

연구보고서 2008-23-7

2008 사회예산분석과 정책과제

최성은 · 박인화 · 김진현 · 사공진 · 김진수 · 유원섭

한국보건사회연구원

2008 사회예산 분석과 정책과제

연구보고서 2008-23-7

발행일	2008년 12월
저자	최성은 외
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	한국장애인고용안정협회
가격	7,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-529-9 93330

머 리 말

우리나라의 사회분야 예산은 지난 몇 년간 급속히 증가하여 왔다. 기타 다른 분야의 재정지출에 비교하여 볼 때 그 규모나 증가율이 괄목할 만하였다. 외환위기와 참여정부의 정책이라는 상황적 여건을 배제한다하더라도 급속한 인구고령화 및 사회안전망 확충의 필요성, 연금 및 건강보험 등 사회보험의 확대 등으로 인하여 사회분야 예산의 증가현상은 향후에도 지속적으로 나타날 것으로 예상되고 있다. 사회분야 재정지출의 적정수준에 대한 판단과 사회분야 예산의 효율적 운용의 필요성이 어느 때보다 절실하다고 할 수 있다.

본 보고서는 사회예산의 현안과 정책과제 분석 및 사회분야 재정운용에 대한 제도 및 정책의 개선에 관한 주요 쟁점사항들을 다루기 위하여 본원의 사회재정센터가 매년 발간하는 사회예산분석과 정책과제의 제 2차년도 보고서이다. 본 보고서는 총 2부로 구성되어 있다. 1부에서는복지재정 운용과 정책과제를 살펴보았으며, 국회예산정책처의 박인화 박사, 원내의 최성은 박사가 집필하였다. 2부에서는 건강보험기금 규모의 증가와 함께 연기금운용이 경제에 미치는 영향의 중요성을 감안하여 건강보험 재정운용의 현황과 정책과제를 살펴보았으며, 건강보험연구원의 김진수 연구위원, 서울대학교 김진현 교수, 한양대학교 사공진 교수, 을지의과대학교 유원섭 교수가 집필하였다.

본 보고서의 집필에 참여해 주신 원외의 집필진 여러분께 깊은 사의를 표하며, 본 보고서를 검토하고 좋은 논평을 해주신 원내의 유근춘 연구위원, 신윤정 부연구위원께 깊은 감사의 마음을 표한다.

본 연구가 사회예산의 현 상황을 토대로 현안이 되는 정책과제들에 대

한 실효성 있는 방안들을 모색하고 효율성과 형평성을 동시에 추구할 수 있는 사회분야 재정운용에 대한 기초적인 연구를 보다 촉진시켜 국민의 삶의 질 향상에 조금이나마 기여하게 되기를 바란다.

2008년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 하

주제별 집필진

제 1부 사회재정의 정책과제

박인화 (국회예산정책처 사회예산분석팀장)

최성은 (보건사회연구원 부연구위원)

제 2부 건강보험 재정운용의 정책과제

김진현 (서울대학교 간호대학 교수)

사공진 (한양대학교 경제학부 교수)

김진수 (건강보험공단연구원 연구위원)

유원섭 (울지의과대학교 예방의학교실 교수)

목 차

제1부 사회재정의 정책과제

제1장 보건복지재정의 운용구조와 쟁점과제	17
I. 문제 제기	17
II. 보건복지재정의 구조	19
III. 보건복지재정 운용의 쟁점과제	29
IV. 재정성과 제고를 위한 정책방향	46
참고문헌	56
제2장 바우처사업의 효과성 증대를 위한 정책과제	60
I. 서론	60
II. 바우처의 개념과 특징	62
III. 바우처 제도의 타당성 및 한계점	89
V. 바우처 사업의 효과성 증대방안	91
참고문헌	96

제2부 건강보험 재정운용의 정책과제

제3장 건강보험재정의 안정적 운용을 위한 정책방안	99
I. 서론	99
II. 건강보험 재정 현황	100
III. 재정안정정책에 대한 선진국의 경험과 시사점	105

IV. 건강보험 재정 안정을 위한 정책대안	108
V. 결론	124
참고문헌	126
제4장 지속가능한 우리나라 건강보험 선진화를 위한 구상	129
I. 서론	129
II. 우리나라 건강보험의 현황 분석	133
III. 우리나라 건강보험제도의 문제점	148
IV. 우리나라 건강보험의 선진화를 위한 구상	157
V. 결론	168
참고문헌	170
제5장 건강보험 중·장기 재정전망(2009~2030)	175
I. 재정수지 현황	175
II. 재정추계 방법론	178
III. 건강보험 적용대상자 추계	180
IV. 중·장기 재정추계	187
V. 재정수입 추계	206
VI. 결론	211
참고문헌	212
제6장 의료급여 재정과 정책과제	213
I. 서론	213
II. 의료급여 재정 현황	228
III. 최근의 의료급여제도 변화	234
IV. 결론	233

표 목 차

〈표 1- 1〉 2008년도 보건복지재정의 구조와 규모	20
〈표 1- 2〉 분야별 재정지출구조: 2005~2012년	22
〈표 1- 3〉 국가재정운용계획 상의 복지지출: 사회복지·보건분야	28
〈표 1- 4〉 보건복지가족부 소관 의무지출 비중: 2005~2008년	31
〈표 1- 5〉 주요 자격급여 예산: 2005~2008년	33
〈표 1- 6〉 의료보장에 대한 정부의 직접적인 재정부담: 1999~2008년 · 37	
〈표 1- 7〉 보육예산과 주요 사업비 집행실태	40
〈표 1- 8〉 구 보건복지부 소관 국고보조사업과 대응 지방비 부담	46
〈표 2- 1〉 서비스 성격에 따른 바우처의 특징	66
〈표 2- 2〉 사회서비스 바우처 사업	74
〈표 2- 3〉 보육바우처 사업	79
〈표 2- 4〉 교육바우처 사업	84
〈표 2- 5〉 향후 바우처 도입예정 및 확대대상 사업	88
〈표 3- 1〉 건강보험 재정 추이	101
〈표 3- 2〉 보험료 수입 및 급여비 지출의 변화 추이	103
〈표 3- 3〉 건강보험재정에 대한 정부지원비율 추이	104
〈표 3- 4〉 건강보험재정의 관리운영비 추이	104
〈표 3- 5〉 건강보험 재정안정화 방안	110
〈표 3- 6〉 건강보험료 인상과 선거주기	112
〈표 3- 7〉 건강보험재정 대비 진료비 점유율 변화	123
〈표 3- 8〉 의료기관 증가 추이	123
〈표 4- 1〉 건강보험 재정 현황	133

〈표 4-2〉	지역별 주요 재정지표	136
〈표 4-3〉	연도별 진료비(약제비) 및 급여비	138
〈표 4-4〉	진료비 및 급여비의 전년 대비 증가율	139
〈표 4-5〉	1995년 이후 건강보험 수가인상 현황	141
〈표 4-6〉	건당 진료비	142
〈표 4-7〉	수진율 및 1인당 조제건수	143
〈표 4-8〉	건강보험 적용인구 및 65세 이상 노인인구 추이	144
〈표 4-9〉	노인진료비 추이	145
〈표 4-10〉	2007년도 노인인구 진료실적(전체에서 차지하는 비중)	146
〈표 4-11〉	연도별 지역건강보험 1인당 월평균 보험료 현황	149
〈표 4-12〉	연도별 정부 지원금	152
〈표 4-13〉	약품비 비중 및 1인당 약제비	153
〈표 4-14〉	직장 및 지역 총징수율	155
〈표 4-15〉	연도별 간접세 징수 추이	160
〈표 5-1〉	연도별 재정수지 현황	176
〈표 5-2〉	지역별 연도별 재정수지 동향	177
〈표 5-3〉	건강보험 대상인구 변화 및 구성비율의 연도별 변화	180
〈표 5-4〉	우리나라 인구와 고령화 추이	181
〈표 5-5〉	통계청 장기 인구전망	183
〈표 5-6〉	통계청 추계인구와 건강보험 적용인구 간의 관계	185
〈표 5-7〉	중·장기 건강보험 적용인구 전망	186
〈표 5-8〉	결정적 추세를 배제한 ADF검정결과	189
〈표 5-9〉	결정적 추세를 포함한 ADF검정결과	189
〈표 5-10〉	소비자물가 분석모형 추정결과	190
〈표 5-11〉	결정적 추세를 포함한 ADF검정결과	193
〈표 5-12〉	일인당 평균진료비 분석모형 추정결과	194

〈표 5-13〉 일인당 평균 진료비 예측결과	198
〈표 5-14〉 건강보험 연간 진료비 및 급여비 추계결과	200
〈표 5-15〉 연도별 부문별 재정지출 비중 추이	203
〈표 5-16〉 부문별 중·장기 재정지출 전망	205
〈표 5-17〉 건강보험 직역별 연간 재정수입 및 재원비중	207
〈표 5-18〉 부문별 중·장기 재정수입 전망	209
〈표 6- 1〉 의료급여기금의 국고와 지방비 분담 비율	215
〈표 6- 2〉 연도별 의료급여 예산 추이	215
〈표 6- 3〉 의료급여와 건강보험 진료비 비교(2007년)	217
〈표 6- 4〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 및 진료실인원 추이	218
〈표 6- 5〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료비 증가율	219
〈표 6- 6〉 의료급여 종별 진료실인원 1인당 진료비 비교(2007년)	222
〈표 6- 7〉 의료급여 유형별 진료비 및 1인당 진료비(2007년)	223
〈표 6- 8〉 298 질병분류별 총진료비 상위 20개 질병군의 진료실인원 및 진료비 비교(2007)	225
〈표 6- 9〉 21대 질병분류별 진료비 비교(2007년)	226
〈표 6-10〉 의료비 중 의료급여 및 건강보험 급여율	227
〈표 6-11〉 선택병의원제 대상자 현황('07년 12월 말 현재)	230

그림 목차

[그림 1- 1] OECD 회원국의 중앙정부 복지재정지출 비교	25
[그림 1- 2] 복지예산 vs 자격급여예산: 2005~2008년	33
[그림 1- 3] 의료보장지출 및 정부지원예산: 1999~2008년	38
[그림 1- 4] 보건복지가족부 예산 및 의료보장예산: 1999~2008년	38
[그림 3- 1] 건강보험 누적수지 추이	102
[그림 4- 1] 건강보험 주요 재정지표 추세	134
[그림 4- 2] 지역별 주요 재정지표 추이	136
[그림 4- 3] 진료비(약제비) 및 현물급여비 추세	139
[그림 4- 4] 수진율 및 1인당 조제건수 추이	143
[그림 4- 5] 지역건강보험 월평균 보험료 추이	148
[그림 4- 6] 건강보험체계의 경쟁모형	167
[그림 5- 1] 노인인구 구성비의 연도별 변화	182
[그림 5- 2] 통계청 인구추계결과	184
[그림 5- 3] 건강보험 적용인구 중·장기 추계	187
[그림 5- 4] 소비자물가의 추정결과	190
[그림 5- 5] ARMA구조	191
[그림 5- 6] 오차항의 정규성 검정결과	191
[그림 5- 7] 소비자물가 중·장기 예측결과	192
[그림 5- 8] 일인당 평균 진료비의 추정결과	195
[그림 5- 9] ARMA구조	196
[그림 5-10] 오차항의 정규성 검정결과	196
[그림 5-11] 일인당 평균진료비 중·장기 예측결과	196

[그림 5-12] 일인당 평균 진료비 예측결과	197
[그림 5-13] 급여율 시나리오별 급여비 전망	201
[그림 5-14] 부문별 중·장기 추이 전망	202
[그림 5-15] 부문별 중·장기 재정지출 전망	204
[그림 5-16] 부문별 중·장기 재정수입 전망	210
[그림 6- 1] 연령별 진료실인원 1인당 진료비 비교(2007년)	221

제1부 사회재정의 정책과제

제1장 보건복지재정의 운용구조와 쟁점과제

제2장 바우처사업의 효과성 증대를 위한 정책과제

제1장 보건복지재정의 운용구조와 쟁점과제

박인화

I. 문제 제기

보건복지재정이란 빈곤, 질병, 장애, 소득상실 등의 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고, 빠른 속도로 고령화하는 사회에서 유년기부터 노년기에 이르는 생애주기별 복지수요에 대응하면서 사회전체의 복리를 뒷받침하는 재원조달 및 지출계획이라 할 수 있다. 우리나라에서는 2000년대 들어 정부 재정에서 가장 빠르게 증가한 분야가 보건복지재정(또는 ‘복지재정’이라 한다)이라 할 수 있다. 사회복지분야와 보건분야를 포괄하는 복지재정은 2008년도에 68조원¹⁾으로 정부 총지출의 26%를 차지한다. 이는 10년 전과 비교하면 5.2배 증가한 규모²⁾인데, 90년대 말 외환위기를 겪으면서 사회안전망(social safety-net)의 중요성이 정책적으로 부각됨에 따라 공적부조와 사회보험제도가 확충되면서 재정지출이 크게 늘어났다. 같은 기간에 정부재정이 2.3배 증가한 점을 감안하면, 복지재정이 빠르게 확대됨을 알 수 있다.³⁾ 이와 같이 사회복지 및 보건 분야의 재정지출 확대는 국정운영의 패러다임이 국민생활과 직결되는 삶의 질을 중시하는 방향으로 전환되고 있음을 반영하는 것으로, 경제·사회적 여건 변화와 저출산 고령사회의 진전에 부응하는 재정운용이라 할 수 있다. 그러나 정책성과를 도모하기 위한 효

1) 정부의 ‘디지털 예산회계시스템’에 따른 분류를 기준으로 한다.

2) ‘디지털 예산회계시스템’에 따른 통계는 2004년 이전에는 제한되므로, 1998년 통계는 거의 유사한 기준인 통합재정의 기능별 분류 중 ‘보건’과 ‘사회보장 및 복지’를 합산한 것으로, 13조원 규모이다(기획재정부, 「한국통합재정수지」, 각 년도).

3) 본 분석에서 정부란 중앙정부를 말하며, 정부재정지출은 1998년은 통합재정 기준(결산)이며, 2008년은 총지출 기준이다(기획재정부, 「나라살림」, 각 년도).

울적인 재정운용의 관점에서 보면, 최근의 복지분야 재정운용에서는 상당한 문제점들이 제기되고 있다. 대표적으로 보면, 정책입안의 토대가 되는 복지재정통계의 객관성 미흡, 복지분야 국가재정운용계획의 실효성 문제, 의무지출(mandatory spending) 확대에 따른 재정지출의 하방 경직성, 지출부문 간 자원배분의 구조적 취약성, 국고보조사업의 급속한 증가 등에 따른 지방자치단체의 복지예산부담 가중, 재정규모 확대에 부응하지 못하는 복지전달체계와 이로 인한 예산집행과정의 비효율, 복지사각지대와 관련된 형평성 문제 등을 들 수 있다. 이러한 문제들은 재정운용 측면에서 볼 때, 톱다운(top-down) 방식에 따라 총액으로 배분⁴⁾되는 복지분야 지출한도 내에서 부문간 지출구조의 불균형을 야기하고, 이로 인해 지출 확대에도 불구하고 국민들이 체감하는 복지수준의 향상은 그리 용이하지 않게 된다. 따라서 복지지출이 국민생활 향상을 지원하는 효과적인 재정투자로 자리매김 하기 위해서는 사회보장적 측면에서 지출의 효율성과 정책성고가 담보되어야 할 것이다.

이러한 배경에서, 본 연구는 공적부조, 사회서비스 및 사회보험의 영역에서 비가역적(irreversible) 속성을 띠면서 제공되는 복지지출에 대해 개선되어야 할 현안을 분석하고, 이를 토대로 재정성과를 제고시켜 나가기 위한 정책방향을 논의한다. 이를 위해 제Ⅱ장에서는 정부재정에서 사회복지와 보건의 2개 분야, 12개 부문으로 구성되는 보건복지재정의 운용구조를 살펴보고, 정부의 복지지출 수준을 OECD 회원국과 비교 분석하며, 5차에 걸쳐 수립된 국가재정운용계획의 복지분야 중기지출계획을 분석한다. 제Ⅲ장에서는 국민기초생활보장을 비롯하여 복지분야의 9개 부문 사업을 관장하는 보건복지가족부 재정을 중심으로 정책수행과 재정운용 과정에서 제기되는 주요 쟁점을 분석한다. 그리고 제Ⅳ장에서는 앞서 논의한 쟁점과제에 비추어, 급속히 증가하는 복지재정의 성과 제고를 위한 정책방향을 모색한다.

4) 이를 '총액배분 자율편성 예산제도'라고 한다.

II. 보건복지재정의 구조

1. 현 황

2008년도 보건복지재정은 정부 총지출 대비 26.3%를 차지하는 67조 6,477억원 규모이다. 분야별로는 <표 1-1>에서와 같이 사회복지분야 61조 7,056억원, 보건분야 5조 9,421억원으로, 각각 91.2%와 8.8%를 차지한다. 사회복지분야에는 국민기초생활보장, 취약계층지원, 공적연금 등 9개 부문이 있으며, 보건분야에는 건강보험지원, 보건의료 등의 3개 부문이 있다. 보건분야 비중이 과소한 것은 의료급여가 사회복지분야로 분류⁵⁾되며, 건강보험이 통합재정 외로 운용되기 때문이다.⁶⁾

회계별로는 예산 20조 1,693억원, 기금 47조 4,785억원으로, 각각 29.8%와 70.2%를 차지한다. 예산은 일반회계와 4개 특별회계⁷⁾를 통하여 운용되며, 기금은 6개 사회보험성기금, 10개 사업성기금 및 1개 계정성기금의 총 17개 기금⁸⁾으로 운용된다. 복지재정에서 기금의 비중이 높은 것⁹⁾은 국민연금기금 등의 사회보험성기금과 국민주택기금의 사업비가 총 45조 138억 원에 이르기 때문이다.

5) 기초생활보장부문에 속하며, 2008년에 3조 5,161억원(본예산)이다.

6) 건강보험 지출총액은 2008년 27조 8,249억원으로 추정된다(현금흐름 기준). 그러나 정부재정에서는 지출총액의 16.4%인 4조 5,538억원만 ‘보건분야-건강보험부문’ 재정으로 파악된다.

7) 농어촌구조개선특별회계, 에너지및자원사업특별회계, 국가균형발전특별회계, 책임운영기관특별회계.

8) 6개 사회보험성기금(국민연금기금, 공무원연금기금, 사학연금기금, 군인연금기금, 고용보험기금, 산업재해보상보험및예방기금), 10개 사업성기금(국민건강증진기금, 청소년육성기금, 응급의료기금, 여성발전기금, 근로자복지진흥기금, 임금채권보장기금, 장애인고용촉진및직업재활기금, 보훈기금, 순국선열애국지사사업기금 및 국민주택기금) 및 1개 계정성기금(복권기금).

9) 정부 총지출에서는 기금 비중이 29.0%이다.

〈표 1-1〉 2008년도 보건복지재정의 구조와 규모

부 문 별	소관 부처별	회 계 별	2008 규모 억원, %)
국민기초생활보장 68,577	보건복지가족부	예산: 일반회계, 특별회계 (농구특, 예특, 균특, 책특)	158,874
취약계층 지원 9,063			
노인·청소년 22,318			
사회복지 일반 3,200			
보건의료* 12,098			
건강보험지원* 45,538			
보육·가족 및 여성 16,242	여성부	국민건강증진기금, 청소년육성기금, 응급 의료기금, 여성발전기금, (복권기금)	18,162
식품의약품안전* 1,785	식품의약품안전청	예산: 일 반	1,785
공적연금 214,285	보건복지가족부 행정안전부, 교육과학기술 부, 국방부	국민연금기금	68,694
		공무원연금기금, 사학연금기금, 군인연금기금	145,591
노 동 104,936	노동부	예산: 일반, 농구특, 예특, 균특	9,082
		고용보험기금, 산재보험기금, 근로자복지진 흥기금, 임금채권보장기금, 장애인고용촉진 기금	95,854
보 훈 31,291	국가보훈처	예산: 일반, 예특, 균특	30,046
		보훈기금, 순국선열애국지사사업기금	1,245
주 택 147,145	국토해양부	예산: 일 반	1,905
		국민주택기금	145,239
[합 계]			
2개 분야 (사회복지, 보건) 12개 부문	9개 부처	분야별	사회복지 617,056
		보 건	59,421
		회계별	예 산: 일반회계, 4개 특별회계 201,693
		기 금: 17개 474,785	
합 계		676,477	

주: 1. * 표시된 3개 부문은 보건분야이며, 나머지 9개 부문은 사회복지분야.

2. 국가재정운용계획에 제시되지 않은 부문별 회계는 정부 예산과 기금운용계획에 근거함.

자료: 1. 대한민국 정부, 「2008-2012 국가재정운용계획」, 2008.

2. 기획재정부, 「2008 나라살림: 예산개요」, 2008.

복지재정 운용과 관련된 중앙관서는 보건복지가족부, 노동부, 국가보훈처 등 9개 부처¹⁰⁾이다. 이 중 정책의 포괄성이나 재정운용 규모로 볼 때, 보건복지가족부가 중심적 역할을 한다.¹¹⁾ 「정부조직법」 개정(2008. 2)에 따라 개편된 보건복지가족부는 구 국가청소년위원회 업무 전부와 구 여성가족부의 가족·보육업무를 이관 받아 정책영역이 더욱 확대되었다.

복지재정지출의 추이와 특성을 파악하기 위하여, 2005년에서 2012년까지 8년간 정부재정지출을 크게 복지분야, 경제분야 및 타 분야로 구분하여 전반적인 동향을 살펴보면 <표 1-2>와 같다. 이 기간을 대상으로 한 까닭은 2005년부터 중기재정계획인 국가재정운용계획의 수립 등 정부의 4대 재정개혁으로 재정운용을 둘러싼 여건이 상당히 변화되었고, 2012년은 제5차로 수립된 중기재정계획의 최종년도이기 때문이다. 먼저 2008년을 포함한 지난 4년간(2005~2008년)의 재정운용 추이를 살펴보면, 복지재정의 연평균 증가율은 21.3%로, 동 기간의 정부 총지출 증가율 7.2%의 3배 수준이다. 특히 사회복지분야는 기간 중 연평균 증가율이 23.4%에 이른다. 이와 같이 빠른 속도로 지출이 늘어난 것은 정책의 확충에도 기인하지만, 2006년부터 주택부문 지출이 사회복지분야로 분류되었기 때문이다. 주택부문을 제외하면, 복지재정 증가율은 2005~2008년간 연평균 11.8%로, 정부 총지출 증가율의 1.6배이다.¹²⁾ 2005~2012년간의 복지재정

10) 5개 부처(보건복지가족부, 노동부, 국가보훈처, 여성부, 식품의약품안전청)는 전체 재정이 포함되고, 4개 부처(행정안전부, 교육과학기술부, 국방부, 국토해양부)는 소관 공적연금과 주택사업만 포함된다. 복권기금을 소관부처에 배분하는 복권위원회(기획재정부 산하)는 제외한다.

11) 「정부조직법」 개정(2008. 2)에 따라 개편된 보건복지가족부는 구 국가청소년위원회 업무 전부와 구 여성가족부의 가족보육업무를 이관 받아 정책영역이 더욱 확대되었다.

12) 정부는 2006년부터 주택부문(국토해양부 소관 국민주택기금과 일부 예산사업)을 사회복지분야 재정에 포함하였고, 이에 따라 복지재정은 일시에 규모가 크게 늘어났다. 그러나 주택부문을 사회복지분야에 포함하는 것은 IMF(2008)의 정부재정통계(GFS) 중 '사회복지지출'(social protection expenditure)이나 OECD(2006)의 '공공부문 사회복지지출'(social expenditure)에 속한 '주거'(housing)의 기준에 비추어 과다 계상된 측면이 있다.

연평균 증가율은 13.9%로 2008년까지의 증가율보다는 크게 둔화되지만, 같은 기간 중 정부 총지출 증가율에 비하면 2.1배 정도 높다.

〈표 1-2〉 분야별 재정지출구조: 2005~2012년

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	조원, %)	
									연평균 증가율	
									2005-2008년	2005-2012년
[정부 총지출, a]	208.7	224.1	238.4	257.2¹⁾	273.8 ²⁾	290.9	308.7	326.7	7.2	6.6
• 보건복지(b) (총지출 대비 비중, b/a)	37.9 (18.2)	56.0 (25.0)	61.4 (25.8)	67.7 (26.3)	73.7 (26.9)	80.3 (27.6)	87.2 (28.2)	94.4 (28.9)	21.3	13.9
[분야별]										
- 사회복지 (주택부문) ³⁾	32.9 (0)	50.5 (13.5)	56.1 (14.0)	61.8 (14.8)	66.9 (15.3)	72.8 (15.4)	79.1 (15.6)	85.4 (15.8)	23.4	14.6
- 보 건	5.0	5.5	5.3	5.9	6.8	7.5	8.2	9.1	5.7	8.9
[회계별]										
- 예 산	14.7	14.5	16.8	20.2	22.6	-	-	-	11.2	
- 기 금	23.2	41.5	44.6	47.5	51.1	-	-	-	27.0	
• 경 제 ⁴⁾ (c) (총지출 대비 비중, c/a)	44.3 (21.2)	46.3 (20.7)	46.9 (19.7)	48.2 (18.7)	50.9 (18.6)	53.4 (18.4)	56.0 (18.1)	59.0 (18.1)	2.9	4.2
[분야별]										
- SOC	18.3	18.4	18.4	19.6	21.1	22.7	24.3	26.0	2.3	5.1
- 농림수산식품	14.1	15.5	15.9	16.0	16.6	17.0	17.4	18.0	4.3	3.6
- 산업·중소기업·에너지	11.9	12.4	12.6	12.6	13.2	13.7	14.3	15.0	1.9	3.4
• 타 분야 ⁵⁾ (d) (총지출 대비 비중, d/a)	126.5 (60.6)	121.8 (54.4)	130.1 (54.6)	141.3 (54.9)	149.2 (54.5)	157.2 (54.0)	165.5 (53.6)	173.3 (53.0)	3.8	4.6

주: 1) 본예산 기준(제1회 추경 미반영).

2) 2009년은 10. 2일 국회 제출 당초예산안 기준.

3) 2006년부터 사회복지분야에 포함된 주택부문 재정규모.

4) '경제'에 속한 분야별 명칭은 「2008~2012년 국가재정운용계획」에 따름(2005년은 수송교통·수자원, 농림해양수산, 산업·중소기업, 2006~2007년은 수송교통·지역개발, 농림해양수산, 산업·중소기업)

5) 타 분야는 교육, 국방, 일반공공행정, 공공질서·안전, 통일·외교, 환경, 문화·체육·관광의 7개임.

자료: 대한민국정부, 「국가재정운용계획」, 각 년도.

한편 복지지출과 상충관계를 보이는 SOC, 농림수산물식품, 그리고 산업·중소기업·에너지 분야를 포괄하는 경제분야 지출은 2005~2012년간 연평균 4.2%의 낮은 증가율을 보인다. 이는 정책의 주안점이 경제개발 중심에서 국민생활의 삶의 질을 중시하는 방향으로 전환된 것과 더불어, 주택부문 분류변경도 요인이 된다고 하겠다. 그리고 복지분야와 경제분야를 제외한 교육, 국방, 일반공공행정, 환경, 문화 등 7개 분야를 합한 지출도 2005~2012년간 연평균 4.6% 증가하는 것으로 나타나, 정부 총지출 증가율보다 낮은 수준이다. 재정지출 증가율에서 대비를 이루는 복지와 비복지분야 간의 지출 양상으로 미루어 볼 때, 향후 정부부문의 지출 증가는 복지재정의 증가에 의해 주도될 것임을 예상할 수 있다.

분야별로 주요사업을 살펴보면, 사회복지분야에서는 2008년도에 공적연금 지출이 21조 4,285억원으로 34.7%를 차지한다. 다음은 주택 14조 7,145억원(23.8%), 노동 10조 4,936억원(17.0%), 국민기초생활보장 6조 8,577억원(11.1%), 국가보훈 3조 1,291억원(5.1%), 노인·청소년 2조 2,318억원(3.6%), 보육·가족 및 여성 1조 6,242억원(2.6%), 취약계층지원 9,063억원(1.5%) 등이다. 보건분야에서는 건강보험지원이 4조 5,538억원으로 76.6%를 차지하며, 보건의료 1조 2,098억원(20.4%), 식품의약품안전 1,785억원(3.0%)이다.

2. 복지재정지출의 국제비교

복지재정지출이 정부 총지출보다 2배 이상 빠른 속도로 늘어나고 있음을 살펴보았다. 그런데 다른 나라와 비교하여 우리나라의 복지재정지출이 어떤 수준인지를 가늠하자면, 국제기준에 적합하게 생산된 재정통계, 국민소득 수준과 노인인구 비중 등의 경제·사회적 여건, 공적연금 등 사회보장제도의 성숙도(maturity ratio)와 급여수준 등이 복합적으로 감안되어야 할 것이다.

첫째, 우리나라의 중앙정부 복지재정지출은 「IMF 재정통계연감」¹³⁾에서 2005년 기준으로 13.1%¹⁴⁾이다. 그러나 정부재정통계에서는 [그림 1-1]에서 보듯이 복지분야 지출 비중이 2008년 기준으로 26.3%로 나타난다. 그리고 정부재정 외로 운용되는 건강보험을 재정에 포함시키면, 복지재정지출은 정부 총지출의 34% 수준으로 추정된다.¹⁵⁾ OECD 회원국을 보면, 중앙정부의 복지재정지출 비중은 최저 9%(터키)에서 최고 79%(룩셈부르크)에 이르기까지 큰 차이를 보이는데, 30개 회원국의 평균수준은 보건분야(health) 11.5%, 사회적 보호 분야(social protection) 36.6%로, 이를 합하여 48.1%이다.¹⁶⁾ 따라서 우리나라의 경우, 국민소득이나 제도의 성숙도 등에 따른 차이를 배제하더라도, 기준이 되는 재정통계에 따라 복지재정지출 수준은 OECD 회원국 평균의 27% 내지 71% 정도로 나타난다.

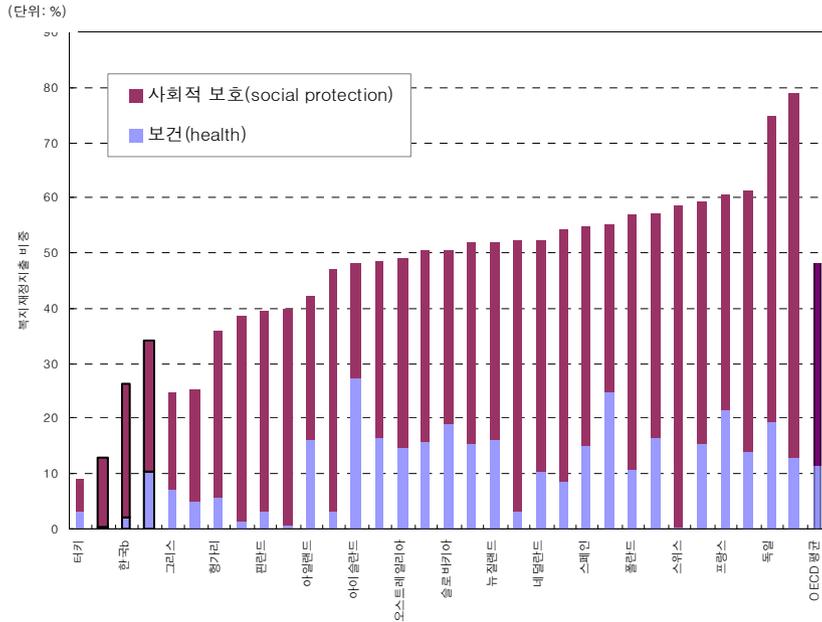
13) 복지재정지출은 IMF 기준의 중앙정부 통합재정 부문에 제시된 세출예산의 기능별 분류(10개)에서 '사회적 보호'(social protection)와 '보건'(health)의 2개 분야를 합산한 것이다(IMF, *Government Finance Statistics Yearbook 2007*, CD-ROM, June 2008).

14) 보건 0.36%, 사회적 보호 12.68%이며, 잠정치이다. 특히 우리나라 보건지출 비중은 OECD 회원국 중 최하위에 속한다(단, 0.2%로 가장 낮은 스위스는 일반정부 보건지출이 11.4%이다). 그 이유는 우리나라의 경우 전체 건강보험지출이 보건분야 재정에 포함되지 않으며, 의료급여지출은 사회복지분야 재정에 포함되기 때문이다. 이는 국제기준에 부합되지 않은 재정통계체계로 인하여 매우 왜곡된 결과를 보여주는 사례이다.

15) 건강보험은 2008년도 지출총액 27.8조원 중 정부재정 포함액이 4.7조원(건강보험부문 4조 5,850억원, 농어민 건강보험료지원 1,356억원)이므로, 미포함분 23.1조원을 정부 총지출과 보건분야에 각각 반영하여 계상한다.

16) 재정통계가 제공된 기준시점은 회원국마다 상이하어, 1993년(프랑스, 일본)부터 2006년(독일, 미국, 캐나다 등)까지에 걸쳐 있지만, 대개 선진국에서는 이미 복지지출과 관련된 사회보장제도의 성숙도가 높으므로, 지출동향에 큰 변동은 없는 편이라 할 수 있다.

[그림 1-1] OECD 회원국의 중앙정부 복지재정지출 비중



주: 1) 중앙정부재정 중 복지재정지출(social protection + health) 비중.
 OECD 회원국 평균 48.1%(36.6 + 11.5). 단, 회원국에 따라 기준년도는 1993~2006년.

- 2) 한국 a: 13.1%(12.7 + 0.4) 2005년 잠정치 IMF통계
- 한국 b: 26.3%(24.0 + 2.3) 2008년 정부재정통계
- 한국 c: 34.3%(24.0 + 10.3) 2008년 정부재정통계에 건강보험지출 반영

자료: 1. IMF, *Government Finance Statistics Yearbook 2007, 2008*.

2. 기획예산처, 「2008 나라살림: 예산개요」, 2008.

3. 국민건강보험공단 내부자료.

둘째, OECD 통계¹⁷⁾를 통하여 2006년 기준으로 회원국의 1인당 GDP를 살펴보면 평균 31,500달러(미화)이고, 우리나라는 회원국 평균의 73% 수준으로 나타난다. 그리고 노인인구 비중은 2005년 기준으로 평균 14.4%이며, 우리나라는 평균의 67%로 나타난다. 그리고 복지지출에 큰 영향을 미치

17) OECD, *OECD Factbook 2008, 2008*.

는 연금의 성숙도는 우리나라의 경우 2007년 기준으로 13%인데, 이는 OECD 회원국의 1/5~1/3 정도에 불과한 수준이다. 일찍이 연금이 도입된 선진국의 경우, 제도의 성숙도는 일본 후생연금 69%(2006년), 프랑스 일반연금제도 66%(2006년), 캐나다 국민연금 40%(2004년) 등으로 매우 높다.

따라서 재정통계 산출기준, 국민소득수준, 노인인구비중 및 연금의 성숙도 차이 등을 감안할 때, OECD 회원국 평균의 약 27~71% 정도로 나타나는 우리나라의 복지재정지출을 단순히 과소하다고 평가하기는 어려울 것이다. 무엇보다 우리나라의 사회보장제도는 1960년 공무원연금의 도입을 시작으로, 1964년 산재보험, 1977년 건강보험(1989년 전국민 적용), 1988년 국민연금(1999년 전국민 적용), 1995년 고용보험에 이르기까지 비교적 단기간에 사회보험 적용의 제도적 틀을 갖추는데 주력하였다. 이에 따라 전국민적 기반을 갖춘 국민연금을 보면, 2008년에 비로소 20년 가입의 완전노령연금 수급자가 발생하였으므로, 본격적인 급여비 지출은 이제 부터라고 할 수 있다. 이러한 여건을 고려할 때 현 복지정책의 기초를 그대로 유지하더라도, 급속하게 진전되는 인구고령화, 사회보험제도의 성숙에 따른 급여비 증가, 의무적 자격급여지출 증가 등에 따라 GDP 대비 복지지출 규모는 빠르게 증가할 것으로 전망된다.¹⁸⁾

18) 2030년에는 전체 재정에서 차지하는 복지재정지출 비중이 40%에 이를 것으로 전망된다. 또한 GDP대비 공공사회지출 비중은 2005년 8.6%(잠정) 수준에서, 이후 연평균 9.8%씩 증가하여 2010년 10.9%, 2020년 15.3%, 2030년 20.6%에 이를 전망이다(정부민간 합동작업단, 「함께 가는 희망한국 Vision 2030」, 2006).

3. 복지분야 국가재정운용계획

정부는 재정개혁의 일환으로 2005년부터 5년 단위의 중기재정계획인 국가재정운용계획(Medium-Term Expenditure Framework: MTEF)을 예산안과 함께 국회에 제출하고 있다. 특히 2007년부터 「국가재정법」이 시행됨에 따라 국가재정운용계획 수립은 의무화되었다. 이는 중기계획을 예산안과 기금운용계획안 편성의 기본 틀로 활용함으로써, 1년 단위 재정운용체계의 한계를 극복하고 중기적 시계에서 재정운용의 예측성을 제고하기 위함이다. 특히 현대사회에서는 연금, 건강보험, 고용보험 등 사회보장에 관한 국가의 기능이 점점 더 중요해지고 있는데, 이와 관련된 지출은 인구의 고령화와 사회보험제도의 성숙에 따라 급속하게 증가하고 있으므로, 예측성 있는 재정운용의 중요성이 더욱 강조된다.

그간 5차에 걸쳐 수립된 국가재정운용계획을 살펴보면, 중기재정계획이 매년 상당수준 변경되면서 계획의 실효성에 문제를 제기하는 것으로 나타난다. 첫째, 복지재정(사회복지 및 보건 분야)의 사례를 통하여 보면 3년 이하된다. 그리고 1차계획에서는 차년도(2005년) 복지지출이 37조원 규모인데, 2차계획에 제시된 현년도(2005년) 규모는 50조원으로 전년에 수립된 계획치 보다 34% 증액되었다. 이는 정부가 2차계획 수립 시부터 주택부문 재정을 사회복지분야로 분류하여 계상하였기 때문인데, 이와 같은 기준변경에 대해서는 별도의 설명이 없다.

둘째, 사회복지분야에 속한 기초생활보장부문의 사례를 보면, 5년간 연평균 증가율은 1차계획에서 8.1% 수준이지만, 2차계획에서는 13.3%, 3차계획에서는 15.3%로 매년 크게 증가하여, 직전년도 수립계획과의 연계조차 상당히 미약하게 나타난다. 지출규모를 보더라도, 1차년도 계획에서 차년도(2005년) 지출은 4.2조원으로 예상되었지만, 2차계획에 나타난 현년도(2005년) 지출은 계획보다 11% 증액된 4.6조원 규모이다. 또한 1차년도 계

획에서 최종년도(2008년) 지출은 5.2조원으로 예상되었지만, 5차계획에서 나타난 현년도(2008년) 지출은 6.9조원으로 4년 전 예측치보다 31%나 증가되었다.

〈표 1-3〉 국가재정운용계획 상의 복지지출: 사회복지·보건 분야
 (억 원, %)

	제1차: 2004~2008	제2차: 2005~2009	제3차: 2006~2010	제4차: 2007~2011	제5차: 2008~2012
[연평균 증가율]					
정부 총지출	6.3	6.3	6.4	6.9	6.2
복지재정	12.2	9.2	9.1	9.7	8.7
[국가재정운용계획: 사회복지·보건 분야]					
2004	323,610 (16.5)	-	-	-	-
2005	370,185 (17.8)	495,708 (23.8)	-	-	-
2006	406,013 (18.4)	546,538 (24.7)	560,261 (25.0)	-	-
2007	453,827 (19.4)	595,872 (25.4)	618,415 (25.9)	613,848 (25.8)	-
2008	511,945 (20.4)	640,543 (25.6)	669,228 (26.4)	675,403 (26.2)	676,516 (26.3)
2009	-	704,873 (26.5)	728,624 (27.0)	746,616 (27.2)	737,104 (26.9)
2010	-	-	794,125 (27.7)	818,732 (28.0)	803,027 (27.6)
2011	-	-	-	888,591 (28.6)	872,407 (28.3)
2012	-	-	-	-	944,298 (28.9)
[국가재정운용계획: 사회복지분야 - 기초생활보장부문]					
[연평균 증가율]	8.1	13.3	15.3	11.4	10.2
2004	38,306	-	-	-	-
2005	41,628	46,225	-	-	-
2006	44,944	53,679	53,438	-	-
2007	48,468	58,244	65,907	65,831	-
2008	52,321	66,164	71,464	68,512	68,577
2009	-	76,107	81,088	72,436	69,451
2010	-	-	94,340	86,393	79,860
2011	-	-	-	101,203	91,829
2012	-	-	-	-	101,007

주: 1) 괄호 내는 각 년도 정부 총지출 대비 비중이며, 음영은 계획 수립 시점에서 차년도 재정.

2) 제2차 국가재정운용계획(2005~2009) 수립 시부터 주택부문이 복지재정에 포함.

자료: 대한민국정부, 「국가재정운용계획」, 각 년도.

이러한 운용 사례로 미루어 볼 때, 중기재정계획이 현재로서는 매년 여건에 따라 연동·보완되는 성격을 띠고 있을지라도, 중기적인 시계에서 경기순환주기를 점검하고 국정의 우선순위에 따라 분야별 지출규모를 결정한다는 본래의 취지가 실효성 있게 발휘되도록 하는 방안을 심도 있게 논의할 필요가 있다고 본다.

Ⅲ. 보건복지재정 운용의 쟁점과제

1. 의무지출에 편중된 자원배분

복지재정에서는 법률에 근거를 두는 의무지출 비중이 타 분야에 비해 매우 높다. 복지분야의 12개 부문 중 기초생활보장, 공적연금, 건강보험지원의 3개 부문은 전액 의무지출이며, 보훈부문¹⁹⁾은 약 86%, 그리고 취약계층지원, 노인·청소년, 보육·가족 및 노동의 4개 부문에서는 장애수당, 기초노령연금, 보육료지원, 실업급여 및 산재급여 등이 의무적으로 지출된다. 이에 따라 주택부문을 제외한 복지재정의 약 85%가 의무지출이라 할 수 있다. 특히 보건복지가족부의 예산사업을 살펴보면, <표 1-4>에서와 같이 의무지출 비중이 2005~2008년간 약 93~95% 수준으로, 재량사업 수행을 위한 재정여건은 매우 제한적이다.

2008년도 보건복지가족부 예산을 구체적으로 살펴보면, 의무지출이 14조 6887억원으로, 일반회계 예산에서 94.4%를 차지한다. 주요 의무지출 예산으로는 국민기초생활보장급여(이하 ‘기초생활보장급여’라고 한다), 장애수당, 기초노령연금, 보육료지원, 건강보험지원 등이 포함된다. 의무지출에 편중된 복지재정은 효율성, 형평성 등의 측면에서 다음의 현안을 야기시킨다.

19) 보훈부문에는 참전유공자 등에 대한 각종 법정수당이 포함된다.

첫째, 의무지출 부담이 과도한 복지재정은 경기침체 등의 대내외적 여건변화나 저출산 고령사회의 진전에 따라 발생하는 새로운 복지수요에 대한 대응력이 취약하여 경직성을 띠게 된다. 왜냐하면, 의무지출이란 법령에 지출의무가 규정되므로 일시에 감축하기 어려우며, 특히 복지지출은 일단 제공되면 비가역적 속성을 띠어 하방 경직적으로 운용되기 때문이다. 정부는 2005년도 예산안 편성 시부터 톱다운 예산제도를 도입하여 분야별·부처별로 지출한도(sectoral ceiling)를 설정하고, 이를 각 부처에 배분하여 자율적으로 예산을 편성토록 하고 있다. 그러나 보건복지가족부의 경우, 배분된 예산의 90% 이상이 이미 법령에 규정되어 있는 지출이므로, 경제·사회적 여건변화에 따라 대두되는 필요에 부응하는 재량지출(discretionary spending)이 극히 제한된다.

둘째, 의무지출 비중이 높으면 복지지출은 매년 자동적으로 확대되면서 규모가 늘어나지만, 이러한 지출은 이미 정해진 사업과 대상에 편중되므로, 서민층과 일반국민이 생활 속에서 체감하는 복지서비스의 향상을 기대하기 어렵게 한다. 복지지출의 이와 같은 구조적 취약성은 부문별 자원 배분과 관련된 내부구성에서도 확인하다. 아동·장애인·여성·노인 등 사회적 약자를 위한 예산배분을 보더라도, 자격급여를 제외하면 다양한 욕구를 반영하는 서비스에 한계가 있음을 드러내면서 재정지출의 수직적·수평적 형평성 문제를 제기한다.

〈표 1-4〉 보건복지가족부 소관 의무지출 비중: 2005~2008년
(단위: 억원, %)

	2005	2006	2007	2008
의무지출	88,894 (93.3)	99,843 (94.6)	119,810 (94.7)	146,887 (94.4)
재량지출	6,384 (6.7)	5,699 (5.4)	6,705 (5.3)	8,666 (5.6)
합 계	95,278 (100.0)	105,542 (100.0)	126,515 (100.0)	155,553 (100.0)

주: 1) 부처 통합 예산기준(일반회계 총계: 내부거래 포함)이며, 2005~2007년간은 구 여성부(보육부문) 및 구 정부청소년위원회 예산 포함.

2) 의무지출 여부는 정부 예산안 편성기준에 따름.

자료: 보건복지가족부 내부자료.

2. 자격급여예산의 증가

의무지출에 편중된 복지재정의 경직성 문제를 살펴보았다. 의무지출 비중이 높아지는 것은 최근의 복지정책이 현물급여(services in kind)보다 소득이전지출(monetary transfers)을 확대하는 방향으로 나아가기 때문이다. 이러한 추세는 국가경제가 발전하면서 대부분의 선진국들이 이행하였던 정책 경로이다(OECD, 2005). 그런데 주로 소득이전지출인 의무적 자격급여²⁰⁾는 개별법에 근거를 두고 수급대상과 급여액이 결정되는데, 보건복지가족부 소관 예산사업에서는 절대빈곤층에 대한 기초생활보장급여²¹⁾, 일정 소득 이하의 노인에게 대한 기초노령연금, 장애등급과 소득에 따라 지원되는 장애수당²²⁾, 보육대상 가구의 소득에 따라 지원되는 보육료 등이 대표적이다. 한편, 기금사업에서는 연금급여, 실업급여 및 산재급여가 자격급여에 해당하지만, 본고는 예산사업에 초점을 맞추어 분석한다.

자격급여지출의 증가와 관련된 현안을 살펴보면 첫째, 급증하는 복지지

20) 단, 보육료지원은 2009년 하반기부터 보육대상아 가구에 바우처방식으로 지원할 계획이며, 기초생활보장급여 중 ‘의료급여’는 질병발생시 진료서비스를 제공하는 현물급여이다.

21) 생계급여, 주거급여, 의료급여 등 7종의 급여가 포함된다.

22) 장애수당은 급여수준이 법령에 명확히 규정되어 있지 않아, 타 급여에 비해 제도적으로 미비한 측면이 있다.

출의 자동적 증가(automatic increase)는 의무지출 중에서도 특히 자격급여의 확대에 의해 주도된다는 점이다. 앞서 보았듯이 보건복지가족부 예산에서 의무지출이 차지하는 비중은 2005~2008년간 93~95% 수준이지만, 그 규모는 2005년 9.5조원에서 2008년 15.6원으로 크게 증가하였다. 그런데 <표 1-5>에서 자격급여 종류별로 지난 4년간(2005~2008년) 연평균 증가율을 보면, 기초생활보장급여 16.3%, 기초노령연금 95.8%, 보육료지원 44.6%, 장애수당 등 53.5%로 대폭 늘어나고 있음을 알 수 있다.²³⁾ 이상 복지분야에서 대표적인 4가지 유형의 자격급여예산 증가율은 2005~2008년간 연평균 22.4%로, 같은 기간 중 보건복지가족부의 예산²⁴⁾ 증가율(18.4%)을 6.1%p 상회한다. 이는 기간 중 새로운 제도의 도입, 정책의 전환, 급여대상과 수준의 지속적 확대 등 상당한 변화가 수반되었기 때문이다. [그림 1-2]에서 보듯이 자격급여지출은 빠르게 증가하지만, 한편으로는 국민기초생활보장의 사각지대에 속한 비수급 빈곤층이 수급권자보다 많은 160만명 수준으로 추정²⁵⁾되어, 복지재정운용의 수직적 형평성 문제는 여전히 상존한다.

23) 의무지출인 건강보험지원은 2006년 3조 1,115억원에서 2008년 3조 5,292억원으로 증가한데 불과하다.

24) 2005~2007년간은 구 여성가족부 예산을 포함한다.

25) “기초생활보장 부정수급 예방 박차”, 보건복지가족부 보도자료, 2008. 10. 2(현행 수급권자는 155만명이다).

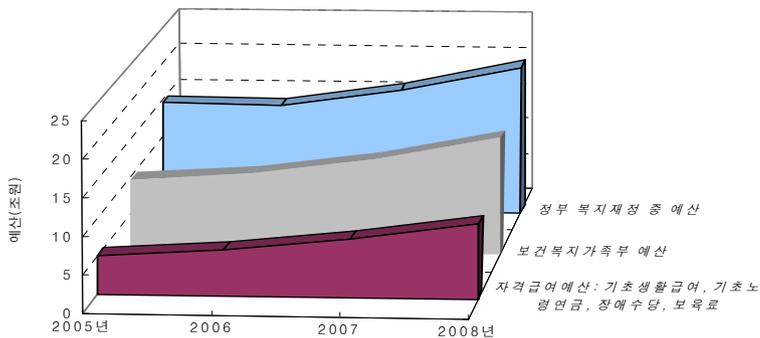
〈표 1-5〉 주요 자격급여 예산: 2005~2008년

(단위: 억원, %)

	2005	2006	2007	2008		연평균 증가율 ¹⁾
				본예산	제1회추경	
정부 복지재정 중 예산(a)	146,729	145,027	168,144	201,731	-	11.2
보건복지가족부 예산 ²⁾ (b)	95,505	105,792	126,671	153,888	158,548	18.4
[주요 자격급여 예산, c]	52,034	61,216	77,411	96,207	100,346	24.5
기초생활보장급여	46,225	53,438	65,759	68,505	72,644	16.3
- 생계급여 등	24,077	26,815	29,988	33,344	34,736	13.0
- 의료급여	22,148	26,623	35,771	35,161	37,908	19.6
기초노령연금(구 경로연금)	(2,126)	(2,155)	(2,177)	15,960	15,960	95.8
차등보육료 지원	2,671	4,386	5,936	8,079	8,079	44.6
장애수당 등 ³⁾	1,012	1,237	3,539	3,663	3,663	53.5
정부 복지예산대비 복지부예산 비중(b/a)	65.1	72.9	75.3	76.3	-	-
복지부 예산대비 자격급여 비중(c/b)	54.5	57.9	61.1	62.5	63.3	-

- 주: 1) 2005~2008년간이며, 2008년은 추경예산을 기준으로 함.
 2) 일반회계 기준이며, 2008년은 정부조직 개편(2008. 2) 후 보건복지가족부 소관 예산이며, 2005~2007년간은 일관성 확보를 위해 구 보건복지부와 구 여성가족부 예산 합산.
 3) 장애수당 등은 장애수당, 장애아동수당, 장애아동교육비, 장애인의료비 포함.
- 자료: 1. 대한민국 정부, 「국가재정운용계획」, 각 년도.
 2. 기획재정부, 「예산개요 참고자료」, 각 년도.
 3. 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.

[그림 1-2] 복지예산 vs 자격급여예산: 2005~2008년



- 자료: 1. 대한민국 정부, 「국가재정운용계획」, 각 년도.
 2. 기획재정부, 「예산개요 참고자료」, 각 년도.
 3. 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.

둘째, 자격급여의 증가는 기초노령연금의 도입, 보육예산의 지속적 확대 등에서 보듯이 저출산·고령사회대책을 위한 예산사업의 확충과 직결된다는 점이다. 기초생활보장급여에서는 7종의 급여 중에서도 의료급여비 증가율이 연평균 거의 20%에 이르는데, 이는 기간 중 일부 차상위계층의 의료급여 편입²⁶⁾도 관련되지만, 수급권자의 고령화에 따른 의료이용 증가²⁷⁾ 등이 주요요인이라고 본다. 2008년부터 도입된 기초노령연금 제도는 기초노령연금법 제정에 의해 기존의 경로연금제도를 대체하면서 노인의 약 70%를 대상으로 보편적 적용 기반을 갖추게 되었다. 또한 영유아 보육료지원은 범국가적 저출산대책의 일환으로 소득기준이 완화되면서 수급대상과 지원규모가 계속 확대되고 있다. 장애수당의 경우에는 장애인차량 LPG세금인상분지원예산 일부를 전환하여, 취약계층에 대한 직접적인 현금급여를 확대하는 방향으로 정책을 선화하였다. 이와 같이 사회·인구학적 여건변화와 더불어 확대되고 있는 자격급여는 주로 공적 부조(public assistance)에 속하므로 국세를 기반으로 하는 일반회계를 통하여 운용되는데, 이에 대해서는 특정재원으로 운용되는 기금²⁸⁾과는 다른 차원에서의 사려 깊은 접근을 필요로 한다. 왜냐하면, 국가의 일반회계는 특정 의무지출사업의 도입과 확대에 따라 지속적으로 늘어나는 지출을 감당하기 위해, 세수를 늘리거나, 다른 사업을 축소시키거나, 국가부채를 늘리는 방법을 선택해야 하기 때문이다.²⁹⁾

셋째, 특정대상인 자격급여 수급권자에 편중된 예산운용은 취약계층에 우선순위를 두는 수직적 형평성을 도모하는 데는 기여할 지라도, 대다수

26) 2004년 말부터 의료급여 대상으로 편입된 일부 차상위 빈곤계층은 2008년과 2009년 양 년도에 걸쳐 다시 건강보험 적용대상으로 변경된다.

27) 적정수준을 벗어나는 낭비적 의료이용 등과 관련된 문제는 일단 논외로 한다.

28) 기금은 목적사업을 위해 사회보험료나 부담금의 부과가 법률에 규정되므로, 조세 저항을 비켜가는 일면이 있다.

29) CBO, *The Outlook for Social Security: Potential Range of Social Security Outlays and Revenues Under Current Law*, Washington, D.C.: CBO, 2004.

서민과 국민일반을 위한 공공복지서비스의 지출에 제약을 가함으로써, 수평적 형평성 문제를 제기하게 된다. 더욱이 급변하는 경제·사회 여건 하에서 위험에 직면한 개인이나 가족을 위한 사전적이며 예방적인 사회서비스 정책이 미흡한 것은 향후 과다한 사회적 비용을 발생시켜 재정운용의 비효율을 야기할 수 있다. 이러한 측면에서, 복지재정의 배분적 효율성 제고를 통하여 수직적 형평성과 더불어 적정수준의 수평적 형평성이 조화를 이룰 수 있도록 하는 노력이 필요하다고 본다.

3. 의료보장예산의 증가

인구고령화, 의학의 진보, 의료이용 증가 등이 의료비 상승을 주도하면서, 국민건강보험과 의료급여를 통해 이루어지는 의료보장지출이 증가하고 있다. 우리나라의 경우 국민의료비 지출은 OECD 회원국에 비해 과소³⁰⁾하지만, 1999년도에 10.7조원이었던 의료보장지출은 2008년도에는 32.4조원에 이르러, 최근 10년간 연평균 13.1%의 증가율을 기록하고 있다. 이 중 정부의 직접적인 재정부담(direct government financing)은 <표 1-6>에서 보듯이 1999년도에 2.3조원에서 2008년도에는 9.7조원으로, 지난 10년간 4.2배로 늘어났다. 같은 기간에 정부예산이 2.1배로 증가한 것과 비교할 때, 의료보장 재정부담의 빠른 증가세를 잘 알 수 있다. 증가일로에 있는 의료보장지출과 이에 따른 정부의 직접적인 재정부담이 주목되는 이유는 이로 인하여 사회복지, 교육 등 타 분야 지출이 위축되어 국정운영의 비효율을 가져오며, 의료보장지출에 편중된 보건복지가족부의 재정운용은 저출산 고령사회에서 대두되는 다양한 정책수요에 선제적으로 대응하는 것을 어렵게 하게 때문이다.

30) 2005년 기준으로 우리나라의 '경상 GDP 대비 국민의료비 지출비중'은 6.0%로, OECD 회원국 평균(9.0%)에 비해 67% 수준이다(OECD, *OECD Health Data 2007, 2007*).

구체적으로 보면, 2008년도 의료보장 지출총액은 의료급여가 5.0조원, 건강보험이 27.8조원을 합하여 32.8조원이다. 이 중 정부의 직접적인 재정부담은 의료급여 지방비를 포함하여 총 9.7조원으로, 의료보장 지출총액의 29.8% 수준이다. 지난 10년간(1999~2008년) 정부는 의료보장을 위하여 총 61.4조원을 지원하였고, 동 지출은 연평균 17.2%씩 증가하였다. 의료보장 지출총액에 대한 정부의 재정부담은 [그림 1-3]에서와 같이 1999년 21.7% 수준이었으나, 건강보험 재정위기가 발생한 2001년 이래 30%를 넘어섰고 2003년에는 32.8%까지 늘어났으나 이후 다소 감소하여 30% 내외에 있다. 중앙정부의 경우를 보면, 의료보장에 대한 직접적인 재정지원은 지난 10년간 총 54.8조원이고, 연평균 증가율은 17.0%이다. 유형별로는 의료급여가 총 21조원이며, 건강보험지원이 33.8조원 규모이다. 중앙정부 일반회계는 같은 기간 중 연평균 8.9%씩 증가하였으므로, 의료보장에 대한 정부의 재정부담이 빠르게 늘어남을 잘 알 수 있다.

〈표 1-6〉 의료보장에 대한 정부의 직접적인 재정부담: 1999~2008년
(단위: 억원, %)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	합계	연평균 증가율
[의료보장 지출총액, a]	106,789	121,020	162,005	170,104	182,797	194,674	220,565	259,516	302,426	327,932	2,047,827	13.3
• 의료급여	10,688	13,577	20,947	22,119	23,073	24,631	29,028	34,893	46,882	49,683	275,521	18.6
• 건강보험	96,101	107,442	141,058	147,985	159,724	170,043	191,537	224,623	255,544	278,249	1,772,306	12.5
[정부 지원액]												
중양 정부	20,623	27,854	43,985	48,655	54,454	56,897	63,189	69,894	77,825	84,795	548,171	17.0
• 의료급여	8,098	10,320	15,893	16,901	17,612	18,807	22,148	26,623	35,771	37,908	210,081	18.7
• 건강보험	12,525	17,534	28,092	31,754	36,842	38,090	41,041	43,271	42,054	46,887	338,090	15.8
-가입자지원	11,666	15,528	26,250	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	37,281	40,951	306,183	15.0
국고	11,666	15,528	26,250	25,747	27,793	28,567	27,695	28,698	27,042	30,712	249,688	11.4
기금	-	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	55,933	15.2
-공·교법정부담금	869	2,006	1,842	1,615	2,603	3,013	3,427	3,550	4,064	4,580	27,569	20.3
-농어민보험료지원	-	-	-	-	-	247	666	1,359	1,272	1,356	4,900	53.1
정부 전체(b) ¹⁾	23,213	31,111	49,039	53,873	59,915	62,721	70,069	78,164	88,936	96,570	613,611	17.2
의료보장 지출총액 대비 정부 지원액 비중(b/a)	21.7	25.7	30.3	31.7	32.8	32.2	31.8	30.1	29.4	29.8	30.0	-
중양정부 예산(조원) ²⁾	83.7	88.7	99.2	109.6	118.1	120.1	135.2	148.9	156.5	179.6	1,239.6	8.9
보건복지가족부 예산(c)	41,611	53,100	74,581	77,495	85,022	92,322	89,067	97,063	115,292	158,548	884,101	16.0
복지부 의료보장예산(d) ³⁾	20,623	27,854	43,985	44,263	48,008	50,387	53,270	58,871	66,877	73,200	487,338	15.1
복지부예산 대비 의료보장예산 비중(d/c)	49.6	52.5	59.0	57.1	56.5	54.6	59.8	60.7	58.0	46.2	55.1	-

주: 1) '정부 전체'는 중앙의 의료보장예산과 의료급여 지방비(급여의 약 23.7%) 합산.

2) 이하 예산은 일반회계 기준.

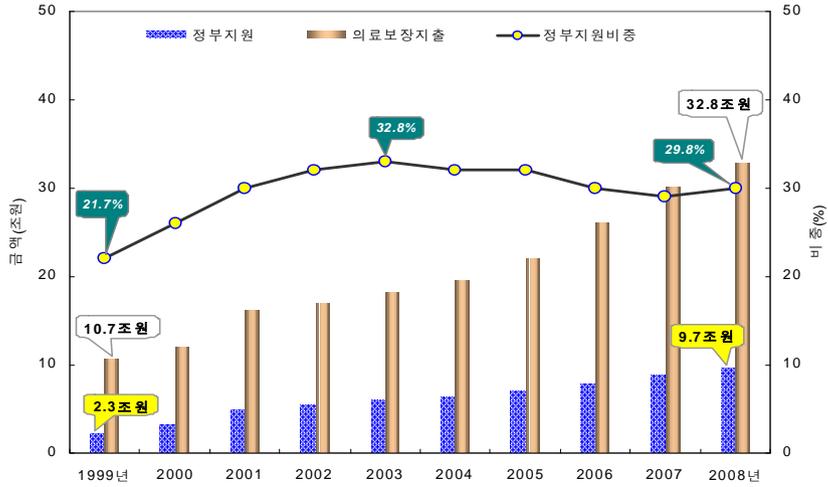
3) 의료급여비, 건강보험 중 국고 및 법정부담금 포함(기금은 제외).

자료: 1. 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각년도.

2. 농림수산식품부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각년도.

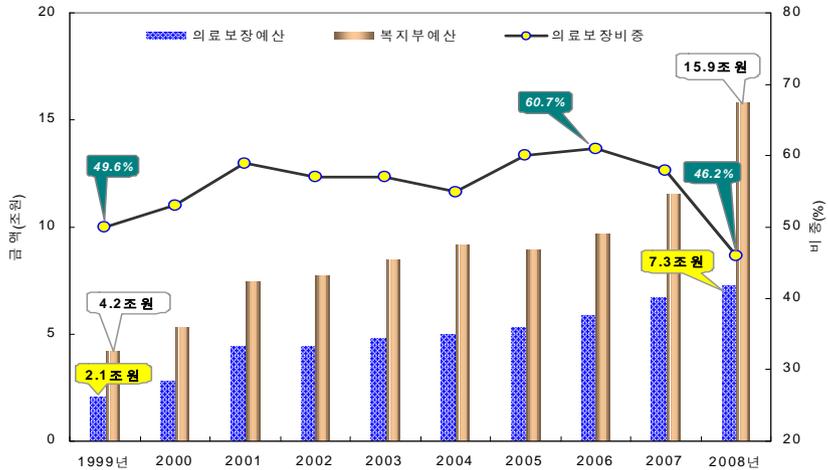
3. 국민건강보험공단 내부자료.

[그림 1-3] 의료보장지출 및 정부지원예산: 1999~2008년



자료: 1. 기획재정부, 「나라살림: 예산개요 참고자료」, 각 년도.
2. 국민건강보험공단 내부자료.

[그림 1-4] 보건복지가족부 예산 및 의료보장예산: 1999~2008년



자료: 1. 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.
2. 국민건강보험공단 내부자료.

특히 보건복지가족부의 경우를 보면, 지난 10년간 일반회계 예산이 연평균 16.0% 수준으로 크게 증가되어 왔지만, 동 예산의 55.1%를 의료급여와 건강보험지원에 지출한 것으로 나타난다. 보건복지가족부가 지난 10년간 의료보장 지원을 위해 지출한 예산은 총 48.7조원이며, 2002년 이래 이루어진 국민건강증진기금을 통한 건강보험지원(총 5.6조원)까지 포함하면 총 54.3조원에 이르는 규모이다. 다만, [그림 1-4]에서 보듯이 보건복지가족부 예산에서 차지하는 의료보장 지원예산비중이 2008년에 46.2%로 전년보다 11.8%p나 낮아진 것은 기초노령연금사업 도입 및 보육예산 이관으로 인하여 복지부 예산규모가 전년보다 4.3조원 정도 크게 늘어났기 때문이며, 의료보장지원예산은 전년대비 9.5% 증가하였다. 더욱이 2008년도에는 제1회 추경을 통하여 의료급여예산이 2,747억원 증액되었다.

이와 같이 환자의 질병치료를 위하여 정부가 직접 지원하는 재정이 지난 10년간 연평균 17% 수준으로 늘어나면서 2008년 한해에도 9조원을 상회하며, 보건복지가족부는 지난 10년간 일반회계 예산의 55%를 의료보장에 지출하고 있지만, 지속가능한 의료보장체계의 구축 및 재정안정화를 위한 적극적인 정책수행은 미흡한 실정이다. 선행연구³¹⁾에 의하면, “어떤 정책수단과 접근방식으로 의료보장지출의 증가율을 억제하고, 의료의 형평성을 제고하기 위한 주요 정책목표를 성공적으로 달성할지”는 각국의 여건에 따라 상이하지만, OECD 회원국의 의료제도는 적절한 정책변화를 통해 대처할 비효율성이 적지 않음을 입증하고 있다. 따라서 급속하게 진전되는 고령사회에서 국정운영의 핵심과제이며 국민생활과 직결되는 의료보장에 관한 재원조달과 급여가 지속성을 확보할 수 있도록, 중장기적으로 재정수지에 미치는 영향을 심도 있게 검토하고 이를 의료보장정책에 반영하여 재정운용의 효율성 제고를 도모하는 방안이 필요하다고 본다.

31) OECD·보건복지부, 「OECD 국가의 의료제도: 성과 향상을 지향하며」, 정형선 역, 2004.

4. 보육예산 증가와 초과집행

영유아 보육에 대한 정부가 재정투자가 확대되면서 <표 1-7>에서와 같이 보육예산은 2005~2008년간 연평균 31.4%씩 증가하여, 2008년도에는 1조 4,178 억원에 이르고 있다. 우리나라에서는 2007년 현재 영유아 수(0~5세)가 283만 명인데, 이 중 보육시설 이용아가 38%인 104만명, 유치원생이 19%인 54만명, 그리고 어느 곳도 이용하지 않는 영유아가 44%인 126만명 수준이다.³²⁾

<표 1-7> 보육예산과 주요 사업비 집행실태

(단위: 억원, %)

	2005	2006	2007	2008	연평균 증가율	2005~2007	
						소계	예비비등 사용
[보 육]	6,244	7,910	10,435	14,178	31.4	-	-
- 영유아보육료지원	3,349	5,218	5,936	8,079	34.1	-	-
- 보육시설운영지원 등	2,895	2,692	4,499	6,099	28.2	-	-
[주요 사업비]							예비비
• 차등보육료, 두자녀이상보육료							1,398억원,
예 산(a)	1,760	2,824	4,309	6,510	54.7	8,893	전용190억원,
지 출(b)	2,298	3,816	4,896	-	46.0	11,010	조정(증)
집행률(b/a)	130.6	135.1	113.6	-	-	123.8	529억원
							(총 2,117억원 증)
• 만5세이무상보육료, 장애이무상보육료							전용 130억원,
예 산(c)	911	1,561	1,627	1,568	19.8	4,099	조정(감)
지 출(d)	1,050	1,402	1,413	-	16.0	3,865	363억원
집행률(c/d)	115.3	89.8	86.7	-	-	94.3	(총 233억원 감)
• 민간시설 영아기본보조금							예비비 300억원,
예 산(e)	-	942	1,327	2,298	56.2	2,269	조정13억원
지 출(f)	-	989	1,726	-	74.9	2,715	(총 313억원 증)
집행률(e/f)	-	105.0	130.1	-	-	119.7	

자료: 1) 기획재정부, 「나라살림: 예산개요 참고자료」, 각 년도.

2) 구 여성가족부, 「세입세출 결산보고서」, 각 년도.

32) 보건복지가족부, 「새정부 보육정책」(<http://www.mw.go.kr>); 통계청, 「KOSIS 국가통계포털」(<http://kosis.nso.go.kr>).

정부의 보육정책은 출산과 육아에 대한 사회적 책임 제고와 더불어 2001년 이래 한국 여성의 합계출산율이 1.1~1.3 수준에 불과한 저출산문제를 극복해 나가기 위한 대책의 일환으로, 보육료 전액지원을 연차적으로 확대하여 부모의 양육비용 경감에 기여하고자 한다. 정책수행에서 특징적인 점은 보육시설에 대해 표준보육비용보다 낮은 보육료 상한선 규제를 두고 있는데, 종사자 인건비 등 보육시설 운영비는 국공립시설에 국한하여 지원하므로, 민간보육시설의 서비스 질이 낮다는 문제가 현안이다. 이러한 여건에서 정책목표를 지원하기 위한 예산은, 시설이용 영유아에 대해 보육비용을 지원하는 ‘영유아보육료지원사업’, 그리고 종사자 인건비 등 보육시설 운영비지원, 기본보조금지원 및 신축지원 등의 ‘보육시설지원사업’의 두 축으로 운용된다. 2008년의 경우, 보육료지원과 시설지원에 대한 예산배분은 57 : 43 정도이다.

그간 빠른 기간에 보육예산이 급속하게 증가한 것은 출산율 저하가 국가 인적자원에 미치는 부정적 영향 등과 관련하여, 양육지원에 정책우선순위를 두어야 한다는 사회적 공감대가 형성되고, 이러한 인식이 보육부문 재정투자로 나타나게 되었기 때문이다. 보육재정 확충은 이와 같은 정책적 공감대와 타당성에 바탕을 두었다고 할지라도, 지방자치단체 단위에서 이루어지는 집행실태를 보면, 단기간에 크게 늘어난 보육대상아 관리과정에서 상대적으로 높게 증액 편성된 예산임에도 불구하고 이를 다시 초과 집행하는 상당 수준의 비효율성 문제가 제기된다.

이와 같은 관점에서 보육정책 수행과 예산운용을 둘러싸고 제기되는 몇 가지 쟁점을 살펴보면 다음과 같다.³³⁾ 첫째, 영유아보육료 지원사업의 경우, 2008년 현재에는 서비스 수요자인 가구에 보육료를 직접 지원하지 않고, 시설 이용 시 공급자(보육시설)에게 보육료를 지원하는 묵시적 바우처(implicit voucher) 방식으로 사업을 수행하고 있다. 묵시적 바우처는 부모

33) 국회예산정책처, “사회복지·보건분야 재정운용구조와 과제”, 「대한민국 재정」, 2008.

의 선택권 및 공급자 간 경쟁을 촉진하기 어려우므로, 명시적 바우처(explicit voucher)에 비해 예산운용의 효율성이 저하될 우려가 있다. 이 문제는 <표 1-7>에서와 같이 2005~2007년간의 결산에서 나타난 과다한 수준의 예산초과집행을 통하여 확인할 수 있다. 차등보육료지원 및 두자녀이상 보육료지원사업은 지난 3년간(2005~2007년) 총 8,893억원의 예산이 편성되었으나 지출액은 1조 1,010억원으로, 초과집행률이 23.8% 수준이다. 초과 집행된 2,117억원은 예비비 1,398억원, 전용 및 조정 719억원으로 충당하였다. 특히 2007년에 보육부문에서 사용된 예비비는 총 626억원³⁴⁾인데, 이는 정부가 사용한 일반예비비 총액³⁵⁾의 8.2%에 이른다. 반면, 같은 기간에 만5세아 무상보육료지원 및 장애아무상보육료지원사업은 편성된 예산을 94%밖에 집행하지 못하였다. 이와 같이 동일한 부문에서 세부사업별로 예산집행이 상반되게 나타나는 까닭은 사업에 따라 대상자 판정에서 재량성이 개입될 수 있느냐의 여부와 관련된다고 할 수 있다. 만약 그러하지 않다면, 이는 예산편성이 부정확하게 이루어졌기 때문이라고 밖에 볼 수 없다.

둘째, 현행의 영유아보육료지원사업은 보육시설을 이용하는 아동을 기준으로 지원되므로, 시설을 이용하지 못하는 아동은 지원에서 배제된다. 언급한 바와 같이 2007년 기준으로 126만명이 보육시설이나 유치원 미이용 영유아로 파악된다. 동 대상은 대개 취약계층이 속하므로 우선지원대상이지만, 지역에 이용시설이 없어서 지금까지는 정부의 지원을 받을 수 없었다는 문제가 있다.

셋째, 보육료 상한선 규제와 관련하여, 민간보육시설의 낮은 서비스 질을 제고시키기 위하여 교사 인건비 등의 명목으로 민간보육시설에 기본보

34) 영유아보육료지원 373억원(차등보육료 313억원, 두자녀이상보육료 60억원), 민간시설 영아기본보조금사업 252억원.

35) 2007년 7,588억원이다.

조금을 지원하는 사업이 도입되었다.³⁶⁾ 그러나 기본보조금지원이 민간보육시설의 서비스 질 개선이라는 정책목표 달성에 기여하였는지는 미지수인데, 왜냐하면 민간보육시설의 시설임대비용 부담 때문에 기본보조금이 교사 인건비로 우선 지원되기 어려운 측면이 있다. 오히려 이보다는 기본보조금 도입이후, 소규모 보육시설인 가정보육이 증가되는 결과를 가져온 점이 주목된다. 2007년 현재 전국의 보육시설 수는 총 30,856개소인데, 이 중 42.7%를 차지하는 13,184개소의 가정보육시설은 전년대비 11.5%나 증가³⁷⁾하여, 기본보조금제도가 오히려 서비스 질이 우수하지 못한 시설의 증가를 초래할 우려도 제기된다. 기본보조금 집행실태를 보면, <표 1-7>에 서와 같이 2006~2007년간 예비비 사용 등이 313억원에 이르며, 2007년에는 예산 초과집행률이 30.1%로 매우 높은 문제가 제기되기 때문이다.

넷째, 공보육체계 확립이라는 정책목표 달성과 직결되는 국공립보육시설의 확충이 부진한 문제이다. 이 사업은 국고보조사업으로 추진되는 신축사업의 경우 시설당 10억~30억원이 소요되나, 건축비에 한해 최고 2억원의 국고가 지원될 뿐, 부지매입비, 나머지 건축비, 기자재 구입비 등은 모두 지방비로 충당해야 하므로, 지방자치단체의 재정부담이 과중하다. 이는 대개 복지분야의 자본보조사업 전반에 걸쳐 제기되는 문제인데, 보육 부분에서는 민간보육시설의 공급과잉도 상존하여 문제는 더욱 복잡하다. 「영유아보육법」의 취지³⁸⁾에 따라 취약지역에 우선적으로 시설을 확충하여 적정수준의 공보육체계를 갖추도록 하자면, 현행의 사업별 정률 국고보조 방식보다 지방자치단체의 재정력과 복지수요에 따라 차등보조율을 적용하는 보조금사업의 대폭적인 개선이 필요할 것이다.

36) 영아에 한해 2006년에 처음 도입되었고, 2008년에는 유아까지 확대되었다. 그러나 2009년부터는 ‘영유아 보육료지원사업’과 통합될 예정이다.

37) 국회예산정책처, “보육부문 재정운용의 문제점과 개선방향”, 「2007회계년도 결산분석 III」, 2008. 7.

38) 영유아보육법(제12조)에 의하면, 국공립보육시설은 도시저소득층밀집지역이나 농어촌 지역 등 취약지역에 우선 설치하도록 되어 있다.

5. 지방의 복지예산 부담과 가용재원

최근 지방자치단체의 복지예산 부담가중 문제가 쟁점화 되고 있다. 이는 근본적으로 자치단체의 가용재원과 복지지출소요 간의 불균형에 기인한다. 2005년 일부 사회복지 국고보조사업의 지방이양이 문제의 직접적인 계기이지만, 이에 대해서는 두 가지 측면에서 세심하게 살펴보아야 할 것이다.

첫째, ‘국고보조사업의 정비방안’(2004. 7)³⁹⁾에 의한 구 보건복지부 소관 67개 보조금사업의 지방이양과 이에 따른 지방재원 보전수단 및 규모에 관한 문제이다. 이는 급증하는 신규 복지지출수요를 예측하지 않고 지방이양 당시의 수요를 기준재원으로 하여 보전재원규모를 결정하는데 기인한다. 정부는 이양사업 재원을 내국세의 0.83%로 연동된 분권교부세(신설)⁴⁰⁾와 지방의 담배소비세수로 보전토록 하고, 복지사업비도 이 재원에서 교부되도록 하였다. 그런데 이양 첫해부터 담배소비세수 감소 등에 따른 재원부족으로 지방비 부담이 급증하여, 분권교부세 법정교부율이 0.94%로 0.11%p 인상되었다. 감사원의 ‘사회복지 지방이양사업 운영실태’에 대한 감사결과(2008)에 의하면, 보전재원이 이양복지사업 예산증가에 크게 미치지 못하여, 지방비 부담이 2005년 6,845억원에서 2007년 1조 4,747억원으로 연 27%씩 증가한 것으로 나타났다. 이에 따라 자치단체는 가중되는 재정부담으로 자율적인 재정운용에 제약을 받게 되고, 이는 자체사업예산이 감소하는 결과를 가져오게 되었다.⁴¹⁾

39) 동 방안은 참여정부가 설치한 대통령 소속의 「정부혁신지방분권위원회」에 의해 마련되었다(2004. 7. 6). 당시 12.7조원 규모의 총 533개 국고보조사업을 대상으로 하였으며, 지방이양 149개(이중 복지사업 67개), 군특사업이관 126개, 보조사업 유지 247개, 폐지 11개 등을 주요 골자로 한다. 이는 지방자치단체의 자율적 재정운영의 제약 및 지방비 부담 가중 등 국고보조금제도의 운영과정에서 나타난 문제점을 해소하고, 실질적인 자치권한 확대를 도모하기 위한 것이었다.

40) 「지방교부세법」에 근거를 두고 2005년 설치되었으며, 2009. 12. 31까지 존속한다.

41) 자치단체의 자체사업예산 비중은 2002년 22.3%에서 2005년 30.5%로 증가하였으나, 이

둘째, 저출산·고령사회 대책 추진에 범정부적 역량이 집중되면서, 복지 분야 국고보조사업이 지속적으로 확대된데 따른 지방비 대응부담의 증가 문제이다. 2005년 이래 연 30% 이상 증가하는 보육지원, 연 50% 이상 증가하는 사회서비스 일자리지원사업, 그리고 2008년 신규 도입된 기초노령연금이 모두 국고보조사업이다. <표 1-8>에서 보면, 2005~2008년간 구 보건복지부 소관 국고보조사업의 연평균 증가율은 27.5%에 이르며, 지방자치단체의 대응부담은 연평균 31.5%⁴²⁾로 나타나, 같은 기간에 연평균 정부총지출 증가율 7.2%와 대비를 이룬다. 국고보조사업에 대한 대응 지방비는 지방의 자체재원이나 지방교부세를 통하여 조달되는데, 지방의 가용재원 증가율이 2005~2008년간 연평균 9.8%에 그쳐, 보조금사업의 대응 지방비 증가율과 비교할 때 그 수준이 약 30%에 불과하다. 따라서 규모는 차치하고 증가율만 보더라도, 지방자치단체는 복지사업의 대응부담을 위해 자체사업 축소 등의 방법으로 사업비를 조정하지 않을 수 없는 실정이다.

셋째, 이상 살펴본 것은 지방의 복지예산 부담과 관련된 보편적인 양상이지만, 이를 지방자치단체 유형별로 보면 복지예산 부담이 각각 다르게 영향을 미친다. 지방자치단체별 기초노령연금 지출양상 분석결과⁴³⁾에 의하면, 자치단체의 기초노령연금 지출부담과 자체사업예산 간에는 음(陰)의 관계가 유의하게 나타났다. 특히, 재정력이 취약한 대부분의 광역시 자치구와 특별시 일부 자치구에서는 복지지출 부담이 타 지역에 비해 상대적으로 큰 반면, 자체사업예산 비중은 전국 평균에 크게 미달하였다. 이는 기초지방자치단체인 시·군 지역과 특·광역시와 자치구가 각각 중앙정부와 광역자치단체로부터 재원을 교부받는 방식이 다를 뿐 아니라, 새로 도

후 감소세로 반전되어 2007년 26.6%로 저하되었다(감사원, 「사회복지 지방이양사업 운영실태 감사결과 보고서」, 2008b).

42) 지방비 부담 증가율이 중앙의 국고보조사업 증가율을 상회하는 까닭은 평균 보조율이 낮은 사업의 증가와 자본보조사업의 부지매입(자치단체 부담) 등에 기인한다.

43) 박인화, “지방자치단체 기초노령연금 지출과 문제점 분석”, 『재정지출 동향분석』 제3호, 국회예산정책처, 2008. 10.

입된 기초노령연금의 국고 차등보조율이 특·광역시 자치구의 지출 수요를 제대로 반영하지 못하기 때문이다.

〈표 1-8〉 구 보건복지부 소관 국고보조사업과 대응 지방비 부담
(단위: 조원, %)

	2005	2006	2007	2008 ¹⁾	연평균 증가율 ²⁾
[중앙 정부]					
정부 총지출	208.7	224.1	238.4	257.2	7.2
구 보건복지부 예산	8.91	9.71	11.53	14.02 (15.39)	16.3
구 복지부소관 국고보조사업	4.95	6.04	7.82	10.25 (10.76)	27.5
[지방 정부]					
구 복지부소관 국고보조사업 대응 지방비	1.78	2.15	2.85	4.05 (5.00)	31.5
지방교부세	20.1	21.5	24.5	28.9	12.9
지방교부세 및 자체 재원	80.8	85.5	93.9	106.0	9.8

주: 1) 제1회 추경은 반영하지 않았으며, 괄호 내는 현 보건복지가족부 기준의 통계임.
 2) 구 보건복지부를 기준으로 함. 괄호에 표시된 것처럼 2008년에 구 여성가족부 보육사업 이관 등으로 보건복지가족부예산이 크게 증가하였는데, 통계의 일관성을 위해 2008년의 경우 구 보건복지부 예산(보육예산 제외)과 이에 따른 국고보조사업을 반영함.
 자료: 1. 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.
 2. 국회예산정책처, 「대한민국 재정」, 2008.

IV. 재정성과 제고를 위한 정책방향

1. 국가재정운용계획의 실효성 확보

국가재정운용계획은 2005년 이래 수립되었지만, 2007년부터 국가재정법 시행을 계기로 동 계획의 수립이 의무화되었다. 그간 5차에 걸쳐 수립된 국가재정운용계획의 보건복지분야 지출을 검토한 결과, 중기지출계획이 매년 크게 변동하면서 분류기준도 달라져 분야별 자원배분에 상당한 변화를 가져왔지만, 이에 대한 정부의 설명은 거의 없다. 정부 총지출에 대한

복지분야 재원배분은 통상적인 복지에산의 증가보다, 주택부분의 분류변경에 의해 2005년 18%에서 2006년 25%로 크게 증가하였다. 그리고 사회 복지분야의 기초생활보장부문을 사례로 보면, 동 지출계획은 계획수립 시마다 5년간 연평균 증가율이 8~15% 정도까지 크게 변동되면서, 중기는 차치하고 직전년도와도 지출계획의 연계가 미약하다.

정부의 각 중앙관서가 이 계획의 토대가 되는 중기사업계획 작성을 위해 년도 초부터 쏟는 노력이 상당하며, 더욱이 수립이 의무화된 이 계획이 명실상부한 중기재정계획이 되도록 하자면, 어느 정도까지 연동시키고 지속력을 부여하여 실효성을 확보하도록 할 것인지를 진지하게 검토해야 한다고 본다. 특히 현재로서는 동 계획이 차년도 예산안과 함께 제출만 되고 있을 뿐, 중기적 관점에서 차년도 예산안을 심의하는데 필요한 소상한 정보를 제공하지 못하므로 그다지 실익이 없다고 해도 과언이 아니다. 일례로 공적연금의 경우, 동 계획에는 차년도를 포함하여 향후 4년간의 급여비 지출규모만 제시되는데, 이는 계획 수립이전과 비교할 때 해당 공적연금기금 운용계획안을 보다 심도 있게 심의하도록 하는데 거의 도움이 되지 않는 실정이다. 복지분야 의무지출이 늘어나면서 재정규모가 크게 확대되고, 사업종류가 늘어나 재정구조가 복잡해졌으며, 재정지출을 수반하는 입법은 여전히 증가되고 있다. 이러한 추세를 감안할 때, 중장기적 관점에서 세입과 세출을 전망하면서 국가재정운용계획을 통하여 한정된 재원을 합리적으로 배분하고, 배분된 재정지출계획이 국민생활 향상에 이바지 하도록 해야 할 필요성은 더욱 증대되고 있다. 더욱이 2009년에는 세계적인 경기침체로 인하여 세수는 줄어들지만 재정지출은 확대되어 국가채무가 크게 늘어날 것으로 예상되므로, 실효성 있는 중기재정계획의 필요성은 더욱 절실하다.

2. 국제기준에 부합하는 재정통계 생산

보건복지재정의 구조에서 살펴본 바와 같이, 우리나라의 복지재정통계에서는 두 가지 문제가 제기되었다. 첫째, 주택부문 지출을 사회복지분야 재정으로 분류하여 복지분야 지출을 팽창시키면서 다른 한편으로는 경제분야 지출은 축소시켜, 정부의 분야별 자원배분을 왜곡시킨다. 둘째, 국민건강보험을 통합재정 외로 운용하기 때문에, 정부의 재정규모와 보건분야 지출을 함께 축소시킨다. 이에 따라 IMF 재정통계에서는 우리나라의 보건지출비중이 0.4%(2005년)로 매우 과소하다. 그리고 이로 인해 IMF 재정통계에 나타난 우리나라의 복지지출비중은 13%로, OECD 회원국 평균과 비교하면 약 1/4 정도에 불과하다. 그러나 정부재정통계에 의하면, 복지재정 비중은 정부 총지출의 26%로, IMF 재정통계에 나타난 비중의 2배 수준이다. 또한 건강보험을 정부재정에 반영하면 우리나라의 복지지출은 정부 총지출의 34%로 추정되어, OECD 회원국 평균의 약 70% 수준까지 올라간다.

재정지출 구조와 추이에 관한 투명하고 정확한 정보는 정책우선순위에 따라 국가재정을 전략적으로 배분하는데 매우 중요한 역할을 한다. 그럼에도 불구하고 객관성을 담보하지 못하는 재정통계로 인하여 분야별 재정지출 구조와 자원배분의 실상이 달리 파악된다면, 이는 재정운용의 방향성 제시 기능을 상실할 뿐 아니라, 한정된 자원의 효율적 배분을 저해한다. 그러므로 우리나라에서도 국제적으로 합의된 기준에 따라 재정통계를 산출하도록 함으로써, 정합성 있는 국제비교가 가능하도록 하는 것이 필요하다. 재정통계 문제에 대해서는 감사원도 결산검사⁴⁴⁾를 통하여 “분류체계 및 통계를 임의로 작성하여 자원배분 효과 파악이 곤란하다”고 지적하면서, IMF 등 국제기준에 따라 지출규모를 산정하고 통계출처를 명확히 제시하는 방안을 마련하도록 정부에 통보한 바 있다.

44) 감사원, 「2007회계년도 결산검사」, 2008. 5.

3. 예산편성 방식의 개선

최근에 정부 총지출보다 2~3배 빠르게 증가하는 복지재정에서 주목되는 점은 법령에 따른 의무지출의 확대 경향이 뚜렷하다는 사실이다. 언급한 것처럼 2008년 기준으로 복지재정에서 차지하는 의무지출 비중은 약 85%이며, 보건복지가족부 예산에서는 약 93~95% 수준이다. 그 결과, 경제·사회 여건변화에 따른 복지수요에 부응하는 재량지출이 극히 제한되어 배분적 효율성이 저해되고 재정운용은 경직성을 띠게 되므로, 예산 확대에도 불구하고 국민일반이 체감하는 보편적 복지서비스의 향상이 용이하지 않다.

그러므로 보건복지가족부 예산에서 의무지출 편중에 따른 재정의 경직성과 배분의 비효율성을 극복하기 위해서는 톱다운 예산제도 운영에서 의무지출과 재량지출을 구분하여, 지출한도는 재량지출에 대해 설정하고 의무지출은 입법과정에 역점을 두면서 별도로 운용하는 방안을 검토할 필요가 있다. 현행 부처별 총액배분 방식에서는 신규 자격급여가 도입되거나 기존의 자격급여가 확대되면, 부처의 지출한도가 크게 늘어나더라도 재량지출 등 타 사업비 편성에 문제를 야기 시킨다. 실례로 2008년 기초노령연금이 도입되면서 보건복지가족부 예산이 전년대비 35% 증액되었지만, 일반회계사업 일부를 국민연금과 건강보험 부담으로 전가시킨 문제가 발생하였다.⁴⁵⁾ 그리고 의무지출은 법령으로 지출의무가 부여되었기 때문에, 본예산이 과소편성 되더라도 이를 초과집행 하는 것을 결산에서 확인할 수 있다.

따라서 예산편성을 위한 지출한도의 설정 시, 의무지출은 제외하고 재량지출에 국한하여 적정하게 지출한도가 설정될 때, 톱다운 예산제도의 취지에 부합하는 재원배분의 효율성과 수평적 형평성이 제고될 수 있다고 본다. 왜냐하면, 예산의 배분적 영향(allocative impact of the budget)을 가늠하는 주요한 척도로 ‘현금급여 vs 현물급여’(monetary transfer vs services in

45) 박인화, “의료보장부문 재정분석”, 「2008년도 예산안 분석(III)」, 국회예산정책처, 2007. 10.

kind)의 상대적 비중이 평가되는데, 현물급여는 주로 재량지출을 통하여 제공될 수 있기 때문이다.⁴⁶⁾

4. 자격급여지출에 대한 기준선 설정

보건복지가족부의 예산에서는 자격급여지출이 2008년 10조 346억원 규모로 최근 4년간(2005~2008년) 연평균 24.5% 증가하였다. 또한 2009년에는 새로운 자격급여인 양육수당이 도입⁴⁷⁾될 예정이다. 보육시설 미이용아동에 대한 양육수당은 초기에는 차상위계층 등에 매우 제한적으로 실시되지만, 향후 소득계층과 급여를 어느 수준까지 확대하느냐에 따라 상당한 재정지출을 수반하게 될 것이다.⁴⁸⁾ 그런데 한정된 재정운용에서 자격급여지출이 자동적으로 증가하면 세수를 늘리거나, 다른 사업을 축소시키거나, 국가부채를 늘리는 방법 중 어느 하나 또는 적절한 정책의 조합을 선택해야 할 것이다. 그러므로 자격급여지출의 급격한 증가에 효율적으로 대응하기 위해서는 단년도 중심의 예산편성에서 벗어나 중·장기적인 재정통제를 강화할 필요가 있다고 본다.

첫째, 자격급여의 법제화에 따른 복지재정 확대에 선제적으로 대처하기 위해서는 관련 법률의 제·개정 시 소요비용에 대한 중·장기 지출기준선(baseline projection)을 설정하고, 이후 각 회계연도의 정책변화까지 고려된 예상지출규모를 점검하여 지출기준선과 비교하면서, 지속적으로 재정건정성을 판단하는 제도적 장치를 마련하는 것이 필요하다고 본다. 이를 위해서는 미국이 「예산집행법」(Budget Enforcement Act)⁴⁹⁾을 통해 도입하였던

46) OECD, *Reallocation: The Role of Budget Institutions*, Paris: OECD, 2005.

47) 「영유아보육법」 개정(2008. 12. 2. 국회 의결).

48) 시설 미이용아동 중 소득 하위 50%에 속한 63만명에 대하여, 월 10만원 급여 시에 연간 소요액은 7,560억원이며, 월 20만원 급여 시는 1조 5,120억원에 이르게 되며, 이와 관련하여 국고보조율을 어느 수준으로 하느냐에 따라 중앙과 지방의 부담액이 결정된다. 현재 보육료지원은 국고보조율이 평균 48% 수준이다.

세입세출균형(pay-as-you-go, PAYGO) 규칙, 그리고 현재 미국에서 시행되고 있는 지출규모점검제도(scorekeeping)를 참고할 수 있다.

둘째, 주로 국고보조사업인 자격급여 확대에 따라 지방자치단체의 부담이 가중되는 문제에 대해서는 입법과정에서 지방에 미치게 될 재정부담을 사전적으로 평가하는 방안을 검토할 수 있다. 비록 제도적으로 차이가 있지만, 미국의 「재정지원 없는 위임명령개혁법」(Unfunded Mandates Reform Act: UMRA, 1995)이 좋은 참고가 될 것이다.⁵⁰⁾ 이 법은 적정한 연방의 재정지원 없이 위임명령으로 주정부 등에 급여비 지출 부담을 부과함으로써 인하여, 주정부 등이 보다 가치 있는 사업들을 수행하지 못하게 되는 것을 방지하는데 목적을 두고 있다.⁵¹⁾

5. 복지전달체계의 효율화

보육예산 사례를 통하여 살펴본 것처럼 예산초과집행 문제는 예산편성의 정확성 제고와 집행과정의 효율성 제고를 각각 필요로 한다. 특히 집행과정에서 부족액이 발생하여 예비비 등을 과다하게 사용하면, 총액배분

49) 동 법은 1990년 제정되었으며, 1998년에 재정흑자가 도래하자 2002년 9월까지로 한정된 시한을 연장하지 않아 자동 폐기되었다. 이에 따라 PAYGO 규칙의 법적근거는 사라졌지만, 2007년 미국 제100대 하원은 의사규칙(H. Res. 6)을 개정하여 PAYGO 원칙을 채택하였고, 상원의 합동결의안(Section 201 of S. Con. Res. 21) 채택에서도 의무지출에 대한 PAYGO 원칙이 포함되었다. 이에 따라 제도도입 당시의 취지는 운영되고 있으나, 법적 구속력이 없어 예산강제조항 절차 등이 발동되지 못하므로, 실질적인 구속력을 발휘하고 있지는 않다. 이러한 문제로 인하여, 현재 미국 상원에는 PAYGO 원칙을 부활하려는 의도의 “Restoring Fiscal Discipline Act of 2007”(S. 10)이 발의되어 있다(국회예산정책처, 「제17대 국회 법안비용추계 성과보고서」, 2008).

50) Anderson, S. and Constantine R., *Unfunded Mandates*, Federal Budget Policy Seminar, Brief Paper No 7, Cambridge: Havard Law School, 2005.

51) 이 법에 따라 미국 의회예산처(CBO)는 법률안이 위임명령을 부과하고 있는지, 그리고 위임에 따른 새로운 의무가 기준액(threshold)을 초과하는 지에 관한 정보를 의회수권위원회(authorizing committee)에 제출한다(김봉주, “미국의 재정지원 없는 위임명령개혁법 사례와 시사점”, 「재정지출 동향분석」 제3호, 국회예산정책처, 2008).

자율편성예산제도(top-down)의 취지와는 어긋나는 결과를 초래한다. 이러한 여건의 개선을 위해 최근 개정된 「영유아보육법」(2008. 12. 2. 국회 의결)은 서비스이용권제도(바우처) 도입을 규정하여 정책적으로 상당한 진전을 시사한다.⁵²⁾ 그러나 전자바우처사업은 카드수수료문제, 부정행위 등과 관련하여 행정적인 관리감독 강화 등 효율적인 복지전달체계가 뒷받침되어야만 정책성과를 기대할 수 있다고 본다. 이는 국회가 2009년도 예산을 의결(2008. 12. 13)하면서, 보건복지가족부에 대해 보육전자바우처사업의 추진과 관련하여 부대의견을 제시한 것과 같은 맥락이다.⁵³⁾ 또한 민간시설에 대한 기본보조금사업의 초과집행문제는 동 보조금이 공급자 보조금이므로 지방자치단체의 공정한 관리감독이 선행되어야 하고, 이로 인해 늘어나는 소규모 가정보육 등에 대한 질 관리를 도모하기 위해서는 세심한 복지행정이 병행되어야 할 것이다.

이제 보육에 대한 본격적인 재정투자가 이루어진지 5년여 기간이 경과하였고 보육예산이 2009년도에는 1조 7천억원을 상회하는 규모로 크게 늘어났으므로, 새로운 사업을 도입하려는 노력 못지않게 사업집행과정에 대한 철저한 검토와 정책분석에 토대를 두고, 수급자를 효율적으로 관리하여 정책 체감도를 높이고 재정성과가 제고되도록 하는 방향으로 사업을 운영하는 전반적인 개선을 필요로 한다.

6. 지방복지재원 지원방식 개선

지방자치단체의 복지예산 부담과 가용재원 간의 불균형은 구 보건복지부 소관 국고보조사업 수행을 위한 지방비 대응부담이 2005~2008년간 연

52) OECD도 한국경제보고서를 통하여 보육대상가정에 시설이용 바우처를 제공하여 부모의 선택권을 확대하고 공급자 간 경쟁을 촉진하는 바람직한 것으로 권고한 바 있다 (OECD, *Economic Survey of Korea 2007: Executive Summary*, Paris: OECD, 2007).

53) 국회예산결산특별위원회, 「2009년도 예산안 심사보고서」, 2008. 12.

평균 31.5% 증가하였지만, 지방의 자체재원과 교부세를 합한 가용재원 증가율은 연평균 9.8%로 대응 지방비 부담 증가율의 31% 수준에 불과한데서 잘 나타난다. 지방자치단체의 복지예산 부담 증가에 대처하여, 적정수준의 재원조달을 지원하고 사업수행을 효율적으로 관리하기 위해서는 다음의 대안이 고려될 수 있다.

먼저, 현행 국고보조사업의 틀 내에서 지방자치단체별로 차등보조율을 합리적으로 적용하는 방안이다. 이를 위해서는 보조금사업별로 수급권자 규모와 자치단체의 재정력 수준을 민감하게 반영하는 기준지표의 개발이 선행되어야 할 것이다. 이 방안은 현행 보조금제도의 기본 틀을 유지하므로 순조롭게 추진될 수 있지만, 중앙정부 중심의 재정운용을 강화시켜 지방자치에 역행하는 측면이 있다. 이와 더불어 재정이 열악한 광역시의 다수 자치구와 특별시의 일부 자치구 문제에 대해서는 특·광역시가 교부받은 보통교부금을 자치구에 조정교부금으로 배분할 때 재정형평을 도모하도록 조정하는 방안이 필요할 것이다.⁵⁴⁾

다음으로, 보다 근본적 접근을 위해서는 지역별 복지수요와 재정력을 정밀하게 측정하여 재원을 교부하는 범주별 재정지원방식을 고려할 수 있을 것이다. 이 경우, 무조건적인 교부(unconditional grant)가 아니라, 대상이나 사업에 따른 범주별 조건부 교부(block/categorical grant) 방식을 채택한다면, 사업을 집행하는 지방의 재정여건 개선과 중앙의 정책기능이 조화를 이루면서 복지재정 운용의 효율성 제고에 기여할 수 있을 것이다. 다만 교부금사업을 어느 범위까지 포괄할 것인지는 지방이양 복지사업의 재원인 분권교부세 폐지⁵⁵⁾ 이후 문제와 국민최저선(national minimum) 보장에 대한 중앙정부의 역할을 고려하면서 심도 있게 논의되어야 할 것이다.

54) 또한 2007년 7월 「지방세법」을 일부 개정하여, 서울특별시 관할 구역 안에 있는 구에 대해 재산세의 공동과세제도가 도입된 것도 참고할 수 있다.

55) 2010년부터 보통교부세에 통합되어 운영될 예정이다.

V. 결론

우리나라에서는 2000년대 들어 정부재정에서 가장 빠르게 증가한 분야가 보건복지재정이라 할 수 있다. 동 재정은 2008년도에 68조원 규모로, 정부 총지출의 26%를 차지한다. 본 연구는 급속히 증가하는 복지재정 운용의 성과제고를 도모하기 위한 정책과제와 방향을 모색하고자 첫째, 정부재정에서 2개 분야, 12개 부문으로 구성된 보건복지재정의 운용구조와 보건복지분야의 중기재정계획을 검토하고, OECD 회원국의 복지재정지출 수준을 비교분석하였다. 둘째, 국민기초생활보장을 비롯하여 복지분야에 속한 9개 부문 사업을 관장하는 보건복지가족부의 재정을 중심으로 정책수행과 재정운용 과정에서 제기되는 주요 쟁점을 분석하였다.

그 결과, 의무지출(mandatory spending)에 편중된 자원배분과 이에 따른 복지재정 운용의 경직성, 법률에 규정된 요건의 대상자에게만 지급되는 자격급여예산(entitlement spending)의 자동 증가, 의료비 상승과 만성질환자 증가 등에 따라 늘어나는 의료보장에 관한 정부의 직접적인 재정부담(direct government financing), 본격적인 저출산대책으로 단기간에 빠른 속도로 증가한 보육재정과 비효율적인 예산집행, 지방자치단체의 복지예산 부담과 가용재원 간 불균형에 따른 자원부족문제 등을 복지재정의 효율성 제고를 위해 개선되어야 할 주요 현안으로 제기하였다.

본 연구는 이들 현안을 개선해 나가기 위하여, 법정 중기재정계획인 국가재정운용계획을 통한 보건복지분야 중기재정계획의 실효성 확보, 국제기준에 부합하는 보건 및 사회복지분야 재정통계의 개선과 신뢰성 있는 통계에 근거를 두는 정책입안 및 재정투자, 의무지출과 재량지출에 대한 예산편성 방식의 개선의 통한 한정된 복지재원의 배분적 효율성(allocative

efficiency) 제고, 의무적인 자격급여예산에 대한 지출기준선(baseline projection) 설정과 이에 근거를 두는 효율적인 지출한도 점검과 관리, 복지서비스 제공에 관련된 여러 중앙관서와 지방행정조직을 효율적으로 포괄하는 전달체계의 개선, 국고보조사업의 지속적 확대 및 분권교부세 만료 등을 감안한 지방자치단체에 대한 복지재원 지원방식의 개선을 시급히 추진해야 할 주요 정책과제로 제시한다.

참고문헌

- 감사원, 「2007회계년도 결산검사」, 2008.
- 감사원, 「사회복지 지방이양사업 운영실태 감사결과 보고서」, 2008.
- 국민건강보험공단, 「건강보험예산서」, 2008.
- 국회예산결산특별위원회, 「예산안 및 기금운용계획안 수정안」, 각 년도.
- 국회예산결산특별위원회, 「제1회 추가경정 예산안 수정안」, 2008.
- 국회예산결산특별위원회, 「2009년도 예산안 심사보고서」, 2008. 12.
- 국회예산정책처, 「대한민국 재정」, 2008.
- 국회예산정책처, “사회복지·보건분야 재정운용구조와 과제”, 「대한민국 재정」, 2008.
- 국회예산정책처, 「제17대 국회 법안비용추계 성과보고서」, 2008.
- 기획재정부, 각 년도, 「나라살림: 예산개요」.
- 기획재정부, 각 년도, 「나라살림: 예산개요 참고자료」.
- 기획재정부, 「한국통합재정수지」, 각 년도.
- 김봉주, “미국의 재정지원 없는 위임명령개혁법 사례와 시사점”, 「재정지출 동향분석」 제3호, 국회예산정책처, 2008.
- 김성은, “보육부문 재정운용의 문제점과 개선방향”, 「2007회계년도 결산분석Ⅲ」, 국회예산정책처, 2008.
- 농림수산식품부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.
- 대한민국정부, 「국가재정운용계획」, 각 년도.
- 대한민국정부, 「세입세출결산보고서: 일반회계」, 각 년도.
- 박인화, “복지재정지출의 추이와 시사점”, 「NABO 재정브리프」 제2호, 국회예산정책처, 2007.
- 박인화, “국민건강보험 재정지출 동향분석”, 「재정지출 동향분석」 제2호,

- 국회에산정 책처, 2007.
- 박인화, “의료보장부문 재정분석”, 「2008년도 예산안 분석(III)」, 국회예산정 책처, 2007.
- 박인화, “의료보장지출 증가에 따른 안정적 재정운용방안”, 「NABO 재정브 리프」 제5호, 국회예산정 책처, 2008.
- 박인화, “지방자치단체 기초노령연금 지출과 문제점 분석”, 「재정지출 동 향분석」 제3호, 국회예산정 책처, 2008.
- 보건복지가족부, 「기금결산보고서」, 각 년도.
- 보건복지가족부, 「세입세출 결산보고서」, 각 년도.
- 보건복지가족부, 「세입세출 예산」, 각 년도.
- 보건복지가족부, 「예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도.
- 보건복지가족부, 「새정부 보육정책」(<http://www.mw.go.kr>).
- 보건복지가족부 보도자료, “기초생활보장 부정수급 예방 박차”, 2008. 10. 2.
- 정부·민간 합동작업단, 「함께 가는 희망한국 Vision 2030」, 2006.
- 통계청, 「KOSIS 국가통계포털」(<http://kosis.nso.go.kr>).
- OECD·보건복지부, 「OECD 국가의 의료제도: 성과 향상을 지향하며」, 정형선 역, 2004.
- Anderson, S. and Constantine R., *Unfunded Mandates, Federal Budget Policy Seminar, Brief Paper No 7*, Cambridge: Havard Law School, 2005.
- CBO, *The Outlook for Social Security: Potential Range of Social Security Outlays and Revenues Under Current Law*, Washington, D.C.: CBO, 2004.
- IMF, *Government Finance Statistical Yearbook 2007*. CD-ROM, Washington, D.C.: IMF, 2008.
- OECD, *Reallocation: The Role of Budget Institutions*, Paris: OECD, 2005.
- OECD, *OECD Social Expenditure Database*. Paris: OECD, 2006.

OECD, *OECD Health Data 2007*. Paris: OECD, 2007.

OECD, *Economic Survey of Korea 2007: Executive Summary*, Paris: OECD, 2007.

OECD, *OECD Factbook 2008: Economic, Environment and Social Statistics*, Paris: OECD, 2008.

〈부표-1〉 OECD 회원국의 중앙정부 복지재정 비중

(단위: %)

	기준년도	보건분야 (health)	사회적 보호 분야 (social protection)	복지재정 합계	비고
그리스	1998	7.1	17.9	25.0	
네덜란드	2004	10.4	42.0	52.3	잠정치
노르웨이	2006	16.4	40.7	57.1	잠정치
뉴질랜드	2006	16.3	35.7	52.0	잠정치
덴마크	2006	0.8	39.1	39.9	잠정치
독일	2006	19.5	55.5	75.0	
룩셈부르크	2006	12.8	66.2	79.0	
멕시코	2000	5.0	20.1	25.1	
미국	2006	25.0	30.2	55.2	잠정치
벨기에	2003	15.5	44.0	59.5	
스웨덴	2003	3.3	49.0	52.3	
스위스	2005	0.2	58.5	58.7	
스페인	2000	15.1	39.5	54.6	
아일랜드	1997	16.3	25.9	42.2	
아이슬란드	2006	27.2	21.0	48.2	
영국	1999	15.4	36.5	51.9	
오스트레일리아	2006	14.9	34.2	49.1	
오스트리아	2005	14.2	47.2	61.4	
이탈리아	2003	3.1	44.1	47.2	
일본	1993	1.6	36.8	38.4	
체코	2006	16.4	32.3	48.7	잠정치
캐나다	2006	8.8	45.6	54.4	잠정치
터키	2001	3.1	5.9	9.0	
포르투갈	2002	16.0	34.3	50.3	
폴란드	2006	10.9	45.9	56.8	
프랑스	1993	21.7	38.8	60.5	
핀란드	1998	3.3	36.4	39.7	
한국	2005(IMF)	0.4(3.5%)	12.7(34.7%)	13.1(27.3%)	잠정치 분야별 재정
	2008(정부)	2.3(20.0%)	24.0(65.6%)	26.3(54.7%)	
헝가리	2002	5.8	30.3	36.1	
슬로바키아	2006	19.0	31.4	50.4	잠정치
30개국 평균		11.5	36.6	48.1	

주: 한국의 경우, 괄호 내는 OECD 평균 대비 비중임.

자료: 1) IMF, *Government Finance Statistics Yearbook 2007, CD-ROM*, June 2008.

2) 기획재정부, 「2008 나라살림: 예산개요」, 2008.

제2장 바우처사업의 효과성 증대를 위한 정책과제⁵⁶⁾

최 성 은

I. 서론

최근들어 사회복지 분야를 비롯한 많은 분야의 재정사업들에 있어서 바우처 방식의 활용이 증가하는 경향을 볼 수 있다. 사회서비스사업에의 e-바우처 도입과 더불어 향후 바우처 방식을 활용한 사업은 보편적 사회서비스로의 대상 확대와 함께 그 활용범위와 규모, 적용대상사업의 수적 측면에서 향후 확대될 전망이다. 우리나라에서의 바우처방식 적용사업은 그 도입의 역사가 짧다면 짧을 수 있고, 그중에서도 수요자에게 직접 지급되는 명시적인 형태의 바우처 사업은 적었다라는 점이 특징이 될 수 있다. 외국의 경우 바우처는 교육, 의료, 식품, 주거 전반에 걸쳐 활발하게 활용되고 있으나, 우리나라의 경우는 일부 교육과 보육 프로그램과 복지 분야, 소수의 문화바우처 등의 분야에서 묵시적 형태의 바우처사업이 일부 시행되어왔다. 그러나 현행의 바우처 방식도입은 수요자 중심의 전달 체계, 민간공급의 활용, 시장메커니즘의 활용을 통한 효율성 제고의 측면에서 기존의 공급자 중심의 보조와 구분된다고 할 수 있다. 기존의 바우처 사업이 공급자 보조인 묵시적 형태의 바우처 사업이 주를 이루었다고 한다면 현행 바우처 방식의 도입은 수요자 중심, 즉 수요자에게 직접 지급되어 수요자 체감도를 높이는 명시적인 형태의 바우처바우처 방식이 주

56) 본고는 최성은 외, 2007, “바우처사업의 효과성제고를 위한 평가방안”, 한국보건사회연구원
구원의 내용을 토대로 작성하였음.

를 이루고 있다. 향후 도입예정인 보육부문의 e-바우처사업도 이러한 예로, 기존 시설에 지급되던 보육료 지급이 수요자에게 e-바우처지원의 형태로 전환될 예정이다. 바우처방식이 새로이 도입되는 신규 바우처 사업으로는, 임신·출산에 소요되는 비용부담의 완화를 위한 임신부진료비 지원 전자바우처 제도가 '08년 12월에 도입예정인 있다. 이외에도, 약값이 부담되어 적절한 치료를 받지 못하는 저소득층의 치매환자에 대하여 약제비 등을 지원하여 적절한 치료 및 관리를 통해 치매의 완치 및 중증화 지연을 목적으로 치매치료바우처가 추진 중에 있다. 사회복지서비스 분야외에도 문화체육관광부는 또한 저소득층 청소년들의 체육활동 참여기회를 확대하고 체력향상과 건강증진을 위한 체육바우처 제도를 도입할 예정이다. ('09년 20억원). 한편 저소득층의 주택임대료를 보조하는 주택바우처 사업도 본격적인 시행에 앞서 시범사업을 앞두고 있다.

바우처는 현금보조와는 다른 현물보조 (in-kind transfer)로 직접적인 현물공급방식보다는 소비자의 선택을 증진시킨다. 현금보조에 비하여는 효율성이 떨어지나 특정 상품이나 서비스의 소비증진이 목적이라는 관점에서 활용되는 전달방식의 한가지이다. 최근 우리나라에서 일어나고 있는 바우처 방식에 대한 관심은 수요자 중심의 전달체계와 소비자 만족도 제고, 예산절감, 특정산업 활성화, 민영화 등의 관점에 기인한다고 할 수 있다. 바우처 방식이 성공적일 수 있기 위해서는 시장의 상황과 수요의 특성 등 여러 가지 요인이 충족되어야 한다. 바우처 방식의 사업의 연혁이 오래된 해외의 사례들을 살펴보면 바우처 사업들에 있어서 여러 가지 문제점들도 발견되고 있다. 바우처 수혜에 대한 도덕적 해이나, 바우처의 불법거래, 서비스 품질의 향상이나 경쟁의 강화보다는 가격 증가나 시장의 양극화 등이 발생하는 일등이 그 예이다. 본 고에서는 바우처의 개념 및 특징과 바우처사업의 국내현황을 간략하게 살펴보고, 바우처사업의 타당성과 한계점, 그리고 바우처사업의 효과성제고를 위한 방안등을 간략하게 제시하고자 한다.

II. 바우처의 개념과 특징

바우처(voucher)란 정부가 직·간접적으로 소비자에게 구매권을 부여하여 필요로 하는 공공서비스를 확보하도록 하는 것을 말한다. 바우처는 궁극적으로는 수혜자들의 해당 서비스 소비증진을 위한 관점에서 도입되며 이러한 맥락에서 현금보조방식과의 차별성이 있다. 또한 바우처는 여러 사업수행자 중에서 소비자가 선택할 수 있도록 한다. 바우처의 이러한 측면은 소비자에게 제한된 구매력(limited purchasing power)을 제공한다. (Steuerle, 2000; Cave, 2001; 김진, 2007; 유한욱, 2006)

소비자에게 선택권과 구매력을 제공하는 방식에 있어서 쿠폰 등을 개인이 직접 사용할 수 있도록 하는 직접적 방식과 사업자와 공급자에게 보조하여 개인이 간접적 구매력을 가지도록 하는 방식으로 제공될 수 있다. 바우처 중 소비자에게 직접적으로 구매를 위한 쿠폰 등을 지급하는 식료품 바우처 방식의 바우처를 직접 바우처라 하며 명시적 바우처(explicit voucher)라고 불리기도 한다. 식료품 바우처, 교육 바우처, 노인승차권 등이 대표적인 직접 바우처에 해당된다. 한편 소비자에게 직접적인 지급 수단을 주는 것이 아니라 서비스 제공자에게 지원 실적 등에 따라 일정한 규모의 비용을 지급하는 방식으로 운영되는 것을 간접 바우처라고 한다. 이러한 간접형태의 바우처를 묵시적 바우처(implicit voucher)라고도 하며 이 경우 직접적인 바우처의 제공이 없더라도 소비자의 선택권이 어느 정도 보장되고 비용의 일부를 정부가 후불로 지급하는 형태를 갖는 것이 일반적이다. 미국의 medicaid, 보육 바우처 등이 대표적이 예이다.

바우처의 지급형태는 현금의 대응 또는 이른바 세금 지원(tax credit)의 형태로 나타나기도 하며 특수한 경우 정부가 사후에 개인에게 세금 환급(tax subsidy)의 방법으로 지급되기도 한다. 지급방식의 경우 일정한 한도(ceiling)가 설정되는 것이 일반적이며 최고 한도를 넘어서는 비용에 대해

서는 자기부담 또는 정부와 개인이 일정비율로 부담하는 공동부담(co-pay) 형식으로 운영되기도 한다. 공동부담 형태로 운영되는 바우처로는 미국의 메디케이드(medicaid)가 대표적이다.

소비자는 해당 서비스의 공급자를 선택할 수 있어야 하지만, 바우처의 종류에 따라서 공급자는 민간이 될 수도 있고 공공부문이 될 수도 있다. 공공서비스의 생산 및 전달체계의 유형 분류상에서 바우처 제도는 민간과 공공의 중간부문에 해당한다고 할 수 있다. 지원형태에 있어서 바우처는 정부가 직접적으로 현물을 지원하는 방식과 현금지원의 중간정도에 해당한다고 할 수 있다. 바우처가 제공하는 선택권은 그 제한정도에 있어 아주 제한적일 수도 있고 비교적 덜 제한적일 수도 있다. 예를 들면 식료품 바우처의 경우 쿠폰을 식료품에만 적용하도록 제한을 할 수도 있고, 주류나 담배 등 다양한 물품을 구입할 수 있도록 제한을 풀 수도 있다. 이때 해당선택권에 제한이 거의 없다면 현금보조와 유사하게 된다.

1. 바우처의 유형

바우처제도는 그 지급형태에 따라 명시적 바우처, 묵시적 바우처 및 환급형 바우처로 분류된다. 쿠폰이나 전자바우처 등 바우처가 명시적으로 사용되는지 그렇지 않은지에 따라 명시적 바우처와 묵시적 바우처로 구분되고, 서비스 거래 후에 지원금을 환급 받는지 여부에 따라 환급형 바우처로 구분된다. 한편, 수혜대상에 따라 선별적 바우처와 보편적 바우처로 분류되기도 한다. 즉, 수혜대상이 전체 소비자인지 특정자격요건을 갖춘 일부의 소비자인지에 따라 보편적 바우처 (universal voucher)와 선별적 바우처 (selective voucher, categoric voucher)로 구분된다(Cave, 2001). 이외에도 바우처 지급액이 균등한지 아니면 수혜자 조건이나 공급자 가격에 따라 차등화 되는지에 따라 균일바우처(uniform voucher)와 차등바우처

(differentiated voucher)로 구분되기도 한다(유한옥, 2006a). 다음에서는 각 바우처의 유형을 살펴보기로 한다.

1) 명시적 바우처

통상적으로 쿠폰이나 복지카드 혹은 전산카드와 같은 전자바우처 등 명시적인 바우처를 수혜자에게 직접 지급하는 방식이다. 수혜자의 신청에 의하여 발급된 바우처가 공급자에게 전달되고 사업담당부서가 공급업체에게 지원액을 지급하는 형식이다. 수혜자의 선택권이 명시적으로 보장된다는 측면에서 수요자 바우처라고 불리기도 한다. 식료품 바우처, 교육 바우처, 노인승차권 등이 대표적인 직접 바우처에 해당된다.

2) 묵시적 바우처

쿠폰이나 카드 등 명시적 형태의 바우처를 수혜자에게 지급하지 않고, 공급업체가 보고하는 수요량에 따라 업체에게 보조금을 지급하는 방식이다. 공급업체는 수혜자의 신청을 증빙하는 서류를 발급하여 지원금을 지급받는 형식이다. 묵시적 바우처는 간접적인 형태의 바우처로 수요자의 선택권을 보장한다는 측면보다는 비교적 공급업체의 품질유지를 돕는다는 의미에서 공급자 바우처라고 명명되기도 한다. 미국의 medicaid, 보육 바우처 등이 대표적인 예이며, 우리나라의 경우 만 5세 무상보육사업 등이 묵시적 바우처에 해당한다.

3) 환급형 바우처

수혜자가 서비스를 구매한 이후에 영수증과 신고서등을 제출하여 지원금을 환급받는 방식이다. 수혜자가 지불능력이 있는 경우는 본인이 지출

하고 나중에 서류 등을 갖추어 환급을 받게 되고, 지불능력이 없는 경우는 공급업체가 할인하여 서비스를 제공하고 서류를 제출하여 사후 환급을 받는 경우도 있다. 우리나라의 환급형바우처 사업으로는 해양수산부의 환경친화형 배합사료생산 사업이 해당된다. 희망 어업인이나 어업단체가 배합사료 사업장으로부터 사료를 구매하는 경우 구매 액을 환급해 주는 형식으로 지원이 되고 있다.

4) 보편적 바우처 (universal voucher) vs 선별적 바우처 (categorical voucher)

수혜자가 전체 소비자를 대상으로 하는 경우는 보편적 바우처로 구분된다. 반면 특정 집단이 어떤 서비스의 소비를 충분히 향유하지 못하는 경우 특정 자격요건을 구비하는 소비자에게만 바우처를 지급하는 것은 선별적 바우처로 구분된다. 통상적으로 자격요건은 소득이나 자산에 근거하여 결정되거나 가구특성에 따라 결정된다. 바우처로 제공되는 서비스 중 초·중·등 교육바우처나 직업훈련바우처와 같은 것은 대체로 보편적 바우처로 제공되는 경우가 많다. 반면 고등교육 바우처나 식료품 바우처(Food Stamp), 주택바우처 등의 경우는 선별적 바우처에 해당한다.

5) 균일바우처(uniform voucher)와 차등바우처 (differentiated voucher)

바우처사업의 지원 금액은 모든 수혜자에게 동일하게 설계될 수도 있고, 경우에 따라서는 지원 금액이 차별화되도록 설계될 수도 있다. 모든 수혜자가 균일한 금액을 지원받는 경우는 균일바우처로 구분된다. 수혜자의 자격조건이나 공급업체의 서비스 가격조건에 따라 지원 금액이 차별화되는 경우는 차등바우처로 구분된다. 차등바우처는 정확한 소득과약이 필요하기는 하지만, 소득역전현상을 방지한다는 측면이 있다. 반면, 균일바

우치는 차등바우처에 비하여 단순한 구조이며, 행정비용이 절감되는 측면이 있다.

〈표 2-1〉 서비스 성격에 따른 바우처의 특징

	아동보육	초·중등교육	직업훈련	고등교육	식료품 바우처 (Food stamp)	공공주택	공적부조
기본목표	가치제 소득제 분배	가치제 소득제 분배	가치제 소득제 분배	가치제	소득제 분배	소득제 분배	소득제 분배
경쟁정도	양호	가변적	양호	양호	양호	양호	양호
정보공개범위	낮음	중간	중간	중간	낮음	낮음	중간
초기공급구조	공적/사적	공적	공적/사적	공적	사적	공적/사적	공적/사적
바우처금액의 차별정도	높음	중간	높음	중간	낮음	높음	높음
보편성의 정도 (보편적-U, 아닐 경우-C)	U혹은 C	U	U	C	C	C	U 혹은 C
자산조사	대체적	대부분	없음	대부분	예	예	대체적
사적공급자의 바우처 상환	가능할 것	가능하지 않을 것	불가능	가능성 있음	가능	가능	가능할 것
추가소비비용 (Top-up fee)부가여부	예	아니오	아마도	가능할 것	예	예	예

자료: Cave, Martin., 「Voucher Program and their Role in Distributing Public Services」, 2001

2. 바우처사업 국내현황과 향후 전망

1) 사회서비스 바우처 사업

현행 복지 분야 바우처 사업은 노인돌보미바우처, 산모신생아도우미지원, 장애인선택적복지, 지역복지서비스혁신사업을 비롯하여, 시험관시술비 지원, 노인실비입소이용료지원, 임산부 및 영유아 보충영양사업의 7개 사업이 있다. 2008년도 예산안을 살펴보면 이들 7개 바우처 사업의 예산은 전년대비 43.5%가 증가하였으며, 총 2,692억 원에 이르고 있다. 예산의 규모로 보아 가장 큰 비중을 차지하고 있는 사업은 지역복지서비스혁신사업으로, 지방자치단체가 수혜대상자와 서비스사업을 개발하고 중앙정부가 사업을 선정하고 지원하는 것이다. 2008년 예산안에서는 기존의 표준형 사업이 보편형 아동투자바우처라는 세부 사업으로 신규 편성되어 아동인 지능력향상서비스 사업과 아동비만관리서비스사업의 2개 바우처사업이 운영되는 것으로 신규 편성되어 있다. 또한 서비스 지원기간이 7개월에서 12개월로 확대됨에 따라, 전년대비 예산이 62.7%증가하였다. 아동투자바우처 사업의 경우, 현재 공급업체가 각 사업에 대하여 2개에 지나지 않아 경쟁적 공급이 어려운 점이 문제점으로 지적되고 있다.

(1) 노인돌보미 바우처사업

노인돌보미 바우처사업은 혼자서 일상생활의 영위가 어려운 노인들의 가사 및 활동보조를 지원하는 서비스를 제공하여 안정된 노후생활을 보장하고 가족의 사회, 경제적 활동기반을 조성하는 것을 정책목표로, 2007년 4월부터 시행되었다. 사업대상은 65세 이상 노인 중 가구의 소득과 건강상태를 고려하여 선정하고 있으며, 가구소득이 전국가구 평균소득의 150%이하이고, 노인요양필요점수가 1~6월은 40점 이상, 7월 이후는 40점

이상~55점미만으로 판정되어야 한다. 다만 가구여건(독거노인, 노인부부 가구, 조손가구, 중증장애인 가구)을 고려하여 서비스 제공의 필요성이 있다고 인정되는 경우, 소득과 건강기준을 초과하더라도 시장, 군수,구청장이 보호가 필요하다고 인정하는 경우는 대상자로 선정할 수 있도록 하고 있다. 대상자 선정을 위한 자산조사는 가구원 수의 산정과 소득조사를 통해 이루어지고 있는데, 소득조사는 원칙적으로 건강보험료 본인부담금액을 토대로 판정하고 있다. 건강상태 판정조사는 일상생활 수행능력 및 인지기능, 문제가 되는 행동 등에 대하여 원칙적으로 보건소 방문건강관리요원이 조사를 하도록 하고 있다.

바우처는 월 3시간 서비스를 9회 제공하는데, 2시간 이용권 9회와 추가 1시간 이용권 9회로 구성되어 있다. 바우처 지원액 및 본인부담금은 소득수준(차상위계층 초과여부) 및 월 서비스 시간량(월27시간 또는 월36시간)에 따라 차등화 되어있다. 정부지원금은 월36시간 이용에 270,000원, 월27시간 이용에 202,500원이며, 본인부담금은 월36시간에 48,000원, 월27시간에 36,000원이 선납되어야 한다. 즉, 서비스 단가는 2시간 이용권이 2만 1천원, 추가 1시간 이용권이 5천 5백 원이 되는 것이다. 다만 차상위 이하 저소득층에 대하여서는 정부지원금이 월36시간에 294,000원, 월27시간에 220,500원이며, 본인부담금은 월36시간에 24,000원, 월27시간에 18,000원이다. 바우처로 이용할 수 있는 서비스는 활동보조와 일상생활지원으로 이루어진 재가 노인돌보미 서비스이다. 서비스 제공기관은 시, 군, 구별로 노인 돌보미서비스 수행능력이 있는 가정봉사원 파견시설, 자활후견기관, 민간영리기관, 기타 비영리법인·단체 중 2개 이상을 지정하는 것을 원칙으로 하나, 관내에서 지정할 제공기관이 없을 경우 지자체가 직접 서비스 제공기관을 운영하거나 인근지역 서비스제공기관이나 활용도 가능하다.

(2) 중증장애인활동보조 사업

중증장애인 활동보조사업은 원활한 활동과 사회생활이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공하여 장애인의 자립과 사회참여를 증진시키는 것을 목적으로 2007년 4월부터 시행되었다. 본 사업은 모든 장애유형(15종 전체)을 대상으로 한다. 이 때, 서비스 지원을 받으려는 자는 장애등록 1급으로 인정조사표에 의해 일정기준 이상인 자로서 장애인등록이 되어 있어야 한다. 지원 대상 선정 시, 소득수준에 따라 본인 부담차가 발생할 수 있다. 서비스를 받기 위해서는 장애인 본인 또는 가구원이 거주지 읍·면·동에 신청하여 보건소에서 인정조사표에 따라 방문 조사하고, 시·군·구는 이 결과를 반영하여 서비스등급 및 인정시간을 최종결정하여 대상자를 선정한다. 서비스 단가는 시간당 8천원으로 하며, 소득수준에 따라 월 2만원에서 4만원까지 본인부담금을 정액제로 설정하여 대상인의 경제적 부담을 경감시킬 수 있다.

사업기관은 경쟁체제를 확보하고 참여 기관의 적정 운영을 위하여 일정한 심사를 거쳐 공공, 비영리 기관 및 민간 기관 중 복수(2개소)로 지정한다. 본 사업을 시행하기 위한 활동보조인은 지자체, 사업기관 및 교육기관에서 수시로 모집한다. 활동보조인의 자격은 학력 제한 없이 만 18세 이상인자 중에서 소정의 연수를 거치고 신체적, 정신적으로 활동보조가 가능한 자이다.

(3) 산모·신생아도우미지원사업

산모·신생아도우미지원 사업은 저소득층과 중산층 산모 가정에 산모·신생아 도우미를 통한 가정방문 서비스를 지원하여 산모 및 신생아 건강관리 및 출산가정의 경제적 부담 완화와 사회적 일자리 창출에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다.

본 사업은 산모의 건강회복과 신생아의 안전을 도모하는 방향으로 지원되고 있으며, 이를 위해서는 양질의 도우미 파견 및 관리를 위해 도우미 급여를 현실화할 필요가 있다. 이러한 노력의 일환으로 도우미 서비스의 질을 높이기 위해서 도우미의 급여를 인상하고, 도우미 참여의 원활을 위해 도우미 소득수준요건을 폐지하였다. 한편, 시·도별 파견기관을 복수로 선정하여 서비스 경쟁을 통한 수혜자 만족도를 제고하고, 사회서비스사업으로서의 기능을 강화하고 있다.

본 사업은 전국가구 월 평균소득의 65% 이하의 출산가정을 대상으로 하며, 산모의 산후 건강관리 및 신생아 관리를 위한 가정방문 도우미 서비스를 제공하고 있다. 물론, 사산 및 유산도 지원대상이다. 지원 대상 가정에 서비스 이용권인 전자카드식 바우처를 지급하는 방식으로 지원하며, 2주(12일)를 원칙으로 하되, 쌍생아의 경우는 3주(18일)를 제공한다. 정부 지원액은 2주에 567천원이며, 4만6천원의 본인부담금을 지급해야한다. 사업비로는 국비 184억, 지방비 62억 총 246억의 예산이 소요되고 있으며, 국고보조율은 서울의 경우 50%이며 지방의 경우는 80%이다.

(4) 지역사회서비스혁신사업

지역사회서비스혁신사업은 중앙정부가 전국을 대상으로 일괄 실시하는 국가 주도형 서비스 제공방식에서 탈피하여, 지자체가 지역 특성 및 주민 수요에 맞는 사회서비스를 발굴·기획하는 사업이다. 서비스 수요자에 대해 바우처를 지원하여 원하는 서비스 제공기관을 선택하게 함으로써 기존의 공급자 주도 방식으로부터의 탈피를 의도하고 있다. 사업의 유형으로는 표준형 사업과 자체개발형 사업이 있다. 표준형 사업은 서비스 수요가 비교적 고르게 분포되어 있거나 미래에 대한 선제적 투자 등 전국단위 공급 필요성이 높은 분야로서 보건복지부가 직접 사업을 발굴·제시하고 지

자체가 선택을 하는 방식이고, 자체개발형 사업은 지역특성 및 주민수요 등을 감안하여 지자체가 주도적으로 발굴·기획하는 방식이다.

총 사업비는 국비 1,150억 원으로 서울특별시의 경우 사업비의 50%가, 시·도는 70%, 신 활력지역에는 80%의 사업비가 지원된다. 사업기간은 1~3년 이지만, 성과평가 결과 성과가 현저히 낮은 경우에는 사업 축소 또는 조기 중단이 가능하다. 본 사업을 추진하기 위해서, 시·도는 지역사회 서비스혁신사업을 전담하여 시행할 수 있는 별도의 TF를 구성하고, 시·군·구는 사업 전담자를 배치하여 사업을 시행함을 원칙으로 한다.

지자체는 보건복지부 심사결과 확정된 사업계획을 바탕으로 대상자 선정기준 및 우선순위를 설정하고, 사업 계획에 명시된 우선순위 이외에도 지방세 납부 실적 등 시·군·구별 여건을 감안한 추가 우선순위를 설정할 수 있다.

바우처 지원방식은 서비스 대상자에게 보건복지부 심사결과 확정된 사업계획에 명시된 정부지원액을 지원하는 형태이다. 바우처는 매월 말일에 익월 분 정부 지원액에 상응하는 액수의 포인트 형태로 지원되며, 포인트는 해당 사업 서비스 제공기관으로 지정된 기관에 한해 사용 가능하고, 현금화는 불가능하다. 서비스의 가격에서 바우처 지원액을 공제하면 본인 부담금이 발생된다. 본인부담금은 일반적인 시장가격을 기준으로 20% 이상 부과를 원칙으로 하며, 반드시 부과하여야 한다. 서비스 가격 인하 등으로 본인부담이 전무하게 될 경우에는 해당 시·군·구청장은 보건복지부장관의 승인을 받아 정부지원액 수준 인하 등의 조치를 취하고 서비스 제공기관에 통보해야 한다. 한편, 서비스 이용자가 서비스의 일부만 이용한 경우에는 서비스 제공기관은 본인부담금의 일부 또는 전부를 환급한다. 매월 지원되는 바우처는 해당 월 이내에 사용하는 것이 원칙이다. 단, 결제는 익월까지 가능하다. 2개월간 바우처 이용실적이 없는 경우에는 서비스 대상자 자격포기로 간주하여 중지처리 한다.

서비스 제공비용은 해당 서비스 제공기관이 서비스 이용료 중 제공기관에서 직접 수령한 본인부담금을 제외한 정부지원금액을 “단말기를 이용한 카드 결제”를 통하여 사회서비스관리센터와 연계된 전담 금융기관에 청구하는 것이 원칙이다. 전자바우처 적용 사업의 경우, 해당 월 서비스 제공 총량의 50%를 초과하여 서비스가 종료된 후부터 해당 월말까지 서비스 비용을 청구한다.

가. 아동인지능력향상서비스

주로 저소득층의 취학 전 아동 및 부모에게 체계적인 독서지도 및 관련 정보 등을 제공함으로써 사교육에 의한 아동기 지적 능력격차가 전 생애에 걸친 언어, 인지, 창의성의 격차로 고착화되는 것을 방지하는 한편, 아동의 생산적 발달 촉진을 통한 출발기회의 형평성 제고를 도모하기 위해 제공되는 서비스이다. 전국가구 평균소득 이하 가정의 취학 전 아동을 대상으로 하며, 가구당 1인 지원을 원칙으로 한다. 바우처 지원액은 1인당 월 30,000원으로 월 4회 대상아동에 대한 1:1 맞춤형 독서지도 서비스, 도서대여 및 지급, 독서관련 정보 제공 및 독서 지도방법 교육 등의 내용이 있다. 서비스 공급기관은 웅진싱크빅과 아이북랜드가 있으며 주 1회씩 서비스가 제공된다. 본 서비스를 필요로 하는 본인 또는 부모는 서비스 대상자 거주지 읍·면·동사무소에 신청 가능하며, 복지담당 공무원이 직권으로 신청할 수도 있다.

나. 아동비만관리서비스

아동비만은 ‘미래의 흑사병’으로 비유될 정도로 심각한 문제로서 우리나라 국민의 건강위험요인 기여도조사결과 비만 및 과체중에 의한 사회적 비용은 2조 1,619억 원으로 추계되고 있다(정영호, 2006). 전 세계적으로

아동비만관리에 대한 관심이 증가하고 있는 상황에 발 맞춰 사업이 추진되었다. 초등학교 재학생 중 경도 이상의 비만(비만 지수 20%이상)을 가진 아동을 대상으로 지원되며, 소득이나 재산 기준은 없고, 가구당 1인 지원을 원칙으로 한다. 바우처 지원액은 1인당 월 40,000원이며 대상 아동 및 부모에 대해 운동 처방 및 운동지도, 영양교육, 각종 정보제공 등을 지원한다. 서비스 공급기관으로는 국민체력센터와 에버케어가 있다. 국민체력센터는 매월 1회의 비만도 분석 및 평가, 운동처방, 회당 1시간씩 주 3회의 운동지도, 영양 및 건강관리 관련 종합관리 서비스 등을 제공하며, 에버케어는 초기 1회의 비만도 분석 및 평가, 운동처방, 회당 2시간씩 월 2회의 운동지도, 영양 및 건강관리 관련 종합관리 서비스 등을 제공한다. 서비스를 필요로 하는 본인 또는 부모는 서비스 대상자 거주지 읍·면·동 사무소에 신청 가능하며, 복지담당 공무원이 직권으로 신청할 수도 있다.

다. 장애아동재활치료 서비스

18세미만 뇌병변, 언어, 청각, 자폐, 지적장애 아동을 대상으로 언어, 미술, 음악 등의 재활치료를 제공하는 서비스이다. 대상은 전국가구 평균소득 50%이하 계층이며, '08년 7월 94개 시군구에서 장애아동 6천 여명을 대상으로 시행하였다. 1인당 지원액은 월20만원이며 주8회 제공된다.

〈표 2-2〉 사회서비스 바우처 사업

(단위: 백만원, %)

사업명	정책목표	수혜대상	공급자	바우처금액	추가 지불	형태	2008 예산 (구성비)
노인 돌봄비 바우처	일상생활의 독립적 수행이 어려운 노인의 안정된 노후생활 보장	월평균 가구소득의 150%이하 가정의 65세 이상의 노인	가정봉사원파견시설 및 자활후견기관	월202,500원- 294,000원 (2시간 21,000원, 추가 1시간 5,500원)	있음	명시적	27,640
산모·신생아 도우미 지원	-저소득층 출산장려 -일자리창출	전국가구 월 평균소득의 65% 이하의 출산가정	도우미교육 훈련을 이수한 저소득층 여성	2주 567천원 (본인부담금 4만6천원)	없음	명시적	24,600
중증 장애인 활동보조서 비스	장애인의 자립생활과 사회참여를 증진	1급장애인 (15종전체) 만6세이상- 만65세미만	- 공공,비영리 기관 및 민간기관 중 복수지정 - 장애인 자립 생활센터, 장애 인복지관 및 자활후견기관	- 시간당 8천원 (시간에 따라 단 가 계산) - 본인부담금 월정액제 (월2 4만원) 설정	없음	명시적	73,800
시험관 시술비 지원	출산을 제고	근로자 평균소득 130%이하 불입부부	전체 의료기관	1인당 150만원, 2회한도	있음	묵시적	12,100
노인 심리 지원	요양시설에 입소하는 노인들에게 이용료지원	요양시설 입소 노인	요양시설	전문요양시설 35만원, 요양시설 17만원	-	묵시적	1,001
임산부/ 영유아 보충영양 사업	기초생활수급자 영유아 및 임산부를 대상으로 식품비를 지원	최저생계비대비 200% 미만인 가구의 임신·출산·수유부 와만 6세 미만 영유아	해당지역 보건소	대상별 문제되는 영양소를 고려하여 차별지원	-	묵시적	9,200
지역복지서 비스 혁신사업	지방자치단체가대상 사 선정, 사업을 개발, 복지부가 지원	전 국민 혹은 평균소득 이하의 일반서민	지방자치단체	- 서비스 분야 및 지역별차별지원	-	명시적	115,000
합계							263,341

주: 지역복지서비스혁신사업은 기획예산처의 바우처사업 분류에는 빠져 있으나 명시적 바우처사업으로 포함함.

- 자료: 1)보건복지부, 「2008년도 노인돌봄서비스사업안내」, 2008
 2)보건복지부, 「2008년도 산모신생아도우미지원 사업안내」, 2008
 2)보건복지부, 「2008년도 장애인활동보조지원 사업안내」, 2008
 3)보건복지부, 「2008년도 지역사회서비스혁신사업 안내」, 2008
 4)보건복지부 사회서비스센터 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr>)
 5)국회예산정책처, 「2008년도 예산안 분석」, 2007
 6)보건복지부, 「2009년도 예산 및 기금운용계획안개요」, 2008
 7)보건복지부, 「“일자리,기회,배려”를 위한 능동적복지 2008년 실천계획」, 2008

2) 보육·교육 바우처

보육관련 바우처 사업은 여성가족부 소관의 영유아보육료 지원사업과 교육인적자원부 소관의 유아교육지원 바우처 사업이 있다. 여성가족부의 영유아보육료 지원 사업은 차등보육료 지원, 만 5세아 무상보육료 지원, 장애아 무상보육료 지원, 두자녀이상 보육료지원의 4개 세부 사업에 2008년 기준 8,079억 원의 예산이 편성되었다. 전년에 대비하여 예산의 36%가 증가되었다. 차등보육료 지원 사업은 만 0세~만 4세까지의 아동에 대해 보육료가 소득별, 연령별로 차등 지원된다. 만 5세아 무상 보육료지원은 보육서비스의 의무적 특성을 중요시 하여 균일하게 지급된다. 두자녀이상 보육료지원사업은 보육료지원이외에도 저 출산 완화의 정책목표가 함유되어 있다.

한편, 교육인적자원부의 유아교육지원 바우처사업은 저소득층 만 3,4세아 교육비 지원, 두자녀이상 교육비 지원, 만 5세아 무상교육비지원, 장애유아 무상교육비지원의 4가지 사업이 있다. 이는 직접적인 지원대상이 수혜자가 되는 학부모가 아니라, 공급자인 유아교육시설이 되고 있어서 묵시적인 바우처에 해당한다.

(1) 보육바우처

보육바우처는 영유아보육법 제10조에 의한 국·공립, 법인, 직장보육시설, 가정보육시설, 부모협동보육시설, 민간보육시설을 대상으로 보육료를 지원하는 것을 뜻하며, 그 지원금은 원칙적으로 매월 초(10일경) 보육시설로부터 e-보육으로 신청 받아 당월 하순(25일경)에 지급된다. 보육료 지원의 산정기간은 매월 1일부터 말일까지로 하며, 지원유형에 따라 ‘지원시점’부터 ‘일할계산’하여 지원한다. 저소득층 차등보육료, 두자녀이상보육료 지원 대상 아동이 소득이나 재산 변경으로 지원계층 변동(3층→2층, 4층

→5층 등)이 있을 경우에 당월 보육료는 변경 전 지원단가로 지원한다. 정부지원시설을 이용하는 영유아의 보육료는 시설유형에 상관없이 정부지원단가를 기준으로 수납하며, 정부 미지원시설을 이용하는 법정저소득층(1층) 아동의 보육료는 정부지원단가 범위 내에서 수납한다. 또한, 보육료를 제외한 여타 잡부금 수납은 원칙적으로 금지하는데, 다만 입소료, 현장학습비 등 수납이 불가피한 필요경비는 당해 시·도지사가 정한 수납액의 범위 내에서 납부한다.⁵⁷⁾ 보육바우처는 현재 총 4가지 세부사업으로 이 있는데 그 분야별 내용은 다음과 같다.

가. 차등보육료 지원

차등보육료 지원은 법정저소득층 아동을 대상으로 하는데, 여기에서 우선 법정저소득층 아동에 대한 규정을 살펴보면, 국민기초생활보장법 제5조에 의한 수급권자 및 그 가구원(특례수급권자 포함), 「모부자복지법」에 의한 보호대상자로 선정된 모·부자가정 아동, 아동복지법 제16조에 의한 아동복지시설에서 생활 중인 만3~4세 아동, 여성폭력피해자 보호시설(가정, 성폭력), 성매매피해자 지원시설에 입소한 여성의 동반자녀, 모자(일시)보호시설 등에 입소한 여성의 동반자녀 등이 대상이다.⁵⁸⁾ 이 외의 기타 저소득층 아동은 「2008년도 보육료 지원대상자 선정지침」에 의거 기타 저소득층 보육료 책정기준에 해당하는 자로서 예산의 범위 내에서 지원한다. 차등보육료 지원아동(도시근로자가구 월평균소득 100%이하)은 부모의 소득에 따라 연령별 정부 지원 단가를 기준으로 예산(국고 및 지방비)에

57) 입소료는 상해보험료, 체육복, 가방, 수첩, 명찰구입비 등을 포함하며, 보육료는 종사자인건비, 교재교구비, 급식비 1회, 간식비 2회, 관리운영비(난방비, 공공요금 및 제세공과금, 사무용품비 등)를 포함한다.

58) 국민기초생활보장법상의 특례수급권자(의료, 교육, 자활급여)가 있는 가구의 자녀도 법정저소득층으로 간주한다. 단, 차상위 의료급여 수급권자로 책정된 자가 있는 가구의 자녀는 차상위계층(2층)으로 본다.

서 차등(100%, 100%, 80%, 60%, 30%) 지원받고, 정부지원시설을 이용하는 경우 보육시설에 그 차액을 납부한다. 수급자의 선정은 가구원수(가구주 포함)별 소득인정액을 기준으로 한다.

나. 만5세아 무상보육료 지원

도시근로자가구 월평균소득 수준 이하 자녀 중 초등학교 취학 전 만5세 아동을 대상으로 하며, 취학대상 아동 중 취학 유예된 아동은 취학유예확인서를 제출한 경우에 한하여 만5세아 무상보육료를 재 지원할 수 있다. 다만, 취학유예로 인한 만5세아 무상 보육료 지원은 1회에 한한다. 또한, 초등학교 조기입학 예정아동이 만4세에 보육시설을 이용할 경우, 보호자의 서약서를 제출받은 경우 만5세아 무상보육료를 지원할 수 있다. 지원 아동(도시근로자가구 월 평균소득 100%수준 이하)은 정부지원단가(16만 7천 원)를 100% 지원받는다. 법정저소득층 만5세아 무상보육료 지원 아동은 차액을 수납하지 않고, 만5세아 지원아동에 대하여 기타 보육료(시간 연장 등)를 지원할 경우에는 1층 정부지원단가의 범위 내에서 지원 가능하다.

다. 장애아 무상보육료 지원

장애아 무상보육료지원의 대상은 원칙적으로 장애인복지카드(등록증)를 소지한 취학 전 만5세 이하 장애아동으로 하고 있다. 예외적으로 취학연령이 되었음에도 부득이하게 질병 등의 사유로 일반 초등학교 및 특수학교에 취학하지 못한 장애아동(단, 취학유예서를 제출한 자에 한함)과 장애 가능성이 있는 영아(만0~2세) 및 장애인복지카드(등록증)를 미소지한 만5세 이하 장애아도 장애진단서를 제출할 경우 대상이 될 수 있다. 다만 이 경우 장애진단서 유효기간을 1년으로 하며 보호자 및 보육시설장은 1년마다 장애진단서를 시·군·구에 제출하여야 한다. 장애아동이 정부지원을 받

는 특수학교(유치부 또는 초등학교 과정)를 이용할 경우에는 장애아무상 보육료 지원이 불가하며, 초등학교 과정 아동은 방과 후 보육료 지원이 가능하다.

보육료 지원금은 장애인복지카드(등록증) 또는 의사의 장애진단서를 제출하는 한 보호자의 소득수준에 상관없이 지원받을 수 있다. 보육시설 유형에 관계없이 교사 대 아동비율(1:3)을 준수하는 시설을 이용하는 장애아는 월 37만 2천원 지원받으며, 보육시설 유형에 관계없이 교사 대 아동비율(1:3)을 준수하지 않는 시설을 이용하는 장애아는 해당 반별 보육료(만2세 이하는 정부지원단가, 3세 이상은 시도지사가 정한 수납한도액)를 지원받는다.

라. 두자녀이상 보육료 지원

도시근로자가구 월 평균소득 수준 이하 자녀 중 두자녀이상이 보육시설을 동시에 이용할 경우 둘째아 이상(만4세 이하) 아동이 지급대상이며, 첫째아가 타 보육시설이나 유치원을 이용할 경우에도 둘째아 이상이 보육시설을 이용할 경우에는 지원할 수 있다. 첫째아가 취학아동으로 방과 후 보육시설을 이용하는 경우에는 둘째아 이상이 보육시설을 이용하더라도 둘째아이상 보육료 지원대상에서 제외한다. 두자녀가 동시에 방과 후 보육시설을 이용할 경우에는 지원 대상에서 제외한다. 법정저소득층(1층) 및 차상위계층(2층) 보육료, 만5세아 무상보육료, 장애아 무상보육료를 둘째아 이상 아동이 지원받고 있는 경우에는 지원이 불가하다. 차등보육료 정부지원단가 100%를 초과한 경우에는 정부지원단가 100%(차등보육료+두자녀이상 보육료)까지 지원(1, 2층 미지원, 3층 20%, 4층 40%, 5층 50% 지원)하며, 기타보육료(시간 연장, 야간, 휴일, 시간제)는 지원하지 않고 있다.

보육료 신청 시 두자녀 이상의 입소(학)확인서, 주민등록등본 등 관련

증빙서류를 반드시 제출해야 하며, 입소(학)확인서는 반드시 해당 보육시설장 및 유치원장(타 보육시설장)의 날인을 요한다. 두 자녀 이상 보육료 지원아동(도시근로자가구 월 평균소득 100%이하)은 예산에서 연령별로 각각 50%에 상당하는 정액을 지원받고, 그 차액을 납부한다.

〈표 2-3〉 보육바우처 사업

(단위: 백만원, %)

사업명	정책목표	수혜대상	공급자	바우처금액	추가지불	형태	2008 예산 (구성비)
차등 보육료 지원	- 저소득층에 대한 보육료 지원 - 저출산 완화	0세-만4세 근로자 평균소득 100%이하 가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	소득수준별 차등지원 (정률지원)	-	목시적	603,132
만5세아 무상보육료지원	- 저소득층 유아교육서비스지원 - 교육출발점 평등화 - 여성 경제활동제고	근로자 평균소득 100%이하 가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	월 16만 7천원	있음	목시적	125,512
장애아 무상보육료지원	저소득층 유아교육서비스지원, 교육출발점 평등화, 여성 경제활동제고	12세미만 장애아가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	월 37만 2천원 또는 수납한도액	있음	목시적	31,281
두자녀이상보육료지원	저소득층 유아교육서비스지원, 교육출발점 평등화, 여성 경제활동제고	근로자 평균소득 이하 2자녀이상 가구(만 4세이하)	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	18만 6천원 - 8만 4천원 (연령별)	있음	목시적	47,926
합계							807,851

자료: 여성부, 「2008년도 보육사업안내」, 2008

(2) 교육바우처

교육바우처 제도는 학부모에게 세금의 일부인 공적 자금을 제공하여 자녀들을 원하는 학교에서 공부할 수 있도록 하는 제도로서, 학생과 학부모에게 학교 선택권을 부여함으로써 공립학교 혹은 사립학교 중 원하는 학

교를 선택하고 수업료의 전부 혹은 일부를 국가가 지원하는 것이다. 우리나라의 경우 ‘방과후학교’ 프로그램 등에 바우처 시스템을 도입함으로써 저소득층 학생들의 인권과 학습권을 존중할 수 있을 것이며, 사교육 활동에 평등한 학교 공동체 건설에 중요한 계기가 될 수 있을 것이다. 현재 진행되고 있는 교육바우처는 총 5개 분야가 있다.

가. 만5세아 무상교육비지원

본 교육비의 지원 목적은 두 가지이다. 첫째, 모든 만 5세아가 초등학교 취학 전에 양질의 교육을 받을 수 있도록 교육비를 지원하여 교육출발점 평등 구현하는 것과 둘째, 과도한 유아교육비로 인한 학부모의 경제적 부담완화 및 여성의 사회경제활동 지원하는 것이다. 1999년 최초 도입된 이 제도는 근로자 평균임금의 100%이하의 가구에 지급되며, 법정 저소득층 및 기타 저소득층 자녀 중 초등학교 취학직전 1년 아동을 대상으로 한다. 국·공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관이 교육비 공급자 역할을 하며, 총 25명을 지원한다. 국·공립 유치원은 1인당 5만 5천원 이내, 사립유치원은 1인당 16만 2천원 이내의 범위에서 지원한다. 또한, 경우에 따라 추가로 지불할 수 있으며 묵시적 형태의 바우처라고 할 수 있다.

나. 저소득층 만 3, 4세아 교육비 지원

1991년 도입된 저소득층 만 3, 4세아 교육비 지원은 저소득층 자녀 만 3, 4세아의 유아교육 기회를 확대하고, 학부모의 유아교육비 부담을 완화하여 교육복지 구현(교육출발점 평등) 및 여성의 사회활동 지원하는 데 그 목적이 있다. 이 사업은 국민기초생활 수급권자(1층), 차상위계층(2층),

차차상위계층 등(3, 4, 5, 6층)을 대상으로 시행되고 있으며, 총 17명이 혜택을 받고 있다. 국민기초생활 수급권자(1층)와 차상위계층(2층)은 국공립 월 5만 5천원 이내, 사립 만3세 월18만원, 만4세 월16만 2천원 이내의 범위에서 지원받으며, 저소득층 3층은 1, 2층의 80%, 4, 5층은 50% 그리고 6층은 20% 만큼을 지원받고 있다.

다. 두 자녀 교육비 지원

저소득층(도시근로자 월평균소득 100%이하) 가정에서 두 자녀가 동시에 유치원 취원 시 둘째 자녀의 교육비를 지원하여 학부모의 교육비 부담 경감해 주는 것이 목적이며, 국고와 지방비의 비율을 5대5로 하는 것을 조건으로 한다. 도시근로자 중 월평균소득 이하의 가정을 대상으로 하며, 총 지원규모는 3명가량으로 추정된다. 1인당 지급되는 지원비는 국·공립은 월 5만 5천원, 사립은 만3세는 월 9만원, 만4세는 월 8만 1천원이다.

라. 장애유아 무상교육비지원

특수교육진흥법에 규정된 만 3~5세 특수교육 대상 장애유아의 유치원 학비지원으로 유치원 과정의 완전 무상교육 실현하고, 특수교육 기회확대를 통한 특수교육 대상유아의 장애경감, 2차 장애예방 및 성장·발달 촉진을 통해 장애유아 가정의 생활안정 및 교육복지 증진을 기본 목적으로 하는 사업이다. 유아특수교육기관 외 일반유치원에 취원하는 만3~5세 장애유아 및 만 6세 취학 유예자 중 지원조건에 부합하는 경우 지원 가능하며, 지원이 꼭 필요한 장애유아가 누락되거나 지원 대상이 아닌 일반유아에게 지원되는 사례가 없도록 지원대상자 엄선하는 것을 기본 방침으로 하고 있다. 교육기본법 제18조(특수교육), 초·중등교육법 제59조(통합교육), 특수교육진흥법 제5조(의무교육 등), 제8조(조기교육 대책 강구) 및 특수

교육진흥법시행령 제5조(무상교육 등의 범위)를 전제로 시행되고 있으며, 시·도 교육청이 사업주체로 활동하고 있다.

만3~5세 유아 중 특수교육 대상유아는 특수교육기관이 아닌 공립유치원 및 사립유치원에 취원하는 만 3~5세 장애유아 전원을 대상으로 한다. 초등학교 취학의무 유예자 중 특수교육 대상아동은 만 3~5세 기간에 유아특수교육기관 및 공·사립유치원에서 무상 교육비를 지원 받지 않은 특수교육 대상아동(무상보육 지원 실적이 있는 장애유아도 포함)에게 1년에 한해 유아특수교육기관 취원 허용 및 공사립유치원 취원 시 무상교육비 지원한다. 초등학교 취학의무 유예자중 만 3~5세 기간에 무상교육 지원을 받은 실적이 있을지라도 특수학교 초등부 또는 초등학교 특수학급 취학을 희망하나 거주지 관내에 특수학교 초등부 또는 초등학교 특수학급이 없어 일반유치원에 취하는 경우 1년에 한해 무상교육비를 지원한다.

일반유치원 취원 장애유아 지원은 특수교육진흥법 제12조 및 동법 시행령 제5조에 의거하여 입학금, 수업료, 교과용도서대(교재대)외에 급식비, 통학비, 기타 유치원 교육활동비 등을 포함하여 지원하고 있다. 특수교육 대상유아를 배치 받은 유치원장이 시·군·구교육청에 분기별 학비 지원신청서를 제출하고, 시·군·구교육청은 해당 유치원에 분기별로 지원한다.

마. 방과후 학교운영 지원

방과 후 학교운영의 목적은 크게 4가지로 구분된다. 첫째, 사회양극화 완화를 위해 교육격차 해소하는 것이다. 소득 계층별·지역별 교육비 지출 격차는 단기적으로는 학업성취도의 격차로, 장기적으로는 학력 간 임금 및 소득격차로 이어지기 때문에 양극화 완화를 위해 교육격차의 해소가 우선되어야 한다는 것이다. 둘째, 저출산·고령화 등 사회변화에 부응하는 교육서비스 요구 증대하기 때문이다. 맞벌이 부부가 증가하고 한부모 가

족 등 가족형태가 변화하며, 근로 빈곤층의 증가 등으로 방치되는 학생 증가하기 때문에 이러한 변화에 알맞은 교육서비스의 요구가 높아지고 있다. 셋째, 사회에 진출한 여성들이 안심하고 일할 수 있도록 교육뿐 아니라 보육 프로그램이 강화된 프로그램이 필수적이게 되었다. 마지막으로, 사교육비 경감을 위한 방과후 교육활동 개선에 대한 필요성이 증대되었기 때문이다.

사실 방과후 교육이 도입된 것은 1996년이지만, 방과후학교 바우처 사업이 시작된 시점은 2005년이다. 당시 초·중고 48개 학교를 대상으로 시범 도입 되었으며 2006년에는 자율성·다양성·개방성이 확대된 혁신적인 교육 체제로서 본격적으로 도입되었다. 운영 주체는 학교장, 대학, 비영리법인(단체) 등으로 확장되었고, 지도강사 또한 현직 교직원 중심에서 교직원뿐만 아니라 전문가, 학원 강사, 지역사회인사 등으로 다양화되었다. 교육 대상 또한 본교 재학생 위주에서 타교학생이나 지역사회 성인으로까지 점진적 확대되었으며, 인근 학교 및 지역사회의 다양한 시설을 활용한다. 특히, 기존의 공급자 중심의 체제에서 벗어나 수요자인 학생 개개인의 선택권을 최대한 보장하는 데 주력하고 있다.

〈표 2-4〉 교육바우처 사업

(단위: 백만원, %)

사업명	정책목표	수혜대상	공급자	바우처금액	추가 지불	형태	2008 예산 (구성 비)
만5세아 무상 교육비지원	저소득층 유아교육서비스지원 , 교육출발점 평등화, 여성경제활동제고	근로자 평균소득 100%이하가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	-사립: 월16만2천원 -국공립: 월5만5천원	있음	목시 적	16
저소득층 만3,4세아 교육비지원	저소득층 유아교육서비스지원 , 교육출발점 평등화, 여성경제활동제고	근로자 평균소득 100%이하가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	-국공립: 월5만5천원 -사립: 만3세 월18만원, 만4세 월16만 2천원	있음	목시 적	8
두자녀이상 교육비지원	저소득층 유아교육서비스지원 , 교육출발점 평등화, 여성경제활동제고	근로자 평균소득 100%이하 2자녀 이상 가구	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	-국공립: 월5만5천원 -사립: 만3세 월9만원, 만4세 월8만 1천원	있음	목시 적	2
장애유아 무상 교육비지원	저소득층 유아교육서비스지원 , 교육출발점 평등화, 여성경제활동제고	유아특수교육 기관이 아닌 공·사립유치 원의 특수교육 대상유아	국공립 보육·교육기관 및 정부가 인가한 사립 보육·교육기관	-국공립유치원: 월9만원 -사립유치원: 월36만 1천원			1,204
방과후 학교운영	교육복지실현, 사교육비경감, 학교 지역사회화	기초생활수급 대상자자녀 (만6-17세)	국공립 및 사립교육기관	정규교육과정 이외의 시간을 활용한 교육	-	명시 적	821
합계							2,051

자료: 1) 교육인적자원부, 「2008년도 프로그램 및 단위사업 설명자료」, 2008

3) 기타 바우처 사업

(1) 문화 바우처

문화바우처는 일종의 문화복지 제도로써 교육의 소외와 마찬가지로 저소득층의 문화향수 기회를 확대함으로써 문화의 소외를 막을 수 있는 장

치이다. 또 다른 측면에서는 창작 작품이 관객의 외면으로 사장되어 버리고 최소한의 제작비도 회수하지 못하는 현실에서 최소한의 관객을 만들어 주는 제도이기도 하다. 문화바우처 제도는 2005년 본격적으로 도입되었으며, 2008년도 문화바우처 사업예산안은 총 20억 원이 편성되어 있다.

2008년도 사업 예산안은 전년도 수준과 동일한 20억 원으로 문화예술진흥기금사업 중 ‘문화소외지역대상 나눔사업’의 세부사업으로, 약 940여 개 문화예술 프로그램에 저소득층 약 73,000여명에게 문화바우처를 지급하는 것으로 계획되어 있다. 한국문화예술위원회 문화나눔추진단의 기획 하에 각 광역단체별로 1개씩 지정된 지역 주관처가 해당 홈페이지(www.artstour.or.kr)에 공연·전시 관련 정보를 올리면 바우처 회원으로 등록된 기초생활보장수급자 등 저소득층이 온라인상에서 원하는 프로그램을 선정하고 공연티켓을 받는 방식으로 진행된다.

(2) 직업훈련바우처

직업훈련 바우처는 노동부 소관의 사업으로 고용보험 피보험자인 비정규직근로자가 노동자가 인정하는 훈련과정을 수강하는 경우 연간 100만원씩 5년간 300만원 한도 내에서 실 수강료를 카드로 발급하여 지원하는 바우처 형식의 사업이다.⁵⁹⁾ 2008년도 사업 예산안은 전년도 수준과 동일한 187억 원으로, 훈련참여의지가 높은 비정규직 근로자를 대상으로 바우처를 발급함으로써 훈련생들의 선택권을 강화한다는 점이 바람직하다. 그러나 보다 효율적인 바우처 공급이 이루어지기 위해서는 현재 훈련기관수의 30%미만에 머물고 있는 훈련기관의 참여 수를 높여 훈련생들의 선택권을 확대시키는 일이 우선되어야 할 것이다. 이와 더불어, 현재 훈련기간이 종료된 후 지급되는 훈련바우처의 결제가 훈련 중 일정기간 단위로 지급되

59) 국회예산정책처, 『2008년도 예산안 분석(III)』, 2007.

어야 훈련생들의 재정 안정이 보장될 수 있으며, 참여율 또한 증가할 것이다.

(3) 주택바우처

주택바우처는 저소득층의 주거안정을 위해 정부가 월 임대료의 일부를 집주인에게 쿠폰으로 지급하는 제도이다. 건설교통부 소관 하에 추진되는 본 사업은 2005년에 도입되어 기초생활보장수급자 혹은 모자가정을 대상으로 주거서비스를 지원하는 형식으로 진행되고 있다. 기존주택 소유자와 주택공사가 공급자 역할을 하며 시장임대료와 지불임대료가 바우처 금액으로 책정되었다. 주택바우처의 2008년도 예산은 649억 원으로, 전년도 2,172억원에 비해 3배 이상 삭감되었다. 만일 공공임대아파트가 부도가 난 경우에는 임차인을 보호하기 위해 지자체장에게 ‘부도사업장 매입 허가권’이 부여된다. 과거에는 관리능력이 없는 사업자가 부도사업장을 넘겨받는 경우가 많아 임차인의 피해가 컸지만, 현재는 시·군·구에 기존 주택과 복지업무를 통합한 주거복지 담당조직이 신설되어, 주거복지 활동이 우수한 지자체에는 인센티브가 부여된다.

(4) 유공자바우처

2001년 도입된 국가 유공자를 대상으로 하는 바우처 사업은 국가보훈처의 주관 아래 시행되고 있으며 상이국가유공자(1급~7급)와 고엽제후유증환자 등을 대상으로 지원한다. 2006년을 기준으로 1리터당 240원의 바우처를 제공했으며 LPG 사업자가 공급자 역할을 담당한다. 2008년도 예산은 전년도 수준과 거의 동일한 259억 원이다.

(5) 향후 바우처 도입 예정 사업

향후 도입될 예정에 있는 바우처 사업은 보육·교육분야의 바우처사업, 저소득 임대료 보조 주택바우처 사업, 체육바우처, 치매치료바우처, 임산부 진료비지원 바우처등이 있고, 기존의 사회서비스 바우처도 지원대상과 지원 규모의 확대가 예정되어 있다. 보육바우처의 경우 보육현장에 전자바우처를 도입하여 부모의 체감도 제고 및 보육행정의 투명성·효율성 증가를 제고하고자 하고 있다. '09년 7월부터 시행될 본 사업에는 76억원의 예산이 책정되어 있다. 한편 '08년 12월부터 시행되는 신규 사회서비스 바우처 사업으로는, 임신·출산에 소요되는 비용부담의 완화를 위한 임산부진료비지원 전자바우처제도가 도입예정이다. 이 제도를 통하여 임신한 여성들은 산전 진찰비 20만원을 국가에서 지원받게 된다. 이에 임신이 확인된 여성은 산부인과에서 초음파 검사, 양수 검사 등을 받을 경우 검사 1회당 최대 4만원씩 모두 20만원을 체크카드 형태의 전자바우처형태로 지원받게 된다. 이외에도, 약값이 부담되어 적절한 치료를 받지 못하는 저소득층의 치매환자에 대하여 약제비 등을 지원하여 적절한 치료 및 관리를 통해 치매의 완치 및 중증화 지연을 목적으로 치매치료바우처가 추진 중에 있다. 문화체육관광부는 또한 저소득층 청소년들의 체육활동 참여기회를 확대하고 체력향상과 건강증진을 위한 체육바우처 제도를 도입할 예정이다('09년 20억원). 정부와 지자체가 5:5로 지원하는 이 제도는 16개 시도에 거주하는 저소득층 청소년에게 체육바우처를 월1회 지급하여 인근 국민체육센터에서 제공하는 프로그램을 무상으로 이용할 수 있게 지원하는 것이다. 시도별로 각각 960명을 선정하여 월 2만5천원의 바우처를 10개월간 이용 가능하도록 할 계획이며 사업효과를 평가하여 확대여부를 결정할 예정이다.

<표 2-5> 향후 바우처 도입예정 및 확대대상 사업

사회서비스 바우처사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 중증장애인 활동보조서비스 바우처 지원확대 <ul style="list-style-type: none"> - '08년도 738억원 → '09년도 1,081억원 (46.3% 증) - 대상 및 지원시간: '08년도 2만명, 월평균 56시간 → '09년도 2만5천명, 월평균 70시간 - 단가 7,500원, 12개월 ○ 장애인등 재활치료 바우처 확대(총 150억 원 규모) <ul style="list-style-type: none"> - '08년 7월 94개 시·군·구에서 장애인등 6천여명을 대상으로 시행 중인 재활 치료지원프로그램을 내년부터는 1만 8천명으로 전국에 확대 실시. - 1인당 지원액 월20만원, 주 8회 - 대상: 전국가구 평균소득 50%이하 계층 ○ 노인돌봄서비스 자치단체경상보조: 656 → 487억원(Δ25.7% 감) <ul style="list-style-type: none"> ※ 노인돌봄바우처와 독거노인도우미파견 사업 통합 - 노인돌봄바우처('07년 4월 시행) 확대 <ul style="list-style-type: none"> · 지원대상 : 14,396→10,140명, 지원수준 : 203 → 213천원/월,인 · 지원시간 : '08년부터 월27시간 → 월36시간(9시간증가) - 독거노인도우미파견 <ul style="list-style-type: none"> · 인원 : 6,600→4,990명, 생활지도사 4,780명, 60만원/월, 서비스관리자 210명, 120만원/월 · 운영비(4대보험료, 교육비 등) : 3,304백만원→2,582백만원 ○ 일산부진로비 지원 전자바우처 도입('08.12월 시행예정) <ul style="list-style-type: none"> - 목적: 일산·출산에 소요되는 비용부담을 줄이기 위함. - 임신이 확인된 여성이 산부인과에서 초음파 검사, 양수검사 등을 받을 경우 검사 1회당 최대 4만원씩 모두 20만원을 체크카드형태의 전자바우처 형태로 지원받게 됨.
보육·교육 바우처사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보육료지원체계개선(전자바우처, '09.7.1) : 76억원(신규) <ul style="list-style-type: none"> - 부모의 체감도제고 및 보육행정의 투명성·효율성 강화 - 보육사업 전자바우처 사업관리 : 852백만원 - 현장교육, 토론회, 홍보 등 일반수용비 및 바우처 도입 효과분석 용역비 - 시스템 고도화 : 3,005백만원 <ul style="list-style-type: none"> · 보육포털시스템 구축(S/W 개발, H/W 구입 및 시스템 유지보수비 등) · 관리센터 운영 : 3,699백만원 (바우처 관리·운영 업무위탁비 ※ 헬프데스크 운영, 일반관리비 등) ○ 저소득 임차인 주거비 부담완화를 위한 주택바우처 2010년 시범사업예정 <ul style="list-style-type: none"> - 목적: 저소득 임차인의 주거비 부담완화, 수요자의 주거선택권이 보장되는 수요자 중심의 주거복지 서비스 체제도입. - 대상인 저소득층 기준, 지원 금액 등 구체적인 방안은 향후 결정. - 연구용역을 위해 30억원 예산으로 책정, '09년도 주택바우처제도 도입을 위한 모델구축사업시행.
기타 바우처사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치매치료를 위한 바우처 지원주진 <ul style="list-style-type: none"> - 목적: 적절한 치료 및 관리를 통해 치매의 완치 및 중증화 지연 - 치매진단을 받은 환자 중 저소득계층을 대상으로 약제비 등 치료관리비로 사용할 수 있는 바우처 지원추진 - 지원대상자 기준 및 지원액은 전문가와 관련기관 종사자 등의 의견수렴 및 심층적 검토를 거쳐 결정 예정 ○ 문화바우처 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 문화 바우처 사업의 회원 수가 매년 증가함에 따라 사업규모 확대 필요 ※ (경)회원수 : '06년 78,000명 ⇒ '07년 111,000명 ⇒ '08년 131,000명 - 농산어촌 등 문화 인프라가 부족한 지방의 프로그램 다양화 요구 현재 문화 바우처 사업은 공연·전시 관람 지원에만 국한 - 예산 확대: 08년 대비 48% 증액 : 09년 40억원 - 바우처 이용 프로그램 다양화 : 기존의 공연·전시 관람 지원 외에 도서·음악·미술도구 구입 지원 추가 등 ※ 참여업체의 공급 단가 할인액 만큼 기부금 인정(공연전시는 객석기부제 기 실시 중) ○ 체육바우처 제도 신규 도입: 20억원('09년) <ul style="list-style-type: none"> - 목적: 저소득층 청소년들의 체육활동 참여기회를 확대하고 체력향상과 건강증진을 위한. - 정부와 지자체가 5:5로 지원하는 등 사업은 16개 시도에 거주하는 저소득층 청소년이 대상. - 월1회 체육바우처(체육프로그램이용권)를 지급하여 인근 국민체육센터에서 제공하는 프로그램을 무상으로 이용할 수 있게 지원. - 시도별로 각각 960명 선정, 월 25,000원의 바우처를 10개월간 이용하게 할 계획이며, 내년도 사업효과를 평가하여 확대여부를 결정할 예정.

- 자료: 1) 보건복지가족부, 「2009년도 예산 및 기금운용계획안 개요」, 2008
 2) 보건복지가족부, 「“일자리, 기회, 배려”를 위한 능동적 복지 2008년 실천계획」, 2008
 3) 문화체육관광부, 「공연계에 활력을, 국민에게 감동을!」, 2008
 4) 건설교통부, 「주택바우처 도입방안 연구」, 2007
 5) 국토해양부홈페이지(<http://www.mltm.go.kr>)

III. 바우처 제도의 타당성 및 한계점

현실적으로 그렇지 않은 경우가 많다 하더라도 원론적으로 바우처제도의 출발점은 특정 수혜대상그룹의 해당 상품이나 서비스의 소비를 보조할 필요가 있다는 정책적 판단에서 시작된다. 수혜자에게 현금을 지급하지 않고 바우처를 지급하는 이유는 수혜대상그룹이 주택임대료, 검진료, 보육 서비스, 각종 도우미 서비스등을 충분히 향유할 수 있도록 하기위한 paternalism적인 측면에서 시작된다. 현금을 지불하게 되면 수혜대상그룹이 주어진 가계의 소득하에 효용을 극대화하는 소비 포트폴리오의 선택에 있어서 해당 정책이 목표로 하는 서비스를 충분히 소비한다는 보장이 없기 때문이다. 이때 주어진 정책목표하에서 바우처 제도가 급식지원의 경우 현금대신 바우처로, 주택의 경우 정부의 공공임대주택공급 대신 임대료 지원바우처로선택되었을 경우, 바우처는 일반적으로 수요자 중심의 전달 체계로 소비자 선택권을 강화하고, 소비자 권한을 크게 강화하는 효과를 갖는다. 또한 소비자가 필요로 하는 서비스 공급자를 찾을 수 있게 되므로 서비스 접근성 면에서도 정부의 직접적 공공서비스 제공시 보다 더 많은 혜택을 볼 수 있다. 바우처를 통해 서비스 공급자간의 경쟁을 촉진할 수 있는 시장여건이 형성된 경우, 서비스 질의 향상은 물론 저렴한 가격으로 동일한 서비스를 제공받을 수 있게 된다. 한편 바우처 프로그램은 소비자가 직접 참여하는 방식으로 이루어지므로 프로그램 참여도가 높아지고 이에 따라 정책 목표 달성이 보다 효율적으로 달성될 가능성이 많다.

한편, 바우처 사업이 수요를 증가시키게 되면, 시장 자체 규모 역시 확대될 수 있고 특정산업의 활성화가 일어날 수 있다. 바우처제도 시행이전에는 혜택을 받지 못하던 비영리단체나 종교 관련 단체 등의 공공서비스 제공의 경우 바우처 도입으로 일정 수준 추가적인 재원 확보도 가능하게 된다. 경우에 따라서 바우처제도는 예산통제의 목적으로 도입되기도 한다.

바우처는 제한된 금액을 상한선내에서 보조하는 것이므로 예산당국이 해당사업에 대한 예산통제의 목적으로 활용하기도 한다. 이때는 보조금의 상한선내에서 사업의 비용을 절감하는 것이 목표가 된다. 하지만 바우처가 선택권을 늘리고 서비스보조를 더욱 명확하게 하였을 경우 수요가 증진되기 때문에 비용은 늘어나게 되는 경우도 많다. 일반적으로 서비스공급자들에게 지불되는 가격이 시장가격보다 높은 경우, 바우처를 통한 비용절감 및 예산통제가 이루어질 가능성이 많다.

한편 바우처 방식의 이러한 긍정적 측면이외에도, 일반적으로 정부가 직접 서비스를 제공하는 대신에 바우처 제도를 채택하게 되면 발생할 수 있는 부정적 효과로서는 다음과 같은 것들을 들 수 있다. 첫째, 행정비용의 소요와 추가적 규제가 발생할 수 있다. 바우처 지급을 위한 수혜자격요건(eligibility) 심사가 강화될 여지가 많고, 공급자 확정, 제공되는 서비스의 질(quality) 평가, 제공된 서비스에 대해 후불로 지급하게 될 경우 실패 확인 절차 등 여러 가지 추가적인 규제 및 비용이 발생하게 된다. 둘째, 서비스 질 향상 보다는 수요자 유인을 위한 마케팅 위주의 지나친 경쟁이 초래되어 왜곡된 경쟁이 발생할 수 있으며 영세 서비스 공급자를 대량 유발할 우려도 있다. 셋째, 바우처의 전매(black market), 수요자와 공급자간의 결탁으로 인한 비효율성, 바우처를 사용하는 저소득층을 여타 소비자와 구별시킴으로서 서비스 제공 과정에서 차별(discrimination)을 당하거나 수치심을 갖게 하는 낙인효과(stigma effect)가 발생할 수 있다. 넷째, 시장에 충분한 공급자가 존재하지 않는 경우 바우처 프로그램의 도입은 해당 서비스에 대한 추가적인 수요(additional demand)로 작용하게 되고 결과적으로 해당 서비스의 가격을 단기적으로 상승시키는 부작용을 유발할 수 있다. 다섯째, 바우처 시스템이 일반적으로 정부의 직접적인 서비스 제공보다 효율적인 가능성은 있으나 바우처 자체의 효율성에 대해서는 간과하게 될 가능성이 높다. 예를 들어 특정 목적에만 사용되는 바우처(주택바

우처)가 나오지 아니면 주택, 식료품, 문화 서비스를 모두 구매할 수 있는 범용 바우처가 더 효율적인지에 대해서는 별다른 검토가 이루어 지지 않는 등 적절한 바우처 설계를 통한 바우처의 효율성 제고가 이루어지지 않을 수 있다.

V. 바우처 사업의 효과성 증대방안

수요자 중심, 효율성 제고등의 측면에서 도입되는 바우처 방식이 그 효과를 충분히 발휘하기 위한 선행조건들을 원론적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 명확한 정책목표의 수립이다. 바우처사업의 정책목표는 바우처사업의 성공과 밀접한 관계가 있다. 바우처사업의 정책목표는 소비증진, 선택권 증대, 서비스의 질 향상, 공급자의 경쟁유발, 예산절감 등 다양한 측면에서 출발할 수 있다. 예를 들어, 소비증진이라는 목표에서 출발하는 바우처 사업은 특정집단에게 특정 서비스 소비의 필요성이 있음을 주지하고 소비를 증진하려는 의도에 있는 경우 (paternalism), 권장재(merit good) 개념에서 바우처를 지원하려는 경우로서, 식료품 바우처, 보육료지원 바우처등이 그 예가 될 수 있다. 이 경우는 해당 서비스의 소비수준제고가 필요하며, 현행 수준의 소비가 충분치 못하다는 충분한 근거와 정책적 판단이 선행될 필요가 있다.한편, 바우처제도의 목표가 특정 소비 증진보다는 소비자 선택권을 증대한다든지, 수준 높은 서비스의 향유에 있는 경우도 있다. 이때는 해당 시장의 여건에 대한 분석과 판단이 필요하다.

둘째, 현금지원이나 정부의 직접공급보다 바우처방식이 우월할 수 있는 수혜자의 소비특성, 시장 및 사업의 여건과악이 선행되어야 한다. 이론적으로, 수혜자의 해당 상품 및 서비스 소비가 이미 정부가 지원하려는 바우처 수준 이상인 수혜자라면 소비증진이라는 측면에서는 현금지원이

바우처 방식보다 효율성의 손실이 적을 수 있다. 이 경우 바우처의 제공은 소비증진이라는 측면보다는 소비자의 공급자 선택권 강화에 의의가 있다. 한편, 해당 시장에서 공급이 매우 비탄력적인 경우는 수요가 늘어나더라도 시장소비가 증가하기보다는 시장가격만 상승시킬 가능성도 있다. 이는 주로 단기적으로 공급이 고정되어 있는 경우 나타날 수 있는 현상이다. 주택의 경우가 이러한 예라고 할 수 있는데, 주택은 물량이 적어도 단기적으로는 한정적이며 비탄력적이므로 시장의 수요 증가는 단기적 가격 상승의 요인으로 작용할 수 있다. 이러한 경우는 정부의 직접공급이 바우처방식보다 효과적일 수 있다. 또한 시장의 특성상 민간공급업체보다 비영리법인이 더 경쟁력이 있는 산업의 경우이거나, 공급자들이 주로 독과점에 가까운 형태를 띠고 있는 경우에는 공공부문의 직접 공급이 더 바람직할 수도 있다. 따라서 해당 정책목표와 시장여건하에서 바우처가 가장 적절하고 효율적인 방식인지에 대한 충분한 검토가 선행되어야 한다.

셋째, 바우처의 효과에 대한 충분한 고려가 선행되어져서 효과를 극대화 할 수 있도록 바우처를 설계할 수 있어야 한다. 예를들면, 특정시장에서 바우처의 효과는 시장의 수요와 공급여건에 따라 다르게 나타날 수 있다. 의도한 바와는 달리, 바우처는 시장가격과 최종 물량에 영향을 미치지 못할 수도 있고, 반대로 바우처의 도입으로 인해 해당 상품이나 서비스의 시장가격이 증가하거나 물량이 증가하게 될 수도 있다. 이는 전적으로 해당 상품이나 서비스 시장의 여건과 관련이 깊고, 수혜자와 비수혜자의 상품이나 서비스 소비상의 특성과 공급자 특성에 따라 좌우된다. 수요자 측면에서 보면, 바우처가 시장수요에 미치는 영향은 수혜자와 비수혜자의 가격탄력성 및 소득탄력성에 따라 달라진다. 공급자 측면에서는 해당 서비스나 상품의 시장가격과 물량에 대한 효과는 공급탄력성에 의해 좌우된다. 공급탄력성은 장기와 단기에 있어서 차이가 있으므로 바우처의 가격 및 물량효과는 장기와 단기에서 차이가 있을 수 있다. 공급자와 수혜자의

특성, 시장의 여건등을 충분히 분석하여 바우처의 효과에 대한 충분한 이해가 선행되어야 한다.

넷째, 바우처의 적절한 설계가 필요하다. 주어진 정책목표를 달성하기에 가장 효과적인 자격요건, 급여결정식, 현금환급여부, 한계환급율등에 대한 충분한 고려가 필요하다. 예를들면, 수혜자의 개인별, 가구별 특성에 따른 자격요건은 노동공급 등에 영향을 미칠 수 있으므로 타겟 그룹을 정함에 있어서 바우처 자격요건의 경제적 유인효과를 주의할 필요가 있다.

다섯째, 바우처사업의 시행과 운영측면에서는 개별 주체별 세부 집행 방안의 사전 수립과 신축적 운영이 요구된다. 바우처 프로그램을 이루는 세 주체 즉, 정부(중앙 및 지방일선) 수요자, 서비스 공급자 각각에 대한 세부 운영 방침의 마련과 시범 프로그램 운영을 통한 문제점 도출 등의 철저한 준비가 있어야 한다. 예를 들어 보육 바우처의 경우 보육대상 아 이들이 결석하거나 조퇴할 경우 이를 서비스 제공일자로 파악하여 보상해 주어야 하는지 여부, 시장가와 바우처 가격이 차이가 있을 경우 개별 부모에게 추가적인 비용을 청구할 수 있도록 하는 방법 인정 여부, 파트타임-바우처 즉 하루에 몇 시간 정도만 이용하는 경우에 제공되는 바우처의 도입 방안, 바우처 제공 후 대가 수령을 위한 세부 절차(소요 시간) 및 대가 지급 지연에 대한 비용 보상 방법 등 서비스 공급자가 실제 부딪칠 수 있는 각종 상황에 대한 대처 매뉴얼이 준비되어 있어야 한다.

중앙 및 지방정부에 있어서도 중앙정부와 지방정부의 역할 분담, 대상자 파악을 위한 실사 및 사후 평가 세부절차, 바우처 프로그램의 효율적 활용을 촉진할 수 있는 다목적용 (예시: 주택 및 식료품 겸용 바우처 등) 바우처의 도입 가능성 검토 등 다양하고 세부적인 지침이 사전에 이루어져야 한다.

바우처의 방식이나 집행 절차 등에 대해 일률적으로 정의하고 관리하는 것은 바우처 도입 취지에도 부합하지 않고 실제 운영에 있어서도 부작용

을 유발할 수 있다. 형태가 정형화되지 않더라도 소비자에게 선택권을 넓히고 공공 서비스의 전달이 보다 효과적으로 전달된다면 광의의 바우처에 해당되기 때문에 형식보다는 제공되는 서비스의 특성이나 지역적 특성을 감안한 신축적 운영방안 도입이 이루어져야 하며 정기적인 사후평가 등을 통해 피드백을 실시하여 제도를 보완, 운영하는 것이 바람직할 것이다. 예를 들어 성격이 전혀 다른 교육 바우처와 주택 바우처를 동일한 기준과 목표를 설정하여 관리할 경우 효과적인 사업관리가 불가능할 것이다.

여섯째, 공급업체간의 경쟁 촉진이 필요하다. 예를 들어 고립된 지역에 공공서비스를 제공하는 공급자가 독점적 지위를 누리고 있다면 바우처를 통한 효율성 확보 가능성은 낮다. 이 경우 경쟁이 가능하도록 제도를 개선한다거나 타 지역 서비스를 활용할 수 있도록 인센티브를 소비자에 제공하는 등 시장 상황에 맞는 경쟁 촉진 방안이 사전에 마련되어야 한다. 전체 시장에서 바우처가 차지하는 비중이 지나치게 미미할 경우 경쟁 촉진이라는 정책 목표는 달성하기 어렵다. 따라서 어느 정도 시장에 영향을 줄 수 있을 규모로 바우처 프로그램이 시행되는 것이 바람직하다.

일곱째, 중앙정부와 일선행정기관(지방자치단체)의 적절한 역할 분담이 필요하다. 중앙정부와 일선행정기관간의 역할 분담에 있어 일률적인 원칙을 정하기는 어려운 일이다. 미국의 사례를 예로들면, 중앙부처는 원칙적으로 바우처 금액 규모 및 배정에 대한 일반적인 정책 권한을 갖고, 이런 원칙하에 바우처 정책 방향이 확정되면 필요한 재원은 중앙정부로부터 나와서 일선 행정기관에 배정되며, 구체적인 지급 기능은 일선행정기관(지방자치단체)에 의해 이루어진다. 일선행정기관은 서비스 질 관리를 위한 성과 기준, 서비스 제공에 대한 대가(reimburse) 결정, 바우처 제공 기관 및 수요자 범위의 구체적 설정 등 실질적으로 프로그램이 진행될 수 있는 사항에 대한 결정권을 갖는다. 특히 일선행정기관에서 주요한 기능으로 고려되어야 할 것은 계약 관리(contract management) 기능이다. 서비스 제

공과 대가에 대한 지급이 철저하게 계약에 의해 이루어지므로 일반적인 공공서비스 공급 방식과는 달리 전문적이고 세밀한 계약관리 기능이 확보되어야 한다. 아울러 서비스 제공 프로그램 전반을 모니터하고 평가할 수 있는 검사 시스템 구축도 일선행정기관 차원에서 반드시 이루어지는 것이 필요하다. 또한 서비스 제공 전반에 대한 관리와 효율적인 자원 배분을 위해 전산화 시스템 구축 및 실시간 양방향 정보 교류 체계도 구축되어야 한다.

여덟째, 유사한 바우처사업의 전달체계와 자격요건의 통합관리체계가 필요하다. 바우처방식을 활용한 사업들은 다양한 분야와 여러개 부처의 사업들로 이루어져 있는데 성격상 유사한 대상그룹을 타겟으로 하는 경우가 있을 수 있다. 이때 해당 부처에 따라 자격요건의 기준이 다르고 다른 전달체계와 운영조직들을 필요로 하게 되는 경우 소요되는 행정비용은 상당할 수 있다. 자격요건은 통상적으로 소득조사나 자산조사를 통해 이루어지는데, 바우처 사업은 되도록 복잡한 소득조사나 자산조사에 의존도가 낮을 수록 효율적이 될 수 있다. 바우처가 비교적 발달한 해외의 사례를 보면 통합바우처의 시행등을 통해 시스템을 통합하고, 소득조사나 자산조사에 의존도를 높여 비용절감과 효율성제고를 꾀하는 개혁안들이 나오고 있다. 현행의 바우처 사업은 바우처사업의 시스템 가동비용, 사업의 진행에 대한 점검등 여러 가지 측면에서 행정비용이 상당할 가능성이 있으므로, 효율적인 관리시스템과 전달체계의 구축이 요구된다.

참고문헌

- 교육인적자원부, 『2008년도 프로그램 및 단위사업 설명자료』, 2008.
- 국회예산정책처, 『2008년도 예산안 분석(III)』, 2007.
- 김진, 「바우처 제도의 이해와 현황: 복지와 선택을 중심으로」, 『재정포럼』, 제 131호, 한국조세연구원, 2007.
- 보건복지부, 『2008년도 노인돌보미바우처 사업안내』, 2008.
- 보건복지부, 『2008년도 산모신생아도우미지원 사업 안내』, 2008.
- 보건복지부, 『2008년도 장애인활동보조 지원사업 안내』, 2008.
- 보건복지부, 『2008년도 지역사회서비스혁신사업 안내』, 2008.
- 보건복지부, 『2009년도 예산 및 기금운용계획안개요』, 2008.
- 보건복지부 사회서비스센터 홈페이지, <http://www.socialservice.or.kr/>
- 여성가족부, 『2008년도 보육사업안내』, 2008.
- 유한욱, 『재정효율성 제고를 위한 시장원리 활용방안: 바우처제도를 중심으로』, 한국개발연구원, 2006.
- 최성은 외, 『바우처 제도의 효과제고를 위한 평가방안』, 한국보건사회연구원, 2007.
- Cave, Martin., “Voucher Programmes and their Role in Distributing Public Services”, OECD Journal on budgeting Vol.1, 2001.
- Steuerle, C. Eugene, et al., Vouchers and the Provision of Public Services, 2000.

제2부 건강보험 재정운용의 정책과제

제3장 건강보험재정의 안정적 운용을 위한 정책방안

제4장 지속가능한 우리나라 건강보험 선진화를 위한 구상

제5장 건강보험 중장기 재정전망(2009~2030)

제6장 의료급여의 재정과 정책과제

제3장 건강보험재정의 안정적 운용을 위한 정책방안

김진현

I. 서론

건강보험재정은 2000년대 초반 대규모 적자를 기록하였으나 2004년부터 흑자로 전환되었으며, 이후 다소 불안한 상태를 유지해왔으나 2008년에는 2조 7천억원에 달하는 누적흑자가 예상되고 있다. 2000년대 초방의 대폭적인 적자에도 불구하고 당초 전망보다 일찍 적자를 탈피한 것은 강력한 재정안정대책과 더불어 정부추계치보다 항상 높았던 보험료 인상, 급여확대 유보 혹은 축소, 본인부담 증가, 경기변동에 따른 의료이용의 감소 등에 기인한 것으로 판단된다.

그러나 재정안정을 단기간 내에 달성하는 데는 성공하였으나, 사회안전망으로서 건강보험의 취약한 보장성이 문제점으로 지적되어 왔으며 이는 최근에도 건강보험을 둘러싼 사회적 논의에서 최대 쟁점으로 부각되고 있다. 이 때문에 정부는 건강보험의 보장성 강화에 적지 않은 노력을 기울이고 있다. 사실 1989년 전국민의료보험 시행 이후 지속적으로 급여확대 정책이 추진되어왔으나 최초의 급여율이 매우 낮았고 신의료기술 및 고가의약품의 급속한 도입으로 인해 비급여 항목에 대한 지출이 급여비보다 더 빠른 속도로 증가해왔기 때문에 절대적인 급여비의 증가에도 불구하고 전반적인 보장성은 답보상태에 머물게 되었다.

그런데 건강보험의 보장성과 재정안정은 동전의 양면과 같아서 보장성 강화에는 재정안정 문제가 항상 그림자처럼 따라 다니고 있다. 재정이 뒷받침되지 않는 한 실질적인 보험급여 확대는 불가능하기 때문이다. 건강

보험이 사회안전망으로서의 기능을 다하기 위해서는 급여 확대가 필수적이지만, 다른 한편으로 이것이 보험재정을 불안하게 하기 때문에 막대한 재원이 추가로 조달되어야 하는 바, 이를 어떤 수단으로 어떻게 조달할 것인가가 핵심적인 과제이다. 이와 관련 정책당국의 고민은 지금까지 제시되어온 정책수단 외에 마땅한 대안이 없다는 점이며 본고의 논의 역시 그 한계를 벗어나지 못하고 있다.

또한 재원조달과 함께 논의되어야 할 정책과제는 제한된 재원을 효율적으로 배분하기 위한 급여비 지출 관리 방안이다. 여기에는 건강보험의 급여비를 직접 통제하는 방안에서부터 급여비에 간접적으로, 그러나 심각하게 영향을 미치는 요인에 대한 관리방안에 이르기까지 매우 다양한 정책수단이 포함된다. 선진국의 사례를 보면 대부분의 건강보험 재정안정대책이 급여비 지출의 효과적 관리에 집중하고 있음을 볼 때, 재원조달과 동시에 추구되어야 할 정책이 급여비 지출의 철저한 관리임을 알 수 있다.

본고에서는 건강보험이 사회안전망으로서의 기능을 수행하는데 요구되는 보장성 강화를 안정적으로 뒷받침할 수 있는 재정관리방안을 모색해보고자 한다. 기존의 논의를 포함하여 가능한 대안을 제시하되 중점적으로 고려되어야 할 대안은 별도의 기술을 추가하였다. 논의의 순서는 우선 건강보험재정의 현황을 살펴보고 급여확대에 소요되는 재정의 조달방안과 급여비 지출의 효과적 관리방안, 관련 제도의 개혁방안을 제시하는 것으로 되어 있다.

II. 건강보험 재정 현황

1. 최근의 재정 현황

건강보험의 재정 규모는 2000년 재정위기가 시작될 무렵에는 10조원 수

준이었으나 2008년에는 26조원으로 팽창하였다. 이와 같은 재정규모의 급격한 확대 이면에는 의약분업 시행에 따른 막대한 재정 소요가 있었고, 진료수가 및 조제료의 급등, 국민의 의료이용 증가, 빠르게 진행되는 인구구조의 노령화, 병원 수의 증가 등 지출요인이 있었다. 2001년의 대규모 재정적자를 계기로 건강보험 재정안정대책이 붓물을 이루었고(보건복지부, 2002), 그 결과 건강보험재정은 2001~2003년의 연속 적자에서 벗어나 2004년에는 다시 757억원의 흑자로 복귀하게 되었다. 그리고 2005년 이후 누적수지 흑자가 유지되었고 2006년의 보장성 강화 정책으로 재정지출 소요가 증가하여 2007년 누적 흑자가 감소하였으나 2008년에는 2조 7천억원의 누적 흑자가 추정되고 있어 단기적으로 재정은 일단 안정 추세로 접어든 것으로 판단된다(<표 3-1> 및 [그림 3-1]).

〈표 3-1〉 건강보험 재정 추이

(단위: 억원)

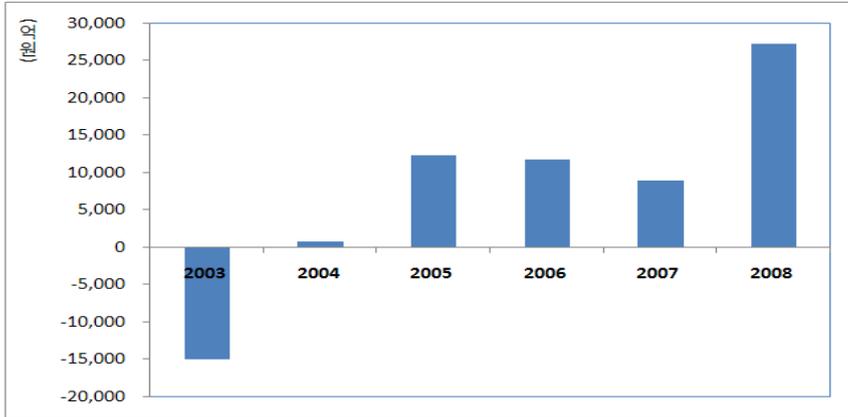
구분		2004	2005	2006	2007	2008
수입	계	174,667	194,084	210,911	223,878	252,697
	보험료 등	140,428	159,254	173,963	185,516	215,979
	국고지원금	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042
	담배부담금	6,263	9,253	9,664	9,676	10,753
지출	계	159,724	173,297	199,800	224,625	255,544
	보험급여비	148,935	162,645	183,936	214,893	245,614
	관리운영비	6,341	6,930	7,589	8,968	9,734
	기타지출	4,448	3,721	8,275	764	196
누적수지		757	12,249	11,798	8,951	27,168

주: 건강보험재정 관련 자료는 출처에 따라 다르게 표시되고 있다. 2008년 수치는 국민건강보험공단의 추정치이다.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2008.

국민건강보험공단, 재정전망, 2008.

[그림 3-1] 건강보험 누적수지 추이



2. 보험료 수입과 급여비 지출

건강보험 재정의 안정화 경향은 보험료 수입의 대폭 증가와 급여비 지출의 둔화가 상호 작용하여 나타난 것으로 보인다. 보험료 수입의 증가율은 당기수지가 적자였던 2002년에는 23.4%, 2003년에는 25.7%로서 상당히 높았고, 재정위기를 벗어난 2004년에도 13.4%로 유지되어 2008년의 16.4%와 함께 최근 5년간 연평균 13.0%로 높은 수준이었으며, 급여비 지출의 증가율은 2005년의 보장성 강화정책으로 13.1%로 증가하여 최근까지 5년간 연평균 13.6%에 이르고 있다. 급여비 지출이 두 자리의 증가 추세를 보이고 있는 것은 재정위기가 언제든지 재발할 수 있다는 점을 시사하고 있으며, 강력한 재정지출 관리대책이 요구되는 근거라고 볼 수 있다.

보험료 수입의 증가에서 한 가지 중요한 사실은 공식적인 보험료율의 인상폭에 비해 실제 보험료의 증가폭이 훨씬 크다는 점이다. 예컨대, 2004~2008년 기간동안 보험료율의 인상률은 연평균 5.2%였으나 실제 보험료 수입의 증가율은 연평균 13.0%로 나타나, 보험료 인상이 정부 추계치보

다 매년 두 배 이상 높았음을 알 수 있다(<표 3-2>). 이는 임금인상, 가입자수의 증가, 징수율 제고 등에 의한 자연증가분 때문이다. 그동안 보험료율의 인상폭을 결정할 때에는 보험료 수입의 자연증가분을 반영하지 않은 반면, 급여비 지출을 예측할 때에는 의료이용량 증가 등 지출의 자연증가분을 반영했기 때문에 결과적으로 건강보험재정이 단기간에 안정 단계로 진입하는데 기여한 측면도 있다.

<표 3-2> 보험료 수입 및 급여비 지출의 변화 추이

(단위: %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
보험료율 인상률	6.75	2.38	3.9	6.5	6.5	0.0
보험료율 (직장)	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08
실제 보험료수입 증가율	13.4	8.7	11.1	15.5	16.4	-
급여비 지출 증가율	9.2	13.1	18.8	12.4	14.3	-

주: 건강보험재정 관련 자료는 통계연보와 홈페이지 게시자료가 다르게 표시되고 있다.

2009년 수치는 국민건강보험공단의 전망치이다.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2008.

국민건강보험공단, 재정전망, 2008.

3. 정부지원

건강보험의 재정안정에 직접적 영향을 미치는 또 다른 정책수단은 정부 지원금이다. 국고지원금의 증가 외에 특히 2002년부터 담배부담금이 건강증진기금에서 매년 1조여원씩 건강보험재정으로 투입됨에 따라 정부지원금 규모는 2008년 현재 보험료 수입의 16.9%, 총재정의 15.4%를 차지하고 있다(표 3). 그러나 정부지원액은 당초 약속과 달리 지속적으로 감소되어 왔으며 2008년 현재 법령에 규정된 보험료 수입의 20%에 미달하는 수준이다. 담배부담금 도입 이후 매년 축소 경향을 보이고 있는 정부지원금의 정

체 현상은 잠재적인 재정불안 요인으로 작용할 소지가 있음에 유의할 필요
요가 있다.

〈표 3-3〉 건강보험재정에 대한 정부지원비율 추이

	(단위: %)				
	2004	2005	2006	2007	2008
정부지원 / 보험료 수입	21.9	21.2	20.7	17.0	16.9
정부지원 / 총재정	20.1	18.5	17.1	14.4	15.4

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2008.

4. 관리운영비

건강보험의 관리운영비는 관리운영체계가 통합된 2000년 이후 총지출
대비 3.8%~4.0% 수준을 유지하고 있어 통합 이전에 비해 상대적으로 효율
적인 상태에 있으며, 따라서 재정안정에 부정적인 영향은 미치지 않고 있
는 것으로 평가된다. 연간 1조원에 달하는 관리운영비의 대부분은 인건비
등 경직성 경비여서 추가적인 절감은 어려운 상황이다.

〈표 3-4〉 건강보험재정의 관리운영비 추이

	(단위: %)				
	2004	2005	2006	2007	2008
관리운영비 / 총재정	4.0	4.0	3.8	4.0	3.8

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2008.

Ⅲ. 재정안정정책에 대한 선진국의 경험과 시사점

1. 재정안정정책의 기초

선진국들이 지난 수십년간 건강보험제도가 사회안전망 기능을 충실히 수행하도록 하면서 동시에 건강보험재정을 안정적으로 유지하기 위해 채택한 정책을 비교해보면 재정안정정책의 기초는 예측가능한 수준에서 급여비 지출을 적절히 통제하고 안정적인 자원조달을 동시에 추구하는 것이었다.

지출측면에서는 전통적인 행위별수가제에서 탈피하여 인두제, 포괄수가제, 일당제 등 다양한 지불제도를 시도해보았으며 최종적으로는 거의 모든 나라가 공급자에 의해 발생될 의료비의 총액을 미리 설정하여 그 범위 내에서만 지출되도록 하여 재정이 안정적으로 운영되게 하는 총액예산제 혹은 총액계약제를 도입하여 시행하고 있다.

자원조달 측면에서는 일반조세나 목적세, 보험료 등 재원의 다양성에도 불구하고 우리나라와 같이 보험료를 채택하고 있는 경우에는 보험료 인상의 방법, 인상의 범위와 조건 등을 포괄적으로 법으로 규정하고 있다는 점이다. 이러한 구조적 접근 하에서 자원조달과 지출에 관한 내용을 사회적 합의를 거쳐 법령에 명시함으로써 재정위기 발생시 미리 규정된 틀에 의해 결정되게 하여 사회적 갈등을 미연에 방지하고, 국민적 합의를 이끌어 내고 있다(건강보험공단, 2001; 양봉민 외, 2003).

2. 재정안정대책의 우선순위

건강보험의 재정안정을 위해 그동안 OECD 국가들이 채택한 정책을 비교분석해 보면 크게 급여비 지출관리정책, 재원확충정책, 사회적 환경조성 정책으로 나눌 수 있는 바, 정책의 최우선 순위는 공급측면에서의 지출관

리정책에 있었으며, 다음으로 재원확충정책과 사회적 합의기구의 제도화 정책에 중점이 주어져 있다. 그리고 많은 국가들이 이러한 순서대로 개혁 정책을 도입하는 경향을 보였다(Docteur and Oxley, 2003).

특히 지출관리정책 중에서도 선진국에서 가장 역점을 두고 추진하고 있는 정책은 진료비 지불제도의 개혁과 약제비 절감 정책인데, 지불제도 개혁의 핵심은 앞에서 언급한 바와 같이 국민이 부담할 수 있는 범위 내에서 진료비의 지불총액을 미리 제한하는 총액예산제의 도입이었으며, 약제비 절감 정책의 핵심은 약가와 수량을 동시에 통제하는 정책이었다(OECD, 2004). 약가통제정책에서는 약가결정과정을 투명하게 하고 약가결정에 정부 관련 부처를 비롯하여 사회 각계 전문가를 과반수 이상 참여시키고 있으며, 제약사 등 이해당사자의 참여는 대체로 배제하고 있다.

다음으로 우선순위가 높은 정책은 의료시설 및 의료인력의 통제, 진료할 당제(rationing), 진료비 체감제, 부당청구 방지활동 강화, 요양기관계약제(보험자의 구매자 기능 강화), 진료비 전자카드 도입, 국고보조 확대, 공공병원 확충, 재정위기 극복을 위한 사회적 합의기구의 제도화 등이었다.

선진국에서 채택하고 있는 재정안정정책의 우선순위는 해당 국가의 사회경제적 환경, 건강보험제도의 구조, 의료공급체계 등 다양한 정책적 상황에도 불구하고 일반적으로 관찰된 경향이라는 점에서 우리에게 시사하는 바가 크다.

3. 정책집행의 신뢰성과 사회적 합의

영국, 프랑스, 독일 등은 건강보험의 재정안정 문제가 정치쟁점화되자 수상이 각종 건강보험개혁위원회의 책임을 맡아 개혁을 주도적으로 진행하였고, 이렇게 함으로써 정부의 재정안정대책에 대한 국민의 지지와 신뢰를 어느 정도 얻을 수 있었다. 또, 재정불안에 직면하여 국민적 합의를 위

한 구조적인 접근을 제도화함으로써 정치적 부담을 줄이고 재정위기에 안정적으로 공동 대처할 수 있는 메커니즘을 가지고 있는 바, 사회적 합의기구의 대체적인 경향은 각계 각층을 대표하는 전문가로 구성하되, 이 기구에서 실질적으로 건강보험의 재정문제를 결정하도록 하고 있다. 이처럼 사회적 합의 정신에 입각하여 소비자의 본인부담금, 보험료율, 의약품 가격 등을 최종적으로 결정하는 과정에 직접적인 이해당사자인 공급자가 참여하는 사례는 드물고, 사회적 합의를 이룰 수 있는 대표가 참여하여 결정한다는 사실이 중요하다.

정책집행의 투명성과 관련하여 급여비 지출관리정책에서 대부분의 선진국은 우리나라에서 흔히 말하는 부당허위청구를 사기(fraud)로 간주하여 반사회적인 범죄라는 시각에서 취급하고 있다. 부당허위청구에 대한 처벌 경향과 정책의 신뢰성과는 밀접한 상관관계가 있는데, 미국의 경우 시장위주의 의료제공체계에서 의료공급자의 입김이 강함에도 불구하고 부정청구를 사기로 보는 국민의 인식 때문에 사기죄로 엄하게 처벌하고 있으나, 한국에서는 부당허위청구를 사무착오 정도로 인식하고 있는 경향이 있고 따라서 이와 관련된 정책집행의 효과가 반감되어 부당허위청구가 여전히 적지 않게 발생하고 있다. 영국이나 미국에서는 행정, 민사상 처벌은 물론 형사 처벌을 엄격히 적용하고 있다. 한국에서 부당허위청구가 발견될 시 취할 수 있는 조치는 건강보험법 제85조에 의거 1년 이하의 업무정지처분 및 과징금 등 행정벌 위주로 처벌하고 있기 때문에 부당허위청구로 인한 기대이익이 기대손실보다 크므로 부당허위청구가 근절되지 않고 있다(김진현, 2003). 따라서 향후 부당허위청구로 인한 기대손실이 기대이익을 초과할 수 있는 구조로 처벌규정이 강화되어야 할 것이다.

4. 의료전달체계의 확립

선진국의 경우 대부분 공공의료기관 및 공보험의 비중이 높기 때문에

공급자의 이윤동기가 상대적으로 약하고 따라서 재정안정대책이 효과적으로 나타날 수 있다(OECD, 2004). 이와 달리 우리나라의 경우에는 의료서비스의 공급이 대부분 민간의료기관에 의해 이루어지고, 건강보험의 급여 범위에 포함되지 않은 의료서비스가 매우 넓게 분포하고 있기 때문에 정부가 탄력적이고 효율적인 정책을 집행하는 데 한계가 있어, 급여비 관리가 매우 어려운 실정이다.

이와 함께 선진국의 의료전달체계상 특징은 1차의료, 2차의료, 3차의료의 전달체계가 비교적 적절히 확립되어 있어 의료자원의 효율적 배분과 형평성 제고에 기여하고 있다는 점이다. 전체 의료서비스의 70% 정도를 1차의료기관이 제공하고, 나머지 30%를 중증 입원질환 중심으로 병원급 의료기관이 제공하는 선진국의 의료전달체계와 달리 민간의료기관 중심인 우리나라는 의료자원의 배분을 전적으로 시장에 맡겨두고 있으며, 결과적으로 의료전달체계가 전혀 확립되어 있지 않아 의료서비스의 60%를 병원급 의료기관이 담당하고 있으며 40%를 의원급에서 담당하고 있다. 특히 지난 수년간 병원급 의료기관의 점유율이 폭발적으로 증가하고 있는바 이는 의료전달체계의 비효율성이 그만큼 심화되고 있음을 보여주는 것이다.

IV. 건강보험 재정 안정을 위한 정책대안

1. 정책 방향

지금까지의 경험에 의하면 건강보험재정의 안정화는 재원조달을 증가시키는 방법과 급여비 지출을 효과적으로 관리하여 불필요한 지출을 억제하여 절약된 재원을 활용하는 방법을 동시에 추가하여야 효과가 있을 것이다. 즉, 건강보험의 수입을 구성하는 항목과 지출을 구성하는 항목별로 구체적인 정책적 대응방안이 수립되어야 하며, 동시에 건강보험재정 전반에

걸쳐 직간접적으로, 그러나 심각하게 영향을 미치는 제도적 요인을 개혁하는 방안이 모색되어야 한다.

건강보험재정의 수입 측면에서는 보험료, 국고지원, 담배부담금 외에 새로운 재원의 발굴이 필요하며, 여기에 질병을 유발하는 ‘원인자’에 대해 부담금을 부과하는 개념의 명시적 도입이 필요하다. 즉, 담배를 포함하여 건강에 직접적으로 영향을 미치는 주류와 대기오염물질에 대해서 질병원인자 부담금의 개념을 적용하여 적정 수준의 부담금을 부과하는 제도를 도입하도록 한다. 그리고 2000년대 초반에 이미 경험한 바 있는 적자재정(debt financing)을 하나의 재정운영 전략으로 검토할 필요가 있으며, 실질적인 수준까지 보장성이 달성될 수 있도록 대폭적인 급여확대와 보험료 인상을 가입자단체들 간에 일괄 타결하는 빅뱅전략(big-bang strategy)의 시행도 고려해볼 만하다.

지출측면에서는 이미 시행 중이지만 효과가 거의 없는 정책은 실질적인 지출절감효과가 나타날 수 있도록 유인구조를 개편하고, 정책의 효과가 확실하지만 그동안 정책집행에 대한 이익단체의 불순응을 의식하여 집행을 망설이고 있었던 정책은 과감하게 시행해야 한다. 비용-효과적인 정책으로 이미 여러 나라에서 입증된 총액예산제(혹은 총액계약제), 보험자의 구매자 기능, 재가치료 등의 제도는 국내 적용상의 문제점을 구체적으로 검토한 후 적극 시행하는 방안을 고려할 필요가 있다. 또한 건강보험의 정책결정구조에서 이해당사자인 공급자의 영향력이 지나치게 비대해진 현재의 의사결정구조를 가입자 의견이 반영될 수 있는 방향으로 개편하는 정책선택이 필요하다. 실질적으로 재정지출에 직접적인 영향을 미치는 각종 전문위원회가 공급자 중심으로 구성되어 있어, 보험재정에 미치는 영향에 대한 검토가 부족한 것이 사실이므로 이에 대한 대책이 절실하다.

〈표 3-5〉 건강보험 재정안정화 방안

	구분	정책방안	정책수단
수입	적자재정	누적수지 적자	재정 적자를 일정 규모로 유지
	Big-Bang	보험료-급여 대응	급여확대와 보험료의 인상 동시 추진
	보험료	부담 형평성	부과체계 통일
		자동조정방식	보험료 결정공식 도입
	국고지원	사후정산제도	사후 정산제도
	원인자 부담금 (질병유발부담금)	주류부담금	주류 판매에 부과
대기오염부담금		화석연료(정유회사)에 부과	
지출	지불제도 개편	총액계약제	총액계약제의 단계적 시행
	공단의 구매자 기능	요양기관계약제	민간요양기관과 공단의 계약
	대체치료	저가치료로 대체	재가치료(가정간호), 호스피스 등
	의사결정구조개편	전문위원회 개편	행위, 약제, 치료재료 전문위원회 위원 구성을 가입자 중심으로 개편
	행위료	환산지수	고시가제도로 개편
		상대가치	수가인상 편법으로 활용 금지
		상대가치위원회	제3자 중심으로 개편
		종별가산율	종별가산율의 폐지
	약제비	약가계약제	매년 재계약(판매량 반영)
		기등재목록정비	경제성 평가 적용
		투명성 제고	의약품 바코드 도입, 도매상경유제도 폐지
		공동구매	국공립의료기관에 대해 공단이 통합구매
	치료재료비	대체인력개발	조제기사제도 도입
가격계약제		인터넷 공개입찰제 도입	
경제성평가		기존가격 및 신규가격	
공동구매		국공립의료기관에 대해 공단이 통합구매	

2. 재정수입의 안정적 확보방안

1) 보험료의 결정방법

(1) 보험료 결정의 공식화

보험급여비 지출에 따라 보험료를 조정하는 공급자 중심의 보험료 결정 방식에서 가입자의 실질임금 상승 등 부담능력을 감안하여 보험료를 조정하는 수요자 중심의 보험료 결정방식으로 전환하는 것을 검토할 필요가

있다. 앞으로 보험료는 일정한 모형에 의해 결정되도록 법제화되어야 하며 이 과정에서 특히 가입자들의 부담능력원칙을 도입해야 한다. 이러한 원칙 하에서 보험료 인상률의 결정모형을 예시하면 ‘보험료 인상률=근로자임금 상승률+정책변수(1-2% 한도)’ 등과 같다(양봉민 외, 2003).

보험료의 결정과정에서 고려해야 할 요소 중 물가상승률이 포함된 것은 병원의 원재료비가 평균적으로 물가상승률만큼 인상된다고 보고, 이 부분에 대해서는 보상이 필요하므로 수가를 인상해주고, 이에 따른 급여비 지출을 뒷받침할 추가재원이 필요하다는 논리에 근거한다. 근로자 임금상승률이 포함된 것은 가입자의 부담능력을 벗어나지 않는 한도 내에서 수가 인상 및 보험료인상이 이뤄져야 한다는 논리에 근거한다. 즉, 소비자의 임금이 오르지 않았는데 병원의 수입만을 올려줄 수는 없다는, 사회적 형평성에 근거한 것이다. 급여비 자연증가나 급여확대에 따른 재정소요액은 당연히 가입자가 부담해야 하나 급여범위가 어느 정도 확대되고 난 이후에는 임금상승 이상의 비용부담이 발생하지 않도록 총재정을 통제할 필요가 있다.

위의 보험료 결정모형에 의해 징수되는 보험료 수입이 지출을 충당하지 못할 경우 차액은 정부지원으로 충당하되, 이 때 정부지원금의 규모에 대해 명확히 설정해 놓아야 한다. 보험료 결정모형의 법제화는 정부지원에 대한 직장가입자의 도덕적 해이(moral hazard)를 감소시킬 것이다.

(2) 보험료 결정의 정치적 중립성 유지

건강보험 급여확대나 본인부담 경감에 소요되는 재원은 최종적으로 가입자들의 보험료 인상을 통해 이루어질 수밖에 없다. 그러나 보험료 인상 시 과거와 같이 정치적 순환기에 따라 인상이 유보되거나 인상폭이 가감되는 일이 있어서는 안되며, 위에서 논의한 보험료 결정모형에 의거할 경우 이런 문제가 자동적으로 해결될 것으로 기대된다.

다음 <표 3-6>에서 볼 수 있는 바와 같이 국회의원선거나 대통령선거 혹은 지방선거가 있었던 연도에는 보험료 인상률이 낮았던 반면 선거가 없었던 1999년, 2001년, 2003년에는 보험료 인상률이 지나치게 높았던 문제점이 있다. 이 같은 정치적 현상을 극복할 수 있는 제도적 방안중의 하나가 위에서 언급한 보험료 결정의 공식화이다.

<표 3-6> 건강보험료 인상과 선거주기

(단위: %)

연도	선거	보험료 인상률		
		지역	직장	공교
1995	제1회 지방선거(6월27일)	12.1	-0.3	0.0
1996	제15대 국회의원선거(4월11일)	13.3	0.7	0.0
1997	제15대 대통령선거(12월18일)	15.2	2.6	0.0
1998	제2회 지방선거(6월4일)	13.6	4.5	10.5
1999	-	18.4	12.7	70.3
2000	제16대 국회의원선거(4월13일)	0.0	0.0	0.0
2001	-	15.0	21.4	0.0
2002	제3회 지방선거(6월10일) 제16대 대통령선거(12월19일)	6.7	6.7	6.7
2003	-	8.5	8.5	8.5
2004	제17대 국회의원선거(4월15일)	6.8	6.8	6.8
2005	국회-지방 재보궐선거(4월30일)	2.4	2.4	2.4
2006	-	3.9	3.9	3.9
2007	제17대 대통령선거(12월19일)	6.5	6.5	6.5
2008	제18대 국회의원선거(4월9일)	6.4	6.4	6.4
2009	국회의원 재보궐 선거 (4월 ?)	0.0	0.0	0.0

주: 직장 및 공교는 보험료율의 인상률이고 지역보험료는 보험료의 인상률임.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도.

중앙선거관리위원회, 홈페이지, 2009.

2) 정부지원

(1) 정부지원과 보험료의 비교

재원조달방법에서 반드시 정부지원이 보험료보다 더 낮다는 보장은 없

다. 정부지원도 결국 조세에 의해 조달되는데, 우리나라의 조세구조가 형평한가를 생각해보면, 소득에 비례하도록 되어 있는 보험료가 오히려 더 나은 수단이 될 수도 있다. 다른 한편으로 소비는 소득에 비례하므로 소비세를 부과하여 재원을 조달하는 것이 형평성 차원이나 국민적 수용성 측면에서 더 바람직하다는 의견도 있다. 담배부담금 같은 간접소비세에 의해 재원을 조달할 경우, 국민이 부담을 피부로 강하게 느끼지 못하는 반면, 보험료 인상에 의존할 경우에는 가입자의 직접적 저항에 직면하는 단점이 있다. 따라서 정치적 수용가능성 면에서는 담배부담금과 같은 형태의 재원 조달방법이 유리할 것이다. 다만 조세부담의 형평성 측면에서 간접세 방식은 저소득층에게 상대적으로 부담을 더 지울 가능성이 있으므로 부과대상을 선정할 때 면밀한 검토가 필요하다. 이 문제에 대해서는 심층적인 실증연구와 함께 가입자단체간에 합의가 선행되어야 한다.

(2) 정부지원비율

건강보험 시행 초기에는 지역의료보험조합의 관리운영비와 지역가입자 보험료의 일부를 정부가 보조하여 지역보험재정의 50% 이상을 정부지원에 의해 해결하였으나, 이후 지속적으로 하락하여 재정위기 직전인 2000년 무렵에는 대략 28% 내외 수준이었다가 재정위기 이후 다시 40% 수준으로 상승하였다(보건복지부, 2005). 그러나 앞서서도 보았듯이 정부지원비율이 최근 총재정의 17% 수준으로 하락하고 있음은 우려스러운 일이다. 보험료 인상에 부응하여 정부도 보험료 수입의 20%를 지원함으로써 최소한 현재의 재정안정 추세를 유지할 수 있도록 해야 하며, 이런 취지에서 정부지원금에 대한 사후정산제도의 보완이 필요하다.

국고지원액을 결정할 때 지역과 직장으로 구분하는 방식은 지양하고, 통합재정 하에서 총재정을 기준으로 일괄보조 형식을 취하면 현행 보험료 부과기준이 소득비례이기 때문에 결과적으로 형평성 있는 보조가 된다. 지

역과 직장의 자격변동이 빈번하고, 5인 미만 사업장의 직장편입으로 인한 문제 등 굳이 양분하여 얻게 될 행정적 이익보다는 사회적 논란과 비용이 더 크기 때문에 어차피 지원할 금액이라면 일괄보조가 바람직하다.

3) 질병원인자부담금 개념의 명문화

담배부담금과 같이 건강에 해로운 영향을 미쳐, 궁극적으로 진료비를 유발하는 위해물질인 주류와 대기오염물질 등에 대해 부담금을 추가로 설정하여 재원을 확보해야 한다. 이를 위해서는 ‘질병원인자부담금’이란 개념을 ai시적으로 도입하여, 부담금 부과와 관련한 명분과 명확한 논리적 근거를 제시하고, 사회적 지지를 획득하는 전략이 필요하다. 질병원인자부담금의 논리적 기초 하에 담배, 주류, 대기오염물질 이외에도 질병을 유발하는 각종 위해요인에 대해 부담금을 부과함으로써 재원도 확보하고, 건강위해요인도 억제하는 효과를 달성할 수 있다.

4) 적자재정 운용 전략

건강보험재정위기 이후 정책당국이 재정적자를 다시 겪는다는 것은 상당한 정치적 부담으로 작용할 것이다. 어느 누구도 자신의 임기 중에 재정적자를 허용하려고 하지는 않을 것이다. 그러나, 냉정한 경제논리에 의해 건강보험의 재정운용을 평가한다면 보장성의 확대 시기에는 적자재정(debt financing)을 운영하는 것이 사회적으로 순편익을 가져다주는 것이 명확하다. 보험급여 확대는 전체적으로 독점적 비급여에 대한 정부규제를 의미하며 이는 필연적으로 사회적 편익의 증가를 가져온다. 즉, 급여 확대에 의해 보험재정의 지출이 증가하지만, 비급여의 축소에 의한 사회적 비용의 감소가 더 크기 때문에 전체적으로는 순편익이 발생하며, 그 크기도 일반인이 상상하는 것보다 훨씬 크다.

예를 들어, 1조원의 비급여를 급여로 전환하면서 적자재정으로 충당한다고 가정해보자. 비급여가 급여로 전환되는 과정에서 비급여 가격의 70% 수준에서 급여가격이 결정된다고 가정하면, 당장 3000억원의 비용이 절감된다. 그리고 가격하락에 의한 수요량의 증가는 소비자 잉여와 생산자 잉여의 증가를 가져온다. 산출량 변동에 의한 사회후생의 증가를 제외하더라도, (본인부담금을 고려하지 않고) 7000억원의 적자재정이 유발하는 비용은 연리 4%로 가정할 때 280억원에 불과하다. 즉, 적자재정운용전략은 280억원의 투입비용으로 3000억원 이상의 소비자 부담을 매년 감소시키는 효과를 가지고 있다.

적자재정 운용은 급여확대를 먼저 국민들에게 명시적으로 보여줄 수 있기 때문에 건강보험에 대한 신뢰 형성과 차기년도 보험료 인상에 대한 국민적 동의를 구하기 쉽고, 정부나 공단으로 하여금 재정의 안정적 관리에 대한 긴장감을 준다는 점에서도 의미있는 정책이라고 판단된다. 건강보험 재정 규모가 30조원에 육박하는 상황이므로 재정의 10% 수준인 3조원 정도의 적자재정 편성은 비교적 재정 불안을 야기하지 않으면서 급여 확대를 통해 국민들에게 커다란 혜택을 줄 수 있는 정책수단임에 틀림없다.

3. 재정지출의 효과적 관리방안

1) 지불보상제도의 개혁

비교적 성공적으로 보험재정을 관리하는 국가들은 급여비 증가 요인이 실질적인 보험급여비로 전환되는 과정에서 병목 현상(bottle neck)을 유발하는 의료제도적 장치를 효과적으로 사용하고 있다. 그 중 가장 효과적인 장치는 대부분의 선진국에서 진료비 지불제도의 개편과 약제비 억제정책이었다. 진료비 지불제도의 개편에서 핵심적인 내용은 선불제(prospective payment)로의 전환이며, 거의 모든 나라에서 총액예산제가 최종 선택이었

다. 아시아권에서의 진료비 지불제도 개혁에 대해서는 의료체계 및 문화적 배경이 우리나라와 유사한 대만의 총액예산제를 참조할 필요가 있다. 현재와 미래의 재정 소요 규모를 감안할 때 행위당수가제 하에서는 건강보험의 재정 비효율이 확실하기 때문에 이러한 현실을 직시하고 그리고 외국의 경험에 비추어 볼 때 정책적 결론은 총액예산제의 채택으로 귀결된다.

총액계약제는 수년전 시범사업이 논의되다가 중단된 상황인데 전면적으로 시행하기는 어렵더라도 지금부터 시작하여 단계적으로 확대해야 할 것이며, 단계적 확대 방법은 건강보험 재정에서 차지하는 비중이 가장 낮은 한방부터 시작하여 다음으로 치과, 의과, 병원 등의 순서로 진행하는 것이 좋을 듯하다. 총액계약제가 소기의 목적을 거두기 위해서는 비급여 항목으로 전가되지 않도록 비급여 대상이 축소되어야 하는데, 재정안정과 급여확대 정책이 논의되는 지금이야말로 총액계약제 시행의 적기라고 볼 수 있다.

총액계약제의 구조는 단일구조로 가는 것이 이상적이나 시행 단계에서 대만의 사례와 같이 의과, 치과, 한방, 병원, 약국의 5개 부문으로 구성하고 총액의 설정은 보험료 결정 공식에서 제시한 바와 같이 국고지원 및 가입자의 부담 능력을 우선적으로 고려하여 결정되어야 한다. 총액의 배분은 유형별 총액을 결정한 다음 의료기관별, 지역별별 배분되는 방식을 취한다. 유럽과 달리 민간의료기관이 의료서비스 공급의 90% 이상을 차지하고 있는 우리나라의 경우 지역별 배분은 자위배분의 불균형과 혼란을 야기할 수 있으므로, 현재 시행중인 유형별 수가계약제의 연장선상에서 논의하는 것이 합리적일 것이라 판단된다.

그리고 선택적으로 시행되고 있는 DRG는 강제 시행하든지 아니면 폐지해야 한다. DRG 지불방식을 도입한 이후, 재발성이 없는 분만과 충수절제술을 제외한 나머지 5개 질환의 경우 진료건수와 진료비가 DRG 이전에 비해 무려 2~3배나 증가하였는데, 이는 DRG가 강제 적용이 아니라 의료

기관의 선택사항이기 때문에 평균 이상의 고비용 기관은 제외되고 평균 이하의 저비용기관만 들어와서 평균가격을 적용받기 때문에 나타나는 현상이다. DRG제도는 실패한 제도가 분명하므로 폐지하고, 총액계약제가 시행되면 진료비 배분의 단위로 활용하면 될 것이다.

2) 보험자의 구매자 기능 도입

민간의료보험과 영리병원이 확산되면 건강보험요양기관 당연지정제를 폐지하고 개별 의료기관과의 계약제로 전환하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 건강보험 요양기관 계약제는 그동안 의료계가 주장해왔으나 오히려 건강보험공단이 이를 적극 수용하여 시행해볼만한 제도이다. 계약제를 통해 건강보험공단은 과잉진료나 부당청구가 빈번한 특정 병원과 계약을 하지 않을 수도 있다. 건강보험공단은 단일보험자(single payer)이므로 개별 의료기관의 과잉진료나 부당허위청구를 효과적으로 통제할 수 있을 것이다. 즉, 당연지정제도를 폐지하고 개별 병원과 계약제로 전환하는 것이 건강보험정책의 운용에 더 신축성을 부여할 것이다. 대만의 건강보험제도는 강제지정제도가 아니고 계약제를 채택하고 있는데, 과잉진료나 부당청구를 하는 병원과는 계약을 하지 않음으로써 효과적으로 관리하고 있다.

공단의 구매자 기능은 의료서비스 뿐만 아니라 진료에 투입되는 의약품과 치료재료에 대해서도 적극적으로 행사될 수 있다. 의약품 가격과 치료재료 가격에 대해 계약제를 통해 구매자 기능을 행사할 수 있고, 국공립의료기관의 사용량에 대해서는 경쟁 입찰을 통해 공단이 공동구매하여 배분하는 제도를 도입할 수도 있다.

또, 현행 수가계약제는 6개 의약단체와 수가계약을 맺고 있지만 병원급 의료기관은 종합전문, 종합, 병원, 요양병원 등으로 세분화하고, 의원급도 건강보험환자의 비율에 의해 몇 개의 전문과목으로 분화할 필요가 있다.

그렇게 되면 보험자의 구매 기능은 더욱 현실을 정확하게 반영할 수 있기 때문이다.

3) 민간보험과 건강보험의 관계 정립

민간의료보험의 확산이 건강보험 재정지출에 미치는 효과는 민간의료보험 가입자수와 가입금액, 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성에 의존한다(Christensen et al., 1997; Colombo and Tapay, 2004). 우리나라에서 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성을 추정하는 연구는 없지만, 여러 국가에서 수행된 기존연구의 결과를 종합하여 건강보험재정지출에 미칠 파급효과를 추정할 수 있다(김진현, 2005). 기존연구에 의하면 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성은 대략 0.15~0.35 사이로 추정된다(Gerdtham, et al., 1992; 1998; Manning, W. J., et al., 1987). 현재 시판되고 있는 민간의료보험상품은 건강보험의 본인부담 및 비급여를 모두 포함하고 있으므로 실제 건강보험재정에 미치는 효과는 예상보다 클 것이다.

건강보험의 환자본인부담금을 적절하게 유지하는 정책은 보완형 민간의료보험의 부적절한 효과를 최소화하는데 유용하나(Mossialos and Tomson, 2004), 현재 우리나라에서는 공공보험에 미치는 파급효과 관점에서 민간의료보험에 대한 정책이 미흡하다는 것이 문제이므로 건강보험의 법정본인부담금에 대해서는 민간의료보험이 포괄하지 못하도록 하는 규정이 필요하다. 프랑스의 정책실패 사례에서 보는 바와 같이 실손형 민간의료보험상품의 판매 초기단계에서 건강보험의 본인부담금 보상을 금지하지 못하면, 민간보험시장이 확대된 이후에는 되돌리기가 쉽지 않을 것이다.

새정부 출범 이후 보건복지가족부는 2008년 5월 “건강보험제도는 현행과 같은 형태를 그대로 유지한다는 것이 정부의 일관된 입장”이라고 공식적으로 밝히고 있으며, 민간보험이 건강보험 본인부담금을 완전히 보장하는 방안에 대해서는 분명한 반대 입장을 보이고 있다(연합뉴스, 2008.5.20).

4) 재정누수방지

(1) 공익신고포상금제의 실효화

지금까지 부당청구나 허위청구와 관련하여 처벌조항이 약하다는 것이 항상 지적되어 왔는데, 위반자의 입장에서 비용과 편익을 가늠해보면 위법의 기대이익이 기대손실보다 컸기 때문에 위법 사례가 만연되어 왔다(김진현, 2003). 위법에 대해서는 최대한 경제적, 법적 대응으로 강력한 처벌을 해야 하며, 위법시의 기대손실이 기대이익을 훨씬 초과하도록 기대이윤 구조를 만들어야 공급자들의 인식이 변화될 것이다.

부당허위청구 대책의 일환으로 내부공익신고(whistle blowing) 포상금제도가 시행되고 있으나 포상의 조건 및 수준에 제한이 많아 공익신고의 동기가 약한 문제점이다. 따라서 이 제도는 실효성있는 제도가 되도록 공익신고의 범위를 확대하고 벌과금의 크기를 징벌적 벌과금(30배 등) 수준으로 높이고⁶⁰⁾ 포상금은 벌과금의 50% 이상으로 설정하는 등 충분한 인센티브를 제공하는 방향으로 개선되어야 한다.

(2) 건강보험증 전자카드화

자격관리 효율화, 허위청구의 근원적 방지, 처방전 위변조 방지 및 보험관리업무의 기반 확충을 위하여 건강보험증을 전자카드화하는 것이 반드시 필요하다. 건강보험증을 전자카드화 할 경우에 개인정보 누설에 의한 사생활 침해라는 우려가 있을 수 있지만, 전자카드에 수록하는 정보를 최소한으로 제한함으로써 이러한 문제를 해결할 수 있을 것이다. 현재 우리나라의 인터넷통신 수준을 감안할 때, 전국의 의료기관과 공단, 심평원을 실시간으로 연결하는 전자카드는 정책집행 의지만 있으면 언제든지 실현 가능한 정책이다.

60) 지하철 무임승차 과징금은 요금의 30배이다.

(3) 진료비 심사의 일원화

선진국과 달리 우리나라는 건강보험, 자동차보험, 산재보험의 진료비 심사가 분리되어 있다. 이 때문에 기왕증에 의한 진료비, 건강보험 급여기준 이외의 사고에 의한 진료비 등이 건강보험으로 전가되어 누수되는 사례가 적지 않은 것으로 알려져 있다. 따라서 국가적인 차원에서 자동차보험과 산재보험의 수가체계를 건강보험과 동일하게 일원화하고, 진료비 심사를 건강보험심사평가원으로 일원화하여 중복 지출과 부당한 이전 지출을 차단해야 한다. 진료비 심사제도의 일원화는 재정누수 방지뿐만 아니라 국민에서 양질의 의료서비스를 제공하고, 공급자에게도 행정 절차의 단순화를 통해 비용을 절감하는 요인으로 작용한다.

5) 입원치료의 재가치료 전환

만성질환자나 장기입원환자의 경우 입원치료 대신 가정간호에 의한 재가치료의 형태로 전환하면, 진료비가 절감되고 환자도 만족하는 결과를 가져올 수 있으나 현재 건강보험 급여기준은 복막투석(CAPD)과 만성폐쇄성 폐질환(COPD)에 대해서만 재가치료를 허용하고 나머지 질환에 대해서는 이러저러한 이유로 급여를 제한하고 있다. 일본의 건강보험이 13개 질환에 대해 재가치료를 급여하고 있는 것과는 대조적이다. 공단은 비용-효과적인 치료법을 적극 발굴하여 이를 급여정책에 반영하는 여건을 조성해야 한다.

6) 약제비 절감 대책의 지속적 추진

약제비는 건강보험재정에서 차지하는 비중이 크기 때문에 특별한 관심의 대상이 되어왔으며, 모든 나라에서 정부의 강한 규제를 받고 있다. 대부분의 OECD 국가들이 의약품의 도소매 가격을 통제하고 있는데 흔히 다른 나라에서의 판매가격을 참조한다. 이러한 정책이 국가간 의약품 가격의

차이를 좁힌 것으로 판단된다(Jacobzone, 2000). 특히 우리나라에서 약가를 결정할 때 사용하는 선진국의 약가집은 현지에서도 통용되지 않는 고가격으로 표시된 것이 허다하기 때문에 엄밀한 검증절차를 거치게 하여 불필요한 재정누수를 막아야 한다.

최근에는 의약품의 비용-효과성을 평가하는 제도에 점차 많은 관심이 쏠리고 있는데, 선진국에서는 최소 11개국에서 이와 같은 제도를 시행하고 있다(Dixon and Mossialos, 2002.). 우리나라도 2007년부터 신약뿐만 아니라 기존 의약품에 대해 경제성 평가를 적용하여 비교열위인 의약품을 급여에서 제외시키는 정책을 추진하고 있는 바, 경제성 평가는 단기간 내에 수행이 가능하므로 공단과 심평원 등의 전문인력을 활용하여 계획대로 차질 없이 시행하도록 해야 한다.

의약품시장에서 경쟁을 통해 얻을 수 있는 이익의 크기는 상당한 규모이다. 예를 들면, 가격규제가 거의 없는 미국의 의약품시장에서 보험자의 의약품 구매대리인 기능을 하고 있는 의약품 급여관리(Pharmaceutical Benefit Management)회사는 제약회사로부터 약품구매시 성공적으로 이익을 실현해왔다. 이와 같은 기능이 이미 각국의 제도 속에 부분적으로 존재하지만, 특히 성분명 의약품 분야에서 비용절감의 여지가 있다고 판단된다. 만약 건강보험공단이 구매자로서 국공립의료기관에 투입되는 의약품을 통합 구매하여 배분한다면 약제비를 획기적으로 줄일 수 있는 전기를 마련할 수도 있다.

우리나라에서 약가의 효과적 관리를 위해서는 실거래가제도에 대한 미련을 버리고 약가계약제를 도입하는 것이 효과적이며, 약가결정방식을 투명화하고 결정과정에서 이익집단의 영향력을 배제하는 제도적 변화가 필요하다. 특히 투명성 제고를 위해서는 의약품에 대한 바-코드를 도입하고, 대형병원의 도매상 경유제도를 폐지하여 거래비용을 줄일 수 있는 유인을 제공해야 한다.

7) 수가제도의 개선

현행 차등가산율제도는 사실 뚜렷한 논리적 근거없이 수가인상 차원에서 시행되고 있다고 볼 수 있다. 무엇보다 동일 질환자에게 동일한 의사가 동일한 진료서비스를 제공해도 진료서비스를 제공한 의료기관의 장소에 따라 가격이 다르게 설정된다는 것은 논리적 근거가 없다.

향후 의료기관종별 차등가산율은 적정한 진료에 대해서만 적용하고 그렇지 않을 경우에는 역차등가산율을 적용할 필요가 있다. 즉, 1차의료기관이 1차진료를 하면 적정한 수가를 지불하고, 3차기간이 1차진료를 수행하면 가산율 대신 할인율을 적용하여 불필요한 재정지출을 차단하여야 한다. 예컨대, 감기환자 진료에 대해 1차의료기관이든 3차의료기관이든 동일한 수가를 지불하면 3차기관 스스로가 상대적으로 수지맞지 않은 감기환자의 진료를 자제할 것이다. 차등가산율제도의 수정은 이해당사자의 관점을 떠나서 환자나 국민에게 더 큰 혜택을 주는 제도가 무엇인지의 관점에서 평가되고 시도되어야 하며, 의료전달체계를 정상적으로 확립하는 데도 매우 주요한 정책수단이다.

4. 비효율적 의료공급체계 개선

지난 수년간의 건강보험 진료비 구조를 보면 병원부문의 점유율이 급증하고 의원의 비중이 급감하고 있는 것을 볼 수 있는 바, 병원 부문이 이미 의료서비스 공급에서 70%를 넘어서고 있고 건강보험 재정의 40%를 넘어서고 있다는 것은 국가적으로 볼 때 보건의료체계의 비효율성이 심각한 상황으로 빠져들고 있음을 보여주는 것이다(<표 3-7>). 2000년 이후 의료기관의 증가 추이를 보면 전체적인 증가 추세 속에 특히 병원수의 급증 현상이 두드러지게 나타났다(<표 3-8>). 병원수의 급증은 건강보험제도가 일차의료기관에 불리하고 병원급 이상 의료기관에 상당히 유리한 구조로

되어 있기 때문이다.

따라서 건강보험재정을 장기적으로 안정화시키기 위해서는 의료공급체계의 효율성 제고가 절실하고 이를 위해서는 건강보험 수가계약제, 총액계약제, 의료전달체계 등 가능한 모든 정책수단을 동원하여 정상적인 의료서비스 공급구조로 전환하는 것이 매우 시급하다고 판단된다.

〈표 3-7〉 건강보험재정 대비 진료비 점유율 변화

(단위: %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
병원	34.2	34.9	37.7	38.1	38.5	40.0	42.2
의원	31.7	30.3	27.7	26.4	25.7	24.8	23.6
치과	4.8	4.5	4.3	4.1	3.8	3.4	3.2
한방	3.7	4.0	4.1	4.2	4.1	4.0	3.8
약국	24.9	25.7	25.7	26.7	27.4	27.3	26.8
계	99.3	99.4	99.4	99.4	99.5	99.5	99.5

자료: 건강보험심사평가원, 건강보험주요지표, 2001~2007.

〈표 3-8〉 의료기관 증가 추이

(단위: 개소)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
병원	969	982	1,066	1,154	1,253	1,403	1,618	1,943
의원	19,688	21,342	22,760	23,559	24,301	25,166	25,789	26,141
치과	10,652	10,855	11,247	11,659	12,191	12,672	13,138	13,492
한방	7,384	7,703	8,277	8,851	9,332	9,910	10,442	11,001
약국	19,530	18,354	18,727	19,262	19,838	20,296	20,633	20,730

자료: 건강보험심사평가원, 건강보험통계지표, 2001~2007

V. 결론

건강보험재정이 지난 수년간의 불안정한 국면에서 벗어나 2008년 2조7천억원 규모의 누적흑자를 시현하게 된 것은 재정안정화를 위해 다행스러운 현상이다. 그러나 건강보험 재정이 다소나마 안정을 찾기까지에는 다양한 정책과 함께 소비자의 경제적 부담이 뒤따랐음을 잊어서는 안 될 것이다. 재정적자를 전후하여 수년 동안 급여 확대는 정체 상태였으며, 비급여 의료서비스는 급격히 늘어나 전체적으로 보장률이 지속적으로 하락하였다.

이러한 상황에서 추가재원의 발굴이나 적절한 급여비 관리대책이 없는 한 선진국 수준의 건강보험제도는 요원할 것이고 건강보험재정은 또다시 불안정한 행보를 반복할 것이다. 따라서 건강보험이 사회안전망으로서 기능을 충실히 수행하되, 재정을 안정적으로 운용할 수 있는 방안은 수입과 지출관리를 적절히 균형을 있게 혼합하는 것이다. 우선 재정수입을 안정적으로 확보하는 방안으로는 보험료의 결정방식을 모형화하여 정치적 경기(political cycle)의 영향을 최소화하고, 질병원인자 부담금이라는 개념의 명문화를 통해 추가재원의 발굴과 이에 대한 사회적 지지를 획득하는 방안, 적자재정전략, 국고지원 등을 생각해볼 수 있다.

다른 한편으로 재정지출을 효과적으로 관리하는 방안으로는 총액계약제로의 단계적 도입, 공단의 구매자 기능 도입 (요양기관계약제 등), 민간보험과 공보험의 관계 정립, 재정누수방지, 재가치료(가정간호)에 의한 입원 치료 대체, 의약품 및 치료재료의 가격계약제, 신의료기술 및 의약품 등에 대한 경제성 평가제도의 시행, 의약품 및 치료재료의 통합구매제도 등을 들 수 있으며, 장기적으로는 보험재정에 적지 않은 영향을 미치게 될 의료공급구조를 현재의 병원 중심에서 의원중심으로 개선시켜 일차의료를 적극 활용하는 대책을 제안하고자 한다.

그러나 어떤 정책이든 재정을 확정적으로 안정화시킬 수 있는 묘책은

없다. 더구나 최근 들어 정부내 부처간 이해관계가 확연히 다르게 나타나고, 사회보험으로서의 건강보험이 가지는 기능과 근본원리에 대한 인식조차 다양한 스펙트럼을 보이는 것이 오늘날의 현실이다. 사정이 이러하니 재정관리대책 하나하나에 대해서도 이해관계가 복잡하게 얽혀서 사회적 합의를 보기가 무척 어려운 실정이다. 애로우의 불가능성 정리(Arrow's Impossibility Theorem)가 시사하는 바와 같이 사회구성원 모두가 만족하는 합리적 해결방안이란 처음부터 존재하지 않을 지도 모른다. 따라서 다양한 정책수단 중에서 소비자에게 수용가능하고, 건강보험의 원리에 크게 어긋나지 않고, 재정안정에 어느 정도의 효과가 있다면 나머지 조건을 무시하고 시행하는 것이 차선책이라고 사료된다.

참고문헌

- 국민건강보험공단, 주요국의 건강보험 재정안정대책, 2001.5.
- 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도.
- 국민건강보험공단, 재정전망, 2008.
- 김진현, “요양급여 허위·부정청구에 대한 공익신고 포상금제도 도입방안”, 『요양급여 부정청구 제도개선』 토론회, 부패방지위원회, 2003.
- 김진현, 민간의료보험의 영향에 관한 국가간 비교분석 및 정책방안, 건강보험심사평가원, 2005. 6.
- 김진현, “사회안전망으로서의 역할 강화를 위한 보험재정의 지속적 안정화 방안,” 건강보험포럼 4(3), 2005.9.
- 보건복지부, 국민건강증진 종합대책 : 건강보험재정분야, 2002.4.
- 보건복지부, 건강보험발전위원회 보고서(I), (II), (III), 2003.
- 보건복지부, “건강보험 보장성 강화방안”, 공청회자료집, 2005.6.30.
- 연합뉴스, 2008.05.20.
- 양봉민, “건강보험제도와 재정안정”, 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문, 2002.4.
- 양봉민·김진현·이태진, 건강보험의 근본적 재정안정을 위한 정책방안, 서울대학교 보건대학원, 2003.
- 최병호, “국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안”, 건강보험포럼 1(1), 2002.
- Chalkley, M. and J. Malcolmson, “Government purchasing of health services”, in Culyer, A. and J. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, 2000.
- Christensen, S. and J. Shinogle, “Effects of Supplemental Coverage on Use of

- Service by Medicare Enrollees", *Health Care Financing Review* 19(1), 1997.
- Colombo, F. and N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers 15, OECD, 2004.
- Dixon, A. and E. Mossialos, "Funding Health Care in Europe: recent experiences", *Health Care UK*, 2002.
- Docteur, E. and Howard Oxley, *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD, 2003.
- Gerdtham, U. G., and B. Jonsson, "International comparisons of health care expenditure: conversion factor instability, heteroscedasticity, outliers and robust estimators," *Journal of Health Economics* 11, 1992.
- Gerdtham, U. G., J. B. Jonsson, M. MacFarlan and H. Oxley, "The determinants of health expenditure of the OECD countries," in: P. Zweifel eds., *Health, The Medical Profession, and Regulation*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Jacobzone, S., "Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers* 40, 2000.
- Manning, W. J., et al., "Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment", *American Economic Review* 773, 1987.
- Mossialos, E. and S. Tomson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, 2004.
- O'Brien, B., "The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines", *Journal of Health Economics* 8(1), 1989.

OECD, *New Directions in Health Care Policy*, Health Policy Studies No.7, 1995.

OECD, *Health Care Reform: The Will to Change*, Health Policy Studies No.8, 1996.

OECD, Health Data, 각년도.

OECD, *Towards High-Performing Health Systems*, Policy Studies, 2004.

Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier, and L.M. Greenwald, "U.S. health expenditure performance: An international comparison and data update," *Health Care Financing Review* 13(4), Summer 1992.

제4장 지속가능한 우리나라 건강보험 선진화를 위한 구상

사 공 진

I. 서론

국민의 건강한 삶을 보장하는 국민건강보험제도가 금년으로 출범 31주년을 맞이하고 있다. 우리나라는 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장의 근로자를 대상으로 사회보험방식에 의한 의료보험제도를 시행한 이래 1989년 7월에 전국민으로 의료보험의 적용대상을 확대함으로써 세계적으로 유래 없이 빠른 출범 12년 만에 전국민 의료보험시대를 연 바 있다.

그간 조합방식으로 운영되던 자영자를 대상으로 하는 지역의료보험은 1998년 10월 1일 공무원과 사립학교 교직원을 대상으로 하는 공·교 의료보험과 통합되었고, 2000년 7월 1일 직장의료보험과도 통합하여 국민건강보험공단이 관리운영하게 함으로써 건강보험의 조직통합이 완료되었다. 재정통합을 포함한 궁극적인 건강보험의 통합은 2003년 7월 1일 달성됨으로써 5년여에 걸친 건강보험 통합과정이 종료하게 되었다.

2000년 7월 1일은 우리나라 건강보험 역사에서 매우 의미가 있는 날로서 건강보험의 조직통합과 함께 「진료 및 처방과 투약의 분리」를 지향하는 의약분업이 시행되었기 때문이다. 의약분업을 전후한 다섯 차례의 의료보험 수가 인상, 환자본인부담의 감소, 고가약 사용 증가, 처방일수 증가 및 임의조제비용의 보험제도권으로의 편입 등에 따른 진료비의 급등에 의해 2001년에는 건강보험제도의 존립을 위협하는 재정위기가 도래하

였고, 급기야 누적적립금 마저 탕진하는 지경에 이르렀으나 정부의 필사적인 보험재정 안정화 대책, 즉 국고지원 확대, 수가인하 등 혼신의 노력으로 의료보험 출범 24년 만에 휘몰아친 재정위기는 진정될 수 있었다.

그러나 2005년 부터 실시된 정부의 보장성 강화를 위한 급여확대정책⁶¹⁾에 따라 그간 안정을 찾아 가던 건강보험 재정에 불안의 그림자가 드리워지기 시작하여 급기야 2006년과 2007년에 각각 건강보험 당기지수 적자를 시현하게 되었다.

건강보험 출범 30주년을 맞이한 2007년 현재 우리나라 건강보험의 현주소는 다음과 같다.

저보험료-저급여-저수가로 출발한 우리나라 건강보험은 한 세대가 경과한 2007년에 와서는 건강보험 평균보장을 64.3%, 당기수지 적자 2,847억원, 직장건강보험의 경우 건강보험요율 4.77%(OECD 국가의 평균 건강보험요율은 10% 수준), 정부지원 3조 6,718억 원 및 관리운영비 9,734억 원 등으로 요약할 수 있다.

의료보험이 출범하였던 1977년에서 31년이 경과한 오늘날은 과거와는 다른 새로운 패러다임을 요구하게끔 경제 및 사회의 많은 부분이 급속히 변화하고 있다.

건강보험의 대상인 보건의료분야에도 고령화, 상병구조의 변화, 정보화, 의료기술의 급속한 발전 등이 전개되고 있고 소득수준의 향상에 따라 국민들의 보건의료 수요도 변화하고 있다.

이러한 변화 중에서 가장 큰 변화는 인구의 고령화라 할 수 있다. 우리나라는 2002년에 이미 65세 이상 노인인구의 비율이 7%를 초과하는 고령화사회(Aging Society)에 진입하였고 2018년에는 노인인구의 비율이 14%를 초과하는 고령사회(Aged Society)로 진입할 전망이다. 이러한 인구 고령화

61) MRI 보험급여, 암치료비 본인부담 경감, 암, 심근경색증 등 고액 중증 질환 보장성 강화, 희귀난치성 질환 및 정신질환 본인부담 경감, 분만 시 본인부담 경감

는 국민의료비 및 진료비의 급속한 증가를 초래할 수 있다. 노인들은 신체상의 허약으로 인해 여러 가지 질병 특히 만성질환에 시달릴 수 있는 바 만성질환은 완치가 힘들며 장기간에 걸친 의료서비스를 요하게 되기 때문에 이는 곧 의료비의 증가로 이어지게 되는 것이다.

소득수준의 증가에 따라 국민의 보건의료에 대한 기대수준은 한층 높아져 왔다. 지금까지는 보건의료와 관련하여 소비자의 기대에 부응하는 시스템을 구축하기 보다는 주로 형평이라는 이념에 치중해 왔는 바 이는 소비자들의 다양한 욕구를 충족시키는데 한계가 있다고 할 수 있다. 따라서 미래에는 이러한 소비자의 다양한 욕구를 충족시키는 방향으로 보건의료의 공급을 변화 할 필요가 있다고 사료된다(이 규식, 사공 진, 김 주경, 2005).

특히 2008년 들어 새로운 정부가 출범하였지만 건강보험과 관련한 주요 개혁과제에 대해 대국민 이해 및 설득의 노력이 부족하였고, 당연지정제 폐지, 영리병원 허용, 민영건강보험의 활성화, 의료산업의 선진화 등의 주요 이슈들이 공론화되지 못하고 있는 실정이다.

이에 본 연구는 고령화 시대를 맞이하여 새로운 틀에서 건강보험정책의 방향을 제시하는데 그 목적을 두고 있다. 즉 지속가능한 우리나라 건강보험의 선진화를 위한 개혁이 필요한 시점인 바 이를 위해서는 건강보험의 형평성과 효율성을 제고하고 재정안정과 함께 가구당 의료비 Risk를 줄일 수 있는 실질적인 보장성이 확보되는 그러한 개혁이 되어야 할 것이다.

본 연구의 주요 내용은 다음과 같다.

다음의 II장에서는 재정을 중심으로 하여 우리나라 건강보험의 현황을 분석하기로 한다. 먼저 건강보험의 전반적인 재정추세를 살펴보고 직역별로도 분석해 보기로 한다. 아울러 건강보험의 재정지출을 구성요소별로 자세히 분석하여 진료비 급등에 대한 원인을 규명해 보고저 한다. 또한 고령화 사회를 맞이하여 급증하고 있는 노인진료비 문제도 살펴 본다.

Ⅲ장에서는 우리나라 건강보험제도가 안고 있는 문제점들을 분석할 것이다. 먼저 보험료 부담과 부과체계에 내재하는 문제점을 살펴보고 국고 부담금 문제도 짚어본다. 또 합리성이 부족한 급여확대정책과 보험급여 관리기전의 결여 문제도 분석해 볼 것이다. 약제비의 지속적인 증가 역시 건강보험이 풀어야 할 숙제이고 전 국민을 적용대상으로 하는 거대 단일 조직인 건강보험공단에 의한 관리운영체제도 문제가 크다 하겠다.

Ⅳ장에서 우리나라 건강보험의 선진화를 위한 제 구상을 제안해 볼 것이다. 즉 건강보험체계의 각 단계에 따라 건강보험 재정조달단계, 건강보험 보험자의 관리운영의 효율화, 보험자로부터 의료공급자로의 자원전달 단계 및 의료서비스 공급단계에서의 개혁방안을 선진국의 경험을 토대로 하여 제안해 보기로 한다.

II. 우리나라 건강보험의 현황 분석

2000년 건강보험 조직 통합 이후 우리나라 건강보험의 현황을 재정을 중심으로 하여 다음과 같이 분석해 본다.

1. 건강보험의 전반적인 재정 분석

우리나라 건강보험의 전반적인 재정추세는 다음 <표 4-1> 및 [그림 4-1]과 같다.

<표 4-1> 건강보험 재정 현황

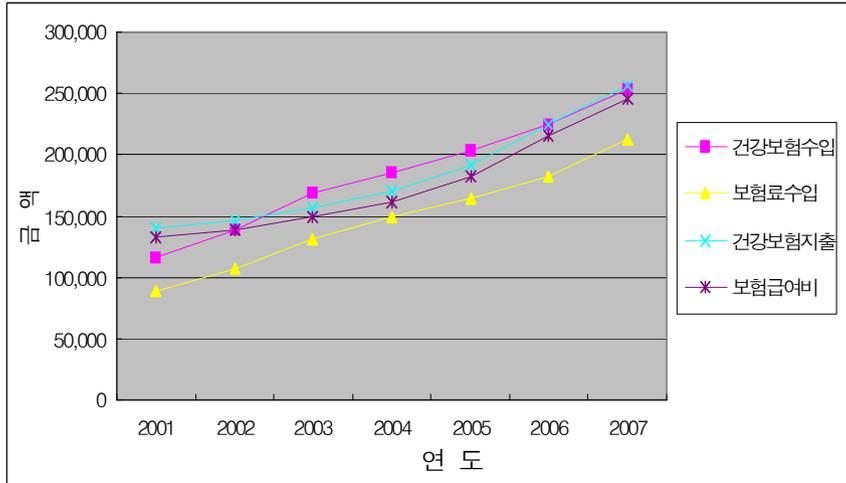
(단위: 억 원)

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697
	보험료	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530
	정부지원	26,250	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718
	기타	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449
지출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614
	관리운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734
	기타	963	949	830	831	380	764	196
당기수지		-24,088	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847
누적수지		-18,109	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951

주: 자금수지 기준임

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2007

[그림 4-1] 건강보험 주요 재정지표 추세



건강보험에 대한 정부지원이 포함된 건강보험의 수입은 건강보험 지출을 밑돌다가 조직통합 이후 2001년의 건강보험 재정위기 시에 그 격차가 최대로 벌어졌다. 이러한 수입을 초과하는 지출의 재정 불균형은 2002년부터 시행된 정부의 재정안정화 정책⁶²⁾이 효과를 보임에 따라 시정되어 2004년에 와서는 오히려 사상 최대의 당기수지 흑자를 시현하게 되었다.

그러나 정부의 건강보험 보장성 강화 로드맵에 따라 2005년부터 시행된 선심성 급여확대정책의 여파로 2006년부터 당기수지 적자(747억 원 적자)가 나타났고 이는 2007년에 와서 더욱 심화되면서(2,847억 원 적자) 급기야 누적적립금이 1조 원 미만(8,951억 원)으로 떨어지게 되었다.

62) 2001년도에 시행된 보험제정 안정화대책은 다음과 같은 바, 진료와 관련된 것으로서 진료비 심사 강화, 진찰료와 처방료의 통합, 진찰료와 처방료에 대하여 1일 진료 환자수에 따른 차등수가제, 주사제의 처방/조제료 삭제, 야간 가산율 적용시간대 조정 등이 있고, 급여조정과 관련하여 신경차단술, 물리치료, 한방관절술 강내 침술 급여기준 강화, CT, 혈액투석, 조혈모 세포이식, 물리치료, 임상병리검사 실시 기관 인정기준의 제정, 일반의약품 및 소화기관용 약제(약 1,400종) 급여제한(2002년) 등이 있으며, 외래본인부담율의 조정도 이루어진 바 있음.

문제는 우리나라 건강보험에 내재된 만성적인 재정적자구조인 바 정부 지원을 제외한 순수한 보험료 수입과 건강보험급여비를 비교하면 보험급여비가 시종일관 보험료 수입을 초과하고 있고 2007년에는 보험급여비 초과액이 3조 3,000억 원에 달하고 있다. 이러한 괴리를 언제까지 정부지원으로 매꿀 수 있는가에 대한 의문이 제기되며 향후 보장성이 향상됨에 따라 급여비가 계속 증가할 경우 무한정으로 국고가 투입될 수도 없다는 문제점을 지적하지 않을 수 없다.

아울러 정부의 보장성 강화 정책이 국민의 의료비 Risk를 실제로 줄이는, 피부에 와닿는 효과를 가져 왔는가에 대해서도 엄밀한 평가가 따라야 하리라 사료된다.

한편, 관리운영비는 조직 통합 이후 2002년에 최소를 기록하였다가 2003년 이래 계속 증가하고 있으나 전년 대비 증가율은 둔화되어 왔다. 그러나 2007년에 와서는 다시 전년 대비 증가율이 상승하고 있다.

2. 건강보험의 직역별 재정분석

앞의 절에서는 건강보험 전반에 걸친 재정현황을 살펴보았거니와 본 절에서는 이를 직장건강보험과 지역건강보험으로 나누어 재정상황을 비교분석해 보고자 한다.

직역별 건강보험의 재정추세는 다음의 <표 4-2> 및 [그림 4-2]와 같다.

〈표 4-2〉 직역별 주요 재정지표

(단위: 10억 원)

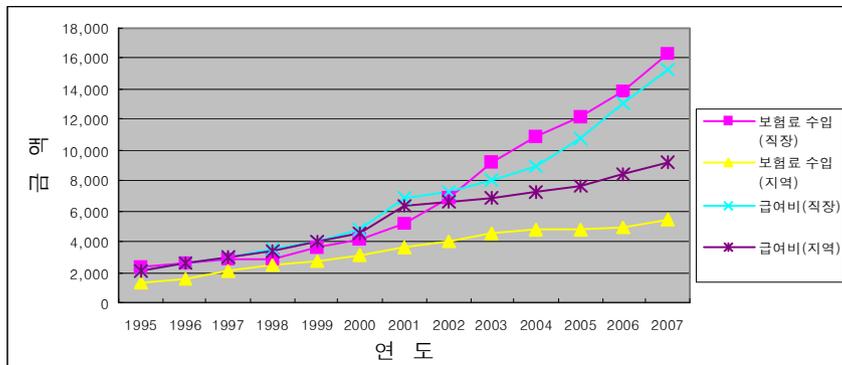
구 분		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
보험료 수입	직장	3,579	4,129	5,241	6,872	9,168	10,828	12,121	13,896	16,348
	지역	2,727	3,100	3,615	4,056	4,573	4,786	4,807	4,914	5,380
	소계	6,306	7,229	8,856	10,928	13,741	15,614	16,928	18,810	21,728
급여비	직장	3,994	4,760	6,872	7,266	7,971	8,987	10,701	13,124	15,326
	지역	3,954	4,526	6,284	6,591	6,922	7,279	7,693	8,464	9,234
	소계	7,948	9,286	13,156	13,857	14,893	16,266	18,394	21,588	24,560

주① : 본 재정자료는 결산 기준임

주② : 보험료 수입에는 국고지원분이 제외되어 있음

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

[그림 4-2] 직역별 주요 재정지표 추이



건강보험에 대한 국고지원분을 제외한 순보험료 수입을 직역별로 비교해 보면 1999년부터 2007년까지 직장건강보험은 보험료 수입이 연평균 20.9% 증가하였고, 지역건강보험은 같은 기간에 연평균 8.9%의 증가율을

시현하고 있다.

2004년 이후만을 살펴보면 직역간의 보험료 수입 증가율의 차이가 더욱 뚜렷한 바 직장건강보험의 경우 14.7%인데 반해 지역건강보험의 경우 단지 4%의 증가율을 나타냄으로써 직장건강보험보다 증가율면에서 1/3에도 미치지 않고 있다.

이는 직역간 보험료 부담의 불형평성을 노정하고 있다고 할 수 있으며, 고소득 지역가입자의 직장건강보험으로의 편입과 지역건강보험에 비해 직장근로자의 높은 소득을 감안하더라도 보험료 부담의 차이가 너무나 크다 하겠다.

한편, 보험 급여비의 경우 의약분업과 건강보험 조직통합이 시행된 다음해인 2001년에 직장, 지역 건강보험 모두 전년 대비 44.4%, 38.8%의 폭발적인 증가율을 시현하고 있으며 보험료 증가율을 크게 뛰어 넘는 급여비 증가로 인해 2001년에 건강보험 재정위기가 도래하였다.

정부의 재정안정화 정책 이후 2002년부터 직장은 5.7, 9.7, 12.7%, 지역은 4.9, 5.0, 5.2%의 비교적 완만한 급여비 증가율을 보이다가, 급여확대 정책이 시행된 2005년에 다시 직장건강보험은 19.1%의 높은 급여비 증가율을 보이고 있으며 이는 직장건강보험의 2005년도 보험료 수입 증가율 13.3%를 크게 상회하는 것이기도 하다.

1999년 부터 2007년 까지 9년 간 직장건강보험의 급여비 증가율은 18.3%인데 비해 지역건강보험의 증가율은 11.0%이고, 2004년 이후의 급여비의 연평균 증가율은 각각 19.4%, 8.3%이다.

국고지원을 포함하여 직역별로 당기수지를 비교해 보면 직장 건강보험은 2003년 이래 당기수지 흑자를 나타내고 있고 2007년에는 3조 2,000억 원의 당기수지 흑자를 기록한 바 있다. 이에 반해 지역건강보험은 2004년 이래 당기수지 적자를 나타내고 있으며 그 적자폭도 계속 확대되어 2007년에는 3조 5,000억 원의 당기수지 적자를 시현하고 있다.

3. 건강보험 재정의 지출 분석

3.1 진료비 및 급여비 추이

본 절에서는 건강보험 재정의 지출구조를 분석하여 진료비 급등의 원인을 파악해 보고자 한다.

진료비 및 급여비의 연도별 추세와 전년 대비 증가율은 <표 4-3>, [그림 4-3] 및 <표 4-4>와 같다.

<표 4-3> 연도별 진료비(약제비) 및 급여비

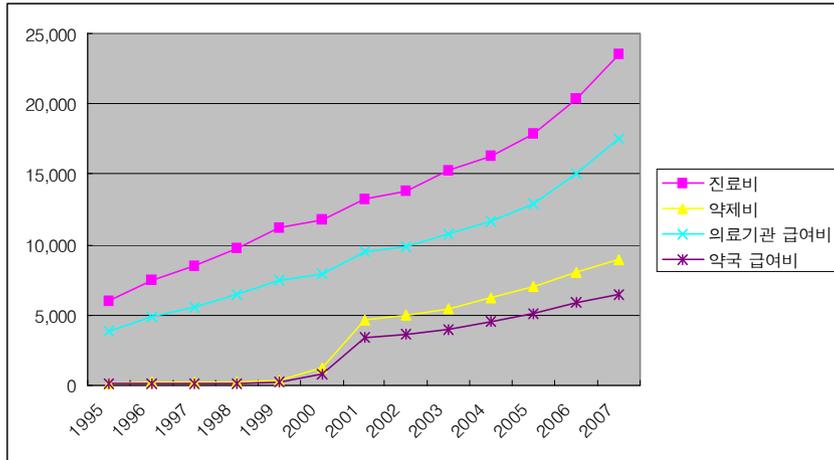
(단위: 10억 원)

구 분		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
진 료 비	의료기관	11,201	11,722	13,236	13,807	15,266	16,310	17,839	20,374	23,497
	약국약제비	320	1,190	4,607	5,025	5,476	6,196	7,023	8,036	8,892
	총 진료비	11,521	12,912	17,843	18,832	20,742	22,506	24,862	28,410	32,389
급 여 비	의료기관	7,452	7,941	9,532	9,795	10,798	11,641	12,897	15,097	17,530
	약국	201	848	3,409	3,629	3,957	4,489	5,091	5,835	6,425
	총 급여비 (보험진료비)	7,653	8,789	12,941	13,424	14,755	16,130	17,988	20,932	23,955

주: 진료실적 관련 자료는 지급 기준임

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

[그림 4-3] 진료비(약제비) 및 현물급여비 추세



<표 4-4> 진료비 및 급여비의 전년 대비 증가율

(단위: %)

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
진료비	의료기관	12.9	4.3	10.6	6.8	9.4	14.2	15.3
	약국약제비	287.1	9.1	9.0	13.1	13.3	14.4	10.7
급여비	의료기관	20.0	2.8	10.2	7.8	10.8	17.1	16.1
	약국	302.0	6.5	9.0	13.4	13.4	14.6	10.1

의약분업과 건강보험 조직 통합이 시행된 2000년에 13조 원이던 약제비 포함 전체 진료비는 2007년에 와서 32조 원으로서 7년 만에 근 2.5배에 가깝게 증가하고 있으며 연평균 14%의 증가율을 시현하고 있다.

2000년 8.8조 원이던 급여비(보험 진료비) 역시 7년 만에 24조 원으로 2.7배 이상 증가하였고 연평균 증가율 15.4%의 가파른 상승세를 나타내고 있다.

<표 4-4>는 진료비와 급여비의 전년 대비 증가율을 의료기관과 약국으로 나누어 보여 주고 있다.

의료기관 진료비 및 급여비는 2001년 이래 10, 10.7%의 연평균 증가율을 시현하고 있는 바 건강보험 재정위기가 발생한 2001년에 각각 12.9, 20.0%의 전년 대비 증가율을 보이다가 정부의 재정안정화 정책에 힘입어 2002년에는 4.3, 2.8%로 증가율이 주춤하였다. 그러나 정부의 보장성 강화 정책이 시행된 2005년 부터 다시 급등하여 2007년에는 전년 대비 15.3, 16.1%의 높은 증가율을 보이고 있다.

의약분업 시행에 따라 폭등했던 약국 약제비 및 약국 급여비는 2001년 이래 11.6, 11.1%의 연평균 증가율을 보이고 있는 바 2002, 3년에는 10% 미만으로 증가율이 둔화 되었으나, 2004년부터 다시 13% 이상으로 높은 증가율을 시현하고 있다. 급기야 정부는 2006년 5월 3일 건강보험 약제비의 적정화를 위해 보험 의약품 선별등재(Positive List System) 및 사용량·가격 연동제도의 도입을 발표하고 그해 말부터 시행하게 되었다. 정부의 약제비 적정화 정책 시행 첫해인 2007년에 약국 약제비는 전년 대비 10.7% 증가율로 그 증가세가 둔화되고 있다.

이상으로 진료비 및 급여비의 전반적인 추세를 살펴 보았거니와 이를 세분하여 다음에서 분석해 보기로 한다. 먼저 진료비는 건당 진료비와 수진율의 함수로 표시할 수 있겠고, 이 중 건당 진료비는 건강보험 수가의 함수로 볼 수 있다.

3.2 건당 진료비에 대한 고찰

다음의 <표 4-5>와 <표 4-6>은 건당 진료비의 주요 설명변수인 건강보험 수가인상 현황과 건당 진료비의 연도별 추세를 나타내고 있다.

〈표 4-5〉 1995년 이후 건강보험 수가인상 현황

(단위: %)

인상 연월	건강보험 수가		소비자 물가	
	증가율	누적지수①	증가율	누적지수②
1995. 4.	5.80	388.58	-	414.01
1995. 12.	11.82	434.51	4.50	432.64
1996.	0.00	434.51	4.90	453.84
1997. 1.	5.00	456.24	-	453.84
1997. 9.	9.00	497.30	4.50	474.27
1998. 7.	3.50	514.71	7.50	509.84
1999. 11.	9.00	561.03	0.80	513.92
2000. 4.	6.00	594.70	-	513.92
2000. 7. 1.	9.20	649.41	-	513.92
2000. 9.	6.50	691.62	2.30	525.74
2001. 1.	7.08	740.59	4.30	548.34
2002. 4. 1.	-2.9 (인하)	719.12	2.70	561.53
2003. 1.	2.97	740.48	3.60	582.30
2004. 1.	2.65	760.11	3.60	603.26
2005. 1.	2.99	782.83	2.70	618.96
2006. 1	3.50	810.23	2.20	633.79
2007. 1	2.30	828.86	1.95	645.46
2008. 1	1.94	844.94	3.89	670.57

주① : 누적지수는 1977. 7.을 100으로 한 수치임

주② : 소비자물가지수는 연도말 기준임

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

〈표 4-6〉 건당 진료비

(단위: 원)

구 분		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
의료 기관 건당 진료비	입원	792,349	880,366	909,451	915,389	952,736	966,712	1,015,310	1,045,627	1,111,871	1,187,720	1,309,013
	외래	23,931	27,056	27,944	27,278	27,277	26,824	26,675	27,249	28,444	29,898	25,237
약국건당 진료비		4,495	4,559	4,550	10,341	18,638	19,648	21,069	22,825	17,622	19,297	21,127

주: 위 자료는 지급 기준임.

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

건강보험 수가는 2000년 7월 1일의 건강보험 조직통합과 의약분업의 시행을 전후하여 1년여 간 다섯 차례나 인상된 바 있으나 2003년 이후 2년간은 소비자 물가 상승률을 밑도는 2% 대의 증가율로 안정적으로 인상되었다. 그러나 2005년 이후 3년간은 다시금 소비자 물가상승율을 상회하는 보험수가 인상율을 시현하고 있다.

의료기관의 건당 진료비 중 입원의 경우 2000년 부터 2006년 까지 7년간 연평균 4.4%의 안정적인 증가율을 시현하다가 2007년에 와서는 전년 대비 10.2% 증가로 급격히 상승하였다. 또한 외래의 경우 2000년 부터 7년간 연평균 1.5%의 완만한 증가율을 보이다가 2007년에 와서는 오히려 전년 대비 15.6% 감소하고 있다.

3.3 수진율에 대한 검토

건당 진료비와 함께 진료비의 또 다른 결정변수인 수진율에 대한 연도별 추세는 다음의 <표 4-7> 및 [그림 4-4]와 같다.

〈표 4-7〉 수진율 및 1인당 조제건수

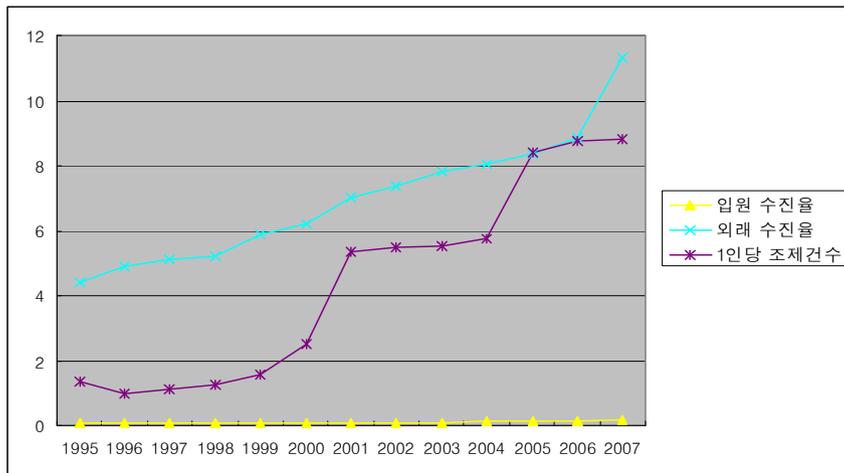
(단위: 건/명)

구 분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
수진율 (의료기관)	평균	4.46	4.882	5.198	5.319	5.978	6.298	7.103	7.487	7.93	8.15	8.47	8.98	11.49
	입원	0.077	0.081	0.085	0.086	0.094	0.094	0.101	0.102	0.11	0.12	0.12	0.14	0.16
	외래	4.383	4.88	5.113	5.233	5.884	6.204	7.002	7.385	7.81	8.03	8.35	8.84	11.33
1인당 조제건수 (약국)	1.365	1.002	1.123	1.273	1.574	2.506	5.363	5.5	5.53	5.74	8.41	8.78	8.83	

주: 위 자료는 지급 기준임.

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

[그림 4-4] 수진율 및 1인당 조제건수 추이



의료기관의 수진율은 2000년 부터 7년간 입원 및 외래에서 각각 연평균 6.9, 6.1%의 증가율을 시현하여 왔는데, 2007년에 와서 특히 외래에서 전년 대비 28.2%의 급격한 상승률을 노정하고 있다.

우리나라가 외국과 비교하여 수진율이 높은 것은 국민들이 한번 방문한 의료기관을 믿지 못하여 쉽게 다른 곳으로 옮기는 의료쇼핑 현상에 기인하는 것으로서 저수가에 기인하는 박리다매형 의료공급 행태가 빛은 결과이기도 하다 (이규식, 2006).

한편, 2005년에 1인당 약 조제건수가 폭발적으로 증가한 이유는 2005년 1월 1일 부터 약국의 청구방법이 변경되었기 때문이며 그전의 월별 청구에서 2005년 부터는 내원일자별 청구로 청구방법이 변경 되었는데 새로운 청구방법으로 그전의 조제건수를 환산하면 2001년 부터 각각 8.47, 8.29, 8.07, 8.16으로 되면서 2005년에 와서도 8.41의 완만한 증가세를 시현하는 것이 된다.

4. 노인의료비에 대한 분석

건당 진료비와 수진율로 설명할 수 없는 진료비 및 급여비 증가의 다른 이유로 노인인구 증가에 따른 노인의료비 급증을 들 수 있다.

65세 이상 노인인구의 추이는 다음 <표 4-8>에 나와 있다.

<표 4-8> 건강보험 적용인구 및 65세 이상 노인인구 추이

(단위: 천명, %)

구 분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
연도말 적용인구	44,016	44,603	44,925	44,472	45,184	45,896	46,379	46,659	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820
65세 이상 노인인구	2,483	2,589	2,696	2,809	2,860	3,019	3,216	3,345	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387
노인인구 비율	5.64	5.8	6.0	6.32	6.33	6.58	6.93	7.17	7.52	7.91	8.27	8.6	9.17

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

우리나라의 65세 이상 노인인구는 2002년에 전체 인구의 7.1%를 기록함으로써 우리나라는 고령화 사회(Aging Society)로 진입하였고 노인인구의 증가세는 OECD 국가 중에서도 가장 빨라 통계청 인구 추계에 따르면 2018년에 가서는 노인인구가 전체의 14.3% (716만명)를 차지하는 고령사회 (Aged Society)가 될 것으로 예측되고 있다. 또한 2006년에는 노인인구의 비중이 전체 인구의 20%를 초과하는 초고령사회(Super Aged Society)가 될 것으로 추정된다.

한편, 노인인구 증가에 따른 만성질환의 증가에 대비하는 의료체계를 구비하지 못함으로써 노인의료비 관리에 실패하고 있는 것을 다음의 <표 4-9>와 <표 4-10>을 통해 파악할 수 있다.

<표 4-9> 노인진료비 추이

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
노인진료비 (억 원)	22,555	31,627	36,357	44,008	51,364	60,731	73,504	91,189
노인 월 진료비 (원)	62,258	81,952	90,575	103,568	114,203	129,124	150,382	173,217
총진료비 대비 노인진료비의 비중(%)	17.4	17.7	19.3	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

〈표 4-10〉 2007년도 노인인구 진료실적(전체에서 차지하는 비중)

(단위: %)

구 분	지 급 건 수	내 원 일 수	진 료 일 수	총 진 료 비
계	19.8 (16.8)	22.5 (19.7)	30.0 (27.1)	28.2 (24.4)
입 원	28.0 (24.5)	38.6 (32.0)	35.4 (30.3)	36.4 (31.8)
외 래	20.1 (16.6)	38.6 (18.7)	26.1 (23.5)	21.0 (18.6)
약 국	19.3 (17.0)	19.3 (17.0)	30.8 (28.0)	30.1 (26.8)

주: 괄호 안은 2005년도 수치임

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

2000년에 17.4%인 총 진료비 대비 노인진료비의 비중은 7년 만인 2007년에는 28.2%로 증가하여 전 인구의 9.17%인 노인 인구가 총 진료비의 30% 가까이를 소비하고 있는 실정이다.

2007년도에 노인의료비는 입원의 경우 총입원진료비의 36.4%, 총내원일수의 38.6%, 그리고 총진료일수의 35.4%를 점하고 있으며, 그 비중은 2005년도에 비해 확연히 증가하고 있는 바 만성질환의 노인 인구가 병상을 차지하는 경우가 진료비 소진에 더 큰 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

나아가 노인진료비에 대한 사공 진(2005)의 추계에 따르면 우리나라가 고령사회에 진입하는 2018년에 가서는 총 진료비에 대한 노인진료비의 비중이 보수적으로 추정하더라도 40%를 상회할 것으로 예측되고 있는 바 노인의료비에 대한 대책 마련은 더 이상 미룰 수 없는 시급한 과제라 사료된다.

5. 소결

2장에서는 우리나라 건강보험의 재정현황을 분석해 보고 재정지출 구조를 상세히 고찰하여 최근의 진료비 및 급여비의 급등원인을 규명해 보았다.

최근의 진료비 급등의 가장 큰 요인은 2005년 부터 시행된 건강보험 보장성 강화정책에 따른 급여범위의 지속적인 확대를 들 수 있다. 노인인구의 증가에 따른 노인의료비의 상승도 급여비 증가요인으로 지적할 수 있는 바 특히 보장성 강화 정책에 따른 65세 이상 노인에 대한 다양한 감면 정책과 식대 급여화는 노인인구의 의료이용, 특히 입원을 부추기는 요인이 되었다고 할 수 있다(미래의료정책연구회, 2007).

질병구조가 만성퇴행성 질환중심으로 변하고 있는 것도 보험급여비 상승에 일익을 담당하고 있으며 외래 수진율의 증가도 원인으로 지적할 수 있다.

2000년을 전후하여 다섯 차례 시행된 건강보험 수가인상은 2001년의 건강보험의 재정위기를 불러 일으켰다고 할 수 있으며 최근의 수가인상은 특히 입원의 건당 진료비에 영향을 미친 것으로 사료된다.

마지막으로 의료공급량의 증가, 즉 의료기관 수, 병상 수 및 의사 수의 지속적인 증가 역시 건강보험 급여비의 증가에 영향을 주었다고 유추해 볼 수 있겠다.

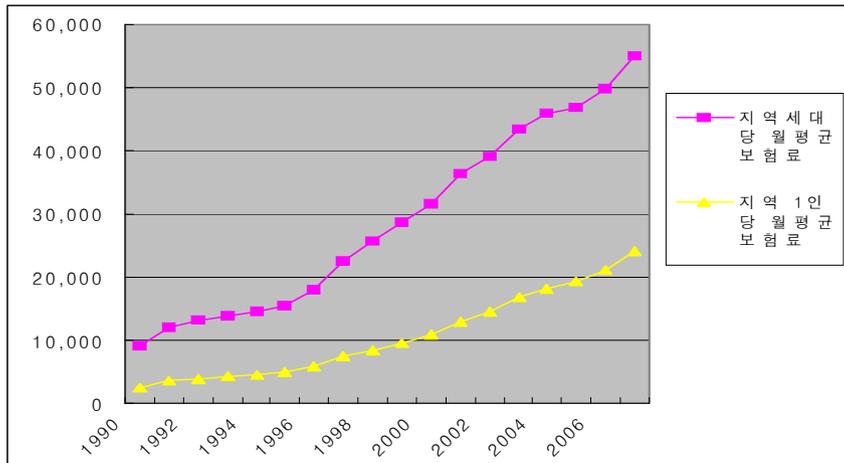
Ⅲ. 우리나라 건강보험제도의 문제점

현재 우리나라 건강보험제도가 안고 있는 제반 문제점들을 살펴보면 다음과 같다.

1. 피보험자의 보험료 부담의 증가 및 지역 간 부담의 불형평성

1998년 지역의료보험조합과 공·교 공단을 통합하면서 정부가 내세웠던 보랏빛 청사진의 하나가 농어민을 비롯한 피보험자의 보험료 부담의 경감 이었는 바 이를 확인하기 위해 먼저 지역건강보험의 월평균 보험료 추이를 살펴보면 다음 [그림 4-5] 및 <표 4-11>과 같다.

[그림 4-5] 지역건강보험 월평균 보험료 추이



〈표 4-11〉 연도별 지역건강보험 1인당 월평균 보험료 현황

(단위: 원)

연 도	지역세대당 월평균 보험료	지역 1인당 월평균 보험료
1990	9,121	2,609
1991	12,144	3,559
1992	13,200	3,940
1993	13,861	4,227
1994	14,521	4,530
1995	15,508	4,946
1996	17,918	5,814
1997	22,449	7,401
1998	25,619	8,511
1999	28,624	9,642
2000	31,678	10,965
2001	36,253	12,982
2002	39,071	14,650
2003	43,390	16,807
2004	45,818	18,256
2005	46,871	19,237
2006	49,688	21,050
2007	55,054	24,065

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

표에서 알 수 있듯이 1990년 부터 1997년 까지 지역의료보험의 통합 전 8년간 지역의료보험 가입자 1인당 월평균 보험료는 16%의 연평균 증가율을 시현하였으나, 지역의료보험 통합 이후 10년간 즉 1998년 부터 2007년 까지는 12.2%의 연평균 증가율을 보이고 있다. 통합 이후 월평균 보험료의 연평균 증가율이 약간 감소는 하였으나 통합 시 내세웠던 농어민 보험료 부담의 경감이란 구호와는 큰 차이가 있는 증가율이라 아니할 수 없다.

특히 2007년에는 부동산 가격의 상승으로 말미암아 재산과 연계되는 지역 보험료가 전년 대비 14.3%나 급증하여 국민의 부담을 대폭 증가시키

고 있는 바 이러한 지역가입자, 특히 농어민의 보험료 부담의 증가는 통합의 논리의 허구성의 한 증거로 제시할 수 있을 것이다.

한편, 지역 간 보험료 부담을 비교해 보면 직장파와 지역의 양 지역 간 보험료 부담의 불형평이 심각함을 알 수 있다. 1995년부터 조직 통합전인 1999년 까지 5년간 직장 건강보험료의 연평균 증가율은 13.9%인데 반해 통합 이후 2000년 부터 2007년 까지 8년간 연평균 증가율은 21.7%에 달하여 통합 이후 증가율로도 한 배 반이 넘는 빠른 증가세를 시현하고 있다.

같은 기간 지역건강보험 보험료는 통합 이전의 12.1%에서 통합 이후 8.2%의 연평균 증가율을 시현하여 통합 이후 보험료 증가율이 4%p 정도 낮아진 것을 알 수 있다. 그러나 직장보험료 증가율과 비교하면 통합 이전에는 비슷한 속도의 연평균 증가율을 보이다가 통합 이후에 증가율면에서만 2.5배가 넘는 연평균 증가율의 차이를 나타내면서 양 지역 간의 보험료 부담의 심각한 불균형을 노정하고 있다.

2. 보험료 부과체계에 존재하는 불형평성

건강보험의 통합과정에서 정부는 보험료 부과기준을 소득으로 단일화하겠다고 약속하였으나 이는 앞으로도 상당 기간 달성할 수 없을 것으로 사료된다.

보험료 부과기준을 직장파와 지역에 달리하는 보험료 부과체계의 이원구조⁶³⁾를 계속할 경우 이는 재정부담의 형평성을 크게 저해할 수 있는 바 양 지역의 보험료 인상율을 같게 유지하더라도 직장 근로자의 부담이 훨씬 크게 될 구조적 문제점이 있기 때문이다. 즉 직장 근로자의 부과기준인 임금상승률이 지역보험료의 부과기준의 하나인 재산상승률보다 크기

63) 현재 직장근로자에 대해서는 총보수제에 의한 소득에 근거하여 보험료를 부과하고 지역 가입자에 대해서는 소득비례 보험료, 재산보험료, 자동차 보험료의 세 가지 기준으로 보험료를 부과하고 있음

때문에 실제 보험료 부담이 장기적으로 직장근로자에게 더 크게 작용할 가능성이 크다 하겠다. 2001년 부터 2007년 까지 직장보험료 수입은 312% 인상된데 반해 지역보험료 수입은 같은 기간 149% 증가에 그친 것이 그 증거라 할 수 있다.

또한 지역건강보험의 보험료 부과체계 내에도 형평성의 문제가 내재해 있다(사공 진, 2006).

지역 가입자에 대한 보험료 부과기준인 소득비례, 재산, 자동차보험료 중 소득비례보험료에 대해서는 과세소득이 연간 500만 원 이상인 세대에 대해서만 소득비례 보험료를 부과하고 그 이하의 소득이나 과세소득자료가 없는 세대에게는 평가소득이라는 추정소득에 근거하여 부과하고 있다. 따라서 연간 과세소득금액 500만 원을 기준으로 소득비례 보험료와 평가소득 보험료를 각각 부과함으로써 형평의 문제를 야기하고 있다.

또 평가소득 보험료도 적용자의 성, 연령, 재산, 자동차세 등의 4가지 요소를 결합하여 세대별로 산출되는 점수를 기준으로 보험료를 부과하는데, 대상세대의 소득을 기초로 한 것이 아니라 성, 연령을 감안한 기대능력을 기초로 하였기에 실제소득과는 무관하며 가사노동자나 실직자 가정, 대학생층은 보험료가 높게 되는 불합리성을 노정하고 있다. 또 평가소득에 재산과 자동차 항목이 포함됨으로써 재산과 자동차가 재산보험료와 자동차보험료에 더해 평가소득 보험료에도 이중으로 산정되는 문제점도 있다.

한편, 500만 원 이상 세대는 응능원칙만 반영된 반면, 500만 원 미만 세대는 가구원 수에 의거하여 평가소득이 산정되므로 응익원칙이 추가로 반영되어 있는 것도 문제점으로 지적되고 있다.

3. 국고부담의 지속적 증가

다음의 <표 4-2>는 연도별 국고부담 추이를 보여 주고 있다.

<표 4-2>에서 알 수 있듯이 담배부담금을 비롯한 정부지원금(국고부담)은 2000년 조직통합 이후 2006년까지 7년간 247% 증가함으로써 통합을 통해(물론 건강보험의 통합 만이 주요인은 아니라 하더라도) 정부재정에 계속 주름살을 지우게 하고 있다. 2007년 부터는 정부의 국고지원방식이 보험료 수입의 20% 지원으로 변경되었기에 2007년에는 전년보다 국고지원 금액이 약간 축소되었다. 문제는 건강보험 보장성 확대에 따라 앞으로 국고부담은 더욱 증가할 것으로 예상되는 바 언제까지 어느 수준까지 국고를 지원할 수 있을 것인가 우려하지 않을 수 없다. 또한 국고부담을 대폭 감소시키고 “의료보험에 투입되는 국고부담을 감소시켜 교육 등에 전용할 것”이라는 2000년 통합 시의 호언이 얼마나 황당했던지를 미루어 짐작할 수 있다 하겠다.

<표 4-12> 연도별 정부 지원금

(단위: 10억 원)

연도	정부지원금 총계	지역 국고지원금	담배 부담금		
			소계	지역 배분금	직장 배분금
1997	995	995			
1998	1,076	1,076			
1999	1,166	1,166			
2000	1,553	1,553			
2001	2,625	2,625			
2002	3,014	2,575	439	198	241
2003	3,424	2,779	645	286	359
2004	3,483	2,857	626	268	358
2005	3,695	2,770	925	375	550
2006	3,836	2,870	966	367	599
2007	3,672	2,704	968	394	573

자료: 2007 건강보험 통계연보, 국민건강보험공단

4. 약제비의 증가

의약분업 이후의 약품(제)비의 변화는 다음 <표 4-13>과 같다.

<표 4-13> 약품비 비중 및 1인당 약제비

(단위: 십억 원)

구분	2001	2002	2003	2004	2005
진료비(A)	17,843	18,832	20,742	22,506	24,862
약품비(B)	4,180	4,801	5,583	6,353	7,329
약품비의 진료비에 대한 비중(B/A)	23.4	25.5	26.9	28.2	29.1
1인당 약제비 (만 원)	9	10.3	11.9	13.4	15.3

주: 진료비에 대한 국민건강보험공단 통계연보와 건강보험심사평가원 통계지표의 크기가 조금 달라서 약품비의 비중도 정부 발표(2005년 29.2%)와 조금 차이가 있음

자료: 1) 『건강보험 통계연보』, 국민건강보험공단
2) 『건강보험 통계지표』, 건강보험심사평가원

2005년 총 약품비는 7조 3,290억 원으로써 총 진료비의 29.1%를 차지하고 있으며 2001년 이후 연평균 15%씩 증가하면서 진료비에서 차지하는 비중도 매년 증가해 오고 있었다. 이 기간 중 전체 진료비가 연평균 8%씩 증가하고 있는 것과 비교하면 약제비 증가 속도를 가늠할 수 있다 하겠다. 이러한 약제비의 급등 원인은 노인 및 만성질환자의 증가로 인한 의약품 사용량의 증가 (건당 처방일수 및 투약일당 약제비의 증가), 신약 등 고가 약 사용 비중의 증가 및 약가 사후관리체계의 미흡 등을 들 수 있다.

그러나 더욱 큰 문제점은 소비자의 Out-of-Pocket Payment가 증가하고 있다는데 있는 바 의약분업이 병의원의 직접 조제를 방지한 효과는 있겠지만 가계에서 직접 매약하는 의약품의 통제는 제대로 하지 못하여 의약분업이 국민 부담만 증가시키고 소기의 목적을 거두지 못하고 있는 문제

점을 노정하고 있다 하겠다(이규식, 2006).

이에 정부는 2006년 말 부터 건강보험 약제비 적정화 정책을 시행해 오고 있는 바 주요 내용은 경제성 평가를 포함한 보험적용의 선별등재방식(Positive List System)으로의 전환과 가격-사용량 연동제도 등이다. 따라서 이미 보험이 적용되고 있던 20,775개의 의약품은 선별등재제도가 시행되어도 보험등재된 것으로 간주하되 2011년 까지 5년 간에 걸쳐 순차적으로 정리할 예정이다.

정부의 약제비 적정화 정책 시행 첫 해인 2007년에는 약제비가 전년 대비 10.7% 증가로 그 증가율이 둔화되고 있다.

5. 건강보험 관리운영체계의 비효율성

2007년 말 현재 건강보험의 적용을 받는 4,782만 명을 단일 보험자인 국민건강보험공단이 통합관리하고 있는 바 관리조직의 독점에 의한 비효율성을 우리나라 건강보험이 안고 있는 문제점 중의 하나로 지적할 수 있다(사공 진, 2006).

Leibenstein에 의하면 독점은 X-효율성(X-Efficiency)의 측면에서도 문제가 있는 바, X-효율성이란 눈에 잘 보이지 않는 측면에서 발휘되는 초과적인 효율성(Extra Efficiency)을 의미한다. Leibenstein에 따르면 독점은 경쟁의 압력이 없기 때문에 최대한의 X-효율성을 추구할 동기가 없다는 것이며 이는 우리나라에서 건강보험의 조직통합 결과 수요독점적 지위를 부여받은 국민건강보험공단의 경우에도 적용될 수 있을 것이다.

의료보험조합의 최적규모를 실증분석한 사공 진(1999)의 연구에서도 관리운영비 및 진료비를 최소로 하는 조합의 규모가 과거 직장 및 지역의료보험조합 규모의 2배가 적정하다고 나타났는 바, 전체 조합을 통합한 국민건강보험공단의 관리운영이 규모의 불경제(규모가 커질수록 평균비용

이 오히려 증가하는 것)를 초래할 것이라는 것은 의심의 여지가 없다 하겠다.

또한 공단에 의한 관리운영은 전국적으로 산재된 피보험자의 의료이용과 관련된 진료비를 관리하는 것이 용이하지 않을 뿐 더러 피보험자의 도덕적 해이로 인한 의료의 과다 이용을 방지하기 어려워져 관리의 효율이 떨어진다. 즉 효율적인 진료비 및 급여비 관리가 힘들어 지는 것이다. 보험료 인상도 전국적으로 해야 하기에 정치쟁점화 하여 보험료 인상에 어려움이 크다고 여겨진다. 뿐만 아니라 건강보험공단의 주 기능은 보험료의 부과 징수에 있기에 재정관리에 관심을 기울일 인센티브가 없는 바 정치적으로 임명되는 이사장이나 재정관리 외의 다른 요인을 토대로 인사가 이루어지는 지사장, 지역본부장에게 재정관리에 노력을 경주하게 하는 기대를 할 수 없고(이규식, 2006) 이러한 재정관리의 인센티브 결여가 건강보험공단의 가장 큰 문제점으로 지적할 수 있다.

건강보험공단의 관료화로 인해 보험료 징수에 노력을 경주할 인센티브가 없는 바 특히 지역건강보험의 보험료 징수율이 저조하여 2004년부터 2006년 까지의 지역건강보험의 평균징수율은 91.6%에 불과하다. 또한 지역건강보험의 보험료 체납도 증가하고 있는 바 2006년 말 현재 1조 3,000억 원의 지역건강보험료가 체납되고 있는 실정이다.

〈표 4-14〉 직장 및 지역 총징수율

(단위: %)

구분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
지역	89.6	92.7	89.6	95.8	99.8	94.4	91.1	91.7	92.2	95.1
직장	99.5	99.8	99.7	99.5	99.8	99.4	99.2	99.4	99.3	99.5

자료: 국민건강보험공단

뿐만 아니라 피부에 와닿는 서비스의 부재로 인해 민원이 증가하고 가입자의 만족도도 저하하여 2006년 실시한 정부의 공공기관 고객 만족도 조사에서는 80개 조사기관 중 국민건강보험공단이 80위의 최하위에 선정되는 불명예도 경험하고 있는 형편이다.

6. 저출산·고령화에 따르는 건강보험제도의 지속가능성에 대한 우려

2018년 경에 고령사회로 진입하고 노인진료비가 총 진료비의 40%를 상회할 정도로 팽창하는데 더해서 현재의 저출산 구조가 계속 이어진다면 부양율은 점차 감소하게 되어 현재와 같은 보험료에 기반한 재정조달구조로서 건강보험제도가 2018년 이후에도 지속가능할 것인가에 대해서 우려의 목소리가 높아지고 있다.

7. 획일적 정부규제와 소비자 선택의 제한

정부의 획일적인 규제 일변도 정책에 의해 건강보험 및 의료시장이 관리되어 효율을 제고하는데 한계가 있다고 여겨진다.

모든 국민은 건강보험이 획일적으로 제공하는 급여 서비스만 강요받고 있는 바 이는 국민들의 의료에 대한 반응성을 낮추고 있다 하겠다.

건강보험제도를 비롯한 보건의료체계가 공급자 및 보험자 중심의 범규로 인해 각종 비효율과 모순을 안고 있는 바 국민의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는, 소비자 선택이 존중받는 방향으로 정책의 초점이 모아져야 한다고 사료되는 바이다.

IV. 우리나라 건강보험의 선진화를 위한 구상

우리나라의 건강보험제도가 2018년 경 고령사회에 진입해서도 지속가능한 건강보험체도로 거듭나기 위해서는 Paradigm의 전환이 필요한 시점이라 하겠고 이를 위해서 건강보험체계의 각각의 단계, 즉 건강보험 재정조달단계, 건강보험 보험자의 관리운영의 효율성 제고, 보험자로부터 의료공급자로의 자원전달단계 및 의료서비스 공급단계에서의 개혁방안을 전술한 우리나라 건강보험제도의 문제점과 선진국의 경험을 토대로 하여 다음과 같이 제시해 보기로 한다.

1. 건강보험 재정조달 단계에서의 개혁방안

1.1 재정조달 방식의 다양화

건강보험 보장성 강화에 따른 급여지출 확대가 앞으로도 지속될 것인바 이에 대응하여 보험료 수입이 증대되어야 할 것이고 따라서 보험요율이 우선적으로 인상되어야 할 것이다. 2007년도 직장건강보험의 보험요율이 4.77% 이기에 10%가 넘는 OECD 국가의 평균 건강보험요율과 비교하면 인상될 여지가 충분히 있는 것도 사실이나 급격한 보험료 인상은 거센 조세저항과 함께 정치 쟁점화하여 쉽지 않은 선택이라 하겠다.

따라서 소득에 근거한 보험료에만 의존하고 있는 현행의 건강보험 재정조달방식을 다양화하여 건강보험 재정안정을 추구해 볼 필요가 있다고 사료된다.

이에 사회보험체계의 서구의 추세가 점차 보험료의 조세화⁶⁴⁾를 기하고 있는 것을 감안하고 네덜란드의 Dekker 개혁안을 원용하여 다음과 같은

64) 이스라엘과 스위스는 사용자 부담분을 철폐하고 조세로 보충하고 있으며, 프랑스는 피용자 부담분을 사회보장세로 전환하였음

건강보험 재정조달방식의 개혁방안을 제시해 본다.

즉 전체 보험재정의 50~70%⁶⁵⁾를 소비를 기준으로 하는 건강보장세를 신설하여 조달함으로써 형평성을 달성하고 사회연대를 기하는 한편, 보험재정의 나머지 30~50%는 3~5단계의 인두정액방식의 정액보험료를 공단에서 징수함으로써 효율성을 도모해 보자는 방안이 그것이다.

현재와 같이 직장과 지역에 2원화된 보험료 부과방식으로는 직역간 형평성 논란은 계속될 것이고 위에서 제안한 대로 소비세로서 재정을 조달할 경우 소비는 실질소득의 합리적 지표로서 소득과악이 어려운 지역건강보험의 (직장근로자에 대한) 보험료 부담의 형평성 논란을 잠재울 수 있을 것이다.

또한 보험재정을 안정적으로 운영할 수 있고 진실된 소비에 근거하므로 재정조달의 형평성이 제고될 수 있으며 자영자 소득과악과 징수에 드는 노력과 행정비용도 절감할 수 있다. 보험료는 상한이 있고 정률이니까 보험료보다 소비세가 더 누진적이라는 주장도 있는 만큼 소비에 기초하는 건강보장세를 신설하여 보험재정을 조달하면 기업의 입장에서조차 직장보험료의 절반을 담당하던 부담도 사라지고 보험관리 인력도 불필요해짐으로써 기업의 경쟁력도 제고될 수 있을 것이다.

건강보험에 비해 효율성이 떨어지는 의료급여도 이 체계 하에서는 건강보험에 통합해서 운영할 수 있으며 이 경우 제도의 효율성도 제고할 수 있을 것이다. 현재도 정부가 건강보험과 의료급여에 매년 7조 원 이상 쓰는데 10조 원 정도를 소비세로 징수 하는데는 큰 무리가 없을 것으로 사료된다.

한편 사회연대성 원리를 구현하고 효율성을 제고하는 한편 피보험자의

65) 네덜란드의 경우 2006년부터 보험재정의 50%를 소득비례보험료로 국세청이 징수하여 중앙기금으로 이전하며, 나머지 50%는 피보험자가 선택한 질병금고에 정액보험료를 납부하고 있음

도덕적 해이를 방지하기 위해 보험재정의 나머지 30~50%는 3~5단계의 정액보험료를 공단에서 징수하게 한다. 네덜란드의 경우에서 보듯이, 피보험자의 보험자 선택권이 부여되고 정액보험료의 액수가 지사 간에 다를 수 있다면 이러한 정액보험료를 가지고 후술하는 독립성을 가진 공단지사들은 경쟁을 할 수 있을 것이다. 피보험자에게 혼란을 주지 않기 위해 지사마다 단일한 정액보험료를 부과하는 주장이 있으나, 피보험자의 도덕적 해이를 방지하기 위해서라도 정액보험료의 단계별 차등을 두는 것이 타당하리라 여겨진다.

1.2 건강보험 재원의 확대(수입 확충)

건강보험의 재정안정화를 위해 추가적인 재원조달방안을 마련할 필요도 증대되고 있는 바 담배에 대한 건강부담금을 확대하고 이에 더하여 주류와 화석연료 등의 건강위해요소에 대해서도 건강부담금을 도입하여 건강보험의 수입 확충을 기도해 볼 수 있겠다.

담배나 알코올을 소비하는 소비자들이 반드시 건강보험 재정에 추가적 부담을 주지 않는 경우도 있을 수 있고, 이들에게 전국민건강보험의 재정 부담을 지우는 것은 불합리하고 위헌의 소지가 있다는 일부의 주장도 일리는 있다.

그러나 담배나 알코올이 건강에 유해하다는 것은 이미 의학계에서 밝혀진 바 있으며 건강부담금의 부과를 통해 이러한 건강위해물질에 대한 소비를 줄일 수 있고 이는 다시 국민의 건강 향상 및 건강보험 재정절감으로 이어지는 추가적인 선순환의 효과도 있기 때문에 긍정적으로 검토해 볼 필요가 있다고 사료된다.

다음의 <표 4-15>은 각종 간접세와 담배부담금의 연도별 추세를 나타내고 있다.

〈표 4-15〉 연도별 간접세 징수 추이

(단위: 10억 원)

세 목	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
간접세	32,352	35,081	40,606	42,522	43,043	45,490	47,931	51,834
- 부가가치세	23,212	25,835	31,609	33,447	34,572	36,119	38,093	40,942
- 특별소비세	2,985	3,634	4,288	4,733	4,574	4,400	4,903	5,161
- 주세	1,963	2,468	2,655	2,734	2,595	2,601	2,409	2,262
- 증권거래세	2,736	1,798	2,036	1,607	1,302	2,371	2,526	3,469
- 교통세	8,404	10,535	9,478	10,001	10,065	10,288	9,594	11,464
담배부담금	-	-	439	645	626	925	966	968

자료: 국세청

2007년의 건강보험 지출 총액이 25.5조 원 인데 반해 2007년의 특소세, 주세, 교통세 및 담배부담금을 합하면 20조 원 이므로 이들 건강위해요소에 대해 건강부담금을 확대 및 도입하고 특소세를 인상할 경우 건강보험료를 대폭 인상하지 않고도 건강보험의 재정안정을 기할 수 있다고 사료된다.

아울러 상당한 재산(1억 원 이상)을 소유하고도 건강보험 피부양자로 등록되어 건강보험료를 내지 않는 계층이 78만 명에 이르는 것으로 알려져 있는 바 이들에 대한 추가 징수 등도 고려할 필요가 있는 것으로 판단된다.

2. 건강보험 보험자(국민건강보험공단)의 관리운영 효율성 제고를 위한 개혁 방안

중앙집권적으로 통합 운영되는 우리나라 건강보험 관리운영시스템의 효율화 및 위상 재정립을 위해 다음의 방안들을 제안해 본다.

2.1 분권화와 경쟁을 통한 책임경영의 구현

먼저 국민건강보험공단의 관리운영에 세계적 추세인 분권화를 도입하여 227개 지사 또는 2~3개 지사가 부분적으로 통합되어 광역화된 가칭 『지부』에 재정과 인사의 자율권을 부여하여 책임경영을 시도해 보는 것이다. 즉 보험료 부과·징수와 보험급여 및 진료비 심사지불을 연계하는 방안을 마련하여 경쟁의 원리를 적용하고 효율성을 높여 보자는 구상이다. 따라서 지부별로 징수되는 (정액)보험료와 징수공단에서 징수되어 지부에 배분되는 보험료(또는 소비세)를 기금화하여 이를 관리하고, 이 기금의 한도 내에서 진료비를 지급하는 한편 재정의 운영성과에 따라 지부에 승진이나 경제적 인센티브 및 페널티를 부과한다. 또한 발생가능한 지부의 재정적자는 지부간 재정조정으로 해결할 수 있다.

위와 같이 분권화되어 책임경영이 가능한 체제의 장점으로는 정부지원 보험료 수입을 연계한 경쟁원리를 도입할 수 있다는 것이다. 현재 보험료 수입의 20%를 정부가 지원해 주고 있는 바 보험료를 더 많이 징수한 지부에게는 그 만큼 정부의 보험료 지원이 더 투입될 수 있게 되고 초과보험료를 예방사업 등에 전용할 수 있게 함으로써 이러한 경쟁을 통해 소비자의 지부 선택 문제도 전혀 불가능하지는 않게 될 것이다.

이러한 메커니즘이 원활하게 운용되기 위해서는 지부에 재정 및 인사의 자율권이 주어져야 하고, 해당지부의 책임 하에 보험료 징수, 기금 관리 및 보험급여의 사후관리 등이 독립적으로 이루어져야 하겠다. 따라서 각 지부의 책임자는 지금과 같이 중앙에서 임명되는 방식에서 탈피하여 해당 지역의 관련 전문가, 시민단체, 의료공급자 대표 등이 함께 참여하는 인사위원회를 구성하고 이 위원회의 추천을 받아 건강보험공단에서 임명하도록 하는 것이 타당하다고 사료된다.

건강보험 관리운영체계가 지향해야 할 목표는 궁극적으로 네덜란드나

독일에서와 같이 소비자가 지부를 선택할 수 있게 하고 지부들은 소비자를 더 가입하게 하기 위해 지부 간에 급여조건 등을 가지고 치열하게 경쟁하는 것이라 할 수 있다.

그러나 우리나라 실정에서 지역에 근거한 지부, 지사는 궁극적인 소비자 선택에 걸림돌이 될 것으로 판단된다. 하나의 대안으로는, 중앙에 수개의 지부를 설치하고 지사들로 하여금 가입하게 하면 지부는 지사들을 유인하기 위해 상품 차별화나 보험료 차별화 등의 조건들을 내 걸 것이고 이러한 지부 간 경쟁을 통해 가입자의 후생 증대 및 소비자 주권이 확립될 수 있을 것으로 사료된다.

2.2 공단과 의료공급자 간의 관계 재정립

한편 지부와 의료공급자 간의 관계에 관리된 의료(Managed Care)의 요소를 도입하여 효율적인 의료공급이 이루어지도록 하는 방안을 구상해 볼 수 있다(이규식·정우진, 2004).

즉 지부는 매년 개별 공급자가 아닌 후술하는 의료공급자단과 요양기관 계약을 체결하게 되는데, 의료공급자단은 양, 한방은 물론 환자의 치료, 재활, 장기요양, 호스피스를 망라하는 포괄적 서비스를 제공하게 되어 실질적인 통합의료(Integrated Care)가 구현되고 효율적인 서비스가 공급될 수 있도록 의료공급자의 자율 하에 구성하는 것이 좋을 것이다.

Gate-Keeping 및 Care Manager의 역할은 의료공급자단에 참여하는 공급자들이 자율적으로 결정하며, 의료공급자단은 지역적 구분에 관계없이 구성할 수 있도록 한다. 피보험자가 다른 지부의 의료공급자단의 서비스를 받을 경우 이는 지부 간에 상계처리하며, 지불보상방식은 계약 체결시 결정할 수 있다.

매년 각 의료공급자단의 건강관리 비용과 효과는 객관적으로 평가되어

주민에게 공표되며, 평가 결과는 지부와의 다음 년도의 요양기관 재계약에 이용되도록 한다.

2.3 공단기능의 재정립을 통한 공단 위상 및 역할 제고

국민건강보험공단의 기능을 재정립할 필요가 있는 바 보험료를 징수하는 전통적 기능에다 가입자를 위해 건강위험을 관리하는 건강위험 관리서비스 기능을 추가하여 국민건강보험공단의 위상 및 역할을 제고해 보는 것이 그것이다.

즉 질병위험의 발생을 사전에 예고하여 피보험자로 하여금 대비케 하고 질병이 발생한 후에도 질병을 효과적으로 관리할 수 있도록 정보를 제공하고 지원해 준다. 이러한 위험관리서비스는 피보험자의 생애에 걸쳐 본인 뿐 아니라 의료공급자에도 제공함으로써 종합적인 건강위험 관리가 가능하게 하고, 피보험자의 합리적인 의료이용과 치료효과의 향상을 도모하게 할 수 있을 것이다. 물론 이 경우에 피보험자에 대해 이러한 정보 사용의 동의를 얻는 것이 필수적이라 하겠다.

따라서 포괄적인 정보들을 관리하기 위해 국민건강보험공단과 심사평가원을 연결하는 전산시스템을 구축하여야 하고 전자(IC)카드의 도입을 통해 평생국민건강관리를 위한 종합적인 시스템이 구축될 수 있을 것이다.

2.4 건강보험 재정의 기금화 문제

건강보험 재정의 투명성 제고와 비대해진 공단운영의 통제를 위해 건강보험 재정의 기금화에 대한 고려를 할 필요성이 증대되고 있다.

2007년 현재 3조 6,718억 원의 국고 지원이 건강보험에 투입되고 있다. 4대 사회보험 중 다른 사회보험인 국민연금보험, 고용보험 및 산재보험은 법률에 의해 각각 국민연금기금, 고용보험기금 및 산업재해보상보험 및

예방기금이라고 기금형태의 재정운영체계를 갖추고 기금관리기본법의 적용을 받아 회계의 투명성을 높이고 있는데 비해 국민건강보험은 단기적인 수지균형이 재정운영의 기본원칙이라는 이유 때문에 기금형태로 운용되지 않고 보건복지부 장관의 승인 하에 법인인 국민건강보험공단의 재정으로 운용되고 있으며 현행 예산회계제도 하에서 국회의 건강보험 재정 전반에 대한 심의는 이뤄질 수 없도록 제한되고 있다.

따라서 건강보험을 기금화하여 국가통합재정에 포함시키고 예산회계의 절차에 따라 국회의 심의·의결을 받음으로써 국가재정운용의 투명성을 확립해야 한다는 요구가 점증하고 있다. 이 경우, 비대해진 공단의 운영을 통제하고 주먹구구식인 수가협상체계도 국회의 심의·의결을 거치게 함으로써 합리성을 제고할 수 있을 것이다.

건강보험 기금화를 통해 기대할 수 있는 부수적 효과로는 기금에 대한 기획재정부 기금평가단의 평가를 받아야 하기에 좋은 평가를 받기 위해서는 고객만족도 제고에 노력을 경주할 것이고 따라서 국민건강보험공단에 대한 고객만족도가 크게 향상될 것이며, 기금화를 통해 거대 공단의 구조 개혁도 기도해 볼 수 있다는 것을 들 수 있다.

3. 보험자로부터 의료공급자제로의 자원전달단계에 있어서의 개혁방안

현재 시행되고 있는 진료비 지불방식인 행위별 수가제가 비용 효과적이지 않다는 것은 주지의 사실인 바 공급자로의 자원전달 단계의 효율성을 제고하기 위해서는 진료비 지불제도의 변경을 고려해 볼 필요가 있다 하겠다.

하나의 대안으로서 독일을 비롯한 선진제국에서 기 시행되어 그 효과성이 입증된 진료비 지불제도인 진료비 총액계약제 또는 총액예산제(Global Budget System)를 점진적으로 도입하여 장기적인 건강보험의 재정안정을

추구하고 공급자로의 자원전달의 효율성을 제고해 보는 것도 고려할 수 있을 것이다.

독일과 같이 보험자와 의료공급자 단체가 연간 진료비 총액을 계약해 지불하고, 의료공급자들은 진료실적을 자신들이 심사하여 그 결과에 따라 진료비를 배분받을 경우 의료공급자들 간의 견제가 가능하고 부당허위 청구나 과잉진료가 억제되어 공급자의 자율성이 제고되면서 진료비도 절감할 수 있게 될 것이다.

우리나라에서도 보험자와 공급자 간에 총액에 대한 합의가 성립되면 현행 행위별 수가제 방식에 의해서도 진료비를 배분하는 것이 가능하기에 (현행의 환산지수에 대한 계약을 진료비 총액에 대한 계약으로 전환) 현행 제도를 상당 부분 유지하면서도 총액예산제의 도입이 가능하다고 하겠다(김진현, 2002).

유의할 점은 총액예산제가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 경제적 유인을 갖게 되므로 총액예산제도 도입에 앞서 건강보험의 급여를 확충하는 것이 필요하다. 아울러 총액예산제도에 의해 비용절감의 압박이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 발생할 가능성이 있으므로 의료의 질 관리에도 만전을 기해야 하겠다(최병호, 2002).

그러나 이러한 총액예산제에 대한 의료공급자들의 반응은 그리 호의적이지 않기에 의료공급자들이 수용할 수 있는 구체적인 방안을 고안하기까지 많은 연구와 설득작업이 따라야 하며 국공립 의료기관부터 먼저 시범 실시한 후 점진적으로 확대해야 할 것으로 판단된다. 또한 계약주체인 공급자 단체가 총액 범위 하에서 진료비 심사와 평가를 자율적으로 실시할 수 있는 기능과 역할을 부여하는 방안에 대한 충분한 논의가 선행되어야 할 것이다.

4. 의료서비스 공급단계에서의 개혁방안

노인인구의 급증과 만성질환의 증가에 효율적으로 대처하기 위해서는 전술한 의료공급자단의 구성과 함께 보험자와 의료공급자의 경쟁체계 구축이 바람직하다고 사료된다(이규식·사공진·김주경, 2005).

이는 보험자와 의료공급자 간의 계약을 근간으로 하며 Managed Competition의 네덜란드 방식과 미국의 HMO 등의 Managed Care를 원용한 모델로서 건강보험의 지부와 의료공급자간의 경쟁을 기본으로 하고 있다.

의료공급자단은 치료, 재활, 장기요양, 호스피스에 대한 포괄적 서비스를 공급하는 다양한 형태의 의료기관 간의 자율적인 수직 및 수평적인 통합을 통하여 통합의료(Integrated Care)를 제공하는 서비스 중심의 연계체계를 의미한다. 즉 이러한 연계서비스를 제공할 수 있는 약국, 의원, 병원, 종합병원 및 요양원의 체계로서 양방과 한방의 협진체제로 의료공급자단을 구성할 수도 있으며 Gate Keeper나 Case Manager의 역할은 의료공급자단에 참여하는 의료공급자가 자율적으로 결정할 수 있다.

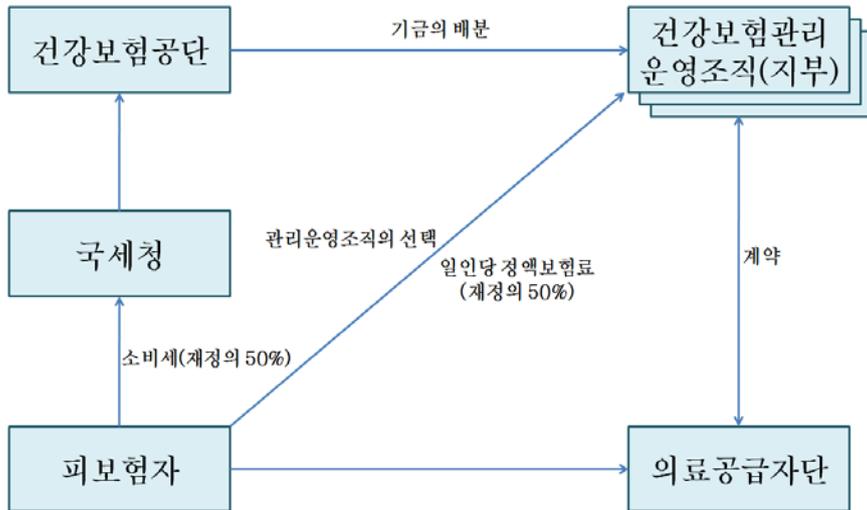
건강보험공단 지부와 의료공급자단은 매년 계약을 체결하여 의료소비자에게 효율적인 서비스를 제공하며 의료공급자단의 매년의 평가결과는 공단 지부와 계약에 반영될 것이다.

이 모형은 계약에 근거한 시장원리에 의존하여 의료의 질, 비용 및 성과를 관리하고 연계된 광범한 건강관리를 기하도록 구조를 개선할 수 있다. 또한 소비자의 선택을 통해 비용절감적인 질 및 기술 관리를 가능케 할 수도 있는 모형이기도 하다.

5. 소결

전술한 건강보험체계의 단계별 개혁방안을 정리하여 하나의 그림으로 표시해 보면 다음과 같다.

[그림 4-6] 건강보험체계의 경쟁모형



위의 모델에는 건강보험 가입자, 의료공급자단, 지부 간에 각각의 경쟁이 존재하고 있다. 즉, 가입자 확보를 위한 지부 간의 경쟁, 환자 확보를 위한 공급자 간의 경쟁, 그리고 유리한 수가계약이나 지불방법의 계약을 위한 지부와 의료공급자단 간의 경쟁 등이 그것이다. 지부는 매년 계약상에 합의한 평가 기준과 타 지부의 평가 결과 등을 광범위하게 참고하여 의료공급자단과의 계약 여부를 결정하게 되고, 건강보험 가입자는 자신의 경험과 지부의 객관적 평가결과를 활용하여 의료공급자단을 선택할 수 있다. 또한 중앙의 건강보험공단은 재정의 50%를 관리하여 사회연대가 전국 단위에서 일어날 수 있도록 하고, 공급자단의 객관적인 평가를 기하도록 유도한다. 정부는 지부 간, 그리고 공급자들(개별 의료기관 또는 공급자단) 간의 담합을 방지하여 경쟁의 룰이 지켜지는지를 감시하는 역할을 한다.

위의 모델의 장점은 다음과 같다(이 규식, 사공 진, 김 주경, 2005).

통합 건강보험 하에서 규제일변도의 관리방식 대신 계약에 근거한 시장 관리에 의존하여 의료의 질, 비용, 성과를 관리하고 나아가 연계된 광범위한 건강관리를 기하도록 구조를 개선할 수 있다. 더욱이 지불보상체계의 개편 논의 과정에서 오는 사회적 비용 부담 대신에 의료공급자단과 지부 간 계약에 의한 다양한 지불보상체계를 운용할 수 있다. 또한 의료의 질과 소비자의 비용 부담, 신 의료기술과 소비자의 비용부담 간의 trade-off 되는 균형점을 행정력이 아닌 소비자의 선택을 통하여 찾게 함으로서 비용절감적인 의료의 질 및 기술 관리를 가능케 하는 모형이다. 이 모형은 우리 의료체계에 풍부한 민간의료자원을 효율적으로 활용하고 다양한 의료서비스를 의료소비자에게 제공할 수 있다는 이점도 있다.

V. 결론

21세기는 지난 세기와는 매우 다른 환경에 놓이게 될 것인 바 가장 큰 환경변화는 고령화와 저출산이다. 고령화 문제 이외에도 의료기술의 급속적인 발전과 소득 증대에 따른 기대 수준 향상으로 인해 국민의료비 증가 문제가 큰 과제로 등장할 것이다. 고령화와 저출산 현상은 단기보험인 건강보험에도 세대간 재분배 문제를 야기하며, 비용부담세대의 감소로 인하여 건강보험제도의 지속 가능성을 위협할 것이다.

의료체계 내부에서는 만성질환 중심의 상병구조 변화로 인하여 지금까지는 유효하였던 계층적 지역주의에 입각한 의료체계를 개편할 것이 요구되고 통합의료와 같은 새로운 전달체계가 모색되며, 건강증진이 새로운 공중보건사업의 중심에 위치하게 될 것이다. 이와 함께 건강을 둘러싼 형평성 문제도 새로운 과제로 등장할 것이다(이 규식, 사공 진, 김 주경, 2005).

세계화의 확산에 따른 효율성 제고 문제, 의료를 둘러싸고 이념적인 규범적 접근보다는 실증적인 접근을 중시하는 사고의 변화, 의료시장에서의 경쟁을 가능케 하는 이론 모형의 등장으로 보험자와 공급자간의 시장경쟁이라는 새로운 접근 틀이 대두될 것이다.

의료와 같은 서비스도 이제는 기본권 보장의 시각을 넘어 산업화와 국제 경쟁력을 갖는 수출의 개념으로 접근하려는 시도가 이미 많은 국가들에 의하여 시도되고 있다.

이제는 이념적인 관념에서 벗어나 실증적인 결과를 토대로 21세기의 새로운 환경에 부합하는 새로운 패러다임을 만들어 의료가 국가 발전을 가로막는 일이 없어지도록 유의해야 할 것이다.

건강보험제도가 시행 된지도 한 세대가 지난 지금은 건강보험제도의 선진화를 기하고 지속가능한 제도로 도약하기 위한 개혁이 절실한 시점이라 하겠다.

이를 위해 건강보험의 재정안정과 함께 국민의 피부에 와 닿는 실질적인 보장성을 확보하는 두 마리 토끼를 잡는 개혁이 강구 되어야 할 것이고, 형평성과 아울러 효율성이 담보된 개혁이 이루어 질 수 있도록 우리 모두의 지혜를 모아야 할 것으로 사료되는 바이다.

참고문헌

- 고은지(2008), 「해외 사례로 본 영리법인 병원 도입 방안」, 『대한병원 협회지』.
- 국민건강보험공단(2004), 『국민을 위한 건강보험』.
- _____ (2008), 『2007 건강보험 주요통계』.
- 권순만(2003), 「보건의료 이용의 형평성」, 한국보건경제학회 추계학술대회 발표 논문.
- 권순원, 이준영(2004. 1. 8), 「건강보험 재정확충 방안」, 국민건강보험발전위원회 용역과제 발표 논문.
- 김미숙 외(2003), 「고령화 사회의 사회경제적 문제와 정책대응방안 : OECD 국가의 경험을 중심으로」, 한국보건사회연구원.
- 김병익(2002. 6), 「건강보험 재정과탄 : 원인과 대책」, 『보건경제연구』.
- _____ (2002), 「건강보험 재정과탄 : 원인과 대책」, 『보건경제연구』, 한국보건경제학회.
- 김진수 (2003. 11), 「건강보험 재정부문의 발전과제」, 『건강보험포럼 (2003 가을)』, 국민건강보험공단
- 김진현(2002. 7), 「국민건강보험의 재정평가와 정책개선방안」, 『공공경제』, 한국공공경제학회.
- 명지영, 문옥륜(1995), 「의료이용의 형평성에 관한 실증적 연구」, 『보건행정학회지』.
- 문성현(2004), 「한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성」, 『사회보장연구』.
- 박은철(2004), 「건강보험의 보장성 강화」, 국민건강보험발전위원회.

- 박창제(1996), 「자료포락분석 (DEA)을 이용한 효율성 측정」, 『보건행정학회지』.
- 사공진(1999), 「사회보험 통합의 규모의 경제효과」, 『공공경제』, 한국공공경제학회.
- _____(2002), 「건강보험 관리운영의 효율화 방안」, 『보건경제연구』, 한국보건경제학회.
- _____(2004), 「건강보험 재정안정화 방안에 대한 연구」, 『보건경제연구』, 한국보건경제학회.
- _____(2006. 6), 「한국의 보건의료 개혁」, 『사회보장연구』, 한국사회보장학회.
- 성명제(2002), 「조세정책의 소득 재분배 효과분석에 관한 연구」, 한국조세연구원.
- 양봉민(2002), 「건강보험제도와 재정안정」, 한국사회복지학회 춘계학술대회.
- _____(2003), 「보건의료 재원조달의 형평성」, 한국보건경제학회 추계학술대회 발표 논문.
- 이규식(2002), 『의료보장과 의료체계』, 계축문화사.
- _____, 정우진(2004. 5), 「의료부문의 형평성과 효율성 제고 방향」, 건강복지사회를 여는 모임 심포지움 발표 논문.
- _____, 사공진, 김주경(2005), 『고령화시대의 보건의료정책』, 연세대학교 의료복지연구소.
- _____(2006. 10. 19), 「국민건강보험 진단」, 『국가경영전략연구원 주최 심포지움』 발표 논문.
- 이정우(2004. 5), 「건강보험의 형평과 효율」, 『건강복지사회를 여는 모임 심포지움』 발표 논문.

- 이태진(2003), 「보건의료 비용 지출의 형평성」, 한국보건경제학회 추계 학술대회 발표 논문
- 장동민, 문옥륜(1996), 「의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석」, 『보건행정학회지』
- 정형선(2004), 『의료보장 사각지대 해소 방안』, 국민건강보험 발전위원회 내부자료.
- _____, 이기호(1996), 「공공병원의 효율성과 사회적 역할」, 『보건행정학회지』.
- 조우현(2004), 『고가의료장비 도입 및 관리체계 개선 방안』, 국민건강보험 발전위원회 내부 자료.
- 최병호 외(2002), 『국민건강보험 재정건실화 방안』, 한국보건사회연구원.
- _____(2003), 「인구추계변화가 사회보험재정에 미치는 영향분석」, 『사회보장연구』, 제19권 제2호, pp.97-115.
- _____(2007), 「요양기관 계약제 도입 검토」, 2007년도 한국 보건경제·정책학회 정책 토론회 발표 논문.
- 통계청(2005), 『연령별 추계인구』.
- 한달선(1995), 「보건의료에 있어서의 규제와 경쟁 (의료서비스 분야)」, 한국보건행정학회 후기학술대회 발표 논문.
- _____(2003), 「보건정책의 주요과제와 쟁점」, 건강복지사회를 여는 모임 Workshop 발표 논문.
- 한익희(2000), 「Equity and the Korean Health Care Policy」, 『보건경제연구』.
- Babara A et al.(2001), "Integration of Care in The Netherlands: the Development of Trans-mural Care Since 1994", *Health Policy*, Vol. 55, pp.11-120.

- Busse R, and Dixon A et al.(2002), "Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges, European Observatory on Health Care Systems", April.
- Enthoven AC(1977), "Consumer Choice Health Plan", *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, No. 12, pp.650-658 and Vol. 298, No. 13, pp.709-720.
- _____ (1980), *Health Plan, The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- European Observatory on Health Systems and Policies(2004), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*.
- Hurst JW(1991), "Reforming Health Care in Seven European Nations", *Health Affairs*, Fall, pp.7-22.
- NERA(1993), "Financing Health Care with Particular Reference to Medicines".
- OECD(2004), *Towards High-Performing Health Systems*, OECD: Paris.
- Okma, Kieke GH(1999), "European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies(review)", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 24, No. 4, pp.835-840.
- Saltman RB and Figueras J(1998), "Analyzing The Evidence on European Health Care Reform", *Health Affairs*, Vol. 17, No. 2, March/April, pp.85-108.
- _____, Richard B, Busse R and Figueras J(2004), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press.
- Van Doorslaer E and Schut FT(2000), "Belgium and the Netherlands

revisited", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, No. 5, pp.875-887.

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. 1992. 11, "Equity in the Finance of Health Care : Some International Comparison," *Journal of Health Economics*.

WHO, Europe(1997), *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No. 72.

Wiegand M(2000), "Social Health Insurance System in Germany", International Symposium on the National Health Insurance, *Korea Health and Welfare Forum*, Seoul, June 9.

제5장 건강보험 중·장기 재정전망(2009~2030)

김진수

I. 재정수지 현황

2007년 건강보험 총 재정수입은 25조 2,697억원이고, 재정지출은 25조 5,544억원으로 약 2,847억원의 당기적자를 기록하였다. 재정수입 중 가장 큰 부분을 차지하는 보험료 수입은 21조 2,530억원이고, 국고지원금은 2조 7,042억원으로 보험료수입의 12.7%를 차지하고 있으며, 담배부담금은 9,676억원 규모이다. 반면 재정지출 중 핵심을 차지하는 보험급여비는 24조 5,614억원으로 전체 재정지출의 96.1%를, 관리운영비는 9,734억원으로 3.8% 규모이다.

〈표 5-1〉 연도별 재정수지 현황

(단위: 억원)

구분		2000년	2005년	2006년	2007년	최근 3년 평균
수입	재정수입	95,294	203,325	223,876	252,697	
	보험료수입	71,846 (75.4%)	163,864 (80.6%)	182,567 (81.5%)	212,530 (84.1%)	(82.1%)
	국고지원금	15,527 (16.3%)	27,695 (13.6%)	28,698 (12.8%)	27,042 (10.7%)	(12.4%)
	담배부담금		9,253 (4.6%)	9,664 (4.3%)	9,676 (3.8%)	(4.2%)
	기타수입	7,921 (8.3%)	2,513 (1.2%)	2,947 (1.3%)	3,449 (1.4%)	(1.3%)
지출	재정지출	105,384	191,537	224,623	255,544	
	보험급여비	90,321 (85.7%)	182,622 (95.3%)	214,893 (95.7%)	245,614 (96.1%)	(95.7%)
	관리운영비	7,503 (7.1%)	8,535 (4.5%)	8,966 (4.0%)	9,734 (3.8%)	(4.1%)
	기타지출	7,560 (7.2%)	380 (0.2%)	764 (0.3%)	196 (0.1%)	(0.2%)
	재정수지	-10,090	11,788	-747	-2,847	

주: 괄호()안은 재정수입과 재정지출 대비 각 세부 부문의 비중을 의미함.
 자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

최근 3년간 재정수입 중 보험료수입이 차지하는 비중은 평균 82.1%이고, 국고지원금은 12.4%, 담배부담금은 4.2%를 차지하여 보험료수입이 상대적으로 매우 높은 비중을 차지하고 있음을 보여주고 있다. 최근 보험료수입의 비중은 점차 확대되고 있으나 국고지원과 담배부담금은 점차 축소되고 있는 추세이다. 재정지출부문에서 최근 3년간 보험급여비가 차지하는 비중은 평균 95.7%이고, 관리운영비는 4.1%, 기타지출이 0.2%를 차지하고 있다. 최근 들어 보험급여비의 비중은 다소 증가하고 있는 반면, 관리운영비는 급속히 축소되어 2000년 7.1%에서 2007년 3.8%로 3.3%p 감소하였다. 직역별로 구분하여 연도별 재정수지 현황을 정리하면 다음과 같다.

〈표 5-2〉 지역별 연도별 재정수지 동향

(단위: 억원)

구분		2000년	2005년	2006년	2007년
지역	재정수입	48,172	77,116	79,836	63,236
	보험료수입	28,857	44,321	46,091	51,858
	국고지원금	15,527	27,695	28,698	5,852
	담배부담금		3,747	3,672	3,943
	기타수입	3,788	1,353	1,375	1,583
	재정지출	51,161	81,844	90,320	98,513
	보험급여비	44,583	76,363	84,336	92,396
	관리운영비	4,190	5,249	5,514	5,996
	기타지출	2,388	232	470	121
	재정수지	-2,989	-4,728	-10,484	-35,277
직장	재정수입	33,567	126,209	144,040	189,461
	보험료수입	30,274	119,543	136,476	160,672
	국고지원금				21,190
	담배부담금		5,506	5,992	5,733
	기타수입	3,293	1,160	1,572	1,866
	재정지출	40,608	109,693	134,303	157,031
	보험급여비	34,409	106,259	130,557	153,218
	관리운영비	2,852	3,286	3,452	3,738
	기타지출	3,347	148	294	75
	재정수지	-7,041	16,516	9,737	32,430

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

II. 재정추계 방법론

본 연구대상의 특성상 국민건강보험의 장기적인 재정전망을 기초로 향후 재정운용방안을 제시한 선행 연구들에 대한 고찰과 분석이 요구되나, 지금까지 이와 관련한 연구들은 상당히 제한적으로 이루어져왔다. 일부 재정추계 관련 연구들도 대부분 단기간 또는 5년을 목표로 한 중기재정 예측연구에 한정되어 이루어지고 있으며 연구주체에 따라 독특한 차이를 보이고 있다.

1. 재정추계 방법론 개요

본 연구에서 시도한 추계방법이 기존 연구(신영석, 1999, 정홍원, 1999, 이혜훈, 2001)과 다른 점은 급여비 추계를 위한 분석대상을 보험급여비가 아닌 총진료비로 설정했다는 점이다. 최근 급여정책이 급변하여 급여대상의 추가, 삭제에 따른 급여비 변동폭이 확대되고, 보장성 정책의 변화가 거듭되는 관계로 보험급여비의 시계열 추이가 매우 불안한 모습을 보이고 있다. 이 때문에 보험급여비의 최근 변동성을 반영할 경우 분석에 활용하는 자료기간의 변화에 따라 중·장기 추계결과 역시 매우 변동 폭이 클수 있음을 암시하고 있다. 그러나 총 진료비는 상대적으로 안정적인 시계열 추이를 보이고 있어 총 진료비의 변화를 대상으로 분석하고 추계하는 것이 통계적으로 보다 효율적인 결과를 산출할 수 있다고 판단하였다.

분석에 이용한 계량모형은 ARMA모형으로, 우선 이 시계열모형을 이용하여 월간 일인당 평균진료비 시계열의 과거 변화추이를 분석하고 그 추정결과를 이용하여 2030년까지의 장기적인 일인당 평균 진료비수준을 예측하였다. 다음으로 건강보험 적용인구는 통계청 인구 전망결과를 활용하여 과거 통계청 인구규모 대비 건강보험 적용대상자 비율의 변화추이를

감안하여 향후 건강보험 적용인구의 규모를 추계하였다. 추계된 일인당 평균 진료비와 건강보험 적용인구 규모를 활용하여 연간 총 진료비를 추계한 후, 총 진료비 대비 건강보험 급여비(공단부담금)의 비율인 급여율의 최근 3개년간 평균수준을 활용하여 건강보험 급여비의 기준선(base line)을 추계하였다. 다음으로 추계된 급여비 기준선을 기초로 역시 최근 3개년간 급여비와 관리운영비, 그리고 기타지출에 대한 상대적 비중의 평균수준을 반영하여 향후 관리운영비와 기타지출 규모를 추계한 후 이를 수평적으로 합계하여 중·장기 총 재정지출의 기준선 규모를 추계하였다.

실제 공단의 재정운용관련 정책결정 과정에서 우선 향후 재정지출을 추계한 후 그 결과를 기초로 매년 필요한 재원을 확보하기 위한 보험료인상과 수가를 조정하는 점에 착안하여 재정수입부문은 재정지출과 재정수입간에 균형수지를 유지한다는 전제하에 세부 부문별 재정수입을 추계하였다. 즉, 추계되어진 재정지출 총액을 재정수입 총액으로 가정하고, 최근 3년간 재정수입에 있어 보험료수입과 국고지원, 담배부담금, 그리고 기타수입이 차지한 평균 재원비중을 반영하여 각 부문에서 조달되어질 향후 재정수입 규모를 추계하였다.

Ⅲ. 건강보험 적용대상자 추계

1. 건강보험 적용대상자 현황

2007년 기준 우리나라 전체 의료보장인구는 약 49,672천명이고, 이중 건강보험 적용인구는 약 47,819천명이다. 대상인구를 직장과 지역을 구분하여 살펴보면, 우선 직장가입자수는 2007년 기준 약 11,174천명으로 점점 증대하고 있는 반면에, 직장가입자 부양률은 1.63명으로 점차 감소하고 있다. 이러한 현상은 출산력 저하 및 경제발전으로 인한 취업자의 증가, 소득과악률 증가, 직장가입자 적용기준 변화 등과 관련이 있다고 보여진다. 지역가입자의 세대수는 2007년 기준 약 8,141천세대로 점차 감소하는 것으로 나타났고, 세대주의 부양률은 2007년 1.26명으로 직장가입자에 비해 빠르게 감소하고 있음을 보여주고 있다.

〈표 5-3〉 건강보험 대상인구 변화 및 구성비율의 연도별 변화

(단위: 명, 세대, %)

구분		2000	2005	2006	2007	
전체 의료보장인구수		47,465,758	49,153,617	49,238,227	49,672,388	
소계		45,895,749	47,392,052	47,409,600	47,819,674	
건강 보험	직장	가입자	22,403,872	27,233,298	28,445,033	29,424,424
		부양자	7,267,972	9,745,597	10,415,340	11,174,872
		부양률	2.08	1.79	1.73	1.63
	지역	가입자	23,491,877	20,158,754	18,964,567	18,395,250
		세대수	8,215,282	8,384,173	8,107,304	8,141,761
		부양률	1.86	1.40	1.34	1.26

주: 연도말기준

자료: 국민건강보험공단, 2007 건강보험주요통계, 2008. 2.

소규모 사업장의 직장가입자로 전환, 소득과악율 향상 등의 노력으로 상대적으로 지역가입자의 비중은 줄어들고 납부대상 지역가입자의 수는 증가하고 있다. 적용인구의 노령인구 구성의 변화를 살펴보면 2007년 전

체 건강보험 적용인구 대비 65세 인구비중은 9.0%로 약 430만명을 기록했고, 약 6조 9,537억원의 급여비가 지출되어 노인인구 일인당 평균 약 163만원 정도로 재정지출이 이루어졌다. 향후 2030년까지 노인인구 비중이 꾸준히 증가할 것으로 전망되는바 이러한 고령화 속도를 살펴볼 때 인구고령화가 미래 우리나라 건강보험 재정 측면에서 많은 영향을 줄 수 있음을 보여주고 있다.⁶⁶⁾

〈표 5-4〉 우리나라 인구와 고령화 추이

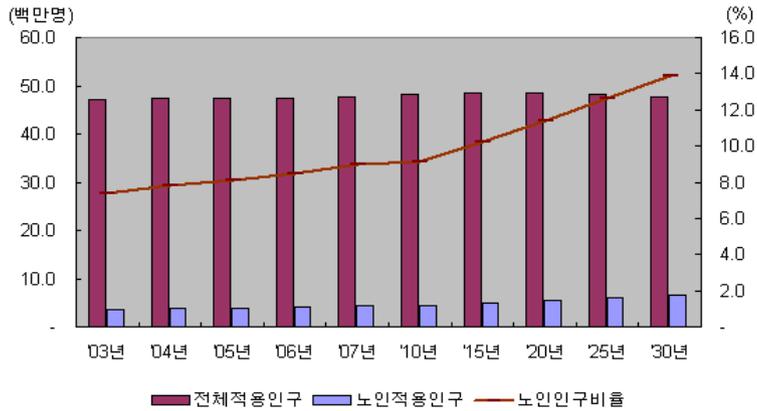
(단위: 백만명, %, 천원)

구분	'03년	'04년	'05년	'06년	'07년
전체적용인구	47.0	47.3	47.4	47.4	47.7
노인적용인구	3.5	3.7	3.8	4.0	4.3
노인인구비율	7.4	7.8	8.1	8.5	9.0
65세이상급여비	3,275,719,672	3,841,073,335	4,557,550,777	5,598,870,254	6,953,734,537
65세이상일인당급여비	946	1,048	1,184	1,393	1,627

자료: 김진수 외, 건강보험 중·장기 재정전망과 정책과제, 국민건강보험공단, 2007.

66) 2007년도 기준 전체 건강보험가입자 일인당 월평균 진료비는 56,443원인 반면, 65세 이상 연령층의 일인당 월평균 진료비는 173,217원으로 2000년 대비 2.8배 증가하였음(국민건강보험공단, 2007년 건강보험주요통계, 2008.2).

[그림 5-1] 노인인구 구성비의 연도별 변화



자료: 김진수 외, 건강보험 중·장기 재정전망과 정책과제, 국민건강보험공단, 2007

2. 적용인구추계

중·장기 건강보험 적용인구는 통계청의 중·장기 인구전망치를 활용하였다. [그림 5-2]에서 볼 수 있는 것과 같이 통계청은 2019년 우리나라 인구 증가율이 정점에 도달하게 되고, 이후 점차적으로 총인구 규모가 줄어드는 것으로 제시하고 있다. 아울러 65세 이상 인구의 비중은 지속적으로 증가하여 2026년이면 전체인구의 20%를 넘을 것으로 전망하고 있다.

〈표 5-5〉 통계청 장기 인구전망

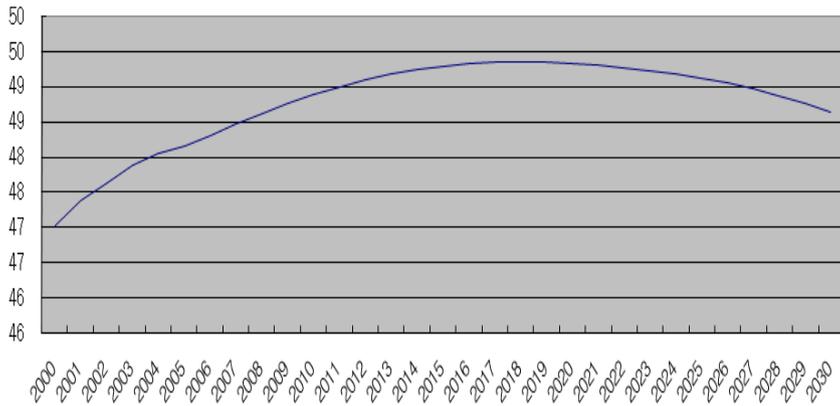
(단위: 명, %)

시점	총인구	인구성장률	65세이상	65세 이상 인구구성비
2000	47,008,111	0.84	3,394,896	7.20
2001	47,357,362	0.74	3,578,370	7.60
2002	47,622,179	0.56	3,772,075	7.90
2003	47,859,311	0.50	3,968,118	8.30
2004	48,039,415	0.38	4,165,974	8.70
2005	48,138,077	0.21	4,366,642	9.10
2006	48,297,184	0.33	4,585,702	9.50
2007	48,456,369	0.33	4,810,363	9.90
2008	48,606,787	0.31	5,016,026	10.30
2009	48,746,693	0.29	5,192,710	10.70
2010	48,874,539	0.26	5,356,853	11.00
2011	48,988,833	0.23	5,537,072	11.30
2012	49,083,184	0.19	5,741,744	11.70
2013	49,162,816	0.16	5,962,225	12.10
2014	49,227,451	0.13	6,178,467	12.60
2015	49,277,094	0.10	6,380,819	12.90
2016	49,311,793	0.07	6,585,365	13.40
2017	49,332,392	0.04	6,818,267	13.80
2018	49,340,350	0.02	7,074,763	14.30
2019	49,337,991	0.00	7,363,593	14.90
2020	49,325,689	-0.02	7,701,125	15.60
2021	49,299,993	-0.05	8,069,235	16.40
2022	49,263,040	-0.07	8,457,430	17.20
2023	49,219,121	-0.09	8,872,949	18.00
2024	49,167,733	-0.10	9,314,192	18.90
2025	49,107,949	-0.12	9,767,793	19.90
2026	49,038,710	-0.14	10,218,239	20.80
2027	48,958,603	-0.16	10,653,433	21.80
2028	48,865,746	-0.19	11,064,862	22.60
2029	48,758,260	-0.22	11,449,147	23.50
2030	48,634,571	-0.25	11,810,707	24.30

자료: 통계청 홈페이지(<http://www.kosis.go.kr>).

[그림 5-2] 통계청 인구추계결과

(단위: 백만명)



자료: 통계청 홈페이지(<http://www.kosis.go.kr>).

2000년 통계청 추계인구(A)와 건강보험 적용인구 실적값(B)을 비교분석한 결과 건강보험 적용인구비율(B/A)은 2000년 97.63%에서 2008년 98.71%로 1.08%p 상승하였다.

〈표 5-6〉 통계청 추계인구와 건강보험 적용인구 간의 관계

(단위: 명, %)

시점	통계청 추계인구(A)	건강보험 적용인구(B)	건강보험 적용인구비율(B/A)
2000	47,008,111	45,895,749	97.63%
2001	47,357,362	46,379,161	97.93%
2002	47,622,179	46,659,476	97.98%
2003	47,859,311	47,102,786	98.42%
2004	48,039,415	47,371,992	98.61%
2005	48,138,077	47,392,052	98.45%
2006	48,297,184	47,409,600	98.16%
2007	48,456,369	47,819,674	98.69%
2008	48,606,787	48,219,967 ¹⁾	99.20%

주: 2008년 12월 말 추정값.

자료: 통계청, 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

2000년 이후 최근 8년간 통계청 추계인구 대비 건강보험 적용인구 비율의 평균 증가율은 0.18%p였다. 따라서 2008년 건강보험 적용인구의 비율 99.20%에 0.18%p를 더하여 산출된 99.39%를 통계청추계인구에 곱하여 2009년 건강보험적용 인구를 추계하였다. 2013년 이후부터는 통계청 추계인구 전체를 건강보험적용인구 추계값으로 반영하였다. 추계결과 중·장기 건강보험 적용인구는 다음과 같이 예상된다.

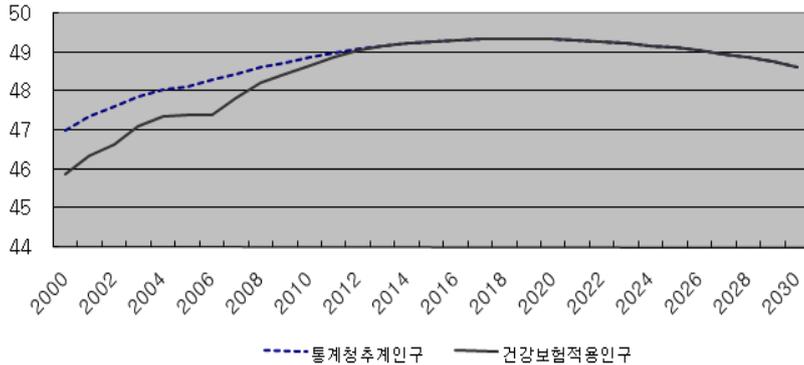
〈표 5-7〉 중·장기 건강보험 적용인구 전망

(단위: 명, %)

시점	통계청추계인구(A)	건강보험적용인구(B)	건강보험적용인구비율(B/A)
2008	48,606,787	48,219,967	99.20%
2009	48,746,693	48,447,183	99.39%
2010	48,874,539	48,662,899	99.57%
2011	48,988,833	48,865,561	99.75%
2012	49,083,184	49,048,709	99.93%
2013	49,162,816	49,162,816	100.00%
2014	49,227,451	49,227,451	100.00%
2015	49,277,094	49,277,094	100.00%
2016	49,311,793	49,311,793	100.00%
2017	49,332,392	49,332,392	100.00%
2018	49,340,350	49,340,350	100.00%
2019	49,337,991	49,337,991	100.00%
2020	49,325,689	49,325,689	100.00%
2021	49,299,993	49,299,993	100.00%
2022	49,263,040	49,263,040	100.00%
2023	49,219,121	49,219,121	100.00%
2024	49,167,733	49,167,733	100.00%
2025	49,107,949	49,107,949	100.00%
2026	49,038,710	49,038,710	100.00%
2027	48,958,603	48,958,603	100.00%
2028	48,865,746	48,865,746	100.00%
2029	48,758,260	48,758,260	100.00%
2030	48,634,571	48,634,571	100.00%

[그림 5-3] 건강보험 적용인구 중·장기 추계

(단위: 백만명)



IV. 중·장기 재정추계

건강보험 진료비는 의료서비스 공급 측면의 환경변화와 가입자에 의한 소비 측면의 다양한 요인들에 의해서 변화될 수 있다. 그러나 본 연구에서는 분석의 효율성과 모형의 단순화를 추구하기 위해 소비자물가만을 설명변수로 활용하였다. 비록 설명변수가 단순히 보일지라도 소비자물가가 내포하고 있는 함의는 의료재료와 의료서비스 단가의 변화 등을 포함하고 있을 뿐만 아니라 거시경제 환경변화에 따른 가계의 실질구매력을 결정하는 변수로 작용하는 등 다양한 환경변화를 요약적으로 제시해 주고 있음으로써 총 진료비와 유의한 상관성을 예상할 수 있다. 실제로 시계열모형에 설명변수로 소비자물가지수를 포함할 경우 총 진료비 시계열의 분석 및 설명한 유의한 설명력을 제시해 주는 것으로 판명되었다. 따라서 향후 총 진료비 추계를 위하여 우선 소비자물가지수를 다음과 같은 방식으로 추계하였다.

1. 소비자물가 추계

1) 추정모형

본 연구에서 활용하는 시계열모형은 ARMA(p,q)모형이다. ARIMA모형과 본 ARMA모형의 대표적인 차이는 원시계열을 차분안정화 했느냐 아니냐의 차이로 구분될 수 있다. 소비자물가 시계열은 변화하는 경제환경과 계절적인 요인에 의해서 변화되고 결정적 추세(deterministic trend; T)에 의해 불안정성이 발생했을 가능성이 크다는 전제하에 이를 계절성 더미인 월더미변수로서 추세안정화를 추구하여 ARMA모형의 구성하였다. 원시계열을 차분하지 않았을 때의 장점은 최대한 원시계열을 가공하지 않음으로써 그 향후 예측값을 보다 현실적으로 산출할 수 있다는 것이다. 최적시차선택을 위해서는 다양한 p,q조합에서 SIC(Schwartz Information Criteria)값을 최소로 산출하는 최적 p^* , q^* 를 선택하였고, 선택된 시차는 (1,1)이다. 중장기 추정에 이용한 소비자물가분석 시계열모형은 다음과 같다.

$$\begin{aligned}
 cpi_t = & \alpha_1 \cdot jan + \alpha_2 \cdot feb + \alpha_3 \cdot mar + \alpha_4 \cdot apr + \alpha_5 \cdot may + \alpha_6 \cdot jun \\
 & + \alpha_7 \cdot jul + \alpha_8 \cdot aug + \alpha_9 \cdot sep + \alpha_{10} \cdot oct + \alpha_{11} \cdot nov + \alpha_{12} \cdot dec \\
 & + \beta \cdot T \quad [ARMA(1,1)]
 \end{aligned}$$

여기서 CPI_t 는 통계청에서 제공하는 소비자물가지수(2005=100, 2000년 1월~2008년 11월)이고, jan, feb, mar, ..., dec는 각각 1월, 2월, 3월, ..., 12월까지의 계절성더미(Seasonal dummy)변수로 해당월인 경우 1의 값을, 그 외는 0의 값을 갖도록 코딩하였다. T 는 시간추이를 나타내는 결정적 추세항이다.

2) 소비자물가 전망

소비자물가 시계열의 안정성을 검토해 보기 위해 ADF검정을 실시한 결과, 우선 설명변수에 결정적 추세를 넣지 않은 모형에서는 단위근을 갖는다는 귀무가설을 기각할 수 없어 불안정한 시계열 분포를 보이고 있으며, 결정적 선형추세를 넣은 모형에서 안정적인 시계열로 판명됨에 따라 소비자물가지수는 추세안정적인 시계열로 판단된다.

〈표 5-8〉 결정적 추세를 배제한 ADF검정결과

구 분		t-통계값	P값
Augmented Dickey-Fuller test statistic		3.41	0.9999
Test critical values:	1% level	-2.57	
	5% level	-1.94	
	10% level	-1.62	

주: 1) MacKinnon(1996) one-sided p-values
2) ADF검정을 위한 최적시차는 12임.

〈표 5-9〉 결정적 추세를 포함한 ADF검정결과

구 분		t-통계값	P값
Augmented Dickey-Fuller test statistic		-6.26	0.00
Test critical values:	1% level	-3.98	
	5% level	-3.42	
	10% level	-3.13	

주: 1) MacKinnon(1996) one-sided p-values
2) ADF검정을 위한 최적시차는 12임.

따라서 설정한 소비자물가 분석모형을 추정한 결과 모든 설명변수의 회귀계수가 통계적으로 유의한 값들로 추정되었고, 자유도에 의해 조정된 설명력($\overline{R^2}$) 역시 0.99로 모형의 높은 설명력을 보여주며, 더빈왓슨(D.W.) 통계량도 1.96으로 모형의 안정성을 뒷받침해 주고 있다.

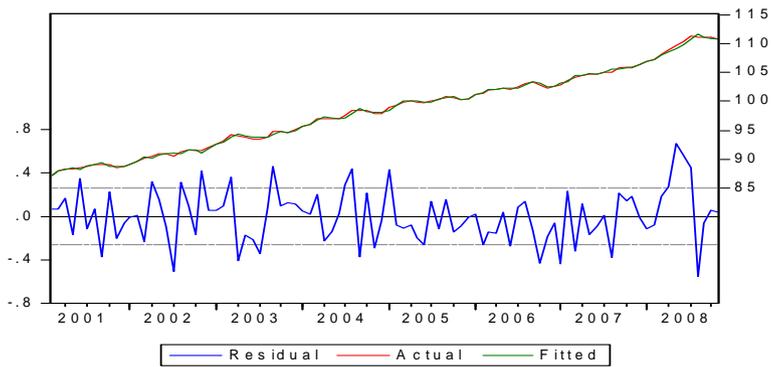
〈표 5-10〉 소비자물가 분석모형 추정결과

설명변수	추정회귀계수	t통계값	유의성 ²⁾
JAN	85.556	58.26	***
FEB	85.737	58.61	***
MAR	86.245	59.13	***
APR	86.225	59.22	***
MAY	86.106	59.19	***
JUN	85.864	59.01	***
JUL	85.910	58.98	***
AUG	86.029	58.96	***
SEP	86.118	58.87	***
OCT	85.763	58.43	***
NOV	85.206	57.82	***
DEC	85.254	57.93	***
@TREND	0.263	11.83	***
AR(1)	0.929	17.70	***
MA(1)	0.212	1.81	*

주 1) $R^2 = 0.999$, $\bar{R}^2 = 0.998$, AIC = 0.34, SC = 0.745, D.W. = 1.96

2) ***, **, *은 각각 유의수준 1%, 5%, 10%에서 추정계수가 통계적으로 유의함.

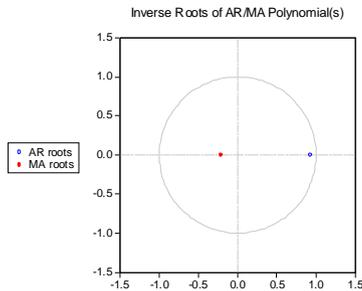
[그림 5-4] 소비자물가의 추정결과



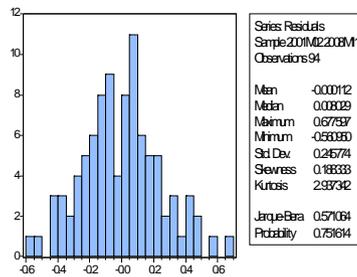
주: 추정오차(Residual), 실적값(Actual), 추정값(Fitted)임.

ARMA 추정결과가 안정적인지를 확인하기 위해 [그림 5-5]와 같이 그 구조를 도시한 결과 단위근 안에 AR항 값과, MA항 값이 위치하여 안정적인 결과임을 확인할 수 있었다. 오차항의 계열상관성(serial correlation)을 검토하기 위한 Breusch-Godfrey 계열상관 LM검정결과 $F(2,77)$ 값이 0.313($p=0.732$), $NR^2=0.758$ ($\chi^2=0.684$)값으로 오차항 시계열에 계열상관이 존재하지 않는다는 귀무가설을 기각하지 않았고, 오차항의 정규성 검정결과도 오차항이 백색잡음(white noise)임을 입증하여 결과의 신뢰성을 제시해 주고 있다.

[그림 5-5] ARMA구조

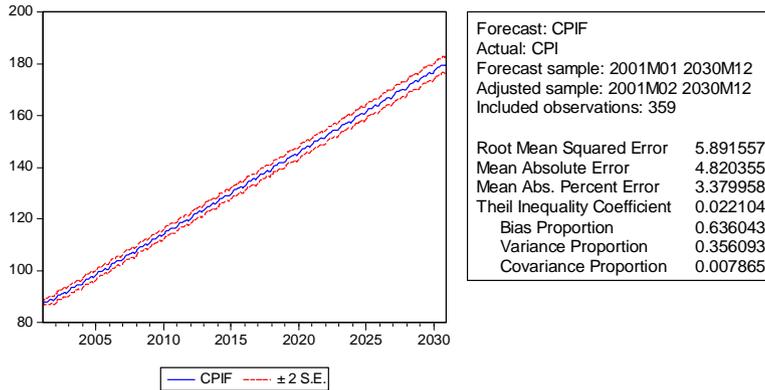


[그림 5-6] 오차항의 정규성 검정결과



이상의 분석결과를 활용하여 2030년까지의 소비자물가를 추정한 결과는 [그림 5-7]과 같다.

[그림 5-7] 소비자물가 중·장기 예측결과



주: 소비자물가 중·장기 추정값(CPIF), 추정오차범위(±2 S.E.)

2. 일인당 평균진료비 예측

건강보험 DW에서 발췌한 2000년 1월부터 2008년 8월까지 총진료비 (Treatment Amount; TA)와 건강보험 적용인구(Population; Pop)자료를 활용하여 일인당 평균 진료비(Treatment Amount Per Capita; TAPC)를 다음과 같이 계산하였다.

$$TAPC_i = TA / Pop_i$$

TAPC시계열자료가 ARMA모형에 적합한지를 알아보기 위한 ADF검정결과는 추세안정적임이 판명되며 그 결과는 아래와 같다.

〈표 5-11〉 결정적 추세를 포함한 ADF검정결과

구 분	t-통계값	P값
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-6.26	0.00
Test critical values:	1% level	-4.06
	5% level	-3.46
	10% level	-3.16

주 1) MacKinnon(1996) one-sided p-values
 2) ADF검정을 위한 최적시차는 0임.

1) 분석모형

산출된 TAPC 시계열의 추이를 분석하고, 향후 동 시계열의 움직임을 예측해 볼 수 있는 시계열모형으로는 다음과 같이 ARMA(1,1)모형을 구성하였다.

$$\begin{aligned}
 TAPC_t = & \alpha_1 \cdot jan + \alpha_2 \cdot feb + \alpha_3 \cdot mar + \alpha_4 \cdot apr + \alpha_5 \cdot may + \alpha_6 \cdot jun \\
 & + \alpha_7 \cdot jul + \alpha_8 \cdot aug + \alpha_9 \cdot sep + \alpha_{10} \cdot oct + \alpha_{11} \cdot nov + \alpha_{12} \cdot dec \\
 & + \beta \cdot CPI_t \quad [ARMA(1,1)]
 \end{aligned}$$

여기서 jan, feb, mar, ..., dec는 각각 1월, 2월, 3월, ..., 12월까지의 계절성더미(Seasonal dummy)변수로 해당월인 경우 1의 값을, 그외는 0의 값을 갖도록 코딩하였고, CPI_t 는 통계청에서 제공하는 소비자물가지수(2005=100, 2000년 1월~2008년 11월)이다.

2) 중·장기 예측결과

제시한 모형을 이용하여 일인당 평균진료비 분석모형을 추정한 결과는 다음과 같다. 일인당 평균진료비 분석모형을 추정한 결과 모든 설명변수

의 회귀계수가 통계적으로 유의한 값들로 추정되었고, 자유도에 의해 조정된 설명력($\overline{R^2}$) 역시 0.90으로 모형의 높은 설명력을 나타내며, 더빈왓슨(D.W.)통계량도 1.94로 모형의 안정성을 잘 보여 주고 있다.

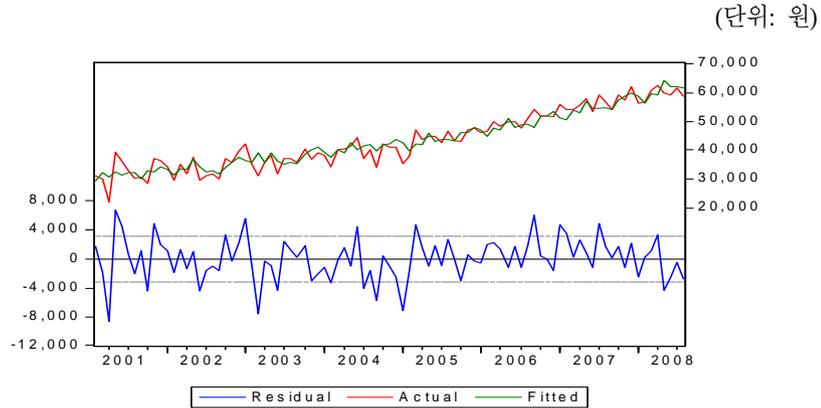
〈표 5-12〉 일인당 평균진료비 분석모형 추정결과

설명변수	추정회귀계수	t통계값	유의성 ²⁾
JAN	-96,095.740	-4.506	***
FEB	-98,433.440	-4.599	***
MAR	-96,734.760	-4.499	***
APR	-98,006.620	-4.559	***
MAY	-94,497.840	-4.400	***
JUN	-96,998.050	-4.526	***
JUL	-97,277.890	-4.536	***
AUG	-97,508.830	-4.539	***
SEP	-99,258.860	-4.639	***
OCT	-96,196.840	-4.511	***
NOV	-95,062.990	-4.481	***
DEC	-93,966.950	-4.425	***
CPI	1,425.526	6.805	***
AR(1)	0.936	16.067	***
MA(1)	-0.760	-6.333	***

주: 1) $R^2=0.91$, $\overline{R^2}=0.90$, AIC = 19.12, SC = 19.53, D.W. = 1.94

2) ***, **, *은 각각 유의수준 1%, 5%, 10%에서 추정계수가 통계적으로 유의함.

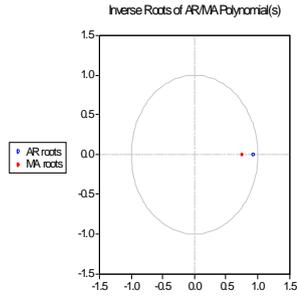
[그림 5-8] 일인당 평균 진료비의 추정결과



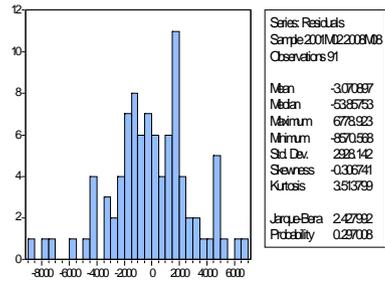
주: 추정오차(Residual), 실적값(Actual), 추정값(Fitted)임.

ARMA 추정결과가 안정적인지를 확인하기 위해 [그림 5-9]와 같이 그 구조를 도식한 결과 단위근 안에 AR항 값과, MA항 값이 위치하여 안정적인 결과임을 확인할 수 있었다. 오차항의 계열상관성(serial correlation)을 검토하기 위한 Breusch-Godfrey 계열상관 LM검정결과 $F(2,77)$ 값이 0.538($p=0.586$), $NK^2=1.304$ ($\chi^2=0.521$) 값으로 오차항 시계열에 계열상관이 존재하지 않는다는 귀무가설을 기각하지 않았고, 오차항의 정규성 검정결과도 오차항이 백색잡음(white noise)임을 입증하고 있다.

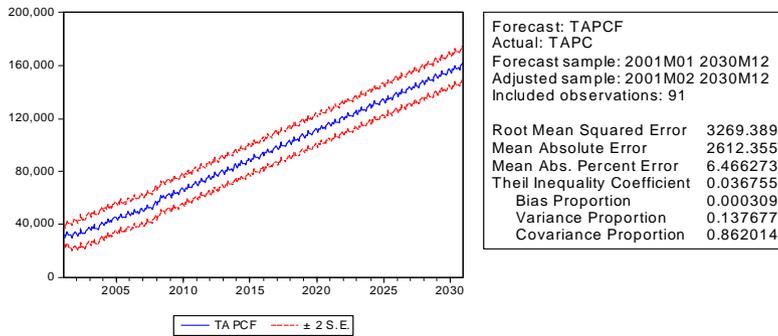
[그림 5-9] ARMA구조



[그림 5-10] 오차항의 정규성 검정결과



[그림 5-11] 일인당 평균진료비 중 · 장기 예측결과

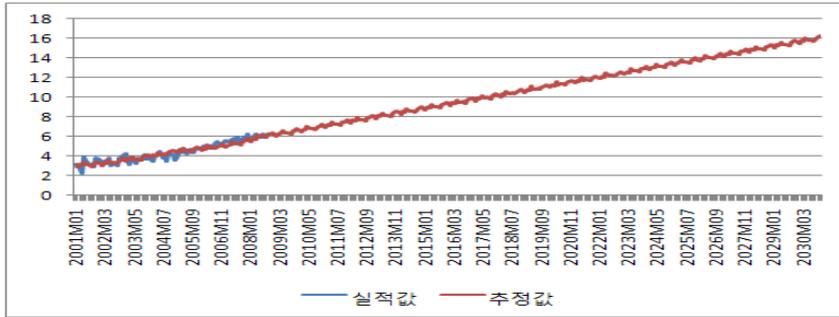


주: 소비자물가 중 · 장기 추정값(CPIF), 추정오차범위(± 2 S.E.)

추정결과를 기초로 하여 앞에서 예측된 소비자물가를 이용하여 2030년 까지 일인당 평균 진료비를 예측한 결과는 다음과 같다.

[그림 5-12] 일인당 평균 진료비 예측결과

(단위: 만원)



〈표 5-13〉 일인당 평균 진료비 예측결과

(단위: 원)

년월	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1월	61,829	66,319	70,812	75,305	79,799	84,293	88,788	93,282	97,776	102,270	106,765
2월	60,123	64,613	69,106	73,599	78,093	82,587	87,082	91,576	96,070	100,564	105,059
3월	62,921	67,411	71,904	76,397	80,891	85,386	89,880	94,374	98,869	103,363	107,857
4월	61,994	66,484	70,977	75,471	79,965	84,459	88,953	93,447	97,942	102,436	106,930
5월	65,708	70,199	74,692	79,185	83,679	88,173	92,668	97,162	101,656	106,151	110,645
6월	63,237	67,728	72,221	76,714	81,208	85,703	90,197	94,691	99,186	103,680	108,174
7월	63,397	67,888	72,381	76,875	81,369	85,863	90,358	94,852	99,346	103,840	108,335
8월	63,709	68,200	72,693	77,187	81,681	86,175	90,670	95,164	99,658	104,153	108,647
9월	62,460	66,951	71,445	75,938	80,433	84,927	89,421	93,915	98,410	102,904	107,398
10월	65,391	69,883	74,376	78,870	83,364	87,858	92,352	96,847	101,341	105,835	110,330
11월	66,105	70,597	75,090	79,584	84,078	88,573	93,067	97,561	102,056	106,550	111,044
12월	67,643	72,136	76,629	81,123	85,617	90,111	94,606	99,100	103,594	108,089	112,583
년월	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1월	111,259	115,753	120,248	124,742	129,236	133,731	138,225	142,719	147,214	151,708	156,202
2월	109,553	114,047	118,542	123,036	127,530	132,025	136,519	141,013	145,508	150,002	154,496
3월	112,351	116,846	121,340	125,834	130,329	134,823	139,317	143,812	148,306	152,800	157,295
4월	111,425	115,919	120,413	124,908	129,402	133,896	138,391	142,885	147,379	151,874	156,368
5월	115,139	119,634	124,128	128,622	133,117	137,611	142,105	146,600	151,094	155,588	160,083
6월	112,669	117,163	121,657	126,152	130,646	135,140	139,635	144,129	148,623	153,118	157,612
7월	112,829	117,323	121,818	126,312	130,806	135,301	139,795	144,289	148,784	153,278	157,772
8월	113,141	117,636	122,130	126,624	131,119	135,613	140,107	144,602	149,096	153,590	158,085
9월	111,893	116,387	120,881	125,376	129,870	134,364	138,859	143,353	147,847	152,342	156,836
10월	114,824	119,318	123,813	128,307	132,801	137,296	141,790	146,284	150,779	155,273	159,767
11월	115,539	120,033	124,527	129,022	133,516	138,010	142,505	146,999	151,493	155,988	160,482
12월	117,077	121,572	126,066	130,560	135,055	139,549	144,043	148,538	153,032	157,526	162,021

3. 건강보험 급여비 추계

앞에서 추계되어진 월간 일인당 평균진료비를 연간으로 집계하여 정리한 후, 여기에 건강보험 추계인구를 곱하여 진료비를 다음과 같이 추계하였다. 최근 2006년 1월부터 2008년 8월까지 약 32개월의 평균급여율(공단

부담금/총진료비)은 73.70%였고 향후 이 평균급여율이 유지된다는 가정하에 진료비에 73.70%를 곱하여 공단부담금인 건강보험 급여비 기준선을 다음과 같이 추계하였다.

기준선은 과거 급여율 추이를 반영하여 건강보험 진료비 대비 75%의 보험급여비를 고정하여 추계하였고, 시나리오 1의 경우 급여율 75%를 시작으로 매년 약 0.5%씩 급여율이 확대한다는 가정하에 추계하였다. 시나리오 2의 경우 75%를 기준으로 매년 1%씩 급여율이 확대된다는 가정하에 추계하였다. 그리고 추계값의 증가에 대한 이해를 돕기 위해 매년 추계된 진료비에 대한 급여율 1%에 해당하는 급여비를 분석하여 CR 1%의 급여비를 정리하였다.

〈표 5-14〉 건강보험 연간 진료비 및 급여비 추계결과

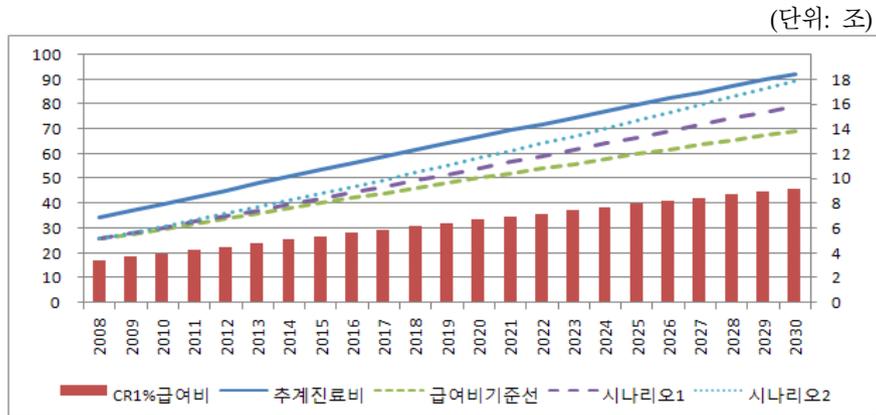
(단위: 원, 억원)

구분	일인당 연평균 진료비	추계 적용인구	연간 진료비	급여율(CR) 시나리오별 급여비			
				기준선 $CR_t=75\%$	시나리오1 $CR_{t-1}+\Delta 0.5\%$	시나리오2 $CR_{t-1}+\Delta 1\%$	CR 1%의 급여비
2008	716,522	48,219,967	345,507	259,130	259,130	259,130	3,455
2009	764,515	48,447,183	370,386	277,790	279,642	281,493	3,704
2010	818,410	48,662,899	398,262	298,696	302,679	306,662	3,983
2011	872,325	48,865,561	426,267	319,700	326,094	332,488	4,263
2012	926,250	49,048,709	454,314	340,735	349,821	358,908	4,543
2013	980,178	49,162,816	481,883	361,412	373,460	385,507	4,819
2014	1,034,109	49,227,451	509,065	381,799	397,071	412,343	5,091
2015	1,088,040	49,277,094	536,155	402,116	420,881	439,647	5,362
2016	1,141,972	49,311,793	563,127	422,345	444,870	467,395	5,631
2017	1,195,904	49,332,392	589,968	442,476	469,024	495,573	5,900
2018	1,249,836	49,340,350	616,673	462,505	493,339	524,172	6,167
2019	1,303,768	49,337,991	643,253	482,440	517,818	553,197	6,433
2020	1,357,699	49,325,689	669,695	502,271	542,453	582,634	6,697
2021	1,411,631	49,299,993	695,934	521,951	567,186	612,422	6,959
2022	1,465,563	49,263,040	721,981	541,486	592,024	642,563	7,220
2023	1,519,495	49,219,121	747,882	560,912	617,003	673,094	7,479
2024	1,573,427	49,167,733	773,619	580,214	642,103	703,993	7,736
2025	1,627,359	49,107,949	799,163	599,372	667,301	735,230	7,992
2026	1,681,291	49,038,710	824,484	618,363	692,566	766,770	8,245
2027	1,735,223	48,958,603	849,541	637,156	717,862	798,569	8,495
2028	1,789,155	48,865,746	874,284	655,713	743,141	830,570	8,743
2029	1,843,087	48,758,260	898,657	673,993	768,352	862,711	8,987
2030	1,897,019	48,634,571	922,607	691,955	793,442	894,929	9,226

주: 최근 2006년 1월부터 2008년 8월까지 약 32개월의 평균급여율(공단부담금/총진료비) 75.0%을 반영함.

이상에서 추계되어진 급여율 시나리오별 급여비 전망을 도시하면 다음 [그림 5-13]과 같다.

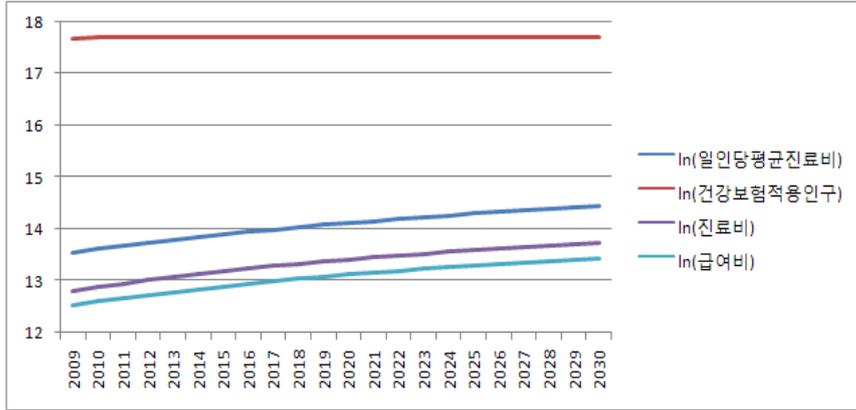
[그림 5-13] 급여율 시나리오별 급여비 전망



추계되어진 일인당 진료비와 건강보험 적용인구, 진료비, 그리고 급여비의 중·장기 증가 추이를 비교분석하기 위해 각 값을 자연대수화(logarithm) 하였다. 자연대수화는 각 변수값의 절대적 크기와 단위의 차이를 보정하여 그림으로 도시할 때 증감의 기울기를 비교하기에 용이한 장점을 지니고 있다. 비교결과 진료비의 증가는 전체 건강보험적용인구의 증가보다는 일인당 평균진료비의 증가에 의해 결정되는 것을 확인할 수 있다.

[그림 5-14] 부문별 중·장기 추이 전망

(단위: 조)



주: ln(x)는 x를 자연대수화(logarithm)함을 의미함.

4. 총재정지출 전망

건강보험 총재정지출은 앞에서 추계된 보험급여비를 기준으로 과거 부문별 지출비중을 고려하여 향후 부문별 지출규모를 추계한 후 이를 수평적으로 합계하였다. 먼저 최근 3개년 동안 전체 재정지출에서 보험급여비와 관리운영비, 그리고 기타지출이 차지한 비중을 살펴보았다.

1) 재정지출 부문별 비중 추이

2007년 총 25조 5,544억원의 재정지출 중 보험급여비가 차지한 비중은 96.1%이고, 관리운영비가 차지한 비중은 3.8%이며, 기타지출은 0.1%를 차지하였다. 그리고 2005년 이후 최근 3개년 동안 각 재원비중의 평균수준을 계산한 결과 전체 재정지출 중 보험급여비가 차지한 비중은 95.7%이고, 관리운영비는 4.1%이며, 기타지출은 0.2%인 점을 감안하여 각 부문별

재정지출 규모를 전망했다.

〈표 5-15〉 연도별 부문별 재정지출 비중 추이

(단위: 억원)

구분	총재정지출	보험급여비	관리운영비	기타지출
1999년	95,614 (100.0%)	78,406 (82.0%)	6,814 (7.1%)	10,394 (10.9%)
2000년	105,384 (100.0%)	90,321 (85.7%)	7,503 (7.1%)	7,560 (7.2%)
2001년	140,511 (100.0%)	132,447 (94.3%)	7,101 (5.1%)	963 (0.7%)
2002년	146,510 (100.0%)	138,993 (94.9%)	6,568 (4.5%)	949 (0.6%)
2003년	157,437 (100.0%)	149,522 (95.0%)	7,085 (4.5%)	830 (0.5%)
2004년	170,043 (100.0%)	161,311 (94.9%)	7,901 (4.6%)	831 (0.5%)
2005년	191,537 (100.0%)	182,622 (95.3%)	8,535 (4.5%)	380 (0.2%)
2006년	224,623 (100.0%)	214,893 (95.7%)	8,966 (4.0%)	764 (0.3%)
2007년	255,544 (100.0%)	245,614 (96.1%)	9,734 (3.8%)	196 (0.1%)

주: 괄호()안은 재정수입과 재정지출 대비 각 세부 부문의 비중을 의미함.
자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

2) 부문별 재정지출 및 총재정지출 전망

총재정지출 대비 각 부문의 최근 3개년간 평균 비중을 추계되어진 보험급여비 기준선에 반영하여 다음과 같은 산식을 통해 우선 각 부문별 재정지출 규모를 전망했다.

보험급여비 기준선 : 관리운영비 = 보험급여비 평균비중 : 관리운영비 평균비중

$$\text{관리운영비} = \text{보험급여비 기준선} \times \frac{\text{관리운영비 평균비중}}{\text{보험급여비 평균비중}}$$

보험급여비 기준선 : 기타지출 = 보험급여비 평균비중 : 기타지출 평균비중

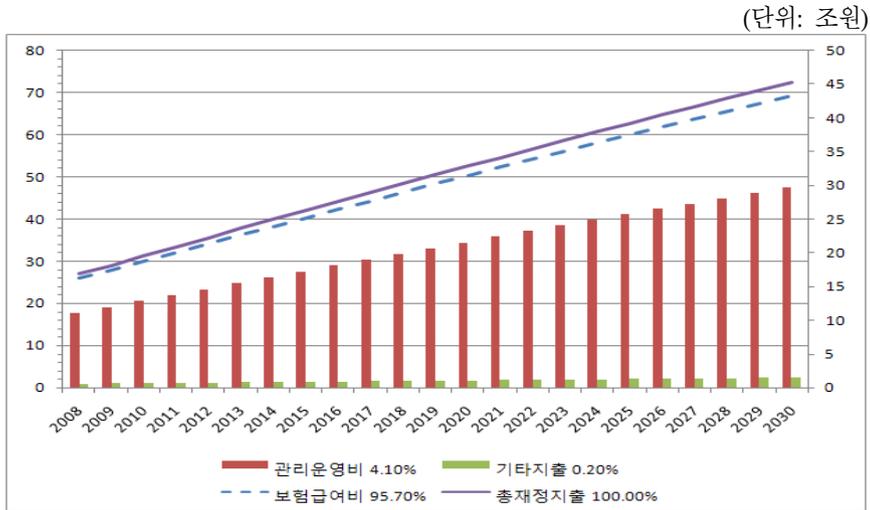
$$\text{기타지출} = \text{보험급여비 기준선} \times \frac{\text{기타지출 평균비중}}{\text{보험급여비 평균비중}}$$

다음으로 추계되어진 보험급여비, 관리운영비, 그리고 기타지출을 수평적으로 합계하여 다음과 같이 총 재정지출을 추정하였다.

$$\text{총 재정지출} = \text{보험급여비 기준선} + \text{관리운영비} + \text{기타지출}$$

이상에서 추계되어진 결과를 도시하여 정리하면 다음 [그림 5-15]와 같고 추계결과는 [표 5-16]과 같다.

[그림 5-15] 부문별 중·장기 재정지출 전망



〈표 5-16〉 부문별 중·장기 재정지출 전망

(단위: 억원)

구분	보험급여비 기준선	관리운영비	기타지출	총재정지출
지출비중 ¹⁾	95.70%	4.10%	0.20%	100.00%
2008	259,130	11,102	542	270,773
2009	277,790	11,901	581	290,271
2010	298,696	12,797	624	312,118
2011	319,700	13,697	668	334,065
2012	340,735	14,598	712	356,045
2013	361,412	15,484	755	377,652
2014	381,799	16,357	798	398,954
2015	402,116	17,228	840	420,184
2016	422,345	18,094	883	441,322
2017	442,476	18,957	925	462,357
2018	462,505	19,815	967	483,286
2019	482,440	20,669	1,008	504,117
2020	502,271	21,518	1,050	524,839
2021	521,951	22,362	1,091	545,403
2022	541,486	23,198	1,132	565,816
2023	560,912	24,031	1,172	586,115
2024	580,214	24,858	1,213	606,284
2025	599,372	25,678	1,253	626,303
2026	618,363	26,492	1,292	646,147
2027	637,156	27,297	1,332	665,785
2028	655,713	28,092	1,370	685,176
2029	673,993	28,875	1,409	704,277
2030	691,955	29,645	1,446	723,046

주: 2005년, 2006년, 2007년 최근 3년간 평균 부문별 지출비중을 반영함.

V. 재정수입 추계

1. 재정수입 추계 방법론

통상 건강보험 재정수입은 매년 이루어지는 건강보험 단기(1년) 재정지출 추계결과에 기초하여 결정되는 보험료에 의해 대부분 결정되고, 이에 상응한 국고보조금과 담배부담금에 의해 조성되어진다. 이중 건강보험 보험료는 부과체계에 따라 직장가입자의 보험료는 월보수월액에 일정한 보험료율이 결정되고, 직장가입자의 보험료는 보유한 재산과 경제활동점수 등을 산정하여 집계된 점수에 일정한 단가를 곱하여 결정된다. 현재의 보험료 부과체계에 대한 많은 지적과 정책적 제안에 따라 향후 건강보험 부과체계에 적지않은 변화가 예상되고 있다. 따라서 직역별로 보험료 수입을 추정하는 것은 결코 쉽지 않은 과제이고, 지속적인 직역간 가입자들의 이동에 따라 직역별로 구분한 보험료 수입 추계는 그 의미가 미약하다고 판단된다. 따라서 본 연구에서는 직역별로 가입자를 구분하여 보험료 수입을 추계하는 것을 택하지 않고, 건강보험 재정운영의 기본 원리를 균형재정기조에 두고 앞에서 추계되어진 재정지출 규모를 목표 재정수입 규모로 가정한 후, 과거 총 재정수입 중 보험료와 국고지원, 담배부담금의 재원비중을 고려하여 향후 각 부문에서 예상되는 재정수입 규모를 추계하였다.

2. 직역별 부문별 재정수입 동향

1999년부터 2007년까지 건강보험 총재정수입에 관한 각 부문별 동향을 정리하면 다음과 같다. 우선 각 부문별 재정수입과 재원비중에 대한 시계열 추이를 살펴보면, 보험료의 재원비중은 지속적으로 증가하여 2007년 84.1%에 달하였고, 국고지원은 2001년 22.5%를 정점으로 하여 점차 감소하여 2007년 10.7%수준까지 축소되었으며, 담배부담금은 2005년 4.6%를

정점으로 담배소비 감소에 따라 점진적으로 감소하여 2007년 3.8%에 불과한 실정이다.

〈표 5-17〉 건강보험 직역별 연간 재정수입 및 재원비중

(단위: 억원, %)

구 분	총재정수입				지역				직장			
	재정수입	보험료	국고지원	담배부담금	재정수입	보험료	국고지원	담배부담금	재정수입	보험료	국고지원	담배부담금
1999	86,923 (100.0)	61,054 (70.2)	11,656 (13.4)	-	43,519 (50.1)	25,266 (29.1)	11,656 (13.4)	-	31,229 (35.9)	25,014 (28.8)	-	-
2000	95,294 (100.0)	71,846 (75.4)	15,527 (16.3)	-	48,172 (50.6)	28,857 (30.3)	15,527 (16.3)	-	33,567 (35.2)	30,274 (31.8)	-	-
2001	116,423 (100.0)	88,516 (76.0)	26,250 (22.5)	-	63,209 (54.3)	36,616 (31.5)	26,250 (22.5)	-	53,214 (45.7)	51,900 (44.6)	-	-
2002	138,903 (100.0)	106,466 (76.6)	25,747 (18.5)	4,392 (3.2)	69,284 (49.9)	39,813 (28.7)	25,747 (18.5)	1,976 (1.4)	69,619 (50.1)	66,653 (48.0)	-	2,416 (1.7)
2003	168,231 (100.0)	131,807 (78.3)	27,792 (16.5)	6,446 (3.8)	74,818 (44.5)	42,672 (25.4)	27,792 (16.5)	2,862 (1.7)	93,413 (55.5)	89,135 (53.0)	-	3,584 (2.1)
2004	185,722 (100.0)	148,745 (80.1)	28,567 (15.4)	6,263 (3.4)	75,907 (40.9)	43,421 (23.4)	28,567 (15.4)	2,681 (1.4)	109,815 (59.1)	105,324 (56.7)	-	3,582 (1.9)
2005	203,325 (100.0)	163,864 (80.6)	27,695 (13.6)	9,253 (4.6)	77,116 (37.9)	44,321 (21.8)	27,695 (13.6)	3,747 (1.8)	126,209 (62.1)	119,543 (58.8)	-	5,506 (2.7)
2006	223,876 (100.0)	182,567 (81.5)	28,698 (12.8)	9,664 (4.3)	79,836 (35.7)	46,091 (20.6)	28,698 (12.8)	3,672 (1.6)	144,040 (64.3)	136,476 (61.0)	-	5,992 (2.7)
2007	252,697 (100.0)	212,530 (84.1)	27,042 (10.7)	9,676 (3.8)	63,236 (25.0)	51,858 (20.5)	5,852 (2.3)	3,943 (1.6)	189,461 (75.0)	160,672 (63.6)	21,190 (8.4)	5,733 (2.3)

주: 괄호()안은 재정수입 대비 각 세부 재원의 비중을 의미함.

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

3. 부문별 재정수입추계

법에서 정하고 있는 담배부담금을 포함한 국고지원 규모는 보험료 예상수입의 20%이다. 그러나 실제로 지원되어 건강보험 재정수입에서 차지하는 비중은 이에 크게 밀돌고 있다. 따라서 현실적인 상황을 반영하여 각 부문의 재정수입 기준선을 추계하기 위해 각 부문별 재원비중을 각각 보험료수입비중은 85%, 국고지원금 비중은 10%, 담배부담금 비중은 4%, 기타

수입 비중은 1%로 각각 가정하였다. 이제 균형재정 달성기조를 전제로 추계되어진 재정지출 규모를 총재정수입 규모로 전제하고 각 부문별 재원 비중에 따른 부문별 재정수입 규모를 다음과 같이 추계했고, 그 결과는 <표 5-18>과 같다.

총재정수입 = 총재정지출

보험료수입 = 총재정수입 × 85%

국고지원금 = 총재정수입 × 10%

담배부담금 = 총재정수입 × 4%

기타수입 = 총재정수입 × 1%

〈표 5-18〉 부문별 중·장기 재정수입 전망

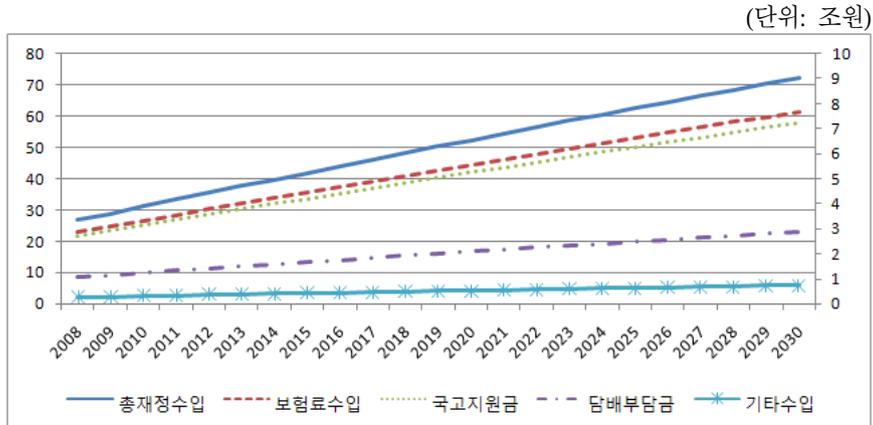
(단위: 억원)

구분	총재정수입	보험료수입	국고지원금	담배부담금	기타수입
재원비중	100.0%	85%	10%	4%	1%
2008	270,773	230,157	27,077	10,831	2,708
2009	290,271	246,731	29,027	11,611	2,903
2010	312,118	265,300	31,212	12,485	3,121
2011	334,065	283,955	33,406	13,363	3,341
2012	356,045	302,638	35,605	14,242	3,560
2013	377,652	321,004	37,765	15,106	3,777
2014	398,954	339,111	39,895	15,958	3,990
2015	420,184	357,156	42,018	16,807	4,202
2016	441,322	375,124	44,132	17,653	4,413
2017	462,357	393,004	46,236	18,494	4,624
2018	483,286	410,793	48,329	19,331	4,833
2019	504,117	428,499	50,412	20,165	5,041
2020	524,839	446,113	52,484	20,994	5,248
2021	545,403	463,593	54,540	21,816	5,454
2022	565,816	480,944	56,582	22,633	5,658
2023	586,115	498,197	58,611	23,445	5,861
2024	606,284	515,342	60,628	24,251	6,063
2025	626,303	532,358	62,630	25,052	6,263
2026	646,147	549,225	64,615	25,846	6,461
2027	665,785	565,917	66,578	26,631	6,658
2028	685,176	582,399	68,518	27,407	6,852
2029	704,277	598,635	70,428	28,171	7,043
2030	723,046	614,589	72,305	28,922	7,230

균형재정 기조하에 2008년 예상되는 약 27조 773억원의 총재정지출을 위해 필요한 총재정수입은 보험료 수입 약 23조 157억원과 국고지원금 약 2조 77억원, 담배부담금 약 1조 831억원, 그리고 기타수입 약 2,708억원이 조달되면 적정할 것으로 예상된다. 다음 해인 2009년 예상되는 약 29조 271억원의 총재정지출을 위해서는 보험료 수입 약 24조 6,731억원과 국고지원금 약 2조 9,027억원, 담배부담금 약 1조 1,611억원, 그리고 기타수입 약 2,903억원이 조달되면 적정할 것으로 전망된다. 장기적인 보험료 수입전망을 살펴보면, 2020년에 약 52조 4,939억원이 필요하고, 2030년에

는 약 72조 3,046억원이 필요할 것으로 전망된다.

[그림 5-16] 부문별 중·장기 재정수입 전망



지금까지 이러한 추계결과는 추계되어진 보험급여비 기준선에 의한 전망결과이므로, 만약 급여율이 점차적으로 증가한다는 가정하에 이루어진 시나리오 1 또는 2를 기준으로 재정수입을 추계할 경우 그 규모는 보다 커질 수 있다. 또한 지속적으로 감소하고 있는 국고지원금과 담배부담금 지원규모를 고려한다면 보험료수입은 앞으로 보다 더 많이 필요할 것이고, 여기에 경제활동인구의 감소와 인구 노령화의 심화를 고려하여 향후 보험료를 부담할 연령대의 인구비중 축소를 고려한다면 보험료 인상 압력은 점차적으로 보다 심화될 것으로 판단된다.

VI. 결론

건강보험 적용인구들의 일인당 월평균 진료비를 기초로 하여 분석한 시계열모형을 통해 중·장기 일인당 월평균 진료비를 예측하고, 이 예측결과를 이용하여 보험급여비를 추계한 후, 이를 기준으로 총재정지출 세부 부문들의 지출비중을 반영하여 중·장기 재정지출을 전망해 보았다. 이어서 균형재정 기조 하에 추계된 총재정지출을 위한 동일한 규모의 총재정수입을 조달한다는 가정하에 과거 총재정수입 중 각 부문별 재정수입 비중을 분석하고, 이를 반영하여 향후 각 재원별 재정수입 규모를 전망해 보았다. 현재 건강보험 재정운영은 많은 요인들에 의해 위기에 처해 있다고 판단된다. 보다 충분한 국고지원이 이루어지지 못한 상황에서 보험료 수입에 대부분을 의존해야 하나, 실제 보험료를 부담해야 할 경제활동인구의 비중이 점차 축소되고, 인구 고령화의 심화로 인한 노인 진료비 증대는 재정운영에 큰 장벽이 아닐 수 없다. 아울러 최근 우리나라 뿐만 아니라 전 세계적인 경제불황은 우리나라 건강보험 재정에 큰 기여를 하고 있는 직장가입자들의 노동시장을 보다 협소하게 만들어가고 있어 중·장기적으로 보험료 인상에 많은 어려움이 예상된다. 따라서 단순히 보험료 수입에 의존하는 현 재원조달 체계를 보다 다각화시켜 보다 안정적인 재원마련이 시급한 실정이다.

참고문헌

1. 국민건강보험공단, 2007 건강보험주요통계, 2008. 2.
2. 김진수, 노상윤, 이동현, 최인덕, 건강보험 중·장기 재정전망과 정책과제, 국민건강보험공단, 2007.
3. 신영석, 의료보험 진료비 증가요인과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1999.
4. 이혜훈 외, 건강보험재정확충방안에 관한 연구, 한국개발 연구원, 국민건강보험공단2001.
5. 정홍원 외, 의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책안 설계, 삼성경제연구소, 1999.
6. 통계청 홈페이지(<http://www.kosis.go.kr>)

제6장 의료급여 재정과 정책과제

유 원 섭

I. 서론

2007년 의료급여(舊 의료보호)는 국민건강보험과 함께 제도 시행 30주년을 맞이하였다. 의료급여 시행 이후 제도 내용에 크고 작은 많은 변화가 있었지만, 수급권자의 의료서비스 과다 이용 억제와 재정 안정화를 목적으로 2007년 7월부터 시행된 의료급여 1종 외래 본인일부부담 도입과 건강생활유지비 지원, 선택병의원제 실시, 2008년 4월 의료급여 차상위 1종 수급권자(희귀난치성질환자)의 국민건강보험 가입자로의 전환 등은 과거 다른 어떤 제도 변경 이상으로 의료급여 수급권자의 의료이용 행태 및 재정에 큰 변화를 초래하였을 것으로 추정된다.

국민건강보험과 함께 의료보장제도의 주축을 이루는 의료급여는 정부의 정책수단으로서 국민건강보험에 비해 장점과 단점을 모두 가지고 있다. 의료급여는 국민건강보험에 비해 상대적으로 낮은 가산율로 인해 동일한 진료를 받았다 하더라도 발생하는 진료비가 적다. 따라서 보다 적은 비용으로 국민들에게 의료서비스를 보장할 수 있는 장점을 가진다. 반면 공적부조제도로서 의료급여 관련 재원을 모두 중앙정부 및 자치단체의 예산에 의존하기 때문에 중앙 및 지방정부에게 적지 않은 재정적 부담으로 작용한다는 점, 국민건강보험공단이 대규모의 별도 조직을 통해 국민건강보험을 관리하고 있는 것에 비해 의료급여는 보건복지가족부의 기초의료보장과의 의료급여 행정업무만을 주로 수행하는 지방자치단체가 의료급여를 운영하고 있어 상대적으로 관리운영 역량이 취약한 점은 단점이라 할 수 있다.

의료급여에 관한 정부의 정책적 초점은 주로 재정 안정화라고 할 수 있는데 특히 의료급여 진료비의 급격한 증가로 인한 재정 불안정과 수급권자의 과도한 의료이용에 관한 정책적 대응이라고 할 수 있다. 이들 정책적 이유와 관련하여 국민건강보험과 의료급여를 비교하고 정책적 근거를 제시하는 경우가 많지만, 수급권자 특성 및 제도 내용의 차이로 인해 두 제도를 단순 비교하기는 어렵다.

이 글에서는 의료급여 재정 측면을 중심으로 의료급여제도의 현황과 특성을 살펴보고, 빈곤층을 위한 의료보장제도로써 의료급여가 발전하기 위한 정책적 과제를 제안하고자 하였다.

II. 의료급여 재정 현황

1. 의료급여 재원

의료급여 경상보조 예산은 보건복지가족부의 예산 중 사회복지 분야의 기초생활보장 중 의료급여 경상보조로 분류되며, 2008년도 예산은 3조 5,161억원으로 보건복지가족부의 사회복지 전체 예산 11조 6,489억원의 30.2%, 기초생활보장 전체 예산 6조 8,505억원의 51.3%를 차지하였다.⁶⁷⁾

제도 시행 초기부터 의료급여제도의 재원은 시·도에 설치된 의료급여 기금이며 의료급여기금은 중앙정부의 국고보조금(경상보조), 지방자치단체의 출연금, 대불금, 부당이득금, 과징금, 기타 잉여금 및 수입금이다. 2000년 지방자치단체경비부담의 기준들에 관한 규칙 개정⁶⁸⁾에 따라 그 동안 국가 및 광역자치단체가 전액 부담하던 의료급여기금을 기초자치단체도 일정 비율을 부담하게 되었다. 지방비 부담율은 서울특별시의 경우 50%, 광

67) 보건복지가족부. 2008년도 보건복지가족부 소관 예산 및 기금운영계획 개요. 2008. 보건복지가족부.

역시 20%, 도 14~16%, 시 6%, 군 4%이고, 서울특별시와 광역시의 자치구는 기금을 부담하지 않기 때문에(<표 6-1>) 의료급여 예산 중 국고보조금이 차지하는 비율은 76.5% 수준이다(<표 6-2>).

<표 6-1> 의료급여기금의 국고와 지방비 부담 비율

구분		서울특별시		광역시		도		
		시	자치구	시	자치구	도	시	군
1979년	지방비	50%	없음	20%	없음	20%	없음	없음
	국비	50%		80%		80%		
	합계	100%		100%		100%		
2001년 이후	지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
	국비	50%		80%		80%		
	합계	100%		100%		100%		

자료: 유원섭, 「의료급여제도의 성과 및 중장기 발전방향」, 『의료급여 30주년 기념학술심포지엄자료집』, 보건복지부·국민건강보험공단·건강보험심사평가원·한국보건복지인력개발원, 2007

<표 6-2> 연도별 의료급여 예산 추이

(단위: 억원)

구분	1977년	1986년	1996년	2007년
국고보조금	42(85.8%)	567(76.4%)	3,419(76.5%)	35,766(76.5%)
지방비출연금	7(14.2%)	175(23.6%)	1,040(23.5%)	10,986(23.5%)
계	49(100%)	742(100%)	4,459(100%)	46,752(100%)

자료: 보건복지부, 보건복지백서, 각 연도

의료급여 국고보조금과 달리 국민건강보험에 대한 국고지원금은 보건분야 예산으로 편성되어 있다. 따라서 국민건강보험 가입자가 의료급여수급권 자격을 취득하는 경우 보건복지가족부 예산 상으로는 보건분야

예산이 절감되는 반면 사회복지 분야 예산은 증가하는 결과를 초래한다. 이러한 예산 구조는 의료급여 예산이 급격하게 증가할 경우 사회복지 분야 예산 및 기초생활보장 예산 또한 급격하게 증가하게 되어 다른 사회복지 분야 예산 증액을 압박하는 구조를 가지고 있다. 2008년 4월 차상위 의료급여 1종 희귀난치성질환자가 국민건강보험 가입자로 전환되었는데, 2007년 1년 동안 차상위 의료급여 1종 희귀난치성질환자의 총진료비는 2,214억원으로 그 중 2,212억원을 의료급여기금에서 부담하였다. 따라서 차상위 의료급여 1종 희귀난치성질환자가 국민건강보험으로 전환됨으로 인해 2007년 기준으로 최소 약 2,212억원⁶⁸⁾의 의료급여기금이 향후 1년 동안 절감된 셈이다.

2. 의료급여 진료비

의료급여 진료비 중 기관부담금(이 차지하는 비율은 2007년 의료급여 재정의 거의 대부분을 차지한다. 따라서 의료급여 진료비의 적절한 관리는 의료급여 재정 안정화의 가장 중요한 요소이다. 2007년도 의료급여 총진료비 중 기관부담금은 4조 1,321억원이었으며, 2005년 및 2006년에 발생한 미지급진료비 중 2007년도에 지급된 5,596억원을 포함할 경우 4조 6,917억원이었다. 이는 2007년도 의료급여 전체 예산(국고 및 지방비 부담금, 당초 예산 기준) 4조 6,752억원의 100.4%에 해당하였다.⁶⁹⁾

의료급여 진료비의 증가 추이 및 진료비 구성 요소별 특성을 살펴보면 다음과 같다.

68) 2007년 총진료비 중 의료급여기금 부담금 4조 1,321억원의 5.4%에 해당함.

69) 2007년 결산기준 의료급여 국예산은 당초 예산보다 285억원이 증가함

가. 진료비 규모

2007년 말 의료급여 수급자수는 1,852,714명으로 건강보험 적용인구 47,819,674명의 3.9%에 해당하지만, 의료급여 1인당 진료비(2,279,809원)는 건강보험 1인당 진료비(677,319원)의 3.37배에 달한다. 그러나 실제 의료이용 실적이 있는 인구(진료실인원)만을 대상으로 1인당 진료비를 비교할 경우 의료급여 진료실인원 1인당 진료비(2,173,669원)는 건강보험 진료실인원 1인당 진료비(737,148원)의 2.95배로 격차가 감소한다(<표 6-3>).

〈표 6-3〉 의료급여와 건강보험 진료비 비교(2007년)

구분	의료급여(A)	건강보험(B)	A/B
진료비(천원)	4,223,834,242	32,389,193,040	0.130
적용인구(명)	1,852,714	47,819,674	0.039
진료실인원(명)	1,943,182	43,938,501	0.044
적용인구 1인당 진료비(원)	2,279,809	677,319	3.37
진료실인원 1인당 진료비(원)	2,173,669	737,148	2.95

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2007 건강보험통계연보. 2008

이는 적용인구 중 진료실인원이 차지하는 비율이 의료급여가 건강보험에 비해 높기 때문이며(<표 6-4>), 의료급여의 경우 의료급여에서 건강보험으로의 자격변동으로 인해 년도말 수급자 수에 집계되지 않는 인원이 존재하고, 의료급여 수급자 중 의료이용을 하는 인구의 비율이 건강보험에 비해 상대적으로 높기 때문이다. 따라서 의료급여와 건강보험의 1인당 진료비를 비교하기 위해서는 진료실인원 1인당 진료비를 비교하는 것이 진료비의 상대적 크기를 비교할 때 보다 적절한 지표로 판단된다.

나. 진료비 증가율

연도별 의료급여 진료비 증가율의 특성은 대체로 건강보험에 비해 증가율이 높고, 변동폭이 크다는 점이다. 2003년 의료급여 진료비 증가율은 9.0%로 건강보험에 비해 1.1%p 높았으며, 2007년을 제외하고는 건강보험 진료비 증가율을 상회하였고, 2004년~2006년은 증가율이 20% 내외, 건강보험 진료비 증가율의 2배를 달할 정도로 진료비 증가율이 매우 높았던 시기이다(<표 6-5>).

〈표 6-4〉 연도별 의료급여와 건강보험 적용인구 및 진료실인원 추이
(단위: 명)

구분	의료급여			건강보험		
	적용인구 (A)	진료실인원 (B)	B/A	적용인구 (A)	진료실인원 (B)	B/A
2002년	1,420,539	1,501,760	1.06	46,659,476	41,485,411	0.89
2003년	1,453,786	1,474,412	1.01	47,102,786	42,094,251	0.89
2004년	1,528,843	1,517,883	0.99	47,371,992	42,417,180	0.90
2005년	1,761,565	1,726,842	0.98	47,392,052	42,829,295	0.90
2006년	1,828,627	1,883,021	1.03	47,409,600	43,410,068	0.92
2007년	1,852,714	1,943,182	1.05	47,819,674	43,938,501	0.92

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 의료급여통계. 각 연도; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 건강보험통계연보. 각 연도

〈표 6-5〉 연도별 의료급여와 건강보험 진료비 증가율

(단위: %)

구분	의료급여(A)		건강보험(B)		A/B	
	진료비	1인당 진료비	진료비	1인당 진료비	진료비	1인당 진료비
2003년	9.0	11.1	10.1	8.6	0.9	1.3
2004년	17.9	14.5	8.5	7.7	2.1	1.9
2005년	23.8	8.9	10.5	9.4	2.3	0.9
2006년	21.4	11.3	14.3	12.7	1.5	0.9
2007년	7.6	4.3	14.0	12.6	0.5	0.3

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 의료급여통계. 각 연도; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 건강보험통계연보. 각 연도

의료급여 진료비 증가율이 높은 이유는 일차적으로는 적용인구의 변동 폭이 건강보험에 비해 크기 때문이다. 2003년 이후 의료급여 진료비 증가율은 건강보험에 비해 지속적으로 높았지만, 진료실인원 1인당 진료비 증가율은 2005년 이후 지속적으로 건강보험에 비해 낮았다. 특히 2007년의 경우에는 진료비 증가율뿐만 아니라 진료실인원 1인당 진료비 모두 건강보험에 비해 크게 낮았는데, 2007년에는 의료급여 1종 외래 본인일부부담제, 수급권자의 급여일수를 실시간으로 파악할 수 있는 전산체계 운영 등 수급권자의 과다 의료이용을 억제하기 위한 제도변화가 이루어진 시기이다.

2003년부터 시작된 의료급여 사례관리도 의료급여 진료비 증가 억제에 기여하고 있으며, 특히 수급권자의 급여일수 및 급여일수 상한 초과 여부를 실시간으로 조회할 수 있는 전산체계가 운영되면서 급여일수 상한 초과자를 중심으로 한 수급자 관리가 과거 어느 때보다 효과적으로 가능하게 되었다.

다. 연령별 진료비

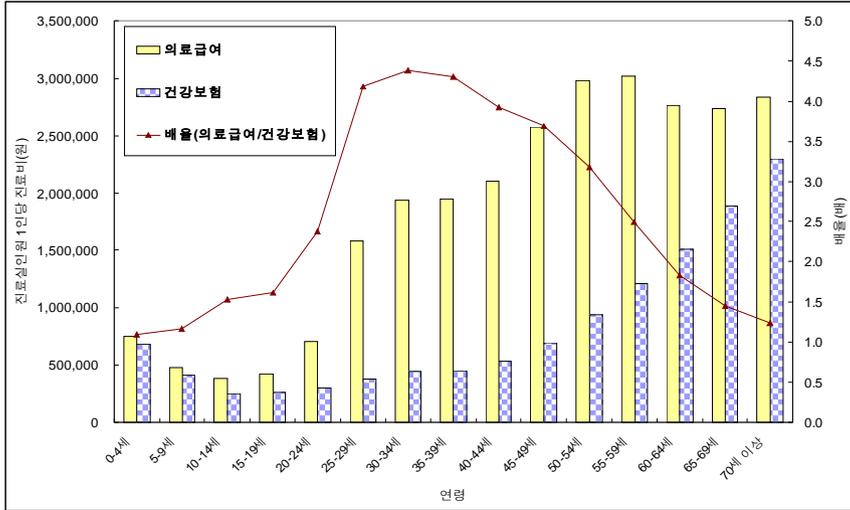
연령별 의료급여 수급자 1인당 진료비는 전 연령군에서 건강보험에 비해 높으며, 연령 증가에 따른 진료비 증가양상은 의료급여와 건강보험이 크게 다른 양상을 보인다.

2007년 의료급여 및 건강보험 진료실인원 1인당 진료비를 비교하면, 의료급여의 경우 20-24세 연령군부터 1인당 진료비가 급격히 상승하기 시작하여, 30세 이상 수급자들의 1인당 진료비는 건강보험 65-69세 연령군의 1인당 진료비를 상회하였다. 특히 25-39세 연령군은 건강보험 1인당 진료비의 4배를 상회하였다.

1인당 진료비 절대금액은 연령이 증가할수록 1인당 진료비가 증가하는 건강보험과 달리 의료급여의 경우 진료실인원 1인당 진료비가 가장 많이 발생하는 군은 50-59세 연령군으로 60세 이상 연령군보다 높았다.

의료급여와 건강보험의 연령별 1인당 진료비 크기의 차이의 원인에 대해서는 향후 추가적인 분석이 필요한 과제이지만, 근본적으로 의료급여 수급자들의 의료서비스 필요 정도가 건강보험 적용인구에 비해 높음을 시사한다.

[그림 6-1] 연령별 진료실인원 1인당 진료비 비교(2007년)



자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2007 건강보험통계연보. 2008

라. 종별·유형별 진료비

의료급여 진료실인원 1인당 진료비는 1종의 경우 건강보험의 4배, 2종의 경우 건강보험의 1.4배에 달하며, 입원, 외래, 약국 모두 건강보험에 비해 높은 수준이다(<표 6-6>).

〈표 6-6〉 의료급여 종별 진료실인원 1인당 진료비 비교(2007년)

구분	의료급여				건강보험
	1종 ¹⁾		2종(B)		
	진료비(A)	A/C	진료비(B)	B/C	진료비(C)
계	2,941,120	4.0	1,006,393	1.4	737,148
입원	5,082,441	2.5	3,006,739	1.5	2,073,156
외래	946,905	3.0	364,243	1.2	312,942
약국	643,954	3.0	299,878	1.4	218,063

1) 행려자 제외(행려자 진료비는 의료급여 전체 진료비의 0.9%)

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 의료급여통계. 각 연도; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 건강보험통계연보. 각 연도

진료비 발생 규모의 차이는 일차적으로 건강보험 적용인구와 의료급여 수급권자의 인구학적 특성, 보건학적 특성에 기인하는 것으로 추정되며, 그 외 수급권자의 의료이용 행태 및 의료서비스 제공자의 진료행태의 차이도 기여할 것으로 추정되나, 각각의 요인들이 어떻게, 어느 정도 기여하는지를 판단할 수 있는 근거는 아직 제시된 바 없다.⁷⁰⁾

의료급여 종별 진료비 중 유형에 따른 진료비가 차지하는 비율은 1종의 경우 기초생활보장 수급권자의 진료비가 전체 1종 진료비의 80.5%로 가장 높고, 차상위 1종 희귀난치성질환자 6.7%, 국가유공자 6.4%, 사회복지시설 수급권자 5.7% 등의 순이었음. 2종의 경우 기초생활보장 수급권자 63.1%으로 가장 높고, 차상위 2종 만성질환자 30.4%, 차상위 2종 18세 미만 아동 6.5% 등의 순이다. 진료실인원 1인당 진료비 크기는 1종의 경우 차상위 1종 희귀난치성 질환자가 899만원으로 가장 높은 수준이며, 2종의 경우 차상위 2종 만성질환자가 285만원으로 가장 높다(<표 6-7>).

70) 여러 선행 연구들이 의료급여 진료비의 특성을 건강보험과 비교하여 설명하고자 시도 하였으나 자료 및 방법론적인 한계로 인해 아직 적절한 근거자료는 미비한 상황임

〈표 6-7〉 의료급여 유형별 진료비 및 1인당 진료비(2007년)

구분	진료비(A)		진료 실인원(B)	1인당진료 비(A/B)	
	억원	누적%	명	만원	
1종 ¹⁾	전체	33,125	-	1,126,273	294
	기초생활보장수급권자	26,672	80.5	902,045	296
	사회복지시설수급권자	1,891	86.2	104,131	182
	국가유공자	2,118	92.6	8,8352	240
	북한이탈주민	80	92.9	8,409	95
	인간문화재	7	92.9	340	207
	광주민중화운동관련자	119	93.2	9,131	131
	이재민	0	93.2	65	40
	의상자 및 의사자유족	9	93.3	767	113
	국내입양아동	15	93.3	2,139	69
	군입대자	1	93.3	759	12
	차상위1종(희귀난치성)	2,214	100	24,628	899
2종	전체	8,728	-	867,268	101
	기초생활보장수급권자	5,509	63.1	656,080	84
	군입대자	2	63.1	1,336	11
	차상위2종(만성질환)	2,652	93.5	92,996	285
	차상위2종(18세미만아동)	566	100	129,250	44

1) 행려자 제외

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008

의료급여 차상위 1종 희귀난치성질환자는 2008년 4월 1일부터 건강보험으로 전환되었으며, 의료급여 차상위 2종 만성질환자 및 18세 미만 아동의 경우 2009년 전환될 계획이다. 차상위 1종 및 2종 수급권자가 건강보험으로 모두 전환될 경우 연간 의료급여 진료비는 1종의 경우 6.7%, 2종의 경우 30.4% 감소하며, 2007년도 진료비 기준 금액으로는 약 5,232억원이 감소하는 효과를 가진다.⁷¹⁾

71) 의료급여 차상위 수급권자의 건강보험 전환 뒤에도 기존 의료급여 수급권자들에게 의

마. 질병별 진료비

질병별 총진료비 크기 순에 따라 의료급여와 건강보험 진료비를 비교해 보면, 의료급여의 경우 정신질환(정신분열증/분열형 및 망상성 장애, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애, 기분장애, 치매), 콩팥 기능상실(신부전증), 암(백혈병, 기관/기관지 및 폐의 악성신생물), 근골격계질환 등 장기가 또는 단기간 고액의 진료비가 발생하는 질병으로 인한 진료비가 차지하는 비중이 건강보험에 비해 상대적으로 더 크고, 전체 수급권자 대비 질병 이환자의 비율도 높다(<표 6-8>, <표 6-9>).

대표적인 중증만성질환인 정신질환(정신분열증/분열형 및 망상성 장애, 알콜사용에 의한 정신 및 행동장애, 기분장애, 치매)으로 인한 진료비는 298 질병분류 총 진료비⁷²⁾의 17.0%를 차지하며, 정신질환상병(ICD-10 F00~F99, G40~G41) 총 진료비는 6,247억원으로 의료급여 총 진료비 4조 2,238억원의 14.8%를 차지한다. 콩팥 기능상실(신부전증)은 단일질병군으로 298 질병분류 총 진료비의 10.7%를 차지한다(건강보험의 경우 3.1%를 차지함). 의료급여 정신질환상병(ICD-10 F00~F99, G40~G41) 입원 이용자의 연간 입원일수는 185일에 달한다. 이러한 상병 구조의 특성은 수급권자 규모에 비해 건강보험보다 더 높은 진료비 발생의 일차 원인이며, 특히 정신질환의 경우 장기 시설수용을 사실상 용납하는 정책과 치료 및 의료이용 행태로 인해 고액의 진료비가 발생하고 있다.

료급여와 동일한 본인부담률을 적용하기 위해 건강보험 본인부담률과 의료급여 본인부담률의 차이에 해당하는 본인부담금을 국고로 지원하고 있음. 그러나 이러한 지원금 규모를 고려하더라도 의료급여 차상위계층의 건강보험 전환으로 인해 의료급여 진료비는 크게 감소하는 효과가 발생함. 참고로 2009년 의료급여 진료비와 본인부담 보상금 및 상한계 지급을 위한 보건복지가족부 예산은 3조 3,818억원(수급권자 1,692천명·1종 968천명, 2종 618천명 기준)으로 전년 대비 9.8% 증가하였음.

72) 한방 수진자료는 제외된 진료비로 298 질병분류에 포함된 총진료비는 3조 56억원이며, 의료급여 총진료비 4조 2,238억원과는 차이가 있음.

〈표 6-8〉 298 질병분류별 총진료비 상위 20개 질병군의 진료실인원 및 진료비 비교(2007)

순위	의료급여						건강보험					
	질병분류		진료실인원	총진료비			298 질병분류		진료실인원	총진료비		
	코드	질병분류명	명	천원	%	누적%	코드	질병분류명	명	천원	%	누적%
1	214	공괄 기능상실(신부전)	32,901	326,223,809	10.7	10.7	181	치아 및 지지구조의 기타 장애	84,787	884,580,637	4.0	4.0
2	115	정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	39,992	294,583,458	9.6	20.3	206	기타 배병증	121,789	718,135,735	3.3	7.3
3	113	알콜사용에 의한 정신 및 행동장애	103,390	108,452,029	3.5	23.9	214	신부전	60,771	686,867,840	3.1	10.4
4	154	뇌경색증	70,853	99,266,805	3.2	27.1	201	관절증	379,408	580,975,674	2.6	13.1
5	206	기타 배병증	358,796	90,270,605	3.0	30.1	276	명시된 다발성 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장	4,635,606	525,006,478	2.4	15.4
6	104	당뇨병	187,811	87,785,769	2.9	32.9	145	본태성 고혈압	1,723,523	476,718,952	2.2	17.6
7	201	관절증	279,781	81,648,398	2.7	35.6	205	요추 및 기타 추간관 장애	2,639,229	445,043,004	2.0	19.6
8	112	치매	32,800	71,863,768	2.4	38.0	170	급성 기관지염 및 급성 세기관지염	98,020	419,435,550	1.9	21.5
9	145	본태성고혈압	333,071	65,982,304	2.2	40.1	154	뇌경색증	3,997,260	407,804,982	1.9	23.4
10	169	폐렴	90,315	57,433,307	1.9	42.0	207	연부조직 장애	1,225,351	400,972,943	1.8	25.2
11	128	뇌성마비 및 기타 마비성증후군	23,743	56,523,001	1.8	43.9	167	기타 급성 삼기도 감염	59,901	397,899,669	1.8	27.0
12	153	뇌내출혈	15,786	52,041,989	1.7	45.6	199	기타 피부 및 피하조직의 질환	71,823	391,836,006	1.8	28.8
13	156	기타 뇌혈관질환	42,024	50,391,477	1.6	47.2	274	기타 사지뼈의 골절	210,034	391,791,771	1.8	30.6
14	116	기분(정동성)장애	75,012	44,952,727	1.5	48.7	281	명시된 상해불명 및 다발성 신체부위의 기타 손상	603,226	388,131,063	1.8	32.4
15	087	백혈병	4,719	43,331,011	1.4	50.1	104	당뇨병	8,666	382,810,468	1.7	34.1
16	205	요추 및 기타 추간관 장애	145,878	41,550,590	1.4	51.5	165	급성 인두염 및 급성 편도염	1,920,341	359,777,268	1.6	35.7
17	175	기관지염, 폐기종 및 기타 폐색성 폐질환	169,897	39,956,316	1.3	52.8	148	기타 허혈성 심장 질환	2,365,251	341,422,700	1.6	37.3
18	148	기타 허혈성 심장질환	56,286	36,437,316	1.2	54.0	133	백내장 및 수정체의 기타 장애	549,227	330,090,776	1.5	38.8
19	133	백내장 및 수정체의 기타 장애	111,271	35,637,207	1.2	55.1	169	폐렴	836,873	320,139,678	1.5	40.2
20	067	기관, 기관지 및 폐의 악성신생물	9,058	34,471,982	1.1	56.3	060	위의 악성신생물	44,899	295,855,831	1.3	41.6

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008

〈표 6-9〉 21대 질병분류별 진료비 비교(2007년)

구분	의료급여(A)				건강보험(B)				1인당 진료비 비 (A/B)
	진료실인원	총진료비(천원)	%	1인당진료비(원)	진료실인원	총진료비(천원)	%	1인당진료비(원)	
계	2,314,872	3,244,219,080	100	1,401,468	43,127,215	21,992,748,738	100	509,951	2.7
1. 특정감염성 및 기생충성 질환	403,112	82,145,288	2.5	203,778	8,997,532	666,722,742	3.0	72,989	2.8
2. 신 생 물	127,021	325,731,274	10.0	2,564,389	1,867,703	2,625,535,232	11.9	1,405,756	1.8
3. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정 장애	30,556	39,123,536	1.2	1,280,388	473,563	140,829,547	0.6	297,383	4.3
4. 내분비, 영양 및 대사질환	228,045	110,647,218	3.4	485,199	3,200,013	565,323,432	2.7	182,913	2.7
5. 정신 및 행동장애	207,077	587,708,439	18.1	2,838,115	1,769,190	988,535,765	4.5	558,750	5.1
6. 신경계의 질환	188,236	149,829,727	4.6	795,967	2,151,644	546,677,546	2.5	254,074	3.1
7. 눈 및 눈 부속기의 질환	568,693	73,880,542	2.3	129,913	11,345,443	830,184,893	3.8	73,173	1.8
8. 귀 및 유양돌기의 질환	226,637	22,106,909	0.7	97,544	4,676,553	319,573,850	1.5	68,335	1.4
9. 순환기계의 질환	475,089	402,666,910	12.4	847,561	6,074,552	2,388,956,606	10.9	393,273	2.2
10. 호흡기계의 질환	1,187,794	229,063,555	7.1	192,848	27,416,969	2,527,924,248	11.5	92,203	2.1
11. 소화기계의 질환	1,009,664	214,536,224	6.6	212,483	22,974,777	2,597,118,156	11.8	113,042	1.9
12. 피부 및 피하조직의 질환	538,165	43,532,699	1.3	80,891	11,631,170	505,577,113	2.3	43,467	1.9
13. 근골격계 및 결합조직의 질환	701,541	308,296,391	9.5	439,456	11,739,567	2,630,654,528	12.0	224,084	2.0
14. 비뇨생식기계의 질환	289,381	375,533,715	11.6	1,297,714	7,391,480	1,467,921,807	6.7	198,596	6.5
15. 임신, 출산 및 산욕	8,008	4,195,626	0.1	523,929	675,604	442,218,703	2.0	654,553	0.8
16. 주산기에 기원한 특정병태	2,662	2,228,143	0.1	837,018	170,802	80,861,321	0.4	473,421	1.8
17. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상	12,737	10,825,462	0.3	849,922	174,008	94,670,769	0.4	544,060	1.6
18. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	254,751	26,363,171	0.8	103,604	4,777,714	298,273,290	1.4	62,430	1.7
19. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	558,705	189,925,187	5.9	339,938	11,600,914	1,988,563,833	9.1	170,950	2.0
20. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	68,062	18,467,121	0.6	271,328	1,965,001	233,683,480	1.1	118,923	2.3
기 타	207,435	27,381,886	0.8	132,002	298,215	32,941,859	0.1	110,463	1.2

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008

바. 급여수준

급여대상 진료비에 대한 의료급여의 보장성 수준은 건강보험에 비해 크게 높은 수준이다. 2007년의 경우 건강보험 급여대상 총진료비 중 건강보험이 부담한 진료비는 74.6%인 반면 의료급여의 경우 97.8%(1종 99.5%, 2종 91.3%)로 건강보험에 비해 23.2%p 높은 수준이다(<표 6-10>).

<표 6-10> 의료비 중 의료급여 및 건강보험 급여율

구분		비급여 진료비 제외(2007)			비급여 진료비 포함 (2006)
		전체 ¹⁾	입원	외래	
의료 급여	소 계	97.83%	97.85%	96.96%	Na.
	1종	99.52%	99.96%	98.80%	94.1%
	2종	91.32%	86.90%	90.81%	87.0%
건강보험		74.61%	82.41%	68.96%	64.3%

1) 약국 진료비 포함

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008; 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2007 건강보험통계연보. 2008; 김정희 등. 2006년도 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사, 국민건강보험공단. 2007.

Ⅲ 최근의 의료급여제도 변화

2007년 이후 의료급여제도는 그 어느 때보다도 제도 전반에 걸친 큰 변화가 있었다. 그 중 의료급여 재정에 직접적으로 영향을 미칠 수 있는 주요 주요 제도변화로는 의료급여 1종 외래 본인일부부담, 선택병의원제, 건강생활유지비 지원제도를 들 수 있다.

1. 의료급여 1종 외래 본인일부부담제

기존 외래(의료기관 및 약국) 이용 시 본인일부부담금이 면제되었던 1종 수급권자에게 2007년 7월 1일부터 본인일부부담금을 부과하는 것이다. 1종 수급권자 중 일부 수급권자에 대해서는 기존과 같이 본인일부부담을 면제할 수 있도록 본인일부부담면제자⁷³⁾에 관한 규정을 별도로 마련하고 있다(의료급여법 시행령 제13조 제1항 및 별표 1). 보건복지부는 2007년 7월 1일 현재 1종 수급권자 중 본인일부부담면제자(또는 건강생활유지비 지원 제외자) 규모는 약 27만 명(1종 수급권자의 26.3%)으로 파악하고 있다(보건복지부, 2007).

2. 1종 수급권자 건강생활유지비 지원

건강생활유지비 지원제도는 1종 의료급여 수급권자 1인당 월 6천원(년 72,000원 ; 1회 의료이용 시-의원과 약국을 각각 1회씩 이용- 연간 48회

73) 18세 미만 자, 20세 이하 중고등학교에 재학 중인 자, 임산부(임신 사실을 신고한 날로부터 출산예정일 또는 출산일 이후 6개월까지 본인일부부담금 면제, 유산 또는 사산의 경우에도 신고된 출산예정일 이후 6개월까지 본인일부부담금 면제), 행려환자, 보건복지부장관이 고시하는 희귀난치성질환 해당자, 장기이식환자, 가정간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자, 응급환자, 보건기관(보건소, 보건지소 또는 보건진료소. 보건의료원은 제외) 이용자

이용할 수 있는 금액)⁷⁴⁾을 2007년 7월 1일부터 지급하는 제도이다. 건강생활유지비 지원제도는 국민건강보험공단이 수급권자 개인별로 가상의 계좌를 만들어 건강생활유지비를 먼저 입금하고 1종 수급권자가 외래 의료 이용 시 발생하는 본인일부부담금을 차감하고 남은 잔액은 매년 1회 수급권자가 가지고 있는 통장 계좌에 입금하는 제도이다. 제도도입의 목적은 1종 외래 본인일부부담금제 도입에 따른 수급권자의 본인부담을 경감시키고, 동시에 수급권자로 하여금 경제적 유인동기를 제공함으로써 과도한 의료이용을 억제하는 것이다(의료급여법 시행규칙 제28조제7항). 보건복지부가 건강생활유지비 지원에 소요될 예산규모를 추계한 바에 의하면, 1종 수급권자 중 703,088명에게 월 6,000원을 지급할 경우 총 50,622백만원이 소요되며, 그 중 33,748백만원은 건강생활유지비 지원을 하지 않더라도 의료급여기금에서 본인일부부담금으로 지출되는 금액이므로 추가로 소요될 예산은 16,874백만원으로 추정하였다(보건복지부, 2006).

3. 선택병의원제

의료급여 1종 및 2종 수급권자를 대상으로 하며 수급권자 중 자발적으로 선택병의원제 참여를 신청한 자 또는 의료급여일수 상한제에 따라 의료급여심의위원회에서 선택의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 연장승인을 받은 자 또는 자발적인 신청자에게 의료기관 선택권을 제한하는 제도이다(의료급여법 시행규칙 제8조의2제3항 내지 제5항 및 별표 1). 선택병의원제 적용 대상자가 선택병의원이 아닌 의료급여기관을 이용할 경우에는 급여가 제한되기 때문에 의료급여기관 이용 시 발생하는 비용 전액을 수급권자가 부담해야 한다.

74) 제도개선 당시 보건복지가족부는 의료급여 1종 수급권자의 80% 정도는 건강생활유지비에서 본인일부부담금을 차감하더라도 이익을 볼 것으로 예상하였다.

2007년 12월 말 현재 선택병의원 대상자는 63,186명(1종 55,724명, 2종 7,462명)으로 의료급여 수급권자 수의 3.4%(1종 5.2%, 2종 0.9%)에 해당한다. 선택병의원제 대상자 중 당연적용자는 31,739명(1종 25,667명, 2종 6,072명), 자발적 참여자는 31,447명(1종 30,057명, 2종 1,390명)으로 각각 전체 선택병의원 대상자의 50.2%, 49.8%에 해당한다. 의료급여 2종의 경우 경제활동 능력을 보유한 것 이외에 자산기준 등 경제적 부담능력 면에서는 의료급여 1종과 동일한 반면 1종에 비해 외래이용 빈도가 많은 고령 인구가 적고, 외래 본인일부부담이 15%에 달하며, 선택병의원 적용을 받더라도 본인일부부담금 경감을 받는 것은 아니기 때문에 2종 수급권자 중 선택병의원 대상자 수는 의료급여 1종에 비해 크게 적다(<표 6-11>).

〈표 6-11〉 선택병의원제 대상자 현황('07년 12월 말 현재)

(단위: 명)

구분	수급권자 (A)	선택병의원제 대상자(B)			B/A(%)		
		당연 적용자	자발적 참여자	계	당연 적용자	자발적 참여자	계
1종	1,062,263	25,667 (46.1%)	30,057 (56.9%)	55,724 (100%)	2.4%	2.8%	5.2%
2종	790,451	6,072 (81.4%)	1,390 (18.6%)	7,462 (100%)	0.8%	0.2%	0.9%
계	1,852,714	31,739 (50.2%)	31,447 (49.8%)	63,186 (100%)	1.7%	1.7%	3.4%

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 2007 의료급여통계. 2008

4. 제도변화의 의미

선택병의원제와 1종 외래 본인일부부담제 도입의 직접적인 배경이 되는 일부 의료급여 수급권자의 의료서비스 오남용과 일부 의료기관의 과잉진료로 인한 문제는 최근 의료급여 진료비의 급격한 증가 이전에도 지속적

으로 제기되었던 사항이다.⁷⁵⁾ 이러한 문제를 보완하기 위해 2002년 1월 1일부터 의료급여일수 상한제를 도입하게 되었다. 그러나 급여일수 상한제를 시행하고 있음에도 불구하고 의료급여 수급권자의 중복 진료로 인한 약물 오남용, 과도한 의료서비스 이용 등이 의료급여 제도의 문제점으로 지속적으로 제기되는 주된 원인은 자유방임적인 한국 의료제도의 특성과 의료급여일수 상한제 운영에 필요한 관리능력이 미흡하였기 때문이라고 할 수 있다.

의료급여일수 상한제를 적용하고 있는 상황 하에서 의료급여일수가 3,000일 이상인 극단적인 사례도 발생할 수 있었던 이유는 급여일수 관리가 시기적절하게 이루어지기 어려운 구조적 문제점을 가지고 있었기 때문이다. 수급권자가 이용한 의료급여일수는 의료급여기관이 건강보험심사평가원에 심사청구하는 자료를 이용하여 국민건강보험공단이 산출하기 때문에, 의료급여일수를 산출하여 수급권자별 의료급여일수를 보장기관에서 파악하기까지는 최소 한 달 이상의 시간이 경과된다. 만약 수급권자가 한 달 동안 여러 의료급여 기관을 방문·이용하여 의료급여일수 상한일수를 크게 초과한다 하더라도 기존의 관리운영 역량으로는 파악조차 어렵다. 따라서 수급권자의 급여일수 관리에 있어서 의료급여일수 상한제와 병행하여 시행되고 있는 급여일수 연장승인제를 통한 과다 의료이용 규제를 효과적으로는 시행하기 어렵다.

급여일수상한일수를 초과하더라도 수급권자의 의료서비스 필요가 여전히 충족되지 않았을 경우 급여일수 연장승인이 불가피하며, 급여일수 상한제를 초과한 의료급여 이용이 또 다시 발생해도 사후적인 조치만이 가능할 뿐, 근본적인 예방은 어려운 실정이다. 또한 의료서비스 오남용 부분 중 의료서비스 공급자 또는 의료서비스 전달체계상의 문제로 인해 초래되는 중복진료 또는 중복검사에 의한 부분에 대한 효과적인 정책적 개입은

75) 한국일보. 2001. “의료보호 환자도 재정악화의 원인.” 4월 13일자.

미흡한 실정이다. 따라서 현재의 급여일수상한제를 통해 수급권자의 합리적인 의료이용을 유도하겠다는 정책목적은 일부 예외적인 사례의 경우에는 달성하기 어렵다.

그렇다면, 이러한 의료급여일수 상한제의 문제점을 보완하는 것은 가능할까? 의료급여일수 상한제의 문제점은 급여일수 발생을 실시간으로 파악할 수 없어서 이를 의료급여기관 방문시 의료인의 진료내용 및 수급권자의 적정 의료이용을 지원하는 의료급여관리사의 사례관리 서비스에 활용할 수 없었다는 점이다. 2007년 7월 1일부터 시행된 1종 외래 본인일부부담제 및 선택병의원제 운영을 위하여 구축된 ‘의료급여 자격관리 시스템’은 의료급여기관으로부터 실시간으로 의료급여일수 정보 등을 제공받고, 의료급여기관 또는 보장기관이 의료급여일수 등을 조회가 가능하기 때문에 의료급여일수 상한제의 실시간 관리운영을 가능하게 되었다. 그렇지만 진료 및 투약 내용에 대한 정보는 자격관리 시스템을 통해 조회가 가능하지 않기 때문에, 중복된 약물 처방과 투약을 사전 차단하는 제도적 장치는 마련되어 있지 않다.

의료급여 급여일수 초과와 원인 중 하나로 지적되고 있는 중복진료의 경우, 의료인 또는 의료기관이 중복된 진료 여부를 하지 않도록 강제할 제도적 장치가 마련되어 있지 않으며, 중복진료 여부와 중복된 진료 또는 처방내역을 확인할 수 있는 제도적 장치 또한 마련되어 있지 않다. 이에 따라 상당수 의료급여 수급권자는 중복진료로 인해 발생하는 건강위해에 노출되어 있다. 의료급여 수급권자의 의약품 적정사용 실태조사 결과에 의하면 조사대상 의료급여 수급권자의 진료명세서의 약 40%, 전체 약품수의 22%에서 약물사용 부적정 사례(중복 또는 병용금지 처방)가 발견되었으며, 전체 의료급여 환자의 진료명세서 발행 건수를 기준으로 연간 약 3만 3천 건의 매우 심각한 부작용 발생 위험이 있는 약물처방이 이루어지는 것으로 추정하였다((주)퍼스트디스, 2006)⁷⁶⁾.

IV 결론

1977년 의료보호법 제정 이후 30년 이상 시행된 의료급여제도는 짧은 역사와 저소득층의 의료보장을 위한 많은 제도개선에도 불구하고, 빈곤층을 위한 의료보장제도로서 사회적 기대수준에는 아직 미흡한 부분이 존재한다.

1. 빈곤층 의료보장제도 : 의료급여 vs. 건강보험?

먼저 의료급여 수급권자 규모와 관련하여 절대 빈곤층이 전체 인구의 10%를 상회하는 수준임에도 불구하고 의료급여 수급권자 수는 전체 인구의 약 4% 수준에 불과하다. 의료급여 수급권자 수가 빈곤층 규모에 비해 적은 일차적인 이유는 의료급여 수급권자의 대부분을 차지하는 국민기초생활보장 수급권자 이외 빈곤층을 포괄하기 위한 수급권자 선정기준이 마련되어 있지 않다는 것과 수급권자 확대에 의한 추가적인 재정부담을 정부가 부담하지 않으려는 것이다. 건강보험으로 전환된 의료급여 차상위계층 수급권자의 본인일부부담 수준은 의료급여 수급권자일 때와 동일하도록 정부가 본인일부부담 차액을 지원하고 있지만, 2008년부터 단계적으로 추진되고 있는 의료급여 차상위계층의 건강보험 전환으로 인해 의료급여에 대한 정부의 재정부담은 크게 감소한 반면 건강보험 가입자의 부담은 증가하게 되었다.

빈곤층에 대한 의료보장제도로서 건강보험과 의료급여 중 어떠한 제도를 보다 적극적으로 활용할 것인가에 대해서는 논의가 있을 수 있겠지만, 의료급여의 경우 건강보험보다 요양기관 종별 가산율이 건강보험의 72~75%로 상대적으로 낮아 동일한 의료서비스에 대하여 상대적으로 보다 적

76) (주)퍼스트디스. 의료급여 환자별 의약품 적정사용 실태조사. (주)퍼스트디스, 2006.

은 비용으로 의료를 보장할 수 있는 장점을 가진다. 따라서 다른 조건이 동일하다면 동일한 재원으로 의료급여를 통해 더 많은 수급권자에게 의료를 보장할 수 있다. 반면 건강보험보다 낮은 본인일부부담율 등으로 인한 의료급여 수급권자의 의료서비스 과다이용에 의한 불필요한 진료비 발생에 대한 우려는 제도의 효율성을 저해하는 요인으로 지적되고 있다. 그러나 건강보험과 의료급여 중 어떠한 제도가 더 효율적인가를 판단할 수 있는 적절한 근거는 자료 및 방법론적인 한계로 인해 아직 제시된 바 없으며, 향후 추가적인 연구가 필요한 주제이다.

2. 의료급여 재정 안정화 : 제도의 비효율성 vs. 정책 변화

급여일수 상한 초과자에 대한 선택병의원제, 사례관리 등을 통해 의료서비스 오남용으로 인한 수급권자의 건강위해와 의료서비스 과다이용에 대한 효과적인 증재가 가능해지고, 1인당 진료비 발생 규모가 매우 높은 의료급여 차상위 희귀난치성질환자, 만성질환자 등의 건강보험 전환은 의료급여 진료비의 감소를 초래함으로써 의료급여 재정 안정화에 크게 기여할 것으로 예상된다. 2008년 10월 보건복지가족부는 의료급여 추경예산 2,477억원을 확보하여 누적된 의료급여 진료비 미지급금을 완전 해소하게 되었으며, 2009년에는 의료급여 차상위 만성질환자 및 18세 미만 아동의 건강보험 전환으로 진료비 미지급금이 발생하지 않을 것으로 예상하고 있다.

이러한 제도 변화 및 추가 예산 확보로 인해 의료급여의 재정은 급격한 증가 추세에서 안정적인 궤도에 진입한 것으로 판단된다. 그러나 기존의 의료급여 진료비의 급격한 증가 및 그로 인한 미지급금 발생은 일차적으로 정부의 수급권자 확대 정책과 적정 예산확보의 실패에 기인하는 것으로 향후 정부의 수급권자 규모와 관련된 정책 변화와 소요 예산 추계 및 예산 확보 수준에 따라 재정 불안정성이 또 다시 발생할 수 있다.

3. 선택병의원제 : 의료이용 억제 vs. 과다 의료이용

현행 선택병의원제는 의료급여 1종 수급권자 중 단순 질환자(1차 의료급여기관에서 진료가 가능한 질환, 1개 의료급여기관에서 적절한 치료가 가능한 질환)에게는 본인일부부담이 없이 의료이용을 보장하는 제도이다. 따라서 이들에게는 오히려 의료서비스의 과다 이용 또는 의료서비스 제공자의 과다한 서비스 제공을 조장할 수 있는 속성을 가지는 반면 복합질환 또는 질병의 중증도가 높아 여러 진료과목에 걸친 의료기관에서의 치료가 필요한 수급권자들에게는 오히려 필요한 의료이용을 제한할 수 있다.

4. 의료급여의 효과와 질

의료급여 제도 발전을 위해 의료급여 재정과 함께 고려해야할 요소 중 하나는 의료급여 수급권자가 이용하는 의료서비스의 질이다. 의료급여 수급권자는 낮은 가산율, 의료이용 및 의료기관 선택권 제한, 진료의 질에 대한 심사 기능 미흡, 수급권자의 낮은 경제적 부담능력 등 제도적 요인 및 수급권자의 특성으로 인해 적절한 의료서비스를 이용하지 못할 가능성이 높다. 의료급여 제도의 효과성과 효율성은 단지 한정된 재원으로 보다 많은 의료서비스와 의료급여 수급권자를 보장하는 것만이 아니며 적절한 질의 의료서비스를 동시에 보장할 수 있어야 할 것이다.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>

보고서 번호	서 명	지자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류·협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	미정
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	미정
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	미정
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안	김유경	미정
연구 08-15	아동 청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	미정
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	미정
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병의원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	미정
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	미정
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	미정
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	미정
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	미정
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 08-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	미정
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	미정
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	미정
연구 08-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	미정
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가 시장 비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지육구 다양화에 따른 장애인 복지 지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대영	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료욕구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i>	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼 출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산 고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000