


장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석

2002. 12

金宗勉

 한국조세연구원

서 언

국가예산은 국정운영 계획의 수치적 표현이며, 이러한 시각의 연장선상에서 중기재정계획은 중장기적인 국정운영의 틀을 제시하고 있다고 해석할 수 있다. 이러한 관점에서 본 우리나라의 중장기 재정현안은 크게 세 가지 축을 중심으로 자원배분을 어떻게 관리할 것인가로 요약된다고 할 수 있겠다. 첫째, 이미 발생된 비용을 향후 어떻게 관리할 것인가의 문제로, 외환위기 극복과정에서 투입된 금융부문 구조조정 비용의 상환이 있다. 둘째로, 미래의 성장 원동력 구축·확보를 위한 투자비용을 들 수 있겠다. 물류비용 절감이나 장래 동북아 물류중심기지 구축을 위한 각종 사회간접자본 투자가 이에 포함되며, 아울러 6T 등 신기술에 대한 투자를 들 수 있겠다. 마지막으로, 고령화와 최근 도입·개선된 여러 정책 등의 영향으로 급증할 것으로 예상되는 사회보장 비용을 들 수 있으며, 이는 다시 크게 국민연금, 건강보험 등 보건의료비, 기초생활보장 등 저소득층에 대한 지출의 세 부문으로 나누어 생각할 수 있다.

이 중 의료비 증가가 상당한 사회적 부담으로 작용하고 궁극적으로는 재정을 압박할 수도 있다는 가능성이 인식된지는 오래이나, 사회전반에서 이를 심각한 문제로 인식하게 된 것은 의약분업 등의 영향으로 건강보험 수지가 급속히 악화된 이후라고 하겠다. 그 결과 수립된 건강보험 재정안정 종합대책에서 2006년까지 건강보험 재정 전망을 제시한 것은 중장기 재정운영의 관점에서 보면 매우 중요한 진전임에 틀림없다. 그러나 보건의료 이외의 중장기 재정현안에서는 향후 20~30년에 걸친 장기간의 분석과 계획이 거론되고

있음을 감안하면, 건강보험이 국가재정에 주는 부담에 대해서도 타 부문에 상응하는, 보다 장기간에 걸친 분석이 필요하다.

이러한 맥락에서 건강보험이 국가재정에 주는 장기적인 잠재부담을 분석한 본 보고서는 매우 시의적절하다고 할 수 있다. 특히 건강보험이나 보건의료부문의 정책당국자들에게 참조가 됨은 물론, 중장기 경제정책이나 재정계획 수립에 있어서 타부문과의 자원배분 우선순위 조정에 필요한 중요한 자료라고 사료된다. 또한, 보건의료 부문이나 사회보장부문 지출의 문제들이 각 부문 고유의 문제로만 국한되어 인식되지 않고 재정 본연의 중요한 문제로서 국가경제와 재정이라는 거시적인 관점에서 본격적으로 논의되는 계기가 되기를 바란다.

본 보고서는 본 연구원의 김종면 박사가 집필하였으며, 이정미 주임연구원과 홍유남 연구조원이 자료수집과 원고정리에 수고를 아끼지 않았다. 저자는 미흡한 초고에 대한 조연과 심사평을 통하여 보고서의 방향설정을 명확히 하고 분석의 정확성을 높이는 데 크게 도움을 준 본 연구원의 전병목 박사와 한국보건사회연구원의 신영석 박사께 감사를 드리며, 익명의 두 심사자의 값진 평가가 보고서의 최종 마무리에 크게 기여했음을 밝힌다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자의 개인적인 의견이며 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2002년 12월

韓國租稅研究院

院長 宋 大 熙

<요약 및 정책시사점>

1. 요약

우리 사회의 보건·의료부문 지출이 향후 급격히 증가할 가능성이 높다는 것은 이미 새삼스러운 이야기가 아니다. 보건·의료부문의 급속한 팽창에 따라 관련 산업, 의료서비스 전달체계, 보험을 비롯한 재원조달 방식 등 체제·제도에 대한 정책논의가 활발하게 진행되고 있다. 이러한 정책논의는 다각도에서 펼쳐지고 있으나, 지금까지는 주로 보건·의료부문 이내의 문제에 국한되는 경향이 있었다.

반면, 경제·사회 전반이나 보건·의료 이외의 타부문과의 연계성에 초점을 둔 주제에 대한 정책논의는 상대적으로 미흡하였다고 볼 수 있다. 특히 보건·의료부문 지출이 급증함에 따라 궁극적으로 국민 개개인의 부담이 증가함은 물론, 대부분의 국가에서 그러하듯 우리나라에서도 공공부문이 보건·의료부문에서 차지하는 비중이 결코 작지 않다는 점을 감안할 때, 향후 예상되는 보건·의료부문 지출의 급증은 재정문제라는 시각에서 접근하여 검토할 필요가 있다.

즉 보건·의료부문의 지출이 경제 전체와 공공부문 지출에서 차지하는 비중이 증가함에 따라, 몇 가지 중요한 재정운영 문제가 발생하는 것이다. 우선 보건·의료부문 지출이 전반적인 재정규모 증가보다 빠르게 증가하기 때문에 재정수지 관리에 직접적

인 압박요인으로 작용하게 된다. 이는 재정적자나 부채관리라는 거시적인 문제가 됨은 물론, 부문간 자원배분의 문제로 곧바로 이어진다. 계속적으로 증가하는 보건·의료부문 지출에 따른 재정압박을 감당하기 위하여 타부문이 재정에서 차지하는 비중을 상대적으로 얼마나 축소조정하여야 하는가를 판단할 필요가 생기며, 보건·의료 문제만큼이나, 또는 그 이상 시급하고 중요한 다른 현안들과 비교하여 국가재원을 어떻게 배정하는 것이 적정한가라는 자원배정의 우선순위를 고심하여야 한다. 이러한 점을 고려할 때 재정당국으로서는 건강보험 재정에 대하여 2020~2030년 정도까지의 장기적인 전망을 필요하게 되는 것이다.

본 보고서는 이러한 맥락에서 향후 보건·의료부문 지출의 장기전망과 건강보험의 잠재적인 장기재정 압박을 분석하고자 한다. 제II장에서 우선 건강보험의 현황을 가입인구와 재정현황을 중심으로 간략히 살펴본다. 1988년 이래 전국민이 의료보험의 혜택을 받게 되었으며, 공·교보험이 직장보험에 최근 통합됨으로써 건강보험은 직장보험과 지역보험이 서로 비슷한 비중을 차지하며 운영되고 있다.

제III장에서는 건강보험의 향후 수입을 논하기 위하여 보험료 부과체계를 분석한다. 직장보험의 경우 보험료 부과체계는 소득 비례정률제가 가장 주된 특징이며, 이는 곧 건강보험 재정에서 구조적으로 적자가 발생하는 주요인으로 작용하게 된다. 즉 GDP에서 근로소득이 차지하는 비중이 1990년 이래 선진국에서와 같이 안정된 추세를 보이고 있으므로, 소득비례정률제하에서는 직장보험의 총보험료 수입은 근본적으로 GDP와 같은 속도로 변화하게 되어 있다. 반면, 의료비 및 건강보험 지출은 GDP보다 빠른 속도로 증가한다는 것이 우리나라나 선진국에서나 과거 수

십년간의 공통된 경험이므로, 지역보험의 수지균형을 위해서는 소득수준이 향상되면서 지속적으로 보험료율을 인상하는 것이 불가피하게 된다. 지역보험의 경우 보험료 부과체계가 직장보험에 비하여 상당히 복잡하나, 보험료 부과의 취지를 살펴보면 부담능력에 따라 직장보험과의 형평성을 확보하는 것을 원칙으로 하고 있으므로 직장보험에서와 같은 시사점이 적용된다고 볼 수 있다.

제IV장에서는 건강보험의 지출 전망을 논한다. 현재 재정기획에서 요구되는 20~30년이라는 장기간에 걸쳐 건강보험 재정수지나 의료비를 예측한다는 것은 기존의 보편적인 접근방식으로서 거의 불가능하다고 할 정도로 매우 어려운 일이다. 따라서 3~5년 정도의 비교적 단기전망에서 요구되는 정확도를 다소 포기하는 대신, 제도의 특성이나 경험적 상관관계를 단순화하여 OECD국가의 과거 30년간 경험에 대한 통합시계열 회귀분석을 통하여 거시적 접근을 시도하였다. 그 결과, 우리나라는 소득수준, 노령화, 보건의료 체계의 특성 등을 감안하여도 OECD국가에 비해서 상대적으로 낮은 수준에서 의료비 지출이 결정됨을 알 수 있었다.

제V장에서는 향후 우리나라의 GDP성장률과 인구구조의 노령화 진척에 대한 장기 전망을 제IV장의 결과에 대입함으로써 우선 국민의료비의 향후 장기 추이를 구하였다. 우리나라의 향후 GDP 성장률과 노령화 속도가 제IV장의 분석에서 사용한 선진국보다 상당히 높기 때문에 국민의료비가 상당히 빠른 속도로 증가할 것으로 예상되었으며, 65세 이상 인구의 비중으로 나타낸 인구구조의 노령화가 소득수준 향상과 비슷한 정도로 의료비 증가에 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

이와 같은 방법으로 도출된 국민의료비 전망에 추가적으로 국

민의료비 중 공공부문 의료비의 비중과 공공부문 의료비 중 건강보험이 차지하는 비중, 그리고 건강보험 중 지역보험의 비중에 대한 가정을 도입하여 2050년까지의 지역보험 지출 규모 및 지역보험에 대한 국고지원 규모를 추정하였다. 또한 건강보험 재정안정 종합대책이 완료되는 2006년 이후에 건강보험 재정수지균형을 유지하는 데 필요한 건강보험 보험료율 인상폭을 구하였다.

2. 정책시사점

본 보고서의 분석결과를 살펴보면, 의약분업으로 이후 폭발적으로 증가한 건강보험 적자에 대응하여 채택된 건강보험 재정안정 종합대책에서 제시된 목표, 즉 2006년까지 건강보험의 누적 적자를 해소하고 수지균형을 이루는 것이 무난하리라고 예상된다. 그러나 건보재정안정 종합대책이 계획대로 5년 이내에 누적 적자를 해소하고 수지균형을 회복하여도 국가재정에 대한 상당한 부담이 있을 것으로 전망된다.

이의 원인은 두 가지로 요약할 수 있는바, 첫째, 건강보험료 수입 징수체계가 근본적으로 정률소득세와 같은 체계이므로, 요율 인상 없이는 보험료 수입의 증가는 GDP 증가율과 대체로 같은 속도일 수밖에 없다는 사실을 들 수 있다. 이에 반해 의료지출은 거의 예외없이 GDP 증가율보다 빠른 속도로 증가하여, 보험료율이 적정 수준으로 계속 인상되지 않는 한 구조적으로 적자가 발생할 가능성이 항상 있게 되는 것이다. 따라서 매년 8~9%씩 보험료율을 인상하는 건강보험 재정안정 종합대책이 완료되는 2006년 이후에도 건강보험 수지균형 유지를 위하여 지속적으로 연평균 3% 이상 보험료율이 인상되어야 할 전망이다.

둘째, 2002년 1월 19일의 국민건강보험재정건전화특별법 제15조에 따라 지역보험 지출의 50%를 국고보조하게 되어 있으며, 이에 따라 건강보험이 수지균형을 유지한다고 해도, 건강보험의 지출규모가 절대수준은 물론, GDP 대비 상대규모가 계속 커질 것으로 예상되므로, 국가재정에 대한 부담이 지속적으로 증가할 것으로 보인다. 현재 건강보험에 대한 국고지원은 예산의 2~3% 수준이나, 2050년 경에는 예산의 8~9%까지도 증가할 수 있을 것으로 보인다.

요약하자면, 건강보험에 대한 국고지원이나 지속적으로 효율인상이 필요한 보험료나 국가재정과 보험가입자 개개인에게 공히 상당히 큰 부담이 될 것으로 전망된다. 그러나 이에 대해 한편으로는 재정에서 부담하는 것이 불가능하다고 우려하는 비관적 시나리오보다는 비교적 부담이 적을 것이라는 해석도 가능하다. 이러한 결과는 보기에 따라 낙관적인 것이라고 생각하여 우선 안도할 수도 있으나, 그러기에 앞서 본 보고서의 분석과정에서 암묵적으로 도입된 가정들을 다시 생각해볼 필요가 있다. 특히 회귀분석에 사용된 자료를 생각해볼 때, 고소득 수준에서의 의료비 지출 행위는 주로 선진국의 지난 10여 년간의 경험이 반영된 것으로서, 이는 이들 국가들이 폭증하는 의료비를 통제하기 위하여 지속적으로 대대적인 의료개혁을 시행한 결과라는 점을 상기할 필요가 있다. 따라서 본 보고서에서 제시한 건강보험의 장기재정 부담은 중장기 재정에 관심이 있는 측에게는 일말의 안도감을 제공할 수도 있으나, 본 보고서에서 제시된 '낙관적'인 결과가 실현되도록 보건·의료 정책을 책임지는 당국자에게는 보건·의료 체계의 합리화와 비용상승 억제를 위해 배가의 노력을 요구한다고 해석할 수 있다.

목 차

I. 서론	17
1. 배경 및 문제제기	17
2. 중장기 재정 현안과 보건·의료부문 지출	20
3. 보건·의료비 증가의 재정부담	21
II. 건강보험 체계 및 현황	25
1. 개요	25
2. 적용인구 현황	27
3. 건강보험의 재정현황	29
III. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석	31
1. 직장가입자의 보험료부과체계	32
2. 지역가입자의 보험료부과체계	36
3. 건강보험 수입과 지출의 구조적 불균형	43
4. 건강보험통합 및 의약분업의 영향	46
5. 소결	49
IV. 의료비 지출	52
1. 접근방법	52
2. 자료	54
3. OECD 국가의 경험을 반영한 모형	59

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망	76
1. 국민의료비 예측	76
2. 건강보험의 장기재정부담 전망	81
VI. 결론	92
참고문헌	95
부록 : 의료비 지출의 장기변화와 연관된 제도적 특성 요약 ...	100

표 목 차

<표 II- 1> 건강보험의 재원과 급여	27
<표 II- 2> 건강보험 적용인구 현황(가입자 기준)	28
<표 II- 3> 연도별 건강보험재정 현황	29
<표 III- 1> 보험료 산정시에 포함 여부에 따른 보수 분류	32
<표 III- 2> 보수 과년 자료가 없는 근로자에 대한 보험료부과 기준	33
<표 III- 3> 표준보수월액표(요약)	34
<표 III- 4> 직장 및 공교의료보험 보험료율의 변화추이	35
<표 III- 5> 소득등급별 점수(요약)	38
<표 III- 6> 재산등급별 점수(요약)	38
<표 III- 7> 경제활동참가율의 구간별 점수표	39
<표 III- 8> 지역의료보험료 산정에 사용 가능한 자료	40
<표 III- 9> 지역과 직장·공교의료보험 간 형평계수 산정 원칙	42
<표 III-10> 연도별 지역보험 국고지원율	43
<표 III-11> 피용자보수비율의 변화추이	45
<표 III-12> 직장의료보험료 수입의 변화요인 분석	46
<표 III-13> 건강보험보험료 수입추이	48
<표 III-14> 연도별 건강보험 재정추계 (건강보험 재정안정 종합대책)	49
<표 IV- 1> OECD Health Data 2000에 포함된 변수 요약	56
<표 IV- 2> OECD 국가별 일인당 국민소득 변동추이	64
<표 IV- 3> 국민의료비의 단순회귀분석	66

<표 IV- 4> 의료비 및 보험지출에 영향을 줄 수 있는 의료체계의 국가별 분류	70
<표 IV- 5> 국민의료비 결정의 통합시계열회귀분석	73
<표 V- 1> 우리경제의 중장기 거시전망(한국조세연구원)	78
<표 V- 2> 총인구 중 65세 인구 비중의 추이	79
<표 V- 3> 1인당 GDP 전망	79
<표 V- 4> 국민의료비 전망(2001~2050)	80
<표 V- 5> 건강보험 지출 및 국고지원 규모 전망(2001~2050)	85
<표 V- 6> 5인 미만 사업장의 직장보험 전환의 영향	87
<표 V- 7> 건보재정 균형을 위한 보험료율 인상률과 예상 보험료율	91

그 립 목 차

[그림 II-1] 건강보험체계	25
[그림 III-1] 지역가입자의 보험료 부과체계	36
[그림 III-2] 과세소득 수준에 따른 보험료 부과방식	37
[그림 III-3] 향후 소득과약을 제고에 따른 지역보험료 산정 기준	41
[그림 IV-1] 1인당 국민의료비와 GDP의 관계	61
[그림 IV-2] 국민의료비와 소득의 분포(1960~2000)	65
[그림 IV-3] 로그변환 국민의료비와 소득의 분포(1960~2000)	65
[그림 IV-4] 연도별 OECD 국가 총인구 분포	67
[그림 IV-5] OECD 국가의 65세 이상 고령화비율 (인구가중평균)	69

[그림 V-1] 고령화 비중 추계(2000~2050)	78
[그림 V-2] OECD 국가의 공공의료비/국민의료비 비중	82
[그림 V-3] 공공의료비 비중에 대한 가정	83

I. 서 론

1. 배경 및 문제제기

우리 사회의 보건·의료부문 지출이 향후 급격히 증가할 가능성이 높다는 것은 이미 새삼스러운 이야기가 아니다. 보건·의료부문의 급속한 팽창에 따라 관련 산업, 의료서비스 전달체계, 보험을 비롯한 자원조달 방식 등 체제·제도에 대한 정책논의가 활발하게 진행되고 있다. 이러한 정책논의는 다각도의 시각에서 펼쳐지고 있으나, 지금까지는 주로 보건·의료부문 이내의 문제에 국한되는 경향이 있었다. 반면, 경제·사회 전반이나 보건·의료 이외의 타 부문과의 연계성에 초점을 둔 주제에 대한 정책논의는 상대적으로 미흡하였다고 볼 수 있다. 특히 보건·의료부문 지출이 급증함에 따라 궁극적으로 국민 개개인의 부담이 증가함은 물론, 대부분의 국가에서 그러하듯 우리나라에서도 공공부문이 보건·의료부문에서 차지하는 비중이 결코 작지 않다는 점을 감안할 때, 향후 예상되는 보건·의료부문 지출의 급증은 재정문제라는 시각에서 접근하여 검토할 필요가 있다.

즉, 보건·의료부문의 지출이 경제 전체와 공공부문 지출에서 차지하는 비중이 증가함에 따라 몇 가지의 중요한 재정운영 문제가 발생하는 것이다. 우선 보건·의료부문 지출이 전반적인 재정규모 증가보다 빠르게 증가하기 때문에 재정수지관리에 직접적인 압박요인으로 작용하게 된다. 이는 재정적자나 부채관리라는 거시적인 문제가 됨은 물론, 부문간 자원배분의 문제로 곧바로 이어진다. 계속

적으로 증가하는 보건·의료부문 지출에 따른 재정압박을 감당하기 위하여 타 부문이 재정에서 차지하는 비중을 상대적으로 얼마나 축소조정하여야 하는가를 판단할 필요가 생기며, 보건·의료문제만큼, 또는 그 이상 시급하고 중요한 다른 현안들과 비교하여 국가재원을 어떻게 배정하는 것이 적정한가라는 재원배정의 우선순위를 고심하여야 한다.

최근 의약분업과 건강보험통합 등 보건·의료부문의 2대 개혁의 결과 의료비 지출이 급증하였고 이에 따라 건강보험 재정안정 종합대책에서 2006년까지의 건강보험 재정추계가 제시된 것은 이러한 맥락에서 중요한 진전이다. 그러나 재정 전반에서 외환위기 이후의 금융구조조정 비용과 관련된 국가부채관리가 지금 현안으로 부각되고 있는바, 이러한 논의에서 10~20년이라는 장기간에 걸친 대책들이 제시되고 있음에 비추어 볼 때, 5년 정도의 중기 건강보험재정에 대한 대책은 미흡하다고 판단된다. 일례로 2006년 이후 보건·의료부문, 좁게는 건강보험에서 발생하는 재정압박이 클 경우, 금융부문 구조조정 비용 상환의 시기와 방법을 재검토해야 할 필요성이 발생할 수도 있게 되며, 이러한 가능성을 고려할 때 재정당국으로서 건강보험 재정에 대하여 2020~2030년 정도까지의 보다 장기적인 전망을 필요하게 되는 것이다.

본 보고서는 이러한 맥락에서 향후 보건·의료부문 지출의 장기전망과 건강보험의 잠재적인 장기재정 압박을 분석하고자 한다. 이하 제Ⅳ장에서 보다 자세히 논의하겠으나, 현재 재정기획에서 요구되는 20~30년이라는 장기간에 걸쳐 건강보험 재정수지나 의료비를 예측한다는 것은 기존의 보편적인 접근방식으로서 거의 불가능하다고 할 정도로 매우 어려운 일이다. 우선 한 사회나 국가 단위의 의료비 지출추이를 설명·예측할 수 있는 이론·모형이 우리나라 뿐 아니라 어느 나라에서도 아직 부재하며, 우리나라의 경우 축적된 시계열자료가 비교적 짧다는 문제도 있다.

그러나 무엇보다도 아직도 우리의 공공의료보험체계가 매우 큰 변화의 와중에 있고, 이러한 변화들이 향후 건강보험 재정수지의 향배를 결정하는 가장 큰 요인으로 작용할 것이라는 점을 들 수 있다. 이렇게 앞으로 있을 제도와 체계의 변화들을 예상하여 그 영향을 정확히 반영한 장기전망을 기대하기 어려우며, 혹자에 따라서는 이렇게 도출된 장기전망이 무의미하다고 평가하여도 사실 반박하기 어렵다.

그러나 장기재정 기획에서 요구되는 수치를 제시하는 것이 전혀 불가능하지만은 않다. 장기재정 기획에서는 정확한 절대액보다는 건강보험 재정부담의 GDP 대비 비중과 장기 증가추세가 필요하기 때문이다. 따라서 3~5년이라는 비교적 단기전망에서 요구되는 정확도를 다소 포기하는 대신, 제도의 특성이나 경험적 상관관계를 단순화함으로써, 향후 우리 경제가 공공의료보험을 지원하는 데 들어가는 재정부담이 장기적으로 어느 수준에 이를 것인가는 파악할 수 있다. 본 보고서에서는 이러한 접근법을 통하여 건강보험이 장기재정에 줄 수 있는 잠재부담을 분석하여 제시하고자 하며, 기존의 단기전망과 본 보고서에서 장기전망을 위하여 채택한 접근방법이 각기 지니는 한계를 고려할 때, 상호보완적인 관계로 해석할 수 있겠다.

이하 본장에서 중장기 재정의 현안과 건강보험 재정종합 안정대책과 관련하여 보다 구체적으로 문제제기를 하고, 제II장에서 건강보험의 현황을 요약한 후, 제III장과 제IV장에서는 건강보험 수지의 장기전망 도출에 필요한 제도적·경험적 특성을 살펴보기로 한다. 이에 근거하여 제V장에서 국민의료비 전망과 건강보험 장기수지 전망을 제시한 후, 제VI장에서 본 연구의 시사점과 한계를 논하기로 한다.

2. 중장기 재정 현안과 보건·의료부문 지출

전술한 바와 같이 중장기 재정의 문제는 첫째, 재정수지와 국가부채 관리의 거시적 문제이고, 둘째, 경제내 각 부문 간의 자원배분의 규모 및 우선순위의 결정이다. 이러한 관점에서 우리나라의 중장기 재정현안은 1998년에 수립·발표되고 2002년에 수정된 중기재정계획에 상세히 기술되어 있는바, 그 중 주요 문제는 크게 세 가지 비용을 재정이 어떻게 관리할 것인가로 요약된다고 할 수 있겠다. 첫째, 이미 발생한 비용을 향후 어떻게 관리할 것인가의 문제로, 외환위기 극복 과정에서 투입된 금융부문 구조조정 비용의 상환이 있다. 외환위기 이후 지금까지 진행되어 온 여러 논의에서 볼 수 있듯이 이는 주로 재정적자 및 국가부채 관리의 관점에서 문제에 대한 접근이 이루어져 왔다.

둘째로, 미래 성장원동력 구축·확보를 위한 투자비용을 들 수 있겠다. 물류비용 절감이나 장래 동북아 물류중심기지 구축을 위한 각종 사회간접자본 투자가 이에 포함되며, 아울러 6T 등 신기술에 대한 투자를 들 수 있겠다. 이러한 새로운 투자를 위해 감당하여야 되는 비용은 전술한 금융부문 구조조정 비용 상환과 상충되므로 부문 간 자원배분 조정의 문제가 따르게 된다.

마지막으로, 고령화와 최근 도입·개선된 여러 정책 등의 영향으로 급증할 것으로 예상되는 사회보장 비용을 들 수 있으며, 이 역시 전술한 2개 부문의 비용과 자원배분 조정이 필요하다. 사회보장 부문의 비용은 다시 크게 국민연금, 건강보험 등 보건·의료비, 기초생활보장 등 저소득층에 대한 지출의 세 부문으로 나누어 생각할 수 있다.

중장기재정의 현안 세 부문 중 사회보장 분야에 대한 전망과 분석이 상대적으로 가장 미흡하여 보완이 시급한 과제라고 판단된다. 이에 비하여, 금융부문 구조조정 비용관리는 문제에 접근하는 분석

도구, 시각, 필요한 자료 등이 비교적 명확하게 정립되어 있으며, 미래 성장요인에 대한 투자 역시 기존 축적된 산업정책의 경험과 자료를 근간으로 전망·분석에 대한 합리적인 접근이 가능하다고 볼 수 있겠다.

사회보장 분야의 세 가지 비용발생부문 중에서는, 국민연금의 향후 문제점과 개선 대책에 대한 분석이 비교적 활발하게 논의되어 왔다. 이에 비해 건강보험 등 의료비와 기초생활보장제도에 따른 향후 장기지출에 대한 분석은 거의 없다고 해도 과언이 아니다. 즉, 향후 비용증가와 이에 따른 재정부담이 증가할 것이라는 데는 크게 이견이 없으나, 분석에 필요한 통계자료가 타부문에 비하여 상대적으로 미흡하고, 문제에 접근하는 이론적 틀이나 기법에 대해서도 뚜렷한 합의가 아직은 보이지 않는 상황이라고 하겠다. 본 보고서는 이 중 보건·의료부문 및 건강보험 재정의 장기전망을 제시함으로써 재정문제라는 시각에서 의료비 문제에 접근하는 방법을 제시하고자 한다.

3. 보건·의료비 증가의 재정부담

최근 수년간 의약분업, 건강보험통합 등 보건·의료부문의 2대 개혁의 결과로 건강보험 지출이 급증하면서 의료비가 우리 사회의 주요 문제로 이미 대두되었다. 우리의 경제성장 단계 및 고령화의 진척도를 감안할 때 우리 사회가 향후 부담하여야 하는 의료비의 문제가 지금 제기되었다는 사실은 한편으로는 매우 우려가 되면서도, 비교적 이른 단계에서 의료비에 대한 문제가 사회의 본격적인 문제로 인식된 것은 다행이라고 할 수 있다.

이하 제IV장의 계량분석에서 볼 수 있듯이, 유럽이나 영미계통의 선진국과 비교하여 우리나라는 현재 OECD 회원국 중 소득수준과 고령화 진척도가 가장 낮은 국가 중 하나이다. 이렇게 상대적으로

낮은 소득수준과 고령화 정도를 감안하더라도 우리나라는 의료비가 매우 낮은 국가이다. 유럽과 영미계통 국가에서는 지금의 우리보다 소득수준, 고령화 정도, 사회보장 및 의료보험제도가 상당히 앞서 있는 상태에서 1980년 초반 의료비 급증이 사회문제로 대두되었으며, 이에 따라 1980년대 후반에서 1990년대 초에 각 국별로 의료체계와 사회보험의 개혁을 시작하여 1990년대에 보건·의료와 관련된 제도와 정책의 개선을 지속적으로 모색하여 왔다.

선진국의 이러한 경험에 비추어, 우리나라에서는 선진국과 같이 의료비가 본격적인 사회문제로 현실화되기 이전에 초기단계의 사회보장 및 공공의료보험제도를 정비해야 한다는 의견이 제기되어 왔다. 그러나 이러한 우려의 단계를 지나 지금 소득, 고령화, 의료체도의 성숙도 등이 아직 선진국 수준으로 진전되기도 전에 의료비 문제가 이미 사회적으로 주요 현안으로 자리잡았다는 사실은 걱정스러운 일이라 하겠다. 특히 향후 소득증가와 세계적으로 유례가 없다고 할 정도로 급속도로 진행되는 고령화에 따라 우리 사회의 의료비가 빠른 속도로 증가하여 지금보다도 재정에 대한 압박요인으로 크게 작용할 가능성이 있으며, 외환위기 이후의 경제·사회의 구조조정이 아직 완전히 종결되지 않은 상황임을 고려할 때 의료비 증가는 우리에게 더욱 부담스럽게 다가오는 문제라고 할 수 있다. 그러나 같은 문제를 뒤집어 생각해 볼 때, 아직 우리의 고령화 진척도가 낮고 공공의료보험체계의 성숙도가 낮은 단계에서 의료비와 의료체계에 대한 문제제기와 정책대안 모색이 본격화된 것은 다행스럽다고 할 수 있겠다.

의료비 증가가 상당한 사회적인 부담으로 작용하고 궁극적으로는 재정을 압박할 수도 있다는 가능성이 인식된 지는 오래이나, 이에 대해서 심각한 재정 본연의 문제라는 인식보다는 주로 보건·의료 부문에서 고민해야 될 문제로 쉽게 생각하는 경향이 최근까지 있었던 것이 사실이다. 이는 공공부문에서 지출되는 의료비 중 상당한

비중을 차지하는 건강보험이 우리나라에서는 재정의 가장 포괄적인 정의인 통합재정에 포함되지 않는 데서 오는 현상이라고 판단된다. 그러나 통합재정의 취지를 생각해 볼 때 공공부문 지출 중 규모나 기능 어느 면으로도 공공의료보험은 중요한 부문이며, 이 부문이 통합재정에 포함되는 것은 당연하다고 할 수 있다. 실제로 외국의 경우에 대부분 통합재정에 공공의료보험이 포함된다.

그러나 건강보험이 재정에 주는 부담은 더 이상 재정을 어떻게 정의하는가에 따라 달리 생각할 수 있는 문제가 아니다. 보건·의료부문 2대개혁에 따른 건강보험 적자 급증에 대한 대응책으로서 제시된 재정안정종합대책은 5년 이내 건강보험재정 균형회복을 위하여, 2006년까지 매년 건강보험 보험료율을 9% 인상하기로 한 방안 이외에도, 건강보험 지출의 절반을 차지하고 있는 지역보험에 대해 50% 국고지원이라는 방안을 제시하였기 때문이다. 실제로 이 방안이 발표된 이후 2002년 1월 19일에 제정된 국민건강보험재정건전화특별법 제15조에서는 지역보험에 대한 50% 국고지원이 명시되어 있어, 건강보험 지출을 통합재정에 포함시키지 않고 가장 협의의 재정기준을 적용하여도 건강보험으로 인하여 발생하는 재정지출은 상당한 규모에 이를 것으로 보인다.

전술했듯이 건강보험 재정안정 종합대책은 2006년까지 보험료율을 매년 9% 인상한다는 것이 주요 골자 중 하나이다. 그런데 우리나라의 국민의료비는 그 이후에도 빠르게 증가할 것이라고 예상되며, 따라서 건강보험 지출도 건강보험 재정안정종합대책이 해당되는 2006년이라는 기한 이후에도 계속 증가할 가능성이 높다. 만약 건강보험의 재정안정을 유지하기 위하여 보험료율을 계속하여 매년 9% 인상할 수밖에 없다면, 건강보험의 보험료율은 2010년에 현재의 3.63%의 두배인 7.2%에 달할 것이며, 2014년에는 10% 이상으로 증가할 것이다. 보험료를 내는 소득자 개개인의 입장에서 볼 때는 결코 적지않은 규모의 재정부담이며, 이에 따른 저항 때문에

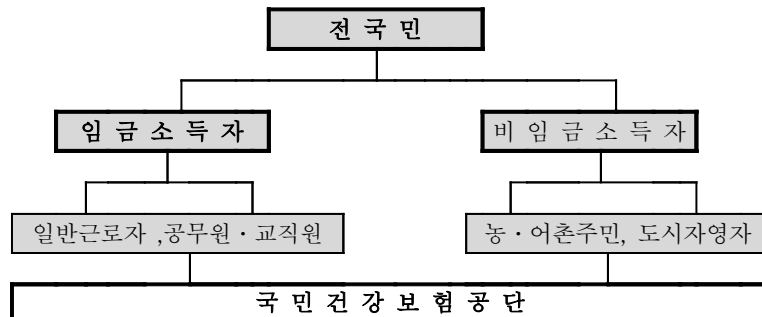
보험료 수입이 충분히 확보되지 않을 경우 발생하는 적자는 지역보험에 대한 50% 국고지원 이외에 추가적인 재정부담이 되기 쉽다. 이러한 추가 부담요인이 없더라도 건강보험 지출이 재정지출보다 빠른 속도로 증가할 것으로 예상되기 때문에 50% 국고지원만으로도 재정이 상당히 압박받을 것으로 전망됨은 물론이다. 의료비와 건강보험의 장기적인 증가추세를 정확히 파악하고 그에 따른 재정수지 전망 및 대책수립이 시급히 필요한 상황이라고 하겠다.

II. 건강보험 체계 및 현황

1. 개 요

1989년 7월 1일부터 전국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료보호에 의하여 의료보장을 받고 있다. 우리나라의 의료보험 적용체계는 최근까지는 보험료 부담과 급여의 형평을 기하기 위하여 소득의 형태·소득과액의 용이·의료이용 정도 등이 유사한 집단별로 보험자(조합, 공단)를 구성하고 각 보험자별 독립채산방식에 의하여 자치운영하도록 하고 있었으나, 관리운영의 효율화와 보험료부담의 형평을 제고하기 위하여 1998년 10월에 지역의료보험과 공무원·교직원의료보험을 통합하였으며, 2000년 7월에 1차 통합체인 국민의료보험관리공단과 직장의료보험을 통합함으로써 의료보험은 단일조직으로 완전통합됨과 동시에 국민건강보험으로 출범하게 되었다.

[그림 II-1] 건강보험체계



주 : 진료비심사, 진료의 적정성 평가를 위하여 국민건강보험심사평가원을 설치·운영

우리나라의 건강보험은 사회보험방식에 의하여 재원을 조달함을 원칙으로 하고 있다. 보험료 부과체계에 있어 임금근로자를 대상으로 하는 공·교가입자와 직장가입자의 경우에는 소득비례정률제가 적용되고 있으며, 농·어민과 도시 자영자의 경우에는 대상이 광범위하고, 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득과약에 어려움이 있어 소득비례정률제 대신 등급별정액제(소득, 재산 등에 따른 7~50등급)를 실시하고 있었다.

임금근로자의 경우에는 보수총액에 대하여 2.8%(일반근로자), 3.4%(공무원·교직원)의 보험료를 적용하였으나, 2001년 1월부터 3.4%로 일원화하여 본인과 정부(사용자)가 각각 50%씩 부담하며 2002년 3월부터 3.63%의 보험료율이 적용되고 있다. 자영자 등 지역주민에 대하여는 보험료 부담을 경감시켜 주기 위하여 보험료의 일부와 보험자 운영에 소요되는 관리운영비를 국고에서 부담하고 있다.

보험급여의 수준은 보험가입자의 보험료 부담능력, 보험재정 상태 등을 감안하여 보험료 부담수준과 균형을 이루는 수준에서 결정되어야 할 것이다. 건강보험의 급여형태는 의료비의 상환제도인 현금급여와 의료 그 자체를 보장하는 현물급여 두 가지 형태가 있으며, 우리나라는 현물급여를 원칙으로 하고 있다.

보험급여의 종류는 가입자 및 피부양자의 질병, 부상 등의 보험 사고에 대하여 급여하는 요양급여, 요양비, 분만급여, 분만비, 장제비, 본인부담액보상금, 장애인보장구 구입비보상금 등이 있다.

가입자 또는 피부양자가 요양급여나 분만급여를 받는 때에는 그 진료비용의 일부를 본인이 부담하여야 하며, 그 내용은 입원의 경우 진료비총액의 100분의 20이고 외래의 경우에는 요양기관 종별에 따라 30~50%를 차등적용하고 있다.

II. 건강보험 체계 및 현황 27

<표 II-1> 건강보험의 재원과 급여

구 분	직장근로자	공무원·교직원	농·어민, 도시자영자	
재원 조달	보 험 료	<ul style="list-style-type: none"> 보수총액의 3.63% 사용자, 근로자가 각 50%씩 부담 사용자가 원천징수하여 공단에 납부 	<ul style="list-style-type: none"> 보수총액의 3.63% 정부와 공무원이 각 50%씩 부담 교직원은 본인, 학교경영자, 정부가 각 50%, 30%, 20%씩 부담 기관장이 원천징수하여 공단에 납부 	<ul style="list-style-type: none"> 소득·재산(자동차포함)에 따라 등급별 일정액 세대주가 자진납부 또는 보험자가 방문징수
	국고부담	없 음	없 음	40%
	담배부담금	담배부담금 10%를 직장가입자·피부양자 및 지역가입자 중 65세 이상 노인 보험급여비로 지원		
보험급여	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양급여, 분만급여 등 ○ 진료비 본인 일부부담 <ul style="list-style-type: none"> - 입원 : 20% - 외래 : 종합전문 : 진찰료총액 +나머지 진료비의 50% 종합병원 : 진찰료총액 +나머지 진료비의 45% 병 원 : 요양급여비용총액의 40% 의 원 : 원내 처방시 방문당 3,000원 (총진료비가 15,000원 초과시 30%) ※ 65세이상 노인 1,500원(방문당) 약국조제료 : 1,500원(10,000원 초과시 30%) ※ 65세이상 노인 1,200원(방문당) 			

자료 : 『우리나라 건강보험제도의 현황과 개선방향』, mimeo, 보건복지부 2002. 9.

2. 적용인구 현황

1977년 사업장근로자를 대상으로 의료보험이 최초로 실시되고 뒤 이어 1979년 1월부터 공무원과 사립학교교직원을 대상으로 한 의료 보험도 실시하게 되었으며 공·교의료보험의 관리운영은 공·교의

료보험관리공단이라는 단일 조직이 담당하였다. 공·교의료보험 출범 당시 적용인구는 3,044천명이었으나, 2001년 말 현재 적용인구는 4,664천명에 달하고 있다.

1981년 직장근로자의 대다수가 의료보험을 적용받게 되자 일반 자영업자에 대한 제도 적용의 필요성이 대두되어 1981년과 1982년 2차에 걸쳐 강원도 홍천군 등 전국 6개 시·군을 대상으로 시범사업을 실시하고, 1988년 1월에는 농어촌지역을 대상으로, 1989년 7월에는 도시지역까지 의료보험 적용대상을 확대함으로써 명실상부한 전국민 의료보험을 달성하게 되었다.

1989년 최초로 전국민 의료보험을 시행할 당시에는 지역가입자 수는 18,940천명이었으나, 2001년 말 현재 가입자 수는 23,213천명으로 전체 적용인구인 46,379천명의 50.1%에 해당된다.

한편, 출범 당시 지역의료보험은 조합방식에 의한 관리운영체계를 채택하여 254개 조합이 의료보험을 운영하였으나, 1998년 10월부터 227개 지역조합과 공·교공단을 통합하는 국민의료보험법이 제정되어 「국민의료보험관리공단」 단일 조직이 2000년 7월 의료보험 통합 전까지 지역의료보험과 공교의료보험을 맡아 운영하였다.

<표 II-2> 건강보험 적용인구 현황(가입자 기준)

(단위 : 천명, %)

구 분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
총인구	45,093	45,541	45,991	46,430	46,858	45,896	46,379
적용인구	지역보험 (49.8)	22,457 (49.8)	22,885 (49.7)	23,665 (50.9)	23,467 (50.1)	23,492 (51.2)	23,213 (50.1)
	직장보험 (10.6)	4,815 (10.6)	4,881 (10.7)	4,938 (10.7)	4,954 (10.7)	4,859 (10.4)	4,664 (10.1)
	근로자보험 (37.1)	16,744 (37.1)	17,035 (36.8)	17,101 (37.1)	15,853 (34.1)	16,857 (37.3)	18,502 (40.9)

자료 : 『건강보험통계연보』, 보건복지부, 2001

1977년 7월 500인 이상의 사업장근로자 3,140천명을 대상으로 하여 출범한 이래 1997년에는 총인구의 37.1%(17,101천명)에 해당하는 직장조합의 적용인구가 1998년도에는 IMF 경제상황으로 실업자가 대량발생하여 총인구의 34.1%(15,853천명)로 직장조합 적용인구가 줄어들게 되었으나, 1999년도 이후 경기가 회복되면서 그 적용인구가 점차 증가해서 2001년 말 현재 총인구의 40.9%(18,502천명)가 되었다.

또한, 직장조합은 조합별 운영방식으로 2000년 7월 조직통합 전까지 독립채산제방식으로 운영되었으며 1999년 말까지 140개 직장조합으로 운영되었다.

3. 건강보험의 재정현황

1995년까지는 보험재정이 비교적 안정상태를 유지하였으나 1996년 이후부터 급여범위의 확대, 수가인상, 수진율 증가, 노령인구 및 만성질환 증가 등의 영향으로 지출이 수입보다 상대적으로 높아 적자폭이 심화되어 1996년에 877억원의 적자가 발생하였으나 1997년에 3,820억원, 1999년에 8,691억원, 2000년에는 약 1조원의 당기적자가 발생하였다. 재정적자 규모가 이처럼 급격하게 증가한 원인은 수년간 누적된 적자구조와 의약분업의 시행, 수가인상 등의 요인이 복합적으로 작용하였기 때문이다.

직장의료보험조합의 재정은 1989년 이후 보험료율의 지속적인 인하 조정에도 불구하고 총누적적립금이 1996년 말에 2조 6,075억원으로 적립률이 138%에 달하여 재정안정을 달성하였다. 그러나 급여비의 급격한 증가 등으로 1997년부터 직장조합도 2,276억원의 당기적자가 발생하기 시작하여 1998년에도 3,874억원, 1999년 5,764억원의 당기적자가 발생함으로써 1999년 말 현재 누적적립금은 1조 7,305억원으로 감소하였다.

공·교보험의 경우 재정불안정 요인의 해소를 위해 1998년 7월에 보험료 부과기준을 확대하고 보험료율을 3.8%에서 4.2%로 인상 조정하였으며, 1999년에는 보험료 부과범위를 정근수당, 장기근속수당으로까지 확대하고, 보험료율을 4.2%에서 5.6%로 인상한 결과 1999년 당기수지는 356억원 흑자를 기록하여 다소 안정을 되찾기도 하였다.

<표 II-3> 연도별 건강보험재정 현황

(단위 : 억원)

구 분		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
계	수 입(A)	56,144	66,309	75,542	82,297	88,924	97,570	117,885
	지 출(B)	50,764	64,642	77,951	87,876	96,101	106,735	141,075
	당기수지	5,380	1,667	△2,409	△5,579	△7,177	△9,165	△23,190
지	수 입 (A)	24,979	29,827	37,319	42,872	45,520	51,376	64,625
	지 출 (B)	23,649	30,172	36,025	41,610	47,289	52,224	69,233
	당기수지	1,330	△345	1,295	1,261	△1,769	△848	△4,608
역	근 수 입 (A)	23,372	27,038	28,843	30,378	31,229	33,457	53,260
	지 출 (B)	19,923	25,547	31,118	34,252	36,993	41,369	71,842
	당기수지	3,449	1,491	△2,275	△3,874	△5,764	△7,913	△18,582
직	공 수 입 (A)	7,793	9,444	9,380	9,047	12,175	12,738	
	지 출 (B)	7,192	8,923	10,809	12,014	11,819	13,142	
	당기수지	601	521	△1,429	△2,967	356	△404	

주 : 2000년 7월 직장근로자와 공교가 직장보험으로 통합
 자료 : 『건강보험통계연보』 보건복지부, 2001

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석

건강보험 재정추이를 살펴보면 1996년도 당기수지 적자 877억원 발생을 기점으로 1997년 3,820억원 적자 발생, 1998년 8,649억원, 1999년 8,691억원에 이어 2000년도에는 1조 90억원의 적자 발생으로, 1995년도 적립금이 4조 1,200억원에 달하였으나, 2000년 말에는 9,189억원의 적립금만이 남게 되는 등 재정수지가 매년 악화일로에 있었다. 즉, 최근의 건강보험통합 및 의약분업 등 의료분야 2대 개혁 이전에도 이미 상당한 구조적 적자 요인이 작용하고 있었다고 보인다.

보건복지부는 『2001 보건복지백서』에서 1990년대 중반 이후의 건강보험재정 적자추세의 원인을 분석함에 있어, 첫째, “가장 근본적이고 주요한 원인으로 1996년 이후 보험료 수입은 연평균 14.4% 증가에 그친 반면, 보험급여비 지출은 연평균 18.5%로 보험료 수입보다 지출이 많은 구조적인 적자구조 체제가 주원인”이었다고 지적하고 있다. 동 백서는 이어서, 그 이외의 요인으로 “매년 보험급여 범위의 확대, 급속한 노령화에 따른 노인의료비의 현격한 증가, 수진율 증가, 의료기술 발달에 따른 의료비 증가, 고가의료장비의 도입 증가, 인구증가 및 물가 인상 등”을 꼽고 있다. 이를 다시 요약하면, 후자는 사실상 전부 지출증가 요인을 거론하고 있고, 전자는 수입과 지출의 구조적 불균형을 이야기하고 있다. 지출증가에 대한 분석은 다음 장에서 다루기로 하고, 본장에서는 건강보험 수입과 지출의 구조적 불균형 요인을 보다 자세히 다루기로 한다. 이를 위하여 건강보험료 부과체계의 특성을 살펴보기로 한다.

1. 직장가입자의 보험료부과체계

직장가입자 보험료의 특성을 간략히 요약하면, 소득비례의 보험료를 피용자와 사업자가 50%씩 분담한다는 것이다. 구체적으로는, 전년도 보수총액을 근무월수로 나눈 보수월액에 해당하는 표준보수월액에 의해 보험료를 부과한 후 당해연도 보수총액을 신고받아 정산하는 방식이 채택되고 있다.

이때 보수의 산정을 위하여 국민건강보험법에서는 ‘근로자가 근로의 대가로서 임금·봉급·수당 기타 어떠한 명목으로든지 지급받는 일체의 금품’으로 보수를 정의하고 있다. 국민건강보험법상 보수에서 제외되는 항목으로는 퇴직금, 현상금·번역료 및 원고료, 일부 항목을 제외한 소득세법의 규정에 의한 비과세 근로소득 등을 꼽을 수 있다.

이러한 총보수개념은 1999년의 국민건강보험통합에 따라 2000년부터 시행되고 있으며, 1999년까지는 기본급을 기준으로 보험료가 산정되었다.

<표 III-1> 보험료 산정시에 포함 여부에 따른 보수 분류

구분	보험료산정에 포함되는 금품	보험료 산정에 포함되지 않는 금품
보수월액산정기준	<ul style="list-style-type: none"> ▶근로의 제공으로 인하여 받는 봉급, 급여, 보수, 세비, 임금 상여, 수당과 이와 유사한 성질의 금품 ▶직장가입자 본인 및 자녀의 학자금(소득세법시행령 제11조 규정에 의한 학자금은 제외) ▶소득세법 제12조제4호 규정에 의한 비과세중 <ul style="list-style-type: none"> -자목:외국정부 또는 국제기관에 근무하는 외국인 이 받는 급여 -카목:작전임무 수행을 위하여 외국에 주둔 중인 군인, 군무원이 받는 급여 -파목:국외근로소득중 비과세소득 ▶직급보조비 또는 이와 유사한 성질의 금품 	<ul style="list-style-type: none"> ▶퇴직금 ▶현상금·번역료 및 원고료 ▶소득세법의 규정에 의한 비과세 근로소득

자료 : 국민건강보험공단

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 33

예외적으로, 휴직 기타의 사유로 보수의 전부 또는 일부가 지급되지 아니하는 경우에도 직장 근무자이므로 건강보험 자격이 있고 보험급여를 받을 수 있다. 이러한 기타사유에 해당되는 경우는 휴직, 산재, 파업 등과 같이 근무를 하지 않고 추후 보수지급이 없는 경우에 한하며, 이때 사유 발생 전월의 정산 전 표준보수월액 및 보험료율을 기준으로 보험료를 산정하고 휴직기간 동안의 보험료 부과를 정지한 후 복직하여 보수가 지급되는 최초의 월에 정지되었던 보험료를 일괄 부과하게 된다. 보수자료가 없거나 불명확한 경우에는 <표 Ⅲ-2>와 같은 기준에 따라 보험료가 부과된다.

<표 Ⅲ-2> 보수 과년 자료가 없는 근로자에 대한 보험료부과 기준

적 용 대 상	표 준 보 수 월 액
가. 법인의 이사 또는 임원으로서 보수자료가 없거나 불명확한 경우	신고금액으로 하되 신고금액이 당해 사업장 최고등급 근로자의 표준보수월액보다 낮은 경우에는 당해 사업장 최고등급 근로자에 해당하는 표준보수월액
나. 선원으로서 보수자료가 없거나 불명확한 경우	단체협약상의 임금에 해당하는 표준보수월액으로 하되, 단체협약이 체결되지 않는 경우에는 해양수산부장관이 고시하는 최저금액에 아래와 같이 직책별로 일정을 곱하여 산출된 금액에 해당하는 표준보수월액 - 선장, 기관장 : 1.6 - 통신장, 항기사, 갑조장 : 1.4 - 일반선원, 1갑원 : 1.2
다. 기타 보수 자료가 없거나 불명확한 경우	13등급, 1,000,000원

주 : 1. 선원 : 선원법 제3조 제1호의 규정에 의한 선원
 2. 해양수산부 고시 최저임금 : 해양수산부장관이 선원법 제54조의 규정에 의하여 고시하는 월고정급의 최저액
 자료 : 국민건강보험공단

이때 표준보수월액이라 함은, 직장가입자가 당해 사업장에서 당해 연도에 받은 보수 총액을 근무월수로 나눈 금액이 보수월액이며, 연평균 보수월액을 계산이 용이하게 일정 범위로 등급을 구분하여 각 등급을 대표하는 금액이다. 보험료는 이렇게 산정한 표준보수월액에 일정한 보험료율을 곱하여 구하게 되며, 사용자와 보험가입자(근로자)가 50%씩 부담한다. 현재 보험료율은 2002년 3월에 3.63%(사용자 1.815%, 가입자 1.815%)로 직장과 공교의료보험에 일원화된 요율이 적용되고 있다(2001년 12월 보험료보다 100%를 초과하여 인상된 경우는 2002년 1월부터 그 초과 인상액의 50%를 2002년 12월까지 한시적으로 감면함). 이를 요약하면 <표 III-3>과 같다.

<표 III-3> 표준보수월액표 (요약)

(단위 : 원)

등급	보수월액		표준보수월액	보험료	
	이상	미만		계	사용자
1	300,000	미만	280,000	10,160	5,080
2	300,000	350,000	330,000	11,980	5,980
3	350,000	400,000	380,000	13,780	6,890
4	400,000	450,000	430,000	15,600	7,800
⋮					
- 중략 -					
⋮					
96	42,600,000	44,300,000	43,450,000	1,577,220	788,610
97	44,300,000	46,000,000	45,150,000	1,638,940	819,470
98	46,000,000	47,900,000	46,950,000	1,704,280	852,140
99	47,900,000	49,800,000	48,850,000	1,773,240	886,620
100	49,800,000	이상	50,800,000	1,844,040	922,020

자료 : 건강보험관리공단

직장의료보험료 부과체계의 특성을 다시 요약하면 소득비례의 정

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 35

를 보험료가 부과된다는 점이다. 이러한 소득비례제의 특징은 보험료 수입이 보험료율과 보험대상 인구의 평균소득수준으로 결정된다는 점이며, 특히 소득분포의 영향을 거의 받지 않는다는 점이다. 직장의료보험의 경우 1977년 7월에 500인 이상의 사업장근로자를 대상으로 시작되었으며, 1979년 7월 300인 이상 사업장, 1988년 7월 5인 이상 사업장까지 확대 실시됨으로써, 의료보험이 전국민 대상으로 실시된 1989년에 이미 제도적으로 안정된 체제가 구축되었다고 볼 수 있다. 1979년 1월 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 시작된 공교의료보험 역시 마찬가지로 보험료율과 평균소득의 변화 이외에는 보험료 수입에 크게 영향을 미칠 요인이 별로 없을 것으로 보인다. 특히 최근 단행된 2대 개혁 중 의약분업은 보험료 수입과 거의 무관하며, 건강보험통합의 경우에도, 직장 및 공교의료보험의 보험료 수입의 총액에는 근본적인 영향이 없도록 보수산정 기준과 보험료율 조정이 단행되었다. 따라서 건강보험통합시 보수산정 기준이 기본급에서 총보수로 바뀌고 이에 따라 보험료율이 조정된 것은, 보험가입자 간의 보험료부담 배분을 일회적으로 조정된 것으로 그 효과가 국한되며, 향후 보험료 총수입의 변화에 주는 영향은 원칙적으로 중립적이라고 판단된다.

이러한 시각에서 직장 및 공교의료보험료 수입에 영향을 줄 수 있는 주요 변화들을 요약하면 <표 Ⅲ-4>와 같다.

<표 Ⅲ-4> 직장 및 공교의료보험 보험료율의 변화추이

(단위 : %)

구분	92	93	94	95	96	97	98	99	00.7	01.1	02.3	향후
직장	3.09	3.06	3.04	3.03	3.05	3.13	3.27	3.75	2.8	3.4	3.63	연9% 인상
공교	4.6	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	4.2	5.6	3.4			
비교	기본급 기준								총보수 기준			

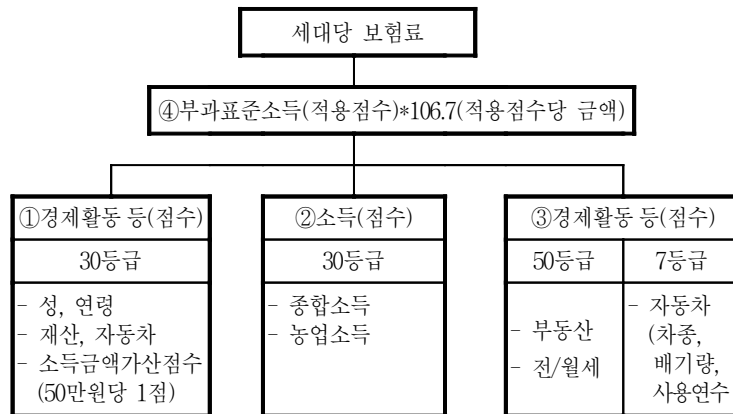
자료 : 보건복지부

2. 지역가입자의 보험료 부과체계

가. 현행 보험료 부과체계

보험료 부과체계가 상당히 단순한 직장 및 공교의료보험과는 달리, 지역의료보험의 보험료 부과체계는 비교적 복잡하며, 그 주원인은 소득 및 재산 등 보험료 부담능력에 대한 자료 확보의 애로에 있다. 지역의료보험료의 기본 부과체계는 [그림Ⅲ-1]에 나와 있듯이, ①생활수준 및 경제활동참가율, ②소득수준, ③재산을 기준으로 점수를 환산하여, 총적용점수당 일정금액(106.7원)을 곱하여 산정된다.

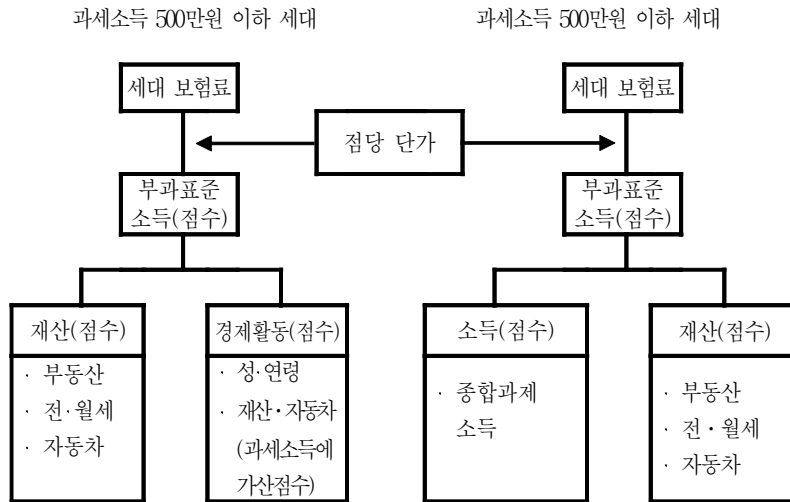
[그림 Ⅲ-1] 지역가입자의 보험료 부과체계



그러나 이 세가지 기준이 모두 적용되는 것은 아니며, [그림 Ⅲ-2]에서 보듯이 과세소득 500만원 이하 세대는 ①생활수준 및 경제활동참가율과 ③재산만을 기준으로 보험료가 부과되며, 500만원 초과세대는 ②소득수준과 ③재산을 기준으로 부과된다.

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 37

[그림 III-2] 과세소득 수준에 따른 보험료 부과방식



우선 500만원 초과세대의 소득 및 재산에 따른 점수배정을 아래 표에서 살펴보면, 직장의료보험의 경우와는 달리 보험료 부과에 역진적 요소가 있음을 알 수 있다. 이때 소득의 범위에는 종합소득(연금소득포함)과 농업소득이 포함되며, 종합소득은 연간소득금액의 100%가 적용되나, 연금소득과 농업소득은 연간소득금액의 20%가 적용된다.

한편, 재산의 범위는 재산세·종합토지세의 과세대상이 되는 건물, 토지, 선박, 항공기, 및 지방세법 제196조의 2의 규정에 의한 자동차가 포함되며, 주택을 소유하지 아니한 경우에는 임차주택에 대한 보증금 및 월세금액을 기준으로 하며, 금융자산은 포함되지 않는다. 건물, 토지, 선박, 항공기 등은 재산가액의(과세표준액) 100%가 적용하며, 전/월세금액은 20%가 적용된다(월세평가: 월세보증금 + (월세금 ÷ 0.025)).

<표 III-5> 소득등급별 점수(요약)

구 분	소득등급별 점수	
	소득금액(만원)	점수
1등급	500~600	380
20등급	2,560~2,710	923
40등급	8,320~8,820	1,570
60등급	24,400~25,600	4,740
70등급	39,400 초과	9,104

자료 : 건강보험관리공단

<표 III-6> 재산등급별 점수(요약)

구 분	재산등급별 점수	
	재산금액(만원)	점수
1등급	100~300	22
10등급	2,700~3,000	219
20등급	7,900~8,800	438
30등급	23,300~25,900	657
40등급	68,200~75,900	938
50등급	200,000 초과	1,328

자료 : 건강보험관리공단

소득이 500만원 이하인 세대는 500만원 초과세대와 마찬가지로 재산등급을 기준으로 재산점수가 산정되고, 이에 덧붙여 <표 III-5>와 같이 생활수준 및 경제활동의 기준으로 점수를 산정한다. 특히 재산은 재산점수 산정과 별도로 생활수준에 의거한 점수에도 산정기준으로 두 번 사용되며, 생활수준의 산정에서도 역진적으로 점수가 부과된다. 경제활동에 의한 점수는 세대 구성원의 성과 연령에 따라 일률적으로 적용되며, 실제 경제활동참가 여부와는 무관함에 유의할 필요가 있다. 이때 연령의 산정은 매년 1월 1일을 기준으로 하며, 해당 세대 구성원별로 산정한 점수의 총계가 세대에 부과되는 보험료의 기준이 된다. 또한 500만원 이하라도 소득이 있는

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 39

경우, 소득금액 50만원당 1점을 가산한다. 경제활동과 재산, 자동차 등으로 산정된 점수의 총계는 별도의 표를 이용하여 최종점수로 환산된 후(대략 10배의 점수로 전환) 점수당 106.7원의 보험료가 부과된다.

<표 III-7> 경제활동참가율의 구간별 점수표

구분	1구간	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
가 입 자 의 성 및 연 령 별	남성	20세미만	60세이상	20세이상 30세미만	30세이상	-	-
		65세이상	65세미만	50세이상 60세미만	50세미만		
	점수	1.4	4.8	5.7	6.6		
	여성	20세미만	60세이상	25세이상 30세미만	20세이상 25세미만	-	-
		65세이상	65세미만	50세이상 60세미만	30세이상 50세미만		
	점수	1.4	3	4.3	5.2		
재산정도 (만원)	300 이하	300 초과 600 이하	600 초과 1000 이하	1000 초과 2000 이하	2000 초과 5000 이하	5000 초과 10000 이하	10,000초과
	점수	1.8	3.6	5.4	7.2	9	10.9
자동차 연간세액	6만4천원 이하	6만4천원초과 10만원이하	10만원초과 21만원이하	21만원초과 40만원이하	40만원초과 55만원이하	55만원초과 66만원이하	66만원 초과
	점수	3.0	6.1	9.1	12.2	15.2	18.3

자료 : 건강보험관리공단

나. 지역의료보험 부과체계의 특성

이상에서 살펴본 지역의료보험의 보험료 부과체계는 구조가 복잡하여 <표 III-8>에서 보듯이 보험료 산정에 방대한 자료가 필요할 뿐 아니라, 이러한 자료를 활용하여도 지역의료보험 가입대상자인 자영업자 및 농가의 소득 및 재산을 정확히 포착하였다고 보기도 힘들다는 단점이 있다. 또한 이러한 보험료 부과체계를 이용하여

장기전망을 시도할 때 세대의 연령별·성별 구성 및 취업 여부, 소득 등의 변화를 종합적으로 감안해야 하는바, 이러한 변수들의 변화에 대하여 신빙성이 있는 장기전망치를 도출하는 것은 거의 불가능하다는 한계가 있다.

<표 III-8> 지역의료보험료 산정에 사용 가능한 자료

과세종류	과세대상	현재 부과체계상 적용 여부	
소 득 세	총 합 소득세	사업소득, 근로소득, 이자소득, 배당소득, 부동산 임대소득, 일시재산소득, 기타소득(일시적, 우발적으로 발생하는 소득), 연금소득	적용(단, 연금소득에만 20%를 소득으로 평가)
	퇴 직 소득세	퇴직금, 이와 유사한 성질의 급여	적용 없음
	양 도 소득세	사업성 없이 양도함으로 인하여 얻는 소득	적용 없음
	산 립 소득세	조립기간 5년 이상인 임목의 벌채, 양도로 인하여 발생하는 소득 (종묘업, 육림업, 벌목업 등은 사업소득에 해당)	적용 없음
	상속세	상속재산(혹은 상속소득)	적용 없음
증여세	증여재산(혹은 증여소득)	적용 없음	
재산세	재산시가표준액	적용	
종합토지세	개인이 소유하는 전국의 모든 토지가액	재산과 합산적용	
자동차세	*배기량 및 사용연수	적용	
농지세	농작물을 재배하여 얻은 소득(수입금액 - 필요경비 - 기초공제 560만원)	농지소득의 20%를 소득으로 평가	

자료: 한국보건사회연구원

그러나, 현행 보험료 부과체계는 앞으로 지속적으로 개선될 예정이며, 부과표준소득 산정에 포함되는 부과요소는 소득 및 재산의 파악 정도(자료보유율 및 현실화률)에 따라 장기적으로 소득 중심으로 일원화를 추진한다는 것이 기본원칙이다.

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 41

[그림 III-3] 향후 소득과약을 제고에 따른 지역보험료 산정기준

부과표준 소득의 산정범위	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
부과 요소	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령	소 재 동 차 득 산 차 연 령
	30% →	40% →	60% →	80% →	100%	소득과약을 (소득 계산자료 보유 및 현실화)	

자료 : 보건사회연구원

현재 거론되는 지역의료보험 부과체계의 장기 개편방안들은 이외에도 다음과 같은 원칙들을 지향하고 있다. 첫째, 진료비지급이나 적립기금 등 재정을 통합 운영하되, 직장파 지역 양 집단 간 부담의 공평성을 확보하도록 한다. 둘째, 부담의 공평성은 양 집단 간 부담의 형평계수를 계산하여, 부담금을 배분한다. 셋째, 양 집단의 부담금은 직장의 경우 보험료, 지역의 경우 보험료+국고지원금으로 산정한다.

이러한 원칙들은 사실 현행 부과체계에 존재하는 자료 제약 등을 감안해 보았을 때 현실적으로 최대한 반영된 결과라고 유추할 수 있다. 즉, 지역의료보험 부과체계는 2단계로 구성되는바, 첫째, 자료의 제약을 감안하여 부과요소별 점수를 산정하고, 이와 같이 산정된 총점수에 일정금액의 점당 보험료를 곱하여 보험료를 산정하는 방식이라고 특징지을 수 있다. 이 경우 첫단계의 부과점수체계의 변화는 주로 지역의료보험 가입대상자 그룹 내의 보험료 부담의 분포에 영향을 준다고 볼 수 있으며, 제2단계의 점당보험료 책정은 직장·공교 의료보험과의 보험료 부담의 형평성에 따라 결정된다.

본고에서는 지역의료보험 적용인구 간의 미시적 보험부담 분포보다는 지역의료보험료의 총수입의 변화추이, 나아가서는 직장·공교의료보험료 총수입과의 관계에 관심이 있다. 따라서 지역의료보험 부과체계의 설정에 있어서 제2단계의 점당보험료 책정에 적용되는 원칙들이 중요하다.

<표 III-9>에는 지역보험료 부과체계의 향후 합리화 과정에서 직장·공교의료보험과의 형평성을 추구하기 위하여 적용되어야 하는 원칙들이 제시되어 있다. 이러한 원칙을 적용했을 때 지역의료보험의 수입이 향후 어떻게 변할 것인가에 대해서는 보다 상세한 연구가 필요하나, 각 원칙들이 모두 직장의료보험료와의 일정 관계를 지향하고 있으므로 본고에서는 편의상 지역보험료가 장기적으로 직장·공교의료보험료와 일정한 비율로 수렴한다는 가정을 채택하기로 한다.

<표 III-9> 지역과 직장·공교의료보험 간 형평계수 산정 원칙

형평계수	부담능력비례 계수 (회귀분석 이용)	양 집단의 재산, 자동차, 성·연령간 평균의 차이를 도출 → 변수별 가중치를 부여한 가중평균의 차이를 지수화
	부담능력비례 계수 (소득점수 이용)	재산, 자동차, 성·연령에 대하여 지역가입자에 적용한 소득점수를 적용 → 합산점수의 집단간 차이를 지수화
	질병위험비례 계수	1안) 급여비 발생 실적으로 계수 산정 2안) 양집단간 급여비발생 위험구조를 반영 → 위험발생크기의 차이를 지수화

이에 덧붙여 중요한 가정은, 지역보험에 대한 정부지원이 50% 수준으로 유지된다는 것이다. 정부지원 50%는 당초 지역보험을 실

III. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 43

시할 때 보험가입을 유도하기 위하여 설정한 원칙이나, <표 III-10>에서 볼 수 있는 바와 같이 1990년대 후반에 지원율이 하락하여 지역보험 적자누적의 주요 원인이 되었다. 최근 적자폭이 커짐에 따라 정부지원율이 다시 50%로 설정되었으며, 2001년에 발표된 건강보험 재정안정대책에서도 2006년까지 정부지원율 50%를 유지하는 것으로 상정하고 있으며 2002년 1월 19일에 제정된 국민건강보험재정건전화특별법 제15조에서도 이를 명시하고 있다.

<표 III-10> 연도별 지역보험 국고지원율

(단위 : %, 억원)

구분	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
지원율	54.5	50.7	36.1	52.3	44.5	40.5	38.1	31.9	28.9	27.6	25.9	24.6	29.7	37.9
총지출	1,733	4,339	10,079	11,219	13,306	15,748	18,164	24,331	30,485	36,135	41,198	46,802	49,523	69,233
국고지원	946	2,202	3,639	5,868	5,924	6,381	6,924	7,533	8,723	9,954	10,760	11,656	15,529	26,250

3. 건강보험 수입과 지출의 구조적 불균형

앞서 언급했듯이 보건복지부는 『2001 보건복지백서』에서 1990년대 중반 이후의 건강보험재정 적자누적의 “가장 근본적이고 주요한 원인으로 1996년 이후 보험료 수입은 연평균 14.4% 증가에 그친 반면, 보험급여비 지출은 연평균 18.5%로 보험료 수입보다 지출이 많은 구조적인 적자구조 체제가 주원인”이었다고 지적하고 있다. ‘구조적 적자구조’라는 표현을 보다 쉽게 이해하기 위하여 지출과 수입을 GDP 대비의 개념으로 환산하면, 보험급여 지출은 지속적으로 GDP 성장률보다 높은 속도로 증가한 반면, 보험료 수입은 소득비례의 원칙이 적용됨에 따라 보험료를 인상 없이는 장기적으로 GDP 성장률과 같은 속도로 증가할 수밖에 없는 제도적인 제약이

있기 때문이다.

공공부문 의료비인 건강보험의 지출 증가에 앞서, 우선 경제 전체에서 지출되는 의료비, 즉 국민의료비의 증가추세를 살펴보면, 1977년 Newhouse가 밝혔듯이 OECD국가들의 의료비증가는 거의 대부분 GDP 수준으로 결정된다. 즉, 국가별로는 GDP 대비 의료비의 지출수준에는 차이가 있으나, 그 장기 증가율을 살펴보면 국가별로 GDP 탄력성이 1.2 정도이다. 이후 수차의 연구에서 이러한 결과가 확인되었으며, 우리나라도 1970년 이후의 통계를 분석하면 예외가 아니다. 또한 같은 기간중에 우리 공공부문의료비 지출이 국민의료비에서 차지하는 비중이 0%에서 50% 정도로 급속히 증가하였음을 감안하면, 공공의료비의 증가율은 GDP 성장률을 훨씬 상회하였고, 특별한 변화가 없는 한 앞으로도 계속 GDP보다 빠른 추세로 증가할 것이라고 보는 것이 타당하다.

반면, 보험료 수입은 소득비례로 징수되기 때문에 보험료율이나 보험가입 대상 확대 없이는 원칙적으로 소득의 증가율에 따라 변하게 된다. 즉, 적어도 이론상으로는 보험료 총수입은

$$\text{보험료 총수입} = \sum \{(\text{개인별 보수}) \times (\text{보험료율})\}$$

에 의해 결정되나, 보험료율이 소득수준과 무관하게 정률이면 보험료 총수입은 보수의 분포에 영향을 받지 않으므로,

$$\text{보험료 총수입} = \text{총가입자수} \times \text{평균보수} \times \text{보험료율}$$

로 고쳐쓸 수 있으며, 이를 다시 쓰면

$$1\text{인당 보험료 수입} = \text{평균보수} \times \text{보험료율}$$

이 된다. 따라서 보험료 수입의 변화율은 다음과 같이 표시할 수 있다.

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 45

$$1인당\ 보험료\ 수입\ 변화율 = (\text{평균보수의 변화율}) + (\text{보험료율의 변화율})$$

편의상 여기서 잠시 논의를 직장의료보험으로 국한하자. 이 경우 평균보수는 대략 1인당 GDP에 피용자보수비율을 곱하여 얻을 수 있으므로, 위의 식에서 평균보수의 변화율은 (1인당GDP의 변화율) + (피용자보수비율의 변화율)로 분해할 수 있다. 그런데 경험적으로 피용자보수비율은 장기적으로 안정된 일정수준을 유지한다고 가정할 수 있다. 미국의 경우는 경제 전체에서 근로자에게 귀속되는 소득이 안정적이라는 것은 주지의 사실이며, 우리나라의 경우에도 1990년대에 들어서는 외환위기 직전의 일시적 상승을 무시하면 대체로 45~46% 부근에서 안정적인 추세를 보이고 있다. 따라서 1990년대의 피용자보수비율의 변화를 대략 0이라고 보았을 때, 평균보수의 변화는 대략 1인당 GDP의 변화와 같이 놓을 수 있게 된다. 즉,

$$1인당\ 보험료\ 수입변화율 = (1인당\ GDP의\ 변화율) + (\text{보험료율의 변화})$$

<표 III-11> 피용자보수비율의 변화추이

(단위 : %)

연도	70	80	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
피용자 보수비율	34.2	40.2	45.9	47.1	47.0	46.8	46.7	47.9	49.2	47.5	45.7	44.1	44.3	45.0

자료 : 한국은행

결국, 이론상으로는 건강보험의 수입과 지출의 구조적 불균형은 적어도 직장 의료보험의 경우, 보험료 부과체계가 소득비례제를 채택하고 있다는 데 기인함을 알 수 있다. 보험급여 지출의 증가 속도가 GDP 성장률보다 빠른 이상, 이에 맞춰 지속적으로 보험료율을 인상하지 않는 이상, 보험료 수입의 증가는 GDP 성장률과 대략 같은 수준을 유지하기 때문에 구조적으로 적자가 발생하게 되는 것이다.

실제로 아래 표에서 보는 바와 같이, 직장의료보험료의 변화를 분석하면 1인당 GDP의 증가와 보험료율의 변화로 대부분이 설명됨을 알 수 있다. <표 III-12>에서 2000년의 보험료율 증가는 보험료 부과기준이 기본급에서 총보수 기준으로 바뀌었기 때문에 산정할 수 없으나, 역으로 2000년의 1인당 보험료와 1인당 GDP 증가율의 차이가 비교적 작다는 것은 건강보험통합에 따른 보험료 부과기준의 변화가 실제로 비교적 재정중립적으로 이루어졌다는 사실을 시사한다고 해석할 수 있다.

<표 III-12> 직장의료보험료 수입의 변화요인 분석

연평균 증가율 (%)	90~95	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1인당 보험료	11.62	12.65	9.59	6.90	14.50	8.72	23.13
		10.87					
1인당 GDP	14.94	9.85	7.30	-2.67	7.87	7.22	3.68
		5.47					
보험료율	-3.23	0.66	2.62	4.47	14.68	-	21.43
		5.47					

주 : 1) 2000년도에 부과기준이 기본급에서 총보수로 전환됨에 따라 2000년의 보험료율 전년대비 증가율을 사용한 비교가 의미가 없음.
 2) 1990~95년의 보험료율 변화는 86~95년의 연평균 변화율로 산정
 자료 : 보 험 료 : 건강보험관리공단
 GDP : 한국은행 및 통계청(인구)
 보험료율 : 보건복지부

4. 건강보험통합 및 의약분업의 영향

가. 2대 개혁의 영향

건강보험통합 및 의약분업 등 공공의료체계의 2대 개혁이 2000년

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 47

도에 추진되면서 건강보험 적자에 대한 일반국민의 우려가 제기되었으며, 특히 2000년 3월 재정적자 규모가 약 4조원에 이를 것이라는 정부의 발표를 계기로 2대 개혁이 재정적자의 주요 원인으로 부각되었다. 그러나 앞서 보았듯이 건강보험은 이미 1990년대 후반부터 구조적 요인으로 인하여 적자기조에 들어섰으며, 따라서 2대 개혁이 추진되면서 발생한 적자의 상당부분은 이미 존재하는 요인에 기인한 것으로 보아야 할 것이다. 본절에서는 최근 발표된 OECD의 한국의료체계 검토보고서를 인용하여 2대 개혁이 건강보험제정에 미친 영향을 살펴보기로 한다.

1) 건강보험 통합의 영향

건보통합이 건보지출에 미친 영향은 대체로 긍정적으로 평가되고 있다. 우선 관리비용이 다소 감소한 것으로 파악되고 있다. 특히 140개의 직장의료보험조합 등 여러 개의 조합이 하나로 통일되면서 건강보험관리공단은 의료서비스 공급에 대해 거대 독점구매자(monopsonist)의 지위를 확보하게 되었다. 이로써 건강보험관리공단은 공급자로부터 의료서비스 및 약품의 질, 가격, 효율성 등을 개선하도록 효과적으로 요구·감독할 수 있는 입지를 확보한 것은 향후 의료비 증가 억제에 중요하다고 평가된다.

건강보험 수입의 경우 보험료 징수에 도덕적 해이 사례가 일부 지적되었으나, 전반적으로 영향이 미미한 것으로 평가된다. 앞서 이미 보험수지의 구조적 불균형 요인에서 보았듯이 2000년을 전후하여 특별한 보험료 감소 사실이 보이지 않으며, <표 III-13>에서 이를 다시 확인할 수 있다.

2) 의약분업의 영향

건보재정에 대한 의약분업의 부정적 영향은 주로 진료수가 인상에 기인한다. 1999년 11월 이후 정부는 의약분업 및 상대가치 수가

제(RBRVS) 도입에 기인한 의사들의 소득 감소를 보상하기 위하여 2001년 1월까지 5차에 걸쳐 총 41%의 진료수가 인상을 실시하였다. 제도의 변화 때문에 정확한 금액은 산정할 수 없으나, OECD 보고서는 2001년 건강보험 재정적자(4.2조원)의 3분의 2 가량이 의약분업 실시에 기인한 것으로 평가하고 있다.

<표 III-13> 건강보험보험료 수입 추이

	1998	1999	2000	2001
총보험료수입 (백만원)	6,107,232	7,291,110	8,609,784	11,217,478
증가율(%)	8.31	19.38	18.09	30.29
1인당보험료수입 (원)	136,742	162,925	187,430	243,400
증가율(%)	8.74	19.15	15.04	29.87

자료 : 국민건강보험공단

나. 건강보험 재정안정 종합대책 및 중기 재정전망

정부는 2대 개혁 이후 막대한 적자가 발생하자 2001년 5월과 10월 2차에 걸쳐 건강보험 재정안정을 위한 종합대책을 발표하였다. <표 III-14>에서 볼 수 있는 바와 같이 종합대책을 2006년까지 건보 적자 해소를 목표로 하고 있으며, 수입을 보장하기 위한 주요 조치로는 2006년까지 보험료를 매년 9% 인상, 지역보험에 대한 정부지원 50%, 담배분담금 지원 등이 있다. 이는 앞에서 분석한 수지 불균형의 구조적 장애 해소에 기여할 것으로 보인다. 그러나, 2006년까지 건보재정 안정화의 목표가 달성되더라도 앞의 분석에서 보았듯이 그 이후에도 지속적인 보험료율 인상이 필요하다고 판단되며, 지역보험료 소득과약 및 부과체계의 획기적 개선 없이는 2006년 이후에도 상당한 정부지원이 계속 필요할 것이며 이는 정부의

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 49

재정을 직접적으로 압박할 것으로 전망된다. 종합대책에 포함된 다른 대책들은 2006년까지의 적자 해소를 위해서는 효과적이거나, 포괄수가제 도입 이외에는 장기적으로 2006년 이후의 지출증가율 억제에는 상대적으로 효과적이지 못할 것으로 평가된다.

<표 III-14> 연도별 건강보험 재정추계(건강보험 재정안정 종합대책)
(단위 : 억원)

구 분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
계	지 출	138,515	141,059	156,136	176,331	200,083	227,533
	수 입	118,074	137,431	157,347	179,795	205,216	233,538
	당기수지	△20,441	△3,627	1,211	3,464	5,133	6,005
	적 립 금	△11,252	△14,879	△13,668	△10,204	△5,071	934
지역	지 출	65,908	65,878	71,322	80,836	91,562	102,965
	수 입	65,035	69,092	75,913	85,458	95,924	106,859
	당기수지	△873	3,214	4,592	4,621	4,362	3,894
	적 립 금	△509	2,704	7,296	11,917	16,279	20,173
직장	지 출	72,607	75,181	84,814	95,495	108,521	124,568
	수 입	53,040	68,340	81,434	94,338	109,292	126,679
	당기수지	△19,568	△6,841	△3,380	△1,157	771	2,111
	적 립 금	△10,743	△17,584	△20,964	△22,121	△21,350	△19,239

자료 : 보건복지부

5. 소 결

본장의 논의에서 건강보험의 보험료 부과체계의 특성상 장기적으로 보험료 수입의 증가율은 GDP 성장률과 보험료율 증가율의 합으로 귀결된다는 점을 설명하였다. 보다 구체적으로는, 이는 우리나라 건강보험의 보험료 부과체계가 소득비례 정률제를 채택하고 있다는 특성에 기인하는 것이다. 그 결과 보험지출의 증가율이 GDP 성장률보다 높을 경우 보험료 부과·징수체계가 소득비례 정률제를

유지하는 한, 건강보험재정이 수지균형을 유지하기 위하여 보험료율을 인상하는 것이 불가피하게 된다.

이를 역으로 해석하면 보험료 수입의 장기전망을 도출함에 있어, 향후 보험료율 인상의 추이를 예측하는 것이 가장 중요한 결정요인이라는 추론이 가능하다. 또한 현실적으로는 보험료율 인상의 장기 추세가 보험지출과 수지균형을 이루는 조건을 충족하는 선에서 결정될 것이라는 추론이 따른다. 물론 수년 내외의 비교적 단기간을 고려할 때에는 이외에도 보험료 수입의 증가에 영향을 줄 수 있는 요인이 많이 있는 것이 사실이다. 예를 들어 보험가입 대상자의 소득 및 재산 파악의 정확성 제고, 보험료의 징수율 제고, 직장보험 가입 대상자의 범위 조정 등과 같은 조치들을 정책수단으로 사용할 수 있으며, 이러한 조치들은 보험료 수입의 규모에 상당한 영향을 줄 수 있다.

그러나 소득·재산 파악도나 보험료 징수율 제고, 보험가입 대상자 조정 등의 조치들은 장기적이며 지속적으로 시행할 수 없는 조치들이라는 점을 감안하면, 그 효과가 단기적으로는 크더라도 결국 한시적인 성격일 수밖에 없다고 판단된다. 예를 들어 소득 파악이나 보험료 징수율 제고 같은 노력은 소득 파악, 징수율 등이 일정 수준에 이르면 그 이상 높이기 어려울 것이다. 결국 단기적 성격의 조치들은 비교적 단기간의 적응시기 동안 이전의 추세에 비하여 보험료의 규모를 증가시키는 효과가 있으나, 그 이후에는 보험료 수입의 장기 증가추세에 거의 영향을 주지 못할 것이다. 따라서 전술한 바와 같이 보험료 수입의 장기 증가추세는 결국 보험 지출의 증가율에 의해 결정되는 보험료율 인상에 의해 대부분 결정된다.

보험료 부과·징수에 있어 소득비례 정률제는 우리나라뿐 아니라 공공의료보험제도를 운영하는 거의 모든 국가에서 실시하고 있으며, 뚜렷한 현실적 대안이 없으므로 향후 계속 유지되리라고 볼 수 있겠다. 따라서 보험료 수입은 GDP보다 빠른 추세로 증가하는 보험

Ⅲ. 건강보험 수입체계와 구조적 적자요인 분석 51

지출과 수지균형을 이루는 수준으로 지속적으로 인상되리라고 보는 것이 현실적인 가정이라고 판단된다. 실제로 우리나라 직장보험과 유사한 체계로 보험료를 수십년간 부과·징수해 온 미국의 medicare(part A)의 경험을 살펴보아도, 보험료 수입을 GDP 대비 비중으로 환산하였을 때, 보험료 수입증가는 거의 전적으로 보험료를 인상에 의해 설명되고 있다. 또한 보험료율 인상폭은 보험지출과 수지균형을 이루는 수준에서 결정되어 왔음을 알 수 있다¹⁾.

1) 미국 보건재정청(Health Care Financing Administration) 연례보고서 참조

IV. 의료비 지출

1. 접근방법

본 보고서의 서두에서 밝혔듯이 현재 재정기획에서 요구되는 20~30년이라는 장기간에 걸쳐 건강보험 재정수지나 의료비를 예측한다는 것은 기존의 보편적인 접근시각으로서는 거의 불가능하다고 할 정도로 매우 어려운 일이다. 우선 건강보험은 다른 사회보험과는 달리 1년단위의 단기보험이고 제도가 수시로 변하기 때문에 장기전망은 근본적으로 무의미하다는 시각이 있을 수 있다. 또한 최근 우리나라처럼 보건·의료 관련 제도가 급변하지 않는 상황이라도, Parkin et al.(1987), Cuyler(1988,1989), McGuire et al.(1993), Roberts(1998a), Gerdham & Jonsson(2000) 등이 공히 지적했듯이, 한 사회나 국가 단위의 의료비 지출 추이를 설명·예측할 수 있는 이론·모형이 현재로서는 없기 때문에 지출의 장기예측에 상당한 어려움이 있다.

무엇보다도 아직도 우리의 공공의료보험체계가 매우 큰 변화의 와중에 있고, 이러한 변화들이 향후 건강보험 재정수지의 향배를 결정하는 가장 큰 요인으로 작용할 것이나, 이러한 공공의료보험체계의 변화가 구체적으로 어떠한 시기에 어떠한 형태로 도입될 것인지 현 시점에서 예측하는 것은 불가능하다는 점을 들 수 있다. 우리나라의 경우 축적된 시계열 자료가 비교적 짧다는 문제도 있다. 특히 최근 의약분업 등의 여파로 의료비 지출이 급증하였으므로, 최근의 통계자료를 그대로 장기예측에 반영하는 것은 무리가 있다

고 사료되며, OECD(2002)가 평가했듯이 최근의 건보지출 급증세의 상당부분을 그 동안 인위적으로 낮게 책정되었던 수가의 현실화 등, 누적되어왔던 보건·의료계의 불균형의 시정 과정으로 해석하는 것이 타당하다고 판단된다. 이러한 조정 과정은 의료비 증가에 상당한 영향을 미쳤으나, 그 영향은 장기적으로 지속되기보다는 2~3년의 비교적 짧은 기간에 그칠 것으로 예상되며, 장기 증가 추세에 근본적인 영향을 줄 것이라고 보기는 어렵다.

그러나 장기재정기획에서 요구되는 수치를 제시하는 것이 전혀 불가능하지만은 않다. 장기재정 기획에서는 정확한 절대액보다는 건강보험 재정부담의 GDP 대비 비중과 장기 증가 추세가 필요하기 때문이다. 즉, 중장기 재정기획에서 요구되는 전망치는 특정 분야의 구체적인 규모 자체보다는 그 분야가 GDP에 비하여 상대적으로 증가 또는 감소할 것인가의 문제와 그 증감이 얼마나 빠른 속도로 진행될 것인가 하는 문제에 초점을 두고 있다는 점을 상기할 필요가 있다. 따라서 3~5년이라는 비교적 단기전망에서 요구되는 정확도를 다소 포기하는 대신, 제도의 특성이나 경험적 상관관계를 단순화함으로써, 향후 우리 경제가 공공의료보험을 지원하는 데 들어가는 재정부담이 장기적으로 어느 수준에 이를 것인가는 파악할 수 있다. 본 보고서에서는 이러한 점들을 감안하여 건강보험이 장기재정에 줄 수 있는 잠재부담의 분석을 시도하고자 하며, 본 보고서에서 장기전망을 위하여 채택한 접근방법과 기존의 접근방법이 각기 가지는 한계를 고려할 때, 상호보완적인 관계로 해석할 수 있겠다.

본 보고서에서 장기전망을 도출함에 있어 보험료 수입에 관한 부분은 앞서 제4장에서 논의한 보험료 수입체계의 특성에 의존하려고 한다. 보험료 지출과 관련해서는 다음과 같은 접근방법을 채택하였다. 우선 건강보험 지출이 경제 전체에서 발생하는 의료비 지출, 즉 국민의료비와 독립적으로 결정되기 어렵다고 보고²⁾, 우선 국민의료비의 증가 추이를 예측하여, 이 중 공공의료비와 건강보험이 차지

하는 비중을 감안하여 건강보험 지출 규모를 파악하고자 한다.

먼저 국민의료비를 예측함에 있어 전술한 바와 같이 의료비 결정의 이론·모형이 없다는 문제가 있다. 그러나 학계에서 이야기하는 인과관계의 이론은 없더라도, 경험적으로 오랜 기간에 걸쳐 매우 안정되고 상관계수가 높은 의료비와 소득의 상관관계를 사용하여 의료비의 향후 증가추이를 가늠할 수 있다. 우리나라 통계자료를 이 방법에 적용하는 것은, 예측 과정에서 의료비의 결정변수로 사용되는 GDP수준의 값이 현재까지 관측된 GDP값의 2~3배, 또는 그 이상이 될 수 있기 때문에, 향후 의료비를 외삽(extrapolation)으로 예측하게 되어 신뢰성에 문제가 있다. 이에 반해, 외국자료까지 사용하는 방법은 20,000~30,000달러³⁾ 이상까지의 관측치가 상당히 많이 포함되어 있어, 현재까지 이미 경험적으로 관측된 관계를 나타내는 내삽(interpolation)으로써 예측이 가능하기 때문에 상대적으로 신뢰성이 높다고 하겠다. 물론 국가나 제도적 차이를 감안하여 국제간 통계자료가 우리나라 실정에 얼마나 적용 가능한가의 문제도 있을 수 있으며, 우리나라의 국민의료비 통계를 비롯하여 국제통계의 신뢰성, 충실성, 상호비교 가능성 등의 문제도⁴⁾ 제기될 수 있다. 이에 관하여는 이하에서 보다 자세히 논하기로 한다.

2. 자 료

국민의료비의 장기예측에 사용할 식을 도출하기 위하여 본 연구

2) 향후 건강보험체계의 제도적 변화가 있을 것이며, 그 변화의 폭이 상당히 클 것으로 예상되나, 구체적인 시기와 형태는 정확히 예측하기 어렵다는 점은 이미 지적하였다. 장기적으로 볼 때는, 이러한 변화를 촉발하는 외생적 압력은 주로 우리 사회의 전반적인 의료비 지출 수준, 즉 국민의료비 증가에서 온다고 볼 수 있겠다.

3) PPP 기준 명목 US\$로 환산한 1인당 GDP 수준임.

4) 이에 관한 자세한 논의는 Poullier(1989) 참조.

에서는 OECD(국제경제협력기구)에서 작성한 OECD Health Data 2000을 주로 사용하였다. 원래 가장 최신 국제 통계자료인 OECD Health Data 2002를 사용하고자 하였으나, 후자의 경우 과거 관측치 중 누락자료가 많이 발견되어 그대로 활용하기에 어려움이 있었다. 따라서 OECD 2000 자료를 근간으로 하여 OECD 2002 자료에서 1998년 이후의 통계치를 추출하여 취합한 자료를 본 연구에 사용하였다.

OECD 2000에는 1960년부터 1999년까지 40년간에 걸쳐 OECD 회원국 29개국의 의료 관련 변수들과 인구, 경제, 사회 지표들이 수록되어 있다. 따라서 변수마다 이론상으로는 1,160개의 관측치가 존재할 수 있으나, 실제로는 연도 및 국가별로 누락된 경우가 많아 통계·계량분석 결과에 영향을 줄 수 있다. 본절에서는 우선 OECD Health Data 2000이 포함하고 있는 변수들의 성질을 소개하고, 이어서 주요 변수들의 누락 분포에 관하여 간략히 논하고자 한다.

가. OECD Health Data 2000에 포함된 변수

OECD Health Data 2000은 크게 10개의 변수群으로 구성되어 있으며, 그 내용은 <표 IV-1>에 요약되어 있는 바와 같다. 제1변수군부터 제3변수군까지는 건강상태, 의료서비스 자원, 의료서비스 활용도 등 의료에 관한 직접적인 정보가 364개의 변수에 걸쳐 수록되어 있다. 제4변수군부터 제7변수군은 의료 관련 각종 비용, 가격, 지출, 재원 등에 관해 228개의 변수가 있다. 이외에도 제8변수군은 건강의 결정요인 중 비의료적인 변수 29개가 있고, 제9변수군과 제10변수군은 인구지표 및 경제지표를 각각 48개씩 포함하고 있다.

비록 개인이나 가구 단위의 미시자료가 아니고 국가 단위의 자료이지만, 이와 같이 OECD Health Data 2000은 그 구성에서 건강·의료·보건의 상태 및 결정요인에 대한 정보를 망라하고 있으며, 또한 사망·건강에 상호영향을 주는 비의료적 요인들, 즉 사회·경제적 지표(socioeconomic indicators)에 대한 정보도 많이 담고 있다. 따라서 적어도 이론상으로는 이러한 여러 변수들을 분석하여 건강 및 의료보전 서비스의 결정요인을 찾아내기에 적합한 자료이며, 특히 40년에 걸친 29개국의 경험을 반영하기 때문에 인종, 문화, 소득수준, 의료체제 등의 영향을 분석하고 이를 충분히 감안한 의료비 장기예측이 가능할 수 있다.

<표 IV-1> OECD Health Data 2000에 포함된 변수 요약

변수군	주요내용	총변수 (총669개)
1. 건강상태 (Health Status)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사망 관련 변수 <ul style="list-style-type: none"> - 기대수명(주요연령 및 성별) - 사망원인 - 산모 및 유아 사망 - 원인별 잠재적 수명손실 ○ 질병 관련 변수(이환율) <ul style="list-style-type: none"> - 건강상태(연령 및 성별) - 건강 기대수명 - 유아 건강 - 치아 건강 - 전염병(에이즈) - 암 - 부상 - 질병 관련 결근 일수 	133
2. 의료서비스 자원 (Health Care Resources)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 입원 시설(병상 수) ○ 의료 기술(기자재 수) ○ 의료 산업 종사 인원 ○ 의료 관련 교육(과정 별 졸업자) 	26

<표 IV-1>의 계속

<p>3. 의료서비스 활용도 (Health Care Utilization)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 입원 환자 ○ 평균 입원기간 <ul style="list-style-type: none"> - 입원 및 응급진료 - 질병별 입원기간 - 복합질병별 입원기간 ○ 퇴원율 <ul style="list-style-type: none"> - 질병별 퇴원율 - 복합질병별 퇴원율 ○ 수술 <ul style="list-style-type: none"> - ICD-CM 질병구분에 따른 수술 - 복합질병별 수술 - 이식수술 ○ 외래진료 ○ 기타 의료 행위 	<p>205</p>
<p>4. 의료 관련 지출 (Expenditure on Health Care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국민의료비 계정 <ul style="list-style-type: none"> - 의료비 부문별 총지출 및 공공 지출 - 예방 및 공중보건 지출 - 보건행정 및 보험 관련 지출 - 의료 관련 기능(연구, 교육 등) ○ 의료서비스 관련 지출 <ul style="list-style-type: none"> - 입원환자 관련 지출 - 외래환자 관련 지출 - 자가서비스 및 부수적 의료서비스 ○ 외래환자 약값 <ul style="list-style-type: none"> - 약품 및 기타 소모품 - 의료용구 및 기타 의료내구재 ○ 연령별 지출 ○ 국민계정 별 의료지출 ○ 질병 관련 직접비용 ○ 의료 재화 및 서비스의 국제무역 실태 ○ 물가 지수(의료 형태 및 부문별) 	<p>112</p>
<p>5. 재원 및 보상 (Financing and Remuneration)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재원별 의료비 지출 ○ 수입원별 규모 ○ 의료 관련 직종별 소득 ○ 의료 행위별 비용 	<p>30</p>

<표 IV-1>의 계속

6. 사회보장 (Social Protection)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사회보장 지출 ○ 전액부담 지출 ○ 부분지원 지출 	24
7. 의약품 시장 (Pharmaceutical Market)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의약 산업 현황 ○ 의약품 소비 ○ 의약품 판매 	62
8. 비의료 건강결정 요인 (Non-medical Determinants of Health)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 생활 및 행동 양식 <ul style="list-style-type: none"> - 주류 소비 - 담배 소비 - 비만 인구 ○ 환경오염(대기) ○ 소득 분포 <ul style="list-style-type: none"> - 십분위별 소득 수준, 지니계수 - 저소득층 현황 	29
9. 인구 지표 (Demographic References)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 일반 사항(성별 인구, 출산율, 부양비율) ○ 인구구조(성별·연령층별 인구) ○ 노동인구(고용형태별 인구) ○ 교육수준(교육수준 별 인구) 	48
10. 경제 지표 (Economic References)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 거시경제지표 ○ 정부 지출 ○ 교육부문 지출 ○ 환율 및 기타 국가간 물가변환계수 	48

나. 누락 관측치(missing observations)

실제로 OECD Health Data 2000의 자료를 분석한 결과, 대부분의 변수들이 연도와 국가에 따라 관측치가 누락된 경우가 많으며, 일부 변수들은 1,000여개의 가능한 관측치 중 실제로 정보가 있는 관측치는 불과 수십 개에 불과한 경우도 있다. 따라서 통계·계량적 방법에 의해 OECD Health Data 2000을 사용할 때 연구자의

세심한 주의가 요구되며, 특히 두 가지 문제점이 발생한다.

첫째, 회귀분석에서 한 변수라도 정보가 누락되면 그 관측치는 누락으로 처리되기 때문에 총관측치가 줄어들어 회귀분석 결과의 신뢰도에 영향을 준다. 특히 회귀분석에 사용되는 관측치의 개수는 유효관측치의 개수가 최소인 변수에 의해서 결정되는 것이 아니라, 모든 변수들 간의 유효관측치의 교집합에 의해 결정되므로, 분석변수를 추가할 때마다 관측치가 줄어들 수 있음에 유의해야 한다.

둘째, 자료를 분석한 결과 누락정보는 무작위(random)하지 않으며, 변수별로 특정 국가와 연도에 편중되어 있다. 특히 1990년 이전에 자료가 존재하지 않는 경우가 많으며, 대개 경제수준이 상대적으로 낮은 경우에 이러한 경향이 심하다. 즉, 관측치의 누락 여부가 무작위적이지 않고, 연도, 소득, 국가에 따라 체계적(systematic)이기 때문에 분석결과에 편이(selection bias)가 나타날 수 있게 된다.

이러한 요인을 감안하여 OECD Health Data 2002에서 발췌한 최근 통계까지 취합하여 1971년에서 2000년도까지의 21개국의 GDP, PPP 환율, 국민의료비, 공공부문의료비, 노령화 등 인구구조를 사용하였다. 자료가 부실하여 제외된 국가에는 체코, 덴마크, 네덜란드, 멕시코, 슬로박 공화국, 헝가리, 그리스, 폴란드 등이 포함되었다. 또한 의료비 중 민간보험이나 본인부담금의 비중을 포함하여 우리나라와 같이 매우 높은 본인부담금 수준이나 미국에서와 같이 민간보험의 비중이 높은 경우의 영향을 감안하고자 하였으나, 역시 누락 관측치가 많아 부득이 제외하였다.

3. OECD 국가의 경험을 반영한 모형

가. 소득과의 관계

OECD Health Data 2000과 2002에 있는 자료를 분석한 결과,

국민의료비와 가장 뚜렷하게 밀접한 관계를 보이는 변수는 국민소득이었다. [그림 IV-1]은 OECD 각국의 일인당 국민소득과 일인당 국민의료비의 관계를 5개 연도(1960, 1970, 1980, 1990, 2000)에 걸쳐 보이고 있다⁵⁾. 이 그림에서 볼 수 있듯이 거의 40년에 걸친 기간동안 1인당 국민의료비와 1인당 국민소득은 국가간의 횡단면 비교에서 거의 직선에 가까운 밀접한 연관관계를 보이고 있다.

국민의료비의 장기예측을 위해서는 시간, 국가(문화, 경제체제 및 의료제도), 소득수준 등의 변수의 영향에 대해 안정적인 관계(stable stylized relationships)를 찾아서 이용하는 것이 매우 중요하며, 이런 관점에서 [그림 IV-1]에 나타난 의료비-소득관계의 안정성에 주목할 필요가 있다. 첫째, [그림 IV-1]에서 볼 수 있듯이 의료비는 40년이라는 비교적 긴 시간의 경과에 대해 안정적으로 소득과 직선에 가까운 상관관계를 유지하고 있다. 둘째, 그림에 나타난 의료비-소득의 관계는 소득수준에 대해 안정적이어서, GDP의 분포가 변하는 것에 크게 영향을 받지 않는다. 이는 향후 우리나라의 GDP가 현재까지 관측된 수준 이상으로 증가하여도 지금까지 관측된 의료비-소득의 관계를 이용하여 의료비 수준을 외삽(extrapolation)으로 추정하려는 접근법에 상당한 타당성이 인정될 수 있음을 의미한다.

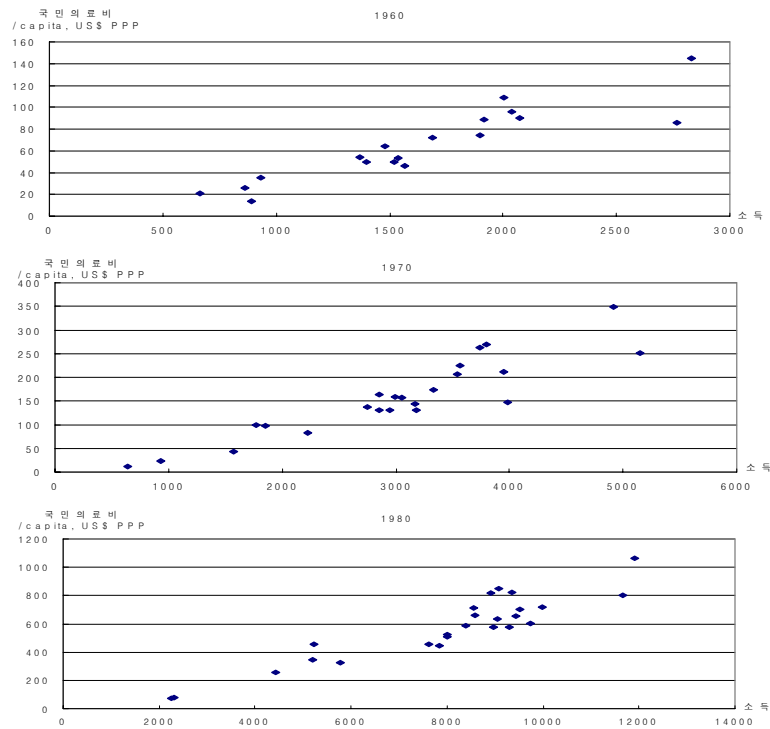
<표 IV-2>에서 볼 수 있는 바와 같이 1960년에는 일인당 GDP가 최저인 터키가 507달러에서 최고인 미국도 2,832달러에 불과하였으나, 2000년에는 최저 수준의 터키가 6,439달러대로 비록 명목기준이기는 하나 1960년의 미국 일인당 소득의 두 배가 넘었으며, 2000년 현재 1인당 국민소득이 30,000달러에 육박하거나 그 이상인 국가도 몇 개 있다. 소득수준에 국가간, 연도별로 이렇게 커다란 편

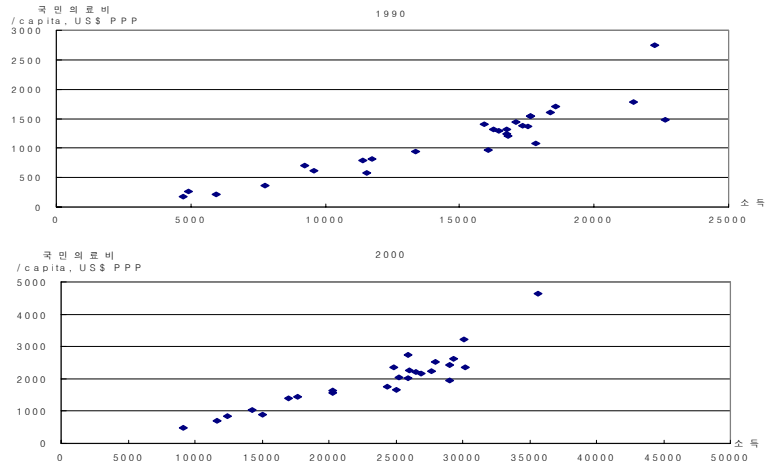
5) 그림에 있는 의료비와 국민소득은 모두 명목기준 US\$로 표시되었다. 적용환율은 OECD Health Data 2000와 2002에 있는 각국별, 연도별, 구매력기준(PPP) 환율이다.

IV. 의료비 지출 61

차가 있음에도 불구하고 일인당 국민의료비와 일인당 국민소득은 안정된 관계를 보이고 있다. 의료비-소득관계의 안정성에 대해서 마지막으로 지적하고 싶은 사항은, OECD Health Data 2000과 2002에 포함된 국가들이 문화, 인종, 경제체제 및 의료서비스 전달 체제 등에서 서로 간에 상당한 차이가 있다는 사실이다. 그럼에도 불구하고 거의 예외없이 국민의료비와 소득이 [그림 IV-1]에 나타난 관계를 형성하고 있다는 사실은, 이 관계를 이용하여 우리의 향후 국민의료비 지출 전망을 도출하였을 때, 그 전망치에 상당한 신뢰도를 부여할 수 있음을 시사한다고 사료된다.

[그림 IV-1] 1인당 국민의료비와 GDP의 관계





자료 : OECD Health Data 2002

[그림 IV-2]에서는 OECD Health Data 2000에 있는 29개국 전부에 대하여 1960년과 1999년 사이의 40개 연도에서 국민의료비와 국민소득에 관한 정보를 모두 모아서 표시하였다⁶⁾. 이 그림에서 볼 수 있는 바와 같이 국가별 시계열(time series)와 횡단면(cross section)의 구분을 무시하고 취합된 자료(pooled data)에서의 의료비-소득관계를 보아도 [그림 IV-1]에서 보았던 선형에 가까운 관계가 유지되고 있으며, 이는 [그림 IV-1]에서 보았듯이 일정한 시점에서의 국가간 비교(cross-country comparison)에서 나타난 관계가 시간의 경과에 대해 안정적임을 다시 입증하고 있다.

또한 국가별(country-wise)로 1960년과 2000년 사이에 의료비와 GDP의 시계열을 통시적으로(longitudinally) 보아도 이러한 관계를 따라 변하고 있을 뿐 아니라, 모든 국가에서 거의 동일한 선상에서 의료비와 소득이 결정되고 있다. 예외적인 경우는 그림에 표시된

6) 29개국에 대하여 40년의 자료가 있으므로 최대 1,160개의 관측치가 존재할 수 있으나, 일부 누락된 정보로 인하여 실제도 1,120개의 관측치가 있다

바와 같이 미국과 룩셈부르크 2개국인데, 미국의 경우에는 이미 일반적으로 알려진 바와 같이 다른 국가에 비해 소득 대비 일인당 국민의료비 지출이 높은 편이며, 룩셈부르크는 의료비 지출이 다소 낮은 편이다⁷⁾.

우리나라 자료의 분석에서 사용했던 로그변환을 OECD자료에 적용하면 [그림 IV-3]에서 보듯이 의료비-소득의 선형관계가 더욱 뚜렷해진다. [그림 IV-3]에는 단순회귀결과를 나타낸 직선이 3개 포함되어 있는바, OECD 모든 국가, 미국을 제외한 OECD 모든 국가, 미국의 자료만을 사용한 회귀 결과가 제시되어 있고, 그 추정치는 <표 IV-3>과 같다.

<표 IV-3>에 제시된 국민의료비의 GDP에 대한 회귀분석에서는 룩셈부르크와 같이 예외적인 경우가 회귀결과에 과도한 영향을 주는 것을 줄이기 위하여 가중치를 두었다. 가중치로는 경제규모를 생각할 수 있는데, 경제규모를 결정하는 요인은 소득수준과 총인구로 나누어 생각할 수 있다. 이 중 소득수준은 이미 독립변수인 일인당 GDP에 반영되어 있으므로 고려하지 않았고, 다만 국가·연도별 총인구를 가중치로 두었으며, 독자의 편의를 위하여 국가·연도별 총인구의 분포는 [그림 IV-4]에 제시되어 있다. 가중회귀분석의 결과, 인구가 작은 룩셈부르크의 영향은 최소화되었으나, 일인당 의료비 수준이 높은 미국의 영향은 3개의 회귀분석 추정식을 보아도 알 수 있듯이 분석결과에 상당한 영향을 주고 있다.

분석 결과를 살펴보면, OECD 전 국가를 사용한 회귀분석에서는 일인당 GDP의 로그값의 계수 추정치가 1.39로 나와 있어 상당히 높은 GDP탄력성을 보이고 있다. 미국의 경우에는 높은 의료비 지출 수준을 반영하여 의료비의 소득탄력성이 1.42로 추정되어 있으

7) 룩셈부르크는 유럽 국가 중 소국으로서 국민들이 의료서비스를 받기 위하여 인접 국가를 방문하는 사례가 많으며, 따라서 의료비 추계가 과소하게 집계될 가능성이 있다고 지적되어 왔다.

며, 미국을 제외한 OECD 국가들의 (가중)평균소득 탄력성은 이보다 현저히 낮은 1.33에 머무르고 있다. 그러나 1.33이라는 수준의 소득탄력성도 비교적 높은 수준이다.

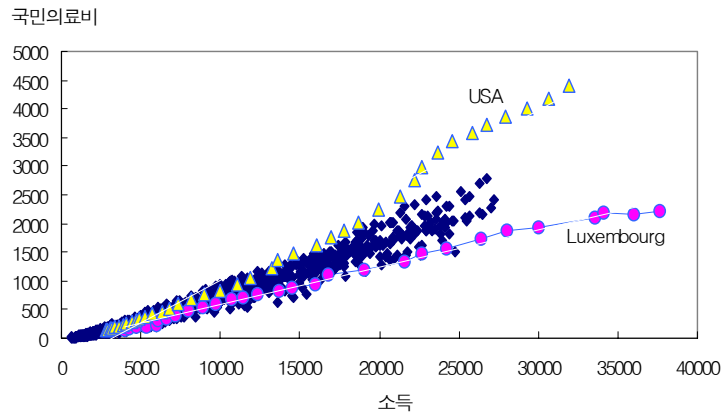
<표 IV-2> OECD 국가별 일인당 국민소득 변동 추이

	1960	1970	1980	1990	1997	1998	1999	2000
Australia	2,041	3,955	9,434	16,744	23,143	24,296	25,559	26,497
Austria	1,478	2,997	8,574	16,783	22,904	24,493	25,582	26,864
Belgium	1,538	3,185	8,958	16,746	22,820	23,551	24,767	26,049
Canada	2,005	3,736	9,989	18,555	23,580	25,038	26,462	27,963
Finland	1,370	2,854	7,997	16,442	20,471	22,064	23,300	25,078
France	1,688	3,536	9,518	17,655	20,884	22,587	23,745	24,847
Germany	1,865	3,569	9,340	18,351	22,232	23,759	24,542	25,936
Greece	663	1,774	5,202	9,239	13,560	15,012	15,722	16,950
Iceland	1,522	2,755	9,310	17,314	24,168	26,427	27,717	29,344
Ireland	930	1,849	5,224	11,388	20,444	23,125	25,840	29,066
Italy	1,396	3,051	8,382	16,257	20,865	23,003	24,037	25,206
Japan	865	2,849	8,015	17,841	24,396	24,420	24,940	25,937
Korea		640	2,300	7,752	15,376	12,254	13,645	15,045
Luxembourg	2,248	3,981	9,727	22,655	36,009	40,565	43,477	46,950
Netherlands	1,751	3,428	8,563	15,921	23,189	25,056	26,552	27,675
New Zealand	2,071	3,330	7,618	13,344	17,731	18,274	19,288	20,262
Norway	1,565	3,948	9,051	17,514	26,526	28,365	29,013	30,195
Portugal	596	1,567	4,439	9,598	15,056	16,135	16,776	17,638
Spain	891	2,220	5,781	11,734	16,376	18,121	19,128	20,297
Sweden	1,916	3,793	9,064	17,654	20,079	22,056	23,476	24,845
Switzerland	2,767	5,148	11,655	21,488	26,261	27,836	28,778	30,098
Turkey	507	927	2,251	4,691	6,371	6,272	5,966	6,439
U.K.	1,899	3,172	7,838	16,055	20,958	22,330	23,303	24,323
USA	2,832	4,920	11,896	22,266	29,297	32,267	33,763	35,657

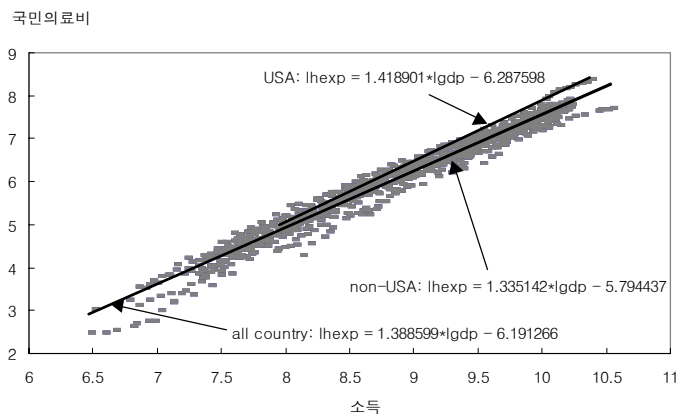
주 : 모든 금액은 명목 US\$로 표시되었으며, 구매력기준(PPP) 환율을 적용하였음.

자료 : OECD Health Data 2002.

[그림 IV-2] 국민의료비와 소득의 분포(1960~2000)



[그림 IV-3] 로그변환 국민의료비와 소득의 분포(1960~2000)



나. 시계열횡단면 분석

앞에서 OECD국가들의 의료비 증가추이를 OLS를 이용하여 단순한 방법으로 분석한 결과 의료비 지출의 소득탄력성이 1.39로 추정

되었으며, 의료비 증가가 예외적으로 높은 미국을 제외하더라도 1.34 정도의 높은 수준이었다. 이는 상당히 높은 수준으로, 이를 바탕으로 우리나라의 의료비 예측을 할 경우 향후 GDP가 증가함에 따라 국민의료비의 지출과 그에 따른 공공부문 의료비 지출이 재정 에 주는 부담이 상당히 커질 수도 있는 가능성을 시사한다.

<표 IV-3> 국민의료비의 단순회귀분석

분석자료 변수	OECD 모든 국가	미국 제외 OECD 모든 국가	미국
상수항	-6.191266 (-79.544)	-5.79447 (-76.279)	-6.287598 (-68.592)
명목 US\$ 표시 일인당 국민소득의 로그	1.388599 (159.912)	1.335142 (155.241)	1.418901 (143.726)
N	867	829	37
종속변수 평균 (명목US\$ 일인당 국민의료비의 로그)	6.19682	5.94041	6.84327
R2	0.9672	0.9668	0.9983
F-value(Pr>F)	25571.885(0.0001)	24099.808(0.0001)	20657.078(0.0001)

- 주 : 1. 회귀분석에서는 각 국가의 총인구를 가중치로 사용
 2. 가중치로 사용한 총인구에 관한 정보가 없는 경우 관측치 일부가 누락
 3. 괄호 안의 수치는 추정계수의 t-값을 나타내며, 추정된 계수는 모두 Pr=0.0001 수준에서 유의성을 보임.

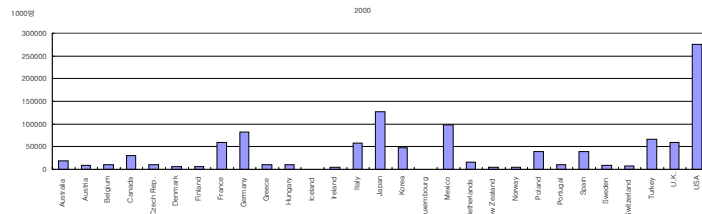
그러나 성급하게 그러한 결론을 받아들이기에 앞서, 보다 정교하게 OECD 자료의 특성을 감안한 계량분석을 할 필요성이 있다. 첫째, 회귀식의 독립변수로서 각국의 GDP 이외의 시계열변수를 도입하여 의료비 예측의 정확성을 제고할 수 있다. 둘째, 계량분석기법에서도 분석에 사용된 OECD자료가 통합시계열자료임을 감안하여 그 특성에 맞는 가정을 도입할 필요가 있다. 우선 우리나라의 경우에서도 보았듯이 의료비 지출의 시계열에는 자기상관의 성격이 강하며, 각 나라의 의료비 시계열별로 자기상관에 따른 조정이 필요

IV. 의료비 지출 67

하다. 또한 미국이나 룩셈부르크의 사례가 시사하듯이, 비록 GDP나 다른 변수들이 의료비 결정에 주는 영향이 나라 간에 동일·유사하다고 가정하여도, 의료비 지출은 각 나라마다 서로 다른 고유의 수준이 있다고 인정할 수도 있다. 계량분석에서 이러한 가능성에 대한 배려도 필요하다.

[그림 IV-4] 연도별 OECD 국가 총인구 분포





자료 : OECD Health Data 2002

1) 분석기법

OECD 자료에 대한 통합시계열기법의 적용에 앞서 우선 1인당 의료비 지출의 시계열을 각국별로 분석한 결과 대부분 1차 자기상관이 있었다. 따라서 통합시계열 분석기법 중 Parks(1967)가 제시한 자기상관모형을 적용하는 것이 타당하다고 사료된다. Parks모형은 시계열상의 자기상관 이외에도 횡단면상의 이분산(cross-section heteroskedasticity) 및 횡단면상의 비자기상관(cross-section correlation)을 감안할 수 있는 기법이다.

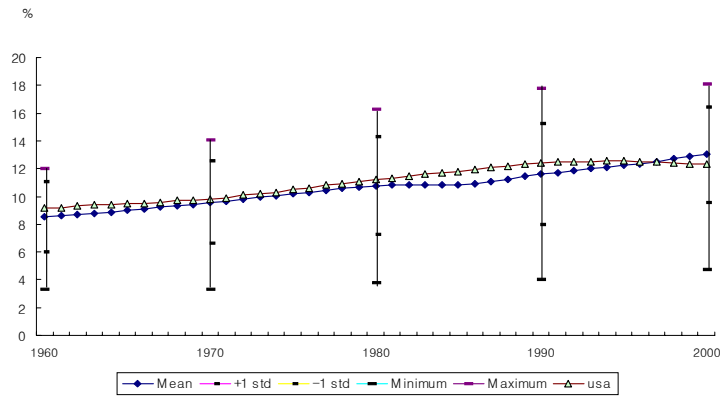
통합시계열자료의 특성을 감안한 분석기법으로 자기상관 등 오차항에 대한 가정 이외에 본고에서는 의료비 지출 수준에 각 국가별로 고유한 고정효과(fixed effect)⁸⁾가 존재할 수 있다고 가정하였다. 앞서 언급했듯이 민간보험의 비중이나 본인부담금의 비중 등의 변수들을 자료의 누락으로 인하여 계량분석에 직접 반영할 수 없었으

8) 통합시계열자료 분석에서 많이 사용되는 기법으로는 국가별 또는 시간(시대)별 특성을 고려하는 확률적 효과(random effect)와 고정효과(fixed effect)의 가정이 있다. 이 중 어떤 가정을 채택할 것인가는 엄밀히 말하면 Hausman test를 거쳐 결정해야 된다. 그러나 1차 자기상관과 이분산분포를 감안한 Parks기법을 적용하였을 때 이에 추가하여 확률적효과와 고정효과 간의 선택을 위한 Hausman test를 적용하려면 시험통계치를 별도로 도출하여야 하므로 본 보고서에서는 자료에 내재되어 있는 정보를 최대한 추출한다는 의미에서, 국가별로 존재할 수 있는 의료비 지출 수준의 차이를 dummy 변수로써 측정한다는 직관적 근거에 따라 고정효과 가정을 채택하였다.

나, 이렇게 국가별 고정효과를 사용함으로써 간접적이거나 이러한 요인들이 어느 정도 반영되었다고 볼 수 있겠다.

고령층의 의료비가 상대적으로 높기 때문에 인구구조의 고령화는 국민의료비 지출 수준에 영향을 준다고 보는 것이 타당하다고 사료된다. 따라서 고령화지수를 여러 형태로 산출하여 회귀분석에 적용하였으나, 단순히 65세 이상 고령인구비중을 사용한 경우와 비교하여 유의성이 높은 결과를 얻지 못하였다. 참고로, 분석에 사용한 자료에 나타난 OECD 국가들의 65세 이상 인구비중은 [그림 IV-5]에 제시되어 있다.

[그림 IV-5] OECD 국가의 65세 이상 고령화비율(인구가중평균)



마지막으로, 국가별 고정효과 이외에도 국가별 의료제도의 특성을 반영하기 위하여 dummy변수들을 도입하였다. 이를 위해서 기존 연구에서 의료서비스의 공급자의 의사결정에 영향을 줄 수 있는 유인을 달리함으로써 의료비 지출의 수준이나 증가 속도에 영향을 줄 수 있는 요인으로 지목된 의료체계의 유형 구분을 사용하였다⁹⁾.

9) 이에 대해 보다 자세한 설명은 부록3 참조. 실제로는 각 나라마다 이러한 의료체계의 유형이 혼합되어 있으나, Gertham & Jonsson(2000)을

우선, 국가별로 의료서비스의 공급 유형을 Hurst(1992)의 분류에 따라 상환제(reimbursement), 계약제(contract), 통합제(integrated)로 구분하였다. 이는 공공의료보험자와 진료 등 의료서비스를 공급하는 의사들과의 관계에 따른 구분으로, 우리나라는 계약제에 속한다(OECD 2002).

<표 IV-4> 의료비 및 보험지출에 영향을 줄 수 있는
의료체계의 국가별 분류

유형별 분류		해당 국가
의료서비스 공급방식	상환제 (reimbursement)	호주, 벨기에, 프랑스, 이탈리아(1978 이전), 스위스, 미국
	계약제 (contract)	한국, 오스트리아, 캐나다, 독일, 포르투갈(1977 이전), 스페인(1983 이전), 터키
	통합제 (integrated)	핀란드, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아(1979 이후), 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈(1978 이후), 스페인(1984 이후), 스웨덴, 영국
급여결정 방식	행위별 수가제 (fee for service)	한국, 일본, 미국, 일본, 덴마크, 프랑스, 캐나다, 호주, 오스트리아, 이탈리아(1977 이전), 아일랜드(1988 이전), 뉴질랜드, 노르웨이, 독일, 스위스
	인두제 (capitation)	영국, 아이슬란드, 이탈리아(1978 이후), 스페인(1983 이전), 아일랜드(1989 이후)
	봉급제 (wage+salaries)	핀란드, 스웨덴, 포르투갈, 터키, 스페인 (1984 이후)
초과청구(overbill)		미국, 뉴질랜드, 영국, 아일랜드, 호주, 이탈리아(1978 이전), 프랑스(1982 이후)

또한 의사의 급여 결정방식의 분류로 행위별 수가제(fee for service), 인두제(capitation), 봉급제(wage+salaries)의 구분을 채택하였으며, 우리나라는 행위별 수가제로 분류가 된다. 이외에도 의료서비스에 대한 수가가 없거나 수가 이상의 청구가 가능한 제도를 채택한 나라에서 의료비 수준이 더 높을 가능성을 고려하였

참조하여 가장 뚜렷한 유형에 따라 구분하였다.

다. 이상의 논의에 따른 dummy변수 설정은 <표 IV-4>에 요약되어 있다.

위의 논의에서 채택한 국가별 의료체계 유형 분류는 주로 의료서비스 공급자(병원, 의사)의 서비스행위에 대한 유인을 다루고 있다. 이 외에도 의료서비스의 수요자의 유인에 영향을 줌으로써 의료비 수준과 증가율에 영향을 주는 분류를 생각해 볼 수 있다. 우선 생각해 볼 수 있는 요인은 수요자의 입장에서의 의료서비스의 가격, 보다 엄밀히 이야기하여 한계비용으로서, 이와 관련된 대표적 사례로 우리나라의 높은 본인부담금이나 미국의 민간보험의 비중, 프랑스의 보완적 민간보험(공공보험의 본인부담금에 대한 민간보험) 등을 생각해 볼 수 있다. 그러나 본인부담금이나 민간보험의 비중에 대해 분석대상 국가별로 누락 관측치가 많아서 분석에 사용할 수 없었으며, 이에 대신하여 국민의료비 중 공공의료비의 비중을 proxy변수로 사용해 보았다. 그 결과 공공의료비 비중만을 사용하였을 때에는 추정된 계수가 유의성이 있었으나, 위에서 논의한 의료체계 dummy변수를 추가하여 같이 회귀분석을 하였을 때 유의성을 잃어 최종분석에서 제외하였다. 이 밖에 생각할 수 있는 변수로 의료서비스의 질을 나타내는 proxy변수들로 인구 천명당 의사나 병상의 수 등을 고려할 수 있으나, 역시 누락 관측치의 문제 때문에 제외되었다.

이상의 논의를 요약하면, 본고에서 추정하는 모형을 아래의 식으로 나타낼 수 있다. 국가 i 의 t 기의 1인당 국민의료비 지출과 1인당 GDP를 각각 $HEXP_{it}$, GDP_{it} 라고 표기할 경우,

$$\log HEXP_{it} = \alpha + \delta_i + I_{it} + \beta \log GDP_{it} + \gamma POP65_{it} + u_{it}$$

여기서 $POP65_{it}$ 는 국가 i 의 t 기의 65세 이상 인구비중을 나타낸다. δ_i 는 국가 i 에 고유한 시간 t 와 무관한 고정효과이며, I_{it} 는 앞서

논의한 국가별 의료체계 유형을 나타내는 dummy 벡터로서, 일부 국가에서 관측 기간 동안 값이 변화했기 때문에 t기별로 구분이 필요하다. u_{it} 는 오차항으로 다음과 같이 국가별 일차자기상관과 횡단면 이분산의 속성을 가정한다.

$$\begin{aligned} u_{it} &= \rho_i u_{i,t-1} + \varepsilon_{it}, \\ E[\varepsilon_{it}] &= 0 \\ E[\varepsilon_{it} \varepsilon_{jt}] &= \sigma_{ij} \end{aligned}$$

2) 회귀분석 결과

위에서 설정한 모형에 따라 우선 일단계에서 국가별로 일차자기상관 계수를 추정하고 이단계에서 이분산 가정하에 일반최소자승법(GLS)을 사용한 Parks기법으로 계수들을 추정하였다. 그 결과는 <표 IV-5>에 제시되어 있다.

우선 GDP가 국민의료비 결정에 미치는 영향을 보면 계수가 1.21로, 앞서 OLS로 측정했던 1.34~1.41보다 훨씬 낮은 수준이다. 또한 국민의료비의 결정요인으로 노령인구의 비중을 사용한 결과, 계수가 양수로 추정되어 노령화 수준이 높을수록 의료비 지출이 증가하는 것으로 해석된다. 여기서 추정된 노령화지수의 계수를 사용하여 의료비를 추정하면, 우리나라의 경우 통계청의 장래인구추계에서 2050년 현재의 노령인구비중을 사용한 경우, 국민의료비 지출 수준이 2002년 현재의 노령인구비중을 그대로 적용한 경우와 비교하여 2050년의 의료비 지출이 31% 증가하는 효과가 있다¹⁰⁾.

의료체계의 국가별 유형의 영향을 보면, 의료서비스의 공급체계에서 상환제와 통합제의 계수가 모두 양수로 추정되어 계약제인 우리나라가 공급체계의 근본적인 변환을 통하여 의료비 및 건강보험

10) 자세한 논의는 제5장 참조.

<표 IV-5> 국민의료비 결정의 통합시계열 회귀분석

계 수	계수 추정치	t값(Pr> t)
α (상수항)	-5.207419	-42.695708 (0.0001)
β (logGDP)	1.215856	194.861812 (0.0001)
Υ (노령화 비중)	0.010005	4.314104 (0.0001)
상환제(reimbursement)	0.092685	3.562252 (0.0004)
계약제(contract)	(omitted var)	----
통합제(integrated)	0.121216	5.544591 (0.0001)
인두제(capitation)	-0.047128	-3.902778 (0.0001)
행위별수가제(fee-for-service)	(omitted var)	----
봉급제(wage+salaries)	-0.198069	-7.075077 (0.0001)
초과청구(overbill)	0.028392	6.043718 (0.0001)
δ_i (국가별 고정효과)		
호주	0.353026	6.079909 (0.0026)
오스트리아	0.422898	5.853349 (0.0002)
벨기에	0.232609	5.831428 (0.0320)
캐나다	0.588243	7.214677 (0.0001)
핀란드	0.504906	5.873109 (0.0001)
프랑스	0.412502	6.918494 (0.0004)
독일	0.638349	7.211393 (0.0001)
아이슬란드	0.343487	5.509981 (0.0027)
아일랜드	0.360167	6.377293 (0.0141)
이탈리아	0.338957	4.002812 (0.0042)
일본	0.231114	5.921505 (0.0588)
뉴질랜드	0.260321	4.646880 (0.0571)
노르웨이	0.255137	4.648290 (0.0278)
포르투갈	0.466071	7.426743 (0.0001)
스페인	0.393865	4.936266 (0.0005)
스웨덴	0.619359	5.760099 (0.0001)
스위스	0.375645	5.172676 (0.0027)
터키	0.208586	5.115323 (0.0082)
영국	0.140777	5.839596 (0.2434)
미국	0.630547	5.491088 (0.0001)
한국	(omitted var)	----

<표 IV-5>의 계속

계 수	계수 추정치
ρ_i (국가별 자기상관계수)	
호주	0.764396
오스트리아	0.786507
벨기에	0.719839
캐나다	0.693612
핀란드	0.849304
프랑스	0.568751
독일	0.848382
아이슬란드	0.642287
아일랜드	0.950000
이태리	0.255362
일본	0.913318
뉴질랜드	0.852961
노르웨이	0.329505
포르투갈	0.430389
스페인	0.721088
스웨덴	0.950000
스위스	0.917406
터키	0.668317
영국	0.694762
미국	0.938020
한국	0.887364
N	588
국가	21
관측연도 수	28
R2	0.9954

주 : 종속변수는 PPP환산 명목US\$ 표시 1인당 국민의료비의 로그임.

지출을 억제할 수 있는 가능성이 없는 것으로 해석된다. 반면, 의사의 급여결정 방식을 보면, 우리나라와 같은 행위별 수가제를 채택

IV. 의료비 지출 75

하고 있는 국가에서 인두제나 봉급제에 비해 의료비 지출 수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 인두제나 봉급제 체제에서 의사가 진료횟수를 늘림으로써 자신의 급여를 증가시키지 못하기 때문에 행위별 수가제에 비해서 의료서비스를 과다하게 제공할 유인이 적다는 데 기인한다고 해석된다. 수가가 정해져 있지 않거나 수가 이상의 청구를 허용하는 국가의 경험을 반영한 초과청구의 계수는 예상되는 대로 유의성이 있는 양(+)¹의 값으로 추정되었다.

국가별 고정효과는 <표 IV-5>에 계수가 모두 양수로 추정되어 우리나라를 제외한 분석대상인 20개국에서 소득, 노령화, 공공의료제도 등의 요인을 감안하여도 의료비 지출이 우리나라보다 높은 수준으로 나타났다. 영국을 제외한 다른 국가들에서 고정효과의 통계적 유의성이 매우 높게 나타났으며, 영국의 경우 유의성이 낮아 의료비 지출 수준에 있어서 우리나라와 비슷한 고정효과를 보이고 있다.

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망

1. 국민의료비 예측

가. 국민의료비 예측을 위한 가정

1) 모델

OECD국가들의 경험으로부터 도출된 시계열횡단면모형에서 일인당 국민의료비의 예측식은 다음과 같다. 통합시계열 회귀분석에서 사용한 dummy변수 중 우리나라의 경우에 해당되는 변수들을 제외 변수(omitted variables)로 설정하였기 때문에 이 변수들의 값을 모두 0으로 놓으면 우리나라의 1인당 국민의료비를 산출할 수 있다.

$$\begin{aligned}\log(\text{HEXP}_t) &= \alpha + \beta \log(\text{GDP}_t) + \gamma \text{POP65}_t + E[u_t | u_{2000}] \\ &= \alpha + \beta \log(\text{GDP}_t) + \gamma \text{POP65}_t + \rho^{t-2000} \cdot e_{2000}\end{aligned}$$

여기서 HEXP_t 와 GDP_t 는 각각 명목달러표시 일인당 국민의료비, 일인당 GDP를 나타내며, POP65_t 는 노령(65세 이상) 인구 비중을 지칭한다. α 는 상수항이며, β , θ , γ 는 계수, ρ 는 회귀분석에서 추정된 우리나라의 자기상관계수를 나타낸다. e_{2000} 은 마지막으로 관측된 예측잔차이다.

예측잔차를 산정함에 있어 2000년도의 국민의료비 값을 마지막으로 관측된 실제관측치로 사용하였으며, 따라서 보건·의료분야의 개혁에 따른 의료비 급증 등 최근의 우리나라 경험이 2000년까지

반영되었음을 의미한다. 다만, 2000년보다도 변화가 심하였던 2001년의 경험이 반영되지 못한 아쉬움이 있다. 또한 최근 우리나라 인구의 노령화 현상에 따라 의료비와 건강보험 지출 증가율이 높아졌다는 관측도 있으나, 이미 노령화의 영향이 회귀분석 결과에 반영되어 있다. 윗식의 마지막 항에서 볼 수 있듯이, 본 보고서에서는 OECD(2002)의 견해와 마찬가지로, 최근의 보건·의료비의 급격한 변화가 비록 그 규모가 크기는 하나 장기추세에 근본적인 영향을 주지 못하는 것으로 상정하고 있다. 즉, 지수함수로 포함된 ρ 의 영향으로 최근의 변동의 영향이 크기는 하나, 수년 내에 효과가 감소하는 것으로 설정하였다.

위의 식을 이용하여 $HEXP_t$ 를 구하면 다음과 같이 된다.

$$\begin{aligned} HEXP_t &= GDP_t^\beta \cdot \exp\{a + \gamma \cdot PO\#65_t + \rho^{t-2000} \cdot e_{2000}\} \\ &= GDP_t^\beta \cdot e^a \cdot e^{\gamma \cdot PO\#65_t} \cdot e^{\rho^{t-2000} \cdot e_{2000}} \\ &= GDP_t^{1.215856} \cdot \exp\{-5.207419 \\ &\quad + 0.010005 PO\#65_t + 0.887364^{t-2000} e_{2000}\} \end{aligned}$$

(식V-1)

일단 달러 기준으로 일인당 국민의료비를 도출한 후, 가장 최근의 PPP 값을 이용하여 원화로 환산할 수 있다. (2001년 PPP=726)

2) GDP 성장률에 대한 가정

(식 V-1)에 의거하여 국민의료비 예측을 하려면 우선 GDP와 고령화 추세에 대한 가정을 하여야 한다. 경제 전반에 대한 거시전망은 본 보고서의 범주를 벗어나는 과제이므로, 여기서는 한국조세연구원의 중장기 거시전망 중 실질성장률과 물가상승률 전망을 그대로 도입하여 사용하기로 한다. 이는 동 거시전망을 기초로 한 다른 중장기 연구와 동일한 가정을 사용하여 일관성을 확보한다는 점을 고려한 것이다.

<표 V-1> 우리 경제의 중장기 거시전망(한국조세연구원)

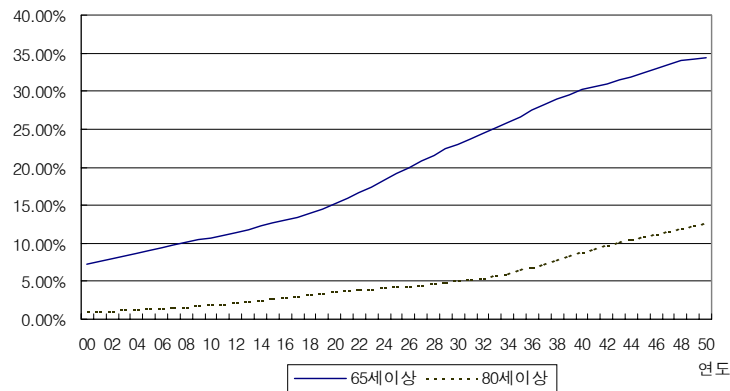
(단위 : %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2010	2011 ~2020	2021 ~2030	2031 ~2040	2041 ~2050
실질성장	6.2	6.3	5.6	5.2	5.1	5.1	5.1	3.5	3.5	3.0
물가상승	2.9	3.4	2.9	2.8	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0
명목성장	8.1	9.7	8.5	8.0	8.1	8.1	7.1	5.5	5.5	5.0

3) 총인구 및 고령화 추세에 대한 가정

2050년까지의 고령화 추세에 대해서는, 본 연구에서 별도의 분석으로 도출하지 않고, 통계청에서 작성한 우리나라 인구구조의 향후 추이를 그대로 인용하여 사용하였다. 통계청 자료에 의거하여 2050년까지의 노령인구 비중을 도출하면 [그림 V-1]이나 <표 V-2>와 같다.

[그림 V-1] 고령화 비중 추계(2000-2050)



본 보고서에서 사용하는 의료비예측모형은 1인당 GDP와 의료비 지출을 사용하기 때문에 위에서 제시한 경제성장률을 사용하여 GDP 규모를 우선 계산한 뒤, 통계청의 장래인구 추계를 이용하여

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망 79

1인당 GDP를 환산하였다. <표 V-3>에 이렇게 환산한 1인당 GDP가 요약되어 제시되어 있으며, 표를 통해서 볼 수 있듯이, 1인당 GDP의 증가율은 대략 GDP 증가율에서 인구성장률을 차감한 값이 된다. 따라서 인구성장이 멈추고 절대 감소 현상이 일어나기 시작하는 2020년대 초반 이후 1인당 GDP의 증가율이 GDP 성장률을 상회하게 되며, 2002~2050년 사이의 1인당 GDP 증가율의 하락은 GDP 성장률보다 적은 폭이다. 또한 [그림 V-1]에서 볼 수 있듯이, 이 시기는 우리나라 총인구 중 65세 이상 노령인구의 비중이 급증하는 시기와 일치한다.

<표 V-2> 총인구 중 65세 인구 비중의 추이

(단위 : %)

연도	2002	2003	2004	2005	2006	2010	2020	2030	2040	2050
고령인구 비중(%)	7.92	8.28	8.65	9.01	9.39	10.69	15.14	23.07	30.15	34.44

<표 V-3> 1인당 GDP 전망

연도	1인당 GDP	1인당 GDP 증가율 (%)	(10년간 연평균 증가율)	인구성장률 (%)	(10년간 연평균 성장률)	GDP 성장률
2001	15857					
2002	17192	8.42		0.63		9.1
2003	18747	9.05		0.60		9.7
2004	20225	7.88		0.57		8.5
2005	21726	7.42		0.54		8.0
2006	23365	7.55		0.52		8.1
2010	31337	7.66	(2006년~) 7.61	0.41	(2006년~) 0.45	8.1
2020	60926	7.03	(2010년~) 6.87	0.06	(2010년~) 0.21	7.1
2030	104803	5.72	(2020년~) 5.57	-0.21	(2020년~) -0.07	5.5
2040	186786	6.14	(2030년~) 5.95	-0.60	(2030년~) -0.42	5.5
2050	330795	6.07	(2040년~) 5.88	-1.01	(2040년~) -0.83	5.0

주 : 명목달러표시 1인당 GDP임. 적용환율은 2001년도 PPP 기준 726임.
 자료 : GDP 성장률 : 한국조세연구원 중장기 거시전망
 총인구 : 통계청 장래인구추계

나. 국민의료비 장기예측

(식 V-1)에 위의 가정들을 대입하면 <표 V-4>와 같이 1인당 GDP와 1인당 국민의료비의 장기전망을 도출할 수 있다. 결과를 살펴보면, 우선 GDP 대비 국민의료비의 비중이 2001년의 5.87%에서 꾸준히 증가하여 2030~2040년 경 현재 선진국 수준인 GDP 대비 8~10% 수준에 이르고 2050년에 12%에 달할 것으로 전망된다. GDP대비 의료비의 비중이 지속적으로 증가할 것이라는 전망은 의료비의 증가율이 GDP 성장률보다 높을 것이라는 것을 의미하며, 의료비의 GDP탄력성이 1.21로 추정되었음을 상기할 때 의료비 증가의 상당부분이 소득증가와 관련되었음을 알 수 있다.

<표 V-4> 국민의료비 전망(2001~2050)

연도	연(평균) 명목성장률	1인당GDP (명목달러)	65세 이상 인구비중(%)	1인당의료비 (명목달러)	1인당 GDP (명목원화)	1인당의료비 (명목원화)	대GDP 의료비(%)
2001		15857	7.56	931.2	11512182	676052	5.87
2002	9.1	17192	7.92	1007.1	12481392	731163	5.86
2003	9.7	18747	8.28	1099.8	13610322	798434	5.87
2004	8.5	20225	8.65	1188.3	14683350	862735	5.88
2005	8.0	21726	9.01	1279.9	15773076	929202	5.89
2006	8.1	23365	9.39	1383.2	16962990	1004236	5.92
2010	8.1	31337	10.69	1917.0	22750662	1391722	6.12
2020	7.1	60926	15.14	4280.8	44232276	3107883	7.03
2030	5.5	104803	23.07	8831.3	76086978	6411559	8.43
2040	5.5	186786	30.15	19058.8	135606636	13836680	10.20
2050	5.0	330795	34.44	39812.0	240157170	28903530	12.03

위의 표에 의하면, 우리나라에서 향후 진행될 것으로 예상되는 급속한 노령화의 영향도 작지 않은 것으로 보인다. 즉, 인구의 연령 구조가 변하지 않는다고 가정하여 2002년 이후 동일한 65세 이상

인구 비중을 (식 V-1)에 대입하면, 2050년의 대GDP 의료비 비중 예측이 9.16%로 산출되며, 이를 <표 V-4>의 12.03%와 비교하면 인구고령화에 기인한 의료비 증가가 약 31%에 이를 것이라는 해석이 가능하다. 이 전망치들을 2002년의 5.86%와 대비해 보면, 소득 증가와 고령화와 관련된 의료비 증가가 각기 서로 비슷한 규모이나, 소득증가의 영향이 다소 크다고 보인다.

2. 건강보험의 장기재정부담 전망

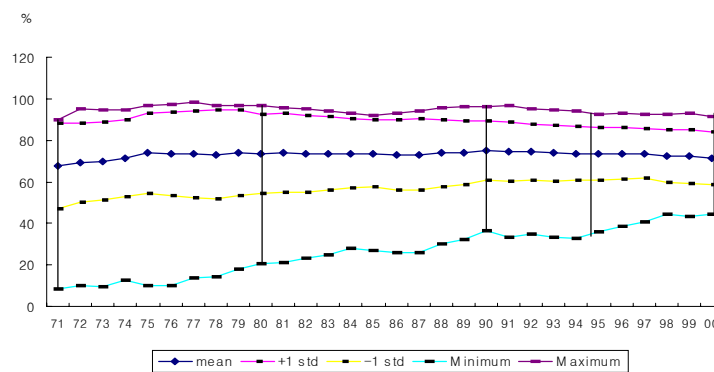
가. 가 정

위에서 도출된 국민의료비의 장기전망으로부터 건강보험 지출의 장기전망을 도출하기 위해서 우선 공공부문 의료비의 장기추이에 대한 가정이 필요하다. 이를 위해서 국민의료비 중 공공부문 의료비 지출이 차지하는 비중의 추이가 필요하다. 이에 따라 OECD 국가들의 경험에 근거하여 공공의료비 비중의 추이를 구하고자 하였으나, 국가별로 시간의 경과나 GDP 수준의 변화에 따른 뚜렷한 추세를 보이지 않고 대체로 나라마다 서로 상이하나 일정한 수준을 유지하는 것으로 파악되었다.

이는 [그림 V-2]에서도 볼 수 있는바, OECD 회원국들의 공공의료비 비중은 약 30년에 걸쳐 큰 변동이 없었으며, 특히 의료비 급증이 사회문제로 대두되었던 1980년대 전반에 걸쳐 공공의료비의 규모가 급증하는 국민의료비와 약 75% 수준에서 일정한 비율을 유지하며 같이 변화했다. [그림 V-2]에서 볼 수 있는 또 한 가지 특색은, 1990년대에 들어 공공의료비 비중이 다소 하락하여 1990년대 말에 이르러 72% 수준으로 줄었다는 사실이다, 이는 1980년대 말부터 1990년 초까지 선진국에서 의료비 급증에 대응하여 각기 의료체계의 개혁을 시도한 사실과 관련된 것으로 해석되며, 특히 이러

한 노력은 스웨덴 등 공공부문의 의료비 부담이 90%를 상회하여 재정이 심하게 압박되었던 국가에서 두드러졌다.

[그림 V-2] OECD 국가의 공공의료비/국민의료비 비중



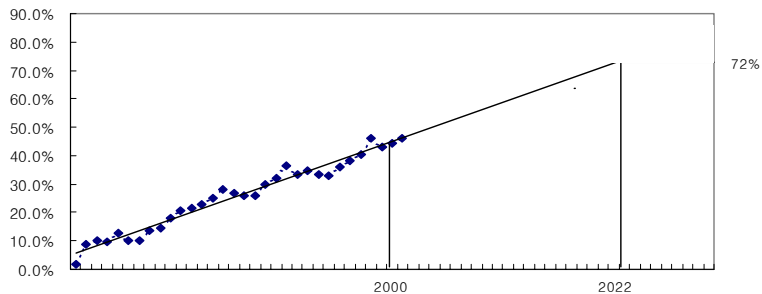
우리나라의 경우 공공의료비 비중의 추이가 OECD 다른 회원국들과 매우 다른 양상을 보이고 있다. [그림 V-3]에서 볼 수 있듯이 공공의료비 비중은 1970년 이래 30년간 뚜렷한 선형증가 추세를 따라 증가하고 있다. 선진국에는 비교적 안정적 의료전달체계가 이미 구축되어 있었음에 반해, 우리나라에서는 이 기간 동안 공공의료전달체계의 구축을 시작하여 지속적으로 확대해온 결과에서 오는 차이라고 보인다. 관측된 통계자료에 선형회귀분석을 적용한 결과, 우리나라의 공공의료비 비중은 연평균 1.282%포인트 증가하는 것으로 추정되었다($R^2=0.965$).

현재 우리의 공공의료체계가 아직 큰 변혁을 겪고 있는 중이므로 선진국과 같은 안정세를 당분간 기대하기 어려우며, 특히 약 50% 수준으로 매우 높은 본인부담금이 건강보험 급여범위를 확대하는 압력으로 작용할 가능성이 높다는 점을 감안하여, 본 연구에서는 당분간 공공의료비 비중이 이러한 선형증가세를 계속 이어나가는

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망 83

것으로 가정하였다¹¹⁾. 다만, 1990년대 말 OECD 국가들의 평균 수준인 72%에 이르는 2022년 이후에는 동일한 수준을 유지하는 것으로 가정하였다.

[그림 V-3] 공공의료비 비중에 대한 가정



이상과 같은 가정으로 공공부문의 의료비 지출을 산정한 후에 이 중에서 건강보험의 지출규모와 그 중 다시 지역보험의 규모를 추정하기 위하여 추가적인 가정이 필요하다. 우선 공공부문 의료비 중 건강보험 지출의 비중을 살펴보면, 1985년의 70%에서 꾸준히 증가하였으나 1995년 이후 비교적 안정적인 추세를 보이고 있다. 따라서 본 보고서에서는 편의상 1997~2000년의 평균으로 가정하여 건강보험 지출이 공공부문 의료비의 83.2% 수준을 계속 유지하는 것

11) 현재의 높은 수준의 본인부담금은 공공의료보험의 확대보다 민간보험의 성장을 독려하는 요인으로 작용할 가능성도 고려할 수 있다. 그러나 현재 미미한 수준의 우리나라 민간의료보험 시장이 자생적으로 성장하는 것이 건강보험 급여범위가 확대되는 것보다 쉽게 이루어질 것 인가는 예측하기 어렵다. 또한 현재 45% 부근인 공공부문의 의료비 비중이 72% 정도로 성장한다는 가정은, 민간보험 역시 최대 거의 국민의료비의 30% 수준까지 성장할 가능성을 남겨둔 것이다. 이 경우, 지금 50% 부근인 본인부담금 비중을 공공부문과 민간의료보험이 비슷한 정도로 대체한다고 해석할 수 있다.

으로 가정하였다.

건강보험 중 지역보험 지출의 비중은 1990년 이래 46~47% 수준의 안정세를 보이거나, 1999년에 49.2%로 증가하여 2001년까지 비슷한 수준을 유지하고 있다(제2장의 건강보험 현황 참조). 여기서는 계산의 편의상 49.2%로 일단 가정하고 2001년에 직장보험 가입대상을 5인 미만 사업장으로 확대한 조치 등의 영향은 이하에서 다시 검토하기로 한다. 지역보험에 대한 국고지원은 2002년 1월 19일의 국민건강보험재정건전화특별법에 따라 50%로 일단 가정하고, 이외의 재정부담 요인은 이하 논의에서 더 자세히 살펴보기로 한다.

나. 장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 전망

1) 지역보험에 대한 국고지원

위의 가정들을 적용하여 국민 1인당 공공의료비와 건강보험 지출을 산정하여 지역보험에 대한 국고지원 규모를 도출하면 <표 V-5>와 같다. 이와 같은 방식으로 추정한 국고지원 규모를 보면 2002년도에 GDP 대비 0.56%로 추정되어 실제의 국고부담과 비슷한 수준을 보인다. 이후 2010년 경까지 GDP 대비로 환산한 지역보험 국고지원 규모는 매년 0.01~0.02%포인트 정도로 서서히 증가하다가 2010~2050년의 기간에는 보다 빠른 속도로 증가하여 2020년에 GDP의 1%, 2040년 1.5%, 2050년 1.77%에 이를 것으로 전망된다.

이를 다른 시각에서 해석하면, 만약 정부예산 규모가 GDP의 20% 수준을 유지한다고 상정할 때, 건강보험에 대한 국고지원은 2005년에 정부예산의 3.05%, 2010년 3.55%, 2020년 5.0%에 달할 전망이며, 2050년에는 8.85%에 달할 전망이다. 이는 분명히 국가재정에 상당한 부담을 주는 규모이며, 특히 이렇게 단일항목이 예산에서 차지하는 비중이 여러 정부부처의 연간 총예산 규모보다 크다

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망 85

는 점을 생각하면 더욱 그러하다. 다만, 일부에서 우려하듯이 10년 이내에 지역보험에 대한 국고지원 부담이 재정의 10% 수준에 이를 것이라는 전망과 비교해 볼 때는, 여기서 제시한 전망이 현저히 낮은 수준이므로 재정기획당국이나 보건당국으로서는 다행스럽게 받아들일 수도 있는 결과라고 사료된다.

<표 V-5> 건강보험 지출 및 국고지원 규모 전망(2001~2050)

연도	1인당 국민의료비 (명목원화)	공공의료비 비중 (%)	1인당 공공 의료비(원화)	1인당 건강보험지출	1인당 지역보험지출	1인당 지역보험 국고지원	대GDP 국고지원(%)
2001	676,052	45.66	308,695	256,217	126,059	63,029	0.55
2002	731,163	46.94	343,232	284,883	140,162	70,081	0.56
2003	798,434	48.23	385,046	319,588	157,237	78,619	0.58
2004	862,735	49.51	427,114	354,505	174,416	87,208	0.59
2005	929,202	50.79	471,931	391,703	192,718	96,359	0.61
2006	1,004,236	52.07	522,913	434,018	213,537	106,768	0.63
2010	1,391,722	57.20	796,037	660,711	325,070	162,535	0.71
2020	3,107,883	70.02	2,176,032	1,806,107	888,605	444,302	1.00
2030	6,411,559	72.00	4,616,323	3,831,548	1,885,121	942,561	1.24
2040	13,836,680	72.00	9,962,410	8,268,800	4,068,250	2,034,125	1.50
2050	28,903,530	72.00	20,810,542	17,272,750	8,498,193	4,249,096	1.77

위의 <표 V-5>에 제시된 향후 국고지원 부담의 전망은 건강보험 총지출 중 지역보험의 비중이 최근 수준인 49%를 유지한다는 가정하에 도출된 것이다. 그러나 2001년 7월 이후 이전에 지역보험 가입대상이었던 5인 미만 사업장 종사자들을 직장보험으로 전환하기로 하였으므로, 이의 영향을 반영할 필요가 있다. 이 조치의 결과로 직장보험과 지역보험의 비율이 어떻게 변할 것인가 등을 정확하게 산출하려면 지역보험에서 직장보험으로 전환되는 사업장 종사자의 수, 근로소득의 분포 등이 고려되어야 한다. 특히 이전에 다른 건강보험 가입자의 피부양자로 있던 사람이 직장보험 가입대상이

되는 경우도 발생하게 되므로 건강보험 가입자와 피부양자에 대한 보다 상세한 자료가 필요하며, 직장보험으로 실제로 전환 또는 신규가입이 얼마나 빨리 이루어질 것인가에 대한 가정도 필요하다. 본 보고서의 작성에 이러한 정보를 구하여 적용할 수 없었으나, 편의상 현재까지 약 50 : 50인 직장보험과 지역보험 지출의 비율이 2005년까지 70 : 30으로 변한다고 가정하여¹²⁾ 5인 미만 사업장의 직장보험 가입의 영향을 추정해 보았다.

<표 V-6>에 5인 미만 사업장의 직장보험 편입의 영향이 요약되어 있다. 계산과정에서 지역보험의 비중이 49.2%에서 30%로 2003~2005년의 3년간 균등한 속도로 감소한다고 가정하였으므로 이전의 결과(지역보험 비중 49% 유지)와 비교하여 2003~2005년의 기간에 국고지원이 감소하는 것으로 나타나 있다. 그러나 이렇게 단기적으로는 국고지원의 수준에 대한 조정이 일어나지만 2006년 이후에는 건강보험 지출이나 국고지원의 장기증가 속도에는 영향을 주지 못하므로 국고지원의 GDP 대비 비중이 다시 증가하게 된다.

이렇게 5인 미만 사업장 직장보험 전환의 영향을 산출함에 있어 계산의 편의상 건강보험 지출의 총규모에는 변화가 없으며, 다만 직장보험과 지역보험의 비율만 변한다고 가정하였다. 이러한 가정하에서는 5인 미만 사업장을 직장보험으로 전환하는 조치의 영향이 지역보험을 건강보험의 약 50%에서 30%로 40% 줄이는 것으로 귀결되며, 국고지원 역시 지역보험 지출의 50%라고 상정하였으므로, 마찬가지로 이전의 결과에 비해서 40% 줄어들게 된다. 결과적으로, 5인 미만 사업장 전환까지 감안하였을 때 지역보험 국고지원의 규모는 재정에 부담이 되는 상당한 수준을 유지할 것이나, 다만 10년 이내 재정의 10% 수준에 달하리라는 매우 비관적 시나리오보다는 상당히 낙관적인 결과라고 하겠다.

12) 한국보건사회연구원 신영석 박사의 조언에 따른 가정임.

<표 V-6> 5인 미만 사업장의 직장보험 전환의 영향

연도	지역보험 비중 49.2% (현행 비율 유지)		지역보험 비중 2006년 이후 30% (5인 미만 사업장 직장보험 전환)	
	국민 1인당 지역보험 국고지원	대GDP 지역보험 국고지원 (%)	국민 1인당 지역보험 국고지원	대GDP 지역보험 국고지원 (%)
2001	63,029	0.55	63,029	0.55
2002	70,081	0.56	70,081	0.56
2003	78,619	0.58	68,392	0.50
2004	87,208	0.59	64,520	0.44
2005	96,359	0.61	58,755	0.37
2006	106,768	0.63	65,103	0.38
2010	162,535	0.71	99,107	0.44
2020	444,302	1.00	270,916	0.61
2030	942,561	1.24	574,732	0.76
2040	2,034,125	1.50	1,240,320	0.91
2050	4,249,096	1.77	2,590,912	1.08

물론 건강보험 총지출 규모가 5인 미만 사업장 전환조치에 영향을 받지 않을 것이라고 보기는 어렵다. 앞서 언급했듯이, 이 조치로 인하여 직장보험으로 전환되거나 건강보험 피부양자가 신규가입되는 인구의 수는 물론, 근로소득 수준이 기존의 직장이나 지역가입자와 비교하여 어떻게 차이가 나는가를 감안하여야 한다. 그러나 지역보험료 부과체계에서 소득등급에 곱하여지는 점수는 직장보험 가입자와의 형평성을 항상 고려하여 책정되므로, 보험전환의 효과는 건강보험 재정의 관점에서는 비교적 재정 중립적일 것이라고 판단된다¹³⁾. 실제로는 다소 차이가 나는 부분이 있더라도 <표 V-6>에

13) 이러한 맥락에서 5인 미만 사업장 직장보험 전환 조치의 효과는 주로 직장보험으로 전환되는 지역가입자 보험료의 정부부담분을 사업주에게 전가하는 것으로 귀결된다고 할 수 있다. 즉, 직장보험의 보험료를 사업주와 가입자가 반씩 부담하는 것과 마찬가지로, 직장보험가입자와의

서 제시한 결과가 GDP 대비 국고지원 부담의 향후 추이를 개략적인 수준에서 가늠하는 것으로 받아들이기에는 크게 무리가 없는 것으로 사료된다.

2) 균형보험료율

지금까지의 논의에서는 건강보험에 기인한 장기재정부담 요인을 지역보험에 대한 국고지원에 한정하여 다루었다. 그러나 지역보험에 대한 국고지원 이외에도 건강보험 때문에 추가적으로 발생할 수 있는 재정부담이 있다.

첫째, 의료부문 2대 개혁 과제 중 하나인 건강보험 재정통합을 들 수 있겠다. 현재 건강보험 재정통합은 2003년 7월까지 유예된 상태이다. 우선 재정통합의 명분으로 운영비 절감이 거론되었으나, 건강보험 지출 중 운영비가 차지하는 비중이 상대적으로 작으므로, 건강보험 총지출이나 본 보고서의 초점인 장기재정에 주는 영향은 미미할 것으로 판단하였다. 또한, 건보재정통합의 결과로 건강보험 지출 중 운영비의 비중을 이전에 비하여 상당히 줄일 수 있다고 해도, 결국 비교적 단시일 내에 일정 비중으로 안정될 것이므로, 건강보험 지출이나 국가재정 부담이 증가하는 속도에는 단기간의 적용 시기 이외에는 영향을 주지 못할 것이다. 따라서 건강보험에서 발생하는 재정부담 전망에서 별도로 고려하지 않았다.

형평성을 고려하여 지역보험 보험료의 반을 정부에서 부담하고 있으나, 특히 자영업자의 경우 이는 사실 형평성에 위배되는 것이라고 볼 수 있다. 보험료 징수체계가 우리와 유사한 외국의 사례를 보면(미국의 medicare part A 등) 자영업자는 사업주인 동시에 근로자이므로 이에 해당되는 보험료를 모두 부담하는 것이 타당하며, 따라서 다른 근로소득자의 2배의 보험료를 부담하게 되어 있다. 우리나라 지역보험에서도 이러한 논의가 있었으나 보험료가 현실화되지 못하고 있었다. 이러한 맥락에서 5인 미만 사업장 직장보험 전환조치는 사실상 직장보험으로 전환되는 이전 지역보험 가입자의 보험료를(사업주 부담으로) 2배 인상하는 것과 효과가 유사하다고 해석할 수 있다.

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망 89

둘째, 최근의 법 제정에도 불구하고 국고지원이 지역보험의 50%에 미치지 못하는 경우 적자가 발생하고 누적될 수 있다. 이는 제3장의 <표 III-10>에서 이미 보았듯이 실제로 발생한 사례가 있으며, 향후 재정운영 여건에 따라 다시 일어날 가능성도 있다고 판단된다. 이런 경우 공공의료보험인 건강보험의 적자는 중국적으로 국가에서 보전할 것이라고 보는 것이 타당하며, 이때 추가적인 재정이 일어나게 된다. 이때 국고지원의 차질로 발생하는 건강보험 적자의 규모와 시기를 예측한다는 것은 사실상 의미가 없고 불가능한 일이다. 그러나 법에서 정한대로 50%의 국고지원을 하여 발생하는 재정부담이나, 50% 이하의 국고지원을 하고 그로 인한 건강보험 적자를 차후에 재정에서 보전하는 경우나, 현재가치로 환산하면 사실상 차이가 없을 것임은 명백하다. 물론 건강보험 관리당국 및 주무 부처로서는 건강보험 적자발생의 시기와 규모가 매우 중요한 사안이었으나, 중장기 재정기획의 관점에서는 재정부담의 현재가치가 사실상 동일한 이상 상대적으로 중요성이 떨어진다. 따라서 통합재정의 문제와 마찬가지로 본 보고서의 재정부담 장기전망에서는 별도의 고려를 하지 않았다.

셋째, 보험수입의 문제를 생각할 수 있는바, 보험료율 인상폭이 이 문제의 관건임은 이미 제3장에서 논의한 바가 있다. 우선 2006년까지는 건강보험 재정안정 종합대책에서 제시한 대로 연 8~9% 보험료율을 인상하여 재정균형을 달성한다고 보았을 때, 2007년 이후의 보험료율 인상폭이 건강보험 수지균형을 유지하는 데 충분할 것인가가 문제가 된다. 그러나 이하의 논의에서 보겠지만, 2007년 이후 건강보험 수지균형을 유지하는 데 필요한 보험료율 인상폭은 현실적으로 수용가능한 범위 이내인 것으로 파악되므로, 보험료율 인상폭이 너무 낮아서 건강보험 적자 및 이에 따른 국가재정 추가부담이 발생하는 경우를 별도로 분석하지 않았다.

제III장의 논의에서 보았듯이 건강보험 수입의 증가율은 장기적으

로 다음 관계로 설명된다. 즉,

$$\text{건강보험 수입 증가율} = \text{보험료율 증가율} + \text{GDP 성장률}$$

따라서 일단 건강보험재정이 균형상태에 있을 때 향후에도 (당기)수지균형을 유지할 조건은 지출 증가율 = 수입 증가율이 되므로, 이를 위의 식에 대입하면

$$\text{건강보험 지출 증가율} = \text{보험료율 증가율} + \text{GDP 성장률}$$

이 되며, 이를 바꾸어 말하면 다음과 같이 된다.

$$\text{건보재정 균형을 위한 보험료율 인상률} = \text{건보지출 증가율} - \text{GDP 성장률}$$

<표 V-7>에는 이와 같은 식에 의거하여 앞서 가정 또는 계산한 GDP 성장률과 건강보험 지출 증가율을 이용하여 균형조건을 충족하는 보험료율 인상률을 역산하여 제시하였다. 또한 이러한 조건에 맞추어 인상되었을 경우의 보험료율을 산정하여 제시하고 있다.

우선 2003~2006년의 균형보험료율 증가율을 보면 3%를 약간 상회하는 수준이다. 그러나 이는 지출과 수입의 증가속도가 같아지는 조건이므로, 건강보험 지출수준보다 현재 낮은 수입을 지출과 동일한 수준으로 끌어올려 균형을 이루고 여기에 추가하여 그 동안의 누적적자를 보전하기 위해서는 이보다 빠른 수준의 보험료율 인상이 필요하다. 이렇게 볼 때 건강보험 재정안정 종합대책에서 채택하고 있는 보험료율 연 8~9% 인상방안은 2006년까지 보험수입의 증가율이 지출보다 5~6% 높게 책정되었음을 의미하며, 대체로 2006년까지 건강보험 적자를 해소한다는 목표를 무난히 달성할 수 있을 것으로 판단된다.

이러한 방식으로 도출한 향후 건강보험료율을 보면 2006년까지 연 9%씩 증가한다고 보았을 때 소득의 5.12%에 이를 것으로 전망되며, 그 이후 건강보험이 계속 재정균형을 유지한다는 전제하에

V. 국민의료비 및 건강보험의 잠재재정부담 전망 91

연 3.5% 정도로 지속적으로 인상되어 2030년에 소득의 10%에 이를 전망이다. 이는 적지않은 수준이나, 경제 전체에서 지출되는 국민의료비 중 공공부문의 비중이 70%선에 이른다고 가정하였음을 상기할 때 현재의 선진국 의료비 수준에 비하여 특별히 높은 수준이라고 할 수는 없다. 마지막으로, 2020년 이후 균형보험료율의 인상폭이 낮아지는 현상은 공공부문 의료비의 비중이 지속적으로 증가하다가 2022년 이후 현재 OECD 회원국 평균인 72% 수준에서 더 이상 증가하지 않을 것이라고 한 가정으로 설명됨을 밝혀둔다.

<표 V-7> 건보재정 균형을 위한 보험료율 인상률과 예상 보험료율
(단위 : 원, %)

연도	국민 1인당 건강보험지출	국민 1인당 건강보험 지출증가율	수지균형 조건충족 보험료율 증가율	보험료율 인상률	보험료율
2001	256,217				
2002	284,883	11.19	2.77		3.63
2003	319,588	12.18	3.13	9.0	3.95
2004	354,505	10.93	3.05	9.0	4.31
2005	391,703	10.49	3.07	9.0	4.70
2006	434,018	10.80	3.25	9.0	5.12
2010	660,711	11.07	3.42		5.86
2020	1,806,107	10.58	3.55		8.30
2030	3,831,548	7.81	2.09		10.22
2040	8,268,800	8.00	1.85		12.28
2050	17,272,750	7.64	1.57		14.36

VI. 결 론

본 보고서의 가장 큰 의의로는 건강보험과 관련된 향후 국가재정 부담에 대하여 개략적인 수준이나마 처음으로 장기전망을 제시하였다는 점을 들 수 있다. 외환위기 극복 과정에서 증가한 국가부채 상환 등 지금 우리가 고심하고 있는 중장기 재정 현안들은 20년 또는 그 이상의 장기간에 걸친 분석이 필요하다. 건강보험 등을 비롯하여 사회복지 지출도 향후 급속히 증가하여 재정압박 요인으로 등장할 것이라는 것은 주지의 사실이다. 따라서 건강보험으로 인한 중장기 재정부담의 규모에 따라서는 예를 들어 국가부채 상환계획의 수정이 필요할 수도 있으나, 지금까지는 이러한 사안의 판단에 필요한 우리 사회의 의료비나 건강보험의 부담의 장기분석이 본격적으로 이루어지지 않고 있었다.

사실 보편적인 접근방법을 사용하여 건강보험재정의 향후 추이를 전망한다는 것은 불가능하거나 보기에 따라서 무의미하다고 할 수 있다. 우리나라 공공의료보험의 역사가 짧아 분석에 적용될 수 있는 시계열자료의 관측 기간이 너무 짧은 문제를 차치하더라도, 최근 수년간 제도 자체에 급격한 변동이 많이 발생하였으므로 기존 관측된 통계자료에 기반을 두어 장기전망을 도출하기 어렵기 때문이다. 또한 향후에도 당분간 제도에 많은 변화가 있을 것이라고 판단되는 상황에서 그러한 변화의 시기나 내용을 구체적으로 예측하여 반영할 수 없다는 장애요인도 있다.

본 보고서에서는 이러한 변화 자체에 초점을 두기보다는 변화의 근저에서 작용하는 장기요인을 분석하여 건강보험이 국가재정에 주

는 잠재적인 부담을 파악하고자 하였다. 즉, 소득증가나 노령화 등의 요인이 우리 사회의 의료서비스에 대한 총수요를 결정하고, 이러한 사회 전반의 수요가 장기적으로는 제도 변화를 포함하여 공공 의료체계의 규모 등을 결정하는 주요인으로 작용한다고 상정하였다. 또한, 비록 의료비와 건강보험의 결정요인들을 상당히 단순화하여 분석하였으나, 결과에 영향을 줄 수 있는 요인들이 단순한 형태이냐마 종합적으로 반영되었다는 점을 지적하고 싶다. 즉, 다양한 의료체계하에서 10여년 전부터 공공의료보험을 포함한 의료체계 개혁을 시도한 선진국의 경험도 회귀분석에 사용된 자료를 통하여 암묵적으로 반영되어 있으며, 건강보험 재정안정 종합대책의 골자인 보험료율 인상 및 5인 미만 사업장의 직장보험 전환, 우리나라 본인 부담금이 매우 높다는 사실 등이 포함된다.

이러한 방식으로 중장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담을 도출함에 있어 중장기 재정기획에서는 적자 등의 절대규모보다는 GDP 대비 규모 등 경제 전체에서의 비중이나 비율이 중요하며, 또한 그러한 비중이 장기적으로 어떤 속도로 변하는지를 중요시한다는 점을 감안하였다. 그 결과 단기 예측이나 건강보험 운영당국에게 필요한 예측 정확도를 포기하는 대신 거시변수를 위주로 한 접근방법을 이용하여 중장기 추이를 구할 수 있었다. 따라서 본 보고서에서 채택한 방법이나 결과로 도출된 장기전망은 예측기간이 보다 짧은 기존 전망이나 연구를 대체하기보다는 보완적인 성격이라고 생각된다.

본 보고서에서 논의된 결과들을 우선 요약하면, 건강보험 재정안정 종합대책이 계획대로 5년 이내에 누적적자를 해소하고 수지균형을 회복하여도 재정에 대해서는 상당한 부담이 있을 것으로 전망된다. 이의 원인은 두 가지로 요약할 수 있는바, 첫째, 건강보험료 수입징수체계가 근본적으로 정률 소득세와 같은 체계이므로, 요율 인상 없이는 보험료 수입의 증가는 GDP 증가율과 대체로 같은 속도

일 수밖에 없다는 사실을 들 수 있다. 이에 반해 의료지출은 거의 예외없이 GDP 증가율보다 빠른 속도로 증가하여 구조적 적자요인이 상존하게 되는 것이다. 둘째, 2002년 1월 19일의 국민건강보험재정건전화특별법 제15조에 따라 지역보험 지출의 50%를 국고보조하게 되어 있으며, 이에 따라 재정에 직접적인 부담이 된다.

거시적인 분석을 통하여 국민의료비와 건강보험 및 국고지원 부담의 장기추이를 도출한 결과, 의료비와 건강보험 지출은 소득이 증가하면서 소득보다 빠른 속도로 계속 증가할 것으로 보인다. 우리나라의 경우 65세 이상 인구비중으로 파악되는 인구구조 고령화의 속도도 매우 빨라서 거의 소득증가만큼 의료비 증가에 큰 영향을 줄 것으로 파악되었다. 그 결과, 건강보험에 대한 국고지원이 재정에 상당히 큰 부담은 될 것이나, 재정에서 부담하는 것이 불가능하다고 우려하는 비관적 시나리오보다는 비교적 낮은 수준일 것으로 전망되었다. 또한 보험가입자의 입장에서 부담이 되는 향후 보험료율 인상폭 역시 감당 가능한 수준 이내일 것으로 보인다.

이러한 결과는 보기에 따라 낙관적인 것이라고 생각하여 우선 안도할 수도 있으나, 그러기에 앞서 본 보고서의 분석 과정에서 암묵적으로 도입된 가정들을 다시 생각해 볼 필요가 있다. 특히 회귀분석에 사용된 자료를 생각해 볼 때, 고소득 수준에서의 의료비 지출 행위는 주로 선진국의 지난 10여년간의 경험이 반영된 것으로서, 이는 이들 국가들이 폭증하는 의료비를 통제하기 위하여 지속적으로 대대적인 의료개혁을 시행한 결과라는 점을 상기할 필요가 있다. 따라서 본 보고서에서 제시한 건강보험의 장기재정 부담은 중장기 재정에 관심이 있는 측에게는 일말의 안도감을 제공할 수도 있으나, 보건·의료정책을 책임지는 당국자에게는 보건·의료체계의 합리화와 비용상승 억제에 대해 배가의 노력을 요구한다고 해석할 수 있다.

참고문헌

- 건강보험관리공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
- 권순원, 「국민의료비추계」, 한림대학교 사회과학연구소, Vol. 10, No. 8, 1986, 8.
- _____, 『국민의료비의 추계와 의료비 안정화 대책』, 한국개발연구원, 1988.
- _____, 『국민의료비 증가추이와 안정화방안』, 한국개발연구원, 1993.
- _____, 『보건의료의 재원조달: 개혁을 위한 정책제언』, 2000년 추계 보건경제학회 학술발표회 자료, 2000.
- 김용익 외, 『건강보험 재정설계 연구』, 국민의료보험관리공단, 서울대학교 의과대학, 2000, 2.
- 김한중 · 이영두 · 남정모, 「의료비 결정요인 분석을 위한 계량적 모형 고안」, 『예방의학회지』, 제24권, 제1호. 1991, 3.
- 명재일, 『국민의료비의 구조와 동향: 1985-1991』, 한국의료관리연구원, 1994.
- _____, 「한국의 국민의료비 추계결과: 1985-1992」, 『보건경제연구』, Vol. 1, 1-29, 1995.
- _____. 홍상진, 『국민의료비의 지출동향: 1985-1995』, 한국의료관리연구원, 1998.
- 박종기, 『한국의 보건재정과 의료보험』, 한국개발연구원, 1979.
- _____. 노인철, 『국민보건의료비추계: 1970-1974』, 한국개발연구원, 1976.
- 보건복지부, 『2001 보건복지백서』, 2001.

- 신종각, 임재영, 강성호, 『국민의료비 및 의료기관별 의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 양봉민 · 이태진, 『국민의료비 억제방안에 관한 연구』, 의료보험관리공단, 1989.
- 정영호, 「1994년의 우리나라 국민의료비와 부문별 구성비 변화」, 『보건복지포럼』, 11월호, 한국보건사회연구원, 1996.
- _____, 강성호, 『1996년의 국민의료비 추계와 지출구조 분석』, 한국보건사회연구원, 1998.
- _____, 이견직 · 강성욱, 『국민의료비 산출모형 개발 및 추계』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 정지연 · 이승욱, 「의료비 증가에 미치는 요인에 관한 연구 -OECD 국가를 중심으로-」, 『연구논총』, Vol. 5, No. 1, 국민보건연구소, 1995, 3.
- 정형선, 「OECD의 NEH와 한국의 국민의료비(상, 하)」, 『의료보장』, 111호, 112호, 1997.
- 통계청, 『장래인구추계 결과』, 2001.
- 홍정기, 『국민의료비의 시계열 및 간접의료비용 추계』, 한국보건사회연구원, 1995.
- Cuyler, A.J., “Health expenditures in Canada: myth and reality; past and future,” Canadian Tax Paper No. 82, 1988.
- _____, “Cost containment in Europe,” *Health Care Financing Review* (Annual Supplement), 1989.
- Gertham et al., “Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis,” annex to Economics Department Working Paper No. 149, OECD, 1994.
- Gertham & Jonsson, “International comparison of health expenditure: theory, data, and econometric analysis,” ch. 1

- in *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, 2000.
- Getzen, Thomas E., "Forecasting health expenditures: Short, medium, and long term," *Journal of Health Care Finance*, Gaithersburg, Spring 2000.
- _____, "Health care is an individual necessity and a national luxury: Applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures," *Journal of Health Economics*, Amsterdam, Mar 2000.
- Greene, William H., *Econometric Analysis*, 2nd ed., Macmillan Publishing Company, 1993.
- Griliches, Zvi & Intriligator, Michael D., eds., *Handbook of Econometrics*, Vol. II, Elsevier Science Publishers B.V., 1984.
- Health Care Financing Administration, "National Health Expenditures Projections: 1998-2000," 1998.
- Health Care Industry, "U.S. Healthcare Spending to Double over Next 10 Years," Oct 1999.
- Johnston, John, *Econometric Methods*, 3rd ed., McGraw-Hill Book company, 1984.
- Judge, George G. et al., *The Theory and Practice of Econometrics*, 2nd(ed.), John Wiley and Sons, 1985.
- Lawrence H., 2000 *Annual Report of the board of Trustees of the Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund*, in *Summers*, Alexis M. Herman, Donna E. Shalala, Kenneth S. Apfel, Stephen G. Kellison, Marilyn Moon, Nancy-Ann Min DeParle (eds.), 2000.
- Levit, Katharine and Cathy Cowan, "Health Spending In 1998: Signals of change," in Helen Lazenby, Arthur Sensenig,

Patricia McDonnell, Jean Stiller, Anne Martin, and the Health Accounts Team (eds.), *Health Affairs*, January/February 2000.

McGuire, A. et al., "Econometric analyses of national health expenditures: can positive economics help to answer normative questions?," *Journal of Health Economics* 2:113-128, 1993.

OECD, *Health Data 2000*, 2000.

_____, *Health Data 2002*, 2002.

_____, "Review of the Korean health care system," 2002.

Parkin, D. et al., "Aggregate health expenditures and national income: is health care a luxury good?," *Journal of Health Economics* 6:109-127, 1987.

Parks, R., "Efficient Estimation of a System of Regression Equations When Disturbances Are Both Serially and Contemporaneously Correlated", *Journal of the American Statistical Association*, 62, 1967.

Pindyck, Robert S. and Daniel L. Rubinfeld, *Econometric Methods and Economic Forecasts*, 2nd ed., McGraw-Hill Book Company, 1981.

Preston, Samuel H., "Demographic Change in the United States, 1970-2050," in *Forecasting the Health of Elderly Populations*, K.G. Manton, B.H. Singer, R.M. Suzman(eds.), Springer-Verlag, 1992.

Poullier, J.P., "Health data file: overview and methodology," *Health Care Financing Review* (Annual Supplement), 1989.

Roberts, J., "The impact of changing medicare reimbursement

- rates on physician-induced demand”, *Medical Care* 2, 1998.
- SAS Institute Inc., *SAS/ETS User's Guide*, Version 6, First Edition, Cary, NC, 1988.
- _____, *SAS Language and Procedures: Usage*, Version 6, First Edition, Cary, NC, 1989.
- _____, *SAS/STAT User's Guide*, Version 6, Fourth Edition, Cary, NC, 1989.
- _____, *SAS Procedures Guide, Version 6*, Third Edition, Cary, NC, 1990.
- _____, *SAS/ETS Software: Applications Guide 1*, Version 6, First Edition, Cary, NC, 1991.
- _____, *SAS/ETS Software: Applications Guide 2*, Version 6, First Edition, Cary, NC, 1993.
- Smith, Sheila, Stephen Heffler, Mark Freeland, “The Next Decade of Health Spending: A New Outlook,” *Health Affairs*, Chevy Chase, Jul/Aug 1999.

부록 : 의료비 지출의 장기변화와 연관된 제도적 특성 요약

1. 건강재정/보험제도의 특성

보험제도의 종류

민간보험제도는 개인 또는 단체를 대상으로 각각 다른 위험요인을 고려하여 보험료가 설정된다. 또한 위험의 정도에 따라 신축적으로 보험패키지의 범위가 결정되며, 따라서 위험도가 높은 개인에게 적합한 보험이 제공되지 않는 사례가 발생할 수 있다. 미국과 스위스에서는 국민의 대다수가 주요 의료보험을 민간보험회사를 통해 해결하고 있으나 그 외의 다른 나라에서는 대부분 공공의료체계에 의존하고 있으며 민간의료체계는 미미하다. 고소득그룹(독일)과 특정그룹(스페인의 공무원)의 경우 더 낮은 보험료로 민간보험을 이용하기도 한다.¹⁴⁾

그 외의 나라에서는 보완적인 보험으로 다음과 같은 것을 이용

14) 독일에서는 1/4은 민간보험을 선택적으로 가입하고 있으며 특정한 경우에는 더 싸다. 적은 비용으로 민간보험을 이용하기 어려운 고위험 환자의 경우는 법으로 정한 기금에 의해 보장받는다. 8%만이 민간보험에 가입해 있다. 네덜란드에서는 장기치료와 정신병적 치료에 대해서는 전 인구에게 보장해 주고 있다(전체 건강 지출에 약 45%를 차지). 그 외의 질병에 대해서는 인구의 60%는 사회보험에 의해 보장되고 공무원과 고소득자의 30%는 민간보험에 가입하고 있다. 부분적으로 시스템의 역진적인 요소(국가시스템하에서는 주로 노인들에게 지출 비중이 가장 높은 현상)를 제거하기 위해 모든 개인이 보장받을 수 있는 기초적인 패키지를 제공하고 있다.

한다.

프랑스 : 정부정책에 따라 환자가 비용을 분담하는(이용자 요금적용) 방식의 ‘friendly societies’ 또는 민간보험회사를 이용
영국, 오스트리아, 덴마크, 아일랜드 : 더 좋은 의료 환경에서 전문가들에 의해 개별적으로 치료를 받는 방식(주치의에 의해 개인적인 공간을 통해 치료)

캐나다, 호주 : 지역 보험회사들에 의해 보장되는 내역 없음.

대부분의 나라에서 이러한 보험료는 세금이 공제된다.

사회보험제도는 대부분 조합원으로 가입되어 법으로 규정된 질병관련 기금을 통해서 이루어지고, 정부에 의해서 정밀하게 조절되고 전망된다. 이 보험제도는 기금에 의해 공통으로 관리되며 보험료는 일정 범위에서 소득에 기반을 두어 책정된다. 조합원 간의 위험구조에 차이가 있는 것을 감안해서 다양하게 보험료를 부과하기도 한다. 특정 그룹(저소득층)은 의무적으로 조합원으로 가입해야 하며, 대부분의 나라에서 전 국민을 대상으로 조합원에 가입하는 형태의 제도를 취하고 있다. 단체(생산 및 사무직), 산업, 종교, 지리적으로 구분되는 집단별로 수많은 기금을 조직하고 있는 나라들도 존재한다(예: 일본, 독일, 프랑스, 오스트리아, 벨기에, 룩셈부르크, 네덜란드).

세금을 통한 **재원조달**에는 2가지 방법이 있다. 하나는 정부가 예산의 일부를 재원으로 조달하고 관리하면서 보건의료를 공급하고 책임을 맡는 것이다. 단, 생산/공급의 책임은 정부의 하위조직에 위임되기도 한다(이탈리아, 영국(최근 개정까지), 덴마크, 핀란드, 그리스, 뉴질랜드(최근 개정까지), 노르웨이, 스페인, 그리고 스웨덴). 둘째, 특정 나라에서는(캐나다, 호주) 정부가 조세체계(특정기금 등)를 통해서 필요한 재원을 마련하고 민간공급자(비영리)가 관리 및 지급하는 하나의 보험회사로 운영되는 형태도 존재한다.

보험의 적용범위

인구의 적용범위

미국과 터키 등 OECD 몇몇 국가에서는 의료보험으로 보장되는 인구가 적은 것이 커다란 문제이다. 미국의 경우, 몇 개의 정부 프로그램에 의해 완전히 보장되는 인구는 24%(은퇴자에게 해당되는 Medicare와 극빈자를 위한 Medicaid)에 불과하며, 인구의 약 15%는 의료보험에 가입조차 안되어 있다¹⁵⁾. 스위스의 민간보험은 상당히 높은 수준까지 보장되고 있다. 특정 도시나 특정 주에서는 법령으로 보험을 허가해주고 있으며 연방정부가 보험기금들에게 보조를 해주고 있다. 이처럼 두 나라에서는 소득이 증가함에 따라 누진적으로 높은 보험료를 부과함으로써 보험의 ‘부담능력(affordability), (보험료를 납부할 여유능력이 있는 사람은 많이 내고 혜택은 노령자와 극빈자에게 돌아가는 문제)’이 정치적 문제가 되고 있다. 터키는 최근에 모든 부문에 대해서 보장해주는 것을 목표로 하고 있다.

국가에서 보험의 형태를 통해 보장이 된다는 사실은 차이가 별로 없으며¹⁶⁾ 모든 나라에서 공공시스템을 통한 병원치료와 외래환자에 대한 부분은 보장범위에 포함되어 있다. 일반적으로 이러한 사회보험의 적용범위는 법에 의해 정의되며 점진적 과정을 통하여 범위가 확대된다. 즉, 새로운 기술이 출현하면 시간이 지남에 따라 보장범위로 포함되고, 허용된 의료수술에 포함된다. 가장 큰 차이는 의약품의 범위가 어떻게 정해지는가에 있다. 즉, 치과치료와 의치, 안경

15) 상당수는 직업 전환시에 일시적으로 보험을 잃었거나 스스로 보험에 가입하지 않는 사람들이다. 몇몇 보험이 이용 가능하기는 하나 비용이 매우 비싸므로 자신의 위험을 대비해 가입하는 것에 제한이 있다. 이처럼 보험에 가입되지 않은 사람들도 공중병원을 통해서 치료는 가능하지만 그 양과 질은 매우 적다(CEA, 1994).

16) 미국에서는 공공의료보험으로서 오직 Medicare와 Medicaid만이 보장된다. 민간보험의 경우는 구조가 다양하여 대표적인 특징을 규정하기 어렵다.

종류와 보청기 종류, 장기치료와 요양원, 온천 등에 커다란 차이가 존재한다.

환자의 비용분담

보건의료에 지출된 개인부담금을 보면, 공동지불(Co-payments)은 서비스의 종류에 따라 다양하다. 입원환자의 경우(건강 지출의 가장 큰 부분) OECD 회원국 중 10개국에서 무료서비스를 실시하고 있으며 6개국에서는 추가적으로 하루에 10달러 이하의 비용을 분담하는 형태도 가지고 있다. 환자의 비용분담이 큰 나라로는 핀란드와 포르투갈이 있으며 터키는 평균소득에 따라 부담한다. 미국의 대부분의 민간보험은 상당 규모의 공제혜택을 받고 있다. 일본과 프랑스는 공동보험비율(전체에서 환자가 지불하는 비율)이 높다. 반면에 프랑스에서는 인구의 83%가 민간에서 제공하는 보완적 보험에 가입되어 있고, 인구의 약 12%(대략적으로 만성적인 질병을 앓고 있는 사람들로 사회보험 지출의 절반 정도에 해당)는 면제된다¹⁷⁾.

외래치료와 의료검사에서는 대부분이 공동지불과 공동보험의 형태를 취하고 있다. 10개국에서는 주치의(GP)에 대해서, 9개국에서는 전문의에 대해서 실질적으로 무료서비스를 실시한다. 그럼에도 불구하고 공동보험이 보완적인 보험으로 인식되는 부분이 룩셈부르크와 프랑스에서는 작고, 미국, 일본, 벨기에, 아이슬란드, 노르웨이, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴에서는 다소 높다.

의약품에 대한 부분은 공동보험의 비율이 아직까지 높으며, 단지 5개국에서만 무료로 약을 제공하거나 일부를 보조해주고 있다.

17) 저소득층의 대부분은 보장받지 못함.

2. 의료서비스 공급

의료서비스(특히 외래와 병원진료) 공급방식(supply arrangement)은 OECD(1992)의 분류에 따라 상환, 계약, 통합제의 3가지로 구분해 볼 수 있다. 이러한 구분은 두 가지 요인을 반영하고 있는 바, 첫째, 급여자(보험회사나 기금, 정부 등의 자금 조달자)와 공급자(병원, 의사) 사이의 본질적인 관계와 둘째, 공급자들 간의 자원배분결정에서의 환자와 급여자의 상대적 중요성이 고려되고 있다.

의료서비스제도를 하나의 방식만으로 운용하는 나라는 없으며 대부분의 나라에서 3개의 모든 방식이 혼재되어 있다. 왜냐하면 병원 부문에서 다양한 공급방식에 근거를 두고 있거나 외래(응급)와 병원의 서비스 처리방식에 차이가 존재하기 때문이다.

상환제 : 공급자가 환자에게 공급한 서비스에 대한 대가를 사후에 지급받는 방식이다. 이러한 지급은 환자에게서 직접 받기도 하고(보편적으로는 보험회사를 통해서 일부 또는 전부를 상환받음), 공급자가 보험회사에 공급된 서비스의 대가를 청구하기도 한다. 환자의 선택(지역적 조건, 필요한 서비스, 주치의)은 의료재원이 공급자들 사이에서 어떻게 분배되는지와 공급방식을 어떻게 발전시켜야 하는지에 중요한 영향을 미친다. 상환제는 지급방식 중에서 행위별 수가제와 밀접한 관련이 있으며, 미국, 일본, 스위스처럼 많은 보험회사가 있고 또 많은 민간공급자들이 있는 경우에 이 제도를 사용할 수 있다. 이런 환경하에서는 계약제는 적용하기 어려울 것이다. 소비자가 주치의(GP)를 자유롭게 선택할 수 있는 외래서비스의 경우에는 사후방식의 행위별 수가제가 널리 사용되고 있다. 그러나 이러한 환경에서는 지급자(payer)가 비용을 조절하는 것은 어렵다.

계약제 : 이 접근법은 의료서비스의 지급조건과 기간을 정해놓고,

지급자(third-party payers)와 공급자 사이에 사전적으로 계약하는 형태를 말한다. 계약제하에서는 상환제보다 지급자가 총재원과 분배를 더 잘 조절할 수 있다. 이 접근법은 공공과 비영리기관의 수가 제한되어 의무적으로 보험을 공급하는 사회보험제도에서 발견된다. 병원의 자금조달은 최고한도가 있는 할당액이나 예산을 가지고(독일과 벨기에의 경우) 1일당 비율과 환자 분류에 따라 지급하는 형태를 사용한다. 미국에서는 Preferred Provider Organisations(PPOs)가 이러한 방식을 사용한다. 소비자의 선택은 지급자와 계약을 체결한 공급자로 제한된다.

통합제 : 이 접근법은 동일 기관(보편적으로 지방 또는 중앙정부)이 의료서비스에 대한 자원조달과 공급을 조절하는 방식을 말한다. 위의 두 접근법이 혼재해 있는 형태로 비용이 불확실하기도 하고 계약상에 명시되어 있기도 한다. 의료요원(GP와 병원에 있는 의사를 포함)에게는 보편적으로 월급을 지급하며 병원 지출의 잔여분은 재원으로 적립된다. 이것은 터키와 스칸디나비아 국가에서 주요한 방식으로 채택되고 있다.

프랑스, 이탈리아, 오스트레일리아, 그리스, 아이슬란드, 포르투갈, 터키에서 공공병원서비스에 대해서 통합접근방식을 채택하고 있다. 영국과 뉴질랜드에서는 최근 개혁을 통해 계약접근법으로 전환하고 있다. 미국의 Health Maintenance Organisations(HMOs)은 통합 접근법의 예로서, HMO제도(아마도 가격의 이점 때문에 선택)하에서 소비자는 1차, 2차 공급자들에 의해 제한된 선택을 할 수밖에 없다.

3. 병원의 자원조달제도

총액예산제도 : 이 제도하에서는 병원은 모든 의료서비스(병원의

주요한 자본 지출은 별개)를 지원할 수 있는 연간예산을 받는다. 1980년대 이 방식은 정부가 의료서비스의 재원조달자이며 주요 공급자인 통합제 의료시스템을 운영하는 나라에서 주로 사용하던 방법이었다. 예를 들어 영국(최근 개혁 전까지), 캐나다, 오스트레일리아, 덴마크, 핀란드(자치체의 직접 청구서 제출방식과 더불어), 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 스웨덴에서는 공통적으로 공공의료제도와 다른 공립병원(public hospital)부분을 이용했다. 덴마크와 스웨덴에서는 총액예산을 병원의 임상분야에만 한정해서 지급하고 있다.

일정액을 지급하는 방식은 병원 지출을 포함하는 직접적인 수단에는 모두 적용되고, 병원의 구조개선을 목적으로 하는 비용에는 적절한 수준에서 조정되고 있다. 그러나 이러한 접근은 병원경영자들에게 운영의 효율성을 개선하기 위한 동기부여를 하지 못하며, 결과의 양과 질이 확정적이고, 진료의 상대가격에 대한 어떠한 정보도 제공하지 않는다. 또 효율성에 역진적인 동기부여를 할 가능성도 존재한다. 예를 들어, 예산의 수준을 과거 비용에 따라 결정하려는 경향 때문에 예산절감을 하려하지 않을 것이다.

입원일 지급 : 병원의 입원일수에 일정비율을 정해서 지급하는 방식을 말한다. 이러한 방식은 공적으로 의료보호를 제공하고 있거나 공공·민간이 섞여 있는 경우에 이용되고 있다(예를 들어 독일, 프랑스(민간병원), 오스트리아, 벨기에, 스페인(민간 또는 특정공공병원)). 병원의 전체 지출은 사실상 전체 병원 능력에 의해 한도가 정해진다. 그러나 공급자(병원)의 경우는 환자의 회전 수를 줄이고, 입원기간을 늘리려고 하는 유인이 강하게 된다. 즉, 단가가 비싼 환자도 적게 입원한 경우는 물론, 단가가 낮은 환자의 경우에도 회복기간을 늘림으로써 수입이 모두 충족되기 때문이다. 총액으로 예산을 주는 경우처럼 이 경우도 진료의 방법과 상대가격의 정보 간의 연관성이 낮다.

행위별 수가제(Fee-for-service) : 이 방법은 환자가 제공받은 서비스에 따라 급여를 제공하는 방식이다. 이 방식은 일본, 스위스의 몇몇 도시와 최근까지 미국에서 주요한 수단으로 이용되어 왔다 (예를 들어 주로 민간공급자와 다수의 보험회사가 함께 공존하는 제도). 전문의료 인력들의 경우 특히 병원 밖에서 진료를 하는 경우는 대부분 행위별 수가제(Fee for service) 기준으로 지급된다. 그러나 공공병원의 서비스의 경우도 이 방식을 택하는 나라도 있다 (벨기에). 이 제도하에서는 거시적인 조절기능이 약하며, 양·질·가격 모두를 올리려는 유인이 강하게 존재한다. 미국에서 이 제도는 공급자들에게 낮은 가격보다 양질의 의료서비스를 제공하도록 경쟁을 촉발시키는 데 기여하기도 하였으나 값비싼 의료기술의 과도한 확산을 가져오는 데도 기여했다.

건당지급방식(Payments-per-case) : 이 방법은 의료조건과 표준적인 진료비용을 비교분석 후 예측하여 비용을 책정하는 방식이다. 가장 잘 알려진 제도로는 미국에서 1983년 Medicare programme으로 소개된 DRG(Diagnostic Related Groups)가 있다. DRG제도는 미국의 의료제도의 한 부분으로 확산되었고 독일, 프랑스, 영국, 캐나다, 호주, 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스의 다른 나라에서도 시행되거나 고려중인 제도이다. 이 방식은 위의 산출에 기준으로 하는 지급과 매우 유사하므로 의료서비스의 규모만 증가시키려는 유인을 제한하고 진료서비스의 경쟁을 촉진하게 된다. 이 방식은 병원에서 회전율을 높이려는(환자의 입원기간을 줄임) 유인이 제공될 것이고 의료서비스를 개별화하는 현상도 늘어날 가능성이 있다. 그러나 높은 보수를 받는 전문의료 그룹은 환자를 거부할 위험도 존재한다.

3. 1차 진료에서 의사에게 지급하는 방식

봉급제(wage & salaries) : 의료시스템이 통합되어 있는 그리스, 핀란드, 아이슬란드, 노르웨이(월급과 수수료가 혼합), 포르투갈, 스페인과 스웨덴(일정부분은 인두제의 형태), 터키에서 일반의는 봉급을 받는 형태로 고용되어 있다. 봉급은 일반적으로 협상(의료 관련자와 정부 간의 협상)을 통해서 이루어지는데, 개별적인 기준에 따른 조정이 가능하며, 여기에 고려사항이 되는 요소는 경력, 지역, 기타 보상체계와 성과급이 포함되기도 한다. 봉급 조정을 통하여 채용에서 기초진료의 비용을 직접적으로 조절하게 되나, 반면에 의사들은 쉬운 종류의 진료만을 선호하게 될 수도 있으며 정밀진단이 부족하여 2차 진료기관에 과도하게 소견서를 보내는 경향을 나타낼 수 있다.

인두제(capitation) : 이 지급방식은 일반의에게 고정급여를 지급한다. 일반적으로 각 환자 명부를 가지고 성별, 연령별로 지급 수준을 조정한다. 이 방식은 이태리, 영국(특정서비스), 오스트리아(지정된 서비스), 덴마크, 아일랜드(89년 이후), 네덜란드(민간보험에 가입된 환자와 공무원에게 해당하는 서비스), 스웨덴(94년부터) 등에서 채택되었다.

인두제도는 채용분배자가 기초의료 지출의 전반적인 수준을 조절하는 것이 가능하다. 일반의들 사이의 채용배분은 등록된 환자에 의해서 결정된다. 이 방식의 위험은 일반의가 너무 많은 환자를 등록시키고 진료의 질은 낮출 가능성이 있고, 위험이 높은 환자를 선택해서 일반의가 직접적으로 진료해 오던 빠르게 치료할 수 있는 환자만 관리할 가능성이 존재하는 것이다. 이러한 위험을 완화하기 위해 소비자가 의사를 선택할 수 있는 자유를 주며 ‘환자를 따르는 돈(money following the patient)’의 원칙을 결합시켰다.

행위별 수가제(Fee-for-service): 이 방식은 나머지 OECD국가에서 GP에게 지급되는 방식으로 사용하고 있으며 의료전문인에게 지급하는 방식으로 가장 널리 사용되고 있는 방식이다. 지급의 수준은 협상에 의해서(일본, 독일, 캐나다, 프랑스의 일부지역) 결정하거나 개인적인 능력에 따라 결정한다. 특정국가(호주와 뉴질랜드)에서는 표준적인 환자의 상환율을 정해놓고 주치의에게 ‘초과청구’를 허용하고 있다. 이 방식은 서비스, 소견서, 기타 치료방식 모두에 대해 의사에게 재량권이 주어진다. 그러나 의사로서는 그가 제공하는 서비스의 규모와 가격을 증가시킬 유인을 가지게 된다. 2차 진료기관과의 담합적 행위를 통해서 규모의 경제를 실현하고 진료의 양과 가격을 증가시킬 가능성이 존재하게 된다.

4. 보험시장경쟁(Insurance Market Competition)

의료보험분야의 개혁 중 가장 난해한 쟁점은 “보험회사들 간의 경쟁도입(혹은 강화)이 의료보험료 통제, 공급자의 효율성 증가, 형평성 유지에 도움을 줄 수 있는가”이다. 최근 네덜란드와 독일에서 시행된 의료개혁은 질병금고(sickness fund) 간의 경쟁 강화를 포함하고 있다. 뉴질랜드는 개인이 공적의료보험을 탈퇴하고 민간의료보험에 가입하는 것을 허락하는 방안을 고려했으나 네덜란드와 마찬가지로 결정은 미루고 있다. 포르투갈만이 이와 유사한 탈퇴(opt-out)조항의 실행을 진행시키고 있다. 미국의 의료개혁을 둘러싼 논쟁의 대부분이 경쟁을 유지함으로써 얻는 이점에만 초점을 맞추고 있는 반면, 민간의료보험에 대한 과도한 규제나 단일보험자체(single-payer approach)로 이전에는 주안점을 두지 않고 있다.

보험시장에서 경쟁체제와 형평성을 결합하는 것은 의료개혁이 해결해야 할 중대사항이다. 모든 국가들이 명시하고 있는 형평성의 핵심은 모든 개인은 반드시 보험혜택을 받아야 하고 보험료 산정은

개인의 위험보다는 소득에 기반을 두어야 한다는 것이다. 보험혜택의 경우, 방안 중 하나는 보험회사가 그들이 제시한 보험상품에 대해 신청하는 모든 사람의 가입을 허락하는 것이다. 즉, 크림 스킴(cream skimming : 위험도가 높은 사람의 가입은 저지하고 건강한 사람의 가입을 유치하므로 의료비용을 절감하려는 현상) 행위를 법적으로 불허하는 것이다. 경쟁과 소득비례 보험료의 결합문제는 국가마다 메커니즘이 상이할지라도 기금 간의 위험조정(risk adjustment)으로 해결할 수 있다. 즉, 저위험을 지닌 보험기금의 자원으로 고위험에 시달리는 보험기금을 교차지원(cross-subsidy)하므로 위험을 조정하는 방식이다. 네덜란드는 중앙기금이 소득비례 보험료를 거둬들인 후 각각의 보험회사에게 위험이 조정된 할당정액(lump-sum)을 지급한다. 이로 인해 보험회사는 보험금지불에 변동이 발생해도 손실을 입지 않게 되는 것이다. 흑자운명을 위해서는 의료서비스의 가격을 공급자와 협상을 통해 인하시키고 관리운영비를 최소화해야 한다. 보험회사가 비용을 절감하려는 이러한 노력은 보험회사간의 가격경쟁으로 더욱 촉진되어진다.

물론 이러한 방안에는 많은 불확실성과 잠재된 위험이 있다.

위험조정(Risk adjustment)

위험조정은 간단한 사항이 아니다. 초기 네덜란드에서는 위험의 조정이 연령, 성별, 지역에 근거해 이루어졌는데 이러한 요소들은 몇몇 연구에 따르면 의료비용의 변동은 단지 5% 미만만을 설명할 수 있다(Newhouse et al., 1989; Van de Ven and van Vliet, 1992). 건강상태뿐 아니라 이전 병력과 배경을 추가하면 약 10%까지 설명력을 증가시킬 수는 있지만 이러한 정보의 수집이 용이하지 않고 수집비용도 만만치 않다. 보험회사가 모든 보험신청인의 가입

을 허락할지라도 더 건강한 가입자를 유치할 수 있는 방안을 모색하려 할 것이다. 예를 들어 마케팅과 판매촉진, 공급자와의 선별적 계약 등을 통해 건강한 사람을 유치하고 건강이 나쁜 사람의 가입을 저지할 수 있다(Van de Ven and van Vliet, 1992). 반면에, 정부가 보험사고 발생률이 높아 곤경에 빠진 보험회사를 구제하거나 벨기에처럼 사후에 진료비 전액을 지급해 준다면 보험회사는 의료보험의 비용을 삭감할 유인이 없게 된다. 이처럼 중앙기금과 보험회사 간에 위험에 대한 적절한 균형이 성립되어야만 보험시장이 유지될 수 있다.

관리운영비(Administrative costs)

의료비용이 중앙기금에 의해 모두 보전된다 할지라도 보험회사 간의 경쟁은 관리운영비를 억제하는 데 도움을 줄 것이다. 하지만 경쟁은 다수의 보험회사, 다양한 보험상품, 공급자와의 복잡한 계약 체계 등의 특성 때문에 단일보험자와 단일상환률을 가지는 시스템보다 관리운영비가 오히려 상승할 수도 있다. 예를 들면, 영국과 캐나다는 단일보험자제도 때문에 관리운영비가 낮은 것이고 일본도 지급과 통제가 사회보험의료상환기금(Social Insurance Medical Reimbursement Fund)에서 통합 운영되므로 관리운영비가 낮다. 따라서 복합적인 보험시스템은 높은 관리비용의 요소를 상쇄하기 위해 그 외의 부분에서 특히 생산의 효율성향상 등을 통해 비용을 절감해야만 한다.

형평성(Equity)

보험회사들이 보험료의 고정요금부분(flat-rate)에서 경쟁을 하는

경우에 전체 보험료 중 고정보험료의 비중이 높으면 가입자들은 여러 보험회사를 비교하려고 할 것이다(shop around). 반면에 보험료에서 고정요금 부분을 높이는 것은 건강보험의 누진적인 특성에 위배된다. 이러한 점 때문에 네덜란드에서 고정비율 부분을 원래 15%로 개혁하려 했다가 현재 5%로 낮추었다.

비용통제(Cost control)

보험시장의 경쟁강화가 전반적인 비용의 절감을 의미하는 것은 아니다. 보험료책정이 자유롭게 되면, 보험료는 결국에 상승하게 된다. 많은 사람들이 보험급여가 적정하지 않다고 생각하거나 의료공급자가 보험자의 효율성 개선노력을 저지시키고 공급자 유인 수요(supplier-induced demand)효과가 강력하다면 보험료는 상승할 것이다. 그 예로 보험시장이 극도로 분산되어 있는 네덜란드에서 보험회사 간의 공모 때문에 비용통제 문제가 야기된 것이다. 보험회사는 공급이 비탄력적일 때 선택폭이 넓어진 보험상품을 시장에 내놓으면서 보험료를 인상한다. 이것은 형평성의 함축적 의미를 가질 수 있다. 최근 영국과 핀란드의 민간의료보험시장에서 보험료의 상승이 단적인 예가 된다.

건강상태(health status)

민간보험회사간의 경쟁은 건강한 상태(health outcome)보다는 치료(health care)에 중점을 두는 폐해가 발생할 수도 있다. 실제로도 최근의 보험시스템은 예방보다는 치료(curative care)에 치중하고 있다. 보험회사는 예방을 통해 후에 발생할 보험사고를 줄일 수 있다는 확신이 없다면 예방에 관심을 두지 않을 것이다. 따라서 경쟁

적 환경에서 예방에 주력할 가능성은 희박하다. 가입자와 보험회사 간의 장기계약을 체결한 경우 보험회사는 예방에 주력할 수도 있으나, 이 경우 보험가입자가 자유롭게 보험회사를 선택할 수 있는 경쟁적 요소가 약화되는 문제점이 발생한다.

제한적 접근법

완전경쟁보험체제의 부정적인 측면이 존재한다면, 단일보험자시스템의 한계에 선택적·경쟁적 보험요소를 가미하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 이러한 방안을 통해 공공제도에서는 배제되어 왔던 치과진료, 안경·렌즈, 성형수술 또는 1인실과 같은 특실입원비를 지원할 수 있다. 이 경우 보험혜택의 형태와 가격은 시장에서 결정되어 질 것이고 개인이나 보편적인 단체의 위험에 근거한 보험료가 표준보험료가 될 것이다.

이러한 체제하에서 환자가 의료비를 부담하는 것은 환자의 의료 수요를 억제시키는 효과를 가지므로 이런 현상은 금지되어야 한다. 만약 단일보험제도가 비용을 절감하고 형평성을 유지하는 최선의 방법이라면 경쟁적인 제도가 주요 의료 질병을 커버하는 것을 금지하여야 한다. 만약 건강서비스 공급의 효율성이 특정한 방법을 통하여 개선되어질 수 있다면, 법률적으로 규정하지 않더라도, 최근 의료서비스 분야에서 경쟁적인 의료보험제도가 성장하고 있는 것을 억제할 수 있을 것이다.

증장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석 - 사회보장예산의 효율성 제고방안 연구 2차연도 과제 -

金 宗 勉

본 보고서는 건강보험과 관련된 향후 국가재정 부담에 대하여 개략적인 수준이나마 처음으로 장기전망을 제시하고 있다. 이 문제에 대하여 자료나 이론의 문제와 더불어 제도 전반이 아직도 큰 변화를 겪고 있는 중이므로, 사실 보편적인 접근방법을 사용하여 건강보험제정의 향후 추이를 전망한다는 것은 불가능하거나 보기에 따라서 무의미하다고 할 수 있다. 본 보고서에서는 단기 예측이나 건강보험 운영당국에게 필요한 예측정확도를 다소 포기하는 대신 거시변수를 위주로 한 접근방법을 이용하여 증장기 추이를 구하였다. 따라서 본 보고서에서 채택한 방법이나 결과로 도출된 장기전망은 예측기간이 보다 짧은 기존 전망이나 연구를 대체하기보다는 보완적인 성격이라 할 수 있다.

본 보고서의 결과들을 요약하면, 건보재정안정 종합대책이 계획대로 5년 이내에 누적적자를 해소하고 수지균형을 회복하여도 재정에 대해서 상당한 부담을 줄 수도 있을 것으로 전망된다. 이의 원인은 두 가지로 요약할 수 있는바, 첫째, 건강보험료 수입 징수체계가 근본적으로 정률소득세와 같은 체계이므로, 요율 인상 없이는 보험료 수입의 증가는 GDP 증가율과 대체로 같은 속도일 수밖에 없다는 사실을 들 수 있다. 이에 반해 의료지출은 거의 예외없이

GDP 증가율보다 빠른 속도로 증가하여 구조적 적자요인이 상존하게 되는 것이다. 둘째, 2002년 1월 19일의 국민건강보험재정건전화 특별법 제15조에 따라 지역보험 지출의 50%를 국고보조하게 되어 있으며, 이에 따라 건강보험재정이 균형을 이루어도 국가의 재정부담은 계속 증가하게 된다.

거시적인 분석을 통하여 국민의료비와 건강보험 및 국고지원 부담의 장기추이를 도출한 결과, 의료비와 건강보험 지출은 소득이 증가하면서 소득보다 빠른 속도로 계속 증가할 것으로 보인다. 우리나라의 경우 65세 이상 인구비중으로 파악되는 인구구조 고령화의 속도도 매우 빨라서 거의 소득증가만큼 의료비 증가에 큰 영향을 줄 것으로 파악되었다. 그 결과, 건강보험에 대한 국고지원이 재정에 상당히 큰 부담은 될 것이나, 재정에서 부담하는 것이 불가능하다고 우려하는 비관적 시나리오보다는 비교적 낮은 수준일 것으로 전망되었다. 또한 보험가입자의 입장에서 부담이 되는 향후 보험료를 인상폭 역시 감당 가능한 수준 이내일 것으로 보인다.

이러한 결과는 보기에 따라 낙관적이라 할 수 있으나, 분석과정에서 지난 10여년 동안 의료비 증가 억제를 위해 노력한 선진국의 경험이 많이 반영되었음을 상기할 필요가 있다. 따라서 본 보고서에서 제시한 건강보험의 장기재정 부담은 중장기 재정운영의 관점에서 일말의 안도감을 줄 수도 있으나, 보건·의료정책을 책임지는 당국자에게는 보건·의료체계의 합리화와 비용상승 억제를 위해 배가의 노력을 요구한다고 해석할 수 있다.

An Analysis of the Latent Burden Imposed
on Long-run Government Finances by the
National Health Insurance

John M. Kim

This report offers the first long-run analysis, if at a rudimentary level, of the fiscal burden on the government arising out of the National Health Insurance (NHI). Forecasting the long-run trajectory of the NHI's financial viability using a straightforward, conventional approach is an exercise fraught with almost insurmountable difficulties. Aside from the usual problems of insufficient data and absence of theories or models to guide attempts at forward projections, the NHI system has recently been undergoing important changes, which are expected to continue for some time. The report circumvents such obstacles by taking an alternative approach that relies on macro-level variables to obtain long-term projections, trading off some of the precision that would be required for a forecast over a shorter duration or one that NHI authorities would rely on for finer details.

Summarizing the results, the NHI will continue to impose a significant burden on government finances even should the "Comprehensive 5-year Plan to Stabilize NHI Finances"

successfully accomplish its goal of eliminating the cumulative NHI deficit and restoring NHI finances to balance. Two factors mainly account for this result. First, barring continual raises in the premium rate, NHI revenues from insurance premiums can only grow at the same speed as GDP since the nature of NHI premium assessment is basically identical to a flat income tax system. In contrast, NHI expenditure growth has almost without exception outpaced GDP growth, making for a systemic tendency to incur deficits. Second, article 15 of the Special Act to Stabilize National Health Insurance Finances, adopted on February 19, 2002, stipulates that 50% of the NHI's Regional Insurance expenditures shall be subsidized by the state. Consequently, government support to the NHI will continue to increase even if the NHI achieves and stays in financial balance.

A macro-oriented approach to projections of national health expenditures, NHI expenditures, and Regional Health Insurance expenditures shows that health expenditures, both at the national level and for the NHI, will increase faster than income growth as income levels continue to rise in the future. In Korea the problem will be compounded by a very rapidly aging population, as the projections show that the proportion of the population aged 65 and above will exert almost as much upward pressure on health expenditures as income. As a result, the government's fiscal burden will be considerable, but still relatively less than some of the pessimistic scenarios that predict that the mandated government support to NHI will soon reach unsustainable levels. Concerning the burden on the insured, the projected premium raises necessary to keep NHI

finances in balance also appear to be within the range of affordability.

These results may appear to paint quite a rosy picture at first glance, but one must bear in mind that the analysis heavily incorporates the experience of advanced countries during the last decade, in which much effort was expended to curb rising health costs. The implications of this report are therefore double-edged: while those primarily concerned with long-term fiscal management may enjoy a sense of relief, the NHI and the authorities in health policy are called on to redouble their efforts to rationalize the health care delivery system and hold down health care expenditures.

<著者略歷>

金 宗 勉

서울대학교 經濟學科 卒業
美國 Chicago大 經濟學 博士
現, 韓國租稅研究院 專門研究委員

研究報告書 02-05

장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석

2002年 12月 28日 印刷
2002年 12月 31日 發行

著 者 金 宗 勉
發行人 宋 大 熙
發行處 韓國租稅研究院

[1318]-[71714] 서울特別市 松坡區 可樂洞 79-6番地
電話: 2186-2114(代), 팩시밀리: 2186-2179

登 錄 1993年 7月 15日 第21-466號
組版 및 一 志 社
印 刷

© 韓國租稅研究院 2002

ISBN 89-8191-224-9

* 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.

값 5,000원