

# 건강보험 및 의료급여의 재정

정 형 선  
연세대학교 보건행정학과

2002년 건강보험과 관련해서 요양기관에 지불된 의료비는 25조6천억원이었고, 의료급여와 관련해서 지불된 의료비는 2조1천억원이었다(정형선, 2004a). 즉, 건강보험과 의료급여 진료비의 규모는 비급여본인부담을 포함해서 28조원에 달했다. 이 중 의료보장자인 건강보험공단이나 정부가 지불한 금액은 건강보험 13조4천억원, 의료급여 1조9,824억원으로, 실효급여율은 각각 52.4%, 93.2%이었다. 건강보험의 경우 이용자 본인의 부담에 의한 12조2천억원(전체의 47.6%)은 이용 단계에서 지불한 법정본인부담 5조4천억원(21.1%)과 보험적용이 되지 않은 부분에 대한 비급여본인부담 6조8천억원(26.5%)으로 구성되었으며, 의료급여의 경우 본인부담 1,446억원은 법정본인부담 489억원(2.3%) 및 비급여본인부담 957억원(4.5%)으로 구성되었다. 참고로, 건강보험과 의료급여에 산재보험과 자동차보험을 추가한 4대 의료보장의 전체 의료비는 29조원이었고 보험자 내지 정부의 부담은 16조6천억원으로 실효급여율 57.3%이었다.

<표 1> 의료보장의 규모 및 재원구성, 2002

(단위 : 억원)

	4대 의료보장 합계*		건강보험		의료급여	
	금액	비율	금액	비율	금액	비율
합 계	289,881	100.0%	256,257	100.0%	21,270	100.0%
보험자/정부 부담	166,001	57.3%	134,245	52.4%	19,824	93.2%
본인부담	123,880	42.7%	122,011	47.6%	1,446	6.8%
법정본인부담	54,560	18.8%	54,071	21.1%	489	2.3%
비급여본인부담	69,320	23.9%	67,940	26.5%	957	4.5%

\* 4대 의료보장에는 건강보험, 의료급여 외에도 산재보험 및 자동차보험이 포함됨  
출처: 정형선(2004)

본고는 의료보장의 핵심에 해당하는 건강보험과 의료급여의 재정 현황과 최근의 변화를 정리, 분석하는데 비중을 둔다. 학술대회의 전체 주제에 맞추어 가능한 한 정책에

대한 평가보다는 객관적인 기술에 그친다.

## 1. 건강보험의 재정

### 가. 2003년 건강보험 재정수지 및 재무현황

#### (1) 재정수지

국민건강보험공단의 집계에 의하면 2003년도 건강보험 재정은 총수입 17조5,764억원, 총지출 16조974억원으로, 1조4,790억원의 당기잉여를 기록했다(국민건강보험공단, 2004). 총수입 대비 총지출은 91.6%로, 이는 1996년 이래 처음의 당기흑자이었다. 총수입 17조5,764억원은 보험료 13조7,409억원, 정부지원금(=보험재정국고지원금+관리재정국고지원금+담배부담금) 3조4,238억원(=2조6,429억원+1,363억원+6,446억원), 기타 임대사업수입, 의료사업수입(일산병원의 수입), 사업외수입 등으로 구성된다. 총지출 16조974억 원은 보험급여비(=급여비+건강진단비) 14조8,935억원(=14조7,307억원+1,628억원), 관리운영비(=인건비+경비+사업비용)<sup>47</sup> 7,029억원(4,090억원+2,813억원+126억원), 의료사업비용, 사업외비용 등으로 구성된다. OECD(2000)의 System of Health Accounts의 분류에 의한 '개인의료비'에 속하는 보험급여비는 총지출의 92.5%를 점하며, '집단의료비'에 속하는 관리운영비는 총지출의 4.4%를 차지한다.

재정수입 중에서도 보험급여를 위한 재원은 순수보험료 13조7,409억원, 보험재정국고지원금 2조6,429억원 및 담배부담금 6,446억원으로 총 17조283억원이며 이를 모두 합하여 광의의 '보험료'로 지칭하기도 한다. 앞서서도 보았듯이 재정지출 중에서도 보험급여비(급여비+건강진단비)는 14조8,935억원이었다. 따라서, 2003년의 소위 '순수지율' 즉, '보험료 및 정부지원금(보험재정국고지원금+담배부담금) 대비 보험급여비'는 87.5%이었다. 참고로, '순수보험료 대비 보험급여비'는 108.4%이었다. 이 두 가지 지표를 참고할 때, 2003년의 경우 순수보험료만으로는 보험급여가 다 충당되지 못하나, 정부지원금과 담배부담금을 재원으로 하여 적지 않은 당기잉여가 발생하고 있음을 알 수 있다. 다만 누적수지로는 2003년 말 현재 아직도 1조4,922억원의 적자상태에 있다.

47 여기서의 관리운영비는 박종연의(2003)에서 말하는 관리운영비E에 해당한다.

<표 1> 보험재정의 수입 및 지출, 2003년

수입	억원	지출	억원
계	175,764	계	160,974
1.사업수입	137,409	1.보험급여비	148,935
가.보험료수입	137,409	가.급여비	147,307
2.임대사업수입	31	나.건강진단비	1,628
3.의료사업수입	1,021	2.사업비용	126
4.정부지원금	34,238	3.의료사업비용	499
가.보험재정국고지원금	26,429	4.관리운영비	6,903
나.관리재정국고지원금	1,363	가.인건비	4,090
다.담배부담금	6,446	나.경비	2,813
5.사업외수입	2,623	5.사업외비용	2,321
가.자산운영수입	29	6.타기관지급계정	918
나.편의시설운영수입	4	7.특별손실	75
다.보험조정수입	2,328	8.보험조정지출	1,197
라.기타수입	257		
마.고용보험안정사업수익금	5		
6.타기관수입	-		
7.특별이익	442		

자료원: 국민건강보험공단, 2004

## (2) 재무현황

2003년도말 국민건강보험공단의 총자산규모는 3조2,627억원으로 이는 2002년도말보다 2,830억원, 9.5% 증가한 액수이다. 자산은 미수보험료(2조3,295억원)를 포함한 유동자산(2조7,879억원)이 대부분을 차지하며, 임차보증금 등 투자자산이 1,016억원, 토지·건물 등의 유무형자산이 3,732억원이었다. 총부채규모는 2조342억원으로 이는 2002년보다 1조1,960억원이 감소한 액수이다. 이는 단기차입금 등 유동부채 1조9,078억원, 퇴직급여충당금 등 고정부채 1,264억원으로 구성되어 있다.

단기지급능력을 보여주는 유동비율(유동자산/유동부채)은 2003년 146.1%로 2002년 78.9%에 비해 호전되었으며, 부채비율(잉여금/부채) 역시 2003년 165.6%로 2002년 -1,289%에 비해 현격히 좋아져, 전반적으로 재무안정성이 크게 강화되었음을 알 수 있다.

<표 2> 국민건강보험공단의 재무현황, 2003년말

자산			부채 및 잉여금		
항목	억원	%	항목	억원	%
계	32,627	100.0	계	32,627	100.0
1.유동자산	27,879	85.4	1.유동부채	19,079	58.4
가.당좌자산	27,868				
(미수보험료	23,295)				
나.재고자산	11				
2.고정자산	4,748	14.6	2.고정부채	1,264	3.9
가.투자자산	1,016				
나.유형자산	3,729		3.잉여금	12,285	37.7
다.무형자산	3				

자료원: 국민건강보험공단, 2004

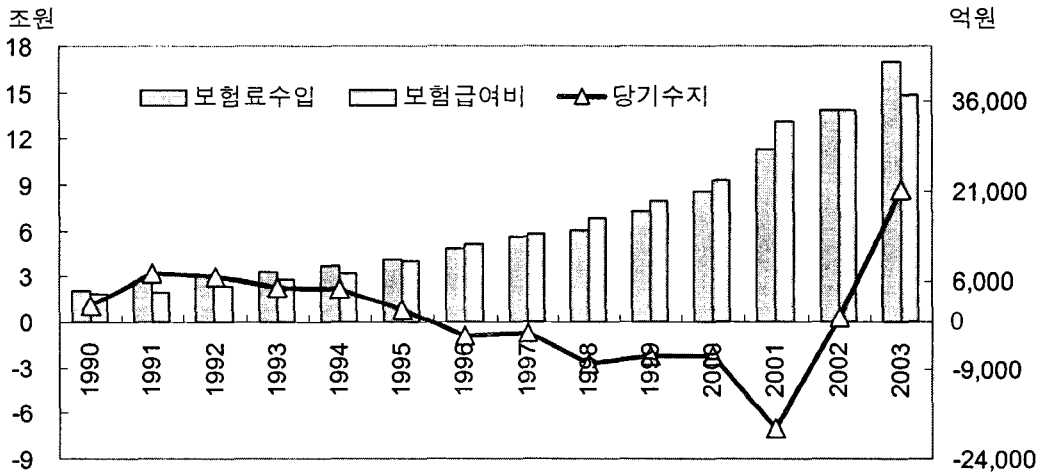
## 나. 건강보험 재정수지의 연차별 추이 분석

1990년 이후의 건강보험 재정수지의 흐름을 보면, 90년대 전반 순수지율 70% 내지 80%대로 계속되던 당기흑자가 1995년부터 급격히 줄어들어 순수지율이 97.7%로 급상승하게 된다(그림 1). 1996년에는 처음으로 당기적자 3,366억원이 발생했고(순수지율 107.0%), 1997년 당기적자 2,717억원으로 약간 주춤했으나(순수지율 104.8%), 1998년에는 당기적자 7,894억원(순수지율 112.9%), 1999년에는 당기적자 6,568억원(순수지율 109.0%), 2000년에는 당기적자 6,758억원(순수지율 107.9%)으로 1990년대 후반 적자폭은 계속 늘어나는 추세를 보였다.

이러한 계속적인 당기적자는 의약분업 시장의 영향이 본격적으로 나타나기 시작한 2001년에는 1조8,728억원으로 최고조에 달하였으며(순수지율 116.5) 마침내 과거의 누적적립금이 전부 바닥나고 보험급여를 위해 단기차입에 의존하는 사태에까지 이르게 되었다. 이러한 건강보험 재정파탄 사태가 특히 사회문제로 된 2001년 이후 정부는 보험재정을 위한 각종 긴급처방책을 내놓았다. 보험재정은 이에 힘입어 급격히 안정되기 시작해서 바로 다음 해인 2002년에는 순수지율 100.1%로 거의 수지 균형을 이루게 되었고, 2003년에는 2조1,348억원의 엄청난 당기이익(순수지율 87.5%)을 보이게 된 것이다.

아래에서는 이러한 건강보험 재정수지의 변화를 분석한다. 재정수지 변화의 원인을 파악하기 위해서는 수입 면에서의 보험료율 및 보험료징수율의 변화, 정부지원의 변화는 물론 지출 면에서의 수급자수의 변화, 수진율의 변화, 건당진료비의 변화, 급여범위/대상항목의 변화 등이 고려되어야 한다. 하지만 본고에서는 이러한 결정요인 하나하나에 대해 분석하기보다는 전체 재정상황과 재정수지의 변화를 이해하기 위한 범위 내에서의 개괄적인 분석에 그친다.

<그림 1> 건강보험재정의 보험료수입과 보험급여 (전체)



주: 보험료수입에는 '순수보험료' 외에 '국고지원'과 '담배부담금지원'이 포함되어 있음

출처: 건강보험통계, 국민건강보험공단 데이터

### (1) 1995년-2000년의 변화

직장조합(공교공단포함)과 지역조합을 구분해서 살펴보면, 그림 2에서 보듯이 지역조합이 1996년부터 전체적으로 당기적자 상태에 놓이게 되었으며<sup>48)</sup>, 그림 3에서 보듯이 직장조합은 1997년부터 당기적자를 보이기 시작했다(공교공단만을 보면 1996년부터 적자로 반전됨). 지역조합이 1997년 보험료율 15.2% 인상으로 당기 균형에 근접했던 것과 공교공단이 1999년 보험료율을 4.2%에서 5.6%로 대폭 인상하고 정근수당 및 근속수당을 보험료 부과소득에 포함함에 따라 당기흑자를 보인 것을 제외하고는 세 그

48 1996년 지역조합 145개 중 적자발생 조합은 54개이고 흑자조합은 91개이었으나 전체 조합의 당기흑자와 당기적자 총합은 1,422억원의 적자로 나타났다.

롭의 조합들이 전체적으로 적자행진을 계속했다.

1990년대 중반까지 계속적으로 흑자를 기록하고 1995년말의 적립금이 약 4조원에 이르던 보험재정이 1996년부터 적자의 상황에 이르게 된 것은, 장기적으로는 소득 향상과 이에 따른 건강과 의료에 대한 관심과 기대수준의 증가, 인구고령화, 유인수요력을 가지는 의사인력의 증가 등에 따른 의료수요의 확대에 기인하겠지만, 보다 직접적으로는 보험급여의 범위가 계속적으로 확대된 것에서 그 원인을 찾아볼 수 있다.

요양급여기간은 1995년 210일부터 시작하여, 1996년 240일, 1997년 270일, 1998년 300일, 1999년 330일, 2000년 365일로 매년 한달씩 늘어나다가 마침내 2001년부터는 급여일수 제한이 폐지되었다. 또한 급여일의 제한이 적용되지 않는 연간 보험급여비가 1993년 55만원, 1994년 65만원에서 1995년 120만원, 1997년 150만원으로 인상되었다. 한편으로 1996년에는 CT, 1997년에는 장애인 보장구 등 보험급여 항목이 꾸준히 확대되었고, 2000년에는 산전진찰에 대해서도 보험적용이 이루어짐에 따라 일부 예방서비스에도 보험급여가 이루어지게 되었다.

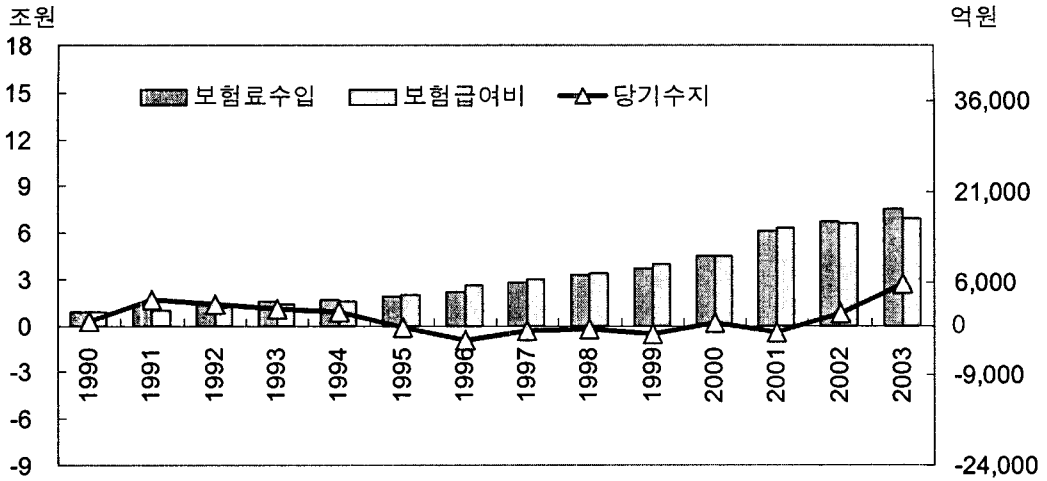
이러한 보험급여의 확대는 그동안 보험적용인구의 확대와 제도의 형성 자체에 비중을 두어왔고 따라서 저보험료, 저급여의 기초를 유지하던 우리의 건강보험으로는 오히려 바람직한 방향이었다. 그리고 이러한 급여의 확대는 앞으로도 더욱 진행이 되어야 할 것이다. 연금 등 다른 사회보험과는 달리 양출제입(量出制入)에 의한 단기적 수지균형을 재정운영의 기본으로 하는 건강보험으로서는 급여의 확대에 따른 당기지출의 증가는 당연히 보험료의 증가 등 당기수입에 의해 뒷받침이 되어야 했다. 하지만 이렇게 보험급여가 확대되고 당기적자가 계속되고 있음에도 동 기간 중 보험료수입은 보험급여비지출을 충당할 만큼 원활히 이루어지지 않았고 이것은 다시 적자구조의 심화를 가져왔던 것이다.

수지구조의 불균형 내지 보험재정자동안전화 기전의 미작동에는 외환위기와 건강보험 통합의 움직임도 한몫했다. 먼저, 1997년말의 외환위기의 영향이 나타난 1998년에는 보험료수입은 증가율이 둔화된 반면 (참고: 전년 대비 보험료수입의 증가율은 1996년 16.0%, 1997년 16.7%, 1998년 8.3%, 1999년 19.4%, 2000년 18.1%로 1998년을 제외하고는 평균 17.6%이었으나 1998년만 8.3%에 그침) 보험급여비지출은 증가추세가 계속되었다 (참고: 전년 대비 보험급여비지출의 증가율은 1996년 27.0%, 1997년 14.4%, 1998년 16.7%, 1999년 15.2%, 2000년 16.8%). 경제위기로 인한 가계의 부담을 완화하기 위해 보험료의 인상이 억제 되는데다 소득도 감소되어 보험료수입의 증가율이 둔화되었으나 의료이용은 줄지 않았던 것이다.

또 다른 이유로 건강보험 통합의 움직임이 들 수 있다. 1998년에는 제1기 노사정위원회에서 의료보험통합이 합의되고 지역의료보험과 공교의료보험이 국민의료보험관리공단으로 통합되었으며, 2000년에는 국민의료보험관리공단과 직장조합이 국민건강보험공단으로 통합되었다. 이 과정에서 통합이 되게 되면 과거 조합단위에서 적립금을 유지하고 재정수지를 관리하던 것과는 달리 유지하던 적립금마저도 빼앗긴다고 느낀 각 조합 사이에서 보험료 조정이나 급여의 관리를 통해서 당기적자를 막고 적립금을 유지하고자 하는 노력을 소홀히 하는 도덕적 해이 현상이 없지 않았던 것으로 보인다. 조합방식에서 기대되었던 비교경쟁(yard stick competition)이 없어진 것도 통합방식의 논거로 제시되는 형평성 증대 내지 관리운영비의 절감이라는 기대효과에 대한 대가(trade-off)가 되었다.

지역조합의 보험료 징수율이 1994년 98.1%, 1996년 97.1%에 달하던 것이 1998년에는 89.6%, 2000년에는 88.6%로 하락한 것은 이러한 도덕적 해이의 한 단면을 보여준다. 그 결과 1998년의 경우 보험급여비는 전년도에 비해 1조원가까이 는데 반해, 보험료 수입은 5천억원이 는데 그쳤던 것이다. 이는 1997년의 경우 보험급여비가 전년도 대비 7천억원이 늘게 되는데 대응해 보험료 수입도 8천억원이 늘어났던 것과 대조적이다. 물론 이러한 도덕적 해이는 제도의 변혁에 따른 과도기적인 현상으로 보아야 하며 통합조직의 본래적 특징으로 보는 것에는 이론의 여지가 있다. 하지만, 90년대 말의 급작스런 보험재정 적자경향에 대한 하나의 설명 요인으로는 기록되어야 할 것이다.

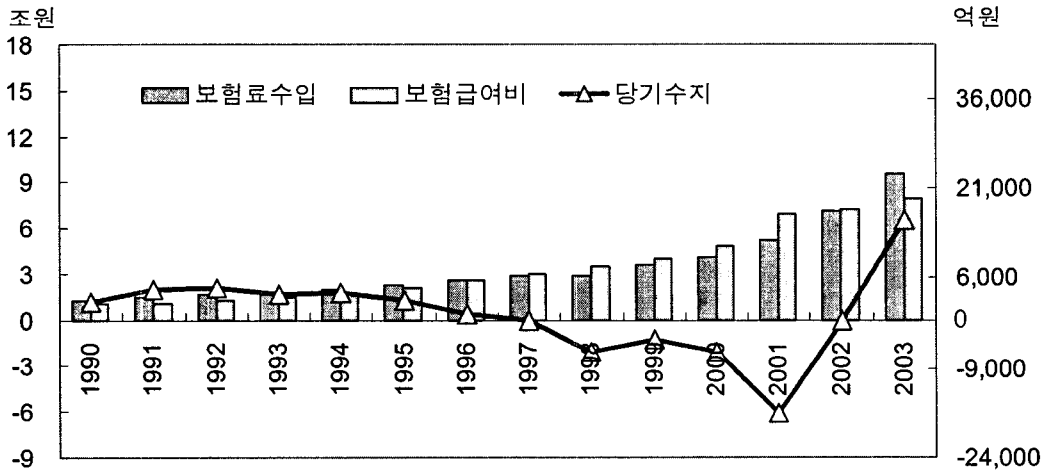
<그림 2> 건강보험재정의 보험료수입과 보험급여 (지역부문)



주: 건강보험 지역부문의 보험료수입에는 '순수보험료' 외에 '국고지원'과 '담배 부담금지원'이 포함되어 있음

출처: 건강보험통계, 국민건강보험공단 데이터

<그림 3> 건강보험재정의 보험료수입과 보험급여 (직장부문)



출처: 건강보험통계, 국민건강보험공단 데이터

## (2) 2001년 이후의 변화

2000년 후반에 단행된 의약분업은 건강보험재정에 대단한 영향을 미쳤다. 그 영향은 주로 2001년도에 압축적으로 나타나고 있다. 2001년의 보험료 수입은 11조3,227억원이



었는데 보험급여비는 13조1,956억원으로 1조9천억원의 당기적자를 보였다. 더욱이 이는 재정악화에 따른 정부의 긴급 자금투입으로 완화되어 나타난 수치이며 실제의 적자 수준은 이보다 훨씬 컸다.

보험재정의 급격한 악화에 따라 정부는 2001년 5월과 10월 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, 야간 진료 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 지역징수를 제고, 자동이체를 증대, 지역가입자 신규부과자료 적용, 소득 있는 피부양자의 가입자 전환, 지역·직장간 보험료의 합리적 조정, 지출억제 측면에서 이루어진 진료비 부담내역 통지 강화 및 수진자조회 업무 확대, 부당청구 방지, 부당수급 관리업무 강화, 의료기관 경영분석 및 원가분석, 관리운영비 절감 대책 등이 그것이다.

특히 2002년에는 1월에 「국민건강보험재정건전화특별법」이 제정되어 지역보험재정에 대한 정부지원 50%가 (40%는 국고지원, 10%는 담배부담금 지원) 법제화되었고, 3월부터 보험료가 6.7% 인상되고 4월부터 보험수가가 2.9% 인하됨에 따라 재정안정화는 가속되었다. 2001년의 그나마 완화된 재정적자, 2002년 이후의 수지균형 내지 당기 이익으로의 급격한 전환에는 순수보험료 수입의 증가 외에도 보험재정국고지원의 증가(국고지원액은 2001년 2조4,666억원, 2002년 2조4,448억원, 2003년 2조6,429억원)와 담배부담금의 추가적 지원(2002년 4,392억원 및 2003년 6,446억원)이 한몫했다(그림 4). 2002년 4월에는 보건복지부의 「국민건강증진 종합대책」에서 재정안정을 위한 3차 추가대책이 이루어졌다.

이상 본 바와 같이 의약분업의 시행을 전후해서 보험재정에 큰 변화가 있었다. 의약분업을 전후한 변화는 크게 ① 순수한 의약분업의 영향, ② 약제비 보험급여 적용에 따른 영향, ③ 기타요인에 의한 영향으로 나누어볼 수 있다. 첫째의 순수한 의약분업의 영향이란 의사에게서 진찰과 의약품조제(판매)를 받고 약사에게서도 상담과 의약품조제(판매)를 받던 과거의 방식과는 달리, 의사에게서 진찰과 처방을, 약사에게서 의약품

조제(판매)를 받는 방식으로 강제화 됨에 따라서 생기게 된 진찰, 처방, 의약품조제(판매)의 빈도 내지 배분상의 변화에 따른 보험재정상의 변화를 말한다. 둘째의 약제비 보험급여 적용에 따른 영향이란 과거에는 약사에 의한 상담과 의약품조제(판매)에 맡겨서 비급여항목으로 되어 있던 의약품들이 이제는 보험급여의 대상으로 되게 됨에 따라서 생긴 보험재정상의 변화를 말한다. 세 번째의 기타요인에 의한 영향이란 2000년부터 2001년까지 4차에 걸친 32%의 보험수가 인상과 같이 의약분업의 시행과 연계되어 발생하긴 했지만 의약분업의 본질과는 직접적인 관계가 없는 다분히 1회적 성격의 사건에 따른 변화를 말한다.

‘② 약제비 보험급여 적용에 따른 영향’은 어찌 보면 보험급여의 확대과정의 하나일 뿐이므로 순수한 의약분업 자체의 효과로 볼 수는 없다. 따라서 장기적으로는 ‘① 순수한 의약분업의 영향’만을 의약분업의 보험재정에 대한 영향으로 간주하는 것이 옳을 것이다. 하지만 ‘② 약제비 보험급여 적용에 따른 영향’은 의약분업의 시행과 동시에 이루어졌을 뿐 아니라 그 관련성을 전적으로 부인하기 힘들고 의약분업이 지속되는 한 유지될 수밖에 없다. 이런 점에서, 의약분업의 영향은 좁게는 ‘① 순수한 의약분업의 영향’만으로 넓게는 여기에 ② 약제비 보험급여 적용에 따른 영향을 추가한 것으로 볼 수 있다. 이렇게 볼 때 2001년 이후의 제반 단기 처방에 따라 2002년부터 보험재정이 급격히 호전되고 있는 것은 역으로 의약분업을 전후해서 발생했던 급격한 보험재정의 악화가 의약분업의 영향이기보다는, ③ 기타요인에 의한 영향이었을 가능성 즉, 다분히 1회적 성격의 현상이었음을 반증하고 있다고 할 수 있다.

건강보험 조식이 통합된 2000년 7월 이후, 특히 재정이 통합된 2003년 7월 이후에는 형식적으로는 직장과 지역을 구분하는 것이 의미가 없으나, 보험료부과체계의 통합이 불가능한 상황에서는 직장과 지역 부문을 구분해서 수지상황을 볼 필요가 남게 된다. 직장부문의 수지상황은 그림 3에서 보듯이 2001년 1조6,518억원의 큰 적자가 불과 1년 만인 2002년 1,194억원의 소규모 적자로, 2003년에는 1조5,555억원이라는 엄청난 흑자로 급격히 호전되었다. 지역부문의 경우도 그 규모는 다르나 2001년 2,221억원의 적자가 2002년부터 1,075억원의 적자로 축소된 뒤, 2003년에는 5,794억원의 큰 흑자를 기록한 점에서는 직장부문과 대동소이했다. 다만 지역부문의 이러한 당기흑자는 순수보험료에 의한 것이었다기보다는 보험재정국고지원의 급격한 증가에 기인한 것이다.

그림 4에서 보듯이 건강보험 재정을 위한 정부의 지원은 2003년 현재 3조4,238억원에 달했다. 이 중 국고지원은 2조7,792억원(보험재정 지원 2조6,429억원, 관리재정 지원 1,364억원)이고 담배부담금 지원이 6,446억원이었다. 1988년 지역의료보험 도입과 함께

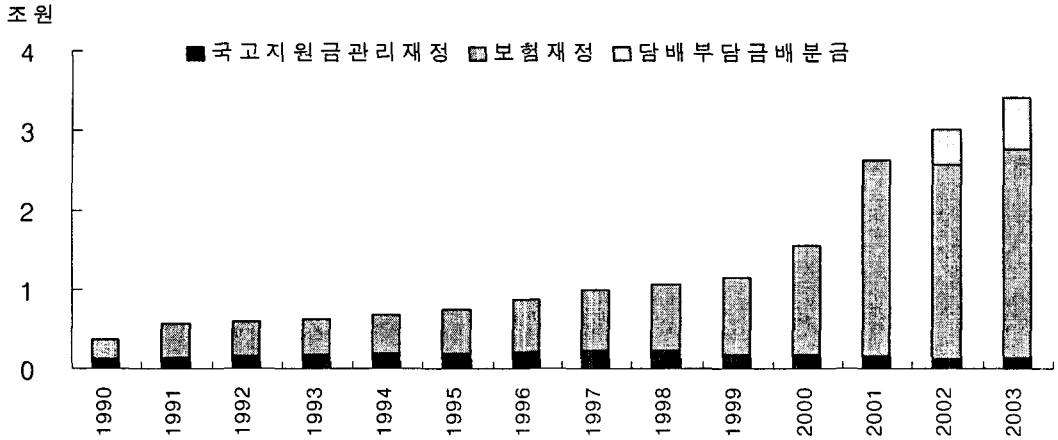
시작된 보험재정에 대한 국고지원은 도입 초기에는 지역의료보험 총지출의 50%를 상회하였으나 계속 하락하여 1994년부터는 40%를 하회하기 시작했고 1997년부터는 30%를 밑돌게 되었다. 그 뒤 국고지원의 규모는 건강보험 통합과 의약분업 파동을 겪으면서 1999년 9,856억원에서 2000년 1조3,810억원, 2001년 2조4,666억원으로 급격히 늘어났다.

특히 2002년부터는 담배부담금이 보험재정을 위한 용도로 배당이 되면서 국고지원을 대체하는 경향을 보이고 있다. 그림 4에서 보듯이 2002년도의 경우 보험재정을 위한 국고지원은 2조4,448억원으로 2001년보다 오히려 217억원이 줄어들었는데 담배부담금 재원으로 4,392억원이 지원됨으로써 (지역 1,976억원, 직장 2,416억원) 이를 대체하고 있다. 2003년의 경우에도 보험재정은 2조6,429억원으로 큰 변화가 없는데 비해 담배부담금 지원은 6,446억원(지역 2,862억원, 직장 3,584억원)으로 큰 증가를 보였다.

지역의료보험에 대한 일괄적인 지원은 의사, 변호사 등 전문직 고소득 자영업자와 일반 직장인 간의 형평성 문제를 야기할 뿐 아니라, 특히 통합건강보험체제 하에서는 논리적인 근거가 희박해진다. 과거에는 그나마 지역조합의 구성비율에서 노인 등 취약계층의 비중이 높다는 점에서 지원의 명분을 찾을 수 있었지만 재정까지 통합되어 있는 이제는 더 이상 그러한 명분의 근거도 없어져 있다. OECD(2003)에서도 이러한 국고지원은 저소득 취약계층 등의 목표그룹에 대한 지원(targeted subsidy) 방식으로 바뀌어야 함을 지적하고 있다.

2004년도의 보험재정의 자금수지 예상치에 따르면, 보험료 등 수입총액은 18조7천억원, 보험급여비등 지출총액은 17조3천억원으로 1조4천억원 정도의 당기흑자가 발생해서 누적적자는 2004년 안으로 거의 해소될 것으로 보인다. 이러한 변화는 우리의 건강보험 정책의 기초에 중대한 변화를 요구하고 있다. 1990년대 중반 이래 보험급여의 확대를 보험료 수입 등이 따라가지 못해서 보험재정이 악화되었고, 의약분업을 전후해서 생기게 된 급작스런 보험지출의 확대에 의해 보험재정의 파탄이 발생하게 되었다고 한다면, 보험재정이 당기흑자를 보이고 있는 지금은 재정파탄 이래 대중요법식으로 단행되었던 보험급여 억제책을 시급히 재검토하고 보험정책의 기초를 「보험재정의 안정」에서 「보험급여의 정상화」로 전환해야 할 시점인 것이다(정형선, 2004).

<그림 4> 건강보험재정에 대한 정부지원의 연차 변화



출처: 국민건강보험공단

## 2. 의료급여의 재정

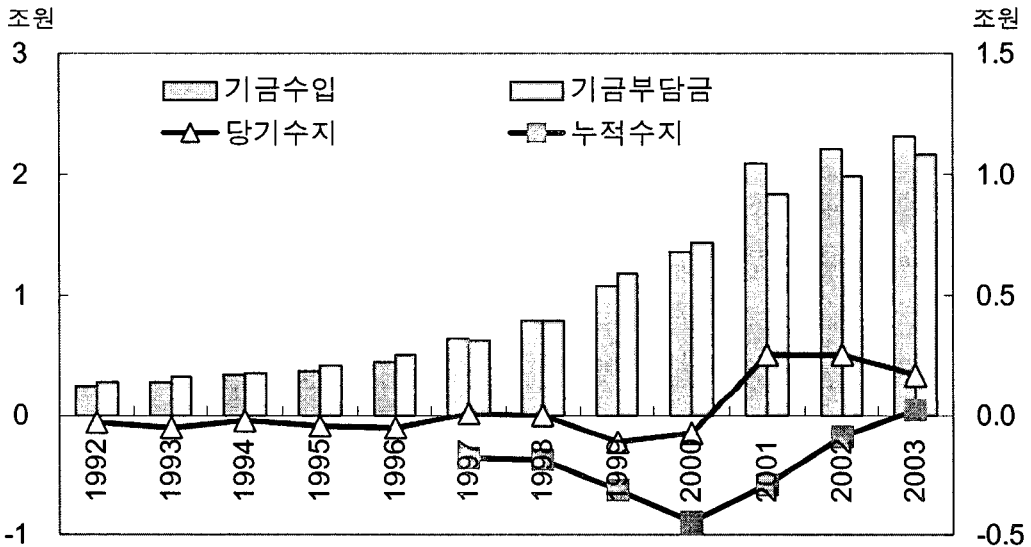
2003년말 현재 의료급여 수급자수는 1,454천명으로 전체 인구의 3.0%를 차지하고 있다. 그 중 1종은 86만7천명, 2종은 58만7천명이다. 의료급여비용의 지급 재원을 충당하기 위하여 시·도에는 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하도록 되어있다(의료급여법 제25조). 각 시·도는 의료급여기금에서 보건복지부로부터 통보된 월별 예탁금액을 국민건강보험공단에 예탁하고 공단은 심사평가원의 심사결과에 따라 의료급여비용을 지급하게 된다.

의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체출연금을 주재원으로 하여 구성되는데 광역시·도는 국고 80% 지방비 20%, 서울특별시는 국고 50% 지방비 50%의 비율로 되어 있다. 지방자치단체의 출연금 중에서 현재 특별시 및 광역시의 자치구는 부담을 하지 않고 서울특별시와 광역시가 50%와 20%를 다 부담하나, 도의 경우는 도가 14-16%를, 시가 6%를, 군이 4%를 부담한다.

의료급여기금이 기금부담금(기관부담금)으로 의료기관 등에 지불되어야 할 금액보다 적으면 진료비체불이 발생하게 된다. 그림 5에서 보듯이 1990년대에는 줄곧 의료급여기금의 조성을 위한 예산이 기금부담금에 미치지 못해서 진료비의 체불이 계속되었으며 이는 끊임없는 민원의 대상이 되었다. 이러한 당기 지출초과 현상은 2000년까지 이어지다가 4천5백억원의 추경예산을 편성한 2001년부터 당기 수입초과로 돌아서게 되었

다. 그 결과 2001년 2,528억원, 2002년 2,295억원, 2003년 1,417억원의 당기 수입초과를 이루었고, 이에 따라 2000년 4,514억원에까지 달했던 의료급여의 누적미지급액은 2002년 2,895억원, 2003년 902억원으로 줄어들다가 마침내 2003에는 미지급액이 해소되게 되었다.

<그림 5> 의료급여기금의 수입과 지출



출처: 의료급여통계, 보건복지부 내부 자료 등 재구성

의료급여제도의 기금부담금은 정부예산에 의해서 충당되도록 법에 의해 규정되어 있기 때문에 체불이 일정 기간 문제가 될 수는 있어도 장기적으로는 재정의 수지가 해결되도록 되어 있다. 다만, 의료급여의 지출규모와 이에 따른 기금부담금의 규모는 결국 정부예산의 부담을 의미하므로 정부로서는 이러한 지출이 효과적이고 효율적으로 이루어지고 있는 것인지를 끊임없이 검토하지 않을 수 없게 된다. 즉, 의료급여제도에 있어서의 재정의 문제는 결국 수입보다는 지출의 문제에 초점이 모아진다.

의료급여 지출 규모는 1990년대 전반부에는 10%대의 연간증가율을 보였으나, 1990년대 후반부에 들어와서는 연간증가율 20%대(1999년의 경우는 48%)의 급격한 증가를 보였다. 1990년대 후반의 의료급여(의료보호) 진료비 증가의 원인은 의료급여(의료보호) 대상자 수의 증가에서도 찾을 수 있지만 1인당진료비의 증가에 기인한 부분이 더 크다 (신영석, 2003). 이러한 1인당진료비의 증가는 1종수급자수와 노인수급자수의 증가 등을 반영한 수급자의 의료이용량의 증가, 의료이용당 진료비의 증가에 의해 초래

된 것으로 파악할 수 있다. 다만, 2001년에 단행된 건강보험재정안정화 대책 등의 영향으로 2002년에는 이러한 지출 증가세가 둔화되었다.

2003년 의료급여 수급자의 1인당 진료비는 152만4천원(1종 208만2천원, 2종 69만7천원)으로 건강보험 44만원의 3.5배였다(표 3). 이를 다시 입원과 외래를 구분하여 살펴보면, 먼저 입원 1종은 103만1천원, 입원 2종은 23만원으로, 건강보험 1인당 입원진료비(11만6천원)의 8.9배와 2.0배에 해당하는 높은 금액이었다(그림 6). 외래의 경우는 의료급여 1종이 105만1천원, 2종이 46만7천원으로 건강보험 32만4천원의 1.5-3배 수준이었다(그림 7). 1종 수급자가 의료니드가 큰 인구구성을 이루고 있다고 하더라도 1종과 2종 수급자 사이의 현격한 진료비 차이는 1종 수급자의 경우 법정본인부담이 없는 데 따른 도덕적 해이가 작용하고 있을 가능성과, 한편으로 2종 수급자의 경우 법정본인부담이 의료에의 접근성에 장벽으로 작용하고 있을 가능성을 동시에 보여준다.

<표 3> 의료급여 및 건강보험의 1인당 진료비(전체)

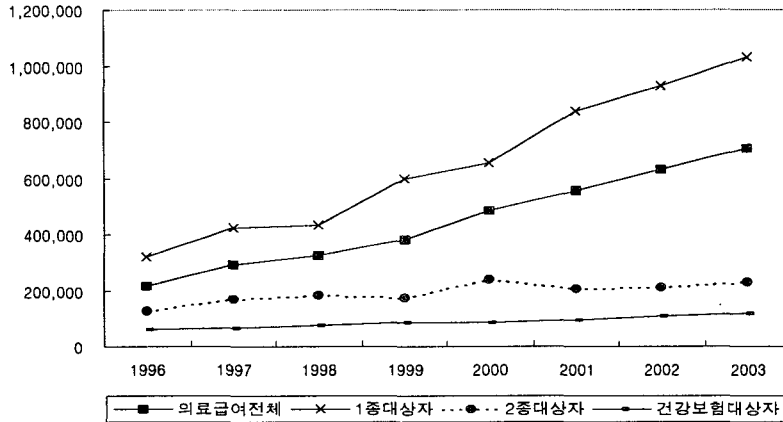
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자		건강보험	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
1996	416,219		599,104		273,253		166,439	
1997	575,122	38.18	795,606	32.80	373,925	36.84	190,823	14.65
1998	634,447	10.32	816,730	2.66	414,202	10.77	218,202	14.35
1999	754,062	18.85	1,118,736	36.98	407,806	-1.54	251,853	15.42
2000	953,969	26.51	1,231,485	10.08	591,787	45.11	279,219	10.87
2001	1,258,988	31.97	1,472,226	19.55	640,558	8.24	384,213	37.60
2002	1,429,933	13.58	1,757,930	19.41	695,645	8.60	412,019	7.24
2003	1,523,513	6.54	2,082,253	18.45	697,232	0.23	440,356	6.88
평균증가율		20.37		19.48		14.32		14.91

출처: 신영석 외, 2004

<그림 6> 의료급여 및 건강보험의 1인당 진료비(입원)

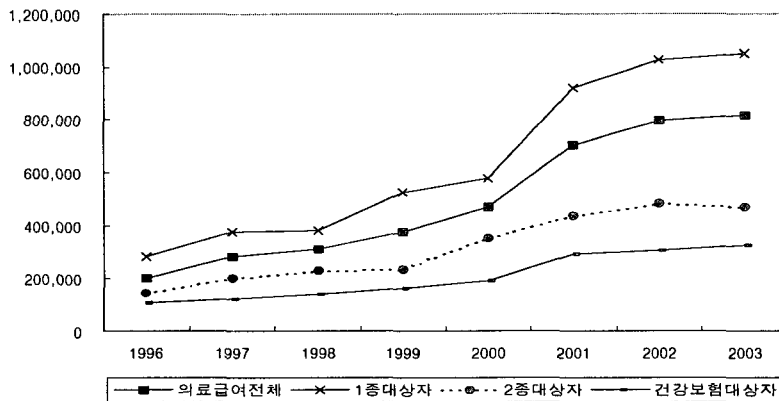
(단위: 원)



출처: 신영석 외, 2004

<그림 7> 의료급여 및 건강보험의 1인당 진료비(외래)

(단위: 원)



출처: 신영석 외, 2004

## 참 고 문 헌

- 국민건강보험공단, 건강보험백서, 2004
- 박종연, 엄의현, 서남규, 건강보험 관리운영비 추이분석, 국민건강보험공단, 2003.
- 신영석, 백화중, 이현주, 이연희, 신윤정, 홍석표, 신현웅, 의료급여제도 시행평가 연구, 한국보건사회연구원, 2003
- 신영석, 이현주, 이연희, 신현웅, 정형선, 윤석준, 차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안, 한국보건사회연구원, 2004
- 정형선, "의료보장성 및 의료보장의 실효급여율에 관한 연구", 보건경제과 정책연구, 10(1), 2004a.
- 정형선, 건강보험 기본급여의 우선순위, 보건행정학회지, 14(2), 2004b
- OECD, System of Health Accounts, Paris, 2000
- OECD, OECD Reviews of Health Care Systems: Korea, Paris, 2003