

# 건강보험 재정 건전화 방안

*Policy Measures to Stabilize Health Insurance Finance*



신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

건강보험 급여비는 2001년 약 13조원이었으나 2010년에는 약 34조원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배가 증가하였다. 급여비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적인 추세로 파악된다. 또한 경제성장을 저하, 저출산 고령화, 신의료기술 발전, 소득 향상 등은 향후 건강보험 재정을 더욱 불안하게 할 것이다. 따라서 건강보험제도의 지속가능성을 높이기 위해 전달체계 개편, 의료자원 공급의 적정화 및 효율화, 약제비 지출의 합리화, 보험 재정 확충, 진료비 지불체계 개편, 자동안정장치 도입 등의 정책과제를 도출하였다.

## 1. 서론

건강보험 재정안정화는 전 국민 건강보험이 도입된 1977년 이후 지속적으로 제기되고 있다. 건강보험은 단기보험으로서 매년 급여비 지출 규모를 예측하고, 이를 감당할 수 있도록 보험료 또는 국고 지원금의 인상을 통해 수입을 확보하여 당기수지의 균형을 맞추는 메커니즘에 의해 운용된다. 따라서 건강보험 재정 안정은 수입과 지출이라는 두 축에 대한 적절한 예측과 관리를 통해서 이루어질 수 있다. 건강보험 수입은 보험료 부과기반의 확충, 보험료율 인상, 국고지원확대, 새로운 부담금 신설 등을 통해 확충될 수 있다. 반면, 지출은 소비자의 자기 책임을 강화하여 불필요한 의료서비스 이용

을 억제하거나, 진료비 지불제도의 합리적 개편, 전달체계의 효율화 도모, 인력·의료장비 등 의료자원에 대한 공급 최적화 등을 통해 그 규모를 적정화하는 방법을 생각해 볼 수 있다.

건강보험 재정은 과거 흐름을 볼 때 단기 흑자를 보이던 보장성 확대에 대한 요구가 커지고, 보장성 확대에 의해 재정이 적자로 나타나면 지출을 억제하여 재정안정을 회복하고자 하는 순환적 흐름을 보여주고 있다. 2000년 건강보험 통합과 의약분업 실시후 재정적자가 심화되어 재정위기가 도래하였고 이를 극복하고자 보험료의 급격한 인상 등 여러 정책이 시행되었다. 그 결과 2003년 누적적자에서 벗어났으나, 2004년 이후 보장성 확대 등으로 다시 재정이 불안해졌다. 비록 2008년 경제위기 등의 원인

으로 단기 흑자를 보이기는 했으나, 암환자 본인부담률 5%로 하향 조정, 희귀난치성질환 본인부담률 10%로 하향 조정, 소득수준별 본인부담 상한제 조정 등 보장성 확대의 지속으로 2010년에 다시 당기 1조 3천억 원의 적자를 보였다.

건강보험 재정은 이와 같이 정책 변화 및 외부 환경 변화에 따라 단기적으로 적자-흑자가 순환적으로 나타났지만, 큰 흐름에서 보면 진료비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적인 추세로 파악될 수 있다. 건강보험 급여비가 2000년대 들어 지속적으로 연평균 11% 이상 증가하고 있음은 이러한 추세를 뒷받침하고 있다. 더욱이 건강보험을 둘러싸고 있는 여건 및 환경은 건강보험 재정안정화를 위한 대안 마련이 더욱 절실함을 보여준다. 경제성장을 저하, 저출산 고령화, 소득 양극화 등은 자원 마련을 더욱 어렵게 할 것이다. 한국개발연구원(KDI)의 잠재성장률 전망에 의하면, 우리나라 경제 성장률은 2000년대 5.1%에서 2010년대에는 4.5%, 2020년대에는 3.0%로 급격히 하락할 것으로 예상된다. 저출산·고령화의 심화 또한 건강보험 재정에 있어 큰 위협요소이다. 우리나라 노인인구 비중은 2000년 7%(고령화사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 2018년 14%(고령사회), 2026년 20%(초고령사회)에 이를 것으로 예상된다(통계청, 2010). 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민 의료비의 급증을 야기하고, 이는 곧 국민의 부양 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용할 수 있다. 또한 저출산 현상은 생산가능인구의 감소를 의미하며 고령화 현상과 맞물려 생산가

능인구의 조세 및 사회보장비 등의 부담이 급증되는 문제를 야기한다. 우리나라 노인1명당 부양인구는 2000년 9.9명에서 2010년 6.6명으로 급격히 감소하였다(통계청, 2010). 이러한 저출산·고령화로 인한 생산가능인구의 부담 증가는 세대 간 갈등을 야기하고, 사회통합에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 반면, 소득수준 향상, 의료기술의 발달과 같은 긍정적인 여건 변화도 건강보험 재정에는 부정적으로 작용할 수 있다. 경제수준, 소득수준이 향상됨에 따라 국민의 보건 의료서비스 품질에 대한 기대수준이 높아지고 의료욕구 또한 증대된다. 더불어, 의료기술이 발달하면서 나노, 바이오, IT 등과 융합되면 소비자의 의료이용 행태는 물론 의료공급체계가 비용 유발적인 형태로 변화할 것이다. 또한 생활습관의 서구화, 노령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압, 당뇨 등 만성질환 증가로 새로운 보건 의료 수요가 발생하여 이로 인한 비용 증가가 예상된다.

진료비 및 GDP대비 의료비 점유율 비중의 적정성에 대한 객관적이고 절대적인 근거나 의견의 일치를 기대하기는 어렵다. 왜냐하면, 자원배분의 우선순위에 대한 의사결정은 시대적 여건의 산물인 경우가 대부분이기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 경제성장률 악화, 의료기술의 발달, 저출산·고령화 심화 등의 향후 여건변화에 대처하고, 효율적인 건강보험 재정운용을 위해서는 재정에 영향을 줄 수 있는 진료비 지불 체계, 서비스 전달체계, 자원배분 등에 관한 효과적인 해결책이 필요하다. 따라서 본고에서는 건강보험 지속가능성 제고를 위한 재정안정화 경로를 모색해 보고자 한다.

## 2. 재정 현황 및 문제점

### 1) 재정 현황

2001년 보험급여비는 약 13조원이었으나 2010년 보험급여비는 약 34조원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배가 증가하였다(연평균 약 10.98% 증가). 보험료는 지난 9년간 연평균 13.38% 증가하였고, 국고지원금은 4.53%, 담배부담금은 11.68% 증가한 것으로 나타났다. 2010년 기준 총수입은 33.5조 원인데 반해 총지출은 34.9조 원에 이르러 당기 약 1.4조 원의 적자를 기록함으로써 누적적립금이 약 9천억 원에 불과하다.

건강보험진료비를 거시적 측면에서 GDP, 국민의료비와 비교한 결과 GDP대비 국민의료비, 건강보험진료비, 건강보험 급여비 비율이 매년 높아지고 있어 의료비가 GDP보다 빠른

속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 진료비 대비 급여비 비율도 건강보험 재정위기 극복과정에 있었던 2003년과 2004년을 제외하고는 계속 높아지고 있어 보장성이 강화되고 있음을 알 수 있다.

2000년 이후 2009년까지 GDP는 연평균 6.52% 증가한 반면 건강보험 급여비는 14.36% 증가하였고 보험료는 15.56% 인상되었다. 수가는 물가에 비해 낮게 통제되어 연평균 3.13% 인상되었지만 급여비 증가는 소득 증가를 압도하고 있다.

### 2) 문제점

건강보험 재정관련 문제점을 ① 의료비의 효율적 활용 측면, ② 재정 확보 측면 및 ③ 지출통제 시스템 결여의 3가지 측면에서 살펴보고자 한다. 의료비의 효율적 활용 측면에서 상급병원

표 1. 재정현황

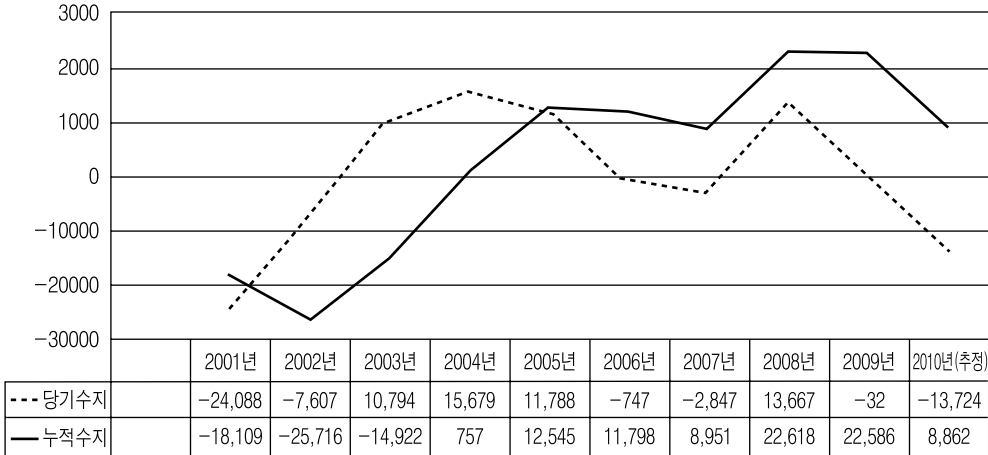
(단위: 억원, %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율	
수입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	333,138	12.47
	보험료 등	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	284,577	13.48
	국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	37,930	4.53
	담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,631	11.68
지출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	347,660	10.63
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	337,493	10.97
	관리운영비	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	10,167	2.60
당기 수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△14,552		
누적 수지	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,064		

자료: 국민건강보험공단 통계연보 각년도 및 2010년 주요 통계 연보

그림 1. 건강보험 재정수지 추이

(단위: 억원)



주: 현금흐름 수지에 의한 재정임.

표 2. 연도별 진료비와 GDP

(단위: 십억원, %)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
GDP(A) <sup>1)</sup>	720,539	767,113	826,892	865,240	908,743	975,013	1,023,937	1,063,059
진료비(B) <sup>2)</sup>	18,832	20,742	22,506	24,862	28,410	32,389	34,869	39,339
급여비(C) <sup>2)</sup>	13,899	14,952	16,131	18,262	21,489	24,561	26,499	30,146
B/A	2.61	2.70	2.72	2.87	3.13	3.32	3.41	3.70
C/A	1.93	1.95	1.95	2.11	2.36	2.52	2.59	2.84
C/B	73.81	72.09	71.67	73.45	75.64	75.83	76.00	76.63
국민의료비(D) <sup>3)</sup>	36,534	40,653	44,071	49,227	54,783	61,888	66,700	-
B/D	51.55	51.02	51.07	50.50	51.86	52.33	52.28	-
D/A	5.07	5.30	5.33	5.69	6.03	6.35	6.51	-
C/D	38.04	36.78	36.60	37.10	39.23	39.69	39.73	-

자료: 1) 한국은행(2010), 국민소득.

2) 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 연도

3) 보건복지가족부(2010), 2008년 국민의료비 및 국민보건계정.

표 3. 진료비, GDP, 관련 가격변수들의 연도별 증가율

(단위: %)

구분	~2001	~2002	~2003	~2004	~2005	~2006	~2007	~2008	~2009	연평균
GDP	7.99	10.61	6.46	7.79	4.64	5.03	7.29	5.02	3.82	6.52
물가수준	4.10	2.80	3.50	3.60	2.80	2.20	2.50	4.70	2.80	3.22
진료비	38.25	5.54	10.14	8.50	10.47	14.27	14.01	7.66	12.82	13.52
진료비(약가제외)	12.98	4.31	10.57	6.84	9.37	14.22	15.32	7.78	13.09	10.50
수가수준	7.08	-2.56	2.97	2.65	2.99	3.50	2.30	1.94	2.22	3.13
급여비	42.11	4.76	7.74	9.21	13.09	17.37	13.77	8.53	12.71	14.36
보험료	22.51	23.39	25.74	13.38	8.66	11.12	15.51	14.93	4.78	15.56

주: 1) 수가증가율은 시행월을 감안하여 연도별로 재계산한 것임.

2) 물가수준은 소비자물가지수증가율을 나타내며, 2005년을 100으로 489개 조사항목을 가중평균하여 매월 지수를 산출 발표

자료: 한국은행(2010), 국민소득.

국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 각 연도

통계청. 소비자물가지수.

으로 외래 환자가 집중화되는 문제와 약제비 비중의 과도함을 논의하고자 한다. 단위 당 서비스 가격이 높은 상급병원으로의 불필요한 환자 집중은 의료비의 비효율적 지출을 야기한다. 상급종합병원(종합전문병원)의 외래 진료비가 연평균 17.47% 증가하여 외래를 전문으로 하는 의원급 증가율 7.11%를 압도하고 있다. 점유율의 경우에 있어서도, 병원급 이상의 점유율은 매년 증가하고 있으나 외래를 전문으로 하는 의원급의 점유율은 감소하고 있다. 특히 내원일당 진료비가 의원급에 비해 5배 이상 높은 종합전문병원의 연평균 증가율이 17.47%로 다른 요양기관 증가율에 비해 현격히 높다. 특히 2008년에는 다른 요양기관 종류의 보장률은 감소한 반면 종합전문병원의 외래 보장률은 증가하였다. 즉 상대적으로 상급종합병원에 대한 비용부담이 이전에 비해 상대적으로 감소함으로써 외래의 경우도 상급병원 이용이 용이해지고 있는 것이다. 이러한 결과 내원일당 진료비가 현격히

높은 상급종합병원으로의 외래 환자 집중화는 자원배분을 왜곡하여 재정압박요인으로 작용할 수 있다.

이러한 상급요양기관으로의 환자 집중화는 소비자 측면, 공급자 측면 및 실질적 의료전달체계 부재에서 그 원인을 살펴볼 수 있다. 먼저 소비자 측면에서 보면, 자유롭게 소비자가 의료기관을 선택할 수 있는 현행 방식은 의료자원의 낭비와 의료비 상승을 초래할 수 있다. 특히 우리나라 국민은 자유로운 선택이 의료문화로 인식되어 의료기관의 시설, 장비의 대형화 및 현대화를 양질의 서비스와 동격으로 인식하고 있다. 또한 요양기관 종별 간 소비자 인지가격의 차이가 소비자가 인식하는 종별 간 의료서비스 질의 차이보다 작아 대형 병원에 대한 국민의 선호도가 나날이 높아지고 있는 현실이다. 즉, 소비자의 입장에서 요양기관 종별 서비스 질의 차이가 가격의 차이보다 크다고 할 수 있다. 이와 같은 현상은 필연적으로 의료자원의 수도권

집중화를 가속화하고, 소위 'Big 4' 대형 종합병원으로의 쏠림 현상은 더욱 심해질 것으로 판단된다. 따라서 의료자원 배분을 효율화하고 의료비 상승을 억제하기 위해서는 전달체계를 정상화할 필요성이 있다.

공급자 측면에서 보면, 현행 시스템은 상급병원의 경쟁력 우위 및 월등한 수입을 보장하는 제도로 설계되어 있다. 예를 들어, 앞서 살펴본 표와 같이 요양기관 종별 진찰료 상대가치의 차이로 인해, 의원급에 비해 상급종합병원은 33.9%(초진)에서 45.3%(재진)까지 내원건당 진찰료수입이 더 많다. 이처럼 요양기관 종별로 외래 진찰료 상대가치가 차이나고 있으나 이에 대한 근거는 명확하지 않다. 진찰료를 제외한 검사료 등에도 요양기관 종별로 차등가산율이 적용되고 있고 상급종합병원은 선택진료료를 통해 최대 진찰료의 50%까지 추가로 받을 수 있다. 즉, 진찰료만 한정하여도 상급종합병원은 의원급에 비해 2배 이상 수입을 담보할 수 있으며 선택진료료 등을 통한 부가적 수입을 통해 시설, 장비 등을 현대화하는 데 투자할 여력이 생기고, 다시 환자들은 고급화된 상급종합병원을 찾게 되는 악순환이 지속되는 것이다.

소비자 및 공급자 측면의 원인 이외에도 실질적 의료전달체계가 부재하다는 문제점이 있다. 현행 의료법에는 인력 및 시설 기준으로 의료기관을 구분하고 있으나 기능별 분류가 되어있지 않다. 예를 들어, 의원급의 경우 주로 외래환자를 대상으로 의료행위를 한다는 사항이 명시되어 있으나 강제력이 없다. 환자 의뢰-회송체계 작동을 위한 실효성 있는 규제 및 유인 기전 또한 부재한데, 이에 대한 법적 근거는 마련되어

있으나 이를 준수할 기전이 없는 현실이다. 따라서 병원급과 의원급간 환자 유치를 위한 무한 경쟁이 이루어지고 있으며, 그 결과 인력, 시설이 상대적으로 우수한 대형병원으로의 쏠림 현상이 가속화 되고 있다.

2010년 건강보험 약품비 규모는 약 12조8천 억원으로 총 진료비 43.7조의 29.3%를 차지하는 것으로 나타났다. OECD의 경우 국민의료비 지출 중 의약품비 비중(건강보험 외 민간보험 등 포함)이 14.3%인 반면, 우리나라의 경우 22.5%를 차지하고 있다. 약품비 증가추이는 「약제비적정화방안」 이후 다소 둔화되었으나('01~'06년 15.6%에서 '07~'10년 11%으로 감소) 여전히 높은 편이다. 이러한 약품비의 증가 요인을 살펴보기 위해 '05~'09년간 전체 약품비를 분석한 심평원의 연구에 의하면, 분석기간 연평균 증가(12.8%) 중 가격요인(-1.7%)에 비해 사용량요인(14.3%)이 결정적 영향을 미친 것으로 나타났다.

우리나라는 외국에 비해서도 의약품 처방량이 많으며, 오리지널 및 고가 제네릭을 주로 사용하는 것으로 나타났다. 예를 들어, 처방전 당 약품목수는 한국의 경우 4.16개인 반면, 미국은 1.97개, 독일 1.98개, 일본 3.0개, 영국 3.8개 등이다. 복수등재 최고가약 처방비중도 2007년 32.0%, 2009년 37.9%, 2010년 39.1%로 점차 증가하였다(심평원).

재원확보 측면에서 재원구성의 두 축인 보험료와 국고지원 문제점을 살펴보고자 한다. 현행 보험료 부과체계는 직장가입자(전체의 약 65%)와 지역가입자(전체의 약 35%)로 이원화되어 있다. 직장은 임금소득에 5.64%(2011년 기준)를

부과하고 있고 지역은 소득 외에 재산, 자동차, 성, 연령 등을 지수화하여 부과하고 있다. 직장의 경우 임금소득에만 부과하고 있기 때문에 보험료 부과대상에서 제외된 소득은 약 전체 소득의 약40%에 이르고 있다. 가구실태소비 조사보고서에 의하면 연간소득의 54.5%가 근로소득이고 사업소득, 재산소득, 이전소득 등이 나머지 45.5%를 차지하고 있는데, 직장과 지역 가입자를 모두 포함할 경우 전체 소득 중 약 40% 이상이 보험료 부과대상에서 제외되어 있는 것으로 나타났다(신영석, 2007).

국고지원의 경우 국민건강보험법 상 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 지원하고 보건복지부 장관은 2011년 12월까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이내에서 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하도록 되어있다. 그러나 차년도 보험료율이 결정되기 전에 예산이 편성됨에 따라 매년 실제 지원되고 있는 국고 규모는 법정 금액보다 작다. 2001년 이후 누적 부족액은 약 4.8조 원에 이르고 있다. 따라서 2011년에 국고지원 관련법이 만료되기 때문에 법 개정시 이를 보완할 수 있는 방법 등이 모색되어야 한다.

끝으로 지출통제 시스템의 결여 문제이다. 현행 지불제도는 행위별 수가제(Fee For Service), 즉 서비스 행위단위별 별도로 보상되는 체계이다. 행위별수가제 하에서는 공급자의 수입극대화, 의료서비스의 정보비대칭성 등으로 진료비 통제가 어렵다. 즉, 공급자수입(REV)은 가격(P)과 양(Q)으로 결정되는데, 공급자 입장에서 수

가(가격, P)는 통제가 불가능한(uncontrollable) 변수이므로, 수입극대화를 위해 서비스 양을 증가시킬 개연성이 존재한다. 더군다나 의료서비스 시장의 정보비대칭으로 서비스 양(서비스 빈도 및 강도)은 공급자 재량에 달려있다. 즉 공급자 측면에서 보면 현행 지불제도 아래서는 수가(가격)가 통제되어도 빈도를 확대하여 수입을 보전할 수 있는 제도이다. 가입자 또한 보험의 특성상 제3자 지불방식에 의해 욕구가 발생할 때 비용대비 효용이 높아 필요이상의 소비를 할 가능성이 높다. 결론적으로 현행 건강보험은 지출을 통제할 기전을 전혀 갖고 있지 못하다.

### 3. 재정안정을 위한 정책 과제

#### 1) 전달체계 개편

단기와 중장기로 나누어 개편 방안을 모색하고자 한다. 단기적으로 소비자 측면에서 소비자의 비용의식이 제고되어야 한다. 공급자 측면에서는 요양기관 종별 진찰료 상대가치 차이를 해소할 것을 제안한다. 요양기관 종별 진찰료 상대가치(초진 및 재진)를 의원급 상대가치로 단일화 하되 병원 급에서 삭감된 상대가치는 상대적으로 상대가치가 낮은 것으로 평가되고 있는 입원료 상대가치를 높여줌으로써 병원급 이상기관의 반발 최소화할 수 있다. 단, 상대가치 조정은 재정 중립상태를 유지하는 범위 내에서 조정하여야 한다. 또한 외래에 한정하여 선택진료료 폐지하는 방안을 제안한다. 현행 제도에서는 동일한 의사가 상급병원에 근무하다가 의원을

개원하게 되면 종전에 받았던 선택진료료를 받을 수 없는 모순이 있다. 따라서 이러한 불형평을 해소하고 전달체계를 정상화하기 위해 외래에 한정하여 선택진료료를 폐지해야 한다. 마지막으로 상급종합병원의 외래환자 수를 제한하는 방안을 고려해볼 수 있다. 의사가 1시간 당 진료할 수 있는 환자의 수를 의원급 차등수가제에 기준에 맞추어 약 8~9명으로 제한하는 것이다. 통상 상급종합병원은 예약제에 의해 환자를 진찰하기 때문에 기준 이상의 환자는 예약을 받지 못하도록 제도화함으로써 환자 수를 제한할 수 있을 것으로 여겨진다.

중장기적으로는 보다 종합적인 마스터 플랜이 필요할 것으로 보인다. 중장기적으로는 ① 일차 의료 강화, ② 전문병원 또는 거점병원 육성 및 ③ 대형병원의 중증질환 특화로 전달체계를 개편할 것을 제안한다. 우선 일차의료 강화를 통해 만성질환, 노인성 질환(고혈압, 당뇨 등)을 관리하여야 한다. 1년 동안 일정 기준(예를 들어 1년 간: 진료일수 180일)을 초과한 환자를 대상으로 현재 의료급여에서 실시 중인 선택병의원제 도입하여 관리를 강화할 수 있다. 그 외 희망자에 한해서도 선택병의원제에 가입할 수 있도록 하되 이에 상응하는 인센티브를 제공하고(예를 들어 현행 보다 확대된 건강검진 기회 부여) 선택병의원으로 선택된 공급자에게는 현행보다 높은 수준의 인두제 개념의 만성질환 관리료를 제공한다면 제도를 단계적으로 확대 시행할 수 있을 것이다. 또한 현행 중소병원은 중장기적으로 전문병원 또는 거점병원으로 유도해야 한다. 경쟁력 있는 병원을 중심으로 행정적, 재정적 지원을 통해 특정질환 중심의 전문

병원으로 또는 지역별 거점 병원(의원에서 시설 및 장비를 이용할 수 있는 병원)으로 그 기능을 유도하고, 시설 및 장비가 상대적으로 열악한 병원은 장기요양병원으로 유도할 수 있다. 마지막으로 대형 종합전문병원 및 지방 종합병원은 중증질환 입원 및 연구중심으로 기능을 재편해야 한다.

## 2) 의료자원 공급의 적정화 및 효율적 활용

의료자원 공급을 적정화 하고 이를 효율적으로 이용하기 위해서는 우선 보건의료 인력, 시설, 장비 등의 적정수급에 대한 중장기 로드맵을 설정하고 이를 이행하기 위한 모니터링 체계를 구축하여야 한다. 또한 신체건강, 정신건강, 공중보건, 장애인 및 노인 등 지역별 변이 요인을 고려하여 지역 간 의료자원 배분 정책을 수립하고 이에 대한 평가체계를 구축해야한다. 그 외 의료기기에 대한 관리방안이 시급하다. 고가의 의료장비에 대한 건강보험 급여정책의 변화가 필요하다. 단기적으로 감가상각기간이 만료된 경우 정상수가의 일정율을 감액하거나 사용빈도를 감안하여 수가를 탄력적으로 조정할 수 있다. 장기적으로는 현행 진료비 지불보상제도를 행위별 수가제도와 같은 사후적 보상체계보다는 총액예산제, 인두제, 포괄수가제 등 사전적 보상체제로 변화시켜 각 병원이 비용절감동기를 가지고 불필요한 고가장비의 도입과 활용을 스스로 억제하도록 하는 것이 바람직하다. 더불어 과잉공급과 비효율적 사용을 규제하기 위해 고가의료장비의 공동구매와 공동사용의 활성화 방안을 모색하고, 고가의료장비를 통한 검사



결과의 의료기관간 이동을 허용하고 이를 보험 급여화하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

### 3) 약제비 지출의 합리화

의약품 시장에서 특허약품은 평균비용(AC, average cost)이 한계비용(MC, marginal cost)보다 크지만, Generic은 평균비용과 한계비용이 거의 같다. 또한 수요측면에서 보면 약을 선택하는 사람, 사용하는 사람 그리고 지불하는 사람이 달라 가격에 대한 수요탄력성이 매우 낮다. 이처럼 의약품의 경우 수요가 비탄력적(제 3자 지불방식)이기 때문에 공급자는 수요자가 지불 가능한 최대의 가격을 설정하고 광고나 판촉 행위, 리베이트 제공, 제품의 질적 우위를 입증할 수 있는 근거 마련에 주력하여 시장 점유율을 확대하려는 유인이 있다. 따라서 의약품 시장의 수요가 보다 탄력적이게 정책적 변화가 필요하다. 즉 소비자가 약품을 선택할 수 있도록 제도화하고 고가약을 선택할 경우 본인부담 가격을 높여 수요 탄력성을 높일 필요가 있다. 독일 등에서 시행하고 있는 참조가격제(Reference Pricing)가 대안이 될 수 있을 것이다.

### 4) 보험 재정 확충

안정적인 재원 확보는 건강보험 관련 정책 효과의 극대화를 위해 필수적인 사항이며, 따라서 특별회계나 목적세 등의 신설을 통해 세입과 세출의 효율적인 연계를 도모할 필요가 있다. 아울러 목적세 부과를 통한 재원 확보 이외에, 담배, 주류 혹은 휘발유에 대한 목적세 부과로 인

한 이들 제품의 가격 상승과 이로 인한 소비량 감소를 예상할 수 있어 이에 상응하는 건강증진 효과를 기대할 수 있다. 즉, 건강위해 행위(소비)에 대한 건강세를 고려할 수 있는데, 부과 대상에 따른 건강세 종류로 담배세, 주류세, 유류세, 로또, 잼블링(gambling)세 및 청량음료, 스낵, 패스트푸드 등에 부과하는 세금 등이 있다. 건강위해행위는 그 행위를 하는 소비자 자신 뿐 아니라 소비하지 않는 사람에게 까지 부정적인 영향을 미치는 외부성(extemality)을 가진다. 따라서 건강세는 건강위해소비를 줄임으로써 사회적 비용을 절감하고, 건강위해소비의 경제적인 기회비용을 세금을 통하여 반영할 수 있다. 또한 건강위해소비는 중독성이 있어 합리적인 소비행위를 일탈하게 되므로 세금으로 교정하여 세금부과의 정당성을 가지게 된다.

한편 건강위해행위에 대한 세금은 형평성 문제를 야기시키기도 하는데, 빈곤층에서 더 많이 소비하여 저소득층이 세금을 더 많이 부담하게 되지만 반면에 건강위해에 노출된 빈곤층에게 많은 혜택이 돌아간다면 수혜자에게 많이 과세되는 것은 합당하다고 여겨진다. 다만, 유병률이 높아져 수명이 짧아지면 연금급여액이 줄어들어 일정 부분 상쇄된다는 주장도 있다. 이와 같이 형평성 문제에서는 지불능력의 원칙과 수혜의 원칙, 어느 것을 택하느냐에 따라 달라질 수 있다.

국고지원은 2011년 한시법 종료와 더불어 새롭게 설계될 때, 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 부족한 재원은 위에서 제시한 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충할 것은 제안한다.

가입자의 보험료 부담 측면에서는 우선 피부양자 인정기준이 개선되어야 한다. 형제·자매 전체를 피부양자에서 제외하는 방법은 국민기초생활보장법의 부양의무자 조건과 일치하며, 실질적 부양관계가 갈수록 축소되고 있고 특히 20세 이상 경제활동이 가능한 성인의 비율이 전체의 87%를 차지하고 있음을 감안할 때 합당하다고 여겨진다. 피부양자에서 제외된 형제, 자매는 지역가입자로 전환하되 이들 중 의료급여 자격에 부합하는 계층은 의료급여 권에서 흡수할 수 있을 것이다.

또한 부담 능력에서 누락된 소득 부분에 대해 보험료를 부과해야 한다(연금소득, 금융소득, 임대소득, 양도소득 등). 연금소득의 경우 연금의 월 급여액이 최저생계비 이상인 경우 직장가입자로 편성하여 피부양자에서 제외하는 방법을 취할 수 있다. 부동산 양도소득, 금융소득(이자, 배당), 임대소득 등은 소득이 실현되는 시점에서 국세청이 원천징수하여 건강보험공단에 이관하는 방식으로 재정을 확충할 수 있다.

### 5) 진료비 지불제도 개편

진료비 지불제도는 공급자에게도 재정 증가 책임을 나누는 형태로 개편되어야 한다. 예를 들어 DRG, 총액 예산제 등을 고려할 수 있다. 의료이용형태별로 보면 외래의 경우 인두제를 통한 주치의 방식으로 예산 총액을 결정하며, 입원의 경우 DRG를 전면 도입하되 총액을 결정 후 에피소드 건수에 따라 사후조정되는 사후가격제 도입을 제안한다.

단, 진료비 지불제도 개편 시 다음과 같은 사

항을 고려해야 한다. 첫째, 의원과 병원의 경영 실태, 재무성과와 원가구조 등에 관한 객관적 자료와 특히 병원의 회계기준 정립이 우선 필요하다. 둘째, 진료전달체계의 확립을 통한 의료기관의 기능적 분화 및 일반의와 전문의 간 역할분담이 정립되어야 하며, 셋째, 총액진료비 계약제가 특정 진료영역(즉 보험진료)에만 적용될 때에는 비보험 진료영역으로의 대체효과가 발생할 우려가 있으므로 보험급여의 지속적인 확충이 필요하다. 넷째, 의료서비스 평가 제도를 확립하여 의료의 질 관리를 위한 시스템 구축하고, 다섯째, 의료기관에 대한 정보 공개를 확대하고 IC 카드를 통하여 환자에 대한 통합연계 서비스 제공 체계를 구축하는 등 의료 정보 공개가 보장되어야 한다. 마지막으로 제도 개편 당시 공급자들의 동의를 이끌 수 있도록 적절한 수가 조정이 이루어져야 할 것이다.

### 6) 보험재정 안정을 위한 Built-in Stabilizer 체계 도입

보장성-수가-보험료 수준을 연동하여 보장성 규모와 수가 수준이 결정되면 보험료 수준이 자동으로 결정될 수 있는 Mechanism 구축이 필요하다. 이를 위해서는 수가(P)가 현행처럼 사전에 결정되는 것이 아니라 진료량(Q)과 연계하여 총 진료비(REV=P×Q)를 사전에 결정할 수 있어야 한다. 이 때, 진료량(Q)은 노령화 정도, 소득 증가 등을 반영하여 설정하며, 수가(P)는 소비자 물가지수에 연동할 수 있다. 보급