

Working Paper 02-1-5

# 건강보험 재정안정을 위한 단기대책 및 중장기 제도개선 방안

신 영 석

한국보건사회연구원

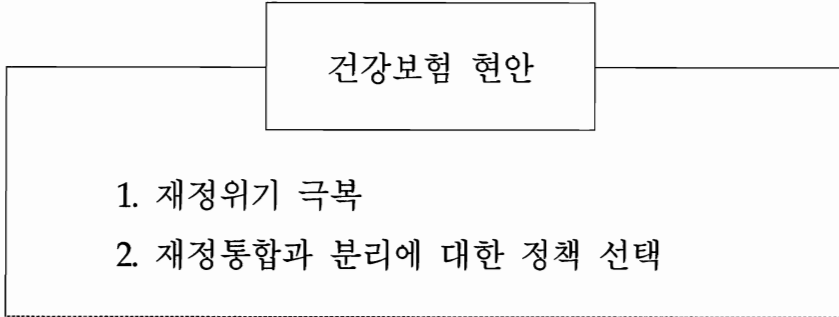


## 목 차

- I. 건강보험재정의 현안과 단기대책 / 1
  - 1. 재정위기 극복 / 1
  - 2. 재정통합과 분리에 따른 정책 선택 / 8
  
- II. 중장기 건강보험 재정안정체계 구축방안 / 18
  - 1. 재정계획 / 20
  - 2. 건강지수 도입방안 / 21
  - 3. 건강부담금 도입방안 / 24
  - 4. 노인 장기요양과 복지 간병에 의한 비용 절감 / 24
  - 5. 건강보험 재정안정모형에 의료급여제도 통합 / 25
  - 6. 건강보험 재정안정의 연관구조 / 27



# I. 건강보험재정의 현안과 단기대책



## 1. 재정위기 극복

### 가. 재정현황

|       | 단기 적자    | 차입금      | 비고                         |
|-------|----------|----------|----------------------------|
| 2001년 | 27,816억원 | 18,627억원 | 2000년 말 누적적립금 :<br>9,189억원 |
| 2002년 | 4,527억원  | 23,154억원 |                            |

※ 2002년 예상적자는 2002년도 재정통합을 전제로 한 보건복지부 12월 24일 자료임

### 나. 위기의 원인

일시적 요인( 대책 ⇒ 단기 대책 시행 )

－ 경제위기이후 보험료 부담능력 저하

- 의약분업 시행에 따른 수가인상 및 임의조제 비용의 보험제도권 편입
- 조직의 통합으로 인한 관리의 도덕적 해이
  - 적립금 소진
  - 보험료 인상 억제

□ 구조적 요인 ( 대책 ⇒ 제도 개편 필요 )

- 비용 유발적인 지불제도
- 공급자의 유인수요
- 소액질환에 대한 낮은 본인부담
  - 수요자의 의료남용
- 관리체계의 비효율
  - 비용억제를 위한 유인 부재
- 노령화
- 소득 증가에 따른 건강에 대한 관심 증대

**나. 재정안정대책**

□ 단기(2002년) : 소비자와 공급자간 부담의 분담으로 단기 재정수지 균형 확보

- 소비자측
  - 보험료 인상(복지부는 9% 인상을 계획하고 있으나 최소 이전 7  
개년 보험료 평균 인상율인 13% 이상 인상해야 함)

- 시장의 개념(수혜자 부담의 원칙)을 일부 반영, 의료서비스에 대한 과잉수요를 억제하기 위하여 부과기준에 보험재정 사용지수 도입( 단, 총 부과액의 10% 범위내에서 반영 )

※ 장기적으로 건강증진 프로그램이 활성화되면 건강지표(흡연, 음주, 혈당, 콜레스테롤 등)를 개발하여 사후적 관측치인 보험재정 사용지수 대신 사전적 예측치인 건강지표로 대체

- 본인부담수준을 조정하여 의약분업 시행후 13% 인하된 본인부담금을 원상회복

－ 공급자측

- 수가 인하(서울대 용역결과에 의하면 약 8%의 인하요인이 있음)
- 급여제도 개선 (고가약에 대한 심사기준 및 요양기관 실사 강화, 주사제 등 약제사용의 적정성을 평가하여 약제비 절감 등)

－ 보험자측

- 담배부담금 6,600억 확보
- 국고지원 : 지역 총 재정의 40% 확보
- 관리운영체계의 효율화 : 관리체계의 지속적 구조조정

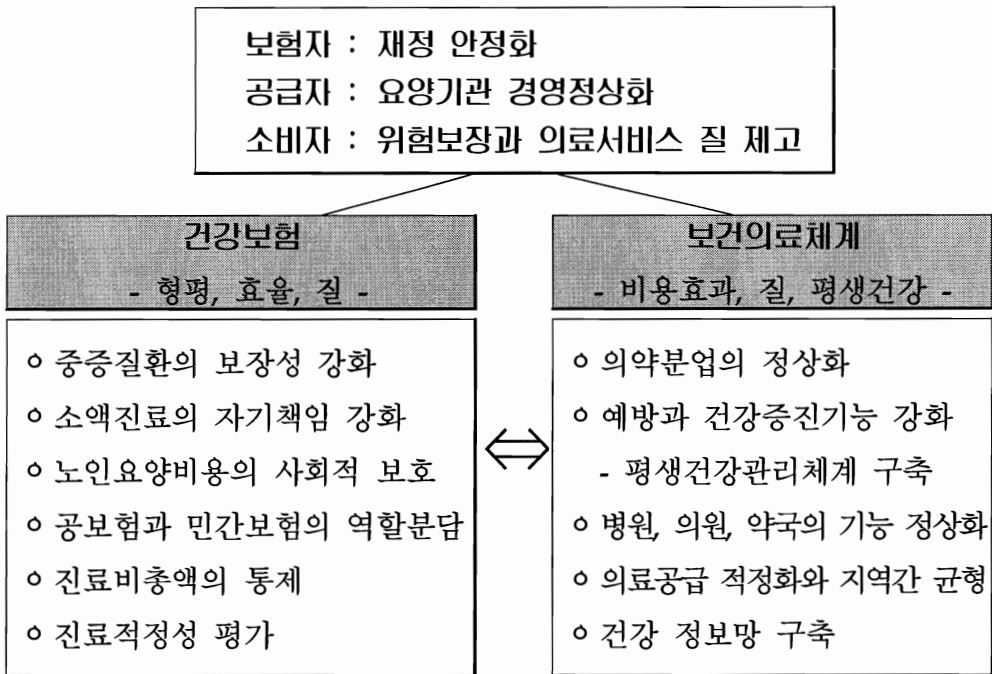
□ 중·장기(2003년 이후) : 비용 유발적인 현행 건강보험 체계의 개편 필요

< 健康保險 제도 개편 방안 >

가. 기본구상

- 건강보험의 재정안정화를 위하여 건강보험제도의 틀 개편과 더불어 보건의료체계의 기반이 건전하게 구축되고 선진화되어야 함.
- 건강보험과 보건의료체계는 ‘수레의 두바퀴’ 이므로 상호보완적 발전이 중요함.
- 이러한 틀 개편은 “規制와 自律”의 원칙에 입각함.

[도 1] 건강보험과 보건의료체계의 연계발전





## 나. 재정안정체계 구축의 기본 「틀」

### □ 건강보험제도의 다층화

- 난치성 중증질환에 대한 국가의 책임을 강화하여 고액진료비용으로 인한 가계의 파탄을 보호함. → 국고 재원
- 반면 가벼운 질환에 대해서는 평소 건강관리에 대한 자기책임과 가족의 연대책임을 강화함. → 본인부담 강화
- 질병에 대한 국가책임과 개인(가족)책임을 제외한 영역에 대해 사회적 연대에 의해 보장함. → 건강보험료 재원

### □ 공보험과 민간보험의 역할 분담

- 공보험은 난치성 중증질환과 필수적인 입원진료를 중심으로 보장하도록 함.
- 민간보험은 공보험의 보장범위를 벗어난 비급여진료나 고급진료(편의적인 서비스 등)에 대한 보충적인 역할을 담당함.
- 본인부담이 강화된 소액진료부문에 대해서는 공보험과 민간보험간 경쟁을 허용함. → 소비자가 강제가입하되 공·사보험을 선택

### □ 노인요양보험제도의 도입

- 향후 고령화의 급진전으로 인한 노인의료비는 “노인요양보험제도”의 단계적 도입으로 대처함.
- 기존의 급성병상에서의 입원치료는 많은 비용을 유발하므로 요양병상과 요양시설, 가정방문에 의한 요양서비스로 비용을 절감

□ 예방과 건강증진사업의 활성화

- 생애주기별로 사전 예방과 건강증진에 의한 ‘평생건강관리’를 통하여 질병과 장애를 예방함으로써 의료비를 줄이고, 나아가 사회적 비용을 줄임.
- 건강보험이 사후적인 보험에 그치지 않고 사전적 보험의 역할을 하도록 함.

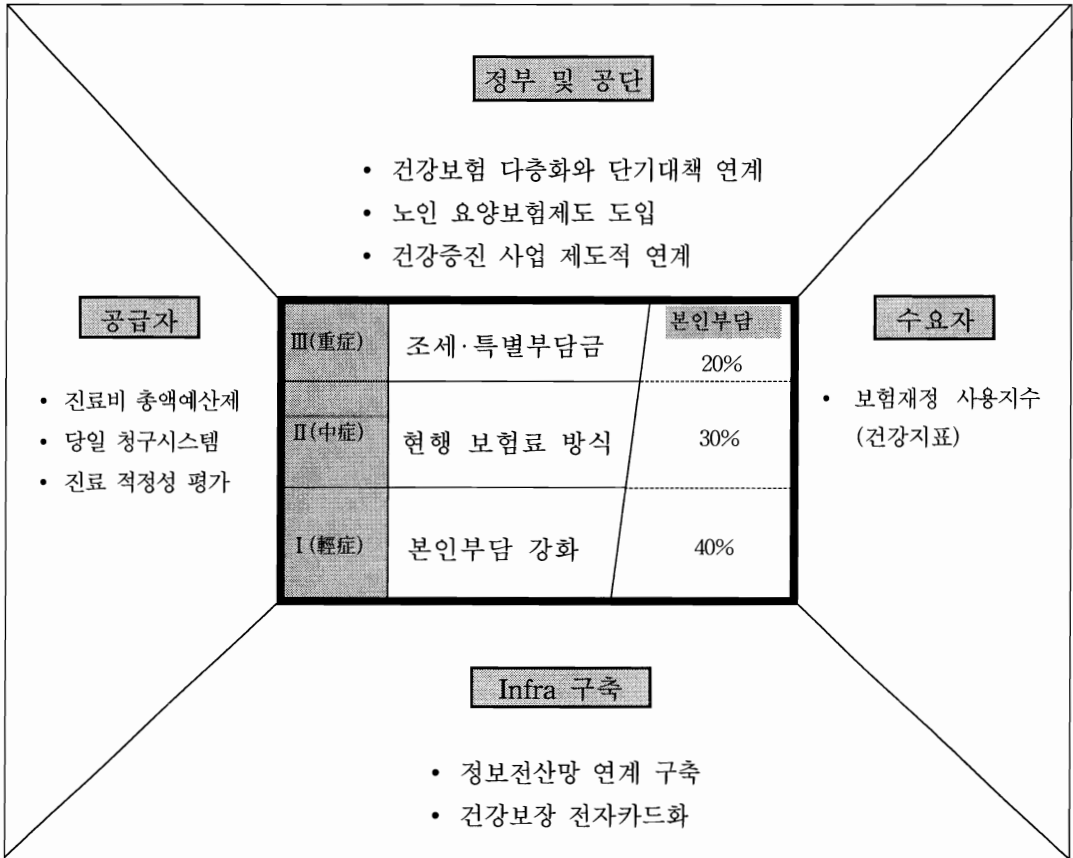
□ 의료공급에 대한 규제와 자율

- 건강보험 진료비의 총액을 통제하는 ‘진료비총액예산제’의 도입을 추진
- 이와 함께 건강보험 서비스를 제공할 수 있는 공급자의 자격을 엄정하게 관리함. → 요양기관·병상·의사·약사 계약제
- 다만, 비계약 요양기관·병상 등에 대해서는 의료시장의 자율에 맡김.

□ 관리시스템의 효율화

- 보험자(건강보험공단과 심평원)와 공급자(병의원, 약국, 보건소)간 정보전산망을 구축 → 건강보장(건강보험, 의료보호)의 전자카드화
- 진료적정성 평가 및 의료의 질 관리 체계 구축

[도 2] 건강보험의 재정안정체계 구축



**다. 틀 개편의 기대효과 : 장기적으로 년평균 약 10조 절감 가능**

- 중증질환으로부터의 고액진료비에 대한 의료보장성을 대폭 강화함으로써 가계의 재정파탄 방지
- 전국민을 대상으로 한 생애주기별 건강증진 프로그램을 수행함으로써 장기적이고 근본적인 의료비 절감

- 소액질환에 대한 본인부담 강화는 의료이용자들의 비용의식 제고로 의료남용 방지

[도 3] 다층보장체계의 급여범위 및 본인부담

|              | 급여대상  | 법정본<br>인부담 | 총진료비<br>(구성비) | 본인부담             |                 |
|--------------|---|------------|---------------|------------------|-----------------|
|              |   |            |               | 급여비              | 본인부담            |
| Ⅲ<br>(重症 질환) | - 입원진료비가 건당 평균<br>300만원 이상인 질환                                    | 20%        | 7.5조 (29%)    | 6조               | 1.5조            |
| Ⅱ<br>(中症 질환) | - 입원진료비가 건당 평균<br>300만원 미만인 질환<br>- 외래 소액진료비 초과분                  | 30%        | 13조 (50%)     | 9.1조             | 3.9조            |
| Ⅰ<br>(輕症 질환) | 소액진료비 (외래 내원일당)<br>- 의원 2 만원까지<br>- 병원 3 만원까지<br>- 종합병원 이상 5 만원까지 | 40%        | 5.5조 (21%)    | 2.2조             | 3.3조            |
| 합 계          |   |            | 26조<br>(100%) | 17.3조<br>(66.5%) | 8.7조<br>(33.5%) |

## 2. 재정통합과 분리에 따른 정책 선택

### 가. 재정통합의 문제점

- 부과체계의 분리로 근본적인 통합의 한계
- 통합후 형평계수 등을 통한 보험료 분담원칙을 정할 수 있으나 지역과 직장간 부담정도에 따른 끊임없는 논란 예상
- 비용을 절감할 수 있는 제도적 기전이 없는 상태에서의 통합은 급여비용을 지속적으로 증가시킬 우려가 있음

## 나. 재정분리의 문제점

- 지역과 직장으로 이원화된 분리인지, 광역 시도단위 분리인지, 과거 조합형태의 분리인지 분리의 실체가 명확하지 않음 - 각각의 형태에 따라 문제점이 다름
- 통합 공단이 이원체제로 운영되거나 조직이 분리되면 관리운영비용 증가
- 재정의 분리는 분리단위별로 재정상태에 따라 급여의 차등을 가져올 수 있음

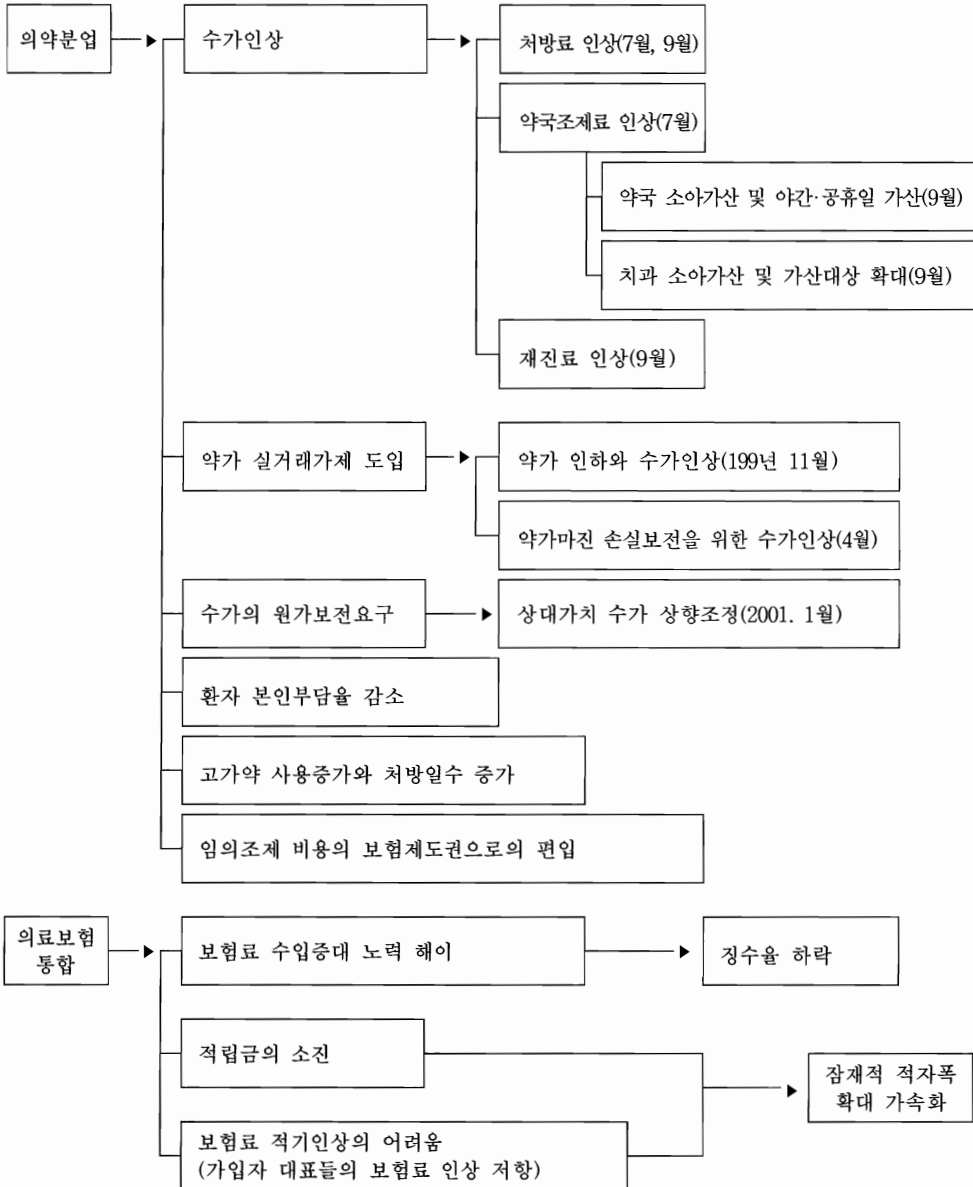
## 다. 통합/분리에 대한 선택

- 조직은 현행대로 통합을 유지하되 재정은 여건이 성숙될 때까지 구분계리(절충주의)
  - 5인 미만 사업장 종사자들을 지속적으로 지역에서 직장으로 편입시키면 2003년말 기준 약 7(직장) : 3(지역)의 비율로 적용대상자의 비율이 바뀌게 됨 (현행 5:5)
  - 지역은 농·어민을 중심으로 영세 1인사업자나 일용직 등이 잔류하게 되어 국고의 지속적 지원하에 통합하면 통합의 부작용을 극소화할 수 있음
- 통합유예기간 동안 관리운영 시스템의 개편
  - 현행 공단의 성과평가체계는 지사에게 재정수입 증대와 재정지출을 절감할 수 있는 유인동기를 제공할 수 있는 제도가 결여되어 있으므로 지사간에 경쟁을 유도하기 위한 성과주의의 도입이 필요함.

- 재정수입 확보를 위한 유인 시스템
  - 지사별 부담능력을 측정하는 지표를 개발하여, 지사별 목표수입을 할당하여 보험료징수 유인을 제고
- 재정지출 절감을 위한 유인 시스템
  - 지사별로 가입자들의 질병발생확율(성, 연령 등)에 기초한 기대진료비규모를 산정하여, 이에 해당하는 FUND를 배정
  - 지사는 배정된 FUND 범위내에서 진료비를 관리
  - FUND 관리를 위하여, 지사에게 일정한 권한을 부여
- 재정수입 및 재정지출의 운영성과에 따라 인센티브 제공
  - 인센티브로써 연봉 가산 및 특별보상금 지급, 국내외연수, 승진 가산점 부여, 특별휴가 등을 검토

〈부 록〉

1. 의약분업과 의료보험통합에 따른 보험 재정 증대요인



## 2. 건강보험 재정수지 추이 : 1990-2001

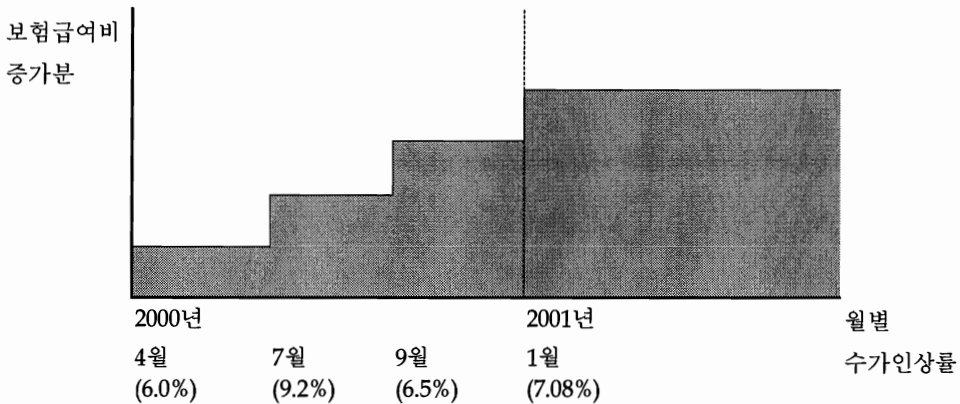
(단위: 억원)

| 구분 |      | 1990   | 1991   | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000       | 2001    |
|----|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---------|
| 계  | 지출   | 21,640 | 24,910 | 29,704 | 34,635 | 38,694 | 50,537 | 64,132 | 76,787 | 87,157 | 95,614 | 101,106    | 142,862 |
|    | 수입   | 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 |
|    | 적립금  | 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 | 지출   | 10,075 | 11,572 | 13,988 | 16,640 | 18,392 | 24,331 | 30,485 | 36,135 | 41,193 | 46,802 | 49,523     | 70,248  |
|    | 수입   | 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 | -2,989     | -7,799  |
| 직장 | 지출   | 8,423  | 9,878  | 11,316 | 13,064 | 14,927 | 19,923 | 25,547 | 31,082 | 34,252 | 36,993 | 51,583     | 72,614  |
|    | 수입   | 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 |
|    | 적립금  | 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 | 지출   | 3,143  | 3,460  | 4,401  | 4,931  | 4,835  | 6,283  | 8,100  | 9,570  | 11,712 | 11,819 |            |         |
|    | 수입   | 3,578  | 4,337  | 5,130  | 5,616  | 5,646  | 6,606  | 7,154  | 7,903  | 8,509  | 12,175 | *직장과<br>통합 | 좌동      |
|    | 당기수지 | 435    | 877    | 729    | 685    | 811    | 323    | -946   | -1,667 | -3,203 | 356    |            |         |
|    | 적립금  | 4,014  | 4,449  | 5,326  | 6,055  | 6,740  | 7,015  | 5,804  | 3,972  | 769    | 1,125  |            |         |

資料: 국민건강보험공단, 『국민건강보험통계연보』, 각연도, 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 연도.  
국민의료보험관리공단, 『국민의료보험통계연보』, 2000; 보건복지부 추정자료.

## 3. 의약분업에 따른 보험재정 증가분석

〈 2000~2001年 酬價引上의 保險給與費 增大效果 概念圖 〉

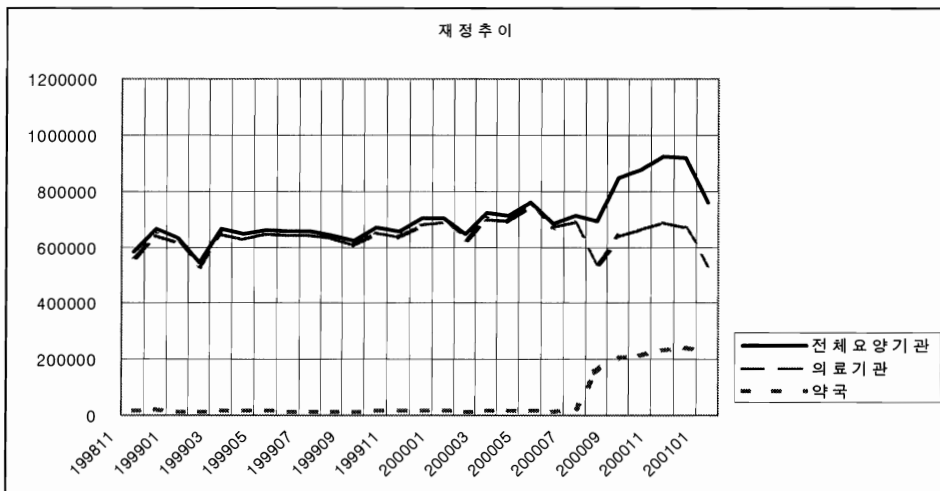




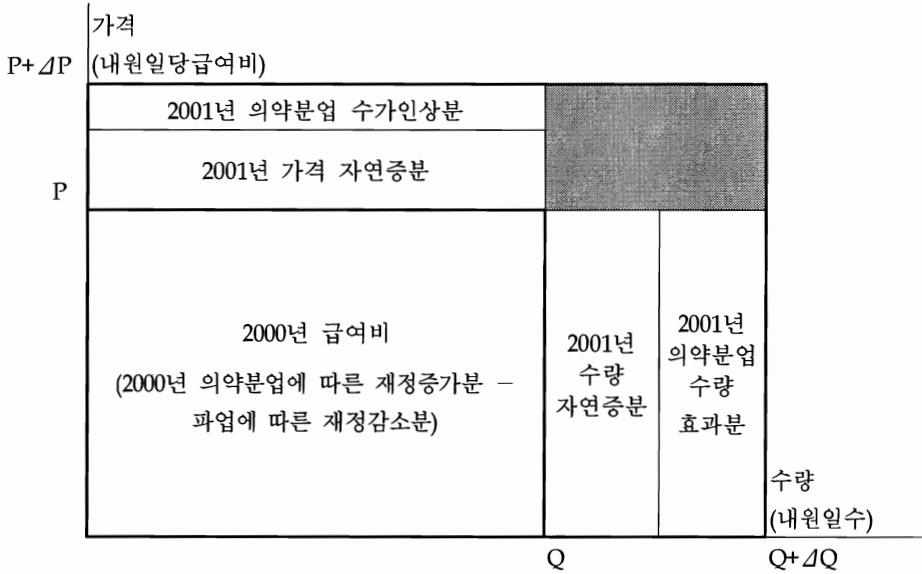
〈 醫藥分業 前後 酬價 引上調整 內譯 〉

| 일시         | 인상률   | 조정 내용  |
|------------|-------|--|
| 2000. 4. 1 | 6.0%  | 실거래가 상환제도 도입에 따른 약가마진 손실을 보전하기 위함.<br>· 동네의원: 9.6%, · 병원급 이상: 2.4%<br>· 동네약국: 8.1%   |
| 2000. 7. 1 | 9.2%  | - 의료기관 처방료: 1,172원 인상 (3일분 기준)<br>- 약국 조제료: 1,053원 인상 (3.4일분 기준)   |
| 2000. 9. 1 | 6.5%  | - 의료기관 재진진찰료: 1,000원 인상(4,300→5,300원)<br>- 의료기관 원의처방료<br>· 의원기준 종전 대비 1,092원 인상<br>· 주사제 처방료는 종전 기준 대비 920원 인상<br>- 약국 조제료 조정<br>· 소아 가산 및 야간 또는 공휴일 가산제 도입<br>- 치과 소아가산율 및 대상 항목 조정<br>· 가산율: 20% → 30%<br>· 가산 대상 항목: 8개 항목 → 11개 항목 |
| 2001. 1    | 7.08% | 상대가치점수 시스템으로 전환하면서 상대가치 보다 낮은 수가의 상향 조정 (점당 55.4원)   |

〈 건강보험급여비의 최근 추이(진료비발생기준) : 1999. 11-2000. 12 〉

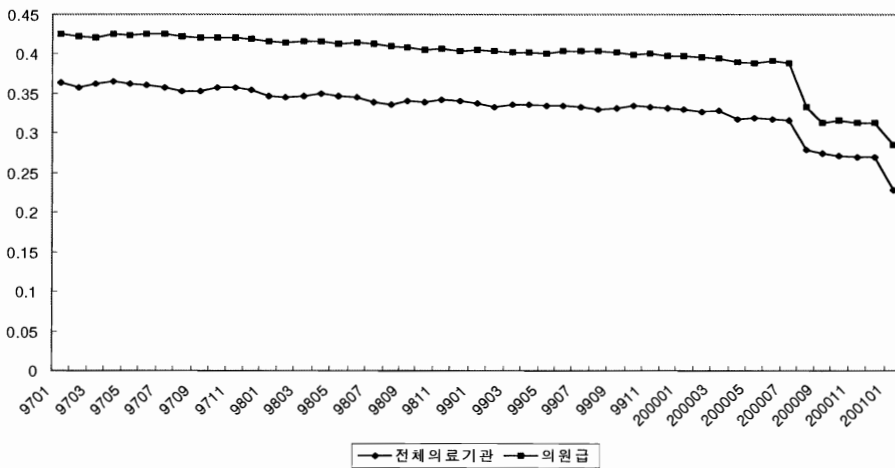


〈 2000年 對比 2001年 保險給與費 增大效果 概念 〉



주: 빗금친 부분은 수량효과와 가격효과의 복합효과

〈 법정환자 본인부담율(외래)의 인하 추이〉



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

〈 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    | 보험자 부담 | 본인부담   | 급여율   | 본인 부담률 |
|-------------|--------|--------|--------|-------|--------|
| 1995        | 37,872 | 20,824 | 17,048 | 0.550 | 0.450  |
| 1996        | 47,330 | 26,804 | 20,526 | 0.566 | 0.434  |
| 1997)       | 57,132 | 32,991 | 24,141 | 0.577 | 0.423  |
| 1998        | 64,589 | 38,029 | 26,561 | 0.589 | 0.411  |
| 1999        | 75,067 | 44,880 | 30,187 | 0.598 | 0.402  |
| 2000. 1~6   | 40,807 | 24,801 | 16,007 | 0.608 | 0.392  |
| 2000. 7~12) | 51,742 | 34,881 | 16,861 | 0.674 | 0.326  |
| 2000        | 92,549 | 59,681 | 32,868 | 0.645 | 0.355  |
| 2001. 13)   | 8,595  | 6,144  | 2,451  | 0.715 | 0.285  |

- 주: 1) 1997년 이후는 진료비 발생기준의 자료를 사용하였고, 1995년과 1996년은 통계연보상의 심사기준의 자료임.  
 2) 2000년 7월에서 12월까지의 진료비 발생기준으로 하였으며, 아직 청구되지 않은 진료비는 제외되어 있음(진료비에는 약국을 포함).  
 3) 2001년 1월 발생진료비 기준이며, 상당부분의 청구되지 않은 진료비가 제외되어 있어 수치의 대표성이 떨어짐.

〈 2000年 對比 2001年 財政增加 分析 〉

(단위: 원)

|   |                       |           |
|---|-----------------------|-----------|
| 2001년 추정급여비( $\alpha$ )1)               |                       | 13조 8449억 |
| 2000년 실제급여비( $\beta$ )                  |                       | 9조 321억   |
| 2000년대비 2001년 재정증가분( $\alpha-\beta$ )2) |                       | 4조 8128억  |
| 재정<br>증가분의<br>구성                        | 가격효과에 의한 재정증가분        | 2조 2401억  |
|   | 수가인상분                 | 1조 8676억  |
|   | 가격 자연증가분              | 6042억     |
|   | 가격효과 + 수량효과에 의한 재정증가분 | 7844억     |
|   | 수량효과에 의한 재정증가분        | 8153억     |
|   | 의약분업에 의한 재정증가분        | 7000억     |
|   | 2000년 추정급여비 - 실제급여비3) | 2730억     |

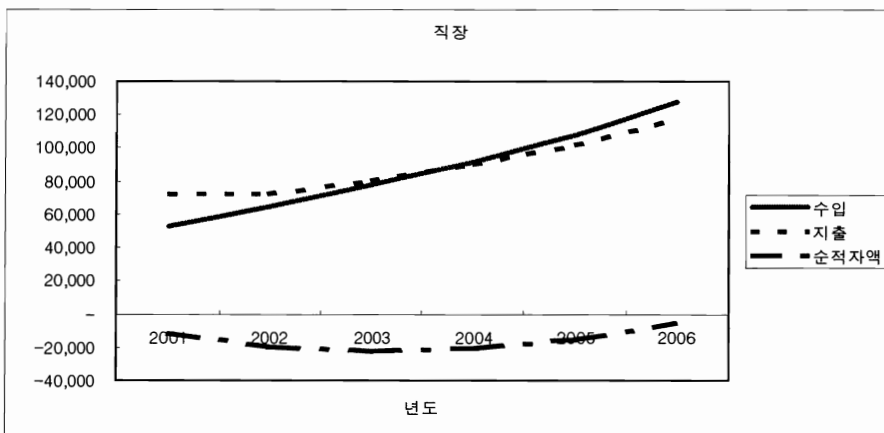
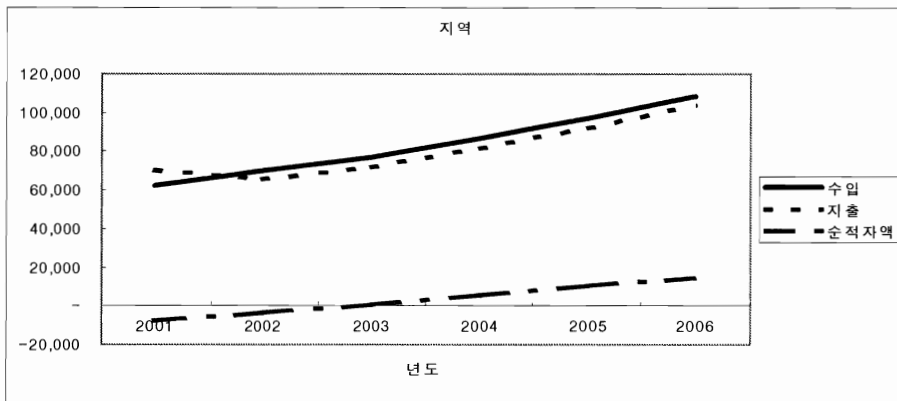
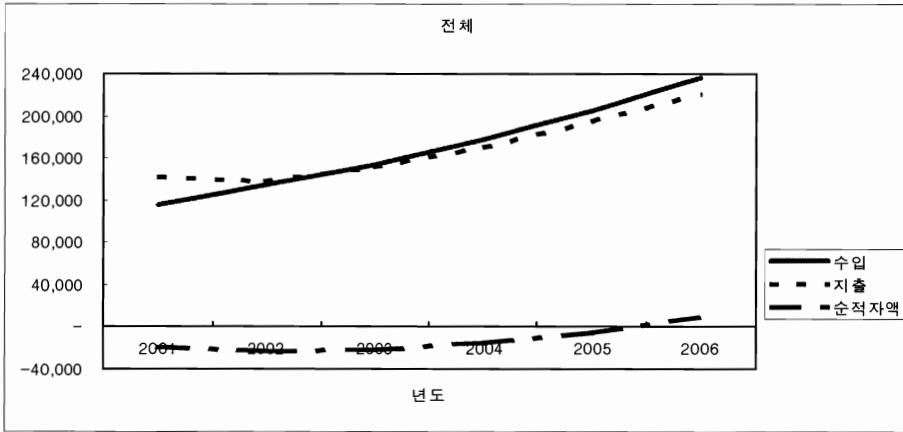
- 주: 1) 정부가 7월 시행한 재정안정대책에 의한 절감효과는 포함되지 않았음.  
 2) 재정증가분의 계산은 2000년에 의약분업이 시행되지 않았다고 가정할 때의 추정급여비를 비교의 기준으로 삼았음.  
 3) 2000년 의약분업 미시행시 추정급여비 9조 3051억원에서 실제급여비 9조 321억원을 제외한 것임.

#### 4. 정부의 재정운영계획

- 보험료인상계획 : 2002~2003년▶9%, 2004년 이후▶8%
  - \* 지역보험료 : 자연증가율(매년 신규자료부과에 따른 증가)▶2.3%
  - \* 직장보험료 : 보수인상율▶8.87%
- 수가인상계획 : 2002년▶동결, 2003년 이후(물가상승율)▶3.5%
  - \* 자연증가율 : 매년 10% 가정

(단위 : 억원)

| 구분 |      | 2001년   | 2002년   | 2003년   | 2004년   | 2005년   | 2006년   |
|----|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 계  | 수입   | 115,046 | 134,160 | 154,054 | 177,750 | 204,852 | 235,331 |
|    | 지출   | 142,862 | 138,062 | 152,023 | 171,655 | 194,713 | 221,242 |
|    | 당기수지 | △27,816 | △3,902  | 2,031   | 6,095   | 10,140  | 14,090  |
|    | 누적수지 | △18,627 | △23,154 | △20,498 | △14,403 | △4,263  | 9,827   |
| 지역 | 수입   | 62,449  | 69,858  | 76,485  | 86,255  | 96,903  | 107,884 |
|    | 지출   | 70,248  | 65,873  | 71,679  | 81,404  | 92,298  | 103,722 |
|    | 당기수지 | △7,799  | 3,743   | 4,805   | 4,851   | 4,605   | 4,161   |
|    | 누적수지 | △7,435  | △3,692  | 1,235   | 6,086   | 10,690  | 14,851  |
| 직장 | 수입   | 52,597  | 64,302  | 77,569  | 91,496  | 107,950 | 127,448 |
|    | 지출   | 72,614  | 72,473  | 80,344  | 90,251  | 102,415 | 117,519 |
|    | 당기수지 | △20,017 | △8,170  | △2,774  | 1,245   | 5,535   | 9,929   |
|    | 누적수지 | △11,192 | △19,362 | △21,733 | △20,488 | △14,953 | △5,024  |



## II. 중장기 건강보험 재정안정체계 구축방안

### 건강증진형 재정안정 방안

(재원조달 다층체계·중고령 사회부담)

| 총진료비<br>(20.9조) | 재원조달 |  |             |          |          |
|-----------------|------|--|-------------|----------|----------|
|                 | 건강보험 |  |             | 의료급여(보호) |          |
|                 | 진료비  | 급여비  | 본인부담        | 진료비      | 급여비      |
| Ⅲ(重症)<br>5.8조   | 5조   | 부담금(1.8조), 국고(1.1조)<br>→ 사회관리<br>보험료(1.6조) | 10%<br>0.5조 | 0.8조     | 국고(0.8조) |
| Ⅱ(中症)<br>10.4조  | 9.4조 | 보험료(7.4조) →<br>보험관리                        | 20%<br>(2조) | 1조       | 국고(1조)   |
| Ⅰ(輕症)<br>4.7조   | 4조   | 보험료(2조)<br>자기관리                            | 50%<br>(2조) | 0.7조     | 국고(0.6조) |

- 건강부담금 중 0.2조는 건강증진사업에 투여(건강증진사업으로 연간 5조 절감)
- 의료급여 대상자는 1종과 2종의 종별 구분을 없애 중증(中症)이상의 질환에 대해서는 본인부담을 면제하고 경증(輕症)에 약 10%의 본인부담 실시

#### □ 건강증진형 재정안정방안의 목표

- 생애주기별 건강관리로 국민의료비 절감 : 건강지표에 의한 생애주기별 건강관리체계 제도화 → 인센티브 도입

- 고액의 중증질환에 대한 국가책임의 강화 : 고액비용으로 인한 가계의 재정 파탄 방지 → 특별부담금/국고
- 경증 질환에 대한 자기책임 강화 → 본인부담 확대

□ 다층체계에 의한 재원조달 다원화

- 건강보험료(11조) : 건강보험료 체납자 불이익(본인관리)
- 건강부담금(2조) : 담배부담금(6,600억) + 주류부담금(1.32조)
- 본인부담금(4.6조) : 소액진료비 본인부담 확대, 고액진료비 사회부담 확대
- 국고지원금(4.6조) : 지역보험(2.6조) + 의료급여(2조)

□ 건강증진 지표의 활용

- 건강지수 = 당(70) + 콜레스테롤(240) + 혈압(80/110) + 비만(18.5/25BMI) + 금연
- 인센티브 : 해당지표당 1%의 보험 절감혜택
- 생애주기별 건강증진 사업의 전국민 생활화
- 의료급여(의료보호) : 도덕적 해이와 기초생보의 자활기피를 통합관리

□ 기대효과

- 건강관리 : 전국민 대상 생애주기별 건강증진 프로그램의 제도화 정착으로 장기적이고 근본적인 의료비 절감

- 자기관리 : 경증 소액질환에 대한 본인책임 강화는 의료이용자들의 비용의식 제고로 의료남용 방지
- 사회관리 : 중증고액진료비, 노인만성병진료비, 저소득층 진료비를 사회적으로 통합관리하여 의료보장성 대폭 확충
- 의료급여의 통합관리(의료보호 + 의료보험) : 도덕적 해이와 기초생보의 자활기피를 통합관리하여 진료비 누수를 차단하고 기초생보의 자활 촉진

## 1. 재정계획

가. 장기 재정계획 : 재정균형을 위한 量入制出원칙을 채택하여 항구적 재정안정 도모

- 2004년 이후에는 건강증진부담금 2조중 1조를 건강증진프로그램(2천억원)과 노인의료비(8천억원) 등 Ⅲ층의 고액진료비에 투입하여 근원적으로 의료비 절감
- 소액질환(I 층)에 대한 본인부담(50%) 강화로 의료서비스에 대한 남용 방지
- 공급자에 대한 진료비 총액을 관리할 수 있는 총액예산제의 도입으로 첫 연도(2002)부터 단계별로 장기재정균형 효과 발생

나. 단기 재정계획 : 소비자와 공급자간 분담의 적정화를 통하여 재정수지 균형 확보



- 2002년도 총수입 약 15.5조{보험료(11조), 국고지원(2.6조), 건강부담금(1.9조)}
- 2002년도 총지출 약 14.5조{보험급여(13.5조), 관리운영비 등(1조)}
- 당기잉여금 1조를 차입금 상환에 사용, 2003년말 재정균형 확보

**다. 재정계획(보건복지부)**

(단위: 억원)

| 구분 |      | 2001년   | 2002년   | 2003년   | 2004년   | 2005년   | 2006년   |
|----|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 계  | 수입   | 115,046 | 134,160 | 154,054 | 177,750 | 204,852 | 235,331 |
|    | 지출   | 142,862 | 138,062 | 152,023 | 171,655 | 194,713 | 221,242 |
|    | 당기수지 | △27,816 | △3,902  | 2,031   | 6,095   | 10,140  | 14,090  |
|    | 순적자액 | △18,627 | △22,529 | △20,498 | △14,403 | △4,263  | 9,827   |

**2. 건강지수 도입방안**

생애주기별로 사전 예방과 건강증진에 의한 '평생건강관리'를 통하여 질병과 장애를 예방함으로써 의료비를 줄이고, 나아가 사회적 비용을 줄임.

□ 건강지수를 보험료 부과체계에 도입하여 총부과액의 5% 범위내에서 수익자 부담의 원칙 실현

□ 건강지수에 반영될 변수 : 당+콜레스테롤+혈압+비만+담배

□ 도입절차

- 도입방안 발표후 1년의 유예기간을 거쳐 적용
- 현재 2년에 한번씩 실시하는 정기건강검진시 측정

□ 건강지수 도입후 보험료율

- 보험료율 = [  $\sum$ 현행보험료율(1- 0.01 $\sum$ i) ] / n , n은 20세 이상 가족수, i는 1로 지수화된 건강측정변수

(예 : 건강측정변수 5개중 3개가 기준 이하일 때 보험료의 3%를 감면)

□ 기대효과

- 건강지표개선으로 성인병관련 만성질환 예방 : 의료비 절감
- 건강증진사업과 사회보험의 연계를 통하여 정부정책 효율성 증대
- 건강증진 프로그램의 생활화에 의한 사회규범준수와 윤리성 향상 : (영양, 음주, 흡연 등의 실천으로 건전한 생활패턴 정착)

## 국민 5명중 1명 '비만'

혈압·콜레스테롤·간기능順 '주의'판정

건보공단 '2000검진결과' 공개

우리 국민 5명중 1명이 주의가 요망되는 비만상태인 것으로 나타났다. 이로 인해 비만이 다른 요인들을 제치고 국민건강을 위협하는 첫번째 위험요인으로 꼽혔다.

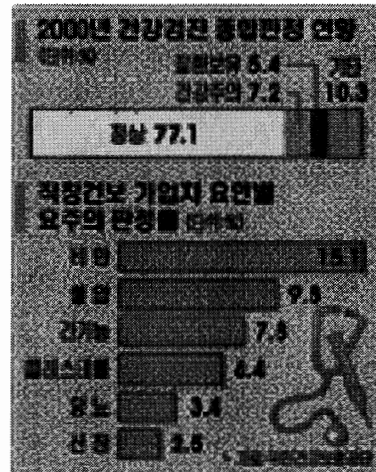
국민건강보험공단이 26일 공개한 2000년도 건강검진결과에 따르면 총 건강검진대상(507만5964명)중 90만3186명(17.8%)이 조속한 조치를 요하는 비만판정을 받은 것으로 집계됐다.

지역가입자는 27.3%가 비만주의 대상으로 분류됐고 이어 혈압(12.7%), 콜레스테롤(9.1%), 간기능(7.20%) 순으로 주의를 받았다. 직장가입자 주의 대상도 비만(15.1%)이 가장 높았고 혈압(9.8%), 간기능(7.8%)순이었다.

비만판정 비율은 여성이 20.7%로 남성(16.5%)보다 높았다. 특히 '직장생활을 하지 않는 40대 이상 여성'에서 전반적으로 높은 비만판정률이 나타났다. 검진대상중 평균 비만판정률은 직장가입자의 50대 여성 피부양자가 32.1%로 가장 높았고 지역가입자중 50대여성은 31.0%, 60대 여성은 28.1%, 40대 여성은 27.2%로 각각 조사됐다. 남성 직장가입자의 경우 50대가 20.5%로 가장 높았고 60대(18.7%),40대(18.6%)순이었다.

한편 처음으로 지역과 직장을 포함해 집계된 이 통계에선 전체검진자중 23%(116만248명)가 질병에 걸린 것으로 의심될 만큼 건강상태가 좋지 않거나(질환의심), 실제 질환을 가진 것으로 나타나 우리 국민 4명중 1명은 건강상 문제를 안고 있었다.

특히 고령자가 많은 직장 피부양자의 경우 50.3%, 지역가입자는 38.7%가 여기에 속해 건강보험 재정을 압박하는 주요인으로 지적됐다. 직장가입자의 경우에도 25.3%가 질환이 의심돼 직장인의 건강수준도 상당히 낮게 나타났다. 직장인의 경우 실제 가지고 있는 질환은 고혈압-당뇨-간장질환 순으로 나타났다.



/엄주엽 기자 ejyeob@munhwa.co.kr

### 3. 건강부담금 도입 방안

- 배경 : 건강위해 물질의 소비가 의료비를 증가시키기 때문에 수익자 부담의 원칙에 따라서 담배와 주류에 대하여 부담금 부과
- 용도
  - 단기 : 재정안정이 확보될 2004년까지는 Ⅲ층의 고액의료비와 건강증진사업에 충당
  - 장기 : 1조는 건강증진사업(2천억원)과 노인의료비(8천억원)에 충당하고, 나머지는 공공의료기관 및 장기요양시설 확충에 사용
- 부과내역 ( 1년간 총 2조원 목표 )
  - 담배 : 갑당 150원의 정액부담금을 부과하여 연간 약 7천억원 확보
  - 주류 : 주세의 50%를 부담금으로 부과하여 연간 약 1.3조원 확보

### 4. 노인 장기요양과 복지 간병에 의한 비용 절감

#### □ 노인 장기요양제도의 기본 원칙

- 만성질환 노인을 고비용이 수반되는 의료기관의 급성기 병상에서 장기요양시설이나 재택요양으로 전환하여 노인의료비 절감
- 기초생활보장대상자 중 근로능력이 있는 조건부 수급자들을 「복지간병인」으로 육성하여 자활 촉진
- 수요자의 서비스 선택 존중

□ 노인 장기요양제도의 단계적 확충

- 1단계 : 저소득 중증 장애인에 대한 요양서비스 제공 및 인프라 구축
- 2단계 : 건강보험(의료급여)제도 내에 「장기요양기금」을 설치하여 의료 서비스와 복지 서비스의 이원적 지원
- 3단계 : 장기적으로 모든 요양서비스를 통합하여 노인요양보험제도로 발전

□ 기대효과

- 노인의료비의 절감 : 많은 비용을 유발하는 급성병상의 이용을 요양병상, 요양시설 및 재가요양서비스로 대체하여 비용절감
- 복지간병을 통한 빈곤층의 자활 유도(脫 貧困 정책)

## 5. 건강보험 재정안정모형에 의료급여제도 통합

□ 급여범위 및 본인부담 개편

의료급여 수급자의 급여체계를 건강보험 다층체계모형과 단일화시키되 중증(中症)이상의 질환에 대해서는 본인부담을 면제하고 경증(輕症)에 대해 10% 본인부담 실시

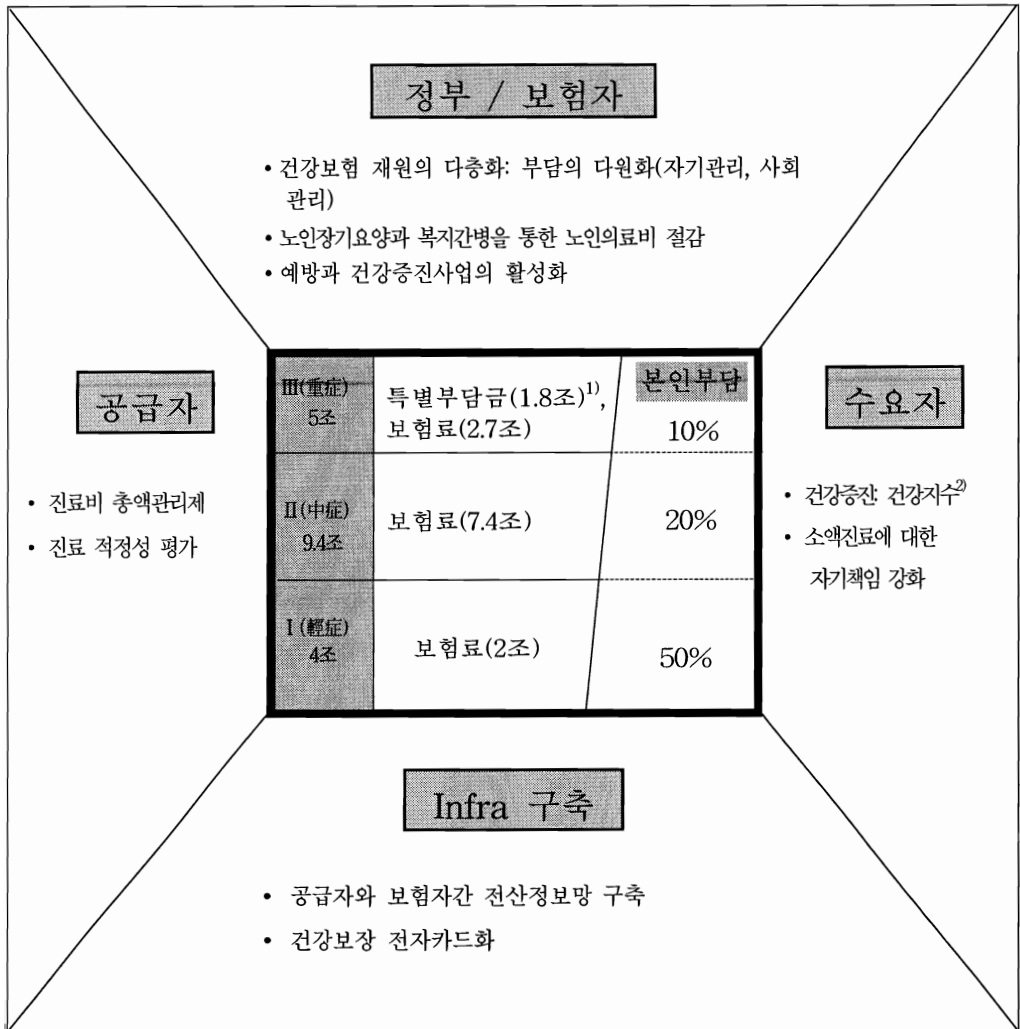
□ 대상자 자격 개편

- 현행 기타대상자를 건강보험 적용대상자로 전환하고 국가가 이들에 대하여 보험료 대납
- 현행 1종과 2종의 종별구분을 폐지하여 취약계층의 의료보장 확충

□ 비용지불방식 개편

- 외래는 공공기관으로 한정하여 현행 행위별수가제를 예방서비스에 대한 유인이 크고 불필요한 서비스의 억제가 가능한 인두제로 전환
- 입원은 행위별수가제를 유지하되 사후관리업무를 공단으로 이관
  - 장기입원의 월별 청구분을 연계·심사로 누적 관리
  - 고액진료건은 진료기록부 대조·확인 및 심사위원 회부
  - 공단은 진료일 기준 분기별 입내원 일수가 30일 이상인 자와 진료일수가 90일 이상인 자에 대하여 특별 관리

## 6. 건강보험 재정안정의 연관 구조



주: 1) 건강증진부담금: 健康 危害 食品에 대한 부과로 담배에 갑당 150원, 주세의 50%를 건강부담금으로 확보(약 6,600억 + 1.3조)

2) 건강증진 연계 건강지수(당+콜레스테롤+혈압+비만+담배): 총부과액의 5% 범위내에서 수익자 부담의 원칙 실현

3) 건강증진부담금 용도: 건강증진사업(2,000억) + 노인고액진료비(8,000억)

