

# 2001년 김병익 교수 건강보험재정 건전화 방안 제안 및 10년 후 현실

이 규 식\* · 안 보 령 | 연세대학교 보건행정학과

## The late Prof. Byung Yik Kim's suggestions on financial stability of the Korea's national health insurance in 2001 and 2002: what is changed in 10 years?

Kyu Sik Lee, PhD\* · Bo Ryung Ahn, PhD, student

Department of Health Administration, Yonsei University, Wonju, Korea

\*Corresponding author: Kyu Sik Lee, E-mail: kslee02@yahoo.co.kr

Received August 22, 2011 · Accepted September 8, 2011

The late Professor Byung Yik Kim published an analysis of the financial crisis of Korea's National Health Insurance (NHI) in 2001, which derived from the introduction of the separation of prescribing and dispensing. Subsequently, Kim published another paper on policy suggestions to achieve financial stability of the national health insurance in 2002. In his paper of 2001, he had analyzed two causes of the crisis. First, the stepwise integration of health insurance funds had brought about financial instability since 1998, when regional health insurance funds were integrated into one fund. Second, the introduction of the separation of prescribing and dispensing without recognition of financial instability led to financial crisis. In his 2002 paper, he proposed several policy recommendations, including postpone of financial integration among insurance funds, increasing government subsidies, introducing new financing sources for health insurance, such as an alcohol tax, and implementing cost-containment policies. This paper reviews what was changed in accordance with his policy suggestions over the past 10 years. Many policymakers agreed with his analysis on the causes of financial crisis, however, they did not accept his policy recommendations. Consequently, the Korea National Health Insurance is still financially unstable.

**Keywords:** Financial crisis; Financial integration; Separation of prescribing and dispensing

### 서 론

1977년 7월 사업장 근로자를 대상으로 출발한 의료보험 제도가 만 12년 만인 1989년 전국민의료보장을 달성하

였고, 2000년 의료보험조합들을 통합하여 단일 보험자인 국민건강보험공단을 출범하였다. 그러나 건강보험을 통합하고 의약분업을 개혁이라는 명문으로 실행한 결과 1996년까지 4조 원에 달하던 법정준비금은 2001년에 와서 완전히 소진

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Table 1.** Estimation of 2001 health insurance finances status by the National Health Insurance Corporation

Revenue		Expenditure	
Total (A)	103,817	Total (B)	143,531
Contributions	82,499	Benefits	135,707
Government subsidies	19,009	Administrative finances	7,136
Others	2,309	Others	688
		Balance (B-A)	39,714

Unit: 100 million won.

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.14, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2].

되었으며, 당기 적자가 무려 2조 4,088억 원에 이르게 되어 의료보험 사상 처음으로 진료비 지불을 은행 차입금으로 충당해야 하는 재정파탄을 겪었다.

이러한 엄청난 재정파탄을 겪은 후, 이를 해결하기 위한 여러 가지 대안과 정책들이 제시되었고, 그 노력으로 건강보험재정은 안정화단계에 들어서는 듯 보였지만 2010년에 또 다시 1조 3천억 원 정도의 재정적자를 기록하면서 건강보험의 지속가능성에 대하여 회의가 일어나고 있는 실정이다.

본 논문은 2001년 건강보험재정파탄 발생한 직후인 그 해 4월 20일 인제대학교 보건대학원이 주최한 보험재정위기의 원인과 대책 세미나와 2002년 9월 6일 건강복지사회를여는모임(건사모)이 주최한 선진의료료 위한 건강보험정상화 방안 정책토론회 자료 및 고 김병익 교수가 발표한 논문을 중심으로 당시의 제안과 그 이후의 정책 전개과정 등을 통하여 김병익교수의 제안이 갖는 정책적 함의와 현재의 상황에서 건강보험의 지속가능성을 담보할 수 있는 방안이 무엇인지 모색해보고자 한다.

## 2001년 재정 파탄에 대한 고 김병익 교수의 논문

### 1. 2001년 발표된 건강보험재정 현황

2001년 3월 9일 조선일보가 건강보험 재정 위기설을 보도[1]한 직후인 3월 16일 국민건강보험공단은 2001년도에 당기적자가 3조 9,714억 원에 이를 것이라는 전망치를 발표

하였다(Table 1). 이에 김병익 교수는 2001년 4월 건강보험 재정위기의 원인과 대책 세미나에서 2000년 말 적립금 9,189억 원을 감안하더라도 3조 원의 현금이 모자라, 응급 조치 없이는 보험급여비 지급 불능사태를 피하기 어려울 것이라고 진단하였다. 1996년까지만 하더라도 4조 원을 상회하는 적립금을 보유했던 건강보험재정이 이처럼 거덜나게 된 이유를 김 교수는 다음과 같이 진단하였다[2].

의료보험을 단계적으로 통합하는 과정에서 적립금이 거의 소진되고 있던 시기에 의약분업을 강행함으로써 재정지출을 급증시켰기 때문에 재정파탄이 발생하였다. 그런데 김대중 정부는 이 두 정책을 개혁과제로 추진하면서 국민들에게 솔직하지 못하여 어려움을 더하게 만들었다. 먼저 의료보험을 통합하면 보험료부담이 줄어들고 보험급여는 확대될 것이라는 잘못된 기대를 우리 국민들에게 심어 주었다. 정부는 그러한 기대가 잘못된 것임을 분명히 밝혔어야 했음에도, 통합이 바람직하다는 점만을 부각시켰던 것이다.

그 과정에서 보험급여는 계속 확대되었으나, 보험료를 적기에 적정 수준으로 인상하지 못했다. 게다가 보험료 징수율도 통합 전에 비해 하락했다. 이에 따라 1998년 이후 당기적자는 매년 8천억 원을 넘어섰고, 그 결과 적립금도 2000년에 9천억 원 수준으로 급락했다. 의료보험통합을 추진하지 않았더라면 보험료 징수율이 하락하거나, 보험료 인상을 기피해 적립금을 소진하는 도덕적인 해이 현상도 초래되지 아니했을 것이다. 이를 감안하면 의료보험의 단계적 통합 추진이 보험재정 위기를 불러왔음을 부인하기 어렵다.

이처럼 보험재정이 부실해지고 있던 시기에 의약분업을 강행했다. 정부는 국민들에게 당장에는 불편하지만 장기적으로는 사회적 편익이 클 것이라는 점을 적극 홍보했다. 의약분업 시행 직전에는 1조 5천억 원 정도의 비용이 추가 소요될 것이라는 점을 밝혔으나, 국민들은 이미 추가 부담이 없으리라는 잘못된 기대를 갖고 있었던 것이다.

한편 의약분업 강행에 반발한 의사들의 파업은 국민들을 불안에 떨게 했다. 그리고 파업기간 동안 보험급여비의 일시적인 감소는 보험재정의 파산 위기를 그만큼 뒤로 미루었다. 그러나 의약분업의 시행에 매달린 정부는 의사 파업을 종식시키기 위해 수가를 인상하면서 재정 위기를 제대로 인

**Table 2.** Comparison of the increasing rate of benefits and contributions

Classification		1995	1996	1997	1998	1999	2000
Benefits	Amount	39,552	49,644	57,093	65,845	76,427	87,892
	Increasing rate	26	26	15	15	16	15
	Index	100	126	144	166	193	222
Contributions	Amount	36,007	41,754	48,788	52,550	63,056	68,716
	Increasing rate	13	16	17	8	20	9
	Index	100	116	135	146	175	191

Unit: 100 million won, %.

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.5-6, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2].

**Table 3.** Administrative finances by the type of health insurer

Classification	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SE	2,559 (115)	3,140 (123)	3,483 (111)	3,909 (112)	3,562 (91)	4,289 (120)
GT	314 (118)	414 (132)	439 (106)	564 (128)	429 (76)	481 (112)
IW	1,615 (110)	2,041 (126)	2,456 (120)	2,538 (103)	2,346 (92)	2,366 (101)

Unit: 100 million won (from a year ago, %).

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.6, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2]. SE, self-employees; GT, government employees and private school teachers; WE, industrial workers.

식하지 못하여, 재정안정화대책을 미리 준비하지 않는 결정적인 실책을 범함으로써 보험재정 파탄을 자초했던 것이라 하겠다[2].

## 2. 재정위기에 대한 김병익 교수의 원인 분석

2001년의 보험재정위기에 대한 김병익의 원인 분석은 크게 두 갈래로 나누어진다. 첫째는 의료보험의 단계적인 통합과정을 거치면서 보험재정이 거덜나기 시작하였다는 것이다. 의료보험 통합을 주도한 김용익 교수는 건강보험을 통합하면 보험료 인상 없이도 보험급여를 획기적으로 개선할 수 있다고 주장하여, 통합이 재정을 거덜 낼 것을 전망하지 못하였다[3,4]. 둘째는 재정이 위기로 치닫는지 인식을 하지 못하고 의약분업을 추진하여 보험급여비가 증가하여 재정을 거덜 내는데 일조를 하였다는 것이다. 의약분업도 김용익교수에 의하여 주도되었는데 1998년 11월 21일 참여

연대 개혁통신에 올린 글[5]에서 김용익은 연간 1조 5천억 원 정도의 금액이 의약품 유통과정의 비리로 부당하게 유출되고 있어 이를 막기 위하여 의약분업이 필요함을 주장하여 얼핏 의약분업이 보험재정을 1조 5천억 원 절감할 수 있을 것이라는 착각을 주었다. 그리고 참여연대에서는 약 1조 2,800억 원이라는 약가 마진을 발표하여[6] 의약분업이 그 정도의 재정절감을 갖고 올 것으로 착각하였다.

먼저 통합과정을 보면 1998년 10월 1일부로 지역조합을 공교의료보험관리공단과 통합하였고, 2000년 7월에는 140개 직장조합까지 통합시켜 국민건강보험공단을 출범시켰다. 그러나 관리조직은 하나로 통합을 하였지만 재정은 지역조합은 지역대로, 직장조합은 직장대로 통합하고, 공교는 그대로 두는 3기금 방식으로 하였다. 통합과정을 거치면서 조합들이 재정확충 노력

을 하지 않아 적립금이 소진되기 시작하였던 것이다. 의료보험 통합과 관계없이 적용인구 증가, 노령화, 의료육구 증대, 의료공급 확충, 의료기술 발전, 급여범위 범위 및 수준 확대 등의 보험급여비의 증가 요인은 늘어나는데 보험료 인상은 통합을 앞에 두고 있어 서두르지 않아 급여비의 증가가 보험료 인상을 앞질러 적립금을 소진시키고 있었던 것이다. 즉 1995년을 100으로 할 때 보험급여비는 2000년에 222로 증가하였음에 비하여 보험료 수입은 2000년에 191밖에 증가하지 않아 재정 적자요인을 간직하고 있었던 것이다(Table 2).

한편 관리운영비도 의료보험을 통합일원화하면 줄어들 것이라고 하였지만 지역의료보험은 1998년 10월 통합한 이듬해인 1999년에 전년보다 겨우 9% 감소하였고, 2000년에는 다시 20%가 증가하여 통합이 관리비를 감소시킨다는 주장이 틀렸으며, 직장의료보험은 통합과 무관하게 1999년에 관리비가 8% 줄어 관리운영비 절감이 조직 통합의 효과보

**Table 4.** Accumulated reserves by the type of health insurer

Classification	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SE	9,688	8,141	8,850	7,278	3,995	364
GT	7,015	5,804	3,972	769	1,125	
IWV	24,497	26,075	25,029	22,312	17,305	8,825
Total	41,200	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189

Unit: 100 million won.

Based on the amount in hand.

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.4, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2]. SE, self-employees; GT, government employees and private school teachers; IWV, industrial workers.

**Table 5.** Changes of monthly average benefits, before and after the introduction of separation of prescribing and dispensing

Type of medical care	2000. 11-2001. 1		
	1999	2000. 11-2001. 1	Increasing amount
	Amount	Amount	
Total	6,377 (100.0)	10,433 (100.0)	4,056 (63.6)
Inpatient	2,549 (40.0)	2,636 (25.3)	87 (3.4)
Targer for separation of Prescribing and Dispensing	3,828 (60.0)	7,798 (74.7)	3,970 (103.7)
Outpatient	3,661 (57.4)	4,733 (45.4)	1,072 (29.3)
Pharmacy	167 (2.6)	3,065 (29.4)	2,898 (1735.3)

Unit: 100 million won (%).

Based on the amount in hand.

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.10, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2].

다는 구조조정 노력의 결과로 보아야 할 것이다(Table 3). 조직 통합이 이루어진 2000년에는 오히려 관리운영비가 증가하여 이것 역시 보험적립금을 소진시키는데 적으나마 한 요인이 되었다(Table 4).

이와 같은 재정상황에서 2000년 7월 의약분업을 강행하여 재정위기를 자초하였다. 의약분업 강행에 반발한 의사들의 파업으로 진료가 줄어들게 됨에 따라 보험급여비가 일시적으로 감소하여 보험 재정의 파산 위기를 그만큼 뒤로 미루었다. 그러나 의약분업 시행에 매달린 정부는 의사 파업을 종식시키기 위해 재정위기를 제대로 인식하지 못하고 수차례 수가를 인상하면서 보험재정의 파산위기를 자초했던 것이다.

의약분업 전후의 월평균 보험급여비를 비교하여 보면 매달 4천억 원의 보험급여비 증가를 볼 수 있다(Table 5). 특

히 약국 보험급여비가 167억 원에서 3,065억 원으로 17배 이상 늘어났고, 외래 보험급여비는 3,661억 원에서 4,733억 원으로 29% 증가했다. 그러나 입원 보험급여비는 자연증가율에도 못 미치는 3%의 증가에 그쳤다. 이처럼 약국과 외래 방문환자수 증가, 수가 인상에 따른 내원일당 진료비 증가, 그리고 급여율 증가에서 찾을 수 있겠다.

한편, 일부에서는 지역조합 통합 이후 보험재정의 불안정 원인을 국고지원의 감소 때문이라고 주장하기도 하였는데, 실제로 보험료부과액에 대비할 때 국고지원이 지역조합이 통합된 직후에 감소했던 것은 사실이다. 그러나 2000년에는 예전 수준인 56%로 회복되었음에도 1천억 원에 가까운 재정 적자를 기록하였다. 이를 보면 통합으로 국고지원을 줄일 수 있다는 일부의 기대도 원천적으로 잘못되었던 것임을 알 수 있다.

김병익은 재정추계를 통하여 2001년 재정증가를 원인별로 밝히고 있다(Table 6). 국민건강보험 공단은 2001년도의 보험급여비가 13조 5천 7백억 원에 달할 것으로 추계하고 있었던 반면에(Table 1), 김병익은 14조 5천억 원을 초과할 것으로 추산하였다(Table 6). 만약 의약분업 시행을 미루고 2000년 수가 조정이 없었다면 2001년 보험급여비는 8조 8천억 원 수준이었을 것으로 김병익은 추산하였다. 따라서 의약분업의 시행과 수가 조정, 급여율 변동, 2001년 수가 현실화 및 정책부담 상한 상향 조정 등의 정책 변화는 5조 7천억 원 이상의 보험급여비를 추가로 지출시킬 것으로 예측하였다[2].

만약 2000년 세 차례의 수가 인상 없이 의약분업을 시행했다면 2001년 보험급여비는 11조 4천억 원 수준에 그칠 것으로 추정되어, 의약분업에 의해 순증된 보험급여비는 2조

**Table 6.** Benefit changes, before & after the introduction of separation of prescribing and dispensing

Type of medical care	Without the introduction of separation of prescribing and dispensing	Introduction of separation of prescribing and dispensing					Subtotal	2001 yr estimated
		Not adjust medical cost	2000 yr adjust the medical cost	2000 yr benefit rate change	2001 yr readjust the medical cost to a real level	Adjust the flat fee maximum		
Inpatient	38,452	-	-	-	1,104	-	1,104	39,556
Outpatient	47,120	▲ 5,446	14,901	6,160	4,221	3,843	23,679	70,799
Pharmacy	2,914	30,957	-	-	-	1,469	32,426	35,340
Total	88,486	25,511 (44.6)	14,901 (26.0)	6,160 (10.8)	5,325 (9.3)	5,312 (9.3)	57,209 (100.0)	145,695
Cumulative total	88,486	113,997	128,898	135,058	140,383	145,695		

Unit: 100 million won (%).

From Kim BY. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001. p.14, with permission from Inje University Graduate School of Public Health [2].

5천 5백억 원에 달하는 것으로 추산하였다. 외래 보험급여비 중 약품 보험급여비의 대부분이 약국으로 이전되었지만, 약국만을 이용하던 환자들도 외래를 경유함으로써 외래환자수가 증가함에 따라, 외래 보험급여비 감소는 5천 4백억 수준에 그친 것으로 분석하였다. 약국 보험급여비가 3조 원 이상 증가하는 이유는 약품 조제의 약국 이전에 따른 약국 방문 환자수의 급증과 동시에, 조제료 및 복약 상담료의 신설 및 고가약 처방 선호 등에서 찾았다.

김병익은 2002년 건사모 정책토론회에서는 건강보험재정이 파탄에 이르게 된 이유는 첫째, 의약분업 시행으로 인한 급여비 폭증을 막지 못했고, 둘째, 그럼에도 수지 균형을 이루기 위한 재정수입 확충이 미흡했고, 마지막으로 국민 건강보험법에 규정되어 있는바와 같이 준비금을 적립하고 있지 못했기 때문으로 보고 있다[7].

### 3. 김병익의 원인 분석에 대한 평가

김병익의 원인 분석은 매우 합리적 분석이었다고 평가할 수 있겠다. 김병익보다 1년 뒤인 2002년에 최병호가 분석한 결과[8]도 거의 유사하다. 최병호는 2001년의 건강보험 재정파탄은 첫째, 의약분업 관련 수가인상과 의약분업 이전에 약국에서 소비되던 임의조제비용 중 일부가 건강보험제도 권으로 이전된 부분에서 기인하고, 두 번째로는 의료보험 통합의 혼란스러운 과정에서 나타난 보험료 징수율의 저하와

적립금의 소진이 부분적인 원인을 제공하였다고 보고 있다. 더불어 1998년의 경제위기로 인한 부담능력의 감소가 상황을 또한 악화시켰다는 것이다. 즉, 2001년의 재정위기는 의료보험통합, 의약분업 그리고 경제위기 등 크게 세 가지 약재가 동시에 발생함으로써 나타났다고 분석하였다. 물론 의료이용의 증가와 고령화와 같은 자연스러운 원인과 행위별 수가제에서 기인하는 제도적인 요인과 같은 의료비 증가의 구조적인 원인들이 누적되었음을 동시에 언급하고 있다.

최병호도 김병익과 같이 통합에 따른 문제와 의약분업을 들고 있으나 두 사람 연구의 차이는 1998년 IMF 구제 금융으로 인한 경제위기에 따른 부담능력에 관한 것이다. 김병익은 이 문제보다는 통합과정에 따른 보험료 수입의 저조에 초점을 두었다. 즉 1998년 10월 지역의료보험이 통합된 이후 직장조합들도 통합이 예고된 상황인데 적립금도 쌓여 있어 보험료 인상에 매우 소극적으로 대처하였기 때문에 수입이 지출보다 적어 재정위기를 초래하게 되었다는 것이다. 물론 최병호의 부담능력 결여 주장도 일리가 있겠지만 당시는 부담능력보다는 보험료를 인상하지 않았던데 요인이 있다(1998년도에 직장의료보험은 보험료를 오히려 3% 인하하였음). 그리고 보험을 통합하면 보험료 인상 없이도 급여 확대가 가능하느니 관리운영비를 획기적으로 줄일 수 있느니 하는 주장들이나 의약분업을 하면 보험재정을 절감할 수 있다는 신기루 같은 주장들로 인하여 정부가 재정위기

가 닥쳐오는데도 의약분업을 강행하여 재정과탄을 초래하였다는 김병익의 주장이 더욱 일리가 있어 보인다. 의약분업 전에는 1조 5천억 원이니 1조 2천억 원이니 하는 금액의 재정절감을 주장하다 정우진[9]이 의약분업을 하게 될 경우 약 8천억 원에서 1조 9천억 원 보험재정이 증가할 것이라는 연구발표이후 분위가 반전되었으며, 의약분업 직전에는 약 1조 5천억 원의 보험재정이 추가 소요될 것이라는 추계가 정부 내에서 등장하였다.

## 재정위기에 대처한 건강보험 재정안정화 방안

### 1. 정부의 재정안정화 대책

정부는 재정위기에 대처하여 2001년 5월과 10월 두 차례에 걸쳐 종합적인 재정안정대책을 공표하고 2002년 7월부터 실행하였다. 이러한 대책 시행으로 정부는 수가의 구조적인 조정으로 8.7%의 실질적인 수가를 인하한 것으로 추정하였다. 이러한 재정안정대책의 시행과 함께 정부는 2006년까지 통합재정수지를 흑자기조로 전환시키는 계획을 제시하였고, 2001년 말 1조 9,109억 원의 순적자(기금부족으로 인한 차입)를 2006년 말에는 6,251억 원의 기금을 보유하고 당기수지도 1조 5,602억 원에 이르는 흑자로 운영할 것을 계획하였다.

정부는 가능한 모든 종합적인 대책으로 재정위기에 대처하고자 하였고, 특히 지역보험 국고지원금의 대폭확충 및 담배부담금의 확보 등을 수행하였지만 보험재정을 조기에 정상화 하기 위한 보다 과감한 조치가 취해지지 못한 점이 아쉬움으로 남는다.

### 2. 김병익 교수의 재정안정화 방안

김병익은 2001년에는 재정위기의 원인을 제시하였으며, 2002년 건사모 정책토론회 및 연구논문에서 재정안정화 방안까지 제시하였다[7,10]. 여기서는 주로 2002년에 제시된 재정안정화 대책을 살펴보기로 한다. 김병익이 제안한 안전화방안은 다음과 같다.

첫째, 법정준비금 확보를 위한 정부의 예산지원이다.

2002년 8월 말 급여비 지급을 위해 차입하고 있는 금액은 2조 2천억원 수준에 이르고, 2005년까지도 재정차입금을 모두 상환하기는 어려울 것으로 전망하였다. 모든 국민들은 이러한 재정과탄 상황을 크게 우려하였으나, 재정건전화를 위한 고통분담에 응할 생각은 추호도 없어 보였다. 물론 재정과탄을 초래한 건강보험의 통합추진과 의약분업의 시행을 원래대로 돌린다고 해결될 일도 아니다. 재정건전화를 위해서는 누구나 알고 있듯이 지출을 줄이고 수입을 확충해야 한다.

그러나 그 전에 정부는 재정과탄을 막지 못한 책임을 국민들에게 솔직하게 사과하고, 2002년 예상급여비의 50%를 보험재정 준비금으로 적립할 수 있도록 지원해야 한다고 제시하였다. 그 이유로 국민건강보험법이 규정대로 준비금을 적립하도록 정부가 철저히 보험자를 감독하지 못하고, 오히려 건강보험통합을 추진하고 의약분업을 단행하면서 준비금 소진을 조장했기 때문이라는 것이다. 이렇게 하면 재정과탄의 정치적 부담을 차기 정권에 넘기지 않으면서, 건강보험에 대한 국민들의 신뢰도를 회복하여 국민의료의 선진화를 기할 수 있을 것이라 하였다. 또한 이러한 국고지원에 의한 준비금 확보가 더 이상 반복되지 않도록 해야 하며 그러기 위해서 국회에 한시적인 특별위원회를 두어 건강보험 이해당사자 모두의 고통분담을 위한 보험재정건전화대책을 마련할 것을 촉구하였다.

둘째, 불필요한 급여비 지출의 절감이다. 급여비 지출은 앞으로도 적용인구의 증가와 노령화, 의료욕구의 증대, 의료공급의 확충, 의료기술의 발전 등에 의해서 지속적으로 늘어날 것으로 전망하였다. 따라서 의약분업의 시행과 수가인상, 그리고 급여율의 상향조정으로 폭증한 급여비 지출을 조절하는 것이 무엇보다 시급한 과제로 간주하였다. 진료비 심사와 별칭만으로는 한계가 있기에 의사, 약사 및 환자들의 바람직한 행태를 조장할 수 있는 방안을 강구하도록 촉구하였다. 이를 위해 우선 진료와 처방의 적정성에 대한 객관적인 평가 결과를 토대로 근거중심의 표준지침의 마련과 수가 수준의 적정성 여부에 대해 보험자와 의사단체가 공동으로 평가해야 한다고 하였다. 또한 의약분업 시행이후 폭증한 약국 급여비를 절감하기 위해 실거래가 상환제도를 폐지하

**Table 7.** Government subsidies by year

Year	Government subsidies			Contributions (B)	A/B
	Government revenue	Surcharge on Tobacco	Total (A)		
2002	25,247	4,392	30,139	106,466	28.3
2003	27,792	6,446	34,238	131,807	26.0
2004	28,567	6,263	34,830	148,745	23.4
2005	27,695	9,253	36,948	163,864	22.6
2006	28,698	9,664	38,362	182,567	21.0
2007	27,042	9,676	36,719	212,530	17.3
2008	30,540	10,239	40,779	244,384	16.7
2009	37,838	10,262	48,100	259,352	18.5
2010	39,123	10,630	49,753	281,650	17.7

Unit: 100 million won, %.

From Ministry of Health & Welfare. Press release; 2010.11.15, 2011.11.22. with permission from bureau of health insurance policy [11].

고 약국의 약값 마진을 인정하는 대신 조제료 등의 행위수가를 인하하는 방안을 검토해야할 것을 제안하였다. 의약품을 싸게 구입할 동기를 부여하고, 재료 등의 가격을 인하하는 방안을 모색해야 한다. 그리고 건강보험의 보장성 강화를 위해 급여범위 및 수준을 확대하면 본인부담이 줄게 되어 도덕적 해이에 의한 불필요한 급여비 지출이 늘어날 수 있으므로 소액외래진료비 최소정액본인부담제도(deductibles)의 도입 검토를 제안하였다. 한편, 의사들의 바람직한 진료형태 조장을 위해 총액계약제의 도입검토를 제시하였다. 지역단위, 의료기관 유형단위나 집단별로 총액계약제를 실시하면 의료배분의 거시적 효율을 높일 수 있을 것이라 예상하였다. 장기적으로는 건강증진사업과 예방보건사업의 강화를 통해 국민들의 건강수준을 높임으로써 급여비 지출을 절감해야 한다고 하였다.

셋째, 급여비 증가추세에 맞추어 보험재정을 건전하게 운용하기 위해서, 재정수입을 안정적으로 확충하기 위한 구체적인 방안을 제시하였다. 먼저 보험료를 적기에 적정수준으로 인상하는 것이다. 그러나 분립체계보다 통합체계에서 적기에 적정수준으로의 보험료 인상과 징수를 제고가 더 어려워질 것으로 전망하였다. 더욱이 2003년 7월 직장파 지역이 재정통합될 경우 보험료부담의 형평성을 둘러싼 갈등이 심화되어, 직장보험료율과 지역보험료의 인상율을 달리 적

용하기는 어려울 것으로 보였다. 소득과약율이 저조한 지역 가입자의 경우 보험료를 공평하게 부과할 수 있는 방안을 찾을 수 없어 적정수준의 보험료 인상이 쉽지 않기 때문에 재정통합은 직장가입자의 보험료를 마저 적정수준으로 인상하지 못하게 하는 요인으로 작용할 것으로 보였다.

결국 보험료부담의 형평성을 제고하지도 못하면서 보험료수입 확충마저 어렵게 하여 재정불안정을 심화시킬 가능성이 커 보이는 재정통합은 조세정의실현으로 보험료부담의 형평성을 확보할 수 있을 때까지 유보할 것을 주장하였다. 보험재정의 분리운영으로 부담의 형평성에 대한 지역 간 갈등을 피해야 직장보험료율을 적기에 적정 수준으로 인상할 수 있어 직장보험재정의 건전화도 가능해질 것으로 보였다.

그리고 지역보험재정의 경우 보험료 인상이 어렵기 때문에 징수율제고와 더불어 국고지원을 안정적으로 확보할 것을 주장하였다. 보험료 인상뿐만 아니라 다양한 재정확충방안을 모색하여 수입을 확충할 것을 제시하였다. 이를 위해 우선적으로 국민건강을 해치는 모든 행위에 건강부담금을 부과해야 할 것을 주장하였는데, 이미 담배에 건강부담금을 부과하는 것에서 나아가 주세와 교통세에도 부과하여 보험재정을 확충할 필요가 있다고 하였다.

더불어 자산소득이나 자영업소득을 정확하게 파악하지 못해 지역가입자의 보험료 부담의 형평성을 높이지 못하고 있으며 직장가입자들도 근로소득에만 보험료를 부과하고 있어, 자산소득과 자영업소득이 많을수록 보험료 실질부담율은 낮아지는 문제를 지적하고 원천 징수되는 금융(이자 및 배당)소득세에 건강보험부담금을 부가 징수하여 보험료 부담의 형평성을 높여야 할 것을 주장하였다.

또한 특별소비세와 부가가치세에 건강보험부담금을 부과하는 방안도 전향적으로 검토해야할 것을 주장하였다. 특별소비세는 고소득자의 부담이 많으며 생활필수품에는 부가가치세가 면제되고 있으므로 저소득자의 부담률은 고소득자에 비해 작을 것으로 생각하였다. 그리고 신용카드사용액을 근거로 연간 일정금액 이하의 건강보험부담금을 환불하는 기전을 두면 저소득자의 과중한 부담도 줄일 수 있을 것이라고 하였다.

마지막으로 공단은 관리운영비를 단순히 절감하기보다

**Table 8.** Financial indicators of national health insurance by year

Classification/yr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>a)</sup>
Revenue Total (A)	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,605
Contributions (rate of increase)	71,846 (17.7)	88,516 (23.2)	106,466 (20.3)	131,807 (23.8)	148,745 (12.9)	163,864 (10.2)	182,567 (11.4)	212,530 (16.4)	244,384 (15.0)	259,352 (6.1)	281,650 (8.6)
Government subsidies	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123
Surcharge on tobacco	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630
Others	7,921	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	
Expenditure Total (B)	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599
Benefits (rate of increase)	90,321 (15.2)	132,447 (46.6)	138,993 (4.9)	149,522 (7.6)	161,311 (7.8)	182,622 (13.2)	214,893 (17.7)	245,614 (14.3)	264,948 (7.9)	301,461 (13.8)	336,835 (11.7)
Administrative finances	7,503	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,764
Others	7,503	963	949	830	831	380	764	196	623	664	
Balance (A-B)	▲ 10,090	▲ 24,088	▲ 7,607	10,794	15,679	11,788	▲ 747	▲ 2,847	13,667	▲ 32	▲ 12,994
Accumulated reserves	9,189	▲ 18,109	▲ 25,716	▲ 14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592
Debt	-	50,816	118,731	134,542	44,705	-	-	-	-	-	-

Unit: 100 million won (%).

From Ministry of Health & Welfare. Press release; 2010.11.15, 2011.11.22. with permission from bureau of health insurance policy [11].

<sup>a)</sup> Based on cash flows. Other revenue is included contributions.

비용에 비해 관리운영의 성과를 높일 수 있는 방안을 모색해야 한다고 주장하였다. 관리운영의 성과를 극대화하기 위해서는 전국에 산재한 직장관리팀과 지역관리팀에 책임과 권한을 적절히 배분하여 책임경영이 실현될 수 있도록 해야 한다고 제시하였다[10].

## 김병익 교수의 재정안정화 방안 제안 10년 후

### 1. 보험재정 현황

2001년의 보험재정 파동으로 정부는 보험재정안정화를 위한 조치를 두 차례(5월과 10월)에 걸쳐 발표하고 2002년에는 보험료를 인상하고, 담배에 부과하는 건강증진기금을 갑당 2원에서 150원으로 올려 이것을 건강보험급여비로 지원(2002년에만 4,392억 원)하고 국고지원을 늘리는 등의 노력으로 2003년부터 겨우 재정을 안정시켜 나갔다(Table 7).

2001년의 재정파탄이 2003년에 겨우 수습되어 당기 적자는 면하였지만 적립금이 1조 5천억 원 정도 부족하였으며, 2004년에 가서야 겨우 적립금이 조금씩 쌓이게 되었다(Table 8). 이와 같이 보험료인상, 국고지원 증대, 담배부담금 사용만으로 거덜 난 재정을 메꾸고 의료기관의 진료비를 상환하기 어려워 2004년까지 부득이하게 금융권으로부터 차입을 하여 진료비를 상환할 수 있었다. 정부가 2001년부터 2004년까지 차입한 금액은 무려 34조 8,795억 원이었으며, 차입금을 상환하기 위한 이자만 1,946억 원이 지불되었다.

2004년에 겨우 적립금이 757억 원이 쌓이기 시작하여 2005년에 1조 원이 넘는 적립금이 쌓이자 정부는 보험재정안정보다 급여 확대 정책을 택하여 2006년, 2007년에는 또 다시 당기적자가 발생하였다. 2008년에 보험료를 인상하는 등의 조치로 다시 흑자가 되었으나, 2009년에는 보험료를 동결하여 다시 적자로 돌았으며, 2010년에는 적자액이 1조 3천억 원에 이르러 보험재정은 여전히 불안한 상태를 보여주고 있다.

**Table 9.** Standard annual wage grades and the rate of contributions by year

Year	Standard annual wage grade	Rate of contributions (industrial workers)	Point value (self-employees)
2002	1,936,921	3.63	106.7
2003	2,262,972	3.94	115.8
2004	2,359,857	4.21	123.6
2005	2,457,354	4.31	126.5
2006	2,548,768	4.48	131.4
2007	2,617,608	4.77	139.9
2008	2,723,201	5.08	148.9
2009	2,765,763	5.08	148.9
2010	-	5.33	156.2
2011	-	5.64	165.4

Unit: won, %.

From National Health Insurance Cooperaton, National health Insurance yearbook 2009. p.29 [12].

National Health Insurance Cooperaton Homepage [13].

## 2. 김병익의 제안과 보험재정 불안정

김병익은 2002년 보험재정 안정화를 위하여 다양한 제안을 하였는데 정부가 얼마나 이를 받아들여 재정안정화를 이루었는지 수입과 지출측면으로 나누어 살펴보기로 보기로 한다.

### 1) 보험재정수입 측면

첫째, 재정통합의 단행과 보험료 수입 확보가 어렵게 되어 재정불안정을 지속시키고 있다. 김병익은 재정안정화의 가장 첫 순서로 보험료 부과체계가 달라 보험료 인상의 어려움이 있으니 재정통합은 유예할 것을 권고하였지만 정부는 2003년 7월에 재정통합을 단행하여 보험료를 충분하게 인상할 수 없었다. 특히 2009년에는 전년도 말의 세계 금융위기를 이유로 모든 가입자의 보험료를 동결하여 재정적자를 차츰하기도 하였다(Table 9).

둘째, 법정적립금 확보의 실패를 들 수 있다. 김병익이 재정안정화 대책으로 중요하게 강조한 것이 법정 적립금의 확보이다. 국민건강보험법 제36조 1항에는 “공단은 매 회계연도의 결산상 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 소요된 비용의 100분의 5에 상당하는 액을 그 연도에 소요된 비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금으로 적립하여야 한다” 고

규정되어 있다. 그러나 2001년부터 2003년까지는 적립금이 소진되어 적자 상태였으니 적립금을 쌓아 둘 수 없었으며, 2004년에 겨우 0.47%의 적립금을 유지하였으나, 2010년에는 당기적자를 1조 3천억 원이나 발생시킴에 따라 적립금 비율이 2.85%에 이르고 있다(Table 10). 2005년 이후 적립금의 비율이 10%를 상회한 적이 없어 건강보험은 위법 상황에서 운영된다고 할 수 있겠다.

셋째, 김병익은 법정 적립금 확보를 위하여 국고지원을 충분히 할 것을 주장하였다. 국고지원은 재정위기가 심각하였던 2002년도에는 보험료 수입의 28.3%를 차지하였으나 그 이후 점차 감소되었다. 국고지원은 2002년 국민건강보험재정건전화특별법의 제정으로 지역재정에 대한 1/2 지원(정부지원금 40%, 담배부담금 10%)을 명문화하였다가 2005년에는 정부지원금 35%, 담배부담금 15%로 개정되었는데 동 법이 2006년 말 시한 만료됨에 따라 국민건강보험법과 국민건강증진법을 개정하여 2007년부터 당해 연도 보험료 예상수입액의 14%에 해당하는 금액을 국고에서, 6%에 해당하는 금액을 담배부담금에서 지원하도록 하였다. 그러나 이마저도 2007-2009년에는 17.3-18.5%, 2010년에는 겨우 17.7%에 이르고 있어 국고지원도 위법상황에서 운영된다고 하겠다(Table 7).

넷째, 기타 수입의 확보도 정부는 담배부담금 이외에는 관심을 두지 않고 있다. 김병익은 담배 외에도 주세나 교통세 등에 대하여 건강부담금을 부과하고 보험료 부과액의 형평성과 재원 확대를 위하여 금융(이자 및 배당)소득세에 보험료를 부과하고 특별소비세와 부가가치세에 보험료 부과를 주장하였는데 지금까지 실현된 것은 2006년도에 담배에 부과하는 건강부담금을 올린 것뿐이다.

### 2) 급여비지출 측면

김병익은 재정 수입 측면에서 뿐만 아니라 지출 측면의 절감방안도 다양하게 제시하였다. 지출측면의 제안도 거의 받아들여지지 않았지만 주요 정책제언을 평가하여 보자면 다음과 같다.

첫째, 김병익은 인구노령화, 의료욕구의 증대, 의료공급의 확충, 의료기술의 발전 등으로 급여비가 지속적으로 증가할 것 이것을 방지하기 위하여 진료비 심사와 벌칙만으로는

**Table 10.** Benefits and accumulated reserves by year

Year	Benefits (A)	Accumulated reserves (B)	Rate of B/A
2002	138,993	-	-
2003	149,522	-	-
2004	161,311	757	0.47
2005	182,622	12,545	6.87
2006	214,893	11,798	5.49
2007	245,614	8,951	3.64
2008	264,948	22,618	8.54
2009	301,461	22,586	7.49
2010	336,835	9,592	2.85

Unit: 100 million won (%).  
 From Ministry of Health & Welfare. Press release; 2010.11.15, 2011.11.22. with permission from bureau of health insurance policy [11].

한계가 있음을 지적하고 진료와 처방의 적정성에 대한 객관적인 평가 결과를 토대로 근거중심의 표준지침의 마련과 수가수준의 적정성 여부에 대해 보험자와 의사단체가 공동으로 평가해야 한다고 주장하였다. 정부는 2008년 12월 한국보건의료연구원을 신설하여 근거중심 표준진료지침 개발을 지원하고 있다.

둘째, 약국 급여비를 절감하기 위해 실거래가 상환제도를 폐지하고 약국의 약값 마진을 인정하는 대신 조제료 등의 행위수가를 인허하는 방안을 검토해야할 것을 주장하였지만 이 역시 논의조차 없었다. 2010년부터 실거래가 제도의 문제점을 인식하고 시장형 실거래가제도가 실시되고 있으나 기본은 실거래가제도이기 때문에 역시 김교수의 제안이 받아들여지지 못하고 있다.

셋째, 보장성 강화를 위해 급여범위 및 수준을 확대하면 본인부담이 줄게 되어 도덕적 해이에 의한 불필요한 급여비 지출이 늘어날 수 있으므로 소액외래진료비 최소정액본인부담제도의 도입을 제안하였지만 저소득층의 부담을 이유로 역시 논의조차 할 수 없는 풍토가 되었다.

넷째, 의사들의 바람직한 진료형태 조장을 위해 총액계약제의 도입을 검토하자는 제안을 하였는데, 대만은 1998년 치과를 필두로 하여 총액계약을 시작하여 2000년에는 중의(中醫), 2001년에는 의원, 2002년에는 병원을 마지막으로

총액계약제도를 완성함에 따라 우리나라에서는 이 제도를 도입하기가 거의 어려울 것으로 판단된다. 왜냐하면, 우리나라의 정부나 보험자 대표들이 대만의 중앙건강보험국을 방문하면 총액계약제가 좋다는 점을 강조하여 제도 도입을 거론하는 반면에 의료계 대표들이 대만을 방문하면 대만 의료계에서는 총액계약제를 받아들이면 의료의 발전이 없다는 의견을 펴고 있어 우리나라 공급자들이 총액계약제에 대하여 반대가 심하기 때문에 총액계약제는 거의 받아들이기 어려운 과제가 될 것이다.

다섯째, 건강증진사업과 예방보건사업의 강화를 통해 국민들의 건강수준을 높임으로써 급여비 지출을 절감해야 한다는 제안은 아무런 쟁점이 없어 정부도 꾸준히 노력하고 있으나, 보건소가 진료에 지나치게 치중하고 있어 이 제안 역시 실효를 거두지 못하고 있는 실정이다.

### 3. 건강보험의 지속을 위하여 앞으로 논의되어야 할 제언

#### 1) 수입측면에서의 방안

김병익이 제안한 특별소비세나 부가세와 같은 간접세에 대하여 보험료를 부과하는 방안이 심도 있게 논의되어야 할 것이다. 이 주제는 필자가 이미 김병익이 제안하기 이전부터 세미나 등과 또한 2002년 3월에 발간한 의료보장과 의료체계에서[14] 소비기준 보험료 부과의 타당성을 주장하였던 것으로써 최근에는 OECD에서도 간접세에서 재원조달할 것을 권고하고 있다[15]. 건강보험의 재원조달을 임금세 (payroll tax)로 하여 보장성을 높게 되면 그만큼 상품원가를 올려 국제경쟁력을 훼손시키게 된다. 그러나 간접세는 원가에는 영향을 미치지 않고 소비자의 부담으로 가기 때문에 국제경쟁력을 훼손시키지 않는 장점이 있다. 그리고 소득을 노출시키지 않는 자영자라도 소비는 소득에 거의 비례하여 노출되기 때문에 재원조달의 폭이 넓어져 젊은 인구층의 보험료 부담을 그만큼 줄여 건강보험제도의 지속가능성을 보장할 수 있다. 또한 금융자산에 대한 소득(이자 및 배당)에 대한 보험료 부과도 심도 있게 논의되어야 할 과제이다.

또 다른 주장으로 건강에 유해한 물질에 대한 건강부담금을 부과하자는 김병익의 주장도 재론되어야 할 것이다. 금년에 구성된 보건의료미래위원회에서 한 때 햄버거와 같은

패스트 푸드에 건강부담금을 부과하겠다는 아이디어를 내었다 여론의 못때로 일단 철회하였으나, 술이나 화석연료와 같은 건강 유해물질에 대한 건강부담금의 부과는 여전히 유효하게 다루어야 할 것이다.

## 2) 지출측면의 방안

보험급여의 무분별한 증가를 방지하기 위해서는 소액진료비는 본인에게 부담시키는 최소정액본인부담제도가 실행되어야 한다. 이 주장은 이미 김병익이 주장하기 전에도 많은 사람들이 주장한 것으로써, 다만 실행에 옮기지 못한 것은 저소득층의 부담 때문이었다. 이미 의료이용량이나 보험급여비 사용측면에서 저소득층이 훨씬 유리한 분배구조이기 때문에 최소정액본인부담제도를 도입하여도 무방할 것이다. 의료이용의 집중도가 외래 및 입원 공히 집중지수가 ‘-’ 값을 보여 저소득층의 이용도가 더욱 높으며[16], 보험료 대비 보험급여의 배율에서도 소득 하위 20% 계층에서는 5.24배, 상위 20% 계층에서는 1.2배로 저소득층이 유리한 구조를 갖고 있다[17].

김병익이 주장한 심사를 통한 의료비 관리로만은 한계가 있다는 지적은 필자도 늘 의견을 같이 하였던 견해이다. 의료에 갖는 정보의 비대칭성만을 주장하여 심사와 삭감과 같은 정부의 규제 일변도 정책은 의료인을 더욱 비합리적으로 만들어 다른 문제를 야기한다. 문제는 의료인들을 합리적인 행동을 하도록 유도하는 것이 중요하다. 이를 위하여 의료인과 보험자가 공동으로 수가도 협의하고 진료의 지침에 대하여 협의할 수 있는 사회적인 장치를 만드는 것도 중요하다.

그리고 약국에서 유통 마진을 인정하고 조제료를 낮추어야 한다는 주장도 재론되어야 한다. 의약분업을 하면서 약국에 대하여 기술료를 다섯 가지로 인정한 것은 외국의 사례에서도 찾아보기 어려운 일이다. 조제료, 기본조제료, 의약품관리료, 약국관리료, 복약지도료 가운데 조제료와 기본조제료는 통합하여 단일화시키고, 의약품관리료와 약국관리료도 단일화하여 약국의 조제에 따른 기술료를 감소시켜야 할 것이다.

## 4. 보험재정 안정화를 위하여 고려되어야 할 필자의 추가 제안

필자는 김병익이 제안한 보험재정수입의 증대를 위한 주

세나 교통세, 그리고 부가세에 대하여 건강부담금을 추가하는 등의 제안에 대하여 찬성할 뿐만 아니라 김병익교수가 고인이 되기 이전에 항상 의견을 같이 하였던 부분이다. 그리고 지출 억제를 위한 deductibles 제도나 건강증진과 같은 정책의 추진도 뜻을 같이 하였던 것이다. 건강증진의 활성화를 위하여 보건소 및 지소의 진료기능 축소에도 뜻을 같이 하였던 것이다. 이제 김병익이 제안하지 못하였던 정책 대안을 다음과 같이 추가로 제안하도록 한다.

### 1) 급여체계 개혁을 통한 지출통제

건강보험의 진료비가 증가하는 원인은, 앞서 살펴보았듯이 2000년에 단행된 건강보험 통합과 의약분업에서 기인한다고 할 수 있다. 건강보험이 통합되는 과정에서 급여체계의 변화(진찰료의 차등화, 상대가치수가제도의 불합리한 운영, 임의비급여의 허용 등)와 의약분업 과정에서 의약품 가격 정책의 실패(실거래가 제도)와 조제에 따른 과도한 기술료 허용 등으로 인한 보험재정 손실은 지대하였다. 이와 같은 문제를 고치기 위해서는 근본적으로 급여체계를 개혁하여야 할 것이다. 그리고 건강보험 통합 이전부터 지속되어 온 급여체계의 문제점(선택진료제도, 상급병실제도)도 동시에 개혁하여야 한다.

특히 건강보험 통합이후 2008년까지 인정되어 온 임의비급여제도는 반드시 고쳐야 할 과제이다. 현재는 임의비급여가 불법 의료행위로 간주되지만 지난 몇 년간 공인하다보니 대부분의 대형병원에서는 고가장비를 구입하여 환자의 동의를 구하였다는 사유만 들이대고 임의비급여행위를 하고 있는데도 그 수가 많아서 처벌도 하지 못하는 실정에 있다. 임의비급여가 존재하는 한 보험료를 인상하여도 보장성 제고에도 한계를 주고 의료비 증가를 부채질하는 문제가 있다.

### 2) 요양기관 계약제 도입

건강보험의 관리를 위하여 요양기관당연지정제는 폐지하고 계약제로 전환을 하여야 한다. 일부에서는 요양기관 계약제가 실시되면 고소득층이 건강보험에서 탈퇴하여 건강보험이 붕괴된다는 가설을 주장하며 요양기관 당연지정제를 고수하여야 한다는 주장을 하고 있는데 이러한 주장은 사실과 전혀 다르다. 요양기관계약제와 건강보험계약제는 전혀 다른 사안이다. 사회보험을 하는 국가 중에서 건강보험

계약제를 택하고 있는 국가는 독일뿐이며, 다른 국가는 전국민이 강제로 건강보험에 가입토록 되어 있고, 우리나라도 예외가 아니다. 만약 요양기관 계약제를 도입하여 부유한 계층이 비계약병원을 이용하게 되면, 그들은 건강보험료는 보험료대로 내고, 비계약병원을 이용하게 되기 때문에 건강보험재정이 그만큼 절약되어 오히려 일반 국민들을 위한 건강보험의 보장성을 향상시킬 수 있는 이점이 있다. 계약제는 임의비급여 문제를 해결할 수 있는 방안도 된다. 요양기관에서는 임의비급여를 하지 못하도록 강제하고, 그러한 고가의 서비스를 받기를 원하는 사람들은 비계약병원으로 가도록 함으로써 환자의 욕구도 충족시키고 보험재정도 안정화시킬 수 있는 방안이 된다.

### 3) 건강보험의 관리에 경쟁원리 도입

현재와 같이 급격히 증가하는 의료비를 관리하는데 있어 건강보험심사평가원을 통한 정부의 규제로는 한계가 있다. 건강보험의 재정 관리를 원활히 하고 또한 제공되는 의료의 질을 보장하기 위해서는 보험자와 공급자간의 경쟁이 중요하다. 그런데 현재의 건강보험공단조직은 단일 조직으로 되어 있어 경쟁이 불가능한 구조이다. 건강보험의 지속가능성을 위해서는 단기적으로는 건강보험지사간의 경쟁기전을 마련하는 것이 중요하다. 재정은 건강보험공단이 보유하여 지사 간에 배정하되, 지사를 피보험자가 선택할 수 있도록 하여 먼저 관리의 효율화를 기하여야 한다. 건강보험 지사에 대한 선택 행위가 익숙해지면 관리된 경쟁(managed competition) 모형을 도입할 필요가 있다. 의료비 관리와 의료의 질 관리를 정부의 규제를 통해서 달성할 수 있다는 것은 이제는 낡은 허구에 불과하다. 건강보험지사와 공급자간의 경쟁을 통한 자율적인 의료관리 기전을 확립하는 것이 필요하다.

## 결 론

정부는 명분에 도취되어 준비를 소홀히 한 채로 건강보험 통합과 의약분업을 2000년 7월에 단행하여 2001년 건강보험 재정과탄을 초래하였고, 이에 보험료 인상, 국고지원 확대(건강증진기금 포함), 은행으로부터의 차입을 통하여 거

우 해결하였다. 그러나 건강보험 재정이 2003년에 들어서 겨우 당기흑자 추세를 나타내자 지불준비금 적립금이 법정 기준에 못 미침에도 불구하고 2005년부터 건강보험 보장성 강화라는 정치적인 명분에 사로잡혀 보험급여를 확대하여 2006년과 2007년에 당기적자를 발생시키고 2009년과 2010년에도 당기적자 상태이다.

더욱이 우리나라는 다른 국가들에 비해서 고령화가 훨씬 빨리 진행되고 있어 재원 조달에서의 한계점과 더불어 의료비의 급격한 증가문제에 직면해 있다. 이러한 고령화 인구 구조 하에서는 보험료에 재원조달을 의존하면 부담계층은 점점 감소함에 따라 부담의 정도는 점점 증가하여 2020년대가 되면 부담의 과중으로 인해 건강보험제도의 붕괴마저 우려되고 있는 실정이다.

건강보험제도는 우리나라의 사회보장제도 중 전국민의 생활 속에 가장 큰 영향을 주는 중요한 제도이다. 그럼에도 불구하고 현재 건강보험제도는 재정의 불안정으로 그 존속 여부가 위협받고 있다. 더욱이 인구고령화, 의료기술의 발달 등 외부의 환경이 점점 건강보험재정을 더욱 압박하고 있는 실정이다. 2001년의 재정과탄을 다시금 반복하지 않으려면 지금부터 수입의 확충과 지출의 억제, 왜곡된 보험급여 구조 및 관리기전의 개혁을 함께 시행해야 할 것이다.

### 핵심용어: 재정위기; 재정통합; 의약분업

## REFERENCES

1. Kim DS. 'May bankruptcy' crisis of health insurance. Chosunilbo. 2001 Mar 9.
2. Kim BY. Financial crisis of health insurance: what is the cause? In: Inje University Graduate School of Public Health. Seminar on the causes and suggestions about the health insurance financial crisis; 2001 April 20; Seoul, Korea; 2001. p.1-19.
3. Kim YI. The necessity and alternative of integrated & unified health care security system. Seoul: Administrative Renovation Commission; 1994.
4. Kim YI, Moon OR. Desirable system for management of the health insurance association. Hangyoreh Forum. Hangyoreh Newspaper. 1994 Nov 18.
5. Kim YI. The root causes of corruption in the medicines [Internet]. Seoul: People's Solidarity for Participation Democracy;

- 1998 [cited 2011 Dec 1]. Available from: <http://info.peoplepower21.org/pub-html/725.html>.
6. Jung SW, Lee TJ, Cho BH. Market competition structure after original drug patent expiry. *Korean J Health Econ Policy* 2008;14:1-25.
  7. Kim BY. Financial soundness of the health insurance. In: *Health & Welfare Forum. Policy forum on the health insurance normalization plan for advanced health care*; 2002 Sep 6; Seoul, Korea; 2002. p. 99-138.
  8. Choi BH. Evaluation on the financial crisis of the national health insurance. *Korean J Soc Secur* 2002;18:37-66.
  9. Jeong WJ. A study of insurance reimbursement fees related to the separation of prescribing and dispensing. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 1998.
  10. Kim BY. Financial bankruptcy of health insurance in Korea. *Korean Health Econ Rev* 2002;8:153-182.
  11. Ministry of Health & Welfare. Press release [internet]; Seoul; 2010.11.15, 2011.11.22. Available from: [http://www.mw.go.kr/front/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=260540&page=3](http://www.mw.go.kr/front/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=260540&page=3).
  12. National Health Insurance Cooperaton, Major statistics of national health Insurance 2009. Seoul: Segwang Press; 2010. p. 29.
  13. National Health Insurance Cooperaton Homepage. Available from: <http://www.nhic.or.kr/english/insurance/insurance04.html>.
  14. Lee KS. Financing and delivering health care. Seoul: Gyechuk Cultural Press; 2002.
  15. Jones RS. Health care reform in Korea: OECD Economics Department working papers no. 797 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2010 [cited 2011 Nov 17]. Available from: [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-care-reform-in-korea\\_5kmbhk53x7nt-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-care-reform-in-korea_5kmbhk53x7nt-en).
  16. Lee YJ. Equity in health care utilization by health status. *Korea Soc Policy Rev* 2010;17:267-290.
  17. National Health Insurance Corporation. An analysis of health insurance benefits to contributions in 2010. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2011.



### Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 우리나라 보건의료정책 역사상 가장 파급력이 컸다고 할 수 있는 건강보험통합과 의약분업제도 도입으로 인한 건강보험재정의 악화 과정과 원인을 2001년도 및 2002년도의 고 김병익 교수 발표논문을 활용하여 분석하였으며, 고 김 교수가 제시한 재정안정화 방안에 대한 검토와 더불어 저자가 생각하는 대안을 제시함으로써 건강보험 재정의 안정화를 위한 합리적인 방안을 제시하였다. 현재에도 김병익 교수의 정책 제언은 유효한 부분이 있으며 그 외 저자 자신의 건강보험재정 안정화를 비롯한 전반적인 발전방향에 대한 정책 제언은 논리적이고 타당하며, 우리나라 건강보험재정 건전화에 도움이 된다고 판단된다.

[정리:편집위원회]