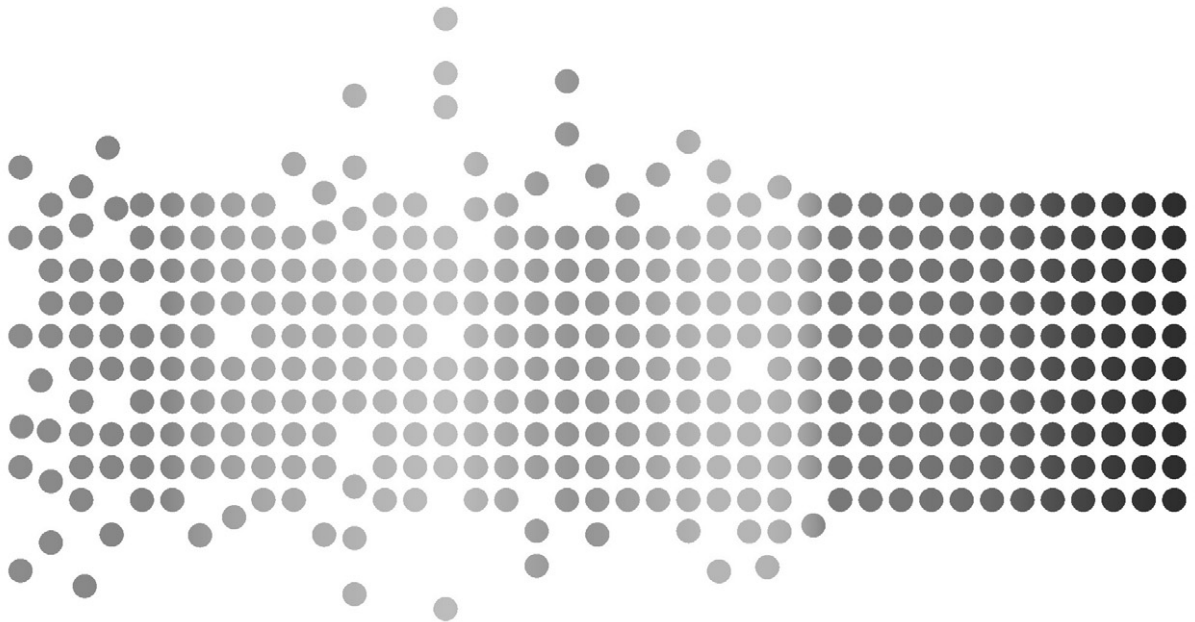


건강보험 정책현황과 과제

The National Health Insurance and Its Policy Tasks

신영석 · 황도경 · 강길원 · 배은영 · 이수연 · 이충섭



연구보고서 2010-08

건강보험 정책현황과 과제

발 행 일 2010년 12월
저 자 신 영 석 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-677-7 93330

머리말

1977년 도입된 후 우리나라 건강보험은 비약적으로 발전하였다. 불과 12년 만에 전 국민이 자격을 취득하였고 급여범위도 점진적으로 확대되어 2008년 기준 보장률이 약 62.2%에 이르고 있다. 금년 봄 미국의 오바마 대통령이 의료개혁을 단행하면서 우리나라 건강보험을 수범사례로 여러 차례 언급한 바 있다. 타인의 말을 빌리지 않더라도 5.33%의 보험료를 부담하면서 62%의 보장률을 보이는 우리나라 건강보험은 13% 이상의 보험료율에 약 80%의 보장성을 보이는 독일, 프랑스, 네델란드 등 선진국에 비해 월등하게 효율적인 제도라 할 수 있다. 짧은 시간 내에 급격히 발전해 왔지만 향후 우리나라 건강보험이 지금처럼 다른 나라의 부러움을 계속해서 받을 수 있을지 점검해 볼 시기이다.

최근 건강보험 재정이 대단히 불안하다. 2010년도 약 1조 3천억 원의 단기 적자가 예상되어 년도 말에는 약 6일 정도의 급여비에 불과한 약 8천억 원이 남을 예정이고 2011년에는 보험료율을 5.9% 인상하기로 결정되었지만 역시 단기 적자가 예상되어 2011년 말에는 불과 3천억 원 정도의 누적적립금이 남을 것으로 전망된다. 반면 최근 5년 동안 2008년(금융위기)을 제외하고는 년평균 급여비 증가율이 약 14%에 육박하고 있다. 향후 보장성 강화에 대한 국민적 요구도 지속될 것이고 노령화 속도도 세계 유래 없이 빨리 진행될 것이다. 재정적인 측면에서 향후 환경 변화는 결코 녹록치 않다. 우리나라 건강보험을 다시 한 번 되돌아 봐야하는 시점이다.

이러한 인식을 토대로 본 과제가 수행되었다. 재정 전망을 통해 향후 건강보험이 지속가능 하려면 어떻게 해야 하는지에 대한 방향설정을 하고 있

다. 진료비 지불제도 개편, 만성질환 관리, 약제비 효율적 관리, 보장성 확대 방안, 의료안전망 구축방안 등에 대해 현황 및 문제점 분석을 토대로 향후 발전 방향을 적시하고 있다. 향후 정책 방향 설정이나 현행 제도개선에 많은 시사점이 있을 것으로 판단된다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본 원의 신영석 연구위원 책임 하에 황도경 선임연구원, 남궁은하 연구원, 외부에서는 강길원 교수, 배은영 교수, 이수연 교수, 이충섭 박사가 참여하였다. 연구진은 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 고경환 박사, 김미곤 박사에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

Abstract	1
요약	3
제1장 서 론	15
1. 연구의 배경 및 목적	15
2. 연구 방법 및 내용	16
3. 선행 연구 검토	18
제2장 건강보험을 둘러싼 환경 변화 전망	27
1. 새로운 국가생존 전략의 필요성 대두	27
2. 저출산 고령화	28
3. 의료기술의 발달 및 타 분야와의 융합 가속화	31
4. 보건의료 가치사슬 및 패러다임 변화	32
5. 만성질환 증가 등 새로운 보건의료 수요 발생	33
6. 기타	34
제3장 재정현황 및 안정화 방향	39
1. 건강보험 재정추이 및 전망	39
2. 보험 재정 확충	45
3. 보험재정 안정을 위한 Built-in Stabilizer 체계 도입	55
제4장 건강보험 보장성 제고 방향	59
1. 건강보험 보장성 현황	59
2. 건강보험 보장성 제고 방향	65

제5장 진료비 지불제도의 개편 방향	71
1. 문제 제기	71
2. 우리나라 진료비 지불제도에 대한 개관	72
3. 외국의 사례	77
4. 진료비 지불제도의 개편 방향	80
제6장 수가결정 방식의 문제점 및 개선 방향	95
1. 문제 제기	95
2. 유형별 수가 계약을 위한 그 동안의 경과	96
3. 수가 결정 과정 및 평가	98
4. 향후 개선 방향	103
제7장 만성질환 관리 방안	107
1. 문제 제기	107
2. 외국 사례 연구와 함의	111
3. 우리나라 만성질환관리 제도의 현황 및 문제점	122
4. 만성질환관리서비스 강화를 위한 정책방안	127
제8장 약제비 효율화 방안	141
1. 문제 제기	141
2. 의약품시장의 특성과 약제비 관리	142
3. 우리나라 약제비 지출 현황	144
4. 기존 약제비 관리 정책에 대한 평가	148
5. 국외 정책동향	164
6. 정책제언	177

제9장 저소득 취약계층 대상 의료안전망 도입	183
1. 문제 제기	183
2. 의료안전망 개념 및 관련 이론	184
3. 외국의 사례 및 시사점	187
4. 의료안전망 관련 현황, 실태 및 문제점	191
5. 의료안전망 도입 방안	199
참고문헌	203
[부 록] 상대가치체계의 현황과 문제점	213
1. 경향없는 시작	213
2. 거듭되는 미완성	219
3. 다른 시각, 다른 시도	220

표 목차

〈표 2-1〉 고혈압·당뇨병 건강보험 진료비 현황	34
〈표 3-1〉 연도별 재정현황	40
〈표 3-2〉 건강보험 수입 및 지출 항목별 추이	41
〈표 3-3〉 건강보험 수입 및 지출 항목별 추이	42
〈표 3-4〉 건강보험 급여비 추계	44
〈표 3-5〉 건강보험 보험료율 추계	44
〈표 3-6〉 한국의 보건의료 재원조달	46
〈표 3-7〉 형제, 자매 피부양자 동거 및 비동거 현황	51
〈표 3-8〉 형제 자매 피부양자 제외 방안	52
〈표 3-9〉 과세 표준액별 재산 현황 및 피부양자 수	53
〈표 3-10〉 연금소득자 소득구간별 현황	54
〈표 3-11〉 2010년 기준 최저생계비	55
〈표 4-1〉 공공재원 및 본인부담률	60
〈표 4-2〉 국민의료비 중 공공재원 비율	62
〈표 4-3〉 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담률	62
〈표 5-1〉 입내원 1일당 진료비	74
〈표 5-2〉 적용인구 1인당 내원일수	74
〈표 5-3〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이 ...	81
〈표 5-4〉 인구 백만명당 CT 보유대수	82
〈표 5-5〉 건강보험 급여비 추계	83
〈표 6-1〉 2010년도 환산지수 협상결과	99
〈표 6-2〉 환산지수 계약 및 결정의 경과	101
〈표 8-1〉 현행 약제비 관리 정책	142
〈표 8-2〉 보험진료비중 약제비 비중	144

〈표 8-3〉 주요국의 처방건당 약품목수	147
〈표 8-4〉 연간 보험의약품 사용현황, 2008년	147
〈표 8-5〉 연도별 약가협상 현황	149
〈표 8-6〉 약제특성별 처리 현황	150
〈표 8-7〉 가격-사용량 연동대상 의약품의 약가 조정률	154
〈표 8-8〉 약가 사후관리 제도별 실적	155
〈표 8-9〉 약제급여 적정성 평가 항목	156
〈표 8-10〉 처방행태를 개선하기 위한 다양한 중재방안	164
〈표 9-1〉 과부담 의료비 지출에 대한 개념 정의	186
〈표 9-2〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률	189
〈표 9-3〉 의료안전망의 개요	192
〈표 9-4〉 의료비지원 사업 현황 세부 내용	192
〈표 9-5〉 소득분위별 보건의료비용 실태(2007년)	196
〈표 9-6〉 의료급여 수급자의 종별 과부담 의료비 분석(2006년) ...	196
〈표 9-7〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(지역, 2006년) ...	197
〈표 9-8〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(직장, 2006년) ...	197
〈표 9-9〉 본인부담 상한제 개편 방안	200

그림 목차

[그림 2-1] OECD 국가들의 고령화 수준(65세 이상 노인인구 비율) ...	29
[그림 2-2] 건강보험 재정의 전체 의료비 대비 노인의료비 비율	29
[그림 2-3] 출생아수 및 합계출산율 변동 추이	30
[그림 2-4] 핵심근로계층(25~49세) 및 생산가능인구의 평균연령 전망 ...	31
[그림 2-5] u-Health가 의료산업에 미치는 효과	32
[그림 2-6] 암사망자 및 만성질환 유병률	33

[그림 3-1] 건강보험 연도별 재정수지 추이	40
[그림 3-2] 건강보험 연도별 보험료수입 및 급여비 추이	42
[그림 3-3] 건강보험 연도별 정부지원금	43
[그림 4-1] 공공재원 및 본인부담률	60
[그림 4-2] 건강보험 전체 보장률 및 암질환 보장률	61
[그림 4-3] 국민의료비 재원 구성의 추이	62
[그림 4-4] 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담률	63
[그림 4-5] OECD 국가의 재난적 의료비지출 가구 비율	63
[그림 4-6] 비급여 진료비 구성비 변화	64
[그림 4-7] 비급여 진료비 절대액 및 구성비 변화	65
[그림 4-8] 보장성 강화 개념 틀	65
[그림 5-1] 일차의료기관 인두제 도입모형	89
[그림 6-1] 환산지수 차등화를 위한 유형분류의 논리(2007, 최병호) ...	97
[그림 8-1] 보험진료비중 약제비 비중의 연도별 추이	145
[그림 8-2] 항생제 및 주사제 처방률의 변화추이	163
[그림 8-3] 처방건당 약품목수의 변화 추이	163
[그림 8-4] 유럽국가에서 제네릭 의약품의 시장점유율	167
[그림 8-5] 제네릭 처방을 위해 의사들에게 주어지는 인센티브의 종류 ...	168
[그림 8-6] 유럽 일부 국가에서 스타틴의 처방 패턴	169
[그림 8-7] 공적 의료보험(SHI) 급여 의약품의 가격추세, 1999-2006년(월간자료)	172
[그림 8-8] 2003년에서 2006년사이 스타틴과 기타 고지혈증약물의 처방 양 변화	173
[그림 9-1] OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률	189
[그림 9-2] 관리운영 흐름도	200

An abstract graphic consisting of a central grey circular shape with several smaller, lighter grey circles of varying sizes scattered around it, resembling a splash or a cluster of bubbles.

Abstract

Korea's public health insurance was found to have covered only 62.2% of total health expenditure in 2008, a figure way below the OECD average of around 80%. Estimated to have spent KW35 trillion in 2010 alone, the National Health Insurance (NHI) is financially at grave risk with its reserves of as little as KW880 billion as of the end of 2010. To make matters worse, many experts are taking issue with the NHI's reimbursement method. Ever since it was implemented, the NHI has reimbursed based on a cost-incurring fee-for-service method. The annual rate of increase in fee-for-service has been kept under 3%, but many finger the costly fee-for-service reimbursement approach as one of the factors responsible for increasing health insurance benefits by 15% every year. Whether the level of fee is appropriate also remains an issue of constant contention. Providers claim that the fee level is set far too low for the world-class quality of services they provide. Consumers on the other hand feel that the services they get are overly priced. The current fee reimbursement contract, which since 2008 has been made based on provider type, is also a matter of unending dispute. Problems also abound when it comes to the question of how insurance premiums should be collected. A few rounds of reform took place over the recent years, whereby in 2000 the National Health Insurance Corporation was made the only insurer and in 2002

its financing underwent unification. Yet, the rate of premium applied is vastly different for employees and the self-employed, which has become the subject of increasing public complaints. Against this backdrop, this study looks into many aspects of the NHI, identifies areas for mid- and long-term improvement, not least in its coverage, financing method, reimbursement plan, and premium collection approach.

요약

1. 연구의 필요성 및 목적

□ 건강보험이 도입된 지 30년이 경과하였지만 OECD 선진국과 비교하면 건강보험은 아직 많은 과제를 안고 있음.

○ 보장성 : 2008년 기준 우리나라 건강보험은 약 62.2%(국민건강보험 연구원 추정)의 보장률로 OECD 선진국 평균의 약 80%에 비해 현저히 낮음.

○ 재정 : 2010년 말 기준 누적적립금이 약 9천억 원(2010년 1년 지출 추정: 약 34조 원)에 불과하여 보장성 확대에 한계가 있고 예기치 못한 상황(예: 전염병 등)에 노출될 경우 건강보험 재정에 심각한 위기를 가져올 수 있음.

— 지불보상체계 : 우리나라 건강보험은 도입 이래 비용조장적인 행위별 수가제(Fee for Service)방식의 지불제도를 운영함으로써 급여비가 매년 급증하고 있음(2008년을 제외하고 지난 5년간 매년 약 18%씩 증가).

— 매년 수가인상률은 3%이하로 통제되고 있지만 노령인구의 급증, 신기술의 발달 등 의료비 증가요인과 함께 비용낭비적인 FFS 지불체계 때문에 보험 급여비의 증가율이 연평균 약 18%에 이르고 있음.

— 보험료 부과체계 : 2000년 건강보험이 단일보험자로 통합되고 2002년부터는 재정까지 완전히 통합되었지만 직역간(자영자와 근

로자) 이동시 보험료 부담이 현격히 차이나는 등 부과의 형평성이 담보되지 않아 극심한 민원의 대상이 되고 있음.

- 수가의 적정성 및 수가계약 방식 : 수가 수준에 대한 공급자와 소비자간 현격한 시각차로 매년 연말 차년도 수가 협상 때마다 몸살을 앓고 있음. : 또한 수가계약방식¹⁾(2008년부터 유형별 협상방식 적용)에 대한 논란이 지속되고 있음.

□ 따라서 본 보고서는 건강보험의 정책현황을 살펴보고 과제를 도출하여 건강보험의 중장기 발전방향을 제시하고자 함.

- 보장성 강화, 재정안정, 지불보상체계의 개선, 보험료 부과체계 개편, 적정 수가에 대한 모색 등 부문별 문제점과 과제를 도출하고 문제점 해결경로를 모색하고자 함.

2. 선행연구 고찰

□ 보장성과 관련하여 허순임(2007)은 환자본인부담 구조의 개선과 의료비 부담을 경감하는 정책 방안 도출을 목표로 건강보험 적정 보장성 확보 방안 제시

- OECD HEALTH DATA를 활용하여 국제 비료를 하고, 과거 20년 동안의 소득 계층별 가계의 의료비 부담 추이를 살펴보고 Focus Group Interview 실시
- 보장성에 대한 개념을 정의하고 현황을 파악한 후 평가하여 본인부담 발생구조에 대한 개선안 도출
- 소득 수준에 따른 의료비 경감 방안 제시

□ 건강보험 보험료 부과체계와 관련 지난 10년간 약 7차례 연구가 이루어졌음.

- 모든 보고서가 직장과 지역간 단일부과체계를 지향하였지만 실패

1) 2001년 이후 수가는 공급자 대표와 공단이사장(공단 산하 재정운영위원회의 가이드라인 아래)간 협상에 의해, 그리고 여기서 합의가 이루어지지 않으면 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 보건복지부 장관이 고시하도록 되어있음.

- 다만 신영석 외(2007)에서는 점진적인 단일 부과체계를 제시하면서 지역 가입자의 비율이 전 국민의 25% 이하로 감소하는 시점에 소득 기준 단일부과체계를 적용하되 지역가입자에게는 기본 보험료만 부과하는 것으로 제시

□ 선행연구에서 제시된 재정안정화 방안들

- 진료비지불개혁이 주요 재정안정화 방안으로 나타났으나, 구체적으로 지향하는 지불제도나 추진방향등은 보고서마다 다르게 나타남.
 - － 총액예산제 도입, 포괄수가제 (DRG) 확대 등 새로운 지불제도로 개편이 필요하다는 의견(최병호, 2000; 사공진, 2003; 김진수 외, 2007)
 - － 현행 행위별수가제는 일부 총액을 통제하는 “목표관리하의 행위별수가제”로 볼 수 있으며, 이를 유지하면서 DRG 등 타 지불제도도 확대하는 지불제도 다원화를 제시한 연구도 있었음(이선희 외, 2008).
- 그 밖의 재정안정화 방안들로 보험료 징수방법으로 간접세(소비세)와 소득에 비례한 정액징수의 혼합, 의료저축계정(Medical Savings Account, MSA) 도입, 담배세 등을 통한 정부지원 보충 등이 있었음.
- 이러한 선행연구들의 제안과 연구방법은 단기적으로 적용 가능한 방안들은 보여주나, 앞으로 건강보험 내외의 여건 변화에 적응하기 위해서는 근원적 해결방안을 모색하는 것이 필요함.

3. 대내외 여건 및 환경 변화 전망

□ 새로운 국가생존 전략의 필요성 대두

- 지금까지는 얼마나 많은 생산을 할 것인가와 풍요로운 소비가 중요한 화두였다면, 인구고령화와 저성장시대에 접어든 시점에서는 제한된 생산물을 어떻게 잘 분배하고 최대의 행복을 추구할 것인가가 중요한 화두가 되고 있음.

- 저출산 고령화 : 노인인구 비중은 '00년 7%(고령화 사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 '10년 11%, '18년 14%(고령사회), '26년 20%(초고

령사회)에 달할 것으로 전망

- 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하고 이는 국민의 부양 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용 예상
 - 90년대 중반까지 우리나라의 합계출산율은 1.6명 수준에서 유지되었으나, '97년 이후 급격히 하락해 '05년 1.08명까지 감소하였고, 당분간 이를 벗어나기 어려울 전망

□ 의료기술의 발달 및 타 분야와의 융합 가속화

- 의료기술의 발달과 나노, 바이오, IT 등과의 융합은 소비자의 의료이용 행태는 물론 의료공급체계의 근본적인 변화를 요구할 것으로 전망

□ 보건의료 가치사슬 및 패러다임 변화 : 미래에는 '개인'이 상시 지속적인 생체신호 모니터링과 분석을 통해 건강위험요인을 예측하고 이를 의사와의 협력을 통해 관리하는 형태로 전환되어 개인에 맞는 예측의료활동에 가치가 집중되는 형태로 가치사슬이 변화할 것으로 전망

- 보건의료 패러다임 변화 : 미래 보건의료는 개인의 유전적 특성, 체질적 특이성 및 개인 생활습관 등을 반영한 개인 '맞춤의료'의 실현으로 패러다임이 변화될 것으로 전망

□ 만성질환 증가 등 새로운 보건의료 수요 발생

- 생활습관 서구화, 노령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압·당뇨 등 만성질환이 급격히 증가하고 이로 인한 사회적 비용이 급증 예상

□ 소득 수준 향상

- 국민 1인당 국민총소득이 2000년 \$11,292에서 2009년 \$17,175로 증가하는 등 경제수준의 향상은 전체적인 건강욕구의 증가와 보건의료서비스의 품질 향상에 대한 기대수준을 제고 시키고, 다양한 형태의 새로운 보건의료서비스 욕구 형성

□ 국민의료비의 증가와 건강보험 재정의 불안

- 우리나라 GDP 대비 국민의료비 비중의 평균 증가율(2000-2007년)은 4.7%로 OECD 평균 증가율(2000-2006년) 2.0%보다 약 2배 이상 빠르게 진행되고 있음.

4. 정책 과제

가. 보험재정 확충

- 보험료를 인상 : 보장성 확대, 노령화, 소득 증가에 따른 수진율 증가 부분 등은 보험료 인상과 연계될 수 있는 구조적 틀 구축
- 국고지원 확대 : 현행 보험료 수입의 20%로 되어 있는 국고지원 규모를 한시법이 종료된(2011) 이후에는 65세 이상 노인 급여비의 50%로 변경하여 점진적으로 국고 지원 확대
- 간접세 도입 검토 : 직접세에 비해 소득 역진적이지만 현행 보험료 방식에 비해서는 누진적이기 때문에 간접세 형태(예: 부가가치세에 건강보험세 부과)로 추가 재원 확보
 - 직접세에 부담을 늘릴 경우 기업의 국제 경쟁력에 어려움이 따르고 고용 감소 효과를 가져 오는 등 부정적인 측면이 있음.
- 피부양자 인정기준 개선
 - 피부양자로 무임승차하고 있는 형제, 자매의 경우 장기적으로 피부양자에서 제외하여 도덕적 해이 방지
 - 일정 수준 이상의 재산, 자동차 등 능력이 있는 피부양자의 경우 피부양자 조건을 강화하여 능력에 맞게 부담시킨다는 사회보험 원칙에 충실하게 조정
- 보험료 부과 대상에서 누락된 소득(연금, 금융, 임대, 양도 등)에 대해 보험료 부과

나. 보장성 강화

- 검사, 처치 및 수술, 주사, 치료재료 등 치료와 직접 관련이 있는 항목을 우선 급여화
 - 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여 범위 내에 포함시키되

재정상황에 따라 본인부담률은 점진적으로 인하

- 선택진료비를 그 다음 급여 범위 내에 포함시키되 선택진료비 지급 방법 개선

- － 현재는 시설 등의 차이를 반영하기 위해 상급종합병원에 지급되고 있지만 향후에는 의료기관 질 평가를 통해서 인센티브 형식으로 개편

- 최종적으로 본인부담액 전체에 대해 상한선 설정

□ 본인부담의 구조조정

- 제도의 효율적 운용을 위해 중질환 중심의 입원에 대해서는 중장기적으로 약 80%(현재 약 61.6%)의 보장률을 목표로 하고 외래의 경우는 약 65%(현재 약 57.8%)로 설정

- 국민의 동의를 얻어서 보장성을 확대하되 건강보험의 지속가능성을 최우선적으로 고려하여 재정범위내에서 단계적 확대

다. 진료비 지불제도 개편

- 공급자의 책임 부과 : 진료비 지불제도 개편(DRG, 총액 예산제, P4P 등)

- 외래 : 인두제를 통한 주치의 방식으로 예산 총액 결정
- 입원 : DRG를 전면 도입하되 총액을 결정한 후 에피소드 건수에 따라 사후가격제 도입

- 진료비 지불제도 개편을 위한 고려사항

- － 의원과 병원의 경영실태, 재무성과와 원가구조 등에 관한 객관적 자료와 특히 병원의 회계기준 정립 필요
 - － 진료전달체계의 확립을 통한 의료기관의 기능적 분화 및 일반의와 전문의 간 역할분담 정립
 - － 총액진료비 제약제가 특정 진료영역(즉 보험진료)에만 적용될 때에는 비보험 진료영역으로의 대체효과가 발생할 우려가 있으므로 보험급여의 지속적인 확충 필요

- － 의료의 질 관리를 위한 시스템 구축 : 이를 위해 의료서비스 평가제도 확립
- － 의료 정보 공개 : 의료기관에 대한 정보 공개 확대 및 IC 카드를 통하여 환자에 대한 통합연계 서비스 제공 체계 구축
- － 제도 개편 당시 공급자들이 동의할 수 있는 정도의 수가 조정

라. 수가 결정방식 개선 방안

- 유형별 계약제하에서는 협상 기회를 단일화해야 함.
 - 공급자와 가입자가 동등한 입장에서 의사를 표현하고 타협할 수 있는 여건 필요
- 협상의 자료로 사용될 데이터에 대한 합의 필요
 - 가입자와 공급자가 합의하에 공동으로 연구단을 만들어 연구 방법, 필요 데이터, 데이터 구독 방법 등에 대해 합의하고 연구 결과를 준수하는 것으로 사전에 합의
- 수가, 보험료가 동시에 자동으로 결정될 수 있는 산식 개발 필요
 - 수가에 영향을 미치는 요소(보장성 확대, 물가 변동, 인구구조 변동, 기술의 발달 및 공급량의 변화 등)를 선별하여 수가가 결정될 수 있는 방식을 도입하고 수가가 결정되면 자동으로 보험료가 결정될 수 있는 방식 도입

마. 만성질환 관리 방안

- 주치의 제도와 노인 만성질환 케어매니지먼트 제도 도입
 - 만성질환관리 일차의료팀(가칭)은 지역사회를 중심으로 한 전달체계로서 주치의, 지역간호사, 사회복지사 등으로 구성
 - 사회복지사가 케어매니저가 되어 만성질환 환자에게 적합한 지역사회 건강자원(예, 보건소 건강증진 프로그램 또는 민간부문 건강관련

시설)과 의료기관을 이용할 수 있도록 조정 및 안내

- 병의원 이용이 자유롭지 못한 만성질환 노인을 위해서 가정방문(home care)/왕진서비스를 통해 필요한 지역사회 니즈 충족
- 만성질환관리 일차의료팀에서 병원에서 퇴원한 만성질환 노인에 대한 질환관리, 장기요양보험에서 재가복지서비스를 받는 노인에 대한 방문간호 제공
- 만성질환관리 일차의료팀은 일차의료(주치의)와 긴밀하게 연계되어져야 할 뿐 아니라 병원 의료복지사(사례관리사)와 장기요양보험 케어매니저와 긴밀하게 연계되는 전달체계 구조 필요
- 노인 건강상태에 따른 적합한 기관(병원, 시설, 홈)으로의 이동과 장기요양보험대상자(등급외 판정자 포함)에 대한 만성질환관리서비스 강화

바. 약제비 효율화 방안

- 1안 : 특허만료 후 시장에서 가격변경을 자유로이 하고, 낮은 가격 순으로 정렬하여 전년도 판매량을 기초로 하였을 때 시장의 일정%를 공급할 수 있는 제품들을 제시하고, 조제 시 이들 약 중에서 하나로 의무적으로 대체하도록 함.
 - 환자가 비싼 약을 고집할 경우 처방의가 인정하는 의료적 이유가 존재하지 않는한 약값을 전액 본인부담하게 함.
- 2안 : 참조가격제를 도입하되, 참조가격보다 가격이 일정% 이하인 제품을 조제할 경우 약제비와 관련한 환자본인부담을 면제 혹은 경감
 - 향후 전문과목별, 질병별 목표 예산을 정하고 이를 충족시켰는지 여부에 따라 인센티브, 디스인센티브 부여
- 원내 시장에 적용되는 정책은 약에 대해 별도의 정책을 도입하기보다 전반적인 지불보상제도의 개혁 방향 속에서 해결
 - DRG나 총액예산제 등 환자 치료에 소요되는 모든 비용에 대해 포괄적으로 상환기준을 정하고, 그 속에서 분야별 선택은 의료기관에 맡김.

사. 의료안전망 구축 방안

□ 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위내) 세분화 적용

현행	개편(안)
- 소득 기준 하위 50% : 200만원 - 소득 기준 상위 50%~80% : 300만원 - 소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원	- 소득 기준 하위 30% 이하 : 100만원 - 소득 기준 하위 30%~50% : 200만원 - 소득 기준 상위 50%~80% : 300만원 - 소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원

○ 소득 기준 하위 50% 이하에게 일률적으로 적용되고 있는 본인부담 상한제의 소득 구간을 세분화하여 30% 이하의 계층에게는 본인부담 상한선을 100만원으로 인하

□ 소득 계층별 본인부담 차등제를 도입하여 취약 계층의 의료비 부담 완화 (2009년 기준 약 4,540억 원 소요)

○ 소득 기준 하위 20%에게 입원의 경우 현행 20%에서 15%로, 외래 의 경우 현행 30%에서 20%로 경감

□ 경상 소득 기준 최저생계비 이하의 계층 중 의료급여 수급자가 아닌 사람들(전 국민의 약 5%)에게 건강보험 보험료 면제

□ 의료급여 수급자에서 탈피하여 건강보험으로 자격이 옮겨진 계층에게 2년간 한시적으로 의료급여 2종의 본인부담률 적용(약 21만 명에게 1년에 약 119억 원 소요)

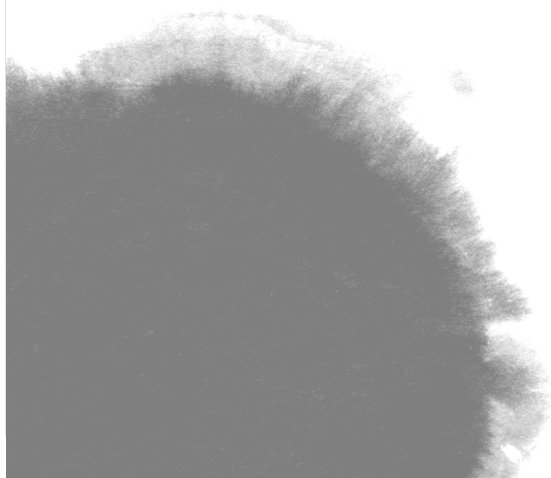
□ 의료안전망 기금 설치

○ 지원 대상 : 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한 달에 20만 원 이상) 초과한 가구

○ 지원 방법 : 대불하되 분할 납부할 수 있도록 하고 일정기간(예: 3년) 후 상환 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분

01

서론



제1장 서론

1. 연구의 배경 및 목적

건강보험이 1977년 도입된 후 1989년에 전 국민으로 확대되었고 그 이후에도 보장성이 지속적으로 확대되는 등 지난 30여 년간 건강보험은 비약적으로 발전하였다. 특히 미국에서는 건강보험을 개혁하면서 오바마 대통령이 우리나라 건강보험을 모범사례로 거론하는 등 세계적으로 인정받는 제도로 성장하였다. 그러나 최근 재정안정이 위협받고 있고 보장성은 OECD 선진국에 비해 많이 떨어지는 등 아직도 갈 길이 멀다.

2008년 기준 우리나라 건강보험은 약 62.2%²⁾의 보장률로 OECD 선진국 평균의 약 80%에 비해 현저히 낮다. 재정의 경우 2010년말 기준 누적 적립금이 약 8,800억 원(2010년 1년 지출추정: 약 35조 원)에 불과하여 건강보험 재정에 심각한 위기가 도래하고 있다. 진료비 지불 보상제도 또한 많은 전문가들이 문제점을 지적하고 있다. 우리나라는 건강보험 도입 이래 비용조장적인 행위별 수가제(Fee for Service)방식을 적용하고 있다. 매년 수가인상률은 3%이하로 통제되고 있지만 노령인구의 급증, 신기술의 발달 등 의료비 증가요인과 함께 비용낭비적인 FFS 지불체계 때문에 보험 급여비의 증가율이 연평균 약 15%³⁾에 이르고 있다. 수가의 적정성에 대한 논란도 지속되고 있다. 공급자들은 세계적 수준의 서비스 질에 비해 수가가 터무니없이 낮다고 주장하는 반면 소비자들은 오히려 너무 과도한 수가가

2) 최기춘 외, “건강보험 환자 진료비 실태조사”, 2009 건강보험 정책연구원

3) 2008년 세계적 금융위기가 도래했던 2008년을 제외하고 지난 5년간 연평균 급여비 증가율

지불되고 있다는 주장을 펴고 있다. 이는 매년 연도 말 차년도 수가협상시 마다 몸살을 앓게 되는 원인이 되고 있다. 수가계약방식⁴⁾(2008년부터 유형별 협상방식 적용)에 대한 논란도 지속되고 있다.

보험료 부과체계 또한 여러 문제점을 잉태하고 있다. 2000년 건강보험이 단일보험자로 통합되고 2002년부터는 재정까지 완전히 통합되었지만 직역간(자영자와 근로자) 이동시 보험료 부담이 현격히 차이나는 등 부과의 형평성이 담보되지 않아 극심한 민원의 대상이 되고 있다.

따라서 본 보고서는 건강보험의 정책현황을 살펴보고 과제를 도출하여 건강보험의 중장기 발전방향을 제시하고자 한다. 보장성 강화, 재정안정, 지불보상체계의 개선, 보험료 부과체계 개편, 적정 수가에 대한 모색 등 부문별 문제점과 과제를 도출하고 문제점 해결경로를 모색하고자 한다. 즉 건강보험의 선진화⁵⁾를 위한 초석을 닦고자 한다.

2. 연구 방법 및 내용

선행연구와 외국의 사례, 그리고 우리나라 건강보험 급여비 자료를 토대로 우리나라 건강보험의 문제점을 도출하고자 한다. 문제점을 해결하는 경로를 찾기 위해 개별 주제별로 별도로 분석하여 개선 방안을 도출하되 최종적으로는 모든 개선 방안이 하나로 통합되었을 때 제도 간 불일치 등 조정이 필요한 내용을 다시 검토하여 수정함으로써 건강보험 관련 종합보고서 형태를 도출하고자 한다. 주요 연구내용은 아래와 같다.

첫째, 재정안정을 위한 시스템 개발 및 재원확보 방안을 도출하고자 한다. 즉 진료비 지출 수준, 보장성 수준 등과 연계한 수입 확보방안을 도출하여 항구적으로 재정안정이 유지될 수 있는 체계를 도출하고자 한다. 또한

4) 2001년 이후 수가는 공급자 대표와공단이사장(공단 산하 재정운영위원회의 가이드라인 아래)간 협상에 의해, 그리고 여기서 합의가 이루어지지 않으면 건강보험정책심의회회의 의결을 거쳐 보건복지부 장관이 고시하도록 되어 있음.

5) 건강보험의 선진화 비전은 건강보험이 전 국민의 건강지킴이 역할을 하되 부가가치를 창출하고 다양한 수준과 종류의 서비스를 국민이 향유할 수 있게 하는 것임.

보험료, 국고지원 외에 건강보험의 재원 발굴 방안을 강구하고자 한다.

둘째, 지불보상체계에 대한 개편 방향을 모색할 것이다. 물가수준, 고령화 정도, 적용대상자 수, 신기술 발달 정도 등을 종합적으로 고려하여 급여비가 예측될 수 있는 지불보상체계를 모색하고자 한다. 현재 시범 실시되고 있는 DRG 시스템과 상대가치 문제점에 대한 이론적 평가도 병행할 것이다.

셋째, 건강보험 보장성 현황 파악 및 보장성 확대를 위한 중장기 로드맵을 설정할 것이다. 우선 우리나라 보장성 현황을 파악한다. 법정본인부담, 비급여 본인부담 등 본인부담 현황을 공단자료, 국민의료비 자료 등을 통하여 파악하고자 한다. 이를 토대로 보장성 확대를 위한 중장기 로드맵 설정 및 보장성 목표를 수립할 것이다. 우리나라 건강보험이 도달하여야 할 보장성의 최종목표를 설정하고 재원 확보 가능여부를 토대로 중장기 로드맵을 설정할 것이다. 따라서 재정안정을 우선으로 하되 재정 범주 내에서 가능한 보장성 강화방안을 모색할 것이다.

넷째, 노인인구가 급증하기 때문에 노인 질환, 즉 만성질환에 대한 관리방안에 대해 별도로 탐색하고자 한다. 보건과 복지가 연계될 수 있는 방안을 모색하여 수요자에게는 삶의 질이 향상될 수 있도록 하고 보험자의 입장에서는 만성질환자가 효율적으로 관리될 수 있는 방안에 대해 언급하고자 한다. 그 동안 우리나라 건강보험은 전 국민의 형평성 차원에서 서비스의 질을 높이고 종류를 다양화 하는 데 한계가 있었다. 건강한 삶에 대한 욕구가 증가하면서 질병치료 위주의 기존 패러다임은 보다 포괄적인 헬스케어로 변화하고 있다. 이러한 현실을 반영하여 건강보험이 복지와 연계될 수 있는 방안에 대해 검토하고자 한다.

다섯째, 수가 계약 방식에 대해 검토하고자 한다. 2006년 이전에는 모든 공급자 대상 일괄 수가계약 방식을 적용했으나 2006년 이후 유형별(의원, 병원, 치과의원, 한의원, 약국, 보건소, 조산원)로 구분하여 원가 및 경영수지를 분석한 후 개별적으로 수가를 계약해왔다. 건강보험공단과 개별공급자간 합의가 이루어지지 않으면 건강보험정책심의위원회에서 결정하는 구조를 유지해오고 있다. 이 과정에서 공급자와 가입자간 불만이 팽배해지고 있

기 때문에 합리적인 대안을 모색하고자 한다.

여섯째, 약제비에 대해 별도로 검토하고자 한다. 재정안정과 연관이 있지만 우리나라 건강보험 재정에 커다란 그림자를 드리우고 있으므로 별도로 분리하여 대안을 모색하고자 한다. 외국의 제도와 비교하여 효율적인 방안을 모색할 것이다.

일곱째, 저소득 취약계층 대상 의료안전망 도입 방안에 대해 검토할 것이다. 저소득 빈곤층(최저생계비 이하의 소득자 중 재산의 소득환산 조건과 부양의무자 조건을 만족하는 자)대상 의료급여 제도가 별도로 존재하지만 여러 제약조건이 있어 수급자에서 제외된 계층이 많다. 따라서 의료급여제도와 건강보험을 아울러 하나의 틀 내에서 의료안전망 강화 방안을 모색해 보고자 한다.

이와 같이 건강보험 전반에 걸쳐 검토함으로써 향후 30년의 건강보험 발전방향을 제시할 수 있을 것으로 판단된다. 즉 보장성 강화, 재정안정화, 지불보상체계의 개편, 수가의 적정성 검토 등 세부 중점 과제들에 대한 향후 개편 방향을 적시함으로써 건강보험 내실화를 도모할 수 있을 것이다. 다만 부과체제도 다른 어떤 주제 못지않게 중요하나 내년도에 별도로 연구할 예정이기 때문에 본 보고서에서는 구체적인 언급을 하지 않을 것이다.

3. 선행 연구 검토

건강보험 관련 연구는 1977년 건강보험이 도입된 이래 그 동안 수없이 이루어졌다. 그러나 건강보험의 단기 보험적 성격과 관련 정책의 빠른 변화로 인해 의약분업과 건강보험 통합이 이루어진 2000년도 이전 연구는 현재 상황과 많이 다르므로 그 이후 수행된 연구 중 몇 가지를 중심으로 살펴보고자 한다.

재정 관련 선행연구는 대부분 건강보험 재정운용이 단기적이라는 사실을 바탕으로 10년 이내의 과거 재정추이를 분석하였다(사공진, 2003; 신영석, 2000; 신현웅, 신영석, 윤필경, 배지영, 2009; 이선희, 채유미, 하귀영, 김

주혜, 서주현, 김현미, 2008). 분석 시점에 따라 분석대상 기간은 조금씩 차이가 있으나, 사공진(2003) 연구의 경우는 2000년 전후로 재정추이변화의 차이를 살펴봄으로서 건강보험 개혁의 재정적 영향에 대해 분석하였다. 위 연구는 분석 결과 2000년 직후 건강보험 재정 파탄의 가장 큰 원인은 건강보험 통합과 의약분업 실시라고 주장하였다. 이러한 분석을 위해 수입 지출, 또는 급여비의 변화를 직역별로 살펴보았다. 하지만 2000년 개혁으로 인한 재정위기는 국고지원을 통해 해결되었으며, 그 이후 보장성 강화, 경제성장 둔화 등 재정환경의 변화는 현재의 재정 현황분석이 다시 필요함을 보여준다.

최근 3년 이내 연구 중 이선희 외(2008)의 연구에서는 분석시점기준 지난 10년간의 건강보험 재정추이를 요양기관 중별, 수입 및 지출항목별로 살펴보았으며, 더불어 재정적자요인을 분석하였다. 재정적자요인을 의료 공급량 증가와 수진율 증가로 나누어 살펴보았는데, 수진율, 특히 노인인구의 수진율 증가가 지출을 증가시켰으며, 의료 공급량 지표 중 하나인 병상 수 증가는 지출 증가의 원인이기보다는 수요량 확대에 따른 반응의 가능성이 높다고 보았다. 더불어 2000년 이후 재정위기 원인은 사공진(2003)의 연구와 같이 의약분업으로 인한 수가인상으로 보았고, 2005년 이후 위기는 보장성강화정책 때문인 것으로 분석하였다. 하지만, 본 분석에서는 건강보험 내생적, 정책적 변화에 대해서는 고려되었으나 인구학적 변화나 의료기술 발달과 같은 외생적 변수에 대해서는 고려되지 않았다.

진료비 증가에 영향을 미치는 연구들도 있다. 신영석(2000)은 1995년~1999년 건강보험 진료비지출 증가요인을 분석하였는데, 진료비는 구성항목에 따라 적용인구, 건당진료비, 그리고 수진율(1인당 진료건수)의 곱으로 나타낼 수 있으며, 각각 적용인구, 건당진료비, 수진율 각각은 인구구조의 변화, 물가수준 및 소득의 증가, 수가 등에 의해 영향을 받는다고 보았다.

신현웅 외(2009)는 건강보험 진료비 증가요인을 알아보기 위해 미국 메디케어(Medicare)에서 수가계약을 위한 근거자료로 사용되는 SGR (Sustainable Growth Rate, 지속가능한 성장률)을 고려하였다. SGR 결정

요소는 그 해 증가한 의료수가 증가율, 건강보험 대상자 수 증가, 노령화 정도를 반영한 인구구조 변화율, 그리고 진료비 증가에 영향을 미치는 소득 수준의 증가, 마지막으로 법이나 제도가 변함에 따른 증가부분을 포함한다. 분석결과 2003년~2009년 진료비증가에 소득 및 노령화 정도가 유의미한 영향을 미쳤으며, 수가 및 대상자수의 영향은 미비하며, 법과 제도에 의한 변화는 2006~2007년에 국한하여 유의미한 영향을 준 것으로 나타났다(신현웅 외, 2009).

회귀분석모형을 사용하여 총 진료비 증가 요인을 분석한 연구들을 통해 유의미한 변수를 살펴보면 (이혜훈, 이태수, 2001; 김학주, 2005; 김진수, 노상윤, 이동현, 최인덕, 2007), 먼저 김학주(2005)는 총 진료비의 증가에 수가 및 노인인구비율, 의사 수 비율, 국민소득 상승이 어느 정도 기여하는지 알아보고자 직장, 지역, 공교 건강보험에 대해 입원과 외래 및 전체 부문으로 나누어 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 대부분의 모형에서 수가 가 유의미한 영향 ($p < .05$)을 미치는 것으로 나타났으며, 노령화증가율 (노인인구비율 증가율)은 직장과 공교보험의 입원서비스의 진료비 증가에 유의미한 영향을 준 것으로 나타났다. 반면, 모든 모형에서 국민총소득 (GNI) 및 의사 수 비율이 진료비에 주는 영향은 통계적으로 유의미하지 않았다. 이어 언급되었지만, 우리나라 및 외국의 많은 선행연구 역시 소득은 진료비 증가에 유의미한 변수로 나타났으나, 김학주(2005)의 연구에서는 그렇지 않다는 결론이 나왔다. 이는 김학주(2005)의 경우 소득 변수로 GDP가 아닌 GNI를 사용했다는 점 등이 고려될 수 있을 것이다.

이혜훈 외(2001)은 건강보험 재정의 단기 및 중장기 추계에서 회귀분석과 시계열분석 (ARIMA)을 사용하였는데, 연구결과 국내총생산(GDP), 노인인구비율, 보건의료물가지수가 건강보험급여비와 관련하여 통계적으로 유의미한 변수로 밝혀졌다.

김진수 외(2007)는 크게 1) ARMA모형에 의한 방법과 2) 국가재정운용계획을 참고하는 방법 (추계된 향후 국가 전체 재정규모에서 보건복지지출, 건강보험지출규모 간접적으로 파악)에 의해 2008년~2030년까지의 건강보

험 재정을 추계하였다. ARMA모형에 의한 수입 및 지출 추계에서, 수입의 경우, 직장가입자를 근로자, 공·교로 구분하여 추정하고 이를 바탕으로 지역가입자를 추계하였으며, 적용된 가입자에 월수입을 적용하여 전체보험료 수입을 추계하였다. 지출의 경우는 근로자, 공·교, 지역가입자, 그리고 입원, 외래형태에 따라 지출 추이 및 규모가 다르다는 특성을 고려하여 추계하였다.

의료비지출 증가 요인에 대한 외국의 선행연구 역시 살펴보았는데, 주요 증가요인으로 인구의 고령화, 국민소득의 상승, 의료분야의 상대가격 및 기술발전 등을 고려하였다(Newhouse, 1992; Dormont, Grignon, Huber, 2006; Goss, 2008; Smith, Newhouse, Freeland., 2009). 위 연구들에 의하면 고령화에 의한 과거 의료비 지출증가 요인은 추계방법, 사용한 데이터, 분석 대상 국가와 기간에 따라 매우 다르게 나타났다. 인구 고령화가 전체 의료비 증가에 6.5%에서 9% 정도 많지 않은 영향을 미쳤다고 나타난 연구가 있는 반면, Goss(2008)의 경우 약 1/4 또는 25%의 영향을 미친 것으로 나타났다. 인구 고령화가 중요한 증가요인으로 나타나지 않은 선행연구들의 경우, 고령화가 매우 점진적인 속도로 이루어진 국가 또는 시기를 대상으로 했다는 점에서 우리나라와는 다른 여건이라는 점을 고려해야 할 것으로 보인다.

소득변화는 모든 연구들에서 의료비 지출증가에 있어 높은 기여를 한 것으로 나타났는데, 분석 대상 데이터와 의료비지출에 대한 소득탄력성에 대한 가정⁶⁾에 따라 28%~58%의 기여율을 보였다.

기술발전은 연구자에 따라 그 정의 및 측정방법이 다양할 수 있으며, 그 결과 지출증가에의 기여도는 분석방법에 따라 다양하게 나타났다. 예를 들어, Newhouse(1992)은 기술발전의 지출증가에 대한 기여율을 다른 요인들의 기여율이 모두 계산되고 난 나머지 부분으로 계산하여 50%~75%로 나타난 반면, Smith et al.(2009)의 연구에 의하면 기술발전 기여율은 27.4%~

6) 소득탄력성의 값이 정의 값(>0)을 갖는 다는 것은 정상재(normal goods)임을 의미하며, 값이 1보다 크면 사치재(luxury good), 1보다 작으면 필수재적 특성을 띄며, 의료비지출 소득탄력성의 경우 대체로 0.6에서 1.0으로 규정함.

48.3%로 나타났다. 반면, Dormont et al. (2006)는 사망률이 일정하다고 가정한다면 “치료방법의 변화 (changes in medical practice)”가 1992년~2000년 프랑스 의료비 지출 증가에 약 1/4 기여하였다고 보았다.

이러한 재정 및 진료비 지출 분석을 통해 선행연구들은 재정안정화를 위한 정책적 방안들을 제안하였다. 사공진(2003)은 단기적 방안과 중장기 방안은 구분하여 언급하였는데, 시기 상 연구에서 논의된 중장기 방안만 살펴보면, 총액예산제 도입 등 진료비 지불제도 개혁(최병호, 2000), 수입측면에서는 간접세(소비세) 및 소득에 따른 정액보험료 징수, 시스템 측면에서는 의료저축계정(Medical Savings Account, MSA) 도입(신영석, 2000)이 있다. 김진수 외(2007)의 경우 분석 결과 수입보다 지출 증가율이 높게 나타나 향후 건강보험 재정의 안정적 운용에 장애가 있을 것으로 판단하고, 수입확충을 위해서는 보험료 인상이 가장 적절한 대안이나 국민정서와 수입 구조상 보험료의 큰 인상은 현실적으로 어려우므로 담배와 같은 건강 위해요소에 대한 surtax 개념의 지원이 필요하다고 보았다. 지출통제를 위한 방안으로는 사공진(2003)과 같이 진료비 지불제도의 개편, 특히 총액예산제 도입의 필요성을 시사하였다.

이선희 외(2008)는 보험재정의 주요 원인을 보장성 강화로 인한 급격한 급여확대 정책이라고 보았지만, 급여확대는 건강보험 발전의 불가피한 과정이므로 공급자 통제를 통한 효율성 제고를 통해 재정안정화를 이루는 것이 필요하고, 이에 대한 대표적 방안이 진료비 지불제도 개편이라고 보았다. 이선희 외(2008)는 특히 총액예산제와 포괄수가제 (Diagnosis Related Groups: DRG)에 대해 초점을 두고, 현실적용가능성 등에 대해 비교분석한 결과 앞서 언급한 연구들과는 달리 총액예산제는 현실적으로 구체성이 결여되어 있고, 국내 여건에도 부합하지 않아 아직 정책적 의미를 부여하기 어렵다고 보았다. DRG는 중장기적으로 재정안정에 기여할 수 있을지 불확실하며 단기적으로는 지출을 더 증가시킬 수 있다고 보았다. 결론적으로 이선희 외(2008)의 연구에서는 현행 행위별수가제도가 점차적으로 총액증가를 통제하고 있다는 점에서 ‘목표관리하의 행위별수가제’로 볼 수 있으며

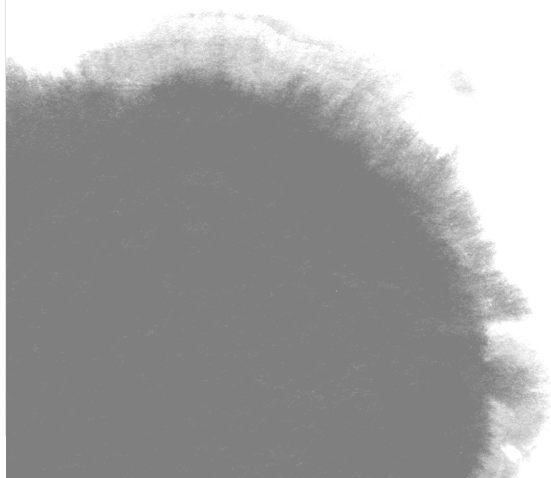
어느 정도 재정통제에 기여해온 바가 있으므로, 단기적으로는 이러한 총액 목표화의 행위별 수가제를 유지하면서, 중장기적으로는 현행 DRG 제도의 개선·확대 및 만성질환자의 연간 1인당 인두제 등 지불제도 다원화 하는 방안을 제시하였다.

보장성과 관련하여 허순임(2007)은 환자본인부담 구조의 개선과 의료비 부담을 경감하는 정책 방안 도출을 목표로 건강보험 적정 보장성 확보방안을 연구하였다. OECD HEALTH DATA를 활용하여 국제 비교를 하고, 과거 20년 동안의 소득 계층별 가계의 의료비 부담 추이를 살펴보고 Focus Group Interview도 실시하였다. 보장성에 대한 개념을 정의하고 현황을 파악한 후 평가하여 본인부담 발생구조에 대한 개선안을 검토하였다. 소득 수준에 따른 의료비 경감 방안도 제시하고 있다.

건강보험 보험료 부과체제와 관련 지난 10년간 약 7차례 연구가 이루어졌다. 차홍봉 외(1987)가 현행 지역부과체제의 틀을 구성하였고, 그 이후 노인철 외(2001), 최병호 외(2002), 차홍봉 외(2004), 백운국 외(2005), 신영석 외(2007), 김진수 외(2009) 등이 있다. 모든 보고서가 직장과 지역간 단일부과체제를 지향하였지만 실패하였다. 다만 신영석 외(2007)에서는 점진적인 단일 부과체제를 제시하고 있다. 지역 가입자의 비율이 전 국민의 25% 이하로 감소하는 시점에 소득 기준 단일부과체제를 적용하되 지역가입자에게는 기본 보험료만 부과하는 것으로 정리하였다. 전 국민의 약 20%가 최저생계비 기준 120% 이하의 소득 즉 차상위 계층이기 때문에 이들에게는 별도의 부과체제를 적용한다 해도 별 무리가 없을 것으로 판단하였다.

02

건강보험을 둘러싼 환경 변화 전망



제2장 건강보험을 둘러싼 환경 변화 전망

건강보험은 제도 도입 이후 짧은 시간동안 비약적으로 발전하여 왔지만 향후 환경은 간단치 않다. 단일 보험자 체계에서 보험료를 올리기가 쉽지 않아 재정 충당에 어려움을 겪을 가능성이 많다. 반면 추가 재정을 필요로 하는 부분은 많다. 저소득 취약계층의 의료접근성을 높여야 되고 전 국민의 보장성도 강화해야 한다. 또한 급증하는 노인 인구는 의료서비스에 대한 수요를 폭발시킬 것이다. 또한 소득이 증가하면서 의료서비스에 대한 관심이 높아져 의료의 질에 대한 욕구도 팽배하다. 이 모든 것들이 건강보험의 지속가능성을 위협할 수 있는 요인이다. 본 장에서 이러한 환경 변화 상황에 대한 전망을 해보고자 한다.

1. 새로운 국가생존 전략의 필요성 대두

인구 고령화, 지식정보기술 및 자동화기술의 발전과 글로벌 경제화에 따른 노동시장 변화, 가족 행태의 변화는 현행 경제 체계의 질적인 전환을 가져왔으나 사회체계는 이를 따라가지 못하고 있다. 따라서 변화하는 글로벌 경제·사회 환경변화에 대응하는 지속가능한 새로운 사회적 조절기능이 모색 되어야 할 것이다. 세계은행의 자료⁷⁾에 의하면 경제성장률이 지속적으로 하락하고 있다.

우리나라 역시 20세기 산업사회 표준 규범이라 할 수 있는 고성장·고소

7) 세계경제 성장률(World Bank, '09.7) : 5.1%('07)→3.1%('08)→2.9%('09)→2.0%('10)

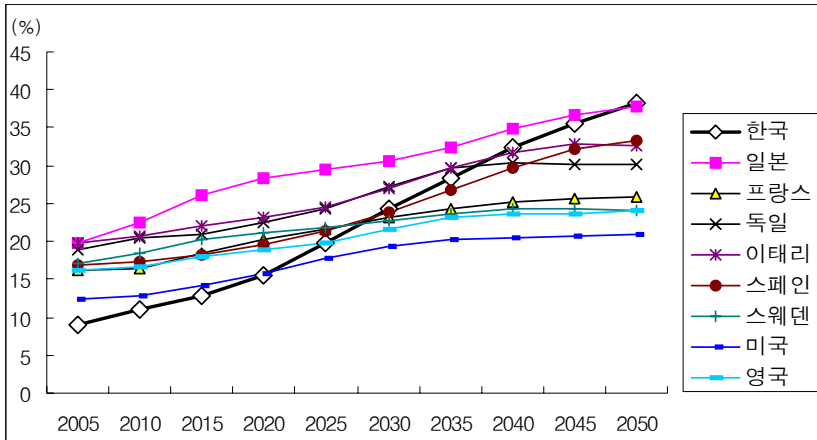
비를 지향해 왔으나, 인구고령화, 글로벌 경쟁의 격화, 자원 및 에너지 자원의 한계 등으로 새로운 국가생존 전략 수립의 필요성이 대두되고 있다. 한국은 2040~50년경에는 고령인구 규모가 생산인구의 규모를 역전하여 전체인구의 30%~40%를 차지하는 초고령사회(Super aged society)를 앞두고 있다. 글로벌 경제화가 가속화되고 국가 간 경쟁이 격화되는 한편 생산 자원 및 에너지 자원의 한계에 직면하여 기존 개발-생산 패러다임을 대체하는 대안적인 생산-소비 패러다임이 요구되고 있다. 특히 여성의 역할 및 가족의 행태 변화로 새로운 생산-재생산 시스템의 모색이 필요하다. 또한 지속적인 낮은 성장률로 노령화, 양극화 등 보건의료 환경변화 대응에 필요한 공적재원 조달이 더욱 어려워 질 것으로 예상된다⁸⁾. 따라서 지금까지는 얼마나 많은 생산을 할 것인가와 풍요로운 소비가 중요한 화두였다면, 인구 고령화와 저성장시대에 접어든 시점에서는 제한된 생산물을 어떻게 잘 분배하고 최대의 행복을 추구할 것인가가 중요한 화두가 될 것이다.

2. 저출산 고령화

노인인구 비중은 '00년 7%(고령화 사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 '10년 11%, '18년 14%(고령사회), '26년 20%(초고령사회)에 달할 것으로 전망된다.

8) 잠재성장률 전망(%) : '00년대 5.1 → '10년 4.5 → '20년대 3.0 → '40년대 1.5

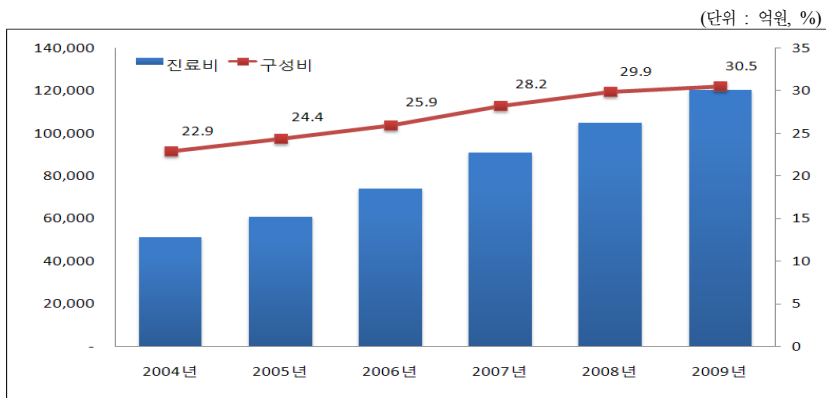
[그림 2-1] OECD 국가들의 고령화 수준(65세 이상 노인인구 비율)



자료: UN, 『World Population Prospects』, 2006(한국은 '06년 통계청 장래인구추계 결과)

노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하고 이는 국민의 부양 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용한다. '09년 기준, 9.9%의 노인인구가 전체 건강보험 재정의 30.53% 소비하였고, 노인 1인당 진료비도(249.4만원) 전체 평균 진료비에(81.1만원) 비해 3.1배 정도 높다.

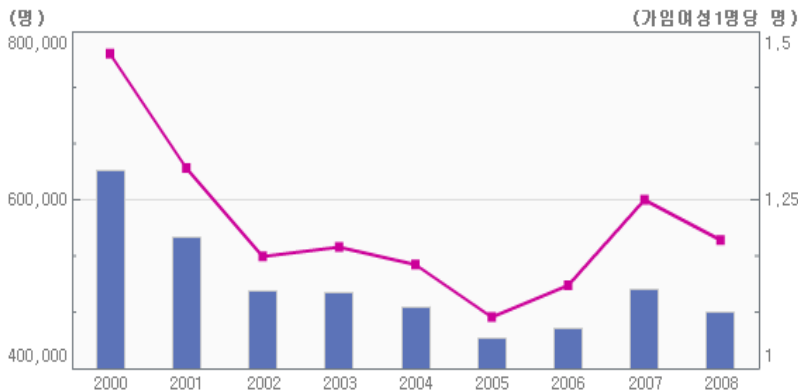
[그림 2-2] 건강보험 재정의 전체 의료비 대비 노인의료비 비율



자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 각 연도

생산가능인구의 조세 및 사회보장비 등 부담 급증은 세대 간 갈등을 야기하여 사회통합에 부정적인 영향을 초래할 우려가 있다. 노인 1명당 부양 인구가 9.9명('00)→7.0명('08)→6.6명('10)→5.7명('15)으로 변화될 전망이다. 90년대 중반까지 우리나라의 합계출산율은 1.6명 수준에서 유지되었으나, '97년 이후 급격히 하락해 '05년 1.08명까지 감소하였고, 당분간 이를 벗어나기 어려울 전망이다. '06년 1.13명에서 '08년 1.19명으로 출산율이 다소 높아졌으나, '쌍춘년'이나 '황금돼지해' 등 결혼·출산 특수로 인한 일시적 현상으로 판단되며 '09년에 다시 1.15명으로 감소하였다. OECD 30개국의 평균 합계출산율은 2007년 기준 1.73이고 프랑스, 미국 그리고 일본은 각각 2.02(2008), 2.1(2007), 1.34(2007)로 우리나라보다 월등하게 높게 나타나고 있다.

[그림 2-3] 출생아수 및 합계출산율 변동 추이



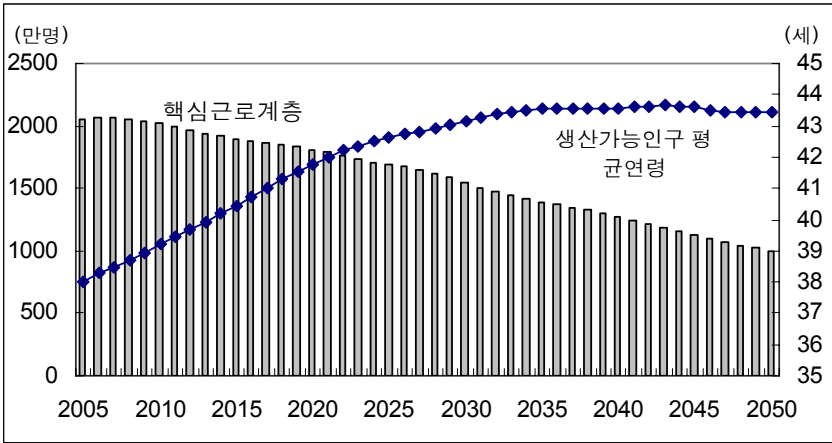
자료: 통계청, 국가통계포털 KOSIS, 2009.

고용 불안정, 결혼 및 자녀양육에 따르는 경제적 부담, 일·가정 양립의 한계 등으로 만혼과 출산기피 현상은 갈수록 심화되고 있다. 평균 초혼 연령은 남자의 경우 1990년에 28.6세이었으나 2008년에는 31.4세로 상승하였고 여자도 1990년에 25.5세였으나 2008년에 28.3세 급증하였다.

생산가능 인구는 '16년(3,619만 명)을 정점으로 감소할 것으로 전망되며,

생산가능 인구 평균연령도 '08년 38.7세, '20년 41.8세로 지속적 상승이 예상된다. 이에 양질의 인적자원 보유 여부가 국가경쟁력을 좌우하고, 높은 수준의 국민건강 유지 문제가 사회경제적 주요 과제로 대두될 것이다.

[그림 2-4] 핵심근로계층(25~49세) 및 생산가능인구의 평균연령 전망



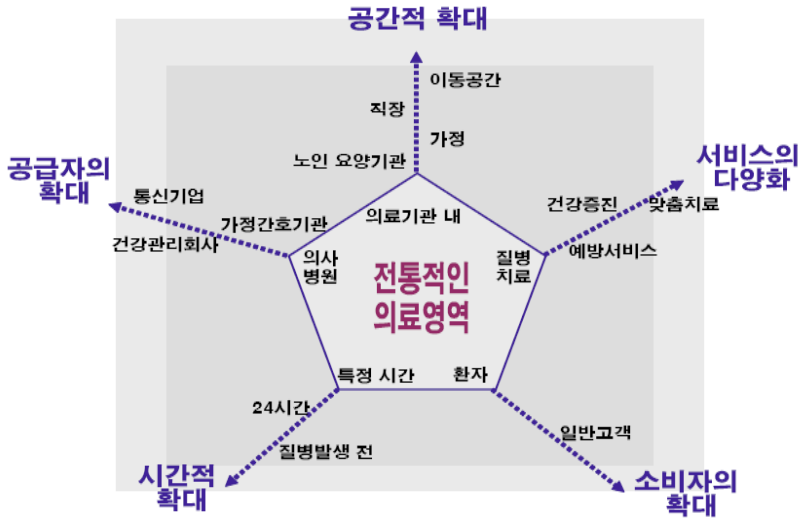
주: 합계출산율 1.08명을 유지할 경우를 가정한 전망치임.

자료: 저출산고령사회위원회, 『5개년 저출산고령사회기본계획 수립(1차)』, 2006.

3. 의료기술의 발달 및 타 분야와의 융합 가속화

의료기술의 발달과 나노, 바이오, IT 등과의 융합은 소비자의 의료이용 행태는 물론 의료공급체계의 근본적인 변화를 요구할 것으로 전망된다. 삼성경제연구소에서는 의료산업의 5대 메가트렌드를 다음과 같이 정리한 바 있다. 첫째, 개별 환자에 특성화된 치료와 처방을 토대로 맞춤형의료(Personalized Medicine)가 발전될 것이다. 둘째, 바이오신약, 바이오 인공장기, 바이오 칩 활성화 등 바이오가 의료산업을 주도할 것이다. 셋째, u-health가 보편화되어 IT를 의료서비스에 접목함으로써 인구 고령화·만성병 증가에 대처하게 될 것이다. 넷째, 국가간 원격의료 제공, 해외 의료소비, 해외 의료기관 설립 등 의료서비스가 글로벌화 될 것이다. 다섯째, 의료정보 공개 요구 증가, 의료과소송 증가 등 소비자주의(Consumerism)가 확산될 것이다.

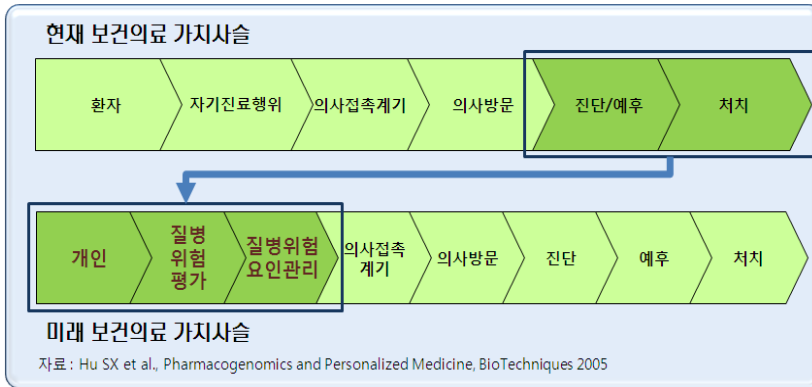
[그림 2-5] u-Health가 의료산업에 미치는 효과



자료 : 삼성경제연구소, u-Health 시대의 도래, 2007

4. 보건의료 가치사슬 및 패러다임 변화

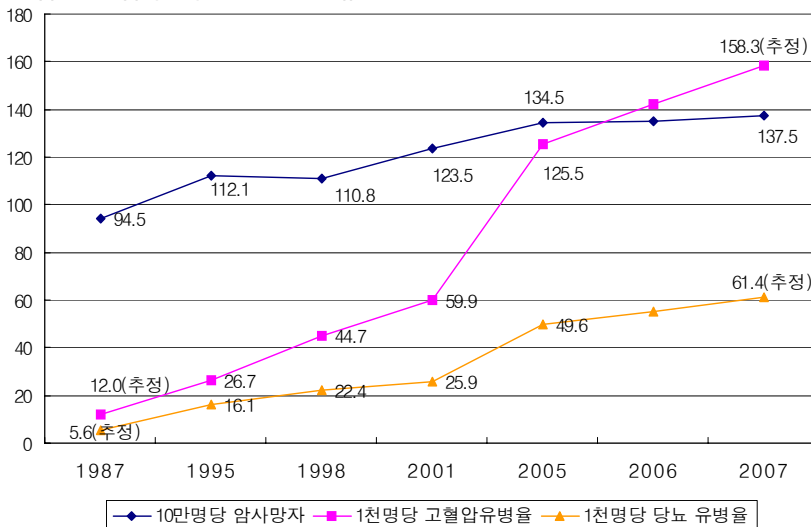
미래에는 ‘개인’이 상시 지속적인 생체신호 모니터링과 분석을 통해 건강위험요인을 예측하고 이를 의사와의 협력을 통해 관리하는 형태로 전환되어 개인에 맞는 예측의료 활동에 가치가 집중되는 형태로 가치사슬이 변화할 것으로 전망된다. 즉 미래 보건의료는 개인의 유전적 특성, 체질적 특이성 및 개인 생활습관 등을 반영한 개인 ‘맞춤의료’의 실현으로 패러다임이 변화될 것으로 전망된다. ‘맞춤의료’는 “근거중심의 보건학적 통계에 근거한 표준 치료 방법과는 달리 개인 유전형질의 다양성으로 인한 질병의 개인적인 차이를 고려하여 각 개인별로 예방, 진단, 치료 하는 것”으로 정의할 수 있다. 보건의료 가치사슬과 패러다임 변화에 있어서 미래와 현재의 가장 중요한 차이는 질병예방 및 건강증진을 위한 개인 및 지역사회의 적극적인 참여(Participatory)정도이다.



5. 만성질환 증가 등 새로운 보건의료 수요 발생

생활습관 서구화, 노령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압·당뇨 등 만성질환이 급격히 증가하고 이로 인한 사회적 비용이 급증할 것이다. 따라서 음주, 흡연, 비만 등에 대한 개인과 사회의 책임 강화, 질병요인의 사전 발견, 생활습관의 개선 등 예방 및 관리에 대한 정책적 요구가 증가할 것으로 전망된다.

[그림 2-6] 암사망자 및 만성질환 유병률



자료: 보건복지통계 연보 각 연도

또한 스트레스, 우울증, 인터넷 중독 등 정신건강 분야, 신종 전염병, 기후 변화로 발생하는 문제 등 새로운 보건의료 수요가 증가할 것으로 예상된다.

〈표 2-1〉 고혈압·당뇨병 건강보험 진료비 현황

구분		2002년	2008년	증가율
고혈압	총진료비	2,407억원	1조 8,835억원	7.8배
	환자수	248만명	430만명	1.7배
당뇨병	총진료비	1,625억원	9,253억원	5.7배
	환자수	98만명	152만명	1.6배

자료: '08년, 건강보험통계연보

6. 기타

국민 1인당 국민총소득이 2000년 \$11,292에서 2009년 \$17,175로 증가하는 등 경제수준의 향상은 전체적인 건강욕구의 증가와 보건의료서비스의 품질 향상에 대한 기대수준을 제고 시키고, 다양한 형태의 새로운 보건의료 서비스 욕구를 형성할 것이다.

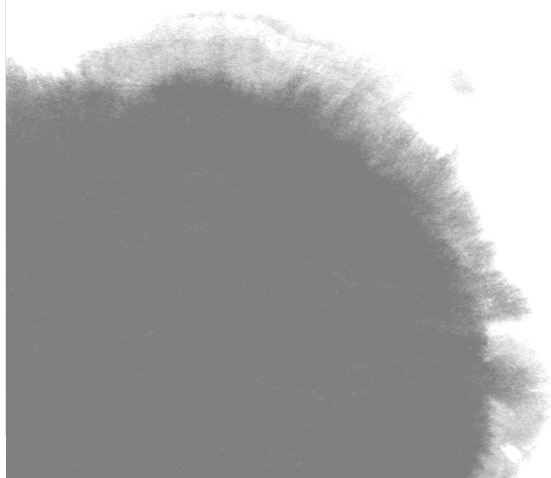
정보화 사회가 도래할 것으로 보인다. 따라서 국경을 넘어서는 정보의 실시간 공유와 전자적 수단을 통한 원격진료의 활성화 등 U-Health 시대의 개막이 예상된다. FTA 등을 통해 전 세계 교역량의 50% 이상이 자유 무역협정 내 교역으로 이루어지고 있는 가운데, 시장개방 추세는 보건의료 분야에서도 피할 수 없는 시대적 흐름이 될 것이다.

지방화 시대도 본격화할 것이다. 중앙집권적 통제형 사회구조에서 수평적 협력과 연계에 의한 분권형 사회구조로 전화되면서 보건의료 등 공공서비스 부문 에서도 지역특성을 고려한 사업 실시가 중요하게 대두될 것으로 보인다. 따라서 지방정부 대 지방정부, 중앙정부 대 지방정부간 합리적 역할 분담과 연계의 중요성이 증대될 것이다.

국민의료비가 지속적으로 증가할 것이고 건강보험도 재정의 불안 때문에 지속가능성에 위협받을 것으로 예측된다. 우리나라 GDP 대비 국민의료비

비중의 평균 증가율(2000~2007년)은 4.7%로 OECD 평균 증가율(2000~2006년) 2.0%보다 약 2배 이상 빠르게 진행되고 있다. 건강보험 급여비가 2000년대에 들어와 지속적으로 연평균 11% 이상 증가하고 있는 반면 수입의 확충은 한계가 있어 이미 재정 건전성에 빨간 불이 들어온 상태이고 향후에도 제도 개선이 없는 한 재정 악화가 심화될 것으로 예측된다.

03

재정건황 및 안정화 방안

제3장 재정현황 및 안정화 방향

1. 건강보험 재정추이 및 전망

가. 건강보험 재정현황

건강보험은 성격상 단기보험으로 매년 지출규모를 예측하고, 예측된 지출을 감당할 수 있도록 보험료 인상 및 국고 지원금 확대 등을 통해 수입을 확보함으로써 당기수지 균형을 유지하는 방식을 취하고 있다. 더불어 예상하지 못한 환경적·정책적 충격 등에 대처하기 위해 일정액의 누적적립금을 두고 있다.

지난 10년간 건강보험 재정추이를 보면, 총수입은 2001년 11조 6천억 원에서 2009년 31조 1천억 원, 2010년 22조 7천억 원(1월~8월)로 증가했으며, 총지출은 2001년 14조, 2009년 31조 1천억 원, 2010년 23조(1월~8월)로 나타났다. 건강보험 재정은 의약분업 시행 직후인 2001년에는 1조 90억 원의 당기적자가 발생하여 과거의 누적적립금이 전부 바닥나고 단기차입에 의존하는 사태에까지 이르게 되었고, 이를 해결하기 위해 2001년과 2002년에는 보험재정을 위한 각종 긴급처방책이 나왔고 정부지원금이 확대되었다. 그 결과, 2003년 당기차액은 약 1조 7백억 원으로, 2004년에는 누적준비적립금이 흑자로 돌아섰다. 하지만, 2006년과 2007년 다시 당기적자가 발생하여 누적적립금이 감소하였으며, 이 후 2008년에는 1조 3천억 원 당기흑자로 지난 10년간 최고 누적적립금을 보인 이후, 2009년 32억 원

적자, 2010년 8월까지 약 2천 9백억 원 당기적자를 보여, 2010년 8월 기준 1조 9천억 원의 누적흑자를 기록하고 있다.

남은 2010년 후반기에는 국고 등 수입 감소와 더불어 항암제 급여확대, MRI(척추, 관절) 급여확대, 희귀난치치료제 급여, 장애인보장구 및 소모품 확대 등 보장성강화로 인한 지출증가라는 구조적 요인으로 인해 재정여력은 점차 감소될 것으로 전망된다. 2010년 재정은 약 1조 3천억 원의 단기 적자가 발생하여 연도 말에는 약 9천억 원의 적립만 남을 것으로 예상된다. [그림 3-1]은 2001년부터 2010년(추정치)까지 건강보험 연도별 재정수지 추이를 나타낸 것이다.

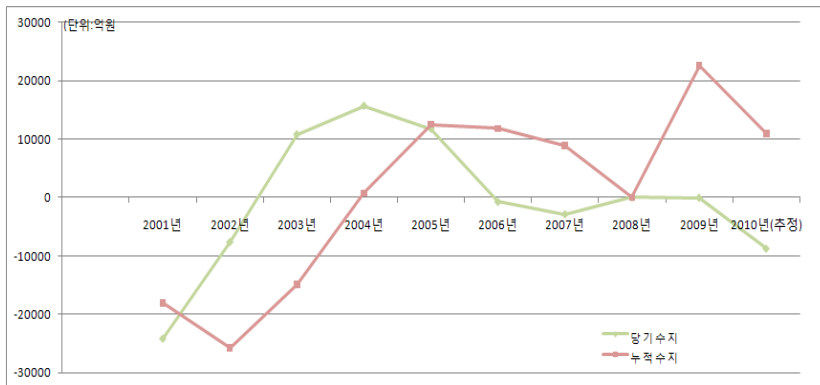
〈표 3-1〉 연도별 재정현황

		(단위: 억원)									
구 분		2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	~2010년 8월
수 입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	227,350
	보험료 등	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	190,644
	국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	29,689
	담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	7,017
지 출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	230,315
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	222,338
	관리운영비 등	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	7,977
당 기 수 지		△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△2,965
누 적 수 지		△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	19,621

주: 현금흐름 수지에 의한 재정입

자료: 국민건강보험공단,

[그림 3-1] 건강보험 연도별 재정수지 추이



주: 현금흐름 수지에 의한 재정입

건강보험 수입 및 지출항목 중 보험급여비와 보험료수입 항목에 대해 더 자세히 살펴보면, 보험급여비의 경우 2003년부터 2009년까지 연평균 11.74% 증가하였으며, 보장성강화시행정책('05~'07년)으로 해당 기간 동안은 더 높은 증가율을 보였다. 이와 같은 급여비 증가에 따른 지속적인 지출증가를 감당하기 위해 보험료수입 역시 동기간 연평균 11.40% 증가하였으나, 2009년에는 경제위기 등으로 건강보험 제도도입 이후 처음으로 보험료를 인상을 동결하여 소득 증가 등의 외부효과에 따른 증가분으로만 4.78% 보험료 수입이 증가한 것으로 나타났다. 단, 2010년 보험료율은 4.9% 인상되었으며, 2010년 8월말 현재 징수율증가 등으로 보험료수입이 전년 동기간 대비 7.3%(현금흐름 기준) 증가한 것으로 나타나(건강보험공단, 2010.9.), 2010년 보험료수입증가율은 2009년보다 다소 높을 것으로 예상된다.

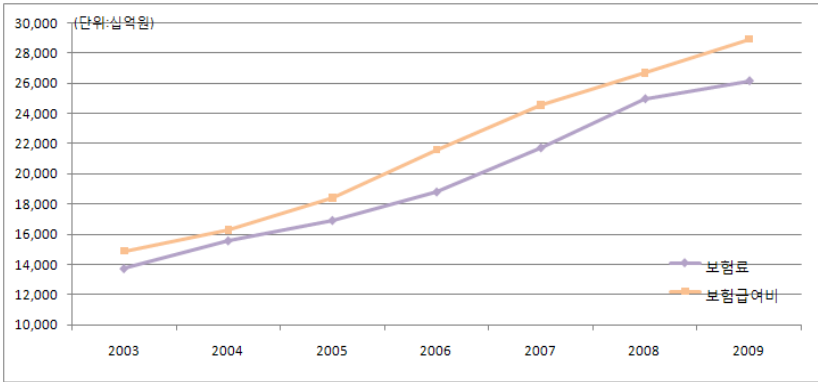
〈표 3-2〉 건강보험 수입 및 지출 항목별 추이

(단위: 십억원, %)

구 분			2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
수 입	보험료	금액	13,741	15,579	16,928	18,811	21,729	24,973	26,166	
		증가율		13.38	8.66	11.12	15.51	14.93	4.78	11.40
	국고 지원금	금액	2,779	2,857	2,770	2,870	2,704	3,002	3,657	
		증가율		2.81	-3.05	3.61	-5.78	11.02	21.82	5.07
	담배 부담금	금액	645	626	925	966	968	1,024	1,026	
		증가율		-2.95	47.76	4.43	0.21	5.79	0.20	9.24
지 출	보험 급여비	금액	14,893	16,265	18,394	21,588	24,560	26,654	28,916	
		증가율		9.21	13.09	17.36	13.77	8.53	8.49	11.74

주: 1)담배부담금은 2002년에 신설됨
 2) 국고지원금 중 2006년까지 지역재정 지원 국고지원금이 재정건전화특별법 만료로 2007년부터 총재정에 지원
 자료: 국민건강보험공단, 각 연도 통계연보, 2009년 주요통계

[그림 3-2] 건강보험 연도별 보험료수입 및 급여비 추이



건강보험 수입 중 정부지원금인 국고보조금과 국민건강증진기금(담배부담금)은 2003년~2009년 연평균 각각 5.07%, 9.24% 증가한 것으로 나타나 보험급여비 증가율에는 미치지 못하였다. 2010년 올해 정부가 건강보험에 지원하는 금액은 총 4조 3,195억 원으로, 이 중 국고지원 부담금은 3조 7,987억 원이며 국민건강증진기금(담배부담금)은 1조 631억 원으로 집계됐다. 국민건강보험법에 의하면 국고지원금은 보험료예상수입액의 100분의 14, 건강증진기금은 100분의 6을 정부지원금으로 보조할 수 있도록 하였다. 그러나 정부는 매년 법정기준보다 적은 금액을 지원하였다. 이러한 문제는 국고보조금 및 건강증진기금에 의한 지원 금액이 보험료 실제수입이 아닌 예상수입에 기초하여 산정하는 방식 때문이며, 향후 증가하는 보험급여비에 대한 적정 보험수입을 유지하기 위해서는 이에 대한 산정방식의 개선이 필요할 것으로 보인다.

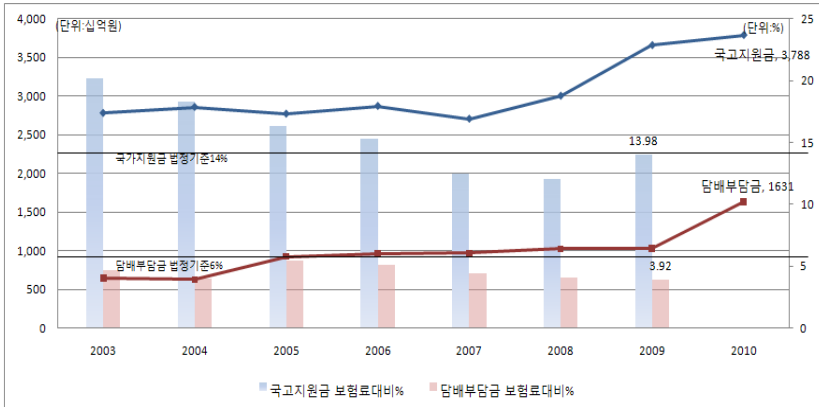
〈표 3-3〉 건강보험 수입 및 지출 항목별 추이

(단위: 십억원, %)

구분		2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
보험료	금액	13,741	15,579	16,928	18,811	21,729	24,973	26,166	-
	국고지원금	2,779	2,857	2,770	2,870	2,704	3,002	3,657	3,788
담배부담금	금액	645	626	925	966	968	1,024	1,026	1,631
	보험료 대비 %	20.22	18.34	16.36	15.26	12.44	12.02	13.98	-
국고지원금	보험료 대비 %	20.22	18.34	16.36	15.26	12.44	12.02	13.98	-
	담배부담금 대비 %	4.69	4.02	5.46	5.14	4.45	4.10	3.92	-

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 통계연보, 2009년 주요통계

[그림 3-3] 건강보험 연도별 정부지원금



나. 건강보험 재정전망

급속한 고령화와 만성질환의 증가, 건강보험 보장성 확대 등으로 10%이상의 급여비 증가세는 앞으로도 지속될 것으로 여겨진다. 더욱이 우리나라의 전체 국민의료비는 OECD 타 국가와 비교할 때 매우 낮은 수준으로, 앞으로 지속적인 국민의료비 증가가 예상되므로 이에 따라 건강보험 지출도 함께 늘어날 것으로 전망된다.

신영석(2010)은 “보건복지 미래전략”에서 2001년~2009년까지 9년 동안의 건강보험진료비 및 급여비 절대 지출액과 증가율에 기초하여, 2010년~2020년의 급여비와 필요 보험료를 추계하였다(표 3-4 참고). 2020년 65세 이상 인구 비중이 약 15%를 차지하고, 건강보험 보장률은 현행 수준을 유지하고 (2010년 약 65%로 가정), 지출합리화정책의 지속적인 추진으로 급여비 증가율을 연평균 8% 이내로 제한하기위해 노력한다는 가정아래, 2020년의 보험급여비는 2009년보다 약 2.68배 증가하여 80.40조 원에 이를 것으로 전망되었다(연평균 약 9.38% 증가).

반면, 국고지원(건강증진 기금 포함) 규모가 현재처럼 보험료 수입의 약 20%를 유지한다는 가정 하에 2020년 보험료율은 9%를 초과할 것으로 예상되어 보험가입자 각 한사람 당 현재보다 2.46배의 보험료를 더 부담해야

하는 것으로 나타났다. 하지만 현행법 상 보험료율의 상한선은 8%로 규정되어 있으며 담배부담금을 통해 건강보험 재정을 지원하는 특별법은 2011년 종료되므로, 현행 재정방식으로는 건강보험 지속성에 한계가 있을 것으로 판단되므로 별도의 재원 확충 방안이 모색되어야 할 것으로 여겨진다.

〈표 3-4〉 건강보험 급여비 추계

연도	국민의료비 (조원)	GDP대비 비율 (%)	건보 급여액 (조원)	건보 소요액 (관리운영 포함)
2010	77	7.10	33.57	34.68
2011	83	7.38	36.89	38.11
2012	89	7.66	40.36	41.69
2013	96	7.91	44.31	45.77
2014	103	8.07	48.85	50.46
2015	110	8.30	51.76	53.47
2016	118	8.49	57.35	59.24
2017	127	8.84	62.37	64.42
2018	136	9.11	68.00	70.24
2019	146	9.38	74.78	77.25
2020	156	9.60	80.40	83.05

주: 가정 i. 2020년의 65세 이상 인구 비중 : 약 15%
 ii. 보장률은 현재 수준 유지
 iii. 지출합리화정책의 지속적인 추진

〈표 3-5〉 건강보험 보험료율 추계

연도	건보 급여액	정부지원금	보험료 필요액	보험료율	
				3%확대	4% 확대
2010	33.57	4.98	29.70	5.33	
2011	36.89	6.35	31.76	5.83	5.77
2012	40.36	6.95	34.75	6.19	6.13
2013	44.31	7.63	38.14	6.60	6.54
2014	48.85	8.41	42.05	7.07	7.00
2015	51.76	8.91	44.56	7.27	7.20
2016	57.35	9.87	49.37	7.82	7.74

연도	건보 급여액	정부지원금	보험료 필요액	보험료율	
				3%확대	4% 확대
2017	62.37	10.73	53.69	8.26	8.18
2018	68.00	11.70	58.54	8.74	8.65
2019	74.78	12.87	64.38	9.33	9.24
2020	80.40	13.84	69.22	9.74	9.65

주: 가정 i. 2020년의 65세 이상 인구 비중 : 약 15%

ii. 지출합리화정책의 지속적인 추진

iii. 국고지원(건강증진기금 포함)은 2011년 특별법이 종료되어도 전체 제정의 약 16.6%가 계속 지원되는 것으로 가정

iv. 보험료율부과기반(소득, 재산 등)이 확대되는 것으로 가정

자료: 보건복지 미래 전략(2010).

더불어 위의 추계는 지출합리화 정책이 성공적으로 시행되었을 때를 가정한 결과이므로, 건강보험의 지속가능한 재정건전성 확보를 위해 현재의 급속한 급여비 및 진료비 증가율을 어떠한 방법으로 적정 수준으로 유지할 것인가에 대한 정책 제안이 중요하다.

2. 보험 재정 확충

가. 보건의료의 재원조달 방법 관련 OECD 권고안⁹⁾

향후 몇 년 내에 의료비지출이, 급증할 것으로 예상되기 때문에 높은 비용을 효과적으로 재원 조달하는 것이 필수적이다. 의료비지출의 증가는 높은 사회보험급여, 세금수입, 환자의 본인부담, 민간건강보험에서 조달되어야 할 것이다. 이미 높은 수준의 본인부담비율을 높이거나 이미 낮은 수준의 NHI의 보장을 축소하는 것은 보건의료 접근성을 저해할 수도 있기 때문에 바람직한 방법이 아니다.¹⁰⁾ 민간 보험의 경우 정부는 “신기술로 인한 비용 급증의 부담을 분담하기 위해 민간보험시장을 활성화 할 것이다”. 정부는 민간보험 개선을 위해 2009년 6월 몇 가지 조치를 시행했다.¹¹⁾ 민간보험

9) OECD/Korea Policy Center, "Health Care Reform in Korea", 2010.

10) 정부는 외래환자 진료에 대해 본인부담금 인상을 고려중이다.

11) 이러한 개혁은 소비자들의 보험상품에 대한 인식을 고취시키고 보험상품의 표준화를 위

이 추가적인 재원을 제공할 수는 있지만, 이미 높은 민간지출을 고려했을 때 민간보험에 주로 의존하여 의료비 지출 증가에 대한 자원조달을 하는 것은 바람직하지 않다. 또한 한 OECD 연구에서는 민간보험의 취약성을 발견했다(OECD, 2004). 첫째, 몇몇 국가에서 주로 고소득 집단이 구매하는 민간보험은 불균형을 야기할 소지가 있다. 둘째, 민간 보험이 NHI에서 보장하는 서비스에 대해 보충적 보장을 제공하면서 수요의 급증을 야기하여 NHI의 재정에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

〈표 3-6〉 한국의 보건 의료 자원조달

(총 금액 중 백분율)

구 분	1980년	1990년	2000년	2001년	2005년	2007년	2008년
전체 공공부문	20.1	36.5	44.9	51.7	52.1	54.9	55.5
정부재원	15.0	13.3	19.3	24.1	15.9	18.3	16.9
사회보험급여 ¹⁾	5.1	23.2	25.6	27.7	36.1	36.6	38.6
전체 민간부문	79.9	63.5	55.1	48.3	47.9	45.1	44.5
보험 비적용 환자 부담	72.1	47.8	31.4	25.4	25.1	22.0	21.0
보험적용 본인부담	3.4	10.4	14.5	14.4	13.9	13.7	13.7
민간보험	0.7	2.0	4.7	3.8	3.9	4.1	4.4
총계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) NHI에 근로자와 자영업자가 직접 납입한 보험료만 포함. 담배세와 “사회보장기금을 위한 기타 재원”을 포함한 모든 기타 공적기금은 모두 “정부 재원”에 포함되었음.

자료: OECD Health Database(2009) 및 2008년의 경우 Jeong(2010)

높아진 의료비 지출은 주로 사회보험급여나 세금에 의해 조달될 가능성이 높다. 현재 한국은 공공 의료비지출의 70%를 지원하는 사회보험급여에 주로 의지하고 있다(표 3-6 참조). 그러나 의료비 지출에 있어서 지속적으로 사회보험본인부담에 주로 의지하는 것은 고용과 성장을 저해할 소지가 있다. 보다 친 성장적인 접근 방법은 폭넓은 기반의 세금에 의존하는 것으로서, 이는 인구집단 간, 소득계층 간 부담배분을 보다 공평하게 한다. 현재, 한국의 사회보험급여는 근로 수입에 국한되어 있는데, 이는 국가 전체 수입의 3분의

한 것이었다. 또한 민간보험 회사들이 신청자들이 이미 이중적으로 보험에 가입했는지 확인하는 것이 의무화되었다. NHI는 상품의 질을 향상시키기 위해 민간 보험회사들과 통계정보를 공유 할 것이다. 정부는 민간보험회사들이 보건 의료 제공자들에게 직접 지불하는 것을 허용하는 방안을 고려중이다(제3자 지불제도).

2에 못 미치는 것으로서, 노동인구(인구의 절반)의 부담을 가중시킨다. 인구의 고령화와 더불어 OECD 평균을 상회하는 의료비 지출을 고려하면 근로자들의 부담은 더욱 가중될 것이다. 2009년 노인인구 한 명당 20~64세 연령층의 수가 6명 이상이었다. 이 수치는 2050년에는 1.3명으로 줄어들어 사회보험의 부담을 가중시키고, 고용을 저하시킬 것이다. 한 OECD 국가에 대한 연구에서는 사회보험급여에 대한 의존은 공식적인 고용을 8~10% 감소시키고 총 고용을 5~6% 감소시킨다고 추산했다(Wagstaff, 2009a).¹²⁾ 세금에 의한 재원조달로의 변화가 공식적 고용으로의 전환을 가속화 시킬 것이다.¹³⁾

성장을 위해 세금의 구성도 중요하다. 경험적 증거에 의하면 소득세와 사회보험료와 같은 직접세 보다 간접세¹⁴⁾가 노동자에 미치는 부정적인 영향이 적다고 한다(OECD, 2008).¹⁵⁾ 노동자에 대한 부담은 총 인건비와 근로자들의 실 수령액의 차액의 비중으로 정의되는 “조세부담tax wedge”으로 측정가능하다. 한국의 조세부담은 안전망이 개발 초기상태에 있고, 경제성장을 촉진하기 위해 세금과 사회적 비용 부담을 최소화하려는 노력을 반영하여 현재 OECD 국가에서 가장 낮은 수준이다. 낮은 조세부담은 인구 대비 노동력 투입이 OECD 국가에서 가장 높은 수준을 기록하는 요인이다(2010 OECD 한국경제보고서).

상대적으로 낮았던 한국의 조세부담은 2000년에서 2008년 사이 상당히 증가했지만 여전히 OECD 평균보다는 약간 낮은 수준이다. 간접세 의존율을 높이면 이러한 상승 압력을 둔화시킬 수 있을 것이다. 예를 들면 한국

12) 이는 1967년과 1986년 사이 OECD 10개국이 사회보험급여에서 세금기반 재원조달로 전환한 이유를 설명해준다.

13) 현재 공식적 고용으로의 이동은 세금과 사회보험급여로의 완전한 편입을 의미한다.

14) 한국의 간접세는 크게 세 가지로 구분된다. i) 부가세(2006년도 총 세수의 16.8%, OECD 평균은 19.3%), ii) 특소세(12.7%, OECD 평균은 11.6%), iii) 수입세(3.1%, OECD 평균은 0.6%). 한국이 20개 특별 상품 및 서비스에 부과하는 특소세는 소비결정을 왜곡하고, 형평성 문제를 다루는 비효율적인 방법이다. 따라서 이러한 세금은 세금 수입을 올리기 보다는 형식적인 면에 초점을 맞춘 것이다(2008 OECD 한국 경제보고서). 한국의 부가세 수입은 한국의 부가세를 10%가 OECD 평균 18% 보다 훨씬 낮다는 것을 반영하여 2006년 OECD 평균 6.8% 보다 훨씬 낮은 GDP의 4.5%였다.

15) OECD 고용전략(OECD's Job Strategy)의 주요한 메시지 중 하나는 고용세를 삭감이었다. 독일을 비롯한 일부 국가들은 부가가치세율을 올리고 사회보험부담금 비율을 낮추었다.

에서 건강보험료를 5퍼센트 포인트 삭감하는 것은 현재 10%인 부가세를 3.5 퍼센트 포인트 올리는 것과 비슷한 결과를 가져온다(OECD 2007b). 소비세 증가에 대한 회귀적 영향은 2008년 한국에서 도입된 근로소득장려세 Earned Income Tax Credit와 같이 특정 집단을 목표로 한 조치를 통해 해결할 수 있다. 2011년 보건의료의 재정지원 법이 만료됨에 따라 보건의료의 재원조달에 세수를 이용하는 방향으로 재조정할 수 있는 기회이다.

세금 기반의 보건의료 재정지원으로의 전환은 또 다른 혜택도 제공한다. 첫째, 이는 사회보험료의 개별적인 징수로 인한 행정비용을 줄여준다. 둘째, 한국 노동력의 3분의 1을 차지하는 자영업자로부터 야기되는 형평성 문제를 해결해준다. 사실, 자영업자들의 경우 일인당 기여금은 2000년 근로자들과 비교했을 때 72% 수준에서 2008년 54% 수준으로 떨어졌다. 이러한 차이가 나는 이유 중 하나는 다른 국가들과 마찬가지로 자영업자들의 소득의 투명성 결여 때문이며 이는 한국의 세제와 사회 공적 부조에 모두 영향을 준다. 자영업자들의 과세대상 소득의 비중이 증가하고 있기는 하지만, 여전히 상당 부분이 포착되지 않고 있다. 국가 소득통계자료와 국세청 자료를 비교해본 결과 자영업자 소득 중 절반 정도만이 신고 되고 있었다. 이는 근로소득의 80% 이상이 신고 되는 것과는 대조적인 수치이다(2008 OECD 한국경제보고서).¹⁶⁾ 이러한 불공평성 때문에, 자영업자들보다 더 큰 부담을 지기 꺼려하는 근로자들은 보험료 인상에 반대한다(Kwon, 2007).¹⁷⁾ 이는 정부가 고령화에 대비하여 필요한 재원 조달을 하고 NHI 보장을 확대하려는 계획에 찬물을 끼얹을 것이다.

사회보험금을 통한 의료비지출 재원조달은 한국의 의료비지출을 억제하는데 도움이 된다는 주장도 있다. 2000년 이후, 주요 재원조달 및 지출은 NHI와 의료제공자 사이에 협상을 통해서 결정되었다. 그러나 실질적으로 수년간 이러한 협상에서 합의를 보지 못해 정부 및 NHI, 의료 제공자 및

16) 보건의료의 재원을 세금기반으로 전환하더라도 자영업자들이 세제를 준수하도록 조치를 취하는 것이 중요하며, 소득세 기반을 확대하기 위해서는 지속적인 노력이 필요하다.

17) 또한, 보험료의 인상이 보건의료의 질을 향상시키는 것이 아니라 의사들의 수입을 상승 시키는데 사용될 수 있다는 우려도 있다.

보험 가입자 대표들로 구성된 건강보험정책심의위원회 Health Insurance Policy Review Committee로 결정권이 넘어갔다. 어떤 경우든, 한국은 세금기반의 사회적 지출을 심하게 제한했다. 2007년 사회보험프로그램(건강보험, 고용보험 및 국민연금)을 제외한 가족급여, 적극적인 노동시장, 주택, 기타 사회프로그램정책에 관한 지출은 GDP의 1.5퍼센트 밖에 차지하지 않았다. 게다가, 한국은 교육에 대한 세금기반의 지출을 제한하고 있기 때문에 OECD 국가에서 GDP 대비 교육비 비중이 6번째로 낮다. 결론적으로 사회보험급여에 의존하는 것이 의료지출을 감소시킨다는 증거는 별로 없다.¹⁸⁾

나. 현행 재원 구성 비율에 대한 검토 : 보험료와 국고

의료보장을 추구하는 모든 나라는 사회복지 증진과 사회안전망의 구축에 대한 국가의 책임과 역할을 정립하기 위해 국고를 건강보험에 지원하고 있다. 사회보험재정에 지원되는 정부지원금은 공적제도의 재원부족에 대한 보조금, 소득 재분배차원에서 형평증진을 위한 보조금, 정부가 시장원리가 아닌 법으로 사회보험가입을 강제하였으므로 보험운영의 책임을 나눈다는 차원에서 의미가 부여된다. 우리나라는 다른 나라와 비교해 또 하나의 특수성이 내재되어 있다. 외국의 경우 공공부분의 공급이 민간부분보다 많으나 우리나라는 반대로 민간의 공급이 공공의 공급을 압도하고 있다. 따라서 재정 측면에서 공공부분의 역할이 다른 나라 보다 높아야 할 것으로 판단된다.

다. 재원 확충 방안

1) 간접세를 통한 지원

보험료 인상을 통해 재원을 충당하는 것은 한계가 있을 것으로 판단된다.

18) 사실, 한 연구에 따르면, OECD 국가에서 사회보험에 대한 의존은 일인당 의료비 지출을 3.5%상승시켰지만 건강 결과를 향상시키지는 못했다(Wagstaff, 2009a).

현재 보험료율은 OECD 선진국에 비해 많이 낮아 당분간 보험료율을 인상할 여력은 있지만 중장기적으로 보험료에만 의존하는 것은 국가경쟁력을 고려할 때 한계가 있을 것으로 판단된다. 따라서 우리나라 건강보험의 재정 방식에 대한 OECD의 권고안처럼 현행 보험료 방식의 재정은 한계가 있으므로 점진적으로 조세부분의 역할이 강화되어야 한다. 직접세나 보험료 인상보다는 간접세 형식으로 건강보험에서 조세부분의 역할이 강화되어야 한다. 흔히 간접세는 소득 역진적이기 때문에 사회보험 재원조달 방식으로 적절치 않다는 주장이 있으나 OECD에서 제안한 것처럼 보장성을 확대하지 않으면서 개인이 의료비를 감당하는 것보다 간접세 형식이라도 재원을 확보하여 보장성 확대를 통한 본인부담 감소가 훨씬 소득 분배 측면에서 도움이 된다.

2) 국고지원 방법의 변경

국고지원 관련 현행법은 2011년에 종료되는 한시법이다. 현행법에 의하면 일반회계를 통해 보험료 수입의 14%, 건강증진기금을 통해 보험료 수입의 6%(단 건강증진기금의 65% 범위 내에서)를 건강보험에 지원하도록 되어 있다. 한시법이 종료되더라도 최소한 현행 수준이상으로 국고지원 규모는 유지될 수밖에 없다. 보험료 인상 외에는 현실적으로 대안이 없는 상태에서 보험료 인상은 정치적으로 큰 부담이 될 것이기 때문이다. 한시법이 종료된 후 국고지원 규모 및 용처에 대해 제안하고자 한다. 건강보험 65세 이상 노인 인구의 급여비 50%를 국고에서 부담(의료급여는 별도)하는 것으로 법을 개정할 것을 제안한다. 전 국민 건강보험이 시작된 지 21년이 경과하였지만 그 동안 저부담-저보장 체계를 유지하느라 노인 인구 증가에 대한 대비를 하지 못했다. 따라서 노인 급여비의 50%는 가입자가 부담하고 나머지 50%는 국가가 부담하는 것으로 2011년 건강증진기금에 대한 특별법이 종료하기 전 법적인 제도화를 실현해야 한다. 2009년 현재 국고지원(건강증진 기금 포함)은 전체 재정의 15.18%(법적으로는 16.66%가 되

어야 함)를 담당하고 있고, 65세 이상 노인의 급여비 비중 32.3%(전체 건강보험 급여비 중)의 47.00%에 해당한다. 이러한 제안이 실현되면 2020년에 65세 이상 노인 인구의 급여비가 전체 재정(약 80.40조 원)의 약 43.66%(약 35.10조 원)에 도달할 것이므로 국고지원 규모는 21.83%(약 17.55조 원)에 이르게 된다. 현행법이 그대로 유지된다면 2020년 국고지원 규모는 13.84조 원 정도로 추산된다. 노령화 속도에 맞추어 점진적으로 국고지원 규모를 증가시키자는 것이다.

3) 피부양자 인정기준 개선

건강보험 재원을 확보하기 위한 또 다른 방안은 현행 피부양자 인정기준 개선이다. 현재 약 75만 명의 형제 및 자매가 피부양자 형태로 건강보험에 전혀 기여없이 무임 승차하고 있다. 특히 노동력이 있는 것으로 판단되는 20세 이상 49세 이하가 전체의 약 86.4%를 차지하고 있다. 그 중 약 52.6%는 가입자와 동거하고 있고 나머지는 동거하지 않으면서 무임승차하고 있다.

〈표 3-7〉 형제, 자매 피부양자 동거 및 비동거 현황

(단위: 명 %)								
구분	계	19세 이하	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세 이상
계	744,299 (100%)	92,949 (12.5%)	371,818 (50.0%)	222,854 (29.9%)	48,589 (6.5%)	7,064 (0.95%)	704 (0.09%)	321 (0.06%)
가입자와 동거	391,220 (52.6%)	72,319	222,662	80,164	13,693	2,077	208	97
가입자와 비동거	353,079 (47.4%)	20,630	149,156	142,690	34,896	4,987	496	224

주: 공단 내부자료, '09년 12.31 기준

형제 자매 관련 피부양자 개선방안을 다음과 세 가지 대안 중에서 검토하고자 한다. 제 1안은 형제 및 자매 전체를 제외하는 방안이다. 이는 국민기초생활보장법의 부양의무자 조건과도 일치한다. 실질적 부양관계가 갈수록

축소되고 있고 특히 20세 이상 경제활동이 가능한 성인의 비율이 전체의 87%를 차지하고 있음을 감안하여 형제, 자매 전체를 피부양자 기준에서 제외하는 방안이다. 피부양자에서 제외된 형제, 자매는 지역가입자로 전환하되 이들 중 의료급여 자격에 부합하는 계층은 의료급여권에서 흡수하면 의료접근성에 문제가 되는 계층은 없다. 건강보험공단자료에 의하면 약 626천 명이 연간 약 2,222억 원의 보험료를 추가로 부담하게 될 것이다.

제 2안은 비동거 형제자매만 제외하는 것이다. 이는 동거 위주로 부양을 인정하고 있는 현행 기준과 부합한다. 비동거 형제자매에 대한 공단조사에서 (직접 방문 면접 조사 : 1071명) 직업이 있는 경우가 610명(57%), 금융소득 등 소득 발생자가 220명(20.5%), 본인명의로 주택보유자가 172명(16.1%)으로 나타났다. 즉 가입자에 의해 생계가 유지된다고 판단하기 어렵다. 비동거 형제 및 자매의 약 93.6%가 생활 능력이 있는 것으로 판단되므로 이들을 우선 피부양자 대상에서 제외하되 능력이 없는 것으로 판단되는 계층은 지역가입자 또는 의료급여 수급권자로 전환하여 의료 이용에 어려움을 겪는 계층은 없어야 한다. 공단 자료에 의하면 약 310천 명이 연간 약 1,101억 원의 보험료를 추가로 부담할 수 있다.

〈표 3-8〉 형제 자매 피부양자 제외 방안

구분	기준	비고
1안	형제자매 전체 제외	국민기초생활보장법의 부양의무자 조건과 일치
2안	비동거 형제자매 제외	동거 위주로 부양을 인정하고 있는 현행 기준과 부합
3안	소득이 발생하거나, 재산 또는 자동차를 보유하고 있는 형제자매 제외(능력이 있는 형제자매 제외)	재산 요소의 도입으로 향후 보험료 부과체계의 지향과 맞지 않음.

※ 민법상 부양의무 범위는 직계혈족 및 배우자 이외에 기타 친족의 경우에는 생계를 같이 하는 경우로 국한하고 있음.

제 3안은 소득이 발생하거나 재산 또는 자동차를 보유하고 있는 형제자매만 제외하는 방안이다. 재산 요소의 도입은 향후 보험료 부과체계의 지향

과 맞지 않으나 능력에 비례하여 부담한다는 사회보험 원칙에 부합할 수 있도록 소득이 발생하거나, 재산, 자동차 등 자산을 보유하고 있는 형제, 자매는 피부양자에서 제외하는 방안이다. 능력에 대한 판단기준은 소득, 재산, 자동차 등을 반영한 소득인정액이 최저생계비 이상이다.

형제, 자매는 기본적으로 독립적인 생활이 가능하므로 전체적으로 피부양자 요건에서 제외하는 것이 타당하나 현실적으로 행정측면을 고려하여 단계적 접근을 할 필요가 있다. 제 2안을 우선 시행하고 그 다음 제 3안으로 확대하여 동거중인 형제자매 중에서도 생활능력이 인정되는 자를 피부양자에서 제외되 중장기적으로 제 1안을 채택하여 형제, 자매는 원칙적으로 피부양자에서 제외함으로써 성인의 경제적 독립성을 강조할 필요가 있다.

재산을 일정 규모 이상 보유한 피부양자도 제외할 것을 제안한다. 피부양자 중 일정 규모 이상의 고액 재산 보유자는 경제적 부담능력이 있는 것으로 판단되므로 보험료를 부담하는 것이 사회보험 원리에도 부합한다. 약 3억 원 이상의 재산을 보유하고 있는 피부양자가 약 15만 명을 넘고 있다. 중장기적으로 소득 기준 단일부과체계를 최종 목표로 설정한다면 향후 보험료 부과체계의 지향과 맞지는 않는다. 특히 소득(flow)이 없는 상태에서 재산(stock)만 있는 경우 재산을 처분하여 보험료를 부담해야 하는 문제도 따른다. 따라서 재산으로부터 발생한 소득이 보험료 부과대상에 포함될 때 까지만 한시적으로 적용할 것을 제안한다.

〈표 3-9〉 과세 표준액별 재산 현황 및 피부양자 수

(단위: 천만원, 천명)

구 분	계	5 이하	5~10	10~20	20~30	30~60	60~90	90 이상
계	6,225	4,143	1,089	649	186	125	22	13

4) 부담능력에서 누락된 부분에 대해 보험료 부과

보험료 부과와 형평성 제고를 위해 현재 보험료 부과 대상에서 누락된 소득에 대해 보험료를 부과할 것을 제안한다. 연금소득, 금융소득, 양도소득, 임대소득 등은 현재 보험료 부과체계에서 부과대상 능력에 포함되어 있지 않다.

첫째, 매월 일정규모 이상의 연금을 지급하는 자는 경제적 능력이 있는 것으로 판단되므로 피부양자에서 제외한다. 이는 능력에 비례하여 부담한다는 사회보험 원칙에도 부합한다. 사업소득 및 임대소득의 합이 500만 원 이상이면 피부양자에서 제외하고 있으나 연금소득이 있는 경우 피부양자로 인정되고 있어 형평성을 저해하고 있다. 또한 지역가입자의 경우 연금소득의 20%를 평가하여 소득으로 반영함으로써 부분적으로 연금소득이 부과대에 포함되고 있다. 뿐만 아니라 사회보험 체계를 유지하는 거의 모든 나라에서 연금소득을 건강보험 부과기준에 포함하고 있다(예: 프랑스, 일본, 독일, 네덜란드 등).

〈표 3-10〉 연금소득자 소득구간별 현황

(단위 : 만원, 천명)

구 분	계	500 이하	501~1,000	1,001~1,500	1,501~2,000	2,001~2,500	2,501~3,500	3,500 이상
지역가입자	816.7	686.1	46.5	16.2	22.4	19.5	10.8	15.4
직장 피부양자	1,345.0	1,054.7	81.9	36.0	54.9	50.6	49.3	17.6

주) 공단 내부자료 : '09년 3월 31일 기준

연금의 월 급여액이 최저생계비 이상인 경우 직장가입자로 편성하여 피부양자에서 제외한다. 단, 기초생활보장제도(의료급여 제도)와 연계하여 노령연금, 장애인연금 등 자기기여 없이 공적수당 성격으로 받는 연금이나 기타 공적수당은 부과대상에서 제외한다. 현재 직장가입자의 피부양자는 보험가입자로 자격을 편성하되 보험료의 50%만 부담하도록 하고 현재 지역가입자 중 최저생계비 이상의 연금소득자도 직장가입자로 편성하여 보험료의

50%만 부담하도록 한다. 피부양자는 배우자에 한정하여 인정하고 해당 보험공단에서 원천 징수하여 건보공단에 납부한다. 개인연금 및 퇴직연금 등은 국세청으로부터 금융소득 자료를 확보할 때까지 유예하여 적용한다.

〈표 3-11〉 2010년 기준 최저생계비

(단위 : 원)

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
기준액	504,344	858,747	1,110,919	1,363,091	1,615,263	1,867,435

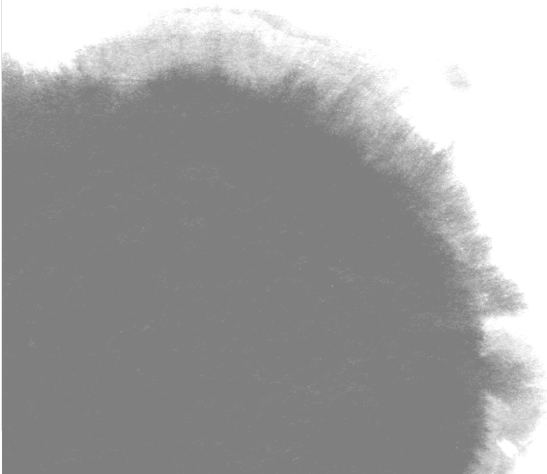
둘째, 부동산 양도소득, 금융소득(이자, 배당), 임대소득에 부과한다. 소득이 실현되는 시점에서 국세청이 원천징수하여 건강보험공단에 이관한다. 1회성 소득이기 때문에 자격과 무관하게 운영한다. 따라서 피부양자 조건이 필요 없다. 적용 보험료율은 직장가입자에게 해당되는 보험료율을 적용(2010년의 경우 5.33%)하고 월 단위로 소득을 환산하여 적용한다. 양도 및 금융 소득은 매입과 매도간 차액을 기간으로 나누어 소득으로 간주(단, 기회비용은 이자율로 산정하여 인정)한다. 임대소득은 월 단위로 발생한 실제 소득을 적용한다.

3. 보험재정 안정을 위한 Built-in Stabilizer 체계 도입

최근의 건강보험 재정이 열악함을 앞에서 논의하였다. 수가는 매년 2% 내외로 통제되고 있지만 보험급여비는 10%를 초과하고 있다. 재정이 지속 가능성 측면에서 점점 어려움에 처하고 있다. 따라서 건강보험 재정안정을 담보할 수 있는 Built-in stabilizer 체계 도입을 제안하고자 한다. 보장성-수가-보험료 수준을 연동하여 보장성 규모와 수가 수준이 결정되면 보험료 수준이 자동으로 결정될 수 있는 Mechanism을 구축하는 것이다. 이를 위해서는 수가(P)가 현행처럼 사전에 결정되는 것이 아니라 진료량(Q)과 연계하여 사후적으로 결정되는 것을 의미한다. 총급여비(REV=P×Q)가 사전

에 결정된다. 진료량(Q)은 노령화 정도, 소득 증가, 보장성 확대 등을 반영하여 설정하고 사전적인 수가(P)는 소비자 물가지수에 연동하되 사전적으로 결정되었던 진료량보다 실제 진료량이 더 늘어나면 사후적 수가가 인하되고 줄어들면 사후적 수가는 인상되는 체계이다. 예를 들어 보장성 1%를 확대하는 데 약 5천억 원이 소요되고, 사전적 수가 2%를 인상하는 데 약 3천억 원 소요되고, 소득과 고령화율을 반영한 사전적 진료량이 2% 증가하여 약 6천억 원이 소요된다면 총 1조 4천억 원이 추가로 소요될 예정이므로 보험료율은 7%를 인상(보험료율 1% 인상에 약 2천억 원 확보)해야 한다. 1년 후 실제 진료량이 3% 증가하여 9천억 원이 소요되었다면 사후적 수가는 0으로 동결하고 반대로 진료량이 1% 증가하여 3천억 원이 소요되었다면 사후적 수가는 4%가 되는 것이다. 사후적 수가에 따라 차년도 초에 요양기관별 급여비 지급 때 정산을 실시한다.

04

건강보험 보장성 제고 방향

제4장 건강보험 보장성 제고 방향

1. 건강보험 보장성 현황

1977년 건강보험이 도입된 이래 그 동안 건강보험은 빠른 시간 내에 전 국민에게 적용을 확대하고자 저급여-저부담 체계를 유지해왔다. 1989년에 전 국민에게 적용이 확대되었고, 2000년에 건강보험 통합 및 의약분업이 시행되었다. 2001년에 건강보험 재정위기가 도래하였고 위기를 극복하는데 3년이 소요되었다. 위기 극복 후 2005년부터 건강보험 보장성을 강화하려는 정부의 노력이 본격화되어 보장률이 점차 증가하고 있다.

일반 병의원과 약국을 포함한 일반요양기관에서의 건강보험과 의료급여 환자의 의료비에 대한 보장률은 2008년 기준 약 65.8%¹⁹⁾로 나타났다. 2005년 이후 지속된 보장성 강화 대책의 결과로 의료비 보장률은 2005년 62.1%에서 2006년 65.4%, 2007년 66.4%로 증가해왔으나 2008년에는 65.8%로 약간 감소하였다.

사회보험과 국고지원(일반 회계 및 건강증진 기금 등)으로 충당하는 공공재원 비율도 계속 증가하다가 2008년에 다소 감소하여 2008년 기준 65.8%에 이르고 있다. 본인이 부담하는 부분 중에서는 법정 급여범위 내에서 본인이 부담하는 비율이 비급여 본인부담보다 다소 높은 것으로 나타났다. 2008년에는 보험자나 국가의 부담이 전년에 비해 2조1천억 원이 늘어

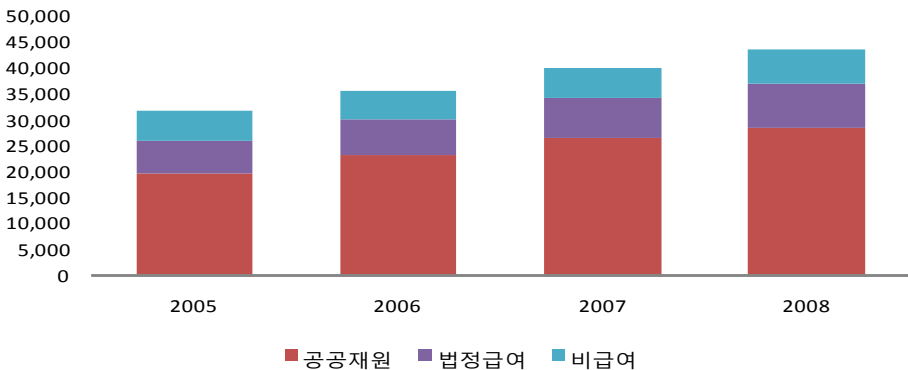
19) 건강보험과 의료급여 보장율에 대한 건강보험 정책연구원의 “건강보험환자 진료비 실태 조사”자료를 토대로 각각의 진료비를 weight로 가중 평균한 값임.

낮음에도, 입원환자 식대와 6세 미만 소아 입원에 대한 법정본인부담의 증가와 계속적인 비급여 본인부담의 확대로 인해 전체 보장률은 약간 감소한 결과를 보이고 있다. 암질환 보장율의 경우 2004년에 49.6%였던 것이 2008년에는 약 70%로 급격히 높아지고 있다. 암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환은 중증이면서 고비용이 소요되어 우선적으로 보장성이 확대된 결과이다. [건강보험 암질환 보장률 : 49.6%(’04) → 66.1%(’05) → 71.0%(’06) → 71.5%(’07) → 69.8%(’08)]

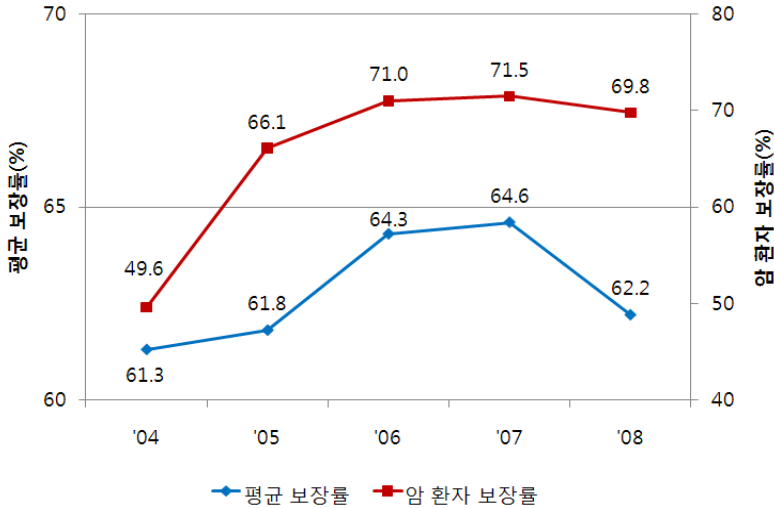
〈표 4-1〉 공공재원 및 본인부담률

구 분	2005년		2006년		2007년		2008년	
계	31,671	100.0%	35,559	100.0%	39,990	100.0%	43,494	100.0%
공공재원	19,670	62.1%	23,248	65.4%	26,544	66.4%	28,605	65.8%
본인부담	12,001	37.9%	12,311	34.6%	13,447	33.6%	14,889	34.2%
법정	6,278	19.8%	6,868	19.3%	7,774	19.4%	8,510	19.6%
비급여	5,723	18.1%	5,443	15.3%	5,673	14.2%	6,380	14.7%

〔그림 4-1〕 공공재원 및 본인부담률



[그림 4-2] 건강보험 전체 보장률 및 암질환 보장률²⁰⁾



지속적인 보장성 강화에도 불구하고, 보장률은 주요 선진국에 비해서 낮은 수준이다. 국민의료비 대비 공공재원 비중은 꾸준히 증가해 왔으나 아직도 OECD 평균에 비해 20%p 가까이 낮은 수준이다. 재난적 의료비 지출 (Catastrophic Health Expenditure)을 경험한 가구는 2007년 기준 2.8%로 영국에 비해 40배, 미국에 비해서도 3배 이상 높은 수준으로 나타났다. 국민의료비에서 차지하는 가계직접부담의 비중은 2008년 현재 35.0%를 기록하고 있다.(OECD Health Data 2010). 이는 OECD 평균인 18.3% (OECD Health Data 2010)에 비해 높은 편에 속하며, 전체적으로 가계직접부담의 비중을 낮출 필요가 있다. 건강보험의 낮은 보장률은 질병관련 비용부담으로부터 국민을 적절히 보호하지 못한다.

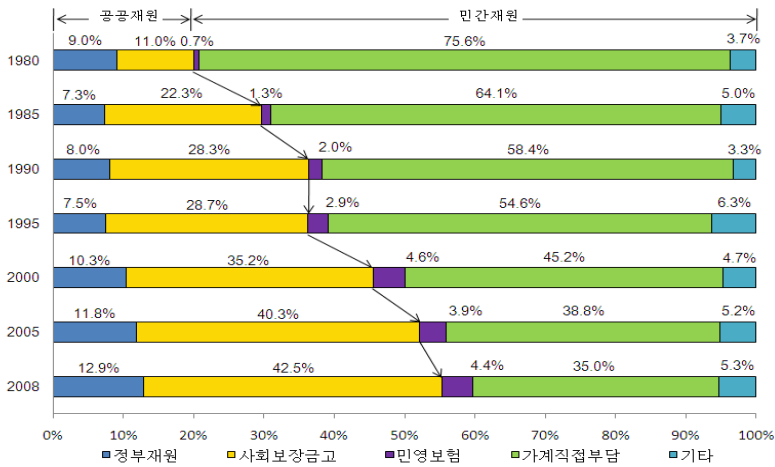
20) 자료: 김용익 (2010) / 국민건강보험공단. 각 연도별 본인부담실태조사 결과

〈표 4-2〉 국민의료비 중 공공재원 비율

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
한국	50.6	49.8	50.8	52.1	54.6	54.9
OECD	73.0	73.2	72.7	72.9	73.0	73.0

자료 : OECD Health Data 2009.

〔그림 4-3〕 국민의료비 재원 구성의 추이



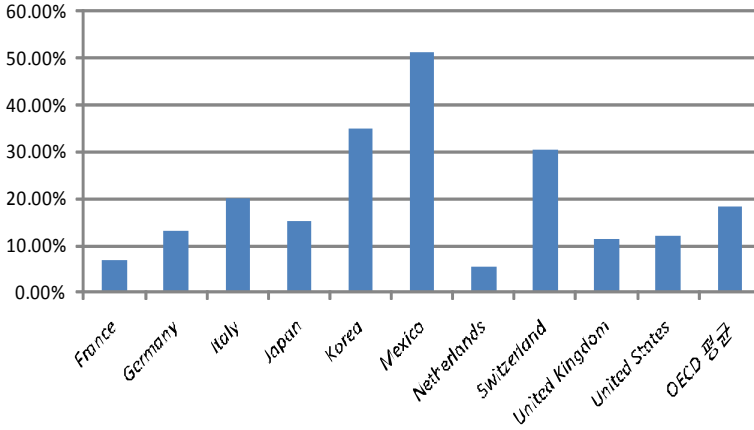
출처: 정형선, 2008 국민의료비 및 국민보건계정, 보건복지부, 2010.

〈표 4-3〉 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담률

국 가	2007
France	6.8%
Germany	13.1%
Italy	20.2%
Japan	15.1%
Korea	35.0% (2008)
Mexico	51.1%
Netherlands	5.5%
Switzerland	30.6%
United Kingdom	11.4%
United States	12.2%
OECD 평균	18.3%

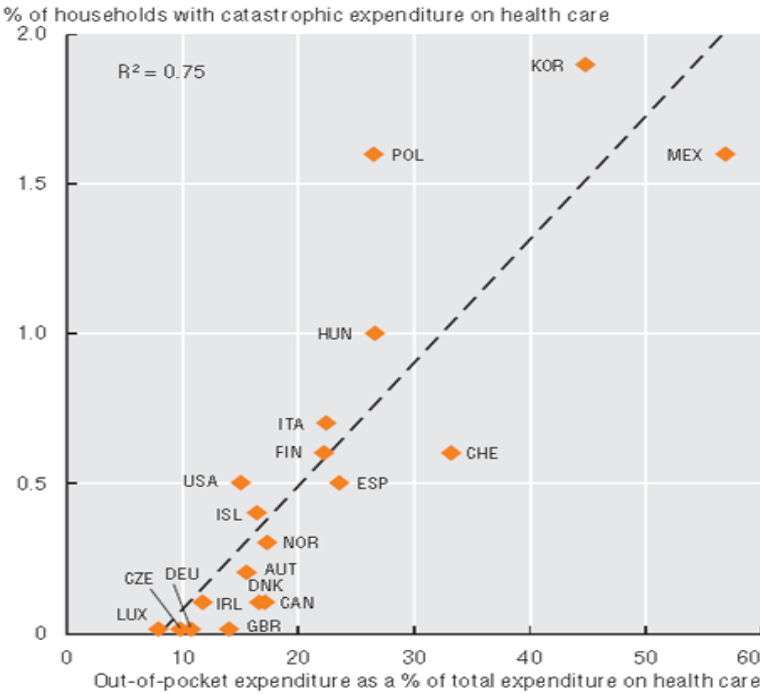
Source : OECD HEALTH DATA 2009, Nov. 09

[그림 4-4] 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담률



[그림 4-5] OECD 국가의 재난적 의료비지출 가구 비율

OECD 재난적 의료비지출 가구 비율 (2007)



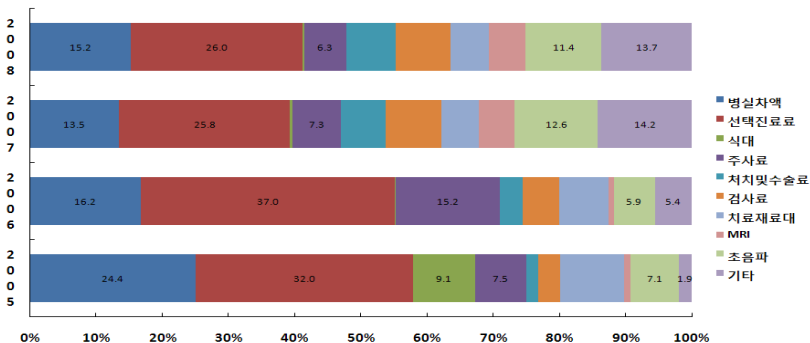
Source: Xu et al. (2007); OECD Health Data 2009.

지속적인 보장성 강화에도 불구하고 보장률이 떨어지는 역설적인 상황은 급격하게 증가하는 비급여 진료비와 관련이 있다. 비급여부분의 관리가 되지 않고서는 상대가치의 합리적 조정은 사실상 불가능하다. 급여부분의 원가보존율에 대해서는 논란이 있는 만큼, 이에 대한 객관적 평가가 우선되어야 할 것이다. 이를 위해서는 일회성의 자료수집이 아니라 연구병원을 선정하여 지속적으로 원가자료를 수집하는 기반을 마련할 필요가 있다. 또한 원가는 병원 가동률, 자본비용 처리방법 등에 따라 달라지므로, 원가를 산정하는 방식에 대한 사회적 합의를 도출할 필요가 있다.

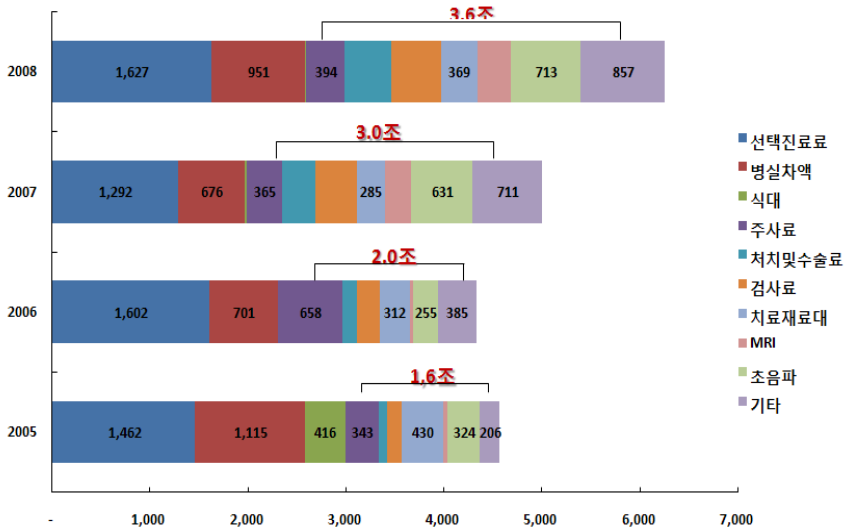
비급여부분에 대해서는 관리 기전을 강화하여, 비급여부분의 과다한 이윤을 차단할 필요가 있다. 이를 위해서 의료기관별로 다양한 방식으로 분류되고 있는 비급여서비스를 파악하여, 이를 표준화하고, 표준화된 비급여서비스에 대해서 의료기관간 가격경쟁을 유도할 필요가 있다. 장기적으로는 비급여서비스도 급여서비스와 마찬가지로 상대가치를 계산하고, 이를 공개함으로써 소비자들의 합리적 선택을 유도해야 한다.

급여 및 비급여부분에 대한 객관적 평가가 이루어지면, 급여·비급여의 불균형 관계를 시정하기 위한 사회적 합의를 도출할 필요가 있다. 비급여부분에 대한 관리기전 강화와 급여수가 정상화가 동시에 이루어질 수 있도록 국민(의료소비자), 의료계, 보험자간의 사회적 합의를 이끌어 내어야 한다.

[그림 4-6] 비급여 진료비 구성비 변화

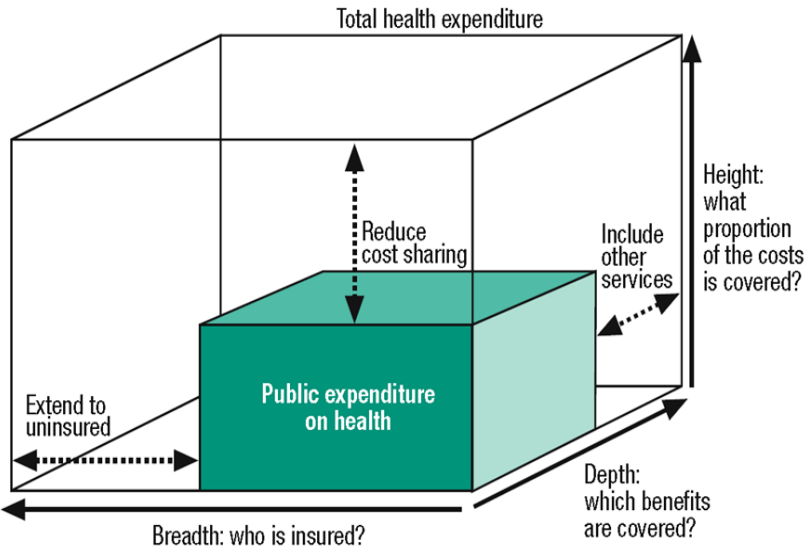


[그림 4-7] 비급여 진료비 절대액 및 구성비 변화



2. 건강보험 보장성 제고 방향

[그림 4-8] 보장성 강화 개념 틀



자료: WHO, World Health Report, 2007

WHO에 의하면 보장성은 3가지 관점에서 정의될 수 있다. 첫째, 구성원들 중 얼마나 많은 사람이 대상이 되는가 여부이다. 둘째, 급여 범위는 얼마나 넓은가 이다. 셋째, 급여 범위에 포함되지만 그 중 얼마나 환자 본인이 부담하느냐 여부이다.

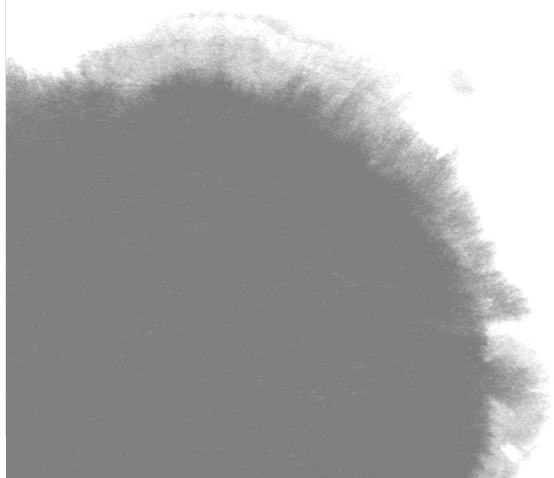
현재 우리나라 건강보험은 전 국민을 대상으로 적용되기 때문에 첫 번째 자격의 관점에서는 완벽한 보장을 달성하고 있다고 평가할 수 있다. 다만 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자 등 행방이 불분명한 사람들이 있지만 제도적인 관점에서 전혀 문제가 되지 않는다. 둘째 급여 범위 측면에서는 아직 문제가 있다. 전체 의료비 중에 비급여 본인부담이 약 14.7%를 차지하고 있기 때문에 OECD의 전체 본인부담률(급여 내 본인부담 + 비급여 본인부담)인 약 18%와 비교했을 때 비급여 중 상당 부분이 급여화 되어야 함을 알 수 있다. 셋째, 급여 범위 내 본인부담도 전체 의료비의 약 19.6%를 차지하고 있기 때문에 급여 내 본인부담율도 점진적으로 인하하여야 한다.

비급여 중에서는 선택진료료, 상급병실료 차액, 초음파가 전체 비급여의 약 46%를 차지하고 있다. 그 외 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 치료재료대 등이 약 25%를 점하고 있다. 이와 같은 본인부담 실태를 토대로 보장성 강화 방향에 대해 제안하고자 한다.

검사, 처치 및 수술, 주사, 치료재료 등 치료와 직접 관련이 있는 항목을 우선 급여화 해야 한다. 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여 범위내에 포함시키되 재정상황에 따라 본인부담률은 점진적으로 낮출 수 있다. 선택진료비를 그 다음 급여 범위 내에 포함시키되 이는 선택진료비는 지급 방법을 개선할 필요가 있다. 현재는 시설 등의 차이를 반영하기 위해 상급종합병원에 지급되고 있지만 향후에는 의료기관 질 평가를 통해서 인센티브 형식으로 바꿀 것을 제안한다. 최종적으로 본인부담액 전체에 대해 상한선을 설정할 필요가 있다. 의료비 때문에 가정 경제에 어려움을 겪지 않도록 의료비 지출 총액 상한선을 설치하여 실질적인 의료보장 체계를 정립하여야 한다.

본인부담의 구조조정도 필요하다. 제도의 효율적 운용을 위해 중질환 중심의 입원에 대해서는 중장기적으로 약 80%(현재 약 61.6%)의 보장율을 목표로 하고 외래의 경우는 약 65%(현재 약 57.8%)를 설정하여 필요이상의 의료서비스가 남용되지 않도록 제도의 건강성도 고려해야 한다. 이와 같이 보장성을 확대하기 위해서는 당연이 재정이 동반되어야 한다. 국민의 동의를 얻어서 보장성을 확대하되 건강보험의 지속가능성을 최우선적으로 고려하여 재정범위내에서 단계적 확대를 제안한다.

05

진료비 지불제도의 개편 방향



제5장 진료비 지불제도의 개편 방향

1. 문제 제기

낮은 급여범위, 낮은 보험료로 출범하였던 건강보험은 1977년 건강보험 도입 이래 지난 33년 동안 비약적으로 발전하여 급여범위도 점진적으로 확대²¹⁾되고 동반해서 보험료율도 인상되어 2010년 현재 소득 대비 5.33%를 보험료로 지불하고 있다. 그러나 아직 OECD 선진국에 비해 보장성²²⁾도 낮고 보험료율도 낮다.

급여 범위, 보험료 수준 등과 결부되어 논의되어야 할 변수가 수가 수준이다. 수가 수준에 대해 공급자들은 터무니없이 낮게 책정되어 경영에 어려움을 겪고 있다는 주장을 하는 반면 가입자들은 아직도 거품이 있다는 주장을 펴고 있다. 수가 수준의 객관성 또는 적정성에 대해 일치된 견해도 없고 단언하기 어려우나 2000년 건강보험 통합과 의약분업이 시행된 이래 소비자 물가의 상승 정도 보다 수가가 낮게 통제되고 있음은 주지의 사실이다²³⁾. 다만 수가가 낮게 통제된다고 하여도 요양기관의 수입이 상응한 정도로 수입이 낮게 형성되지 않는다는 사실이다. 수가의 변동정도와 요양기관의 진료비 수입 변동정도를 단순히 비교하기는 어려우나 인구구조의 변화(고령화 정도), 보장성 확대, 소득 증가에 따른 수진율의 증가를 고려

21) 건강보험공단의 “건강보험환자 진료비 실태조사”에 의하면 2008년 기준 보장률은 약 62.2%에 이르고 있음.

22) OECD Health Data 2009에 의하면 우리나라 보장률은 64.3, OECD 평균은 81.7%에 이르고 있음.

23) 2000년 기준 소비자 물가는 2009년까지 30.92% 인상되었고, 수가는 19.13% 인상되었음.

하여도 건강보험 진료비는 수가의 변동 정도보다 월등하게 빠르게 증가하였다. 여기서 제기되는 문제가 의료서비스 수가(가격)보다 수가를 지불하는 방법, 즉 진료비 지불방법이다. 우리나라는 건강보험 도입 이래 진료비 지불방법으로 행위별 수가제(Fee for Service)를 적용해오고 있다. FFS는 여러 가지 장점에도 불구하고 진료비를 통제하지 못한다는 근본적 문제점을 안고 있다.

2009년 기준 건강보험 급여비가 약 30조 원에 도달하였다. 현행 방식이 그대로 유지 된다는 가정아래 2020년에는 급여비가 100조원을 초과할 것이라는 분석²⁴⁾도 있다. 건강보험의 지속가능성을 전면적으로 재검토해야 하는 상황인 것이다. 인구의 고령화, 보장성 확대, 의료기술의 발달, 상병의 다각화 등은 진료비 양등을 초래하지만 통제할 수 없거나 통제하는 데 한계가 있다. 제도의 효율성을 전면적으로 재검토해야 하는 것이다. 그 선두에 진료비 지불방식이 떠오르고 있다. 따라서 본 장에서는 우리나라 진료비 지불제도에 대한 개관을 하고, 상대가치 수가체계의 현황과 과제, 최근 일산병원에서 시범사업 중인 신DRG 제도 등을 토대로 향후 우리가 지향해야 할 진료비 지불제도의 개편방향에 대해 탐색하고자 한다.

2. 우리나라 진료비 지불제도에 대한 개관

우리나라 건강보험의 진료비 지불제도는 행위별수가제(FFS: Fee for Service)를 기본으로 7개 상병 입원에 대해서는 포괄수가제(DRG-Diagnosis Related Group)가, 노인요양병상에 대해서는 일당제가 병행되고 있다. FFS에서 서비스행위별 가격은 단위행위의 상대가치와 상대가치 점당 단가로 구성된다. 상대가치 점수는 미국의 자원기준 상대가치(RBRVS-Resource Based Relative Value Scale)²⁵⁾에 기반하여 서비스

24) 정형선, “건강보험 중장기 재정전망과 정책과제”, 건강보험공단 금요조찬 세미나 자료

25) 자원기준 상대가치(RBRVS-Resource Based Relative Value Scale)에 대한 보다 구체적인 내용은 부록에서 다루고 있음.

행위당 업무량(시간, 노력 등), 투여되는 자원의 양(인력, 시설, 장비 등), 그리고 위험도를 반영하여 상대적으로 결정된다. 2001년도에 도입된 상대가치는 그 동안 여러 차례 개정을 단행한 바, 현재 적용되는 체계는 2006년 신상대가치 연구결과를 반영한 것이다. 도입당시의 상대가치가 우리나라 현실을 반영하는 데 미흡했고 시간이 경과함에 따라 미흡한 불균형의 폭이 심화되어 의료공급의 왜곡을 초래하는 등 부작용을 낳았다. 이를 개선한 형태가 2006년의 신상대가치 체계이다.

신상대가치에서는 의사비용과 진료비용이 분리되고, 치료재료 비용이 별도 분리되었으며, 위험도도 반영되었다. 그러나 진료과목별 총점이 고정된 상태에서 과목 내 조정만 있었기 때문에 진료과목별 불균형 문제가 여전히 남아있다. 진료과목별 불균형 때문에 일부진료과목에는 자원공급이 부족한 반면 일부 과목에는 자원공급이 넘쳐 자원배분의 왜곡이 발생하고 있다. 이를 일부 상쇄하고자 2009년에 흉부외과, 외과, 2010년에 산부인과의 상대가치에 가산율을 적용한 바 있다. 이는 당연히 건강보험 재정에 부담을 초래한다. 향후에도 상대적으로 낮게 형성된 진료과는 유사한 문제에 직면할 것이고 이를 해결하는 방안은 추가재정 투입으로 연결될 것이다. 보다 근원적 처방책이 필요하나 과별 총점 고정 하에서는 해법이 보이지 않는다.

상대가치 점당 단가는 “환산지수”라는 이름으로 매년 년 말에 결정된다. 이를 결정하기 위하여 경영수지분석, 원가분석, 지수모형, SGR 등이 연구·검토되고 있으나 공급자와 가입자간 수가수준에 대한 이해가 엇갈려 합의를 도출하는데 매년 홍역을 치루고 있다. 이처럼 서비스 행위별 상대가치점수와 점당단가에 의해 수가가 결정되면 공급자들은 제공된 서비스 행위당 수가(가격)를 통해 보상 받는다. 공급자의 수입은 제공한 서비스 행위량과 해당 수가에 의해 영향을 받는 바, 공급자의 입장에서 수가는 통제불가(Uncontrollable)변수이다. 즉 수입을 극대화하기 위해서는 서비스 양(Q)을 증가시킬 수 있다.

$$\text{Rev(수입)} = P(\text{가격}) \times Q(\text{양})$$

소비자와 공급자가 정보의 비대칭이라는 의료서비스의 특성상 Q는 공급자의 재량에 달려있는 것으로 볼 수 있다. 이처럼 행위별 수가제는 진료비 통제에 태생적으로 한계를 노정하고 있다. Q가 통제되지 않기 때문에 가입자들은 P를 낮추고자하고 P(환산지수)가 낮게 설정되면 공급자는 다시 Q를 늘리고자 하는 악순환이 반복될 수 있다. 매년 연말 환산지수 결정과정에서 난산을 거듭하는 것은 이러한 메카니즘 때문이다. 여기에서 Q는 빈도와 강도를 포괄한다. 환자를 자주 내원케 하거나 한 번 방문한 환자에게 필요 이상의 서비스 강도를 제공하는 경우이다. 2003년부터 2009년까지 지난 6년간 수가(환산지수)는 연평균 2.62% 인상되었으나 입내원 1일당 진료비의 연평균 증가율은 이를 훨씬 상회하고 있다. 적용인구 1인당 내원일수 또한 2003년에 14.64에서 2009년에 18.11로 증가하여 약 23.7%가 증가하였다. 빈도와 강도가 모두 증가하고 있음을 보여주고 있다.

〈표 5-1〉 입내원 1일당 진료비

(단위: 원)

구 분	2003년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
입원	106,559	116,475	125,131	131,519	129,795	133,741	3.86%
외래	15,338	16,801	17,988	19,056	19,934	20,892	5.29%

〈표 5-2〉 적용인구 1인당 내원일수

연도	전체내원일수	입원	외래	약국
2003	14.64	1.09	13.54	8.08
2004	14.86	1.13	13.74	8.21
2005	15.33	1.19	14.13	8.43
2006	16.01	1.32	14.69	8.78
2007	16.53	1.57	14.96	8.80
2008	16.78	1.74	15.03	8.82
2009	18.11	1.92	16.15	9.46

주: 1) 2009년 자료는 통계연보 발표 전 잠정적 데이터를 사용하여 전체내원일수가 입원과 외래 내원일수 합과 맞지 않음.
자료: 건강보험공단, 2009 주요통계; 각 연도 통계연보

위와 같은 행위별 수가제의 문제점을 극복하기 위해 총액계약제, DRG 등이 논의 되고 있다. DRG는 사전지불방식으로 지불단위를 포괄함으로써 불필요한 서비스의 남용을 줄여 제도의 효율성을 증진시킬 수 있는 제도이다. 비급여 영역의 서비스도 일정부분 포괄하여 보장성 확대의 효과도 기대할 수 있는 제도이다. 총액계약제 또한 일정기간동안 의료지출의 총액을 사전에 한정함으로써 비용증가의 위험성을 공급자도 분담하는 제도이다.

DRG 지불제도는 3년에 걸친 시범 사업 후 2002년 8개 질병 군에 대해 본 사업을 실시하였고, 2003년부터는 질식분만을 제외한 7개 질병 군에 대해 공급자 선택방식으로 적용되고 있다. DRG에 대한 건강보험심사평가원의 평가결과에 의하면 DRG는 FFS에 비해 건당진료비 증가율이 낮고 건당 입원일수도 낮은 것으로 나타난 반면 서비스의 질은 떨어지지 않은 것으로 나타났다. 그러나 위와 같은 평가결과는 공급자의 선택적 참여 방식 때문이라는 지적이 주류를 이루고 있다. 공급자의 입장에서 FFS와 DRG를 비교하여 수익측면에서 도움 되는 방향으로 선택·참여하기 때문에 제도 도입의 취지와는 달리 효율성 향상보다는 공급자의 수입확충의 통로를 넓혀준 결과만 낳았다. 그럼에도 불구하고 대형 의료기관의 참여율은 지극히 저조하였다. DRG 체계가 중증환자에 대한 고려를 충분하게 하지 못하고 의료기술 발전을 위한 유인을 제공하지 못했기 때문이다. 이러한 한계를 극복하고자 신포괄수가제도가 개발되었다.

기존의 DRG 수가는 행위별 급여진료비 평균에 DRG에 포함되는 비급여 가격을 합산하여 적용했던 반면 신포괄수가제는 기존수가에 기준 재원일수 대비 초과재원일수에 일당진료비를 더하고, 10만 원 이상 고가기술에 대해서 행위별 진료비를 추가하고 DRG와 FFS간 진료비 차이가 200만원을 초과하는 경우 초과분에 대해 별도 보상하는 형태로 바뀌었다. 이러한 변화는 현재 7개 질환군에 적용되고 있는 DRG체계를 입원진료 전체로 확대 적용하기 위해 마련되었다. 신포괄수가제도에 대한 평가는 아직 이르지만 논란은 분분하다. 적용 질환군을 확대할 수 있다는 점, 비급여를 포괄하여 보장성을 강화할 뿐 아니라 비급여로 전이되는 현상을 억제하여 제도의

효율성을 높일 수 있다는 측면에서 고무적인 것으로 평가하는 집단이 있는 반면 반대하는 측에서는 기존의 FFS가 녹아들어가고 추가보상 부분이 첨가되어 공급자 친화적인 모형이기 때문에 지출합리화 방안과 거리가 있다는 차원에서 이의를 제기하고 있다.

이론적으로 DRG는 과잉진료를 유발하는 FFS보다 더 나은 진료보상제도로 알려져 있다. 의사의 진료행위가 보다 더 잘 통제될 수 있다는 측면에서 이다. 그러나 공급자들은 실제증상보다 복잡한 진단명을 선택하거나, 건당진료시간과 사용약품수를 줄이거나, 비용대비 수익이 많은 CASE만 선택적으로 진료하는 등의 방법으로 이윤 극대화를 추구할 수 있다. 의료의 질이 담보되기 어렵고 청구의 적절함을 평가하는데 더 많은 관리비용이 소요되는 문제점도 안고 있다.

2009년 4월부터 공단 일산병원에서 20개 질병군을 대상으로 신포괄수가제 시범사업이 진행 중이다. 시범사업 결과를 토대로 신포괄수가제의 확대 여부를 결정할 예정이다. 위에서 제시된 부정적인 효과를 줄이면서 DRG제도의 취지가 충족될 수 있는 모형으로 개선하고자 하는 것이다.

최근에는 DRG외에도 총액예산제에 대한 논의가 본격화하고 있다. DRG보다는 진료비 규모에 대한 예측가능성이 높고 통제 정도가 확실하기 때문이다. 총액예산제하에서는 예산이 사전적으로 결정됨에 따라 의사들은 주어진 예산을 효율적으로 사용하려는 동기를 부여 받는다. 반면 진료량을 감소시켜 비용을 절감하려는 행위는 서비스의 질을 떨어뜨릴 우려가 있다. 예산제를 도입했던 다른 나라의 경험을 보면 총액예산제가 진료비 절감에는 효과적이나 필요한 경우에도 비용이 적게 들면서 효과적이지 못한 치료로 대체되어 의료의 질이 손상되는 것을 목도할 수 있다.

성과보상제(Performance based payment) 또한 최근 각국의 관심을 받고 있다. 진료성과에 기초하여 보상을 하는 제도로 DRG, 총액예산제 등의 부작용인 서비스 질 저하 문제가 본격화되면서 진료나 검사의 결과에 따라 보상정도가 차별화되어야 한다는 주장이 설득력을 얻고 있다. 미국, 네덜란드, 독일 등 일부 국가에서 한정된 범주 내에서 시행되고 있다. 그러나 성

과보상제는 성과를 판단하는 객관적 기준을 만들기 어렵기 때문에 환자와 의사간 분쟁의 소지가 있고, 근본적 치료는 어려우나 고통을 해소하거나 완화하는 진료의 필요성에 대한 논란을 초래하기도 한다. 시행초기여서 결론을 내리기는 어려우나 더 많은 나라에서 성과보상제를 채택하고 있기 때문에 우리나라도 눈여겨 보아야 할 제도로 보인다.

그 외 노인요양병원, 장기요양시설과 재가서비스에 대해서는 일당정책제가 적용되고 있다.

3. 외국의 사례

최근 서비스 질에 대한 관심이 높아지면서 성과보상제 방식의 진료비 지불제도가 확산되고 있지만 검증과정에 있기 때문에 본격화하기에는 아직도 많은 시간이 필요할 것으로 판단된다. 지금까지는 총 의료비 통제 방식의 진료비 지불제도에 관심이 더 많다. 유럽의 대부분의 국가들에서는 비용통제를 위해 진료비총액을 제한하는 총액예산제를 주로 채택하고 있다. 물론 공공병원이 많은 부분을 차지하고 있기 때문에 우리나라와는 다소간 환경의 차이가 있다. 그러나 대만은 민간중심의 의료공급체제를 유지하고 있음에도 불구하고 총액예산제를 도입한 국가로써 연구의 대상이 된다. 예산제를 도입하지 않더라도 포괄수가제나 진료비목표관리제와 같은 각종 비용억제장치를 강구하는 것이 세계적인 동향이다. 여기서는 의료비를 억제하기 위하여 선진외국에서 사용했었거나 사용하고 있는 몇 가지 진료비 지불제도를 살펴보고자 한다. 우리나라 진료비 지불제도의 개편 방향을 모색하고자 함이다.

가. 병원 일당지불제와 건당지불제

병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 독일이 사용하였다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 비용을 적절하게 통제하

려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련비용은 서비스 대가를 별도로 지불하도록 하였다. 이러한 제도는 예산을 비교적 손쉽게 통제할 수 있는 반면 의료공급자가 질환별로 자율적 진료를 하는데 많은 제약을 가져 온다. 이를 해결하기 위해 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다.

현재 우리나라의 의료시스템은 전국의 요양기관 이용에 제한이 없고, 지역별, 요양기관종별로 입원환자의 특성에 차이가 많아 일당지불방식을 적용하는 것은 쉽지 않아 보인다.

나. 병원 총액예산제

프랑스는 공공병원에 대하여 전국 22개 지방병원청(ARH)이 지역내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원은 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별 진료비자료(GHM; 프랑스식 DRG)를 ARH에 제출하고, ARH에서 타당성을 심사하며, GHM에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정하는 방식으로 운영한다. 민간 영리병원을 위한 예산은 매년 ‘전체 목표량’을 통해 설정한다. 실질적인 지출이 목표치를 초과한다면 가격은 더 낮아지고 목표치 이하라면 높아진다. 전국 목표량과 가격에 대한 조정은 국가와 민간영리병원 대표자사이에서 협상이 이루어진다. 시설(숙박)비용, 간호비용, 약제비 등은 일당 정액제로 보상되고 외래수술이아 처치에 대해서는 전국수준의 특정 요금으로 보상된다.

다. 개원의 총액계약제

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 적용하고자 하는 경우 우선 개원의와 병원급 이상의 의료기관과 역할 및 기능을 확실하게 분리해야 한다. 의료전달체계가 유명무실한 오늘의 현실에서, 즉 입원과 외래를 가리지 않고 의원과 병원급이 경쟁하는 현행체계 내에서는 총액 진료 예산 배정이 매우 어려울 것으로 판단된다.

라. 포괄수가제(DRG)

의료비 통제의 방안으로서 병원에 대해서는 DRG 시스템으로 이행하는 국가가 증가하고 있다. DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별 병원 간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 더욱 용이한 시스템이 되기 때문이다. 오스트리아와 이태리는 일당정액 지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였다. 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있다. 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액 예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다.

프랑스도 2004년부터 점진적으로 공공병원과 민간병원의 수가를 DRG(T2A)체제로 일원화하고 있다. 재원기간이 기준보다 길거나 짧은 경우, 국가에서 정한 고가의약품 및 의료기기, 그리고 특별치료를 받아야 하는 중대 질환의 경우에는 별도로 보상하고 있다. 다만 T2A 시스템에서 추가 보상되는 모든 제품은 장기적으로 포괄수가제에 통합되어야 한다. 전체적으로 진료량이 목표를 초과하는 경우 수가를 인하함으로써 가격·수량 연동제를 시행하고 있다.

마. 약제비 총액예산제

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

4. 진료비 지불제도의 개편 방향

가. 진료비 지불제도 개편의 필요성

건강보험에서 보험가입자는 보험료를 보험자에게 지불하고 그 대가로 보험자로부터 의료서비스를 제공받는다. 보험자는 의료서비스를 제공하기 위해 의료공급자로부터 서비스를 구매하게 된다. 의사, 간호사, 약사, 의료기기 제조업자, 제약회사, 병원 등 공급자들은 보수, 가격 등을 매개로 서비스를 제공하게 된다. 건강보험의 총지출은 제공된 서비스의 양과 그 가격에 의해 결정된다. 가격은 외생변수로 볼 수 있다. 거의 모든 국가에서 서비스의 단위당 가격을 통제하고 있기 때문에 주어진 것으로 간주할 수 있다. 서비스의 양을 통제할 수 있다면 건강보험의 총지출은 미리 예측할 수 있을 것이다. 그러나 의료서비스의 양은 통제하기가 거의 불가능하다. 가격을 지불하는 방법에 따라 차이가 있을 뿐이다.

일반적으로 서비스 공급자인 의사가 환자(보험가입자)에 대한 서비스 양을 결정한다. 환자의 상태에 따라 필요한 종류의 서비스와 양을 결정하는데, 의사의 행위 양태는 다양하게 나타날 수 있다. 환자에 대한 치료 외에도 의사의 수입을 극대화하고자 하는 유인을 떨치기 어렵다. 가격을 지불받는 방법에 따라 유인의 정도가 달라질 수 있다. 따라서 진료비 지불방법을 결정하는데 의사의 동기를 고려하는 것은 너무도 당연하다. 의사의 수입 극대화 동기는 다음과 같은 형태로 나타날 수 있다. 첫째, 서비스 제공량을 늘리면 수입이 증가한다. 필요이상의 서비스까지도 제공될 수 있음을 의미한다. 둘째, 고가의 장비를 필요이상으로 이용하게 할 수 있다. 장비 마련에 자본이 투자되었기 때문에 빠른 기한 내에 투자된 자본을 회수하고자 하는 동기가 발생한다. 셋째, 환자의 내원일수를 증가시킨다. 내원일수가 늘어날수록 의사의 수입은 증가한다. 넷째, 수입확보에 어려움이 있거나 치료에 어려움이 따르는 환자는 상급병원에 이송시킨다. 이 모든 동기들은 의사의 수입과 관련된다.

의사의 수입극대화 동기는 이처럼 필요이상의 자원이 소비됨으로써 자원

배분의 왜곡이 발생하여 비효율이 발휘된다. 의료공급자들에게 합당한 소득을 보장하는 것은 양질의 의료서비스가 지속적으로 제공될 수 있는 전제이지만 필요이상의 자원이 소모되는 형태는 억제해야 한다. 따라서 일정 수준의 서비스 질을 담보하는 범위 내에서 공급자의 수입 극대화 동기가 최소화될 수 있도록 진료비 지불제도가 설계되어야 한다.

현재 우리나라는 건강보험 지불제도로 행위별 수가제(Fee For Service)를 적용하고 있다. 앞에서 논의된 것처럼 FFS는 비용 유발적인 제도이다. 의료 서비스 질의 관점에서는 양호한 것으로 평가받고 있으나 비용 억제 측면에서는 한계를 갖고 있다. 최근 우리나라 건강보험의 재정 상태를 보면 FFS의 폐해가 여실히 나타난다. 아래 표에서 보는 것처럼 건강보험 수가는 지난 9년 동안 16.6% 인상되었지만 급여비는 123.46%가 증가하였다. 물론 노령인구의 증가, 보장성 확대, 신기술의 도입, 질환의 다양화, 소득 증가에 따른 수진율의 증가 등 수가 인상 외에도 급여비 양등 요인이 있었다. 그러나 이러한 요인들을 고려하여도 설명되지 않는 부분이 매년 4-6%²⁶⁾ 정도로 추정되고 있다. 행위별 수가제의 부정적 효과로 인식되는 부분이다.

〈표 5-3〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이

(단위 : %, 10억 원)

연도	건강보험수가		소비자물가		건강보험급여비		
	증가율	누적지수	증가율	누적지수	급여총액	증가율	누적지수
2001		100.00		100.00	12,941		100.00
2002	△2.90(인하)	97.10	2.70	102.70	13,425	3.74	103.74
2003	2.97	99.98	3.60	106.40	14,755	9.91	114.02
2004	2.65	102.63	3.60	110.23	16,130	9.32	124.65
2005	2.99	105.70	2.80	113.31	17,989	11.52	139.01
2006	3.50	109.40	2.09	115.68	20,932	16.36	161.75
2007	2.30	111.92	1.95	117.94	23,956	14.45	185.12
2008	1.94	114.09	3.89	122.53	25,600	6.86	197.83
2009	2.22	116.62	3.70	127.06	28,916	12.96	223.46

26) 보건사회연구원 내부 자료 참조

지난 9년 동안 수가는 소비자 물가에 비해 낮게 통제되었다. 소비자 물가가 27.06% 증가한데 반해 수가는 16.62%로 억제되었던 것이다. 수가의 통제가 급여비 증가를 억제하지 못하고 있다는 사실을 보여주고 있다. 행위별 수가제하에서 수가의 통제는 풍선 효과를 유발한다. 상대적으로 낮은 수가를 보전하기 위해 의료공급자들은 행위 빈도를 증가시키거나 필요이상의 다른 행위를 첨가한다. 또한 필요이상의 검사를 시행함으로써 목표 소득을 달성하고자 한다. 당연히 행위별 수가제에서는 자원의 낭비가 발생할 수밖에 없다. CT의 경우 인구 백만 명당 우리나라는 2007년 기준 37.1대를 보유하고 있어 영국, 독일, 프랑스 보다 2배 이상 보유하고 있다. 즉 필요량보다 더 많이 보유함으로써 자원 분배에 왜곡이 발생하고 있는 것이다.

〈표 5-4〉 인구 백만명당 CT 보유대수

(단위: 대)

구분	1990년	1995년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
한국		15.5	28.4	27.3	31	31.9	31.5	32.3	33.7	37.1
미국				28.9		29.2	32.2		33.9	34.3
영국			4.5	5.8	7.1	6.7	7	7.5		
독일		9	12.7	13.3	14.2	14.7	15.4	16.2	16.7	16.3
프랑스	6.7	9.2	9.5	8.9	9.7	8.3	7.4	9.8	10	10.3

Source) OECD Health Data, 2009

건강보험 중장기 재정전망²⁷⁾에 의하면 현행 추세방식을 적용할 경우 2020년에 국민의료비가 253조 원에 도달하고 건강보험 급여비도 100조 원을 초과할 것으로 예측하고 있다. 여러 기제를 통하여 의료비 증가가 통제된다면 건강보험 급여비가 2020년에 67조 원에 이를 것으로 전망하고 있다. 여러 기제 중 핵심은 진료비 지불제도의 개선일 것이다. 현행 행위별

27) 정형선의 “건강보험 중장기 재정전망과 정책과제”, 건강보험공단 금요조찬 세미나 자료 인용

수가제를 개편하여 의료비 총액에 대한 예측 및 통제가 가능하도록 한다면 급여비가 67조 원 선에서 억제될 수 있을 것으로 예측하고 있다. 필자가 추정한 바에 의하면 현행지불제도하에서 2020년 건강보험 급여비는 약 80조 원을 초과하여 보험료가 소득 대비 약 10%에 이를 것으로 전망되고 있다. 즉 현행 행위별 수가제하에서는 건강보험이 재정적 측면에서 지속가능하지 않다는 결론을 도출하고 있다.

〈표 5-5〉 건강보험 급여비 추계

연도	국민의료비 (조원)	GDP대비 비율 (%)	건보 급여액 (조원)	건보 소요액 (관리운영 포함)
2010	77	7.10	33.57	34.68
2011	83	7.38	36.89	38.11
2012	89	7.66	40.36	41.69
2013	96	7.91	44.31	45.77
2014	103	8.07	48.85	50.46
2015	110	8.30	51.76	53.47
2016	118	8.49	57.35	59.24
2017	127	8.84	62.37	64.42
2018	136	9.11	68.00	70.24
2019	146	9.38	74.78	77.25
2020	156	9.60	80.40	83.05

주: 가정 i. 2020년의 65세 이상 인구 비중 : 약 15%

ii. 지출합리화정책의 지속적인 추진으로 급여비 증가율을 8% 이내로 억제

또한 현행 행위별수가제는 공급자의 진료량에 따라 사후에 지불받으므로 항목별 가격만 통제하고 진료비총액을 관리할 장치가 없다. 청구 및 심사업무가 과중하고, 심사기구와 의료계간에 진료의 전문성과 자율성에 대한 마찰이 있으며, 항목별 수가수준에 따라 고가진료행위의 선택 및 고가의약품의 선호 등을 초래하게 된다.

그 외에도 현행 지불제도 방식에 대한 개편 필요성이 여러 가지 측면에서 제기되고 있다. 수가는 행위별 상대가치 점수에 환산지수를 곱하여 결정

된다. 행위별 상대가치가 행위 간 균형을 유지하지 못함에 따라 자원배분의 왜곡이 발생하고 있다. 행위별 수가제의 문제점이라기보다 상대가치 자체의 불균형 문제이나 이를 해소할 방안이 보이지 않는다. 상대적으로 높거나 낮게 책정되어 있는 행위의 상대가치를 정상적으로 조정할 수 있어야 하나 과간 경계를 넘어서 조정하는 것이 쉽지 않게 구도화 되어 있다. 이러한 불균형은 진료행위 및 투약의 왜곡 뿐 아니라 진료과목별 수입에 영향을 미쳐 전공의²⁸⁾의 균형있는 공급에 차질을 초래하고 있다. 기술료의 상대적인 억제는 투약 및 검사의 남용, 고가의 진료재료 사용 등을 야기 한다.

또한 의료기관 규모별 가산율²⁹⁾ 적용, 지정진료제³⁰⁾ 등 합리성 측면에서 재검토하여야 할 진료비 지불제도 관련 과제들이 산재해 있다.

나. 개편 방향

진료비 지불제도의 선택이 건강보험 운용의 틀, 국민의 건강수준, 국민의 재정 부담, 자원배분의 왜곡 정도, 의료기관의 경영환경 등을 결정할 수 있다. 앞에서 논의한 것처럼 어느 한 제도가 모든 것을 다 해결해 줄 수 없다. 비용절감형 지불제도는 서비스 질에서 문제가 있는 것으로 나타났고 서비스 질에서 상대적 우위에 있는 제도들은 비용절감 측면에서 한계가 있는 것으로 나타났다. 현재 우리나라 건강보험을 냉정히 되돌아보고 우리나라 현실에 맞는 지불 제도를 찾아야 함은 너무도 당연하다.

건강보험 관련 환경이 향후 상당부분 달라질 것으로 판단된다. 첫째, 건강보험 재정을 위협하는 요인이 산재해 있다. 우선 세계 유래가 없이 빠르게 진행되고 있는 고령화를 고려해야 한다. 2018년에 고령사회(전 인구의

28) 낮은 상대가치 때문에 흉부외과의 전공의 수가 부족하여 2009년에도 흉부외과의 상대가치를 상향 조정한 바 있음.

29) 의료기관 규모별 가산율은 의료기관 자본비용(시설투자)의 차이를 반영하고, 가격차이에 의한 의료전달체계 정착을 유인할 의도로 시행되고 있으나 가산율에 의한 가격차별 정책이 환자의 대형의료기관 선호행태를 교정하는 데에는 실패하고 있으며, 가산율 산정의 과학적인 근거도 미흡(3차 종합전문 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%)

30) 종합병원급 이상에서 전문의 진료에 대해 지정진료료로서 기준수가의 50%까지 가산

14% 이상이 65세 이상)에 도달할 것으로 예측되고 있다. 현재도 약 10%의 65세 이상 인구가 약 30%의 급여비를 사용하고 있기 때문에 고령화가 가속화될수록 건강보험 재정은 지금보다 훨씬 압박을 받을 것이다. 보장성 확대에 대한 국민적 기대도 계속될 것이다. 2008년 기준 우리나라의 보장성은 약 64.3%³¹⁾로 OECD 평균 약 81.7%에 비해 상당히 부족하다. 보장성 확대 또한 보험재정을 압박할 것이다. 평균 수명이 늘어나면서 질환의 종류가 다각화할 것이고, 의료수요 또한 증가할 것으로 예측된다. 소득의 증가도 수진율과 밀접한 관련이 있는 것으로 선행연구들은 분석하고 있다. 의료신기술 또한 빠른 속도로 발전하고 있다. 이 모든 것들이 재정소요를 증가시키는 요인들이다.

둘째, 국민들의 의료서비스의 질에 대한 관심이 높아질 것이다. 지금까지 건강보험은 빠른 시일 내에 전 국민 건강보험을 실현하고 의료사각지대를 해소하겠다는 목표로 낮은 부담-낮은 급여-낮은 수가를 기본 틀로 유지해왔다. 1인당 국민소득이 2만 달러를 넘는 시점에서 소득이 높은 계층을 중심으로 의료의 질에 대한 관심이 높아지고 있다. 1년에 약 3만 명 이상이 높은 수준의 의료서비스를 받기 위해 선진 외국으로 나가는 현실이 이를 방증하며 매년 그 수가 늘어나고 있다. 투자개방형 병원에 대한 논란 또한 이와 무관치 않다. 현재 우리나라의 의료환경은 선진국에 비해 접근성이 대단히 뛰어난 것으로 평가받고 있지만 국민들은 접근성외에도 서비스 질의 개선까지도 기대하고 있다.

셋째, 의료공급환경을 고려할 필요가 있다. 매년 3천 명 이상의 의사가 신규로 배출된다. 아직까지 국민 1인당 의사수는 OECD 평균에 미달하지만 가까운 장래에 초과할 것으로 예측된다. 공급의 증가는 수요를 낳고 이는 비용과 연계된다는 Say's Law가 적용될 것이다. 또한 민간과 공공간 의료공급 비율이 다른 나라와 다르다. OECD 대부분의 나라들은 공공부분의 공급이 민간부분의 공급보다 많다. 우리나라는 전적으로 민간의 공급에

31) OECD Health Data, 2009

의존하고 있다. 단기간 내에 그 비율이 역전될 수도 없다. 즉 민간주도형 공급 하에 공공주도형 건강보험(사회보험)이 운영 중이어서 의약분업 등 제도개편 때마다 마찰이 빚어지고 있다.

이러한 환경적 요소들을 감안하여 Soft-Landing 할 수 있는 제도개편 방안을 모색해야 한다. 재정의 지속 가능성, 국민의 건강증진, 자원배분의 효율성 제고 등 기본 원칙을 전제로 다음과 같이 진료비 지불제도의 개편 방향을 모색하고자 한다. 크게 두 가지 측면을 고려해야 한다.

첫째, 진료비 총액이 국민의 부담 능력 범위에서 관리될 수 있어야 한다. 노령화 정도, 보장성 확대, 국민소득 증가에 따른 수진율 증가, 신기술의 발달 등을 감안하더라도 국민이 부담할 수 있는 정도로 진료비 총액이 예측되고 관리될 수 있어야 한다. 둘째, 의료서비스의 질이 최소한 현재보다는 떨어지지 않아야 한다. 총액계약제를 사용하고 있는 나라들의 경험을 보면 대기시간이 길어지고 제공된 서비스의 질과 양이 하락하였다. 거의 대기하지 않고 필요에 따라 의사를 접할 수 있었던 우리 의료환경에서 대기 시간이 현저히 늘어나고 필요량보다 적은 서비스가 제공된다면 우리나라 국민의 정서가 용납하지 않을 것이다.

이 두 가지 정책목표는 서로 Trade-off 관계에 있는 것처럼 보인다. 현존하는 진료비 지불제도들의 특성을 비교해 보면 두 가지 목표를 동시에 만족한 제도는 없었다. 진료비 급증을 억제하기 위해 행위별 수가제에서 총액계약제 등으로 개편했던 서구 유럽은 서비스 질의 하락 때문에 성과보상제(P4P)같은 제도를 새롭게 시도하고 있다. 서구의 앞선 경험을 토대로 우리는 우리환경에 적합하고 지속가능한 제도를 모색할 필요가 있다.

의료비의 효율적인 관리와 적정진료행태를 확보하기 위해 보험자(단체)와 공급자(단체)가 공동으로 재정위험을 분담할 수 있는 진료비 지불제도의 도입을 제안한다. 즉 재정위험을 나누어지게 되면 공급자도 투입요소들의 최적결합을 통하여 투입비용을 최소화하려는 유인을 갖게 된다. 뿐만 아니라 수가를 매개로 보험자(정부)가 의료공급자의 진료과정에 개입함으로써 왜곡되는 진료의 비효율성도 피할 수 있다. 지금까지는 보험자(정부)가 가격만

통제하는 형태였기 때문에 공급자는 진료량을 증가시킴으로써 수익구조를 맞추는 왜곡된 형태가 지속되어 왔다. 공급자가 보험자와 재정 위험에 대해 공동으로 책임을 분담하게 된다면 가격뿐만 아니라 진료량까지도 고민하게 될 것이다.

외래는 만성질환과 노인성 질환을 중심으로 주치의제 방식에 대한 고민이 필요할 것으로 보인다. 물론 현재 우리나라 의료공급현황을 고려할 때 전면적으로 당장 적용하기는 한계가 있다. 의료급여제도에서 만성질환자 중 내원일수가 많은 수급자를 대상으로 선택병의원제를 실시하고 있기 때문에 이를 건강보험에도 연계할 수 있을 것으로 판단된다. 우선 가입자의 선택에 의해 제도를 시행하고 점진적인 확대를 모색하는 것이 제도의 정착률에 도움이 될 것이다.

일차의료기관의 주요 기능은 간단한 질환의 치료와 예방, 그리고 환자의 지속적 관리이다. 이러한 기능에 가장 적합한 지불방식은 환자 당 일정액을 지급하는 인두제이다. 행위별수가제 하에서는 적절한 예방이나 환자 관리로 서비스 제공량을 줄이는 기관의 수입이 줄어드는 반면, 예방보다는 사후적인 치료에 치중하여 서비스 제공량을 늘리는 기관의 수입이 증가한다. 이러한 상황에서는 일차의료기관의 주요기능인 예방이나 환자 관리는 기대하기 어렵다. 반면 인두제 하에서는 적절한 예방이나 환자 관리로 서비스 제공량을 줄이는 기관의 수입이 증가하게 되어서 환자에 대한 포괄적 진료가 가능해진다.

인두제 방식이 가능하기 위해서는 환자들이 한 명의 주치의를 선정하여 지속적으로 관리를 받을 필요가 있다. 주치의등록제는 1995년부터 의료전달체계의 대안으로 도입이 검토되어 왔다. 하지만 1996년 9월 서울시 서초구, 경기도 파주시와 안성군의 ‘주치의 등록제’ 시범사업은 의료계의 반발로 시행되지 못하였다. 그러나 1997년에 당시 김대중 대선후보의 공약에 주치의 등록제 시행이 포함되고, 1998년 보건복지부 ‘21세기 보건의료 발전 종합계획’에 주치의등록제(단골의사제)가 포함되면서 다시 한 번 그 시행이 모색되었다. 그러나 이러한 시도 역시 성공하지 못하였다.

주치의등록제를 시행하려던 정부의 노력이 이렇게 계속 실패했음에도 불구하고, 일차의료기관의 문지기 역할을 활성화시키고, 포괄적 진료를 가능하게 하기 위해서는 주치의등록제 이외의 대안을 찾기 어렵다. 또한 최근 일차부분의 지속적인 재정악화와 대형 의료기관의 지속적인 몸집 키우기로 인해 안정적으로 환자를 확보할 수 있는 주치의등록제에 대한 일차진료의들의 관심이 증가하고 있고³²⁾, 주치의를 위한 국민들의 수요나 호감도 높아져³³⁾ 주치의등록제 시행에 유리한 환경이 조성되고 있다. 따라서 주치의등록제와 이에 맞는 인두제 도입을 적극적으로 검토할 필요가 있다.

인두제를 실시하는 경우에도 모든 서비스에 대해 인두제 방식이 적용되는 것은 아니다. 다빈도, 경증 질환에 대한 일차수준의 서비스에 대하여 인두제 방식으로 보상하고, 중증 첨단 전문기술이나 부가적 서비스에 대해서는 행위별 수가제를 병행하여 시행하는 방식이 영국을 포함한 대부분의 나라들에서 실시하고 있는 방식이다. 구체적으로 영국의 경우, 일차의의 진료 지불보상은 인구학적 모형(성과 연령)을 이용한 인두제 방식(capitation fees), 기본 진료 수당(allowances), 건강증진료 (health promotion payments), 및 특정 서비스에 대한 추가적인 보수(item of service payment) 등 4가지 요소로 구성되어 있다.³⁴⁾ 덴마크의 경우, 평균적으로 일반의 수입의 1/3정도(28%)가 인두제로 지급되고, 나머지는 상담, 검사, 수술 등에 대한 행위별 수가(63%)와 근무의 시간 상담, 전화 상담, 왕진 등에 대한 특별비용(special fee)(9%)로 구성되어 있다. 우리나라에서도 인두제 도입 시 이러한 점을 고려하여 진찰료나 간단한 검사, 처치 등의 기본 서비스는 인두제 형태로 지불하고이외의 고가 서비스에 대해서는 행위별 보상을 유지하는 것을 검토할 수 있을 것이다.

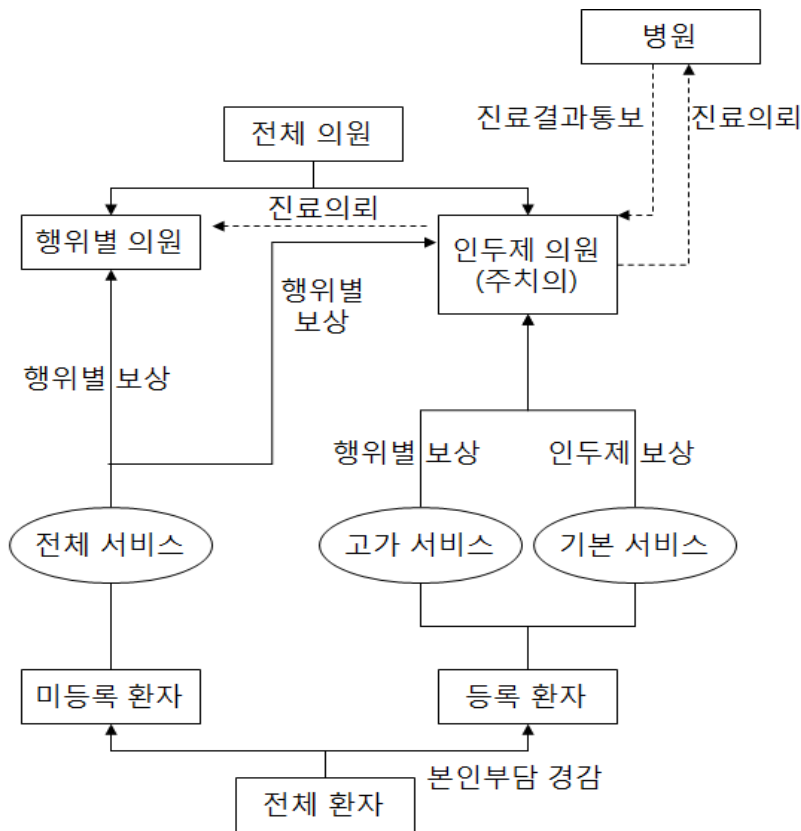
32) 이러한 관심으로 인해 주치의제도의 원형에 가까운 ‘의료생활협동조합’이 10개소 이상 자발적으로 생겨나 전국에서 운영되고 있다.

33) 주치의제도에 대한 국민의 호감도 관련 조사에서 48.0-49.9%의 응답자들이 참여의사를 밝혔다고 한다(조홍준 등, 국민의주치의제도에 대해서 어떻게 생각하나. 가정의학회지 2002;23(2):171-177)

34) European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition 1999

또한 모든 일차의료기관을 대상으로 인두제를 도입하기 어렵기 때문에 주치의제도에 참여하는 의원들을 대상으로 인두제를 운영할 수밖에 없을 것이다. 주치의제도에 참여하지 않는 의원들은 현재처럼 전체 서비스에 대해서 행위별로 보상을 할 수 있을 것이다. 환자들에 대해서는 본인부담 경감 등의 인센티브제도를 통해서 인두제 의원에 등록하도록 유도할 수 있을 것이다.

[그림 5-1] 일차의료기관 인두제 도입모형



주치의등록제와 인두제를 함께 도입하는 것이 바람직하지만, 인두제 방식을 통한 의료비 통제를 우려하는 의료계가 주치의등록제도 묶어서 반대할 가능성이 높기 때문에 주치의등록제를 먼저 도입시키고, 이어서 인두제

방식을 도입하는 단계적 접근방식을 취할 필요가 있다. 즉 주치의등록제를 도입하는 1단계에서는 연간 등록료와 행위별수가의 혼방방식을 사용하여, 행위별수가체계의 틀을 유지하고, 주치의등록제가 정착되면 2단계로 인두제 방식을 도입하는 단계적 접근을 할 수도 있을 것이다. 이 경우 1단계는 지불보상부문의 개혁이라기보다는 전달체계의 개편에 그치지만, 향후 인두제 적용을 위한 기반 조성으로서의 의의를 가지고 있다.

인두제 방식은 등록 주민 당 일정액의 진료비를 지급하는 방식이다. 인두제를 도입할 경우 향후 발생할 의료비용을 예측하는데 있어 위험 보정이 필요하며, 외국의 경험을 참조로 우리나라 실정에 맞는 방식으로 위험 보장 방법을 개발하여 적용할 필요가 있다. 일반적으로 다음과 같은 두 가지 모형이 일반적이다. 첫째, 사회-인구학적 모형(socio-demographic models)으로 영국을 비롯한 유럽국가에서 이용하고 있는 연령/성 등의 변수를 보정하는 방식이다. 둘째, CMS-HCC (hierarchical condition category) 모형³⁵⁾으로 미국 메디케어 인두제에 등록된 환자들의 인구학적 특성과 건강 상태에 기초하여 보건 의료비용을 예측하는 방식이다.³⁶⁾ 우리나라의 경우도 인두제를 도입하기 위해서는 우리나라 현실에 맞는 적절한 위험도 보장 방법을 개발해야 한다.

입원은 현재 시범사업중인 DRG를 점진적으로 확대하되 DRG 적용에 한계가 있는 부분은 일본처럼 행위별 수가제로 일부 보완할 수 있다. 다만 공급자와 보험자(정부)가 입원진료비 규모에 대해 사전적으로 합의하고 그 범위내에서 공급자들이 자율적으로 운영할 수 있는 메커니즘을 도입한다면 진료의 자율성도 보장되면서 보험재정도 담보될 수 있을 것으로 판단된다. 즉 지출상한(Expenditure Cap)개념을 도입하여 목표치 초과여부에 따라 가격이 사후적으로 조정되는 체계가 필요하다. 이런 형태의 제도화는 당연히

35) CMS-HCC는 Boston University와 Harvard Medical School의 연구진들에 의해 개발된 질병 위험보정 모형의 하나로서, 2004년부터 미국의 메디케어의 인두제에 등록된 입원과 외래환자들의 보건 의료 비용을 예측하는데 사용되고 있는 모형이다.

36) Gregory C. Pope et al, Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments Using the CMS-HCC Model, Health Care Financing Review 2004;25(4):119-141

진료비 규모에 대한 합의 과정에 많은 어려움을 가져올 수 있다. 가칭 “건강보험 관리위원회” 같은 별도의 조직을 만들어 가입자, 공급자, 보험자가 동참한 가운데 논의하는 절차를 구축한다면 충분히 합의에 도달할 수 있을 것으로 판단된다.

위와 같은 형태의 진료비 지불제도를 시행하기 위해서는 다음과 같은 전제가 선행되어야 한다.

첫째, 의원과 병원의 경영실태, 재무성과와 원가구조 등에 관한 객관적 자료와 특히 병원의 회계기준이 정립되어야 한다.

둘째, 진료전달체계의 확립을 통한 의료기관의 기능적 분화 및 일반의와 전문의간 역할분담이 정립되어야 한다.

셋째, 의료공급체계에 대한 청사진이 마련되어야 한다. 병상 등 시설 증설, 의료기기 공급, 인력 증원 등에 대한 중장기 로드맵이 구축되어야 한다. 지역간 불균형을 해소하면서 재원 마련 방안도 동시에 강구되어야 한다.

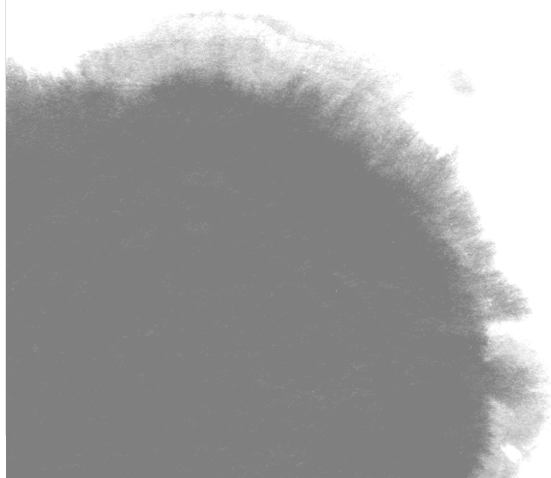
넷째, 입원과 외래간 또는 진료영역간 환자 전가현상에 대한 우려가 있으므로 보험급여의 지속적인 확충이 필요하다.

다섯째, 의료의 질 관리를 위한 시스템이 구축되어야 한다. 이를 위해 의료서비스 평가제도가 확립되어야 한다.

여섯째, 제도의 연착륙을 위해서 공급자들이 정상적으로 경영할 수 있도록 수가의 조정이 필요하다. 당장은 예산이 더 많이 소요될 수 있으나 중장기적으로 재정안정에 도움이 될 것으로 판단된다.

위에서 제안한 방안은 단시일 내 바로 적용하는 것은 불가능하다. 국민 및 이해 당사자의 동의가 필요하고 의료기관의 경영 현황, 진료비 규모를 합의하는 데 고려되어야 할 변수 및 반영 방법 등 등 논의해야 할 과제가 너무 많다. 이를 대비하기 위해 자료를 축적하고 논의를 구체화할 수 있는 기구의 설치가 시급하다. 충분한 시간 동안 준비하여 제도 시행후 개선하기 어려운 질곡에 빠지지 않도록 하여야 한다. 비용도 절감되고 의료의 질도 담보될 수 있는 진료비 지불제도가 탄생하여 전 국민의 건강보장이 달성되기를 기대해본다.

06

수거확장방식의 문제점 및 개선 방향

제6장 수가결정 방식의 문제점 및 개선 방향

1. 문제 제기

건강보험은 우리나라에서 시행되고 있는 5대 사회보험³⁷⁾ 중 하나로 전 국민 모두에게 적용되고 있는 유일한 사회보험이기도 하다. 의료급여 수급권자 약 168만 명³⁸⁾을 제외한 전 국민이 예측할 수 없는 미래의 건강 위험을 하나로 Pooling하여 대비하고 있다. 사회보험이기 때문에 적용대상자의 건강 위험 가능성을 똑같은 수준으로 간주하되 능력에 비례하여 보험료를 각출하고 있다.

어느 정도의 위험(보장성)까지를 Pooling할 것인지 어느 정도의 수준(보험료)까지 부담할 수 있는 지 여부는 가입자들의 중지를 하나로 모아 결정해야 한다. 가능하면 넓은 보장성을 원할 것이나 이는 높은 부담을 동반하게 된다. 보장성과 부담의 연계 고리가 의료서비스 단위당 가격(수가)이 될 것이다. 보장성 범위와 보험료 수준은 비례하게 되나 비례 정도는 수가의 크기에 따라 달라질 수 있다. 가입자(의료서비스 수요자)의 입장에서는 부담을 덜기 위해 낮은 수가를 원하게 되는 반면 의료 서비스 공급자들은 서비스 제공 단위당 높은 가격을 원하게 된다. 공급자와 수요자간 서로 상충되는 목표를 갖게 되기 때문에 경제학이론에 의하면 경쟁시장에 맡기는 것이 사회의 편익을 높이는 가장 효율적인 가격이 된다. 그러나 의료서비스는 여

37) 건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험과 2008년 7월에 시작된 장기요양보험을 합하여 5대 사회보험임.

38) 2009년 12월 기준

러 가지 측면에서 일반재화와 다르다. 공급자와 소비자간 정보의 격차가 현격하고 서비스 종류에 따라서는 효율성의 가치가 내재될 수 없는 생명을 대상으로 하기 때문이다.

소비자와 공급자간 이해가 상충되고 이론적으로도 적정한 가격(수가)을 도출하기 어렵기 때문에 매년 년 말이면 수가 결정에 몸살을 앓고 있다. 2009년도에도 난항 끝에 건강보험정책심의위원회³⁹⁾를 통하여 2010년 수가 인상률이 결정되었다. 수가는 요양기관을 7개의 유형⁴⁰⁾으로 구분하여 평균 2.01%가 인상되었다. 의협과 병협은 2010년도에 약제비를 절감하는 조건으로 각각 3.0%와 1.4%에서 타결되었다. 수가를 결정하는 과정에서 매년 참여한 대립이 되풀이 되고 있기 때문에 결정된 이후에 상당한 후유증이 남기도 한다.

본고에서는 수가 결정 관련 매년 반복되고 있는 참여자간 갈등의 원인, 문제점들에 대해서 살펴보고자 한다.

2. 유형별 수가 계약을 위한 그 동인의 경과

2001년부터 행위별수가제에 상대가치 시스템이 도입되면서 수가는 상대가치점수와 점당 단가(‘환산지수’)를 곱하여 결정되고 있다. 2001년 이후 2007년 까지 그 동안 단일 환산지수를 적용하여 왔으나, 요양기관의 특성에 따라 경영수지 상황이 다른 상태에서 동일한 환산지수를 적용하는 것은 경영상의 왜곡을 낳을 수 있다는 비판에 처해 왔다.

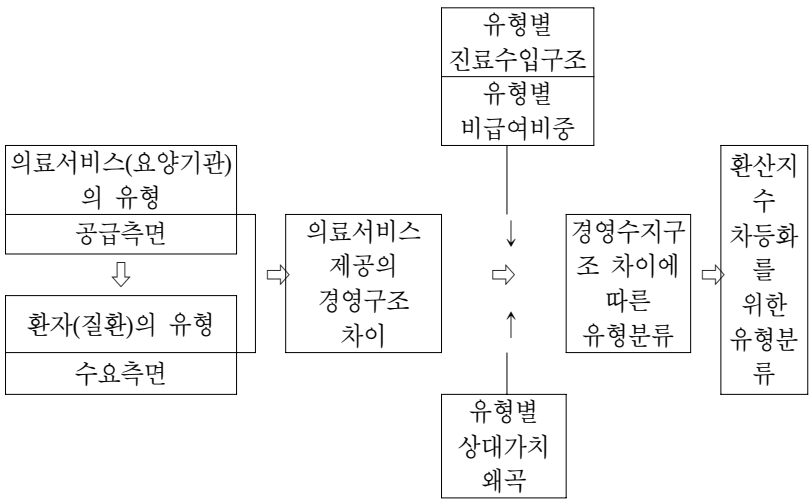
환자나 질환의 종류에 따라 제공되는 의료서비스 특성이 다를 수 있고, 의료서비스 특성에 따라 요양기관의 양태가 다르게 나타날 수 있다. 이러한 차이는 요양기관의 유형별로 경영구조를 차별화한다. 즉 진료비 차이를 가져온다. 또한 유형별 비급여 진료비중의 차이, 유형별 상대가치구조의 왜곡

39) 건강보험 정책결정 관련 최고 의결기구로 가입자 대표 8인, 공급자 대표 8인, 공익대표 8인으로 구성되어 있다.

40) 2007년 까지는 요양기관 유형에 상관없이 단일수가가 적용되었으나 2008년부터는 요양기관 특성을 반영한 유형별 별도의 수가가 적용된다.

정도는 경영수지(혹은 원가구조)의 차이를 유형별로 유발한다. 이는 수가 (환산지수)의 차이를 정당화한다. 다만, 유형을 어느 정도로 세분할 것인가 등이 논점이 된다.

[그림 6-1] 환산지수 차등화를 위한 유형분류의 논리(2007, 최병호)



이러한 문제를 해결하기 위해 2006년도 수가 계약 당시 건강보험공단과 요양급여비용협의회(의료단체들의 모임)는 부속합의서에서 2007년도부터는 요양기관의 유형별 특성에 따라 복수의 환산지수를 계약할 것을 합의하였다. 그러나 동 부속합의서의 내용은 2007년도 환산지수 계약시에 이행되지 못하고 협상이 결렬되었다. 이에 따라 건강보험정책심의위원회에서 단일 환산지수로 의결되었고, 당시 의결과정에서 2007년도에 유형분류에 관한 연구를 수행하고 연구결과에 따라 유형별 계약에 관한 시행령을 개정하기로 하였다.

한국보건사회연구원(최병호)에서 “건강보험 요양기관 특성을 반영한 유형별 분류방안”에 관한 연구를 수행하였다. 본 연구는 수가계약의 당사자로 참여하는 공단과 의료단체들의 의견뿐만 아니라 오프라인과 온라인을 통해 보건의료계 전문가들의 의견을 수렴함으로써 현실에 기반하여 결론을 도출하고자 한 것으로 보인다. 필수적인 진료행위들이 보험제도권에 포함되고,

상대가치가 행위별 원가를 균형 있게 반영할 수 있고, 상대가치가 의과, 치과, 한방, 약국의 행위 간 균형을 확보할 수 있고, 종별 가산율이 종별 원가의 차이를 잘 보정할 수 있다면 단일 환산지수를 적용하는 것이 좋으나 이들 요건들이 충족되지 못하는 것이 현실이므로 요양기관 유형별로 환산지수를 달리하는 것이 타당하다는 의견을 토대로 연구진은 다음과 같은 결론에 도달하였다. 유형별 계약의 첫 해라는 점, 현실적으로 계약이 가능한 여건, 그리고 전문가 패널의 의견 등을 종합적으로 고려하여 의원, 병원, 치과의원, 한의원, 약국, 보건기관, 조산소 등 7개로 유형을 구분하는 것이 적절하다는 연구결과를 도출하였다.

3. 수가 결정 과정 및 평가

가. 2010년의 수가결정

건강보험제도에서 의료공급자에 대한 지불보상의 적정성 문제는 항상 논란이 되어 왔다. 거래의 매개인 의료서비스에 대해 공급자는 상대적으로 높은 가격을 원하게 되고 가입자는 가능하면 가격을 낮추고자 한다. 상반된 목적을 가진 양당사자가 수월하게 계약하는 것은 당연히 쉽지 않다. 수가수준에 대한 결정은 일차적으로 가입자를 대표하는 건강보험공단의 이사장과 각 유형별 대표간의 계약에 의한다. 단 공단의 이사장은 수가 계약관련 재정운영위원회⁴¹⁾ 심의·의결을 거치도록 되어있다. 차년도 계약은 전 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부 장관이 건강보험정책심의회⁴²⁾의 의결을 거쳐 결정하게 된다.

2010년도 수가(환산지수)결정을 위해 법적 시한인 10월 17일까지 공단과 공급자 대표는 수십차례 협상을 통하여 치과, 한방, 약국, 조산원에 대

41) 요양급여비용의 계약 및 보험료의 결손처분 등 보험재정과 관련된 사항을 심의·의결하기 위한 위원회로 직장가입자 대표 10인, 지역가입자 대표 10인, 공익대표 10인으로 구성되어 있음.

한 수가는 타결되었으나 병원과 의원에 대한 수가는 양 당사자 간 시각차가 워낙 커 합의에 도달하지 못해 건강보험정책심의위원회에 회부되었다. 건강심에서도 합의를 위해 약 9회(소위원회 포함)의 협상을 하였고 최종적으로 2010년도에 약가를 절감한다는 조건아래 타결되었다. 환산지수 조정 관련 구체적인 부대조건은 아래와 같다.

첫째 2010년 약품비 중 4,000억 원(의원: 1,776억 원, 병원: 2,224억 원) 절감을 전제로 병원은 1.4%, 의원은 3.0% 수가를 인상한다. 단, 위 조건을 수락하는 대신 신상대가치제도 및 본인부담률 구조개선 등 의원 및 병원 경영개선을 위해 가입자, 공급자, 공익이 적극 협력하고 수가결정방식 개선을 추진하기로 하였다.

둘째 2010년의 병원과 의원 부문 약품비 절감 여부를 평가하여 2011년 수가계약시 반영한다. 2011년 수가계약이 체결될 경우 체결된 인상률을 기준으로 계산하고, 수가계약이 체결되지 않을 경우 병원 1.2%, 의원 2.7% 인상률을 기준으로 계산한다. 약품비 절감 목표 달성 시 목표초과액의 50%를 2011년 수가에 반영하고 약품비 절감 목표 미달성시 미달성액의 50%를 2011년 수가에 반영한다.

이와 같은 산고를 거쳐 2010년도 수가계약은 협상에 의해 타결되었고 그 결과는 <표 6-1>과 같다.

〈표 6-1〉 2010년도 환산지수 협상결과

(단위: 원, %)

구분	계약여부	인상률
병원	약품비 절감 부대조건 건정심 합의	1.4
의원	약품비 절감 부대조건 건정심 합의	3.0
치과	체결	2.9
한방	체결	1.9
약국	체결	1.9
조산원	체결	6.0
평균	-	2.05%

주: 1) 체결 여부는 공단에서의 제 1차 협상 결과를 의미함.

2) 유형별 수가 계약 구조 및 과정에 대한 평가

2010년도 수가(환산지수)는 7개 유형으로 구분되어 1차 협상(공단과 관련단체)에서 5개(치과, 한의과, 약국, 조산조, 보건기관) 유형의 수가가 합의되었으나 2개(의원, 병원) 유형은 합의에 도달하지 못하여 건강보험정책심의위원회에 회부되었다. 건정심에서 우여곡절 끝에 약제비 절감을 조건으로 극적 타결되었다. 위와 같이 수가가 결정되는 과정에서 몇 가지 문제점이 발견되었다.

우선 수가의 적정성을 떠나 수가 결정 구조를 먼저 검토하고자 한다. 수가 협상 시 공정한 게임의 룰이 적용되고 있는 지 여부이다. 수가 협상의 한 쪽 당사자인 공단의 이사장은 공단 산하 재정위원회의 심의 의결을 받도록 되어있다. 2010년 협상에서도 재정운영위원회는 평균 2%미만의 상한선을 제시하였고 공단 이사장은 이를 지킬 수밖에 없다. 공단 재정운영위원회는 공단 자체의 연구결과, 비용(인건비와 물가)의 변동, 수익(건강보험과 의료급여)의 변동, 전체와 기관 당 공급의 변동(기관수와 병상수 등), 건강보험재정의 변동 등을 근거로 수가 인상의 상한선을 2% 미만으로 제한하였다. 이사장은 2%의 범위 내에서 각 유형 대표와 협상할 수밖에 없었고 그 결과 7개 유형 중 5개와 타결하였다. 그러나 전체 진료비의 약 70%를 점하는 병원 및 의원과의 합의에 이르지 못했다. 공단은 협상 과정 중 재정운영위의 심의 안을 제시할 수밖에 없었고 공급자 대표는 공단 안을 받거나 거부하거나 둘 중 하나이다. 즉 재정운영위원회는 가입자들의 대표로 구성되어있기 때문에 협의에 의해 모든 유형과 합의를 이루기는 거의 불가능한 구조이다. 공급자들의 의사가 반영될 수 있는 여지가 거의 전무하다. 타결하지 못한 단체의 수가는 건정심에 의해 결정되어야 하나 여기에도 제약 사항이 있다. 건정심은 가입자, 공급자, 공익대표로 구성되어 있기 때문에 가입자와 공급자간 합의는 애당초 기대하기 어렵고 궁극적으로 공익이 중재안을 제출할 수밖에 없으며 이는 곧 투표에 의해 가부를 결정하는 구조이다. 공익 안을 만드는 데 한계가 있음을 지적하지 않을 수 없다. 공익은 가입자와 공급자의 주장을 중립적인 위치에서 판단하여 자체적인 안을 만들어야 한다. 공단에서의 1차 협상 내용을 참고할 수 있으나 엇메이지는

않는다. 단일수가 방식에서는 충분히 중립적인 자세를 견지할 수 있으나 유형별 계약제에서는 이미 계약에 도달한 유형에 대해 고려할 수밖에 없다. 만약 건정심에 올라온 유형들에 대한 최종 결정수가 공단에서 1차 협상 시 제시했던 수가보다 높게 형성된다면 학습효과에 의해 내년도 1차 협상은 훨씬 어려운 상황에 직면할 것이고 아마 거의 모든 유형이 건정심에 올라올 것이다. 공익안을 결정하는 데 이처럼 현실에 대한 고려가 우선한다면 공익안은 재정운영위원회가 제시한 기준을 벗어나기 힘들 것이다. 즉 공단과 건정심을 통하여 2차례에 걸쳐 수가가 협상되지만 공급자의 주장은 정당성 여부와 상관없이 허공에 맴돌 뿐이다.

〈표 6-2〉 환산지수 계약 및 결정의 경과

구분	계약시 제시된 환산지수		의 결		
	건강보험공단	요양급여비용 협의회	조정률	의결된 환산지수	형태
2001년도	-	-	+ 7.08%	55.4원	-
2002년도	50.7원	66.7원	- 2.9%	53.8원	건정심
2003년도	50.0원	66.4원	+ 2.97%	55.4원	건정심
2004년도	1차 : 51.5원 2차 : 52.15원	1차 : 66.7원 2차 : 57.0~60.5원	+ 2.65%	56.9원	건정심
2005년도	유형별 계약하되 평균 55.7원	61.9원	+ 2.99%	58.6원	건정심
2006년도	유형별 계약하되 평균 -2.68% 인하	8.7% 인상	+ 3.58% (계약)	60.7원	계약
2007년도	유형별 계약하되 1.65% 인상	5.1% 인상	+2.3%	62.1원	건정심
2008년도	전체 평균 2% 이내		전체 평균 +1.94%	의원(보건기관 포함) : 2.3% 병원 : 1.5% 약국 : 1.7% 치과의원 : 2.9% 한의원 : 2.9% 조산소 : 30%	합의 계약 및 건정심
2009년도	전체 평균 2.36% 이내		전체 평균 +2.20%	의원 : 2.1% 병원 : 2.0% 약국 : 2.2% 치과의원 : 3.5% 한의원 : 3.7% 조산소 : 9.3% 보건기관 : 2.6%	합의 계약 및 건정심
2010년도	전체 평균 2% 이내		전체 평균 +2.01%	의원 : 3.0% 병원 : 1.4% 약국 : 1.9% 치과의원 : 2.9% 한의원 : 1.9% 조산소 : 6.0% 보건기관 : 1.8%	합의 계약 및 건정심

주: 2010년도 의원과 병원은 약제비를 절감한다는 조건하에 계약

<표 6-2>에서 보듯이 유형별 계약방식 이전(2008년)에는 매년 환산지수는 공단의 제시안과 공급자의 제시안 사이에서 의결되었다. 2002년부터 2007년까지 의결된 환산지수는 공단의 제시안보다 평균 3.37원이 높았고, 공급자의 제시안보다 평균 5.33원이 낮았다. 환산지수 계약 초기였던 2002년과 2003년에는 양측의 제시안 사이에 상당한 격차가 있었으나 그 이후 간격이 좁혀졌다. 2004년과 2006년은 공급자의 의견에 더 접근하여 결정되었고, 2005년과 2007년은 공단의 의견에 근접하여 의결되었다. 매년 합의는 이루지 못하더라도 양측의 의견을 반영한 협상에 의해 의결되었다. 그러나 2008년 이후 최종 의결된 환산지수는 가입자의 의견을 반영한 공단의 제시안보다 낮은 수준에서 의결되었다.⁴²⁾ 반드시 양측의 의견 사이에서 의결되어야 한다는 법은 없으나 유형별 계약제가 도입된 이후 공단의 의견이 100% 반영되었다는 사실은 수가의 높고 낮음의 문제가 아닌 결정구조에 기인한 것으로 보인다. 이러한 구조가 계속된다면 수가는 결국 가입자의 의지에 의해 결정될 것이다. 가입자는 소비자로서 당연히 낮은 가격을 선호하게 될 것이고 이러한 현상이 지속된다면 궁극적으로 자원분배가 왜곡될 것이다. 즉 소비자인 가입자의 피해로 돌아오게 된다. 수가 결정 구조의 개선이 필요하다 하겠다.

다음은 수가 협상 시 고려 내용에 대한 객관성 검증문제이다. 재정운영위원회나 공급자 모두 환산지수 관련 연구결과, 물가의 변동, 재정상황, 인구구조의 변화, 보장성의 변화, 공급량의 변화 등 여러 요인들을 고려하여 각각의 안을 제시한다. 상대가치 기준 환산지수 계약방식이 도입된 이래 매년 양측은 연구 결과를 제시하였다. 공동으로 또는 개별적으로 연구결과를 제시하였지만 연구 방법, 사용된 데이터, 데이터의 신뢰성 등 연구결과를 믿고 따르기에는 너무 많은 쟁점들이 있었다. 물가의 변화나 공급량의 변화 등에 대한 해석도 달랐고 보장성의 경우도 변화에 대한 탄력성을 구하는 데 한계가 있었기 때문에 합의에 도달하기 어려웠다. 한없는 평행선을

42) 2010년의 경우 전술한 바와 같이 의원과 병원의 경우 약제비 절감(4,000억 원)을 조건으로 타결되어 최종 인상률은 재정운영위원회가 제시한 2.0%보다 높은 2.01%임.

달릴 뿐이다.

수가 협상을 위한 유형 구분이 적정한지 여부 또한 검토해야할 과제이다. 병원의 경우 종합전문병원과 중소병원은 경영상태가 다르다. 경영환경의 차이를 반영하기 위해 유형 구분을 했지만 현실적 한계 때문에 기존의 협회 중심으로 구분되었다. 진료과목별 경영환경 또한 상당한 차이가 있다. 지역에 따른 차이도 무시할 수 없다. 상대가치와 종별 가산율이 균형을 갖추고 있지 못하기 때문에 유형별 계약이 도입되었지만 금년의 7 유형 구분 또한 한계가 있는 것이다. 유형별 계약 관련 연구에서도 이와 같은 한계를 인식하고 다음과 같은 단계적 접근 방법을 제시하였다. 1단계로 2008년도 환산지수 계약 시에는 현실적으로 계약이 가능한 유형분류를 중심으로 계약한다. 환산지수계약은 종별가산율을 유지한 채로 각 유형별로 하나의 환산지수로 계약한다. 2008년도에는 의원, 병원, 치과, 한방, 약국, 조산원, 보건기관으로 분류하되 이때에 각 분류의 계약의 대표자는 의사협회, 병원협회, 치과의사협회, 한의사협회, 약사회간호협회, 보건복지부로 제안하였다. 그리고 병원 내에 개설된 치과병원이나 한방병원, 약국은 유형분류상 병원에 속하는 것으로 하였다. 2단계로 요양기관의 규모를 반영한 유형별로 계약한다. 세 가지 계약방식을 고려할 수 있다. 첫째, 요양기관의 규모별 대표단체가 구성되어 있는 경우에 이들 대표단체가 각각 유형별 계약의 대표가 될 수 있다. 둘째, 규모별 대표단체가 그 상위의 대표단체에 계약의 권한을 위임할 수 있다. 셋째, 상위의 대표단체와 규모별 대표단체가 공동대표로써 계약에 참여할 수 있다. 3단계로 요양기관의 기능 및 전문분야를 반영한 유형별로 계약한다. 유형별 대표단체가 내부의 세부유형별로 환산지수를 달리하여 계약한다(최병호, 2007).

4. 향후 개선 방향

수가 결정 구조를 재정비할 필요가 있다. 당사자 간 정당한 게임의 법칙이 성립할 수 있어야 한다. 유형별 수가 결정방식에서는 1차 협상(공단의

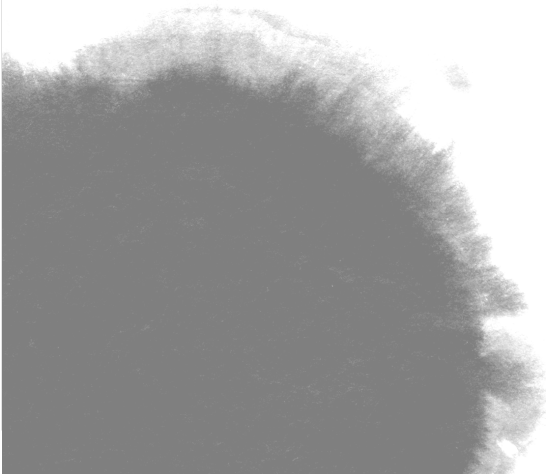
협상) 결과가 2차 협상(건정심)을 지배할 수밖에 없다. 현행 방식에서는 1차 협상 시 가입자의 의견만 반영되고 공급자의 의지는 무시된다. 2차 협상 또한 이미 계약된 유형들에게 불리함을 강요할 수 없어 1차 협상 결과에 종속될 수밖에 없는 한계가 있다. 유형별 계약제하에서는 협상 기회를 단일화 할 필요가 있다. 공급자와 가입자가 동등한 입장에서 의사를 표현하고 타협할 수 있는 여건이 마련되어야 한다.

협상의 자료로 사용될 데이터에 대한 합의가 필요하다. 매년 반복적으로 수행되는 연구결과에 대한 불신 속에 정치적으로 결정되는 현실을 더 이상 방치해서는 안 된다. 가입자와 공급자가 합의하에 공동으로 연구단을 만들어 연구 방법, 필요 데이터, 데이터 구독 방법 등에 대해 합의하고 연구 결과를 준수하는 것으로 미리 합의한다면 환산지수 도출이 훨씬 용이할 것으로 판단된다.

끝으로 향후 수가, 보험료가 동시에 자동으로 결정될 수 있는 산식 개발의 필요성을 제기하고자 한다. 보장성 확대, 물가 변동, 인구구조 변동, 기술의 발달 및 공급량의 변화 등 수가와 보험료에 영향을 미칠 수 있는 제반 요소들을 산식에 담아 매년 반복된 논란을 종식시킬 필요가 있다. 우선 수가에 영향을 미치는 요소를 선별하여 수가가 결정될 수 있는 방식을 도입하고 수가가 결정되면 자동으로 보험료가 결정될 수 있는 방식을 제안한다.

07

만성질환 관리 방안



제7장 만성질환 관리 방안

1. 문제 제기

전 세계적으로 질병구조가 급성질환에서 만성질환중심으로 변화함에 따라 질병예방을 포함하는 만성질환관리서비스에 대한 관심이 증가하고 있다. 최근 외국에서는 주치의 혹은 일차의료를 중심으로 만성질환관리서비스가 제공되고 있는 추세이다. 경험적인 연구에 의하면 주치의 제도는 1인당 의료비를 줄이며 건강상태를 더 잘 개선하는 것으로 나타났다(OECD, 2010).

우리나라의 경우 65세 이상 노인인구가 급증하고 있으며 노인 1인당 의료비지출이 비노인 인구에 비해 4배나 높다(OECD, 2010). 이처럼 노인 1인당 의료비 지출이 비노인에 비해 높으며 노인인구 마저 급증하는 현실에서는 의학적 치료 보다 좀 더 비용-효과적인 주치의 중심의 만성질환관리 제도를 도입할 필요가 있다. 가정의를 중심으로 한 일차의료가 한국인의 건강상태 개선에 효과가 있음에도 불구하고 2006년 현재 우리나라 의원의 7.9%만이 가정의이다(OECD, 2010). 일차의료부문에서는 모든 분야의 전문의들이 경쟁적으로 치료하고 있는 상태이다.

주치의 중심의 만성질환관리제도가 의료비를 줄이고 건강상태를 더 잘 개선하여 비용-효과성이 높다는 결과가 나오고 있음에도 불구하고 우리나라에서는 만성질환관리에 필요한 포괄적인 서비스제공과 조정기능에 대한 보상이 이루어지지 않고 있다(이재호, 2009). 건강보험에서는 환자에 대한 교육·상담·평가·교정 등의 서비스는 진찰료에 이미 포함되어져 있다고 해석

하여 건강생활습관, 만성질환관리를 위한 별도의 비용을 추가로 받는 것을 부당청구로 간주, 행정처분 및 환수조치를 하고 있다. 그러나 실제로 진찰료에 만성질환관리를 포괄적인 서비스제공과 조정기능에 대한 충분한 보상이 포함되어져 있다고 보기는 어렵다.

뿐만 아니라 우리나라 의사에 대한 지불보상방식은 행위당수가제를 채택하고 있으며 진료수행성과나 건강성과(health outcome)에 따라 보상하는 시스템이 없기 때문에 의사들은 만성질환관리 보다는 만성질환 치료약을 처방함으로써 진료량을 늘리는데 관심이 많다. 그 결과 OECD 국가들 중 환자 1인당 진료건수와 의사 1인당 진료건수가 상당히 높은 국가(2007년 기준 각 3위, 1위)에 속하고 있다(OECD, 2010).

우리나라에서 만성질환관리가 제대로 이루어지지 않는 또 다른 이유 중의 하나는 영리를 추구하는 민간의료기관의 비중이 높다는 것이다. 영리를 추구하는 민간의료기관이 전체 의료기관의 90% 이상이며 보건소 등의 공공의료기관의 비율이 낮아 만성질환 예방, 건강증진, 만성질환관리가 더욱 더 저조하다고 볼 수 있다.

병의원내에서의 만성질환관리 뿐만 아니라 지역사회에서의 만성질환관리도 제대로 이루어지지 않고 있다. 만성질환의 특성상 지역사회에서의 관리가 중요하다. 대부분의 노인 만성질환자들이 지역사회에서 독립적으로 살기 위해서는 병의원에서의 의료적 서비스뿐만 아니라 지역사회 복지서비스, 방문간호, 가정간호⁴³⁾와 같은 지역사회 서비스를 필요로 한다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 경우 1차 혹은 2, 3차 의료와 연계된 지역사회 서비스가 충분히 제공되지 않고 있다. 우리나라에서는 1, 2차 의료기관을 통한 3차 의료기관으로의 의뢰체계만 있을 뿐 환자가 퇴원 후 아무런 조치 없이 지역사회로 돌아가게 된다(신은영·이선자, 2002). 병원에서 의료사회복지의 일환으로 퇴원환자에 대한 사례관리사업이 이루어지고는 있으나 이를 위한 재원과 지불보상제도 등이 없는 상태이므로 매우 제한적인 대상에게만 병

43) 우리나라 가정간호사업은 지역보건사업의 일환으로서 시범사업을 거쳐 전국의 의료기관을 중심으로 시행되고 있다.

의원 서비스와 연계된 지역사회 서비스가 제공되고 있다. 뿐만 아니라 의료 기관 가정간호사업도 입원대체서비스로 도입되어 재가환자를 관리함으로써 의료비를 경감하기 위한 목적으로 도입되었으나(이태화, 2008) 가정간호서비스가 지역사회에서의 만성질환관리를 위한 적극적인 역할을 하지 못하고 있다. 또한 보건소 방문간호(44)와 같은 공공의 지역사회 보건서비스의 경우도 재원 및 인력부족으로 일부 저소득계층에게만 제공되고 있을 뿐이다. 2008년 부터 노인장기요양보험이 도입되어 노인성질환자에게 지역사회 서비스(방문간호, 재가서비스)가 제공되고 있으나 이는 특정 노인성질환을 가진 중증노인들에 한해 매우 제한적으로 제공되고 있다. 따라서 노인장기요양보험 제도가 만성질환을 가진 노인들의 지역사회 보호를 위한 제도로써 충분한 기능을 하지는 못하고 있다.

외국의 경우 병의원 의료비 재정절감을 위해 DRG를 도입하고 퇴원기간의 단축으로 인해 발생할 수 있는 재입원 방지를 위해 사례관리와 함께 지역사회 서비스에서의 연계 서비스가 제공되었으며 병의원이 아닌 지역사회 보호를 강조하는 방향으로 정책목표가 변화하였다. 우리나라의 경우 1997년 행위당 수가제로 인한 의사들의 공급자유인수요를 줄이기 위해 1997년에 5가지 질환군에 대해 Diagnostic-Related Group(DRG) 시범사업이 실시되었다. 시범사업시행결과 재원기간이 6% 짧아졌으나 의사들의 반대로 의무 제도로 도입되지 못하고 7개 질환군에 대해 병원에서 자율적으로 도입하도록 하고 있으며 2009년 현재 67% 기관이 참여하고 있다(OECD, 2010). 그러나 DRG도입으로 인한 재원기간의 축소에도 불구하고 퇴원 후 독립적인 생활을 할 수 없는 사람들을 위하여 전문 간호사들에 의한 퇴원연계

44) 보건소 방문간호사업은 보건소에 소속된 방문간호사가 가정을 방문하여 가족단위로 건강 문제를 확인하여 정상발달 가족과 소외되거나 자가관리 능력이 없는 취약가족을 대상으로 지역사회보건사업을 수행하기 위한 지역보건의료사업의 접근방법이다. 대상은 만성질환을 가진 저소득 노인, 장애인, 정신질환자 등 거동이 불편하고 화상 상태인 대상자이며 구체적인 서비스 내용은 건강관리 능력향상을 위한 서비스, 고위험가족 발견 및 관리, 질병의 조기발견 및 관리, 가정간호 대상자 관리, 건강증진을 위한 보건교육 실시, 지역사회 자원 발굴 및 조직활용, 보건과 복지서비스의 연계 및 통합서비스를 제공하는 것 등이 포함된다(이태화, 2008).

(discharge liaison) 프로그램에 대한 정책적 관심은 크지 않았다. DRG의 실시로 인한 의료비재정절감을 이유로 환자들이 조기퇴원을 하고 있으나 이들에 대한 지역사회에서의 간호가 연계적으로 시행되지 않아 재입원율이 증가하고 있는 실정이며 이같은 병원과 지역사회간의 단절은 의료비 손실로 이어지고 있다(신은영·이선자, 2002). 입원경험이 있는 노인환자들은 퇴원시 지속적인 서비스를 필요로 하며 가장 요구도가 높은 서비스는 퇴원 후 지속적인 전화건강상담(71%), 재가환자 관리를 위한 교육·상담교실(64.8%), 가정간호 서비스(61%), 전문인의 개별적인 상담서비스(60.3%), 타의료기관 및 요양시설에 대한 정보제공이나 의뢰서비스(52.1%) 순이었다(신은영·이선자, 2002).

우리나라는 재가서비스를 받는 장기요양보험 대상자수가 매우 극소수이기 때문에 3차 의료기관에서 퇴원한 후 요양보험 이외의 재원으로부터 제공되는 지역사회 보건복지서비스가 제대로 연계되지 않게 되면 만성질환관리 측면에서 문제는 더욱 심각해진다. 장기요양보험제도에서 제공되는 재가 서비스의 경우 방문간호가 포함되어져 있기 때문에 질환관리가 부분적으로 이루어질 수 있다. 그러나 재가서비스의 경우도 방문요양과 방문간호를 동시에 받지 못하게 제도적으로 되어 있기 때문에 만성질환관리라는 측면에서는 제약이 있다. 뿐만 아니라 장기요양시설의 경우에도 촉탁의제도가 있지만 만성질환관리가 제대로 이루어지지 않고 있다.

노인장기요양보험을 도입한 상당수의 OECD국가들에서 장기요양보험제도와 의료서비스와의 연계문제가 제기되었는데 그 이유는 주로 재정문제 때문이었다. OECD국가들의 노인장기요양제도는 1990년에 주로 제도화가 진행되었는데 그 시기 복지국가들이 재정압박으로 위기에 직면했던 시기였다. 또한 노인장기요양보험은 의료서비스와 달리 완치를 목표로 하는 것이 아니라 돌봄을 목표로 하기 때문에 지속적인 재정투입이 불가피하여 잠재적인 재정문제는 더욱 컸기 때문에 이러한 재정문제는 의료서비스와의 연계를 통한 효율화에 대한 논의를 불가피하게 했다(권용진, 2010). 그러나 우리나라 장기요양보험은 질환의 예방, 치료, 재활 보다는 요양(수발)의 관

점에서 도입되었기 때문에 적절한 의료서비스를 제공하고 만성질환관리서비스를 제공하지 못하고 있다.

이후에는 노인의 만성질환관리를 위해서 일차의료, 지역사회 서비스, 일반(요양)병원 서비스, 장기요양시설, 장기요양보험 재가서비스가 어떠한 역할을 하면서 상호 연계되어져야 하는지를 살펴보고자 한다. 먼저, 외국의 사례를 살펴보고 함의를 도출한다. 그리고 우리나라 의 현황 및 문제점을 살펴보면서 종합적인 노인 만성질환관리 방안을 제시하고자 한다.

2. 외국 사례 연구와 함의

만성질환의 지속적인 증가 현상에 대응하여, 많은 국가에서는 만성질환을 보유한 사람들에게 요구되는 연속적인 서비스 제공을 위한 더 나은 연계 체계를 포함하는 의료서비스 전달체계의 새로운 모델 혹은 새로운 접근을 시도해오고 있다. 각 국가의 의료체계의 특성은 서비스 전달의 새로운 방식 도입이 성공하느냐를 결정하는 주요 요인임이 확인되고 있다. 예를 들면, 조세방식 체계는 영역 간 조정을 가능하게 하는 조직 혁신을 실행하기에 더 쉬운 체계인 반면, 사회보험 방식 체계는 외래서비스와 병원서비스 간 엄격한 분리 경향으로 인해 서비스 간 조정을 실행하는 데 어려움을 겪는 것으로 보인다(Nolte, Knai and Mckee, 2008). 본 절에서는 만성질환 관리모형을 도입, 실행하고 있는 주요국의 사례를 각국의 의료체계, 장기요양체계 등의 특성을 중심으로 검토함으로써, 현재 한국의 의료체계 및 보건복지서비스 체계에 맞는 만성질환관리 전달체계 모형을 도출하는 데 함의를 얻고자 한다. 이를 위해 조세방식의 NHS(National Health Service)로 운영되며 GP(General Practitioner) 중심의 강력한 일차의료 체계를 특징으로 하는 영국과 우리나라와 유사한 사회보험 방식의 독일과 일본, 그리고 민간보험 중심의 미국의 사례를 살펴보기로 한다.

가. 영국 일차의료팀의 만성질환관리와 사회서비스의 연계 모형

영국에서는 만성질환을 가진 인구집단을 위한 여러 가지 서비스 모형이 실행되어 왔다. 2005년 1월 영국정부는 'NHS 보건 및 사회서비스 모델(NHS Health and Social Care Model)'을 실행했다. 이 모델은 Chronic Care Model(CCM)과 유사한 접근으로 장기적인 만성질환을 가진 사람들을 위한 보건 및 사회서비스 조직의 서비스를 향상시키고자 하는 목적을 갖는다. NHS와 사회서비스 모델은 장기요양욕구(long-term conditions)를 가진 사람들을 확인하여 그들의 욕구에 맞는 서비스를 받도록 하는 데 초점을 두고 있다(Nolte et al., 2008). 이 모델의 주요한 특징은 1) 의료 및 사회서비스를 연결하는 체계적인 접근, 2) 장기관리자가 필요한 사람을 판별, 3) 욕구에 따른 서비스를 받을 수 있도록 환자들을 여러 집단으로 구분, 4) 병원을 자주 이용하는 사람에 초점을 둠, 5) 사례관리를 수행하는 지역사회 전문간호사 이용, 6) 집중적 서비스를 받을 가능성이 있는 사람을 판별해내는 방법 개발, 7) 일차의료에서 다학제적 팀 운영, 8) 지역사회에서 자가관리를 지원하는 방법 개발 등이다(Nolte et al., 2008).

또한 2006년 1월에는 “Our health, our care, our say: a new direction for community services”라는 제목의 백서를 통해 지역사회 중심 서비스에 대한 영국정부의 비전을 제시했다. 장기요양서비스를 필요로 하는 사람에게만 초점을 두지 않고 만성질환 관리를 재설계하는 데 초점을 두었다. 이는 병원 중심으로 전달되는 서비스에서, 보다 반응성이 뛰어난 지역사회 중심 서비스로의 전환에 목적을 두었다(Nolte et al., 2008).

이재호(2009)에 의하면, 이러한 영국의 만성질환 관리모형은 2003년부터 NHS에 소속된 가정의(GP)와의 계약에 질 평가 결과를 반영하기 시작했다. 일차의료 서비스 질 평가를 위해 개발된 Quality and Outcome Framework(QOF)는 일차의료 기관이 당뇨, 고혈압, 천식 등을 포함하는 10개의 만성질환에 대해 양질의 관리를 지속하도록 장려하는 금전적인 인센티브를 제공하도록 고안되었다. 이러한 질 평가 결과에 따라 가정의에게

지불되는 금액은 가정의의 총예산 중 18%를 차지하며, 2005년에는 약 30%까지 확대하도록 했다. GP 계약 시 인센티브제를 도입하여, GP의 수입을 서비스의 질적인 수준을 확보하는 것과 관련하여 점수 가산체계 도입하는 방식 등을 채택하고 있다. 이러한 만성질환관리모형 채택이 환자의 건강상태를 호전시키고 향후 의료비 상승을 억제하는 등 NHS에 도움이 될 것이라는 기대가 있다(박종연 외, 2007). 이렇듯 영국의 만성질환관리는 NHS의 일차의료체계를 적절히 활용하고 있음을 알 수 있다.

영국의 만성질환관리는 환자의 상태에 따라 대상을 분류하여 접근하고 있다(박종연 외, 2007). 제 1단계는 자가관리 대상자로 전체 만성질환 이환군의 대다수인 7-80%를 차지한다. 이 집단에는 만성질환의 상태를 관리하거나 악화를 예방하기 위해 적극적으로 자가관리를 할 수 있도록 도움을 준다. 제2단계는 질병관리 대상자로, 고위험 환자군이 속한다. 이 집단에 대해서는 다학제적이거나 집중서비스팀에 의해 사전적으로 등록하여 관리하도록 한다. 제3단계는 사례관리 대상자로 중증도의 복합질환 환자가 속한다. 이 단계에서는 적극적인 의료적 관리 시행하여 의료제공을 위해 협력하는 사례관리를 필요로 한다.

일차의료팀(Primary Health Care Team)에 속해 있는 전문 간호사가 중증도 복합질환을 가진 만성질환자를 사례 관리한다. 2004년 NHS 개선 계획안(Improvement Plan)에는 모든 일차의료 트러스트들에서 사례관리를 도입하도록 보조금을 지불하도록 했다. 2004년 실행된 'NHS Improvement Plan'에 의하면 만성질환관리에서의 간호사의 역할을 강조하고 있다. '지역사회 전문 간호사(Community matrons)'는 입원 가능성이 높거나 의료서비스 이용이 많은 사람들에게 대한 사례관리 기술을 활용하는 전문 간호사들을 의미한다. 이러한 지역사회 전문 간호사 전략은 장기요양이 필요한 사람들을 지원하는 영국 정부의 핵심 정책이다(Nolte et al., 2008).

영국의 NHS제도는 병원 전문의 진료와 지역간호사 및 보건부에 의한 지역보건서비스, 가정의(일반의) 의료 및 일반치과의 의료, 약제서비스로 구분되는데, 앞서도 언급하였듯이, 영국은 과거 30년 간 의료서비스의 중점을

병원서비스에서 지역사회 서비스로 전환하고 있다(선우덕 외, 2005). 일차 보건의료에는 일반의(GP) 이외에 방문간호, 보건부, 물리치료사, 작업치료사, 언어요법사, 치과의, 안과의, 난청조무사, 약사, 족치료사 등에 의한 서비스가 모두 포함된다. 고령자는 우선 자신이 일반의를 선택, 등록하고 일반의 지도하에 병원치로나 방문간호사, 투약서비스를 받게 된다. 일반의는 지자체의 사회복지사와 밀접하게 연계하고 있고, 고령자의 장기요양욕구의 판정을 의뢰하기도 하고, 요보호자가 되면 케어패키지의 계획이나 서비스 제공 측면에서 상호협력 하고 있다. 일반의와 함께 고령자케어에 큰 역할을 하고 있는 인력은 지역간호사인데, 특히 1970년대부터 지역간호사는 일반의와 사회복지사와 팀을 이루어 일차보건의료서비스를 제공하고 퇴원환자에 대해 자택에서의 의료적 간병이나 건강증진 등 폭넓은 서비스를 제공하고 있다(선우덕 외, 2005). 일차의료 뿐만 아니라 영국 병원의 경우도 지자체 사회서비스와 긴밀하게 연계되어져 있다. 병원에는 지자체의 사회복지사가 상주해 있고, 퇴원환자의 장기요양욕구를 판정하고 직접적으로 간병수발 서비스를 제공할 수 있는 체제를 갖추고 있다(선우덕 외, 2005).

장기요양서비스 대상 노인에게 제공되는 재가보호서비스 중 사회적보호 서비스(가정봉사, 급식서비스, 주간보호, 단기보호, 세탁서비스)의 관리 및 공급주체는 지자체나 민간 영리 및 비영리단체)이나 보건의료서비스(재가간호, 방문보건, 일반진료, 치과진료, 일반의가 제공하는 보건서비스)의 관리 공급주체는 NHS primary care trust이다(선우덕 외, 2008).

나. 독일

독일 의료서비스의 주요 재원체계는 사회보험이며 전체 인구의 약 90%가 가입되어 있다. 의료서비스 전달체계는 공공 및 민간체제로 구성되어 있으며, 외래서비스는 의원 중심, 민간 영리 공급자에 의해 제공된다. 병원은 다양한 공공과 민간 조직에 의해 소유 및 운영되고 있다. 또한 독일의 의료체계는 주정부 중심으로 운영되고 있다. 연방 수준의 가장 높은 의사결정

기구는 연방위원회(GBA)이며 이는 질병금고 연합회와 의료 공급자 연합회로 구성된다. 이 기구는 공적으로 급여하는 서비스 목록을 선정하고, 의료 서비스의 표준지침을 마련한다(Nolte et al., 2008).

1990년대 이후, 독일의 의료체계에 대한 비판적인 분석결과가 증가하였는데, 이에에는 과학적 지식의 부적절한 사용, 병원 및 외래서비스의 엄격한 분리, 만성질환 환자 치료에 대한 인센티브 부재로 인한 낮은 서비스 질 등이 포함되었다. 이에 따라 2001년 ‘질병관리 프로그램(Disease management programmes, DMPs)’이 의료체계의 적자를 줄이는 전략으로 주목을 받기 시작했다. 2002년 독일 정부는 공식적으로 만성질환을 가진 개인에 대한 구조화된 서비스 혹은 질병관리 프로그램을 독일 의료체계에 도입하였다(Nolte et al., 2008).

독일 DMPs는 다음과 같은 원칙에 근거하고 있다. 첫째, 최상의 근거에 기반 한 치료원칙, 둘째, 전문 조직 간 상호연계 서비스의 증진, 셋째, 환자의 자기 관리를 주요한 요소로 삼는 것, 넷째, 새로운 질 보장 척도의 도입이 그것이다.

연방위원회는 DMP에 적합한 질병조건이나 인구집단을 선별해 왔으며, 순차적으로 대상질환이 확대되었다. DMPs에의 참여는 환자나 의사 모두 자발적으로 선택한다. DMP에 참여하고자 하는 환자는 DMP 내에서 치료를 조정해줄 수 있는 의사를 선택하게 되며 이는 보통 환자의 가정의가 된다. DMP에 참여하는 의사들은 환자에 대한 핵심적인 의료서비스를 공식적인 원칙에 따르도록 권고된다(Nolte et al., 2008).

DMPs가 증가함에 따라, 이에 등록하는 환자의 수도 증가하고 있다. 2004년 10월과 2005년 12월 사이, DMPs 서비스를 받는 환자의 수는 두 배로 증가했고, 약 200만 명 가량 되는 것으로 나타나고 있다. DMPs에 참여하는 의사의 규모에 대한 공식적인 집계는 없으나, 가정의의 60-75% 정도로 추정되고 있다(Nolte et al., 2008).

독일에서 DMPs는 구조화된 치료과정을 통해 서비스의 질을 증진하고, 환자에게 필요한 정보를 제공하며, 그들의 적극적인 참여를 보장함으로써,

만성질환을 가진 개인에 대한 서비스를 향상시키고, 서비스 비용을 통제하기 위해 도입되었으며(Nolte et al., 2008), 이는 독일의 보건의료체계에서 가장 중요한 혁신으로 받아들여지고 있다. 특히 근거기반 의학, 의사결정의 공유, 전문가 및 관련 기관 사이의 협력체계를 재조직하는 장을 열었다는 평가를 받고 있다(박종연 외, 2007).

이러한 독일 의료체계 내의 만성질환 관리모형과 관련하여, 독일의 장기요양서비스의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 독일의 장기요양서비스 주책임은 중앙정부가 아니라 지방정부에 있다. 독일은 건강보험과 사회수발보험(장기요양서비스 재정)의 연관성이 타 국가에 비해 높은 편인데, 질병금고에 의한 보편적인 건강보험제도에 의한 의료서비스와 사회수발보험에 의한 장기요양서비스의 관리 주체를 통일하고 있다. MDK는 이러한 건강보험과 사회수발보험의 관리를 지역에서 담당하는 조직이다(김찬우, 2008).

독일의 현재까지 장기요양서비스의 통합에 대한 논의는 서비스 전달체계의 책임성이나 개인별 특성을 강화하려는 의도는 약하다. 서비스 전달체계를 통합하여 클라이언트에 대한 다양한 서비스 지원을 강화하는 측면보다 보험체계의 통합과 표준화를 강조하려는 측면에서 진행되어 왔다(김찬우, 2008).

다. 장기요양예방서비스와 보건의료복지서비스의 통합적 케어를 도입한 일본

일본의 경우 2000년부터 개호보험제도를 실시하였으나 보건·의료·복지의 연계강화를 위한 충분한 검토없이 실시됨에 따라 개호보험제도의 예산이 급증하게 되었고 따라서 2005년 개호보험법의 개정을 통해 개호예방사업을 강화하였다(김옥희, 2006; 엄기욱, 2008).

개호보험법 개정의 이유는 첫째, 경증노령자의 자립을 지원할 수 있는 체계가 부족함에 따라 경증노인이 증가하게 되었다. 경증노인이 증가하게 된 원인은 운동부족 등에 의한 **신체쇠약** 등을 예방하기 위한 서비스가 충

분하지 않았고 의료보건복지 직종 간 연계가 충분히 이루어지지 못하였기 때문이다. 둘째, 장기요양서비스 뿐만 아니라 다양한 생활지원서비스, 의료서비스를 연계시킬 포괄적인 케어매니지먼트가 부재하였다. 셋째, 재가장기요양기관에서 사례관리를 제공함으로써 사례관리의 공정성이 문제가 되었다(엄기욱, 2008). 이러한 배경 하에 2005년 개호보험법이 개정되었고 새로운 개호보험법은 예방서비스의 강화, 보건의료복지를 연계하는 포괄적인 케어매니지먼트 제공 등으로 특징 지워졌다.

2000년 개호보험은 고령자가 요보호 상태가 된 이후에 케어서비스를 제공하는 것으로 만들어 졌으나 2005년 개정 개호보험법은 개호예방서비스를 중시하여 만들어졌다. 일본 노인복지서비스와 개호보험서비스 대상자를 보면 건강한 노인, 허약한 노인, 개호예방이 필요한 노인, 개호가 필요한 노인 등 네 가지 계층으로 구분하여 서비스 제공체계를 구축하고 있다(엄기욱, 2008:69). 개호보험법 개정으로 기존에 장기요양 등급 중 요보호 1 중 일부는 요지원 2로 편입되어 예방서비스(신예방급여)를 이용하게 되었으며 (장기요양예방이 필요한 노인) 개호보험 급여 대상 이외의 비교적 건강한 자립노인들에 대해서는(건강한 노인, 허약한 노인) 예방서비스와 지역지원 사업에 의한 서비스가 제공되었다(엄기욱, 2008).

개호예방프로그램의 내용은 운동기 기능향상, 영양개선, 구강기능향상, 고립예방, 치매예방, 우울예방 등이다. 재원의 경우 국가와 지방자치단체가 전체의 50%를 부담하고 남은 50%는 개호보험 피보험자(65세 이상 제1호 피보험자와 40~64세의 제2호 피보험자)가 부담하는 것으로 되어 개호보험 급여비 재원구성과 같은 비율로 결정되었다.

2005년 개호보험법 개정으로 이를 시행하기 위한 핵심기관으로 지역포괄지원센터가 설치되었다. 지역포괄지원센터는 지자체가 직영하거나 위탁에 의해 운영, 보건사, 사회복지사, 지자체에 해당하는 시정촌이 지정한 사례관리자로 구성된다(선우덕 외, 2008). 지역포괄지원센터의 주요역할은 고령자 종합상담, 예방급여 및 지역지원사업 대상자에 대한 개호 예방 케어매니지먼트 실시, 보건의료복지 다직종간 연계케어매니지먼트로 볼 수 있다(김옥

회, 2006). 즉, 포괄적지원센터의 중요한 역할 중의 하나는 기존의 의료, 복지서비스의 한계를 극복하고 개호를 중심으로 하는 보건의료복지의 연계 시스템 구축하는 것이었다. 지역포괄지원센터에는 운영협의회가 있어 지역 의사회, 개호보협시설, 재가서비스사업소, 행정기관, 보건소, NPO·주민단체·노인클럽으로 구성되었고 이들은 '담당 권역 포괄케어 회의'를 월1회 단위로 개최하였으며 사례관리에 의해 이들 기관의 서비스로의 연계가 이루어진다.

지역포괄지원센터의 특징은(엄기욱, 2008) 첫째, 전문직종간의 팀 접근방법을 사용하고 있다. 둘째, 지역포괄케어를 실현하기 위해 지역이용자, 서비스 사업자, 관계단체, 민생위원, 자원봉사자나 비영리조직 등 비공식적 관계자, 일반주민 등으로 구성되는 인적네트워크를 구성하고 이를 노인욕구에 적합한 서비스를 제공하는 종합적이고 중층적인 네트워크로 활용한다. 셋째, 원 스톱 상담창구로서의 역할을 수행한다.

라. 공공부분에서 만성질환관리를 위한 케어매니지먼트를 도입한 미국

미국의 만성질환관리 프로그램은 만성질환자의 보건의료서비스 이용 증가와 함께 생존기간이 길어지고 이들의 보건의료서비스 지출비용이 증가하면서 건강보험, 사업주, 정부기관에서는 보건의료서비스 이용과 이로 인한 비용 감소를 위한 노력으로 시작되었다(박종연 외, 2007).

최근에는 만성질환 관리를 위한 서비스 제공 비용을 감소시키면서 보다 향상된 보건의료서비스를 제공하기 위해 질병관리(DM) 개념이 활용되고 있다. 질병관리는 관리의료(Managed Care), 인두제, 보건의료서비스 수요 관리 등의 형태로 시작되었다. 질병관리는 만성질환을 대상으로 하며, 만성질환의 발생과 이로 인한 합병증을 감소시킴으로써 개인의 삶의 질을 향상시키고 건강관리 비용을 감소시키는 것을 목표로 한다(박종연 외, 2007).

미국의 질병관리 프로그램의 목적은 대상집단의 건강향상, 환자만족도 및 의료서비스 제고, 의사만족도 및 서비스 경험 제고, 보건의료 수요/비용 절감

등이며, 이는 민간부문에서 시작하여 최근 저소득층과 노인을 위주로 하는 공공부문(메디케어, 메디케이드)으로 확장되기 시작하였다(박종연 외, 2007).

이러한 미국의 질병관리 개념은 환자의 결과를 호전시키기 위한 체계적 접근으로부터 건강상태를 호전시키기 위한 통합적 접근으로 변화하고 있다. 단 일질환에 대한 프로그램에서 복합질환 대상으로 전환, 한 곳에서 모든 접근이 가능하도록 하는 방식, 합병 등을 통한 질병관리회사들의 통합, 행위별 수가제에서 위험부담계약으로의 전환, 새로운 질환들의 관리영역 확대, 보다 통합된 관리모형을 지향하는 것이 이러한 접근의 특성이다(박종연 외, 2007).

미국에서는 질병관리가 대규모 산업으로 부상하면서, 건강보험, 정부부서, 신용기관 및 고용주에게 매우 중요한 의료비 관리 전략으로 이용되고 있다. 건강보험에서는 대체로 질병관리 전문회사(DMO)와 서비스 위탁 계약을 맺어 서비스를 제공하고, 일부 건강보험은 스스로 운영할 수 있는 프로그램을 갖고 있기도 하나, 최근 대상자의 건강상태가 복잡해지면서 다양하고 세분화된 서비스에 대한 요구가 증대하면서 직접 운영 방식의 효율성은 낮아지고 있다(박종연 외, 2007)

미국 연방정부의 메디케어 만성질환 관리는 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)의 건강지원프로그램(Medicare Health Support, MHS)를 중심으로 수행되고 있다. 메디케어는 노인층을 대상으로 하기 때문에 만성질환으로 인한 재정부담이 크고, 이에 대한 적극적인 관리가 요구되고 있는 실정이다. 행위별수가제 하의 메디케어에서 시도된 최초의 시범 사업으로, 1단계 MHS 프로그램은 연방정부 보건부 산하의 CMS에서 관리되고 있으며 경쟁선정절차를 통해 계약된 기관에 의해 8개 지역에서 수행되었다.

다음으로, 주(state)정부 중심의 질병관리 프로그램으로, 최근 미국 각 주에서는 메디케이드 등 보건의료프로그램 비용 절감을 위해 대상자 제한, 급여 축소, 공급자 비용지불 삭감 등을 시행하였다. 그러나 이러한 전략은 비용은 절감되나 보건의료서비스 접근성 제한이라는 결과 초래하였고, 이를 해결하기 위해 일부 주에서는 폭넓은 선택권을 가지는 질병관리 프로그램

개발하였다. 이에 따라 20개 이상의 주에서 일차의료관리(PCCM, primary care case management)와 행위별수가제에서 메디케이드 질병관리 프로그램을 개발하여 실행하고 있으며, 많은 주에서 메디케이드 가입자를 대상으로 질병관리 프로그램을 운영하는데 질병관리 기관과 계약을 맺고 프로그램 운영하고 있다.

미국에서 관리의료의 대표적 조직인 Kaiser Permanente의 만성질환 관리체계는 주치의의 성격을 갖는 일차진료의사를 중심으로 구축되고 있다. 일차진료의는 자신이 담당하고 있는 가입자가 필요로 하는 모든 케어를 제공하고 필요시 전문의에게 의뢰하는 역할을 한다. 만성질환관리체계는 주치의의 역할을 하는 일차진료의를 중심으로 구성되고, 주치의는 간호사, 의료보조원, 보건교육가, 약사, 사회복지사/심리학자, 전문의 등과 같은 팀원에 의해 도움을 받고 있다.

재정과 전달체계 통합 정도에 따라 노년층에 대한 managed care 프로그램은 세 가지로 분류하는데, 첫째 유형은 노인들의 의료서비스 및 예방진료에 대한 접근성을 강화하기 위한 일차진료와 급성치료를 통합하는 모델이다. 그러나 이 모델은 장기요양 서비스와의 연계는 고려하지 못한 의료서비스에 초점(Medicare의 HMOs)을 두고 있다. 둘째 유형은 일정한 비용 내에서 시설화 수준의 중증 노인들에게 종합적인 재가 서비스를 지원하는 Medicaid 중심의 장기요양 모델이다. 시설요양에서 지원되던 Medicaid를 재가요양지원에도 가능하게 한 Medicaid waiver 정책이 이 모델의 예라 할 수 있다. 셋째 유형은 통합케어 모델로 지칭하는데, 노인의 의료 및 요양서비스 전달체계와 재정의 통합적 운영을 통한 케어 제공을 특징으로 한다. 통합케어 모델은 Medicaid와 Medicare를 통합한 재정운영 방식을 통해 일차진료, 급성치료, 그리고 장기요양서비스에 이르는 서비스를 종합적으로 제공한다. 이 모델의 예는 PACE(Programs for All-Inclusive Care for Elders)인데, 이 모형은 재가중증노인을 대상으로 하는 가장 성공적인 케어매니지먼트 프로그램으로 평가되고 있다(권용진, 2010). 이를 구체적으로 살펴보면, PACE는 단일체계에 의해 모든 급성기 진료 및 장기요양서비

스 등의 포괄적인 서비스 제공한다. 이 서비스들은 PACE 센터, 가정 및 입소시설에서 제공되기 때문에 PACE 센터는 day care center와 모든 의료 서비스 이용이 가능한 의료기관이 포함된다. 1차 의료의사, 사업담당 간호사, 의료기관 간호사, 가정 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사, 보건사업가, 레크리에이션 치료사 및 차량운행기사로 구성되는 다영역 간의 전문가 팀으로 구성, 전체 팀은 사례관리자에 의해 운영된다(강혜규 외, 2008).

PACE 모델의 가장 큰 목적은 급성 케어와 장기요양 서비스의 통합과 유연한 재정운동을 바탕으로 부적절하거나 시기상조적인 시설화의 예방에 있다. 이 모델의 대표적인 특징으로는 1) 시설입소 수준의 중증노인들에게 지역 및 재가요양서비스 제공, 2) Medicare와 Medicaid의 인두제 방식 상환을 통한 통합 재정방식과 공급자 위험 부담, 3) 주간 양로보호센터를 중심으로 한 통합된 서비스 전달체계, 4) 제학문적 장기요양 전문직으로 구성된 케어 매니지먼트 팀에 의한 사례관리 등이다(김찬우, 2008).

이상의 국가 사례를 정리하면, 영국의 경우 지역사회 중심의 다학제 팀에 의한 일차의료체계에서 만성질환노인의 질병을 관리하고 있었다. 일차의료팀은 재가장기요양환자를 위해 가정간호서비스를 직접 제공하고 있으며 사회적 서비스장기요양서비스를 제공하는 지역사회 복지기관과 연계되어져 있었다. 독일의 경우는 만성질환 증가로 인한 의료비용 억제를 위해, 건강보험 체계 내에 만성질환 관리 프로그램을 적극적으로 도입하고 있으나, 장기요양서비스, 지역사회서비스와의 적극적인 연계를 확인하기는 어려웠다. 일본의 경우는 개호보험 도입 이후 장기요양예방서비스의 중요성이 강조되면서 지자체가 중심이 되어 장기요양예방을 위한 다양한 기관간(보건의료복지) 연계를 위해 지역포괄지원센터를 설치하였고 지역포괄지원센터의 핵심적인 역할중의 하나는 장기요양예방을 위한 전문적인 케어매니지먼트 서비스 제공이다. 끝으로 미국의 경우는 가입자의 의료비용 지출 억제를 위한 민간보험의 관리의료의 기술이 노인 및 저소득층을 대상으로 하는 공적 의료보험인 메디케어나 메디케이드에도 확대 적용되면서 의료비 지출 억제와 질 높은 서비스 제공을 목적으로 managed care가 등장하였다. managed

care는 일차의료와 급성의료간의 연계라는 형태로도 나타나지만 장기요양과 의료서비스간의 통합이라는 형태로도 나타나고 있다.

이와 같은 주요국의 만성질환 관리모형에 대한 사례 검토를 통해 얻을 수 있는 교훈은 첫째, 앞서 인구고령화와 노인의료비 증가를 경험한 국가들에서 기존 의료서비스 재원 및 전달체계의 특성에 관계없이 만성질환 관리모형을 적극적으로 도입하고 있다는 사실이다. 일본 개호보험도 예방서비스의 부재로 인한 장기요양보험 비용의 증가와 함께 2005년 예방서비스를 강조한 개호보험법의 개정에 이르게 되었다. 둘째, 만성질환 관리는 대상자의 특성이 복합적인 욕구를 가진 노인 혹은 개인이므로 의료적 서비스, 요양 및 복지서비스를 통합하는 케어매니지먼트를 필요로 한다는 것이다. 통합적 케어매니지먼트는 의료기관과 요양기관이 독립적으로 존재하면서 상호연계될 수도 있고 두 기관이 재정, 전달체계 측면에서 완전하게 통합되는 형태를 띠 수도 있다. 영국의 일차의료팀과 장기요양서비스의 경우는 상호독립된 기관간의 상호연계의 형태를 띠고 있으며 미국 PACE 프로그램의 경우에는 재정, 전달체계가 완전히 통합된 조직에서 서비스가 제공된다는 특징이 있다.

3. 우리나라 만성질환관리 제도의 현황 및 문제점

가. 만성질환 사례관리서비스의 미흡

공단은 건강보험 가입자들 중 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염 질환을 가진 대상자들의 건강상태를 향상시키기 위해 자신의 질병에 대한 인식을 향상시키고 개인의 건강위험요인과 질병으로 인한 합병증을 감소시키기 위한 건강행위, 의료이용행위를 하도록 직접 집으로 방문하여 대상자와 가족에게 상담, 정보제공 등의 지원적 서비스를 제공하는 만성질환자 사례관리사업을 실시하고 있다(김태성·이주열, 2008). 그러나 사례관리업무는공단 직원들이 교육을 받아 담당하고 있어 서비스의 전문성이 미흡하다. 공단은 자체적

으로 건강관리사 자격증제도를 운영하고 있는데 2008년 현재 사례관리 업무 담당자의 55%가 건강관리사 자격을 소지하고 있다. 2008년 현재 등록된 사례관리자 수는 32,000여명으로 대상자 수가 제한적이며 사례관리의 사후관리 기간이 사례관리 종결 후 6개월에 불과하여 장기적으로 사후관리가 되지 않을 경우 만성질환 사례관리의 효과를 기대하기 어려운 현실이다. 공단 사례관리 이용자에 대한 인식조사 결과 서비스의 지속성에 대한 신뢰도가 낮았다(박종연 외, 2007:137).

나. 의료요구도에 적합한 만성질환관리서비스 제공의 미흡

보건의료서비스 제공과정을 환자의 상태와 관련시설의 기능에 따라 구분하면 급성기(acute) 의료서비스와 급성기 이후(post-acute) 의료서비스의 시기로 나눌 수 있다(서영준, 2010)(표 1 참조). 현행 요양서비스의 범주별 대상 및 제공시설, 급성기 이후 진료서비스는 급성질환을 앓고 난 환자들 중 회복치료를 필요로 하는 대상자에게 질병회복과 재활 및 장기요양을 목적으로 제공되는 모든 서비스를 말하며 아급성의료서비스(sub-acute care service)와 장기요양서비스(고전문요양서비스, 전문요양서비스)로 나눌 수 있다. 아급성의료서비스는 급성질환을 앓았거나 손상, 수술 등으로 인해 급성기 의료기관에서 치료를 받은 환자 중 회복치료와 재활을 위해 추가적인 의료기관 입원이 필요한 환자에게 제공되는 복합적인 의료서비스를 의미한다(서영준, 2010). 고전문요양서비스는 급성기 질환의 완전한 회복이 어려운 환자들의 질병악화 속도를 완화시키려는 목적으로 의료, 간호, 재활서비스를 제공한다. 전문요양서비스는 질병상태가 안정된 환자들 중 신체 기능 저하자들에게 요양 및 수발서비스를 제공하는 것이다. 아급성의료서비스는 요양병원에서 제공되며 요양서비스는 장기요양시설에서 제공되는 것이 원칙이다. 그러나 우리나라에서는 아직 급성기 이후 의료서비스 기관에 대한 명확한 법률적 정의와 역할 및 이에 따른 입소 환자 분류기준이 명확히 정립되지 않아 급성기병원, 요양병원, 전문요양시설, 일반요양시설 등이 상호

경쟁하며 부적절한 환자수용을 계속하고 있다(선우덕 외, 2005).

실제로 노인장기요양보험 등급판정기준에 의료중증도가 반영되어 있지 않고 기능장애에 대한 수발정도에 따라서 구분되어 있어 의료필요도가 높은 환자가 간병비용 때문에 요양시설에 입소하게 되는 경우가 적지 않다(서영준, 2010). 요양병원환자들이 간병비가 지원되는 요양시설로 이동하기를 희망하는 사례가 늘고 있으며 2008년 장기요양보험 신청자의 9%였다(서영준, 2010). 실제로 요양시설 입소자들의 이용실태를 조사한 결과 입소자 중 상당수가 제때에 적절한 의료서비스를 받지 못하는 사각지대에 놓여 있을 가능성이 있었다(김덕진, 2009).

노인의 의료 및 복지적 욕구에 맞는 서비스가 제공되어야 하나 현재 우리나라의 경우 의료서비스와 요양서비스의 법적 연계가 확립되어져 있지 않다(서영준, 2010). 요양시설도 서비스의 질과 무관하게 일당 정액수가제를 보상받고 있으며 요양시설에 있다가 증상이 악화되어 요양병원에 후송될 경우 수가의 50%만 보상받게 되며 입원기간이 10일 이상이면 중증환자로 분류되어 자동퇴사조치가 내려지게 되어 요양시설은 병원에 보내야 하는 환자를 요양시설에 그대로 붙잡아 두는 현상도 일부 발생하고 있다(서영준, 2010). 환자의 권리를 침해하는 것이다.

다. 장기요양보험 대상자에 대한 적절한 의료서비스 제공 부재

장기요양보험은 간병, 수발 등 일상생활지원 복지지원서비스를 지원함과 동시에 방문간호, 요양병원 간병비, 노인성질환 예방사업 등 케어서비스를 제공한다. 우리나라의 경우 노인장기요양보험의 급여범위를, 의료서비스는 원칙적으로 제외하고 고기술의 치료적 가정간호서비스는 제도에서 제외시키고 요양적 간호서비스에 국한하여 급여하는 것으로 되어 있다(정경희, 2010). 건강보험과 장기요양보험 간에는 실시목적이 다름에도 불구하고 운영방법상 이용자의 편의를 고려하여 일부의 보건의료서비스가 장기요양보험제도에서 지급되고 있다(선우덕, 2008). 그러나 장기요양보험에서 제대로

된 만성질환관리서비스를 제공하지 못함에 따라서 노인 만성질환자의 질병의 정도가 심해져 시설이나 병원으로 옮겨져야 하는 문제가 발생하고 있다. 따라서 만성질환관리를 위해서는 건강보험과 연계와 조정이 필요한 측면이 있다(정경희, 2010).

우리나라 장기요양보험제도는 노인복지체계의 연장선상에서 제도가 출범하면서 의료적 개입을 배제하여 건강보험과 분리된 요양제도를 우선 구축하는데 제도의 논의가 모아졌다(김찬우, 2008). 따라서 장기요양서비스란 개념적으로 의료적 필요를 포함해야 함에도 불구하고 우리나라의 경우 의료서비스와 이원화됨으로서 비효율이 발생하고 있다(권용진, 2010). 가벼운 의료서비스에 대한 별도의 보상이 없어 요양시설에서의 적극적인 의료서비스가 이루어지지 않고 있어 환자들이 적절한 치료시기를 놓치게 되는 경우가 있다(서영준, 2010).

현행 장기요양보험제도하에서는 시설에서 의료서비스가 이루어지더라도 충분한 보상을 받기 어렵다(정형선, 2008). 시설입소자에게 의료적 니드가 있음에도 불구하고 응급환자에 대한 관리만, 그것도 간호사의 판단에 의거해 이루어지는 것만으로는 입소자의 건강관리에 한계가 있게 된다. 또한 기존의 촉탁의제도나 신규의 협약의료기관제도와 같은 제도도 한계가 있다.

보건복지가족부의 노인복지시설운영기준에 따르면 시설의 촉탁의는 주 2회, 1회당 2시간 이상 진찰하도록 규정되어 있다. 장기요양보험제도가 실시되면서 2008년 7월부터 시설은 협약의료기관을 둘 수 있게 되었다. 시설입소자에게 급여로 주사제 투여가 필요한 경우는 의료기관에 내원하여 주사를 투여 받도록 하고 있으며 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설 내에서 입소자에게 주사약을 투여한 경우는 주사약제비 및 행위료 등의 비용을 산정할 수 없도록 하고 있다. 장기요양기관은 촉탁의나 협약의료기관 의사의 시설 내 처방전 발행이 허용되어 거동이 불편하거나 이송이 곤란한 입소자에 대한 투약이 가능하므로 별도로 왕진을 신청할 수 없으며 관련 비용도 산정할 수 없도록 하고 있다(정형선, 2008). 즉, 요양시설에 속한 의사만 처방전 발행에 따른 비용을 건강보험에서 소속기관의 외래관리료로

보상을 받고 시설 내에서 이루어진 기타 진료행위에 대해서는 별도 보상을 하지 않는다.

촉탁의의 경우 시설과 계약하며 받은 비용을 왕진료로 하고 진료비용은 처방발생시 외래관리료만 청구하도록 하며 비촉탁의는 건강보험에서 현행 시설에 대한 왕진을 청구할 수 없도록 고시하고 있다. 1주일에 2번 회당 2시간은 매우 제한된 진료기회이다. 촉탁의 혹은 협약의 만으로 해결되지 않는 시설 내 입소자들의 의료수요를 비촉탁의는 건보에서 급여할 수 없다고 고시하는 것은 의사 및 노인환자들이 엄격한 의료적, 복지적 요구 상태의 진단에 따라 적합한 시설로 입소하지 못하고 있다(서영준, 2010).

또한 재가복지 수급자는 재가급여의 내용으로 제공되는 서비스 중 두 가지 이상의 서비스를 동일한 시간에 제공받을 수 없다. 즉, 방문요양서비스를 받고 있는 동안에는 방문간호서비스를 받을 수 없다(권용진, 2010).

라. 장기요양 등급외 판정자에 대한 만성질환관리서비스 미흡

장기요양보험 등급외자에 대해서는 A, B, C 등급으로 나누고 지방자치 단체의 예산으로 지역사회의 다양한 자원을 연계하도록 하고 있다. 지자체는 연계서비스 제공결과를 공단에 통보하고 공단은 그 결과 연계서비스를 받지 못한 노인을 대상으로 자체서비스 및 민간제공서비스를 연계하여 제공한다(권용진, 2010). 그러나 등급외자 중 57%만이 지자체 및 국민건강보험공단의 연계사업을 통해 서비스를 제공받았다. 공단은 지자체가 누구에게 어떤 연계사업을 수행했는지 알 수 없다(권용진, 2010). 특히 민간자원의 경우 종교단체나 기업체, 병원 등 자원봉사단체의 민간서비스에 연계된 것으로 체계적으로 제공되고 있다고 보기 어렵다. 공단이 민간자원의 그 양과 질을 파악하기 어렵다. 뿐만 아니라 대상자에게 필요한 서비스가 계획되어져서 주어지기 보다는 무계획적으로 복수의 서비스가 제공되고 있는 현실이다. 현재 지자체로부터 연계 서비스를 받았다고 할지라도 등급 외 A형의 경우 등급내로 진입할 가능성이 매우 높은 군임에도 불구하고 치매예방교

육 한번으로 연계사업 시행자로 분류되고 있는 실정이다. 또한 장기요양등급의 판정자에 대한 연계서비스는 주로 노인 돌보미와 같은 복지서비스에 한정되어져 있고 방문간호나 질환관리서비스는 턱없이 부족한 현실이다.

4. 만성질환관리서비스 강화를 위한 정책방안

연계의 관점에서 예방서비스는 단순히 노인성 질환의 발생을 막기 위한 것만을 의미하는 것은 아니며 건강한 노인이 등급의 판정자가 되는 것, 등급의 판정자가 등급내 판정자가 되는 것, 재가이용자가 시설로 가는 것, 요양시설 이용자가 의료시설로 가는 것 등을 예방하는 것을 의미하는 개념이다(권용진, 2010). 이와 같은 예방서비스를 위해서는 첫째, 건강한 노인이 등급의 판정을 받지 않도록 하기 위해 주치의를 중심으로 한 다학제적 팀에 의한 만성질환사례관리가 이루어져야 한다. 둘째, 노인의 건강상태에 대한 임상적 근거에 따라 요양병원과 요양시설로의 이동이 이루어져서 해당 기관에서 노인에게 적합한 서비스가 제공되어야 한다. 셋째, 요양(재가 서비스)시설에서의 적절한 의료서비스 제공을 통해 병원에 입원하거나 시설로 가는 것을 막아야 한다. 넷째, 장기요양 등급 외 판정자의 만성질환관리를 강화해야 한다.

가. 기존 연구 경향과 특징

노인 만성질환관리와 관련된 기존 연구들의 경우 두 가지 연구경향으로 구분된다. 첫째는 만성질환관리를 의료서비스체계 내에서만 논의한 연구들이고 다른 하나는 장기요양보험대상자를 중심으로 한 만성질환관리를 논의한 연구들이다. 첫 번째 논의는 주치의 중심의 다학제팀에 의한 만성질환관리체계를 구축해야 한다는 점만을 지적하고 있으며 장기요양보험대상자의 경우 만성질환관리체계와 어떻게 연관되어야 할 것인지에 대해서는 고민이 부족하다. 두 번째 논의는 장기요양보험대상자에 대한 만성질환관리를

위해 주치의제도 도입, 병원과의 연계 등을 주장하지만 장기요양보험대상자가 아닌 전체 노인들이 장기요양보험대상자가 되거나 병원에 입원하는 것을 줄이기 위해서 어떠한 만성질환관리체계가 도입되어야 하는지에 대한 논의와 접목되지는 못하고 있다. 즉, 노인전체 인구집단의 만성질환관리라는 관점 하에서 장기요양보험대상자의 만성질환관리를 어떻게 연계하여 제공할 것인가에 대한 논의는 부족한 상태이다.

서구에서 병원이 아닌 지역사회 보호가 강조되게 된 중요한 이유는 노인 만성질환자 증가, 입원을 증가에 따른 의료비의 급증 때문이었다. 따라서 지역사회에서 만성질환관리와 사회적 서비스를 통합적으로 제공하는 것이 중요한 정책적 이슈였다. 우리나라 장기요양보험제도는 보건의료비 증가 억제 방안이라는 관점에서 도입되었다기보다는 노인수발의 사회적 필요성에 의해 도입되어졌다고 볼 수 있다. 따라서 어떻게 하면 지역사회에서의 만성질환관리를 통해 입원율을 줄일 수 있는지, 보건의료서비스 뿐 아니라 사회적 서비스를 통합적으로 제공함으로써 병원이나 시설이 아닌 지역사회에서 혼자 독립적인 삶을 살아가게 할 것인지에 대한 관심이 없었다. 이러한 정책도입의 맥락은 정책방안의 내용에도 영향을 미치게 되었다. 만성질환노인의 입원율과 시설입소율을 줄이고 지역사회에서 거주하게 하기 위해 지역사회중심의 만성질환관리체계를 도입하고 필요한 사회적 서비스를 어떻게 통합적으로 제공할 것인지에 관련된 정책방안이 개발되지 않았다. 즉, 병원 퇴원환자에 대한 지역사회보호서비스 제공 방안, 재가복지서비스를 받고 있는 잠재적 시설입소자에 대한 만성질환관리방안, 장기요양보험대상자로 되는 것을 막기 위한 만성질환관리방안과 사회적 서비스의 연계제공 방안 등이 논의되지 않고 노인수발서비스에 초점을 맞춘 정책방안이 사회복지계를 중심으로 중점적으로 논의되었다.

그러나 최근 장기요양보험제도의 실시 이후 장기요양보험대상자의 만성질환관리측면에서의 문제가 대두되면서 장기요양보험제도와 건강보험제도간의 연계에 관한 논의가 이루어지기 시작하였다. 그러나 이들 논의도 장기요양보험대상자를 중심으로 논의가 진행됨으로서 전체 우리나라 보건의료체

계에서의 노인 만성질환관리를 위한 모형이라는 넓은 관점이 부재한 상황이다. 따라서 장기요양보험대상자에 대한 보건의료복지서비스 제공을 위한 일본 개호보험에서와 같은 보건의료복지 복합체 설립이나 미국 중증 장기요양보험대상자를 위한 PACE제도로 관심이 모아지고 있다. 장기요양보험대상자들이 한곳에서 one-stop방식의 서비스를 받기 위한 보건의료복지 복합체의 설립은 중요하나 이러한 정책대안의 적절성은 전체 노인의 만성질환관리와 우리나라 보건의료체계 내에서 판단될 필요가 있다. 장기요양보험내에서 케어매니지먼트제도의 도입이 논의가 되고는 있지만 이는 사회적 서비스를 중심으로 한 케어매니지먼트이며 장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트제도가 보건의료제도와 어떻게 연관되어지면서 운영되는 것이 바람직한것인지에 대한 고민이 부족하다. 뿐만 아니라 등급외 판정자에 대해서도 어떻게 문제해결방안을 찾을 것인지에 대해서도 지자체의 역할을 확대하여 보다 많은 사회복지서비스를 제공해야 한다는 점만을 지적하고 있을 뿐 이들의 만성질환관리, 의료비 문제, 장기적으로는 장기요양보험 비용 문제와 연관시키지 못하고 있다. 이제는 장기요양보험제도의 사회적 서비스 관점이 보건의료 서비스 관점과 좀 더 균형을 이룰 필요가 있으며 건강보험대상자인 노인 만성질환자의 만성질환관리를 통한 지역사회보호관점에 대한 좀 더 깊은 정책적 관심이 필요하다. 이후 본 논문의 정책방안은 이러한 관점에서 노인 만성질환자의 만성질환관리방안을 고민한 결과이다.

나. 정책방안

1) 주치의 제도와 노인 만성질환 케어매니지먼트 제도 도입

우리나라의 경우 만성질환관리를 위한 지불보수제도를 도입하는 대신 보험자인 공단(국민건강보험제도) 만성질환관리 사례관리를 위한 예산을 따로 마련하여 만성질환관리사업을 하고 있다. 현재 국민건강보험공단에서는 일부 만성질환자와 장기요양보험 등급외 판정자들을 대상으로 만성질환 사례

관리서비스를 제공하고 있다(김태성·이주열, 2008). 그러나 비전문인력인 공단 직원이 훈련을 받아 제공하는 서비스라는 한계가 있다. 뿐만 아니라 건강보험공단 건강지원사업 예산은 공단 총 예산의 1% 남짓 쓰이고 있으며 건강지원사업 조차도 건강검진 중심으로 편성되어져 있어 건강지원사업 전체 예산의 76%가 건강검진사업에 사용되며 사례관리사업에는 0.1%만이 사용되고 있는 현실이다(김태성·이주열, 2008). 이는 보험료를 포함한 공단 총예산에서 대부분은 건강보험급여비로 지출되므로, 건강증진사업(총예산의 1%)의 일부인 사례관리사업에 배정할 수 있는 예산은 매우 제한되어져 있기 때문이다. 보험자인 국민건강보험공단에서 제공하는 만성질환 사례관리 서비스는 그 예산이 매우 불충분하여 포괄하는 대상자가 극히 제한적이라는 한계가 있다.

만성질환관리를 위한 자원과 지불보수제도가 마련되어져 있지 않은 우리나라 보건의료제도 하에서 제한된 자원을 가지고 임시방편적으로 실시되는 국민건강보험공단의 사례관리사업 만으로는 노인의 만성질환을 제대로 관리하기 어렵다. 향후에는 만성질환관리를 위한 지불보수제도가 마련되어야 하며 주치의 제도가 도입되어야 한다. 앞에서 살펴본 바와 같이 영국의 경우에도 주치의를 중심으로 한 Primary Care Trust 에서 만성질환관리서비스를 제공하고 있으며 미국의 경우에도 일차의료사례관리(Primary care case management)를 통해 메디케이드 가입자를 대상으로 한 질병관리프로그램을 운영하고 있다.

또한 주치의 제도는 주치의를 중심으로 한 다학제적 팀에 의한 만성질환 관리모형으로 나아갈 필요가 있다(이재호, 2010). 대부분의 만성질환자들의 경우 의학적 서비스뿐만 아니라 여러 가지 보건 서비스를 필요로 할 경우가 많다. 따라서 일차의료에서의 다학제 팀 접근방식이 중요하다. 독일 만성질환관리에서 의사는 필요에 의해 심리치료로 환자를 의뢰하기도 한다(박종연 외, 2007). 질병관리에 스트레스가 중요하므로 정서적 관리가 필요하기 때문이다. 영양사, 간호사, 의사 이외에 스트레스의 원인, 개입지식과 기술, 지역사회 자원 동원 및 연계방법을 알고 있는 사회복지사의 인력이 동

원되어야 한다. 협동적 실행모형(collaborative practice model)은 미국에서 시행되고 있는 질병관리 프로그램의 필수구성요소 중 하나이다. 의사, 간호사, 약사, 치과의사, 심리학자, 호흡치료사, 사회복지사 등이 포함된 다학제적인 보건의료서비스 제공자가 팀을 이루어 운영한다(김태성·이주열, 2008).

다학제 팀에 의한 사례관리는 주로 중증만성질환자를 대상으로 이루어져야 할 필요가 있다. 자가관리가 가능한 경증만성질환자의 경우는 주치의를 중심으로 자가관리를 할 수 있도록 도와주는 형태의 만성질환관리가 이루어지고 중증, 복합질환자인 경우에 한해서는 다학제 팀에 의한 사례관리서비스가 제공될 필요가 있다. 영국의 경우도 효과적인 만성질환관리를 위해 환자상태에 따라 분류하여 접근하는 것이 이상적이라고 보고 고위험 환자군에 대해서는 다학제적이거나 집중서비스팀에 의해 관리하는 것이 효과적이라고 보았다(박종연 외, 2007). 영국의 경우 환자의 만성질환정도에 따라 자가관리대상자, 질병관리대상자, 사례관리대상자로 구분하여 질병관리대상자, 사례관리대상자에 대해서는 다학제적인 팀에 의하여 만성질환관리서비스가 제공되고 있다.

우리나라의 경우도 영국의 일차의료트러스트(Primary Care Trust)와 같은 주치의를 중심으로 한 만성질환관리 전달체계의 마련이 필요할 것이다. 만성질환관리 일차의료팀(가칭)은 지역사회를 중심으로 한 전달체계로서 주치의, 지역간호사, 사회복지사 등으로 구성될 필요가 있다. 만성질환관리 일차의료팀에는 사회복지사가 케어매니저가 되어 만성질환 환자에게 적합한 지역사회 건강자원(예: 보건소 건강증진 프로그램 또는 민간부문 건강관련 시설)과 의료기관을 이용할 수 있도록 조정하고 안내해야 할 필요가 있다(이재호, 2008). 또한 병원 이용이 자유롭지 못한 만성질환 노인을 위해서 가정방문(home care)/왕진서비스를 통해 필요한 지역사회 니드가 충족되도록 하여야 한다. 이러한 역할은 지역간호사가 맡아서 할 필요가 있다. 만성질환관리 일차의료팀에서 병원에서 퇴원한 만성질환 노인에 대한 질환관리, 장기요양보험에서 재가복지서비스를 받는 노인에 대한 방문간호가 제공 되어질 필요가 있다. 그러기 위해서는 만성질환관리 일차의료팀은 일차

의료(주치의)와 긴밀하게 연계되어야 할 뿐 아니라 병원 의료복지사(사례관리사)와 장기요양보험 케어매니저와 긴밀하게 연계되는 전달체계 구조가 마련될 필요가 있다. 현재 장기요양보험에서 제공되는 방문간호는 만성질환 관리 보다는 요양중심의 간호서비스이며 요양서비스와 방문간호는 중복으로 제공되지 않는 등 이들의 만성질환관리가 제대로 되기 어려우며 따라서 시설에로의 입소나 병원 입원으로 이어질 확률이 높다. 영국과 같이 주치의는 지자체의 사회복지사와 밀접하게 연계되어 있고 고령자의 장기요양욕구의 판정을 의뢰하기도 하고, 그가 요보호자가 되면 케어패키지의 계획이나 서비스 제공 측면에서 장기요양보험 케어매니저와 상호협력할 필요가 있다. 만성질환관리 일차의료팀은 건강보험대상자 뿐만 아니라 장기요양보험대상자도 포함하도록 한다. 현재 우리나라 장기요양보험제도가 포괄하는 노인이 매우 제한적이므로 건강보험 만성질환관리 일차의료팀에서 장기요양보험제도에서 제외된 노인에 대한 만성질환관리서비스를 제공하고 지역사회 복지서비스를 연계할 필요가 있다. 현재 장기요양 등급외자의 경우 지역사회에서 노인 돌보미와 같은 복지서비스 위주의 서비스를 제공받고 있으며 질환관리서비스는 제대로 받지 못하고 있다. 공단이 등급외자를 형식적으로만 관리하는 것으로 되어져 있고 실질적으로는 지자체에서 복지서비스 위주로 주어지며 만성질환관리서비스는 제공되지 않고 있다. 등급외자에 대한 지자체 복지서비스의 경우도 저소득층에 한정되어 주어지고 있는 실정이다. 만성질환 일차의료팀에 의한 케어매니지먼트 제도가 활성화될 경우 만성질환자가 병원에 입원하거나 장기요양보험에 의한 시설이나 재가복지서비스를 받을 확률을 줄일 수 있게 된다. 일차의료팀에서 등급외 판정자에 대한 질환관리를 하고 필요한 복지서비스는 일차의료팀이 지역사회 복지기관에 연계하도록 전달체계의 마련이 필요하다.

현재 우리나라 장기요양보험제도는 수발을 중심으로 하기 때문에 건강보험에서 장기요양보험대상자의 만성질환관리를 적극적으로 할 때 장기요양보험대상자들의 노인병원이나 일반병원에의 입원을 줄일 수 있다. 정형선(2008)도 장기요양보험 수급자에 대한 전담주치의제도를 제안한 바 있다.

시설입소자들도 시설 내 촉탁의를 통하여 진료 받지 않고 선택에 따라 비촉탁의를 선택하여 만성질환을 관리하도록 할 필요가 있다고 주장하였다. 정형선(2010)은 건강상의 문제가 발생되면 일차적으로 전담주치의에게 적절한 의료서비스를 받고 보다 전문적인 조치가 필요하게 되면 전문성이 있는 병원이나 전담주치의가 소속한 병의원으로 이송하여 계속적으로 치료를 받으며 진료가 끝나면 다시 시설 또는 자택에서 전담주치의의 지속적인 건강관리를 받는 체계가 필요하다고 보았다(정형선, 2010). 그러나 정형선(2010)의 주장대로 전담주치의가 중심적인 역할을 해야하지만 그것을 가능하게 하는 만성질환관리 전달체계에 대해서는 언급하지 않고 있다. 재가서비스를 받는 경우에는 앞에서 지적하였듯이 주치의 중심의 만성질환관리 일차의료팀에서 만성질환관리를 하면 되며 장기요양시설입소자의 경우에는 병원 의사, 의료복지사 등에 의한 만성질환관리 케어매니지먼트가 필요할 것이다. 장기요양보험 케어매니저는 병원 만성질환관리팀과 연계되어져 있어 필요시에는 병원으로의 이송되거나 병원 만성질환관리팀이 시설내에서 만성질환관리서비스를 제공해야 할 필요가 있다. 영국의 경우와 같이 병원이 장기요양서비스를 제공하는 공급자와 긴밀하게 연계되어져 있어 퇴원환자의 장기요양욕구를 판정하고 직접적으로 간병수발서비스를 제공할 수 있는 체제를 갖출 필요가 있다.

결론적으로 보면 만성질환관리 전달체계는 주치의 중심의 만성질환관리 일차의료팀, 병원 만성질환관리팀, 장기요양 케어매니지먼트팀, 지역사회 복지서비스 기관들이 긴밀하게 연계되어져 있는 형태로 마련되어야 할 필요가 있다. 특히 만성질환관리 일차의료팀은 병원입원율을 줄이고 장기요양보험대상자 비율을 줄이는 문지기(gate keeper)역할을 할 것으로 기대된다.

케어매니지먼트 제도의 급여내용은 만성질환관리를 위한 보건의료서비스 제공, 다학제적 서비스 제공, 주기적인 노인의 의료적, 복지적 요구도 평가, 의료적 요구도 평가에 따른 만성질환노인의 적재적소로의 이동(병원, 시설, 홈), 요양서비스로의 연계, 퇴원, 퇴소한 만성질환노인에 대한 재가 보건의료서비스 지원, 만성질환관리 사정 및 계획 작성, 퇴원 계획, 지역사회

복지서비스 연계 등이다.

정형선(2010)은 장기요양보험대상자에 대한 만성질환관리에 대해서 건강보험이나 장기요양보험을 재원으로 하고 일정 대상자 수를 기준으로 진료보수를 정하는 포괄방식 내지 인두방식이 적합하다고 보았다. 만성질환관리는 건강보험제도에서 보장하는 것이 적절하므로 건강보험의 재원으로 할 필요가 있다. 또한 직접적인 의료서비스 이외에 해당 재원에는 일차의료, 병원 케어매니지먼트 제도의 운영에 소요되는 재원(서비스, 인력, 조직 등)도 모두 포함할 필요가 있다. 관련하여 케어매니지먼트에서 제공되는 만성질환관리서비스들도 건강보험제도에서 지불하도록 하기 위해서는 의료행위에 대한 새로운 정의가 필요할 것이며 관련하여 의료법의 제정이 필요할 것이다. 일차의료 케어매니지먼트 제도의 운영은 건강보험공단에서 책임을 지고 비영리 민간기관에 의한 지역사회중심의 팀으로 운영하는 것이 비용을 줄이면서 서비스의 책임성을 증진시킬 수 있을 것으로 보인다. 공단에서 직접 운영할 경우 관료적이 될 수 있기 때문에 만성질환관리의 특성상 지역사회를 중심으로 위탁 운영하도록 하는 것이 보다 효과적일 것이다. 지역사회 일차의료센터의 경우 복지관, 민간 복지기관 등과 긴밀하게 연계되어져 건강보험과 장기요양보험에서 커버되지 않는 서비스들을 지역사회 자원을 동원하여 연계해주는 역할을 할 필요가 있다. 이를 위해서는 지역사회 보건의료복지자원에 대한 케어망의 구축과 정보의 상호교환이 이루어져야 한다. 영국 Primary Care Trust의 경우에도 지역사회중심의 전달체계를 구축하였다.

만성질환관리서비스와 관련하여 현재 정부에서는 민간 만성질환관리 회사에 서비스 제공을 허용하고 건강보험이 아닌 민간재원으로 재원을 조달한다는 정책방안을 마련하고 있다. 미국의 경우 Medicare 만성질환관리를 CMS에서 직접 운영하지 않고 민간 건강서비스 회사를 통해 관리하도록 하는 시범사업을 하였으나 비용-효과적이지 않았음이 판명되었다. 정부가 민간서비스 제공을 통해 만성질환관리서비스를 활성화하려는 주요한 목적은 민간부문의 투자활성화와 일자리 창출이다. 그러나 민간재원으로 재원조

달하여 민간 회사가 서비스를 제공할 경우 비용이 많이 소요되며 서비스의 공공성과 책임성이 약해질 가능성이 높다. 필수적이라고 여겨지는 만성질환 관리서비스는 모든 국민에게 공단에 의해 건강보험재정으로 제공될 때 만성질환관리를 통한 재정절감과 국민들의 삶의 질 향상이라는 정책목표를 달성될 수 있다.

현재 장기요양보험과 건강보험간의 통합을 위해 one-stop 서비스가 가능한 보건의료복지복합체 시설을 만들어 급성기의료-아급성기의료-요양 및 재가서비스가 한군데로 통합되어 체계적으로 제공되는 시설이 필요하다거나 장기요양보험과 건강보험의 재원을 단일화하여 의료서비스, 요양서비스를 모두 총괄 관리하도록 하는 것을 검토할 필요가 있다는 주장도 있다(서영준, 2010). 그러나 새로이 통합시설을 만드는 것은 너무나 많은 재원이 필요하며 재원을 단일화하는 것도 혼란을 가중시킬 우려가 있다. 일차의료팀과 병원 케어매니지먼트 체계를 도입하는 정도로도 장기요양보험과 건강보험간의 연계는 어느 정도 이루어질 수 있을 것으로 보인다. 영국의 경우 Care Trust를 만들어 의료서비스와 복지서비스의 통합조직이 만들어지고는 있으나 아직까지 극소수에 불과한 실정이며 아직까지는 Primary Care Trust와 지역사회 복지기관이 독립적으로 운영되면서 상호간밀하게 협력하고 있는 실정이다(Nolte et al., 2008).

2) 노인 건강상태에 따른 적합한 기관(병원, 시설, 홈)으로의 이동과 장기요양보험대상자(등급외 판정자 포함)에 대한 만성질환관리서비스 강화

현재 건강보험은 요양병원의 신체기능저하군 입원에 대해 급여를 하고 있다. 이는 장기요양보험제도 도입 이전에는 요양병원이 요양을 위한 유일한 정책수단이었기 때문이다(권용진, 2010). 그러나 장기요양보험제도 도입으로 요양병원과 시설간의 역할분담이 필요하고 효율적인 연계체계가 필요하다. 현재는 역할분담이 명확하지 않아 요양병원과 요양시설 간 비용 차이

가 상당히 존재한다(권용진, 2010). 요양병원의 경우 월100-150만원이고 요양시설의 경우 보통 50~60만 원 정도이다.

현재 장기요양 등급 판정 시 의료적 요구도가 고려되지 않고 있는데 앞으로는 의료와 장기요양 요구도에 대한 적절한 구분과 판정이 가능하도록 노인건강상태에 대한 종합적인 판정도구를 개발하고 노인전문의사의 임상적 판단을 거쳐 등급을 부여하는 방안이 마련되어야 한다(서영준, 2010).⁴⁵⁾ 장기요양 등급 판정 시 요양요구도에 대한 판정만을 하므로 의료적 서비스를 필요로 하는 중증 만성질환자들이 장기요양 등급 판정을 받아 요양시설에 머무를 수 있게 되어 있다. 따라서 기존에 요양병원에 입원해 있는 노인환자들에 대해서 3~6개월마다 입원적정성 평가를 통해 입원서비스가 필요치 않은 환자는 재가 또는 요양시설로 이송해야 한다. 또한 의료요구도가 높은 노인은 질병의 상태를 정확히 진단하여 적절한 시기에 급성기 종합병원 또는 요양병원으로의 이송이 이루어져야 한다(서영준, 2010).

이처럼 노인의 의료적, 요양적 요구에 적합한 서비스를 제공하기 위해서는 일차의료팀 및 병원 케어매니지먼트 시스템이 도입되어야 하며 케어매니저가 필요를 정확히 측정하여 서비스가 제공되도록 해야 한다. 권용진(2010)에 의하면 노인을 건강한 노인, 허약한 노인 및 등급의 C형 판정자, 등급의 A, B형 판정자, 등급내 판정자 중 재가서비스 이용자, 등급내 판정자 중 시설서비스 이용자로 구분하고 구분된 노인들에게 맞는 예방서비스의 제공이 필요하다.

노인요양시설의 직원채치기준을 보면 30인 이상 규모의 시설에서는 간호사, 물리치료사의 배치기준이 있으나 30인 미만 규모의 시설에서는 간호사가 있거나 물리(작업)치료사 중에서 선택할 수 있도록 하고 있다. 소규모의 노인요양공동생활가정의 경우에는 보건의료서비스의 제공이 매우 열악하다. 간호사 1인이 입소자의 29인까지 간호서비스를 담당할 수 있는 체제이어서 제대로 된 서비스제공을 기대하기 어렵다. 따라서 요양시설에서의 의사의

45) 장기요양서비스의 특성상 노인의 상태가 악화되지 않게 하기 위한 예방서비스도 중요하다. 개별 노인의 예방적 필요를 적절하게 판단할 수 있는 평가도구가 부재하다(윤희숙 외, 2010).

진료서비스를 강화시킬 필요가 있다(선우덕, 2008). 이는 일차의료팀 및 병원케어매니지먼트 제도 도입을 통해 가능할 것이다. 뿐만 아니라 만성질환관리케어매니지먼트는 장기요양보험케어매니지먼트체계와 긴밀하게 연계되어질 필요가 있다.

건강보험과 장기요양보험 간에는 실시목적이 다름에도 불구하고 운영방법상 이용자의 편의를 고려하여 일부의 보건의료서비스가 장기요양보험제도에서 지급되고 있기도 하다. 그러나 장기요양보험제도의 목적은 "고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다." 이고 건강보험제도의 목적은 "국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다"이다. 따라서 방문간호는 신체적 간병수발이 아닌 의료서비스(간호행위)를 제공하고 있기 때문에 사실상 건강보험제도에서 제공될 필요가 있다(선우덕, 2008). 현재 장기요양보험에서의 방문간호는 의료적 서비스 보다는 수발적 서비스의 성격이 강하므로 의료적 관점에서의 간호행위 서비스가 제공되지 않고 있어 만성질환자의 질환의 악화라는 문제를 유발할 수 있다. 이러한 문제로 인해 재가서비스 대상자들이 시설입소나 병원으로의 입원으로 귀결될 수 있다.

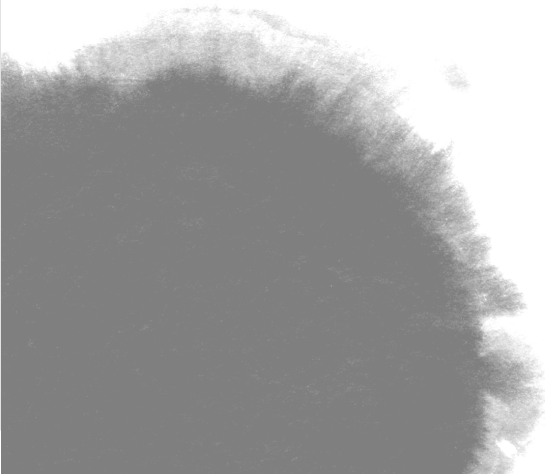
향후에는 등급외자를 지자체에만 맡겨둘 것이 아니라 공단케어매니지먼트 체계내로 편입시켜 적극적으로 만성질환관리서비스를 제공해야 할 필요가 있다. 지자체 연계 서비스의 경우 주로 취약계층을 그 대상으로 하고 있기 때문에 전 국민의 만성질환관리라는 측면에서 더욱 더 한계를 드러내고 있다. 뿐만 아니라 지자체 연계 서비스의 경우 대부분 복지서비스만을 제공하고 있으며 만성질환관리서비스는 제공되지 않고 있다는 한계도 있다. 따라서 지자체 노인복지서비스는 건강보험적용이 되지 않는 취약계층에 국한하여 서비스를 제공토록 하고 취약계층이 아닌 등급외 판정자는 건강보

험에서 등급판정자로 가는 것을 예방하는 차원에서 관리하여야 한다. 현재 등급외자에 대한 지원은 단순 일상생활지원에만 머무르고 있으나 예방사업이 중요한 목표가 될 수 있다. 등급외자에 대한 적절한 지원을 통해 보다 조기에 3등급 이내로 진입하는 시점을 연장시키게 하는 과제가 핵심적 목표가 되어야 한다(김찬우, 2010). 일본의 경우 2006년 장기요양보험에서 경증노인에 대한 예방급부를 제공하고 있으나(김찬우, 2010) 우리나라의 경우 등급외자의 만성질환관리와 관련된 서비스는 건강보험에서 제공하고 수발 및 요양서비스(일상생활지원)는 장기요양보험에서 제공하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

일차의료팀에서 장기요양 등급외 판정자, 재가복지대상자에 대한 방문간호 제공뿐만 아니라 장기요양 예방을 위한 서비스 제공과 지역사회 기관으로 연계시킬 필요가 있다. 현재 공단 건강지원사업에서 노인건강증진을 위해 보건소, 노인정을 연계시키고 있으며 66세 생애전환기 건강검진 실시, 조기 치매예방사업, 노인건강교실을 운영하고 있는데 이러한 프로그램들을 일차의료팀에서 실시함으로써 장기요양대상자로 되지 않도록 사전에 예방하여야 한다. 일본의 개호보험법이 개정되게 된 주요한 이유 중의 하나가 장기요양 예방서비스의 부재였다는 사실을 인식하고 일차의료팀에서 이러한 보건기능도 함께 해야 할 필요가 있으며 장기요양예방 사례관리제도 도입이 필요할 것이다.

08

약제비 효율화 방안



제8장 약제비 효율화 방안

1. 문제 제기

건강보험진료비중 약제비 비중이 30%를 넘보고 있는 상황에서 약제비 절감 문제는 건강보험정책의 중요한 목표 중 하나가 되고 있다. 최근에만 하더라도 정부는 시장형 실거래가제도 도입과 아울러, 의원 외래처방 인센티브 사업, 그리고 일회성 사건에 그칠지, 지속적으로 이루어질지는 알 수 없지만 약제비 절감과 수가협상을 연동시킨다든지 하는 등의 정책을 도입하였다. 그간 진행해왔던 기등재약 목록정비 사업을 축소하고 대신 특허만료 후 후발제품이 들어온 성분 군에 대해 최고가제품을 기준으로 가격대가 80% 이상인 제품의 가격을 80%선까지 인하하는 안도 제시되었다.

약제비 적정화방안으로 새로 도입된 제도, 그리고 그 이전부터 시행하고 있었던 제도까지 포함한다면 다양한 약제비 관리 방안이 존재한다. 현재 가동 중인 제도들을 등재 전·후 시점에 따라, 그리고 약제비를 결정하는 주요 요인 중 어느 것에 영향을 미칠 목적으로 입안된 제도인지에 따라 분류하면 다음 <표 8-1>과 같다. DUR 같은 경우는 약제비 관리를 주요 목표로 한 제도라기보다 의약품 사용의 안전관리에 주안점을 둔 제도인 만큼 아래 분류에서는 제외하였다.

〈표 8-1〉 현행 약제비 관리 정책

	가격	구조	양	총액
등재 시점	선별등재제도 도입 약가협상			
등재 이후	시장형실거래가제도 약가재평가 사용량·가격연동 특허만료 후 가격 인하 가등계약 가격 인하	약제적정성 평가 (고가약비중) 처방인센티브제	약제적정성 평가 (처방약품목수) 쌍별제 등 리베이트 억제 조치	약제적정성평가(총액) 처방인센티브제, 약제비절감-수가연동

그러나 여러 제도적 장치에도 불구하고 약제비는 여전히 높은 수준을 유지하고 있다. 물론 각종 제도가 도입된 지 오래되지 않았고, 대부분 신규 등재되는 약들을 대상으로 한 조치라, 약제비에 미친 영향을 확인하기에는 이른 감이 없지 않다. 하지만 한편에서는 계속해서 새로운 제도 도입의 필요성이 거론되고 있고, 또 다른 한편에서는 기존 제도조차도 중복 적용의 소지가 있고, 너무 가격관리에만 주력해왔다는 비판도 제기되고 있어, 현 시점에서 약제비 관리의 전반적 틀을 다시 한 번 점검해볼 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 이상 제도들을 약제비 효율화란 측면에서 검토, 평가하고 향후 정책 방향을 논의하고자 한다. 이를 위해 그간 발표된 기존 정책에 대한 평가와 국외 정책동향 등을 검토하고 우리나라 약제비 관리 정책의 큰 방향을 고민해보고자 한다.

2. 의약품시장의 특성과 약제비 관리

의약품시장을 논할 때 특히로 독점적 판매를 보장받는 특허의약품과 제네릭의약품을 구분할 필요가 있다.

일반적으로 특허의약품은 생산비용 중 연구·개발, 그리고 광고 등 고정비용이 차지하는 비중이 매우 크다. 반면 제품 개발후 제조, 판매에 소요되는 비용은 크지 않다. 즉 평균비용에 비해 한계비용이 매우 낮은 특징을 보인다(배은영·김진현, 2001). 이는 특허제도의 도입 필요성을 시사하는 부

분으로, 만약 특허로 일정기간동안의 독점 판매가 보장되지 않는다면 시판 후 해당 제품을 모방한 제품이 등장하고 본격적인 가격경쟁이 이루어졌을 때 원개발사는 제품 개발에 소요된 비용을 회수하지 못하는 상황이 올 수 있다. 이러한 상황이 예견된다면 어느 기업도 제품 개발에 투자하지 않을 것임을 짐작할 수 있다. 따라서 비록 독점의 폐해가 우려되지만 일정기간의 독점판매 보장을 통해 연구개발에 투자한 비용을 회수할 기회를 부여하고자 한 것이 특허제도이다.

반면 제네릭 제품의 경우 연구개발비용이 거의 소요되지 않아 평균비용과 한계비용의 차이가 크지 않고, 제품이 비교적 동질적이므로 가격이 주요 경쟁수단이 될 수 있다.

수요 측면에서 의약품 시장의 특성을 살펴보면 치료약 시장의 경우 약을 선택하는 사람과 약을 사용하는 사람, 약값을 지불하는 사람이 다 다르다. 다른 시장의 경우 제품을 사용할 사람이 어떤 제품을 구매할지 선택하고 비용까지 지불하는 반면, 의약품 시장은 약을 궁극적으로 사용하는 사람은 환자이지만, 어떤 약을 사용할지 결정하는 사람은 처방자인 의사이고, 약값을 최종적으로 지불하는 사람은 보험자(환자 일부부담)이다. 이 경우 가격에 대한 수요의 탄력성이 매우 낮아지게 된다. 처방자의 입장에서는 본인도, 본인의 환자도 아닌 제3자가 비용을 부담하는 상황에서 굳이 가격에 연연할 이유가 없는 것이다.

이러한 공급특성과 수요특성이 만날 경우 아무리 표면상으로 경쟁하는 기업의 수가 많다고 하더라도 보험약가는 쉬이 떨어지지 않는다.

사실 아직 특허 중에 있는 약이라 할지라도 다른 성분의 약들과 끊임없이 경쟁한다. 동일한 수요자를 두고 서로 경쟁하는 관계에 있기 때문이다. 그러나 그렇다고 가격경쟁이 일어나는 것은 아니다. 수요자가 가격에 반응하지 않는데, 굳이 가격경쟁을 벌일 이유가 없다. 공급자의 입장에서는 수요자가 지불 가능한 최대의 가격을 설정하고, 광고나 판촉행위, 제품의 질적 우위를 입증할 수 있는 근거의 마련에 주력하여 시장 점유율을 확대해 나가는 것이 최선의 전략일 것이다.

제네릭 시장은 어떠한가? 제네릭 시장에서는 동일한 화학구조를 가진 여러 제품들이 경쟁한다. 품질의 차이를 주장할만한 어떠한 근거도 없으므로 공급자가 선택할 수 있는 전략은 가격뿐이다. 그러나 실제로는 제네릭 시장에서도 가격경쟁은 그다지 활발한 것 같지 않다. 제3자 지불시스템 때문이다. 수요자가 보다 싼 제네릭을 선호할 이유가 없으므로 제네릭 시장 역시 가격인하보다는 리베이트 제공이나 기타 판촉활동 등 비가격경쟁에 주력한다.

3. 우리나라 약제비 지출 현황

가. 약품비 규모

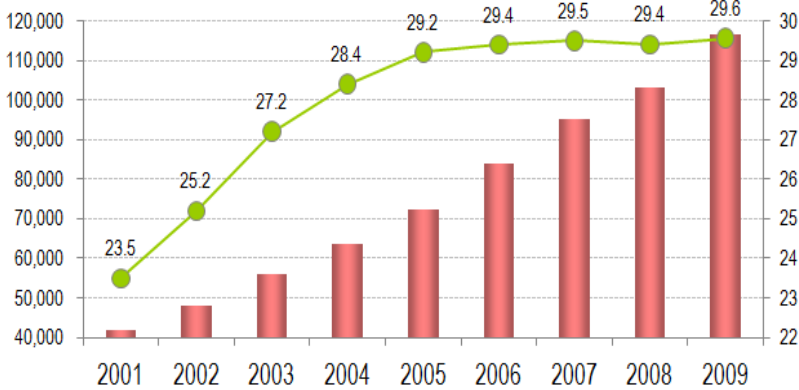
우리나라의 약제비 지출 현황에 대해 그간 발표된 바를 종합하면, 1인당 약품비 지출 규모면에서 보았을 때는 OECD 국가 평균에 비해 높지 않지만, 보건의료비중 약품비 비중은 매우 높은 국가에 해당한다는 것, 그리고 약품비의 증가율 또한 매우 높은 국가에 해당한다는 것이다. 다음 <표 8-2>는 건강보험 청구 자료를 기준으로 집계한 약품비 지출현황이다. 2001년에는 보험진료비중 약품비 비중이 23.5%이었으나 이후 지속적으로 증가하는 것을 확인할 수 있으며, 2006년 이후에는 비록 약품비 자체는 계속 증가하나 진료비중 차지하는 비중은 안정적으로 유지되고 있음을 확인할 수 있다.

<표 8-2> 보험진료비중 약제비 비중

연도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
약품비 (억원)	41,804	48,014	55,831	63,537	72,289	84,041	95,126	103,036	116,546
보험진료비 중 약품비 비중(%)	23.5	25.2	27.2	28.4	29.2	29.4	29.5	29.4	29.6

자료원: 김보연, 2010.

[그림 8-1] 보험진료비중 약제비 비중의 연도별 추이



자료원: 김보연, 2010.

약제비를 결정하는 기본적 요소는 가격과 양이다. 의약품 시장의 경우 개별 제품의 가격은 계속 하락하고 있음에도 처방 당 약제비는 계속 증가하는 경향이 관찰된다. 이는 사용량의 증가 때문일 수도 있고 상대적 고가의약품의 사용 비중이 커졌기 때문일 수도 있다. 의약품 시장의 경우 기업들은 특허 만료 후에도 가격경쟁에 주력하기보다 고가의 신약을 시장에 진입시키고 광고 판촉활동 등을 통해 시장점유율을 늘여나가는 방식으로 경쟁한다. 우리나라에서도 약제비 증가요인을 가격, 사용량, 그리고 고가-저가 제품의 상대적 구성비로 나누어 그 영향을 살펴본 결과(배은영, 2007), 개별 의약품의 가격은 시간의 흐름에 따라 하락하고 있고, 약제비에도 (-)의 영향을 미치나, 사용량과 고가-저가 제품의 상대적 구성비는 약제비 증가에 (+)의 영향을 미치는 것을 볼 수 있었다. 이는 개별 제품의 가격을 성공적으로 인하시켰다 하더라도 약제비는 사용량이나 상대적 고가 품목의 사용 확대를 통해 증가할 수 있음을 의미하며, 따라서 약제비 관리 대책을 마련할 때에는 개별 요소의 관리 뿐 아니라 총액 차원의 영향을 고려할 필요가 있음을 시사한다.

나. 가격수준

오리지널의약품의 가격수준이 A7국가와 비교하여 환율기준으로는 낮지만, 구매력지수를 기준으로 할 경우 중간 정도 째 되었다. 그러나 이는 최종 소매가격을 기초로 한 것으로 국가 간 유통구조의 차이 등을 감안하면 우리나라 약가는 더욱 높게 평가될 가능성이 있다(배은영 등, 2007).

2010년에는 권순만 등(2010)이 제네릭 약의 국가 간 가격차이를 비교하여 발표하였다. 비교대상 품목은 급여목록에서 제네릭이 등재된 청구액 기준 상위 300개 성분 중 5개국 이상 국가에 등재된 성분들로 대표성, 비교가능성 등을 고려하여 최종적으로 82개 성분을 비교하였다. 이는 제네릭이 등재된 의약품들 중 청구액 기준 약 23%를 차지한다. 비교대상 국가는 미국, 프랑스, 영국, 독일, 이태리, 일본, 스위스, 대만, 오스트리아, 네델란드, 스웨덴, 노르웨이, 벨기에, 호주였으며, 가격과 사용량 자료로는 다국적 의약품시장정보 생산 업체인 IMS에서 조사한 2008년도 공장도 출하가를 이용하였다.

비교결과 산술평균을 기준으로 한 경우 우리나라 (0.695)보다 제네릭가격/오리지널가격 비가 높은 나라는 네델란드(0.774), 노르웨이(0.702), 대만(0.715) 정도였다. 가중평균을 기초로 하였을 때는 네델란드(0.748)만이 우리(0.725)보다 가격비가 높았다. 산술평균기준 가격비가 가장 낮은 국가로는 미국 0.338, 스웨덴 0.456, 일본 0.498 등이 있었고, 가중평균기준으로는 미국 0.261, 스웨덴 0.424, 일본 0.495 등이 가격비가 낮았다. 또한 제네릭 가격을 중심으로 사용량을 감안한 가격지수를 구해보면 우리나라 제네릭 가격이 비교 국가 중 최고 수준임을 확인할 수 있었다.

다. 사용량

처방전당 약품목수를 기준으로 하였을 때 우리나라는 다른 선진국에 비해 약 품목수가 많은 것으로 알려져 있다. 다음 표는 그 실상을 들여다볼 수 있는 자료인데, 우리나라와 A7+3개국의 처방전당 약품목수를 비교한

결과이다. 의약분업 이후 시점임에도 우리나라의 처방건당 약품목수가 선진국을 크게 앞지르고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 8-3〉 주요국의 처방건당 약품목수

국가	미국	독일	이탈리아	호주	스페인	스위스	일본	영국	프랑스	한국
처방건당 약품목수	1.97	1.98	1.98	2.16	2.20	2.25	3.00	3.83	4.02	4.16

자료원: 한국아이엠에스헬스(주)·건강보험심사평가원, 의약품 적정사용 관리를 위한 제외국의 처방행태 평가연구, 2006.9

라. 시장 구조

국내 시장은 제네릭 점유율이 비교적 높은 것으로 알려져 있는데, 다음 <표 8-4>를 보면 제네릭(최고가 제외제품으로 편의상 정의)의 시장점유율은 청구금액 기준 37.7%, 청구량 기준으로는 41.8%인 것으로 파악된다. 아직 제네릭이 진입하지 않은 단독 등재제품은 청구금액기준 25.7%, 청구량 기준 22.3%를 차지하고, 특허가 만료되고 제네릭 제품이 진입한 시장의 오리지널 제품(동일성분·함량·제형기준 최고가제품)은 청구금액 기준 36.7%, 청구량 기준 36.0%인 것으로 파악되었다.

〈표 8-4〉 연간 보험의약품 사용현황, 2008년

구분	계	단독 등재성분	복수 등재성분		
			소계	최고가	최고가제외
성분수(개) (%)	3,701 (100.0%)	2,064 (55.8%)	1,637 (44.2%)	1,637 (44.2%)	1,507 (40.7%)
품목수(개) (%)	14,353 (100.0%)	2,064 (14.4%)	12,289 (85.6%)	2,094 (14.6%)	10,195 (71.0%)
청구량(백만개) (%)	41,522 (100.0%)	9,253 (22.3%)	32,270 (77.7%)	14,928 (36.0%)	17,342 (41.8%)
청구금액(억원) (%)	100,299 (100.0%)	25,744 (25.7%)	74,556 (74.3%)	36,766 (36.7%)	37,792 (37.7%)

자료: 배승진 등, 보험약가조정방안연구, 건강보험심사평가원, 2009.

권순만(2010)의 연구에서는 제네릭 제품의 시장 점유율을 국가별로 비교하였는데, 한국은 0.645, 미국 0.881, 네덜란드 0.794, 독일 0.778, 스웨덴 0.715, 노르웨이 0.709, 영국 0.692인 것으로 집계되었다. 다수 국가에서 제네릭 시장이 상당히 성숙한 것을 볼 수 있었다. 반면 벨기에, 이탈리아, 일본은 상대적으로 제네릭의 시장점유율이 오리지널 제품에 미치지 못하는 것을 확인할 수 있었는데 모두 점유율이 0.5 미만이었다.

4. 기존 약제비 관리 정책에 대한 평가

가. 등재 및 최초가격결정

우리나라 보험 의약품의 등재방식은 2006년 12월 29일을 기점으로 크게 변화하였다. 이전에는 식품의약품안전청의 허가를 득한 제품이면 비급여 대상으로 사전 정해진 기준에 해당하지 않는 한, 등재됨을 원칙으로 하였으나, 이후로는 임상적·경제적 가치가 인정되어야만 등재할 수 있게 되었다. 이른바 선별등재시스템이 도입된 것이다. 선별등재시스템은 단지 등재방식을 네거티브에서 포지티브로 변화시켰다는 것 뿐 아니라 등재, 즉 구매의 기준을 제품의 ‘가치’에 두는 새로운 관점을 도입한 중요한 전환점이 된 사건이었다.

그간 우리나라 건강보험 수가나 약가의 산정방식은 기본적으로 ‘투입비용’에 기초한 것이었다. 상대가치점수 산정방식도 그러하고, 제외국 약가가 없는 경우 원가를 기초로 약가를 산정한 것을 보아도 그러하다. 그러나 선별등재시스템 하에서의 등재 기준은 ‘가치’이며, 이어지는 약가협상 과정에서도 투입비용이 아닌 상대적 가치를 고려한다.⁴⁶⁾

‘가치’를 기준으로 한 구매는 전 세계적으로 널리 확산되고 있다. 국가마다 널리 사용되는 의료기술의 ‘가치’를 평가할 목적으로 의료기술평가기관을

46) 대체가능한 제품의 투약비용을 고려한 것도 제품간 효과 차이가 없을 경우 투약비용이 달라질 이유가 없다는 원칙을 배경으로 한 것이다.

설립하여 운영하고 있으며, 특히 의약품의 경우 급여 결정단계에서 신청 제품의 가치를 뒷받침할 자료를 요구하고 있다. 넓게 보면 참조가격제와 같은 제도도 가치에 따라 상환을 하겠다는 의지가 표면화된 것이라 할 수 있다.

선별등재 이후 등재의약품 목록 수는 2006년 12월 20,775품목에서 2010년 7월 15,051품목으로 다소 정리되는 양상을 보였다(김보연, 2010). 물론 이는 새로운 선별방식의 결과라기보다 미생산품목에 대한 삭제 등 제도 전환과 동시에 실시된 일괄 조치의 결과이다.

지난 9월 초 건강보험심사평가원이 발표한 신청 건에 대한 그간의 의사 결정 내용을 살펴보면 신약을 기준으로 하였을 때 2007년 1월에서 2010년 6월 사이 평가된 건 중 총 182건(73%)이 수용되었고, 66건(27%)이 기각 되었다고 한다. 기각이 된 경우 기각 사유로는 임상적 유용성 불분명이 22.7%, 비용-효과성 불분명 혹은 수용불가가 60.6%, 신의료기술과 관련된 것 16.7%의 분포를 보였다고 한다(김보연, 2010).

약제급여평가위원회를 통과한 제품은 다시 건강보험공단과 약가협상의 과정을 거쳐야 하는데, 이 과정에서 서로 합의에 실패할 경우 비급여 처리가 된다. 다만 협상에 실패했다고 하더라도 진료 상 반드시 필요한 경우는 조정과정을 거치게 된다. <표 5>를 보면 2007년의 경우 접수된 24건 중 협상이 타결된 건은 12건으로 50.0%의 타결율을 보였고, 2008년은 79.2%, 2009년은 1월에서 11월의 기간 동안 88.9%의 타결률을 보였다.

〈표 8-5〉 연도별 약가협상 현황

연도	접수	협상완료				진행 중
		소계	합의 (%)		결렬	
2007	24	24	12	(50.0)	12	-
2008	72	72	57	(79.2)	15	-
2009.1~11	93	81	72	(88.9)	9	12
계	189	177	141	(79.7)	36	12

자료: 김성옥 등, 2009.

〈표 8-6〉 약제특성별 처리 현황

연도	접수	협상완료				진행 중
		소계	합의 (%)		결렬	
신약	61	60	45	(75.0)	15	1
개량신약	83	75	60	(80.0)	15	8
조정신청	40	40	34	(85.0)	6	-
사용량 연동	5	2	2	(100.0)	-	3
계	189	177	141	(79.7)	36	12

자료: 김성옥 등, 2009.

나. 약가 사후관리

일단 등재된 약의 가격은 사후 모니터링 과정을 통해 조정된다. 현재 우리나라에서 채택하고 있는 사후관리 정책으로는 3년 주기 약가재평가, 실거래가 상환제(2010년 10월 1일부터 시장형 실거래가제가 실시), 특허만료 후 가격 인하조치, 기등재약 목록정비사업, 가격-사용량 연동제 등을 들 수 있다.

1) 시장형 실거래가제도

상기 제도들은 서로 다른 시기에 서로 다른 목적하에 도입되었는데 이중 실거래가 상환제도는 대표적 사후관리 제도로 고시가제도에서 실거래가제도로 다시 시장형실거래가 제도로 변화를 거듭하였다. 시장형실거래가제도는 2010년 10월 1일부터 적용되며, 저가로 의약품을 구매한 요양기관에 구매가와 상한가의 차이에 해당하는 금액의 70%를 인센티브로 제공하는 안이다. 상한가의 조정은 실거래가를 기반으로 1년 단위로 이루어지며, 품목별 가중평균가격으로 이듬해 약가를 조정하게 된다.

약가의 급격한 인하 시 제약업계에 미칠 영향을 감안하여 약가 인하 면제범위 및 최대 인하폭을 설정하였는데, 인하금액의 20%를 인하 대상에서 제외하고 최대 인하폭은 매년 약가의 10%를 넘지 않도록 조정한다는 것이

그 내용이다. 또한 제약사의 R&D 투자유인 대책으로 국내 R&D 투자 수준이 높은 제약사에 대하여 5년간 약가 인하 시 인하금액의 40% 또는 60%를 면제하는 내용도 포함되어 있다.

한편 리베이트 수수자에 대한 처벌강화를 골자로 한 쌍벌제도가 도입되었는데, 리베이트 제공업체에 대해서는 발각 시 약가를 20% 인하('09.8.1) 하고, 2회 적발 시 목록 삭제 등의 조치가 취해진다. 그 외 리베이트 적발을 위한 제도 보완사항도 발표되었으며, 건본품제공, 학술대회지원, 임상시험지원, 제품설명회, 대금결제조건에 따른 비용할인, 시판 후 조사 등은 예외조항으로 남겨두었다.

발표된 시장형 실거래가제에 대해 제약업계는 의료계의 과도한 마진 요구에 대한 부담을 우려하였다. 의료계는 제약사 영업사원에 대한 출입금지, 오리지널 처방 확대 결의 등 쌍벌제에 대한 정서적 거부감을 표출하였으나, 그간 고시가제 전환을 주장하였던 병원협회 등에서는 어쨌든 개선된 안이라며 긍정적 반응을 보였다. 시민단체에서는 이미 의약품 관리료, 처방료, 조제료를 별도 지급하고 있는 상황에서 약가이윤 인정은 국민에게 이중으로 부담을 전가하는 것이라는 입장이며, 시장형실거래가제의 유인구조가 취약하여 약가인하효과를 얻기 힘들 것이라는 등의 의견을 제출하였다. 어쨌든 시장형 실거래가제는 닳을 올렸고, 일부 국공립병원의 입찰 과정에서 1원 낙찰이라는 기현상까지 나타나고 있어 그 추이를 지켜보고 있는 실정이다.

2) 3년 주기 약가재평가

다음으로 3년 주기 약가재평가제도가 있다. 이 제도는 2002년부터 시행한 것인데 모든 약들의 가격을 3년 주기로 재평가하여 A7 가중평균가를 초과한 경우 약가를 인하하는 정책이다. 당시 혁신적 신약의 가격 산정기준이 A7조정평균가 이하이므로, 모든 약들의 가격을 재평가하여 A7 가중평균가 보다는 높지 않게 조정하는 것이다. 이 제도는 처음 도입된 후 상당한 약가인하 효과를 나타내었는데, 이는 A7 조정평균가를 상한가로 한 약

가 산정방식이 도입되기 전에 등재된 약들의 가격 인하 효과 때문으로 평가가 반복되면 추가 인하폭은 크지 않은 것으로 평가되고 있다. 물론 다음 <표 8-8>을 보면 2007년의 경우 총 1,570 품목이 인하되었고 평균 인하율이 14.1%로 적지 않은 인하 실적을 나타내었다. 그러나 이는 환율의 변화 때문으로, 환율 효과가 사라지면 인하 정도는 크지 않을 것으로 보고 있다. 이 때문에 그간 약가재평가제도의 개선이 필요하다는 지적이 지속적으로 제기되어왔다. 즉, 비교대상 국가를 더욱 확대하는 방향으로의 제도 개선이 필요하다는 것이다. 2008년 감사원에서는 재평가 기준을 혁신적 신약과 일반신약, 국내개발 신약으로 구분하라는 권고를 한 바도 있다. 그러나 정부는 시장형실거래가제도를 도입하면서 3년 주기 약가재평가제도를 폐지하는 방향으로 가닥을 잡고 있는 듯하다(데일리팜, 2010.9.2일자). 약가재평가 제도의 효력이 이미 다했고, 시장형실거래가제도가 실시됨으로써 다른 사후관리 정책을 흡수할 수 있을 것으로 본 것이다. 그러나 시장형실거래가제의 효과가 아직 불확실한 상태에서 성급하게 기존 사후관리 정책을 폐지할 필요가 있었는지는 의문이다.

3) 기등재약 목록정비사업

기등재약목록정비사업은 2006년 5월 발표된 약제비 적정화방안에 따라 실시된 것으로 기등재된 모든 의약품에 대해 5년간에 걸쳐 치료적 가치와 경제적 가치를 재평가하여 급여 여부를 재결정하는 프로젝트이다. 모든 등재의약품을 49개의 치료군으로 분류하고, 치료군별 평가를 진행한다. 2007년 두 효능군(편두통약, 고지혈증약)에 대해 시범평가가 이루어졌고, 2010년 9월 현재 고혈압에 대한 평가가 최종 결정만을 남겨둔 상황이며, 2009년 12월 말에는 기타 순환기계용약, 장질환치료제, 골다공증치료제, 기타소화기계용약, 소화성궤양용제에 대한 연구용역이 발주되었다.

그러나 이 제도는 시범평가 때부터 직접적 이해당사자인 제약회사 뿐 아니라 의료계의 강한 반발에 부딪혀 어려움을 겪었으며, 지난 7월 정부는

경제성 평가 포기를 골자로 한 제도 변경 안을 제출하게 된다. 변경안의 내용은 앞으로 임상적 유용성만 평가하고 경제적 가치에 대해서는 별도 평가를 진행하지 않으며, 대신 기등재된 약 중 동일 성분 함량 제형 내 2개 이상의 제품이 존재하는 경우에 한해 이중 상대적 고가 약들의 가격을 최고가의 80%수준까지 낮추겠다는 것이다. 단독 등재품은 예외가 되고, 상대적 저가 성분도 가격 인하 대상에서 제외된다. 이 안은 건강보험정책심의위원회를 통과하고 실행만을 남겨둔 상황이다.

4) 특허만료 후 약가인하 정책

동일 성분·함량·제형에 해당하는 제품이 하나만 있다가 두 번째 제품이 등재하는 순간 선발품의 가격을 20% 인하하는 정책이다. 두 번째 제품은 첫 번째 제품 가격(인하 전 가격)의 68% 이내로 진입 가능하다. 이 정책은 신약의 연구개발 활동에 소요된 비용은 특허기간 동안 충분히 회수가 가능하였을 것으로 보고, 제네릭이 등재됨과 동시에 특허약의 가격을 인하한다는 취지에서 도입된 것이다. 그러나 여전히 제네릭과 오리지널, 그리고 제네릭들간 진입순서에 따른 가격차는 존재한다.

이 정책은 20%라는 가시적 가격인하를 이끌어냄으로써 약제비 절감에 큰 기여를 할 것으로 예상되나 다른 사후관리정책과 충돌하며 결정가격의 일관성 문제를 야기하기도 하였다. 즉 어느 정책이 우선 적용되느냐에 따라 결정가격이 크게 달라지는 상황을 초래하였다.

5) 가격-사용량 연동정책

가격-사용량 연동제는 약제비 적정화방안에 포함된 제도 중 하나로 예상 사용량을 초과할 경우, 그리고 약제비의 연평균 증가율이 일정 %를 넘는 경우 가격을 조정하도록 한 제도이다. 가격-사용량 연동 정책에 따라 가격 조정을 받게 되는 경우는 다음과 같다(김성욱 등, 2009).

- ① 약가협상시의 예상사용량보다 30% 이상 증가한 약제(1회에 한하여 조정)
- ② 사용범위 확대로 사용량이 30% 이상 증가한 약제(적용일 기준 6개월이 경과한 시점에서 평가)
- ③ 동 제도에 의해 가격이 조정된 약제로서 사용량이 전년도에 비해 60% 이상 증가한 약제
- ④ 협상에 의하지 않고 등재된 약제로서 등재 후 4차년도 부터 사용량이 전년도에 비해 60% 이상 증가한 약제(단, 동일제제 전체의 보험청구량과 금액이 모두 증가한 경우에 한함)

각각의 경우 가격 조정산식을 보면 ①의 경우 협상에 참고할 가격은 $0.9 \times (\text{기존약가}) + (1-0.9) \times \{\text{기존약가} \times (\text{예상사용량}/\text{1년간 사용량})\}$ 으로 계산된다. ②의 경우 협상에 참고할 가격은 $0.9 \times (\text{기존약가}) + (1-0.9) \times \{\text{기존약가} \times (\text{확대전사용량}/(\text{확대전사용량} + \text{확대 후 추가 적응증에 대한 사용량}))\}$ 과 같다. ③과 ④의 경우 협상에 참고할 가격은 $0.85 \times (\text{기존약가}) + (1-0.85) \times \{\text{기존약가} \times (\text{전전년도사용량}/\text{전년도사용량})\}$ 이다.

2007년에서 2009년 2/4분기까지의 청구자료를 이용하여 협상의약품의 1년간 증가율과 가격-사용량 연동대상 여부를 조사한 연구(김성옥 등, 2009)에 의하면 조사대상 33품목 중 가격조정대상이 된 품목은 불과 4품목으로 가장 조정 폭이 큰 제품은 8.3%이었다. 이 품목의 경우 예상사용량 대비 실제 사용량 증가율이 487%에 달한다. 실제 사용량이 예상 사용량을 크게 웃돌았음에도 조정 폭이 크지 않은 것은 조정산식을 조정률이 최대 10%를 넘지 않도록 설계한 때문이다.

〈표 8-7〉 가격-사용량 연동대상 의약품의 약가 조정률

가격사용량 연동대상 의약품	예상사용량 대비 실제사용량 증가율	약가조정률
A	244%	-7.1%
B	68%	-4.1%
C	487%	-8.3%
D	294%	-7.5%

자료: 김성옥 등, 2009.

〈표 8-8〉 약가 사후관리 제도별 실적

구분	2007년				2008년 11월까지			
	품목수 (개)	제약사 (개)	인하율 (%)	절감액 (억원)	품목수 (개)	제약사 (개)	인하율 (%)	절감액 (억원)
기등재약품 정비 3년주기 약가재평가	1,570	211	14.1	1,565	699	158	6.6	328
특허만료품	37	25	20	483	96	51	20	782
실거래가주)	1,098	144	0.7	91	342	105	0.0	13
사용량연동								

주: 시장형실거래가 제도 도입전 실거래가상한제의 실적이다
 자료: 배승진 등, 보험약가조정방안연구, 건강보험심사평가원, 2009.

다. 사용 관리

현재 사용량을 통제하기 위한 장치로는 마땅한 것이 없다. 사용량이 증가한 원인 자체가 환자 수 증가, 처방률 증가, 처방일수 증가, 처방건당 약품목수 증가로 다양하고, 이중 환자수 증가는 이를 문제시되는 현상으로 볼 것인지, 아니면 환자들의 치료 접근성이나 지속성이 증가한데서 기인한 것으로 보아야할지 자료만 보아서는 구분이 되지 않는다. 노인인구증가로 인한 만성질환 증가는 치료받는 환자수를 증가시키는 중요한 요인이나 이를 의약품 사용의 문제점으로 지적하기는 어렵다. 처방일수의 증가도 의약분업 이후 뚜렷이 나타난 현상인데, 이는 처방일수가 긴 만성질환자의 증가 때문일 수도 있지만, 동일 상병에서도 처방일수가 길어지는 경향을 보이는 것은 단순히 상병구조의 변화만으로 처방일수 증가를 설명할 수 없게 한다. 하지만 이 역시 의약품 사용의 문제점으로 지적하기에는 근거가 불충분하다. 결국 사용량의 증가를 가져오는 여러 원인 중에서 의약품 사용의 문제점으로 분명히 지적할 수 있는 것은 처방건당 약품목수 정도가 될 것이다.

현재 처방건당 약품목수를 관리하기 위한 대책으로는 약제급여적정성평가가 유일하다. 약제급여적정성평가에서는 의료기관의 처방내역을 검토하여

급성상기도감염 항생제처방률, 주사제처방률, 호흡기계상병 부신피질호르몬제 처방률, 골관절염 NSAIDs 처방 양상, 고가약처방비중, 투약일당약품비 등을 평가하고 그 결과를 의료기관에 환류한다. 2006년부터는 일부 평가결과를 공개하고 있는데, 기관별 급성상기도 감염의 항생제 처방률을 2006년 2월부터 공개하고 있고, 주사제처방률의 경우 2006년 5월부터 공개하고 있다. 2007년 10월부터는 처방건당 약품목수가 호흡기계질환과 근골격계질환을 중심으로 공개되고 있다. 약제급여 적정성평가에서 산출된 투약일당 약품비와 처방건당 품목수는 적정급여 자율개선제등 의료기관 대면교육 자료로도 활용된다.

〈표 8-9〉 약제급여 적정성 평가 항목

약제급여 적정성 평가 항목	지 표
항생제	투약일수, 처방률
주사제	처방률
부신피질호르몬제(호흡기계)	처방률
부신피질호르몬제(골관절염)	처방률
투약일당 약품비	투약일당 약품비
고가약	처방비중, 처방약품비 비중
약품목수	처방건당 약품목수, 6품목이상 처방비율, 소화기관용약 처방률
골관절염 NSAIDs 중복처방	중복처방률

2009년 7월 1일 부터는 약제비 총액을 관리할 목적으로 처방총액절감 인센티브 시범사업이 진행되었다. 이는 의료계의 자율적인 처방행태 개선을 유도하여 약품비 절감을 도모하기 위한 것으로 5개 지역, 7개 표시과목으로 개설한 의원을 대상으로 실시되었다. 평가지표로는 약품비, 투약일수, 고가도 지표를 활용하였고, 시범사업 중 ‘약! 처방 한 번 더 생각하기’ 라는 리플렛을 참여 의료기관에 배포하였다(비참여기관에도 배포).

본격적인 처방총액절감 인센티브 사업은 의원 외래처방 인센티브 사업이란 타이틀로 2010년 10월 1일부터 시행된다. 이 사업에서 평가대상 약품

비는 외래 진료시 처방한 원내 및 원외 처방에 대한 약품비로, 약품비는 처방내역을 기준으로 ‘약제급여목록 및 급여상한금액표’의 약제별 상한금액을 적용하여 산출한다. 평가는 매년 반기별로 실시하며, 평가지표는 외래처방 약품비 고가도지표와 기대약품비 대비 실제 약품비로 한다. 고가도 지표는 환자구성(상병 및 연령)을 보정한 후 동일 평가군(동일 표시과목)의 환자당 약품비 발생수준과 비교하여 해당기관의 약품비 발생수준의 높고 낮음을 평가하는 지표로, 기관별로 약품비 절감 여부와 고가도지표 감소 여부를 동시에 평가한다.

평가결과에 따른 가산지급 금액은 평가대상 기관별 약품비 절감액(기대약품비-실제약품비)에 가산지급률을 곱한 금액으로 하는데, 가산지급률은 전년도 고가도지표에 따라 달라진다. 전년도 고가도지표가 1.00일 때는 가산지급률을 100분의 30으로 하고, 고가도지표별로 지급률을 달리하여 최소 100분의 20분부터 최대 100분의 40범위 내로 한다.

또한 ‘그린처방의원 비금전적 인센티브사업’도 10월 1일부터 시행되는데, 그린처방의원제는 이미 처방 약품비 수준이 낮아 보험재정에 기여하고 있는 의원에 대해 현지조사 및 수진자 조회를 1년간 면제 또는 유예하는 비금전적 인센티브 사업이다. 전국 27개 표시과목, 27000여개 의원급 의료기관을 대상으로 한다.

한편 2009년 11월 건강보험정책심의위원회에서는 유형별 수가계약 결렬 단체에 패널티를 주던 관행을 깨고 약제비 4000억 원 절감을 조건으로 공단 최종 제시안보다 높은 병의원 수가 인상을 허용하였다. 절감목표 달성 시 추가절감액의 50%를 차기년도 수가인상에 반영하고 미달 시 미달액의 50%를 차기년도 수가 패널티로 반영한다는 것이다. 이는 약제비 총액 예산제 혹은 지출 목표제와 유사한 계약으로 약제비든, 진료총액이든 아직 총액계약제의 경험이 없는 국가에서, 의료계와의 합의로 이러한 계약을 맺게 되었다는 것은 매우 고무적 일이다. 아쉬운 것은 의료계의 자발적 협조에만 기댄 채 후속 조치가 취해지지 않았다는 점이다.

라. 평가

1) 가치에 기반한 구매

선별등재시스템을 시작한 초기, 특히 경제성평가 자료 제출 요구에 대해 관련 전문가나 자료가 충분히 축적되지 않은 상태에서 기업에 과도한 부담을 안기게 될 것을 우려하는 목소리가 있었다. 평가를 주관한 건강보험심사평가원에서 경제성평가 자료가 필요한 경우와 그렇지 않은 경우를 구분하여 제시하기는 하였으나 피차 처음 제도를 경험하는 처지여서 혼선이 뒤따랐다. 굳이 경제성평가를 제출할 필요가 없는 경우에도 경제성평가 자료를 제출하는 경우가 있었고, 기업은 경제성평가 자료 제출만으로 높은 가격을 보장받을 수 있을 것이라는 기대를 하기도 하였다. 그러나 제도 도입 후 4년 여에 가까운 지금, 상호 시행착오를 거듭하며 임상적 유용성을 충분히 입증할 수 없는 경우 경제성평가 자료를 제출해보아야 더 높은 가격을 인정받을 수 없다는 점이 분명해지면서 초기의 혼선은 어느 정도 극복된 듯 보였다. 또한 경제성평가 결과 비용-효과적임이 인정되지 않는 신청 약의 경우 신청사가 대체 약의 평균가 이하로 가격인하를 수용할 경우 다시 약제급여평가위원회를 거치지 않고, 바로 국민보험공단과의 협상과정에 돌입할 수 있도록 함으로써 절차의 간소화를 기하기도 하였다. 그리고 약제급여평가위원회 진행과정에서 추가 합의한 평가기준이 있을 경우 이를 공고함으로써 평가의 투명성을 높이하고자 노력하기도 하였다. 또한 평가의 내용을 웹사이트에 공개함으로써 평가의 객관성, 투명성을 제고하고자 하였고, 평가에 따르는 불확실성을 줄일 목적으로 사전상담제를 도입하기도 하였다.

그러나 여전히 심평원과 공단의 업무 중복에 대한 문제제기가 계속되고 있고, 가격협상과정에서 ‘가치’가 충분히 고려되지 못하고 있다는 불만도 제기되고 있다. 희귀약이나 중증 질환에 사용되는 약들의 사회적 가치를 어떻게 평가할 것인가와 관련하여서도 논의가 필요하다. 명시적 의사결정 기준을 마련하는 것이 가능한 것인지, 바람직한 것인지에 대해서도 더 많은

토론이 필요하다. 선별등재시스템을 도입한 이후 우리 사회의 평가 역량은 크게 발전하였다. 의료기술평가를 주요 활동내용으로 하는 독립기관이 건설되기도 하였고, 관련 가이드라인도 개정 작업에 들어갔다. 물론 아직 낙관은 이르다.

가치 평가의 필요성에 대해서는 대체적으로 공감하면서도 가치 평가의 방법론에 대해서는 회의적 시각을 갖고 있는 경우가 많다. 이는 기등재약목·록정비사업의 변경과정에서 여실히 드러난 문제이다. 당시 정부는 그간 진행되어 오던 목록정비 사업방식을 변경하는 이유로 여러 이해당사자가 합의할 수 있는 방법론의 부재를 들었다. 평가과정의 불확실성을 거론한 것이다. 별도의 임상연구를 수반하지 않는 한, 대부분의 보건의료기술평가는 그간 축적된 연구 결과를 바탕으로 한다. 문제는 기존 연구들이 현재 문제가 되고 있는 의료기술평가를 목적으로 수행된 것이 아니라는 것이다. 그러다 보니 연구들마다 분석 대상도 다르고, 결과 측정 방법에도 조금씩의 차이가 있을 수 있다. 문제는 이들 정보들을 종합하여 결론을 내려야 한다는 것인데, 불확실성의 문제가 불가피하게 수반된다. 이는 모든 HTA 연구가 갖고 있는 한계이다. 이에 제출된 과학적 근거의 내적, 외적 타당성(validity)에 대한 점검, 그리고 불확실성의 정도에 대한 평가가 필수적이다.

또한 서로 다른 환자 군을 대상으로 한 치료에 대해 우리 사회가 서로 다른 우선순위를 가지고서 바라본다면, 이 또한 평가 과정에서 고려될 필요가 있다. 다른 나라의 의사결정 내용을 살펴보면 수용 가능한 비용-효과비 수준이 질병의 중증도별로 달라지는 경우를 볼 수 있다. 경증질환 환자의 IQALY보다 중증 환자의 IQALY에 더 높은 가중치를 부여한 것이다. 물론 이러한 과정이 명시적 산식을 통해 제시되는 것은 아니다. 주어진 과학적 근거를 바탕으로 하여 의료적 필요, 여타 사회적 가치를 고려한 위원회 위원들의 숙의(deliberation)의 결과이다.

따라서 기등재목록정비 사업의 변경 사유가 모두가 합의할 수 있는 방법론의 부재 때문이라는 것은 어떤 의미에서 보면 타당한 지적이 아니다. 평가 방법론에 대해서는 각각의 의미, 한계에 대해 어느 정도 공감대가 형성

된 단계이고, 다만 문제가 되는 것은 임상시험 자료 등을 통해 평가되지 않은 편익, 부작용 등을 어떻게 고려해줄 것인가 하는 점이다. 이는 결국 사회적 가치를 고려한 종합평가(appraisal) 단계에서 해결해 나가야 할 문제이다.

보험약 등재방법을 선별등재방식으로 전환하고, 등재 기준으로 임상적 가치, 경제적 가치를 강조하면서 우리나라 의료기술평가의 제도적 환경이 구축되었다. 의료기술평가는 비용절감을 주목적으로 하지 않는다. 상대적 효과를 평가하여 효과가 큰 기술에는 보다 높은 가격을 용인할 수 있으나, 효과가 별반 개선되지 않은 기술에는 기존 가격 이상을 허용하지 않음으로써 건강보험재정의 보다 효율적인 운용을 목표로 한다. 물론 가격은 비싸나 효과가 별반 개선되지 않은 약제들을 비급여 함으로써 약제비 절감도 꾀할 수 있으나, 비급여 판정을 받는 것이 반드시 비싼 약들이라고만은 할 수 없기 때문에 선별등재제도 자체만으로 큰 재정절감 효과를 기대하기는 어려울 것이다. 따라서 의료기술평가결과를 바탕으로 한 현행의 제도는 의약품 구매, 사용의 과정을 합리화하는데 보다 큰 의의가 있다고 보아야 할 것이다.

2) 약가 사후관리제도

현재 정부가 추진하고 있는 약가 사후관리제도의 방향은 시장형 실거래가 제도를 중심으로 나머지 제도들을 폐지 또는 축소 변경하는 것으로 보인다. 이는 시장형 실거래가제도만으로 약제비 절감이라는 소기의 목적을 달성할 수 있는 바, 다른 제도적 장치들은 불필요한 중복이라는 판단이 자리 잡고 있는 듯하다. 따라서 시장형 실거래가제도의 성과를 미리 전망해보는 것은 정부가 추진하고 있는 여타 정책안의 폐지, 변경 움직임을 평가하는데 중요한 출발점이 된다.

시장형실거래가제의 설계, 그리고 지금 나타나고 있는 입찰 실태 등을 살펴보면 일단 특허가 만료된 제품에 한해 인센티브가 단기적 영향력을 발휘하고 있는 것으로 보인다. 대형 병원들은 막강한 구매력을 바탕으로 상당한 수준의 할인을 얻어내고 있거나 얻기 위해 노력하는 것으로 알려져 있

는데, 제약사들이 이를 외면하기 어려운 구조라는 평가이다. 제약사의 입장에서 브랜드 가치를 높이는데 있어 대형병원이 갖는 중요성을 간과할 수도 없고, 그리고 비록 이듬해 상한가가 하향 조정되는 불이익은 있겠지만, 인하폭은 제품별 가중평균가를 기준으로 한 것이고, 이런 저런 예외조항 내지 감면조항이 있기 때문에 출혈경쟁을 통해서라도 일단 대형병원 입성에 성공하는 것이 더 중요하다고 생각하는 경향이 있다는 것이다.

그렇다면 약제비 관리 차원에서 이러한 현상을 어떻게 평가할 것인가? 시장형실거래가제가 애초 의도한 목적을 달성한 것으로 볼 수 있는가?

시장형실거래가제가 애초 의도한 목적은 약제비 절감, 그리고 제약사 구조내실화이었다. 리베이트에 집중하지 말고 R&D 활동에 힘쓸 수 있도록 제도적 여건을 마련하겠다는 것이다.

우선 약제비 절감 효과만을 놓고 보면, 실거래가 상환제때와 비교하여 병원급 의료기관을 중심으로 저가구매행위가 이어지고 있는 바, 단기적 절감 효과는 있을 것으로 예상된다. 그러나 장기적 효과는 불확실한데 그 이유는 첫째 약제비 지출의 70% 이상을 차지하는 외래 처방약시장을 대상으로 해서는 상기 인센티브 구조가 작동하지 않으며, 둘째, 쌍벌제 도입으로 리베이트 수수가 어렵게 됨에 따라 그동안 제네릭을 많이 사용해오던 의원급 의료기관의 고가약 사용경향이 증가될 가능성이 있다는 것이다. 셋째, 현재 일부 병원에서 관찰되는 투매현상, 그리고 높은 약가마진은 약물과다 사용을 부채질할 수 있다는 문제점이 있다.

제약산업 구조 내실화와 관련하여서는 마진을 둘러싼 경쟁에 주력하는 현행 체제를 바꿀만한 유인구조가 보이지 않는다. 리베이트를 줄여 연구개발 활동에 투자할 수 있도록 하겠다는 취지이지만 실상은 보이지 않는 리베이트에서 보이는 할인율로 바뀌었을 뿐 마진 경쟁에 주력하는 경향을 되돌릴 수 있는 유인구조는 전무하다. 때문에 일부에서는 시장형실거래가제는 특허의약품을 다수 보유한 다국적 사에만 유리한 제도라는 볼멘 소리도 나오는 것이다.

물론 아직 제도 시행초기이기 때문에 새로운 제도의 성과를 평가하는 것

은 성급하다. 그러나 예상되는 문제점에 대해서는 대책마련이 있어야 할 것이다. 또한 시장형실거래가제도의 효과가 불확실한 상황에서 성급하게 여타 사후관리 조치들을 폐기하거나 축소 조정하는 움직임도 경계되어야 할 것이다. 3년 주기 약가 재평가 사업의 경우 정부에서 실효성 문제를 거론하며 폐기 방침을 밝히고 있지만 대상국가 확대 등 실질적인 영향을 강화할 수 있는 방안을 찾는 것이 우선되어야 할 것이다.

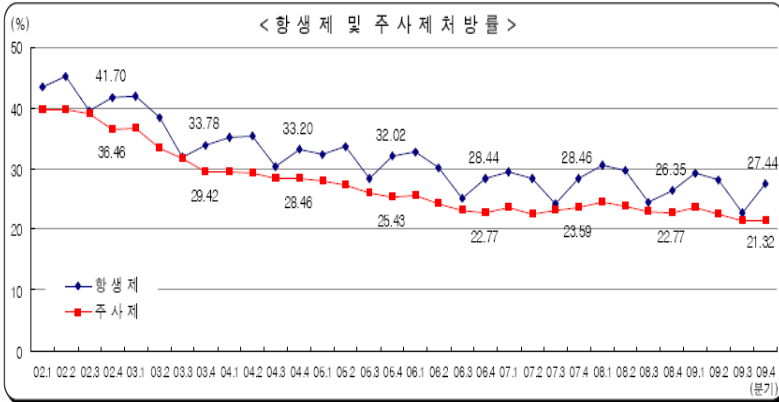
3) 사용량 관리

약제 사용량 관리 정책으로 가장 먼저 도입된 제도가 약제급여 적정성 평가이다. 기관별 처방 내용을 분석하고 환류하여 의료기관으로 하여금 자율적으로 처방행태 개선을 도모할 수 있도록 하는 제도이다. 최근에는 외래 처방을 분석하여 약품비 절감, 고가도지표 개선의 성과가 있을 경우 인센티브를 부여하는 방안도 도입하였다. 약제비 절감과 수가를 연동시키는 정책도 어찌 보면 약제비 총액 관리 정책의 하나라고도 볼 수 있다. 이중 약제급여 적정성 평가를 제외하고는 대부분 이제 막 도입된 제도라 아직 그 성과를 평가하기에는 이른 감이 있다. 다만 약제비 절감과 수가를 연동시키는 안의 경우 약제비 절감의 구체적 전략이 제시되어 있지 않아 실효성을 기대하기 어려운 상황이었고, 실제 2010년 수가 협상을 앞두고 발표된 바에 의하면 약제비 절감 목표를 달성하지 못하였다고 한다. 보다 구체적인 목표의 설정, 그리고 이행전략에 대한 협의가 필요하였음에도 목표만 설정하고 아무것도 하지 않은 것이다. 처방행태 변화는 캠페인만으로 이루어지지 않고, 개별 처방의, 의료기관을 대상으로 한 인센티브 구조가 정교하게 설정되지 않는 한 집합적 목표는 선언으로만 남게 되기 쉽다. 그러나 처음으로 약제비 절감 목표치에 대해 의료계와 합의하는 등 처방총액예산제 도입의 발판을 마련하였다는 점에서 약제비-수가 연동 정책의 의의를 들 수 있는바 추후 보다 구체적 이행전략의 마련이 필요하다.

약제급여 적정성 평가의 경우 적용 초기 항생제, 주사제 처방률 감소, 처

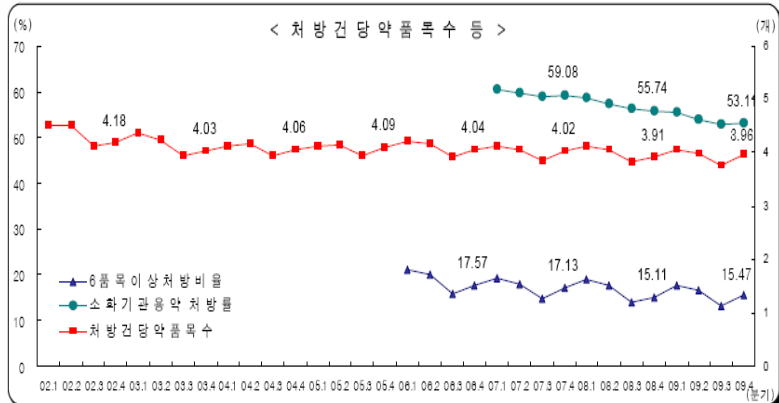
방건당 약품목수 감소 등의 효과를 실현하였으나, 이후 정제 현상을 보였다. 일부 평가지표를 공개한 이후 다시 항생제와 주사제 처방률이 떨어지는 양상을 보였으나, 지속적 행태 개선을 위해서는 적절한 재정적 인센티브 설계가 필요하다. 또한 현재의 약제급여적정성 평가는 주로 약제사용의 질에 초점이 맞추어져 있으나 약제비 관리와 관련한 지표를 개발, 관리하는 등 평가 범위 확대도 꾀할 필요가 있다(김동숙 등, 2009)

[그림 8-2] 항생제 및 주사제 처방률의 변화추이



자료: 심평원, 2009 하반기 약제급여적정성평가 추구관리 결과, 2010.3.

[그림 8-3] 처방건당 약품목수의 변화 추이



자료: 심평원, 2009 하반기 약제급여적정성평가 추구관리 결과, 2010.3.

다음 표는 김동숙 등(2009)이 처방행태를 개선하기 위한 다양한 중재방안의 예를 제시한 것이다.

〈표 8-10〉 처방행태를 개선하기 위한 다양한 중재방안

구분	현재	발전방향
• 처방평가지표 피드백 방식		
- 지표결과 환류 및 모니터링	○	• 더욱 구체적인방식(현장밀착형 접근)으로 지표결과를 환류, 제공
- 교육제공	△	• 사례별 시나리오 제공 - 교육을 이수할 경우, 인센티브를 제공하는 국가도 있음. • 제네릭 처방등 교육자료 배포
- 성과에 기반한 가감지급 (인센티브 제공)	×	• 처방의 질이 우수한 기관(합리적 처방이 이루어지는 기관)에 대한 인센티브 제공
• 권고약품목록 개발	×	• 허가, 급여기준과 별도로 추천 혹은 권고하는 약물 목록 개발
• 전산시스템 활용	×	• 안전성이 문제되는 의약품에 대해서는 전산화된 시스템에 탑재해 정보를 제공 • 적극적으로는 권고약물 등에 대해서도 제공 가능

자료: 김동숙 등, 2009.

5. 국외 정책동향

가. 각국의 약제비 관리 동향

약제비 증가는 우리나라뿐만 아니라 다른 나라에서도 문제가 되고 있으며, 특히 공공재원으로 약제비를 지불하는 유럽 국가들을 중심으로 약제비 관리의 중요한 건강보험정책의 하나가 되고 있다. 다음에서는 여러 국가들의 약제비 관리 정책을 주요 흐름을 중심으로 살펴보고자 한다.

1990년대 이후 각 나라는 늘어나는 약제비를 통제하기 위해 다양한 가격·상환 정책을 도입하였는데, 그 큰 흐름은 특허만료 시장에 대한 가격경쟁 촉진, 제네릭 사용 장려, 총액관리, 그리고 신약에 대해서는 HTA를 통

한 가치 평가, 혁신에 대한 보상으로 대별할 수 있겠다. 이중 약제비 관리, 보다 직접적으로 말하면 약제비 절감과 가장 밀접한 관련을 가지고 있는 정책방향은 특허만료시장에 대한 가격경쟁촉진, 제네릭 사용 장려, 그리고 약제비 총액을 관리하려는 움직임이다.

특허만료시장에 대한 가격경쟁을 조장하기 위해서 각국들이 취하고 있는 정책으로는 대체조제 활성화, 참조가격제, 입찰, 저가약 사용 시 소비자에게 경제적 인센티브 부여 등이 있고 가격경쟁과는 다소 거리가 있지만 제네릭 진입 가격 인하, 제네릭 진입 후 특허 약 가격 인하 등도 특허만료시장의 가격인하를 통해 약제비 절감을 꾀하려는 정책이다.

대체조제 활성화는 많은 나라에서 시도하고 있는 정책인데, 대부분 과거 의사의 허락이 있어야만 대체조제가 가능하도록 하던 것을, 의사가 특별히 대체조제를 허용하지 않는다는 의사를 밝히지 않는 한 동일 성분 내 저가 제네릭 제품으로 대체 조제하도록 하는 정책을 취하고 있다. 어떤 경우는 가장 약가가 낮은 제네릭, 혹은 가장 약가가 낮은 3개 제품 중 하나를 택 하여 대체 조제하도록 유도하고 있다.

참조가격제는 1989년 독일에서 처음 도입된 이래 빠른 속도로 유럽 각국으로 전파된 제도이다. 서로 대체 가능한 약들을 하나의 그룹으로 분류하고 그룹당 최대 상환가를 정하여 이 가격을 넘어서는 경우 환자 본인부담으로 차액을 부담하게 한 제도이다. 그러나 구체적인 제도 운영형태는 국가별로 다양한데, 동일성분·함량·제형의 약들만 대체가능한 그룹으로 분류하는 경우도 있고, 서로 성분이 다르다 하더라도 약리기전이나 효과 등이 유사한 경우 하나의 그룹으로 분류하는 경우도 있다. 참조가격의 수준도 그룹 내 평균가를 택하는 경우도 있고, 최저가 혹은 가격이 낮은 몇 개 제품의 평균가를 적용하는 경우도 있다. 전반적 추세라면 초기에는 그룹 내 평균 혹은 중간 가격을 많이 이용하였으나, 갈수록 이 기준이 낮아지고 있다는 것이다.

참조가격제 도입 이후 전반적으로 오리지널 제품의 가격과 시장 점유율은 하락한 것으로 나타나나, 참조가격제의 적용을 받지 않는 제품들의 점유율이 급격하게 증가하였고, 개별 제품의 가격이 참조가격 수준으로 수렴함

으로써 가격경쟁이 실종되었다는 점 등이 문제점으로 지적되었다. 최근에는 이러한 참조가격제의 문제점을 해결하는 한 수단으로 독일에서와 같이 참조가격보다 가격이 30% 이하의 제품을 조제할 경우 환자의 본인부담을 면제해 줌으로써 참조가격 이하 제품들에서의 가격경쟁을 조장하거나, 특히 의약품도 참조가격제 적용대상에 포함함으로써 시장의 왜곡을 방지하려는 노력도 이어지고 있다(본인부담금 면제 조치 발표이후 많은 제네릭 약들이 가격을 인하(20% 정도)하였다는 보고가 있다.

제네릭 사용 장려 정책 또한 다양한 형태로 제시되고 있는데, 유럽국가 중 제네릭 점유율이 높은 일부 국가의 예를 보면 우선 영국에서는 의사들이 INN(일반명)으로 처방할 것을 장려한다. 특히 상태와 관련 없이 모든 처방의 82.6%가 INN으로 작성되고 있다 한다. INN으로 작성되고 제네릭이 있는 경우, 약사들은 오리지널을 조제하든, 제네릭을 조제하든 제네릭 가격을 기준으로 상환 받는다. 따라서 약사는 제네릭을 조제할 상당한 인센티브를 갖는다.

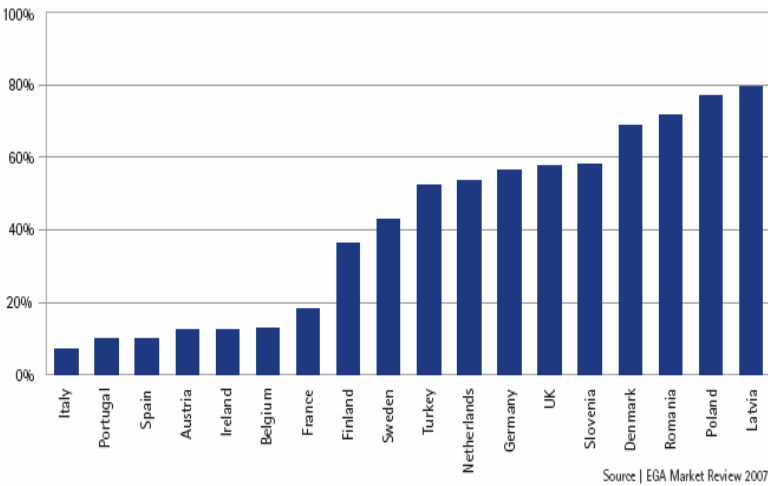
독일에서는 제약회사와 건강보험체계 간 리베이트계약(tendering rebate contracts)을 체결한 경우, 약사들은 처방약을 (리베이트 계약을 체결한) 할인 약으로 대체 조제할 의무를 지닌다. rebate contract가 존재하지 않는 경우 의사에 의해 금지되지 않는 한 가장 싼 3개 제네릭 제품 중 하나로 대체 조제해야 한다.

스웨덴은 약국이 국영으로 운영된다는 점이 특징적인데, 이 약국에서는 처방이 상품명으로 나오든, 일반 명으로 나오든 가장 최저가 제품으로 대체조제를 할 의무를 가지고 있다. 실제 스웨덴에서는 이 제도 도입 이후 제네릭 가격이 크게 떨어졌고, 큰 약제비 절감효과를 거두었다 한다. 덴마크에서도 약사는 가격차가 사소한 경우를 제외하고는 가장 싼 제품을 조제할 의무를 갖는다.

프랑스의 경우 아직 제네릭 시장의 성숙도는 영국이나 독일에 미치지 못하지만, 지난 10년간 제네릭 시장을 성숙시키기 위한 많은 노력을 하였다. 그 중 하나는 약의 가격에 상관없이 마진의 크기를 일정하게 하는 것이고 (이전에는 가격이 높은 제품의 절대마진이 더 높았기 때문에 대체조제의

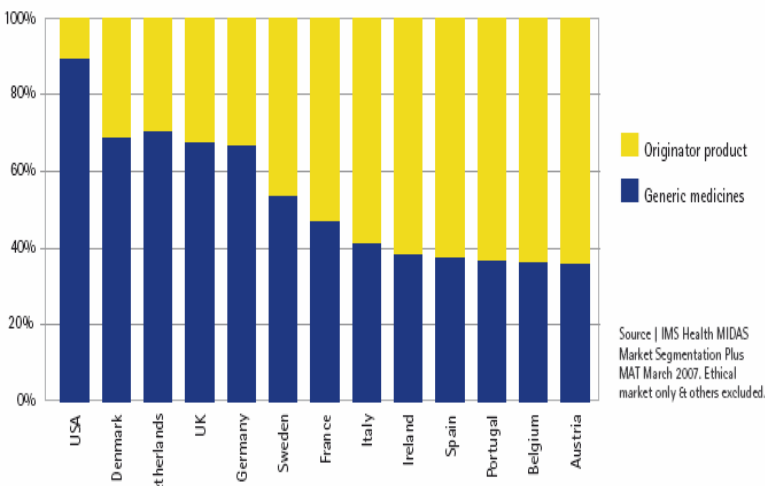
동기가 없었다), 또 다른 하나는 제네릭으로의 대체를 환자가 거절할 경우 약값(오리지널)을 먼저 전액 지불하고 나중에 건강보험에서 제네릭 가격을 기준으로 한 금액을 환급받도록 한 것이다.

Figure 4 | Generic medicines market share volume 2007 (total market)



[그림 8-4] 유럽국가에서 제네릭 의약품의 시장점유율

Figure 5 | Generic medicines market share volume 2007 (unprotected market)



자료원: <http://www.egagenetics.com/>

예산제한, 예산인센티브, 처방 모니터링 등은 제네릭 침투정도가 높은 시장에서 종종 발견되는 정책이다. 다음 [그림 5]는 제네릭 처방을 위해 의사들에게 주어지는 인센티브의 종류와 실시국가를 분류한 결과이다. 이러한 정책들은 제네릭 처방만 장려하는 것이 아니라 약품비 총액을 관리하는 장치가 되기도 한다. 앞서도 언급하였듯이 의약품 시장은 동일 성분들 간에만 경쟁이 이루어지는 것이 아니라 대상 환자를 두고 서로 다른 성분의 제품들도 같이 경쟁하는 시장이다. 따라서 아무리 동일 성분 내 시장에서 제네릭의 점유율을 높인다 하더라도, 상대적 고가의 성분 혹은 아직 제네릭이 등재되지 않은 특허 제품의 처방이 증가한다면 처방 총액의 관리는 어려워진다.

[그림 8-5] 제네릭 처방을 위해 의사들에게 주어지는 인센티브의 종류

	Austria	Belgium	France	Italy	Portugal	Spain	Poland	Denmark	Germany	Netherlands	Sweden	UK	Total Yes	Total No	Total
By budgetary restrictions	x	x	x	x	x	x	x	x	✓	x	✓	✓	3	9	12
By budgetary incentives	x	x	✓	x	x	✓	x	x	✓	x	x	✓	4	8	12
Prescription monitoring	✓	✓	✓	✓	x	✓	x	✓	✓	x	✓	✓	9	3	12
Compulsory prescription guidelines	x	x	✓	x	x	x	x	✓	✓	x	x	x	3	9	12

Source | EGA Market Review 2007

자료원: <http://www.egagenerics.com/>

독일의 경우 1993년 지역별 처방 예산을 처음 도입하였다가 이후 폐지, 재도입, 다시 폐지되는 과정을 거쳐 지금은 처방의 별 약제비 목표를 설정하고 있다. 이 제도에 의하면 개별 의사들은 설정된 목표를 초과할 경우 초과한 금액의 전부 혹은 일부를 환불하여야 하는 부담을 지게 된다.

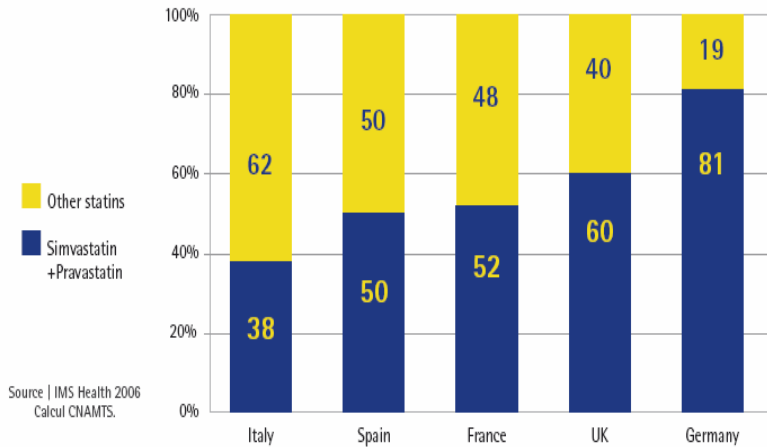
영국에서는 의사들에게 indicative budget이 주어지게 된다. 만약 예산보다 약제비를 적게 지출할 경우 의사들이 절감분을 다른 목적으로 사용할

수 있게 함으로써 보다 합리적으로 처방할 수 있게 유도한다. 일차의료트러스트(primary care trust)의 경우도 처방 예산을 갖고 있으며, 각 트러스트는 이 예산을 효율적으로 운용할 책임을 지닌다.

프랑스의 경우 의사들의 방문수가를 인상하면서 의사회와 처방약 사용을 통제하는 몇 가지 조치를 도입하기로 합의를 이루게 된다. 합의의 내용에는 제네릭 처방 비중, 낮은 SMR을 가진 약의 처방을 삼가는 것 등이 있다. 2008년에는 National Sickness Fund와 개인 의사가 자발적 의사에 기초하여 개별 pay-for-performance 계약을 도입하기로 결정(Incentives to pay for quality(diabetes, hypertension), incentives on prescriptions: statins, ACEs and Sartans, generics)하게 되는데, 2009년 말까지 모든 GP의 25% 정도가 참여에 서명하였다.

다음 [그림 6]은 유럽에서 스타틴의 처방 패턴을 보여주는 자료이다. 예산제의 효과를 짐작할 수 있는 결과이다.

[그림 8-6] 유럽 일부 국가에서 스타틴의 처방 패턴



자료원: <http://www.egagenerics.com/>

유럽제네릭의약협회(EGA)에서 2009년 발표한 보고서 ‘How to

increase patient access to generic medicines in European healthcare systems'에서는 제네릭 시장의 활성화를 위해 몇 가지 사항을 주문하고 있다. 그 중 급여정책과 관련된 부분만을 살펴보면 제네릭의 편익에 대한 인식제고(처방에 필요한 정보제공, 전산화된 처방, 의약품 데이터베이스, 처방 감사 등), 제네릭 처방을 장려하는 기전의 도입, 처방예산 도입, 약사로 하여금 제네릭 조제에 따른 보상을 얻을수 있도록, 혹은 적어도 불이익을 얻지 않는 방향으로 마진 설계(절대 마진 보장) 등이 있다. 또한 치료적 가치를 입증하지 못하는 약들에 대해 더 이상 보상하지 말 것도 제네릭 시장을 성숙시키기 위한 조건의 하나로 제시한다. 이른바 *me-too drug*에 대해 가격 프리미엄을 주지 말라는 것이다.

이 보고서에서는 제네릭 제품이 시장에 진입할 때 기존 약의 가격에 연계하는 *price linkage*에 대해 제네릭의 시장침투에 중요한 장벽요인이 된다고 지적한다. 특히 진입 후에도 지속적으로 제네릭의 가격을 오리지널 제품 가격의 일정 % 이하로 유지하는 정책은 제네릭 약에 매우 불리한 상황을 조성할 것으로 우려하였는데, 이 경우 오리지널 약이 경쟁하는 제네릭을 시장에서 퇴출시키기 위해 급격한 가격인하를 시도할 수 있다는 것이다. 계속 되는 *price linkage*는 기존 제품에는 이익, 신규 진입자에는 진입을 가로막는 역할을 하게 된다고 보고 있다.

제네릭의 등재 과정에서의 지연도 제네릭의 시장침투에 부정적 역할을 할 것으로 보았다. 제네릭의 경우 오리지널과 동일한 효과를 전제한 상황에서 도입되는 것이기 때문에 등재과정에서 시간이 지연되는 것은 바람직하지 않다는 것이다. 기업은 물론 재정당국도 제네릭 진입이 늦어지면 그만큼 오리지널을 대체할 시기도 늦어지는 것이므로 손해가 된다는 것이다. 실제 제네릭 시장 점유율이 높은 국가들을 보면 이 시간이 크게 단축되어 있는 것을 볼 수 있는데, 영국과 독일은 허가와 동시에 상환이 가능하며 덴마크와 스웨덴도 시판허가 후 등재 및 가격결정에 매우 짧은 시간만이 소요된다.

다음에서는 여러 나라들 중 약제비 관리 정책의 큰 흐름을 대표적으로 잘 보여주는 두 나라의 사례를 좀 더 구체적으로 정리해보았다.

나. 독일의 약제비 관리 정책

대체조제 : 약국에서의 대체조제가 허용된다. 약사는 처방이 일반명으로 처방된 경우 가장 싼 3개 제품 중 하나를 조제하여야 한다. 만약 특정 상품명으로 처방된 경우 약사는 그 약을 조제하거나 아니면 가장 싼 세 개 대체품 중 하나로 조제하여야 한다.

참조가격제 : 1989년부터 시행, 처음에는 특허약도 포함되었으나 1996년 특허의약품 제외하는 방향으로 정책이 변경되었다가, 2004년에 다시 일부 특허의약품을 참조가격제 대상으로 포함시켰다. 참조가격제의 적용을 받게 되는 특허의약품은 일종의 me-too drug으로 계열 내 최초 특허품의 특허가 만료 되면 아직 특허가 남아 있는 다른 약들도 참조가격제의 적용을 받게 하였다.

2006년 5월 AVWG savings law의 개정안에서는, 참조가격제 적용대상에서 제외되려면 특허약이 해당 분류군(class)에서 처음으로 등장한 새로운 약이거나 다음과 같은 치료 효과의 개선을 입증한 것이어야 한다고 명시하고 있다(IMS, 2007).

- 일반적 의학 지식에 따라 평가해 볼 때 표준 치료법과 비교하여 우월한 효과
- 새로운 적용 분야, 새로운 적용방법, 혹은 다른 galenics
- 심각한 부작용을 줄인 것(치명적 혹은 생명을 위협하는, 혹은 생산 활동을 못하게 하는 장애, 혹은 입원 치료를 요하는 부작용)

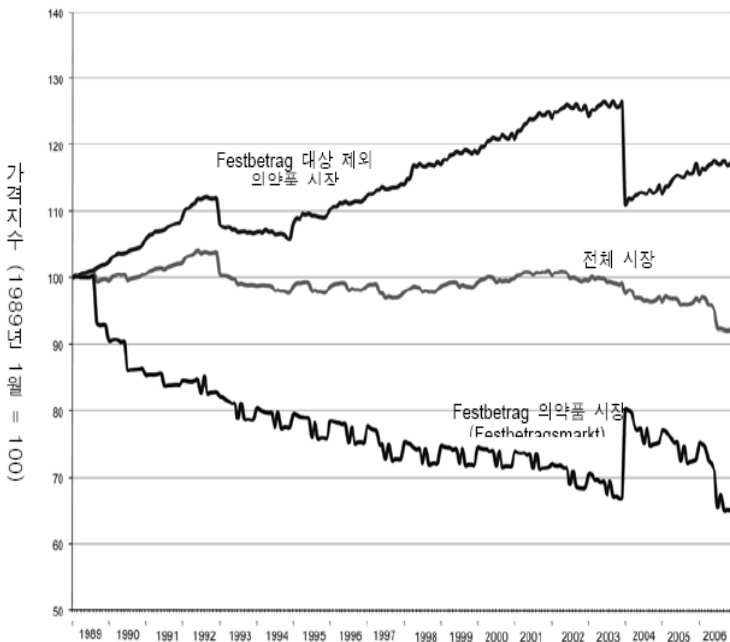
2006년 5월의 변화 이전에는 특허약이 새로운 약이어야 한다는 조건과 치료효과 개선 조건을 모두 충족시켜야 했다. 그러다 보니 예외가 적용되는 경우가 매우 드물었다. 2006년 5월의 AVWG savings law는 또한 참조가격 이상의 제품도 질병금고와 기업이 해당 회사의 다른 약에 대한 리베이트를 통해 그 비용(참조가격이상의 제품을 사용하는데 따른 추가비용)을 상쇄할 수 있을 경우 완전히 상환 받을 수 있는 길을 열었다.

참조가격은 동일 참조 군에 속하는 제품들 중 가격이 아래 1/3에 해당하

는 제품의 가격을 기준으로 한다. 2006년 AVWG 법을 통해 의약품 가격이 최대 상환금액보다 30% 이상 낮은 경우 환자본인부담금을 면제하는 조치를 시행하였다. 이 조치로 인해 제네릭의 공장도 출하가는 2006년 3월과 7월 사이에 평균 20% 정도 떨어졌다.

참조가격제 도입 이후 오리지널 제품의 판매량이 하락하였는데, 참조가격 이상 제품을 처방할 경우 환자에게 그 경위를 설명해야 하므로 처방자들은 참조가격보다 비싼 제품에 대한 처방을 피하게 된다. 이에 참조가격보다 고가의 제품들도 참조가격 수준으로 가격을 인하하였다. 문제는 참조가격보다 더 낮은 가격을 설정할 이유도 없다는 것이다. 실제 참조가격이하의 제품들은 참조가격 수준으로 가격을 인상하는 경향을 보였다. 또한 1996년 특허약이 참조가격제 적용 대상에서 제외됨에 따라 참조가격제의 적용을 받지 않는 약들의 시장점유율이 크게 증가하였다.

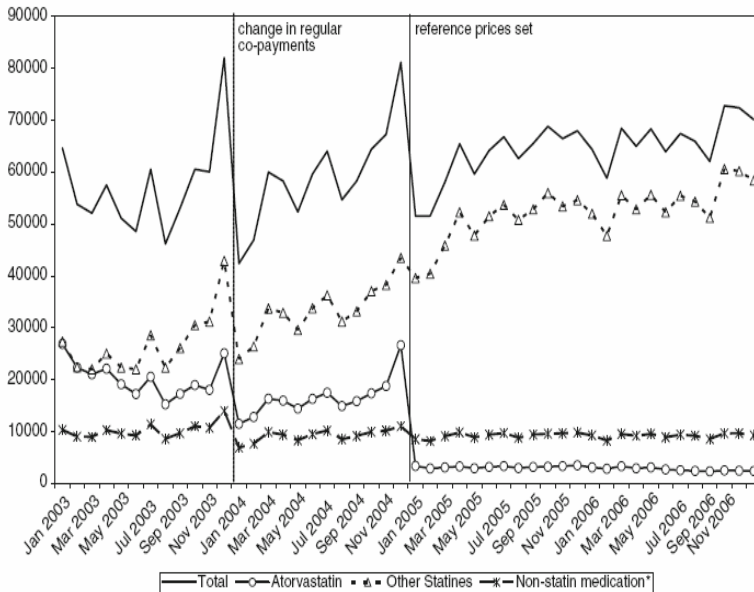
[그림 8-7] 공적 의료보험(SHI) 급여 의약품의 가격추세, 1999-2006년(월간자료)



자료: 김성욱 등, 보험약가제도 합리화방안, 2009.

그러나 특허약도 참조가격군에 포함할 수 있게 한 2004년 조치 이후 특허약의 가격과 시장 점유율에도 변화가 나타났는데, 첫 대상의약품이 된 스타틴계열 약물들 중에서는 아토르바스타틴을 제외한 모든 스타틴이 참조가격 수준으로 가격을 인하하였다(Stargardt, 2010). 아토르바스타틴의 경우 참조가격군에 포함된 이후에도 가격을 인하하지 않았고, 그 결과 소비자들이 추가 비용부담을 해야 하는 상황이 발생하였는데, 그 여파로 아토르바스타틴의 사용량이 크게 줄어들었다(그림 8 참조).

[그림 8-8] 2003년에서 2006년사이 스타틴과 기타 고지혈증약물의 처방 양 변화



자료: Stargardt, 2010.

처방예산제 : 독일의 처방예산은 지역수준과 개인 의사 수준에서 모두 작동한다. Richtgrößen는 개별 의사에게 부과되는 예산인데, 지역별, 전문과별로 연간 환자당 평균 처방비용이 결정된다(IMS, 2007). 개별 의사의 처방습관은 목표 예산(환자 수에 따라 결정)에 비추어 모니터링 되는 데,

개별 의사들이 그들의 목표 예산을 초과할 경우 감사(audit)를 받게 된다. 목표 예산을 15% 초과할 경우 어떻게 하면 이를 줄일 수 있는지 방법에 대한 정보가 제공되고 다른 통제 수단도 도입된다. 그리고 목표를 25% 초과할 경우 의사들은 초과분을 전액 혹은 부분적으로 납부하여야 한다. 그러나 위중한 질환이나 만성질환에 사용되는 약들은 예외이다. 예를 들어 cystic fibrosis, insulin, antiretrovirals 같은 것이 이에 포함되는 약들이다.

Zielvereinbarungen는 지역의 연간 약제비 지출 한계를 설정하는 협약의 일부로 다수의 질과 관련된 목표, 그리고 비용 절감과 관련된 목표에 대한 합의가 있다(IMS, 2007). 이에는 정보제공이나 동료그룹 토론뿐 아니라 제네릭이나 병행수입약 사용, 그리고 me-too drug에 대한 처방 자체와 같은 사항도 있다. 예산 초과분에 대한 환불 조항 뿐 아니라 목표 충족 시 보너스 제공과 같은 사항도 있다. 7개 약물군(statins, proton pump inhibitors, selective beta blockers, triptans, bisphosphonates, alpha-1-blockers, and selective serotonin receptor blockers)에 대해 선도 물질을 선정하고 이에 대해 DDD 비용 목표와 최소 처방량이 결정되었다. 예를 들어 스타틴의 경우 선도 물질은 simvastatin이고 목표는 사용량 비중을 최소 78.8%로 하고, DDD비용을 0.397유로로 하는 것이다.

다. 프랑스의 약제비 관리 정책

프랑스에서는 매년 정부는 의회에 사회보장시스템으로 상환하는 총보건 의료비지출 목표액을 제출(ONDAM; National Target for Sickness Fund Expenditures)하고 투표로 목표액을 결정한다. 이에 따라 정부는 약제비 증가율과 관련한 목표를 설정하는데(k 계수), 2009년도의 경우 k 는 1% 이었다(de Pourville, 2010). 만약 총 매출 상승률이 k 를 초과하게 되면 제약산업 전체적으로 초과분에 대해 환급(safeguard clause)해야 한다. 그러나 기업들이 정부와 별도 협정을 체결하면 safeguard clause의 적용을 면제받는데, 이 협정에는 판촉비 지출과 관련한 특별 협약도 포함된다. 신약

에 대해서는 가격-사용량 협약을 체결한다.

10여 년 전 프랑스에서는 제네릭 시장이 거의 존재하지 않는다고 해도 무방할 정도이었다. 1999년 제네릭의 시장점유율을 보면 사용량 기준 13.7%, 금액 기준 9.2% 정도였다. 1999년 제네릭 사용을 촉진하기 위한 첫 정책으로 약사로 하여금 대체조제권을 인정하고 제네릭을 조제하건, 오리지널을 조제하건 마진의 크기가 동일하도록 보장하였다. 그리고 약사회와 National Sickness Fund는 대체조제 목표를 설정한 합의서에 서명하였다. 그리고 이후로 다음과 같은 공급과 유통측을 겨냥한 결정들이 이어졌다.

- 제네릭 진입 가격을 브랜드약가격의 55% 이하로
- 첫 번째 제네릭의 시판 18개월 후 특허만료 브랜드 약의 가격도 12.5% 인하
- 참조가격제(참조가격의 수준은 제네릭 가격의 평균 수준)
- 약사회와 더불어 연간 대체조제를 목표 설정
- 제네릭 제품의 시장진입을 보다 쉽게하여 신속 진입을 촉진

이러한 제네릭 장려 조치의 영향으로 제네릭 시장의 시장점유율은 2008년 기준 사용량으로는 27.3%, 금액으로는 15.2%로 성장하였다. 2003년부터 2009년까지 누적 절감액은 5.8B 유로로 추정되며, 2009년의 경우 절감액이 1B유로로 상환 약품비의 5%에 달하는 것으로 추정된다(de Pourville, 2010).

의사들의 처방에 영향을 미치기 위한 일련의 조치도 도입되었다. 2002년 일반의들의 방문 수가를 인상하면서 처방의약품 통제를 위한 몇 가지 조치를 도입하였다. 처방의 25%를 약의 CID를 이용하여 작성하고, 처방의 12.5%가 제네릭일 것, 낮은 SMR을 가진 약의 처방을 피할 것 등이 합의 사항이다. 그리고 “Good Practice Agreement”에 서명하기로 합의하였다.

2004년 주치의 제도를 도입하면서 또 다시 수가 인상을 단행하게 되는데 이때도 대신 practice guideline을 따를 것을 장려하는 내용의 합의를 하였다. 약제비와 관련하여서는 의사회와 제네릭 처방, antibiotherapy,

statines, PPIs, 항고혈압제, anti-aggregant platelet drugs의 처방 감소 측면에서의 성과에 따라 수가 인상을 연계하는 합의서에 서명하였다.

또한 2008년 National Sickness Fund는 개인 의사와 자발적 의사에 기 초하여 개별 pay-for-performance 계약을 도입하기로 결정(Incentives to pay for quality(diabetes, hypertension), incentives on prescriptions: statins, ACEs and Sartans, generics)하였는데, 2009년 말까지 모든 GP 의 25% 정도가 참여 서명을 하였다.

한편 National Sickness Fund에서 Medical Delegates를 채용하고 훈련 시켜 정기적으로 진료 의사들을 방문하고 그들이 동의한 권고의 내용을 상 기시키고, 약에 대한 독립적 정보를 제공하는 동료방문(peer visit)제도도 도 입하였다. 이러한 조치들은 효과를 나타내었는데 항생제 처방이 23.5% 감소 하고, 스타틴 처방도 안정화되었으며, 고혈압 환자에게 sartans 대신 ACE inhibitors를 처방하도록 장려하였다. 그러나 의사들에게 같은 치료군내에 있 는 브랜드대신 제네릭을 사용하게 하는 것은 여전히 어려운 일이었다.

병원에서 사용하는 약물중 비싼 약들은 'list of expensive molecules'에 수록되어 있다. 의사들이 'Good Usage Contract'에 협조하는 한 이들 약은 100% 상환된다. 병원은 CEPS가 정한 최대 상환가를 기준으로 상환받으며 병원은 더 낮은 가격에 해당 제품을 구매할 수도 있다. 이때 공식 가격과 의 차이의 50%를 병원이 가질 수 있다. 다른 약은 DRG수가에 포함된다. 그러나 이 사실이 의사들로 하여금 제네릭을 쓰도록 장려하지는 못하였다. 브랜드 제품을 판매하는 기업들이 브랜드 제품에 대해 매우 낮은 가격을 제공하였기 때문인데, 그 이유는 퇴원후 환자들이 계속 브랜드 약을 사용할 것들 기대하였기 때문이다.

어쨌든 이 모든 조치 덕분에 프랑스에서는 약제비 증가율이 줄어들었다. 총매출액 증가율이 2000년 7.6%이던 것이 2008년 2.73%로, 상환의약품 시장 성장률은 2000년 8.86%에서 2008년 0.76%로 줄어들었다.

6. 정책제언

지금까지 우리나라의 약제비 관리 대책은 주로 가격 통제에 의존하였다. 그러나 약제비 증가요인분석(배은영 등, 2007)에서도 확인할 수 있었듯이 2001년 이후 약제비 증가를 가져온 중요한 두 가지 요인은 가격이 아니라 사용량과 저가·고가 제품의 상대적 비중변화이었다. 이는 다른 나라에서도 공통적으로 확인되는 현상이다. 이는 가격 관리만으로는 적절한 수준에서의 약제비 관리라는 목표를 달성하기 어려움을 의미한다. 설령 가격을 성공적으로 인하하였다 하더라도 사용량 증가, 고가약 처방을 통해 오히려 약제비 상승을 부추길 가능성도 배제할 수 없다. 따라서 새로운 가격 관리 정책을 도입할 때는 이에 대응하여 나타날 수 있는 시장 주체들의 전략적 행동을 예측하고, 이에 대한 대비책을 함께 강구할 필요가 있다.

앞에서 현재 우리나라에서 시행중인 약제비 관리 정책에 대해 그 내용과 한계점을 살펴보았다. 물론 개별 정책을 놓고 보았을 때도 이런 저런 한계가 있으나, 더 큰 문제는 이러한 정책들이 약제비 관리라는 목표를 달성하는 경로에 대한 이해가 부족하며, 각 정책들이 구체적 정책 목표를 향해 서로 조화롭게 배치되고 있지 못하다는 것이다.

시장형 실거래가제도를 예로 든다면 요양기관의 저가 구매 동기를 조장함으로써 시장 거래가를 낮추고, 이를 통해 약가 인하 목표를 달성하고, 약제비를 절감하겠다는 계획인 것으로 보이나 시장에 존재하는 각 주체들이 당면한 경제적 이해관계의 내용, 그리고 시장에서의 영향력, 궁극적으로는 각 주체들의 전략적 행동이 소비자에게 도움이 되는 방향으로 전개될 것인가에 대한 설명은 충분하지 않은 것으로 보인다. 대체제가 많은 제품을 생산하는 제약기업은 한계비용에도 미치지 않는 가격으로라도 대형병원에 입성하는 것이 더 중요하다고 생각한다. 가격 인하의 위험이 있지만 인하율의 상한선이 정해져 있고, 외래 처방약 시장을 잘 관리한다면 인하율을 최소화할 수 있다고 판단한다. 외래 처방약 시장의 경우 저가구매 인센티브가 별다른 인센티브가 되지 못하는 시장이며(약품 구매자가 처방자가 아님) 오히려

려 쌍벌제 등 리베이트 수수에 대한 처벌 강화로 제네릭 시장이 더욱 위축될 가능성마저 있다. 이러한 상황에서는 가격경쟁력이 있는 기업이 아니라 이미 어느 정도 브랜드 가치를 확보한 기업의 제품이 선택될 가능성이 있다. 또한 리베이트 수수의 가능성이 차단된 외래 처방약 시장에서는 의약품 업 직후에 관찰된 바와 같은 고가약 선호 현상이 재현될 가능성이 크다.

현재 제네릭 제품의 가격을 결정하는 방식이나 관리하는 방식 또한 제고할 필요가 있다. 특허 만료 후 시장은 다수의 기업이 동일한 성분의 제품을 가지고 경쟁하는 시장인 만큼 본격적 가격경쟁이 가능한 시장이다. 물론 특허기간 동안 형성된 brand loyalty로 인해 오리지널 제품은 특허 만료후에도 제네릭 제품보다 높은 가격을 설정하고도 어느 정도의 시장을 유지하기는 하지만, 대체적으로 보아 본격적인 가격경쟁의 혜택을 볼 수 있는 시장이다. 그러나 우리나라의 경우 특허만료 후 시장에서 가격경쟁을 찾아보기 어렵다. 일찍 등재된 제네릭은 나중에 훨씬 싼 가격에 다른 제네릭이 등재되더라도 가격을 내리지 않는다. 오히려 높은 가격을 유지하여야 시장 점유율을 유지할 수 있다고 생각한다. 약가가 높을수록 판촉활동에 투자할 수 있는 여력이 커지기 때문이다. 계단식 약가 구조는 신규 경쟁자의 진입을 막는 역할도 한다. 계단식 약가구조는 특허만료 후 오리지널 제품의 가격이 20% 인하되어도 여전히 유지된다. 3년 주기 약가 재평가에서도 계단식 구조는 유지된다.

특허만료 후 시장에서 가격경쟁이 강조되는 이유는 시장의 효율을 달성할 수 있는 가격 수준이 얼마인지 아무도 모르기 때문이다. 물론 인위적으로 가격을 인하하고 주어진 가격 하에서 공급이 차질 없이 이루어지는 지를 확인하는 식으로 효율적인 가격을 찾아가는 방법도 있겠으나 이 과정에서 발생하는 공급중단 등의 부작용을 감수해야 되는 문제점이 있다.

그렇다면 어떻게 하면 가격경쟁이 가능한 상황을 조성할 수 있을 것인가? 우선 고려하여야 할 것은 최종 소비자가격을 낮춘 제품일수록 시장에서 환영받도록 하는 것이다. 스웨덴의 최저가 제품으로의 의무적 대체, 독일에서 참조가격보다 30% 이상 가격이 낮은 제품에 대한 소비자 본인부담

면제 등이 그러한 조건이라 할 수 있다. 그리고 이러한 조건은 모든 시장에 동일하게 적용되어야 할 것이다. 시장형실거래가제의 문제점은 인센티브 구조가 병원시장에만 작동한다는 것이다.

우리나라 시장에서 특허만료 후 시장의 가격경쟁을 활성화하기 위해 제 외국의 경험으로부터 아이디어를 구한다면 다음과 같은 안을 생각해볼 수 있겠다.

1안 : 우선 특허만료 후 시장에서 가격변경을 자유로이 하고, 낮은 가격 순으로 정렬하여 전년도 판매량을 기초로 하였을 때 시장의 일정%를 공급할 수 있는 제품들을 제시하고, 조제 시 이들 약 중에서 하나로 의무적으로 대체하도록 하는 것이다. 환자가 비싼 약을 고집할 경우 처방의가 인정하는 의료적 이유가 존재하지 않는 한 약값을 전액 본인부담하게 한다.

2안 : 참조가격제를 도입하되, 참조가격 보다 가격이 일정% 이하인 제품을 조제할 경우 약제비와 관련한 환자본인부담을 면제 혹은 경감하는 안이다.

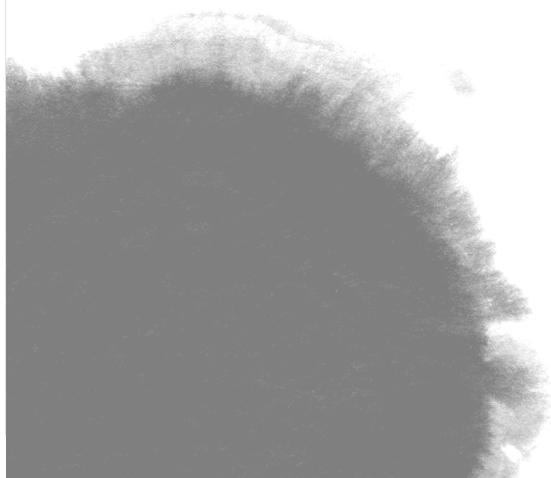
특허만료 후 시장에서의 가격경쟁 격화는 기업으로 하여금 특허 시장에서의 판촉 활동을 강화하고, 그 결과 특허만료 후 시장을 위축시키고, 특허 시장을 키울 우려가 있다. 따라서 이에 대한 대응책도 필요하다. 그러나 단일 성분 내에서 제네릭 제품의 사용 활성화는 시장 기능 강화라든지 여타 정책적 수단으로 풀 수 있다 하더라도, 같은 적응증에 기왕이면 더 비싼 치료약을 선택하는 경향은 부분적 접근으로는 풀기 어렵다. 위험분담 정책 이든지 의사 처방에 대한 적극적 개입이든지 총약제비 관리 정책이 필요하다. 2009년 말 시도되었던 수가와 약제비 절감을 연계시킨 조치는 약제비 총액 관리의 큰 걸음을 내디딘 사건이었다고 할 수 있다. 그러나 2010년 수가 협상과정에서 드러났듯이 집합적으로 절감 목표를 설정한다고 해서 저절로 개별 의사들의 처방행태가 바뀌는 것은 아니다. 개별 행위자에게 구체적 절감 목표가 주어질 필요가 있고, 제네릭 처방률이라든가, 문제 처방을 줄인 정도에 기초하여 인센티브, 혹은 디스인센티브가 주어지는 제도 설계가 필요하다. 인센티브는 집단수준 보다는 개인수준에 적용할 때 보다 직

접적이고 영향력이 강하다는 연구결과도 있다(이승미 등, 2008). 그간 약제 급여적정성 평가가 처방의 질을 제고할 목적으로 실시되었지만, 재정적 인센티브와 직접 연결되지 않아 그 효과가 제한되었다. 그러나 2010년 10월 1일부터 외래 처방에 대해 고가도지표와 약제비 절감 정도에 따라 인센티브를 부여하는 사업이 실시된 만큼 약제비 관리의 새로운 막이 올랐다고 볼 수 있을 것이다. 처방의 들의 행태 변화를 면밀히 평가하고 필요한 조치를 취할 필요가 있다. 그리고 현재 제안된 안의 경우 변화율에만 주목하지 만 향후 전문과목별, 질병별 목표 예산을 정하고 이를 충족시켰는지 여부에 따라 인센티브, 디스인센티브를 부여하는 방안도 고려해보아야 할 것이다.

의약품시장에서 원내 시장과 원외 처방약 시장은 그 특성이 다르다. 원내 처방약 시장은 처방자가 동시에 약의 구매자가 되기도 하는 반면, 원외 처방약 시장은 처방자와 약을 구매하고 판매하는 자가 서로 다르다. 저가 구매에 따른 인센티브를 부여하는 방안은 원내 시장을 움직일 수는 있어도 원외 처방약 시장에 영향을 미칠 수는 없다.

원내 시장에 적용되는 정책은 약에 대해 별도의 정책을 도입하기보다 전반적인 지불보상제도의 개혁 방향 속에서 해결하는 것이 바람직하다. 약과 다른 의료기술 중 어느 것을 적용할 지는 환자의 상태에 따라 달라져야 할 것이고, 서로 다른 부문에 별도 적용되는 정책으로 인해 선택이 달라지는 것은 바람직하지 않다. DRG나 총액예산제 등 환자 치료에 소요되는 모든 비용에 대해 포괄적으로 상환기준을 정하고, 그 속에서 분야별 선택은 의료 기관에 맡기는 것이 최적의 대안일 것이다.

09

저소득 취약계층 대상 의료안전망 도입

제9장 저소득 취약계층 대상 의료안전망 도입

1. 문제 제기

1977년 500인 사업장 종사자들을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 우리나라 의료보장체계는 30여년이라는 길지 않은 기간 동안 비약적으로 발전하였다. 공적 의료안전망인 건강보험, 의료급여제도의 보편적인 보장성이 지속적으로 확대되어 의료보장이 내실화 되어왔다. 현행 공적 체계로 부족한 부분에 대해서는 10개 종류의 기타 공적 의료비 지원 사업(희귀질환자 등)들이 담당하고 있다. 그러나 건강보험, 의료급여, 기타 저소득층 의료비 지원사업 등 공적인 분야에서 다양한 제도가 시행되고 있지만 급여의 충분성 부족, 대상자의 협소성 등 때문에 의료의 사각지대가 발생하고 있다. 비급여를 포함한 고액진료비 발생으로 진료를 포기하거나 빈곤으로 추락하는 경우가 다수 발생하고 있다. 공적부분의 의료급여 및 건강보험의 보장성 강화 속도나 범위 등을 고려할 때 단기간에 비급여부담 등을 해소하는데 한계가 있다.

1998년 IMF 경제위기를 겪으면서 소득불평등이 심화되었고 그 이후 위기는 진정되었으나 소득불평등 정도는 여전히 지속되었다. 더욱이 2008년 하반기부터 발생한 세계적 경제위기는 우리나라에도 현실화되어 영세 자영업자의 줄도산, 폐업의 속출, 실업자 양산 등 사회의 손길을 기다리는 계층이 지속적으로 증가하였다. 2010년 현재 경제위기는 어느 정도 극복한 것으로 알려져 있지만 여전히 저소득 취약계층은 삶의 무게에 억눌려 있다.

소득, 교육정도, 직업안정 상태 등에 따라 의료욕구 및 의료욕구에 따른

성취 정도가 달라 기본적인 건강 수준을 유지하는 데도 차별화가 발생하고 유병률의 차이도 현저한 것으로 보고되고 있다. 소득 계층별 부담의 불형평성 문제도 주요 이슈로 제기되고 있다. 특히 의료니드 때문에 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나 오늘날 이들에 대한 의료보장 제도는 이를 예방·대처하지 못하고 있다. 이러한 계층은 가구원이 질환에 노출되면 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)으로 빈곤으로 전락할 가능성이 커진다. 또한 노인, 장애인, 아동 등 취약계층에 대한 별도의 의료제도가 존재하지 않고 만성·희귀질환자 등 중증질환자들에 대한 보장수준이 낮음으로써 의료서비스의 사각지대가 점증하고 있다. 따라서 서민⁴⁷⁾들이 의료비 때문에 빈곤으로 추락하지 않도록 비급여 본인부담을 포함한 의료비 지원 방안의 수립 필요성이 제기되고 있다. 즉, 의료비로 위기에 봉착한 가구에게 의료비를 지원할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 기존의 의료급여 등 취약계층 대상 의료제도(본인부담 등)의 보완 필요성도 제기된다. 본고에서는 서민, 특히 저소득 취약계층의 의료비 부담 관련 이론 및 외국의 사례를 검토하고 현황 및 문제점들을 분석하여 이에 대한 개선 방안을 제시하고자 한다.

2. 의료안전망 개념 및 관련 이론

가. 의료안전망 개념

사회안전망(Social Safety Net)이란 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그 들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도를 통칭한다. 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는

47) 다양하게 정의될 수 있으나 최저생계비 기준 130%가 의료이용측면에서 박탈의 경계로 나타나고 있어 그 이하의 계층을 주요 대상으로 삼고자 함.

사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함한다. 사회안전망 중 질병과 관련된 부분을 의료안전망으로 정의하고자 한다. 따라서 의료안전망은 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하는 것으로 정의할 수 있다.

정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층 중심의 서민에게 초점이 모아질 수 있다. 본고에서는 의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 및 차상위 및 차차상위⁴⁸⁾계층까지로 한정하고자 한다.

나. 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론.

소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있다. Wyszewinaski(1986a)는 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우도 포함하여야 한다(Wyszewinaki, 1986a)고 주장하였다. Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 ‘과부담의료비 지출’을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의하였다.

세계보건기구(WHO, 2000)는 한 가구의 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력(식료품비 제외)으로 나눈 값이 50%를 초과할 경우 의료비지출로 인하여 빈곤화에 빠질 수 있다고 하였다. 그 이후 세계보건기구는 앞의 지표에서 의료비 지출이 40% 초과할 경우가 ‘과부담상태(catastrophic status)’이어야 한다고 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기

48) 이현주(차상위 실태조사)에 의하면 소득((경상소득·생계급여·정부지원금)이 최저생계비 기준 120% 이하를 차상위 계층, 130% 이하를 차차상위 계층으로 정의함.

준점은 더 높거나 낮을 수 있다고 하였다(Kawabata, Xu, and Carrin, 2002; Xu et al, 2003). 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수⁴⁹⁾를 사용하여 소득계층 간 형평성을 측정한 연구도 있다(Wagstaff et al, 1999). 선진국이지만 본인부담이 높은 미국의 경우 Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계 시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였으며, 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15%이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고한 바 있다. Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의하였다. 이와 같이 과부담 의료비 지출의 측정지표나 기준은 아직 통일되어 있지 않으나 가구단위로 분석하며, 한 가구의 총소득 혹은 총소비 지출을 분모로 하고 건강과 관련된 지출을 분자로 하여 그 비중을 측정하며, 그 기준점은 각 나라가 처한 보건의료정책 상황(context)에 맞게 정하여 연구하는 경향을 띠었다.

〈표 9-1〉 과부담 의료비 지출에 대한 개념 정의

구 분	개념 또는 정의
Wyszewinski(1986)	치료비용 규모와 상관없이 가계 재정에 심대한 부담을 주는 경우
Berki(1986)와 Stiglitz(1998)	의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준이 위협 받을 수준
세계 보건 기구(2000)	보건의료지출 비용(의료비와 보험료)을 그 가계의 지불능력(총 소비지출 중 식료품비 제외)으로 나눈 값이 40%를 넘는 경우
Feldstein(1971)	한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계
미국 국회예산처 (Congress Budget Office, 1997)	가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15% 이상 지출하는 가구
Waters • Anderson • Mays(2004)	일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우
Devadasan(2005)	가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출

49) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수로(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력에 있어 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다.

위에서 언급한 기존 연구들은 한 가구의 의료비 지출에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 가구의 소득수준을 들고 있다. 그 외 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태, 특히 노인, 만성질환자, 장애인 등 의료욕구가 큰 가구원의 존재, 건강상태 등이 의료비 지출에 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

3. 외국의 사례 및 시사점

가. OECD 국가에 있어서 취약계층 의료보장의 유형

OECD 국가를 중심으로 한 선진국은 베버리지형 국가나 비스마르크형 국가나 막론하고 필수적인 의료에 대해서는 이를 공적 의료보장의 대상으로 하고 있다. 즉, 핵심서비스(core service) 내지 기본패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package)로서 지불능력과 관계없이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다. 최근 모럴해저드의 방지와 공공재정부담의 완화 차원에서 이용자 부담을 설정 내지 확대하는 경향이 있는 것은 사실이나 출발점은 우리나라의 반대편에 있었던 것이다. 또한 취약계층에 대한 배려는 저소득층에만 한정되지 않고 임산부, 아동, 장애인 등 개별 국민의 특성 내지 의료적 필요성도 강하게 반영하고 있다.

영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건서비스의 틀에서 통합적으로 전 국민에게 보건의료를 제공한다. 필수의료의 경우에는 이용 단계에서 거의 무상으로 이용이 가능하도록 하면서 의약품, 치과 등의 선택적 의료의 경우에 환자의 이용자 부담을 두게 된다. 일부 취약계층에게는 이용자 부담을 면제하든지 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약받지 않도록 하는 구조 하에 있다.

독일, 프랑스 등 비스마르크형 국가들은 기본적으로 대부분의 국민들이 공적 건강보험에 가입하는 것을 원칙으로 하고 있으나, 이러한 보험방식은 보험료의 지불능력을 전제로 하는 만큼 이러한 지불능력이 결여되거나 지

불부담으로 인해 의료의 이용이 제약받게 될 계층에 대해서는 이를 면제한 다든지 대납하든지 하는 특별한 배려를 하는 형식을 취하고 있다. 독일의 경우에는 정상시의 보험료 납부에 있어서 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복무자의 경우는 국가 등이 대납하는 한편, 이용 단계에서의 부담에 있어서는 장기만성질환자에 대한 본인부담을 소득의 1% 이내로 하며, ‘사회조항’에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제하고 있다. 프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시한다. 즉, 수혜자격 요건은 ① 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고 ② 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 한다. 일본은 국민의 1% 정도에 해당하는 생활보호 대상자에게 예외적이고 잔여적 형태의 의료부조를 실시하는 것으로 국민개보험을 통해 필요서비스를 충족시키는 것을 원칙으로 하고 있다.

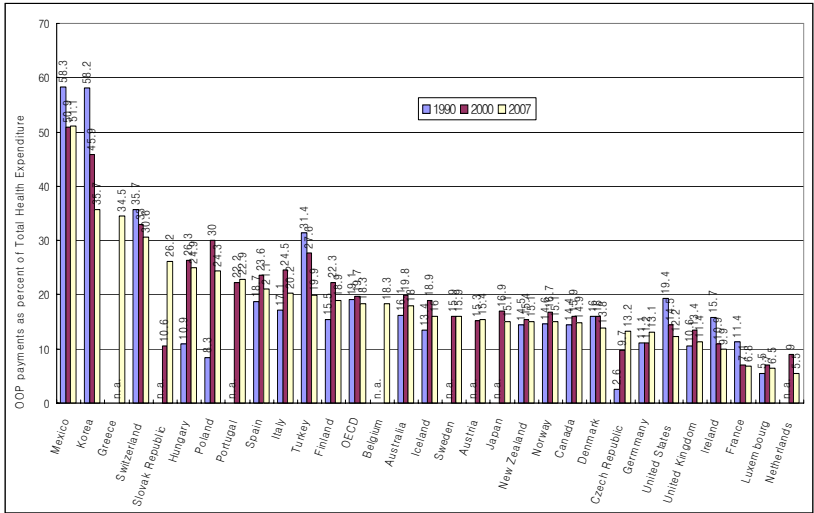
자유주의형 국가인 미국은 선진국으로서는 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없으며, 그 대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)와 노인과 장애인등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 전 국민의 약 30%를 대상으로 의료보장 기능을 담당하고 있다.

나. OECD 국가의 진료비 대비 본인부담율

OECD HEALTH DATA 2009에 의하면 30개 OECD 국가들의 평균 본인부담률은 약 18.3%로 나타났다. 우리나라는 35.7%의 본인부담률로 30개 OECD 국가 중 멕시코를 제외하고는 가장 높게 나타났다. 네덜란드, 룩셈부르크, 프랑스, 아일랜드는 10% 이하의 본인부담률로써 거의 무료로 의료서비스를 이용하고 있다. 일본의 경우도 15.1%를 본인이 부담하고 있는 것으로 나타나 우리나라에 비해서는 보장성이 현저히 양호한 것으로 나타

나고 있다. 자유주의형 국가인 미국도 본인부담률이 12.2%로 나타나 매우 높은 보장성을 보여주고 있다.

[그림 9-1] OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률



<표 9-2> OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률

(단위: %)

구 분	1990	2000	2007
Mexico	58.3	50.9	51.1
Korea	58.2	45.9	35.7
Greece	n.a.	n.a.	34.5
Switzerland	35.7	33	30.6
Slovak Republic	n.a.	10.6	26.2
Hungary	10.9	26.3	24.9
Poland	8.3	30	24.3
Portugal	n.a.	22.2	22.9
Spain	18.7	23.6	21.1
Italy	17.1	24.5	20.2
Turkey	31.4	27.6	19.9
Finland	15.5	22.3	18.9

구 분	1990	2000	2007
OECD	19.1	19.7	18.3
Belgium	n.a.	n.a.	18.3
Australia	16.1	19.8	18
Iceland	13.4	18.9	16
Sweden	n.a.	15.9	15.9
Austria	n.a.	15.3	15.4
Japan	n.a.	16.9	15.1
New Zealand	14.5	15.4	15.1
Norway	14.6	16.7	15.1
Canada	14.4	15.9	14.9
Denmark	16	16	13.8
Czech Republic	2.6	9.7	13.2
Germmany	11.1	11.2	13.1
United States	19.4	14.5	12.2
United Kingdom	10.6	13.4	11.4
Ireland	15.7	10.9	9.9
France	11.4	7.1	6.8
Luxembourg	5.5	7	6.5
Netherlands	n.a.	9	5.5

Note: "n.a." means not available

Source: Source OECD HEALTH DATA 2009.

다. 시사점

우리나라에는 형식상으로는 공적부조인 국민기초생활보장제도 상의 하나의 급여 형태로 의료급여제도가 있지만 건강보험제도와는 별도로 운영이 되고 있다. 건강보험의 실효급여율이 낮게(이용자 부담이 높게) 설정됨에 따라 이러한 이용자 부담을 감당하기 힘든 계층을 선별해서 지원해 줌으로써 이들의 의료비 부담을 줄이기 위한 제도이다.

연구자마다 다소의 차이는 있지만 건강보험의 본인부담률은 비급여 포함 약 37%, 의료급여 2종은 약 14%, 1종은 약 8%⁵⁰⁾에 이르는 것으로 알려

50) 최기훈 외, “2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사”, 건강보험정책연구원, 2009.

져 있다. 즉 보장률(=1-본인부담률)만 보면 현행 의료급여제도는 외연적으로 저소득 계층의 의료를 보장하고 있다. 평균적으로 보장률은 높으나 고비용이 소요되는 입원의 경우 검사 등 비급여 항목이 많아 여전히 어려움에 처한 가구가 상당히 존재한다. 특히 수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층⁵¹⁾이나 최저생계비이상의 차상위 계층(최저생계비 기준 120% 이하), 차차상위 계층(최저생계비 기준 130% 이하)은 심각한 건강위험에 직면하고 있다. 이러한 현실은 선진외국의 경우에 비추어보면 정도가 더하다 하겠다. 대부분의 유럽 국가는 조세방식이나 보험료 방식의 차이 없이 저소득층의 의료보장을 실현하고 있고 공공보험이 없는 미국은 저소득층 대상 수급자격을 폭 넓게 하여 약 14% 이상의 국민이 Medicaid 혜택을 받고 있다. 이러한 외국의 경험에 비추어 우리나라 의료보장체계는 다음과 같은 과제를 안고 있다. 첫째, 1차 의료안전망인 건강보험의 보장성을 강화해야한다. 둘째, 당장 건강보험의 보장성 제고에 한계가 있다면 저소득 취약계층 대상 의료제도인 의료급여제도의 수급기준을 완화하여 수급자 수를 증가시키고 동시에 본인부담의 구조조정을 통하여 중증 고비용 질환에 대한 실질적인 보장범위를 넓혀야 한다. 즉 의료안전망을 훨씬 더 촘촘히 체계적으로 재구축할 필요가 있다.

4. 의료안전망 관련 현황, 실태 및 문제점

가. 의료안전망 현황

우리나라 의료안전망은 3단계로 구성되어 있고 그 외에 기타 의료지원사업 및 민간의 모금에 의해 지원되는 보충적 사업으로 구성되어 있다. 의료급여 수급자를 제외한 전 국민 대상 건강보험이 1차 안전망이다. 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구를 대상으로 하는 의료급여제도가 2차 안전망이다. 최후의 안전망으로 긴급하다고 판단되는 경우 1회(예외적으로 2

51) 소득은 최저생계비 기준 이하이나 부양의무자 조건, 재산의 소득환산제 등 때문에 수급자가 되지 못한 계층

회까지 인정하는 경우도 있음)에 한정하여 최고 300만원까지 지원되는 긴급요리지원제도가 3차 안전망의 역할을 하고 있다. 기타 질환별, 특성별로 지원되는 9개의 의료지원 사업이 있고 보충적으로 민간에서 모금에 의해 지원되는 사업도 있다.

〈표 9-3〉 의료안전망의 개요

구 분	대 상		주요사업	지원규모
1차	전 국민		건강보험제도	28조 9164억 원
2차	의료급여수급자		의료급여제도	4조 6452억 원
3차	긴급 자력에 해당하는 자		(진료비 중심 지원) - 긴급의료비 지원	476억 원
기타	공적지원	건강증진기금	(질환 중심 지원) - 희귀난치성 질환 - 소아 및 아동 암 환자 - 성인 암환자 - 미숙아 및 선천성 이상아 - 노인의치 - 노인 개안 및 망막중 수술 지원	963억 원
		일반회계	(특정 계층 중심 지원) - 장애인 의료비지원 - 외국인 의료비지원 - 차상위 대상자 본인부담 지원	1283억 원
	민간 의료비지원사업		- 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈액암 - 어린이, 장애인, 노인	약 600~800억 원

주: 건강보험과 의료급여는 2009년, 민간의료비지원은 2008년 기준이며, 공적지원제도는 2010년 예산기준임.

〈표 9-4〉 의료비지원 사업 현황 세부 내용

(단위: 백만원)

사업명	예산	'09	'10	비용분담	시행주체	대상 선정기준	지원내용
	총계	150,055	158,762				
긴급지원 (의료지원)	기초생활 보장과	44,248	47,599	지자체 보조* (국비 77%)	시군구	소득재산조사(소득 최저생계비 150% 이하, 금융재산 300만원 미만 등)	300만원 이내 (2회까지)
장애인 의료비지원	장애인 자립 기반과	10,662	11,071	지자체 보조* (국비 77%)	시군구	장애 + 소득재산기준 (의료급여2종 장애인)	법정본인 부담 일부

사업명	예산	'09	'10	비용분담	시행주체	대상 선정기준	지원내용
외국인등 의료비지원	공공 의료과	3,360	3,360	지자체 보조 (국비 70%)	의료기관, 심평원	신원확인(노숙인, 외국인근로자 및 자녀, 결혼이민자 및 자녀)	500만원 까지
일반회계	소계	58,230	62,030				
미숙아 및 선천성이상아	가족 건강과	7,303	6,611	지자체 보조 (국비 40%)	보건소	건강보험료 (도시근로자가구 평균 소득 130% 이하)	1000만원 이내(출생 채증별 차등)
암환자 : 소아·아동 및 성인	암정책과	25,800	25,523	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	소아·아동: 소득재산 조사(최저생계비 300%) / 성인: 건강보험료 등	질환 등에 따라 차등
희귀난치성 질환자	질병 정책과	43,216	39,013	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	질환 + 소득재산조사 (부양의무자까지)	법정본인 부담, 일부 비급여
노인 개안 및 망막증 수술	노인 정책과	1,063	1,283	지자체 보조 (국비 50%)	한국실명 예방재단	60세 이상 기초생활 수급자, 질환 중증도	수술비용
노인의치	구강생활 건강과	13,553	23,852	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	65세 이상 기초생활수급자, 차상위	의치비용
건강증진기금	소계	90,935	96,282				
응급의료비 대불사업	응급 의료과	890	450	국비 100%	심평원	응급환자	응급의료비 (대불)
응급의료기금	소계	890	450				

* 지자체보조(국비 77%): 서울 50%, 그 외 80%

나. 의료안전망 실태

서민들의 의료이용 실태를 파악하기 위해서는 차상위 및 차차상위 계층 포함 저소득 취약계층 중 의료욕구가 긴요한 계층이 필요한 만큼 의료서비스를 받는 것이 제도적으로 완비되어 있는지를 살펴봐야 한다. 이를 위해서는 모든 대상자들이 자격에서 누락되는 경우는 없는지, 자격은 주어져 있지만 다른 제도적 여건(본인부담 가격 등)이 의료서비스를 받는 데 지장을 초래하지 않는지 여부를 검토해보아야 한다. 따라서 아래에서는 자격측면과 급여측면으로 나누어 이를 검증하고자 한다.

1) 자격 측면

법적으로 의료급여 수급권자(국민기초생활보장 수급자, 인간문화재, 의사상자 등 기타 대상자, 특례법에 의한 의료급여 특례 수급자)를 제외하고 전 국민은 건강보험 가입자 이므로 자격측면에서 우리나라 의료보장체계는 공고하다 할 수 있다. 다만 652)개월 이상 보험료를 체납하고 있는 약 158만 건강보험 가입세대의 경우 급여를 제한받기 때문에 의료보장체계로부터 벗어나 있다. 또한 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 의료의 실질 사각지대에 놓여있는 계층이 약 3만 명53)에 이르고 있다.

건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 6개월 이상 체납하고 있는 158만 세대 중 46.7%인 약 74만 세대가 생계형 체납이고 나머지 84만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있다. 즉 자격측면에서 74만 세대(177만 명)54)와 약 3만 명의 주민등록 말소자의 경우 긴요한 의료욕구가 발생해도 이를 해결하기 어려운 처지에 놓여있다.

2) 급여 측면

급여 측면에서 저소득층의 의료이용 실태를 파악하기는 대단히 어렵다. 건강보험과 의료급여제도 모두 법정급여 범위 내에서 본인부담율을 정하고 있기 때문에 비급여(법정 비급여 또는 임의 비급여)부분을 정확히 파악하는 것은 불가능하다. 즉 비급여 포함 환자의 실질 본인부담 규모를 파악하기가 어렵다. 더욱이 소득수준별 의료지출 비용을 측정하기는 대단히 어렵다. 그러나 간접적인 방법에 의해 추정할 수 있다. 간접적인 추정을 위하여 건강보험공단에서 실시한 본인부담 측정 결과, 가계조사연보의 의료부분, 건강보험공단 진료 자료를 통한 보험료 등급별 진료실태 등을 분석하고자 한다.

52) 2008년부터 3개월 이상 체납에서 6개월 이상 체납으로 바뀌었음.

53) 건강보험공단 내부자료 인용

54) 부양률 1.4 적용 추산

가) 본인부담 실태조사 결과

요양기관 실태조사를 통한 국민건강보험공단의 「2008년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 연구가 3개 년도를 시계열적으로 분석하고 있다. 국민건강보험공단의 연구에 의하면 2008년의 보장률은 62.2%로 2006년의 보장률 64.3%와 2007년의 64.6%보다 하락한 것으로 분석되었다. 법정본인부담률은 거의 비슷하나 비급여 본인부담률은 15.2%로 전년에 비해 1.7%p 높아졌다.

위와 같은 본인부담진료비 분석은 전체적으로 제도의 본인부담 정도는 파악할 수 있으나 소득 수준별 의료비 부담은 파악하기 어렵다. 질환에 따라 수백만 원의 본인부담이 있는 경우도 있지만 경제적 능력이 충분하다면 문제가 되지 않는다. 반대로 본인부담 의료비가 미미한 수준이라 할지라도 가계단위에서 부담을 느낀다면 이는 별도의 대책이 강구되는 부분이기도 하다.

나) 가계조사연보를 활용한 소득분위별 보건의료비 지출 실태

가계조사는 농가, 어가, 단독가구, 가계수지 파악이 곤란한 가구 및 외국인 가구를 제외한 전국에 거주하는 가구를 대상으로 표본가구로 선정된 조사대상 가구에 대하여 매월 조사표(가계부)를 배부하여 매일 매일의 수입과 지출에 관한 금액과 품목 명을 직접 가계부에 기입하는 기장방식을 택하고 있다. 농어가 등 일부 계층이 누락되어 전국을 대표하기는 다소 어려우나 경향치를 파악하기에는 충분할 것으로 판단된다.

소득이 가장 열악한 1분위는 소득대비 보건의료비 및 건강보험료 지출비 중이 거의 20%를 육박하고 있고 소득이 가장 높은 10분위는 5%이하의 소득을 의료비로 지출하고 있다. 가계조사연보는 가구별 자료로 구축되지 않아 분위별 의료비 과부담 가구 비율을 구하지 못했다.

〈표 9-5〉 소득분위별 보건의료비용 실태(2007년)

(단위: 원, %)

분위수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	합계
(보건의료비+건강보험료)/평균소득	19.76	9.26	7.53	7.04	6.66	5.99	5.88	5.45	5.53	4.74	5.50

다) 건강보험 공단 자료를 이용한 2006년 소득계층별 과부담 의료비 가구 분석⁵⁵⁾

2008년 건강보험가입자 및 의료급여대상자의 소득계층별 의료이용행태를 살펴보기 위해 건강보험대상자와 의료급여대상자의 1%자료를 가지고 분석하였다. 소득의 대리변수⁵⁶⁾로 보험료를 활용하였으며, 추출방법은 직장 과 지역을 구분하여 모든 가입세대를 보험료 순위로 나열하고 1%씩 계통 추출하였다. 의료급여의 경우는 모두 최저생계비 이하의 세대이므로 세대구분별 최저생계비를 소득으로 간주하였다.

의료비지출 규모에서 비급여 본인부담은 건강보험의 경우 건강보험정책연구원 최기춘(2009년) 연구결과인 입원 시 비급여 본인부담률 23.3%(2008년), 외래 비급여 본인부담률 17.4%(2008년), 그리고 약국 2.0%(2008년)를 적용하여 추정하였다. 의료급여의 경우 입원 11.7%, 외래 4.1%, 약국 0.8%를 이용하였다.

의료급여 수급자 중 과부담의료비(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구) 가구는 약 14.57%로 나타났다. 소득의 20% 이상을 지출한 가구도 7.81%에 이르고 있다.

〈표 9-6〉 의료급여 수급자의 종별 과부담 의료비 분석(2006년)

구분	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1종	8288	1509	18.21	1067	12.88	833	10.05
2종	4441	345	7.77	223	5.02	161	3.63
합계	12729	1854	14.57	1290	10.13	994	7.81

55) 신영석 외, “의료안전망 구축방안”, 2006, 한국보건사회연구원

56) 소득자료가 없어 부득이 건강보험자료를 활용하여 보험료를 소득의 대리변수로 사용했음.

건강보험 지역가입자 중 1분위의 경우 39.08%, 10분위 계층은 5.43%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 지역가입자 전체 기준 20% 이상을 지출하는 가구도 7.45%에 이른다.

〈표 9-7〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(지역, 2006년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	9,781	3,822	39.08	2,884	29.49	2,298	23.49
2	6,696	1,633	24.39	1,095	16.35	803	11.99
3	8,309	1,797	21.62	1,058	12.73	686	8.26
4	8,735	1,946	22.28	1,078	12.34	684	7.83
5	7,941	1,447	18.22	712	8.96	411	5.17
6	7,264	1,100	15.14	490	6.75	275	3.78
7	8,945	1,144	12.79	512	5.72	297	3.32
8	6,346	608	9.58	271	4.28	173	2.72
9	8,304	692	8.33	330	3.97	210	2.53
10	7,607	413	5.43	216	2.84	125	1.65
합계	79,928	14,599	18.27	8,650	10.82	5,958	7.45

건강보험 직장가입자 중 1분위의 경우 28.21%, 10분위 계층은 11.12%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다. 직장가입자 전체 기준 20% 이상을 지출하는 가구도 6.96%에 이른다.

〈표 9-8〉 건강보험 소득 분위별 과부담 의료비 분석(직장, 2006년)

분위수	세대수	10% 이상		15% 이상		20% 이상	
		세대수	백분율	세대수	백분율	세대수	백분율
1	14,573	4,112	28.21	2,741	18.81	1,929	13.24
2	10,250	2,172	21.19	1,276	12.45	825	8.05
3	8,582	1,637	19.08	938	10.93	561	6.54
4	7,554	1,540	20.39	842	11.15	514	6.80
5	13,757	2,689	19.54	1,435	10.43	852	6.19
6	7,527	1,522	20.22	776	10.30	445	5.92
7	9,270	1,909	20.59	944	10.18	528	5.70
8	11,372	2,351	20.67	1,143	10.05	685	6.02
9	9,373	1,606	17.14	768	8.20	450	4.80
10	9,664	1,074	11.12	497	5.15	311	3.22
합계	101,922	20,608	20.22	11,363	11.15	7,095	6.96

3) 저소득 계층의 의료이용 실태 관련 문제점

저소득 계층 대상 의료보장체계의 문제점은 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 약 73만 가구(약 177만 명·비자발적 체납자)의 건강보험 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자 들은 자격측면에서 원천적으로 의료보장체계에서 벗어나 있다. 둘째, 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 약 19%(건강보험자료-2008년)에 이르고 있다. 즉 현행 의료보장체계의 보장성이 약하여 의료비 때문에 생계에 지장을 받는 국민이 약 900만 명을 넘고 있다. 셋째, 자격측면에서 그리고 급여측면에서 의료보장체계로부터 벗어나 있는 저소득 취약계층에 대한 제도적 장치가 미흡하다. 또한 그나마 존재하는 의료지원제도들이 제각각 예산형편에 따라 임시 방편적으로 설계되어 체계적이지 못하다. 예를 들면, 경제적 능력은 없지만 긴급한 의료욕구가 발생하여 응급실을 이용해야 하고 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우, 우선 응급대불제도를 이용할 수 있을 것이다. 응급상황이 종료되면 입원가료가 필요하지만 비급여가 과도하여 본인이 부담할 능력이 안 된다. 이런 경우 2005년에 입법된 긴급구호제도 중 긴급의료제도를 이용할 수 있을 것이다. 그러나 긴급의료제도를 이용하고자 하여도 소득이 최저생계비의 150%를 넘거나, 재산이 있으면(도시: 95백만 원, 농어촌: 7,250만 원) 이용할 수 없다. 우선 치료를 받게 하고 지불능력이 안 되는 계층에게는 연차적으로 상환할 수 있는 제도적 장치가 미흡하다.

기타 의료지원제도의 경우 기존의 의료안전망이 충분한 급여를 보장하지 못해 부분적으로 의료욕구가긴요한 환자나 특성별 계층에게 9개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있다. 그러나 9개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하고 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있다. 기존의 의료안전망이 불비하여 개별적으로 지원사업이 시행되었으나 현재는 의료안전망이 제 역할을 찾아가는 즈음이기 때문에 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전

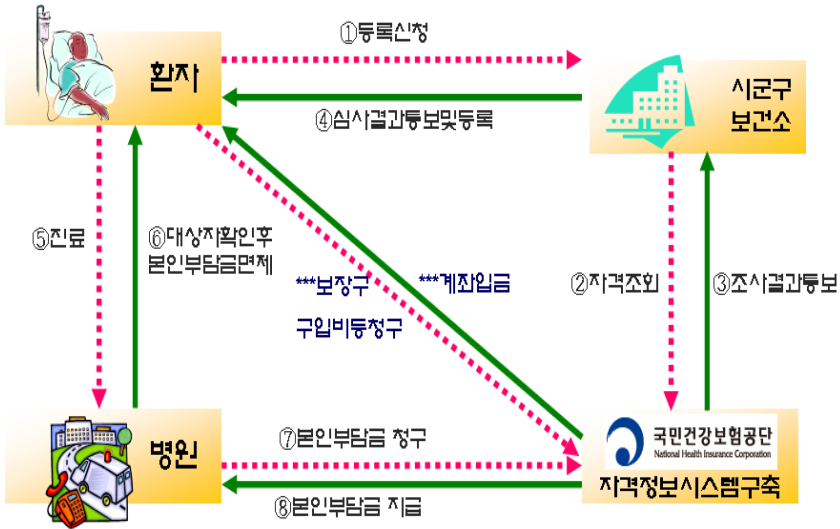
망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있다.

5. 의료안전망 도입 방안

사회보험은 사회연대성 원리를 기반으로 한다. 더욱이 건강보험은 다른 보험과 달리 소멸성 단기보험이기 때문에 연대성 원리에 더욱 충실할 필요가 있다. 우리나라 국민의료비는 2008년 기준 GDP의 6.5%로 OECD 평균인 8.9%에 많이 못 미치고 있다. 더욱이 공공부문의 비중은 약 55%에 머무르고 있어 향후 우리나라는 의료보장제도(건강보험과 의료급여제도)가 그 역할을 강화해야한다. 역할 강화를 위한 방안은 다음과 같은 원칙하에서 수립되어야 한다. 첫째, 재원이 허락하는 범위내에서 보장을 충분하게 해야 한다. 둘째, 재원은 한정되어 있기 때문에 효율적으로 사용되어야 한다. 필요 없는 누수, 남용의 여지를 원천적으로 제거해야 한다. 대상자간 형평성 유지도 중요한 원칙이다. 급여 수급 여부는 공정한 원칙하에서 이루어져야 한다. 넷째, 어떠한 제도도 관리가 비교적 용이해야한다.

서민의 의료복지 증진 방안으로 다음 두 종류의 option 중 하나를 택해서 시행할 것을 제안하고자 한다. 첫 번째 Option은 의료안전망 기금의 창설을 통해 서민들의 의료욕구를 해결하는 방안이다. 기금의 구성, 지원 대상 선정 및 운영방법은 아래와 같다. 기금은 복권기금 등 국가의 재원을 통해 설치한다. 지원대상은 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담 의료비(비급여 포함)가 일정 기준(예: 한 달에 20만 원 이상) 초과한 가구를 포함한다. 지원 방법은 대불하되 분할 납부할 수 있도록 하고 일정기간(예: 3년)후 상황 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분한다. 건강보험공단에 자격정보 시스템을 구축하여 건강보험공단이 통합 운영한다. 지방자치단체, 보건소, 건보공단 지방사무소를 통하여 신청하고 공단이 적격여부 심사를 통하여 수급을 결정한다.

[그림 9-2] 관리운영 흐름도



두 번째 Option은 다음과 같은 지원 제도를 패키지 형태로 묶어서 신설한다. 첫째 서민의 본인부담 의료비 완화 방안이다. 현재 시행중인 건강보험 소득 계층별 본인부담 상한제(법정 급여 범위 내)를 보다 세분화하여 적용할 것을 제안한다. 소득 기준 하위 50% 이하에게 일률적으로 적용되고 있는 본인부담 상한제의 소득 구간을 세분화하여 30% 이하의 계층에게는 본인부담 상한선을 100만원으로 인하하고 동시에 소득 계층별 본인부담 차등제를 도입하여 서민들의 의료비 부담을 완화(2009년 기준 약 4,540억 원 소요)할 필요가 있다. 예를 들어 소득 기준 하위 20%에게 입원의 경우 현행 20%에서 15%로, 외래의 경우 현행 30%에서 20%로 경감함으로써 과부담 의료비 가구의 의료비 부담을 줄여줄 것을 제안하고자 한다.

〈표 9-9〉 본인부담 상한제 개편 방안

현행	개편(안)
- 소득 기준 하위 50% : 200만원	- 소득 기준 하위 30% 이하: 100만원
- 소득 기준 상위 50%-80% : 300만원	- 소득 기준 하위 30%-50% : 200만원
- 소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원	- 소득 기준 상위 50%-80% : 300만원
	- 소득 기준 상위 80% 이상 : 400만원

둘째, 취약계층을 대상으로 보험료 면제를 제안한다. 경상 소득 기준 최저생계비 이하의 계층 중 의료급여 수급자가 아닌 사람들(전 국민의 약 5%)에게 건강보험 보험료를 면제(약 2,200억 원 정도 소요)할 것을 제안한다. 최저생계를 유지하기 어려운 소득자이지만 부양의무자 조건, 재산의 소득 환산제 등 때문에 의료급여 수급자가 되지 못한 계층에게 보험료를 면제하여 이들의 경제적 부담을 완화하고 의료접근성을 제고할 필요가 있다.

셋째, 의료급여 수급자에서 탈피하여 건강보험으로 자격이 옮겨진 계층에게 2년간 한시적으로 의료급여 2종의 본인부담률을 적용(약 21만 명에게 1년에 약 119억 원 소요)한다. 의료욕구 때문에 의료급여 자격을 유지(빈곤상태 유지)하려는 유인을 제거하고 자립의지를 북돋아 주기위해 수급자에서 탈피하더라도 2년간 의료급여 2종 본인부담률을 적용한다. 현재는 의료급여 수급자(2종)일 때 입원의 경우 10%, 외래의 경우 15%를 본인이 부담하고 있지만 수급자에서 탈피하여 건강보험 가입자가 되면 본인부담이 입원 20%, 외래 30%로 높아져 수급자 자격을 유지하려는 유인이 존재한다. 자립의지 고취 차원에서 이들에게 한시적으로 본인부담 의료비 경감제도를 제안하고자 한다.

넷째, 비급여 본인부담의 경우 비급여 본인부담 보상제 도입을 권고하고자 한다. 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 일정액 이상(예: 30일 기준 30만원) 초과분에 대해 50%를 보상하되 우선 본인이 부담하고 사후적으로 신청에 의해 의료급여 수급자의 경우 즉각 상환하고 건강보험가입자의 경우 보험료 수준(예: 전국민 기준 하위 20% 이하)에 따라 상환여부를 결정한다. 다만 비급여 본인부담 보상제는 당분간 공공의료기관 진료의 경우에 한정하여 실시할 필요가 있다. 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관마다 천차만별이기 때문이다. 우선 공공의료기관부터 적용한 후 비급여 항목별 기준 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 민간부분의 경우 보상율을 50%보다 낮게(예: 30%) 적용할 수도 있을 것이다.

비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해

반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심각할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 즉 상한제 한계부분에 이르게 되면 필요이상의 처치, 필요이상의 장기입원 등 공급자 및 수급자 양쪽 모두 도덕적 해이가 만연할 우려가 있다.

위에서 제안한 방향으로 서민 대상 의료복지 증진 방안이 새롭게 강구되면 현행 공적 의료지원사업도 개편되어야 한다. 기존 의료비 지원사업은 개별 제도별 고유의 특성을 살리되 제도 시행 초기와 환경이 달라진 사업은 대상자 선정, 급여 크기 등을 재조정해야 한다. 일반회계로 지원되는 긴급지원사업과 응급의료기금을 활용하고 있는 응급의료비 대불사업은 사업별 특성이 차별화됨으로 현행상태를 유지한다. 일반회계로 지원되는 장애인 의료비 지원사업은 의료급여 2종 장애인을 대상으로 의료급여 1종과 법정 본인부담금 차액을 지원하고 있으므로 의료급여 2종 대상자 중 장애인을 1종으로 전환하고 동시에 예산도 의료급여예산에 편입한다. 외국인 등 의료비 지원사업은 성격이 긴급의료지원과 거의 유사함으로 예산을 긴급지원으로 전환하고 급여 내용도 긴급지원에 준하여 지원(최대 500만원 1회에서 300만원 2회로)하는 것으로 개편한다. 건강증진기금으로 지원되는 희귀질환자 및 암환자(소아, 아동, 성인) 대상 의료비 지원사업은 통합하여 대상자 및 지원 내용 단일화 할 필요가 있다. 최근 희귀질환자 및 암환자를 대상으로 건강보험권에서 법정 본인부담률을 인하하였으므로 현재 상태에 맞게 급여 내역을 재조정해야 하는 것이다. 미숙아 및 선천성 이상아 지원, 노인 개안 및 망막증 수술, 노인의치 지원 사업은 사업별 특성이 현저함으로 현행 상태를 유지한다. 동시에 중복과 누락 방지 등 제도의 효율화를 기하기 위해 기존 의료보장제도 내의 조직(예: 건강보험공단)을 활용하여 전달체계 및 관리운영체계를 일원화할 필요가 있다.

참고 문헌

- 강길원(2009), 만성질환증가와 진료비 지불제도 개혁방안, 제43회 한국보건
행정학회 학술대회 연세집
- _____(2010), 실폐괄수가제 도입 방향, 대한임상보험의학회지, 5(1), pp.
111-120.
- _____(2010), DRG지불제도의 문제점과 개선방향, 건강보장정책, 9(1),
pp. 25-36.
- 강혜규 편저(2008) 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비
스의 변화 전망과 과제, 보건복지가족부·한국보건사회연구원
- 고일선, 이태화, 이경자, 이정렬, 최재성 외(2006), 저소득층의 효율적인 건
강관리를 위한 분야별 사례관리사업의 연계체계 구축, 연세대학교 간
호대학 간호정책연구소·건강증진사업단
- 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 연도
- 국민건강보험공단·가톨릭대학교 의과대학(2009), 만성질환 단골의사제도 시
행방안 연구
- 국민건강보험공단·한국보건사회연구원(2004), 지불보상제도 개선방안
- 국민건강보험공단·한국보건사회연구원(2007), 건강보험 급여비 지불체계 개선
방안
- 국민건강보험공단·서울대학교 보건대학원(2006), 지불제도의 장기적 개선방안
- 건강보험심사평가원(2010.3), 2009하반기 약제급여적정성 평가 추후관리결과
- 건강보험심사평가원·한국아이엠에스헬스주(2006), 의약품적정사용관리를 위
한 제외국의 처방행태 평가 연구

건강보험심사평가원(2010.7), **수가제도개요**

건강보험심사평가원(2010). **HIRA 정책동향**, 4(1)

고수경(2002), **병원별 예산제 실시를 위한 병원예산결정방식과 적응방안**,
국민건강보험공단 건강보험연구센터

권순만(1999), 의료비 총액예산제에 관한 시론, **보건경제연구**, 제5권, 한국
보건경제학회

_____(2000. 6.), 건강보험 요양급여비용계약제 시행방안에 관한 고찰, **보
건경제연구**, 제6권

권용진(2010), 노인장기요양보험의 연계문제와 통합적 케어 구축방안, 윤희
숙 편, **노인장기요양보험의 현황과 과제**, KDI

김동숙·변진옥·김수경·이병란·장선미·박춘선·장성제(2009), **약제급여 적정
성평가 개선방안 연구: 처방지표를 중심으로**, 건강보험심사평가원

김덕진(2009), 노인요양병원의 제도적 문제점과 개선방안, **대한병원협회지**
321(9-10월), pp.9-16.

김보연(2010), *Health Care Reimbursement Decision-making in Korea:
Pharmaceutical reimbursement*, presented at 4th ISPOR
Asia-Pacific Conference.

김성옥·김영숙(2009), **보험약가제도 합리화방안: 일본과 독일의 보험약가제
도 고찰을 중심으로**, 국민건강보험공단

김성옥·한준태·이수연·최상은(2009), **보험약가 결정방식 개선방안: 위험분
담방식 적용을 중심으로 한 약가협상력 제고방안**, 국민건강보험공단

김옥희(2006) **일본의 지역포괄케어시스템에서의 케어매니저역할에 관한 연
구-보건·의료 복지·연계역할을 중심으로**

김의숙 외(2007), **의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안**, 보
건복지부·연세대 간호대학 간호정책연구소

김진현·최병호(2006), **요양기관의 특성을 고려한 유형별 환산지수 분류방안**,
국민건강보험공단·서울대학교

- 김태성·이주열(2008). **국민건강보험공단 건강지원사업의 증장기 발전방향에 관한 연구**, 국민건강보험공단
- 김찬우(2005). 미국 장기요양제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구, **사회복지연구**, 26(겨울), pp.91-122.
- _____(2008), 노인보건복지 분야의 통합적 사회서비스 체계 구축: 향후 노인 돌봄 및 장기요양 서비스의 변화 방향, **한국사회복지학회 추계학술대회 발표문**
- _____(2010), 노인장기요양보험제도 실행에 따른 사각지대 발생 규명과 해소방안, **보건정책**
- 노용균(2009), 노인의료복지 서비스 전달체계의 확립, **제43차 대한노인병학회 춘계학술대회 연제집**
- 데일리팜(2010.9.2), 약가재평가 폐지수순밟기... 올해 평가 안한다
- 박종연·이정석·고민정·이애경(2007), **보험자에 의한 민성질환관리(NHIC-CDM) 방안: 증장기(2008-2012) 로드맵**, 국민건강보험공단.
- 배승진·임지혜·최상은·배은영(2009), **보험 약가 조정 방안 연구**, 건강보험심사평가원
- 배은영·김진현(2001), **보험약가관리제도의 개선방안**, 한국보건사회연구원
- 배은영·정연(2007), **의약품등재가 결정방식 및 개선방안 연구**, 건강보험심사평가원
- 배은영·정연·이병란(2007), **보험약 등재가 결정방식 및 개선방안 연구**, 건강보험심사평가원
- 선우덕·송현중·황나미·강은정·서영준·김태일·김동진(2005), **고령화 사회에서의 노인보건의료 전달체계 구축방안**, 한국보건사회연구원
- 선우덕(2008), **노인장기요양서비스 및 노인보건의료서비스 공급체제 정비**, 강혜규 편저, 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비스의 변화전망과 과제
- _____(2009a). 노인의료복지 서비스 전달체계의 확립, **제43차 대한노인병학회 춘계학술대회 연제집**, pp.19-24.

- _____(2009b), 노인장기요양보호에서의 노인요양시설의 역할, 제43차 대한
노인병학회 춘계학술대회 연제집, pp.35-40.
- 신영석 외(1999), 건강보험 진료비 증가요인 분석, 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2000), 건강보험 재정안정화 방안, 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2006), 의료안전망 구축방안, 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2007), 건강보험 보험료 부과체계 개선 및 자원 확보방안 연구,
한국보건사회연구원
- 신영석(2009. 6), 건강보험 재정안정화 전략, 한국보건사회연구원 내부 자료
- _____(2010. 6), 건강보험 진료비 지불제도 개편 방향, 한국보건사회연구
원 내부 자료
- 신영전 외 11인(2006), 보건의료개혁의 새로운 모색, 한올아카데미
- 신현웅 외(2009), 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구, 한국보건사회
연구원
- 안태식 외(2006), 2007년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구(치과의원,
한의원, 약국), 서울대학교 경영연구소
- 엄기욱(2008), 노인장기요양보험과 지역 케어 시스템 구축, 강혜규 편저.
노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비스의 변화 전망
과 과제, 보건복지가족부·한국보건사회연구원
- 윤희숙(2010), 장기요양보험 비용 추계와 제도 확대 방향의 모색, 윤희숙
편, 노인장기요양보험의 현황과 과제, KDI
- 윤희숙·박능후·전병유·권용진(2010), 노인장기요양보험제도의 문제점과 개
선방안, KDI FOCUS, 제3호
- 이소영(2008), 보험의약품가격관리, 의약품정책연구, 3(2).
- 이승미·김남순·김광희(2008), 약제처방 인센티브제도 도입방안, 건강보험심
사평가원
- 이재호(2009), 만성질환 관리를 위한 단골의사 제도 실행방안 연구, 국민
건강보험공단·가톨릭대학교 의과대학

이태화(2008), **노인장기요양서비스와 노인지역보건사업의 효과적 연계방안**, 강혜규 편저, 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비스의 변화전망과 과제

장선미·최윤정·박찬미(2008), **입원 약품비 총액지불제 모형 개발**, 건강보험심사평가원

전창배·고수경 편역(2001), **주요국의 총액예산제 운영실태와 쟁점**, 국민건강보험공단 사회보장연구센터

정경희(2010), **노인장기요양보험제도 도입과정과 쟁점들**, 윤희숙 편, 노인장기요양보험의 현황과 과제, KDI

정형선(2008), **장기요양의 보건의료서비스 영역과 적정서비스**, 강혜규 편저, 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비스의 변화전망과 과제

차홍봉 외(2007.8), **건강보험 미래전략**, 건강보험공단,

최기춘 외(2009), **2008년도 건강보험 환자 진료비 실태 조사**, 국민건강보험공단

최병호(1998. 5), **의료보험 수가체계 개편방향의 모색**, 보건경제연구, 제4권, 한국보건경제학회

최병호 외(2003), **상대가치행위수기의 환산지수 산출모형 개발: SGR 기준에 의한 환산지수 산정**, 한국보건사회연구원

최인덕·박종연·이은미(2009), **노인의 의료와 장기요양 서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안**, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

한국보건사회연구원(2007), **요양기관의 특성을 고려한 유형별 분류방안, 전문가패널 회의자료**

한국보건경제·정책학회(2007), **건강보험수가의 적정성, 2007년도 후기학술대회 자료집**

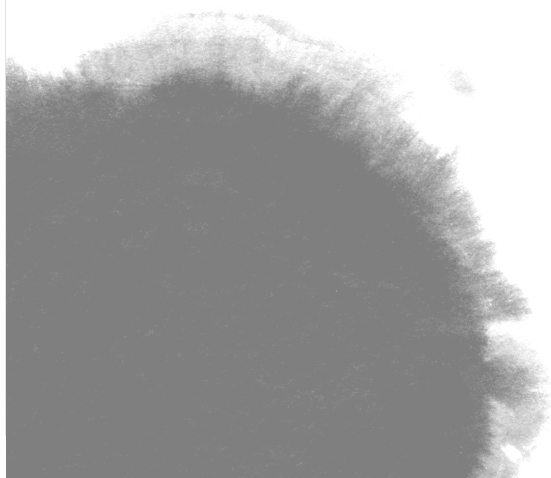
허순임 외(2009), **주요국의 총액 예산제 연구**, 한국보건사회연구원

한국은행(2010), **국민소득**

- Abel-Smith, B., Mossialos E. (1994), Cost containment and health care reform: a study of the European Union, *Health policy*, 89(2), pp.89-134.
- Ashby, J. and T. Greene (1993), *Implications of a Global Budget for Facility-Based Health Spending*, Inquiry 30.
- Busse R. and C. Howorth (1999) *Howorth, Cost containment in Germany: twenty years experience*, In: Mossialos E. and Grand J.(Eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate
- de Pouvourville G (2010.5), *Pharmaceuticals in France: Controlling for use and expenditures*, presented at International Symposium Celebrating the 10th Anniversary of HIRA.
- EGA Health Economics Committee (2009), *How to Increase Patient Access to Generic*
- European Generic Medicines Association (2009), *Medicines in European Healthcare*
- European Generic Medicine Association. <http://www.egagenerics.com/>
- Germany pharma profile final version (2008. 5), *Pharmaceutical pricing and reimbursement information*
- Hurley, J., J. Lomas and L. Goldsmith (1997), Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective, *Milbank Quarterly*, 75(3).
- IMS health, *IMS Pharmaceutical Pricing & Reimbursement 2007*.
- Li chang and Jung-Hung (2008), *The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care: experience in Taiwan*, *Health Services Management Research* 21
- Marchildon GP (2006), *Health systems in transition*, WHO regional office for Europe

- Nolte, E., Knai, C., and Mckee, M. (2008) *Managing Chronic Conditions: Experience in eight countries*. European Observatory on Health Systems and Policies
- OECD Health Data (2009)
- Sandier S, Paris V, Polton (2004), *"Health care systems in transition, France"*, European Observatory on Health Systems and Policies
- Schlottmann N. (2002), *The implementation of DRG's in Germany*, In; Proceeding of the 18th international case mix conference, Austria
- Stargardt T. (2010), The impact of reference pricing on switching behavior and healthcare utilization: the case of statins in Germany, *Eur J Health Econ*, Vol.11, pp.267-277.
- Wiley, M. H. (1992), Hospital financing reform and case-mix measurement: and international review, *Health Care Financing Review*, 13(4), pp.119-33.

부록



상대가치체계의 현황과 문제점

1. 경황없는 시작

2001년 1월부터 시행된 상대가치점수제는 그 이전 행위별 ‘금액제’로 운영되었던 수가체계를 행위별로 ‘상대가치점수×환산지수’의 형태로 수가가 책정되는 ‘점수제’로 전환된 것이다. 물론 1977년 7월 의료보험 시행 초부터 운영되던 점수제가 1981년 6월부터 금액제로 통일되어 시행되어 왔었다는 점에서 점수제로의 전환 자체가 전혀 생소한 시도는 아니었다. 문제는 내용이었다. 그 이전의 점수제가 일본의 점수제(소위 ‘을표’)에 근간을 둔 반면, 상대가치점수제는 미국의 자원기준 상대가치점수(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)제도를 원용하였다는 것이다. 이것은 1994년 의료보장개혁위원회가 우리나라 의료보험수가의 구조조정을 위해 상대가치점수제도를 도입하기로 결의한 바에 따른 것으로,⁵⁷⁾ 정부와 의료계가 공동 발주하고 학계(연세대학교)에서 진행해 온 연구결과를 기초로 한 것이다.

최초의 (1차)연구결과⁵⁸⁾는 미국의 RBRVS 체계를 원용하였고, 그만큼 의료보장개혁위원회의 제안에 충실히 따른 결과라 할 수 있다.⁵⁹⁾ 그러나 그 연구결과는 상대가치점수제의 ‘토대’가 되었다는 상징성을 남기고 이어

57) 의료보장개혁위원회, 의료보장개혁과제와 정책방향, 1994.

58) 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발, 1997.

59) 위원회의 보고서 어디에도 명시적으로 ‘미국의 RBRVS’를 원용하라고 언급하진 않았다. 다만, “투입된 자원, 난이도 및 빈도 등에 상응하게 진료항목간의 상대가치를 조정하고”(위원회 보고서 p.68),“의료보험수가의 상대가치기준을 설정”(동 보고서 p.69)할 것을 요구하고 있다.

진 2, 3차 연구과정과 고시단계에서 변형에 변형을 겪어야만 했다. 최종 연구점수는 처음의 연구결과와는 달리 항목별 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치의 구분이 없었고, 미국의 CPT(Current Procedural Terminology)체계에 따랐던 행위분류는 항목간 축소·변형과정을 반복하여 항목수⁶⁰⁾와 내용에 있어서 이전에 적용되던 의료보험 수가코드에서 크게 벗어나지 않도록 회귀했다. 이 상대가치점수는 인상요인(의과의 경우, 0.84를 곱한 상대가치점수보다 기존점수가 낮은 경우)은 반영하고, 인하요인의 경우에는 기존점수를 유지시켜⁶¹⁾ 고시되어 항목 간 불균형 해소라는 본래의 목적이 상당부분 훼손되었다.

이렇게 최초의 연구결과가 변형되고, 미국의 경우와는 다른 형태로 현실에 적용된 것은 ‘연구는 연구일 뿐’이라는 자조적 해석으로 끝날 일이 아니다. 보다 근본적이고 구조적인 문제가 내재되어 있고, ‘위원회’ 문화의 조급성과 성과주의의 산물이기도 하기 때문이다.⁶²⁾ 1994년에 결성된 의료보장개혁위원회로서는 1992년부터 적용되고 있던 미국의 RBRVS 제도가 매력적인 대안으로 보였을 것이다. 위원회는 당시의 행위별 수가제도의 개선 방안으로서 ‘상대가치점수제’의 도입을 요구했고, 지불제도 자체의 개혁 방향으로서 DRG(Diagnosis Related Groups)지불제도로의 이행을 제안했다.

60) 1차 연구를 위해 ‘한국표준의료(치과)행위분류’를 새로이 시도하였다. 당시 2,411개의 수가 항목을 5,510개(비급여 제외)의 행위로 재분류하였으나 행위수가 너무 많고, 급여 및 비급여의 구분이 없고, 항목의 정의가 불명확하고, 급여의 단위 정립이 미흡하다는 등의 이유로 의료보험에 적용되지 못하고 기존 보험코드를 기준으로 재분류 작업을 거쳐 4,454개의 수가코드가 만들어졌고 (2차 연구), 이후 행위 숫자는 더 축소되어 최종적으로 2001년에 도입된 수가 항목은 3,214개였다. 이 행위수 축소 과정은 1차 연구의 상대가치값들을 가중평균 등의 방법을 통해 새로이 축소된 항목으로 대응시키는 변형 결과를 낳았다.

61) [의과의 경우]

인상요인 : $\text{기존점수} < 0.84 \times \text{연구점수} \rightarrow \text{고시점수} = 2/3 \times \text{기존점수} + 1/3 \times \text{연구점수}$
(단, $\text{고시점수} \leq 0.84 \times \text{연구점수}$, $\text{고시점수} \leq 2 \times \text{기존점수}$)

인하요인 : $\text{기존점수} > 0.84 \times \text{연구점수} \rightarrow \text{고시점수} = \text{기존점수}$

[치과의 경우]

인상요인 : $\text{기존점수} < 0.7 \times \text{연구점수} \rightarrow \text{고시점수} = 5/6 \times \text{기존점수} + 1/6 \times \text{연구점수}$
(단, $\text{고시점수} \leq 0.7 \times \text{연구점수}$, $\text{고시점수} \leq 1.24 \times \text{기존점수}$)

인하요인 : $\text{기존점수} > 0.7 \times \text{연구점수} \rightarrow \text{고시점수} = \text{기존점수}$

62) 의료보장개혁위원회는 1994. 1. 21일 전체회의를 시작으로 동년 6. 15일 개혁방안을 확정하는 전체회의로 종결되어 약 6개월 정도 활동하였다.

그러나 한 나라의 제도와 정책은 그 나라의 토착적 산물이다. 미국은 의사 비용(doctor's fee)과 병원비용(hospital fee)의 분리 지급체계가 깊게 뿌리내려 있었고, 현재까지도 마찬가지다. 2009년 현재, 진료비의 59% 정도는 병원입원비로서 DRG(Diagnosis Related Groups)로 지불되고, 약 13% 정도는 APG(Ambulatory Patient Groups)로 지불되는 병원외래에 해당한다. 즉 전체 진료비의 약 73%가 포괄수가제로 지불된다. 나머지 약 27%가 행위별수가제(fee-for-schedule) 즉 RBRVS의 대상인데, 이는 의사업무량(physician work: 약 14%), 진료비용(practice expense: 약 12%) 그리고 의료사고비용(malpractice expense: 약 1%)으로 나뉜다. 1992년에 도입된 최초의 RBRVS는 약 14%에 불과한 의사업무량 상대가치에 한정된다고 볼 수 있다. Hsiao 교수팀이 여러 번의 실패과정을 거쳐, 마침내 등급추정방법(magnitude estimation method)을 써서 개발에 성공한 RBRVS는 의사비용 중 의사업무량 부문이었고, 진료비용은 이전의 '관행수가기준 보상방식(charge based reimbursement)'을 그대로 적용하였기 때문이다. 1994년 의회의 '자원기준 보상방식(resource based reimbursement)' 적용 요청에 따라, 소위 상향식 접근방식(bottom-up approach)에 의한 '자원기준 진료비용 상대가치가 개발·적용된 것은 1차 개정 결과가 적용된 1997년이다.⁶³⁾ 결국 1994년 의료보장개혁위원회의 '미국식' RBRVS 개발요구는, 실제로는, DRG 및 APG로 보상되는 '병원비용'을 미국의 RBRVS의 '진료비용' 부문에 포함시켜야 하는 전혀 새로운 '한국식' RBRVS 개발을 요구한 것이다.⁶⁴⁾ 따라서, 비용의 상대적 규모를 감안할 때, 한국식 RBRVS 개발의 초점은, 비교적 기술적으로 원용이 쉬운 의사업무량이나 위험도 부문이 아니라, DRG(APG도 DRG의 한 유형이라 할 때) 부문의 발전적 해체와 RBRVS로의 합리적 통

63) 이 방식은 다시 하향식 접근(top-down approach)방식으로 전환되었고, 그 산출 결과가 1999년부터 2002년까지 매년 25%씩 확대·적용되었다.

64) 의료보장개혁위원회에서 '지불제도 개편방안'으로 제안한 DRG제도 역시 마찬가지다. DRG지불제도는 병원비용에 대한 지불방식이다. 우리나라의 병원 경영은 의사비용과 병원비용의 구분 자체를 모른 채 이제까지 이루어져 왔다. 따라서 미국식 DRG지불제도 개발요구는 의사업무량, 진료비용, 위험도를 DRG지불제도에 포함시켜 개발해야 하는 전혀 새로운 한국식 DRG지불제도 개발요구라 할 수 있다.

합작업에 주어졌어야만 했다. 의사업무량 상대가치 개발에 적합한 미국의 CPT 분류체계가 병원비용을 포함해야 하는 한국식 RBRVS에 적합하지 않고, 따라서 항목수의 축소와 변형을 거쳐야 했던 것은 어쩌면 양국 간 지불제도 토양의 구조적 차이가 초래할 수밖에 없는 당연한 귀결이었다.

위와 같은 지불방식 토양의 구조적 차이뿐만 아니라, 반드시 보상수준의 격차에 대한 이해가 견지되어야 한다. Hsiao 교수의 회고에 따르면⁶⁵⁾, 미국의 Medicare는 Blue Cross/Blue Shield에서 쓰이던 관행가체계(the prevailing-charge system)를 적용하였고, 이 체계는 (전체 의사의 90%가 부과하는 상한가 수준을 넘지 않는 범위에서는)⁶⁶⁾ 자유롭게 개별 의사가 스스로 정한 가격을 받을 수 있도록 허용하였다. 이런 상황이었음에도 불구하고, Hsiao교수가 만난 모든 의사들은 전문과목을 불문하고 관행수가가 불공평(unfair)하다고 불평했다고 한다. 어떤 가격은 너무 높고, 어떤 가격은 너무 낮다는 것이다. 불공평의 불가피성은 상한가 설정 방식에서도 찾을 수 있다. 담당자(medical director)가 임의로 추측되는 상한가 수준을 주위의 몇몇 의사들에게 합당한(rational)지를 묻는 것으로 상한가 결정이 이루어졌던 것이다.⁶⁷⁾ 대부분의 Blue Shield에는 관행가 체계를 객관적으로 실행할 수 있는 자료(data) 즉 근거가 없었다고 한다(이 때문에 객관적 자료 구축이 미국 RBRVS 개발의 한 축을 이루게 된다.).

미국의 RBRVS 개발은 ‘만약 그렇게 관행가체계가 불공평하다면, 어떤 체계가 공평(fair)한가?’ 라는 질문에서 출발한다. 공평성의 판단 준거를 자원 배분의 경제적 효율성(economic efficiency)에 두고, 경제학의 완전경쟁시장 이론에서 논거를 찾았다. 즉 완전경쟁시장에서는 한계비용 곡선이 만

65) Telephone Interview with William Hsiao

(<http://www.cms.hhs.gov> - Home - About CMS - History - Overview - Downloads - Oral History Biographies and Interviews [WINzipped PDF, 5.4MB])

66) 미국은 Medicare도입 시 수가는 관행수가를 벗어나지 않도록 하고, 심사는 최소화하여 의사들의 제도 참여를 극대화하는 데 정책목표를 두었다. 즉, 출발점이 우리와는 전혀 달랐던 것이다.

67) 이런 주먹구구식 결정방식으로 인해 어떤 행위의 상한가는 관행수가를 상당부분 압박하고, 어떤 행위의 경우에는 상한 자체가 무의미할 정도로 높게 책정될 수 있음을 유추할 수 있다.

나는 평균비용 곡선의 최저점에서 가격이 결정되며, 이때의 자원배분이 파레토 최적(Pareto optimality)을 달성 한다⁶⁸⁾. 따라서 투입된 자원(비용)을 기준으로 (Resource-Based) 상대가치점수(Relative Value Scale)를 설정하면⁶⁹⁾ 적어도 상대적 공평성에는 도달할 수 있지 않겠느냐는 것이다. 환산지수(conversion factor)는 절대가격의 수준을 결정하는 기준(numeraire)으로 작용한다. 나아가 비용측정의 객관성을 뒷받침하는 자료를 축적하고, 그 자료를 바탕으로 이용한 산출방식을 투명하게 공개하여, 합리적이고 객관적인 지불 제도를 운용할 수 있다는 것이다.

두 가지 사실에 주목해야 한다. 첫째는 미국에서의 문제의 핵심은 어떤 것은 너무 높고, 어떤 것은 너무 낮다는 상대적 공평성(relative fairness)이라는 점이고, 더욱이 그 관심의 대상도 비교적 측정이 용이한 진료비용 부분보다는 정의 및 계측이 어려운 의사비용 부분이었다는 것이다. 모두 행위가 다 낮다는 ‘절대적 저수기’라는 논의의 수면 밑에 갇혀 출발하는 우리나라 토양과는 상황이 전혀 다르다.⁷⁰⁾ 둘째는 완전경쟁이론을 이론적 배경으로 삼을 수 있을 정도로 미국 Medicare의 관행가체계(the prevailing-charge system)는 시장가격에 근접하여 운영되고 있었다는 점이다.

RBRVS 체계 도입은 이렇듯 시장가격의 형태로 의사마다 관행적으로, 널리 쓰이던 그러나 결코 ‘합리적이지 않은’ 수가체계⁷¹⁾의 불균형 문제를 공평한 가격은 비용 즉 투입요소에 비례한다는 원칙에 따라 수가를 재배열하여 해결코자 했던 것이다. 특히, 문제가 됐던 의사업무량의 수량화에 성공함으로

68) 경제학 원론이나 미시경제학 교과서 참조.

69) 물론 투입된 ‘시간’ 이외는 물리적 계측이 어려운 ‘의사 서비스’의 한계 및 평균 비용곡선을 어떻게 정의하고 측정하느냐, 나아가 완전경쟁시장이 현실에서 존재하느냐 하는 이론적 문제가 제기될 수 있다. 그러나 적어도 동일한 측정방식을 적용하여 산정되는 투입자원을 기준으로 한 가격체계의 ‘상대적’ 공평성은 이론적으로도, 현실적으로도 의미가 있다.

70) 필자가 만난 수백 명의 의사들 중에서 단 한 사람도 (상대를 먼저 배려하는 겸양의 동양적 표현방식인지 모르겠지만) 과목 간 상대적 불공평에 관한 불만을 이야기하는 경우는 없었다. 모두들 한결같이 절대적 저평가에 관한 성토에는 열과 성을 아끼지 않았고, 보상수준의 적정화를 전제로 하지 않는 어떠한 형태의 상대가치 조정도 무의미할 뿐이라는 소신을 피력하는데 주저함이 없었다.

71) 관행수가체계(the prevailing charge system)을 이전부터 관행적으로 이어져 온 합리적 수가 체계(the customary-prevailing-reasonable charge system)라고 명명하기도 한다.

서 객관적 근거를 가진 수가표(fee schedule) 적용이 가능했다. 이러한 RBRVS에 의거한 수가표 도입은, 수요와 공급의 완전 비탄력성을 가정하면, 항목 간 혹은 관련 과목 간 소득의 증감⁷²⁾이라는 사회적 (혼란)비용이 발생한다. 이 사회적 비용이 합리적 수가표를 얻었다는 사회적 이득과 상쇄되는지 여부, 나아가 RBRVS체계 도입이 불러올 수요와 공급의 동태적 변화가 자원의 배분에 어떻게 미칠 것인가는 관심의 대상이 아니었다. 항목간 상대적 균형성이 확보된 수가표 획득 그것이 미국 RBRVS 체계 도입의 목적이었다. 더욱이 Hsiao 교수의 단언처럼 재정절감은 고려조차 되지 않았다.

반면 우리나라는 급속한 의료보험의 확대를 위한 저수가 정책의 지속적 유지로 대부분 시장가격과는 일찌감치 멀어져 있었다. 더욱이 의사비용과 병원비용이 섞여 있고, 급여와 비급여가 얹혀 경영수지 개선이라는 한 방향으로 치닫는 상황에서 급여부분, 그중에서도 의사비용의 상대가격 조정 자체가 갖는 의미는 제한적일 수밖에 없다. 미국의 경우는 RBRVS 체계 도입을 통해서, 개념적으로, 초과이윤이 발생하는 곳에서 정산이윤에 못 미치는 곳으로 가격수준이 이동했다. 그러나 우리의 경우는, 의료계에서 주장하듯, 모두가 적자인 상황에서 조금 적은 적자 항목에서 조금 많은 적자 항목으로의 이전이 수용되기는 어려운 일이다. 결과적으로, 미국의 경우에는 재정중립을 전제조건으로 RBRVS 체계를 도입한 반면, 우리나라는 절대적 저평가 수준의 보정(의과는 0.84, 치과는 0.7)이라는 재정증가를 전제로 상대가치점수제가 설계되었다.⁷³⁾ 이는 상대가치점수제의 ‘가격기능’을 되살려 보려는 시도로 해석될 수 있다.⁷⁴⁾ 그러나 이러한 ‘일률적’ 수가 수준의 상향조정 시도는 의료계에 ‘상대가치 개정은 곧 수가수준의 인상’이라는 공식을 주입시키는 결과를 낳았다.

72) Hsiao교수의 초기 연구결과는 심장혈관외과의 경우는 45~55% 소득감소, 내과와 소아과의 경우는 25~30%의 소득증가를 예상하고 있다.

73) 이는 별도의 연구 없이 기존점수를 환산지수로 나누어 상대가치를 부여했던 한방의 경우 2008년 신상대가치 연구결과 도입 시 (지금까지도) 재정의 순증을 강력하게 요구하는 논거로 작용하게 된다.

74) 이는 의료보장개혁위원회 보고서 여기저기서 발견되는 ‘수가수준 적정화’ 요구의 반영이기도 했다.

지불제도의 설계는 먼저 ‘지불대상’을 설정하고, 그 대상을 ‘지불단위’로 분류하고, 분류된 단위마다 합당한 ‘가격’을 설정하는 것으로 요약될 수 있다. 미국의 RBRVS 설계는 의사비용 그 중에서도 의사업무량 비용을 대상으로 하였고, CPT로 분류된 의사행위를 지불단위로 하여 행위마다 투입된 시간과 강도에 따라 업무량 상대가치를 부여하는 것이었다. 의사비용의 다른 한 축인 진료비용은 이전의 시장가격(관행가)에 준하여 상대가치를 부여함으로써 초기 제도설계가 완성되었다. 완성된 미국 RBRVS라는 ‘사진’ 한 장만을 보고, 성장과정과 내면세계의 이해없이⁷⁵⁾, 이 땅에 상대가치체제 도입을 제안하고, 시도하는 무모함을 보였던 것이다. 우리나라의 RBRVS 설계의 대상은 의사비용에 병원비용까지를 포함하였기 때문에 분류단위도 의사행위 뿐만 아니라 입원료 등 병원의 관리행위까지로 확대되어야만 했다. 따라서 미국의 의사행위 분류체계인 CPT를 한국에서는 병원관리 행위까지로 확대 적용한 것이다. 나아가 병원비용을 의사업무량에 비례하여 배분하는 것으로 무모함은 절정에 달한다. 도대체 입원료가 의사업무량과 얼마만큼의 상관관계를 지니고 있을까? 미국 CPT에 기초한 행위분류가 원래의 의료보험수가 코드로 회귀하고, 의사업무량이 진료비용과 구분없이 합쳐지고, 인상요인만을 반영하는 일련의 결과물들은 단순한 모방 사고와 시도의 무모함에 대한 현실이 보여준 반격의 산물이었다.

2. 거듭되는 미완성

2003년 건강보험정책심의위원회 산하 상대가치운영기획단은 기존 상대가치점수가 투입요소(의사업무량, 진료비용, 위험도)별로 근거자료가 구분되어 있지 않아 수가산출의 근거가 불확실하고, 의료 환경변화나 제도변화에 따른

75) 의료보장개혁위원회 보고서 어디에도 상대가치점수제도의 도입에 따른 토착적 문제의식을 찾아 볼 수 없다. 다만 DRG 제도에 대한 나열식 서술이 장황하게 부록의 형태로 보고서의 상당부분을 차지하고 있고, 여기에도 DRG 제도가 이 땅에 어떤 의미를 지니는지, 어디까지가 적용 한계인지, 지불제도 변혁이 몰고 올 사회적 비용과 이득은 무엇이며, 과연 최선의 대안인지에 대한 비교분석 결과 등은 보이지 않는다.

합리적 수가개정 기전이 부재한다는 인식하에, 이러한 기존 상대가치의 문제점을 보완하고자, 상대가치체계의 전면적인 개편을 위해 의사비용과 진료비용의 분리, 치료재료 비용의 분리, 진료 위험도 반영의 3가지 개선방향을 설정하고 (미국과 같이 5년마다 개정하는 모양새를 갖추기 위해) 2006년 신 상대가치의 도입을 목표로 2003년 건강보험심사평가원에 「상대가치점수연구개발단」(이하 ‘개발단’)을 두어 상대가치개정 연구사업을 수행토록 하였다.⁷⁶⁾

3. 다른 시각, 다른 시도

자원기준의 자원은 ‘원가’에 해당한다. 미국은 이 원가를 ‘상대가치’로 파악하고, 이것을 그대로 ‘점수’로 적용했다. 그래서 미국 의료제도 (처음에는 어느 사회나 그러하듯 변화(손해)에 반대했으나) 그 합리성을 수용했고, 지금까지도 원가 파악의 타당성, 과학적 엄밀성 확보에 계속 노력하고 있다. 한마디로 상대가치제도를 아끼고 가꾼다. 우리는 그 반대의 현상을 목격한다. 왜일까? 그것은 우리가 원가(자원기준)을 그대로 상대가치로 나타내 점수화 한 것이 아니라 여기에 ‘재정상황’을 연계(원가점수변환지수를 적용)하는 구조이기 때문이다. 즉, 자원기준이 아니라 자원재정기준(Resource-Solvency-Related)의 상대가치점수가 되었다. 물론 이렇게 해도 행위간 점수의 비(ratio), 즉 상대가치는 ‘자원기준’에서와 동일하다.⁷⁷⁾ 그러나 일상에서의 판단은 ‘상대’가치가 아니라 절대‘점수’에서 비롯된다.

여기까지의 논의는, 우리가 RBRVS 체계를 가지고 너무 많은 욕심을 부렸다는 점을 간과한 채, 미국의 상대가치 영역이 우리와 유사하다는 전제하에서의 얘기다. 착시현상에 따른 혼란을 제대로 보지 못했기 때문이다. 여러 곳에서, 여러 사람들이 다음과 같은 비교를 한다.

76) 원래 기획단은 공개적으로 상대가치 개선을 위한 연구용역을 발주하였으나 적임자를 찾지 못했고, 심평원은 아무도 나서지 않는 개선작업을 떠안게 되었다. 개발단은 10여명의 임시조직으로 급조되어 출발하였다. 그 때가 2003년 8월 11일이었다.

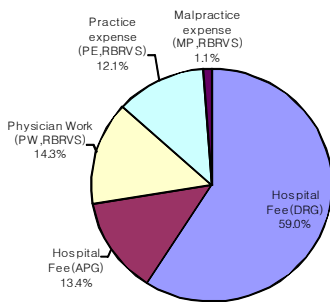
77) 그래서 종종 듣고, 말하기도 한다. “상대가치제도는 말 그대로 상대적 균형성 확보를 목적으로 하지 않느냐, 절대수준의 문제는 환산지수에서 알아보면 된다. 그리고 적어도 상대적 균형성은 확보되지 않았느냐”고

〈표 1〉 상대가치점수 구성비

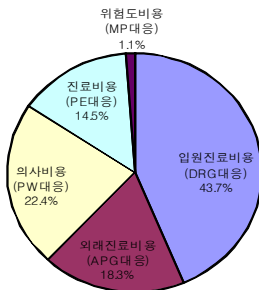
구분	의사업무량	진료비용	위험도
한국(개발시점)	36.0%	62.2%	1.8%
미국(2005년)	52.0%	44.0%	4.0%

이러한 차이는 우리는, 미국과 달리 병원비용까지 포함하고 있기 때문에, 상대적으로 진료비용 비중이 높고, 업무량 비중이 낮다고 보통 개략적으로 설명된다.

〔그림 1〕 미국과 한국 지불구조 비교



미국



한국

※ 한국의 입원진료비용 (DRG대응)에는2009년 DRG청구비 6,588억원(종합:744억원, 병원:1,433억원, 의원:4,412억원)이 포함됨.

자료: 2010 Annual Report of the Boards of the Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds (p.10)에서 관련내용을 선별하여 재구성함.

표에서 알 수 있듯이 미국의 RBRVS는 전체 진료비의 27.5%를 대상으로 하고, 나머지는 72.5%는 DRG 혹은 APG의 포괄수가제로 지불된다. 반면, 미국에 대응한 한국의 RBRVS영역(의사비용, 진료비용, 위험도)은 37%에 이른다. 이는 미국의 의사업무량이 14.3%인데 반해 한국은 22.4%이기 때문이다. 이러한 결과는, 앞서 설명한 의사비용의 산식에 기인한다.

$$\text{의사비용} = \text{의사인건비} + \text{간접비} \left[\frac{\text{의사인건비}}{\text{의사인건비} + \text{직접비}} \right]$$

의사비용은 간접비 부분이 더해져 의사인건비보다 더 많이 배분되는 것이다. 의사비용이 의사업무량에 의해 상대가치로 배부된다. 상대가치 총점에서, 전체적으로, 36.8%가 의사업무량(의사비용 대응분율)인데 이는 의사인건비 분율 22.3%와 간접비 대응 분율 14.5%로 구성되어, 간접비 대응 부분은 업무량의 약 40%(=14.5/36.8)를 차지하고 있다.

〈표 2〉 의사업무량 대응 비용 분율

	의사인건비 분율	간접비 대응 분율	의사비용 분율
종합전문	12.74%	5.17%	17.91%
종합병원	14.46%	8.47%	22.94%
병원	13.32%	10.29%	23.61%
의과의원	31.30%	21.56%	52.86%
전체 평균	22.30%	14.50%	36.80%

이렇게 의사비용을 의사인건비 이상으로 (간접비의 추가 투입으로) 배분하였다는 것은 단순한 문제가 아니다. 이렇게 미국에 비해 상대적으로 높은 비중을 차지하는 의사업무량으로 파악한 의사수입이 너무 낮다는 의료계 주장이 강하다는 점을 감안하면 쉽게 풀 수 없는 문제인 것은 확실하다.

입원료 등 병원비용이 빠지고, 진단검사 등이 제외되어 전체의 1/3에도 못 미치는 영역에서 RBRVS체계가 설계되고, 운영되는 것이다. 그러나 우리는 (일부 DRG지불 부분을 제외하면) 거의 모든 보험급여 영역을 RBRVS체계로 해결하려 했던 것이다. 입원료가 진찰료와 얹히고, 검사료

가 수술료와 섞여 (나아가, 의과의 논의가 치과와 한방, 약국까지도 고려해야 하는) 해결난망의 상황이 될 수밖에 없던 것이다.

상대가치점수제로 운영되는 행위별수가제를 의료비 팽창의 주범으로 비난하고, 비난받기 전에 이젠 조금 차분해져 볼 때다. RBRVS가 효율적으로 작동될 수 있는 영역은 어디이고, 그 방법은 무엇인지. 무조건 베껴 쓰던, 저돌적으로 몰아 부치기만 하던 시대는 적어도 지났다고 볼 수 있다. DRG 지불제도에 대한 관심이 높아져 가고 있기도 하다. 하지만 여기서도 같은 논리가 적용된다. DRG 지불제도가 순기능을 발휘할 수 있는 영역의 구분과 우리에게 적합한 방법론은 무엇인지 따져 봐야 한다. 이거 아니니 저거라는 단순한 발상으로 접근하기에는 우리사회 인식 수준이 너무 높다.

과간총점 고정은 임시방편일 뿐이다. 과간 불균형은 전문의 수급 나아가 의료자원의 비효율을 낳는다.

〈표 3〉 업무량 불균형(예시)

관리진료과	행위명	업무량 상대가치 점수	시술중 시간	분당 업무량
비뇨기과	방광절개술(결석,이물등)	570.76	121.45 (98.34)	4.70(5.80)
안 과	사시수술(복잡·복수안근)	2,593.55	83.95 (240.00)	30.90(10.81)
외과_간담췌	담낭절제술	680.98	103.04 (110.00)	6.61(6.19)
외과_이식	신이식술	2,349.90	328.91 (240.00)	7.14(9.79)
흉부외과	심막절제술	994.27	263.13 (300.00)	3.78(3.31)

※ () 괄호는 상대가치개정연구 당시 의협제출 시술 중 시간

수술행위들 간의 업무량 편차와 시술중 시간의 편차를 예시를 나타낸 위 표를 보면 그 불균형 상태가 얼마나 심각한지 알 수 있다. 사시수술은 방광절제술에 비해 업무량은 약 5배 차이가 나는데, 시술중 시간은 더 적다. 이를 분당업무량(강도)로 나타내면, 강도가 무려 6배 정도 더 높은 것이다. 더욱이, 의협제출시간이 과간 총점고정시에는 약 1/3로 줄어든다. 이때에는 과내 총점이 고정되는 한 업무량과 진료비용을 자유롭게 재조정할 수 있었

기 때문이다. 이렇듯 과간 총점 고정은 단순한 과간 수입규모의 유지로 끝나지 않고, 상대가치점수의 근본구조를 취약하게 한다.

진료비용의 과간 불균형도 예외는 아니다. 전체적으로 CPEP 직접비용이 진료비용의 4.3배 높게 나타났지만, 그 초과 정도의 과간 편차는 매우 심하다. 예를 들어, 감염내과는 평균보다 2.45배 높은 반면, 흉부외과는 0.42배 낮다.

〈표 4〉 진료비용의 과간 불균형

세부진료과		CPEP비용총액(A)(백만원)	진료비용총액(B)(백만원)	$C = A \div B$	전체대비 수준($C \div 4.3$)
내과	감염	111	11	10.5	2.45
	내분비	3,359	807	4.2	0.97
	류마티스	79,293	17,957	4.4	1.03
	소화기	17,085	4,264	4.0	0.94
	소화기내시경	818,555	208,835	3.9	0.92
	순환기	680,203	122,912	5.5	1.29
	신장	1,147,741	213,403	5.4	1.26
	알레르기	25,604	11,772	2.2	0.51
	혈액종양	3,258	1,369	2.4	0.56
	호흡기	110,224	31,913	3.5	0.81
	소 계	2,885,434	613,243	4.7	1.10
마취중증의학과		1,063,988	273,228	3.9	0.91
방사선종양학과		626,595	98,460	6.4	1.49
병리과		436,588	75,300	5.8	1.35
비뇨기과		322,912	104,676	3.1	0.72
산부인과		494,632	131,968	3.7	0.88
성형외과		35,631	8,864	4.0	0.94
소아청소년과		12,845	1,558	8.2	1.93
신경과		201,341	49,527	4.1	0.95
신경외과		181,151	75,149	2.4	0.56
안과		841,097	167,891	5.0	1.17
영상의학과		2,700,801	929,577	2.9	0.68

세부진료과		CPEP비용총액(A)(백만원)	진료비용총액(B)(백만원)	C = A ÷ B	전체대비 수준(C ÷ 4.3)
외과	간담체	61,706	24,195	2.6	0.60
	내분비	26,145	10,191	2.6	0.60
	대장항문	92,460	37,619	2.5	0.57
	소아	11,469	6,294	1.8	0.43
	위암	25,894	14,116	1.8	0.43
	유방	70,265	25,725	2.7	0.64
	이식	1,055	907	1.2	0.27
	혈관	76,961	19,427	4.0	0.93
	확상	67,086	13,558	4.9	1.16
	소 계	433,041	152,032	2.8	0.67
응급의학과		18,513	4,672	4.0	0.93
의과공동		1,573,846	435,265	3.6	0.84
이비인후과		484,639	116,571	4.2	0.97
재활의학과		2,312,992	501,119	4.6	1.08
정신과		506,875	151,239	3.4	0.78
정형외과		593,937	187,505	3.2	0.74
진단검사의학과		8,032,423	1,457,759	5.5	1.29
피부과		198,993	28,867	6.9	1.61
핵의학과		553,985	138,003	4.0	0.94
흉부외과		77,828	43,690	1.8	0.42
총 합 계		24,590,087	5,746,163	4.3	1.00

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health & Social Research

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	미정
연구 2010-02	화귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	미정
연구 2010-03	해외의료시장 개혁의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	미정
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	미정
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	미정
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정신	미정
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	미정
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	미정
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	미정
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	미정
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안	이태진	미정
연구 2010-15	지활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	미정
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	미정
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조용성 분석	여유진	미정
연구 2010-18	근로장려세제 시행 & 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	미정
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	미정
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최자수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	미정
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구 -장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검-	김성희	미정
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	미정
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 측면을 중심으로	강은정	미정
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	오영희	미정
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	2010년 한국의 보건복지 동향	장영식	미정
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	미정
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	미정
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	미정
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	미정
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	미정
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은재(외부)	미정
연구 2010-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	미정
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	미정
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	미정
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	미정

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-12	인공임산증절 실태와 정책과제	최장수	미정
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	미정
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	미정
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	미정
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	미정
연구 2010-30-17	신노년층의 출현에 따른 정책과제	정경희	미정
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	미정
연구 2010-30-19	에비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	미정
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	미정
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-30-22	저출산고령사회 대응관련 쟁점 연구	이소정	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산분석	최승은	미정
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	미정
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	미정
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최승은	미정
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	미정
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	미정
연구 2010-31-7	건강보험 재정 평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	미정
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	미정
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	미정
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	미정
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 (3년차)	오영호	미정
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	미정
연구 2010-35	취약위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): “아시아 국가의 사회안전망”	홍석표	미정
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	미정
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표분석	김미곤	미정
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	미정
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	미정
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	미정
연구 2010-40	보건복지 통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	미정
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정체계의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (I)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상충하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도) 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급과자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000