

건강보험 재정적자 분석 및 대응방안

정형선*
연세대학교

건강보험은 2009년부터 적자 기초에 들어섰고 2010년에는 적자폭이 커졌다. 보험료 증가에 대해서는 '보험료율 인상'의 기여도가 3분의 1인데 반해, '부과기반 확대'의 기여도는 3분의 2이었다. 건강보험급여비의 증가율에 대한 '1인진료량'의 기여도는 2007년 73.9%, 2008년 71.5%, 2009년 73.5%이었고, 그 중에서도 '1인진료일수'보다는 '1일진료강도'가 더 빠르게 증가했다. 병원에 대한 보험급여의 증가는 2002-2009년 사이 3배에 달했고, 의원급은 1.6배, 약국은 2.1배였다. 한편, 같은 기간 동안 입원 급여액의 증가보다는 외래 급여액의 증가가 조금 더 컸다. 양자를 종합하면, '병원 외래' 부문의 팽창을 확인할 수 있다.

건강보험재정의 안정화를 위해서는, '보험료율'을 점진적으로 높이고, '보험료 부과기반'을 재편해야 한다. 국고 지원에 있어서 정산절차를 도입해야 하며, 현행의 담배세 외에도 주세 등의 추가적 재원을 확보해야 한다. 또한, 행위별수가제를 보완할 '포괄'방식을 통해 의료인들로서도 박리다매식 의료 남진의 압박에서 벗어나야 한다. 행위별수가제가 유지되는 부문은 총액계약제 등 건강보험급여의 상한(cap)을 정하는 방식을 결합함으로써 의료비 팽창에 대한 안전장치를 마련해야 한다.

주제어 : 건강보험재정, 진료량, 진료강도, 보험료율

* 교신저자 | 정형선
연세대학교 보건행정학과 교수
tokyoparis@hanmail.net

I. 시작하며

건강보험 재정 적자에 대한 우려가 커지고 있다. 건강보험 적자는 수입에 비해 지출이 많다는 것 또는 지출에 비해 수입이 적다는 것을 의미한다. 따라서 이에 대한 대응을 위해서는 수입은 정상인데 지출이 너무 많이 되고 있는 것인지, 아니면 필요한 지출을 하고 있는데 수입이 적절히 이루어지고 있지 못한 것인지를 따져보아야 한다. 물론 수입도 부족하고 지출도 필요 이상 이루어질 수도 있다. 건강보험의 주된 수입원은 보험료이다. 지출은 대부분 보험급여에 따른 것이다. 본고에서는 건강보험 재정의 주된 수입원인 보험료의 인상이 보험료율의 인상에 따른 것인지 아니면 보험료의 부과기반의 확대에 따른 것인지

를 구분해 보고, 한편으로 주된 지출 처인 보험급여의 증가가 수가의 인상 때문인지 아니면 진료일수나 진료강도가 커져서 그런 것인지를 밝혀냄으로써 건강보험정책 판단의 근거를 제시하고자 한다.

II. 건강보험 재정의 추이

2009 건강보험통계연보에 따르면, 2009년도 건강보험 재정은 총수입과 총지출이 각각 31.5조원 및 31.2조원으로 수지균형을 이루었다. 하지만, 2010년은 보험급여비가 10월 말 현재 전년 동기 대비 11.1% 증가한 26.3조원으로 6,515억원의 당기 적자를 기록했고 연말까지는 적자규모가 1조원 이상이 될 것

<표 1> 보험재정의 수입 및 지출, 2009년

(단위 : 십억원)

구 분		금 액	비 율	
수입	계 (A)	31,500	100%	
	보험료수입 (A1)	26,166	83.2%	
	국고지원(A2)	일반회계	3,002	12.1%
		증진기금	1,026	3.3%
	기타수입	651	1.4%	
지출	계(B)	31,189	100%	
	보험급여비(B1)	30,041	96.7%	
	관리운영비(B2)	660	3.1%	
	기타지출	489	0.2%	
당기수지	총수지(율) [B/A]	311 (99.0%)		
	순수지(율) [B1/(A1 + A2)]	808 (97.4%)		
누적적립금 (보험급여대비비율)		2,228 (7.4%)		

자료 : 2009 건강보험통계연보

으로 예상되고 있다. 2009년도 총수입 31.2조원은 보험료 25.9조원, 국고지원금(=일반회계 + 건강증진기금) 4.8조원, 기타로 구성되며, 총지출 31.2조원은 보험급여비 30.1조원, 관리운영비 1.0조원 등으로 구성된다.¹⁾ 2009년 총수지율 즉, '총수입 대비 총지출'은 99.0%이었다. 재정수입 중에서도 순수보험료와 국고지원금을 합하여 '광의의 보험료'라고 할 수 있는데, 2009년의 '광의의 보험료 대비 보험급여비', 소위 '순수지율'은 97.4%이었다. 반면에, '순수보험료 대비 보험급여비'는 114.8%이었다. 순수보험료만으로는 보험급여가 다 충당되지 못하고, 정부지원금과 담배부담금을 추가함으로써 당기 수지균형을 맞춘 상황이라는 의미이다. 2010년말 누적 적립금은 1

조원이 안될 것으로 예상되는 바, 이는 1주일 남짓한 보험급여분에 해당한다.

<표 2>는 2000-2009년의 건강보험 재정수지의 흐름을 보여준다. 여기서의 보험료수입은 <표 1>의 수입 항목 중에서 '보험료수입'과 '국고지원'이 포함된 '광의의 보험료'이며, 보험급여지출에는 '보험급여비'만이 포함되어 있다. 건강보험의 적지는 90년대 후반부터 계속되어 왔지만, 의약분업 시행 직후인 2001년에는 당기 적지만 1.9조원에 달하여(순수지율 116.5%) 과거의 누적적립금이 전부 바닥나고 보험급여를 위해 단기차입에 의존하게 되었다. 이에 따라 이루어진 각종 긴급처방책은 효력을 발휘하여 당장 2002년부터 보험재정이 안정되기 시작하고 2003년 이후에는 당기

<표 2> 건강보험재정의 수지변화, 2000-2009

(단위 : 십억원)

	보험료수입(A)	증가율	보험급여비(B)	증가율	당기수지(A-B)	순수지율(B/A)
2000	8,610	18.1%	9,286	21.13%	-676	107.8%
2001	11,323	31.5%	13,196	42.11%	-1,873	116.5%
2002	13,812	22.0%	13,824	4.76%	-12	100.1%
2003	17,028	23.3%	14,893	7.74%	2,135	87.5%
2004	18,921	11.1%	16,265	9.21%	2,657	86.0%
2005	20,496	8.3%	18,394	13.09%	2,102	89.7%
2006	22,533	9.9%	21,588	17.37%	946	95.8%
2007	25,400	12.7%	24,560	13.77%	840	96.7%
2008	28,999	14.2%	26,654	8.53%	2,345	91.9%
2009	30,849	6.4%	30,041	12.71%	808	97.4%

자료 : 건강보험통계연보, 각 연도

주 : 여기서의 '보험료수입(A)'에는 <표 1>수입 항목 중에서 '보험료'와 '국고지원'이 포함됨.

1) OECD(2000)의 System of Health Accounts의 분류상 '개인의료비'에 속하는 '보험급여비'는 총지출의 96.9%를 점하며, '집단의료비'에 속하는 '관리운영비'는 총지출의 2.9%를 차지함.

흑자를 보이게 되었으며, 계속되는 흑자에 자신을 얻은 정부는 2005년 보장성 강화 대책을 내면서 그동안 저부담-저급여 체계에 안주해 왔던 건강보험이 새로운 전기를 마련하게 되었다.

1. 의약분업 직후의 적자와 정부의 긴급 처방책²⁾

2000년 후반에 시행된 의약분업은 건강보험재정에 큰 영향을 주었다. 2001년은 보험료 수입 11.3조원, 보험급여비 13.2조원으로 1.9조원의 당기적자를 보였다. 더욱이 이 정도의 적자는 재정악화에 따른 정부의 긴급 자금 투입으로 완화되어 나타난 것이며 실제의 적자 수준은 이보다 훨씬 컸다.

보험재정의 급격한 악화가 가시화되자 정부는 2001년 5월과 10월에 잇따른 긴급처방책을 내게 되었는데, 특히 보험료의 인상과 한시적 비급여 62개 항목의 설정은 그 백미를 이루게 된다. 보건복지부는 2001년 5월 「건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」을 발표하여 급여제도의 합리적인 개선, 진료비 심사 강화, 약제비 절감, 건강보험의 수입증대 및 관리운영의 효율화, 의약분업의 안정적 정착, 제도 개선 등의 추진과제를 제시했다. 구체적으로는 2001년 7월부터 진찰료·처방료의 통합, 차등수가제, 야간진료 가산시간의 조정, 본인부담금의 조정 등이 단행되었고, 뒤이어 2001년 10월에는 2차 추가대책이 발표되었다. 이러한 정부의 대책에 맞추어 건강보험공단에서도 「재정안정대책추진단

」을 구성하고 21개 재정안정종합대책을 추진하였는데, 재정수입의 확보 측면에서 이루어진 지역징수율 제고, 자동이체율 증대, 지역가입자 신규부과자료 적용, 소득 있는 피부양자의 가입자 전환, 지역·직장간 보험료의 조정, 진료비 부담내역 통지 및 수진자조회 확대, 부당청구 및 부당수급 관리업무 강화, 의료기관 경영분석 및 원가분석, 관리운영비 절감 대책 등이 그것이다.

2002년에는 「국민건강보험재정건전화특별법」이 제정되어 지역보험재정에 대한 정부지원 50%(40%는 국고지원, 10%는 담배부담금 지원) 법제화되었고, 3월부터 보험료가 6.7% 인상되고 4월부터 보험수가가 2.9% 인하됨에 따라 보험재정은 급속히 안정되었다. 또한 2002년 4월에는 보건복지부의 「국민건강증진 종합대책」에서 재정안정을 위한 3차 추가대책이 이루어졌다.

2. 보장성 강화정책과 보험재정

보장성 강화에 있어서 건강보험 ‘적용인구’의 확대는 이미 1989년 전국민의료보험으로 달성되었고, 그 뒤로 진행된 급여의 확대를 통한 보장성 강화는 크게 ‘급여기간’의 확대 과정과 ‘급여범위’의 확대 과정을 거쳐 왔다. 2000년 급여일수의 제한이 없어질 때까지는 급여기간의 확대, 그 이후 지금까지는 급여범위의 확대를 위한 개혁이 주가 되었다.

2000년에는 65세 이상의 본인부담금이 경감되고, 40세 이상 가입자 및 피부양자에게 건강검진이 실시되었으며, 산전 진찰이 급여

2) 정형선(2004)에서 발췌 정리함.

범위에 포함되었다. 2001년에는 ‘본인부담보상금제도’가 실시되었고, 2002년에는 만성질환관리료가 신설되었다. 2004년에는 ‘본인부담액상한제’가 실시되었으며, 특히 소득 수준별 차등화 개념이 도입되었다. 또한 암, 파킨슨병 등 희귀난치성 질환에 따른 의료비의 본인부담률을 입원 본인부담률 수준인 20%로 인하하였다. 감마나이프 수술이 보험급여 항목으로 포함되었으며, 암환자, 62개 희귀질환자의 외래진료비에 대한 경감조치가 적용되었다.

2005년에는 MRI, 미주신경자극기, 인공와우 등이 급여 대상이 되었고, 분만의 본인부담이 면제되게 되었으며, 정신질환 외래본인부담이 20%로 낮아졌다. 또한 6월의 보장성 강화대책으로 암 등 고액중증질환의 법정본인부담이 20%에서 10%로 경감되었다. 2006년부터는 만 6세미만 입원아동 본인부담금이 면제되고, 장기이식수술이 급여 대상이 되었으며, 특정 암 건강검진 본인부담율이 경감되었다. 또한 5대암(자궁경부암, 위암, 유방암, 대장암, 간암) 무료 검진대상자가 보험료 기준 하위 50%로 확대되었다. 입원환자 식대에 보험이 적용되게 되었고 2008년부터는 그 본인부담률이 50%로 조정되었다.

2005년 이후 확대된 보장성은 바람직한 것이지만, 보험재정에는 압박 요인이 되고 있다. 암, 심장질환 등 중증질환 진료비 경감조치로 2008년까지 총 3.5조원이 추가 투입되었으며, 급여에 의한 건강검진의 확대에 따라 검진비용지출이 2006년 3,574억원에서 2009년

7,251억원으로 늘어났다. 2009년부터 진행되어 2013년까지 계획된 MRI, 초음파, 노인틀니, 본인부담 경감을 위한 추가 투입 금액은 3.1조원에 달한다. 그밖에 의료급여제도의 급여 대상으로 되어 있던 차상위 희귀난치성질환자들이 2008년, 만성질환자 및 18세미만 아동이 2009년 건강보험으로 전환되면서 건보재정의 부담이 각각 884억원, 4,007억원 추가된 것도 재정 압박 요인의 하나이었다.

3. 국고지원액의 변화

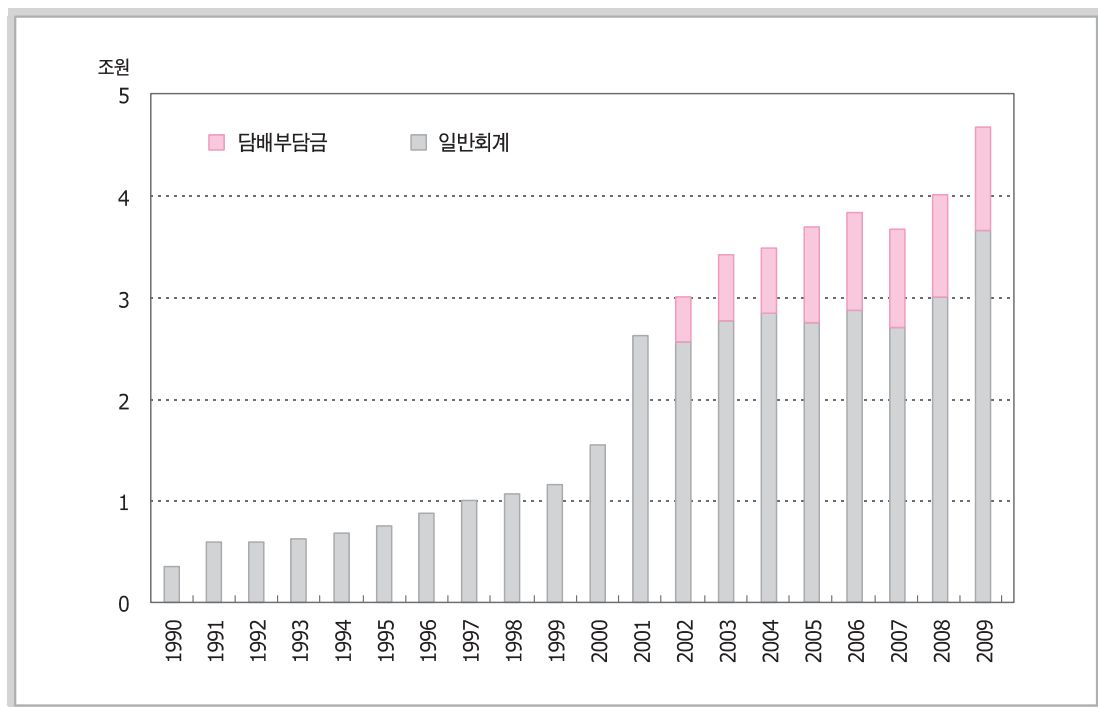
국고지원의 규모는 1999년 1조원을 갓 넘던 것이³⁾ 건강보험 통합과 의약분업 과동을 겪으면서 2000년 1.6조원, 2001년 2.6조원으로 급격히 늘어났다. 이러한 국고지원의 증가는 2001년도의 재정적자를 완화시켰고, 건강증진기금으로부터의 추가적 지원은 2002년 이후에 수지균형 내지 당기이익을 이루는데 한몫했다.

2002년부터는 건강증진기금이 보험재정을 위한 용도로 배당이 되면서 국고지원을 대체하는 경향을 보였다. 2002의 국고지원액은 2001년보다 오히려 217억원이 줄어들었는데 건강증진기금에서 4,392억원이 신규로 지원되었다. 2003년의 경우에도 보험재정을 위한 국고지원은 전년에 비해 큰 변화가 없는데 비해 건강증진기금 지원액은 6,446억원으로 큰 증가를 보였다. 한마디로, 2002년부터 2006년 사이의 정부지원액의 증가는 건강증진기금 지원액의 증가에 의한 것이었다.

3) 보험재정에 대한 국고지원은 1988년 지역의료보험의 도입으로 시작되었는데 도입 초기에는 지역의료보험 총지출의 50%를 상회하였으나, 그 뒤 계속 하락하여 1994년부터는 40%를, 1997년부터는 30%를 밑돌게 됨.

정부지원금은 지역가입자에 대한 지원의 형태를 띠고 있었는데, 이는 의사, 변호사 등 전문직 고소득 자영업자와 일반 직장인 간의 형평성 문제를 내포하고 있었다. 과거에는 그나마 노인 등 취약계층의 비중이 지역조합에서 높다는 점에서 지원의 명분을 찾을 수 있었지만, 2003년 이후 재정까지 통합되게 됨에 따라 지역조합을 전제로 한 지원의 근거가 약해지게 된 것이다 (OECD, 2003). 이러한 점이 고려되어 2007년부터는 국고지원액이 직장과 지역 구분 없이 ‘보험료 예상수입액’의 20%까지 지원될 수 있도록 규정되게 되었다. 일반회계에 의한 지원 14%는 건보재정에 포괄적으로 지원되고, 담배 재원에 의한 지원은

6% 내에서 노인의료비에 지원된다. 앞에서 본 바와 같이 2006년까지는 기금으로부터의 지원이 늘어나고 국고 지원은 정체되는 현상을 보였으나 2008년 이후에는 반대로 기금 지원액은 고정되고 국고지원액이 늘어나는 경향을 보이고 있다. 2007년 2.7조원이던 국고지원액이 2008년 3.0조원, 2009년 3.8조원으로 빠르게 증가한 반면, 건강증진기금 지원액은 2007년 0.97조원에서 2008년 1.0조원, 2009년 1.0조원으로 미미한 변화를 보이고 있는 것이다.



자료 : 건강보험통계연보, 각 연도

<그림 1> 건강보험재정에 대한 정부지원의 변화

III. 건강보험재정 분석

앞에서 본 바와 같이 건강보험은 최근 흑자 폭이 줄어들어 급기야 2010년에는 당기적자를 기록하게 되었다. 적자는, 어느 쪽을 강조하는지에 따라 표현은 달라질 수 있지만, 들어온 수입에 비해 지출이 크다는 것, 혹은 지출에 비해 수입이 부족하다는 것을 뜻한다. 이런 점에서 수입과 지출별로 어떠한 변화가 있는지 확인한다.

1. 수입 측면

수입의 주된 재원은 좁은 의미의 '건강보험 보험료'이다. 보험료 수입은 보험료율, 보험료 부과기반 및 보험료 징수율로 구성된다. <표

3>은 이러한 항등식 관계를 이용해서 기여도 분석을 한 것이다. '보험료율'은 꾸준히 증가해 왔다. 지난 10년간 연평균 증가율은 평균 5.2%이었고, 특히 재정적자의 위기감이 높았던 2000년대 초기에는 6-9%의 높은 증가율을 보였다. 그 뒤로도 꾸준한 인상이 있었지만, 2008년 말 미국에서 시작된 금융위기의 영향으로 2009년 보험료율은 인상이 동결된 바 있다(0.0%). 2010년 보험료율은 전년 대비 4.9% 증가한 5.33%이었으며, 2011년 보험료율은 전년 대비 5.9% 증가한 5.64%로 결정되어 있다.

<표 3>에서 보듯이 2000년대의 보험료 수입 확대에는 보험료율 인상 외에 '보험료 부과기반'의 확대가 기여한 바가 컸다. 보험료율 인상의 기여도가 평균 31.0%인데 반해 부과기반의 확대에 기인한 부분은 평균 68.8%나 되었다. 뒤에서 살펴볼 것이지만 이는 지출의

<표 3> 건강보험 보험료 구성요소별 증가율 기여도, 2002-2009

	보험료 증가율	보험료율		보험료부과기반		징수율	
		증가율	기여도	증가율	기여도	증가율	기여도
2002	23.4%	6.8%	23.7%	17.8%	62.4%	4.0%	14.0%
2003	25.7%	8.5%	35.6%	14.8%	61.5%	0.7%	2.9%
2004	13.4%	6.9%	29.7%	18.3%	79.4%	-2.1%	-9.1%
2005	8.7%	2.4%	27.8%	7.2%	84.2%	-1.0%	-12.0%
2006	11.1%	3.9%	39.2%	5.6%	55.6%	0.5%	5.1%
2007	15.5%	6.5%	48.4%	6.7%	50.0%	0.2%	1.5%
2008	14.9%	6.5%	43.6%	7.4%	49.5%	1.0%	6.9%
2009	4.8%	0.0%	0.0%	8.6%	107.7%	-0.6%	-7.7%
평균	14.5%*	5.1%*	31.9%	10.7%*	66.1%	0.3%*	2.0%

자료 : 건강보험통계연보(각 연도) 보험료, 보험료율 및 징수율 자료를 근거로 본 연구에서 산출. ('보험료부과기반' 증가율은 잔차에 해당)

주 : * 기하평균임.

증가가 수가인상보다 진료량과 진료강도의 증가에 기인한 부분이 더 큰 것에 대응된다. '보험료 부과기반'은 가입자수(세대수)와 가입자의 보수월액(소득)에 의해 결정되므로, 인구구조의 변화와 경기의 변화를 반영하게 된다. 이러한 변수는 어느 정도 건강보험의 정책 의지 밖에 있는 주어진 환경으로의 의미가 강하므로, 이를 '자연증가분' 내지 '잔차'로 간주하기도 한다. 하지만, 같은 소득 수준이라도 직장가입자와 지역가입자의 구분, 피부양자 요건 및 피부양율의 변화, 부과 대상 소득의 재배치, 소득과약률의 제고 등을 통해 부과기반을 확대할 여지는 아직도 많이 남게 된다. 그 밖에 '보험료 징수율'도 보험료 수입에 영향을 준다. 그 비율을 높이는 데는 한계가 있지만, 체납자를 줄이는 노력이 필요하다. 비록 우리의 보험료율이 서구 국가에 비해서는 낮은 편이고 충분한 급여를 제공할 만큼은 되지 않지만, 2000년대에 들어선 이후 보험료율은 꾸준히 증가했고 보험료 부과기반도 그 이상 커졌다. 보험료 수입이 계속 커온 만큼, 적자가 발생하게 된다면 이는 지출이 예상했던 것보다 더 빠르게 증가하고 있음을 의미한다.

2. 지출 측면

국민소득의 증가로 건강에 대한 관심이 커지고 의료에 대한 인식이 높아져서 의료이용이 증가하고 있다. 국민1인당 외래방문횟수는 한국이 13.0회(2008년)로 OECD평균 6.9회의 두 배에 가깝다(OECD, 2010). 환자1인당 평균재원일수도 16.7일(2008년)로 OECD평균 9.6일보다 훨씬 길다. 젊은 사람들에 비해

의료수요가 높은 노인인구의 비중이 늘어남에 따라 보험급여지출은 계속 커지고 있다. 또한 고가검사장비와 신의료기술, 새로운 치료법, 신약 개발로 의료의 단가가 높아지는 경향도 보이고 있다. 인구 백만명당 CT 보유대수는 한국 36.8대(2008년)로 OECD평균인 24대보다 훨씬 높다. 이는 대형병원으로의 환자 쏠림현상, 외래 급여비 중 병원급 이상의 점유율이 2007년 27.2%에서 2009년 30.6%로 높아진 것과 맥을 같이 한다.

아래에서는 건보급여액의 변화를 가입자수, 수가, 진료일수, 진료강도 등 구성요소별로, 요양기관 종류별로, 급여의 내용별로 살펴본다. 이러한 다양한 접근을 통해 급여비 지출의 주된 원인이 어디에 있는지를 확인할 수 있을 것이다.

1) 보험급여비 구성요소별 변화

'기여율 분석'은 의료비를 구성요소별로 분해하여 의료비 증감에 대한 각각의 기여 정도를 알아보는 것이다. <그림 2>는 의료비 지출의 항등식을 이용한 기여율 분석의 틀을 보여준다(정형선, 2009). '1인진료비'의 변화는 '1인진료일수'의 변화와 '1일진료비'의 변화로 분해되므로, 건강보험 데이터에 나타나는 '1인진료비'의 변화와 '1인진료일수'의 변화를 활용하여 '1일진료비'의 변화를 알 수 있게 된다. '1일진료비'의 변화는 다시 '1일진료강도'의 변화와 '평균수가'의 변화로 분해되는데, 환산지수의 증감률을 '평균수가'의 변화로 간주하면 '1일진료강도'의 변화 또한 산출된다. '1일진료강도'의 변화는 1인의 환자에게 1일 동안 제공되는 서비스의 '종류'의 변화와 '빈

$$\begin{aligned}
 \text{건강보험급여비} &= \text{가입자수} \times \text{1인진료비} \times \text{건강보험상환율} \\
 \text{1인진료비} &= \text{1인진료일수} \times \text{1일진료비} \\
 &= \text{1인진료일수} \times \text{1일진료강도} \times (\text{평균}) \text{수가} \\
 &= \text{1인진료량} \times (\text{평균})\text{수가}
 \end{aligned}$$

주 : 정형선(2009)

〈그림 2〉 진료비 항등식에 따른 기여율 분석의 틀

도의 변화를 반영한다. 그리고 앞에서의 ‘1인진료일수’와 ‘1일진료강도’의 변화를 합한 것이 ‘1인진료량’의 변화인 것이다.

〈표 4〉는 상기 분석 틀을 활용하여 산출한 건강보험급여비(본인부담분 제외)의 규모 및 구성요소별 증가율을 보여준다. 건강보험급

여비는 2005년 11.5%, 2006년 16.4%, 2007년 14.4%의 빠른 속도로 증가해왔고, 2008년에 6.9%로 증가세가 약간 둔화되는 듯하다가 2009년에는 다시 13.0%로 올라갔다. 2002-2009년의 연평균 증가율은 10.6%인데 이는 여타 경제부문의 증가속도보다 훨씬 빠른 것

〈표 4〉 건강보험 급여비의 구성요소별 증가율 추이, 2002-2009

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	연평균	
급여비증가율		3.7%	9.9%	9.3%	11.5%	16.4%	14.4%	6.9%	13.0%	10.6%*	
가입자수 증가율		0.6%	1.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.9%	0.7%	0.9%	0.6%*	
1인 진료비	1인진료일수 증가율 (A)	3.0%	2.4%	1.6%	2.9%	4.4%	2.2%	1.0%	6.6%	3.0%*	
	1일 진료비 증가율	합 계	1.9%	6.6%	6.2%	7.3%	9.5%	10.6%	5.8%	4.8%	6.6%
		- 1일진료강도(B)	4.2%	3.5%	3.4%	4.1%	5.8%	8.1%	3.8%	2.6%	4.4%
		- 수가	-2.2%	3.0%	2.7%	3.0%	3.5%	2.3%	1.9%	2.2%	2.0%
건강보험상환율 증가율		-1.7%	-0.2%	0.8%	1.0%	1.8%	0.4%	-0.7%	0.1%	0.2%	
〈참고〉 1인진료량 증가율 (A+B)		7.2%	6.0%	5.1%	7.2%	10.4%	10.5%	4.9%	9.4%	7.6%	

자료 : 건강보험통계연보(각 연도)의 보험진료비, 급여비, 입내원일수 및 수가인상을 자료를 근거로 (그림 2)의 항등식에 따라 본 연구에서 산출.
 주 : * 기하평균임.

이다. 수가인상률은 연평균 2.0%인데 1인진료량 증가율은 연평균 7.6%나 되었다. 즉, 수가는 어느 정도 억제되었는데 진료량이 늘어서 보험급여비가 늘고 있음을 알 수 있다. 그 중에서도 1인진료일수 증가율의 평균은 3.0%인데 1일진료강도 증가율의 평균은 4.4%이었다.

<표 5>는 건강보험 급여비의 증가율에 대한 구성요소별 기여도를 보여준다. 급여비의 증가액 중에서 '적용인구 증가율' 및 '수가인상률'에 기인한 부분을 제외한 기여액 즉, '1인진료량'의 증가에 따른 기여액은 2007년 2.2조원, 2008년 1.2조원, 2009년 2.4조원으로, 각각 73.9%, 71.5% 및 73.5%의 기여도를

보였다. '1인진료량'중에서도 '1인진료일수'의 기여도보다는 '1일진료강도'의 기여도가 전반적으로 더 컸다. 다만, 2009년의 경우는 '1인진료일수'의 기여도가 더 컸다.

2) 요양기관별 변화

<그림 3>은 요양기관별로 2002년 이후 건강보험 급여비가 어떻게 변화해 왔는지 보여준다. 외형으로 보면 병원의 성장이 뚜렷해서 2002년 4.4조원이던 급여액이 2009년 12.2조원으로 세 배 가까이 늘어난 반면, 의원급은 같은 기간 4.3조원에서 7.0조원으로 1.6배, 약국은 3.6조원에서 7.7조원으로 2.1배

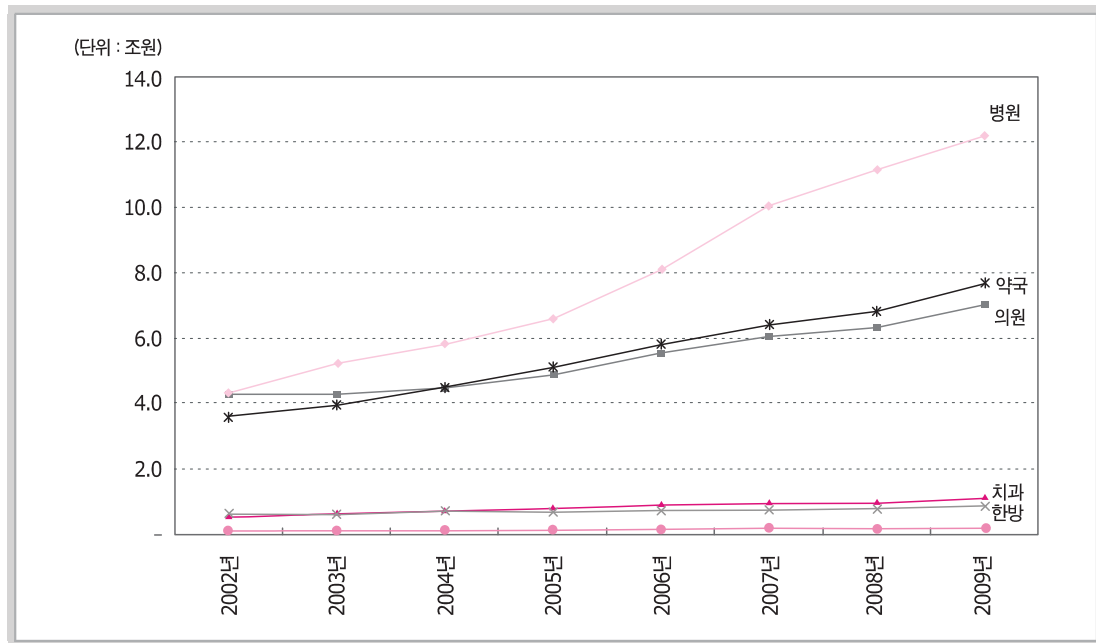
<표 5> 연도별 건강보험 급여비 증가액에 대한 구성요소별 기여도

(단위 : 십억원)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
급여비	13,425	14,755	16,130	17,989	20,932	23,956	25,600	28,916 ¹⁾
급여비 증가액	484 (100%)	1,331 (100%)	1,375 (100%)	1,858 (100%)	2,943 (100%)	3,024 (100%)	1,644 (100%)	3,317 (100%) ²⁾
가입자수 변화	79 (16.4%)	133 (10.0%)	88 (6.4%)	7 (0.4%)	7 (0.2%)	193 (6.4%)	176 (10.7%)	255 (7.7%)
수가변화	-290 (-59.9%)	412 (31.0%)	404 (29.3%)	502 (27.0%)	668 (22.7%)	510 (16.9%)	476 (28.9%)	592 (17.9%)
건강보험상환율	-227 (-46.8%)	-30 (-2.2%)	116 (8.4%)	162 (8.7%)	351 (11.9%)	87 (2.9%)	-183 (-11.1%)	33 (1.0%)
1인진료량 변화	921 (190.3%)	815 (61.3%)	768 (55.8%)	1,187 (63.9%)	1,916 (65.1%)	2,235 (73.9%)	1,176 (71.5%)	2,436 (73.5%)
- 1인진료일수	384 (79.3%)	330 (24.8%)	246 (17.9%)	494 (26.6%)	830 (28.2%)	483 (16.0%)	252 (15.3%)	1,744 (52.6%)
- 1일진료강도	537 (111.0%)	486 (36.5%)	522 (38.0%)	693 (37.3%)	1,086 (36.9%)	1,752 (57.9%)	924 (56.2%)	692 (20.9%)

주 : 1. 여기서의 건강보험 급여비에 보험자부담분만이 포함되고 본인부담분은 포함되지 않는 점은 <표 2>의 보험급여비(B)와 같지만 본인부담상한제의 사후환급액 등 일부 보험급여분이 포함되어 있지 않기 때문에 보험급여비(B)의 수치보다 작음.

2. () 속은 기여도



자료 : 건강보험통계연보(각 연도)

〈그림 3〉 요양기관 종별 건강보험 급여비 변화

늘어났다. 치과 및 한방 병의원은 비급여의 비중이 높은 만큼 건강보험 급여액은 1조원 전후에 그쳤다.

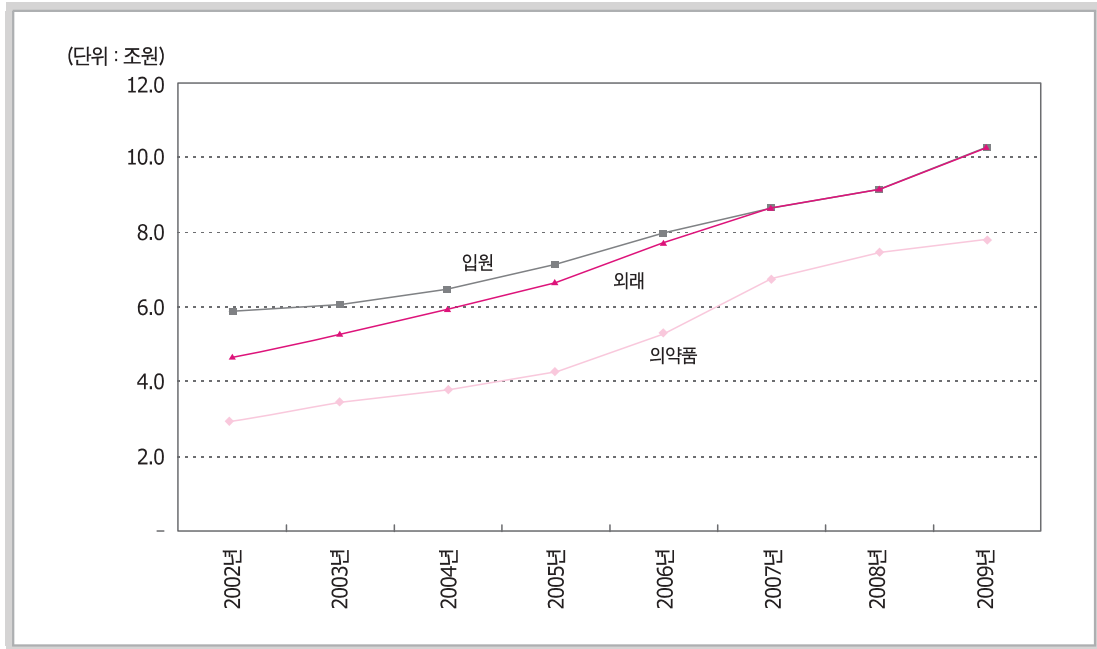
병원 급여비의 빠른 증가는 대형병원을 중심으로 한 병상 확대 및 환자 쏠림 현상, 요양 병원의 급증 등에 기인하는 것으로 보인다. 적정 1차의료의 제공, 의료비의 효율적 활용 등의 관점에서 근본적인 문제 해결이 필요하다.

3) 급여내용의 변화

보험급여비의 구성요소별 변화에서도 살펴 보았듯이 최근의 급여비 증가에는 진료량의 변화가 크게 작용하고 있다. 따라서 어떠한 급여항목에서 이러한 진료량의 변화가 큰지 궁금해진다. 현행 진료보수지불제도에서는 수

가의 변화의 결과가 '진료행위' 항목별로 같이 적용되기 때문에 연간 '급여비'의 변화가 '진료행위' 항목별로 차이가 있다면 이는 대부분 '진료량' 변화의 항목별 차이에 기인하는 것으로 추정할 수 있다. 최근의 경향으로, '입원'에서는 '일반식대'의 청구금액과 실시횟수가 증가율이 높았고, '외래'에서는 '혈액투석' 및 '만성질환관리료'의 증가율이 높았던 것이 확인된 바 있다 (정형선, 2009). 행위는 아니지만, '의약품' 중에서는 혈압강화제, 혈관확장제가 빠른 증가를 보였고, '치료재료' 중에서는 약물 처리 심혈관스텐트(Drug Eluting Coronary Stent)의 청구금액이 가장 높았고 내시경 수술시의 치료재료가 높은 증가율을 보였다.

〈그림 4〉는 입원, 외래, 의약품별(생산양식별)로 건강보험 급여비의 변화를 보여준다.



자료 : 건강보험통계연보(각 연도)

〈그림 4〉 입원, 외래, 의약품별 건강보험 급여비 변화

앞의 요양기관별 변화에서는 병원 급여액이 의원급에 비해 훨씬 빠른 속도로 증가한 것으로 나타났으나, 생산양식별 변화에서는 입원 급여액의 증가는 외래 급여액의 증가에 못 미친다. 이러한 두 가지 사실은 '병원 외래' 부분의 팽창을 확인해 준다. 또한, 병원은 입원하는 기관이고 의원은 외래 진찰을 하는 기관이라는 서구적 분업이 우리나라에서는 작동하고 있지 않음 또한 보여준다. 한편, 의약품에 대한 급여액은 최근의 다양한 약제비 억제책으로 약간 주춤하고 있지만 지난 10년간 뚜렷한 증가 경향을 보이고 있다.

IV. 건강보험재정 안정화

건강보험 재정이 수입과 지출에 의해 결정되고 재정 적자가 수입을 초과하는 지출, 지출을 충당하지 못하는 수입을 의미한다면 재정의 안정은 수입을 늘리고 지출을 줄이는데서 찾을 수 있을 것이다.

1. 수입 측면

수입 면에서는 우선 보험료가 주된 재원이 다. 지역가입자의 소득 과액을 잘 해야 한다는 것, 보험료 부과의 형평성을 도모해야 한

다는 것 등은 당연히 추구해야 할 것이지만, 이와 같이 인프라에 해당하는 사항에 대한 논의는 별개로 한다.

건보수입의 80% 이상이 보험료로부터 온다. 일부 국고지원 및 새로운 재원을 발굴하여 재원마련을 한다하더라도, 가장 큰 몫을 차지하는 보험료에 대한 적절한 인상 없이는 재정안정화 기대는 어렵다. 첫째, ‘보험료율’은 그동안 빨리 증가해왔고 이에 따라 보험료 수입도 크게 증가했으나, 급여의 확대를 위해서는 아직도 보험료율의 인상이 불가피하다고 본다. 직장가입자의 보험료 비중이 커지고 있는 상황에서 건강보험료율의 인상은 특히 기업의 노동비용을 높이는 문제를 가지고 있다. 하지만, 아직은 보험료율 인상의 여지가 있다는 생각이다. 우리와 국제적으로 경쟁하고 있는 대부분의 국가들은 우리보다 훨씬 높은 보험료율을 유지하고 있고, 국제 경쟁의 측면에서 볼 때 건강보험료가 기업에 주는 부담은 우리가 상대적으로 적다. 또한 보험료가 단기적으로는 노동비용을 높이지만, 높지 않은 가격, 적정 수준의 보건의료를 안정적으로 공급할 수 있는 기반을 조성하기 위한 건강보험료의 인상은 장기적으로는 노동시장의 안정과 기업 경쟁력의 향상에 기여할 것이다. 미국의 높은 의료비 부담이 결국 높은 민간보험료를 통해 기업의 경쟁력을 저해하고 경기 침체를 가져오고 있는 점을 반면교사로 삼을 필요가 있다. 다만, 건강보험 이외에도 장기요양보험, 국민연금, 퇴직연금, 고용 및 산재보험 등 전체 사회보험의 보험료 증가를 종합적으로 고려해야 한다.

둘째, ‘보험료 부과기반’을 확대, 재편할 필

요가 있다. 지역가입자들의 불만 중의 하나는 직장가입자는 소득에만 보험료를 부과하는데 지역가입자는 소득, 재산, 자동차에 부과한다는 점이었다. 소득과악이 불충분한 상황에서 대리변수로 다양한 기준을 사용했던 것이기 때문에 그 자체가 타당한 불만은 아니다. 하지만, 불필요한 오해는 제도의 수용성을 낮추는 요인이기 때문에 이를 최소화하기 위해서라도 보험료 부과 대상을 연금소득, 금융소득(이자소득, 양도소득, 주식양도차익 등), 부동산임대소득 등으로 분산, 확대하는 방안을 강구할 필요가 있다.

셋째, ‘징수율’을 높이고 체납처분을 줄이는 것도 지속적인 노력의 대상이다. 현재의 징수율 수준 등을 볼 때 이를 통한 보험료 수입 증대에는 한계가 있을 것이지만, 이러한 노력은 보험료 부담의 형평성 제고와 제도에 대한 수용성 확대를 위해서 필요하다.

다른 주요 수입원으로 세금에 의한 정부의 지원이 있다. 첫째, 국고 또한 법이 의도하고 있는 대로 보험료 수입의 14%가 지원되어야 한다. 하지만 전년도에 예상된 보험료 수입의 14%로 예산이 책정되다보니 실제로는 14%가 지원되지 못하고 있다. 향후 정산 절차를 도입해서 일정한 국고 지원 비율을 확보할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 이러한 국고지원액이 각 개인의 보험료에 얼마나 지원이 되는지를 통지하는 것도 제도 수용성 내지는 징수율 제고에 도움이 될 것이다.

둘째, 담배세에 의한 지원 외에도 주세 등의 추가적 재원을 확보할 필요가 있다. 담배나 주류가 외부비경제성을 통해서 타인의 건강을 위한 자원부담을 늘린다면 이러한 제품

의 소비에 세금(sin tax)을 부과하여 잠재적인 가격을 반영하도록 하는 것은 논리적으로 맞다. 그 밖에 기타 물품에 건강 목적세를 부과하는 방안, 특별소비세나 부가가치세에 건강특별세를 부과하는 방안 등도 검토될 수 있으나 이러한 것은 아마도 건강보험 재정이 극도로 악화되는 긴급 상황이 아니면 도입될 동력을 가지기 힘들 것이다.

2. 지출 측면

지출은 건강보험의 급여를 위한 것이 대부분이다. 건강보험제도의 존재 가치가 보험급여를 통한 의료에의 접근성 증대에 있다면, 급여의 확대는 대체로 환영할만한 일이다. 특히 우리의 건강보험제도처럼 저보험료-저급여의 전략을 선택해서 전국민의료보험을 달성했기 때문에, 그 뒤로 보험료의 인상을 통해서 급여의 확대를 도모해야 할 과제를 가지는 경우는 더욱 그러하다. 하지만 각론으로 들어가면 우리나라의 의료제도 및 건강보험제도의 지출구조에 있어 개선할 점이 한두 가지가 아니다.

우리 국민의 외래 방문횟수가 OECD 국가 중에서 가장 많은 것은 앞에서 언급한 바와 같다. 반면에 의사 수는 인구 천 명당 1.7명으로 OECD 국가 중 가장 부족한 국가에 속한다(OECD, 2009). 이는 우리나라 의사당 진찰건수가 높음을 의미한다. OECD(2009)에 의하면, 우리나라의 의사 1인당 연간 진찰건수는 7,251건으로 OECD 국가 중에서 가장 많고 OECD 평균 2,543건의 세 배에 달한다. 의사들이 열심히 진찰을 하고 국민들이 의사

의 진찰을 어려움 없이 받는 것은 바람직한 것이다. 문제는 이러한 진찰 횟수의 증가가 방문당 의사 진찰시간의 극소화를 가져온다는 점이다. 이로 인해 환자들은 의사들의 서두름에 불안해하고 설명 부족에 답답해하고 있다. 빈번한 의료과오도 이로 인한 것이다. 어찌 보면 이는 행위별수가제 하에서 생기는 너무도 자연스러운 현상이다. 대화와 설명의 시간을 줄여서 가능한 많은 행위를 하려는 유인이 내재하기 때문이다. 병원경영으로부터의 빈번한 진단장비 사용 요구에 개별 의사들이 무관심할 수 없다. 하지만 이는 정상적인 구조가 아니다. 입원부문에 포괄수가제를 도입하고, 의사 수를 늘리고 의사진찰시간을 늘리는 것은 현재의 우리 의료제도가 지향해야 할 분명한 목표이다. 핵심은 의료정책에 관련된 많은 사람들 사이에 만연되어 있는 편견을 어떻게 극복할 것인가이다. 또한 행위별수가제 하에서의 불필요한 진료행위를 막고 건강보험 청구에 있어서의 부당, 부정행위를 근절하기 위한 행정적 노력도 배가해야 한다.

급여비 지출의 기여도 분석을 통해 최근의 급여비 증가에 있어 수가인상률보다 진료량 증가율에 기인하는 부분이 더 큼이 확인되었다. 이는 수가 인상의 억제를 통한 급여비 억제에 한계가 있음을 보여준다. 이 중에서 노인인구의 증가 등에 따른 불가피한 자연 증가분이 있을 수 있지만 최근의 높은 의료비 증가율은 이것만으로 설명하기에는 너무 높다. 필요 이상의 고가 진단 장비의 사용 등이 설명의 간극을 메운다. 더욱이 의료인 공급의 증가가 억제되어 있는 상황 하에서의 의료비 증가는 의료인 1인당 수입의 증가를 의미한

다. 의료인력의 업무 과중과 노고는 이해한다 하더라도, 이를 통한 개별 의료인의 수입이 일반 경제의 증가 속도 이상으로 높아지는 것에는 국민이 쉽게 동의하기 힘들 것이다. 결국은 일반 국민의 부담 증대에 의한 의료인의 수입 증가이기 때문이다.

급여비 지출의 요양기관별 분석을 통해 병원에 대한 급여비가 뚜렷이 증가하고 있음이 확인되었다. 대형병원의 병상 확대, 고가진단장비의 급속한 확산과 이로 인한 의료 현장의 왜곡은 향후의 의료정책, 보험정책의 방향을 제시해준다. 즉, 병상과 고가진단장비가 제공하는 서비스의 양에 비례하여 보험급여액이 결정되는 지불보상방식은 하루 빨리 개선되어야 한다. 대형병원 외래 부문으로의 환자 집중 현상과 관련해서, 진찰료에 대한 종별가산제도는 재조정되어야 하며, 차등수가제도는 하루 빨리 병원급 의료기관을 포함한 전 요양기관에 적용되어야 한다.

V. 맺으며

급여지출을 논함에 있어서 빼놓을 수 없는 것이 지불제도다. 현재의 행위별 수가제도는 우리 건강보험제도의 발전 과정에서 부족한 의사인력 예도 불구하고 국민의 의료 접근성을 높이는데 큰 기여를 해왔다. 의사의 진찰을 우리나라만큼 쉽게 받을 수 있는 나라를 찾기 힘들다. 그렇지만, 이제는 이러한 박리다매식의 제도를 조금씩 방향전환 해야 할 시점이다. 의사로 하여금 진찰 시간을 조금 더

할애토록 하여 의료사고의 확률을 줄이고 의료의 질적 향상을 도모해야 한다. 양질의 서비스를 위해서는 의사수도 더 늘려야 한다. 현재의 의대정원 억제정책은 하루 빨리 시정되어야 한다. 한편, 제대로 된 서비스를 받기 위해서는 국민들도 이를 위한 경제적 부담을 더 할 각오를 해야 한다.

현재의 행위별수가제 일변도의 지불방식 하에서는 양질의 의료, 의료의 정상화가 필연적으로 의료비 급증을 초래하게 된다. 더욱이 인구의 급속한 고령화는 의료수요의 증가를 예고하고 있다. 이러한 의료 이용의 증가가 통제의 기전 없이 그대로 의료인들의 수입으로만 돌아간다면 의료비를 부담해야 하는 국민들이 용인할 수 없을 것이다. 의료비의 부담을 의료비를 지불하는 국민과 이를 수입으로 하는 의료인들이 분담하는 기전을 마련해야 한다. 포괄수가제는 의료인들로서도 박리다매식 의료 남진의 압박에서 벗어날 수 있는 장치가 된다. 행위별수가제가 유지되는 부문은 총액계약제 등 건강보험급여의 상한(cap)을 정하는 방식을 결합함으로써 의료비 팽창에 대한 안전장치를 마련해야 한다.

참고 문헌

- 정형선. 우리나라 건강보험 보장성의 현주소 및 급여확대방안. 건강보험포럼 2004;3 (3):2-14.
- 정형선. 경제위기 하의 의료보장정책. 한국보건사회연구원 정책자료집 10-03, 한국

- 보건사회연구원 · 사회보장학회, 2009:
183-202.
- OECD. System of Health Accounts. Paris
:OECD;2000.
- OECD. OECD Reviews of Health Care
Systems: Korea. Paris:OECD;2003.
- OECD. Health at a Glance 2009. Paris
:OECD;2009.
- OECD. OECD Health Data 2010. Paris
:OECD;2010.