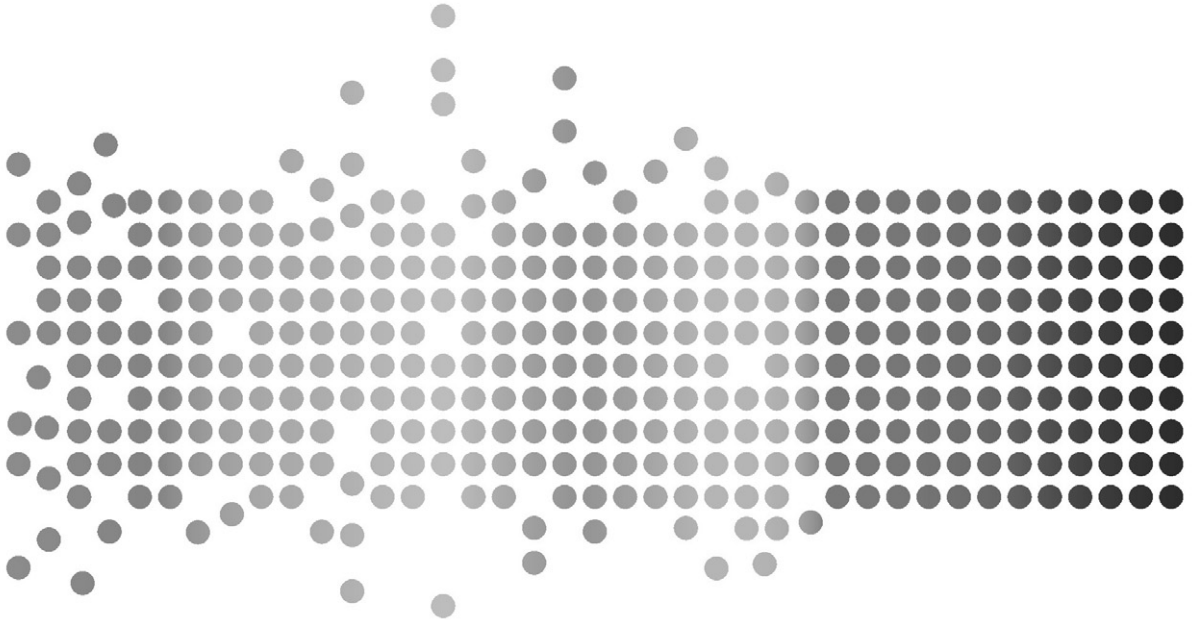


건강보험 지속가능성 제고 방안 연구

신영석 · 사공진 · 정형선



연구보고서 2011-53

건강보험 지속가능성 제고방안 연구

발행일 2011년 10월
저자 신영석 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 대명기획
가격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2011

ISBN 978-89-8187-853-5 93330

머리말

2002년 이후 비교적 안정적 모습을 보였던 건강보험 재정이 최근 다시 불안해지고 있다. 2010년도에 약 1조 3천억 원의 단기 적자를 기록하여 누적적립금이 1조 원 이하로 감소하였다. 다행히 2011년에는 적자를 면할 것으로 보이지만 최근 건강보험 급여비 증가율을 감안하면 결코 안심할 수 있는 상황이 아니다. 최근 10년 동안 년평균 지출(급여비) 증가율이 약 12%에 육박하고 있다. 이러한 경향이 일회성이 아니라는데 문제가 있다. 향후 보장성 강화에 대한 국민적 요구도 지속될 것이고 노령화 속도도 세계 유래 없이 빨리 진행될 것이다. 지출요인이 산재해 있다. 우리나라 건강보험을 다시 한 번 되돌아 봐야하는 시점이다.

이러한 인식을 토대로 본 과제가 수행되었다. 건강보험의 지속가능성을 담보하기 위해서는 어떠한 과제를 도출해야 하는지를 규명하기 위해 본 과제가 수행되었다. 최근의 건강보험 현황 및 문제점들을 나열하고 문제점들을 해결하는 경로를 통해서 향후 건강보험 지속가능성 제고를 위한 과제를 도출하였다. 도출된 과제들의 중장기 개편 방안도 같이 모색되었다. 보장성 확대 외에 진료비 지불제도 개편, 약제비 효율적 관리, 보험재정 확충, 보험료 부과체계 개편, 지출합리화 정책 등에 대해 향후 발전 방향을 적시하고 있다. 향후 정책 방향 설정이나 현행 제도 개선에 많은 시사점이 있을 것으로 판단된다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본 원의 신영석 선임연구위원 책임하에 사공진 한양대 교수, 정형선 연세대 교수가 참여하였다. 연구진은 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 “건강보험 포럼” 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 김진수박사, 신현웅 박사에게도 감사하고 있다.

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

2011년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

요약	1
제1장 서론	15
1. 연구의 필요성 및 목적	15
2. 주요 연구 내용	19
3. 연구방법	24
4. 기대효과	24
제2장 건강보험 환경변화 전망	27
1. 양극화 현상 심화	27
2. 저출산 고령화	29
3. 저성장과 재정 여건 악화	32
4. 만성질환 증가 등 새로운 보건의료 수요 발생	34
5. 기타	35
제3장 건강보험 현황 및 문제점 그리고 재정전망	39
1. 건강보험 지속가능 관련 논의의 틀	39
2. 건강보험 재정 현황 및 진료비 실태 분석	41
3. 재정 관련 문제점	51
4. 보장성 현황	71
5. 재정 전망	79

제4장 건강보험 지속가능성 제고방안	85
1. 건강보험 보장성 강화	85
2. 진료비 지불제도 개편과 약제비 효율화 방안	111
3. 지출구조 효율화 방안	119
4. 보험료 부과체계 개편 방향	132
5. 재정 확충 방안	135
참고문헌	143

표 목차

〈표 1-1〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담율	20
〈표 1-2〉 정부의 보장성 확대 계획	21
〈표 1-3〉 연도별 건강보험 보장률	22
〈표 1-4〉 건강보험 재정 현황	23
〈표 2-1〉 고혈압·당뇨병 건강보험 진료비 현황	35
〈표 3-1〉 재정현황	42
〈표 3-2〉 비급여 증가율	43
〈표 3-3〉 적용인구 1인당 내원일수 증가	44
〈표 3-4〉 내원일당 진료비 변화	44
〈표 3-5〉 진료비증가에 대한 항목별 기여도분석	45
〈표 3-6〉 의료이용행태별 진료비	45
〈표 3-7〉 의료이용행태별 진료비증가율	45
〈표 3-8〉 연도별 진료비와 GDP	46
〈표 3-9〉 진료비, GDP, 관련 가격변수들의 연도별 증가율	46
〈표 3-10〉 적용인구 1인당 내원일수	47
〈표 3-11〉 적용인구 1인당 내원일수 증가율(%)	47
〈표 3-12〉 내원일당 진료비, 급여비 및 본인부담금	48
〈표 3-13〉 내원일당 진료비, 급여비 및 본인부담금 증가율	48
〈표 3-14〉 진료비증가에 대한 인구 수, 1인당 내원일수 및 내원일당진료비 증가의 기여도분석, 2002~2009년	49
〈표 3-15〉 요양기관종별 10대 분류 금액 구성비, 2009년, 전체	50
〈표 3-16〉 전체 요양기관의 연도별 10대분류 금액 구성비 추이	50
〈표 3-17〉 요양기관 종별 외래 진료비 점유율 변화	51

〈표 3-18〉	요양기관종별 기본 진료료 상대가치 현황	52
〈표 3-19〉	보험진료비중 약제비 비중	56
〈표 3-20〉	주요국의 처방건당 약품목수	57
〈표 3-21〉	제네릭 청구순위 50대 성분의 각 국가 약가 수준 비교	58
〈표 3-22〉	보험료 부과요소 배분 정도(2008년 기준)	63
〈표 3-23〉	직장·지역가입자의 법적 지위비교	66
〈표 3-24〉	법정지원액의 과부족 상태	68
〈표 3-25〉	연도별 건강보험 보장률	71
〈표 3-26〉	공공재원 및 본인부담율	72
〈표 3-27〉	국민의료비 중 공공재원 비율	74
〈표 3-28〉	주요 OECD 국가의 의료비 본인부담율	76
〈표 3-29〉	각 시나리오별 추계 가정	80
〈표 3-30〉	건강보험지출 전망 2015~2050 (base year=2009년)	81
〈표 3-31〉	건강보험 재정전망에 따른 필요 보험료율 2015~2050	82
〈표 3-32〉	GDP대비 건강보험지출 비중 전망 2015~2050 (base year=2009년)	82
〈표 4-1〉	인구고령화속도	85
〈표 4-2〉	연도별 노인성질환 의료이용 현황	87
〈표 4-3〉	OECD 국가별 당뇨환자 추이	90
〈표 4-4〉	보장성 확대 비교 및 시행년도	92
〈표 4-5〉	의료보장성 지표의 종류	100
〈표 4-6〉	보장률 평가를 위한 지표의 판단기준	101
〈표 4-7〉	급여 및 비급여 결정기준	104
〈표 4-8〉	각국의 급여결정 기준비교	105
〈표 4-9〉	국가별 기본급여 항목	106

〈표 4-10〉 연도별 간접세 징수 추이	141
〈표 4-11〉 건강보험 재원으로서의 보험료와 소비세 비교	142

그림 목차

[그림 1-1] 인구 1,000명당 병상수 및 등록의사수 추이, 2000년~2008년	16
[그림 2-1] 지니계수(2인 이상 도시가구 기준, 1990~2010)	27
[그림 2-2] 소득계층별 비중 추이(1996~2006, 가처분소득 기준) ...	28
[그림 2-3] 가계부채 추이(2001~2010)	29
[그림 2-4] 노인인구비율 및 합계출산율 국제비교(2010, 2050) ...	30
[그림 2-5] 인구구조에 따른 부양율 변화추이(1970~2050)	30
[그림 2-6] 건강보험 재정의 전체 의료비 대비 노인의료비 비율	31
[그림 2-7] 한국의 베이비붐 세대 추이(2010년 기준)	32
[그림 2-8] 경제성장률 추이 및 전망(1985~2040)	33
[그림 2-9] 우리나라의 부문별 저축률(1980~2010)	34
[그림 2-10] 암사망자 및 만성질환 유병률	34
[그림 3-1] 건강보험 재정수지 추이	42
[그림 3-2] 진료비 증가요인 기여도	49
[그림 3-3] 보험진료비중 약제비 비중의 연도별 추이	56
[그림 3-4] 처방건당 약품목수의 변화 추이	57
[그림 3-5] 보건의료기관 종별 분포	60
[그림 3-6] 2006년 OECD 국가의 급성병상수 (인구 1000명당) ...	61
[그림 3-7] 2006년 OECD 국가의 MRI 보유대수	62
[그림 3-8] 공공재원 및 본인부담율	73

[그림 3-9] 건강보험 전체 보장율 및 암질환 보장율	73
[그림 3-10] 국민의료비 재원 구성의 추이	74
[그림 3-11] OECD 국가의 재난적 의료비지출 가구 비율	75
[그림 3-12] 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담율	76
[그림 3-13] 비급여 진료비 구성비 변화	78
[그림 3-14] 비급여 진료비 절대액 및 구성비 변화	78
[그림 4-1] 우리나라 노인인구 구성비	86
[그림 4-2] 2008년 주요 만성질환 건강보험 진료현황	89
[그림 4-3] 보장성강화 재정 투입 계획 및 전략	91
[그림 4-4] 예비타당성조사의 수행체계	102
[그림 4-5] 보장성 강화 개념 틀	109
[그림 4-6] 건강보험재정시스템의 기본 개혁 방안	121
[그림 4-7] 건강보험재정 재원조달의 기본 철학	121
[그림 4-8] 건강보험재정의 합리적 개혁 방안 모형	122
[그림 4-9] 일본 건강검진사업의 목표(출처: 이정수, 2008)	127
[그림 4-10] 일본 건강검진/보건지도의 흐름(출처: 이정수, 2008)	128
[그림 4-11] 국가검진 사후관리 효과평가 필수지표	132
[그림 4-12] 건강증진효과(HPE) 분석 경로	138

요약

1. 연구의 필요성 및 목적

- 2011년도 건강보험은 새로운 전기를 맞을 것으로 예상됨.
 - 2010년에 시작되었던 건강보험 하나로 운동¹⁾에 대한 논의가 본격화되면서 보장성 강화 압력이 높아질 것이며, 건강보험 재정에 대한 정부지원이 2011년도에 만료됨에 따라 이에 대한 후속조치 필요함. 더불어, 건강보험 재정에 적신호가 켜지고 있어 이에 대한 대책이 강구되어야 함.
- 따라서 다음과 같은 목적을 위해 본보고서를 수행하고자 함.
 - 재원충당 가능성을 고려하면서 OECD 선진국에 비해 많이 부족한 건강보험 보장성 확대 방향 도출
 - 건강보험 지속가능성 제고를 위한 재정안정 방안 도출

2. 건강보험 보장성 강화 방향

가. 보장성 현황

- 지속적인 보장성 강화에도 불구하고, 보장률은 주요 선진국에 비해서 낮음.

1) 국민 1인당 11,000원을 더 부담하면 입원 보장율을 90%까지 올릴 수 있다는 주장임.

- 국민의료비 대비 공공재원 비중은 꾸준히 증가해 왔으나 아직도 OECD 평균에 비해 20%p 가까이 낮음.

〈표 1〉 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.

- 재난적 의료비 지출(Catastrophic Health Expenditure)을 경험한 가구는 2007년 기준 2.8%로 영국에 비해 40배, 미국에 비해서도 3배 이상 높은 수준으로 나타났음.

나. 보장성 강화를 위한 선결과제

- 건강보험정책심의위원회(건강심)나 의료행위전문평가위원회는 일정수준의 전문성을 보유한 인력으로 채워져서 제공된 자료의 질을 판단할 수 있어야 하며, 이들에게 판단자료를 제공하기 위해서는 사회 전체의 전문성을 충분히 활용하여 독립적인 연구들이 선행되어야 함.
 - 특히 재정추계에 관해서는 토의안건 선정과정에서부터 제안자의 재정추계결과와 제3자에 의한 재정추계검증이 필수적으로 첨부되어야 명확한 판단근거를 제공할 수 있을 것임.
 - 또한 이러한 연구결과들을 일정한 시간 동안 일정 사이트에 공시하여 의견수렴과 이의제기 과정을 거친 후에 최종 결정이 이루어지는 것도 중요함.

다. 건강보험 보장성 강화를 위한 전제

1) 재정영향을 고려한 보장성지표선정

- 기존의 공식적인 보장률 지표는 일관성 및 민감성 조건에 결함이 있어서 지표로서의 한계를 지님.
 - 신규 건강보험보장률 지표개발을 위한 기준마련 시 일관성, 민감성과 적절성 외에 재정영향평가 영역을 추가하여 중요한 고려사항 중 한 가지로 다루어 나갈 것을 제안하고자 함.
- 국민건강보험재정의 경제적·정책적 분석을 통하여 보다 효율적으로 재정운영 및 관리가 이루어질 수 있도록 보장성 항목 선정시 건강보험재정영향평가제도를 도입할 필요가 있음.

2) 필수의료범위 및 급여우선순위 설정방식의 개선

- 현재 우리 건강보험체계에는 필수의료서비스에 대한 정의가 부재한 상태이나 안전성 및 유효성에 기초한 구체적인 의료의 범위를 설정하여 점차 확대되는 의료영역의 경계를 마련할 필요가 있음.
- 급여범위 설정 시 현재 부분적(질환별, 대상별, 항목별)인 접근에서 벗어나 미래지향적 접근이 필요함.
 - 우선순위 설정의 원칙과 기준 및 정책 적용범위에 대한 종합적·장기적 접근을 통해서 사회적 합의를 이끌어 내야함.

라. 건강보험 보장성 제고 방향

- 현재 우리나라 건강보험은 전 국민을 대상으로 적용되기 때문에 자격의 관점에서는 완벽한 보장 달성

□ 급여 범위 측면에서는 많은 문제 상존

- 전체 의료비 중에 비급여 본인부담이 약 14.7%를 차지하고 있기 때문에 OECD의 전체 본인부담율(급여내 본인부담 + 비급여 본인부담)인 약 18%와 비교했을 때 비급여 중 상당 부분이 급여화되어야 함을 알 수 있음.
- 급여 범위내 본인부담도 전체 의료비의 약 19.6%를 차지하고 있기 때문에 급여내 본인부담율도 점진적으로 인하하여야 함.

□ 보장성 강화 방향

- 검사, 처치 및 수술, 주사, 치료재료 등 치료와 직접 관련이 있는 항목을 우선 급여화
- 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여 범위내에 포함 시키되 재정상황에 따라 본인부담율은 점진적으로 조정
- 선택진료비를 그 다음 급여 범위내에 포함시키되 이는 선택진료비는 지급 방법을 개선
- 최종적으로 본인부담액 전체에 대해 상한선 설정
- 본인부담의 구조조정 필요
 - 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 건강성 고려

3. 건강보험 재정건전화 방안

가. 재정 현황 및 문제점

1) 재정 현황

- 2001년의 보험급여비는 약 13조 원이었으나 9년 후인 2010년의 보험급여비는 약 34조 원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배 증가 (연평균 약 10.98% 증가)
- 보험료는 지난 9년간 연평균 13.38% 증가하였고 국고지원은 4.53%, 담배부담금은 11.68% 증가

2) 재정 관련 문제점

- 상급병원으로 외래 환자 집중화 심화
 - － 상급종합병원(종합전문병원)의 외래 진료비가 연평균 17.47% 증가하여 외래를 전문으로 하는 의원급 증가율 7.11%를 압도하고 있음.
 - － 점유율도 상급종합병원의 경우 2005년에 10.80%에서 2009년 14.22%로 폭증하고 있는 반면 의원급은 2005년 53.20%에서 2009년 48.41%로 지속적으로 감소하고 있음.
 - － (소비자 측면)자유롭게 소비자가 의료기관을 선택할 수 있는 현행 방식은 의료자원의 낭비와 의료비 상승을 초래할 수 있음.
 - － (공급자 측면)상급병원의 경쟁력 우위 및 월등한 수입을 보장하는 제도 설계

□ 실질적 의료전달체계 부재

- 환자 의뢰-회송체계 작동을 위한 실효성 있는 규제 및 유인 기전 부재 : 법적 근거는 마련되어 있으나 이를 준수할 기전이 없음.

□ 과도한 약제비 비중

- 01~'09년 중 약제비는 평균 13.7%씩 증가하여 전체 급여비 중 비중도 증가 : ('01) 23.5% → ('09) 29.6%
- 국제 비교(국민의료비 지출 중 의약품비 비중, 건강보험 외 민간보험 등 포함) : 우리나라 22.5% (OECD평균 14.3%)

〈표 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.

- 사용행태 : 외국에 비해 의약품 처방량이 많으며, 오리지널 및 고가 제네릭을 주로 사용

□ 보험약가 및 거래 제도의 문제점

- 동일제품임에도 가격차별을 두는 것에 대한 합리적 근거 부족
 - 특허만료 후에도 오리지널은 제네릭보다 높은 약가를 인정하는 모순 발생
- 제네릭의 약가수준(특허만료 전 가격의 68%)이 선진국에 비해 높게 책정된다는 문제제기

□ 의료자원의 현황

- 병상수 : 2006년 우리나라 인구 1,000명당 급성병상수는 6.8

병상으로 OECD국가의 평균인 4.1병상보다 1.6배 많았으며, 장기요양병상은 65세 이상 인구 1,000명당 9.5병상으로 OECD국가의 평균인 6.6병상보다 1.4배 많음.

- 보건의료인력 : 우리나라는 한의사를 포함한 의사수가 1.8명으로 OECD 국가 평균인 2.9명보다 낮음.
 - 간호사 수는 인구 1,000명당 2.1명으로 OECD 평균인 7.1명보다 크게 부족
- 의료장비 : CT Scanner 는 우리나라는 인구 100만 명당 34.7대로 OECD국가 평균인 17.9대보다 거의 두 배정도 많으며, MRI는 16.5대로 OECD국가 평균 9.0대보다 1.8배정도 많음.

3) 재원조달 체계 문제점

□ 현행보험료 부과체계에 대한 문제점

- 부과체계의 이원화 : 2002년 재정통합을 끝으로 건강보험이 완전히 단일보험체제로 거듭 태어났으나 부과체계는 아직도 직장가입자와 지역가입자로 이원화 되어있음.
- 형평성 결여
 - 직역간 부과요소의 차이 : 직장가입자에게는 근로소득을 기준으로 부과하고 있으나 지역에서는 모든 세대원이 피보험자 자격을 갖게 되어 보험료를 부담하고 종합소득(평가소득 또는 과세소득), 재산, 자동차, 성, 연령을 부과요소로 적용하고 있음.
 - 직역간 자격의 차이 : 직장에서는 소득원이 있는 사람만 피보험자 자격을 갖고 있으나, 지역가입자의 경우 부담능력이

없는 이동도 보험료 부담을 하고 있음.

－ 부과체계의 역진성

- 직장가입자에게는 보험료 상하한선이 있는 상태에서 정율이 적용되고 있기 때문에 사회보험의 3대 원칙 중 하나인 소득 분배 기능에 취약
- 지역가입자에게는 역진적 부과구조로 설계되어있음.

－ 부과체계의 복잡함

- 지역보험료의 부과체계는 과세소득 500만원을 기준으로 복층구조로 이루어져 있고 산정절차도 복잡하며 부과 근거도 명확하지 않음.
- 각 부과요소별로 산정된 종합점수를 다시 부과표준소득점수에 적용시켜 최종보험료를 산정함으로써 개인별로 보험료를 산정할 수 없음.

－ 부과대상에서 제외된 소득이 과다 : 가구실태소비 조사보고서에 의하면 연간소득의 54.5%가 근로소득이고 사업소득, 재산소득, 이전소득 등이 나머지 45.5%를 차지하고 있음.

- 소득 중 약 40% 이상이 보험료 부과대상에서 제외되어 있음.

□ 국고지원 문제점 : 국고지원(건강증진 기금 포함)의 규모가 보험료의 20%로 되어 있으나 차년도 보험료율이 결정되기 전에 예산이 편성됨에 따라 매년 실제 지원되고 있는 국고 규모가 법정금액보다 작음.

4) 지출 통제 시스템 결여

□ 현행 행위별수가제 하에서는 공급자의 수입극대화, 의료서비스의 정보 비대칭성 등으로 진료비 통제에 어려움 상존

$$\text{공급자수입(REV)} = \text{가격(P)} \times \text{양(Q)}$$

- 공급자 입장에서 수가는 통제불가(uncontrollable) 변수이므로, 수입극대화를 위해 서비스양을 증가시킬 개연성 존재
 - 정보비대칭으로 서비스양 (서비스 빈도 및 강도)은 공급자 재량에 달려있음.
- 수가 수준만 통제하고 수량에 대해서는 통제기전이 없음. (가입자, 공급자 모두에 해당)

나. 재정 안정을 위한 정책 과제

1) 전달체계 개편

□ 단기적 개편

- 소비자의 비용의식 제고를 통해 상급병원에 대한 외래 이용 억제 : 종합전문, 종합병원, 병원의 외래 본인부담율을 인상하여 경증 외래환자를 1차 의료기관으로 유도(소비자 측면)
- 외래 약제비 본인부담율을 처방기관 종별에 따라 차등화(소비자 측면)
- 요양기관 종별 진찰료 상대가치 차이 해소(공급자 측면)
- 외래에 한정하여 선택진료료 폐지
- 상급종합병원의 외래환자 수 제한 : 의사가 1시간 당 진료할 수 있는 환자의 수를 의원급 차등수가제에 기준에 맞추어 약 8-9명으로 제한

□ 중장기 방안

- 일차 의료 강화
- 현행 중소병원은 중장기적으로 전문병원 또는 거점병원으로 유도
- 대형 종합전문병원 및 지방 종합병원은 중증질환 입원 중심 기능으로 재편

2) 의료자원 공급의 적정화 및 효율적 활용

- 보건의료자원의 적정수급을 위한 모니터링 체계 구축
- 지역별 보건의료자원 적정배분방안 모색
- 고가의료장비에 대한 건강보험 급여정책의 변화
 - 장기적으로는 현행 진료비 지불보상제도를 행위별 수가제도와 같은 사후적 보상체계보다는 총액예산제, 총액계약제, 인두제, 포괄수가제 등 사전적 보상체계로 변화시켜 각 병원이 비용절감동기를 가지고 불필요한 고가장비의 도입과 활용을 스스로 억제하도록 함.
- 과잉공급과 비효율적 사용의 규제
 - 고가의료장비의 공동구매와 공동사용의 활성화 방안을 모색하고, 고가의료장비를 통한 검사결과의 의료기관간 이동을 허용하고 이를 보험 급여화
 - 고가의료장비의 보험 급여화 여부를 결정할 때, 경제성 평가를 의무화하여 경제성이 입증된 경우에 한하여 장비의 급여화 인정

3) 약제비 지출의 합리화

- 정책제언: 참조가격제를 도입하되 참조가격보다 가격이 일정% 이하인 제품을 조제할 경우 약제비와 관련한 환자본인부담금을 면제

4) 보험 재정 확충

- 우리나라 건강보험의 재정방식에 대한 OECD의 권고안 : 현행 보험료 방식의 재정은 한계가 있으므로 점진적으로 조세부분의 역할이 강화되어야 함. (예: 이탈리아, 스웨덴, 스페인은 보험료 방식에서 조

세 방식으로 이미 전환)

□ 피부양자 인정기준 개선

- 형제 자매 전체 제외(국민기초생활보장법의 부양의무자 조건과 일치)
- 재산 보유자 피부양자 제외 방안 : 피부양자 중 일정 규모 이상의 고액 재산 보유자는 경제적 부담능력이 있는 것으로 판단되므로 보험료를 부담하는 것이 사회보험 원리에 부합

□ 부담 능력에서 누락된 부분에 대해 보험료 부과(연금소득, 금융소득, 임대소득, 양도소득 등)

□ 목적세(SinTax) 신설 및 담배부담금 인상

5) 보험료 부과체계 개편

□ 단기 : 단기적으로는 현행 보험료부과체계 개선

- 복잡한 지역가입자 대상 부과체계를 단순화함: 재산과 자동차에 대한 이중부과를 단일체제로 전환하고 개인별 부과 점수를 구분하여 세대 분리 등에 따른 민원에 대비함.
- 소득과 재산에 대한 지역 부과체계의 역진성을 조정함.
- 기본보험료 도입 : 가입자의 책임의식 고양

□ 중·장기 : 중·장기적으로는 형평성과 사회연대성 제고를 위하여 기본보험료와 소득 기준 단일 보험료부과체계 도입

6) 진료비 지불제도 개편

□ 진료비 지불제도 개편 (안)

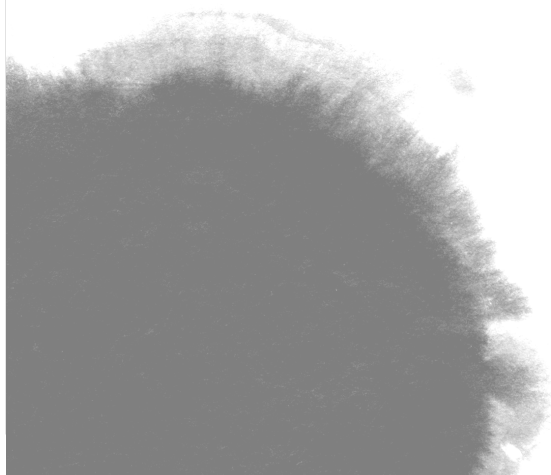
- 건강보험 진료비 규모가 사전에 예측 가능하도록 개편 : 즉 진료비 총액을 사전에 결정하되 총액 초과분에 대해 탄력적으

로 보험자와 공급자가 책임을 나눌 수 있는 Soft-Cap 과 초과액에 대해 전적으로 공급자가 책임지는 Hard-Cap을 모두 고려

- 외래 : 단기적으로는 인두제 형태로 만성질환, 노인성 질환 등에 대해 전담의제(선택의원제)를 도입하되 중장기적으로는 인두제를 통한 주치의 방식 도입 (1차 의료에 일반의 중심의 의료공급형태가 정비되어야 함.)
- 입원 : DRG를 전면 도입하되 총액을 결정한 후 에피소드 건수에 따라 사후가격제 도입

01

서론



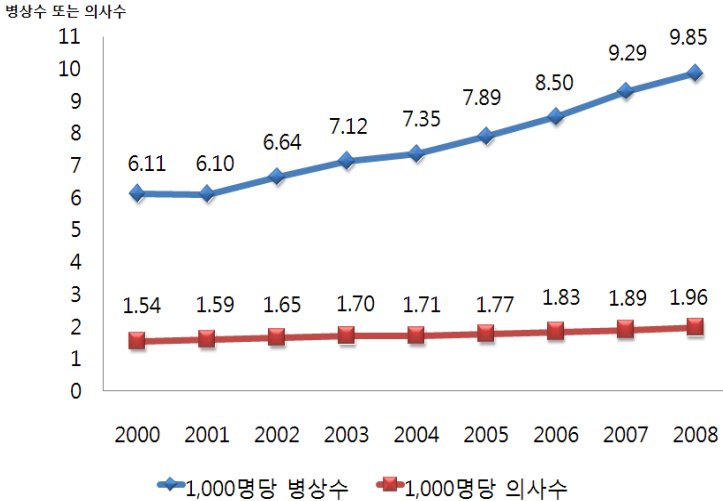


1. 연구의 필요성 및 목적

□ 우리나라는 그동안 보건의료서비스 공급을 지속적으로 확대하여 양적인 성장을 이루었으며 전국민 건강보험을 도입하고 지속적인 보장성 강화를 통해 국민들의 기본적인 접근성을 확보하는 성과를 거두었음.

- 특히 1989년에 도입된 전국민의료보험 제도는 보건의료서비스의 양적 성장에 크게 기여하여, 2008년 건강보험 급여율은 62.2%로 나타나 지속적인 보장성 강화가 이루어지고 있음(국민건강보험공단, 2009).
- 2007년 인구 1,000명당 병상수는 9.3병상으로 OECD 회원국 중 일본에 이어 두 번째로 많으며 (OECD 평균 병상수는 5.7병상), 인구 1,000명당 활동의사수는 1.7명으로 OECD 평균 (3.0명)보다 낮으나 지속적인 증가추세를 보이고 있음(OECD Health Data, 2009).

[그림 1-1] 인구 1,000명당 병상수 및 등록의사수 추이, 2000년~2008년



자료: 보건복지가족부, 보건복지가족통계연보 2009

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

- 보장성 : 2008년 기준 우리나라 건강보험은 약 62.2%(국민건강보험연구원)의 보장율로 OECD 선진국 평균의 약 80%에 비해 현저히 낮음.
- 재정 : 2008년말 기준 누적적립금이 약 2조원(2009년 1년 지출추정: 약 31조 8천억 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 도입이래 비용조장적인 행위별 수가제(Fee for Service)방식의 지불제도를 운영함으로써 급여비가 매년 급증하고 있음. (2008년을 제외하고 지난 5년간 매년 약 18%씩 증가)
 - 매년 수가인상율은 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 근로자) 이동시 보험료 부담이 현격히 차이는 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 수가계약방식²⁾(2008년부터 유형별 협상방식 적용)에 대한 논란이 지속되고 있음.

□ 2011년도 건강보험은 새로운 전기를 맞을 것으로 예상됨. : 건강보험은 1977년에 500인 이상 사업장을 대상으로 도입된 이래 1989년 전 국민으로 확대되었고 2000년에 단일보험으로 통합되어 거의 10년 단위로 큰 획을 긋고 있음.

- 첫째, 2010년에 시작되었던 건강보험 하나로 운동³⁾에 대한 논의가 본격화되면서 보장성 강화 압력이 높아질 것
- 둘째, 건강보험 재정에 대한 정부지원이 2011년도에 만료됨에 따라 이에 대한 후속조치 필요
 - 국민건강보험법 제 92조에 따르면 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 2011년까지 한시적으로 국고에서 공단에 지원하는 것으로 되어있음.

2) 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.

3) 국민 1인당 11,000원을 더 부담하면 입원 보장율을 90%까지 올릴 수 있다는 주장임.

- 또한 담배부담금 예상수입의 65% 범위내에서 건강보험 보험료 예상수입의 6%까지 지원하도록 되어있음.
 - 시한이 만료되기 전에 건강보험가입자에 대한 지원을 계속 하여 나갈 것인지, 지원을 계속한다면 현행 방식을 유지할 것인지에 대한 논의가 필요한 상황임.
- 셋째, 건강보험 재정에 적신호가 켜지고 있어 이에 대한 대책이 강구되어야 함.
- 2010년에 당기 약 1조 3천억 원의 적자를 기록하여 년도말 기준 약 8천억 원(약 8일분 급여비)의 누적적립금만이 남을 예정임.
 - 2011년에도 약 6천억 원의 적자가 예상되어 2011년말에는 건강보험재정에 암운을 드리울 것으로 예상됨.

□ 따라서 다음과 같은 목적을 위해 본보고서를 수행하고자 함.

- 국고지원 관련 한시법 종료후 대책에 대해 다각적인 검토를 통해 대안을 도출하고자 함.
 - 중장기적인 관점에서 국가의 건전재정을 손상하지 않는 범위 내에서 건강보험에 지원될 수 있는 규모를 검토하되 사회보험으로써 건강보험에 대한 국가의 책임부분도 같이 검토함.
- 재원충당 가능성을 고려하면서 OECD 선진국에 비해 많이 부족한 건강보험 보장성 확대 방향 도출
- 건강보험 지속가능성 제고를 위한 재정안정 방안 도출
 - 진료비 지불제도의 개편 방향 도출
 - 약제비 절감 방향 제시
 - 의료전달체계 개편 방향 도출
 - 의료자원의 적정 공급 방향 제시

2. 주요 연구 내용

□ 건강보험 중장기 발전방향 도출 :

- 건강보험 도입이후 지난 30여년간 적용대상 확대에 주력하면서 형평성 확보 차원에서 건강보험의 주요정책이 결정되어 왔음.
- 많은 국민은 다양한 수준과 종류의 의료서비스를 희망하나 우리나라 건강보험은 전국민의 형평성 차원에서 서비스의 질을 높이고 종류를 다양화 하는 데 한계가 있었음.
- 건강한 삶에 대한 욕구가 증가하면서 질병치료 위주의 기존 패러다임은 보다 포괄적인 헬스케어로 변화하고 있음.
- 이러한 현실을 반영하여 건강보험 중장기 발전 방향 재정립

□ 건강보험 보장성 현황을 파악하고 재정조달 가능성을 염두에 둔 보장성 확대 방향 설정

- 우리나라 보장성 현황 파악
 - 법정본인부담, 비급여 본인부담 등 본인부담 현황을 공단자료, 국민의료비 자료 등을 통하여 파악
 - 보장성 지표에 대한 검토 병행: OECD 보건의료계정과 환자본인부담 조사방식에 의해 산출된 지표를 토대로 지표 자체에 대한 검증
- 재정과 결부시켜 보장성 확대를 위한 중장기 방향 설정
 - 우리나라 건강보험이 도달하여야할 보장성의 최종목표에 대한 이론적 검토 및 최종 지표 설정
 - OECD 자료에 의하면 진료비 대비 본인부담 비율은 우리나라가 2008년 기준 약 35.7%에 이르러 OECD 30개국 중 멕시코를 제외하고는 가장 높게 나타나고 있음. (OECD 평균 약 18.3%)

〈표 1-1〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담율

	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
OECD 평균	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
Germany	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.

〈표 1-2〉 정부의 보장성 확대 계획

보장성 확대 내용		소요재정(억)
2009년	○ 본인부담상한액 소득수준별 차등적용(200~400만원)	1,800
	○ 희귀난치성 질환자 본인부담 경감(20→10%)	1,400
	○ 암환자본인부담 경감(10→5%)	1,300
	○ 차아홈메우기 보험적용	1,300
	○ 한방물리요법 보험적용	300
2010년	○ MRI 보험급여 확대(척추, 관절)	900
	○ 장애인보장구(전동스쿠터) 및 소모품 보험적용	400
	○ 심장질환 뇌혈관질환 본인부담 경감(10→5%)	300
	○ 중증화상 본인부담률 경감(20, 30~50%→5%)	80
	○ 결핵환자 본인부담률 경감(20, 30~50%→10%)	200
	○ 항암제 보험급여	2,200
	○ 희귀난치 치료제 보험 적용	830
	○ 치료재료 급여전환(1단계)	1,000
	○ 출산진료비 지원확대(20→30만원)	600
	○ 출산진료비 지원확대(30→40만원)	600
2011년	○ 골다공증 치료제 급여 확대	1,470
	○ 당뇨치료제 급여확대 및 소아당뇨 관리 소모품 지원	510
	○ 치료재료 급여전환(2단계)	1,000
	○ 노인틀니 보험적용(75세이상)	4,460
2012년	○ 출산진료비 지원확대(40→50만원)	600
	○ 초음파검사 보험적용	6,600
2013년	○ 치석제거 보험적용	2,300
	○ 골관절염치료제 보험적용	410
	○ 소아선천성질환 보험적용	430

— 건강보험공단 정책연구원의 연구에 의하면 2004년 이후 점진적으로 확대되어 오던 건강보험 보장성이 2008년에 후퇴한 것으로 되어 있음.

- 보다 근본적인 보장성 확대를 위해 “건강보험 하나로 운동본부”에서는 1인당 11,000을 더 부담하여 입원에 대한 보장성을 90%까지 확대해야 된다는 주장을 하고 있음.
- 11,000원으로 90%의 보장율을 달성할 수 있는지 여부와는 별개로 지금보다 건강보험 보장성을 확대해야 한다는 주장에 많은 사람이 공감하고 있으나 문제는 보장성을 확대하기

위한 재정확보 여부임. : 재정 상황과 상관없이 2011년에는 보장성 확대에 대한 논의가 촉발될 것으로 예상됨.

〈표 1-3〉 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
전 체	61.3	62.8	64.3	64.6	62.2
(변화율)	-	2.45	2.39	0.47	-3.72
입 원	54.9	57.5	64.1	66.5	61.7
(변화율)	-	4.74	11.48	3.74	-7.22
외 래	56.9	58.4	59.8	58.7	57.8
(변화율)	-	2.64	2.40	-1.84	-1.53

자료: 건강보험공단, 2008년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 2009

□ 재정안정을 위한 시스템 개발

- 진료비 지출 수준, 보장성 수준 등과 연계한 수입 확보방안을 도출하여 항구적으로 재정안정이 유지될 수 있는 체계 도출
- 2001년 약 13조 규모였던 건강보험 급여비가 2010년에 약 34조 원으로 확대되었음.(불과 9년 만에 2.56배 증가)
- 보험급여비를 충당하기 위하여 국민의 직접부담인 보험료도 2001년 8.9조 원에서 2010년에 28.1조 원으로 9년 동안 약 3.19배 증가

〈표 1-4〉 건강보험 재정 현황

(단위 : 억원)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
수입	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,265
보험료수입	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,489
국고일반회계	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123
지원증착금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630
기타수입	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,023
지출	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,989
보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	338,135
관리운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	10,167
기타지출	963	949	830	831	380	764	610	623	664	687
당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△13,724
누적적립금	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,862

주) 자료 : 건강보험공단 통계연보(2001-2009), 2010년은 건강보험공단의 추정치

- 2010년에는 약 1조 3천 7백억 원의 당기적자를 기록하여 년도말 누적적립금은 불과 88백억 원에 이를 것으로 추정됨.
- 정부의 내년도 전망에 의하면 보험료율을 2010년 대비 5.9%를 인상하여도 건강보험 지출이 38조 원을 초과하여 년도말 적립금은 약 2천억 원에 불과할 것으로 예상됨.
- 건강보험 재정 증가 원인 : 고령화, 소득 증가, 신의료 기술, 질환 종류의 다각화, 의료자원 공급의 증가 등

□ 지불보상체계에 대한 개편 방향 모색

- 물가수준, 고령화 정도, 적용대상자 수, 신기술 발달 정도 등을 종합적으로 고려하여 급여비가 예측될 수 있는 지불보상체계 모색
- 우리나라 건강보험의 진료비 지불제도는 행위별수가제(FFS: Fee for Service)로 공급된 모든 진료 행위에 대해 행위당 단가를 정하여 보상하고 있음. : 급여비 급증의 주요요인 중 하나로 진료비 지불제도가 꼽히고 있음.

□ 건강보험료 부과체계 개편 방향 모색

- 현행 건강보험 부과체계 문제점을 파악하고 이를 해결하는 경
로 제시
- 단일보험자 체계에서 부과체계가 직장과 지역으로 이원화되어
있어 형평성 결여

3. 연구방법

□ 문헌 연구

- 기존에 연구되었던 건강보험 관련 보고서 및 논문들을 검토·
평가후 본 연구 추진의 방향 및 전략 수립에 활용
- 필요한 부문의 경우 해외사례 검토

□ 자문회의

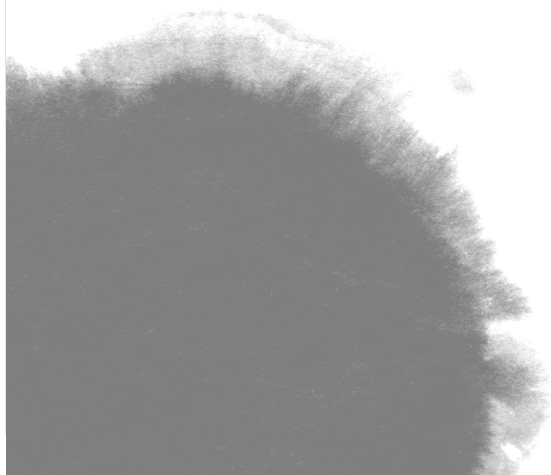
- 가칭 “건강보험 포럼”을 운영하여 주요 분야별 전문가 자문회
의보
- 연구진 및 정부 정책 담당자 간의 주제별 검토회의

4. 기대효과

- 건강보험 도입 30년이 경과한 즈음 향후 건강보험의 현실을 재검토
함으로써 향후 건강보험 발정방향 정립
- 보장성 강화, 재정안정화, 지불보상체계의 개편, 수가의 적정성 검토,
부과체계 개편 등 세부 중점 과제들에 대한 향후 개편 방향을 적시
함으로써 건강보험 내실화 도모
- 건강보험 재정의 안정화 방향을 모색함으로써 제도의 지속가능성 제고
- 단계별 전략 마련을 통해 정책 추진의 효율성 및 효과성 제고

02

건강보험 환경변화 전망





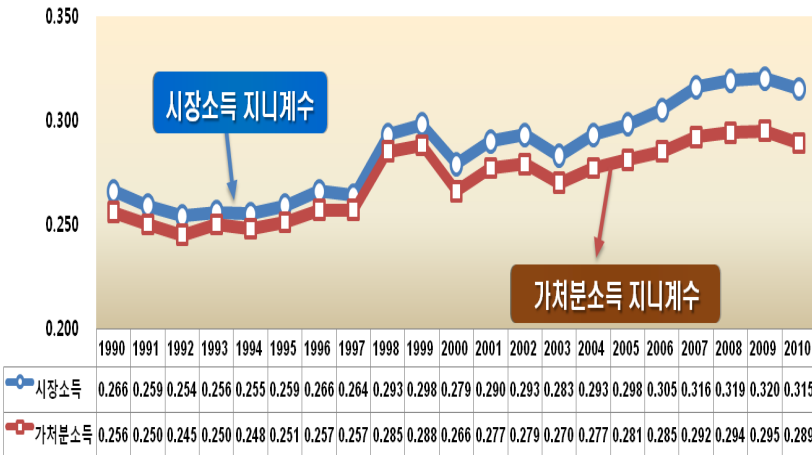
제2장 건강보험 환경변화 전망

1. 양극화 현상 심화

□ 지니계수(도시가구)는 IMF 이후 지속적으로 급증하였으나, MB 정부 들어 증가세 주춤

- 이는 글로벌 경제위기에 대응한 선제적 복지정책의 적극적 추진으로 빈곤율 증가와 소득분배 악화를 최소화하였기 때문임.

[그림 2-1] 지니계수(2인 이상 도시가구 기준, 1990~2010)

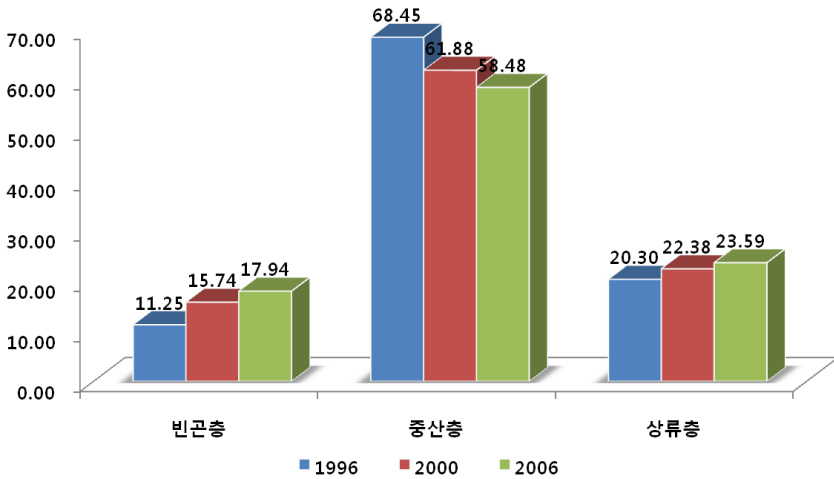


자료: 통계청, 「가계동향조사」.

□ 외환위기와 글로벌 금융위기 이후 붕괴한 중산층이 빈곤층으로 전락하면서 양극화와 빈곤 문제가 심화

- 중위소득의 50~150%에 해당하는 중산층 가구의 비중은 가처분소득 기준으로 1996년 68.5%에서 2006년 58.5%로 지속적으로 감소

[그림 2-2] 소득계층별 비중 추이(1996~2006, 가처분소득 기준)

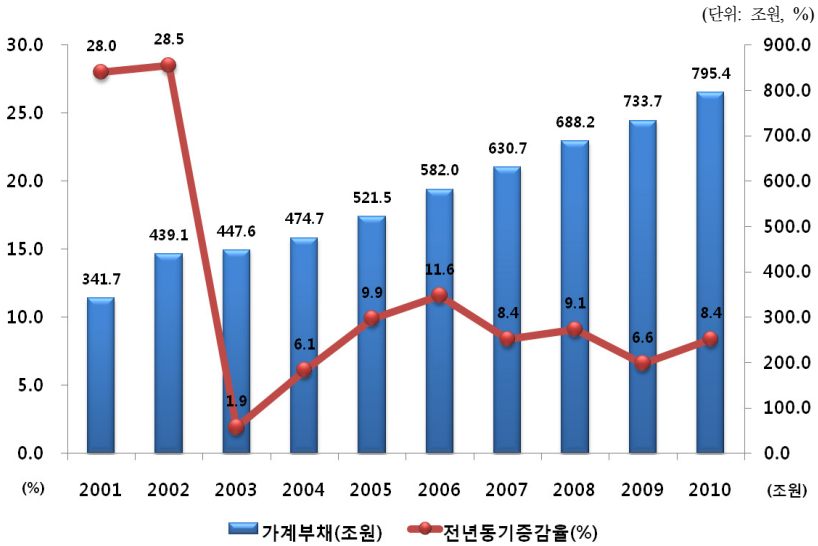


주: 1996, 2000년 자료는 가구소비실태조사, 2006년 조사는 가계조사를 활용하여 분석
 자료: 유경준·최바울, 『KDI 이슈분석: 중산층의 정의와 추정』, 한국개발원, 2008.

□ 2011년 3월말 기준, 가계부채는 801.4조원으로 전년동기 대비 62.3조원(8.4%) 증가(한국은행, “2011년 1분기 중 가계신용”)

- 가계와 자영업자 등 개인부문 금융부채는 1,006.6조원으로 처음으로 1,000조원 돌파 (한국은행, “2011년 1분기 자금순환(잠정치)”)

[그림 2-3] 가계부채 추이(2001~2010)



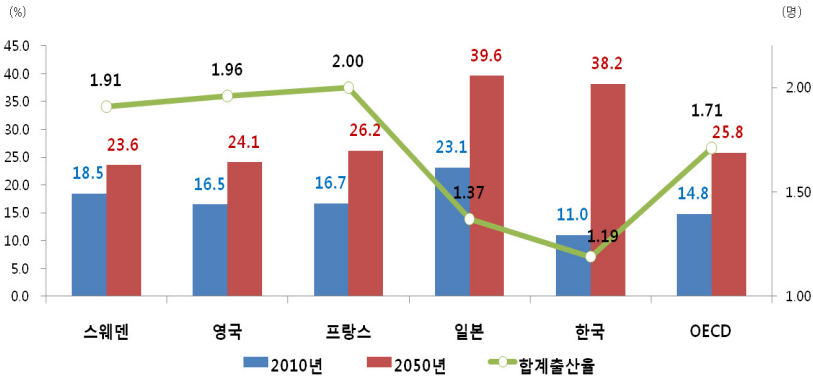
자료: 한국은행, 「가계신용동향」, 각 연도.

2. 저출산 고령화

□ 인구구조의 고령화 현상을 OECD 국가와 비교할 때 현재는 상대적으로 낮은 수준이나, 2050년경에는 가장 심각한 상태로 변화될 것으로 전망

- 2010년 우리나라의 고령화율은 11.0%로 멕시코(5.9%), 터키(6.3%)에 이어 가장 낮은 수준임(OECD 평균 14.8%).
- 2050년이 되면, 우리나라의 고령화율은 38.2%로 급증하여 일본(39.6%) 다음으로 65세 노인인구비율이 가장 높은 수준(OECD 평균 25.8%)

[그림 2-4] 노인인구비율 및 합계출산율 국제비교(2010, 2050)

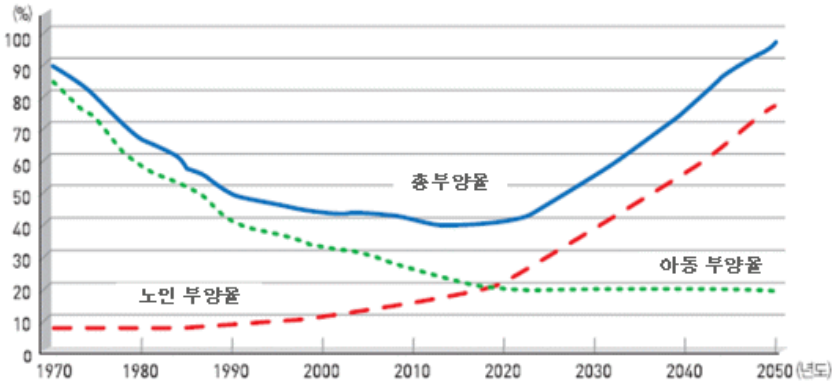


자료: OECD, 『OECD 2010 Factbook』.

□ 인구감소에 따라 총 부양율이 2016년부터 본격적으로 증가하고, 노년부양비도 2010년 37.2%에서 2050년 72.0% 수준으로 급증

— 고령화는 국민연금, 건강보험, 장기요양보험, 아동 및 가족급여, 교육관련 지출 등에 변화를 초래하여 전체 공공지출규모에 영향을 미침.

[그림 2-5] 인구구조에 따른 부양율 변화추이(1970~2050)



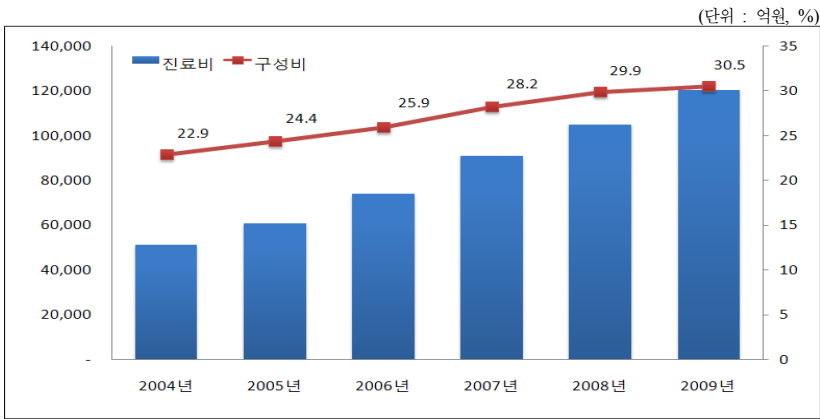
주: 1) 총부양율=생산가능인구 100명당 아동과 노인을 더한 인구의 비율

2) 노인부양율=생산가능인구 100명당 65세 이상 인구 비율

자료: 통계청, 『장래인구추계』.

- 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하고 이는 국민의 부양 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용 예상
 - '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 높은 수준임

[그림 2-6] 건강보험 재정의 전체 의료비 대비 노인의료비 비율



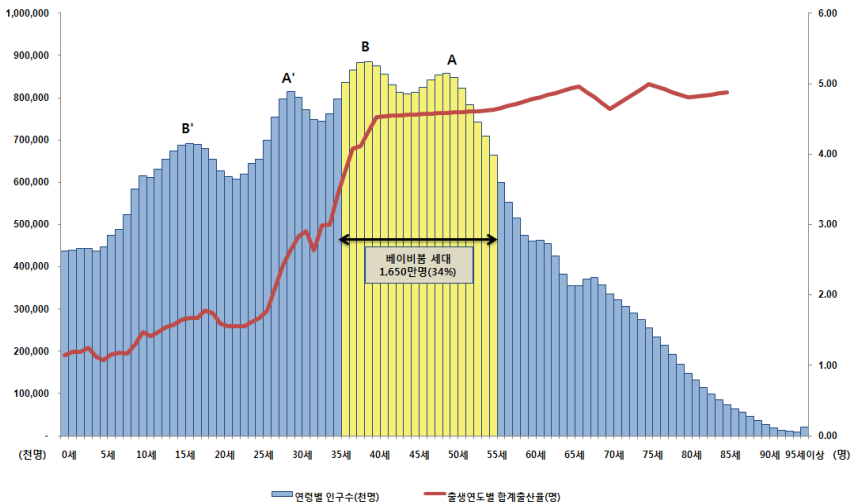
자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 각 연도

- 생산가능인구의 조세 및 사회보장비 등 부담 급증은 세대간 갈등을 야기하여 사회통합에 부정적 영향을 초래할 우려
 - 노인 1명당 부양인구 : 9.9명('00)→7.0명('08)→6.6명('10)
→5.7명('15)→4.6명('20)→1.4명('50)
- 90년대 중반까지 우리나라의 합계출산율은 1.6명 수준에서 유지되었으나, '97년 이후 급격히 하락해 '05년 1.08명까지 감소하였고, 당분간 이를 벗어나기 어려울 전망
 - '06년 1.13명에서 08년 1.19명으로 출산율이 다소 높아졌으나, '쌍춘년'이나 '황금돼지해' 등 결혼출산 특수로 인한 일시적 현상으로 판단되며 '09년에 다시 1.15명으로 감소

□ 총인구의 34%를 차지하는 베이비붐 세대(1955~1974년생)의 사회적 대이동

- 베이비붐 세대의 은퇴가 노동시장에 본격적으로 충격을 주는 시점은 2010년대 혹은 2020년대가 아닌 2030년대 이후 2040년대임.
- 베이비붐 세대 은퇴 후에는 자녀세대, 여성·청년·중고령층에 산재한 비경제활동인구가 부분적으로 대체 가능
- 그러나 베이비붐 세대가 완전히 은퇴하는 2040년 이후 저출산에 따른 인력감소 과급효과가 직접적으로 영향을 미침.

[그림 2-7] 한국의 베이비붐 세대 추이(2010년 기준)



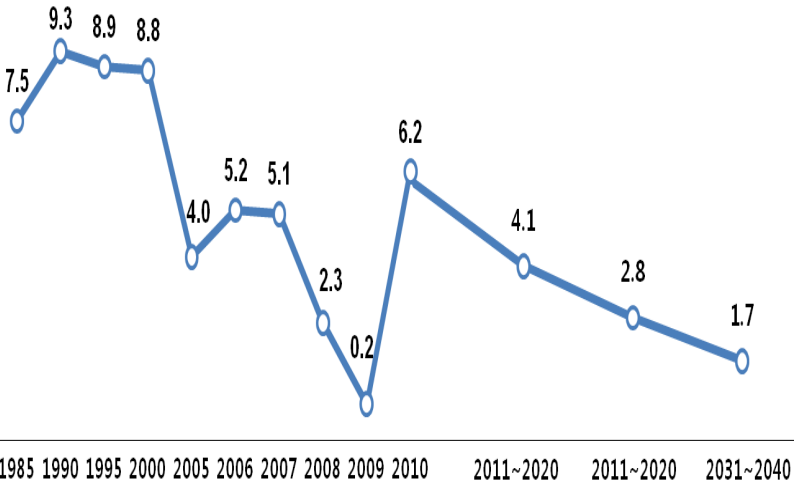
자료: 통계청, 『장래인구추계』.

3. 저성장과 재정 여건 악화

- 저출산·고령화로 인한 인구구조의 변화는 잠재성장률 저하 및 재정 여건 악화, 교육·주택·금융 등 수요에 큰 변화를 가져올 전망

- 재정의 지속가능성 확보의 가장 큰 부담요인으로 작용하여 고용 및 성장기반의 약화 소지 가능성 존재
- 한국의 경제성장률은 2010년대 연평균 4.1%, 2020년대 2.8%, 2030년대 1.7%로 지속 하락

[그림 2-8] 경제성장률 추이 및 전망(1985~2040)

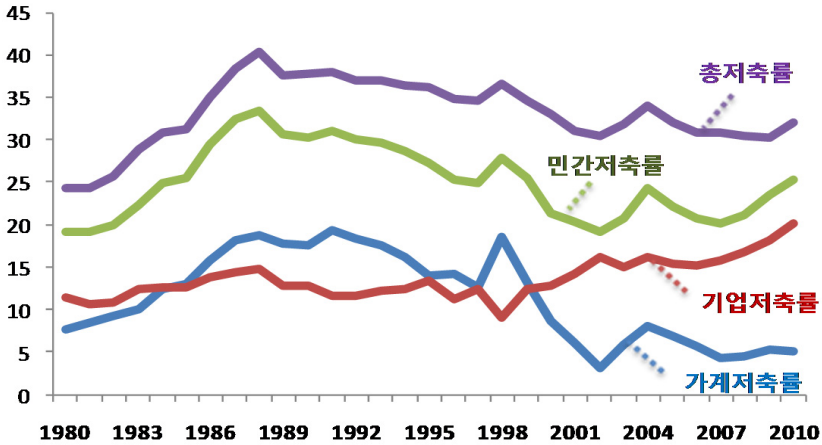


자료: 한국은행 경제통계시스템; KDI, 『미래비전 2040』, 2010.

□ 우리나라의 가계저축률은 외환위기를 거치면서 1998년 20%대 초반에서 2000년 이후 한 자릿수대로 급락

- 개인저축률이 장기간 낮은 수준에 머무르는 것은 가계 부문이 투자재원을 공급하는 대표적인 경제주체라는 점에서 경제 전체의 저축 수준을 떨어트릴 우려가 있음.

[그림 2-9] 우리나라의 부문별 저축률(1980-2010)

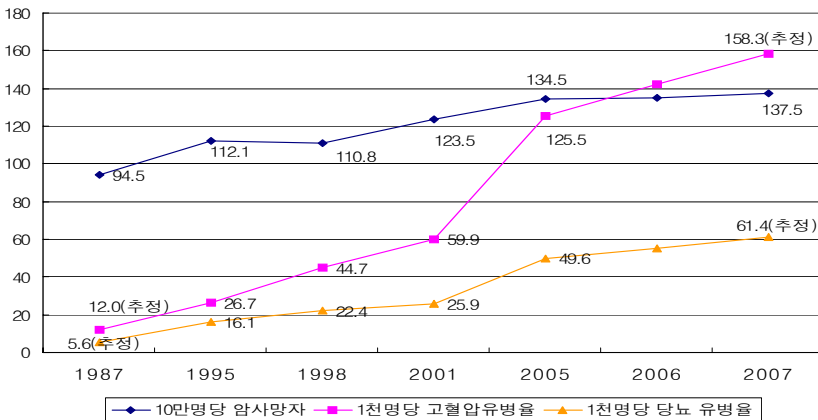


자료: 한국은행 경제통계시스템

4. 만성질환 증가 등 새로운 보건의로 수요 발생

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

[그림 2-10] 암사망자 및 만성질환 유병률



자료: 보건복지통계 연보 각연도

- 음주, 흡연, 비만 등에 대한 개인과 사회의 책임 강화, 질병요인의 사전 발견, 생활습관의 개선 등 예방 및 관리에 대한 정책적 요구가 증가할 것으로 전망

〈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

- 스트레스, 우울증, 인터넷 중독 등 정신건강 분야, 신종 전염병, 기후변화로 발생하는 문제 등 새로운 보건의료 수요가 증가할 것으로 예상
 - 특히 신종전염병의 경우 '73년 Rotavirus 이후 '77년 에볼라, '83년 AIDS, '03년 SARS, '05년 조류독감, '09년 신종인플루엔자 등 지속적으로 발생, 선제적 대응체계 마련이 필요

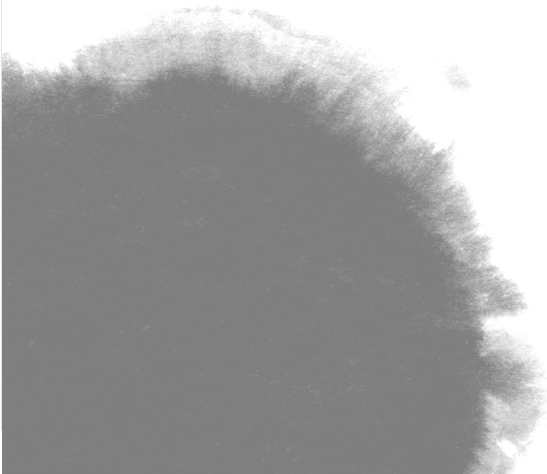
5. 기타

- 소득 수준 향상 : 국민 1인당 국민총소득이 2000년 \$11,292에서 2009년 \$17,175로 증가하는 등 경제수준의 향상은 전체적인 건강욕구의 증가와 보건의료서비스의 품질 향상에 대한 기대수준을 제고시키고, 다양한 형태의 새로운 보건의료서비스 욕구 형성
- 정보화 사회 도래 : 국경을 넘어서는 정보의 실시간 공유와 전자적 수단을 통한 원격진료의 활성화 등 U-Health 시대의 개막

- 시장 개방 : FTA 등을 통해 전세계 교역량의 50% 이상이 자유무역협정 내 교역으로 이루어지고 있으며, 시장개방 추세는 보건의료 분야에서도 피할 수 없는 시대적 흐름이 될 것임.
- 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.
 - 건강보험 급여비가 2000년대에 들어와 지속적으로 년평균 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 예측됨.
- 보건복지 예산 증가에 대한 우려 확산 예정 : 현행 제도만 유지하여도 2050년에 보건복지 재정부문의 비중이 전체 지출의 약 48%에 도달하여 OECD 선진국을 초월할 것이라는 우려 제기(조세연구원)
 - 건강보험 지출이 통제되지 않고 현행 증가속도가 유지되면 전체 지출의 약 76%까지 증가할 것이라고 전망

03

건강보험 현황 및 문제점 그리고 재정전망





제3장 건강보험 현황 및 문제점 그리고 재정전망

1. 건강보험 지속가능 관련 논의의 틀

가. 재정 균형 조건

□ 재정 = 수입 - 지출

– 수입 = 보험료 수입 + 국고지원(건강증진부담금 포함)

• 보험료 수입 = G (보험료율, 부과기반), 국고지원(건강증진부담금)은 외생변수

– 지출 = F (수가 ; 가입자 수 및 구성, 보장성, 의료기술, 의료자원, 소득 …)

□ 건강보험 재정 관련 최적의 상태 : 수입 = 지출

– 제약 조건(Constraint) : 부담 능력 범위 내

나. 지출 관련 변수 검토

□ 수가 : 통제되고 있음.

– 평균적인 수가는 통제되고 있으나 전달체계 부재때문에 상대적으로 단위당 서비스 가격이 비싼 요양기관으로 의료수요가 몰리고 있음.

□ 가입자 구성 : 노인 인구비율이 급격히 증가하여 2018년에 14%를 넘고, 2026년에 20%를 초과하여 초고령사회에 도달할 것이고 2050년에는 전 국민의 38.2%가 65세 이상이 될 것임.

– 의료수요가 급격히 증가할 예정

□ 보장성 : 2010년 기준 약 65%의 보장성(공단 연구 기준)을 보이고 있으나 향후 지속적으로 보장성 확대 욕구가 있을 것으로 보여 지출 증가 예상

□ 의료기술 : 의료기술을 발전은 비급여를 거쳐 급여화되면서 재정 증가에 기여할 것임.

□ 의료자원 : 의료공급은 증가는 재정 증가 동반

□ 소득 : 소득 인상은 의료에 대한 관심증대로 이어져 재정을 증가시킬 것임.

□ 기타 : 소비량을 통제할 수 있는 메카니즘 부재

다. 수입관련 변수 검토

□ 보험료율 : 정치적, 외생적으로 결정되는 경향이 있으나 향후 재정증가는 불가피하게 보험료율 인상을 동반할 것임.

□ 부과기반 : 현재 소득 중 약 45% 이상이 보험료 부과대상에서 누락되어 있고, 능력있는 계층이 피부양자로 무임승차하고 있으므로 형평성 차원에서라도 부과기반의 확대필요

라. 부담 능력 검토

□ 조세연 : 2009년 기준 건강보험은 GDP의 2.72%가 사용되었고, 국가재정을 건전하게 유지하기 위해서는 건강보험 재정이 2050년에 GDP의 5% 이내에서 통제되어야 할 것으로 예측함.

- 2009년 OECD SOCX 기준 우리나라 공공사회복지 지출 비중이 '09년 GDP 대비 8.6%에서 '50년 20.8%로 12.2%가 증가하여 2005년 OECD 평균인 20.5%와 비슷해질 것으로 전망)

- 조세연구원에서 추정한 GDP 전망치에 의하면 2050년의 GDP는 약 2,867조 원에 이르고 이 중 5%를 건강보험에 투입한다면 건강보험 재정은 약 143조 원에 해당
- 2050년 건강보험 재정 규모를 유지하기 위해서는 건강보험 년평균 재정 증가율이 3.66%를 초과해서는 안됨.
- 건강보험 재정이 2050년에 GDP의 7%(OECD 국가의 평균 공공의료비 지출 비중)까지 허용되어도 건강보험 년평균 재정 증가율은 4.54%를 초과해서는 안됨.
- '50년 우리나라의 노인인구비중이 38.2%에 달할 전망이지만 '05년 OECD평균은 14.2%에 불과

2. 건강보험 재정 현황 및 진료비 실태 분석

가. 재정 현황

- 2001년의 보험급여비는 약 13조 원이었으나 9년 후인 2010년의 보험급여비는 약 34조 원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배 증가 (연평균 약 10.98% 증가)
- 보험료는 지난 9년간 연평균 13.38% 증가하였고 국고지원은 4.53%, 담배부담금은 11.68% 증가

〈표 3-1〉 재정현황

(단위: 억원)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	년평균 증가율	
수입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,265	0.1247
	보험료 등	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	281,489	0.1348
	국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123	0.0453
	담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	0.1168
지출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,989	0.1063
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	338,133	0.1097
	관리운영비 등	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	10,167	0.0260
당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△13,724		
누적수지	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8862		

주: 현금흐름 수지에 의한 재정입. 2010년은 추정치임

자료: 국민건강보험공단

[그림 3-1] 건강보험 재정수지 추이



주: 현금흐름 수지에 의한 재정입

□ 2004년에서 2008년까지의 비급여를 포함한 총 진료비 대비 비급여의 연평균 증가율은 약 15%임.

- '08년을 기준으로 비급여를 포함한 총진료비 규모는 약 42조 6천억으로 '08년 현재 건강보험 보장률 70%(공단 기준)를 달성하기 위한 추가비용은 약 3조 3천억⁴⁾임.

〈표 3-2〉 비급여 증가율

(단위: 억원)

구분	2004	2005	2006	2007	2008
비급여 본인부담금	35,951	42,463	41,428	46,939	62,828
전년도 대비 증가율		18.1	-2.4	13.3	33.8
총 진료비 대비 비중	13.8	14.6	12.7	12.7	15.3

나. 진료비 실태 분석(2002년 - 2009년)

□ 적용인구 1인당 내원일수는 전체적으로 지난 8년간 연평균 약 3.86% 증가하였음.

- 입원의 연평균 증가율은 10.50%로 급격히 증가하였고 외래는 3.25%, 약국은 1.94% 증가하였음.

4) 42조6천억 * (1-0.622)

〈표 3-3〉 적용인구 1인당 내원일수 증가

(단위: 일, %)

연도	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
전체	13.89	14.64 (5.40)	14.86 (1.53)	15.33 (3.11)	16.01 (4.46)	16.53 (3.26)	16.78 (1.49)	18.11 (7.93)	3.86
입원	0.96	1.09 (13.49)	1.13 (3.20)	1.19 (5.88)	1.32 (10.92)	1.57 (18.49)	1.74 (11.13)	1.92 (10.36)	10.50
외래	12.93	13.54 (4.75)	13.74 (1.43)	14.13 (2.88)	14.69 (3.91)	14.96 (1.89)	15.03 (0.47)	16.15 (7.44)	3.25
약국	8.30	8.08 (-2.64)	8.21 (1.68)	8.43 (2.64)	8.78 (4.19)	8.80 (0.21)	8.82 (0.16)	9.46 (7.36)	1.94

주: 1) 약국 방문일수는 전체 내원일수에는 포함되지 않음

2) 2009년 자료는 통계연보 발표 전 잠정적 데이터를 사용하여 전체내원일수가 입원과 외래 내원일수 합과 맞지 않음.

자료: 건강보험공단, 2009 주요통계 및 2002~2008년 각 연도 통계연보

□ 내원일당 진료비는 지난 2002년 이후 연평균 6.51% 증가

— 내원일당 진료비는 특히 입원, 외래, 약국 중 약국방문일당 약
제비가 동 기간 8.85% 증가하여 내원일당 진료비 증가에 가
장 큰 영향을 주고 있음.

〈표 3-4〉 내원일당 진료비 변화

(단위: 원)

구 분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
전체	29,056	30,089 (3.56)	31,963 (6.23)	34,229 (7.09)	37,431 (9.35)	40,972 (9.46)	43,157 (5.33)	45,109 (4.52)	6.48
입원	102,373	106,599 (4.13)	111,794 (4.87)	116,475 (4.19)	125,131 (7.43)	131,519 (5.10)	129,795 (-1.31)	133,741 (3.04)	3.92
외래	15,271	15,338 (0.44)	15,199 (-0.91)	16,801 (10.54)	17,988 (7.06)	19,056 (5.94)	19,934 (4.61)	20,892 (4.81)	4.64
약국	12,981	14,391 (10.86)	15,924 (10.65)	17,578 (10.39)	19,297 (9.78)	21,127 (9.48)	22,479 (6.40)	23,468 (4.40)	8.85

자료: 건강보험공단, 2009 주요통계 및 2002~2008년 각 연도 통계연보

〈표 3-5〉 진료비증가에 대한 항목별 기여도분석

구 분	증가율	기여도
적용인구	0.59%	5.38
1인당 내원일수	3.86 %	35.32
내원일당진료비	6.48 %	59.30
진료비증가	10.94(11.10)% ⁵⁾	100.00

□ 의료이용 형태별 진료비 증가 추이 : 2002년~2009년 전체 진료비는 연평균 11.1% 증가

- 입원진료비는 4.6조 원에서 12.4조 원으로 연평균 15.36%, 외래진료비는 9.2조 원에서 16.2조 원으로 연평균 8.48%, 약제비는 5조 원에서 10.7조 원으로 연평균 11.42% 증가

〈표 3-6〉 의료이용형태별 진료비

(단위: 십억원)

구 분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
계	18,832	20,742	22,506	24,862	28,410	32,389	34,869	39,339
입원	4,595	5,482	5,967	6,585	7,850	9,861	10,892	12,388
외래	9,212	9,785	10,343	11,253	12,524	13,635	14,433	16,254
약국	5,025	5,476	6,196	7,023	8,036	8,892	9,544	10,697

〈표 3-7〉 의료이용형태별 진료비증가율

(단위: %)

구 분	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균
계	10.14	8.50	10.47	14.27	14.01	7.66	12.82	11.10
입원	19.30	8.85	10.36	19.21	25.62	10.46	13.73	15.36
외래	6.22	5.71	8.80	11.29	8.87	5.85	12.61	8.48
약국	8.97	13.15	13.35	14.42	10.66	7.32	12.09	11.42

□ GDP 대비 국민의료비, 건강보험 진료비, 건강보험 급여비 비율이 매년 높아지고 있어 의료비가 GDP보다 빠른 속도로 증가하고 있음

5) 진료비의 연평균 증가율은 11.10%로 나타나고 있으나 적용인구, 1인당 내원일수, 내원일당 진료비 증가율을 합하면 10.94%로 약 1.5% 정도 불일치가 나타나고 있음. 이는 건강보험 공단의 통계량 중 하위 단위에서 일부 오차가 있는 것으로 판단됨.

을 보여주고 있음.

- 진료비 대비 급여비 비율도 건강보험 재정위기 극복과정에 있던 2003년과 2004년을 제외하고는 계속 높아지고 있어 보장이 강화되고 있음을 알 수 있음.

〈표 3-8〉 연도별 진료비와 GDP

(단위: 십억원, %)

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
GDP(A) ¹⁾	720,539	767,113	826,892	865,240	908,743	975,013	1,023,937	1,063,059
진료비(B) ²⁾	18,832	20,742	22,506	24,862	28,410	32,389	34,869	39,339
급여비(C) ²⁾	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) ³⁾	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, 『국민소득』, 2010

2) 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도

3) 보건복지가족부, 『2008년 국민의료비 및 국민보건계정』, 2010

〈표 3-9〉 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 계산한 것임.

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

자료: 한국은행, 『국민소득』, 2010

국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도

통계청, 『소비자물가지수』

□ 적용인구 1인당 내원일수가 지난 8년간 **년평균 약 3.88%** 증가하고 있음.

－ **입원의 내원일수 증가가 두드러짐.**

〈표 3-10〉 적용인구 1인당 내원일수

연도	전체내원일수	입원	외래	약국
2002년	13.89	0.96	12.93	8.30
2003년	14.64	1.09	13.54	8.08
2004년	14.86	1.13	13.74	8.21
2005년	15.33	1.19	14.13	8.43
2006년	16.01	1.32	14.69	8.78
2007년	16.53	1.57	14.96	8.80
2008년	16.78	1.74	15.03	8.82
2009년	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

〈표 3-11〉 적용인구 1인당 내원일수 증가율(%)

연도	전체내원일수	입원	외래	약국
2003년	5.40	13.49	4.75	-2.64
2004년	1.53	3.20	1.43	1.68
2005년	3.11	5.88	2.88	2.64
2006년	4.46	10.92	3.91	4.19
2007년	3.26	18.49	1.89	0.21
2008년	1.49	11.13	0.47	0.16
2009년	7.93	10.36	7.44	7.36
연평균증가율	3.88	10.50	3.25	1.94

〈표 3-12〉 내원일당 진료비, 급여비 및 본인부담금

(단위: 원)

연도	전체			입원			외래			약국		
	진료비	급여비	본인부담	진료비	급여비	본인부담	진료비	급여비	본인부담	진료비	급여비	본인부담
2002년	29,056	20,713	8,343	102,373	81,395	20,978	15,271	10,182	5,088	12,981	9,374	3,606
2003년	30,089	21,404	8,685	106,599	84,672	21,927	15,338	10,102	5,236	14,391	10,400	3,992
2004년	31,963	22,909	9,055	111,794	88,758	23,036	15,199	10,214	5,285	15,924	11,538	4,386
2005년	34,229	24,767	9,463	116,475	93,333	23,142	16,801	11,377	5,424	17,578	12,744	4,835
2006년	37,431	27,578	9,853	125,131	103,423	21,709	17,988	12,364	5,624	19,297	14,012	5,286
2007년	40,972	30,304	10,668	131,519	108,385	23,134	19,056	13,142	5,914	21,127	15,266	5,861
2008년	43,157	31,685	11,472	129,795	104,430	25,365	19,934	13,804	6,130	22,479	16,114	6,365
2009년	45,109	33,158	11,951	133,741	107,521	26,220	20,892	14,4705	6,416	23,468	16,882	6,586

주: 2009년 자료는 통계연보 발표 전 잠정적 데이터를 사용하여 전체내원일수가 입원과 외래 내원일수 합과 맞지 않음.

자료: 건강보험공단, 2009 주요통계; 각 연도 통계연보

〈표 3-13〉 내원일당 진료비, 급여비 및 본인부담금 증가율

(단위: %)

연도	전체			입원			외래			약국		
	진료비	급여비	본인부담금	진료비	급여비	본인부담금	진료비	급여비	본인부담금	진료비	급여비	본인부담금
2003년	3.56	3.34	4.10	4.13	4.03	4.53	0.44	-0.79	2.91	10.86	10.95	10.68
2004년	6.23	7.03	4.26	4.87	4.83	5.06	-0.91	1.11	0.93	10.65	10.94	9.88
2005년	7.09	8.11	4.51	4.19	5.15	0.46	10.54	4.39	2.63	10.39	10.45	10.22
2006년	9.35	11.35	4.13	7.43	10.81	-6.19	7.06	8.67	3.68	9.78	9.95	9.33
2007년	9.46	9.88	8.27	5.10	4.80	6.57	5.94	6.29	5.17	9.48	8.95	10.88
2008년	5.33	4.56	7.53	-1.31	-3.65	9.64	4.61	5.04	3.64	6.40	5.55	8.59
2009년	4.52	4.65	4.18	3.04	2.96	3.37	4.81	4.86	4.68	4.40	4.77	3.47
연평균	6.51	6.99	5.28	3.92	4.13	3.35	4.64	5.23	3.38	8.85	8.79	9.01

□ 항목별 진료비 증가에 대한 기여도를 분석한 결과 전체적으로 적용 인구증가가 약 진료비 증가분의 5.38%, 1인당 내원일수 증가가 35.32%, 내원일당 진료비 증가가 59.3%를 설명하고 있음.

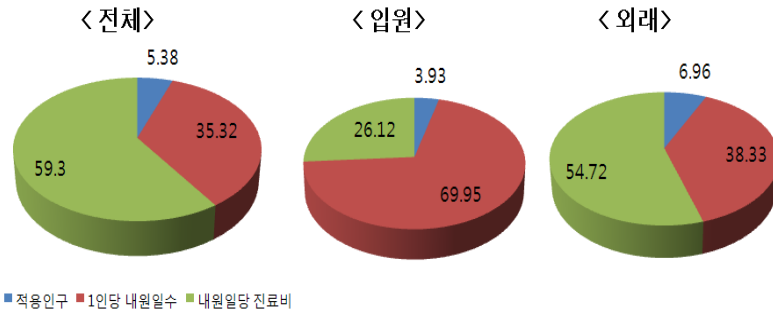
－ 입원의 경우 1인당 내원일수 증가가 압도적이며 외래와 약국은 내원일당 진료비 증가가 훨씬 많은 영향을 미치고 있음.

〈표 3-14〉 진료비증가에 대한 인구 수, 1인당 내원일수 및 내원일당진료비 증가의 기여도분석, 2002~2009년

(단위: %)

구 분	전체		입원		외래		약국	
	증가율	기여도	증가율	기여도	증가율	기여도	증가율	기여도
적용인구	0.59	5.38	0.59	3.93	0.59	6.96	0.59	5.18
1인당 내원일수	3.86	35.32	10.50	69.95	3.25	38.33	1.94	17.05
내원일당 진료비	6.48	59.3	3.92	26.12	4.64	54.72	8.85	77.77
진료비	10.94		15.01		8.48		11.38	

[그림 3-2] 진료비 증가요인 기여도



□ 10대 항목별 분류에서 전체적으로 진찰료와 처치 및 수술료의 비중이 높게 나타나고 있음.

- 상급종합병원의 경우 검사료의 비중이 가장 높음.
- 종합병원과 병원은 입원료와 처치 및 수술료의 비중이 비슷하게 가장 높게 나타나고 있음.
- 의원급에서는 진찰료의 비중이 압도적으로 높음.

〈표 3-15〉 요양기관종별 10대 분류 금액 구성비, 2009년, 전체

(단위: %)

	계	진찰료	입원료	투약료	주사료	마취료	이학요법료	정신요법료	처치및수술료	검사료	영상진단방사선치료료	특수장비			
												장기요양	CT료	MRI료	PET료
계	100.00	26.03	12.71	3.79	10.29	2.23	3.13	0.89	16.11	12.27	4.87	3.05	3.15	0.87	0.61
상급종합병원	100.00	6.73	11.89	6.09	17.59	1.88	0.71	0.36	17.43	19.31	7.68	-	6.36	2.09	1.89
종합병원	100.00	11.29	17.44	5.43	13.86	1.72	1.30	0.37	17.42	17.30	5.97	-	5.60	1.51	0.79
병원	100.00	11.00	24.62	3.93	7.44	1.93	5.43	1.62	14.27	7.63	3.08	17.09	1.73	0.21	0.00
의원	100.00	55.01	5.67	1.58	5.90	2.67	5.16	1.32	11.04	8.24	2.73	-	0.56	0.10	0.01

주: 1) 2009년 1~9월 EDI 청구기관의 진료실적을 토대로 2009년 3분기 추정하였음

2) 혈액료 및 수혈료는 주사제항목에 포함되었음.

1순위 2순위

□ 10대 항목별 분류 중 지난 8년간 구성비의 변화를 보면 전체적으로 진찰료의 비중은 감소하고 있는 반면 입원료 및 고가의료장비 비중의 증가가 두드러지고 있음.

〈표 3-16〉 전체 요양기관의 연도별 10대분류 금액 구성비 추이

(단위: %)

	진찰료	입원료	투약료	주사료	마취료	이학요법료	정신요법료	처치및수술료	검사료	영상진단방사선치료료	특수장비			장기요양
											CT료	MRI료	PET료	
2003년	33.62	9.45	3.68	11.35	2.51	2.90	0.86	16.98	11.38	5.14	2.12	-	-	-
2004년	32.81	9.78	4.08	11.01	2.48	2.96	0.86	16.95	11.43	5.36	2.26	-	-	-
2005년	32.30	9.75	4.07	10.79	2.42	3.03	0.96	16.80	11.68	5.31	2.41	0.46	-	-
2006년	30.50	10.84	4.20	10.77	2.33	3.04	0.95	16.88	11.67	5.25	2.64	0.94	-	-
2007년	28.04	13.53	4.12	10.59	2.25	3.12	0.96	16.54	11.58	5.12	2.87	0.88	0.40	-
2008년	26.85	14.02	4.08	10.70	2.29	3.20	0.98	16.61	11.73	5.02	3.09	0.89	0.54	-
2009년	26.03	12.71	3.79	10.29	2.23	3.13	0.89	16.11	12.27	4.87	3.15	0.87	0.61	3.05

3. 재정 관련 문제점

가. 의료비의 효율적 활용 측면

1) 상급병원으로 외래 환자 집중화 심화

〈표 3-17〉 요양기관 종별 외래 진료비 점유율 변화

(단위: 백만원, %)

외래구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균증가율 (점유율증가율)
종합전문	1,201,625 (10.80)	1,436,858 (11.60)	1,684,175 (12.48)	1,844,169 (12.91)	2,288,408 (14.22)	17.47 (7.12)
종합병원	1,271,584 (11.43)	1,480,410 (11.95)	1,666,329 (12.35)	1,882,323 (13.17)	2,075,072 (12.89)	13.02 (3.06)
병원	648,771 (5.83)	737,947 (5.96)	878,326 (6.51)	929,578 (6.51)	1,122,216 (6.97)	14.68 (4.58)
의원	5,919,406 (53.20)	6,486,972 (52.36)	6,894,908 (51.09)	7,137,975 (49.95)	7,790,382 (48.41)	7.11 (-2.33)
의료기관 소계	11,119,807 (99.94)	12,381,251 (99.93)	13,487,164 (99.93)	14,280,390 (99.94)	16,083,541 (99.94)	9.67 (0.00)
총계	11,126,704 (100.00)	12,389,783 (100.00)	13,496,086 (100.00)	14,288,951 (100.00)	16,092,582 (100.00)	9.66

주) 치과, 한방, 약국 부문 제외

- 상급종합병원(종합전문병원)의 외래 진료비가 연평균 17.47% 증가하여 외래를 전문으로 하는 의원급 증가율 7.11%를 압도하고 있음.
 - 점유율도 상급종합병원의 경우 2005년에 10.80%에서 2009년 14.22%로 폭증하고 있는 반면 의원급은 2005년 53.20%에서 2009년 48.41%로 지속적으로 감소하고 있음.
- 병원급 이상의 점유율은 매년 증가하고 있으나 외래를 전문으로 하는 의원급의 점유율은 감소하고 있음.

- 특히 내원일당 진료비가 의원급에 비해 5배 이상 높은 종합전문병원의 연평균 증가율이 17.47%로 다른 요양기관 증가율에 비해 현격히 높음.

가) 본인부담 및 요양기관 종별 기본 진료료 상대가치 현황

□ 외래 본인부담 현황:

- 종합전문 : 진찰료 총액 + (요양급여비용 총액-진찰료)*0.6
- 종합병원 : 요양급여비용 총액 * 0.5
- 병원 : 요양급여비용 총액 * 0.4
- 의원 : 요양급여비용 총액 * 0.3

〈표 3-18〉 요양기관종별 기본 진료료 상대가치 현황

분류	상대가치점수		금액		비율	
	초진	재진	초진	재진	초진	재진
의원	188.11	134.47	12,280원	8778원	-	-
병원	208.86	151.37	13,430원	9733원	9.3%	10.9%
종합병원	232.33	174.84	14,940원	11243원	21.7%	28.1%
종합전문	255.79	198.31	16,450원	12753원	33.9%	45.3%

자료 : 건강보험행위 급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 개정고시(2010년)

※ 일본의 예

- 진찰료가 초진과 재진으로 구분 적용되는 바, 초진료가 재진료에 비해 4배 이상 높음.
- 의료기관 종별에 따라 진찰료가 차등 적용되고 있음.
 - 초진료의 경우 의원급의 진찰료가 병원급의 진찰료에 비해 약 8%가 높게 책정되어 있고 재진료의 경우 약 25.86%가 높음.
 - 병원급 이상의 경우 초진료가 재진료에 비해 4.31배 높고, 의원의 경우 3.70배 더 높게 책정되어 있음.

- 재진료 체감율 (초진료 대비)
 - 의원 : 1회 재진(30%), 2회-3회(27%), 4회 이상(14%)
 - 병원급 : 1회 재진(26%), 2회-3회(24%), 4회 이상(12%)
- 내원일당 진료비(2008년 기준) : 98,197(종합전문), 62,121(종합병원), 48,709(병원), 17,802(의원)
- 외래에 대한 보장률이 매년 감소하는 가운데 입원을 주로 하는 종합전문, 종합병원의 경우 2008년 보장률이 2006년과 비슷하나 의원의 보장률은 지속 감소하고 있음.
 - 특히 2008년에는 다른 요양기관 종류의 보장률은 감소하고 있는 반면 종합전문병원의 외래 보장률은 증가하고 있음.
 - 즉 상대적으로 상급종합병원에 대한 비용부담이 이전에 비해 상대적으로 감소함으로써 외래의 경우도 상급병원 이용이 용이해지고 있음.
 - 내원일당 진료비가 현격히 높은 상급종합병원으로의 외래 환자 집중화는 자원배분을 왜곡하여 재정압박요인으로 작용할 수 있음.

나) 문제점

- (소비자 측면)자유롭게 소비자가 의료기관을 선택할 수 있는 현행 방식은 의료자원의 낭비와 의료비 상승을 초래할 수 있음.
 - 특히 우리나라 국민은 자유로운 선택이 의료문화로 인식되어 의료기관의 시설, 장비의 대형화 및 현대화를 양질의 서비스와 동격으로 인식하고 있음.
 - 또한 요양기관 종별간 소비자 인지가격의 차이가 소비자가 인식하는 종별간 의료서비스 질의 차이보다 작아 대형 병원에

대한 국민의 선호도가 나날이 높아지고 있음. : 즉 소비자의 입장에서 서비스 질의 차이가 가격의 차이보다 큼.

- 이와 같은 현상은 필연적으로 의료자원의 수도권 집중화를 가속화하고 소위 'Big 4' 대형 종합병원으로의 쏠림 현상은 더욱 심해질 것으로 판단됨.
- 따라서 의료자원 배분을 효율화하고 의료비 상승을 억제하기 위해서는 전달체계를 정상화하여야 함.

□ (공급자 측면)상급병원의 경쟁력 우위 및 월등한 수입을 보장하는 제도 설계

- 요양기관 종별 진찰료 상대가치의 차이
 - 의원급에 비해 상급종합병원은 33.9%(초진)에서 45.3%(재진)까지 내원건당 진찰료수입이 더 많음. : 이처럼 요양기관 종별로 외래 진찰료 상대가치가 차이나고 있으나 이에 대한 근거가 명확치 않음.
 - 일본의 경우 오히려 의원급의 진찰료가 병원급 진찰료에 비해 초진(재진)의 경우 8%(25.86%) 높게 책정되어 있음.
- 진찰료를 제외한 검사료 등에는 차등 가산율이 적용되고 있음.
 - 현행 가산율 : 종합전문(30%), 종합병원(25%), 병원(20%), 의원(15%)
- 또한 상급종합병원은 선택진료료를 통해 최대 진찰료의 50%까지 추가로 받을 수 있음.
- 진찰료만 한정하여도 상급종합병원은 의원급에 비해 2배 이상 수입을 담보할 수 있어 시설, 장비 등을 현대화하는 데 투자할 여력이 생기고, 다시 환자들은 고급화된 상급종합병원을 찾게되는 악순환 지속

□ 실질적 의료전달체계 부재

- 현행 의료법에는 인력 및 시설 기준으로 의료기관을 구분하고 있으나 기능별 분류가 되어있지 않음. : 의원급의 경우 주로 외래환자를 대상으로 의료행위를 한다는 사항이 명시되어 있으나 강제력이 없음
- 환자 의뢰-회송체계 작동을 위한 실효성 있는 규제 및 유인 기전 부재 : 법적 근거는 마련되어 있으나 이를 준수할 기전이 없음.
 - 따라서 병원급과 의원급간 환자 유치를 위한 무한 경쟁이 이루어지고 있으며 그 결과 인력, 시설이 상대적으로 우수한 대형병원으로의 쏠림 현상이 가속화 되고 있음. : 이는 의료자원 이용에 비효율 초래

2) 과도한 약제비 비중

가) 약제비 및 보험의약품 등재 현황

□ 약품비 규모 : 약 12조8천억원('10년)으로 총 진료비(43.7조)의 29.3%

- '01~'09년 중 약제비는 평균 13.7%씩 증가하여 전체 급여비 중 비중도 증가 : ('01) 23.5% → ('09) 29.6%
- 동기간 중 진료비 증가율(10.97%) 보다 약품비 증가율(11.42%)이 높음.
- 증가추이 : 「약제비적정화방안」 이후 다소 둔화되었으나 여전히 높은 편 => 약품비 증가율 : ('01~'06년) 15.6% → ('07~'10년) 11%

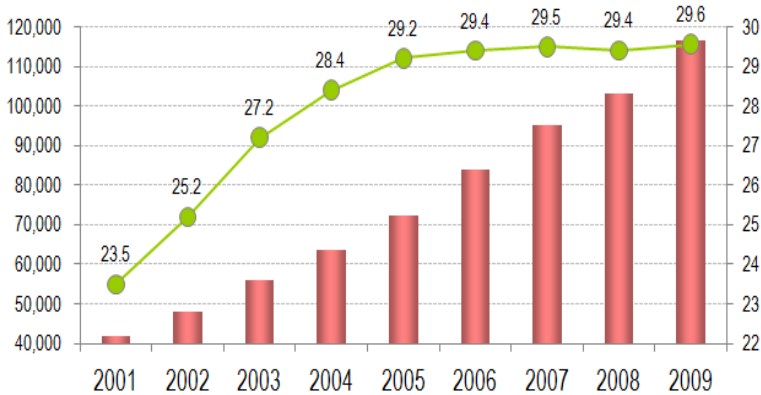
- 증가요인 : '05~'09년간 전체 약품비 연평균 증가(12.8%) 중 가격요인(-1.7%)에 비해 사용량요인(14.3%)이 결정적 영향을 미침.
- 국제 비교(국민의료비 지출 중 의약품비 비중, 건강보험 외 민간보험 등 포함) : 우리나라 22.5% (OECD평균 14.3%)

〈표 3-19〉 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
보험진료비중 약품비 비중(%)	23.5	25.2	27.2	28.4	29.2	29.4	29.5	29.4	29.6

자료원: 김보연, 2010.

〔그림 3-3〕 보험진료비중 약제비 비중의 연도별 추이



자료원: 김보연, 2010.

□ 의약품 사용량 관리 현황 : 만성질환 및 노인인구의 증가 등으로 연평균 14.3% 급증

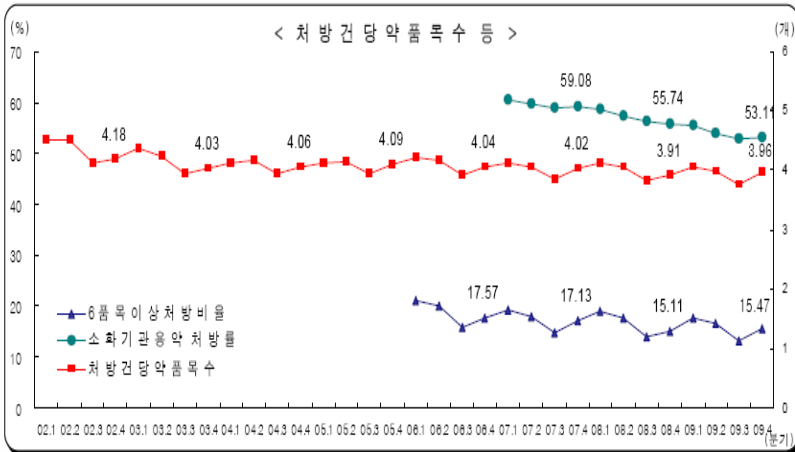
- 사용행태 : 외국에 비해 의약품 처방량이 많으며, 오리지널 및 고가 제네릭을 주로 사용
 - 처방전 당 약품목수(개) : 한국(4.16), 미국(1.97), 독일(1.98), 일본(3.0), 영국(3.8) 등
 - 복수등재중 최고가약 처방비중(심평원) : '07년 32.0%, '09년 37.9%, '10년 39.1%

〈표 3-20〉 주요국의 처방건당 약품목수

국가	미국	독일	일본	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, 의약품적정사용 관리를 위한 제외국의 처방행태 평가연구, 2006.9

[그림 3-4] 처방건당 약품목수의 변화 추이



자료원: 심평원, 2009 하반기 약제급여적정성평가 추서관리 결과, 2010.3.

□ 오리지널 및 제네릭 약가 수준 현황

- 오리지널 약가는 외국대비 83%수준(구매력지수 기준, 심평원)

- 제네릭 약가수준은 구매력지수 기준 16개국 중 3위, 일반환율 기준 14위
 - 대만, 독일, 미국, 스웨덴, 영국, 일본, 프랑스 등 16개 주요국 비교(권순만, '10년)

〈표 3-21〉 제네릭 청구순위 50대 성분의 각 국가 약가 수준 비교(심평원, '08)

구 분	우리나라	A7평균	프랑스	독일	이태리	스위스	미국
환율기준	100	115	133	104	112	139	227
PPP기준	100	70	73	58	64	67	172

주 : PPP(Purchasing Power Parity) : 구매력지수

□ 제네릭 제품의 시장 점유율 비교(권순만(2010)) : 한국은 0.645, 미국 0.881, 네델란드 0.794, 독일 0.778, 스웨덴 0.715, 노르웨이 0.709, 영국 0.692인 것으로 나타났고 벨기에, 이탈리아, 일본은 상대적으로 제네릭의 시장점유율이 오리지널 제품에 미치지 못하여 모두 점유율이 0.5 미만이었음.

□ 보험의약품 등재 현황('08.12월 현재) : 총 14,900개 품목

- 전문의약품 12,898개(86.6%), 일반의약품 2,002개(13.4%)
- 오리지날 품목 4,183 품목(28.1%), 제네릭 10,717개 품목(71.9%)

□ 보험의약품 가격등재 제도

- 경제성 평가를 통해 신약의 급여여부 결정(심평원)
- 급여대상 의약품에 대해 제약사와 약가협상 후 상한금액 결정(건보공단)
- 신약의 특허 만료 후 제네릭 등재시 가격 결정
 - 오리지날 : 특허만료 전 가격의 80% 수준으로 조정(20% 인하)

- 특허만료약의 오리지널 대비 가격 수준(OECD 외 '07) : 한국 80%, 네덜란드 60%, 오스트리아 70%, 프랑스 82~85%, 일본 94~96%
 - 제네릭 : 1~5번째 68%, 6번째 61.2%, 7번째 55%, 8번째 49.5%로 등재 순서에 따라 약가가 차등되는 계단식 약가 방식 적용(최저가의 90% 수준 인정)
 - 최초 제네릭 가격 수준(특허만료전 가격 대비, OECD 외 '07) : 한국 68%, 프랑스 50%, 오스트리아 52%, 네덜란드 60%, 스페인 70%, 일본 70%, 이태리 80%
- 약가 사후 관리 : 기등재 약 목록 정비, 시장형 실거래가 제도, 사용량-약가 연동제 등을 통해 지속적으로 약가 조정
- 사용량 관리 정책 : 외래처방 인센티브제, 의약품처방조제지원시스템 (DUR) 등을 통해 적절한 약 사용 유도

나) 보험약가 및 거래 제도의 문제점

- 보험의약품 가격결정 제도 : 약가차별 인정근거 부족
- 동일제품임에도 가격차별을 두는 것에 대한 합리적 근거 부족
 - 특허만료 후에도 오리지널은 제네릭보다 높은 약가를 인정하는 모순 발생
 - ※ 국내제약사가 보유한 오리지널(3,356개)은 자체 개발이 아니라 거의 외국에서 licence-in한 것으로 특허 만료 후에도 계속 우대하는 것은 불합리
 - 제네릭도 단순히 등재순서에 따라 약가차이를 두는 불합리한 제도 운영
 - 제네릭의 약가수준(특허만료 전 가격의 68%)이 선진국에 비

해 높게 책정된다는 문제제기

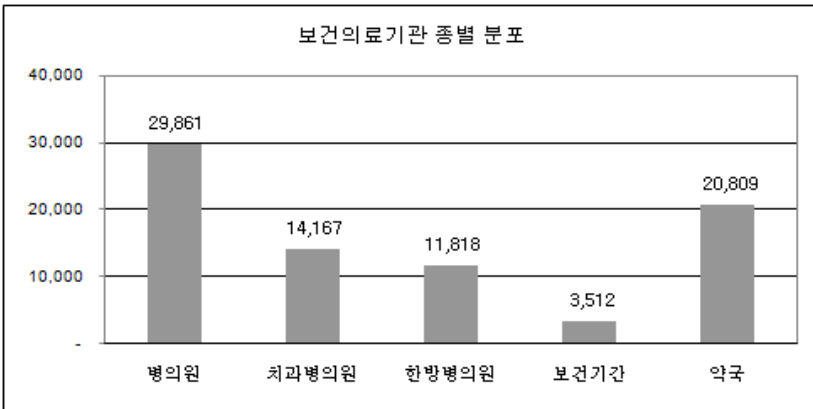
□ 약가거품에 대한 논란 야기

- '06.12.29 이후부터 특허가 만료되는 의약품은 오리지날은 특허만료전 가격의 80%, 제네릭은 68%를 적용하고 있으나
- '06.12.29 이전에 특허가 만료된 오리지날 및 제네릭에 대하여 종전 약가를 그대로 인정

3) 의료자원의 현황

□ 보건의료기관 종별 분포 현황 : 2008년 6월 현재 병의원은 29,861개로 37.2%, 약국은 20,809개로 26.0%의 비중을 차지하였음. 치과병의원은 14,167개(17.7%), 한방병의원 11,818개(14.7%), 보건기관은 3,512개(4.4%) 순으로 나타났음.

[그림 3-5] 보건의료기관 종별 분포



□ 진료과 분포

- 인구 10만명당 일차의료 진료과(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 가정의학과)는 110.8개로 나타남.

□ 의료인력 : 인구 10만명당 주요 보건의료인력은 의사 153.1명, 치과 의사 41.1명, 한의사 31.2명, 간호사 217.9명, 약사(병원약사와 개업 약사 포함) 66.1명임.

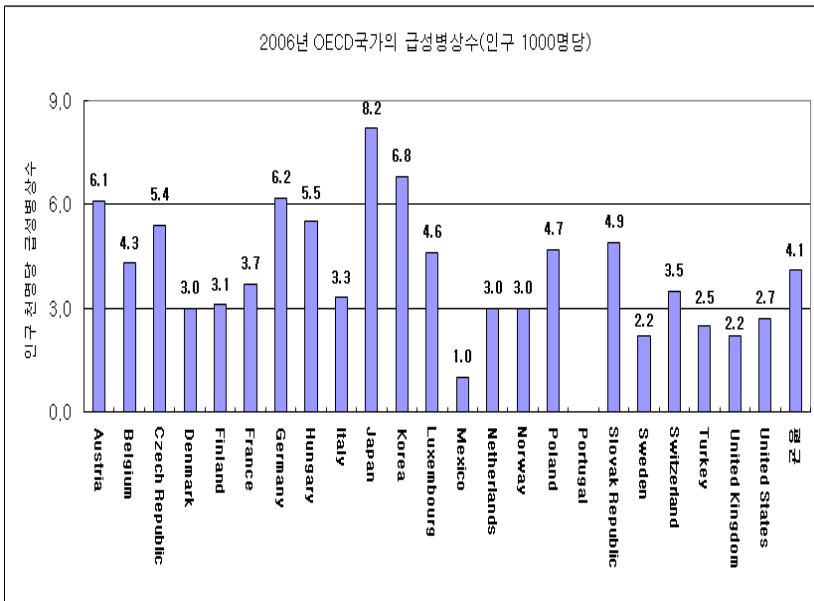
□ 고가의료장비 현황 : 인구 10만명당 양전자단층촬영기(PET) 0.14대, 전산화단층촬영장치(CT) 3.47대, 자기공명영상촬영장치(M·R·I) 1.65대 보유

□ 보건의료시설, 인력, 장비의 국제비교

－ 병상수 : 2006년 우리나라 인구 1,000명당 급성병상수는 6.8병상으로 2006년 OECD국가의 평균인 4.1병상보다 1.6배 많았으며, 일본보다는 낮지만 미국이나 영국보다는 각각 2.5배와 3.1배 많은 것으로 나타났음.

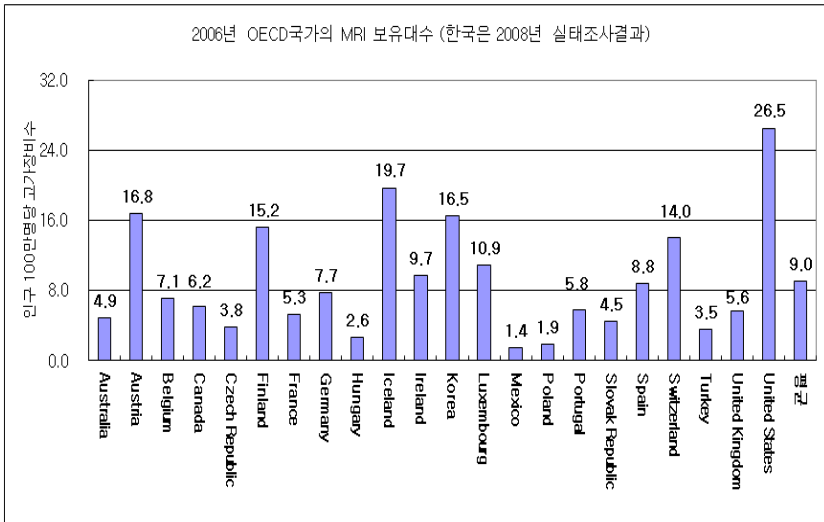
- OECD국가의 병상공급추세는 급성병상의 경우 감소되거나 정체되어 있지만 우리나라는 지속적으로 증가

[그림 3-6] 2006년 OECD 국가의 급성병상수 (인구 1000명당)



- 장기요양병상 : 65세 이상 인구 1,000명당 9.5병상으로 OECD국가의 평균인 6.6병상보다 1.4배 많음.
- 보건의료인력
 - 우리나라는 한의사를 포함한 의사수가 1.8명으로 OECD 국가 평균인 2.9명보다 낮음.
 - 약사수는 인구 1,000명당 0.66명으로 OECD국가평균인 0.7명과 차이가 크지 않았으며, 간호사 수는 인구 1,000명당 2.1명으로 OECD 평균인 7.1명보다 크게 부족
- 의료장비
 - CT Scanner : 우리나라는 인구 100만 명당 34.7대로 OECD국가 평균인 17.9대보다 거의 두 배정도 많음.
 - MRI : 인구 100만명당 16.5대로 OECD국가 평균인 9.0대보다 1.8배정도 많음.

[그림 3-7] 2006년 OECD 국가의 MRI 보유대수



자료 : 한국은 2008년 실태조사

나. 재원조달 체계

1) 건강보험의 재원 구성

□ 건강보험의 재원 구성

- 보험료(83.3%) : 소득(근로소득, 금융소득, 임대소득, 연금소득, 양도소득 등), 재산, 자동차, 인구(성, 연령)
- 국고지원(16.6%) : 건강증진기금포함
 - 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 국민건강보험공단에 지원하고 보건복지부 장관은 2011년 12월까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이내에서 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하도록 되어있음.
 - 외국의 국고지원 예 : 대만(총 재정의 25.5%), 프랑스(총 재정의 47%), 일본(지역보험 총수입의 48.5%)
 - 의료급여를 포함할 경우 우리나라 국고지원 비율 : 23.29%

〈표 3-22〉 보험료 부과요소 배분 정도(2008년 기준)

	지역	직장	직장과 지역 합
성·연령	4.03		4.03
재산	10.98		10.98
자동차	3.07		3.07
소득	4.58	77.34	81.92
합	22.66	77.34	100.00

2) 보험료 부과체계

□ 현행보험료 부과체계에 대한 문제점

- 부과체계의 이원화 : 2002년 재정통합을 끝으로 건강보험이 완전히 단일보험체제로 거듭 태어났으나 부과체계는 아직도 직장가입자와 지역가입자로 이원화 되어있음.
 - 따라서 직역간 이동시 보험료 차이가 현격함. - 특히 실직에 의해 소득이 감소함에도 재산 등의 이유로 보험료가 증가하는 등의 문제가 있음.
 - 직장가입자격 취득대상 사업장이 5인 미만 사업장까지 확대됨에 따라 고소득 전문직종의 사업자가 직장자격을 취득할 수 있게 됨에 따라 재산 보험료를 회피할 수 있음.
 - 지역가입자 내에서도 과세소득 500만원을 기준으로 부과기준이 다름.
- 형평성 결여
 - 직역간 부과요소의 차이 : 직장가입자에게는 근로소득을 기준으로 부과하고 있으나 지역가입자에게는 소득 파악의 한계로 필요경비를 제외한 사람은 피부양자 자격을 획득하여 보험료 부담을 면제받고 있으나 지역에서는 모든 세대원이 피보험자 자격을 갖게 되어 보험료를 부담하고 종합소득(평가소득 또는 과세소득), 재산, 자동차, 성, 연령을 부과요소로 적용하고 있음.
 - 직역간 자격의 차이 : 직장에서는 소득원이 있는 사람만 피보험자 자격을 갖고 소득요건과 자격요건(피부양자 인정기준)을 만족하는 모든 사잇음. 즉 지역가입자의 경우 부담능력이 없는 아동도 보험료 부담을 하고 있음.

- ※ 피부양자 인정 기준 : “사업자등록이 되어 있지 않은 자로서 소득세법 제4조 제1항 제1호의 규정에 의한 종합소득 중 사업소득과 임대소득의 년간 합계액이 500만원 이하인 자”
- 직장가입자는 근로소득이 있는 자와 그를 사용한 자가 보험료를 부담하고 직장가입자의 피부양자는 보험료 부담 의무가 없는 반면 지역가입자는 전세대원에게 보험료 부담 의무가 발생하며 연대책임이 있음.
 - 직역간 소득 산정 기준의 차이 : 직장가입자는 근로소득만을 부과기준으로 적용하고 있으나 지역가입자는 종합소득(이자소득배당소득부동산소득사업소득근로소득일시재산소득연금소득기타소득)을 사용함.
 - 종합소득 중 근로소득, 연금소득, 농지소득은 20%의 평가율을 적용함. 또한 근로소득은 소득수준의 왜곡 없이 실질소득이 반영되는 반면, 사업소득은 필요경비를 제외하여 산정하고 있음.
 - 직장 피부양자의 경우 사업소득과 임대소득만으로 소득유무를 판단하므로 고액의 금융소득(이자 및 배당소득)이 있는 자도 피부양자로 등재될 수 있음.
 - 지역 미성년자는 소득에 무관하게 생활수준 및 경제활동참가율에 따른 부과점수가 산정되어 보험료를 부담하나, 직장 미성년자는 소득이 존재하더라도 소득이 없는 자로 간주됨.
 - 지역가입자의 경우 세대원규모에 따라 보험료가 비례적으로 증가하나, 직장가입자의 보험료는 세대원수와 무관하게 부담하는 불공평이 제기됨. : 즉 세대원수가 많을 경우 지역가입세대와 비교하여 의료이용에 비해 부담이 적게 되는 불공평

이 발생하고, 반대로 맞벌이 근로세대의 경우 상대적으로 부담이 많아지는 불공평이 발생함.

- 지역가입자 중에서도 보험모집인, 학습지교사 등은 일반 근로자와 거의 다르없으나 특수형태의 자영자⁶⁾로서 사업소득에 준한 보험료를 부담하고 있음.
- 직장가입자에게는 근로대가로 받는 보수만 부과 기준으로 적용되기 때문에 임대소득, 금융소득 등 기타 소득이 많은 집단과 일반 직장인간 형평성이 결여되어 있음.

〈표 3-23〉 직장·지역가입자의 법적 지위비교

구 분	직장가입자	지역가입자
부담주체	가입자(피부양자 제외)와 사용자	동일세대 내 전 가입자
보험료 납부책임	사용자 책임	동일세대 내 가입자 보험료 연대책임
부담능력 판단기준	근로소득 유무	성별, 나이, 소득과 재산 보유유무

— 부과체계의 역진성

- 직장가입자에게는 보험료 상하한선이 있는 상태에서 정율이 적용되고 있기 때문에 사회보험의 3대 원칙 중 하나인 소득 분배 기능에 취약
- 지역가입자에게는 역진적 부과구조로 설계되어있음.
- 600만원 과세소득자의 소득 등급별 점수가 380점이나 6,000만원의 소득자의 점수는 1,336점으로 소득은 10배가 증가하였으나 점수는 불과 3.5배 증가에 그치고 있음.
- 유사하게 재산의 경우도 1,000만원 재산 보유자의 점수는

6) 자영업 원천징수의무자에 의해 근로자와 유사한 피고용 형태이나 개인사업자로 등록된 자영업자로서 학습지교사, 보험설계사, 레미콘지입차주, 외판원, 킥서비스 종사자, 가내·채택근무자를 말하며, 그 규모는 100만 명으로 추정된다(국민일보, 2006.6.4).

66점이나 1억 보유자의 점수는 439점으로 재산이 10배 증가하여도 점수는 6.6배 증가에 그치고 있음.

— 부과체계의 복잡함

- 지역보험료의 부과체계는 과세소득 500만원을 기준으로 복층구조로 이루어져 있고 산정절차도 복잡하며 부과 근거도 명확하지 않음.
- 각 부과요소별로 산정된 종합점수를 다시 부과표준소득점수 표에 적용시켜 최종보험료를 산정함으로써 개인별로 보험료를 산정할 수 없음. 따라서 세대원의 전출·입에 따른 보험료 변동 등에 관한 민원에 대해 국민을 이해시키기 어려움.

— 부과대상에서 제외된 소득이 과다 : 가구실태소비 조사보고서에 의하면 연간소득의 54.5%가 근로소득이고 사업소득, 재산소득, 이전소득 등이 나머지 45.5%를 차지하고 있음.

- 소득 중 약 40% 이상이 보험료 부과대상에서 제외되어 있음.

3) 국고지원

□ 국민건강보험법: 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 국민건강보험공단에 지원하고 보건복지부 장관은 2011년 12월까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이내에서 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원

- 국고로 지원된 재원은 보험급여, 관리운영비, 보험료 경감에 사용할 수 있고, 건강증진기금에 의해 지원된 재원은 건강검진 등 건강증진에 관한 사업, 흡연으로 인한 보험급여 그리고 65세 이상 노인에게 대한 급여에 사용할 수 있도록 되어있음.

□ 우리나라와 같은 보험 방식을 채택하고 있는 대부분의 OECD 국가에서도 건강보장재정에 국고를 투입하고 있고 우리나라는 OECD 국가들의 평균 정도의 국고지원을 하고 있음.

– 중장기적으로 보험료 수입으로 건강보장제도를 운영하는 것이 원칙이지만 정부가 관리하는 사회보험에 대한 정부의 책임성 역시 중요하기 때문에 건강보장에 대한 정부의 재정적 책임성을 안정적으로 보장하기 위한 법적, 제도적 장치가 필요함.

– 외국의 국고지원의 예 : 대만 (총 재정의 25.5%), 프랑스 (총 재정의 47%), 일본 (전체 재정의 35.34%)

– 의료급여를 포함할 경우 우리나라 국고지원 비율 : 23.29%

□ 문제점 : 국고지원(건강증진 기금 포함)의 규모가 보험료의 20%로 되어 있으나 차년도 보험료율이 결정되기 전에 예산이 편성됨에 따라 매년 실제 지원되고 있는 국고 규모가 법정금액보다 작음.

– 2011년에 국고지원 관련 법이 만료되기 때문에 법 개정시 사후적으로 정산하는 체계로 보완할 수 있는 방법 등이 모색되어야 함.

〈표 3-24〉 법정지원액의 과부족 상태

(단위 : 억원, %)

구 분	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
법정지원액(A)	29,748	30,808	28,645	31,612	29,754	34,214	36,309	39,407
실지원액(B)	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,023	37,834	39,120
과부족액(C)	△1,956	△2,241	△950	△2,914	△2,712	△4,191	215	△287
과리율C/A	△6.5	△7.2	△3.3	△9.2	△9.1	△12.2	0.59	△0.73

자료: 국민건강보험공단

다. 지출 통제 시스템 결여

1) 진료비 지불제도

□ 현행 지불제도 : 행위별 수가제(Fee For Service) - 서비스 행위단위별 별도로 보상되는 체계

행위별가격(수가) = 단위 행위 상대가치 x 환산지수(점당 단가)

— 수가결정요인 1: 상대가치 점수

- 미국 자원기준상대가치(RBRVS)에 기반, 서비스 행위당 업무량(시간, 노력), 투입자원(인력, 시설, 장비), 위험도 반영
- 2006년부터 신상대가치체계 : 의사-진료비용 분리, 치료재료 비용 분리, 위험도 반영 등
- 하지만 과별총점고정하에서 진료과목별 불균형 문제가 여전히 남아있음.

— 수가결정요인 2: 환산지수

- 매년 말 지수모형, SGR 등 연구를 통해 결정
- 공급자-가입자간 합의도출 어려움

□ 행위별수가제 하에서는 공급자의 수입극대화, 의료서비스의 정보 비대칭성 등으로 진료비 통제에 어려움 상존

공급자수입(REV) = 가격(P) x 양(Q)

- 공급자 입장에서 수가는 통제불가(uncontrollable) 변수이므로, 수입극대화를 위해 서비스양을 증가시킬 개연성 존재
- 정보비대칭으로 서비스양 (서비스 빈도 및 강도)은 공급자 재량에 달려있음.

□ DRG : 사전지불방식으로, 지불단위를 포괄함으로써 불필요한 서비스 남용을 줄여 효율성 증진시키고자 함.

- 제도시행과정 : 시범사업 실시(3개년) => '02년 8개 질병군 대상 실시
=> '03년부터 7개질병군(질식분만 제외) 공급자 선택방식으로 시행중

- 시행결과 및 평가

- FFS 비해 건당진료비 증가율 및 입원일수 감소: 서비스 질은 감소하지 않음.

- 단, 공급자 선택적 참여방식으로 운영되므로, 전체 재정의 효율성향상보다는 공급자 수입확충의 통로로 이용될 수 있음 (예: 대형기관 참여율 매우 저조)

- 중증환자 고려 부족, 의료기술 발전을 위한 유인 부족

□ 신포괄수가제 : 기존 포괄수과제의 한계를 극복하고 DRG 체계 입원진료 전체로 확대 하고자 함.

- 기존수가에 기준재원일수 대비 초과재원일수에 일당진료비를 합산

- 10만원 이상 고가기술에 대해 행위별 진료비 추가

- DRG-FFS간 진료비 차이가 200만원 초과 시 초과분에 대해 별도 보상

- 20개 질병군 (09년4월~, 일산병원) 시범 사업 중

- 추가보상제를 도입함으로써 공급자 친화적이고 실제보다 복잡한 진단명으로 선택할 수 있다는 등 문제점이 지적되고 있음.

2) 수가 수준만 통제하고 수량에 대해서는 통제기전이 없음. (가입자, 공급자 모두에 해당)

□ 공급자 : 수가의 통제 때문에 빈도를 확대하여 수입을 확보하고자하는 제도적 뒷받침이 이루어지고 있음. (풍선 효과)

□ 가입자 : 보험의 특성상 제 3자 지불방식에 의해 욕구가 발생할 때 비용대비 효용이 높아 필요이상의 소비를 할 가능성이 높음.

4. 보장성 현황

- 1977년 건강보험이 도입된 이래 그 동안 건강보험은 빠른 시간내에 전 국민에게 적용을 확대하고자 저급여-저부담 체계를 유지해왔음.
 - 2005년부터 건강보험 보장성을 강화하려는 정부의 노력이 본격화되어 보장률이 점차 증가하고 있음.
- 일반 병의원과 약국을 포함한 일반요양기관에서의 건강보험과 의료급여 환자의 의료비에 대한 보장률은 2008년 기준 약 65.8%⁷⁾로 나타났음.
 - 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 감소

〈표 3-25〉 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

종별	2006년			2007년			2008년		
	건강보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
계	64.3	22.4	13.3	64.6	21.9	13.5	62.2	22.6	15.2
중환자실	57.2	16.9	25.9	57.4	17.4	25.1	55.0	17.9	27.1
중병실	59.5	20.6	19.9	63.8	18.3	17.9	58.9	20.9	20.2
병원	56.6	19.9	23.5	58.9	18.1	23.0	53.1	20.0	26.9
의원	69.1	22.8	8.1	68.1	22.1	9.8	66.3	22.2	11.5
치병원	23.6	15.5	60.8	23.7	14.5	61.9	25.5	16.1	58.4
치의원	45.4	19.6	35.0	43.1	17.7	39.2	44.5	18.2	37.3
한의원	31.9	12.0	56.1	43.8	17.6	38.6	41.5	19.4	39.1
한의원	65.4	22.5	12.1	63.9	23.2	12.9	67.7	24	8.3
약국	71.5	27.1	1.4	70.8	27.8	1.3	70.1	27.9	2.0

자료원 : 국민건강보험공단, 2008년 건강보험환자 진료비 실태조사, 2010

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

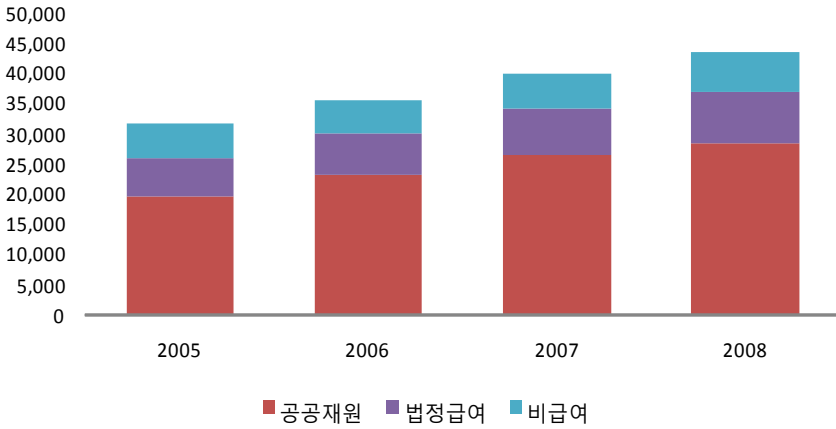
□ 사회보험과 국고지원(일반 회계 및 건강증진 기금 등)으로 충당하는 공공재원 비율도 계속 증가하다가 2008년에 다소 감소하여 2008년 기준 65.8%에 이르고 있음.

- 본인이 부담하는 부분 중에서는 법정 급여범위내에서 본인이 부담하는 비율이 비급여 본인부담보다 다소 높은 것으로 나타났다.
- 2008년에는 보험자나 국가의 부담이 전년에 비해 2조1천억원이 늘어났음에도, 입원환자 식대와 6세 미만 소아 입원에 대한 법정본인부담의 증가와 지속적인 비급여 본인부담의 확대에 의해 전체 보장률은 약간 감소
- 암질환 보장율의 경우 2004년에 49.6% 였던 것이 2008년에는 약 70%로 급격히 높아지고 있음.[건강보험 암질환 보장률 : 49.6%('04) → 66.1%('05) → 71.0%('06) → 71.5%('07) → 69.8%('08)]

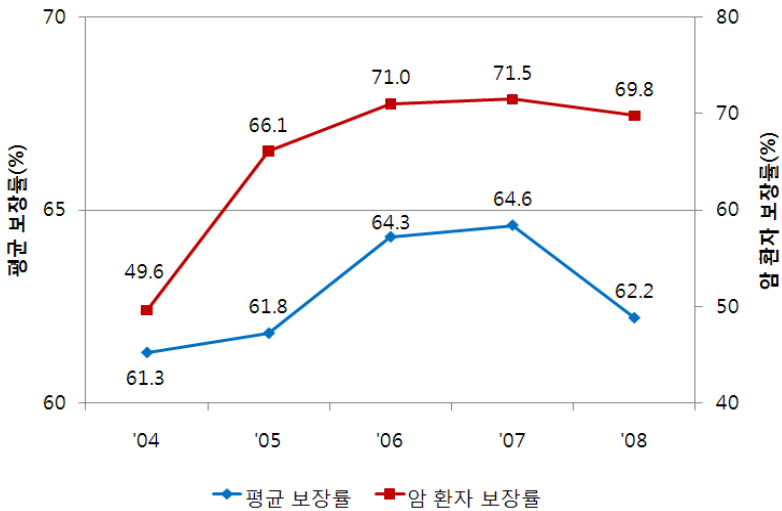
〈표 3-26〉 공공재원 및 본인부담율

	2005		2006		2007		2008	
계	31,671	1000%	35,559	1000%	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 3-8] 공공재원 및 본인부담율



[그림 3-9] 건강보험 전체 보장률 및 암질환 보장률⁸⁾



□ 지속적인 보장성 강화에도 불구하고, 보장률은 주요 선진국에 비해서 낮음.

— 국민의료비 대비 공공재원 비중은 꾸준히 증가해 왔으나 아직

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

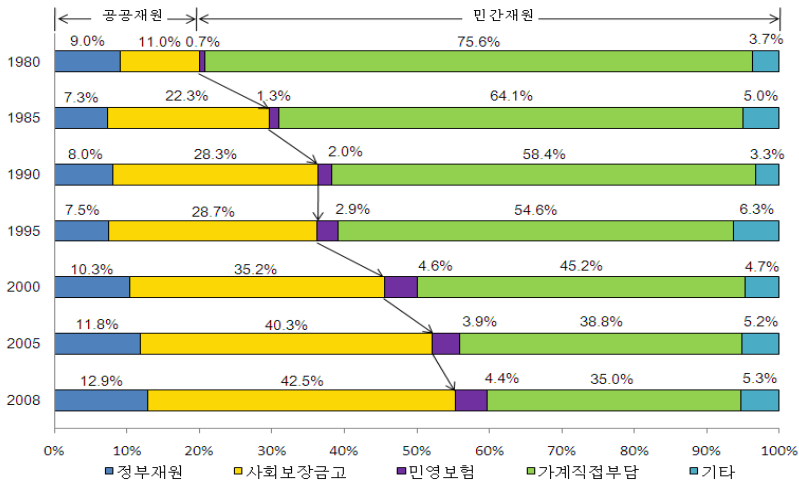
도 OECD 평균에 비해 20%p 가까이 낮음.

〈표 3-27〉 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.

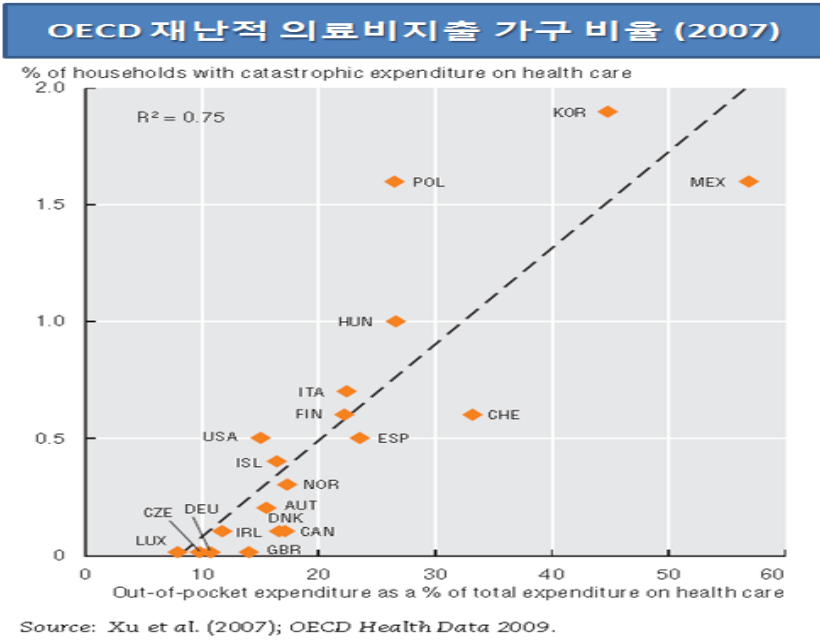
〔그림 3-10〕 국민의료비 재원 구성의 추이



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

- 재난적 의료비 지출(Catastrophic Health Expenditure)을 경험한 가구는 2007년 기준 2.8%로 영국에 비해 40배, 미국에 비해서도 3배 이상 높은 수준으로 나타났음.

[그림 3-11] OECD 국가의 재난적 의료비지출 가구 비율



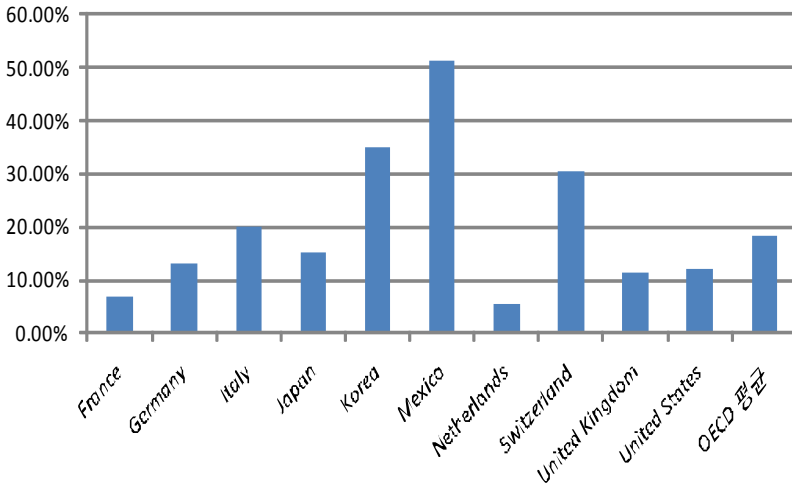
- 국민의료비에서 차지하는 가계직접부담의 비중은 2008년 현재 35.0%를 기록하고 있음. (OECD Health Data 2010).
- 이는 OECD 평균인 18.3% (OECD Health Data 2010)에 비해 높은 편에 속하며, 전체적으로 가계직접부담의 비중을 낮출 필요가 있음.

〈표 3-28〉 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담율

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

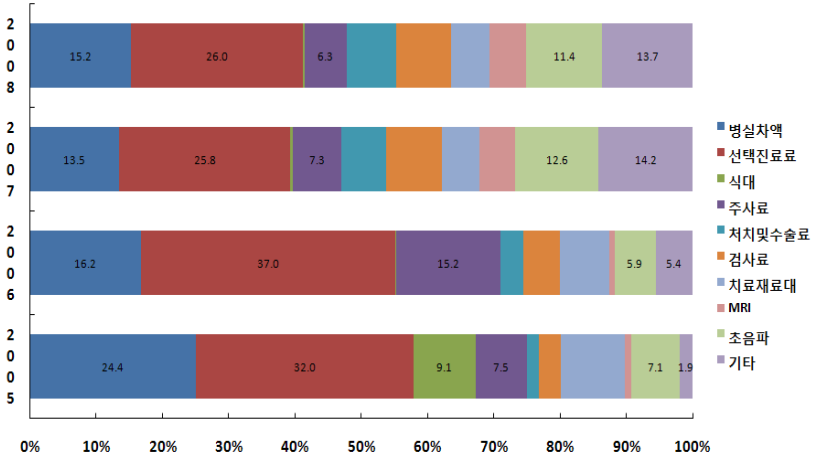
[그림 3-12] 주요 OECD 국가의 의료비 본인부담율



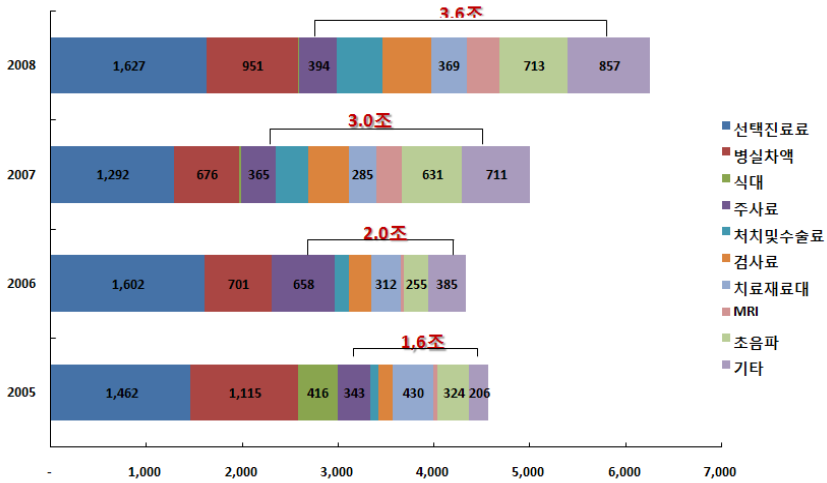
□ 지속적인 보장성 강화에도 불구하고 보장률이 떨어지는 역설적인 상황은 급격하게 증가하는 비급여 진료비와 관련이 있음.

- 비급여부분의 관리가 되지 않고서는 상대가치의 합리적 조정은 불가능
 - 급여부분의 원가보존율에 대해서는 논란이 있는 만큼, 이에 대한 객관적 평가가 우선되어야 함.
 - 이를 위해서는 일회성의 자료수집이 아니라 연구병원을 선정하여 지속적으로 원가자료를 수집하는 기반을 마련할 필요가 있음.
 - 또한 원가는 병원 가동률, 자본비용 처리방법 등에 따라 달라지므로, 원가를 산정하는 방식에 대한 사회적 합의 도출할 필요
- 비급여부분에 대해서는 관리 기전을 강화하여, 비급여부분의 과도한 이윤을 차단할 필요가 있음.
- 이를 위해서 의료기관별로 다양한 방식으로 분류되고 있는 비급여서비스를 파악하여, 이를 표준화하고, 표준화된 비급여서비스에 대해서 의료기관간 가격경쟁을 유도할 필요가 있음.
 - 장기적으로는 비급여서비스도 급여서비스와 마찬가지로 상대가치를 계산하고, 이를 공개함으로써 소비자들의 합리적 선택을 유도해야 함.
- 급여 및 비급여부분에 대한 객관적 평가가 이루어지면, 급여·비급여의 불균형 관계를 시정하기 위한 사회적 합의를 도출할 필요가 있음.
- 비급여부분에 대한 관리기전 강화와 급여수가 정상화가 동시에 이루어질 수 있도록 국민(의료소비자), 의료계, 보험자간의 사회적 합의를 이끌어 내어야 함.

[그림 3-13] 비급여 진료비 구성비 변화



[그림 3-14] 비급여 진료비 절대액 및 구성비 변화



5. 재정 전망

- 2020년의 보험 재정 규모는 2010년 약 33.9조 원보다 약 2.58배 증가하여 87.4조 원에 이를 것으로 전망됨.
- 현행 추세속에서 건강보험 재정 규모

(단위 : 10억원, %)

year	사.미.연	사.미.연	사.미.연	사.미.연	사.미.연	사.미.연	보장율(공공 재원 비율)
2010	34,899						56.9
2011	38,625	38,463	38,310	38,408	38,243	38,086	57.7
2012	42,749	42,392	42,054	42,270	41,907	41,564	58.5
2013	47,313	46,722	46,165	46,520	45,922	45,359	59.3
2014	52,364	51,494	50,677	51,198	50,322	49,501	60.2
2015	57,955	56,753	55,630	56,346	55,144	54,021	61.0
2016	63,731	61,873	60,156	61,821	59,957	58,234	61.9
2017	70,082	67,455	65,050	67,827	65,191	62,776	62.8
2018	77,066	73,540	70,341	74,417	70,881	67,672	63.7
2019	84,746	80,174	76,064	81,647	77,068	72,950	64.6
2020	93,192	87,407	82,252	89,580	83,795	78,640	65.5

- 추계 방법 : 의료비 결정요인은 인구고령화를 중심으로 한 인구요인 (demographic drivers), 소득 증가에 따른 의료 욕구 증가요인 (Income effect) 그리고 잔여요인(Residual effect)(보장성 확대, 신 의료기술 발달 등)으로 구분함.

- 과거 자료를 토대로 인구 요인과 소득요인을 구별하고 전체 증가분 중에서 나머지를 잔여효과로 가정
- 미래의 인구요인과 소득 요인은 기존의 추정된 자료를 사용하 되 잔여 효과는 2050년도에 0으로 수렴할 것으로 가정 (OECD 추계 방식 원용)

□ 인구요인(A) 관련 2가지 가정 (① 일반 및 ② healthy aging 고려), 소득요인(B) 관련 가정 1가지 (소득탄력성 =1) 및 잔차요인(C) 관련 가정 3가지(① cost pressure, ② 1st cost containment, ③ 2nd cost containment)를 조합하여 다음과 같은 6가지 시나리오에 따라 추계함.

〈표 3-29〉 각 시나리오별 추계 가정

시나리오	인구효과	소득효과	잔차효과
시나리오 1	건강한고령화에 대한 고려없음: 수명연장이 건강수명으로 이어지지 않아 (additional longevity gains in bad health), 건강상태 향상에 의한 의료비 절감효과 없음	소득탄력성 =1	잔차비용이 과거 10년추세대로 추계기간동안 연평균 4.99%로 증가
시나리오 2	위와 동일	소득탄력성 =1	잔차증가율이 2009년 연평균 4.99%에서 2050년 0%로 점차 수렴
시나리오 3	위와 동일	소득탄력성 =1	잔차증가율이 2009년 연평균 4.99%에서 2030년 0%로 점차 수렴한뒤, 2050년까지 0%증가를 유지
시나리오 4	건강한고령화: 기대여명의 증가가 모두 건강한 수명연장으로 이어져 1인당 의료비 절감	소득탄력성 =1	잔차비용이 과거 10년추세대로 추계기간동안 연평균 4.99%로 증가
시나리오 5	위와 동일	소득탄력성 =1	잔차증가율이 2009년 연평균 4.99%에서 2050년 0%로 점차 수렴
시나리오 6	위와 동일	소득탄력성 =1	잔차증가율이 2009년 연평균 4.99%에서 2030년 0%로 점차 수렴한뒤, 2050년까지 0%증가를 유지

□ 6개의 시나리오 중 시나리오 2와 5가 현실적인 관점에서 가장 타당한 것으로 판단됨.

- 시나리오 1과 4는 지난 10년간의 의료비 지출 추세가 지속된다는 가정하에서 도출된 것으로 지나치게 과도한 것으로 추정됨.
- 시나리오 2와 5는 보장성 확대, 제도개선 사항 등이 향후 점진

적으로 개선되어 2050년도에는 완결됨으로써 그 이후 더 이상 지출 양등 요소가 없어질 것이라는 가정을 전제하고 있음.

- 즉 2050년도 이후에는 소득 증가분 정도의 잔여효과(의료기술 발달 등)만 남을 것으로 판단됨.

- 시나리오 3과 6은 보장성 확대, 제도개선 사항, 지출 합리화 등이 2030년에 완결되는 것으로 가정하였으나 과도한 지출 억제(안)으로 오히려 부작용이 있을 것으로 판단됨.

□ 조세연의 잠재GDP성장률에 따라 추정된 연도별 GDP를 기준으로 시나리오별 건강보험 지출액을 계산한 결과, 2020년 건강보험 지출은 78조~93조, 2050년에는 161조~623조에 이를 것으로 전망됨.

〈표 3-30〉 건강보험지출 전망 2015~2050 (base year=2009년)

(단위: 십억원)

연도	예상GDP	시나리오1	시나리오2	시나리오3	시나리오4	시나리오5	시나리오6
2015	1,368,023	57,955	56,753	55,630	56,346	55,144	54,021
2020	1,682,088	93,192	87,407	82,252	89,580	83,795	78,640
2025	1,940,554	138,321	121,433	107,496	132,422	115,534	101,597
2030	2,238,734	202,218	162,128	132,376	193,604	153,514	123,762
2035	2,418,890	273,716	195,000	147,791	263,644	184,928	137,718
2040	2,613,542	368,050	226,013	162,430	356,278	214,241	150,658
2045	2,737,353	478,508	244,955	170,200	465,210	231,657	156,903
2050	2,867,030	623,418	257,120	176,309	608,911	242,613	161,802

□ 추계된 비용을 충당하기 위해서는 2020년 8.21~9.73%, 2050년 9.91~38.17%의 보험료율이 필요할 것으로 예상됨.

〈표 3-31〉 건강보험 재정전망에 따른 필요 보험료율 2015~2050

(단위: %)

연도	시나리오1	시나리오2	시나리오3	시나리오4	시나리오5	시나리오6
2015	7.44	7.28	7.14	7.23	7.08	6.93
2020	9.73	9.12	8.58	9.35	8.75	8.21
2025	12.51	10.99	9.72	11.98	10.45	9.19
2030	15.86	12.71	10.38	15.18	12.04	9.70
2035	19.86	14.15	10.73	19.13	13.42	9.99
2040	24.72	15.18	10.91	23.93	14.39	10.12
2045	30.69	15.71	10.92	29.83	14.86	10.06
2050	38.17	15.74	10.80	37.28	14.86	9.91

- 국고지원(건강증진 기금 포함) 규모가 현행처럼 보험료 수입의 20%를 유지한다고 가정하여 보험료율 추정
- 따라서 현행 재정방식으로는 건강보험 지속성에 한계가 있을 것으로 판단됨. 즉 별도의 재원 확충 방안이 모색되어야 함.

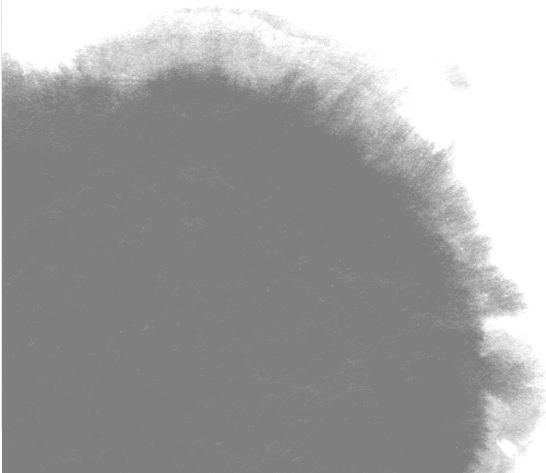
〈표 3-32〉 GDP대비 건강보험지출 비중 전망 2015~2050 (base year=2009년)

연도	시나리오1	시나리오2	시나리오3	시나리오4	시나리오5	시나리오6
2015	4.24%	4.15%	4.07%	4.12%	4.03%	3.95%
2020	5.54%	5.20%	4.89%	5.33%	4.98%	4.68%
2025	7.13%	6.26%	5.54%	6.82%	5.95%	5.24%
2030	9.03%	7.24%	5.91%	8.65%	6.86%	5.53%
2035	11.32%	8.06%	6.11%	10.90%	7.65%	5.69%
2040	14.08%	8.65%	6.21%	13.63%	8.20%	5.76%
2045	17.48%	8.95%	6.22%	16.99%	8.46%	5.73%
2050	21.74%	8.97%	6.15%	21.24%	8.46%	5.64%

주: 2009년 GDP대비 건보소요비(급여비의 관리운영비 등 포함)인 2.93%를 기준으로 함.

04

건강보험 지속가능성 제고 방안





제4장 건강보험 지속가능성 제고방안

1. 건강보험 보장성 강화

가. 논의의 배경

1) 인구 고령화에 따른 의료비 지출 증가

□ 2010년 총인구 중 65세 이상 인구는 530만 명으로 10.7%를 차지하고 있음.

— 2018년에 고령사회에 진입하고 2026년에 초고령사회에 진입하게 됨

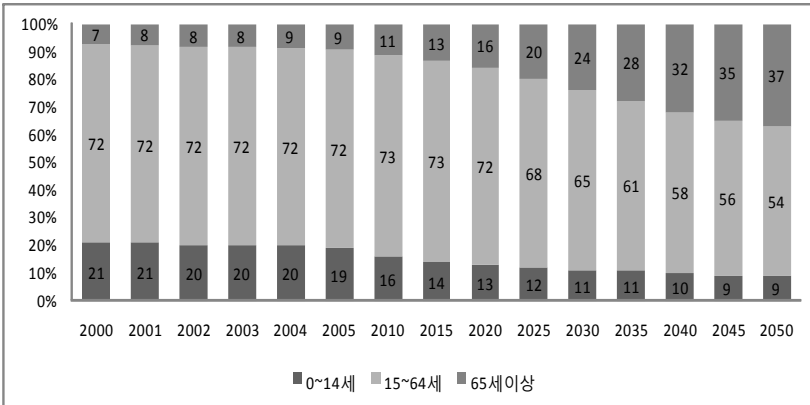
〈표 4-1〉 인구고령화속도

(단위 : 년도, 년수)

	도달연도			증가소요년수	
	고령화사회 7%	고령사회 14%	초고령사회 20%	7%→14%	14%→20%
일본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2018	115	39
독일	1932	1972	2009	40	37
영국	1929	1976	2026	47	50
이탈리아	1927	1988	2006	61	18
미국	1942	2015	2036	73	21
한국	2000	2018	2026	18	8

자료원 : 통계청, 장래인구추계, 2006

[그림 4-1] 우리나라 노인인구 구성비



자료원 : 통계청, 2008

□ 의료 기관을 이용하는 노인성 질환자는 2002년 대비 약 2배(49만9천 명→102만7천 명), 총 진료비는 약 4배(5천8백억 원→2조4천억 원), 공단부담금은 244.2%(4천5백억 원→1조9천억 원) 증가함.

— 특히, 65세 이상 노인의 의료이용증가가 두드러졌는데, 2002년 대비 2009년 의료이용증가율을 살펴보면, 진료실인원은 255.5%, 총 진료비는 543.7%, 공단부담금의 경우 542.9%로 큰 폭의 상승률을 보임.

〈표 4-2〉 연도별 노인성질환 의료이용 현황

(단위: 천명, 천만원)

연도	전체				65세 미만 노인성 질환				65세 이상 노인성 질환			
	인구	진료실 인원	총진료비	공단 부담금	인구	진료실 인원	총진료비	공단부담금	인구	진료실 인원	총진료비	공단부담금
2002	48,080	499	58,130	44,665	44,265	236	26,427	20,072	3,815	263	31,703	24,594
2003	48,557	560	69,265	53,346	44,624	254	29,772	22,642	3,933	306	39,494	30,704
2004	48,901	621	82,812	64,672	44,738	268	34,154	26,354	4,163	353	48,658	38,318
2005	49,154	683	107,926	84,798	44,782	282	42,065	32,755	4,372	401	65,860	52,043
2006	49,238	759	134,291	107,043	44,696	303	48,198	38,416	4,543	456	86,092	68,627
2007	49,672	847	170,043	134,351	44,799	315	54,306	43,053	4,873	532	115,737	91,298
2008	50,001	952	219,827	170,272	44,915	345	66,633	52,440	5,086	607	153,194	117,832
2009	50,291	1,027	243,869	190,297	45,006	355	71,507	56,769	5,285	672	172,361	133,527

주 1) 주상병으로 노인성 질환(치매, 파킨슨병, 뇌혈관 질환, 기저핵의 기타 퇴행성 질환)을 진료 받은 건(한방 진료건 제외)

2) 인구=건강보험적용인구+의료급여 인구

3) 진료실인원 : 한방, 약국진료 제외

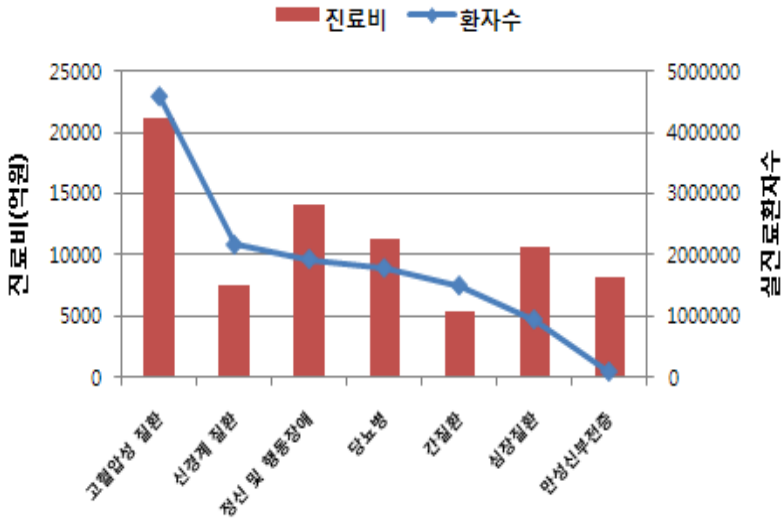
4) 진료이용량 : 한방 제외, 약국진료 포함

자료원 : 국민건강보험공단, 통계분석자료집, 2010

2) 만성질환 증가

- 국민건강보험공단의 건강보험 진료비 지급자료에 따르면 고혈압, 당뇨병 등 주요 만성질환으로 인한 의료이용 환자수가 2006년 1,021만 명, 2007년 1,083만 명, 2008년 1,130만 명으로 매년 증가하고 있는 것으로 나타남.
- 주요 만성질환으로 인한 건강보험 진료비도 지속적으로 증가하는 추세를 보임(2006년 8조 5천억 원, 2007년 10조 5천억 원, 2008년 12조 1천억 원).
 - 2008년 만성질환으로 인한 건강보험 진료비는 건강보험 전체 요양 진료비(34조 8천억 원)의 34.8%를 차지하는 것으로 조사되었음.
 - 2008년 주요 만성질환의 질환별 실 진료환자수를 살펴보면, 고혈압성질환자 459만 명, 신경계질환자 216만 명, 정신 및 행동장애질환자 193만 명, 당뇨병질환자 178만 명, 간 질환자 149만 명 순으로 나타났음.
 - 이 중 만성신부전증 및 악성신생물 질환자수의 증가율이 가장 두드러졌는데, 만성신부전증 환자는 2006년 7만 2천 명에서 2008년 8만 3천 명, 악성신생물환자는 64만 3천 명에서 72만 1천 명으로 각각 14.6%, 12.2%가 증가한 것으로 조사됨.
- 2008년 질환별 건강보험 진료비 현황을 살펴보면, 악성신생물의 진료비가 2조8천억 원으로 가장 비중이 높았으며, 고혈압 2조 1천억 원, 정신 및 행동장애 1조 4천억 원, 뇌혈관 1조 3천억 원, 당뇨병 1조 1천억 원 순으로 나타남.

[그림 4-2] 2008년 주요 만성질환 건강보험 진료현황



자료원 : 국민건강보험공단, 2006년~2008년까지 건강보험 진료비 지급자료

□ 특히 국제당뇨연맹의 조사결과에 따르면, 당뇨 유병률은 8.6(인구 백만 명 당)으로 미국(9.2), 이탈리아(8.7)에 이어 다섯 번째로 높은 것으로 나타남.

— 국제 당뇨연맹에서는 우리나라의 당뇨 유병률이 2025년 독일과 멕시코에 이어 3위를 기록할 것이라고 전망함.

〈표 4-3〉 OECD 국가별 당뇨환자 추이

(단위: %)

순위	국가	유병률
1	India	6.2
2	China	4.3
3	USA	9.2
4	Germany	11.8
5	Japan	7.2
6	Mexico	9.4
7	Italy	8.7
8	France	8.4
9	Turkey	7.1
10	Korea	8.6

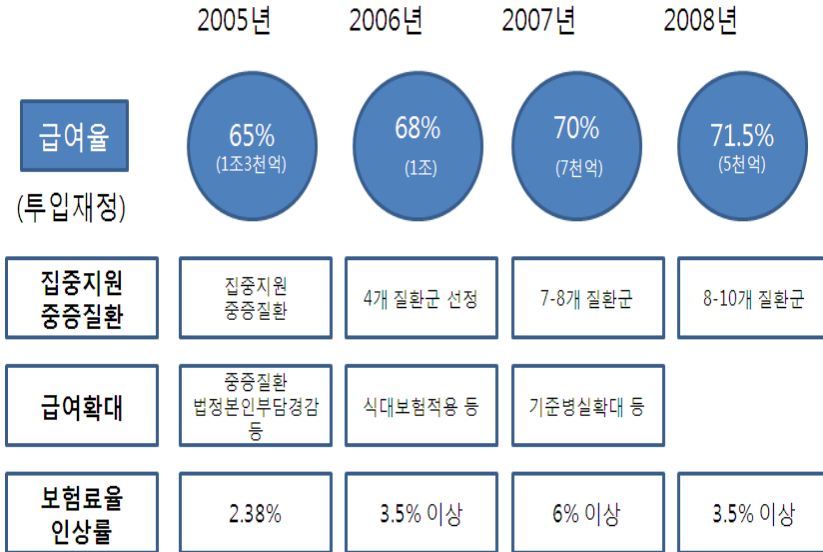
자료원: 국제당뇨연맹 2006년

나. 보장성 강화 추진 현황

1) 2005-2008년 보장성강화계획 추진현황

- 보건복지부에서는 건강보험 보장성 강화정책의 일환으로 2008년까지 건강보험 보장률을 71.5%까지 향상시키고자 하는 계획을 제시함.
- 보장성확대를 위한 재원 마련 전략으로 매년 건강보험 보험료율을 3.5-6% 이상 인상할 것을 제안함.
- 2005년 시행된 암 및 중증질환의 보장성 강화정책을 지속적으로 확대할 계획이었으나 확대 전략은 크게 진전되지 못한 상황임.

[그림 4-3] 보장성강화 재정 투입 계획 및 전략



자료원 : 보건복지부. 건강보험 보장성강화 재정투입계획 및 추진계획을 재정리

2) 2009~2013년 건강보험 보장성강화계획

□ 「건강보험 보장성 강화 계획(‘09~’13년)」은 ‘질병의 위협으로부터 국민을 보호하는 건강보험’을 추진목표로 설정함. 사회 환경 변화에 적극적으로 대응하고자 다음과 같은 세부전략을 수립함.

- 중증·고액질환자 진료비 부담 경감
 - 희귀난치성 치료약제 중 B형 간염치료제, 류마티스 치료제, 빈혈치료제, 항암제중 다발성 골수종 및 유방암 치료제의 보험급여범위 확대적용(‘10년)
 - 암환자·심혈관질환·뇌혈관질환자의 본인부담률 경감(10% →5%, ‘09-’10년)
 - 중증화상 본인부담률(5%) 및 결핵환자 본인부담률(10%)경감(‘10년)

- 진료비 부담이 큰 비급여 항목을 급여항목으로 전환
 - 척추 관절질환자 대상 MRI 검사를 급여항목으로 전환('10년)
 - 초음파 검사를 신규항목으로 보험적용 실시('13년)
- 치과 분야의 보장성을 확대
 - 5-14세 아동에 대한 치아홈메우기를 신규 보험 적용('09년)
 - 75세 이상 노인에게 대한 노인틀니를 보험급여항목으로 전환 (본인부담율 50%, '12년)
 - 치료목적의 치석제거를 보험급여항목으로 전환('13년)
- 저출산 등 사회적 변화에 대응하는 방향으로 보장성 강화 추진

〈표 4-4〉 보장성 확대 비교 및 시행년도

확대항목	현행	확대계획	시행 년도
본인부담상 한액 소득수준별 차등적용	소득수준 구분 없이 6개월 200만원	전년도 보험료부과수준별 50%이하200만원, 50~80% 300만원	'09년 1월
희귀난치성 질환자 본인부담 경감	입원 및 외래 본인부담률 20%	본인부담률을 10%로 경감	'09년 7월
암환자본인 부담 경감	입원 및 외래 본인부담률 10%	본인부담률을 5%로 경감	'09년 12월
치아홈메우 기	비급여	5~14세 소아 대상 보험적용	'09년 12월
한방물리요 법	양방물리요법 받는 경우만 보험적용	한방의료기관에서 물리요법 받는 경우 보험적용	'09년 12월
MRI 보험급여 확대	암, 뇌양성 종양 및 뇌혈관질 환 보험급여	척추 및 관절질환에 대한 보험 급여 확대	'10년
장애인보장 구 및 소모품	○전동스쿠터: 지체·뇌병변 장애인등 급여 ○소모품: 밧데리 비급여	○전동스쿠터: 심장·호흡기장애 등 급여확대 ○소모품: 밧데리 보험적용	'10년
심장질환· 뇌혈관질환	입원 및 외래 본인부담률 10%	본인부담률을 5%로 경감	'10년

확대항목	현행	확대계획	시행 년도
본인부담 경감			
중증화상 본인부담률 경감	일반환자와 동일하게 입원 20%, 외래30-50%	중증질환군에 포함하여 입원 및 외래 본인부담률을 5%로 경감	'10년
결핵환자 본인부담률 경감	일반환자와 동일하게 입원 20%, 외래30-50%	희귀난치 산정특례 대상에 포함 하여 입원 및 외래 본인부담률 을 10%로 경감	'10년
항암제	○2종이상 항암제 병용시 저 렴한 항암제는 본인부담	○2이상 항암제 병용 시 저렴한 항암제도 보험적용	'10년
	○항암제 급여 제한 (탈리도마이드, 허셉틴, 졸라텍 스)	○급여확대:탈리도마이드 (다발성골수종), 허셉틴, 졸라텍 (유방암)	
희귀난치 치료제	○B형간염치료제: 투약기준· 기간제한 및 병용투여 불인정	○B형간염치료제:급여제한기간 삭제 및 제픽스내성시 헵세라 정과 병용투여기간삭제	'10년
	○TNF- α 억제제:급여기간제한 및 중증건선급여불인정	○TNF- α 억제제:기간제한삭제 및 중증건선 급여인정	
	○에리스로포이에틴주사제	○에리스로포이에틴주사제:급여 대상확대	
치료재료 급여전환	치료·수술에 사용되는 비급 여 치료재료	1단계: 봉합재료, 지혈재료, 절 삭재료 등	'10년 ~
		2단계: 급여우선순위, 기등제품 목과 형평 고려 확대	'11년
출산진료비 지원	20만원 지원	단계적으로 50만원으로 확대	'10년 ~ '12년
골다공증 치료제	급여기간 제한(6개월) 및 급 여대상 환자 제한	급여기간 및 급여대상 환자 확 대 (6개월→1년, Tscore-3→-2.5)	'11년
당뇨치료제 및소아당뇨 관리소모품	○당뇨치료제: 2종까지 급여 인정	○당뇨치료제:급여인정 약제 확 대 (2종→3종)	'11년
	○소아당뇨관리소모품: 비급여	○소아당뇨관리소모품: 자가혈당 측정에 사용되는 시험지(strip) 보험적용	
노인틀니 보험적용	비급여	75세이상, 50%본인부담, 5년간 1회 보험적용	'12년
초음파검사	비급여	보험적용	'13년
골관절염 치료제	65세이상 급여인정	급여대상 확대 (65세 이상→60세이상)	'13년
소아선천성	저작운동장애등 일상생활개선	3회까지 보험급여인정	'13년

확대항목	현행	확대계획	시행 년도
질환	목적인 경우 1차수술만 급여		
치석제거	치주질환 치료·처치 동반하는 경우 급여	예방목적은 제외한 치주질환을 유발하는 치석제거 보험적용	'13년

자료원 : 보건복지부, 2009-2013년 건강보험 보장성 강화계획(안)

다. 보장성 강화를 위한 선결과제

1) 의사결정구조 개선

가) 급여 관련 결정과정의 절차 및 문제점

- 건강보험 급여범위에 관한 결정은 다음의 두 가지로 분류할 수 있음.
 - 기존 비급여항목을 급여로 전환
 - 새롭게 개발된 의료기술을 평가하여 급여여부를 결정
- 기존 비급여항목의 급여전환을 위해서는 환자의 쾌적함과 관련된 서비스(고급병실 이용, 식대 등)에 관한 결정뿐 아니라 기술보편화 정도에 대한 의학적 판단이 필요함. 또한 신기술의 급여화 여부를 판단하기 위해서는 의학적 전문성과 비용효과분석에 대한 평가가 필요함.
- 비급여의 급여화 전환은 건강보험재정과 관련된 주요 결정사항으로써 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서 결정됨. 이를 위해서는 의학적 전문성을 통해 의료기술의 비용효과성을 검증하고 의료기술뿐만 아니라 일반 서비스의 급여전환에 있어서도 보험재정에 미치는 효과를 검증하려는 노력이 필요함.
 - 건강보험정책심의위원회의 인적구성: 보건복지부 차관, 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익 대표 8인
- 현재 건강보험심사평가원(이하 심평원) 내의 의료행위전문평가위원회에서 신의료기술 평가를 담당하고 있는데 행위의 안전성과 유효성,

급여 여부 판단 및 급여 시 상대가치점수 제안 등의 역할을 수행하고 있음.

- 의료행위전문평가위원회의 인적구성: 의협·병협·치협·간협 등 의료계 인사 9명과 보건복지부·국민건강보험공단·건강보험심사평가원·관련학회 대표 등 9명

- 건정심이나 의료행위전문평가위원회는 일정수준의 전문성을 보유한 인력으로 채워져서 제공된 자료의 질을 판단할 수 있어야 하며, 이들에게 판단자료를 제공하기 위해서는 사회 전체의 전문성을 충분히 활용하여 독립적인 연구들이 선행되어야 함.
- 특히 재정추계에 관해서는 토의안건 선정과정에서부터 제안자의 재정추계결과와 제3자에 의한 재정추계검증이 필수적으로 첨부되어야 명확한 판단근거를 제공할 수 있을 것임.
- 또한 이러한 연구결과들을 일정한 시간 동안 일정 사이트에 공시하여 의견수렴과 이의제기 과정을 거친 후에 최종 결정이 이루어지는 것도 중요함.

나) 급여영역 결정과정에 대한 해외사례의 함의

- 최근 OECD국가들은 ‘효능과 비용효과성에 관한 근거중심의 결정’을 위해서 연구에 많은 시간과 자원의 투입이 필요함을 인식하고 있으며 이를 위해 제도적 기반을 마련하고 있는 추세임.
- 제한된 자원의 배분이라는 효율성과 함께 의료 접근성 보장이라는 형평성의 균형을 유지하기 위해서는 의사결정과정을 사전에 투명하게 정립 및 공시하고, 시간과 자원을 투자하여 신뢰성 있는 결과를 이용하며 피드백 과정을 통해 문제점을 개선해 나가려는 노력이 필요함.

□ 의사결정과정에서 관한 외국의 사례를 통해서 몇 가지 시사점을 발견할 수 있음.

- 첫째, 먼저 급여선정의 원칙을 우선적으로 마련해야 함.
- 둘째, 관련 연구 수행 시 정부나 보험자로부터 독립성이 보장되어야 함.
- 셋째, 연구주체와 자문위원회 등을 통해 그 사회가 가진 전문성을 강도 높게 활용해야 함.
- 넷째, 의사결정 단계는 투명성에 입각하여 폭넓은 의견수렴을 거치며 공시와 이의제기 등의 절차가 준수되어야 함.

〈영국과 미국의 의사결정과정〉

(1) 영국

□ 급여인정과 관련한 기술평가는 1999년 설립된 NICE(The National Institute for Health and Clinical Excellence)에서 담당하고 있음.

NICE는 NHS에 기반을 두되 적정한 거리를 유지하면서 임상적인 효능과 비용효과성을 기준으로 NHS에 가이드라인을 제공함(Pearson et al., 2005).

□ 평가주체로는 상임평가위원회와 자문위원, 검토인, 학술연구자그룹이 있으며 그 구성과 세부사항은 다음과 같음.

- 상임평가위원회: NHS, 의약계, 환자권익기관, 학계, 산업계 등으로부터 선출됨. 임기는 3년으로 독립성이 보장됨.
- 자문위원: 각 분야의 전문인 단체, 환자단체, 업체, 보건부 관련자 등을 대상으로 위촉함. 대상 선정 및 보고서 작성 업무를 담당함. 전문가 추천 및 이의제기 권리를 가짐.
- 검토인: 학계와 기관으로부터 위촉됨. 문서작성의 의무를 갖지

않는 대신 평가과정에 참여함.

- 학술연구자그룹: 전문성을 활용하여 평가 초안을 작성함. 독립성이 보장됨.

(2) 미국

□ 메디케어/메디케이드 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services: CMS)는 최근 근거중심의 급여결정을 정책방향으로 설정하여, 신기술의 효과성에 대한 근거를 확보하는 것에 급여영역 결정을 연동시키고 있음. 기술평가대상 중 중요하고 복잡한 항목들은 CMS 외부로부터 지원을 받게 됨.

□ 독립적인 외부 평가전담기구로는 Agency for Health Care Research and Quality(AHRQ)와 Medicare Coverage Advisory Committee(MCAC)가 있는데 이 두 기구는 미국 공보험 급여결정 과정의 핵심이라 할 수 있음.

- AHRQ: 독립적이고 중립적인 전담기구

- MCAC: 자문기구로서 기술평가과정에서 사용된 근거를 공개 포럼을 통해 중립적으로 평가함.

▶ MCAC에서 처리하는 안건의 예

- 메디케어 프로그램 자체에 큰 영향을 미치는 경우
- 사회적·도덕적·법률적 이슈를 야기할 가능성이 있는 경우
- 의회나 헌법과 연관되어 예민해질 가능성이 있는 이슈
- 과학적 근거 외에도 결정에 중요한 정보를 제공하는 다른 요인들이 존재하는 경우
- 자료원이나 결론에 논쟁의 여지가 있는 경우

▶ MCAC의 구성: 임상의학, 생물학, 공공의료, 환자권익, 의료데이

- 터와 정보관리분석, 보건경제학, 의료윤리 등의 전문가 약 100명
- ▶ 공개포럼 방법: 각각의 주제별로 패널 15명 정도를 선정하여 1년에 약 6번의 공개포럼을 통해 근거들을 검토하고 의견을 수렴함.
 - CMS 웹페이지에 결정사항을 30일 동안 공시하여 대중으로부터 의견을 취합하고 이를 반영하여 최종적인 급여결정범위를 도출해 냄.

다) 급여관련 결정과정의 개선방안에 대한 논의

- 의사결정과정의 투명성 및 전문성을 재고해야 함(윤희숙, 2007).
 - 급여결정과 직결될 필요가 없는 신기술의 유효성과 안전성은 민간학회의 의견을 참조하되, 보험급여결정과 직결되는 비용효과성에 관해서는 의학적 전문성과 경제학적 분석으로 본격적인 평가를 수행할 필요가 있음.
 - 이에 관한 분석은 1차적으로 민간의 전문가들이 담당하되, 정부기관으로부터 독립성이 확보된 기구가 연구를 담당하는 것이 바람직할 것임.
- 보험재정에 영향을 미칠 모든 제안에 대해서는 안건 제안 시 그로인한 재정영향추계를 첨부하도록 해야 하며, 이에 대한 제3자의 검증 또한 필수요건으로 명시해야 함.
- 각 단계에서 관련 전문가들의 참여가 보장되어야 하고, 일정기간동안 잠정적 결론을 공시한 후 이에 대한 공개적인 이의제기과정을 명시하는 것도 중요함.

라. 건강보험 보장성 강화를 위한 전제

1) 재정영향을 고려한 보장성지표선정

가) 보장성지표의 필요성 및 기준

- 건강보험보장성확대정책이 시행되고 있는 가운데, 재정영향을 고려한 효과를 평가할 수 있는 지표가 부재한 실정임.
- 건강보험 보장성의 연도별 추세를 일관성 있게 파악할 수 있는 공신력 있는 지표의 개발이 필요함.

나) 기존 지표의 한계 및 새로운 지표의 설정

- 건강보험을 중심으로 보면 지표의 분모에 무엇을 포함하는지에 따라 다양한 의료보장성지표가 존재함.
 - － 전체 건강보험보장률/급여율
 - － 일반의료기관(병원 및 의원)에서의 급여율
 - － 전체의료기관(일반의료기관, 치과병의원 및 한방병의원)에서의 급여율
 - － 일반요양기관(일반의료기관 및 약국)에서의 급여율 등

〈표 4-5〉 의료보장성 지표의 종류

지표명	분모	분자
국민의료비 중 공공재원 비중	국민의료비	공공의료비* (공공재원 국민의료비) 사전지불 재원 국민의료비
개인의료비 중 공공재원 비중	개인의료비**	공공재원 개인의료비 사전지불 재원 개인의료비
4대 의료보장제도의 급여율	건강보험, 의료급여, 산재보험 및 자동차보험의 의료비	4대보장제도의 보험자 내지 국가의 지불분
건강보험보장률/급여율 -전체요양기관 -전체의료기관 -일반요양기관 -일반의료기관	건강보험의료비(=보험자부담액+법정본인부담액+비급여본인부담액)	보험자부담액 (국고지원 포함)

* :공공의료비란 공공재원 국민의료비로 정부 및 사회보장에 의해 조달되는 의료비를 지칭

** : 개인의료비란 개인에게 직접 주어지는 의료서비스와 의료재화에 대한 지출로, 공중보건지출과 행정관리비 등을 중심으로 한 집단의료비와 대비되는 개념

자료원: 국민건강보험공단, 2010

□ 최근 새롭게 제시된 지표의 기준으로는 일관성, 민감성 및 적절성이 있음(국민건강보험공단 선진화위원회, 2010).

- 첫째, 의료비를 나타내는 지표의 분모가 시계열적으로 일관성을 유지함.
- 둘째, 건강보험 급여지출의 변화를 지표의 분자를 통해 민감성 있게 반영함.
- 셋째, 정책 목표를 적절성 있게 보여줌.

□ 기존의 공식적인 보장률 지표는 일관성 및 민감성 조건에 결함이 있어서 지표로서의 한계를 지님.

- 필수의료패키지는 시대적 가치판단, 정부의 성향, 정책지향 등에 의해 결정되기 때문에 이러한 결정에 따라 지표의 분모에 포함되는 항목이 바뀌게 되면, 지표로서의 필수조건인 일관성과 민감성을 상실함.

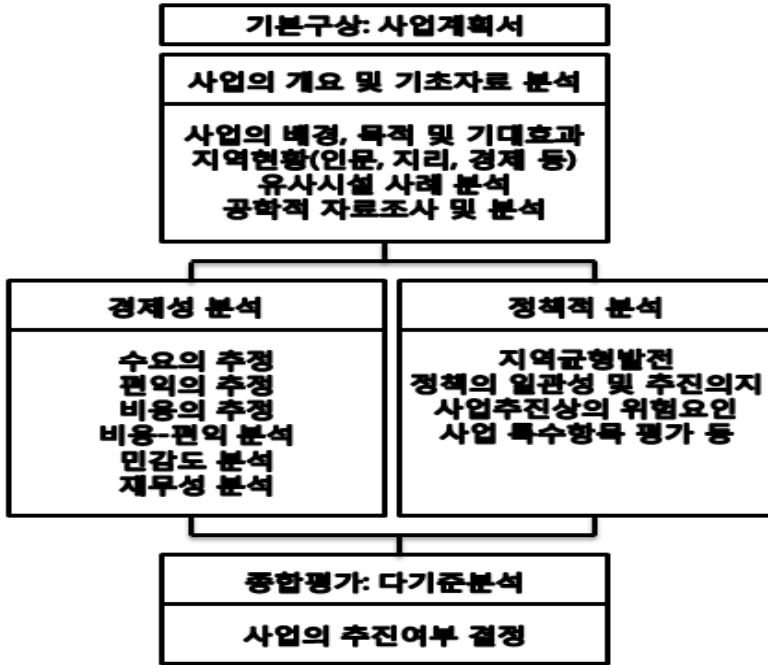
- 신규 건강보험보장률 지표개발을 위한 기준마련 시 일관성, 민감성과 적절성 외에 재정영향평가 영역을 추가하여 중요한 고려사항 중 한 가지로 다루어 나갈 것을 제안하고자 함.

〈표 4-6〉 보장률 평가를 위한 지표의 판단기준

지표 판단기준 (기존)	지표 판단기준 (도입방안)
일관성 민감성 적절성	일관성 민감성 적절성 재정영향평가결과

- 건강보험재정에 대한 재정영향평가제도 도입을 위해 기존 한국개발연구원에서 시행중인 예비타당성제도를 참고해 볼 수 있음.
 - 예비타당성제도란 대규모 개발 사업에 대한 개괄적인 조사를 통하여 사업의 타당성을 검증하는 제도임.
 - 조사대상: 국고지원을 수반하는 총 사업비 500억 원 이상의 신규 공공건설사업 및 공공개발사업
 - 조사내용: 경제성 분석, 정책적 분석, 투자우선순위, 적정투자시기 및 재원 조달방법 등
 - 이를 통해 사업의 착수에 신중을 기할 수 있을 뿐 아니라 재정투자의 효율성을 극대화 시킬 수 있음.
 - 예비타당성조사의 수행체계는 다음과 같음.

[그림 4-4] 예비타당성조사의 수행체계



자료원: 예비타당성조사수행을 위한 일반지침, 한국개발연구원, 2004

□ 국민건강보험재정의 경제적·정책적 분석을 통하여 보다 효율적으로 재정운영 및 관리가 이루어질 수 있도록 보장성 항목 선정시 건강보험재정영향평가제도를 도입할 필요가 있음.

2) 필수의료범위 및 급여우선순위 설정방식의 개선

가) 필수의료서비스의 정의 및 현황

□ 필수의료란 모든 사람이 개인의 지불능력에 상관없이 받을 수 있는 최소한의 진료의 내용임. 이는 정부의 의료보장체계나 보험의 기본을 형성하는 개념으로 제시되어 왔음.

- 현재 우리 건강보험체계에는 필수의료서비스에 대한 정의가 부재한 상태이나 안전성 및 유효성에 기초한 구체적인 의료의 범위를 설정하여 점차 확대되는 의료영역의 경계를 마련할 필요가 있음.

나) 급여의 개념 및 범위

(1) 급여의 개념

- 보험급여란 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 공단이 현물 또는 현금 형태로 제공하는 서비스를 말함.
 - － 현물급여: 요양급여와 건강검진으로 구성됨.
 - － 현금급여: 요양비, 본인부담액보상금, 장애인보장구급여비, 본인부담상환제가 포함됨.

(2) 급여의 범위

- 서구에서는 의료비 급증에 따른 급여제한수단으로 논의가 시작되었으나, 우리나라에서는 보장성 강화를 위한 급여확대의 측면에서 재원조달 방안에 대한 논의가 시작됨.
- 안전성과 유효성이 인정되고 보험급여원리에 부합하는 경우 법정급여에 포함됨.

〈표 4-7〉 급여 및 비급여 결정기준

구분	결정기준
법정 급여	<p>안전성·유효성이 있으며, 보험급여원리에 부합되는 행위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 질병·부상 등에 대한 치료목적의 경우 - 업무 또는 일상생활에 지장이 있는 경우 - 신체의 필수 기능개선 목적인 경우 등 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 질병치료를 필요하다고 보편적으로 시술되는 경우 ▪ 유사 또는 대체 가능한 행위와 비교 시 보험재정에 변화가 적은 경우
법정 비급여	<p>건강보험급여원리에 부합되지 않는 행위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 - 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 - 예방진료로써 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우 - 기타 진단서 발급 등 직접적 진료목적 이외의 경우 등 <p>안전성·유효성의 확인이 최종적으로 이루어지지 않았으나, 진료에 반드시 필요하고 향후 의료발전에 기여할 가능성이 있다고 판단되는 경우는 실시대상, 실시기간 등 요건을 정하여 비급여</p>
본인부 담(100 분의 100)	<p>안전성·유효성이 있으며, 보험급여 원리에 부합되는 행위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우 - 추정 산출원가가 유사 또는 대체 가능한 행위의 상대가치점수보다 상대적으로 고가인 경우
한시적 비급여	<p>안전성·유효성이 있고 보험급여 원리에 부합되며, 일정기간 경과 후 요양급여 대상(법정급여, 100분의 100 본인부담)으로 적용 가능한 행위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 시행초기(2년 미만) 적정 상대가치점수 결정이 곤란하거나 소요비용이 월등히 고가인 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 일부 요양기관(10개미만)에서만 실시하고 있는 것으로 확인되거나 실시건수가 적은 등 보편적이지 아니하며, 적정 상대가치점수 결정이 곤란하거나 소요비용이 월등히 고가인 경우 - 위의 경우에 해당되지 않더라도 소요비용의 편차 등으로 적정상대가치점수 결정이 곤란한 경우 - 비용효과 등 진료상 경제성이 있다고 판단하기 곤란한 경우

자료원: 국민건강보험공단, 2011

3) 외국의 건강보험 급여결정 기준 및 기본급여 항목

가) 각국의 급여결정 기준

□ 외국의 급여결정 기준 현황은 다음과 같음.

〈표 4-8〉 각국의 급여결정 기준비교

	노르웨이	스웨덴	캐나다	영국	뉴질랜드	네덜란드
질병의 심각성	○					
치료의 효과성	○		○		○	○
치료의 효율성	○	○	○	○	○	○
치료의 적절성			○			
사회적 연대성		○				
인간 존엄성		○				
치료의 안전성			○		○	
형평성				○	○	
사망의 예방		○				
개인의 책임						○
환자의 수용성			○		○	
장애예방 가능성		○				
need에 대한 반응성		○		○		
위험관리					○	
지역사회적 관점						○

자료원: 국민건강보험공단, 2011

나) 각국의 기본급여 항목

□ 많은 국가들이 현물급여 외에 예방서비스를 기본급여로 포함하고 있으며, 고액진료비에 대해 본인부담상한제를 실시하고 있음.

〈표 4-9〉 국가별 기본급여 항목

	프랑스	독일	네덜란드	일본	한국
현물급여	-치료(진찰, 처치, 수술), 입원, 보철을 포함한 치과 진료, 간호, 약제, 환자이송, 온천요법, 재활 등 -질병금고 간급여내용에 차이가 없음.	-법정급여: 치료, 입원, 간호, 질병예방, 조기진단, 치과, 약제, 가정간호, 환자이송 등 거의 모든 항목 급여 -부가급여는 질병금고 정관에 따라 차이가 있음.	-치료, 입원, 간호, 질병예방, 조기진단, 치과약제, 의료용구, 재활 등 거의 모든 항목 급여(일반의료비제도(ZFW)) -장기요양: 재활, 정신보건, 가정간호, 예방접종은 특별의료비제도(AWBZ)에서 급여	-치료, 요양, 입원시식대, 약제, 방문간호, 이송, 고액진료, 출산, 장제에 대해 법정급여	-진찰, 처치, 입원, 검사, 간호, 수술, 약제, 치료재료, 재활, 장제에 대해 법정급여
예방	건강검진	-특정질병 확산을 목적으로 하는 경우와 저소득층인 경우 -신생아질환 및 대사장애 진단검사, 아동건강검진 및 예방적 치과서비스, 학령기 신체 발달검진 -35세 이상 2년에 1회 건강검진심혈관질환·당뇨병 진단 -임신 중 건강검진	-예방사업의 주체가 지방자치단체이므로 지역에 따른 차이가 있으며, 건강검진은 보험급여가 되지 않음.	-정부관장 건보의 경우 일반·종합검진 현물급여	-산전진찰

	프랑스	독일	네덜란드	일본	한국
암검진	-유방암 검진	-20세 이상 여성 부인과 검진 및 유방암 검진 -44세 이상 남성 암 조기발견 급여 청구권	-유방암, 자궁암 검진	-40세 이상 피보험자 및 배우자 자궁경부암, 대장암	
치과	-청소년 무료 구강위생 시범사업 중	-17세 이하인 경우와 예방적 처치인 경우	-예방을 위한 서비스 -5~17세 불소도포		-치아홈 메우기 사업: 농어촌지역 및 도시지역 저소득층 대상
예방접종	-노인: 인플루엔자접종 -소아: 홍역, 풍진, 볼거리	-법정급여가 되지 않고 질병금고 정관에 따름.	-영유아 정기 예방접종	-노인 인플루엔자 무료접종	
고액진료비에 대한 방안 (본인부담 상한규정 여부 등)	-입원진료 및 중증 질환에 대해 상한제 (연간 2000EUR) -측정질환(암, 당뇨)의 검사비는 본인부담면제	-소득수준에 따라 차등적용되는 본인부담상한제 (가입자 보수의 2%, 장기만성질환자 수입의 1%) -저소득층, 만성질환자나 임신부는 본인부담면제	-본인부담금 상한 월 1,631 EUR ('01 기준)	-일정기간, 동일의료기관에서의 본인부담금에 대해 소득수준에 따른 상이한 상한선 설정 -고액요양비 산정 기준액: ▶ 일반인: 63,600엔+ (의료비 -318,000엔)의 1% ▶ 고소득자: 121,800엔 + (의료비 -609,000엔)의 1% ▶ 저소득자: 35,400엔	-가입자의 보험료수준별로 하위 50%, 중위 30%, 상위 20% 3단계로 차등화 하여 적용하고 있음.

자료원: 국민건강보험공단, 2011

4) 개선방향

가) 필수의료서비스의 범위 설정

- 필수의료의 범위에 대한 구체적이고 실제적인 기준이 마련되어야 함.
- 근거중심의 평가 연구를 통하여 국민 및 정책 결정자들의 가치판단에 도움을 줄 수 있는 절차를 정립하고자 하는 노력이 필요함.
- 의료법, 건강보험법, 보건의료기술진흥법 등의 법안에서 관련 항목을 정리하여 필수의료서비스의 법규를 정비해야 함.
- 필수의료서비스 정립 시 고려사항은 다음과 같음.
 - － 진료영역과 비진료영역의 구분
 - － 공적보험의 보장영역에 대한 정의
 - － 의학발전에 대한 적절한 반영
 - － 필수의료서비스에 대한 급여수준의 적정화
 - － 재정 건전성의 확보 및 유지
 - － 우선순위가 낮은 기존 급여 항목의 비급여화

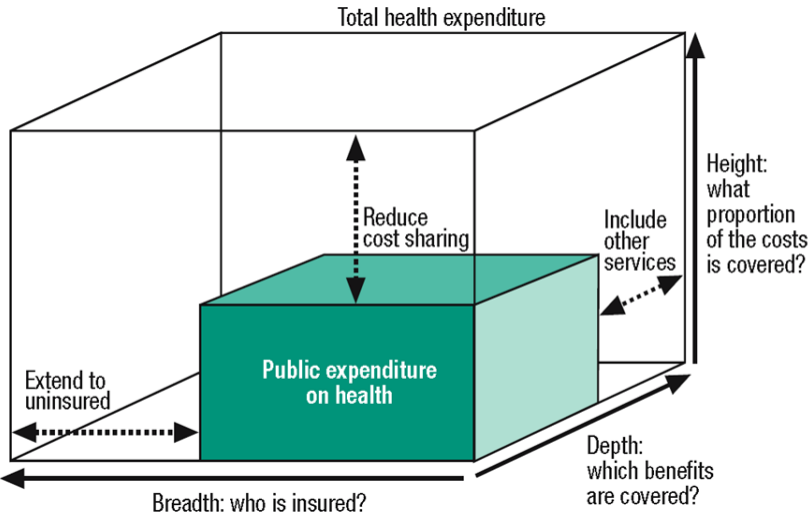
나) 급여우선순위 설정에 대한 사회적 합의 도출

- 현재 부분적(질환별, 대상별, 항목별)인 접근에서 벗어나 미래지향적 접근이 필요함.
- 우선순위 설정의 원칙과 기준 및 정책 적용범위에 대한 종합적·장기적 접근을 통해서 사회적 합의를 이끌어 내야함.
- 우선순위 설정 시 고려할 사항은 다음과 같음.
 - － 환자들의 경제적 부담과 사회 차원에서의 부담(유병정도)
 - － 완치가능성, 생존가능성과 같은 치료효과성
 - － 질병의 중증도와 위급성

- 임상적 효과성 및 비용효과성
- 민주성(국민 요구도) 등

마 건강보험 보장성 제고 방향

[그림 4-5] 보장성 강화 개념 틀



자료 : WHO, World Health Report, 2007

□ WHO의 보장성 개념 틀

- 첫째, 구성원들 중 얼마나 많은 사람이 대상이 되는가 여부
- 둘째, 급여 범위는 얼마나 넓은가
- 셋째, 급여 범위에 포함되지만 그 중 얼마나 환자 본인이 부담하느냐 여부

□ 현재 우리나라 건강보험은 전 국민을 대상으로 적용되기 때문에 첫 번째 자격의 관점에서는 완벽한 보장 달성

- 다만 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자 등 행방이 불분명한 사람들이 있지만 제도적인 관점에서 전혀 문제가 되지 않음.

□ 급여 범위 측면에서는 많은 문제 상존

- 전체 의료비 중에 비급여 본인부담이 약 14.7%를 차지하고 있기 때문에 OECD의 전체 본인부담율(급여내 본인부담 + 비급여 본인부담)인 약 18%와 비교했을 때 비급여 중 상당 부분이 급여화되어야 함을 알 수 있음.

□ 급여 범위내 본인부담도 전체 의료비의 약 19.6%를 차지하고 있기 때문에 급여내 본인부담율도 점진적으로 인하하여야 함.

- 비급여 중에서는 선택진료료, 상급병실료 차액, 초음파가 전체 비급여의 약 46%를 차지하고 있음.
- 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 치료재료대 등이 약 25%를 점하고 있음.

□ 보장성 강화 방향

- 검사, 처치 및 수술, 주사, 치료재료 등 치료와 직접 관련이 있는 항목을 우선 급여화
- 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여 범위내에 포함 시키되 재정상황에 따라 본인부담율은 점진적으로 조정
- 선택진료비를 그 다음 급여 범위내에 포함시키되 이는 선택진료비는 지급 방법을 개선
 - 현재는 시설 등의 차이를 반영하기 위해 상급종합병원에 지급되고 있지만 향후에는 의료기관 질 평가를 통해서 인센티브 형식으로 개편
- 최종적으로 본인부담액 전체에 대해 상한선 설정
 - 의료비 때문에 가정 경제에 어려움을 겪지 않도록 의료비 지출 총액 상한선을 설치하여 실질적인 의료보장 체계 정립
- 본인부담의 구조조정 필요

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

2. 진료비 지불제도 개편과 약제비 효율화 방안

가. 진료비 지불제도 개선

1) 현황

- 현재 GDP 대비 국민의료비의 비중이 7% 미만이지만 의료비 증가 속도는 OECD 국가중 가장 높음. 향후 양질의 의료서비스에 대한 기대, 급격한 인구노령화, 신의료기술의 도입 등에 따라 의료비용은 지속적으로 빠르게 증가할 것으로 예상되는바 의료비 관리/통제의 중요성은 재론할 필요가 없음.
- 현행 행위별수가제는 다음과 같은 문제들로 인하여 자원배분의 비효율과 지속적인 의료비 증가를 야기하고 있음
 - 의료 제공량과 강도 증가
 - 급여에 대한 수가 통제에 따라, 수가 통제가 없는 비급여의 증가
 - 수많은 수가 항목간 불균형에 따라 공급자는 margin이 높은 의료서비스 제공
 - 진료과별 자원 배분의 왜곡

- 의료부문의 특성상 비용 결정에 있어서 소비자보다는 공급자 요인이 더 큰 영향을 미치므로 공급자에 대한 경제적 유인이 의료비용과 의료자원 배분에 핵심적인 영향을 미침. 공급자에 대한 경제적 유인을 결정하는 것은 진료비지불제도이므로 진료비지불제도의 개편없이는 건강보험 나아가 의료체계의 재정적 지속가능성을 담보할 수 없음.

2) 진료비지불단위 포괄화

- 진료비지불제도의 개편은
 - 지불 단위의 포괄화
 - 의료비 총액에 대한 관리, 통제를 주요 방향으로 이루어져야 함.
- 세분화된 서비스에 대해 가격을 책정하는 행위별수가제는 개별 의료서비스의 가격을 최적으로 책정하기 어렵기 때문에 (현재처럼 환산지수에 대해 계약을 체결하는 체계에서는 의료서비스간 상대가치를 정확히 책정하기 어려움), 공급자의 의료제공 행태에 있어 개별 의료서비스 항목간 왜곡이 발생할 경제적 유인이 상존함. 따라서 진료비지불 단위를 포괄화할 필요가 있음.
- 일차진료 부문에 대해서 인두제를 도입하는 것이 필요함. 특히 인구고령화, 만성질환의 증가에 따라 예방, 포괄적 진료, 진료의 연속성이 중요해지므로 주치의등록제를 통해 일차의료의 역할 강화가 필요함. 주치의 등록에 참여하는 공급자와 소비자에게는 경제적 유인을 주는 것으로 제도 도입을 시작할 수 있을 것임. 전문적 서비스와 정책적으로 제공을 증가시켜야 하는 서비스에 대해서는 행위별수가제를 병행할 수 있을 것임.
- DRG 포괄수가제는 1997년 시범사업을 시작했으나 (현재 7개 질병군), 여전히 강제가 아닌 의료기관의 자발적 참여에 의해 제도가 시

행되고 있음. 일부 질병군을 대상으로 하고 있고 강제적용이 아니기 때문에 제도 시행의 효과가 제한적임. '자발적 참여'의 특성상 정작 새로운 지불제도의 적용을 받아야 하는 비효율적인 병원은 참여하지 않는 경향이 있음 (물론 수가의 수준과 구조의 문제일 수도 있겠지만). 의료기관의 참여 역시 저조함 (2009년 현재 종합전문병원은 참여하고 있지 않고, 종합병원의 32%, 병원의 39%, 의원의 80%가 참여)

- 최근 일산병원을 대상으로 실시되고 있는 신포괄수가제는 포괄수가제라기보다는 행위별수가제와 일당정액제에 가깝다고 볼 수 있음. 즉 기준재원일수를 초과하는 실제 재원일수에 대해 일당수가를 지불하고, 고가서비스와 의사행위에 대해서는 행위별수가제를 지불하고 있음. 신포괄수가제가 모형으로 한 일본 DPC의 경우 지불제도의 목적보다는 의료제공과정의 표준화와 임상 정보 획득을 목표로 한 것임.
- 신포괄수가제를 지지하는 입장은 이를 통해 의료제공자의 수용성을 높일 수 있다고 하지만 과연 의료공급자의 참여가 높아질지 여전히 불확실함. 또 신포괄수가제는 행위별수가제와 일당정액제의 성격이 강하므로, 의료공급자의 참여가 높아진다고 하더라도, 자원배분의 효율화와 비용 억제라는 포괄수가제의 정책 목표를 달성할 수 있을지 의문임.

3) 의료비 총액의 관리

- 나아가 의료비 총액에 대한 관리와 통제 기전을 도입해야 함. 현재는 지출된 의료비용에 맞춰 보험료를 조정하는 방법이지만, 지불 가능한 보험료 수준과 총의료비를 결정하고 그 한도 내에서 의료비용을 억제하는 방법으로 전환해야 함.

- 총액계약제는 의료부문에 투입되는 재원을 거시적인 목표에 의해 일정 기간(연간, 분기별 등)의 총 의료비용을 예상하여 계약하는 제도임. 유럽을 비롯한 캐나다, 대만, 뉴질랜드 등에서 시행중. 정해진 총액 내에서 의료서비스의 가격(P)과 양(Q)을 동시에 통제하므로 의료비 총액의 관리나 증가 속도 조절에 더 효과적임.
- 의료비 총액에 대한 관리는 목표의료비 제도(Expenditure Target, Soft Cap)를 먼저 도입해 시행하고 향후 의료비총액상한제(Expenditure Cap, Hard Cap) 도입을 추진하는 것이 바람직함.
- 목표의료비제도에서는, 실제의료비가 목표의료비를 초과할 때에는 다음 해의 수가(환산지수) 인상을 낮출 수 있음. 의료비총액상한제에서는 거시적 차원에서 총량을 제한하고 미시적 차원의 배분에서는 공급자 단체의 역할을 증대시킬 수 있음 (예, 독일, 캐나다). 의료비 총액을 효과적으로 관리하고 공급자 상호 견제를 용이하게 하기 위해서는 지역별로 의료비총액을 배분하는 것이 바람직함 (예, 대만은 8개 지역).
- 의료비총액상한제를 도입한 대만에서는 비협상요소는 지수화하고 협상요소에 대해서는 구체적으로 협상함. 비협상요소는 피보험자의 연령 및 성별 구조변화, 임금변화, 의료서비스 원가(의약품/장비) 가격 변화, 의료인력의 변화, 시설 변화, 건강보험 가입자 증가율 등임. 협상요소는 보험급여 범위 또는 지불 항목 변화에 따른 의료비 변화, 의료서비스 이용 및 밀집 정도의 변화, 신의료 기술 도입에 따른 영향, 의료서비스 효율 향상 정도, 급여 범위 변화, 소비자 지불의사, 보건의료 전반의 정책 변화에 따른 영향 등.
- 성공적으로 진료비지불제도를 개편하기 위해서는 의료기관간 역할 정립, 비급여의 축소를 위해 노력해야 함.

4) 의료기관 계약제

- 요양기관(의료기관) 강제지정제도는 보험자가 의료비용과 질을 효과적으로 관리하는데 한계를 야기하고 오히려 진료비지불제도의 개편에 장애가 됨. 지정제에서는 보험자가 시장지배력을 활용하기도 어렵고 의료비 억제를 위해 공급자의 행태를 변화시키기도 어려운 실정임.
- 보험자가 제시하는 진료비지불제도와 수가를 수용하지 않는 공급자에게 건강보험제도에 참여하지 않을 option을 허용하는 것이 계약의 원리에 부합함. 외국의 경우에도 강제지정제도를 채택하는 사례가 없음. 나아가 현재는 공급부족을 우려했던 건강보험 초기의 상황과 다르고 오히려 공급 감소가 필요한 상황임.
- 급여와 비급여의 혼합 진료가 가능한 상황이므로 공급자 입장에서도 굳이 건강보험과 계약을 하지 않을 유인이 강하지 않음. 성형 등 이미 기존에 건강보험으로부터의 수입이 미미했던 일부 진료과의 일부 의료공급자는 계약을 하지 않을 가능성도 있음.
- 소비자 역시 건강보험과 계약을 체결하지 않은 공급자를 이용해, 건강보험의 혜택을 전혀 받지 않고 본인부담과 민간보험만으로 진료비를 지급할 유인이 거의 없음. 물론 모든 사람이 건강보험에 의무적으로 가입한다는 현재 체계는 유지된다는 전제임.

나. 약제비 절감

1) 현황

- 국민의료비용 중 약제비 비중 22.5%로서 (2010년) OECD 국가 평균 14.3% 보다 훨씬 높음. 지금까지 다양한 정책이 도입되었지만

여전히 약제비 증가가 가파르고 이는 인구 노령화에 의해 더욱 가속화될 것임 (65세 이상 노인 일인당 약제비는 64세 이하 인구의 일인당 약제비의 4.8배).

- 경제성 평가에 기반한 선별등재 (positive listing), 기등재의약품 목록 정비, 시장형 실거래가 (상한 가격과 실제 청구 금액 차이의 70% 지급), 리베이트 쌍벌제, 가격-사용량 연계 (제약회사와 약가 협상시 예상 사용량을 책정하고 이를 30% 초과시 가격 재협상, 인하) 등 다양한 정책이 도입되었음.
- 약제비는 사용량과 가격에 의해 결정되는데, 사용량은 단순한 양 뿐 아니라 mix(예, 비싼 오리지널 약, 값싼 제네릭(복제)약)에 의해 결정됨. 우리나라에서는 처방건당 약품품목 수가 많고 (2010년 현재 4.04개), 또 최고가 약이나 고가 제네릭 약의 사용이 많음. 심사평가원 자료에 의하면 2005년 기준 급성상기도감염의 처방건당 약품목 수는 한국 4.73, 미국 1.61, 독일 1.71, 이태리 1.61, 호주 1.33, 스페인 1.78, 스위스 2.08, 일본 2.20, 영국 2.58, 프랑스 3.44 임.
- 따라서 가격을 낮추는 것과 함께, 사용량을 감소시키고 나아가 저렴한 제네릭 약의 사용을 증가시켜야 함. 약제비 절감을 위해서는 의료공급자, 제약산업 (유통 포함), 소비자 모두에 대한 정책이 필요함.

가) 의료공급자

- 의료공급자는 처방의약품의 사용(사용량, mix)에 있어서 실제적으로 중요한 영향을 미침. 약제비 목표제를 도입하여 실제 총 약제비 목표를 초과할 경우 다음해의 수가(환산지수) 인상을 낮추는 장치가 필요함. 또 약품비 절감의 일정 부분을 인센티브로 지급하는 처방총액절감인센티브제 시범사업을 확대할 필요가 있음.

- 약제비에 있어서 외래에 비해 입원의 비중이 낮기는 하지만, 포괄수 가제도와 같은 진료비지불제도의 포괄화는 불필요한 약품의 사용을 억제하는데 크게 기여할 것임.
- 상품명 처방이 아닌 성분명 처방은 약제비 절감에 도움이 될 것이나 처방자인 의료공급자의 반대에 의해 시행되지 못하고 있는 실정임. 의료공급자에게도 비용-효과적인 제너릭에 대한 정보를 제공하고 또 본인의 처방 행태를 동료들과 비교할 수 있도록 feedback을 줄 필요가 있음.
- 제너릭 대체조제의 활성화도 필요함. 나아가 비처방일반의약품(OTC)의 가격 경쟁을 촉진하기 위해 일반의약품의 수퍼마켓 판매를 허용하는 것도 필요함.

나) 제약산업

- 약가의 인하가 필요함. 신약의 경우 경제성 평가(fourth hurdle)를 통해 급여 여부를 결정하고 (심사평가원), 급여대상 의약품에 대해 제약회사와 약가 협상을 통해 상한 금액을 결정함 (건보공단). 선별등재와 가격협상의 도입으로 인해 가격 수준이 낮아진 것은 사실이지만, 현재의 수준이 낮다고 보기는 여전히 어려움. 신기술과 신약의 도입이 비교적 빠른 우리나라의 현실 때문에 외국과의 신약 가격 비교가 쉽지 않음.
- 최근의 연구(권순만 등, 2010)에 의하면 선진국에 비해 우리나라의 제너릭 약가가 높은 편임 (구매력지수를 고려했을때 OECD 16개국 중 미국을 제외한 다른 나라들보다 제너릭 약가가 높음). 위 연구에서는 또 우리나라에서는 비교적 고가의 제너릭이 주로 사용되고 있다는 것도 보여줌. 또 제약산업의 진입과 퇴출 행태를 보더라도 의약품 가격이 결코 낮다고 보기 어려움.

- 제네릭 약가의 절대적인 수준뿐 아니라 오리지널 약가와 제네릭 약가의 차이는 의약품 사용 mix 에 중요한 영향을 미침. 현재는 특허가 만료되면 오리지널 약가를 80%로 인하하고 1-5번째 진입하는 복제약은 오리지널 약가의 85%로 가격이 책정됨 (가격인하전 오리지널 약가의 68%). 의약품 생산의 특성상 한계생산비용은 매우 낮으므로, 오리지널 약에 대한 높은 가격은 연구개발에 대한 보상의 비중이 높음. 따라서 오리지널 약에 비해 연구개발의 비중이 훨씬 낮은 제네릭 약의 가격은 충분히 낮추어야 함.
- 제네릭 의약품을 생산하는 기업이 주로 국내 기업이다 보니, 약가 인하가 국내 제약산업에 부정적인 영향을 미친다는 우려가 존재함. 하지만 높은 약가는 오히려 한계 제약기업의 퇴출을 막아서 오히려 제약산업의 경쟁력을 약화시키고, 양질의 제품보다는 리베이트로 생존하는 기업들이 존재하게 됨. 연구개발 능력이 있는 소수의 제약기업이 생존하는 것이 오히려 제약산업의 전반적인 경쟁력을 높이는 길임.
- 나아가 생물학적 동등성과 복제약 품질관리를 강화하여 공급자와 소비자가 제네릭약에 대해 긍정적인 인식을 갖도록 해야 함.

다) 소비자

- 일반적으로는 의료부문의 소비자 무지 현상 때문에 소비자에 대한 비용부담은 비용절감과 자원배분의 효율성 등의 소기 목적을 달성하기 어려운 경우가 많음.
- 하지만 비교적 소비자 무지의 정도가 낮은 경증 질환에 대해 소비자에 대한 경제적 유인의 도입이 필요함. 즉 소비자 본인부담을 차별화하여, 제네릭 대비 가격이 높은 오리지널 의약품에 대해 환자본인

부담을 높여야 함 (참조가격제: reference pricing). 제네릭 약가의 인하를 통해 제네릭 의약품의 사용을 높이기 위해서는, 약가의 인하가 실제로 소비자가 지불하는 본인부담의 차이로 귀결될 수 있도록 본인부담을 조정하는 것이 효과적임.

- 나아가 소비자에 대한 홍보, 정보 제공을 강화하여 비용-효과적인 의약품을 선택하는데 도움을 주어야 함. 또 의료공급자가 소비자에게 주어진 질환의 치료에 있어서 대안이 되는 몇가지 의약품의 비용과 효과에 대해 충분히 설명하도록 의무화하여 소비자가 informed choice를 할 수 있도록 하여야 함.

3. 지출구조 효율화 방안

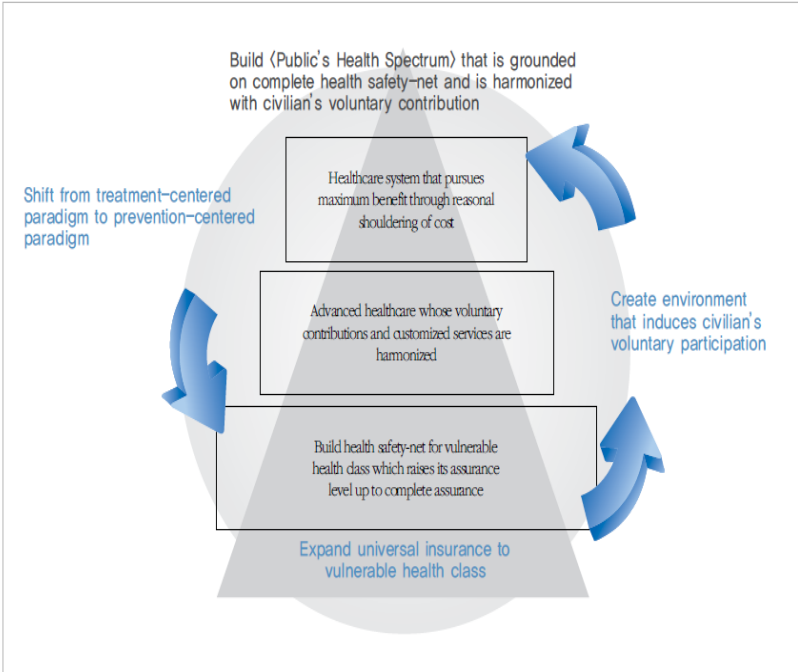
가. 건강보험의 지속가능성을 위한 재정시스템의 개혁방안

□ 개혁의 기본 방향

- 지속가능성의 측면에서 볼 때 우리나라의 건강보험은 재원 마련 측면에서 상당히 불투명한 상태에 놓여 있음.
- 이러한 상황에서 사회적 약자에 대해서는 국가의 책임을 보다 강화해 나가되 지불 능력이 있는 계층에 대해서는 현재보다 개인책임을 강조하여 궁극적으로 ‘사회적 책임과 개인 책임의 조화’ 원칙하에 최대한 재원 구조를 다양화 해 나가는 것이 필요함.
- 즉, “완벽한 보건의료안전망을 토대로 민간의 자발적 기여를 조화시킨 국민건강스펙트럼 구축”이 필요함(그림 1).
- “완벽한 보건의료안전망을 토대로 민간의 자발적 기여를 조화시킨 국민건강스펙트럼 구축”이라는 목표는 다음과 같은 네 가지 함의를 담고 있음.

- 1) 첫째, 건강취약계층에게는 필수적인 의료서비스를 완전보장 수준으로 제공하고, 그 외 계층구성원에게는 자발적 기여를 토대로 한 양질의 보건의료서비스를 제공한다는 원칙을 가지고 보건의료정책을 추진하고자 함.
- 2) 둘째, 국민소비수준이 크게 향상되면서 최소한의 필수 의료서비스에 대한 요구뿐만 아니라 양질의 의료서비스에 대한 요구도 늘어나고 있어 민간의 자율적 참여가 이루어질 수 있는 환경 조성을 도모함.
- 3) 셋째, 규제정책으로 민간의료시장을 위축시키기보다는 보다 효율적으로 재정을 운영하고 이러한 재정운영으로 추가적으로 마련한 자금은 취약계층을 위해 활용할 수 있도록 함으로써 형평성과 효율성을 동시에 제고함.
- 4) 넷째, 건강에 대한 자원투입을 사후적이고 단기적인 치료중심의 패러다임에서 사전적이고 장기적인 예방중심 패러다임을 도모함.

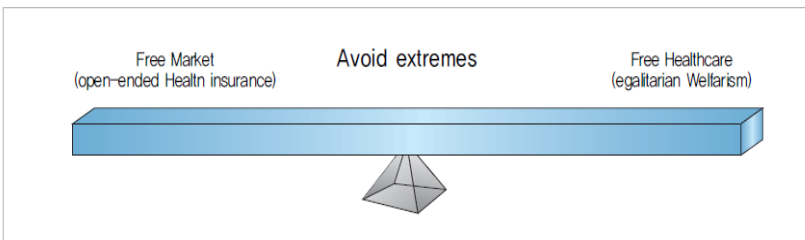
[그림 4-6] 건강보험재정시스템의 기본 개혁 방안



출처, 윤석준, 국가필수예방접종 확대방안 국제회의의 기초 발제문, 2008

— 이를 위한 재원 조달의 기본 철학(financing philosophy)은“ 사회적 책임과 개인 책임의 조화”로 요약될 수 있음(그림 2)

[그림 4-7] 건강보험재정 재원조달의 기본 철학

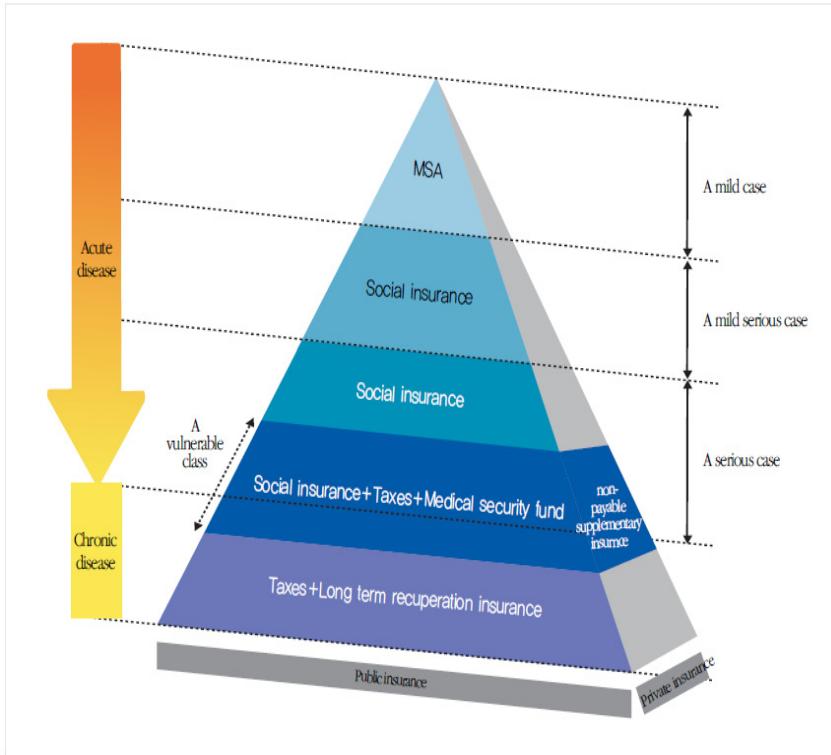


출처, Kin LM, Health care financing and hospital reforms in Singapore, 2008

□ 합리적 개혁 방안

- 건강보험재정의 합리적 개혁을 이루기 위해서는 다음과 같은 변화가 필요할 것으로 사료됨(그림 3)

[그림 4-8] 건강보험재정의 합리적 개혁 방안 모형



- 그림 3에서 제시된 방안을 요약하면 사회보험 제도의 근간을 유지하면서 다양한 재원 마련 기전이 융합된 방식을 고려하고 있음. 즉, 지불능력이 있는 중산층 이상에게는 기존의 사회보험과는 별도로 실손형 중심으로 설계된 보충형 민간보험을 선택할 수 있도록 하여 개인 책임을 더한 재원 마련 기전을 갖추도록 함

- 차상위계층 등 취약계층에게는 중증질환으로 입원할 경우 사회보험 외에 조세와 기업, 개인의 기부 등을 주요 재원으로 하는 ‘의료안전기금’을 신설해 보다 더 국가의 책임을 강화하는 체계로 설명될 수 있음
- ‘의료안전기금’은 적절한 재원의 확보를 통해 저리의 대출시스템을 전제로 구축한다면 기존의 의료급여 제도와는 차별화된 사회 안전망을 구축해 낼 수 있을 것으로 판단됨. 이와는 별도로 현재 경제적 약자에게 제공되고 있는 의료급여제도는 장기적으로는 건강보험시스템에 포함되어야 하나 재원의 변화 추이 등을 면밀하게 관찰해 가며 신중하게 접근해야 할 것임
- 감기 등 경증 환자의 과도한 외래이용으로 인한 비용의 낭비 요소는 단기적으로는 소득계층별 일정액 공제제(deductible) 등의 정책 방향이 제시될 수 있으나 장기적으로는 의료저축제도(Medical Saving Account) 등을 도입하여 개인의 책임 영역 하에 두되, 노인이나 어린이를 포함한 경제적 약자 계층은 현재와 같은 사회보험 방식으로 보장하는 방식을 고려해 볼 수 있을 것임

나. 건강보험 지출구조 효율화 방안

1) 보건의료기관간 기능재정립

가) 수도권 의료자원의 집중화 개선

□ 현황 및 문제점

- 서울의 병상 증가 수준이 다른 지역을 압도함
- 서울지역내에서도 ‘Big 4’로의 환자 쏠림 현상이 심해지고 있음.

- 의사 등의 의료인력 역시 지역간 불균형이 심함
- 즉, 의료자원의 집중화 현상이 대형 종합병원 중심으로 이동하고 있고 그 가운데서도 수도권 대형병원 위주로 쏠림 현상이 심화되고 있음(윤석준, 2010)

□ 개선 방안

- 중앙정부와 지방자치단체의 실질적인 관리 수단 확보가 필요함
 - 중앙정부의 지방 및 농어촌 지역 의료자원 수준 향상을 위한 지원 확대가 필요함
 - 구체적으로는 다음과 같은 방안의 시행이 필요함
- 1) 첫째, 수도권 의료 자원(병상, 고가의료장비 중심)의 모니터링 및 총량 규제
 - 2) 둘째, 전국적인 의료 인력 대상 집중화된 모니터링 시스템 가동
 - 3) 셋째, 지역 거점도시 종합병원의 전문진료센터화(심뇌혈관 등 응급의료기능 중심)유도
 - 4) 넷째, 상급병원 외래 이용시 본인 부담금 인상(경증 환자의 경우)
 - 5) 다섯째, 일차의료 담당 의원의 만성질환 지속치료율에 따른 관리료 인상 등의 인센티브를 활용한 파수꾼 역할 강화
- 수도권 의료자원의 총량 규제는 극단적인 조치이기는 하나 현재 상황에서 가장 시급한 정책으로 판단됨
 - 수도권 공장 신증설 규제 정책과 비교해 보면 최근까지 역차별이라는 논란이 있기는 하지만 충청권 등 비수도권의 개발을 촉진시킨 측면이 있는 것은 엄연한 사실임. 따라서 단기적으로 이 제도를 유지해 가며 모니터링을 해 본 후 추가 대책을 고민할 시기임

- 문제는 총 수가 아니라 지역적 균형 분포임을 고려한다면 집중화된 모니터링 시스템을 가동해 해당 전문인력 및 자치단체에 실시간 정보를 알려 주고 필요하면 중앙정부가 개입하는 지혜가 필요할 것으로 사료됨
- 수도권 의료자원의 총량 규제와 더불어 지속가능한 의료체계를 위해서는 지역 거점도시 의료자원(특히 종합병원급 병원)의 전문화가 반드시 필요함. 이것은 의원에서 진료받던 환자가 대도시 종합병원 외래를 방문하면 거리가 아무리 멀어도 되돌아오지 않는 현상과 직결되기 때문임
- 이 밖에도 상급병원에 경증 환자가 외래 이용할 경우 본인 부담금을 인상하고 동시에 의원에 만성질환 환자의 지속치료가 유지될 경우 만성질환 관리료 인상 및 해당 환자는 건강포인트제를 통해 인센티브를 제공하는 정책이 지속된다면 현재의 수도권 집중화 현상이 다소 완화되면서 1차 의료를 담당하는 의원도 제 기능을 갖출 계기를 만들 수 있을 것으로 사료됨

나) 일차의료 강화제도 도입(선택의원제/건강관리 의사제)

□ 일차의료 강화제도 도입의 당위성

- 문지기(gatekeeper) 기능을 통해 의료비 지출 절감 뿐 아니라 의료전달체계의 정상화와 보장성 강화를 동시에 노릴 수 있음
- 오래전부터 주치의제도의 도입의 필요성이 제기되었고 현재의 소모적인 재정구조하에서는 그 필요성이 더 커지는 것이 사실임.
- 그러나 엄격한 주치의제도 도입이 가져오는 의료공급체계의 혼란 등에 대한 우려 등으로 인해 그간 당위성을 넘어서지 못

하고 있었음.

- 최근에는 건강관리의사제도, 선택의원제도 등 명칭과 내용은 조금 다르나같은 목적과 방향을 가진 이러한 제도들의 실천전략들이 구체적으로 개발되고 있음

□ 일차의료 강화제도의 기본 방향

- 정부가 추진중인 선택의원제의 내용과 절차를 명확히 할 필요가 있음

- 1) 선택의원제 도입에 대한 논란들의 많은 부분은 본 방안의 정확한 실체가 구체적으로 제시되지 못하였기 때문으로 판단됨
- 2) 이해당사자들, 특히 의료공급자들의 설득에 있어 보다 진정성 있는 노력이 필요할 것으로 보임

- 제도 참여여부를 자율적으로 선택하며 의료비 지출 절감에 대한 인센티브를 의료공급자나 이용자 모두에게 제공하도록 함

- 1) 특히 의료공급자들의 참여가 절대적으로 필요한 상황에서 이들의 참여를 제고할 수 있는 실질적인 인센티브가 제공되어야 할 것임

- 일차의료의 의사는 경증 및 만성질환, 생활습관질환 등에 대해 진료서비스를 제공하고 생활습관개선에 초점을 맞춘 건강증진 및 만성질환의 예방서비스를 제공하게 함

2) 보험자중심의 건강증진사업의 활성화

□ 건강보험재정 관점에서의 만성질환의 규모와 관리의 필요성

- 2009년 성인 사망원인 중 심·뇌혈관계 질환으로 인한 사망자가 전체의 25%를 차지함(통계청, 2009)
- 2008년도에는 고혈압, 당뇨병으로 인한 진료비가 각각 1,2위

를 차지했고 2002년도에 비해 환자 수는 1.7배 증가했으나 진료비 증가율은 7.8배에 이르러 건강보험 약화의 주요 원인으로 작용하고 있음(임은실 등, 2009)

- 심·뇌혈관계 질환으로 인한 조기사망자의 80%는 적정관리를 통해 예방이 가능함(WHO, 2005)
- 따라서 심·뇌혈관계 질환을 비롯한 만성질환의 예방에 초점을 둔 건강증진사업의 활성화는 장기적으로 의료비 절감의 효과가 매우 클 것으로 기대됨

□ 일본의 건강증진 사업의 내용과 시사점

- 2008년 4월부터 생활습관병 대책에 중점을 두는 특정검진 및 특정보건지도가 도입되었으며(그림 4), 보험자의 실시의무 및 경제적 인센티브 부여를 법에 포함하여 예방영역에 대한 보험자 역할을 강화하였음

[그림 4-9] 일본 건강검진사업의 목표(출처: 이정수, 2008)

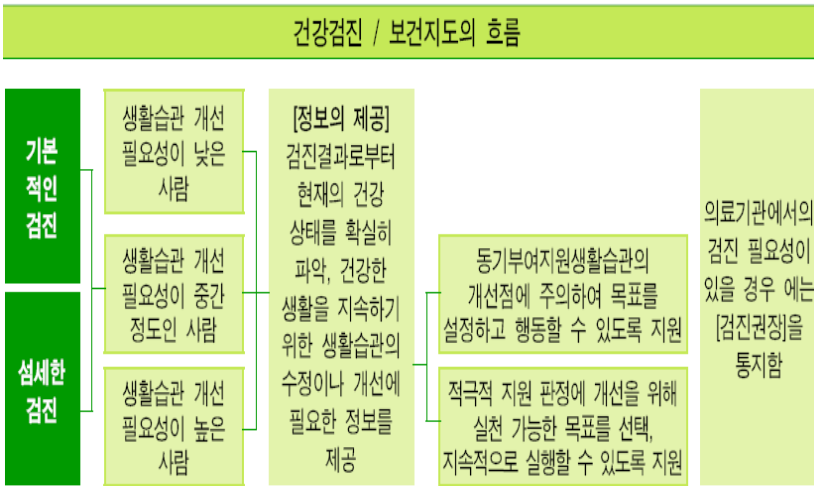
일본 건강증진사업 목표		
항목	2012 고려기준(안)	2015 목표치
특정검진의 실시율	70%	80%
특정 보건지도의 실시율	45%	60%
Metabolic Syndrome 해당자 및 예방군의 감소율	10%(2008년 대비)	25%(2008년대비)

- 대상자는 40-74세의 의료보험가입자 5,600만명이며 보건지도 대상자는 이중의 34%인 2천만명임
- 특정 검진은 대사증후군(metabolic syndrome) 환자의 발견에 초점을 맞추었는데 대사증후군이란 고혈압, 고혈당, 지질이상

같은 생활습관병의 위험인자를 함께 가지고 있는 상태로서 적절한 중재가 이루어진다면 생활습관병의 예방효과가 매우 큰 전략적인 질병전 상태임

- 대사증후군으로 분류되거나 추후에 대사증후군으로 발전할 가능성이 있는 대상에게(보건지도 대상자) 맞춤형 예방서비스를 제공하고 사후관리체계를 운영함(그림 5)

[그림 4-10] 일본 건강검진/보건지도의 흐름(출처: 이정수, 2008)



→ 일본의 이러한 전략적인 건강증진사업은 보험자주도 및 국가단위로 시행되고 있어 이로 인한 국민건강향상 및 국민의료비 절감 효과가 매우 클 것으로 판단되며 우리나라도 이와 같은 사업의 전면적인 도입이 필요함

- 우리나라에서도 2009년부터 서울시에서 보건소 중심으로 이와 유사한 대사증후군 관리사업을 진행하고 있으며 여러 지역에서 만성질환 관리사업을 실시하고 있음
- 그러나 국가 단위 및 보험자 주도의 프로그램이 개발되지 않

아 실질적인 비용 절감을 기대할 수 있는 전국민 대상의 관리 사업의 개발과 도입이 필요함

□ 우리나라 국가검진 사후관리 현황 및 문제점

– 우리나라는 2004년부터 건강검진결과 이상 소견을 받은 유소견자를 대상으로 건강정보 제공과 유선 및 방문 상담을 통하여 건강검진의 효율을 높이고 궁극적으로 국민건강 수준을 향상시키는 것을 목적으로 건강검진 사후관리 프로그램을 실시하고 있으며 2009년부터는 일반건강검진을 심뇌혈관 질환으로 집중시켰음

– 그러나 검진 사후관리의 내용과 실효성에 대한 다음과 같은 문제들로 인해 검진의 목표인 심뇌혈관 질환의 예방효과가 매우 적은 것으로 나타났으며(박민정 등, 2010), 특히 지역사회 연계를 활용한 실효성 있는 사후관리체계의 부족이 지적됨

- 1) 전문인력의 부족으로 인한 전문성 한계
- 2) 건강검진 사후관리 대상자 선정과 분류의 불명확성
- 3) 낮은 검진 사후관리율
- 4) 비효율적인 검진 사후관리 방법
- 5) 일원화되지 않은 검진 사후관리 수행체계
- 6) 양적/질적 검진 사후관리 평가체계 미흡
- 7) 지역사회 연계를 통한 검진 사후관리체계 부족

→ 따라서 사후관리를 통해 보험재정악화의 주요원인인 생활습관질환의 효과적인 예방을 위해서는 지역사회자원과 연계된 근거-중심적인 사후관리 프로그램 매뉴얼과 프로그램의 효과를 평가할 평가체계의 개발이 시급함

□ 국가검진 사후관리 매뉴얼 개발의 기본 방향

- 집중과 선택의 원칙 및 비용-효과성을 고려하여 사후관리 대상을 선정하고 전체 대상 규모를 예측함
- 1) 건강보험재정상황을 고려할 때 대사증후군에 해당되는 수검자만을 사후관리대상으로 선정하는 것이 바람직해 보임
- 유질환자(고혈압, 당뇨, 이상지질혈증 등) 및 유소견자(대사증후군 등) 각각에 대해 누가(담당인력), 무엇을(구체적인 지침), 어떻게(중재안 제공 방식) 사후관리 할 것인지에 대한 구체적인 지침을 개발함
- 유질환자에 대한 지침 개발
- 1) 확진 및 치료를 위한 절차를 표준화 및 단순화시켜 이에 대한 순응율을 극대화하며 유질환자의 질병 인지율과 치료시도율, 질병관리율에 따라 절차의 차별성을 모색해야 함
- 2) 이 과정은 행정 절차 중심으로 국민건강보험공단의 주도적인 역할이 필요함
- 유소견자에 대한 지침 개발
- 1) 유소견자는 사후관리의 핵심 대상으로 각 세부대상에 대한 구체적인 관리 방안을 마련해야 함
- 2) 국내외 사후관리 현행 지침, 각 임상학회에서 개발한 중재 지침고찰과 문헌고찰을 통해 근거-중심적인 중재안을 선별한 후 이들에 대한 경제성평가 고찰을 통해 국내 상황에 맞는 사후관리 매뉴얼을 개발함
- 3) 개발된 지침의 효과를 극대화하기 위해서는 지역사회 자원의 활용과 연계가 필수적임. 즉, 공단, 보건소, 지자체, 건강증진센터, 개원가 등이 유기적으로 연계된 지침의 개발이 필요함

□ 국가검진 사후관리사업의 평가체계 개발

- 사후관리가 실제로 기능하고 있으며 이것이 국가검진의 목표 즉, 국민건강향상에 기여하는지를 평가하기 위해서는 다각도의 평가지표를 통한 평가체계의 개발이 필요함
- 평가체계에 포함되어야 할 필수지표는 지표생성의 방법과 특성에 따라 다음의 두 가지 범주로 나눌 수 있음 (그림 6)

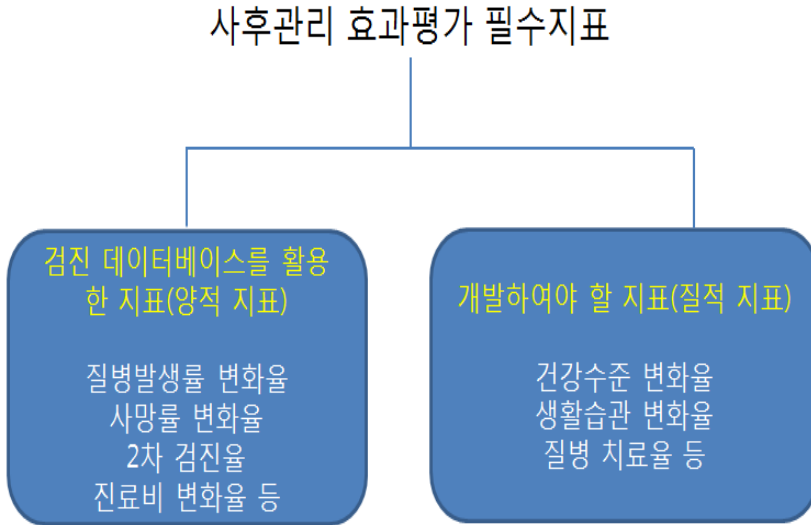
1) 행정자료를 통해 파악할 수 있는 지표

- 양적 지표(quantitative indicator)로서 사후관리대상자 전체 집단의 관련 질병 발생을 변화, 사망률 변화, 2차 검진율, 진료비 변화 등
- 이 범주의 지표들은 전체 검진 자료 데이터베이스를 활용하여 해당 자료를 추출하면 가능한 지표임

2) 개발하여야 할 지표

- 질적 지표(qualitative indicator)로서 사후관리 대상자 개개인의 건강수준 변화율, 생활습관 변화율, 치료율 등
- 건강수준 변화율을 파악하기 위해서는 사후관리 대상자들을 추적관찰하여 이들의 BMI, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 측정할 필요가 있음
- 생활습관 변화율을 파악하기 위해서는 심뇌혈관 질환의 위험요인(risk factor)로 알려진 음주습관, 흡연습관, 운동습관, 식생활습관, 체중관리습관 등의 변화를 측정할 수 있는 기존의 개발된 도구들을 활용하면 됨

[그림 4-11] 국가검진 사후관리 효과평가 필수지표



4. 보험료 부과체계 개편 방향

가. 개편의 기본 원칙

- 전 국민적 차원의 형평성을 확보하기 위하여 직장소득자와 지역소득자의 구분이 없는 통합된 보험료부과체계 수립
- 사회연대성에 기초
- 국민의 수용성 고려
- 보험료부과의 합리성과 행정편의성 확보

나. 개편 방향

□ 새로운 보험료 부과체계

- 1단계(단기)에서는 현행 부과체계 문제점 중 일부를 해결하는

차원에서 접근하되 최종 부과체계를 감안하여 중간적인 역할을 할 수 있도록 설계

- 2단계(중장기) 부과체계에서는 전 국민 대상 단일부과체계 개발

□ 부과요소의 선택

- 단기 : 직장가입자의 부담능력을 현행 임금소득에서 금융소득, 연금소득, 양도소득 등 기타 다른 소득까지 확장
 - 지역가입자는 과세소득 500만원 이하세대에게 2중으로 사용되었던 재산을 한 번만 사용하되 부과요소로 계속 활용
 - 자동차는 부담능력을 나타내는 지표로 적절치 않으므로 제외
 - 현재 사용되고 있는 성과 연령을 기본보험료 형태로 전환
- 중장기 : 단일 부과체계적용을 위해 소득기준의 부과체계와 소득 외 기본 보험료 등 기타요소(예: 재산)의 도입여부 검토
 - 소득기준 부과체계에서 : 모든 소득을 망라하여 사용함으로써 부담능력을 그대로 반영
 - 소득 파악의 한계를 보완할 방법으로 소득 외에 기본보험료 도입 검토

□ 부과체계 개편 방향

- 단기 : 직장
 - 피부양자 자격조건을 엄격하게 적용하여 무임승차를 최소화
 - 직장가입자의 형제, 자매에 적용되고 있는 피부양자 인정기준 강화 : 형제 자매 전체를 직장가입자 피부양자에서 제외
 - 소득 있는 피부양자를 피보험자로 전환 : 사업장 등록과 상관없이 모든 소득의 합이 최저생계비 기준 이상이면 피부양자에서 제외
 - 연금소득, 금융소득, 임대소득, 사업소득 등 직장가입자의 기타소득에도 보험료 부과

－ 단기 : 지역

- 자동차를 부과요소에서 제외
- 지역 부과체계 단순화 ; 두 번 사용되고 있는 재산 요소를 통합
- 개인별 부과점수를 구분하여 세대 분리 등에 따른 민원에 대비 ; 이를 위해 현행 성, 연령을 기준으로 기본보험료 신설
- 기본 보험료 신설시 경제활동 능력이 없는 20세 미만 아동 제외
- 역진성 개선
- 지역부과체계에서 500만원 기준선 폐지
- 평가소득 개념을 폐지하고 과세 소득 기준으로 부과
- 일정기준 이하의 전월세(예: 1,000만 원 이하)는 부과 과표에서 제외
- 재산에 대한 부과비중 인하

－ 중장기

- 기본보험료와 소득 기준 단일 보험료부과체계 도입
- 특수지역 자영자 약 1백만(가구원 까지 포함하면 약 2백 5십만 명)명, 5인 미만 자영자 중 약 7십만 명⁹⁾(가구원 까지 포함하면 약 1백 8십만 명) 등을 직장가입자로 전환
- 단일부과체계는 기본 보험료와 모든 부담능력을 포함하여 총소득을 기준으로 부과
- 단일부과체계 적용 방안 : 임금소득 및 1인당 정액 기본보험료 형태로 부과한다.
- 보험료의 50%는 현행처럼 사용자가 임금수준에 따라 원천 납부하고 나머지 50%는 세대원수에 따른 기본보험료와 임

9) 현재 5인 미만 사업장 종사자 중 국민연금과 고용보험에 가입되어 있지 않은 계층 약 70만 명에 대해 2012년부터 보험료 지원을 통해 사회보험에 가입할 수 있도록 추진중임.

- 금과 그 외 기타 소득 수준에 따라 납부
- 따라서 사용자에 대한 보험료율과 근로자에 대한 보험료율이 달리 적용됨.
 - 소득이 없는 자는 소득 기준 부과대상에서 제외하고 기본 보험료만 부담
 - 기본 보험료는 18세 이하 아동을 제외하고 연령에 상관없이 동일액을 적용하여 모든 적용대상자가 피보험자 자격 획득 (65세 이상 노인의 경우 일반인 기본 보험료의 50%를 적용할 수도 있음.)
 - 사용자 부담분은 원천 징수하고 피보험자에 대해서는 개인 별 보험료를 산정하나 세대별 합산 부과 고지

5. 재정 확충 방안

가. 건강보험 재정조달구조의 개편

□ 건강보험료율의 인상

- OECD 제국의 평균보험료율(10%)과 일본의 건강보험료율(8.1%)과 비교하여도 임금소득의 5.64%(2011)인 우리나라의 보험료율은 인상시킬 여지가 있다 하겠음.

□ 건강보험 재정조달구조의 개편

- OECD의 권고 : 건강보험재정에서 조세수입 특히 간접세의 비중을 늘리라는 것임
- 프랑스의 사례를 벤치마킹하여 궁극적으로 한계건강보험료율을 초과하는 급여비 지출은 소비세 등의 간접세 수입으로 충당하는 방안을 구상할 필요가 있으며 보험료와 조세 수입의

이원적인 재정조달구조로의 개혁을 고려하여야 할 것임.

나. 부과체계 개선을 통한 추가 자원 확보

1) 피부양자 인정기준 개선

□ 형제 자매 피부양자 제외

- 형제, 자매는 기본적으로 독립적인 생활이 가능하므로 전체적으로 피부양자 요건에서 제외하는 것이 타당하나 현실적으로 행정측면을 고려하여 단계적 접근

□ 재산 보유자 피부양자 제외

- 피부양자 중 일정 규모 이상의 고액 재산 보유자는 경제적 부담능력이 있는 것으로 판단되므로 보험료를 부담하는 것이 사회보험 원리에 부합
- 재산으로부터 발생한 소득이 보험료 부과대상에 포함되면 재산 자체를 부과 요소로 활용하는 것은 적절치 않은 것으로 판단됨 : 따라서 재산으로부터 발생한 소득이 보험료 부과대상에 포함될 때까지 한시적으로 적용

2) 임금소득 이외의 소득에 대한 보험료 부과

□ 연금소득, 금융소득, 양도소득 등 종합소득에 대해 건강보험료 부과

- 사회보험 체계를 유지하는 거의 모든 나라에서 연금소득을 건강보험 부과기준에 포함하고 있음. (프랑스, 일본, 독일, 네델란드 등)
- 임금소득은 총소득의 약 59%를 점하고 있으므로 현행 부과체계는 전체 부담능력 중 약 41%를 누락하고 있음.

- 따라서 전체 소득을 포괄하여 부과할 필요

다. 목적세(Sin Tax, 건강위해세)의 신설 및 기존 담배부담금의 인상

1) 목적세 신설 및 담배부담금 인상의 정당성

□ 국민건강보험공단 재정 확보

- 안정적인 재원 확보는 건강보험 관련 정책 효과의 극대화를 위해 필수적인 사항이므로 특별회계나 목적세 등을 통한 세입과 세출의 효율적인 연계가 필요함.

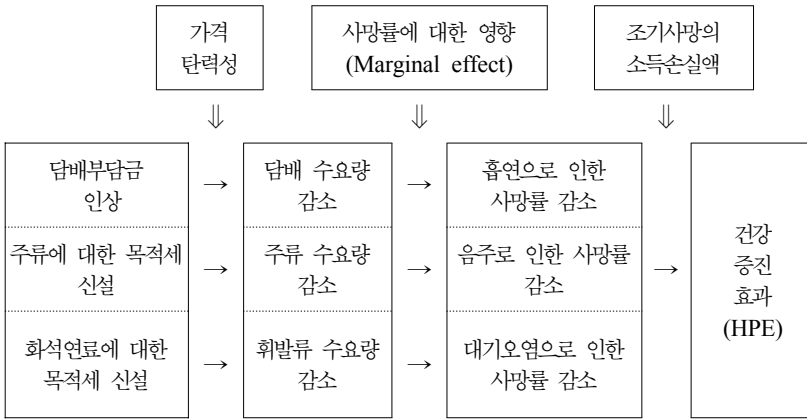
□ 건강증진효과(Health Promotion Effect)

- 목적세(또는 건강위해세) 부과를 통해서 재원 확보 이외에, 담배, 주류, 휘발유 등 건강위해요소에 대한 목적세 부과는 이들 제품의 가격을 상승하게 하고 이로 인해 건강위해요소에 대한 소비량이 감소하여 그에 상응하는 건강증진효과가 있을 것으로 예상할 수 있음

□ 건강증진효과 분석 경로

- 건강증진효과의 분석경로는 다음의 [그림 4-1]과 같음

[그림 4-12] 건강증진효과(HPE) 분석 경로



2) 담배부담금 인상 및 목적세 부과를 통한 세수액 예측

□ 이히에서는 담배부담금 인상률 및 주류 혹은 휘발유에 부과하는 목적세의 세율을 단위세율, 즉 1%로 했을 때의 세수예측액을 구함.

— 담배가격 1% 상승에 따른 세수예측액은 다음과 같이 추정함

- 총 담배부담금 수입을 현재 담배 1갑당 담배부담금인 354 원으로 나누어 2006년과 2008년의 총 담배소비량을 각각 구함.
- 담배부담금 인상을 통해 예상되는 담배 수요량의 감소는 선행 연구 결과를 이용하고, 예상되는 담배수요량의 감소분을 감안한 예상담배수요량을 구하여 세수를 예측함.
- 담배가격이 1% 상승했을 때, 가격탄성치에 따라 차이가 있지만 2008년 기준으로 최소 712억원, 최대 722억원의 세수를 예측할 수 있음.

□ 주류에 대한 목적세 또는 부담금 부과에 따른 세수예측액은 다음과 같음.

- 주류의 경우, 우리나라 전체 주류 출고량의 약 98%를 차지하는 희석식 소주, 맥주, 위스키만을 고려하고, 이들 주종의 소비량을 각 주종의 가중치로 활용하여 가중평균가격을 계산함.
- 선행연구에서 추정한 주류의 가격 탄성치를 이용하여 가중평균 주류 가격의 1% 목적세 부과에 따른 예상 주류 소비량을 구함.
- 주류가격이 1% 상승했을 때, 가격탄력성에 따라 차이가 있지만 2008년 기준으로 최소 768억원, 최대 782억원의 세수를 예측할 수 있음.

□ 휘발유에 대한 목적세 부과에 따른 세수예측액은 다음과 같음

- 한국석유공사에서 제공하는 연평균 휘발유 가격과 휘발유 국내 소비량을 이용함.
- 선행연구의 휘발유 가격탄력성을 이용하여 휘발유 가격의 1%에 해당하는 목적세 부과로 인해 예상할 수 있는 휘발유 소비량의 감소분을 감안하여 목적세 부과 이후 예상 휘발유 소비량을 구함.
- 휘발유 가격이 1% 상승했을 때, 준용한 가격탄성치에 따라 차이가 있지만 2008년 기준으로 최소 1,682억원, 최대 1,686억원의 세수를 예측할 수 있음.

□ 소결

- 담배부담금의 인상율과 주류 및 휘발유에 대한 목적세를 1%로 했을 경우의 종합적인 세수예측액은 다음과 같음.
 - 담배, 주류, 휘발유 가격 1% 인상에 따른 세수예측액은 각각의 탄력성에 따라 차이가 있으나 2008년도 기준으로 최소 3,162억원, 최대 3,196억원 임.

- 위 세수에측액은 담배, 주류 및 휘발유 등의 위해요인에 대한 부담금 인상 혹은 목적세 부과와 관련된 비율을 1% 로 가정하고 구한 것임.
- 그런데 2004년에 시행된 담배부담금 인상률이 25% 이었음을 감안할 때, 만일 이 정도 수준의 담배부담금 인상이 이루어진다면 이로 인해 예상할 수 있는 세수액이 대략 최소 1조 7,800억원(=712억원×25), 최대 1조 8,041억원(=721억원×25)으로 예상됨.
- 2008년 건보재정의 당기손실금액이 1조 3,667억원이었음을 감안하면, 앞서 구한 담배부담금 인상으로 인한 예상세수액과 주류 및 휘발유에 대한 목적세 부과로 인한 세수액까지 고려한다면 담배부담금 인상 및 목적세 부과가 건보재정에 미칠 긍정적인 영향은 상당부분 존재한다고 사료됨.
- 이상의 추정방법 이외에 주류에 대해서는 2009년 주세 수입(2.7조원)에 부가세(Surtax)를 부과하는 방식으로 세수를 추정할 수 있음.
- 휘발유에 대해서도 2009년 교통세 수입(10조원)에 부가세(예를 들어 10%)를 부과하는 방식으로 세수를 추정할 수 있음.

3) 기타 로또, 갬블링, 청량음료, 스넥, Fast Food 등에도 건강위해세를 부과하여 건강보험 재정수입을 확대할 수 있음.

라. 소비세(부가가치세) 인상을 통한 건강보장세의 신설

〈표 4-10〉 연도별 간접세 징수 추이

(단위 : 10억원)

세 목	간접세	부가 가치세	•특별소비세 (개별소비세)	주세	증권 거래세	교통세 (교통,에너 지,환경세)	담배 부담금
2000	32,352	23,212	2,985	1,963	2,736	8,404	-
2001	35,081	25,835	3,634	2,468	1,798	10,535	-
2002	40,606	31,609	4,288	2,655	2,036	9,478	439
2003	42,522	33,447	4,733	2,734	1,607	10,001	645
2004	43,043	34,572	4,574	2,595	1,302	10,065	626
2005	45,490	36,119	4,400	2,601	2,371	10,288	925
2006	47,931	38,093	4,903	2,409	2,565	9,594	966
2007	51,834	40,942	5,161	2,262	3,469	11,464	968
2008	53,936	43,820	4,499	2,829	2,788	11,909	1,024
2009	56,932	46,992	3,642	2,764	3,534	10,092	1,026

자료 : 국세청

- 위에서 논한 보험료 부과체계의 개선, 국고지원방식의 개선 및 담배 등에 대한 부담금 부과 등을 통해서도 폭증하는 건강보험 급여비의 양등을 따라잡지 못하면 보험료 인상에는 한계가 있기 때문에 궁극적으로는 부가가치세율 인상(또는 부가가치세에 Surtax를 부과하는 방식)을 통한 가칭 건강보장세를 신설하여 충당할 수 밖에 없음.
- 2009년을 기준으로 할 때 부가가치세율을 1%p 올릴 경우 약 4조 7천억 원의 세수증대를 기할 수 있는 바 약 2%p의 부가가치세율 인상에 더해서 각종 목적세 수입액을 합할 경우 건강보험의 재정안정을 기할 수 있을 것으로 사료됨.

〈표 4-11〉 건강보험 재원으로서의 보험료와 소비세 비교

구 분	건강보험료	소비세(건강위해세, 부가가치세 등)
보험료 부담의 형평성	- 직장과 지역의 2원화된 부과방식으로 인한 직역간 형평성 논란	- 소비는 실질소득의 합리적 지표이므로 소득과약이 어려운 지역건강보험의 보험료 부담의 형평성 논란 불식 가능
징수 비용	- 자영자 소득과약과 징수에 노력과 비용 과다 소요	- 국세청에서 징수하여 건보공단으로 이기하면 되니까 행정비용 절감
누진성	- 보험료는 상한이 있고 정률이기에 (성명재*, 2002)	- 보험료보다 소비세가 더 누진적임
기업의 국제경쟁력	- 기업은 직장보험료의 절반 부담 - 보험관리인력 소요	- 보험료 부담도 없고 보험관리 인력도 불필요해져서 기업의 경쟁력 제고
정규고용에의 효과	- 정규고용이 되면 사회보험료를 납부해야 하기에 사회보험은 정규고용을 8~10% 낮춤 (Wagstaff, 2009)	- 소비세를 통한 재정충당으로 정규고용으로의 전환이 가속될 수 있음
고용	- 고용에 부정적 영향	- 고용에 대한 부정적 영향이 비교적 적음
조세저항	- 보험료 인상에 대한 조세저항 가능	- 조세저항 회피 용이

*주 : 성명재, 「조세정책의 소득재분배 효과 분석에 관한 연구」, 한국조세연구원, 2002. 6

참고 문헌

- 강길원, “DRG 지불제도의 문제점과 개선방향”, 건강보장정책 2010 ; 9(1) : 25-36
- 강길원, “신포괄수기제 도입 방향”, 대한임상보험의학회지 2010 ; 5(1) : 111-120
- 건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 각 연도
- 건강보험공단/가톨릭대학교 의과대학, “만성질환 단골의사제도 시행방안 연구”, 2009
- 건강보험공단, 건강보장선진화를 위한 미래전략, 2010
- 건강보험공단, 건강보장선진화위원회 정책자료집, 2010
- 건강보험공단, 2009년 보험료부담 대비 급여비 현황분석, 2010
- 건강보험공단, 건강보험현황, 각년도
- 건강보험공단, 건강보험재정현황, 각년도
- 건강보험공단, 건강보험주요통계, 각년도
- 건강보험공단, 통계분석자료집, 2010
- 건강보험공단, 2008년 건강보험환자 진료비 실태조사, 2010
- 건강보험심사평가원, “2009하반기 약제급여적정성 평가 추구관리결과”, 2010.3
- 건강보험심사평가원 (2010). HIRA 정책동향, 제4권 1호
- 국가통계포털, <http://kosis.kr/>
- 권순만, 「의료비 총액예산제에 관한 시론」, 『보건경제연구』, 제5권 , 한 국보건경제학회, 1999.
- 권용진(2010) 노인장기요양보험의 연계문제와 통합적 케어 구축방안

윤희숙 편. 노인장기요양보험의 현황과 과제. KDI

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

김성옥 · 김영숙, 보험약가제도 합리화방안: 일본과 독일의 보험약가제도 고찰을 중심으로, 국민건강보험공단, 2009.

김성옥 · 한준태 · 이수연 · 최상은, 보험약가 결정방식 개선방안: 위험분담방식 적용을 중심으로 한 약가협상력 제고방안, 국민건강보험공단, 2009.

김윤, 이상일. 의료서비스 질평가 기반 진료비 차등제도 건강보장선진회 정책자료실 2. 건강보험공단 2010.

대만 전민건강보험국 웹사이트 <http://www.nhi.gov.tw>

박민정, 윤영덕, 임은실. 건강검진 사후관리 프로그램 개발. 국민건강보험공단, 2010

데일리팜, '약가재평가 폐지수순밟기... 올해 평가 안한다', 2010.9.2

배승진 · 임지혜 · 최상은 · 배은영, 보험약가조정방안연구, 건강보험심사평가원, 2009.

배은영 · 정연 · 이병란, 보험약 등재가 결정방식 및 개선방안 연구, 건강보험심사평가원, 2007.

보건복지부, 2009-2013년 건강보험 보장성 강화계획, 2008

신영석 외, 「건강보험 정책현황과 과제」, 한국보건사회연구원, 2010

신영석, 「건강보험 진료비 지불제도 개편 방향」, 한국보건사회연구원 내부 자료, 2010. 6.

신영석, 「건강보험 재정안정화 전략」, 한국보건사회연구원 내부 자료, 2009. 6.

신영석 외, 「건강보험 보험료 부과체계 개선 및 재원 확보방안 연구」,

- 한국보건사회연구원, 2007. 12.
- 신영석 외, 『의료안전망 구축방안』, 한국보건사회연구원, 2006. 12.
- 신영석 외, 『건강보험 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원, 2000. 12.
- 신영석 외, 『건강보험 진료비 증가요인 분석』, 한국보건사회연구원, 1999. 12.
- 신영전 외 11인, “보건의료개혁의 새로운 모색”, 한올아카데미. 2006
- 신현웅 외, “요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구”, 한국보건사회연구원, 2009.
- 윤석준. 선진의료체계구축을 위한 국가예방접종 사업 전략. 필수예방접종비용 국가부담 사업 국제회의 기초발제문. 2008
- 윤석준. 수도권 의료자원 총량제 도입 방안. 대한의사협회 의료정책연구소, 의료정책포럼 8(2);50-55. 2010
- 윤희숙(2010) 장기요양보험 비용 추계와 제도 확대 방향의 모색. 윤희숙 편. 노인장기요양보험의 현황과 과제. KDI
- 윤희숙 박능후 전병유 권용진(2010). 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안. KDI FOCUS 통권 제3호
- 이재호(2009) 만성질환 관리를 위한 단골의사 제도 실행방안 연구. 국민건강보험공단, 가톨릭대학교 의과대학
- 이정수. 제 4차 건강증진정책포럼-일본의 건강증진정책. 2008.5
- 임은실, 김영복, 고민정, 이정성. 보험자 건강증진사업 모형 개발. 국민건강보험공단. 2010
- 장선미 · 최윤정 · 박찬미, 입원약품비총액지불제모형개발, 건강보험심사평가원, 2008.
- 주정미, 권순만, 김세라. 외래 건당진료비 결정요인. 한국보건경제정책학회 보건경제와 정책연구. 2009;15(2);46-63

차홍봉 외, 『건강보험 미래전략』, 건강보험공단, 2007.8

최기춘 외 (2009). 2008년도 건강보험 환자 진료비 실태 조사 (연구보고서 2009-07). 국민건강보험공단

최인덕·박종연·이은미(2009) 노인의 의료와 장기요양 서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안. 국민건강보험공단 건강보험정책 연구원

통계청. 2009년 사망원인통계자료 2009

한국보건사회연구원, OECD 국가 간 비교를 통한 국민의료비와 정책과제, 2009

한국보건경제·정책학회, “건강보험수가의 적정성”, 2007년도 후기학술대회 자료집, 2007

한국은행, 「국민소득」, 2010

De Pourville G, Pharmaceuticals in France: Controlling for use and expenditures, presented at International Symposium Celebrating the 10th Anniversary of HIRA, 2010.5.

EGA Health Economics Committee, How to Increase Patient Access to Generic, 2009.

European Generic Medicine Association. <http://www.egagenerics.com/>

IMS health, IMS Pharmaceutical Pricing & Reimbursement 2007

Kin LM. Health care financing and hospital reforms in Singapore.

Lecture note for Community medicine practice of Korea University, 2008.

Li chang and Jung-Hung, " The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care: experience in Taiwan", Health Services Management Research 21, 2008

Medicines in European Healthcare, EUROPEAN GENERIC
MEDICINES ASSOCIATION, 2009

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

Pharmaceutical pricing and reimbursement information, Germany
pharma profile final version, 2008. 5

Stargardt T. The impact of reference pricing on switching
behavior and healthcare utilization: the case of statins in
Germany. Eur J Health Econ 2010, 11:267-277.

World Health Organization. Reported Information Mortality
Statistics. 2005