

醫療保險 給與範圍의 適正限界에 관한 考察

崔 秉 浩

현재 醫療保險의 制限인 給與範圍로 인해 진료시 患者負擔이 過重하여 社會保險으로서의 實效성에 대한 批判이 제기되고 있으며, 최근의 醫療保險改革 論議에서 급여범위의 확대방향이 활발하게 모색되고 있다. 본고는 이러한 給與擴大의 適正與否에 대한 妥當성을 고찰하려는 것이 목적으로써, 현재의 給與範圍와 非保險給與 및 本人負擔金에 대한 實態를 파악하고, 適正保險範圍와 本人負擔金에 대한 이론적, 실증적 연구로부터 우리에게 주는 示唆點을 도출하려 하였다.

保險給與의 適正성은 效率性(厚生增進, 道德的 危害), 衡平性(醫療接近도와 負擔의 衡平) 및 醫療의 質의 均衡에 의해 판단되어야 할 것이다. 이러한 관점에서 볼 때, 保險給與期間의 制限은 조속히 철폐되어야 하며, 非給與 중 檢査料와 食代, 특히 障礙人의 醫療用具를 보험급여화하고, 上級病室料差額과 指定診療料는 엄격한 規制를 통하여 最小限으로 운영되어야 할 것이다. 이에 따른 의료기관의 經營惡化에 대비하여 技術料 中心의 保險酬價의 引上이 병행되어야 할 것이며, 급여확대에 따른 過剩診療의 副作用은 醫療體系의 改善을 통해 흡수하여야 할 것이다. 또한 보험급여비 증가에 따른 保險料의 引上을 소득계층간에 適正하게 分擔할 수 있도록 保險料賦課體系, 조합간 財政共同事業, 國庫負擔金의 差等配分 等 支援體系가 뒷받침되어야 할 것이다.

筆者: 本院 副研究委員

▶ 原稿를 검독하여 주신 李忠燮·洪程基 博士께 감사드립니다.

I. 序

醫療保險制度란 건강을 해치는 질병 혹은 사고의 발생에 따른 비용부담의 危險에 대해 사회적으로 공동대처하려는 제도이다. 그렇다면 발생하는 모든 疾病이나 事故에 대해 保險을 적용할 것인가? 모든 의료서비스에 대한 보험화가 必要 이상의 過剩診療를 초래하여 의료비 상승을 낳는다면 보험적용범위에 대한 選擇과 限界에 대한 문제가 제기될 것이다. 현재 시행중인 우리나라의 醫療保險制度는 모든 진료항목 혹은 진료비를 급여대상으로 포괄하지 않고 선택적으로 급여범위를 매우 제한하고 있어 社會保險으로서의 實效성에 대한 비판이 가해지고 있다. 이에 따라 근래에 우리나라의 의료보험 급여범위를 확대하려는 노력이 이루어지고 있다. 본고는 이러한 給與範圍 擴大의 適正성에 대한 타당성을 고찰해 보려는 것이 목적이다.¹⁾

우리나라의 급여범위가 限定된 理由로서는 첫째, 제도도입 당시에 민간중심의 의료시장에 사회보험을 도입하면서 의료보험수가를 관행적인 시장가격보다 낮은 수준으로 통제하였으므로 모든 질병을 의료보험급여의 대상으로 포함하는 경우 의료계의 수입이 급격히 줄어들 가능성이 있었기 때문에 주로 빈번히 발생하는 急性疾病(acute care)을 중심으로 급여범위를 한정하였기 때문으로 생각한다. 둘째, 1977년 제도도입은 500인 이상 사업장을 적용대상으로 출발하여 점차 그 적용대상을 확장하여 1989년 7월 全國民을 대상으로 適用함으로써 適用對象의 擴張에 주력한 결과 급여범위에 대해서는 정책적인 관심이 그다지 크지 않았고 국민적인 요구도 심각하지는 않았던 것으로 판단된다.

이러한 급여범위의 制限性下에서도 1987년 2월에는 韓方保險이 도입

1) 의료보험 급여의 적정범위는 民間保險과 社會保險間, 국민의 醫療利用行態, 의료보험제도의 歷史, 國民所得水準 및 醫療體系의 形態에 따라 많은 차이가 있을 것이므로, 一般化하기가 어렵다.

되었고, 1989년 10월에는 藥局醫療保險이 도입됨으로써 양한방 및 약국 등 모든 의료기관에 포괄적으로 의료보험이 적용되는 제도적인 발전이 있었다. 그러나 한방 및 약국보험의 급여범위는 양방의료에 비하여 그 특성에 비추어 더욱 제한적일 수 밖에 없었다.

그런데 1989년 全國民醫療保險化 이후로 국민의 의료수요가 꾸준히 증가하면서 의료기관 이용시 환자본인의 부담이 가중하다는 인식이 확산되고, 고가검사의 경우 보험적용이 되지 않아 진료를 받지 못하는 경우가 발생하고 있다. 현재 總診療費중 보험급여비는 1/2에 못미치고 있다는 것이 일반적인 평가이며, 또한 전체 國民醫療費 중 보험급여비의 비중은 약 23%로 추정되는(홍정기, 1995; 명재일 외, 1994) 등 의료기관 이용시 환자 본인의 부담이 상당히 가중한 것으로 나타나고 있다.²⁾ 이러한 保險給與範圍는 외국과의 비교에서 그리고 국민소득수준에 비추어서도 상당히 制限的인 것으로 평가되고 있다.

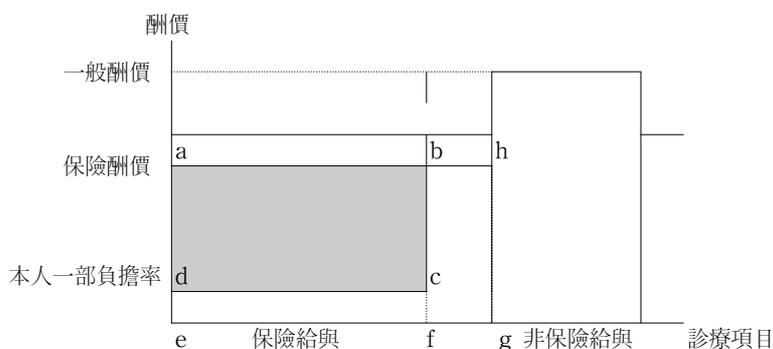
本稿에서 '給與範圍'에는 현행 酬價制下에서 각 診療項目에 대한 보험 적용 여부, 보험적용항목일 경우 保險者負擔의 範圍, 保險給與期間 등이 될 것이다.³⁾ [圖 1]은 보험급여범위를 간단히 나타내고 있는데 實線內가 전체진료비가 되며 그 중 짙은 부분 abcd 가 보험급여비가 된다. 급여범위에서 제외되는 本人負擔(out-of-pocket payment)은 非保險給與, 보험급여일 경우 本人一部負擔金(dcf)과 보험급여기간 종료 후 진료등에 따른 本人全額負擔(bhgf) 등이 될 것이다. 결국 급여범위의 限界는 保險者와 加入者간 負擔의 비중 조정이 될 것이며, 그러한 한계란 예를 들면 급여범위의 한계가 증가할수록 도덕적 위해의 가능성이 증가하는 것(marginal moral hazard of insurance coverage)을 의미한다. 그리고 適正限界에서 '適正'의 의미는 의료의 質을 확보하면서, 급여범위 확대에

2) 보험급여비의 비중 23%에는 政府가 지역의료보험에 지원하는 國庫負擔金은 제외되어 있다. 이를 포함하는 경우에는 약 30~31%가 될 것이다.

3) 이에 덧붙여 보험자부담을 제외한 本人負擔 진료비가 50만원을 초과한 경우 그 초과분 중 일정부분을 補償하는 본인부담금보상제도, 장제비·보관비 등 現金給與가 조합별 附加給與로 제공되고 있다.

따라 후생이 증진되는 效率性和 모든 국민의 의료접근기회가 보장되고 계층별 부담이 공평하게 되는 衡平性間的 조화를 의미할 것이다.

본고는 제2장에서 이러한 보험급여 범위에 대한 우리나라와 선진외국의 現況과 最近의 급여범위 확대에 대한 각종 委員會의 論議內容에 대해 설명하고자 한다. 제3장에서는 보험급여의 適正範圍의 基本方向과 우리나라에서의 政策課題를 논의하고자 하며, 제4장에서 結論으로써 保險給與外 項目에 대한 保險給與化를 검토하고자 한다.



[圖 1] 保險給與範圍

II. 保險給與範圍의 現況과 最近의 擴大 論議

1. 給與範圍의 現況

가. 우리나라의 保險給與範圍

의료보험법령과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법령에서 인정하는 法定給與는 現物給與로서 요양급여, 분만급여 및 정기건강검진이 있

으며, 現金給與로서 요양비와 분만비가 있다. 조합별 附加給與로서 장제비, 본인부담보상금과 같은 현금급여가 있다. 保險適用期間은 현재 연간 240일로 제한되어 있다. 단, 보험자가 부담하는 급여비가 연간 120만원 이내에서 기간을 연장할 수 있으며, 65세 이상 老人과 障礙人은 제한이 철폐되었다. 이에 따라 고혈압, 당뇨병, 정신질환 등 만성질환자의 경우 진료에 제한받으며 특히 급여일수 초과 후 수술등을 요하는 장기질환 발생시 의료보험 진료를 받지 못하는 사례가 발생하고 있다.⁴⁾

이러한 보험급여비중 일정부분에 대해서는 본인부담분이 있으며, 그 외 급여비용 전액을 본인이 부담하여야 하는 경우와 보험급여의 대상에서 제외된 非給與에 의한 본인부담 등 本人負擔費가 매우 높은 것이 우리나라 의료보험제도의 특징이다. 본인부담에 대한 간략한 정리는 <表 1>에 제시되어 있다.

보건복지부 요양급여기준의 非給與對象에서 기타 장관이 정하는 사항 외에는 요양기관이 任意로 비급여대상으로 적용하여서는 안된다는 규정이 있어 운영하기에 따라서 보험급여범위가 상당히 넓게 인정될 수 있으나, 實際의 運營은 급여범위를 좁게 해석하는 쪽으로 움직이고 있다. 실제의 진료내용이 복잡하여 경우에 따라서 보험급여에 해당하는지 비보험급여에 해당하는지 판단하는 것이 곤란할 때 보건복지부의 유권해석에 따르고 있는데, 非保險給與 및 全額本人負擔으로 판정한 기준은 다음과 같다.

첫째, ‘普遍的’ 혹은 ‘標準的’으로 시행되는 검사, 진단, 치료가 아닌 특수한, 시험적 진료를 한 경우 급여의 일반성 원칙과 보험재정상 비급여 혹은 전액본인부담으로 판정하고 있다. 둘째, 일상생활에 지장이 없는 질환의 경우는 주로 물리적·기능적 불편이 판단기준이 되어 비급여

4) 요양급여기간은 양방, 한방, 약국급여를 불문하고 입원일수, 내원일수, 투약일수를 합하여 산정하므로 장기질환자의 경우 내원 및 투약 240일을 초과한 뒤 입원하는 경우 보험혜택을 받을 수 없다.

대상으로 하며, 정신적·심리적 기준은 제외되고 있다, 셋째, 국내에서 보편적으로 사용되지 않는 검사, 재료, 약제의 경우 환자의 全額本人負擔으로 하고 있다.

따라서 보편성에서 벗어나는 검사 및 치료를 억제하고, 진료를 위한 새로운 대체적인 방법을 허용하지 않아 醫療技術의 발전을 제약할 가능성이 크다고 생각한다. 또한 하나의 예로, 화상을 입은 후 흉터부위를 줄이는 경우 성형목적이므로 비급여대상으로 판정하고 있는 것은 지나치게 좁게 해석하는 것으로 생각된다. 그리고 비급여대상과 전액본인부담으로 구분하는 판정기준이 명확하지 않은 점이 지적될 수 있겠다.

〈表 1〉 保險給與外 本人負擔

보험급여 중 本人一部負擔	보험급여 중 本人全額負擔	非 給 與
入院: 20% 外來: · 綜合病院: 진찰료+55% · 病 院: 진찰료+40% · 醫 院: 2,900원+30% · 保 健 所: 일정액+30% * 단, 군지역, 한의원, 치과의원, 보건소 종류: 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소에 따라 차등을 두고 있음.	· 급여기간 종료 이후 진료비용 · 수급절차에 따라 요양기관을 이용하지 않았을 때 진료비 · 지정진료비 · 군복무중 군병원 이외 요양기관 이용시 비용 · 장기 또는 골수공여 희망자에게 행한 공여 적합성 확인진단에 소요된 비용	· 단순피로 및 권태 · 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환 · 미용목적의 성형수술과 그 후유증, 부정교합치 교정, 보철, 예방목적의 치석제거 · 마약중독증, 향정신성 의약품 중독증 · 예방접종, 건강진단 · 보조기, 보청기, 의수족, 의안, 콘택트렌즈 · 식대, 상급병실료 차액

資料: 보건복지부 編, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.

진료비 중 本人負擔 實態에 대한 調査는 자료의 제약상 그렇게 많지 않지만 그 동안의 본인부담의 추세를 파악하기 위해 몇몇 연구에 의한 결과는 다음 〈表 2〉 및 〈表 3〉 과 같다. 본인부담의 비중이 계속하여

증가하여 왔으며 그 증가는 주로 수가통제를 받지 않는 非給與에 의해 주도되어 왔음을 볼 수 있다. 그 중에서도 특히 綜合病院의 非給與 增加가 중요한 역할을 한 것으로 판단된다. 그런데 이러한 전체적 경향성을 그대로 수용하기에는 한계가 있다. 왜냐 하면 각 연구의 연구대상이 되는 標本이 각각 다르고 각 표본 또한 代表性을 부여하는 데에는 문제점이 발견되기 때문이다. 1992년 자료는 10개 병원을 대상으로 하였는데, 선정된 병원이 전체를 대표할 만한 표본인지에 대한 검증이 이루어지지 않고 있다. 또한 1983~88년 자료는 醫療保險管理工團에 異議申請한 진료건에 대해 조사한 것이기 때문에 대표성을 결여(selection bias)하고 있음을 저자 스스로 지적하고 있다.

〈表 2〉 入院診療費의 本人과 保險者의 負擔比重

(診療費中 比重, %)

期 間	本人負擔			保險者負擔
		非給與	給與	
1983~88	40.3	25.4	14.9	59.7
종합병원	39.5	24.4	15.1	60.5
병 원	42.4	28.0	14.4	57.6
1992	52.0	39.6	12.4	48.0
종합병원	52.9	40.3	12.6	47.1
병 원	50.4	38.3	12.1	49.6

資料: 1983~88년은 노인철 외(1989), 1992년은 이현실, 문옥륜(1993)

한편 입원진료비 가운데 본인부담금이 어떤 항목으로 구성되어 있는지를 〈表 3〉은 나타내고 있다. 양 연구결과에 상당한 차이를 보이고 있어 앞서 우려한 대로 연구결과를 그대로 해석하는 데에는 문제가 있다. 1992년 자료의 경우 조사대상 기관별로 食代의 경우 1.4~34.2%로 분포되어 있고, 병실료차액의 경우 17.7~73.8%로 분포되어 있으며, 그

외 항목도 분포가 매우 넓은데, 그 이유는 각 기관별 특성에 따른 것으로 보인다. 문제는 이러한 특성이 전체의료기관의 集團別 特性을 고르게 반영하는 대표성이 있느냐 하는 데에 있다. 이러한 연구결과의 한계점에도 불구하고 본인부담 중 過半이 의료행위와 직접적인 관계가 없는 식대 및 상급병실료 차액이 차지하고 있는 것은 분명한 사실로 보인다. 그렇다면 이러한 간접적인 의료서비스 비용을 보험화할 필요가 있는 지?, 보험제도 외의 다른 제도적 문제인지?, 보험화한다면 어느 정도까지 할 것인지?가 논의 대상이 될 것이다. 檢査料의 경우 직접적인 의료서비스이나 주로 高價檢査(MRI, SONO 등)의 경우 과잉진료를 우려하여 제한하고 있는데 과연 도덕적 위해가 심각할 것인지에 대한 분석이 필요할 것이다.⁵⁾ 指定診療料의 경우 연구결과에 큰 차이를 보이고 있는데 성격상 보험급여로 하기 곤란한 부분인 것 같으며, 지정진료제도 운영상의 문제가 이슈가 될 것이다. 이상과 같이 본인부담의 내역은 검사료 및 기타항목에서의 의료적 행위와 관련된 부분을 제외하면 많은 부분이 의료적 행위와 간접적인 관련을 가지거나 보험급여와는 관련없는 제도적 문제와 연결되고 있음을 알 수 있다.

한편 외래진료비의 본인부담분에 대해서는 1983~88년 자료에 의하면 67.0%로써 비급여가 32.9%, 급여 중 일부부담이 34.1%로 나타남으로써 외래의 보험급여비는 33%에 불과하다. 특히 종합병원이 68.1%, 병원 77.8%, 의원 56.9%로 나타나 법정본인부담률의 격차를 반영하고 있다. 이러한 綜合病院의 높은 外來 本人負擔에도 불구하고 患者가 集中하는 것은 患者의 醫療慾求가 어디에 있는지를 잘 나타내주고 있다. 물론 그러한 욕구가 바람직한지의 여부는 다시 논의의 대상이 될 것이다.

5) CT의 경우 1996년부터 보험급여하고 있는데, 細部認定基準을 통해 적용의 例外事項으로 남용을 규제하고 있다. 1996년 5월 말 기준으로 청구건수의 64%, 청구액의 57%가 심사를 통해 삭감되고 있다.

〈表 3〉 입원진료비중 본인부담분의 항목별 구성비

(단위: %)

期 間	食代	上級病室料 差額	檢査料 (영상진단)	指定診療料	기타
1983~88	30.1	28.0	12.4	20.3	9.2
1992	7.4	40.2	13.2	7.5	31.7

註: 검사료 중 '83~88년의 경우 CT 7.7%, 초음파 4.5%이며, '92년의 경우 CT 4.3% 였음. 기타에는 투약·주사, 마취·수술 및 기타가 포함됨.

資料: 〈表 2〉 참조.

醫療保險 給與擴大의 대상분야별 이슈를 보자. 먼저 保健豫防事業으로서 健康診斷事業은 1995년 지역조합에 대해 成人病檢診을 확대·실시하여 전조합의 피보험자 및 피부양자에 대해 실시하고 있다. 形式的인 檢診을 지양하고 特殊檢診 등 검진의 內實化가 필요하며, 장기적인 예방사업인 保健教育 및 弘報가 미흡하다. 韓方醫療保險은 1987년 2월 실시되었으며, 현재 56개의 처방으로서 실시하고 있다. 給與基準과 酬價體系에서 한방의료의 特性이 제대로 반영되지 않고 있으며, 보험급여 적용기준에 필요한 標準化, 科學化가 缺如되어 있다. 給與範圍는 진찰, 침, 뜸, 부항 및 엑스산제 중심의 투약으로 대상품목 및 처방수가 한정되어 給與對象 疾病이 限定的이며, 국민 선호도가 높은 첩약과 물리요법은 급여에서 제외되어 있으며, 요양기관도 收益性이 높은 첩약을 유도하고 있다. 藥局保險은 1989년 10월부터 시행되었으며, 醫師의 處方箋이나 직접 방문에 의해 調劑받는 경우에 적용되고 있다. 급여범위는 5품목, 투약일수는 7일 이내로 제한되고, 중진료권내에서 적용하고 있으며, 1996년 6월 현재 전국 20,439개 약국이 요양기관으로 지정되어 있다. 관행약가보다 낮은 보험약가, 보험청구업무의 번잡, 품목수 및 투약일수의 제한에 대한 불만이 있다. 특히 약국의존도가 높은 의료보호환자를 급여대상에서 제외하고 있다. 齒科給與의 경우 現行 酬價政策이 醫

科中心으로 운영되어 齒科와 醫科間에 酬價項目間 不均衡이 존재하고 수가체계상 齒科醫療의 特性과 專門性的 반영이 미흡하다. 保險酬價水準이 낮아 비급여진료에 치중하여 치과 진료의 왜곡현상을 초래하고 있다. 또한 치아보존을 위한 保存治療酬價가 미흡하여 보철 진료가 수반되는 발치 위주의 진료행태를 선호하고 있다.

本人負擔金 補償給與는 高額診療에 의한 본인부담금이 과다한 경우 負擔을 分散하려는 제도로써 현재 2개월간 동일 요양기관에서 진료받아 발생한 본인부담금이 50만원을 초과하는 경우 일정 범위내에서 보상하는 附加的 給與로서 운영하고 있다. 145개 직장조합 중 142개 조합과 의료보험관리공단에서 실시하고 있으며 보상률은 최저 50%선이다. 指定診療制는 1991년에 제정된 '지정진료에 관한 규칙'에 근거하고 있으며, 그 이전에는 特診이란 명칭으로 일부 대학병원을 중심으로 활용되었다. 진료항목은 보험수가기준 중 行爲料에 해당하는 부분으로 보험수가의 50~100%를 부과하고 있다. 그러나 현행제도는 細部專攻에 관계없이 전문의이면 지정진료를 하는 등 제도 남용의 소지가 있다. 진료비도 입원료 및 임상병리검사 등 의사의 행위와 직접 관계가 없는 진료비에 지정진료비가 부과되거나 기준 이상의 과다한 진료비가 부과되어, 病院의 收益增大方案으로 이용되고 있다.

기타 최근에 개선된 급여범위는 다음과 같다. 첫째, 일부수술에 대해서는 外來에서의 수술이 보편화되고 있는 추세임을 감안하여 1日 入院制度를 도입하여 이를 보험급여로 인정한다. 둘째, 分娩給與期間中 産母와 新生兒를 같은 병실에 수용할 경우 母子同室制度를 의료보험급여로 인정한다. 셋째, 장애인의 再活診療行爲를 보다 세분하여 의료보험급여로 인정한다. 넷째, 치과진료에 있어서 發齒에 따른 보철 위주의 진료행위에서 치아보존을 위한 진료행위로의 전환을 유도하기 위하여 齒牙保存 關聯項目을 중점 조정한다. 다섯째, 洋·漢方 診療日이 重複되더라도 급여기간을 1日로 산정토록 하여 양·한방 협진체계를 제도적으로 보완

하여 양·한방의료기관을 동시에 이용하는 데 지장이 없도록 개선한다.

나. 先進外國의 給與範圍의 動向

1) 西歐諸國의 給與範圍

의료선진국인 서구제국의 급여범위를 보기로 하자. 〈表 4〉에서는 유럽대륙의 대표적인 조합방식을 채택하고 있는 獨逸, 국가책임의 NHS 방식을 채택하고 있는 英國, 민간의 民營保險의 자율에 맡기되 노인 및 저소득층에 대한 醫療保障制度(Medicare 및 Medicaid)를 갖추고 있는 美國을⁶⁾ 비교의 대상국가로 선정하여 韓國에서 보험급여되지 않고 있는 保險給與를 중심으로 소개하였다.

2) 日本의 給與範圍와 動向

가) 급여범위 현황

일본의 보험급여범위는 다음 〈表 5〉와 같다. 일본의 급여범위의 한국과의 비교에서 다른 특징은 첫째, 피용자와 자영자간, 그리고 피보험자와 피부양자간 차이를 두고 있으며 외래 정액부담이 없는 점이다. 둘째, 입원과 외래간 본인부담에 별 차이를 두지 않고 있다. 셋째, 본인부담에 대한 보상수준이 상당히 높다. 즉 월 보수의 약 20% 이상의 초과부담에 대해 보상하고 있다. 넷째, 現金給與가 잘 보장되어 있어 출산, 상병, 사망 등 생활주기에 따른 소득중단이나 상실에 대한 보장이 이루어지고 있다. 다섯째, 자영자에 대해서는 임의성과 자율성을 인정하고 있다.

6) 미국 의료급여(medical benefits)의 수혜대상은 年金受給年齡인 65세 이상인 자, 障碍年金受給者, 慢性腎臟疾患者 등이다.

〈表 4〉 韓國에서 非保險인 西歐先進國의 保險給與의 例

給與內容	영 국	독 일	미 국
醫療給與	<ul style="list-style-type: none"> · 24시간家庭醫서비스 · 家庭看護 · 각종 모든 검사 · 급여기간 제한 없음 ▷本人負擔 <ul style="list-style-type: none"> · 치과급여의 20% · 건강검진, 처방시 정액부담 (단, 저소득자, 노인, 어린이 예외) 	<ul style="list-style-type: none"> · 疾病豫防 및 健康增進 등 포괄적 서비스 · 암, 성인병, 치과 검진 · 義齒, 補聽器, 眼鏡, 기타 보장구 · 여비 지급: 교통비, 식비, 숙박비 등 · 家庭看護 및 介護(현금급여 가능) · 급여기간 제한 없음 · 포괄적 再活給與 ▷本人負擔 <ul style="list-style-type: none"> · 입원시 일당 12DM (단, 14日 限) · 약제는 3~7DM 	<ul style="list-style-type: none"> · 특별식을 포함한 식사 · 再活서비스 · 각종 검사 테스트 · 退院 後 간호요양서비스, 家庭看護서비스 ▷本人負擔: <ul style="list-style-type: none"> · 입원은 90日 限(60일까지 716\$ 부담, 그 이후 日當 定額 부담) · 퇴원 후 看護療養: 100일간(21~100일간 89.5\$) · 家庭看護: 100\$부담
傷 病 手 當 金	<ul style="list-style-type: none"> · 근로불능 시작 4일부터 28주간 定額給與 	<ul style="list-style-type: none"> · 근로불능 판결시: 첫 6주간 통상임금의 100%, 그 후 3년간 78주까지 80% 	<ul style="list-style-type: none"> · 5개 州에서 보수의 定率給與
母性關聯 手 當 金	<ul style="list-style-type: none"> · 出產手當: 출산 11주 전부터 총 18주간 定額給與 · 出產給與: 6주간 소득의 90%, 이후 12주까지 定額 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자 출산시 産前 6주 産後 8주간 통상임금의 100% 지급 · 12세 이하의 질병·입원시 10일간 有給 休暇 	<ul style="list-style-type: none"> · 上同
葬 祭 費	<ul style="list-style-type: none"> · 저소득자에 게는 社會기금에서 葬制實費 지급 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자 사망시 장례 및 매장비용으로 임금액의 20일분 지급 · 피부양자 사망시 그 반액 지급 	<ul style="list-style-type: none"> 없음

資料: U.S. Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, July, 1995.

Federal Ministry of Health, *Health Care in Germany*, 1995.

〈表 5〉 日本의 醫療保險給與範圍

項 目		被 備 者	自 營 者
現物給與	療養給與	90% 本人一部負擔率 10%, 단, 1500엔 이하는 100엔, 1500~2500엔은 200엔, 2500~3500엔은 300엔	70%
	家族給與	80%(입원), 70%(외래)	
高額診療費 本人負擔金 補償		本人負擔 6만3천 엔 (저소득자 3만 5400엔) 초과시 超過分 지급 (1991. 5.~) · 동일월에 3만엔(저소득자 2만 1천 엔) 이상이 복수 발생할 경우 합산하여 세대단위로 지급 · 4회 이상 발생부터 본인부담은 3만 7200엔 (저소득자 2만 4600엔) · 혈우병, 인공투석의 만성신부전환자의 본인부담 한도는 1만 엔	
現金給與	傷病手当金	標準報酬日額의 60%, 1.5년분	(임의급여)
	出産手当金	標準報酬日額의 60% 분만일 이전 42일부터 분만 후 56일	
	出産育児一時金	30만엔 (배우자 포함)	
	埋葬料	표준보수월액의 1개월분 최저 10만 엔	1~5만 엔
	家族埋葬料	10만엔	-
財 源	保險料率	41%(본인), 41%(사용자) ('92.4.~) · 特別保險料 1% (본인 0.3, 사용자 0.5, 국고 0.2) 건보조합은 평균 3.604%, 4.686%	세대당 평균 14만 6천 엔('93)
	國庫負擔	給與의 13% (노인보건의료비 각출의 16.4%) 事務費 全額	給與의 50%(시정촌) (국보조합은 32~ 52%)

註: 平均標準報酬月額('93)은 정부관장건보 28만엔, 조합관장 건보 34만 3천 엔
 資料: 日本 후생통계협회, 『保險과 年金의 動向』, (제42권 제14호), 1995

나) 日本의 醫療費의 動向

1960년대부터 매년 약 20% 정도로 급격히 상승하던 국민의료비는 70년대 중반부터 점차 둔화되기 시작하였다. 20% 이상의 의료비 증가는 75년을 마지막으로 나타났고, 76~78년도간 평균 15% 이상 증가한 후, 79년도 이후는 한 자리의 증가율로 정착되고 있다. 그러나 國民醫療費 增加는 國民所得 增加率을 여전히 상회하는 추세를 보이고 있다.

〈表 6〉 日本의 國民醫療費와 醫療保險給與費의 動向

		1975	1985	1990	1991	1992	1993	韓國 ¹⁾
國民醫療費 / 國民所得(%)		5.22	6.17	6.01	6.08	6.5	6.8	4.7
增加率 (%)	의 료 비	20.4	6.1	4.5	5.9	7.6	3.8	
	국민소득	10.2	6.6	7.1	4.7	0.3	-0.6	
國民醫療費 構成(%)								
醫療保險給與		74.0	55.3	54.6	54.4	54.6	54.0	23
老人保健給與		-	25.2	28.0	28.5	28.7	29.5	-
患者負擔		12.9	12.0	12.1	12.0	11.8	11.6	65
公費負擔		13.1	7.5	5.3	5.1	4.9	4.9	12
公費·保險·老人保健의 일부부담		10.3	10.0	10.4	10.3	10.2	10.1	-

註: 1) 국민의료비/GNP는 1993년 기준, 국민의료비 구성은 1991년 기준
 資料: 厚生省, 『國民醫療費』; 經濟企劃廳, 『國民所得統計』; 홍정기, 『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推計』, 1995.

일본과 비교하여 한국의 경우 국민의료비 중 醫療保險給與의 比重이 23%로써 일본의 54%에 비해 훨씬 낮으며, 특히 노인보건급여 29.5%를 합산한 급여 83.5%에 비해서 더욱 낮은 수준이다. 한국의 환자본인 부담 65%는 주로 洋方中心醫療의 본인부담과 韓方 및 藥局 등에서의

본인부담으로 구성되어 있다. 따라서 의료시장에서의 각종 의료서비스가 의료보험제도권내로 들어오게 하는 것이 先進化로 이행하는 길이 될 것이다.

2. 最近의 給與範圍 擴大 論議

최근 몇 년 동안 醫療保險制度의 內實化를 위한 개혁 제안이 각종 委員會를 통하여 이루어졌다. <表 7> 에서 우선 1994년에 구성된 醫療保障改革委員會는 보험급여기간의 연장, 고가검사, 보건예방사업, 한방 및 치과급여에 대한 보험적용을 확대하고, 본인부담금보상제의 실시와 지정진료제의 축소를 제안하였다. 1995년의 國民福祉企劃團에서는 보험급여기간을 2000년까지 폐지하도록 구체화하였고 약국보험의 확대, 본인부담금보상제의 법정급여화, 노인의 외래부담 경감, 장애인 의료용구의 보험적용 등을 추가적으로 건의하였다. 1996년의 21세기 經濟長期構想은 의료보험을 健康保險으로 개념을 포괄화하고 豫防給與外에 健康管理費用을 장기적으로 보험급여하고, 보험조합이 지역별 건강관리 프로그램 개발에 참여하고 부가급여를 자율적으로 운영하도록 제안하고, 장기요양서비스, 간호양로원, 노인전문병원 등에 대한 보험급여화를 추진하도록 제안하였다. 그 외 NERA(1994)의 우리나라 의료보험제도 개혁에 대한 勸告案도 유사한 내용을 담고 있다. 즉 보험급여범위 확대를 제안하면서 급여일수를 365일로 확장할 것과 비급여항목 특히 高價檢査에 대한 보험급여시에는 病院施設 및 裝備使用을 효율화할 것을 권고하고 있으며, 본인일부부담률을 모든 의료서비스에 대해 경감할 것을 제안하고 있다.⁷⁾

7) 그 외 NERA의 권고안은 民間保險의 도입에 대해 사회보험의 적용가능성이 없는 분야에 국한하도록 하고, 包括酬價制(DRGs)의 도입을 권고하면서 醫療의 質을 통제하기 위해 保險者(組合)의 역할을 강화하도록 제안하고 있다. NERA의 개혁안과 선진 각국의 의료보장 개혁동향 및 우리나라에 주는 示唆點에 대해서는 崔秉浩(1995) 참조.

〈表 7〉 最近 각종 委員會의 保險給與 擴大에 대한 提案

醫療保障改革委員會 (1994)	國民福祉企劃團 (1995)	21세기 經濟長期構想 (1996)
<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험 적용기간 연장: 180일에서 매년 30일씩 · CT와 MRI 등 고가 의료장비에 의한 검사의 보험급여 · 成人病 檢診 등 保健豫防事業의 확대· 保健敎育 확대 및 健康增進프로그램 개발·보급 · 韓方 및 齒科保險給與水準의 향상 · 저소득층 의료비 경감을 위한 醫療保護制度의 내실화 · 남용되고 있는 指定診療制의 축소 · 의료보험 본인부담금 보상제 확대실시 	<ul style="list-style-type: none"> · 保險給與期間은 매년 30일씩 확대하여 2000년에는 제한을 완전히 철폐 · 보험급여항목의 범위는 高價檢査 및 診斷, 治療 등 비급여항목의 지속적 확대 · 韓方醫療保險의 급여확대를 위해 한방의 標準化· 科學化 方案을 연구하고, 보험수가체계를 개발 · 藥局醫療保險은 적정한 급여범위와 보수체계를 모색 · 齒科保險은 보존치료부분 등의 수가개발을 검토 · 本人負擔金 報償制度를 전면적으로 法定給與로 전환 · 老人(65세 이상)이 외래방문시 방문당 본인부담진료비를 정액화 · 障礙人에 대해서는 補裝具, 필수 醫療用具에 보험 적용 	<ul style="list-style-type: none"> · 포괄적이고 능동적인 健康保險의 개념으로 확대 · 보험급여기간의 제한을 2000년에 완전철폐 · 本人負擔金 報償制度를 전조합으로 확대 · 豫防 및 적극적인 健康管理費用도 단계적으로 보험급여범위에 포함 · 醫保組合은 地域特性에 맞는 健康管理 프로그램 수립에 적극 참여하고 부가급여의 자율적인 활용방안을 강구함 · 慢性退行性疾患者 및 長期療養患者를 위한 장기요양시설을 설치하고 요양서비스에 적합한 의료보험수가를 개발함. · 看護養老院(nursing home)이나 老人專門病院을 신설·확충하여 보험급여화

〈政府 計劃〉

- 保險給與期間은 240일(1996년)에서 매년 30일씩 확대, 2000년에 완전 철폐
- MRI는 CT 보험적용 결과를 참고, '96적용방안 검토하고 '97급여 개시
- 本人負擔補償金은 적립금보유율이 50% 이상인 지역조합(118개)부터 단계적으로 실시.
- 高額診療費 本人負擔金 補償制度 全組合 擴大

Ⅲ. 保險給與 適正範圍의 方向과 課題

1. 適正範圍의 基本方向에 대한 考察

향후 醫療保險 給與範圍의 擴大時에 지켜져야 할 일반적인 原則을 제시한다면 첫째, 限定된 可用資源을 효율적으로 활용하여 의료이용자에게 적은 費用으로 質 좋은 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이며, 둘째, 향후 급여기간의 연장 및 급여범위의 확대, 보건예방사업의 강조 등으로 國庫支援의 擴大가 요청되는데, 가능한 국고지원을 자제하면서 醫療保險制度의 틀속에서 財政을 安定化시키는 방향으로 나아가는 것이 바람직하다고 생각한다. 이에 따라 保險給與範圍의 擴大를 추구함에 있어서 財政安定化를 도모하고, 保險料負擔의 衡平性을 제고해 나가야 할 것이다. 이와 관련하여 의료보험서비스의 價格構造('酬價體系')를 합리적으로 조정하고, 酬價水準의 결정은 保險者, 消費者, 醫療界, 政府간 意見收斂過程을 거쳐 결정하도록 추진하며, 診療費支拂方式은 현행 서비스항목별 가격체계('행위별 수가제')에서 질병단위별 가격체계('包括酬價制')로의 전환을 시범사업을 통해 검토할 필요가 있을 것이다.

이러한 일반적인 원칙을 제시하더라도 이를 뒷받침할 만한 이론적 혹은 실증적인 연구는 찾아보기가 어렵다. 다만 本節에서는 먼저 의료보험의 적정급여범위에 대한 이론적 논의를 일부 소개하고, 다음으로 보험급여에 대한 本人一部負擔金(copayment)의 導入 혹은 增加가 醫療需要에 미치는 영향에 대한 몇 가지 實證的 研究를 소개함으로써 보험급여범위에 대한 示唆點을 얻고자 한다.

가. 보험급여의 적정범위에 대한 이론

의료보험의 적정급여범위에 대한 가장 간단한 모형을 보자. 소비자의 富를 W 라 하고, 질병 혹은 사고가 발생할 확률이 p 이며 그에 따라

그가 입을 손실액을 L 이라 하자. 이러한 손실을 보전하기 위해 보험에 가입하는 경우 보험급여범위가 q 인 경우 그가 지불하여야 할 보험료는 xq (여기서 x 는 q 한 단위당 보험료)가 될 것이다. 여기서 소비자는 어느 정도의 급여범위를 구입하려 할 것인가를 보자. 소비자의 效用極大化 問題는

$$\max p u(W - L - xq + q) + (1 - p) u(W - xq)$$

가 될 것이며, 그 解로써 $L=q$ 를 얻게 된다.⁸⁾ 따라서 소비자는 손실액 L 전액을 보험급여범위로 포함할 것을 원할 것이다. 이러한 결과는 소비자가 질병발생확률 p 에 영향을 미치지 못한다는 가정에 기초하고 있다.

만약 소비자가 이러한 확률에 영향을 미치는 경우 보험자는 部分的 보험급여를 제공하려 할 것이고 소비자는 질병발생에 대해 注意를 기울일 것이다. 여기에 有關한 분석은 보다 복잡해진다. 소위 ‘道德的 危害’(moral hazard)문제로서 보험가입자가 적절한 注意를 게을리 하는 경우에 발생하는 문제이다. 질병이 발생하는 상태를 ‘상태 1’, 발생하지 않는 상태를 ‘상태 2’라 하고, 질병이 발생하지 않도록 注意하는 상태를 b , 注意하지 않는 상태를 a 라 하자. 이 때 보험자가 피보험자의 注意를 원하는 경우의 인센티브 문제는

$$\max \pi_{1b} s_{1b} + \pi_{2b} s_{2b}$$

$$s.t. \begin{aligned} \pi_{1b} u(W - s_1 - L) + \pi_{2b} u(W - s_2) - c &\geq \bar{u} \\ \pi_{1b} u(W - s_1 - L) + \pi_{2b} u(W - s_2) - c &\geq \\ &\pi_{1a} u(W - s_1 - L) + \pi_{2a} u(W - s_2) \end{aligned}$$

π : 疾病發生確率

s : 소비자로부터 보험자에 대한 純支給額(net insurance payment)

c : 疾病이 발생하지 않도록 注意하는 데 드는 費用

8) 解의 도출은 〈附錄 1〉을 참조. 適正保險에 대한 일반적 논의는 Varian(1992) pp.177~181 과 pp.455~457 을 참고함.

여기서 인센티브 문제가 없고 질병발생확률이 피보험자의 행위와 무관하고, 보험자의 이윤이 0일 때의 適正解는 $s_2 = s_1 + L$ 로서 보험자는 손실액 전액을 보험하려 할 것이고 피보험자는 질병발생 여부와 관계 없이 동일한 富를 가지게 될 것이다. 다시 인센티브 문제가 존재할 때, 보험자의 이윤을 0으로 할 때 (혹은 경쟁적 상황하에서 이윤이 0이 될 때)의 제약조건은 다음과 같다.

$$\begin{aligned} \pi_{1b}s_1^* + \pi_{2b}s_2^* &= 0 \\ \pi_{1b}u(W - s_1^* - L) + \pi_{2b}u(W - s_2^*) - c &= \\ \pi_{1a}u(W - s_1^* - L) + \pi_{2a}u(W - s_2^*) & \end{aligned}$$

상기 두 式에서 均衡點 (s_1^*, s_2^*)를 결정할 수 있다. 여기서 이러한 均衡點을 깨면서 손실전액을 보험하는 계약은 없다는 점을 유의하여야 한다.

이상의 분석에서 우리는 피보험자의 행위가 疾病 혹은 事故發生에 영향을 미칠 수 없는 부분, 예를 들면 應急醫療, 外部環境汚染에 의한 疾病發生 등에 대해서는 보험급여범위를 제한하지 않거나 본인부담이 없는 것이 바람직할 것이라는 결론을 내릴 수 있을 것이다. 그러나 피보험자의 행위가 질병발생과 有關한 영향을 가지고 있을 때에는 피보험자가 注意할 수 있도록 보험급여범위를 제한하여 본인부담을 부과하는 것이 옳을 것으로 볼 수 있다. 다만, 어느 정도의 본인부담이 바람직할지는 課題로 남는다.

여기서 우리가 留意하여야 할 부분은 保險給與範圍의 定義에 관한 것이다. 특정 질병 발생시 소요되는 保險金을 의미하는 경우에 급여범위는 보험금 중 어느 정도를 급여하느냐가 문제가 된다. 현재 우리나라의 경우 보험급여는 어떤 특정 질병의 발생에 따라 질병별 소요되는 비용을 기준으로 보험급여로 하기보다는, 어떠한 질병이든지 진료에 필요한 항목 가운데 보험급여와 비보험급여로 분리하여 적용하는 項目別 酬價制(fee-for-service)에 기초하고 있다. 따라서 질병 종류에 따라 보험급여의 범위가 달라질 수 있다. 만약 疾病群別 酬價制(case-per-payment)

에 의할 경우에는 질병별 소요되는 標準費用을 기준으로 보험급여의 범위를 산정할 수 있을 것이다.

保險給與의 範圍決定은 민간보험이든 사회보험이든 의료서비스의 費用效果性和 道德的 危害의 존재 및 정도에 의존할 것이다. 그렇다면 과연 이들간에 어떠한 관계가 있는지 즉 어느 정도의 급여범위가 바람직한지가 문제가 될 것이다. 그러나 여기에 대한 시원한 답변을 제시할 수 있는 연구가 충분하지 않다. 근래에 Pauly and Held(1990)는 적정한 급여범위는 道德的 危害의 정도와 비례한다는 것을 보여주려 하였고, 주로 새로이 추가된 의료서비스(예; 예방급여)에 대한 도덕적 위해의 정도에 논의의 초점을 두었다. 다시 말하면 보험급여범위에 대한 비용효과적 분석은 도덕적 위해의 정도와 형태에 대한 情報(需要者の 價格彈性: user price elasticity of demand)에 의해 뒷받침되어야 한다는 것이다.⁹⁾

나. 보험급여범위의 축소를 위한 본인부담금이 의료수요에 미치는 영향

保險給與範圍를 制限하는 방법으로서의 本人負擔制는 의료서비스에 대한 保險化가 지나친 의료수요를 수반하는 道德的 危害(moral hazard)를 초래하는 경우 의료서비스 이용시 本人의 負擔價格을 상승시킴으로써 불필요한 需要를 抑制하여 의료자원의 비효율적 이용을 방지할 수 있다. 給與上限制는 고가의 의료서비스에 대한 수요를 보다 低價의 의료서비스로 전환하도록 하는 代替效果(substitution effect)를 통해 의료자원 이용의 효율을 기할 수 있다. 그런데 실제적으로 본인부담제가 보

9) 豫防的 給與와 保險給與範圍간 關係에 대한 분석을 한 전통적인 접근인 社會的 觀點(societal perspective)에서의 후생경제학적 패러다임을 사용한 접근으로는 Nordquist and Wu(1976)와 Phelps(1978)를 참조하기 바란다. 한편 도덕적 위해가 厚生損失(welfare loss)을 야기할 것으로 분석한 초기의 연구논문으로는 Pauly(1968)와 Feldstein(1973)을 참조할 수 있다.

험재정보호를 위한 의료비 억제 수단으로 인식되고 사용하고 있는 경향이 많다.¹⁰⁾ 본인부담제가 미치는 否定的인 影響을 보면 다음과 같다. 첫째, 위험이 큰(high risky) 질병은 價格非彈力的이므로 본인부담제의 효과가 미흡할 것이며, 따라서 저소득자에 대한 의료접근 기회를 제약하게 될 것이다. 둘째, 본인부담제의 과잉수요 억제효과는 短期的인 것에 그칠 가능성이 크다. 또한 수요감소에 따른 의사의 소득감소를 보전하기 위한 필요 이상의 過剩診療(over-doctoring)를 유발할 수 있다.¹¹⁾ 셋째, 본인부담제는 소득계층에 따라 負擔이 逆進的이므로 醫療接近機會의 衡平性에 문제를 야기한다. 넷째, 질병의 조기진단 및 치료를 주저하게 되어 長期的으로 治療費를 增加시키고 國民健康增進에 否定的인 結果를 초래할 수 있다.

본인일부부담제가 의료수요에 미치는 實證的 研究는 많이 이루어졌으나 아직까지 알고자 하는 충분한 정보를 제공하지는 못하고 있다. Phelps(1973)는 25% 定率負擔의 訪問回收에 대한 수요탄력도를 -0.18로 추정하였다. Newhouse and Phelps(1974a)는 25% 정률부담이 입원지출을 최저 17% 감소시킨다고 추정하였다. Beck(1974)은 캐나다의 1968년의 정액제 도입이 저소득가구의 외래서비스 이용을 18% 정도 억제시켰다고 추정하였다.¹²⁾

국내의 연구로는 1986년에 도입된 定額制가 醫療需要에 미친 영향에 대한 분석으로서 노인철 외(1989)와 정기택(1992, 1993)이 있는데 양 연

10) 本人負擔制에는 진료비 중 일정 비율을 본인이 부담하는 定率負擔制, 진료비 중 일정액까지 본인이 부담하도록 하는 定額負擔制(deductible), 진료비 중 一定上限을 초과하는 부분에 대해 본인이 부담하도록 하는 給與上限制(limit or maximum)가 있다. 그 외에 진료항목 중 일정 부분에 대해 保險適用을 除外하는 非給與로서 본인이 부담하는 給與制限制(exclusion)가 있다. 본인부담제에 대한 상세한 설명은 노인철 외(1989) 참조.

11) 의료공급자의 醫療需要誘引에 대해서는 Roemer(1961), Evans(1974), Fuchs(1978), Rice and Labelle(1989), Rochaix(1989), Dranove and Wehner(1994)를 참조.

12) 그 외 본인부담이 의료수요에 미치는 영향에 대한 분석논문으로 Phelps and Newhouse(1972, 1974), Newhouse and Phelps(1974b) 등을 참조할 수 있다.

구의 결과가 반드시 일치하지는 않고 있다.¹³⁾ 1986년의 定額制는 주로 의료전달체계를 확립하기 위한 價格誘引政策으로서 (綜合)病院에 환자가 집중되는 현상을 완화하고 일차의료기관인 醫院의 이용을 유도하기 위한 제도였다.

노인철 외(1989)에 따르면 1986년의 外來 定額制 도입 이후 병원, 5~14세 인구, 다빈도상병의 수요량은 감소한 반면 의원, 45세 이상, 만성 질환 및 고액진료비를 요하는 질환의 수요는 증가한 것으로 분석하였다.¹⁴⁾ 이러한 결과는 醫院 利用을 증가시키고 가벼운 疾病의 醫療濫用을 줄이는 긍정적인 효과를 가져온 반면에 수진율의 감소가 1년에 한정되는 一時的 需要減少效果만을 가져왔으며, 이미 높은 수준인 件當 投藥日數를 더욱 증가시키는 약제투여강도의 강화와 같은 부정적인 영향을 초래하였음을 분석하고 있다. 또한 비급여를 포함한 본인부담은 외래의 경우 67%, 입원의 경우 40.3%로서 매우 높은 수준이며 특히 소득계층별로 볼 때 저소득층의 부담이 더욱 가중되는 결과를 가져왔다고 분석하고 있다.

정기택(1992, 1993)은 1984~88년간 직장의료보험에 가입한 10,170가구를 대상으로 분석한 결과, 1986년 定額制 導入 이후 個人醫療費는 8% 감소하였고 個人別 保險給與費는 26% 감소한 것으로 추정함으로써 保險財政 改善과 醫療費 增加 抑制라는 면에서 긍정적인 결과를 얻었다. 그러한 결과는 수진건당 방문횟수 및 진료일수의 감소로부터 기인하며, 반면 방문건당 平均 醫療費는 증가하였으나 前者의 감소보다 증가폭이 낮았다. 의료기관별로 분석한 결과는 의원에서의 방문횟수는

13) 1986년 이전의 外來 본인부담은 종합병원과 병원은 진료비의 50%, 의원은 30% 였으나, 1986년 定額制는 종합병원은 진찰료와 진료비의 55%, 병원은 진찰료와 진료비의 50%, 의원은 기준액 이상은 진료비의 30%, 기준액 이하는 일정 고시액을 본인이 부담하도록 하였다.

14) 본인부담률이 의료기관 중에서는 병원, 상병 중에서는 백내장, 정상분만에서 가장 높았고, 본인부담비중이 항목별로는 식대, 특진료, 초음파검사 등에서 높았다.

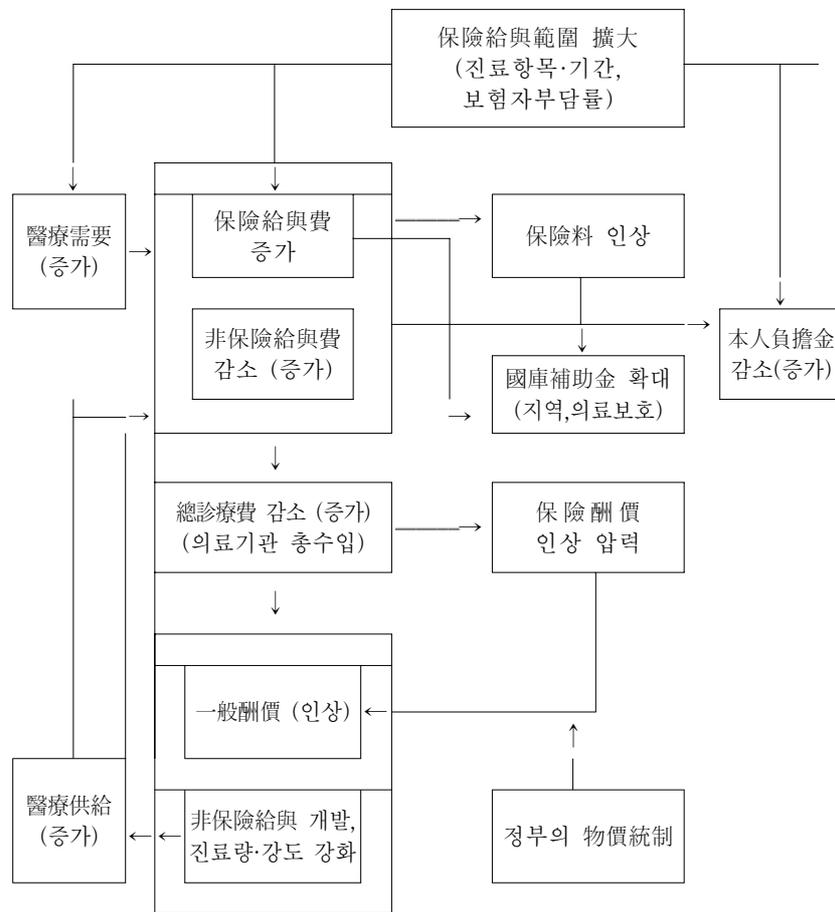
10%, 투약일수는 5% 감소한 반면, 병원 및 종합병원의 경우는 거의 변화를 보이지 않아 정책제 도입의 의도와는 다른 결과를 보였다. 그 이유로서 저자는 첫째, 본인부담금 증가가 충분하지 못한 경우 醫療需要에 통계적으로 有意한 영향을 주지 못한다는 점, 둘째, 의료의 質이 병원과 의원간에 다를 경우 需要彈力性이 다를 것이며 따라서 의료수요에 영향을 미치는 것은 實際價格이 아닌 質을 고려한 價格(quality adjusted price)이 작용할 것이라는 점, 셋째는 情報의 不確實性으로 대학병원의 명성이 환자의 불안감을 줄여 본인부담금 증가를 충분히 상쇄할 것이라는 것을 원인으로 들고 있다. 또한 急性患者에 비해 慢性患者가 본인부담제에 더 민감한 반응을 보이고 있는데, 그 이유는 만성질환에 대해 더 많은 정보를 갖고 치료를 연기하거나 포기하기가 쉽기 때문으로 해석하고 있다.

2. 政策課題

보험급여범위의 확장은 그렇게 간단한 문제는 아니다. 급여범위의 확대에는 필연적으로 그에 상응하는 費用이 요구된다. [圖 2]에서와 같이 給與範圍 擴大에 따르는 費用은 다음과 같다. 첫째, 給與範圍의 擴張은 保險財政規模의 증가와 保險料의 인상을 수반하게 되고, 또한 정부가 재정을 지원하고 있는 地域醫療保險 및 醫療保護給與에 대한 國庫支援의 增大가 수반될 것이다. 둘째, 급여범위의 확대는 醫療需要 증대를 유발하고, 의료기관의 收入補填을 위한 供給增加를 誘導할 가능성이 있을 것이다. 셋째, 현재 급여비부담에 대한 재정안정장치로서 地域組合에 대한 國庫負擔金 사업과 組合間 財政調整事業(노인의료비 및 고액진료비 공동부담사업)이 실시되고 있는데 급여범위 확대에 따라 이러한 사업의 확대가 요청될 것이다. 넷째, 이와 함께 급여비에 대한 財源調達에 있어서 保險料賦課의 衡平性 확보문제가 더욱 큰 정책과제로 부각될 것이다. 궁극적으로는 급여범위의 확대가 國民厚生에 미치는 便益과 負擔을 비교하

고, 편익이 크다고 판단되는 경우 확대방안을 모색하여야 할 것이다.

醫療利用의 衡平性 側面에서 給與範圍 擴大의 優先順位는 診療費用이 나 家計의 負擔能力과 關係없이 必須的으로 需要되는 給與範圍부터 이루어지는 것이 타당할 것이다. 즉 價格과 所得에 對해 非彈力的인 需要 項目에 우선순위가 주어져야 할 것이다. 效率性的 측면에서는 給與範圍 擴大로 인한 危險分散效果로부터 얻는 消費者의 厚生增加와 醫療需給



[圖 2] 給與範圍 擴大의 波及經路

兩面에서의 道德的 危害(moral hazard)에 의한 浪費의 측면을 비교형량 하여야 할 것이다.

巨視的으로 보아 급여범위의 확대가 의료기관의 經營收支, 保險財政, 國民醫療費, 의사 및 환자의 도덕적 위해에 의한 超過供給 및 超過需要에 미치는 영향 등을 파악하여 적절한 정책적 대응이 필요할 것이다(表 8 참조).

〈表 8〉 給與範圍 擴大에 따라 豫想되는 費用效果

費 用	效 果
<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 인상 • 국고부담금 증대 • 비급여부문의 개발 및 진료강도 강화, 일반관행수가 인상 가능성 • 도덕적 위해에 의한 초과수요 및 공급 	<ul style="list-style-type: none"> • 위험분산효과 제고로 사회보험 제도로서의 신뢰성 확보 • 가계의 직접 부담 경감 • 국민의 의료욕구 충족 증대 • 의료에의 접근성 제고

給與範圍 擴大의 具體的인 政策課題는 다음과 같다.

첫째, 保險給與期間을 단계적으로 擴大하고, 患者診斷에 필수적인 검사항목을 保險給與하여야 할 것이다. 또한 非給與項目을 優先順位에 따라 段階的으로 保險給與함으로써 實質的 本人負擔率 인하를 추진하여야 할 것이다. 둘째, 定期的인 健康檢診뿐 아니라 患者의 健康狀態에 따라 隨時로 받는 健康檢診도 보험급여범위에 포함하여 醫療費의 長期的인 節約과 질병발생 이전에 國民健康水準을 유지하는 방안을 검토한다. 셋째, 韓方, 藥局, 齒科保險給與의 擴大에 따른 費用效果分析에 의해 단계적인 확대방안이 모색되어야 하며, 國民의 韓方醫療慾求에 부응하여 급여범위를 확대할 수 있도록 標準化·科學化 方案을 연구하고, 洋方에 대한 補完財와 代替財에 해당하는 韓方의 實態把握을 통해 보험수가체계를 적절히 조정하도록 하여야 할 것이다. 藥局保險은 의약분업 이전에 病醫院診療에 대한 代替的, 補完的 서비스로서의 實態와 國民健康增進의 차원에서 發展方案을 모색하여 적정급여범위를 모색하여야 한

다. 齒科保險 給與範圍 擴大의 國民的 慾求를 파악하고, 특히 保存治療 部門 등의 酬價開發을 검토하여야 할 것이다. 넷째, 本人負擔金 상한선 초과액에 대해 財政調整事業을 통해 공동부담하도록 검토하며, 급여범 위의 확대와 병행하여 시행할 것을 검토한다. 다섯째, 指定診療制의 合理性을 제고하기 위해 지정진료의사의 資格을 強化하고, 의사의 專門的 行爲와 관련된 항목에 한해 酬價調整을 허용한다. 여섯째, 전국민의 의 료접근기회의 형평성을 보장하기 위해서는 老人 및 障礙人에 대한 醫療 費 負擔을 지원하여야 한다. 老人이 외래 방문시 방문당 本人負擔 診療 費를 定額化함으로써 醫療機關을 쉽게 이용할 수 있도록 하며, 입원시 일정액(월 50만원) 초과 本人一部負擔金에 대한 還給補償制를 공동부담 사업으로 우선 실시함으로써 노인 의 의료비 부담을 경감할 것을 검토한 다. 특히 障礙人에 대해서는 補裝具 등 필수 의료용구에 대한 보험급여 범위를 확대함으로써 의료비 부담을 경감하도록 한다.

IV. 結論

本稿는 우리 나라 醫療保險制度의 給與範圍가 매우 제한적이라는 인 식의 바탕 위에 보험급여의 適正한 限界에 대해 考察한 것이다. 給與範 圍의 適正限界는 이론적으로는 급여확대에 따른 費用, 즉 수요자와 공 급자의 道德的 危害(moral hazard)에 의한 과잉진료와 같은 厚生損失과 급여확대에 따른 便益, 즉 의료접근성 제고와 건강증진과 같은 厚生增 加를 비교형량하여, 限界的 便益이 限界的 費用을 초과하는 경우 확대 하고, 반대로 어떠한 급여범위를 축소함에 따른 限界的 便益 增進이 限 界的 費用 증가를 초과하는 경우에는 축소하는 것이 바람직할 것이다. 그러나 현실적으로 정책적인 적용을 함에 있어서는 많은 자료의 뒷받침 을 필요로 하는데, 특히 어려운 문제는 이러한 費用과 便益을 測定 (measurement)하는 것이다. 우리나라의 경우 불행하게도 측정에 필요

한 기초적인 연구가 매우 부진한 실정이다.

현 시점에서 보험급여범위의 확대를 支持하는 論理로서는 첫째, 醫療 需要의 增加速度는 所得의 增加速度를 증가하는 것이 일반적인 선진국의 경험임에 비추어 볼 때(즉 의료수요의 소득탄력성이 1 이상), 우리나라의 경우 국민소득수준이 향상됨에 따라 국민의료비가 증가함에도 불구하고 保險給與範圍는 여전히 制限的이었고 또한 보험급여 중 本人負擔分도 強化되었기 때문에 전체 진료비 중 患者本人의 負擔比重은 계속 증가하여 왔다. 이러한 본인부담의 증가는 低所得層의 醫療接近機會를 제약하는 형평성의 문제를 내포하고 있다. 둘째, 한국인의 삶의 質을 구성하는 요인 중 健康部門이 국제적 비교에서 상대적으로 매우 낙후된 것으로 나타나 保健醫療에 대한 관심과 투자가 향후 지속적으로 이루어져야 할 것이다.¹⁵⁾ 그 방안으로서 의료보험제도의 확충으로 疾病發生 危險에 대해 국민 누구나 적극적으로 대처할 수 있는 여건을 조성해주는 것이 중요하다 할 것이다. 셋째, 보건의료시장에서 새로운 醫療技術과 醫療機器가 개발되고 일반에 보급되고 있으며, 새로운 疾病의 出現과 확산, 새로운 醫療서비스의 개발 등 보건의료환경이 변화됨에 따라 기존의 보험급여범위로는 새로운 醫療需要를 충분히 흡수하기가 곤란할 것이다. 이러한 환경의 변화에 따라 보험급여의 범위도 신축적으로 대응해 나가야 할 것이다.

현재 보험급여범위에서 제외되어 있는 非給與項目 및 급여 중 全額本人負擔을 중심으로 保險給與化의 妥當성과 限界에 대한 몇 가지 검토를 해 보자. 첫째, 食代의 경우 직접적 의료서비스는 아니지만 입원시에 환자나 의사의 선택의 여지가 없는 非彈力的 需要로써 保險給與化하는 것을 검토할 필요가 있을 것이다.¹⁶⁾ 다만, 保險給與化할 경우 食事의 質이

15) 국가별 삶의 質을 세계 174개국을 비교대상으로 측정한 결과, 한국의 經濟的 位相은 29위(그 중 국민소득은 31위)인데 대해 保健水準은 59위로 나타나고 있다(한국보건사회연구원, 내부자료, 1996).

16) 현재 病院 食事が 환자의 취향에 맞지 않을 경우 外部搬入에 의해 환자부담이

떨어지고 환자가 식사를 외면함으로써 발생하는 낭비 가능성에 대한 보완책이 마련되어야 할 것이다. 둘째, 上級病室料 差額에 대해서는 1~2인 병실에 대해서만 차액을 인정하도록 상급병실 운영을 규제할 필요가 있을 것이다. 또한 1~2인 병실을 이용하여야 하는 경우에는 上級病室料 差額을 인정하지 않고 보험수가를 달리 책정하여 적용하여야 할 것이다. 셋째, 指定診療料에 대해서는 規制가 필요할 것이다. 지정진료가 인정되는 專門醫의 자격을 보다 강화하거나 課長에게만 부여하는 방안을 검토하여야 할 것이다. 특히 종합병원 및 대형 종합병원에 대한 酬價加算(각각 23%, 30%)에 이미 이러한 特進的 要素가 고려된 것이므로 二重의 加算은 재고되어야 할 것이다. 넷째, 超音波等 각종 검사항목은 정확한 진단에 필수적인 항목이므로 保險給與化하되 濫用의 문제에 대한 대책을 강구하여야 할 것이다. 다섯째, 장애인의 障礙用具(보청기, 보조구, 의안 등)에 대해 사회정책적 관점에서 保險給與化하는 것이 바람직할 것으로 생각되며 마약중독, 향정신성의약품 중독증 경우에도 보험 적용에 의해 社會的 復歸가 가능할 수 있도록 도움을 주어야 할 것이다. 다섯째, 豫防接種과 健康診斷의 경우 장기적으로 발생 가능한 질병을 예방하는 차원에서의 投資로 간주하여 投資效率性에 대한 분석을 통해 保險給與化할 것을 검토하여야 할 것이다. 마지막으로 日常生活 혹은 業務에 支障을 주지 않는 질환의 치유에 대해 非給與로 판정하는 엄격한 有權解析은 완화되어야 할 것이다. 기능적인 장애 외에 精神的, 心理的으로 일상생활을 하기에 상당한 장애가 인정되는 경우에는 보험급여로 처리하여야 할 것으로 판단된다. 또한 보편적인 진료방법에서 벗어나는 진료행위에 대해서도 도덕적 위해가 심각하지 않은 경우 醫療技術發展을 위해 보험급여로 인정하는 유권해석이 바람직할 것으로 본다.

이러한 보험급여의 확대는 환자본인의 부담을 줄여주는 대신 保險料

추가로 발생하고 병원 식사가 낭비되는 현실에 비추어 볼 때, 병원 식사가 환자의 食餌療法과 관련이 없을 경우 病院食에 대해 환자의 선택에 맡기는 것도 고려할 수 있을 것이다.

의 引上이 수반되어야 할 것이며, 또한 醫療機關의 輸入이 줄어들 可能性이 있다. 따라서 保險給與의 擴大措置와 함께 의료공급자의 수입을 유지할 수 있도록 保險酬價 引上이 이루어져야 할 것이다. 保險酬價 引上時에는 技術料에 대한 인상이 중점적으로 이루어져 의약품의 과잉사 용을 억제하고 의료기술에 의한 醫療機關間 競爭이 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다. 保險料의 인상에 따른 부담을 분산시키기 위해 노인 층 중 저소득 피보험자에 대한 保險料輕減이 필요할 것이며, 농어촌지 역등 재정이 취약한 조합에 대한 國庫支援事業과 財政調整事業이 한층 강화되어야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 國民福祉企劃團, 『「삶의 質」 世界化를 위한 國民福祉의 基本構想』, 1995. 12.
- 魯仁喆, 金秀春, 李忠燮, 韓惠卿, 『醫療保險 本人負擔制에 관한 研究』, 한국보건사회연구원, 1989.
- 명재일, 홍상진, 『國民醫療費의 動向과 構造: 1985~1991』, 韓國醫療管理研究院, 1994.
- 保健福祉部 編, 『'95 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』, 1995.
- 醫療保障改革委員會, 『醫療保障 改革課題와 政策方向』, 1994. 6.
- 21世紀 經濟長期構想 福祉政策班, 『韓國型 社會福祉體系 定立方案』, (공청회 자료) 1996. 5.
- 이현실, 문옥륜, 「의료보험환자의 비급여진료비 본인부담금 징수실태 분석」, 『國民保健研究所 研究論叢』, 제3권 제1호, 서울대학교 보건대학원 국민보건연구소, 1993, pp.18~32.
- 鄭起澤, 「An Analysis of the Effect of Increases in User Prices on Health Care Use and Cost: The Korean Experience」, 『社

會保障研究』, 제8권, 1992, pp.61~114.

鄭起澤, 「Medical Institution and Diagnosis -Specific Analysis of Demand for Medical Care in Korea」, 『社會保障研究』, 제9권, 1993, pp.193~222.

崔秉浩, 『醫療財政 運營方式의 國際的 動向』, 韓國開發研究院, 1995.

洪程基, 『國民醫療費의 時系列 및 間接醫療費用 推計』, 韓國保健社會研究院, 1995.

日本 厚生統計協會, 『保險と年金の 動向』, 제43권 제14호, 1995.

Beck, R. G., "The Effects of Copayment on the Poor," *The Journal of Human Resources*, 1974, pp.129~142.

Dranove, D. and P.Wehner, "Physian-Induced Demand for Childbirth," *Journal of Health Economics*, 13, 1994, pp.61~73.

Evans, R. G., "Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by Mark Perlman, 1974.

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

Federal Ministry of Health, *Health Care in Germany*, 1995.

Fuchs, V. R., "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations," *Journal of Human Resources*, 13, 1978, pp.35~36.

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

NERA(National Economic Research Associates), *The Health Care System in Korea*, July 1994.

Newhouse, J. P. and C. E. Phelps, "Coinsurance, the Price of Time, and Demand for Medical Services", *Review of Economics and Statistics*, 56, 1974b, pp.334~342.

- Nordquist, J. and S. Wu, "The Joint Demand for Health Insurance and Preventive Medicine", in: R. Rossett, ed., *The Role of Health Insurance in the Health Service Sector*, NBER, 1976, pp.35~71.
- Pauly, Mark, V., "The Economics of Moral Hazard", *American Economic Review* 58, 1968, pp.53~59.
- Pauly, Mark V. and Philip J. Held, "Benign Moral Hazard and the Cost-effectiveness Analysis of Insurance Coverage", *Journal of Health Economics*, Vol. 9, 1990, pp.447~461.
- Phelps, Charles E., *The Demand of Health Insurance: a Theoretical and Empirical Investigation*, 1973.
- Phelps, C. E., Illness Prevention and Health Insurance, *Journal of Human Resources* (Suppl.) 13, 1978, pp.183~207.
- Phelps, C. E. and J. P. Newhouse, "Effect of Coinsurance: A Multivariate Analysis," *Social Security Bulletin*, 1972, pp.20~28.
- Phelps, C. E. and J. P. Newhouse, *Coinsurance and the Demand for Medical Services*, Santa Monica: Rand Corporation R-964-10EO/NC, 1974.
- Rice, T. H. and R. J. Labelle, "Do Physicians Induce Demand for Medical Services?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.14, No.3, 1989, pp.587~599.
- Rochaix, L., "Information Asymmetry and Search in the Market for Physicians' Services," *Journal of Health Economics*, 8, 1989, pp.53~84
- Roemer, M. I., "Bed Supply and Hospital Utilization: A National Experiment," *Hospitals*, 35, pp.36~42, 1961.
- U.S. Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, 1995.
- Varian, Hal R., *Microeconomic Analysis*(3rd ed), Norton, 1992.

〈附錄 1〉

소비자의 效用極大化 問題 :

$$\max pu(W-L-xq+q) + (1-p)u(W-xq)$$

효용극대화조건인 q 에 대한 1차 미분식은

$$pu'(W-L+q*(1-x))(1-x) - (1-p)u'(W-xq*)x = 0$$

$$\frac{u'(W-L+(1-x)q*)}{u'(W-xq*)} = \frac{(1-p)}{p} \frac{x}{(1-x)}$$

만약에 질병이 발생하는 경우 보험자는 $xq-q$ 를 받게 되고, 질병이 발생하지 않을 경우 보험자는 xq 를 받는다. 따라서 보험자의 기대수익은 $(1-p)xq - p(1-x)q$ 가 된다. 보험자의 기대수익을 인정하지 않는 경우(혹은 경쟁적 시장에서 기대이윤이 0으로 되는 경우)

$-p(1-x)q + (1-p)xq = 0$ 로서 $x=p$ 가 된다. 이를 1차 미분식에 대입하면,

$$u'(W-L+(1-x)q*) = u'(W-xq*).$$

만약 소비자가 危險回避型(risk averse)이라면 $u''(W) < 0$ 라는 극대화의 2차 미분조건을 만족하고, 상기 식은

$$W-L+(1-x)q* = W-xq*가 됨으로써 L=q*라는 解를 얻는다.$$

Summary

Study on the Optimal Coverage of Benefits of the National Health Insurance

Byong-Ho Tchoe

The benefits coverage of the Korean National Health Insurance is very restricted and so the out-of-pocket payment of patients is high. Therefore there are much criticism about health insurance program as a social insurance, and recent health care reform committees suggest expanding coverage of insurance or shrinking out-of-pocket payment. The objective of this paper is providing an answer to the question what is optimal benefits of health insurance, that is, how much the social health insurance should cover the financial burden from risks of health. In other words, the issue is regarding the optimal level of out-of-pocket payment of patients.

The optimal coverage of insurance could be decided on the consideration of balancing among efficiency(welfare improvement, moral hazard), social equity(equitable access to health care and financial burden), and quality of health care. Suggestions are as follows. First, the limit of insurance period must be eliminated soon. Second, tests and diets have to be insured, especially appliances of the disabled must be insured. Third, user fees for upper-class sickroom and designated consultation fees should be regulated strongly. To make those suggestions workable, the insurance fees have to be increased against the hospitals' financing hardship, and so the subsequent burden of premium increment must be allocated through some risk adjustment mechanisms such as premium schedule adjustment, risk sharing between funds, and government subsidy.