

Working Paper 02-1-3

# 건강보험 재정안정화를 위한 거시적 정책방향 검토

신 윤 정 · 박 순 일

한국보건사회연구원



## 목 차

- I. 재정안정화를 위한 장기적인 정책 방향 / 1
- II. 구체적인 방안 / 3
  - 1. 의료소비 남·오용 감소를 위한 방안 / 4
  - 2. 의료서비스 과잉 공급 감소를 위한 방안 / 5
  - 3. 진료 및 약가의 관리 강화 / 6
  - 4. 건강보험공단 운영의 효율화 / 7
  - 5. 정부의 공공 의료사업 확대 / 8
- III. 현행 제도를 기반으로 한 건강보험  
재정절감액 추계 / 9
- IV. 조합 및 결론 / 12
- 부록 / 14



## I. 재정안정화를 위한 장기적인 정책 방향

- 기존 의료서비스에서는 **공적공급의 비중을 증대**하고 여타의 의료서비스는 민간 시장에 맡김
  - 민간 의료서비스 시장에서는 독점적 공급 행위의 규제 강화
    - 이를 위한 대안으로는 **의료시장 개방, 의약 및 동·서양의약의 대체 관계 확대**등을 고려해 볼 수 있음
- 건강보험 재정의 3자인 소비자, 공급자, 정부간의 적정부담원칙이 마련 되어야 함
  - 진료(시간·내용) 및 조제의 질적 서비스가 개선되지 않으면서 소비자 부담을 증대시키기는 어려움
  - 따라서 의료·약 관련 서비스 및 제품 공급자들이 부담해야할 비율이 소비자 부담과 더불어 먼저 결정되어야 함
- 3자의 적정 부담 비율을 결정하기에 앞서 부당한 서비스의 소비, 공급, 관리가 우선적으로 제거되어야 함
  - 의료인 및 약사의 과잉 서비스
    - 그 존재 여부와 크기가 질병별로 조속히 결정되고 통제장치가 마련되어야 함
  - 소비자들의 의료 서비스 남·오용
    - 정도를 파악하고 이를 억제할 제도적 보완이 이루어져야 함

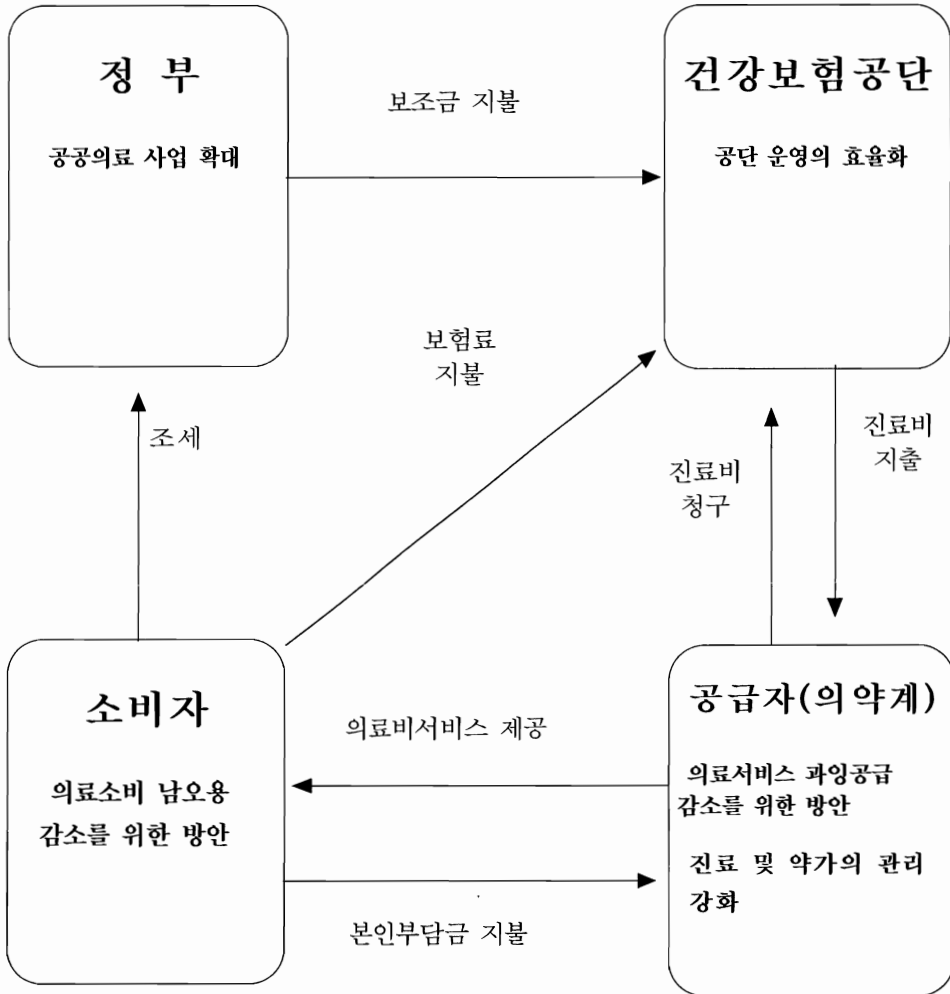
- 기타

- 제약회사의 약국 및 병원과의 가격담합 규제
- 약국 및 병원 관리 시스템의 효율화
- 건강보험 공단등 관련 행정 조직의 효율화

□ 건강보험 재정절감 대책의 우선 순위

- 단기: 실현 가능성(거부 반응이 적음), 지속 가능성
- 장기: 제도의 안정화, 적정화에 기여

## II. 구체적인 방안



## 1. 의료소비 남·오용 감소를 위한 방안

### □ 본인부담제도의 개편

- 의료비 위험분산의 강화
  - 중증질환에 대해서는 의료보장을 강화하고 경증질환에 대해서는 가입자의 의료비 부담을 강화
- 의료전달체계의 강화
  - 가벼운 외래질환에 대해서 종합병원 및 3차 병원을 이용할 때 환자 본인부담 강화하여 1차 의료기관을 이용하도록 유도
- 취약계층에 대한 의료접근성 확보
  - 65세 이상 노인, 저소득층, 장애인등에 대해 본인 부담을 낮추어줌

### □ 의료저축제도의 도입과 공공의 역할 증대

- 소액진료 ⇒ 의료저축계좌
  - 가입자들이 정기적으로 보험료를 납부하여 개인별 의료저축계좌에 적립
  - 소액진료비 발생건에 대하여 각 개인의 계좌에서 인출
  - 의료저축이 어려운 서민을 대상으로는 공공부분이 기초의료 서비스를 공급함
- 고액 진료 ⇒ 사회보험
  - 강제로 가입하며 보험료는 의료저축계좌와는 별도로 납부하거나 계좌에서 인출하여 납부
  - 공공기관과 정부에서 관리



## 2. 의료서비스 과잉 공급 감소를 위한 방안

### □ 고가약 및 과잉투약의 억제

- 주사제 목표관리
  - 과도한 주사제 처방에 대해 목표를 설정하여 과잉사용억제 유도
- 약제비 적정성 평가
  - 다른 의료기관에 비해 약제비를 과도하게 부과하는 기관을 규제
- 저가약 사용권장
  - 소비자 ⇒ 동일 약품군에서 고가약과 저가약에 대한 선택을 하도록 보장
  - 의료인 ⇒ 동일 효능의 저가약을 처방하도록 인센티브 부여  
예) 저가약을 처방한 경우 절감된 비용의 30%를 지원함
- 고가약제 상한금액 조정
  - 고가약에 대한 보험급여제한 기준을 확대

### □ 진료비 지불방식의 개편

- 입원진료비에 DRG 도입
  - 일정한 상병군에 대해 진료행위의 종류나 양에 무관하게 총액을 정액으로 지불
- 외래진료비의 포괄화
  - 외래 포괄수가제, 인두제, 방문당 정액제등

- 총액계약제

- 일정한 산식에 의해 일정기간에 지불될 진료비 총액을 의료공급자와 보험자가 계약

의료비의 부당한 청구 억제

- 진료비 심사강화

- 현재 21%에 불과한 진료비에 대한 정밀심사를 대폭 확대

- 현지실사 및 행정처분 강화

- 부당청구 혐의기관에 대해 현지실사 확대

- 수진내역 통보 활성화

- 전 국민에게 수진내역을 통보하여 허위, 부당 청구를 적발

### 3. 진료 및 약가의 관리 강화

장기적인 정책 전환 방향

- 가격결정 ⇒ 시장기능 확대

- 기초 의료서비스 공급 ⇒ 공공 기능 강화

구체적인 관리 강화 방안

- 진찰료 통합

- 현재 분리되어 있는 진찰료와 처방료를 통합

- 수가 및 조제료의 차등화를 강화
  - 의사(약사)의 1일 적정진료환자수(적정조제기준)를 설정하여 초과 환자에 대하여 진찰료(조제료)를 삭감
- 약가 실태조사
  - 과다마진, 리베이트 등 거품 제거를 강화
- 주사제에 대한 처방료·조제료 삭제
  - 진찰료 및 내복약, 처방료와 분리되어 있는 주사에 대하여 처방료와 조제료 삭제
- 야간 가산금 조정
  - 야간 및 공휴일 진료시 30% 가산토록 되어있는 진찰료를 적정수준으로 조정
- 최저실거래가제, 참조가격제, 약가재평가제, 약가산정방안변경

#### 4. 건강보험공단 운영의 효율화

##### 보험재정의 수입증대

- 지역 보험료 징수율 제고
  - 연체 보험료 정리 및 당월 징수율 제고
- 직장 근로자의 근로 소득 이외의 소득에 대해서도 보험료 부과
- 5인 미만 사업장의 직장조합으로의 편입

공단 관리 운영비 절감

- 공단내의 복수노조존속에 따른 비용부담을 적정수준으로 줄임

## 5. 정부의 공공 의료 사업 확대

건강증진사업을 통한 국민건강 증진

- 전반적인 국민 건강의 증진을 통한 진료비 절감
- 노인의료비 절감을 위한 40-50 대 연령층 건강증진사업 강화

공공 보건의료기관의 확충

- 의원급에 비해 진료비가 낮은 공공 보건의료기관 이용 확대 유도
- 보건지소 340개소를 증설하는 등 공공의료기관의 10% 확충
- 중소병원의 공공의료서비스 공급확대 지원

### III. 현행 제도를 기반으로 한 건강보험 재정절감액 추계

□ 외래 본인부담 강화에 따른 건강보험 연간 재정절감<sup>1)</sup>

(단위: 억원)

대 안				재정절감 추계액
I 안 (정액구간 조정)	의원급 및 군지역병원급	진료비 10,000원 이하	진료비 10,000원 초과	2,442
	읍·면 종합병원	4,500원	45%	
	읍·면 병원	3,500원	35%	
	의원, 한의원, 보건의료 원, 치과의원	3,000원(65세 이상 1,500원)	30%	
	약 국	진료비 5,000원 이하	진료비 5,000원 초과	
		· 처방조제 · 직접조제	1,500원(65세 이상 1,200원) 2,000원	
II 안 (정액구간 조정 + 정률 조정)	읍·면 종합병원	45%		1,517
	읍·면 병원	35%		
	의원급과 보건기관	진료비 10,000원 이하	진료비 10,000원 초과	
	의원, 한의원, 보건의료 원, 치과의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소	30%(65세 이상 15%)	30%	
	약 국	진료비 5,000원 이하	진료비 5,000원 초과	
		· 처방조제 · 직접조제	30%(65세 이상 15%) 40%	
III-1안 (병원급 정율 조정+ 의원급 정액 조정)	종합전문요양기관	60%		9,488
	종합병원(시지역)	55%		
	병원(시지역)	45%		
	의원급	진료비 15,000원 이하	진료비 15,000원 초과	
	의원, 한의원, 보건의료 원, 치과의원	4,500원(65세 이상 2,500원)	30%	
	약 국	진료비 10,000원 이하	진료비 10,000원 초과	
	· 처방조제	3,000원(65세 이상 1,500원)	30%	
III-2안 (병원급 deductible 도입)	종합전문요양기관	20,000원(deductible) + 초과액의 60%		13,552
	종합병원(시지역)	15,000원(deductible) + 초과액의 60%		
	병원(시지역)	10,000원(deductible) + 초과액의 45%		
	의원급	진료비 15,000원 이하	진료비 15,000원 초과	
	의원, 한의원, 보건의료 원, 치과의원	4,500원(65세 이상 2,500원)	30%	
	약 국	진료비 10,000원 이하	진료비 10,000원 초과	
	· 처방조제	3,000원(65세 이상 1,500원)	30%	

□ 고액진료비 보상강화에 따른 건강보험 연간 재정소요

1) 본 자료는 한국보건사회연구원 주최로 11월 7일에 열린 “질병위험 보장성 강화와 건강보험재정 안정화를 위한 본인부담 구조조정방안” 공청회자료를 참조하였음.

(단위: 억원)

구분	대안	재정소요추계액	
입원 고액진료	I안: 법정본인부담금>100만원시-> 초과분의 75% 보상 법정본인부담의 상한 = 200만원	건당	358
		개인당	478
	II안: 소득계층별로 본인부담금 보상수준을 차등화함 - 직장가입자 -> 표준보수월액 수준에 따라 - 지역가입자 -> 월 보험료 수준에 따라	건당	△75
		개인당	△104
중증질환자	I안: 입원환자 건당진료비가 고액인 상병순 현재본인부담률 20% -> 10% 인하	암환자포함	119
		암환자제외	727
	II안: 입원 암환자 본인부담률 현재 20% -> 10% 인하	735	
III안: 외래 암환자의 본인부담률 현행 -> 20% 인하	522		
희귀난치성 질환자	본인부담금의 50% 정도를 경감	240	

□ 외래 본인부담 강화와 고액 진료비 보상 강화의 조합에 따른 건강보험  
재정절감 (단위: 억원)

구분	본인부담의 대안	재정절감추계액
I 안	- 외래 본인부담 강화 I 안 - 입원 고액 진료 I 안 (건당) - 중증 질환자 II · III 안	827
II 안	- 외래 본인부담 강화 II 안 - 중증 질환자 II안	782
III 안	- 외래 본인부담 강화 III-1 안 - 입원 고액진료 I 안 (개인당) - 중증 질환자 I안(암환자제외) · II 안 · III안 - 희귀 난치성 질환자	6,786
IV 안	- 외래 본인부담 강화 III-2 안 - 입원 고액진료 I안 (개인당) - 중증 질환자 I안(암환자제외) · II 안 · III안 - 희귀 난치성 질환자	10,850

□ 의약계 규제에 따른 건강보험 연간 재정절감<sup>2)</sup>

(단위 억원)

방 안		재정절감 추계액	계
진료 및 약가의 관리강화	진찰료 통합	2,507	9,086
	수가차등화	1,128	
	조제료차등화	1,200	
	약가실태조사	2,000	
	주사제에 대한 처방료·조제료 삭제	2,078	
	야간 가산금 조정	173	
고가약 및 과잉투약의 억제	주사제 목표관리	918	1,894
	약제비적정성 평가	529	
	저가약 사용권장	395	
	고가약제 상한금액 조정	52	
의료비의 부당한 청구 억제	진료비 심사 강화	3,867	5,087
	현지실사 및 행정처분 강화	1,080	
	수진내역 통보 활성화	140	

□ 건강보험공단과 정부의 노력에 따른 연간 재정절감

(단위 억원)

방 안		재정절감추계액	계
건강보험공단 운영의 효율화	지역보험료 징수율 제고)	1,700	2,412
	공단 관리 운영비 절감	712	
정부의 공공의료 사업 확대 <sup>1)</sup>	건강 증진 사업	51,538	51,841 ~ 53,061
	공공의료기관의 10% 확충 (보건지소 340개소 증설)	303~1,523	

주: 1) 정부의 공공의료 사업 확대에 따른 재정 절감추계액의 자세한 내용은 부록에 기재되어 있음.

2) 한국보건사회연구원 내부자료 참조

## IV. 조합 및 결론

⇒ 제도 개선에 앞서 의약사·소비자들의 의료서비스 및 약의 남·오용 (moral hazard)을 줄일 사회운동과 사회계약이 필요

현행제도를 중심으로 한 재정절감 추계

(단위 억원)

구분	방안	기여액 추계	
소비자	본인 부담제도의 개편	I 안: 827	
		II안: 782	
		III안: 6,786	
		IV안: 10,850	
공급자 (의약계)	진료 및 약가의 관리 강화	9,086	16,067 (합계)
	고가약 및 과잉투약의 억제	1,894	
	의료비의 부당한 청구억제	5,087	
건강보험공단	지역보험료 징수율 제고	1,700	2,412 (합계)
	공단 관리 운영비 절감	712	
정부	건강증진사업	51,538	51,841~ 53,061(합계)
	보건의료기관의 확충	303~1,523	

제도의 변화를 통한 절감 방향

- 의료 전달 체계 → 1차 의료의 확대
- 취약계층에 대한 공공의료 서비스등 공공의료 기관의 대폭 확충



- 진료비 지불 방식
  - 입원 진료비의 DRG
  - 외래 진료비의 DRG, 인두제, 혹은 정액제
  - 총액 예산제
- 의료시장의 대외 및 유사직역에 대한 개방과 시장기능의 확대로 적정 공급 및 소비를 유도함
- 의료저축제도(Medical Saving Account)

<부록>

건강증진사업의 효과 추정액

(단위: 천원)

연령	진료비 ①	진료비절감 가능액 <sup>1)</sup> ②=①×0.48	조기 사망비용 <sup>2)</sup> ③	작업손실 비용 <sup>3)</sup> ④	소득손실 절감액 <sup>4)</sup> ⑤=(③+④)×0.4	총비용 ⑥=①+③+④	건강증진사업 효과추정액 ⑦=②+⑤
0세	264,312,539	126,870,019	5,824,218,828	0	2,329,687,531	6,088,531,367	2,456,557,550
1~9세	1,387,479,374	665,990,100	1,630,084,441	0	652,033,776	3,017,563,815	1,318,023,876
10~19세	600,031,986	288,015,353	1,196,400,889	6,097,954	480,999,537	1,802,530,829	769,014,890
20~29세	1,134,727,371	544,669,138	1,813,366,593	253,721,340	826,835,173	3,201,815,304	1,371,504,311
30~39세	1,460,646,352	701,110,249	3,812,260,180	569,300,820	1,752,624,400	5,842,207,352	2,453,734,649
40~49세	1,451,721,434	696,826,288	5,138,681,651	554,183,342	2,277,145,997	7,144,586,427	2,973,972,285
50~59세	1,677,634,320	805,264,474	3,379,685,080	534,159,371	1,565,537,780	5,591,478,771	2,370,802,254
60~69세	1,674,850,803	803,928,385	1,094,923,202	326,946,243	568,747,778	3,096,720,247	1,372,676,163
70세 이상	1,085,588,619	521,082,537	0	0	0	1,085,588,619	521,082,537
총계	10,736,992,800	5,153,756,544	23,889,620,864	2,244,409,068	10,453,611,973	36,871,022,733	15,607,368,517

- 주: 1) 건강증진사업을 통한 진료비 절감가능액은 진료비×0.48로 산출하였고, 0.48은 U.S. Department of Health and Human Services의 'Prevention'에서 제시된 수치를 적용하였음.  
 2) 사망외인으로 인한 소득손실 제외되었으며, 실질임금이 연 3% 증가한다고 가정  
 3) 진료(입원 및 외래)로 인한 작업시간 상실에 따른 경제적 비용  
 4) 건강증진사업을 통한 평균수명 연장 및 작업시간 회복에 따른 손실절감액

보건의료기관 확충으로 인한 의료비 절감효과

(단위: 만원)

	급여비 절감액	의료비 절감액	보건지소 경상운영비 <sup>1)</sup>	순급여비 절감액(개소당)	순의료비 절감액(개소당)
시나리오 1	9,129×1,726×12 =18,900	14,258×1,726×12 =29,531	10,000	8,907	19,531
시나리오 2	9,129×3,452×12 =37,815	14,258×3,452×12 =59,062	10,000	27,815	49,062
시나리오 3	9,129×4,999×12 =54,763	14,258×4,999×12 =85,530	10,000	44,763	75,530

- 주: 1) 보건지소경상운영비는 의사 1인(3600만원), 간호사 2인(3600만원), 사무원 1인(1800만원)의 인건비와 재료비(1000만원)를 합한 금액임.