순이익율이 마이너스로서 이는 이들 대형의료기관들이 계속적으로 손실이 누적되고 있는 것을 보여준다. 이러한 수익성의 악화는 의료기관으로 하여금 의료서비스의 질의 저하, 과잉진료 및 진료비의 부당청구 등을 초래하는 커다란 요인이 되고 있는 것으로 판단된다.

나) 성장성 분석

성장성은 크게 매출액성장과, 총자산성장의 두가지 측면에서 볼 수 있으나, 실질적인 성장을 나타내는 총자산성장율이 보다 의미있는 바 여기서는 총자산성장율에 의해 분석하였다. 이러한 분석도 앞의 수익성분석과 마찬가지로 최근 3개년간의 표본선정의료기관의 각 그룹별 성장성 비율을 민간기업 총자산증가율과 비교하되, 민간기업 총자산증가율 자료입수 곤란으로 GNP성장율(경상가격기준)을 대신 사용하였다.

〈표 4〉 총자산 증가율 비교

(단위: %)

연 도	3차병원	종합병원	병 원	의 원	민간기업 (경상 가격기준 GNP)
1988	7.98	10.37	15.15	2.87	19.05
1989	2.77	9.22	17.85	12.14	12.32
1990	8.44	2.89	9.94	10.19	20.94

주: 1) 총자산증가율은 (당기말총자산-전기말총자산)/전기말총자산을 말함.

상기 <표 4>에서 보는 바와 같이 총자산증가율 즉, 의료기관 전체의 성장이 우리나라 경제의 대표지표인 GNP 성장율 즉, 전체사업 평균성장율에 비해 상당히 낮은 수준에 머물고 있다. 이러한 저성장 원인은 의료기관의 수익성 악화내지 저수익성으로 인한 상대적 투자매력 저하에 기인한 것으로 보이며 이는 나아가 의료서비스 질의 저하 현상을 가져오는 요인이 될 수도 있다.

III. 현행 진료비 지불체계의 특징과 문제점

1) 현행 진료비 지불체계의 특징

우리나라 의료보험제도하에서의 진료비 지불체계의 특징을 요약하면 다음과 같다.

- 제3자 지불방식
- 진료행위별 수가제
- 진료행위별, 사용재료 및 약품별로 사전 세분류된 단위수가에 따른 진료비 청구방식
- 원가개념에 바탕을 둔 정부 직접 결정방식

2) 문제점

우선, 제3자 지불방식에 따른 문제점을 보면 크게 다음 두가지로 요약 될 수 있다.

첫째, 매월 집계된 진료비는 차월말에 지불청구하고 청구일로부터 지급시까지도 일정기간이 소요됨으로 인해 진료비 수령시점까지 평균 2-3개월 소요됨으로써, 현행 지불방식은 의료기관의 자금사정을 악화시키는 요인이 되고 있다.

둘째, 의료보험연합회의 심사시 지불청구액이 부분적으로 삭감됨으로 인해 의료기관의 진료기준이 진료효과보다는 연합회 심사통과 여부가 될 수도 있고 또 진료행위를 획일적으로 규정화하는 문제점도 있다(참고로 1991년 평균삭감율은 2.15%였음).

진료행위별 수가 및 청구제도 역시 몇가지 문제를 노정시키고 있다. 현재의 의료보험수가산정 및 진료비 심사청구제도가 진료행위기준으로 이루어지고 있음으로써 각 의료기관에서는 1,600여종 이상의 진료행위와 10,000여종의 재료 및 약품등의 사용을 세부관리하여야 한다. 이렇게 관리대상이 매우 세분화되어 있음에 반해 전산화가 미비되어 있는 등 효율적인 관리체계가 개발되어 있지 않음으로 인해 관리비용이 증대하고 고의적으로 의료량을 증가시켜 진료비청구를 과대하게 할 소지가 있다. 그리고 향후 이렇게 세분화된 관리대상을 효율적으로 관리하기 위해 전산화 Package를 이용한 전산시스템 구축이 요망된다.

실제 원가개념에 바탕을 둔 정부결정수가제도 역시 여러가지 문제점을 야기시키고 있다. 의료보험수가는 기본진료료와 행위료에는 적용되나 의약재료비에 대해서는 적용되지 않고 있는데 최근 몇년간 사용된 의료보험수가조정기준을 요약하면 다음과 같다.

- 수가조정율 = 수지조정율 ÷ 의보수가적용대상 항목비율(통상 65%-70%)
- 수지조정율 = 기본조정율 + 환경변화조정율
- 기본조정율 = (당년도 적정의업수익 - 당년도 현행의업수익) / 당년도 현행의업수익

여기서 당년도 적정의업수익은 당년도 실제의업비용에 적정자본비용(타인자본비용과 자기자본비용)을 가산한 것이고, 환경변화 조정율은 차년

도 환경변화 요인을 감안하기 위한 것으로 수지조정을 인상요인인 물가상승율 및 의료기관수의 증가와, 수지조정을 인하요인인 수진율의 변화 및 총인구증가율을 고려하여 계산된다. 그러나 환경변화 조정율에서 가장 큰 비중을 차지하는 물가상승율의 경우, 실제물가상승율을 반영하기 보다는 정부의 물가통제의지를 반영함으로써 현실적인 수가조정이 이루어지지 못하고 있다. 더구나 의료보험연합회의 심사삭감율 문제, 인상된 수가적용시점이 당초 의도대로 차년도 1월 1일이 아니라 때로는 정부물가정책 때문에 하반기에 적용되는 등 적용시점의 지체로 실질인상율이 저하됨으로 인해 의료기관의 의업수익성 악화가 심화되고 있다. 이러한 요인들로 인한 의업수익의 저하는 의료기관의 경영상에 커다란 압박요인으로 작용됨으로써 의료서비스 질이 저하되고, 진료비의 부정청구, 본인의 과다부담, 과잉진료등의 왜곡된 의료보험수가 청구현상으로 연결되기도 한다.

IV. 의보수가 정책 및 병원경영 개선방안

여기서 제시되는 개선방안은 그 시행의 긴급성이나 용이성 측면에서 단기개선방안과 장기개선방안으로 구분하여 볼 수 있다.

1) 단기개선방안

가) 보험수가 산정 및 적용의 개선

① 인상율 결정

의료보험수가 인상시 정부의 물가억제정책에 의해 일반적으로 실제인상율이 적정의료보험수가 인상율 보다 낮게 적용되고 있는데, 이러한 저율인상 관행은 의료서비스의 공급이 수요에 비해 훨씬 부족하고 아울러 양질의 다양한 의료서비스에 대한 수요가 증대되고 있는 시대적 현실을 감안할 때 시급히 개선되어야 할 것이다. 이 경우, 현재 외부전문기관에서 매년 실제원가를 바탕으로 산출하는 일반수가인상율에 추가하여, 수요와 공급이

현격하게 차이가 나서 시급히 공급의 확대 내지 서비스 질의 개선이 필요한 분야에 대해서는 적절한 부가인상율이 적용되어야 할 것이다.

② 인상시점에 따른 조정

현재의 인상율 산정의 기본전제는 인상된 의료보험수가의 적용시점을 익년 1월 1일부터 하는 것으로 되어 있으나 실제로는 지연적용되는 경우가 대부분인 바, 지연될 경우 적절한 인상율 조정이 이루어져야 할 것이다. 만약 그러한 조정이 이루어지지 않는다면 이 또한 의료서비스 질의 저하 등 바람직하지 못한 현상을 조장할 가능성도 있다.

③ 현재는 수가조정율이 의료기관 구분을 고려치 않고 종합적으로 산정되고 있는 바, 이를 의료기관 종별로 구분 산정하고 구분시행하는 방안의 검토가 요청된다.

나) 의보연합회 심사의 합리화

① 심사삭감의 합리화

진료비 심사기관인 의료보험연합회의 심사가 자칫 합리적으로 이루어지지 못할 경우, 부적정한 심사삭감을 적용등으로 인해 의료기관의 경영악화를 초래할 수 있는 바 의료보험연합회에서는 심사시 진료비 삭감은 다음과 같은 점을 고려하여 적정히 이루어져야 할 것이다.

- 삭감내역 및 지급액에 대한 세부내역제공
- 삭감기준의 명시

한편, 과다청구나 부당청구등에 대해서는 개별삭감 뿐만 아니라 통계를 유지하여 일정회수이상 누적될 경우, 그에 상응하는 불이익이 부여되어야 한다.

② 심사업무의 조기화를 통한 의료기관 자금압박 경감

보험금 지급기관의 심사 및 지불기간이 장기화 됨으로써 의료기관으로 하여금 의료미수금을 과대하게 발생시키고 있으며, 이는 나아가 의료기관의 자금부족내지 자금운영상의 압박을 초래하게 된다. 따라서, 다음과 같은 방안을 통해 심사업무의 조기화가 이루어져야 하겠다.

- 중요도에 따른 심사업무의 차등관리(일정금액 이하 생략 또는 간소화)
- 진료유형별 평균진료비(총진료비/진료건수)등과 같은 관련기준내지 지표등을 설정하고 과거통계치 또는 당년도 누적통계치를 바탕으로 동 지표의 표준치를 산출하여, 이를 참고로 진료유형별 청구진료비가 그러한 표준치의 일정 상하 범위내에 있는 때에는 수락하는 방안을 채택하는 등 심사업무의 효율화 촉구
- 과거의 청구액 대 지급액의 평균실적에 근거하여 가지급한 정산하는 방식의 도입 검토

다) 의료기관 수익성 제고방안의 일환으로서 관련 세제 개선

<표 5>에서 보는 바와 같이 대학부속병원, 지방공사 시·도 의료원등은 조세감면규제법상 공공법인으로 분류되고, 일반의료법인은 법인세법상 비영리법인으로 분류되어 각각 적용되는 세율이 다른 모순점이 있다.

<표 5> 현행 병원의 법인세율

구 분	공공법인 병원	의료법인 병원
세 율	17 - 25%	20 - 34%
근거법규	조세감면규제법 제8조	법인세법 제22조

이러한 병원세제는 의료기관의 형평유지를 고려하여 의료법인의 법적 성격에 따른 세율의 차등보다는 의료기관이 수행하는 기능에 따라 세율을 구분하는 것이 바람직하며, 나아가 소득세 또는 법인세부과의 과세표준이 되는 소득표준율은 전국민의료보험 실시후 일반 관행수가에 대한 진료가 대폭 감소하게된 점을 고려하고, 또 국가적 차원에서 의료서비스분야의 지원을 강화한다는 측면에서 인하조정되는 것이 바람직하다.

〈표 6〉 현행 소득표준율

구 분	종합병원	병 원	의 원	치 과
세 율	29%	31%	24-42%	36%

라) 병·의원 경영합리화 강구

현재의 의료기관 경영방식은 전반적으로 개선될 필요가 있으며 특히, 다음 두가지 점은 충분한 검토가 요망된다.

① 장비도입 및 활용도 제고

고가장비는 그 활용도 측면에서 충분한 사전검토를 거친후, 도입되어야 하며, 도입후에 활용도가 낮을 경우 타 의료기관과의 공동사용 방안의 강구가 필요하다. 그리고 그 사용율이 극히 낮은 고가장비는 의보수가산정시 감가상각비의 일정액만 인정되어야 한다.

② 회계처리의 표준화 및 외부감사의 도입 고려

현행 의료기관의 회계처리방식은 통일되어 있지 않으며, 이로 인해 신뢰성 있는 회계정보의 수집이 어려워, 정확한 의료기관수지분석이 곤란하다. 따라서 정부의 제반 정책입안 자료로의 활용을 저해하고 있는 바, 현행 회계규정의 개정 또는 정비를 거친후 표준화를 기하고 이의 시행을 의무화 할 필요가 있다. 나아가 표준회계처리규정의 준수를 촉진하고 의료기관의 수입누락이나 왜곡 회계처리를 방지·개선하기 위해 일정규모 이상의 의료기관에 대해서는 공인회계사에 의한 회계감사를 의무화시키는 방안도 검토되어야 할 것이다.

마) 보험재정 적립금의 적극활용 및 적정규모 설정

최근 보험재정 잉여금이 크게 증가하고 있으며 적정의보의 경우, 매년 2,000억 이상 잉여금이 발생하여 90년말 현재 7,300여억원에 이르고, 지역 의보를 포함한 전체 잉여금이 1조 5,000억에 가까운 바, 이와 관련 몇가지 운용개선이 요망된다.

즉, 이러한 잉여금 운용측면에서 의료기관의 시설투자에 대한 저리융자 및 의료연구에 대한 자금지원이 적극적으로 검토되어야 하며, 이 경우 후술하는 병원경영평가제와 연계될 수도 있겠다. 또한 적립금 운용규모 측면에서 적립금의 적정규모를 이론적 또는 체계적 검토를 통해 설정하고 적립금을 동 적정선 규모로 운용하도록 하고, 만약 그 적정규모를 초과할 경우, 보험급여수준이나 범위를 확대하거나 보험료율을 조정하는 등의 조치를 시의적절히 취해나가야 할 것이다.

2) 장기개선방안

가) 적정 진료개념에 입각한 표준수가계산제도 도입

국민의료의 양적 확충 뿐만 아니라 의료서비스 질의 개선 내지 수준유지를 기하기 위해서는 다음과 같은 개념을 바탕으로 한 표준원가계산 개념이 현행 실제 발생원가 계산방식에 적절히 가미되어야 할 것으로 판단된다.

① 질병유형별 진료서비스의 표준선정/의료기관 종별, 규모별 의료기관 구분 및 인적, 물적자원의 표준화

- 의료인력, 보조인력자원의 질적, 양적수준
- 투입의약재료의 표준설정
- 장비 및 시설의 표준

② 투입자원의 표준에 의한 표준수가의 설정

③ 진료행위별 원가계산제도와 연계

나) 상대수가 체계의 도입

의료보험수가의 절대수준 인상 못지않게 수가항목간 균형을 유지시키는 것이 진료행위별, 진료과목별, 의료기관종별로 의업수지균형을 이루고, 나아가 의료자원의 적정배분이라는 관점에서 중요하다. 즉, 진료행위별로 볼 때 진료행위간의 난이도가 적절히 반영되고, 진료과목별로 볼 때는 각 진료과목에 대한 환자수, 건당진료비, 의사에게 요구되는 기술숙련도 등의 구조적 차이등이 고려되어야 한다. 특히, 수가체계의 합리성 여부는 개별

의료서비스별로 수가와 원가가 적정해야 하는 바, 의료기관 종별(등급별), 진료과목별 난이도와 기술숙련도를 고려하는 방향으로 개편되어야 한다. 그렇지 않다면 예컨대 특정의료서비스의 수가가 원가에 비해 현저하게 낮을 경우에는 의료제공자는 해당 의료서비스의 제공을 기피하게 되고, 반대로 특정수가가 원가에 비해 높게 책정되어 있을 경우에는 이러한 의료서비스에 대한 선호도가 높아져서 불필요한 서비스의 과잉공급의 우려가 생기게 된다.

이러한 문제를 해결하지 위해서는 다음과 같은 방법이 표준수가계산제도와 연계되어 강구되어야 할 것이다.

- 의료기관 종별(등급별), 지역별, 과목별 난이도, 기술숙련도 등을 감안한 상대수가체계 도입

- 특수성이 인정되는 과별 서비스에 대한 가산율 인정 또는 수가항목 신설

다) 병원 경영평가제의 도입과 우량 의료기관에 대한 할증수가 인정

현재는 의사 및 기타의료종사자의 능력이나 기술적 숙련도, 서비스의 수준이 수가에 반영되지 않음으로서 경험축적이나 기술력제고 등 의료서비스 개선을 촉진하기 위한 유인이 없는 실정이다. 따라서, 의료기관에 대한 경영평가제를 도입하여 우량 의료기관에 대해서는 할증수가 인정되어야 할 것이다. 이 경우, 경영평가는 기술력, 서비스 수준 등 몇가지 측면에서 계량 및 비계량지표를 사용할 수 있겠다.

라) 진료행위별 원가계산제도의 확립

현행 진료행위별 수가방식이 적절히 운용되기 위해서는 진료행위별로 원가의 범위가 적절히 정의되고 병원그룹별 진료행위별 원가계산 제도가 확립되어, 그러한 원가제도하에서의 원가계산결과를 바탕으로 행위별수가가 책정되어야 할 것이다. 또한 현재 체계적인 진료행위별 원가계산제도가 확립되어 있지 않은 상황하에서는 진료행위의 세부구분의 재조정(축소되는 방향으로)이 이루어져야 할 것이다.

제3주제 토론

좌장: 송건용(한국보건사회연구원)

발표자가 발표 해 주신 내용에 대하여 조우현 연세대학교 의과대학 교수와, 원래는 이종철 서초구 의료보험조합 대표이사가 토론해 주시기로 되어 있었으나 부득이한 사정으로 불참하셨고 대신 백경종 총무부장이 참석하셨으므로 두분께 토론을 부탁드립니다.

토론: 조우현(연세대학교 의과대학)

의료보험의 보험자 또는 의료기관을 운영하는 사람의 입장이 아니고 제3자의 입장에서 의료보험수가, 병원경영에 대해 발표해 주셨기 때문에 더욱 우리에게 강하게 와닿는 것 같다. 이 발표를 들으며 느낀 것은 지난 3년동안 삼일회계법인에서 병원의 경영수지 분석을 해 오면서, 그동안 병원을 비롯한 의료기관의 경영의 어려움 등이 여기 원고에 적혀 있는것 보다는 좀더 강하게 느끼지 않았을까 하는 점과, 수익성, 성장성, 수치표를 가지고 그냥 설명을 하였는데 그런 부분이 좀더 강하게 표현되었으면 좋지 않았을까 하는 생각이 든다. 그런 생각을 하는 이유는 작년에 전국 67개 병원의 재무비율에 관한 분석을 하였을 때 약 42%에 해당되는 병원들이 실제로 경영성고가 적자다 라는 결과가 나왔었고, 삼일회계법인에서 최근 2,3년동안 조사한 결과도 거의 비슷한 것으로 알고있기 때문이다. 여기서 제시하는 재무제표의 타당성의 문제, 신뢰성의 문제가 있다고 이야기 할 수도 있겠지만, 전체 병원의 약 40%정도가 적자다 라고 하는부분은 쉽게 병원경영이 어렵다라고만 하고 넘어갈 문제는 아니지 않느냐 하는 생각이 들며, 일반적으로 병원들이 현재 의료보험 상태에서 경영하고 관련지어서 당면하고 있는

문제들을 우리가 좀더 심각하게 인식할 필요가 있겠다.

그리고 아울러 최근 병원에 입원하기가 힘들다는 문제는 정확하게 조사된 것은 없지만 공급부족 현상이 아니냐 하는 생각이 든다. 특히 병원인 경우, 물론 우리나라 전체현상이 아니고 일부지역의 일부병원에 관련된 상황이라고 이야기할 수 있겠지만 공급부족현상이 오게 된 이유는 이미 발표자도 언급했듯이 결국 병원산업이 매력이 없고 수익성이 낮기 때문이다.

의료보험 수가에 관련된 접근을 할 때, 우선 가장 기본적인 전제는 인상을 얼마로 할 것인가를 따지기 이전에 의료보험체계 내에 있는 당사자들의 서로에 대한 이해가 더 있어야겠다. 특히 병원의 입장에서 바라는 것은 의료보험의 보험자 또는 전체적인 걸 통제하는 정부가 병원을 보는 시각이 좀 달라질 필요가 있지 않느냐 하는 것이다. 병원을 의료보험의 재정을 축내고 부정청구, 부당청구를 해서 돈을 타낼려는 그런 대상으로 우리가 이해를 하는것이 아니냐 하는 그런 생각이 든다.

결국 의료보험의 궁극적인 목적이 양질의 의료를 국민들에게 제공하고, 그런면에서 재정적인 문제를 해결하는 것이라면 결국 의료공급자인 병원은 의료보험의 가장 중요한 구성요인이 되며, 따라서 보험자 입장에서는 의료공급자들이 가지고 있는 또는 당면하고 있는 여러가지 문제들을 좀더 깊게 살펴보고 그런 문제들을 같이 해결하려는 노력들을 우리가 해주어야 되지 않겠느냐 하는 그런 이야기를 할 수 있겠다. 이런부분이 안되는 이유는 여러가지가 있다고 생각되지만, 그동안에 의료공급자들이 가졌던 어떤 건전하지 못한 행태도 일부 있을수 있겠다. 지금 상황에서 또 앞으로 우리가 의료보험의 발전이라는 것을 생각해 본다면 좀더 병원을 긍정적인 시각에서 의료보험자의 한 파트너로서 이해를 해야한다고 말씀을 드릴수 있겠다.

의료보험 수가하고 관련된 문제는 크게 두가지이다. 하나는 의료보험 수가의 절대수준이 낮다는 문제와 또 하나는 여기 원고에도 언급이 된 수가 항목간의 상대가치체계가 깨져있다, 즉 균형을 상실했다는 문제이다. 그런

데 수가의 절대수준이 낮은 부분은 처음 시작할때 부터 관행수가보다 낮게 시작을 해서 그동안 물가인상율을 밑도는 수준으로 의료보험수가가 인상 되었기 때문에 낮을수 밖에 없었는데, 우리가 이제부터 인상율을 어떻게 정하느냐 하는것이 앞으로 장기적인 관점에서 볼때 수가의 절대수준을 조정하는 그런 방법이 될수 있을것 같다. 현재 인상율을 정하는 방법이 전문기관에서 경영수지 분석을 한 자료를 가지고 어떤 율을 제시하면 정부에서 정책적으로 제시된 인상율을 바탕으로 수가를 정하게 되는데, 우선 현재 경영수지 분석에 의해서 인상율을 정하는 것 자체가 문제가 있다. 그 이유는 경영수지 분석에 사용되는 자료들이 상당히 과거의 자료를 이용하기 때문이다. 예를 들어 1992년도의 수가인상율을 정하기 위해서 작업을 할 경우, 작업자체가 1991년도에 이루어지고 1991년도에 사용하는 자료는 1990년도의 병원의 경영성과 등의 여러가지 자료를 이용하기 때문에 헛수로 따진다면 2년전의 자료를 이용하는 경우가 대부분이다. 그래서 경영수지분석을 통해서 제시되는 그런 율들이 금년도 물가인상율이 예상되는 부분을 고려하기는 했지만 과거의 자료를 분석해서 우리가 정하는 것이기 때문에 문제가 있을 수 있겠다. 또 분석하는 대상 병원의 숫자도 적고 매년 조사하는 대상병원이 달라지는 문제 등의 여러가지 문제가 있기 때문에 이런 방법을 대신해서 거시경제지표를 이용해서 의료보험수가 인상율을 개발하는 것이 필요하지 않겠느냐 하는 안을 낼수 있겠다. 병원의 여러가지 비용 구성항목이 인건비라든지, 소모품비라든지, 급식비 등 여러가지 항목들이 있겠는데 각각의 구성항목에 적용할 수 있는 거시경제지표들은 우리가 다 가지고 있다. 인건비에서는 임금상승율을 고려할 수 있고, 소모품비에서는 소비자물가지수나 아니면 도매물가지수를 적용할 수 있겠다. 따라서 이러한 거시경제지표를 이용해서 우리가 의료보험수가 인상율을 개발 했을때 그런 것들이 더 객관적이고 설명율이 클 것으로 생각한다. 따라서 현재 경영성과분석을 통해서 제시되는 인상율에 대해서는 정부나 여러 관련되는 사람들의 인상율 자체에

대한 신뢰성이 상당히 낮은 상태이기 때문에 이런 거시경제지표를 이용해서 인상을 개발한다면 좀더 설득력이 있고 바로 해당되는 인상요인을 반영할 수 있을 것이며, 우리가 이런 지표를 개발하는 노력을 더욱 해야겠다는 생각이 든다.

그 다음에 수가 항목간의 균형의 문제는 많이 논의가 되고 있고 또 보사부에서도 최근 작업을 시작했다고 알고 있다. 그런데, 최근 시작을 해서 올해안에 상대가치를 조정 하겠다고 하는 그런 정책이 있는걸로 알고 있는데 전체적인 수가를 그렇게 짧은 시일내에 조정을 할 수 있겠느냐, 또 체계적으로 잘할 수 있겠느냐 하는 것은 상당히 어려운 작업일 것이라는 생각이 든다. 여기 양과장님도 계시지만 우선 당면한 몇가지의 큰 불균형에 관한 문제중에서 항목별로 큰 것들은 올해 일부 조정을 하더라도 좀 장기적으로 이 문제를 체계적으로 접근을 해서 수가 항목별 상대가치 문제 등을 개발해 나가는게 좋지 않겠느냐 하는 생각이 든다.

그리고, 발표한 내용에 전적으로 동의하는것은 의료보험에서 적립금을 사용하는 문제이다. 지금 1조억원 이상의 적립금이 의료보험 연합회, 공단에 적립이 되어 있는데 이 부분이 의료기관을 위해서 사용되어야 하겠다. 원래 징수한 목적이 보험료로서 징수가 된 것이고 현재 의료보험수가가 낮기 때문에 의료에 있어서 당면하는 문제들이 여러가지가 있으므로, 이런 적립금을 의료기관을 위해 적극적으로 활용하는 방안이 모색 되어야겠다는 생각이 든다.

그 다음 발표자의 내용중에서 동의를 하지 않는 부분이 몇가지 있는데, 그것은 의료수가 또는 병원경영과 관련된 것이 아니고 앞쪽에서 말씀을 하신 내용중에서 의사의 공급부족이 있는 것 같다는 내용으로, 우선 단기적으로는 현재 외국, 선진국에 비해서 의사의 임금이 낮은것은 사실이지만 오늘 좌장을 보시는 송박사님이 추계한바에 의하면 10년후에는 의사의 과잉공급 우려가 있다는 그런 자료들이 있기 때문에 현재 나타나는 의사대 인구비만

가지고 의사를 더 늘려야 한다고는 할 수 없겠다. 그 다음 진료건수가 상당히 많아서 문제가 된다고 하였는데, 진료건수의 단위가 청구건수인지 아니면 환자를 본 수를 의미하는 것인지 확실하지가 않다.

그 다음에 인적, 물적 자원의 표준화, 병원의 표준화를 제시 하였는데 이런 표준화 방법이 과연 좋은 것인가 하는 의문이 생긴다. 왜냐하면 병원이 가지고 있는 여러가지 특성에 따라서 병원에 투여되는 자원 등을 달리 해야만 할 수 밖에 없는 상황인데 표준화를 강조하는 것들은 그렇게 썩 바람직하지 않다는 생각이 들고, 차라리 의료에 있어서 질적인 문제를 따진다고 한다면 최소한의 기준이라든지 미니멈 리콰이어먼트를 요구하는것은 필요하지만 스펠다이제이션하는 것은 좀 다른 것이 아닌가하는 의견이다.

그리고 행위별 원가개념으로 접근하자는 것은 의도는 좋은것 같은데 어떤 방법을 생각하고 계시는지 현실적으로는 여러가지 어려움이 있지않나 생각이 든다.

토론: 이종철(서울특별시서초구의료보험조합대표이사)

우선 삼복 더위에 주제를 준비하신 안경태 공인회계사에 대하여 노고에 대한 경의를 드린다.

그러나 몇가지 부분에 있어 납득되지 않는점과 현실을 이해하지 못한 점이 있어 본인의 의견을 제시하겠다.

첫째, 발표한 주제의 시각이 의료기관을 영리를 목적으로 하는 일반 기업의 수익성 평가 기법을 적용한것으로 판단되는데 국민의 생명과 건강을 담보로 하는 의료기관의 기능을 생각한다면 기본 생각에 무리가 있는 것으로 생각된다. 다시 말해서, 의료법 제46조는 특정의료기관이나 의료인은 기능(技能), 진료방법, 약효 등에 대한 광고를 할 수 없다는 규정을 두고 있고, 의료법 시행령 18조에 '의료 법인등은 영리를 추구 하여서는 안된다'라는 법이념을 전제한다는 점과, 의료기관(특히 3차 병원, 종합병원 기준)의 손

익분석에 인건비가 제외되었는지는 모르겠으나, 인건비가 포함된다면 의사의 인건비가 일반국민의 소득등을 고려한 기초위에서 평가되어야 할 것이다. 참고로, 1991년 일본 요시노리 히로이 라는 연구자의 연구결과를 보면 1987년 기준으로 영국의 의사소득이 일반근로자의 2.4배, 독일 의사소득이 일반 근로자의 4.3배, 미국 의사소득이 일반근로자의 5.4배, 일본 의사소득이 일반근로자의 2.5배인데 우리나라의 실정은 어떠한 지에 대한 발표자의 견해를 듣고 싶다.

둘째, 진료비 수령에 2-3개월 소요되고 현행지불 방식이 의료기관의 자금사정을 악화시키는 요인이 되고, 심사 삭감이 진료행위를 획일적으로 규정화 한다는 지적에 대하여, 일반 경제 거래 행위와는 다른 의료의 수요와 공급을 전제로 한 의료보험 제도는 적용대상이 다수라는 점과 제도라는 틀에 의하여 어느정도의 제약을 전제하지 않으면 운영이 불가능하기 때문에 세계 어느나라든지 진료비 수령의 소요시간이 다소 차이는 있지만 존재하고, 진료비 심사기능도 존재하고 있다는 점을 주제에 보완 하여야 할 것으로 생각한다. 특히 심사 삭감율에 대하여는, 진료비는 수가 인상분만 영향을 받는 것이 아니고 의술, 약품, 장비등의 개발에 의하여 상당 부분 자연적으로 증가 한다는 점이 전제되어서 삭감율이 평가되어야 할 것이다.

셋째, 단기 개선방안의 연합회심사의 합리화라는 논지에 대하여, 진료비 심사의 기본기능은 의료라는 매개체를 전제로 한 특수성의 인정(개별의료기관의 특성보호)과 의료보험제도라는 보편성(소득에 따른 보험료, 국민부담의 형평과 급여의 형평)을 동시에 추구하여야 한다는 이율배반적 의미가 부여되어 있는 매커니즘으로 의료의 특성을 최대한 보호하기 위하여는, 시계열적 개별의료기관의 진료지표관리와 함께, 동일규모, 형태에 따른 요양기관의 상대평가등 종합적 표준지표를 활용한다는 점 등을 인지하여야 할 것이며, 특히 이부분에 대하여는 발표자의 내용이 현재 수행하고 있는 실태를 파악하지 못하고 있는 것으로 생각되어 좀더 현실태를 파악하였으면 한다.

좌장: 다음은 플로어에 계신 분들의 질문을 받도록 하겠다.

질문: 김병익(한림대학교)

1. <표3>의 총자본순이익율 비교에서 종합병원이 적자라고 하였던 데, <표 4>에서는 총자산은 증가하고 있다. 만약 적자라면 어떻게 자산을 증가시킬 수 있는가?
2. 수가인상율을 제시하면서, 어떤 이익집단의 간섭이나 영향을 받은 적은 없는가?

이규식(연세대학교)

1. 1988년, 1989년, 1990년의 선정된 표본기관이 계속 선정되었는지?
2. 회계처리 표준화를 위해서, 기존의 병원 회계자료를 이용해서 표준화시킬 방법은 없는가?

송건용(한국보건사회연구원)

1. 수가가 병원 경영에서 현실적으로 어느정도 위치를 차지하고 있는가? 예를들어 실지 병원의 주 수입원중 조합, 공단등에서의 지급액, 표시되지 않는 수입액등은 얼마나 되는가? 또 지출 부문에서도 단기적인 건물신축, 장비도입 등으로 지출을 증가시키는 경우가 있는데, 이런 경우, 단기간 수입, 지출은 어떻게 처리되는가?
2. 1985년 경 (전국민 의료보험 실시이전)에는 전국민의료보험이 실시되면 낮은 의료보험 수가가 적용되어 병원이 적자가 되고 도산할 것이라는 우려가 있었다. 그러나 그 당시 한국보건사회연구원에서 9개병원의 과거 5년간 자료를 이용해 병원의 재정안정도를 분석한 결과, 병원의 재정안정도는 의료보험 환자 비율이 높을 수록 좋은 것으로 나타났다. 전국민 의료보험 실시후의 병의원 경영은 과연 어떠한가?

발표자 답변:

질문이 너무 많아 특별히 답변을 안해도 될 내용은 생략하고, 중요한 것만 몇가지 답변하겠다.

조우현 교수님 토론 중 수가인상율을 작업하는데 과거년도 자료에 주로 의존하여 신뢰성이 낮다고 하였는데, 1992년도 수가작업을 할때 실제자료는 1990년도 수가자료를 이용한다. 그런데 1990년도 더 이전의 자료를 가지고 하지는 않고 1991년도의 상반기자료 또는 1991년도의 9월말 까지의 3/4분기 자료를 가지고 1991년도 실체를 추정한다. 1991년도 손익수지를 일치시킨 후 1992년의 환경변화, 물가인상 요인을 반영하기 때문에 그렇게 과거의 자료는 아니다. 그리고 신뢰성이 낮은 또 하나 이유로는 현재 의료기관을 표본으로 선택해서 표본에 대해서 자료조사를 한다는 점이다. 표본수가 상당히 크면 그만큼 자료신뢰도가 높아질 것이다. 과거의 표본이 30-40개였다가 근래에 와서는 60개 정도로 늘어났지만 그래도 현재 의료기관표본수가 상당히 적다. 앞으로 신뢰도를 높이기 위해서는 표본수를 대폭 늘려야 하는데 그것도 시간이나 재무적인 어려움이 있다. 그다음 병원의 인적물적 표준화에 대해서는 병원자체 인적물적 표준화를 하자는 그런 취지는 아니고, 표준 수가개념을 도입하기 위해서 그 진료행위별 기관별로 인적물적 투입자원의 표준화, 즉 어떤 특정 진료행위를 할때 어느정도 자원이 투입된다는 의미이기 때문에 병원자체를 표준하자는 그런 것은 아니다.

그리고 의료보험 조합에서 오셔서 말씀하신 내용중에, 첫째 의료기관을 일반민간기업과 비교한것은 기본적으로 문제가 있다고 하였는데 의료기관이나 민간기관이나 정부기관이나 결국은 서비스기관이다. 의료기관도 결국 재화와 용역을 공급하고 민간기업도 재화와 용역을 공급하는데, 만약에 우리나라도 영국같이 정부가 여러가지 의료서비스를 공급하는 주체가 되었을 때에는 국가 재정으로 하겠지만 우리나라는 기본적으로 민간에 의존해 있다. 그다음에 새로운 종합병원, 3차병원을 건설하는 것을 대기업 재벌에서

사회사업하는 정도 가지고는 현재 수요공급을 맞출수 없다. 과거에 우리나라 산업이 발전되고 의료수요가 상당히 증가되었는데 공급이 못따른 것은, 실제 수익성이 안좋고, 민간개인이 의료는 비영리사업이므로 자선사업으로 하시오 하는데 자선사업 할 사람이 많으면 괜찮은데 자선사업 할 사람이 없으므로 좀더 매력적인 상황을 만들어 주지 않고는 돈이 들어오질 않고, 따라서 병원이 적게 건립되고 문을 닫는 병원수도 상당히 많이 생긴다. 그러면 의료서비스를 제공 못하며 결국은 의료보험제도를 도입하는 근본목적이 달성 못되는 그런 위험이 있으므로, 매크로하게 그 자체를 비교해서 거기에서 결론을 내자는 것보다는 의료산업하고 일반산업하고 비교해 볼때 의료산업이 거의 같거나 비슷한 수준으로 계속 발전해 나가기 위해 어떤 배려가 되고 있느냐 하는 측면에서 비교하기 때문에 괜찮다고 생각한 것이다.

또, 인건비가 일반근로자들과 비교하여 일본 2.5배, 독일 4배, 미국 5.4 배라고 했지만 우리나라 근로자의 일반공무원들 월평균임금이 100만원이 넘고 과거에는 평균적으로 금융기관의 월평균임금이 한참 높았고 일반제조업도 지금 상당히 높다. 최근에 와서는 정확한 것은 아니지만 인턴, 레지던트들이 자리가 없어 봉급도 적게 받고 들어간다는 이야기도 들리며 독일, 미국보다 그렇게 우리나라의 의사임금이 더 높은 것 같지는 않다.

그리고 심사에 대해서는 그 자체를 부인하는 것이 아니라 심사는 분명히 있어야 한다. 의료 기관들의 형평을 위해서도 제대로 서비스를 하고 그 댓가를 받아야지 서비스를 앓고 댓가를 더 받는다면 의료 기관간에 형평이 깨지기 때문에 그건 안된다. 그런 차원에서 심사는 분명히 있어야 하는데 단지 심사하는 것도 결국은 보험재정에 부담을 주는 것이다. 심사요원을 수 천명 수만명 늘려 세심하게 보면 잘 되겠지만, 그 코스트도 보험재정에 부담을 주고 결국은 환자나 국민들한테 부담을 주는 것이니까 코스트베네핏 관점에서 베네핏 보다도 코스트가 적은 한도내에서는 심사를 강행하는 것이 좋지만 더이상 초과한다면 심사를 위한 심사는 안된다는 것이다. 기본

적인 심사는 하되 좀더 효율적으로 경제적으로 하는 방안을 강구를 해야 하겠다.

그 다음, 분석해 보면 의료기관은 사실 실제적자를 내고 있다. 현재 정부에서도 회계기록이 도저히 없으므로 추계해서 세금을 매기는 정도니까 우리같은 민간기업이 가서 병원이 얼마 버는지 앉아서 셀수 있는 것도 아니지만, 실제 우리가 분석한 자료로는 상당히 적자를 보고 있고 반면에 보험재정은 매년 흑자를 내고 있다. 보험재정은 상당히 흑자인데 병원자체는 상당히 적자라는 문제는 향후 장기적으로 볼때 일반국민들, 직장인 입장에서도 이의를 제기할 수 있는 소지가 있다. 이렇게 볼 때, 보험재정 흑자를 계속해야 하는 것인지와 현재 그 적정한 균형을 취할 단계에 있다는 것, 균형을 장기적으로 취해가야 한다는 그런 필요성을 말씀드린 것이다.

한림대 김교수님의 질문 중에서 수익성을 분석해 보면 적자인 데 왜 총자산은 증가했느냐 하는 것에 대한 답변은, 총자산은 총자본하고 같으며, 총자본중에는 타인자본과 자기자본이 있다. 자기자본중에는 자기가 불입한 자본이 있고 사회에서 벌어서 놓은 이익이 있다. 그런데 자기자본을 추가 불입을 안하거나 사업을 하지않을 때는 이익이 나와만 총자산이 늘어나는데 적자가 나면 총자산이 줄어든다. 병원을 신축하기 위해서 자기가 돈을 투자한다든지 또는 은행에서 돈을 빌려오면 타인의 자본이 늘어나기 때문에 자기자본은 좀 줄더라도 타인자본이 더 많이 늘기때문에 전체 자본이 늘고 전체 자본이 늘면 총자산이 늘게된다. 기존병원엔 총자산이 줄지라도 신규병원 신규투자가 이루어지기 때문에 총자산이 증가하는 그런면도 있다.

그다음 수가 결정시 어떤 이익집단의 압력을 받았느냐 하는 문제는 실제로 우리가 하는 수가결정과정은 크게 두단계이다. 여러가지 경영분석을 통해서 합리적이라고 생각되는 수가의 조정안을 만드는게 우리 책임이고 결정은 정부책임이다. 우리가 案을 내면 보사부가 경제기획원과 협의하여 물가 등을 고려, 국가정책에 맞추어서 결정을 내린다. 그래서 우리가 그 수

가안을 만들 때까지는 나름대로 객관적인 방안의 案을 내었고, 그 후에 그 案이 바로 결정이 된 것은 아니고 중간에 국가정책목표가 반영되어서 결정되기 때문에 수가안을 결정하는 과정에서는 우리가 압력을 안받았다고 이야기 해도 되겠다.

병원의 표본은 1988, 1989, 1990년 조금 바뀌었다. 단지 표본을 정할 때는 표본으로서 자격미달이 되는 병원은 상당히 제거를 하였고 자격이 있는 병원에 한해서 표본으로 매년 선정을 했다. 그래서 표본으로 선정된 병원중 일부는 3년동안 계속 포함된 경우도 있다. 특히 종합3차병원 같은 경우에는 병원수가 얼마 안되기 때문에 2개년, 3개년 걸쳐 포함된 경우가 있지만 그 아래의 의원급이나 병원급이 가면 상당히 많은 변화가 있다. 그래서 동일한 표본이라고는 할 수 없겠다. 왜냐하면 표본으로 선정된 병원도 작년까지만 해도 정상적으로 운영되었는데 어느날 노사분규가 일어나면서 자료조사를 못한다든지, 병원이 문을 닫았다든지 이런 경우가 있기 때문에 표본이 바뀌게 되었다.

회계 표준화에 대해서는, 우리가 의원급에 가면 회계자료가 없기 때문에, 담당세무서를 찾아 가기도 하고, 세무사가 세무신고한 자료를 입수하기도 하고 또 의원의 원장하고 인터뷰도 했다. 예를 들어 실제 장부에 기입하지 않는 경비는 어떻게 처리하느냐 그리고 만약에 당신이 다른 병원에 의사로 취직한다면 봉급은 얼마쯤 받을 것이냐 등이다. 이런 자료들을 가지고 저희가 여러가지 조정을 한다. 일부 병원에서 제출한 회계자료가 다른 여러 병의원하고 비교해서 아주 비합리적인 경우는 일부 조정도 하면서 기본적으로 그런 작업을 통해서 어느정도 표준화는 했다.

그 다음에 좌장으로 계시는 송실장님께서 말씀하신 의료수입 중 주수입은 무엇이고, 기타 수입은 얼마나 되는가 등에 대해서는 현재 자료가 없어 정확히 말씀드리지는 못하겠지만, 기본적으로 추정한다면 80%정도는 의료보험수입이고 20%정도가 기타수입인 것 같다. 그리고 지출을 늘이는 행위를

많이 봤는데 어떻게 처리했느냐고 아까 말씀하셨는데 실제 작업하면서 합리적인것 같지 않다고 생각되는 그런 지출은 비용요소에서 제외했다. 그다음에 의료보험을 도입할 때 낮은 수가로 전국민 의료보험을 실시한다면 전체 병의원이 문을 닫거나 망한다고 했는데 실제 병의원중에 망한데도 있다. 전국민 의료보험이 실시된 후 수진율이 상당히 높아졌고 또한 제가 생각할때는 이게 정확한 표현은 아니겠지만 과거에 병의원을 하면서 초과 수익이 상당히 많이 있었는데 지금은 그런것들이 상당히 줄었지 않나 이렇게 생각이 든다. 그리고 현재 수가개념자체가 수익하고 비용을 일치시켜주고 그다음에 자기자본 투자한 것 중에 정기예금 이자율정도는 인정해 주는 그런 방식이기 때문에 현재 외향적으로 크게 적자가 날 수는 없는 것이다. 단지 옛날에 초과 이윤을 올리는 것이 없어졌다는 이런 면도 있을 것이고 이익 수익성 자체가 과거보다 상당히 떨어져 가고 있다고도 할 수 있겠다.

좌장:

의료수가는 의료제공자나 국민이나 다같이 관심을 가져야 되는 중요한 정책과제이다. 제가 미국에 갔을때 미국 어느병원에서 미국의 병원은 재정보고를 한다고 하여서 재정보고가 정확하냐고 물어 보았더니 의아하게 쳐다보면서 그게 왜 정확하지 않느냐, 그게 왜 의심이 가느냐, 그런투로 보았다. 미국에서는 정확하게 재정보고를 하는것 같다. 미국에서 나오는 책에 보면 정책은 정보를 가진사람에 끌려가게 되어있다고 한다. 그런데 병원에 관한 정보는 우리나라는 병원이 갖고 있다. 그리고 의료전문직의 우월성 때문에 결국은 여론화 시킨다든지, 자기들의 이익을 대변하는 그러한 주장을 체계적이고 조직적으로 한다. 실제 다수를 차지하는 국민의 소리는 별로 반영이 안되는 경우가 많다.

그래서 발표자께서 결론에서 제시한 것처럼 표준회계 규정에 의해서 모든 의료기관의 지출과 수입을 명확하게 신뢰할 수 있게끔 그것이 공인회계

사에 의해서 체크가 되고 의료제공자나 소비자 또는 정책입안자가 다같이 신뢰할 수 있는 그런 상태가 아니고서는 언제나 의료수가에 대한 문제는 남을 것이다. 조금전 조우현교수께서 제시하였듯이 지금처럼 경영진단을 통해서 나오는 그런 것보다는 오히려 거시 경제모형, 예를들어서 물가상승율이라든지 그런것들이 타당하지 않느냐 하는 제안도 있었지만 아뭏든 수가에 대해서는 여러각도에서 다시 검토해야 될 그런 문제가 아닌가 생각이 된다.

부 록

개 회 사
인 사 말

開 會 辭

尊敬하는 정덕조 保健社會部 社會福祉政策室長님, 醫療保險聯合會 관계자, 그리고 學界 및 關係機關 參席者 여러분, 오늘 「社會福祉傳達體系 改善方案」과 「醫療保險의 發展方向」을 主題로 하여 社會福祉發展에 관한 세미나를 開催하게 된 것을 매우 뜻깊게 생각합니다.

우리나라는 1977년에 醫療保險을 처음 시작한 以來로 불과 20년만인 1989년에 全國民에게 擴大되었습니다. 全國民에 대한 醫療保險의 擴大實施는 醫療資源의 供給增大는 물론 國民들이 보다 용이하게 醫療施設을 찾을 수 있게 함으로써 國民健康水準을 向上시키는데 크게 寄與하였습니다. 또한 1988년에는 國民年金制度가 實施됨으로써 所得保障과 醫療保障이라는 양대 기틀을 마련하게 되었습니다.

그러나 아직도 社會的 취약계층에 대한 政策的 努力은 아주 미약한 실정입니다. 앞으로 이들 취약계층의 自立을 위하여 많은 政策的 努力이 경주되어야 하며 특히 現時點에서 이들에 대한 직접 접촉을 통하여 問題解決을 할 수 있도록 하는 일선 傳達體系의 마련이 時急한 課題라고 하겠습니다. 이러한 努力의 일환으로서 1987년에 社會福祉專門要員 2,000명을 採用하여 一線 洞事務所 차원에 까지 配置한 것은 하나의 획기적인 계기였습니다. 그러나 그들이 業務를 遂行하는데 있어서 一般行政業務와 同時에 遂行함으로써 고 유업무는 늘 뒷전으로 밀리게 되어, 그들의 專門性を 充分히 살리지 못하고 있는 實情에 있습니다. 社會福祉政策의 效率的인 遂行을 위해서는 專門的인 機能을 갖춘 社會福祉專門要員들이 自己機能을 다할 수 있는 行政體系를 가져야 할 것입니다. 이런 意味에서 社會福祉事務所 設立의 重要性이 대두되고 있는 것입니다.

오늘 社會福祉 發展方向에 관한 세미나는 社會福祉의 專門性和 效率性 提

高를 위한 發展方向을 提示하게 될 것이며, 또한 醫療保險의 성과와 發展方向을 提示하여, 우리나라 社會福祉 政策開發에 큰 도움을 줄 수 있기를 期待하면서 이에 開會辭를 가름하겠습니다. 감사합니다.

1992年 7月 9日

韓國保健社會研究院長
池 達 顯

인 사 말

문 태 준(한국보건사회 연구원 이사장)

감사합니다.

사실 저는 오늘 의료보험에 대해서 새로운 내용을 듣고 저의 강의자료를 보완하기 위해서 나왔읍니다마는 마침 인사를 해달라는 원장님의 말씀이 계셔서 몇가지 말씀드릴까 합니다.

미국의 각대학에서 의료보험에 대한 우리들의 경험에 대해서 강의를 해달라는 요청이 올 때가 가끔 있습니다마는, 두달전에 미시간주립대의 요청을 받고 1시간여동안 강의를 했습니다. 미국에서는 지금 대통령선거에서 의료보험제도 자체에 대해 활발한 논의가 되고 있으며, 또한 미국이 세계에서 가장 강대국이면서도 3천800만명의 인구가 의료보험의 혜택을 못받고 있는 현실을 어떻게 해결할 것인가의 문제가 대통령선거에서 아주 중요한 이슈가 되고 있습니다. 그런데 장차 누가 대통령이 되든지 현재 나와있는 후보들이 당선이 되면 모든 국민들이 의료보험의 혜택을 받게 될 것이고, 그 방법은 미국의 전통적인 시장경제의 원칙에 입각해서 정부에서 보조하거나, 또는 세금의 혜택을 주는 私보험의 형태로서 전국민 의료보험을 할 것이라고 저는 짐작합니다.

아까 소개 말씀이 계셨습니다마는 의료보험을 위해서 여기에 계신 여러분들과 함께 한가지 일을 위해서 돌진을 해왔읍니다마는, 지금 생각해보면 그 당시의 여러가지 상황을 볼때는 최선의 선택이었고 또 가장 합리적인 방법을 채택하면서 빠른 시일내에 작업을 완료했습니다. 그러나 그 당시 저 자신도 현재 우리나라가 가지고 있는 의료보험제도가 완전무결하고, 진선진미하다고는 생각지 않았읍니다. 당시의 여건에서는 가장 좋았던 제도다 이렇게 생각합니다마는 오늘의 세미나를 통해서 여러가지 문제점이 지적되고

여기에 대한 합리적인 토론이 이루어지고 방안이 나왔으면 하는 생각입니다.

제가 가장 걱정을 하고 있는것은 의료보험 재정에 관한 문제입니다마는, 앞으로 어떻게 코스트를 낮추느냐, 억제할 것이냐 하는 문제가 있고, 또 한 가지 여러분에게 부탁 말씀 드릴것은 의료보험이 시작되고 난 다음의 의료의 질에 관한 문제가 상당히 염려됩니다. 많은 환자가 집중되기 때문에 과연 우리나라의 의료의 질이 선진국과의 격차를 좁히고 있느냐, 넓히고 있는냐를 생각할 때 외람스럽습니다만 제가 볼때는 미국과 일본보다도 의료의 질적 문제에 있어서 거리가 더 벌어지고 있다고 판단됩니다. 너무나 많은 환자를 진료하기 위해 시설이 부족한 병원에서 진료에 집중적으로 인력이 동원되기 때문에 연구와 혹은 개선문제에 대하여 소홀한 점이 없지 않다고 생각하며 3시간 기다려서 3분 진료하는 것부터 빠른 시일안에 개선되어야 될 것입니다. 의료의 질이 높아져서 선진국 수준은 못되더라도 점차적으로 높아지는 양질의 의료서비스를 국민들이 받을수 있을 때까지 가야 성공이라고 이렇게 믿고 있습니다. 따라서 오늘 이 세미나에서 활발한 토론이 이루어져서 정부에서 채택할 수 있는 좋은 방향지시가 있었으면 하는 것이 저의 희망이고 또 이자리에 참여하게 되어서 대단히 기쁘다는것을 말씀드리면서 저의 인사를 가름하겠습니다.

감사합니다.