

건강보장정책의 발전방안과 과제

The Issues and Directions of the Health Security Policies in Korea



이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원
신현웅 한국보건사회연구원 연구위원

2013년에는 향후 5년간 지속적으로 추진할 새로운 중장기 보장성 강화 로드맵을 마련하는 한편, 중장기적인 건강보험 재정 안정을 위해 보험료 부과대상과 부과요소를 확대하고 추가적인 신규재원 확보를 위한 노력도 지속적으로 추진해나가야 한다. 나아가 진료비 지출을 안정적으로 예측하고 관리할 수 있는 진료비 지불제도 개선이나 진료비 총량을 고려한 새로운 환산지수 계약 방식 등에 대한 논의가 필요하다.

1. 들어가는 말

새정부가 출범하는 2013년에는 건강보험과 관련된 보장성 강화에 정책적 우선순위가 두어질 것으로 전망된다. 아울러 2013년에는 그간 수립·추진되어 온 보장성 강화 로드맵이 종료되면서 새로운 중장기 로드맵이 수립되어야 한다.

2011년말까지 1.6조원의 누적수지 흑자를 기록하였던 건강보험 재정은 2012년 9월말 기준으로 약 4조 6천원의 누적흑자를 기록하고 있다. 하지만 보장성 강화에 대한 국민적 요구의 증대, 노령화 등 진료비 증가요인 등에 의한 진료비 지출 증가와 같은 재정여건과 중장기 재정 지출 규모를 종합적으로 고려하여 보장성 강화를 차질 없이 추진하기 위한 안정적 재원조달 방안 마련이 필요하다. 이와 동시에 지출측면에

서도 건강보험의 중장기 지속가능성 확보를 위한 지출구조 효율화 등에 대한 노력도 지속적으로 추진되어야 한다.

2. 건강보험의 현안

1) 건강보험 보장성

1989년 전국민 건강보험 실시 이후 신규 급여항목 확대, 급여일수 및 급여기준 확대 등을 통해 보장성이 지속적으로 확대되었고, 의료보장제도의 내실화를 이루는 데 많은 성과가 있었다고 평가된다. 특히 2005년 6월 정부는 건강보험혁신TF를 구성하고, 2005년부터 보장성 로드맵을 마련하여 암 등 중증질환자 중심의 보장성

강화 계획을 지속적으로 추진해 왔다. 2005~2008년에는 암 등 중증질환자의 본인부담률 인하, 본인부담상한제 확대, 식대 급여 등이 이루어졌는데, 이 기간동안 누적투입액은 약 5.3조 원이었다.

2009~2012년에는 중증질환·고액질환자 등의 진료비 부담을 지속적으로 경감하고, 고가 비급여항목을 급여로 전환하여 저소득·취약 계층 진료비 부담 완화에 중점을 두었으며, 이 기간동안의 누적 투입액은 약 10조원¹⁾이었다.

기존의 보장성 확대 로드맵에 따를 경우 2013년에는 고가 항암제 본인부담 경감, 중증 질환자에 대한 초음파 검사 급여화, 노인·아동 등 취약계층에 대한 보장성 확대, 치석 제거, 결핵진단검사 등의 급여화를 추진할 계획이며, 이

를 위해서는 약 1조 5천억의 재원이 추가로 소요될 전망이다.

하지만 이러한 다양한 보장성 확대 정책에도 불구하고, 2010년도 건강보험 보장률은 62.7% 수준으로 선진국과 비교하여 보장수준이 낮은 실정이다. 약국에 대한 보장률 71.6%를 제외하면 종합전문병원, 종합원병원, 병원 등은 60%대를 넘지 못하고 있으며, 의원급도 65.6%에 지나지 않는다.

오히려 2009년 64.0%인 보장률이 2010년에는 62.7%로 1.3% 포인트 하락한 것으로 나타났다. 이처럼 보장률을 떨어뜨리는 주된 요인 중의 하나가 비급여의 확대이다. 2010년을 기준으로 법정본인부담률이 21.3%인데 비해 비급여 본인부담이 16.0%²⁾에 달하고 있을 뿐

표 1. 보장성 확대 주요항목

시행시기	보험급여 확대 항목
2000년	산전진찰, 퇴장방지의약품 사용장려비 신설
2004년	암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
2005년	MRI, 암 등 고액중증질환(심장, 뇌혈관) 본인부담 10%
2006년	암검진 본인부담 인하(50%→20%), 중증질환 PET급여, 식대급여
2007년	본인부담액상한선 인하(6개월 300만원→200만원)
2008년	6세 미만 아동 입원 본인부담 10%, 산전진찰 바우처 도입
2009년	본인부담액 상한선 조정(소득 계층별 200만원, 300만원, 400만원 구분), 암환자 본인부담 인하(10%→5%)
2010년	MRI보험급여 확대(척추, 관절), 희귀난치 치료제 보험적용, 심장질환·뇌혈관질환 본인부담경감(10%→5%), 중증화상본인부담률 경감(20~50%→5%)
2011년	골다공증 치료제 급여 확대, 항암제(넥사바정, 벨케이드)급여확대, 당뇨치료제 급여확대 및 소아당뇨 관리 소모품 지원, 장루·요루환자 재료대 요양비 지원
2012년	노인틀니 보험적용(75세 이상), 임신·출산진료비 지원확대(40만원→50만원)

1) '제5차 보건 의료미래위원회 안건', 보건복지부, 2011.8

2) 박민정 외(2011), 2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단.

표 2. 기존의 로드맵에 따른 2013년도 보장성 확대 계획

(단위: 억원)

보장성 항목	소요재정	시행시기
항암제 등 약제 및 치료재료	1,100	1월
소아선천성질환(구순구개열)	430	4월
결핵진단검사	110	4월
부분틀니	6,000	7월
치석제거	2,300	7월
초음파검사	3,000	10월
장애인 자세유지보조기구	100	10월
치료용 침약(3년 한시)	2,000	10월
총 계	15,040	

표 3. 건강보험 보장률(2010년)

(단위: %)

구분	계	종합전문	종합병원	병원	의원	치과병원	치과의원	한방병원	한의원	약국
건강보험보장률	62.7	56.4	58.6	59.3	65.6	24.7	35.8	37.5	54.2	71.6
법정본인부담률	21.3	16.3	21.8	20.8	21.8	16.1	14.5	16.0	17.2	25.4
비급여본인부담률	16.0	27.3	19.6	19.9	12.6	59.2	49.7	46.5	28.6	3.0

자료 : 국민건강보험공단(2011), 2010년 건강보험환자 진료비 실태조사.

표 4. 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
건강보험보장률	61.3	61.8	64.3	64.6	62.2	64.0	62.7
법정본인부담률	23.1	22.5	22.4	21.9	22.6	22.7	21.3
비급여본인부담률	15.6	15.7	13.3	13.5	15.2	13.3	16.0

자료 : 국민건강보험공단(2011), 2010년 건강보험환자 진료비 실태조사.

아니라 매년 급속한 증가세를 보이고 있어서 향후 보장성 확대를 위해서는 비급여에 대한 고려가 필요하다.

2) 건강보험의 지속가능성

건강보험 재정추이를 보면, 1996년부터 보장성 강화방안이 시행되고, 1997년 건강보험을

통합하기로 발표한 이후 계속 적자가 발생하였고 2000년 건강보험 통합, 의약분업 실시 등 다양한 원인으로 2001년에는 누적적립금까지 적자로 돌아섰다.

2001년 건강보험 재정위기에 따라 수가인하, 보험료인상, 국고지원 확대 그리고 건강증진기금의 건강보험 재정 투입 등 다양한 재정안정 대책이 실시되면서 2003년부터 재정수지가 당기흑자로 돌아섰고 2004년에 다시 누적흑자로 전환되었다. 이와 같이 재정수지가 누적흑자로 돌아서자 보장성 확대에 대한 요구가 증폭되면서 2004년 이후 다양한 보장성 확대 조치가 이루어졌으며, 이로 인해 급여비가 급증하여 2006년과 2007년에 다시 당기적자가 발생하였다. 그러나 2008년 상반기에는 경제위기와 기후여건 등 외부 환경요인으로 인해 일시적으로 흑자를 기록하기도 하였다.

이후 2009년과 2010년은 당기적자, 2011년은 다시 흑자로 당기적자와 흑자를 반복하였으나, 누적적립금은 2004년 이후 계속 흑자를 기록하고 있다. 그리고 최근 2012년도에도 약가인하, 경기침체, 의료이용 행태변화, 기후여건과 같은 다양한 외부환경 요인으로 진료비 증가가 둔화되어 2012년 9월 기준으로 약 3조원에 가까운 당기흑자를 기록하고 있어 누적적립금은 약 4조 6천억원에 이르고 있다.

그러나 보험료 수입, 국고지원 등 건강보험 재정수입의 한계와 재정지출 측면에서 건강보험 진료비 증가 통제의 미흡 등으로 앞으로 건강보험의 재정 압박이 증가할 것으로 예상된다. 특히 현재 전체 건강보험 재정수입의 85% 이상을 보험료 수입에 의존하고 있으나 현실적으로 보험료 부과 기반인 소득증가 둔화, 근로소득 중심의 부과체계 등으로 인해 보험료 수입 확대에

표 5. 건강보험 재정추이

(단위: 억원, %)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012.9	연평균 증감률 (02-11)
수입	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,606	379,774	322,242	11.8%
보험료	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,629	323,995	270,720	12.9%
정부지원	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,779	48,100	49,753	51,697	48,211	6.1%
기타수입	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,224	4,082	3,311	
지출	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	291,820	10.9%
보험급여비	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	283,287	11.1%
관리운영비	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,764	11,876	8,533	5.2%
기타지출	949	830	831	380	764	196	623	664	-	-	-	
당기수지	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008	30,422	
누적 재정수지	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,628	22,586	9,592	15,600	46,022	

주: 1) 2012년은 9월말 기준으로 계산된 값이며, 자료는 건강보험공단 내부자료임.

2) 현금수지기준

한계가 있다.

인구증가율 둔화 및 저성장 경제구조에 따라 가입자 수, 소득 등 보험료 부과기반의 증가율이 점차 둔화되는 추세이다. 보험료율을 인상하지 않았을 경우 부과기반(가입자, 소득 등) 증가로 인한 보험료 수입 증가율은 2007년 9.9%, 2008년 8.6%, 2009년 6.1%, 그리고 2010년 3.8%로 계속 감소하고 있다.

보험료 부과기반의 증가 둔화 이외에도 건강보험 보험료율을 인상하는데도 한계가 있다. 국민건강보험법 65조에서는 “1000분의 80범위” 내에서 보험료율 결정하도록 하고 있다. 2001년 3.40%로 시작한 보험료율이 2012년 5.80%로 연평균 4.98% 증가하였다. 이러한 추세를 그대로 유지한다고 가정할 경우 2018년에는 7.80%, 2019년에는 8.19%로 보험료율이 8.0%를 넘게 되어 이에 대한 논의가 본격화될 것으로 보인다.

보험재정의 한 축을 담당하고 있는 국고지원의 경우도 일반회계 증가율과의 관계, 담배소비량 감소 등으로 건강보험 재정수입 중 국고지원이 차지하는 비율이 2001년 22.55%에서 2011년 13.61% 등으로 지속적으로 감소하고 있다. 이처럼 국고지원 증대 상의 한계는 보험료 인상 부담으로 작용하고 결과적으로는 건강보험 재정의 안정적 운영에 한계로 작용할 것으로 판단된다.

이러한 건강보험 재정의 한계로 지속가능성에 대한 문제가 제기되고 있으며, 이를 극복하기 위해서는 보험료 부과대상 및 부과요소를 확대하고 추가적인 신규재원 확보 노력이 필요하다.

3) 진료비 지출

수입측면의 한계 이외 건강보험 진료비 지출 측면에서의 통제가 미흡하다. 건강보험 재정지출은 과거 10년간 10% 이상 계속 증가하고 있으며, 앞으로도 인구고령화 및 만성질환자 증가, 소득수준 향상, 신기술 확산에 따른 의료수요 증가, 보장성 강화 요구 증가 등으로 재정지출 증가가 예상되고 있다.

우리나라의 진료비 지불제도는 행위별 수가제도를 근간으로 하고 있는데, 행위별 수가제는 공급자가 서비스 공급을 늘리려는 유인이 있어 진료비 지출 총량을 관리하는데 한계가 있다.

그리고 수가와 관련하여서도, 매년 진료비 증가를 감안하여 의료수가인 환산지수 인상률이 결정되는데, 매년 2% 인상 수준에서 계약이 체결되고 있다. 하지만 실제로 전체 진료비의 상승은 가격증가 이외에 진료량의 증가가 주도하고 있다. 즉, 건강보험 진료비의 연평균 증가율은 10% 수준으로 수가인상은 2%인 반면 기타 진료량의 증가가 8% 수준이다. 이는 현행 환산지수 계약방식은 가격만을 통제할 뿐 진료량을 통제할 수 없기 때문에 전체적으로 진료비 총량을 통제하는 데 한계가 있다는 것을 보여주고 있다.

따라서 진료비 지출을 안정적으로 예측하고 관리할 수 있는 진료비 지불제도 개선이나 진료비 총량을 고려한 새로운 환산지수 계약 방식 등에 대한 논의가 필요한 시점이다.

표 6. 건강보험 진료비 증가추이

(단위: 억원, %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	연평균 증가율
수입	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,606	379,774	12.55
보험료	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,629	323,995	13.85
지출	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	10.28
급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	10.57

자료: 국민건강보험통계연보, 각 연도.

3. 2013년 건강보험 운영 목표와 기본방향

건강보험이 직면하고 있는 현안 등을 고려해 볼 때 2013년 건강보험제도 운영의 목표는 “의료비 부담 걱정 없는 안정적인 건강보장체계 구축”으로 설정될 필요가 있다. 이러한 목표를 달성하기 위한 정책방향은 크게 의료필요자 중심의 보장성 강화, 건강보험의 안정적 재원확보, 그리고 건강보험 지출구조의 합리화로 요약될 수 있다. 지금까지 보장성을 획기적으로 확대하는데 한계가 있었지만 고액질환이나 재난적 의료비 지출로 인해 막대한 가계부담이 발생하거나 가계파탄 등이 초래되는 상황은 방지하는 것이 공공시스템으로서 건강보험이 담당해야 할 최소한의 책무이며 더 이상 간과할 수 없는 국민들의 인식이자 요구이다.

이러한 보장성 확대, 지속적인 진료비 지출 증가 등에 따른 건강보험 재정지출 증가에 대응하여 안정적인 건강보험 재원조달 방안 마련이 필요하다. 현재 이원화된 보험료 부과체제로 인한 문제점, 근로소득 중심의 보험료 수입구조의

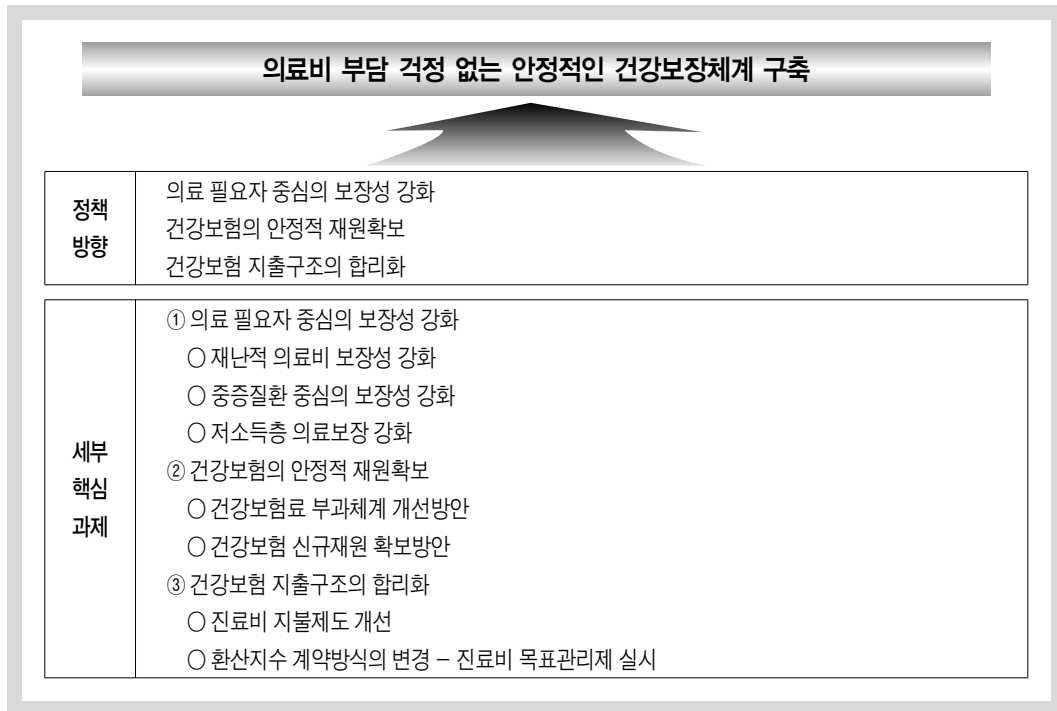
한계, 국고지원 증가의 한계점 등으로 안정적 재원 확보에 어려움이 있다. 따라서 이를 극복할 보험료 부과체계의 개선과 건강보험의 새로운 재원 확보 등에 대한 대안 마련이 필요하다.

지출측면에서도 가격 및 진료량 증가 등을 적절하게 통제할 수 있는 진료비 지불제도 등의 통제기전의 부재 등의 문제점을 해결하고 비용 유발적인 지출구조를 보다 합리적으로 개선할 수 있도록 진료비 지불제도 개선이나 환산지수 계약방식 개선 등에 대한 논의가 필요하다.

4. 건강보험의 정책과제

1) 의료 필요자 중심의 보장성 강화

보장성 강화에 대한 접근방법으로는 일반적 으로 항목별 접근, 질병별 접근, 비용접근 방식 등이 고려될 수 있다. 항목별 접근은 개별 서비스 항목별로 급여 여부를 결정하는 것으로 예를 들어 CT, MRI, 초음파 등을 급여화 하는 것이다. 질병별 접근은 개별 상병을 선정하여 급여



혜택을 부여하는 방안이며, 비용접근은 개별 서비스 항목이나 상병에 관계없이 일정 수준 이상의 의료비를 지출할 경우 급여혜택을 부여하는 것으로 본인부담상한제를 예로 들 수 있다.

이러한 다양한 접근방법을 고려해 볼 때 의료 필요가 있는 계층을 중심으로 보장성을 강화하는 방안 마련이 필요하다. 구체적인 개선방향으로는 고액의 진료비가 발생하는 중증질환 중심의 보장성 강화와 재난적 의료비를 보장해주는 본인부담 상한제, 그리고 저소득층을 중심으로 하는 보장성 강화 등을 들 수 있다. 이에 따라 4대 중증질환에 대한 전액 국가부담 등 보장성을 강화함과 동시에 선택진료비, 병실료 차액, 간병비 등 비급여의 보험급여화, 기타 비급여에 대한 급여 확대, 저소득층에 대한 보장성 확대

등에 대해 폭넓은 검토가 필요하다.

2) 건강보험의 안정적 재원확보

건강보험의 안정적 재원확보를 위해서는 최우선적으로 직장·지역간 이원화 되어 있는 현행 건강보험료 부과체계를 소득기준 단일 보험료 부과체제로 전환하는 것이 필요하다. 현재 재산이나 자동차 등에 부과되고 있는 지역가입자의 보험료 부과기준을 소득기준으로 단일화하여 보험료 부담의 형평성을 확보하고 건강보험 재원 조달의 합리성을 제고하는 노력이 필요하다.

두번째로는 보험료 부과기반을 넓히고 수입요소를 다원화하여 재정수입을 안정적으로 확보할 필요가 있다. 우선 건강보험료 부과 기반

확대와 관련하여서는, 부과소득을 다양화하고 보험료율을 적정수준으로 인상하는 방안을 고려해야 한다. 현재 직장가입자의 경우 근로소득, 지역가입자의 경우 종합소득으로 한정되어 있는 부과대상 소득범위를 다양화할 필요가 있다. 이는 근로자나 자영업자에 대한 보험료부과를 노동소득(labor income-근로소득, 사업소득 등)에 한정하지 않고 자본소득(capital income) 등 다양한 소득원으로 확대하여 보험료를 부과할 필요가 있다. 예를 들면, 이자소득, 배당소득, 사업소득, 연금소득, 상속·증여소득, 양도소득 등 다양한 소득원에 보험료를 원천 징수하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이는 부담능력에 따른 보험료 부담이라는 원칙에 부합할 뿐 아니라 부과대상의 확대를 통하여 필요한 재원을 확보하는데 기여할 것으로 판단된다. 보험료율 인상과 관련하여, 2012년 보험료율은 5.80%로 OECD 회원 국가들과 비교하면 낮은 수준이기 때문에 보험료율을 일정 수준까지 인상할 수 있는 여력이 있는 것으로 판단된다.

세 번째로는, 흡연 및 음주와 같은 건강 위해 행위를 유발하는 담배 및 주류 등에 대하여 목적세를 부과하는 방안을 검토할 필요가 있다. 건강위해 행위는 그 행위를 하는 소비자 자신 뿐 아니라 소비하지 않는 사람에까지 부정적인 영향을 미치는 외부성(externality)을 가지고 있다. 이러한 맥락에서 현행 담배부담금을 일정수준으로 인상하고, 주류 등에 부담금을 신설하는 방안이 우선적으로 고려되어야 할 것이다.

마지막으로 소비세를 통한 건강보험 재원 확보 방안이다. 이는 기본적으로 효과적인 재원조달 차원에서 접근하는 것이기는 하나 근로소득 중심

의 보험료·조세 부과에 따른 고용위축 효과를 방지하고 보험료 중심의 재원확보 체계를 보완할 수 있다는 장점이 있다. 특히 OECD는 향후 우리나라 건강보험 재원 조달 시 부가가치세 등 간접세 확대를 권고하고 있다(2012 한국경제보고서). OECD 자료에 의하면 부가가치세와 같은 간접세의 경우 소득세나 사회보험 같은 직접세보다 고용에 대한 부정적인 영향이 적다. OECD의 주요 일자리창출 전략의 하나는 소득에 대한 직접 과세를 낮추는 것이다. 이에 따라 독일의 경우 부가가치세율을 높이는 한편 건강보험 기여율을 인하했다. 현재 우리나라의 부가가치세율은 10%로서 OECD 평균인 18%보다 상대적으로 낮은 수준이기 때문에 일정 수준으로 인상할 여력이 있는 것으로 판단된다. 물론 부가가치세 인상에 따른 부정적 영향도 있지만 추후 건강보험 재원의 하나로써 부가가치세를 활용하는 방안을 하나의 대안으로 고려할 필요가 있다.

3) 건강보험 지출구조의 합리화

건강보험 지출 합리화와 관련하여서는 크게 건강보험 진료비 지불제도 개선, 그리고 진료량을 반영한 수가계약방식으로서의 전환 등을 고려할 수 있다.

건강보험 진료비 지불제도 개선으로는 이미 정부가 계획하고 있는 입원서비스에 대한 포괄수가제 확대 실시, 신포괄수가제 시범 사업 확대, 그리고 성과에 따른 진료비 지불방식의 도입 등 다양한 방안을 검토해 볼 수 있다. 이러한 진료비 지불방식의 개선과 함께 재정지출 중에 가장 중요한 부분을 차지하고 있는 수가계약과

관련하여 재정지출을 효율적으로 관리할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 수가계약 시 가격 뿐만 아니라 진료량도 고려하여 수가계약을 할 경우 재정지출의 안정성과 예측가능성을 높일 수 있을 것으로 판단된다.

이를 위해서는 현재 가격만을 통제하는 환산지수 산출 방식만으로는 한계가 있으며, 보다 큰 틀에서 환산지수 계약방식의 변화가 선행되어야 할 것으로 판단된다. 이는 현재와 같이 가격만 통제하는 방식에서 가격과 진료량을 동시에 고려하되 그것이 실질적인 구속력을 가질 수 있도록 환산지수 계약 방식을 변경하는 것을 의미한다. 차기 연도 환산지수를 설정함에 있어서 우선 가격과 진료량을 고려하여 목표진료비를 설정하고, 그 목표진료비와 실제진료비 간의 차이를 바탕으로 환산지수를 결정하는 “진료비 목표관리제”(Targeted Healthcare Expenditure) 도입 방안을 검토할 필요가 있다. 진료비 목표관리제는 서비스의 가격과 진료량을 통합하여 총량적인 개념의 수가계약(환산지수)을 하는 것을 골자로 한다. 수가계약 시 보험자와 공급자간에 가격과 양을 모두 고려하여 차기 연도 목표진료비에 대해 합의하고, 이를 기준으로 차차기 연도 환산지수를 결정하는 구조이다. 예를 들어 차기 연도 실제진료비가 목표진료비 보다 높으면 수가를 인하하고, 실제진료비가 목표진료비 보다 낮으면 수가를 인상하는 구조이다. 환산지수 계약 시 공급자 유형별로 차기 연도 목표진료비 결정구조에 대해 합의하고, 이를 바탕으로 차차기 연도의 수가를 결정한다. 즉, 매년 환산지수 계약 시 차기 연도 환산지수만 계약하는 것이 아니라 차기 연도 목표진료비에 대한 계약과 그 결과에 따

른 차차기 연도 환산지수 산정방식을 계약한다.

단계적으로 실행방안으로서, 우선 일차적인 단계에서는 차기 연도의 목표진료비를 구하는 방식에 대해 합의하는 방법을 도입하고, 이러한 목표진료비 계산 방식이 중장기적으로 정착할 경우 장기적으로는 일정한 산식에 의해 매년 자동적으로 수가가 결정되도록 하는 구조를 마련할 필요가 있다. 이렇게 할 경우 사전에 지불할 진료비 규모가 결정된다는 점에서 진료비 지출액에 대한 예측 가능성이 증대되어 국가차원에서 진료비를 효과적으로 관리할 수 있다. 또한 의료부분의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 가격규제가 의료서비스의 가격만 통제하고 양을 통제하지 못 하는데 비해 목표관리제는 가격과 양을 동시에 관리함으로 의료비용의 증가속도를 조절하는 데 더욱 효과적이다.

5. 맺음말

우리나라 건강보험은 보장성 확대, 안정적 재원 확보와 지속가능성 제고 등과 같은 목표를 동시에 달성해야 하는 상황을 맞이하고 있다. 특히 2013년에는 향후 5년간 지속적으로 추진할 새로운 중장기 보장성 강화 로드맵이 수립되어야 한다. 또한 건강보험 재정 안정을 위해 보험료 부과대상과 부과요소를 확대하고 추가적인 신규재원 확보 노력이 필요하다. 나아가 진료비 지출을 안정적으로 예측하고 관리할 수 있는 진료비 지불제도 개선이나 진료비 총량을 고려한 새로운 환산지수 계약 방식 등에 대한 논의가 필요하다. 