

국민건강보험제도의 체계개편 방안

신영석 · 신현웅 · 황도경 · 이준영 · 김진수

국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

연구보고서 2008-27-3

발행일 2008년 12월
저자 신영석 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 대명기획
가격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-539-8 93330

머 리 말

최근 미국발 금융위기가 전 세계를 휩쓸고 있다. 우리나라도 예외가 아니어서 금융시장이 요동치고 있다. 금융위기가 실물위기로 전환되리라는 예측이다. 실물위기가 현실화되면 실업자가 양산되고 개별가구의 입장에서 소득이 감소되는 등 삶의 질이 현격하게 떨어질 것이다. 전 국민의 소득이 감소하고 삶의 질이 떨어지는 현실에서 건강보험의 역할은 자못 증대될 수밖에 없다. 의료위험에 노출된 계층이 나락으로 떨어지지 않도록 더욱 건강보험의 보장성이 강화될 필요가 있다. 보장성 확대는 더 많은 재원의 확보를 필요로 하게 된다. 반면 절대 소득이 감소하고 있는 현실에서 추가 재원을 확보하기 어렵다. 건강보험 제도운영에 고민이 깊어지는 지점이다.

경제위기와 별개로 건강보험 도입 이래 지난 30년의 역사를 돌아보면 제도의 지속가능성에 대한 별도의 고민도 필요하다. 지난 2000년 건강보험을 단일보험자로 통합하고 의약분업을 실시하면서 재정위기에 봉착하였고 이를 해결하고자 진찰료와 처방료를 통합하는 등 재정위기 극복을 위한 여러 정책들이 동원되었다. 2003년 재정위기에 대한 한 고비를 넘긴 다음 그 동안 잠재되었던 보장성 확대 욕구가 분출하였고 이를 감당하다 보니 재정 규모가 급속도로 증가하였다. 보장성 확대 외에도 급속한 고령화, 비용조장적인 진료비 지불제도(행위별 수가제) 등 때문에 또 다시 건강보험 재정이 위협받고 있다.

건강보험은 모든 국민이 능력에 비례하여 부담한 재원을 토대로 능력 여부에 상관없이 의료위험을 해결하는 사회보험이다. 향후 반드시 지속되면서 본래의 취지에 부합할 수 있도록 보장성도 더욱 확대되어야 한다.

이러한 의도에서 본보고서는 건강보험의 재정을 중심으로 제도의 지속가능성을 검토하였고 검토결과 현행 방식으로는 한계가 있다는 결론에 도달하였다. 지출은 급격히 증가할 수밖에 없으나 수입은 제한적인 현실을 해결하고자 새로운 건강보험체계 개편방안을 도출하였다. 의료위험 정도에 따라 자기책임과 사회의 책임을 배분하는 방식의 새로운 제안을 하고 있다.

본 보고서는 이처럼 건강보험의 지속가능성을 염두에 두고 현재의 틀을 재검토하여 이에 대한 개선 방안 및 발전 방안을 모색하고 있다. 국민 건강보험 및 의료급여제도의 정책 및 기초자료로도 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신영석 연구위원의 책임하에 신현웅 부연구위원, 황도경 선임연구원 그리고 건강보험공단의 김진수 박사, 서울시립대 이준영교수에 의해 완성됐다. 연구진은 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 홍석표연구위원, 허순임 부연구위원에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2008년 12월
한국보건사회연구원
원 장 김 용 하

목 차

요 약	11
I. 서 론	34
1. 연구의 배경 및 목적	34
2. 연구의 범위 및 방법	36
II. 건강보험의 재정추이 및 전망을 통한 제도의 지속가능성 검토	38
1. 국민의료비 추이	38
2. 건강보험 재정 추이	42
3. 건강보험 재원 조달 체계 평가	45
4. 건강보장 재정의 지속 가능한 선순환 구조 확립	50
5. 건강보험 재정 현황 및 전망	57
III. 의료보장에 대한 외국의 동향	61
1. 독일	61
2. 프랑스	71
3. 일본	79
4. 대만의 건강보험제도 개요	103
5. 외국의 제도로부터 시사점	113

IV. 의료저축계정에 대한 검토	114
1. 서론	114
2. 의료저축계정의 개요 및 의의	116
3. 외국의 의료저축계정 사례	121
4. 외국 의료저축계정의 시사점	140
V. 건강보험의 틀 개편 방안	146
1. 현행 건강보험제도의 한계와 여건	146
2. 의료보장의 다양성과 경쟁성 강화	149
VI. 결 론	158
참고문헌	161

표 목 차

〈표 II- 1〉 국민의료비와 GDP의 추이, 1985-2006	40
〈표 II- 2〉 보험재정 현황	58
〈표 II- 3〉 건강보험 재정 전망	60
〈표 III- 1〉 금고유형별 가입자 및 재정현황(2007년 기준)	63
〈표 III- 2〉 급여의 종류	64
〈표 III- 3〉 법정급여 현황(2007년 기준)	66
〈표 III- 4〉 보험료 부담의 형태	67
〈표 III- 5〉 연도별 금고유형의 보험료율	67
〈표 III- 6〉 연도별 건강보험 재정현황(십억유로)	67
〈표 III- 7〉 프랑스의 사회보험제도 (2007년, 실업보험 제외)	73
〈표 III- 8〉 전체 임금에 부과되는 재정부담	76
〈표 III- 9〉 연도별 보험료율	76
〈표 III-10〉 건강보험제도의 고액요양비의 본인부담한도액	91
〈표 III-11〉 70세 미만인 경우의 환자부담 한도액	97
〈표 III-12〉 70~74세인 경우	97
〈표 III-13〉 대만 중앙건강보험국(BNHI)연도별 수지추이	106
〈표 III-14〉 대만全民건강보험 연도별 수입추이	106
〈표 III-15〉 보험료부과기준 등급별 표준소득월액	108
〈표 III-16〉 보험료 분담율	108
〈표 III-17〉 보험료 산정방식	109
〈표 III-18〉 연도별 정부별 보조금 지원 추이	110
〈표 III-19〉 연도별 보험수입총액 대비 정부보조금 비중 추이	111

〈표 III-20〉 2005년 적용 범주별 보험료 징수율 현황	112
〈표 IV- 1〉 의료저축계정의 장점 및 단점 비교	120
〈표 IV- 2〉 싱가포르 MSAs의 도입 목적	125
〈표 IV- 3〉 Medisave의 보험료율	127
〈표 IV- 4〉 Medishield와 Medishield Plus의 급여 내용 및 청구 상한액 (일부) ·	130
〈표 IV- 5〉 싱가포르와 한국의 보건의료비 지출	134
〈표 IV- 6〉 미국 ‘소비자주도형 의료플랜(CDHP)’의 형태	136
〈표 IV- 7〉 싱가포르의 MSAs와 미국의 HSAs 특징 비교	140
〈표 V- 1〉 다층 의료보장체계의 제도내용 예시	154
〈표 V- 2〉 다층 보장체계의 재원조달 예시(2007年 금액기준)	156

그림 목 차

[그림 II-1] OECD 국가의 국민의료비 비교	39
[그림 II-2] 1인당소득과 1인당의료비의 변화, 1985-2006	41
[그림 II-3] 국민의료비 재원 구성의 추이	42
[그림 II-4] 국민의료비의 장래 추계	52
[그림 II-5] 1인당GDP와 1인당의료비의 관계	53
[그림 II-6] 사회보험형 OECD 국가 국민의료비의 재원 구성, 2004	56
[그림 III-1] 프랑스 건강보험 전달체계	77
[그림 III-2] 일본 건강보험체계	81
[그림 III-3] 일본 건강보험 조합별 구분	82
[그림 III-4] 대만全民건강보험 수입 구성	104
[그림 IV-1] 싱가포르 MSAs의 구성 및 특성	126
[그림 IV-2] HSAs의 기본구조(직장 제공 시의 경우)	138
[그림 IV-3] MSAs제도와 다른 의료비용제도의 비교	141
[그림 V-1] 다층 의료보장체계의 구상	151
[그림 V-2] 다층 의료보장체계와 의료비 절감	152
[그림 V-3] 다층 의료보장체계의 재정안정화 메커니즘	153

요 약

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 목적

가) 연구의 배경

건강보험의 지속 가능성에 대한 검토 필요

- 경제위기가 팽배한 가운데 의료욕구는 높아질 수 있는 반면 재원확보 측면에서는 어려움이 따를 것으로 전망됨.
- 특히 건강보험의 보험급여비가 급격히 증가하고 있고 노령화, 신기술의 발달, 보장성 강화에 대한 국민의 욕구 증진 등은 향후 지속적으로 건강 보험재정을 위협할 것임.

그러나 현행 건강보험 틀 아래에서는 자기책임이 결여되어 있어 노령화, 도덕적 해이 등을 대비할 방안의 설계에 한계가 있으므로 보험체계 내에서 구조적으로 이를 해결할 방안이 필요

나) 연구의 목적

- 건강보험에 공보험으로서의 역할 외에 시장경제 개념을 도입해 자기책임과 자기 신뢰성을 강조한 신 개념의 사회보험 방안 강구
- 보건의료에 있어 1차적 책임은 환자본인과 가족에게 있고, 사회와 정부는 보충적인 역할을 할 수 있도록 함

12 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

- 비용의 효율적 분산과 도덕적 해이의 방지 그리고 노령화에 대비할 수 있는 방안의 강구로 장기적 재정안정 확보

II. 건강보험의 재정추이 및 전망을 통한 제도의 지속가능성 검토

1. 국민의료비의 추이

- 2005년의 국민의료비는 48.1조원으로 GDP의 5.9%에 해당하는 수준임.
 - 우리나라의 'GDP 대비 국민의료비'와 1인당의료비는 OECD 국가 중에서 상대적으로 낮음.
 - 우리의 1인당의료비 또한 OECD 국가 중 터어키, 멕시코, 슬로바키아, 폴란드 다음으로 낮았고, OECD 평균의 절반 수준임.
 - 1인당GDP도 낮은 편인데다가 GDP에서 차지하는 국민의료비의 비중도 낮아서 1인당의료비의 절대액 자체가 낮음.
- 국민의료비 추이 : 1985년 3.9조원에 불과하던 것이 20년 후인 2005년에는 그 12배 이상인 48.1조원으로 증가하였고 2008년에는 국민의료비가 60조원을 넘을 것으로 전망됨.
 - 1990년대 중후반까지는 국민의료비의 對GDP 비율이 줄곧 4%를 갓 넘는 수준이었는데, 2008년에는 7.04% 이상 커질 것으로 추정됨.
 - 1980년대와 1990년대에 국민의료비의 증가율은 두 자리 수를 보였으나 경제성장률이 더 빨리 증가하여 對GDP 비율이 4%를 갓 넘는 수준에 머물렀지만 외환위기 이후 국민의료비의 감소는 경제 규모의 감소만큼 이루어지지 않았고, 그 후 몇 년간 경제의 회복 속도보다 국민의료비의 증가 속도가 훨씬 빨랐음.

2. 건강보험 재정 추이

- 전체 재정규모의 평균증가율은 2000년대에 17.8%로 1990년대의 평균증가율 14.8%를 능가하고 있음.
 - 직장과 지역의 건강보험 가입자가 보험료로서 납부하는 순수보험료율은 OECD 국가 중 가장 낮은 편에 속함.
 - 2001년 국고지원금이 전체 건보재원의 23.2%이던 것이, 2002년부터 담배 부담금이 건강보험의 재원으로 들어오기 시작하면서 2002년 21.8%, 2003년 20.1%, 2004년 18.4%, 2005년 18.0%, 2006년 17.0%, 2007년과 2008년 14.8%로 그 비중이 계속 줄어들고 있는 반면 담배부담금은 2008년 현재 전체 건보재원의 3.8%, 건보에 대한 전체 정부지원액의 25.4%를 구성하고 있음.
- 보험급여비는 2000년대에 연평균 15.9% 증가했음.
 - 건강보험급여지출은 의약분업 시기를 전후로 증가를 보였는데, 특히 외래의료비와 의약품 지출이 급격한 증가를 보였음.
 - 외래와 의약품의 비중이 상대적으로 높은 것은 OECD 국가들의 일반적인 모습과 구별되는 우리나라의 특징임.
- 보험재정의 흐름
 - 1990년대 중반까지 흑자를 계속하던 보험재정은 1996년 이후 당기적자로 돌아섰음.
 - 적자 원인 : 소득 향상과 이에 따른 건강과 의료에 대한 관심과 기대 수준의 증가, 인구고령화, 유인수요력을 가지는 의사인력의 증가 등에 따른 의료수요의 확대, 보험급여의 범위 확대
 - 의약분업 시행 직후인 2001년에는 1.9조원의 당기적자가 발생하여 과거

14 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

의 누적적립금이 전부 바닥나고 단기차입에 의존하는 사태에까지 이르게 되었고 이를 해결하기 위해 2001년과 2002년에는 보험재정을 위한 각종 긴급처방책이 나왔고 정부지원금이 확대되었음.

- 긴급처방책 이후 2004년에 다시 흑자로 전환되었으나 보장성 확대정책 이후 다시 재정이 불안해지고 있음.
- 건강보험의 재정구조는 제도의 지속가능성 위협: 2008년말 기준 누적수지가 1달 급여비에도 미치지 못하고 있음.
 - 더욱이 전례 없는 고령화 속도, 보장성 강화에 대한 국민적 욕구, 신의료기술의 발달, 상병구조의 다각화 등 재정 불안 요인이 즐비한 상황은 향후 보다 심각한 재정 위기를 불러올 가능성이 큼.

3. 건강보험 재정 전망

□ 우리나라의 국민의료비는 2010년 88조원, 2015년 164조원에 도달할 것으로 추정됨.

- 국민의료비 추계결과를 기초로 건강보장 재정을 추계하되 다음과 같은 가정 사용
 - 현재의 재정운영 구조 지속 : 즉 전체 재정에서 국고지원(담배부담금 포함)율의 비중(보험료의 80%)이 변함없이 지속되고 보험료 부과체제도 현행처럼 유지 됨.
 - 장기요양보험¹⁾은 건강보험 재정에 영향을 미치지 않음.
 - 건강보험의 보장성이 점진적으로 확대되어 2015년에는 약 70%²⁾에 도달

1) 장기요양보험의 시행은 당연히 건강보험에 영향을 미치겠지만 장기요양보험의 수가, 대상자 범위, 급여범위 등에 대한 최종안이 아직 확정되지 않았기 때문에 현 상태에서 건강보험에 미칠 재정적 영향을 추정하기 어려움.

2) 2005년 기준 건강보험 급여율은 약 52.9%에 이르는 것으로 알려져 있다.

- 보험료 부과기반은 매년 평균 약 7%와 8% 인상되는 것으로 나누어 추정 : KDI의 추정에 의하면 경제성장율은 경상 기준 향후 2015년까지 매년 약 6.9%에서 7.5%까지 증가하는 것으로 되어있고 2006년도 부과기반은 약 8.8%로 증가하였음.
- 2010년 건강보험 지출은 약 38.35조원에 이를 것으로 전망되며, 이를 충당하기 위해서는 32조원의 보험료 수입이 확보되어야 함.
- 부과기반(임금인상률 등)³⁾이 약 8% 증가한다는 전제 하에 우리나라 국민은 2010년에 소득의 약 5.71%를 보험료로 납부해야 하며, 보험료율은 2010년까지 연평균 6.17%가 인상되어야 함.
- 2015년에는 약 80.26조원의 건강보험 재정이 소요되고, 이 중에서 보험료 수입으로 66.9조원을 충당해야 하며, 이를 위한 보험료율은 8.13%이 되어야 할 것으로 전망됨.

Ⅲ. 의료보장에 대한 외국의 동향

1. 독일

- 독일은 비스마르크가 세계 최초의 사회보험인 건강보험을 1883년 만들었음.
- 적용현황 : 독일의 인구는 2008년 현재 8,221만명이며, 이중 가입자는 5,074만명이고, 3,147만명은 피부양자로 건강보험에 강제가입되어 있음.
 - 법정 건강보험에는 약 7,209만명으로 87.7%가 적용대상이며, 고소득자에게 허용되고 있는 민영보험에는 약 797만명으로 9.7%가 가입

3) 총보험료 수입은 부과기반에 보험료율을 곱하여 얻어질 수 있다. 부과기반은 피보험자수와 임금인상률에 의해 영향을 받게 된다.

16 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

- 공무원 및 특정한 보험 가입자가 약 90만명으로 1.1%이고, 미가입자가 16만명으로 0.2%를 차지하고 있음.

□ 독일은 일본처럼 조합방식의 건강보험제도를 운영하고 있으며, 각 질병금고가 자율적이고 독립적인 운영을 원칙으로 하되 질병금고간 재정공동사업과 국고지원을 통해 재정위험에 대비하고 있음.

□ 217개의 조합별 독립채산제로 운영되며, 민간 공급자에 의해 서비스가 전달됨.

- 급여비용은 공급자와 보험자 간의 총액계약제를 적용하고 있고 건강보험의 주요 재원은 보험료임.
- 보험료는 직장가입자의 경우는 사용자와 근로자가 각각 절반씩 부담하는 것이 원칙이나, 2005년 7월부터 기업부담을 감소하여 국가경쟁력을 높이기 위해 사용자 부담분을 0.9% 경감하는 조치를 취하였음.
- 2008년 현재 독일 질병금고의 평균 보험료율은 14.86%임.

이렇게 부과된 보험료 수입으로 법정질병금고 전체의 재정현황을 살펴보면 아래 <표 >와 같다. 2007년 현재 법정질병금고 전체의 재정은 1443억유로이고, 이중 555억유로는 지역금고 재정이 차지한다.

□ 관리운영 : 연방정부의 보건·사회보장성이 관할

□ 시사점 :

- 독일 건강보험에서는 수요와 공급에 대한 개선을 위해 급여관리와 가입자 유인수요를 제한하는 정책 추진
- 질병예방에 보다 집중하고 있고, 요양보호 시 아동의 부모가 함께 요양할 수 있음.

- 재정절감 측면에서 말기 환자의 호스피스 이용 권장
- 만성질환에 대한 급여 적정관리와 기타 재정누수의 원인을 차단하기 위해 급여제한 강화
- 가정의(주치의) 진료 후 상급 병원으로 의뢰할 수 있는 전달체계 강화
- 시장경쟁 강화: 개별 질병급고별 보험상품을 다양화하고, 경쟁품목을 개발하도록 중용
- 조직측면에서는 보험자, 의사, 치과의사 및 가입자 대표로 구성된 의사 결정 최고연합회 구성하여 공보험 운영 및 정책방향에 대해 결정
- 합의
 - 가입자 중심의 서비스 강화로 서비스 질 향상과 가입자 의료이용에 대한 효과적 관리 도모
 - 요양시설 간 공급자 경쟁 : 보험자의 기능과 역할에 충실하여 구매력을 높이고 요양시설 간 서비스 향상과 경쟁을 통해서 재정절감 효과까지 얻을 수 있는 방안 추구

2. 프랑스

- 프랑스 사회보험제도는 1928년부터 1930년에 제정된 사회보험법으로 구체적인 제도로 정착
 - 프랑스의 사회보장제도는 사회보험과 사회부조로 나뉘고 사회보험제도는 근로자제도와 자영자제도로 양분됨.
 - 근로자제도에는 현금제도가 있지만, 자영자제도에는 없으며, 특별제도에는 부가급여가 있어 보장율이 100%에 육박하지만 자영업자의 경우에는 급여수준이 떨어지고 있음. 이에 임의가입 형태의 보충적 제도를 보완하고 있음.

18 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

- 적용범위 및 자격관리 : 프랑스 건강보험체제는 2층으로 구성되어 있음.
 - 기초제도(Basic Schemes)는 가계 의료비용의 약 75% 담당
 - 일반제도는 85%의 급여 담당
 - 보충제도는 비영리 또는 민간보험자에 의해 제공되는 선택보험이며, 프랑스의 약 91%의 사람들이 보충의료보험에 가입되어 있음.
 - (Universal Medical Coverage-CMU)는 어려운 저소득 계층을 대상으로 함.
- 급여 방법 : 급여방식은 원칙적으로 상환제를 따르고 있음.
 - 환자는 의료기관에서 진료를 받을 때 의료비 전액을 지불하고 영수증을 가장 가까운 기초질병보험금고에 제출함으로써 각 진료내용의 상환률에 따라 의료비를 환불받게 됨.
 - 약제 지급을 받을 때에는 약국에서 비용 전액을 지불하고 나중에 금고에서 상환 받게됨.
 - 입원진료에 대해서는 사실상 거의가 현물급여화 되어 있음.
- 재원 조성 : 조세, 보험료(전체 재원의 75%), 국고지원 등
- 개혁 동향
 - 의료접근 형평성 강화로 소득, 지역에 따라 나타나는 접근의 불평등성을 제거하고, 공공성과 보편성 확대
 - 의료서비스의 질향상
 - 소득과 자산 수준에 따라 재정부담을 하고 급여혜택을 받는 사회연대성 강화

□ 합의

- 주치의제도의 강력한 기반조성과 운영 : 의료서비스 질 향상을 목표로 개인 질병 관리 및 예방까지 확대할 수 있도록 주치의 운영
- 지출구조의 합리화 및 약가관리
- 가입자 중심의 의사결정구조, 보건의료체계의 발전 모색

3. 일본

□ 일본 의료보장제도는 1922년 건강보험법 제정으로 시작하여 1927년 도시 직장근로자 대상 건강보험 시행, 1938년 국민건강보험법 제정으로 시정촌 및 직종 단위의 자영자 건강보험이 도입되었음.

□ 제도운영 현황 : 일본의 의료보험제도는 크게 피용자인 근로자 보험과 지역 가입자 보험으로 이원화 되어 있음.

- 근로자인 피용자보험은 다시 건강보험, 선원보험, 국가공무원등 공제조합, 지방공무원등 공제조합, 사립학교교직원공제조합으로 구성되어 있고, 지역가입자보험은 국민건강보험으로 지역농어민과 자영자가 가입되어 있음.

□ 연령 및 소득 수준에 따른 급여 차등 : 3세미만은 80%, 3~69세는 70%, 70세 이상은 90%의 보장율로 하되 일정소득이상자는 80%로 하고 있음.

□ 재원 조성 : 보험재정은 보험료기여, 국고보조와 각 제도 및 보험자간 재정 공동사업 기금 등으로 조성되고 있음.

□ 시사점

- 2006년 의료제도 구조개혁의 목표 : 질병예방, 의료의 질 향상 및 효율

20 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

화 그리고 재정적정화

- 우선 질병예방을 위해서는 생활습관으로 발병하는 질병에 대한 집중관리, 총 진료시간의 효율적 관리가 포함됨.
- 의료비 적정화를 위해서 장기적으로 국민건강과 나아갈 방향을 전망하고 생활의 질 향상과 의료의 효율화 도모하여 의료비 증가율을 하향 조정함.
- 단기 대책으로는 건강보험급여 내용, 범위 등 조정
 - 2008년 4월부터 70세~74세까지의 일반소득자 및 주민세 비과세대상자인 저소득계층 고령자에 대해서 본인부담 비율이 기존의 10%에서 20%로 인상되었음.
- 인구고령화에 따라 75세 이상 후기고령자의 심신 특성 및 생활실태를 고려하여 2008년 4월부터 후기고령자 독립보험 실시
 - 75세 이상 고령자 보험제도는 후기고령자 전원을 가입대상으로 하고, 보험료 10%, 국가지원 50%, 74세 이하가 가입하는 각 건강보험으로부터 지원금 40%로 재정 충당
- 65~74세까지 전기 고령자의 경우에는 퇴직자가 국민건강보험에 대량 가입함으로써 발생하는 재정불균형을 해소하기 위해 조정제도 창설
- 합의
 - 일본은 생활습관병 등의 집중관리를 통해 재정절감을 시도하는 한편, 급여내용과 범위의 효율적 관리를 통한 재정관리에 초점을 두고 있음.
 - 소득에 따라 보험료 부담을 차등화할 뿐아니라 급여도 차등하고 있음.

4. 대만의 건강보험제도 개요

□ 대만 건강보험제도의 특징

- 제도운영의 최종적 권한과 책임을 중앙정부가 갖고 있는 중앙집권식 방식임.
- 국민보건서비스방식(NHS)과 달리 보건의료서비스의 공급에서 민간의 비율이 비교적 높음.
- 재원조달은 사회보험료를 기본으로 하고 있지만 국가가 사회경제적 취약계층을 지원하기 위해 보험료 외에 국고 지원
- 의료기관은 자유의사에 따라 중앙건강보험국과 계약할 수 있음.
- 全民건강보험은 요양기관인 의료공급자와의 관계에서 요양기관 계약제 채택

□ 재정 구조 : 보험료 및 정부 보조금

- 가입자가 부담하는 보험료가全民건강보험 총수입의 38%, 사용자 부담 보험료가 35%, 중앙정부와 지방정부 등으로부터 지원되는 정부 보조금이 27%로 구성됨.

5. 外國의 制度로부터 示唆點

□ 4개국의 재정관리 관점에서 공통점

- 소비자의 의료납용을 막기 위하여 본인부담율을 도입하거나 그 비율을 높이고 있고 특히 일부서비스를 보험급여 대상에서 제외시키고 있음.
- 공급자측을 통제하기 위하여 예산제를 부분적으로 또는 전면적으로 도입하고 또는 진료지불수단에 변화를 모색하고 있음.

22 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

- 미시적 억제 정책은 그 효과가 제한적이어서 건강보험체계의 전면적인 재검토가 요구됨.

추가 재원 확보가 없는 상태에서는 국가의 부담 증가

- 프랑스, 독일 모두 증가하는 의료비를 감당하기 위해 국가지원 인상

의료비 억제를 위해 다양한 제도를 도입하나 자기 책임 강화(본인부담 인상, 보험료 환급), 경쟁구도 확립(보험자간 경쟁, 약품회사간 경쟁 등) 등에 초점이 모아짐.

부과기반의 확대 없이는 기업경쟁력이 악화되고 형평성이 저해될 것임.

- 독일의 경우 근로소득에만 보험료를 부과함으로써 보험료율만 높아지고 형평성이 저해되고 있음.
- 최근 거의 모든 나라에서 연금소득에 의료보험료 부과(조세 방식 제외)

IV. 의료저축계정에 대한 검토

의료저축계정의 개념 : 정부가 강제하는 개인 소유 계정으로써 개인과 가족의 일생 동안에 발생할 수 있는 의료비 지출, 즉 건강의료비용에 대해서만 충당할 목적으로 사용하도록 용도를 제한한 개인의 저축계정을 의미함.

의료저축계정의 의의

- 의료저축계정은 국민 개개인이 자신의 의료비용을 줄이고 건강의료서비스를 받거나 이용함에 있어 재정적 문제를 해결하여 접근을 용이하게 하는 효과를 기대할 수 있음.
- 사용하지 아니한 기금은 미래의 건강의료를 위한 대비책으로 적립

- 의료서비스 전달체계 과정에서 발생할 수 있는 도덕적 헤이의 방지책으로 기대됨.

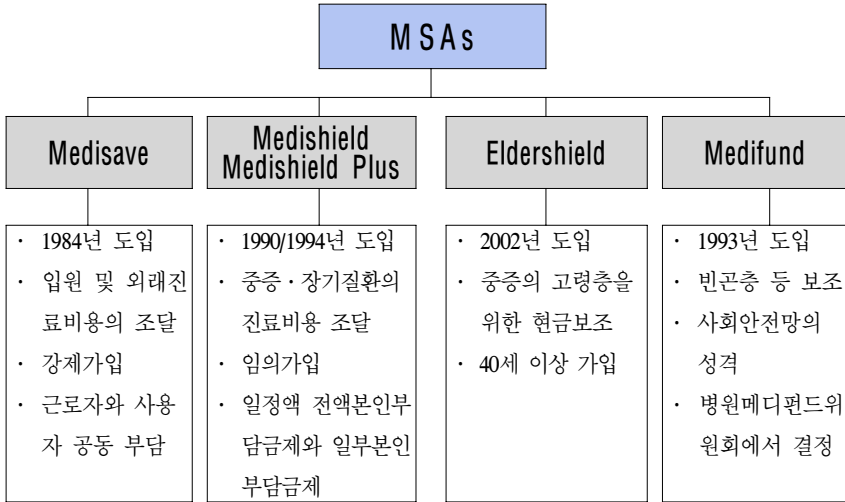
1. 싱가포르 의료저축계정 사례

□ 도입 배경 및 목적

- 싱가포르는 독립 이후부터 MSAs 도입 전까지는 영국의 NHS 제도를 의료보장체계의 근간으로 유지하고 있었음.
- 1970년대의 급격한 의료비 상승과 공공부문의 비효율성을 경험한 것을 계기로 싱가포르 정부는 보건의료서비스에 대한 개혁 단행
- 개혁의 초점
 - 보건의료비용에 대한 재정 부담을 국가로부터 사회구성원에게 이전
 - 공공병원을 재조직화 하여 공사화
- 앞으로 늘어날 국민의료비(특히, 노인인구 증가에 따른 노인의료비)에 대한 안정적, 새로운 재원조달 방식으로서 싱가포르 정부는 MSAs를 도입함으로써 싱가포르 국민의 건강 증진, 의료서비스의 접근성 보장, 그리고 의료서비스의 질적 제고를 이루고자 하였음.
- 건강보험에 의료이용자 선택권 부여, 자기책임과 자기 신뢰성 강조, 가능한 자유로운 시장경제체제의 도입 그리고 빈곤층에 대한 최소한의 보조를 기본 원칙으로 하였음.

24 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

□ MSAs의 주요 내용



□ MSAs 도입 후 변화

- 지난 20년 동안, 싱가포르 국민들의 보건의료 비용 절감
- 싱가포르의 GDP 대비 보건의료 지출비가 다른 나라에 비해 상대적으로 낮음.
- 총 보건의료비 중 정부부문이 차지하는 비중은 35%~40%에 불과하여 정부의 부담을 덜어주어 보건의료에 대한 안정적 재원조달이 이루어지고 있음.

2. 미국의 HSAs

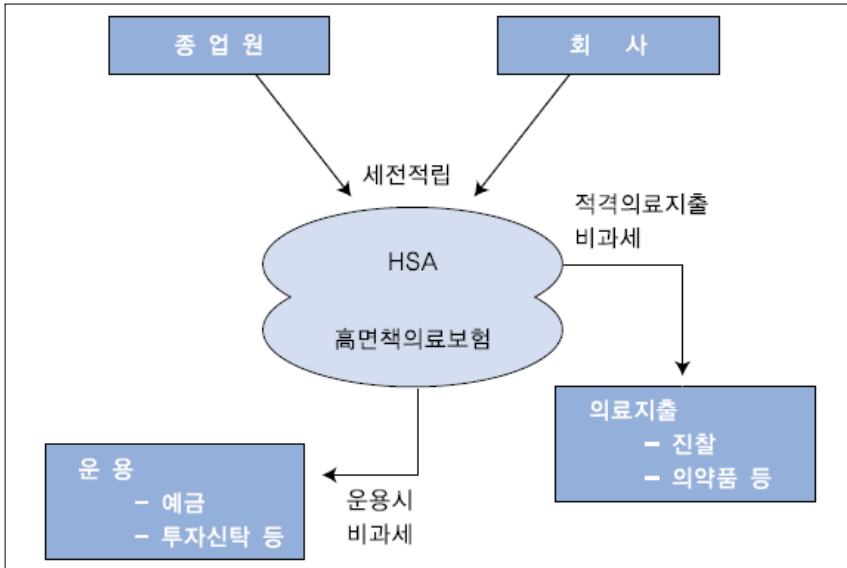
□ 도입의 배경 및 목적

- 미국의 GDP 대비 의료지출비는 1990년대에는 12.3%였지만, 2005년에 16.0%로 상승하였고, 2015년에는 20.0%에 육박할 것으로 추산하고 있음.

- 미국은 의료비가 급증함에 따라 기업과 개인 모두 보험료의 부담이 가중됨에 따라 ‘소비자주도형의 의료플랜(Consumer Driven Health Plan : CDHP)’에 대한 관심이 증대되었음.
- CDHP는 일반 의료보험보다 급여 설정수준이 높고, 급여수준에 달할 때까지의 의료비 지출을 위한 세금우대 개인계정이 설정되며, 가입자 자신이 의료비 내역 및 업자, 비용 등을 직접 검토하고 의사결정을 하는 구조를 갖고 있어 높은 의료보험과 은행계정 간 결합에 의한 과도한 지출의 억제 및 낮은 보험료를 기대할 수 있는 것으로 인식되고 있음.
- CDHP에는 Flexible Spending Accounts(FSAs)와 Health Reimbursement Arrangements(HRAs), Health Savings Accounts(HSAs) 등 여러 형태가 있으며 이 중 HSAs는 가장 최근에 도입된 것으로 의료비용을 대비한 개인별 ‘건강저축계정’ 임.
- 미국의 연방정부가 MSAs를 도입하고자 하였던 목적은 다보험자 방식의 민간의료보험 시장에서 의료비용을 절감하기 위함이었으나 MSAs 제도가 기대했던 것만큼 의료비용 절감에 있어서 효과적이지 못하다는 평가를 받고 있음.

□ HSAs의 주요 내용

[그림] HSAs의 기본구조(직장 제공 시의 경우)



자료: 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, p.18.

- 이 계정에 대한 사용은 65세 미만의 경우 원칙상 적격한 의료지출로 한정되어 있으며 이 지출 항목으로는 본인 및 가족의 진찰비나 약제비 등이 포함되어 있음.
- 이외의 목적으로 사용하는 경우 통상적인 소득세에다 10%의 벌칙세금이 부과되며, 65세 이후에는 여타 용도로 사용하더라도 벌칙세금이 부과되지 않고 통상적인 소득세만 부과되고 있음.

□ HSAs의 도입 후 변화

- 지난 2004년부터 도입되기 시작한 HSAs는 2005년 말 현재 320만 명이 가입하고 있으며, 2006년 말 현재 HSAs 계좌 수는 2005년의 110만 개 (\$12억)에서 360만 개(잔액 \$51억)로 급증하였음.
- 2005년 말 현재 적격보험 가입자 중 31%가 이전까지 무보험이었던 개인에 의한 신규 가입이었고, 33%가 종업원 의료보험이 없었던 소규모 사업주의 제공으로 이루어 졌음.
- 적격보험 가입자 전원이 HSAs에 대한 적립을 행하고 있지는 않는데, 2004년 말 현재 자금 내지 인식 부족 등으로 인해 가입자의 약 55%가 적립을 하지 않고 있음.

3. 외국 의료저축계정의 시사점

□ MSA로부터 시사점

- 비용의 효율적 분산과 도덕적 해이의 방지 : MSA는 비용부담이 큰 질환은 보험으로 해결하지만 비용부담이 상대적으로 작은 질환에 대해서는 도덕적 해이를 방지하기 위하여 본인이 직접 지불하게 하거나 개인의 저축으로 해결하도록 함으로써 전통적인 사회보험에 비해 비용이 훨씬 효율적으로 분산될 수 있음.
- 노령화에 대비 : 현행 횡단면 위험분산(Cross-Section Risk Pooling) 보험의 경우 노령화에 의해 의료비용이 증가하면 보험재정에 치명적인 타격을 줄 수 있으나 MSA제도하에서는 개개인이 자신의 노후를 대비해 의료비용을 저축하고, 저축금으로 노후의 의료비를 감당함으로써 문제를 해결할 수 있음.

□ MSA에 대한 Pros and Cons

- Pros

<의료비용에 대한 효과>

- 소비자가 서비스에 대한 비용을 직접지불하기 때문에 보다 신중하게 서비스를 이용하므로 의료비 지출 감축
- 따라서 보험료 인하
- 의료비를 지출하지 않으면 플러스 개인 계정을 갖을 수 있어 젊고 건강한 사람들은 미래의 위험을 대비해서 기금을 적립할 수 있음.

<접근성에 대한 효과>

- 예방이나, 현재 급여가 되지 않은 비급여 부문에 대한 접근이 늘어 날 수 있으나 일부 저소득층의 경우 잔고를 증가시키기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려가 있음.
- 고용관계가 변하더라도 개인계정은 계속 유지

<의료의 질에 대한 효과>

- 소비자가 의료서비스에 대한 구입을 직접 자기비용으로 선택함으로써 정보를 갖춘 소비자군이 늘어나게 되고 이로 인하여 의료기관간 경쟁 체계가 도입되면 의료의 질과 효율성이 개선됨.
- 보험자의 역할이 제한됨으로써 소비자와 공급자간 관계가 직접적이어서 소비자의 권익을 증진시킬 수 있음.

<관리비용에 대한 효과>

- 소비자가 서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 의사들의 청구 및 행정에 따른 비용 감소
- 의료소비가 의료서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 부당청구 감소

- Cons

<의료비용에 대한 효과>

- 불필요하고 비효율적인 서비스를 구입하여 의료비 절감효과가 크지 않을 것임.
- 개인계정에 잔고가 많게되면 의료서비스를 구매하는데 훨씬 덜 비용의 식적이 될 것임.
- MSA의 도입은 세금감면을 수반함으로 세수의 손실이 발생하여 국고 지원 감축의 원인 제공

<접근성에 대한 효과>

- 잔고가 부족한 사람들은 의료서비스에 대한 접근이 줄어들 수밖에 없음.
- Cross-sectional risk pooling에서 intertemporal risk pooling으로 바뀌는 것 자체가 역선택의 문제를 내포하고 있음.

<의료의 질에 대한 효과>

- 의료소비자들의 정보는 제한적일 수밖에 없기 때문에 MSA의 도입이 보다 나은 의료의 질을 제공하는 것은 어려움.
- 소비자들이 의료의 질보다는 가격에 민감하게 반영할 것이기 때문에 질의 제고와 상관이 없음.

<관리운영 비용에 대한 효과>

- 공급자들이 Deductible에 해당하는 비용을 보험자에게 증명해야 하므로 운영비 절감 한계
- 소비자들은 Deductible의 내역을 증명하는 정확한 기록을 보관하고 있어야 함.

V. 건강보험의 틀 개편 방안

1. 의료보장의 다층 시스템 구축

□ 기본원칙

- 의료보장에 있어서 사회적 책임과 개인적 책임의 균형 확보
- 의료보장의 다층화, 재원의 다원화, 소비자의 선택을 존중
- 기초적인 의료위험의 보장성을 확보하고, 재정안정성을 확보

[그림] 다층 의료보장체계의 구성

3층	Major Risk	重症질환 (고액진료비)	조세
2층	↑	中症 질환 (간단한 입원 및 고액외래)	보험료
1층	↓	輕症 질환 (소액진료비)	의료저축
건강증진	Minor Risk	생애주기별(유아, 청소년, 중장년, 노년) 건강관리 프로그램 ¹⁾	조세
		보장대상	재원조달방식

주: 1) 예방접종, 영양, 운동, 성생활, 스트레스, 흡연, 음주, 마약, 환경호르몬, 혈당, 콜레스테롤 등에 대한 관리를 통하여 국민의료비 절감

□ 개편의 틀

- 1층보장: 가벼운 경질환에 따른 소액진료비를 가족단위의 의료저축계정으로 보장
- 2층보장: 간단한 입원 및 고액 외래를 위하여 보험료로 조달하는 사회보험제도 유지

- 3층보장: 고액진료비가 소요되는 중증질환에 대해서 조세를 통하여 재원 충당

□ 기대효과

- 중증질환으로 인한 고비용 진료를 보장하게 됨에 따라 가계의 재정파탄을 방지함으로써 보장성 강화
- 소액질환에 대한 의료저축제도의 도입으로 의료이용자들의 비용의식 제고로 의료남용 방지

□ 3층체계 보완을 위한 고려사항

- 저소득층과 노인 및 영유아 보유 가계 등의 의료보장을 위하여 의료저축 적립액 중 일부를 공동기금으로 활용하거나 사회보험료 또는 조세재원에서 일부를 공동기금으로 조성
- 비용지불방식을 진료비 총액목표제로 전환하여 공급자측의 비용상승 가능성을 억제
- 저소득층이 저렴하게 이용할 수 있는 공공보건의료시설을 대폭 확충하여 이들의 의료수요를 수용

VI. 결 론

□ 현행 건강보험 체계는 지속가능성에 한계

- 2008년 11월 현재 누적적립금은 약 2조 원을 상회하고 있으나 이는 1개월 급여비에 미달
- 최근 경제위기에 의해 의료수요가 잠재되어있다고 보면 경제회복과 더

32 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

불어 잠재된 수요가 폭발할 수 있음.

- 수입증가속도보다 지출 증가속도가 훨씬 빠른 현행 건강보험 재정구조는 건강보험의 지속가능성 위협
- 전례 없는 고령화 속도, 보장성 강화에 대한 국민적 욕구, 신 의료기술의 발달, 상병구조의 다각화 등 재정 불안 요인이 즐비한 상황은 향후 보다 심각한 재정 위기를 불러올 가능성이 큼.

□ 추계 결과

- 2010년의 경우 약 38.35조원의 지출이 이루어지고 이를 감당하기 위해서는 국고지원(담배부담금 포함)이 약 6.39조원, 보험료가 약 32조원 필요
- 32조원의 보험료를 각출하기 위해서는 년평균 약 6.17%⁴⁾의 보험료율이 인상되어 2010년에 소득의 약 5.71%가 건강보험 보험료가 될 것임.
- 2015년에는 약 80.26조원이 필요하여 2006년에 비해 약 3.58배 규모로 증가

□ 사회보험 방식의 의료보험제도를 채택하고 있는 국가들은 예외 없이 모든 나라가 재정불안에 시달리고 있음.

- 우려되는 것은 이러한 문제를 해결코자 시도된 여러 가지 방안들이(지불 방법의 변화, 본인부담률 인상, 공급의 제한, 급여범위의 축소, 의약품 통제 등) 성공적으로 정착하지 못하고 있음.
- 우리나라 역시 재정안정을 도모코자 여러 가지 방안들이 시도되어 왔지만 눈에 두드러진 효과를 보이지 못하고 있음.

□ 장기적이고 근본적인 재정안정대책

- 국민건강보험이 공보험으로서의 필수적인 역할을 수행함과 더불어 의료

4) 보험료 부과기반이 매년 평균 8%인상될 것으로 가정하여 추계함.

시장의 자율, 소비자의 책임과 선택을 조화시키는 방안 강구

－ 보장의 다층화와 재원의 다원화 필요

- 공보험으로써의 건강보험이 고액진료비 발생에 충분하고도 적극적으로 대처함으로써 보장성을 확보
- 고도의 질병위험비용 발생에 대해서는 국가조세재원으로 대처
- 단순한 입원이나 고액 외래 비용에 대처하여서는 현재와 같은 사회보험료로 재원 조달
- 소액진료비에 대해서는 가입자들 스스로의 건강에 대한 주의와 책임을 강화함으로써 가족단위별 저축계정을 통하여 지불

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라에 건강보험이 도입된 지 30여 년이 지난 오늘날 우리나라 건강보험체계는 일대 전환기에 놓여 있다. 2000년 7월부터 종래에 개별적으로 분리 운영되어오던 직장조합이 공무원·교직원 및 지역가입자와 통합되어 완전히 하나의 거대 보험자 집단으로 태어났다. 동시에 의약분업 또한 2000년 7월부터 시행되어 우리나라 건강보험 역사상 그 유래를 찾아보기 힘든 일대 변혁이 일어났었다. 그 근거에는 사회통합, 형평성 등을 주장하는 당시 정권과도 맥을 같이하고 있었다. 2008년 2월부터 새로운 정부가 탄생했다. 새로운 정부는 시장친화적인 정책이 필요함을 역설하고 있다. 능동적 복지의 기치아래 맞춤형 복지, 예방적 복지, 보편적 복지를 지향하고 있다. 건강보험도 이러한 틀을 비껴갈 수 없다. 요양기관의 당연지정제도, 민간보험과 건강보험과의 관계, 공급자의 이윤추구, 보건의료체계의 개방 등 건강보험제도의 근간을 흔들만한 내용들이 다시 검토되고 있거나 향후에 논의될 것으로 판단된다. 이런 제반문제의 근거에 보험진료비의 급증 즉, 보험재정 문제가 핵심으로 자리 잡고 있다는 것은 주지의 사실이다.

보험진료비에 대한 동향은 제도의 지속가능성과 직접적 관계가 있기 때문에 그 어떤 사안보다 관심이 높을 수밖에 없다. 최근 미국발 금융위기가 온 나라를 뒤덮고 있다. 금융위기는 실물위기로 전환될 것이란 전망이고 개별 가구의 입장에서 이는 소득의 감소로 이어질 것이다. 소득감소는 의료욕구를 해결하는 데 지장을 초래하게 되고 특히 저소득 취약계층

은 그 정도가 훨씬 심각할 것이다. 우리는 1997년도에 유사한 경제위기를 겪었다. 외환위기로 국민경제가 파탄지경에 이르고, 경제성장률이 마이너스를 기록하였다. 그러나 보험진료비의 증가행진은 멈추지 않았고, 이에 반해 보험료수입 증가율은 감소할 수밖에 없었다. 당연한 결과로서 재정적자가 발생하였고, 건강보험제도의 안정에 위기의식이 확산되었다. 1997년 IMF 경제위기이후 우리나라는 국민경제로서도 크나큰 시련이었으나, 건강보험제도사에도 길이 기억될 기간이다. 소득수준이 떨어져 부담능력은 줄어들어도 진료비는 줄지 않는다는 사실을 확인할 수 있었고, 그만큼 보험재정관리가 난제임을 보여준 기간이었다. 이 와중에서 진료비는 억제되어야 할 무엇이라는 인식이 확산되었다. 재정적 보전이 되지 않는 진료비 지출증가는 당위성 여부를 떠나 유지가 불가능하다는 경제적 원인에서 출발하지만, 내면에는 다양한 형태와 다방면에 걸친 문제의식들이 혼재되어 있다.

2008년 새롭게 다가온 미국발 금융위기는 실물경제에 파급될 것으로 예측되고 이는 국민소득을 낮출 것이다. 소득과 의료이용사이에는 밀접한 관련이 있는 것으로 그 동안의 연구결과⁵⁾들이 보여주고 있다. 그러나 경기침체가 어느 정도 회복되면 그 동안 잠재되어있던 의료수요가 폭발한다. 1998년 IMF 경제위기에서도 똑같은 경험을 했다. 소득 감소에 의해 일시적으로 진료비가 줄 수 있느냐 이는 지극히 일시적인 현상이다.

건강보험은 2001년 보험재정위기 이후 급격한 변화를 겪었다. 재정위기 극복을 위해 진찰료·처방료 통합, 차등 수가제 도입 등 비용 절감을 위한 다양한 정책들이 시행되었다. 덕분에 예정보다 2년이나 앞당겨 재정수지 균형을 회복하였고 그 이후 보장성 확대라는 국민의 기대에 부응하여 최근 급격히 보장성이 확대되었다. 3대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계)에 대한 본인부담이 인하되었고, MRI, CT, PET가 급여화 되었고, 6세

5) 신영석 외 “진료비 증가요인 분석”, 한국보건사회연구원, 1999.

미만 아동에 대한 입원 본인부담이 없어졌고⁶⁾식대가 급여화 되는 등 2004년 이후 보장성확대가 급격히 이루어졌다. 보장성 확대는 반드시 비용을 동반한다. 반면 내년도 보험료는 경제위기 때문에 동결하는 것으로 결정되었다. 건강보험의 재정상태에 적신호가 오고 있다는 것을 의미한다.

따라서 본 연구는 그 해결책을 모색하는 경로를 추적하여 궁극적으로 해결 가능한 방법이 있는 지, 있다면 그것은 무엇인지에 대하여 논의하고자 한다. 향후 우리나라 국민건강보험이 지속가능할 수 있도록 건강보험 체계의 개편에 대해서 논의 하고자 한다.

2. 연구의 범위 및 방법

본보고서는 건강보험의 재정수지 추이를 살펴보면서 향후 건강보험 재정전망을 하고자 한다. 국민의료비를 먼저 예측한 다음 국민의료비속에서 건강보험의 보장성 변화에 따라 건강보험의 재정 변화가 어떻게 나타날지 살펴보고자 한다. 필요한 재정소요량을 예측하고 이를 우리 국민들이 부담할 수 있는지 여부를 검증할 것이다.

현재까지 OECD 선진국을 비롯 거의 모든 나라들이 건강보험의 재정을 안정적으로 운용하고 있지 못하다고 알려져 있다. 사회보험, 민간보험, NHS 방식을 막론하고 거의 모든 나라들이 보험 재정안정을 위해 총력을 경주하고 있다. 그럼에도 불구하고 아직 성공적인 것으로 알려져 있는 나라는 없다.

본보고서에서는 우리나라와 비슷하게 사회보험을 운영하고 있는 독일, 프랑스, 일본, 대만 등의 경험을 살펴보고 그나마 재정을 건전하게 운영하고 있는 것으로 알려진 싱가포르의 제도를 살펴보고자 한다. 이들의 경험

6) 최근 도덕적 해이 문제 등을 예방하기 위해 본인부담율을 10%로 다시 인상하였음.

이 우리에게 주는 시사점이 무엇인지, 그들의 제도를 우리에게 접목시킬 수 있는지 여부를 탐색해보고자 한다.

외국의 경험과 우리나라 건강보험의 재정전망을 토대로 우리나라 건강보험 체계 개편을 모색해보려 한다. 현재의 보험방식이 우리나라 국민의 의료보장을 담보하는데 효율성, 형평성, 제도의 지속가능성 측면에서 적절한지 검토하고, 현행 방식의 타당성이 부정된다면 새로운 보험체계를 구상하려 한다.

국민의료비의 추정 및 건강보험의 재정전망을 위해 계량경제학적, 통계적 방법이 사용될 예정이고 보험체계 개편을 위해서는 모의실험이 실시될 것이다. 외국의 사례는 현지출장, 문헌고찰 그리고 웹사이트 추적이 실시될 것이다.

본보고서는 제 2장에서 건강보험의 재정추이를 분석하여 향후 20년의 재정전망을 해보고 이를 토대로 제도의 지속 가능성을 검증할 것이다. 3장에서는 외국의 경험, 최근의 개혁동향을 알아보고 이를 토대로 우리에게 주는 시사점을 탐색할 것이다. 4장에서는 앞에서 논의된 내용을 토대로 향후 우리나라 건강보험의 체계 개편 방안을 모색할 예정이다. 5장의 결론을 끝으로 본보고서를 종결하고자 한다.

Ⅱ. 건강보험의 재정추이 및 전망을 통한 제도의 지속가능성 검토

1. 국민의료비 추이⁷⁾

2005년의 국민의료비는 48.1조원으로 GDP의 5.9%에 해당하는 수준이었다. 우리나라의 ‘GDP 대비 국민의료비’와 1인당의료비는 OECD 국가 중에서 낮은 편에 속한다(그림Ⅱ-1). 우리의 1인당의료비 또한 OECD 국가 중 터키, 멕시코, 슬로바키아, 폴란드 다음으로 낮았고, OECD 평균의 절반 수준이었다. 1인당GDP도 낮은 편인데다가 GDP에서 차지하는 국민의료비의 비중도 낮아서 1인당의료비의 절대액 자체가 낮게 된 것이다. GDP 대비 국민의료비 비율이 ‘국민의 부담능력에 비추어본 의료에 대한 국민의 총체적 지불의사(willingness to pay)’라는 점을 고려하면, 이러한 낮은 의료비에서 우리 국민의 의료에 대한 지불의사가 다른 나라에 비해 높지 않음을 알 수 있다.

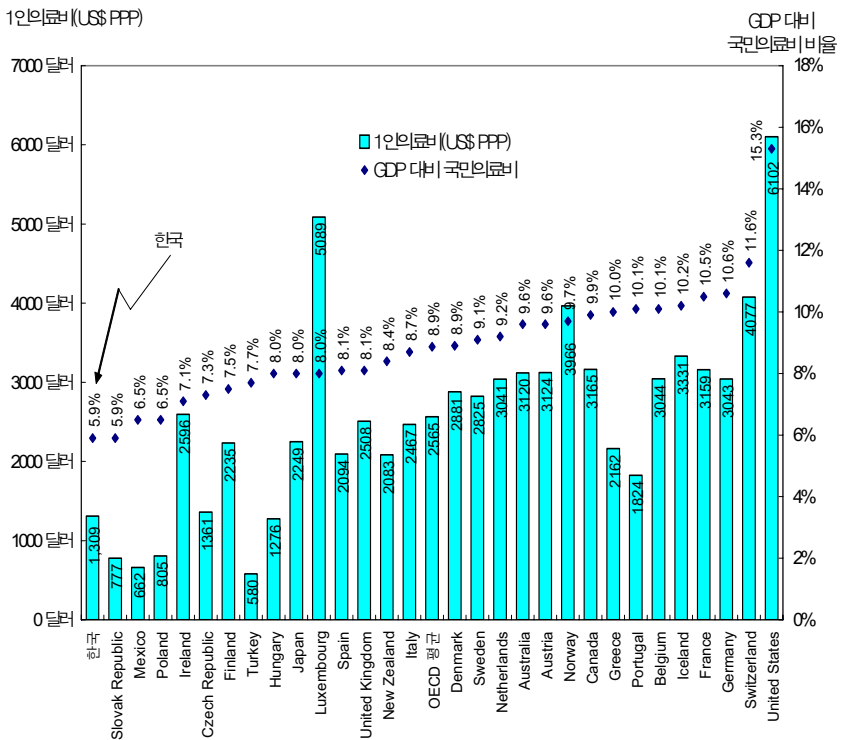
아직 낮은 수준이지만 그 동안 건강보험이 확대되는 과정에서 우리나라 국민의료비의 규모는 비약적으로 커왔다. 1985년 3.9조원에 불과하던 것이 20년 후인 2005년에는 그 12배 이상인 48.1조원으로 증가한 것이다. 잠정치이긴 하지만 2006년에는 국민의료비가 54조원에 달할 것으로 전망된다.

무엇보다 주목되는 것은 국민경제에서 차지하는 국민의료비의 비중이 최근 두드러지게 커지고 있다는 점이다. 1990년대 중후반까지는 국민의료

7) 정형선 의 미래전략위원회 보고서(2007)에서 재인용

비의 對GDP 비율이 줄곧 4%를 갖 넘는 수준이었는데, 후반부에 들어서 빠르게 늘어나기 시작하여 2001년에는 5.4%로 급격히 증가했다. 2-3년 잠시 주춤하기도 했으나 2005년 5.9%로 급격히 늘어났으며 2006년에는 6.4%까지 커질 것으로 예측되는 상황에 이른 것이다.

[그림 II-1] OECD 국가의 국민의료비 비교



자료원: - OECD Health Data 2006 (Oct). 2004년 수치. 단, 벨기에, 일본 및 슬로바키아는 2003년, 덴마크는 2002년
 - 한국은 OECD Health Data 2007의 2005년 수치

〈표 II-1〉 국민의료비와 GDP의 추이, 1985-2006

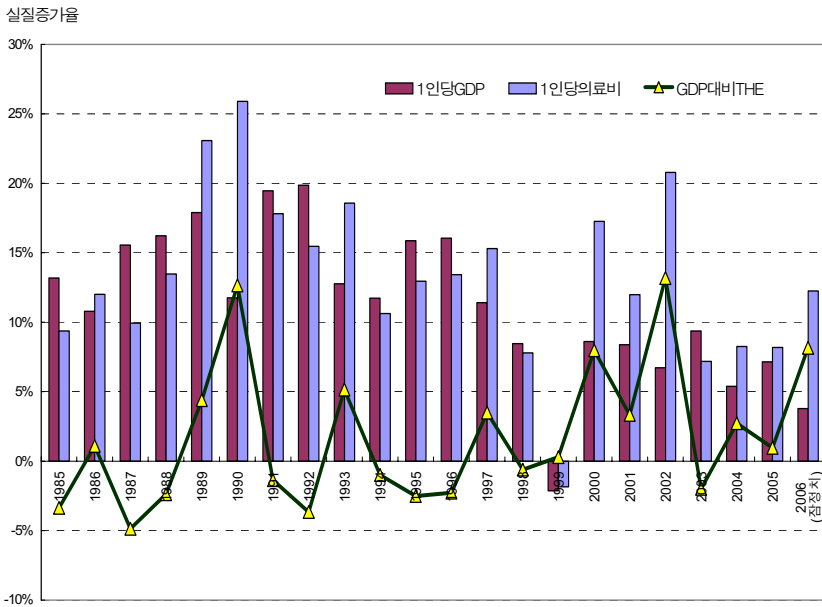
구분	국민의료비	GDP	국민의료비 / GDP
1985년	3.4	84.1	4.0%
1990년	8.1	186.7	4.3%
1995년	16.5	398.8	4.1%
1999년	24.5	529.5	4.6%
2000년	27.6	578.7	4.8%
2005년	48.1	810.5	5.9%
2006년(잠정치)	54.0	847.9	6.4%

1980년대와 1990년대에 국민의료비의 증가율이 두 자리 수를 보였음에도 對GDP 비율이 4%를 갖 넘는 수준에 머물렀던 것은 의료비 증가에 못지않은 경제성장에 힘입은 바 크다. 하지만 1998년 외환위기를 계기로 이러한 경향이 바뀌게 된다. 외환위기 동안 국민의료비의 감소는 경제 규모의 감소만큼 이루어지지 않았고, 그 후 몇 년간 경제의 회복 속도보다 국민의료비의 증가 속도가 훨씬 빨랐다. 한편으로 의약분업을 계기로 한 수가 인상 등에 기인한 의료비 증가도 이러한 증가에 한 몫 했다(Jeong, 2005). 최근에는 건강보험급여의 확대 등을 계기로 국민의료비의 증가 속도가 경제규모의 증가 속도를 크게 웃돌고 있다. 2005년의 증가율은 12.5% 이었고, 2006년의 증가율도 이와 비슷한 규모를 유지할 것으로 추정된다.

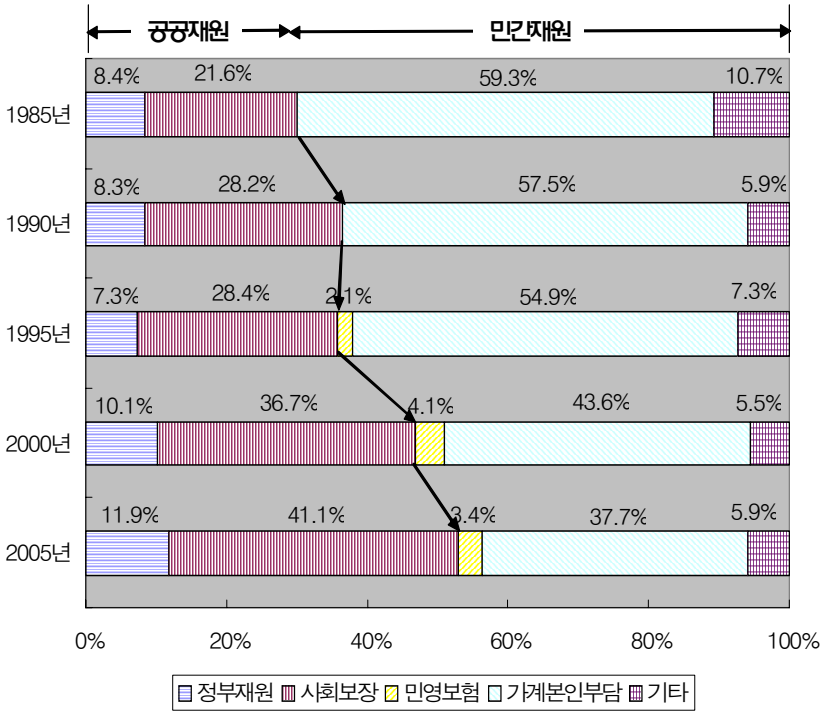
건강보험의 재정추이를 살펴보기에 앞서 전체 국민의료비의 재원별 구성양태를 살펴볼 필요가 있다. 우선 크게 공공재원과 민간재원으로 구분해 보면, 공공재원의 비중은 건강보험의 확대와 더불어 대폭 증가했다. 80년대 중반 30% 수준이던 것이 90년대 중반에는 36%로 늘었고 다시 2005년에는 53%로 늘었다. 이러한 비약적인 증가에는 1990년대 중반 이후의 보험급여 확대와, 2000년 의약분업에 따른 의약품의 건강보험 급여화의

영향이 결정적이었다. 좀 더 세부적으로 보면, 공공재원의 증가는 대부분 ‘사회보장(대부분은 건강보험) 재원’의 증가에 기인한다. ‘정부재원’의 증가도 대부분 의료급여(보호)의 확대에 기인한 것이므로, 우리나라 국민의료비의 공공재원의 증가는 대부분 건강보장 재원의 확대에 따른 것으로 보아도 무리는 없을 것이다.

[그림 II-2] 1인당소득과 1인당의료비의 변화, 1985-2006



[그림 II-3] 국민의료비 자원 구성의 추이



2. 건강보험 재정 추이

건강보험 재정의 건전성은 수입으로서의 재원조달 규모와 지출로서의 급여 규모에 의해서 결정된다. 급여의 증가에도 불구하고 이를 뒷받침할 재원조달이 큰 부담 없이 원활히 이루어진다면 급여의 증가 자체가 문제가 되지 않는 것이다. 하지만 건강보험의 재원조달을 위해서는 일반 경제에 부담이 있게 되고, 이러한 부담이 감내할 수준을 넘게 되면 제도의 지속가능성(sustainability)이 문제가 된다. 최근 건강보험급여를 위한 지출이 급증함에 따라 건강보험제도의 지속가능성이 논의되고 있다.

‘국고지원’과 ‘담배부담금지원’을 포함한 전체 건강보험 재정수입은 꾸준히 증가해 왔다. 전체 재정규모의 평균증가율은 2000년대에 17.8%로 1990년대의 평균증가율 14.8%를 능가하고 있다. 하지만 직장과 지역의 건강보험 가입자가 보험료로서 납부하는 순수보험료율은 OECD 국가 중 가장 낮은 편이다. 우리의 건강보험제도에서는 순수보험료만으로 부족한 재원은 정부지원금으로 충당해 왔다. 정부지원금을 좀 더 세부적으로 보면, 최근의 정부지원금의 증가는 사실상 담배부담금의 증가에 따른 것임을 알 수 있다. 국고지원 자체는 비슷한 수준을 유지하고 있다. 2001년 국고지원금이 전체 건보재원의 23.2%이던 것이, 2002년부터 담배부담금이 건강보험의 재원으로 들어오기 시작하면서 2002년 21.8%, 2003년 20.1%, 2004년 18.4%, 2005년 18.0%, 2006년 17.0%, 2007년과 2008년 14.8%로 그 비중이 계속 줄어들고 있다. 반면에 담배부담금은 2008년 현재 전체 건보재원의 3.8%, 건보에 대한 전체 정부지원액의 25.4%를 구성하고 있다.

보험급여비는 2000년대에 연평균 15.9% 증가했다. 의약분업으로 인한 급격한 급여의 증가 이후 보험료 및 국고지원을 늘려 건보수입과 지출의 간극을 메웠으며, 다시 보험재정이 안정되자 2005년 이후의 보장성 강화 정책이 시행되었고 이는 다시 추가적 재원을 필요로 하고 있다. 이와 같이 보험료와 보험급여비의 관계를 보면 보험급여의 증가가 선행하고 뒤이어 보험료의 증가로 이를 충당하는 추세가 계속되고 있음을 알 수 있다. 보험급여비의 증가는 크게 전체 의료비의 증가와 그러한 의료비 중 보험자 부담비율의 증가로 구성된다. 여기서의 건강보험 전체 의료비란 건강보험 요양기관에서 이루어지는 비급여본인부담을 포함한 전체 의료비를 말한다. 후자인 보험자 부담비율은 앞에서 살펴본 건강보험의 보장성 즉, 건강보험급여율과 같은 의미이다.

1990년대 중반까지 흑자를 계속하던 보험재정은 1996년 이후 당기적자로 돌아섰다. 1990년대 중반까지 계속적으로 흑자를 기록하고 1995년 말

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

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

의약분업 시행 직후인 2001년에는 1.9조원의 당기적자가 발생하여 과거의 누적적립금이 전부 바닥나고 단기차입에 의존하는 사태에까지 이르게 되었다. 이를 해결하기 위해 2001년과 2002년에는 보험재정을 위한 각종 긴급처방책이 나왔고 정부지원금이 확대되었다. 이에 힘입어 건강보험은 일시 흑자재정을 유지하기도 했다. 하지만 실제로 순수한 의미의 당기수지 즉, '순수보험료 대비 보험급여비'는 항상 적자를 면치 못하고 있다. 2001년의 그나마 완화된 재정적자, 2002년 이후의 수지균형 내지 당기이익으로의 급격한 전환에는 순수보험료 수입의 증가 외에도 이러한 정부의 추가적 지원이 한몫했음은 앞에서 본 바와 같다. 정부지원금은 그 뒤로도 2008년 4.0조원까지 계속 확대되었다. 하지만 지속적인 보장성 확대정책은 건강보험 재정을 흔들고 있다. 이는 현행방식의 재원조달, 급여수준, 지불

방식 등으로는 제도의 지속가능성에 한계가 있음을 알 수 있게 한다.

3. 건강보험 재원 조달 체계 평가

2007년부터 새롭게 시작된 국민건강보험법에 의하면 보험료가 전체재정의 83.3%, 국고지원이 11.7%, 그리고 담배부담금이 나머지 5.0%를 담당하도록 되어있다. 현행 건강보험 재원조달 체계를 항목별로 나누어 평가하고자 한다.

가. 보험료

현행 보험료 부과체계는 직장(사업장) 가입자와 지역가입자로 이원화 되어있다. 직장가입자의 보험료는 일정기간 지급받는 보수에 정률의 보험료를 곱하여 산정된다. 지역가입자는 보험료 부담능력을 나타내는 부과표준소득점수에 점수 당 금액을 곱하여 산출된다. 세대당 부과표준소득점수는 각세대원의 소득(평가소득)점수와 재산점수 그리고 자동차점수의 합으로 결정된다. 과세소득기준으로 500만원을 초과하는 세대에게는 과세소득을, 500만 원 이하 세대에게는 성, 연령, 재산, 자동차를 고려한 평가소득을 기준으로 산정된다.

위와 같은 현행 보험료 부과체계는 몇 가지 관점에서 문제점을 내포하고 있다. 첫째, 전 국민 단일보험체계에서 부과체계가 이원화되어있다는 점이다. 2002년 재정통합을 끝으로 건강보험이 완전히 단일보험체제로 거듭 태어났으나 부과체계는 아직도 직장가입자와 지역가입자로 이원화 되어있다. 따라서 직역간 이동시 보험료 차이가 현격하다. 특히 실직에 의해 소득이 감소함에도 재산 등의 이유로 보험료가 증가하는 문제가 발생하고 있다. 또한 지역가입자 내에서도 과세소득 500만원을 기준으로 부과 기준

이 다르게 적용되고 있다.

둘째, 형평성이 결여되어 있다. 직장가입자에게는 근로소득을 기준으로 부과하고 있으나 지역가입자에게는 소득 파악이 되지 않기 때문에 소득, 재산, 자동차, 성, 연령을 부과요소로 적용하고 있다. 직역간 부과 요소가 다르기 때문에 근본적으로 부담의 형평성이 결여되어 있다. 직역간 자격의 차이가 존재한다. 직장에서는 소득원이 있는 사람만 피보험자 자격을 갖고 소득요건과 자격요건(피부양자 인정기준)을 만족하는 모든 사람은 피부양자 자격⁸⁾을 획득하여 보험료 부담을 면제받고 있으나 지역에서는 모든 세대원이 피보험자 자격을 갖게 되어 보험료를 부담하고 있다. 즉 직장가입자는 근로소득이 있는 자와 그를 사용한 자가 보험료를 부담하고 직장가입자의 피부양자는 보험료 부담 의무가 없는 반면 지역가입자는 전 세대원에게 보험료 부담 의무가 발생하며 연대책임이 있다. 직역간 소득 산정 기준에도 차이가 있다. 직장가입자는 근로소득만을 부과기준으로 적용하고 있으나 지역가입자는 종합소득(이자소득·배당소득·부동산소득·사업소득·근로소득·일시재산소득·연금소득·기타소득)을 사용한다. 또한 직장가입자의 근로소득은 소득수준의 왜곡 없이 실질소득이 반영되는 반면, 사업소득은 필요경비를 제외하여 산정하고 있다. 특히 직장 피부양자의 경우 사업소득과 임대소득만으로 소득유무를 판단하므로 고액의 금융소득(이자 및 배당소득)이 있는 자도 피부양자로 등재될 수 있다. 직장가입자에게는 근로대가로 받는 보수만 부과 기준으로 적용되기 때문에 임대소득, 금융소득 등 기타 소득이 많은 집단과 일반 직장인간 형평성이 결여되어 있다.

셋째, 현행 부과체계는 너무 복잡하다. 지역보험료의 부과체계는 과세 소득 500만원을 기준으로 복층구조로 이루어져 있고 산정절차도 복잡하며

8) 피부양자 인정 기준: “사업자등록이 되어 있지 않은 자로서 소득세법 제4조 제1항 제1호의 규정에 의한 종합소득 중 사업소득과 임대소득의 년간 합계액이 500만원 이하인 자”

부과 근거도 명확하지 않다. 각 부과요소별로 산정된 종합점수를 다시 부과표준소득점수표에 적용시켜 최종보험료를 산정함으로써 개인별로 보험료를 산정할 수 없다. 따라서 세대원의 전출·입에 따른 보험료 변동 등에 관한 민원에 대해 국민을 이해시키기 어렵다.

위에서 제기한 보험료 부과체계의 문제점들이 단기간 내에 수정·보완되어 향후 지속적으로 적용가능한 지 여부를 이론적 타당성, 재원확보의 지속가능성, 부담 능력의 측정 관점 및 부과 요소의 동일한 적용측면에서 검토하고자 한다. 사회보험의 3대 원칙으로 사회연대성(Social Solidarity), 형평성(Equity), 그리고 소득분배(Income Distribution)를 들 수 있다.

미래의 예측할 수 없는 건강 위험을 사회구성원이 부담 능력에 따라 연대하여 재원을 마련하고 있다는 측면에서 현행보험료 부과체계는 사회연대성 원리에 충실하다고 할 수 있으나 부담 능력을 제대로 구별하는지 관점에서는 다소 논란이 있을 수 있다. 형평성 측면에서는 앞에서 적시한 대로 단기간에 해결하기 어려운 한계를 노정하고 있다. 직역간 부과체계가 이원화되어있고 직역내(직장내, 지역내)에서도 소득의 일부(금융소득 등)가 누락되는 등 현행부과체계는 형평성이 결여되어 있다. 소득분배측면에서 현행부과체계는 부담능력에 따라 누진적으로 설계되어있기 때문에 일정부분 소득분배 기능을 하고 있으나 누진정도가 적정한지 여부와 보험료 상한선의 존재여부 측면에서 논란의 여지가 있다. 어떠한 부과체계도 완벽하게 설계될 수 없다. 그러나 사회구성원이 최소한 동의할 정도의 수준은 유지해야한다. 사회연대성과 소득분배 측면에서 현행 부과체계는 기본 원리에 충실하다할 수 있으나 형평성 측면에서는 많은 문제점을 노정하고 있다. 따라서 이론적 관점에서 현행 부과체계는 지속 가능하지 않다.

재원확보의 관점에서도 현행 부과체계는 지속 적용하기가 용이하지 않다. 2007년부터 새롭게 시작된 현행 건강보험법에서는 전체 재정의 83.3%(국고지원 및 담배부담금 16.7% 제외)를 보험료로 충당하도록 되어

있다. 건강보험법상 직장가입자는 소득의 8% 범위 내에서 보험료를 납부하도록 되어있으며 2007년 현재 4.77%의 보험료율이 적용되고 있다. 2007년 기준 약 26조원의 재정이 소요되고, 이 중 약 3.7조원이 국고지원(건강담배부담금 포함)으로 충당되었다. 나머지 중 약 21.7조원이 보험료로 충당되었다. 약 21.7조원의 보험료 중 73%인 약 15.8조원이 직장가입자 부담이 되며, 약 16.5조원⁹⁾이 소득 부과요소로부터 충당된다. 반면 세계적으로 유래없는 고령화 속도, 보장성 강화에 대한 국민적 욕구, 비용 조장적 지불제도 등을 고려하면 향후 급속한 재정의 증가¹⁰⁾가 불가피할 것으로 예상된다. 국민의료비 추계에 의하면 건강보험 총지출은 2015년에 약 80조원에 이르러 2007년보다 3배 이상 대폭 증가하게 되고, 따라서 보험료 수입은 년 평균 약 15% 이상씩 증가하여야 한다. 즉 새로운 재원 발굴이 없으면 재정 측면에서 현행 부과체계는 급증하는 건강보험 재정 규모를 감당하기 어렵다.

부담 능력의 측정 관점 및 부과 요소의 동일한 적용측면에서도 현행 부과체계는 지속·유지하기에 한계가 있다. 직·역간 공통적으로 보유한 부과요소에도 불구하고 가입자 유형에 따라 선택적으로 적용되고 있는 근거와 논리가 취약하다. 직장가입자와 지역가입자 모두 근로소득, 종합소득, 재산, 자동차, 성·연령의 부과요소를 보유하고 있으나 직장가입자에게는 근로소득만 부과요소로 활용되고 지역가입자는 모든 요소가 적용된다. 또한 직장가입자의 보험료는 일부 비과세되는 소득을 제외하고 근로의 제공으로 인해 받은 일체의 금품을 대상으로 산정되는 반면, 지역가입자의 보험료 부과대상인 종합소득은 필요경비 등을 공제한 금액을 부과대상으로 하므로 직역간 부과요소로써의 소득이 차별적으로 적용되고 있다. 금융소득, 임대소득, 양도소득 등이 부과 기준에서 배제됨으로써 실질적인

9) 지역가입자 분 포함

10) 2006년에는 건강보험 총지출이 전년대비 11.4% 증가하였다.

부담능력에 의해 부과되고 있지도 못하다. 직역간 부과요소의 차이를 해결하지 않고 향후 계속 현행 부과체계를 적용하기가 쉽지 않을 것이다. 지역가입자의 낮은 소득보유율과 종합소득에 대한 신뢰성에 대한 보완자료로서 재산을 활용하고자 한다면 직장가입자에게도 동등한 부과요소를 적용해야하고, 재산이 소득의 추정변수로 사용하기 적합하지 않는다면 지역가입자에게도 소득만을 부과요소로 활용해야한다. 따라서 현행 부과체계는 부담 능력의 측정 관점 및 부과 요소의 동일한 적용측면에서 지속가능하지 않다 할 수 있다.

나. 국고지원 및 건강증진기금(담배부담금)

국민건강보험법에 따르면 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원하고 보건복지부 장관은 2011년 12월까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이내에서 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하도록 되어있다. 국고로 지원된 재원은 보험급여, 관리운영비, 보험료 경감에 사용할 수 있고 건강증진기금에 의해 지원된 재원은 건강검진 등 건강증진에 관한 사업, 흡연으로 인한 보험급여 그리고 65세 이상 노인에게 대한 급여에 사용할 수 있도록 되어있다.

2007년부터 새롭게 적용된 국민건강보험법에서 국고지원 방식이 지역재정의 50%(국고지원 40% +건강증진기금 10%)에서 전체 보험료 수입의 20%(국고지원 14%+건강증진기금 6%)로 바뀌었다. 즉 새로운 국민건강보험법에서는 국고지원(건강증진기금 포함)이 감소하도록 되어있다. 지역가입자가 점진적으로 직장가입자로 전환되는 추세이기 때문에 장기적으로는 국고지원 규모가 증가할 수도 있으나 건강증진기금은 2011년까지 한시적으로 지원되기 때문에 반드시 국고지원 규모가 증가하리라 보장할 수 없다.

향후 건강보험에 필요한 재원을 확보하는 데 국고지원의 규모나 역할

에 대한 설정이 필요한 시점이다. 보험료 방식을 적용하고 있는 대부분의 OECD 국가에서도 건강보험 재정유지에 국고를 투입하고 있다. 우리나라는 OECD 국가들의 평균정도의 국고지원을 하고 있는 실정이다. 중장기적으로 보험료에 의해 건강보험을 운영해야하나 정부가 관리하는 사회보험은 정부의 책임성도 증대될 수밖에 없다. 정부의 책임 증대 차원에서 국고지원은 건강보험 재정의 한 축을 담당해야하고 이를 위해서는 지속적이고 안정적인 법적 보장이 필요하다. 2002년 건강보험 재정위기해소를 위해 도입되었던 건강증진기금은 2011년 까지 한시적으로 지원된다. 국고지원 규모에 대한 중장기 계획이 마련되지 않는다면 2011년에 이르러 또다시 건강증진기금이 연장 지원되거나 기금 고유목적 사업을 위해 환원될 것으로 예상된다. 지금부터 국고지원(건강증진 기금 포함) 규모에 대한 국민적 논의 및 공감대를 형성하여 향후 건강보험재정의 안정적 운영을 확보해야 한다. 최소한 전체 건강보험재정의 20%를 국고가 담당하는 것으로 법조문화 하여 최소한의 국가책임을 법에 명시할 필요가 있다.

4. 건강보장 재정의 지속 가능한 선순환 구조 확립

앞에서 본 바와 같이 우리나라의 국민의료비는 그 동안 두 자리 수의 증가를 계속해 왔다. 그렇지만 1990년대 중반까지는 그에 못지않은 경제성장으로 국민경제에 대한 국민의료비의 부담 수준은 낮은 상태로 유지되었음도 확인되었다. 그러나 이러한 상황은 90년대 후반의 외환위기, 2000년대 초의 의약분업 등을 겪으면서 달라지기 시작했다. 4%대를 유지하던 'GDP 대비 국민의료비 비율'이 2001년부터 5%를 넘어서기 시작했고 바로 5년 뒤인 2006년에는 다시 6%를 넘어서기 시작했다. 최근 몇 년간의 변화 속도는 국민의료비의 전체 규모에 대한 관심을 불러일으키게 되었다. 과연 이러한 증가 속도는 계속될 것인가. 그렇다면 어떻게 해야 할 것인가

가. 의료비 규모의 추이와 의료제도의 지속 가능성 문제가 전면에 부상하고 있다.

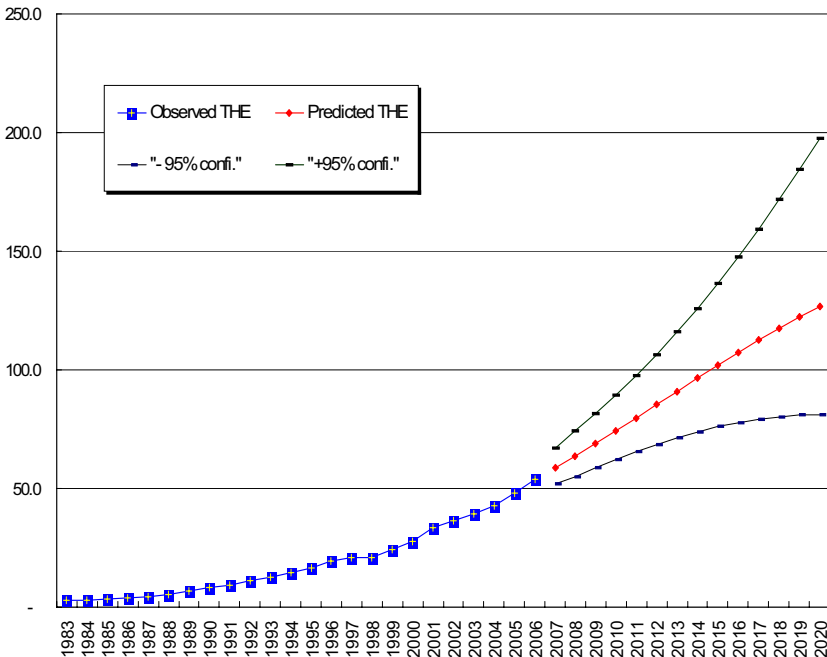
과거의 국민의료비 추세가 계속된다면 우리의 국민의료비 규모는 2005년 현재의 48조원에서 2010년 88조원, 2015년 164조원이 될 것으로 예측된다. 하지만 이러한 절대 규모보다는 그것이 경제규모에서 차지하는 비중이 더 의미가 있다. 국민의료비의 규모가 적정 수준일 때는 사회의 건전한 인적 자본의 유지, 형성을 통해 경제의 건전한 발전에 도움이 되겠지만, 적정 수준을 넘어선 국민의료비는 경제 전체에 부담이 되기 때문이다. ‘GDP 대비 국민의료비 비율’을 예측하기 위해서는 분모가 되는 GDP의 성장률에 대한 추계치가 확보되어야 하지만, 일단 최근의 경제성장률 수준(4~5%)이 계속된다고 전제하면, ‘GDP 대비 국민의료비 비율’은 2005년 현재의 5.9%에서 2010년 7.5~7.8%, 2015년 8.5~9.1%로 증가할 것으로 예측된다.

건강보험을 중심으로 한 의료비의 추이는 상기 국민의료비의 변화와 대동소이하다. 건강보험 의료비의 규모가, 비급여항목에 대한 지출을 포함하면, 국민의료비 전체의 70%를 넘기 때문이다. 의료제도의 지속가능성을 담보하기 위해서는 국민의료비의 규모가 경제의 적정 부담 수준을 넘어서지 않아야 하며, 이를 위해서는 건강보험 의료비의 규모가 보험료를 통해 표출되는 일반 경제의 부담수준을 넘어서지 않게 하는 기전이 마련되어야 한다. 하지만 그에 앞서 이루어져야 할 것은 과연 어느 정도의 국민의료비 내지 건강보험 지출규모가 그러한 적정 수준인가 하는 것이다.

국민의료비의 적정 규모는 확정하기 힘들다는 것이 중론이다. 국제비교를 통해서 여러 변수를 고려한 국민의료비의 평균적 규모만을 추정할 수 있을 뿐이다. 국민의료비의 추정에 있어 가장 일반적이고 강력한 설명력을 가지는 변수는 국민소득 수준이다. 우리나라 국민의료비의 적정규모에 단일의 정답이 있는 것은 아니나, 국제적인 표준에 비추어 우리의 소

득수준에 걸맞은 수준이 어느 정도인지에 대한 개략적 추정은 가능하다. 아래 그림은 우리의 현재의 의료비 총량규모가 우리 경제규모에 비해 작으므로 아직도 더 증가할 여지는 있다는 것을 암시한다.

[그림 11-4] 국민의료비의 장래 추계

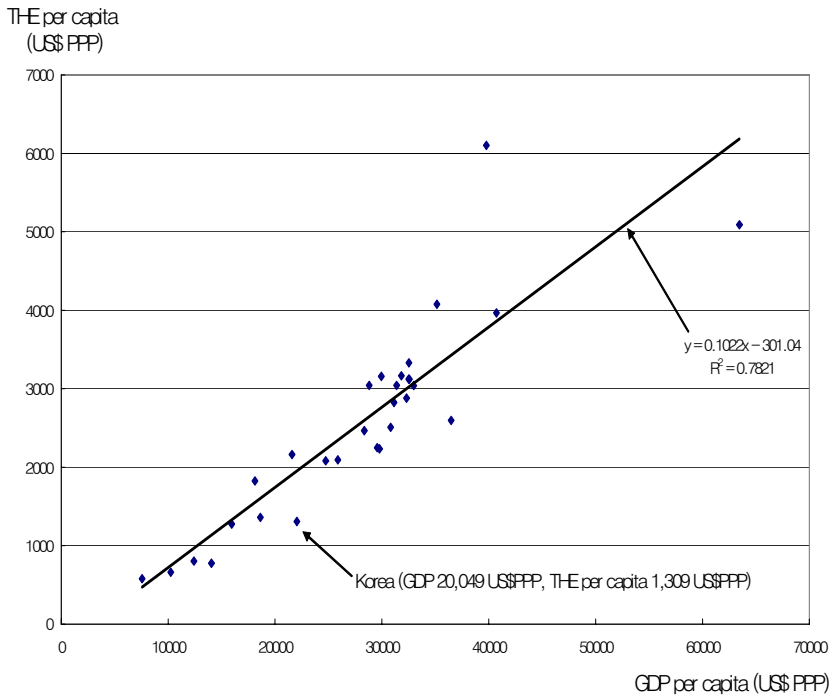


주: 장래추계를 위한 다양한 방식을 시도하였으나, 여기서는 선형회귀모형에서의 확산 문제를 감안한 다항회귀모형, 그 중에서도 독립변수들 간의 다중공선성 문제를 해결하기 위한 직교다항회귀모형을 사용하고, 오차항이 차수 1차인 자기회귀 [AR(1)]형을 가진 모형을 통해 얻은 추계치를 제시한다. 외환위기 전후의 흔들림에 대한 보정절차도 포함했다.

물론 반드시 회귀식 추세선의 위치까지 우리의 국민의료비가 높아질 필요는 없다. 오히려 회귀직선 밑에 있는 경우가 의료제도를 효율적으로 운영하고 있을 가능성이 더 높다. 하지만 OECD 국가들의 소득수준과 의

료비수준을 참고할 때 우리나라의 의료비는 아직 우리의 소득수준에 비해 낮은 편에 있으며, 국민건강수준의 향상 내지 질 높은 의료이용의 확대를 위해서라면 아직도 의료지출의 규모를 늘릴 여지가 있는 것으로 보인다.

[그림 II-5] 1인당GDP와 1인당의료비의 관계



현재의 국민의료비 수준은 아직 규모 자체로서는 우리 경제에 큰 부담이 되는 수준은 아닌 것은 분명하나, 이러한 낮은 국민의료비에는 양면성이 있다. 같은 결과(output) 내지 성과가 유지된다면 투입(input)으로서의 의료비가 낮을수록 효율적인 의료제도로 평가될 수 있게 된다. OECD 국가 대부분은 국민의료비의 규모가 큰 편이기 때문에 국민의료비의 증가를 억

제하고 국민의 부담을 줄이려는 노력을 경주하고 있다. 반대로 너무 낮은 의료비 수준은 의료서비스의 공급수준을 제약하고 이는 의료에 대한 접근성의 제약을 통해 국민의 건강권 침해, 장기적으로는 인적자본의 형성에 대한 제약으로 국가의 생산성 저하를 초래할 수 있다. 따라서 ‘의료비 억제’라는 정책목표는 여타 정책목표와의 조화 속에서 추구되어야 한다.

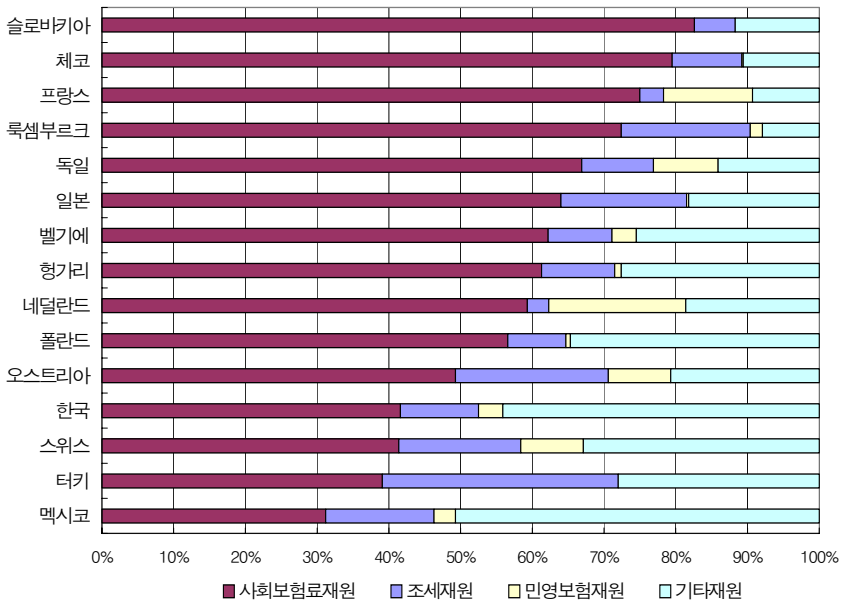
최근의 증가속도 등을 고려할 때 현재의 상태대로 가면 국민 경제에 상당한 부담이 되는 정도까지 의료비가 증가할 것으로 예상된다. 물론 향후의 사회경제적 환경의 변화나 의료비 관련 정책의 변화 등에 따라서 실제의 의료비 변화는 이러한 예측치와 달라질 수 있다. 그러나 인구고령화 등 제반 요인은 오히려 이러한 예측치 이상으로 의료비를 끌어올릴 가능성을 암시한다. 더욱이 이러한 새로운 사회적 위험은 생산계층의 감소를 통해 일반경제 자체의 부담 능력을 저하시키는 요인이다. 즉, 의료제도와 건강보험제도를 둘러싼 미래의 환경은 그렇게 녹록치 않은 것이다. 예방과 건강증진을 통해 ‘건강한 고령화(healthy ageing)’를 유도해 내고, 의료서비스의 효율적 제공체계를 유지하여 ‘사망관련 비용(death-related cost)’을 줄여나가도록 건전하고 사려 깊은 의료지출 관리 대책이 요구된다(정형선 외, 2007).

의료비의 증가가 어느 정도는 피하기 힘든 상황이라면 향후의 의료비 증가에 대응한 재원조달방식을 어떻게 할 것인지를 강구하지 않을 수 없다. 건강보험의 주된 재원은 보험료다. 보험료는 기본적으로 가입자로부터 나온다. 하지만 우리의 경우 지역의료보험의 도입과 더불어 보험료에 대한 정부지원이 계속되어 왔다. 2008년의 정부지원금 비율은 4.0조원으로 건강보험 수입의 17.0%에 달했다. 이는 국고지원금 12.7%와 담배부담금 4.3%로 구성되어 있다. 정부는 이 이외에 의료급여제도를 위한 지원을 별도로 하고 있다. 2008년의 국고 지원은 3.4조원으로 지방비까지 하면 의료급여제도에 대한 정부지원은 4.1조원에 달했다. 건강보험에 대한 정부지원

금 총액에 맞먹는 규모다. 이를 동시에 고려하면 건강보험과 의료급여의 수입 합계의 28%에 달하는 규모가 두 제도에 대한 정부의 지원금인 것이다. 정부의 건강보장을 위한 지출이 적은 편이 아님을 알 수 있다.

국고 지원 규모가 보험료 수입 예상액의 20%로 법에 정해지게 됨에 따라 향후의 국고지원이 지금 이상으로 늘어나기는 어렵게 되어 있다. 비단 법의 규정 때문만이 아니더라도 노인을 위한 장기요양보험이나 여타 사회복지 분야에 대한 자금 소요가 폭발적으로 증가할 것이 예상되는 상황에서 국고의 건강보험에 대한 무한정의 지원 확대가 바람직한 것은 아니다. 아래 그림은 국민의료비 전체를 분모로 할 때의 재원별 구성비율을 보여준다. 우리와 마찬가지로 사회보험형 의료보장제도를 가진 국가들의 경우 평균적으로 우리 이상의 국고 지원을 하지는 않고 있음을 알 수 있다. 결국은 순수보험료의 증가가 향후의 늘어나는 건보지출을 충당하기 위한 사실상 가장 유효한 대안이 될 수밖에 없는 상황인 것이다. 이 지점에서 보험급여 지출의 증가와 보험료 수입의 증가를 연결하는 고리가 형성될 필요성이 부각된다.

[그림 II-6] 사회보험형 OECD 국가 국민의료비의 재원 구성, 2004



우리의 국민의료비는 아직 견딜 만 한 수준이다. 하지만 최근 급격히 증가하기 시작했다. 보장성 강화의 필요성은 인정된다. 아니 우리 사회의 강력한 명제로 대두되어 있다. 보장성 강화를 위해서는 보험료 인상이 불가피하다. 보험료 인상이 쉬운 것은 아니겠지만, 아직 우리나라의 건강보험료 수준은 현저히 낮기 때문에 국민으로서도 이에 동의해 줄 수 있을 것이다.

문제는 보험료 인상이 본인부담을 줄여 보장성을 강화하는 것으로 연결되지 못하고 공급자의 수입증대로만 연결되게 될 경우다. 이를 막기 위해서는 보험료 인상과 동시에 향후 전체 의료비의 총량 규모를 적정 수준으로 관리하고 그 안에서 공급자에 대한 보상이 적절히 이루어질 수 있는 지불방식이 동시에 갖추어져야 한다. 이는 의료공급자에 대한 적절한 보상수준을 전제로 한다. 지금이 바로 이러한 적정한 보상수준과 적정한 보

장수준 그리고 이를 가능하게 할 적절한 국민의료비와 보험료 수준을 합의하기 위한 사회적 논의를 시작할 시점이다. 경제적 부담능력의 증가속도에 비해 의료비 지출 수요의 증가속도가 훨씬 빠르게 진행되고 있는 것이 확인되고 있기 때문이다.

5. 건강보험 재정 현황 및 전망

건강 위험으로부터 벗어나고자 하는 것은 모든 사람의 기본 욕구이다. 이를 위해서는 욕구가 발생했을 때 필요한 서비스를 받을 수 있어야하나 개인별 능력의 차이에 의해 의료욕구를 즉시 해결하는 경우도 있지만 지불능력의 한계로 방치하는 경우도 있다. 인간의 가장 기본적인 욕구가 능력의 차이 때문에 지장 받아서는 안 된다는 논리로 이를 사회보험으로 제도화하여 능력에 따라 부담하고 모든 가입자들이 필요에 따라 공평하게 이용하게 하는 것이 현행 건강보험제도이다.

우리는 이처럼 형편에 맞게 서로 도와 제도를 지속 유지하여야 한다. 그러나 최근의 건강보험 재정현실은 우리의 희망과 다소 동떨어져 있다. 따라서 본 장에서는 건강보험의 재정을 전망해보고자 한다.

건강보험의 재정이 지속적으로 불안하다. 2001년 건강보험 재정위기를 경험한 후 보장성 확대 억제, 수가인상 억제, 지출 억제를 위한 제도개선 등 다양한 정책을 강구하여 2004년에 당기 흑자로 전환되었으나 그 동안 억압되었던 욕구들이 한꺼번에 분출되면서 건강보험 재정이 심각하게 위협받고 있다. 6세 미만 아동에 대한 본인부담 면제, 입원식대의 급여화, 3대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계)에 대한 본인부담 인하, MRI 및 PET의 급여화 등 보장성이 지속 강화되고 있고 향후에도 계속될 전망이다. 특히 최근의 급속한 보장성 확대 외에 유래없는 고령화 속도가 재정 불안을 가속화하고 있다.

〈표 II-2〉 보험재정 현황

(단위 : 억원)

		2005	2006	2007
수	계	210,911	232,631	260,498
	보험료수입	169,277	188,106	217,286
	국고지원금	36,948	38,362	36,717
입	담배부담금	9,253	9,664	9,676
	기타수입	4,686	6,163	6,493
지	계	199,799	228,177	258,885
출	보험급여비	183,936	215,880	245,601
	관리운영비	7,589	7,785	7196
	기타지출	8,275	4,513	6,088
당기수지		11,111	4,454	1,613
누적수지		9,954	13,407	15,020

2007년의 경우 수입이 지출보다 약간 많아 약 16백억원의 당기 흑자를 기록하였다. 누적적립금의 규모는 약 1조 5천억으로 한 달치의 급여비에도 미치지 못하고 있다. 2007년의 보험급여비가 전년대비 14% 증가하였다. 보험료 수입은 전년대비 15.4% 증가하였다. 그러나 2007년은 예외적으로 보험료 수입이 증가하였다. 2006년의 경우 보험급여비는 17% 증가한 데 반해 보험료 수입은 7.7%에 그치고 있다. 2009년의 보험료율은 동결하는 것으로 결정되었다. 수입증가보다 지출증가 속도가 빠른 현행 건강보험 재정구조는 건강보험의 지속가능성을 위협하고 있다. 더욱이 전례 없는 고령화 속도, 보장성 강화에 대한 국민적 욕구, 신 의료기술의 발달, 상병 구조의 다각화 등 재정 불안 요인이 즐비한 상황은 향후 보다 심각한 재정 위기를 불러올 가능성이 크다.

정형선(2007)의 추계에 의하면 국민의료비는 2010년에 88조원에 도달하고 2015년에는 164조원에 육박할 전망이다. 2015년의 국민의료비는 국민총생산의 약 9.3%에 도달할 것으로 추정되고 있다.

국민의료비 추계를 바탕으로 건강보험 재정 규모를 역으로 추정하되 다음과 같은 가정을 전제하고자 한다. 첫째, 현재의 재정운영 구조가 지속된다. 즉 전체 재정에서 국고지원(담배부담금 포함)율의 비중(보험료의

80%)이 변함없이 지속되고 보험료 부과체계도 현행처럼 유지된다. 또한 2008년에 시행될 예정인 장기요양보험¹¹⁾은 건강보험 재정에 영향을 미치지 않는다. 둘째, 건강보험의 보장성이 점진적으로 확대되어 2015년에는 약 70%¹²⁾에 도달한다. 셋째, 보험료 부과기반은 매년 평균 약 7%와 8% 인상되는 것으로 나누어 추정하였다. KDI의 추정에 의하면 경제성장율은 경상 기준 향후 2015년까지 매년 약 6.9%에서 7.5%까지 증가하는 것으로 되어있다. 또한 2006년도 부과기반은 약 8.8%로 증가하였다. 따라서 매년 평균 약 7% 내지 8% 정도 인상하는 것으로 가정해도 크게 무리는 없어 보인다.

위와 같은 가정하에 건강보험 재정을 전망하고자 한다. 2010년의 경우 약 38.35조원의 지출이 이루어지고 이를 감당하기 위해서는 국고지원(담배부담금 포함)이 약 6.39조원, 보험료가 약 32조원 필요하다. 32조원의 보험료를 각출하기 위해서는 년평균 약 6.17%¹³⁾의 보험료율이 인상되어 2010년에 소득의 약 5.71%가 건강보험 보험료가 될 것이다. 2015년에는 약 80.26조원이 필요하여 2006년에 비해 약 3.58배 규모로 증가할 것이다. 국고지원이 여전히 보험료의 20%를 감당한다면 보험료는 약 66.9조원에 이른다. 이를 충당하기 위한 보험료율은 약 8.13%로써 2007년 이후 보험료 수입은 년평균 15.44%씩 증가하여야 한다. 2008년말 기준 필요 적립금의 10%에도 미달하고 있는 현재 건강보험 재원확보를 위한 특단의 조치가 필요한 시점이다.

11) 장기요양보험의 시행은 당연히 건강보험에 영향을 미치겠지만 장기요양보험의 수가, 대상자 범위, 급여범위 등에 대한 최종안이 아직 확정되지 않았기 때문에 현 상태에서 건강보험에 미칠 재정적 영향을 추정하기 어려움.

12) 2005년 기준 건강보험 급여율은 약 52.9%에 이르는 것으로 알려져 있다.

13) 보험료 부과기반이 매년 평균 8%인상될 것으로 가정하여 추계함.

〈표 II-3〉 건강보험 재정 전망

(단위 : 조원,%)

국민의료비	건강보험 재정					
	총 지출	총 수입			예상 보험료율	
		보험료	국고지원	담배부담금	시나리오 1	시나리오 2
2005	48.1	21.09	16.93	2.77	0.93	
2006	54	22.39	18.26	2.87	0.97	4.47
2007	60.8	25.24	21.2	2.7	1.02	4.77
2008	68.7	28.50	23.8	3.33	1.43	5.08
2009	77.6	33.03	27.5	3.85	1.65	5.31
2010	87.9	38.35	32.0	4.47	1.92	5.71
2011	99.5	44.48	37.1	5.19	2.22	6.13
2012	112.6	51.55	43.0	8.59		6.58
2013	127.6	59.78	49.8	9.96		7.06
2014	144.5	69.25	57.7	11.54		7.58
2015	163.8	80.26	66.9	13.38		8.13

- 주: 1) 시나리오 1은 보험료 부과기반이 매년평균 8%씩 증가하는 것으로 하였고, 시나리오 2는 7%씩 증가하는 것으로 가정(KDI의 중기 국민소득 전망에 의하면 2015년까지 매년 약 6.9%에서 7.5% 범위 내에서 증가하는 것으로 가정)
- 2) 2007년 급여율(57.73%) 기준 매년 급여율이 1.53%씩 증가하여 2015년에 급여율이 70%에 이르는 것으로 가정 (국민의료비 중 건강보험의 비중은 2006년의 실적치인 약 70%로 가정)
- 3) 지역가입자의 보험료율도 직장가입자의 실제치를 가정하여 추계함.
- 4) 담배부담금은 2011년까지 한시법이므로 그 때까지 부담하고 그 이후는 보험료 수입의 20%를 국고지원으로 충당하는 것으로 가정
- 5) 현행 보험료 부과체계가 유지된다는 가정하에 전망
- 6) 장기요양보험은 고려하지 않았음.
- 7) 국민의료비는 본 보고서 앞장의 추계를 인용함.

Ⅲ. 의료보장에 대한 외국의 동향

1. 독일

가. 서론

독일 비스마르크는 1883년 건강보험을 만들었으며, 세계 최초의 사회보험제도이다. 독일제국은 건강보험의 관리운영을 위해 국가의 중앙집중식 기구를 별도로 만들지 않고, 이미 질병급여를 제공하고 있던 기존의 길드, 공장기업 및 상호부조조직(공제조합)을 중심으로 질병금고를 만들고, 지역의 소매업자를 위한 지역질병금고도 함께 운영하였다(강희갑 외, 2007:36). 이후 1911년 질병, 산재, 근로자연금보험을 제국보험법으로 통합하였고, 순차적으로 적용범위를 확대하였다.

- 1883년 질병보험법 입법
- 1911년 질병, 산재, 근로자연금보험을 제국보험법으로 통합
- 1939년 수공업자를 위한 법정사회보험제도 도입
- 1957년 농업종사자를 위한 고령자부조제 도입
- 1989년 ‘1차 제호퍼 개혁’으로 질병보험 규정을 ‘질병보험구조개혁법’으로 정리하면서 제국보험법을 사회법전(SGB)제5편에 수록
- 1990년 화폐·경제·사회연합과 통일협약을 제정하여 동서독 시민들 모두에게 동등한 복지혜택 보장
- 1993년 보건의료구조법 도입으로 금고 선택이 가능
- 1994년 장기요양보험법 시행

- 1997년 1차, 2차 법정질병보험 개혁법과 보험료 경감법 시행
- 1999년 보건의료개혁법으로 1차, 2차 질병보험개혁법 일부폐지
- 2000년 보건의료개혁법 시행으로 질병치료 협력증진과 광범위한 질관리 제도 및 병원진료를 위한 신보수지불제도 도입

나. 현황

1) 적용대상

독일의 인구는 2008년 현재 8,221만명이며, 이중 가입자는 5,074만명이고, 3,147만명은 피부양자로 건강보험에 강제가입되어 있다. 법정 건강보험에는 약 7,209만명으로 87.7%가 적용대상이며, 고소득자에게 허용되고 있는 민영보험에는 약 797만명으로 9.7%가 가입하고 있다. 여기에 공무원 및 특정한 보험 가입자가 약 90만명으로 1.1%이고, 미가입자가 16만명으로 0.2%를 차지하고 있다.

독일은 일본처럼 조합방식의 건강보험제도를 운영하고 있으며, 각 질병금고가 자율적이고 독립적인 운영을 원칙으로 하되 질병금고간 재정공동사업과 국고지원을 통해 재정위험에 대비하고 있다. 질병금고는 크게 지역가입자(AOK), 직장가입자(BKK), 수공업자(IKK), 사무직노동자(EAR), 생산직노동자(EAN)으로 27개 금고로 구성되어 있다. 이 중 가장 큰 비율을 차지하는 금고가 지역(AOK)으로 가입자는 2007년 현재 17,848,957명이고 35.2%에 해당된다. 재정규모도 가장 큰 555억유로로 38.45%를 차지하고 있다.

다음으로 생산직 노동자 금고인 EAN은 15,972,674명, 31.5%의 가입자 규모를 갖고, 재정은 450억유로로 전체 재정에 31.21%를 차지하고 있다. 2007년 독일 건강보험제도의 총 재정규모는 1,442억유로(한화, 230조원)이며, 이중 약 12%인 146억유로(한화, 26조원) 규모가 재정공동사업(위험조정 프로그램)으로 사용되고 있다.

〈표 III-1〉 금고유형별 가입자 및 재정현황(2007년 기준)

구 분	가입자 현황(명)	비율	재정지출현황 (십억유로)	비율
AOK(지역)	17,848,957	35.2%	55.5	38.45%
BKK(직장)	9,843,946	19.4%	24.8	17.19%
IKK(수공업자)	4,050,749	8.0%	9.1	6.31%
EAR(사무직노동자)	1,192,421	2.3%	3.0	2.09%
EAN(생산직노동자)	15,972,674	31.5%	45.0	31.21%
기 타	1,834,357	3.6%	6.8	4.74%
합 계	50,743,104	100.00%	144.2	100.0%

자료: AOK, 2008

2) 급여

독일 건강보험의 급여 역시 현물급여와 현금급여로 대별되며 현물급여가 95%이고, 현금급여가 5%를 차지하고 있다. 우선, 건강촉진 및 질병예방을 위한 급여로 예방과 자조가 있으며, 질병금고는 피보험자의 예방이나 재활을 목적으로 하는 자조그룹, 자조기구, 자조연락처들을 지원하고 있다. 치아질환 단체예방으로 만12세 미만인 피보험자의 치과질환발견과 예방조치들을 지원하기 위해 비용을 분담하고 있고, 충치위험이 아주 높은 학교나 장애인시설에는 만16세까지 실시하고 있다. 치아질환 개인예방을 위해 6세부터 18세 미만자는 1년에 1회 치과에서 진찰을 받게 되어 있다.

질병예방사업으로 건강악화, 어린이의 성장발달 위험, 질병예방 등을 방지하기 위해 진료, 약제, 붕대, 보장구 등에 대하여 최대 3주까지. 만14세 미만 어린이도 필요할 경우 4주 내지 6주까지 가능하다. 산모 예방은 의학적으로 필요한 예방은 산모요양시설 등에서 행할 수 있다.

질병의 조기발견을 위해 건강검진을 실시하고 있다. 만35세 이상자에 대해 2년마다 질병조기발견(특히 심장순환 질병, 신장병, 당뇨병)을 위한 건강검

진을 실시하고, 만19세 이상의 여자, 만 44세 이상의 남자에게는 최대 1년에 1번 암조기발견검사 실시하고 있다.

아동의 경우에는 만6세 이하의 어린이에 대해 만10세 이후에 나타나는 신체 및 정신발달에 위험을 주는 질병조기발견검진을 실시하고, 치아, 구강, 턱질환의 조기발견검진은 특히 구강검사, 충치위험의 판단 또는 확정, 영양섭취와 구강위생에 관한 상담과 에나멜질강화와 병원균 수 감소를 위한 처치가 포함된다.

〈표 III-2〉 급여의 종류

유형	현물급여	현금급여
비율	95%	5%
대상	· 진단 및 치료 등, 입원, 투약, 출산, 치과 치료, 보철, 검진, 예방, 재활, 보장구, 정간호, 이송	· 상병수당(6주), 출산수당

둘째, 질병급여에는 의사진료(심리치료사가 행하는 심리치료 포함) 및 치과진료가 포함된다. 다만, 치열교정은 비용의 20%를 본인이 부담하고, X-레이는 비급여 항목이다. 약국전용약제와 붕대, 소변과 혈액시약 등도 급여항목에 해당된다.

셋째, 보장구에는 만18세 미만자에게 시력보조 급여가 제공되고, 소모품에 대한 본인부담은 포장당 10%이지만 월 10유로를 초과못하도록 규정하고 있다. 콘택트렌즈는 의학적으로 부득이한 경우에 인정하며, 보장구 적응 또는 사용훈련시 금고에서 보장구를 임대하고 있다.

넷째, 자택질병요양은 건 당 4주까지 청구권가능하다. 가사보조 급여는 만12세 미만 어린이 또는 장애자인 어린이가 도움이 필요한 경우 가사수행이 불가능할 때 제공하고 있다.

다섯째, 입원은 의료처치를 위해 필요한 것(진료, 간호, 약제, 치료재료,

보장구제공, 숙박, 급식, 응급입원, 조기재활 포함)을 포괄하며, 재활급여로 외래진료가 충분하지 않으면 재활시설이나 거주지 인근 시설에서 외래재활급여를 최대 20일 동안 받을 수 있다. 부모를 위한 재활서비스로 산모요양시설 등에서 재활급여를 제공하고 있다.

현금급여로서 상병수당은 질병으로 근로가 불가능하거나 병원, 예방시설이나 재활시설에서 금고의 비용으로 진료 받을 때 제공하고 있다. 자녀 질병으로 인한 상병수당지급은 질병이 있는 12세 미만 어린이나 장애어린이를 돌볼 수가 없을 때 지급받는다. 건당 10일까지이고 연간 25일을 초과할 수 없다. 단독으로 어린이를 부양하는 자는 최대 20일이고, 연간 50일을 초과할 수 없다. 사용자는 상병수당수급자에게 무노동무임금을 적용할 수 없다. 상병수당청구권은 입원진료시, 예방 또는 재활시설 진료시, 기타 의사가 근로불능으로 판정한 날부터 시작되며, 예술가는 근로불능이후 7주째부터 수급권이 발생한다. 상병수당지급금액은 정규근로소득의 70%수준이고, 지급금액은 순수근로소득의 90%를 초과할 수 없다.

이송비는 긴급한 경우 공공교통수단, 택시나 렌트카, 구급차나 인명구조차량, 개인차량이용시 교통비로 인정받는다. 임신(Schwangerschaft)과 출산(Mutterschaft)관련 진료비와 검사, 출산준비 및 출산시 각종 현물 급여가 주어지며 또한 현금급여 개념의 출산수당도 지급된다.

본래 독일의 건강보험제도는 본인부담금이 없었으나 2004년 1월 1일 이후, 대다수의 급여에 본인부담금을 신설·적용하고 있다. 또한 연간 총 수입의 2%를 초과하는 금액에 대하여 본인부담상한제가 적용된다. 다만, 중증만성질환과 계속적으로 진료중인 자에 대하여는 1%만 부담하고, 어린이와 청소년은 교통비를 제외하고는 종전처럼 본인부담이 없다.

〈표 III-3〉 법정급여 현황(2007년 기준)

구 분	금액	비율	전년대비 증감율
병 원	49,241	33.9%	1.26%
의 원	24,832	17.1%	4.10%
치과 및 보철	10,716	7.4%	4.07%
약제비	27,759	19.1%	7.29%
치료재 및 보조재	8,655	6.0%	4.41%
상병수당	6,012	4.1%	5.63%
재활, 이동, 재가요양, 예방 등	10,043	6.9%	18.39%
관리운영비	8,132	5.6%	0.89%
합 계	145,390	100.0%	

3) 재원조성

독일의 건강보험은 217개의 조합별 독립채산제로 운영되며, 민간 공급자에 의해 서비스가 전달된다. 급여비용은 공급자와 보험자 간의 총액계약제를 따르고 있다. 건강보험의 주요 재원은 보험료이다. 보험료는 직장가입자의 경우는 사용자와 근로자가 각각 절반씩 부담하는 것이 원칙이나, 2005년 7월부터 기업부담을 감소하여 국가경쟁력을 높이기 위해 사용자 부담분을 0.9% 경감하는 조치를 취하였다. 2008년 현재 독일 질병금고의 평균 보험료율은 14.86%이다.

〈표 III-4〉 보험료 부담의 형태

유형	근로자	연금수급자	실업자
비율	· 사용자와 근로자 각각 50% · 근로소득 상한선 연 48,150유로 · 보험료율: 근로소득의 12.4~16.5% (평균 14.86%)	· 연금수급자와 연금보험 각 50% 부담 · 보험료율: 7.43% 수준(50% 부담)	· 실업보험에서 할인 보험료로 부담

자료: AOK, 2008

〈표 III-5〉 연도별 금고유형의 보험료율

연도	AOK	IKK	BKK	GKV
2003	14.47	14.30	13.66	14.30
2004	14.39	14.03	13.90	14.22
2005.1	14.36	14.03	13.90	14.19
2006.1	14.42	13.85	13.91	14.18
2007	15.25	13.94	14.43	14.80
2008.1	15.23	13.90	14.62	14.86

이렇게 부과된 보험료 수입으로 법정질병금고 전체의 재정현황을 살펴 보면 아래 <표 >와 같다. 2007년 현재 법정질병금고 전체의 재정은 1443억유로이고, 이중 555억유로는 지역금고 재정이 차지한다.

〈표 III-6〉 연도별 건강보험 재정현황(십억유로)

연도	법정질병금고전체 (GKV)	지역금고 (AOK)
2002	134.3	54.6
2003	136.2	54.7
2004	131.2	52.1
2005	134.8	53.6
2006	134.8	54.4
2007	144.3	55.5

4) 전달체계

독일의 공급체계는 민간이 담당하고 있다. 2003년 기준 총의사수는 388,100명이고, 활동의사수는 304,100명이다. 인구 10만명당 의사수는 336명이고, 전문의 구성비는 2004년 기준 66.5%에 이른다. 보험의사협회를 중심으로 지역별로 인구 대비 의사 수를 통제하고 있으며, 55세 이상의 경우 신규 계약을 불허하고, 68세를 정년으로 하고 있다.

병원시설의 경우 병원수는 2004년 기준 1,827개이고, 병상 수는 489,433개이다. 설립주체로는 공공병원(지자체, 연방정부, 주 정부)과 공익병원(종교단체, 공공단체, 적십자병원 등), 민간병원(개인병원, 회사병원 등)으로 대별된다. 연간 병원별 입원비율을 살펴보면 공공병원이 52.26%로 가장 높고, 공익병원이 36.71%, 민간병원이 11.03%를 담당하는 것으로 나타난다(요양급여비용기획단, 2006:8).

건강보험제도에 대한 정부의 역할과 기능을 살펴보면, 연방정부의 보건·사회보장성이 관할하고 있으며, 주요 업무는 최소 5년단위로 연방건강보험조합연합회와 연방보험계약의사협회의 업무, 회계, 경영 현황에 대해 감사를 실시한다. 둘째, 건강보험조합과 연방건강보험연합회와 지역보험계약의사협회의 감사, 중재기관위원의 임기, 인원규모, 선임, 업무, 소송절차 비용의 징수와 비용의 분배에 관한 사항을 결정하는 기능을 수행한다.

주정부의 역할은 16개 주정부는 주 사회부를 통하여 연방정부에서 제정된 법령에 근거하여 주 차원의 법령을 정비하고, 지역 건강보험금고에 대한 감독과 지휘를 담당한다. 질병금고의 감독, 정관허가, 예산승인, 공급 계획작성 등을 수행하고 있다. 각 질병금고는 보험자로서의 기능을 수행하고 있다.

공급자협회는 의사, 치과의사 및 약사별로 각각 보험협회가 구성되며,

계약의사, 치과의사, 약사를 대표해서 질병금고인 보험자와 수가계약을 체결하고, 배정받은 총액을 의사, 치과의사, 약사 등에게 배분한다. 병원협회는 연방단위의 위원회 산하에 16개 주병원협회, 12개의 전국적 병원연합으로 구성된다(국민건강보험공단 해외출장보고서, 2008).

다. 시사점

1) 제도개선사항

서부 유럽은 물론 독일에서도 경기침체와 국가경쟁력 강화를 위해 사업체의 부담을 감소시키는 방안에 대해서 많은 노력을 기울이고 있다. 이에 대표적인 대책이 사회보험 보험료 부담의 완화 또는 효율적인 관리운영이다. 우선 효율적인 관리운영 측면에서 재정안정화를 위한 노력이다. 독일 건강보험에서는 수요와 공급에 대한 개선을 위해 급여관리와 가입자 유인수요를 제한하는 정책을 추진하고 있다. 더불어 질병예방에 보다 집중하고 있고, 요양보호 시 아동의 부모가 함께 요양할 수 있는 조치를 취하고 있다.

재정절감 측면에서 말기 환자의 호스피스 이용을 권장하는 것은 물론, 가정간호를 강화하고 있다. 만성질환에 대한 급여 적정관리와 기타 재정누수의 원인을 차단하기 위해 급여제한도 강화하고 있다. 또한 가정의(주치의) 진료 후 상급 병원으로 의뢰할 수 있는 전달체계 역시 강화하고 있다.

둘째, 시장경쟁을 강화하고 있다. 개별 질병금고별 보험상품을 다양화하고, 경쟁품목을 개발하도록 중용하고 있다. 또한 급여보다 보험료가 많은 경우에는 보험료 환급 프로그램도 도입하여 무분별한 진료를 억제하고자 하고 있다.

셋째, 조직측면에서는 보험자, 의사, 치과의사 및 가입자 대표로 구성된 의사결정 최고연합회 구성하여 공보험 운영 및 정책방향에 대해 결정하고,

가입자의 의견이 많이 수렴될 수 있도록 강화하였다. 정부 및 최고연합회 기구에서 2009년 1월부터 일률적인 보험료율 결정을 하도록 합의 한 것은 우리와 같은 통합 공단의 전 단계로 볼 수 있을 것이다.

넷째, 사각지대 해소를 위한 정부차원의 노력을 증대하였고, '07년 25억 유로에서 2016년까지 약 140억 유로 확대 전망할 예정에 있다.

끝으로 공급구조 개편에서 공급자간 경쟁을 통해 재정절감을 야기할 수 있도록 하는 방안을 모색 중에 있다. 관리운영비 절감 효과보다는 재정관리, 급여 관리 차원에서 접근하는 것이 보다 효과적이기 때문이다.

2) 합의

사회보험제도의 선구자인 독일의 건강보험정책을 통해서 우리가 얻을 수 있는 시사점은 크게 네가지로 요약할 수 있다. 첫째, 가입자 중심의 서비스 강화로 서비스 질 향상과 가입자 의료이용에 대한 효과적 관리가 주가 될 것이다.

둘째, 요양시설 서비스 및 시설개선과 공급자 경쟁이다. 보험자의 기능과 역할에 충실하여 구매력을 높이고 요양시설간 서비스 향상과 경쟁을 통해서 재정절감 효과까지 얻을 수 있는 방안을 추구하는 것은 우리에게 큰 시사점을 주고 있다.

셋째, 약제비 절감, 보험료율의 국가차원(통합방식과 같은 거국적 차원)에서의 결정, 본인부담 강화 등은 최근 의료비 상승에 대한 대안으로 독일에서 제시되고 있지만, 이미 우리는 통합방식으로 독일보다 앞서서 측면도 없지 않다. 다만, 본인부담 강화는 독일이 이미 보장성이 최고 선진국인 반면 우리는 아직 후발국에 머물고 있기 때문에 본인부담을 확대하는 것은 신중한 접근이 필요하다.

2. 프랑스

가. 개요

프랑스 사회보험제도는 1928년부터 1930년에 제정된 사회보험법으로 구체적인 제도로 정착되었다. 프랑스의 사회보장제도는 사회보험과 사회부조로 나뉘고 사회보험제도는 근로자제도와 자영자제도로 양분된다. 질병보험제도는 사회보험내부의 한 부분으로서 준 자율적인 성격을 가진다. 일반제도에는 근로자제도 중에 일반직 근로자가 적용되며 특별제도에는 공무원, 철도종사자 등이 대상이 된다. 일반제도는 질병보험, 노령보험, 가족수당으로 이루어지며 보험료 징수부분은 사회보장조직중앙기구와 105개 보험료 징수연합(URSSAF)이 존재한다. 질병보험은 기본적으로 장애, 보건복지활동, 출산, 질병급여, 산재와 직업병 사망과 관련된 위험을 분산하는 제도이다.

프랑스 질병보험의 특성은 복잡성에 있다. 프랑스 정부기관 자체가 자신들의 질병보험제도를 모자이크 방식이라고 해석할 정도로 매우 복잡하게 연계되어 있다. 직장 근로자 중심의 보험제도가 발전하였으며, 지역보험은 없고, 제도간 상이한 급여내용도 특징이다. 예를 들어, 근로자제도에는 현금제도가 있지만, 자영자제도에는 없으며, 특별제도에는 부가급여가 있어 보장율이 100%에 육박한다. 하지만 자영업자의 경우에는 급여수준이 떨어지고 있다. 이에 임의가입 형태의 보충적 제도를 보완하고 있다.

나. 건강보험제도 운영 현황

1) 적용범위 및 자격관리

프랑스 건강보험체제는 2층으로 구성되어 있다. 기초제도(Basic Schemes)는 제가입제도, 가계 의료비용의 약75%가 이 제도를 통해서 소비된다. 일반제도가 85%의 급여를 담당하고, 민간부문 근로자와 공무원 그리고 원래는 대상이 아니었던 학생, 전쟁 유공자, 퇴역군인, 가족급여처럼 최소 생계비를 지원받는 사람들까지 보장하고 있다. 규모가 작고 다양한 제도들은 각각의 근로자들(철도근로자, 파리공영 지하철근로자, 선원, Banque de France의 근로자)을 보장하고 있다. 농업 종사자는 MSA제도가 보장하고 있으며, 기업가, 무역상, 장인, 그리고 전문직종사자와 법률가는 CANAM에서 각각 보장하는 프로그램을 따르고 있다.

보충제도는 비영리 또는 민간보험자에 의해 제공되는 선택보험이며, 프랑스의 약 91%의 사람들이 보충의료보험에 가입되어 있다. 이중 50%보다 낮은 수가 개인적으로 보충의료보험에 가입하고, 나머지 그룹은 직장과 관련하여 집단으로 민간보충보험에 가입된다.

〈표 III-7〉 프랑스의 사회보험제도 (2007년, 실업보험 제외)

제도종류	사회적위험	적용대상자	적용인구/총인구 비율
일반제도 (Régime général)	건강/산재	민간부문 피용자	86.2%
	노령	민간부문 피용자	66.1%
	가족수당	전국민	100%
특별제도 (Régimes particuliers)	건강/산재(일반제도)	중양/지방공무원,	20.1%
	노령	군인, 공공병원종사자	
특수제도 (Régimes spéciaux)	가족수당(일반제도)		1.7%
	건강/산재	광부, 국철/파리지하	
자율제도 (Régimes autonomes)	노령	철 종사자, 전기가스	6.5%
	가족수당(일반제도)	공사 직원, 중앙은행 직원	
농업제도 (Régime agricole)	건강/산재	비농업 자영업자, 전	5.6%
	노령	문직 등 자유업 종사 자, 수공업자	
	가족수당(일반제도)	농업부문 종사자	

자료: 최기춘 외, 2007

보편적 의료보장적용범위(Universal Medical Coverage-CMU)는 의료서비스를 받지 못하는 프랑스에 합법적으로 거주하는 사람들이나 그들의 특별한 상황으로 기본적인 서비스를 받기에 어려운 저소득 계층을 대상으로 한다. 2006년 12월 31일자 기준으로 프랑스 본토에서는 150만명이 이 제도의 적용인구이며, 프랑스령에서는 280,000명이 적용받고 있다. 프랑스령 인구의 16%가 적용받고 있는데, 이는 본토보다 2%가 높은 수치이다. 한편, 동시에 CMU는 프랑스본토에서 4백만명, 프랑스령에서 약 6십만명이 급여 혜택을 받은 것으로 나타났다.

2) 급여 내용

프랑스 질병보험의 현물급여 범위는 치료에 해당하는 내과치료, 외과치료, 전문의진료, 의료보조자의 치료가 있으며, 입원비용은 공립시설 입원, 협약된 사립시설에서의 입원이 있다. 치과분야는 진료와 보철비용이 급여 항목이고, 약제 및 그에 상당한 비용(약제, 분석비, 연구소 검사, 성형외과 치료, 인공보철시술, 광학기재, 보장구, 치료용품)이 급여혜택에 포함된다. 이송비와 온천요법을 위한 온천시설에서의 치료 및 경과 관찰, 직업복귀 및 직업재훈련 비용까지도 급여에 포함된다.

급여방식은 원칙적으로 상환제를 따르고 있다. 환자는 의료기관에서 진료를 받을 때 의료비 전액을 지불하고 그와 동시에 진료표를 제출하여 의료비 금액에 대한 영수증을 받게 된다. 환자는 이 진료표를 가장 가까운 기초질병보험금고에 제출함으로써 각 진료내용의 상환률에 따라 의료비를 환불받는다. 또 약제 지급을 받을 때에는 약국에서 비용 전액을 지불하고 나중에 금고에서 상환 받는다. 그러나, 입원진료에 대해서는 사실상 거의가 현물급여화 되어 있다. 즉 입원의 경우는 금고가 직접 병원에 지불하는 방식이다. 그밖에 외래진료에 대해서도 현물급여화가 서서히 진행되고 있다. 또 실제 지불에 있어서는 수표나 할부카드가 사용되고 있어서 환자의 편리성 향상을 도모하고 있기도 하다.

병원시설은 본인의 선택 하에 공공기관이나 민간기관 등 어느 병원시설에서도 치료받을 수 있다. 가장 현명한 방법은 주치의(médecin traitant)에게 자문하고, 주치의는 환자의 요구에 적합한 서비스나 시설을 제시하는 방법이다. 공공병원 또는 협약민간클리닉에서의 입원이 가능하고, 입원비용은 관할 질병금고에서 80%를 지급하며, 본인부담액은 입원비용의 20%에 해당된다.

프랑스 질병보험에서 제공하는 현금급여에는 상병수당, 출산급여가 대표적이다. 상병수당은 질병으로 인한 근무정지기간에 지급되는 상병수당은 임금상실에 대한 보상적 성격이다. 질병 발생 후 3일 이후부터 근무정지기간 동안 일당 정액수당을 지급받도록 되어 있다. 근로자일 경우에는 근무정지 이전 3개월간의 임금을 기초로 급여액이 산정되고, 권리개시 요건과 상병수당 금액은 근무정지기간(6개월 이하 또는 6개월 이상)에 따라 다양하다. 직장이 없는 경우에는 근로계약 파기일 전 3개월간의 임금을 기초로 계산하며, 권리개시 요건과 상병수당 금액은 근로자의 경우와 동일하다. 통상 지급되는 수당 금액은 근무정지 이전 3개월간 평균임금으로 계산된 기초일당임금의 51.49%이다.

출산급여는 임신, 출산, 출산의 영향으로 발생하는 의료와 입원비용에 대해서 급여혜택을 받는다. 권리개시 요건을 갖추면 출산휴가 동안 일당 정액수당을 받을 수 있다. 적용대상은 현물급여의 경우 본인이 피보험자인 여성, 피보험자의 합법적인 배우자, 질병보험의 자격조건 하에서 부부로 생활하는 사실혼의 관계의 여성, 피보험자의 부양자녀 등이 대상이된다. 현금급여는 본인이 피보험자인 여성만 해당된다. 출산전후의 진료와 현금수당이 임신모에게 지급된다.

3) 재원 조성

프랑스 질병보험의 2006년 기준 재정현황은 151 십억유로이며, 재원은 조세, 보험료, 국고지원 등으로 이루어진다. 조세로 조성된 사회급여의 비중은 1995년 7.2%에서 1999년 16.4%로 급격히 상승하였으며, 기타 공적자금 조성은 사회보장자원의 1.8% 수준을 유지하고 있다. 국가 재원은 사회연대를 위한 분야로서 국가가 제공하는 매우 중요한 재원이며, 최저소득보장(RMI), 장애급여(AAH), 한부모 급여(API) 등이 이에 속한다.

〈표 III-8〉 전체 임금에 부과되는 재정부담

합계	전체 임금에 부과			
	건강, 모성, 장애, 유족급여 사용자	유족급여 근로자	가족급여 사용자	기초연금 근로자
20.95%	13.10%	0.75%	5.40	1.60+0.10

※ 보험료 기여 상한선은 일반제도와 기초연금에 적용되며, 상한선을 설정한 이유는 상한 이상의 계층은 법적 보충제도에 기여의무가 있으며, 이들이 제도 밖으로 이탈하는 것을 방지하고자 하는 이유에서임. 한편 하한선의 경우는 상병수당의 임금 지급 등을 위해서 최저기준선을 설정하기 위해서 설정하고 있음

보험료는 사용자와 근로자의 보험료기여로 재원이 조성되며, 2004년 사회보장제도 재정의 75%가 보험료기여로 충당되고 있다.

〈표 III-9〉 연도별 보험료율

구 분	(단위: %)		
	근로자	사용자	합계
1992.7.1	6.8	12.8	19.60
1997.1.1	5.5	12.8	18.30
1998.1.1	0.75	12.8	13.55
2006.1.1	0.75	13.1	13.85

주: 1998년 이후 2006년까지 변함이 없었으며, 2006년부터 현재까지 보험료율 변동 없음
자료: <http://www.ameli.fr>

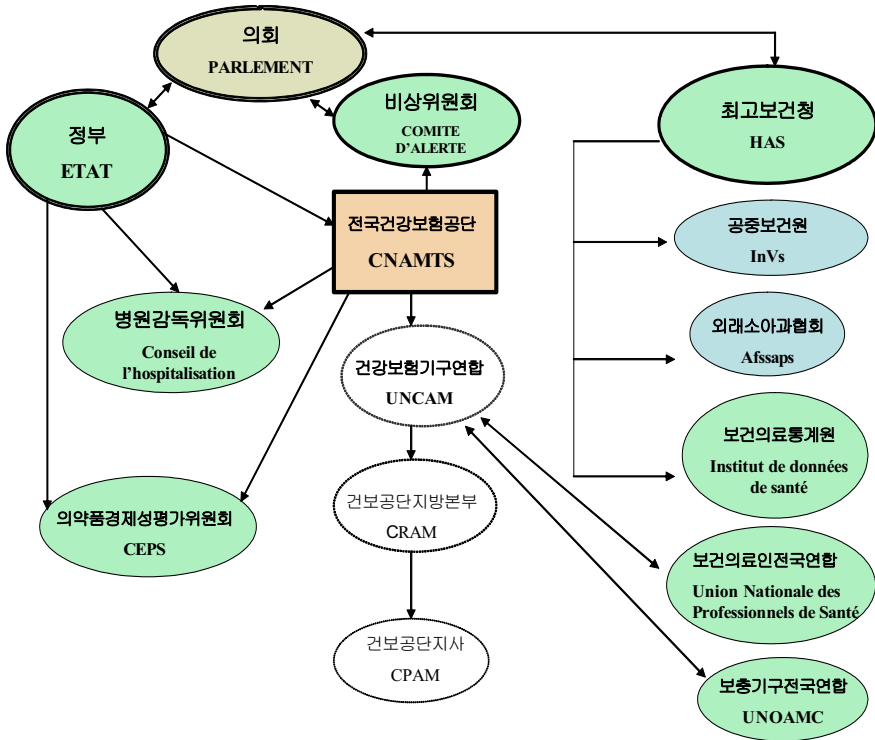
4) 전달체계

중앙정부는 강력하게 보건의료 공급과 재원조달을 관리하고 있다. 보건부는 외래진료와 가격, 양, 국민들의 재정부담, 병원예산, 의과학교 진학 학생수 등에 대한 주요한 사항을 규제하고 관리하는 것이다. 22개소 지방사회위생국과 95개소 지역사회위생국은 지역차원에서 보건우선순위를 결정한다.

프랑스 질병보험제도는 2005년 대대적인 개혁을 단행하여 보험자의 역할을 강화하고, 이해당사자의 갈등을 최소화하는데 초점을 맞추었다. 이에

따라 건강보험기구연합, 최고보건청, 건강보험비상위원회 등 건강보험 운영 전반에 걸쳐 조정, 결정을 담당하는 기관들과 병원감독위원회, 의약품 경제성평가위원회 등 특정분야의 조정, 결정을 담당하는 기관들이 강화되었다. 건강보험기구연합은 건강보험보충기구전국연합과 보험급여체계, 수가체계 및 의료전달체계 등을 협의하여 주요 안건을 결정하는 기능을 부여받아 권한이 강화되었다(최기춘 외, 2007: 53).

[그림 III-1] 프랑스 건강보험 전달체계



자료 : Livret d'accueil de la CNAMTS - 2006.

프랑스의 병원은 공공, 민간비영리, 민간영리법인이 공존하고 있다. 공공병원은 병원의 1/3과 입원환자 병상의 3/4이상을 차지한다. 562개소의 일반병원과 29개소 지방병원, 그리고 349개소의 지역병원으로 공공병원이 구성된다. 민간병원 중 비영리 민간병원은 종교단체, 비영리 재단 등이 설립한 병원으로 전체 병원의 1/3개소이며, 입원환자의 15%수준을 해소하고 있다. 민간영리병원은 약 37.9%를 차지하고, 입원병상 중 20%를 담당하고 있다(김경하, 2005: 227).

다. 개혁 동향

1) 제도 개선 사항

2005년 프랑스 건강보험의 개혁은 보다 지속가능한 공적 건강보험체제로 전환하는 것이 목적이었다. 이를 위해 추구된 구체적인 목표는 첫째, 의료접근 형평성 강화로 소득, 지역에 따라 나타나는 접근의 불평등성을 제거하고, 공공성과 보편성을 확대하는 것이다. 둘째, 의료서비스의 질 향상이다. 최고 수준의 의료서비스를 보다 효과적으로 관리하기 위해 주치의 제도의 강화라든지 제도적, 문화적 정착을 통한 질 향상 목표를 제시한다. 셋째, 소득과 자산 수준에 따라 재정 부담을 하고 급여혜택을 받는 사회연대성을 강화하는 것이다(최기춘 외, 2007:49). 구체적인 개혁 내용으로 주치의 제도 도입과 정착을 위한 노력, 수입구조개선을 위한 부과체계와 부과율 개선, 지출구조개편을 위한 약가통제, 관리체계 개선, 본인부담금제도 도입 등이다.

관리운영 및 의사결정 구조에서의 새로운 기구의 창설과 기능 개편은 보건의료조직들간의 조절기능과 가입자 중심의 의사결정구조 개편 등을 통해 효과적인 정책결정을 이루고자 하는 취지에서다.

2) 합의

프랑스 건강보험체계에서 주목할 것은 바로 주치의제도의 강력한 기반 조성 및 운영이다. 의료서비스 질 향상을 목표로 개인 질병 관리 및 예방까지 확대할 수 있도록 주치의를 운영하는 것은 지금 우리 현실에 매우 필요한 사안이다. 더불어 지출구조의 합리화 및 약가관리, 규제의 세부내용은 시사하는 바가 클 것이다. 끝으로 가입자 중심의 의사결정구조, 보건의료체계의 발전 모색 역시 합의가 크겠다.

3. 일본

가. 개요

일본 의료보장제도는 1922년 건강보험법 제정으로 시작하여 1927년 도시 직장근로자 대상 건강보험 시행, 1938년 국민건강보험법 제정으로 시정촌 및 직종 단위의 자영자 건강보험이 도입되었다. 1948년 국가공무원공제조합법과 진료보수지불기금법이 함께 제정되었다.

제 2기 적용범위 확대기로서 1961년 국민건강보험법이 개정되면서 전국민 개보험시대를 열었다. 이어 경기후퇴와 고령화 사회의 대두는 의료보험재정의 악화를 가져왔고 보험자간 재정공동사업, 국고지원에 이어 1982년 노인보건법을 제정하여 고령자에 대한 의료보장을 강화하는 한편 퇴직자의료제도를 1984년 실시하였으며, 나아가 초고령사회의 노인의료비에 대비하고 노인수발에 대한 보호를 위해 2000년 개호보험제도를 실시하기에 이른다. 따라서 일본의 의료보장제도는 건강보험제도, 퇴직자의료제도, 노인보건제도 그리고 개호보험제도로 다원화 되어 있다.

<일본 의료보장제도 연혁>

- '22年 / 건강보호법 제정 ('27年 도시 직장근로자 대상 시행)
- '38年 / 국민건강보험법 제정 - 市井村, 職種 단위적용
- '48年 / 국가공무원공제조합법, 진료보수지불기금법 제정
- '61年 / 전국민 의료보험 실시
- '82年 / 노인보건법 제정
- '84年 / 퇴직자의료제도 실시
- 2000年 / 개호(수발)보험 실시

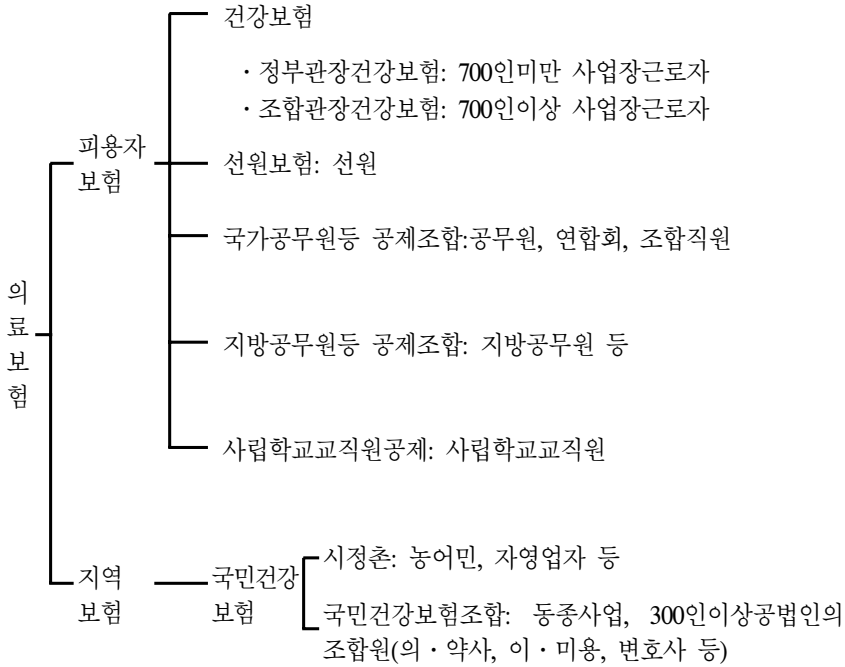
나. 제도운용 현황

1) 의료보험 유형

일본의 의료보험제도는 크게 피용자인 근로자 보험과 지역가입자 보험으로 이원화 되어 있다. 근로자인 피용자보험은 다시 건강보험, 선원보험, 국가공무원등 공제조합, 지방공무원등 공제조합, 사립학교교직원공제조합으로 구성되어 있고, 지역가입자보험은 국민건강보험으로 지역농어민과 자영자가 가입되어 있다.

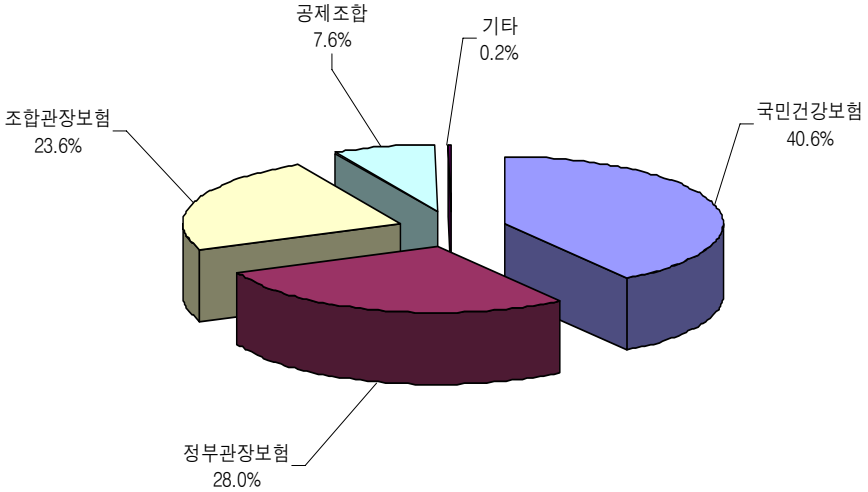
일본의 의료보험은 질병, 부상, 출산과 사망에 대한 현물급여를 받게 되며 연령대에 따라 보장율이 달라진다. 상황에 따라서 장제비, 이송비, 출산수당, 상병수당 등과 같은 현금급여도 포함된다. 건강보험의 경우에는 급여율이 연령에 따라 달라지는데 3세미만은 80%, 3~69세는 70%, 70세 이상은 90%의 보장율로 하되 일정소득이상자는 80%로 하고 있다. 따라서 환자는 일정비율의 본인부담율이 존재하며, 상한제도 역시 존재하고 있다.

[그림 III-2] 일본 건강보험체계



보험자별 가입구성을 살펴보면 2006년 현재 지역의료보험인 국민건강보험 가입자가 전체 국민의 40.6%이고, 정부관장보험이 28.0%, 조합관장보험이 23.6%, 공제조합(공무원 및 사립학교교직원, 지방공무원 등)이 7.6%이고, 선원보험 등 기타 보험가입자가 약 0.2%의 비중을 차지하고 있다(후생노동성, 2006).

[그림 III-3] 일본 건강보험 조합별 구분



전체 국민 중에 공공부조를 수급하는 생활보호대상자들은 건강보험의 적용대상에서 제외된다¹⁴⁾. 보험재정은 보험료기여, 국고보조와 각 제도 및 보험자간 재정공동사업 기금 등으로 조성되고 있다.

2) 의료보험의 유형별 특성

가) 건강보험

건강보험의 적용대상자는 근로자와 그들의 피부양자로서 5인 이상 사업자와 근로자 그리고 피부양자가 이에 강제가입된다. 건강보험은 관리사업장 규모에 따라 조합관장건강보험과 정부관장 건강보험으로 이원화되는데 사업장 근로자의 수 700인이 그 기준이 된다. 즉, 근로자수가 700인 이상인

14) 일본의 인구는 2005년 기준 12,777만명임

경우에는 개별 사업장별로 건강보험조합을 설립하여 운영할 수 있으나, 700인 미만일 경우에는 개별 사업장보다는 여러 개의 사업장이 모여 건강보험조합을 설립하고, 이를 정부가 관장하는 형태를 취하는 것이다. 2006년 4월 현재 조합관장건강보험의 조합수는 1,584개(23.6%)가 운영되고 있다.

① 적용대상자 및 피부양자

적용대상자는 크게 5가지 형태로 구분할 수 있다. 첫째 강제가입대상자로서 5인이상 사업장 근로자와 지방 및 공법인 사업장 근로자가 포함된다. 둘째, 임의포괄가입자로서 강제적용대상자가 아닌 사업주와 근로자가 후생노동대신에게 건강보험적용을 신청하여 가입하는 경우를 의미한다. 셋째, 임의계속가입자로서 퇴직등의 사유로 직장근로자의 자격을 상실하였으나 상실이전의 직장가입자의 지위를 2개월동안 유지하도록 하는 제도이며, 신청할 경우 2년까지 자격이 유지될 수 있도록 한 가입자 유형이다. 넷째, 일용특례가입자로서 1984년 10월에 일용노동자 건강보험제도의 폐지에 따라 동 제도의 대상자였던 대상자들이 포함된다. 일용특례가입자의 범주에는 아래와 같은 대상자가 있다.

- a) 1개월 이상 지속적인 고용이 이루어지지 못한 근로자
- b) 2개월보다 낮게 고용계약이 이루어진 근로자
- c) 계절적 요인에 따라 4개월이내 고용계약을 가진 근로자
- d) 6개월이하 계약자로 임시직 성격의 근로자

다섯째, 특례퇴직가입자로 건강보험조합이 실시하는 퇴직자의료의 대상자가 된다. 이상의 가입자 조건에 따른 일본의 건강보험제도에서 피부양자는 가입자와의 가족관계 등 일정범위의 관계가 있는 대상자가 피부양자의 자격을 취득할 수 있다. 일반적으로 피부양자는 직계존속 및 배우자, 아동, 손자, 그리고 일정 연령이하의 형제, 자매로서 가입자에 의해 생계가 유지되는 사람이 포함된다. 이 밖에도 가입자가 부양하는 삼촌, 동거인의 아이

와 부모(사실상의 혼인관계자의 부모, 아동)까지 포함된다.

② 재원 조성

건강보험사업의 주요 재원은 각 보험제도의 보험료와 국고지원으로 조성된다. 보험료는 보수, 보너스, 기타 근로에 대한 보상형태의 수당을 월단위로 하여 일정율의 보험료율을 적용하여 산정하고 있다. 건강보험 직장근로자의 보수의 등급은 40개로 나뉘어 있으며, 1등급이 98,000엔에서 39등급 980,000엔 이상 등급으로 구성된다. 표준보수월액의 상한금액은 2백만 엔이다.

건강보험에서 정부관장보험의 보험료율은 6.6%~9.1%이고 후생노동성 대신이 사회보장위원회에서 심의 변경한다. 2005년도 정부관장보험의 보험료율은 8.2%수준이다. 조합관장보험은 각 조합에서 결정하되 3.0%~9.5%의 범위 내에서 결정된다. 원칙상 사업주와 근로자가 절반씩 부담하지만, 근로자의 부담이 최대 4.5%까지 부담하는 경우도 있다. 대부분의 조합관장보험에서는 사업주의 부담분이 근로자의 부담 분보다 높은 것이 일반적이다. 2005년도 조합관장보험의 평균보험료율은 7.418%이고 사업주가 4.107%, 근로자가 3.311%를 부담하고 있다.

건강보험에서 국고지원은 정부관장보험에서 관리운영비를 제공하고, 급여비에서는 16.4%~20% 범위 내에서 급여비, 식비, 요양비, 특정요양비, 가족요양비, 가족방문간호요양비, 고액요양비, 이송비, 상병수당금, 출산수당금 등에 보조적으로 지원된다. 한편, 조합관장보험에서는 관리운영비와 재정적자분에 대해서 지원하는 형태를 취하며 노인보건각출금의 부담을 경감하는 차원에서 국고지원이 일부 이루어지고 있다.

③ 급여 내용

건강보험에서는 피보험자 및 가족이 질병 및 부상을 입은 경우, 원칙적으로 현물급여방식에 의해 의료급여를 받게 되어 있다. 다만, 부득이한 사

정에 의해 현물급여가 불가능한 때는 우선 치료에 필요한 비용을 전액 본인부담하고 그 후에 일부부담금을 제외한 금액을 상환하는 요양비지불방식을 채택하고 있다. 급여에는 요양급여, 요양비, 특정요양비, 방문간호요양비, 이송비, 상병수당, 매장비, 출산육아일시금, 출산수당 등이 존재하며, 건강보험조합에서는 이들 법정급여 이외에 부가급여를 제공하는 경우도 있다.

요양급여

요양의 급여에는 ① 진찰, ② 약제 또는 치료재료의 지급, ③ 처치, 수술, 기타의 치료, ④ 거택에서의 요양상의 관리 및 그 요양에 수반하는 보살핌 기타의 간호, ⑤ 병원 또는 진료소의 입원 및 그 요양에 수반하는 기타의 간호로 이루어지고 있다. 급여율은 70세 미만인 경우는 요양에 필요한 비용의 70%, 70세 이상의 경우는 90%(일정 이상 소득자는 80%)이다.

급여에 대한 기간제한은 없으며, 요양에 필요한 비용의 산정방법은 후생노동대신이 정하고 있고, 요양급여를 받을 때에는 피보험자는 급여율을 상회하는 부분의 비용을 보험의료기관 또는 보험약국에 지불하도록 한다. 환자의 약제일부부담에 대해서는 2002년의 건강보험법등의 일부개정에 의해 폐지되었으며, 정상적인 임신 및 분만, 장기이식(일부를 제외)은 요양급여의 대상이 되지 않는다.

입원 시 식사요양비는 요양비(상환불에 의한 현금급여)로 규정되고 있는데, 실제로는 현물급여 되는데, 요양비의 금액은 식사에 필요한 비용에서 환자일부부담을 공제한 금액이다¹⁵⁾.

15) 본인 일부부담의 금액은 ① 일반의 피보험자가 1일 780엔, ② 시정촌 주민세비과세자는 1일 650엔(다만, 4개월째 이후는 500엔), ③ 시정촌 주민세비과세자로 노령복지연금(전액 국고부담)의 수급자는 1일 300엔)

특정요양비

특정요양비는 피보험자가 본인의 희망에 의해 특별한 병실 등의 특별 서비스 및 치료재료의 제공 등, 후생노동대신이 정하는 요양을 받은 때, 또는 대학의 부속병원 등 고도의료를 제공하는 의료기관으로서 도도부현 지사의 승인을 받은 시설(특정승인보험의료기관)로 후생노동대신이 지정하는 고도선진의료를 받은 때는 특정요양비가 지급 된다. 특정요양비의 지급 대상이 되는 것은 어떠한 경우라도 요양급여가 적용되는 기본적인 부분의 비용에 대해서이다. 특정요양비는 형식적으로는 요양비로 규정되고 있는데, 실제로는 현물급여로서 급여율은 요양급여와 동일하게 70세 미만인 경우는 요양에 필요한 비용의 70%, 70세 이상인 경우는 90%(일정 이상 소득자는 80%)이다.

요양비

다음으로 보험자는 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비를 지급하는 것이 어렵다고 인정한 때, 또는 피보험자가 보험의료기관 이외의 시설에서 의료급여를 받은 경우, 보험자가 부득이하다고 인정한 때에는 그 비용을 요양비(현금)로 지급할 수 있다. 그 때에 환자의 일부부담에 상당하는 금액은 공제하게 되며, 해외의 의료기관에서 치료를 받은 경우에도 요양비가 지급된다.

방문간호요양비

방문간호요양비 명목으로 말기암환자, 난치병환자, 중증장애자, 초로기의 뇌졸중환자 등, 재택 요양을 받고 있는 자로 질병상태에 있는 자가 주치의의 지시에 근거해 방문간호업자(방문간호station)인 간호사, 이학요법사 등에 의한 간호 기타의 방문간호서비스를 받은 때는 방문간호요양비가 지급된다. 역시 요양비로 규정되고 있지만, 실제로는 현물급여이고, 급여율은

요양급여와 동일하고 요양비의 금액은 요양에 필요한 비용의 70%, 70세 이상인 경우는 90%(일정 이상 소득자는 80%)이다.

이송비

이송비는 질병, 부상 등에 의해 이동이 어려운 환자가 의사의 지시에 의해 일시적, 긴급한 필요성이 있어 이송된 경우 보험자는 이송에 필요한 비용을 이송비로서 현금으로 지급할 수 있다.

상병수당

상병수당은 피보험자가 요양 때문에 노무에 복무할 수 없고 그 기간에 보수를 받을 수 없는 때에 4일째부터 상병수당이 지급된다. 1일당 급여액은 표준보수일액(피보험자의 표준보수월액에서 산정된다)의 60%에 상당하는 금액이다. 동일한 질병 또는 부상에 대한 지급기간은 지급개시일로부터 1년 6개월을 한도로 하고 있다¹⁶⁾.

매장료·매장비

매장료·매장비는 피보험자가 사망한 때는 피보험자에 의해 생계를 유지하고 있던 자로 매장을 행한 자에게, 표준보수월액에 상당하는 금액(최저 10만엔)이 매장료로 지급된다. 매장료의 지급을 받아야 할 자가 없는 경우는 실제로 매장을 행한 자에게 매장료의 범위내에서 그 비용에 상당하는 금액(최저 10만엔)이 지급되는 것이다.

출산육아일시금 및 출산수당

출산육아일시금은 피보험자가 분만한 때는 출산육아일시금으로서 30만

16) 또한 노무불능기간 동안에 보수를 받을 수 있는 경우 및 장해연금 또는 상병수당이 후생연금보험법에 따라 지급되는 경우는 상병수당은 지급되지 않는데, 상병수당이 보수 및 장해연금을 초과하는 때는 그 차액이 지급됨

엔이 지급된다. 한편, 출산수당으로 피보험자가 분만 때문에 분만일(분만일이 분만에정일 이후인 때는 분만의 예정일) 이전 42일(다태임신의 경우 98일)에서 분만일후 56일까지의 사이에서 노무에 복무할 수 없고 보수를 받을 수 없는 때는 그 기간동안, 1일당 표준보수일액의 60%에 상당하는 금액을 지급하고 있다. 또한 노무불능의 기간에 보수를 받을 수 있는 경우는 상병수당과 동일한 조정을 거치게 된다.

피부양자 급여

피부양자의 급여로 가족요양비는 피부양자의 질병 또는 부상에 대해서와 동일한 급여(요양의 급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비)를 제공하게 되는데 가족매장료의 경우 피부양자가 사망한 때는 피보험자에게 10만엔을 지급한다.

고액요양비

환자의 본인부담액이 고액인 경우 가계부담을 경감하는 목적으로, 고액요양비제도가 운영되고 있다. 피보험자 또는 피부양자가 동일월에 동일 보험의료기관 등에서 받은 요양(요양급여, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비, 가족요양비, 가족방문간호요양비를 포함, 입원시식사요양비는 비포함)의 본인부담이 한도액을 초과하는 경우, 또는 동일세대에서 동일 월에 21,000엔 이상(합산 대상기준액)의 본인부담이 한도액을 초과한 경우는 고액요양비로서 지급하고 있다. 상세한 내용은 아래 상자와 같다.

피보험자 또는 피부양자의 요양기간이 장기간에 걸쳐 계속되어 고액치료를 필요로 하는 것으로서 후생노동대신이 정한 질병으로 요양을 받은 경우, 고액요양비가 지급된다. 보험자의 인정에 근거해 1개월 1만엔의 환자본인부담액을 초과한 금액이 지급된다. 후생노동대신이 정하는 질병에는 혈우병의 일부, 혈액제제가 기인한 HIV 감염자로부터의 2차, 3차 감염, 인

공투석을 필요로 하는 만성신부전이 있다.

피보험자 또는 피부양자가 요양을 받은 때로부터 12개월 이내에 고액요양비의 지급이 이미 3회 이상 있었던 경우는 4회째부터의 고액요양비의 본인부담한도액은 70세 미만의 젊은이의 경우, 저소득자 24,600엔, 일반 40,200엔, 상위소득자 77,700엔이다. 70~74세의 고령수급자의 경우는 일정이상 소득자가 계속하여 동일한 의료기관에 입원하여 다수 해당조건을 채우는 경우에 한해서 다수 해당의 본인부담한도액 40,200엔이 적용되고 그것을 초과한 금액이 고액요양비로서 지급된다.

<참고 : 고액요양비제도에서의 환자본인부담한도액 >

- ① 젊은이(70세미만인 자(노인보건의 적용대상자를 제외))
 - 본인부담한도액은 소득에 따라 저소득자(시장촌주민세 비과세자, 생활 보호수급자), 일반, 상위소득자(요양이 있었던 월의 표준보수월액이 56만엔 이상인 자)의 3가지로 구분
 - 저소득자는 35,400엔의 정액
 - 일반과 상위소득자에 대해서는 정액부분에, 요양에 필요한 의료비가 일정액을 초과한 부분의 1%(= {의료비-일정액} ×1%)를 가산한 금액
 - 정액부분은 일반은 72,300엔, 상위소득자는 139,800엔
 - 가산부분의 의료비의 일정액은 일반은 241,000엔, 상위소득자는 466,000엔
 - 세대단위로 부담을 합계할 때의 합계 기준액은 저소득자, 일반, 상위소득자의 어느 것이나 21,000엔
- ② 고령수급자(노인보건의 적용대상자를 제외한 70~74세인 자)
 - 「외래」에 대해서는 개인단위의 본인부담한도액이 「입원」에 대해서는 진료보수명세서 단위의 월액부담상한액이 더구나 외래·입원을 불문하고 세대단위로 부담을 합계하는 세대합산에 대해서는 세대부담한도액을 두고 초과분은 요양비 지불
 - 소득에 따라 저소득자(I), 저소득자(II), 일반, 일정 이상 소득자로 구분

90 국민건강보험 제도의 체계 개편 방안

- 70세 이상의 고령자에서의 저소득자이란, 주민세비과세자를 가리키고 그 중 저소득자(Ⅰ)은 수입이 연금뿐이고 연수입 약 65만엔 미만의 單身세대 혹은 주부 2인 세대로 연수입 130만엔 미만인 자를 말함
- 또 건강보험제도에서의 일정 이상 소득자란, 고령수급자 중 다음에 언급한 표준기준과 수입기준을 채우는 자를 말함

<표준보수>

- 표준보수월액이 28만엔 이상인 피보험자와 그 피부양자
- 표준보수월액이 28만엔 이상인 노인보건적용대상자의 피부양자

<수입기준>

- 피보험자와 피부양자의 수입합계가 다음의 기준액 이상인 경우
 - 450만엔(피보험자 본인만이 70세 이상인 고령자인 경우)
 - 637만엔(피보험자 이외에 70세 이상인 고령자가 있는 경우)
- 외래의 본인부담한도액은 , 저소득자(Ⅰ), (Ⅱ) 모두 8,000엔, 일반 12,000엔, 일정이상 소득자 40,200엔. 입원의 월액부담상한액 및 세대 부담한도액은 저소득자(Ⅰ) 15,000엔, 저소득자(Ⅱ) 24,600엔, 일반 40,200엔, 일정이상 소득자 【72,300엔(정액부분)+1% (= {의료비-361,500엔} ×1%)】
- 또한, 70세 이상의 고령수급자에서의 세대합산에 대한 합산대상기준액은 없고 모든 명세서가 합산대상

〈표 III-10〉 건강보험제도의 고액요양비의 본인부담한도액

젊은이 70세미만인자 (65세이상인 노인보건 적용대상자 제외)	저소득자 (주민세 비과세자)	통상	35,400엔	
		다수해당	24,600엔	
	일반	통상	72,300엔+(진료비-241,000엔)×1%	
		다수해당	40,200엔	
	상위소득자 (월수입 56만엔이상)	통상	139,800엔+(진료비-466,000엔)×1%	
		다수해당	77,700엔	
70세 이상인 고령자			개인단위 (외래만)	세대단위(입원포함)
	저소득자	저소득자 I	8,000엔	15,000엔
		저소득자 II		24,600엔
	일반		12,000엔	40,200엔
	일정이상 소득자	통상	40,200엔	72,300엔+(진료비-361,500엔)×1%
		다수해당		40,200엔

자격상실후의 계속급여

보험급여는 피보험자에 대하여 실시되는 것이고 원칙적으로 자격을 상실한 후에는 급여는 제공되지 않는다. 그러나, 다음의 경우에는 자격상실후도 급여를 계속하여 받을 수 있다. 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비, 이송비, 가족요양비, 가족방문간호요양비, 가족이송비, 고액요양비에 대해서는 자격상실 후에 일용특례피보험자 또는 그 피부양자가 된 경우에 한해서 자격상실시에 받고 있었던 급여를 계속하여 받을 수 있다. 급여대상기간은 ① 자격상실일로부터 6개월간, ② 일용특례피보험자제도로부터 요양급여 등(특별요양비를 포함)을 받을 수 있

게 될 때까지, ③ 건강보험·선원보험 또는 피부양자, 국민건강보험의 피보험자, 노인의료수급대상자가 될 때까지, ④ 개호보험제도로부터 상응한 급여를 받을 수 있을 때까지이다.

출산비대부제도

출산육아일시금(배우자육아일시금)의 지급시기와 피보험자 등이 실제로 의료기관 등에 출산비용을 지불하는 시기에는 간격이 있기 때문에, 실제로 비용을 필요로 하는 시기에 자금을 대부받을 수 있다. 대부대상은 ① 출산 예정일까지 1개월 이내인 자(또는 피부양자를 가진 자), ② 임신 4개월 이상인 자(또는 피부양자를 가진 자)로 의료기관에 일시적인 지불이 필요한 자 중의 하나이며, 대부한도액은 출산육아일시금(배우자육아일시금)의 80% 수준인 24만엔인데, 각 조합의 실상에 맞추어 30만엔의 전액대부도 가능하다. 대부금은 출산육아일시금(배우자육아일시금)의 지급으로 상쇄된다.

부가급여

건강보험조합은 이상과 같은 법정급여 이외에, 조합의 여건에 따라 부가급여를 지급할 수 있다. 이러한 급여와 더불어 보건사업을 통해 건강보험가입자의 건강증진을 도모하고 있다. 건강보험법에서는 보험자는 건강교육, 건강상담, 건강진단 등 피보험자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위해 필요한 사업을 실시하도록 규정하고 있으며, 피보험자의 요양에 필요한 자금 및 용구의 대여, 기타 피보험자의 복지의 증진을 위해 필요한 사업을 실시할 수 있다고 규정한다. 정부관장건강보험 및 각 조합관장건강보험조합에서는 이 규정에 근거해 보건지도, 성인병검진 등의 보건활동 및, 체육관, 요양소의 설치, 운영을 하고 있음

④ 전달체계

건강보험에서는 건강보험에 의한 요양급여를 받는 경우는 다음 시설에

서 급여를 받도록 규정하고 있다.

- ① 도도부현 지사가 지정한 병원, 진료소, 약국
- ② 피보험자를 위한 병원, 진료소, 약국, 보험자가 지정한 곳
- ③ 건강보험조합이 개설하는 병원, 진료소, 약국

건강보험의 진료보수체계로서 보험의료기관이 행한 요양급여에 필요한 비용으로 의료기관에 지불하도록 되어 있다. 의료기관에는 진료보수총액으로부터 환자일부부담을 공제한 금액이 지불된다. 진료보수는 진료, 투약, 주사, 처치, 수술, 검사 등의 진료행위별로 자세하게 정해진 요금과, 입원 환경료(병실 등), 간호료 등으로 구성되어 있고 거의 2년마다 개정되고 있다. 진료보수는 점수로 표시되어 있으며 1점은 10엔에 상당한다. 진료보수는 보험자 및 피보험자의 대표위원, 의사, 치과의사, 약사의 대표위원 및 공익대표위원으로부터 중앙사회보험의료협회의회의 심의를 거쳐 후생대신이 정하도록 되어 있다. 입원 시 식사요양 및 방문간호요양에 필요한 비용에 대해서도 후생노동대신이 정하고 있다.

건강보험에서는 보험진료로 사용할 수 있는 의약품에는 약가기준이 정해지고 있고 의료기관에는 약가기준가격에서 환자일부부담을 공제한 금액이 지불된다. 시장가격을 반영시키기 위해 약가조사가 2년에 1번 행해지고 이 결과에 의해 약가가 정해 진다.

한편, 보험자로부터 보험의료기관으로의 진료보수 지불은 사회보험진료보수지불기금을 통하여 행해 진다. 의료기관은 1개월별로 피보험자 및 피부양자에게 행한 진료내용을 기입한 진료비명세서를 지불기금에 제출하고 지불기금은 그 청구에 오류가 없는가, 진료내용은 적절한지 어떤지 등을 심사한 후에 각 보험자별로 청구한다. 보험자는 명세서 1매당 결정된 금액(2006년도 114엔 20전)을 심사지불수수료로서 지불기금에 지불한다.

나) 국민건강보험

5인미만 사업장 근로자이거나 자영자, 농어민의 경우는 지역의료보험인 국민건강보험의 가입자가 된다. 보험자는 각 지방자치단체이며, 퇴직한 건강보험가입자도 국민건강보험의 가입자가 된다. 퇴직한 근로자의 급여비는 건강보험(직장보험)의 재정에서 충당하도록 건강보험에서 국민건강보험으로 교부금을 지급하는 형태를 취하고 있다. 이어 고령자의 의료비 급증에 대비하기 위해서 고령자에게는 노인보건제도의 적용을 받도록 하고 있다. 국민건강보험은 세대를 기준으로 보험료와 중앙정부와 지방정부의 보조금을 통해 운영된다. 보험료는 지방별로 서로 다르며 세대 내에 적용될 세대원의 수와 소득을 기준으로 결정한다. 저소득자의 경우는 보험료의 최대 60%까지 경감하는 제도가 마련되어 있다.

(1) 적용대상자 및 피부양자

국민건강보험은 직장의 건강보험과 생활보호를 받고 있는 사람을 제외한 모든 국민이 가입대상자이다. 예를 들어, 가게를 운영하고 있는 사람, 농·어업에 종사하고 있는 사람과 그 가족, 파트타임·아르바이트 등으로 직장의 건강보험에 가입할 수 없는 사람, 퇴직 등으로 직장의 건강보험을 탈퇴한 사람과 그 가족이 국민건강보험의 가입대상이며, 외국인등록을 하고 일본에 1년 이상 체재하는 사람도 가입할 수 있다. 가입은 세대별로 하며, 세대주가 신고하는 것을 원칙으로 한다.

(2) 재원조성

주된 재원은 보험료와 국고지원 그리고 건강보험에서의 교부금으로 이루어진다. 해당연도의 의료비 총액을 계산하여, 국가 등의 보조금을 공제

한 금액을 보험료로 각 세대별로 할당하는 방식을 취한다. 다음의 4가지 중 각 시정촌이 법령에 규정되어 있는 부과요소의 조합을 정한 후 세대당 연간 보험료를 결정 하게 된다.

- 소득할당: 그 세대의 소득에 따라 산정
- 자산할당: 그 세대의 자산에 따라 산정
- 균등할당: 가입자 1인당 금액으로 산정
- 평등할당 세대당 금액으로 산정

보험료의 납부 의무자는 각 세대의 세대주이며, 세대주가 회사원 등으로 국민건강보험에 가입하지 않았더라도 가족 중에 국보 가입자가 있으면, 그 가입자의 보험료(세)는 원칙적으로 세대주가 납부하도록 되어 있다. 보험료의 납부 방법은 시구정촌이 결정한 연간 보험료(세)를 시구정촌이 지정한 기간 까지 납부하면 된다. 개호보험의 도입으로 40세 이상인 사람은 개호보험료도 납부하게 되어 있으며, 40~60세인 사람(개호보험의 제2호 피보험자)은 의료분과 개호분을 일괄해서 국보보험료(세)로 납부 한다¹⁷⁾.

일본에서도 보험료 체납이 발생하고 있으며 이들에 대한 보험료 징수절차는 크게 다섯 단계로 제시되어 있다. 국민건강보험에서 독촉장을 보내는 것을 첫 단계로 하여 두 번째는 보험증의 유효기간이 짧은 단기피보험자증을 교부 한다. 셋째 단계는 의료비부담이 전액 본인이 부담한 뒤 국민건강보험에 청구하면 그 동안 체납한 보험료와 진료비 본인부담을 제외한 금액을 상환하는 방식을 따르고 있다. 넷째 단계로 1년 6개월 체납할 경우에는 보험급여가 일시 중지되며, 중지된 급여액에서 체납분이 공제되는 방법을 택하고 있다.

17) 연도의 도중에 40세가 되었을 경우 40세가 된 달분부터 개호분을 납부하며, 연도의 도중에 65세가 되었을 경우 65세가 된 달분부터 개호분을 연도말까지의 납부기간에 등분하여 국보료(세)로 납부한다.

(3) 보험 급여

지역가입자 의료보험인 국민건강보험의 급여 역시 직장가입자보험인 건강보험의 급여와 비슷한 양상을 보인다. 다만 조합별 부가급여에서 차이가 발생한다는 것이 특징이다. 일반적인 보험료 급여 항목은 진찰, 의료처치, 수술 등의 치료, 약과 치료재료의 지급, 재택요양 및 간호, 입원 및 간호 등이 포함되고, 식사대는 별도 부담하는 것을 원칙으로 한다. 비급여 항목에는 미용성형, 건강진단, 예방접종, 정상분만, 경제상의 이유로 인한 인공중절, 직업상의 부상이나 질병, 산재보험의 대상이 되는 경우, 싸움이나 만취 등으로 인한 부상이나 병환 등이 해당된다.

의료비의 환자 부담률은 앞서 보장율에서 제시한 것에 반대를 의미하게 되는데 3세 미만인 경우는 20%를 본인이 부담하고, 3~69세인 경우는 30%를, 70~74세인 경우 10%를 부담한다. 단, 일정 이상의 소득자(연 124만 엔 이상)는 20%를 부담하도록 하고 있다.

기타 급여(현금 급여 포함)에는 출산 육아 일시금(임신 85일 이상의 사산, 유산도 포함)과 사망했을 경우 장례비 지급이 있으며, 방문간호요양비는 방문간호스테이션을 이용한 경우 비용의 일부만 본인 부담하고, 급여를 실시하고 있다.

이송비는 보행이 곤란한 사람이 입원하거나 병원을 옮길 때, 자동차를 이용한 경우 국보가 필요하다고 인정한 경우에 지급하도록 하고 있다.

건강보험과 마찬가지로 국민건강보험에서도 환자본인부담 상한선제도를 운영하고 있다. 1개월 의료비의 환자부담(일부부담금)이 고액이 되었을 때, 국민건강보험의 담당창구에 신청하여 인정되면 한도액을 초과한 분을 고액의료비로써 후에 돌려받을 수 있다.

〈표 III-11〉 70세 미만인 경우의 환자부담 한도액

구 분	환자부담 한도액
일정 이상 소득자 ¹	150,000엔+(지불 의료비-500,000엔)×1%
일 반	80,100엔+(지불 의료비-267,000엔)×1%
주민세 비과세 ²	35,400엔

- 주) 1. 동일세대 전원의 국보 피보험자의 기초공제후 소득의 합계액이 670만엔 초과 자
 2. 동일세대의 세대주와 전원의 국보 피보험자가 주민세 비과세인 사람

자료: 일본 후생노동성 홈페이지 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01>

외래인 경우는 환자부담이 외래의 환자부담 한도액을 초과한 금액도 일단 지불하고, 초과한 금액을 고액요양비로써 후에 돌려받을 수 있다. 입원인 경우 환자부담 한도액까지 지불하고, 모든 외래 및 입원의 환자부담은 세대 합산을 원칙으로 한다.

〈표 III-12〉 70~74세인 경우

구 분	환자부담 한도액	
	외래의 경우(개인별)	입원의 경우(세대단위의 환자부담 한도액)
일정 이상 소득자 ¹	40,400엔	80,100엔+(지불 의료비-267,000엔)×1%
일 반	12,000엔	44,400엔
주민세 비과세	II ² I ³	24,600엔
		15,000엔

- 주) 1. 동일세대에서 일정한 소득 이상(과세소득이 124만엔 이상)인 70세 이상인 사람 또는 노인보전 대상자가 있는 사람. 단, 70세 이상인 사람 및 노인보험 대상자의 수입의 합계가 일정액 미만인 경우에는 국보의 상당창구에 신고하여 인정되면 일반이 됨
 2. 주민세 비과세의 세대에 속하는 사람
 3. 주민세 비과세인 세대로 세대원의 소득이 일정 기준에 달하지 않는 사람

자료: 일본 후생노동성 홈페이지, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01>

(4) 전달체계

국민건강보험의 전달체계는 건강보험과 크게 다르지 않다. 다만, 보험료 징수를 지자체의 사회보험청에서 징수하고 있으며, 최근 연금공단과 건강보험협회로 징수기구를 이원화하고 있다.

일본의 사회보험청은 건강보험 및 연금사업을 운영하는 행정기관으로 최근 허술한 정보관리, 빈발하는 고위관료의 독직(瀆職)사건, 인구노령화로 인한 사회보험재정의 악화 등으로 기관의 개혁에 대한 요구가 증가했다. 이에 사회보험청을 업무내용에 따라 세 부분으로 해체하고 비공무원형의 공법인을 설치하는 법안이 제출되었고, 건강보험과 관련된 법안은 2006년 국회에서 가결되어 2008년부터 실시하고 있다. 건강보험사업 운영기관은 전국건강보험협회를 설치하는데 기존 사회보험청과 동일한 것으로 볼 수 있다. 다만, 연금사업 운영부분을 연금기구로 독립하여 공법인화하고자 추진 중이며, 악질체납자의 경우는 강제징수를 위해 국세청에 위임하는 형태를 취하였다. 건강보험사업 관련조직은 기존의 조직과 마찬가지로 광역자치단체별로 설치되므로 큰 변화가 없는 반면, 연금사업 관련조직은 지방조직이 재편성되는 등 조직 운영의 전반적인 변화가 있는 것이다.

다) 국민건강보험제도로써 퇴직자의료제도

회사 등을 퇴직하고 연금을 받고 있는 사람과 그 부양가족은 노인보건제도의 적용을 받을 때까지 ‘퇴직자의료제도’로 의료를 받게 된다.

대상자는 국민건강보험에 가입한 사람이나 노인보건의 적용을 받고 있는 사람, 후생연금이나 각종 공제조합 등의 연금을 받는 사람으로 그 가입기간이 20년 이상, 또는 40세 이후 10년 이상이 되는 사람이 대상이 된다. 보장율은 대략 70%수준이며 본인은 외래·입원의 경우 30%를 본인 부담

(단, 70~74세인 피보험자는 10~20% 부담)하고 있다. 가족(피부양자)의 경우 외래·입원 시 30%를 부담하고, 3세 미만아는 20%를, 70~74세인 사람은 10~20% 부담한다.

라) 국민건강보험제도로서 노인보건제도

국민의 노후 건강유지와 적절한 의료공급의 확보를 위해 장년기부터 질병예방과 치료, 기능훈련에 이르기까지 종합적인 보건의료서비스를 제공하는 것을 목표로 하고, 1983년부터 시행되었다. 주요 대상은 75세 이상의 노인과 65세~75세 미만의 장애인정을 받은 외상노인이다. 이 제도는 2008년부터 후고령자의료제도의 명칭으로 개정되었다.

의료비의 환자부담 비율은 외래의 경우 10% 부담(단, 일정소득 이상자는 20% 부담)하고, 입원의 경우는 10%를 부담(단, 일정소득 이상자는 20%)한다.

마) 개호보험제도

40세가 되면 생활보호를 받고 있는 사람 등을 제외하고, 전원 개호보험제도에 가입하게 된다. 제1호 피보험자는 65세 이상인 사람, 혼자 거동을 못하거나 치매 등으로 목욕, 배설, 식사 등 일상생활 활동에 개호가 필요하다고 인정된 사람, 가사나 거동 등의 일상생활에 지원이 필요하다고 인정된 사람이 포함된다.

제2호 피보험자는 40~64세인 의료보험(국보 등)의 가입자이며, 노화가 원인인 병환(특정질병)으로 인해 가사나 거동 등의 일상생활에 개호나 지원이 필요하다고 인정된 사람이 해당된다. 제1호 피보험자의 경우 고령·퇴직연금 월액 1만 5천엔 이상인 사람은 연금에서 공제하고 그 밖의 사람은 개별 납부하며, 제2호 피보험자의 경우 가입한 의료보험의 보험료와 함께 납

부한다. 본인부담율은 10%하고, 식사료는 일정액을 부담하는 방식이다.

다. 시사점

1) 제도개선사항

인구고령화와 높은 의료욕구는 최근 국민의료비의 급격한 상승을 초래하고 있다. 일본 국민의료비는 국민소득의 신장율을 상회하고 있으며, 2003년도에는 31.5조엔에 이르고, 세계적으로도 유례가 없을 정도의 급속한 고령화와 국민의식 변화는 건강보험의 구조개혁을 요구하고 있다. 이에 일본은 2006년 의료제도 구조개혁에 착수하여, 질병예방, 의료의 질 향상 및 효율화 그리고 재정적정화를 목표로 하고 있다. 우선 질병예방을 위해서는 생활습관으로 발병하는 질병에 대한 집중관리, 총 진료시간의 효율적 관리가 포함된다.

둘째, 의료비 적정화를 위해서는 장기와 단기 계획으로 이원화할 수 있다. 장기적인 대책은 국민건강과 나아갈 방향을 전망하고 생활의 질 향상과 의료의 효율화 도모하여 의료비 증가율을 하향 조정하는 것이다. 단기 대책은 건강보험급여 내용, 범위 등을 조정하는 것이다(일본국립사회보장연구소, 2007: 32).

장기 대책은 국민의 합의가 전제되어야 하며, 지방자치단체와 중앙정부의 조율도 함께 이루어져야 한다. 또한 고령자의 본인부담 비율도 인상하여 70세 이상 고령자의 본인부담이 기존에 20%에서 30%로 인상되었다. 2008년 4월부터 70세~74세까지의 일반소득자 및 주민세 비과세대상자인 저소득계층 고령자에 대해서도 본인부담 비율이 기존의 10%에서 20%로 인상된다.

만성 질환으로 요양병원에 장기 입원할 경우 70세이상 환자의 식비와

거주비가 인상되고, 본인부담액 상한제 역시 개정하였다. 인구고령화에 따라 75세 이상 후기고령자의 심신 특성 및 생활실태를 고려하여 2008년 4월부터 후기고령자 독립보험을 실시하고 있다. 동시에 65~74세까지 전기고령자의 경우에는 퇴직자가 국민건강보험에 대량 가입함으로써 발생하는 재정불균형을 해소하기 위해 조정제도를 창설하였다. 기존의 퇴직자의료제도는 폐지하고, 2014년까지 65세 미만의 퇴직자를 대상으로 현행 퇴직자의료제도를 존속시키는 경과조치를 마련하고 있다.

75세 이상 고령자 보험제도는 후기고령자 전원을 가입대상으로 하고, 보험료 10%, 국가지원 50%, 74세 이하 가입하는 각 건강보험으로부터 지원금 40%로 재정을 운영하고 있다. 대상자수는 약 1,300만명으로 추계된 의료비가 11.4조엔이고, 급여비 10.3조엔과 환자부담금 1.1조엔으로 운영될 수 있을 것으로 예측했다(일본국립사회보장연구소, 2007:38).

보험료 부담은 정액부분과 소득비례부분으로 나뉘며, 소득에 따라 보험료의 경감이 이루어지는 형태를 취하였다. 이상과 같이 일본 건강보험제도의 개혁동향에 대해 개혁방향과 장단기 전략, 그리고 후기고령자 보험에 대해 간략하게 살펴보았다.

2) 합의

일본 건강보험은 우리나라 건강보험제도의 모태이지만 우리는 다보험자 방식에서 단일보험자 방식으로 통합하였다. 그럼에도 불구하고 보험료 부담이나 건강보험 관리운영의 형식에 있어서 유사한 점이 많은 것이 사실이다. 최근 일본 건강보험의 개혁 방향은 우리에게 시사하는 바가 크다. 인구고령화와 의료욕구의 강화, 의료비 상승에 따른 건강보험제도의 재정안정에 대한 일본 정부의 노력은 우리에게 더욱 절실한 참고사항이 될 수 있다.

먼저 일본은 생활습관병 등의 집중관리를 통해 재정절감을 시도하는

한편, 급여내용과 범위 효율적 관리를 통한 재정관리에 초점을 두고 있다. 우리는 민간주도의 공급구조와 행위별 수가제도에 따라 급여를 효율적으로 관리할 기전이 충분하지 못하다. 따라서, 공급구조 개편 또는 개선을 통해 진료비지출을 관리하는 것은 물론 가입자별 급여관리도 절실하다. 선행적인 일본의 예방, 집중관리 프로그램은 매우 중요한 방법적 대안을 제시하고 있다.

둘째, 장기적인 관점에서 소득에 따른 보험료 부담, 보험급여의 차등화 정책이 대안으로 모색될 수 있다. 현재 우리는 보험료 부담을 일괄적인 보험료율로 대처하지만 일본처럼 소득구간에 따라 요율과 금액을 차등 적용하는 방법도 고려할 필요가 있다. 더불어 본인부담 상한제 역시 소득구간에 따라 차등적용하는 것이 바람직하다. 물론 우리나라도 본인부담 차등적용 방법을 검토 적용하고자 하나 단순하게 이원화되어 있어 소득구간 별 차등화의 순익이 발생할지 여부는 지켜봐야 할 것이다.

셋째, 2008년부터 시행중인 후기고령자 보험제도이다. 노인의료비가 25%를 차지하고 있는 우리 현실에서 의료소비가 증가하여 의료상승에 주된 계층이 되고 있는 고 연령층에 대한 위험분산을 새로운 각도에서 접근할 필요가 있는 것이다. 일본처럼 이들에게 소요되는 재원부터 이들의 급여까지 효과적으로 관리하고자 하는 대책이 우리에게도 필요할 것으로 판단된다. 2008년부터 국민 노령연금 수령인구가 발생하기 시작하여 급속히 확대될 것이고, 이들의 재원부담이나 소득계층간 형평을 고려할 필요도 있는 것이다.

결과적으로 소득에 따른 건강보험제도운영의 융통성을 도입할 필요가 있다는 것이 일본 사례를 통해서 얻을 수 있는 교훈으로 보인다.

4. 대만의 건강보험제도 개요

가. 대만의 건강보험제도 개요

대만의 건강보험제도는 한국의 건강보험제도와 유사한 국민건강보험방식(NHI: National Health Insurance)의 유형으로 분류된다. 국민건강보험방식의 성격을 갖는 대만의全民건강보험의 특징은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

첫째, 제도운영의 최종적 권한과 책임을 중앙정부가 갖고 있는 중앙집권식 방식으로 기능한다.全民건강보험제도의 주관기관은 행정원 산하의 위생서(衛生署: Department of Health)이다.

둘째, 국민보건서비스방식(NHS)과 달리 보건의료서비스의 공급에서 민간의 비율이 비교적 높다.

셋째, 재원조달은 사회보험료를 기본으로 하고 있지만 국가가 사회경제적 취약계층을 지원하기 위해 보험료 외에 국고를 지원하는 체계를 가지고 있다.

넷째, 법률상 단일보험자인 중앙건강보험국(中央健康保險局: BNHI, The Bureau of National Health Insurance)이 제도의 실질적 관리운영기관으로서 본부와 6개지부(22개 출장소) 및 6개 보험자 직영 의료시설(연합외래진료센터)로 운영되고 있다.

다섯째, 급여의 범위는 입원, 외래, 검사, 처방, 치과, 한의, 예방사업 등 포괄적이며, 의료기관은 자유의사에 따라 중앙건강보험국과 계약할 수 있다.

여섯째,全民건강보험은 요양기관인 의료공급자와의 관계에서 요양기관 계약제를 채택하고 있다.

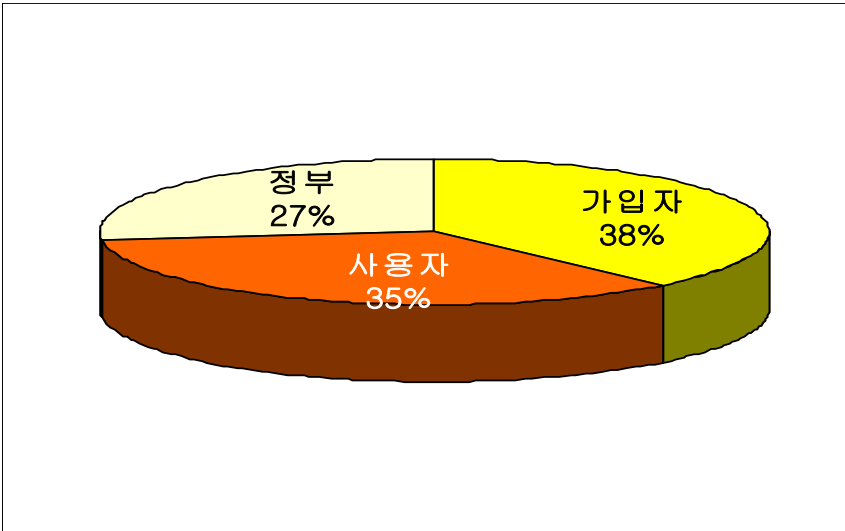
한편,全民건강보험제도가 시행되기 이전에는 노동보험(1950), 공무원보험(1958), 농민보험(1985) 등 3개의 주요 보험자를 포함하여 총 12개의

공적 의료보험이 있었는데, 현재의全民건강보험제도는 1995년 3월부터 이를 통합함과 동시에 정부의 책임 아래 운영되기 시작하였다.

나. 대만 건강보험 재정구조

대만全民건강보험의 수입 재원은 주로 보험료이며 일부는 정부보조금으로 충당한다. 지출은 대부분 보건의료서비스의 급여로 구성된다. 재정수입은 [그림 III-4]에서 보는 것처럼 가입자가 부담하는 보험료가全民건강보험 총수입의 38%, 사용자 부담 보험료가 35%, 중앙정부와 지방정부 등으로부터 지원되는 정부 보조금이 27%로 구성된다.

[그림 III-4] 대만全民건강보험 수입 구성



자료: 중앙건강보험국, National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

1) 재정추이

대만의 건강보험 수지는 1995년全民건강보험 시행 이후 흑자와 적자 상태를 반복하다가 2001년 이후부터는 지속적으로 적자를 보이고 있다. 특히 적자액이 2003년과 2004년 큰 폭으로 감소하였다가 2005년에 다시 크게 증가하고 있다.

대만의 재정상태 추이를 살펴보면, 우선 1995년全民건강보험 시행 후 1997년까지는 흑자를 유지하였지만, 지속된 의료비의 증가에 기인하여 1998년에는 15억NT\$의 당기적자를 기록함으로써 재정안정이 심각한 문제로 대두되었다. 보험재정은 1995년 총수입이 1,945억NT\$였는데 비해 총지출이 1,573억NT\$로 371억NT\$의 흑자를 보였으나, 매년 흑자 폭이 183억NT\$, 60억NT\$로 감소하다가 1998년에는 당기적자가 15억NT\$에 이르게 되었다, 이후 2000년에 10억NT\$의 당기흑자를 기록한 후 적자가 계속되고 있다.

2001년과 2002년에 150억NT\$ 이상의 기록적인 당기적자를 기록함으로써全民건강보험제도의 운영 자체에 대한 심각한 우려가 제기되기도 하였으나 2003년에 역시 기록적인 보험료 인상을 단행하는 등 수입구조 개선에 집중하고(<표 III-14>참조) 지출구조의 합리화에도 많은 정책적 노력을 기울인 결과 2003년과 2004년에는 당기적자 규모를 4억NT\$ 수준으로 줄임으로서 획기적인 재정 상태 개선을 이루게 되었다. 그렇지만 2005년에는 다시 63억NT\$의 가볍지 않은 당기적자를 기록하였다.

〈표 III-13〉 대만 중앙건강보험국(BNHI)연도별 수입추이
(단위 : 억NT\$)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	
수입	보험료	2,025	2,055	2,153	2,380	2,445	2,556
	정부보조	756	748	773	807	815	863
	기타	133	113	186	201	293	242
	총수입(A)	2,914	2,916	3,112	3,388	3,553	3,661
지출	관리운영비	63	80	73	59	63	-
	총지출(B)	2,904	3,072	3,269	3,392	3,537	3,724
수지차액(A-B)		10	-156	-157	-4	-4	-63

자료: 중앙건강보험국 홈페이지(www.nhi.gov.tw), 2006.

〈표 III-14〉 대만全民건강보험 연도별 수입추이
(단위 : 억NT\$, %)

연도	수입(억NT\$)	증가율(%)
1998	2,588	6.05
1999	2,697	4.21
2000	2,914	8.05
2001	2,916	0.68
2002	3,112	6.72
2003	3,388	8.87
2004	3,553	4.87
2005	3,661	3.04

자료: 중앙건강보험국, National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

2) 재정위기와 대응전략

중앙건강보험국은 1999년에 촉발된 첫 번째 재정위기를 맞아, 재정안정 책임을 각 지사로 위임하여 각 지사별로 책임을 지고 의료적정성을 관리하고 의료비를 억제하는데 기여하도록 하였다.

재정 책임의 각 지사로의 이관은 지사가 혁신적인 자세로 실정에 맞게 각종의 비용억제책을 사용할 수 있는 기회를 제공하였다. 지사 재량의 주요 정책으로는 목표에 의한 관리, 감사, 설득, 진료비청구서 및 환자진료

비명세서 활용, 이용도 심사에서 동료비교 등이 있다. 이러한 결과들이 총 의료비를 절감시키는데 기여하는 결실을 거두었으며, 보험자가 중국적으로 보험료율을 인상시킬 수 있을 때까지 재정위기가 초래되는 것을 억제하는 결과를 가져올 수 있었다(BNHI, 2004). 병원협회가 공동관리 역할을 거부한 이후인 2005년에도 유사한 비용절감 전략이 적용되었다.

중앙건강보험국은 의료적정성 관리 및 감사 제도를 개선하는데 1999년과 유사한 전략들을 적용하였다(Liu, 2005, 이용갑 등, 2005에서 재인용).

나. 건강보험의 재원

1) 보험료

① 보험료율

전민건강보험의 재원은 보험료 수입과 중앙정부와 현시정부 등으로부터 지원되는 정부 보조금에서 조달되며 모든 보험료는 보건서비스에 사용한다. 보험료 부과는 표준소득등급표에 의해 전 국민에게 동일기준을 적용한다.

보험료의 납부 의무자는 적용류(類)별로 보험료의 분담율이 다르고, 또한 적용류별로 대상에 따라 부담자의 분담율이 다르게 정해져 있다.

보험료 부과는 표준소득등급별로 최저 15,840NT\$에서 최고 131,700NT\$까지 47등급, 10개의 그룹으로 구분하여(<표Ⅲ-19>참조) 적용대상류별 보험료 분담율에 의해 부과 한다(<표Ⅲ-20>참조). 농민의 경우는 특별한 자산조사 등은 실시하지 않고 일정 등급을 적용하여 보험료를 부과 한다. 표준소득액은 매년 개정된다.

〈표 III-15〉 보험료부과기준 등급별 표준소득월액
(단위: NT\$, 2005. 4. 1. 현재)

그룹	등급	표준소득(월)	실소득월액	등급간 간격
1	1	15,840	15,840이하	600
2	2-9	16,500-22,800	15,841-22,800	900
3	10-14	24,000-28,800	22,801-28,800	1200
4	15-19	30,300-36,300	28,801-36,300	1500
5	20-24	38,200-45,800	36,301-45,800	1900
6	25-29	48,200-57,800	45,801-57,800	2400
7	30-34	60,800-72,800	57,801-72,800	3000
8	35-38	76,500-87,600	72,801-87,600	3700
9	39-43	92,100-110,100	87,601-110,100	4,500
10	44-47	115,500-131,700	110,101이상	5,400

자료: 중앙건강보험국, National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

〈표 III-16〉 보험료 분담율
(단위: %)

가입자 범주		분담율		
		가입자	가입단위 (사용자)	정부
제1류	공무원, 직업군인	30	70	0
	사립학교 교직원	30	35	35
	사업장 피고용자(공공, 민간)	30	60	10
	사용자, 자영자	100	0	0
제2류	직중별협회 소속 자영자, 외향선원	60	0	40
제3류	농민, 어민, 농전수리회 회원	30	0	70
제4류	의무병역군인, 대체복무 공익요원	0	0	100
제5류	성(省)단위 저소득층	0	0	100
제6류	퇴역군인	0	0	100
	퇴역군인의 피부양자	30	0	70
	제1 내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 외의 세대 호주 및 대표	60	0	40

자료: 중앙건강보험국, National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

② 보험료의 산정방식

전민건강보험 가입자의 보험료 산정방식은 임금근로자와 월 소득이 없는 지역주민과 구분하고 있으며 계산방식은 <표 Ⅲ-18>과 같다.

<표 Ⅲ-17> 보험료 산정방식

임금근로자	피보험자 부담액	$\text{표준소득월액} \times \text{보험료율} \times \text{근로자분담율} \times (1 + \text{피부양자수})$
	단체보험가입자(사용자) 또는 정부 부담액	$\text{표준소득월액} \times \text{보험료율} \times \text{사용자분담율} \times (1 + \text{평균피부양자수})$
월 소득이 없는 지역주민	피보험자 또는 정부 부담액	$\text{피보험자의 평균보험료} \times \text{보험료 분담율} \times (1 + \text{피부양자수})$

- 주: 1) 2001. 1. 1. 기준으로 평균 피부양자수 0.78명.
- 2) 1999. 7. 1. 이후 3명 이상의 피부양자는 3명으로 계산.
- 3) 대만의 법정 최고보험료율은 6%이나 2005년 현재 4.55%임.

자료: 중앙건강보험국, National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

개인별 피부양율에 따라 크게 좌우되며 평균피부양자수 0.78을 고려할 경우 전체평균은 8.1%수준임. 그러나 임금근로자의 실질보험료율은 피보험자의 보험료 분담율이 30% 이므로 $4.55 \times 30/100 \times 1.78 = 2.43\%$ 로서, 우리나라의 2006년 기준 임금근로자 부담율 2.24%($4.48 \times 50/100$)보다 약간 높다.

2) 정부보조금

2005년 기준으로全民건강보험 재원의 73%는 보험료(가입자 38%, 사용자 35%)로 충당되고 나머지 27%는 중앙정부와 지방정부 등으로부터 지원되는 정부 보조금으로 충당된다.

전민건강보험 보험재정의 국고지원은全民건강보험법 제27조에 의거 피보험자·사용자·정부 등 세 당사자는 각각 다른 비율로 보험료를 부담하고, 제5류(저소득 가구)와 제6류(퇴역군인)의 보험료는 전액 정부가 부

담하며, 법68조에 의거 행정관리비용을 전액 국고에서 지원하고 있다. 정부지원의 특성은 정부부담 보험료 및 관리운영비 전액을 국고에서 부담하고, 계층별 특성에 따라 차등지원을 원칙으로 한다.

전민건강보험 보험제정의 연도별 각 정부별 지원추이 현황을 보면 <표 III-19>에서 확인할 수 있는 바와 같이 중앙정부는 1999년에는 235억 NT\$를 지원하였는데 2005년에는 1999년 대비 23% 증가한 781억 NT\$를 지원하고 있으며, 중앙정부의 지원규모는 매년 증가추이를 나타내고 있다. 이 기간 동안 중앙정부 보조금의 연간 평균증가율은 3.8%였다. 반면 현시정부는 1999년에는 66억 NT\$를 지원하였으나, 이후 감소추세를 보이고 있으며 2004년에는 6억 NT\$까지 감소하였다가, 2005년에는 33억 NT\$로 보조금이 일시적으로 증가하고 있다. 한편 성시정부의 지원규모는 1999년 27억 NT\$에서 2005년 48억 NT\$ 수준으로 2003년까지 증가추세를 보이고 있고 이후는 정체상태를 유지하고 있다.

〈표 III-18〉 연도별 정부별 보조금 지원 추이

(단위: 억NT\$)

구 분	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
중앙정부	635	679	690	704	739	760	781
현시정부	66	49	15	24	18	6	33
성시정부	27	26	42	43	47	48	48
계	729	755	748	773	806	815	863

자료: 대만 위생서(衛生署: Department of Health), Financial Status, 2006.

연도별 보험수입총액 대비 정부보조금 비중의 추이를 보면 1999년의 27.5%에서 매년 미세하게 비중축소가 이루어져 2004년 25%에 이르렀으나 2005년에는 경미하게 상승 반전하고 있다. 그러나 정부보조금의 지원 총액은 매년 증가하여, 1999년에서 2005년까지 평균 연 3.1%의 증가율을 보이고 있다.(<표 Ⅲ-20>참조)

<표 Ⅲ-19> 연도별 보험수입총액 대비 정부보조금 비중 추이
(단위: 억NT\$, %)

구 분	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
보험수입총액	2648	2780	2802	2926	3186	3259	3432
정부보조금총액	729	755	748	773	806	815	863
비중	27.5	27.2	26.7	26.4	25.3	25.0	25.1

자료: 대만 위생서(衛生署: Department of Health), Financial Status, 2006.

다. 납부 체계와 징수율

전민건강보험의 보험료납부 절차는 가입자 범주에 따라 차이가 있다. 첫째, 제1류 및 제4류의 경우, 피보험자 본인이 부담하여야 할 보험료는 보험가입자단체가 공제 수납하여 다음달 말일 전까지 보험가입자단체 부담분과 함께 일괄하여 보험자인 해당 지역의 건강보험국 지사에 납부한다. 둘째, 제2류 제3류 및 제6류의 경우, 피보험자 본인이 부담하여야 할 보험료는 월별로 나누어 그 보험가입자단체에 납부하고 보험가입자단체가 다음달말 전까지 보험자에게 납부한다. 셋째, 제5류 피보험자의 보험료는 각급 정부가 보조하여야 할 보험료별로 당월 5일 전까지 보험자에게 지불하도록 하고 있다.

보험가입자단체 또는 피보험자가 규정에 따른 기한 내에 보험료를 납부하지 아니한 때에는 보험자는 납부기일을 15일 연장해 줄 수 있으며 연장된 기한 내에도 납부하지 아니한 때에는 연장된 납부기한이 만료된 날

의 다음날부터 완납전날까지 초과한 매1일마다 납부하여야 할 보험료액의 100분의 0.1의 체납금을 가산하여 징수한다. 가산 징수할 체납금액은 납부하여야 할 보험료액의 100분의 15를 한도로 한다. 다만 일정금액 이하의 소액 체납금은 징수를 면제할 수 있으며 그 액수는 주관기관이 정한다. 보험료 및 체납금은 보험가입자단체가 납부하여야 할 날부터 기산하여 30일까지 미납한 때, 피보험자가 150일까지 미납한 때에는 보험자는 법에 따라 강제집행을 할 수 있다.

보험가입자단체와 피보험자가 소득월액을 축소하여 신고하는 것을 방지하기 위하여 중앙건강보험국은 전민건강보험 내부자료를 선택하고 체크하는 컴퓨터 프로그램을 사용하여, 보험가입자단체의 평균소득월액이 동일직업을 가진 사람에 비해 낮으면 이 보험가입자단체는 정확한 신고를 하도록 통지를 받게 되고, 보험가입자단체가 이 신고에 대해 시정을 하지 않으면 특별조사대상이 된다.

그리고 대만의 보험료 징수율은 2005년 기준으로 95.86%에 이르고 있다. 2005년의 부과보험료 총액은 3,567억 NT\$ 이었는데, 징수금액은 3,419억 NT\$였다. 2005년의 적용 범주별 보험료 징수율 현황은 <표III-21>을 참조할 수 있다.

<표 III-20> 2005년 적용 범주별 보험료 징수율 현황
(단위: 억NT\$, %)

	부과보험료	징수보험료	징수율
계	3,567	3,419	95.86
제1류	2,220	2,183	98.35
제2류	433	397	91.56
제3류	352	348	98.89
제4류	26	26	100.0
제5류	27	25	91.64
제6류	5,085	4,40	86.55

자료: 대만 위생서(衛生署: Department of Health), Financial Status, 2006.

5. 외국의 제도로부터 시사점

위에서 언급된 4개국(프랑스, 일본, 독일, 대만)은 우리나라와 유사한 사회보험방식의 건강보험을 시행중인 나라이다. 따라서 정책의 시행이나 시행으로부터의 교훈 등이 우리나라와 많이 비슷할 것이다. 위 4개국은 공통적으로 심각한 재정문제에 봉착해 있다. 이는 NHS나 민간보험방식과 비교되어 논할 수 있는 것은 아니다. 다른 형태의 건강보험제도를 가지고 있는 국가도 재정문제에 직면하기는 마찬가지이기 때문이다.

위 4개국이 재정문제 해결을 위해 시도하는 정책은 여러 부문에서 공통점을 가지고 있다. 크게 나누어 지출의 억제를 위하여 소비자와 공급자들을 통제하는 또는 유인하는 정책을 실행하고 동시에 수입의 증가를 도모하고 있다. 소비자의 의료남용을 막기 위하여 본인부담율을 도입하거나 그 비율을 높이고 있고 특히 일부서비스를 보험급여 대상에서 제외시키고 있다. 공급자측을 통제하기 위하여 예산제를 부분적으로 또는 전면적으로 도입하고 또는 진료지불수단에 변화를 모색하고 있다. 목적세의 도입도 수입원 확대를 위한 제도이며 의약품에 대한 통제는 지출억제를 위한 것이다. 이미 시행중인 제도들로 실패로 끝난 제도도 있고 일부 성공적으로 시행중인 것도 있다. 위 국가의 경험으로부터 분명한 시사점은 현재 우리나라의 지불방식인 행위별 수가제를 전면적으로 재검토해야 한다는 점이다. 위 4개국 모두 행위별수가 방식하에서 총액예산제로 변화를 했거나 변화 모색 중에 있다. 비용조장적인 행위별수가방식도 공급자들의 유인수요를 조장하고 있기 때문이다.

또 다른 시사점으로 현행방식에서 미시적 억제 정책은 그 효과가 제한적일 수밖에 없다는 점이다. 계속해서 새로운 방안들을 시행하고 있으나 뚜렷한 성과가 눈에 띄는 방안이 없다는 점이다. 즉 건강보험체계의 전면적인 재검토가 요구되고 있다는 것이다.

Ⅳ. 의료저축제정에 대한 검토

1. 서론

세계 여러 나라들에서 보건의료의 경제적 이용과 보험재정의 안정에 대해 많은 관심과 함께 개혁이 시도되어 왔다. 우리나라의 의료보장제도에 있어서도 마찬가지로 이러한 문제들에 대한 사회적 관심이 매우 높고 개혁의 목소리가 오래 전부터 제기 되고 있는 실정에 있다. 특히, 짧은 기간에 전 국민에게 보편적인 의료접근성을 보장하는 건강보험의 완성이라는 성과에도 불구하고, 우리나라의 건강보험은 가벼운 질병의 경우 혜택을 보고 있지만 중증질환의 경우 환자들의 부담은 여전히 크다. 그리하여 보장성이 낮아서 본인부담이 높기 때문에 사회보장제도로서 실질적 기능을 하지 못한다는 지적이 있다. 이에 따라 건강보험의 보장성 강화와 의료비의 과도한 상승억제, 그리고 보험재정의 안정화 등을 위한 방안에 관한 논의가 진행 중에 있다.

그런데, 보험료 인상과 보장성 강화라는 목표 사이에는 갈등적 상황이 발생한다. 보장성의 강화를 위해서는 대폭적인 보험료의 인상이 불가피한데 가입자와 사용자 측은 현재의 낮은 보장수준을 지적하면서 보험료의 추가적 부담에 반대할 것으로 예상된다. 여기에다 기업의 보험료 부담의 증가는 해당 기업 상품의 국제 경쟁력을 약화시키는 요인으로 작용하여 경제성장을 위축시킬 수 있다는 등의 불만이 현 국가 경제적 위기와 맞물려 더욱 커질 수 있다. 또한, 보험료의 인상을 통해 어렵사리 재원을 추가로 확보한다 해도 그것이 상승하는 의료비 지출로 소진된다면 보장성 강화라는 목표는 달성할 수 없을 것이다.

이에 보장성의 강화와 의료비 증가의 억제라는 두 가지 목표를 동시에 해결할 방안에 대한 관심이 증가하고 있으며 ‘의료저축계정 제도가 한 방안으로서 강하게 거론되어 왔다. 이 의료저축계정제도(Medical Savings Accounts; MSAs)¹⁸⁾는 1980년대 중반 싱가포르 정부가 보건의료제도의 재원조달방법 및 조직 등에서 개혁을 단행하기 위한 대안으로 도입 및 운영해 오고 있는 제도로서 이후 다른 여러 나라에서도 도입을 검토하였거나 일부 변형하여 운영 중에 있다. 2000년대 초반 남아프리카공화국, 말레이시아, 중국 등지로 확산되는 분위기였으나,¹⁹⁾ 전면적 도입은 되지 않은 상황이다. 한편, 미국은 이 MSAs를 1997년부터 시험운영하다 2004년에는 ‘건강저축계정(Health Savings Accounts)’ 제도로 명칭을 바꿔 운영해 오고 있다. 최근에는 일본에서는 금융산업을 발전시키기 위한 방안의 일환으로 의료저축계정의 도입여부를 검토 중에 있는 것으로 알려지고 있다.

우리나라에서도 1990년대 후반에 이 제도가 보건의료재원조달에 있어서 새로운 대안으로 거론되었다가, 물론 일부에서 간헐적으로 논의가 전개되었지만 2008년 새 정부가 출범한 이후부터 다시 제도의 이 도입을 주장하는 목소리가 들려오고 있다. 특히, 최근 ‘영리의료법인의 허용’ 논란에서도 주장되는 바와 같이 ‘선택과 집중’을 통한 보장의 효율성을 제고한다는 취지에서 이 제도의 도입 필요성이 주장되고 있다.

다시 말하자면, 이 제도를 도입하지는 주장의 근간은 건강보험의 내실을 기하기 위해서는 현재의 급여체계를 개선하여 가벼운 질환에 대해서는 본인부담을 늘려 자신들의 건강에 대한 개인책임을 강화하고 그를 통해 절약된 비용을 중증질환의 치료로 전환할 수 있다는 것인데,²⁰⁾ 우리나라

18) 의료저축계정은 보통 Medical Savings Accounts 표현되고 있으나 실제로는 Health Savings Accounts도 의료저축계정의 일종이다.

19) 권순원, 2001, “의료저축계정 도입 필요성과 예상효과”, 『월간 복지동향』, 2001년 10월호, 참여연대 사회복지위원회.

20) 양봉민, 1999, “재원조달방식으로서 MSA(Medical Savings Accounts)에 대한 고찰”, 『보건경제연구』, 제5권 p. 45.

의 건강보험의 보장성 강화와 재정의 안정 도모화를 위해 방안이 필요함은 대부분 인정하는 분위기 이지만, 이 제도를 우리가 현재 도입해야 하는지에 대해서는 찬반의 논쟁을 떠나 충분한 검토와 연구가 이루어지지 않은 측면이 있다고 판단된다.

그러므로 본 장에서 싱가포르 등 의료저축계정 제도를 도입하여 운영 중인 외국의 경험 사례를 분석함으로써 이 제도가 우리나라에 도입 가능한 것인지의 여부와 도입 시 우리가 추구하는 목표의 달성 여부, 그리고 도입되었을 경우에 예상되는 역기능 등을 면밀히 검토하고자 한다.

2. 의료저축계정의 개요 및 의의

가. 의료저축개정의 개념 및 운영원리

의료저축계정이란 정부가 강제하는 개인 소유 계정으로써 개인과 가족의 일생 동안에 발생할 수 있는 의료비 지출, 즉 건강의료비용에 대해서만 충당할 목적으로 사용하도록 용도를 제한한 개인의 저축계정을 의미한다.

1984년 싱가포르에서 처음 도입되어 시행되고 있는 이 제도는 주로 외래 및 입원 중 발생확률이 높은 일반 진료비에 대비하여 도입되었다.²¹⁾ 개인 각자가 강제적으로 일정액을 저축하고 질병에 걸릴 경우 그 계정에서 의료비를 부담하는 방식이다.

제도를 시행하고 있는 국가에서는 개인과 가족의 의료비용, 기타 국가가 인정하는 의료상품 이용에만 저축금액을 사용할 수 있도록 하고 있다. 이는 개인 계정의 무분별한 인출로 위험에 노출되는 것을 방지하고, 민간 의료비용에 사용하는 것을 방지하기 위함이다. 또한 의료저축계정에서 중

21) 최기춘 외, 2006, 『2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구』(연구보고서 2006-04), 국민건강보험공단 건강보험연구원, pp. 347-442.

증질환으로 자산을 모두 인출할 경우에 대비하여 대출제도로 보완하거나 중증질환 보험을 함께 가입하도록 하고 있다.²²⁾

한편, 만약에 개인이나 그 가족이 일정기간이 지나도록 의료비를 사용하지 않았다면 그 비용을 다른 목적에 사용할 수 있도록 허용을 하고 있지만, 건강의료비용으로만 사용할 수 있다는 원리 하에 이 계정에 대해서는 비과세 또는 과세가 유보되고 있어 개인저축계정, 의료개인퇴직계정 등으로도 불려진다.

일부에서는 의료저축계정이 의료비지출에 대한 비용인식 및 통제를 회복하는 방안으로 개인적 차원에서는 물론이고 사회 전체의 의료비용을 절감하여 의료보장을 수준을 제고 할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 사용하지 않은 기금이 개인계정에 적립되어 나중에 건강의료서비스가 필요할 때 제한 없이 사용할 수 있기 때문에 소비자로서 하여금 일상적인 건강의료서비스를 보다 경제적으로 사용할 수 있게 하고, 개인이나 그 가족은 의료서비스를 보다 신중히 이용하는 재정적 인센티브를 갖게 될 것이라는 것이다.²³⁾

정부는 의료보장이라는 목적의 큰 틀 안에서 민간 재원을 관리·통제하는 역할을 한다. 이 제도에서는 개인이 정기적으로 적립하여 충당한 별도의 저축계정에서 필요 시 인출 또는 의료이용 후에 결재하기 때문에 재정이 민간재원으로 이루어진다. 이러한 이유로 의료저축계정은 국민의 의료보장을 위해 사회적 책임을 토대로 정부로부터 규제를 받는 사회보험(Social Insurance) 제도와 달리, 시장원리를 기초로 개인의 책임을 강조하는 의료비조달제도로 평가된다.²⁴⁾ 반면, The-wei Hu(1999) 등은 의료저축

22) 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 29.

23) Jack A. Ginsburg, *Medical Savings Accounts*, 김경삼 번역, 2000, “미국의 의료저축계정(MSA) 도입에 관한 논의”, 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p. 21.

24) 권순원, 2001, “의료저축계정도입 필요성과 예상효과”, 『월간 복지동향』, 2001년 10월호,

계정을 건강보험과 같은 완전한 제도로 인식하기보다는 기존의 제도에서 수요측면의 의료비용 통제수단으로 평가하고 있다.²⁵⁾

이 제도의 관리는 은행 또는 보험회사이거나, 가입자를 관리하기 위해 설립된 민간 의료보장기구에 의해 이루어진다.

나. 의료저축계정의 의의

의료저축계정이 지니고 있는 의의는 다음과 같다.

첫째, 의료저축계정은 국민 개개인이 자신의 의료비용을 줄이고 건강 의료서비스를 받거나 이용함에 있어 재정적 문제를 해결하여 접근을 용이하게 하는 효과를 기대할 수 있다.²⁶⁾ 특히, 중증질환에 대한 고액진료비를 보장하는 건강보험과 같이 실시되어 가입자들이 미래의 의료수요에 대비하여 정기적으로 저축한 계정을 통해 질병으로부터 스스로 보호받을 수 있도록 설계되었다. 개인이나 그 가족이 필요로 할 때 보험사업자나 제3자의 승인을 받을 필요 없이 사용할 수 있지만, 소비자들의 비용의식과 일상적인 의료비 지출에 대한 통제를 회복하는 것이다.

둘째, 사용하지 아니한 기금은 미래의 건강의료를 위한 예비책으로 적립될 수 있다. 특히 고령화사회를 넘어 고령사회에 직면해 있는 우리의 사회에서 대부분의 젊고 소득이 높은 사람들에게 노인이 되어 장기요양서비스를 필요로 할 경우 필요재원을 대비토록 하는 수단으로 활용될 수 있을 것이다.

참여연대 사회복지위원회.

25) The-wei Hu, 1999, *Health care reform : Health Financing and Delivery-Options and Public Choice*, The Forum of Hongkong Policy Research Institute, City university of Hongkong.을 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 27.에서 재인용.

26) Jack A. Ginsburg *Medical Savings Accounts*, 김경삼 번역, 2000, “미국의 의료저축계정(MSA)도입에 관한 논의”. 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p. 24.

셋째, 의료서비스 전달체계 과정에서 발생할 수 있는 도덕적 해이의 방지책으로 기대되고 있다. 이는 개인들에게 의료비를 절감하기 위한 유인책과 연결되어 있다는 점에서 그러하다.

그러나 이 제도는 강제화된 개인 저축의 일종으로서 사회보장제도의 기본목표인 소득재분배나 공동체적 위험분산의 효과를 충분히 발휘하기 어렵다. 또한 단지 재정적인 대책일 뿐 의료의 이용과 관련된 정보의 비대칭문제 그리고 그에 따른 의료공급자에 의한 수요창출(induced demand)에 대책이 전혀 없다는 점 등을 한계로 지적할 수 있다.²⁷⁾

이 외에 다음 <표 IV-1>와 같이 이 제도가 가지고 있는 장점과 단점들을 비교하고 있다.

27) 이준영, 2008, 『사회보장론 : 원리와 실제』, 학지사, p. 219.

〈표 IV-1〉 의료저축계정의 장점 및 단점 비교

장점	단점
의료저축계정은 소비자의 도덕적 해이를 방지하고 보건의료의 구매를 합리적으로 결정하도록 하는 적절한 유인책을 만든다.	높은 공제제도를 가지고 있는 의료저축계정은 저축이 충분하지 않은 사람들의 의료이용을 제한할 수 있다.
장기 저축은 노후에 개인의 보건의료비용의 재원을 제공한다. 그것은 특히 급속하게 진행되는 고령화사회에서 젊은 근로계층의 짐을 덜어주는 것이다.	환자들은 의료저축계정을 편하게 활용할 수 있는 기금으로 보는 공급자에 대하여 불리한 위치에 있게 될 것이다. 계정에 돈이 들어있으면 소비자는 불필요한 서비스를 위해 즉흥적으로 지출할 수도 있다.
의료저축계정에 의한 재원조달을 통해 공공재원이 저소득층이나 사회적 약자들에게 집중적으로 투입될 수 있는 여유를 갖게 된다.	의료저축계정은 개인 간의 위험분산의 기능이 없다. 만성질환자나 장기실업자의 경우 필수적 보건의료를 위한 충분한 저축이 불가능할 수 있다.
저축된 돈으로 소비자들에게 자유롭게 쓰도록 하는 것은 공급자들이 소비자들의 수요에 민감하도록 하고, 가격경쟁을 촉진한다.	만약, 포괄적 의료보장제도의 선택을 임의로 할 수 있게 한다면, 의료저축계정은 건 강한 사람만 선별적으로 유치하게 된다 (cream skimming 문제).
의료저축계정은 개인의 소득상황에 따라 의료비소비수준이 달라지는 것을 막아주는 시간적 위험분산효과가 있다.	만약, cream skimming이 발생되면, 의료저축계정이 없는 사람은 더 많은 의료보험료를 지불해야한다. 왜냐하면, 나머지 사람들의 위험은 매우 높지만 분산할 수 있는 집단 규모가 작아 졌기 때문이다.

자료: Piya Hanvoranavongchai, 2002. *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience*. World Health Organization. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No.52, p. 9.

3. 외국의 의료저축계정 사례

가. 싱가포르 MSAs

1) 도입 배경 및 목적

싱가포르는 1965년 독립 당시 제한된 자원과 국가 경쟁력의 제고라는 딜레마 속에서 한편으로는 개방적인 자유무역시스템과 외자유치 등을 추진하였고, 다른 한편에서는 이러한 개방경제체제를 유지하면서도 대내적으로는 엘리트 관료가 주도하는 고도의 행정국가²⁸⁾ 즉, 국가가 직접적으로 경제에 개입하면서 정부주도하에 개방경제체제를 운영하는 것으로서 경제발전을 이루고 아시아경제의 허브국가로 위상을 지니는 결과를 가져오게 되었다.

싱가포르는 1858년부터 영국 등의 식민지 국가로 있다가 1965년에 독립 국가가 되면서²⁹⁾ 실업과 자급자족 등의 문제에 직면해 당시 싱가포르의 최우선 목표는 경제발전이었다. 싱가포르는 주로 섬으로 이루어졌으며 국토 면적이 685.4km²이고, 총 인구 수가 4,68만 명에 이르는 작은 도시국가이기 때문에 제한된 자원으로 경제발전을 이루는 방법은 자유무역시스템 및 개방적이고 유연한 노동시장과 외자유치를 지속적으로 추진하는 것이었다.

그런데, 주목되는 것은 이러한 추진의 관리는 물론, 다국적 기업들을 위한 투자환경개선은 물론 경제발전전략, 산업정책, 기술혁신 등의 모든

28) 권을, 2003, “싱가포르 경제의 진로와 과제 : 성장전략과 산업정책에 대한 비판”, 『동남아시아연구』 제13권 제1호, 한국동남아학회, p. 342.

29) 영국의 인도 정부가 1858년부터 싱가포르를 관할하다 1867년부터는 정식으로 대영제국의 식민지로 편입되었다. 제2차 세계 대전 중에는 영국군이 일본제국군대에 1942년 2월 15일 항복하여 일본이 1945년 9월 12일까지 지배. 1959년에 자치주가 되었으며, 1962년에는 말레이시아에 합병되었으나, 2년 후 말레이시아와의 이념적인 차이로 독립하게 되어 싱가포르는 1965년 8월 9일 독립국가로서 새로운 시작을 하였다.

경제분야에 걸친 개방경제체제의 주도를 사실상 싱가포르 정부가 적극적인 개입을 통해 직접 해 왔다는 점이다.³⁰⁾ 이 결과, 2007년 현재 싱가포르 국민 1인당 NI가 \$39,900에 이르고 있다. 이는 영국으로부터 독립하던 1965년의 \$512에 비해 무려 78배에 해당하는 것이며, 1990년대 싱가포르의 평균 경제성장률은 7.6%로 홍콩의 2배에 달하는 성과이다.³¹⁾

1990년대 후반 아시아의 외환위기 이후 싱가포르 정부는 21세기 국가 비전을 제시하면서 경제 전반에 대한 구조조정과 서비스분야를 제2의 성장엔진으로 선택 및 육성하게 되었는데, 이 과정에 보건의료서비스 분야에 대한 개혁이 시도되었다. 이전까지 싱가포르 경제의 25~28%가 제조업과 연관되어 있었으나 중심산업인 금융서비스업과 건설업 등이 부진이 심하고, 일자리의 감소뿐 아니라 제조업 회사들이 중국과 말레이시아, 인도네시아 등으로 이전하는 상황에서 더 이상 제조 산업은 국가의 주요 성장엔진으로 여길 수 없는 상황에 직면해 있었기 때문이다.

싱가포르 정부는 1998년 국가경쟁력위원회(Committee on Singapore's Competitiveness)를 설치하여 제조업과 서비스업을 양대 성장 엔진으로 삼았으며, 2001년 12월에는 경제점검위원회(Economic Review Committee)를 세우고 경제에 다시 활력을 심어주기 위한 정책수정을 제시하였다.³²⁾ 이

30) 이러한 점에 대해 세계은행(2003)은 싱가포르가 경제발전을 이룰 수 있었던 주요한 것으로 정부의 적극적인 경제개입을 지적한 바 있다(권율, 2003, “싱가포르 경제의 진로와 과제 : 성장전략과 산업정책에 대한 비판”, 『동남아시아연구』 제13권 제1호, 한국동남아학회, p.342. p.348).

이러한 이유에 대해 권율은 위 논문에서 “싱가포르는 권위주의적 개발체제를 유지하고 정당화하는 수단으로 생존의 이데올로기(ideology for survival)를 활용해 왔다. 도시국가로서의 구조적 한계와 주변 이슬람권 속에서 살아남아야 한다는 절박함을 국민에게 지속적으로 강조하면서 경제발전이 최우선 목표로 제시되었고, 1980년대 공업화를 달성한 이후에는 아시아적 가치(Asian Value)를 강조하면서 권위주의적 사회질서를 옹호하는 측면이 강화되어 왔다”고 설명하였다.

31) 유정영, 2008, “세계의 기업도시 : 싱가포르 바이오폴리스(Biopolis)”, 『도시문제』 제43권 제473호, 대한지방행정공제회, pp. 78-79.

32) 박동창, 2007, “금융포커스 : 싱가포르의 금융산업 관련 국가발전전략이 주는 시사점”, 『주간 금융 브리프』 제16권 제11호, 한국금융연구원, p. 18.

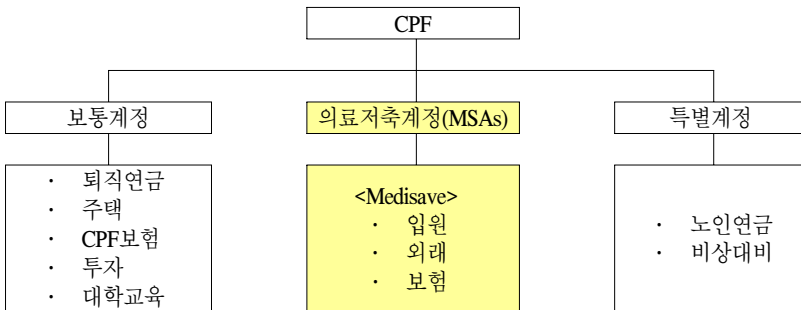
시기 싱가포르 정부는 파이낸스, 물류 등을 비롯하여 보건의료를 전문서비스 분야로 선정하여 국가 경쟁력의 높이는 방안으로써 집중·육성하게 되었다. 그러면서 의료는 중요한 성장산업 중 하나로 인식되게 되었다.

‘보건의료계획(National Health Plan)’ 속에서 보건의료서비스의 재원조달과 공급에 대한 개혁으로 싱가포르 정부는 1955년부터 운영해 오던 중앙적립기금(Central Provident Fund : CPF)³³⁾의 MSAs를 전면 도입하였다.

싱가포르는 독립 이후부터 MSAs 도입 전까지는 영국의 NHS 제도를 의료보장체계의 근간으로 유지하고 있었다. 대부분의 의료서비스는 공적

33) CPF는 근로자들이 정년퇴직을 하거나 근로능력을 상실했을 경우에 재정적인 보장을 제공하기 위해 1955년에 도입된 것으로 연금성격의 사회보장저축제도이다. CPF에 가입된 개인들은 저축한 돈을 본인이나 직계가족을 위해 쓸 수 있고 나이가 많아지면서 불입금은 할인되어 감소하고 소득세가 면제되며, 소정의 이자가 가산된다. 개인별 불입액은 보통계정, MSAs, 특별계정으로 분배된다(의료정책연구소, 2006, 『OECD국가의 의료재원조달 및 지불체계』, p.403).

[그림IV-] 싱가포르 CPF의 구성내용



이 CPF도 싱가포르 정부가 경제정책과 마찬가지로, 정부의 개입을 통해 주도적으로 도입한 대표적 사례로 평가된다. 이 때문에 1960년대 이후부터는 본래 목적과는 다르게 공공주택건설 사업 등에 충당되었다는 비판의 소리도 있으며, 한편 강제저축으로 저축률 증대에 기여하고 적립비율을 탄력적으로 조정하면서 거시경제 안정화를 위한 주요 수단으로 활용되었다. 또한, 1972년에는 노조평의회(NTUC)와 함께 NWC를 설립하여 임금상승을 제도적으로 억제하고, 1979년 이후 몇 년간은 산업구조 고도화를 위해 정책적으로 임금을 인상시킴으로써 산업정책의 주요 수단으로 활용하기도 하였다(권율, 2003, “싱가포르 경제의 진로와 과제 : 성장전략과 산업정책에 대한 비판”, 『동남아시아연구』 제13권 제1호, 한국동남아학회, p.353).

의료기관에 의해 공급되었으며 재원도 일반 조세에 의해 조달되었다.³⁴⁾ 하지만, 1970년대의 급격한 의료비 상승과 공공부문의 비효율성을 경험한 것을 계기로 싱가포르 정부는 보건의료서비스에 대한 개혁을 단행하였다. 개혁의 초점은 첫째, 보건의료비용에 대한 재정 부담을 국가로부터 사회구성원에게 이전시키는 것, 둘째, 공공병원을 재조직화 하여 공사화 하는 것에 있었다.³⁵⁾ 앞으로 늘어날 국민의료비(특히, 노인인구 증가에 따른 노인의료비)에 대한 안정적, 새로운 재원조달 방식으로서 싱가포르 정부는 MSAs를 도입함으로써 싱가포르 국민의 건강 증진, 의료서비스의 접근성 보장, 그리고 의료서비스의 질적 제고를 이루고자 하였다. 건강보험에 의료이용자 선택권 부여, 자기책임과 자기 신뢰성 강조, 가능한 자유로운 시장경제체제의 도입 그리고 빈곤층에 대한 최소한의 보조를 기본 원칙으로 하였다.³⁶⁾

일부에선, 싱가포르가 이러한 제도를 도입하게 된 근본적 이유는 도덕적 해이를 억제하고 의료비용을 절감하기 위해 민간 재원의 활용을 적극적으로 유도하려는 것이었다고 평가하기도 한다.³⁷⁾

34) 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, pp. 29-30.

35) 최기춘 외, 2006, 『2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구』(연구보고서 2006-04), 국민건강보험공단 건강보험연구원, p. 349.

36) 김원식, 2002. “국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방향”, 『보험개발연구』 제13권 제3호, p. 140.

37) 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 30.

〈표 IV-2〉 싱가포르 MSAs의 도입 목적

목 표	기대효과	정책전략
건강증진 및 질병의 감소	<ul style="list-style-type: none"> · 모든 국민이 건강한 삶 영위 · 영아사망을 및 모성사망을 감소 · 질병발생 감소, 주요 질환으로 인한 사망 및 불구 예방 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강증진계획 수립 및 시행 · 질병관리계획 실행
양질의 저렴한 서비스에 대한 접근성 보장	<ul style="list-style-type: none"> · 노인에게 양질의 보건의료 서비스 제공 · 비용-효과적이고 지불 가능한 보건의료 서비스 생산 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인서비스의 통합적 제공 방식접근 · 3M 프로그램 재검토 · 민간서비스 제공자와의 계약을 통해 노인에게 할인된 가격(정부보조에 의한)의 서비스 제공
우수한 의료서비스 추구	<ul style="list-style-type: none"> · 의료제공자와 제공시설 및 서비스의 높은 질적 수준 달성 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사훈련 과정 강화 · 임상서비스의 QA프로그램

자료: 최기춘 외, 2006, 『2006년 외국의 보건의료체제와 의료보장제도 연구』(연구보고서 2006-04), 국민건강보험공단 건강보험연구원, p. 358.에서 재인용.

2) MSAs의 주요 내용

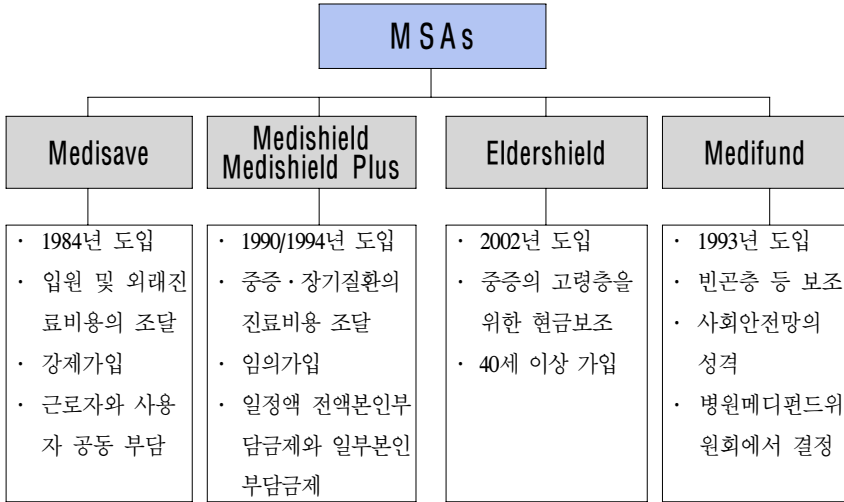
싱가포르 MSAs의 기본적 원칙은 건강히 살아가는 것과 의료비의 지출에 대한 개인적 책임을 강조하는 것에 있다. 이러한 원칙을 바탕으로 MSAs는 초기에 ‘3M’(Medisave, Medishield, Medifund)으로 시작하였다가, 2002년 Eldershield가 추가 도입됨으로서 현재는 Medisave, Medishield(Medishield Plus), Eldershield 그리고 Medifund의 구조를 이루어 의료비지출을 공동부담(co-pay)하는 것을 돕도록 설계되어 졌다.³⁸⁾ 또한, 가입자에게 하여금 선택의 기회를 제공하고 있다.

질병이 있는 사람은 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management Programme : CDMP)을 통해 그들의 질병을 의사들에게 치료를 받는다. 정

38) 싱가포르 보건부(Ministry of Health) <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcssystem.aspx?id=102>

기적인 몸의 건강상태를 모니터링 할 수 있고, 초기에 치료방법을 찾음으로써 생활양식의 변화를 만들어 나갈 수 있다.

[그림 IV-1] 싱가포르 MSAs의 구성 및 특성



① Medisave

Medisave는 일종의 강제저축방식에 의한 의료보장제도로써, 중증 또는 장기 질환과 같이 많은 비용이 소요되는 질병이 아닌 가벼운 질환의 경우에 입원 및 외래진료비용을 조달하기 위하여 개인별 계정에 일정금액을 적립하는 것으로 개인과 그 가족의 입원, 수술 등의 비교적 제한적 비용에 사용된다. 인구고령화에 따라 예측되는 의료비용을 예산 외의 자원으로 조달하기 위한 수단으로 1984년에 도입되었다. 이 기금의 관리는 CPF가 하고 있다.

모든 국민이 의무적으로 강제납입의 대상이며 근로자와 자영자로 나뉘는데, 자영자의 경우에는 1992년부터 제도가 적용되었으며 근로자와 별도로 관리되고 있다. 근로자의 납입율은 2008년 11월 현재 연령에 따라

6.5-9%³⁹⁾로 다르다. 하지만, 근로자와 사용자가 동일한 비율로 분담한다. 자영자의 경우에는 전액을 자영자가 부담한다.

〈표 IV-3〉 Medisave의 보험료율

연령	납입율(% of wage)
35세 이하	6.5%
35-45세	7.5%
45-60세	8.5%
60세 이상	9%

자료: 싱가포르 보건부(Ministry of Health) 홈페이지.

그리고 가입자가 55세에 이르면 저축액을 인출할 수 있으나 최소액을 유지해야 한다. 55세 이상이라도 계속 근로중일 경우 보험료를 매월 납입해야 하며, 납입액이 상한액을 초과하는 경우에는 주택이나 학자금 등으로 투자 가능하다. 반면, 과도한 의료사용을 방지하기 위해 소득수준이 매우 높은 경우라 하더라도 인출할 수 있는 상한액(Medisave Withdrawal Limit : MWL)이 설정되어 있다.

Medisave는 4가지의 만성적 질환 - 당뇨병(diabetes), 고혈압(high blood pressure), 지질 장애(lipid disorder)와 뇌졸중(stroke) - 을 가진 외래환자들에게 치료를 위해 이용되어 진다. 그 수는 대략 100만 명 정도에 이르고 있다.⁴⁰⁾

Medisave로 급여를 받고자 할 때에는 국공립 병원과 요양기관으로 인정을 받은 기관을 이용해야 하는데, 만약 기준가격보다 비싼 의료시설을 이용할 경우에는 환자 개인이 부담하든지 Medishield로 부담해야 한다.⁴¹⁾ 진료를 받고 난 뒤 병원에서는 청구서를 환자와 CPF에 통보하고 CPF에서

39) 싱가포르 보건부(Ministry of Health) <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=304>

40) 싱가포르 보건부(Ministry of Health) <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=304>

41) Medishield 역시 지불액에 한도가 있기에 초과분은 개인이 모두 부담해야 한다(윤희숙 외, 2005, 『인구고령화와 보건·의료』. 한국개발연구원, pp. 162-164.).

는 진료내역을 심사한 후 본인의 Medisave 계정에서 인출하면서 내역을 기재한 진료비 지급내역서⁴²⁾를 가입자에게 통보하게 된다.

기본적으로 낮은 소득을 가지고 있는 싱가포르 국민을 돕도록 설계된 Medisave는 등급 B2 와 등급 C의 입원을 하는 사람에게 지급된다. 각 Medisave의 청구 상한액은 B2/C 등급률에 따라 다르다. 2008년 현재, Medisave에서 최대로 인출하면 B2/C 등급병원에서의 진료비청구액의 90% 이상을 지불할 수 있다.⁴³⁾

② Medishield와 Medishield Plus

Medisave가 가입자와 그의 가족들의 경증 질환에 대해 입원 및 외래진료비를 부담하기 위해 정부가 강제하는 의료보장제도라면, Medishield는 임의가입형 의료보험방식으로 장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비한 의료보장제도이다.⁴⁴⁾ 즉, Medisave의 급여대상에서 제외되거나 비용을 충당할 수 없는 중증 질환의 위험에 대비하여 1990년에 도입되었다. 그리고 1994년에는 Medishield Plus가 도입되었다.

이처럼 이들 제도의 기본운영원리는 각 개인과 개별 가족 내의 시간적 위험분산(inter-temporal risk pooling)으로 기능하는 Medisave와는 달리 모든 개인들을 하나로 묶는 위험분산(cross-sectional risk pooling)에 있다.

이 제도들은 임의 가입방식의 형태를 취하고 있는데, Medishield와 Medishield Plus 중 하나에만 가입이 가능하다. 그리고 이 제도들은 70세 이전에 가입하여 75세까지만 급여를 보장하는 등의 제한이 있고, 과도한 의료비 지출을 억제하기 위해 정액 보장제도와 정율 본인부담금제(co-insurance)

42) 진료비 내역서에는 Medisave 계정으로부터 인출한 금액, 가입자의 계정에서 인출되어 치료비로 지급받은 환자의 성명, 진료 받은 의료기관명, Medisave 계정의 최근 잔고 등의 내용이 포함됨.

43) http://www.getformsingapore.com/previous2006/010906_medisavewithdrawalfordaysurgerytogoupfrom1december2006.htm

44) 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰: 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 30.

를 채택하고 있다.⁴⁵⁾

낮은 수준의 보험료를 소득과 관련 없이 연령에 따라 부담한다. 연간 보험료는 최소 S\$12(Medishield)와 S\$36(medishield Plus)에서 시작하여 S\$1,200까지 연령에 따라 차이를 두고 있는데,⁴⁶⁾ 연령이 많을수록 위험이 높다는 것에서 기인하고 있다. 따라서 수지상응의 원리가 작동될 뿐 소득 재분배효과는 기대하기 어렵다. 그리고 Medishield는 하루당 지급액 한도가 설정되어 있어 B2/C 급 병원에서의 진료비의 60%를 보장하는데, 2008년 12월1일부터는 80%로 인상된다.

MediShield는 낮은 비용의 중증질환보험으로 제공되고, Medishield Plus는 보다 고소득층을 겨냥하여 고액의 보장수준 설정하여 보험급여가 포괄적으로 이루어진다. 이러한 이유로 Medishield Plus는 주로 민간병원을 이용하거나 공공의료기관 중 상급 병실을 이용하는 것에 지원되고 있다.⁴⁷⁾ MediShield는 등급 B2/C 수준의 비용이 많이 드는 보건의료비의 60% 이상을 지원하고 있다. 2008년 12월 1일부터, MediShield의 수익은 등급 B2/C 수준의 80% 이상을 지불하도록 증액될 예정이다.

45) 전창배, 2000, “싱가포르 의료저축계정(MSA)의 이론과 실제”, 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p. 9.

46) 전창배, 2000, “싱가포르 의료저축계정(MSA)의 이론과 실제”, 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p. 10.

47) 싱가포르의 보건부(Ministry of Health) 홈페이지 ; 윤희숙 외, 2005, 『인구고령화와 보건·의료』, 한국개발연구원. pp. 164-166.

〈표 IV-4〉 Medishield와 Medishield Plus의 급여 내용 및 청구 상한액 (일부)

급여항목내역		Medishield	Medishield Plus	
			Plan B	Plan A
병실료 및 진료비		S\$ 120(매 일당)	S\$ 300(매 일당)	S\$ 500(매 일당)
응급실료		S\$ 240(매 일당)	S\$ 500(매 일당)	S\$ 800(매 일당)
외과	1등급	S\$ 100	S\$ 300	S\$ 400
수술
	7등급	S\$ 600	S\$ 4,500	S\$ 5,500
청구	당해년도	S\$ 20,000	S\$ 50,000	S\$ 70,000
상한	평생주기	S\$ 80,000	S\$ 150,000	S\$ 200,000
최종가입년령		70세	70세	70세
최대급여기간(까지)		75세	75세	75세

자료 : 의료정책연구소, 2006, 『OECD국가의 의료자원조달 및 지불체계』, p. 408.

Medishield와 Medishield Plus가 Medisave로 충당하기 어려운 고객의 진료비에 대비하기 위한 제도임에도 불구하고 엄격한 진료비보장의 원칙이 통용된다. 즉, 현재 질병치료를 받고 있는 경우 가입할 수 없으며, 일부 질병의 경우 가입 전 1년 동안에 치료받은 실적이 있으면 그 질병에 대해서는 적용을 받을 수 없다. 또한, 급여가 가능한 항목을 선정하여 각 항목에 대한 급여금액을 고시하고 있어 급여항목이라든가 무제한 급여가 되지 않는다.⁴⁸⁾ 따라서 급여 내역과 지급 상한액에 따라 본인부담금의 차이가 크도록 설계되어 있다. 본인부담금은 Medisave나 민간보험으로 해결하고, 부족 시에는 현금으로 부담해야 한다.⁴⁹⁾

③ Eldershield

Eldershield는 2002년 6월 저비용의 의료보장제도로써 고령층을 위한 중

48) ‘가입 1년 전 치료경험이 있으면 급여를 받지 못하는 항목’에는 혈액관련 질병, 암, 뇌졸중, 만성 폐질환, 만성 신장질환, 류마티스성 심장질환 등이 있고, ‘치료경험과 관계없이 급여 제한되는 항목’은 앰블란스 이용료, 선천성 기형, 유전에 의한 질병, 성형수술, 분만, 유상, 인공임신, 치과진료, 정신질환, AIDS 관련 질병 등이 있음(전창배, 2000, “싱가포르 의료저축계정(MSA)의 이론과 실제”, 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p. 11).

49) 윤희숙 외, 2005, 『인구고령화와 보건·의료』. 한국개발연구원. pp. 164-166.

증장해보험의 성격을 갖고 있다. 즉, 노인 장기요양수당을 지급하는 현금 급여제도이다.

Medisave 계정을 가진 사람은 40세에 도달했을 때 자동적으로 Eldershield의 납입의무자가 된다. 3개 이상의 일상활동(Activities of Daily Living)을 수행하지 못하는 사람에게 최대 60개월까지 매월 S\$300의 현금 보조가 지급되고, 장기요양수당의 지급이 입원진료비의 상환과 연계되어 있지 않기 때문에 가입자는 가정에서, 또는 시설에서 치료를 받을 선택이 있어 유연하게 대처할 수 있다.

이 외에도 싱가포르 정부는 빈곤층과 고령층에게 주기적으로 일정 수준을 보조(top-up)하는 시스템과 고령기금(Eldercare Fund)을 고령층의 장기 요양재원을 조달하기 위해 노력하고 있다.

④ Medifund

Medifund는 일종의 의료구호방식으로 진료비를 부담할 수 없는 상황의 빈곤층을 보조하기 위해 1993년 싱가포르 정부가 별도의 자금을 운영하여 대출해 주는 사회안전망의 성격을 지니는 제도이다. 싱가포르 정부는 Medifund를 도입하면서 ‘돈이 없다는 이유로 의료서비스를 이용할 수 없는 사람이 한 사람이라도 나와서는 아니 된다’는 정책의지를 천명한 바 있다.⁵⁰⁾

의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적부조(public assistance)로서의 성격을 가지나 수혜대상자를 확일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 다른 차이를 보인다.⁵¹⁾

보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비부담이 어렵다고 판

50) 권순원, 2001, “의료저축계정도입 필요성과 예상효과”, 『월간 복지동향』, 2001년 10월호, 참여연대 사회복지위원회.

51) 의료정책연구소, 2006, 『OECD국가의 의료재원조달 및 지불체계』, p. 409.

단되는 경우 병원이나 의료사회사업가들이 대상자를 선정 후 병원메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committe)에서 결정하게 된다. 이러한 과정을 통과해야 함으로 인해 원천적으로는 접근성이 제약되는 구조를 가지고 있다.

또한, 진료비 보조를 받기 위해서는 국립병원과 공공 진료기관에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 C(C병실 진료비 규모는 B2 병실 진료비의 약 60%에 해당) 혹은 B2병실을 이용해야만 한다. 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 재정 상태와 진료비의 규모 등을 고려하여 결정하게 된다(대략적으로 어른 2인과 3명의 자녀를 둔 표준세대인 월수입이 S\$1,400 미만인 가구로 설정).

2008년도에 싱가포르 정부가 진료비를 지불할 수 없는 환자들을 위해 지출한 총 병원진료비는 S\$16.6억에 이른다.⁵²⁾

3. MSAs 도입 후 변화

MSAs에 대한 싱가포르의 평가는 지난 20년 동안, 싱가포르 국민들이 보건의료 비용을 절감하는데 기여했다는 것이다. 특히, 이는 의료비용이 증가할 것이 예상되는 고령층에게서 나타났다.⁵³⁾

그러나 여기서 불분명한 것은 과연 MSAs의 어떤 요소가 이러한 긍정적인 결과를 초래하였는가? 하는 점이다. 다만, 한 가지 중요한 사실은 아울러 고도의 행정국가(Administrative State)인 싱가포르는 국가가 모든 영역에서 적극적으로 개입하고 있으며, 의료서비스의 품질관리를 위해 정부가 공급체계를 강력하게 규제하는 것으로 짐작할 수 있다는 점이다. 특히, 전체 병원의 80이상이 국립병원이기 때문에 공공병원이 30% 미만인 우리나라에서와 같이 의료공급자들의 의료행위 증가가 그들의 소득의 증가로 직결되기 어렵다는 점이 MSAs를 통한 비용절감을 가능하게 했을 것이다.

52) 싱가포르 보건부(Ministry of Health) <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=308>

53) http://www.getformessingapore.com/previous2006/010906_medisavewithdrawalfordaysurgerytogoupfrom1december2006.htm

일반적으로 국민 한 사람이 일생에 걸쳐 지출할 수 있는 의료비는 총 소득의 6% 내에서 이루어진다고 한다. 이에 MSAs는 국민이 자신의 소득 6~8%를 적립하여 의료비로 사용할 수 있도록 하고, 국가는 비용이 비교적 큰 중·대형의 질병만을 대상으로 비용을 지원한다는 기본적 의식을 가지고 있다. 따라서 MSAs에서 지급되는 의료비는 국립병원이나 기타 정부가 인정하는 민간병원에서 치료를 받았을 때로 국한되어 있으며, 근로자들은 현재까지 적립된 총액 한도 내에서만 의료비를 쓸 수가 있으므로 개인뿐 아니라 사회 전체적으로 의료지출비용이 효율적으로 사용되고 있다고 볼 수 있다.

싱가포르의 GDP 대비 보건의료 지출비가 다른 나라에 비해 상대적으로 낮은 편에 속한다. GDP 대비 보건의료비는 1997년부터 2003년까지는 3.7%~4.5% 수준이었고, 2005년의 보건의료비는 GDP의 3.8%에 해당하는 약 S\$76억이 지출되었다. 의료서비스에는 GDP의 0.9%에 이르는 S\$18억이 지출되었다.⁵⁴⁾ 이러한 수치는 MSAs가 싱가포르 국민들에게 낮은 국민소득(NI) 대비 의료비 지출에 상당한 정도로 영향을 미쳤을 것이라는 의미로 해석될 수도 있다.

그리고 이러한 결과는 정부의 의료비 지원에 영향을 미치게 되어 총 보건의료비 중 정부부문이 차지하는 비중은 35%~40%에 불과하여 정부의 부담을 덜어줄 수 있는 파급효과를 가져왔다. 즉, 보건의료에 대한 안정적 재원조달이 이루어지고 있다. 대부분의 OECD 국가들은 보건의료비의 재원구성에서 정부부문이 민간부문보다 상대적으로 비중이 크다. 이를 우리나라와 비교하였을 경우, 싱가포르가 우리나라보다 전반적인 지출수준과 정부지출 비중이 낮음을 알 수 있다.⁵⁵⁾

54) 싱가포르 보건부(Ministry of Health) <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcsystem.aspx?id=102>

55) 최기춘 외, 2006, 『2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구』(연구보고서 2006-04), 국민건강보험공단 건강보험연구원.

〈표 IV-5〉 싱가포르와 한국의 보건의료비 지출

(기준: 2003년도, 단위: %)

구 분	싱가포르	한국
GDP 대비 총 보건의료비 지출	4.5	5.6
총 보건의료비 지출 중 정부 지출	36.1	49.4
총 정부지출 중 보건부문 비중	7.7	8.9

자료: WHO, Whosis(2006)을 최기준 외 4명, 2006, 『2006년 외국의 보건의료체제와 의료보장제도 연구』 (연구보고서 2006-04), 국민건강보험공단, p. 367.에서 재인용.

나. 미국의 HSAs

1) 도입의 배경 및 목적

미국 보건의료체제의 특성은 두 가지 상반된 측면이 있다. 하나는 정부의 역할이 미미하고 제대로 된 공공 의료공급체계가 없다는 것이고, 다른 하나는 특히 재정적 측면에서 예상외로 정부의 역할이 강하다⁵⁶⁾는 것이다. 이러한 이중적 특성을 가능하게 하는 핵심 요소는 보건의료서비스 공급을 위한 정부재정의 역할인데, 주로 노인과 중증장애인을 대상으로 한 메디케어(Medicare)와 주로 저소득층을 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)가 뼈대를 이루고 있다. 전자는 사회보험 프로그램의 성격으로 연방정부가 관장하며, 후자는 공적부조 프로그램의 성격으로 연방정부와 주정부가 같이 운영하고 있다. 2004년 인구센서스국(US Census Bureau)의 발표에 따르면 전체 인구 중 13.7%가 Medicare, 12.4%가 Medicaid의 적용을 받는다.⁵⁷⁾

그러나 여기서 제외되는 사람들은 기본적으로 민간의료보험제도에 가입하여 의료서비스를 이용하고 있다. 2005년 65세 미만의 국민 중 60% 이

56) 2002년 현재 개인이 쓰는 의료비 중 44.2%가 정부재원이다.

57) 김창엽, 2005, “미국의 의료보장체계(3) : 정부재정에 의한 의료보장”, 『건강보험포럼』 2005년 여름호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, pp. 61-62.

상이 직장에서 제공되는 의료보험에 가입하고 있고, 약 7%는 개인보험을 이용하고 있다.

이처럼 Medicare나 Medicaid는 민간위주의 의료보장체계를 보완하기 위한 정부 의료보장제도임에도 불구하고 충분한 역할을 하고 있지 못하며, 최근 악화되고 있는 정부재정으로 말미암아 보장성이 커지기보다는 오히려 악화되고 있는 추세를 보이고 있고, 재정절감을 위한 노력들이 기존 대상자들의 부담을 키우는 쪽으로 영향을 미치고 있다.⁵⁸⁾ 결국 미국 의료보장체계는 근본적으로 전 국민 의료보장체계를 구축하지 못하고 있다는 한계에 직면해 있다.

미국의 GDP 대비 의료지출비는 1990년대에는 12.3%였지만, 2005년에 16.0%로 상승하였다. 그리고 2015년에는 20.0%에 육박할 것으로 추산하고 있다. 이처럼 미국은 의료비가 급증함에 따라 기업과 개인 모두 보험료의 부담이 가중되었다. 따라서 ‘소비자주도형의 의료플랜(Consumer Driven Health Plan : CDHP)’에 대한 관심이 증대되었다. CDHP는 일반 의료보험보다 급여 설정수준이 높고, 급여수준에 달할 때까지 의료비 지출을 위한 세금우대 개인계정이 설정되며, 가입자 자신이 의료비 내역 및 업자, 비용 등을 직접 검토하고 의사결정을 하는 구조를 갖고 있어 높은 의료보험과 은행계정 간 결합에 의한 과도한 지출의 억제 및 낮은 보험료를 기대할 수 있는 것으로 인식되고 있다.⁵⁹⁾

CDHP에는 Flexible Spending Accounts(FSAs)와 Health Reimbursement Arrangements(HRAs), Health Savings Accounts(HSAs) 등 여러 형태가 있다. 이 중 HSAs는 가장 최근에 도입된 것으로 의료비용을 대비한 개인별 ‘건강저축계정’이다.

58) 김창엽, 2005, “미국의 의료보장체계(3) : 정부재정에 의한 의료보장”, 『건강보험포럼』 2005년 여름호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 74.

59) 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, p. 17.

〈표 IV-6〉 미국 ‘소비자주도형 의료플랜(CDHP)’의 형태

플랜	도입시점	개 요
FSA	1978년	<ul style="list-style-type: none"> · 근로자가 적립계좌에 세전으로 납입하고, 적격의료지출 일 경우 급부 시에도 비과세 · 미사용 분의 익년 이월 불가 · 종업원 이직 시의 적립계정의 이전 가능 · 직장제도
HRAs	2002년	<ul style="list-style-type: none"> · 사업주가 근로자의 의료비 목적으로 적립하고 근로자 개인계좌는 개설되지 않으며, 적격의료지출이면 급부 시에도 비과세 · 미사용 분의 익년 이월 가능 · 종업원 이직 시의 적립계정의 이전은 금지되지 않으나 통상 실시되지 않음 · 직장제도
HSAs	2004년	<ul style="list-style-type: none"> · 사업주와 근로자가 적립계좌에 세전으로 납입하고, 적격의료지출일 경우 급부 시에도 비과세 · 면책금액이 높은 의료보험과의 결합 의무화 · 미사용 분의 익년 이월 가능 · 종업원 이직 시의 적립계정 이전 가능 · 직장 내에서 뿐만 아니라 자영업자와 개인도 가능

자료 : 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, p.17.

HSAs는 싱가포르의 MSAs(특히 Medisave)를 모델로 하고 있다. 1995년 미국 연방정부는 의료비용에 대비하여 기금을 적립하는데 사용하기 위해 1995년 MSAs의 기여금에 대한 세금공제와 이자에 대한 비과세를 허용하는 연방세법을 개정하려 했으나 통과시키지 못하였다. 결국, 1996년부터 MSAs를 7년에 걸쳐 시험 운영을 하였다가, 2003년 12월 8일 Medicare 법안에 의해 HSAs로 제정하고⁶⁰⁾ 2004년부터 시작하였다.

처음 미국의 연방정부가 MSAs를 도입하고자 하였던 목적은 다보험자 방식의 민간의료보험 시장에서 의료비용을 절감하기 위함이었다. 민간보

60) 미국 재무부(Department of the Treasury) <http://www.ustreas.gov/offices/public-affairs/hsa/>

협회나 은행이 보험자가 되었으며 기여는 기존 보험과 마찬가지로 사용자와 근로자가 부담하는 방식을 채택하였다. 기금은 소득공제 혜택을 받게 설계 되었으며, 보험료 하한선은 없고 대신 세제 혜택을 노린 고소득자의 납세회피 방지를 위해 상한선을 두었다. 도덕적 해이를 최소화하기 위해 최초 가입 등록을 75만 명으로 제한하였다. 그러나 1999년까지 44만 명이 가입을 하였는데 이는 기대치에 10%에 불과한 수준이었다.⁶¹⁾ 시험 운영에 대한 평가에서는 MSAs 제도가 기대했던 것만큼 의료비용 절감에 있어서 효과적이지 못하다는 평가이다.⁶²⁾

MSAs와 HSAs의 가장 큰 차이는 대상을 종업원 수 50명 이하의 소기업 종업원 및 자영업자로 제한하던 요건을 제거하는 것이다. HSAs는 미래의 제한된 의료 및 은퇴 의료비용을 비과세에 기초해 개인이 저축하는 것을 돕도록 설계되어 졌다.

61) 최인덕·백운국, 2004, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, p. 31.

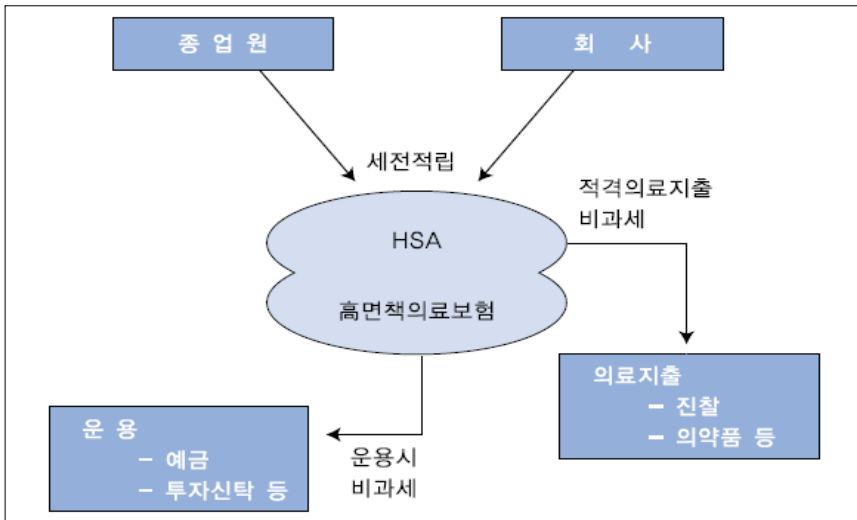
62) Piya Hanvoranavongchai, 2002. *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience*. World Health Organization. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52.

그러나 이 시험운영 동안에 건강보험기금에 대한 청구를 줄이는 근로자들에게 보너스나 인센티브 플랜을 제공하는 회사들에 의해서 의료비를 절감하는 몇몇 성공사례도 보고되었다고 한다. 의료급여비의 청구를 줄이는 근로자에게 인센티브를 제공하는 실험은, 의료저축계정과 높은 급여수준의 중병보험, 그리고 증가된 근로자 비용분담을 기여율하여 사용함으로써 고용주의 건강보험비용이 잠재적으로 줄어들 수 있다는 것을 암시하고 있다고 한다(Jack A. Ginsburg (김경삼 번역), 2000, “미국의 의료저축계정(MSA)도입에 관한 논의”. 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보험공단, p.24).

2) HSAs의 주요 내용

HSAs는 높은 급여수준의 의료보험과의 결합이 의무화된 세금우대 의료적립계정으로서 직장을 통한 이용뿐만 아니라 개인이나 자영업자에 의한 가입도 가능하다. 즉, 본인과 가족이나 고용주에 의해 적립이 가능하도록 되어 있다. 다만, 연간 \$2,850(가족보험은 %5,650)까지 적립할 수 있도록 제한하고 있다. 이 계정에 대해서는 비과세가 되고, 55세 이상이 되면 추가 적립도 가능하다.

[그림 IV-2] HSAs의 기본구조(직장 제공 시의 경우)



자료 : 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, p.18.

이 계정에 대한 사용은 65세 미만의 경우 원칙상 적격한 의료지출로 한정되어 있다. 이 지출 항목으로는 본인 및 가족의 진찰비나 약제비 등이 포함되어 있다.

그리고 이외의 목적으로 사용하는 경우 통상적인 소득세에다 10%의 벌칙세금이 부과되며, 65세 이후에는 여타 용도로 사용하더라도 벌칙세금이 부과되지 않고 통상적인 소득세만 부과되고 있다.

만약, 사용되지 않은 금액이 있다면 익년으로 이월·적립되어 예금과 투자신탁, 주식, 채권 등을 통한 운용이 가능해지고 운용 시에도 비과세가 이루어진다. 이 계정은 가입자 자신이 보유하여 이직 시의 적립된 자산의 이전(portability)이 보장되며, 65세까지 계속 적립할 수 있다.⁶³⁾

3) HSAs의 도입 후 변화

지난 2004년부터 도입되기 시작한 HSAs는 2005년 말 현재 320만 명이 가입하고 있으며, 2006년 말 현재 HSAs 계좌 수는 2005년의 110만 개(\$12억)에서 360만 개(잔액 \$51억)로 급증하였다. 2005년 말 현재 적격보험 가입자 중 31%가 이전까지 무보험이었던 개인에 의한 신규 가입이었고, 33%가 종업원 의료보험이 없었던 소규모 사업주의 제공으로 이루어 졌다. 현재로서는 적격보험 가입자 전원이 HSAs에 대한 적립을 행하고 있지는 않은데, 미국 회계감사원(GAO)의 조사에서 2004년 말 현재 자금 내지 인식 부족 등으로 인해 가입자의 약 55%가 적립을 하지 않고 있는 것으로 나타났다.⁶⁴⁾

고령화 사회로 인한 의료비 지출의 증가가 예상되면서 미국에서는 공공부문뿐만 아니라 민간부문에서 고비용 내지 저효율 의료체계에 대한 개혁 작업이 계속해서 이루어질 것으로 전망된다. 2006년 12월 성립된 ‘의료조세감면법(Health Care Tax Relief Act of 2006)’에서는 HSAs의 적립액을 인상하였다. 또한, FSA·HRA·IRA에서는 HSAs의 자산이전이 허용되었

63) 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, pp. 17-18.

64) 한국금융연구원, 2007, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간 금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, pp. 18-19.

으며, 일반 종업원의 HSAs에 대한 우선적인 기업각출 등이 포함되었다.

4. 외국 의료저축계정의 시사점

거시적 측면에서 이 두 나라가 가지는 정책적 기초는 자유로운 개방적 경제체제를 추구하면서 경제발전을 이루고자 한다는 점에서는 같다. 하지만, 싱가포르의 자원이 한정되어 있고 자본이 충분하지 않아, 경제정책을 포함 모든 분야의 정책결정을 정부가 적극적으로 주도하고 있고, 미국은 기본적으로 자유방임적 시장경제에 의한 경쟁적 정책결정으로 대표된다. 이와 같은 두 나라의 차이는 특히 의료공급체계에 대한 정부의 규제와 공공병원의 비율 등에서 현저하게 드러난다.

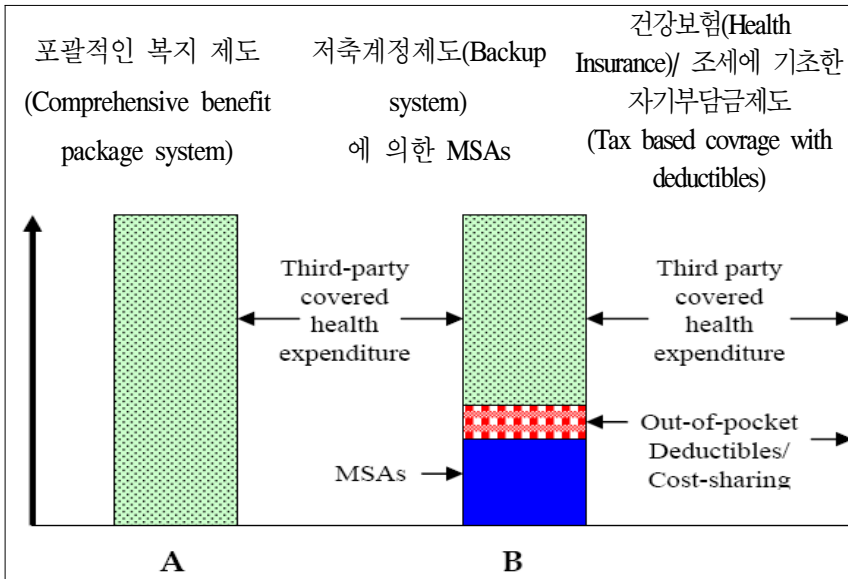
의료저축계정 제도에 있어서도 미국이 싱가포르의 그것을 벤치마킹 (benchmarking)하여 운영하고 있음에도 불구하고 실질적 형태에 있어서는 다르다고 할 수 있다. 위에서 검토한 싱가포르의 MSAs와 미국의 HSAs에 대한 주요 특징을 비교해 보면, 아래 <표>와 같이 설명할 수 있다.

<표 IV-7> 싱가포르의 MSAs와 미국의 HSAs 특징 비교

구 분	싱가포르의 MSAs	미국의 HSAs
재원조달과 지급방식	개인구좌식 적립방식	개인구좌식 적립방식
기여자 및 기여형태	사업주와 근로자 상·하한선/소득률	사업주 또는 근로자 상한선
급여형태	가입자와 가족의 진료비 의료비용 외 인출 불가능	가입자와 가족의 적격의료비 의료비용 외 인출 가능 (단, 세금 부과)
관리운영기구	CPF의 독점운영	사적 민간보험회사들에 의한 경쟁운영
가입의무	강제가입	임의 가입

그럼에도 불구하고, 이 제도들의 기본 원리 및 원칙은 동일한 측면이 있다. 즉, 개인(가족 포함)은 각자가 평생 동안에 걸릴 질병에 대비하여 일정액을 저축하고 그 계정에서 의료비를 사용하도록 규정한 것이다. 그 재원은 아래 <그림>에서 보는 바와 같은 원리에 의해 개인이 저축한 민간재원(backup system)으로 충당된다. 만약, 그 계정을 사용하지 않을 경우에는 의료비가 아닌 다른 용도로 사용할 수 있다. 이처럼 적용된 개인계정을 나중에 의료서비스가 필요할 때 제한 없이 사용할 수 있기 때문에 소비자로 하여금 일상적 의료서비스를 보다 경제적으로 사용하도록 촉진할 수 있다는 기대효과를 유도한다.

[그림 IV-3] MSAs제도와 다른 의료비용제도의 비교



자료: Piya Hanvoranavongchai, 2002. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. World Health Organization. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52, pp.7.

가. MSA로부터 시사점

1) 비용의 효율적 분산과 도덕적 해이의 방지

현재 우리나라의 건강보험은 큰 비용의 질병에 걸리면 본인이 스스로 부담해야 하는 몫이 크지만 작은 비용의 질병들은 대부분 보험으로 해결이 된다. 그러나 이러한 형태는 보험 본래의 의도와 상반된다. MSA는 비용부담이 큰 질환은 보험으로 해결하지만 비용부담이 상대적으로 작은 질환에 대해서는 도덕적 해이를 방지하기 위하여 본인이 직접 지불하게 하거나 개인의 저축으로 해결하도록 함으로써 전통적인 사회보험에 비해 비용이 훨씬 효율적으로 분산될 수 있다.

2) 노령화에 대비

의료저축제도의 가장 큰 장점은 현행 건강보험제도가 안고 있는 노령화 문제에 적절하게 대비할 수 있다는 것이다. 즉 현행 횡단면 위험분산(Cross-Section Risk Pooling) 보험의 경우 노령화에 의해 의료비용이 증가하면 보험재정에 치명적인 타격을 줄 수 있다는 단점이 있다. 그러나 MSA제도하에서는 개개인이 자신의 노후를 대비해 의료비용을 저축하고, 저축금으로 노후의 의료비를 감당함으로써 문제를 해결할 수 있다. 싱가포르가 MSA를 도입한 가장 큰 이유는 노령화에 대비하기 위해서였다.

나. MSA에 대한 Pros and Cons

1) Pros

MSA는 크게 4가지 측면에서 효과적인 것으로 찬성론자들은 주장한다. 의료서비스에 대한 접근을 용이하게 하고, 의료의 질을 개선하며, 행정비용을 절감시키고, 소비자들로 하여금 의료비용에 대한 Incentive를 제

공하여 궁극적으로 의료비용을 감축시키는 효과가 있는 것으로 믿어진다. 구체적으로 효과를 적시하면 아래와 같다.

<의료비용에 대한 효과>

- 소비자가 서비스에 대한 비용을 직접지불하기 때문에 보다 신중하게 서비스를 이용하므로 의료비 지출이 줄어든다.
- 따라서 보험료가 인하될 수 있다.
- 의료비를 지출하지 않으면 플러스 개인 계정을 갖을 수 있다. 즉 젊고 건강한 사람들은 미래의 위험을 대비해서 기금을 적립할 수 있다.

<접근성에 대한 효과>

- 예방이나, 현재 급여가 되지 않은 비급여 부문에 대한 접근이 늘어 날 수 있다. 다만 일부 저소득층의 경우 잔고를 증가시키기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려가 있다.
- 고용관계가 변하더라도 개인계정은 계속 유지된다.

<의료의 질에 대한 효과>

- 소비자가 의료서비스에 대한 구입을 직접 자기비용으로 선택함으로써 정보를 갖춘 소비자군이 늘어나게 되고 이로 인하여 의료기관간 경쟁 체계가 도입되면 의료의 질과 효율성이 개선된다.
- 보험자의 역할이 제한됨으로써 소비자와 공급자간 관계가 직접적이어서 소비자의 권익을 증진시킬 수 있다.

<관리비용에 대한 효과>

- 소비자가 서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 의사들의 청구 및 행정 에 따른 비용이 감소한다.

- 의료소비자가 의료서비스 비용을 직접 지불하기 때문에 부당청구를 감소시킬 수 있다.

2) Cons

MSA는 젊고 건강한 사람 그리고 부유층에 혜택을 줄 것이기 때문에 근본적으로 사회보험의 원리와 상반되는 것으로 비평받는다. 즉, 고액 필요한 중병을 앓고 있는 사람들이 자신의 MSA계정에 충분한 기금을 적립하지 못했을 경우 감당할 수 없는 비용지불에 직면하게 될 것으로 예상된다.

<의료비용에 대한 효과>

- 불필요하고 비효율적인 서비스를 구입하여 의료비 절감효과가 크지 않을 것이다.
- 개인계정에 잔고가 많게되면 의료서비스를 구매하는데 훨씬 덜 비용의 식적이 될 것이다.
- MSA의 도입은 세금감면을 수반함으로 세수의 손실이 발생하여 국고 지원 감축의 원인을 제공할 수 있다.

<접근성에 대한 효과>

- 잔고가 부족한 사람들은 의료서비스에 대한 접근이 줄어들 수밖에 없다.
- Cross-sectional risk pooling에서 intertemporal risk pooling으로 바뀌는 것 자체가 역선택의 문제를 내포하고 있다.

<의료의 질에 대한 효과>

- 의료소비자들의 정보는 제한적일 수밖에 없기 때문에 MSA의 도입이 보다 나은 의료의 질을 제공하는 것은 어렵다.
- 소비자들이 의료의 질보다는 가격에 민감하게 반영할 것이기 때문에 질의 제고와 상관이 없다.

<관리운영 비용에 대한 효과>

- 공급자들이 Deductible에 해당하는 비용을 보험자에게 증명해야 하므로 운영비 절감에 한계가 있다.
- 소비자들은 Deductible의 내역을 증명하는 정확한 기록을 보관하고 있어야 한다.

V. 건강보험의 틀 개편 방안

1. 현행 건강보험제도의 한계와 여건

국민들의 의료비부담의 위험분산을 목적으로 도입된 건강보험제도가 최근 재정불안이 점증하는 가운데 정부가 바뀔으로써 건강보험보험의 틀을 개편하기 위한 논의가 진행되고 있다. 보험재정의 위기를 벗어나는 것이 가장 다급한 현안이지만 건강보험이 지향하는 다음 세 가지 목표를 벗어날 수는 없다. 첫째는 의료비부담의 위험분산을 강화하는 보장성의 확보이고, 둘째는 의료자원 배분의 효율성을 지향하는 것이며, 셋째는 의료비부담의 형평성을 확보하는 것이다. 물론 의료의 질을 희생시키지 않아야 한다는 전제가 항상 따르고 있다. 이러한 세 가지 목표를 추구하는 과정에서 보험재정의 안정화는 필수불가결한 전제이지만, 현실에서는 이들을 모두 만족시키는 해법은 존재하지 않는 것이 통상이다. 이들 세 가지 목표의 적절한 정책조합(optimal policy mix)을 찾아나가야 할 것이다. 먼저 위험분산의 측면에서 현행 건강보험이 정작 중증질환과 같은 고도의 의료위험에 대한 보장성이 취약하다는 비판을 받고 있다. 전국민에 대한 적용대상의 확대를 통하여 의료접근도상의 형평성을 확보하려는 것이 정책의 우선순위에 있었기 때문에 보장성 면에서 취약함을 안고 있었다. 다음으로 의료자원 배분의 효율성 측면에서 의료비의 낭비가 많은 구조적인 문제를 내포하고 있다는 비판이 제기되어 왔다. 의료시장에서의 정보의 비대칭성(asymmetric information)과 행위별수가제를 채택함에 따라 의료공급자의 과잉진료와 부당한 진료비의 청구 등과 같은 도덕적 해이 현

상이 초래되고, 보험약가속에 숨어있는 음성적인 차익은 약을 과잉 처방하게 하는 유인으로 작용하고 있다는 지적도 있다. 65). 의료수요자 측면에서도 경미한 질환의 경우 대부분 보험 혜택을 받기 때문에 수요자가 직접 지불하는 가격이 낮아짐으로써 불필요하게 의료이용을 증대시키는 도덕적 해이가 발생하고 있다는 지적이 있다⁶⁶⁾. 그러나 본인이 부담하는 가격이 높아지면 의료접근도를 제약하여 오히려 건강을 악화시키고 궁극적으로 자원의 효율적 사용을 저하시킬 것이란 견해가 대립되고 있다. 마지막으로 의료비부담의 형평성 측면에서는 그동안 보험료의 형평부담을 제고하는 데에 대부분의 정책적 노력이 투입되었고, 보험혜택에서 제외되는 의료비의 직접 부담의 형평성에 대해서는 상대적으로 정책적 관심이 소홀하였다. 건강보험의 통합 역시 보험료 부담의 형평성을 제고하는 데에 일차적인 성과를 거두었다고 볼 수 있다. 현재 60세 이상 노인에게 대한 정액본인부담의 경감이나 본인일부부담에 대한 보상제도 등이 의료비 부담의 형평을 제고하려는 정책수단이지만 그다지 만족할만한 정책으로 인식되지 못하고

-
- 65) 실거래가제와 의약분업의 시행으로 이러한 약가 차익은 예전보다 상당부분 사라지고 있지만, 의약분업 이후에도 여전히 약가차익은 존재하는 것으로 보고되고 있다. 또한 실거래가제도도 당초의 취지대로 효과를 거두지 못하고 있다는 비판이 제기되고 있다.
- 66) 건강보험 도입으로 인한 도덕적 해이에 대한 기존의 연구결과로는 최초의 실증적 분석으로서 Pauly(1969)는 후생비용을 보험급여비용의 10% 혹은 총진료비의 7%로 추정하였다. Feldstein(1973)은 본인부담률을 33%에서 50%와 67%로 증가시킴으로써 순후생이득은 총병원진료비의 약 16~32%로 추정하였고, Phelps(1973)는 10%의 추가 본인부담은 방문횟수의 1.8% 감소를 가져오는 것으로 추정하였다. Newhouse와 Phelps(1974)는 26.5%의 본인부담이 총입원지출의 최소한 17%의 감소를 가져오는 것으로 추정하였다. Manning et al.(1987)은 Rand HIE(Health Insurance Experiment) 자료를 이용하여 본인부담률이 낮은 보험상품에 대한 도덕적 해이의 후생비용은 US 370~600억불로 추정할 바 있다. Cheah and Doessel(1994)은 호주의 경우 1984~1985년간 시행된 Barium Meal Radiology 진단 시술에 대한 보험급여의 후생비용은 총비용 1404만불 중 1.28%인 18만불 정도를 의료보험도입(보험급여율 90%)으로 초래된 낭비로 추정된 연구결과를 발표하였다.

있는 것 같다. 건강보험이 지향하는 목표들을 달성하기 위한 접근방법들은 다양할 뿐만 아니라 선택된 접근방법이 가져다 줄 기대효과에 대해서는 우리 학계에서 많은 견해 차이가 돌출하고 있는 양상이다.

한편 건강보험의 재정안정화를 위한 제도개선에는 다음 몇 가지 우리의 여건을 필수적으로 고려하여야 한다.

첫째, 건강보험제도의 개선이나 전환에는 의료공급시장에 미치는 영향을 고려하지 않을 수 없다. 지금까지의 우리나라 의료공급시장은 민간이 주도하여 왔으며, 정부 재원의 제약상 공공의료의 대폭적인 확충은 한계가 있다. 따라서 공공부문이 주도적 역할을 하는 선진국과는 근본적인 차이가 있음을 감안하여야 한다. 그나마 가장 현실적인 공공의료 확충은 보건소 기능의 강화일 것이다.

둘째, 사회보험에 대한 국민의 인식은 여전히 개선되지 않는 어려움이 있다. 보험료를 세금에 준하는 것으로 인식하는 경향이 강하다. 보다 많은 급여혜택에 대한 더 많은 부담 체제로의 전환을 설득하기가 어려울 것이고, 현 여건으로서는 부담능력의 획기적 개선도 어려울 것이다. 정부가 시행하는 사회보험에 대해서는 낮은 부담, 높은 서비스를 요구하는 것이 통상적인 국민감정이다.

이러한 상황 하에서도 향후 의료비는 계속 증가할 가능성이 크다. 의료서비스 수요의 소득탄력성이 일반적으로 1.0을 초과하므로 소득수준의 상승속도 이상으로 진료비가 증가할 가능성이 크다. 이는 곧 보험급여비의 증가를 의미하며, 보험급여비가 보험료에 의해 조달된다는 의미에서 실질적인 보험료율(보험급여비/총소득)의 인상을 의미한다. 다음으로 고령화의 급진전이다. 고령화는 의료비 증가를 가속화시키고, 이는 곧 보험료율의 추가적인 인상을 의미한다. 그 외 의학기술의 발전은 고령화를 더욱 촉진시키고 새로운 의료기술 및 의약품이 개발되어 보험급여 서비스의 수준과 범위의 확대를 요구할 것이다.

선진화에 따르는 질병구조의 다양화는 건강위해요인을 양적으로

증가시키고 질적으로 복잡하게 하며(악성 병원균의 변종·신종 출현이나 癩과 같은 고비용 질환, 고혈압·당뇨병 등 만성질환의 증가), 장기이식 및 인공장기투입, 원격진료 등 고가의 서비스 욕구가 다양하게 출현하게 되면 의료비 상승의 압박은 더욱 가속화될 것이다. 유전자구조의 해독 등 의학기술의 발달이 질병을 사전에 예방하거나 치료비용을 절감하거나 노년기에도 건강을 유지하도록 함으로써 궁극적으로 의료비를 절감할 수 있는 기전이 상기 의료비증가요인을 상회하는 가정을 해볼 수도 있다. 그러나 의료산업 및 생명산업 등 보건의료와 유관한 시장의 발전은 필연적으로 의료비를 획기적으로 증대시킬 가능성을 함축하고 있다.

이러한 국민건강보험제도가 안고 있는 한계점을 인식하고 현재의 우리 여건을 바탕으로 새로운 방향을 모색하여야 한다.

2. 의료보장의 다양성과 경쟁성 강화

건강보험제도의 틀을 개편하기 위한 대안으로 의료보장의 다층·다원화를 통한 재원조달과 급여의 다양한 구성을 제시하고자 한다. 이러한 제안은 의료보장분야에 있어서 정부와 민간의 역할과 책임을 분명히 구분하고 의료보장을 전적으로 정부의 역할에만 맡겨두는 것이 효율적이지도 않고 형평하지도 않을 것이라는 논리에 바탕을 두고 있다.

가. 의료보장의 다층 시스템 구축

1) 의료보장 재정운영의 틀 개편의 기본방향

- 의료보장에 있어서 사회적 책임과 개인적 책임의 균형을 확보하고, 규제와 시장원리를 조화시킴.
- 공공과 민간의 적정한 역할 분담을 지향하고, 保障의 多層化와 소비자의 선택을 존중함.
- 기초적인 의료위험의 보장성을 확보하고, 재정안정성을 확보하는 방향으로 개편

국민건강보험의 재정운영의 틀은 첫째, 재정안정을 담보하는 범위 내에서 의료위험의 보장성을 담보하는 방향으로 개편되어야 한다. 급여의 범위를 확대하여 고액진료비 때문에 가계가 재정과탄에 직면하는 경우를 방지하고 동시에 예방의료와 건강증진 서비스를 확대하여 질병을 사전적으로 예방할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 둘째, 의료자원의 효율성을 제고하는 방향이어야 한다. 이를 위하여 진료비총액목표제 및 의료저축제도를 도입해야 한다. 수요측면의 의료이용상 도덕적 해이를 방지함은 물론 비용과 효용의 한계치가 근접하도록 의료저축제도(Medical Saving Account)를 도입하고 의료서비스의 총량을 설정하여 의료비 지출을 예측 가능하도록 함으로써 재정안정의 기틀을 다져야 한다. 셋째, 의료접근도와 부담의 측면에서 형평성을 제고할 수 있어야 한다. 의료저축제도는 혜택과 부담을 연계함으로써 부담의 형평성을 제고하고, 비급여 포괄에 따른 고액진료비 보장은 의료접근도에서 형평성을 제고시킬 수 있다. 이와 같은 개편의 기본 방향에 따라 사회적 책임과 개인적 책임의 균형, 규제와 시장의 원리 조화, 그리고 재원의 다원화를 통하여 의료보장 시스템의 다층화를 구축하고자 한다.

2) 개편의 틀

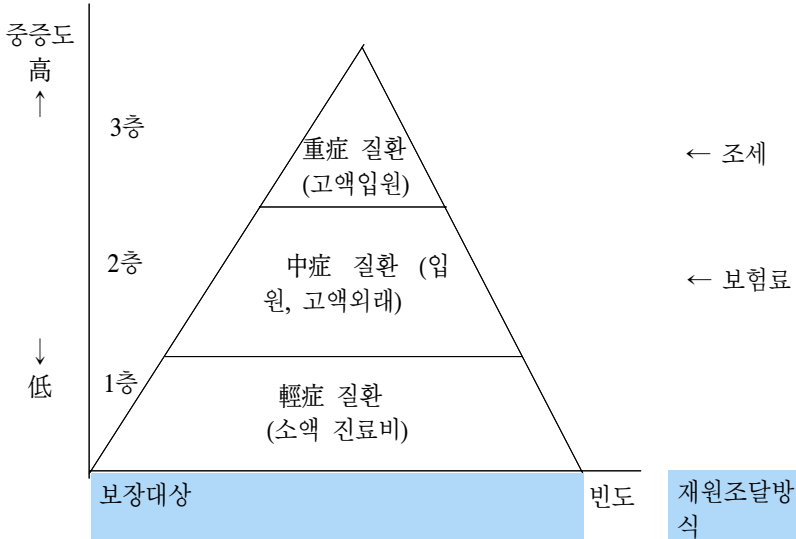
의료보장 다층체계의 틀은 다음과 같이 구성한다. 1층에서는 가벼운 경질환에 따른 소액진료비를 가족단위의 의료저축계정으로 보장하고, 2층에서는 간단한 입원 및 고액 외래를 위하여 현재와 같이 사회보험 제도를 유지하고, 고액진료비가 소요되는 중증질환에 대해서는 3층에서 조세를 통하여 재원을 충당한다.

[그림 V-1] 다층 의료보장체계의 구성

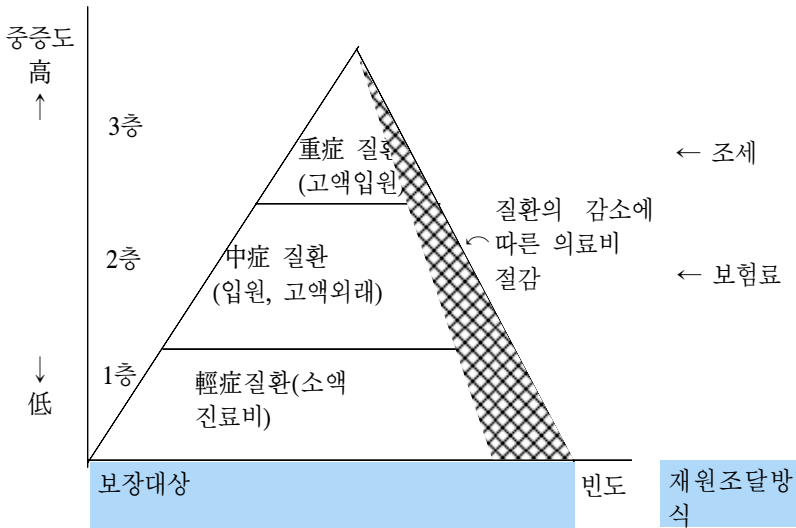
3층	Major Risk	重症질환 (고액진료비)	조세
2층	↑	中症 질환 (간단한 입원 및 고액외래)	보험료
1층	↓	輕症 질환 (소액진료비)	의료저축
건강증진	Minor Risk	생애주기별(유아, 청소년, 중장년, 노년) 건강관리 프로그램 ¹⁾	조세
		보장대상	재원조달방식

주: 1) 예방접종, 영양, 운동, 성생활, 스트레스, 흡연, 음주, 마약, 환경호르몬, 혈당, 콜레스테롤 등에 대한 관리를 통하여 국민의료비 절감

[그림 V-2] 다층 의료보장체계와 의료비 절감



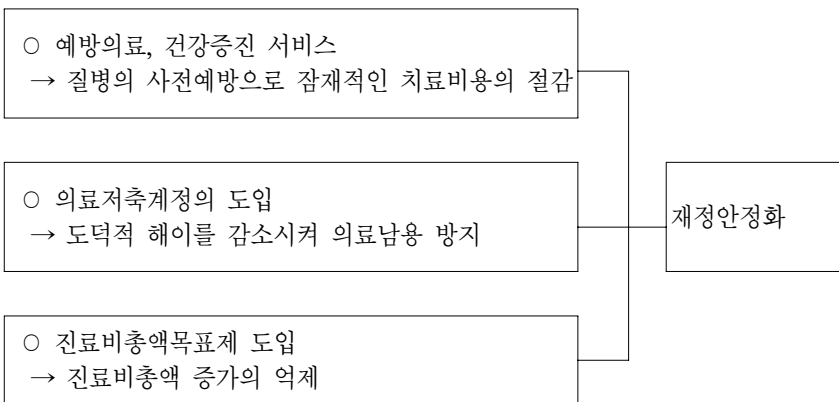
건강증진(예방) 프로그램



일반재정으로 충당되는 건강증진 프로그램이 의료보장의 다층체계와 병행되어야 한다. 예방접종, 영양, 운동, 스트레스, 흡연, 음주, 마약 등에 대한 사전적 관리를 통하여 궁극적으로 국민의료비의 절감을 도모하는 것이다. 이러한 건강증진프로그램의 도입은 장기적으로 질환 발생률이 감소하여 의료비를 절감시키게 된다.

위에서 제시된 의료보장 다층체계는 재정안정을 근간으로 하고 있다. 의료저축계정(MSA)의 도입은 의료이용상 도덕적 해이를 감소시킨다. 불필요한 의료수요를 억제함으로써 자원이용을 효율화하는 것이다. 즉, 의료남용의 감소로 비용을 절감하게 된다. 건강증진프로그램의 도입은 질병의 사전예방으로 잠재적 치료비용의 절감으로 나타나게 된다. 이와 같은 국민건강보험의 다층보장체계에 지불보상제도를 현행 행위별 수가제(Fee for Service)에서 진료비총액목표제로 바꾼다면 재정안정화의 기틀을 마련함은 물론 위험의 보장성을 강화하게 되는 것이다.

[그림 V -3] 다층 의료보장체계의 재정안정화 메커니즘



3) 다층 보장체계의 내용 및 재원조달 방식

다층보장체계의 제도내용을 예시하여 보기로 하자. 1층은 의료저축제도(Medical Saving Account)를 도입한다. 예를 들어, 직장가입자는 임금의 2%를, 지역은 세대당 평균 2만 원을 매월 저축계정에 적립하여 외래 소액진료비에 대처한다. 내원일당 의원 2만원, 병원 3만원, 종합병원급 이상 5만원까지 저축계정에서 인출·사용하되 저축계정의 적립액을 초과하는 진료비에 대해서는 본인이 전액 부담하도록 한다. 2007년 기준 의료저축계정의 총누적액은 약 8조 원에 이르고 이 중 4조 8천억원⁶⁷⁾은 급여비로 나머지 3조 2천억원은 적립될 것으로 예상된다. 적립금액은 노후 의료비에 대비하기 위하여 70세까지 인출을 제한해야 한다.

〈표 V-1〉 다층 의료보장체계의 제도내용 예시

	급여대상	법정본인부담 재원조달방식	
3층	重症질환 - 입원진료 100만원 이상 - 외래진료 10만원 이상	10%	조세
2층	中症 질환 - 입원진료 100만원 이하 - 외래 소액진료비 초과분 (단, 10만원 이하)	20%	보험료
1층	소액진료비 (외래 내원일당) - 의원 2만원까지 - 병원 3만원까지 - 3차병원 5만원까지	가족저축 계정 초과분	의료저축
예방 및 건강증진 육 등	- 생애주기별 건강관리 - 예방접종, 건강검진, 건강상담, 건강교	-	조세

67) 2006년 데이터를 2007년 기준으로 연장 추정하였다. 이후 아래에서 제시되는 각종별 급여비 등에 관한 내용은 위의 기준과 같다.

2층의 재원은 사회보험료로 조성한다. 직장은 임금의 4.0%, 지역은 세대당 월평균 3.5만원을 부과한다면 약 16조 5천억원에 이를 것으로 추정되는 급여비를 충당 할 수 있다. 2층의 총진료비 20조 6천억원 중 부족분 4.1조 원은 본인부담률 20%를 적용하여 수요자 본인이 부담하게 한다. 2층의 급여는 1층의 급여범위를 벗어나는 10만원 이하의 외래진료비와 100만원⁶⁸⁾ 이하의 입원 진료비를 포괄한다.

3층은 총진료비의 10%를 본인부담으로 하여 입원의 경우 100만원, 외래의 경우 10만원 이상을 초과하는 진료비에 대해 급여대상으로 하되 재원은 전액 일반재정으로 충당한다. 약 12조 원이 소요될 것으로 예상되는 바 1조 2천억원은 본인부담으로 나머지 10조 8천억 원은 일반 재정으로 충당하는 방안이다.

예방 및 건강증진 프로그램은 일반재정으로 1조원을 확보하여 예방접종, 건강검진, 건강상담, 건강교육 등의 프로그램을 통하여 질환 발생의 위험을 억제한다. 이를 위하여 공공의료기관인 보건소를 확충할 필요가 있다. 보건소의 확충은 진료비 발생 유형이 정형화되어있는 노인, 장애인, 저소득층 등의 의료보장 강화와 건강증진프로그램의 활성화로 민간병·의원에서 발생할 잠재적 의료비를 흡수할 수 있다. 또한 궁극적으로 소액질환에 대하여 공공의료기관과 일반 병·의원간 경쟁체제를 구축하고 저축계정 적립액이 불충분한 저소득층이 공공의료기관을 이용할 수 있다.

68) 급여범위에 대한 경계는 임의적이라 할 수 있다. 외래서비스의 90%가 10만원 미만의 중·저액 서비스이고, 1층 급여범위는 총서비스의 약 20%에 해당되어 상위 10%와 하위 20%를 제외한 나머지를 2층으로 분류하였다. 또한 입원은 1백만원 이상인 경우 진료비의 60%, 진료건수의 21%를 차지하고 있어 상위 20%인 1백만 원을 기준으로 하였다.

〈표 V -2〉 다층 보장체계의 재원조달 예시(2007年 금액기준)

	총진료비 (구성비)	급여비	본인부담	급여비 재원조달
3층	12조 (29%)	10.8조	1.2조	건강보험 국고지원: 4조 추가 국고부담: 6.8조
2층	20.6조 (50%)	16.5조	4.1조	보험료 - 직장: 임금의 4.0% - 지역: 평균 3.5만원/월
1층	8.2조 (21%)	4.8조1)	3.4조	의료저축계정 - 직장: 임금의 2.0% - 지역: 평균 2만원/월
합계	40.8조 (100%)	32.1조 (78,7%)	8.7조 (21.3%)	※ 예방 및 건강증진 기금: 1조 별도 (조세 부담)

주: 1) 저축계정 적립액은 8조원 중 4.8조원이 인출되고, 3.2조원이 적립됨.

4) 기대효과 및 고려사항

다층-다원 보장체계는 급여범위의 확대로 의료보장성을 대폭 강화하게 된다. 고비용 진료를 보장하게 됨에 따라 가계의 재정과탄을 방지함으로써 의료서비스에 대한 접근성을 제고하게 된다. 소액질환에 대한 의료저축제도의 도입은 사회보험의 한계인 수혜자 부담 원칙을 일부 실현시켜 의료이용자들의 비용의식 제고로 의료남용을 방지할 수 있다. 즉, 가입자들의 적립액에서 의료비가 지출되기 때문에 의료이용에 보다 신중해지고, 불필요한 의료비 낭비의 감소로 축적된 적립금의 유용한 활용이 가능해진다. 부수적으로 국내저축이 증대되어 자본시장의 확충도 가능해진다.

이처럼 다층-다원 보장체계는 여러 가지 관점에서 기대효과를 예상할 수 있지만 이를 성공적으로 정착시키기 위해서는 다음과 같은 사항을 고려해야 한다. 첫째, 급여의 확충으로 재정소요가 증대되는

바 이에 대한 국민적 합의가 있어야 한다. 국민의 보험료가 약 30% 증가하게 되고 국가재정으로부터 약 6.8조 원의 추가 투입이 이루어져야 하기 때문에 이에 대한 국민적 동의가 필요하다. 단기적으로 재정의 대폭 확대 같지만 중·장기적으로는 재정안정 및 의료보장의 지름길이 된다. 둘째, 의료저축제도 운영시 건강에 대한 개인의 책임 전가로 의료이용의 빈도가 많은 저소득층과 노인 및 영유아 보유 가계 등 한계 계층의 의료보장을 위한 제도 보완이 필요하다. 의료저축 적립액 중 일부를 공동기금으로 활용하거나 사회보험료 또는 조세채원에서 일부를 공동기금으로 조성하여 보전하는 방법을 고려할 수 있다. 대상자는 신청자 가계의 재산·소득 등 객관적 자료에 근거한 부담능력을 심사하여 선별할 수 있을 것이다. 셋째, 소액진료비 시장에서 공급자측의 비용상승을 억제할 제도적 장치가 없다. 소비자에게 공급자의 진료내역 및 비용 등 정보를 제공하여 소비자들이 판단할 수 있는 장치를 구축하고 장기적으로는 비용지불방식을 진료비 총액 목표제로 전환하여 공급자측의 비용상승 가능성을 원천적으로 봉쇄하여야 한다. 넷째 소액질환이 개인의 책임으로 전가됨으로써 저소득층의 경우 저축계정 내의 적립액을 보전하기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려가 있는 바 공공보건의료시설을 대폭 확충하여 이들의 의료욕구를 감당해야 한다.

본 개혁안이 현재의 경제사정과 건강보험 재정형편에 비추어 실행 가능성이 낮다면 현재의 보험재정 규모 범위 내에서 다층 체계를 구축하고 장기적으로 본 개혁안에 단계적 접근을 해야 한다. 이러한 과정에서 의료저축제도의 성과를 평가하면서 의료저축계정의 적용범위를 점진적으로 확장하는 것이 제도의 정착을 위한 단계적 수순이 될 것이다.

VI. 결 론

건강보험의 재정이 지속적으로 불안하다. 2001년 건강보험 재정위기를 경험한 후 보장성 확대 억제, 수가인상 억제, 지출 억제를 위한 제도개선 등 다양한 정책을 강구하여 2004년에 당기 흑자로 전환되었으나 그 동안 억압되었던 욕구들이 한꺼번에 분출되면서 건강보험 재정이 심각하게 위협받고 있다. 6세 미만 아동에 대한 본인부담 면제, 입원식대의 급여화, 3대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계)에 대한 본인부담 인하, MRI 및 PET의 급여화 등 보장성이 지속 강화되고 있고 향후에도 계속될 전망이다. 특히 최근의 급속한 보장성 확대 외에 유래 없는 고령화 속도가 재정 불안을 가속화하고 있다.

2008년 11월 현재 누적적립금은 약 2조 원을 상회하고 있으나 이는 1개월 급여비에도 미달한다. 특히 최근 경제위기에 의해 의료수요가 잠재되어있다고 보면 경제회복과 더불어 잠재된 수요가 폭발할 수도 있다. 수입증가속도보다 지출 증가속도가 훨씬 빠른 현행 건강보험 재정구조는 건강보험의 지속가능성을 위협하고 있다. 더욱이 전례 없는 고령화 속도, 보장성 강화에 대한 국민적 욕구, 신 의료기술의 발달, 상병구조의 다각화 등 재정 불안 요인이 즐비한 상황은 향후 보다 심각한 재정 위기를 불러올 가능성이 크다.

본고에서 추계한 바에 의하면 2010년의 경우 약 38.35조원의 지출이 이루어지고 이를 감당하기 위해서는 국고지원(담배부담금 포함)이 약 6.39조원, 보험료가 약 32조원 필요하다. 32조원의 보험료를 각출하기 위해서는 년평균 약 6.17%⁶⁹⁾의 보험료율이 인상되어 2010년에 소득의 약 5.71%가

69) 보험료 부과기반이 매년 평균 8%인상될 것으로 가정하여 추계함.

건강보험 보험료가 될 것이다. 2015년에는 약 80.26조원이 필요하여 2006년에 비해 약 3.58배 규모로 증가할 것이다. 국고지원이 여전히 보험료의 20%를 감당한다면 보험료는 약 66.9조원에 이른다. 이를 충당하기 위한 보험료율은 약 8.13%로써 2007년 이후 보험료 수입은 년평균 15.44%씩 증가하여야 한다. 2006년말 기준 필요 적립금의 10%에도 미달하고 있는 현재 건강보험 재원확보를 위한 특단의 조치가 필요한 시점이다.

사회보험 방식의 의료보험제도를 채택하고 있는 국가들의 경험이 말해주듯이 예외 없이 모든 나라가 재정불안에 시달리고 있다. 더욱이 우려되는 것은 이러한 문제를 해결코자 시도된 여러 가지 방안들이(지불방법의 변화, 본인부담률 인상, 공급의 제한, 급여범위의 축소, 의약품 통제 등) 성공적으로 정착하지 못하고 있다는 사실이다. 우리나라 역시 재정안정을 도모코자 여러 가지 방안들이 시도되어 왔지만 눈에 두드러진 효과를 보이지 못하고 있다. 건당진료비, 수진율 등이 매년 급등하여 급여비 증가는 매년 평균 20%에 육박한데 반해 수입원은 한계를 보이고 있다. 또한 현재까지 제시된 방안들도 이미 선진국에서 실패했거나, 별로 기대할 만한 내용이 없다. 즉 총체적인 건강보험의 위기국면이다.

피부양자 중 소득이 있는 자에게 부과할 수 있는 제도의 도입이나 수진율 연계 보험료 부과 방안, 지불방법의 변화, 공급량의 통제 등 여러 가지 방안들이 위기 탈출 대안으로 모색되고 있으나 이는 지극히 미봉책일 뿐이라는 사실이다. 또한 우리나라는 다른 선진국에 비해 노령화의 속도가 훨씬 빨라 이미 노령화 사회에 진입하였다. 생산인구 1인당 부담해야 할 금액이 급격히 증가할 수밖에 없다. 즉 우리나라 건강보험은 재정의 총체적 위기국면에서 돌파구 수단이 없다는 것이다. 그렇다면 건강보험제도 틀 자체를 전면적으로 재검토해야 한다.

장기적이고 근본적인 재정안정대책에 있어서는 사회보험으로써의 건강보험에 대한 성격을 명확히 하는 데에서 출발해야 한다. 본서에서는 다음

과 같은 방안을 제시하였다. 국민건강보험이 공보험으로서의 필수적인 역할을 수행함과 더불어 의료시장의 자율, 소비자의 책임과 선택을 조화시키는 방향을 택하였다. 그 방안으로 보장의 다층화와 재원의 다원화를 제안하였다. 최우선적으로 공보험으로써의 건강보험이 고액진료비 발생에 충분하고도 적극적으로 대처함으로써 보장성을 확보하는 것이 중요하다고 판단하였다. 이러한 고도의 질병위험비용 발생에 대해서는 국가조세재원으로 대처하도록 함으로써 국민 모두가 위험으로부터 보호받아 의료위험의 사각지대를 근본적으로 차단하려 하였다. 다음으로 단순한 입원이나 고액 외래 비용에 대처하여서는 현재와 같은 사회보험료로 재원을 조달하도록 구상하였다. 그리고 소액진료비에 대해서는 가입자들 스스로의 건강에 대한 주의와 책임을 강화함으로써 가족단위별 저축계정을 통하여 지불하도록 하였다. 노후를 대비하기 위하여 각 개인별 또는 가구별로 의료저축을 실시하는 것은 수혜자 부담의 원칙과도 일치하고, 도덕적 해이 현상을 억제하면서 고위험을 분산하는 보험고유의 목적도 달성할 수 있다. 즉 재정안정화의 근원적 해결책이 될 수 있다. 21세기 우리나라의 의료보장을 완결하는 차원에서 보장의 다층화 및 재원의 다원화를 건강보험의 골격으로 삼을 것을 강력히 권하고자 한다.

참고문헌

- OECD 아시아 사회정책센터, 2008, “한 눈에 보는 OECD 보건지표 2007”.
- 권순만, 2001, “보험급여의 문제점과 정책과제”, 『대한병원협회지』 2001년 3·4호, pp. 69-78.
- 권순원, 1999, “의료저축계정의 도입 가능성에 대한 소고”, 『보건경제연구』 제5권, pp. 24-43.
- 권순원, 2001, “의료저축계정도입 필요성과 예상효과”, 『월간 복지동향』, 2001년 10월호, 참여연대 사회복지위원회, pp. 52-57.
- 권순원, 이준영, 『국고지원효율화와 건강보험재정의 안정적 확충방안』, 덕성여자대학교, 국민건강보험공단, 2004.
- 권윤, 2003, “싱가포르 경제의 진로와 과제 : 성장전략과 산업정책에 대한 비판”, 『동남아시아연구』 제13권 제1호, 한국동남아학회, pp. 341-382.
- 김원식. 2002. “국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방향”, 『보험개발연구』 제13권 제3호, pp. 111-152.
- 김창엽, 2005, “미국의 의료보장체계(3) : 정부재정에 의한 의료보장”, 『건강보험포럼』 2005년 여름호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, pp. 45-60.
- 건강보장미래전략위원회. 2007. 『건강보장의 미래전략』. 공청회 자료 집, 2007. 7.11.

- 공경열 외, 『국민건강보험재정건전화특별법 이후의 재정안정화 방안』, 국민건강보험공단, 2005.
- 국민건강보험공단, 재정안정대책추진반 내부자료, “중점논의 과제”, 2005. 6. 14.
- 국민건강보험공단, 『특집: 의료저축계정(MSAs)』, 『건강보험동향』, 2000.
- 국민의료보험관리공단, 『의료보험 진료비 증가요인 분석자료집』, 1999.
- 국민의료보험관리공단, 『최근 의보동향』, 1999. 7.
- 국민건강보험공단, 『OECD Health Data 2006을 통해 본 한국의 보건의료 현실』 2007.
- 국민건강보험공단, 『2007 건강보험 통계연보』 2008.
- 국민건강보험공단, 해외출장보고서, 2003~2008
- 권오성, 『의료비용 분산의 새로운 패러다임: 의료저축제도』, 자유기업센터, 1999.
- 김경하, 외국의 건강보험제도 조사 - 프랑스편, 국민건강보험공단, 2005.
- 김상철, 2006. 일본 건강보험의 발전과정, 2006년도 보건경제정책·보건행정학회 공동학술대회, 한국보건경제·정책학회.
- 김진현, 2005. 『사회안전망으로서 역할강화를 위한 보험재정의 지속적 안정화 방안』. 『건강보험포럼』 2005년 가을,
- 김용익 외, 『건강보험 재정 설계 연구』, 국민의료보험관리공단, 서울대학교 의과대학, 2000.
- 노인철 외, 『소득기준 의료보험료 부과체계 개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 박동창, 2007, 『금융포커스 : 싱가포르의 금융산업 관련 국가발전전략이 주는 시사점』, 『주간 금융 브리프』 제16권 제11호, 한국금융연구원, pp. 18-21.

- 박종연, 외국의 건강보장제도 동향조사 - 대만편, 국민건강보험공단. 2003.
- 배성일, 2006. "대만, 싱가포르 건강보험의 발전과정", 2006년도 보건경제 정책·보건행정학회 공동학술대회, 한국보건경제·정책학회.
- 보건복지부, 『건강보험 재정안정대책 회의』, 보건복지부 내부자료, 2001.
- _____, 『보건복지통계연보』, 1999.
- 보건복지부, 2005. 건강보험 보장성 강화방안 수립을 위한 공청회. 2005.6.30.
- 사공진, 2003. "건강보험 재정안정화 방안에 대한 연구", 「보건경제연구」. 제9권 제2호. pp. 53-78.
- 삼성경제연구소, 「의료보험 재정 안정성 확보를 위한 정책대안의 설계」, 1999.
- 서울대학교 의료관리학 교실, 『건강보험 재정추계 연구』, 1999.
- 서남규, 2007. "우리나라 국민이 생각하는 건강보험제도-2006년도 국민건강보험 만족도 조사결과", 『건강보험포럼』. 제6권제1호. 2007 봄호 pp. 43-67.
- 소광섭, 2006. 영국 NHS의 성립 배경에 관한 연구, 『보건과 복지』, 제8집. 한국보건복지학회. pp. 135-148.
- 신영석 외, 『의료보험 진료비 증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.
- 신영석 외, 『건강보험 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신영석, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원』, 2005.

- 신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2006.
- 신영석 외, 『의료급여 재정효율화를 위한 모니터링』, 한국보건사회연구원, 2006.
- 신영석 외, 『건강보험 부과체계 개선방안과 재원확보 방안』, 한국보건 사회
연구원, 2007.
- 엄의현, 외국의 건강보험제도 조사 - 대만편, 국민건강보험공단, 2005.
- 양봉민, “재원조달방식으로서 MSA(Medical Savins Accounts)에 대한 고찰”,
『보건경제연구』, 제5권 pp. 44-60, 1999.
- 의료보험 연합회, 『의료보험 통계연보』, 각연도.
- _____, 『'94 진료행위별 청구 경향조사』, 1995.
- _____, 『'97 의료보험 진료내역 경향조사』, 1998.
- 의료보험 통합추진 기획단, 『의료보험 제도의 통합방안』, 한국보건사회연구원,
1998.
- 의료정책연구소, 『OECD국가의 의료재원조달 및 지불체계』, 2006.
- 이준영, 2005a. “사회적 안전망으로서 건강보험의 역할”. 『건강보험포럼』
2005년 가을, pp. 2-15.
- _____, 2005b. “의료보험 재정에서의 국가 책임”, 『한국사회복지학』, 제
57권제4호. pp. 321-342.
- 이혜훈 외. 2005. “2005-2009년 국가재정운용계획, 사회복지분야”, 국가재정
운용계획 사회복지분야 작업반.
- 이충섭, 『의료보험 재정안정 운영체계에 관한 시론』, 한국보건경제학회,
1998.
- 재정안정종합대책 Task Force, 『의료보험 재정안정방안 검토보고』, 1999. 9.
- 전창배, “싱가포르 의료저축계정(MSA)의 이론과 실제”, 『건강보험동향』

- 제17호, 국민건강보험공단, pp. 1-18, 2000.
- 최기춘, 2005. “2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용”, 『건강보험포럼』 2006 가을호, 국민건강보험공단. pp. 93-102.
- 최인덕·백운국, MSA(Medical Savings Accounts) 제도의 외국 사례 고찰 : 사회보험으로서의 MSA제도 한계 및 함의를 중심으로”, 『건강보험포럼』 제3권 제1호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, pp. 27-36, 2004.
- 최병호 외, 『의료보장 강화를 위한 의료보험 진료비 부담의 재편성 방안』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 최병호 외, 『국민건강보험의 형평성 실태와 정책과제』, 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 2005.
- 통계청, 『한국의 주요경제지표』, 1999.
- 한국금융연구원, “미국의 의료적립계좌 도입 및 금융기관의 대응”, 『주간금융브리프』 제16권 제24호, 한국금융연구원, pp. 16-20, 2007.
- 한국보건의료관리연구원, 『'97병원 경영분석』, 1998.
- 한국보건사회연구원, 『국민건강보험 재정방안체계 구축을 위한 제도개선 방안』, 2001.
- 한동운, 2006. “영국의 건강보험제도”, 2006년도 보건경제정책·보건행정학회 공동학술대회, 한국보건경제·정책학회
- ACOSS, La direction de la sécurité sociale, Les Comptes de la Sécurité Sociale 1998-2006.
- ADECRI, 2005, The French Social Protection System.

AOK, "Bilanz 2005~2006".

AOK, "Zahlen und Fakten 2005~2006".

Barbier J-C, Théret B. Le nouveau système français de protection sociale, Paris.
La Découverte, 2005.

BNHI. 全民健康保險統計, 2004.

BNHI. 全民健康保險統計, 2005.

BNHI. National Health Insurance in Taiwan Profile 2004.

Bonnici B. La politique de santé en France, Paris, PUF, 2004.

BNHI. National Health Insurance in Taiwan Profile 2006.

BNHI, 2008, National Health Insurance in Taiwan- Profile 2007.

Charles Normand and Axel Weber, Social Health Insurance 'A Guidebook for
Planning'.

CNAMTS. Les chiffres clés de l'Assurance Maladie. Paris, 2006a.

CNAMTS. Présentation Générale de l'Assurance Maladie, Dossier interne, Paris, 2006b.

Courdes Comptes, Synthèse - Sécurité Sociale 2006, Paris, 2006.

DREES, L'état de santé de la population en France en 2006, Ministère de la
Santé et des Solidarités, 2006.

Dupeyroux J-J et al, Droit de la Sécurité Sociale, Paris, Dalloz, 2006.

Ferrara, Peter J. More than a theory: Medical Savings Accounts at Work, Polity
Analysis No. 220, Cato Institute, 1995.

Ginsburg Jack A., Medical Savings Accounts, 김경삼 번역, "미국의 의료저축
계정(MSA)도입에 관한 논의". 『건강보험동향』 제17호, 국민건강보
험공단, pp.19-35, 2000.

- Hsiao, William C., Medical Savings Accounts ; Lessons from Singapore , Health affairs 14(2) : 260~266, 1995.
- Hanvoranavongchai, Piya., Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. World Health Organization. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No.52. 2002.
- Health Insurance, Long-Term Care Insurance and Health Insurance
- Hu, The-wei., Health care reform : Health Financing and Delivery-Options and Public Choice, The Forum of Hongkong Policy Research Institute, City university of Hongkong, 1999.
- INSEE, France en faits et en chiffres, édition 2006.
- Kessler F. Droit de la Protection Sociale, Paris, Dalloz. 2006.
- Mossaro, T. and Y-N. Wong, Positive experience with Medical Savings Accounts in Singapore, Health affairs 14(9) : 267~272, 1995.
- Nen M. Nicholas, Nicholas Prescott, N. & Kai Hong Phua, Medical Savings Accounts for Developing Countries, in Schieffer, George ed., Innovations in Health Care Financing; Proceedings of World Bank Conference, March 10~11, World Bank Discussion Paper No. 365, 1997.
- Nicholas Prescott, Nen M. Nicholas, International Comparison of Medical Savings Accounts, Conference on Financing Health Care and Old Age Security, 8. November, 1997.
- OECD, Health data, 2006.
- Palier B. Gouverner la Sécurité Sociale, Paris, PUF, 2005.
- Rapport Annuel 2004, ACOSS, 2004.

Sandier S, Paris V, Polton D. Health Care Systems in Transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Societies in Japan 2006, KEMPOREN, 2006.

Tanner, Michael, Medical Savings Accounts : Answering the Critics, Polity Ananysis No.228, Cato Institute, 1995.

The Frensh Sosial Protection System, Agency for Development and Coordination of International Relations, 2005.

William G.Manning et al., Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment, the American Economic Review, Vol. 77, No. 3, June, 1987.

Wouter van Ginneken, Social security for informal sector: A new challenge for the developing countries, International Social Security Review, VOL. 52; No. 1, January-March 1999.

Kemporen, 2007, Health Insurance, Long-term Care Insurance and Health Insurance Societies in Japan 2006.

참고 사이트

<http://www.mhlw.go.jp>

<http://www.bnhi.go.tw>

<http://www.ameli.go.fr>

<http://www.aok.de>

<http://www.moh.gov.sg/>

<http://www.cpf.gov.sg>

<http://www.ustreas.gov/>

<http://blog.peoplepower21.org/Welfare>

<http://www.kihm.re.kr>

<http://www.mw.go.kr/>

<http://www.nhic.or.kr/>

<http://www.kihasa.re.kr/>

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	7,000
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석영	7,000
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대영	6,000
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	10,000
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구 -다문화가족을 중심으로 -	김유경	15,000
연구 08-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	8,000
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	6,000
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구	신현웅	5,000
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대영	6,000
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 08-20-2	저출산고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	경경희	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향	남상호	5,000
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	6,000
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 08-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	6,000
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-25	보건요리자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	8,000
연구 08-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	7,000
연구 08-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(11) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료요구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i>	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이상식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000