

# 건강보험 정책현황과 과제

*Current Status and Future Tasks of Health Insurance Policies*



신영석 한국보건사회연구원 부원장

짧은 기간 동안 전국민의료보험을 달성하고 적은 부담으로 높은 건강지표를 보이는 등 그 동안의 성과에도 불구하고 현재 우리나라 의료보장체계에는 아직 많은 과제들이 놓여있다. 첫째, OECD 선진국에 비해 보장성 수준이 현저히 낮아 보장성을 지속적으로 확대할 필요가 있다. 둘째, 재원의 대부분을 차지하고 있는 보험료(전체 재정의 약 83.3%) 부과 방식에 대한 논란이 지속되고 있다. 직장과 지역간 이원화된 부과체계 때문에 형평성 침해에 대한 이의제기가 지속되고 있다. 셋째, 의료에 대한 욕구는 나날히 증대되고 있으나 국민에게 제공된 정보가 충분하지 못하여 국민의 알 권리를 담보하고 있지 못하다. 넷째, 외형적인 모습은 선진국 수준에 근접하고 있으나 의료의 질 관점에서 재검토가 필요할 것으로 보인다. 다섯째, 소득 증가, 급속한 고령화, 보장성 확대 등 때문에 건강보험 재정규모가 급증하고 있다. 제도의 지속가능성 측면에서 누수 되는 부분이 없는지, 효율성을 높일 수 있는 방안은 없는지 등 다각적인 검토가 필요하다. 의료공급체계(인력, 자원, 기기 등), 전달체계, 그리고 진료비 보상방식 등이 통합적으로 재검토되어야 한다. 여섯째, 건강보험제도를 구성하는 국민(소비자), 의료제공자(공급자), 정부(보험자)간 신뢰 회복이 시급하다.

## 1. 서론

최근 건강보험 관련 진료비 지불제도의 개편에 대한 논의가 뜨겁다. 정부는 건강보험정책심의회위원회<sup>1)</sup>의 의결을 거쳐 2012년 7월부터<sup>2)</sup> 7개 질환군(맹장, 제왕절개, 백내장, 편도, 치질, 탈장, 자궁)에 대해 종래의 행위별 수가제에서 포괄수가제(질환별 정액 수가제)로 진료 보상방식을 바꾸어 적용할 것을 발표하였다. 이에 의사

협회는 환자의 상태에 상관없이 사전에 가격이 정해지면 공급자는 진료량(상대적으로 저렴한 재료 등)을 감소시켜 서비스 질이 떨어질 것이라는 주장으로 강력 반발하고 있다.

건강보험이 도입된 지 35년이 경과하고 있는 요즘 우리나라 건강보험 체계에 중대 전환기가 도래했음을 알리고 있다. 1977년 제도 도입 당시에는 500인 이상 사업장 중심으로 시작되었기 때문에 어떻게 빠른 시일내에 전국민에게

1) 건강보험 요양급여의 기준, 요양급여 비용, 보험료 등 건강보험정책의 중요사항을 심의 의결하기 위한 기구로 가입자 대표, 공급자 대표, 공익 대표 각각 8인과 위원장(보건복지부 차관: 당연직)을 합하여 25명으로 구성됨.

2) 의원, 병원에는 2012년 7월 1일부터, 종합병원, 상급종합병원에는 2013년 7월 1일부터 적용

확대 적용할 수 있는 지에 대한 논의가 중심을 이루었고 1989년 전국민에게 확대·적용된 후에는 상대적으로 낮았던 보장 수준을 어떻게 빠른 시일내에 선진국 수준으로 높일 수 있는지에 대한 논의가 활발했었다. 대상이 전국민으로 확대되고 보장 수준도 높아지면서 재정문제가 나타났다. 국민의료비가 1980년에 GDP의 3.7%에서 2010년에 6.9%로 증가하였다. 1980년에 21.9%에 불과하던 국민의료비 중 공공재원 비중<sup>3)</sup>도 2010년에 59%<sup>4)</sup>로 증가하였다. 2001년 약 13조 원이던 건강보험 급여비가 2011년에 36조 원<sup>5)</sup>에 이르러 불과 10년만에 2.7배 증가하여 연평균 약 10.46%씩 폭증하고 있다. 이를 감당하기 위해 국민이 직접 부담하는 보험료는 2001년에 9조원에서 2011년에 약 32조 원으로 훨씬 가파르게 증가해오고 있어 (지난 10년 동안 약 3.56배 증가하여 연평균 증가율은 13.5%에 이를) 제도의 지속가능성에 의문이 드리워지고 있다. 재정 증가의 원인으로 보장성 확대, 소득 증가, 급속한 고령화, 신약 및 신의료기술의 발달 등이 대두되고 있지만 이러한 요인들은 피할 수 없는 흐름이다. 필자를 포함한 많은 전문가들은 이러한 요인보다 지불보상제도에 원인을 돌리고 있다. 현행 행위별 수가제는 근본적으로 비용조장적이다. 제공된 모든 행위에 개별적으로 보상되는 체계이기 때문에 제도 자체가 필요이상의 서비스를 제공할 유인을 갖고 있는

것이다. 과잉 공급을 억제하기 위한 방편으로 여러 지불제도가 검토되면서 최근 7개 질환에 대한 포괄수가제(DRG)가 결정되었다. 포괄수가제로의 전환을 놓고 논란이 거세어지고 있는 것이다. 즉, 우리나라 건강보험체계의 일대 전환기가 도래한 것이다.

본고는 최근의 논란을 직시하면서 향후 건강보험제도의 정책방향에 대해 논의하고자 한다. 건강보험 제도를 둘러싼 환경의 변화 등을 검토하면서 지속가능성 제고에 초점을 맞추어 향후 정책과제 및 과제의 해결 경로를 모색해보고자 한다.

## 2. 환경변화 전망

건강보험은 노인인구 비중 등 인구구성의 변화, 소득 수준의 변화에 따른 의료욕구의 양태 변화, 환경 및 식생활 변화 등에 의한 질환 양태의 변화, 기술 발달에 의한 진료환경의 변화, 재정 능력에 따른 정책 환경변화 등에 의해 영향을 받을 것으로 보인다.

첫째, 노인인구의 비중 등 인구구성의 변화는 건강보험에 직접적인 영향을 미칠 수 있다. 노인 인구 비중은 '00년 7%(고령화 사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 '10년 11%, '17년 14%(고령사회), '26년 20%(초고령사회)에 달할 것으로

3) 보장성 수준에 대한 국제적 기준이 없어 OECD에서 제공하는 국민의료비 중 공공재원 비중을 보장성 척도로 사용함. 건강보험정책연구원(건강보험공단 산하)에서 매년 보장률을 발표하고 있으나 분모를 구성하는 항목에 치과 보철, 간병비 등이 누락되었다는 지적을 받고 있음.

4) '보건복지부·연세대(2011). 2010년 국민의료비 및 국민보건계정' 인용

5) '건강보험 통계연보 각년도' 인용

전망된다. 반면 고용 불안정, 결혼 및 자녀 양육에 따르는 경제적 부담, 일-가정 양립의 한계 등으로 약 1.2 정도에 머무르고 있는 합계출산율은 단기간내에 개선될 것 같지 않다. 저출산 고령화는 생산인구의 감축을 초래하고 이는 생산가능인구의 부양부담을 가중시켜 세대간 갈등을 야기할 수 있고 사회통합에 부정적인 영향을 초래할 우려가 있다. 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하여 건강보험 재정에 위협요인으로 작용한다. '11년 기준, 10.52%의 노인인구가 전체 건강보험 급여비의 34.13%를 소비하였고, 노인 1인당 진료비도(296.6만원) 전체 평균 진료비에(93.7) 비해 3.16배 정도 높다.

둘째, 국민 1인당 국민소득이 20,000달러를 넘어섬으로써 국민의 건강욕구가 더욱 증진될 것으로 예상된다. 동시에 보건의료서비스의 품질 향상에 대한 기대수준을 제고 시키고, 다양한 형태의 새로운 보건의료서비스 욕구를 형성할 것이다.

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

넷째, 미래에는 '개인'이 상시 지속적인 생체 신호 모니터링과 분석을 통해 건강위험요인을

예측하고 이를 의사와의 협력을 통해 관리하는 형태로 전환되어 개인에 맞는 예측의료활동에 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 개인 별로 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 지역사회적 적극적인 참여(Participatory)가 될 것이다.

다섯째, 국민의료비가 지속적으로 증가할 것이고 건강보험도 재정의 불안 때문에 지속가능성에 위협받을 것으로 예측된다. 우리나라 GDP 대비 국민의료비 비중의 평균 증가율이 OECD 평균보다 2배 이상 빠르게 진행되고 있다. 건강보험 급여비도 2000년대 들어와 연평균 11% 이상 급속 팽창하고 있다. 반면 수입의 확충은 한계가 있어 이미 재정 건전성에 빨간 불이 들어온 상태이고 향후에도 제도 개선이 없는 한 재정 악화가 심화될 것으로 예측된다.

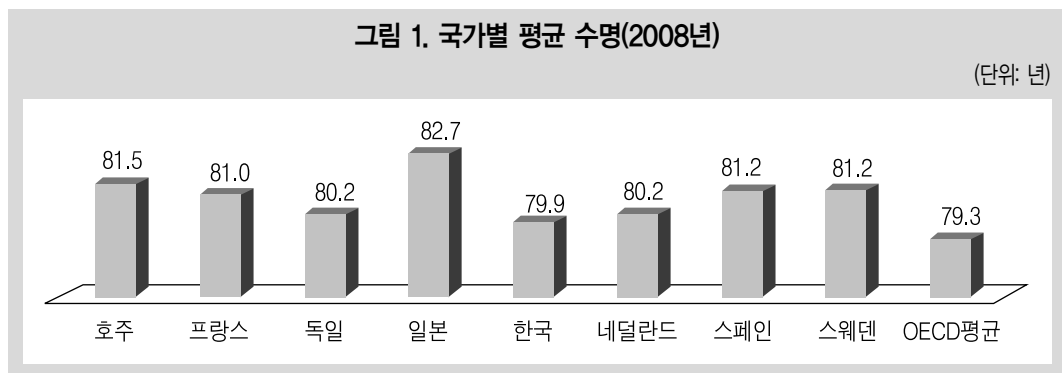
### 3. 건강보험 정책 현황 및 과제

1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 12년만인 1989년에 전국민에게 적용이 확대되었고 보장성도 비약적으로

확대되어 의료접근성이 현저히 개선되었다. 2008년 기대수명은 79.9세(OECD 평균 79.3세), 영아사망률은 천명당 3.5명(OECD 평균 4.4명)으로 나타나는데, 이는 OECD 국가에 비해 상대적으로 낮은 의료비를 지출하면서 건강지표는 선진국 수준을 달성한 것이라 볼 수 있다. 2012년 기준 우리나라의 보험료율은 임금소득 대비 5.80%인 데 반해 독일(2010년) 14.9%, 프랑스(2010년) 13.6%, 대만(2011년) 8.90%, 일본(2011년) 약 10%<sup>6)</sup> 등으로 보장성 수준(국민의료비의 공적재원 비율 기준 독일-76.9, 프랑스-77.9, 일본-80.8, 한국-59.0) 등을 감안하여도 적은 비용으로 높은 건강지표를 보이고 있어 현재까지는 우리나라 보건의료체계가 대단히 효율적으로 운용되고 있는 것으로 나타나고 있다.

짧은 기간 동안 전국민의료보험을 달성하고 적은 부담으로 높은 건강지표를 보이는 등 그 동안의 성과에도 불구하고 현재 우리나라 의료보장체계에는 아직 많은 과제들이 놓여있다. 첫

째, OECD 선진국에 비해 보장성 수준이 현저히 낮아 보장성을 지속적으로 확대할 필요가 있다. 보장성을 확대하기 위해서는 재원이 담보되어야 하기 때문에 국민의 부담능력에 맞추어 점진적으로 확대할 필요가 있다. 물론 재원 확보 방안도 동시에 강구되어야 한다. 둘째, 재원의 대부분을 차지하고 있는 보험료(전체 재정의 약 83.3%) 부과 방식에 대한 논란이 지속되고 있다. 직장간 지역간 이원화된 부과체계 때문에 형평성 침해에 대한 이의제기가 지속되고 있다. 셋째, 의료에 대한 욕구는 나날이 증대되고 있으나 국민에게 제공된 정보가 충분하지 못하여 국민의 알 권리를 담보하고 있지 못하다. 넷째, 외형적인 모습은 선진국 수준에 근접하고 있으나 의료의 질 관점에서 재검토가 필요할 것으로 보인다. 이미 선진국에서도 의료의 질 제고가 최근의 화두임을 감안하면 이에 대한 제도적 대책이 필요하다. 다섯째, 소득 증가, 급속한 고령화, 보장성 확대 등 때문에 건강보험 재정규모가 급증하고 있다. 제도의 지속가능성 측면에서



6) 정부관장보험(중소기업)은 월소득의 9.5%, 시정촌 국민건강보험(지역)은 도쿄 23구의 경우 소득의 8.0% + 가구원당 정액, 오사카시는 소득의 11.4% + 가구원당 정액으로 적용인구를 기준으로 사용할 경우 평균 약 10.01%에 해당함.

누수 되는 부분이 없는지, 효율성을 높일 수 있는 방안은 없는지 등 다각적인 검토가 필요하다. 의료공급체계(인력, 자원, 기기 등), 전달체계, 그리고 진료비 보상방식 등이 통합적으로 재검토되어야 한다. 여섯째, 건강보험제도를 구성하는 국민(소비자), 의료제공자(공급자), 정부(보험자)간 신뢰 회복이 시급하다. 최근의 포괄수가제 도입여부를 둘러싸고 논란이 심화되고 있는 이유는 상호간 믿지 못하기 때문으로 추정된다. 즉, 현행 의료체계에 대한 인식에 3자간 상당한 차이가 있다.

세계가 인정하는 우리나라 의료체계를 향후에도 지금처럼 저비용으로 고효율을 유지할 수 있는 체계 정비가 시급하며 각 주체별 인식의 차이를 좁혀 지속가능한 체계를 구축해야 한다. 따라서 본고에서는 지속가능하면서 국민의 의료보장을 담보할 수 있는 건강보험제도의 과제 및 추진방향을 주체별로 구분하여 논의하고자 한다.

## 1) 보장성

국민의료비 중 공공재원 비중(보장성)이 급격히 증가하고 있다. 1980년에 21.6%이던 공공재원 비중이 1990년에 38.4%, 2000년에 48.6%, 2010년은 59%로 증가하였다. 보장성이 지속적으로 확대되어 왔다. 그럼에도 불구하고 아직 OECD 평균(71.5%—2009년 기준)에는 미치지 못하고 있다. 가계직접부담 비율도 2010년 기

준 31.4%로 OECD 평균(19.2%—2009년 기준)에 비해 높다. 보장성을 확대한다는 방향성 측면에서는 대부분 동의할 것으로 보인다. 다만 어느 정도 수준이 적절한 것인지, 확대한다면 어떠한 부분을 확대해야 하는지에 대한 논의가 필요하다. 보장성이 지나치게 확대되면 즉, 의료이용시 본인부담 비용이 지나치게 작으면 필요이상의 소비가 이루어져 자원배분의 왜곡이 발생할 수 있다. 우리나라 1인당 평균 외래진료건수는 2008년 기준 13.0회로 OECD 평균인 7.1회에 비해 거의 2배에 이르고 있다. 외래진료건수가 많다는 것은 그만큼 물리적 접근성이 좋다는 면도 있지만 필요이상의 의료이용이 존재할 가능성이 높다. 상대적으로 외래 부문에 대한 보장성이 높아서 나타날 수 있는 현상이기도 하다. 2011년도 보건의료미래위원회에서 실시한 대국민 실태조사<sup>7)</sup>에 의하면 전국민의 희망 보장률은 약 70%에 수렴하는 것으로 나타나고 있다.

위와 같은 현실을 토대로 보장성 제고 방향에 대해 다음과 같이 제안하고자 한다. 우선 보장성의 최종 목표를 70%로 하되 확대방향은 다음과 같다. 검사, 처치 및 수술, 주사, 치료재료 등 치료와 직접 관련이 있는 항목을 우선 급여화해야 한다. 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여 범위내에 포함시키되 재정상황에 따라 본인부담률은 점진적으로 낮출 수 있다. 선택진료비를 그 다음 급여 범위내에 포함시키되 선택진료비는 지급 방법을 개선할 필요가 있다.

7) 2009년도 보장성이 64%(건강보험공단 진료비 실태조사 자료)임과 보장성이 확대되면 국민의 부담이 늘어나는 것을 전제로 국민에게 희망하는 보장정도를 설문한 결과 약 70%에 수렴

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 75% (2010년 기준 약 67%)의 보장률을 목표로 하고 외래의 경우는 약 65% (2010년 기준 약 63.7%)를 설정하여 필요이상의 의료서비스가 남용되지 않도록 제도의 건강성도 고려해야 한다.

## 2) 보험료 부과체계의 개편

또 다른 현안은 보험료 부담의 형평성 제고이다. 2000년 7월 단일보험자로 거듭났으나 부과체계는 지금까지 이원화 되어 있다. 단일보험자 이원화된 부과체계는 수많은 문제점을 낳는다. 직역간 부과요소가 다르기 때문에 형평성 등 측면에서 많은 문제점을 낳는다. 아직도 매월 보험료 부과시점에 전국적으로 수십만 건의 민원이 지속되고 있다. 보험료 파이가 더 커지기 전에 시급히 개선해야 할, 더 이상 미룰 수 없는 과제이다. 직역간 단일화 방안의 모색을 포함하여 부과 기반의 확충까지도 같이 검토되어야 한다. 단기와 중장기로 나누어 부과체계 개편 방향을 제시하고자 한다.

단기적으로는 지역 부과체계의 이원화 문제를 해소하여야 한다. 과세소득 500만원 이하세

대에 적용되던 평가소득 개념을 없애면서 부과요소 중 자동차는 제외하고 이중으로 사용되던 재산을 한 번만 사용하되 개인별 보험료 분리가 가능하도록 한다. 평가소득 개념이 없어지는 것을 기본보험료 도입으로 대신 한다. 즉, 단기 방안에서는 현행 성, 연령점수를 기본보험료로 전환하되 과세소득 500만원 이상세대에도 적용하고 재산의 비중을 다소 낮추면서 소득계층별 부담의 역진성을 완화한다. 동시에 사업소득, 금융소득, 연금소득 등 기타소득이 있는 피부양자 무임승차 제한방안도 모색되어야 한다. 또한 임금소득이 총소득의 59%에 불과하다는 현실을 반영하여 부과대상 소득을 종합소득으로 변경한다.

중장기 방안은 총소득과 기본보험료 기준 단일부과체계를 적용하는 것이다. 중장기에는 총소득(임금소득, 연금소득, 금융소득, 임대소득, 사업소득, 양도소득 등 종합소득)과 기본보험료 형태로 전국민 단일부과체계를 도입하는 방안이다. 단, 단일부과체계를 설계하기 위해서는 현행 66.2%의 직장가입자 비율을 75% 이상으로 증가시키는 것을 제안한다. 특수직역자영자(학습지 교사, 개인택시 기사 등)의 전환과 5인 미만 사업장 종사자 보험료 지원 사업 등을 통해 직장가입자 비율을 높인 후 제도 개편을 할 수 있을 것이다.

## 3) 제도의 지속가능성 제고

건강보험의 또 다른 현안은 제도의 지속가능성일 것이다. 2001년 약 13조 규모였던 건강보험 급여비가 2011년에 약 36조 원으로 확대되

었다. 불과 10년 만에 2.77배 증가하였다. 보험  
 급여비를 충당하기 위하여 국민의 직접부담인  
 보험료도 2001년 8.9조 원에서 2011년에 32.1  
 조 원으로 10년 동안 약 3.60배 증가하였다.

앞으로도 건강보험 재정환경은 낙관적이지  
 않다. 세계 유래 없이 빠르게 진행되고 있는 고  
 령화, 소득 증가에 의한 건강 욕구 증가, 신의료  
 기술의 발전, 질환 종류의 다각화 등이 건강보  
 험 재정을 압박하게 될 것이다. 한국보건사회연  
 구원의 추정에 의하면 지금보다 약 8년 후인  
 2020년에 건강보험 급여비는 87.40조 원에 이  
 를 것으로 전망되었다.<sup>8)</sup> 문제는 이러한 재정 규  
 모를 어떻게 감당할 수 있을 것인가에 있다. 건  
 강보험의 지속가능성에 대해 전면적인 검토가  
 필요한 시점이다.

제도의 지속가능 관련 구체적인 정책 방향 및

대안, 중장기 로드맵 등에 대한 논의가 본격화  
 되어야 한다. 첫째, 진료비 지불제도의 개편에  
 대한 논의가 본격화되어야 한다. 우리나라 건강  
 보험의 진료비 지불제도는 행위별수가제(FFS:  
 Fee for Service)이다. 공급된 모든 진료 행위에  
 대해 행위당 단가를 정하여 보상하고 있다. 급  
 여비 급증의 주요요인 중 하나로 진료비 지불제  
 도가 꼽히고 있다. 진료비 증가 정도를 사전에  
 예측할 수 있는 체계가 필요하다. 둘째 진료비  
 보상방식의 개편에 맞추어 의료공급체계도 재  
 검토되어야 한다. 의료기기, 의료인력, 병상수  
 등에 대한 지역별 분포를 고려하여 중장기적으  
 로 적정공급량에 대한 판단이 필요하고 이를 모  
 니터링하여 수급불균형을 조정할 메카니즘의  
 도입이 필요하다. 셋째, 새로운 진료비 보상방  
 식, 의료공급체계에 맞추어 의료전달체계도 개

표 1. 건강보험 재정 현황

(단위: 억원)

구분	2001년	2003년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
<b>수입</b>	116,423	168,231	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,605	375,878
보험료수입	88,516	131,807	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,650	321,221
국고 일반회계	26,250	27,792	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123	40,794
지원 증진기금	-	6,446	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	9,568
기타수입	1,657	2,186	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,202	4,295
<b>지출</b>	140,511	157,437	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	370,089
보험급여비	132,447	149,522	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,888	358,302
관리운영비	7,101	7,085	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,077	11,066
기타지출	963	830	380	764	610	623	664	687	721
<b>당기수지</b>	△24,088	10,794	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△12,995	5,789
<b>누적적립금</b>	△18,109	△14,922	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,862	11,790

자료: 건강보험공단 통계연보(2001~2011)

8) 신영석 외(2011). 100세 시대 대비 건강보험 재정전망, 한국보건사회연구원.

편되어야 한다. 요양기관 종별 기능분화가 되어 있지 않아 모든 요양기관들이 외래환자 및 입원 환자를 경쟁적으로 유치하면서 외래환자의 상급종합병원 집중화 현상도 심화되고 있다. 이러한 집중화 현상은 건강보험의 재정을 위태롭게 할 뿐 아니라 자원배분의 왜곡을 초래한다. 이러한 과정은 의료공급자와의 협력이 필요하고 정책결정을 위해서는 신뢰할 수 있는 데이터가 뒷받침 되어야 한다. 비급여 진료내역에 대한 자료, 요양기관의 실태에 자료 구득이 급선무이다. 자료에 기반하여 제도 개편이 이루어져야 공급자도 동의할 수 있다. 이를 요양기관 패널 구축을 제안한다. 대표성이 있는 표본을 선정하되 선정된 요양기관에 대해서는 자료협조에 대한 반대급부도 제공되어야 한다. 최소 3년의 자료는 구축되어야 정책 결정에 활용될 수 있다. 요양기관 실태파악은 너무도 시급하고 중요한 과제라 하겠다.

#### 4) 기타

의료의 질 관리가 필요하다. 치료 결과와 연계하여 보상을 차별화함으로써 의료의 질 제고에 정책의 초점을 모을 필요가 있다. 국민의 알권리도 실현시켜야 한다. 대단히 제한적인 요양기관 정보를 충분히 제공하여 국민이 선택할 수 있는 폭을 넓혀야 한다. 그 외 의료 공급자, 소비자, 관리자간 신뢰회복도 급선무이다. 의약분업 이후 손상된 공급자와 정부의 신뢰관계가 최근 포괄수가제 시행으로 더욱 멀어지고 있다. 의료 제공자에 대한 절대적인 신뢰가 필요한 소비자도 최근 언론 등의 영향으로 공급자에 대한 믿음이 약해지고 있다. 빠른 시일내에 회복되어야 한다. **본문**