研究報告書 2001-14

國民健康保險의 財政危機 評價와 財政管理方案

崔 秉 浩
申 鉉 雄

韓國保健社會硏究院

머 리 말

우리나라 사회보장제도 가운데에 가장 보편적인 제도로서 의료보험제도는 그동안 국민들의 실생활속에 가장 깊이 뿌리내려 왔다. 그런데 2000년 7월 의료보험통합의 시행과 의약분업제도의 도입이 동시에 추진되면서 야기된 재정위기는 제도에 대한 신뢰의 위기로 치달았다. 의료보험제도가 「국민건강보험제도」로 새로이 개칭되면서 까지 국민건강보장 향상을 위한 전향적인 비전을 갖고 출범하였으나, 의료계의 파업, 재정위기로 인한 국민부담 증가, 직장과 지역간 재정분리와 통합논쟁과 같은 난관에 부닥치면서 새로운 해법을 모색하지 않을 수 없게 되었다.

건강보험 재정위기는 그동안의 구조적인 적자요인 때문에 1996년부터 재정수지가 적자로 돌아서기 시작하였으나, 근래의 재정난은 경제침체, 의약분업의 시행과 의료보험통합이 동시에 진행됨으로서 야기된 측면이 짙다. 즉 1997년말 이후 침체된 경제가 보험료부담능력을 저하시킨 반면 보험진료비는 지속적으로 증가하였고, 의약분업제도의 도입으로 보험제도권 밖의 임의조제 비용이 보험제도권으로 편입되고, 의약분업 도입을 전후하여 이루어진 몇 차례의 관련 수가의 인상이 재정위기를 가속화시켰다. 더불어 의료보험조직의 통합으로 직장조합이나 지역조합이 그동안 쌓아놓았던 적립금을 사용하여 보험급여비로 충당하고, 보험료를 적기에 인상하지 못함으로써 보험재정이 악화된 요인이 있었다.

따라서 건강보험재정의 건전한 운영을 위하여 의약분업에 따른 보험재정증대에 대처하고, 의료보험통합에 따른 효율적인 재정관리방안을 모색할 필요가 있다. 그런데 이러한 건강보험의 재정위기를 초래한 원인과 책임을 두고 많은 논란이 전개되고 있는 만큼, 재정위기

타개의 해법에 있어서도 전문가들간에 생각이 다르고, 시민소비자단체, 노동계, 경영계, 의료계, 약계, 제약회사, 정부 및 보험자 등 관련 당사자들간에도 입장이 다르다.

본보고서는 의약분업과 의료보험통합 이후에 나타난 건강보험의 재정위기의 원인을 분석하고, 재정안정화를 위한 재정관리방안을 모색하고자 하였다. 제한된 자료로 인하여 분석에 한계가 있고, 이해당사자들간의 복잡한 이해관계로 인하여 모두가 공감할 수 있는 대안을 제시하는 데에는 한계가 있다. 따라서 대안의 마련에 있어서는 하나의 체계적인 대안보다는 여러 가지 대안을 제시하고 있다. 그리고 가능한 한 단기·중기·장기로 구분한 대안을 제시하려고 노력하고 있다.

본 연구는 본원의 의료보험팀장인 崔秉浩 연구위원의 책임 하에, 申鉉雄 주임연구원이 공동으로 수행하였다. 본보고서의 작성과정에서 학계의 전문가들의 의견을 집약하려고 노력하였으며, 원내 워크숍을 통하여 원내 연구자들의 의견을 수용하려 노력하였다. 그리고 본 연구에 관심을 가지고 수 차례의 정책토론을 한 보건복지부 정책당국자에게 감사하며, 특히 연구과정에서 자료 제공에 협조해 준 건강보험공단과 건강보험심사평가원 전산실 관계자들에게 심심한 사의를 표하고 있다. 또한 본 연구의 진행과정에서 각종 자료정리와 편집에 애쓴 고민정 연구조원에게 사의를 표하고 있다. 특히 본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해 준 본원의 조재국 보건의료연구실장과 신영석 박사에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본보고서의 내용은 저자들의 의견이며 내용상의 하자 역시 저자들의 책임이며, 토론에 참여한 전문가들이나 본원의 공식적인 견해는 아님을 밝혀둔다.

2001年 12月

韓國保健社會硏究院

院 長　　鄭 敬 培

目 次

要 約 ····· 11

Ⅰ. 序 論 ····· 37

Ⅱ. 財政危機의 評價 ····· 42
1. 保險財政의 推移 分析 ····· 42
2. 財政危機의 構造的 原因 診斷 ····· 46
3. 財政危機의 最近 原因 診斷 ····· 58

Ⅲ. 向後 財政危機 展望 ····· 82
1. 保險給與 擴大 壓力에 의한 財政增加 ····· 82
2. 高齡化에 따른 保險財政 增加 ····· 87

Ⅳ. 外國의 財政安定對策 檢討 ····· 93
1. 診療費 抑制對策 ····· 95
2. 財源 擴充 ····· 122
3. 構造的 改善 ····· 124

Ⅴ. 健康保險 財政安定化의 代案 摸索: 中短期 對策 ····· 137
1. 政府의 財政安定對策 檢討 ····· 137
2. 診療費의 統制 ····· 148
3. 財源의 確保 ····· 159
4. 健康保險財政管理시스템의 强化 ····· 164
5. 健康保險 財政統合·分離와 財政管理 ····· 165

Ⅵ. 健康保險 財政安定化의 代案 摸索: 長期 對策 ····· 170
1. 現行 健康保險制度의 限界와 與件 ····· 170
2. 代案 1: 醫療保障의 多樣性과 競爭性 强化 ····· 173
3. 代案 2: 醫療保障의 公共性 强化 ····· 196
4. 老人醫療費 對策: 老人療養保險制度 導入 檢討 ····· 205

Ⅶ. 結 論 ····· 226

參考文獻 ····· 231

表 目 次

〈表 Ⅱ- 1〉 健康保險의 財政收支推移(1990～2001) ····· 43
〈表 Ⅱ- 2〉 保險種別 保險給與費 및 收入(保險料+國庫) 推移 ····· 44
〈表 Ⅱ- 3〉 醫療給與의 財政推移 ····· 45
〈表 Ⅱ- 4〉 健康保險과 醫療給與의 財政支出의 增加率 推移 ····· 45
〈表 Ⅱ- 5〉 保險給與費의 增加要因 分析(1995～1999) ····· 46
〈表 Ⅱ- 6〉 醫療保險의 適用期間 延長 ····· 48
〈表 Ⅱ- 7〉 年度別 保險給與項目의 擴大 ····· 50
〈表 Ⅱ- 8〉 受診率1) 變化推移(1991～2000) ····· 52
〈表 Ⅱ- 9〉 內院率의 變化推移(1991～2000) ····· 53
〈表 Ⅱ-10〉 65歲 以上 老人의 人口 및 醫療利用의 變化 比較 ····· 55
〈表 Ⅱ-11〉 先進外國의 1人當 平均醫療費의 65歲 以上/
65歲 未滿 比率 ····· 56

〈表 Ⅱ-12〉 醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化 推移 ·· 57
〈表 Ⅱ-13〉 醫藥分業 前後 酬價 引上調整 內譯 ····· 63
〈表 Ⅱ-14〉 外來診療의 保險者負擔과 患者 法定本人負擔의 推移 ··· 67
〈表 Ⅱ-15〉 2000年 保險財政增減 分析 ····· 70
〈表 Ⅱ-16〉 2001年 保險給與費 增大의 價格效果와 數量效果 ····· 72
〈表 Ⅱ-17〉 2000年 對比 2001年 財政增加 分析 ····· 72
〈表 Ⅱ-18〉 醫藥分業 未施行時 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移 ····· 77
〈表 Ⅱ-19〉 醫藥分業 未施行時 收支均衡 回復을 위한 健康保險 財政展望 ····· 79
〈表 Ⅱ-20〉 現 狀況下에서 本人負擔率을 醫藥分業前의 趨勢를 維持 했을 경우 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移 ····· 80
〈表 Ⅲ- 1〉 總診療費中 保險者負擔과 患者本人負擔의 比重 推定 ··· 83
〈表 Ⅲ- 2〉 外國의 實效 保險給與率 ····· 84
〈表 Ⅲ- 3〉 國民醫療費 中 家計部門(out-of-pocket)의 比重 ····· 85
〈表 Ⅲ- 4〉 各國의 醫療保險 保險料率 ····· 86
〈表 Ⅲ- 5〉 外國의 實效保險給與率과 保險料率 ····· 86
〈表 Ⅲ- 6〉 65歲 以上 老人人口比重의 展望 ····· 87
〈表 Ⅲ- 7〉 先進國의 1人當 平均醫療費의 65歲 以上/65歲 未滿 比率 ··· 87
〈表 Ⅲ- 8〉 新人口推計下에서 健康保險診療費의 推移와 1人當 負擔額 變化推移(2000～2080) ····· 91
〈表 Ⅳ- 1〉 2001年度 美國의 SGR 推定値 ····· 96
〈表 Ⅳ- 2〉 美國의 메디케어 目標診療費와 實際診療費 推移 ····· 98
〈表 Ⅳ- 3〉 美國의 MEI와 診療酬價 調整(1992～2001) ····· 101
〈表 Ⅳ- 4〉 臺灣의 診察料 遞減制 ····· 105
〈表 Ⅳ- 5〉 OECD 國家의 本人負擔制 ····· 115

〈表 Ⅳ- 6〉 臺灣의 長期入院에 따른 本人負擔 遞增制 ····· 118
〈表 Ⅳ- 7〉 國家別 經濟活動人口 中 民間醫療保險의 加入 比重 ··· 130
〈表 Ⅳ- 8〉 民間健康保險: 總醫療費 支出에서 차지하는 比重 ···· 131
〈表 Ⅴ- 1〉 政府의 財政安定對策에 따른 行爲料引下效果 推定 · 141
〈表 Ⅴ- 2〉 醫療機關當 月 診療費收入 變化 ····· 142
〈表 Ⅴ- 3〉 政府의 財政安定綜合對策 成果 報告 ····· 143
〈表 Ⅴ- 4〉 政府의 財政安定對策의 事業別 施行效果 ····· 143
〈表 Ⅴ- 5〉 政府의 健康保險 財政運營計劃(2001～2006) ····· 145
〈表 Ⅴ- 6〉 療養機關의 增加現況(1996～2001) ····· 159
〈表 Ⅴ- 7〉 담배消費稅의 現況 ····· 161
〈表 Ⅴ- 8〉 담배關聯 稅金 등 賦課內譯 ····· 161
〈表 Ⅴ- 9〉 담배關聯 年間 稅金 등 賦課額(2000) ····· 161
〈表 Ⅴ-10〉 現行 健康有害物質에 대한 租稅 ····· 164
〈表 Ⅵ- 1〉 多層 醫療保障體系의 制度內容 例示 ····· 179
〈表 Ⅵ- 2〉 多層 保障體系의 財源調達 例示(2001年 金額基準) ··· 180
〈表 Ⅵ- 3〉 民間保險으로 醫療서비스를 提供하는 경우의 效率과
衡平의 豫測 ····· 184
〈表 Ⅵ- 4〉 現 公共保險으로 醫療서비스 提供時 效率과 衡平에
미치는 影響 ····· 185
〈表 Ⅵ- 5〉 公保險과 民間保險間 役割分擔模型 導入時 期待效果 ·· 195
〈表 Ⅵ- 6〉 醫療保障(健康保險+醫療保護)의 65歲 以上 人口와
老人診療費 比重 ····· 208
〈表 Ⅵ- 7〉 先進國의 老人 人口比率과 醫療費 比重 比較(1993) · 209
〈表 Ⅵ- 8〉 老人醫療費의 展望과 制度別 老人醫療費의 配分 ····· 210
〈表 Ⅵ- 9〉 長期療養制度 導入의 段階的 推進日程(例示) ····· 219

圖 目 次

〔圖 Ⅰ- 1〕 硏究의 全般的 構圖: 健康保險 財政危機 評價와 代案 摸索 ·· 41
〔圖 Ⅱ- 1〕 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移(1990～2001) ····· 42
〔圖 Ⅱ- 2〕 保險給與費와 收入(保險料+國庫)의 推移(1990～2001) ···· 44
〔圖 Ⅱ- 3〕 受診率의 增加趨勢(1991～2000) ····· 51
〔圖 Ⅱ- 4〕 內院率의 增加趨勢(1991～2000) ····· 53
〔圖 Ⅱ- 5〕 65歲 以上 對 65歲 未滿의 醫療利用指標의 變化推移 ··· 55
〔圖 Ⅱ- 6〕 醫藥分業과 醫療保險統合에 따른 保險 財政 增大要因 ·· 59
〔圖 Ⅱ- 7〕 地域醫療保險의 保險給與費, 保險料收入, 積立金 推移 ·· 61
〔圖 Ⅱ- 8〕 職場醫療保險(職場+公敎)의 保險給與費, 保險料收入, 積立金 推移 ····· 61
〔圖 Ⅱ- 9〕 2000～2001年 酬價引上의 保險給與費 增大效果 槪念圖 ··· 63
〔圖 Ⅱ-10〕 健康保險給與費의 最近 推移(診療費發生基準) ····· 64
〔圖 Ⅱ-11〕 2000年 對比 2001年 保險給與費 增大效果 槪念 ····· 65
〔圖 Ⅱ-12〕 外來診療部門의 患者 法定本人負擔率의 月別 變化推移 ···· 68
〔圖 Ⅱ-13〕 醫藥分業 未施行時 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移 ····· 77
〔圖 Ⅱ-14〕 醫藥分業 未施行時 收支均衡 回復을 위한 健康保險 財政展望 ····· 78
〔圖 Ⅱ-15〕 現 狀況下에서 本人負擔率을 醫藥分業前의 趨勢를 維持했을 경우 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移 ···· 80
〔圖 Ⅲ- 1〕 保險給與와 本人負擔의 構成(1999) ····· 83
〔圖 Ⅲ- 2〕 本人負擔의 構成(1999) ····· 84

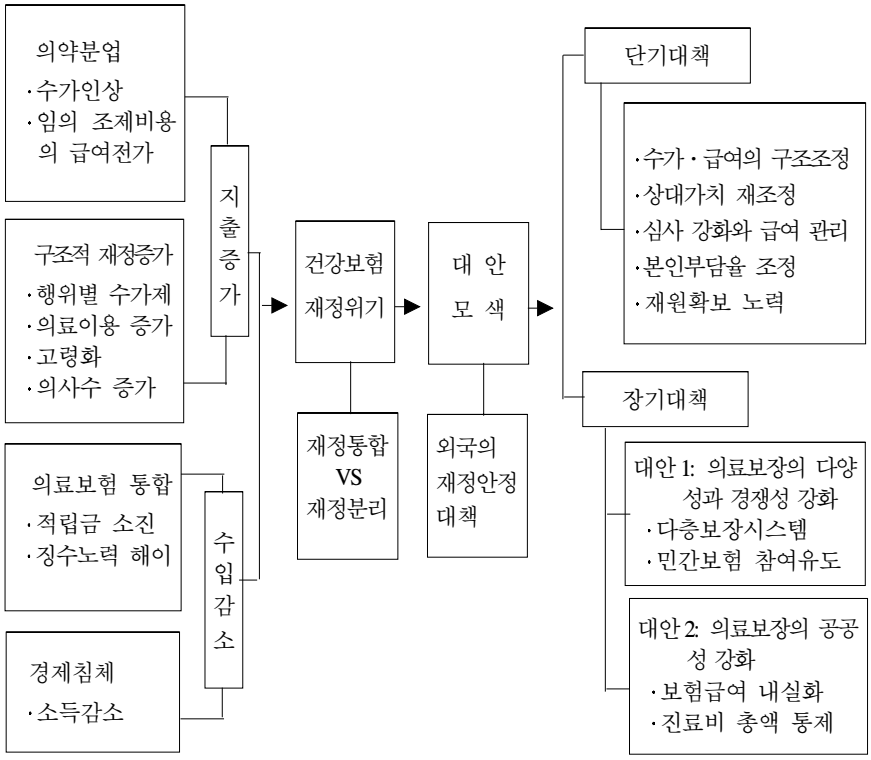
〔圖 Ⅲ- 3〕 2000年度 年齡別 1人當 健康保險診療費 構造 ····· 89
〔圖 Ⅲ- 4〕 總診療費中 65歲以上 人口의 診療費 比重의 變化 推移 ···· 91
〔圖 Ⅲ- 5〕 總診療費中 20歲미만 人口의 診療費 比重의 變化 推移 ···· 92
〔圖 Ⅲ- 6〕 生産人口 1人當 診療費負擔額의 變化 推移 ····· 92
〔圖 Ⅳ- 1〕 外國의 財政安定對策 ····· 94
〔圖 Ⅳ- 2〕 美國의 診療費 目標制 數式圖 ····· 102
〔圖 Ⅳ- 3〕 經濟活動人口 中 民間醫療保險의 加入 比重(1991) ··· 131
〔圖 Ⅴ- 1〕 政府의 健康保險 財政對策 ····· 140
〔圖 Ⅴ- 2〕 政府의 健康保險 統合財政推計(2001～2006) ····· 146
〔圖 Ⅴ- 3〕 政府의 地域健康保險 財政推計(2001～2006) ····· 146
〔圖 Ⅴ- 4〕 政府의 職場健康保險 財政推計(2001～2006) ····· 147
〔圖 Ⅴ- 5〕 相對價値 行爲酬價의 決定構造 ····· 152
〔圖 Ⅴ- 6〕 診療費 變化와 換算指數의 調整 ····· 156
〔圖 Ⅵ- 1〕 多層 醫療保障體系의 構想 ····· 175
〔圖 Ⅵ- 2〕 多層 醫療保障體系와 醫療費 節減 ····· 176
〔圖 Ⅵ- 3〕 多層 醫療保障體系의 財政安定化 메커니즘 ····· 177
〔圖 Ⅵ- 4〕 公保險과 民間保險間 役割分擔 模型 ····· 186
〔圖 Ⅵ- 5〕 美國의 醫療保險 管理運營 體系 ····· 202
〔圖 Ⅵ- 6〕 健康保險의 統合管理運營 시스템의 强化 ····· 204
〔圖 Ⅵ- 7〕 老人醫療費의 範圍 ····· 206
〔圖 Ⅵ- 8〕 老人醫療費의 負擔構造 ····· 207
〔圖 Ⅵ- 9〕 醫療保障制度와 長期療養保護制度間 財政 構造 ····· 211
〔圖 Ⅵ-10〕 老人療養의 社會化 基本構想 ····· 214
〔圖 Ⅵ-11〕 長期療養서비스의 傳達 메커니즘 ····· 223

要 約

Ⅰ. 硏究目的 및 硏究槪要

□ 최근의 의약분업 시행 및 의료보험통합 이후 전개된 건강보험 재정위기의 원인을 진단·평가하고, 향후 재정의 안정적 관리를 위한 대안을 모색하는 것이 목적임.

□ 硏究의 構圖



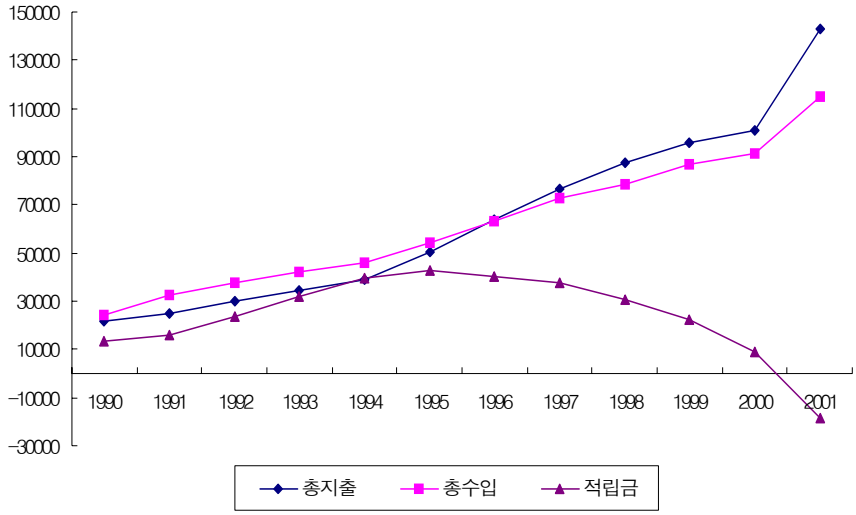
Ⅱ. 財政危機의 評價

□ 보험재정의 추이

– 보험재정은 1996년부터 수지적자를 나타내어 이미 재정위기는 시작되고 있었으며, 그동안 적립하였던 준비금으로 수지적자를 메꾸어 왔으나, 2001년말 약 1조 8627억원의 차입으로 운영

〔圖 1〕 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移(1990～2001)

(단위: 억원)



□ 재정위기의 구조적 원인

– 첫째, 행위별수가제에 따른 진료비통제 메커니즘의 결여

– 둘째, 의료이용량의 증가

- 수진율 1991년 3.35건에서 2000년에 6.31건(2배 증가)
- 내원율 1991년 7.88일에서 2000년 11.66일(1.47배 증가)

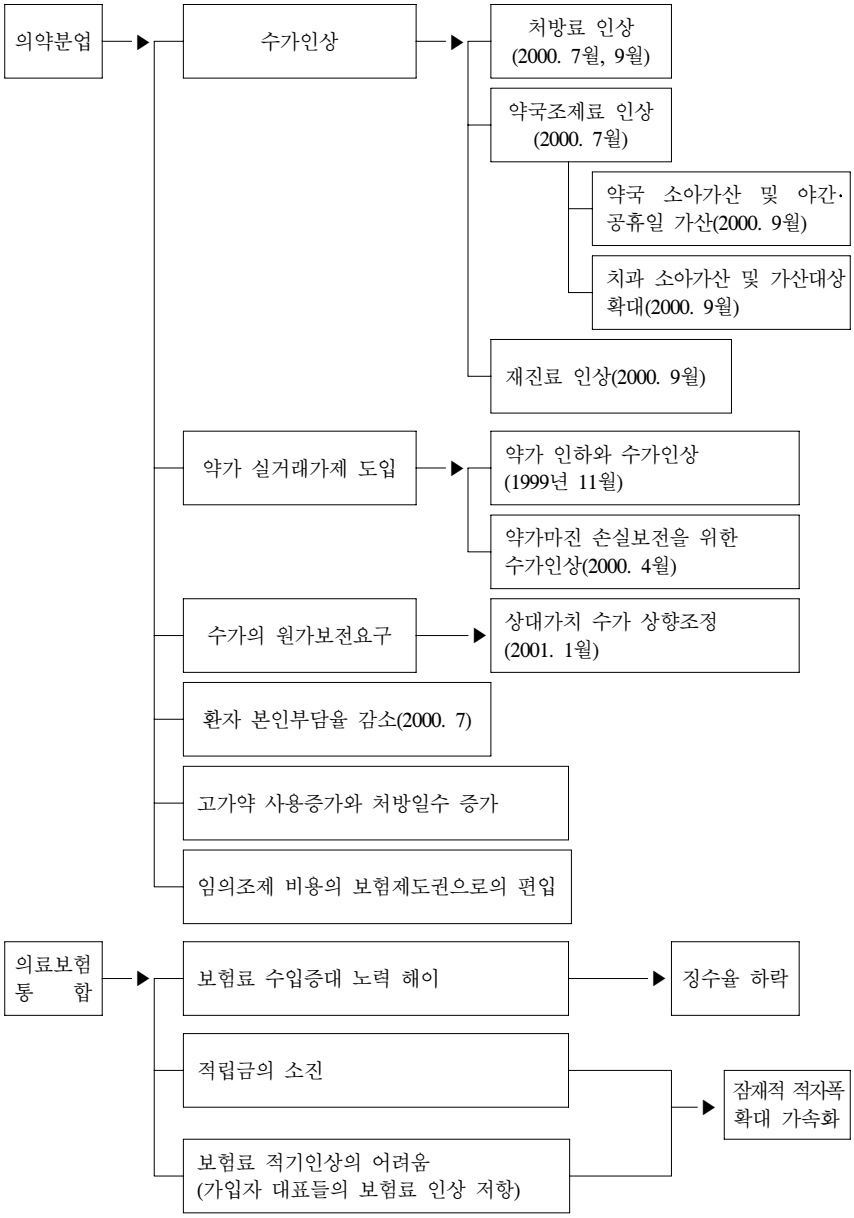
- 셋째, 고령화에 따른 노인의료비 증가(1991～2000년간)
  - 65세 이상 노인인구는 46% 증가, 65세 이상 인구비중도 5.07%에서 6.58%로 증가
  - 수진율은 65세 미만이 연평균 7.17% 증가하는 반면 65세 이상은 14.39% 증가
  - 1인당 진료비 평균증가율이 64세 미만 13.05%이고 65세 이상은 19.42%
- 넷째, 의료인력과 의료시설의 증가(1990～1999년간)
  - 등록의사수는 38,926명에서 72,217명으로 증가
  - 병상수는 119,155병상에서 228,942병상으로 증가
  - 의료기관수는 21,077개에서 36,431개로 증가
- 다섯째, 보험급여의 확대
  - 보험급여일수 1994년 180일에서 2000년 365일
  - 1996년 CT 보험급여, 1997년 이후 장애인보장구 급여 확대

〈表 1〉 健康保險 財政增加의 構造的 要因들

	1991	1995	2000
급여일수(일)	180	210	365
수진율[1]	3.35	4.46	6.31
내원율[2]	7.88	9.50	11.66
65세이상 인구(만명) (인구비중, %)	207 (5.07)	248 (5.64)	302 (6.58)
65세이상 수진율	3.52	5.88	11.81
의사수(명)	38,928	56,166	72,217[3]

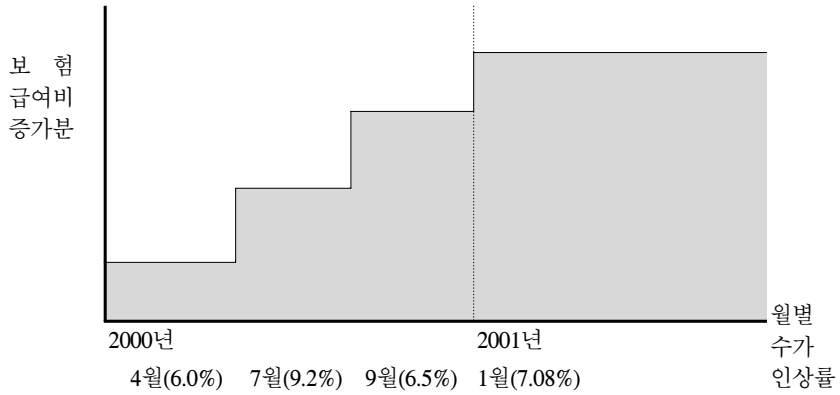
註: 1) 1인당 연간진료건수, 2) 1인당 연간내원일수, 3) 1999년
資料: 국민건강보험공단,『건강보험통계연보』, 각 연도.
통계청,『장래인구추계』, 1996.

□ 재정위기의 최근 원인


의약분업
수가인상
처방료 인상 (2000. 7월, 9월)
약국조제료 인상 (2000. 7월)
약국 소아가산 및 야간·공휴일 가산(2000. 9월)
치과 소아가산 및 가산대상 확대(2000. 9월)
재진료 인상(2000. 9월)
약가 실거래가제 도입
약가 인하와 수가인상 (1999년 11월)
약가마진 손실보전을 위한 수가인상(2000. 4월)
수가의 원가보전요구
상대가치 수가 상향조정 (2001. 1월)
환자 본인부담율 감소(2000. 7)
고가약 사용증가와 처방일수 증가
임의조제 비용의 보험제도권으로의 편입
의료보험 통 합
보험료 수입증대 노력 해이
징수율 하락
적립금의 소진
잠재적 적자폭 확대 가속화
보험료 적기인상의 어려움 (가입자 대표들의 보험료 인상 저항)

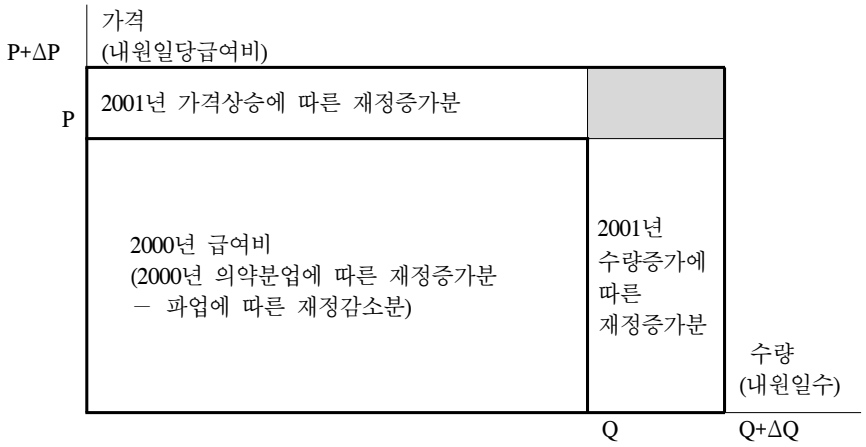
□ 보험수가의 인상과 보험급여비 증대

〔圖 2〕 2000～2001年 酬價引上과 保險給與費 增大效果 槪念圖



□ 보험급여비 증가의 가격효과와 수량효과

〔圖 3〕 2000年 對比 2001年 保險給與費 增大效果 槪念



註: 빗금친 부분은 수량효과와 가격효과의 복합효과

□ 2001년 보험급여비 증대 분석결과

〈表 2〉 2000年 對比 2001年 保險給與費 增大의 價格效果와 數量效果

(단위: 억원)

수가인상月	가격효과 (D)[1]	수가인상	가격 자연증가	본인부담 감소	가격효과 +수량효과 (E)[3]	수량효과 (C)[2]	合計 전체효과
2000. 4월	3,720	3,216	504	-	867	-	4,587
2000. 7월	7,824	5,952[4]	1,872	5,716	3,872	-	17,412
2000. 9월	3,940	4,522	-582	1,679	-228	-	5,391
2001. 1월	4,462	2,531	1,931	2,060	3,334	-	9,856
						8,153	8,153
합 계	19,946	16,221	3,725	9,455	7,844	8,153	45,398

註: 1) 내원일당급여비의 증가에 따른 보험급여비 증가분이며, 자연적인 증가분과 수가인상에 따른 증가분 및 본인부담률 감소에 따른 재정증가분으로 구분하였음.
2) 2001년에 증가한 내원일수의 증가분에 2000년 기준의 내원일당급여비를 곱하여 산정한 것이며, 자연증가분과 의약분업에 의한 내원일수 증가분이 포함되어 있음.
3) 2001년에 증가한 내원일당급여비와 내원일수가 복합적으로 작용한 재정증가분
4) 의약분업에 따른 고가약제비 처방과 처방일수의 증가 등에 따른 재정증가분 등이 모두 포함된 것으로 수량효과인지 가격효과인지를 판단하기 어려움.

〈表 3〉 2000年 對比 2001年 財政增加 分析

2001년 추정급여비(α)[1]		13조 8449억
2000년 실제급여비(β)		9조 321억
2000년대비 2001년 재정증가분(α-β)		4조 8128억
재정증가분의 구성	가격효과에 의한 재정증가분	1조 9946억 (44%)[3]
	수가인상분	1조 6221억 (36%)
	가격 자연증가분	3725억 (8%)
	환자본인부담 감소에 따른 재정증가분	9455억 (21%)
	가격효과 + 수량효과에 의한 재정증가분	7844억 (17%)
	수량효과에 의한 재정증가분	8153억 (18%)
	2000년 추정급여비 - 실제급여비[2]	2730억

註: 1) 정부가 7월 시행한 재정안정대책에 의한 절감효과는 포함되지 않았음.
2) 2000년 의약분업 미시행시 추정급여비 9조 3051억원에서 실제급여비 9조 321억원을 제외한 것임.
3) ( )안은 2000년 대비 2001년 재정증가분의 기여율을 의미

□ 재정적자에 대한 평가

– 근래의 재정적자 상황에 대하여 몇가지 시나리오를 통한 시뮬레이션 결과를 가지고 평가

1) 시나리오 1: 醫藥分業 未施行時 財政展望

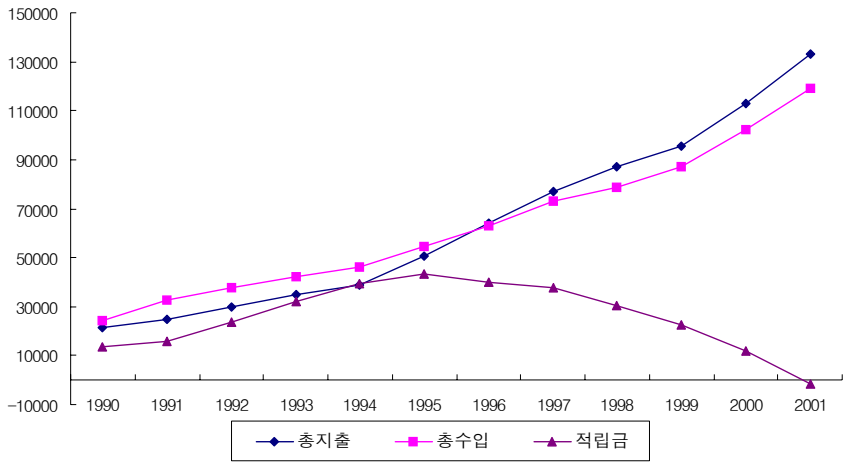
– 보험료수입 증가율은 1990～1999년간 평균증가율 15.2%를 적용하고, 지출증가율은 동기간 평균증가율 17.95%를 적용

– 다만, 국고지원금은 2000년과 2001년의 실적치를 그대로 이용

– 이에 따라 2001년말의 적립금은 약 1700억원이 부족할 것으로 전망되며, 이는 현재의 예상 적립금 부족규모인 1조 8600억원보다는 훨씬 양호한 상황으로 전망

– 그러나 당기수지적자는 1조 3700억원으로서 재정적으로 불안정하며 재정위기의 도래를 몇년 연장시키는 것에 불과함을 의미

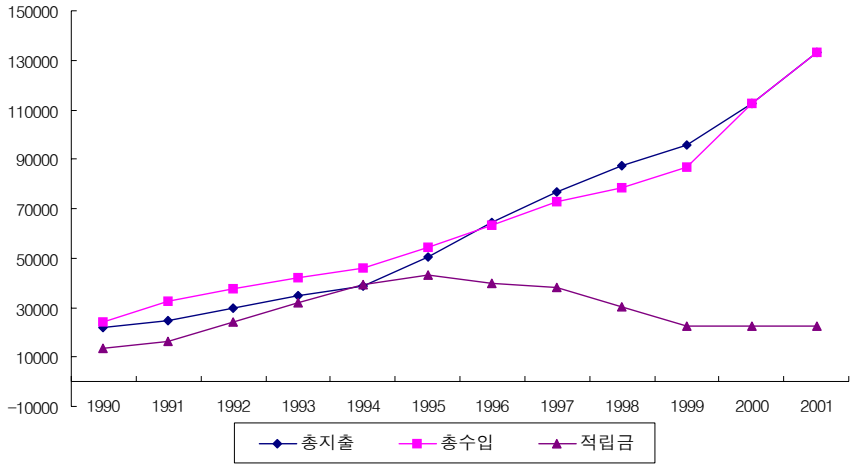
〔圖 4〕 醫藥分業 未施行時 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移



2) 시나리오 2: 醫藥分業 未施行과 財政收支均衡 回復을 위한 財政展望

- 시나리오 1을 바탕으로 하되, 재정적인 수지균형을 2000년에 실현하기 위한 시뮬레이션으로서 1999년말의 적립금규모를 계속 유지할 수 있도록 재정을 운영
- 2000년에 수지균형을 맞추기 위하여는 총수입 평균증가율 15.20%보다 높은 29.74%로 인상하여야 하고, 이후 2001년에는 총지출증가율인 17.95%로 증가

〔圖 5〕 醫藥分業 未施行時 收支均衡 回復을 위한 健康保險 財政展望



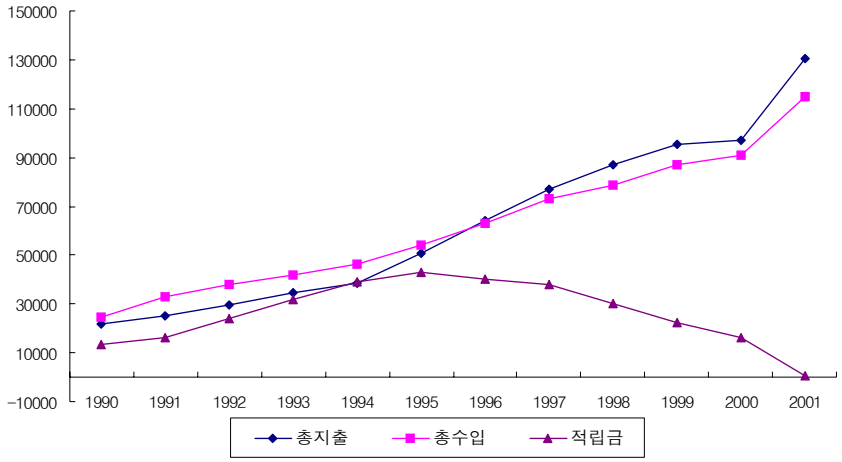
3) 시나리오 3 : 現 狀況下에서 醫藥分業 以前의 法定本人負擔率 推移를 維持

- 현 상황하에서 법정본인부담률을 의약분업 이전의 추이를 유지

하였을 경우 재정수지와 적립금의 추이를 전망

- 본인부담 감소에 따른 급여비 증가는 2000년에 3870억원, 2001년에 1조 1620억원으로 추산
- 이에 따라 2001년말의 적립금은 550억원 정도를 보유하고 있었을 것으로 전망되며, 다만 당기수지적자는 1조 5600억원 정도로써 수지균형을 위한 보험료의 인상이 곧 단행되어야 함.

〔圖 6〕 現 狀況下에서 本人負擔率을 醫藥分業前의 趨勢를 維持했을 경우 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移



4) 시나리오別 시뮬레이션을 통하여 본 評價

- 이상의 세 가지 시나리오의 결과에 비추어보면, 의약분업과 의료보험통합에 따른 재정적자의 조기도래를 부인하기 어려움.
- 그리고 의약분업에 따라 진료비는 증가하는데 법정본인부담률은 인하된 것이 보험급여비를 증가시키는 데에 큰 몫을 담당

- 그러나 수가인상 외에 보험급여비가 증가하는 부분, 즉, 소비자의 편익으로 돌아간 부분과 의약분업을 시행하지 않았더라도 증가하는 보험재정지출에 대해서는 보험료의 인상이 필요하였으며, 재정적자 도래는 시기의 문제이며, 곧 닥쳐오는 상황이었음.

Ⅲ. 向後 財政展望

□ 건강보험의 재정은 근간의 위기를 국고지원의 확대나 금융차입으로 넘어간다고 안정화를 낙관하기가 어려운 구조적 문제가 상존

□ 여전히 낮은 보험급여와 높은 본인부담 때문에 보험급여 확대의 압력은 지속적으로 제기될 것임. 따라서 재정의 안정은 보험재정의 확대안정을 의미할 가능성이 큼.

〈表 4〉 總診療費中 保險者負擔과 患者本人負擔의 比重 推定(1999～2001)

(단위: %)

	1999년		2000년		2001년	
구 분	보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담
전 체	53.4	46.6	58.2	41.8	49.0	51.0
입 원	61.4	38.6	64.5	35.5	58.7	41.3
외 래	49.5	50.5	55.2	44.8	46.1	53.9

註: 건강보험관리공단의 「수진내역신고」 자료를 기초로 추정

□ 선진외국에서의 의료비 가운데 보험급여로 보장되는 실질적인 보험급여율을 보면(表 5 참조), 향후 건강보험의 급여율이 단계적으로 확대되어야 할 압력을 받을 것임.

- 선진국들의 보험료율은 일본을 제외하면 거의 15%내외이고, 대만의 경우도 16%에 달함.

〈表 5〉 外國의 實效保險給與率과 保險料率

(단위: %)

	실효보험급여율(1997)	보험료율
프 랑 스	73.0	19.6＋조세[1]
독 일	91.0	19.5
일 본	88.0	8.5
룩셈부르크	90.0	12.6～7.3[2]
네 덜 란 드	76.0	17.65＋정액
대 만	-	15.98[4]
한 국	53.4[3]	3.4

註: 1) 자동차보험료에 12% surcharge, 의약품광고, 알코올, 담배에 조세 (장애, 유족급여에도 충당)
2) 룩셈부르크는 생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나, 정부가 보험료의 35%를 보조하므로 이를 감안하여 조정한 수치임.
3) OECD 자료에 따르지 않고 1999년 기준으로 추정한 수치임.
4) 8.5%이지만 실제보험료율은 피부양자수에 비례하므로 평균 피부양률 0.88명을 감안하여 조정

資料: OECD, *Health Data,* 2000.
US Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1999.

- 우리나라의 현행 보험료율은 3.4%이나, 가까운 2002년의 재정전망에 의하면 적어도 5% 이상으로 인상되어야 수지균형을 유지할 수 있음.

□ 인구고령화는 <表 6>과 같이 당초 예상보다 더욱 빨리 진행될 것으로 전망

- 고령화는 노인인구를 부양하는 생산인구의 상대적인 감소를 의미하기 때문에 생산인구가 부담해야 할 의료비는 향후 심각
- 더구나 고령화의 진행에는 노인의료비의 상승이 가속화되는 경향이 따르고 있음을 유의

〈表 6〉 65歲 以上 老人人口比重의 展望

(단위: %)

2001년	2010년	2030년
7.4	9.9	19.3

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1995.

〈表 7〉 先進國의 1人當 平均醫療費의 65歲 以上/65歲 未滿 比率(1993)

(단위: %)

캐나다	핀란드	프랑스	독일	일본	영국	한국
4.7	4.0	3.0	2.7	4.79	3.65	2.4

資料: OECD, *Health Data*, 2000.

Ⅳ. 外國의 財政安定對策

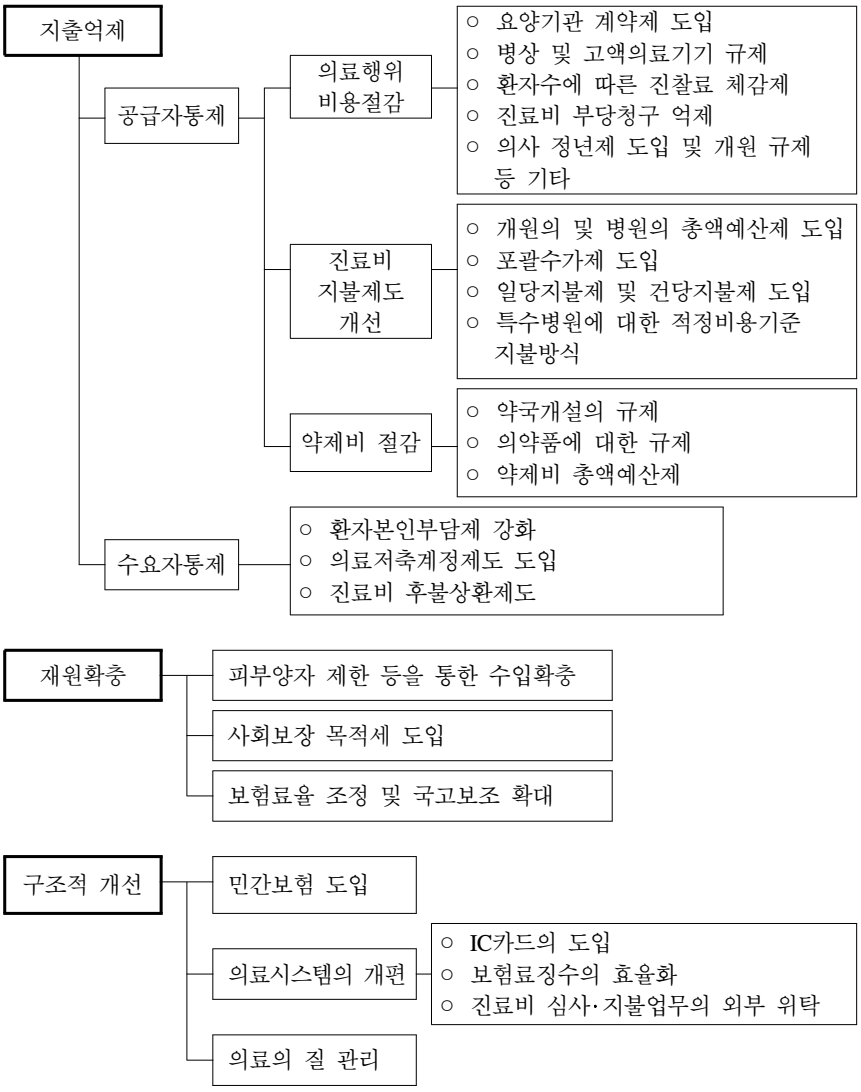
□ 외국의 재정안정대책은 크게 세 가지 관점에서 구분

- 첫째, 진료비를 억제하는 방안, 둘째, 재원을 확충하는 방안, 셋째, 건강보험 재정구조개선방안

□ 이 방안들을 좀더 세분화하고 체계화한 것이 [圖 7]임.

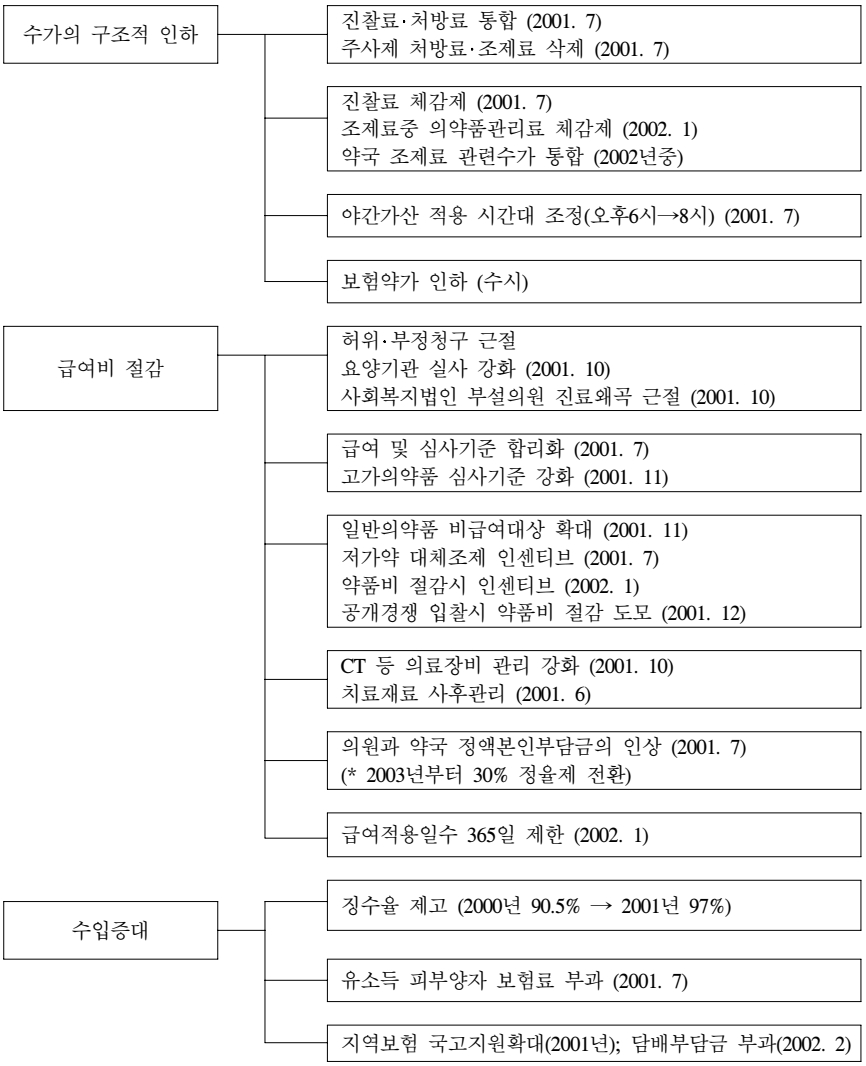
- 진료비의 증가를 억제하기 위한 방안들이 중점적으로 강구되었으며, 최근에는 증거에 근거한(evidence-based) 의료의 질을 평가함으로써 증가속도를 둔화시키고자 하는 움직임이 시작되고 있음.

〔圖 7〕 外國의 財政安定對策



Ⅴ. 財政安定化의 中短期 代案

1. 政府의 財政安定對策: 2001年



註: 의약품참조가격제는 유보

□ 정부는 수가의 구조적인 조정으로 8.7%의 실질적인 수가를 인하한 것으로 추정

□ 정부의 재정안정대책 성과

〈表 8〉 政府의 財政安定綜合對策 成果 報告(심사결정기준, 2001)

(단위: 억원)

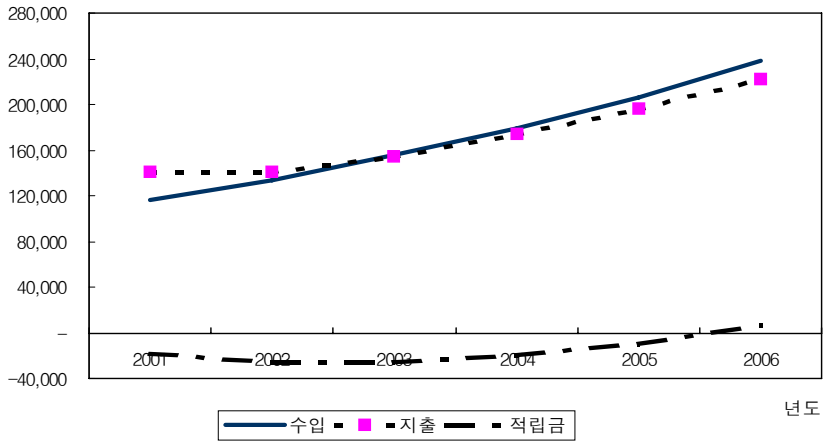
구분	당초추계	재정대책 목 표	실적
수 입	104,282	118,074	116,423
지 출	146,260	138,515	140,511
당기수지	-41,978	-20,441	-24,088
순적자액	-32,789	-11,252	-18,109

註: 1) 주요 차질요인: 담배부담금 3300억원, 퇴직금 중간정산 3210억원
2) 대책의 재정개선효과: 계획 1조 887억원 →1조 574억원 예상(97%달성)
資料: 보건복지부, 내부자료, 2001.

□ 정부는 재정안정대책에 따라 향후 2006년까지 통합재정수지를 흑자기조로 전환시키는 계획을 제시

- 2001년말 1조 8109억원의 순적자(기금부족으로 인한 借入)를 2006년 말에는 6251억의 기금을 보유하고 당기수지도 1조 5602억원에 이르는 흑자로 운영

［圖 8］ 政府의 健康保險 統合財政推計(2001～2006)



□ 건강보험재정의 정상화를 위한 노력이 2006년까지의 장기적인 계획하에 일관성 있게 꾸준히 추진되기에는 어려운 현실적인 상황을 감안해야 함.

□ 현단계에서 재정수지 균형 회복을 위한 보험료부담

〈직 장〉

- 2002년도 재정지출을 충당하기 위한 보험료율 = 4.6%
- 2002년 재정지출과 2001년 차입금을 충당하기 위한 보험료율 = 5.3%
- 2001년 차입금의 50%를 정부가 지원할 경우, 나머지 차입금과 2002년 재정지출을 충당하기 위한 보험료율 = 4.9%

〈지 역〉

- 2002년도 재정지출 충당을 위한 보험료 인상률 = 1.3%
- 2002년 재정지출과 2001년 차입금을 충당하기 위한 보험료 인상률 = 23.7%
- 2001년 차입금의 50%를 정부가 지원할 경우, 나머지 차입금과 2002년 재정지출을 충당하기 위한 보험료 인상률 = 12.5%

□ 조기에 재정수지를 정상화 하기 위해서는 상당한 부담을 각오해야 하지만, 재정정상화를 위한 고통은 가능한 짧은 시간내에 겪는 것이 올바른 선택이 될 수 있음.

2. 財源範圍內에서의 財政管理: Top-Down式 管理(量入制出)

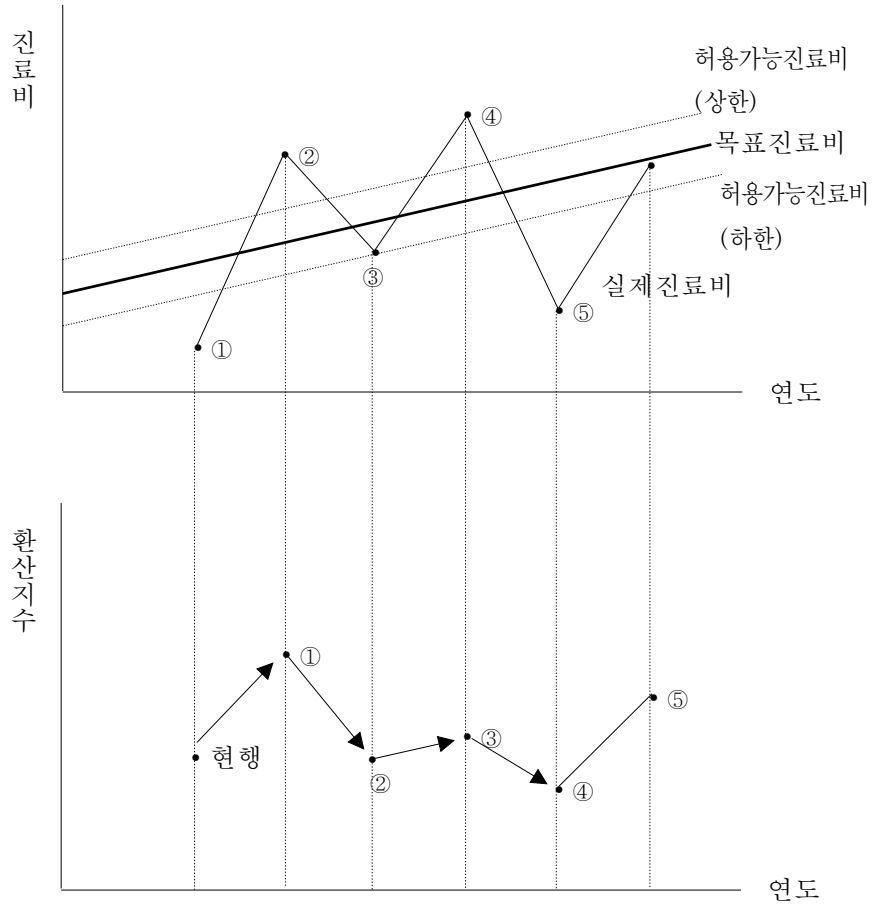
□ 재원조달이 가능한 범위내에서 진료비총액의 상한을 설정하고, 보험급여(본인부담) 혹은 수가기준을 조정함으로써 보험재정을 관리
- 진료비총액 목표를 각 부문별-세부항목별로 배분하는 Top-Down 방식으로 진료비를 관리
- 예를 들어, 직장보험의 경우 보험료율을 4%로 정하고, 4%의 보험료수입에 상응하는 보험급여비가 발생하도록 급여범위, 본인부담 및 수가기준을 조정

□ 국민건강보험의 급여범위 재검토
- 고액진료비에 대한 급여 강화와 소액진료비의 급여 축소
- 필수의약품 급여 강화, 비필수의약품 급여 축소
- 미결정 행위·약제·재료 → 급여, 100/100급여, 비급여 기준 검토

3. 診療費目標管理制 導入

□ 현행 상대가치 행위수가제하에서 미국에서 운영하고 있는 진료비 목표관리제를 도입하여 보험재정의 자동안정화를 강구
- 첫째, 총진료비 목표 설정
- 둘째, 총진료비목표와 실제 발생진료비간의 차이에 따라 수가수준(환산지수) 조정
- 셋째, 총진료비 수준에 따라 재정수지균형을 맞추기 위하여 '수가-보험급여-보험료-국고부담금'을 동시에 결정

〔圖 9〕 診療費 變化와 換算指數의 調整



□ 이를 위해 표준원가에 근거하여 도출된 수가수준(환산지수)으로 초기 목표진료비를 설정하고, 그 이후 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 지속가능한 진료비 증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 반영하여 설정

– 〔圖 9〕와 같이 발생한 실제진료비(①)가 목표진료비에 못미

치게 되면 다음 연도에 환산지수를 ①로 인상하고, 환산지수①에서 발생한 실제진료비(②)가 목표진료비를 초과하게 되면 다음 연도에 환산지수를 ②로 인하

- 다만, 목표진료비에서 허용가능한 상하한 범위내에서 진료비가 발생하면 환산지수를 물가상승분 정도만 조정

4. 健康保險 療養機關·療養病床 契約制 導入

□ 현행 요양기관 강제 지정제를 계약제로 전환

□ 정부(보험자) 입장에서 국민(가입자)에게 적정 수준의 의료 제공에 필요한 공급수준을 정하고, 그 범위 내에서 요양기관단위별로 의료의 공급방법과 보상수준에 대하여 계약

5. 健康負擔金 制度 導入

□ 건강위해 물질의 소비가 장기적으로 의료비를 증가시키기 때문에 의료비 증가의 원인제공자에게 수익자 부담의 원칙에 따라 흡연 및 음주와 같은 건강 위해 행위를 유발하는 담배와 주류에 대하여 부담금 부과

6. 財政管理시스템의 强化

□ 공단 본부 및 6개 지역본부에서 일괄하여 진료비를 지급하는 시스템을 지사별로 FUND를 배정하여 관리하는 시스템으로 전환

- 지사별 부담능력을 측정하는 지표를 개발하여 지사별 목표수입규모를 할당하여 수입확보를 위한 유인시스템 구축

- 진료비절감 및 수입 증대의 운영성과에 따라 인센티브 부여

□ 건강보험심사평가원은 요양기관별로 표준진료비를 산정하여 관리하는 제도를 도입하여 진료비에 대한 감독을 과학적으로 수행

□ EDI 청구를 의무화하고 병원회계준칙을 확립하여 외부 공인회계사의 감사를 정례화

- 시설장비의 허가제 도입 및 의료인력과 병상수 통제도 병행

Ⅵ. 財政安定化의 長期 代案

1. 醫療保障의 多樣性과 競爭性 强化

가. 醫療保障의 多層 시스템 構築

□ 기본원칙

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

□ 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 방지함으로서 보장성 강화
- 소액질환에 대한 의료저축제도의 도입으로 의료이용자들의 비용의식 제고로 의료남용 방지

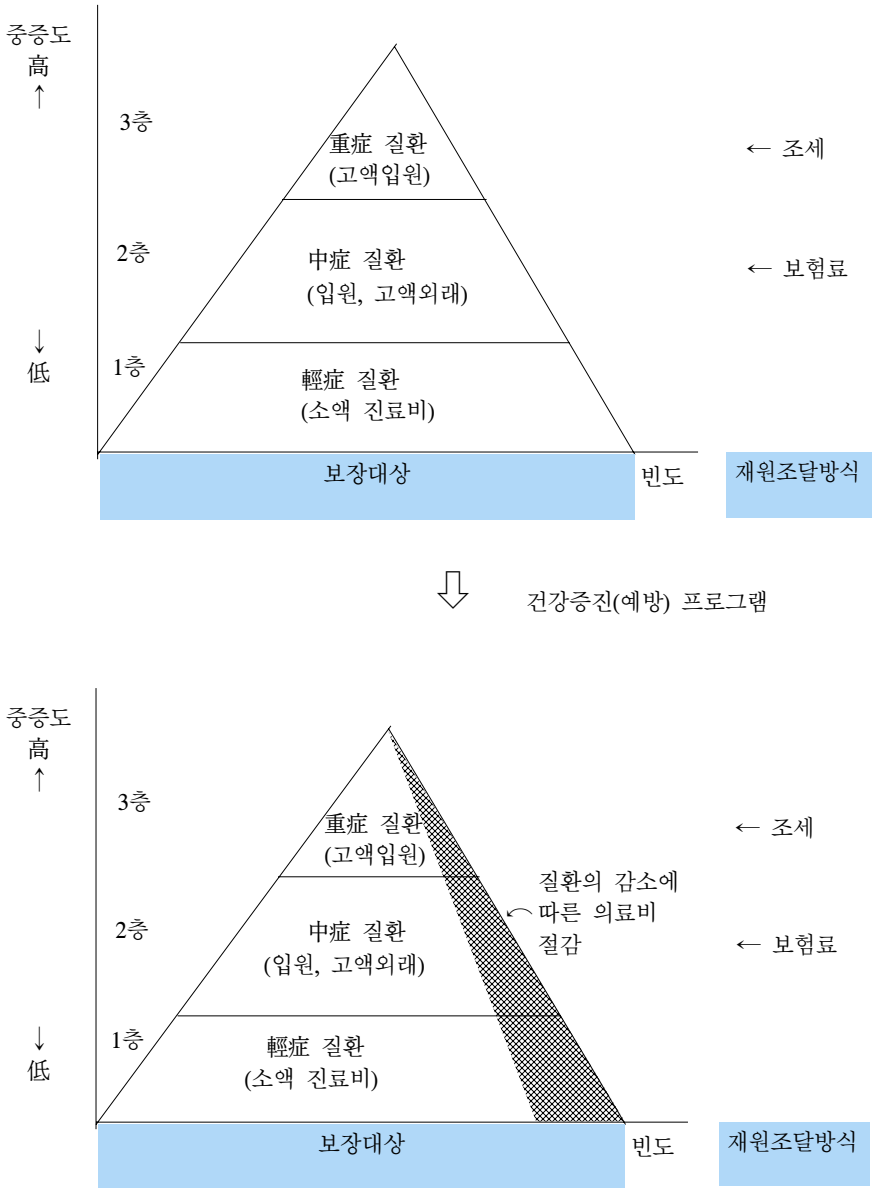
□ 3층체계 보완을 위한 제도설계 및 고려사항

- 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

〈表 9〉 多層 醫療保障體系의 制度內容 例示

	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, 10만원이하)	30%	보험료
1층	소액진료비 (외래 내원일당) – 의원 1만원까지 – 병원 2만원까지 – 3차병원 3만원까지	가족저축계정 초과분	의료저축
예방 및 건강증진	– 생애주기별 건강관리 – 예방접종, 건강검진, 건강상담, 건강교육 등	-	조세

〔圖 10〕 醫療保障 多層體系의 基本構想

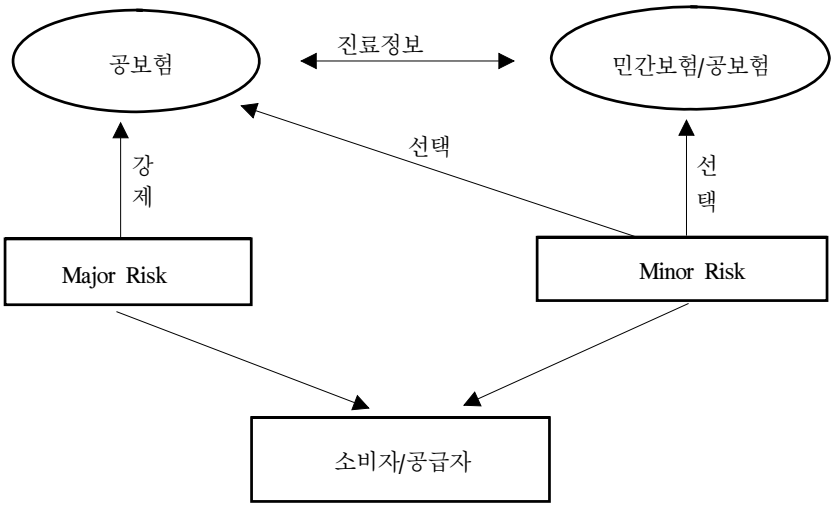


나. 公保險과 民間保險의 適正한 役割分擔

□ 공공보험과 민간보험간 역할분담의 개요는 다음과 같음.

- 첫째, 공공보험은 중증질환(Major Risk)에 대한 보장성을 강화하는 방향으로 급여범위를 조정; 이와 더불어 예방적 급여를 보장
- 둘째, 輕中症질환(Minor Risk)에 대해서는 공보험과 민간보험이 보충보험의 형태로 경쟁하되, 공보험과 민간보험이 공동으로 보험사업을 할 수 있도록 함.
- 셋째, 경증질환과 관련한 소액진료비시장에서 소비자는 공보험이나 민간보험을 선택; 공보험에 가입할 경우 중증질환보험에 대한 기본보험료외에 부가적인 보험료를 납입
- 넷째, 경질환에 대한 보충보험에 있어서는 의료저축계정(MSA)의 도입을 적극 권장
- 다섯째, 진료정보와 심사정보는 공보험과 민간보험이 필요한 범위내에서 상호 공유

〔圖 11〕 公保險과 民間保險間 役割分擔 模型



2. 醫療保障의 公共性 强化

가. 診療費總額豫算制의 段階的 施行

□ 실제 의료비가 예산액을 초과할 때 超過分은 의료공급자가 책임지는 '豫算上限制' 혹은 초과분을 다음기의 수가 혹은 예산 일부를 삭감하여 보험자와 공급자가 分擔하는 '豫算目標制' 검토

□ 예산제도 하에서 費用節減의 壓迫이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 발생할 가능성이 있으므로 의료의 질관리 병행

□ 재원조달은 조세방식, 진료비심사는 의료계에서, 진료적정성 평가는 보험자가 수행하는 방향 검토

□ 총액예산제의 도입을 위한 전제조건으로 단계적으로 공공의료자원을 확충해나가야 하며, 비급여 진료를 최대한 축소(100/100급여의 확대)

나. 統合管理運營 시스템 强化

□ 電子 건강보험: 보험자와 의료공급자간 전산망을 구축하여 자격관리, 진료비 청구 및 심사, 지불 등이 전산매체를 통하여 이루어질 수 있는 체계 구축하고 건강보험증의 전자카드화

□ 건강보험공단과 심사평가원을 정부조직으로써 '건강보장청'으로 개편하고 보험료 징수는 국세청에 위탁하여, 보험자의 기능을 징수기능 중심에서 급여, 심사 및 의료의 질 등 서비스기능으로 전환

□ 총액계약제로의 이행과 더불어 진료비 심사기능은 의료계 산하로 편입, 보험자는 급여 및 심사기준, 질 평가기능 담당

3. 老人醫療費 對策: 老人療養保險制度 導入 檢討

□ 급성병상에 입원해 있는 만성질환 노인을 요양병상으로 전환하고, 가정 내에서 요양을 필요로 하는 중증노인에 대해 요양보호를 제공하여 중증장기요양 노인의 보호와 건강보험 재정의 효율적 운영을 지향

〔圖 12〕 醫療保障制度와 長期療養制度間 財政 構造

건강보험 A_1	⇐ A_2	장기요양보험 A_3
의료급여 (국민기초생활보호대상자) B_1	⇐ B_2	장기요양급여 B_3

註: A1+A2 = 기존 건강보험 급여비
A2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 건강보험 급여비
A3 = 새로 추가되는 장기요양급여비(건강보험 적용대상자)
B1+B2 = 기존 의료급여제도의 급여비
B2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 의료급여비
B3 = 새로 추가되는 장기요양급여비(의료급여 적용대상자)

□ 정부 예산으로 중증요양노인을 우선 보호하고, 대상자와 요양급여의 내용을 단계적으로 확충하면서 노인요양보험제도 도입

- 재원조달은 초기에 국고지원, 노인요양보험제도 도입시 보험료와 국고지원, 의료저축방식을 병행

Ⅰ. 序 論

의료시장에 사회보험으로써의 의료보험이 도입된 이후 관리운영방식의 선택에 대한 갈등으로 많은 사회적 비용을 지불하였다. 그런데 1998년 신정부 출범과 함께 의료보험통합으로 가닥을 잡았고, 이에 따라 1998년 10월 지역조합을 통합하였고 2000년 7월 직장조합 까지 통합하게 되었다. 동시에 많은 사회적 소요와 갈등을 겪은 끝에 의약분업제도가 2000년 7월에 도입되고 8월에 시행되었다. 이러한 일련의 굵직한 제도적인 변화를 겪으면서 사회적 갈등은 한층 심화되는 양상이 계속되고 있고, 특히 건강보험의 재정상황이 위기에 봉착하는 국면을 맞이하였다.

의약분업에 의하여 의사의 전문적인 판단이 요구되는 전문약은 반드시 의사의 처방을 통해서만 복용할 수 있고, 의사와 약사간 견제에 의하여 올바른 의약품의 사용을 유도함으로써 소비자들의 의약품 오남용을 줄이고 의료의 질이 개선되는 편익이 나타난다면, 의료비용의 증가는 당연히 소비자가 감수할 수밖에 없다. 그러나 불행하게도 의약분업의 편익을 검증할만한 연구결과는 아직 미진하다[1]. 그리고 의약분업 도입 이전에 건강보험제도권 밖에서 지출되던 의약품 비용이 의약분업 이후 건강보험제도권 내부로 이전되는 규모에 대해서도 정확한 산출이 어려운 실정이다.

한편 의약분업의 도입 시기가 건강보험의 관리운영체계의 통합시점과 맞

---

1) 지영건 외(2000. 12)에 의하면 의약분업 실시로 증가되는 비용은 3조 6천억원, 편익은 1조 7천억원으로써 순편익은 약 1조 9천원이 감소되는 연구결과를 발표하였다(편익/비용비는 0.478).

물리면서 재정위기의 부분적 원인을 '통합'의 책임으로 돌리는 주장이 강하게 대두되고 있다. 이에 대해 의료보험 재정 전체의 수지는 1996년부터 적자로 돌아서기 시작하였고 의료비의 자연적인 증가추세로 보아 재정위기는 이미 예견되었으며 의약분업 전후의 수가인상이 위기를 재촉하였기 때문에 통합 '無罪論'을 주장하는 견해가 맞서고 있다.

의약분업에 따른 진료비 증가 원인에 대한 진단에 있어서도 수가인상에 따른 가격효과를 강조하는 입장이 있는 반면에, 의약분업에 따른 새로운 행위 즉, 처방·조제건수의 증가에 따른 수량효과를 강조하는 입장이 대립하고 있다. 전자는 의약분업 관련 수가의 인상에 대해 비판적이며 재정안정을 위하여 수가 인하를 주장한다. 그리고 의약분업제도가 당초의 취지에서 벗어나 왜곡된 형태로 시행되었기 때문에 보험재정의 위기를 초래하였다는 입장이다. 후자는 의약분업 도입에 따라 새로운 행위료 인상이나 신설은 타당하며, 새로운 서비스의 양적 증가는 비용의 증가를 수반할 수밖에 없다는 입장이다.

아무튼 건강보험의 재정위기는 가장 뜨거운 정책현안으로 떠올랐고, 재정위기를 초래한 원인과 타당성 여부에 대해서도 이견이 대립한다. 그리고 재정위기의 타개 대책에 대해서도 전문가들간에 이견이 있을 뿐 아니라 시민소비자단체, 노동계, 경영계, 의료계, 약계, 제약회사, 정부 및 보험자 등 관련 당사자들간에도 심각한 인식의 격차를 드러내고 있다.

이러한 사정으로 인하여 금년 5월에 정부로부터 연구를 의뢰받아 건강보험의 재정위기의 원인을 분석하고 대책 마련을 위한 대안을 1차 제시한 바 있다(최병호 외, 2001. 5). 본 보고서는 앞서의 1차 보고서를 수정·보완하였고, 이후 금년에 연구수행한 자원기준 상대가치수가의 재평가와 운영방안 연구(최병호 외, 2001. 12), 민간건강보험의 활성화 연구(최병호 외, 2000 및 민간의료보험 Task Force, 2001. 12),

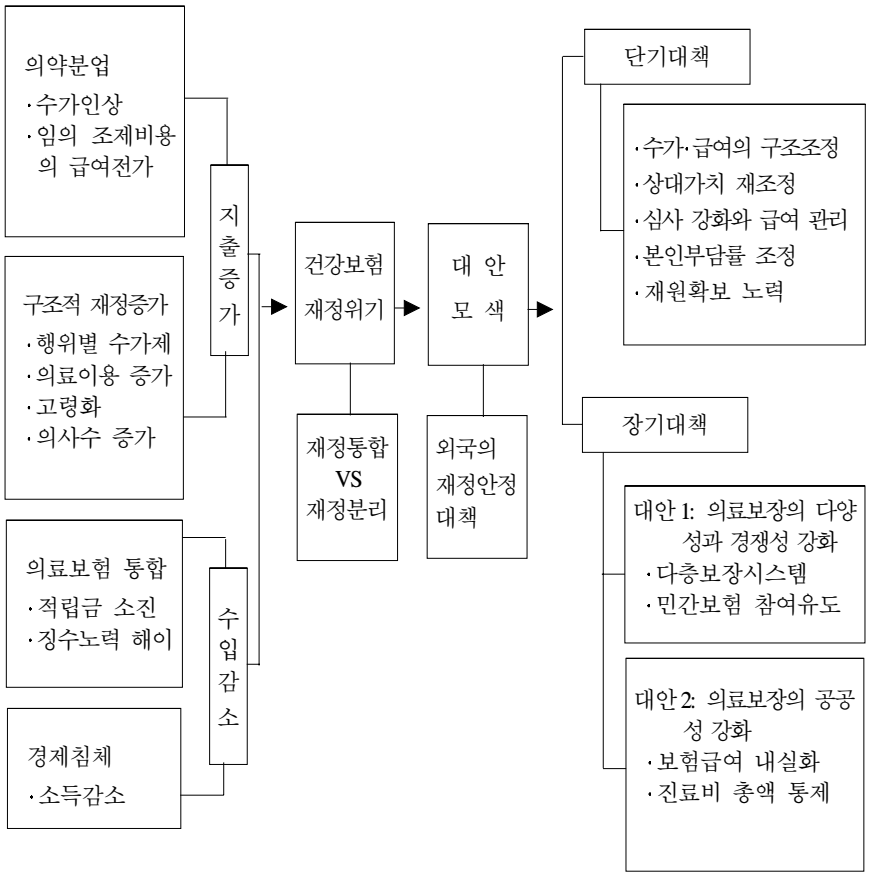
노인요양보험제도의 도입방안 연구(최병호 외, 2001. 12) 등 건강보험과 관련한 일련의 연구결과를 종합적으로 정리하여 담도록 노력하였다. 대안의 마련에 있어서는 단기 혹은 중기적으로 시행해야 할 대책과 장기적인 틀을 구상하는 대안을 제시하도록 하였다. 이에 따른 여러 가지 잠정적인 대안들이 향후 중장기 제도개선 및 재정관리를 위한 논의의 기초자료로 활용되도록 하였다. 대안의 마련 과정에서 원내외 전문가들과 토론을 거쳤으나, 전문가들간에도 합일된 대안을 도출하기는 쉽지 않았다.

본 연구의 全般的인 構圖는 다음과 같다(表 Ⅰ-1참조). 건강보험 재정위기는 그동안 구조적인 적자요인을 안고 있었으나, 근래의 재정난은 경제침체, 의약분업의 시행과 의료보험통합이 가속화시킨 측면이 크다고 보는 관점에 입각하고 있다. 첫째, 구조적인 의료비 증가요인으로는 먼저 진료비지불방식이 의료비증가경향의 행위별수가제에 기초하고 있어 서비스량의 억제에는 한계가 있다. 다음으로 소득상승 및 의료욕구 증대로 의료이용이 자연적으로 증가하고, 특히 고령화 진전에 따른 노인의료비의 증가가 큰 몫을 하고 있다. 또한 의사수 등 의료공급의 양적 확대가 진료비청구규모를 증가시켜 재정지출의 증대에 일조하고 있다. 둘째, 1997년말 이후 침체된 경제가 보험료부담능력을 저하시켜 보험급여비 증가에 걸맞는 보험료수입을 확보하기에 어려웠다. 셋째, 의약분업 도입을 전후하여 이루어진 몇 차례의 관련 수가의 인상이 재정위기를 가속화시켰고, 임의조제 비용이 보험제도권으로 편입됨에 따른 보험급여비용의 증가가 있었음을 간과하여서는 안된다. 넷째, 의료보험조직 통합에 따라 직장조합이나 지역조합이 그동안 쌓아놓았던 적립금을 사용하여 보험급여비로 충당하고, 보험료를 적기에 인상하지 못한 것이 재정적자를 조기에 도래하도록 하였다. 게다가 재정통합과 재정분리를 둘러싼 정치적인 논쟁이 재정위기

상황 타개에 어려움을 더하고 있다. 이러한 상황은 더구나 직장과 지역의 보험료조정 및 국고지원 등 보험재정의 운영을 더욱 혼란스럽게 만들고 있었다.

따라서 건강보험재정의 건전한 운영을 위하여 의약분업에 따른 보험재정증대에 대처하고, 의료보험통합에 따른 효율적인 재정관리방안을 모색하지 않을 수 없는 심각한 시점에 서 있다. 본 연구는 중단기 대책으로써 첫째, 실질적인 수가인하효과를 거둘 수 있는 수가와 급여기준의 조정, 둘째, 의료행위별 수가의 상대가치조정으로 과다 평가된 수가의 인하, 셋째, 환자의 본인부담률의 현실화를 통한 보험급여비 조정, 넷째, 급여의 사후관리를 강화할 수 있는 관리시스템의 도입, 다섯째, 추가적인 보험료 재원을 확보할 수 있는 부과기준 개편과 국고차등지원 등을 제시하고자 한다. 장기적인 대안을 모색함에 있어서는 두 가지의 선택적인 대안을 제시하여 보았다. '代案 1'은 국민건강보험의 급여구조를 재편성하고, 경쟁시스템을 도입하는 방안이다. 고액·중증질환치료비의 보장을 강화하는 동시에 소액진료비에 대한 가입자 부담을 강화하는 다층보장시스템을 도입하고, 민간보험의 참여를 활성화하는 방향으로 개편하는 것이다. '代案 2'는 현행 국민건강보험의 급여를 확충하여 내실화 하되, 지나친 보험재정의 증가를 통제하기 위하여 진료비총액계약제와 같은 진료비총액통제 메커니즘을 도입하고, 관리운영도 통합관리체계를 강화하고자 하는 방향이다. 그리고 장래의 노인의료비 증대에 대비한 노인요양보험제도의 도입을 검토하였다. 마지막으로 정책선택을 위한 판단을 제언을 하고자 한다.

〔圖 Ⅰ-1〕 硏究의 全般的 構圖: 健康保險 財政危機 評價와 代案 摸索



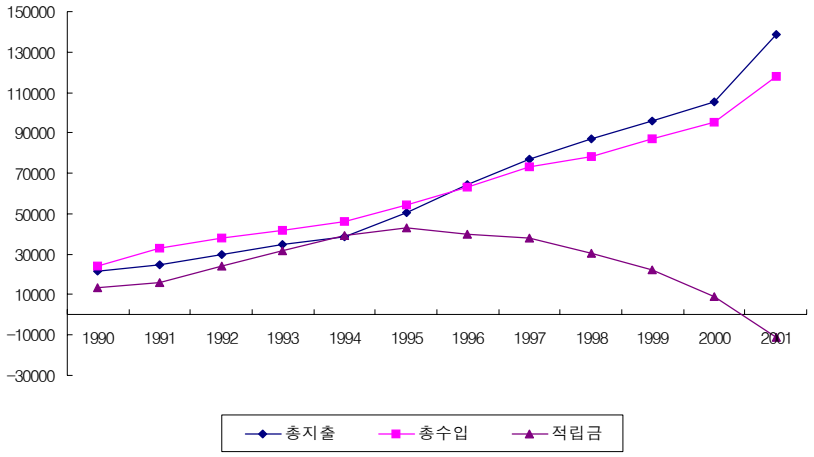
Ⅱ. 財政危機의 評價

1. 保險財政의 推移 分析

보험재정은 1996년부터 수지적자를 나타내어 이미 재정위기는 시작되고 있었으며, 그 동안 적립하였던 준비금으로 수지적자를 메꾸어 왔다(圖 Ⅱ-1 참조). 물론 조합방식 운영시스템 하에서는 흑자 운영을 하는 조합과 적자 운영을 하는 조합이 혼재되어 있었다. 여기서는 조합별 수지상황을 단순 합산한 전체적인 재정상황을 보여주기 때문에 엄밀한 의미에서 수지적자라고 단정하기에는 다소 무리가 있다.

〔圖 Ⅱ-1〕 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移(1990～2001)

(단위: 억원)



의약분업이 시행되던 2000년에 그다지 지출이 크게 늘어나지 않은 것은 의료계 파업의 영향이 컸다. 이후 2001년에 본격적으로 지출이 발생하여 14조 3천억원에 육박하리라 전망된다. 여기에는 7월부터 시행된 정부의 재정안정대책에 따른 재정절감분이 계상된 수치이다.

〈表 Ⅱ-1〉 健康保險의 財政收支推移: 1990～2001

(단위: 억원)

구 분		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
계	지 출	21,640	24,910	29,704	34,635	38,694	50,537	64,132	76,787	87,157	95,614	101,106	142,862
	수 입	24,321	32,689	37,745	41,992	46,084	54,354	63,255	72,967	78,508	86,923	91,016	115,046
	당기수지	2,681	7,779	8,041	7,357	7,390	3,817	-877	-3,820	-8,649	-8,691	-10,090	-27,816
	적 립 금	13,399	16,080	23,859	31,900	39,257	41,200	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	-18,627
지역	지 출	10,075	11,572	13,988	16,640	18,392	24,331	30,485	36,135	41,193	46,802	49,523	70,248
	수 입	9,940	15,218	17,122	19,231	21,064	24,376	29,063	36,258	39,621	43,519	46,534	62,449
	(국고)	3,639	5,868	5,924	6,381	6,924	7,553	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,363
	당기수지	-135	3,646	3,134	2,591	2,132	45	-1,422	123	-1,572	-3,283	-2989	-7,799
	적 립 금	692	557	4,203	7,337	9,928	9,688	8,141	8,850	7,278	3,995	364	-7,435
직장	지 출	8,423	9,878	11,316	13,064	14,927	19,923	25,547	31,082	34,252	36,993	51,583	72,614
	수 입	10,803	13,134	15,493	17,145	19,374	23,372	27,038	28,806	30,378	31,229	44,482	52,597
	당기수지	2,380	3,256	4,177	4,081	4,447	3,449	1,491	-2,276	-3,874	-5,764	-7,101	-20,017
	적 립 금	8,695	11,075	14,331	18,508	22,589	24,497	26,075	25,029	22,312	17,305	8,825	-11,192
공교	지 출	3,143	3,460	4,401	4,931	4,835	6,283	8,100	9,570	11,712	11,819	*직장과 통합	좌동
	수 입	3,578	4,337	5,130	5,616	5,646	6,606	7,154	7,903	8,509	12,175		
	당기수지	435	877	729	685	811	323	-946	-1,667	-3,203	356		
	적 립 금	4,014	4,449	5,326	6,055	6,740	7,015	5,804	3,972	769	1,125		

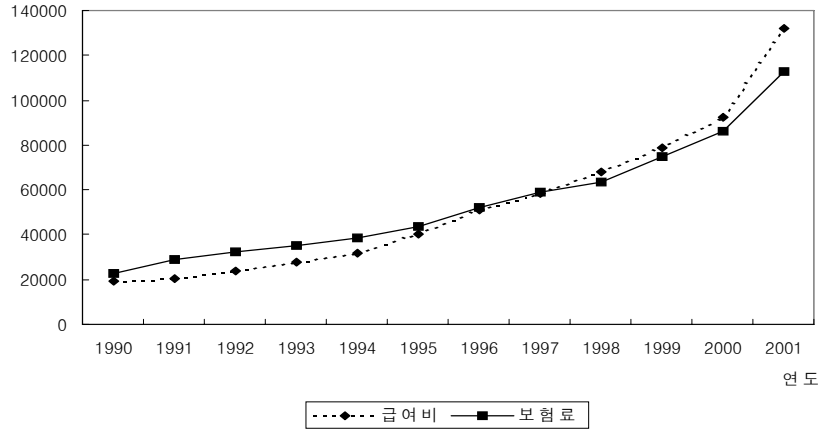
資料: 국민건강보험공단, 『국민건강보험통계연보』, 각 연도.
의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.
보건복지부 추정자료, 2001.

한편 보험급여비와 보험료수입의 추이를 살펴보면 보험급여비가 보험료수입(지역보험의 국고지원금 포함)을 상회하기 시작한 것은 1997년부터이며 계속 그 격차가 벌어져 왔다[2]. 그러한 격차는 적립금의 이자수입으로 메꿀수 있었으나, 적립금이 거의 사라지는 현 상황에서는 보험료의 급격한 인상이나 국고지원의 대폭 확충이 있어야만 수지균형을 이룰 수 있음을 보여주고 있다.

2) 1995～2001년간 보험급여비의 연평균 증가율은 21.94%였으나, 보험료수입(국고포함)의 연평균 증가율은 17.15%로써 수입이 급여의 증가에 상응하지 못하였다.

〔圖 Ⅱ-2〕 保險給與費와 收入(保險料+國庫)의 推移(1990～2001)

(단위: 억원)



〈表 Ⅱ-2〉 保險種別 保險給與費 및 收入(保險料+國庫) 推移(1990～2001)

(단위: 억원)

구분 / 연도	계		지역		직장		공교	
	급여비	수입	급여비	수입[1)]	급여비	보험료	급여비	보험료
1990	19,314	22,474	8,751	9,660	7,904	9,661	2,659	3,153
1991	20,382	29,184	9,638	14,310	8,130	11,270	2,614	3,604
1992	23,880	32,506	11,413	15,555	9,237	12,842	3,230	4,109
1993	27,956	34,967	13,658	17,058	10,675	14,006	3,623	3,903
1994	32,009	38,798	15,729	18,742	12,106	15,664	4,174	4,392
1995	40,209	43,560	20,248	20,793	14,935	18,024	5,026	4,743
1996	50,756	52,277	25,448	26,287	18,788	20,849	6,520	5,141
1997	58,131	58,742	29,359	30,188	21,428	22,991	7,344	5,563
1998	68,049	63,310	34,009	34,795	24,766	22,189	9,274	6,326
1999	78,675	74,712	39,542	38,923	29,216	25,014	9,917	10,775
2000	92,362	86,098	44,583	44,384	35,478	29,697	11,428	11,593
2001	132,218	112,639	63,256	61,028	68,962	51,611	-	-
연평균증가율[2)]	18.10	14.60	17.56	16.60	18.89	10.50	17.86	19.57

註: 1) 국고지원금을 포함하였음. 2) 1990～2000년간 연평균

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

한편 <表 Ⅱ-3> 및 <表 Ⅱ-4>에서와 같이 의료급여의 재정추이 역시 급속히 증가하고 있는데, 건강보험에 비해 더욱 빨리 증가하고 있음을 주목하여야 한다. 의료급여는 대부분이 정부재정 투입으로 지출을 메꾸어야 하기 때문에 중앙정부 및 지방자치단체의 예산압박을 심각하게 가중시킨다. 특히 1995년 이후의 재정상황은 경제규모의 증가율인 경상경제 성장률을 훨씬 상회하는 증가율을 보이고 있다. 의료급여의 재정증가는 경제위기 이후에 기초생활보장대상자의 증가(1999년 136만 8천명, 2001년 175만 6천명)와 빈곤층의 건강악화로 의료이용이 증가한 원인이 있을 것이나 의료제공자들의 의료급여비용의 과다청구와 관련한 요인에 대해서도 깊이 주시할 필요가 있다.

〈表 Ⅱ-3〉 醫療給與의 財政推移

(단위: 억원)

구 분	1996	1997	1998	1999	2000	2001
진료비[1] (증가율)	5,363 (17.49)	6,693 (24.80)	8,392 (25.38)	12,341 (47.06)	14,977 (21.35)	20,927 (38.70)
예산액 (증가율)	4,459 (17.9)	6,343 (42.3)	7,921 (24.9)	10,666 (34.6)	13,463 (26.2)	20,640 (53.3)
체불진료비	1,201	1,323	1,390	2,354	3,443	3,730

註: 1) 진료비는 의료급여기금에서 지불한 진료비와 2종 환자의 법정본인부담금을 합산 한 것임.

資料: 국민건강보험공단,『의료보호통계연보』, 각 연도.
보건복지부, 내부자료, 2001.

〈表 Ⅱ-4〉 健康保險과 醫療給與의 財政支出의 增加率 推移(1991～2001)

구 분	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
건강보험재정 지출 증가율(%)	15.1	19.2	16.6	11.7	30.6	26.9	19.7	13.5	9.7	5.7	41.3
의료급여예산 증가율(%)[1]	-	-	-	-	-	17.9	42.3	24.9	34.6	26.2	53.3
경상경제성장률	20.0	13.1	12.5	15.9	16.1	10.7	8.2	-1.7	8.9	7.3	6.6p

註: 1) 의료급여 진료비의 증가율임.

資料: 국민건강보험공단,『건강보험통계연보』및『의료보호통계연보』각 연도.
보건복지부 내부자료, 2001.
통계청,『한국주요경제지표』, 2001. 9.

2. 財政危機의 構造的 原因 診斷

가. 槪 要

건강보험의 재정난은 과거부터 진행되어 왔던 다음과 같은 구조적인 원인에 주로 기인하고 있다. 첫째, 행위별수가제에 따른 진료비의 증가, 둘째, 의료이용량의 증가 즉, 수진율의 상승, 셋째, 고령화에 따른 노인의료비 비중의 증가, 넷째, 의료인력과 의료시설의 증가, 다섯째, 보험급여의 확대 등을 꼽을 수 있다. 그리고 이러한 진료비의 증가속도를 따라잡기 어려운 부담능력의 증가속도가 재정수지 균형을 맞추는 데에 어려움을 가중시켰다.

한편 보험급여비가 증가하는 요인으로서 신영석(2000)에 의하면 1995～99년간을 대상으로 의료이용(수진율) 증가가 36%, 수가인상이 23%, 대상수의 증가가 3%, 급여범위의 확대가 39% 정도를 차지하고 있다.

〈表 Ⅱ-5〉 保險給與費의 增加要因 分析(1995～1999)

(단위: %)

수진율 증가	35.89
수가인상	22.68
대상자수 증가	2.68
급여범위확대 등 기타	38.75

資料: 신영석,『국민건강보험의 재정안정방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.

의료이용의 증가에는 일반적으로 소득상승에 따른 부담여력의 전반적인 상승이나 질병위험에 대한 관심의 증대로부터 의료이용의 증가[3],

3) 본인부담이 있음에도 불구하고 전반적인 소득수준 상승이나 교육수준의 상승에 따라 작은 질병에도 병원을 자주 찾는 경향이 반영되었을 것이다. 그리고 자녀수가 줄어듬에 따라 자녀의 건강에 각별한 관심을 갖는 젊은 부모들이 늘어나는 것도

노인인구의 증가에 따른 이용의 증가 등을 포함하고 있다. 그리고 의료공급 측면에서 의료이용을 유인하는 유인수요(induced demand)도 큰 몫을 담당하였을 것으로 추측한다. 특히 의료공급자수의 증가로 새로 개업하는 의원이나 병원들이 목표수입을 유지하기 위해 필요 이상의 과잉진료가 의료이용을 늘리는 데에 기여하였을 것으로 추측된다.

또한 급여범위의 확대가 보험급여비 증가의 가장 큰 요인으로 분석되고 있는바, 소비자들이 인식하지 못하는 사이에 급여항목이 확대되거나 보험이 적용되는 급여기간이 계속 늘어났다. 여기에서 건강보험 재정에 대한 일반인들의 인식의 차이가 나타난다. 의료이용을 별로 하지 않는 소비자들은 급여혜택의 확대를 전혀 느끼지 않고, 의료이용을 하는 소비자들 또한 여전히 본인부담이 있기 때문에 자신이 받는 의료이용의 혜택은 자신이나 가족이 부담하는 보험료와 본인부담으로 충분히 대가를 지불하고 있다고 인식한다. 따라서 비용에 대한 인식이나 사회 전체적으로 교차지원(cross-subsidy)하는 사회보험의 원리에 대한 인식이 박약한 상태에서 보험재정의 균형 유지를 위한 재원조달에는 많은 어려움이 따를 수밖에 없다.

나. 保險給與範圍의 擴大

보험급여범위는 1994년 이후 제한된 의료보험 급여로 인한 본인부담문제를 해결하기 위하여 급여범위의 확대가 급속히 이루어졌으며, 급기야 1997년부터는 보험급여비 지출이 가입자가 내는 보험료 수입보다 높아져 보험재정의 적자요인으로 작용했다.

급여범위의 확대에 있어 가장 우선이 된 것은 요양급여기간의 확대였다. 요양급여기간 제한은 제도 초기에 동일상병에 대하여 180일까

원인으로 작용할 것이다. 이러한 현상에는 간혹 불필요한 이용이 늘어나는 도덕적 해이도 한 몫을 담당하였을 것이다.

지만 급여를 해주는 것이었고, 1985년에 동일상병 180일에서 연간 180일로 연장하여 실시하였으나 연중 계속하여 진료를 받아야 하는 피보험자들에게 너무나 제한적인 것으로 경제적 부담이 컸었다. 그리하여 의료보험의 내실화를 위하여 1994년부터 본격적으로 연간 요양급여기간을 단계적으로 연장하여 왔다. 먼저 1994년 7월 8일자로 시행된 의료보험법에서는 65세 이상 노인에 대하여 연간 요양급여기간을 180일에서 210일로 연장하였고, 1995년에는 모든 피보험자들의 연간 요양급여기간을 210일로 적용하였다. 그리고 1995년 이후 매년 30일씩 급여기간을 연장하여 2000년에는 급여기간 제한을 완전히 폐지하였다[4]. 또한 이에 앞서 1996년 1월 1일부터는 65세 이상 노인, 등록장애인, 국가유공자중 상이자 및 폐결핵으로 요양급여를 받는 자들에 대하여는 급여기간 제한을 완전 철폐하였다.

〈表 Ⅱ-6〉 醫療保險의 適用期間 延長

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
급여일수	180일	180일[1]	210일	240일[2]	270일	300일	330일	365일
일수제한 없는 급여비	55만원	65만원[3]	120만원	120만원	150만원	150만원	150만원	제한 폐지

註: 1) 65세 이상 노인 인구에 대해서는 210일로 연장
2) 65세 이상 장애인, 상이자 등은 급여기간 제한을 철폐
3) 65세 이상은 80만원, 장애인은 150만원으로 확대

다른 급여범위의 확대는 고가의료장비인 CT의 보험급여이다. CT와 MRI는 의료보험제도 도입 당시 거의 보급되지 않아 법정비급여 대상

4) 그러나 최근 보험재정 악화를 막기 위하여 급여기간의 제한폐지에 대하여 재검토하게 되었다. 이에 따라 정부는 2002년부터 급여기간을 연중 365일로 제한하도록 하되, 만성질환자 등에 대해서는 일부 예외를 허용하였다.

으로 선정된 것이다. 그러나 1990년대를 넘어서면서 두 가지 장비의 의료수요가 급증하였으며 실질적인 급여를 위해 급여확대가 되어야 한다는 여론이 많았다. 이에 1996년부터 CT는 보험급여 대상으로 포함되었고 1997년부터 MRI도 실시할 예정이었으나 보험재정상 아직 실시하지 못하고 있다.

기타 다른 보험급여 확대는 신기술의 보험급여확대와 한방급여의 확대 등을 들 수 있다. 또한 장애인을 위한 급여범위 확대로 1997년부터는 장애인들이 일상생활에 필요로 하는 보장구인 지체장애인용 지팡이, 시각장애인용 저시력보조기(안경, 돋보기, 망원경), 청각장애인용 보청기, 언어장애인용 전기후두를 보험급여로 인정하고 1998년부터는 지체장애인용 휠체어, 목발, 시각장애인용 흰 지팡이를 보험급여에 포함하였으며, 1999년부터는 지체장애인용 의지, 보조기와 시각장애인용 의안, 콘택트렌즈를 보험급여에 포함하였다. 이러한 보험급여 항목의 확대를 정리한 것은 다음 <表 Ⅱ-7>과 같다[5].

5) 최근 규제개혁위원회는 2004년부터 자기 공명영상(MRI), 초음파영상(SONO)등 62개 진료항목에 대해 보험급여 혜택을 제공할 것을 결정했다.

〈表 Ⅱ-7〉 年度別 保險給與項目의 擴大

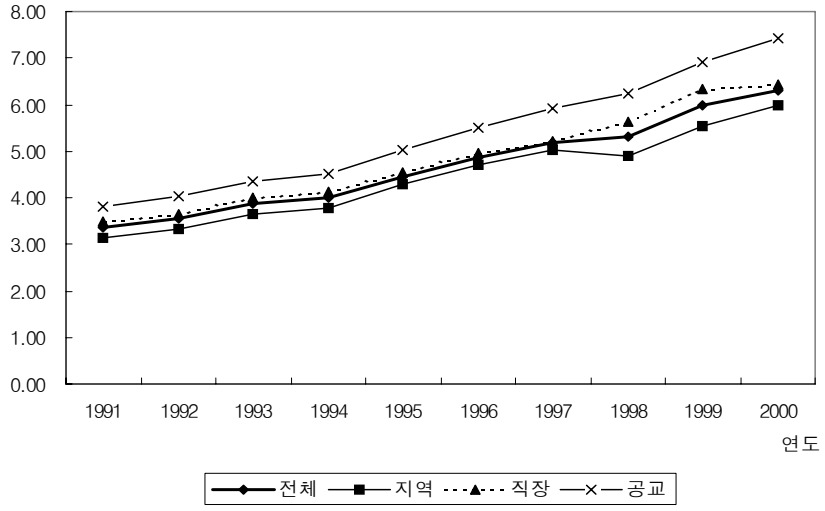
연 도	급여항목 확대
1993	– 복강내 내시경하 수술 포함 – 외용약 투약기준을 일일 4회에서 6회로 연장 – 분만비지급기준 인상: 59,800원(초산), 55,600원(경산) – 의료보험료 체납자에 대하여 입원 3일이내 보험료 완납시 역급하여 보험급여를 적용하도록 허용
1994	– 피부양자 분만급여실시 – 장기하사 이상 현역군인 의료보험급여 실시 – 분만지급기준 인상: 62,000원(초산), 58,000원(경산) – 레이저 이용수술 급여 항목에 포함
1995	– 자격상실 후 요양기간 연장: 3개월→6개월 – 분만비지급기준 인상: 66,000원(초산), 61,000원(경산) – 내시경하 미세추간판 수술 급여화
1996	– 분만비지급기준 인상: 70,000원(초산), 65,000원(경산) – 3자녀 이상 분만급여제한 철폐 – CT 급여화 – 진단비용의 본인부담은 외래본인부담률 적용 – 70세 이상 인구에 대한 의원급 정액 본인부담금 경감: 3,200원→2,100원
1997	– 장애인 보장구 급여화: 지체장애인용 지팡이, 시각장애인용 안경, 청각장애인용 보청기, 인공후두 등
1998	– 장애인 보장구 급여 확대: 휠체어, 목발, 시각장애인용 지팡이 등
1999	– 장애인용 상·하 의지, 보조기, 의안 등 – 콘택트 렌즈
2000	– 65세 이상 본인부담금 경감

다. 醫療利用量의 增加

의료이용량의 척도로 수진율이 가장 많이 사용되었으며, 이러한 수진율이 과거 1991년 3.35건에서 2000년에 6.31건으로 거의 2배로 증가하였다. 그리고 수진율이 동기간에 연평균 7.29%씩 증가함으로써 보

험진료비 상승의 상당 부분을 주도하여 왔다. 요양기관종별로 볼 때에는 공무원 및 사립학교의 수진율이 7.43건으로 지역 5.99건보다 월등히 높았고, 연평균증가율도 7.67%로 직장 7.08%보다 더 높게 나타났다. 또한 특이한 사항은 IMF 시절인 1998년에 전체적으로는 수진율이 약간 증가한 것으로 나타났으나, 지역의 경우는 오히려 1997년 5.02건에서 1998년 4.91건으로 떨어져 경제상황이 의료이용량에도 영향을 미친다는 것으로 알 수 있다.

〔圖 Ⅱ-3〕 受診率의 增加趨勢(1991～2000)



〈表 Ⅱ-8〉 受診率[1] 變化推移(1991～2000)

(단위: 회/1인당)

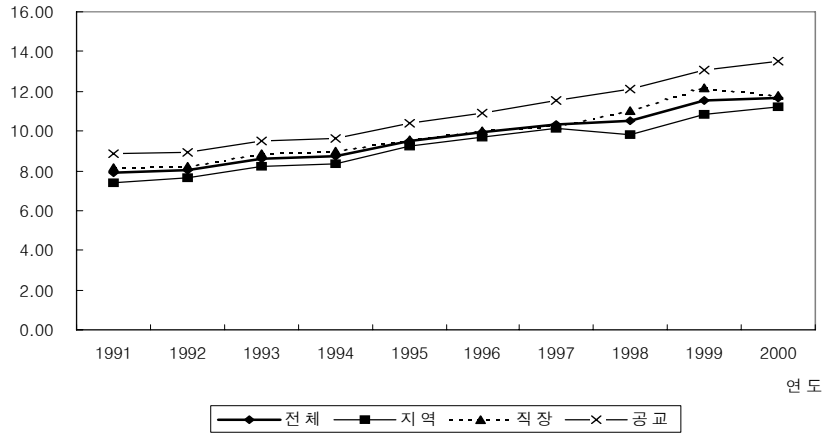
	전체	지역	직장	공교
1991	3.35	3.13	3.48	3.82
1992	3.54	3.34	3.64	4.03
1993	3.86	3.66	3.99	4.34
1994	4.00	3.78	4.14	4.52
1995	4.46	4.28	4.55	5.01
1996	4.88	4.69	4.96	5.51
1997	5.20	5.02	5.23	5.91
1998	5.32	4.91	5.63	6.25
1999	5.98	5.53	6.35	6.90
2000	6.31	5.99	6.44	7.43
연평균증가율	7.29%	7.48%	7.08%	7.67%

註: 1) 수진율은 '적용인구 1인당 연간 진료건수'
資料: 국민건강보험공단,『건강보험통계연보』, 2000.

의료이용량을 판단하는 다른 척도로 내원율을 사용할 수 있다. 내원율이란 적용인구 1인당 연간내원일수를 말한다. 수진율은 청구건을 기준으로 하고 있기 때문에 청구의 양태에 따라 달라질 수 있으나 내원율은 내원일수를 기준으로 사용함으로 좀 더 유용한 척도라 할 수 있다.

내원율의 증가추이는 수진율 보다는 좀 완만하게 증가하고 있다. 수진율이 지난 10년간 2배정도 증가한 것에 비해 내원율은 1.47배 증가하는 것으로 나타났고, 연평균증가율도 수진율 7.29%보다 적은 4.45%로 나타났다. 이는 건당내원일수가 1991년 2.35일에서 2000년 1.85일로 점차 감소한 것에 기인하고 있다.

〔圖 Ⅱ-4〕 內院率의 增加趨勢(1991～2000)



〈表 Ⅱ-9〉 內院率의 變化推移(1991～2000)

(단위: 일/1인당)

	전체	지역	직장	공교
1991	7.88	7.42	8.16	8.83
1992	8.04	7.67	8.24	8.95
1993	8.62	8.25	8.86	9.47
1994	8.74	8.35	8.99	9.62
1995	9.50	9.23	9.59	10.40
1996	9.94	9.67	10.01	10.93
1997	10.35	10.16	10.28	11.52
1998	10.51	9.82	11.01	12.12
1999	11.56	10.81	12.19	13.07
2000	11.66	11.19	11.79	13.52
연평균증가율	4.45%	4.67%	4.17%	4.85%

라. 老人醫療費의 增加

인구의 급속한 노령화로 인한 노인의료비의 증가가 심각한 수준에 이르렀으며 향후 심화될 전망이다. <表 Ⅱ-10>과 같이 1991～2000년간 65세 이상 노인인구는 46% 증가하였고 65세인구가 차지하는 비중도 1991년 5.07%에서 2000년 6.58%로 30%증가한 것으로 나타났다.

수진율에 있어서도 65세 미만이 연평균 7.17%증가하는 반면 65세 이상은 14.39% 증가하고 있어 적용 인구당 진료건수가 65세 이상이 월등히 높아지고 있음을 알 수 있다. 이러한 현상은 65세 이상의 수진율이 64세 미만보다 1991년 1.11배에서 2000년 2.00배로 늘어난 것으로도 알 수 있다.

또한 적용 인구당 진료비에 있어서도 적용인구 1인당 진료비 평균증가율이 64세 미만 13.05%이고 65세 이상의 19.42%로 증가하고 있다. 이는 적용인구가 연평균 4.30%씩 증가하고 있는 실정에서 적용인구 1인당진료비도 19.42%씩 증가하는 것은 수진율의 증가와 더불어 급여비를 상승시키는 것으로 건강보험재정지출을 증가에 결정적인 원인이 되고 있다.

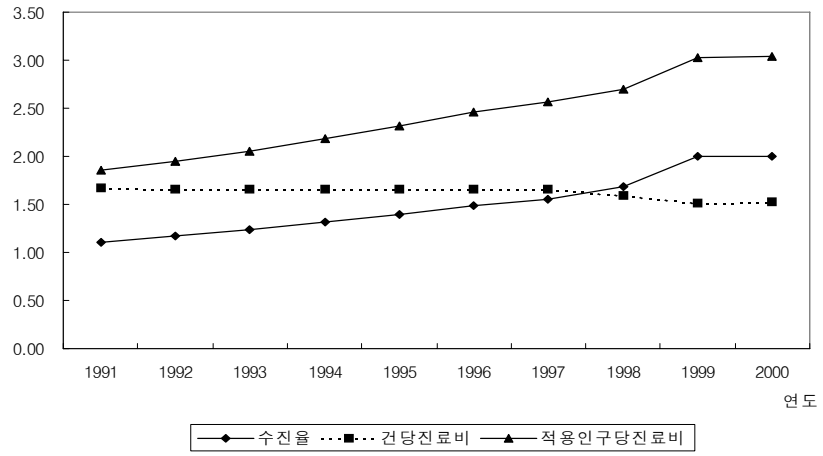
그러나 진료단가를 의미하는 건당 진료비는 평균증가율이 65세 미만이 5.49%인 것에 비해 65세 이상이 4.39%로 오히려 증가율이 적어 노인의료비의 증가에는 수량의 증가에 따른 효과가 더 큼을 알 수 있다. [圖 Ⅱ-5]는 이러한 수진율, 적용인구당 진료비, 건당 진료비의 연도별로 65세 이상이 65세 미만에 차지하는 비율의 변화를 보여주고 있다.

〈表 Ⅱ-10〉 65歲 以上 老人의 人口 및 醫療利用의 變化比較

(단위: 명, %, 배, 건, 원)

구분 / 연도	65세 이상 인구		수진율			건당진료비			적용인구당 진료비		
	인구수	인구 비중	65세 미만	65세 이상	비율	65세 미만	65세 이상	비율	65세 미만	65세 이상	비율
1991	2,067,283	5.07	3.17	3.52	1.11	23,530	39,417	1.68	74,667	138,780	1.86
1992	2,163,350	5.23	3.38	3.96	1.17	25,242	41,895	1.66	85,331	165,909	1.94
1993	2,245,691	5.32	3.64	4.48	1.23	26,550	44,115	1.66	96,540	197,763	2.05
1994	2,369,434	5.48	3.72	4.92	1.32	28,025	46,370	1.65	104,347	228,041	2.19
1995	2,483,440	5.64	4.20	5.88	1.40	30,061	49,871	1.66	126,340	293,197	2.32
1996	2,588,749	5.80	4.61	6.83	1.48	33,253	55,181	1.66	153,346	377,126	2.46
1997	2,695,727	6.00	4.94	7.64	1.55	35,314	58,654	1.66	174,383	448,120	2.57
1998	2,808,835	6.32	5.01	8.45	1.69	39,360	62,811	1.60	197,254	530,925	2.69
1999	2,858,823	6.33	5.67	11.30	1.99	39,416	59,857	1.52	223,298	676,239	3.03
2000	3,019,434	6.58	5.92	11.81	2.00	38,056	58,034	1.52	225,157	685,378	3.04
연평균 증가율	4.30	-	7.17	14.39	-	5.49	4.39	-	13.05	19.42	-

〔圖 Ⅱ-5〕 65歲 以上 對 65歲 未滿의 醫療利用指標의 變化推移(1991~2000)



선진국의 65세 이상 노인의 1인당 평균의료비는 65세 미만에 비해 최저 2.8배에서 최고 5배에까지 이르고 있다. 우리나라의 경우도 1991년 1.86배에서 2000년 3.04배로 급격히 증가하였으며 향후에도 1인당 노인 의료비는 계속적으로 증가할 것으로 보여진다.

〈表 Ⅱ-11〉 先進外國의 1人當 平均醫療費의 65歲 以上/65歲 未滿 比率

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
캐나다	4.80	4.70	4.70	-	5.00	4.90
핀란드	3.95	4.00	-	-	-	-
프랑스	-	3.00	-	-	-	-
독일	-	2.70	2.68	-	-	-
일본	5.16	4.79	4.80	4.80	4.80	4.90
한국	-	2.40	2.38	-	-	-
뉴질랜드	-	3.90	3.88	-	-	4.28
스웨덴	2.83	2.80	-	-	-	-
영국	3.65	3.82	3.75	3.67	3.66	3.35

資料: OECD, *Health Data*, 2000; 권순원(2001)에서 재인용.

마. 醫療供給量의 增加(醫師數, 機關數, 病床數)[6]

의료시장은 수요자와 공급자간의 정보의 비대칭(asymmetric information) 속성을 갖는 등 완전경쟁시장으로써의 조건이 결여되어 있다. 이로 인하여 공급자 유발수요(supplier induced demand)를 가능하게 함으로써 환자와 의사간 거래에 있어서 공급자의 행동양식이 목표소득(target income)을 달성하려는 경향이 강하다. 따라서 의사수의 증가는 접근도를 높여 수진율을 증가시키기도 하지만, 늘어난 의사수에 대응하여 진료비를 증가시켜 설정된 목표소득을 달성하려 한다고 가설을 세울 수 있을 것이다. 같은 논리로 의료기관수나 병상수의 증가

6) 본 내용은 신영석·신현웅·신종각, 『의료보험 진료비 증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999 중 1999년 자료까지를 보완하여 재편성한 것이다.

는 의료기관당 혹은 병상당 설정된 목표소득을 달성하기 위해 진료비를 증가시키는 행동양식을 기대할 수 있을 것이다.

1999년 현재 우리나라의 의료기관수는 36,431개소, 병상수는 228,942병상, 의사는 72,217명에 이르고 있어 1998년에 비해 6.64%, 6.38%, 8.60%가 증가하였다. 이 3가지 요소는 우리나라 의료시장의 공급규모를 결정짓는 것으로 간주되어 지며 1990년 이후 1999년까지 지속적으로 확대되어 왔다고 할 수 있다.

의료기관 종별로는 차이가 있다. 즉, 의료장비의 리스비용 부담 등 외환위기에 보다 취약했던 종합병원의 경우에는 기관수, 병상수 및 의사수가 모두 감소하였다. 반면 병원과 의원의 경우에는 과거의 증가추세를 유지하거나 웃도는 증가세를 1998년도에도 보이고 있는 것이다. 이러한 병원과 의원에서의 증가세가 종합병원의 감소세를 능가하여 전체적으로 의료공급이 증가하는 현상으로 나타나는 것이다.

〈表 Ⅱ-12〉 醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 變化 推移

(단위: 개, 병상, 명, %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	연평균 증가율
전체	기관수	21,077	22,799	24,468	26,148	27,622	29,308	30,722	32,283	34,164	36,431	6.27
	병상수	119,155	129,749	142,075	147,708	164,347	178,676	189,493	201,350	215,413	228,942	7.53
	의사수	38,928	41,832	45,584	49,392	52,664	56,166	60,781	64,521	66,499	72,217	7.11
종합병원	기관수	228	231	236	242	252	266	271	262	225	275	2.10
	병상수	66,625	71,275	76,619	81,911	91,172	96,865	100,828	101,615	101,137	108,729	5.59
	의사수	15,548	16,727	18,349	20,021	21,391	22,683	25,379	26,561	25,797	27,910	6.72
병원[1]	기관수	367	373	396	421	452	479	516	575	655	708	7.57
	병상수	19,505	22,678	28,030	28,311	33,204	37,004	41,572	49,934	58,387	59,515	13.20
	의사수	2,321	2,466	2,660	2,861	3,139	3,350	3,641	4,251	4,786	6,169	11.47
의원[2]	기관수	20,482	22,195	23,836	25,485	26,918	28,563	29,935	31,446	33,284	35,448	6.28
	병상수	33,025	35,796	37,426	37,486	39,971	44,807	47,093	49,801	55,889	60,698	7.00
	의사수	21,059	22,639	24,575	26,510	28,134	30,133	31,761	33,709	35,916	38,138	6.82

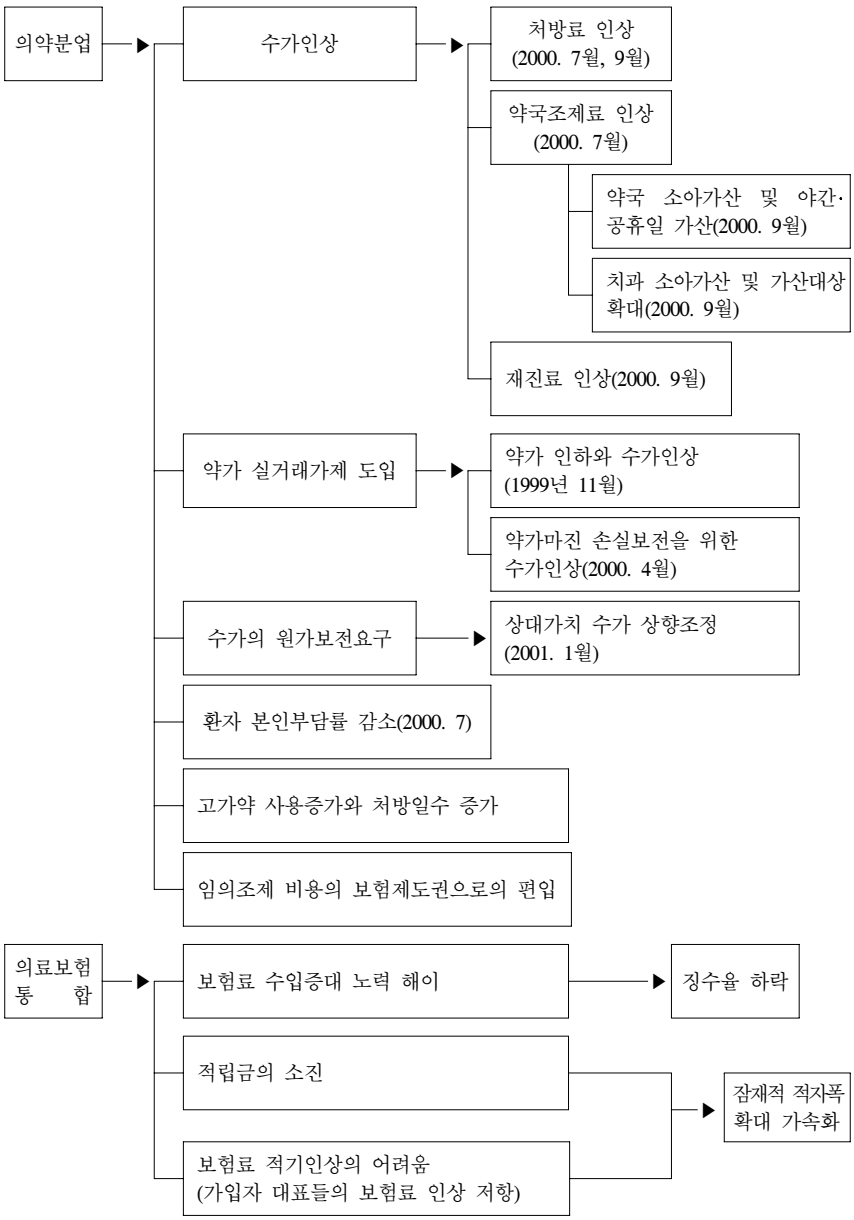
註: 1) 병원은 일반병원, 치과병원, 한방병원의 합.
2) 의원은 일반의원, 치과의원, 한방의원의 합임.
資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.

3. 財政危機의 最近 原因 診斷

가. 槪 要

근래의 재정위기는 다음 두 가지 원인에 기인한다. 첫째, 지출의 급격한 증가에 있다. 여기에는 의약분업 시행과 더불어 이루어진 수가의 급격한 인상이 있고, 의약분업에 따른 소비자부담 감소가 보험재정 증가로 轉嫁된 부분이 있다. 또한 의약분업에 따른 고가약 처방, 처방일수의 증가 및 약제비 증가도 재정증가의 한 몫을 하고 있는 것으로 판단된다. 둘째, 소요되는 재원을 적기에 확보하지 못하는 구조적 경색을 들 수 있다. 보험료 인상률을 정부가 결정하는 시스템으로부터 재정운영위원회의 심의를 거쳐야 하는 구조로 전환함으로써 급여비 증가에 따르는 보험료의 인상이 신속하게 이루어지지 못한 데에 있다. 특히 지역가입자의 보험료 인상은 재정운영위원회의 결정사항이며, 직장가입자의 보험료 인상은 정부가 시행령 개정으로 가능하나 재정운영위원회의 심의를 거치게 됨으로써 지역가입자와의 형평성을 고려하려는 가입자대표들의 저항으로 그다지 쉽지는 않다. 그리고 근래에 준비금적립금이 소진되면서 보험료의 급격한 인상이 이루어지지 않으면 수지균형을 맞추기 어려운 상황이 걸림돌이 되고 있다. 지역보험의 경우 보험료 인상에 크게 기대를 걸지 않으면 국고지원 부담이 대폭 확충되어야 하는 예산 지원상 애로점이 있다. 이러한 의약분업과 의료보험통합에 따른 재정증가 요인들은 [圖 Ⅱ-6]과 같이 정리할 수 있다.

〔圖 Ⅱ-6〕 醫藥分業과 醫療保險統合에 따른 保險 財政 增大要因



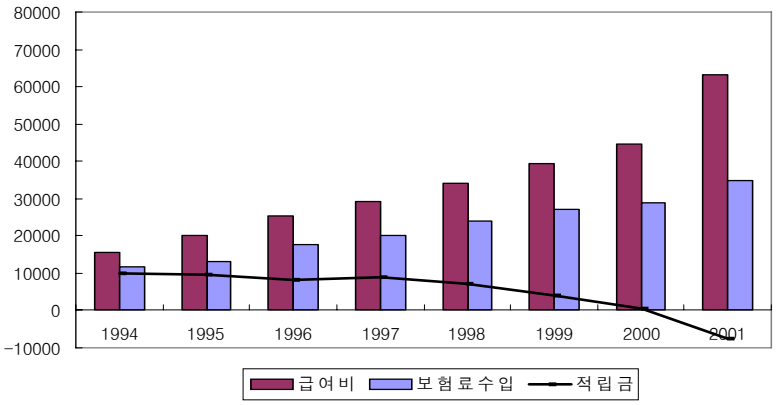
나. 醫療保險統合 過程에서의 積立金 減少

의료보험의 통합은 1997년 12월 대통령 선거에서 김대중 후보가 당선되자 1998년 2월 대통령직인수위원회는 의료보험 완전통합을 신정부 100대 개혁과제로 선정하였고, 제1기 노사정위원회에서도 의료보험 통합을 합의하였다. 이에 따라 지역조합과 공교공단의 통합을 골자로 하는 국민의료보험법이 1997년 12월 제정·공포되었다. 이에 따라 1998년 10월 지역조합과 공·교공단이 통합되었다. 그리고 1998년 8월 입법예고를 거쳐 12월 3일 통합법안인 국민건강보험법안을 국회에 상정하였다. 12월 23일 국회 보건복지위원회는 정부와 일부 국회의원이 제출한 2건의 통합법안을 합쳐 단일안인 국민건강보험법안(대안)을 상정하였으며, 이는 국민의료보험공단이 직장조합을 흡수 합병하는 것과 직장·지역보험의 재정을 일정기간 동안 구분계리할 수 있도록 하는 내용이 추가되었다. 이에 따라 1999년 2월 8일 국민건강보험법이 제정·공포되었으며, 2000년 1월 1일자로 직장조합과 의료보험연합회를 포함한 의료보험 조직의 완전통합이 확정되었다. 이후 준비기간을 거쳐 2000년 7월 1일 통합건강보험조직인 국민건강보험공단이 출범하였다. 그러나 통합의료보험제도의 성공적인 정착을 위한 선결조건들이 구비되지 않은 상태에서의 무리한 재정통합 추진이 초래할 수 있는 사회적 파장에 대해 보다 신중하게 접근하기 위해 재정통합을 2002년 1월 이전까지 유보하였다.

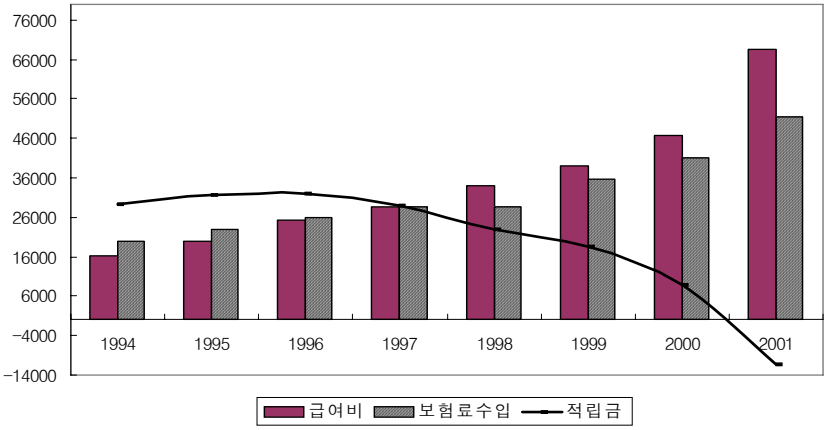
이러한 일련의 과정에서 각 조합들은 보험급여비의 증가에 상응하여 보험료를 인상하기보다는 그동안 쌓아놓았던 적립금을 사용하는 방법을 택하였다. 물론 1997년말 이후의 경제난으로 보험료를 인상하기가 어려운 측면이 함께 가세하였다. 특히 직장조합의 경우 통합이 확정된 1997년말 이후 2년 6개월을 거친 2000년 7월에 통합이 되었기 때문에 그동안 적립금을 소진하는 것은 자연스러운 행태로 간주할 수

있다. 이러한 동향을 정확하게 계산하는 것은 어려운 작업이다. 다만, [圖 Ⅱ-7] 및 [圖 Ⅱ-8]에서 보듯이 지역의료보험과 직장의료보험에서 급여비에 상응하는 보험료수입을 확보하지 못하고 적립금을 점진적으로 소진시키는 흐름을 관찰할 수 있다.

〔圖 Ⅱ-7〕 地域醫療保險의 保險給與費, 保險料收入, 積立金 推移



〔圖 Ⅱ-8〕 職場醫療保險(職場+公敎)의 保險給與費, 保險料收入, 積立金 推移

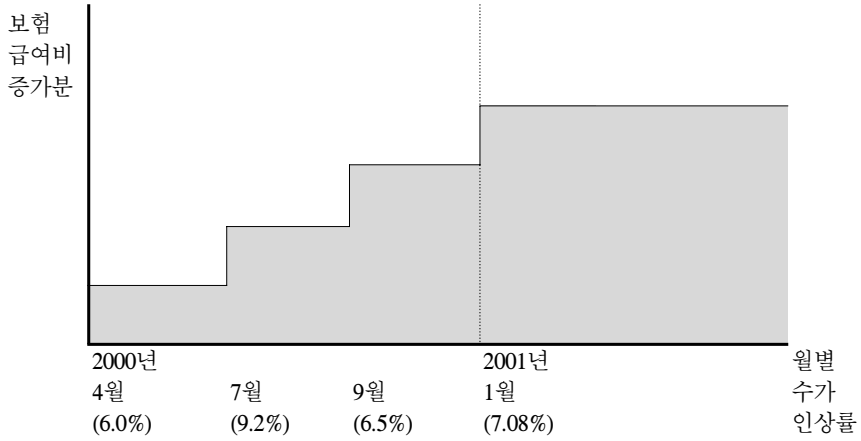


다. 醫藥分業에 따른 保險財政의 增加

1) 分析의 틀

수가인상과 관련하여 2000년과 비교한 2001년의 보험급여비 증대는 2000년 중의 4월, 7월, 9월 세 차례의 수가인상에 따른 급여비 증가와 2001년 1월의 수가인상에 따른 급여비 증가의 누적 합의 결과이다(圖 Ⅱ-9 및 表 Ⅱ-13 참조). 그리고 동 그림에서와 같이 2000년의 급여비 증대는 4월, 7월, 9월 세 차례의 수가인상이 다른 시점에서 이루어졌기 때문에 2000년 연간 급여비 증대에 미치는 효과는 크기에 있어서 차이가 발생한다. 또한 주의하여야 할 점은 2000년 7월에 의약분업은 도입되었으나 7월은 거의 계도기간이었고 8월과 9월은 의료계의 파업이 있었기 때문에 수가인상이 급여비 증대에 제대로 반영되지 못한 부분이 있다. 따라서 2000년 대비 2001년의 급여비 증대효과를 분석함에 있어서, 2000년 실제 급여비 규모는 파업으로 과소 발생하였기 때문에 급여비 증대효과가 과장될 수 있다. 파업이 없었을 경우에 발생하였을 급여비와 비교하는 것이 수가인상 효과의 측정 측면에서 타당할 것이다. 아무튼 의약분업 이후의 건강보험 급여비의 월별 흐름을 [圖 Ⅱ-10]에서 관찰할 수 있다.

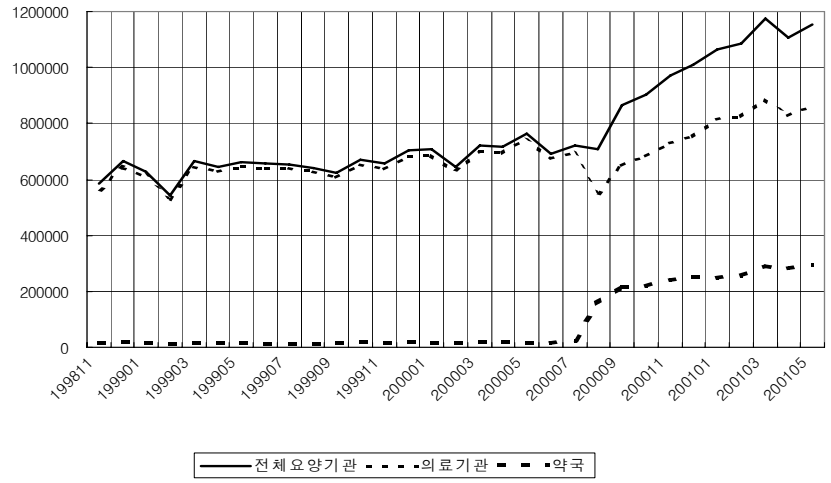
〔圖 Ⅱ-9〕 2000～2001年 酬價引上의 保險給與費 增大效果 槪念圖



〈表 Ⅱ-13〉 醫藥分業 前後 酬價 引上調整 內譯

일시	인상률	조 정 내 용
2000. 4. 1	6.0%	실거래가 상환제도 도입에 따른 약가마진 손실을 보전하기 위함. · 동네의원: 9.6%, · 병원급 이상: 2.4% · 동네약국: 8.1%
2000. 7. 1	9.2%	— 의료기관 처방료: 1,172원 인상(3일분 기준) — 약국 조제료: 1,053원 인상(3, 4일분 기준)
2000. 9. 1	6.5%	— 의료기관 재진진찰료: 1,000원 인상(4,300→5,300원) — 의료기관 원외처방료 · 의원기준 종전 대비 1,092원 인상 · 주사제 처방료는 종전 기준 대비 920원 인상 — 약국 조제료 조정 · 소아 가산 및 야간 또는 공휴일 가산제 도입 — 치과 소아가산율 및 대상 항목 조정 · 가산율: 20% → 30% · 가산 대상 항목: 8개 항목 → 11개 항목
2001. 1	7.08%	상대가치점수 시스템으로 전환하면서 상대가치 보다 낮은 수가의 상향 조정(점당 55.4원)

〔圖 Ⅱ-10〕 健康保險給與費의 最近 推移(診療費發生基準)

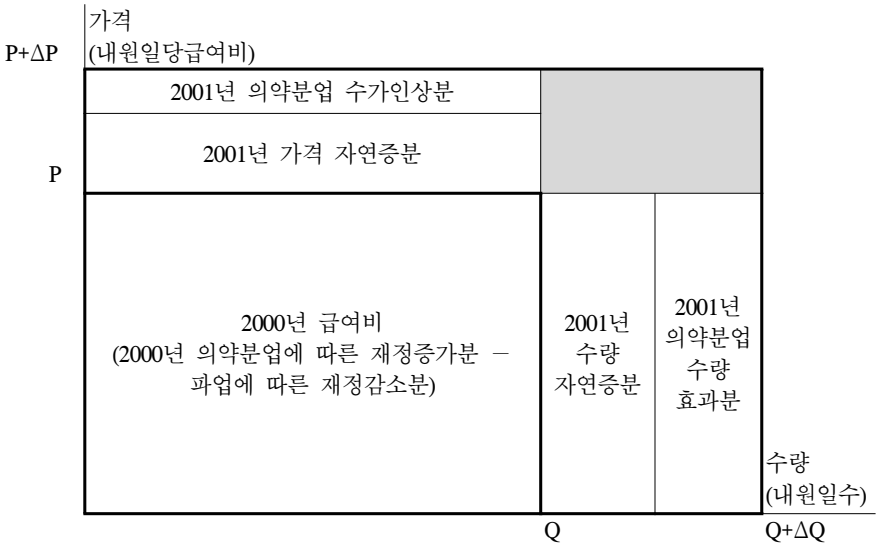


수가인상 및 의약분업에 따른 증가요인이 급여비에 미친 영향을 분석할 때 크게 가격효과와 수량효과로 구분할 수 있다[7]. 즉, 2001년 총 급여비는 2000년도 가격에 가격상승분을 더하고 2000년도 수량에 수량상승분을 더한 후 이를 곱하여 구할 수 있다. 이를 산식으로 나타내면 다음 식 (1)과 같다.

$$2001\text{년 총급여비} = (P + \Delta P) \times (Q + \Delta Q) \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots (1)$$

7) 김한중(2001)의 분석에 의하면 수량증가 효과가 93%, 가격효과와 혼합효과를 합한 것이 7%로써 외래진료비급증이 수가인상 보다는 이용량 증가에 기인한다고 보고 있다. 이는 약국조제일수 증가를 내원일수 증가에 포함시킨 것에서 비롯된다.

〔圖 Ⅱ-11〕 2000年 對比 2001年 保險給與費 增大效果 槪念



註: 빗금친 부분은 수량효과와 가격효과의 복합효과

여기서 가격효과인 ⊿P는 다시 수가인상에 따른 가격효과인 $\Delta P_{수}$와 자연증가에 의한 가격효과 $\Delta P_{자}$로 구분할 수 있다. 그리고 ⊿Q도 의약분업에 따른 외래증가효과인 $\Delta Q_{의}$와 수량의 자연증가에 의한 수량효과$\Delta Q_{자}$로 구분할 수 있다.

따라서 최종적인 산식은 식 2와 같이 나타낼 수 있다.

$$2001년\ 총급여비 = (P + \Delta P_{수} + \Delta P_{자}) \times (Q + \Delta Q_{의} + \Delta Q_{자}) \quad \cdots\cdots(2)$$

그러나 본 분석 중 수량효과에 있어 의약분업효과와 자연증가 효과를 구분하는 것이 현실적으로 어려움이 따라 이를 구분하지 않고 수량효과를 통합하여 분석하였고, 가격효과를 세분화하여 분석하였다. 여기서 가격효과의 가격단가는 내원일당급여비를 사용하였으며 이에 대응하는 수량효과의 이용량은 내원일수를 사용하였다[8].

2) 本人負擔金 調整에 따른 保險財政效果

1995년 이후의 보험자부담과 본인부담의 추이를 보면 <表 Ⅱ-14>와 같이 본인부담률은 계속 떨어지고 있지만 본인부담의 절대금액은 늘어나고 있음을 볼 수 있다. 이러한 경향은 의약분업 이전인 2000년 6월까지 계속되었으며, 의약분업 이후에는 본인부담률이 급격히 떨어지고 있음을 관찰할 수 있다.

의약분업 시행 이후에 환자의 법정본인부담은 상당한 변화를 보였다. 의약분업 도입시 환자가 의료기관과 약국을 이중 방문함에 따른 부담의 증가를 줄여주기 위하여 2000년 7월 1차 조정하였다. 즉, 의원 방문시 진료비 12,000원까지는 정액 본인부담이 3,200원이던 것을, 의원의 진료비 12,000원까지는 정액 본인부담 2,200원, 약국 진료비 8,000원까지 정액 1,000원으로 하였다[9]. 결국 양자를 단순 합산하면 진료비 20,000원까지는 정액 본인부담이 3,200원이 됨으로써 전체적인 본인부담률은 대폭 감소하게 되었다. 그러나 수가인상으로 인하여 진료비가 증가함으로써 진료비가 2만원을 초과하는 경우가 많아 본인부담의 절대금액은 늘어나는 경향이 있었다.

이러한 진료비의 증가 때문에 본인부담이 그다지 감소하지 않는다는 비판에 따라 2001년 1월 2차로 본인부담을 조정하였다. 즉, 의원의 경우 진료비 15,000원까지 정액 본인부담은 2,200원으로 하고, 약국은 10,000원까지 정액본인부담을 1,000원으로 조정하였다. 이에 따라 양자를 합산할 때에 진료비 25,000원까지 정액 본인부담은 3,200원이 됨으로써 본인부담이 감소하도록 하였다.

이에 따라 2000년 하반기와 2001년 상반기에 크게 본인부담률이 감소

---

8) 계산방법에 대한 자세한 설명은 최병호 외,『국민건강보험 재정안정체계 구축을 위한 제도개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001. 5을 참조하기 바란다.

9) 기준 진료비를 초과할 경우 본인부담률은 30%이다.

하였으며, 2000년 하반기의 경우 과거추세를 따른다면 원래 평균본인부담률이 38.72%가 되어야 하나 실제로는 31.41%로 7.31%포인트나 감소한 것으로 나타났다. 2001년 상반기 또한 과거추이에 따른다면 38.15%가 되어야 하나 실제로 28.49%로 나타나서 9.66%포인트가 감소하였으며, 2000년 후반기 감소율 7.31%포인트를 제외하고도 2.35%포인트가 더 감소한 것으로 나타났다.

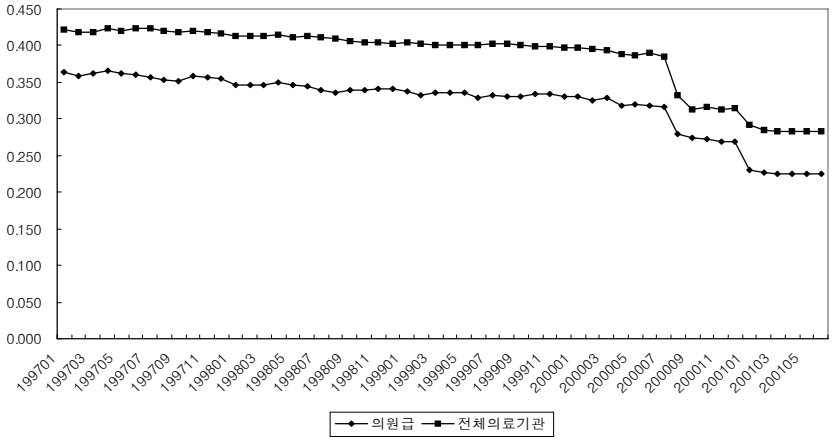
〈表 Ⅱ-14〉 外來診療의 保險者負擔과 患者 法定本人負擔의 推移

(단위: 억원, %)

연도	진료비	보험자부담	본인부담	급여율	본인부담률
1995	37,872	20,824	17,048	55.0	45.0
1996	47,330	26,804	20,526	56.6	43.4
1997[1)]	57,132	32,991	24,141	57.7	42.3
1998	64,589	38,029	26,561	58.9	41.1
1999	75,067	44,880	30,187	59.8	40.2
2000. 1～6	40,943	24,851	16,092	60.7	39.3
2000. 7～12	53,495	36,056	17,439	67.4	32.6
2000	94,438	60,907	33,531	64.5	35.5
2001. 1～6[2)]	67,273	48,114	19,159	71.5	28.5

註: 1) 1997년 이후는 진료비 발생기준의 자료를 사용하였고, 1995년과 1996년은 통계연보상의 심사기준의 자료임.
2) 2001년 1～6월은 진료비 발생기준이며, 6월의 경우 일부 청구되지 않은 진료비가 제외되어 있음.

〔圖 Ⅱ-12〕 外來診療部門의 患者 法定本人負擔率의 月別 變化推移



註: 전체요양기관에는 의료기관(병원외래, 의원)과 약국이 포함되어 있음.

결론적으로 본인부담률의 감소는 그만큼 보험급여비가 증가하게 되므로 본인부담의 감소조정이 보험재정 증가의 원인으로 분석할 수 있다. 그러나 정부의 본인부담률의 감소정책은 전체 진료비의 절대적 금액의 상승으로 인해 본인부담금의 절대액을 줄이는 데에는 그다지 기여하지 못하였다. 이러한 본인부담률의 감소에 따른 보험재정 증가액 등에 대하여는 2001년 재정분석에서 자세히 언급하고자 한다.

3) 2000年度 保險財政 分析

2000년의 재정분석에 있어서는 여러 가지 변수들이 내재되어 있다. 예를 들어 3차례의 수가인상과 7월의 의약분업, 그리고 의약분업에 따른 의료기관들의 파업 등으로 정상적인 재정분석은 어려운 실정이다. 하지만 몇 가지 가정을 통하여 2000년의 재정효과에 대하여 분석해보면, 먼저 2000년에 의약분업이나 수가인상 등의 변수가 없었을

경우를 가정하고 1995년에서 1999년 평균급여비 증가율(18.27%)를 적용하여 계산한다면 2000년 총급여비는 9조 3051억원으로 추산된다.

여기에 수가인상으로 인한 급여비 증가효과가 배제되어 있으므로 4월, 7월, 9월의 수가인상의 순수효과를 계산하는 식은 다음 식과 같이 나타낼 수 있다.

$$\text{인상효과액} = \{(P_{후} - P_{전})\times(R-r)/R\} \times Q_{잔여} \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots(3)$$

$P_{전}$: 수가인상 前월의 내원일당급여비
$P_{후}$: 수가인상 後월의 내원일당급여비
R: 수가인상 전후의 전체증가율
r: 과거(1997년～2000년) 전월대비 평균자연증가율
$Q_{잔여}$: 수가인상 후 연말까지의 잔여기간 총 내원일수

위 산식은 우선 수가인상 前月의 내원일당급여비에서 인상 後月의 값을 빼서 가격인상분을 산출한다. 그리고 가격인상분 중 순수한 수가인상효과를 파악하기 위하여 전체증가율에서 자연증가율을 빼서 다시 전체증가율로 나눈 값을 가격인상분에 곱하여 순수한 수가인상의 가격효과를 산출하였다. 수량효과도 자연증가효과 등을 완전히 배제하였고, 순수한 가격효과만을 위하여 1999년 내원일수를 사용하였으며, 각 수가인상시점 후부터 나머지 잔여기간의 총내원일수를 곱하였다. 이렇게 계산한 구체적인 효과는 다음의 상자와 같다.

□ 4월인상과 7월인상 및 의약분업 및 9월 인상의 순수 효과

- $\Delta P_{외4} \times$ Q(1999년 4월～12월까지 외래 내원일수) = 2630억원
- $\Delta P_{외7} \times$ Q(1999년 7월～12월까지 외래 내원일수) = 6429억원
- $\Delta P_{외9} \times$ Q(1999년 9월～12월까지 외래 내원일수) = 1393억원
- $\Delta P_{입9} \times$ Q(1999년 9월～12월까지 입원 내원일수) = 425억원

※ 4가지 효과의 총합은 1조 877억원

따라서 2000년에 실제적으로 나타나야 할 급여비 총액은 과거 자연증가율에 의해 추계된 9조 3051억원과 2000년 중의 수가인상 및 의약분업에 따른 인상효과 1조 877억원을 합한 10조 3928억원이 되어야 한다. 하지만 2000년 실제 지급된 급여비는 9조 321억원으로 나타나 의약분업에 따른 의료기관들의 파업에 따른 재정감소효과는 추계된 급여비 10조 3928억원과 실제 급여비 9조 321억원 사이의 차액인 1조 3607억원으로 볼 수 있다[10].

〈表 Ⅱ-15〉 2000年 保險財政增減 分析

(단위: 원)

의약분업 미시행시 예측급여비(b_1)	9조 3051억[1]
의약분업 시행에 따른 재정증가(b_2)	1조 877억[2]
파업이 없었을 경우의 급여비(b_1+b_2)	10조 3928억
실제급여비(b_3)	9조 321억
파업에 의한 재정감소($b_1+b_2-b_3$)	1조 3607억

註: 1) 의약분업 미시행시 급여비는 과거 5년간 평균급여비 증가율 18.27% 적용
2) 의료기관과 약국을 포함하였고, 본인부담 조정에 의한 본인부담 감소에 의한 재정증가분이 포함되어 있음.

4) 2001年度 保險財政 分析

2001년의 재정효과는 위에서 제시한 바와 같이 가격효과와 수량효과로 구분하고, 가격효과는 다시 수가인상에 의한 가격효과와 자연증가

10) 자연증가율에 의해 추계된 급여비 9조 3051억원은 1999년 급여비 7조 8675억원에 1995~99년간 급여비 평균증가율 18.27%를 곱하여 산정한 것인데, 증가율 18.27%에는 통상적인 수가인상에 의한 급여비 증가가 포함되어 있으므로 '자연증가율'로 가정하는 데에는 다소 무리가 있다. 따라서 의약분업이 없었을 경우의 급여비 추계치 9조 3051억원은 과잉추계되었을 수 있다.

에 의한 가격효과로 구분하였다. 하지만 실질적으로 가격효과와 수량효과가 혼재되어 있는 부분에서 두 효과를 구분하는 것은 어려울 것으로 판단된다. 2000년 보험급여비와 비교하여 그 동안의 수가인상 및 의약분업에 따른 2001년의 보험재정 증대효과를 종합적으로 정리하면 다음 <表 Ⅱ-16>과 같다. 이를 보다 간략히 정리한 것이 <表 Ⅱ-17>이다.

여기에서 본인부담의 조정에 의한 보험재정의 증가분은 첫 단계에서는 전체 가격효과에 포함되어 계산한 뒤에 이를 다시 분리하는 계산을 하였다. 본인부담 감소에 따른 재정증가원인은 2000년 7월과 9월, 2001년 1월에 나타났으며, 7월에 5.84%, 9월에 1.72% 그리고 2001년 1월에 2.10%의 본인부담 감소에 따라 보험급여비가 5716억원, 1679억원, 2060억원이 증가하였다.

의약분업 실시에 따라 고가약 처방의 증가와 처방일수의 증가 등에 대한 효과도 2000년 7월의 전체 가격효과 계산시 포함되어 계산되었으며, 이를 각각 분리하는 것은 현실적인 자료의 제약 등으로 계산하지 못하였다. 따라서 고가약의 처방 증가와 처방일수 증가 등에 따른 재정효과가 수량효과인지 가격효과인지를 판단하기는 어려웠다.

한편 보험재정의 증가분에는 약국에서의 급여비증가가 큰 요인임을 잊어서는 안된다. 일반적으로 수가인상에 의한 보험재정 증가가 주로 의료기관에서의 보험급여비 증대로 인식하는 경향이 있으나, 실상은 약국 부문에서의 급여비 증대가 큰 몫을 담당하고 있다[11].

11) 약국에서의 급여비 증대는 본 분석에서의 가격효과 및 수량효과에 이미 포함되어 있으며, 별도로 분리 계산하지는 않았다. 의료기관과 약국의 급여비를 합산하는 방법으로써 약국 급여비를 의료기관의 외래 내원일수로 나누어 일당 급여비를 산정하여 의료기관의 일당급여비에 합산하였다.

〈表 Ⅱ-16〉 2001年 保險給與費 增大의 價格效果와 數量效果

(단위: 억원)

수가인상 月	가격효과 (D)[1]	수가인상	가격 자연증가	본인부담 감소효과	가격효과 +수량효과 (E)[3]	수량효과 (C)[2]	合計 전체효과
2000. 4월	3,720	3,216	504	-	867	-	4,587
2000. 7월	7,824	5,952[4]	1,872	5,716	3,872	-	17,412
2000. 9월	3,940	4,522	-582	1,679	-228	-	5,391
2001. 1월	4,462	2,531	1,931	2,060	3,334	-	9,856
						8,153	8,153
합 계	19,946	16,221	3,725	9,455	7,844	8,153	45,398

註: 1) 내원일당급여비의 증가에 따른 보험급여비 증가분이며, 자연적인 증가분과 수가인상에 따른 증가분을 포함함.
2) 2001년에 증가한 내원일수의 증가분에 2000년기준의 내원일당급여비를 곱하여 산정한 것이며, 자연증가분과 의약분업에 의한 내원일수 증가분이 포함되어 있음.
3) 2001년에 증가한 내원일당급여비와 내원일수가 복합적으로 작용한 재정증가분
4) 의약분업에 따른 고가약제비 처방과 처방일수의 증가 등에 따른 재정증가분 등이 모두 포함된 것으로 수량효과인지 가격효과인지를 판단하기 어려움.

〈表 Ⅱ-17〉 2000年 對比 2001年 財政增加 分析

(단위: 원)

2001년 추정급여비(α)[1]		13조 8449억
2000년 실제급여비(β)		9조 321억
2000년대비 2001년 재정증가분(α-β)[2]		4조 8128억
재정증가분의 구성	가격효과에 의한 재정증가분	1조 9946억
	수가인상분	1조 6221억
	가격 자연증가분	3725억
	환자본인부담 감소에 따른 재정증가분	9455억
	가격효과 + 수량효과에 의한 재정증가분	7844억
	수량효과에 의한 재정증가분	8153억
	2000년 추정급여비 - 실제급여비[3]	2730억

註: 1) 정부가 7월 시행한 재정안정대책에 의한 절감효과는 포함되지 않았음.
2) 재정증가분의 계산은 2000년에 의약분업이 시행되지 않았다고 가정할 때의 추정급여비를 비교의 기준으로 삼았음.
3) 2000년 의약분업 미시행시 추정급여비 9조 3051억원에서 실제급여비 9조 321억원을 제외한 것임.

라. 財政危機에 대한 認識의 隔差

근래에 발생한 건강보험의 재정위기에 대한 평가는 복잡한 양상을 띠고 있다. 이는 의약분업 정책에 대한 긍정적인 측면과 부정적인 측면에서 관련 당사자들의 입장의 미묘한 차이로부터 비롯된다. 의약분업과 건강보험통합을 지지하는 입장에 서 있는 쪽은 재정위기를 의약분업과 통합에 원인을 돌리기보다는 의약분업의 디자인이 잘못되고 인상시켜서는 안될 수가를 인상시켰기 때문으로 판단한다. 또한 재정위기는 이미 구조적으로 예견된 것이며 수가인상이 위기를 앞당겼을 뿐이라고 주장한다.

반면 의약분업과 통합에 부정적인 입장을 견지하는 쪽은 의약분업의 시행에 따른 수가 인상이나 신설을 예측했어야 하고, 보험제도권 밖에서의 의료이용이 보험제도권내로 진입하게 되어 추가적인 비용이 들 수밖에 없다고 주장한다[12]. 따라서 현재와 같은 형태의 완전분업을 일시에 무리하게 추진하다보니 재정위기가 발생한다는 논리에 입각하고 있다. 또한 통합으로 인하여 직장조합의 준비금적립금이 미리 소진됨으로써 위기를 더욱 가속화시켰다는 주장을 펼치고 있다.

재정위기의 현상에 대하여 각각 다른 평가를 내리고 있지만, 재정위기 상황의 부정적인 측면과 타당성 측면을 짚어보자.

재정위기의 타당성 측면으로서는 첫째, 의약분업 이전에 약국에서 임의조제로 인한 소비자의 본인부담비용이 보험재정으로 흡수된 부분은 소비자의 보험료부담 증가가 필요하다는 점은 대부분 공감하고 있으므로 이 부분에 대해서는 위기상황에 어느 정도 정당성을 부여할 수 있다. 다만, 외래 전체의 방문일수 증가동향으로 보아서는 외래 환

12) 의약분업을 지지하는 쪽도 비제도권에서의 의약품의 오남용이 제도권내로 편입되면서 오남용이 줄어들고 재정적 부담을 가중시키는 점을 부각하고 있다.

자의 의료기관 방문증가를 뚜렷이 입증하기가 어렵다. 외래 방문의 내용으로 볼 때에 의원급은 방문이 늘어나지만 병원급 외래는 줄어드는 양상을 보이고 있다. 이는 의료전달체계의 관점에서는 비교적 바람직한 현상으로 볼 수 있다. 그리고 의약분업 이전에 약국에서의 임의조제에 따른 의약품 소비규모를 정확히 알 수 있는 자료가 제한되어 있기 때문에 의약분업 이후의 부담 이전을 쉽사리 평가를 내리기에는 한계가 있다[13]. 둘째, 고가약 처방의 증가는 보험재정을 증가시키지만, 의사의 처방의 자율성을 제고하고 환자들에 대하여 양질의 약을 소비하도록 하는 계기가 된다는 점에서 긍정적이다. 다만, 불필요하게 고가약을 처방한다면 의료자원의 효율적 활용이란 면에서 부정적이다. 셋째, 수가 인상은 그동안 억제되어 왔던 수가의 현실화 측면이 있다. 그동안 계속 저수가-저급여-저부담에 대해 비판받아 왔기 때문에 의약분업을 계기로 수가수준을 현실화하는 조치를 취하였다. 그러나 막상 수가의 인상이 재정적 위기를 초래하자 의료서비스의 편익이 없는 수가 인상은 소비자 부담만 가중시킨다는 비판이 제기되고 있다.

재정위기의 부정적 측면을 살펴보자. 첫째, 의약분업 시행을 앞두고, 혹은 시행과정에서 의료계와 약사회 양집단이 경영상 위기를 우려하여 집단적인 파업을 감행함으로써 수가 및 조제료가 무리하게 인상되었다. 그런데 보험재정의 위기와 요양기관 경영상의 위기에 대한 정확한 진단이 없이 수가인상을 협상하였다. 결과적으로 기대이상으로 이윤폭이 증가하는 집단이 발생하거나, 기대이하로 손실을 보는

13) 전문약 처방을 필요로 하는 환자들이 실제 의료기관을 방문하는지, 아니면 불편을 이유로 의료기관을 찾지 않아 질병을 방치함으로써 건강이 악화될 것인지에 대한 검증이 제대로 이루어지지 않고 있다. 한편 그동안 불필요하게 약국에서 전문약을 조제받던 환자들이 일반약으로 대체함으로써, 전문약의 불필요한 과잉 투약이 억제되는 긍정적인 효과를 짐작할 수도 있다.

집단이 발생하게 되었다. 후자의 집단은 다시 일부 수가 인상을 요구하는 악순환이 반복될 가능성이 있다. 전자의 집단은 수가의 인하를 요구하는 정부와 대치하는 형국에 처해 지는 것이다. 외래 환자가 줄어드는 병원급(주로 중소병원)의 경우 본인부담을 인하함으로써 의원을 방문하는 환자들을 다시 병원으로 되돌리려는 데에까지 파급이 되고 있다. 둘째, 공급자들이 처방료의 인상에 따라 처방일수를 늘려 처방료 수입을 증대시키고, 이어 약국의 조제료 수입도 자동적으로 증대됨으로써 필요이상으로 재정에 압박을 가져 왔다. 의약분업이 도입된다고 하여 처방일수를 늘릴 타당한 이유는 없다. 셋째, 일부에서의 의약담합으로 약제비가 증가하고 필요이상의 고가약 처방이 재정을 증가시키는 왜곡된 현상이 발생되기도 한다. 또한 병원 가까운 문전약국이 조제에 필요한 의약품을 구비하고 있음으로 동네 약국 고유의 지역주민에 대한 복약지도 서비스 기능이 약화되는 현상이 발생하고 있다. 이는 문전약국의 대형화와 동네약국의 쇠퇴를 초래함으로써 당초의 의약분업 취지와는 다소 멀어지고 있다. 넷째, 보험료 조정은 현재 공단내의 "재정운영위원회"에서 심의의결하고 있는바, 동 위원회에는 공급자대표들이 참여하지 않기 때문에 주로 시민사회단체·노총·경총 등 소비자대표들이 보험료 인상에 저항하고 있어 적기에 보험료 인상이 되지 못하게 됨으로써 재정적자의 폭을 크게 벌이는 결과를 초래한다. 가입자대표들은 수가 인하의 전제없는 보험료 인상에 반대하는 논리에 입각하고 있는바, 수가 인하의 타당성에 대한 끊임없는 논쟁의 와중에서 수가가 인하되지 않는다면 재정적자는 계속 늘어날 수밖에 없다. 한편 수가의 조정은 보건복지부에 설치된 "건강보험심의조정위원회"에서 의결되는 바, 동 위원회에는 공급자 대표들이 참여하므로 수가를 인하 조정하려는 가입자대표 및 정부(보험자) 관계자와의 갈등을 빚고 있다. 따라서 수가의 조정과 보험료의 조정이 동

시에 결정되지 않고 각각 다른 심의기구에서 의결되므로 구조적으로 보험재정의 수지균형을 맞추기가 어렵게 되어 있다.

마. 財政赤字에 대한 評價

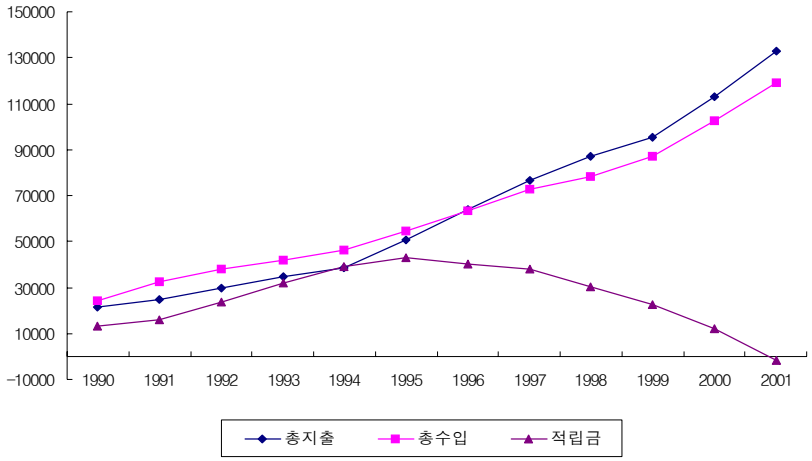
근래의 재정적자 상황에 대하여 몇 가지 시나리오를 통한 시뮬레이션 결과를 가지고 평가해보기로 한다. 가상적으로 상정한 시나리오로써, 첫 번째 시나리오는 의약분업을 시행하지 않고 의료보험통합 하에서 보험료수입을 과거 추세대로 확보하였을 경우의 재정수지와 적립금의 추이를 전망해보는 것이다. 두 번째 시나리오는 의약분업을 시행하지 않고 의료보험통합 하에서 1999년 말의 적립금규모를 계속 유지하는 경우의 보험료 인상율을 계산해보는 것이다. 세 번째 시나리오는 현재까지의 상황을 놓고 법정본인부담률이 의약분업 이전의 추이를 유지하였을 경우의 재정수지와 적립금의 추이를 전망해보는 것이다.

1) 시나리오 1: 醫藥分業 未施行時 財政展望

시나리오 1에서 2000년과 2001년의 재정전망을 위해 보험료수입 증가율은 1990～1999년간 평균증가율 15.2%를 적용하고, 지출증가율은 동기간 평균증가율 17.95%를 적용하였다. 다만, 국고지원금은 2000년과 2001년의 실적치를 그대로 이용하였다.

이에 따라 2001년 말의 적립금은 약 1700억원이 부족할 것으로 전망되는데, 이는 현재의 예상 적립금 부족규모인 1조8600억원 보다는 훨씬 양호한 상황으로 전망된다. 그러나 당기수지적자는 1조3700억원 정도로써 재정적으로 불안정하다. 이는 재정위기의 도래를 현재의 상황과 비교하여 몇 년 연장시키는 것에 불과하다는 것을 의미한다.

〔圖 Ⅱ-13〕 醫藥分業 未施行時 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移



〈表 Ⅱ-18〉 醫藥分業 未施行時 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移

(단위: 억원)

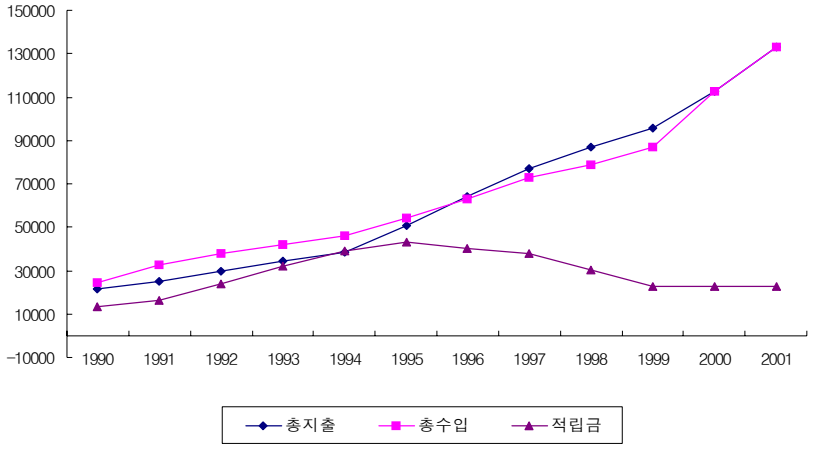
	총지출	총수입	당기수지	가정 적립금	실제 적립금
1990	21,640	24,321	2,681	13,399	13,399
1991	24,910	32,689	7,779	16,080	16,080
1992	29,704	37,745	8,041	23,859	23,859
1993	34,635	41,992	7,357	31,900	31,900
1994	38,694	46,084	7,390	39,257	39,257
1995	50,537	54,354	3,817	43,074	43,074
1996	64,132	63,255	-877	40,020	40,020
1997	76,787	72,967	-3,820	37,851	37,851
1998	87,157	78,508	-8,649	30,359	30,359
1999	95,614	86,923	-8,691	22,425	22,425
2000[1)]	112,776	102,399	-10,377	12,048	9,189
2001[1)]	133,018	119,272	-13,746	-1,698	-18,627

註: 1) 2000년과 2001년은 시나리오의 가정 하에 예측된 값들임.

2) 시나리오 2: 醫藥分業 未施行과 財政收支均衡 回復을 위한 財政展望

시나리오 2는 시나리오 1을 바탕으로 하되, 재정적인 수지균형을 2000년에 실현하기 위한 시뮬레이션을 수행하였다. 이는 곧 1999년말의 적립금규모를 계속 유지할 수 있도록 재정을 운영하는 것을 의미한다. 2000년에 총지출과 총수입의 수지균형을 맞추기 위하여는 총수입 평균 증가율 15.20%보다 높은 29.74%를 인상하여야 하고, 이후 2001년에는 총수입증가율인 17.95%를 증가시켜야 한다.

〔圖 Ⅱ-14〕 醫藥分業 未施行時 收支均衡 回復을 위한 健康保險 財政展望



〈表 Ⅱ-19〉 醫藥分業 未施行時 收支均衡 回復을 위한 健康保險 財政展望

(단위: 억원)

	총지출	총수입	당기수지	가정 적립금	실제 적립금
1990	21,640	24,321	2,681	13,399	13,399
1991	24,910	32,689	7,779	16,080	16,080
1992	29,704	37,745	8,041	23,859	23,859
1993	34,635	41,992	7,357	31,900	31,900
1994	38,694	46,084	7,390	39,257	39,257
1995	50,537	54,354	3,817	43,074	43,074
1996	64,132	63,255	-877	40,020	40,020
1997	76,787	72,967	-3,820	37,851	37,851
1998	87,157	78,508	-8,649	30,359	30,359
1999	95,614	86,923	-8,691	22,425	22,425
2000[1)]	112,776	112,776	0	22,425	9,189
2001[1)]	133,018	133,018	0	22,425	-18,627

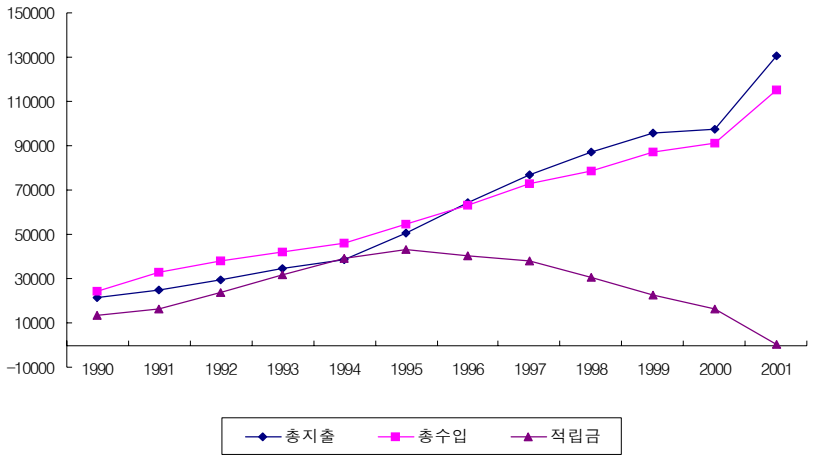
註: 1) 2000년과 2001년은 시나리오의 가정 하에 예측된 값들임.

3) 시나리오 3: 現 狀況下에서 醫藥分業 以前의 法定本人負擔率 推移를 維持

의약분업과 의료보험통합의 상황이 유지된 현 상황 하에서 법정본인부담률을 의약분업 이전의 추이를 유지하였을 경우 재정수지와 적립금의 추이를 전망하였다. 연도별 외래 본인부담률의 감소추세로 볼 때, 2000년 후반기에 38.8%가 되고(실제 본인부담률은 31.8%로 7.1% 포인트 감소), 2001년의 경우 38.3%가 된다(실제 본인부담률은 29.1%로 9.2%포인트 감소). 따라서 본인부담 감소에 따른 급여비 증가는 2000년에 3870억원, 2001년에 1조 1620억원으로 추산된다.

이에 따라 2001년말의 적립금은 550억원 정도를 보유하고 있었을 것으로 전망된다. 다만, 당기수지적자는 1조5600억원 정도로써 수지균형을 위한 보험료의 인상이 곧 단행되어야 할 것임을 알 수 있다.

〔圖 Ⅱ-15〕 現 狀況下에서 本人負擔率을 醫藥分業前의 趨勢를 維持했을 경우 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移



〈表 Ⅱ-20〉 現 狀況下에서 本人負擔率을 醫藥分業前의 趨勢를 維持했을 경우 健康保險 財政收支 및 積立金의 推移

(단위: 억원)

	총지출	총수입	당기수지	가정 적립금	실제 적립금
1990	21,640	24,321	2,681	13,399	13,399
1991	24,910	32,689	7,779	16,080	16,080
1992	29,704	37,745	8,041	23,859	23,859
1993	34,635	41,992	7,357	31,900	31,900
1994	38,694	46,084	7,390	39,257	39,257
1995	50,537	54,354	3,817	43,074	43,074
1996	64,132	63,255	-877	40,020	40,020
1997	76,787	72,967	-3,820	37,851	37,851
1998	87,157	78,508	-8,649	30,359	30,359
1999	95,614	86,923	-8,691	22,425	22,425
2000[1)]	97,236	91,016	-6,220	16,205	9,189
2001[1)]	130,700	115,046	-15,654	551	-18,627

註: 1) 2000년과 2001년은 시나리오의 가정 하에 예측된 값들임.

4) 시나리오別 시뮬레이션을 통하여 본 評價

이상의 세 가지 시나리오의 결과에 비추어보면, 의약분업과 관련한 급여비의 증가와 의료보험통합에 따른 보험료수입 확보의 제약에 따른 재정적자의 조기도래를 부인하기 어렵다. 그리고 의약분업에 따라 진료비는 증가하는데 법정본인부담률은 인하된 것이 보험급여비를 증가시키는 데에 큰 몫을 담당하였다고 평가할 수 있다. 다만, 의약분업에 따라 수가인상 외에 보험급여비가 증가하는 부분, 즉, 소비자의 편익으로 돌아간 부분에 대해서는 보험료의 인상이 필요하다. 그리고 의약분업을 시행하지 않았더라도 증가하는 보험재정지출에 대해서는 보험료의 인상이 반드시 필요함을 관찰할 수 있다. 재정 적자의 도래는 시기의 문제만 남아있었지 곧 닥쳐오는 상황이었음을 유의하지 않을 수 없다.

Ⅲ. 向後 財政危機 展望

1. 保險給與 擴大 壓力에 의한 財政增加

건강보험이 현재의 재정위기를 단기적으로 해결한다고 안정화를 낙관하기가 어려운 구조적 문제가 상존하고 있다. 먼저 현재의 건강보험이 여전히 낮은 보험급여와 높은 본인부담 구조에 대해 비판을 받고 있기 때문에 보험급여 확대의 압력은 지속적으로 제기될 것이다. 따라서 재정의 안정은 보험재정의 확대안정을 의미할 가능성이 크다. 이는 곧 보험료부담의 증가로 귀결될 수밖에 없다. 그리고 비급여 항목의 급여화에는 수가 현실화문제가 표면화될 수밖에 없어 수가수준을 놓고 다시 갈등이 되풀이될 것이고 보험재정을 압박할 것이다.

<表 Ⅲ-1>에서와 같이 1999년 총진료비중 보험급여비가 차지하는 비중('보험자부담비중')은 53.4%, 본인부담은 46.6%로 추정된다. 본인부담에는 법정본인부담과 비급여본인부담을 포함한다. 1999년의 경우 법정본인부담 26.5%와 비급여본인부담 20.1%로 구성된다. 한편 2000년에 보험자부담이 58.2%로 크게 비중이 증가하였다. 특히 외래부문의 보험자부담의 증가가 두드려졌다. 이는 의약분업 시행에 따라 법정 본인부담률이 감소한데에 기인한다. 2001년에는 다시 본인부담이 상승함으로써 1999년 보다 오히려 본인부담이 증가하는 추이를 보여주고 있다[14].

---

14) 고수경(2001)에 의하면 2001년에 본인부담이 증가한 이유는 법정비급여의 증가 때문으로 분석하고 있다. 즉, 외래부문에서 법정본인부담은 오히려 감소하고 대신 비급여본인부담이 대폭 상승하고, 입원부문에서는 법정본인부담은 약하게 상승하지만 비급여본인부담은 대폭 상승하는 것으로 분석하였다. 이러한 동향은 2001년

〈表 Ⅲ-1〉 總診療費中 保險者負擔과 患者本人負擔의 比重 推定(1999~2001)

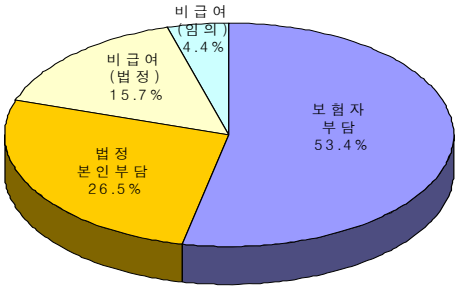
(단위: %)

구 분	1999년		2000년		2001년	
	보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담	보험자부담	본인부담
전 체	53.4	46.6	58.2	41.8	49.0	51.0
입 원	61.4	38.6	64.5	35.5	58.7	41.3
외 래	49.5	50.5	55.2	44.8	46.1	53.9

註: 건강보험관리공단의 「수진내역신고」자료를 기초로 추정

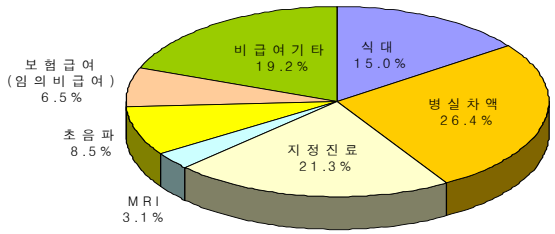
1999년 기준으로 비급여 본인부담의 구성을 보면 식대, 병실차액, 지정진료가 62% 이상을 차지하고 있어 급여확대에는 일정한 제약이 있어 보인다. 그러나 병실차액이나 지정진료가 비정상적으로 많은 부분을 차지하는 의료구조에 대한 비판이 제기되어 왔고, 이에 대한 점진적인 제도적 개선이 이루어지면서 급여행위에 대한 수가보상의 정상화가 추진된다면 급여 확대의 여지는 더욱 넓어질 것이다.

〔圖 Ⅲ-1〕 保險給與와 本人負擔의 構成(1999)



이전까지의 미결정행위(급여행위 혹은 비급여행위로 결정되지 못한 행위)들이 2001년에 들어 급여, 비급여 혹은 100/100급여(전액본인부담급여) 등으로 결정되는 과정에서 상당수가 公式的으로 비급여 혹은 법정본인부담으로 환자들에게 직접 청구할 수 있게 되었기 때문으로 풀이하고 있다.

〔圖 Ⅲ-2〕 本人負擔의 構成(1999)



둘째로 선진외국에서의 의료비 가운데 보험급여로 보장되는 실질적인 보험급여율을 보면(表 Ⅲ-2 참조), 향후 건강보험의 급여율이 우리나라의 선진화에 따라 단계적으로 확대될 것으로 예상할 수 있다. 이에 따라 보험재정은 계속 증가할 것이다. 다시 말하면, <表 Ⅲ-2> 및 <表 Ⅲ-3>과 같이 국민의료비중 가계부문이 부담하는 비중을 줄이려는 압력이 계속 강화될 것이다.

〈表 Ⅲ-2〉 外國의 實效 保險給與率

(단위: %)

	1990	1995	1997	1998
오스트리아	84.0	84.0	84.0	-
벨기에	88.0	85.0	85.0	-
프랑스	75.1	73.9	73.0	-
독일	92.0	91.0	91.0	-
이태리	75.9	75.0	75.0	-
일본	87.9	88.0	88.0	-
한국[1)]	64.3	64.1	65.3	65.9
룩셈부르크	91.0	90.0	90.0	-
네덜란드	72.7	76.5	76.0	-
스위스	91.0	90.0	90.0	90.0

註: 1) 한국의 경우 비급여 본인부담을 제외한 법정보험 급여율이 제시된 것으로써 실효급여율로 해석할 수 없음.

資料: OECD, *Health Data,* 2000.; 권순원(2001)에서 재인용.

〈表 Ⅲ-3〉 國民醫療費 中 家計部門(out-of-pocket)의 比重

(단위: %)

	1990	1995	1996	1997	1998
오스트리아	22.4	14.8	15.9	17.7	18.3
프랑스	10.8	10.9	10.6	10.5	10.3
독일	11.1	10.9	11.0	11.9	-
한국	53.0	51.4	49.5	46.5	41.9
룩셈부르크	5.5	6.2	7.2	7.4	-
네덜란드	-	-	7.7	6.6	5.9
스위스	29.1	29.8	28.6	28.8	29.9
OECD 평균	19.9	19.2	17.8	17.2	18.2

資料: OECD, *Health Data*, 2000.; 권순원(2001)에서 재인용.

한편 외국의 보험료 수준을 보면, <表 Ⅲ-4>와 같이 터키 11%, 멕시코 11.8%에 견주어 볼 때에 우리의 보험료 부담은 국민소득에 비추어 낮다. 물론 보험급여의 보장수준과 보험료부담을 함께 비교하여야 한다. 대만의 경우 8.5%이지만 피부양자수에 비례하여 보험료율도 비례하여 커지므로 우리에 비해 훨씬 높은 부담을 하고 있다고 보아야 한다. 평균 피부양자수 0.88명을 감안하면 피보험자의 평균 부담률은 15.98%가 된다. 다만, 근로자와 사용자간 부담배분이 30%: 60%(정부 10%)로써 근로자의 보험료율은 4.8%가 된다.

OECD 국가들을 대상으로 보험급여율과 보험료율을 함께 비교하면 <表 Ⅲ-5>와 같다. 우리나라의 현행 보험료율은 3.4%이나, 가까운 2002년의 재정전망에 의하면 적어도 5% 수준까지 인상되어야 수지균형을 유지할 수 있다. 실효급여율은 50% 내외일 것으로 추정되지만, 실효급여율을 80% 이상으로 확보하기 위해서는 보험료는 8% 정도로 인상되어야 할 것으로 판단한다. 보험료율 8% 수준은 국제수준에 비추어 그다지 무리한 부담은 아닐 것이다.

〈表 Ⅲ-4〉 各國의 醫療保險 保險料率

국 명	보험료율(%)	노사정 분담 내역
멕시코	11.875	노: 3.125%, 사 8.75%, 정부: 0.625%
미국	2.9	노 1.45%, 사 1.45%
호주	-	노: 1.5% (사: 無) 나머지 정부
일본	8.5	노 4.25%, 사 4.25% (보너스의 0.3%)
오스트리아	7.9	노 3.95%, 사 3.95%, 정부
프랑스	19.6	노 6.8%, 사 12.8%, 정부: 자동차보험료에 12% 부가, 의약품광고, 알코올, 담배에 조세(장애, 유족급여에도 충당)
독일	19.5	피용자 9.75%, 사용자 9.75%
그리스	12.64	노: 2.94%, 사 5.9%, 정부 3.8%
헝가리	14	노 3%, 사 11%, 정부: 적자분
아일랜드	13～14.25	노: 소득구간에 따라 4.5%, 2.25%, 사: 8.5%, 12%
룩셈부르크	9.34～5.38	노: 4.67%(사무직은 2.69%), 사: 4.67%(사무직 2.69%), 정부: 각출금의 35% 정도
네덜란드	-	노: 정액+1.55%(medical benefits)+10.25%(exceptional medical benefits), 사: 5.85%
스페인	28.3	노 4.7%, 사 23.6%(연금보험 포함)
터키	11	노 5%, 사 6%
대만	8.5	노: 4.25%×(1+피부양자수)[1]×30%; 사: 4.25%×(1+0.88)×60%
한국	3.4	노: 1.7%, 사 1.7%

註: 1) 피부양자수는 3인 한도이며, 0.88은 평균피부양자수, 정부가 10%를 부담함. 다만, 직종에 따라 정부의 부담분은 차이가 남.

資料: US Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1999.

〈表 Ⅲ-5〉 外國의 實效保險給與率과 保險料率

(단위: %)

	실효보험급여율(1997)	보험료율
프 랑 스	73.0	19.6＋조세[1]
독 일	91.0	19.5
일 본	88.0	8.5
룩셈부르크	90.0	12.6～7.3[2]
네 덜 란 드	76.0	17.65＋정액
대 만	-	15.98[3]
한 국 (2001)	49.0	3.4

註: 1) 자동차보험료에 12% 부가, 의약품광고, 알코올, 담배에 조세(장애, 유족급여에도 충당)
2) 룩셈부르크는 생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나, 정부가 보험료의 35%를 보조하므로 이를 감안하여 조정한 수치임.
3) 실제보험료율 8.5%에 평균 피부양률 0.88명을 곱하여 조정

資料: OECD, Health Data, 2000; US Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1999.

2. 高齡化에 따른 保險財政 增加

향후 인구고령화는 <表 Ⅲ-6>과 같이 당초 예상보다 더욱 빨리 진행될 것으로 전망되고 있다. 고령화는 노인인구를 부양하는 생산인구의 상대적인 감소를 의미하기 때문에 생산인구가 부담해야 할 의료비는 향후 심각하게 증가할 것이다. 더구나 고령화의 진행에는 노인의료비의 상승이 가속화되는 경향이 따르고 있음을 유의해야 한다(表 Ⅲ-7 참조).

〈表 Ⅲ-6〉 65歲 以上 老人人口比重의 展望

(단위: %)

2001년	2010년	2030년
7.6 (7.1)	10.7 (9.9)	23.1 (19.3)

註: ( )안은 1996년 인구추계결과 자료임.
資料: 통계청,『장래인구추계』, 1996.
통계청,『장래인구추계결과』, 2001. 11.

〈表 Ⅲ-7〉 先進國의 1人當 平均醫療費의 65歲 以上/65歲 未滿 比率(1993)

캐나다	핀란드	프랑스	독일	일본	영국	한국
4.7	4.0	3.0	2.7	4.79	3.82	2.4

資料: OECD, *Health Data*, 2000.

신 인구추계에 따른 건강보험 진료비의 증가를 예상하여 보자. 기존 인구추계 하에서의 진료비가 신 인구추계에 따라 어떻게 변화하는지를 보자. 진료비의 연령별 구조를 보면 고령층으로 갈수록 진료비가 증가하는 경향이 있으므로 신 인구추계 하에서의 가속화된 고령화가 진료비에 어떤 영향을 미치는지를 보고자 하였다. 이에 따라 생산

연령인구 1인당 부담하여야 할 부담액이 신 인구추계 하에서 얼마나 증가하는지를 계산하였다[15].

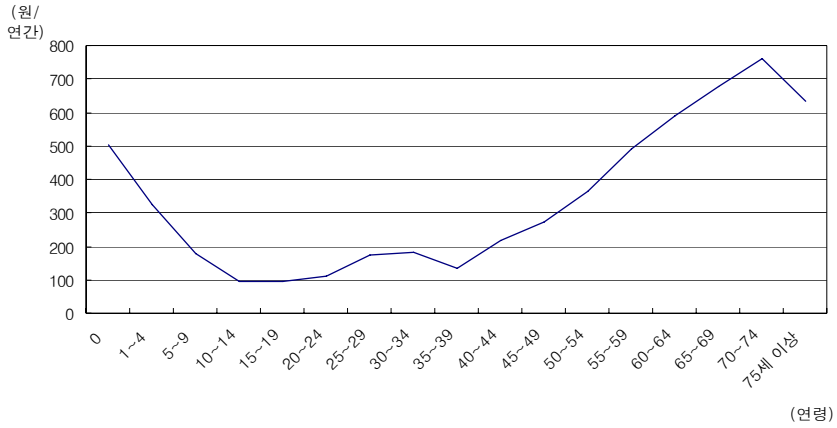
의료비의 장래추계에 있어서 선진국의 역사적 경험을 보건대, 먼저 국민소득 수준이 증가하는 속도 보다 의료비의 증가속도가 더욱 빠르게 진행되어 왔다. 소위 의료비의 소득탄력성이 통상 1 이상이었다. 다음으로 노인의 의료비는 시간이 지날수록 젊은 층의 의료비에 비해 상대적으로 더욱 증가하는 경향을 갖는다. 따라서 의료비의 장래추계는 이러한 두 가지 경향을 감안하여야 한다. 그러나 소득탄력성이나 노인의료비지수에 어떤 수치를 사용하느냐는 상당한 연구가 필요하거나 가정에 의존할 수밖에 없다. 여기에서는 이러한 점들을 감안하지 않고 2000년 기준의 연령별 진료비구조를 기초자료로 활용하여, 향후 이러한 진료비구조가 지속된다고 가정할 때에 기존인구추계와 신 인구추계 하에서의 진료비 동향과 가입자부담을 비교함으로써 인구고령화의 단순한 효과만 보기로 한다.

이에 따라 고령화에 따른 노인의료비의 증가는 쉽게 예상할 수 있는 바, 여기서는 편의상 2000년 기준의 연령별 보험진료비구조가 변화하지 않는다는 전제 하에 고령화에 따른 진료비의 변화를 계산하였다. 2000년 기준의 연령별 1인당 연간진료비구조는 [圖 Ⅲ-3]과 같이 노인과 영유아의 진료비가 높은 구조를 띠고 있기 때문에, 향후 평균수명 연장은 노인진료비를 증가시키는 반면 출산율 저하는 영유아진료비를 감소시키는 추세로 이행될 것으로 예상할 수 있다.

---

15) 신인구추계에 따라 사회보험 재정에 미치는 영향에 대해서는 최병호(2001. 12)을 참조하기 바란다.

〔圖 Ⅲ-3〕 2000年度 年齡別 1人當 健康保險診療費 構造



이에 따라 기존인구추계와 신 인구추계 하에서 총진료비의 장래추이와 3개 연령군(0～19세, 20～64세, 65세 이상)별 진료비의 구성을 비교하였다. 그리고 20～64세인구가 실제로 진료비를 부담할 수 있는 생산인구로 간주하여 생산인구 1인당 부담액의 장기추이를 보고자 하였다. 이들에 대한 장기추이를 나타낸 것이 <表 Ⅲ-8> 및 [圖 Ⅲ-4]～[圖 Ⅲ-6]이다. 총진료비는 노인인구의 증가에 따른 진료비증가와 유아인구의 감소로 인한 진료비감소, 그리고 인구규모의 증감에 따른 진료비증감 등 세 가지 방향의 크기에 따라서 영향을 받는다. 초기에는 출산율 저하로 인한 진료비감소의 영향이 커서 신추계 진료비가 구추계 진료비를 하회하고 있으며, 장기적으로는 인구규모의 감소로 인한 진료비감소의 영향이 커서 신추계 진료비가 구추계 진료비에 비해 낮은 수준에 머물고 있다.

65세 이상 노인진료비의 구성비는 [圖 Ⅲ-4]에서와 같이 모두 장기적으로 증가하지만, 신추계 하에서 이러한 경향이 더욱 심화되고, 기존추계 결과와 더욱 격차가 벌어지고 있음을 볼 수 있다. 즉, 기존추계 대 신추계의 노인진료비 구성비가 2030년에는 39.0% 대 41.4%

(2.4%포인트 차이)이고, 2050년에는 47.4% 대 53.5% (6.1% 포인트 차이)로 벌어지고, 나아가 2080년에는 46.7% 대 58.7% (12% 포인트 차이)로 더욱 벌어지고 있음을 볼 수 있다. 반면 [圖 Ⅲ-5]과 같이 19세 이하 계층의 진료비 구성비는 신추계 하에서 저출산으로 그 비중이 더욱 줄어드는 것을 볼 수 있다. 구추계 하에서는 2000년 20%로부터 2080년 10.5%로 감소하지만, 신추계에서는 20.6%로부터 6%까지 하락하는 추세를 볼 수 있다.

기존추계와 비교한 신추계의 특징적인 점은 노인진료비 비중이나 유소년진료비 비중이 2050년 이후에도 지속적으로 증가하거나 감소하는 데에 있다. 기존추계에서는 이들 비중이 2050년대 이후에는 거의 정체되는 경향을 볼 수 있다. 이는 신추계가 기존추계에 비해 보다 장기간에 걸쳐 출산율과 사망률의 변동을 제시한 데에 기인한다.

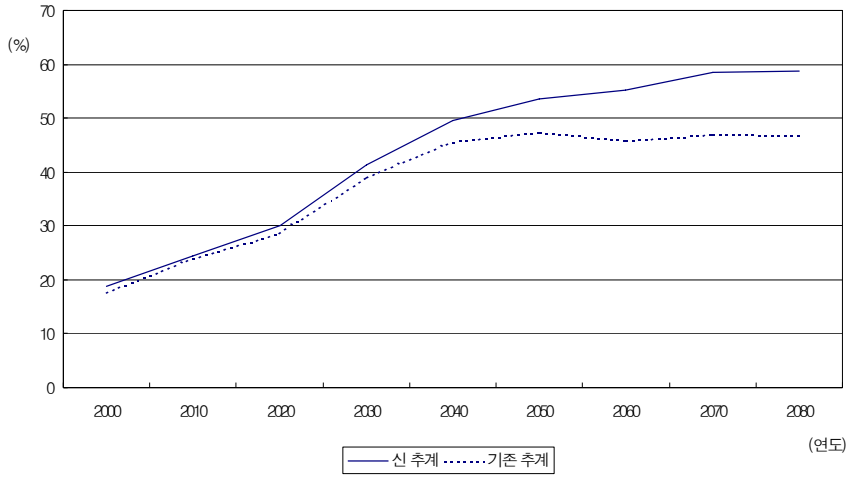
생산인구 1인당 부담액은 총진료비를 생산인구로 나누어 계산하였으며, 부담액에는 보험료, 국고지원금 및 법정본인부담금이 포괄적으로 함축되어 있다고 보아야 한다. 기존추계에 따르면 1인당 부담액이 연간 40만원에서 궁극적으로 68만원으로 상승하리라 전망되지만, 신추계에 따르면 연간 41만원에서 87만원으로 2배 이상 증가하리라 전망된다. 여기서의 가격기준은 2000년 현재를 기준으로 한 것이며, 불변가격이나 현재가치를 표시한 것은 아님에 유의하여야 한다. 1인당 부담액은 2020년 이전까지는 기존추계와 신추계 하에서의 금액이 다소 기복을 보이면서 비슷한 동향을 보이다가, 저출산의 영향이 본격적으로 발생하는 2020년 이후부터 신추계 부담액이 기존추계 부담액을 능가하기 시작하여 2080년에는 기존추계하의 1인당 부담액이 68만원이었으나 신추계에서의 1인당 부담액은 87만원으로 약 28%가 높은 금액이다. 이는 신인구추계에 따른 고령화의 심화가 가입자의 부담을 28% 정도 더 상향조정해야 함을 의미한다. 더구나 노인이 소비하는 의료비가 현재보다 더욱 증가하게 된다면 더욱 더 많은 부담을 해야 할 것이다.

〈表 Ⅲ-8〉 新人口推計下에서 健康保險診療費의 推移와 1人當 負擔額 變化推移(2000～2080)[1)]

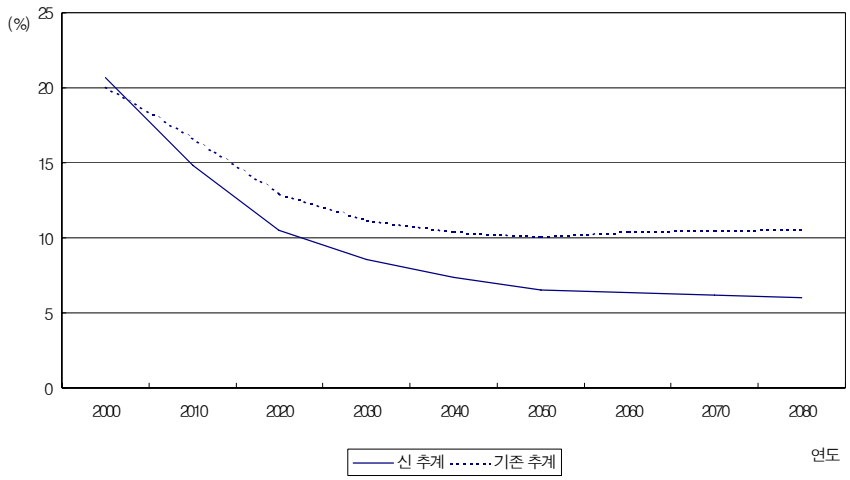
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2080
기존 추계							
진료비(억원)	117,216	141,151	162,996	182,896	187,039	178,889	150,056
비중(%)							
― 0～19세	20.1	16.7	12.9	11.2	10.4	10.1	10.5
― 20～64세	62.2	59.3	58.3	49.8	43.9	42.5	42.8
― 65세 이상	17.7	24.0	28.8	39.0	45.7	47.4	46.7
1인당 부담액(원)	404,336	453,212	504,398	599,478	671,621	685,057	680,241
신 추계							
진료비(억원)	118,323	138,235	160,365	179,346	182,715	173,832	127,220
비중(%)							
― 0～19세	20.6	14.8	10.5	8.5	7.3	6.6	6.0
― 20～64세	60.5	60.7	59.4	50.1	43.1	39.9	35.3
― 65세 이상	18.9	24.5	30.1	41.4	49.6	53.5	58.7
1인당 부담액(원)	408,154	442,897	496,201	609,245	713,568	774,546	871,003

註: 1) 2000년 가격기준으로 계산한 것이며, 1인당 부담액은 20～64세 인구 1인당 부담하여야 할 연간 비용(보험료, 법정본인부담, 국고지원금 포함)임.

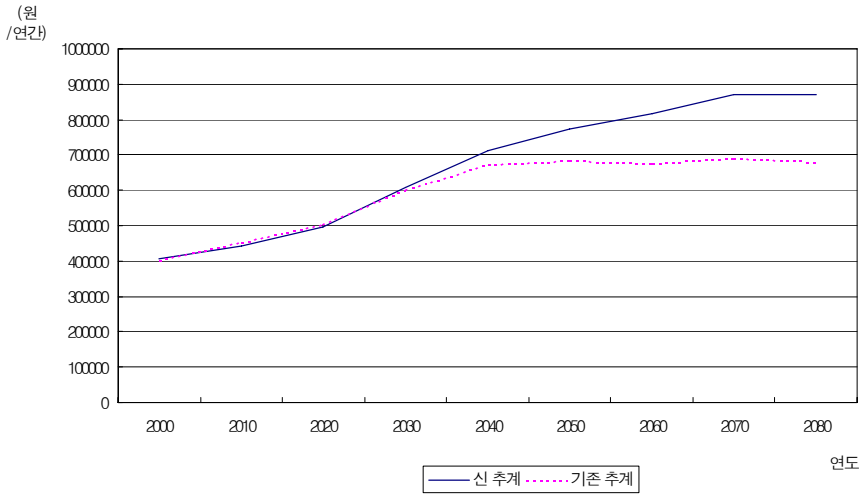
〔圖 Ⅲ-4〕 總診療費中 65歲 以上 人口의 診療費 比重의 變化 推移



〔圖 Ⅲ-5〕 總診療費中 20歲 未滿 人口의 診療費 比重의 變化 推移



〔圖 Ⅲ-6〕 生産人口 1人當 診療費負擔額의 變化 推移



Ⅳ. 外國의 財政安定對策 檢討

건강보험의 역사가 오래된 선진 외국의 경우에도 높아가는 생활수준과 늘어가는 의료수요 욕구 속에서 진료비의 지속적 급증현상이 주요한 사회경제적 문제로 자리 잡고 있다. 인구의 고령화, 평균수명의 증가, 질병구조의 변화, 의료기술의 진보(이로 인한 고액진료건수의 증가) 등의 자연적 증가 요인에 더하여, 의사수 및 의료공급주체의 증가, 소득향상 등으로 인한 수요증가 등에 의해 진료비가 급격히 증가하게 되고, 이로 인해 건강보험의 재정에 압박을 가해 왔다. 따라서 다양한 재정안정을 위한 대책을 마련하는 데에 부단한 노력을 경주하는 것은 세계적으로 발견되는 일반적 현상이라 할 수 있다.

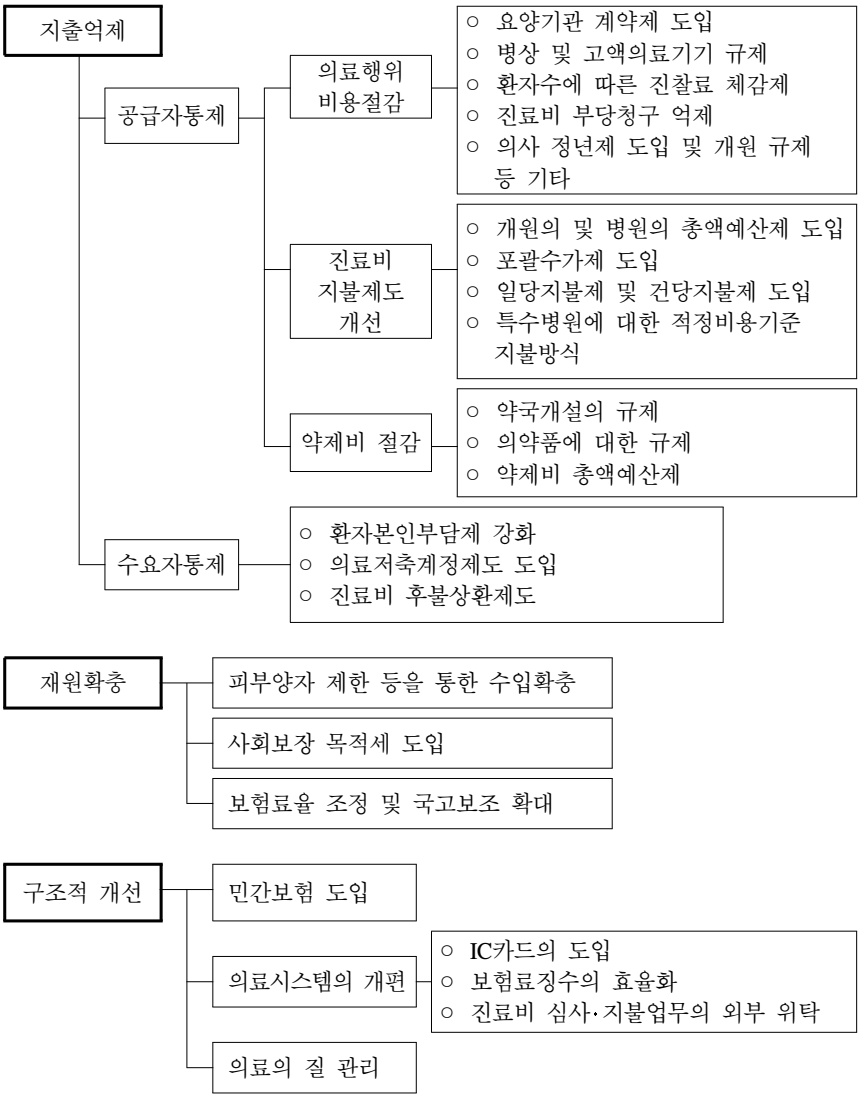
이러한 외국의 재정안정대책은 크게 세 가지 관점에서 구분할 수 있다. 첫째, 진료비를 억제하는 방안, 둘째, 재원을 확충하는 방안, 셋째, 건강보험 재정구조 개선방안이다. 이 방안들을 좀더 세분화하고 체계화한 것이 [圖 Ⅳ-1]과 같다. 이중 진료비의 증가를 억제하기 위한 방안들이 중점적으로 강구되었으며, 최근에는 증거에 근거한(evidence-based) 의료의 질을 평가함으로써 증가속도를 둔화시키고자 하는 움직임이 시작되고 있다.

본 장에서는 선진외국에서 그동안 시행하였던 재정안정대책들을 위에서 제시한 세 가지 관점인 진료비 억제대책, 재원의 확충, 그리고 건강보험 재정구조 개선방안으로 구분하여 정리하였다[16].

---

16) 본 장의 내용 중 상당 부분은 국민건강보험공단이 외국의 건강보험제도를 조사한 내용에 크게 의존하고 있으며, 이를 주제별로 재정리 한것이다. 동 공단에서 발간한『외국의 건강보험제도 비교조사』(조사자료 1) (2000년 12월)과『주요국의 건강보험 재정안정대책』(2001년 5월) 보고서를 참조하였다.

〔圖 Ⅳ-1〕 外國의 財政安定對策



1. 診療費 抑制對策

가. 醫療供給者 統制: 醫療行爲(서비스) 費用 節減

1) 美國의 Medicare 診療費目標制[17]

가) 持續可能한 目標診療費 增加率(SGR)

미국은 상대가치체계가 기본적으로 行爲別酬價制에 기초하고 있으므로 행위별수가제의 비용 상승경향을 통제하기 위하여 지속 가능한 목표진료비 증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 추계하고, 이에 따라 환산지수(conversion factor)를 개정하여 메디케어(Medicare) 예산을 일정한도 내에서 조정하고 있다. 당초 의료비상승을 억제하기 위하여 미국 정부는 醫療量統制基準(VPS: Volume Performance Standard)을 도입하였으나, 1997년 8월 법 개정(Balanced Budget Act of 1997)으로 VPS를 SGR로 대체하였다. 그리고 1999년에 개정된 법안(Balanced Budget Refinement Act of 1999)으로 현재의 SGR개념이 수립되었다. SGR 목표진료비제도는 일년 단위로 진료비 목표를 정하는 VPS와는 달리 기준년도(1996년)부터 당해 년도까지의 모든 연도의 목표진료비와 실제진료비를 각각 합산하여 비교를 통해 진료비 목표를 수립하는 누적(cumulative)개념이다.

진료비의 목표치를 정하고, 실제 발생한 진료비를 목표치에 접근시키기 위하여 상대가치점수의 환산지수(conversion factor)를 조정하는 것이 SGR 개념에 의한 수가통제 방식이다. 초기 목표진료비는 해당

17) 동 내용은 미국의 의료재정관리청(HCFA)의 홈페이지(www.hcfa.gov)에서 주요내용을 요약정리하였고, 이해가 어려운 부분은 HCFA의 실무담당자와의 e-mail 연락을 통하여 보완하였다.

연도의 실제 발생한 진료비로 산정하기로 법률로 정해져 있고, 초기 목표진료비가 수립된 다음 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 SGR의 증감률을 반영한다. SGR은 가중평균 의료비용 인상률, 적용대상자 증가율, 1인당 실질GDP 상승률, 법(제도)변화에 따른 지출증가율(예: 급여확대) 등의 4가지 요인을 합산하여 추정한다. 가중평균 의료비용 인상률은 의사가 의료서비스를 제공하는 요인들의 평균적인 가격변화를 측정한 메디케어 경제지수(MEI: Medicare Economic Index)와 진찰에 필요한 실험실 검사(DLT: Diagnostic laboratory test) 비용변화(2001년의 경우 변화없음)의 추정치를 합한 것으로 각각 0.89와 0.11의 가중치를 부과한다. 2001년의 가중평균 의료비용 인상률을 수식으로 나타내면 다음과 같다.

2001년 가중평균 의료비용 인상률 = (MEI×0.89) + (DLT×0.11)
= (2.1%×0.89) + (0.0%×0.11)
= 1.9%

〈表 Ⅳ-1〉 2001年度 美國의 SGR 推定値

(단위: %)

의료비용 인상률	1.9
적용대상자 증가율	0.9
1인당 실질GDP 상승률	2.7
법(제도)변화에 따른 지출증가율	0.0
SGR(합계)	5.6

資料: Office of Actuary, *Health Care Financing Administration*, 2001.

SGR을 토대로 환산지수를 추정하는 것은 메디케어 예산을 일정한

도 내에서 증감하기 위한 것이다. SGR에 의한 목표진료비가 실제 진료비를 초과한다고 해서 진료비 급여를 보류한다는 것은 아니다. 다만, 목표진료비와 실제 진료비의 비교를 반영하기 위해 환산지수의 변경을 나타내는 진료수가 산정기준율(fee schedule update)을 조정한다. 만약 실제 진료비가 목표진료비를 초과하면 진료수가 산정기준율을 낮추고, 이와 반대로 실제진료비가 목표진료비보다 적으면 진료수가 산정기준율을 높이게 된다. 특정연도의 진료수가 산정기준율을 정할 때 기준연도(1996년)부터 특정연도의 전 연도까지 누적된 목표진료비 및 실제진료비를 사용하여 계산한다. 2001년의 경우 진료수가 산정기준율의 계산시 기준연도인 1996년 4월부터 2000년 12월까지의 누적진료비를 사용하였다. 1996년 4월부터 2001년 12월까지의 미국의 목표진료비와 실제 발생한 진료비는 각각 <表 Ⅳ-2>와 같다.

〈表 Ⅳ-2〉 美國의 메디케어 目標診療費와 實際診療費 推移

(단위: 10억불)

분기(Quarter)	적용 SGR(%)	목표진료비		실제진료비	
		당분기	누적	당분기	누적
2Q 1996	-	12.3	12.3	12.3	12.3
3Q 1996	-	12.0	24.3	12.0	24.3
4Q 1996	-	12.2	36.5	12.2	36.5
1Q 1997	-	12.3	48.9	12.3	48.9
2Q 1997	1.5	12.5	61.4	12.5	61.4
3Q 1997	1.5	12.1	73.5	12.2	73.6
4Q 1997	1.5	12.4	86.0	12.2	85.7
1Q 1998	1.5	12.5	98.5	12.3	98.1
2Q 1998	—0.3	12.5	111.0	12.3	110.4
3Q 1998	—0.3	12.1	123.1	12.0	122.4
4Q 1998	—0.3	12.4	135.5	12.3	134.7
1Q 1999	—0.3	12.5	147.9	12.5	147.3
2Q 1999	7.9	13.5	161.4	12.8	160.0
3Q 1999	7.9	13.1	174.5	12.6	172.6
4Q 1999	7.9	13.4	187.8	12.9	185.5
1Q 2000	8.1	13.5	201.3	13.5	199.0
2Q 2000	8.1	14.6	215.9	13.9	212.9
3Q 2000	8.1	14.1	230.0		
4Q 2000	8.1	14.4	244.4		
1Q 2001	5.6	14.2	258.7		
2Q 2001	5.6	15.4	274.1		
3Q 2001	5.6	14.9	289.0		
4Q 2001	5.6	15.2	304.2		

資料: Office of Actuary, *Health Care Financing Administration*, 2001.

나) 診療酬價 調整(Fee Schedule Update)

환산지수의 조정을 나타내는 진료수가 조정(fee schedule update)은 매년 메디케어 경제지수(MEI: Medicare Economic Index)와 목표진료비와 실제진료비의 차이 보정지수(PAF: Performance Adjustment Factor)의 변화

에 의해 개정된다(fee schedule update = MEI × PAF). MEI는 의사가 의료서비스를 제공하는데 필요한 여러 가지 투입요인들의 가중 평균적인 가격변화를 측정한 것인데 투입요인은 의사 자신의 업무량(Physician's own time)과 의료서비스를 제공하는데 필요한 관리비용(Physician's practice expense)으로 구분된다. 이들을 세분화하면 다음과 같다.

의사 자신의 업무량 = 임금(wages and salaries)＋임금외 보상(fringe benefits)
관리비용 = 병원 종사자 임금 및 임금외 보상＋진료실 비용(office expense)＋ 의료자재 비용(medical materials and supplies) ＋기타 비용(병원차량 유지비용 등)

익년도의 MEI는 당해년도 6월 30일 이전의 4분기간 이동평균(moving average)을 토대로 추정한다. 1996년을 기준연도로 하여 2001년도 미국의 추정 MEI는 2.1%이다. 한편 PAF는 목표진료비를 제대로 설정하였는가를 반영하는 것으로 실제진료비와 목표진료비의 비교를 기초로 하여 계산하는 데 계산공식은 아래와 같다.

$$PAF_t = \frac{\text{목표진료비}_{t-1} - \text{실제진료비}_{t-1}}{\text{실제진료비}_{t-1}} \times 0.75$$

$$+ \frac{\text{목표진료비}_{t0\sim(t-1)} - \text{실제진료비}_{t0\sim(t-1)}}{\text{실제진료비}_{t-1} \times (1 + SGR_t)} \times 0.33$$

t = 연도
t0 = 기준연도(1996년)
t0～(t-1) = t0 부터 t-1까지 합산
$\text{목표진료비}_{t-1} = \text{목표진료비}_{t-2} \times (1 + \text{SGR}_{t-1})$

익년도의 PAF를 계산할 때 당해년도의 목표진료비와 실제진료비의

차이와 누적된 진료비의 차이에 각각 0.75와 0.33을 곱하는 이유는 모의실험(simulation)결과를 토대로 당해년도의 차이와 기준연도(1996년)부터 당해연도까지의 누적된 차이의 균형을 맞추기 위한 것이다.

2001년의 PAF는 다음과 같다.

$$PAF_{2001} = \frac{\text{목표진료비}_{2000} - \text{실제진료비}_{2000}}{\text{실제진료비}_{2000}} \times 0.75 + \frac{\text{목표진료비}_{1996\sim2000} - \text{실제진료비}_{1996\sim2000}}{\text{실제진료비}_{2000} \times (1 + SGR_{2001})} \times 0.33$$

$$= \frac{(56.6 - 55.1)}{55.1} \times 0.75 + \frac{(244.4 - 240.6)}{(55.1 \times 1.056)} \times 0.33$$

= 0.042 = 4.2% (진료비 단위: 10억불)

2001년도 미국의 Medicare 추정 PAF는 위의 계산과 같이 4.2%이나, 법률로 PAF의 증감범위를 최저 -7%와 최고 3%로 규정하여 실제 계산시에는 최고증가한도인 3%를 사용한다. 추정된 익년도 MEI와 PAF를 곱하여 익년도 진료수가 조정률(fee schedule update)을 구하는데, 이를 가지고 환산지수(conversion factor)를 계산한다.

- 2001년 진료수가 조정률 = 2001년 MEI × 2001년 PAF
  = 1.021 × 1.03 = 1.05163
- 2001년 환산지수 = 2000년 환산지수 × 진료수가 조정률
  = $36.6137 × 1.05163
  = $38.5040

여기에서 1.05163이라는 2001년 진료수가 조정률은 2000년의 실제 발생한 진료비가 목표진료비보다 적어 2001년의 환산지수를 2000년보다 약 5.1%가량을 높인다는 뜻이다.

<表 Ⅳ-3>은 1992년부터 2001년까지의 미국의 MEI와 진료수가 산정기준율(fee schedule update)을, 그리고 [圖 Ⅳ-2]는 미국의 진료비 목표제를 수식으로 나타낸 것이다.

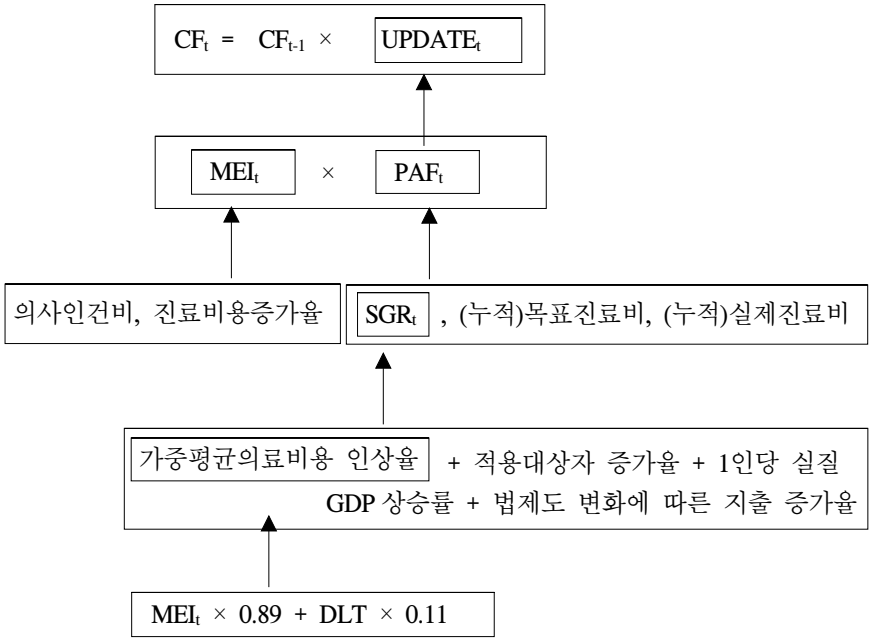
〈表 Ⅳ-3〉 美國의 MEI와 診療酬價 調整(1992～2001)

(단위: %)

연도	MEI	Update
1992	3.2	1.9
1993	2.7	1.4
1994	2.3	7.0
1995	2.1	7.5
1996	2.0	0.8
1997	2.0	0.6
1998	2.2	2.3
1999	2.3	2.3
2000	2.4	5.5
2001	2.1	5.2
연평균(1992～2001)	2.3	3.5
합 계(1992～2001)	25.9	40.0

資料: Office of Actuary, *Health Care Financing Administration*, 2001.

〔圖 Ⅳ-2〕 美國의 診療費 目標制 數式圖



CF: 환산지수(Conversion Factor)
UPDATE: 진료수가 인상률
MEI: 의료서비스 가격 증감률(Medicare Economic Index)
PAF: 목표진료비와 실제진료비간 차이 보정지수
(Performance Adjustment Factor)
SGR: 지속가능한 목표진료비 증가률(Sustainable Growth Rate)
DLT: 진단(Dignostic laboratory test) 비용 증감률

2) 療養機關 契約制 導入

요양기관 계약제는 대부분의 선진국에서 실시되는 제도로서 의료서비스 제공자(요양기관이나 공급자)들에게 사회보험으로써의 건강보험을 강제화하지 않고, 보험자와의 계약에 의하여 서비스를 제공하도록

하는 것이다. 즉, 과잉·부당 청구를 하거나 서비스 질이 낮은 기관(병의원, 약국)을 보험자가 건강보험 지정기관에서 해지할 수 있고, 요양기관도 강제적으로 건강보험을 취급하지 않아도 되는 권리를 부여하는 것이다. 대부분의 선진국에서 공공의료기관은 공적의료보험을 취급하지 않을 수 없으며, 사적 의료기관들은 정부나 보험자와의 계약에 의하여 진료하고 있다. 민간자본에 의하여 설립된 의료기관에 대해 국가가 사회보험에 의한 가격통제를 강제화 하는 것에는 한계가 있다. 보험자와 요양기관간의 쌍방 계약에 의해 의료서비스를 제공함으로써, 요양기관은 계약에서 해지되지 않도록 진료비용의 청구나 서비스의 질의 향상에 주의를 기울이게 되고 보험자는 효율적으로 의료공급자들을 관리할 수 있게 된다.

독일의 경우 1997년에 의사수는 282,737명이었으나 保險醫 數[18]는 114,955명(1996년 기준)이었다. 일본은 보험 의료기관 및 약국, 보험의사 및 약사를 지정함에 있어 개인지정방식과 기관지정방식을 병용하고 있다. 보험의료기관과 보험약국의 지정 유효기간은 6년이다.

3) 停年制 導入

독일은 증가하는 의사수에 대처하여 1999년에 보험의 정년제를 도입하였고, 영국은 일반의 정년을 70세로 제한하였다.

4) 開院 規制

영국은 일반의(GP) 개원의 편재를 막기 위하여 '개원규제위원회'에서 조정(개원장려지역과 개원규제지역으로 구분)하였다. 주민의 GP 등록이 전제조건이며 일반의 평균 등록 환자수는 1998년 1,866명이었다. 이러한

18) 保險醫란 보험자와 의사간에 공보험에 의한 환자진료를 위한 계약을 맺은 의사이다.

등록환자수의 제한과 일정 지역 내에 과도한 일반의 개업을 규제함으로써 의료비의 상승을 억제하고자 하였다.

5) 醫療指標制: 病床 및 高額醫療機器 規制

프랑스는 의료지표제도를 통하여 의료공급의 확대를 규제함으로써 의료비를 억제하고 있다. 1970년부터 병원개혁법을 제정하여 고가장비의 설치허가제를 도입하였다. 내과계 및 외과계 병상수는 인구 1000명당 1～2.2으로, 산과계 병상수는 인구 1000명당 0.2～0.5로 제한하였고, CT는 인구 11만당 1대, MRI 는 인구 50만명당 1대로 제한하였다.

6) 保險行爲給與 目錄 再算定

독일은 치료수단의 경제성을 평가하여 비경제적인 치료행위는 보험급여에서 제외함으로써 불필요한 진료비의 낭비를 억제하고 서비스행위들의 비용효과성을 제고하려 하였다.

7) 保險料收入 增加에 比例한 診療費 增加

독일은 진료비 억제를 위한 여러 가지 방안을 강구하면서, 보험료 수입 증가율에 따라 입원, 외래, 약제 등 각 분야의 비용증가의 상한을 설정하는 방법을 도입하기도 하였다. 즉, 부담능력의 여력 내에서 지출을 제한하려는 '量入制出'의 원칙에 입각한다. 이는 현재 보험재정위기를 겪고 있는 우리의 상황에서 보험료와 국고의 부담여력 내에서 진료비용의 규모를 통제하는 것을 검토할 수 있을 것이다.

8) 1日 診察 患者數에 따른 診察料 遞減制

대만의 경우 1일 진료환자수의 규모에 따라 진찰료를 체감적용 시키고 있다. 의약분업에 따라 조제하지 않는 의사와 직접 조제하는 의사를 구분하여 체감의 기준을 달리 적용하고 있다. 이는 환자수가 증가할수록 평균비용이 감소할 것이라는 규모의 경제원칙을 적용한 것으로 해석할 수 있다. 그리고 진찰환자수 규모에 따라 의사들의 수입격차가 커질 것이므로 의사들간 수입격차를 줄여주는 효과가 있을 것이고, 과도하게 많은 환자들을 진료함으로써 진료의 질이 하락하는 것을 제어하는 효과도 있을 것이다. 그러나 의사의 능력에 따라 환자들이 선택하도록 하는 시장기능을 가격으로 규제하는 것은 옳지 않다는 비판도 제기되고 있다.

〈表 Ⅳ-4〉 臺灣의 診察料 遞減制

(단위: NT$)

일당 환자수	30인 이하	31～50인	51～70인	71～150인	151인 이상
진찰료 (의사 비조제시)	255	245	205	145	125
진찰료 (의사 직접 조제시)	230	220	180	120	100

資料: 의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

9) 醫療記錄(健康手帖)制度

프랑스는 병력, 예방접종기록, 환자관리정보(진단, 검사, 투약 등)를 의원과 병원, 주치의 등이 환자의 건강수첩에 기록함으로써 불필요한 중복 진료를 억제할 수 있는 시스템이다.

그 절차는 의원 및 병원에서 환자의 의료정보를 주치의에게 송부하고, 주치의가 의료기록을 보험자에게 신고하고, 보험자가 의료기록을 인가한다. 따라서 주치의가 불필요한 의료이용(특히 중복수진, 부적절한 입원)을 억제함과 동시에 긴급시 의료정보를 제공할 수 있다. 그러나 이 제도는 프랑스 고유의 개인주의와 사생활을 침해한다는 여론의 압력에 밀려 이 제도는 실패로 끝났다.

10) 開放病院制를 통한 醫療資源의 效率的 活用

미국은 병원으로부터 독립된 개업 전문의가 병원과 계약을 맺어 의료기기와 병상을 사용해 수술(치료)을 하고 입원전, 퇴원후에 환자의 통원 치료를 돕는다. 따라서 개업의가 별도로 의료장비에 대한 막대한 투자비용을 아낄 수 있고, 고가장비에 대한 투자비용을 회수하기 위한 과잉 진료를 제어할 수 있다. 개방병원제는 전문의 중심의 우리나라의 의료시스템에 적극 도입을 검토하만 하다.

11) 不當診療費 請求 抑制를 위한 調査 强化

미국은 진료비 부정청구를 방지하기 위하여 메디케어에서는 부정청구에 대항하기 위한 기금(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control Account)을 마련하였고, 동 기금은 보건복지부(DHHS)와 법무부(DOJ, FBI 포함)에 나누어져 있으며, FBI와 법무부가 건강보험 부정에 관한 조사를 실시하도록 하고 있다.

예방(prevention), 적발(detection), 처벌(enforcement)을 주기능으로 하는 이러한 조사는 첫째, 새로 개업한 의료공급자의 청구패턴을 일정기간 동안 감시한다. 둘째, 의료소비자에 대한 교육을 강화하는 것으로 부당청구에 취약한 계층(빈곤층 등)에게 중점 교육을 실시하고, 의

료소비자에게 급여내역서를 신속하게 보내어 신중한 검토를 장려한다. 그리고 부당청구 적발이 의료 접근도를 낮추지 않는다는 사실을 주지시킨다. 셋째, 의료기관을 무작위로 직접 방문하여 조사함으로써 부당청구를 적발한다. 넷째, 기습적인 세무조사를 시행한다. 다섯째, 의료공급자 단체에 의한 자체적인 부당청구 적발을 장려한다. 기타 보험자간 정보를 공유하도록 제도화하고 부당청구시 범죄와 동일시하여 처벌을 강화하고 있다.

나. 醫療供給者 統制: 診療費支拂制度 改善

1) 病院 日當支拂制와 件當支拂制 導入

통상 병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 독일과 프랑스가 사용하였다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 환자수에 비례한 예산제약에 의하여 비용을 적절하게 통제하려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련비용은 서비스 대가를 지불하도록 하였다. 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다. 일당지불제나 건당지불제 모두 예산상 제약과 투입비용을 절감하려는 유인을 제공하는 지불방식이다. 일당지불제가 보다 단순하고 예산제약을 강화하는 반면에 의료공급자가 질병종류별로 자율적인 진료를 하는 데에는 제약이 많다고 볼 수 있다. 병원의 특성이나 입원환자들의 질병양상에 다른 다양성을 포괄하기 위해서 건당지불제를 병용하는 것이 합당할 것이다.

현재 우리나라의 의료시스템은 전국의 요양기관 이용에 제한이 없고, 지역별, 요양기관종별로 입원환자의 특성에 차이가 많아 일당지불방식을 탄력성있게 차등 적용하는 방안을 도출하는 것이 쉽지 않을 것이다.

2) 開院醫 總額契約制

프랑스의 경우 개원의에 대한 총액계약제는 1994년 전국 협약으로 진료비총액 증가율의 목표를 설정하였고, 이어 1996년에는 총액증가율을 물가상승률 범위 내로 결정하였다. 그리고 1997년에는 총액증가율이 목표치를 초과할 경우 의사가 의료비 반환을 하도록 규제하였으나, 개인별 의료비 초과분에 대해 전체가 연대책임을 지는 것은 위헌으로 판결되어 반환이 일어나지 않고 있다[19].

독일은 각 질병금고가 州보험의협회와 총액 계약하고, 보험의협회가 각 개원의에게 의료행위량(행위별수가제에 기초)에 비례하여 배분한다. 총액의 인상률은 기본임금의 상승률 범위 내에서 억제하고, 행위 1점당 단가는 총액진료비를 총청구점수로 나누어 산출하여 정산한다.

개원의에 대한 총액계약제를 우리나라에 적용할 때에 우선 중소병원과 확연히 구분되는 개원의를 정의하여야 한다. 그러나 중소병원의 경영이 어려워져 한계선상에 있는 소규모 병원은 병상을 줄임으로써 의원으로 전환이 가능하므로 중소병원과 개원의원(혹은 집단개원의원) 간의 기능분화가 쉽지 않다. 개원의들이 일차의료를 담당하는 선진국 의료체계와는 달리 대부분 전문의들이기 때문에 개원의협회가 발족하더라도 전문과목별 개원의에 대한 총액진료예산의 배분이 매우 복잡해질 것이고 전문과목별로 배분문제를 둘러싼 갈등이 표출될 것이다.

3) 病院 總額豫算制

프랑스는 먼저 공공병원에 대하여 전국 22개 지방병원청(ARH)이

---

19) 프랑스는 국가적으로 의료보험 전체지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분한다. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사수와 의과대학생수 등을 규제하고 있다.

지역내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원은 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별진료비자료(GHM; 프랑스식 DRG)를 ARH에 제출하고, ARH에서 타당성을 심사하며, GHM에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정하는 방식으로 운영한다.

다음으로 민간영리 및 비영리 병원에 대하여 의사진료비는 개원의 협약요금에 준하여 지불하고, 병원진료비는 ARH와 병원과의 개별계약에 의해 1일당 정액과 1일(회)당 포괄지불제를 병용한다.

우리나라의 경우 국공립 병원에 대하여 예산제를 우선 도입할 것을 검토할 수 있으나, 국립대학병원과 지방공사 의료원은 민간병원과의 경쟁력에 있어서 상당한 차이가 있고 그 특성에도 차이가 있어 예산총액을 결정하는 것이 쉽지 않을 것이다. 그리고 환자의 공공병원 선택이 지역으로 제한이 되지 않고 전국적으로 이용에 제한이 없는 상황 하에서 차년도 예산을 계획하고 추후 정산하는 방법을 개발하는 것이 그다지 용이하지는 않을 것이다.

4) 包括酬價制의 導入

미국은 메디케어 입원환자에 대하여 진단명에 근거한 포괄수가제(DRG)를 도입하고 있고 외래에 대하여도 포괄수가제(APG) 도입을 서두르고 있다. 독일은 외과적 치료 패턴에 따른 통상 진료비 근거(94종, 1998년)에 포괄수가제를 도입하고 있다. 프랑스는 질병군별진료비자료(GHM; 프랑스식 DRG)를 총액예산의 산정에 이용하는 방식을 사용하고 있다.

의료비 통제의 방안으로서 병원에 대해서는 DRG 시스템으로 이행하는 국가가 증가하고 있다. DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별 병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 더욱 용이한 시스템이 되기 때문이다. 오스트리아와 이태리는 일당정액 지불제에

서 DRG 시스템으로 전환하였다. 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있다. 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다.

노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity- based)을 추가하였다(최병호, 2000, 6).

5) 特殊病院에 대한 適正費用基準(Reasonable Costs Basis) 支拂方式(美國)

미국의 메디케어 입원의 경우 DRG 에 근거한 선지불제도는 급성병원의 입원서비스에 중점을 두었기 때문에 모든 병원 및 서비스에 적용되지는 않았다. 정신병원, 재활병원, 정신 및 재활병동, 알코올·마약병동, 소아병동, 장기요양병원 등 특수병원에 대해서는 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, 1982)에 의한 지불방식의 적용을 받았다. 즉, 豫算制約으로 인하여 기관 특성별로 실제 허용 가능한 비용을 산정하여 지불보상에 일정한 上限을 두는 방식을 취하였다(최병호, 1999. 6).

다. 醫療供給者 統制: 藥劑費 節減

1) 藥局 開設의 規制

독일 약국법은 약국을 개설하기 위해서는 일정기간 이상 근무한 약사의 경력을 요구한다. 참고로 1997년 말 약국 1개당 주민수는 구서독 3,640명, 구동독 4,890명이다. 미국의 경우에도 약국을 개업하기 전에 약사 면허를 취득한 후에 개원약국에서의 일정한 연수기간이 필요하다.

우리나라의 경우 의약분업이 시행된 만큼 약사 면허 취득 후에 의사의 처방전에 따라 환자들에게 조제하고 복약지도를 하는 서비스의 내용에 상당한 변화가 발생하였고, 이에 상응하는 기술료를 보상하므로 개업하기 전에 일정한 연수가 필요하다. 특히 기존 개업약사들에

대한 의무적인 연수와 자격을 강화할 필요가 있을 것이다. 건강보험을 취급할 수 있는 보험약사의 자격을 제한하는 것도 검토할 필요가 있다. 즉, 보험약사만이 의약분업에 의한 전문약을 조제할 수 있도록 하는 것이다.

2) 藥劑費 總額豫算制

독일은 의사가 처방한 약제비가 예산총액을 초과할 경우, 일정 초과액까지는 보험의가 부담하고, 그 이상 초과분은 제약회사가 부담하도록 한다. 다만, 입원시 약제비는 입원비에 포함한다.

3) 醫藥品에 대한 規制

의약품 사용에 대한 규제정책으로 첫째, 의약품 기준가격제(reference pricing) 도입이다. 기준가격제란 각 약품별로 기준가격(reference price; 즉, 최고상한수준 maximum reimbursement level)을 정하여, 소매가와 기준가격간의 차액을 소비자가 부담하도록 한다. 독일(1989), 네덜란드(1991), 스웨덴(1992), 덴마크(1993), 이태리(1996), 노르웨이에서 시행하고 있다. 독일은 1998년 전체 보험약제의 약 60%에 대해 적용하고, 그 외 약제는 목록(list)상 가격 기준으로 자유로운 판매가격을 적용한다(Mossialos, 1999)[20].

---

20) 참조가격제의 기대효과는 보험약가의 인하로 재정이 절감되는 반면 소비자 본인부담이 증가할 것이다. 그런데 외국의 경우 약제비 전체지출을 줄이는 효과는 단기적인 데에 그쳤다는 평가가 있다. 제약업소들이 참조가격에 포함되지 않는 약에 대한 시장점유율을 높이고 가격을 인상함으로써, 참조가격으로부터의 손실을 보충하려 행동했기 때문이다. 독일의 경우 1991～92년간에 참조가격은 1.5% 하락하였으나, 참조가격 비적용 약가는 4.1% 인상되었다. 그리고 참조가격은 상품명 약가보다 평균적으로 30% 이하로 낮게 책정됨으로써, 성분약(generics) 시장의 신장이 기대되었으나 예상대로 되지 못하였다.

둘째, 성분명(generic) 의약품의 대체조제 권장 및 가격경쟁(독일, 네덜란드, 영국)을 조장한다.

셋째, 약가의 규제방식은 국가별로 다양하다. 생산 원가에 근거하여 통제하는 국가(오스트리아, 스페인), 자유가격과 기준가격(reference price)을 혼용하는 국가(덴마크, 독일), 약효에 근거하여 제약회사와의 협상으로 가격을 산정하는 국가(프랑스), 협상가격과 기준가격을 혼용하는 국가(스웨덴)가 있고, 심지어는 약가 이윤을 통제하는 국가(영국)도 있다.

넷째, 보험약품 목록제를 시행한다. 약효가 확실치 않은 약품에 대해서는 상환대상에서 제외한다(프랑스, 1990). 다음으로 약품의 Positive List 제도를 도입하여 약효가 의심스러운 비경제적인 의약품은 급여목록에서 제외한다.(독일) 네덜란드는 의약품 급여목록을 가격과 함께 고시하고, 비급여 목록도 함께 제시하여 가격경쟁을 시키고, 의약품의 보험급여 범주 제한으로 의약품 지출을 억제하였다. 그러나 처방당 의약품의 종류가 늘어나 이 제도를 철회하였다.

라. 患者 本人負擔制

1) OECD 國家의 本人負擔制(1998年)[21]

OECD 국가들의 경우 본인부담제는 매우 다양한 형태를 띠고 있다. 각국의 질병위험을 보장하는 방식에 대한 사회정책 이념과 의료시장 발전의 역사에 따라 다양하게 전개되어 온 결과일 것이다.

대체로 입원의 경우 본인부담이 없거나 정액부담 등 본인부담을 낮게 책정하고 있다. 외래의 경우에는 상대적으로 본인이 일정하게 부담하도록 하고 있다. 특히 외래의 경우 일반의와 전문의로 구분하여

21) 본인부담과 관련한 보다 구체적인 사항은 최병호(2000. 4) 참조하기 바란다.

본인부담을 달리 적용하고 있으며 전문의의 외래진료에 대해 본인부담을 강화하는 성향이 있다. 대부분 의약분업을 실시하고 있기 때문에 약제비에 대한 본인부담의 형태는 더욱 다양하고 복잡하다. 약제비에 대한 본인부담은 약의 종류에 따라 본인부담비율에 차등을 두고 있는 것이 특징적이다.

우리와 유사한 의료보험 형태를 가진 일본의 경우 가입자와 피부양자의 자격에 따라 본인부담률을 달리 정하고 있고, 약제에 대해 외래 내복약과 외용약에 따라 본인부담을 달리하고 있는 것이 특징적이다. 그 외 사회보험방식에 의한 제도를 운영하는 국가들의 경우를 살펴보면 독일은 외래 본인부담이 없으나 약제에 대해 정액부담을 시행하고 있고, 입원에 대해 입원기간에 따른 정액을 부담시키고 있어 본인부담을 가급적 적게 하고 있다. 반면에 프랑스의 경우 외래 본인부담률을 25%로 상당히 높게 책정하고 있고, 약제에 대해서는 본인부담을 없애는 방식을 취하되 필수의약품이 아닌 약제에 대해 본인부담률에 차등을 두고 있다. 또한 입원에 대해서도 정액에다가 정률 20%를 혼합한 본인부담 형태를 갖고 있어 본인부담을 강화한 점이 독일과는 대비된다. 네덜란드의 경우 공보험이 전국민의 70% 정도를 적용하는 상당히 제한적인 형태를 갖고 있는데, 공보험 가입자의 외래에 대해 본인부담이 없고 약제에 대해 정액부담을 하되 연간 부담의 상한액을 두고 있다. 입원에 대해서는 정액을 부담시키고 있다. 네덜란드는 공보험과 사보험을 공존시키면서 부담능력이 있는 계층에 대해서는 사보험에 의한 자기책임을 강조하고, 부담능력이 낮은 상당수의 계층에 대해서는 공보험 가입으로 본인부담을 낮게 가져가는 형태를 취하고 있다.

국가 의료서비스 방식을 취하고 있는 국가들을 살펴보자. 영국의 경우 외래와 입원의 본인부담이 없고, 약제에 대해서만 처방당 4～5불을 부담시키고 있다. 그런데 호주는 영국보다는 본인부담을 강화하

였다. 입원의 경우 본인부담이 없으나 외래에 대해 일정한 진료비까지는 정액을 부담시키고 있다. 뉴질랜드 역시 입원에 대해 본인부담이 없으나 외래와 약제에 대해 본인부담을 지우고 있다. 덴마크는 영국과 유사한 형태이다. 핀란드는 입원과 외래에 대해 정액부담제를 취하고 있고, 약제에 대해 정액부담에다 60%의 높은 정률을 두고 있다. 이태리는 전문의 외래진료에 대해 본인부담의 상한을 두고 있으며 약제군별로 본인부담률을 달리하고 있다. 노르웨이는 외래에 대해 정액제이나 약제에 대해 25% 정률을 부담시키되 43불의 상한을 두고 있다. 스페인은 본인부담이 없으나 약제에 대해서만 본인부담을 지우되 연금수급자와 장기질환자에 대한 본인부담은 면제하고 있다. 스웨덴은 외래와 입원에 대해 정액부담을 지우고 있다. 이처럼 국가의료서비스 방식의 경우 본인부담이 대체로 적으나 국가마다 다양하다. 미국의 경우 메디케어 입원에 대해 1999년의 경우 Deductible과 일당 본인부담을 병용하고 있다. 첫 60일간 768불까지 전액 본인부담(Deductible)이고, 61～90일까지 일당 192불, 91～150일까지 일당 384불, 151일 이상 전액본인부담이다. Part B(외래)의 Deductible은 연간 100불(정률본인부담 20%)이다.

〈表 Ⅳ-5〉 OECD 國家의 本人負擔制

(단위: US $)

국가	외래		약제	입원	X-ray and Pathology
	일반의	전문의			
호주	진료비의 25%에 대해 평균 5불	진료비의 71%에 대해 평균 8불	처방당 11불까지	없음.	전문의 진료비에 포함
오스트리아	인구의 20%가 10～20% 부담	2.5불	6불	외래와 동일	-
벨기에	25% (단, 취약계층은 10%)	일반의와 동일	정액 plus negative list에 대해 100, 80, 60, 50, 0%로 다양	일당 5～6불, 취약계층은 2～3불, 90일 이후에는 증액	-
캐나다	없음.	없음.	지방별로 자율	없음.	없음.
덴마크	인구의 3% 이하를 제외하고는 없음		정액 plus 50, 70, 100%	없음.	없음.
핀란드	17	17불	8불을 초과하는 경우에 60%	22불	없음.
프랑스	25%[1)]	25%[1)]	비대체성약품 0%, 일반약('comfort' 약제) 35%, 경치료약 65%; 비타민 등 100%	일당 5～6불, plus 최초 30일간에 대해 총 비용의 20%	35%
독일	없음.	없음.	처방당 3불(단, 많은 예외가 있음)	첫 14일간은 3불 (많은 예외 있음)	-
그리스	없음.	없음.	0, 10, 25%	15불	-
아이슬란드	9불	17불 plus 초과분의 40%	0, 12.5, 25%	없음.	13불

〈表 Ⅳ-5〉 계속

국가	외래		약제	입원	X-ray and Pathology
	일반의	전문의			
아일랜드	인구의 35% 유형 Ⅰ:본인 부담 없음. 유형 Ⅱ 집단: 본인이 부담	좌 동	유형 Ⅰ: 없음. 유형Ⅱ: 월21불까지 본인 부담	유형 Ⅰ: 없음 유형 Ⅱ: 일당 17불 단, 12개월내에서 166불까지 부담	유형 Ⅰ: 부담없음.
이태리	없음.	최고 41불	3개군으로 구분: 1군은 무료; 2군은 50%(단, 취약계층은 0%); 3군은 100%	없음.	최고 41불까지
일본	피용자는 20%, 피부양자는 30%, 자영자 및 피부양자는 30%		외래의 경우 내복약은 0에서 6개 이상 처방시 0.85불까지; 외용약은 0.4불에서 3개 이상 처방시 1.2불까지	피용자 10%; 피부양자 20%; 자영자와 피부양자는 30%	피용자 10%, 피부양자 20%, 자영자 및 피부양자 30%
룩셈부르크	5%	5%	0% 혹은 20%	정액	-
네덜란드	공보험 환자는 없음. 사보험환자는 약관에 따라 다양[2)]	좌동	정액, 단, 가구당 연간 67불이상한(공보험)	정액	-
뉴질랜드	추가청구 진료비 부담	3～17불	2～8불	없음.	외래 경우 3～17불
노르웨이	11불	16불	25% 단, 처방당 43불이 상한	없음.	X-RAY 11불
포르투갈	-	91～213불	0, 30, 60, 100%	30불	-

〈表 Ⅳ-5〉 계속

국가	외래		약제	입원	X-ray and Pathology
	일반의	전문의			
스페인	없음.	없음.	0, 40%; 연금수급자와 장기질환자는 대부분 면제[3]	없음.	없음.
스웨덴[4]	6～19불	-	최초처방 15불, 이후 처방당 1불	8불	-
스위스[5]	10%	10%	10%	일당 7불	10%
터키	없음.	없음.	퇴직자 10% 취업자 20%	없음.	없음.
영국	없음.	없음.	처방당 4～5불 혹은 'Season ticket (65$)' 구입시 없음	없음.	없음.
미국[6]	100불 plus 그 초과분의 20%		100%	첫 60일간 676불	외래와 동일

註: 1) 계약수가의 25%이며 진료비 추가청구가 있는 경우 그 이상의 본인부담. 진료비 추가 청구나 본인부담에 대한 보충보험에 가입되어 있을 경우에는 본인부담은 더 낮아짐. 보충보험은 전인구의 80%를 적용하고 있음. 취약계층과 장기질환자는 본인부담을 면제하기도 함.
2) 만성질환에 대해서는 전인구가 공보험에 가입, 급성질환에 대해서는 인구의 70%는 공보험에 가입하고, 30%는 사보험에 가입, 사보험환자는 원하는 바에 따라 deductibles과 copayment를 선택할 수 있음.
3) 만성병환자는 10%에서 처방당 최고 2.75불까지 부담
4) 연간 상한이 있음.
5) 연간 160불까지는 본인부담(deductible)(1998)
6) HMO에 속해 있다면 더 낮은 deductible

資料: OECD 문서번호 DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN(Backgrouad Documents/The Caring World: National Achievements/Tables and Clants, Paris 23～24 June 1998)

2) 長期入院에 따른 本人負擔 遞增制

대만은 외래 환자수 규모에 비례한 진찰료 체감제와 더불어 입원

환자에 대해 입원일수의 장기화에 따른 본인부담을 체증함으로써 장기입원을 억제하고 입원비용을 절감하려 한다.

〈表 Ⅳ-6〉 臺灣의 長期入院에 따른 本人負擔 遞增制

급성병실		만성병실	
재원일수	본인부담률[1]	재원일수	본인부담률
30일 이내	10%	30일 이내	5%
31～60일	20%	31～90일	10%
61일 이상	30%	91～180일	20%
		181일 이상	30%

註: 1) 급성병실의 본인부담금은 진료비 대비 약 5.9%임.
資料: 의료보험통합추진기획단,『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

3) 서비스 除外(Delisting of Services)

네덜란드는 1990년대 초반 보험재정의 안정을 도모하고자 몇 가지 서비스를 제외하였다. 17세 이상 성인의 치과서비스, 물리치료, 생체공학요법, 몇 가지 내과적 치료 등이다. 구체적으로 위암의 광범위한 수술, 하지 혈액순환 정지를 위한 전기자극, 관동맥차단을 위한 엑시머 레이저, 중성구 결핍증 및 발열 환자에서의 호르몬 성장치료, 자살시도 환자 등은 보험적용에서 제외하였다.

마. 加入者(患者)의 費用意識 提高

1) MSA(醫療貯蓄制度) 導入

의료저축제도는 의료보험료를 가족이나 본인 명의의 의료저축계좌에 적립하고, 저축계좌의 적립금에서 의료비를 충당하는 제도이다. 장래에 발생할지도 모르는 의료비에 대비하여 미리 저축하여 노후의 의

료비 발생에 대비하는 측면이 강하다. 현재의 의료보험제도는 자신이 내는 보험료와 자신이 쓰는 의료비와는 전혀 무관하다. 따라서 자신이 병의원을 전혀 이용하지 않더라도 병의원을 이용하는 누군가를 위해서 보험료를 계속 내어야 한다. 반면 의료저축제도에서는 자신이 쓰는 의료비와 내는 보험료가 그대로 연결된다. 병의원을 이용하지 않아 적립되는 금액은 다른 용도로 활용이 가능하다.

싱가폴의 의료저축제도는 Medisave, Medishield, Medifund로 세부문으로 구성되고 있다.

첫째, Medisave(1984년)는 통상적인 입원 및 외래진료비용의 조달을 위한 목적에서 도입되었다. 보험료는 근로자의 경우 35세 이하 6%, 35～45세까지 7%, 45세 이상 8%로 연령에 따라 차등을 두고 있다. 자영자는 과세소득자는 근로자와 동일하고, 비과세소득자는 연령구간별로 정액을 부담한다. 불입액에 대해 세금이 면제되고, 적립금에 대해 시중은행 이자를 보장한다. 55세에 달하면 최소한의 적립금을 제외하고 인출하여 주택구입이나 학자금 등으로 활용이 가능하다.

둘째는 Medishield와 Medishield Plus(Plan A, Plan B)(1990)제도로서 장기 입원을 요하는 중증질환에 대비한 사회보험방식이다. Deductible과 Co-insurance(20%)를 혼용한 본인부담방식을 채택하고 있다. 70세 이전에 가입하여 75세까지 급여가 보장되며, 본인이 가입하지 않겠다는 의사를 표시하지 않는 한 자동적으로 가입(Medisave 가입자의 78%가 가입)된다. 보험료는 연령이 올라갈수록 많아지지만(75세까지 보험료 불입), 소득수준에 무관한 정액으로써 Medisave에서 자동 인출된다.

셋째, Medifund(1993)는 가난한 계층에 대한 진료비 보조를 위하여 도입되었다. Medisave, Medishield, 정부 보조금 등으로도 의료비를 충당할 수 없을 때에 지원된다. 다만, 수혜자가 미리 정해져 있지는 않고, 병원내의 의료복지요원들이 보조를 신청하는 사람들을 '병원

Medifund 위원회'에 상정하여 위원회 결정에 따라 보조금 정도를 결정(신청자의 99%가 혜택)한다. 다만, 국공립 의료기관에서만 진료를 받을 수 있다.

우리나라에 싱가폴식 의료저축제도를 도입하는 데에는 의료환경에 있어서 차이가 있음을 유의하여야 한다. 우선 공공의료기반이 확충(병원급 이상 중 80%가 공공부문)되어 있다. 그리고 공공의료기관에 대한 정부보조로 의료이용료가 저렴하다. 공공병원의 C class는 80% 보조, B2 class(6병상)는 65% 보조, B1 class(3～4인 병상)는 20% 보조, A class 0% 보조를 받는다. 외래진료는 성인 50% 보조, 어린이/노인 75% 보조를 받는다. 비영리 복지기관(지역사회, 재택의료, 재택간호)에 운영비의 50% 보조, 자본비용의 90%를 지원함으로써 값싸게 이용하고 있다. 또한 높은 정규직 고용상태와 낮은 자영자 비율(8%)이 제도의 성공적 요인임을 간과할 수 없다. 특히 저축계좌와 의료기관간 전산정보체계가 구축되어 신속한 처리(Medisave는 3일내, Medishield는 7일내 지급)를 할 수 있는 인프라가 바탕이 되고 있다.

2) 診療費 後拂償還制

프랑스는 의료기관이나 약국에 先지불(수표[22]나 카드)후, 보험자로부터 後상환하는 시스템이다. 단, 입원진료는 현물급여 방식이다. 이 방식에 따르면 환자의 입장에서는 자신의 예금계좌에서 직접 진료비가 빠져나가기 때문에 의료이용을 비교적 자제하게 될 것이다. 물론 진료비중 상당부분은 다시 보험자로부터 상환받겠지만 본인부담을 제외한 부분만 상환받기 때문에 비용에 민감해질 가능성이 있다. 의료기관의 입장에서는 환자로부터 직접 지불을 받기 때문에 자금운용 측

22) 우리나라에서 통상 사용하는 현금과 다름없는 수표가 아닌 개인신용을 담보로 한 일종의 개인어음(personal check)의 형태일 것이다.

면에서 여유가 있을 것이다. 그리고 환자의 지불능력을 어느 정도 감안하게 될 것이다.

우리나라의 경우 이 제도를 적용하기 위해서는 몇 가지 검토가 필요하다. 신용카드를 사용하지 않는 환자의 경우 직접 많은 현금을 준비하여야 하는 불편이 있다. 특히 저소득층의 경우 상당한 애로가 있을 것이다. 의료기관의 입장에서는 신용카드 사용 수수료문제를 다시 제기할 것이나, 환자로부터 직접 진료비를 지급받는 편의성과 경제성 때문에 수수료문제를 제기하지 않을 수도 있다. 그리고 대부분 신용카드로 결제하게 되면 의료기관의 매출이 투명하게 드러나는 장점이 있는 동시에 제도 도입을 꺼려하는 움직임이 있을 것이다. 특히 급여와 비급여 진료비를 분리하여 결제하기가 어려울 것이므로 비급여 진료비를 파악할 수 있을 것이다.

바. 豫防 投資를 통한 費用節減

독일은 예방서비스를 확대함으로써 장기적으로 비용을 절감하려 하였다. 연령별로 볼 때에 첫째, 6세까지는 선천성심장질환, 감각기관장애, 신경장애 등 조기발견을 위해 총 9번 검진을 하도록 한다. 둘째, 12세 미만 유아, 아동에 대해 치과 검진(유치원과 학교)을 한다. 셋째, 6세 이상 20세 미만에 대해 6개월에 1회씩 개별적인 치과진료를 제공한다. 넷째, 20세 이상 여성에 대해 자궁암 검진을 한다. 다섯째, 35세 이상 성인에 대해 2년마다 정기검진을 한다. 여섯째, 40세 이상 남성에 대해 전립선암을 검진한다.

2. 財源 擴充

가. 被扶養者의 制限

독일은 배우자 및 18세 미만(미취업자는 23세 미만, 학생 및 실습생은 25세 미만, 장애자는 연령과 무관)으로써 수입이 일정한도(1999년 구서독 월 630마르크, 구동독 월 530마르크) 이하인 자에 대해서만 피부양자로 인정한다. 또한 연금수급자도 건강보험에 가입하게 하고, 연금수급자와 연금보험자가 50%씩 부담한다. 그 외, 실업급여 수급자는 연방고용청이, 사회부조수급자는 사회부조기관이, 병역중에 있는 자는 연방정부가 부담한다. 독일의 피부양자 1인당 피부양률은 0.44(즉, 피보험자 4075만 1천명, 피부양자 1803만 5천명, 1997년)이다.

참고로 일본은 1998년 기준으로 피부양률은 조합관장보험(대기업중심)은 1.08 이며, 정부관장보험(중소기업 중심)은 0.91이다. 대만의 직장근로자의 피부양율은 0.88이다. 우리나라의 경우 2000년말 기준으로 직장보험의 피부양율은 2.08(피보험자 726만 8천명, 피부양자 1513만 6천명)이다[23]. 따라서 우리나라의 피부양자의 범위는 지나치게 관대하여 부담능력이 있는 피부양자들이 무임승차하는 경향이 있다. 물론 경제활동의 참여도가 다른 국가와 차이가 있음을 감안하여야 하지만, 보험료를 부담해야 하는 피보험자와 부담이 없는 피부양자간의 형평을 세심하게 고려할 필요가 있다. 예를 들어, 근로자의 배우자가 자영업을 하는 경우 배우자는 피부양자로써 의료이용에 무임승차한다. 금년 7월부터 이들 계층을 단계적으로 피보험자로 전환하는 것은 올바른 방향이다.

---

23) 지역보험의 경우 모두 피보험자로 등재되어 있다. 세대당 세대원수는 2.86명이다. 편의상 세대주를 피보험자, 세대원을 피부양자로 간주하면 피부양률은 1.86이 된다(지역 전체적용인구는 2349만 2천명, 세대수는 821만 5천세대).

나. 一般社會醵出金(CSG)과 社會保障目的稅로부터의 調達

프랑스의 일반사회 갹출금 제도는 보험료 인상의 한계와 조세로부터의 조달 한계 때문에 부과대상 범위를 확대하고 부담의 공평성을 확보하기 위한 목적에서 도입되었다. 부과대상은 가동소득, 자산소득, 투자이익, 도박이익에 대해 각각 5.1%, 대체소득(연금, 실업수당 등)에서 3.8%를 조달한다.

사회보장목적세는 법률상으로는 '보험료'또는 '갹출금'의 명목으로 조달한다.

그 부과대상은 다음과 같다.

- ○ 자동차보험세(1967년): 보험료의 15%(1985)
- ○ 알코올소비세(알코올음료보험료, 1983): 도수 25% 초과 음료
- ○ 담배소비세(가공담배보험료, 1983): 담배도매가의 10%
- ○ 의약품광고세(의약품광고갹출금, 1983년): 9.5～21%
- ○ 전문약품 개발기업이 부담하는 갹출금(1997): 약국에 판매한 경우 매출액의 2.5% 부과
- ○ 기업의 연대사회갹출금(1970): 세전(稅前) 연간매출의 1.3%

다. 被扶養者數에 比例한 保險料 賦課

대만은 직장 피용자들에 대해 피부양자수에 비례하여 보험료를 추가부담하는 방식까지 채택하고 있다.

현재 피용자의 보험료는 보수 × 4.25% × 보험료 분담률 × (1＋피부양자수) 에 의하여 산정된다. 단, 피부양자수는 최대 5인까지 허

용한다. 피용자의 보험료분담률은 30%이다.

사용자의 보험료는 보수 × 4.25% × 보험료 분담률 × (1+0.88)에 의해 산정 한다. 여기서 0.88은 전국의 평균 피부양률로써 사용자도 평균적인 피부양자에 대한 부담을 하고 있다. 사업주의 보험료분담률은 60%이다. 정부가 나머지 10% 분담한다.

대만의 사례에서 피부양률이 낮을 뿐 아니라 그나마 피부양자에 대해서도 보험료를 부담 지움으로써 재원을 최대한 확보하려는 노력은 우리에게 시사하는 바가 크다고 생각한다.

3. 構造的 改善

가. 民間醫療保險을 통한 公保險 費用 節減

선진국(독일, 프랑스, 네덜란드 등)은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 공보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로써, 민간의료보험의 참여를 활성화하고 정부개입을 축소하였다[24].

1) 獨逸의 公保險制度 改革과 私保險

독일 의료개혁의 핵심은 피보험자가 급여수준과 보험료율을 감안하여 보험조합을 선택하고, 조합 역시 의료공급자를 계약에 의해 선택하는 등 소비자-공급자-보험자 3자간 경쟁구조를 조성하였다.

고소득계층에 대해 민간보험을 도입하였다. 일정소득(68,400마르크, 1994년 기준) 이상자에게 민간보험 선택 허용(전국민의 30%)하되, 공보험으로 되돌아오는 것은 불가능하도록 하였다. 일단 민간보험에 가

24) 보다 자세한 내용은 최병호, 홍석표, 신영석, 오영수, 김나영, 『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000. 11를 참조바란다.

입되면 보험사가 일방적으로 가입을 종결시킬 수 없으며 연령에 상한을 두지 못하게 하였다. 민간보험의 보험료 결정은 연방보험당국에 의해 규제되며, 보험료는 성, 연령, 위험발생도, 피부양자수와 본인부담률에 의존하도록 하였다.

독일 보험시장의 큰 규모에도 불구하고 외국보험회사의 진입은 낮은 편인데, 그 이유는 법적으로 보험회사간의 경쟁을 금지하고 새로운 진입을 제한하기 때문이다.

2) 프랑스의 民間保險制度 擴充

인구의 80% 이상이 본인부담분에 대한 민간 보충보험에 가입(가계의 35%는 개인가입, 49%는 고용주를 통한 단체가입)하고 있다. 질병·장애에 따른 소득상실에 대해 사무직근로자는 보충적 민간보험에 가입하고, 통상 소득의 80%를 보장한다. 민간보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택이 주어지며, 1992년 기준으로 민간보험이 총의료비 지출의 11%를 차지하였다.

3) 네덜란드의 醫療保險 競爭導入 및 民間醫療保險 擴充

공보험체제내 경쟁원리는 1989년에 Dekker 개혁을 도입하여 개인이 조합을 선택하고 조합은 의료공급자를 선택하여 계약을 체결하였다. 인구의 1/3(학생, 자영자, 일정소득 이상인 자)은 국가보험에서 제외되고, 민간보험과 공보험간 경쟁시스템을 도입하였고, 공보험 급여가 감축되면서 공보험 조합과 민간보험사간 합병 및 협력이 이루어지고 있다.

4) 이태리의 民間醫療保險 參與 現況

국가의료서비스(NHS)를 근간으로 하고 있으나 공사 양부문이 거의

반반씩 제공되며 민간부문은 공공부문과의 계약에 의해 제공되고 있다. 상당수의 국민들은 부가적인 민간보험에 가입하고 있으나 민간보험시장의 발전정도는 낮은 편이다. 현재 의료보험시장의 이윤은 높지 않은 데 과도한 가격경쟁이 주요인이다.

5) 스페인: 國家醫療서비스와 HMO式 民間保險

사회보장제도에 의한 의무적인(compulsory) 의료보장하에 있으며, 민간부문은 공공시스템을 보완하는 보충적 역할을 수행하고 있다. 공보험의 재원조달은 사회보장 갹출로부터 일반조세 형태로 전환하였는데 그 이유는 부유한 고소득층에게 더 많이 부담시키려는 것이다. 민간의 단체보험 상품은 공보험에 대한 대안으로서 거대 보험회사를 통해 제공한다. 공공부문 피용자들은 공·사보험 중 선택이 허용되며 국가가 보험료의 일부를 부담하며, 그들의 85%는 민간보험을 선택한다. 대부분의 보험자는 의사들이 소유하는 군소 지방회사들이며, 미국의 HMO(Health Maintenance Orgaizations)와 유사하다.

6) 벨기에: 公·私保險間 補完과 競爭

의료시스템에서의 정부 지원수준은 현저히 감소되어 민간보험의 역할이 점차 커지고 있고, 민간부문은 국가제도와 경쟁하기보다는 보완하고 있다. 민간보험은 환자 개인의 본인부담 의료비의 일부분에 대해 보장하고, 1인 병실과 같은 부가서비스를 보장한다. 자영자는 공보험에 강제 가입이 아니지만 85%가 공보험 금고에 가입하고 있다. 공적 질병금고가 지배적이지만, 질병금고는 민간보험회사와 경쟁하고 있다.

7) 日本

공보험에 정책적 우선순위를 두어 사보험의 역할은 다른 선진국에 비하여 소극적이다. 민간보험의 역할은 공보험에 포함되지 않는 비급여 부문의 비용을 담당하는 것으로 제한하고 있다. 보장대상은 차액병실료, 전담간호료 등 입원관련비용과 본인부담분 검사비, 치료 및 수술비, 약제비 등이다. 1990년 기준 전체의료비(20.6조엔) 중 환자본인부담분이 차지하는 비율은 12.1%이었고, 본인부담분의 18%를 민간보험에서 지급하였다. 비록 부수적이기는 하지만 민간보험의 역할은 정부가 주도하는 공보험하에서 점차 늘어가는 추세이다.

8) 濠洲: 民間保險의 失敗

국가의료보장체제 하에서 효율성제고를 목적으로 한 민간보험제도로의 전환을 추진했던 정책은 성공적이지 못했다. 정부 통제하의 민간보험은 Medicare와 함께 이중의료체계(two tier system)를 형성하고 있다. 민간보험사는 가입자 특성에 무관하게 지역별로 동일한 보험료를 적용(community rating)한다. 1980년대초 세액공제 및 정부보조금 지원에도 불구하고 민간보험에 의한 의료보장 확장에 실패했던 경험 때문에 민간보험료에 대한 세액공제나 손비인정을 하지 않고 있다. 따라서 직장이 아닌 개인에 의해 주로 구입되고 있다. 민간보험 가입자는 1984년 전국민의 60%에서 1994년에 34%에 이르고 있다.

9) 칠레: 公保險과 民間保險間 選擇

칠레의 피노체(Pinochet) 정권은 경제개혁의 일환으로 의료재정을 축소하기 위해 이전까지의 공공의료제도와 경쟁을 할 수 있는 민간의료

보험제도를 도입하여 의료제도를 공공부문과 민간부문으로 분리하였다. 모든 근로자는 수입의 7%를 의료비용의 재원으로 지불하여야 하는데 공적의료제도인 국가보건기금(FONESA)과 민간의료보험(ISAPRES) 중에서 하나를 선택할 수 있다.

1998년의 경우 전체 인구의 2/3가 FONESA에 가입되어 있고 1인당 연간 지출액은 200불 가량이었고 이와 반면에 전체인구의 1/3이 가입되어 있는 민간의료보험에는 1인당 300불 가량 지불하였다. FONESA의 가입자도 민간 의료공급자에게 의료서비스를 받을 수 있으나 ISAPRES보다 높은 비율의 본인부담금을 지불하여야 한다. ISAPRES는 FONESA보다 높은 보험료와 엄격한 자격조건을 가입자에게 요구하고 소득이 높은 근로자에게 유리한 보험조건을 제시한다. 그러므로 건강하고 부유한 근로자는 민간의료보험을 선택하게 되어 건강하지 못한 저소득자가 가입하게 되는 공적의료보험보다 양질의 의료서비스를 제공하게 되는 이중적 보험제도가 형성되었다. 결과적으로 칠레 피노체 정권의 공적의료보험과 민간의료보험을 경쟁시키려는 시도는 저소득자가 주로 가입하는 공적의료보험의 재정을 압박하였고 의료서비스의 질 또한 저하시켰다는 평가를 받고 있다.

10) 英國: 國家醫療서비스와 民間保險

영국에서 판매되고 있는 건강관련 민간보험은 Private Medical Insurance (PMI), Permanent Health Insurance(PHI), Critical Illness Insurance(CII), Long Term Care Insurance(LTCI) 등의 4종류이다.

PMI는 순수한 민간의료비용보험으로써 급성질환으로 단기간 사립병원이나 공공병원의 특실에 입원한 경우 병실료 및 의료비를 보상(약 650만명 적용)한다. PHI는 질병이나 사고 등의 재해로 인한 소득손실을 보상한다. CII는 암, 심장마비 등 치명적 질환에 걸린 경우 고

액의 보험금을 일시불로 지급한다. LTCI는 자신 스스로를 돌볼 능력이 없게 된 경우의 장기치료에 대한 지불이다.

보험가입자의 연령, 성, 건강상태에 따라 보험료를 차등부과하는 민간보험회사는 NHS 의료서비스의 보충적 역할을 한다. PMI를 구매하는 중요한 이유는 NHS 의료의 질 저하, 입원시 장기간 대기시간 등에 있다.

11) 美國

1990년 기준 전체 의료비의 42%는 정부 재원으로 조달되고, 33%는 민간보험, 20%는 환자 본인부담으로 구성되었다. 민간보험에 대한 정책은 州정부에 의해 규제되며, 각 주정부는 보험사가 일정한 최소한 범위의 급여(GHCP: Guaranteed Health Care Package)를 포함하여야 할 것을 규제하고 있다. 고용주의 보험료부담 전액은 피용자의 과세소득과 고용주의 담세책임(tax liability)으로부터 면제되고 있다.

민간보험조직은 세 가지 유형이다. 첫째는 전통적 민간보험형태인 영리보험사(생명보험사, 건강보험사, 손해보험사), 둘째는 비영리단체인 Blue Cross hospital, Blue Shield physician service plans(the Blues), 셋째는 의료비절약과 자원배분의 효율화를 위한 새로운 민간보험 형태인 관리의료(Managed Care)에 해당하는 HMO(Health Maintenance Organization), PPO(Preferred Provider Organization) 등이다.

12) 外國의 公保險과 私保險間 役割比重과 關係

경제활동인구 중 민간보험에 가입하고 있는 인구의 비중은 <表 Ⅳ-7>과 같다. 공보험을 전국민에게 당연 적용하지 않는 국가로써 독일은 약 25%, 네덜란드는 60% 이상이 민간보험에 가입하고 있다.

전국민에 대해 공보험이 당연 적용되지만, 진료비를 환자본인이 일

단 지불한 후에 조합으로부터 보상받는 형태(후불보상제)로 운영하는 국가로써 프랑스와 벨기에의 경우 민간보험에 보충적으로 가입하는 비중은 약 80%와 40%이다. 프랑스의 경우 전체 가구 중 35%는 개인적으로 가입하고 있고 49%는 고용주를 통하여 단체로 가입하고 있으며, 민간보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택을 주고 있다. 전국민에 대해 공보험을 당연 적용하며 포괄적인 의료서비스를 제공하는 영국, 스페인, 이탈리아 등은 민간보험에 보충적으로 가입하고 있는 인구의 비중이 비교적 낮다. 그러나 영국의 경우 15% 이상이 민간보험에 가입하고 있으며 특히 관리직의 1/3 이상이 민간보험에 보충적으로 가입하고 있다.

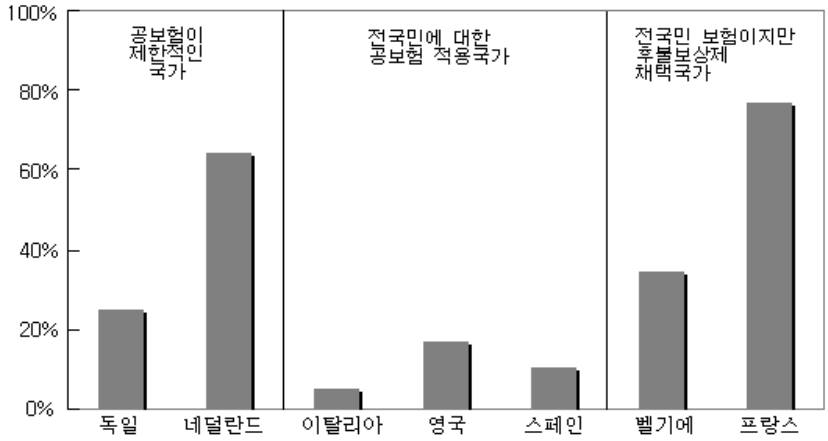
〈表 Ⅳ-7〉 國家別 經濟活動人口 中 民間醫療保險의 加入 比重(1991)

(단위: %)

유형	국가	전체 평균	관리직	미숙련생산직
공보험의 부분적 임의가입 허용	독일	25	41	10
	네덜란드	64	82	41
전국민에 대한 포괄적 서비스 제공	이태리	5	12	2
	영국	16	34	3
	스페인	11	30	3
전국민에 대한 후불보상 보험	벨기에	34	49	27
	프랑스	78	88	64

資料: Datamonitor, *Reader's Digest Eurodata*, 1992.

〔圖 Ⅳ-3〕 經濟活動人口 中 民間醫療保險의 加入 比重(1991)



資料: Datamonitor, *Reader's Digest Eurodata*, 1992.

민간건강보험이 총 의료비 지출에서 차지하는 비중은 <表 Ⅳ-8>에서와 같이, 미국을 제외하면 네덜란드가 13%를 차지함으로써 가장 활성화되어 있다. 그 다음으로 독일이 5%를 상회하고 있으며, 국가의료 중심의 영국도 3.5%의 민간의료보험시장이 있다.

〈表 Ⅳ-8〉 民間健康保險: 總醫療費 支出에서 차지하는 比重

(단위: %)

국가	비율	국가	비율
벨기에	1.7	네덜란드	13.3
덴마크	1.6	스페인	3.7
프랑스	3.3	영국	3.5
독일	5.3	미국	33.5
이탈리아	1.1		

資料: Managed Care in Europe, *A Financial Times Management Report by Donald Macarthur*, 1996(based on OECD figures).

공보험을 대체한 포괄적인 의료보장과 소득보장을 제공하는 민간의료보험 시장이 존재하는 나라는 독일밖에 없다. 주지하는 바와 같이 독일의 민간보험은 전국민을 대상으로 하는 것이 아니라 일정 소득이상의 고소득자를 대상으로 하고 있다. 그 외 미국은 공보험이 노인과 극빈자만을 대상으로 하고 있으므로 공보험의 민영화 사례로는 부적절하지만, 관리의료를 중심으로 한 민간보험의 운영방식은 적극적으로 배워야 한다. 민간의료보험은 대개 보충적 역할을 하는 경우가 많다. 공보험에서 제공하는 의료서비스를 받기 위해서 지나치게 긴 대기시간을 감수해야 하는 불편해소에 초점을 둔 민간보험상품은 영국에서 큰 인기를 모았다. 또한 영국과 독일에서는 의료기관 및 의사의 선정에 자유권을 부여하는 민간보험상품이 판매되고 있다. 대다수의 국가에서 차액병실료, 기타 입원관련 의료비 및 소득보상 등은 민간의료보험에서 보장하고 있다. 한편 이러한 진료비 외에 진료기간중의 소득상실이나 현금급여, 장기개호분야 등에 대한 민간보험을 포괄하는 경우 민간보험의 역할은 상당하며 향후 지속적으로 발전할 전망이다.

나. 醫療시스템 改編을 통한 費用 節減

1) IC 카드 導入

프랑스는 의사의 IC 카드와 환자의 IC 카드를 의료기관에서 동시에 읽어 보험진료비청구의 전자화, 의료제공자간 정보공유, 정보의 투명성을 제고하고자 하였다. 이를 실현하기 위한 전제조건은 보험자와 의료기관, 약국간 인트라넷을 구축하는 데에 있다.

2) 基金保有一般醫(GP Fund Holder)와 一次診療그룹(PCG)

영국은 1989년 NHS 개혁으로 일반의(GP)가 일정 예산(fund)을 가지

고, 등록환자를 대리하여 병원과 계약을 맺고 환자에게 병원진료 서비스를 제공하는 시스템을 도입하였다. 실제 지출이 예산을 초과하면 자격을 취소하는 벌칙(penalty)이 주어지므로 효율적인 병원과 계약하는 인센티브를 부여한다. 일반의(GP)의 85%가 GP fund holder(1998년)이었다. 그러나 블레어 정권 하에서 1999. 4월부터 GP funder holer 는 폐지되고, 일차진료그룹(Primary Care Group: PCG) 제도로 이행하였다.

일차진료그룹(PCG)이란 1997. 12월 노동당 블레어 정권의 'The New NHS' 이념에 기초하여, 지역에 GP funder holder가 없다면 의료서비스에 불평등이 생긴다는 염려로 탄생하였다. 인구 10만명 정도의 지역을 단위로 그 지역의 임상 및 재정책임을 담당하는 조직(PCG)을 구축(481개)하여 지역내 GP 약 50명과 보건부가 참여하여 조직한다.

3) 醫療管理代行 서비스(PPM)와 調劑藥管理 서비스(PBM) 시스템

미국은 의료관리대행서비스(Physician Practice Management) 시스템을 도입하여, 개업의를 대상으로 진료행위 외의 모든 간접업무를 대행함으로써 의사가 진료에만 전념하도록 하였다. 간접업무란 진료비청구, 보험자(Managed care)와의 계약, 의료기기 및 재료의 구입 등 의원의 관리를 대행하는 것이다.

조제약관리 서비스(Pharmacy Benefit Management)는 PBM과 보험자간에 계약을 체결하여 보험가입자에 대한 조제약 비용의 관리업무를 대행하고, 보험자, 약국, 의사, 제약회사 사이에서 다양한 업무를 수행한다. 대상업무의 예를 들면,

a) 약국에 대해서는 약제비 대행청구
b) 보험자를 위해서는 약국에 대해 약가 할인 요구
c) 보험자를 위해 의사 처방에 대한 평가, 감시, 부작용 방지를 목적으로 한 Disease Management 프로그램 작성, 증상별 최적조제

부 작성, 동일 약효 의약품의 상호비교
d) 제약회사를 위해 누적된 조제정보 제공

4) 保險料 徵收費用 節減

미국과 스웨덴은 국세청을 통하여 사회보험료를 일괄 징수함으로써 관리비용을 절감하고 있다. 독일은 일선 의료보험조합이 사회보험료를 일괄 징수함으로써 사회보험 전체적인 관리비용을 절감하고 있다. 일본의 경우 지역보험의 경우 자치행정기관(시정촌)이 보험료를 징수함으로써 독립된 지역조합에서 징수하는 것보다는 비용이 절약된다고 본다.

5) 診療費 審査·支拂業務의 外部委託(Outsourcing)

미국은 의료보험의 집행기관으로 의료재정청(HCFA)을 설립하고, 진료비심사 및 지불업무는 외부기관에 위탁(HCFA 와 계약관계)하였다. 위탁기관으로써 메디케어 입원은 “Intermediary”(44개), 외래는 “Carrier”(28개)를 두고, 메디케어 진료비의 청구서 접수, 심사, 지불사무를 대행한다. 1차 심사는 컴퓨터로 수행하고 2차 심사는 수작업으로 한다. HCFA와의 계약은 입찰방식이고, 각 기관은 전산처리시스템의 개량, 지불기간 단축, 처리능력 향상, 수급자에 대한 정보제공 및 상담 등 서비스 개선을 위해 경쟁한다.

6) 同僚審査委員會(PRO)

미국은 HCFA와의 계약으로 의료서비스 적절성, 의학적 타당성, 이용시설의 타당성, 의료의 질과 효율성을 심사한다. 심사기관(‘Intermediary’와 ‘Carrier’)의 요구가 있는 경우에 분석하여 보고한다.

그 외, 의료이용감사(Utilization Review), Critical Pathway 등 프로그램 개발이나 예방의학 캠페인도 담당한다(전국 43개).

다. 醫療의 質 管理를 통한 診療費 節減

1) 醫療評價認證機構(ANAES, 1996) 設置

프랑스는 의료평가인증기구를 설치하여 의료의 질 관리와 더불어 의료비의 경제성 제고를 도모하고 있다. 첫째, 의료기관 평가로써 병원의 질 관리와 경쟁을 촉진한다. 둘째, 기술평가(신기술 보험적용시 기술평가)로써 진료행위목록을 작성하고 적정한 진료행위 수가안을 작성한다. 의료기기에 대한 평가를 통하여 적정가격을 산정한다. 셋째, 검진 등 공공보건에 대한 경제성을 평가한다. 넷째, 의료계획으로써 MRI 배치, 뇌수술 병원 선정, 고액의료에 대한 계획을 작성한다.

2) 醫療指針(RMO: “medical references”)을 통한 適正 診療

프랑스는 의학적 견지에서 적절한 진료를 장려하기 위하여 의료직종별로 진료행위와 약제에 관한 의료지침을 작성한다. 의료지침에서 일탈한 진료행위를 한 의사에게 수가 삭감하거나 보험진료기관의 지정을 해지한다. 1995년 기준 15종의 질병 혹은 처방에 대해 65항목의 guideline을 정하고, 이를 최근 200 references로 확대하였다.

3) 患者의 權利 保障을 통한 醫療의 質 確保

폴란드는 1991년에 현 의료기술이 허락하는 한도에서의 모든 의료서비스를 받을 권리, 현 건강상태를 알 권리, 사생활과 존엄성의 권리, 죽음의 존엄성에 대한 권리 등을 부여하였다. 영국은 1992년 “환자의 헌장”(Patients’ Charter) 제정하여 의료의 질을 향상시킬 수 있는

전국적, 지역적인 기준을 마련하였다. 핀란드는 1993년에 환자 권리에 대한 法律을 제정하여 환자 민원 조사관(ombudsman)의 설립으로 환자 권리에 대한 집행사항들을 조언하고 불만사항의 보고, 보상금 신청 등을 도와주고 있다. 이태리는 “환자권리를 위한 법정”(Tribunal for Patients’ Rights)을 설립하여 자원한 평범한 시민으로 구성되어 의료서비스의 질 모니터링, 보건행정에 있어서 보다 인간적인 방법을 위한 탄원, 환자의 불만사항 해소 등의 역할을 수행하고 있다.

Ⅴ. 健康保險 財政安定化의 代案 摸索: 中短期 對策

1. 政府의 財政安定對策 檢討

가. 2001年 財政對策의 成果와 評價

정부는 의약분업 이후의 수가인상 등 현행 재정위기를 직접적으로 가져온 원인들에 대해서는 단기적이면서도 비용 효과적인 다양한 정책수단들을 동원하여 재정위기를 타개하여 나가고 있다. 2001년에 시행하고 있는 정부의 재정안정대책은 [圖 Ⅴ-1]로 정리할 수 있다. 재정안정대책은 크게 세 가지로 나눌 수 있다. 첫째는 수가와 직접적인 인하보다는 구조조정을 통한 실질적인 인하 조치들이고, 둘째는 급여비를 절감하기 위한 각종 조치들이다. 셋째는 수입을 증대하기 위한 노력들이다. 이들 조치들은 정부가 2001년 5月, 7月, 10月 세차례에 걸쳐 발표한 대책들에 의해 시행된 것이다[25]. 먼저 수가의 구조적 인하 조치들을 살펴보자. 의약분업 시행 당시 신설한 처방료는 처방일수가 늘어날수록 처방료가 증가하는 구조였기 때문에 처방일수가 장기화되는 경향이 있었다. 따라서 처방료를 진찰료에 통합함으로써 장기처방의 유인을 통제하였다. 그리고 외래환자에 대한 불필요한 주사제 사용을 억제하기 위하여 주사제에 대한 처방조제료를 삭제하였다. 한편 의약분업 이후 병원급 외래 환자들이 의원급으로 몰리면서일부

25) 보건복지부가 발표한 세차례의 대책들은, 2001년 5월, 「국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」, 2001년 7월, 「건강보험 재정안정 및 의약분업 정책대책」, 2001년 10월, 「건강보험 재정안정 추가대책」등이다.

인기 전공과목 의원들의 경우 일당 내원 환자수가 지나치게 많아져 서비스의 질이 떨어질 우려가 관찰되었다. 이에 따라 환자수가 증가함에 따라 진찰료를 체감시킴으로써 과도하게 환자를 많이 진료하는 유인을 감소시켰다. 진찰료의 체감에 따라 약국에서의 조제료도 체감시키는 것은 당연하였다. 조제료는 기본조제료, 조제기술료, 복약시도료, 약국관리료, 의약품관리료 등 5가지로 구성되어 있다. 이중 의약품관리료에 대해서만 체감시키도록 하였으나, 약사회의 저항으로 진통을 겪다가 결국 2002년 1월부터 시행하도록 되었다. 이들 복잡한 조제료 체계는 2002년 중에 재조정할 계획이다. 의약분업 시행과정에서 의료계의 수가인상 압력에 따라 수가의 야간시간 가산을 인정하였으나, 소비자들의 퇴근시간대와 야간 가산시간대가 겹치는 불합리한 문제 때문에 야간 가산 시간대를 오후 6시에서 8시로 연장하는 조치를 취함으로써 수가를 실질적으로 인하하도록 하였다.

한편 보험약가의 실거래가제가 1999년 11월에 시행된 이후 기대한 만큼 약가가 감소하지 않게되고, 의약분업 이후 처방약의 高價化 경향이 나타났기 때문에 약가의 강력한 통제가 필요하게 되었다. 이에 따라 실제 거래되는 약가를 정부가 조사하여 수시로 약가를 인하함으로써 보험재정을 보호하도록 노력하였다.

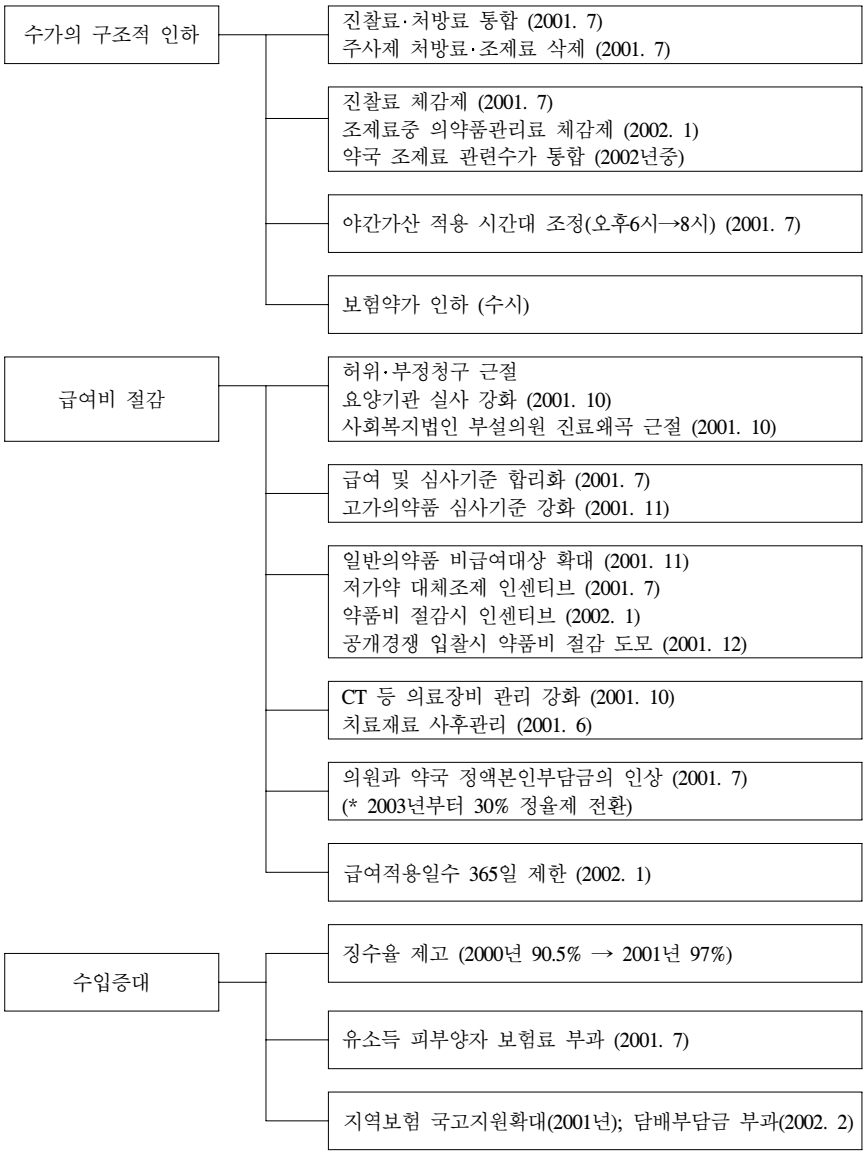
급여비를 절감하려는 다각적인 노력이 병행되었다. 과거부터 꾸준히 논란의 대상이었던 허위·부정청구를 근절하기 위하여 환자 수진내역 조사를 강화하였고, 최근에는 진료비 청구대행업체들의 난립과 도덕적 해이를 방지하기 위하여 의료단체를 통하여만 대행청구를 할 수 있도록 제도화하는 조치를 취하고 있다. 또한 요양기관들이 가장 두려워하는 요양기관 실사를 강화하고 있지만 인력의 부족 때문에 충분한 심사는 이루어지지 않고 있다. 그리고 심사평가원이 의료감독기구로써 역할을 제대로 할 것을 요청하는 압력이 컸었고, 이에 따라 급

여인정 기준이나 심사기준을 엄격히 적용하는 조치들을 강구하고 있으나, 의료계의 전문성 및 자율성 침해와 관련하여 갈등이 계속되고 있다. 약제비 증가에 대응한 보험급여비 절감을 위하여 의료보장상 반드시필수적이 아닌 일반의 약품에 대해 비급여대상을 확대하고 향후 단계적으로 계속 확대 실시할 계획이다. 그외 저가약으로 대체조제할 경우 약사에게 인센티브를 제공하고, 3차병원에서 저가의약품을 구매하거나 사용할 경우 절감액의 일정비율을 인센티브로 제공하는 방안들을 강구하고 있으나 제공되는 인센티브가 의료공급자의 이윤동기를 능가하지 않을 가능성이 크므로 실효성이 크지 않을 것으로 판단된다. 약제비 이외에 CT등 의료장비나 치료재료의 사후관리를 강화하는 조치도 병행하고 있다. 급여비 절감의 직접적인 효과를 발휘하는 조치로써 첫째, 급여일수를 연간 365일 이내로 제한하는 조치를 2002년 1월부터 시행하고, 둘째, 의원과 약국의 정액 본인부담금을 2001년 7월부터 각각 2,200원 및 1,000원에서 3,000원 및 1,500원으로 인상하였다. 수입을 증대시키기 위하여 조직통합과정에서 불거진갈등과 해이해진 근무태도로 인하여 보험료 징수율이 급격히 떨어졌는데, 최근 징수율 제고 독려로 상당히 개선되었다. 그리고 국고지원을 지역보험 총지출의 50%까지 확대하고 직장의 피부양자로 자영소득이 있는 자에게 보험료를 부과하여 보험혜택의 무임승차를 줄여나감으로써 보험료수입을 추가 확보하고 있다. 그런데 국고지원 50%는 일반예산 40%와 담배부담금 10%로 조달하려고 하였으나, 담배부담금 부과를 위한 법안의 통과가 계속 지연되어, 2001년에는 국고지원 40%만이 실현되었다[26].

---

26) 지난 2002년 1월 8일, 담배부담금 150원 인상을 포함하는 "건강보험재정건전화특별법"이 통과되어 연간 담배부담금 6600억원이 확보된다. 그런데 이 부담금은 지역에 전액 지원되지 않고 직장과 지역의 노인의료비 지원에 사용될 계획으로 있다.

〔圖 Ⅴ-1〕 政府의 健康保險 財政對策



註: 의약품참조가격제는 유보

상기 여러 가지 재정안정대책 가운데에 정부는 수가의 구조적인 조정으로 8.7%의 실질적인 수가를 인하한 것으로 추정하고 있다. 즉, 정부의 행위료와 관련한 수가의 구조조정을 통하여 연간절감효과는 7300억원으로 추정하며, 이는 2001년 추정급여비중 행위료에 해당하는 8조 3916억원의 8.7%에 해당한다.

즉, 8.7% = 7300억원 절감 / 8조 3916억원(2001년 추정급여비중 기술료)

이러한 수가인하효과는 <表 Ⅴ-2>를 통하여 실제로 관찰할 수 있다. 재정안정대책이 시행된 2001년 7월 이후 진료비 수입은 의원의 경우 18% 정도가 감소하고 있고, 병원도 27% 정도 진료비 청구가 줄었다. 물론 진료청구분자료 보다는 진료발생분자료를 이용하여야 타당하다는 한계는 있다. 또한 이러한 진료비 감소가 재정안정대책을 통한 가격인하 효과 이외에 환자의 의료이용이 변화하는 양상이 반영되었을 가능성이 있다.

의원의 경우 의약분업 前에는 약제비가 포함되어 있었으나, 의약분업 後에는 약제비가 제외됨에도 불구하고 진료비가 증가한 것은 수가인상에 따른 수입증가가 매우 컸었음을 의미한다.

〈表 Ⅴ-1〉 政府의 財政安定對策에 따른 行爲料引下效果 推定

(단위: 억원)

	2001년 절감효과		연간절감효과
	당초목표	실제절감액	
진찰료, 처방료 통합	1,040	996	3,120
주사제 처방·조제료 삭제	683	478	2,050
차등수가제	548	270	1,644
야간가산시간대 조정	162	394	486
계	2,433	2,138	7,300

資料: 보건복지부, 내부자료, 2001.

〈表 Ⅴ-2〉 醫療機關當 月 診療費收入 變化

(단위: 천원)

	의약분업 前 (2000. 5)[1]	의약분업 後		의약분업 後 + 재정안정대책 後	
		2000. 12[1]	2001. 6월[2]	2001. 7월[2]	2001. 8월[2]
의원	24,776	26,686	26,491	21,716 (△18.0%)	21,689 (△ 0.1%)
병원	-	-	102,408	74,516 (△27.2%)	78,191 (+4.9%)
종합병원	-	-	270,785	269,945 (△0.3%)	235,403 (△12.8%)
종합전문	-	-	1,073,241	1,178,296 (+9.8%)	1,157,554 (△ 1.8%)

註: 1) 외래 청구기준이며, EDI 자료에 근거
2) 외래 청구기준이며, EDI 및 Diskette 자료에 의한 동일요양기관을 분석대상으로 함.

資料: 건강보험심사평가원, 내부자료, 2001.

한편 정부의 재정안정대책의 성과는 <表 Ⅴ-3> 및 <表 Ⅴ-4>에 정리되어 있다. 2001년 당초 재정지출은 14조 6260억원으로 예상되었고, 재정안정 대책으로 7745억원을 절감하여 13조 8515억원을 목표로 하였다. 2001년 말까지 14조 2862억원으로 예상되어 3398억원 정도 절감될 예정이다. 그러나 재정절감 효과는 2002년에 더욱 본격화 될 것이다. 재정수입은 당초 10조 4282억원으로 예상되었으나, 목표수입 11조 8074억원에서 약 3천억정도의 차질이 생겨 11조 5046억원으로 전망된다. 전체적으로 보아 당초 3조 3천억원 정도의 차입이 필요할 것으로 예상하였는데, 이를 1조 1252억원의 차입으로 줄이겠다는 목표를 세웠었다. 그러나 담배부담금 수입의 차질과 퇴직금 중간정산 때문에 1조 8,627억원을 借入하는 상태로 2001년을 마감하게 되었다.

〈表 Ⅴ-3〉 政府의 財政安定綜合對策 成果 報告(審査決定基準, 2001)

(단위: 억원)

구분	당초추계	재정대책 목 표	실적
수 입	104,282	118,074	116,423
지 출	146,260	138,515	140,511
당기수지	-41,978	-20,441	-24,088
순적자액	-32,789	-11,252	-18,109

註: 1) 주요 차질요인: 담배부담금 3300억원, 퇴직금 중간정산 3210억원
2) 대책의 재정개선효과: 계획 1조 887억원 →1조 574억원 예상(97% 달성)
資料: 보건복지부, 내부자료, 2001.

〈表 Ⅴ-4〉 政府의 財政安定對策의 事業別 施行效果

(단위: 억원)

과제별	금년목표	예상효과	증감	비고
□ 급여비절감				
진료비 심사강화	1,777	2,368	591	― 4~8월 심사결정액 감소분 (월540억)의 50% 효과 계산 ― 심사, 실사, 처분강화 및 심사 삭감률제고(1.07%→1.56%) 효과
진찰료, 처방료 통합	1,040	996	-44	― 추정오차 범위 내의 차이
차등수가제	548	270	-278	― 작년 12월기준 환자수 감소, 의원증가, 약사 등 취업증가
주사제 처방, 조제료 삭제	683	478	-205	― 원외 처방률 감소 ― 단독, 복합처방률 추계차이등
야간 가산 적용 시간 조정	162	394	232	― 6,7월 진료내역 분석결과임.
급여 및 심사 기준 합리화	392	135	-257	― 재활.물리치료, 조혈모세포 이식 해지.인정기준 지연 ― 의약품관리료 체감제 지연 등
소 계	4,602	4,641	39	

〈表 Ⅴ-4〉 계속

과제별	금년목표	예상효과	증감	비고
□ 약제비등 절감				
보험약가 인하	529	521	-8	― 추정오차 범위 내의 차이
참조 가격제	415	0	-415	― 시행연기
약국저가약 대체조제	21	0	-21	― 대체범위, 절차복잡 등으로 대체조제 기피
약제비 적정성 평가	261	105	-156	― 10월 고시, 평가결과 통보에 따른 간접효과 반영 ― 가감지급은 내년시행
치료재료 사후관리 강화	65	65	0	―정상추진
소 계	1,291	691	-600	
□ 의원·약국 본인부담금 조정				
본인 부담금 조정	1,410	1,070	-340	― 종합병원 이상 외래급여율 증가 (41.9→47.7%) ― 의원의 소액진료건수 감소
소 계	1,410	1,070	-340	
□ 약제비등 절감				
지역보험료 징수율 제고	1,718	2,482	764	― 목표 97→99.1%(10월)
유소득 피부양자 보험료부과	702	624	-78	― 대상: 40만7천명→23만4천명(10월) ― 보험료부과액: 월127억→130억 ― 징수율: 92→ 75%(10월)
직장가입자 확대	723	623	-100	― 대상: 38만명→31만5천명 보수월액: 146만7천원→149만1천원
공단 경영개선	442	442	0	― 정상추진
소 계	3,585	4,171	586	
총 계	10,887	10,574	-314	

나. 2002～2006年 財政運營計劃 檢討

정부는 재정안정대책에 따라 향후 2006년까지 통합재정수지를 흑자기조로 전환시키는 계획을 제시하였다. 2001년말 1조 8109억원의 순적자(기금부족으로 인한 借入)를 2006년 말에는 6251억의 기금을 보유하고 당기수지도 1조 5602억원에 이르는 흑자로 운영하겠다는 것이다. 지역과 직장으로 구분한 회계를 보면, 지역은 2002년에 당기수지

흑자로 전환하고, 기금은 2005년부터 흑자를 시현하게 된다. 직장의 당기수기 흑자는 2004년에 시현되나 기금적자는 2006년에도 1481억원 정도의 부족을 겪을 것으로 전망하였다.

이러한 계산은 다음과 같은 가정에 입각하고 있다.

○ 보험료인상계획: 2002～2003년 9%[27], 2004년 이후 8%
  - 지역보험료 자연증가율(매년 신규자료부과에 따른 증가) 3.58%
  - 직장 보수인상률 8.87%
○ 수가인상계획: 2002년은 동결, 2003년 이후(물가상승률) 3%
○ 보험급여비 자연증가율: 매년 10%
○ 정부지원 50%(국고 40%, 담배부담금 10%)
  - 담배부담금은 지역지출의 10%를 반영[28]하여 지역 : 직장 = 50 : 50 배분

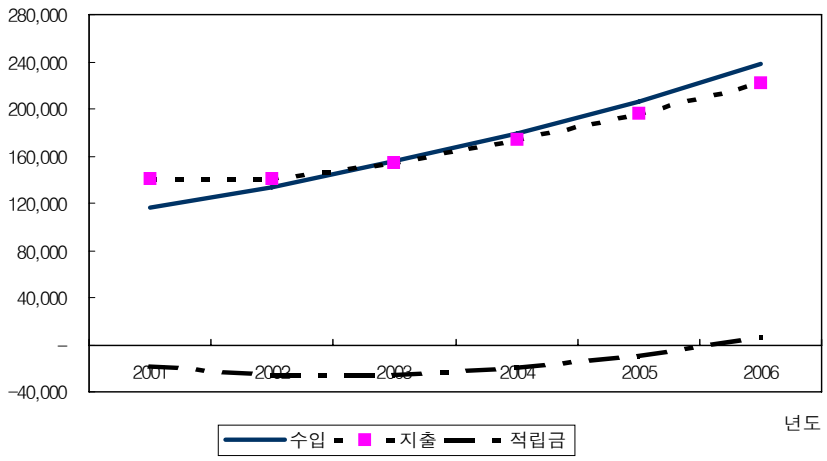
〈表 Ⅴ-5〉 政府의 健康保險 財政運營計劃(2001～2006)

(단위: 억원)

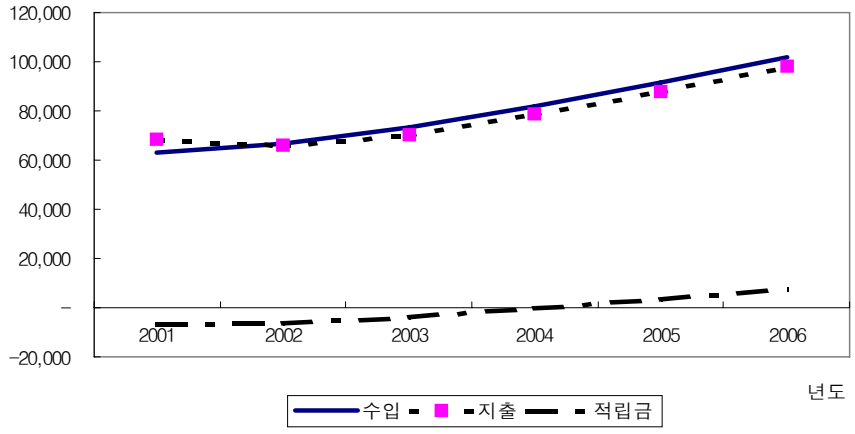
구분		2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
계	수입	116,423	133,366	155,892	179,440	206,681	237,895
	지출	140,511	141,014	154,772	174,164	196,671	222,292
	당기수지	△24,088	△7,648	1,120	5,276	10,009	15,602
	적립금	△18,109	△25,757	△24,637	△19,361	△9,352	6,251
지역	수입	63,209	66,403	73,382	82,022	91,633	101,977
	지출	68,299	66,010	70,509	78,639	87,895	97,932
	당기수지	△5,090	393	2,873	3,383	3,738	4,045
	적립금	△6,700	△6,307	△3,434	△51	3,687	7,732
직장	수입	53,214	66,962	82,510	97,418	115,048	135,918
	지출	72,212	75,004	84,263	95,526	108,776	124,360
	당기수지	△18,998	△8,041	△1,752	1,892	6,272	11,558
	적립금	△11,409	△19,450	△21,203	△19,310	△13,039	△1,481

27) 2002년은 3월부터 9% 인상되는 것으로 가정하였다.
28) 2002년은 1갑당 150원을 부과하여 3월부터 건강증진기금으로 확보되는 금액의 97%(5456억원) 반영하였다.

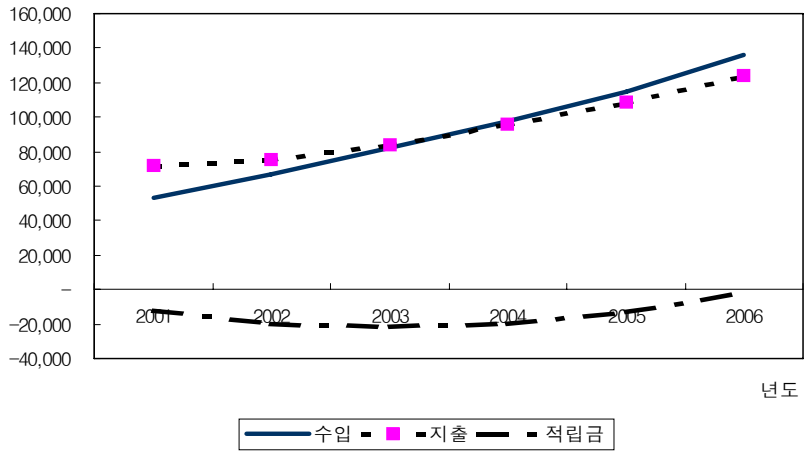
［圖 Ⅴ-2］ 政府의 健康保險 統合財政推計(2001～2006)



［圖 Ⅴ-3］ 政府의 地域健康保險 財政推計(2001～2006)



［圖 Ⅴ-4］ 政府의 職場健康保險 財政推計(2001～2006)



이러한 정부의 재정운영계획은 지역보험에 대한 정부지원율이 2002년부터 국고지원 40%와 담배부담금 10%로 지원한다는 전제에 기초하고 있다. 그리고 담배 부담금의 경우 지역지출의 10%를 반영하여 지역과 직장은 50:50으로 배분하여 사용하는 것을 전제하고 있으나 향후 재정계획의 변경에 따라 수정이 이루어져야 될 것이다. 또한 향후 보수인상률이나 물가상승률의 변동, 의료이용 행태의 변화에 따라 재정추이는 상당히 가변적이다.

한편 건강보험재정의 정상화를 위한 노력이 2006년까지의 장기적인 계획하에 일관성 있게 꾸준히 추진되기에는 어려운 현실적인 상황을 감안해야 한다. 여기서는 가능한 한 보험재정수지의 균형을 빠른 시일내에 달성하기 위해 어느 정도의 부담이 필요한지 계산해 보고자 하여, 그 결과는 다음과 같다.

□ 재정수지 균형 회복을 위한 보험료부담

〈직 장〉

- 2002년도 재정지출을 충당하기 위한 보험료율 = 4.6%
- 2002년 재정지출과 2001년 차입금을 충당하기 위한 보험료율 = 5.3%
- 2001년 차입금의 50%를 정부가 지원할 경우, 나머지 차입금과 2002년 재정지출을 충당하기 위한 보험료율 = 4.9%

〈지 역〉

- 2002년도 재정지출 충당을 위한 보험료 인상율 = 1.3%
- 2002년 재정지출과 2001년 차입금을 충당하기 위한 보험료 인상율 = 23.7%
- 2001년 차입금의 50%를 정부가 지원할 경우, 나머지 차입금과 2002년 재정지출을 충당하기 위한 보험료 인상율 = 12.5%

이상과 같이 조기에 재정수지를 정상화 하기 위해서는 상당한 부담을 각오해야 하지만, 재정정상화를 위한 고통은 가능한 짧은 시간내에 겪는 것이 올바른 선택이 될 수 있다. 고통을 연기하다보면 새로운 고통과 겹쳐져 고통이 더욱 커질 수 있다.

2. 診療費의 統制

가. 財源範圍內에서의 財政管理: Top-Down式 管理(量入制出)

현재의 행위별수가제에 의한 진료비지불방식으로는 근본적으로 진료비청구규모를 예측하기 어렵고, 심사에 의한 진료비삭감에도 한계가 있다. 따라서 진료비총액을 보험자와 의료공급자간에 계약을 체결하는 것이 그나마 진료비총액의 규모를 예측 가능할 것이다. 그러나

이러한 계약제 혹은 예산제를 도입하기 위해서는 여러 가지 전제조건과 환경이 갖추어져야 한다.

현 단계에서는 정부나 보험자가 부담을 감내할 수 있을 정도의 진료비총액의 상한을 설정하고, 보험급여기준이나 수가기준을 면밀하게 조정함으로써 보험재정을 관리하는 방안을 모색할 필요가 있다. 즉, 부담가능한 진료비의 목표를 설정하고 목표치를 매월 관리해나가면서 정책수단을 신축적으로 조율해나가는 것이다.

진료비총액 목표를 각 부문별로 배분하고, 각 부문내의 세부적인 항목으로 다시 배분하는 Top-Down 방식으로 진료비를 관리하는 것이다. 예를 들어, 의과, 치과, 약국, 한방으로 구분하고, 다시 병원(2, 3차), 의원으로 구분할 수 있고, 다시 전문과목별로 세분하여 접근해나가는 것이다. 이에 따라 세부 부문별로 보험급여범위나 본인부담, 급여·심사기준, 수가(상대가치)를 조정함으로써 부문별 진료비 발생규모를 조정해나간다. 이러한 과정에서 경우에 따라 급여행위와 비급여행위의 항목을 조정하거나 본인부담률을 변경할 수 있다.

보험급여비의 총액목표를 설정함에 있어서 부담가능한 보험료수준을 고려하는 것이 하나의 방안이 될 것이다. 예를 들어, 직장보험의 경우 보험료율을 4%로 정하고, 4%의 보험료수입에 상응하는 보험급여비가 발생하도록 급여범위, 본인부담 및 수가기준을 조정한다. 그리고 지역가입자는 국고지원 50%를 제외한 나머지 급여비에 상응하는 보험료를 부담하도록 한다. 이때 지역보험의 부담은 직장과 형평을 유지하도록 한다. 만약 4% 보험료율에 해당하는 보험급여비가 적정한 의료혜택을 제공하기에는 부족하다고 판단할 경우에는 '건강부담금'(후술)으로부터 추가재원을 확보하여 급여수준을 제고할 수 있을 것이다. 직장보험의 부담률은 소득수준의 상승, 고령화와 신기술의 도입 등 여건변화를 감안하여 점진적으로 인상 조정해 나가야 할 것이다.

이러한 방안을 적용함에 있어서는 특히 보험급여범위의 구조조정이 검토되어야 한다. 생각건대, 한정된 급여재원내에서 소액진료비에 대한 본인부담을 강화하고 고액진료비에 대한 의료보장을 강화하는 구조개편을 추진할 것을 제안한다. 이에 따라 의약품 중 필수적인 것은 보험급여에 포함시키고, 비필수적인 것은 비급여로 전환하여야 할 것이다. 또한 미결정 행위·약제·재료들을 급여, 100/100급여[29], 비급여 등으로 분류하는 기준을 명확히 설정해야 한다. 향후 비급여를 급여로의 전환을 무리없이 진행시키기 위한 준비 단계로 100/100급여를 가능한 한 많이 확보해야 할 것이다.

나. 相對價値行爲酬價制의 再調整과 診療費目標管理制[30]

본 항에서는 현재 건강보험제도가 근간으로 하고 있는 행위별수가제 하에서 진료비 총액을 통제할 수 있는 진료비 목표관리제의 운영방안을 제시하기로 한다. 또한 진료비 목표관리제의 바탕이 되는 상대가치 행위수가제에 대한 이해가 우선 선행되어야 한다.

행위별수가제 하에서 그동안 행위별 수가수준이 실제 투입되는 원가를 반영하지 못한다는 의료계의 비판을 받아왔고, 특히 개별 행위에 투입되는 의사의 업무량이나 난이도 및 투입비용이 행위별로 불균형하다는 비판을 받아 왔다[31]. 이에 따라 행위별로 업무량, 난이도 및 투입비용 등 상대적인 가치의 차등화를 부여함으로써 의료행위별 수

---

29) 100/100급여란 서비스행위료의 전액을 본인이 부담하는 급여행위이다. 즉, 보험자 부담이 없지만 수사사 통제되고 심사를 거친다는 점에서 비급여 행위와 완전히 차별화 된다.

30) 보다 자세한 논의는 최병호 외, 『자원기준상대가치에 기초한 행위별수가제의 평가와 운영방안』, 한국보건사회연구원, 2001. 12을 참조하기 바란다.

31) 행위별수가제에 다른 비판, 즉, 행위별수가제가 비용조장적이라는 비판 때문에 입원진료부문에 있어서 일부 진단군에 대해 포괄수가제(DRG)가 시범사업의 형태로 시행되고 있다.

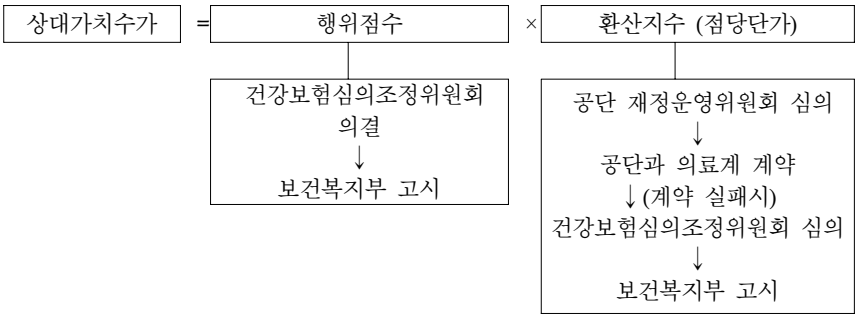
가구조의 적정화를 모색하려는 연구가 연세대학교 의과대학을 중심으로 이루어졌다. 그 1차 연구결과가 1997년에 생산되었고, 그 후 지속적으로 보완되어 지난 1999년 3차 연구결과를 산출하였다[32].

이러한 연구결과를 바탕으로 정부는 2001년 1월부터 상대가치에 기초한 행위별수가제를 도입하여 시행하고 있다. 상대가치수가제는 크게 두 부분으로 구성되어 있다. 하나는 행위별 相對價値點數이고, 다른 하나는 點當 單價(이하 '換算指數')이다.

수가는 상대가치점수와 환산지수를 곱하여 산정 된다. 상대가치 행위수가의 결정구조는 다음 [圖 Ⅴ-5]와 같이 요약할 수 있다. 행위점수는 보건복지부내의 건강보험심의조정위원회의 심의의결을 거쳐 보건복지부가 고시하고, 환산지수는 건강보험공단내의 재정운영위원회의 심의를 거쳐 보험자대표('공단 이사장')와 의료계대표('요양급여비용협의회 회장')간의 계약에 의해 결정되도록 하였다. 그러나 계약 체결에 실패할 경우 건강보험심의조정위원회의 심의의결을 거쳐 보건복지부가 고시하는 보완장치를 마련하였다. 이러한 건강보험 심의조정위원회는 최근 건강보험 재정건전화 특별법의 통과로 「건강보험정책심의위원회」로 전환된다.

32) 2000년에는 4차 연구로서 의료사고의 위험을 보정한 상대가치 연구를 진행하였다.

〔圖 Ⅴ-5〕 相對價值 行爲酬價의 決定構造



여기에서 상대가치수가와 보험재정간의 관계를 간략히 이해하는 것이 좋을 것이다. 건강보험 총진료비는 '행위별점수×행위별빈도×종별가산율×환산지수'를 모든 행위에 대해 합산하여 구할 수 있다. 여기서 종별가산율은 행위서비스를 제공하는 의료기관의 규모가 클수록 가산하는 것으로, 현재 의원급 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 전문종합병원 30%의 가산율을 적용한다. 이 계산에서 유의할 점은 DRG 지불방식의 적용을 받는 일부 입원진료비는 제외되고, 약제비와 재료비가 제외되는 것이다. 한편 통상 이야기하는 보험재정은 보험급여비로써 '행위별점수×행위별빈도×종별가산율×(1-본인부담률)×환산지수'로써 환자가 부담하는 법정본인부담률을 제외하고 계산된다. 본인부담률은 입원과 외래, 요양기관종별에 따라 차이가 있다.

금년도 환산지수는 55.4원으로 결정되었으며, 55.4원을 적용한 수가수준이 의료기관의 원가의 약 90% 정도를 보전하는 수준으로 제시되었다. 그러나 상대가치수가제를 적용하기 이전의 수가수준은 평균적으로 연구에서 제시된 원가보전 수준에 못 미치었다는 것이 당시 연구진의 분석결과였다. 이러한 격차를 일시에 조정하는 경우 보험진료비의 급격한 상승을 초래하기 때문에 연차적으로 조정해나가기로 하였

다. 그 방안으로 상대가치 적용 이전의 행위별 수가를 55.4원으로 나누어 점수를 계산(‘현행 점수’)하고, 이를 바탕으로 상대가치 시행 1차 년도인 2001년에 일부 조정하여 점수를 고시(‘告示點數’)하였다.

이러한 상대가치수가제의 도입과정에서 전문가, 의료계 및 시민단체 등으로부터 많은 논란이 제기되었다. 이러한 논란을 몇 가지로 정리하자면 다음과 같다.

첫째, 1997년에 개발된 상대가치점수는 의료기술의 변화와 의료기관의 경영환경의 변화를 충분히 반영하지 못하고 있다. 의료기술의 변화에 따라 영향을 받는 의료행위는 그 행위에 소요되는 업무량과 난이도에 변화가 발생하게 된다. 또한 의료기관의 관리비용도 경영구조의 변화에 영향을 받을 수밖에 없다.

둘째, 의약분업의 시행은 상대가치에 큰 영향을 미치게 된다. 의약분업에 따라 의료기관 외래부문에서 약제비가 약국으로 이동함에 따라 의료기관의 비용구조가 변할 수밖에 없다. 또한 의사와 약사간 처방과 조제의 상호 견제시스템이 처방행위와 조제행위라는 새로운 서비스가 발생하였다는 인식이 있기도 한다. 이러한 인식에 대해 반론을 제시하기도 한다. 아울러 진찰료와 처방료가 통합되고, 진찰료와 조제료에 체감제가 도입되면서 상대가치에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않았다는 이의도 제기된다. 보험재정 안정과 요양기관의 수입보전의 원칙이 현실적으로 더욱 강하게 반영되었다는 비판을 면하지는 못한다.

셋째, 상대가치점수의 매년 告示과정에 있어서 상대가치를 어떻게 조정해나갈 것인지에 대한 합의가 결여되어 있다. 현재 고시된 점수는 기존 의료보험 수가를 토대로 작성된 것으로 상대가치 연구에서 제시된 수치와 차이가 있다. 매년 상대가치에 접근시켜나가는 것이 원칙이지만, 이러한 원칙을 적용할 때에 전문과목간에 혹은 의원과

병원간에, 의과와 치과간에 상대적인 수입의 증감을 초래할 수 밖에 없기 때문에 기존의 기득권을 놓치지 않으려는 저항이 조정을 어렵게 한다.

넷째, 의료시장에서 행위별로 원가 투입량이 변화하기 때문에 행위별로 빈도의 증감이 나타날 수 있다. 해당 행위에 소요되는 자원이나 난이도는 변화되는데, 보상수준은 변화하지 않는다면 해당행위를 과잉제공하거나 과소제공할 유인이 생기게 된다. 따라서 난이도를 고려한 자원소요량을 측정하여 상대가치점수 자체를 조정하거나 고시점수를 조정할 필요성이 있다. 그러나 현재의 상대가치 조정시스템에는 이러한 기전이 없다.

다섯째, 상대가치점수를 가격으로 전환하는 환산지수의 조정 시스템이 미흡하다. 현재 환산지수는 일차적으로 보험공단과 의료계간의 계약으로 체결되도록 되어 있다. 그러나 현실적으로 계약 체결이 무산될 가능성이 극히 높다.[33] 계약체결이 무산될 경우 이차적으로 건강보험심의조정위원회의 심의의결을 거쳐 정부가 결정한다. 이러한 과정에서 의료기관의 경영분석을 이용하여 원가를 산정하고 원가에 따라 환산지수를 조정하는 방식을 채택하고 있으나, 원가 산정에 있어서의 객관성과 투명성을 담보할만한 여건에 많은 한계가 있다.

앞서 미국의 진료비 목표제를 참고한 우리나라의 건강보험재정의 자동안정시스템을 구축하기 위한 방안으로 첫째, 총진료비 목표 설정 둘째, 총진료비목표와 실제 발생진료비간의 차이에 따라 수가수준 조정 셋째, 총진료비 수준에 따라 재정수지균형을 맞추기 위하여 “수가-보험급여-보험료-국고부담금”을 동시에 결정하는 위원회 가동[34]등으로 제시할

33) 건강보험공단은 공단내의 건강보험재정운영위원회의 심의를 거쳐 환산지수를 결정하게 되는데, 재정운영위원회는 소비자시민단체와 경영계, 노동계 및 공익대표들로 구성되어 있기 때문에 가능한 보험진료비를 억제하려 하므로 환산지수를 보수적으로 통제하려는 경향이 있다.

수 있다.

건강보험의 자동안정 시스템을 운영하기 위해서는 우선 목표진료비를 설정하여야 한다. 이를 위한 기초작업으로 의약분업 이후 요양기관(의료기관과 약국)의 경영분석을 통하여 표준원가('적정원가')를 산정하고 이를 토대로 하여 적정 수가수준(환산지수; conversion factor)을 도출한다. 도출된 수가수준('환산지수')으로 실제로 발생된 진료비를 계산하여 초기 목표진료비를 설정한다[35]. 그리고 초기 목표진료비를 수립한 다음 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 지속가능한 진료비 증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 반영하여 설정한다.

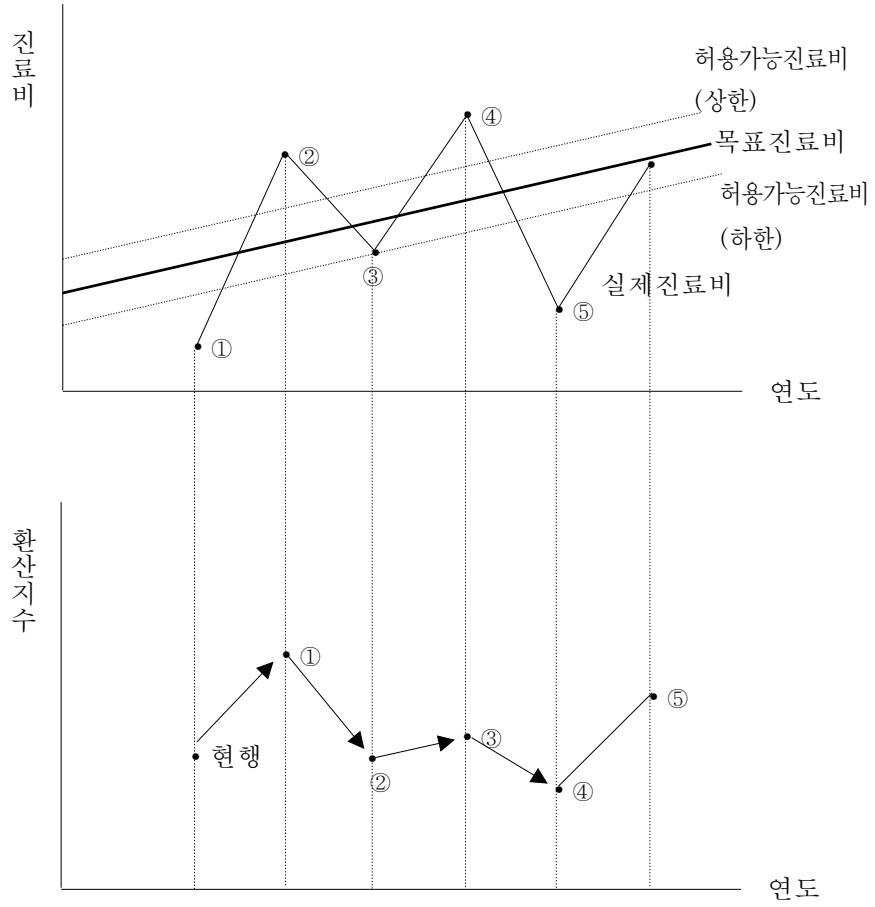
목표진료비를 설정한 후에는 목표진료비와 실제 발생한 진료비를 비교하여 환산지수를 조정하면 된다. 아래 그림과 같이 도출된 환산지수 하에서 발생한 실제진료비(①)가 지속가능한 진료비 증가율을 반영한 목표진료비에 못 미치게 되면 다음 연도에 환산지수를 ①로 인상하고, 환산지수(①)에서 발생한 실제진료비(②)가 목표진료비를 초과하게 되면 다음 연도에 환산지수를 ②로 인하한다. 다만, 목표진료비에서 허용가능한 상하한 범위 내에서 진료비가 발생하면 환산지수를 물가상승분 정도만 조정한다.

---

34) 건강보험재정건전화 특별법의 통과로 보험료와 수가를 함께 논의할 수 있는 「건강보험정책 심의 위원회」가 구성 됨으로써 수지균형을 맞출 수 있는 논의의 場은 마련되었다.

35) 의약분업 이후 2001년의 의료기관에 대한 원가분석을 서울대학교 경영연구소(2001. 12)에서 수행하였다. 동 연구소의 연구결과를 기초로 건강보험공단의 재정운영 위원회는 50.7원을 적정 환산지수로 제시하였다. 50.7원의 근거는 병원급 환산지수 56.3원과 의원급 환산지수 46.7원을 결합한 것이다. 그런데 의료계의 요양급여비용 협의회는 66.57원을 제시하였다. 그 근거는 2001년 1원 기준의 환산지수 55.4원에 원가보전율 100%반영을 위해 1.11을 곱하고, 2001년 물가상승율 50%, 2002년 물가상승율 3%를 곱함 결과이다. 결국 공단과 의료계간의 수가계약은 결렬되었고, 건강보험심의조정위원회에서도 결론을 내지 못하여 정부는 55.4원으로 告示하였고, 추후 상기 연구보고서의 심층 검토를 거쳐 다시 논의하여 告示하기로 하였다.

〔圖 Ⅴ-6〕 診療費 變化와 換算指數의 調整



한편 수입(보험료 + 국고)과 지출(수가+급여범위)의 자동균형을 확보하기 위하여, 보험료수준-국고지원금-수가수준-급여범위를 동시에 결정하는 시스템을 도입한다. 이를 위하여 현재 건강보험공단내의 재정운영위원회와 보건복지부의 심의조정위원회를 통합한 “건강보험정책심의위원회”가 그 역할을 수행할 것을 기대해 본다.

위에서 설명한 건강보험의 재정안정화 시스템은 미국의 진료비 목표제를 기초로 한 간단한 진료비 목표제 방안을 제시한 것이다. 미국의 제도를 그대로 답습하게 되면 훨씬 복잡한 시스템으로 구성될 것이다. 실제로 미국과 우리나라의 실정은 다르기 때문에 우리나라에 진료비 목표제를 도입하게 된다면 미국의 제도와 똑같이 시행할 수는 없다. 우리나라 토양에 맞는 진료비 목표제를 시행하기 위해서는 이에 대한 많은 연구 및 모의실험(simulation)이 필요하다. 미국도 현재의 "지속 가능한 목표 증가율"(SGR)에 기초한 진료비 목표제를 확립하는 데 오랜 세월이 걸렸다.

우리나라에서 큰 이슈로 등장한 건강보험의 재정위기를 타개하기 위한 한 방안으로 진료비 목표제를 시행할 경우 우리나라 실정에 맞는 시스템을 개발하는 문제도 있지만 성공적인 운영을 위해서는 보험자와 의료공급자와의 사전조율이 급선무이다. 진료비 목표제가 단순히 의료비를 억제하는 제도가 아니고 진료비 지불제도의 효율을 증진시키는 제도라는 것을 의료공급자에게 인식시키는 과정이 성공적인 진료비 목표제를 수행하는 데 우선되어야 할 것이다.

다. 健康保險 療養機關 契約制 導入

현행 요양기관 강제지정제를 계약제로 전환하는 것을 검토할 필요가 있다. 현 제도에서는 의료기관, 약국 및 보건기관이 당연히 요양기관으로 적용된다(건보법 제40조). 또한 특정요양기관이 보험 적용기관으로 부적합할 경우에 요양기관에서 제외가 가능하나 현실적으로 제외된 경우도 없고 이에 대한 실효성도 의문되는 상황이다. 이와 같은 요양기관의 당연 적용 및 특정 기관에 대한 적용배제 등에 대하여 의료계는 부당성을 지적하고 위헌소송을 제기한 상태이다.

현 제도는 의료공급에 대한 총량은 물론 지역 또는 직역간의 균형에 대한 조정(통제)기능이 없다. 이에 따라 행위별수가제가 주류를 이루는 상황에서 공급의 증가에 따른 의료비의 증가를 억제할 방법이 전무한 상황이다.

정부(보험자) 입장에서 국민(가입자)에게 적정 수준의 의료 제공에 필요한 공급수준을 정하고, 그 범위 내에서 요양기관단위별로 의료의 공급방법과 보상수준에 대한 계약을 맺을 것을 검토할 필요가 있다. 보험자는 가입자를 대리하여 의료서비스를 제공하는 "주인-대리인"(principle-agent)의 관계에 있다. 이에 따라 보험자는 의료서비스를 적절히 제공할 수 있는 요양기관을 선별하여 계약기관으로 지정하여야 할 것이다. 이때에 요양기관의 선정함에 있어서는 지역의 인구 등 특성을 감안하여 인력, 시설 및 장비 등 적절한 공급능력을 가지고 있는지, 그리고 진료비의 청구자료를 분석하여 환자들에게 적절한 의료서비스를 제공하여 왔는지를 평가하여야 할 것이다. 또한 요양기관(병의원, 약국)의 진료비청구자료를 심사하여 과잉·부당 청구하거나 서비스에 대한 평가를 통하여 건강보험 지정기관을 해지할 수 있어야 한다.

한편 요양기관의 입장에서 건강보험을 취급하기를 원하지 않을 경우 요양기관 지정에서의 제외를 검토하여야 할 것이다. 다만, 전국적인 요양기관의 분포를 고려하여 특정 지역내에서 일정한 범위의 요양기관에 대한 강제지정이 필요하다. 이러한 계약제는 요양기관이 과도하게 밀집된 대도시 지역을 중심으로 시행하면서 단계적으로 적용범위를 확산시켜나가는 것이 충격을 줄일 것이다.

그리고 요양기관 계약제는 요양기관에만 한정할 것이 아니라, 병상의 경우에도 적용할 필요가 있다. 보험이 적용되는 병상과 비보험 병상으로 구분하여 계약하고, 나아가 의사나 약사의 경우에도 건강보험

을 취급할 수 있는 자격을 검토하여 보험의사나 보험약사를 지정하여 계약을 맺을 것을 검토한다.

이러한 계약제는 일방적으로 지정할 경우의 의료시장의 경직성을 완화하고, 의료공급의 과잉 및 불균형 분포에 따른 의료이용의 오남용과 공급자의 과잉진료 예방으로 국민의 건강 보호 및 보험재정의 건전화를 달성하는 데에 기여할 것이다.

〈表 Ⅴ-6〉 療養機關의 增加現況(1996～2001)

	1996. 12	2001. 2
계	54,063	62,235
종합병원	271	285
병 원	471	693
의 원	15,002	19,997
치과병원	8,775	60
의 원		10,631
한방병원	6,253	141
의 원		7,248
조 산 원	161	124
보건기관	3,605	3,427
약 국	19,525	19,628

3. 財源의 確保

본절에서는 건강보험의 새로운 재원으로써 건강보담금제도의 도입을 검토해 보고자 한다.

건강부담금 제도란 건강위해 물질의 소비가 장기적으로 의료비를 증가시키기 때문에 의료비 증가의 원인제공자에게 수익자 부담의 원칙에 따라 흡연 및 음주와 같은 건강 위해 행위를 유발하는 담배와

주류에 대하여 부담금을 부과시키는 제도이다. 부담금이 부과되면 위해 상품의 소비가 감소하여 궁극적으로 건강이 증진되고 그 결과 의료비가 절감된다.

가. 健康負擔金 關聯 酒類, 담배, 油類에 대한 租稅 및 負擔金 現況

1) 酒類에 대한 租稅: 酒稅 + 附加價値稅 + 敎育稅

주류에 대한 조세는 주세, 부가가치세 그리고 교육세로 구성되어있다. 주세는 주류(희석하여 음료로 할 수 있는 주정과 알코올분 1도 이상의 음료)를 과세대상으로 부과되는 조세로써 주정 1킬로리터당 5만 7천원이 부과되고 있으며 주류 중 증류주류에는 약 72% 그리고 발효주류인 탁주, 약주, 과실주, 청주, 맥주 등에 5%에서 70%까지 부과되고 있다. 부가가치세 및 교육세는 주세의 10%가 부과되고 있다.

2) 담배에 대한 租稅 및 負擔金: 담배消費稅 + 地方敎育稅 + 附加價値稅 + 環境廢棄物負擔金 + 國民健康增進負擔金

담배에 대한 조세 및 부담금은 국내제조담배와 수입담배를 대상으로 담배제조업자와 수입담배 판매업자가 조세 납부의 책임을 지고 있다.

담배소비세의 세율 및 담배에 부과되는 다른 세금은 <表 Ⅴ-7> 및 <表 Ⅴ-8>과 같다.

〈表 Ⅴ-7〉 담배消費稅의 現況

종 류		세 금
흡연용 제조담배	제1종 궐련 20개비	510원
	제2종 파이프담배 50그램	910원
	제3종 엽궐련 50그램	2,600원
	제4종 각련 50그램	910원
씹는 제조담배 50그램		1,040원
냄새맡는 제조담배 50그램		650원

〈表 Ⅴ-8〉 담배關聯 稅金 등 賦課內譯(消費者價格 1,300원인 디스)

(단위: 원/20개비 1갑당)

구 분	종전	개정 (2001.1.1)	관 련 규 정	비 고
계	750	889	139원 증가	담배가격(1,300원)의 68.4%
담배소비세	460	510	지방세법 제229조제1항 제1호가목	정액제
지방교육세	184	255	지방세법 제260조의3 제6호	담배소비세의 50%
부가가치세	100	118	부가가치세법 제1조 제1항	10%
환경폐기물부담금	4	4	자원의절약과 재활용 촉진에 관한 법률시행령 제18조 별표2(10호)	
국민건강증진부담금	2	2	국민건강증진법 제23조	

〈表 Ⅴ-9〉 담배關聯 年間 稅金 등 賦課額(2000)

(단위: 억원)

담배소비세	교육세	부가가치세	폐기물 부담금	건강증진 기금	합계	매출액
20,900	8,361	3,951	180	90	33,483	51,773

資料: 담배인삼공사, 2000.

3) 油類에 대한 租稅 및 負擔金: 交通稅 + 地方走行稅 + 石油收入賦課金 + 敎育稅 + 附加價値稅

교통세는 도로 및 도시철도 등 사회간접자본의 확충에 소요되는 재원을 확보하기 위하여 특별소비세 과세대상인 휘발유와 경유에 대하여 목적세의 형태로 1994년부터 2003년까지 10년간 한시적으로 부과되는 세금으로써 휘발유와 이와 유사한 대체 유류는 리터당 630원, 경유 및 이와 유사한 대체 유류는 리터당 276원이 부과되고 있다. 지방주행세와 석유수입 부과금은 리터당 3.2원과 14원이 부과되고 있고 교육세는 교통세의 15% 그리고 부가가치세는 10%가 부과되고 있다.

4) 外國의 事例(프랑스)

프랑스는 자동차보험료의 15%를 자동차보험세로, 알코올 도수가 25%가 초과되는 알코올에 알코올소비세가, 담배도매가의 10%를 담배소비세로, 의약품광고에 의약품 광고 갹출금 형태로 약 9.5%에서 21%까지 누진적으로 부과하여 건강증진 목적으로 사용하고 있다.

나. 健康負擔金 導入方案

1) 담배

첫째, 2000년 현재 갑당 2원씩 부과되고 있는 건강증진부담금을 인상하여 필요 재원을 충당하는 방안이다. 갑당 정액부과는 고급담배와 저급담배에 동일한 정액을 부과하므로 형평성의 논란이 있으나, 현재 담배에 붙는 담배소비세, 지방교육세, 환경폐기물부담금 등이 모두 정액 부과의 형태이다. 또한 저급담배가 더욱 건강 위해적 이라고 보면 더 많은 부담금이 부과되어야 하나, 저급담배의 소비층이 저소득층일

가능성이 크므로 정액 부담이 원인자 부담과 수용성 양 측면에서 타당할 수 있을 것으로 판단된다. 더욱이 현재 갑당 지방교육세 255원, 환경폐기물부담금 4원이 부과되고 있는바, 이는 흡연행위에 대한 부과의 논리적 기반이 취약하다. 건강문제로부터 비롯된 비용의 조달이나 건강증진을 위하여 사용하는 것이 논리적으로 훨씬 타당하다.

둘째, 지방교육세를 담배소비세에 50%를 부과하는 예에 비추어, 건강부담금을 담배소비세에 부과하는 방안으로 15%를 부과하면 2000년 기준으로 3,135억원을 징수할 수 있다.

셋째, 소득계층별 부담을 고려하여 부가가치세에 정율 부과하는 방안이다. 2001년 기준으로 10%의 부가가치세는 약 4662억원이다.

2) 酒類

주류에 대한 부담금 부과는 주류의 종류가 다양하고 가격의 격차가 너무 크므로 정액을 부과하는 것이 별 타당성이 없다. 교육세를 주세에 10%를 부가하는 예에 비추어, 주류에 대한 건강부담금을 주세에 부과하는 방안을 도입했으면 한다. 현재 주류에 주세와 부가가치세 외에 교육세가 부과되고 있으나, 교육세 부과에 대한 논리적 근거가 없다. 음주로부터 발생하는 건강비용에 대처하고 과도한 음주예방 교육·캠페인이나 알코올중독을 예방하는 비용으로 사용하는 것이 논리적으로 훨씬 타당하다.

건강부담금의 대략적인 수입규모를 추정한 결과는 <表 Ⅳ-6>과 같다. 담배에 갑당 60원을 부과하고 주세에 10%를 부과했을 경우 건강증진기금으로 약 4940억원을 확보할 수 있다. 또한 건강유해물질에 대한 조세 실태 및 사용용도가 아래 표에 나와있다.

〈表 Ⅴ-10〉 現行 健康有害物質에 대한 租稅

(단위: 10억원)

		1997	1998	1999
국세	주 세	1,790	1,814	2,078
	교 통 세	5,547	6,504	7,256
지방세	담배소비세	2,236	2,268	2,088
합 계		9,894	10,901	11,422

資料: 국세청, 『국세통계연보』, 2000.

4. 健康保險財政管理시스템의 强化

건강보험 재정안정화를 위한 제도적 장치 외에 관리시스템의 개편을 통한 재정의 관리를 강화하는 노력이 매우 중요하다.

현재 공단 본부 및 6개 지역본부에서 일괄하여 진료비를 지급하는 시스템을 변경할 것을 검토한다. 그 방안으로 공단 지사별로 FUND를 배정하여, 담당 지역가입자 및 직장가입자에 대한 진료비 발생을 관리하도록 하는 것이다. 각 지사의 담당 지역 및 직장가입자들의 질병발생확율(성, 연령 등)에 기초한 기대진료비규모를 산정하고, 이에 해당하는 FUND를 배정하여, 배정된 FUND 범위 내에서 진료비를 지급하도록 하는 것이다. 이러한 FUND 관리를 위하여, 지사에게 일정한 권한을 부여하고 FUND 관리실적에 따라 인센티브를 제공하여야 한다.

그리고 재정수입확보를 위한 유인시스템이 동시에 장착되어야 한다. 그 방안으로 支社別로 부담능력을 측정하는 지표를 개발하여 지사별 목표수입 규모를 할당함으로써 목표수입금을 징수 할 수 있도록 유인하여야 한다. 이러한 재정지출 및 재정수입의 운영성과에 따라 연봉가산 및 특별 성과급을 지급하거나, 국내외 연수기회, 승진 가산점부여나 특별휴가 등 인센티브를 관리하여야 할 것이다.

한편 건강보험심사평가원은 요양기관별 표준진료비 평가·관리제를 도입하여 진료비에 대한 감독을 과학적으로 수행하여야 할 것이다. 요양기관의 진료비청구액을 관찰하여 표준적인 진료비규모를 산정하고 표준진료비 규모에 근거하여 진료비를 관리하여야 한다. 즉, 진료비발생에 영향을 미치는 변수들(연간 환자수, 환자의 인구통계적 구성, 질병의 양태, 기관의 시설 및 인력구성 등)을 고려하여 표준진료비크기를 산정하는 공식을 만들고, 이에 근거하여 진료비를 관리하여야 한다. 그리고 EDI 청구를 의무화하고 병원회계준칙을 확립하여 외부 공인회계사의 감사를 정례화 하여야 한다. 시설장비의 허가제 도입 및 의료인력과 병상수 통제도 병행되어야할 것으로 판단된다.

5. 健康保險 財政統合·分離와 財政管理

가. 背景

의료보험통합이 지난 1998년부터 추진되어 동년 10월에 지역조합과 공교공단의 조직이 일단계로 통합되었고, 이어 2000년 7월에 직장조합을 포함한 전국적인 조직의 통합이 완성되었다. 의료보험의 이름도 '건강보험'으로 바뀌었다. 조직통합과 함께 재정통합도 추진하려 하였으나, 당시 직장근로자와 공무원 및 교원간에 보험료부과기준과 보험료율이 달랐고 재정상태도 달랐기 때문에 일시적인 재정통합은 부담의 불공평을 낳을 소지가 많았다. 또한 지역가입자에 대한 보험료부과방식은 임금근로자와는 근본적으로 상이하였기 때문에 소득기준 보험료부과방식을 개발한 후에 재정적 통합을 하는 것이 무난할 것이라고 판단하였다. 따라서 재정통합을 위한 준비기간을 두도록 하여 2002년 1월까지 유예되었다. 그 동안 재정통합의 단계적 조치로 2001

년 1월부터 직장근로자와 공교가입자간 보험료부과기준을 일치시키고 보험료율을 3.4%로 일원화함으로써 직장과 공교보험간에 재정적 통합을 이루었다. 그러나 지역보험과의 재정통합은 지역가입자에 대한 부과표준소득을 개발하고 합리적인 재정통합방안을 마련하도록 하였다.

그런데 최근 직장과 지역간 재정분리를 제안하는 법안이 국회에 상정되었고, 통합과 분리의 타당성을 놓고 전문가들이나 이해집단들간에 많은 논란이 제기되고 있다. 재정분리 법안이 국회에서 확정되기 전 까지는 현행법 하에서 예정된 재정통합을 추진할 수밖에 없다[36].

그런데 최근 재정통합을 1년 6개월 유예하도록 국회에서 결정함으로써 재정통합이나 재정분리 문제는 새로운 논의의 국면으로 들어갔다. 신정부가 출범하는 2003년에 다시 방향이 정해질 것이다.

나. 財政統合에 대한 理解

재정통합은 의료보험통합의 맥락에서 접근하여야 한다. 의보통합은 과거에 직장 및 지역별로 분권화된 조합들을 하나로 통합하는 조직통합 뿐 아니라 분리된 재정을 하나로 통합하는 재정통합이 이루어져야 완성된다는 것이 원칙이다. 이러한 조직/재정 통합에 의한 “규모의 경제”를 통하여 인력을 줄이고 관리비용을 절감하고, 조합간 재정격차를 해소하여 의료위험분산을 최대화할 수 있다는 논리에 바탕을 두고 있다.

문제는 이러한 통합의 전제조건이 가입자의 부담능력을 정확하게 측정 가능하다는 데에 바탕을 두어야 한다는 것이다. 그러나 현 여건상 부담능력을 판별하는 기준이 근로자와 자영자간에 다를 수밖에 없다(자영자의 소득파악 어려움 때문). 현재 근로자는 개인단위로 임금

36) 구체적인 재정통합방안에 대해서는 최병호 외,『국민건강보험의 지역가입자 보험료 부과체계에 관한 연구』, 2001. 4를 참조하기 바란다.

의 일정비율을 보험료로 부과하는 반면, 자영자는 가구단위로 가구원들의 과세소득 뿐 아니라 재산, 자동차, 성·연령 구성 등을 근거로 보험료를 부과하고있다. 이렇게 보험료부과기준이 다르다 하더라도 부담능력을 異議없이 정확하게만 측정할 수 있다면 재정통합은 문제가 안될 것이다. 그러나 현재의 부과체계가 모든 가입자들의 부담능력을 잘 측정하고 있다는 설득력을 갖지는 못하고 있다.

재정통합과 재정분리의 근저에는 정치적인 이해득실이 지배하고 있고, 정작 국민들의 입장에서는 별 실효성이 없는 논쟁일 수 있다. 직장보험 노조는 한국노총 소속이고, 지역보험 노조는 민주노총 소속이므로 양대노총의 패권 다툼의 양상이 전개되고 있는 것이다. 재정분리를 주장하는 한국노총은 통합조직(건강보험공단)으로부터 직장보험 조직이 분리되는 것이 궁극적인 목적으로 인식되고 있다.

다. 現在의 保險財政 狀況과 財政統合/分離

정부의 금년도 보험재정 추계에 의하면, 전체 재정수지의 당기 적자는 2조원에 이르며 적자의 대부분이 직장보험에서 발생하고있다. 그동안 남아있던 적립금으로 적자를 일부 충당하더라도 직장보험은 1조원 가량을 차입하여야 하고, 지역보험은 7억원 이상을 차입하여야 하는 것으로 추계된다. 정부 계획에 따르면, 내년도에 재정통합을 하면서 차입금 1조8627억원을 2006년까지 단계적으로 갚아나간다는 것이었다.

그러나 재정통합이 유보된 현재의 상황에서 재정분리상태를 2003년 6월말까지 운영할 수밖에 없다. 재정분리 상태에서 직장은 수지균형을 맞추기 위해 상당히 많은 보험료의 인상이 불가피할 것이다. 이 때문에 직장보험 측에서는 재정분리를 하되, 직장보험에도 국고지원

이 투입되어야 한다. 국고지원 투입 이유에 대해서, 최근 지역보험에 속하여 있던 5인 미만 사업장 근로자들이 직장보험으로 편입되기 때문에 편입 이전에 지원받던 국고지원분이 직장보험으로 이전되어야 한다고 주장하고 있다.

라. 向後方向

재정통합이나 재정분리, 어느 쪽도 압도적인 타당성을 갖는다고 볼 수는 없다. 재정통합을 하더라도 직장과 지역간 부담의 공평분담방안이 마련되어야 하고, 실질적으로는 재정분리에 가깝게 운영될 수밖에 없다. 재정분리를 하면 직장보험에서 국고지원을 요구할 것이며, 통합공단이 이원체제로 운영되거나 조직이 분리되게 되면 관리운영비용이 증가할 가능성이 크다. 따라서 국민의 입장에 서서 재정통합과 조직통합을 아우른 전반적인 통합정책을 재검토하여야 할 것이다.

여기서 두 가지 선택을 검토 할 수 있다. 먼저 통합을 고수하려면, 조직과 재정이 완전히 통합되어야 할 것이다. 이를 실현하기 위해서는 현 건강보험공단을 “건강보장청”과 같은 정부 조직으로 개편함으로써 양대노총의 영향권에서 벗어나는 것이 바람직할 것이다. 대만의 경우 정부조직으로 통합 운영하고 있는 점을 참고하여야 할 것이다. 이 경우 의료서비스를 준공공재로 인식하고 정부가 강력한 중앙집권적인 통제력을 발휘하여 재정안정화 정책을 추진하는 길을 선택하게 될 것이고, 이에 따라 재원조달을 현재의 보험료방식에서 조세방식으로 전환도 검토하여야 할 것이다.

둘째로 재정분리를 선택한다면, 통합조직 하에서 직장과 지역으로 二元化되는 재정분리는 별로 실효성이 크지 않음으로 차라리 多元化의 방향으로 분권화 하는 것이 바람직 할 것이다. 의료이용은 지역별

로 특수성이 있으므로 지역단위로 조직과 재정의 자율성을 부여하도록 한다. 병의원이나 약국의 분포가 지역별로 차이가 있고, 의료이용자들의 의료이용욕구나 수준에도 차이가 있기 때문에, 지역단위로 재정적 독립성을 가지고 지역실정에 맞도록 의료서비스를 제공하는 것이 재정안정화를 이룰 수 있을 것이다.

Ⅵ. 健康保險 財政安定化의 代案 摸索: 長期 對策

1. 現行 健康保險制度의 限界과 與件

국민들의 의료비부담의 위험분산을 목적으로 도입된 건강보험제도가 최근 의약분업의 실시와 맞물려 재정적인 위기를 맞으면서 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 안정화를 달성하여야 할 것지만, 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 도덕

적 해이 현상이 초래되고, 보험약가속에 숨어있는 음성적인 차익은 약을 과잉 처방하게 하는 유인으로 작용하였다[37]. 의료수요자 측면에서도 경미한 질환의 경우 대부분 보험 혜택을 받기 때문에 수요자가 직접 지불하는 가격이 낮아짐으로써 불필요하게 의료이용을 증대시키는 도덕적 해이가 발생하고 있다는 지적이 있다[38]. 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. 의료보험의 통합 역시 보험료 부담의 형평성을 제고하는 데에 일차적인 성과를 거두었다고 볼 수 있다. 현재 60세 이상 노인에 대한 정액본인부담의 경감이나 본인일부부담에 대한 보상제도 등이 의료비 부담의 형평을 제고하려는 정책수단이지만 그다지 만족할만한 정책으로 인식되지 못하고 있는 것 같

37) 실거래가제와 의약분업의 시행으로 이러한 약가 차익은 예전보다 상당부분 사라지고 있지만, 최근 의약분업 이후에도 여전히 약가차익은 존재하는 것으로 보고되고 있다. 또한 실거래가제도도 당초의 취지대로 효과를 거두지 못하고 있다는 비판이 제기되고 있다.

38) 의료보험 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 추정한 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 추정한 연구결과를 발표하였다.

다. 이러한 의료보험이 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 10년간 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 癌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. 유전자 구조의 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 하는데, 현 단계에서 보건의료전문가들간에 解法에의 접근방식이나 이념에 상당한 간극이 존재하고 있다. 따라서 본 보고서에서는 두 가지 방향의 대안을 제시하고 검토하기로 한다.

2. 代案 1: 醫療保障의 多樣性과 競爭性 强化

건강보험제도의 틀을 개편하기 위한 대안으로 본 절에서는 첫째, 의료보장의 다층-다원화를 통한 재원조달과 급여의 다양한 구성을 제시하고, 두 번째로 공보험과 민간보험의 적정한 역할분담(협조와 경쟁)을 통한 의료보장을 제안한다. 이러한 제안들은 의료보장분야에 있어서 정부와 민간의 역할과 책임을 분명히 구분하고 의료보장을 전적으로 정부의 역할에만 맡겨두는 것이 효율적이지도 않고 형평하지도 않을 것이라는 논리에 바탕을 두고 있다.

가. 醫療保障의 多層 시스템 構築

1) 醫療保障 財政運營의 틀 改編의 基本方向

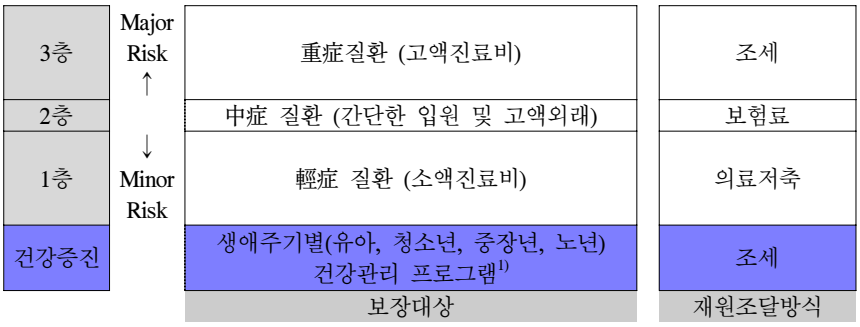
○ 의료보장에 있어서 사회적 책임과 개인적 책임의 균형을 확보하고, 규제와 시장원리를 조화시킴.
○ 공공과 민간의 적정한 역할 분담을 지향하고, 保障의 多層化와 소비자의 선택을 존중함.
○ 기초적인 의료위험의 보장성을 확보하고, 재정안정성을 확보하는 방향으로 개편

국민건강보험의 재정운용의 틀은 첫째, 재정안정을 담보하는 범위 내에서 의료위험의 보장성을 담보하는 방향으로 개편되어야 한다. 급여의 범위를 확대하여 고액진료비 때문에 가계가 재정파탄에 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) 改編의 틀

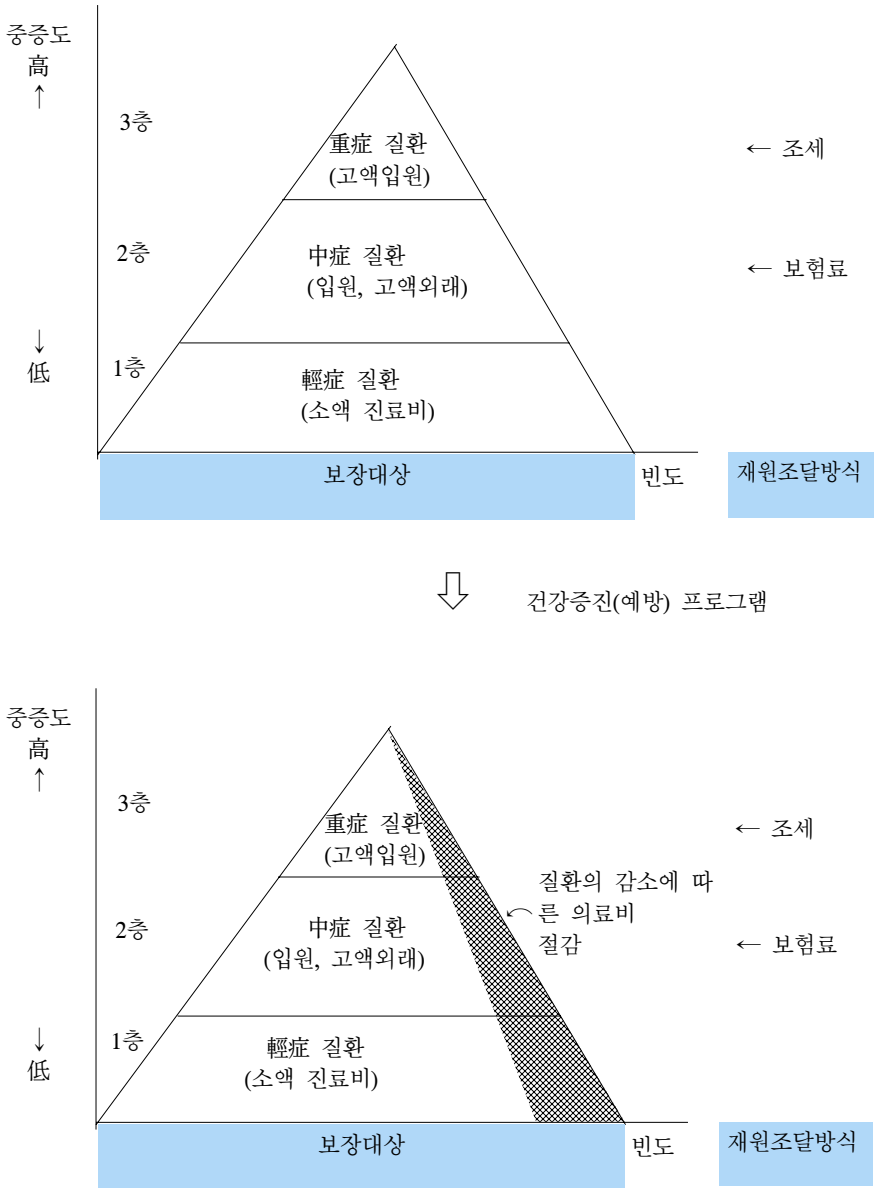
의료보장 다층체계의 틀은 다음과 같이 구성한다. 1층에서는 가벼운 경질환에 따른 소액진료비를 가족단위의 의료저축계정으로 보장하고, 2층에서는 간단한 입원 및 고액 외래를 위하여 현재와 같이 사회보험 제도를 유지하고, 고액진료비가 소요되는 중증질환에 대해서는 3층에서 조세를 통하여 재원을 충당한다.

〔圖 Ⅵ-1〕 多層 醫療保障體系의 構想



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

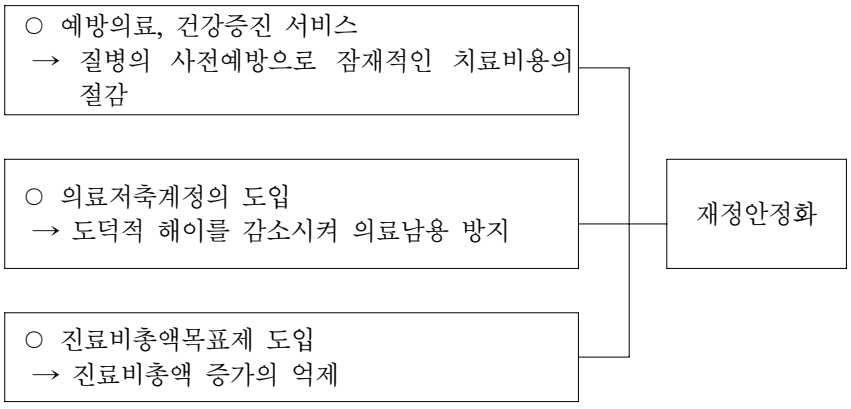
〔圖 Ⅵ-2〕 多層 醫療保障體系와 醫療費 節減



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.

〔圖 Ⅵ-3〕 多層 醫療保障體系의 財政安定化 메커니즘



▶ 의료저축제도란

전통적인 의미의 의료보험제도가 해결하지 못하던 도덕적 해이(Moral Hazard)의 방지를 위해 도입된 제도이다. 전통적인 의미의 의료보험제도는 의료비용을 주어진 기간 동안 보험가입자 간에 횡단면(Cross- Sectional)으로 분산시켰다. 이러한 제도하에서는 큰비용이 발생하는 경우에는 대비할 수 있지만 가입자들의 도덕적 해이에 대처할 수 없다. 이러한 문제의식을 바탕으로 비용을 개인 또는 가족별로 다년간 시점간(Intertemporal) 분산시키는 방법을 고안해 낸 것이 의료저축제도이다. 즉, 노령화에 대비해 노후의 의료비를 각자의 저축으로 해결하도록 유도하는 것이다. 그러나 시점간 위험분산은 "현금흐름의 불확실성"이라는 단점이 있다. 적립금이 부족한 상태에서 고비용이 소요되는 질병에 걸린다면 비용분산을 제대로 할 수 없게 된다.

3) 多層 保障體系의 內容 및 財源調達 方式

다층보장체계의 제도내용을 예시하여 보기로 하자. 1층은 의료저축제도(Medical Saving Account)를 도입한다. 예를 들어, 직장가입자는 임금의 1.5%를, 지역은 세대당 평균 1만 5천원을 매월 저축계정에 적립하여 외래 소액진료비에 대처한다. 내원일당 의원 1만원, 병원 2만원, 종합병원급 이상 3만원까지 저축계정에서 인출·사용하되 저축계정의 적립액을 초과하는 진료비에 대해서는 본인이 전액 부담하도록 한다. 2001년 기준 의료저축계정의 총누적액은 약 4조 6천억원에 이르고 이 중 2조 7천억원[39]은 급여비로 나머지 1조 9천억원은 적립될 것으로 예상된다. 적립금액은 노후 의료비에 대비하기 위하여 70세까지 인출을 제한해야 한다.

39) 1999년 데이터를 2001년 기준으로 연장 추정하였다. 이후 아래에서 제시되는 각 층별 급여비 등에 관한 내용은 위의 기준과 같다.

〈表 Ⅵ-1〉 多層 醫療保障體系의 制度內容 例示

	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)	30%	보험료
1층	소액진료비 (외래 내원일당) - 의원 1만원까지 - 병원 2만원까지 - 3차병원 3만원까지	가족저축 계정 초과분	의료저축
예방 및 건강증진	- 생애주기별 건강관리 - 예방접종, 건강검진, 건강상담, 건강교육 등	—	조세

2층의 재원은 사회보험료로 조성한다. 직장은 임금의 3.0%, 지역은 세대당 월평균 3만원을 부과한다면 약 9조 3천억원에 이를 것으로 추정되는 급여비를 충당 할 수 있다. 2층의 총진료비 13조 3천억원 중 부족분 4조원은 본인부담률 30%를 적용하여 수요자 본인이 부담하게 한다. 2층의 급여는 1층의 급여범위를 벗어나는 10만원 이하의 외래 진료비와 100만원[40] 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 6조 7천억원이 소요될 것으로 예상되는 바 7천억원은 본인부담으로 나머지 6조원은 일반 재정

40) 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 1백만원을 기준으로 하였다.

으로 충당하는 방안이다.

예방 및 건강증진 프로그램은 일반재정으로 1조원을 확보하여 예방접종, 건강검진, 건강상담, 건강교육 등의 프로그램을 통하여 질환발생의 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 경쟁체재를 구축하고 저축계정 적립액이 불충분한 저소득층이 공공의료기관을 이용할 수 있다.

〈表 Ⅵ-2〉 多層 保障體系의 財源調達 例示(2001年 金額基準)

	총진료비 (구성비)	급여비	본인부담	급여비 재원조달
3층	6.7조 (27%)	6조	0.7조	건강보험 국고지원: 2조 추가 국고부담: 4조
2층	13.3조 (55%)	9.3조	4조	보험료 – 직장: 임금의 3.0% – 지역: 평균 3만원/월
1층	4.5조 (18%)	2.7조[1)]	1.8조	의료저축계정 – 직장: 임금의 1.5% – 지역: 평균 1만 5천원/월
합계	24.5조 (100%)	18조 (73%)	6.5조 (27%)	※ 예방 및 건강증진 기금: 1조 별도 (조세 부담)

註: 1) 저축계정 적립액은 4.6조원 중 2.7조원이 인출되고, 1.9조원이 적립됨.

4) 期待效果 및 考慮事項

다층-다원 보장체계는 급여범위의 확대로 의료보장성을 대폭 강화하게 된다. 고비용 진료를 보장하게 됨에 따라 가계의 재정파탄을 방

지함으로서 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 바이에 대한 국민적 합의가 있어야 한다. 국민의 보험료가 약 50% 증가하게 되고 국가재정으로부터 약 4조의 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 한계계층의 의료보장을 위한 제도 보완이 필요하다. 의료저축 적립액 중 일부를 공동기금으로 활용하거나 사회보험료 또는 조세재원에서 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 총액목표제로 전환하여 공급자측의 비용상승 가능성을 원천적으로 봉쇄하여야 한다. 넷째 소액질환이 개인의 책임으로 전가됨으로써 저소득층의 경우 저축

계정 내의 적립액을 보전하기 위하여 필요한 서비스까지도 기피할 우려가 있는 바 공공보건의료시설을 대폭 확충하여 이들의 의료욕구를 감당해야 한다.

본 개혁안이 현재의 경제사정과 건강보험 재정형편에 비추어 실행가능성이 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.

나. 公保險과 民間保險의 適正한 役割分擔[41]

1) 役割分擔의 理論的 構想

건강보험부문에서 공공과 민간의 적정한 역할분담을 논의하기 위해서 효율과 형평의 기준에서 접근을 시도해보고자 한다. 효율성은 수요자와 공급자의 도덕적 해이, 수요자의 역 선택문제, 보험자의 위험선택 등과 관련되고, 형평성은 의료이용의 접근성과 건강상의 형평을 들 수 있다.

의료서비스 영역에서 공공보험과 민간보험의 역할 분담을 위해 본고에서는 의료수요의 탄력성을 기준으로 두 가지로 구분하여 접근해 보고자 한다. 하나는 의료수요가 가격비탄력적일 뿐 아니라 소득비탄

41) 보다 구체적인 논의는 최병호 외,『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, (2001. 11)와 최병호(2001. 11)을 참조하고, 최근 민간의료보험 활성화 Task Force(2001.12) 의 장관건의내용을 참조하기 바란다. 그리고 기존 국내연구의 동향을 보면, 민간보험에 대해 긍정적으로 검토하는 측으로서는 권순원(1998), 정기택(1997, 2000), 장동민(1997), 오영수(1999) 등을 들 수 있고, 이에 반해 민간보험의 도입이 시기상조이며 공보험제도의 정착과 발전에 더욱 노력해야 한다는 입장에 있는 측으로서는 양봉민(1997), 김창엽(2000), 조홍준, 이진석(2000) 등 시민사회단체에 참여하는 학자들이 주류를 이루고 있다.

력적인 서비스이고, 다른 하나는 가격 및 소득에 탄력적인 서비스이다.

전자는 주로 고위험도의 중증질환과 관련된 서비스가 해당될 것이고, 후자는 저위험도의 경증질환과 관련된 서비스가 될 것이다.

만약 공공보험이 없는 상태에서 민간보험으로 의료서비스를 제공하는 경우에 나타나는 효율성과 형평성 문제를 따져 보자. <表 Ⅵ-3>에서와 같이 효율성과 관련하여 비탄력적 서비스는 수요자의 도덕적 해이와 역 선택 문제가 탄력적 서비스에 비해 상대적으로 클 것으로 생각된다. 또한 보험자의 공급자의 위험선택도 고액진료비가 발생될 비탄력적 서비스에서 상대적으로 클 것이다. 그러나 공급자의 도덕적 해이는 탄력적 서비스에서 상대적으로 크게 나타날 가능성이 있을 것으로 생각된다[42]. 따라서 비탄력적 서비스에서 민간보험이 효율적으로 제공하는 것이 어려울 것으로 보인다. 이는 공공보험에서 제공하는 것이 그나마 상대적으로 더 효율적으로 제공할 수 있을 것임을 암시한다. 형평성의 측면에서는 중상위 소득계층이 주로 보험에 가입할 것이기 때문에 수요자의 접근성이 일반적으로 제한될 것이다. 특히 비탄력적 서비스부문에서 접근성이 제한될 경우 중저소득층은 위험발생시 상당히 타격을 입을 것이다. 더구나 보험자는 고위험도인 비탄력적 서비스부문에 대해 위험선택을 하려 할 것이므로 상대적으로 저소득의 건강상태가 열악한 계층의 가입을 꺼려할 것이므로 저소득층의 접근성이 제한될 것이다. 따라서 비탄력적 서비스에 대한 접근성을 높이기 위해서는 민간보험에 맡겨둘 수는 없을 것이다.

---

42) 이렇게 판단한 이유는 고액의 중질환의 경우 비교적 심사가 엄격히 이루어질 가능성이 크기 때문에 공급자의 과잉진료는 상대적으로 위축될 것이다.

〈表 Ⅵ-3〉 民間保險으로 醫療서비스를 提供하는 경우의 效率과 衡平의 豫測

	효 율				형 평	
	수요자의 도덕적 해이	수요자의 역선택	공급자의 도덕적 해이	보험자의 위험선택	수요자의 접근성	보험자의 위험선택
비탄력적 서비스 (중증질환)	大	大	小	大	大	大
탄력적 서비스 (경증질환)	小	小	大	小	大	小

한편 공공보험으로 의료서비스를 제공하는 경우의 효율과 형평 문제를 짚어보자(表 Ⅵ-4 참조). 효율성 측면에서 수요자의 역 선택이나 보험자의 위험선택은 일단 일어나지 않는다[43]. 수요자의 도덕적 해이는 모든 의료서비스에서 나타나겠지만, 낮은 본인부담으로 값싸게 이용할 수 있는 경증질환과 같은 탄력적 서비스에서 상대적으로 자주 발생할 가능성이 클 것이다. 고액의 비탄력적 서비스의 본인부담도 낮아 도덕적 해이가 발생할 것이나 생명의 위협에 직결되는 질환에 대한 도적적 해이는 상대적으로 크지 않을 것이다. 공급자의 도덕적 해이는 역시 경증질환들에서 크게 나타날 가능성이 크다. 비교적 심사가 까다롭지 않을 것이고, 환자의 본인부담도 크게 부담스럽지 않고 빈도도 많기 때문에 많은 수입을 확보할 수 있는 영역이기 때문이다. 이러한 효율성의 측면에서 경증질환과 같은 탄력적 서비스는 공공보험에서 적극적으로 보장할 실익이 상대적으로 크지 않다. 한편 형평성의 측면에서 보험자의 위험선택으로 인한 저소득층의 의료이용 배제는 나타나지 않을 것이다. 그러나 수요자의 접근성 면에서 현재 증증질환과 같은 고액진료비는 비보험 본인부담등 비용이 많이 소요되므로 상대적으로 공공보험 하에서도 접근성에 제약을 받을 것이다.

43) 공보험은 현재 전국민 강제가입이고 보험자가 가입자의 질병발생위험을 선별하여 가입여부를 결정하지 않기 때문이다.

따라서 수요자의 접근성 면에서 비탄력적 서비스는 민간보험으로 담보하기 어려울 뿐 아니라 현재의 공공보험으로도 충분히 담보하기 어렵다. 그러나 충분한 접근성의 확보는 민간보험에 맡겨둘 수는 없고, 공공보험의 보장성 강화로 해결할 수밖에 없을 것이다.

〈表 Ⅵ-4〉 現 公共保險으로 醫療서비스 提供時 效率과 衡平에 미치는 影響

	효 율				형 평	
	수요자의 도덕적 해이	수요자의 역선택	공급자의 도덕적 해이	보험자의 위험선택	수요자의 접근성	보험자의 위험선택
비탄력적 서비스 (중증질환)	小	없음	小	없음	小	없음
탄력적 서비스 (경증질환)	大	없음	大	없음	大	없음

2) 役割分擔 模型

공공보험과 민간보험간 역할분담의 개요는 다음과 같다.

첫째, 공공보험은 중증질환(Major Risk)에 대한 보장성을 강화하는 방향으로 급여범위를 조정한다. 이와 더불어 예방적 급여를 보장한다.

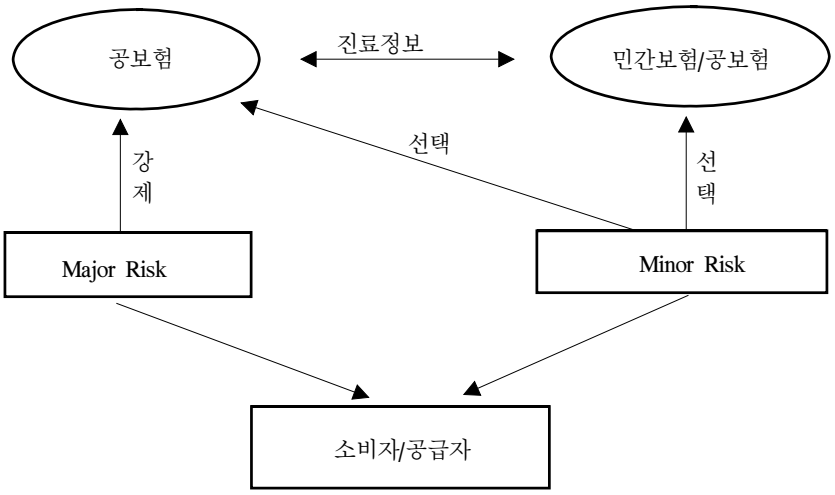
둘째, 輕中症질환(Minor Risk)에 대해서는 공보험과 민간보험이 보충보험의 형태로 경쟁하되, 공보험과 민간보험이 공동으로 보험사업을 할 수 있도록 한다.

셋째, 경증질환과 관련한 소액진료비시장에서 소비자는 공보험이나 민간보험을 선택할 수 있다. 공보험에 가입할 경우 중증질환보험에 대한 기본보험료외에 부가적인 보험료를 납입한다.

넷째, 경질환에 대한 보충보험에 있어서는 의료저축계정(MSA)의 도입을 적극 권장한다.

다섯째, 진료정보와 심사정보는 공보험과 민간보험이 필요한 범위 공유하도록 한다.

〔圖 Ⅵ-4〕 公保險과 民間保險間 役割分擔 模型



이를 보다 구체적으로 설명 해보자. 기본적인 진료, 소위 GHCP(Guaranteed Health Care Package)에 대해서는 전국민이 공보험의 적용을 받는 1차적인 안전망의 역할을 충실히 수행하여야 한다. 문제는 기본적인 진료의 내용에 무엇을 담느냐에 있다. 주지하다시피 현재의 공보험은 중증질환(Major Risk)에 대한 보장성에 극히 취약한 면을 보이고 있으며, 輕中症질환(Minor Risk)을 중심으로 보장하고 있다. 국민들의 사회보험에 대한 인식이 엷은 상황에서 보험료 납입에 대한 보편적인 보상의 측면을 고려하면 의료이용의 빈도가 높은 다빈도질환을 중심으로 보험적용의 혜택을 부여하는 것이 수용성면에서 나은 정책이 된다. 그러나 보험의 원리상 고도의 위험에 대해 보장한다는 면에서는 취약할 수밖에 없다.

따라서 GHCP에 대한 합의가 있어야 한다. 한정된 재원으로는 모든 종류의 의료리스크를 보장하기가 어렵다. 생각건대, 중증질환에 대해

서는 공보험이 보장하는 것이 위험분산효과 측면에서 민간보험 보다는 우월하다. 그리고 가계부담의 형평성 측면을 고려할 때에 민간보험이 부보하기는 어려운 한계가 있다. 공보험이 부보하는 것이 훨씬 나은 선택이 된다.

참고로 NERA(1993)가 제시하는 GHCP 의 정의는 다음과 같다, 첫째, 어떤 형태의 진료가 보류된다면 환자의 건강에 위협이 되는 경우, 둘째, 통상적인 소득수준에 비추어 치료비가 비싼 경우, 셋째, 평소의 저축으로서 충당하도록 기대하기가 어려운 정도의 치료비 등이다.

경증질환 등 소액 외래진료에 대해서는 민간보험과 공보험이 보충보험의 형태로 참여할 수 있도록 한다. 이 부문에 대해 민간보험과 공보험이 가입자 확보를 위해 경쟁을 하게 되고, 가입자는 민간보험자와 공보험자 중 선택을 하게 됨으로써 의료시장이 보다 효율적으로 작동할 수 있도록 한다. 이러한 방안에 대해 공보험자가 보다 월등한 진료정보를 이용하여 독점적인 경쟁력을 가지기 때문에 부정적인 입장을 보이는 견해가 있다[44]. 그러나 집단 및 개인에 대한 보험료 산정 기법에 있어서 민간보험이 기술적으로 우위에 있을 수 있고, 마케팅 전략 면에서도 우수한 면이 있기 때문에 양자간의 경쟁의 여지는 충분하다고 생각된다.

그리고 공보험과 민간보험간의 절대적, 상대적 비교우위는 양자간의 거래를 통하여 보다 나은 시스템을 구축할 수 있다. 공보험은 정보력, 전국적 조직력 및 오랜 경험이란 장점을 갖고 있고, 민간보험은 선진화된 보험료산정기법 및 마케팅 능력, 소비자의 욕구를 잘 파악하는 능력을 갖고 있기 때문에 양 조직이 상호 협력하여 부가진료 부문을 제공한다면 보다 나은 결과를 가져올 수 있을 것이다. 비급여 부문에

44) 2000년 11월 29일 경희대학교 보건의료산업연구원과 한일생명보험주식회사 공동으로 주최한 “민간의료보험의 발전방향”(정기택)에서 정기택 교수의 의견이다.

대해서는 보충적 형태로 민간보험이 참여하되, 공보험과 민간보험이 공동으로 비급여 서비스를 제공할 수 있다. 이때 민간보험이 현물서비스에 대한 심사의 한계가 있으므로 건강보험(심사평가원)이 민간보험 진료비에 대한 심사를 대행하고 일정한 수수료를 받을 수 있다. 그 외 가입자 관리와 보험료 징수에 대한 관리는 공·사보험이 역할을 분담하도록 하며, 분담에 따르는 비용에 대한 계약을 체결할 수 있을 것이다. 이에 따라 환자에 대한 진료정보 및 심사정보는 공·사보험이 공유할 것이다. 특히 공·사보험자-소비자-의료기관간 계약에 의하여 공·사보험간 협업체계를 구축함으로써 민간보험회사는 민간보험 도입에 필요한 의료정보와 조직 면에서의 취약성을 보완할 수 있다.

이러한 공보험과 민간보험간 공동사업의 구체적인 방안을 제시해보자.

먼저 민간보험사가 직장가입자를 대상으로 공단 지사와 협업을 하는 방안으로 대기업에 대한 단체보험의 형태가 될 것이다. 예를 들면, 대기업 소유 종합병원과 보험회사가 전국의 지역별 병원 및 개원의와 체인(chain)을 구축하여 의료서비스를 체계적으로 제공할 수 있다. 특히 개방형병원제(attending system)가 도입되는 경우 이러한 계열화된 의료시스템과 공·사보험 공동시스템에 의하여 더욱 활성화될 가능성이 있다. 또한 의약분업 시행으로 약국까지 연계된 체인망이 형성될 수 있을 것이다. 이 밖에도 지역내 중소사업장들이 공단 지사 중심으로 계약을 맺고 민간보험사가 참여하는 방안이 있다. 공보험자 중심으로 민간보험사, 사업장, 계약의료기관 대표 등으로 구성되는 협의체를 만들어 운영하여야 할 것이다.

다음으로 보험사가 공단의 지역가입자 중심의 지사와 협업을 하는 방안이다. 공단 지사 단위의 지역가입자 단체보험의 형태로 보험상품을 개발하여, 민간보험사와 지사간 계약을 맺어 질병정보와 관리업무를 분담할 수 있다. 이러한 단체보험의 형태는 개인보험에 비해 가입

자의 역 선택 문제를 완화할 수 있고, 보험자의 위험선택 문제도 완화시킬 수 있는 효율적인 선택이다.

한편 보험을 취급하는 의료공급자 측면에서는 기본진료(중증질환보험)에 대해서 전국의 요양기관을 모두 강제로 지정할 필요는 없을 것이다. 중증질환 및 예방적 진료를 제공하기에 합당한 의료인력과 시설 기준을 갖춘 의료기관을 인증하고 계약의료기관으로 지정하여야 할 것이다. 보충적 보험에 해당하는 부가진료에 대해서는 요양기관과 공보험 혹은 민간보험자간에 계약이 이루어지는 방향이 대안이 될 수 있다. 이는 소비자가 좋은 공급자와 계약된 보험자를 선택하는 데에도 도움이 될 것이다.

이러한 공공과 민간의 역할분담을 수용하기 위해서는 공공보험의 틀이 개편되어야 하는데, 그 방안을 구체적으로 검토해보자.

첫째, 의료위험 중에서 중증질환(major risk)에 대한 보장성을 공보험이 확보하도록 한다. 그 방안으로는 다음과 같다.

a) 급여범위의 확대를 통한 방안이다. 현행 행위별수가제 하에서 보험이 적용되는 서비스항목을 넓혀가는 보수적인 방법 하에서는 고질병군에 해당하는 서비스 항목을 집중적으로 선택하여 급여범위를 확장하여야 할 것이다. 그러나 입원부문에 대한 DRG 지불제도의 도입을 통한 질병군별 보험적용방식이 더 효율적인 선택이 될 수 있다. 양 접근방식을 혼합하는 형태도 검토할 필요가 있다. 기본적인 지불제도는 DRG에 기초하되 기본 DRG 외에 부가적인 서비스 항목은 행위별수가제를 적용하는 방식이다. 다만, 중증질환군에 대한 본인부담률을 대폭 낮추어야 할 것이다.

b) 본인부담금보상제를 통한 방안이다. 법정본인부담이 100만원을 초과할 경우 전액을 보상하거나 보상률을 현행 50%에서 75%로 상향조정하면서 본인부담의 상한을 도입함으로써 고액진료비에 대한 리스

크를 회피하는 것이다. 그러나 이 방안의 맹점은 비보험 부문에서 발생하는 본인부담은 여전히 사각지대로 남아있게 된다는 점이다.

c) 따라서 보험이 적용되는 서비스항목을 넓혀가는 첫 번째 방식을 채택하면서 본인부담보상제를 혼용하는 방안이 현실적으로 유용한 방안이 될 것으로 판단된다.

둘째, 외래진료나 가벼운 입원진료 등 경질환(minor risk)에 대해서는 의료저축계정(MSA: Medical Saving Account)의 도입을 검토한다. 이러한 MSA 의 도입은 두 가지 방향을 검토한다.

a) 공보험에서 강제하는 public MSA를 도입하는 방식

b) 경질환에 대해 deductible 제도를 도입하되, deductible에서 발생하는 본인부담분에 대해 민간보험의 private MSA를 제도적으로 유인하는 방식[45)]

c) MSA 가입을 의무화하되, public MSA 혹은 private MSA 양자중 선택을 허용하거나 양자에 동시 가입을 허용하는 방식

다만, 어떤 방식을 채택하든지 저소득층의 의료비부담을 덜어주기 위해서 public MSA 에 가입하는 경우 국고지원금이 차등 보조되어야 한다[46)].

---

45) private MSA의 도입방안으로써 MSA를 적립계정과 보험계정 두가지로 구분하여 운용하는 것을 검토할 수 있다. 첫째, 적립계정은 공보험의 적용범위 밖에 있는 환자 본인부담 진료비를 보상해주도록 한다. 이에 따라 공보험의 보완적인 위험분산기능을 더욱 충실화할 수 있다. 여기에서는 의료비를 적게 사용할수록 계속 기금이 증식되고 노후에 급증할 의료비에 효과적으로 대처할 수 있다. 둘째, 보험계정은 癌 등 고액의 의료비에 대해 공보험이 충분히 보장하지 못할 때에 가입자들간의 위험분산을 통해 일정한 보험금을 보상해주도록 한다. 셋째, 이러한 MSA에 불입하는 보험료 및 기금이식에 대해서는 세제상의 우대조치를 확보한다. 공적 보험의 보완적인 역할을 하기 때문에 정부의 입장에서도 세제상 혜택을 공보험에 준하여 마련해 주도록 한다. 넷째, 기업 근로자의 근로복지 증진 차원에서 단체보험/저축상품으로 계약을 체결하는 방안을 검토할 수 있다. 단체계약을 하더라도 근로자의 퇴직시 근로자 개인이 자신의 의료저축/보험계정을 분리해 나갈 수도 있다. 특히 퇴직금을 기업연금화하는 기업의 경우 근로자 개인의 퇴직연금 보험계정과 의료저축보험계정을 함께 운영하는 방안이 바람직할 것이다.

3) 役割分擔 模型에 대한 評價

공공보험과 민간보험간 역할분담모형에 대한 평가를 소비자, 공급자, 공보험자(정부) 및 민간보험자 측면에서 내려보자.

소비자의 입장에서 긍정적인 측면은 공보험이 중증질환에 대하여 확실한 보장성을 강화하기 때문에 고액진료비 발생에 따른 가계파탄을 방지할 수 있다는 것이다. 경증질환의 보장을 위하여는 공사보험을 선택할 수 있기 때문에 선택의 폭이 확대되는 기대효과를 얻을 수 있고, 이에 따라 공사보험간 경쟁으로 서비스의 질이 향상되고, 가격이 인하되거나 비용에 대한 편익이 보다 공고히 연결되는 장점이 있을 것이다. 반면에 다빈도 경증질환에 있어서 계층간에 보장성 면에서 격차가 발생할 것이다. 즉, 전통적 형태의 민간보험이나 의료저축계정(MSA)에 대한 불입능력의 격차가 발생할 것이므로 이들 통상적인 질환에 대한 접근성의 격차가 발생할 가능성이 있다. 현재의 공보험 시스템과 비교하여 다빈도 질환에 대한 본인부담이 과중해 질 수 있고 경우에 따라서는 질환의 초기증상에 대하여 방치함으로써 큰 질병으로 발전할 우려가 야기될 위험도 있다. 이러한 부작용을 방지하기 위하여 중저소득층의 MSA 불입금에 대해서 기존의 국고지원금을 활용하여 가계단위로 국고보조(matching fund)하는 장치를 장착하여야 할 필요성이 있다. 또한 취약계층에 대하여 본인부담을 경감하는 국고지원도 강화되어야 할 것이다. 특히 검진 등 예방적 진료에 대하여는 공보험의 급여대상으로 포괄함으로써 질병의 초기발병을 진압할 수 있어야 할 것이다[47].

---

46) 재원조달 측면에서는 Major Risk에 대한 보장성을 강화하는 사회보험방식에 대해서는 조세로 재원을 조달하는 방안을 검토할 수 있다. 조세로 재원을 조달하는 경우에는 의료공급자에 대한 규제(예, 보험요양기관의 제한적인 지정, 의료기관과 의사수 등 공급에 대한 규제)가 필요하리라 본다.

공급자 측면에 미치는 효과를 예상하면, 중증질환과 경증질환으로 크게 구분하여 접근하므로 의료기관종별로 역할이 자연스럽게 분화될 것으로 기대할 수 있다. 즉, 중증질환 중심의 공보험은 주로 종합병원급에서 담당하게 되고, 경증질환은 동네의원이나 중소형 병원에서 담당하게 되는 의료기관간의 분업이 정착되는 계기가 될 수 있을 것이다. 이에 따라 의원급이 문지기(gate-keeper)로서의 역할을 수행하도록 하는 일차진료의 활성화를 도모할 수 있을 것이며, 3차 기관은 연구기능의 향상을 위한 연구병원으로서의 제 역할을 찾을 수 있을 것이며 공공성 또한 강화될 것이다. 그러나 부작용도 초래될 수 있다. 즉, 일차진료(동네병의원)의 경쟁이 심화됨으로써 이들 공급자들간에 수입 격차가 발생하고, 특히 중소병원의 역할이 제자리를 찾지 못하고 그 역할이 애매해질 가능성이 있다. 이에 따라 의료기관들간에 수입구조가 변화하여 공급자내부에서 갈등이 표출되고, 이러한 갈등이 제도에 대한 저항으로 표출될 수 있다. 따라서 이러한 부정적인 측면을 완화하기 위해서는 먼저 일당 내원환자수에 따른 진료수가를 차등화함으로써 환자수가 적더라도 적정한 수입을 보장받도록 하고, 환자수가 지나치게 많아지는 경우에는 수입이 체감하도록 하는 반유인 장치를 적용한다. 또한 중소병원의 제 역할을 찾아주기 위해서는 전문질환중심으로의 특화를 통하여 규모에 알맞는 경쟁력을 확보할 수 있도록 정책적인 지원이 이루어져야 할 것이다. 경우에 따라서는 대형병원과 협력관계를 맺고 의원급들과도 연계함으로써 의료공급체계상에서의 '허리' 역할을 충실히 수행할 수 있도록 한다.

공보험자의 입장에서 긍정적인 편익은 공보험이 중증질환에 대한

47) 삼성금융연구소(1999)는 이러한 문제를 극복하기 위하여 저소득층을 위한 공적의료제도의 확립을 들었다. 저소득층이나 노약자층을 위해 모든 서비스가 무료로 제공되는 현행 의료보호제도의 확대가 필요함을 주장하였다.

보장성을 확보함으로써, 의료리스크 시장에서 심각한 시장의 실패가 발생하게 되는 중증리스크를 보장하는 공공성의 역할을 충실히 한다는 점이다. 아울러 중증질환 외의 경증질환 등 비급여 진료부문에도 참여함으로써 전체적인 보장성을 강화하는 기반을 마련하는 데에도 중요한 기여를 하게 된다. 그리고 전체적인 의료정보의 완결성을 확보하는 실익을 거둘 수 있다. 그 외에도 민간보험과의 경쟁이나 공동사업을 통하여 공보험 조직의 효율성을 강화하고, 관리능력을 향상시킬 수 있을 것이다. 부정적인 측면 또한 나타날 것이다. 우선 다빈도 경증질환의 경우 본인부담이 증가함에 따른 불만이 제기될 것이다. 이는 중증질환을 앓지 않는 대부분 소비자들이 경증질환으로 병의원을 찾는 경우 본인이 부담하여야 하므로 공보험의 보험료 납부에 저항할 것이다. 그리고 경질환 의료시장이 민영화될 우려가 크다. 이러한 부작용과 역기능을 막기 위해서 첫째, 민간보험의 MSA에 가입하는 경우 세제 혜택 등 유인을 제고하여 미리 질환발생 비용에 대비하도록 한다. 두 번째는 공보험에서도 MSA를 운영하도록 하고, 가입자 중 취약계층에 대해서는 보험료의 일부를 보조하는 방안을 강구하여야 할 것이다. 세 번째로는 공보험의 보험료 납부저항을 완화하기 위해서 재원조달방식으로 조세방식을 일부 혼용하는 방법을 검토하여야 할 것이다. 네 번째로는 경질환 시장이 민영화될 것에 대비하여 공보험에서의 의료기관 서비스 평가를 강화하여야 한다. 즉, 의료기관의 질 평가에 기초하여 경질환에 대해서 공보험은 의료기관과 선별적으로 계약을 하도록 강구하여야 한다. 이러한 전체 의료기관의 질 평가는 공보험이 민간보험에 비하여 우위에 있으므로 민간보험사와의 경쟁에서 유리한 점을 활용하여야 할 것이다.

민간보험자의 측면에서 긍정적인 기대효과는 공보험 진료정보의 활용으로 시장진입의 위험이 경감된다는 점이다. 다만, 중증질환 중심의

공보험 정보는 반드시 유용하지 않을 수 있다. 주로 공사보험간의 경질환 정보의 교환에서 유용한 정보교환이 이루어질 것이다. 그리고 경질환을 취급하는 경우 비교적 보험료산정이 용이해 질 것이며, 방대한 경질환 의료시장의 영역을 확보하는 장점을 기대할 수 있다. 특히 민간보험은 공보험과의 경쟁에서 계약의료기관의 선택과 해지에 보다 유연성 있는 전략을 구사할 수 있어 우위에 설 수도 있다. 그러나 공보험이 단일 보험자이기 때문에 그 독점적인 시장지배력에 대항하기에 한계를 보일 수 있다. 특히 현재 시판중이고 영역을 확장하고 있는 암보험 등 고액진료비보장 시장이 완전히 잠식되는 손실을 감수해야 할 것이다. 경질환을 취급할 경우 소규모 보험금 청구건의 다량 발생으로 심사 및 지불관련 관리비용이 증가할 것이다. 이러한 부정적인 측면의 가능성에 대응하여 민간보험사가 공동으로 협력하여 공보험의 시장지배력에 대항하는 방안을 강구하여야 한다. 민간보험사들이 공동으로 심사지불기구를 설립하거나 공보험에 심사를 위탁하는 방안을 검토할 수 있다. 그리고 보험관리의 복잡성을 회피하기 위하여 단체보험형태로써 진료비총액한도로 계약하거나 혹은 일인당 진료비로 계약하는 등 계약단위를 포괄화 하는 방안도 모색하여야 할 것이다. 이와 함께 미국식의 관리의료(managed care) 형태의 보험과 서비스의 통합관리방식을 도입을 적극 검토할 필요가 있다.

〈表 Ⅵ-5〉 公保險과 民間保險間 役割分擔模型 導入時 期待效果

	긍정적 효과	부정적 효과	부정효과 완화를 위한 대책
소비자	· 중증질환에 따른 가계파탄의 방지 · 경증질환 보장에 대한 선택의 폭 확대 · 공사보험간 경쟁으로 서비스 향상 및 가격 인하	· 다빈도 경증질환에 대한 보장성격차 발생 (MSA불입능력격차) · 다빈도 질환에 대한 본인부담 과중 · 질환의 초기증상에 대한 방치 우려	· 중저소득층의 MSA 불입금에 대한 국고보조(matching fund) · 취약계층에 대한 본인부담경감(국고지원) · 검진 등 예방적 진료의 공보험 급여
공급자	· 1,2,3차 의료기관종별 역할 분화 강화 · 일차진료의 활성화 (gate-keeper 역할) · 3차기관의 연구기능 향상 및 공공성 강화	· 일차진료(동네병원)의 경쟁 심화로 공급자간 격차 발생 · 중소병원의 역할 축소 가능성 · 의료기관 수입구조 변화로 갈등 표출	· 일당 내원환자수에 따른 진료수가차등화 · 중소병원의 전문질환중심의 특화를 위한 지원
공보험자 (정부)	· 공보험의 중증질환에 대한 보장성 확보 · 비급여 진료부문 참여로 전체적인 보장성 강화의 기반 마련 · 전체 의료정보의 완결성 확보 · 공보험 조직의 효율성 강화, 관리능력 향상	· 다빈도 질환의 본인부담 증가에 따른 불만 제기 · 중증질환을 앓지 않는 대부분 소비자의 공보험의 보험료납부 저항 · 경질환 시장의 민영화 우려	· MSA가입의 유인 제공(세제 혜택) · public MSA 가입자 중 취약계층에 대한 보험료 보조 · 재원조달방식으로 조세방식을 일부 혼용 · 의료기관의 질 평가에 기초한 선별 계약
민간보험자	· 공보험 진료정보의 활용으로 시장진입 위험 경감 · 경질환에 대한 보험료산정의 용이 · 방대한 경질환 의료시장 영역 확보 · 공보험보다 계약의료기관의 선택에 유연성 우위	· 공보험의 독점적 시장지배력에 대항하기에 한계 · 암보험 등 고액진료비 보장 시장의 잠식 · 소규모 보험금 청구건의 다량발생으로 심사 및 지불관련 관리비용 증가	· 민간보험사 공동참여로 시장지배력 제고 · 민간보험사 공동 심사지불기구 설립 · 공보험에 심사 위탁 · 단체보험형태로써 진료비총액한도로 계약 혹은 일인당 진료비로 계약

3. 代案 2: 醫療保障의 公共性 强化

장기대책을 위한 두 번째 선택은 공보험으로써의 국민건강보험의 급여범위를 확대함과 더불어 진료비의 증가를 통제하기 위해 총액예산제를 도입하고, 통합관리운영을 보다 강화하는 방향으로 개편해나가는 것이다.

가. 診療費總額豫算制의 段階的 施行

행위별수가제는 비용조장적 이라는 것이 통상적으로 받아들여지고 있다. 개별 진료항목마다 수가가 따로 산정 되기 때문에 공급자들은 당연히 필요 이상의 진료를 서비스하고자 하는 유인을 갖고 있다. 이러한 모순을 근원적으로 해결하고자 하는 시도들이 선진국에서 다각도로 시행 되었는 바, 이를 우리나라 현실에 맞게 점진적으로 도입할 것을 권유한다. 즉, 진료비 총액계약제 혹은 총액예산제를 단계적으로 시행하여 정착시켜야 한다. 총액예산제에는 예산상한제나 예산목표제를 검토할 수 있다(권순만, 1999). 예산상한제는 실제 의료비가 예산액을 초과할 때 超過分을 의료공급자가 전적으로 책임(예산초과액만큼 내년도 수가 혹은 지불액을 삭감)지는 제도이고, 예산목표제는 의료비가 당기 예산을 초과할 때 다음기의 수가 혹은 예산 일부를 삭감하여 예산 초과분을 보험자와 공급자가 분담하는 제도이다. 다만 예산제도에 의해 비용절감의 압박이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 발생할 가능성이 있으므로 동시에 의료의 질관리 또한 병행되어야 한다.

총액예산제 하에서는 재원조달을 조세방식으로 전환하고, 진료비심사는 의료계에서 담당하도록 하며 진료적정성 평가는 보험자가 수행하는 것이 효율적이라고 판단된다. 1단계로 국공립병원과 일산보험자

병원에 먼저 시범 적용하여 그 추이를 검토한 후 점진적 확대를 도모해야 할 것을 검토한다. 특히 예산 분배시, 의원의료비와 병원의료비의 구분이 아닌 외래의료비와 입원의료비로 구분할 경우, 외래의료비 예산도 의원과 병원간에 배분해야 하고 입원의료비 예산도 의원과 병원간에 배분해야 하는 어려움이 따르므로 의원과 병원 부문으로 나누어 예산을 확정하는 것이 타당할 것으로 보인다. 예산결정과 배분은 전국을 포괄하는 총예산을 결정하는 것이 효과적일 것이며 만일 인구구성과 같이 중요한 특성이 지역별로 큰 차이를 보인다면 지역 상황을 고려한 예산배분이 필요하다.

예산제도를 도입하기 위해서는 GDP를 포함하여 임금인상, 물가상승, 인구증가 및 연령별 구성비율, 질병추이, 의료공급자들의 수와 구조, 의료기술 등을 포함한 신뢰할 수 있는 예산 결정모형이 개발되어야 한다. 예산제도의 도입을 위하여 명확하고 표준화된 규칙(게임의 룰)과 의사결정과정이 확립되어야 하며 보험자와 의료공급자 간에 신뢰와 파트너십을 구축하고 妥協과 折衷의 기술(문화)이 정착되어야 한다(권순만, 1999). 예산제도가 정착되기까지는 많은 시행착오의 과정을 거칠 수밖에 없을 것이기 때문에 국공립 의료부문부터 도입하는 것이 바람직하다. 이를 도입하기 전에 우선 검토하여야할 사항이 있다. 예산제도가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 경제적 유인을 갖게 되므로 豫算制度의 導入에 앞서 의료보험의 급여를 확충하는 것이 필수적이다. 또한 정보체계의 중요성이 커질 것이다. 정보체계를 통해 의료비 지출수준을 실시간 모니터링 하여 예산을 초과할 경우 의료비지출 증가의 원인을 신속하게 파악, 대처방안을 수립하여야 한다.

나. 公共醫療資源 擴充

총액예산제가 제대로 정착하고 저소득층의 의료접근성을 확보하기 위해서는 공공의료의 기반이 확충되는 것이 중요하다.

의료공급의 규모를 나타내는 병상수 기준 공공의료의 규모는 전체의 약10%로써 선진국에 비해 훨씬 적다. 그간 공공의료에 대한 기능 및 역할의 정립이 없었고 단지 수익성을 강조하여온 정책의 결과 민간기관에 비해 효율성이 떨어져 경쟁력을 상실한 상태이다. 민간 주도 공급시장에서 공공의료 공급의 저조는 국민의 건강권 보호의 장애요인으로 작용하고 있는 바 2000년 민간의료기관 중심의 의료파행 시 정부의 대처방안이 전무했었다. 영리 위주의 민간의료와 차별화되는 공공의료 기능이 미흡한 실정이다.

공공의료 기반의 확충과 확산을 위하여 “공공보건의료에 관한 법률”이 제정·시행되고 있다. 그러나 기반구축이 미흡한 상태에서 특별한 지원과 관심없이 공공의료기능의 확충은 불가능하다. 2002년 공공보건의료 기반확충을 위한 사업 예산은 168억원에 불과한 실정이다[48]. 따라서 공공의료기관의 기능을 정립하고 이의 실현을 위한 별도의 관심과 노력이 요구된다 하겠다.

기존 공공의료기관에 대한 기능 및 역할을 평가하여 미흡한 지역 및 분야에 대해서는 효율성 제고 차원에서 해당 업무를 민간의료기관에 위탁하고 그에 상응하는 예산 등을 지원하여야 한다. 이를 위하여 “공공보건의료에 관한 법률”을 개정하여 근거를 마련하여야 한다. 또한 조직과 예산을 확보하여 보건소와 같은 공공의료기관을 확충할 필

48) 주요 지원내용은 첫째, 농어촌 의료서비스 기술지원단 운영지원, 공공보건의료기관의 공중보건 사업지원, 공중보건의사 직무교육 지원, WHO 지역 보건의료체계 연구개발 등에 58억원이 책정되었다. 둘째, 치매요양병원의 신축과 증축, 장비비용 등을 지원하는 사업에 110억원이 책정되었다.

요가 있다. 소액질환에 대해 보건소가 저렴한 비용의 의료서비스를 제공하게 되면 공공의료기관과 일반의원의 경쟁 체계가 형성되어 효율성의 제고는 물론 재정안정에도 도움이 될 것이다.

다. 統合管理運營 시스템의 强化

건강보험의 관리조직이 1998년 10월 지역조합과 공교공단이 통합되고, 다음 단계로 2000년 7월에 직장조합이 통합되었다. 조직의 통합으로 나타난 장점으로서는 전국적인 전산망이 통합됨으로써 자격관리의 전국적인 온라인 관리가 가능해졌고, 공단의 인력도 통합 이전인 1997년말 15,036명에서 2001년 4월 현재 10,716명으로 줄었다. 관리운영비는 1998년 7020억원(총지출 대비 8.1%)에서 2000년 7799억으로 다소 증가하다가 2001년 6694억원(총지출 대비 4.4%)으로 감소하였다. 인력의 감축에 비해서 관리운영비가 그다지 감소하지 않은 것은 인력감축 과정에서 지급된 퇴직금이나 지역보험의 임금수준의 상향조정과 같은 인건비의 상승에 기인한다. 그 외에 직장 및 지역보험의 보험료 부과기준이 각각 통일됨으로써 직장근로자간 혹은 지역가입자간 부담의 형평성이 제고된 것이 통합의 장점으로 제시된다.

이러한 통합의 장점과 더불어 부정적인 측면도 부각되고 있다. 통합과 더불어 탄생한 거대한 노동조합은 공공부문의 구조조정과 맞물려 사회적인 저항세력으로 등장하면서 숱한 갈등과 폭력 사태를 야기하였다. 특히 통합된 건강보험공단의 지역 지사들이 과거 조합에 비하여 보험료 징수 노력이 해이해 지고 있으며, 대민서비스나 보험급여의 사후관리가 느슨해지고 있다는 비판이 제기되고 있다. 더구나 지역노조와 직장노조간의 노노갈등까지 가세하여 건강보험에서의 노사갈등이 증폭되고, 효율적인 업무수행에 한계를 드러내기도 하였다. 대민서비스의 일선조직인 지사에서의 관리책임자가 관리자로서 업무

를 장악하지 못하거나, 책임있는 경영을 펼치는 데에 한계를 보이고 있기도 하다.

또한 공단과 심사평가원의 이원적인 조직 운영으로 양 조직간의 정보 공유가 원활히 이루어지지 않아 진료비 실사나 사후관리를 위한 협조가 잘 이루어지지 못한다는 비판도 제기되고 있다. 공단은 가입자 자격관리, 보험료징수, 보험급여의 사후관리 기능을 하고, 심사평가원은 진료비심사 및 실사, 그리고 서비스 평가 기능을 담당하도록 기능이 분화되어 있는데, 진료비 부당·허위청구나 과잉청구, 급여사후관리 등에 대해 공단이나 심평원이 자료를 협조하여 효과적으로 공동대처할 수 있는 감독 시스템이 갖추어져야 바람직할 것이다. 심사평가원의 독립으로 심사기능 외에 진료적정성 평가기능이 주요업무로 부상하였다. 그러나 평가업무의 정착과 발전을 위해서는 상당한 시간이 요구되겠지만 현재의 관리구조로서는 상당한 어려움이 예상된다는 지적이 많다.

따라서 현재의 관리 시스템을 개편할 필요성에 대해서는 많은 사람들이 공감하지만 구체적인 대안의 제시는 그다지 활발한 연구가 진행되지는 못하고 있다. 참고로 대만의 통합의료보험의 관리는 다음(Box 참조)과 같이 정부조직(건강보험청)으로 운영되고, 전국을 6개지부로 나누어 각 지부에서 자격관리, 보험료징수 및 심사·지불기능, 그리고 의료기관의 관리까지 거의 독립적으로 수행하고 있다. 그리고 보험자와 공급자간 전국적인 전산망이 구축되어 있다.

〈대만의 통합의료보험 관리 사례〉

- 중앙건강보험국(우리의 “건강보험청”에 해당)에서 운영
- 지역별로 6개 지부로 운영: 支部가 피보험자의 가입, 보험료 부과·징수, 계약관계에 있는 의료기관의 관리, 진료비 심사 및 지불기능을 함.
- 직원수(1996. 12): 1,762명, 본부 340명, 지부 1,422명 (전국민 2177만명)
  - 1,894명의 임시직원
  - 연합외래진료센터 642명(+ 임시직 279명)
- 적용대상자 1인 1 보험카드를 소지
- 보험자와 의료공급자간에 전국적인 전산망 구축: 자격관리, 환자에 대한 기록, 진료비 청구 및 심사 등이 전산매체를 통하여 이루어짐.
- 생활보호 저소득계층이 전액 정부보조에 의하여 의료보험에 가입

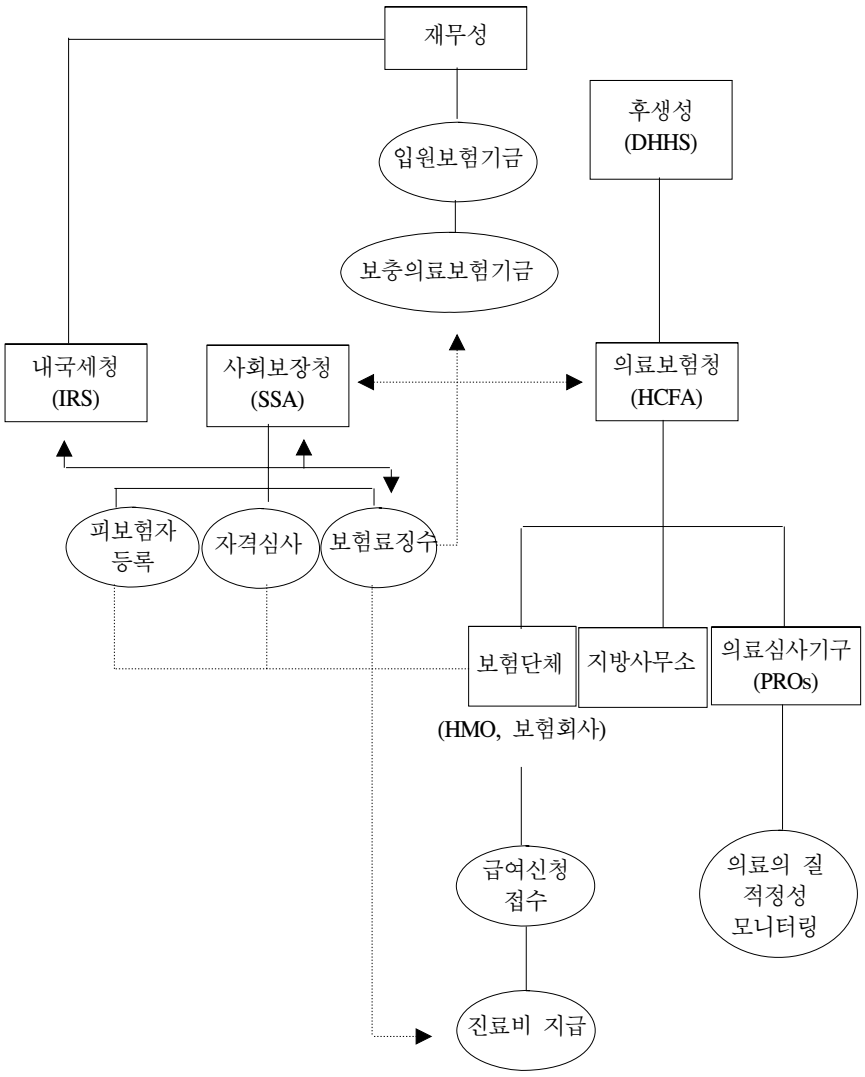
資料: 의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

〈미국의 의료보험(Medicare)의 관리운영 사례〉

- 보건후생성 산하의 의료보장재정청(HCFA: Health Care Financing Administration)에서 관장
- 세부적 관리는 보험당사자인 민간보험회사, HMO, Blue Cross/Blue Shields 등 중간지불기관(intermediaries)들이 HCFA와의 계약체결하에 직접 수행
- 이들 단체는 병·의원의 급여청구절차를 관리운영하며 의료공급자인 병·의원에 대해 진료비를 지급하는 일을 담당
- 의료서비스의 질적수준 및 적정성, 의료시설의 타당성 등은 HCFA와의 계약체결하에 주(州)에 설치된 의료심사기구(PRO: Peer Review Organizations)에 의해서 수시로 심사·감독하고, 결과에 따라 진료비 지불여부 결정
- 재원(사회보장세)의 조달은 내국세청에서 담당하며, 사회보장청(SSA)은 연금보험과의 연계성을 유지하며 의료보험 가입자의 등록, 수급자격, 보험료의 고지와 징수 및 전산업무를 관리

資料: 사회보험통합추진기획단, 『사회보험 관리운영체계의 통합추진방안』, 2000. 2.

〔圖 Ⅵ-5〕 美國의 醫療保險 管理運營 體系



본 보고서에서는 보건복지부 산하에 건강보험공단과 심사평가원을 흡수 통합한 “건강보장청”을 신설하는 방안을 제시한다. 건강보험 정

책의 효과적인 집행을 위해서는 보다 강력한 정부 조직이 필요하다고 판단한다. 현재의 건강보험 관련 정부조직은 연금보험국의 3개과(보험정책과, 보험급여과, 보험관리과 총정원 34명)이며, 보험관리과는 의료보호 업무까지 관장하고 있다. 금년 건강보험재정 약 14조원, 의료보호재정 1조 2천억원(국고부담분임, 약 6천억원 부족)에 해당하는 방대한 재정을 관리하는 정책을 추진하기에는 현재의 정부조직으로서는 역부족이다. 최근 의약분업제도의 도입과 관련하여 의료보장제도에 직접적으로 영향을 미치는 복잡하고 전문적인 내용을 분석하고 정책을 수립하기 위해서는 보다 전문화된 조직이 필요하다.

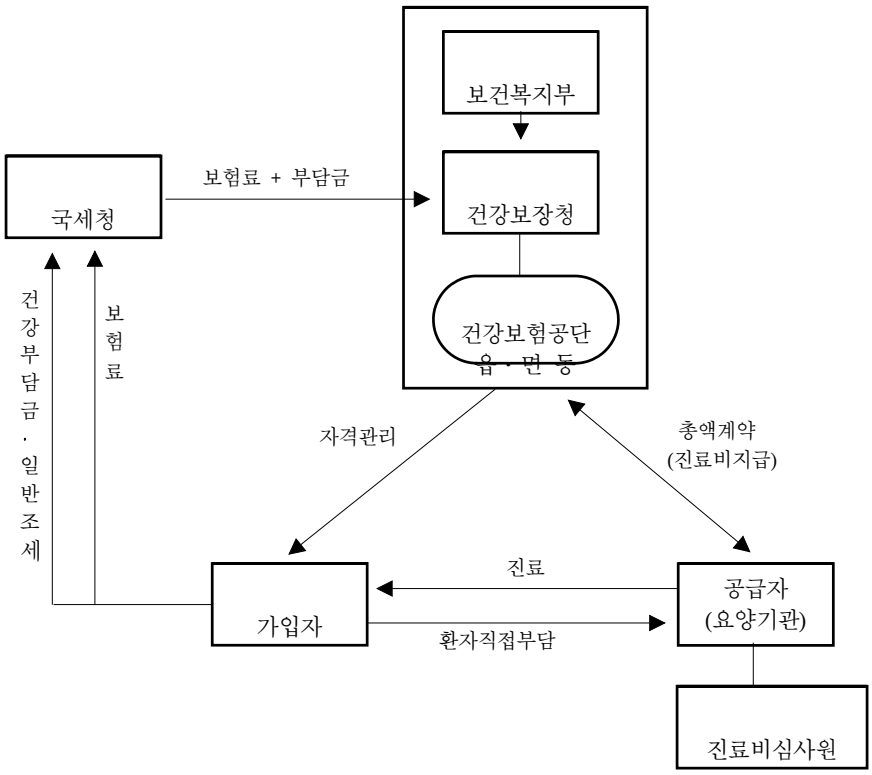
건강보장청은 의료보장제도의 정책수립과 집행을 위해 필요한 최소한의 전문적인 기능으로 한정하는 것이 좋을 듯하다. 재원의 조달은 국세청에 위탁하는 방안을 검토할 필요가 있다. 직장보험은 국세청에서 원천징수하고, 지역보험의 재원은 국세청 산하에 기존의 공단 지사를 활용하여 징수를 위탁할 수 있을 것이다[49]. 이에 따라 건강보장청은 보험급여기준 및 심사지침 작성, 진료비심사 및 진료적정성 평가, 실사 및 급여사후관리, 그리고 의료의 질 관리 등으로 기능을 전문화하여야 할 것이다. 장기적으로 진료비총액계약제가 시행될 경우, 심사기능은 의료계 산하로 편입하여야 할 것이다.

이와 함께 의료보장의 전산망을 구축하여 효율성을 제고하여야 할 것이다. 보험자와 의료공급자간 전산망을 구축하여 자격관리, 진료비 청구 및 심사 등이 전산매체를 통하여 이루어질 수 있는 체계를 구축하여야 하겠다. 그리고 건강보험증을 전자카드화 하여 1인 1보험증으로 의료이용

49) 사회보험의 재원조달과 연계하여 풀어나가야 힐 숙제이기도 하다. 직장근로자나 공적특수직역의 사회보험료 징수는 국세청에서 원천징수할 수 있으며, 국민연금의 지역가입자의 보험료 역시 국세청에 징수를 위탁하는 방안을 검토할 필요가 있을 것이다.

의 편의를 도모하고 투명한 진료비 정보의 관리가 이루어져야 할 것이다.

〔圖 Ⅵ-6〕 健康保險의 統合管理運營 시스템의 强化



4. 老人醫療費 對策: 老人療養保險制度 導入 檢討[50]

가. 老人醫療費의 深刻性

인구의 급속한 노령화로 인한 노인 의료비의 증가가 최근의 건강보험재정의 위기를 초래한 주요 요인으로 작용하고 있으며, 노인이 대부분을 차지하는 의료보호제도에 있어서도 진료비를 증가시키는 심각한 요인이다. 이러한 경향은 향후 더욱 심화될 전망이다. 그런데 의료보험이나 의료보호와 같은 제도권내의 노인의료비뿐 아니라 제도권 밖에서 부담하는 노인의료비 또한 큰 부담이 아닐 수 없다.

그리고 최근 이슈화되고 있는 노인의 장기요양보호를 위한 비용은 의료 서비스적인 성격과 함께 수발과 관련되는 복지성 비용도 포함하고 있다. 따라서 노인의료비의 범위를 어떻게 정의하느냐에 따라 그 크기에 상당한 차이가 나타날 수 있다. 장기요양비용을 제도권으로 끌어들여 요양보험으로 발전시킨 독일이나 일본의 경우, 의료보장제도에서의 증대하는 노인의료비 가운데에 장기요양을 요하는 대상을 따로 분리하여 보다 비용절약적인 케어를 통하여 의료비부담의 압력을 완화시키려는 시도에서 비롯되었다. 물론 의료와 복지 서비스 양자를 결합한 장기요양보호의 사회적 요구를 수용하기 위한 측면도 고려되었다.

나. 老人醫療費의 範圍와 定義

노인의료비는 그 범위를 어떻게 정의하느냐에 따라 그 규모나 대처하는 방법상에 많은 차이가 나타날 것이다. 아래 [圖 Ⅵ-7]에서와 같

50) 본절에 대한 보다 구체적인 내용은 최병호·선우덕·최현미, 『노인요양보험제도 도입연구』, 한국보건사회연구원, 2001. 12를 참조하기 바란다.

이 노인의료비는 건강보험이나 의료보호에서 포괄하는 의료비와 의료보장제도에서 제외되는 비보험·비보호 진료비를 포함할 것이다. 그리고 간병이나 수발 등 장기요양 부분에 있어서 일부는 건강보험이나 의료보호의 입원진료에서 실질적으로 제공되고 있는 부분이 있다. 그 외에 장기요양과 관련한 의료서비스 비용이나 복지서비스 비용은 대부분 민간부문에서 부담하고 있다고 보아야 할 것이다. 물론 그 중에는 공공복지시설에서 제공하는 장기요양서비스 비용이 일부 포함되기도 한다. 장기요양비용은 가정에서 부담하는 재택보호비용과 시설에서 부담하는 시설보호비용으로 구분할 수 있다.

〔圖 Ⅵ-7〕 老人醫療費의 範圍[1)]

<table>
<tr><td rowspan="2">건강보험
진료비</td><td>장기
요양</td><td rowspan="2">비보험
·비보호
진료비</td><td>장기요양
(의료:재택)</td><td>장기요양
(복지:재택)</td></tr>
<tr><td>의료보호
진료비</td><td>장기
요양</td><td>장기요양
(의료:시설)</td><td>장기요양
(복지:시설)</td></tr>
<tr><td colspan="3">의료부문</td><td colspan="2">의료·복지부문</td></tr>
</table>

註: 1) □ 부분은 건강보험 및 의료보호에서 제공하는 장기요양서비스 관련 진료비

이러한 장기요양비용의 많은 부분이 국민의료비 추계에서 제외되고 있다. 그 이유는 간병이나 수발이 가족에 의해 제공되는 경우가 대부분이기 때문에 실질적으로는 의료비용이더라도 의료비로 인식하지 않기 때문이다. 그러나 향후 간병이나 수발이 요양병원이나 요양시설에서 행해지는 경우 의료비로 인식될 것이고, 특히 제도적으로 장기요

양보험이 도입되면 공식적인 공공비용으로 계상될 것이다. 따라서 노인의료비에 대한 정의를 내리기가 까다롭고, 그 규모를 산출하는 것 또한 힘든 일이다. 분명하게 예측되는 사실은 노인 질병이나 요양과 관련한 간접적이고 잠재적인 비용이 시간이 갈수록 직접적이고 공식적인 비용으로 계상될 것이라는 점이다. 그렇다면 넓은 의미의 노인의료비가 전체 국민의료비의 증가를 주도할 것이고, 그 비중도 갈수록 증대할 것이므로 향후 누가 어떻게 비용을 부담하여야 할지 사회적으로 큰 논란거리가 될 수밖에 없다.

노인의료비의 부담을 살펴보면 [圖 Ⅵ-8]과 같이, 건강보험의 적용대상은 보험료로 부담하거나 법정본인부담에 의해 재원이 조달되고 보험적용이 되지 않은 비보험진료는 전액 본인이 부담한다. 의료보호의 재원은 대부분 조세에 의해 조달되고 일부 법정본인부담이 있다. 의료보호 역시 보호대상 밖의 비보호 진료비는 전액 본인이 부담하고 있다. 장기요 양관련 비용은 저소득 노인에 대한 공공시설수용비용은 정부가 부담하지만 대부분 민간부문에서 직접 현금형태의 비용을 부담하거나 가족의 간병이나 수발의 형태로 메꾸고 있다.

〔圖 Ⅵ-8〕 老人醫療費의 負擔構造

<table>
<tr><td>보험료
(건강보험)</td><td>법정
본인부담
(건강보험)</td><td rowspan="2">비보험
·비보호
본인부담</td><td>현금부담 혹은
간병·수발 서비스
(장기요양)</td></tr>
<tr><td>조세
(의료보호)</td><td>본인부담
(의료보호)</td><td>조세
(장기요양시설)</td></tr>
<tr><td colspan="3">의료부문</td><td>의료·복지부문</td></tr>
</table>

다. 老人醫療費의 推移와 展望

노인의료비의 범위를 명료하게 정의하기는 어렵지만 가용한 자료의 범위 내에서 그 동안의 추이를 먼저 살펴보자. 건강보험과 의료보호를 합산한 의료보장제도상의 1995～99년간 65세 이상 노인인구는 15%가 증가하였으나 진료비는 178% 증가함으로써 진료비의 급증을 주도하는 주요한 요인이 되고 있다. 이에 따라 노인진료비 비중은 1995년 13.1%에서 1999년 18.6%로 증가하였다. 그 외 노인의료비에는 건강보험이나 의료보호에 포함되지 않은 본인부담비용과 장기요양비용이 큰 비중을 차지하고 있다. 전체 국민의료비 가운데에 노인의료비 비중도 의료보장제도상의 경향을 따른다고 볼 때에 전체노인의료비는 1995년 2조 3천억원에서 1999년 4조 6천억원 정도로 추산된다.

〈表 Ⅵ-6〉 醫療保障(健康保險+醫療保護)의 65歲 以上 人口와 老人診療費 比重

구 분	1995	1999	증가율(%)
적용인구(천명)	2,756	3,172	15.1
진료비(억원)	8,433	23,465	178.3
전체적용인구 대비 비율(%)	6.07	6.78	-
총진료비 대비 비중(%)	13.11	18.60	
※ 전체 노인의료비 (추정)	23,099	46,362	100.7

資料: 건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.
건강보험공단, 『의료보호통계연보』, 각 연도.

참고로 선진국의 노인의료비 추이를 관찰해보면(表 Ⅵ-7 참조), 국가마다 편차가 있지만 노인인구과 노인의료비가 거의 비례적인 관계에 있음을 알 수 있다. 6개국 평균을 보면 65세 이상 노인비중은 15.7%이며, 노인의료비 비중은 38.9%이다. 따라서 우리나라도 향후 고령화될수록 노인의료비는 현재 보다 더욱 빠른 속도로 증가할 것으로 전망할 수 있다.

〈表 Ⅵ-7〉 先進國의 老人 人口比率과 醫療費 比重 比較(1993)

(단위: %)

국가	0～64세		65세 이상		75세 이상	
	인구비율	의료비비중	인구비율	의료비비중	인구비율	의료비비중
미국	87.3	62.8	12.7	37.2	5.4	20.7
일본[1]	86.5	57.1	13.5	42.9	8.7	33.1
독일	84.9	67.7	15.1	32.3	6.5	16.5
프랑스[2]	80.4	58.6	19.6	41.4	-	-
영국[3]	84.4	58.0	15.6	42.0	6.8	27.1
스웨덴	82.5	62.2	17.5	37.8	8.1	21.4

註: 1) 일본: 65, 65+, 70+, 2) 프랑스: 60～69, 60+, 70, 3) 영국: 영연방 중 영국만 포함.
資料: OECD(1997).
노인장기요양보호정책기획단, 『노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구』, 2000. 12.

이에 따라 우리나라의 노인의료비를 전망하면 <表 Ⅵ-8>과 같다. 노인인구비중은 2000년 7.1%에서 2030년까지 19.3%로 증가할 것으로 전망되나, 노인의료비가 전체 국민의료비에서 차지하는 비중은 2000년 20.3%에서 2030년 48% 수준까지 증가할 것으로 예측된다. 노인의료비의 비중은 <表 Ⅵ-7>에서의 선진 6개국의 노인인구와 노인의료비간의 관계를 이용하여 추정하였다. 여기서 전체 국민의료비는 국민총생산(GDP) 증가율에 대한 의료비증가의 탄력성 1.119를 이용하여 추계 하였다. 그리고 향후 전체 노인의료비가 건강보험, 의료보호, 본인부담, 장기요양제도간에 어떻게 배분될 것인지를 전망하여 보았다. 다만, 의약분업과 관련한 수가인상으로 2001년에 건강보험이나 의료보호의 노인의료비가 급증하는 정책적 충격을 고려하였고, 반면 본인부담은 의료비의 소득탄력성과 노인비중의 증가경향을 고려하여 계산하였다. 향후 장기요양제도가 차지하는 비중을 2010년 10%에서 2030년 30%까지 늘려나가도록 전망하였다. 이에 따라 민간의 본인부담비중이

줄어들도록 전망하였다. 장기요양의 확대로 건강보험이나 의료보호 비중도 줄어들리라 예측할 수 있으나, 양 의료보장제도의 급여범위 확대로 그 비중은 각각 50%와 11%를 유지할 것으로 전망하였다. 유의하여야 할 점은 장기요양에 있어서 복지성비용은 의료비추계에 계상하지 않았기 때문에 <表 VI-8>에서 복지성 장기요양비용은 α로 처리하였다.

〈表 VI-8〉 老人醫療費의 展望과 制度別 老人醫療費의 配分(2000～2030)[1]

구 분		2000년	2001년	2010년	2030년
노인인구비중(%)		7.1	7.4	9.9	19.3
노인 의료비 비중(%)		20.3	22.2	30.1	47.9
노 인 의료비[2] (억 원)	전체	56,460(100)	106,073(100)	283,312(100)	1,636,944(100)
	건강보험	23,544(41.7)	44,232(48.6)	121,482(50)	701,909(50)
	의료보호	5,025(8.9)	9,440(10.4)	26,726(11)	154,420(11)
	본인부담	27,891(49.4)	37,294(41.0)	70,460(29)	126,344(9)
	장기요양(의료)	0	0	24,296(10)	421,145(30)
	장기요양(복지)	α	α	α	α

註: 1) ( )안은 전체 노인의료비를 100으로 할 때에 각 제도별 배분비중임. 단, 건강보험과 의료보호에는 법정본인부담이 포함되어 있음.

2) 노인의료비는 전체 국민의료비를 추계하고, 그 중 노인의료비비중을 추정하여 계산 (노인의료비비중은 상기 선진 6개국의 노인의 인구비중과 의료비비중을 참조하여 추정) 단, 2000～2001년은 최근의 추세치를 이용함. 국민의료비는 의료비의 소득탄력성 1.119를 이용하여 추정(자료: 정영호외, 2000과 최병호 외, 2000) 다만, 2000～2001년은 최근 자료를 이용함.

라. 老人療養保險과 健康保險 財政

건강보험권에서의 입원환자 중 장기요양을 요하는 환자는 상대적으로 저렴한 장기요양 입원이나 재택요양으로 전환함으로써 건강보험권

에서의 진료비를 절감할 수 있다. 이에 따라 건강보험료 중 일부는 장기요양보험료로 전환되어야 할 것이다.

현재 입원하고 있지는 않지만 가정 내에서 간병이나 수발을 받고 있는 환자들중 일부는 장기요양시설(병원, 병동, 시설)로 옮겨지고, 나머지는 계속 가정에서 요양을 받게 된다. 이 부분에서의 추가적인 보험급여비가 발생하고, 장기요양보험료를 추가로 가산한다.

〔圖 Ⅵ-9〕 醫療保障制度와 長期療養保護制度間 財政 構造

건강보험 A1	⇐ A2	장기요양보험 A3
의료급여 (국민기초생활보호대상자) B1	⇐ B2	장기요양급여 B3

註: A1+A2 = 기존 건강보험 급여비
A2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 건강보험 급여비
A3 = 새로 추가되는 장기요양급여비(건강보험 적용대상자)
B1+B2 = 기존 의료급여제도의 급여비
B2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 의료급여비
B3 = 새로 추가되는 장기요양급여비(의료급여 적용대상자)

마. 老人療養保險制度 運營의 基本틀

노인요양보험제도는 다음과 같은 기본원칙에 입각하여 운영되어야 할 것이다.

첫째, 노인의료·요양비의 비용효과성을 제고한다. 다시 말하면 급성병상에서의 의료비 낭비를 줄이도록 한다.

둘째, 수요자(대상자와 가족)의 서비스 선택을 존중한다.

셋째, 公共은 기초적 요양서비스 보장에 한정하되, 보충적 요양서비스는 민간의 선택에 맡기도록 한다.

넷째, 민간의 인프라를 최대한 활용하되, 정부는 무료요양시설 확충과 서비스 질을 감독하는 기능을 한다.

다섯째, 요양서비스 비용의 총액을 규제함으로써 과도한 비용증가를 제어하도록 한다.

이에 따라 본 연구에서 목표로 하는 사회요양제도로 접근하기 위하여 단계적으로 전략을 추진한다.

준비단계로써 현행 시스템 하에서 노인요양을 사회적으로 수용하도록 노력한다. 이 기간 동안 시범사업을 시행하여 요양서비스 제공을 위한 인프라를 점검하고 구축하도록 한다.

준비단계이후 1단계는 의료적 성격과 복지적 성격의 요양서비스로 二元化된 구조로 접근하도록 한다. 현재 요양관련 시설들이 의료법인과 복지법인으로 구분되어 있고, 그 기능상 상당한 차이를 보이고 있기 때문이다. 이 기간동안 의료적 성격의 요양서비스를 제공하기 위하여 건강보험 및 의료보호제도 내에 『요양계정』을 운영하도록 하고, 복지적 성격의 요양서비스는 별도의 제도로 운영하도록 한다.

2단계는 의료·복지의 통합적인 요양서비스를 제공하는 一元化된 구조로 개편한다. 다만, 건강보험제도와 의료보호제도가 분리되어 있기 때문에 요양보험 및 요양보호제도로 분리하여 운영하도록 한다. 그러나 요양서비스 분야에서 사회보험방식과 공공부조방식을 통합한 방식으로 운영하는 방안도 적극 검토하여 완전한 一元化된 구조로 접근하는 것도 고려하여야 할 것이다.

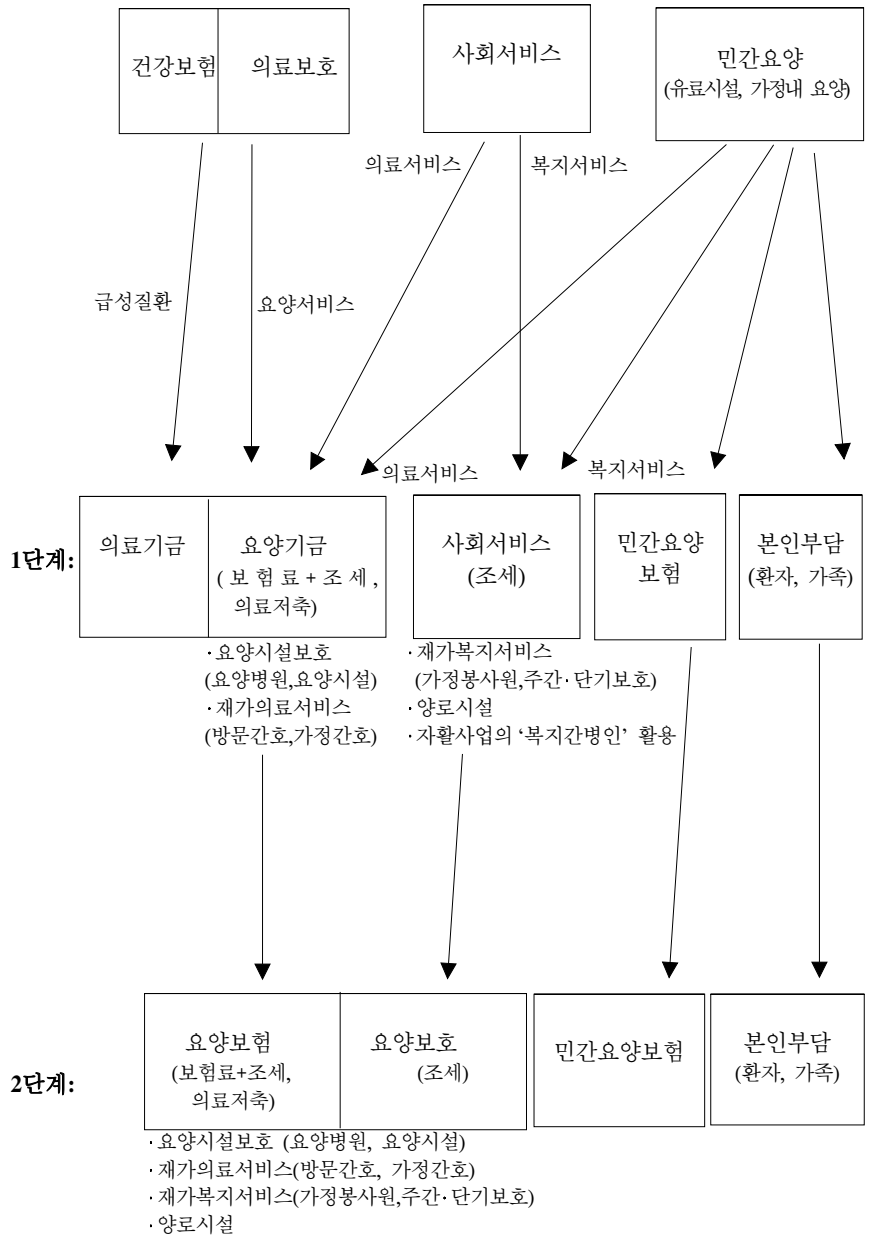
한편 요양서비스 분야에서 공공과 민간의 역할을 구분하여야 할 것이다. 즉, 공적 장기요양보호와 사적 장기요양으로 접근한다. 공적보

호란 기본적으로 필수적인 서비스에 대한 보호를 의미하며, 부담가능한 재원을 감안하여야 한다. 사적 보호란 필수적인 서비스를 넘어서는 부가적인 서비스를 의미한다.

재원조달의 측면에서 공적 보호는 초기에는 조세재원을 중심으로 운영하다가 장기요양보호의 보편적인 보장이 필요한 시점에서 사회보험방식으로 운영하는 방안을 검토하여야 할 것이다.

사적 보호는 장기요양저축제도와 민간보험의 참여를 활용할 것을 검토하여야 할 것이다. 공적 요양보험에서도 공적 보호범위를 벗어난 요양서비스 비용을 충당하기 위하여 임의가입의 장기요양저축제도를 운영하되, 40세 이상으로 제한하고 본인 명의로 가입하거나, 수혜대상자를 지정하여 가족이 가입 가능하도록 할 수 있다. 장기요양저축계정에 불입하는 보험료에 대해 소득공제를 허용하되 소득공제금액의 상한선(직장가입자는 소득대비 정율, 지역가입자은 정액)을 두어야 할 것이다. 저소득층이 장기요양저축계정에 가입하는 경우, 정부가 일정액을 지원하여야 할 것이다. 지원 기준은 직장가입자는 일정소득(예, 월150만원) 미만자에 대해 소득금액 구간별로 일정액을 차등지원하고, 지역가입자는 일정 소득점수 미만자에 대해 구간별로 차등지원 하여야 한다. 장기요양저축제도의 운영주체는 건강보험공단이 되고, 독립계정으로 운영할 것을 검토한다. 장기요양저축으로 충당하지 못하는 고급서비스에 대해 민간보험의 참여를 유인하고, 세제상 혜택을 부여하되, 장기요양저축 보다는 적은 혜택을 주어야 한다.

〔圖 Ⅵ-10〕 老人療養의 社會化 基本構想



바. 老人療養保險制度의 段階別 運營方案

1) 準備段階

현행 시스템 하에서 노인요양을 사회적으로 수용하는 단계로써, 건강보험 가입자의 選擇에 따라 任意 加入하는 요양보험을 시행할 것을 검토한다. 직장단위의 단체보험이나 지역단위의 단체보험이 바람직한 방향으로 검토할 수 있을 것이다. 현행 사회서비스를 확충하는 조세재원을 중심으로 「장기요양기금」을 운영하고, 「장기요양기금」을 관리하는 「장기요양특별회계」를 신설한다. 지방자치단체의 재원 분담은 중앙 : 광역 : 기초간 분담비율을 70 : 20 : 10로 하되, 자치단체의 재정상태를 고려하여 분담비율을 조정하여야 할 것이다.

공적 장기요양특별회계는 자본계정과 경상계정으로 구분하여 관리하여야 할 것이다. 자본계정은 장기요양시설 설립을 위한 직접투자 및 민간사업자에 대한 대여 및 자금회수를 위한 계정이 되며, 경상계정은 장기요양보호를 위한 경상적인 경비를 지원하는 계정이다.

공적 장기요양보험제도가 시행될 경우, 건강보험제도와 독립된 형태로 운영하되, 관리운영은 건강보험의 틀 속에서 이루어지도록 하는 것이 비용을 절감할 수 있을 것이다. 이때 장기요양특별회계는 장기요양보험제도로 편입하되, 자본계정과 조세지원이 필요한 빈곤층에 대한 예산지원은 특별회계로 계속 존속하여야 할 것이다. 조세 재원에 의한 장기요양제도 운영기간 동안에 기본적인 공공의 시설, 인력 등 인프라를 구축하고, 민간자원의 유인 메커니즘을 만들고, 보편적인 제도 도입을 위한 치밀한 준비 기간으로 활용하여야 할 것이다.

2) 1段階 制度 運營: 醫療서비스와 福祉서비스의 二元 構造

건강보험과 의료보호제도 내에 「의료기금」과 「요양기금」으로 분리하여, 「요양기금」에서 모든 요양서비스를 관리한다.

요양서비스를 이원화하여, 기초요양서비스와 보충요양서비스로 구분한다. 기초요양서비스는 「요양기금」에서 제공하고, 보충요양서비스는 「보충요양기금」을 운영하되 가입자의 선택을 허용한다.

보충요양기금은 두 가지 형태의 재정방식을 검토한다.

첫째, 부과방식으로 보험료를 불입한 가입자가 요양대상자로 판정될 경우 일정한 요양비용을 지급하는 방식이다.

둘째, 의료저축방식으로 가입자본인(혹은 가족) 명의의 보험료 적립에 의하여 노후의 추가적인 요양서비스 비용에 대비하도록 하는 방식이다.

저소득층이 보충요양기금에 가입하는 경우, 정부가 일정액을 지원하고, 기초요양 및 보충요양서비스로 충당하지 못하는 고급서비스에 대해 민간보험의 참여를 유인한다.

요양기금에 포함되는 대상자는 다음과 같다.

1) 급성병원의 장기입원환자중 요양대상자
2) 요양시설 수용자 및 재가의료서비스 이용자중 의료서비스를 주로 받아야 할 요양대상자
3) 유료요양시설이나 가정 내에서 의료서비스를 받는 요양대상자

준비단계에서의 「장기요양특별회계」는 요양기금으로 편입하되, 자본계정은 특별회계로 계속 존속하도록 한다. 재원은 보험료 및 국고지원으로 조달하되, 직장가입자는 노사 50% 씩 부담하고, 지역가입자는 일부 국고지원을 하도록 한다. 의료보호의 요양기금은 전액 국고지원하도록 한다.

관리운영은 건강보험공단에서 담당하고, 의료보호의 요양대상자의

자격관리는 읍면동에서, 재정관리는 공단에서 담당하도록 한다.

기존의 노인복지서비스중 복지성격의 서비스('생활서비스')는 계속해서 기존의 재가복지서비스(가정봉사원, 주간·단기보호 등) 혹은 양노시설에서 제공하도록 한다. 재원은 국고지원과 일부 본인부담을 혼용하도록 한다.

민간부문(유로요양시설이나 가정내)에서 요양을 받는 대상자는 필요서비스의 유형에 따라 요양기금, 재가복지서비스, 민간요양보험 및 환자(가족)의 본인부담 등 대상자의 선택에 따르도록 한다.

3) 2段階 制度 運營: 醫療와 福祉의 統合 療養서비스 提供

1단계에서의 요양기금과 사회서비스(재가복지서비스)에서 제공하는 요양서비스를 통합하여 요양보험제도 및 요양보호제도를 창설한다. 요양보험제도는 보험료와 국고로 재원을 조달하고, 건강보험공단에서 관리 운영한다. 요양보호제도는 국고로 재원을 조달하고, 자격관리는 읍면동에서 재정관리는 건강보험공단에서 담당하도록 한다.

4) 社會療養制度의 段階的 推進 日程(案)

사회요양제도의 단계적인 추진일정을 예시하면 다음과 같다.

먼저 2002~2004년 간에는 주로 시범사업과 관련 요양인프라의 연계를 구축하는 준비기간으로 활용하여야 한다. 이 기간중 건강보험 가입자의 임의가입에 의한 단체보험 형태의 요양보험급여를 시행할 수 있다. 또한 국고 재원에 의하여 중증장애노인중 가족의 보호를 받지 못하는 빈곤층부터 보호하도록 추진할 것을 검토하여야 한다. 이를 위하여 장기요양특별회계의 신설에 의한 장기요양기금을 도입하여 저소득 가정에 대한 요양서비스를 확충하고, 기본적인 공공 인프라

구축을 병행하여야 한다. 이 기간 중에는 의무적인 형태의 요양보험은 도입되지 않는다.

2005년에 요양보험제도를 도입하는 元年으로 하고, 2005～2007년간에는 의료보호제도 내에 요양보호기금을 도입하여 중증장애노인을 위한 요양서비스를 실시한다. 그리고 건강보험제도내에 요양보험기금을 도입하여 중증장애노인에 대한 요양서비스를 실시한다. 대상자는 최중증의 심한수발장애 상태에 있는 시설보호자와 중증의 심한수발장애 상태에 있는 시설 및 재가보호자를 대상으로 적용하도록 한다. 2008～10년간에는 최중증 및 중증의 심한수발장애 혹은 중간적수발장애 상태에 있는 시설 및 재가보호자를 대상으로 적용을 확대하도록 한다.

2011년에는 의료보호제도내 요양보호기금과 사회서비스중 요양서비스를 통합한 「요양보호제도」를 도입하여, 요양대상자의 범위를 확대한다. 건강보험제도내에 요양보험기금과 사회서비스중 요양서비스를 통합한 「요양보험제도」를 도입함으로써 요양대상자의 범위를 확대한다. 즉, 최중증 및 중증의 경미한 수발장애 상태에 있는 시설 및 재가보호자를 추가로 적용대상으로 포함시키고, 경증의 심한수발장애 상태에 있는 재가보호자를 또한 대상자에 포함시킨다.

2015년에는 허약노인을 제외한 전국민 사회요양제도의 출범을 목표로 한다.

〈表 Ⅵ-9〉 長期療養制度 導入의 段階的 推進日程(例示)

	2002～04	2005～07	2008～10	2011～14	2015
제도	・장기요양기금 도입 (사회서비스 확대) ・임의가입 요양보험 시행	・의료보호내 요양보호기금 도입 ・건강보험내 요양보험기금 도입	・좌동	・요양보호제도 도입 (요양보호기금 + 사회서비스) ・요양보험제도 도입 (건강보험요양기금 + 사회서비스)	・전국민요양 보험 및 요양보호제도 시행
대상자	・저소득층 노인으로써 수발자가 없는 중증 장애상태	・최중증 심한 수발장애의 시설보호자 ・중증 심한 수발장애 의 시설 및 재가보호자	・최중증 심한, 중간적 수발장애의 시설 및 재가보호자 ・중증 심한 및 중간적수발장애의 시설 및 재가보호자	・좌동 + 최중증 경미한 수발장애의 시설 및 재가보호자 ・좌동 + 경미 수발장애의 시설 및 재가보호자 ・경증 심한 수발장애의 재가보호자	・허약자를 제외 한 모든 대상자
65세 이상 노인 비율	7.9～8.7%	9.0～9.8%	10.1～10.7%	11.0～12.2%	12.6%

사. 老人療養保險制度의 設計

1) 加入者와 受惠者

가입자는 건강보험 가입자는 자동적으로 의무 가입하도록 하고, 수혜자는 수혜 대상을 단계적으로 확대한다. 앞서 요양보험제도 도입의 적용대상자의 단계적 확대는 중증도를 기준으로 제시하였는데, 확대

의 우선순위 결정을 위한 기준은 다음 몇 가지를 고려할 수 있다.

첫째, 기능장애 정도: 중증도

둘째, 기능장애 대상: 장애종류(예, 치매, 중풍 등)

셋째, 시설수용 서비스 혹은 재가서비스

넷째, 수발가족의 유무와 형태: 독거, 배우자(연령), 자녀

다섯째, 부담능력: 본인의 경제력, 가족의 부양능력

2) 財源

재원은 정부(중앙 및 지방자치단체)의 재정지원, 보험료 및 본인부담으로 구성할 수 있는데, 이들 3자간 분담비율은 시설보호 및 재가보호, 중증도별, 소득수준별로 달리 책정할 수 있다. 보험료 분담은 직장가입자는 근로자 50%, 사용주 50%로 하고, 지역가입자는 본인과 정부가 50%씩 분담하는 방안을 검토할 수 있다.

본인부담은 시설 유형별로 본인부담에 차등을 두는 방안을 검토할 수 있다. 시설의 등급에 따라 A급은 30%, B급은 20%, C급은 10%, D급은 무료 등으로 구분하고, 재택 서비스 유형별 본인부담은 A군 10%, B군 5%, C군은 무료 등으로 구분할 수 있다.

그러나 시설유형이 달라도 제공되는 서비스에는 차이가 없다면 시설유형별 본인부담 차등은 의미가 없을 수 있다. 다만, 제공되는 서비스마다 가격의 차이가 있기 때문에 이에 따른 총본인부담액의 차이가 발생할 것이다.

3) 供給者 支拂 方式

시설서비스에 대한 지불방식과 재택서비스에 대한 지불방식으로 이

원화하여 접근한다. 시설서비스는 일당제로 하되, 환자군별·서비스유형별로 차등화하는 방안을 강구한다. 최근에 요양대상자의 群別로 소요되는 자원량에 근거하여 일당보상수가를 정하는 RUG-Ⅲ (Resource Utilization Group) 기준에 대한 연구가 진행된 바 있다. 재택서비스는 일회당 정액으로 하되, 환자군별·서비스유형별로 차등화할 수 있을 것이다.

전체적인 비용의 적정규모를 통제하기 위하여 지역별 총액예산제의 도입을 검토하여야 한다. 정부예산이나 보험재정의 총액제약을 감안한 지역별 총액진료비의 할당제를 도입하여, 지역별, 지역내 시설유형별로 환자수를 감안한 표준비용을 산정 하되 일당제를 계산의 기초로 활용할 수 있다.

공적인 급여범위를 벗어나는 서비스에 대해서는 지불방식을 달리 운영할 것을 검토할 수 있다. 즉, 서비스 유형, 질환유형, 시설유형에 따라 행위를 구분하고 각 행위별로 상대가치(수가)를 산정 하는 행위별수가제가 있다. 이때에 행위상대가치에 대한 환산지수는 단일지수와 그룹별 지수 두 방향으로 검토하여야 할 것이다. 또한 포괄수가제로써 장기요양서비스에 대한 DRG를 개발하여, 동일 진단명 이더라도 서비스 및 시설유형에 따라 수가를 달리 산정 할 수 있다.

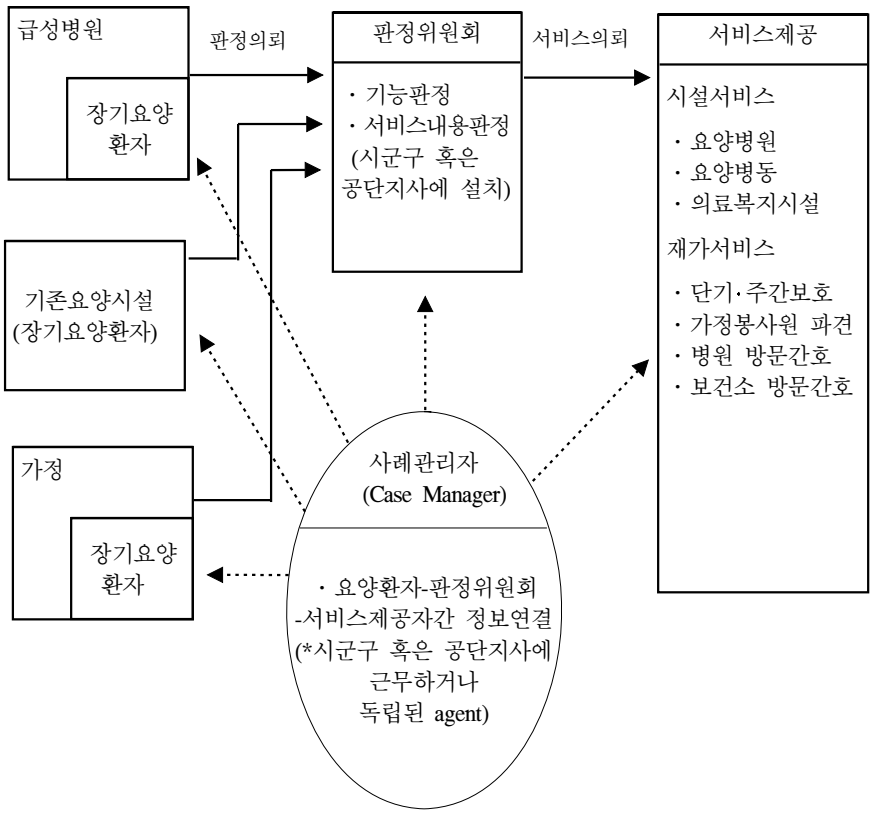
4) 서비스 傳達體系

시설보호와 재가보호중 어느 쪽에 중점을 두느냐에 따라 서비스의 공급인프라의 구축방향은 달라질 수 있다. 시설보호의 경우, 시설유형별로 적정한 공급체계를 구축하여야 한다. 즉, 급성병원에 딸린 요양병동, 요양병원, 노인전문병원, 전문요양시설, 일반요양시설을 들 수 있다. 현재 기존 중소병원을 요양병원이나 요양시설로 전환하는 방안

을 검토할 수 있다. 재가보호의 경우 일반 가정간호서비스 제공기관(병원, 보건소, 간호협회 등 비영리단체), 전문 가정간호서비스 제공시설(지역별 민간가정간호파견센타), 가정봉사원파견센터, 주간보호센터 및 단기보호소 등을 들 수 있다.

요양서비스의 전달체계는 [圖 Ⅵ-11]과 같이 제시할 수 있다. 먼저 요양환자에 적합한 서비스의 판정은 의사의 소견서(公認 판정서식 + 증빙자료 첨부)를 바탕으로 시군구 혹은 건강공단지사가 결정하는 방안을 검토한다. 시군구 및 건강보험공단은 「장기요양판정위원회」를 구성하고, 동 위원회의 심의결과를 존중하여 결정한다. 장기요양판정위원회는 의료전문인(의사, 간호사), 사회복지사, 시민대표, 공단직원으로 구성한다. 장기요양의 방법에 두 가지 이상의 대안을 제시할 수 있고, 대안의 장단점을 환자(가족)에게 설명하고, 최종선택은 환자(가족)에게 맡긴다. 환자의 선택권을 존중하되, 제한된 범위의 대안을 제시하도록 한다.

〔圖 Ⅵ-11〕 長期療養서비스의 傳達 메커니즘



장기요양서비스의 공급에 대한 점검이 필요하다. 요양시설로 갈 경우, 시설에 병상이 부족할 때에 대기자 명단에 속하게 되므로 급성병상에서 퇴원하기 전에 사전에 요양병상을 확보하여야 한다. 해당 병원내에 병상을 확보하는 것이 가장 빠른 방법이 되나, 가정에서의 요양을 선택할 수도 있다. 다른 요양전문병원, 요양시설이나 타 병원의 요양병동으로 옮길 경우 사전에 미리 확보하여야 할 것이다.

아. 老人療養保險制度 導入時 考慮事項

장기요양보험제도는 다른 제도의 도입과 마찬가지로 관련 이해당사자들의 입장을 잘 고려하여야 성공적으로 도입이 가능할 것이다. 즉, 건강보험재정 뿐 아니라 환자의 부담이나 공급자들의 수입, 3자가 균형을 이루어야 한다. 즉, 보험재정, 환자 본인부담, 병원 혹은 시설 경영자의 이윤 三者 모두 이득(3 WIN)을 보는 제도의 설계가 이루어져야 무리 없이 추진이 가능하다.

건강보험 재정의 절감분이 장기요양보험의 재정부담 증가분으로 이전하는 과정에서 전체적인 재정의 절감을 이루도록 하여야 한다. 이를 위해서는 급성병원에서의 보험수가 보다는 장기요양수가가 낮아야 할 것이다. 그러나 장기요양수가가 일당제 형태로 운영될 경우 입원일수나 서비스일수가 늘어나 총액이 오히려 늘어날 우려가 있으므로 총액규모에 대한 통제 메커니즘이 필요할 것이다.

환자의 본인부담이 확연히 경감되기 위해서는 유사한 서비스의 경우 장기요양보험의 급여범위가 건강보험의 급여범위 보다 넓거나, 법정본인부담률이 보다 낮아야 한다. 본인부담이 실제 총액 면에서 절감되도록 제도의 설계가 이루어져야 하는 것은 보험재정의 절감과 같은 맥락에서 검토되어야 한다. 결국 전체적인 요양비용이 얼마나 절감 되는지와 연계된다.

급성병원이 입원 환자를 퇴원 조치하거나 장기요양으로 전환할 때의 병원의 수입 감소를 검토하여야 한다.

첫째, 급성병원의 병상중 일부를 요양병동으로 전환하는 방안이다. 요양병동으로 환자를 이송하는 경우, 요양수가의 보상수준과 요양병동 운영에 소요되는 비용을 비교하게 된다. 비교할 때에 급성병동에서의 보험수가와 비용간 차이(마진) 보다 요양병동에서의 마진이 더

커야 유인이 제공될 것이다. 이와 함께 환자의 진료서비스의 질도 나빠지지 않도록 서비스의 질 관리시스템이 구축되어야 한다. 요양병동의 전문화가 급성병상에서의 서비스보다 더 나을 것으로 예상할 수는 있다. 이 방안의 장점은 요양병동에서의 환자가 위급한 상황에 빠질 경우 급성병동에서의 신속한 지원이 가능하다는 것이다.

둘째, 급성병원의 가정방문간호 사업을 활성화하는 방안이다. 급성병원에서 퇴원후 재택간호를 받는 경우 동 급성병원 소속 가정방문 전담간호사가 정기적으로 가정을 방문하여 필요한 조치를 취한다. 환자는 자신이 입원했던 병원 소속으로부터 가정간호를 받거나 다른 병원의 가정간호, 혹은 보건소의 가정방문 간호간에 선택이 가능하다. 이때 종전의 입원 진료기록을 제공해야 하는 문제가 있다. 보험재정 절감이나 본인부담 감소 등을 고려할 때에 보건소의 가정방문간호 사업이나 의료복지시설에서의 방문요양서비스의 활성화를 적극 검토하여야 한다. 그런데 환자에게 선택권을 부여하는 경우, 본인의 부담능력에 비추어 본인부담이 낮은 서비스형태를 선택하게 되면 서비스 질의 형평성 문제가 제기될 것이다.

Ⅶ. 結 論

본 보고서는 건강보험 재정위기의 원인을 진단하고 평가한 후, 안정적인 재정관리를 위한 대안들을 모색하고자 하였다. 재정위기는 이미 1990년대 중반부터 의료비 증가와 부담능력 증가간에 존재하는 괴리 때문에 발생하는 구조적인 문제가 중요한 원인을 제공하고 있었다. 그럼에도 불구하고 최근의 건강보험재정의 급속한 붕괴는 의약분업 관련 수가인상, 의료보험통합 및 경제위기 등 세가지 惡材가 동시에 발생함으로써 나타난 결과라고 판단한다.

2001년말에 약 1조 9천억원 정도를 借入해야 할 정도로 급속히 악화된 재정위기를 진단한 결과, 2000년 대비 2001년에 보험급여비는 무려 4조 8천억원 정도가 증가할 것으로 추계되었다. 이는 2000년 8월에 의약분업이 시행되었지만 의료계의 파업 등으로 급여지출이 본격적으로 발생하지 않아 2000년에는 기대 이하의 급여비가 발생하였다. 따라서 2000년에 비교한 2001년의 보험급여비의 대폭 증가는 매우 충격적으로 받아들여졌다. 파업의 영향을 제외한 보험급여비 증가분을 가격효과와 수량효과로 구분하면, 가격효과(수가인상과 가격자연증가)가 44%, 수량효과(서비스량 증가)가 18%, 가격 및 수량 복합효과가 17%로 계산되었다. 그외 의약분업 이후의 환자본인부담률의 감소에 의한 급여증가분을 나머지 21%로 계산하였다. 특히 많은 관심을 갖고 있는 수가인상요인은 약 36% 정도로써, 재정위기의 원인을 대부분 수가인상 탓으로 돌리기에는 한계가 있다.

그런데 정부는 2001년에 들어 5월 강력한 재정안정대책을 발표하였고, 이에 따라 7월부터 시행에 들어갔다. 이어 7월과 10월에도 추가적

인 재정안정대책을 발표하였다. 이러한 정부의 재정안정조치에 힘입어 2001년에 8.7%의 실질적인 수가 인하효과를 거둔 것으로 평가하고 있다. 그리고 당초 금년말까지 약 3조3천억원의 차입이 예상되었으나 현재 1조 8,627억원의 차입에 그쳤다. 그리고 2006년까지 보험료의 점진적인 인상으로 재정수지를 흑자상태로 올려놓겠다는 계획을 제시하였다. 정부의 재정안정대책은 수가의 실질적인 인하, 보험급여비 절감을 위한 다양한 조치, 보험료징수율의 제고와 지역보험 국고지원금의 대폭확충 및 담배부담금의 확보 등 가능한 모든 조치를 취하였다고 평가된다. 다만, 보험재정을 조기에 정상화하기 위한 보다 과감한 조치가 취해지지 못한 점이 아쉬움으로 남는다. 생각컨대, 보험재정의 적자는 장기화될수록, 재원 확보의 획기적 조달은 어려워지면서 국고에 의존하려는 경향이 나타날 것이고, 의료비증가를 제어하기 위한 조치는 꾸준히 시행하기 어려운 반면 요양기관들의 이윤 확보를 위한 노력들은 끊임없이 새롭고 다양한 형태로 나타날 것이다.

건강보험의 재정관리를 위한 대안을 모색함에 있어서, 재정위기의 원인진단 보다 그 해법은 더욱 어려운 난제로 등장한다. 설령 원인진단이 이루어지더라도 재정안정을 위한 제도적 조치를 시행함에는 이해집단의 양보를 얻어내어야 하는 어려움이 따른다. 재정위기의 속을 들여다보면 복잡한 이해관계가 얽혀 있다. 의과와 치과, 내과계와 외과계 등 전문과목, 의원과 병원, 중소병원과 대형병원, 약국과 제약회사, 국내제약사와 외국제약사 그리고 의약품유통회사 등 다양한 공급자간 이익분배의 갈등이 내재되어 있다. 그리고 소비자의 부담에는 직장근로자와 지역가입자간 갈등, 정부의 국고지원 확보 문제 등 여러 가지 문제들이 상호 연관을 가지고 얽혀있기 때문에 어디에서부터 매듭을 풀어가야 할지 참으로 어려운 상황이다. 바야흐로 건강보험제도는 이제 본격적으로 시작하는 느낌이 든다.

본 보고서는 이러한 복잡한 상황을 변수로 두고 접근하지 못하였다.

다만, 외국의 경험과 우리의 여건을 바탕으로 거시적인 관점에서 재정관리대안을 제시할 뿐이다. 현재의 재정위기를 조기에 극복하기 위해서, 재원의 확보에 한계를 인정할 수밖에 없다면 한정된 재원의 범위내에서 보험급여범위나 환자의 본인부담을 조정하여야 할 것이다. 이러한 소비자들의 고통 감수를 요구함과 더불어 의료공급자들도 수가의 인하나 진료비 절감을 위한 정부의 규제에 협조하여야 할 것이다. 그리고 현재 근간으로 하고 있는 상대가치 행위별수가제의 운영을 미국과 같이 진료비총액의 목표를 정해두고 목표치에 따라 '환산지수'를 조정할 수 있는 메커니즘이 도입되어야 할 것이다.

장기적이고 근본적인 재정안정대책에 있어서는 사회보험으로써의 건강보험에 대한 성격을 명확히 하는 데에서 출발해야 한다. 본서에서는 크게 두가지 방향의 제안을 하였다.

첫째 방향은 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. 이러한 공보험의 의료보장의 다층화 및 재원조달의 다원화를 꾀하는 구조개편과 더불어 공보험과 민간보험간의 적정한 역할분담을 제시하였다. 공보험이 모든 의료위험을 보장하기에는 한계가 있고, 의료기술이나 의약품의

발전, 의료수요의 다양화 욕구에 대처하여 공보험의 보장한계를 넘는 경우에는 민간보험을 적극 활용하는 것이 타당하다. 다만, 공보험이 보장해야 하는 기본적인 의료보장의 범위와 수준에 대한 사회적 합의가 필요하다. 기본적인 의료보장의 범위를 벗어나는 진료부문에 대해서는 공보험과 민간보험이 상호 협조하거나 경쟁을 통하여 제공하는 방안을 제시하였다. 이에 따라 공보험의 관리운영 시스템이 보다 효율화되는 계기가 될 것으로 생각하였다.

두 번째 방향은 현재의 건강보험의 급여를 충실히 확대하고 의료보장의 국가보장성을 강화하는 방향이다. 건강보험을 국가가 국민의 건강보호를 목적으로 도입한 '공공재'의 성격을 띠고 있는 것으로 규정한다. 따라서 그러한 공공서비스제공에 소요되는 지출규모는 예측이 가능하여야 한다. 그래야만 공적인 재원조달 계획을 효과적으로 수립할 수 있다. 이를 위해서는 대부분의 선진국에서와 같이 진료비 총액목표의 상한을 억제하려는 제도적 기전을 도입하는 것이다. 그 방안으로 진료비총액예산제를 도입하는 것이다. 그러나 현재 민간자본 중심인 우리나라 의료시장의 여건상 총액예산제를 도입하기에는 넘어야 할 장애요인이 많기 때문에 심층적인 연구가 필요하다. 의료보장의 공공성을 강화하고 총액예산제를 도입하기 위해서는 공공의료의 공급기반을 획기적이고 꾸준하게 확충하여야 한다. 현재로서는 보건소의 확충과 강화가 가장 현실적인 방안인데, 민간의료 중심의 의료자원을 공공화시키기 위한 정부의 정책수단은 제한되어 있어 어려움이 예상된다.

건강보험 재정관리를 위한 두 가지 방향 가운데에 어느 방향을 선택할 것인지 결정하는 것은 토론을 통한 사회적 합의가 필요하고, 어떤 방향이든지 파생되는 부작용을 면밀히 예측하여야 정책실패의 늪에 빠지지 않을 것이다.

건강보험 재정의 안정적인 관리를 위한 근본적인 방향성에 대한 합

의를 도출하는 것과 더불어 향후 노인인구의 증가가 가장 큰 의료비 상승요인이기 때문에 지금부터 노인에 대한 의료비대책이 세심히 준비되어야 한다. 선진국의 경우 건강보험제도내에서, 혹은 복지서비스 차원에서 노인에 대한 요양서비스를 제공하는 역사적인 과정을 거치면서, 최근 요양보험제도를 별도의 제도로 분리하는 국가들이 나타나고 있다(독일 1996년, 일본 2000년). 우리의 경우 고령화의 진행속도가 매우 빠르기 때문에 요양을 위한 인프라의 구축을 준비해나가면서 요양보호를 위한 시스템을 마련해나가야 하는 이중적인 어려움에 처해 있다. 아무튼 현재의 급성기병상에서 노인의 입원을 수용하는 것은 낭비적이므로 요양병상이나 재택에서의 요양을 통하여 비용을 줄여나가야 할 것이다. 이를 위하여 정부의 예산으로 먼저 초기단계의 노인요양을 시행하고 요양보호시스템이 안정적인 단계로 진입할 때에 노인요양보험제도를 도입하여 단계적으로 수혜대상이나 서비스범위를 확대해 나가는 순서를 밟아야 할 것이다. 이러한 노인요양제도는 앞서 건강보험의 다양성과 경쟁성을 강화하는 맥락에서 접근할 것이냐 아니면 공공성의 강화(즉, 노인요양을 새로운 사회적 위험으로 간주하고 국가가 보장해야 하는 공공서비스로 인식) 측면으로 접근하느냐에 따라 재원조달방식이나 서비스 제공범위는 영향을 받을 수 밖에 없다. 마지막으로 건강보험 재정안정을 위한 제도적 틀을 개편하기 시작하더라도 보건의료공급 및 관리 시스템이 지원되지 않으면 성공하기 어렵다는 점을 항상 유의하여야 한다. 향후 건강보험재정과 보건의료공급 시스템간의 관계를 파악하기 위한 심도있는 후속 연구가 필요하다.

參考文獻

국민건강보험관리공단,『외국의 건강보험제도 비교조사』(조사자료 1), 2000. 12.

국민건강보험관리공단,『주요국의 건강보험 재정안정대책』, 2002. 5.

국세청,『국세통계연보』, 2000.

고수경,「주요 질환의 진료비 본인부담 규모」,『건강보험동향』, 제4권 11호, 통권 제30호, 2001. 11.

권순만,「의료비 총액예산제도에 관한 시론」,『보건경제연구』, 한국보건경제학회, 1999.

권순원,「건강보험의 구조개혁 필요성: 재정안정화방안을 중심으로」,『보건경제연구』 제7권 제1호, 한국보건경제학회, 2001. 6.

———,「선진형 의료보장을 위한 의료보장제도의 장기발전 방향」,『보건경제연구』 제4권, 한국보건경제학회, 1998.

김한중,「건강보험 재정위기, 어떻게 할 것인가?」, 보건행정학회 정책토론회 자료집, 2001. 4. 9.

김창엽,「민간의료보험의 역할: 그 한계와 영향」, 한국치과의료관리학회, 2000.

노인장기요양보호정책기획단,『노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000. 12.

박홍민·김경환,『건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안』, 보험개발원 보험연구소, 2001. 10.

보건복지부, 「국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」, 2001. 5.

_____, 「건강보험 재정안정 및 의약분업 정착대책」, 2001. 7.

_____, 「건강보험 재정안정 추가대책」, 2001. 10.

삼성금융연구소, 「의료보험 효율화 방안」, 1999.

양봉민, 「전환기에서 본 의료보험의 개혁방안」, 『한국사회정책학회 1997년 정기 학술대회 자료집』, 한국사회정책학회, 1997.

오영수·이경희, 『사회환경변화와 민영보험의 역할(Ⅲ): 의료보험개혁과 보험회사의 역할』, 보험개발원, 1999. 2.

이혜훈, 『민간의료보험 확충을 위한 전제조건 및 보완 장치』, 한국개발연구원, 1999.

장동민, 「민간의료보험 제도의 도입 방안 연구」, 『보건경제연구』, 한국보건경제학회, 1999. 5.

정기택, 「민간의료보험의 현황 및 활성화에 관한 연구」, 『보건행정학회지』 제7권 제2호, 1997.

_____, 「민간의료보험 도입되어야 한다」, 『Healthcare Review』 창간호, 2000.

조홍준·이진석, 「민간의료보험 도입 주장의 문제점과 의료보장제도의 발전방향」, 『Healthcare Review』 창간호, 2000.

사회보험통합추진기획단, 『사회보험 관리운영체계의 통합추진방안』, 2000. 2.

신영석·신현웅·신종각, 『의료보험 진료비 증가요인과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1999.

신영석,『국민건강보험의 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.

의료보험통합추진기획단,『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

지영건·김한중·박은철·강혜영,「의약분업의 비용-편익분석」,『예방의학회지』 제33권 제4호, 2000. 12.

최병호,「DRG 지불제도에 대한 미국의 운영경험과 우리나라 시범사업 평가」,『보건경제연구』 제5권, 한국보건경제학회, 1999. 6.

_____,「건강보험부문에서 공공과 민간의 적정한 역할분담 고찰」, 보건행정학회 학술대회연제집, 한국보건행정학회, 2001. 11.

_____,「건강보험 요양급여비용계약제 시행의 정책적 고찰」,『보건경제연구』 제6권, 한국보건경제학회, 2000. 6.

_____, 노인의료비, 얼마나 되고, 누가 부담해야 하나,『Healthcare Review』, (주)한국의료컨설팅, 2001년 여름호.

최병호·노인철·신현웅,『의료보험의 보장성 강화를 위한 진료비부담의 구조개편에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 2000. 4.

최병호·신영석·홍석표·신현웅,『국민건강보험 재정안정체계 구축을 위한 제도개선방안』, 한국보건사회연구원, 2001. 5.

최병호·신영석·홍석표·오영수·김나영,『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000. 11.

최병호·선우덕·최현미,『노인요양보험제도 도입연구』, 한국보건사회연구원, 2001. 12.

_____,「신인구추계에 따른 사회보험재정 영향분석」,『보건복지포럼』 62호 한국보건사회연구원, 2001. 12.

최병호 외,『국민건강보험의 지역가입자 보험료부과체계에 관한 연구』,

한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원·한국조세연구원, 2001. 4.

통계청, 『장래인구추계』, 1996.

_____ ,『장래인구추계 결과』, 2001. 11.

Cheah Chee-Wah and D. P. Doessel, "Welfare Cost and Health Insurance: a Disaggregated Approach Using Duality Theory and Australia Data," *Applied Economics*, 26, 1994, pp.567～74.

Feldstein, Martin, S., "The Welfare Loss of Excess Health Insurance," *Journal of Political Economy*, 81, 1973, pp.251～280.

Manning, W. G. et al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment," *American Economic Review*, 77, 1987, pp.251～77.

Mossialos, Elias, "Regulating Expenditure on Medicines in European Union Countries," Saltman, R. B., J. Figueras, and C. Sakellarides ed., *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Open University Press, 1999.

NERA, Financing Health Care with Particular Reference to Medicines, 1993.

Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, "Price and Income Elasticities for Medical Care Services", in M. Perlman, ed., *The Economics of Health and Medical Care*, 1974.

OECD, *Aging in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paries: OECD, 1997.

OECD, OECD Official Document # DEELSA/ELSA/MIN(98)2/ANN (Backgrouad Documents/The Caring World: National Achievements /Tables and Clants, Paris 23～24 June 1998)

Pauly, M. V., "A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance," *Health Service Research,* 4, 1969, pp.281～92.

Phelps, C. E and J. P. New House, *Coinsurance and the Demand for Medical Services*, Santa Monica Rand Corporation, 1973.

OECD, *Health Data,* 각 연도.

US Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1999.

□ 著者 略歷 □

• 崔 秉 浩

서울大學校 行政大學院 行政學 碩士
美國 The University of Georgia 經濟學 博士
現 韓國保健社會硏究院 硏究委員

〈主要 著書〉

『國民健康保險의 地域加入者 保險料 賦課體系에 관한 硏究』, 韓國保健社會硏究院, 2001. (共著)
『國民健康保險 財政安定體系 構築을 위한 制度改善 方案』, 韓國保健社會硏究院, 2001. (共著)

• 申 鉉 雄

高麗大學校 經營大學院 經營學 碩士(MIS 專攻)
現 韓國保健社會硏究院 主任硏究員

硏究報告書 2001-14

國民健康保險의 財政危機 評價와 財政管理方案

Health Insurance Crisis: An Evaluation and Measures for Financial Stabilization

2001年 12月 日 印刷 값 6,000원
2001年 12月 日 發行
著 者 崔 秉 浩·申 鉉 雄
發行人 鄭 敬 培
發行處 韓 國 保 健 社 會 硏 究 院
서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14
代表電話 : 02) 380-8000
登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)
印 刷 대명기획
ⓒ 韓國保健社會硏究院 2001

ISBN 89-8187-248-1 93330