

## 건강보험 재정의 조달과 관리

의료개혁 시리즈 ⑧

**보건의료체계 전면적인 재판이 필요하다!**

필자 : 정형선 (연세대 보건행정학과 교수)

토론자 : 최병호 (서울시립대 교수, 전 한국보건사회연구원장)

신영석 (한국보건사회연구원 선임연구위원)

※ 이 원고는 토론자의 토론 내용을 일부 반영하였음

### 1. 건강보험 재정의 조달

#### 1.1. 전체 경상의료비

##### 1) 경상의료비의 규모

o 우리나라의 전체 경상의료비의 규모는 2015년 115.2조원으로 GDP 대비 7.4%임.

- 전년(2014년) 대비 9.3조원 증가(8.8%), GDP대비 비중은 0.3%p 증가
- 전체 경상의료비 중에서 집합보건의료비를 제외한 ‘개인의료비’는 107.0조원

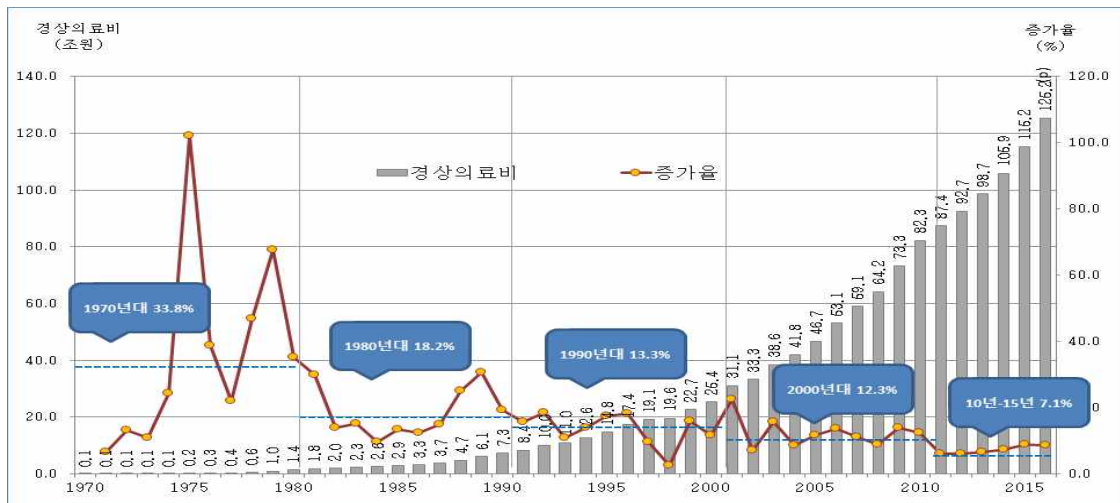
<표 1> 국민 경상의료비 현황

구분	’70	’80	’90	’00	’10	’11	’12	’13	’14	’15	
경상의료비 (조원)	소계 (A)	0.1	1.4	7.3	25.4	82.3	87.4	92.7	98.7	105.9	115.2 (100%)
	개인의료비	0.1	1.3	6.7	23.5	76.5	81.5	86.3	92.1	98.5	107.0 (92.9%)
	집합보건 의료비	0.0	0.1	0.6	1.9	5.8	5.9	6.4	6.6	7.4	8.2 (7.1%)
전년대비 증가율(%)	-	35.2	19.2	11.7	12.3	6.2	6.0	6.5	7.3	8.8%	
GDP(조원) (B)	2.8	39.5	197.7	635.2	1265.3	1332.7	1377.5	1429.4	1486.1	1558.6	
GDP 대비비율(%) (A)/(B)×100	2.6	3.5	3.7	4.0	6.5	6.6	6.7	6.9	7.1	7.4%	

자료: 정형선, 신정우 (2017)

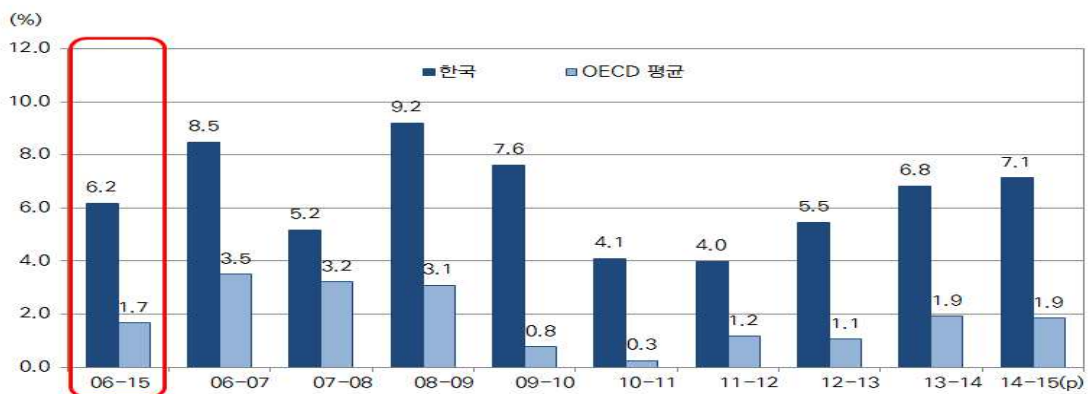
o 건강보험이 도입되기 시작한 1977년에는 GDP 대비 2.3%에 불과했으나, 2015년 7.4%로 증가함.

- 1970년대 연간 30%대의 증가율을 보이던 의료비는 1980년대 18.2%, 1990년대 13.3%, 2000년대 12.3%로 증가폭이 둔화되었으며, 2010년대(2011-2015년)에는 연평균 7.1%로 한자리 수를 기록하고 있음.
- 최근 세계적으로 의료비의 증가세가 둔화된 것에 비하면, 한국의 의료비는 높은 증가율을 유지하고 있음. 2010년대 다소 주춤했던 증가세는 최근 다시 높아지는 추세를 보이며, 지난 10년간(2007-2016년) 1인당 (실질)의료비의 연평균 증가율 6.1%는 OECD국가 연평균 증가율 1.7%를 크게 상회함.
- 급속한 인구고령화는 지속적인 의료비 증가의 주요 요인이 되며, 간병의 사회화에 따른 비용의 증가는 향후 의료비 증가의 잠재 요인이 됨.



자료: 정형선, 신정우 (2017)

<그림 1> 국민 경상의료비 증가 추세

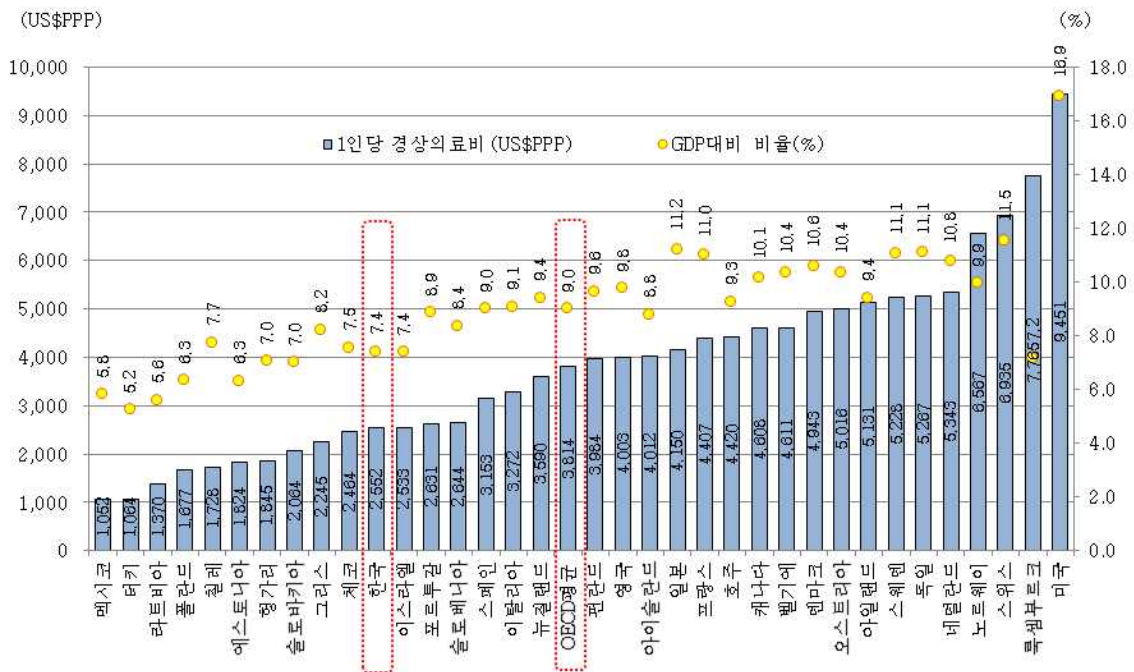


자료: 정형선, 신정우 (2017)

<그림 2> 1인당 (실질)의료비의 연평균 증가율

o 2015년 한국의 'GDP 대비 경상의료비 비율' 7.4%는 OECD 평균 9.0보다 낮으며, OECD 35개 국가 중 27번째에 해당함.

- 터키, 라트비아, 멕시코, 에스토니아, 폴란드, 슬로바키아, 헝가리와 룩셈부르크가 우리와 함께 낮은 비율의 국가군에 속함.
- 구매력지수로 환산한 한국의 1인당 경상의료비는 2015년 2,552 US\$PPP로 35개 국가 중 25번째임. 멕시코, 터키 등이 우리보다 낮은 수준의 지출을 하는 국가임.



자료: 정형선, 신정우 (2017)

<그림 3> OECD 국가의 '1인당 경상의료비' 및 'GDP 대비 경상의료비'

## 2) 경상의료비의 재정 구성

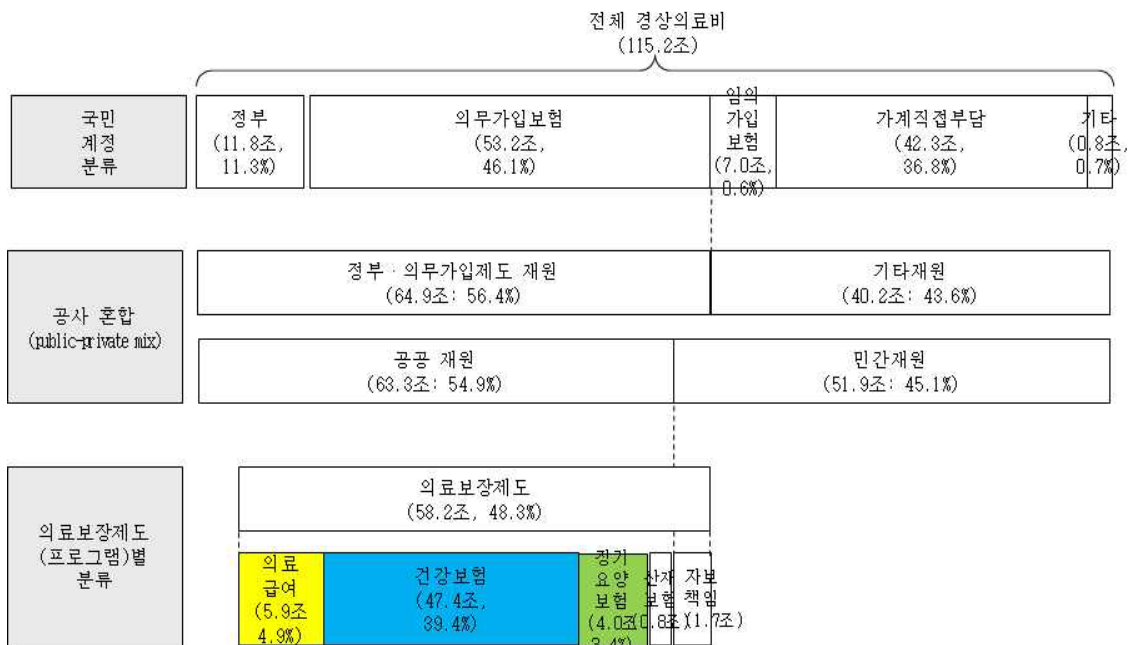
o 2015년 경상의료비 중 공공재정(정확히는 정부·의무가입제도)은 56.4% (65.0조원)이었음. '공공재정'은 사회보험(정확히는 의무가입건강보험) 재정 46.1%(53.2조원) 및 정부 재정 10.3%(11.8조원)로 구성되며, '민간재정'은 가계직접부담 36.8%(42.4조원) 및 임의가입제도(민영보험, 비영리단체, 기업) 6.8%(7.8조원)로 구성됨.

- 경상의료비에서 차지하는 공공재정(정부·의무가입제도)의 비중은 1970년대 초반 해도 10%에 미치지 못했으나 계속되는 보장인구의 증가와 급여의 확대로 2015년에는 56.4%에 이르게 되었음. 다만 이 수치는 아직도 OECD 국가의 평균 수준에 훨씬 못 미치며, 한편으로는 우리 의료보장제도의 특징을 보여주기도 함.

<표 2> 2015년 경상의료비의 재원별 구성

경상의료비 115.2조원					
정부·의무가입제도 65.0조원 (56.4%)		임의가입제도 7.8조원 (6.8%)		가계직접부담 42.4조원 (36.8%)	
정부 11.8조원 (10.3%)	의무가입건강보험 53.2조원 (46.1%)	임의가입 건강보험 7.0조원 (6.1%)	비영리단 체 0.7조원 (0.6%)	기업 0.2조원 (0.1%)	

o 「의료보장」 제도의 재정은 총 58.2조원으로 이는 건강보험 47.4조원, 의료급여 5.9조원, 장기요양보험 4.0조원 등으로 구성됨)



주1: 건강보험에 대한 국고지원액(정부 일반재정 및 담배부담금)은 '건강보험'에 포함되어 있음  
 주2: 민영의료보험 중에서 자동차보험 책임보험은 과거의 보건계정 기준에서는 민간재원으로 분류되었으나, 현행 보건계정에서는 '의무가입보험'에 속하므로 일괄해서 공공으로 취급될 가능성이 높음

<그림 4> 2015년 경상의료비의 재원별 구성 도해

## 1.2. 건강보험의 재정 조달

o 2015년도 건강보험 재정은 총수입과 총지출이 각각 53.3조원 및 48.2조원을 기록함 (이는 건강보험통계연보의 수치로, 상기 보건계정에 입력된 수치와는 외포, 내연에 있어 미미한 차이가 있음)

- 총수입 53.3조원은 보험료 44.3조원, 정부지원금(=일반회계+건강증진기금) 7.1조원 등으로 구성됨.
- 총지출 48.1조원은 보험급여비 45.8조원, 관리운영비 6천억 원 등으로 구성됨.

o 2015년에만 5.1조원의 당기 흑자를 보인 바, 총수지율 즉, '총수입 대비 총지출'은 90.4%이었음.

- 2015년 말의 누적 적립금은 12.8조원에 달하여 적립률 28.0% 즉, 3달치 남짓한 급여비를 보유하고 있는 상황임.

<표 3> 건강보험 재정 수지 현황: 1990-2015 (단위: 10억원)

		1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
수입	계(A)	2,432	5,614	9,828	21,091	33,949	38,761	42,474	47,206	50,516	53,292
	보험료	1,884	3,601	7,229	16,928	28,458	32,922	36,390	39,032	41,594	44,330
	정부지원금	364	755	1,553	3,695	4,856	5,028	5,343	5,799	6,315	7,090
	기 타	185	1,258	1,046	469	635	811	741	2,375	2,607	1,872
지출	계(B)	2,164	5,076	10,744	19,980	34,926	37,259	39,152	41,265	44,753	48,162
	보험급여비	1,803	3,628	9,286	18,394	33,749	35,830	37,581	39,674	42,828	45,760
	관리운영비	192	385	696	759	675	611	614	631	642	623
	기 타	169	1,064	763	827	502	817	956	960	1,283	1,779
총수지율(B/A)		8.9%	9.0%	109.3%	94.7%	102.9%	96.1%	92.2%	87.4%	88.6%	90.4%
당기차액(A-B)		268	538	-916	1,111	-977	1,502	3,322	5,941	5,763	5,130
누적준비금적립금(E)		1,011	3,101	1,995	995	959	1,560	4,576	4,576	8,220	12,807
적립률(E/D)		51.9%	76.0%	21.5%	5.4%	2.8%	4.4%	12.2%	11.5%	19.2%	28.0%
연간 1인당보험료(천원)		53	95	187	432	683	772	843	900	955	1,003
연간 1인당급여비(천원)		49	93	202	388	692	729	759	796	854	892

자료: 2015 건강보험통계연보 재정리

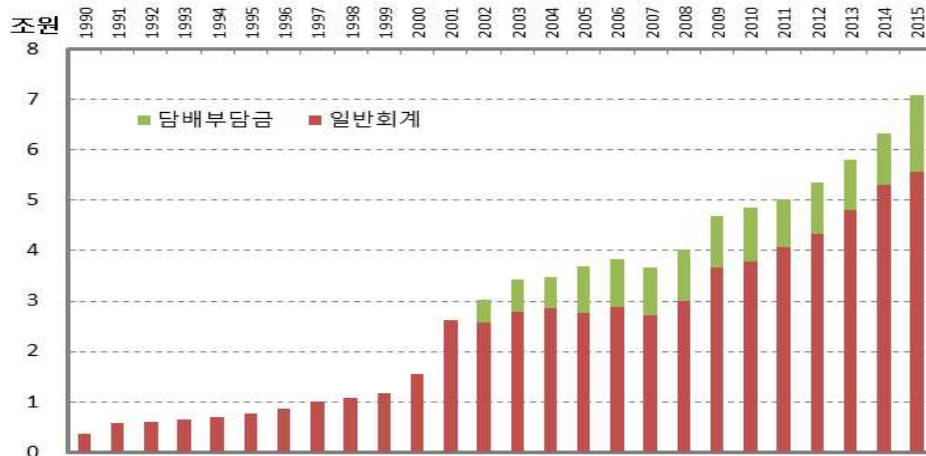
o 1990년대 후반부터 적자를 보이던 건강보험 재정은 2003년부터 흑자로 전환된 뒤 2010년의 미미한 당기 적자 외에는 흑자 기조를 유지하여 현재 13조원의 누적 흑자에 이르게 됨.

- 의약분업 시행 직후인 2001년에는 당기 적자만 1.9조원에 달하여 보험급여를 위해 단기 차입에 의존하기도 하였지만, 이에 따라 이루어진 각종 긴급처방책은 효력을 발휘하여 2003년 이후에는 당기 흑자를 보임.

- 계속되는 흑자에 자신을 얻은 정부는 2005년 보장성 강화 대책을 마련하였고 그 뒤로 보장성 강화가 정권을 초월한 화두가 됨.

o 국고지원의 규모는 1999년 1조원 수준이던 것이 2000년 1.6조원, 2001년 2.6조원으로 급격히 늘어났고, 2002년부터는 건강증진기금이 보험재정을 위한 용도로 배당이 되면서 국고지원을 대체하는 경향을 보임.

- 건강증진기금의 수입액이 정체되고 보험재정 지원이 한도에 묶임에 따라 2008년 이후에는 반대로 기금 지원액은 고정되고 국고지원액이 늘어나는 경향을 보이다가 2015년 담배세 인상으로 다시 기금 지원 비중이 늘게 됨.



<그림 5> 건강보험 국고지원 현황

## 2. 재정 관리의 과제

### 2.1. 의료비 증가의 원인

#### 1) 의료비 증가의 미래 전망

##### (1) 경상의료비의 증가

o 정형선, 신정우(2017)에 의하면, 명목 경상의료비는 지금으로부터 10년 후인 2026년에 220조원에 달할 것으로 전망되며, 이는 2015년 115조원의 2배에 가까운 규모임.

o 증가율 자체는 2017년 7.2%에서 2025년 5.1%까지 점차 둔화되겠지만 그래도 일반 물가 상승률이나 경제성장률을 상회하는 높은 수준임.

<표 4> 경상의료비 추계(2017-2026)

연도	경상의료비 (명목)	증가율
2017	132.7 조원	7.2%
2018	141.7 조원	6.8%
2019	150.7 조원	6.4%
2020	160.1 조원	6.2%
2021	170.0 조원	6.0%
2022	179.4 조원	5.7%
2023	189.3 조원	5.5%
2024	199.0 조원	5.3%
2025	209.5 조원	5.1%
2026	220.0 조원	4.9%

주: 시계열자료의 현재 상태가 과거의 상태에 의존하는ARIMA(Autoregressive Integrated Moving Average) 모형에 외생변수로서의 입력변수를 결합하여 그 영향력을 동시에 고려하는 모형을 구축하여 추계함.  
자료: 정형선, 신정우(2017).

## (2) 건강보험진료비의 증가

o 정형선, 신정우(2017)의 경상의료비 미래 추계에서 산출된 자료에 의하면, 건강보험진료비(보험자부담금+법정본인부담금)는 지금으로부터 10년 후인 2026년에 117조원에 달할 것으로 전망되며, 이는 2015년 59조원의 2배 수준임.

o 증가율 자체는 2017년 7.0%에서 2025년 5.8%까지 점차 둔화될 것이나, 이 또한 일반 물가상승률이나 경제성장률을 상회하는 높은 수준임.

<표 5> 건강보험진료비 추계(2017-2026)

	경상의료비 (명목)	증가율
2017	67.3 조원	7.0%
2018	72.0 조원	6.8%
2019	76.8 조원	6.7%
2020	81.8 조원	6.6%
2021	87.1 조원	6.5%
2022	92.6 조원	6.3%
2023	98.4 조원	6.2%
2024	104.3 조원	6.1%
2025	110.5 조원	5.9%
2026	116.9 조원	5.8%

## 2) 의료비 증가의 원인

### (1) 건강보험진료비 증가의 구성 요소별 기여도

o <박스 1>은 건강보험진료비를 그 구성요소의 항등식으로 표시한 것으로, ‘1인진료비’는 ‘1인진료일수’(1인당 진료일수도 ‘수진건수’와 ‘건당 일수’로 분해가 가능)와 ‘1일진료비’의 곱이고, ‘1일진료비’는 다시 ‘1일진료강도’와 ‘가격(진료보수)’의 곱이며, ‘가격(진료보수)’은 다시 ‘상대가치점수’와 ‘환산지수’의 곱이므로, 이러한 항등식을 이용하여 건강보험진료비의 증가에 대한 기여도를 구하게 됨.

[박스 1] 건강보험진료비의 항등식

$$\begin{aligned}
 \text{Exp} &= \text{Pop} \times \text{Exp/Pop} \\
 &= \text{Pop} \times V \times \bar{P} \\
 &= \text{Pop} \times (D \times I) \times (\bar{R} \times C)
 \end{aligned}$$

[ 여기서, Exp : 의료비, Pop : 인구수,  
V : 1인진료량,  $\bar{P}$  : 평균가격, D : 입내원일수, I : 1일진료강도 (여기서는 잔차로 구함),  
 $\bar{R}$  : 평균상대가치점수 (=  $\sum QiRi / \sum Qi$ ), C : 환산지수 ]

자료: 정형선 (2017)

o 정형선(2017)에 의하면,

- 지난 10년간 ‘노인진료비’의 연평균 증가의 62.2%는 1인진료비의 증가에 의한 것이었고 46.9%는 노인가입자수의 증가에 의한 것이었음.
- 1인진료비의 증가에 의한 부분을 분해하면, 진료량의 증가에 기인한 부분(기여율 33.4%)이 가격의 증가에 기인한 부분(기여율 28.8%)보다 약간 높았음. 하지만, 2010년대에는 2000년대에 비해서는 진료량의 기여도가 낮아짐.

<표 6> ‘건강보험노인진료비’ 증가에 대한 구성요소별 기여도 (단위: 10억원)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 기여율* (2005-15)		
노인진료비	6,073	7,350	9,119	10,737	12,424	14,135	15,389	16,449	18,085	19,969	22,236			
증가액	937	1,277	1,769	1,618	1,687	1,711	1,254	1,060	1,636	1,884	2,267			
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
노인가입자수변화 (기여율)	250	257	609	469	557	412	597	847	837	858	753			
	26.7	20.2	34.4	29.0	33.0	24.1	47.6	79.9	51.2	45.6	33.2	28.7	46.9	37.8
1인진료비변화 (기여율)	686	1,020	1,160	1,150	1,130	1,299	657	213	799	1,026	1,515			
	73.3	79.8	65.6	71.0	67.0	75.9	52.4	20.1	48.8	54.4	66.8	71.3	53.1	62.2
가격변화 (기여율)	165	230	328	877	546	329	286	703	400	441	456			
	17.6	18.0	18.5	54.2	32.3	19.2	22.8	66.3	24.4	23.4	20.1	28.1	29.4	28.8
- 상대가치점수 (기여율)	0	0	141	687	292	60	46	357	-3	-3	-3			
	0.0	0.0	8.0	42.4	17.3	3.5	3.7	33.7	-0.2	-0.2	-0.1	13.5	6.7	10.1
- 환산지수 (기여율)	165	230	187	190	254	269	240	346	402	443	459			
	17.6	18.0	10.5	11.8	15.0	15.7	19.1	32.7	24.6	23.5	20.2	14.6	22.7	18.6
1인진료량변화 (기여율)	522	790	832	272	584	970	371	-490	399	585	1,059			
	55.7	61.8	47.0	16.8	34.7	56.7	29.6	-46.3	24.4	31.1	46.7	43.2	23.7	33.4
- 1인진료일수 (기여율)	302	351	435	778	643	523	165	210	179	173	-38			
	32.2	27.5	24.6	48.1	38.1	30.6	13.2	19.8	11.0	9.2	-1.7	34.1	13.7	23.9
-1일진료강도등 (기여율)	220	438	396	-505	-59	447	206	-700	220	412	1,097			
	23.5	34.3	22.4	-31.2	-3.5	26.1	16.4	-66.0	13.4	21.9	48.4	9.1	10.0	9.6

\* 연평균은 산술평균

## (2) 각종 수요 및 공급자요인

o 인구의 고령화: 만성질환의 증가

- 우리나라의 고령화 속도는 세계 최고 수준으로 2017년에 고령사회로 접어들고, 2026년에는 초고령사회에 진입할 것으로 전망됨.
- 고령인구의 증가는 만성질환자의 증가를 의미하며 이는 의료비의 증가로 연결됨: 65세 이상 인구의 ‘건강보험 진료비’는 2015년 22조원으로 전체 ‘건강보험진료비’ 59조원의 37.8%를 차지함. 2015년 1인당 건강보험 (65세 이상) 노인진료비는 331만원으로 전체인구의 1인당 건강보험진료비 115만원의 2.9배에 달함.
- 일본은 의료계획을 통하여 병상수를 줄이고, 입원일수를 감축하여 노인의료비 관리를 하고 있고, 대만은 총액계약제를 통하여 국민의료비 전체를 관리하는 가운데 노인의료



비도 관리하고 있으며, 유럽은 의료체계를 병원 중심에서 지역사회 중심으로 전환하는 가운데 급성기 병상수를 줄이고, 입원일수도 줄이고 있으나, 우리의 경우 이러한 관리 기전이 불분명함.

#### o 건강보험제도 상의 지출 관리의 한계

- 일부 예외적인 포괄수가지불방식이나 일당정액방식을 제외하고는 대부분 행위별수가제가 적용되고 있는 바, 이는 불필요한 의료 제공과 이용을 유도할 가능성을 높임.
- 상대가치점수제는 총점고정을 원칙으로 함에도, 빈도의 상대적 변화나 추가적 상대가치점수 부여를 통해서 상대가치점수의 변화가 의료비 지출의 증가로 이어지고 있음.
- 환산지수는 매년 계약에 의해서 이루어지는데 물가상승률보다 높게 계약되고 있음. 이는 일본의 수가 개정 방식(2년에 한 번씩 수가 개정을 하고, 행위 수가의 인상도 의약품비의 인하 수준 정도를 반영해주는 것)과 대조적임.
- ‘진료량’의 증가 자체를 관리하는 기전이 거의 없음. 이는 총액을 계약하는 대만의 전민건강보험과 대조적임.

#### o 간호/간병서비스 지출의 확대

- 인구고령화에 따라 간호/간병서비스의 중요성이 커지고 이를 보호자의 노력봉사에 의존하는 기존의 방식은 한계를 노정함.
- 보호자 없는 의료기관의 간호/간병서비스를 확대하기 위해서는 의료기관이나 간병인의 간호 및 간병 인력 충원을 위한 비용을 보전해 주어야 함.
- 간호 및 간병을 위한 비용을 보험자가 부담하거나 환자나 보호자가 부담해야 하는데 어떤 방식이든 결국 전체 의료비의 증가로 이어지게 됨.

#### o 급성기병상 및 요양병원의 급증

- 소위 ‘사회적 입원’ 현상이 지역사회의 수용 능력이 부족하고 요양시설의 서비스가 불충분하여 발생함.
- 인구 대비 급성기병상의 수가 OECD 국가 평균의 두 배에 달하고, 요양병원의 수가 2000년대 초에 1백 개가 안 되던 것이 현재 1천5백 개에 가깝게 증가하고 있는 상황임.
- 요양병원의 91~180일 장기 입원환자는 2005년 대비 2015년 8.08배의 증가를 보여주고 있으며, 이는 일반병원과 종합병원의 증가율 2.37, 2.73배를 크게 상회함. 181~270일 장기 입원환자의 경우에도 마찬가지로 현상이 발생하고 있음.
- 요양병원 입원기준에 해당하는 환자군 분류기준(7단계)이 존재하나, 지나치게 범위가 넓음. 경증환자를 중증환자로 상향청구(up-coding)하는 사례가 빈번함에도 청구 정확성을 담보하기 위한 체계적 관리체계가 갖추어지지 못함.
- 본인부담상한제가 적용되므로, 소득수준에 따라 3~5개월 이상 입원하면 본인부담이 없어지는 등, 장기 입원에 대한 제공자 및 환자의 제어 기전이 작동하지 않음.

#### o 지역의료계획의 부재

- 우리나라는 지역 별로 병상 수의 과잉 여부를 판단하기 위한 의료계획이 제대로 이루어지고 있지 못해, 병상 가동률이 상급종합병원을 제외하고는 매우 낮고 이 때문에 병원은 수지를 맞추기 위하여 입원을 늘리는데 혈안이 되어 있음. 1995년 지역보건법을 제정하면서 매4년 단위로 지역보건의료계획을 수립하도록 규정하고는 있으나 이 계획은 지역단위계획으로 끝나고 중앙에서 이를 종합하여 자원의 수급이나 지역 간 균형 배치를 이루려는 노력으로 연결되지 못함.
- 일본은 1985년부터 의료계획을 통해 병상 수의 통제를 시작함. 병상 수의 감축을 지역 단위로 실행하고 지역 간 의료자원의 불균등 분포를 시정함으로써, 전체적으로 입원을 줄임. 1993년부터 병원의 병상 수가 줄기 시작함. 2005년에는 의료구역을 370개로 늘리고, 이 가운데 215개 구역은 병상 억제제를 추진.

<표 7> 의료기관 종별 병상가동률 (단위: %)

구분	2012	2013	2014	2015
상급종합병원	90.7	93.2	90.6	86.3
종합병원	68.2	69.9	69.9	67.9
병원	42.8	43.3	43.4	43.8
요양병원	58.2	58.2	59.4	59.8
의원	32.6	31.9	30.4	31.4

주: 1) 병상가동률: 총 입원일수/(병상수×365) (산재와 자동차 보험 등은 제외)

2) 일반의료기관만 해당(치과, 한방, 보건기관, 약국제외)

자료: opendata.hira.or.kr (건강보험심사평가원)

#### o 신의료기술 및 고가의약품의 증가

- 신의료기술의 발달과 혁신의약품의 개발은 촉진되어야 하나, 비용-효과성에 대한 철저한 검증이 부족한 상태에서 제공되는 경우 불필요한 의료비 부담으로 이어지게 됨.
- 보험등재를 신청하여 급여관정 대기 중인 기술(의료행위 및 치료재료)을 자동적으로 법정비급여로 인정해줌에 따라, 이 기간 동안 비용-효과성을 무시한 가격으로 공급되고 이를 지불하는 현상이 생기게 되며, ‘독립적 절차’ 또한 이러한 기간의 연장 수단으로 활용되게 됨.

#### o 비급여 관리 기전의 한계

- 공단의 진료비실태조사 자료에 근거해서 볼 때, 3대 비급여의 정비 등으로 비급여의 증가율은 2010년 이전에는 5년 평균 16.9%의 높은 비율을 보였으나, 2010년 이후의 5년간은 평균 4.9%로 증가폭이 둔화되고 전체 보장률이 조금씩 증가하는 경향을 보임.
- 그럼에도, 비급여 관리 기전의 한계로, 급여액이 2012년 35.1조원에서 2013년 36.1조원, 2014년 41.5조원, 2015년 44.0조원으로 크게 증가하였음에도 불구하고, 비급여액은 줄어들지 않고 2012년 9.9조원에서 2013년 11.2조원, 2014년 11.2조원, 2015년 11.5조원으로 오히려 증가를 하고 있음.

## o 민영보험의 확산

- 건강보험의 법정본인부담을 민영보험이 보험금으로 지불할 경우는 의료 이용자의 도덕적 해이로 불필요한 의료비 부담이 생길 가능성이 커짐.
- 비급여 항목에 대한 지출을 민영보험이 커버할 경우에도 프랑스의 안경 구입 사례에서 보듯이 공보험과 연결되는 부분에서는 도덕적 해이 현상이 발생하게 됨. (프랑스에서는 보충형 민영보험이 일반화되어 있고 이는 대부분 안경을 커버하는데 이로 인해 비급여인 안경 구입을 위한 전제조건인 건강보험 안과 진찰이 불필요하게 이루어지고 있음)
- 생명보험을 중심으로 한 기존의 민영건강보험은 보장성보다는 저축성이 강한 상품이었고 암 등 일정 조건이 충족되면 일시금을 보험금으로 지급하는 것이기 때문에 일반 민영보험상품과 차별성이 크지 않았으나, 2000년대 중후반 이후 화재보험을 중심으로 실손형 민영보험이 확대되면서 비급여의료비가 증가하고 건강보험도 영향을 받게 됨.

## 2.2. 재정 관리 방안

### 1) 거시적 재정 관리: 상대가치 총점 관리

#### (1) 총점 관리를 위한 상대가치점수의 조정

o 2차 상대가치의 개정 논의 시의 분석 단위인 행위유형(수술, 처치, 기본진료, 기능검사, 검체검사, 영상검사)별 구분은 환산지수의 계약과 단위가 다르기 때문에 상대가치점수 자체적으로 왜곡을 시정하여야 함.

- 상대가치점수에 대한 관리는 자체적인 합리성 제고를 위해 필요하지만 상대가치 총점의 관리 및 건강보험재정의 지속적 성장가능성을 위해서도 필요함.

o 행위유형(수술, 처치, 기본진료, 기능검사, 검체검사, 영상검사) 별로 진료량을 포함한 총점을 관리하는 방안을 공식화 할 필요가 있음.

- 행위량(빈도)의 증감 중에서 상대가치점수 개정 시에 반영해 주어야 할 부분과 환산지수 계약 시에 반영해 주어야 할 부분을 구분해야 함.
- 환산지수 계약 시에 반영할 부분을 제외한 부분은 상대가치점수 개정 시에 반영해야 함.

o 상대가치점수 조정의 대상은 행위빈도가 급격히 늘어난 것을 중심으로 하도록 함.

- 같은 패밀리 군에 속하는 서비스 항목의 빈도 변화를 확인함.
- 단위당 비용이 낮은 서비스에 낮은 수가를 적용하는 원칙에 해당함.

#### (2) 총점 관리를 위한 환산지수 계약 방식

o 환산지수 계약 시에 과거 일정 기간의 상대가치점수의 평균 인상률을 명시하고 이를 고려한 수가인상률을 병기함.

- '요양급여비용'의 계약을 '점수 당 단가' 즉, 환산지수의 계약에 국한하고 있는 현

행 방식은 유지함.

- 상대가치점수의 인상(하)율을 산출 가능한 최근(예, 3년간)의 이동평균을 사용함.
  - 건강보험의 '수가(가격)'는 상대가치점수에 점당단가(즉 환산지수)를 곱하여 산정됨으로, '수가'의 변화는 '환산지수'의 변화 외에도 '상대가치점수'의 변화를 포함함. 즉, 『수가(가격) 인상률』 = 『환산지수 인상률』 + 『상대가치점수 인상(하)율』임을 분명히 함.
  - 환산지수가 공급자와 가입자 간의 계약에 의해 결정되다보니 흔히 '환산지수 인상률'이 '수가 인상률'인 것으로 오해하게 되나, 정확히는 '상대가치점수의 변화'에 따른 인상(하)도 포함해서 '수가 인상률'을 논의해야 함.
- o '익년도 환산지수 인상(하)율'과 '과거 일정 기간의 상대가치점수의 인상(하)율'의 합인 '익년도 수가인상(하)율'을 '지속가능 인상(하)율'에 연동시킴.
- 환산지수만을 계약의 대상으로 하는 것은 상대가치 총점이 기준 연도와 비교 연도 사이에 중립성(neutrality)을 유지한다는 전제임. 이 경우는 환산지수가 '기준 연도와 비교 연도 사이에 생기는 요양기관의 비용이나 경영상황의 변동'만을 반영하면 됨. 하지만, 이러한 중립성이 유지되지 못하고 있는 것이 현실인 바, 이를 사후적으로 확인하여 환산지수 계약에 반영하는 기전을 마련함으로써 총점 고정의 효과를 확보할 수 있음.
  - '지속가능 인상(하)율'은 '요양기관의 비용이나 경영상황의 변동'을 반영하여 산출함. 주로 물가상승률 내지 임금상승률을 기반으로 함.
- o 현행 환산지수계약 시의 고려사항
- 환산지수의 계약 시에 계약 유형별로 가중평균상대가치점수의 변화 및 행위량의 변화를 고려한 총점의 변화를 염두에 둔 계약을 할 필요가 있음.
  - 상대가치점수를 부분적으로 개정하거나 보험급여범위를 조정한 경우, 이를 그 다음 일정 기간의 환산지수 계약에서 반영함으로써 전체 보험재정의 균형을 유지하도록 해야 하며, 최소한 건정심에서는 이러한 조정을 위한 보험재정의 확보나 보험료의 조정 등을 함께 심의할 필요가 있음.

## 2) 미시적 재정 관리

- o 만성질환자에게 담당의사를 두고 인두제 지불방식을 적용
- o 노인을 대상으로 한 '외래 본인부담정액제'에서 '본인부담 정액 수준'을 인상
- o 입원기간 차등제를 보다 정교화하여 입원 기간을 단축
  - 장기 입원에 대한 수가 감산과 본인부담률 상향 조정 등의 조치를 통해서 입원기간에 대한 역 유인을 마련해야 함. 단, 장기입원자의 상당수가 재활서비스를 받기 위한 목적에 있음을 유의할 필요함. 가정 등 지역사회에 열악한 수용상황이나 지역사회중심의 서비스 공급체계가 구축되지 않을 경우 자칫하면 노인들이 필요로 하는 재활서비스를 받

기 어려워 오히려 「재활난민」 과 같은 사태가 벌어지게 됨.

- 환자 에피소드 단계에 맞는 재활서비스의 제공이 이루어져야 하는 바 이를 위해서는 질환별로 재활치료를 위한 입원일수의 표준을 정하고 이에 따라 수가를 차등 지불하는 방안을 강구할 필요가 있음.
- 발병을 하게 되면 급성기를 보낸 후 회복기를 거쳐 유지기로 진행하거나 아니면 아급성기를 거쳐 만성기로 진행하게 되는 바, 각 단계별로 적절한 재활서비스가 제공되어야 유지기나 만성기에 있어서도 적절한 삶의 질을 유지할 수 있게 됨.
- 뇌혈관 질환 등 재활은 치료 개시일 부터 180일 이내, 심장 대혈관 질환, 재활 및 운동기 재활은 150일 이내, 호흡기 재활은 90일 이내 등과 같이 표준 산정일수를 정하고 이 기간을 넘어가는 경우 입원료 및 재활료에 있어 불이익을 받도록 하는 등의 조치가 필요함.

o 중장기적으로는 모든 질병의 입원에 포괄적으로 적용할 수 있는 적정성 심사 프로토콜 (AEP: Appropriateness Evaluation Protocol)을 검토

- 단기적으로는 병원으로부터 입원의 일부를 표본 추출하여 건강보험심사평가원에서 입원의 적정성을 검토하고, 그 결과를 다른 유사 병원의 평균결과와 함께 환류 하여 병원이 자발적으로 입원적정성을 관리하도록 유도하고, 병원의 의무기록 자료 제출에 대한 협조와 평가 결과를 토대로 차기 회기에 입원 적정률을 높이는 병원에 대해서는 인센티브를 부여함
- 중기적으로는 사전 입원허가제 도입이 이루어지도록 해야 함. 병원에서 의사의 입원 결정을 토대로 입원이 이루어지면 2일 이내에 의무기록지를 첨부하여 건강보험심사평가원에 입원 허가를 신청하고, 이에 따라 심평원은 AEP를 활용하여 적정한 입원 여부를 판단해서 당일 중으로 통보하게 됨. 이를 자발적 참여방식으로 시행할 경우, 사전심사제도에 순응하는 의료기관에 대해서는 입원 거절로 인한 병원의 손실을 적절히 보상하도록 해야 함.

o 요양병원의 재편

- 의학적 입원 필요성을 바탕으로 한 입원기준을 정비하고, 요양시설 입소자가 의료 이용이 어려운 이유로 요양병원에 입원 하는 경우를 줄이기 위해, 요양시설의 의료 지원을 강화함.
- 요양시설에서 지역 내 응급의료 등이 가능한 의료기관과 사전에 협력체계를 구축토록 하여 지속적·연속적인 상호협력 속에 환자가 의뢰되도록 수가 인센티브를 제공함.
- 질 관리 효과가 미비한 것으로 파악되고 있는 재활전문의를 대한 인력 가산 대신에 물리치료사 등 재활서비스의 직접 종사 인력에 대한 가산을 확대함.
- 요양병원에 대한 정밀한 정보 수집 및 심사체계를 강화함. 환자군 상향 조작, 인력 허위신고, 사무장 병원 등 불량한 요양병원에 대해서는 현지조사 강화 및 엄격한 처분기준을 적용. 심평원 본원 내 요양병원 심사 및 수가 관리 총괄조직 설치.

- 요양병원 중 일부를 재활기능에 특화된 회복기재활병원으로 전환하거나 급성기 및 요양병원에 회복기재활병동을 구분해서 두고, 회복기 재활을 위한 시설·인력 기준과 과정·결과 지표를 엄격히 확인하는 전제 하에 높은 회복기병동 가산 입원료를 적용.
- 요양병원 중 일부는 유지기요양병원으로 규정하거나 회복기재활병동을 제외한 나머지를 유지기요양병동으로 규정. 단, 종합 재활의回数 등을 일정 수준 보장하기 위한 산정기준 및 인력 기준 적용.

o 신의료기술 및 고가의약품의 증가

- 2002년 신의료기술에 관한 급여 여부 판정 제도가 도입되기 이전과 같이, 신의료기술이 급여나 비급여으로 결정 고시될 때 까지는 비급여로 제공될 수 없도록 하거나, 가능한 모든 제품을 기존의 급여 품목과의 비교를 통해 급여 대상으로 하되 본인부담을 차등적으로 적용하는 선별급여의 대상으로 해야 함.
- 이를 위해서는 식약처에 허가 신청을 할 때에 심평원에도 동시에 신청하여 경제성평가와 급여적정성 여부에 대한 심의가 동시에 이루어지도록 하고, 식약처의 허가는 받았는데 심평원의 평가에서 등재되지 못할 경우 원칙적으로 건강보험 비급여의 형태로도 진입하지 못하게 해야 함. 신기술(신약, 신재료)의 시판, 비급여인정, 보험등재에 대한 판정을 위한 공식적인 기구(의료기술평가원)가 필요할 것이며 기존의 보건의료연구원(NECA)이 그 역할을 할 수 있을 것임. 의료기술평가원이 실무적인 작업을 하고, 식약처와 심평원의 검토의견을 취합하여 의료기술평가위원회가 최종적인 결정을 하는 절차임. 의료기술평가원은 신기술 뿐 아니라 기존의 기술에 대해서도 상시적인 평가를 해야 하며, 외국의 의료기술, 약, 재료의 현황(종류와 가격)과 개발상황에 대한 정보를 상시적으로 수집해야 함.
- 신의료기술 중에서 효과성에 대한 근거를 확보(Evidence Based Medicine: EMB)하기 위해 비급여로 인정하는 경우는 원칙적으로 신청기관에만 시행을 허용하거나, 시행기관을 상급종합병원 등 테스트 병원으로 엄격히 제한하여 입증되지 않은 신기술 비급여의 무분별한 확산을 방지해야 함

o 비급여 관리 체계의 구축

- 비급여는 첫째, 건강보험의 통제 밖에 있기 때문에 가격이 천차만별이고, 정보의 비대칭 상황에 있는 의료제공자와 환자 사이에서만 오가고 있어서 그 질적 수준에 대한 제3자의 모니터링이 이루어지지 못하고, 둘째, 비급여 항목의 증가에 따른 의료비의 증가는 국민의 불필요한 경제적 부담으로 남는 경우가 많다는 점에서 해결해야 할 과제임
- 새로운 비급여 항목의 창출, 비급여 진료량의 증가 등의 문제에 대처하기 위해서는 진료비 실태에 대한 보다 정확한 파악과 분류, 이를 기반으로 한 비급여 종류별 맞춤형 대책이 필요함. 가능한 모든 비급여를 분류(목록화) 및 표준화하고 가능한 한 급여화하여 가격의 부여 및 질적 모니터링의 대상으로 해야 함.
- 'EDI 코드가 부여된 비급여 항목' 중에서 의료적 성격이 아주 약한 것 외에는 본인

부담률을 50-90%까지 높게 설정(본인부담 차등방식)하더라도 가능한 한 모든 서비스를 급여 항목으로 전환해야 함. 4대 중증질환에 적용하고 있는 소위 '선별급여' 방식은 이러한 '본인부담 차등제도'인 바 이를 일반화하고 적극 활용할 필요가 있음. 수면내시경을 건강보험에서 급여화 하되 본인부담율은 80-90%로 높게 한다든지 하는 것임. 로봇수술과 같이 아직 시장 가격이 더 내려가야 할 것은 현재 시장의 최저가격에 참조가격을 설정한 뒤 건강보험은 그 일정 비율을 지불해 주는 방식도 활용할 필요가 있음. 의료기관별로 원하는 가격을 받을 수는 있지만 시장가격은 점차 참조가격을 향해 하향조정되게 될 것이며 이를 모니터링해서 사후적으로 참조가격을 인하해 나가면 될 것임.

- '기준 초과에 따른 비급여'를 줄이기 위해서는, 계속적으로 급여·심사기준에 대한 임상적 검토를 하여 의학의 발전을 반영하고, 별도산정 인정 여부도 시장에서의 치료재료의 흐름을 신속히 반영하되, 이렇게 정비된 기준을 초과하여 사용하거나 별도산정 불가항목에 대해 비용을 징수한 경우는 철저히 대응.
- '임의 내지 불법 비급여'로 규정되는 항목을 줄이기 위해서는, 신의료기술 평가제도 및 신의료기술 도입절차를 정비하는 한편, 이러한 완비된 절차를 무시하고 시술되는 항목에 대해서는 철저히 대응해야 함.

o 건강보험 지불방식의 개편

- 포괄수가지불방식이나 일당정액방식의 확대 및 보완: 세부 기술 생략

## 참 고 문 헌

정형선, 신정우 (2017), 국민보건계정, 보건복지부.

丁炯先(2017)、韓國健康保險の老人診療費の増加要因：日本の老人醫療費との比較 日本福祉大學社會福祉論集, 136號(2017), 177-188.

## 토론문

건강보험재원조달과 재정 관리를 주제로 한 논문에 대한 지상토론은 2분의 전문가께서 참여 하였습니다.

### 토론 1

최병호(서울시립대학교수, 전 한국보건사회연구원장)

- 건강보험 재정관리를 위한 최근의 현안을 잘 정리하였음. 그리고 현재 재정관리에서 나타나는 문제들을 실용적으로 접근하여 구체적인 제도적 개선방안들을 적절히 제시하고 있음.
- 원고의 내용과 제목에서 다소 차이가 발생함.
  - 통상 건강보험의 재원조달이라 함은 보험료부과와 국고지원, 담배부담금 등과 같은 재원의 조달방안으로 이해되고, 재정관리는 재정지출의 효과적 관리방안을 제시하는 것으로 이해됨.
  - 그러나 원고는 재원조달 내용으로 국민의료비를 구성하는 공공재원, 그중에서 공공보건, 건강보험지출, 의료급여지출, 민간재원으로 환자본인부담, 민간보험지출 등에 상세히 집중하고 있음. 그밖에 국민의료비와 건강보험지출의 미래 전망에 대해 기술하고 있음.
  - 그리고 재정관리는 거시적 뿐 아니라 미시적 재정관리 방안을 제시하고 있음.
  - 따라서 제목을 다소 수정할 것을 검토함.
- 원고가 논리적인 체계성을 갖기 위해서는 다음과 같이 전개되면 좋겠음.
  - 먼저 국민의료비의 재원(혹은 구성)별로 과거의 추이와 향후의 전망을 제시하고
  - 다음으로 외국의 추이와 비교하여 우리나라의 공공재원 혹은 건강보험지출이 낮고 환자부담이 높고 민간보험지출이 급속히 증가한다는 점을 부각시키고
  - 앞으로 어떤 방향으로 나아가야 될 것인지를 제안하고
  - 이에 따라 앞으로 재정관리를 어떻게 해 나가는 것이 바람직한지를 제시하는 것이 좋겠음.
- 경상의료비와 건강보험진료비의 미래 추이에서 보완이 필요한 점은 다음과 같음.
  - 먼저 GDP대비 비율을 제시해주면 좋겠으며 자료원을 밝히면 좋겠음.
  - 경상의료비와 건강보험진료비의 미래 추이에 사용한 가정들이 적시되면 좋겠음.
  - 건보진료비 증가율이 경상의료비 증가율을 상회하고 있음. 그 바탕에 깔린 가정이나 방



법론이 과거의 추세를 연장한 것인지 공급함. 간호간병서비스 확대나 선택진료비의 축소 등 보장성 확대를 감안하지 않았는지도 공급함.

- 건보진료비 증가율로 볼 때에 국민의료비 중 공공재원의 비중은 커질 것으로 예상됨.

□ 의료비 증가의 원인을 수요자요인과 공급자요인으로 구분하여 정리하면 좋겠음.

- 수요와 공급 요인 외에 제도적 요인을 따로 구분해볼 수 있음.

- 예를 들어, 행위별수가제는 제도요인이기는 하나 행위별수가제로 인해 공급자의 도덕적 해이 혹은 공급자유인수요가 발생할 수 있으므로 공급자요인이 될 수도 있음.

□ 신기술과 신약, 신재료 등이 시장에 진입할 때에 식약처의 허가가 나면 가능하면 모두 보험등재할 것을 제안하고 있음.

- 식약처의 허가는 안전성과 효과성의 검증에 그침.

- 저자의 주장을 받아들인다면, 식약처에 허가 신청을 할 때에 심평원에도 동시에 신청하여 경제성평가와 급여적정성 여부에 대한 심의가 동시에 이루어져야 할 것으로 사료됨

- 이 경우 식약처의 허가는 받았는데 심평원의 평가에서 등재되지 못할 경우 비급여의 형태로도 진입하지 못할 것임.

- 따라서 신기술(신약, 신재료)의 시판, 비급여인정, 보험등재에 대한 판정을 위한 공식적인 기구가 필요함.

- 생각건대, 보건의료연구원이 의료기술평가원으로 역할을 전환해야 할 것으로 사료됨. 의료기술평가원이 실무적인 작업을 하고, 식약처와 심평원의 검토의견을 취합하여 심의하는 역할을 하도록 함. 최종적인 심의는 의료기술평가위원회에서 하도록 함.

- 의료기술평가원은 신기술 뿐 아니라 기존의 기술에 대해서도 상시적인 평가를 해야 하며, 외국의 의료기술, 약, 재료의 현황(종류와 가격)과 개발상황에 대한 정보를 상시적으로 수집해야 함.

□ 거시적 재정관리방안으로 상대가치 총점관리를 제안하고 있는데, 행위료 외에 약제비와 재료비를 포괄한 총액을 관리하는 방향의 제안이 필요할 것임.

- 저자는 상대가치의 총점수가 늘어나는 것에 대해 일부는 환산지수에 반영하고, 나머지는 총점관리에 반영하자고 제안하고 있음.

- 궁금한 점은 어떤 원칙하에 총점수를 환산지수와 총점관리에 반영할 것인지 모호할 수 있음. 그 기준을 정하기도 쉽지 않을 것이며 기준을 정하는 과정에서 갈등이 발생하고 복잡한 타협이 일어날 가능성이 있음.

- 만약 상대가치의 왜곡이 시정된다면 환산지수를 일원화하고, 환산지수를 총액을 관리하는 지렛대(leverage)로 활용하는 방안이 바람직하지 않을까 생각함. 즉 선진국에서 보편적으로 행해지는 방식인 진료량이 늘어나면 환산지수를 인하하는 방안을 적용할 것을 제안함.

- 환산지수는 비교적 단순하게 관리하고, 상대가치점수는 내부적으로 치열하게 관리하는

것이 좋겠음.

- 한편 환산지수는 가격의 기능을 제대로 수행하지 못하므로 차제에 그 유용성에 대해 검토가 필요함.
  - 환산지수는 상대가치점수의 점당 단가에 불과하며, 수요와 공급의 균형에 있는 가격과는 확연하게 다름.
  - 7,000개의 행위리스트가 있으면 7,000개의 가격이 형성되어야 함. 각 행위는 공급자가 일방적으로 제공하며 각 행위를 몇 번 제공하느냐는 공급자의 뜻에 대부분 달려있음. 한번 제공할 때에 받는 단위가격(환산지수)은 정해져 있기 때문에 제공횟수를 늘려야 수입을 창출할 수 있음. 환자는 단위가격에 대한 정보를 알지 못할 뿐 아니라 어떤 행위에 지불하고자 하는 의사(소비자가격)도 표시하기 어려움.
  - 생각건대, 환산지수의 유용성에 대해 회의적임. 점수를 화폐로 환산하는 수단으로 전략한 느낌이 듦. 상대가치점수제를 상대가치금액제로 환원하는 방안의 장단점에 대해 논 의할 필요가 있음.
- 저자는 수가계약을 환산지수에 국한한 것을 주장하면서도, ‘지속가능 수가인상율’을 제안하여 실질적으로는 진료량(총점)이 증가하면 환산지수를 조정함으로써 총액을 관리할 것을 제안하고 있음.
  - 즉 지속가능 인상율은 익 년도 환산지수인상율과 과거 일정기간의 상대가치점수의 인상율의 합에 연동하도록 제안함.
  - 다만, 저자는 지속가능 인상율의 수준은 요양기관비용이나 경영상황의 변동을 반영할 것을 제안함. 대략 물가상승률 내지 임금상승률을 제안하고 있음.
  - 결국 비교적 복잡한 모호성을 유지하면서 총액을 적절히 관리해나갈 것을 제안함으로써 정부의 전략과 의중이 강하게 반영될 여지를 많이 두고 있음.
  - 총점의 증가를 환산지수와 상대가치점수에 어떻게 뿌려줄 것인지에 대한 대단위 연구들이 매년 진행될 것으로 사료됨.공단쪽의 연구와 의료공급자편의 연구가 각각 다른 결과를 낼 가능성이 있음.
  - 연구결과의 모호성이 계속된다면 다시 건정심에 참여하는 대표단체들 간의 갈등이 계속될 것임. 정부는 건정심의 중심에 서서 협의기전을 잘 운영해나가야 할 숙제를 다시 안게 됨.

## 토론 2

신영석(한국보건사회연구원 선임연구위원)

### 1. 제목 관련

- 주 내용이 첫 번째 장에서는 경상의료비의 규모 변화와 재원 구성에 관한 것이고 두 번째 장에서는 건강보험의 재정관리에 관한 내용이어서 제목을 일부 수정하면서 내용 구성을 첫 장과 두 번째 장이 일관성을 유지하도록 재 정리할 것을 제안함.
- 즉 건강보험 재정관리에 초점을 맞추려면 첫 장에서 건강보험에 좀 더 많은 지면을 할애하고, 제목에 부합하도록 재원구성이 아닌 재원 조달관련 내용을 포함하거나, 아니면 제목을 제원조달이 아닌 재원 구성으로 바꾸는 것은 어떨지 제안함.

### 2. 재정 추계 내용 관련

- 경상의료비 및 건강보험진료비 미래추이에 대한 내용은 인용인지? 아니면 자체 추계 결과인지에 대한 설명이 필요할 것으로 보이고 자체 추계라면 어떤 방법으로 추계했는지에 대한 내용까지는 포함하는 것이 독자들의 이해를 높일 것으로 판단됨.

### 3. 의료비 증가 원인 관련

- 나열된 원인들은 충분히 의료비 증가와 관련이 되는 내용이지는 하나 이를 구별해서 설명하는 것이 더 도움 될 것으로 판단됨. 고령화 등 증가의 원인이기는 하나 부득이한 경우 또는 간호/간병 통합서비스와 같이 보장성 확대차원의 증가인지, 제도의 미비 내지 한계 때문에 발생하는 것인지 등에 대한 구분이 이루어지고 이를 토대로 대안이 강구된다면 독자들의 이해가 훨씬 쉬울 것으로 판단됨.
- $\text{의료비} = \text{대상자 수} * \text{수진율} * \text{건당진료비(수가, 진료강도 등)}$  의 관점에서 정리된다면 각각의 제시된 원인들이 연결될 수 있을 것이고 대안을 종합적으로 강구하는 데 도움이 될 것으로 판단됨.

### 4. 재정 관리 방안 관련

- 행위 유형 구분과 환산지수 계약의 단위가 다르기 때문에 상대가치점수 자체적으로 왜곡을 시정하여야 한다는 표현을 좀 더 정확하게 표현할 것을 제안함. : 행위 유형 구분은 과간 점수 조정이 어려워 편의상 2차 상대가치 개편을 논의할 때 사용했던 방식이기 때문에, 즉 행위 유형 기준으로 상대가치가 설정된 것은 아니므로 적시된 표현을 다른 방식으로 수정할 것을 제안함.
- 환산지수가 비용이나 경영상황의 변동만을 반영해야한다는 논리는 이해는 되나 여러 상황을 고려해야 할 것으로 판단됨. 의사 수를 늘려야 한다는 저자의 평상시 지론에

비추어 볼 때 그리고 현재도 매년 의료인(의사, 간호사 등)의 숫자가 증가하는 현실에서 의료인 숫자의 증가를 경영상황 변동으로 이해해야 하는 것인지 아니면 이를 무시하고 상대가치 총점을 고정해야 하는 것인지가 불분명함. 즉 상대가치 총점 고정에 너무 얽매이면 여러 주위 상황변화에 대처하기 어려울 수 있을 것으로 판단됨. 또 수요측 변화 요인(고령화, 보장성 등) 때문에 발생하는 총점 증가에 대해서는 어떻게 할 것인지에 대한 내용도 같이 포함해서 설명될 필요가 있을 것으로 보임.

- 지나치게 총점 고정의 원칙하에 환산지수가 결정된다면 지금까지의 경우처럼 풍선효과에 의해 필요 없는 비급여가 제공되는 등의 비효율이 발생할 수 있고 더욱이 정상적인 의료인만 피해를 볼 수 있음.
- 그 외 본인부담 조정, 입원기간 차등제, 표준화, 프로토콜 마련, 사전허가제 등 대부분 규제 형태의 제안이 이루어지고 있음. 지금까지의 정책이 모두 이처럼 규제차원의 정책이었던 것을 감안하면 재정관리 측면에서 별 실효성이 없었던 것으로 기억하고 있음. 또한 외국의 사례에서도 위와 같은 규제 중심의 정책은 일정기간 효과가 있는 것처럼 보이다가 역작용이 일어나거나 의료의 질을 훼손하는 것으로 나타났음. 따라서 의료공급자 스스로 재정 관리에 책임을 갖는 방향으로의 전환이 필요하지 않을까 판단됨.

## 5. 기타

- 신의료 기술 및 고가의약품 관리 방안 그리고 비급여 관리체계 구축 등에 대한 내용은 전적으로 공감함.
- 문구수정 : 비급여 관리기전의 한계를 설명하는 부분에서 “2010년 이후의 5년간은 평균 4.9%로 감소하고”라는 표현을 “2010년 이후의 5년간은 평균 4.9%로 증가폭이 둔화되고” 로 수정 바람.

2017.06.30.

No.26

# ISSUE PAPER



**건강복지정책연구원**  
Korea Institute for Health & Welfare Policy

우) 06648 서울시 서초구 반포대로 110, 산우빌딩 801호

T: 02-598-5562

[www.kihaw.org](http://www.kihaw.org)