

한국 의료보험의 통합일원화 : 성패의 갈림길

김 병 익[†]

성균관대학교 의과대학 사회의학교실

<Abstract>

Korean Experiment for the Unification of Multiple Health Insurers : A Road to Success or Failure

Byoung Yik Kim

Dept. of Social Medicine, Sungkyunkwan University School of Medicine

The Korean government has implemented the policy for merging 141 health insurers into Korean Unified Health Insurer (KUHI) in July of 2000. The unification of multiple insurers will definitely effect the stability of financial management, equity of premium burdens and efficiency of administrative management. However, it is difficult to predict what forms the far-reaching effects of the unification would take. Thus, pursuing the unification may be expressed as a huge policy experiment.

In order to lead the unification, which lies on a crossroad between success and failure, to the road of success, we need to infer the problems and obstacles predicted in the step-wise processes of merging organizations, finances and the systems of computing premium, and come up with the effective means to maintain the stability of financial management, to improve the equity of premium burdens and to increase the efficiency of administrative management.

Thus, I first described the changes of the Korean medical insurance system, and analyzed the performances of self-employed medical insurance 1 year after the integration of societies in October of 1998. At the base of examining the stability of financial management, equity

[†] 교신저자 : 김병익 (031-299-6300, 011-9740-3280, bykim@skku.ac.kr)

of premium burdens and efficiency of administrative management, I predicted the problems and obstacles that could occur after the unification of the multiple medical insurers, and proposed a few ways of leading the unification of the multiple medical insurers in Korea to success.

The most worried factor is that insurance finance would become unstable since the expansion of premium revenues is not easy because raising the premium for all Koreans is to be difficult. In addition, the unification of insurance finance could weaken the insurer's efforts for declaring real incomes of the self-employed and increasing the collection rate of premiums from them. This weakening would be the decisive factor of lowering the equity of premium contributions between the self-employed and employees.

And bureaucratization and rigidity that are unavoidable in a gigantic unified organization could lower the efficiency of administrative management. Furthermore, by having 3 labor unions in the unified organization, it is possible to experience frequent difficulties and discords among the unions and between the unions and organization. Thus, when smooth pursuing of the unification of multiple insurers gets difficult, the social expenses derived from the failure would eventually end up on all Koreans. The unification is to be performed after coming up with the ways to eradicate these worries, so that the unification of multiple insurers would step onto the road of success.

Key Words : health insurance, unification, insurers, financial stability

I. 서 론

최근 한국 정부는 의료보험의 통합일원화 정책을 단계적으로 추진하고 있다. 첫 단계로 1998년 10월 227개 지역의료보험조합과 공무원-교직원의료보험관리공단을 통합하였다. 통합 조직인 국민의료보험관리공단은 지역가입자인 자영자와 공무원·교직원의 보험재정과 보험료 부과체계를 분리 운영하고 있다. 때문에 현재 140개의 직장의료보험조합을 포함하면 우리나라 의료보험은 141조직 142기금 체계로 운영되고 있다고 말할 수 있다.

2000년 7월 한국 정부는 직장의료보험조합과 국민의료보험관리공단을 통합한다. 하지만 단일 보험자인 국민건강보험관리공단은 보험재정과 보험료부과체계를 지역가입자인 자영자, 공무원-교직원, 그리고 직장가입자인 근로자로 3원화하여 분리 운영한다. 다시 말하면 1조직 3기

금 체계로 우리 나라 의료보험을 운영한다는 것이다. 2001년에는 공무원-교직원과 직장가입자인 근로자의 보험재정을 통합하고 이들에게 동일한 보험료부과체계를 적용하나, 자영자인 지역가입자의 보험재정과 보험료부과체계와는 분리 운영하는 1조직 2기금 체계로 바뀐다. 그리고 2002년에 보험재정을 단일 기금으로 통합하나, 자영자인 지역가입자와 근로자인 직장가입자의 보험료부과기준은 달리 적용된다. 의료보험 통합일원화 정책이 마무리되는 것은 자영자와 근로자에게 동일한 보험료부과기준을 적용할 수 있을 때라 하겠다.

의료보험의 통합일원화는 재정운영의 안정성, 보험료부담의 형평성 및 관리운영의 효율성에 영향을 미칠 것임이 틀림없다. 하지만 지금으로서는 그 파급효과가 어떤 모습으로 나타날지 예측하기 어렵다. 때문에 의료보험 통합일원화의 추진은 전국민을 대상으로 하는 거대한 정책 실험이라 말할 수 있다.

성패의 갈림길에 놓여 있는 의료보험의 통합일원화가 성공의 길을 가도록 하기 위해서는 조직, 재정 및 보험료부과체계를 단계적으로 통합하는 과정에서 예상되는 문제점들을 추론하여, 보험재정의 안정적 운영, 보험료 부담의 형평 제고 및 관리운영의 능률 향상을 위한 구체적인 방안을 강구해야 한다. 이에 저자는 우리 나라 의료보험 관리운영체계의 변화를 먼저 살펴보고, 1998년 10월 통합된 지역의료보험의 운영성과를 분석한 후, 올해 7월 관리운영체계의 통합일원화로 나타날 수 있는 문제점들을 예견하여, 우리 나라 의료보험의 운영성과를 높일 수 있는 대안들을 모색하고자 한다.

II. 의료보험 통합으로의 여정

우리 나라에서 사회보험 방식에 의한 의료보험은 1977년 500인 이상 사업장 근로자들을 적용대상으로 최초로 시행되었다. 그리고 1989년 7월 전국민의료보험 시대가 개막되기까지 의료보험 적용대상을 점차 확대하면서 직장 또는 지역단위로 보험조합을 조직하였다. 그 결과 공무원·교직원을 피보험자로 하는 공·교의료보험관리공단, 자영자 의료보험을 시군구 단위로 운영하는 254개 지역의료보험조합, 지역 또는 직장 단위로 근로자 의료보험을 운영하는 83개 지구공동직장의료보험조합과 71개 단독직장의료보험조합 등 모두 409개 보험자가 독립적으로 재정을 관리하는 분립운영체계가 구축되었다(표 1).

비교적 짧은 기간에 전국민의료보험을 실현하기 위하여 우리 정부는 불가피하게 저보험료 정책을 선택하였고, 그 결과 급여수준과 수가도 낮을 수밖에 없었다. 의료보험의 분립운영체제와 저부담-저급여-저수가 정책은 피보험자, 의료소비자와 의료제공자의 불만을 야기하는 요인으로 작용하였다. 이에 대처하기 위한 정부의 노력(의료보장개혁위원회, 1994; 의료개혁위원회, 1997)도 계속되어 부분적이거나 개선의 성과를 거두기도 하였다.

<표 1>

연도별 보험자수

(unit : each)

	'89	'97	'98	'99	'00
공무원 및 사립학교교직원 의료보험	1	1		1	
지역의료보험	254	227	1		
직장의료보험	154	145	142	140	1
공동조합	83	82	82	82	
단독조합	71	63	60	58	
계	409	373	143	141	1

자료 : 의료보험통계연보, 1999

그럼에도 의료보험의 근본적인 개혁을 위해서는 단일 보험자로 통합일원화해야 한다는 주장이 줄기차게 제기되었다. 특히 자영자들, 더욱 좁게는 농촌지역 자영자들은 적게 부담하고 많은 혜택을 받을 수 있을 것이라는 기대아래 의료보험 관리운영체계의 통합일원화를 강력하게 요구하였다. 이러한 주장을 수용한 정치권은 1997년 말 국민의료보험법을 제정하여 1998년 10월 22개 지역의료보험조합과 공·교의료보험관리공단을 국민의료보험관리공단으로 통합하였다. 그러나 지역자영자들과 공무원-교직원의 보험재정과 보험료납부체계를 분리 운영하고 있다. 이와 같은 1단계 통합으로 보험자수는 82개 지구공동직장의료보험조합과 60개 단독직장의료보험조합을 포함하여 143개로 감소하였다.

그리고 의료보험의 통합일원화를 100대 국정과제의 하나로 채택한 현 정부는 직장의료보험과의 완전통합을 골자로 하는 국민건강보험법을 1999년 2월 제정 공포하였다. 국민건강보험법을 성안한 의료보험통합추진기획단은 법안의 제안이유를 “다보험자 방식으로 운영되고 있는 의료보험관리체계를 단일보험자로 통합 운영함으로써, 운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방·건강증진 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스를 제공하여 국민건강의 향상을 도모하고자 함”이라고 밝힌 바 있다.

그러나 소득원과 소득 노출도가 다른 지역 자영자와 직장 근로자간의 보험료 부담의 형평성을 확보할 수 있는 보험료부과체계를 개발하지 못한 정부는 2000년 1월 시행을 앞두고 국민건강보험법을 개정하지 않을 수 없었다. 1999년 말 개정된 법안의 골자는 첫째, 관리운영조직의 통합일원화를 6개월 연기하며(법 부칙 1조), 둘째, 직장가입자인 근로자와 지역가입자인 자영자의 보험료 부과기준을 달리 적용하고(법 제63조 및 64조), 이들의 보험재정도 2001년 12월 31일까지 구분하여 계리하고(법 부칙 제10조 가), 셋째, 직장근로자와 공무원-교직원의 보험재정을

2000년 12월 31일까지 구분하여 처리하되, 이기간 동안에는 이들의 보험료를 다르게 정할 수 있도록 하며(법 부칙 제10조 가 및 다), 셋째, 지역가입자인 자영자의 보험료는 2001년 12월 31일까지는 종전의 국민의료보험법에 의한 소득 및 재산 등에 대한 부과체계를 그대로 적용하여 산정한다(법 부칙 제10조의 나)는 것이다.

이에 따라 82개 지구공동직장의료보험조합과 58개 단독직장의료보험조합이 국민의료보험관리공단과 통합하여 올해 7월 국민건강보험관리공단이 출범하게 된다. 그러나 보험재정과 보험료부과체계는 올해 말까지 자영자, 직장근로자 그리고 공무원 및 교직원으로 삼원화하여 운영된다. 이는 곧 지금의 141조직 142기금 체계를 1조직 3기금 체계로 변화시키는 것이다.

2001년에는 직장근로자와 공무원-교직원의 보험재정을 통합하고 동일한 보험료부과체계를 적용하게 된다. 결국 보험재정과 보험료부과체계가 자영자와 직장가입자로 이원화된 2기금 체계로 운영하게 된다. 그리고 보험재정을 완전 통합하는 2002년에 1기금 체계로 바뀌지만, 근로자인 직장가입자와 자영자인 지역가입자의 보험료부과기준은 다르게 적용된다. 언제일지 모르지만 근로자와 자영자에게 동일한 보험료부과기준을 적용할 수 있을 때 의료보험의 통합일원화 정책도 종료된다고 하겠다.

Ⅲ. 지역의료보험 통합 1년의 성과

1998년 10월 227개 지역의료보험조합은 공무원-교직원 의료보험관리공단과 통합하였으나, 통합 조직인 국민의료보험관리공단은 지역 자영자와 공무원-교직원의 보험재정과 보험료부과체계를 분리 운영하고 있다. 이 장에서는 지역의료보험 통합이 재정운영의 안정성, 보험료부담의 형평성 및 관리운영의 효율성에 미친 영향을 살펴보기로 한다. 실증적인 분석에 필요한 자료가 아직 충분하지 않아 제도의 변화로 인한 성과를 평가하기에는 아직 이르다. 하지만 가용 자료를 사용하여 통합 전후의 지역의료보험의 운영성과를 비교함으로써 의료보험 통합의 파급효과를 가늠해볼 것이다.

1. 재정운영의 안정성

많은 사람들이 의료보험의 통합을 우려했던 이유중의 하나는 보험재정의 불안정을 초래할 수 있으리라는 점이었다. 이 우려는 사실로 드러나고 있다. 지역의료보험의 재정적자는 통합 이후인 1999년 3천3백억원 이상으로 금융위기(IMF 사태)에 빠져 있던 1998년의 재정적자 1천5백억원에 비해도 두 배 이상 늘어났다(표 2). 7천2백억원 이상이었던 준비적립금도 같은 기간에 4천억원 미만으로 감소하였다. 더욱이 2000년에는 8천억원 이상의 재정적자를 구현하여 준

비적립금도 마이너스로 급전직하할 것으로 예상되고 있다.

<표 2>

의료보험 유형별 재정수지 변동

(단위: 억원)

구 분	'94	'95	'96	'97	'98	'99	
지 역	재정수지	2,132	45	-1,422	1,294	-1,572	-3,349
	준비적립금	9,521	9,673	8,174	8,150	7,278	3,929
공 교	재정수지	811	323	-946	-1,667	-3,203	456
	준비적립금	6,740	7,015	5,804	3,972	769	1,225
직 장	재정수지	4,447	3,449	1,491	-2,312	-3,826	-3,134
	준비적립금	22,589	24,497	26,075	25,029	22,312	14,069

공교보험은 1996-1998년 3년 동안 재정적자를 기록했으나, 보험료를 인상한 1999년에는 흑자로 돌아섰고, 2000년에도 재정 흑자를 기록할 것으로 예상되고 있다. 이에 비해 직장은 1997년 이후 줄곧 재정적자를 기록하고 있으며, 올해에는 9천억원에 가까운 재정적자를 기록할 것으로 예상되고 있다. 이는 조직 통합에 앞서 개개의 직장조합이 보험료를 인상하기보다 준비적립금을 소진하고 있음을 보여주는 것이다. 결국 의료보험통합 추진이 보험재정의 안정적 운영을 저해하고 있는 것으로 보인다.

그런데 의료보험 재정지출의 대부분을 차지하는 급여비 지출은 의료보험의 통합 여부와 관계없이 급여 범위와 수준 및 의료수가의 변동과 의료이용량의 변화에 의해 좌우된다. 의료이용량은 인구의 노령화, 의료욕구의 증대, 의료공급의 확충, 의료기술의 발전 등으로 계속 증가해 왔으며, 그 추세는 앞으로도 지속될 것이다. 또한 의료보험의 통합에 대한 일반 국민의 기대를 충족시키기 위해서는 급여의 범위와 수준을 확대해야 하고, 의료공급자의 불만을 덜어주기 위해 의료수가를 인상해야 할 것으로 전망된다. 급여 확대와 수가 인상은 지금의 의료체계와 진료비지불체도를 그대로 유지하는 한 의료이용량 증가와 더불어 급여비 지출을 증가시키는 요인으로 작용할 것이다.

또한 일부에서는 의료보험 적용인구들의 의료이용시 관찰되는 도덕적 해이 현상이 분립운영 체계에 비하여 통합일원화체계에서 두드러질 소지가 있음을 우려하고 있다. 더욱이 의료보험 통합에 대한 일반 국민의 기대를 충족시키기 위하여 본인부담수준을 낮추고 급여범위를 확대

하는 경우 그러한 우려는 더욱 커질 것이다(Phelps, 1997; 이충섭, 1996; Arnott와 Stiglitz, 1988). 뿐 아니라 분립운영체제에서 재정 운영의 책임을 진 개별 조합이 기울이던 급여비 절감 노력이 통합일원화체제에서 약화되는 도덕적 해이 현상도 우려된다.

한편 재정수입의 대부분을 차지하는 보험료 수입은 보험료 부과액과 징수율에 의해 결정된다. 따라서 급여비 지출의 증가속도에 대응하여 보험료를 신속하게 인상하고, 징수율을 높은 수준으로 유지할 수 있어야 한다. 그렇지 못하면 재정적자가 누적되어 보험재정의 안정적 운영이 위협을 받을 수밖에 없는 것이다.

분립운영체제에서는 지역조합이 개별적으로 보험료 인상의 시기와 폭을 결정하였다. 이처럼 지역조합별로 인상시기가 각기 달라 보험료 인상에 따른 불만과 민원도 지역적으로 시기적으로 분산되어 발생했다. 때문에 보험급여비 지출의 증가에 신속하게 대응할 수 있는 보험료 인상이 가능했던 것이다(표 3). 그러나 전국적으로 일시에 보험료를 인상해야 하는 통합관리운영체제에서는 그에 따른 불만과 민원도 일시에 전국적으로 발생하게 된다.

<표 3> 지역의료보험의 보험료 인상 현황

구 분	'94	'95	'96	'97	'98		'99		
					1-9	10-12	1-3	4-6	7-9
부과액 (억원)	11,818	13,240	15,764	20,234	17,916	6,119	6,064	7,004	7,291
세대수 (천세대)	6,766	7,088	7,320	7,508	7,821	7,900	7,957	7,912	7,924
세대당 월평균(백원)	146	156	179	225	255	258	254	295	307
인상률(%)	5.0	6.8	14.7	25.7	13.3	1.2	-1.6	16.1	4.1

실제로 지역의료보험의 통합 이후 처음으로 1999년 5월 보험료를 18.4% 인상하였고, 재산-자동차 변동에 따라 보험료의 6.5%를 추가 인상하였다. 그 결과 792만세대중 93.2%인 738만세대의 보험료가 인상되었고 그 중 103만세대의 보험료는 50% 이상 인상되었다(표4). 이때 전국적으로 발생한 민원은 5월 17일 이후 6월 5일까지 68만 여건이 집중되어 사회적인 이목을 끌었다. 이는 곧 통합관리운영체제에서의 보험료 인상이 국가적인 정치쟁점으로 부각되어, 적기 인상이 쉽지 않을 것임을 시사하고 있다.

<표 4> 지역의료보험료 조정률별 세대수 현황

조정률	세대수(만세대)	비중(%)
0% 이하	54	6.8
< 10%	30	3.8
< 20%	439	55.5
< 30%	98	12.4
< 50%	67	8.5
<100%	60	7.6
100% 이상	43	5.4
계	792	100.0

자료: 보건복지부, 제204회 임시국회 의료보험 및 국민연금 현안보고, 1999. 6. 9.

또한 <표 5>에서 보는 바와 같이 지역의료보험의 통합은 보험료 징수율을 저하시켜 보험재정의 불안정을 부채질하는 요인으로 작용한 것으로 평가된다. 분립운영체제에서 재정운영의 책임을 지고 있던 개별 조합은 징수율을 높이기 위한 노력을 게을리 할 수 없었기 때문에, 96년 이전의 누적 징수율을 97% 이상으로 유지할 수 있었을 것이다.

그러나 지역조합의 통합을 앞두고 있던 97년과 98년 1/4-3/4분기에는 각각 95.8%와 91.3%로 계속 하락하는 양상을 보였다. 그 이유는 통합후 재정운영을 책임질 필요가 없게된 지역조합의 보험료 징수율 제고 노력이 통합에 앞서 약화되는 도덕적 해이 현상과 더불어 97년 말 불어닥친 금융위기가 상승작용을 일으켰기 때문일 것이다.

<표 5> 지역의료보험의 보험료 징수율

(단위: 억원, %)

구 분	'93	'94	'95	'96	'97	'98		'99'		
						1-9	10-12	1-3	4-6	7-9
부 과 액 ¹⁾	10,677	11,818	13,240	15,764	20,234	17,916	6,119	6,064	7,004	7,291
누적징수액 ²⁾	10,538	11,594	12,846	15,313	19,383	16,358	5,183	5,305	6,071	6,517
징 수 율	98.7	98.1	97.0	97.1	95.8	91.3	84.7	87.5	86.7	89.43)

- 주: 1) 부과액은 당기분 보험료 부과액임
 2) 누적징수액은 과년도분 보험료 징수액 포함
 3) 99년 7-8월 징수율이며, 10월 징수율은 104%임

통합 직후인 98년 4/4분기의 누적징수율은 85% 수준으로 통합 직전에 비하여 6% 포인트 이상 감소하였다. 이처럼 징수율이 크게 저하된 이유는 재정운영의 책임이 없는 지역사무소의 보험료 징수율 제고노력이 약화되었기 때문일 것이다. 아울러 의료보험이 통합되면 보험료 부담이 크게 낮아지리라는 지역가입자들의 기대와는 달리 세대당 보험료가 1.3% 인하(표 6 참조)에 그침에 따라 나타난 자영자의 불만도 징수율을 떨어뜨리는 요인의 하나로 작용했을 것이다.

1999년에 들어서면서 금융위기가 어느 정도 수그러들고 국민의료보험관리공단이 징수율 제고 노력을 강화한 결과 누적징수율은 90%에 근접하였으나, 93-96년에 비해서는 7% 포인트 낮은 수준에 머물고 있다. 여기서 우려되는 것은 징수율 저하는 보험료 인상으로 귀결되고, 보험료 인상은 징수율 저하를 초래하는 악순환으로 이어질 수밖에 없다는 점이다. 또한 보험료 징수율의 저하가 보험료 부과액의 인상으로 이어질 경우, 성실 납부자의 부담을 늘려 보험료 부담의 형평성을 저해할 뿐 아니라, 이들의 반발을 불러 일으켜 징수율을 더욱 저하시킬 수 있다는 점도 간과하지 말아야 한다.

<표 6> 지역의료보험 통합 전후 세대당 보험료 부과액의 증감

(단위 : 원, %)

구 분	통합전('98.9, A)	통합후('98.10, B)	전후비(B/A)
전 국	26,399	26,066	98.7
시지역	26,964	26,672	98.9
군지역	21,795	21,072	96.7

자료: 국민의료보험관리공단, <http://www.nhic.or.kr/nhic-book003.html>

지역의료보험 통합후 첫 보험료 부과고지 현황 및 효과분석

일부에서는 지역의료보험 통합 이후 보험재정의 불안정 원인을 국고지원의 감소 때문이라고 주장하고 있다. 실제로 보험급여비에 대비할 때 지역의료보험에 대한 국고지원은 통합 이전인 1997년의 34%에서 1998년과 1999년에는 각각 32%와 29%수준으로 감소하였다(표 7 참조). 이를 금액으로 환산하면 1998년과 1999년의 국고지원액은 각각 680억원과 2천억원 정도 덜 지원되었다고 할 수 있다. 이 금액을 추가로 지원했다라도 같은 기간의 재정적자인 1,572억원과 3,349억원(표 2 참조)을 보전하기에는 역부족임을 알 수 있다. 물론 국고지원의 증액으로 보험재정의 불안정을 모면할 수는 있다. 그러나 조세정리가 실현되지 못하고 있는 우리 나라에서 국고지원의 증액이 저소득 근로자의 조세부담을 상대적으로 가중시키는 결과를 초래할 수 있음을 유의해야 할 것이다.

2. 보험료부담의 형평성

지역의료보험을 통합한 결과 소득과 재산 등 전국적으로 동일한 기준을 적용하여 보험료를 부과할 수 있어 지역가입자간 보험료부담의 형평성을 높였다고 주장하는 이들이 있다. 그러나 실제 소득을 파악할 수 없는 상황에서는 보험료부담의 형평성 제고 여부를 입증할 길이 없다. 특히 지역의료보험 통합 이후 징수율의 저하는 보험료 인상으로 귀결되고 성실 납부 자영자의 보험료 부담을 가중시킴으로써 보험료부담의 형평성을 낮출 수 있음을 상기해야 한다.

<표 7> 지역의료보험의 보험급여비 대비 국고지원 현황 (단위 : 억원)

구 분	'94	'95	'96	'97	'98	'99
보험급여비(A)	15,729	20,248	25,449	29,360	34,014	39,642
국 고 지 원(B)	6,924	7,553	8,723	9,954	10,759	11,656
B/A	0.44	0.37	0.34	0.34	0.32	0.29

지역의료보험의 통합을 전후하여 군지역 가입자의 세대당 보험료가 시지역 가입자에 비해 상대적으로 더 낮아진(표3 참조) 것으로 나타났다. 하지만 보험료 조정결과와 징수율을 감안한 실제 부담을 실제 소득과 비교할 수 있어야 부담의 형평성에 대한 평가가 가능해진다. 더욱이 의료기관에의 지리적 접근도가 낮은 농촌지역 가입자의 의료필요충족도는 도시지역 가입자들에 비해 낮을 수밖에 없다. 때문에 동일 기준에 의한 보험료 부과는 농촌지역가입자들에게 오 히려 불리하게 작용할 수 있음도 간과하지 말아야 한다.

3. 관리운영의 효율성

국민의료보험관리공단은 227개 지역의료보험조합 및 공무원-교직원의료보험관리공단의 본부와 19개 지부를 본부와 161개 지역사무소 및 27개 민원실로 통합하였다. 이로서 인력의 15%를 감축하여 연간 350억원의 관리운영비를 절감할 수 있었다고 주장하고 있다. 실제로 1998년에 비해 1999년 지역의료보험의 관리운영비는 337억원 감소하였으나, 전년대비 감소율은 8.6%에 그쳤다(표 8 참조). 하지만 같은 기간동안 공-교의료보험의 관리운영비는 135억원 감소하여 23%이상의 감소율을 구현하였고, 140개 직장의료보험조합의 관리운영비도 전년대비 7.5%인 192억원 감소하였다. 이는 통합의 효과 외에도 개별 조직의 구조조정 노력으로 관리운영비를 절감할 수 있었음을 보여주고 있다.

<표 8> 의료보험 유형별 관리운영비 현황 (단위 : 억원)

구 분	'94	'95	'96	'97	'98	'99
지 역	2,222	2,559	3,140	3,483	3,909	3,562
공 교	267	314	414	439	564	429
직 장	1,465	1,615	2,041	2,456	2,538	2,346

한편 지역의료보험의 통합은 보험자 조직의 거대화를 초래하였다. 이로 인하여 불가피한 관료화와 경직화는 재정 운영과 내부관리의 성과를 낮추는 요인으로 작용함으로써 관리운영비의 절감효과를 상쇄할 가능성이 있다. 실제로 지역의료보험 통합 이후의 보험료 누적징수율은 예년에 비해 6% 이상 낮아졌다(표 5 참조). 통합 조직의 징수노력 약화로 징수율이 이처럼 감소한 것이라면, 1999년 지역의료보험료 부과액이 약 2조 7천억원임을 감안할 때 연간 1,620억원의 보험료 수입이 줄었음을 의미한다.

또한 지역의료보험의 체납보험료는 96년 이전까지 월평균 32억원 이내에서 증가했을 뿐이었으나, 통합을 앞둔 97년에는 매달 64억원의 체납보험료가 순증하였다. 그리고 금융위기와 겹친 98년에는 통합직전 시기에 월평균 체납보험료 순증액이 173억원으로 늘어났다. 체납보험료의 월평균 순증액은 통합직후인 98년 4/4분기에 379억원으로 급증하였고, 1999년 1/4분기에 94억원으로 줄어들었다가 2/4분기에 다시 234억원으로 늘어났다. 체납보험료의 월평균 순증액의 이와 같은 변동은 보험료 징수노력이 조직의 통합으로 약화되었음을 입증하는 것이라 하겠다.

<표 9> 지역의료보험의 체납보험료 현황 (단위 : 억원)

구 분	'93	'94	'95	'96	'97	'98		'99	
						1-9	10-12	1-3	4-6
기 말 현 재	1,915	2,057	2,375	2,755	3,518	5,075	6,211	6,494	7,195
전기대비 증가액	1	142	318	380	763	1,557	1,136	283	701
월평균 증가액	-	12	27	32	64	173	379	94	234

그리고 <표 10>과 <표 11>을 보면 지역의료보험의 통합이 기타징수대상금액의 포착과 징수 노력을 약화시켰음을 알 수 있다. 보험급여비에 대비한 기타징수대상금액의 당기포착율은 통합 이전까지 3% 이상이었으나, 통합 이후에는 1.5%이하로 감소하였다(표 10 참조). 기타징

수금의 징수율도 97년까지는 40%를 상회하였으나, 1998년 통합을 전후해 36%에서 3%로 급감하였다(표 11 참조). 1999년 3/4분기에 11%까지 증가했지만 예년의 실적에 비해 20% 포인트 이상 감소된 것이다. 1999년 보험급여비가 4조원에 근접하고 있음을 감안할 때 지역의료보험의 통합으로 인한 기타징수대상금액의 포착과 징수노력의 약화로 연간 400억원 이상의 기타징수액 수입을 놓쳤을 것으로 추산된다.

<표 10> 지역의료보험의 보험급여비 대비 기타징수대상금액 포착률 (단위: 억원, %)

구 분	'94	'95	'96	'97	'98		'99		
					1-9	10-12	1-3	4-6	7-9
보험급여비(A)	15,729	20,248	25,448	29,360	25,057	8,359	9,230	9,649	9,620
당기 징수대상(B)	781	667	977	1,106	1,220	73	42	140	118
포착률(B/A)	5.0	3.3	3.8	3.8	4.9	0.9	0.5	1.5	1.2

지금까지 살펴본 바를 요약하면 지역의료보험의 통합은 관리운영의 효율성을 저해하고 있다고 말할 수 있다. 조직과 인력의 감축으로 관리운영비를 절감하였음에도, 통합 조직의 거대화에 따른 관료화와 경직화가 관리운영의 능률을 낮추고 있는 것으로 생각된다. 물론 통합 조직의 출범 초기에 업무가 원활하지 못하였고, 전산시스템 운영의 차질 등도 관리운영의 능률을 낮추는 요인으로 작용하였을 것이다. 더욱이 지역의료보험 노조가 자신들의 권익 때문에 1999년 여름 상당기간 파업하여 관리운영의 난맥상을 초래하였다는 점도 지적되어야 한다.

지역의료보험의 통합 이후 보험료 징수율 저하와 체납보험료 순증액 증가, 기타징수대상금액의 포착율과 징수율 저하로 인한 금전적 손실은 관리운영비 절감액을 상회하는 것으로 추산되었다. 아울러 거대한 통합 조직의 관료화와 경직화, 그리고 직원들의 집단이기주의적 행동은 가입자들과 의료제공자들에게 비금전적 비용을 전가시켰을 것이다.

<표 11> 지역의료보험의 기타징수금 징수현황 (단위: 억원, %)

구 분	'93	'94	'95	'96	'97	'98		'99		
						1-9	10-12	1-3	4-6	7-9
징수대상금액(A)	589	901	1,033	1,477	1,865	2,273	1,527	1,521	1,596	1,594
징 수 액(B)	469	535	533	718	812	819	48	65	120	183
징수율(B/A)	79.7	59.4	51.5	48.6	43.5	36.1	3.1	4.3	7.5	11.5

IV. 관리운영체계의 통합일원화

국민의료보험관리공단과 140개 직장조합을 통합한 국민건강보험관리공단이 올해 7월 출범하나, 12월까지 지역가입자, 공무원-교직원 및 직장가입자를 구분하여 보험재정과 보험료부과체계를 운영하는 3기금 체계가 유지된다. 그리고 2001년에는 자영자와 직장가입자를 구분하여 2기금을 운영하며, 보험재정을 완전 통합하는 2002년부터 단일 기금이 운영되지만 자영자와 근로자의 보험료부과기준은 서로 다르게 적용한다. 이 장에서는 단일 보험자의 3기금, 2기금 및 1기금 운영이 재정운영의 안정성, 보험료부담의 형평성 및 관리운영의 효율성에 미칠 수 있는 영향을 추론해보기로 한다.

1. 단일 보험자의 3기금 운영

단일 보험자가 지역가입자, 공무원-교직원 및 직장가입자를 구분하여 보험재정과 보험료부과체계를 운영하는 것은 직역간 재정이전을 차단함으로써 보험료 부담의 직역간 형평성에 대한 논란을 피하고자 함일 것이다. 물론 직역간 재정이전을 방지하기 위해서는 보험재정의 적자가 예상되는 직역의 보험료를 인상하여 재정수입을 늘림으로써 보험재정의 안정성을 확보해야 할 것이다.

그런데 직역간 보험료 인상률의 차이가 있을 때 인상률이 상대적으로 높은 직역의 반발이 전국적으로 표출되리라는 점이 우려된다. 이러한 반발을 피하기 위해 보험료의 적기 인상을 미루거나 모든 직역의 보험료 인상률을 동일하게 한다면, 보험재정이 불안정해지는 기금이 나타나거나 보험재정의 직역간 격차는 더욱 벌어질 수 있다.

특히 지역가입자의 보험재정이 불안정해질 가능성이 가장 크다. 그 이유는 보험료의 원천징수가 불가능하여 보험료를 인상하더라도 보험료 인상에 대한 반발이 징수를 저하로 귀결될 수 있어 재정수입의 증가가 쉽지 않기 때문이다. 지역의료보험은 통합후 처음으로 1999년 5월 보험료를 인상하였으나, 1999년과 2000년의 재정적자는 각각 3,349억원과 8,275억원에 이를 것으로 전망되고 있다. 이에 따라 지역의료보험에 대한 국고지원의 증액을 요구하는 주장이 제기되고 있다.

국고지원의 증액에도 재정적자가 발생할 경우, 다른 직역의 보험재정을 사용할 가능성을 배제하기 어렵다. 그러나 준비적립금은 2000년에 거의 소진될 것으로 전망되고 있다. 1999년말 기준으로 1조 4천억원의 준비적립금을 보유하고 있던 직장의료보험도 2000년에 9천억원의 재정적자를 구현하여 준비적립금은 5천억원으로 감소할 것으로 예측되고 있다. 준비적립금의 소진은 보험료를 인상 요인으로 작용할 것이다. 게다가 현재 공무원·교직원과 직장가입자의 평

균 보험료율이 각각 5.6%와 3.29%이고 보면, 단일 보험자는 직장가입자의 보험료율 인상을 선호할 것으로 보인다.

국고지원의 확대, 준비적립금의 활용 또는 직장가입자의 보험료율 인상으로도 보험재정의 안정을 기하지 못하면, 보험재정이 통합되는 2002년 이후로 적자 보전을 미룰 수도 있을 것이다. 그러나 조세정의가 구현되지 않는 상태에서는 어느 경우든 저소득 근로자의 부담을 가중시키는 결과를 초래할 것이다.

2000년 7월 이후 직장가입자들은 근로소득 총액을 기준으로 동률의 보험료를 부담하며, 공무원-교직원들의 보험료부과기준도 근로소득 총액으로 바뀌게 된다. 이로써 직장가입자와 공무원-교직원들의 보험료 부담의 형평성은 해당 집단 내에서 제고될 수 있을 것이나, 문제는 보험료 부담의 급격한 변동이 불가피하다는 점이다. 이는 보험료 부담의 급격한 변동을 방지하기 위해 지역가입자의 보험료부과체계를 2001년 말까지 현행대로 유지하는 것과 정면으로 배치되는 것이다.

그러면 1999년 3월 현재 131개 직장조합의 피보험자들 중 갑근세 면세자와 무자료자를 제외하고 근로소득 총액을 기준으로 보험료를 모의 부과한 한국보건사회연구원의 연구결과를 살펴 보기로 한다. 직장조합의 수지균형 보험료율은 3.29%에서 2.43%로 줄어들었다. 하지만 63개 조합의 보험료는 인하되고 13개 조합의 보험료는 40% 이상 인상되었다(표 12 참조). 극단적으로는 보험료가 52% 인하되는 조합이 있는가 하면 103% 가까이 인상되는 조합도 있어 그 변동 폭이 극심함을 알 수 있다.

<표 12> 보험료 변동 크기별 직장조합의 분포 (단위 : 조합수)

구 분	10% 이하	10-40%	40-70%	70% 이상	계
인 상	28	27	7	6	68
인 하	28	34	1	-	63

자료: 한국보건사회연구원, 통합의료보험료 부과방안, 1999. 7. 8.

또한 같은 직장조합 가입자들의 경우에도 기존의 부과기준에 대비한 근로소득 총액의 비율이 서로 다를 것이므로, 가입자 개인별 보험료 변동폭의 격차는 더욱 벌어질 것이다. 직장조합의 통합으로 보험료가 이처럼 변동할 때 보험료가 인상되는 직장가입자들과 사용자들의 반발이 예상된다. 때문에 정부는 보험료 인상률의 상한선을 적용할 것임을 밝히고 있다.

한편 근로소득 총액을 기준으로 보험료를 부과할 때 공무원과 교직원의 보험료율은 5.6%에서 3.8%로 떨어진다. 그러나 기존의 부과기준 대비 근로소득 총액의 비율¹⁾이 다르기 때문에,

보험료 부담이 늘어나는 교직원들이 부과기준 변경에 반발할 가능성이 있다.

이러한 반발을 우려하여 근로소득 총액으로의 부과기준 변경을 미루더라도 모든 직장가입자들은 직장조합 통합후 동물의 보험료를 부담하게 된다. 즉, 현재 조합에 따라 3%에서 6%까지 큰 차이를 보이고 있는 보험료율(표 13 참조)이 동물로 바뀌는 것이다. 그 결과 평균 근로소득이 120만원 미만인 31개 조합중 15개 조합 가입자들의 보험료 부담은 늘어날 것이고, 160만원 이상인 50개 조합중 10개 조합 가입자들의 보험료 부담은 줄어들 것이다. 이처럼 보험료 부담이 변동함에도 동물의 보험료 부담으로 형평성이 제고된다고 주장할 수 있는지 의문스럽다.

<표 13> 평균 근로소득과 보험료율 크기별 직장조합 현황

(단위 : 조합수)

보험료율(%)	평균 근로소득(만원)			계
	120미만	120 < 160	160 이상	
3.0	15	36	37	88
3.4-3.8	4	3	3	10
4.0-6.0	12	11	10	33
계	31	50	50	131

자료: 한국보건사회연구원, 통합의료보험료 부과방안 연구자료,

그리고 140개 직장조합과 국민의료보험관리공단의 통합으로 출범할 국민건강보험관리공단 이 지역의료보험 통합 후 초래되었던 관리운영의 난맥상을 피할 수 있을지도 의문스럽다. 더욱이 단일 보험자에 3개 노조가 존재함으로써 이들간의 불화와 갈등이 통합 조직의 안정적 운영에 악영향을 미칠 수 있을 것이다. 통합 조직의 관리운영이 원활하지 못할 경우 의료보험의 통합일원화 추진 일정도 차질을 빚게 될 것이며, 이로 인한 사회적 비용은 결국 국민들에게 전가될 것이다.

2. 단일 보험자의 2기금 운영

2001년에는 단일 보험자가 지역가입자와 직장가입자를 구분하여 보험재정과 보험료부과체계를 운영하게 된다. 3기금의 운영에 비해 달라지는 것은 공무원-교직원과 직장가입자의 보험재

1) 공무원의 평균 표준보수월액은 현재 1,312천원이나 평균 근로소득은 1,900천원이고, 교직원의 경우는 각각 1,382천원과 2,183천원임(한국보건사회연구원, 통합의료보험료 부과방안 연구에 사용된 자료).

정을 통합하고 동률의 보험료율을 적용한다는 점이다. 이때 보험료 부담이 어떻게 달라질 것인가는 한국보건사회연구원이 시행한 보험료 모의부과 결과에서 유추할 수 있다.

1999년 3월 현재 131개 직장조합의 피보험자와 공무원 및 교직원들 중 갑근세 면세자와 무자료자 및 직업군인을 제외하고 근로소득 총액을 기준으로 동률의 보험료를 모의 부과하였다. 그 결과 공무원-교직원의 보험료는 74천원에서 54천원으로 2만원이 감소하는 대신 직장가입자의 보험료는 37천원에서 42천원으로 5천원이 늘어나는 것으로 추계되었다(표 14 참조). 이처럼 평균 소득이 낮은 직장가입자들이 평균 소득이 오히려 높은 공무원-교직원의 보험료를 보조해주는 것이 보험료 부담의 형평성 제고라 주장할 수 있을지 의문스럽다.

3. 보험재정의 통합

2002년부터 공무원-교직원을 포함한 직장가입자와 자영업자인 지역가입자의 보험재정을 통합 운영하며, 이들에게 동률의 보험료를 부과한다. 그런데 근로소득은 100% 노출되므로 변동도 쉽게 파악될 수 있다. 그러나 자영업자의 소득은 쉽게 노출되지 않고 파악하기도 어렵다. 게다가 근로자의 보험료는 원천 징수되나 자영업자는 보험료를 자진 납부해야 한다. 여기서 우려되는 것은 자영업자의 소득파악률과 보험료징수율이 낮을수록 근로자의 보험료부담은 상대적으로 커질 수밖에 없다는 점이다. 더욱이 자영업자의 소득파악률과 보험료징수율이 낮아지면 보험료율의 인상폭도 커져 근로자의 보험료부담은 더욱 가중될 것이다.

끝으로 의료보험의 재정통합은 보험료수입의 확충을 어렵게 할 가능성이 있음을 지적하고자 한다. 그 이유는 첫째, 재정통합이 자영업자의 소득파악과 보험료 징수 노력을 약화시키는 도덕적 해이 현상을 부추길 수 있다는 점이다. 둘째, 전국민을 대상으로 하는 보험료율 인상이 국가수준의 정치적 이슈로 제기될 소지가 있다는 점이다. 자영업자의 소득파악과 보험료 징수 노력이 약화되고 보험료율 인상이 경직되면 보험료수입의 확충도 어려워 보험재정이 불안정해질 것이다.

<표 14> 보험유형별 통합의료보험료 모의부과 결과

(단위: 원, %)

구 분	부 과 표 준		보 험 료 율		보 험 료		증 감
	현 행	변 경	현 행	변 경	현 행	변 경	
직 장	1,118,459	1,509,818	3.29	2.77	36,752	41,821	5,069
공 교	1,325,283	1,952,728	5.60	2.77	74,216	54,090	-20,126

자료 : 한국보건사회연구원, 통합의료보험료 부과방안, 1999. 7. 8

V. 결론 : 의료보험 통합일원화의 성공을 위해

지금까지 지역의료보험 통합 1년의 성과를 살펴보고, 관리운영체계의 통합일원화가 의료보험의 운영에 미칠 영향을 추론한 결과, 의료보험 통합일원화의 장래는 결코 밝지 않을 것으로 전망된다. 가장 우려되는 것은 보험료 수입 확충이 쉽지 않아 보험재정이 불안정해지리라는 점이다. 전국민을 대상으로 일시에 보험료를 인상하기가 결코 쉽지 않을 것이기 때문이다. 뿐 아니라 보험재정의 통합은 자영자의 소득 파악과 보험료 징수 노력을 약화시킬 수 있다. 이는 곧 자영자와 근로자간의 보험료부담의 형평성을 저해하는 결정적 요인이 될 것이다. 그리고 거대한 통합조직에서 피하기 어려운 관료화와 경직화는 관리운영의 능률을 낮출 것이다. 또한 통합 조직에 3개 노조가 존재함으로써 노조간 그리고 노사간 불화와 갈등이 수시로 나타날 가능성도 있다. 때문에 의료보험 통합일원화의 원활한 추진이 어려워진다면 그로 인하여 파생될 사회적 비용은 결국 국민들에게 전가될 것이다.

이러한 우려를 불식할 수 있는 방안이 마련되고 시행될 때 비로소 의료보험 통합일원화는 성공의 길로 들어설 수 있을 것이다.

1. 보험료 수입의 안정적 확보

보험재정의 안정적 운영을 위해서는 무엇보다도 급여비 지출의 증가 속도에 맞추어 보험료를 신속하게 인상하고 징수율을 높여 보험료 수입을 증가시켜야 할 것이다. 그런데 보험료는 보험료를 조정뿐 아니라, 근로자 소득의 변동과 자영자 소득의 파악 정도에 따라 달라지므로, 자영자 소득의 파악률을 높이는 것이 시급하다. 이는 피용자와 자영자간의 보험료 부과 형평성을 제고하는 첩경이기도 하다. 또한 전국적으로 동일하게 적용할 보험료율의 인상이 경직될 여지를 없애기 위하여 정치적 영향력을 차단할 수 있는 제도적 장치를 마련해야 할 것이다.

보험료 징수율의 저하는 보험료 인상을 부추기고, 보험료 인상은 징수율을 떨어뜨리는 요인으로 작용한다. 이러한 악순환의 고리는 보험료 징수율을 높임으로써 차단될 수 있다. 이를 위해서는 먼저 보험료 부과 형평성을 확보해야 할 것이다. 한편 통합일원화에 앞서 자영자들의 저부담-고급여에 대한 기대가 잘못된 것임을 충분히 설득하여 보험료 징수율이 저하되지 않도록 해야 할 것이다.

2. 추가재원의 확보

분립운영체계에서 조합간 재정력의 격차가 급여의 범위와 수준을 확대하는데 걸림돌로 작용

하였다. 보험재정의 통합으로 이러한 걸림돌이 제거되어도 급여 확대의 관건은 보험재정의 확충일 것이다. 그러나 통합일원화체계에서의 보험료 수입의 확충이나 국고지원은 한계가 있을 것이다. 따라서 보험재정의 확충을 위해 국민건강을 해치는 모든 행위²⁾에 건강보험세를 부과 징수하는 방안(김병익, 1994)을 도입할 필요가 있다. 흡연과 음주 때문에 추가로 지출되는 보험급여비가 각각 10%와 5%에 달한다는 추정³⁾은 건강보험세의 도입 타당성을 반증하고 있다.

이러한 부담은 물론 소득 역진적이고 국민의 간접세 부담을 증가시킬 것이다. 하지만 건강위해행위가 원인이 되는 건강문제로 인한 의료비용(Collishaw & Rogers, 1984)이 건강한 삶의 행태를 유지하고 있는 사람들에게 전가되는 것을 방지할 수 있다. 뿐 아니라 건강위해행위를 억제하는 강력한 경제적 비유인으로 작용하여(Frankel, 1988), 국민건강의 증진과 아울러 진료비의 절감이라는 가시적 효과를 거둘 수 있을 것이다. 한 예로 1960년대 이후 담배세를 계속 인상한 캐나다에서는 청소년의 흡연 개시율이 줄어들어 흡연인구 비율이 감소하였고(Rachlis & Kushner, 1989), 근래에 와서 폐암 발생률이 감소 추세를 보임에 따라 폐암 진료비도 줄어들고 있음을 주목해야 한다.

3. 급여의 효율 제고

급여비 지출의 증가추세는 불가피할 것으로 예상되나, 불필요한 의료서비스의 공급과 이용을 억제함으로써 급여의 효율을 높여야 할 것이다. 그런데 지금과 같은 행위별 수가제로는 불필요한 의료서비스 공급을 효과적으로 억제할 수 없을 뿐 아니라, 수가구조마저 진료행태의 왜곡과 의료자원의 불균형 분포를 조장하고 있어 급여의 효율을 낮추고 있다. 올해 7월 출범하는 건강보험심사평가원이 제 역할⁴⁾을 충실히 수행하고 수가 구조를 조정하는 것도 중요하지만, 의료제공자의 행태를 바람직한 방향으로 변화시킬 수 있는 진료비지불제도를 모색해야 할 것이다.

이미 시범사업을 실시하고 있는 포괄수가제(DRG Payment Method)와 시행준비중인 자원기준상대가치체계(RBRVS)외에도 검토해야 할 대안이 바로 총액계약제(김병익, 1994)다. 보험자

2) 담배, 술, 화석연료 등의 소비가 국민건강을 해치는 요인으로 작용하고 있음은 이미 입증된 바 있다. 최근에 미국 코넬대 연구팀은 전세계 사망인구의 40%가 환경오염 또는 환경과 관련된 질병으로 죽었다는 연구 결과를 발표하였다. 특히 공기오염물질이 매년 40억~50억 명의 건강에 악영향을 끼치고 있으며, 이는 인구중 가솔보다 3배나 빠른 자동차 증가 때문이라고 지적하였다.

3) 추정치에 해당하는 보험급여비를 흡연자와 음주자들에게 부담시켰다면, 1997년의 경우 담배에는 갑당 120원, 그리고 주세의 15%를 건강보험세로 징수하여, 각각 6천억원과 3천억원의 보험재정을 추가로 확충할 수 있을 것이며, 이 금액은 보험료수입의 20%에 근접하는 것임.

4) 진료급여비용의 심사를 통한 과다, 허위, 청구의 방지, 적정서비스 제공여부의 평가, 고난도 특정 진료(시술) 및 신기술의 평가 및 시험 인증 등임.

와 의료공급단체가 매년 급여비용의 총액을 계약하고, 의료공급자들이 자율적으로 급여비 청구 내역을 심사하여 그 결과에 따라 총액을 배분하게 되면, 허위, 부정 청구뿐 아니라 불필요한 의료서비스의 제공까지도 효과적으로 제어할 수 있을 것으로 기대된다. 또한 급여비용의 총액은 지역별, 의료공급자 유형별, 또는 의료서비스 유형별로 계약할 수도 있다. 이처럼 계약단위별로 급여비용을 배분하는 것은 민간주도의 의료체계에서 불가피한 지역별, 기능별 분포의 불균형을 완화할 수 있는 강력한 수단이 될 것이다.

총액계약제는 분립운영체계에서 보다 통합일원화체계에서 시행이 용이하나, 그 시행에 앞서 의료공급자들의 거부감과 우려가 해소되어야 하며, 보험자와 의료공급자간의 협상기술도 요구된다. 총액계약제에 전혀 익숙하지 않은 우리로서는 특정지역에서 시범사업을 실시하여, 급여의 효율 증진 성과를 규명하고 의료공급자의 수용을 위한 조치 등을 강구해야 할 필요가 있다.

근래 의료기술의 급속한 발전과 고가 최첨단 의료서비스의 확산은 국민의료비를 급속하게 증가시키는 요인으로 작용하고 있다. 보험급여비 지출을 줄이기 위해 이러한 의료서비스를 비급여로 방치할 경우 환자의 부담이 늘어날 수밖에 없다. 그러므로 효능을 평가하여 효능이 인정된 의료서비스에 대해서는 급여를 시행해야 할 것이나, 해당 의료서비스의 확산을 조절해야 할 것이다. 이를 위해 보험자가 지역별 필요의 크기와 접근용이도 등을 감안하여, 서비스 공급 능력이 적정한 의료기관과 계약을 맺고, 투자-운영비용을 직접 지불하는 방안(이규식, 1994)을 전향적으로 검토해야 할 것이다.

이외에도 의약분업, 의료의 질 향상 사업, 대체시설 및 서비스의 개발 등 의료공급측면에서 급여의 효율을 높이기 위한 과제들이 산적해 있다. 이 중에서 보험자가 지금까지 큰 관심을 보이지 않았던 것이 의료의 질 향상 사업이다. 통합일원화체계에서의 단일보험자는 의료공급자의 자질 향상을 위한 보수교육의 시행, 효능이 인정된 각종 의료서비스의 비용-효과 분석 정보의 제공, 의료기관의 질 향상을 통한 원가절감 방안의 제시 등에도 적극적인 역할을 수행하여, 급여의 효율을 제고해야 할 것이다.

환자들은 자유롭게 의료기관을 선택할 수 있으나 합리적인 선택을 가능케 할 능력과 정보가 미흡하다. 때문에 동일질환으로 여러 의료기관을 이용하거나, 경미한 질환임에도 3차 의료기관을 직접 이용하는 등 불필요한 의료이용이 적지 않다. 환자들이 의료기관을 합리적으로 선택하기 위해서는 환자 상태를 파악하여 어느 의료기관에서 진료를 받는 것이 효과적인지 판단할 수 있는 능력과 정보를 가지고 있는 일차진료의사의 도움이 필요하다.

그러므로 일차진료의사를 일정기간(2-3년) 동안 자신의 주치의로 선택하여 등록하고 주치의

5) 단순히 의료비를 억제하기 위한 진료비지불제도로 인식하기 때문일 것임.

6) 해당 서비스의 생산능력을 갖춘 다수의 의료기관을 선정하여 공개경쟁입찰로 계약.

의 권유에 따른 의료기관 이용시 본인부담수준을 대폭 낮추어 주어야 할 것이다. 그 대신 의료기관을 자유롭게 선택하여 이용하는 환자에 대해서는 진료비 전액을 부담하도록 하는 방안을 긍정적으로 검토해야 할 것이다. 주치의 등록제도는 본인부담수준을 낮출 때 두드러질 수 있는 의료이용자의 도덕적 해이 현상을 방지하는데도 기여할 것으로 기대된다.

4. 관리운영의 성과 제고

단일 보험자의 거대한 공통 조직은 관료화와 경직화를 초래하여 재정 운영과 내부관리의 성과를 낮출 가능성이 크다. 그리고 통합 조직의 직원들은 자신의 편익을 우선적으로 고려할 것이다. 분립운영체계에서 재정 운영의 책임을 진 개별 조합이 기울이던 급여비 절감과 징수율 제고를 위한 노력이 통합일원화체계에서 약화되는 도덕적 해이 현상도 우려된다.

이러한 우려를 불식시키기 위한 방안의 하나로 생활권단위 책임경영제를 시행하여 관리된 경쟁(한달선, 1997)을 유도해야 할 것이다. 의료보험 관리단위의 적정규모에 대한 그간의 연구 결과들(양봉민 등, 1988; 박강원 등, 1992; 박재용 등, 1995; 사공진, 1997; 양봉민 등, 1998)을 감안하면, 적용대상자가 50만명 전후인 생활권 단위로 지역사무소를 설치하는 것이 바람직할 것이다. 관할지역 내 적용대상자의 급여비⁷⁾ 관리 및 보험료 징수를 책임지는 지역사무소장에게 직원 인사와 급여 책정의 권한을 부여하고, 2-3년 동안의 경영실적이 계약에 미치지 못하면 소장을 해임하도록 함으로써, 재정통합으로 이완될 수 있는 지역보험조직의 기능을 활성화해야 할 것이다.

그리고 지역사무소별로 재정 운영과 내부관리의 성과를 정기적으로 평가하여⁸⁾ 직원들의 인사고과와 보수에 반영하고, 성과가 높은 지역사무소의 운영사례를 다른 지역으로 확산시켜 조직 전체의 운영 성과를 제고시켜야 할 것이다. 지역사무소는 지역내의 의료공급자, 특히 보건기관과의 협조관계 유지가 용이할 것이므로, 급여비 절감 성과의 제고 유인을 주어 예방보건사업에도 적극적으로 참여하도록 해야 할 것이다.

또한 의료보험의 통합일원화를 원활하게 추진하기 위해서는 통합조직 내에서 노노간 또는 노사간 불화와 갈등이 불거지는 일이 있어서는 아니 될 것이다. 따라서 통합조직의 모든 직원들로부터 의료보험 통합일원화가 성공적으로 정착될 때까지 한시적으로 모든 쟁의 행위를 자제하며 업무에 최선을 다하겠다는 대국민 서약을 받아야 할 것이다.

7) 성별 연령계층별 1인당 평균 급여비를 기준으로 적용대상자의 인구 구조에 따라 지역사무소가 관리할 급여비를 배분할 수 있음.

8) 보험료 징수실적, 급여비 절감성과, 민원발생 및 처리현황 등을 평가할 수 있을 것임.

참 고 문 헌

- 김병익. 바람직한 의료보장정책의 모색. 사회보장연구 1994 ; 10(2) : 49-67
- 박강원, 이정운, 김혜경, 문옥륜. 지역의료보험조합의 규모에 따른 관리운영비 분석. 예방의학회지 1992 ; 25(4) : 333-340
- 박광훈, 양동현. 의보수가 인상이 의보재정지출에 미친 효과에 관한 연구. 보건경제연구 1995 ; 1 : 1-29
- 박재용, 배성권, 감신. 지역의료보험조합의 통합대안별 재정수지 비교. 보건행정학회지 1995; 5(1) : 80-105
- 사공진. 우리나라 지역의료보험조합의 재정안정화 및 최적규모에 대한 연구. 사회보장연구 1997 ; 13(1) : 1-28
- 양봉민, 김윤미. 의료보험 관리단위의 적정규모에 관한 연구. 보건경제연구 1998; 4: 116-134
- 양봉민, 이태진. 의료보험관리운영조직의 최적규모에 관한 고찰. 사회보장연구 1988; 4: 139-152
- 의료개혁위원회. 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제. 1997.12
- 의료보장개혁위원회. 의료보장개혁과제와 정책방향. 1994. 6
- 의료보험통합추진기획단. 의료보험제도의 통합방안: 제2의 도약을 위한 준비. 1998.12
- 이규식. 한국의 의료개혁과 향후과제. 사회보장연구 1994 ; 10(2) : 21-50
- 이충섭. The Effect of Health Insurance Cost Sharing on the Taking Care Behavior. 보건경제연구 1996 ; 2 : 95-112
- 한달선. 한국 의료체계와 경쟁전략. 보건경제연구 1997 ; 3 : 164-182
- Arnott RJ, Stiglitz JE. The basic analytics of moral hazard. Scandinavian Journal of Economics 1988 ; 90(3) : 383-413
- Collishaw NE, Rogers B. Tobacco in Canada. Canadian Pharmaceutical Journal 1984 : 16 : 147-150
- Frankel G. Reducing tobacco consumption: Public policy initiative for Canada. CMAJ 1988 ; 138 : 419-423
- Phelps CE. Health economics. 2nd ed., Addison-Wesley, Massachusetts, 1997
- Rachlis M, Kushner C. Second opinion: What's wrong with Canada's health care system and how to fix it. Harper & Collins, Toronto, 1989