

2010년 건강보험 재정적자의 원인과 평가

1. 2009년 및 2010년 건강보험 재정전망
2. 건강보험 재정적자의 원인과 평가
 - 1) 재정전망, 얼마나 정확한가.
 - 2) 2010년 재정적자가 예상되는 이유는?
 - (1) 낮은 보험료 인상과 보장성강화 때문?
 - (2) 높은 관리운영비 때문?
 - 3) 재정적자, 불가피한가. : 정부의 무책임이 재정적자 부추겨.
 - (1) 차상위 전환에 따른 건강보험 재정부담 증가
 - (2) 국고지원 법적 기준 미 준수
 - (3) 약제비 적정화 방안 미 이행
3. 결론

<첨부자료> 정부의 보장성 강화방안 어떻게 볼 것인가.

2009. 10. 6.



< 요약 >

2010년 건강보험 재정이 적자상태에 빠질 것으로 전망되고 있습니다.

국민건강보험공단이 건강보험재정운영위원회에 보고한 자료에 따르면, 2009년 말까지는 약 1,153억으로 흑자를 유지할 전망이지만(누적금액으로는 2조 3,771억 흑자), 2010년은 약 2조 6,967억 적자가 발생할 것이라고 내다보고 있습니다. 누적금도 약 3,196억 적자상태가 됩니다. 이는 내년 수가, 보험료 및 급여확대를 감안하지 않은 것으로, 당기적자를 면하려면 약 10.9%의 보험료 인상이 필요한 상황입니다.

보고서에서는 작년 사상최대규모의 흑자를 기록했던 건강보험재정이 다시 적자에 빠진 이유에 대해 정부의 무책임을 지적하고 있습니다.

첫째, 2007년 차상위계층에 대한 재정책임을 회피하면서, 2008년 899억, 2009년 3,832억 등 약 4,731억을 건강보험 재정으로 전가시켰습니다. 2010년에는 약 8천억 이상의 재정부담 증가가 예상되고 있습니다.

둘째, 국민건강보험법에서 규정하고 있는 국고지원 기준을 단 한 번도 준수하지 않았습니다. 그 금액만도 약 3조 7천억이나 됩니다.

먼저 2002~2006년 특별법 당시 5년 평균 국고지원은 44.3%로 법정지원율인 50%에 훨씬 못 미쳐 약 2조 2,521억을 미지급했습니다.

뿐만 아니라 2006년 법 개정 이후 국고지원 기준이 '예상보험료 수입액의 20%'로 변경됐는데, 예산안을 편성할 때 보험료율을 낮게 책정해 국고지원규모를 과소 책정했다가 이후 보험료 인상분은 반영하지 않아 결과적으로 정부의 재정책임을 낮추고 있습니다. 2007년의 경우, 국회 제출한 예산안의 국고지원율은 약 19.0% 수준이었으나 실제로는 17.3%로 낮아졌고 2008년 역시 18.8%에서 16.5%로 낮아졌습니다. 금액으로 따지면 약 7,694억이 미지급된 것입니다.

특히, 예상보험료 수입의 20% 가운데 6%는 국민건강증진기금(담배부담금)으로 충당되나, 당해년도 부담금 예상수입액의 65/100을 초과할 수 없다는 부칙이 있어 2007년 4.6%, 2008년 4.2%에 불과하며, 결국 약 7,500억의 건강보험기금이 건강보험 재정으로 덜 들어오게 됐습니다.

셋째, 약제비 적정화 방안을 통해 2007년부터 매년 1%씩 약값 거품을 제거해 약제비 비중을 24%까지 낮추겠다고 했지만, 제대로 추진되고 있지 않습니다. 시범사업조차 제약사의 압력과 정부의 의지부족으로 전혀 계획대로 진행되고 있지 않습니다.

만약 계획대로 충실히 이행했다면 총 1조 3,650억, 2010년까지 감안하면 총 2조 3,412억이 절감될 수 있었을 것입니다.

정부가 기본적인 책임을 다했거나, 지금이라도 충실히 이행한다면 재적적자는커녕, 오히려 대폭적인 급여확대를 통해 건강보험 보장성을 획기적으로 강화할 수 있는 기반이 될 수 있을 것입니다.

1. 2009년 및 2010년 건강보험 재정전망

- 국민건강보험공단에 따르면, 2009년말 약 1,153억 흑자유지 전망(누적금액으로는 2조 3,771억). 그러나 2010년은 약 2조 6,967억 적자예상(누적금도 약 3,196억 적자). 당기적자를 면하려면 약 10.9% 보험료 인상 필요(수가 및 보험료 급여확대 미포함).

2. 재정전망 평가

1) 재정전망, 얼마나 정확한가.

- 작년 재정전망 당시와 비교하면 올해 당기수지 약 4,404억, 누적금액으로는 약 7,600억 오차 발생. 오차가 발생하지 않을 수는 없으나 지나치게 보수적으로 추계하는 경향 존재.
- 그러나 2010년 건강보험 재정상황이 낙관적이지 않은 것은 분명함(구조조정, 임금삭감 및 동결로 보험료수입 둔화 및 보험급여비 증가추세 등 감안)

2) 2010년 재정적자가 예상되는 이유는?

○ 낮은 보험료인상과 보장성 강화 때문?

- 국민은 그동안 보장성 강화를 위해 보험료인상을 감당하며 성실히 재정적 책임을 다해왔음. 작년 보험료 동결은 경기침체와 물가폭등이라는 경제적 상황에 대한 고려 및 복잡한 이해관계가 얽힌 협상과정에서의 정치적 결과물로 이해해야.
- 보험료 인상동결 때문에 재정적자가 발생했다는 주장은 지나치게 과장된 것(2009년 재정적자가 발생하는 것은 아니며 흑자 유지). 오히려 작년 협상당시, 최대 규모의 흑자가 발생했음에도 2009년 급여확대규모는 실제 2,698억에 불과(시행시기 감안).

○ 높은 관리운영비 때문?

- '방만한 경영', '지나친 관리운영비' 등을 제기하나 이는 정치적 공세일 뿐.
- 총지출에서 관리운영비가 차지하는 비중은 오히려 감소추세이고, 2009년 3.04%에 불과.

3) 재정적자 불가피한가. : 정부의 무책임이 재정적자 부추겨.

- 그동안 정부는 국민건강보험법에서 규정하고 있는 건강보험 국고지원 기준을 준수한 적이 없으며, 재정책임을 줄이고자 차상위계층 약 25만명을 건강보험체도로 전환시켰음. 그리고 제약회사의 영업리베이트와 고평가된 약값의 거품을 빼기 위한 '약제비 적정화 방안'은 제약사 눈치 보기와 의지부족으로 속도가 나지 않고 있음.

- 정부가 기본적인 책임만 다했다면 상황은 달라졌을 것이며, 지금이라도 충실히 이행한다면 재정적자는커녕, 오히려 대폭적인 급여확대를 통해 건강보험의 내실을 기할 수 있을 것임.

<표> 건강보험 재정에 대한 정부의 기본적 책임을 다했을 경우 (단위 : 억원)

항목	세부내용	금액	2009년		2010년	
			당기	누적	당기	누적
현재 재정전망		-	1,153	23,771	△26,967	△ 3,196
차상위 전환 ①	안했거나, 국고 보전 시	4,731	5,884	28,502	△14,236	73
		12,731				
국고지원 ②	미납분 완납 시(02~06년)	22,521	23,674	46,292	△ 4,446	19,325
	보험료 정산 시(07~08년)	7,694	8,847	31,465	△19,273	4,498
	상한규정 삭제 (07~08년)	7,500	8,653	32,424	△19,467	4,304
	소계	37,715	38,868	61,486	10,748	34,519
약가적정화 ③	약가적정화 목표비중 달성했을 경우	10,650	11,803	34,421	△ 6,495	17,216
		20,412				
① + ②		42,446	43,599	66,217	23,479	47,250
		50,446				
① + ② + ③		53,096	54,249	76,867	43,891	67,662
		70,858				

* 점선 밑의 수치는 2010년 기준 금액임.

※ 구체적인 내용은 본문자료 참고.

1. 2009년 및 2010년 건강보험 재정전망

○ 2009년 말 1,153억 흑자유지, 누적금액으로는 2조 3,771억 전망

- 2009년 8월말 기준 현재 건강보험 재정은 당기수지 1조 85억, 누적수지로는 3조 2,703억 흑자상태임.
- 국민건강보험공단(이하 공단)에 따르면 남은 9~12월 월평균 2,000억 적자가 예상되어, 올해 말 1,153억 당기흑자가 발생하고, 누적금액으로는 2조 3,771억이 될 것으로 전망하고 있음(<표-1> A참조).

<표-1> 2010년 건강보험 재정전망 (단위 : 억원)

구분		2009년(A)	2010년(B)	
			보험료(0%), 수가(0%)	증가율(B/A)
수입	계	313,756	328,080	4.6
	보험료수입	261,473	274,000	4.8
	국고지원금	38,045	39,550	4.0
	담배부담금	10,262	10,355	0.9
	기타수입	3,976	4,175	5.0
지출	계	312,603	355,047	13.6
	보험급여비	302,438	344,373	13.9
	관리운영비	9,511	9,987	5.0
	기타지출	654	687	5.0
당기수지		1,153	△26,967	-
누적수지		23,771	△ 3,196	-

* 국민건강보험공단, 제2차 임시재정운영위원회 회의자료(2009년 9월 24일), 7p.

○ 2010년은 당기 약 26,967억 적자 전망(수가, 보험료 및 급여확대 미감안)

- 특히 '2010년도 건강보험 재정전망'에 따르면, 당기수지로 약 26,967억, 누적수지로는 약 3,196억 적자가 발생할 것으로 전망(이는 2010년 수가나 보험료 인상분, 그리고 급여확대를 감안하지 않은 것).

2. 건강보험 재정적자의 원인과 평가

- 정부가 제출한 재정추계 자료만을 기준으로 한다면 2010년 건강보험 당기수지 균형을 위해서는 약 10.9%의 보험료 인상이 필요하며, 수가 및 보장성 수준에 따라 건강보험 당기수지 균형을 전제로 보험료를 인상한다면¹⁾ 인상률은 아래 <표-2>와 같음.
- 예컨대, 2010년 수가(환산지수)를 동결하고 정부의 보장성 강화계획²⁾을 이행할 경우, 약 13.5%의 보험료가 인상되어야 내년 건강보험 당기재정이 적자를 면할 수 있음.

<표-2> 수가 및 보장성 인상수준 가정에 따른 보험료 인상률(단위 %)

수가 \ 보장성	동결	정부계획 이행 시 (6,510억 확대)	추가 급여확대 시 (1조 규모 확대)
동결	10.9	13.5	15
2.14% 인상 시 (3년 평균 수가인상률)	12.6	15.2	16.7

* 2010년 재정전망자료를 기준으로 수가, 급여확대 수준에 따른 보험료 인상률 가정치.(당기재정균형을 목표로 할 경우)

- 물론 단 한 번도 ‘재정전망’ 자료에 입각해 보험료나 보장성을 결정한 적은 없음. 구체적인 수치는 정부 및 공익위원, 가입자단체와 공급자단체가 동수(각 8인)로 참여하는 ‘건강보험정책심의위원회’에서 결정될 것임.
- 그러나 정부의 재정전망 자료가 보험료 및 급여확대 수준을 결정짓는 일정한 준거 틀로서의 역할을 해왔음을 감안하면 무시할 수도 없음.

1) 수가는 건강보험 재정운영위원회에서 가입자단체를 대표해 공단이 공급자단체와의 협상을 통해 결정되고, 보험료 및 급여확대는 건강보험정책심의위원회에서 결정됨.

2) 정부는 작년 10월 건강보험 보장성 강화계획안(2009~2012년)을 마련하고, 2009년 6월 11차 건강보험정책심의위원회에서 관련 보고를 진행한 바 있음. 이에 따르면 2010년은 약 6,510억 규모의 급여확대를 추진할 계획임.

1) 재정전망은 얼마나 정확한가.

○ 2009년 재정전망 당시 당기수지 약 4,404억, 누적금액 약 7,600억 오차발생

- 건강보험 재정전망은 객관적 통계지표를 근거로 ‘예측’한 것이므로 오차가 발생하지 않을 수는 없으며, 그동안 재정추계의 오류를 극복하기 위해 공단 차원에서 많은 노력이 진행된 것 또한 사실임.
- 그러나 보험료 협상을 앞두고 지나치게 보수적으로 추계되는 경향이 있음. 이는 그동안 건강보험료 결정 시기에 제출된 전망치와 실제와의 차이에서 확인할 수 있음.

<표-3> 2009년 건강보험 재정전망 (단위 : 억원)

구분		2009년 전망 (A)	2009년 전망 (B)	오차
수입	계	314,489	313,756	△733
	보험료수입	262,305	261,473	△832
	국고지원금	38,003	38,045	42
	담배부담금	10,262	10,262	-
	기타수입	3,919	3,976	57
지출	계	317,740	312,603	△5,137
	보험급여비	306,482	302,438	△4,044
	관리운영비	10,604	9,511	△1,093
	기타지출	654	654	-
당기수지		△3,251	1,153	4,404
누적수지		16,171	23,771	7,600

* A는 2008년 11월에 건강보험정책심의위원회에 제출된 2009년 재정전망 자료임(방안별 재정전망 자료를 기준으로 지출항목 중 보험급여비는 기 결정된 09년 보장성 항목으로 재계산)

* B는 2009년 9월에 임시재정운영위원회에 제출된 2009년 재정전망 자료임.

- 예컨대 올해의 경우, 위의 <표-3>을 보면 A가 작년 11월 보험료 결정을 위해 건강보험정책심의위원회에 제출된 ‘2009년 재정전망’ 추계이고, B는 올해 8월까지의 자료를 기준으로 제출된 ‘2009년 재정전망’임.
- A자료에 따르면 약 3,251억 적자로 예상했으나, 실제 9월 현재는 연말까지 1,153억 흑자로 전망하면서 당기수지 기준 약 4,404억의 차이 발생.
- 누적수지는 7,600억 규모로 오차가 더욱 커지는데, 2008년 11월 당시 제출된 재정전망이

9월 재정현황을 기준으로 만들어졌기 때문에 결과적으로 ‘2008년 재정전망(10~12월)’ 역시 추정 계산할 수밖에 없기 때문임(이는 매년 반복되는 문제).

- 즉 정부는 작년 11월 보험료 논의 당시 9월까지의 재정현황을 기준으로 최소 약 1조 5백 억의 당기흑자가 가능할 것으로 전망했으나, 실제 12월말 당기수지는 1조 3,667억 흑자로 약 3,167억의 오차가 발생했음. 결과적으로 앞에서 언급한 ‘2009년 재정전망’의 약 4,404 억 오차까지 합해져 누적수지 약 7,600억의 차이가 발생한 것임.
- 그렇다면 2010년 재정전망은 어떨까. 경험적으로만 본다면 규모의 차이는 있을지라도 오차가 발생할 개연성은 높음. 그러나 보수적으로 추계했다더라도 2010년 재정상황이 낙관적이지 않은 것은 분명함.
- 구조조정, 임금삭감 및 동결 등으로 보험료수입 자연증가분이 둔화되는 반면, 인구고령화나 만성질환 급증 등으로 인한 보험급여비 지출이 매년 일정수준 이상의 증가율을 보이고 있기 때문임(05년~08년 평균13% 증가).

2) 2010년 재정적자가 예상되는 이유는?

(1) 낮은 보험료 인상률과 보장성강화 때문?

- 그동안 국민은 충실히 건강보험 인상을 감내해왔음. 특히 수가나 보험료인상을 최대한 낮추기 위한 수동적 저지의 입장에서 보장성 강화를 위한 적극적 입장으로 변화해왔음.
- 예컨대 2005년 보험료 결정과정에서는 급여확대를 위한 사회적 합의를 이루기 위해 수가를 인하해야한다는 연구결과에도 불과하고 수가인상(2.65%)을 용인했고, 2006년 유형별 계약시행을 전제로 3.5% 수가인상에 동의했음(그러나 2007년 미 이행으로 가입자단체 전원퇴장). 또한 2007년과 2008년은 식대 등 보장성 강화에 대한 보수여론의 ‘퍼주기 식’, ‘인기영합주의’라는 정치적 비난 속에 보장성을 유지, 강화하기 위해 6%의 보험료 인상을 감당하는 등 재정적 책임을 다하기 위해 노력해왔음.
- 그럼에도 정부는 식대 및 6세 미만 어린이 입원료를 인상하는 개악을 추진하는 한편, 상대가치 개정을 통해 편법적인 수가인상을 주도하는 등 찬물을 끼얹으며 역행해 왔음.³⁾

3) 2003년부터 2008년까지 건강보험 수가, 보험료 및 보장성을 중심으로 한 정치적 과정에 대한 분석 및 평가 보고서는 2009년 10월 중순경 배포 예정.

<표-4> 2003~2009년 보험료 및 수가인상률

년도	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
보험료 인상율	8.5	6.75	2.38	3.9	6.5	6.8	동결
수가인상률	2.97	2.67	2.99	3.58	2.30	1.94	2.19
						유형별 평균	

- 2009년의 경우, 처음으로 보험료 인상이 동결됐음. 일정수준의 보험료가 인상됐다면 재정 상황이 지금보다 더 나았을 것은 분명함. 그러나 보험료 인상동결 때문에 재정적자가 발생하는 것이라는 주장은 지나치게 과장된 것임.
- 먼저, 2009년 재정적자가 발생하는 것은 아님. 앞의 공단 추계에 따르더라도 연말 1,153억 흑자 유지(특히 누적금액은 2조 3,771억). 즉 ‘보험료를 동결했음에도’ 여전히 흑자를 유지하고 있는 것임.
- 당시 ‘보험료 동결’은 경기침체와 물가폭등이라는 경제적 상황에 대한 고려 뿐 아니라, 복잡한 이해관계가 얽힌 협상과정에서의 정치적 결과물로 이해할 필요가 있음. 만약 작년 협상과정에서 정부가 누적적립금을 최소화하는 만큼 급여확대에 나서면서 노인의치 등 추가 급여확대에 대한 가입자의 동의를 구하는 과정이었다면 상황은 달랐을 것임.
- 건강보험 통합 이래 최대 규모의 흑자가 발생했음에도 보장성강화를 위한 적극적인 고려 없이, 오히려 ‘재정유지’만을 고려한 협상의 결과물일 뿐이며, 결국 2009년 급여확대규모는 시행시기를 감안하면 실제 2,698억 밖에 되지 않음.4)

4) 그동안 급여확대의 시행시기가 애초계획보다 늦어지면서 결과적으로 보험급여비를 과소 지출한 사례는 많이 있어왔음. 예컨대, MRI의 경우 당초 예상한 2,290억에 비해 시행 첫해(2005년) 지출이 506억(22.0%)에 불과했으며, 그 다음해 역시 전년도 기준으로 예상한 지출규모와 비교하더라도 43.9% 수준에 그쳤음. 암환자 본인부담경감 역시 5,700억을 예상했으나 시행 첫해 585(10.2%)만 급여비 지출이 됐으며 그 다음해는 대폭 확대되어 3,819억(67.0%)가 지출됐으나 이 역시 당초 예상한 규모에 비하면 크게 미달함.

<표-5> 2009년 급여확대 실제 소요재정 예상

2009년 급여확대 항목	시행시기	소요재정(09)
○ 본인부담상한액 인하 및 소득수준별 차등적용	1월	1,800
○ 희귀난치성 질환자 본인부담 경감(20→10%)	7월	648
○ 암환자 본인부담경감(10→5%)	12월	117
○ 한방물리치료	12월	25
○ 치아 홈 메우기	12월	108
합 계		2,698

* 급여항목별 예상 소요재정에 시행시기를 감안해 추정된 금액으로, 실제 지출과는 다소 차이 발생.

(2) 높은 관리운영비 때문?

- 일부에서는 재정적자 이야기가 나올 때마다 ‘방만한 경영’, ‘지나친 관리운영비’ 등을 지적.
- 그러나 이는 정치적 공세일 뿐임. 총지출에서 관리운영비가 차지하는 비중은 4% 미만 수준을 유지하고 있으며, 이조차 감소하는 추세를 보이고 있음. 2009년의 경우, 3.04%에 불과한 수준이며 약 9,511억임.

<표-6> 각 연도별 관리운영비 현황 (단위 : 억원, %)

년도	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
총지출(A)	159,723	173,305	201,461	229,443	255,544	275,412	312,603
관리운영비(B)	6,341	6,930	7,589	7,785	9,734	10,464	9,511
비율(B/A)	3.97	3.99	4.09	3.71	3.8	3.79	3.04

* 각 연도별 국민건강보험 재정현황 자료

- 이는 사회보험방식으로 운영되고 있는 독일(5.7%)이나 프랑스(7.9%)에 비해 낮은 수준이고, 민간의료보험 중심인 미국의 관리운영비가 전체의료비에서 14.3%에 달하고, 국내 생명보험사나 손해보험사의 관리운영비(사업비)가 각각 23%, 16.9%(2005년 기준)임을 감안한다면 매우 효율적으로 운영되고 있음.

3) 재정적자는 불가피한가. : 정부의 무책임이 재정적자 부추겨.

- 건강보험 재정은 다양한 변수들로 인해 일시적으로 흑자와 적자상황을 반복할 수 있음. 그러나 안정적인 재정운영을 위협하는 요인이 만성적이거나 불필요한 것이라면 상황은 다름.
- 고질적인 의료비 낭비의 진원지로 손꼽히는 비용유발적인 진료비 지불제도의 문제뿐 아니라, 오히려 정부가 기본적인 재정책임을 방기하거나 가입자에게 전가하면서 보험재정을 더욱 위태롭게 만들고 있음.
- 그동안 정부는 국민건강보험법에서 규정하고 있는 건강보험 국고지원 기준을 준수한 적이 없으며, 재정책임을 줄이고자 차상위계층 약 25만명을 건강보험제도로 전환시켰음. 그리고 제약회사의 영업리베이트와 고평가된 약값의 거품을 빼기 위한 ‘약제비 적정화 방안’은 제약사 눈치 보기와 의지부족으로 속도가 나지 않고 있음.

(1) 차상위 전환에 따른 건강보험 재정부담 증가

- 2008년 899억, 2009년 3,832억으로 약 4,731억 재정부담 증가
- 2010년 약 8천억 이상 재정부담 증가 예상.

○ 차상위계층 약 25만명의 건강보험 전환

- 정부는 지난 2007년 의료급여에서 보장하고 있는 차상위계층을 건강보험제도로 편입시켰다는 시행령 개정안을 입법예고하고 일방적으로 추진했음.
- 건강보험 전환자는 2008년 4월 1종 희귀난치성 질환자(20,359명)와 2009년 4월 2종 ‘만성질환자(92,740명)와 18세 미만 아동(139,447명)’ 등 총 252,546명임.

○ 올해에만 건강보험 재정 3,832억 추가부담

- 공단 자료에 따르면 2008년 희귀난치성 질환자의 건강보험 전환으로 약 1,401억이 지출됐으며, 정부지원 금액을 감안하면 약 899억 건강보험 재정에서 추가 지출된 셈.
- 특히 만성질환자와 18세 미만 아동까지 건강보험 재정으로 충당하게 된 2009년의 경우, 연말 기준 약 3,832억을 건강보험 재정에서 추가 부담함.
- 이는 총 4,731억 규모로, 국가 일반회계에서 책임지고 있는 차상위계층을 재정적 담보 없이 정부의 재정 부담을 줄이기 위해 건강보험으로 전환한 것임.

<표-7> 2009년 건강보험 재정전망 (단위 : 억원)

구분	계	2008년도	2009년도(예상)
○ 정부지원 금액	1,996	517	1,479
- 보험급여비 지원금	1870	502	1,368
- 보험료 지원금	126	15	111
○ 보험급여비 지급금액	6,601	1,401	5,200
○ 차액	△ 4,731	△ 899	△ 3,832

* 현금흐름 기준, '09년 보험료 및 보험급여비 지급금액은 8월 실적 기준 연도 말 예상금액임.

* 자료 : 국민건강보험공단, 제2차 임시재정운영위원회 회의자료(2009년 9월 24일), 12p.

(2) 국고지원 법적 기준 미 준수

- 2002~2006년 특별법 시기, 미지급한 국고지원규모는 약 2조 2,521억
- 2007~2008년 보험료 정산기능 부재로 미지급된 국고지원규모는 약 7,694억
- 2007~2008년 담배부담금 상한규정으로 인한 부족 국고지원규모는 약 7,500억

○ 특별법 시기(2002~2006년) 미지급한 국고지원 규모는 약 2조 2,521억

- 2002년~2006년 국고지원은 5년 평균 44.3% 수준으로 법정지원율인 50%에 크게 미달함. 단 한 번도 국고지원규모를 준수한 적이 없음.
- 특별법 당시 미지급한 국고지원규모는 약 2조2,521억.

<표-8> 특별법 시기 2002~2006년 건강보험 국고지원 실적 (단위 : 억원)

구분	2002	2003	2004	2005	2006
지역재정 (a)	70,525	74,370	77,019	81,844	90,322
정부 부담금 (b=c+d)	30,139	34,239	34,830	36,948	38,362
지역국고지원금 (c)	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698
담배부담금 (d)	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664
법정지원액(e)	35,262	37,185	38,509	40,922	45,161
지원율 (b/a)	42.7	46	45.2	45.1	42.5
차액 (e-b)	△5,123	△2,946	△3,679	△3,974	△6,799
누적금액		△8,069	△11,784	△15,722	△22,521

* 자료 : 국민건강보험공단 각 년도(민주노총 정책보고서 06-14, 2006년)

○ 2006년 법 개정 이후, 미지급한 국고지원 규모는 약 7,694억

- 2006년 특별법 만료에 따른 건강보험법 개정으로 국고지원기준이 ‘지역가입자 급여비 및 관리운영비의 50%’에서 ‘예상 보험료수입액의 20%(일반 14%+ 기금 6%)’로 변경됐음. 5)
- 그러나 실제 정부 일반회계 예산은 법에서 규정하고 있는 지원규모를 지키지 않고 있을 뿐 아니라, 연말 건강보험료 인상분이 결정되더라도 별도의 정산장치가 마련되어 있지 않은 점을 악용하고 있음.
- 즉 연말에 보험료가 인상되면 예상보험료 수입 역시 달라지고, 이와 연동된 국고지원액도 달라져야 하나, 실제 국고지원액은 보험료 인상분이 반영되지 않고 기존에 국회에 제출된 예산안에 근거해 지원되는 시스템임.
- 그러다보니, 정부는 예산안을 편성할 때 보험료율을 낮게 책정해 국고지원규모를 과소책정하고, 이후 보험료 인상분은 반영하지 않아 결과적으로 정부의 재정책임을 낮추고 있음. 2007년의 경우, 국회 제출한 예산안의 국고지원율은 약 19.0% 수준이었으나 실제로는 17.3%로 낮아졌고 2008년 역시 18.8%에서 16.5%로 낮아졌음. 금액으로 따지면 약 7,694억이 미지급된 것임.
- 국고지원기준 자체의 변동으로 국고지원액이 축소된 것은 일단 둘째치더라도, 법 개정 이후에도 법조차 지키지 않는 정부 관행은 여전히 계속되고 있는 것임.

<표-9> 2007~2008년 건강보험 국고지원 실적 (단위 : 억원)

구분	2007		2008	
	국회제출 예산	최종	국회제출 예산	최종
보험료수입액 (A)	196,729	212,530	214,450	244,384
보험료인상률	3%	6.5%	6.0%	6.4%
부담금수입액 (B)	15,753	15,486	15,753	16,369
국고지원현황 (C)	37,281	36,718	40,262	40,262
- 일반회계	27,042	27,042	30,023	30,023
- 건강증진기금	10,239	9,676	10,239	10,239
지원율	19.0	17.3	18.8	16.5
법정 지원액 (D)	37,781	39,820	40,262	44,854
- 일반회계	27,542	29,754	30,023	34,214
- 건강증진기금	10,239	10,066	10,239	10,640
국고지원 준수 기준 부족 금액 (D-C)	500	3,102	-	4,592

* 해당년도 보건복지가족부, 국회 예산처 등 관련 자료를 참고해 재계산.

5) 국민건강보험법 92조

○ 담배부담금 상한규정으로 약 7,500억이 건강보험 재정으로 덜 들어왔음.

- 예상보험료 수입의 20%가운데 6%는 국민건강증진기금(담배부담금)으로 충당되나, 당해년도 부담금 예상수입액의 65/100을 초과할 수 없다는 단서조항이 있을 뿐 아니라 건강증진기금의 수입 증가율 둔화로 법정 기준 6% 지원의 의미는 사실상 상실된 상황.

<참고> 국민건강증진법 부칙

② (기금사용의 한시적 특례) 보건복지부장관은 제25조제1항의 규정에 불구하고 2011년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 동법 제92조제4항의 용도에 사용하도록 동법에 따른 국민건강보험공단에 지원한다. 다만, 그 지원금액은 당해연도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없다.<개정 2006.12.30>

- 아래 <표>에서 알 수 있듯이, 법적기준인 6%에도 못 미치는 4.6%, 4.2%에 불과한 수준임.
- 금액으로는 2007년 3,076억, 2008년 4,424억으로, 결국 65% 상한비중 규정으로 약 7,500억의 건강증진기금이 건강보험 재정으로 덜 들어오게 된 셈임.

<표-10> 담배부담금 상한규정에 따른 국고지원금 지급실태 (단위 : 억원)

	2007		2008	
	국회제출 예산	최종	국회제출 예산	최종
기금지원 현황(A)	10,239	9,676	10,239	10,239
법 준수 시 (B)	10,239	10,066	10,239	10,640
예상수입액 대비 기금 지원금 비중	5.2	4.6	4.8	4.2
상한규정 폐지 시(C)	11,804	12,752	12,867	14,663
C - A	1,565	3,076	2,628	4,424

- 정리하자면, 만약 정부가 2002년부터 성실히 법에서 정한 국고지원 수준을 책임 있게 준수 해왔고, 담배부담금에 대한 상한규정이 없었다면 총 약 3조 7천억이 건강보험 재정으로 활용될 수 있었을 것임.

(3) 약제비 적정화 방안 미 이행

○ 약제비 적정화 방안 성실히 이행 시 약 1조 3,650억, 2010년까지 감안하면 약 총 2조 3,412억 절감 추정.

- 정부는 2006년 12월 약제비 적정화 방안 발표. 선별등재 및 약가산정기준 합리화, 의약품 유통투명화, 효율적 관리기전 마련 등을 통해 2010년까지 약품비 비중을 24% 이하로 감소 시키겠다는 계획이었음.
- 특히 적정화 방안의 핵심인 기등재약 목록정비는 16,529개의 보험급여약품 중 20007년 295개 시범평가를 마치고 2008년 3,748개, 2009년 4,755개 품목을 정리한다는 계획.
- 그럼에도 시범평가 조차 의약계에 장악당한 약제급여평가위원회, 제약회사의 반발과 정부의 의지부족으로 제대로 추진되지 않고 있는 실정(2007년에 완료키로 한 295개 시범평가도 1년이 지나 마무리됐고, 이조차 단계적으로 적용키로 했음.)
- 아래 표는 07년부터 1%씩 2010년까지 약제비 비중을 24% 달성하겠다는 목표를 달성했다면 절감되는 비용을 추계한 것임.

<표-11> 목표약제비 절감 추진 시 예상 절감액 추정 (단위 : 억원)

구분	2006	2007	2008	2009(추정)	2010(추정)
약제비(A)	80,358	88,851	95,610	105,936	116,262
총 진료비(B)	285,580	322,950	350,336	394,478	442,999
A/B(%)	28.3	27.5	27.3	26.9	26.2
목표 약제비 비중(%)		27	26	25	24
절감액		1,615	4,553	7,482	9,762

* 약제비 및 총 진료비는 건강보험심사평가원의 해당년도 별 “건강보험심사통계지표” 자료 활용
 * 2009년과 2010년의 경우 3년간 평균 인상률(10.8%, 12.3%)을 감안해 추정.

3. 결론

○ **일방적 전담이 아닌 사회적 분담을 위해 국가의 노력 절실.**

- 정부가 기본적인 책임만 다했다면 상황은 달라졌을 것이며, 지금이라도 충실히 이행한다면 재정적자는커녕, 오히려 대폭적인 급여확대를 통해 건강보험의 내실을 기할 수 있을 것임.
- 정부가 발표한 2013년까지의 보장성강화계획에 따르면 총 급여확대 소요재정은 약 2조 4,890억에 불과. 이는 국고지원 보험료 미납분만 완납해도 달성 가능.
- 정부가 모든 책임을 가입자에게만 전가하는 조건에서 보험료인상만을 이야기한다면 국민적 동의를 구할 수 없을 것이며, 반면 국고지원과 약가거품 문제만이라도 제대로 해결하겠다는 구체적인 의지를 보인다면 건강보험 보장성을 획기적으로 강화할 수 있는 기본적인 토대가 마련될 수 있을 것임.

<표-12> 건강보험 재정에 대한 정부의 기본적 책임을 다했을 경우 (단위 : 억원)

항목	세부내용	금액	2009년		2010년	
			당기	누적	당기	누적
현재 재정전망		-	1,153	23,771	△26,967	△ 3,196
차상위 전환 ①	안했거나, 국고 보전 시	4,731	5,884	28,502	△14,236	73
		12,731				
국고지원 ②	미납분 완납 시(02~06년)	22,521	23,674	46,292	△ 4,446	19,325
	보험료 정산 시(07~08년)	7,694	8,847	31,465	△19,273	4,498
	상한규정 삭제(07~08년)	7,500	8,653	32,424	△19,467	4,304
	소계	37,715	38,868	61,486	10,748	34,519
약가적정화 ③	약가적정화 목표비중 달성했을 경우	10,650	11,803	34,421	△ 6,495	17,216
		20,412				
① + ②		42,446	43,599	66,217	23,479	47,250
		50,446				
① + ② + ③		53,096	54,249	76,867	43,891	67,662
		70,858				

* 점선 밑의 수치는 2010년 기준 금액임.

* ③은 목표 약제비 비중 달성 시 예상 절감액을 추정한 것임. 구체적 절감효과는 별도조사 필요.

○ **낭비적 구조를 개선하는 근본적인 처방 필요**

- 낭비적인 의료공급체계 문제에 대한 전면적 개편이 진행되지 않는다면 매년 반복되는 문제와 갈등의 악순환 고리를 끊을 수 없음.
- 행위별 수가제 개편 및 국민 주치의제도(인두제 방식, 의원급 외래) 추진을 서둘러야.

참고자료

정부의 건강보험 보장성 강화방안, 어떻게 볼 것인가.

이재훈 민주노총 정책부장
ljh8172@nodong.org

지난 10월 27일 정부는 “건강보험 보장성 강화방안”을 발표했다. 뜻밖의 반가운 소식이다. 우리나라 건강보험 보장성은 2005년 이후 조금 나아지긴 했어도, 여전히 64.6%(2007년 기준)에 불과하다. OECD평균에도 못 미칠 뿐 아니라, 주변의 일본이나 대만도 80%가 넘는 것에 비하면 턱없이 낮은 수준이다.

보장성을 강화한다는 것은 환자가 병원에 가서 추가로 부담해야하는 비용을 줄인다는 말이기도 하다. 의료시장화정책(영리병원도입, 건강보험 당연지정제 폐지 등)으로 촛불에 혼나더니, 이제 정신 차렸나 싶었다. 그런데 곰곰이 살펴보니, 경증질환의 본인부담을 인상해 보장성에 필요한 재정을 절감하고, 나머지 모자란 재원은 보험료 인상을 통해 마련하겠다고 한다.

정부안을 둘러싸고 의견이 분분했다. 국민에게 책임을 전가시키는 ‘영터리 방안으로 당장 폐기해야’한다는 주장이 있기도 했고, ‘적정보장’을 위해 오히려 보험료 인상을 전략적으로 활용해야한다는 주장도 있었다. 정부안을 어떻게 바라보고, 대응해야할까.

정부의 건강보험 보장성 강화안 내용

정부의 건강보험 보장성 강화방안은 크게 네 가지 안이다. 전부는 아니지만, ‘고도비만 치료’를 제외하면 그동안 노동시민사회단체가 요구해 온 항목으로 구성되어 있다. 핵심은 보장성 항목과 보험료 인상을 연계하고 있다는 점이다. 보험료 인상에 동의하는 만큼 보장성을 강화하겠다는 셈이다.

* 복지동향 통권 121권(2008년 11월)에 기고했던 글 일부를 수정한 자료임.

<표> 정부의 건강보험 보장성 강화방안

	보장성 강화내용	소요재정 (*보험료인상률)
1안	본인부담상한액인하(소득수준별 차등적용) 희귀난치성질환자 본인부담 경감(20%→10%) 암환자 본인부담 경감(10%→5%) 고도비만 치료 신규보험급여	5,500억(2.4%)
2안	1안 + MRI(확대), 초음파(신규), 한방물리요법(신규)	1조 5,000억(6.5%)
3안	2안 + 노인의치(신규)	2조 5,000억(10.9%)
4안	3안 + 스케일링, 광중합복합레진, 불소도포, 치아홈메우기	3조 8,780억(16.9%)

또 하나는 재정절감방안으로 ‘경증질환의 외래본인부담 인상’을 제시하고 있다. 경증환자에 대해 각 종별로 의원 5%, 병원과 종합병원 10%, 종합전문병원 20%씩 본인부담을 인상해 최대 약 3.3%까지(7,700억) 보험료 인상부담을 줄인다는 것이다.

정부안은 폐기의 대상?

먼저, 보장성 강화와 보험료인상을 연계한 것 자체가 ‘국민에게 모든 책임을 전가한 것’이므로 ‘폐기해야한다’는 주장은 지나치게 감정적이다.

건강보험제도는 소득재분배기능이 높다. 예를 들어 노동자(직장가입자)의 경우, 보험료를 낸 것에 비해 급여로 받는 비율이 평균 1.85배(2007년)이다. 소득이 낮을수록 보험료대비 급여비는 높고, 소득상위 5%만 0.84배로 내는 것이 많다. 민간보험과 달리, 공적제도가 가지는 제도적 우월성이다. 더욱이 다른 것도 아니고, 보장성 강화를 위해 쓰인다면 효과는 더욱 커질 것이다.

이런 점에서 2004년 이후 건강보험료와 수가를 결정하는 역동적인 정치적 협상공간에서 민주노총은 ‘보장성강화’를 보험료와 수가를 판가름하는 우선변수로 고려해왔고, 그동안 추진된 급여확대 역시 이에 대한 나름의 결실이라 평가한다.

보험료를 인상해 보장성을 강화하자?

그렇다고 “보험료를 인상해 보장성을 강화하자”라는 단선적 주장 역시 적합하다고 생각하지 않는다. 현재의 구조라면 보험료를 인상한 만큼 고스란히 보장성강화로 돌아오지 않고, 과잉의료를 부추기면서 의료자본의 수익을 높이는데 새나간다. 또한 상반기 ‘의료민영화’를 반대

하며 들었던 촛불은 공적 건강보험제도에 대한 신뢰의 표현이기도 하지만, 의료비폭등(부담증가)에 대한 우려가 더 크게 작용했다고 생각한다. 특히 최근 경제위기와 물가폭등으로 살림살이가 더욱 어려워진 상황에서 아직 넘어야 할 산이 많다.

무엇보다 장기적 관점에서 제도의 지속가능성을 고려한 처방이 중요하다. 지난 7년간 급여비는 연평균 10.4% 증가율을 보이고 있다. 국민건강보험공단의 중·장기재정추계에 따르면(2007년) 2030년에는 급여비지출이 100조원을 상회할 것으로 전망된다. 보험료 수입만으로는 감당할 수 없다. 그렇다고 2001년 재정위기처럼, 그때 다시 급여를 축소할 것인가.

낭비적인 지출을 통제해 보험료가 보장성 강화를 위해 제대로 쓰일 수 있도록 선순환구조를 만드는 한편, 수입을 다양화시키는 방안이 전제되어야 한다.

전제되어야 할 것 1 : 낭비적인 지출구조 개편 (지출부문)

지출부문에서 시급히 개선해야 할 낭비적 구조는 크게 세 가지이다.

첫째, 진료비지불제도(현행 행위별수가제)의 개편이다. 일부 공급자단체만을 제외하고 개편의 당위나 필요성에 대한 공감도는 높은 편인데, 도통 진도가 안 나간다. 포괄수가제(DRG)는 현행 단순 질병군 위주의 시범사업 수준을 벗어나지 못하고 있고, 드러난 문제점을 보완하기 위한 적극적인 시도도 부족하다.

둘째, 비급여 통제다. 의료기관이 건강보험 적용을 받지 않는 비급여 의료서비스를 무제한 개발해 제공하도록 방치하고 있다. 비정상적인 비급여 구조는 곧 의료기관의 수익구조이기도 하다. 이를 그대로 존속시키는 한, 막대한 재원을 쏟아부어도 국민부담은 경감될 수 없다.

셋째, 약제비 절감이다. 약제비는 2007년 기준 건강보험 진료비의 27.5%수준으로, OECD평균인 17.7%에 비하면 매우 높다. 그나마 2006년 12월 ‘약제비 적정화 방안’이 시행되어 이제 걸음마를 떤 정도지만, 갈 길이 멀다. 기등계약 목록화도 제약회사의 탄지결기로 속도가 안나고 있고, 제네릭 의약품(특허가 만료됐거나, 특허보호를 받지 않는 의약품) 가격문제나 리베이트와 같은 불투명한 유통과정개선 등 해결해야 할 과제는 산적해 있다.

이러한 낭비적인 지출구조만 제대로 개선하더라도, 국민이 낸 소중한 보험료가 온전히 국민건강을 위해 되돌아오는 선순환 구조가 마련될 수 있을 것이다.

그러나 이러한 구조적이고 적극적인 방안은 제쳐두고, 정부가 선택한 재정지출절감 방안은 오히려 ‘경증환자의 본인부담을 인상’하는 것이다. 이미 2007년 경증질환자의 본인부담이 정액제에서 정률제로 바뀌면서 환자의 부담이 높아졌다. 그런데도 또 다시 외래본인부담을 인상하는 것은 취약계층의 의료접근에 대한 경제적 장벽만 더욱 높일 뿐이다.

전제되어야 할 것 2 : 적절한 사회적 분담구조 마련 (수입부문)

건강보험에 대한 재정적 책임은 국민에게만 '전담'시킬 것이 아니라, 정부도 '분담'해야 한다. 그러나 오히려 정부는 이를 방기해왔고, 이 몫 또한 고스란히 국민 부담이 되고 있다.

먼저 국고지원 문제다. 건강보험재정은 보험료수입에 대한 의존이 높다. 국고지원이 있으나, 프랑스(총재정의 38%)나 대만(총재정의 28%)에 비하면 미흡한 수준이다. 그럼에도 법으로 규정된 국고지원마저 제대로 지켜지지 않고 있다.

2002~2006년 특별법 당시에는 5년 평균 44.3% 수준으로 법정지원율인 '50% 상당'에는 크게 미달했다(약 2조 2,2521억).

더욱이 2007년부터는 국고지원 기준과 규모가 '예상보험료 수입의 20% 상당'으로 변경됐는데, 예산안 편성할 때는 낮게 책정해 국고지원을 과소 편성했다가 이후 보험료 인상이 결정되더라도 인상분만큼 반영되지 않고 있다. 또한 '예상보험료 수입의 20%' 가운데 6%는 국민건강증진기금에서 충원되는데, 기금에서 '담배부담금 예상수입액의 65%'를 초과할 수 없도록 되어있어 국고지원 규모를 더욱 줄이고 있다.

차상위계층의 건강보험 전환도 문제다. 2009년 정부의 의료급여비 예산안을 보면 전년대비 12.2%가 감소했다. 작년 희귀난치성질환자에 이어, 내년부터 차상위 2종 의료급여수급권자(만성질환자, 18세 미만 아동)가 건강보험으로 전환시킬 계획이기 때문이다. 선진국의 경우 정부예산으로 운영되는 의료보장에서 인구의 10%이상을 책임지고 있지만 우리나라는 3%에 불과한 수준인데, 이마저 국가의 부담을 줄이기 위해 건강보험재정으로 전가시킨 것이다.

마치며

올해 건강보험 재정은 2004년 이후 최대 규모의 당기흑자가 예상된다. 당초 정부는 1,433억 당기적자가 날 것으로 전망했지만, 예상은 빗나갔다. 누적으로 따지면 흑자규모는 2조가 넘을 것으로 예상된다. 국민이 낸 보험료가 남은 돈으로 보장성 강화를 통해 당연히 국민에게 되돌아와야 한다.

그리고 서로가 조금만 의지를 보여도 건강보험의 질적 수준을 한층 높일 수 있다. 정부가 진정으로 국민 참여와 합의를 원한다면 돈 낼 수 있냐고 따져 묻기 전에, 국민이 납득할 수 있는 보다 적극적인 방안과 계획을 먼저 제시해야 할 것이다.