

효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안

2017. 8

김대환

머 리 말

우리나라는 1977년 의료보험을 도입한 이후 불과 12년 후인 1989년 전 국민건강보험을 실현하여 의료접근성을 단기간에 개선시켰다. 또한 OECD 국가들에 비해 의료비는 적게 지출하는 반면 기대수명이 높고 영아사망률은 낮아 우리나라의 보건의료체계는 비교적 효율적인 것으로 평가되어 왔다.

하지만 국내 보건의료체계는 더 이상 효율적이라 평가하기 어려운 문제들을 양산하고 있다. 국민의 건강권을 보장하는 가장 기초적 사회안전망인 공적건강보험의 보장성이 OECD 국가 중 가장 취약하다. 물론 정부는 문제의 개선을 위해 2005년부터 중장기 계획을 마련하여 지난 10년 동안 막대한 재정을 투입해 왔다. OECD 국가들과 비교하더라도 의료비를 보장하기 위한 공공재원 지출 규모가 가장 빠르게 증가해 왔다.

그럼에도 불구하고 국민건강보험의 보장률은 과거 2005년 이후 전혀 개선되지 않고 있다. 의료비가 국민의 재정부담 증가보다 더 빠르게 증가했기 때문이다. 즉 과거 10년 동안 천문학적인 재정투입이 이루어졌으나 의료비가 더 빠르게 증가하면서 국민건강보험의 보장률이 개선되지 않았던 것이다.

재정투입을 확대하는 방법으로 국민건강보험의 보장성을 확대하려는 접근에 변화가 필요하다. 이제는 의료비가 빠르게 증가하는 원인을 찾고, 의료비의 효율적 지출을 통해 국민건강보험의 보장성을 강화하는 접근이 필요하다. 의료시장 개혁은 급속한 인구고령화를 경험하고 있는 우리나라 상황에서 더 이상 미룰 수 없는 과제다. 바라건대 본 연구가 국민의 재정부담 고통은 최소화하면서 보건의료체계를 개선하는데 활용되기를 희망한다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며, 우리원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2017년 8월
보 험 연 구 원
원장 한 기 정

■ 목차

요약 / 1

I. 연구 배경 및 목적 / 12

II. 보건의료 현황: OECD 비교 / 15

1. 건강성과: 국민측면 / 15
2. 의료비 및 공공재원: 정부측면 / 20
3. 의료 인프라 및 처치: 의료시장 / 22
4. 소결 / 29

III. 보장성 강화정책과 재정부담 / 31

1. 정부의 의료비보장 정책추이 / 31
2. 보험료 부담의 추이 / 37
3. 국민건강보험의 재정 부담 추계 / 41
4. 소결 / 49

IV. 비효율적 의료비 지출: 의료시장과 정책 / 51

1. 의료공급자 현황 / 51
2. 지불보상제도와 의료기관의 유인구조 / 55
3. 비급여의료 관리 실태 / 58
4. 소득계층별 의료접근성 / 61
5. 질병 및 소득별 형평성과 비급여 / 65
6. 의료전달 체계 / 69
7. 사기 및 범죄 / 73
8. 소결 / 76

V. 의료비 지출의 효율성 제고 방안 / 78

1. 의료비 지출의 관리 필요성 / 78
2. 비급여의료의 관리 / 80
3. 진료비지불제도 / 88

■ 목차

- 4. 실손의료보험의 활용 / 91
- 5. 의료전달체계의 개선 / 94
- 6. 사기 및 범죄 방지 / 98

Ⅵ. 결론 / 102

| 참고문헌 | / 103

■ 표 차례

- 〈표 I -1〉 국민건강보험의 보장률과 의료비 지출 중 공공재원 비중 추이 / 13
- 〈표 III-1〉 1차 보장성 강화 계획(2005~2008) / 32
- 〈표 III-2〉 1차 보장성 강화 계획(2005~2008)의 방향성 / 33
- 〈표 III-3〉 2차 보장성 강화 계획(2009~2013) / 33
- 〈표 III-4〉 2차 보장성 강화 계획(2009~2013)의 추진 방향과 목표 / 34
- 〈표 III-5〉 3차 보장성 강화 계획(2014~2018): 32개 과제 / 36
- 〈표 III-6〉 경상의료비 재원(2014년) / 39
- 〈표 III-7〉 진료비 및 급여비 추이 / 39
- 〈표 III-8〉 보험료 추이 / 40
- 〈표 III-9〉 장기 진료비 추계 / 42
- 〈표 III-10〉 장기 급여비 추계 / 44
- 〈표 III-11〉 장기 인구추계 / 45
- 〈표 III-12〉 보장성 확대 목표와 현실 / 49
- 〈표 IV-1〉 국내 의료기관 및 의료인력 현황(2015년 1분기 기준) / 51
- 〈표 IV-2〉 의료기관당 의료인력 수(2015년 1분기 기준) / 52
- 〈표 IV-3〉 고가의료장비 및 병상의 수와 이용 추이 / 53
- 〈표 IV-4〉 급여 및 비급여 의료의 관리 / 55
- 〈표 IV-5〉 5년간(2009~2014년) 보장률 및 비급여 진료비 추이 / 57
- 〈표 IV-6〉 비급여 진료비용 고지제도 / 58
- 〈표 IV-7〉 진료비 확인 제도 / 59
- 〈표 IV-8〉 의료기관별 비급여 항목 진료비용 차이 / 60
- 〈표 IV-9〉 무릎관절증 치료를 위한 의료기관 간 진료비용 차이 / 61
- 〈표 IV-10〉 변수 명 및 정의 / 62
- 〈표 IV-11〉 기술통계(Descriptive Statistics) / 63
- 〈표 IV-12〉 분석 결과: 소득계층별 비급여 비중 / 64
- 〈표 IV-13〉 10대 사망원인(2015년) / 65
- 〈표 IV-14〉 4대 중증질환 보장률 추이 / 66
- 〈표 IV-15〉 본인부담상한액 추이 / 67

■ 표 차례

- 〈표 IV-16〉 상위 5대 병원 진료비 및 점유율 추이 / 69
- 〈표 IV-17〉 의료기관별 진료비 / 70
- 〈표 IV-18〉 노인의료비 추이 / 71
- 〈표 IV-19〉 노인 연령별 만성질환 수 / 72
- 〈표 IV-20〉 흡연율 및 비만율 추이(2010~2015년) / 72
- 〈표 IV-21〉 사무장병원 환수 결정 및 징수 현황 추이(2015년 6월 30일 기준) / 73
- 〈표 IV-22〉 주요 대학병원의 비급여 진료비 부담 징수 사례 / 74
- 〈표 IV-23〉 허위·과다입원 보험사기 적발 금액 / 75
- 〈표 V-1〉 보장률 산출을 위해 조사한 의료기관 수 / 81
- 〈표 V-2〉 국민건강보험 전체 보장률과 4대 중증질환 보장률 추이 / 83
- 〈표 V-3〉 소득계층별 세대당 보험료부담 대비 급여비 / 93
- 〈표 V-4〉 의료기관별 개폐업 추이 / 96
- 〈표 V-5〉 국민건강보험법 제57조(부당이득의 징수) / 100

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅱ-1〉 기대수명 / 15
- 〈그림 Ⅱ-2〉 GDP 대비 기대수명 / 16
- 〈그림 Ⅱ-3〉 의료비 대비 기대수명 / 16
- 〈그림 Ⅱ-4〉 영유아 사망률 / 17
- 〈그림 Ⅱ-5〉 암 발병률 / 17
- 〈그림 Ⅱ-6〉 자살률 / 18
- 〈그림 Ⅱ-7〉 주요국의 자살률 추이 / 18
- 〈그림 Ⅱ-8〉 주관적 건강상태 / 19
- 〈그림 Ⅱ-9〉 1인당 의료비 / 20
- 〈그림 Ⅱ-10〉 GDP 대비 의료비 / 20
- 〈그림 Ⅱ-11〉 의료비 증가율 / 21
- 〈그림 Ⅱ-12〉 의료비 대비 공공재원 비중 / 21
- 〈그림 Ⅱ-13〉 공공재원 지출액 실질 증가율 / 22
- 〈그림 Ⅱ-14〉 인구 1,000명당 의사 수 / 23
- 〈그림 Ⅱ-15〉 인구 1,000명당 간호사 수 / 23
- 〈그림 Ⅱ-16〉 인구 10만 명당 약사 수 / 24
- 〈그림 Ⅱ-17〉 인구 10만 명당 약국 수 / 24
- 〈그림 Ⅱ-18〉 국민 1인당 외래횟수 / 24
- 〈그림 Ⅱ-19〉 의사 1인당 외래횟수 / 24
- 〈그림 Ⅱ-20〉 환자 1인당 입원일수 / 25
- 〈그림 Ⅱ-21〉 급성심근경색 환자의 입원일수 / 25
- 〈그림 Ⅱ-22〉 의약품 처방 / 26
- 〈그림 Ⅱ-23〉 의료비 중 의약품 지출 비중 / 26
- 〈그림 Ⅱ-24〉 MRI 수 / 27
- 〈그림 Ⅱ-25〉 CT 수 / 27
- 〈그림 Ⅱ-26〉 인구 1,000명당 병상 수 / 28
- 〈그림 Ⅱ-27〉 인구 1,000명당 병상 수 추이 / 28
- 〈그림 Ⅲ-1〉 3차 보장성 강화 계획(2014~2018)의 목표 / 35

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅲ-2〉 경상의료비 규모의 추이(1970~2040년) / 38
- 〈그림 Ⅲ-3〉 국민 1인당 재정(진료비) 부담액 추계 / 46
- 〈그림 Ⅲ-4〉 생산가능인구 1인당 재정(진료비) 부담액 추계 / 47
- 〈그림 Ⅲ-5〉 30~59세 1인당 재정(진료비) 부담액 추계 / 48
- 〈그림 Ⅳ-1〉 전공의 지원율(2013년) / 54
- 〈그림 Ⅳ-2〉 5대 사망률 추이 / 65
- 〈그림 Ⅳ-3〉 소득계층별 국민건강보험 보장률 / 68
- 〈그림 Ⅴ-1〉 비급여 발생 유형별 비중 / 85
- 〈그림 Ⅴ-2〉 의료비 증가율: '05~'15 / 87
- 〈그림 Ⅴ-3〉 인구고령화: '05~'14 / 87
- 〈그림 Ⅴ-4〉 인구피라미드 추이 / 95

Improvement of the National Health Insurance Coverage through Efficient Medical Expenditure

The accessibility to medicines has been expanded dramatically within a relatively short period in Korea since the National Health Insurance was established in 1989. Furthermore, the national health care system has been found to be efficient due to the higher life expectancy and lower infant mortality rates than those of OECD even with low medical expenditure.

The national health care system is, however, facing a plethora of problems and no longer seem efficient. The public health insurance in Korea which is the most essential social security net for the citizens' right of health has the lowest coverage level among OECD countries. Of course, the government has been injecting the astronomical funds to ameliorate the situation over the last decade. Unfortunately, however, the situation remains unchanged because the medical expenditure has been growing much faster than the invested finances.

The past health care policies have focused only on the input side such as continuous injection of funds to enhance the public health insurance coverage without considering the expenditure side. It is urgent to discover the causes of the dramatically increasing medical expenditure and induce the efficient medical expenditure, especially under the fast aging population. Hopefully this study suggests direction of improvement of the National Health Insurance Coverage through Efficient Medical Expenditure.

요 약

I. 연구 배경 및 목적

- 개인의 행복을 결정하는 요인은 다양하지만 소득과 건강이 주요 요인인 만큼 대부분 나라들의 사회보험 역시 소득과 건강보험에 집중되어 있음
 - 우리나라 4대 보험도 소득과 건강 보장에 집중되어 있으며, 특히 국민의 건강권을 보장하는 다양한 사회안전망을 구축하고 있음
 - 국민건강보험은 포괄하는 인구층과 재정의 규모, 그리고 사회경제적 기능 면에서 건강권 보장을 위한 가장 중요한 사회안전망이라 할 수 있음
- 단기간에 전 국민건강보험을 실현하여 의료접근성을 크게 확대하였으나 국민건강보험의 보장률이 높지 않음
 - 물론 국민건강보험의 낮은 보장률은 ‘저부담-저급여’ 원칙을 고수한 결과이기도 함
 - 하지만 2005년부터 막대한 재정을 투입했음에도 불구하고 국민건강보험의 보장성이 개선되지 않고 있을 뿐만 아니라 뚜렷한 개선 방안이 제시되지 못하고 있음
- 이에 본 연구는 가능한 국민들의 추가적인 재정부담을 최소화하는 동시에 국민건강보험의 보장성을 확대할 수 있는 방안을 모색·제시하고자 함
 - 의료비 지출이 많은 노인인구가 급증하는 반면 보험료를 부담하는 생산가능인구가 빠르게 감소하는 상황에서 국민들의 부담 확대를 통한 국민건강보험의 보장성 강화정책은 많은 부작용을 초래할 것임
 - 그러므로 보험료 인상이 아닌 효율적인 의료비 지출을 통해 국민건강보험의 보장성을 강화할 수 있는 방안을 제시함

II. 보건의료현황: OECD 비교

- OECD에서 발표하는 보건의료 관련 지표를 활용해 한국의 현황을 주요국과 비교해 진단해 볼 필요가 있음
 - 보건의료 관련 지표는 국민측면(건강성과), 정부측면(의료비 및 정부재원), 그리고 의료시장측면(의료 인프라 및 처치)으로 구분하여 진단함

- 건강성과는 객관적 지표와 주관적 지표로 구분하여 평가하였으며, 객관적 지표로는 기대수명, 영유아사망률, 자살률이, 그리고 주관적 지표로는 본인의 건강상태 평가 결과가 활용됨
 - 전반적으로 기대수명이 길고 영유아 사망률은 낮은 것으로 나타났으며, 특히 동 지표들은 GDP나 의료비 지출 규모를 감안하더라도 우수함
 - OECD 국가 중 가장 높은 자살률은 취약한 정신건강을 의미할 수도 있지만 노동시장, 인간관계 등 다양한 요인이 복합되어 나타나는 결과일 수 있으므로 보건의료체계만의 문제라고 단정하기 어려움
 - 반면 우리나라 저소득층 및 고소득층 모두 스스로를 건강하지 않다고 판단하고 있는데, 주관적 건강상태는 객관적 건강상태를 적절히 반영한다는 선행연구를 고려할 때 실제로 건강상태가 좋지 않을 수 있음

- 한국은 의료비 지출의 절대적인 규모뿐만 아니라 경제규모 수준 대비 의료비 지출 수준도 높지 않음
 - 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중은 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이지만, 의료비 증가율은 OECD 국가 중 가장 높음
 - 장기간 높게 나타난 의료비 증가율은 보건의료체계의 가장 큰 위협이 되고 있으며, 의료비 보장을 위한 공공재원 지출도 가장 빠르게 증가하고 있음
 - 결국 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중이 낮은 이유는 빠르게 증가하는 의료비 때문임

- 의료시장 관련한 다양한 지표를 비교·분석한 결과 우리나라의 빠른 의료비 증가율의 원인이 다양한 곳에서 발견됨
 - OECD 국가들에 비해 의료인력이 부족한 상황에서 의료인력당 또는 국민 1인당 외래방문 수, 입원일수, 의약품 처방 등 대부분의 의료처치 또는 수요가 현저히 높음
 - 특히 의료비 증가를 억제하기 위해 불필요한 입원을 경감시키고 있는 OECD 국가들과 대조적으로 한국은 입원일수가 지속적으로 증가함
 - 또한 고가의료장비와 병상 수 등이 감소하고 있는 다른 나라들과 달리 한국은 유일하게 고가의료장비와 병상 수 등이 증가하고 있음
 - OECD(2015)는 고가의 의료장비와 병상 수가 많은 경우 의사 입장에서는 불필요한 검진과 입원을 유인하여 비효율적인 의료비 지출이 양산될 수 있다고 경고함

Ⅲ. 보장성 강화정책과 재정부담

- 2005년 이전에는 단년도로 국민건강보험의 보장성 계획을 수립·시행하였으나 이후에는 4~5년간의 중장기 계획을 수립하여 국민건강보험의 보장성 강화 정책을 본격화 함
 - 과거 10년 동안 총 3차(1차: 2005~2008년, 2차: 2009~2013년, 3차: 2014~2018년)의 보장성 강화계획을 수립·시행해 왔음
 - 2005년부터 장기간 천문학적 재정투입을 통해 국민건강보험의 보장성 강화를 시도해 왔지만 보장률은 전혀 개선되지 않고 있음

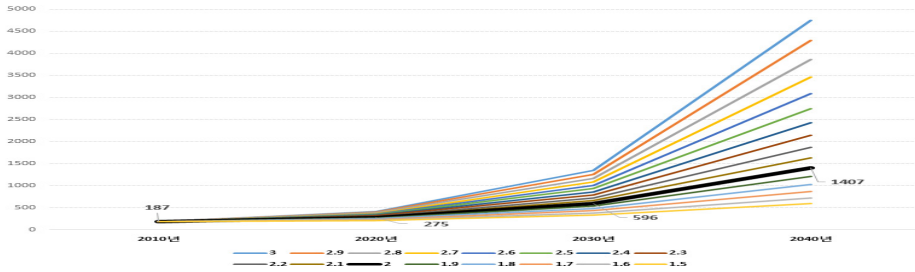
〈요약 표 1〉 보장성 확대 목표와 현실

구분		1차 보장성 강화 (2005~2008년)	2차 보장성 강화 (2009~2013년)	3차 보장성 강화 (2014~2018년)
재정소요		3.5조 원	3.1조 원	7.4조 원
보장률	목표	80%	80%	68%(목표가 아닌 재원 투입 시 예상)
	현실	64.0% (‘06~‘08년 평균)	63.2% (‘09~‘13년 평균)	63.3% (‘14~‘15년 평균)

- 그동안 정부의 보장성 강화노력에 문제가 있음을 의미하며, 3차 보장성 강화 계획 역시 1차 및 2차와 크게 차이하지 않음
 - 결국 3차 보장성 강화계획을 위해 7.4조 원의 추가재정을 투입하더라도 가시적인 결과가 나타나지 않을 가능성이 높음
- 보장성 강화정책이 시행되어 온 과거 10년 동안 진료비, 급여비, 그리고 국민의 재정 부담 역시 빠르게 증가해 왔음
- 2006년 28.4조 원의 진료비는 2015년 58.0조 원으로 2.04배, 동기간 급여비는 2.07배 증가해 각각 연평균 8.9% 및 9.3%씩 증가함
 - 보험료 규모는 2006년 18.8조 원에서 2015년 44.3조 원으로 2.36배 증가하였으며 동 기간 1인당 보험료 부담도 2.06배 증가함
- 진료비의 증가추이가 지속될 경우 1인당 재정부담은 크게 확대될 것임
- 특히 재정을 부담하는 근로연령층(30~50대)이 빠르게 감소함에 따라 1인당 재정 부담액은 2010년 187만 원에서 2040년 1,407만 원으로 증가할 것으로 추계됨

〈요약 그림 1〉 30~59세 1인당 재정(진료비) 부담액 추계

(단위: 만 원)



- 의료비가 가파르게 증가하는 상황에서 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 국민의 부담을 가중시킬 경우 다양한 부작용이 양산될 것임
 - 국민의 의료비 또는 의료비 보장을 위한 재정부담 증가는 소비와 저축감소로 이어져 결국 경제성장에도 부담이 될 것임
 - 정부 입장에서는 그만큼 일자리 창출, 교육, 육아 등 다른 복지 및 경제성장에 지출할 재원이 감소하게 됨
 - 장기추계는 급여의료에 한정된 분석결과로 만약 비급여 의료비까지 포함할 경우 국민의 의료비 및 재정부담은 더욱 확대됨
 - 그동안 천문학적인 재정을 투입하고도 국민건강보험 보장성 강화 노력이 효과가 없었던 원인을 면밀하게 살펴보고 국민의 부담을 최소화하면서 보장성을 강화할 수 있는 방안을 모색해야 할 것임

IV. 비효율적 의료비 지출: 의료시장과 정책

- 우리나라 의료기관은 영세함에도 불구하고 상당한 자금이 소요되는 고가의 의료 장비와 병상 수를 빠르게 증가시키고 있음
 - 무리한 고가장비 및 병상 수의 구축은 결국 의료체계의 비효율성을 초래하여 국가 재정의 부담으로 귀결되는데, 실제로 고가장비 관련한 의료비 지출이 빠

르게 증가하고 있음

- 또한 전반적으로 의료인력이 부족한 상황에서 전문과목 간 전공의 수급불균형 문제가 발생하고 있는데, 그 원인 중 하나로 전공별 소득수준이 지목되기도 함

■ 비급여의료의 관리체계 부재는 행위별수가제도와 맞물려 비효율적인 의료비 지출을 확대하고 있음

- 행위별수가제도 하에서 정부는 급여의료에 한해서만 양(진료행위)과 가격(진료비)의 적정성을 심사하다보니 의료기관은 가능한 한 비급여의료의 서비스를 유도하고 높은 가격을 책정할수록 수입이 증가하는 구조임
- 국민건강보험의 보장률을 80%로 설정하고 과거 10년 동안 천문학적인 재정을 투입했음에도 불구하고 실제 보장률이 전혀 개선되지 않는 이유도 보험료 수입에 비해 비급여 진료비가 빠르게 증가했기 때문임

■ 정부 역시 비급여의료의 보건의료체계에 초래하는 부작용을 인지하고 비급여의료를 관리하기 위해 ‘비급여 진료비용 고지제도’를 운영해 왔으나 의료비가 효율적으로 관리되지 못하고 있음

- ‘비급여 진료비용 고지제도’는 의료기관별로 비급여의료의 진료비를 공시하도록 하고 소비자가 진료비를 비교하는 방법으로 의료기관 간 경쟁을 통해 비급여 진료비를 낮추려는 정부의 의도임
- 하지만 ‘비급여 진료비용 고지제도’는 비급여에 대한 의사결정 책임을 전문성이 취약한 소비자에게 부여함에 따라 비급여 문제를 개선하는데 태생적 한계를 지님

■ 비급여는 비단 국민건강보험 보장성 약화 차원을 넘어 주요 의료정책의 유용성을 위협하고 있음

- 동일한 비급여 진료비가 의료기관별로 천차만별이며 그 차이가 점차 확대되는

추세임

- 뿐만 아니라 필수적인 의료들까지 비급여에 포함되어 있는 상황에서 소득이 낮은 계층은 비급여에 대한 접근성이 취약함을 실증분석을 통해 확인하였음
- 무엇보다 국민건강보험의 핵심 제도인 ‘산정특례제’와 ‘본인부담상한제’가 비급여의료 때문에 제 기능을 발휘하지 못하고 있음
- 즉 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 수많은 문제들은 대부분 비급여의료와 주로 관련되어 있다고 볼 수 있음

■ 비효율적인 의료전달체계와 의료 관련 사기 및 범죄도 자원의 낭비를 초래하고 있음

- 병원들이 수도권 중심으로 위치해 있고, 동네 의원에서 상담 또는 치료할 수 있는 환자들까지 대형병원을 선호하는 현상이 지속됨
- 의료기관 간 역할체계가 제대로 정립되지 못해 동일 환자를 대상으로 모든 의료기관이 모집경쟁을 하고 있으며, 동일 질환으로 다른 의료기관에 방문할 때마다 중복적인 검사와 진단이 이루어지고 있음
- 사후적 치료에만 집중한 나머지 고령자들은 대부분 복수의 만성질환을 보유하고 있으며 이들의 의료쇼핑 문제로 비효율적인 의료비 지출이 가속화되고 있음
- 사무장병원, 비급여를 악용한 의료기관의 보험사기, 의약품 리베이트, 주사제 중복 사용 등과 같은 범죄도 단절되지 않고 있음

V. 의료비 지출의 효율성 제고 방안

■ 국민의 재정부담을 최소화하면서 국민건강보험의 재정을 안정화할 수 있는 방안은 이론적으로 다양하나, 의료비 지출의 효율적 관리가 가장 합리적인 대안임

- 국민건강보험이 재정안정화를 위해 급여비를 감소시킬 수 있으나 대신 본인부

답이 증가하며 보장률이 OECD 국가 중 가장 낮은 상황에서 사회적으로 용납되기 어려움

- 생산성이 확대되어 소득이 충분히 증가한다면 보험료 인상 없이도 국민의 실질 부담이 감소하는 동시에 국민건강보험의 재정이 안정될 수 있지만 OECD(2012), 한국은행(2017), 한국개발원(2015) 모두 인구고령화로 우리나라의 급격한 잠재 성장률 하락을 경고하고 있음
- 생산가능인구의 증가를 통해 1인당 재정부담을 완화할 수 있는데, 출산율을 확대하더라도 근로층의 수가 확대되기에는 30여 년의 시간이 필요하며 출산율 확대 자체도 쉽지 않음
- 그러므로 의료비를 효율적으로 관리하여 국민의 부담을 유지 또는 경감하는 동시에 국민건강보험의 보장성을 강화할 수 있음

■ 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 다양한 문제의 중심에는 비급여의료기 있으나 그동안 비급여를 관리하기 위해 의료공급자가 아닌 소비자에게 책임을 부여해 왔음

- 비급여가 존재하는 한 국민건강보험의 보장률을 높이는 방법은 비급여 진료비 증가속도보다 국민의 부담을 더 많이 늘리는 방법이 유일함
- 그러므로 국민의 부담을 증가시키지 않으면서 국민건강보험의 보장률을 확대하는 방법은 의료비의 효율적인 지출을 유인하는 것이며, 의료비의 효율적인 지출은 비급여의 관리가 필수적임
- 비급여를 관리하는 합리적인 방법은 피부미용, 성형, 영양주사 등 합의비급여와 미분류 비급여 중 합의비급여 성격의 비급여를 제외하고 모든 비급여를 급여화로 전환하여 정부가 직접 관리하는 것임

■ 비급여의 전면 급여화를 추진할 경우 보건의료체계 측면에서 다양한 긍정적 효과를 기대할 수 있음

- 국민의 추가적인 부담 없이 또는 부담을 최소화하면서 국민건강보험의 보장성

을 강화할 수 있음

- 모든 의료행위를 급여화한 일본처럼 인구고령화하에서도 의료비 증가율을 낮은 수준으로 유지할 수 있음
- 국민건강보험이 직면해 온 질병 간 그리고 소득계층 간 형평성 문제가 해결될 수 있음
- 물론 진료비지불제도의 변화를 통해 의료비 증가를 억제할 수 있으나 총액예산제나 포괄수가제는 행위별수가제에 비해 의료의 질이 떨어질 수 있는 단점이 있음
- 그러므로 비급여의 전면 급여화를 통해 효율적인 의료지출을 유인하고, 모든 진료행위 및 진료비가 정부의 관리체계에 포함된 이후에도 의료비증가 속도가 지속될 경우 진료비지불제도의 변화를 고려하는 순서가 적합함

■ 비급여의 전면 급여화를 시행하되 효율적 의료비 지출을 유인하기 위해 실손의료보험을 적절히 활용할 필요가 있음

- 비급여를 전면 급여화하되 새롭게 급여화된 의료서비스는 ‘급여율을 높게 설정하는 것’이 아닌 정부가 ‘모든 진료행위와 진료비를 관리하는 것’으로 급여화 의미에 대한 새로운 접근이 필요함
- 비급여로 남겨두었다는 것은 그만큼 기존의 급여의료에 비해서 ‘필수성이나 중요성’ 또는 ‘비용 대비 효과성’이 상대적으로 낮음을 의미하므로 급여화하더라도 급여율을 높게 설정하는 대신 정부의 역할을 진료행위와 진료비 관리로 한정하고 진료비의 일정부분은 시장기능을 통해 해결할 수 있음
- 생산가능인구가 급격히 감소되는 상황에서 수많은 의료를 국민건강보험 하나로 해결하기 보다는 공사건강보험의 체계적인 역할 설정에 기반한 ‘공사건강보험의 보장률’ 강화노력이 필요함
- 특히 민영건강보험은 최소부담분, 비례본인부담금, 정액본인부담금과 같은 다양한 유인구조(Cost-sharing)를 접목시켜 도덕적 해이를 경감시키는데 공적건강보험에 비해 효과적이므로 의료비를 정부가 관리하고 보장은 공사건강보험

이 분담하는 구조가 적합함

- 또한 인구고령화하에서 적립방식 또는 평준보험료 방식의 실손의료보험을 활용해 부과방식의 국민건강보험을 보완할 수 있음

■ 의료기관 간 의료전달체계의 재구축과 보험사기 및 범죄 방지로 효율적인 의료비 지출 관리도 병행되어야 함

- 의원급은 외래환자를, 병원급은 입원환자를, 그리고 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 의료행위를 하도록 규정하고 있는 의료법의 적용을 현실화할 수 있는 방안이 필요함
- 의료기관 간 역할 설정을 견고히 함으로써 의료비 지출의 효율성을 유인하고, 주치의제도를 통해 개인의 생애건강이 전문가에 의해 관리되고 일차의료가 환자의 상태에 따라 적정 의료기관에 전달하는 연계체계가 필요함
- 동일질환으로 다른 의료기관에 중복하여 방문할 경우 환자의 부담을 대폭 증가시키고, 다른 의료기관에 방문이 필요하다 인정될 경우에는 검사나 진료가 중복되지 않도록 의료기관 간 진료정보의 교환체계를 구축할 필요가 있음
- 비급여 관리와 의료기관간 역할체계 재구축을 통해 보험사기 및 범죄가 상당히 경감될 수 있으나, 의료시장 관련한 사기 및 범죄에는 의료인이 직간접적으로 연게될 수밖에 없는 구조이므로 의료인에 대한 처벌수준의 적정성 점검도 필요함

VI. 결론

■ 우리나라의 의료비 증가율이 세계에서 가장 빠르고, 이러한 추세가 장기간 지속되고 있는데 그 원인을 의료시장에 찾을 수 있음

- 의료기관은 정부가 설계한 의료정책하에서 합법적으로 이윤을 극대화하려는 노력을 해온 것으로 의료시장의 문제는 정부의 의료정책에 문제가 있었던 것

이며, 급속한 인구고령화하에서 더 이상 과거의 의료정책을 고수해서는 안 될 것임

- 국민건강보험의 보장성 강화를 위해 더 이상 국민건강보험의 보험료 인상이나 국민건강보험의 개혁이 아닌 의료시장개혁에서 해답을 찾아야 할 시기임

I. 연구 배경 및 목적

개인의 행복을 결정하는 요인은 다양하지만 소득과 건강이 주요 요인인 만큼 대부분 나라들의 사회보험 역시 소득과 건강 보장에 집중되어 있다. 우리나라의 4대 보험(국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산재보험)도 소득과 건강을 보장하는데 집중하고 있다.

이 중 국민건강보험은 질병이나 부상으로 인한 고액의 진료비 때문에 발생할 수 있는 과도한 경제적 부담을 방지하기 위하여 국민들이 평소에 보험료를 내고 보험자인 국민건강보험공단이 이를 관리·운영하다가 필요시 보험급여를 제공함으로써 국민 상호 간 위험을 분담하고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 사회보장제도이다.¹⁾ 「보건의료기본법」 제10조는 국민의 건강권을 ‘자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리’로 정의하고 있으며, 정부는 국민건강보험 이외에도 국민의 건강권 보장을 위해 다양한 사회안전망을 구축하고 있다.

의료급여제도는 ‘국민기초생활보장법’에 의한 생활보호대상자와 국민기초생활보장 수급자, ‘재해구호법’에 의한 이재민 등 생활유지의 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료보호를 제공하는 사회보장제도로²⁾ 1977년 시행되었다. 노인장기요양보험은 2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’이 제정되어 2008년 7월부터 시행된 제도로 스스로 일상생활이 곤란한 65세 이상 노인과 65세 미만이지만 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 등 노인성 질환을 가진 사람을 대상으로 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험제도이다. 의료급여제도는 사회보험이 아닌 공적부조이므로 포괄하는 대상이 저소득계층에 한정되어 있으며, 노인장기요양보험은 사회보험제도가기

1) 국민건강보험공단(<http://www.nhis.or.kr/retrieveHomeMain.xx>)

2) 구체적인 내용은 ‘의료급여법’, 수급권자에 대한 내용은 ‘의료급여법’ 제3조를 참고하기 바람

는 하지만 포괄하는 대상이 주로 65세 이상 고령자로 한정된다. 반면 국민건강보험은 전 국민건강보험으로 2015년 기준 적용인구는 5,049만 명이었으며 보험료 부과 금액이 44조 3,298억 원에 달할 정도로 포괄하는 인구층과 재정의 규모, 그리고 사회경제적 기능면에서 국민의 건강권 보장을 위한 가장 중요한 사회안전망이라 할 수 있다.

우리나라는 1977년 의료보험을 도입한 이후 불과 12년 후인 1989년 전 국민건강보험을 실현하여 국민들의 의료접근성을 단기간에 개선시켰다. 국민건강보험은 도입 당시부터 ‘저부담-저급여’ 원칙을 고수한 경향이 있었기 때문에 국민건강보험의 보장률이 높지는 않다. 문제는 막대한 재정투입에도 불구하고 국민건강보험의 보장률은 개선되지 않고 있을 뿐만 아니라 뚜렷한 개선 방안을 제시하지 못하고 있는 실정이다.

〈표 I-1〉 국민건강보험의 보장률과 의료비 지출 중 공공재원 비중 추이

연도	국민건강보험 보장률(%)	의료비 중 공공재원 비중(%)	
		OECD	한국
2006	64.5	71.5	58.5
2007	65.0	71.5	58.6
2008	62.6	72.4	58.2
2009	65.0	73.3	59.0
2010	63.6	73.1	59.1
2011	63.0	73.1	58.3
2012	62.5	72.6	57.0
2013	62.0	72.7	56.6
2014	63.2	72.6	56.5
2015	63.4	72.9	55.6

자료: 보장률은 국민건강보험공단(각 연도), OECD 통계는 OECD(2017a)

국민건강보험의 보장성 강화 방안은 2005년부터 본격화되었는데, 이후 지금까지 60% 초반 수준에서 답보하고 있는 상황이다. 무엇보다 그동안 정부는 국민건강보험의 보장성을 확대하기 위해 의료비 지출의 효율성보다는 보험료 확대 방안에 무게중

심을 두어 논의해 왔다. 그 결과 추가적인 재정투입을 통해 많은 노력을 시도했음에도 불구하고 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중이 OECD 국가들 중에서도 최저수준이다.

이는 그동안 정부가 추진해 온 국민건강보험의 보장성 강화 정책에 문제가 있음을 의미한다. 이에 본 연구는 가능한 국민들의 추가적인 재정부담을 최소화하는 동시에 국민건강보험의 보장성을 확대할 수 있는 방안을 모색·제시하고자 한다. 특히 의료비 지출이 많은 노인인구가 급증하는 반면 보험료를 부담하는 생산가능인구가 빠르게 감소하는 상황에서 국민들의 부담 확대를 통한 국민건강보험의 보장성 확대 또는 재정안전성 추구는 지속가능하지 않을 뿐만 아니라 경제성장을 저해하는 등 많은 부작용을 초래할 것으로 판단된다. 특히 국민건강보험은 의료공급자라는 이해관계자와 직접적으로 관련되어 있으므로 국내 의료시장의 문제점을 진단하고 개선 방안을 제시하고자 한다.

이를 위해 제Ⅱ장에서는 OECD 국가들과 비교하여 우리나라 보건의료체계의 현 주소를 진단한다. 이후 제Ⅲ장에서는 그동안 정부가 추진해 온 대표적인 국민건강보험의 보장성 강화 정책을 살펴보고 제Ⅳ장에서는 국내 의료시장을 좀 더 면밀하게 진단하는 방법으로 보건의료정책의 부작용을 초래하는 원인을 모색한다. 마지막으로 제Ⅴ장과 제Ⅵ장에서는 개선 방안과 결론을 제시한다.

Ⅱ. 보건의료 현황: OECD 비교³⁾

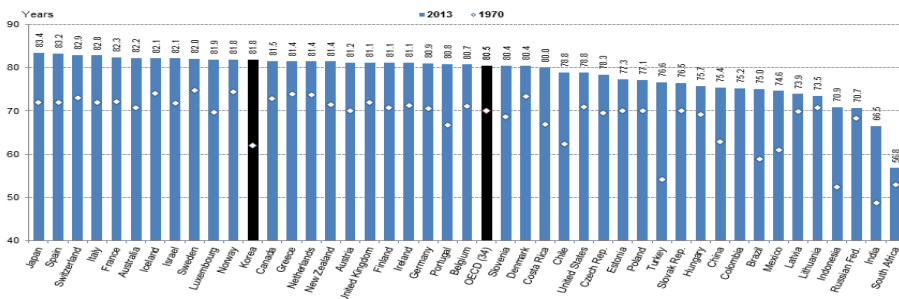
1. 건강성과: 국민측면

한 나라의 보건의료체계를 평가함에 있어 건강성과는 중요한 지표로 활용되는데, 건강성과 지표는 주관적 건강상태와 객관적 건강상태가 활용되고 있다. 주관적 건강상태는 본인의 전반적인 건강상태에 대해 스스로 평가하는 지표이며, 객관적 건강상태는 주로 기대수명, 중증질환 사망률, 자살률, 영유아 사망률로 측정되고 있다(OECD 2015).

객관적 건강상태를 측정하는 지표 중 가장 대표적으로 활용되는 것은 기대수명이다. 한국의 기대수명은 81.8세로 OECD 평균 80.5세를 상회한다. 한국의 기대수명은 1970년의 62.1세에 비해 33년 동안 19.7세 증가해 절대적인 기대수명 수치도 높지만 기대수명 증가속도는 터키를 제외하고 가장 빠른 것이 특징이다.

〈그림 Ⅱ-1〉 기대수명

(단위: 세)

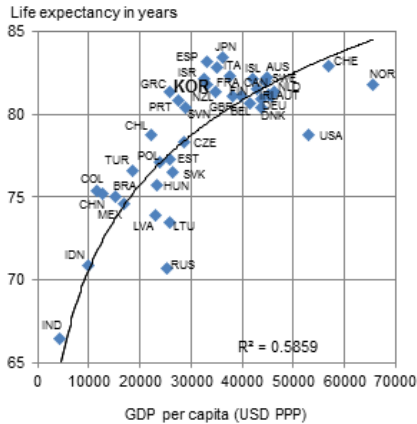


자료: OECD(2015)

3) Ⅱ장의 OECD 통계는 특별한 언급이 없는 한 2013년에 기준한 자료이며, 일부 2013년 자료가 없는 경우에는 가장 최근의 수치를 대체하여 활용하였음

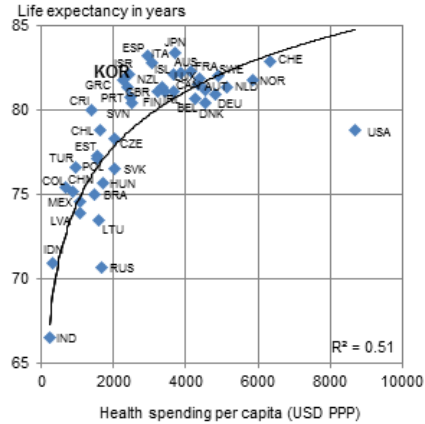
뿐만 아니라 한국의 기대수명은 1인당 GDP 대비, 그리고 1인당 의료비 지출액 대비해서도 매우 높다. 이는 유사한 소득수준이나 의료비 지출을 하는 나라들 중 기대수명이 상당히 높다는 것으로 해석될 수 있다.

〈그림 II-2〉 GDP 대비 기대수명



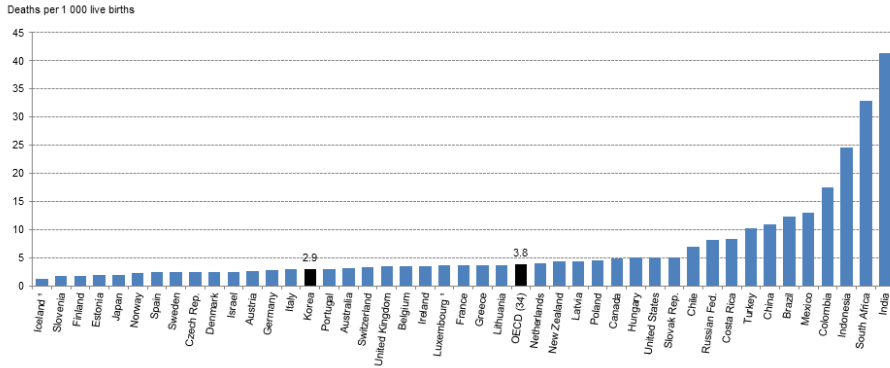
자료: OECD(2015)

〈그림 II-3〉 의료비 대비 기대수명



영유아 사망률은 기대수명과 함께 한 나라의 보건의료체계를 평가하는데 가장 대표적인 지표로 활용되고 있다. 1,000명 중 사망한 영유아(12개월 미만) 수로 정의되는 영유아 사망률은 한국의 경우 2.9명으로 매우 낮다. 주로 1인당 소득수준이 높을 수록 영유아 사망률이 낮는데, 한국의 경우 소득수준 대비 영유아 사망률이 특히 낮다. 한국을 포함한 대부분 OECD 국가들의 영유아 사망률은 전반적으로 감소하는 추세이다(OECD 2015).

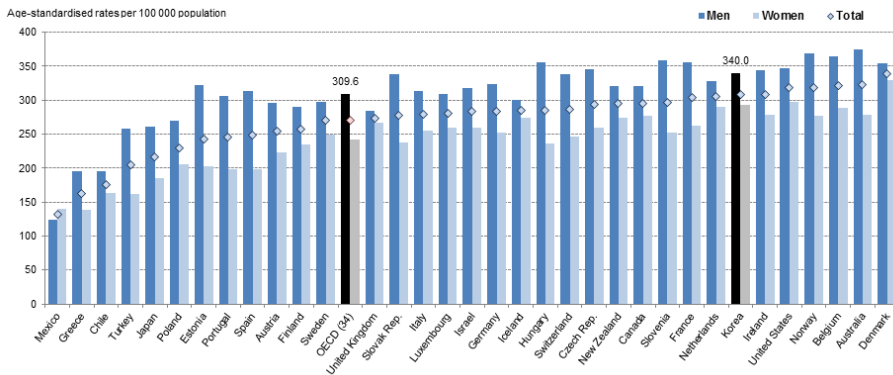
〈그림 II-4〉 영유아 사망률



자료: OECD(2015)

암 발병률은 10만 명당 신규로 발생하는 암환자의 수로 정의되는데, 한국은 OECD 평균을 상회하고, 특히 남성의 암 발병률이 매우 높다. 심장질환으로 인한 사망률도 OECD 평균은 66명인 반면 한국은 77명으로 매우 높은 상황이며, 전반적으로 한국은 OECD 국가들에 비해 중증질환 발병률과 이로 인한 사망률이 높은 편이다.

〈그림 II-5〉 암 발병률

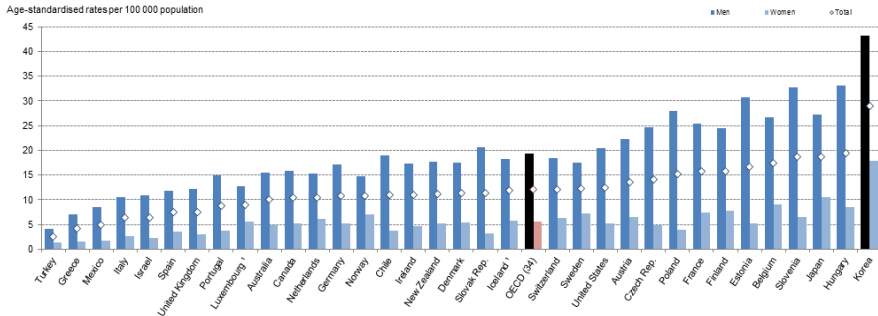


자료: OECD(2015)

한국의 자살률은 OECD 국가 중 가장 높을 뿐만 아니라 전반적으로 감소하고 있는 OECD 자살률 추이와 반대로 지속 증가하고 있다. 10만 명당 자살한 사람의 수로

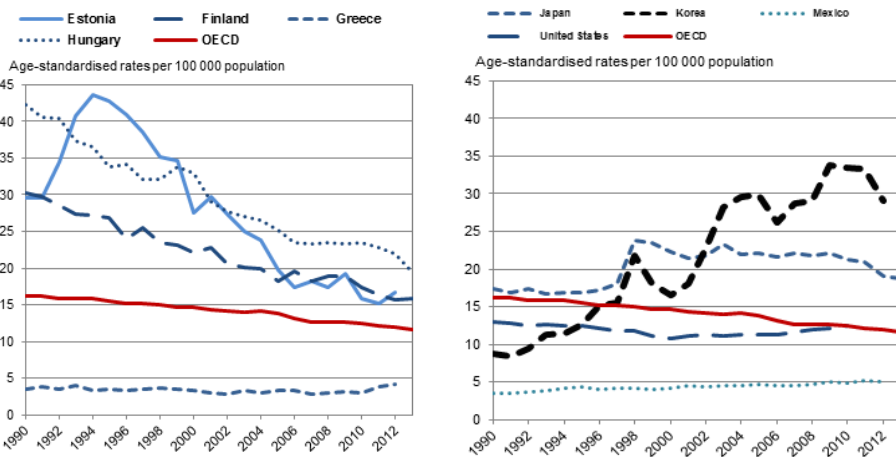
정의되는 자살률은 한국의 경우 43.2명으로 OECD 평균 19.3의 두 배 이상 높고, 무엇보다 한국의 자살률은 전 연령층에서 빠르게 증가하고 있고 연령이 높아짐에 따라 증가하는 특징을 보인다(OECD 2015).

〈그림 II-6〉 자살률



자료: OECD(2015)

〈그림 II-7〉 주요국의 자살률 추이

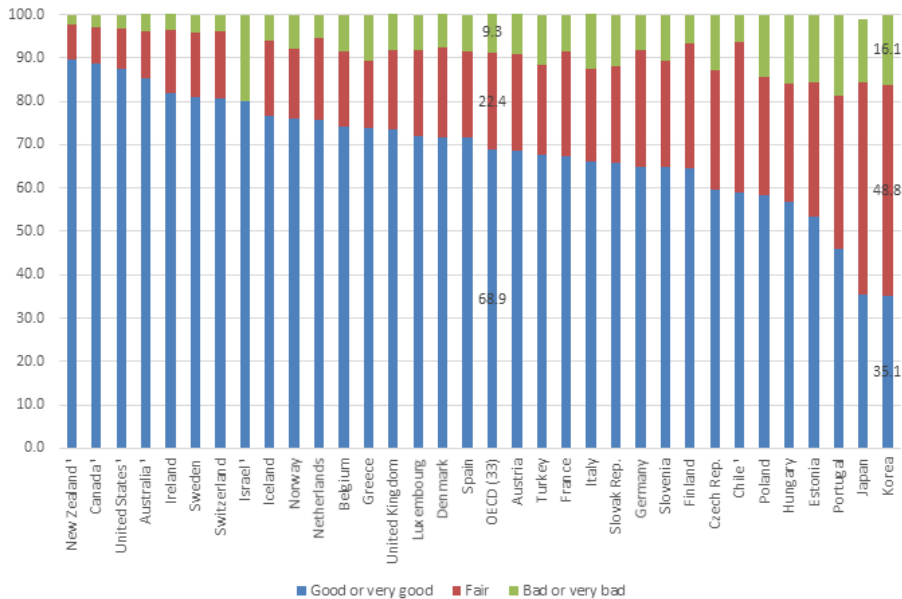


자료: OECD(2015)

주관적 건강지표는 OECD 국가 중 한국이 가장 낮는데, 이러한 결과는 모든 소득 수준에서 동일하게 나타난다. OECD는 주기적으로 “당신의 전반적인 건강상태는 어

떻습니까?”란 질문을 통해 국가별 주관적 건강상태 지표를 생산하고 있는데, 응답자 (15세 이상)는 “매우 좋음(very good)”, “좋음(good)”, “보통(fair)”, “좋지 않음(bad)”, “매우 좋지 않음(very bad)” 중 하나를 선택하도록 하여 지표를 산출하고 있다. 한국의 경우 매우 좋거나 좋다고 응답한 비중이 35.1%에 불과하여 OECD 평균 68.9%의 절반에도 미치지 못하는 상황이다. 또한 주관적 건강상태는 고소득층 및 저소득층 모두에서 가장 낮게 산출되고 있다(OECD 2015). 스스로를 건강하지 않다고 평가할 때 의료기관에 자주 방문하려는 유인이 발생하고, 무엇보다 주관적 건강상태는 객관적 건강상태를 적절히 반영한다는 선행연구(Meer et al. 2003)를 고려할 때 우리나라의 낮은 주관적 건강상태는 결국 효율적 의료비 지출을 위해 개선되어야 할 지표이다.

〈그림 II-8〉 주관적 건강상태

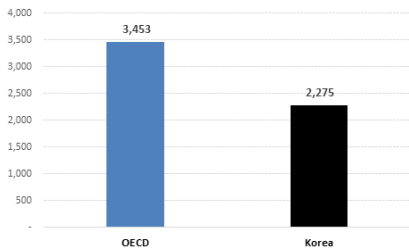


자료: OECD(2015)

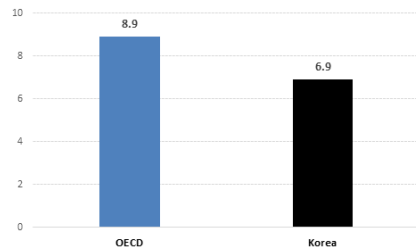
2. 의료비 및 공공재원: 정부측면

우리나라의 1인당 의료비 지출액은 \$2,275로 OECD 평균 \$3,453에 비해 낮다. 미국의 의료비 지출 수준이 \$8,713로 가장 높은 반면 인도는 \$215로 가장 낮은 의료비를 지출하고 있다. 절대적인 의료비 지출 수준이 낮을 뿐만 아니라 GDP 대비 의료비가 차지하는 비중도 한국은 6.9%로 OECD 평균 8.9%를 하회한다. 즉 우리나라는 OECD 국가들에 비해 의료비 지출액의 절대적인 수준도 낮지만 경제규모에 비해 상대적으로 의료비를 적게 지출하는 국가라고 할 수 있다.

〈그림 II-9〉 1인당 의료비
(단위: USD \$)



〈그림 II-10〉 GDP 대비 의료비
(단위: %)

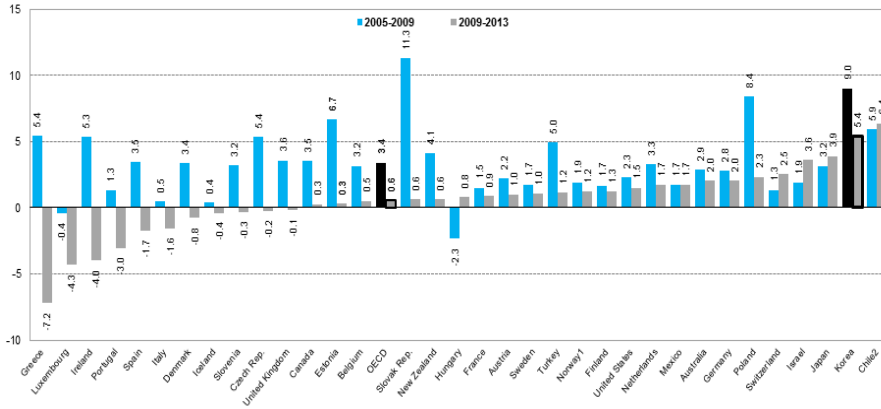


자료: OECD(2015)

한국의 의료비 지출 수준은 낮은 반면 증가율(실질)은 OECD 국가 중 가장 빠른 것이 특징이다. 2005~2009년 한국의 의료비 증가율은 9.0%로 OECD 평균 3.4%를 크게 상회하였으며 이러한 의료비 증가율 속도는 슬로바키아(11.3%)를 제외하고 OECD 국가 중 가장 높은 수준이다. 2009~2013년 의료비 증가율은 5.4%로 과거에 비해 낮아지기는 했으나 OECD 평균 0.6%를 크게 상회하고 있으며, 칠레(6.4%)를 제외하고 가장 높은 수준이다. 한편 2005~2009년에 비해 2009~2013년의 의료비 증가율이 낮은 것은 한국에만 국한된 추이가 아닌 전 세계적인 추이이다. 즉, 한국의 의료비 증가속도가 둔화되었다고는 하지만 2005~2009년 동안 한국의 의료비 증가율은 OECD 평균 2.7배, 2009~2013년 동안에는 무려 9.0배나 빠르다.

〈그림 II-11〉 의료비 증가율

(단위: %)

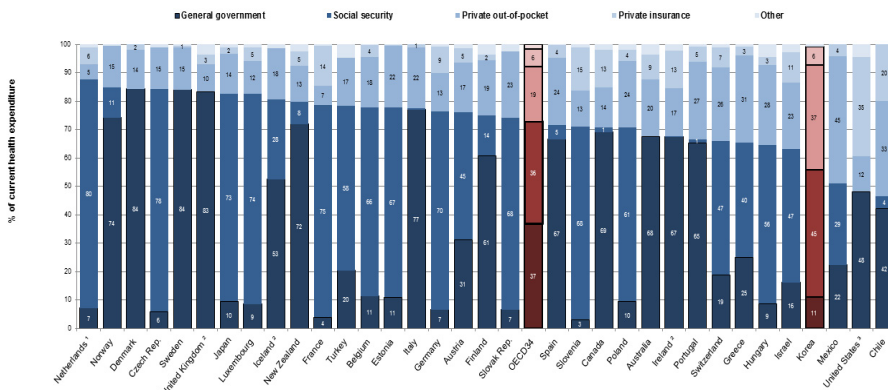


자료: OECD(2015)

의료비 중 정부의 지출 비중(General Government + Social Security)은 한국이 56%로 OECD의 평균 73%에 비해 매우 낮다. 의료비 중 정부의 지출 비중이 한국보다 낮은 나라는 멕시코, 미국, 칠레뿐이다. 반대로 의료비를 국민들 자비로 부담하는 비중은 매우 높다.

〈그림 II-12〉 의료비 대비 공공재원 비중

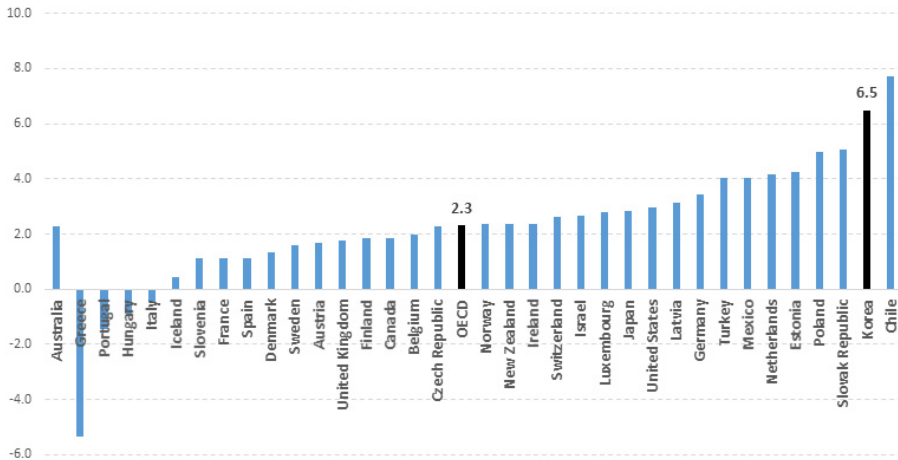
(단위: %)



자료: OECD(2015)

과거 10년 동안(2005~2015) 공공재원 지출액은 OECD가 연평균(실질) 2.3% 증가한 반면 우리나라의 경우 6.5% 증가했다. 칠레(7.7%)를 제외하고 OECD 국가 중 공공재원이 가장 빠르게 증가한 것이다.

〈그림 II-13〉 공공재원 지출액 실질 증가율



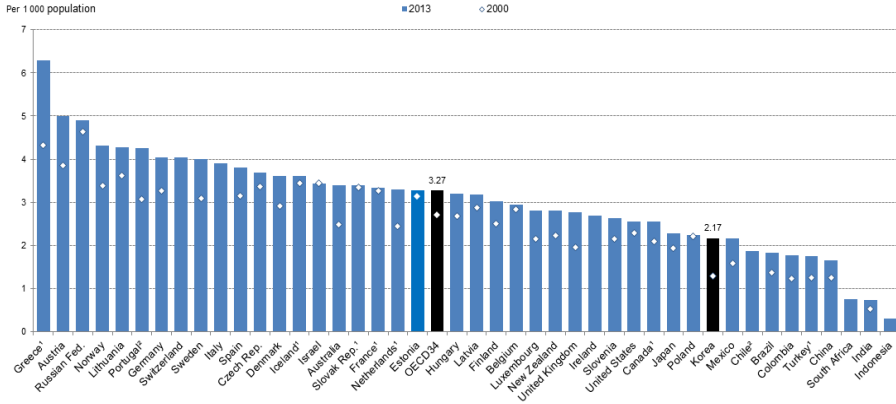
자료: OECD(2017)

3. 의료 인프라 및 처치: 의료시장

지금까지 국민(환자) 및 국가 전체 차원에서 OECD 국가들 중 한국의 위치를 평가했다면 본 절에서는 한국의 의료시장 현황을 OECD 국가들과 비교하여 진단한다. 우선 의료시장의 핵심 전문 인력인 의사의 수를 비교할 때 인구 1,000명당 의사의 수는 한국이 2.17명으로 OECD 평균 3.27보다 적다. 특히 한국보다 적은 나라는 9개 나라에 불과할 정도로 의사의 수가 매우 적은 편이라 할 수 있다. 다만 OECD 국가는 인구 1,000명당 의사의 수가 2000년 2.71명에서 2013년 3.27명으로 20.8% 증가한 반면 한국은 2000년 1.3명에서 2013년 2.17명으로 무려 66.9% 증가해 의사의 수는 빠르게 증가하고 있다.

〈그림 II-14〉 인구 1,000명당 의사 수

(단위: 명)

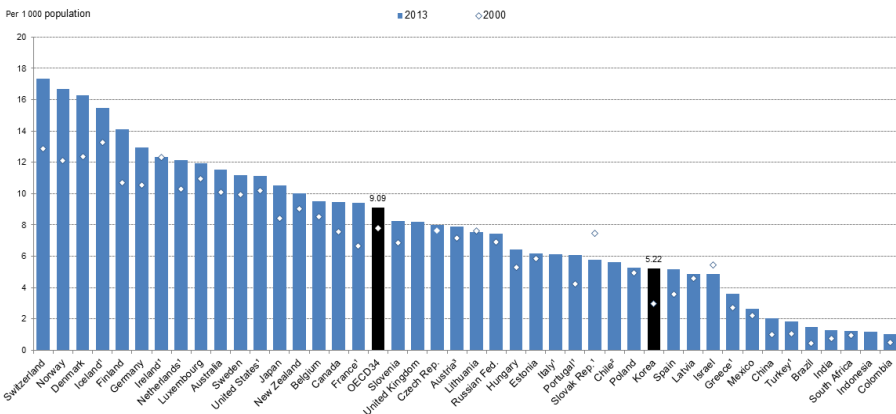


자료: OECD(2015)

의료시장의 핵심 전문인력인 간호사 수 역시 한국은 인구 1,000명당 5.22명으로 OECD 평균 9.09명에 비해 매우 적다. 다만 의사와 마찬가지로 간호사의 증가율은 OECD 평균을 크게 상회한다. 의사 대비 간호사 수는 한국이 2.4명으로 OECD 평균이 2.8명과 유사하거나 다소 적다.

〈그림 II-15〉 인구 1,000명당 간호사 수

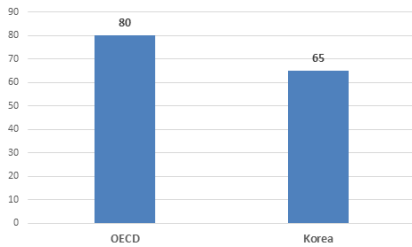
(단위: 명)



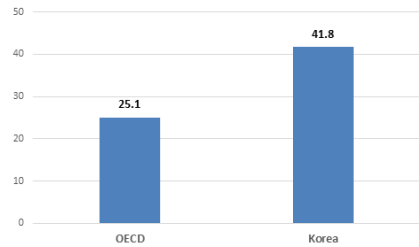
자료: OECD(2015)

약사의 수 역시 의사 및 간호사와 마찬가지로 OECD 국가들에 비해 적은 편이다. 한국의 약사는 인구 10만 명당 65명으로 OECD 평균 80명보다 적다. 하지만 약국의 수는 한국이 41.8개로 OECD 평균 25.1개보다 많다. 즉, 한국의 경우 OECD 국가에 비해 약사의 수는 적은 반면 약국의 수는 많아 한국의 약국이 영세함을 알 수 있다. 해외의 경우 대형 약국에 다수의 약사가 고용되어 근로자로 일하는 반면 한국은 1인 경영방식의 영세약국체계가 주를 이루고 있기 때문이다.

〈그림 II-16〉 인구 10만 명당 약사 수
(단위: 명)



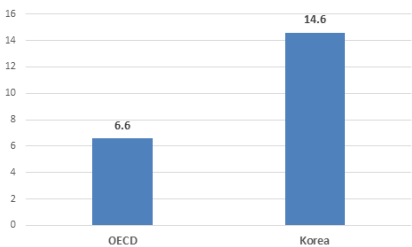
〈그림 II-17〉 인구 10만 명당 약국 수
(단위: 개)



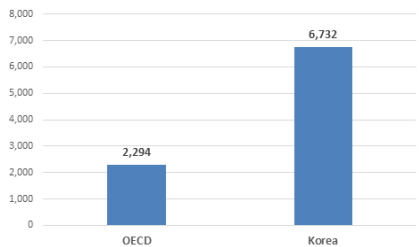
자료: OECD(2015)

한국의 경우 국민 1인당 연간 외래횟수는 14.6건으로 OECD 평균 6.6건의 두 배를 상회한다. 뿐만 아니라 한국의 외래횟수 14.6건은 OECD 국가 중 가장 높은 수치다. 앞에서 살펴보았듯이 의사의 수는 적은 반면 외래횟수는 높아 의사 1인당 연간 무려 6,732명을 외래로 진료하고 있을 정도다. 의사 1인당 외래진료 횟수 역시 OECD 국가 중 가장 높을 뿐만 아니라 OECD 평균(2,294건)보다 3배 정도 많다.

〈그림 II-18〉 국민 1인당 외래횟수
(단위: 건)



〈그림 II-19〉 의사 1인당 외래횟수
(단위: 명)

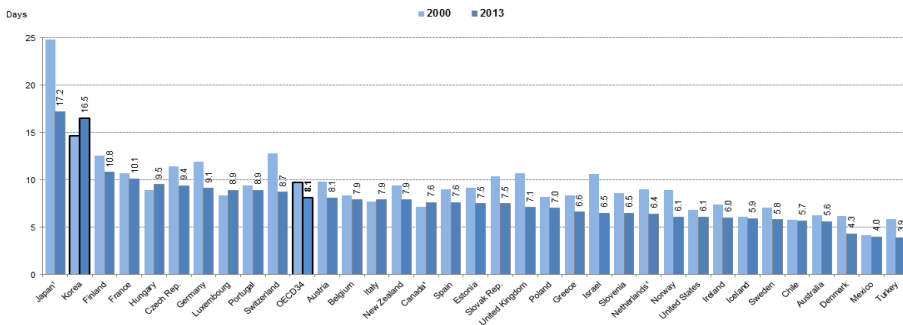


자료: OECD(2015)

환자 1인당 입원일수의 경우 한국은 16.5일로 OECD 평균 8.1일보다 2배 이상 길다. 한국보다 입원일수가 긴 나라는 일본(17.2일)이 유일하다. 흥미로운 것은 OECD의 모든 국가에서 입원일수가 감소하는 반면 한국만 유일하게 증가하고 있는데 그 증가속도도 매우 빠르다.

〈그림 II-20〉 환자 1인당 입원일수

(단위: 일)

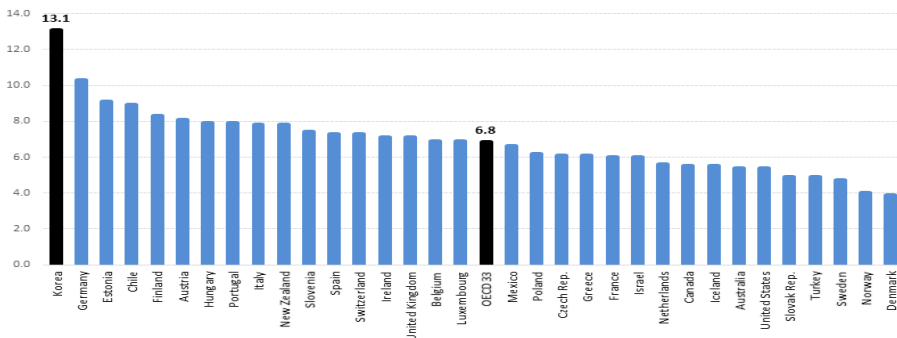


자료: OECD(2015)

한국의 입원일수를 통해 입원시스템의 비효율성을 지적하기에는 한계가 있을 수 있기 때문에 급성심근경색(Acute myocardial infarction)이라는 동일한 질병으로 인한 입원일수를 비교해 보았는데, 결과는 대동소이하다. 급성심근경색 환자의 평균 입원일수는 한국의 12.1일로 OECD의 6.8일의 두 배에 달한다.

〈그림 II-21〉 급성심근경색 환자의 입원일수

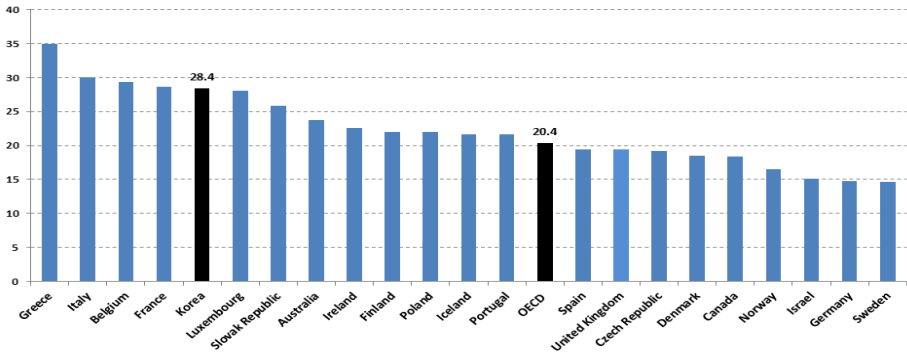
(단위: 일)



자료: OECD(2015)

의약품 처방 또는 수요는 세계보건기구(WHO)가 제안하는 지표(Anatomic Therapeutic Chemical Classification과 Defined Daily Dose를 결합한 지수)로 비교하는데, 기본적으로 의약품 처방을 많이 할수록 증가하는 체계이다. 한국은 28.4로 OECD의 20.4보다 높다. 이는 한국의 의사들이 환자들에게 의약품을 많이 처방하고 있다는 의미로 한국보다 더 많은 의약품을 처방·소비하는 나라는 그리스, 이탈리아, 벨기에, 프랑스가 유일하다.

〈그림 II-22〉 의약품 처방

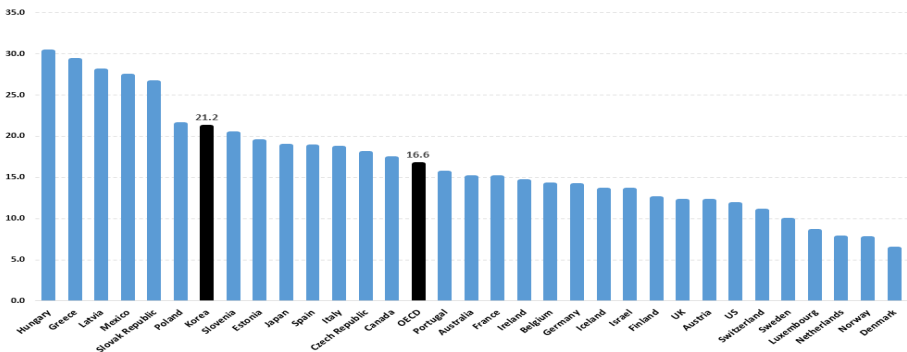


자료: OECD의 Health Statistics(2017)를 활용해 작성함

의약품 처방이 많다보니 전체 의료비에서 의약품 비용이 차지하는 비중 역시 높은 편이다. OECD 국가들의 경우 전체 의료비에서 의약품 지출이 차지하는 비중은 16.6%인 반면 한국은 21.2%로 높다.

〈그림 II-23〉 의료비 중 의약품 지출 비중

(단위: %)

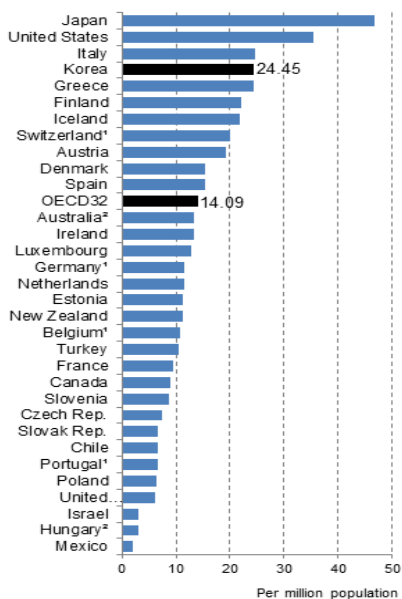


자료: OECD의 Health Statistics(2017)를 활용해 작성함

OECD는 다양한 의료장비 중 대표적인 고가의료장비인 MRI와 CT의 수를 매년 발표하고 있다. 한국의 경우 인구 100만 명당 MRI 및 CT 수가 각각 24.5개 및 37.7개로 OECD 평균 14.1개 및 24.4개를 크게 상회한다. MRI 및 CT와 같은 의료장비가 부족할 경우 국민의 의료접근성이 제한된다는 제약이 있으나, 과도할 경우에는 의사의 입장에서는 MRI나 CT를 이용한 과도한 검사를 요구하게 되며 이는 전반적인 의료체계의 비효율성을 초래하게 된다(OECD 2015).

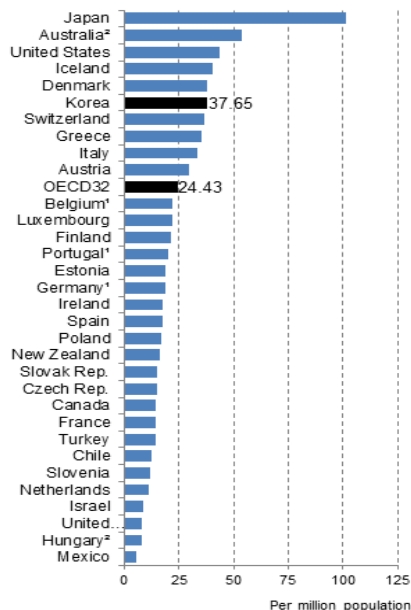
〈그림 II-24〉 MRI 수

(단위: 개)



〈그림 II-25〉 CT 수

(단위: 개)



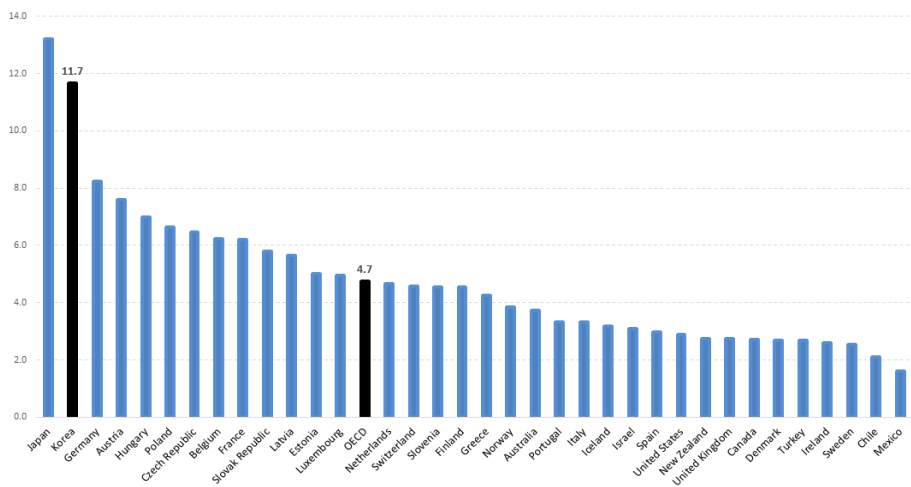
자료: OECD(2015)

다양한 의료시설 중 병상 수를 비교할 경우, 한국은 인구 1,000명당 병상 수가 11.7개로 OECD 평균 4.7개보다 3배 정도 많다. 한국보다 병상 수가 많은 나라는 OECD 국가 중 일본이 유일하다.

더욱 흥미로운 것은 OECD 국가 중 병상 수가 증가하고 있는 나라는 한국이 유일하며, 그 증가속도 또한 매우 가파르다. 병상 수가 많다는 것은 의료기관이 그만큼 입원시설에 투자를 확대하고 있다는 것이며, 많은 병상 수를 확보할수록 의료기관 입장에서는 환자에게 입원을 독려할 유인이 높을 수밖에 없다.

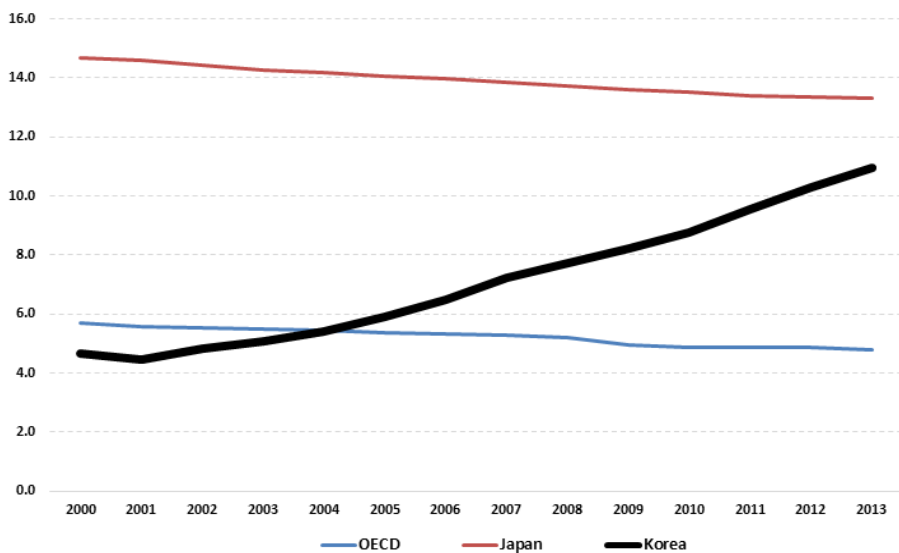
〈그림 II-26〉 인구 1,000명당 병상 수

(단위: 개)



자료: OECD의 Health Statistics(2017)를 활용해 작성함(2014년 기준)

〈그림 II-27〉 인구 1,000명당 병상 수 추이



자료: OECD의 Health Statistics(2017)를 활용해 작성함

4. 소결

다양한 건강지표들 간 다소 상이한 모습을 보이고 있어 건강지표를 활용해 한국 보건의료체계의 위치를 평가하기가 쉽지 않다. 전반적으로 기대수명이 길고 영유아 사망률이 낮은 것은 매우 긍정적으로 평가할 수 있다. 반면 스스로를 건강하지 않다고 판단하고 있으며, 실제로 중증질환 발병률과 사망률은 높은 편이다. 자살률이 매우 높다는 것은 부정적인 정신건강의 지표로 활용될 수도 있지만 노동시장, 인간관계 등 다양한 요인이 복합되어 나타나는 결과일 수 있으므로 보건의료체계만의 문제라고 단정하기 어렵다.

나라 전체 차원 또는 정부 차원의 보건의료체계 측면에서 한국은 의료비 지출의 절대적인 규모뿐만 아니라 경제규모 수준 대비 의료비 지출 수준도 높지 않다. 의료비 지출 수준이 높지 않은 상황에서도 전체 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중은 매우 낮다. 무엇보다 의료비 증가율이 OECD 국가 중 가장 높다는 것 역시 주목할 만한 점이다. 결과적으로 낮은 공공재원의 비중과 급증하는 의료비 지출은 한국의 보건의료체계의 가장 큰 단점으로 지적할 수 있겠는데, 의료비 규모가 빠르게 증가하다보니 공공재원의 비중이 확대되기 어려운 구조인 것으로 판단된다. 특이한 점은 의료비를 위한 공공재원의 지출이 OECD 국가 중 가장 빠르게 증가했음에도 불구하고 의료비 증가속도가 워낙 빨라 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중이 확대되지 않고 있다.

OECD 국가 차원에서 보건의료와 관련한 다양한 지표들을 비교할 때 다른 나라들에 비해 한국의 의료비가 빠르게 증가하는 원인은 간접적으로나마 다양한 곳에서 발견할 수 있다. OECD(2015)에 따르면 입원은 비교적 환자에게 높은 비용부담이 발생할 뿐만 아니라 전체 의료서비스의 효율성을 경감시키는 의료행위일 수 있다고 지적되는데, OECD 국가들이 의료비 증가를 억제하기 위해 불필요한 입원을 경감시키고 있는 것과 대조적으로 한국은 입원일수가 높을 뿐만 아니라 지속적으로 증가하고 있다. 물론 입원 기간을 무리하게 경감시키는 것은 재입원율을 높이고 치료 결과를 악화시킬 수 있는 부작용도 있으나, 한국만 유일하게 장기입원을 고집하고 있는 것

은 분명 좀 더 면밀한 분석이 요구되는 부분이다.

한국 의료시장의 현황과 추이를 OECD 국가들과 비교해본 결과 의료인력은 부족한 반면 의료인력당 진료해야 할 환자 수는 많은 것으로 나타났다. 특히 외래 방문 수, 입원일수, 의약품 처방 등 대부분의 의료서비스의 양이 OECD 국가들에 비해 현저히 높음을 알 수 있었다. 또한 고가의료장비와 병상 수 등이 감소하는 다른 나라들과 달리 한국은 OECD 국가 중 유일하게 증가하는 국가이다. OECD(2015)가 경고하고 있듯이 의료장비 특히 고가장비 등이 많고 병상 수가 많다면 결국 의사 입장에서는 불필요한 검진과 입원을 유인하게 되고, 이러한 의료행위는 결국 보건의료체계의 전반적인 비효율성을 초래하게 된다.

Ⅲ. 보장성 강화정책과 재정부담

1. 정부의 의료비보장 정책추이

국민건강보험의 보장성을 강화하기 위한 본격적인 시도는 2005년부터 시작되었다고 할 수 있다. 2005년 이전에는 단년도로 국민건강보험의 보장성 계획을 수립·시행하였으나, 2005년부터는 4~5년간의 중장기 계획을 수립·시행하기 시작한 것이다. 정부는 지금까지 총 세 차례의 중기보장성 계획을 발표하여 장기간 국민건강보험의 보장성을 확대하기 위해 지속적으로 노력해 왔다.

첫 번째는 2005년 6월 ‘건강보험 보장성 강화방안’을 발표하고 2005~2008년 중기보장성 계획을 마련하였다. 두 번째는 2009년 7월에 ‘2009~2013 건강보험 보장성 강화방안’을 마련하고, 세 번째로 2015년 2월에 ‘2014~2018년 건강보험 중기보장성 강화계획’을 수립하였다.

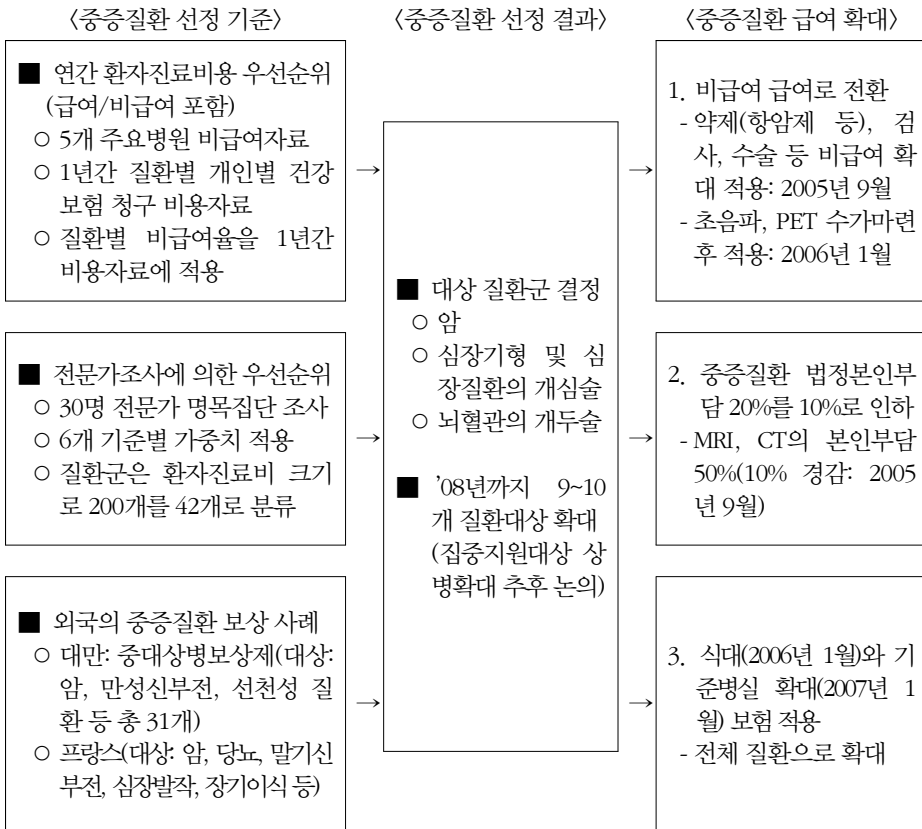
1차 국민건강보험 보장성 강화계획(2005~2008년) 당시 보건복지부는 2008년까지 전체 진료비⁴⁾ 중 환자부담 비율을 대폭 경감시키기 위해 2005년 「건강보험혁신 TF」를 구성하였다. 국민건강보험 보장성 확대를 위해 15개의 추진과제를 확정하였는데, 당시 최대의 목표는 환자가 의료비 전액을 부담했던 100/100 전액본인부담제도를 최대한 급여로 전환하는 것이었다(보건복지부 2005).

특히 중증질환자의 본인부담률을 인하하고 비급여 항목을 급여로 전환하며, 전 국민을 대상으로 MRI 등의 급여화를 확대하겠다고 발표하였다. 세부적인 목표로 당시 60% 초반대에 머물던 건강보험 보장률을 2008년까지 선진국 수준인 70%로 그리고

4) 본 연구에서 의료비는 일반적인 의료비용을 의미하는 반면, 국민건강보험과 관련한 의료비(진료비는 급여의료의 의료비 또는 비급여의료의 의료비)를 의미함

장기적으로는 80%로 확대하겠다는 계획을 설정하였다. 당시 정부는 목표 실현을 위해 2008년까지 3조 5천억 원의 재원투입을 계획하였다.

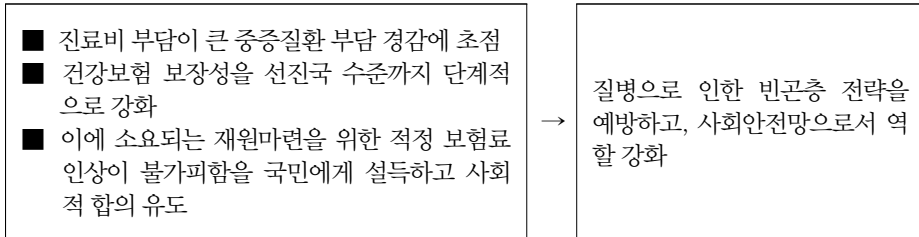
〈표 Ⅲ-1〉 1차 보장성 강화 계획(2005~2008)



자료: 보건복지부(2005)

1차(2005~2008년) 보장성 강화 추진 방향을 다시 요약하면 국민건강보험의 보장성 강화는 진료비 부담이 큰 중증질환을 중심으로 이루어졌으며, 이에 소요되는 재원은 보험료 인상으로 충당한다는 계획이다.

〈표 Ⅲ-2〉 1차 보장성 강화 계획(2005~2008)의 방향성



자료: 보건복지부(2005)

2008년 11월 건강보험정책심의위원회 의결에 기반하여 2차(2009~2013년) 국민 건강보험 보장성 계획이 마련되었으며, 주요 내용은 아래와 같다.

〈표 Ⅲ-3〉 2차 보장성 강화 계획(2009~2013)

■ 2009년도 보장성 확대방안 건강보험정책심의위원회 의결(2008. 11) ○ 2009년에는 희귀성난치 및 암환자 본인부담 경감 등 5개 항목에 대한 보험급여를 확대하되, MRI는 2010년 우선적으로 보험급여를 실시 ○ 노인틀니, 치석제거 등은 향후 경제 연건, 건강보험재정 상황에 따라 2010년 이후부터 단계적으로 확대
--

자료: 보건복지부(2009)

2차(2009~2013년) 건강보험 보장성 계획에서는 1차 계획에서처럼 주로 중증질환자의 보장률 확대에 기반하고 있다. 세부적으로는 첫째, 중증 및 고액환자의 진료비 부담을 지속적으로 경감시키기 위해 희귀난치성 치료약제 중 B형 간염치료제, 류마티스 치료제, 빈혈 치료제, 항암제 중 다발성 골수증, 유방암 치료제의 보험급여범위를 확대·적용(2010년)하기로 하였다. 또한 암환자, 심장질환, 뇌혈관질환 본인부담률을 10%에서 5%로 경감시키고(2009~2010년), 중증화상 본인부담률(5%)과 결핵환자 본인부담률(10%)도 2010년부터 경감시키기로 하였다.

둘째, 진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여화를 추진하였는데, 그간 국민의 요구가 높았던 척추와 관절질환의 MRI 검사(2010년)를 급여로 전환하고, 초음파 검사(2013년)를 보험적용하기로 하였다. 5~14세 아동 및 75세 이상의 노인에 대해서는

치과분야의 보험급여범위를 확대하기로 하였다.

셋째, 저출산 등 사회적 변화에 대응하는 방향으로 보장성 강화를 추진하기 위해 임신 및 출산지원비를 2009년 20만 원에서 2012년까지 50만 원으로 확대한다는 등의 내용이다.

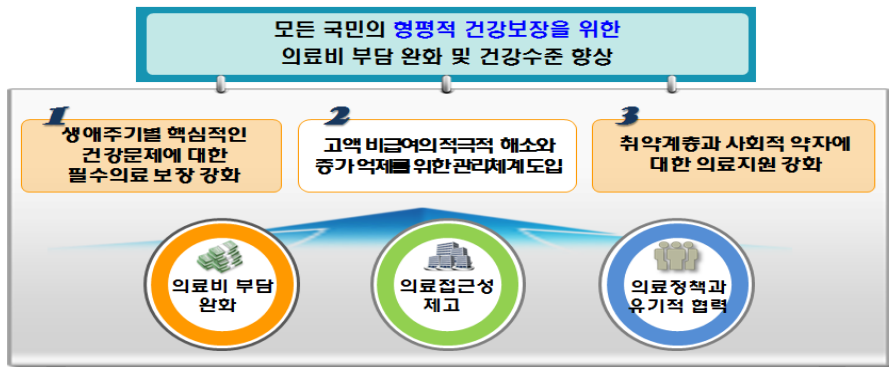
정부는 당시 제시한 보장성 강화계획을 실현하기 위해 3.1조 원의 추가적인 재정을 투입하기로 하였고 궁극적으로 암환자 보장률을 2007년 71.5%에서 2013년 80%로, 500만 원 이상 고액 진료비 보장률은 2007년 67.6%에서 2013년 85%로 강화하기로 하였다(보건복지부 2009). 나아가 국민건강보험의 보장률을 2013년까지 80%까지 확대하겠다는 목표를 설정하였다(보건복지부 2015a). 필요한 재정은 보험료 인상, 재정지출 합리화, 누적적립금 및 국고지원금을 활용한다는 계획이었다.

〈표 Ⅲ-4〉 2차 보장성 강화 계획(2009~2013)의 추진 방향과 목표

추진 방향		추진 목표
■ 중증질환자, 고액질환자 등 진료비 부담 지속 경감 ■ 진료비 부담이 크고 대상이 많은 비급여 항목의 급여 전환 ■ 저소득취약계층 진료비	→	■ 질병의 위협으로부터 국민을 보호할 수 있도록 건강보장 강화 ○ 암환자 보장률: 71.5%(2007)를 80%(2013)로 확대 ○ 고액진료비(500만 원 이상) 보장률: 67.6%(2007)를 85%(2013)로 확대

3차(2014~2018년) 건강보험 보장성 계획에서는 1차 및 2차에서처럼 고액 비급여 부담완화와 취약계층 및 사회적 약자에 대한 의료지원을 강화하고, 추가로 생애주기별 건강문제에 대한 필수의료 보장을 추가하였다.

〈그림 Ⅲ-1〉 3차 보장성 강화 계획(2014~2018)의 목표



자료: 보건복지부(2015b)

이러한 3개의 목표를 달성하기 위해 32개 세부과제를 추진하여, ‘모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상’을 달성하겠다는 목표를 설정하였다. 3차 건강보험 보장성 강화 계획을 설계할 당시 건강보험 보장률은 2012년 62.5%에서 2018년에는 68%대로 확대되고, 1인당 고액진료비 상위 50위 이내 질환의 보장률은 2012년 75%에서 주요 선진국 수준인 평균 80%대 이상으로 개선될 것으로 예상하였다.

또한 제3차 건강보험 보장성 강화를 위해 2014~2018년 동안 약 7.4조 원의 재정을 투입하기로 하였으며, 필요재원은 주로 보험료로 충당할 계획이다. 실제로 2015년에도 보험료 결정 시 보장성 강화를 위한 추가 재정규모를 고려하여 인상하였다(보건복지부 2015b). 결과적으로 3차 보장성 강화계획이 완료되는 시점인 2018년에는 국민건강보험의 보장률이 68%로 상향될 것이라고 예상하고 있다.

〈표 Ⅲ-5〉 3차 보장성 강화 계획(2014~2018): 32개 과제

■ 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필요의료 보장 강화

- 건강한 임신과 출산 환경 조성
 - 의료비 부담이 없도록, 임신·출산 보험 적용 강화
 - 고위험 임신부에 대해서는 특히 더 지원 강화
 - 난임 가정의 성공적인 임신·출산을 위한 지원 강화
 - 분만 취약지역의 의료공급기반 확충 및 의료비 지원
- 선천성 기형 및 신생아에 대한 의료지원 확대
 - 선천성 기형 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대
 - 신생아 집중치료에 소요되는 의료비 부담 완화
- 건강한 미래를 위한 청소년·청장년 핵심질환 조기 관리
 - 초기 충치치료를 위한 치과 치료의 보장성 강화
 - 효과적인 만성질환 관리를 위한 의료 지원 강화
 - 정신질환 초기 관리를 위한 건강보험 보장 확대
 - 병적 고도비만의 수술치료 건강보험 적용
- 국민 생명을 보호하기 위한 안전 관련 의료의 보장 강화
 - 중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화
 - 결핵 박멸을 위한 치료비 전액 건강보험 지원
 - 환자 안전을 위한 치료재료의 의료보장 강화
- 고액 중증질환에 대한 두터운 보장으로 의료비 안심
 - 4대 중증질환 필요의료 건강보험 적용(국정과제)
 - 척추 및 관절 질환에 대한 건강보험 보장 강화
 - 장기이식 및 중증화상에 대한 건강보험 보장 강화
- 건강한 노년과 존엄한 죽음을 위한 지원 강화
 - 65세 이상 노인 틀니·임플란트 보험 적용(국정과제)
 - 치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대
 - 호스피스·완화의료 건강보험 적용

■ 고액 비급여의 적극 해소 및 증가 억제를 위한 관리체계 도입

- 중증환자 부담이 큰 3대 비급여의 해소와 건강보험 적용(국정과제)
 - (선택진료) 선택진료비를 폐지하고 모두 건강보험 적용
 - (상급병실) 4인실까지 보험 적용하고, 일반병상 70% 이상 확충
 - (간병비) 포괄간호서비스 도입 및 건강보험 적용
- 의료비 부담이 큰 고가검사의 보험적용 확대
 - 임신부, 간질환 등에 대한 초음파 검사 보험 확대
 - 척추·관절질환에 대한 MRI 검사 보험 확대
- 비급여의 합리적 관리를 위한 공적 관리 기반 강화(국정과제)
 - 비급여 의료비용 고지체계 강화 및 정보 공개 확대
 - 4대 중증질환을 중심으로 선별급여 제도의 도입 및 운용

■ 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화

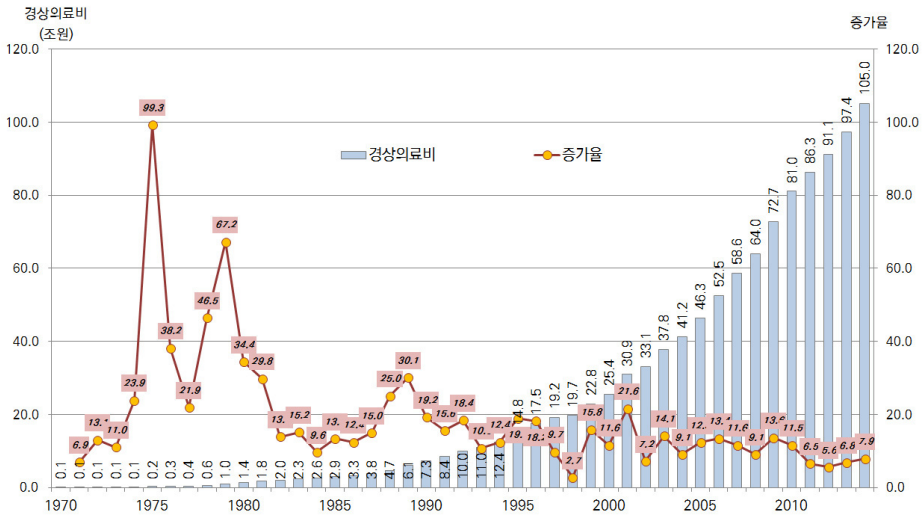
- 장애인에 대한 보장구 지원을 내실 있게 강화
 - 장애인 보장구의 확대 및 기준 개선 등 지원 강화
 - 장애인 보장구의 지원원칙 확립 및 지원방식 개선
- 필수 재가치료에 대한 건강보험 지원 확대
 - 휴대용 산소치료, 재가 호흡보조기 등 요양비 적용 확대
 - 재가치료 지원을 위한 건강보험 지원체계 개선
- 저소득층과 취약지에 대한 건강보험 지원 강화
 - 본인부담 상한제를 소득계층에 보다 비례하여 지원 강화
 - 필수의료 취약지에 대한 건강보험 지원체계 개발

자료: 보건복지부(2015a)

2. 보험료 부담의 추이

경상의료비(Current health expenditure)는 한 나라의 의료비 총계치를 의미하는 국민의료비(Total health expenditure)에서 보건의료공급기관의 자본형성을 제외한 의료비로 정의된다. 경상의료비는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 1년간의 국민 전체 의료비 지출 총액에 해당되는데, 우리나라의 경상의료비는 1970년 0.1조원에서 2014년 105조 원으로 가파르게 상승해왔다. 경상의료비 증가율은 1970년대 연평균 33.8%였으나 1980년대 18.2%, 1990년대 13.3%, 2000년대 12.3%로 증가폭이 둔화되었으며, 최근(2011~2014년)에는 6.7%로 더 둔화되었다(정형선 외 2016). 하지만 GDP 대비 경상의료비의 비율은 국민건강보험의 도입 당시 2.3%에서 2014년 7.1%로 크게 증가하였다. 즉 의료비가 증가하는 요인 중 하나는 소득증가인데, 우리나라의 경우 소득보다 의료비가 훨씬 빠르게 증가해 왔으며 이러한 현상이 지금도 지속되고 있다는 것을 의미한다.

〈그림 Ⅲ-2〉 경상의료비 규모의 추이(1970~2040년)



자료: 정형선 외(2016)

2014년 105조 원의 경상의료비 중 공공재원⁵⁾(정부 및 의무가입제도)의 비중은 56.5%(59.3조 원)이었으며, 민간재원은 43.5%(45.7조 원)이었다. 공공재원은 정부 및 의무가입제도의 재원으로 구분되는데 의무가입제도가 국민건강보험의 재원(급여)에 해당되며, 국민건강보험의 재원은 2014년 기준 48.6조 원(전체 46.3%)에 달한다.

5) 우리나라의 경우 '자동차보험의 책임보험'의 의료비지출도 공공재원에 포함됨

<표 Ⅲ-6> 경상의료비 재원(2014년)

구분	규모(조 원)	비중(%)
정부·의무가입제도	59.3	56.5
정부재원	10.8	10.2
의무가입(건강)보험	48.6	46.3
민간재원	45.7	43.5
임의가입제도	7.0	6.7
임의가입건강보험	6.2	5.9
비영리단체	0.6	0.6
기업	0.1	0.1
가계직접부담	38.7	36.8
합계	105.0	100

자료: 정형선 외(2016)

공공재원 중 국민건강보험과 직접적으로 관련이 있는 진료비와 급여비 추이를 건강보험 통계연보를 통해 살펴본 결과, 2006년 28.4조 원의 진료비는 2015년 58.0조 원으로 2.04배 증가하였으며, 동기간 급여비는 2.07배 증가하였다. 과거 10년 동안 진료비와 급여비는 각각 연평균 8.9% 및 9.3%씩 증가하였다. 때문에 진료비 중 국민건강보험이 지급한 급여비 비중은 과거 10년 동안 74% 내외로 크게 변동하지 않았다.

<표 Ⅲ-7> 진료비 및 급여비 추이

구분	진료비(A)		급여비(B)		급여율 (B/A×100)
	액수(억 원)	증가율(%)	액수(억 원)	증가율(%)	
2006년	284,103	14.3	209,316	16.4	73.7
2007년	323,892	14.0	239,557	14.4	74.0
2008년	348,690	7.7	255,999	6.9	73.4
2009년	393,390	12.8	289,164	13.0	73.5
2010년	436,283	10.9	324,968	12.4	74.5
2011년	462,379	6.0	345,652	6.4	74.8
2012년	478,392	3.5	357,146	3.3	74.7
2013년	509,552	6.5	381,248	6.7	74.8
2014년	544,272	6.8	407,921	7.0	74.9
2015년	579,546	6.5	433,404	6.2	74.8
평균	—	8.9	—	9.3	74.3

자료: 건강보험 통계연보의 각 연도를 활용해 작성함

급여비를 충당하기 위한 재원은 주로 보험료인데, 진료비 및 급여비가 빠르게 증가함에 따라 보험료 규모도 빠르게 증가해 왔다. 보험료 규모는 2006년 18.8조 원에서 2015년 44.3조 원으로 2.36배 증가하였으며, 동기간 세대당 보험료 및 1인당 보험료 부담은 각각 1.75배, 2.06배 증가하였다. 전체 보험료 규모에 비해 1인당 보험료 부담의 증가속도가 낮은 것은 동기간에 인구의 수가 지속적으로 증가하는 국면이었기 때문으로 판단된다.

2006년 1인당 2만 원을 보험료로 지불하였으나 현재는 4.3만 원을 지불하고 있는데 과거 10여 년 동안 1인당 보험료가 연평균 8.4% 증가한 것이다. 동기간 연평균 실질경제성장률 및 명목경제성장률은 각각 3.4% 및 5.5%임을 감안할 때⁶⁾ 보험료 증가추이가 경제성장률 추이를 크게 상회하였다는 것을 알 수 있다. 물론 높은 보험료 증가율은 진료비 증가에 기인하고 있다.

〈표 Ⅲ-8〉 보험료 추이

구분	보험료(억 원)	월 보험료(원)		증가율(%)
		세대당	1인당	
2006년	188,106	53,773	20,851	—
2007년	217,287	59,278	23,690	13.6
2008년	249,730	66,217	26,837	13.3
2009년	261,661	66,916	27,620	2.9
2010년	284,577	70,988	29,765	7.8
2011년	329,221	78,822	33,670	13.1
2012년	363,900	84,040	36,536	8.5
2013년	390,319	87,417	38,622	5.7
2014년	415,938	90,806	40,819	5.7
2015년	443,298	94,040	43,003	5.4
평균	—	—	—	8.4

자료: 건강보험 통계연보의 각 연도를 활용해 작성함

6) 한국은행 경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr/>)

3. 국민건강보험의 재정 부담 추계

과거 10여 년 동안 정부는 국민건강보험의 보장성을 체계적으로 확대하기 위해 중장기 계획을 마련하고 시행하는 동안 의료비가 빠르게 증가해 왔고, 그에 맞추어 국민의 보험료 부담 또한 빠르게 증가해 왔다. 이에 본 연구에서는 과거와 같은 추이가 지속될 경우 급여의료의 진료비 또는 급여비⁷⁾를 위해 향후 미래세대가 짊어져야 할 추가적인 경제적 부담을 추계하였다.

보다 의미 있는 추계를 위해서는 비급여의료까지 포함한 전체 의료비를 파악하고 이에 따른 미래세대의 부담을 산출해야 한다. 본 보고서의 뒷부분에 후술하겠지만 현재는 공시되고 있는 비급여 규모에 대한 현황 자체를 신뢰하기 어려운 것이 사실이며, 무엇보다 비급여는 처치 여부와 진료비가 시장 자율에 맡겨져 있기 때문에 장기적 관점에서 추계하는 것 자체가 큰 의미를 지니지 못한다.

미래 1인당 보험료를 포함한 추가적인 재정부담을 추정하기 위해 우선 진료비를 추정하였다. 본 연구에서는 다양한 증가율을 가정하여 시나리오 추정을 기본으로 하고, 다양한 진료비 증가율 중 기준이 되는 증가율은 과거 10년치 증가율을 가정한다. 이후 분석 결과의 해석 및 예측은 상대적으로 보수적인 가정에 기반하였다.

국민건강보험의 진료비는 2005년 24.9조 원에서 2015년 58.0조 원으로 과거 10년 동안 약 2.33배 증가하였다. 그러므로 만약 2010년에서 2020년까지 10년 동안 진료비가 2.3배 증가한다는 가정하에 2020년에는 100조 원 정도가 될 것이며, 이러한 방식으로 매 10년간 진료비가 2.3배 증가한다고 가정할 수 있다. 이러한 가정하에 진료비는 2030년 230.8조 원, 2040년에는 530.8조 원이 될 것으로 추정되었다.

7) 급여비는 급여의료의 진료비 중 국민건강보험이 지출한 비용을 의미함

〈표 Ⅲ-9〉 장기 진료비 추계

10년 동안 증가치 (배)	진료비(조 원) 추계		
	2020년	2030년	2040년
3.0	130.9	392.7	1,178.0
2.9	126.5	366.9	1,064.1
2.8	122.2	342.0	957.7
2.7	117.8	318.1	858.7
2.6	113.4	294.9	766.8
2.5	109.1	272.7	681.7
2.4	104.7	251.3	603.1
2.3	100.3	230.8	530.8
2.2	96.0	211.2	464.6
2.1	91.6	192.4	404.0
2.0	87.3	174.5	349.0
1.9	82.9	157.5	299.2
1.8	78.5	141.4	254.4
1.7	74.2	126.1	214.3
1.6	69.8	111.7	178.7
1.5	65.4	98.2	147.2

물론 향후 10년간의 진료비 증가추이는 과거 10년간의 추이와 다를 수 있다. 예를 들어, 과거 한국의 의료비(국민의료비, 경상의료비, 진료비 등)는 빠르게 증가하였기 때문에 기저효과로 인해 향후에는 증가추세가 둔화될 가능성이 있다. 만약 10년 동안 진료비 증가가 2.3배가 아닌 2배로 가정할 경우 진료비는 2020년 87.3조 원, 2030년 174.5조 원, 2040년 349조 원으로 추정된다.

반면 과거에는 65세 이상 노인인구의 비중이 낮은 동시에 노인인구의 증가속도가 빠르지 않았다. 하지만 향후 10년 동안 노인인구의 절대 수가 빠르게 증가할 것으로 예상되기 때문에 의료비 증가율도 향후에는 더욱 빠르게 증가할 수 있다. 통계청(2016a)의 장기인구추계에 따르면 2015년 노인인구 비중은 12.8%에서 2020년 15.7%, 2030년 24.5%, 2040년 32.8%로 단기간 동안 급격히 증가할 것으로 예상된다.

국민건강보험 가입자 중 65세 이상 인구는 2016년 기준 12.7%에 불과한데, 이들이 전체 진료비의 38.7%를 지출하고 있을 정도이다. 뿐만 아니라 2010~2016년 동안 전체 진료비는 11.4% 증가하였는데 65세 이상 노인인구의 진료비는 14.8% 증가해 전체 진료비 증가를 견인하고 있다. 즉 우리나라의 진료비가 빠르게 증가하는데는 다양한 원인이 있겠지만, 노인인구의 수가 증가하는 동시에 노인 1인당 진료비도 증가하는 것이 큰 원인이라 볼 수 있다. 그러므로 노인 1인당 진료비가 빠르게 증가하는 상황에서 향후 노인의 절대적인 수도 빠르게 증가한다면 향후 진료비는 과거 증가추세를 상회할 수도 있을 것이다. 만약 과거 10년 동안 전체 진료비 규모가 2.33배 증가한 것과 달리 향후 10년간 3배 증가한다고 가정한다면 진료비는 2020년 130.9조 원, 2030년 392.7조 원, 그리고 2040년에는 1,178조 원에 달하게 된다. 이와 같은 상황에서 비록 다양한 증가율 시나리오를 가정하고 있으나 다소 보수적인 접근으로 추정한다는 차원에서 10년마다 진료비가 2배 증가한다는 가정에 무게를 두고자 한다.

다음으로 국민건강보험의 급여비(액)를 추정하기 위해 과거 10년간의 급여율을 적용하였다. 2005~2015년 동안 진료비 대비 급여비 비율은 평균 74.12%였다. 동기간 최대 수치는 74.95%(2014년)였으며, 최소 수치는 72.35%(2005년)로 범위⁸⁾가 크지 않아 안정적이다. 특히 과거 진료비 대비 급여비의 장기추세가 증가해 왔기 때문에, 평균 값(74.95%)이 아닌 증가추이를 반영할 경우 국민들의 경제적 부담은 더욱 크게 산출된다. 역시 본 연구에서는 가능한 보수적으로 접근한다는 가정하에 평균값을 사용하였다.

〈표 Ⅲ-10〉은 국민건강보험이 진료비의 74.95%를 지급(급여)한다는 가정하에 도출된 급여비의 장기 추정치를 보여준다. 10년 마다 진료비가 2배 증가한다고 가정할 경우 2020년 급여비는 64.7조 원, 2030년 129.3조 원, 2040년에는 258.7조 원으로 증가하게 된다.

참고로 여러 연구에서 인용되고 있는 (보건복지 미래전략(신영석 외(2010))의 경우 2020년 건보급여액을 80.4조 원으로 추정하고 있다. 보건복지 미래전략은 9년

8) 최대값에서 최소값을 뺀 값으로 수치의 산포도(변동성)를 추정하는 통계량임

동안의 건강보험 진료비 및 급여비와 증가율에 기초하여 2020년까지의 급여비를 추계하였다. 신영석 외(2010)의 연구에서 추정한 80.4조 원을 고려할 때 본 연구의 64.7조 원은 상대적으로 보수적인 수치라 볼 수 있다. 신영석 외(2011)의 연구는 국민건강보험지출을 2020년 시나리오에 따라 최대 92.2조 원에서 최소 78.6조 원으로 추계하고 있다.

〈표 Ⅲ-10〉 장기 급여비 추계

10년 동안 진료비 증가치 가정(배)	급여비(조 원)		
	2020년	2030년	2040년
3.0	97.0	291.0	873.1
2.9	93.8	272.0	788.7
2.8	90.5	253.5	709.9
2.7	87.3	235.7	636.5
2.6	84.1	218.6	568.4
2.5	80.8	202.1	505.3
2.4	77.6	186.3	447.0
2.3	74.4	171.1	393.4
2.2	71.1	156.5	344.3
2.1	67.9	142.6	299.5
2.0	64.7	129.3	258.7
1.9	61.4	116.7	221.8
1.8	58.2	104.8	188.6
1.7	55.0	93.5	158.9
1.6	51.7	82.8	132.5
1.5	48.5	72.8	109.1

급여비 증가에 따른 1인당 추가 재원부담을 추정하기 위해 장기 인구추계가 필요한데, 동 수치는 통계청이 5년을 주기로 이미 추정하고 있기 때문에 통계청의 추정치를 활용한다. 총인구 및 생산가능인구는 통계청의 가장 최근 추계값(통계청 2016a)을 활용하였다. 또한 보험료 및 세금을 주로 부담하는 연령층(예, 30~50대)의 진료비 부담을 추정하기 위해 통계청(2011)이 추계한 인구추계 값을 활용하였다.⁹⁾

9) 통계청(2011)과 달리 통계청(2016a)은 연령대별 장래인구추계를 하지 않았기 때문에 30~59세 연령대 인구 수는 통계청(2011)의 자료를 활용하였음

생산가능인구는 15~64세를 의미하는데 우리나라의 경우 대학교 진학률이 높고 남성의 경우 의무적으로 군복무를 해야하는 등 노동시장 진입시기가 다른 나라들에 비해 늦다. 또한 주로 50대에 퇴직을 하고 있기 때문에 국제적 기준으로 활용되는 생산가능인구는 우리나라의 주요 재정부담 연령층이라 볼 수 없다. 다만 최근 은퇴연령이 60세로 연장되었기 때문에 장기적으로 60세에 은퇴를 한다는 가정하에 주요 보험료 및 재정부담 연령층을 30~59세로 가정한 것이다.

〈표 Ⅲ-11〉 장기 인구추계

(단위: 명)

구분	2010년	2020년	2030년	2040년
총인구	49,410,366	52,610,000	52,941,000	52,198,000
생산가능인구 (15~64세)	35,983,000	37,266,000	33,878,000	29,431,000
주요 노동층 (30~59세)	23,311,844	23,509,806	21,716,889	18,392,232

주: 통계청의 장래인구추계의 가정 중 중위추계값을 활용함

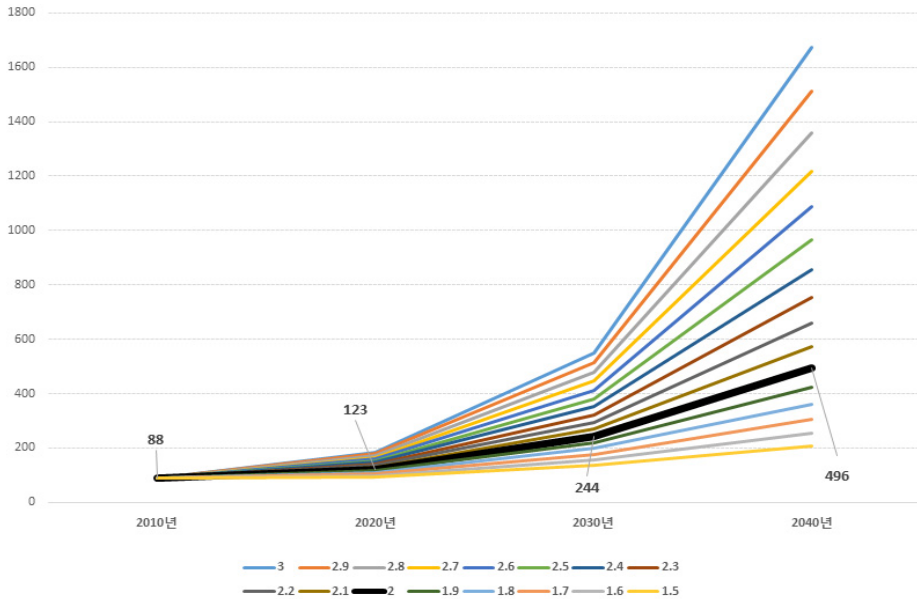
자료: 총인구 및 생산가능인구는 통계청(2016a), 주요 노동층은 통계청(2011)을 활용하여 계산함

국민 1인당 진료비 부담액 추계 결과 2010년 88만 원에서 2020년 123만 원, 2030년 244만 원, 2040년 496만 원으로 증가할 것으로 예상되었다. 즉 1인당 연간 부담액이 2010~2040년 동안 5.6배(461.3%) 증가하며, 월 부담액은 2010년 7.4만 원에서 2020년 10.2만 원, 2030년에는 20.4만 원, 2040년에는 41.3만 원으로 증가하게 된다. 1인당 재정(진료비)부담액이 2030년까지는 다소 완만한 증가세를 보이는 이유는 2031년까지 인구 수가 증가하기 때문이다.¹⁰⁾ 아래 그래프를 통해 쉽게 알 수 있듯이 1인당 재정부담액의 증가정도가 점차 확대된다.

10) 통계청의 추계에 따르면 총인구 수는 2031년 52,958천 명을 기점으로 감소하기 시작함

〈그림 Ⅲ-3〉 국민 1인당 재정(진료비) 부담액 추계

(단위: 만 원)

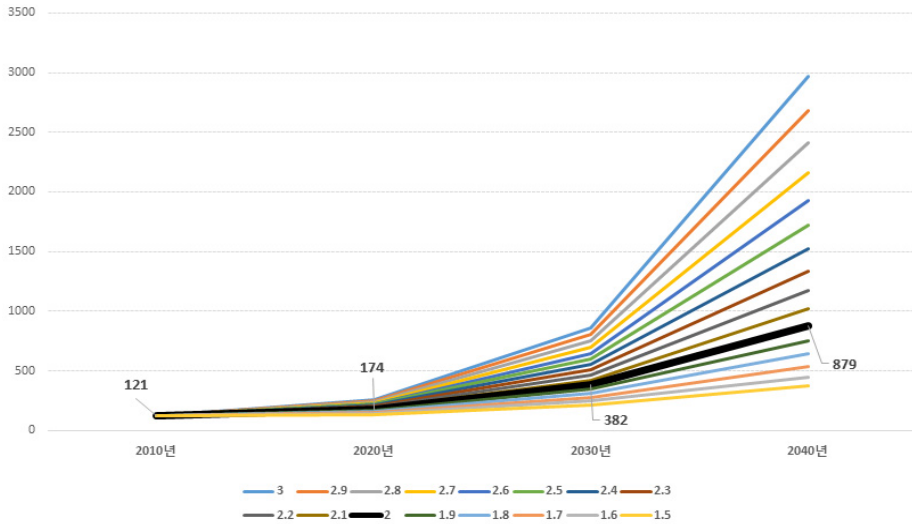


주: 3, 2.9, ... , 1.6, 1.5는 10년 동안 진료비 증가정도(배)를 가정한 수치이며, 해석은 2배 증가한다는 가정에 기반함

국제적으로 정의되는 생산가능인구(15~64세)의 1인당 진료비 부담액 추계 결과 2010년 121만 원에서 2020년 174만 원, 2030년 382만 원, 2040년 879만 원으로 증가할 것으로 예상되었다. 2010~2040년 동안 연간 부담이 무려 7.3배(625.0%) 증가하며, 월별 1인당 부담액이 2010년 10.1만 원에서 2020년 14.5만 원, 2030년에는 31.8만 원, 2040년에는 73.2만 원으로 증가하게 된다. 생산가능인구의 1인당 재정(진료비)부담액이 전체 인구 1인당 부담액보다 가파르게 증가하는 이유는 2016년에 생산가능인구가 37,627천 명으로 정점을 찍고 이후 가파르게 감소하기 때문이다.

〈그림 Ⅲ-4〉 생산가능인구 1인당 재정(진료비) 부담액 추계

(단위: 만 원)

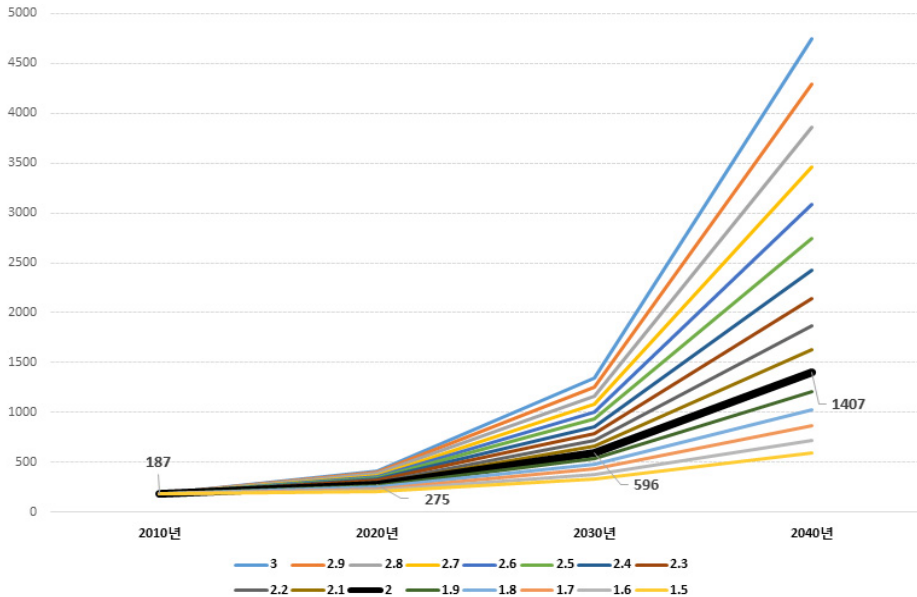


주: 3, 2.9, ... , 1.6, 1.5는 10년 동안 진료비 증가정도(배)를 가정한 수치이며, 해석은 2배 증가한다는 가정에 기반함

마지막으로 실제 보험료 및 세금을 부담하는 연령층에 해당하는 30~59세의 1인당 부담액을 추계하였다. 추계 결과 2010~2040년 동안 연간 부담이 무려 7.5배 (651.6%) 증가하며, 1인당 월별 부담액은 2010년 187만 원에서 2020년 275만 원, 2030년에는 596만 원, 2040년에는 1,407만 원으로 증가하게 된다. 주요 근로층의 1인당 재정(진료비)부담액이 전체 인구 및 생산가능인구의 1인당 부담액보다 가파르게 증가하는 이유는 주요 근로층의 수가 더욱 가파르게 감소하기 때문이다.

〈그림 Ⅲ-5〉 30~59세 1인당 재정(진료비) 부담액 추계

(단위: 만 원)



주: 3, 2.9, ... , 1.6, 1.5는 10년 동안 진료비 증가정도(배)를 가정한 수치이며, 해석은 2배 증가한다는 가정에 기반함

본 연구에서의 추계는 국민건강보험의 급여율 74.95%를 유지한다는 가정에 기반한 것으로 정부가 중장기 보장성 강화계획에 따라 급여율을 증가시킬 경우 1인당 재정부담은 더 증가한다. 또한 진료비 중 국민건강보험이 보장하는 급여의료에서 급여비만으로 한정하였기 때문에 비급여까지 포함한다면 의료비에 대한 보험료 및 재정 부담과 함께 자비부담은 더욱 빠르게 증가하게 된다.

해석에 주의해야 할 것은 추계한 1인당 월 부담액의 전액이 보험료는 아니다. 국민건강보험의 급여비 재원은 전액이 보험료로 충당되는 것은 아니며 일부는 정부의 세금으로 지원되고 일부는 담배에 부과되는 세금(건강증진기금) 등으로 충당된다. 하지만 결국 모든 비용은 직간접적으로 국민의 부담이므로 '보험료, 세금, 건강증진기금 등이 포함된 총부담', 즉 재정부담 정도로 해석되는 것이 바람직하다.

4. 소결

2005년부터 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 중장기 계획을 세워 시행한 지 10여 년이 지났다. 뿐만 아니라 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 천문학적 재정을 투입해 왔으나 국민건강보험의 보장률은 전혀 개선되지 않았다.

〈표 Ⅲ-12〉 보장성 확대 목표와 현실

구분		1차 보장성 강화 (2005~2008년)	2차 보장성 강화 (2009~2013년)	3차 보장성 강화 (2014~2018년)
재정소요		3.5조 원	3.1조 원	7.4조 원
보장률	목표	80%	80%	68%(목표가 아닌 재원 투입 시 예상)
	현실	64.0% (‘06~’08년 평균)	63.2% (‘09~’13년 평균)	63.3% (‘14~’15년 평균)

이는 그동안 정부의 보장성 강화계획에 오류가 있음을 의미한다. 문제는 3차 보장성 강화 계획 역시 1차 및 2차와 큰 방향성에서는 크게 차이하지 않는다는 것이다. 결국 3차 중기 보장성 강화계획을 위해 7.4조 원의 추가 재정을 투입하더라도 가시적인 결과가 나타나지 않을 것임을 예상할 수 있다.

현재의 국민건강보험제도가 유지될 경우 국민들이 추가적으로 감당해야 할 경제적 부담은 지속적으로 확대될 것으로 추정되었다. 무엇보다 생산가능인구와 보험료 및 세금을 부담하는 연령층(30~50대)의 절대적인 수가 빠르게 감소하는 상황에서 부담을 확대하는 방법으로 국민건강보험의 보장률을 개선하려는 노력은 과거의 경험에서 보여주듯이 실패로 끝날 가능성이 높고 수많은 부작용을 양산할 것으로 판단된다.

의료비가 가파르게 증가하는 상황에서 국민의 부담만 가중시킬 경우, 결국 소비와 저축 감소로 이어져 경제성장에도 부담이 될 것이며, 정부의 입장에서는 그만큼 일자리 창출, 교육, 육아 등 다른 복지 및 경제분야에 지출할 재원이 감소하게 된다. 무엇보다 본 연구에서 추계한 월 부담액은 급여비에 한정된 것으로 급여의료의 본인부

담과 비급여의료비까지 포함한 국민들의 의료비 부담을 고려한다면 우리나라 의료비 증가가 사회경제 전반에 초래할 부작용은 상당할 것이다.

그렇다면 천문학적인 재정을 투입하고도 정부의 국민건강보험 보장성 강화노력이 효과가 없었던 원인을 찾아야 할 것이다. 이에 다음 장에서는 우리나라 의료시장의 문제점을 좀 더 면밀히 살펴보고 국민의 부담을 최소화하면서 국민건강보험의 보장성을 확대할 수 있는 방안에 대해 모색하고자 한다.

Ⅳ. 비효율적 의료비 지출: 의료시장과 정책

1. 의료공급자 현황

2015년 기준 우리나라 의료기관 수는 87,071개이며, 약국을 제외하면 65,929개이다. 의사 및 약사 등의 수는 총 207,559명, 간호사는 386,646명이다. 총전문의료인력은 594,205명이다.

의료기관 중 의원의 수가 29,037개로 가장 많고, 전체 의료기관 중 33.3%를 차지한다. 약국을 제외할 경우 의원의 비중은 44.0%로 증가한다. 병원급 이상 의료기관(상급종합병원, 종합병원, 병원)의 수는 1,829개로 전체 의료기관 중 2.1%를 차지하며, 약국을 제외할 경우 2.7% 정도이다.

〈표 Ⅳ-1〉 국내 의료기관 및 의료인력 현황(2015년 1분기 기준)

(단위: 명)

구분	의료기관 수	의료 인력		
		의사·약사 등 ¹¹⁾	간호사 등 ¹²⁾	계
계	87,071	207,559	386,646	594,205
상급종합병원	43	24,325	49,088	73,413
종합병원	292	23,545	67,603	91,148
병원	1,494	20,886	57,046	77,932
요양병원	1,339	16,163	47,016	63,179
의원	29,037	51,726	91,504	143,230
치과병원	206	1,975	3,454	5,429
치과의원	16,294	19,333	42,243	61,576
조산원	35	0	56	56
보건의료원	15	221	408	629
보건소	244	1,644	5,398	7,042
보건지소	1,314	2,356	3,201	5,557
보건진료소	1,908	0	1,883	1,883
한방병원	243	2,153	3,689	5,842
한의원	13,465	14,844	14,050	28,894
약국	21,142	28,388	7	28,395

자료: 국가통계포털 KOSIS(<http://kosis.kr/index/index.jsp>)

종합병원의 경우 의료기관당 의사(약사 포함)의 수가 565.7명으로 가장 많지만 전체적으로는 의료기관당 의사(약사 포함)의 수가 2.4명에 불과하다. 우리나라 의료기관은 대부분 영세한 수준이라 볼 수 있다.

의료기관 중 가장 높은 비중을 차지하는 의원¹¹⁾의 경우 의사 및 약사의 수가 1.8명으로 주로 1~2명의 의사가 3명의 간호인력을 채용하여 의원을 운영하고 있다. 약국 역시 평균 1.3명의 약사가 운영하고 있을 정도로 매우 영세한 규모임을 알 수 있다.

〈표 IV-2〉 의료기관당 의료인력 수(2015년 1분기 기준)

(단위: 명)

구분	의료기관당 의사·약사 수	의료기관당 간호인력 수	의료기관당 의료인 수
계	2.4	4.4	6.8
상급종합병원	565.7	1141.6	1707.3
종합병원	80.6	231.5	312.2
병원	14.0	38.2	52.2
요양병원	12.1	35.1	47.2
의원	1.8	3.2	4.9
치과병원	9.6	16.8	26.4
치과의원	1.2	2.6	3.8
조산원	0.0	1.6	1.6
보건의료원	14.7	27.2	41.9
보건소	6.7	22.1	28.9
보건지소	1.8	2.4	4.2
보건진료소	0.0	1.0	1.0
한방병원	8.9	15.2	24.0
한의원	1.1	1.0	2.1
약국	1.3	0.0	1.3

자료: KOSIS에서 의료인력을 의료기관 수로 나누어 산출함

11) 의사, 치과의사, 한의사, 약사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사

12) 조산사, 간호조무사, 임상병리사, 방사선사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 동위원소급취급자(일반), 동위원소취급자(특수), 방사성취급감독자, 영양사, 조리사, 조혈모세포 냉동담당자, 정신보건전문요원

병원, 의원, 약국 등 전반적으로 의료기관이 영세함에도 불구하고 II장에서 살펴본
 았듯이 다른 나라들에 비해 많은 영세 의료기관들이 고가의료장비와 병상 수를 경쟁
 적으로 늘려 왔다. 또한 다른 나라들에 비해 우리나라 의료기관들은 환자들에게 많
 은 의약품을 처방해 왔다.

〈표 IV-3〉 고가의료장비 및 병상의 수와 이용 추이

구분	MRI		CT		병상	
	수	사용	수	사용	수	입원일
2005	12.1	—	32.3	—	5.9	14.9
2006	13.6	—	33.7	—	6.5	—
2007	16	13.9	37	74.8	7.3	—
2008	17.5	15.1	36.5	86.4	7.7	17.5
2009	18.8	16.4	36.8	99.8	8.2	15.7
2010	19.9	18.4	35.3	112.7	8.8	15.8
2011	21.3	23.4	35.9	131.4	9.6	16.4
2012	23.5	24.3	37.1	143.5	10.3	16.1
2013	24.5	26.2	37.7	151.1	11	16.5
2014	25.7	27.3	37.1	157.7	11.7	16.5

주: MRI 및 CT의 수는 인구 100만 명당, 병상 수는 인구 1,000명당

자료: OECD(2017)

환자의 질병을 진단하고 치료하기 위해 의료기술의 발달에 기반한 고가의료장비
 의 구축은 반드시 필요하다. 하지만 고가의료장비는 말 그대로 고가이며, 많은 병상
 은 상당한 공간이 요구되므로 고가의료장비와 병상을 구축하기 위해서는 의료기관
 입장에서 상당한 부담일 수밖에 없으며, 우리나라의 의료기관처럼 영세한 업체에는
 더욱 그렇다. 무리한 고가장비 및 병상 수 확보는 결국 의료체계의 비효율성을 초래
 하여 국가 재정이 부담으로 작용하게 될 것이라고 지적하고 있는 것처럼(OECD
 2015), 우리나라의 의료기관들이 경쟁적으로 고가장비를 구축함에 따라 의료장비
 사용으로 지출되는 국민건강보험의 급여비도 증가할 수밖에 없을 것이다. 실제로 문
 성웅 외(2013)에 따르면 최근 6년간(2008~2012년) CT, MRI, PET의 사용으로 지출

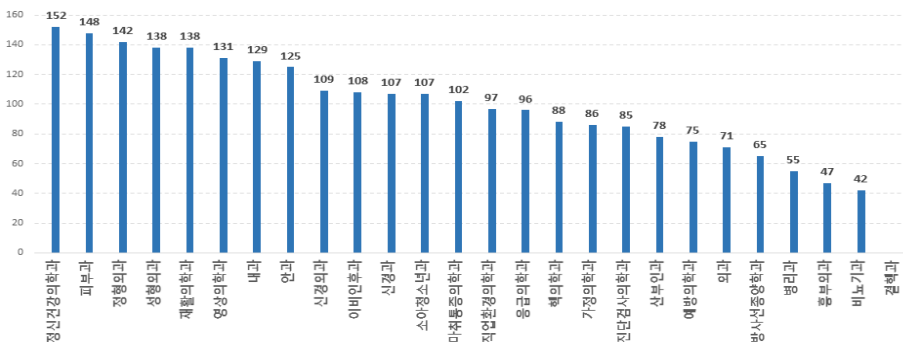
되는 국민건강보험의 급여비는 각각 연평균 11.0%, 12.1%, 18.8%로 일반 급여비의 연평균 증가율 8.7%보다 빠르게 증가한 것으로 나타난다.

고가의의료장비 및 병상 수와 같은 인프라는 분명 영세 업체에 경제적인 부담일 것임에도 불구하고 왜 경쟁적으로 고가장비와 많은 공간이 필요한 병상 수에 집착을 하는 지에 대해 의구심이 들 수밖에 없다. 다른 나라의 의료시장과는 명확히 다른 국내 의료시장의 모습들에는 분명 원인이 있을 것이다.

2013년을 기준으로 국내 전공의 지원편중현상이 뚜렷하여 전문과목 간 전공의의 수급불균형 문제가 발생하고 있다. 전공의 지원율의 편차가 커서 실제로 전공의를 충분히 확보하지 못하고 있는 분야들이 생겨나고 있으며, 흉부외과 및 비뇨기과의 경우에는 전공의 확보율이 40%대에 불과하다. 물론 정부 역시 전문과목 간 전공의 지원편중 현상을 개선하기 위해 다양한 노력을 하고 있고 전공과목 마다의 특징으로 인해 편중 현상이 지속되고 있으나, 전공별 소득수준이 전공의 지원편중의 요인 중 하나로 지목되고 있다(오영호 2017).

〈그림 IV-1〉 전공의 지원율(2013년)

(단위: %)



자료: 오영호(2017)

2. 지불보상제도와 의료기관의 유인구조

건강보험 지불제도는 의료공급자가 환자에게 의료서비스를 제공하는 대가로 보험자가 의료공급자에게 보상하는 시스템을 의미한다. 우리나라 국민건강보험의 진료비지불제도는 기본적으로 행위별수가제(Fee-For-Service)를 따른다. 행위별수가제는 진료할 때마다 진찰료, 검사료, 처치료, 입원료, 약값 등에 따라 가격을 매긴 뒤 합산하여 진료비를 산정하는 제도이다. 의료서비스는 크게 급여의료와 비급여의료로 구분되는데, 우리나라의 경우 급여의료에 한하여 정부가 진료행위와 진료비의 적정성을 심사한다.

〈표 IV-4〉 급여 및 비급여 의료의 관리

구분	파악(정보의 비대칭 해소)		통제수단	
	가격	진료량	가격	진료량
급여	“요양급여비용 청구자료”로 파악		행위·약제·재료 가격 고시	급여기준
비급여	알수없음		시장(의료기관) 자율	

이와 같은 의료비 관리체계하에서 의료기관의 수입의 산출식은 다음과 같이 표현될 수 있다.

$$\text{수입} = (\text{급여의료 양} \times \text{급여 진료비}) + (\text{비급여의료 양} \times \text{비급여 진료비})$$

급여의료는 정부가 양(진료행위)과 가격(진료비)의 적정성을 모두 심사하는 반면 비급여의료는 의료서비스의 제공과 가격이 모두 시장(의료기관)이 자율적으로 결정한다. 특히 급여의료의 가격은 이미 고시가격에 의해 변화될 수 없는 반면 양은 가격에 비해 상대적으로 의료기관의 자율성이 반영될 수 있는 체계이다. 이러한 구조하에서 의료기관은 가능한 급여의료의 양을 증가시킬 유인이 존재한다.

무엇보다 비급여의 경우 양과 가격 모두 의료기관이 자율적으로 결정하는 구조로 얼마나 많은 서비스를 제공하든, 얼마의 진료비를 부과하든 정부가 관여하지 않기 때문에 의료기관 입장에서는 가능한 한 비급여의료의 서비스를 유도하고 높은 가격을 책정할수록 수입이 증가하는 구조이다. 사후적(Retrospective) 진료지불제도인 행위별수가제하에서는 의료서비스를 제공하는 만큼 의료기관의 수입이 증가하는 구조이기 때문에 의료서비스의 양과 가격이 시장에서 자율적으로 결정되도록 두어서는 안되는 것이 기본 원리이다. 즉 행위별수가제는 진료의 다양성과 의사의 전문성을 인정한다는 장점이 있으나 과잉진료와 의료비 급증을 야기하는 단점이 있기 때문에 행위별수가제하에서는 정부가 가능한 모든 의료행위와 진료비를 심사하는 구조가 ‘패키지(Package)’처럼 병행되어야 한다.

문제는 우리나라의 경우 수많은 의료행위 중 상당수가 비급여에 포함되어 있고, 광범위한 비급여 영역을 정부가 전혀 관여하지 않는다는 것에 있다. 그러므로 그동안 정부의 의료비 관리 실패의 원인이 결국 비급여의료의 관리체계에 있다고 볼 수 있다. 쉽게 말해 정부가 보험료를 인상하여 국민들에게 더 큰 부담을 부여하더라도 비급여의료비가 국민건강보험의 급여비보다 더 빠르게 증가한다면 국민건강보험의 보장률은 확대될 수 없다.

앞에서 살펴보았듯이 정부는 국민건강보험의 목표 보장률을 80%로 설정하고 목표 달성을 위해 과거 10여 년 동안 천문학적인 재정을 투입하였다. 그러한 천문학적인 재정은 주로 보험료로 충당되었으며, 비록 보험료 수입이 소요재원의 전부는 아니지만 재정 충당 방법만 다를 뿐 결국 직간접적으로 국민들의 부담일 수밖에 없다.

국민의 고통이 수반되었더라도 목적을 달성했다면 문제가 없겠지만 과거 10년 동안 보장률은 전혀 개선되지 않았으며 그 이유는 간단하다. 비급여 의료비가 빠르게 증가함에 따라 재원 투입보다 의료비가 더 빠르게 증가했기 때문이다. 아래 보장률을 산출하는 수식을 통해서 쉽게 알 수 있듯이 재정을 투입해 국민건강보험 급여비를 증가시켜도 분모에 해당하는 급여진료비와 비급여진료비가 더 빠르게 증가하면 보장률은 감소한다.

$$\begin{aligned}\text{보장률} &= \frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{국민건강보험 급여비} + \text{법정본인부담} + \text{비급여본인부담}} \\ &= \frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{급여 진료비} + \text{비급여 진료비}}\end{aligned}$$

문제는 급여진료비는 건강보험심사평가원이 의료공급자의 진료행위 적정성과 진료비 적정성을 심사하기 때문에 진료비가 증가하는 것은 그만한 합리적 이유가 있다는 것이다. 하지만 비급여 진료비에 대해서는 건강보험심사평가원이 진료행위 적정성과 진료비 적정성 등을 심사하지 않고 의료기관에 위임하고 있기 때문에 비급여가 빠르게 증가할 수밖에 없는 구조일뿐더러 합리적인 증가인지에 대한 판단이 불명확하다.

이러한 문제 인식에 대해서는 정부 역시 충분히 인지하고 있다. 국민건강보험공단은 2012년 국민건강보험의 보장률이 높지 않은 원인을 비급여가 너무 빠르게 증가했기 때문이라고 분석하고 있으며, 이러한 내용은 제3차 보장성 강화계획(보건복지부 2015a)에도 다음과 같이 언급하고 있다: “건강보험 보장률이 향상되지 못하고 있는 주요 요인은 보장성 강화정책의 속도보다 비급여 진료영역이 더 빠르게 확대되기 때문”

보건복지부(2015a)에 따르면 2006~2010년간 법정본인부담 증가액은 1.4배인 반면 비급여본인부담액 증가액은 1.8배로 비급여 부담 증가 정도가 1.3배 더 높다. 또한 더 최근의 자료에서도 과거 5년 동안 비급여진료비(비급여본인부담액)는 약 2배 정도 증가했다.

〈표 IV-5〉 5년간(2009~2014년) 보장률 및 비급여 진료비 추이

(단위: 억 원, %)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
건강보험 보장률	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2
법정본인부담률	21.3	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7
비급여율	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1
비급여 진료비	62,425	81,810	95,024	99,364	111,717	112,253

자료: 국민건강보험(2016a)

3. 비급여의료 관리 실태

현재 정부가 비급여를 관리하는 대표적 방안은 ‘비급여 진료비용 고지제도’이다. 비급여 진료비용 고지제도는 2010년 1월 29일부터 「의료법」 제45조와 시행규칙 제42조의2의 규정에 따라 비급여 항목의 가격을 「비급여 진료비용 고지지침」에서 정한 서식에 따라 병원의 인터넷 홈페이지에 게시하는 등의 방법으로 소비자(환자 또는 환자보호자)에게 알리는 것이다(감사원 2015).

〈표 IV-6〉 비급여 진료비용 고지제도

의료법
제45조(비급여 진료비용 등의 고지) ① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용(이하 “비급여 진료비용”이라 한다)을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다. ② 의료기관 개설자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명수수료의 비용을 게시하여야 한다. ③ 의료기관 개설자는 제1항 및 제2항에서 고지·게시한 금액을 초과하여 징수할 수 없다.
제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) ① 보건복지부장관은 모든 의료기관에 대하여 비급여 진료비용 및 제45조제2항에 따른 제증명수수료(이하 이 조에서 “비급여진료비용등”이라 한다)의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석하여 그 결과를 공개할 수 있다. 다만, 병원급 의료기관에 대하여는 그 결과를 공개하여야 한다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 비급여진료비용등의 현황에 대한 조사·분석을 위하여 의료기관의 장에게 관련 자료의 제출을 명할 수 있다. 이 경우 해당 의료기관의 장은 특별한 사유가 없으면 그 명령에 따라야 한다. ③ 제1항에 따른 현황조사·분석 및 결과 공개의 범위·방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
의료법 시행규칙
제42조의2(비급여 진료비용 등의 고지) ① 법 제45조제1항에 따라 의료기관 개설자는 비급여 대상의 항목과 그 가격을 적은 책자 등을 접수창구 등 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 갖추어 두어야 한다. 이 경우 비급여 대상의 항목을 묶어 1회 비용으로 정하여 총액을 표기할 수 있다. ② 법 제45조제2항에 따라 의료기관 개설자는 진료기록부 사본·진단서 등 제증명수수료의 비용을 접수창구 등 환자 및 환자의 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 게시하여야 한다. ③ 인터넷 홈페이지를 운영하는 의료기관은 제1항 및 제2항의 사항을 제1항 및 제2항의 방법 외에 이용자가 알아보기 쉽도록 인터넷 홈페이지에 따로 표시하여야 한다. ④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 비급여 진료비용 등의 고지방법의 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

정부 역시 비급여의료이 국내 보건의료체계에 초래하는 부작용을 인지하고 비급여의료를 관리하기 위해 ‘비급여 진료비용 고지제도’를 마련한 것이다. ‘비급여 진료비용 고지제도’를 도입한 후에도 의료비가 효율적으로 관리되지 않자 동 제도를 지속적으로 개정해 왔다.

하지만 ‘비급여 진료비용 고지제도’는 아무리 개선을 하더라도 비급여 문제를 개선하기에는 태생적 한계를 지닌다. ‘비급여 진료비용 고지제도’는 의료기관별로 비급여의료의 진료비를 공시하도록 하고 소비자가 진료비를 비교하는 방법으로 의료기관 간 경쟁을 통해 비급여 진료비를 낮추려는 정부의 의도이다. 즉 ‘비급여 진료비용 고지제도’는 비급여에 대한 의사결정 책임을 주로 전문성이 취약한 소비자에게 부여하고 있다.

정부가 비급여를 관리하는 방안은 ‘비급여 진료비용 고지제도’ 이외에도 ‘요양급여 대상 해당여부 확인제도(이하 ‘진료비 확인제도’)'가 있다. 진료비 확인제도는 「국민건강보험법」 제48조에 따라 건강보험 가입자나 피부양자가 의료기관에서 진료를 받은 후 진료비용이 급여의 대상에 제외되는 비용인지 여부에 대하여 건강보험심사평가원에 확인을 요청하는 제도이다. 만약 환자가 과도한 진료비를 지불한 것으로 확인된다면 건강보험심사평가원이 해당 요양기관으로 하여금 환불하도록 하는 제도이다. 하지만 진료비 확인제도는 환자나 보호자가 확인을 요청할 경우에만 심사가 이루어지기 때문에 정부의 비급여 관리제도라 보기 어려울 정도이다.

〈표 IV-7〉 진료비 확인 제도

국민건강보험법
제48조(요양급여 대상 여부의 확인 등)
① 가입자나 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다. <개정 2016.2.3.>
② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 요청한 사람에게 알려야 한다. 이 경우 확인을 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당되는 비용으로 확인되면 그 내용을 공단 및 관련 요양기관에 알려야 한다.
③ 제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액(이하 “과다본인부담금”이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다. 다만, 공단은 해당 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니하면 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인을 요청한 사람에게 지급할 수 있다.

미흡한 비급여 관리체계하에 나타날 수 있는 가장 큰 부작용은 동일한 의료행위이라도 의료기관에 따라 진료비가 상이하다는 것이다. 급여의료의 경우에는 재료비, 그리고 인건비 등 의료행위별 원가계산에 필요한 기초자료를 토대로 정부가 심사하는 반면 비급여의료는 기초자료가 부재하기 때문에 불합리한 진료비를 부과하더라도 환자 입장에서는 선택의 여지가 없는 상황이다. 2011년 한국소비자원의 실태조사 결과 의료기관별 비급여의료의 진료비 차이가 평균 3.8배에 이르며, ‘갑상선 초음파검사’는 5.9배에 달한다.

〈표 IV-8〉 의료기관별 비급여 항목 진료비용 차이

(단위: 원)

구분	최저 가격(A)	최고 가격(B)	가격차(B/A)
수면내시경 관리행위	35,000	196,100	5.6
갑상선 초음파검사	30,000	177,000	5.9
유방 초음파검사	70,000	275,000	3.9
MRI(뇌)	410,000	1,386,000	3.4
MRI(척추)	410,000	700,000	1.7
PET-CT(뇌)	370,000	940,000	2.5

자료: 한국소비자원(2011. 7)

2016년 감사원이 비급여를 조사한 결과 총 16,680개 항목 중 명칭이나 코드가 표준화되어 있어 서로 가격비교가 가능한 것이 1,611개 항목에 불과였고, 나머지 15,069개 항목(90.3%)은 명칭이나 코드를 병원마다 제각각 사용하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 상황에서 비급여고지제도를 통해 환자가 비급여 가격을 비교하는 것 자체가 불가능한 상황이다.

뿐만 아니라 비급여 진료항목 955개(25,084건)의 병원별 진료비 차이가 7.5배에 달하는 것으로 나타났다. 물론 2011년 한국소비자원이 비교했던 비급여 항목과는 차이가 있으나 전반적으로 병원별 비급여 진료비가 확대되었거나 줄어들지 않았음을 알 수 있다. 심지어 균열된 요추 추간판에 고온의 열을 가하여 만성요통을 완화하는 ‘추간판 내 고주파 열 치료술’의 경우에는 병원별로 최소 20만 원에서 최대 350만 원으로 가격차이가 17.5배에 달하고 있으며, 의료진 수준을 감안하더라도 17.5배에

달하는 가격편차를 설명하기 어려운 것이 사실이다(감사원 2015).

동일한 질병 치료를 위해 환자에게 급여의료를 중심으로 치료하는 것과 비급여의료를 중심으로 치료하는 방법 간 의료기관의 수입은 상당한 차이를 보이는 구조가 고착화되어 있다. 예를 들어, 종합병원은 동일한 무릎관절증을 앓고 있는 A환자(51세 남성)의 치료로 11일간 입원료 등 급여 진료비 2,944,980원과 비급여 진료비용 5,011,690원 등 총 7,956,670원의 수익이 발생하였다. 반면 의원급 의료기관은 동일 질병을 가진 B환자(59세 남성)의 치료를 위해 16일간 입원료 등 급여 진료비 1,388,870원과 비급여 진료비용 14,870,490원 등 총 16,259,360원의 진료수익이 발생하였다.

〈표 IV-9〉 무릎관절증 치료를 위한 의료기관 간 진료비용 차이

(단위: 원)

구분		종합병원	의원	차액
급여	총진료비용	7,956,670	16,259,360	8,302,690
	소계	2,944,980	1,388,870	-1,556,110
	입원료(입원일수)	232,880(11일)	383,840(16일)	150,960
	처치료 등	2,712,100	1,005,030	-1,707,070
비급여	소계	5,011,690	14,870,490	9,858,800
	카티스스템주	4,950,000	14,366,000	9,416,000
	PCA(통증자가조절법)	61,690	120,437	58,747
	자기골연이식술 등	-	384,053	384,053

자료: 감사원(2015)

4. 소득계층별 의료접근성

국민건강보험 보장률의 경우 전반적으로 낮지만 소득계층별로 평가할 때 저소득층의 보장률이 높다. 보건복지부(2015a)는 보고서에서 “소득이 낮은 1분위(지역)의 보장률은 68.2%로 가장 높고, 10분위의 보장률이 51.8%(지역)~52.5%(직장)로 가장 낮게 나타남. 고소득층에 비해 저소득층의 보장 수준이 더 높아 저소득층에 대한

의료보장 기능은 충실한 것으로 평가 가능”하다고 결론내리고 있다.

하지만 비급여의료가 관리되지 않는 상황에서 정부의 주장은 설득력이 높지 않다. 우리나라 비급여 문제가 비단 의료비의 급증, 국민건강보험의 보장성 약화 등에 국한되지 않고 소득계층별로 의료접근성이 상이한 형평성 문제를 야기할 수도 있다. 즉 비급여는 급여의료와 달리 전액을 환자 본인이 부담해야 하므로 소득이 낮은 계층은 비급여의료에 대한 접근성이 취약해 질 수 있다.

이러한 가능성을 분석하기 위해 한국의료패널(Korean Health Panel)의 2013년도 자료를 활용해 소득계층별 비급여 접근성을 분석하였다. <표 IV-10>은 실증분석에 활용된 변수의 명과 정의를 보여준다.

〈표 IV-10〉 변수 명 및 정의

변수	정의
비급여의료비	연간 비급여의료비(만 원)
총의료비	연간 총의료비(만 원)
가구소득	연간 가구소득(만 원)의 로그값
여성	여성이면 1, 남성이면 0
남성	남성이면 1, 여성이면 0
연령	연령(세)
미혼	결혼한 적 없으면 1, 아니면 0
배우자	결혼하여 배우자 있으면 1, 없으면 0
기혼	결혼 후 이혼·사별 등으로 배우자 없으면 1, 아니면 0
고졸 미만	고등학교를 졸업하지 않았으면 1, 아니면 0
고졸	고등학교를 졸업하였으면 1, 아니면 0
대졸	전문대 이상이면 1, 아니면 0
근로	근로활동을 하고 있으면 1, 아니면 0
무직	근로활동을 하지 않으면 1, 아니면 0
건강상태	건강상태가 매우 좋지 않으면 1, 좋지 않으면 2, 보통이면 3, 좋으면 4, 매우 좋으면 5

<표 IV-11>은 실증분석에 활용된 자료의 기술통계를 보여주는데, 기술통계는 전체 샘플과 함께 샘플을 소득계층별로 구분한 뒤 각 샘플별로 산출하였다. 소득계층별

샘플은 평균 가구소득(4,364만 원)을 기준으로 구분하였다. 실증분석에 활용된 총 샘플은 14,628개며, 평균 가구소득 이상 샘플은 8,606개, 미만 샘플은 6,020개이다.

〈표 IV-11〉 기술통계(Descriptive Statistics)

변수	총샘플		평균 가구소득 이상		평균 가구소득 미만	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
비급여의료비	7.69	39.86	7.90	38.93	7.39	41.15
총의료비	29.03	120.69	34.07	135.88	21.83	94.40
가구소득	8.1	0.83	7.61	0.7	8.81	0.33
여성	0.55	0.5	0.56	0.5	0.53	0.5
남성	0.45	0.5	0.44	0.5	0.47	0.5
연령	49.25	16.87	53.78	17.21	42.77	14.03
미혼	0.16	0.37	0.13	0.34	0.2	0.4
배우자	0.71	0.45	0.68	0.47	0.76	0.43
기혼	0.13	0.33	0.19	0.39	0.04	0.2
고졸 미만	0.33	0.47	0.46	0.5	0.14	0.34
고졸	0.34	0.47	0.32	0.47	0.36	0.48
대졸	0.34	0.47	0.22	0.41	0.5	0.5
근로	0.39	0.49	0.32	0.46	0.5	0.5
무직	0.61	0.49	0.68	0.46	0.5	0.5
건강상태	3.34	0.82	3.21	0.85	3.52	0.75
샘플 수	14,628		8,608		6,020	

〈표 IV-12〉는 분석결과를 보여준다. 소득수준이 높을수록 의료비 지출(의료소비)이 증가하는 것은 이미 많은 선행연구에서 증명되었다(Baltagi and Moscone 2010). 이에 본 연구에서는 전체 의료비 중 비급여의료비가 차지하는 비중을 종속변수로 설정하였다. 분석 결과, 가구소득이 증가함에 따라 전체 의료비에서 비급여가 차지하는 비중이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 반대로 해석하자면 소득이 낮을수록 비급여 보다는 급여의료 중심으로 의료소비와 공급이 이루어짐을 알 수 있다.

〈표 IV-12〉 분석 결과: 소득계층별 비급여 비중

구분	추정계수 (Coef.)	표준오차 (Std. Err.)	P값 (P>t)
가구소득	0.428	0.094***	0.000
남성	-0.779	0.140***	0.000
연령	-0.024	0.006***	0.000
배우자	1.541	0.230***	0.000
기혼	1.122	0.322***	0.000
고졸	0.013	0.194	0.947
대졸	-0.093	0.217	0.670
근로	-0.271	0.142*	0.057
건강상태	-0.239	0.084**	0.004
_cons	0.928	0.877	0.290

주: 1) *, **, ***는 각각 신뢰수준 90%, 95%, 99%에서 유의함을 의미함

2) Prob>F = 0.000

3) 분석모형으로 OLS를 활용하였으며, 다른 모형(GLM의 Lognormal 등)을 활용해도 분석결과는 동일함

일반적으로 급여의료는 자비부담이 높지 않은 반면 MRI 및 초음파 같은 비급여는 자비부담이 높다. 그러므로 저소득층은 비급여의료에 대한 접근성이 고소득층에 비해 취약하다. 결과적으로 저소득층은 비급여医료를 소비하지 못하는 문제가 발생하며, 비급여医료를 수요하지 않으면 보장률의 산식에서 분모가 작아져 당연히 높게 산출된다. 즉, 비급여가 존재할 경우, 비급여의 범위가 광범위할수록, 그리고 중요한 의료행위가 비급여에 포함될 경우 소득계층별 의료접근성 및 건강권 차원에서 형평성 문제가 야기된다.

비급여로 인한 의료 접근성 문제는 다양한 사례에서 증명되기도 한다. 예를 들어, 경제적 부담 때문에 치료를 포기하는 환자가 발생하며 재난적 의료비로 인해 가계파탄이 야기되기도 한다. 재난적 의료비는 의료비가 가처분소득의 40% 이상으로 간주되는데 2011년의 경우 재난적 의료비 발생 가구는 73만 가구에 달하며 저소득계층(58.7%)뿐만 아니라 중간계층(10.5%)에서도 상당수 발생하고 있다(보건복지부 2015a).

만약 비급여医료가 단순히 성형 및 피부 개선과 같은 순수한 선택의료만으로 구성되어 있다면 위와 같은 실증분석 결과가 큰 문제는 아니겠지만 우리나라의 경우 필

수 및 준필수 의료들이 비급여영역에 포함되어 있다.

이렇게 비급여 영역이 광범위한데 비급여의료의 진료적정성과 진료비적정성 여부를 정부가 관여하지 않을 경우 저소득층은 높은 의료비 때문에 의료접근성이 취약해질 수밖에 없다. 결국 현재 우리나라의 의료비 관리체계, 특히 비급여관리체계의 부재로 인해 의료비가 빠르게 증가할 뿐만 아니라 소득계층별로 의료접근성에 문제가 발생할 수 있음을 시사한다.

5. 질병 및 소득별 형평성과 비급여

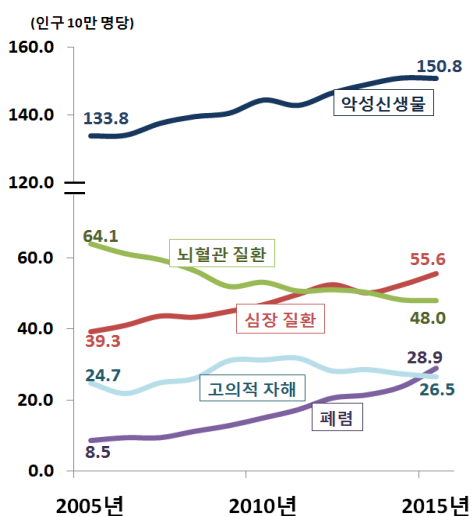
정부가 추진해 온 그리고 추진하고 있는 1~3차 건강보험 보장성 강화 방안의 공통점은 “4대 중증질환” 중심의 보장성 강화에 치중되어 있다. 4대 중증질환은 악성신생물(이하 ‘암’), 심장질환, 뇌혈관질환, 그리고 희귀난치성 질환을 의미한다. 암, 심장질환, 뇌혈관질환은 각각 국내 사망원인 1, 2, 3위를 차지하고 있으며, 발병 시 고액의 의료비가 소요되는 질환이다.

〈표 IV-13〉 10대 사망원인(2015년)

순위	사망원인	사망률
1	악성신생물(암)	150.8
2	심장 질환	55.6
3	뇌혈관 질환	48.0
4	폐렴	28.9
5	자살	26.5
6	당뇨병	20.7
7	만성 하기도 질환	14.8
8	간 질환	13.4
9	운수사고	10.9
10	고혈압성 질환	9.9

자료: 통계청(2016b)

〈그림 IV-2〉 5대 사망률 추이



실제로 4대 중증질환에 대한 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 2012년에는 4조 3천억 원이, 2014년 예산안에는 5조 3천억 원이 책정되었을 정도로(국회예산정책처 2013) 특정 질병에 상당한 재원이 집중된 것이 사실이다. 하지만 동기간 4대 중증질환의 보장률은 크게 개선되지 않았다. 비록 2015년에는 4대 중증질환에 대한 국민건강보험의 보장률이 다소 증가했다고는 하지만 그동안 지속적으로 투입한 천문학적인 재정에 비하면 비용 대비 편익이 높지 않다.

〈표 IV-14〉 4대 중증질환 보장률 추이

(단위: %)

구분	2012년	2013년	2014년	2015년
건강보험 보장률	77.7	77.5	77.7	79.9
법정본인부담률	6.7	7.2	7.6	8.6
비급여부담률	15.6	15.3	14.7	11.5

자료: 국민건강보험(각 연도)

과거 10여 년 동안 건강보험 보장성 강화가 유독 4대 중증질환의 보장성 강화에 치중했고 천문학적인 재정을 투입했음에도 불구하고 보장성이 크게 강화되지 못한 이유 역시 비급여에 있다. 정부는 질병별로 보장성 강화를 차등하여 추진하는 산정특례제를 운영해 왔다. 즉 산정특례제는 소득수준과 무관하게 특정 질병에 대해 국민건강보험의 급여율을 인상해주는 제도인데, 그동안 4대 급여율을 지속적으로 상향조정해왔고 현재 4대 중증질환에 한해서 급여율 5~10%를 적용하고 있다.

$$\text{급여율} = \frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{국민건강보험 급여비} + \text{법정본인부담}} = \frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{급여 진료비}}$$

즉 4대 중증질환 환자의 급여의료비 중 정부가 90~95%를 부담하고, 나머지 5~10%를 환자가 부담하게 된다. 문제는 산정특례제가 급여의료에만 적용되기 때문에 급여율을 인상하고 더 많은 재정을 투입하더라도 의료기관이 더 많은 비급여의료를 제공하고 진료비를 인상하면 환자의 부담은 오히려 증가할 수 있는 구조가 발생한다(김대환 2015). 그러므로 산정특례제를 활용해 심지어 급여율을 100%로 상향하더라도 비급여의료가 존재하는 한 중증질환의 의료비 부담이 개선되지 않을 가능

성마저 존재한다.

산정특례제의 또 다른 한계는 4대 중증질환에만 국한되어 있다는 점이다. 수많은 질병 중 4대 중증질환에 대해서만 보장성을 강화함에 따라 다른 중증질환 환자들은 공적건강보험의 혜택으로부터 소외되는 부작용이 발생한다(김대환 2015). 또한 의료비 차원뿐만 아니라 장기간 치료가 소요되어 4대 중증질환보다 더 많은 소득상실 리스크를 유발하는 질병들도 존재한다(김대환 · 강성호 2015).

산정특례제 이외에도 본인부담상한제¹³⁾를 통해 정부는 소득계층별로 국민건강보험의 보장성을 차등하려는 제도를 운영해왔다. 소득이 낮은 계층의 보장성을 강화하기 위해 그동안 본인부담상한제의 개선이 꾸준히 이루어져 온 것도 사실이다. 특히 2014년부터는 소득구간별로 본인부담상한액을 세분화하고 이후에는 매년 조정하는 본인부담상한제를 운영하고 있다. 즉 2016년을 기준으로 소득수준이 가장 낮은 1분위 계층의 경우 급여의료 중 본인이 부담하는 의료비(법정본인부담의료비)가 121만 원을 초과하면 국민건강보험이 나머지 법정본인부담의료비를 보장해준다.

〈표 IV-15〉 본인부담상한액 추이

(단위: 만 원)

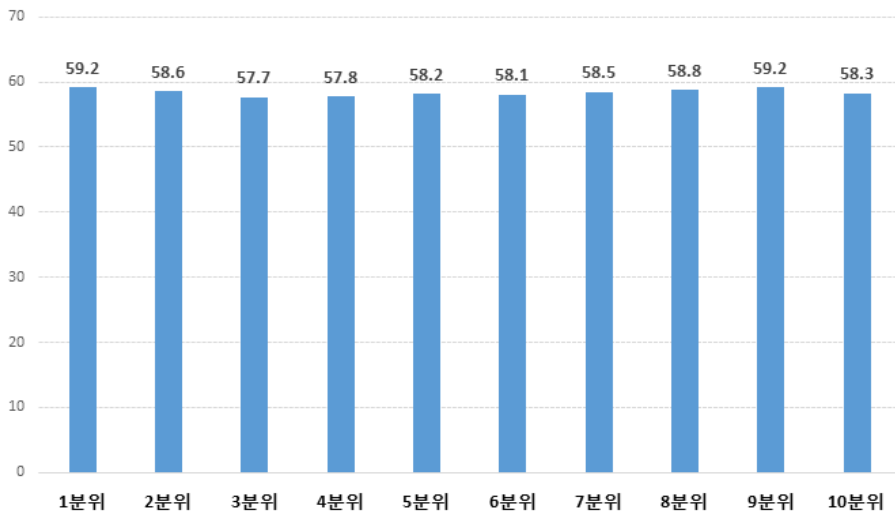
소득구간	본인부담상한액			
	2013년	2014년	2015년	2016년
1분위	200	120	121	121
2분위		150	151	152
3분위				
4분위		200	202	203
5분위				
6분위	300	250	253	254
7분위		300	303	305
8분위				
9분위	400	400	405	407
10분위		500	506	509

13) 국민건강보험법 시행령 제19조제2항에 근거하여 시행함

소득구간별로 본인부담상한액을 세분화하는 본인부담상한제를 운영하고 있으나 소득구간별 국민건강보험의 보장률은 대동소이하다. 심지어 소득수준이 높은 계층의 국민건강보험의 보장률이 오히려 높은 상황까지 발생하고 있다.

〈그림 IV-3〉 소득계층별 국민건강보험 보장률

(단위: %)



자료: 건강보험정책연구원(2016)

고소득층보다는 저소득층에 대한 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 도입된 본인부담상한제가 제 역할을 하지 못하는 궁극적인 이유 역시 비급여의료에 있다. 본인부담상한제는 급여의료 중 본인이 부담하는 의료비의 상한액만 정해놓고 있을 뿐 비급여의료에서 환자가 아무리 많은 의료비를 부담하더라도 국민건강보험은 관여하지 않는다. 그러므로 저소득층이 부담하는 급여의료비 중 상당부분을 국민건강보험이 부담해주더라도 비급여의료의 부담이 증가하면 보장률은 개선되지 않는다. 결국 비급여는 저소득층을 더 보살펴야 한다는 사회보험으로의 태생적 목적을 위협하고 있다.

6. 의료전달 체계

우리나라의 경우 환자가 대형병원을 선호하는 현상으로 인해 상위 5대 병원(서울대학교병원, 세브란스병원, 서울성모병원, 서울아산병원, 삼성서울병원)으로의 환자 쏠림 현상이 지속되고 있다(건강보험심사평가원 2016). 환자쏠림 현상은 비단 상위 5대 병원을 넘어 전체 상급종합병원 차원에서도 마찬가지라는 지적은 오래 전부터 지속되어왔다(건강보험심사평가원 2011). 즉, 근처 의료기관에서 단순한 외래진료를 받아도 되는 환자들조차 대형병원으로 집중되는 비효율적인 의료전달체계가 고착되어 있다.

〈표 IV-16〉 상위 5대 병원 진료비 및 점유율 추이

(단위: 억 원, %)

구분	2012	2013	2014	2015
상급종합병원	76,225	80,642	85,649	91,596
상위 5대 병원	26,078	27,623	29,798	30,317
점유율	34	34	35	33

자료: 건강보험심사평가원(2016)

환자들이 수도권 중심의 대형병원으로 쏠리기 때문에 지역별 활동의사 수도 서울(32.8%)과 경기도(17.5%)에 절반 이상이 집중되어 있다(대한의사협회 2015). 의료법은 의료기관을 크게 의원급 의료기관, 병원급 의료기관, 그리고 상급종합병원으로 구분하고, 의원급은 외래환자를, 병원급은 입원환자를, 그리고 상급종합병원은 중증 질환을 대상으로 의료행위를 하도록 규정하고 있다. 하지만 동네의원부터 상급종합병원까지 동일한 환자를 대상으로 경쟁적으로 유치하고 있는 것이 우리나라 의료전달체계의 현실이다. 이렇다보니 대도시 대형병원으로 의료자원과 환자가 쏠리는 현상이 지속되고 있는 것이다(보건복지부 2011).

의료기관별 진료비 추이를 보더라도 전체 요양기관의 0.05%를 차지하고 있는 상급종합병원의 진료비 점유율은 지속 증가하고 있는 반면 의원의 점유율은 감소하고 있으며, 특히 5대 상급종합병원(빅 5)의 진료비는 최근 5년간 100% 이상 증가하였다(국민건강보험공단 2014).

〈표 IV-17〉 의료기관별 진료비

구분		진료비(억 원)					기관당 진료비(백만 원)		
		2006	점유율 (%)	2013	점유율 (%)	증감률 (%)	2006	2013	증감률 (%)
총계		284,103	100.0	509,541	100.0	79.4	378	600	58.6
병원급	소계	105,699	37.2	241,735	47.4	128.7	115,195	223,488	94.0
	상급종합	41,318	14.5	81,583	16.0	97.5	96,088	189,727	97.5
	- 빅 5	13,765	4.8	27,880	5.5	102.5	275,293	557,602	102.5
	- 빅 5 제외	27,553	9.7	57,703	10.5	109.4	72,508	141,323	94.9
	종합병원	40,716	14.3	77,834	15.3	91.2	16,093	27,699	72.1
	병원	23,665	8.3	82,318	16.2	247.8	3,014	6,062	101.1
	병원	20,478	7.2	50,569	9.9	146.9	2,131	3,485	63.5
	요양병원	3,187	1.1	31,749	6.2	896.2	883	2,577	191.9
의원		73,745	26.0	106,856	21.0	44.9	286	377	31.8
약국		80,359	28.3	118,744	23.3	47.8	389	568	45.8
기타		24,300	8.5	42,206	8.3	73.7	90	129	43.4

자료: 국민건강보험(2014)

세계에서 가장 빠른 인구고령화를 경험하고 있는 우리나라의 경우 노인인구의 빠른 증가와 함께 전체 의료비도 빠르게 증가하고 있다. 2015년을 기준으로 국민건강보험 가입자 기준으로 65세 이상 인구의 비중은 12.3%인 반면 이들이 전체 진료비에서 차지하는 비중은 38.4%에 달한다.

〈표 IV-18〉 노인의료비 추이

(단위: %, 천 원)

구분	65 세 이상 비율	65세 이상 진료비 비중	1인당 진료비	
			65세 이상	전체
2008	9.6	30.8	2,334	726
2009	9.9	31.6	2,574	813
2010	10.2	32.4	2,839	895
2011	10.5	33.3	2,968	941
2012	11.0	34.4	3,076	967
2013	11.5	35.5	3,219	1,022
2014	11.9	36.7	3,394	1,085
2015	12.3	38.4	3,620	1,130

주: 65세 이상 진료비 비중은 전체 진료비를 65세 이상 인구의 진료비로 나누어 저자가 산출함
 자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2015)

노인의 비중이 증가하면서 노인의료비도 빠르게 증가하고 있지만, 노인 1인당 의료비 규모 역시 빠르게 증가하고 있는 것도 전체 의료비 증가의 원인이다. 노인 1인당 의료비 지출 비중이 높은 이유는 여러 가지가 있겠지만 첫째, 노인의 경우 동일 질병을 위해 다수의 의료기관에 방문하는 경향이 강하다. 물론 이러한 문제는 우리나라 전반적인 의료전달체계의 문제이기도 하지만 특히 병원방문으로 인한 기회비용이 상대적으로 적은 노인에서 심한 편이다. 둘째, 노인의 경우 90% 정도가 만성질환을 보유하고 있으며, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자의 비중도 69.7%에 달한다(오영희 2015). 조사에 참여한 65세 이상 인구 중 78.2%가 지난 1달 동안 의료기관에 방문하였으며, 평균 방문횟수는 2.4회, 4회 이상 방문한 경우도 21.0%에 달한다. 심지어 10.7%는 1달 동안 6회 이상 의료기관에 방문한 것으로 나타났다(오영희 2015). 분명 우리나라 의료전달체계에 문제가 있는 것으로, 일명 ‘의료쇼핑’과 같은 비효율적인 의료비 지출이 발생하고 있는 이유이기도 하다.

동일 질환으로 여러 의료기관에 방문하는 것도 문제지만, 다른 의료기관에 방문 시 이전 의료기관에서 실시한 동일 검사 등을 반복하는 것도 비효율적인 의료비 지출을 야기한다.

〈표 IV-19〉 노인 연령별 만성질환 수

(단위: 개)

구분	만성질환 수(의사진단)				
	없음	1개	2개	3개 이상	평균
65~69세	16	23.1	22.7	38.2	2.2
70~74세	10.1	27.9	24.1	47.8	2.7
75~79세	7.5	16.8	22.5	53.2	2.8
80~84세	5.8	17.6	24.3	52.2	2.9
85세 이상	8.9	20	25.9	45.2	2.5
65세 이상	10.8	19.5	23.5	46.2	2.6

자료: 오영희(2015)

만성질환은 일반적으로 건강하지 못한 생활을 장기간 유지할 경우 발생하는 질병으로 흡연 및 비만은 대표적인 만성질환의 원인으로 알려져 있다. 우리나라의 경우 남성의 흡연율과 비만율은 40% 내외로(국민건강보험 2016b) OECD 국가 중 최고 수준이다. 암의 경우 우리나라 사망률 1위인데, 남성의 2015년 암 사망률은 187.3명(인구 10만 명당)으로 여성의 114.4에 비해 월등히 높다(통계청 2016b).

〈표 IV-20〉 흡연율 및 비만율 추이(2010~2015년)

구분	현재 흡연율(%)					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	25.4	25.6	24.7	24.9	23.6	21.9
남성	43.2	43.4	42.2	42.4	40.6	37.9
여성	3.2	3.5	3.3	3.5	3.2	3.2
구분	비만율(%)					
전체	32.1	32.6	32.6	33.1	32.8	34.1
남성	37.2	37.8	38.1	38.7	38.4	40.3
여성	25.7	26.3	25.9	26.2	26.1	26.9

주: 1) 건강검진 수검자 중 흡연 관련 문진항목 응답자 기준

2) 현재 흡연율: 평생 담배 5갑(100개비) 이상을 피웠고, 현재까지 담배를 피우는 분을

3) 건강검진 수검자 중 체질량 측정 기준(일반검진, 생애검진 포함)

4) 비만율: 체질량지수(BMI, kg/m^2 로 계산)가 25 이상인 분을

자료: 국민건강보험(2016b)

이렇게 고령자의 만성질환이 만연하고 높은 흡연을 및 비만율과 같은 결과는 그동안 우리나라 보건의료체계가 사전적 예방이 아닌 사후적인 치료 중심으로 발전해 왔기 때문이다. 즉 질병이 발생한 후 진료비를 보장하는데 급급한 나머지 질병이 발생하지 않도록 예방하는 차원의 노력이 미흡했던 것이다(대한민국정부 2011).

7. 사기 및 범죄

보험사기 및 범죄로 인한 과도한 의료비 지출은 비효율성을 넘어 순수한 사회경제적 낭비로 간주될 수 있다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 의료시장에서는 사기, 범죄 등이 끊이지 않으며 사례는 수없이 많다.

최근 의료기관 개설 자격이 있는 자의 명의를 도용해 비의료인이 표면적으로 합법 의료기관을 개설하는 형태인 사무장병원의 문제가 지속되고 있다. 해마다 적발된 사무장병원 기관 수와 환수결정금액이 증가하고 있는 반면 징수율은 감소하고 있는 추세이다. 2014년을 기준으로 적발금액만 3,400억 원에 이르지만 징수율은 5.7%에 불과하다.

〈표 IV-21〉 사무장병원 환수 결정 및 징수 현황 추이(2015년 6월 30일 기준)

(단위: 요양기관(개수), 금액(백만 원))

연도	환수결정 현황		징수 현황		징수율	
	기관 수 (A)	금액 (C)	기관 수 (B)	금액 (D)	기관율 (B/A, %)	금액률 (C/D, %)
2009	6	347	6	339	100.0	97.7
2010	45	8,756	41	3,318	91.1	37.9
2011	147	57,600	134	12,275	91.2	21.3
2012	168	69,257	140	9,495	83.3	13.7
2013	152	119,279	130	12,969	85.5	10.9
2014	216	340,328	181	19,437	83.8	5.7
2015 상반기	102	216,402	68	9,066	66.7	4.2
계	836	811,790	700	66,902	83.7	8.2

주: 요양급여비용 지불 시 원천징수된 세액(소득세: 10%, 주민세: 소득세의 10%)을 징수액으로 간주한 징수 기관과 금액률을 산정함

자료: 강희정 외(2015)

비급여에 대한 관리체계가 부재한 상황에서 비급여 진료를 많이 제공하는 의료기
이 유리한 의료시장이 조성되어 있기 때문에(감사원 2015) 비급여 진료비를 악용하
는 사례가 빈번하게 발생하고 있다. 비급여 진료비를 부당하게 징수하거나 급여의료
로 진료 가능한데도 비급여를 제공하며, 심지어 국립대학병원에서도 동 문제가 만연
하게 발생하고 있다. 감사원(2015)의 조사 결과 2012년 한해만 3개의 국립대학병원
에서 부당청구한 건수만 40여 만 건에 달한다. 이러한 사실을 감안할 때 국내 전체
의료시장의 낭비적인 의료비 지출은 상당할 것으로 예측된다.

〈표 IV-22〉 주요 대학병원의 비급여 진료비 부당 징수 사례

(단위: 명, 건, 천 원)

병원명	부당 징수 유형	환자 수	건수	부당 징수금액
합계		130,643	393,261	2,318,836
서울대학교 병원	소계	17,345	35,114	756,092
	급여의료비를 비급여로 징수	8,932	16,045	371,284
	별도산정 불가 진료비 징수	2,489	2,550	36,828
	선택진료비 과다 징수	5,924	16,519	347,980
부산대학교 병원	소계	89,408	314,168	1,254,215
	급여의료비를 비급여로 징수	82,588	295,034	1,108,538
	별도산정 불가 진료비 징수	2,620	3,650	26,351
	선택진료비 과다 징수	4,200	15,484	119,326
전남대학교 병원	소계	12,187	24,696	188,165
	급여의료비를 비급여로 징수	4,493	12,106	122,604
	별도산정 불가 진료비 징수	3,375	4,719	29,641
	선택진료비 과다 징수	4,319	7,871	35,920

자료: 감사원(2015)

금융감독원(2015)이 적발하여 발표한 보험사기 통계에 따르면 의료 관련 보험사
기가 최근 빠르게 증가하고 있다. 그 중에서도 일명 ‘나이롱 환자’로 알려진 허위 · 과
다입원 보험사기가 가장 빠르게 증가하고 있다.

〈표 IV-23〉 허위·과다입원 보험사기 적발 금액

(단위: 백만 원, %)

구분	'12년 상반기	'13년 상반기	'14년 상반기	증감률(%) ('12 ~ '14)
허위·과다입원	15,279	18,850	32,014	109.5
전체	223,697	257,926	286,854	28.2
구성비	6.8	7.3	11.2	64.7

자료: 금융감독원(2015)

물론 보험사기의 증가 원인에는 민영건강보험이 한 몫을 하고 있는 것이 사실이다. 하지만 의료시장의 특성상 의료공급자가 직간접적으로 개입되어야만 의료 관련 보험사기가 가능하다. 환자들을 대상으로 고액의 의료비를 받기 위해 의사가 오히려 환자가 가입한 민영보험을 이용할 수 있도록 허위의 입원확인서를 발급해 주는 등의 문제는 수없이 발생하고 있다(판례: 수원지방법원 성남지원 2011고정1).

제II장에서 OECD 국가들과 국내 의료시장을 비교한 결과, 우리나라 의료기관이 다른 OECD 국가들에 비해 의약품 처방을 많이 하는 것으로 나타났다. 결과적으로 OECD 국가들의 경우 전체 의료비에서 의약품 지출이 차지하는 비중이 16.6%인 반면 한국은 21.2%로 상당히 높다. 물론 의약품 지출 비중이 높은 이유는 고평가된 복제약 가격, 보험약가 결정방식, 유통 및 품질관리 등의 다양한 원인이 있겠지만(김대환·김혜란 2010), 리베이트도 의료비를 높이는 범죄 중 하나이다.

리베이트는 제약사가 의료기관에 의약품 처방이나 의료기기의 사용을 권유하고, 음성적 대가를 지불하는 행위로 볼 수 있다. 리베이트 비용은 약값 및 의료기기 가격에 반영되어 의료비의 증가를 초래하고 결국 국민건강보험의 재정악화와 보험료 인상을 초래하여 국민들의 소득이 제약회사와 의료기관에 재분배되는 구조를 양산한다. 공정거래위원회가 2007년 11월 국내 주요 10개 제약사를 실시한 결과, 제약사가 의료공급자(또는 약사)에게 지급하는 리베이트 규모가 전체 제약사 매출액의 20% (리베이트 규모 2조 원)에 달할 정도로 심각하다고 발표하였다(공정거래위원회 2007).

이후 많은 전문가의 지적에 따라 관련 처벌도 강화되어 왔다. 2009년 8월부터 리

베이트로 적발된 의약품의 보험약가 상한 금액을 인하하는 ‘리베이트 약가인하제도’를 운영했다. 또한 리베이트를 제공한 제약사만 처벌하는 대신 리베이트 수수자도 처벌하는 ‘리베이트 쌍벌제’가 2010년 11월에 도입되었다. 그리고 2014년 7월부터 리베이트와 관련된 약제는 1년의 범위에서 요양급여를 정지하고 또 다시 위반한 경우에는 요양급여에서 제외하는 ‘리베이트 투아웃제’를 도입하였다. 하지만 규제가 강화되었음에도 불구하고 리베이트 문제는 지속적으로 발생하고 있으며, 규제가 강화될수록 수법도 진화하면서 리베이트 문제가 단절되지 않고 있다.¹⁴⁾

이 밖에도 주사에 의한 합병증, 감염질환을 경험한 환자 수는 꾸준히 증가하고 있다(최지은 2017). 물론 의료인의 실수로 인한 문제가 대부분이겠지만 수익 극대화를 위해 주사제 재사용 등의 의도적인 범죄도 지속적으로 발생하고 있는 것이 사실이다. 이는 환자의 집단 감염을 통해 일시에 국민건강보험의 재정과 다수의 생명을 위협하는 행위이다.

8. 소결

우리나라 의료기관은 영세함에도 불구하고 상당한 자금이 소요되는 고가의 의료장비와 병상 수는 빠르게 증가시켜 왔다. 무리한 고가장비 및 병상 수의 구축은 결국 결국 의료체계의 비효율성을 초래하여 국가 재정의 부담으로 귀결될 것이라는 OECD(2015)의 지적처럼, 실제로 고가장비 관련한 의료비 지출도 빠르게 증가해 왔다. 또한 전반적으로 의료인력이 부족한 상황에서 전문과목 간 전공의 수급불균형 문제가 발생하고 있는데, 그 원인 중 하나로 전공별 소득수준이 지목되기도 한다.

이러한 문제들은 직간접적으로 비급여와 관련이 있는 것으로 판단된다. 행위별수가제도를 주요 진료비지불제로 활용하고 있는 상황에서 정부가 급여의료에 한해서만 양(진료행위)과 가격(진료비)의 적정성을 심사하다보니 의료기관은 가능한 한 비

14) 리베이트의 규모 등에 대한 최근 추이 통계는 존재하지 않지만 인터넷 검색, 보건복지부, 공정거래위원회 홈페이지 등을 통해 지속되는 리베이트 사례들을 쉽게 찾아볼 수 있음

급여의료의 서비스를 유도하고 높은 가격을 책정할수록 수입이 증가하는 구조가 고착되었다. 국민건강보험의 목표 보장률을 80%로 설정하고 과거 10년 동안 천문학적인 재정을 투입했음에도 불구하고 실제 보장률은 전혀 개선되지 못했던 이유 역시 비급여의료비가 빠르게 증가했기 때문이다.

우리나라 보건의료체계 문제의 핵심이라 할 수 있는 비급여医료를 관리하는 ‘비급여 진료비용 고지제도’의 유용성이 의심되는 상황에서 의료기관별 동일한 비급여 의료비는 천차만별이다. 뿐만 아니라 현재 비급여의료에는 치료에 필수적인 의료들까지 포함되어 있는 상황에서 소득이 낮은 계층은 필수의료에 대한 접근성도 취약하다. 무엇보다 국민건강보험의 핵심적인 제도인 ‘산정특례제’와 ‘본인부담상한제’ 역시 비급여의료 때문에 제기능을 발휘하지 못하고 있다. 즉 우리나라 보건의료체계가 직면하고 있는 수많은 문제들은 대부분 비급여의료와 주로 관련되어 있다고 볼 수 있다.

의료 전달 체계 측면에서는 병원들이 수도권 중심으로 위치해 있고, 환자들 역시 수도권 중심의 대형 병원을 선호하는 현상이 심화되고 있다. 문제는 단순히 동네 의원에서 상담 또는 치료할 수 있는 환자들까지 대형병원을 선호하고 있으며, 동일 질환으로 다수의 의료기관에 방문하고, 의료기관에 방문할 때는 동일한 검진을 통해 의료비 소진이 이루어지고 있다. 의료기관 간 역할분담의 문제와 함께 사후적 치료에만 집중한 나머지 고령자들은 대부분 복수의 만성질환을 보유하고 있으며 이들의 의료쇼핑 문제로 비효율적인 의료비 지출은 가속화되고 있다.

비효율적인 의료비 지출을 야기하는 것은 사기 및 범죄도 한몫을 하고 있다. 사무장병원, 비급여를 악용한 의료기관의 보험사기, 의약품 리베이트 등과 같은 고질적인 문제는 단절되지 않고 있다. 최근에는 수익 극대화를 위해 주사제의 반복 사용으로 환자의 집단 감염이 발생하여 국민건강보험의 재정과 국민의 생명을 위협하고 있다.

이렇게 국민건강보험의 재정악화를 초래하는 비효율적인 의료비 지출 문제를 개선하지 않을 경우 국민건강보험의 재정안정화 방안은 보험료 인상이라는 선택 말고는 대안이 없다. 인구가 고령화되어 가고 생산가능인구가 감소하는 상황에서 보험료 인상 전에 의료비 지출의 효율화가 선행되어야 할 것이다.

V. 의료비 지출의 효율성 제고 방안

1. 의료비 지출의 관리 필요성

위에서 의료비 증가가 지속될 경우 1인당 재정부담 역시 빠르게 증가함을 장기 추계를 통해 확인할 수 있었다. 특히 향후 생산가능인구 및 주요 근로층의 수가 빠르게 증가하면서 이들의 1인당 재정부담은 매우 가파르게 증가하는 것으로 나타났다. 국민의 재정(보험료)부담(t)을 최소화하면서 국민건강보험의 재정을 안정화시키기 위해서는 이론적으로 다양한 방법이 가능하다.

국민건강보험의 지출은 급여비(B)×환자 수(N_b)로, 수입은 보험료(t)×소득(W)×근로자 수(N_w)로 표현될 수 있다. 지출과 수입을 동일시하여 아래 수식을 도출할 수 있다.

$$B \times N_b = t \times W \times N_w$$

첫째, 국민건강보험의 재정안정화를 위해 급여비(B)를 감소시키는 방법이 있다. 하지만 급여비를 감소시킬 경우 의료비를 충당하기 위한 국민들의 자비부담이 증가하기 때문에 큰 틀에서는 아무런 의미가 없다. 즉, 보험료가 감소하는 대신 자비부담이 확대되는 구조로, 소득재분배 기능이 포함된 사회보험의 기능이 크게 약화된다. 무엇보다 우리나라 국민건강보험의 보장성은 이미 세계에서 가장 낮은 수준이므로 급여비 감축은 사회적으로 용납되기 어렵다.

둘째, 재정부담이 증가하더라도 생산성이 확대되어 소득(W)이 충분히 증가한다면 보험료(t)를 인상하지 않더라도 국민의 실질 부담이 감소하는 동시에 국민건강보험의 재정이 안정될 수 있다. 하지만 OECD(2012)는 경제전망 보고서를 잠재성장률

(Potential Economic Growth)¹⁵⁾이 지속적으로 감소될 것으로 예측하였는데, 그 원인 중 하나가 회원국들의 인구고령화다. 무엇보다 우리나라는 회원국 중 가장 빠른 인구고령화로 인해 잠재경제성장률이 OECD 국가 중에서 가장 빠르게 감소하고, 그 결과 2031년 이후 회원국 34개국 중 최저 수준인 연간 1%로 전망되고 있다. 한국은행(2017) 및 한국개발연구원(2015)이 전망한 우리나라 잠재성장률 역시 크게 다르지 않다.

셋째, 지출이 빠르게 증가하더라도 실질적으로 보험료 및 세금 등을 부담할 수 있는 노동층의 수(N_w)를 증가시키는 방법이다. 이를 실현하기 위해서는 출산율을 빠르게 증가시키면 되는데 지금부터 출산율을 확대하더라도 이들이 노동시장에 참여하기까지는 빨라야 2040년 이후가 될 것이다. 뿐만 아니라 장기간 출산율을 확대하기 위해 노력해 온 지금까지의 상황을 고려할 때 단기간에 출산율을 대폭 확대되길란 불가능에 가깝다. 한편으로는 우리나라 남성의 노동시장 참여율이 여성에 비해 매우 높기 때문에 여성을 노동시장에 참여시키는 방법으로 단기간에 근로자 수를 확대할 수 있겠다. 하지만 주요 근로층의 1인당 재정(급여비)부담은 30~59세의 모든 사람이 노동시장에 참여했을 때를 가정한 1인당 수치이다. 즉, 실제로 노동시장에 참여하는 근로자들이 부담해야 하는 1인당 재정부담은 장기추계에서 도출된 수치들보다 높을 수밖에 없다. 그럼에도 불구하고 노동시장에 참여하지 않은 30~59세 인구가 노동시장에 참여할수록 1인당 부담액은 감소한다는 차원에서 바람직하다.

마지막으로 그리고 가장 바람직한 해결방안은 의료비 증가 자체를 억제하는 것이다. 즉 불필요한 의료비를 억제하고 한정된 재원을 효율적으로 지출하는 방법이다. 이러한 방법이야말로 말로 부작용을 최소화하고 국민건강보험의 보장성을 확대할 수 있는 가장 명확한 방법이다. 그럼에도 불구하고 우리나라는 그동안 의료비 증가에 맞추어 보험료를 확대하는 방안을 중심으로 국민건강보험의 재정안정화를 모색해 온 것이 사실이다. 이러한 방법이 지속될 경우 국민건강보험의 존립 자체가 위태로울 것이며 나아가 경제성장까지 위축시키는 부작용을 초래할 것이다.

15) 한 나라의 동원 가능한 생산요소(노동, 자본 등)를 모두 투입해 인플레이션과 같은 부작용이 없이 달성할 수 있는 최대 성장률을 의미함

2. 비급여의료의 관리

가. 비급여 관리방안의 한계

지금까지 살펴보았듯이 비급여는 비효율적인 의료비 지출을 양산하고 우리나라 보건의료체계의 근간을 위협할 정도의 심각한 문제를 야기하고 있다. 비급여의 문제를 해결하기 위해서는 현황을 제대로 인지해야 하는데 우리나라에서 행해지고 있는 비급여에 대한 규모조차 정확히 파악하지 못하고 있다. 문제를 해결하기 위해서는 문제를 진단하는 작업이 선행되어야 하나 우리나라의 경우 비급여에 대해서는 진료 행위 및 진료비 적정성을 정부가 전혀 관여하지 않기 때문에 비급여에 대한 현황을 파악할 수 있는 신뢰할만한 통계조차 없다는 것이 심각한 문제다. 국민건강보험 공단은 매년 국민건강보험의 보장률을 발표하고 있으며 과거 10년 동안 63% 내외에서 답보하고 있다.

문제는 정부가 발표하는 보장률과 결과에 대한 해석의 신뢰성에 있다. 첫째, 보장률의 정의는 앞에서 살펴보았듯이 분모에 비급여 의료비가 포함된다. 하지만 국민건강보험공단이 조사하는 비급여는 설문조사를 통한 통계에 기반한 것에 불과하다. 2010년의 경우를 예로 들면, 국민건강보험공단은 보장률을 63.6%라고 발표했으며 당시 비급여의료비의 규모를 파악하기 위해 의료기관 772개를 조사하였다. 당시 모집단(전체 의료기관)은 74,719개로 모집단 대비 샘플 수는 1.03%에 불과하다(국민건강보험 2011). 또한 조사대상이 1개월의 진료분에 불과하고 비급여 서비스 항목 단위로 수집하지 않기 때문에 실제로 비급여가 얼마만큼, 그리고 얼마의 가격에 제공되는지 정확한 파악조차 어렵다(감사원 2015).

〈표 V-1〉 보장률 산출을 위해 조사한 의료기관 수

(단위: 개)

구분		모집단 기관 수	표본 기관 수	분석 기관 수
상급종합		44	10	12
종합병원		272	11	13
병원	일반	1,297	67	64
	요양	887	30	29
의원		25,628	300	274
치과병원		188	11	8
치과의원		14,286	270	230
한방병원		171	9	9
한의원		11,720	90	81
약국		20,126	52	52
계		74,719	850	772

자료: 국민건강보험(2011)

둘째, 과연 1.1%에 해당하는 조사 대상인 의료기관들이 비급여진료에 대한 정확한 정보를 제공했는지에 대한 의문이다. 국내 의료시장에서 발생하는 비급여문제는 과거 장기간동안 지속적으로 지적되어 왔던 문제이다. 이미 제기되고 있는 문제를 의료기관이 인식하고 있는 상황에서 감독자에 해당하는 공단에 정확한 비급여에 대한 정보를 제공했는지 의문이다. 혹여 의료기관이 정확하지 않은 비급여 정보를 제공했다 라도 정부는 이를 정확히 확인할 방법이 없는 것이 현실일 것이다. 더욱이 비급여를 조사할 때 항목 단위로 조사하지 않기 때문에(감사원 2015) 의료기관이 제공하는 수치제공의 자의성을 판단하기 어렵다. 또한 보장률을 산출할 때 간병비, 치과 보철, 침 약 조제 등이 제외되었는데 이들을 포함할 경우 보장률은 더 낮아질 수 있는 만큼 보장률을 어떻게 정의하고 어떠한 의료비를 포함하느냐에 따라 달라질 수 있다.

국내 보건의료체계에서 문제의 핵심인 비급여의 현황조차 파악하고 있지 못할뿐 더러 비급여를 관리하려는 접근방식에도 한계가 있다. 그동안 정부가 비급여를 관리해 온 주요 방안은 ‘비급여 진료비용 고지제도’인데 이미 장기간 운용해 온 결과 동 제도의 유용성은 매우 낮다.

감사원(2015)¹⁶⁾은 보고서를 통해 비급여 관리 방안으로 ‘비급여 진료비 고지제도’의 개선을 제시하고 있으나, 의료서비스에 대한 의사결정 책임을 주로 소비자에게 부여하고 있는 ‘비급여 진료비용 고지제도’는 비급여 문제를 개선하는데 태생적 한계를 지닌다.

의료서비스는 공급자(의료기관)와 소비자(환자) 간 정보의 비대칭(Asymmetric information)이 심하며, 공급자의 정보가 절대적으로 우월하다. 시장에 큰 문제가 없음에도 불구하고 정부가 불필요하게 개입할 경우 효율성이 저해될 수 있다. 반면 시장실패가 발생한다면 정부의 시장개입은 정당화될 수 있다(Rosen and Gayer 2009). 시장실패가 발생하는 원인은 다양한데 그 중 하나가 공급자와 소비자 간 정보의 비대칭에 있다. 환자(수요자)의 전문성 또는 의료서비스에 대한 정보나 지식이 의료기관(공급자) 수준으로 개선될 수 없는 현실에서는 정부개입의 중심을 소비자가 아닌 공급자 측면에 맞추어야 한다. 쉽게 말해 의료서비스의 제공 여부와 진료비를 공급자가 결정하면 환자는 따라야만 하는 구조로, 이 경우 정부는 환자에게 책임을 부여하여 시장실패를 보완하기보다는 공급자를 관리하는 방법으로 시장실패를 보완하는 접근방식이 필요하다.

‘비급여 진료비용 고지제도’ 이외에도 정부가 공급자 측면에 개입하려는 변화가 나타나고 있기는 하다. 한편으로는 비급여가 존재하더라도 비급여에 순수한 선택진료만 포함되어 있다면 문제가 되지 않는다. 하지만 비급여에는 치료에 필수적인 의료서비스들이 상당부분 포함되어 있으며, 이러한 사실을 정부의 4대 중증질환 보장성 강화 방안에서도 알 수 있다. 비급여 중 치료에 필수적인 의료서비스를 급여화하고, 필수적이지는 않지만 치료에 필요한 의료서비스를 선별급여로 지정하여 단계적으로 급여의료로 전환하는 것이 정부의 4대 중증질환에 대한 보장성을 강화하기 위한 주요 방법론이었다(국회예산정책처 2013; 보건복지부 2013).

하지만 정부가 비급여를 관리하려는 방법에는 한계가 존재한다. 즉 정부의 비급여

16) 감사원(2015)은 “환자가 의료기관과 치료방법 선택에 대한 합리적인 의사결정을 할 수 있도록 의료기관으로 하여금 비급여 항목의 가격뿐 아니라 질병·수술별 총진료비용 정보를 환자에게 고지하도록 하고...”라고 비급여 관리 방안을 제시하고 있으나 이는 여전히 의료행위의 선택 책임을 비전문가인 환자에게 부여하고 있는 것임

관리체계에는 4대 중증질환에 집중된 비급여 관리이며, 일부 비급여를 관리하는 것에 한정된다. 이로 인해 다른 중증질환자는 국민건강보험의 비급여 관리 정책으로부터 소외되어 있다. 특히 정부가 4대 중증질환 중심의 보장성 강화 정책을 확대할수록 소득이 높은 4대 중증질환자보다 소득이 낮은 다른 중증질환자의 부담이 훨씬 높은 부작용이 확산되어 왔다.

〈표 V-2〉 국민건강보험 전체 보장률과 4대 중증질환 보장률 추이

(단위: %)

구분	2012년	2013년	2014년	2015년
전체	62.5	62.0	63.2	63.4
4대 중증질환	77.7	77.5	77.7	79.9

주: 국민건강보험 공단의 보장률 관련 자료를 참고한 것으로 국회예산정책처(2016) 자료와 약간의 차이가 존재함

또한 수많은 비급여 중 일부만 관리하려는 정부의 접근은 문제의 본질을 개선하는데 한계를 지니며, 4대 중증질환의 보장성 강화정책을 통해 향후 비급여의료의 효율적 관리방안을 도출할 수 있다. 정부의 노력으로 일부 비급여항목이 급여로 전환되어 의료기관에서는 수익이 감소되는 부분을 보전하기 위해 새로운 비급여항목을 창출하는 풍선효과 발생한다. 실제로 2013~2014년 4대 중증질환 관련 125개 항목을 급여화했음에도 4대 중증질환 보장률은 2014년 77.7%로 2012년 77.8% 대비 변동이 없다(국회예산정책처 2016).

물론 2015년도에는 4대 중증질환 보장률이 개선되는 모습을 보이고 있기는 하다. 앞에서 지적한 것처럼 보장률을 정확히 산출할 수 있는 통계에 대한 신뢰도가 부족한 상황에서 의료정책의 효율성에 대한 정확한 판단이 어렵기는 하지만, 이 수치가 시사하는 바는 다음과 같다. 첫째, 2015년도에는 추가로 258개 항목이 급여화되었는데(국회예산정책처 2016), 비급여를 급여화함에 따라 보장률이 확대될 수 있다는 것을 의미한다. 둘째, 비급여가 여전히 남아 있고 풍선효과가 구조적으로 가능한 상황에서는 4대 중증질환 보장성 강화 정책 역시 비용 대비 편익이 낮을 수밖에 없다. 이는 정부의 국민건강보험 보장성 강화 정책의 초점이 특정 질환과 특정 비급여 항

목에 국한되기 때문에 정부의 정책이 의료기관과 조화를 이룰 수 없을뿐더러 의료비 관리 능력에 허점이 발생하기 때문이다. 셋째, 2015년도에는 4대 중증질환에 대한 보장률이 증가하였다고 하더라도 향후 의료기관이 더 많은 비급여를 증가시키거나 남아 있는 비급여 진료비를 높인다면 재정을 더 투입하더라도 4대 중증질환에 대한 보장률 역시 언제든지 다시 감소할 수 있는 체계이다.

나. 비급여의료 관리 방안

국민건강보험의 보장률을 높이기 위해 아무리 많은 재정은 추가로 투입하더라도 의료기관이 더 많은 비급여를 만들어 내고, 혹여 새로운 비급여가 발생하지 않더라도 기존의 비급여의료 진료비를 더 높게 측정하면 더 많은 재정투입에도 불과하고 보장률은 낮아질 수 있다. 비급여의료의 존재하는 한 보장률을 높일 수 있는 유일한 방법은 비급여 진료비 증가속도보다 국민의 부담을 더 많이 늘리는 방법뿐이다. 반대로 국민의 부담을 증가시키지 않은 채 또는 최소화하면서 국민건강보험의 보장률을 확대하는 방법은 의료비의 효율적인 지출을 유인하는 것이며, 의료비의 효율적인 지출은 비급여의료의 관리체계가 부재한 상황하에서는 불가능하다.

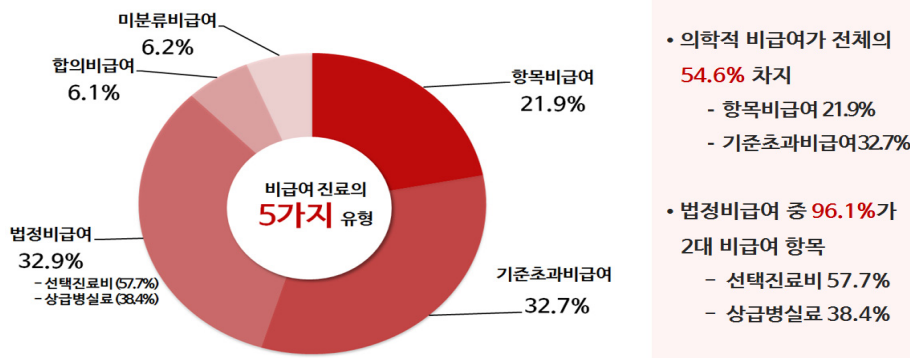
그러므로 정부는 다양한 형태의 비급여 중 피부비용, 성형, 영양주사 등 일상생활에 지장이 없는, 즉 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 비급여를 제외하고 국내에서 행해지는 모든 의료를 관리하고 통제할 수 있는 체계를 시급히 구축해야 한다.

국민건강보험공단은 2014년 건강보험환자 진료비 실태조사와 동시에 15개 종합병원을 대상으로 비급여 상세내역을 조사하고 비급여를 5가지로 유형화하였다(국민건강보험 2016a). 첫째, 항목비급여로 의학적 비급여라 하는데 신의료기술 신청절차 등을 거쳐 장관이 고시하는 비급여로 『건강보험 행위 및 치료재료 급여·비급여 목록표』에 등재된 비급여이다. 예를 들어, 로봇수술 등 비용효과성 및 진료상의 경제성이 불분명한 경우가 이에 해당된다. 둘째, 기준초과 비급여로 이 역시 의학적 비급여에 해당되는데 요양급여기준(횟수/용량 등)을 초과한 비급여이다. 셋째, 법정비급여로 『국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙』 제9조(별표2)에 제시된 사항 중

상급병실료, 선택진료비, 제증명료가 이에 해당된다. 넷째, 합의비급여로 『국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙』 제9조, ‘별표2’에 제시된 사항 중 미용성형, 예방, 치과보철, 영양주사, 한방물리요법 등이 해당된다. 마지막으로 현재까지 분류하지 못한 항목인 미분류 비급여이다.

2014년을 기준으로 발생유형별 현황은 항목비급여 21.9%, 기준초과비급여 32.7%, 법정비급여 32.9%, 합의비급여 6.1%, 미분류비급여 6.2%로 나타났다. 즉 정부가 일상생활에 지장이 없는 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 합의비급여를 제외하고 비급여를 관리한다면 국내 93.9%의 의료행위에 대해서는 의료기관의 진료행위 적정성 및 진료비 적정성이 관리되는 체계가 구축되는 것이다.

〈그림 V-1〉 비급여 발생 유형별 비중



자료: 국민건강보험(2016a)

비급여를 관리하는 합리적인 방법은 합의비급여와 미분류 비급여 중 합의비급여 성격의 비급여를 제외하고 모든 비급여를 급여화로 전환하는 방안이다. 또한 비급여의 급여화에 대한 의미를 전환할 필요가 있다. 즉 급여화를 한다는 것은 기존의 급여 의료처럼 현재의 비급여의료의 급여율을 높게 설정함을 의미하는 것이 아니다. 비용 효과성(효율성), 형평성 등의 원칙에 따라 중요성을 결정하고 필요에 따라서는 특정 의료행위의 경우 극히 일부만(예, 5%) 보장할 수도 있는 것이다. 비급여의료의 급여화는 진료비 중 일부는 국민건강보험이 보장해주는 것이 아닌 의료행위의 적정성과

진료비의 적정성을 국민건강보험이 심사·관리하는 것에 초점이 맞추어져야 한다. 이러한 구조하에서는 국민의 재정부담을 최소화하는 동시에 국민건강보험의 보장률을 확대할 수 있다.

그동안 정부가 고수해 온 특정 질환에 집중한 비급여의 급여화나 특정 비급여항목의 급여화, 또는 단계적 비급여의 급여화가 아닌 모든 질환에 대한 전면적 비급여가 필요하다. 단계적 비급여의 급여화가 장기화 될수록 풍선효과에 의한 비효율적인 의료비 지출이 확대될 수 있고 새로운 비급여가 생성될 수 있으며 그동안 고통과 경제적 부담은 역시 국민들에게 귀속된다.

비록 비급여의료더라도 관련 경제주체들(예, 정부, 의료기관, 보험회사 등)이 통일된 코드를 활용해야 하는 것은 당연하고 시급한 문제이지만 정부가 진료행위 및 진료비의 적정성을 관여하지 않는 비급여의료에 대해 통일된 코드 사용을 강제할 수 있는 명분이 약한 것이 사실이다. 그러므로 관련 경제주체들 모두 통일된 코드를 사용하도록 하고 국내의 의료시장을 정확히 모니터링하여 문제를 효율적으로 개선하기 위해서는 역시 비급여医료를 급여화하는 방안이 선행되어야 한다.

다. 비급여의료의 전면적 급여화로 인한 결과

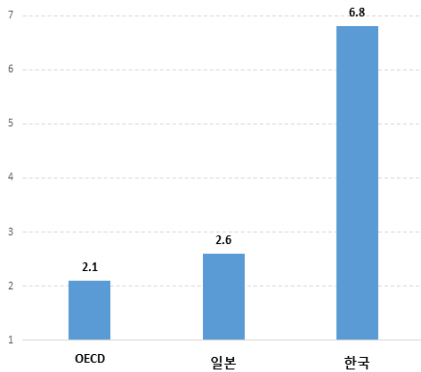
피부미용, 성형, 영양주사 등과 같은 순수한 선택의료를 제외하고 모든 진료행위 및 진료비를 정부가 관리하는 방법으로 효율적인 의료비 지출을 통해 다양한 긍정적 효과를 기대해 볼 수 있다. 첫째, 동일한 급여비(B)를 지출하고도 아래 수식의 분모에 해당하는 “비급여 진료비”가 감소해 국민건강보험의 보장률은 자연스레 확대된다. 즉, 국민들이 동일한 수준의 보험료를 지불하고도 국민건강보험의 보장성이 강화될 수 있다.

$$\text{보장률} = \frac{\text{국민건강보험 급여비}(B)}{\text{급여 진료비} + \text{비급여 진료비}}$$

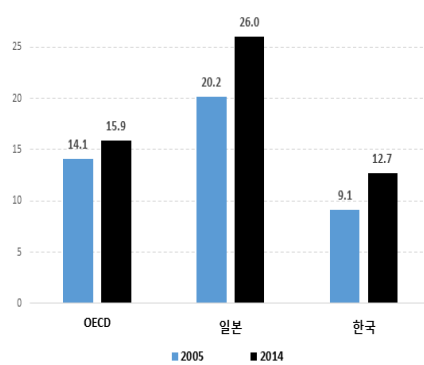
둘째, 우리는 일본의 경험을 통해 비급여医료를 관리하게 될 경우 나타나게 될 의

료시장의 모습을 예측할 수 있다. 일본은 우리나라보다 노인인구가 절대적으로 많을 뿐만 아니라 과거 10년 동안 65세 이상 인구의 비중이 더 빠르게 증가하였다. 반면 과거 10년 동안 우리나라 실질 의료비는 6.8% 증가한 반면 일본은 2.6% 증가에 그쳤다. 그 이유는 일본의 경우 정부가 건강진단, 예방주사, 미용 관련 의료, 음주 및 싸움으로 인한 부상과 질병 등과 같은 일부 비급여만을 제외하고 자국에서 행해지는 모든 진료행위 및 진료비의 적정성을 정부가 직접 관리·통제하기 때문이다.

〈그림 V-2〉 의료비 증가율: '05~'15



〈그림 V-3〉 인구고령화: '05~'14



주: OECD(2017)를 활용하여 작성했으며, 인구고령화는 2015년 자료가 없어 2014년까지의 자료를 활용함

셋째, 질병 간 그리고 소득계층 간 형평성 문제가 해결될 수 있다. 그동안 정부는 산정특례제를 통해 비급여 관리 또는 비급여의 급여화 정책을 주로 4대 중증질환 중심으로만 강화해 왔기 때문에 4대 중증질환만큼 많은 의료비와 치료기간이 소요되는 다른 질환의 환자와 형평성 문제가 발생해 왔다. 질환에 관계없이 정부가 전면적으로 모든 의료를 급여화할 경우 산정특례제로 인한 질병 간 형평성 문제가 해소된다. 또한 산정특례제는 환자의 소득과 관계없이 적용되는 제도이다 보니 소득이 높은 4대 중증질환자들이 소득이 낮은 다른 중증질환자에 비해 더 많은 혜택을 보는 구조였다. 모든 의료를 급여화한다면 산정특례제로 인한 소득계층 간 형평성 문제도 해결될 수 있다.

그리고 소득구간별로 본인부담상한액을 세분화하여 저소득층에 대한 국민건강보

험의 보장성을 강화하는 본인부담상한제의 정책목표가 달성될 수 있다. 현재 본인부담상한제는 소득구간별로 본인부담상한액을 세분화했다고는 하지만 본인부담상한액이 급여의료에만 적용되기 때문에 비급여 비중이 높은 우리나라 현실에서 소득계층 간 국민건강보험의 보장률 차이가 크지 않다. 그러므로 비급여가 사라질 경우 저소득층에 더 많은 혜택이 가는 본인부담상한제의 정책목표와 사회보험의 소득재분배 기능이 강화될 수 있다.

무엇보다 행위별수가제도와 같은 진료비지불제도는 모든 진료행위 및 진료비의 적정성을 정부가 심사하는 구조와 패키지로 운영되어야 한다. 또한 비급여의 전면적인 급여화는 일본과 같은 혼합진료의 금지정책을 병행해야 한다. 혼합진료란 의료공급자가 환자를 치료할 때 급여의료와 비급여医료를 혼합하여 제공하는 행위를 일컫는 것으로 일본의 경우 기본적으로 혼합진료를 금지하고 있다(감사원 2015). 일본의 혼합진료 금지정책은 의료행위 과정에서 의료공급자가 자신에게 유리한 방향으로 의료서비스를 제공함에 따른 부작용을 방지하고 유용성과 안정성 등이 검증되지 않은 의료행위로부터 환자를 보호하기 위함이다.¹⁷⁾ 비급여의 전면적인 급여화 이후에도 새로운 의료기술의 개발로 비급여의료 발생할 수 있으며 의료기관이 새로운 비급여를 인위적으로 만들어 낼 수 있는데, 이때 정부는 새로운 비급여의료의 급여화 적정성 여부를 평가하고 필요하면 급여화를 하되 정부의 급여화 적정성 평가 이전에 의료기관이 자율적으로 환자에게 새로운 비급여를 제시하고 진료비를 자유롭게 책정한다면 국민건강보험의 보장성이 위태로울뿐더러 환자가 보호되지 못한다.

3. 진료비지불제도

사후적(Retrospective) 진료비지불제도인 현행 행위별수가제는 자원배분의 효율

17) 현재는 선진의료 및 미승인 약 사용에 대해 환자가 동의하고 전액 본인이 부담하는 조건으로 급여의료와 비급여의료의 병행진료가 가능하나, 일부 항목에 국한되며 고도의 기술을 가진 전문가와 설비를 갖추고 승인받은 의료기관만 가능함

성이나 의료비용 증가의 방지 차원에서 한계를 지닌다. 우리나라는 행위별수가제의 진료비지불제도하에서 광범위한 비급여의료가 존재하기 때문에 정부의 통제가 닿지 않는 비급여가 악용될 수 있는 가능성이 더욱 높은 상황이다.

우리나라의 급증하는 의료비와 소모적인 의료서비스 제공의 원인으로 우리나라의 진료비지불제도가 지적되어 온 것도 사실이다. 이러한 이유로 의료서비스 공급자에게 지불되는 진료비가 사전적(Prospective)으로 예측가능한 진료비지불제도로 변경시켜야 한다는 주장도 제기된다.

주요국의 경우에도 병원급, 의원급, 제약 부분별로, 그리고 의료보장제도의 방식¹⁸⁾에 따라 진료비지불제도의 변화 시기는 다르지만 많은 나라들이 진료비지불제도를 총액예산제(Global Budget)로 변경해왔다. 총액예산제는 예산상한제 또는 예산목표제¹⁹⁾ 등으로 세분화될 수 있지만 기본적으로 해당 의료분야에 지출될 수 있는 예산액이 미리 결정되는 구조이기 때문에 사전적 진료비지불제도로 분류된다. 유럽의 대부분의 나라들도 1960년대 이후 의료비가 급증함에 따라 사후적 진료비지불제도를 1970~1990년대에 사전적 지불제도로 변경하였다.²⁰⁾

물론 행위별수가제와 같은 사후적 진료비지불제도는 의료비의 비효율성으로 인한 의료비의 증가를 초래하는 반면 의료공급자의 전문성을 존중하고 진료자율성을 보장하며 의료서비스의 질을 유지한다는 측면에서 장점이 있다. 반대로 사전적 진료비지불제도는 의료비를 통제하여 재정을 근본적으로 안정시킬 수 있는 장점은 있으나 의료비의 질을 경감시킬 수 있다는 단점이 존재한다(Bishop and Wallack 1996; Holahan et al. 1994).

총액예산제 이외에도 OECD 국가들 중 상당수가 포괄수가제(DRG: Diagnosis-Related

18) 국가가 직접 의료서비스를 관장하는 방식(국가보건서비스: NHS)이 먼저 사전적 진료비지불제도를 도입하였으며, 사회보험상식(SHI)의 국가들도 의료비가 급증함에 따라 예산총액제 방식의 사전적 진료비지불제도를 채택해 왔음

19) 예산상한제는 실제 의료비가 예산액을 초과할 경우 의료공급자가 초과된 의료비를 책임지는 제도인 반면 예산목표제는 초과된 의료비를 의료공급자와 보험자가 분담함

20) 프랑스의 경우 공공병원은 1984년을 기점으로, 민간병원은 1993년도를 기점으로 총액예산제를 도입하고, 독일은 병원은 1984년, 의원급은 1977년에 총액예산제를 도입하였으며, 네덜란드도 1983년 병원부분에 선지불 예산제를 도입하였음

Group)를 시행하고 있거나 총액예산제와 포괄수가제를 혼용하는 국가들도 있으며, 국내에서도 포괄수가제의 전면적 도입이 제기되기도 하였다. 포괄수가제는 진단명에 따라 진료비 총액이 결정되는 구조인데, 환자가 어떤 의료기관에 가더라도 입원하여 퇴원할 때까지 제공받은 의료서비스의 종류나 양과 관계없이 진료비가 미리 결정되는 구조이다. 포괄수가제는 행위별수가제보다는 의료비용의 통제가 용이하지만 총액예산제보다는 의료비의 관리 기능이 약하다. 우리나라도 2002년부터 7개 질병군(백내장, 편도, 맹장, 탈장, 항문, 자궁, 제왕절개)에 대해 포괄수가제가, 2009년부터는 20개 질병군을 시작으로 신 포괄수가제가 운영되고 있다.²¹⁾

이 밖에도 인두제(Capitation System)처럼 실제 진료여부와 관계없이 의사 1인당 등록된 환자의 수에 따라 일정금액을 곱하는 방식으로 급여비를 산출하는 제도 등 다양한 진료비지불제도가 존재한다. 하지만 현행 행위별수가제를 다른 진료비지불 제도로 변경하기에 앞서 비급여의료의 관리가 선결과제이다.

총액예산제를 도입하기 위해서는 한 나라의 의료비 규모를 정확히 파악해야 하며, 포괄수가제를 도입하기 위해서는 진단명에 따라 소요되는 의료비 규모를 정확히 파악해야 한다. 하지만 현재 비급여의료의 광범위하게 존재하고 실제로 어떠한 비급여 의료도 어느 정도 존재하는지조차 정확히 파악하기 어려운 상황에서는 진료비지불 제도의 변화가 어렵다.

뿐만 아니라 총액예산제나 포괄수가제는 행위별수가제에 비해 의료의 질이 떨어질 수 있는 단점이 있는 만큼 우선 비급여의 전면 급여화를 통해 효율적인 의료지출을 유인하고, 모든 진료행위 및 진료비가 정부의 관리체계에 포함된 이후에도 의료비가 지속해서 증가할 경우 진료비지불제도의 변화를 고려하는 순서가 적합하다.

21) 2002년부터 적용되었는데 당시 의료기관이 자율적으로 적용하다가 2012년 7월부터는 동네의원과 중소병원에, 2013년 7월에는 종합병원과 상급종합병원으로 일괄적으로 확대·적용하였음

4. 실손의료보험의 활용

IV장에서 의료비 증가에 따른 장기 재정규모를 추계한 결과 현재의 상황이 지속될 경우 국민 1인당 재정부담이 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 특히 생산가능인구가 감소하고 고령인구가 급증하는 상황에서 실제 보험료를 부담하는 인구의 1인당 재정부담은 더욱 빠르게 증가한다.

앞에서 주장했듯이 비급여의 전면적인 급여화 정책을 시급히 시도하되 비급여의 급여화란 의미를 변화시킬 필요가 있다. 그동안 국내에서 급여화는 해당 의료행위로 인한 진료비의 상당부분을 국민건강보험이 보장하는 것으로 이해되어 왔다. 하지만 IV장에서 장기추계한 1인당 재정부담은 순수하게 급여비의 증가에 따른 재정부담 규모일 뿐 만약 현존하는 비급여를 전면 급여화하고 기존처럼 급여비의 상당부분을 국민건강보험이 보장할 경우 근로층의 1인당 부담액이 현저히 증가하게 된다.

현재 생산가능인구가 풍부하고 노인인구가 13~14% 정도인 상황에서는 비급여를 전면 급여화하고 급여비의 상당부분을 국민건강보험이 보장할 수 있다. 하지만 세계에서 가장 빠른 인구고령화를 경험하고 있는 우리나라 상황에서 과연 비급여를 전면 급여화한 뒤 대부분의 진료비를 국민건강보험이 보장하는 체계가 유지 가능할 것인지 또는 부작용은 없을 것인지에 대한 고민이 필요하다. 그러므로 비급여를 전면 급여화하되 새롭게 급여화된 의료서비스는 ‘급여율을 높게 설정하는 것’이 아닌 정부가 ‘모든 진료행위와 진료비를 관리하는 것’으로 비급여의 전면 급여화 의미를 변경해야 한다.

그동안 비급여로 남겨두었다는 것은 그만큼 기존의 급여의료에 비해서 ‘필수성이 나 중요성’ 또는 ‘비용 대비 효과성’이 상대적으로 낮음을 의미하므로 급여화하더라도 급여율을 높게 설정하는 대신 정부의 역할을 진료행위와 진료비 관리로 한정하고 진료비의 일정부분은 시장기능을 통해 해결해야 한다.

비급여의 전면적인 급여화를 통해 보장률이 상향되더라도 의료비 규모가 큰 질환의 경우 환자가 부담해야 하는 절대적인 금액은 여전히 부담스러울 수 있다. 만약 모든 의료비를 국민건강보험 하나로 해결하려고 한다면 인구고령화하에서 제도의 지

속가능성이 위태로울 수 있으며 보험료 인상에 대한 사회적 저항에 직면할 수 있다. 심지어 국민의 동의를 통해 보험료를 상당히 인상하고 국민건강보험의 보장성을 OECD 국가처럼 강화할 경우 도덕적 해이(Moral hazard)를 양산할 수 있다. 도덕적 해이는 공적건강보험의 보장률이 높거나 또는 보장률을 높였던 국가들이 직면했던 부작용이기도 하다. 이 경우 실손의료보험과 같은 민영건강보험의 유인체계를 활용할 수 있다.

민영건강보험은 최소부담분(Deductible),²²⁾ 비례본인부담금(Coinsurance),²³⁾ 정액본인부담금(Copayment)²⁴⁾과 같은 다양한 유인구조를 접목시켜 의료기관 방문 빈도와 진료비의 심도를 효율적으로 조절할 수 있는 장점이 있다. 즉 효율적인 의료비 지출을 유인하는데 공적건강보험보다 실손의료보험과 같은 민영건강보험이 오히려 우월하다.

그러므로 비급여를 전면 급여화하되 급여율을 과도하게 높게 설정하는 대신 일정 부분은 시장기능을 접목하여 건강보험의 보장률은 높이되 효율적인 의료비 지출을 유도해야 한다. 공사연금제도처럼 공사건강보험의 체계적인 역할을 설정해야 한다. 즉 앞으로는 ‘국민건강보험의 보장률’이 아닌 ‘공사건강보험의 보장률’ 극대화를 시도하여 의료접근성을 강화하되 모든 진료행위 및 진료비의 적정성은 정부가 관리하여 의료비를 효율적으로 지출하는 동시에 국민건강보험의 지속가능성을 도모해야 한다.

이 경우 국민건강보험에서 시행하고 있는 본인부담상한제 폐지나 상한액 조정도 고려해 볼 필요가 있다. 2016년을 기준으로 1분위의 경우 이미 지불한 보험료 대비 5.27배나 많은 급여비 혜택을 받고 있다.

22) 진료비 청구 금액 중 보험가입자가 보험회사로부터 진료비를 보상받기 위해서 본인이 부담해야 하는 최소한의 비용으로 의료기관을 무리하게 방문하거나 중복하여 방문하는 행위(빈도)를 경감시킴

23) 진료비 청구 금액 중 보험가입자가 청구금액에 비례하여 부담하는 유인체제로 불필요한 의료서비스, 특히 고가의 검사 등(심도)을 경감시킴

24) 의료 이용 시 보험가입자가 지불하여야 하는 일정 금액으로 일반적으로 의사를 만날 때마다 또는 의약품 처방을 받을 때마다 특정 금액을 지불하게 되며, 의료수요 및 처방 수요의 빈도를 경감시킴

〈표 V-3〉 소득계층별 세대당 보험료부담 대비 급여비

(단위: 배)

구분	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
보험료 대 급여비	5.27	2.68	2.09	1.69	1.13

주: 소득 5분위도 보험료 부담 대비 급여비가 많은 이유는 국민건강보험 재정이 보험료에 의해서만 충당되는 것이 아니기 때문임
 자료: 국민건강보험(2017b)

소득계층별로 연간 급여의료에서 부담한 본인부담액을 정산하여 소득분위별로 진료비를 환급해 주는 본인부담상한제에 따라 1분위는 급여의료의 본인부담액 중 연간 121만 원을 초과한 금액을 상환받는다. 2016년 본인부담상한제로 61만 명이 1조 1,758억 원을 환급받았다(보건복지부 2017).

향후 비급여를 급여로 전환할 경우 현실적으로 급여로 전환된 비급여의료들에 대해 기존과 같은 높은 급여율을 적용하기가 어렵다. 이 경우 본인부담상한제에 따른 국민건강보험의 상한액은 급격히 증가하게 된다. 뿐만 아니라 본인부담상한액이 넘어서는 순간 모든 의료수요가 무료가 되어 도덕적 해이로 인한 비효율적 의료비 지출이 크게 증가할 수 있다.

그러므로 비급여를 전면 급여화하되 국민건강보험의 부족한 보장성을 실손의료보험으로 보장하고, 실손의료보험의 다양한 비용분담제도(Cost-sharing)를 통해 도덕적 해이를 방지한 효율적 의료비 지출을 도모해야 한다. 대신 저소득층의 보장성 강화를 위해 본인부담상한제와 같은 출구를 통한 소득계층별 보장성 차별화가 아닌 보험료 경감과 같은 입구단계에서의 소득계층별 보장성 차별화 정책을 강화해야 한다.

마지막으로 국민건강보험의 재정방식은 인구고령화하에서 재정안정성이 취약한 부과방식이다. 때문에 부과방식의 국민건강보험과 함께 적립방식의 실손의료보험을 활용해 지속가능한 의료비 보장체계를 구축하는 것이 필요하다. 하지만 미래의 보험료를 미리 적립하는 보험료 방식이 활용되지 못하고 있다. 이에 독일의 ‘고령화 적립금(Ageing reserve)’과 같은 보험료 체계의 실손의료보험이 필요하다. 독일의 경우 은퇴 이후에 필요한 보험료를 소득이 높은 청장년기에 미리 적립하는 방식(평준보험료 방식)이 의무화되어 있다(김대환·정남기 2017; Yaman 2014). 특히 우리나라의

경우 근로층의 빈곤율은 OECD보다 낮은 반면 노인빈곤율은 높기 때문에 평균보험료 방식의 보험료 부과체계가 적절하다.²⁵⁾ 다만 미래의 보험료를 미리 적립하기 위해서는 의료비의 예측가능성이 높아야 하는데 그동안 비급여의료 때문에 의료비 지출규모를 예측하기 어려웠다. 비급여의료의 전면 급여화가 현실화된다면 평균보험료 방식의 민영건강보험도 가능하리라 판단된다.

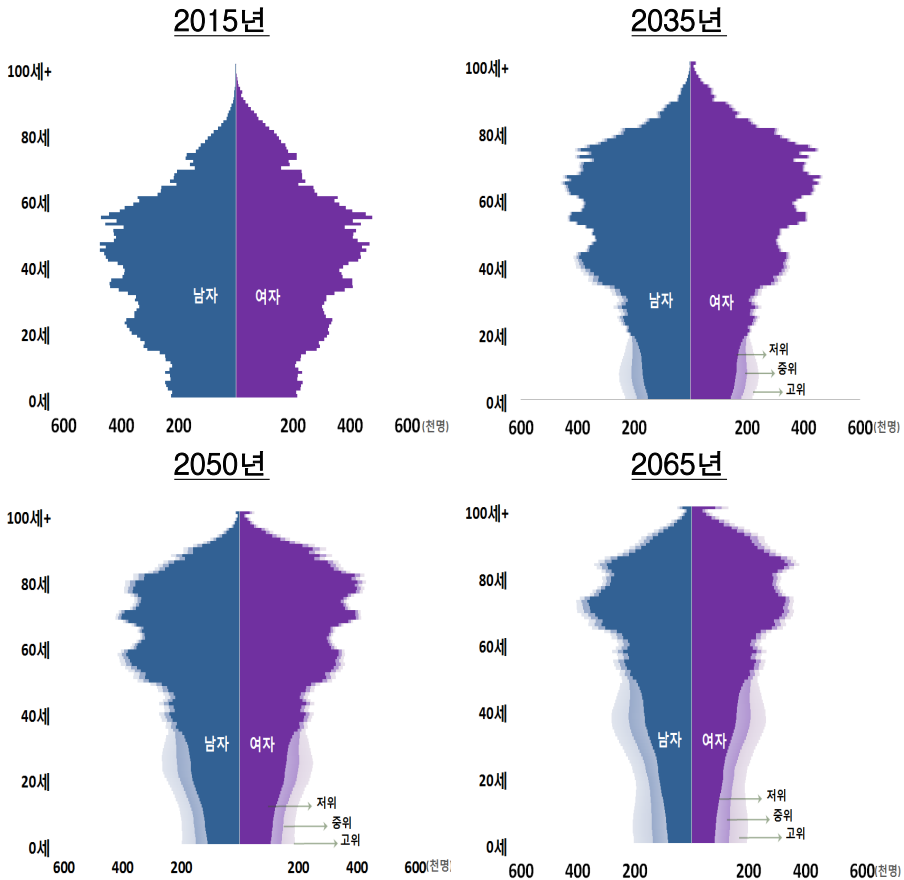
5. 의료전달체계의 개선

우리나라 의료비 증가 원인 중 하나는 노인인구의 증가와 함께 노인 1인당 의료비도 빠르게 증가한 탓이다. 노인뿐만 아니라 중년들까지 만성질환 보유율이 상당히 높기 때문에 병원에 자주 방문하게 된다. II장에서 살펴보았듯이 우리나라 성인들은 스스로의 건강이 좋지 않다고 평가하고 있기도 해서 병원에 자주 방문하려는 유인이 강하기도 하다.

이수연 외(2015)는 인구령화로 인해 65세 이상 노인의 진료비가 2014년 19조 8,604억 원에서 2060년 최소 229조 4,618억 원, 최대 337조 1,131억 원까지 증가할 수 있다고 추계하였으며, 노인 의료비에 대한 적절한 대응이 이루어지지 않을 경우 국민건강보험의 지속가능성이 크게 위협받을 것이라고 경고하고 있다. 노인인구의 증가는 불가항력이라고 하더라도 노인의료비를 경감시킬 수 있다. 그 방안으로 그동안 사후적인 치료 중심의 보건의료정책을 질병 예방이라는 사전적 보건의료정책으로 변화를 통해 건강한 고령화를 유인하는 것이다. 건강한 고령화는 세계에서 가장 빠른 인구고령화를 경험하고 있는 우리나라 상황에서 국민건강보험의 재정안정화와 경제성장을 위한 선택이 아닌 필수이다.

25) 18~65세의 빈곤율은 9.6%로 OECD 평균 10.5%보다 낮은 반면 66세 이상 빈곤율은 49.6%로 OECD 평균 11.4%를 훨씬 상회함(김대환 외 2017)

〈그림 V-4〉 인구피라미드 추이



자료: 통계청(2016a)

일반적으로 만성질환은 건강하지 못한 생활을 지속할 경우 20년 정도 뒤에 발생한다고 알려진 만큼 금연, 절주, 신체활동, 비만 관리, 영양 균형 등 스스로 건강한 생활을 실천할 수 있도록 일차예방 차원의 보건의료체계가 구축될 필요가 있다. 각종 만성질환과 암의 원인이 되는 비만율은 현재 34.1%(국민건강보험 2016b)이며, 비만은 연간 의료비를 36% 증가시킨다고 알려진 것처럼(Sturm 2002; Finkelstein et al. 2003), 건강개선의 효과로 기대수명이 증가함에 따른 의료비 지출 증가를 건강개선으로 인한 의료비 감소가 상쇄하여 궁극적으로 의료비가 감소된다(이수연 외 2015). 또한 우리나라 사망원인 1위인 암의 경우 검진율이 2015년 48.3%에 불과하

다(국민건강보험 2016b). 그러므로 건강검진 체계의 고도화, 건강증진 연계협력 및 만성질환 예방체계의 강화를 시도해 온 EU, 일본, 그리고 미국 등과 같은 국가차원의 예방 및 건강증진 정책과 같은 보건의료체계의 변화가 필요하다.

특히 의료현장에서 동일질환으로 반복적으로 다른 의료기관에 방문하고, 가벼운 외래를 위해서도 상급 의료기관에 방문하는 등의 행태를 적절히 제어하는 장치가 부족해 비효율적인 의료비 지출이 만연했다. 특히 동일환자를 대상으로 의료기관 종별에 관계없이 무차별적으로 경쟁하고 있다. 동일환자를 대상으로 한 의료기관 간 무차별적인 경쟁은 의료기관으로 하여금 무리한 투자(일명 ‘군비경쟁’)를 양산하고, 투자 대비 충분한 환자를 유인하지 못해 폐업이 잦기도 하다. 물론 군비경쟁은 광범위한 비급여도 한몫을 하기도 했다.

〈표 V-4〉 의료기관별 개폐업 추이

(단위: 개소)

구분	2011년		2012년		2013년	
	신규	폐업	신규	폐업	신규	폐업
총합계	6,542	5,275	6,446	5,583	6,416	5,256
상급종합병원	—	—	—	—	—	—
종합병원	13	12	11	8	9	7
병원	200	140	193	147	170	140
요양병원	237	116	249	134	246	117
의원	2,030	1,662	1,821	1,625	1,831	1,536
치과병원	30	22	27	25	24	22
치과의원	1,107	730	1,161	854	1,110	748
조산원	—	6	3	10	3	2
보건소	—	—	3	—	—	—
보건지소	8	10	8	1	9	3
보건진료소	5	4	2	9	6	11
보건의료원	—	—	—	2	—	—
약국	1,666	1,683	1,732	1,853	1,725	1,793
한방병원	43	27	52	35	60	49
한의원	1,203	863	1,184	880	1,223	828

자료: 건강보험심사평가원의 공지사항 자료를 활용한 김대환·김현수(2015) 자료를 수정·활용함

현재 1차 진료에서 2차 및 3차 진료를 받기 위해서는 단계별 진료의뢰서가 필요한데, 형식적일뿐 오히려 1, 2, 3차를 모두 방문하게 만드는 부작용이 초래되고 있다. 의원급은 외래환자를, 병원급은 입원환자를, 그리고 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 의료행위를 하도록 규정하고 있는 의료법의 적용을 현실화할 수 있는 방안이 필요하다. 의료기관 간 역할 설정을 견고히 함으로써 의료비 지출의 효율성을 유인하고, 일차의료²⁶⁾의 주치의화를 통해 개인의 생애동안 건강이 전문가에 의해 관리되고 일차의료가 환자의 상태에 따라 적정 의료기관에 전달하는 의료기관 간 연계방안이 필요하다. 고령화 사회에 처해있는 선진국에서는 일차의료 강화를 의료비용 절감과 의료서비스의 질적 개선을 유인하여 장기적으로 공적건강보험의 지속가능성을 도모하는 핵심전략으로 활용하고 있다. 대부분의 선진국들이 인구가 고령화됨에 따라 만성질환이 증가하고 의료비가 상승하자 이에 대한 대응방안의 한 방법으로 일차의료의 개혁을 통한 의료비 지출의 효율성을 도모해 왔던 것이다 (Macinko et al. 2003; Thomson et al. 2013; 이재호 2007; 황나미 외 2013).

동일질환으로 다른 의료기관에 중복하여 방문할 경우 환자의 부담을 대폭 증가시키고, 다른 의료기관에 방문이 필요하다 인정될 경우에는 검사나 진료가 중복되지 않도록 의료기관 간 진료정보를 교환하도록 해야 한다. 현재는 의료기관 간 연계체계가 원활하지 못해 동일 질병이라 할지라도 다른 의료기관에 방문할 때 동일한 검사 프로세스를 거치게 된다. 중복검사로 인한 환자의 부담과 의료비 낭비, 불필요한 진단서 발급, 제증명수수료 발생 등을 방지하기 위해서는 이전에 검사한 결과를 후자의 병원이 활용할 수 있도록 의료기관 간 정보전달체계를 구축해야 한다. 또한 의료기관 간 원활한 정보교환을 위해 모든 의료기관이 동일한 진단명과 진료에 대한 동일한 코드를 활용하도록 해야 한다.

마지막으로 질병의 예방, 건강한 고령화, 건강관리서비스의 산업화를 위해 전문기관이나 보험회사를 통해 건강관리서비스가 제공되어야 한다. 특히 실손의료보험이나 정액형 건강보험을 판매하는 보험회사의 경우에는 건강관리서비스를 통해 수익을 창출할 수도 있지만 가입자의 건강이 개선될 경우 민영건강보험의 손해율이 개선되기 때문에 동질의 서비스를 낮은 가격으로 제공할 유인이 크다. 이러한 이유로

26) 지역주민이 의료전달체계에서 가장 먼저 접하는 보건의료를 지칭함

대부분의 나라에서 보험회사가 건강관리서비스를 제공하고 있다. 이에 따라 해외와 달리 건강관리서비스가 활성화되지 못하고 있는 국내 현실을 진단하고 불필요한 규제는 없는지 살펴보아야 한다. 무엇보다 건강관리서비스는 질병예방을 통한 의료비의 감소뿐만 아니라 IT와 융합되어 4차산업의 핵심 분야로 성장할 수 있는 만큼 다양한 경제주체가 서비스 경쟁을 할 수 있는 환경조성이 절실하다.

6. 사기 및 범죄 방지

보험사기 및 의료시장 관련 범죄는 낭비적인 의료비 지출을 야기해서 다수의 선량한 국민에게 피해를 주는데, 비급여가 존재할 경우 의료기관이 보험사기를 유발할 가능성도 증가한다. 예를 들어, 2012년 5개 공공의료기관조차도 급여 진료비를 비급여로 처리하여 환자본인부담을 과다하게 징수하는 등의 방법으로 환자 13만 명으로부터 23여 억 원을 부당징수하기도 하였다. 또한 민영건강보험에 가입한 환자를 악용하여 허위의 진단서를 발급하는 등의 수법으로 수익을 극대화하려는 유인도 감소하게 된다. 그러므로 비급여가 전면 급여화될 경우 의료시장에서 발생하는 보험사기 및 관련 범죄는 크게 감소할 가능성이 높다.

또한 의료기관 간 네트워크 및 정보전달체계의 구축으로 효율적인 의료비 지출 시스템이 구축될 경우에 의료 관련 사기도 감소될 수 있다. 동일질환으로 반복적으로 다른 의료기관에 방문하여 입원일당을 극대화하려는 환자의 도덕적 해이 및 사기 행태가 방지될 수 있기 때문이다. 현재 보험사기는 민법 제103조의 선량한 풍속 및 기타 사회질서에 반하는지 여부를 가리는 것에 집중하고 있다. 하지만 민법 제103조의 조문이 다소 모호하여 보험사기 여부는 주로 관련 판례를 인용하고 있다. 보험사기를 결정하는 판례의 공통적인 사항 중 하나는 ‘특정 또는 다수 병원에 반복적으로 입원 또는 재입원’이라는 조건이다.²⁷⁾

27) 이 밖에도 의정부지법 2014고단581 판결, 광주지법 2012고정1353 판결, 부산지법 2012고단7488 판결, 인천지법 2015고단6299 판결, 창원지법 2013고단533 판결, 창원지법 2014고단3350 판결, 창원지법 2013고정6 판결, 수원지법 안산지원 2011고단399 판결, 수원지법 2014노378 판결, 광주지법 2012고정1353 판결, 광주지법 2012노1769 판결, 부산지법 2013노313 판결, 부산지법 2013노2398 판결, 부산지법 2012고단6678 판결, 인천지법 2013고정2525 판결, 전주지법 군산지원 2012고단2710 판결 등 다양함

(부산지법 2012고단7488) 물론 주로 민영보험에 가입자 환자들의 보험사기이지만 동일 질환으로 다른 병원에 반복적으로 입원하는 행위는 의료기관 간 정보교환 시스템으로 충분히 방지될 수 있다. 현재는 의료기관 간 정보교환 네트워크가 부재하기 때문에 환자가 의료공급자를 기망하여 입원을 하였다고 하더라도 의료공급자가 환자의 기망행위 여부를 판별하기 어려운 것이 현실이지만, 반복적으로 입원하는 환자임을 인지하고도 수익극대화를 위해 입원을 추가로 허용할 경우 의사의 책임이 분명해 질 수 있기 때문이다.

보험사기 및 의료시장에서의 범죄를 경감시키기 위해 의료공급자에 대한 처벌 수준의 적정성에 대한 검토와 개선이 필요하다. 국민건강보험이든 민영건강보험이든 보험사기에는 전문가인 의료공급자가 직간접적으로 개입되는 구조이기 때문이다. 의료공급자에 대한 처벌 수준의 적정성에 대한 의문은 다양한 측면에서 제기될 수 있다.

첫째, 사무장병원의 경우에도 정부(국민건강보험 2017a)는 “사무장병원은 병원경영지원회사 및 법인의 불법 전매 등 불법개설 유형이 날로 고도화되고 있으나, 예방 대응체계와 불법개설자의 형사처벌 실효성이 부족하여 적발 후에도 재개설하고 있는 사례가 크게 늘고 있다”고 형사처벌의 실효성에 대해 지적하고 있다.

둘째, 의약품의 리베이트로 인한 국민건강보험 재정의 누수가 지속되는 상황에서 이에 대한 처벌 수준이 지속적으로 강화되다가 최근에는 오히려 완화되었다. 제약회사가 리베이트를 제공하다 적발될 경우 해당 품목의 약값을 최대 20%까지 인하하는 제도를 운영하다가 2014년 7월 2일 약가 인하 대신 급여정지 또는 과징금처분만 하는 것으로 법이 개정되었다. 약가인하는 한 번 적용하면 인하된 가격을 계속 유지하기 때문에 제약회사가 경제적 타격을 입을 수 있다는 논리에 기반한 결과이다. 하지만 일회성 제재(과징금)는 영구적인 제재(약가인하)보다 범죄 예방 효과가 약할 수 밖에 없다.

또한 리베이트 수수자(의료인)에 대한 처벌이 강화되었다고는 하나 반복적으로 리베이트를 받을 경우에도 최대 1년 이내의 범위에서 자격정지를 받는 처벌수준²⁸⁾에 그치고

28) 의약법 제66조(자격정지 등)은 제23조의3에 따라 리베이트를 받을 경우 1년의 범위에서 면허자격을 정지할 수 있다고 규정하고 있음

있다. 반복적인 리베이트를 통해 건강보험의 재정을 악화시키고 국민의 보험료 부담을 초래하는 상습적인 리베이트 수수자에게 일명 ‘삼진아웃제’와 같은 좀 더 강력한 규제도 검토할 필요성이 있을 것이다.

셋째, 의료기관이 불필요한 진료행위를 제공하거나 진료비를 과다하게 청구했을 경우, 또는 다른 부당한 방법으로 보험급여를 받을 때 국민건강보험공단이 부당 금액을 환수하여 환자에게 환불하는 것에 그치고 있다(국민건강보험법 제57조). 물론 의료법 제66조(자격정지 등)제1항제7호에서는 “관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때” 1년의 범위 안에서 면허자격을 정지시킬 수 있다고 하지만 부당하게 청구한 진료비를 환수하는데 그치는 사례가 많다.

〈표 V-5〉 국민건강보험법 제57조(부당이득의 징수)

국민건강보험법 제57조(부당이득의 징수)

- ① 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.
- ② 공단은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 요양기관을 개설한 자에게 그 요양기관과 연대하여 같은 항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.
- ③ 사용자나 가입자의 거짓 보고나 거짓 증명 또는 요양기관의 거짓 진단에 따라 보험급여가 실시된 경우 공단은 이들에게 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다.
- ④ 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 같은 세대에 속한 가입자(속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이 피부양자인 경우에는 그 직장가입자를 말한다)에게 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다.
- ⑤ 요양기관이 가입자나 피부양자로부터 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우 공단은 해당 요양기관으로부터 이를 징수하여 가입자나 피부양자에게 지체 없이 지급하여야 한다. 이 경우 공단은 가입자나 피부양자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자 및 피부양자가 내야 하는 보험료등과 상계할 수 있다.

의료서비스 및 처방 등에 대한 의사결정은 일방적으로 전문가의 책임인 만큼 효율적이고 건전한 의료비 지출을 저해하는 의료인의 범죄행위에 대한 제재 수준을 종합적으로 검토할 필요가 있다. 처벌 수준에 대한 고민과 함께 적발 가능성을 높일 수

있는 노력도 병행되어야 한다. 보험사기 및 범죄는 의료기관과 환자 간 공모하는 등 점차 전문화되어 가고 있으므로 보험사기 및 범죄를 적발할 수 있는 전문적인 시스템 구축이나 보험사기 전문 기관 설립 등을 고려해야 할 것이다. 또한 의료시장은 전문적인 의료행위가 수반되는 시장으로 적발이 쉽지 않을 수 있으므로 내부고발포상제와 같은 유인체제로 내부자의 신고를 유인하는 방안도 활성화해야 할 것이다.

VI. 결론

의료비가 증가하는 원인은 소득증가, 의료기술의 발전, 노인인구의 증가 등 다양하다. 하지만 우리나라의 의료비 증가율이 세계에서 가장 빠르고, 이러한 추세가 장기간 지속되고 있다는 것은 분명 다른 핵심적인 원인이 존재할 수밖에 없으며, 그 원인 중 하나가 의료시장에 있다고 판단된다. 다만 의료시장에 문제가 있다고 하더라도 그 문제가 의료기관만의 문제라고 할 수 없을 것이다.

의료기관은 정부가 설계한 의료정책하에서 합법적으로 이윤을 극대화하려는 노력을 해온 것이다. 결국 정부의 의료정책에 문제가 있었던 것이며, 노인인구가 급격히 증가하는 반면 생산인구는 빠르게 감소하는 상황에서 더 이상 과거의 의료정책을 고수해서는 안 될 것이다.

국민건강보험의 보장성 강화를 위해 국민건강보험의 보험료 인상이나 국민건강보험의 개혁을 논의하기에 앞서 의료시장 개혁이 선행되어야 하며, 그래야 할 시점이 도래했다고 판단된다. 의료시장의 문제를 우선 해결하고, 추가적인 부담이 필요하면 보험료 인상이나 수가체계 개선 등과 같은 국민건강보험의 개선 방안이 논의되는 순서가 필요하다.

참고문헌

- 감사원(2015), “의료서비스 관리실태”, 보도자료
- 강희정 · 박현진 · 서동민 · 김승욱 · 박형욱 · 신영석 · 박금령 · 김소운(2015), 『사무장병원 등 의료기관의 재정누수 실태와 관리방안』, 정책보고서, 한국보건사회연구원
- 건강보험심사평가원(2011), “대형병원 쏠림현상 심각”, 보도자료
_____ (2016), 국정감사자료
- 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2016), “2015년 건강보험통계연보 공동발간”,
보도자료
- 건강보험정책연구원(2016), 『2015년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 정책보고서
- 공정거래위원회(2007), “제약 산업조사건”, 보도자료
- 국민건강보험(각 연도), “건강보험환자 진료비 실태조사”, 보도자료
_____ (2011), 『2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 연구보고서
_____ (2014), “2013 건강보험주요통계”, 보도자료
_____ (2016a), “건보공단, 종합병원급 이상 비급여 발생유형별 구성과 현황,
연구결과 발표”, 보도자료
_____ (2016b), “2015년 건강검진통계연보”, 보도자료
_____ (2017a), “지난 5년간 사무장병원으로 1조 4천억 원 적발, 적극적인 재
정누수 방지 방안 절실”, 보도자료
_____ (2017b), “2016년 보험료 부담 대비 급여비 현황 분석”, 보도자료
- 국회예산정책처(2013), 「2014년도 예산안 부처별 분석 IV」, 『예산분석시리즈5』
_____ (2016), 『2016년도 국가주요사업 집행점검 · 평가』
- 금융감독원(2015), “금감원이 적발한 허위 · 과다입원 나이롱환자 실태 분석 결과”,
보도자료
- 김대환(2015), 「건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안」, 『보험금융연구』,
제26권 제2호
- 김대환 · 강성호(2015), 「중증질환으로 인한 소득상실리스크와 정책적 시사점」, 『보

험학회지』, 제102집

김대환·김현수(2015), 『한방의료 실손의료보험 보장 방안』, 용역보고서

김대환·김혜란(2010), 「의약품 리베이트로 인한 문제점과 개선방향」, 주간이슈, 보험연구원

김대환·이봉주·류건식(2017), 「노후빈곤율의 진단과 주택연금을 활용한 노후빈곤 개선」, 『보험학회지』, 110

김대환·정남기(2017), 「독일 건강보험의 고령화적립금 연구와 정책적 시사점」, 『경상논총』, 35(2)

대한민국정부(2011), 『제2차 저출산·고령사회 기본 계획』, 세로마지플랜2015

대한의사협회(2015), 『2014 전국회원실태조사보고서』

문성웅·강하람·나영균·김재운(2013), 『고가의료장비 도입이 진료비에 미치는 영향 및 관리방안』, 연구보고서, 건강보험정책연구원

보건복지부(2005), “건강보험 보장성 강화방안”, 공청회자료

_____ (2005), “보험급여의 획기적 확대를 통해 전체 의료비 중 환자본인부담 비율을 현행 40%에서 '08년까지 30% 이하로 낮추기로”, 보도자료

_____ (2011), “의료기관 기능재정립 기본 계획”, 보건복지부

_____ (2013), “4대 중증질환 치료 모두 건강보험으로 해결한다”, 보도자료

_____ (2015a), “2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획”, 전문 및 요약문

_____ (2015b), “건강보험 중기보장성 강화 계획 수립”, 보도자료

_____ (2017), “본인부담상한액을 초과한 의료비, 건강보험에서 돌려드립니다”, 보도자료

신영석·사공진·정형선(2011), 『건강보험 지속가능성 제고 방안 연구』, 연구보고서, 한국보건사회연구원

신영석·황도경·남궁은하·이상원(2010), 『보건복지 미래전략(보건의료분야) 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원

오영호(2017), “의사 전문의 소득이 전공의 지원에 미치는 영향”, 경제학공동학술대회 발표자료

- 오영희(2015), “노인의 건강실태와 정책과제”, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원
- 이수연 · 이동현 · 조정완(2015), 『65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구』, 연구보고서, 건강보험정책연구원
- 이재호(2007), 「프랑스 보건의료개혁과 선호의사제도」, 『가정의학회지』, 28(5)
- 정형선 · 신정우 · 허솔잎 · 이슬기 · 장준 · 진다빈 · 서은원(2016), 『2014년 국민보 건제정』, 보건복지부
- 최지은(2017), 『환자안전 강화를 위한 주사제 안전사용 관리방안 연구』, 연구보고서, 한국보건의료연구원
- 통계청(2011), “장래인구추계: 2010~2060년”, 보도자료
 ____ (2016a), “장래인구추계: 2015~2065년”, 보도자료
 ____ (2016b), “2015년 사망원인 통계”, 보도자료
- 한국개발연구원(2015), “우리경제, 일본의 잃어버린 20년 답습할 것인가?”, 정책세미나
- 한국소비자원(2011), 『‘비급여 진료비용 고지’ 시행 실태 및 소비자 활용도 조사』
- 한국은행(2017), 『경제전망보고서』, 조사 · 연구자료
- 황나미 · 채수미 · 이재호 · 정현진(2013), 『저출산 · 고령화사회에서의 일차의료기 관 모형 개발』, 연구보고서, 한국보건사회연구원
- Baltagi, B. H. and Moscone, F.(2010), “Health care expenditure and income in the OECD reconsidered : evidence from panel data”, IZA DP No. 4851
- Bishop, C. and Wallack, S.(1996), “National health expenditure limits: the case for a global budget process”, The Milbank Quarterly 74(3)
- Finkelstein E.A., Fiebelkorn I.C., and Wang G.(2003), “National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who’s paying?”, Health Affairs W3
- Holahan, J., Linda, J. B., and Stephan, Z.(1994), “Strategies for implementing global budget”, The Milbank Quarterly 72(3)
- Macinko, J., Starfield, B., and Leiyu., S.(2003), “The contribution of primary

care systems to health outcomes within Organization for Economic cooperation and Development(OECD) countries, 1970-1998”, Health Service Research 38(3)

Meer, J., Miller D. L., and Rosen, H. S.(2003), “Exploring the health-wealth nexus”, *Journal of Health Economics* 22(5)

Rosen, H. S. and Gayer, T.(2009), “Public finance”, McGraw Hill

Sturm R.(2002), “The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. Obesity outranks both smoking and drinking in its deleterious effects on health and health costs”, Health Affairs 21(2)

Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., and Jun, M.(2013), “International profiles of health care systems, New York: The Commonwealth Fund”

OECD(2012), “Economics outlook 2012”, Paris

_____(2017a), “Health statistics(Health expenditure and financing)”, Paris, France(<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

Yaman, K.(2014), “Is premium adjustment a cure-all for private health insurance? The case of Germany”, *International Journal of Economics and Financial Issues* 4(4)

국가통계포털 KOSIS(<http://kosis.kr/index/index.jsp>)

국민건강보험공단(<http://www.nhis.or.kr/retrieveHomeMain.xx>)

한국은행 경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr/>)

한국의료패널 Korean Health Panel(<https://www.khp.re.kr:444/>)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선 방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 ·
 마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선 방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸
 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미
 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선 방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목 · 장동식 ·
 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식 · 이경희 · 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경 · 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원 · 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식 · 이창우 · 김동겸
 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법
 연구 / 기승도 · 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도 · 김대환 · 김혜란
 2010.1

- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과의 시사점 / 유경원 · 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태 · 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익 · 김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 이태열 · 신중협 · 황진태 · 유진아 · 김세환 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 이경아 · 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수 · 김경환 · 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 황진태 · 변혜원 · 이경희 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경 · 변혜원 · 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 김대환 · 이경희 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선 방안 / 오영수 · 안철경 · 변혜원 · 최영목 · 최형선 · 김경환 · 이상우 · 박정희 · 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수 · 김경환 · 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산 · 고령화와 금융의 역할 / 윤성훈 · 류건식 · 오영수 · 조용운 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선 방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 오병국 2011.12

- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린 · 이기형 · 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형 · 변혜원 · 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환 · 유진아 · 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선 방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형 · 임준환 · 김해식 · 이경희 · 조영현 · 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우 · 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선 방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선 방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선 방안 / 조재린 · 김해식 · 김석영 2014.3
- 2014-3 공 · 사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열 · 강성호 · 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사 건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 ·

김혜란 2016.11

2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선 방안 /
오영수 · 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실 · 정책연구실 ·
동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실 · 재무연구실
2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스스크관리연구 / 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식 · 최영목 · 김소연 · 장동식 · 서성민
2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경 · 변혜원 · 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목 · 김소연 · 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도 · 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태 · 기승도 · 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아 · 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스스크관리방안 / 조용운 · 황진태 · 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우
2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 /
김대환 · 류건식 · 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현 · 전용식 ·
이혜은 2012.7

- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ㉠ sure 4.0 / 진 익 · 김동겸 · 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식 · 김석영 · 김세영 · 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환 · 류건식 · 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린 · 황진태 · 권용재 · 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식 · 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도 · 조용운 · 이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 · 김혜란 · 정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2016.5

■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진익 · 지재원 · 박정희 · 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 기승도 · 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 이상우 · 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면 · 이정환 · 최이섭 · 정중영 · 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3

- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익 · 김상수 · 김종훈 · 변귀영 · 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교 · 오영수 · 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환 · 이민환 · 윤건용 · 최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운 · 김세환 · 김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식 · 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협 · 최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선 방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선 방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 김해식 · 유진아 · 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경 · 황진태 · 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우 · 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운 · 변혜원 · 이승준 · 김경환 · 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태 · 전용식 · 윤상호 · 기승도 · 이상우 · 최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우 · 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식 · 김경환 2012.12

- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 황진태 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 이상우 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선 방안 / 김해식 · 변혜원 · 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원 · 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영 · 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석 · 강성호 · 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정 · 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태 · 박선영 · 권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주 · 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식 · 윤성훈 · 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선 방안 / 김정환 · 강민규 · 이해랑 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선 방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 -대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식 · 조영현 2016.2

- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식 · 송운아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략 / 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형 · 김혜란 2016.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원 · 김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구—Own Risk and Solvency Assessment— / 장동식 · 이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해량 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선 방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12

■ 연차보고서

제 1 호	2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
제 2 호	2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
제 3 호	2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
제 4 호	2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
제 5 호	2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
제 6 호	2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
제 7 호	2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
제 8 호	2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
제 9 호	2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1

■ 영문발간물

제 7 호	Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
제 8 호	Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
제 9 호	Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
제10호	Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
제11호	Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
제12호	Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.7
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.7
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.7
제 6 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제10호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제11호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제12호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
--------	-----------------------------------

- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식 · 서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식 · 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식 · 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식 · 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환 · 이상우 · 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환 · 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식 · 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선 · 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환 · 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운 · 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈 · 전용식 · 전성주 · 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형 · 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식 · 윤성훈

- 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영 · 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식 · 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경 · 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식 · 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 보험동향 - 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 보험동향 - 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 보험동향 - 보험금융연구
	- 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9113, 9080 팩스 : (02) 3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스

부산 : 영광도서

저자약력

김 대 환

University of California, Davis, 경제학 박사

현 동아대학교 경제학과 부교수

현 한국보험학회 사회보험 위원장

현 한국사회보장학회 이사

현 한국연금학회 이사

현 한국리스크학회 이사

현 한국경제연구학회 이사

현 부동산정책연구(한국부동산정책학회) 편집위원

현 주택도시금융연구(주택도시보증공사) 편집위원

(E-mail : kimdh@dau.ac.kr)

연구보고서 2017-10

효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안

발행일 2017년 8월

발행인 한 기 정

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화: (02) 3775-9000

조 판 및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-60-2 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원