

Working Paper 02-1-4

생산적복지 마무리를 위한 6대과제별 개선방안
건강보험 재정안정분야

최 병 호

한국보건사회연구원

목 차

I. 요약 / 1

1. 현황 및 평가 / 1

2. 단기과제 / 2

II. 종합보고서 / 3

1. 현황 및 평가 / 3

2. 단기과제 / 9

부록 / 23

I. 요약

1. 현황 및 평가

□ 건강보험 재정은 1996년 당기적자 발생이후 적자 규모가 점차 확대되어 2001년에는 2조 4천억원의 당기적자와 1조 8천억원의 누적적자 발생

－ 금년도에도 당기적자는 계속되어 2조 6천억원 정도의 누적적자 전망

(단위: 억원)

구 분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002추정
지 출	50,537	64,132	76,787	87,092	95,614	105,384	140,511	141,014
수 입	54,354	63,255	72,967	78,491	86,923	95,294	116,423	133,366
당기수지	3,817	△877	△3,820	△8,601	△8,691	△10,090	△24,088	△7,648
누적수지	41,200	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,757

□ 2001. 5월, 10월 2차에 걸친 재정안정대책과 2002. 1월 재정건전화특별법 제정으로 4조 2천억원의 예상누적적자규모가 2002년말 2조 6천억원 수준으로 축소 전망

－ 다만, 6월부터 시행하기로 한 약가 재평가, 참조가격제 등 약가 절감대책 지연시행으로 차질 발생

• 중장기적으로 의료이용 증가, 노인인구 증가, 신의료기술(약품) 도입, 수가인상 요구 등 지속적인 지출증가 압박

- 반면 추가적인 국고지원과 건강보험료 인상 등 재원조달의 어려움이 장애요인

2. 단기과제

수입의 확충

- 의료이용량 증가와 임금·물가상승분을 보전하기 위한 보험료 인상 (9% 이상 인상)
- 보험료 징수율 및 체납보험료 징수율 제고
- 소득있는 피부양자의 발굴과 부과대상 재원 확충

지출의 억제

- 적정기준가격제(‘참조가격제’) 시범사업 실시
- 약가 실거래가의 파악을 통한 약가보상기준 개정
- 적정수가 산정 시스템 구축기반 마련 : 요양기관 경영실태에 대한 신뢰성있는 자료 확보
- 부당·허위청구 근절을 위한 실사시스템 정비 및 벌칙 강화
- 보험급여와 본인부담 구조의 재조정 : 중증질환에 대한 보장성 강화, 경질환에 대한 본인부담 확대
- 급여사후관리 강화 : 중복·남수진 환자에 대한 의료이용 합리화 유도, 부당·허위청구기관에 대한 집중 실사

수가 왜곡현상 시정

- 전문과목별, 서비스항목별 수가 불균형 시정으로 의료공급자간 수입구조 정상화와 진료 정상화
- 표준적 진료를 제공하고 서비스 질이 높은 의료인(의료기관)의 공표로 진료 정상화와 의료비 적정화

II. 종합보고서

1. 현황 및 평가

가. 재정현황

- 보험재정은 1996년부터 수지적자를 나타내어 이미 재정위기는 시작되고 있었으며, 그동안 적립하였던 준비금으로 수지적자를 메꾸어 왔으나, 2001년말 약 1조 8천원의 차입으로 운영

〈表 1〉 健康保險의 財政收支推移: 1996~2001

(단위: 억원)

구 분		1996	1997	1998	1999	2000	2001
계	지 출	64,132	76,787	87,157	95,614	101,106	140,511
	수 입	63,255	72,967	78,508	86,923	91,016	116,423
	당기수지	-877	-3,820	-8,649	-8,691	-10,090	-24,088
	적 립 금	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	-18,109

구 분		1996	1997	1998	1999	2000	2001
지역	지 출	30,485	36,135	41,193	46,802	49,523	69,299
	수 입	29,063	36,258	39,621	43,519	46,534	63,209
	(국고)	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,250
	당기수지	-1,422	123	-1,572	-3,283	-2,989	-5,090
	적 립 금	8,141	8,850	7,278	3,995	364	-6,700
	국고지원율	28.6%	27.5%	26.1%	24.9%	30.4%	38.4%
직장	지 출	25,547	31,082	34,252	36,993	51,583	72,212
	수 입	27,038	28,806	30,378	31,229	44,482	53,214
	당기수지	1,491	-2,276	-3,874	-5,764	-7,101	-18,998
	적 립 금	26,075	25,029	22,312	17,305	8,825	-11,409
공교	지 출	8,100	9,570	11,712	11,819	*직장과 통합	좌동
	수 입	7,154	7,903	8,509	12,175		
	당기수지	-946	-1,667	-3,203	356		
	적 립 금	5,804	3,972	769	1,125		

資料: 국민건강보험공단, 『국민건강보험통계연보』, 각 연도.
 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.
 보건복지부 자료, 2002

□ 빈곤층 의료보장을 위한 「의료급여제도」의 재정 역시 급속히 증가

- 1995년 이후의 재정상황은 경제규모의 증가율인 경상경제성장률을 훨씬 상회
- 의료급여의 재정증가는 경제위기 이후에 기초생활보장대상자의 증가(1999년 136만 8천명, 2001년 175만 6천명)와 빈곤층의 건강악화로 의료이용이 증가
- 의료제공자들의 의료급여비용의 과다청구와 관련한 요인에 대해서도 깊이 주시할 필요

〈표 2〉 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 합산한 것임.

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

〈표 3〉 健康保險과 醫療給與의 財政支出의 增加率 推移(1996~2001)

구 분	1996	1997	1998	1999	2000	2001
건강보험재정 지출 증가율(%)	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	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.

나. 재정운영계획

- 2001. 5월, 10월 2차에 걸친 재정안정대책과 2002. 1월 재정건전화특별법 제정으로 4조 2천억원의 예상누적적자규모가 2002년말 2조 6천억원 수준으로 축소 전망

- 다만, 6월부터 시행하기로 한 약가 재평가, 참조가격제 등 약가 절감대책 지연시행으로 차질 발생

□ 2001~2006년 재정운영계획

(단위 : 억원)

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

* 2001년 자금부족액은 당기적자에서 2000년말 적립금 9,189억원을 차감하고 퇴직 총당금 유보액 3,210억원을 합산한 금액

<재정추계 기본전제>

□ 보험료 인상

- 지역·직장 각각 2002~2003년 9%, 2004~2006년 8% 인상 가정
- 2002년은 3월분부터 9% 인상되는 것으로 예상

□ 정부지원 50%(국고 40%, 담배부담금 10%)

- 지역보험 국고지원은 지역 지출의 40%수준 반영
- 담배부담금은 지역 지출의 10%를 반영하여 지역:직장=50%:50% 배분
- * 2002년은 2월부터 1갑당 150원을 부과하여 3월부터 건강증진기금으로 확보되는 금액의 97%(5,456억원) 반영

다. 향후 재정전망

- 건강보험의 재정위기를 국고지원의 확대나 금융차입으로 안정화시킬 수 있다고 낙관하기 어려운 구조적 문제가 상존
- 여전히 낮은 보험급여와 높은 본인부담 때문에 보험급여 확대의 압력은 지속적으로 제기될 것임. 따라서 보험재정의 안정은 보험재정이 확대되면서 수지균형을 맞추어야 함을 의미

〈표 4〉 總診療費中 保險者와 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

- 선진외국에서의 의료비 가운데 보험급여로 보장되는 실질적인 보험급여율을 보면, 향후 건강보험의 급여율이 단계적으로 확대되어야 할 압력을 받을 것임.
- 선진국들의 보험료율은 일본을 제외하면 거의 15%내외이고, 대만의 경우도 16%에 달함.

- 우리나라의 현행 보험료율은 3.64%이나, 가까운 2002년의 재정전망에 의하면 적어도 5% 이상으로 인상되어야 수지균형을 유지할 수 있음.

□ 인구고령화는 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

〈표 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+조세1)
독 일	91.0	19.5
일 본	88.0	8.5
룩셈부르크	90.0	12.6~7.32)
네 덜 란 드	76.0	17.65+정액
대 만	-	15.984)
한 국	53.43)	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 추정된 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.

〈표 6〉 65歲 以上 老人人口比重의 展望

	7%	14%	20%
1996년 인구추계	2000년	2022년	2032년
2001년 인구추계	2000년	2019년	2026년

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996 및 2001

〈표 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.

2. 단기과제

가. 수입의 확충

1) 보험료의 인상

- 현행 수가수준(환산지수 53.8원)을 2003년에도 유지할 경우 재정수지 균형을 맞추는 보험료율 인상율은 10% 로 추정됨.(건강보험공단 추계)
 - 따라서 보험료율을 10% 인상(3.63% → 3.99%)하더라도 건강보험의 채무(2조6천억원)을 그대로 안고 가야함.
- 그런데 직장과 지역으로 분리하여, 재정안정화를 위한 보험료부담은 다음과 같이 추정됨.(보건사회연구원 추정)

〈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%

□ 따라서 자연적인 의료이용량 증가를 감안하고, 보험재정을 단계적으로 안정화시키기 위해서는 최소한 두자리 수인 9% 이상을 인상하여야 할 것임.

2) 보험료 징수율 및 체납보험료 징수율 제고

□ 보험료 인상 못지 않게 보험료의 징수율을 제고해야 함.

- 2003년 목표
 - 지역 : 97%, 직장 : 98.5%, 공교 : 99.9%
- 참고) 보험료 징수율에 따른 재원 확보 규모
 - 징수율 100% 시, 재원 확보(1,466억원)

(지역 98% → 100% : 796억원)
(직장 99% → 100% : 670억원)

3) 소득있는 피부양자의 발굴과 부과대상 재원 확충

소득있는 피부양자 지역가입자 전환

- 분기 1회 실시로 신규 부과재원 발굴(123억원)
(2002. 6월 현재, 90,022세대, 평균보험료 45,700원, 월 총보험료 41억원)
- 분기 1회 국세청 D/B 활용
 - 2002. 6월 현재, 90,022세대, 평균보험료 45,700원, 월 총보험료 41억원

지역가입자에 대해 부동산, 자동차, 과세소득 이외에 금융소득에 대한 추가적인 부과대상 재원을 확대하는 방안을 추진할 필요가 있음.

4) 그외 재원 확보방안

피부양자 범위의 제한

- 직장가입자의 경우 피부양자의 보험료는 면제되나 지역가입자의 경우 피부양자도 보험료를 일부 부담
- 직장 피부양자의 범위는 현재 다소 너그럽게 되어 있으므로 그 범위를 축소함으로써 보험료납부 대상을 확대하는 방안을 검토
- 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 인정

- 연금수급자도 건강보험에 가입하게 하고, 연금수급자와 연금보험자가 50%씩 부담
- 그 외, 실업급여 수급자는 연방고용청이, 사회부조수급자는 사회부조기관이, 병역중에 있는 자는 연방정부가 부담
- 독일의 피부양자 1인당 피부양률은 0.44(즉, 피보험자 4075만 1천명, 피부양자 1803만 5천명, 1997년)
- 일본은 1998년 기준으로 피부양률은 조합관장보험(대기업중심)은 1.08 이며, 정부관장보험(중소기업 중심)은 0.91
- 대만의 직장근로자의 피부양율은 0.88
- 우리나라의 경우 2000년말 기준으로 직장보험의 피부양율은 2.08(피보험자 726만 8천명, 피부양자 1513만 6천명)¹⁾

□ 被扶養者數에 比例한 保險料 賦課

- 대만은 직장 피용자들에 대해 피부양자수에 비례하여 보험료를 추가부담하는 방식 채택
- 현재 피용자의 보험료는 보수 × 4.25% × 보험료 부담률 × (1+피부양자수) 에 의하여 산정. 단, 피부양자수는 최대 5인까지 허용 (피용자의 보험료부담률은 30%)
- 사용자의 보험료는 보수 × 4.25% × 보험료 부담률 × (1+0.88) 에 의해 산정 (여기서 0.88은 전국의 평균 피부양률)

1) 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).

- 대만의 경우 피부양자의 경우에도 보험료를 부담 지움으로써 재원을 최대한 확보하려는 노력은 우리에게 시사하는 바가 큼.

나. 지출의 억제

1) 적정기준가격제(‘참조가격제’) 시범사업 실시

- 의약품 처방시 비용·효과가 고려되어 고가약 처방이 자제되는 제도적 장치 필요
 - 비싼약이 무조건 좋다는 국민 의식 개선 필요
- 의약분업 실시 후 약품비가 꾸준히 증가하여 보험재정에 부담요인으로 작용
 - 1조 699억원(2000년 상반기) ⇨ 1조 9,709억원(2001년 상반기, 84% 증가) ⇨ 2조 3,796억원(2002년 상반기, 21%증가)
- 약품비 증가는 의약분업 실시에 따른 환경변화와 더불어 약품사용 관행 및 환자·의료인의 도덕적 해이가 주요인임
 - 약품비 증가는 의약분업 이후 처방 공개 등에 따라 고가약 처방비 중의 단시간내 급증이 주된 원인
 - 비싼약과 많이 먹어야 좋다는 그릇된 의약관행이 약품비 증가를 가속화
 - 값싼 대체 의약품이 있음에도 환자의 불완전한 정보, 일부 의사들의 도덕적 해이(moral hazard) 등으로 비싼 의약품을 선택

【 고가약품비율 추이 】

(단위 : %)

구분	'00 2/4분기	'02. 5월	증가율
종합전문병원	76.31	81.74	7.1
병원	54.68	67.75	23.9
의원	37.19	52.39	40.9
치과병원	18.70	38.00	103.2
치과의원	36.33	43.57	19.9

□ 시행방안

- 시행대상 : 11개 약효군의 4,514개 품목중 488품목
 - 대상약효군 : 고혈압치료제, 고지혈증치료제, 당뇨병치료제, 정신분열증치료제, 해열·진통제, 진해거담제, 항히스타민제, 골격근이완제, 소화성궤양치료제, 외용제, 제산제
- 기준가격 수준 : 1日 평균 약값의 2배
 - 기준가격 수준을 2배로 할 경우, 기준가격 이하인 약품수가 많아져 대체가능한 약품이 많고,
 - 약값을 추가 부담해야 하는 품목이 상대적으로 축소

□ 기대효과

- 환자부담의 경감과 함께 건강보험의 재정건전화에도 기여
 - 고가약 처방 경향이 기준가격이하의 약으로 전환되는 방향으로 개선될 경우, 건보재정 및 환자부담 경감 예상

- 약효는 별 차이가 없는데도 계속 고가약을 복용하려는 환자는 추가 약값을 본인이 부담함으로써 기준가격 수준이하의 약을 복용하는 환자와 약값 부담의 형평성을 제고

총 효과		계량적 효과	비계량적 효과
최대 기대효과		기준가격 초과분의 환자부담에 따른 재정 효과	기준가격이하 약으로 처방 전환됨에 따른 효과
11개 약효군	총 1,837억원	최대 1,286억원	최대 551억원
7개 약효군	총 953억원	최대 733억원	최대 220억원

주: 비계량적 효과는 기준가격 이상 약품을 이하 약품으로 변경 구입시 환자의 본인부담금(30%)이 감소함에 따른 절감액

자료: 보건복지부

2) 약가 실패거래의 파악을 통한 약가보상기준 개정

- 보험급여비중이 높고 다빈도 사용되는 품목 및 이와 관련된 병원·의원·약국에 대해 중점적으로 관리하여 약가고시기준을 수시 개정하여야 함.

※ '01. 5-7월 EDI청구 기준, 청구금액별 품목 현황

청구금액	계	3억원미만	3억원이상	5억원이상	7억원이상	10억원이상
품목수	14,453개	13,860	233	106	93	161
총청구금액	8,722억원 (100%)	2,995 (34.3)	893 (10.2)	615 (7.1)	774 (8.9)	3,445 (39.5)

- 조사주기를 연 2회에서 4회로 늘리고, 대상기관도 210개에서 600개로 확대
- 지난해 총 5,575품목에 대해 평균 7.63% 인하한 바 있음.

동일 성분·함량 품목 중 약가편차가 현저히 큰 품목에 대해서는 기획
실사

- 필요시 요양기관 조사와 함께 관련 제약회사, 수입업소에 대해서도
연계 조사 실시

※ 약사법시행규칙을 개정하여 보험의약품 공급자는 분기별로 거래관
련 자료를 제출토록 명시('02. 4월부터 시행)

복제(카피)의약품의 가격산정기준 인하

- 최초 카피품목의 가격산정기준을 오리지널품목의 90%로 하는 현행
기준을 재검토하여 보상율을 적정선으로 내리는 방안을 강구

또한 고가약 등 특정 의약품을 집중적으로 처방하는 요양기관을 대상
으로는 실사 강화 방안 마련

의약품 유통정보시스템 이용을 활성화하여 의약품 거래내역의 투명성
을 확보하고, 정확한 실거래내역을 파악하여 약가의 거품 요인 제거

**3) 적정수가 산정 시스템 구축기반 마련 : 요양기관 경영실태에 대한
신뢰성있는 자료 확보**

수가수준의 산정 경과

- '97년 연세대 연구결과에 의거, 의료계는 수가가 원가에 미달한다며
지속적인 수가인상 요구

- 2001년도 수가수준(환산지수)는 55.4원으로 결정되었음.

- 2002년도 수가수준을 결정하기 위한 2001년 공단 연구용역(서울대) 결과에 의하면 당시 수가는 요양기관종별에 따라 98.4%(병원급) ~ 118.6%(의원)인 것으로 나타남. 이에 따라 건강보험정책심의위원회에서는 최종적으로 3%가 인하된 53.8원으로 결정
 - 2003년 수가계약을 위해 의약계·공단이 공동발주한 연구결과에 의하면 급여행위의 원가를 보상하는 환산지수는 64.4원, 경영수지를 보전하는 환산지수는 50.0원으로 제시됨.
 - 현재 의료계는 원가기준 지수를 원하고, 시민노동단체는 경영수지 기준 지수를 주장함.
- 현재 진행되고 수가수준의 산정상의 문제는 연구기관이 요양기관을 대상으로 한 서베이(Survey)에 의존하고 있어 객관성에 대한 신뢰의 문제가 제기되고 있음.
- 따라서 요양기관의 경영실태를 파악하기 위한 법적·제도적 보완으로 신뢰성 있는 자료를 확보하는 것이 중요함.
- 그 방안으로 요양기관 경영에 대한 실사, 표준회계준칙 적용의 의무화 등이 있음.
 - 또한 국세청의 요양기관 소득파악 자료를 활용하여야 함.
 - 전체 요양기관을 대상으로 한 표본을 구하는 방법에서 탈피하여 대표성이 있다고 판단되는 표준요양기관을 선정하여 집중적으로 자료를 수집하는 방안을 검토

4) 부담·허위청구 근절을 위한 실사시스템 정비 및 벌칙 강화

- 일부 부담·허위청구를 하는 요양기관을 근절하기 위하여 의사1인당 환자수, 총진료비 과다기관, 보유장비 대비 진료량 과다기관, 진료비 급증기관 등을 과학적으로 색출(data mining 등 활용)하여야 함.
- 아울러 허위청구 적발시 처벌기준을 강화함으로써 재발하지 않도록 사전에 시그널을 부여하는 것이 예방적인 차원에서 필요함.
 - 허위청구기관을 형사고발하는 조치도 강구
- 부정·허위청구 혐의기관, 고가약 대체기관, 진료비 수입 상위기관, 건당 진료비 상위기관 등을 대상으로 기획실사하는 조치도 병행하도록 함.

5) 보험급여와 본인부담 구조의 재조정 : 중증질환에 대한 보장성 강화, 경질환에 대한 본인부담 확대

- 근래에 건강보험 진료비는 급속하게 증가하는 반면 재원조달은 한계에 봉착하고 있어, 한정된 재원내에서 의료비의 효율적 사용이 요청됨.
- 현행 건강보험은 경증질환(소액진료)에 대한 보장성은 비교적 충실한 반면 중증질환(고액진료)에 대한 환자 본인부담이 과중하여 보장성에 취약한 구조적 문제점을 안고 있다는 비판이 지속적으로 제기되어 왔음.
 - 이는 사회보험으로써 건강보험 본연의 위험분산기능을 제대로 발휘하지 못하고 있음을 의미함.
- 의약분업의 도입으로 처방료와 조제료의 신설로 외래진료비가 증가한 반면 외래진료비 증가폭에 비하여 외래 본인부담의 증가폭은 낮게 조정됨으로써 외래 본인부담율이 떨어지고, 그 결과 보험제정의 부담은 가중되었음.

- 2000년 대비 2001년의 보험재정(보험급여비) 증가분 4조5398억원²⁾ 중 외래 본인부담율의 감소 요인에 의한 재정증가는 9,455억원 (20.8%)으로분석되었음.(최병호, 2002. 7)

외래 법정본인부담율의 변화추이

1995	1996	1997	1998	1999	2000		2001	
					상	하	상	하
45.0	43.4	42.3	41.1	40.2	39.3	32.6	28.5	31.4

주: 1997년 이후는 진료비 발생기준의 자료를 사용하였고, 1995년과 1996년은 통계연보상의 심사기준의 자료임.

자료: 국민건강보험공단

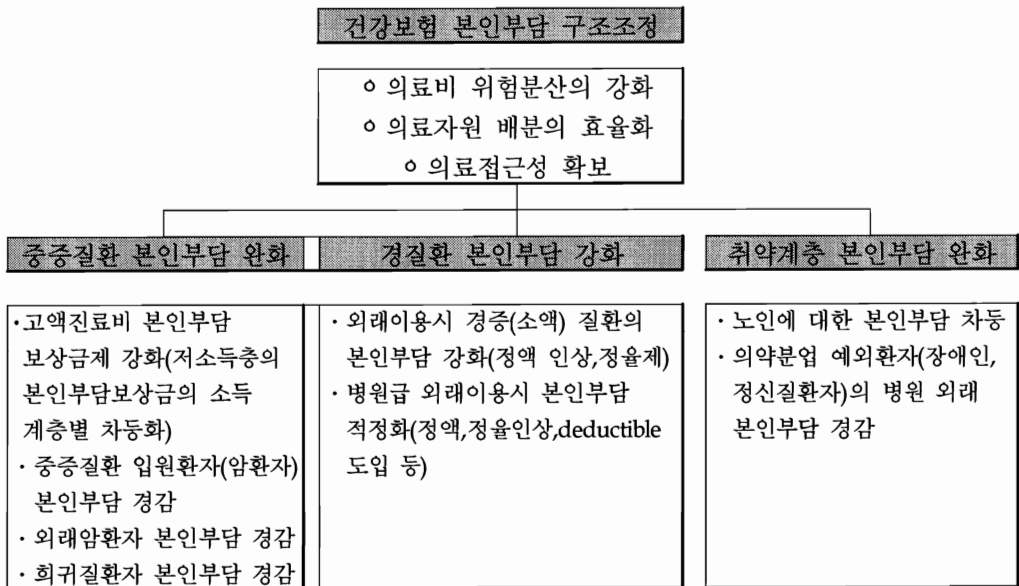
진료비 본인부담의 구조조정의 세 가지 정책방향

- 첫째, 중증질환에 대한 의료보장을 강화하고, 경증질환에 대해서는 가입자의 의료비 부담을 강화
 - 질병발생에 대한 고위험(major risk)에 대해서는 보험자가 위험을 떠안고, 낮은 위험(minor risk)에 대해서는 가입자가 위험을 떠안는 방향으로 의료비부담의 배분을 조정
 - 진료비크기 순서에 따른 의료위험의 발생빈도(진료건수)는 진료비가 소액일수록 발생빈도가 크고 고액으로 갈수록 발생빈도는 줄어듬.
 - 소액진료부문에서 정액부담 수준을 좀 더 인상하고(혹은 정율 인상), 비교적 소액진료에 대한 본인부담을 좀더 강화하면서 고액진료로 갈수록(즉, 중증도가 심해질수록) 본인부담을 줄여나감.

2) 2000년 의약분업 미시행시 발생할 보험급여비와 2001년 실제 보험급여비 발생분과의 차액임.

- 둘째, 의료진달체계를 강화하는 방향으로 의료비의 본인부담 정도를 조정
 - 가벼운 외래질환에 대해서는 병원, 특히 종합병원 및 3차 병원의 이용시 환자 본인부담을 강화함으로써 이용을 억제하도록 유도; 외래진료는 1차 의료기관을 이용하도록 유도
- 셋째, 상기 두 가지 원칙을 적용할 때에 부담능력이 떨어지는 취약계층은 의료접근성에 상당한 제약을 받게 되므로 이들 계층의 의료접근성을 보장하기 위한 형평성 차원의 보완대책이 필요
 - 65세 이상 노인계층이나 저소득층, 장애인 등에 대해 본인부담을 낮추어 줌으로써 의료혜택의 문턱을 낮추어줌.

□ 본인부담 구조조정 구상



6) 급여사후관리 강화

- 중복·남수진 환자에 대한 의료이용의 합리화를 유도하고, 부당·허위 청구기관에 대한 집중 실사가 필요함.

┌ 중복·남수진 가능성 높은 환자 → 대상자 색출 및 집중계도
└ 부당·허위청구 개연성 높은 의료기관 → 집중실사 강화

- 영수증 주고받기를 통하여 진료내역을 투명화하고, 영수증을 이용한 본인부담실태를 파악하도록 함.
- 고비용·고위험군 사례관리 시범사업 : 치료순응도 향상, 재발·합병증 예방, 합리적 의료이용 유도를 통한 재정절감

다. 수가 왜곡현상 시정

- 전문과목별, 서비스항목별 수가 불균형 시정으로 의료공급자간 수입구조 정상화와 진료 정상화
 - 2002년도 상대가치 연구 결과, 의원진찰료 8.7% 인하, 입원료 24.4% 인상, 약국조제료 3% 인하를 결정함으로써 의료공급자간 수입구조의 정상화에 기여할 것임.
 - 그외에 외과계열의 수가를 현실화하고, 그동안 고평가되었던 행위 수가는 하향조정함으로써 진료정상화를 추진하여야 함.
 - 비급여행위가 과도한 현실로 인해 비급여 비중이 큰 의료공급자와 비급여 비중이 적은 의료공급자간 불형평을 야기함으로써 상대가치 수가의 개정의 걸림돌로 항상 작용함.

- 이를 위해서는 의료행위에 대한 상대가치의 재평가가 필요하고, 비급여행위의 급여행위로의 전환이 이루어져야 함.
- 표준적 진료를 제공하고 서비스 질이 높은 의료인(의료기관)의 공표로 진료 정상화와 의료비 적정화
 - 정상적이고 상식적인 진료행태를 벗어나 왜곡된 형태의 진료비 청구를 하는 일부 의료인들 때문에 전체 의료인이 매도당하게 되는 현실을 시정하여야 함.
 - 이를 위하여 표준적인 진료를 하고, 서비스 질이 우수한 의료인이나 의료기관을 공표하여 소비자들에게 좋은 의료인을 선택할 기회를 제공함.
 - 양심적이고 표준적인 진료를 하는 의료인이 외면 당하지 않고 환자를 확보하게 됨으로써 정당한 수입을 얻게 되는 기회가 부여되도록 함.
 - 이러한 의료정보의 제공이 되풀이 될 때에 그동안 비정상적인 진료행태를 보이던 일부 의료인의 진료가 정상화될 것임.
 - 이에 따라 과도한 진료를 제공하던 의료인들의 진료정상화로 의료비의 적정화에도 기여함.

<부록> 중장기 과제

1. 총액계약제 시범사업 실시

- 행위별수가제는 비용조장적 이라는 것이 통상적으로 받아들여지고 있음.
 - 개별 진료항목마다 수가가 따로 산정 되기 때문에 공급자들은 당연히 필요 이상의 진료를 서비스하고자 하는 유인을 갖고 있음.
- 이러한 모순을 근원적으로 해결하고자 하는 시도들이 선진국에서 다각도로 시행되었는 바, 진료비 총액계약제 혹은 총액예산제를 단계적으로 시행하여 정착시킬 것을 검토
- 총액예산제에는 예산상한제나 예산목표제를 검토
 - 예산제도에 의해 비용절감의 압박이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 발생할 가능성이 있으므로 동시에 의료의 질관리 또한 병행되어야 함.
- 총액예산제 하에서는 진료비심사는 의료계에서 담당하도록 하며 진료 적정성 평가는 보험자가 수행하는 것이 효율적일 것임.
 - 1단계로 2004년에 국립병원을 대상으로 먼저 시범 적용하여 그 추이를 검토한 후 점진적 확대를 도모
 - 2단계로 2005년에 국공립병원으로 확대실시
 - 3단계로 국공립 병원에 대한 총액예산제 평가를 기초로 민간병원에 대한 확대를 검토

2. 표준 진료지침, 표준처방지침 개발

- 진료비를 청구하는 의료공급자 마다 진료행태나 처방행태가 다양함.
 - 이러한 진료행태의 다양성은 환자 상태의 다양성을 반영한 에 따른 신축적인 의료행태로서의 긍정적인 측면이 있으나,
 - 일부 의료인의 경우 지나치게 과도한 진료를 제공하거나 과도한 의 약품을 처방하는 경우가 심사과정에서 발견됨.
- 따라서 질환별로 표준적인 지침(guideline)을 제정하되, 환자 상태에 따른 편 차를 인정하는 방향이 환자나 의료공급자들에게 유익할 것으로 판단됨.
- 프랑스는 의학적 견지에서 적절한 진료를 장려하기 위하여 의료직종별 로 진료행위와 약제에 관한 의료지침을 작성
 - 의료지침에서 이탈한 진료행위를 한 의사에게 수가를 삭감하거나 보험진료기관의 지정을 해지함.
 - 1995년 기준 15종의 질병 혹은 처방에 대해 65항목의 guideline을 정하고, 이를 최근 200 references로 확대
- 의약분업을 도입한 우리나라의 경우 특히 표준처방지침의 제정으로 의 약품의 오남용을 의사의 처방 단계에서 줄이는 효과를 거둘 수 있음.
 - 아울러 약사의 표준조제지침을 제정하여 약사의 조제과정에서의 신 중함을 도모하는 방안도 적극 검토하여야 함.
 - 2003년부터는 감기, 제왕절개 분만, 자연분만 등 보편적이고 다빈도 상병에 대해 진료지침을 마련하도록 함.

3. 수가구조의 정상화 : 상대가치수가의 재산정과 운영방안 재검토, 포괄수가제의 전국적 확대적용

- 의약분업 시행에 따라 진찰료, 처방료, 조제료 등을 중심으로 큰 변화가 초래되었고, 그 과정에서 상대가치의 고려없이 수가들이 인상되거나 신설되었음.
- 의약분업의 영향으로 의료기관(약국 포함)의 원가구조에 큰 변화가 초래되었고, 이에 따라 원가를 각 행위별수가에 배분하여 상대가치를 산정하는 작업이 다시 이루어지는 것이 기본적으로 타당함.
- 의료계도 상대가치(연구점수)에 대해 근본적으로 재산정하기를 원하고, 의약분업 시행과 재정안정대책의 시행과정에서 상대가치 조정의 원칙에 입각하지 않고 신설되고 조정된 행위점수들을 재평가하는 작업이 필요함.
- 현재 운영되고 있는 “상대가치운영기획단”은 의료계와 시민노동단체, 공익대표 등으로 구성되어 있어, 심도있고 전문성있는 평가작업이 이루어지지 않음.
 - 따라서 기획단을 의료수가 전문가들로 구성하고, 상시적인 연구지원이 이루어질 수 있는 상설조직으로 운영할 필요가 있음.
- 행위수가제의 상대가치수가 적용과 함께 입원 질환에 대한 포괄수가제의 전국적인 적용이 이루어지도록 추진하여야 함.
 - 상대가치행위와 더불어 상대가치 DGR 의 연구도 동 기획단에서 연구되어야 함.

4. 간병(‘장기요양’) 사업 활성화 : 방문간호, 요양병동 확대

- 노인인구의 증가에 따라 만성질환 노인이나 거동이 불편한 장애인, 치매노인의 증가로 노인의료비는 갈수록 건강보험 재정 및 의료급여 재정을 압박하고 있음.
- 따라서 노인의료를 비용효과적으로 대처하기 위해서는 급성병상에 입원하거나 병원 외래를 이용하지 않고도 효과적으로 간호받을 수 있는 시스템이 필요함.
 - 즉 비교적 비용이 적게 들고 요양대상 노인에 적합한 서비스를 제공할 수 있는 요양시설이나 가정방문 요양서비스를 활성화함으로써 가능함.
- 독일은 1995년부터 장기요양보험을 도입하였고, 일본은 2000년부터 장기요양보험을 도입하였음.
- 경영난에 처해있는 중소병원을 요양시설로 전환하는 방안을 검토할 필요가 있으며, 대형병원의 경우에도 급성환자가 요양필요상태로 전환되는 경우 요양병동으로 이동하여 간병할 수 있는 시스템을 마련할 필요가 있음.
 - 이 경우 요양서비스에 대한 수가를 개발하여야 함.
- 보건소의 방문간호 서비스를 확대하여 저소득·중산층의 요양수요에 적극 대처하는 방안도 노인의료에 대한 비용효과적인 대처방안이 됨.
- 노인요양서비스는 기존의 요양복지시설, 보건소 및 병원의 방문서비스 등 체계적인 접근이 필요

5. 의료이용의 합리화 대책 강구 : 예방과 건강생활실천, 사례관리(case management) 시범사업, 의료(건강증진) 정보 제공

- 질병이 발생후에 대처하기 보다는 질병이 악화되지 않도록 사전에 예방하거나 건강정보 제공으로 건강을 유지하도록 하는 것이 의료비를 절감할 뿐만아니라 사회적 비용(생산적 감소)을 줄이는 비용효과적인 방법임.
- 보건정책의 목표가 건강의 효율적인 생산에 있다면, 의료보장에 많은 자원을 투입하는 것이 건강증진의 유일한 길은 아님.
 - 건강수준향상에 가장 비용효과적인 방법은 의료서비스 보다는 환경 조건(공기, 수질오염), 교육수준(예방지식, 의료시스템 활용능력), 생활습관(흡연, 음주, 약물 abuse, diet, 운동)이 중요함.
 - 많은 경험적 연구들은 의료서비스 지출증가가 건강수준 향상을 위한 가장 비용효과적인 방법은 아님을 발견하였고, 생활습관을 바꾸는 것이 더 낮은 비용으로 사망률을 감소시킬 수 있다고 결론을 내림.
- 예방이나 건강유지·증진의 시기를 놓친 만성질환자나 중질환자의 경우, 급성병상이나 의료기관에서의 집중적인 치료에 의존하기 보다는 비용효과적인 다른 대안을 찾는 case management를 적극 활용하여야 함.
 - 건강보험공단이 환자에 대한 정보제공 및 관리 차원에서 환자의 질병기록에 근거하여 비용이 적게 들면서도 효과적인 대처방안을 제시하는 서비스 기능을 하도록 함.

6. 약가제평가제도 실시 : 약가 변동요인 및 비용효과 분석

- 현재의 약가 조정은 약값에 대한 실제거래내역을 조사하여 정부가 고시한 약값보다 낮게 거래된 사실이 확인되면 약값을 인하하는 실거래가제에 의하고 있음.
- 약가제평가는 이러한 약가인하 장치를 보완하기 위하여 시행함.
- 적용대상은 최초 약값 결정 후 3년이 지난 모든 의약품으로, 2003년부터 '99년말까지 등재된 품목(14,000여 품목)을 대상으로 함.
- 재평가가격 기준 : 신약의 가격 결정시 상한선인 외국 7개국의 약값을 우리의 부담능력에 맞게 조정한 평균값(A7 조정평균가)을 기준으로 재평가를 하도록 함.
- 재평가방법 : 인하요인이 발생한 품목의 경우 약값을 조정하되, 현행 대비 50%까지만 인하
 - 단, 저가의 퇴장방지의약품은 인상요인을 반영

7. 재정수지 균형성 확보 메카니즘 구축 : 재원조달이 가능한 진료비총액 범위내에서 건강보험재정 운영

- 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
- 현행 상대가치 행위수가제하에서 미국에서 운영하고 있는 진료비목표 관리제를 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
- 이와 더불어 국민건강보험의 급여범위를 재검토할 필요
- 현재의 급여행위의 본인부담율은 외래 약 30~55%, 입원 20% 인데, 비급여행위를 100/100 급여(전액본인부담) 혹은 90/100급여(본인부담 10%)의 형태로 급여화시키는 방안을 함께 추진
 - 또한 고액진료비에 대한 급여를 강화하고, 소액진료비의 급여를 축소하거나,
 - 필수약품 급여 강화, 비필수약품 급여 축소 등 구조조정

