

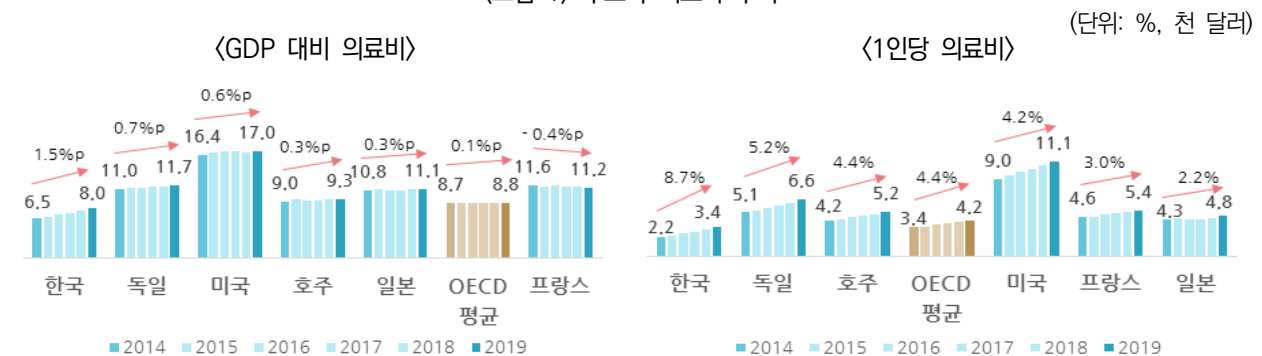
정성희 연구위원, 문혜정 연구원

요약

우리나라는 의료비 증가와 저출산·고령화가 OECD에서 가장 빠르게 진행되고 있음. 한편, 공적 건강보험의 운영·재정이 중앙 집중되어 있으나 보장성은 낮은 수준이고, 의료 공급의 민간 재원 의존도는 높지만 부적절한 비급여 공급에 대한 통제 제도는 미흡한 상황임. 향후 국민건강보험의 재정과 의료비 부담은 더욱 가중될 것으로 예상됨에 따라, 효과적인 의료비용 통제 정책 수립을 통한 건강보험체계의 효율성 제고가 중요한 과제로 부각됨

- 최근 우리나라의 의료비는 OECD 회원국에서 가장 빠르게 증가하고 있어, 저출산 및 고령화의 가속화에 따라 국민건강보험의 재정과 국민 개인의 의료비 부담은 더욱 가중될 것으로 예상됨(그림 1) 참고)
 - 2019년 우리나라의 의료비 지출은 GDP 대비 8.0%로 OECD 평균(8.8%)보다 낮은 수준이나, 최근 5년간 1.5%p 증가함에 따라 OECD 회원국(평균 0.1%p)에서 가장 빠른 증가세를 보임
 - 국민 1인당 의료비의 연평균 증가율은 8.7%로 OECD 평균(4.4%)의 두 배 정도 높은 수준임
 - 우리나라의 고령화 및 저출산 속도¹⁾는 OECD 회원국에서 가장 빠른 것으로 나타나, 국민건강보험의 재정부담 인구조도 빠르게 감소할 것으로 예상됨

〈그림 1〉 주요국 의료비 추이



- 한편, 우리나라의 건강보험은 ① 공보험의 운영·재정이 단일 보험자로 집중되어 있으나 보장성은 낮고, ② 의료 공급에서 민간 재원의 의존도는 높은 반면, ③ 부적절한 의료 공급의 통제 제도는 미흡하다는 특징을 가짐

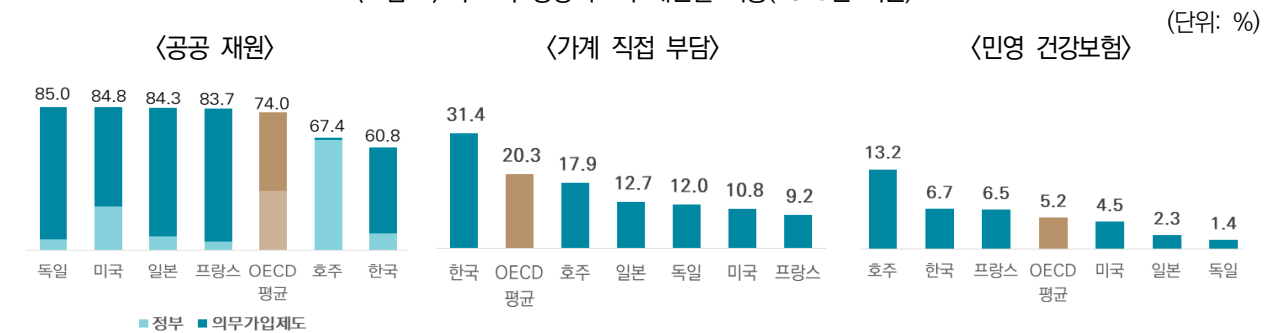
1) 1970~2018년 우리나라의 고령화 비율(전체 인구에서 65세 이상의 인구가 차지하는 비율) 증가율 및 합계 출산율(가임 여성(15~49세) 한 명이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수) 감소율은 각각 연평균 3.3% 및 3.1%로 OECD 회원국에서 가장 빠름

- 한 국가의 건강보험제도는 공보험의 운영 및 재원 관리, 의료서비스의 공급체계, 비용 통제 제도 등에 따라 수행하는 기능의 효과성에 영향을 받음

○ 공적 건강보험의 운영과 재정 관리는 단일 보험자인 국민건강보험공단으로 중앙 집중되어 있으나, 주요국에 비해 의료비에서 공공재원이 차지하는 비중이 낮아 가계의 의료비 부담이 큼(그림 2) 참고)

- 국민건강보험공단은 단일 보험자이자 재정관리자로, 국민(보험가입자)을 대신한 의료서비스의 독점적 구매자임
- 한편, 2019년 우리나라의 경상의료비 중 공공 재원이 차지하는 비중은 60.8%로 OECD 회원국 평균(74.0%)에 비해 매우 낮으며, 가계가 직접 부담하는 의료비는 31.4%로 OECD 회원국에서 6번째²⁾로 높음

〈그림 2〉 주요국 경상의료비 자원별 비중(2019년 기준)

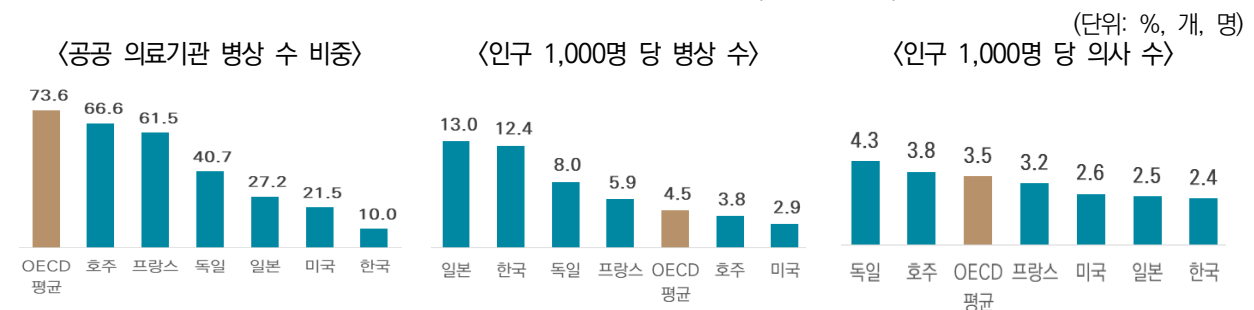


자료: OECD Health Statistics 2020

○ 우리나라 의료서비스는 공급에 대한 민영 자원의 의존도가 매우 높지만 의료인의 수는 적은 수준으로, 공급자에 의한 유인 수요가 발생할 가능성이 상대적으로 높다고 볼 수 있음(그림 3) 참고)

- 우리나라는 OECD 회원국에서 공공 의료기관의 병상 수 비중이 가장 낮은 수준으로, 의료서비스 공급을 대부분 민영 의료기관이 책임지는 구조임
- 또한, 인구 1천 명당 병상 수는 12.4개로 OECD 회원국 평균(4.5개)에 비해 매우 높은 반면, 인구 1천 명당 의사 수는 2.4명으로 OECD 회원국 평균(3.5명)에 비해 적은 수준으로 공급자에 의한 유인수요³⁾의 가능성이 존재함

〈그림 3〉 주요국 보건의료 자원 및 자원(2019년 기준)



자료: OECD Health Statistics 2020

2) 2019년 OECD 회원국 중에서 멕시코(41.4%), 라트비아(39.2%), 그리스(36.4%), 칠레(33.9%), 리투아니아(31.6%) 다음으로 높음

3) supplier induced demand: 서비스나 재화의 공급자가 수요자의 수요에 영향을 주어서 발생하는 부가적인 수요를 의미함

○ 건강보험의 효율적인 운영을 위해서는 부적절한 의료서비스의 수요와 공급에 대한 통제가 중요하나, 특히 우리나라는 주요국에 비해 비급여에 대한 의료 공급의 통제 제도가 미흡함(〈표 1〉 참고)

- 주요국의 경우 보험회사와 의료기관 간의 네트워크에서 관리의료(Managed Care)⁴⁾를 통해 의료비를 통제하는 방식을 허용하고, 보험가입자가 보험회사의 의료네트워크 이외에서 의료서비스를 제공받을 경우 보험금을 지급하지 않거나 환자 본인부담금을 높이는 방식으로 네트워크 내 의료기관을 이용하도록 유도함
- 보험회사는 의료네트워크 형성 과정에서 비용 비교를 통해 의료기관과의 계약 협상력을 보유하며, 이를 통해 의료수가의 할인을 요구하는 등 네트워크 내에서 의료비용 적정성에 대한 감독자의 역할을 수행함
 - 호주의 경우 의료인은 연방정부가 제시하는 행위별 수가표(MBS: Medicare Benefit Schedule)를 가이드라인으로 하되, MBS 이상의 의료비를 청구할 경우 의료인은 보험회사와 사전에 합의를 통해 정해진 수가를 적용함⁵⁾
 - 독일은 민영 건강보험에 적용되는 의료수가 가이드라인(GOÄ)⁶⁾을 통해 의료기관이 일정 수준 이상의 의료수가를 책정하고자 할 경우 보험회사에 가격 책정 사유를 제출해야 하거나 진료 전에 보험회사와 합의를 하도록 함
- 우리나라도 2007년 의료산업선진화위원회에서 ‘비급여’ 중심의 실손보험 기반 마련을 위해 보험회사-의료기관 간의 가격계약 허용을 위한 의료법 개정을 추진한 바 있으나 의료계의 반대로 무산됨

〈표 1〉 주요국의 의료비용 통제 제도

국가	의료 이용	의료 공급: 비급여
한국(4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용(예정)	없음
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급 ^{주)}	민영 건강보험에 대한 의료수가 가이드라인 적용
호주, 프랑스, 네덜란드, 미국 등	보험회사-의료기관 간 네트워크 허용	보험회사-의료기관 간 의료수가 협상

주: 일년간 보험금 청구가 없는 경우 보험료 일부를 환급해주는 보험료 환급제도(Premium Refund System)로 공적 건강보험의 대체형 민영 건강보험에 한해 적용하며, 관련 제도의 운영 여부 및 운영 형태는 보험회사별로 상이함

○ 향후 국민건강보험의 재정과 국민 개인의 의료비 부담은 더욱 가중될 것으로 예상됨에 따라, 의료 공급자에 대한 효과적인 정책 수립을 통한 건강보험체계의 효율성 제고가 중요한 과제로 부각되고 있음

- 의료 공급자는 의료소비자에 비해 의료서비스의 질과 비용에 영향을 미치는 우위적 위치에 있기 때문에, 건강보험의 효율성을 높이기 위해서는 의료 공급에 대한 효과적인 정책 수립이 매우 중요함
- 특히, 건강보험 수가의 통제를 받지 않는 비급여 서비스나 고가의 의료서비스를 더 많이 제공할수록 의료 공급자의 수익이 증가하는 유인구조 등에 대한 통제 제도 마련이 필요함

4) 환자의 의료기관 및 의사선택권을 통제함으로써 의료비용을 관리하는 제도를 말함

5) 보험회사와 의료기관 간의 민영 건강보험에 적용되는 의료수가에 대한 계약 체결 제도는 1995년에 도입됨

6) 약 2,800여개 비급여 항목에 대해 민영 건강보험에 적용되는 의료수가로, 민영 건강보험연합과 연방의사조합 간의 협의를 통해 정해짐. 공적 건강보험의 의료수가(EBM)를 기준으로 2.3배까지는 의료기관이 자율적으로 수가를 책정하고, 그에 따라 보험회사는 보험금을 지급함. 의료기관이 의료수가를 EBM의 2.3~3.5배로 책정한 경우 진료 이후 수가 책정 사유를 보험회사에 제출해야 하며, 3.5배 이상을 상회할 경우 진료 이전에 미리 보험회사와 합의과정을 거쳐야 보험가입자에게 보험금 지급이 가능함