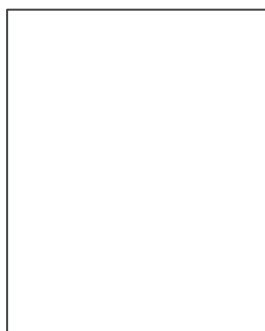


국민건강보험 재정안정화 방안

1. 머리말

전국민 의료보험이 실현된 지 10여 년이 지난 오늘날 우리 나라 의료보험체제는 일대 전환기에 놓여 있다. 2000년 7월부터 지금까지 개별적으로 분리 운영되어오던 직장조합이 공무원·교직원 및 지역가입자와 통합되어 완전히 하나의 거대 보험자 집단으로 거듭나게 되었다. 동시에 의약분업 또한 7월부터 시행하게 됨으로써 20여 년 우리 나라 의료보험 역사상 그 유래를 찾아보기 힘든 일대 변혁이 일어나고 있다. 통합에 따른 논란이 지속되고 있고, 의약분업 또한 진료권의 확보, 수가 인상 등 여러 가지 면에서 첨예하게 대립되어 있다. 이런 제반문제의 근거에 보험재정안정화 문제가 핵심으로 자리잡고 있다는 것은 주지의 사실이다.

통합의 합당한 근거로서 조합간 재정력 격차, 부과율의 불형평성, 관리운영의 비효율성 등을 들고



辛泳錫

한국보건사회연구원 책임연구원

있으나, 이를 극복하고자 하나의 보험자로 묶는다는 것이 과연 옳은 선택인가에 대해서는 지금까지도 논란이 계속되고 있다. 특히 직장조합에서는 재정이 통합될 경우 소득과약률의 차이 때문에 보험료부담이 자영자 집단으로부터 근로자 집단에 전가되는 것이 아닌지 우려하고 있다. 재정통합이 2002년까지 유보되어 있지만 과연 그 이전까지 현재 직장조합의 우려를 불식시킬 수 있는 방안이 마련될 수 있는지는 향후 우리 나라 의료보험의 중차대한 과제이다. 의약분업 역시 약사의 대체조제 및 임의조제의 금지, 적정수가 보장 등의 문제가 의약분업 출발의 걸림돌로 작용하고 있는 바, 적정수가 보장은 의료보험 재정의 불안을 증폭시켜 궁극적으로는 국민부담의 증가로 귀결되게 되어 있다.

이처럼 첨예한 논리와 이해의 대립이 보험재정을 더욱 더 불안하게 할 것으로 예상되므로 본고에서는 의약분업의 쟁점이나 의료보험에 대한 통합주의와 조합주의의 논란은 논외로 하고, 향후 우리 나라 국민건강보험의 재정안정에 초점을 맞추어 21세기 의료보장체계가 성공적으로 정착할 수 있는 재정안정화 방안에 대해서 논의하고자 한다.

2. 재정현황

1995~1999년의 재정수지 현황을 살펴보면, 그 동안 연평균 20% 이상씩 급격히 증가하여 오던 보험급여비가 IMF 경제위기 이후 그 증가세가 현격히 둔화되어 연평균 약 18.5% 증가하였고, 반면에 보험료 수입은 이에 못 미치어 연평균 약 16% 증가하던 것이 1999년 공무원·교직원의료보험(이후 공·교공단)의 약 65% 인상 등에 힘입어 전체적으로 약 18% 증가하였다. 특히 그 동안 재정 안정상태를 유지해 왔던 공·교공단의 경우 1997년 이후 급속히 재정불안정을 가져와 1999년 보험료를 대폭 인상하게 되었다. 직장조합의 경우 의료보험 통합이 결정된 이후 개별 조합별로 보험료 인상에 인색하여 1998년 단기적자가 5천억을 넘어 2조원을 상회하던 누적적립금이 1조 7천억원대로 감축되었다. 한 가지 흥미로운 사실은 IMF 경제위기 이후 그 동안 급격한 증가를 보이던 보험급여비가 다소 완만한 상승세로 돌아섰다는 것이다. 이는 경제위기 이후 직장가입자들의 실직위험에 대비한 준비 및 실임금의 감소, 지역가입자들의 전반적인 소득감소와 밀접한 관련이 있는 것으로 추정된다. 다만, 1998년 공·교공단의 경우 과거에 비해 다소 높은 증가율을 보이고 있는데, 이는 공·교공단의 특성상 직업의 상대적인 안정성, 타조합으로부터 부양가족

형태로의 편입 등이 주된 이유로 여겨진다.

1998년 이후 보험급여비 증가세가 다소 완화되었다고 하나 2000년 7월 의료보험의 통합시점에는 총 누적적립금이 2조에 못 미치며 3달간 보험급여비에도 미달할 만큼 보험재정이 극도로 불안정한 상태에 도달할 것으로 추정된다.

3. 보험급여비 증가요인

보험재정의 안정을 도모하기 위해서는 매년 급증하고 있는 지출의 구성항목을 세분하여 증가요인을 분석하는 것이 필요하다. 따라서 다음에서는 총 지출의 80% 이상을 점하

2000년 7월 의료보험의 통합시점에는 총 누적적립금이 2조에 못 미치며 3달간 보험급여비에도 미달할 만큼 보험재정이 극도로 불안정한 상태에 도달할 것으로 추정된다.

표 1. 재정수지 현황

(단위: 10억원, %)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	증가율	
총수입	5,614	6,631	7,440	7,996	8,300	0.103	
총지출	5,076	6,464	7,681	8,552	9,167	0.161	
직장	수입	2,337	2,704	2,884	3,038	3,121	0.076
	보험료수입	1,802	2,085	2,299	2,220	2,501	0.087
	지출	1,992	2,555	3,112	3,425	3,696	0.170
	보험급여비	1,494	1,879	2,143	2,426	2,920	0.183
	임여금	345	149	-227	-383	-375	-0.475
	누적적립금	2,450	2,608	2,503	2,262	1,745	-0.075
지역	수입	2,498	2,983	3,732	4,204	4,078	0.135
	보험료수입	1,324	1,576	2,023	2,155	2,527	0.177
	국고지원	755	872	995	1,076	1,166	0.115
	지출	2,365	3,017	3,602	4,077	4,406	0.170
	보험급여비	2,025	2,545	2,936	3,401	3,927	0.180
	임여금	133	-34	129	-157	-328	-1.794
누적적립금	967	817	886	728	400	-0.174	
공보	수입	779	944	824	753	1,101	0.115
	보험료수입	474	514	556	633	1,078	0.251
	지출	719	892	967	1,050	1,065	0.106
	보험급여비	503	652	734	929	992	0.188
	임여금	60	52	-143	-320	36	-0.939
	누적적립금	702	580	397	77	113	-0.206
임여금 합	538	167	-241	-860	-867	-0.139	
누적적립금 합	4,119	4,005	3,786	3,067	2,257	-0.134	

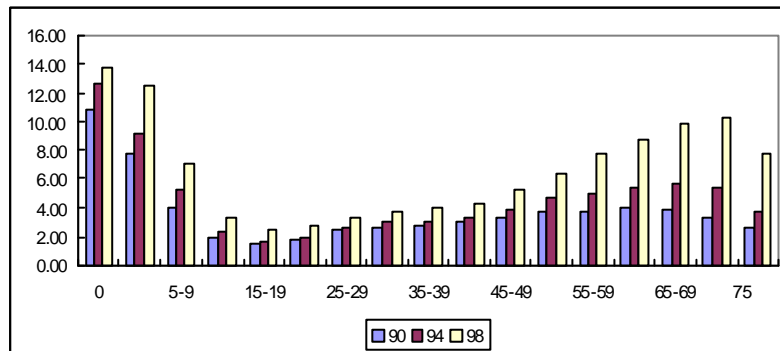
자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

는 보험급여비에 대하여 몇 가지 항목으로 나누어 요인분석을 하고자 한다.

1) 노령화 및 수진율

보험급여비는 크게 총적용인구, 1인당 수진율, 그리고 건당 급여비의 곱으로 이루어진다. 연평균 약 1.6% 증가하고 있는 적용인구는 적용인구의 수적 인 증가보다는 인구구성의 노령화 정도가 중요한 의미를 갖는다. (그림 1) 이 보여주는 바와 같이 모든 연령구간에서 수진율은 증가하고 있지만, 특히 노령층의 수진율 증가가 두드러진다는 데 주목해야 한다. 지난 9개년 수진율 추이를 살펴보면, 입원이 연평균 4%, 외래가 약 7% 증가하여 외래가 상대적으로 급격히 증가하였다. 소득수준과 인구분포의 비대칭계수를 설명변수로 하여 추정된 수진율 회귀방정식의 결과에 따르면¹⁾ 인구구조의 노령화 효과가 GDP 효과를 능가한 것으로 나타나 있다. 따라서 1998년도의 인구구조 노령화 효과가 GDP 감소효과를 능가하여 소득감소에도 불구하고 수진율이 증가한 것으로 추론할 수 있다.

그림 1. 연도별·연령구간별 수진율 변화



자료: 신영석 외, 『진료비 증가요인과 정책 과제, 한국보건사회연구원, 1999.』

2) 진료수가

행위별수가제가 적용되는 상황에서는 수가가 건당 급여비의 통계수단으로 간주될 수 있다. 그 동안 정책당국의 수가 통제 역시 이러한 목적에서 이루어

1) 신영석 외, 『진료비증가요인 분석과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.

어겨 왔다는 사실을 부인하기 어렵다. 그러나 진료수가가 적용되는 범위는 건당 진료비의 4대 분류 항목 중 '기본진료료'와 '진료행위로'에 한정되고, 나머지 '약제비'와 '재료대'는 별도의 가격 체계가 적용된다. 따라서 수가지수의 적용범위는 1990년도의 경우 67.5%에서 1998년에 57.9%로 감소하였다. 이러한 사실은 진료수가의 인상이 수가적용범위의 축소로 인하여 건당 급여비 상승에 기여하는 비중이 점차 감소하였으리라는 추론이 가능하다. 1990년 약 2만 3천 원이던 건당 급여비가 1998년 약 4만 1천원으로 증가하였다. 증가분 약 1만 8천원의 54%인 약 1만원이 약가 및 재료대의 비중이라는 사실은 건당 급여비의 통제방안으로서 약가 및 재료대를 도외시한 진료수가만의 조정은 그 효과가 제한적일 수밖에 없음을 시사하고 있다.

3) 진료행태

전체적인 연평균 건당 급여비의 증가율이 약 8.17%인데 비해 기본 진료는 4.87%, 진료행위로는 7.11%로 평균보다 낮고, 약제비는 11.43%, 재료대는 13.57%로서 평균값을 훨씬 능가하고 있다.²⁾

이는 실구입가나 고시가에 기초하는 약가나 재료대가 진료수가 인상에 비해 월등히 높았다고 보아야 할 이유가 없으므로 약제비와 재료대의 높은 증가율은 해당 항목의 요소투입량의 증가를 반영한다고 볼 수 있다. 즉, 약제비와 재료대의 비중 증가는 이 분야의 투입량 및 투입강도를 높여 진료수가에 의해 통제되는 기본진료료와 진료행위로에서의 열악한 수입여건을 보전하려는 행동양식의 결과로 해석될 수 있다. 건당 진료일수와 내원일수를 살펴보면 더욱 더 확실히 알 수 있는데, 1990년 4.9일이던 건당 진료일수가 1998년에 6.07일로 증가하고 있다. 건당 진료일수의 증가는 내원일수보다 투약일수에 의해 주도되어

전체적인 연평균
건당 급여비의 증가율이
약 8.17%인 데 비해
기본 진료는 4.87%,
진료행위로는 7.11%로
평균보다 낮고, 약제비는
11.43%, 재료대는
13.57%로서 평균값을
훨씬 능가하고 있다.

2) 신영석 외, 『진료비증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.

왔는데 이러한 현상은 공급자의 직접적인 진료행위와 시간, 노력 등이 투입되어야 하는 내원을 줄이고, 보다 이익률이 높은 투약처방을 통해 수가체계에 대응해온 의료공급자의 행동양식으로 보여진다. 즉, 진료일수 증가에 의한 수진율의 증가는 대부분 공급자에 의한 결과로 해석될 수 있다.

4) 급여범위의 확대

보험급여범위의 확대는 곧바로 급여비의 증가로 나타나게 된다. 아래 <표 2>에서는 최근 주요 보험급여 범위의 확대 내용을 보여주고 있다.

표 2. 주요급여기준 조정내역

연 도	내 용
1995	<ul style="list-style-type: none"> • 자격상실후 요양급여기간 3개월 → 6개월로 연장 • 분만비 지급기준 상향: 초산 66,000원, 경산 61,000원 • 내시경하 미세주간관 절제술¹⁾
1996	<ul style="list-style-type: none"> • 분만비 지급기준 상향: 초산 70,000원, 경산 65,000원 • CT 보험급여 실시¹⁾ • 진단비용 본인부담금은 외래 본인부담률 적용 ※ 조영제 및 X-ray 필름은 별도 산정 • 3자녀 이상 분만급여제한 철폐 • 70세 이상 의원급 정액(1만 2천원) 본인부담금 감감(3,200 → 2,100원)
1997	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 보장구 급여 실시(지체장애인용 지팡이, 시각장애인 안경, 청각장애인 보청기, 인공후두)
1998	<ul style="list-style-type: none"> • 휠체어, 목발, 맹인용지팡이
1999	<ul style="list-style-type: none"> • 의수족, 보조기, 상하의지, 의안

주: 1) 고가장비 및 신기술로 분류
 자료: 재경안경종합대책 Task Force, 「의료보험 재경안경방안 검토 보고」, 1999. 9.

5) 의료공급

의사수, 의료기관수, 병상수 등 의료공급이 꾸준히 증가하였다. 외환위기 이후에도 의료장비의 리스비용 부담 등 위기에 보다 취약했던 종합병원만 감소하였고, 병원과 의원은 과거의 증가추세를 유지하거나 그 이상의 증가세를 보여왔다. 전체적으로 의료공급이 증가하였다는 사실은 경제여건의 악

화에도 시장진입의 유인이 있었고, 의료공급의 증대 유인이 있었다고 볼 수 있다.

6) 의료이용 형태

대형 의료기관의 집중현상은 그 자체가 소비자의 선호를 반영하나 재정적 측면에서는 단위당 진료비 증가 현상이기도 하다. 1998년도를 기준으로 전체 진료건수의 9.4%를 차지하고 있는 종합병원이 진료비의 43.9%를 점하고 있다는 것은 의료기관당 건당 진료비의 차이를 말해주는 것이나, 문제는 진료건수의 연평균 증가율에 있어서 종합병원이 8.72%로 가장 높다는 사실이다. 이는 대형의료기관을 선호하는 추세를 반영한 결과로서 의료전달체계를 전면적으로 재검토해야 할 것이다.

7) 질병구조

악성신생물, 당뇨병, 정신장애 등 만성퇴행성질환의 건수 및 진료비의 연평균 증가율이 각 11.6%, 20.5%로서 전체 평균인 7.4%, 16.3%를 상회하고 있다. 중요한 사실은 수가인상률이 가장 높았던 1995년도와 외환위기 직후인 1998년의 건당 진료비 증가율이 만성퇴행성 대부분 질환에서 가장 높게 나타났다는 점이다. 이는 진료수가의 영향에 다빈도 질환은 민감하고, 재정보전의 유인과 가능성 또한 이들 질환에서 높다는 사실을 말해준다.

대형 의료기관의 집중현상은 그 자체가 소비자의 선호를 반영하나 재정적 측면에서는 단위당 진료비 증가 현상이기도 하다.

4. 재정 안정화 방안

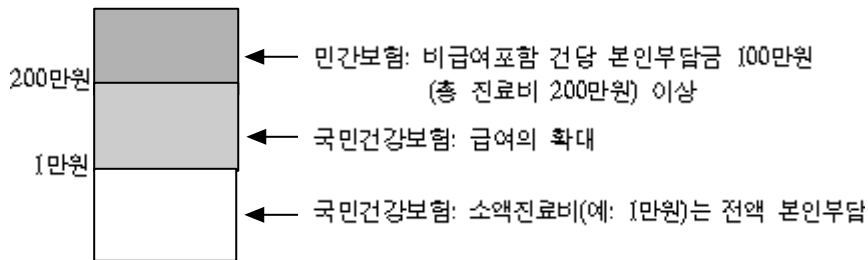
우리 나라 의료보험 재정이 극도로 열악하다는 것은 앞에서 이미 언급하였다. 보험급여비 분석에서 보았듯이 재정 불안정 요인이 상당부분은 구조적인 문제이다. 제도적으로 불가항력적인 부문도 있고, 보험구조 자체로 파생되는 형태도 있다. 재정안정을 도모하는 데 있어서 노령화 등에 의해 야기되는 부문, 소득증가에 따른 건강에 대한

관심증대 등은 어느 정도 한계에 부딪칠 수밖에 없으나 진료비 지불제도, 의료전달체계 등으로부터 파생되는 부문은 구조적인 개선 내지 개혁에 의해 상당부문 노력의 결실을 가져올 수 있다. 동시에 새로 출범하는 국민건강보험공단의 틀을 효율성 위주로 전면 재검토함으로써 그 동안 지적되어오던 관리운영의 비효율을 제거하면 역시 재정안정에 많은 도움을 가져오리라 여겨진다. 아래에서는 우리 나라 의료보험의 구조적 틀을 개편함으로써, 관리운영의 효율성을 극대화함으로써, 그리고 기타 수입증대를 모색해 봄으로써 보험재정이 안정화를 이룰 수 있는 방안을 논의하고자 한다.

현행 국민건강보험법 제1조에 충실함으로써 장기적인 관점에서 보험재정의 안정화를 꾀해야 한다. 제1조에 따르면 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하고 있다. 지금까지 우리 나라 의료보험은 예방 및 건강증진에 대하여 상대적으로 소홀히 해왔다. 미래의 질환을 예방하고 중증 및 만성화 가능성을 사전에 차단할 수 있는 예방 및 건강증진 프로그램을 확충하여 보험급여의 범주에 포함시켜야 한다. 또한 음주·흡연 등 건강 위해 식품에 대한 홍보를 강화하고 국민건강지표를 개발하여 필요한 운동 및 섭생프로그램을 통한 국민보건 향상을 도모해야 한다. 이는 단기적으로 보험재정에 부담을 가져올 수 있으나 장기적으로는 재정안정화에 크게 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 진료비규모에 따라 급여를 다각화해야 한다. 고액진료(예, 비급여 포함 건당 본인부담금이 100만원 이상)에 대하여 민간보험을 도입하고 소액진료비(예, 1만원)는 전액 본인부담제를 실시하여야 한다. 1986년 외래 진료비 본인부담정액제를 시행하였을 때 직장조합의 경우 수지율이 1985년 107.7%에

그림 2 진료비규모에 따른 급여의 다각화



서 1987년 78.5%로 재정건전화를 달성한 경험이 있다. 소액 진료비 공제제 확대와 고액진료에 대한 민간보험 도입으로 절감된 의료보험재정을 저소득층의 민간보험 가입보험료 지원과 급여범위의 점진적 확대에 사용함으로써 과도한 의료비로부터 가계를 보호하고 동시에 의료보험 재정안정을 유지해야 한다.

셋째, 보험료 부과체계를 가계별 수진율과 연계하여 의료의 과잉수요를 억제하는 방안이다. 예를 들어, 소득비례 보험료로 전체 보험금의 80%, 수진율 비례보험료로 나머지 20%를 충당하면 이는 수요자 부담의 원칙과 부합하고 의료쇼핑 등 의료의 오·남용을 상당부분 방지할 수 있다. 수진율 비례 보험료는 전년도 또는 지난 수년간의 수진율에 비례하여 가구당 가·감을 함으로써 적용할 수 있을 것이다. 수진율의 증가가 수요자뿐 아니라 공급자에 의해서도 영향을 받지만 여기에서 제기하는 방안은 수요자측면에 초점을 맞춘 것이다.

넷째, 구조적으로 비용 상승적인 행위별 수가제를 개편함으로써 공급자의 수진유발요인 및 의료의 과다 공급 동기를 억제하는 것이다. 현재 시범 사업중인 포괄수가제(DRG)를 전면적으로 확대 적용할 필요가 있다. 동시에 진료과목이나 항목별로 불균형하게 되어 있는 현행 Fee for Service체계를 진료행위에 투입된 자원을 점수화한 RBRVS(자원기준 상대가치 수가제)로 전환하는 방안도 병행하여야 하겠다.

다섯째, 1, 2, 3차 진료기관간 3차기관 집중현상을 방지하고 의료전달체계를 정상화하여야 한다. 3차기관 진찰료 및 진료비에 대한 본인부담금을 인상하고, 상대적으로 1차기관의 1만원 이상 진료비에 대한 본인부담금을 대폭 축소하여 의료자원 이용의 효율성을 극대화하여야 한다.

여섯째, 의료공급을 적정수준으로 유지해야 한다. 향후 의료인력을 수급이 균형되는 수준으로 유지하여 공급자에 의한 유인수요를 방지하며 의료기기의 과도한 도입을 막

미래의 질환을
예방하고, 중증 및
만성화 가능성을
사전에 차단할 수 있는
예방 및 건강증진
프로그램을 확충하여
보험급여의 범주에
포함시켜야 한다.

고 거기에 따른 과다 이용을 억제하기 위하여 별도의 고가의의료기기 전문센터를 설립하여 의료기기의 효율적 이용을 도모해야 한다. 또한 지방의 유휴병원을 장기요양시설로 전환하여 노령화 욕구를 충족시킴으로써 최근 176% 이상 급증하고 있는 노인진료비를 다소 완화할 수 있어야 하겠다.

다음은 관리운영의 효율화를 통한 운영비 절감 부문이다. 의료공급자와 보험자의 전국 전산화를 통하여 청구 및 지급절차를 간단히 하고 정보를 공유함으로써 서로의 이해의 폭을 넓힌다. 또한 2000년 7월 통합시 발생하는 잉여인력을 적극적으로 해소하고 지속적인 업무개선을 통하여 인력소요를 절감하는 한편 절감인력을 대민서비스에 투입하도록 하여야 한다. 특히 단일 거대 보험자가 됨으로써 관료화할 수 있는 여지를 불식시켜야 하겠다. 일상적인 업무에 대해서는 Out-Sourcing을 하고 부과 및 징수에 관한 업무를 국민연금과 통합하는 방안도 검토할 필요가 있다. 지사별 경쟁시스템 및 업무성과에 대한 Merit시스템을 제도화함으로써 징수율을 제고하고 진료비 부당·과잉청구를 억제해야 한다. 현행 약 90%인 징수율을 통합후 1996년 이전 징수율인 97%까지 제고해야 하겠다. 수진과 내역통보를 최소분기당 1회로 확대하고, 수진자 조회결과 부당청구 혐의기관에 대해서는 사전심사 등 제재를 강화하고 부당청구관정시 해당기관에 대한 처벌을 엄격히 해야 한다. 또한 통합과 동시에 설립예정인 건강보험심의조정위원회, 재정운영위원회, 심사평가원의 역할을 견제와 균형(Check and Balance)이 유지되도록 정립해야 하겠다.

끝으로 수입증대방안에 대해서 논하고자 한다. 국고지원을 증액하여 국고지원비율이 총재정의 일정률(예: 전체 재정의 약 20%)이 되도록 법적으로 제도화해야 하겠다. 담배, 주류, 휘발유 등 건강위해 요소에 목적세를 부과하여 재원을 확보해야 한다. 1998년 기준으로 주세, 교육세, 담배소비세의 세수입은 약 11조이므로 여기에 20% 정도의 추가적인 부가세를 부과한다면 약 2조 2천억을 확보할 수 있다. 그리고 약 50만으로 추정되는 직장가입자의 피부양자로 자영 소득이 있는 자에게 소득정도에 따라 보험료를 부과함으로써 부과차원의 형평성을 높이는 한편 보험료 수입도 증대시켜야 하겠다.

5. 맺음말

의료보험 재정안정을 위한 최우선 정책과제로서 우리 나라 의료보험체계 운영의 집행주체인 보건복지부 또는 국민건강보험공단에서 과학적인 재정운

영체계를 갖추고 이에 발맞춘 보험정책을 펼쳐 나가야 한다. 통합 의료보험의 성패는 궁극적으로 재정운영의 안정성 확보에 달려 있기 때문이다. 구조적인 문제들을 정비하여 그 위에 재정운영모형을 구축하고 그 틀 밑에 미시적인 관점에서 보험급여비의 억제 방안과 보험료 수입 증대 방안들을 제시해야 한다.

종래에는 미시적인, 부분적인 문제해결 방안에 초점이 맞추어져 왔다. 따라서 단편적이고 근시안적인 형태에 머물러 재정안정을 이루는 데 어려움을 겪어왔다. 또한 개별 조합 방식이었기 때문에 재정불안정이 사회적 문제로 부각되지 못하였다. 그러나 통합체계에서는 재정상태가 정치적 이슈로 나타나게 될 것이다. 특히 보험료 인상, 수가인상 등은 정부의 커다란 부담으로 작용할 우려가 있어 이전에 비해 훨씬 쉽지 않을 것이다. 따라서 국가단위에서 적용가능한 보험재정의 안정적 운영체계 구축은 그 무엇보다 시급한 과제이다. 통합의료보험은 의약분업이란 또 하나의 부담을 안고 있다. 의약분업이 실시되면 약 1조 5천억원 정도가 추가 소요되리라는 전망이다. 의약분업의 효과가 의료보험재정에 어떻게 얼마나 영향을 미칠지 구체적으로 분석하는 것은 불가능하다. 명확한 것은 최소한 단기적으로 보험재정에 부담을 가져오리라는 것이다. 의료보험의 통합은 이러한 문제까지도 안고 가야 한다는 사실에서 재정안정화 정책이 그 어느 때 보다도 중요하다. 거시적인 재정안정모형과 미시적인 지출억제 수입증대 방안을 조속히 구체화하여 의료보험 통합과 의약분업이 가져올 수 있는 재정악화요인을 사전에 제거하여 전환기 의료보험의 틀을 확고히 함은 물론 향후 우리 나라 의료보험 백년대계의 초석을 마련해야 한다.

거시적인
재정안정모형과
미시적인 지출억제
수입증대 방안을 조속히
구체화하여 의료보험
통합과 의약분업이
가져올 수 있는
재정악화요인을 사전에
제거하여야 한다.