

## 건강보험제도와 재정위기

양 봉 민(서울대학교 보건대학원 교수)

### I. 서론

국민 모두가 건강한 삶을 영위하기 위해 필요한 때에 필요한 만큼의 의료이용을 할 수 있어야 한다는 것은 모든 보건의료제도가 추구해야 할 궁극적 목표이다. 한정된 자원 하에서 이러한 목표를 달성하기 위해서는 효율과 형평 사이의 균형을 묘를 최대한 살려야 한다. 그러나 우리나라의 현 건강보험제도 하에서는 의료이용에 대한 국민들의 만족도나 접근도는 낮으면서도 급여비 증가와 보험재정의 악화, 그리고 이에 따른 보험료인상이라는 악순환이 지속되고 있다.

90년대 중반부터 가시화된 보험재정의 악화는 급기야는 보험재정 파탄이라는 현상을 낳게 되었으며 이에 정부는 별도의 재정안정대책을 발표하고 2002년 1월부터 특별법을 제정, 공포하여 재정안정을 위한 특단의 조치를 마련하여 시도하고 있다. 그리고 정부는 국회, 언론, 그리고 국민에게 2006년이면 장단기 대책을 통하여 건강보험 재정안정을 기할 수 있다고 정치적 약속을 해 놓은 상황이다. 정부의 예측대로 만일에 2006년부터 보험재정안정이 이루어 진다면 더 할 나위 없겠으나 만일 그러하지 못하다면 이는 골치 아픈 보험재정적자 문제를 다음 정권에 떠 넘기는 식의 책임회피가 될 수도 있다. 그러나 보험제도의 주인인 국민에게 중요한 것은 정치적 책임의 소재가 누구에게 있느냐 보다는 향후 특단의 조치를 통하여 과연 보험재정안정을 기할 수 있느냐의 여부일 것이다. 왜냐하면 보험재정안정의 문제는 보건의료혜택과 보험료부담의 문제와 직결되는 민생의 문제이기 때문이다.

이에 본고는 가변적인 정치적 요인은 가능한 배제하고서 학술적 차원에서 건강보험 재정에 대한 논의를 해 보고자 한다. 미래에 대한 예측은 현상에 대한 정확한 분석에서 출발해야 한다는 간단한 명제를 바탕으로 우선 재정적자 현상에 대한 분석을 시도하고자 한다. 그 분석을 바탕으로 미래에 대한 예측을 하고서 바람직한 보험제정의 미래를 위한 우리네 제도의 선택에 대하여 언급하고자 한다.

## II. 재정위기와 건강보험제도

### 1. 재정위기에 대한 시각

2001년에 촉발된 건강보험 재정파탄에 대한 여러 가지 시각이 제시되었다. 특히 언론 매체를 중심으로 하여 재정파탄은 의약분업과 의보통합이라는 실패된 개혁정책에서 비롯된 결과라고 하는 시각이 강하게 제기되었다. 이러한 시각에 정치적 논리가 편승되면서 건강보험문제에 대한 발전적인 논의보다는 다소 파괴적인 분위기가 조성되었으며 급기야는 의약분업과 의보통합을 근본부터 다시 검토해야 한다는 목소리가 커지게 되었고, 종지부를 찍었다고 생각되었던 그 지켜왔던 조합 대 통합의 논쟁이 다시 얼굴을 내미는 상황이 되고 말았다.

본 논문은 그러한 논쟁을 다시 재연하고자 하는 것은 물론 아니다. 객관적인 자료 없이 감정적으로 혹은 강한 반대정서를 갖고서 현상에 대한 진단을 서슴지 않는 접근은 문제해결에 전혀 도움을 줄 수 없다는 점을 강조하고 싶을 뿐이다. 우리에게 현재 필요한 것은 왜 그러한 결과가 도래 되었느냐에 대한 정확한 분석이다. 나름대로 정확한 분석이 되었다고 하더라도 현실과의 오차 때문에 정책이 목표달성을 하지 못하는 경우가 많은데 하물며 그러한 분석에 기초하지 않고 대중의 논리나 정치적 흐름에 편승하는 주장은 많은 경우 혼란을 초래할 뿐이다. 문제는 그러한 혼란에서 기인되는 사회적 비용을 정확하지 않은 주장을 하는 학자나 정치가들이 지는 것이 아니라 국민이 고스란히 져야 한다는 점이다. 그런 점에서 학자들은 신중하게 발언을 하여야 하며 제대로 된 정치가는 책임 있는 발언을 강요 받게 되는 것이다.

뒤에 언급되겠지만 우리네 건강보험의 재정파탄은 이미 90년대 초반부터 예견된 미래의 확실한 현상이었다. 일찍이는 1987년 7월 보건사회연구원이 주최한 연찬회인 의료보험 10년의 성과와 과제 에서 비용증가적인 우리네 보험제도에 대한 우려와 근본적인 방

향수정에 대한 제의가 토론과정에서 강하게 제기되었으며, 그 후 많은 논문들이 재정파탄에 대한 우려를 서로 다른 각도에서 제기하여 왔고, 일부 논문들은 그 해법을 구체적으로 제시하여 왔었다. 보험재정에 대한 우려는 1996년 보험재정이 當期 재정적자로 돌아서면서 가시화 되었고 바로 그 직전의 의료보험개혁위원회에서도 우려와 방안제시가 있었다 (의료보장개혁위원회, 1994.6). 문제는 그러한 우려와 지적에 정부가 귀를 기울이지 않았으며 적극적인 대책이 추진되지 않았다는 점이다.

의약분업이 의보재정파탄과 관련을 갖고 있다면 그것은 애초에 2002년 정도로 예기되었던 재정파탄을 1년 정도 앞당겼다는 점이다. 이는 의약분업 추진 과정에서 발생한 40%에 이르는 의보수가 인상 때문이며 의와 약을 분리한 분업제도 그 자체가 원인이라고 보는 것은 무리이다. 의약분업은 약소비에 있어서 제대로 된 동기부여를 위한 하나의 틀이며 그 틀이 재정파탄의 원인이 될 수는 없다. 다만 그 틀을 움직이게 하면서 필요한 기름을 국민부담 수준에 걸맞지 않는 고급기름을 정부가 사용한 것이 재정파탄을 앞당긴 원인으로 볼 수는 있다.

의보통합에 가면 원인과 결과의 인과관계가 의약분업의 경우보다 더욱 모호해 진다. 왜냐면 의보재정파탄은 통합이전에 이미 예견되어 있었던 확실한 사건이었기 때문이다. 즉 의보재정파탄은 건보제도가 조합단위로 조직화 되어 있을 때에 이미 예고된 사건이었다. 굳이 통합과 건보재정파탄을 연결시키자면 통합추진과정에서 직장단위 조합들의 보험재정에 관한 도덕적 해이가 있었으며 이것이 재정파탄을 부추긴 역할은 하였다고 보아진다. 하지만 한가지 짚어야 할 사항은 만일 정수율이 하락하는 등의 도덕적 해이가 있었다면 그리고 도덕적 해이가 바람직스럽지 않았다면, 정부가 도덕적 해이에 대한 사전예방 조치를 하였어야 했다. 그러한 조치를 위해서 우리는 정부의 존재와 역할을 필요로 한다고 생각한다. 통합 때문에 재정이 파탄되었다는 주장은 그래서 논리상의 비약이 따르는, 학술성이 약하면서 대신에 정치성이 강한 주장이라고 판단된다.

다시 말해 건강보험 재정문제는 의약분업이나 보험통합 이전부터 수 차례 그리고 자세하게 거론된 문제로서 그 원인은 보험제도에 내재된 비용증가적인 의료체계상의 문제와 직결된다고 보아야 한다. 그래서 본 논문은 의료보험재정적자의 내용을 분석적으로 살펴보고 그러한 체계상의 문제를 짚어보고자 한다.

## 2. 보험급여비 증가와 그 원인

### 1) 보험 진료비 및 급여비 증가

1989년에 전국민의료보험이 도입된 이후 급여일수, 급여항목의 확대, 수진을 증가 등에 기인하여 건강보험 급여비가 급격하게 증가하고 있다. 아래 자료 <표 1>에서 확인되는 바와 같이 1990년 이후 급여비가 급격하게 증가하였는데 1990년에는 19,032억원이던 급여비가 2001년도에는 약 6.8배 증가한 129,406억원에 달하고 있는 실정이다. 11년 만에 실로 엄청난 명목상의 증가를 한 셈이다. 1990년을 100으로 한 소비자 물가지수가 2001년에 167인데 이러한 물가지수의 변화를 감안하면 2001년의 실질급여비는 77,489억원이 되며 이는 1990년 급여비의 4.1배가 된다. 즉, 물가상승을 감안한 실질 보험급여비는 11년 동안 4.1배로 늘어난 셈이다. 이러한 급격한 보험급여비의 팽창은 전국민의료보험 도입 이후 급여비 팽창으로 고민 중인 이웃 대만의 그것을 훨씬 상회하는 세계 보험 사상 그 유례를 찾기 어려운 높은 팽창에 해당한다.

급여비의 상승은 수혜자가 얻는 혜택의 상승으로 간주되어 사실상 부정적인 측면과 아울러 긍정적인 측면도 갖는다. 실제로 아래 <표 1>에 나타난 바와 같이, 총진료비 중에서 보험급여비가 차지하는 비중인 급여율이 1990년의 64.29%에서 2001년의 68.07%로 매년 약간씩 상승하는 것은 그 상승부분이 비록 보험급여비의 증가로 직결되기는 하지만 바람직한 현상으로 간주된다. 특히 보험재정이 소득비례적(income proportional)으로 조달되는 반면에 본인부담은 소득역진적(income regressive)임을 감안할 때 급여율의 상승은 의료보험제도의 형평성을 제고하는 순기능을 의미한다. 그러나 급여비의 급격한 상승이 급여율의 상승보다는 비효율의 증가로 더 강하게 이어진다면 이는 보험제도가 갖는 심각한 문제로 부각된다. 왜냐하면 이는 보험재정이 낭비됨을 의미하며 혜택은 적으면서 보험가입자의 부담만 늘어가기 때문이다. 따라서 급여비의 상승이 보험제도상 무엇을 의미하는 지에 대한 면밀한 분석들이 다양한 시각에서 따라주어야 할 것이다.

&lt;표 1&gt; 보험급여비 변화 추이

(단위 : 십억원)

구분	1990	1991	1992	1993	1994	1995
진료비(약국포함)	2,960	3,228	3,753	4,390	4,964	6,166
급여비(약국포함)	1,903	2,022	2,349	2,758	3,151	3,955
급여율	64.29	62.65	62.59	62.82	63.48	64.15
진료비증가율%(연)	-	9.06	16.24	16.98	13.08	24.20
급여비증가율%(연)	-	6.29	16.13	17.41	14.25	25.51

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
진료비(약국포함)	7,441	8,728	9,971	11,521	12,912	17,843
급여비(약국포함)	4,964	5,709	6,584	7,652	8,789	12,940
급여율	66.71	65.41	66.03	66.42	68.07	72.52
진료비증가율%(연)	20.69	17.29	14.25	15.54	12.07	38.19
급여비증가율%(연)	25.51	15.01	15.33	16.23	14.85	47.23

자료 : 건강보험공단, 2001

급여비의 급격한 증가와는 대조적으로 보험료수입은 완만하게 증가하고 있음을 <표 2>에서 알 수 있다. 1990년부터 2001년까지 보험료수입, 진료비, 그리고 급여비의 연평균증가율을 상대 비교해 보면 급여비 증가율이 보험료 증가율을 크게 앞지르고 있음을 확인할 수 있다. 이러한 현상은 전체기간을 1990-95년과 1996-2001년의 두 기간으로 양분하여 보아도 동일함을 알 수 있다. 다만 1990-95년 기간에 비하여 1996-2001년 기간 동안에 급여비 증가율이 보험료 증가율을 상대적으로 훨씬 크게 앞지르고 있음도 자료에서 나타난다. 즉, 의료보험 재정 적지는 이미 1990년대 초반부터 잉태되었으며 90년대 후반에 들어 재정과탄을 향한 행진이 가속화 되고 있음을 자료를 통하여 명확히 읽어볼 수가 있다.

## &lt;표 2&gt; 보험재정지표의 변화

(단위 : %)

연평균증가율	1990-1995	1996-2001
진료비	15.81	19.11
급여비	15.75	21.12
보험율	14.34	18.57

자료 : 건강보험공단, 2001

이러한 추세의 결과 의료보험재정은 급격히 악화되었다. <표 3>과 <그림 1>에 나타난 바와 같이 당기 보험재정은 1996년부터 적자가 되었고, 해마다 적자폭은 커지면서 2001년에 이르러서는 그 동안 적립되어 왔던 적립금이 모두 소진되고 전체 보험재정이 적자를 기록하게 되었다. 1977년에 시작된 전국민의료보험이 24년간의 흑자 행진을 마감하고 재정과탄에 이르게 된 것이다.

적자로 향하는 아래의 추세에서 몇 가지 주목할 점들이 발견된다. 첫째는, 매년 3,000억에서 4,000억에 이르는 흑자의 감소(1994-1995년) 혹은 적자의 증가(1996년-2000년)가 1994년부터 시작되었다는 점이며, 1994년은 의약분업이나 의보통합과는 전혀 관련이 없다는 점이다. 둘째, 당기적자의 증가폭이 1999년에 처음으로 증가하지 않고서 8,600억 선에서 안정되었다는 사실이다. 즉, 적자가 없어진 것은 아니나 1994년 이후 매년 추가적으로 4,000억 정도로 급증하던 적자폭이 1999년에 이르러 적자폭의 추가가 일단은 자취를 감추었다는 점이다. 지역조합과 공교조합이 조직적으로 통합된 것이 1998년 10월이니 1999년은 1단계 의보통합의 원년에 해당함은 재미있는 상관으로 구체적인 연구의 대상이 된다고 보아진다. 셋째, 2000년에 적자폭이 추가 1,500억 정도로 다시 증가하였으나 이 증가 폭 역시 1994년-1998년의 연간 추가 증가폭인 4,000억에 크게 미달하는 액수이다. 2000년 7월에 (지역과 공교의 통합조직인) 보험공단과 직장조합들이 조직적으로 통합된 2단계 통합이 이루어졌으니 이러한 조직통합이 적자폭 증가율의 둔화에 영향을 줄 수도 있었다는 가설이 성립된다.

넷째, 2001년은 적자폭의 증가율이 대폭 높아져서 무려 1조4천억의 연간 추가 적자가 있었으며 당기적자는 2조 4천억에 이르게 되었다는 점이다. 2001년의 적자는 무엇보다 의약분업의 영향이 크며 기존의 적자폭 증가율을 단순 수학으로 감안할 때 추가적인 1조-1조2천억의 의약분업으로 인한 적자증가로 해석될 수 있다. 의사과업이 2000년 12월에 끝나고 실질적인 의약분업이 2001년 1월에 시작된 점을 감안 할 때, 2001년의 적자

폭의 증가는 의약분업에 기인했다고 보아도 크게 무리는 없어 보인다. 무엇보다 의료수가의 대폭적인 인상과 처방료와 조제료의 후한 책정, 그리고 약처방을 받기 위하여 약국에서 병의원으로 이동한 환자인구의 증가가 주된 원인일 것이다. 다섯번째로 지적될 수 있는 사항은 건강보험 재정파탄이 의약분업의 실시로 인하여 1년 정도 앞당겨서 왔다는 점이다. 기존의 추세대로 라면 2001년 말까지는 누적흑자가 건보재정을 받치어 줄 것으로 예상되었으나 의약분업으로 인하여 누적흑자의 소진이 1년 정도 앞당겨 졌다는 사실이다.

이상의 상황논리를 간추려 보면 건보재정 파탄에 관한 한 정확한 표현은 첫째, 의보통합은 그 원인이 되지 않으며, 둘째, 의약분업은 건보재정 파탄의 원인이 아니라 재정파탄을 앞당긴 가속기 역할을 하였다는 것이다.

원인과 결과를 연결짓는 인과관계(causality)는 객관적인 자료에 의해서 만이 설정되는 관계로서 개인의 심증적인 추측이나 논리의 비약에 의해서는 결코 만들어 질 수 없는 중요한 사회현상에 해당한다. 국민의 정서에 편승하여 의보통합이나 의약분업을 건보재정 파탄의 원인으로 몰아가는 여론몰이는 우리네 정치권이나 언론에서나 가능하지 학술의 장에서는 가능한 회피해야 할 식자들의 행동규범 입을 다시 한번 생각하게 된다.

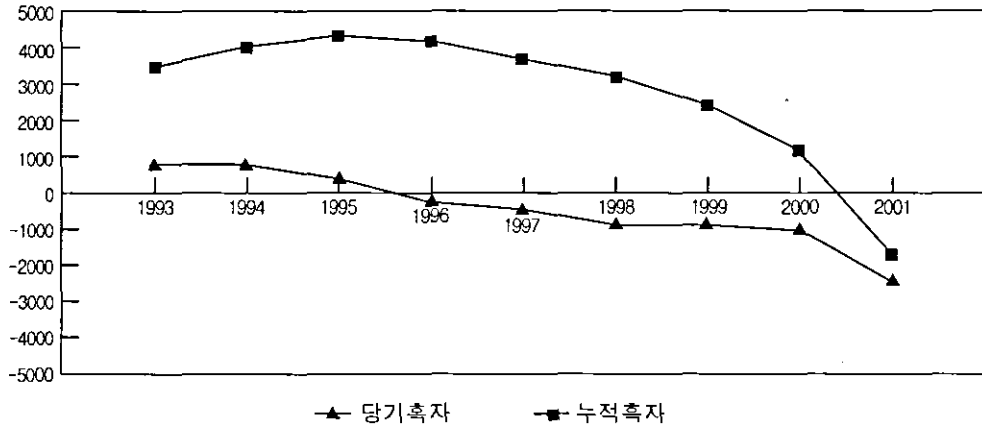
<표 3> 의료보험 재정수지

(단위 : 십억원)

		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
직장 보험		408	445	345	149	-227	-383	-576	-704	-1,900
	누적 흑자	2,024	2,259	2,450	2,608	2,503	2,231	1,731	836	-1,141
지역 보험	당기 흑자	260	213	5	-142	12	-157	-328	-299	-509
	누적 흑자	804	993	969	814	885	728	400	36	-670
공교 보험	당기 흑자	84	81	32	-95	-167	-320	36	-6	-
	누적 흑자	604	674	702	580	397	77	113	47	-
누계	당기 흑자	752	739	382	-88	-382	-860	-868	-1,009	-2,409
	누적 흑자	3,432	3,926	4,121	4,002	3,785	3,036	2,244	919	-1,811

Source : National Health Insurance Corporation, *Trend of Financial Status of Health Insurance*, Feb. 2002

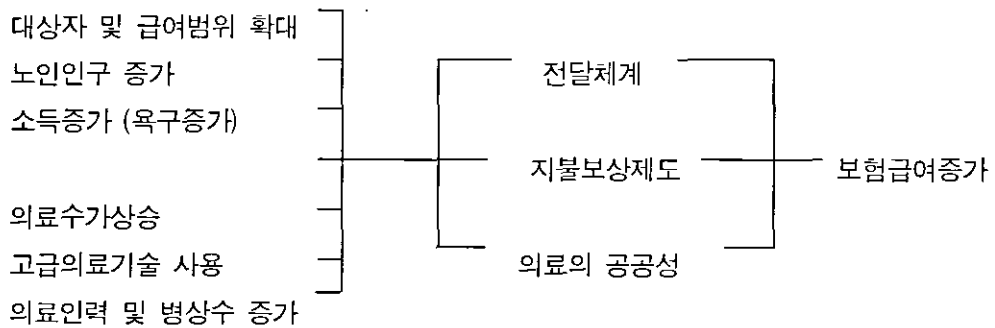
(단위 : 십억원)



<그림 1> 의료보험 재정수지

2) 보험급여비 증가 원인

보건경제학적 관점에서 보면 보험급여비 증가의 요인은 아래에 도식된 바와 같이 크게 수요측 요인과 공급측 요인으로 대별되는데, 수요측 요인으로는 대상자 및 급여범위 확대, 노인인구 증가, 소득증가를 들 수 있으며 공급측 요인으로는 의료수가상승, 고급 의료기술 사용, 의료인력 및 병상수 증가를 꼽을 수 있다. 이들 요인은 아래 그림에 나타난 바와 같이 지불보상제, 전달체계, 의료제도의 공공성이라는 세 가지의 매개체(제도적 기전)를 통하여 급여비 증가로 이어지게 된다.



우리나라의 경우에는 수요측의 세 가지 요인과 공급측의 세 가지 요인 모두가 강력한 의료비 증가 요인으로 작용하고 있다고 보아진다. 또한 이 요인들은 지불보상제도가 후



불제인 행위당수가제이며, 환자후송(전달)체계가 부재하고, 민간의료의 의존도가 높다는 제도적 기전하에 여과됨이 없이 보험급여비 증가 및 국민의료비 증가로 이어지고 있다.

이러한 이론적인 모형을 바탕으로 지난 10년간의 진료비 증가를 그 주요 원인별로 살펴보면 아래 <표 4>와 같다. 1991년의 경우 가입자 1인당 연간 의료이용량의 지표인 수진율이 3.35건이었으나 2000년에 6.31건으로 거의 2배로 증가했고, 보험급여일수도 크게 개선되어 1991년의 180일에서 2001년에는 365일로 증가하였다. 공급자요인으로는 행위수가체계 하에서 적절하게 공급량을 통제할 방안이 없는 상황에서 의료인력과 기관수의 증가, 의료수가의 상승, 새로운 기술 도입으로 수요를 창출하는 요인 또한 중대한 지출 증가원인이 되었음을 알 수 있다.

<표 4> 건강보험 진료비 증가요인 (약국 제외)

연 도 별		1991	1995	2001
급여일수(일)		180	210	365
수진율 <sup>1)</sup>		3.35	4.46	7.10
내원율 <sup>2)</sup>		7.88	9.50	13.16
내원일당 진료비		9,973	14,454	21,821
65세 이상	인구수(만명)	207	248	322
	인구비중(%)	5.07	5.64	6.93
	수진율(건)	3.52	5.88	15.413
의사수(명)		38,928	56,166	80,9894

주: 1) 1인당 연간진료건수, 2) 1인당 연간내원일수, 3), 4) 2000년 기준

자료 : 국민건강보험공단 건강보험통계연보, 2001 건강보험주요통계

노인인구의 증가는 만성병 및 각종 노인성 질환 증가와 관련되어 의료비의 증가 및 보험급여 증가에 강하게 영향을 미치게 된다. 위 <표 4>와 아래 <표 5>에 나타나 있듯이 우리나라의 65세 이상 인구비는 2000년 현재 6.93%임에 반하여 이 연령층의 진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비중은 인구비의 3배에 가까운 17.7%에 이르고 있다. 이들 65세 이상 노인들의 수진율은 1991년에는 65세 미만 인구와 비슷한 수준이었으나 지난 10년간 급격히 팽창하여 2001년에는 2배가 넘어서고 있음을 알 수 있다. 이러한 현상은 건당진료비에서도 비슷하게 나타나고 있다. 노인인구의 증가가 건강보험 재정에

미치는 영향의 심각성이 잘 드러나고 있는 자료이다. 다른 조건들이 불변일 때 순수히 노인인구의 증가가 보험재정에 미치는 영향을 연구한 최근의 연구도 비슷한 결론을 도출하고 있다. Gertler et al.(2002)은 수요요인과 공급요인에 큰 변화가 없고 노인인구가 예상된 속도대로 증가한다면 한국의 보험재정은 노인인구 단일요인에 의하여 2010년이면 재정파탄에 이르게 됨을 보여준다.

<표 5> 노인인구비율과 진료실적

연령	인구비(%)	지급건수(%)	진료비(%)	건당진료비(원)
65세 미만	93.4	88.8	82.3	29,691
65세 이상	6.6	11.2	17.7	49,581

자료 : 2000 건강보험 통계연보, 약국 처방조제 포함

내원일당 진료비도 지난 10년간 2배 이상으로 상승하였으며 수진율의 증가와 상승작용을 통하여 건강보험재정에 상당한 압박요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다. 아래 <표 6>이 보여 주듯이 내원일당 진료비의 상승은 주로 의보수가의 상승에 기인한다. 명목상 의보수가는 1990년에 비하여 2000년에 2.4배가 되었으며 이는 소비자물가지수의 상승폭인 1.6배를 훨씬 웃도는 상승율이다. 의보수가 지수의 상승이 두드러진 해는 2000년으로서 의약분업의 실시와 함께 정부의 후한 수가정책이 낳은 산물이다.

<표 6> 의료보험수가 및 소비자물가지수 비교, 1990=100

구분	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
수가지수	100	108	114	120	127	150	150	172	178	194	239
물가지수	100	109	116	122	129	135	142	148	159	161	164

자료 : 건강보험통계연보, 2000

### III. 보험제도 정착을 위한 선택

이러한 급여비 지출 증가와 보험료수입 증가의 불균형에 따라 보험재정이 악화되면서 보험료를 증가에 대한 압박이 가중되고 있다. 이에 정부와 보험자인 공단은 보험재정안정화를 위한 다방면의 노력을 기울이고 있다. 예를 들어 징수율 제고를 위하여 자동이체 제도를 도입하고 지사별 실적평가제의 도입도 검토하고 있으며, 피보험 대상자의 자

격관리를 강화하고, 수진자 조회제도와 의료기관 영수증 주고받기 운동 등을 통하여 보험급여에 대한 사전사후 관리도 강화하고 있는 실정이다. 그러나 이러한 노력만으로 전체 보험재정이 악화되어 가는 현 추세를 바꾸기는 쉽지 않을 것으로 전망된다.

따라서, 보험재정의 합리적 운용외에 보다 근본적으로 보험재정을 안정화시킬 수 있는 방안의 모색이 요구되는데, 이 때 유념하여야 할 것은 보험재정 안정화를 국민의료비 부담과 별개의 문제로 보기는 어렵다는 점이다. 예를 들어 특정정책도구를 사용하여 보험급여를 감소시킴으로써 재정안정화를 피하고 보험료 인상을 억제할 수는 있으나, 전체 의료비가 줄지 않는 한 보험급여의 감소분만큼 소비자의 본인부담(out of pocket)이 증가하게 된다. 즉 비용이전이 발생하고, 결국 소비자의 부담증가는 의료접근도를 현재보다 더 하락시키면서 형평성의 문제를 야기하게 될 것이다.

이러한 기전으로 인해 소비자의 부담증가, 혹은 소비자에게로의 비용이전에 의한 보험재정안정화는 국민들에게 수용되기 어렵다. 따라서, 국민의료비의 상승을 궁극적으로 억제할 수 있는 의료제도의 구성이 보험재정 안정화를 위한 전제조건이 될 수밖에 없다.

OECD(1995)는 의료제도의 새 방향을 모색하는 문헌에서 의료보험제도의 목적을 형평, 미시적 효율, 그리고 거시적 효율의 달성으로 보면서 몇 가지 구체적인 방안을 제시하고 있다. 본 절은 우리네 현 상황의 진단 및 OECD 문헌, 그리고 선진국의 경험을 토대로 우리네 제도가 직면한 가능한 선택을 논하고자 한다.

## 1. 재정안정 방안

우선 재정안정 방안에 대하여 간단히 논하고자 한다. 재정안정 대책은 정책 차원에서 조정 가능한 변수를 중심으로 구사 가능하며, 크게 수요측 대책과 공급측 대책 둘로 나누어진다. 우선, 수요측 대책으로는 본인부담을 인상, 그리고 급여범위확대 지양의 두 가지를 꼽을 수 있다.

OECD 국가들과 비교할 때 우리나라는 전통적으로 수요측 억제를 통하여 의료서비스 이용에 대한 조정을 시행해 왔다 (세계은행, Hsiao 등). 이러한 상황 하에서 추가적인 수요측 억제는 형평성을 포기하는 부담을 안게 되며 형평성 확보를 위하여 의료보호제도와 같은 의료부조제도의 확대를 필요로 한다. 그러나, 만일 의료부조제도가 현재의 의료보호제도와 같이 방만하게 운영된다면 국민들의 최종적인 부담은 현재보다 오히려 더 크게 늘어날 가능성이 짙다. 따라서 현 보험제도 하에서 높은 본인부담이 문제시되고 있는 점을 감안할 때 더 이상의 수요측 억제방안은 국민의 지지를 받기 어렵다고 여겨

진다. 한편, 공급측 대책으로는 의료수가상승 억제, 고가의료기술의 도입 및 사용 억제, 재정누수의 방지, 보험자와 심사평가원의 효율적 관리운영 등이 정책구사의 대상이 될 수 있다.

이들 대책에 대하여는 이미 많은 학자들에 의하여, 그리고 많은 문헌들이 자세히 그 근거와 필요성을 기술하고 있기 때문에 더 이상의 언급은 필요하지 않다고 본다. 실제로 정부는 위의 정책도구들을 중심으로 2001년에 1,2차 재정안정 대책을 발표하고 실시함으로써 이미 정책에 상당부분 반영해 놓은 상태이다.

다만 현 시점에서 두 가지 유념할 사항이 있다. 첫째는 2001년 정부의 재정안정대책이 다분히 수요억제책에 무게 중심이 놓여 있으며 공급측 억제방안이 상대적으로 경미하게 고려되고 있다는 점이다. OECD(1995)와 많은 보건경제학 교과서가 주장하는 바와 같이 수요측 억제방안은 의료보험제도의 가장 중요한 목적인 형평을 저해하기 때문에 정책수단으로는 별로 바람직스럽지 못하다. 이미 수요측 급여비 억제에 상당한 무게가 실린 우리네 보험제도에서 추가적 정책들이 공급측 보다는 수요측에 중점을 둔다는 것은 자칫 보험제도의 본질을 흐리치는 결과를 낳게 된다는 우려를 갖게 한다. 둘째, 위에서 논의된 수요측 그리고 공급측 대책은 다분히 단기재정안정의 목적을 강하게 갖고 있으며 1990년대의 보험급여 추이를 볼 때에 장기재정안정을 기하기는 어렵다는 점이다. 단기 재정안정이 아무리 효과적으로 추진된다고 하여도 그래서 성공적으로 재정안전을 기한다고 하더라도 이것은 일시적인 변화일 뿐 보험제도의 장기재정안정을 가져오기는 어렵다는 판단이다.

장기적인 재정안정은 재정불안 요인의 적절한 통제도 중요하지만 그러한 요인에 대한 통제가 재정안정으로 이어지게 하는 제도적 틀이 같이 갖추어 질 때 만이 가능하기 때문이다. 이는 우리네보다 재정불안 요인을 더 강하게 갖고 있는 서구 선진국들의 경험에서 잘 알 수 있다. 이들 국가들은 한편으로는 재정불안요인을 통제하면서 다른 한편으로는 장기적 재정불안요인을 잘 소화하는 의료제도의 틀을 만듦으로써 비교적 성공적으로 (효율과 형평의 측면에서) 제도적 안정을 기하고 있음을 알 수 있다.

## 2. 지불보상제도의 개편

의료보험제도의 발전과 그 목표 달성은 장기재정안정이 선결 조건이다. 재정안정이 되지 않으면 재원조달 및 재정수지에 급급한 나머지 보험제도의 본질적 목적은 도외시될 수 밖에 없고 국민은 혼란을 안게 된다. 장기 재정안정은 급여비 증가요인 보다는

재정안정을 위한 구조적 틀의 구성이 중요하다. 앞서 그림을 통해 언급된 바와 같이, 의료비 및 보험급여 증가요인들은 지불보상제, 전달체계, 의료의 공공성이라는 세 가지의 매개체(제도적 기전)를 통하여 의료비 증가로 이어지게 된다. 따라서 이들 세 가지 매개체를 정책적으로 잘 관리함으로써 장기재정안정의 제도적 기전을 마련할 수 있다. 이는 OECD 선진국들이 구사하고 있는 정책도구로서 이들 국가들은 우리나라보다 훨씬 큰 의료비 억제요인을 안고 있으면서도 이를 통해 비교적 성공적으로 재정안정을 기하고 있다.

이들 세 가지 매개체 중 우리나라가 정책적으로 구사할 수 있는 부분은 지불보상제도의 개편과 1차의료 중심의 의료전달체계 개편이라고 볼 수 있으며, 의료전달체계에 대한 논의는 본 논문의 범주를 벗어나기 때문에 다음 기회로 미루고 지불보상제도의 개편에 대한 논의만을 간단히 하고자 한다.

주지되다시피 행위당수가제는 공급자로 하여금 더 많은 의료를 공급할 동기를 부여하는 제도이다. 민간의료중심의 의료제도 내에서 공급자들이 이윤, 혹은 소득을 극대화하려는 유인이 존재하는 상황에서 현행 행위당수가제는 우리나라의 의료비 및 급여비 증가를 가속화시키는 가장 큰 원인이 되고 있다.

따라서 현행 행위당수가제는 선불제의 한 형태로 전환되어야 한다. 선불제의 구체적 형태로는 포괄수가제와 총액계약제가 있는데 현재 정부주도하에 포괄수가제가 시범사업으로 진행되고 있는 만큼 이 제도의 지속적 확대추진이 요망된다. 다만, 포괄수가제의 선행국가인 미국의 경험이 그렇게 긍정적인 것만은 아니기 때문에 우리나라에서 포괄수가제를 시행하기 위해서는 미국이 겪은 시행착오를 피하기 위한 충분한 검토가 필요하다고 사료된다.

다른 대안은 현재 OECD 선진국들에서 사용중인 총액계약제이다. 총액계약제는 GNP 증가, 국민소득 증가, 혹은 (물가상승 + 고령화 + 기술변화)를 감안하여 보건의료부문에 돌아가는 총액을 결정하여 배분하는 제도로서, 수가정책으로 물가상승 만큼을 돌려주는 정책보다는 공급자에게 설득력을 갖는다. 이 제도는 궁극적으로는 GNP 중에서 보건의료부문에 배분되는 재원의 양을 한정함으로써 국가경제발전의 균형을 도모한다는 목적을 갖는다. 즉, 향후 증폭되는 의료비 및 급여비 증가요인을 통제하는 재정안정수단에 해당한다고 볼 수 있다.

선불제와 행위당수가제의 의료자원배분상의 차이에 대하여는 양봉민(1999)을 비롯한 많은 문헌들에서 상세히 거론되고 있다. 두 제도는 서로 정 반대에 가까운 동기부여를 갖기 때문에 그로 인한 영향은 크게 차이가 나게 된다. 양자는 각각 장단점을 갖는데

이들 내용에 대하여는 기존 문헌을 참고하면 된다. 다만 여기서 한가지 명기할 사항은 재정책임 부분이다. 즉, 행위당수가제는 궁극적으로 의료제공자가 제공하고 요구하는 만큼 돈을 지불해야하는 제도로서 환자가 궁극적인 재정책임을 지게 된다. 반면에 선불제에서는 의료제공자의 의료제공량이나 종류에 상관없이 환자의 부담이 미리 결정되기 때문에 궁극적인 재정책임을 의료제공자가 지게되는 차이가 있다. 선불제는 제공되는 의료에 대한 지식과 정보를 두루 갖고 있는 의료제공자에게 재정적 책임소재를 뮴으로써 적절한 진료가 저렴하게 제공되게 하는 동기부여를 주는 반면에, 행위당수가제는 의료에 대한 지식과 정보를 거의 갖지 못하는 환자에게 재정책임을 지움으로써 공급자의 과잉진료나 과잉투약에 대응할 방법이 거의 없는 구조에 해당한다. 선불제는 위와 같은 동기부여의 변화를 통하여 적절한 진료를 유도하고, 장기적으로 급여비 안정을 가져오며, 행위당수가제로 인한 환자와 의료제공자 간의 불신의 벽을 낮출 수 있는 장점을 갖고 있다.

향후 의료기술의 발전이 비용절약적(cost-saving technological change)으로 되어 전체국민의 의료비 부담을 대폭 줄여 줄 수 있으면 몰라도 그렇지 않는 한 선불제, 특히 총액계약제는 대부분의 국가들이 고수하거나 혹은 향후 채택하여야 될 정책수단이 될 것이며, 우리나라도 이러한 상황논리에서는 예외일 수 없다. 우리나라와 의료제도가 여러 면에서 매우 유사한 이웃 대만이 1998. 6월에 치과부분, 2000.6월에 한방, 2001. 1월에 의원급 의료기관에서 총액계약제를 이미 도입 하였으며, 2002년 여름부터는 병원진료에도 도입함으로써 의료비 지불제도가 기존의 행위당수가제에서 총액예산제로 완전 개편될 예정이다. 우리나라도 대만의 경험을 토대로 이 제도를 장기정책과제로 검토해야 할 시점에 와 있으며, 특히 보험재정이 위험수위를 지나 과탄에 이른 현재에는 총액예산제에 대한 정책적 배려가 절박하다고 판단된다.

#### IV. 맺는 말

노령화, 소득증가, 교육수준의 향상 등 사회적 여건의 변화와 더불어 비용증가적인 보건 의료기술의 발전은 필연적으로 국민의료비의 증가를 초래하고 있으며, 이로 인해 보험급여 또한 증가할 수밖에 없는 추세이다. 이러한 추세는 비단 우리나라에서 뿐 아니라 전세계적으로 나타나고 있는 현상이다. 이에 맞서 OECD 선진국들은 의료서비스 이용상의 형평성을 유지하면서도 비용상승 충격을 극복할 수 있는 제도의 구성을 지속적

으로 시도하고 있다.

그러나 사회환경의 변화가 급격한 우리나라에서는 의료비증가의 압력이 매우 강력함에도 불구하고 지불보상제도, 정부의 역할, 전달체계, 공공성 등 그 어디에도 의료비증가나 보험급여증가를 통제할만한 기전이 존재하지 않는다. 더구나 최근 들어 우리나라의 보건의료부문 및 의료보험부문에서도 소비자의 권리가 강조되면서 소비자의 보건의료에 대한 욕구가 증가하고, 이에 따라 비용상승 및 급여증가 요인의 압박은 더욱 커지고 있다. 즉, 우리는 소비자에게 돌아가는 혜택은 줄이지 않으면서 의료비를 줄여야 하는 매우 어려운 과제를 직면하게 된 것이다.

앞서 자료에서 본 바와 같이 1990년대 들어서 의료비와 급여비의 실로 놀라울 만큼의 팽창세가 가시화 되었음에도 불구하고 정부는 장기적 재정안정대책을 거의 고려하지 않는 단일한 태도를 지난 10년간 견지하고 있었다. 정부의 정책방향에서 일관된 점이 있다면 아직 보험료율이 선진국에 비하여 낮으니 보험료를 올리면 보험제도는 유지된다는 식의 보험료인상에 의지하는 방식이었다. 그러나 국민의 입장에서 보았을 때 보험료가 올라가는 만큼 국민이 이용하는 의료이용이 더 나아지거나 더 만족스러워 지는 것도 아닌 상황에서 보험료의 지속적인 인상은 무리한 요구로 비추어질 수 밖에 없었다. 그러면서도 의료기관에 대한 급여비 증가와 보험재정의 악화, 그리고 이에 따른 보험료인상이라는 악순환이 지속되어 온 셈이다.

최근의 보험재정 파탄, 그리고 보험가입자에 의한 보험료 인상 거부를 관찰하면서 얻은 교훈은 국민에게 일방적으로 떠 넘기는 식의 보험료 인상은 더 이상 허용되지 않는다는 사실이다. 보험료 인상에 관련을 맺고 있는 정부, 건강공단, 의약계가 국민의 부담을 최소화 시킬 수 있는 나름대로의 노력을 하고서, 그것을 전제로 국민의 부담증가가 결정될 수 있다는 사실이다. 쓰는 만큼 내 놓으라는 이전의 방식에서 쓰는 것과 내 놓는 것이 동시에 고려되는 새로운 방식이 필요한 시점에 와 있다.

보험제도가 국민건강을 위하여 제 몫을 하기 위하여는 재정안정이 필수적 요건이며 재정안정에 대한 해법은 서구 선진국과 마찬가지로 단기적으로는 공급측면의 비효율을 감소시키고 장기적으로는 지불보상제의 개편하는 것에서 찾을 수밖에 없다. 지역보험에 대한 국고지원율의 증가나 의료보험관리의 통합도 의료보험재정에 어느 정도의 도움을 줄 수는 있으나 의료비증가나 보험급여증가를 억제할 근본적인 대책은 되지 못하며 정부의 재정안정 대책도 결국 무위로 끝나게 될 것이다.

결국 우리네 의료제도는 새로운 패러다임(paradigm)을 필요로 하고 있다. 비록 정책적으로 성공사례는 되지 못하지만 의약분업제도는 새로운 패러다임의 첫걸음이며, 이후

전달체계 개편, 지불보상제의 개편이 필연적인 수순일 것으로 판단된다. 그러한 변화가 빠르면 빠를수록 우리나라 보건의료의 선진화는 앞당겨질 것이고 우리국민과 우리경제가 부담하는 사회적 비용은 줄어들 것이다

■ 참고문헌

양봉민, *보건경제학*, 나남출판사, 1999

의료보장개혁위원회, *의료보장개혁과제와 정책방향*, 1994.6

Gertler PJ, Yang BM, Lee DH, Peabody JW, Financing Health Care for an Aging Population: A Crisis on Korea's Horizon, in *The Economics of Health Care in Asia-Pacific Countries*, edited by Hu and Hsieh, Edward Elgar Publishing, London, March 2002

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