

발 간 등 록 번 호

12-1074800-000018-01

본 연구결과는 2019년 경제사회노동위원회 수탁연구과제 『건강보험의 보장성과 지속가능성을 강화하기 위한 사회적 합의 방안』의 일환으로 수행되었음.

건강보험의 보장성과 지속가능성을 강화하기 위한 사회적 합의 방안

2019. 11

연구진

연구책임자 : 김 윤(서울대학교 의과대학 교수)
연구 원 : 임 준(서울시립대학교 교수)
 신 현 웅(한국보건사회연구원 연구위원)
보 조 원 : 김 혜 정(서울대학교 의료관리학교실)
 최 하 림(서울대학교 의료관리학교실)

제 출 문

경제사회노동위원회 위원장 귀하

본 보고서를 『건강보험의 보장성과 지속가능성을 강화하기
위한 사회적 합의 방안』에 대한 최종보고서로 제출합니다.

2019년 11월

목 차

| | |
|---|-----------|
| 제1장 서 론 | 1 |
| 제1절 연구 배경 | 3 |
| 제2절 연구 목적 | 8 |
| | |
| 제2장 건강보험 적정보장-적정부담-적정지출 논의 | 9 |
| 제1절 건강보험 적정급여-적정부담-적정지출 연계 논의의 필요성 | 11 |
| 제2절 건강보험 적정부담 수준에 대한 논의 | 31 |
| 제3절 건강보험 적정급여 수준에 대한 논의 | 37 |
| 제4절 건강보험 적정지출에 대한 논의 | 42 |
| | |
| 제3장 건강보험 거버넌스 개편 | 49 |
| 제1절 연구의 배경 | 51 |
| 제2절 건강보험의 거버넌스 | 51 |
| 제3절 외국의 건강보장 거버넌스와 개편 방향 - 급여결정기능을 중 심으로 | 66 |

제4절 건강보험정책심의위원회 개편 방안 86

제4장 건강보험 지속 가능성 제고를 위한 공공의료 강화 방안
..... **97**

제1절 건강보험 필수의료기금의 조성 99

제2절 건강보험 직영병원 확충 113

제5장 결 론 **123**

표 목 차 <

| | |
|---|-----|
| 표 1 우리나라 GDP 대비 경상의료비 추계(2019-2022년)..... | 12 |
| 표 2 OECD 국가의 공공병상 비율..... | 103 |
| 표 3 공공의료 패러다임의 전환..... | 104 |

그림 목 차 <

| | |
|--|----|
| 그림 1 우리나라와 OECD 국가의 GDP 대비 경상의료비 추이 (1990~2018)..... | 5 |
| 그림 2 GDP 대비 경상의료 비율..... | 11 |
| 그림 3 우리나라 GDP 대비 경상의료비 추계(2019-2022년)..... | 12 |
| 그림 4 건강보험 진료비 증가율과 비교한 다른 경제지표 변화율 (2012년-2018년)..... | 13 |
| 그림 5 건강보험 진료비 규모 및 증가율(2008년-2018년)..... | 14 |
| 그림 6 건강보험 진료비 실태조사 결과로 본 건강보험 진료비 구성 (2009년-2017년)..... | 15 |
| 그림 7 상용근로자 10인 이상 기업의 근로자 1인당 4대 보험(국민 연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험) 비용(2015년-2018년)..... | 17 |
| 그림 8 건강보험 보험료율 현황 및 추이(2020년-2026년)..... | 18 |
| 그림 9 건강보험 보험료율 현황 및 추이(2020년-2026년)..... | 19 |
| 그림 10 지속가능한 건강보험 재정 증가율..... | 20 |
| 그림 11 건강보험 지속가능성에 대한 개념..... | 21 |
| 그림 12 한국과 일본의 GDP 대비 의료비와 기대수명 변화 비교 | 22 |

| | |
|--|----|
| 그림 13 일본의 GDP 대비 의료비 비중의 연도별 변화추이(단위: %) | 23 |
| 그림 14 최근 일본 건강보험의 위기요인 동향 | 23 |
| 그림 15 일본 건강보험의 연도별 평균보험료 | 24 |
| 그림 16 일본 건강보험의 평균보험료 향후 상승 추이 | 24 |
| 그림 17 독일의 GDP 대비 의료비 비중과 평균보험료의 연도별 추이 | 25 |
| 그림 18 독일의 병원수가 인상을 결정구조 | 26 |
| 그림 19 건강보험 재정지속가능성을 위협하는 환경 분석 | 26 |
| 그림 20 OECD 국가의 현행 보장률과 국민부담 비율과의 관계 | 28 |
| 그림 21 OECD 국가와 비교한 건강보험료율 추정 | 29 |
| 그림 22 건강보험 부과소득 범위 현황 | 35 |
| 그림 23 건강보험 적정급여 수준에 대한 기본원칙 및 방향 | 37 |
| 그림 24 보장성 확대 기본방향 및 분야 | 38 |
| 그림 25 보장성에 대한 국민의 욕구 변화 | 39 |
| 그림 26 비급여의 급여화 추진 전략 | 40 |
| 그림 27 보완적 의료안전망 강화 추진 전략 | 41 |
| 그림 28 국민의 합리적 의료이용이 어려운 원인 | 42 |
| 그림 29 개별 국민의 자율적 의료이용 선택권과 전체 국민의 합리 | |

| | |
|---|-----|
| 적 선택권 간의 차이..... | 43 |
| 그림 30 비급여에 대한 환자 결정권 및 선택권 보장 강화 방안.. | 44 |
| 그림 31 비급여 가격 관리기법 및 비급여 진료에 관한 정보수집체 계 전략..... | 45 |
| 그림 32 건강보험 지출관리의 거버넌스..... | 52 |
| 그림 33 심평원 조직도..... | 63 |
| 그림 34 독일의 보건의료 거버넌스 | 70 |
| 그림 35 연방공동위원회와 분과위원회..... | 75 |
| 그림 36 연방공동위원회 사무국 | 76 |
| 그림 37 연방공동위원회 신의료기술 급여결정 심의 절차..... | 77 |
| 그림 38 일본 보건의료체계 거버넌스..... | 81 |
| 그림 39 대만 보건의료체계 거버넌스 | 85 |
| 그림 40 건정심 조직 개편 방안..... | 89 |
| 그림 41 공공보건의료 발전 과제..... | 105 |
| 그림 42 권역/지역 책임의료기관 및 협력병원 간 연계체계 모형 | 108 |
| 그림 43 4층으로 구성된 고도화된 원가조사체계 개념도..... | 117 |
| 그림 44 건강보험 직영병원의 역할과 과제..... | 118 |

제 1 장

서론

제1절 연구 배경

제2절 연구 목적

1

서론

제1절 연구 배경

1. 의료비의 급격한 증가 - 2020년 OECD 평균 수준에 도달 예상

- 우리나라 GDP 대비 경상의료비는 빠른 속도로 증가하고 있으며, 향후 2~3년 이내에 OECD 국가 평균에 도달할 것으로 예상됨(그림 1-1).
 - 의료비 증가는 보장성 강화와 함께 인구 고령화, 건강보험 수가 인상, 의료서비스 강도 증가, 고가 신의료기술에 대한 급여 확대 등에 기인함.
 - 문재인 정부 이후에도 건강보험의 보장성 강화는 지속적으로 추진될 가능성이 높고, 강력한 의료개혁이 없다면 다른 의료비 증가 요인에도 큰 변화가 없어 의료비는 지속적으로 증가할 가능성이 높음.
 - 문재인 케어는 건강보험료 인상을 통해 약 20조원의 건강보험재정과 건강보험 누적적립금 10조원을 기반으로 추진되고 있기 때문에 2022년 이후 건강보험재정 균형을 확보하기 위해서는 기존에 비해 건강보험료를 더 인상해야 할 가능성이 있음.
- 대부분의 OECD 국가들은 2008년 이후 GDP 대비 의료비 비중이 더 이상 증가하지 않고 있음.

- 이는 많은 OECD 국가들이 사회적으로 부담가능한 의료비의 상한에 도달했으며, 의료비 증가율을 경제성장률과 비슷한 수준에서 유지하려고 노력한 결과임.

2. 건강보험료 법적 상한 도달 - 2025년 경

- 현재와 같은 의료비 증가율이 계속되면 2025년~2026년 사이에 건강보험료율 법정 상한에 도달할 가능성이 높음.
- 건강보험법은 건강보험료의 법정 상한을 소득의 8%로 정하고 있으며, 이 이상 보험료를 인상하기 위해서는 건강보험법을 개정해야 함.
- 과잉진료, 의료전달체계의 미비로 인한 구조적 비효율 등 건강보험의 낭비적 지출과 건강보험료율 인상에 대한 미약한 정치적 지지는 건강보험료율 법정 상한을 둘러싸고 적지 않은 사회적 진통을 겪을 것으로 예상됨.

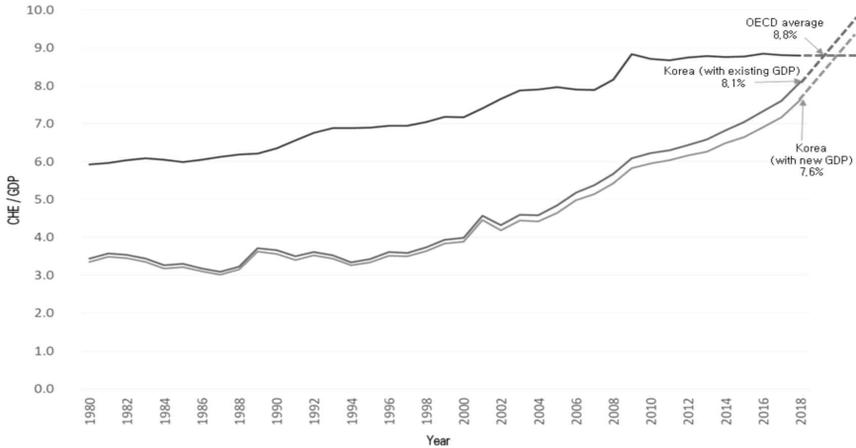


그림 1 우리나라와 OECD 국가의 GDP 대비 경상의료비 추이(1990~2018)

출처: 정형선, 신정우, 문성용, 최지숙, 김희년. 2018년 경상의료비 및 국민보건계정. 보건행정학회지, 29(2):206-219, 2019.

3. 고령화로 인한 건강보험료 감소 예상

- 인구고령화로 인해 생산가능인구가 감소하면 근로소득을 기반으로 한 건강보험료재정이 감소하게 됨.¹⁾
- 일본의 인구고령화가 건강보험재정에 미치는 영향을 추정해보면 2015년 대비 2060년 건강보험료는 약 13.4% 감소할 것으로 예상됨.
- 우리나라 건강보험은 전체 재정 중 임금소득에 대한 의존도가 높아 인구 고령화와 저출산으로 인한 생산가능인구 감소가 건강보험재정 감소에 큰 영향을 미칠 것으로 추정됨.

1) Cylus J, Roubal T, Barber S, Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options. World Health Organization 2019

- 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해서 근로소득 이외에 다양한 재원으로부터 건강보험재정을 확보하기 위한 방안을 마련해야 함.
- 건강보험재정을 안정적으로 확보하기 위해서는 고령화에 무관하게 일정하게 재정이 유지되는 재산세, 자본소득을 포함한 임금 이외의 소득, 소비세로부터 건강보험재정을 확보하는 방안을 마련해야 함.
- 건강수준의 향상 및 의료비의 절감과 건강보험재정을 확보하기 위해서 담배 이외에 술과 설탕 등과 같은 건강위해 상품에 건강세를 부과하고 이를 건강보험재정을 확충하는 데 방안에 대해서도

4. 다가오는 건강보험의 지속가능성 위기에 대한 대비 필요성

- 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해서는 적정부담-적정급여을 달성하기 위한 체계적인 로드맵에 대한 사회적 합의를 이뤄야함.
- 의학적으로 필수적이지 않은 비급여 진료의 비중이 높고, 다른 한편 지속적으로 늘어나고 있는 상황에서 기존 건강보험 보장률을 높이는 정책은 합리적이지 않음.
- 식대 급여화, 소아 입원료 진료비 감면과 같이 대중주의적인 선거 공약이 늘어날 경우 재정적 및 정치적 측면에서 건강보험의 지속가능성에 악영향을 미칠 가능성이 높음.
- 기존 건강보험 보장성 강화는 비교적 목표 설정이 쉽기도 했지만
- 이제까지는 건강보험의 보장률 개선과 같은 단순한 정책목표를 설정해도 큰 문제가 없었으나 향후에는 이 같은 정책 목표를 설정할 경우 낭비적 지출이 크게 증가할 가능성이 높음.

- 건강보험료 법정 상한 이후 건강보험료 인상을 포함한 재정 확보에 대한 정치적 지지를 확보하기 위해서는 실질적인 사회적 합의에 기반한 건강보험의 거버넌스 체계를 구축해야 함.
- 건강보험제도 운영을 위한 사회적 합의기구인 건강보험정책심의 위원회가 지나치게 정부 중심으로 운영되고 있어 사회적 합의기구로서의 역할을 충분히 하지 못하고 있음.
- 건강보험정책심의위원회의 사회적 합의에 기반한 건강보험제도 운영을 위해서는 건강보험정책심의위원회의 위원 구성 및 선임, 역할, 운영절차 등을 정부 주도 방식에서 다원주의적 방식으로 개선해야 함.
- 이와 함께 건강보험제도의 거버넌스를 보다 합리적으로 개선하기 위한 건강보험제도를 운영하는 보건복지부, 건강보험공단, 건강보험심사평가원과 이를 지원하는 식약처 및 보건 의료연구원 등의 제도적 정합성을 높여야 함.

제2절 연구 목적

- 이 연구는 우리나라 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해 사회적 합의에 기반한 건강보험제도 로드맵을 마련해야 할 필요성과 로드맵에 포함되어야 할 주요 내용이 무엇인가를 제시하기 위한 것임. 하지만, 연구 기간 등의 제한으로 인해 로드맵에 포함되어야 할 모든 주요 내용을 담고 있지는 않음.

- 이 연구에서 다루는 건강보험제도 발전 로드맵의 주요 내용은 다음과 같음.
 - 건강보험 적정보장-적정부담-적정지출 로드맵을 마련하기 위한 방안
 - 강력한 사회적 합의에 기반한 건강보험제도를 운영하기 위한 건강보험정책심의위원회 개선을 중심으로 한 건강보험제도 거버넌스 개선 방안
 - 모든 국민에 필수적인 의료에 대한 접근성을 보장함과 동시에 낭비적 재정 지출을 줄이고 합리적인 건강보험제도 운영기반을 구축하기 위한 공공의료 강화 방안

제 2 장

건강보험 적정보장-적정부담-적정 지출 논의

제1절 건강보험 적정급여-적정부담-적정지출 연계
논의의 필요성

제2절 건강보험 적정부담 수준에 대한 논의

제3절 건강보험 적정급여 수준에 대한 논의

제4절 건강보험 적정지출에 대한 논의

2

건강보험 < 적정보장-적정부담-적정지출 논의 <

제1절 건강보험 적연계 논의의 필요성

1. 건강보험 의료비 지출 증가 등으로 인한 논의 필요성

□ 우리나라 GDP 대비 경상의료비 비율은 지난 10년 동안 2.0%p 증가, 의료비 증가율은 경제성장률을 상회하며 빠르게 증가하고 있는 상황임.

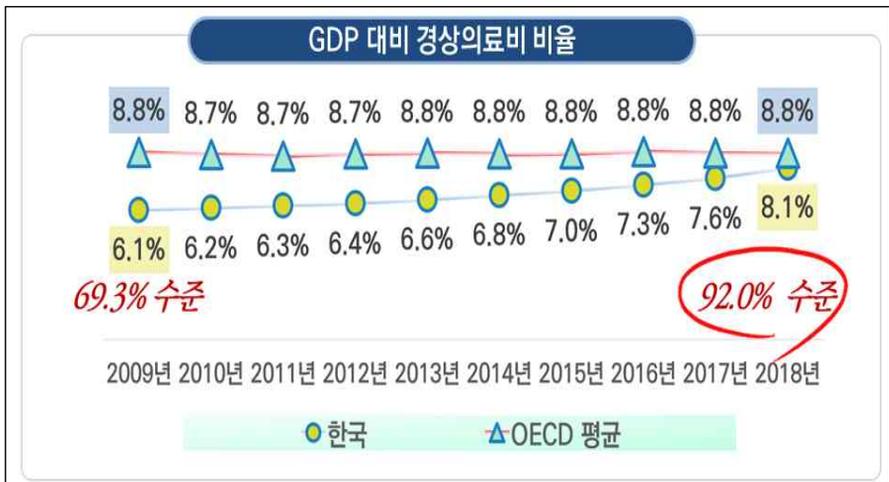


그림 2 GDP 대비 경상의료 비율

□ 현재와 같은 추이가 유지될 경우 2~3년 안에 OECD 평균 수준에 도달할 예정으로 경제성장을 고려한 지속가능한 인상률의 개념을 정

립하는 것이 필요한 시점임.

- 과거 10년 평균을 적용할 경우 2021년에 8.9%, 최근 증가추세를 반영한 5년 평균을 적용할 경우 2020년에 8.8%로 OECD 평균을 상회 할 것으로 보여짐.

| 구분 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| OECD | 8.8 | 8.7 | 8.7 | 8.7 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 | 8.8 |
| 한국 (10년평균) | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.6 | 6.8 | 7.0 | 7.3 | 7.6 | 8.1 | 8.4 | 8.6 | 8.9 | 9.2 |
| 한국 (5년평균) | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.6 | 6.8 | 7.0 | 7.3 | 7.6 | 8.1 | 8.4 | 8.8 | 9.2 | 9.5 |

표 1 우리나라 GDP 대비 경상의료비 추계(2019~2022년)

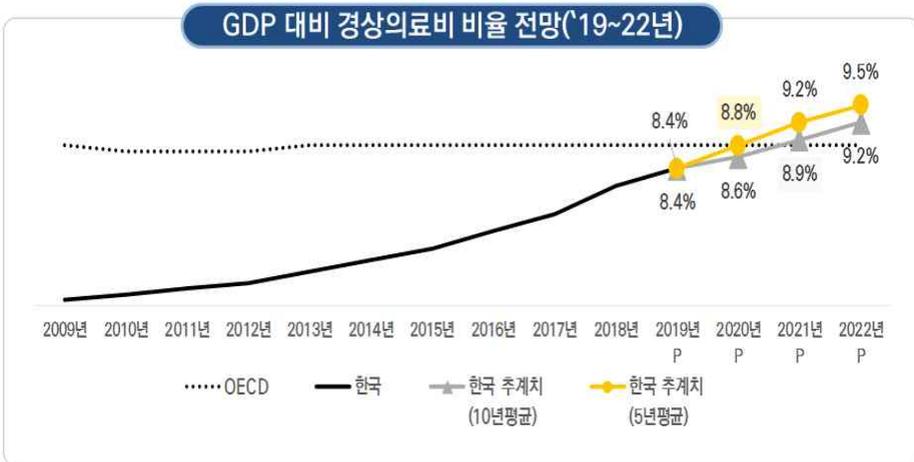


그림 3 우리나라 GDP 대비 경상의료비 추계(2019~2022년)

- 최근 건강보험 관련 지표를 살펴보면 2012년 대비 환산지수는 13.6% 증가하였지만, 가격과 불륜을 포함한 건강보험 진료비는 50.8%까지 증가하여 우리나라 경제성장률(GDP) 15.8%, 임금인상

를 21.4% 등을 크게 상회하여 증가함.

| 2012년 기준(=100) 누적 증가율 비교 | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-----------|--------|-------|--------------|-----------------|
| 연도 | 환산지수 인상율 | 1인당 실질 RWI | 1인당 실질 GDP | 1인당 실질 GNI | 임금 인상율 | 평균 MEI | CPI | GDP 디플레이터 | 건강보험 진료비 증가율 |
| 2012 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 2013 | 102.4 | 102.5 | 102.5 | 103.3 | 103.9 | 102.9 | 101.3 | 100.9 | 106.6 |
| 2014 | 104.7 | 103.8 | 105.4 | 106.2 | 106.4 | 105.8 | 102.6 | 101.5 | 113.2 |
| 2015 | 106.9 | 106.5 | 107.8 | 112.3 | 109.9 | 108.7 | 103.3 | 103.9 | 119.9 |
| 2016 | 108.9 | 109.3 | 110.4 | 116.3 | 113.6 | 111.6 | 104.3 | 105.8 | 131.4 |
| 2017 | 111.3 | 110.1 | 113.2 | 119.1 | 116.4 | 114.3 | 106.2 | 108.1 | 138.8 |
| 2018 | 113.6 | 113.6 | 115.8 | 120.0 | 121.4 | 117.2 | 107.7 | 108.4 | 150.8 |

그림 4 건강보험 진료비 증가율과 비교한 다른 경제지표 변화율(2012년-2018년)

- 실제 건강보험료를 부담할 수 있는 능력인 경제성장률, 임금인상률보다 진료비 증가율이 높게 유지된다면 건강보험의 지속가능성은 담보될 수 없음.
- 우리나라 건강보험 진료비는 2008년 34.7조원에서 2018년 77.5조원으로 지난 10년간 약 2.2배 증가하였음.



그림 5 건강보험 진료비 규모 및 증가율(2008년-2018년)

- 특히, 지난 10년간 건강보험 급여비는 7.9%, 건강보험 법정 본인부담은 7.6% 증가한 반면, 비급여 본인부담은 연평균 11.4% 증가하여, 비급여 진료비 증가가 건강보험 진료비 증가를 견인하고 있는 상황임.

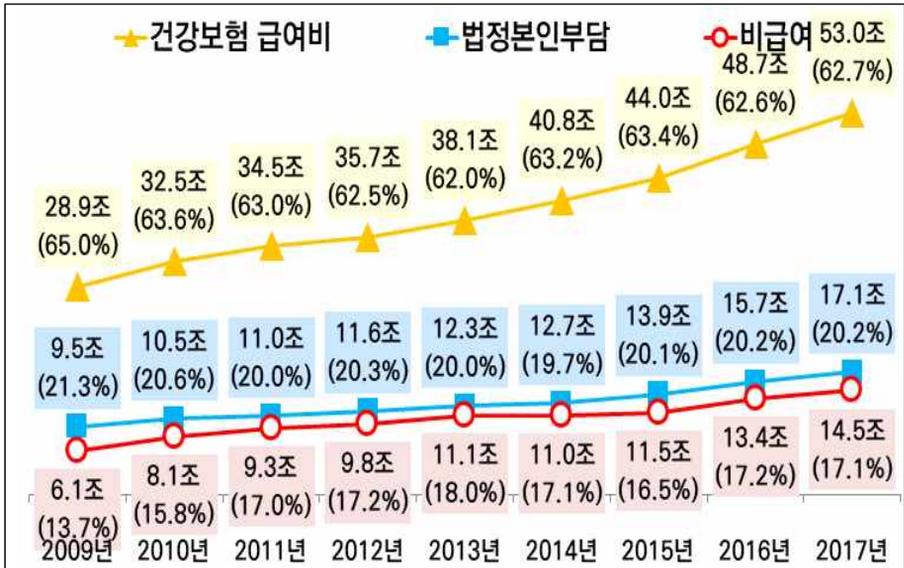


그림 6 건강보험 진료비 실태조사 결과로 본 건강보험 진료비 구성(2009년-2017년)

□ 이런 지속적인 진료비 증가는 결국에 국민부담을 넘어 기업의 경쟁력에도 큰 영향을 미칠 것으로 예상됨. 과거 선형국의 사례들로 볼 때 건강보험료의 부담이 기업 생산품 원가상승요인이 되고 결국 국제적인 경쟁력이 떨어진 사례들이 많았음.

○ 제너럴모터스(General Motors, 이하 GM)는 재직자뿐만 아니라 퇴직자와 가족 등 총 110만 명에게 의료보험 혜택을 주고 있었고, 그 비용은 연간 56억 달러(1인당 평균 의료보험료는 50만원 수준)에 달하였음. 직원의 건강보험료 부담은 생산 원가를 높이는 요소로 작용, 파산의 주요한 원인 중 하나로 꼽힘.

○ 2008년 당시 도요타(Toyota)의 생산 원가(단가)가 약 25만원이었던 것에 비해 GM은 약 250만원으로, 차 한 대당 200만원 원가 차이가 발생하여 경쟁력을 잃게됨. 재직자의 의료보험 비용뿐만 아니라 퇴직자에게 주는 복지혜택인 유산비용(Legacy Cost) 등의

비중이 과다하여, 기업 경쟁력을 악화시키는 부정적 요인으로 작용함. 최근 토요타의 경우도 건강보험료로 인한 원가인상에 대한 부담을 호소하고 있음.

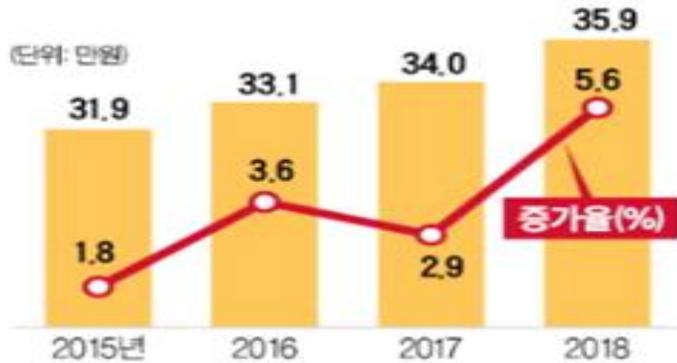
○ 독일, 프랑스의 경우도 건강보험료가 산업에 미치는 영향 등을 고려하여 기업이 부담하는 보험료를 제한하는 조치들을 취하고 있음.

□ 건강보험료를 포함한 4대 보험료는 세금과 마찬가지로 의무적으로 내야 하는 비용이라는 점에서 '준조세'라 불리며, 국민연금·건강보험·고용보험·장기요양보험의 보험료 절반, 산재보험 전액을 부담하는 기업의 입장에서 사회보험료의 인상은 상당한 부담으로 작용.

○ 이는 고용 유지비용의 증가로 이어져 고용 축소를 초래하며, 영세·중소업체일수록 타격이 더욱 큰 것으로 보여짐.

○ 한국경제연구원의 분석 결과에 따르면, 준조세가 조세 총액의 40%를 웃도는 것으로, 명목 GDP 대비 7.5%에 달하고 있음.(2017년 기준).

- 4대 보험으로 준조세의 범위를 좁히면 약 52조 4천억 원의 규모로, 이중 건강보험이 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났으며, 2017년 기업이 부담한 사회보험 비용은 건강보험 21조 2천억 원, 국민연금 17조 6천억 원 등의 순이었음.

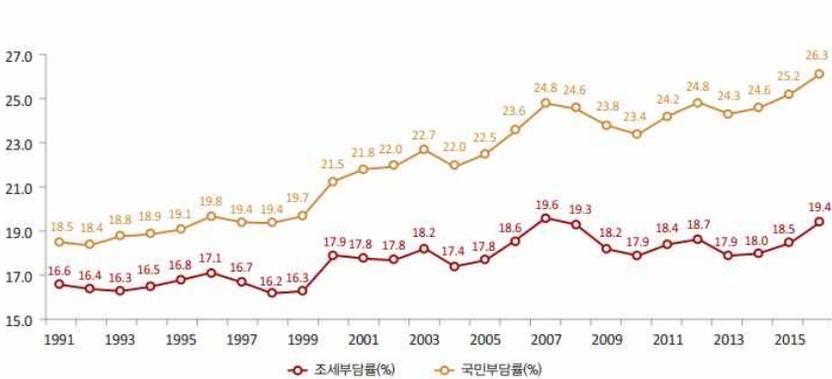


자료: 한국경제 '기업 준조세 부담 급증이 고용 축소 불렀다(2019.9.22.)', 고용노동부 자료 각색

그림 7 상용근로자 10인 이상 기업의 근로자 1인당 4대 보험(국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험) 비용(2015년-2018년)

- 통계청 자료에 따르면, 자영업자는 2018년 2분기 164만 7천명에서 2019년 2분기 156만 2천명으로 약 8만 5천명 감소하였고, 이는 외환위기(1999년 1분기) 이후 가장 큰 감소 폭. 이외에도 도소매업 취업자, 숙박음식점업 취업자 등이 모두 감소한 것으로 나타나 전반적으로 고용 축소현상이 지속되고 있는 것으로 나타남..
- 소규모 사업체의 경우 최저임금 수준의 보수를 지급하는 경우가 많아, 최근 최저임금 상승과 더불어 보험료를 인상으로 인해 고용 유지 및 관리에 더 큰 타격이 예상됨.
- 사회보험비용의 국민부담 국제비교를 해보면 한국의 조세부담률은 OECD 평균과 유사한 증가 추세를 보이는 반면, 국민부담률은 OECD 평균에 비하여 가파른 증가 추세를 보임.
- 이는 국민들의 사회보장 비용부담이 조세 부담보다 더 가속화 되고 있음을 의미함.

- 조세부담률은 국내총생산(GDP) 대비 총 조세의 비율을 의미하며, 최근 20%에 육박하며 빠르게 증가하는 추세임. 그러나 공적연금과 4대 보험 등 사회보장비용 부담은 세금 부담보다 더 빠르게 증가하고 있음.
- 2005년 이후 우리나라의 사회보험비용 증가 속도는 OECD 국가 중 2위. 기업과 근로자(지역가입자)가 부담하는 사회보험비용 부담률 역시 OECD 국가 중 3위로 빠르게 증가하는 추세이며, 전반적으로 노사부담액이 감소한 타 선진국과 대조적 양상임.



자료: 통계청, 국가주요지표

그림 8 건강보험 보험료율 현황 및 추이(2020년-2026년)

- 현 추세가 지속될 경우, 2025년 사회보험 국민부담액은 227조원을 넘어설 전망이며, 급격한 사회보험비용 증가는 가계와 기업의 부담을 가중시키고, 투자 및 일자리 창출에도 부정적인 영향을 미칠 우려가 있음.
- 이에 전반적인 경제 여건, 국민 부담능력 등을 전제로 지속가능한 사회보험제도 운영을 위한 종합적인 관리대책 마련이 필요함.
- 특히, 건강보험의 경우 「국민건강보험법 제73조」에 의거 건강보험

보험료율은 1천분의 80의 범위에서 건정심의 심의·의결을 거쳐 대통령령으로 결정하도록 명시되어 있음.

- 인구고령화, 만성질환의 증가, 보장성 강화 등 의료비 지출 증가 요인 등을 감안할때, 10년 이내에 건강보험 보험료율이 법적 상한선인 8%에 도달하게 되어 보험을 인상을 위한 법 개정의 필요성에 직면하게 될 것으로 예측



그림 9 건강보험 보험료율 현황 및 추이(2020년-2026년)

- 새로운 법적 상한률 개정을 둘러싸고 보장성 확대, 지출관리, 재원 조달 등 건강보험 제도 전반에 대한 개혁 및 새로운 제도 설계에 대한 논의가 본격화될 것으로 예측됨에 따라 이에 대한 선제적 논의 및 대응책 마련이 필요하며, 궁극적으로 적정보장-적정부담-적정지출에 대한 종합적인 검토 필요

- 극단적으로 보험료를 상한을 못 올리게 된다면, 보험료 수입은 부과소득 곱하기 보험료율이므로 보험료율이 고정되면서 부과소득 증가를 만큼만 수입이 늘어나게 되는 구조
- 결국은 진료비 지출증가가 부과소득 증가율인 연간 2-3%내에서 이루어져야 하는 상황
- 즉 지속가능한 진료비 지출 증가율이라는 것은 언젠가는 보험료를 더 올리지 못하는 상황이 되면 부과소득 증가율 범위에서 지출이 이루어져야 지속가능하게 되는 구조

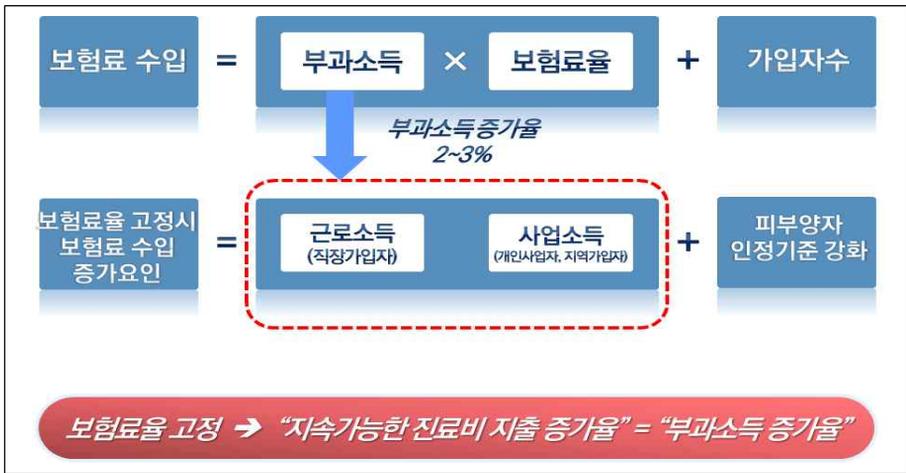


그림 10 지속가능한 건강보험 재정 증가율

- 국민이 필요로 하는 보장성 수준, 인구 고령화 등을 감안한 의료비 지출 증가 등을 고려한 적정보험료율 인상 수준과 보험료 이외 국고 지원 확대, 목적세 도입 등 다양한 재원 확보방안 마련에 대한 논의 필요
- 그럼에도 불구하고 궁극적으로 재원 확보에 한계에 부딪혔을 때,

한정된 재원 안에서의 적절한 지출 규모(합리화), 적정보상 수준에 대한 논의도 필요

□ 결과적으로 현재 재정관리 방식인 지출하는 만큼 수입을 결정하여 운영하던 방식(양출제입방식)에 한계가 오고 최종적으로는 부담할 수 있는 수입에 따라 지출을 결정해야 하는 방식(양입제출)으로 바뀔 수 밖에 없을 것임.



건강보험 지속가능성 =

국가와 국민이 “부담가능”한 범위 내에서의 “지출”관리

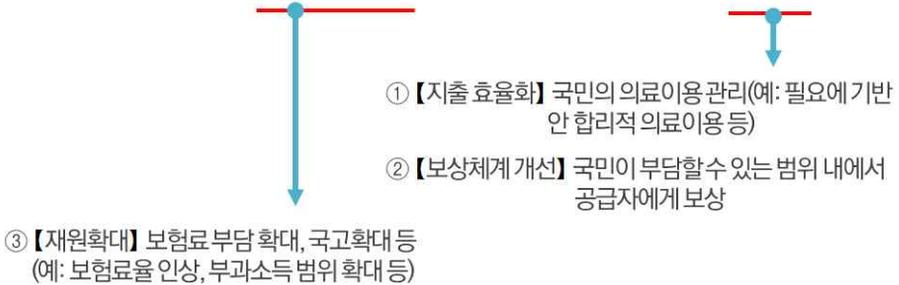


그림 11 건강보험 지속가능성에 대한 개념

○ 건강보험이 지속가능하려면 보험료 부담을 포함한 재정수입을 늘릴 수 있는 방안을 최대한 강구하고, 그럼에도 불구하고 수입에 한계에 다다를때를 대비해서 지금처럼 원하는대로 마음대로 의료이용하던 것을 필요에 기반한 합리적 의료이용을 할 수 있는 구조로의 변경과 지불할 수 있는 범위에서 진료비를 보상하는 체계 등을 미리 고민할 필요가 있음.

2. 외국의 사례(일본, 독일)

□ 일본은 1997년 OECD 평균 보다 GDP 대비 의료비 비중은 낮고 건강성과는 높은 고성과 저비용 국가에서 2007년 OECD 평균 수준으로 의료비 수준이 높아졌으며, 2009년 부터는 OECD 평균 보다 GDP 대비 의료비 비중이 높은 고성과 고비용 국가로 전환

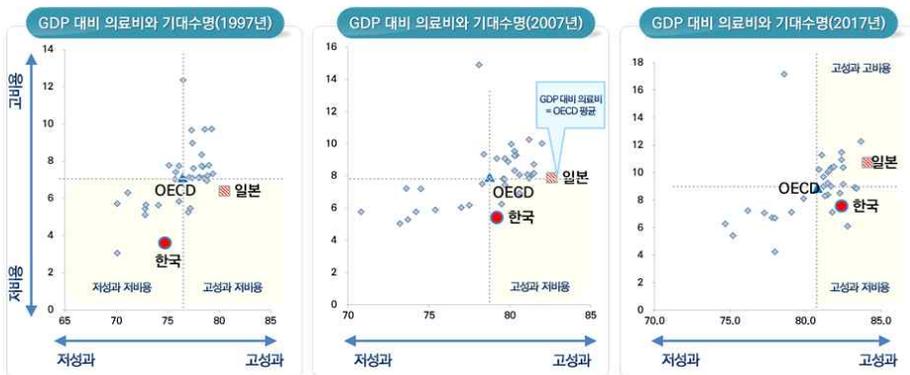


그림 12 한국과 일본의 GDP 대비 의료비와 기대수명 변화 비교

○ 일본이 1997년에서 2017년 의료비와 기대수명의 변화 패턴과 한국이 거의 유사한 경향을 보이고 있음.

□ 2009년 OECD 평균 보다 GDP 대비 의료비 비중이 높아진 이후에 2011년에는 GDP 대비 의료비 비중이 9.1%에서 10.6%로 급증(1.5%p증가)하였으며, 2017년까지 10.7~10.9% 수준을 유지하고 있는 상황



그림 13 일본의 GDP 대비 의료비 비중의 연도별 변화추이(단위: %)

- 일본은 2008년 후기고령 의료보험 제도를 도입한 이후, 건강보험 재정이 급속도로 악화
- 과거 건강보험제도는 국민, 기업과위 재정분담을 통해 국가재정에 큰 부담을 주지 않으면서 의료복지 구현에 기여하는 고마운 제도였으나, 현재는 보험료 인상에 따른 국민 저항, 기업의 경제성장 걸림돌, 적자 조합의 증가에 따른 국가재정 부담 증대 등의 위기에 봉착되어 있는 상황





그래프 원기: 막대그래프- 일인당 건강보험료, 추세선-평균보험료율
 역주: 2010년부터 2018년까지 평균 급격하게 증가하는 추세가 돋보인다

마이니치 신문

요약:

일본 건강 보험 조합 연합회 (健保連)는 23 일 대기업의 직장인들이 가입하는 건강 보험 조합의 올해 예산 집계를 발표했다. 적자가 되는 것은 1389개 조합의 60% 이상. 평균 보험 요율은 전년 대비 0.051% 증가한 9.215%로 11년 연속 상승하고 약 23%의 313개 조합은 중소기업 협회 가입의 보험료율 (평균 10%)을 상회하고 해산 해도 이상하지 않을 상황이다. 고령자 의료에 대한 부담의 증대가 재정 악화의 요인으로 해산이 늘어나기 시작하면 협회 가입에 대한 보조금으로 세금의 투입도 커질 전망이다.

그림 15 일본 건강보험의 연도별 평균보험료



그림 16 일본 건강보험의 평균보험료 향후 상승 추이

- 독일은 1970년 8.2%였던 보험료율이 2011년 15.5%까지 증가하면서 2014년까지 보험료율을 동결시켰으며, 2015년부터 현재까지는 보험료율을 14.6%로 인하하여 동결 시키고 있는 상황
- 이와 같이 독일은 보험료율을 약 10년간 동결시키면서 건강보험 재정의 지속가능한 증가율(Sustainable Growth Rate)을 국가의 기본 임금 소득 인상률(Basic Wage Rate)로 고정시켜 놓고 건강보험 재정을 운영하고 있는 상황
- 대신 질병금고의 재정상황에 따라 가입자에게 1% 범위내에서 추가 보험료를 받을 수 있도록 했음.
- 이는 건강보험료 부담이 기업에 미치는 영향이 크기 때문에 기업이 부담하는 보험료율을 2011년부터 고정시켜서 운영하고 있음.

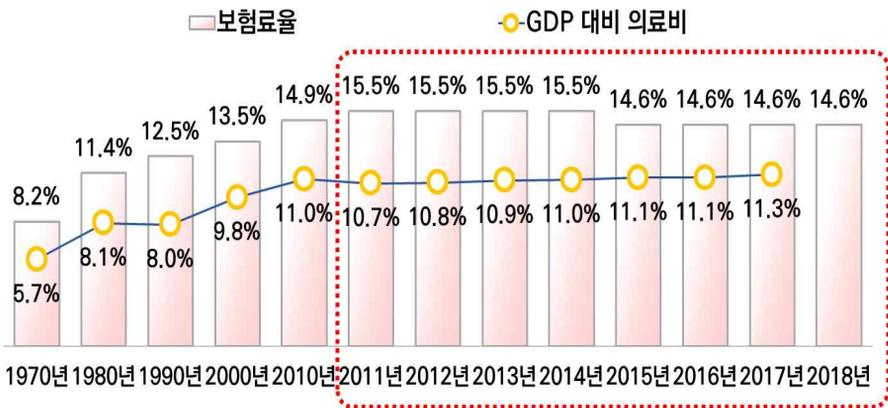


그림 17 독일의 GDP 대비 의료비 비중과 평균보험료의 연도별 추이

- 위에서 설명한 바와 같이 독일의 경우도 보험료율 인상을 할 수 없게 됨에 따라 진료비 지출을 지속가능한 인상률인 국가 기본 임금

□ 인상률과 연동하여 총액예산을 결정하여 보상하고 있음.



그림 18 독일의 병원수가 인상률 결정구조

3. 건강보험을 둘러싼 미래 환경

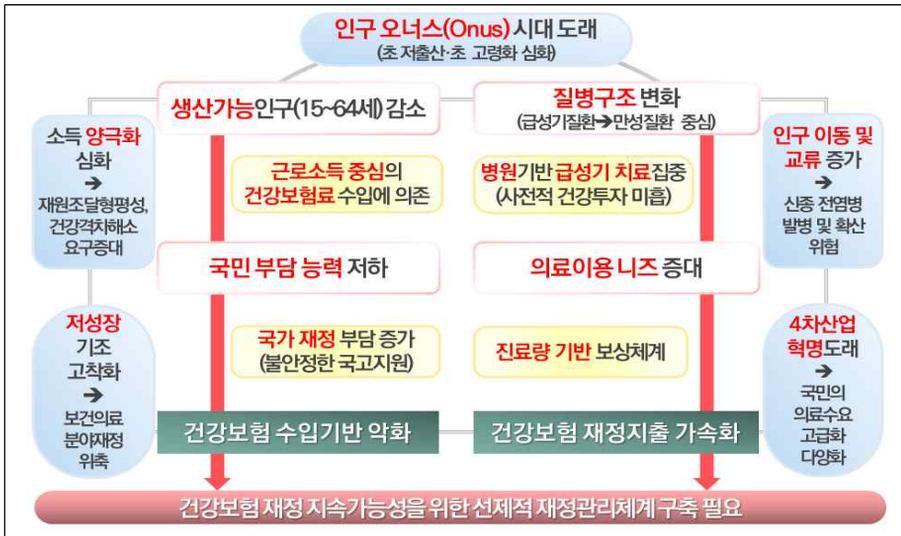


그림 19 건강보험 재정지속가능성을 위협하는 환경 분석

- 우리나라의 저출산 고령화는 건강보험 수입측면에서 생산가능인구 감소로 근로소득 중심의 건강보험 수입구조는 안정적 재원확보에 한계 직면할 것으로 보여짐.
 - 건강보험 지출측면에서는 노인진료비 지출 급증에 대응하여, 기대수명 연장을 넘어, 신체적·정신적 건강수명의 균형있는 개선 필요성 증대
 - 또한, 노인 돌봄 책임이 가족중심에서 국가중심으로 확대되면서 의료-요양-복지 서비스에 대한 수요 증가(가족책임 중심 → 국가·사회적 책임 강화)
 - 입원/시설 중심 케어와 커뮤니티 케어 간의 선택이 삶의 질과 건강보험 재정에 심대한 영향을 미칠 전망

- 저성장 기조 고착화에 따라 국가의 건강보험 재정지원이 위축되면서, 보장성 강화와 재정보호 간의 이슈가 확대될 전망. 성장 동력을 저해하지 않는 범위 내의 건강보험을 비롯한 사회보험 비용을 부담하고 적정급여가 제공될 수 있도록 조정 필요.
 - 저성장 기조에서 현재 건강보험 체계 내 비효율적 요인이 지속될 경우 건강보험 지속가능성은 급속하게 악화될 우려. 이를 위해 사회보험 지출구조의 재정비를 통한 재정운용 효율화 제고가 필요함. 특히, 건강보험의 경우 과도한 의료이용 규제, 필수 및 중증 질환 중심 재정지원 체계로의 재정비 등을 고려하여야 함.

- 우리나라는 2017년 65세 이상 인구비중이 14%인 고령사회에 진입하였고, 2025년에는 20%를 넘는 초고령사회에 진입할 전망. 근로자의 근로기간을 연장함으로써 저출산·고령화에 따른 노동력 감소를 보완

할 뿐만 아니라, 건강보험·국민연금 등 납입기간이 길어져 국가의 사회보장 부담을 완화할 수 있음.

- 통계청 장래인구 특별추계(2017~2067년)에 따르면, 생산연령인구(15~64세)는 2012년 73.4%를 정점으로 점차 감소하여 2067년에는 45.4%까지 낮아지는 반면, 고령인구 비율은 2067년 인구의 절반(46.5%) 수준이 될 것으로 전망.
- 초고령사회로 진입한 일본(65세 이상 인구비율 28.4%)은 생산연령인구 감소에 따른 국민연금과 건강보험료 부담이 증가하였고, 이에 개인의 소득 공백을 막고 국가의 사회보장 부담을 완화하기 위하여 ‘계속고용제도’를 도입함.

4. 적정부담-적정보장 수준 검토

□ OECD 국가의 현행 보장률과 국민부담 비율과의 관계를 살펴보면 다음과 같음.

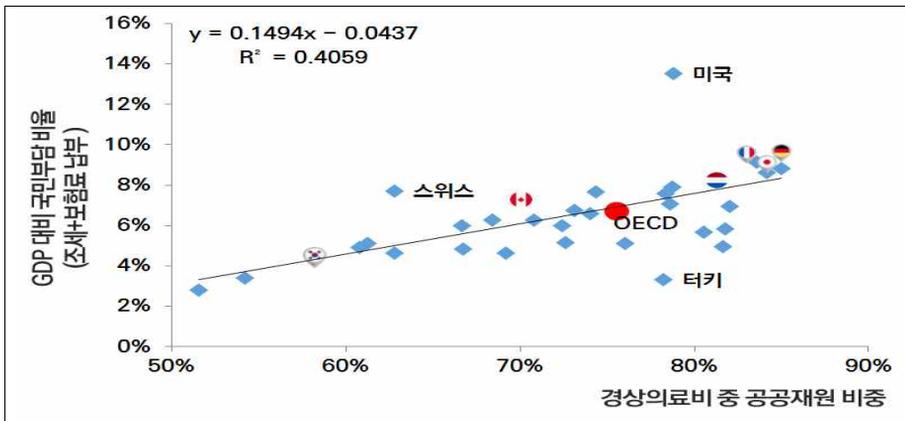


그림 20 OECD 국가의 현행 보장률과 국민부담 비율과의 관계

□ OECD 35개 국가의 평균을 활용하여 우리나라 공공재원 비율이 현재 58.2% 수준에서 70%, 75%(OECD 평균), 80%까지 확대되기 위해서 필요한 국민의 추가 부담 비율을 산출해 봄.

| 경상의료비 중 공공재원 비중 (국고+보험료) | GDP 대비 국민부담 비중 (조세+보험료 부담) | 추정 건강보험 보장률 | 추정 건강보험료 |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
| 58.2% (2017년 기준) | 4.4% (2017년 기준) | 62.7% | 6.12% |
| 70% | 6.1% | 75.4% | 8.48% |
| 75% | 6.8% | 80.8% | 9.46% |
| 80% | 7.6% | 86.2% | 10.57% |
| 66% | 5.7% | 71.1% | 8.00% |

그림 21 OECD 국가와 비교한 건강보험료를 추정

<참고자료> 향후 건강보험 재정 전망(건강보험 5개년 계획 추계)

◆ **향후 5년의 재정 전망은 중장기 재정 운영 목표에 부합하는 것을 전제로 추계할 수 있으나, 수입과 지출 변수의 변화에 따라 매우 다양한 전망이 가능함**

○ 2019년도 기준, 수입과 지출변수를 토대로 한 재정전망

▶ (보험료율) '19년 3.49%, '22년까지 '19년도 인상 수준 적용, '23년부터 3.2%* 적용

* 당초 보장성 강화 대책 발표시 평균 3.2% 수준에서 관리 계획 발표

▶ (정부지원) '19년 보험료 수입 대비 13.6%, '20년 이후에도 '19년도 지원 수준 지속 유지

* 다만 '23년부터는 관련 법 개정에 따라 정부지원 방식 및 규모가 변동될 수 있음

▶ (수가인상률) '19년부터 2.37% 적용

▶ (보장률) '22년까지 보장성 강화 대책 추진 및 종합계획 추진으로 '22년 보장률 70% 달성, '23년 이후 유지

(단위: 억원)

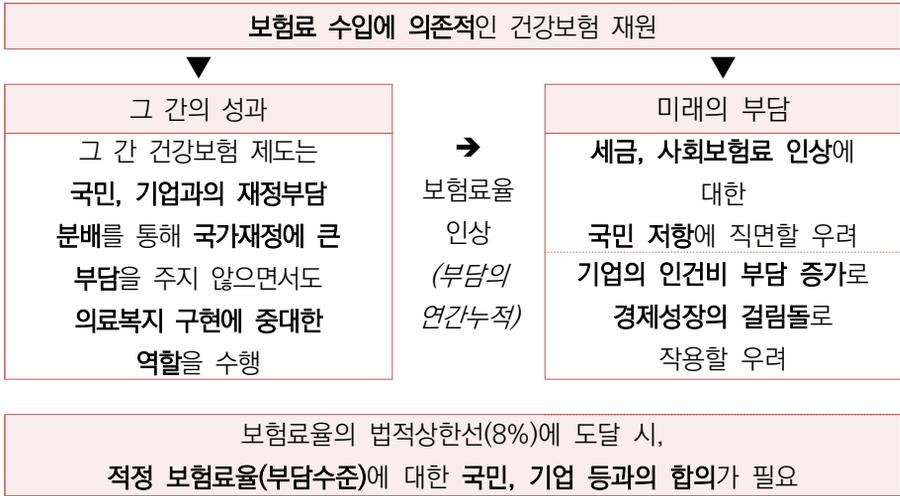
| 연도 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 총 수입 | 621,159 | 676,612 | 739,725 | 807,305 | 869,823 | 934,545 |
| 총 지출 | 622,937 | 708,248 | 767,000 | 817,984 | 886,700 | 943,226 |
| 당기수지 | △1,778 | △31,636 | △27,275 | △10,679 | △16,877 | △8,681 |
| 누적수지 | 205,955 | 174,319 | 147,044 | 136,365 | 119,488 | 110,807 |

자료: 제1차 국민건강보험 종합계획(2019. 4.)

제2절 건강보험 적정부담 수준에 대한 논의

- (기본방향) 인구구조 변화(1,2차 베이비부머 세대 은퇴, 생산가능 인구 감소 등)에 대응하여 현재 근로소득 중심의 보험료 수입에 대한 의존도를 줄이고, 지속가능한 재원조달 체계를 마련하는 것이 필요
- 보장성 강화 정책과 연동하여 건강보험료 인상, 부과체계 개편, 국가책임 강화가 단계적으로 추진되는 적정급여-적정부담에 대한 중장기 계획 수립이 필요

< 현행 건강보험료 재원조달의 한계 >

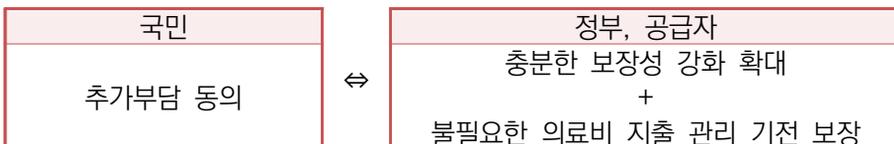


1. 안정적 재원조달 체계 마련을 위한 공론화 추진

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| 보장성 강화정책과 연계한 재원조달 계획 수립 | | | |
| ① 보험료 | 국고지원금 | 건강증진기금 | 추가재원 |
| 보험료율 6.24% ('18) | 보험료 예상수입 14% | 보험료 예상수입 6% (단, 기금예상수입 65%이내) | ③ 재원의 다각화 방안 모색 |
| '17년 기준 (50.0조, 86.2%) | '17년 기준 (4.9조, 8.4%) | '17년 기준 (1.9조, 3.3%) | |
| 소득중심 부과체계 개편 지속으로 부과소득 기반 확대 | ② '23년 이후의 안정적 국고지원을 위한 선제적 대응책 마련 | | |
| ④ 연도별 정부지원, 보험료 수입 등에 대한 재정계획 수립 및 재정관리 체계화 | | | |

□ (적정 보험료율) 안정적인 보험료 수입 확보, 지속가능한 건강보험 제정을 위해 적정 보험료율에 대한 사회적 논의가 필요

○ (보험료율 법정상한) 특히, 인구고령화, 만성질환의 증가, 보장성 강화 등 의료비 지출 증가요인 등을 감안할때, 10년 이내에는 8%에 도달할 것으로 전망됨에 법적상한률(8%) 조정이 필요한데, 이에 대한 국민적, 국가적 차원의 합의가 필요한 상황

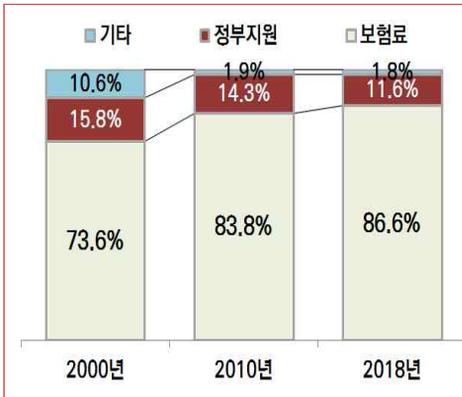


○ (선험국 사례) 독일, 프랑스 등 선험국에서도 보험료율 인상에 따른 국민, 기업의 부담 증대로 보험료율을 고정시킨 재정운영을 방안을 모색

- 프랑스: 준조세 등을 활용한 재원의 다각화 추진, 독일: 지속 가능한 성장률(임금인상률)을 고려한 재정운영 방식 등

□ (국고지원 안정화) 안정적인 건강보험 재정 운영을 위한 국가책임, 국가재정 여건, 보험료 수입규모 변동 등을 종합적으로 고려하여 '23년 한시규정 종료 이후의 바람직한 재원 조달에 대한 공론화 추진

○ (보험료와 국고지원 간 비중의 적정성) 보험료율 인상에 따라 건강보험에 대한 국민의 부담은 지속적으로 증가하는 반면, 보장성 강화, 노인 의료비 증가 등 지출 증가요인은 산적함에 따라 건강보험 재원에서 보험료 수입과 국가재정 간 적절한 부담비율 설정 논의 필요



→
보험료
수입
비중
증가
추세

보험료와 국고지원 간
비중의 적정성 검토

(`23년 국고지원
한시규정 종료 후,
선제적 재원조달 방안
준비)

보험료 특징
 명확한 사용목적,
 미래 받을 수 있는 혜택으로 인식
 +
 사용자 부담으로 경제 및 고용에
 영향 高

VS

조세 특징
 누진적(소득 재분배 효과 高)
 성격,
 부담의 형평성
 +
 다른 분야와 예산 경합 문제

○ (안정적 지원) 안정적이고 예측 가능한 재원조달을 위해 건강보험 국고지원의 원칙을 정립하고 지원방식의 개편방안을 검토

| 대안1 | 대안2 | 대안3 | 대안4 | 대안5 |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| <p>현행 유지 + 한시적 규정 폐지</p> | <p>일반회계 증가율 연동(최근 3년) + 부족한 재원은 간접세 방식으로 별도 확충</p> | <p>국가책임 사업 지원 (예: 차상위 급여비·보험 료 지원)</p> | <p>건강보험 65세 인구 급여비 33% 지원</p> | <p>소득수준 하위 30%(차차상 위 계층까지) 급여비 50%지원</p> |

2. 공평한 부담을 위한 소득중심 부과체계 개편 지속

□ (부과체계 개편효과 평가) `18년 7월부터 시행되는 1단계 부과체계 개편('18.7~'22.6월)에 대한 모니터링 및 적정성 평가 수행을 통해 1단계 개편 효과를 분석하고, `22년 7월부터 추진되는 2단계 개편안에 대한 개편 범위 및 속도 조정 검토 필요

* 지역간/지역내 부담의 형평성 개선 효과, 소득부과 강화 효과, 국민의 수용성 등에 대한 **적정성 평가**를 수행하고, 소득 파악률 개선상황 등 **조세체계 여건 변화** 분석

□ (2단계 개편안 이행 준비) 1단계 개편 효과에 대한 적정성 평가 결과, 소득파악률 개선 상황 등을 반영하여 부과체계 2단계 개편 실시

〈 건강보험료 부과체계 2단계 개편방향 〉

- ◆ 소득 외 부과요소에 대한 보험료 축소를 통한 **형평성 추가 개선** 추진
 - 지역가입자에 대한 **자동차보험료 폐지**(고기차 제외), **재산 공제 확대**(과표 5천만원)를 통해 소득 외 요소에 대한 보험료 부과 축소
- ◆ **고소득 피부양자, 보수 외 고소득 직장가입자** 등에 대한 **보험료 부과 범위** 추가 확대
 - **고소득 피부양자**: 연소득 2천만원 초과, 재산과표 3.6억원&연소득 1천만원 초과
 - **보수 외 고소득 직장가입자**: 연간 보수 외 소득 2천만원 초과 직장가입자 등

□ (부과소득의 단계적 확대) 더욱 공평한 보험료 부과를 위해 소득 간 과세 형평성, 실현가능성 등을 종합적으로 고려하여 부과소득 범위 확대를 위한 우선순위를 단계적으로 선정

| 과세소득 | | | | | 비과세 소득 | | | 상속 증여 | ① 미신고 소득 (조세 체계) | |
|---------------------------|-----------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------------------|------------------|------------------------------|---------|
| 종합소득 | ③ 분리소득 | | | | 분류소득 | | 주택임대 (2천만원 이하) | | | 농어 업 |
| | 금융 소득 | 일용 근로 | 연금 소득 | 기타 소득 | 양도 소득 | 퇴직 소득 | | | | |
| 현재 「국민건강보험법」상 보험료 부과범위 | | | | | | | | | | |
| 현재 실제 보험료 부과범위 | ② 기준 선 이하 | | | | | | | | | |
| 공단 자료원 확보 | | 공단 자료원 미확보 | | | | | | | | |
| ① 소득세법 (조세체계) | | | | | | | | 상속세 및 증여세법 | | |
| 국세청에 신고된 소득(=파악된 소득) | | | | | | | | | | |
| 실제 발생한 소득(=실질 소득) | | | | | | | | | | |

그림 22 건강보험 부과소득 범위 현황

- (1단계: 조세개편과 연계) 조세체계 개편, 소득과악률 여건개선 ('06년 38.2%→`10년 63.6%→`16년 89.7%) 등 조세체계 변화와 연계하여 보험료 부과기반 확대
 - 예> 2천만원 이하 주택임대소득: `19년부터 과세전환으로 보험료 부과 실시('20.1월~)
 - 예> 기타소득 필요경비율 인정기준 강화: 기존 80% → `18.4: 70% → `19.1: 60%
- (2단계: 종합소득 일부→전체) 종합소득 부과 소득기준선을 인하 *하여 종합소득 일부에서 전체로 종합소득의 부과범위를 확대하는 방안 검토
 - 1단계 개편안에선 3.4천만원, 2단계 개편안에선 2천만원 초과 소득에 대해서만 보험료를 부과할 예정
- (3단계: 종합소득→분리소득) 분리과세 금융소득, 프리랜서 등의 근로소득 등에 대해서도 부과제도개선위원회('18.하반기~) 논의를 통해 보험료 부과 검토
 - 분리소득 종류별 보험료 부과가능성, 부과영향 검토 등을 종합적으로 검토하여 소득별로 부과여부를 단계적으로 확대하고, 적정 부과기준·방식 등 도출

제3절 건강보험 적정급여 수준에 대한 논의

- (기본원칙) 보장성 확대는 기본적으로 보험료, 세금 등 국민부담의 증가를 전제로 이루어지는 구조로, 보장성 확대와 추가부담 및 추가 혜택 간의 균형, 보장성 확대의 우선순위, 보장성 확대와 적정이용 등에 대한 장기적인 원칙과 방향성을 수립하는 것이 필요
- 건강보험 보장성 확대에 대한 국민의 욕구 변화를 반영하여 보장성 확대가 필요한 추가적 영역을 빈틈없이 발굴하고, 보장성 강화 정책주기별 원활한 선순환 체계 작동을 위해 체계적 정비 추진



그림 23 건강보험 적정급여 수준에 대한 기본원칙 및 방향

□ 보장성 확대 기본방향 및 분야

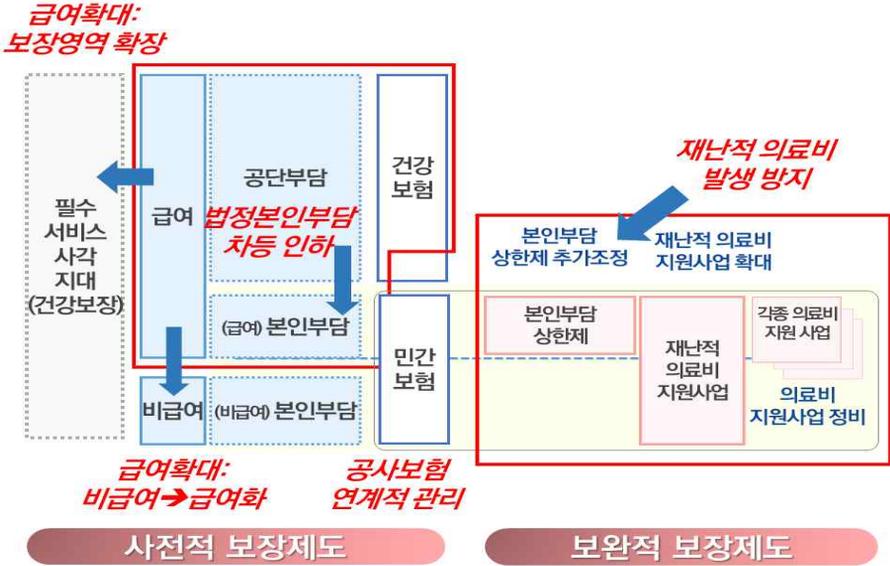


그림 24 보장성 확대 기본방향 및 분야

□ (서비스 영역 확대) 그간 건강보험 보장성 확대는 중증·고액 질병으로 인한 가계파탄을 예방하고, 생명과 긴급하고 긴밀하게 연결되어 있는 사후적 질병치료 영역에 집중

- 최근 삶의 질 향상을 중시하는 풍토로 건강하고 오래 잘 사는 건강수명 향상에 기여할 수 있는 서비스 영역에 대한 국민의 관심이 증대되고 있는 상황
- 따라서 예방-재활-치매-호스피스-완화의료까지 그동안 건강보험의 사각지대에 있었던 전 생애주기별 필수 건강관리에 대한 보장성 확대를 통해 건강보험의 역할을 기존의 의료보장에서 건강보장으로 확대하는 것이 필요

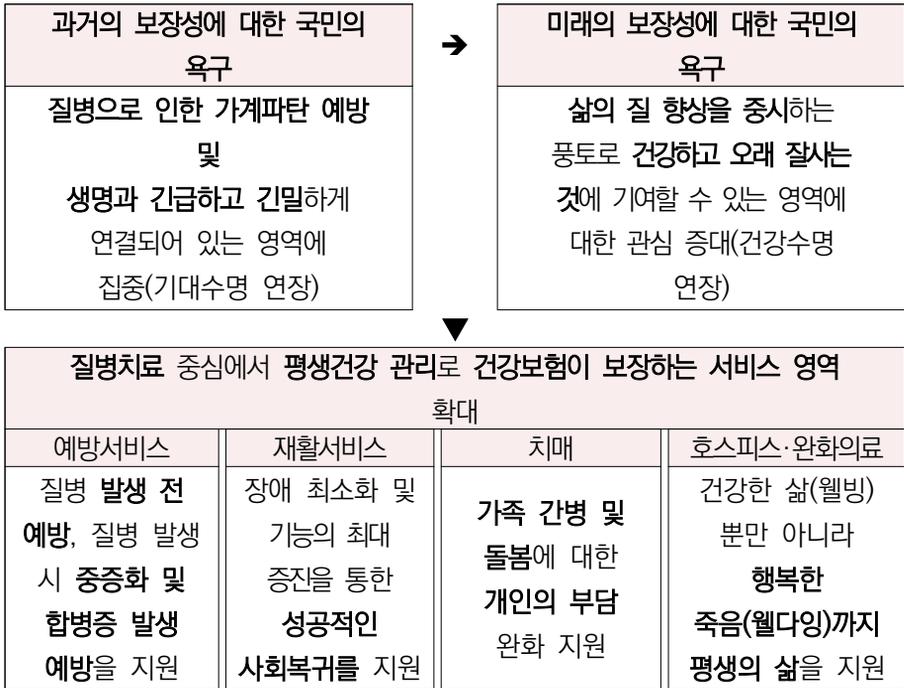


그림 25 보장성에 대한 국민의 욕구 변화

- (적정한 법정본인부담 수준 논의) 치료에 필요한 모든 의학적 비급여가 성공적으로 급여화가 된다면, 기존 비급여 진료비의 일부는 급여비로, 나머지 비급여 진료비는 법정본인부담으로 전환될 전망
- 따라서 비급여의 급여화 이후 증가된 법정본인부담 비율, 기존의 법정본인부담 경감 대책 등을 종합적으로 고려하여 건강보험에서 통상적으로 적용할 수 있는 적정한 법정본인부담 수준을 설정하는 것이 필요

□ (㉓ 비급여의 급여화) 보다 적극적·근본적으로 국민의 비급여 부담을 완화해 주기 위해 행위, 치료재료에 대해 비급여의 급여화 추진 필요

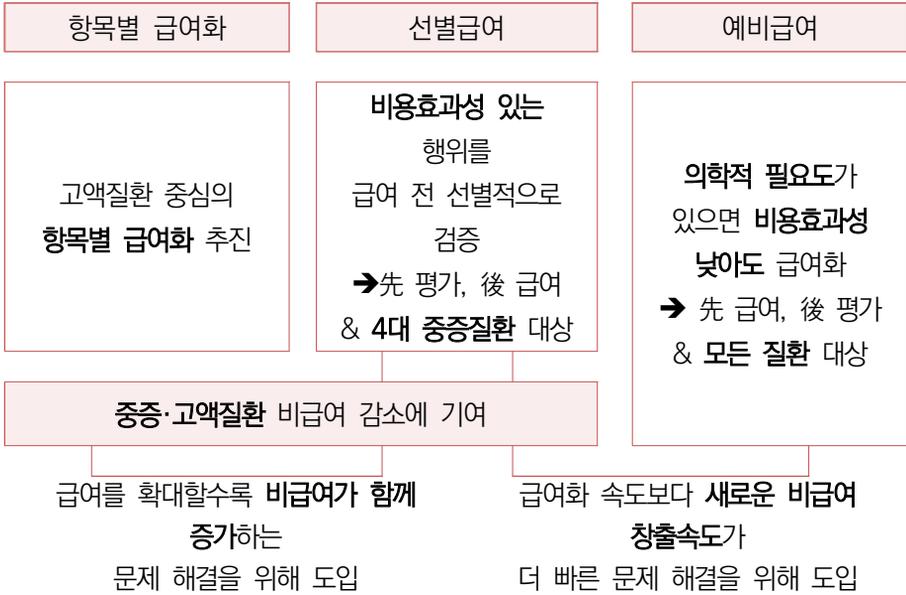


그림 26 비급여의 급여화 추진 전략

□ (보완적 의료안전망 강화) 재난적 의료비 발생을 예방하는 보완적 의료안전망 강화 필요

○ 법정본인부담, 비급여 등 실제 개인이 부담하는 의료비로 인한 재난적 의료비 발생을 보호하기 위한 보완적 의료 안전망 장치로써 건강보험 보장성 강화 정책, 공사 의료비 지원사업 등과 연계하여 추진

| | | | |
|--------------------------|--|---|-----------------------|
| 구분 | 급여영역 (법정보인부담) | 비급여영역 (법정보인부담 외) | 기타 의료비 지원사 업 |
| | ① 본인부담상한제 | ② 재난적 의료비 지원사업 | |
| 선정기준 | 소득구간 조정 + 직장·지역 간 형평성 개선 | 대상자 선정체계 개선 (예: 보험료 기준 →소득·재산조사로 대체) | |
| | 보험료 부과체계 개편과 연계한 대상자 선정기준 조정 | | |
| 제도개선 | 불필요한 의료이용 유발 방지를 위한 보완대책 (예: 별도기준 마련, 사전급여 제도 개선 등) | 사후적 의료비 지원사업에서 선제적 의료사각지대 발굴 사업으로 전환 검토 | |
| 비급여의 급여화 정책의 대응 | 급여화 되는 비급여 영역의 본인부담상한제 단계적 적용방안 논의 | 비급여를 중심으로 지원하고 있는 재난적 의료비 지원사업의 역할 재조정 | |
| | 보장성 강화 정책(비급여의 급여화)에 따른 역할 검토 | | |
| 제도 간 조정 | ③ 의료비 지원사업 간 체계적 연계·조정 | | |

그림 27 보완적 의료안정망 강화 추진 전략

제4절 건강보험 적정지출에 대한 논의

- 국민의 입장에서 합리적 의료이용이 어려운 이유는 국민의 의료이용 선택권은 정보의 비대칭성에 기반한 수요의 개념에 해당되고, 선택에 따른 자율권은 있으나 선택에 따른 결과는 담보할 수 없기 때문이다. 결국 국민의 선택권 과잉에 따른 도덕적 해이와 불필요한 의료남용을 야기함.

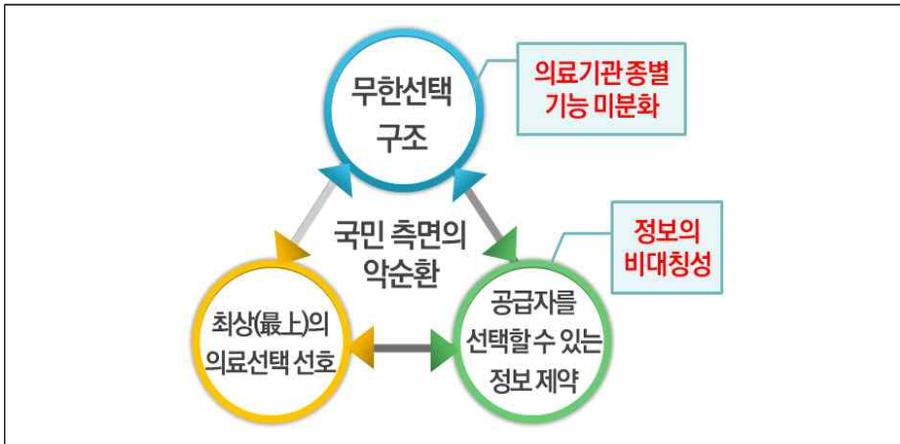


그림 28 국민의 합리적 의료이용이 어려운 원인

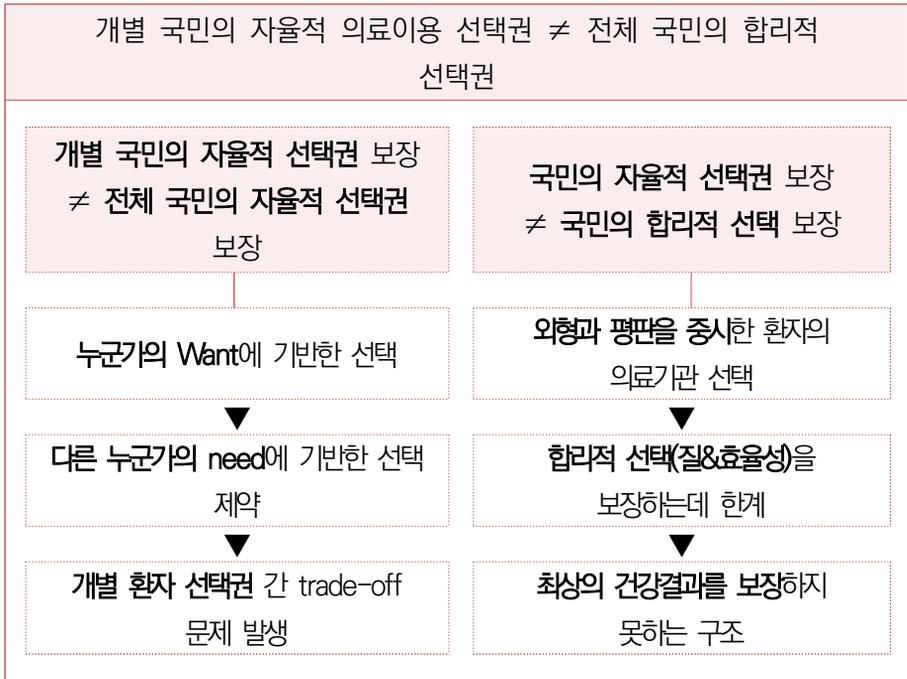


그림 29 개별 국민의 자율적 의료이용 선택권과 전체 국민의 합리적 선택권 간의 차이

□ 따라서, 합리적 의료이용을 선택할 수 있는 제도를 설계하고, 이를 위한 환경조성 및 인프라를 정비하는 것이 필요함. 또한, 국민의 합리적 선택권 보장을 위한 알 권리 강화를 위한 지원이 뒷받침 되어야 함.

1. 지속가능한 지출을 위한 비급여 관리방안

□ (비급여에 대한 환자 결정권 및 선택권 보장 강화) 환자 스스로 건강보험에서 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스를 합리적으로 선택할 수 있도록 결정권 및 선택권 보장을 강화

○ 비급여에 대한 환자의 결정권 및 선택권 보장을 통해 환자가 불필

요한 비급여 서비스를 이용하는 것을 방지함으로써 궁극적으로 환자의 의료비 부담 완화에 기여

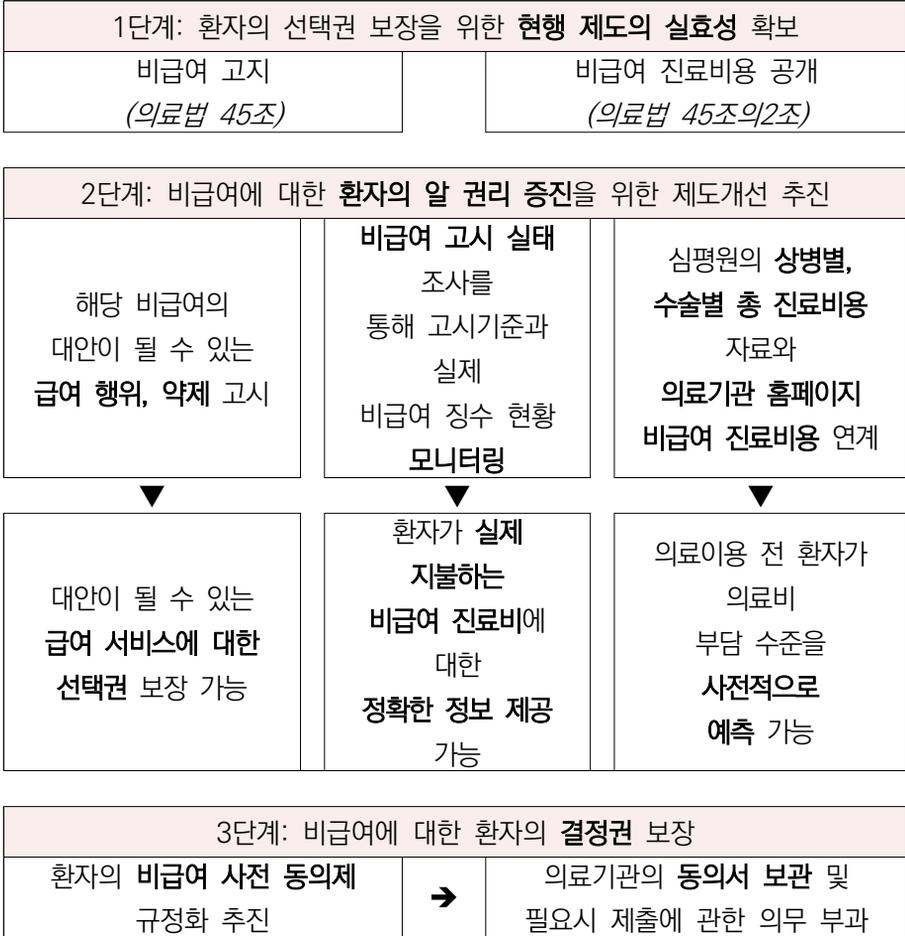


그림 30 비급여에 대한 환자 결정권 및 선택권 보장 강화 방안

□ (비급여 가격 관리기전 도입) 그동안 시장에 자율적으로 맡겨져 왔던 비급여 가격을 전체 건강보험 체계에서 합리적인 범위 내에서 관리함으로써 환자의 부담을 감소시키고, 시장에서 비급여 서비스가

격 정보의 투명성 제고

- (비급여 진료에 관한 보고 및 정보 수집체계 개선) 비급여가 주로 어떤 형태로 어느 정도 이루어지고 있는지 등 비급여 정보를 보다 효과적으로 수집할 수 있도록 현행 제도의 문제점을 개선 및 보완

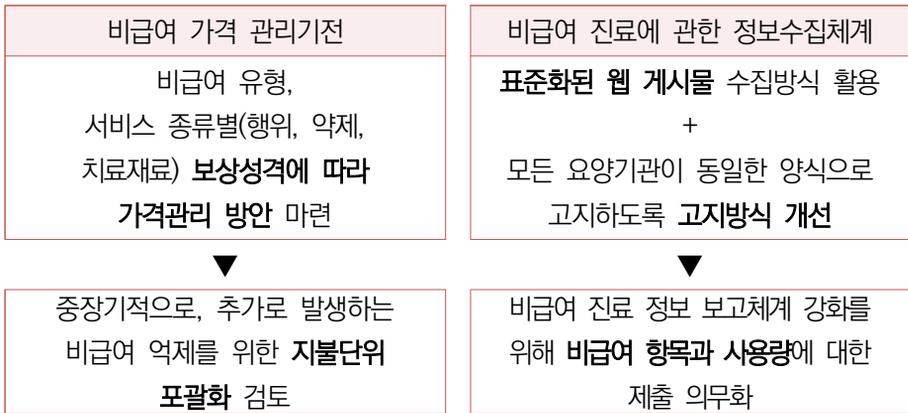


그림 31 비급여 가격 관리기전 및 비급여 진료에 관한 정보수집체계 전략

- (비급여 진료기준 개발 및 적용) 제도적 사각지대에 놓여 있는 비급여 진료에 대해서도 건강보험 급여 진료원칙을 적용하도록 하고, 표준화된 진료기준을 개발 및 적용하여 환자안전 등 의료의 질 확보 및 적정 진료 제공에 기여
- 급여와 병용 가능한 비급여 목록을 개발하고, 이에 대한 사회적 합의를 거쳐 급여와 병용 가능한 비급여 목록(Positive List)에 대해서만 진료를 허용하는 방안을 검토

2. 의료전달체계와 연계한 미래형 지불제도

- (미래형 지불제도 개발 및 다양한 시범사업 실시) 지속가능성을 담보하기 위한 미래지향적 지불제도 개발이 필요하며, 이를 실제 적용하기 위한 다양한 시범사업 실시 필요
 - (시범사업: 예시) 의료전달체계와 연계한 지불제도 혁신을 위해 미국의 책임의료조직(ACO) 모형의 우리나라 도입 가능성 검토
 - 우리나라에서는 특정지역을 대상으로 해당지역의 3차 의료기관인 대학병원을 중심으로 일차의료기관(의원), 건강관리기관(보건소 등), 병원, 재활 병원, 요양병원, 재가서비스기관 등이 참여하는 공급자 네트워크를 구축하여 포괄적 서비스를 제공하는 지역 기반 ACO 시범사업 추진 검토

- (인프라 확충) 미래형 지불제도로의 개편을 위한 인프라 확충
 - (논의구조 마련) 건강보험의 지속가능성, 의료시스템의 합리화를 위해 이용 특성 및 정책 방향에 따른 다양한 지불제도 도입 필요성 확산 및 대안 마련을 위한 구속력 있는 논의구조 마련
 - (법적기반) 현행 법규정은 행위별 수가제를 기반으로 하고 있어, 다양한 지불제도(성과기반 기관 보상 등) 도입에 한계가 있음에 따라 이행가능성 확보를 위한 법적 기반 마련
 - (재정) 지불제도 개편논의의 이행가능성 향상을 위해 (가칭)건강보험혁신계정 신설 및 지불제도 개편을 위한 재정 지원을 검토
 - (전담기구) 적정 보상을 위한 의료기관 비용 조사 및 분석을 위한 전담기구 설립, 패널의료기관 구축 등

- (실행계획③ 국민이 체감하는 질 향상과 연계한 적정보상 추진) 비급여의 급여화 등 보장성 강화, 의료전달체계 개선 등과 연계한 적정보상 추진 시, 국가는 물론이고 국민도 추가적인 재정투입이 불가피함.
- 이 때 국민 입장에서는 이러한 추가적 재정투입이 실제로 나한테 얼마나 도움을 주었는지, 즉 의료비 부담이 적어졌는지, 그리고 의료의 질이 좋아졌는지에 대해 확인하고 싶은 마음이 존재한다고 볼 수 있음.
- 적정수가(=추가적 재정투입)가 반드시 의료의 질 향상을 담보하는 것은 아님에 따라 적정수가로의 전환 시 질 향상에 대한 평가를 명확하게 하고, 더 질 좋은 서비스를 제공하는 공급자에게 인센티브를 지급하는 구조를 마련해 나가는 것이 필요함.
- 의료의 질 향상 없는 의료비 지출 증가만으로는 국민의 의료이용 만족도, 삶의 질 개선을 견인하는 것의 한계에 직면할 수밖에 없을 것임.
- 실제로 우리나라는 일부 OECD 국가와 비교시 환자경험 성과(의료의 질)가 매우 낮은 상태였임. 결국 적정보상으로의 개선은 국민이 체감하는 의료의 질 향상, 만족도 향상을 보장하는 것을 통해 국민이 추가로 더 부담하는 것에 합의해 가는 과정을 통해 실현될 수 있을 것임.

제 3 장

건강보험 거버넌스 개편

제1절 연구의 배경

제2절 건강보험의 거버넌스

제3절 외국의 건강보장 거버넌스와 개편 방향 - 급여
결정기능을 중심으로

제4절 건강보험정책심의위원회 개편 방향

3

건강보험 거버넌스 개편

제1절 연구의 배경

- 건강보험 가입자가 전체 재정의 86%(약 50조원)을 부담하고 있지만, 건강보험제도 운영에서 가입자는 그에 상응하는 권한을 가지지 못하고 있다. 건강보험료 법정 상한 8%에 달하는 2025년 전후하여 보험료 수준과 보장성 강화, 급여결정 등 건강보험제도 운영에 대한 중대한 사회적 논의를 이뤄질 것으로 예상된다.
- 향후 건강보험제도의 지속가능성을 보장하기 위해서는 노사를 포함한 가입자의 견고한 지지가 있어야 함을 의미한다. 이를 위해서는 가입자의 참여와 합리적인 정책결정을 강화할 수 있도록 건강보험 거버넌스를 개편해야 함.

제2절 건강보험의 거버넌스

1. 개요

- 우리나라 건강보험제도는 보건복지부가 최종 운영책임을 지고 있으면서 그 산하 건강보험공단과 건강보험심사평가원이 집행기관으로서 역할을 분담하여 운영하고 있다. 건강보험제도운영을 지출 측면에서 보건복지부와 건강보험공단, 심사평가원의 역할을 살펴보면 다음과 같음(그림 3-1).

- 보건복지부 산하에 설치된 건강보험 최고 심의의결기구인 건강보험정책심의회위원회는 보험료율과 건강보험의 보장 범위(급여 범위)를 결정
- 건강보험공단은 의료서비스 공급자와 수가계약 및 수가를 결정
- 심사평가원은 심사를 통해 이용량을 관리하여 미시적 효율성을 높이고, 평가를 통해 의료서비스의 질을 향상시켜 거시적 효율성을 개선

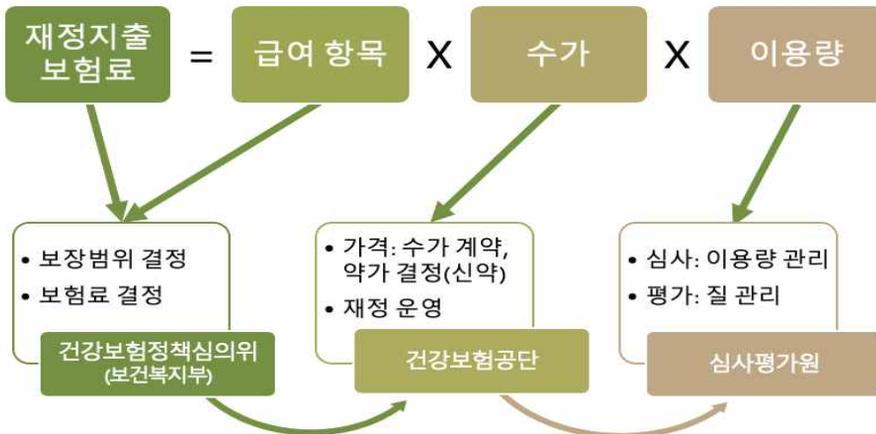


그림 32 건강보험 지출관리의 거버넌스

2. 보건복지부

- 건강보험제도 운영에 대한 핵심적인 권한은 대부분 보건복지부에 부여되어 있으며, 이는 보건복지부가 건강보험제도 운영을 실질적으로 책임지고 있음을 의미함.
- 건강보험종합계획과 시행계획의 수립

- 건강보험 관련 주요 위원회 위원 임명 및 위촉 권한
 - 건강보험정책심의위원회
 - 재정운영위원회
 - 전문평가위원회 및 급여평가위원회
 - 보험료부과제도 개선위원회
 - 건강보험분쟁조정위원회
 - 재난적의료비정책심의위원회 (재난적의료비 지원에 관한 법률 근거)
 - 건보공단과 심평원의 관리권한 - 업무 범위, 임원 임명과 해임, 규정 개정, 예결산 등
 - 건강보험의 급여 범위 결정과 운영 - 요양급여, 선별급여 등
 - 보험료의 부과 및 경감, 보험료 부과제도의 평가
- 보건복지부가 건강보험제도 운영의 최종적인 책임을 지고 있으면서 건보공단과 심평원에 집행기능을 나눠 부여하고 있다고 이해하는 것이 합리적임.
- 건강보험법에서는 제2조(관장)에서는 건강보험사업을 보건복지부장관이 맡아 주관한다고 명시하였음.

건강보험법에 따른 보건복지부의 권한과 책임

제1장 총칙

- ▶ 제2조(관장) 이 법에 따른 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아 주관한다.
- ▶ 제3조의2(국민건강보험종합계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 이 법에 따른 건강보험(이하 “건강보험”이라 한다)의 건전한 운영을 위하여 제4조에 따른 건강보험정책심의위원회(이하 이 조에서 “건강보험정책심의위원회”라 한다)의 심의를 거쳐 5년마다 국민건강보험종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.
- ▶ 제4조(건강보험정책심의위원회) ① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 “심의위원회”라 한다)를 둔다. <생략>
 - ④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.

제3장 건강보험공단

- ▶ 제14조(업무 등) ① 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다. <생략>
 - 13. 그 밖에 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ▶ 제20조(임원) <생략> ② 이사장은 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제29조에 따른 임원추천위원회(이하 “임원추천위원회”라 한다)가 복수로 추천한 사람 중에서 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명한다.
 - ④ 비상임이사는 다음 각 호의 사람을 보건복지부장관이 임명한다.
- ▶ 제24조(임원의 당연퇴임 및 해임) <생략>
 - ② 임명권자는 임원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 임원을 해임할 수 있다. <생략>
 - 5. 이 법에 따른 보건복지부장관의 명령을 위반한 경우
- ▶ 제29조(규정 등) 공단의 조직·인사·보수 및 회계에 관한 규정은 이사회의 의결을 거쳐 보건복지부장관의 승인을 받아 정한다. <생략>
 - ② 제1항에 따른 위원은 다음 각 호의 사람을 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.
- ▶ 제34조(재정운영위원회의 구성 등) ① 재정운영위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성한다. <생략>
 - ② 제1항에 따른 위원은 다음 각 호의 사람을 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.

- ▶ 제36조(예산) 공단은 회계연도마다 예산안을 편성하여 이사회의 의결을 거친 후 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다. 예산을 변경할 때에도 또한 같다.
- ▶ 제39조(결산) ① 공단은 회계연도마다 결산보고서와 사업보고서를 작성하여 다음해 2월 말일까지 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

제4장 보험급여

- ▶ 제41조(요양급여) <생략>
 - ② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ▶ 제41조의4(선별급여) ① 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우에는 예비적인 요양급여인 선별급여로 지정하여 실시할 수 있다.
 - 제42조(요양기관) ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 **대통령령**으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 - ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ▶ 제45조(요양급여비용의 산정 등) ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

제5장 건강보험심사평가원

- ▶ 제63조(업무 등) ① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다. <생략>
 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ▶ 제65조(임원) ① 심사평가원에 임원으로서 원장, 이사 15명 및 감사 1명을 둔다. 이 경우 원장, 이사 중 4명 및 감사는 상임으로 한다. <개정 2016. 2. 3.>

- ▶ ② 원장은 임원추천위원회가 복수로 추천한 사람 중에서 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명한다.
- ③ 상임이사는 보건복지부령으로 정하는 추천 절차를 거쳐 원장이 임명한다. ④ 비상임이사는 다음 각 호의 사람 중에서 10명과 대통령령으로 정하는 바에 따라 추천한 관계 공무원 1명을 보건복지부장관이 임명한다.

제6장 보험료

- ▶ 제72조의2(보험료부과제도개선위원회) ① 보험료부과와 관련된 제도 개선을 위하여 보건복지부장관 소속으로 관계 중앙행정기관 소속 공무원 및 민간전문가로 구성된 보험료부과제도개선위원회(이하 “제도개선위원회”라 한다)를 둔다.
- ▶ 제72조의3(보험료 부과제도에 대한 적정성 평가) ① 보건복지부장관은 제5조에 따른 피부양자 인정기준(이하 이 조에서 “인정기준”이라 한다)과 제69조부터 제72조까지의 규정에 따른 보험료, 보수월액, 소득월액 및 보험료부과점수의 산정기준 및 방법 등(이하 이 조에서 “산정기준”이라 한다)에 대하여 적정성을 평가하고, 이 법 시행일로부터 4년이 경과한 때 이를 조정하여야 한다.
- ▶ 제75조(보험료의 경감 등) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 가입자 중 보건복지부령으로 정하는 가입자에 대하여는 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료의 일부를 경감할 수 있다.

제7장 이의신청

- ▶ 제89조(건강보험분쟁조정위원회) ① 제88조에 따른 심판청구를 심리·의결하기 위하여 보건복지부에 건강보험분쟁조정위원회(이하 “분쟁조정위원회”라 한다)를 둔다.

3. 건강보험정책심의위원회

- 건강보험보험정책심의위원회(이하 건정심)은 일반적으로 건강보험 관련 정책의 사회적 합의기구이면서 최고 심의의결기구로 정의되나 실제 법에 규정된 기능과 실제 운영에서 기능은 매우 제한적임.
 - 건강보험 관련 최고 의사결정기구로 역할을 하기 위해서는 건강보험제도의 중장기적 목표를 설정하고, 이를 실현하기 위한 주요 정책의 채택과 성과를 심의하는 기능을 가져야 함.
 - 하지만 건강보험법에 이와 관련된 건정심의 기능은 ‘건강보험종합계획과 실행계획의 심의’로 매우 좁게 규정되어 있으며, 대부분의 급여결정과 관련하여 복지부가 상정하는 개별 안건을 심의하는 것에서 크게 벗어나지 못하고 있음.

- 국민건강보험법 제 4조에 의거하여 건강보험정책의 중요사항을 심의.의결하기 위하여 보건복지부 장관 하에 건정심을 운영하도록 규정하고 있음. 그 기능은 다음과 같음.
 - 건강보험의 종합계획의 심의
 - 급여기준과 급여서비스의 가격(수가)의 결정
 - 의료행위 상대가치점수, 약제.치료재료의 가격 상한 설정
 - 건강보험공단 재정운영위원회에서 공단과 공급자 단체의 수가 협상 결렬 시 수가의 심의 의결
 - 보험료율의 결정

- ▶ 제4조(건강보험정책심의위원회) ① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 “심의위원회“라 한다)를 둔다.
1. 제3조의2제1항 및 제3항에 따른 종합계획 및 시행계획에 관한 사항(심의에 한정한다)
 2. 제41조제3항에 따른 요양급여의 기준
 3. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항
 4. 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율
 5. 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액
 6. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

4. 건강보험공단

- 건강보험공단의 역할은 다음과 같음
- 건강보험 수급자(가입자와 피부양자) 자격관리
 - 보험료의 부과·징수
 - 보험급여의 관리 - 수가 계약 등
 - 보험급여 비용의 지급
 - 건강검진 등 예방사업
 - 재난적 의료비 지원사업의 관리운영
- 건보공단의 수가계약을 기반으로 한 재정관리를 위하여 재정운영위원회를 설치 운영함.

▶ 제13조(보험자)

건강보험의 보험자는 국민건강보험공단(이하 “공단“이라 한다)으로 한다.

▶ 제14조(업무 등)

① 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다.

1. 가입자 및 피부양자의 자격 관리
2. 보험료와 그 밖에 이 법에 따른 징수금의 부과·징수
3. 보험급여의 관리
4. 가입자 및 피부양자의 질병의 조기발견·예방 및 건강관리를 위하여 요양급여 실시 현황과 건강검진 결과 등을 활용하여 실시하는 예방사업으로서 대통령령으로 정하는 사업
5. 보험급여 비용의 지급
6. 자산의 관리·운영 및 증식사업
7. 의료시설의 운영
8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
10. 이 법에서 공단의 업무로 정하고 있는 사항
11. 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」(이하 “징수위탁근거법“이라 한다)에 따라 위탁받은 업무
12. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 위탁받은 업무
13. 그 밖에 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

▶ 제39조의2(재난적의료비 지원사업에 대한 출연) 공단은 「재난적의료비 지원에 관한 법률」에 따른 재난적의료비 지원사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 매년 예산의 범위에서 출연할 수 있다. 이 경우 출연 금액의 상한 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

5. 건강보험공단 재정운영위원회

□ 국민건강보험공단 (이하 건보공단) 재정운영위원회는 건강보험 가입자와 공급자 대표, 공익위원으로 구성되어 있으며, 의료공급자 단체와 매년 수가계약을 위한 위원회임.

○ 건강보험의 수가 계약이란 상대가치점수 당 단가를 결정하는 것을 말하며, 이는 공급자 유형별로 별도의 계약을 하고 있음.

▶ 건강보험법 제33조(재정운영위원회)

① 제45조 제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

▶ 건강보험법 제45조(요양급여비용의 산정 등)

① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

▶ 건강보험법 시행령 제21조(계약의 내용 등)

① 법 제45조제1항에 따른 계약은 공단의 이사장과 제20조 각 호에 따른 사람이 유형별 요양기관을 대표하여 체결하며, 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다.

□ 현재 건정심에서 담당하고 있는 건강보험에서 보험료를 결정을 건보공단 재정운영위원회로 이전해야 한다는 주장이 있음.

○ 이 같은 주장은 건강보험법에 규정된 바와 같이 건보공단이 건강보험의 보험자로서 역할을 하기 위해서는 보험료 결정 기능을 건정심이 아니라 건보공단 재정운영위원회에서 담당해야 한다는 데 근거하고 있음.

- 건강보험법 제13조(보험자)는 건강보험의 보험자를 국민건강보험공단으로 규정하고 있음.

- 하지만 실제로는 건강보험제도 관련 대부분의 핵심적인 의사결정권이 보건복지부에 집중되어 있음을 고려할 때, 보건복지부와 보건복지부 산하 건정심이 보험료를 결정을 담당하는 것이 논리적으로 합당하다고 판단됨.
- 보건복지부가 건강보험제도 운영의 최종적인 책임을 지고 있으면서 건보공단과 심평원에 집행기능을 나눠 부여하고 있다고 이해하는 것이 합리적임.
- 건강보험법에서는 제2조(관장)에서는 건강보험사업을 보건복지부장관이 맡아 주관한다고 명시하였음.

▶ 건강보험법 제2조(관장) 이 법에 따른 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아 주관한다.

6. 건강보험심사평가원

- 건강보험심사평가원 (이하 심사평가원)은 진료비 심사 업무와 의료서비스의 질과 비용의 적정성을 평가하는 것을 목적으로 함.
- 심평원 조직 중 업무상임이사 산하에 심사와 평가를 위한 실무조직이 구성되어 있음(그림 3-2).
- 하지만 개발상임이사 산하에는 건강보험법에 심사평가원의 고유 업무는 아니라 보건복지부 장관이 위탁한 수가와 급여결정을 위한 조직이 구성되어 있음.
- 이중 급여결정 관련 조직은 급여보장실, 급여등재실, 약제관리실이 있으며, 급여결정 관련 위원회는 전문평가위원회, 약제평가위원회, 급여평가위원회가 있음.

- ▶ 건강보험법 제63조(업무 등) ① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다.
 1. 요양급여비용의 심사
 2. 요양급여의 적정성 평가
 3. 심사기준 및 평가기준의 개발
 4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
 5. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ▶ 제66조(진료심사평가위원회) ① 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가원에 진료심사평가위원회(이하 “심사위원회”라 한다)를 둔다.
 - ② 심사위원회는 위원장을 포함하여 90명 이내의 상근 심사위원과 1천명 이내의 비상근 심사위원으로 구성하며, 진료과목별 분과위원회를 둘 수 있다.

7. 건강보험심사평가원 급여 결정 조직

- 심평원의 급여결정 관련 조직은 급여결정을 심의하는 위원회와 위원회 운영을 뒷받침하는 실무조직으로 구분할 수 있다(그림 3-2).
- 심평원에서 운영하는 건강보험 급여결정위원회는 건강보험법 시행규칙에 근거하여 보건복지부가 해당 위원회 운영을 심사평가원에 위탁하거나 해당 위원회를 설치하도록 위임한 것이다.
- 관련 위원회 중 전문평가위원회와 급여평가위원회는 심평원에 운영을 위탁한 것이며, 약제급여평가위원회는 심평원에 업무를 위임한 것이다. 급여결정 관련 실무조직으로는 개발상임이사 소관인 급여보장실, 급여등재실, 약제관리실이 있다.

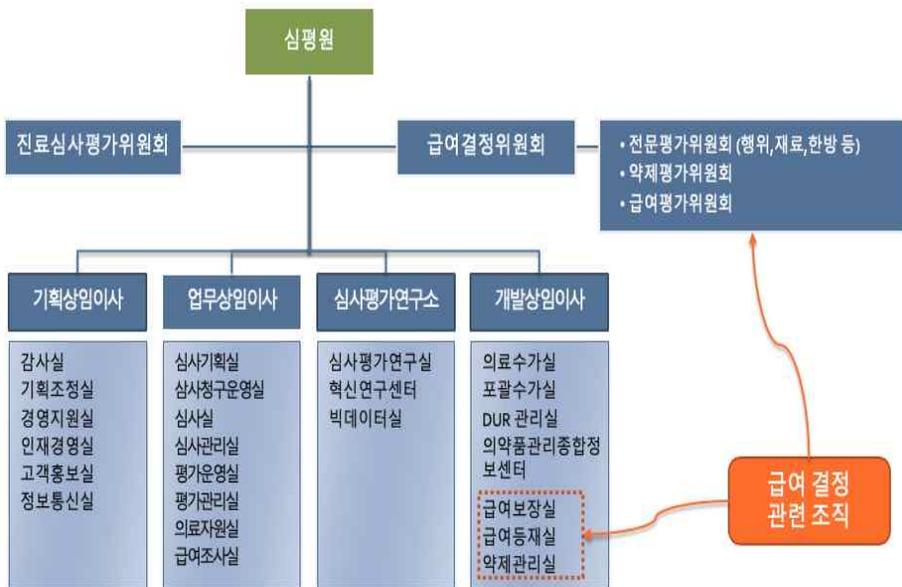


그림 33 심평원 조직도

□ 건강보험의 급여결정 관련 위원회는 다음과 같음.

○ 급여평가위원회 - 선별급여 여부 심의

○ 전문평가위원회 - 행위, 치료재료, 한방, 인체조직에 대한 효능과 경제성 평가를 기반으로 보험급여 여부 심의

○ 약제급여평가위원회 - 약의 효능과 경제성에 대한 평가를 기반으로 보험급여 여부 심의

□ 약제급여평가위원회는 심평원이 설치 운영하지만, 이를 제외한 전문평가위원회와 급여평가위원회는 보건복지부 산하 위원회이나 심평원에 위탁운영하고 있음.

국민건강보험법

- ▶ 제41조의3(행위·치료재료 및 약제에 대한 영양급여대상 여부의 결정) ① 제42조에 따른 영양기관, 치료재료의 제조업자·수입업자 등 보건복지부령으로 정하는 자는 영양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 제41조 제1항 제1호·제3호·제4호의 영양급여에 관한 행위 및 제41조 제1항 제2호의 치료재료(이하 “행위·치료재료”라 한다)에 대하여 영양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청하여야 한다. <생략>
 - ⑤ 제1항 및 제2항에 따른 영양급여대상 여부의 결정 신청의 시기, 절차, 방법 및 업무의 위탁 등에 필요한 사항과 제3항과 제4항에 따른 영양급여대상 여부의 결정 절차 및 방법 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」

- ▶ 제11조(행위·치료재료에 대한 영양급여의 결정) ① 제10조에 따라 영양급여대상 여부의 결정신청을 받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 결정신청일로부터 100일(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우에는 평가결과 고시 이후 30일) 이내에 법 제4조에 따른 건강보험정책심의위원회(이하 “심의위원회”라 한다)의 심의를 거쳐 영양급여대상 또는 비급여대상에의 해당여부를 결정하여 고시해야 한다. 이 경우 영양급여대상으로 결정한 행위·치료재료에 대해서는 영 제21조제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 영양급여의 상대가치 점수 또는 영 제22조제1항에 따른 치료재료의 상한금액을 함께 정하여 고시해야 한다.
 - ② 보건복지부장관은 행위·치료재료의 경제성 및 급여의 적정성에 대하여 제7항에 따른 전문평가위원회(이하 “전문평가위원회”라 한다)의 평가를 거쳐, 행위·치료재료의 영양급여대상 여부를 결정한다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 행위·치료재료를 법 제41조의4 제1항에 따라 선별급여로 지정하려는 때에는 전문평가위원회의 평가 외에 제14조의2 제1항에 따른 급여평가위원회(이하 “급여평가위원회”라 한다)의 평가를 거치도록 할 수 있다. <생략>
 - ⑧ 제2항에 따른 행위·치료재료에 대한 평가를 효율적으로 수행하기 위하여 건강보험심사평가원에 행위 및 치료재료별로 전문평가위원회를 둔다.
- ▶ 제11조의2(약제에 대한 영양급여의 결정) ④ 약제에 대한 영양급여의 적정성 등을 효율적으로 평가하기 위하여 건강보험심사평가원에 약제급여평가위원회를 둔다. 이 경우 약제급여평가위원회의 구성, 운영, 평가기준 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정한다.

제3절 외국의 건강보장 거버넌스와 개편 방향 - 급여결정기능을 중심으로

1. 독일²⁾

가. 개요

- 독일은 16개 주로 이뤄진 연방공화국이며, 2012년 기준 인구는 약 8천 2백만 명, 1인당 국내총생산(GDP)은 약 32,554 유로로 유럽에서 가장 소득수준이 높은 국가임.
- 독일은 의료체계는 정치체계는 연방정부와 주정부가 책임을 나눠 맡고 정부와 시민사회 간에 권한을 나누는 조합주의적 방식에 기반하여 운영되고 있으며, 의료체계도 이 같은 사회제도에 따라 운영되고 있음.
- 보건의료체계와 사회보험인 의료보험은 의료보험조합(sickness fund)과 공급자 조직이 참여하는 조합주의적 기구인 연방공동위원회(Federal Joint Committee:G-BA)에 의해 자율적으로 운영됨(그림 3-3).
- 지방정부의 보건의료에 대한 역할이 강하여 연방정부는 외래서비스의 제공을 관장하고 주정부는 병원서비스의 제공을 담당함,
- 국가의 건강수준을 가늠할 수 있는 대표적인 지표인 출생 시 기대여명(life expectancy at birth)은 남자 78.1세, 여자 83.1세로 유럽 지역 평균에 비해 약간 낮은 수준임.

2) Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1-296.

- 독일의 기대여명이 유럽에 비해 낮은 이유는 동독 지역의 기대여명이 낮아서이며, 최근 서독과 동독 지역 간 기대여명 격차는 점차 줄어들고 있음.

나. 보건의료체계

- 독일은 사회보험방식으로 보건의료재원을 조달하며, 다수의 의료보험조합과 연방정부, 주정부, 시민 사회가 의사결정을 공유하는 조합주의적 거버넌스 구조를 가지고 있음.
- 보험자, 공급자, 시민사회가 합의에 기반하여 건강보험제도를 공동으로 운영하는 연방공동위원회는 의료보험에서 보장하는 의료서비스의 범위와 가격을 결정함.
- 연방공동위원회는 그밖에 의료의 질, 만성질환관리 등에 대한 재정정책도 결정함.
- 하지만, 의료보험의 급여원칙과 의료보험료율은 연방정부가 직접 결정함.
- 협약 당사자만으로 해결할 수 없는 사안에 대해서만 국가가 개입하는 '보충성의 원칙' 을 준수하는 대표적 국가임.³⁾
- 2009년부터 모든 국민과 영주권을 가진 주민은 사회보험인 의료보험이나 민간의료보험에 의무적으로 가입해야 함.
- 사회보험인 의료보험에는 전체 인구의 85%가 가입되어 있으며, 약 11%는 민간의료보험에 가입되어 있음.

3) 신영석 등. 건강보험 의사결정기구의 개편 방안. 한국보건사회연구원. 2014

- 민간의료보험은 사회보험인 의료보험에 가입되어 있는 사람에게
치과의료보험과 같은 보충적 보험도 제공함.
 - 나머지 약 4%의 인구는 군인보험과 같이 특수 직역에 대한 보험
에 소속되어 있음.
- 독일의 국민의료비 규모는 2017년 기준 GDP의 11.5%로 유럽 국가
중에서 높은 수준에 속하나, 2009년 이후 거의 증가하지 않고 있
음.⁴⁾
- 전체 국민의료비 지출에서 공공재정 지출이 72.9%를 차지하며,
민간재정 지출은 약 27.1% 수준임(2012년 기준).
 - 각 의료보험조합이 출연한 재원으로 중앙재배분기금(Central
Reallocation Pool)을 조성하여 이는 132개 의료보험조합에서 조
합원의 건강수준과 위험도를 보정한 결과(morbidity-based
risk-adjustment scheme)에 따라 배분됨.
 - 의료보험의 보험료율은 소득의 15.5% 수준임.
- 병원의 자본투자는 주정부에 의해서, 운영비는 의료보험으로부터
보상받는 이중적 재정체계를 가지고 있음. 병원 운영비 보상은 개별
병원과 각 주의 의료보험조합 연합 간 DRG 기반에 협상에 의해 이
뤄짐.
- 의사 외래서비스에 대해서는 이환율 보정 인두제 방식
(morbidity-adjusted capitation budget)으로 보상하고 있으며, 의

4) OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>;
Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

료보험조합이 지역의료보험의사협회에 총액을 지불하면 이를 협회가 개별 의사에게 진료양에 따라 배분하는 방식으로 재정이 배분됨.

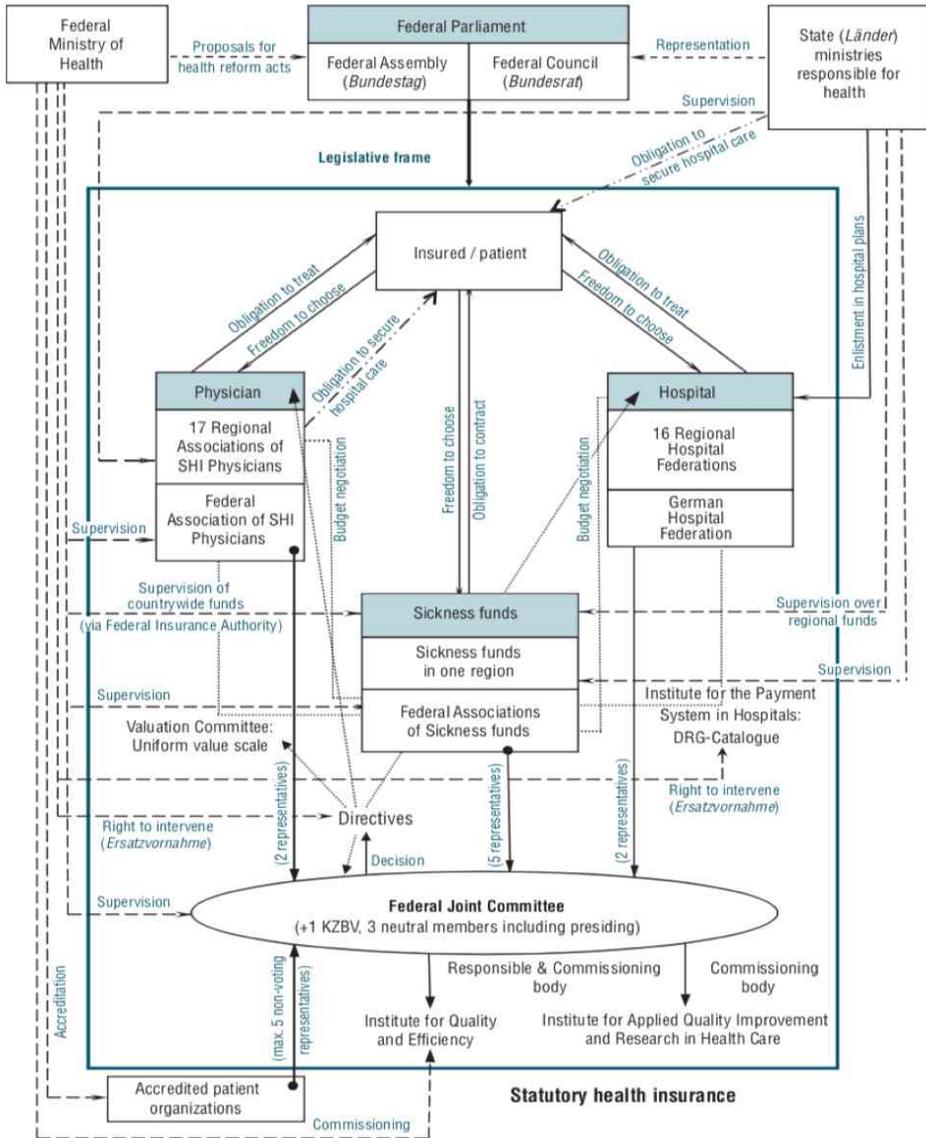


그림 34 독일의 보건의료 거버넌스

*출처: Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems inTransition, 2014, 16(2):1-296.

다. 연방공동위원회 Federal Joint Committee

1) 기능

- 연방공동위원회는 독일 사회보장법(German social code, book five, SGB V)에 근거한 조직으로 의료기술에 대한 객관적 평가결과에 근거한 사회적 합의를 통해 의료보험의 급여 범위를 결정하는 보험자, 공급자, 환자가 참여하는 사회적 합의 조직임.
- 독일 사회보장법은 연방공동위원회의 역할과 의무, 위원의 임명, 환자의 참여, 의료기술에 대한 평가와 급여결정 절차를 명시적으로 규정하고 있음.
- 연방공동위원회는 의학적 근거에 기반하여 의료보험에서 급여할 의료기술을 결정하는 기구이며(Evidence-based coverage decisions), 의료기술의 세부 영역별로 급여결정하는 방식은 다음과 같음.
 - 외래 급여 Outpatient care - 급여 포함과 급여 제외를 모두 결정
 - 병원 급여 Hospital care - 급여 제외만을 결정
 - 약제 급여 Pharmaceuticals - 급여 제외 결정, 참조가격 설정, 일반의약품 선정, 의약품 허가초과사용(Off-label use) 사항 exclusion of prescription drugs
- 환자에 대한 근거 기반 의료정보 제공 Evidence-based patient information
- 의료 질관리 Quality assurance

- 만성질환관리 프로그램 Disease management programs for chronic diseases

2) 위원 구성

- 연방공동위원회의 위원을 구성하고 선임하는 방식은 사회적 합의에 기반하여 건강보험제도를 운영하는 조합주의적 운영원리가 잘 반영되어 있음.
 - 연방공동위원회는 의료보험조합, 공급자인 의사와 병원, 중립적인 공익위원, 환자가 참여하는 독일 의료보험에서 급여결정 등을 담당하는 사회적 합의기구로서 위원은 다음과 같이 구성됨.
 - 공급자 (5명)
 - 연방사회보험의사협회 대표 2명, 병원협회 대표 2명, 사회보험치과의사협회 1명
 - 공급자 대표는 해당 단체와 연관된 의사결정에 대해서만 투표권을 행사
 - 의료보험조합 대표 (5명)
 - 공익위원 (3명) - 공익위원 중 1명이 위원장 역할 수행
 - 환자단체 대표 (5명)
 - 연방공동위원회에 등록된 환자단체들에서 추천한 환자대표로 구성되며 토론에 참여하고 청원을 할 권리는 있으나 투표권은 없음.
- 환자를 대표하는 위원은 연방보건부의 인증을 받은 단체 중 연방공

동위원회에 등록하고 활동을 하는 단체들이 합의하여 위원을 추천함. 현재 환자대표 추천하는 단체는 다음과 같음.

- 독일장애인연합 The German Council of People with Disabilities
- 연방환자단체연합 The Federal Syndicate of Patient Interest Groups
- 독일자조그룹연합 The German Syndicate of Self-Help Groups
- 독일소비자연합 The Federation of German Consumer Organisations

○ 연방보건부는 환자단체의 요청에 따라 대표를 추천할 수 있는 단체를 추가로 인증할 수 있음.

□ 연방공동위원회의 정치적 중립성과 전문성, 위원회 운영의 안정성을 확보하기 위해 공익위원의 지명 절차, 임기, 역할, 근무방식 등을 명시적으로 규정하고 있음.

○ 공익위원의 정치적 중립성을 보장하기 위해 독일 사회보장법은 보험자 및 공급자 단체의 추천과 연방공동위원회와 연방하원의 동의에 기반하여 공익위원을 임명하도록 하고 있음.

- 보험자 및 공급자 단체가 연방보건부에 공익위원 후보를 추천하면, 연방보건부는 연방공동위원회에 참여하는 단체와 연방하원의 동의를 얻어 공익위원을 지명함.

- 연방공동위원회의 동의를 얻은 후에는 다시 연방하원 보건의료위원회에 승인을 받아야 함. 연방하원은 보건의료위원회 위원 2/3의 반대가 있을 경우에 한하여 위원 지명 승인을 거부할

수 있음.

- 연방하원이 공익위원의 승인을 거부하면 보험자 및 공급자 단체는 6주 내 새로운 위원 추천할 의무가 있음.
- 이해관계상충을 막기 위해 가입자 및 공급자 조직에서 근무한 지 1년 이상 경과한 사람을 위원으로 추천하며, 이는 위원 추천은 임기 만료 6주 전에 이뤄져야 함.
- 공익위원의 위원회 운영에 대한 실무적 책임성을 보장하기 위해 공익위원을 상근하도록 하고 위원회의 위원장을 공익위원이 맡도록 하고 있음.
- 위원회 운영의 안정성을 보장하기 위해 공익위원의 임기를 6년으로 길게 보장하고 있음.

3) 위원회 조직

- 위원회는 급여결정 등에 대한 최종 심의기능을 갖는 총회와 영역별 심의를 담당하는 9개 분과위원회로 구성되어 있음.
- 총회 산하에 약제, 의료 질, 질병관리, 처방서비스, 전문외래, 정신치료, 치과 등 모두 9개 분과를 운영하고 있고, 분과별로 보험자 및 공급자 단체가 추천한 위원이 논의에 참여하도록 함으로써, 분과별 논의결과에 기반하여 총회에서 논의를 할 수 있도록 보장함.
- 분과별로 보험자와 해당 분야에 관련이 있는 공급자 단체 대표가 위원으로 참여함. 예를 들어 약제분과는 보험조합 추천위원 6명과 병원협회 추천위원 3명, 의사협회 추천위원 3명으로 구성되는 반면, 치과분과는 보험조합 추천위원 6명과 치과의사협회 추천위

원 6명으로 구성됨.

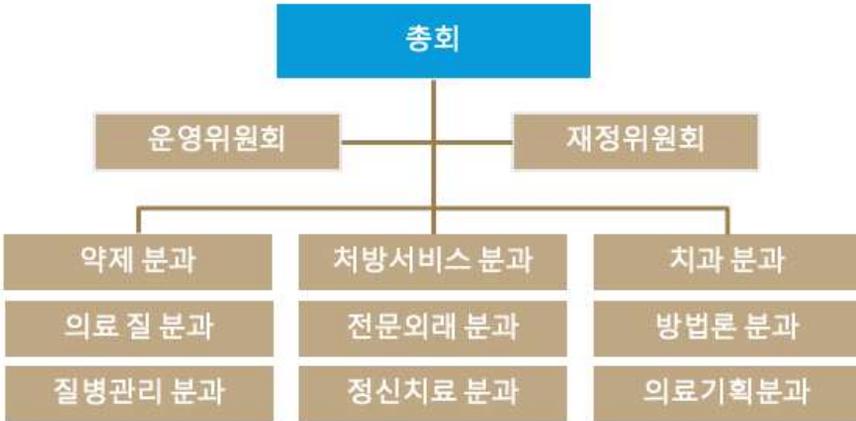


그림 35 연방공동위원회와 분과위원회

4) 사무국

□ 연방공동위원회의 권한과 책임을 실질적으로 보장하기 위해 위원회의 활동을 지원하는 독립적인 사무국을 운영하고 있음.

○ 방법론과 진료서비스팀, 의료 질관리 및 영역 간 의료팀, 약제팀의 위원회 운영을 직접 지원하는 3개 부서와 그 외 전문가 자문과 행정, 법률팀으로 이뤄진 지원을 담당하는 3개 부서로 구성되어 있음

○ 위원회 위원 수는 약 100명, 사무국 직원이 약 200명으로 구성되어 있음.



그림 36 연방공동위원회 사무국

5) 위원회 심의 절차

□ 의료공급자나 기업 등이 연방공동위원회에 신의료기술에 대한 급여 결정 평가를 신청하면, 연방공동위원회는 이를 외부 평가기관이나 전문가로 구성된 위원회의 평가결과를 바탕으로 의료보험에서 급여 할 것인지 여부를 판단함(그림 3-6).

○ 독립적인 평가연구가 필요한 경우에는 독립된 평가를 수행하는 정부연구기관인 IQWiG(The independent Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 의료질과 효율성 평가기관)에 평가를 의뢰하고, 그 결과를 전문가 위원회인 워킹그룹에서 검토함.

- 전문가 검토로 충분하다고 판단한 경우에는 전문가로 구성된 워킹그룹에 의뢰하여 의료기술평가보고서를 제출 받음.
 - 연방공동위원회의 심의 기준은 신의료기술의 효과성, 효율성, 필요성(적응증)임.
- 연방공동위원회의 심의결정사항은 연방보건부에 전달되며 보건부는 이를 승인 공표하거나 연방공동위원회에 재심을 요구할 수 있음.

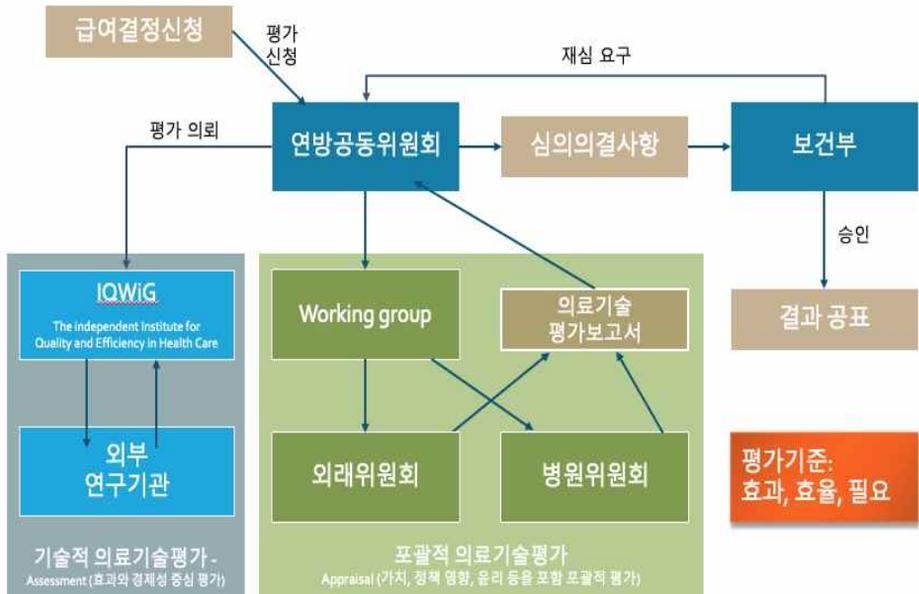


그림 37 연방공동위원회 신의료기술 급여결정 심의 절차

6) 재정

- 전체 의료보험재정 중 일정 비율을 의료보험체계를 관리운영하는데 소요되는 간접비 성격의 비용으로 연방공동위원회의 재정으로 배정함.

○ 연방공동위원회에 배정되는 관리운영비는 매년 재계산함.

2. 일본⁵⁾

가. 보건의료체계

- 사회보험인 건강보험제도를 사회보험으로 운영하며, 3천 4백개가 넘는 의료보험조합으로 구성되어 있음.
- 모든 국민과 영주권을 가진 외국인은 연령, 고용상태, 거주지에 따라 건강보험에 의무적으로 가입해야 하며, 불법 이민자, 방문자는 건강보험 적용을 받지 못함.
- 후생노동성의 보험국은 직장보험인 건강보험과 지역보험인 국민건강보험, 선원보험을 관장함.
 - 2008년 10월에 신설된 전국건강보험협회가 과거 정부 관장 건강보험사업과 선원보험사업의 관리운영을 담당함.
- 그밖에 재무성은 국가공무원공제조합, 총무성은 지방공무원공제조합, 문부과학성은 사립학교교직원공제를 각각 관장함.
- 보험료는 의료보험조합과 시정촌에 따라 매우 큰 차이가 있으며, 40세 이상 성인은 장기요양보험에 의무적으로 가입해야 함.
- 2015년 기준 국민의료비 규모는 GDP 대비 11% 수준으로 OECD 국가 중 높은 편임.
- 전체 건강보험 재정은 보험료 42%, 일반재정 42%, 본인부담금

5) <https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>

13%로 구성되어 공공재정이 전체 건강보험 재정의 84.3%를 차지하고 있음.

○ 국민건강보험은 단일한 수가체계를 기반으로 운영되지만 지방 정부와 지방의 공급자에게는 보조금 지급함.

□ 대다수의 국민이 민간의료보험에 가입해있으나 대체형이 아니라 보충형(supplementary) 또는 보완형(complementary) 민간의료보험에 가입해 있음.⁶⁾

○ 대부분 민간의료보험은 생명보험의 부가서비스로 입원 기간 동안 일당 정액 보험금을 지급하거나 하거나 암과 같은 중병을 진단 받았을 때 정액보험금을 지불하는 방식에서부터 역사적으로 발전해왔음.

나. 거버넌스

□ 후생성 산하 사회보장위원회(Social Security Council)와 중앙사회보험의료협의회(Central Social Insurance Medical Council)가 의료서비스의 급여 결정과 수가 설정에 대한 심의를 담당함.

○ 사회보장위원회는 보건의료서비스의 질, 안전, 비용 관리, 수가 설정에 대한 전반적인 정책방향을 결정하면, 중앙사회보험의료협

6) 보충형(supplementary) 민간의료보험은 공보험을 통해 이용할 수 있는 의료서비스를 신속하게 이용하거나, 다양한 선택을 원하거나, 편리하게 이용할 수 있도록 해주는 것을 말하며, 대표적인 국가로 영국, 호주, 스웨덴을 들 수 있으며 보충형 민간의료보험의 성격 상 시장점유율을 낮음. 보완형(complementary) 민간의료보험은 공보험에서 보장하지 않는 서비스를 보장하는 것을 말하며, 대표적인 국가로 캐나다와 덴마크를 들 수 있음. 일부 국가에는 우리나라 실손형 민간의료보험처럼 본인부담금의 일부를 부담할 수 있도록 허용하며, 대표적인 예로 프랑스를 들 수 있음. 보완형 민간의료보험의 시장점유율은 보충형에 비해 일반적으로 높은 수준임.

의회는 이를 기반으로 개별 의료기술에 대해 급여 여부와 수가를 심의하는 역할을 담당함.

- 중앙사회보험위원회의 급여결정에 대한 심의결과를 최종적으로 후생성 장관이 승인하고 공표함.

- 중앙사회보험의료협의회는 보험자 대표, 공급자 대표, 전문가가 위원로 구성된 후생성 장관의 자문기구로 후생노동대신이 임명함.
 - 위원은 가입자·사용자대표 7명, 의약계 대표 7명, 공익대표 6명이며, 공익위원은 국회의 승인을 거치도록 되어 있으며, 공익위원이 위원장을 담당함.
 - 중앙사회보험의료협의회 외부에 보험의료재료조직과 선진의료전문가회의가 있어 해당 영역의 의료기술에 대한 보험급여 여부와 수가에 대해 검토한 결과를 중앙사회보험의료협회에 보고함.
 - 중앙사회보험의료협의회 산하 위원회인 보험의료재료전문부회에서는 이들 외부 전문가 조직의 검토결과를 바탕으로 심의를 함.

- 후생성 산하 정부 기구인 의약품의료기기종합기구는 의약품과 의료장비의 안전, 질, 효능을 평가하고 이를 근거로 의약품과 장비를 사용을 승인함.
 - 중앙사회보험의료협의회는 승인된 약에 대한 보험급여 여부와 약가를 정함.

- 도도부현에는 지역보건의료계획을 수립하기 위한 지역보건의료위원회(health care council)를 설치되어 있고, 여기에는 환자 대표를 반드시 참석시키도록 하고 있음.

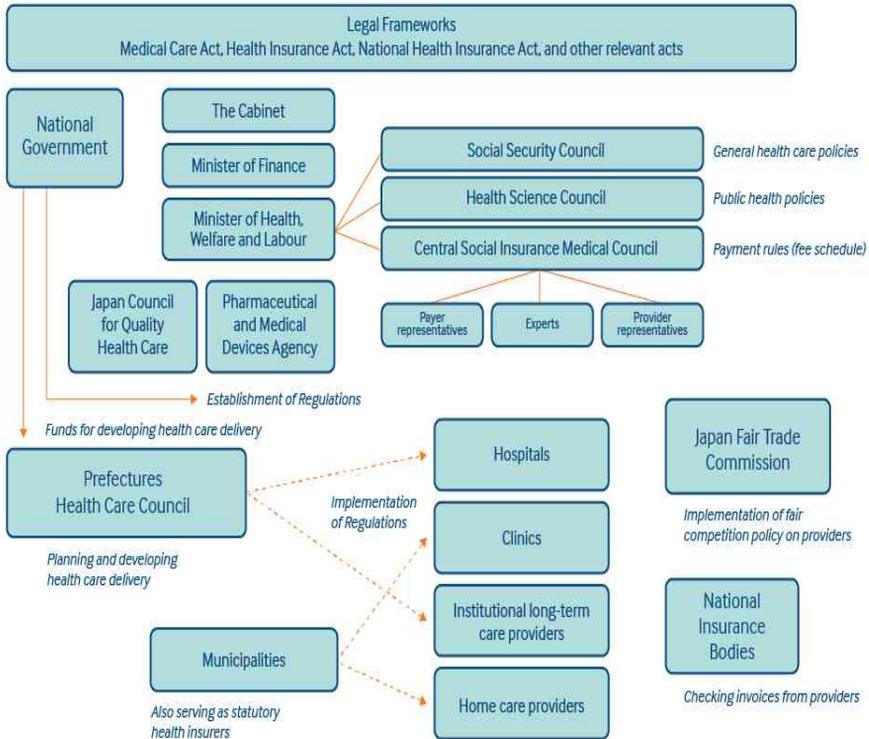


그림 38 일본 보건의료체계 거버넌스

자료원: R. Matsuda, College of Social Sciences. Ritsumeikan University. 2015

3. 대만

1) 보건의료체계

□ 대만의 인구는 2천 3백명으로 1995년부터 단일보험자 체계에 기반하여 전국민에게 건강보험을 적용하고 있음.

○ 건강보험재정은 근로소득에 부과하는 보험료(payroll-based premium)가 68%를 차지하며, 근로소득 이외의 소득(보너스, 자

문료, 이자, 채권, 임대 소득)에 대한 보험료가 27%, 담배세와 복권세 등이 약 5%임.

- 근로소득 기반 보험료의 정부 부담이 23.3%, 가입자 부담 38.2%, 고용주 38.6%를 부담함.
- 지방정부는 지역별로 건강보험 급여 이외에 추가적인 혜택을 제공하기도 함.

2) 건강보험 거버넌스

- 대만의 건강보험은 위생복지부(MoHW, Ministry of Health and Welfare)와 단일보험자인 중앙건강보험서(NHIA, National Health Insurance Authority)에 의해 운영됨.
 - 위생복지부의 사회보험국(Department of Social Insurance)은 건강보험의 주요 정책을 결정하고, 중앙건강보험서는 보험자로서 건강보험제도 전반을 책임지고 운영함.
 - 위생복지부의 가장 중요한 기능은 매년 건강보험재정의 총액예산(global budget)을 결정하는 것이며, 이는 위생복지부가 총리실, 건강보험 관련 이해당사자들이 참여하는 전민건강보험협회의 협의를 거쳐 결정함.
 - 중앙건강보험서는 보험료를 징수하고, 의료기술에 대한 급여 여부와 수가를 결정하고, 공급자가 청구한 진료비를 심사하고 진료비를 지불하며, 의료서비스의 질과 제공체계를 관리함.
- 전민건강보험쟁의심사위원회(NHIDMC, National Health Insurance Dispute Mediation Committee)는 위생복지부 장관의

자문기구로 의료제공자의 진료비 심사 관련 이의신청과 보험료 징수와 관련된 개인 또는 사용자의 이의신청을 문제를 다룸.

□ 전민건강보험협회(NHIC, National Health Insurance Committee)는 총액예산 협상을 포함한 건강보험의 수입과 지출과 관련된 주요 정책결정 심의를 담당하는 위생복지부 장관의 자문기구임.

○ 대만 건강보험법에 규정된 협회의 기능은 다음과 같음.

- 보험료와 급여 범위를 심의하고 보험수가(안)을 조정
- 건강보험법과 정책을 연구와 해석하며 기타 법에서 위임한 건강보험 관련 감독 등

○ 전민건강보험협회는 가입자, 사용자, 의료제공자, 전문가, 공익대표, 정부와 관련기관 대표로 구성되며, 보험료 납부 단체의 대표가 절반을 넘지 못하며 가입자 대표가 1/3을 넘지 못하도록 하고 있음.

3) 급여 결정 거버넌스

□ 전민건강보험협회(NHIC, National Health Insurance Committee)는 대만 건강보험의 급여 범위에 관한 원칙과 방향을 결정하며, 이는 협회가 재정지출의 총액규모를 결정하는 것과 밀접하게 연관되어 있음.

□ 중앙건강보험서 산하 (급여 결정) 보험급여항목 및 지불기준은 보험자가 급여전문위원회 (보험자, 전문가, 피보험자, 고용주, 공급자 대표로 구성)의 심의를 거쳐 위생복지부에 보고하고 장관의 승인을 받음

- 중앙건강보험서는 급여결정을 위해 대상 의료기술을 안전, 효과와 경제성 등을 평가하고 이를 근거로 급여 여부와 급여기준, 수가에 대한 심의안을 마련함.
- 중앙건강보험서의 산하 서비스 급여전문위원회에서 보험급여 여부와 급여기준, 수가를 심의 의결하고, 이는 위생복지부 장관의 최종 승인 후 공표됨.
- 급여전문위원회는 건강보험의 급여 여부와 급여 기준을 결정하며 보험급여 및 지불기준 심의하며 위생복지부(2인), 학자 또는 전문가(2인), 가입자 대표(2인), 고용주 대표(2인), 공급자(31인)로 구성
- ※ 급여전문위원회에서 의견일치하지 않는 경우 위생복지부에서 의사 결정
- 대만의 급여서비스는 급여목록표에 기재되어 있는데, 급여목록표에는 급여항목과 함께 각 항목당 지불기준이 가격이 아닌 점수로 등재되어 있음. 일부 항목에 대해서는 급여조건을 매우 상세하게 규정하고 있음

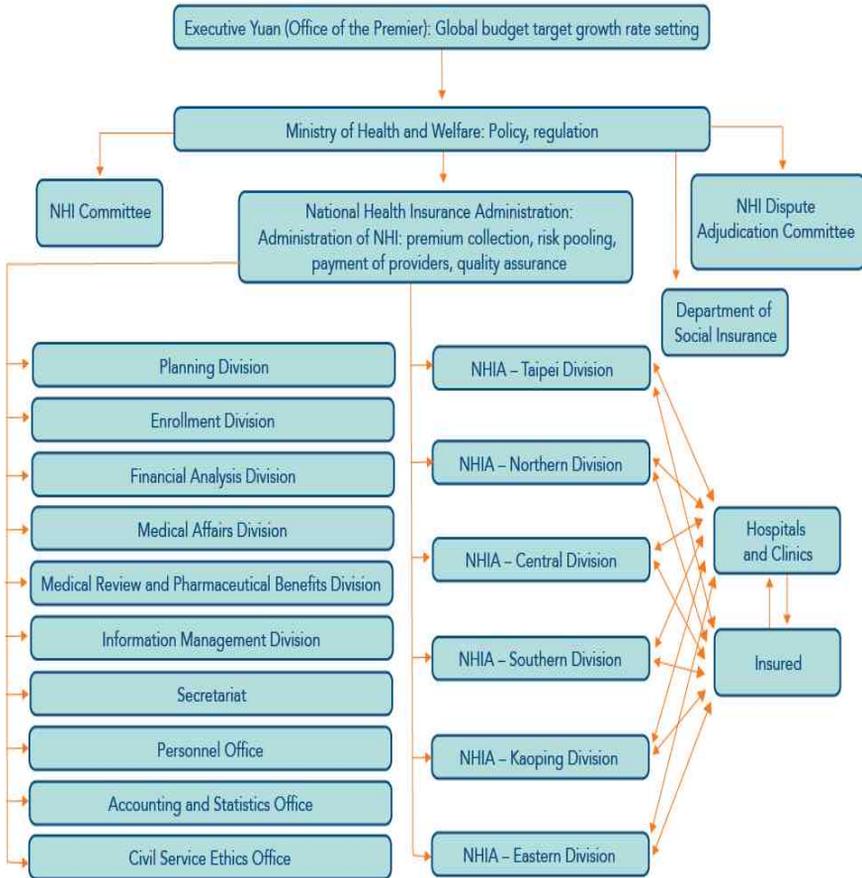


그림 39 대만 보건의료체계 거버넌스

자료원: <https://international.commonwealthfund.org/countries/taiwan/>

제4절 건강보험정책심의위원회 개편 방안

1. 개편방향

가. 개편방안(1) 건강보험정책심의위원회의 급여결정 권한의 실질적 보장

1-1 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)가 건강보험 급여결정에 대한 실질적 권한을 행사할 수 있도록 건강보험심사평가원의 전문평가위원회, 약제급여평가위원회, 급여평가위원회를 건정심 산하로 이전하는 방안을 검토한다.

1-2 가입자, 공급자, 공익 대표가 건정심 산하로 이전된 건강보험 급여결정 관련 위원회(이하 분과위원회)에 참여할 수 있도록 하고, 분과위원회의 기술적 전문성을 보완하기 위하여 분야별로 자문위원을 두는 방안을 검토한다.

나. 개편방안(2) 건강보험정책심의위원회의 위원 구성 및 선임 방법 개선

1-3 가입자의 대표성이 개선될 수 있도록 위원 구성을 개선하고, 공익위원을 중립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임 방법을 개선한다.

다. 개편방안(3) - 건강보험정책심의위원회의 운영 개선

1-4. 건정심 운영의 투명성을 보장하기 위해 회의의 의결사항 및 각 참석자의 발언내용이 전부 기록된 회의록을 작성하여 보관하고, 회의록의 주요 내용을 요약하여 공개한다.

1-5. 건정심의 공익위원을 상근으로 하고 위원장을 공익을 공익위원 중 1인이 맡도록 함으로써, 사회적 합의에 기반하여 건정심이 운영될 수 있도록 한다.

라. 개편방안(4) - 건강보험 급여 우선순위 설정에 국민 참여 기전 도입

1-6. 국민의 의견을 반영하여 건강보험 보장성 강화의 우선순위 설정하기 위해 건정심 산하에 속의 민주주의 방식의 (가칭)국민참여위원회를 운영하는 방안을 검토한다.

2. 개편방안

가. 방안(1) - 건강보험정책심의위원회의 급여결정 권한의 실질적 보장

1) 필요성

□ 건정심에 참여하는 가입자는 급여결정과정에서 실질적인 권한을 보장받지 못하고 있음.

○ 건정심은 건강보험법에 따라 건강보험의 급여결정을 심의하는 기구이나 급여결정에 대한 실질적인 심의는 건강보험심사평가원(이하 심평원) 산하 전문평가위원회와 약제급여평가위원회, 급여평가위원회(이하 건강보험 급여결정위원회)에서 이루어지고 있다.
그 결과

○ 건정심에서 가입자의 급여결정 심의 권한을 실질적으로 보장하

기 위해서는 현재 건강보험심사평가원 산하에 설치된 급여결정 위원회와 관련 실무조직을 건정심 산하로 이전을 검토할 필요가 있다.

2) 건정심 급여결정 관련 조직 개편 방안

□ 분과위원회와 사무국의 설치

- 건정심은 건강보험심사평가원 산하 급여결정 관련 위원회를 건정심 산하 분과위원회로 전환하는 방안을 검토한다(그림 2).
- 의료서비스 영역별로 급여결정을 담당하는 전문평가위원회는 의료행위, 치료재료, 약제, 한방, 인체조직 전문평가위원회와 이와 별도로 규정된 약제급여평가위원회가 있다.
- 그밖에 선별급여(현재는 예비급여) 전환여부를 담당하는 급여평가위원회가 있다. 위원회 운영을 뒷받침하는 실무조직을 건정심 사무국 산하로 이전 배치하는 방안을 검토한다. 급여결정 관련 실무조직은 급여보장실, 급여등재실, 약제관리실의 3개 실이 있다.

□ 분과위원회 구성과 운영

- 분과위원회는 공급자단체, 가입자단체가 추천하는 분과위원과 공익 위원으로 구성한다. 단, 공급자 단체는 해당 분야에 관련이 있는 공급자단체만 참여하도록 하며 공급자단체와 가입자단체가 추천 위원과 공익위원이 동수가 되도록 한다.
- 공익위원은 가입자단체와 공급자단체가 합의하여 추천하도록 한다.

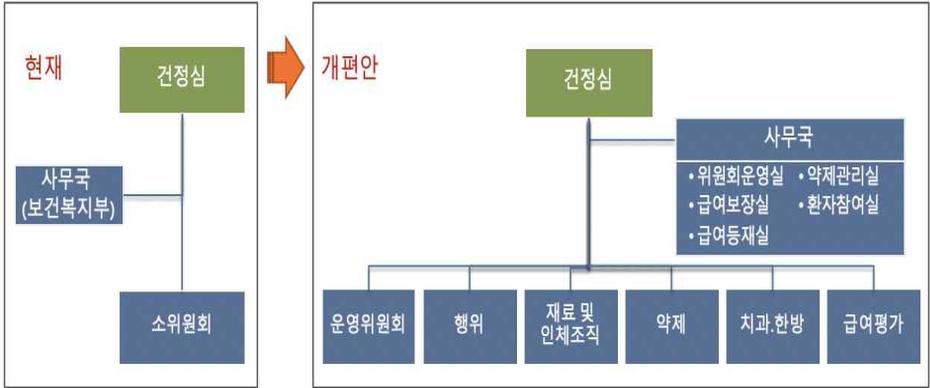


그림 40 건강심 조직 개편 방안

나. 방안(2) - 건강보험정책심의위원회 위원 구성 및 선임 방법 개선

1) 필요성

- 건강심은 건강보험정책을 결정하는 사회적 합의기구의 역할을 제대로 하지 못하고 있다는 비판을 받아왔다.
 - 보건복지부의 영향력이 너무 커서 건강심이 절차적 정당성을 정당화하는 기제로 활용되고 있다는 비판까지 받고 있다.
 - 건강심이 사회적 합의기구로서 역할을 하기 위해서는 건강심 위원 구성과 선임절차, 운영과정에서 보건복지부의 권한을 줄이고 합의에 기반한 의사결정이 이뤄지도록 해야 한다.

2) 현행 : 건강심 위원의 구성과 선임방법

- 건강심 위원의 약 절반은 법에 정한 바에 따라 대표성이 있는 단체가 추천한 나머지 절반은 사실상 보건복지부 위원을 임명 또는 위촉하는 권한을 가지고 있음.

- 근로자와 사용자, 의료계, 약업계 단체는 대표성이 분명하나 시민과 소비자, 농어민, 자영업 단체는 여러 단체가 존재하며 이들 중 대표성이 있는 단체의 추천을 받는 절차가 명시적이지 않아 보건복지부가 사실상 선임권한을 가지고 있음.

국민건강보험법

제4조(건강보험정책심의위원회) ② 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.

③ 심의위원회의 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 제4항제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.

④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.

1. 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명 (4명)
2. 시민단체, 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명 (4명)
3. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명
4. 다음 각 목에 해당하는 8명
 - 가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명
 - 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명
 - 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명

3) 개선 방안 : 건정심 위원회 구성과 선임절차

□ 위원 구성

- 가입자의 대표성이 개선될 수 있도록 위원 구성을 개선하고, 공익위원을 중립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임 방법을 개선한다. 건정심 위원 구성의 개편 방안의 예는 다음과 같다.
- (현재) 공급자 8인, 가입자 8인(근로자 2인, 사용자 2인, 시민, 소비자, 농어업인, 자영자 각 1인), 공익 8인(보건복지부와 기획재정부 각 1인, 건강보험공단 및 심사평가원 각 1인, 전문가 4인)

- (개선안-1안) 공급자 8인, 가입자 8인, 정부 및 보험자 4인(보건복지부, 기획재정부, 건강보험공단 및 심사평가원 각1인), 공익 4인으로 변경한다.
 - 실질적인 보험자인 정부와 건강보험공단, 건강보험심사평가원을 공익위원이 아니라 정부 및 보험자 위원으로 분류한다.
- (개선안-2안) 공급자 8인, 가입자 8인, 정부 및 보험자 4인, 공익 4인, 시민.소비자.환자단체 3인으로 변경한다. (위원 수 3명 증가)
 - 정부 및 보험자 위원 분류 (1안과 동일)
 - (가입자 위원) 기존 가입자 위원에서 시민과 소비자 단체 추천 (2인)를 별도로 분류하여 시민소비자 단체 추천 위원으로 별도로 구분하고, 대신 보건의료근로자단체(보건의료노조) 추천 2인을 추가한다.
 - (시민·소비자·환자단체 위원) 시민단체와 소비자단체 추천 각1인에 환자단체를 추가하여 시민.소비자.환자단체 추천 3인으로 변경한다.

□ 민간 공익위원의 임명

- 현재 보건복지부가 추천하는 민간 공익위원에 대한 추천과 동의, 승인에 대한 명시적 절차를 도입하여 공익위원의 정치적 중립성을 보장하고, 궁극적으로 사회적 합의에 기반한 위원회 운영을 구조적으로 보장함.
- 공익위원의 선임절차를 가입자 단체의 추천 2인, 공급자 단체에서 각각 2인을 추천하도록 하고, 이들에 대해서 건정심에 참여하는 가입자, 공급자, 시민.소비자.환자 위원의 동의를 얻은 후에 국

회 보건복지부의 승인을 거쳐 임명하도록 함.

□ 시민단체, 소비자단체, 환자단체 위원의 임명

○ 건정심에 건강보험 관련 활동을 하는 시민단체, 소비자단체, 환자단체가 등록하여 활동할 수 있는 체계를 만들고, 이들 등록 단체의 대표로 구성된 (가칭)시민.소비자.환자위원회에서 등록된 단체의 건강보험 관련 활동 등을 고려하여 건정심 위원을 추천하도록 한다.

다. 방안(3) - 정치적 중립에 기반한 사회적 합의 강화

1) 필요성

□ 건정심이 명실상부한 사회적 합의기구로 자리매김하기 위해서는 건정심 운영이 참여하는 이해당사자의 의견이 공정하게 반영될 수 있도록 중립적으로 운영되어야 한다.

□ 이를 위해서는 정부 중심으로 운영되는 현행 체계를 공익위원 중심으로 운영되는 체계로 전환해야 한다.

□ 외국 사례

○ 일본 - 공익대표는 국회의 동의를 거쳐 임명하고 있다. 각 관련 기관으로부터 추천과 사전 조율을 통해 임명해야 국회 동의를 받을 수 있으며 총 20 명이고 2년 임기이다.

2) 현행

□ 현재 건강보험법에 따라 보건복지부 차관이 건정심이 되며 보건복

지부가 건정심의 사무국 역할을 하고 있다.

- 건정심의 의제 설정을 포함한 위원회의 운영이 보건복지부 중심으로 운영되고 있다.

3) 개선 방안 : 공익위원 중심의 독립적 운영체계

- 건정심 운영의 독립성을 보장하기 위해 건정심을 공익위원 중심으로 운영하는 체계로 전환한다. 건정심의 위원장을 공익위원 중 1인이 맡도록 하고 건정심에서 합의에 기반하여 위원장을 선출한다.
- 공익위원이 상근하도록 함으로써 건정심 운영에 대한 공익위원의 책임성을 실질적으로 담보한다.
- 건강보험 재정 중 일정 부분을 급여관리를 위한 비용으로 설정하고, 이를 건정심 운영에 배정함.

라. 방안(4) - 건강보험 급여 우선순위 설정에 국민 참여 기전 도입

1) 필요성

- 건강보험 급여 우선순위를 설정하는 과정에서 의료기술평가의 결과뿐만 아니라 일반 국민의 관점과 의견을 반영하는 것이 중요하다. 많은 선진국에서는 속의 민주주의 방식에 기반하여 일반 국민의 의견을 반영하는 ‘국민참여위원회’를 건강보험 보장성 강화의 우선순위를 설정을 포함한 다양한 영역에서 운영하고 있다.

2) 현행

□ 건강보험공단은 2010년 경부터 급여 우선순위 설정을 위한 국민참여위원회를 운영하고 있으나, 법적 근거가 없는 비공식적인 자문기구에 그치고 있다.

3) 개선 방안 : 국민참여위원회의 법적 지위를 부여하고 참여 절차를 명시

□ 건정심 산하에 (가칭)국민참여위원회를 설치하여 건강보험 보장성 강화의 거시적 우선순위를 설정하는 과정에서 숙의 민주주의 방식을 활용하여 국민의 관점과 의견을 반영하는 절차를 마련한다.

마. 방안(5) - 근거 기반의 급여결정 역량 강화

1) 필요성

□ 건강보험 급여 우선순위를 설정하는 과정에서 의료기술평가의 결과뿐만 아니라 일반 국민의 관점과 의견을 반영하는 것이 중요하다. 많은 선진국에서는 숙의 민주주의 방식에 기반하여 일반 국민의 의견을 반영하는 ‘국민참여위원회’를 건강보험 보장성 강화의 우선순위를 설정을 포함한 다양한 영역에서 운영하고 있다.

2) 현행

□ 건강보험공단은 2010년 경부터 급여 우선순위 설정을 위한 국민참여위원회를 운영하고 있으나, 법적 근거가 없는 비공식적인 자문기구에 그치고 있다.

3) 개선 방안 : 국민참여위원회의 법적 지위를 부여하고 참여 절차를 명시

- 건정심 산하에 (가칭)국민참여위원회를 설치하여 건강보험 보장성 강화의 거시적 우선순위를 설정하는 과정에서 속의 민주주의 방식을 활용하여 국민의 관점과 의견을 반영하는 절차를 마련한다.

제 4 장

건강보험 지속 가능성 제고를 위한 공공의료 강화

제1절 건강보험 필수의료기금 조성

제2절 건강보험 직영병원 확충

4

건강보험 지속 가능성 제고를 위한 공공의료 강화 방안

제1절 건강보험 필수의료기금의 조성

1. 공공보건의료발전종합대책 수립의 배경과 과제

가. 사익추구적 보건의료체계의 위기

□ 보건의료의 사익추구적 성격으로 인한 의료 공공성의 부재

- 경쟁의 불완전성, 공공재적인 재화의 성격, 외부 효과, 수요예측의 불확실성, 정보의 비대칭성 등의 특성을 지니고 있는 보건의료는 공공적 규제나 조정을 통해 자원의 배분이 이루어지는 것이 당연하게 받아들여지고 보건의료의 공공성 강화를 위한 정부의 개입이 중요하게 다루어짐⁷⁾
- 이러한 특성에도 불구하고 한국은 해방 이후 공공적 규제가 작동하지 않는 시장을 통하여 의료서비스가 공급되는 구조를 유지해왔고, 그 과정에서 보건의료의 사익추구적 성격이 공공성을 압도하는 상황이 발생함
- 첨단 고가 의료장비의 보유는 이미 세계 최고 수준에 이르고 있고, 급성기 병상을 포함한 병상 공급이 OECD 국가에서 일본 다음으로 높으며, 유일하게 급성기 병상이 증가하고 있음

7) 신영수 등. 의료관리. 서울대학교 출판문화원, 2013

- 시장의 구매력이 높은 수도권에 상급 병원이 집중되어 있고, 배출된 의사와 간호사 등 보건의료인력 역시 수도권에 집중되어 있어서 자원 분포의 불균형이 매우 심각한 실정이며, 의료전달체계가 제대로 작동하지 않아 의원과 병원이 경쟁하는 비효율적인 공급구조 속에서 환자의 선택권이 효율성과 의료의 질을 떨어뜨리는 방향으로 작동하고 있음
- 의료기관 역시 법률적으로는 공공적 규제의 틀 안에 있음에도 불구하고 실제로는 규제가 작동하지 않고 있고, 시장에서 영리를 추구하는 공급자의 행태를 취하고 있는데, 특히 행위에 기초한 건강보험의 보수지불제도가 낮은 수가 수준과 결합하여 진료강도의 비정상적인 증가를 낳고 있음
- 이처럼 보건의료체계가 사익추구적 성격이 강해서 그 결과로 수술, 검사, 약품의 사용이 적정 수준 이상으로 사용되고 있다는 비판이 지속적으로 제기되고 있음⁸⁾

□ 시장실패의 보완으로서 잔여적인 공공의료 접근 전략의 한계

- 사익추구적 보건의료체계의 극복을 위한 대안으로서 공공의료의 강화가 오래 전부터 정부의 중요한 정책 의제로 제시되어 왔지만, 지금까지 공공의료에 관한 정책은 정부가 운영하는 공공병원에만 관련 정책에 국한되었고, 대상 역시 민간 부문이 꺼려하는 응급, 감염 등 미충족의료와 시장에서 필요한 서비스를 제공받기 어려운 취약한 계층이나 지역에 맞추어져 있는 등 잔여적 접근 전략에 기초하고 있었음⁹⁾

8) 김명희 등. 의료사유화의 불편한 진실. 후마니타스. 2010

9) 보건복지부. 제1차 공공보건의료기본계획. 보건복지부. 2016

- 잔여적 접근에 기초한 공공의료 강화 정책이 취약 계층 및 지역의 의료 안전망 역할과 시장 실패에 대한 보완적 역할을 담당했다는 것은 맞지만, 시장을 보완하는 수준의 공공의료 정책으로 사익추구적 보건의료체계의 치명적인 약점인 일차의료의 약화와 의료의 질 저하, 그리고 의료비 상승 문제를 해결한다는 것은 불가능하고, 특히, 건강 불평등이 심화되는 상황에서 특정 계층과 특정 분야에 국한된 잔여적 관점의 공공의료로 인구 집단 전체의 건강 수준을 끌어올리면서 불형평성을 개선한다는 것은 가능하지 않음
- 최소한 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 보편적으로 보장하기 위한 정책 목표 속에서 이를 실현하기 위한 정책 수단으로서 공공의료의 개념과 범위를 전면적으로 확장하지 않고서는 당면한 사익추구적 보건의료체계의 위기를 극복하기란 요원함

나. 공공의료의 개념과 패러다임 전환

□ 필수의료 보장을 위한 공공의료 개념의 확장

- 보건의료는 사회 전체에 관한 공통의 관심사로서 규범적 의미의 공공성을 갖고 있지만,¹⁰⁾ 보건의료 전체를 공공의 범주에 포함시키는 데에는 무리가 따름
- 미용 목적의 성형과 같은 재화를 사회 전체의 공통의 관심사로 보기 어렵다는 점에서 보건의료 전체를 공공의 영역으로 규정하지 않고, 공공성이 강한 부분을 공공의료의 영역으로 규정하는 것이 타당함

10) 윤수재 등. 새로운 시대의 공공성 연구. 법문사. 2008

- 보건복지부는 2018년 10월 공공보건의료발전종합대책에서 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료를 공공의료의 영역으로 규정함¹¹⁾
- 이때 공공의료는 관리운영 측면이 아닌 기능 측면과 거버넌스 측면에서 정의된다고 할 수 있는데, 정부가 관리운영의 주체가 되는 공공병원이 아닌 민간병원이라 하더라도 국민의 생명과 안전에 관한 필수医료를 제공하고 거버넌스 측면에서 공익적인 의료기관이라고 한다면 공공의료의 범주에 포함시키며, 당연히 공공의료의 역할은 취약계층 또는 민간이 다루지 않는 미충족 영역에 국한하지 않고 전체 인구집단의 보편적인 필수의료서비스 영역의 보장으로 확장됨

□ 취약한 공공의료 역량

- 사익추구적인 성격이 강한 민간의료기관이 진료권 내에서 전체 지역주민의 필수의료 보장을 위한 공익적 역할을 수행하려면 재정적 지원도 필요하겠지만 이를 선도하고 견제와 조정 역할을 담당할 공공병원의 역할 강화가 전제되어야 하는데, 공공의료의 현실은 매우 취약한 수준임
- 공공병상만 보더라도 2017년 기준으로 전체 병상의 10.2%에 불과한데, 대다수 OECD 국가의 공공병상 비중이 70% 이상인 것과 비교하여 매우 낮은 수준이고, 보건의료의 사유화 경향이 강한 미국도 공공병상 비중이 2016년 기준으로 22.1%이고, 우리와 유사한 보건의료 환경을 갖고 있는 일본조차도 2017년 기준으로 27.2%에 이르는 것을 보더라도 한국이 매우 낮은 수준임

11) 보건복지부. 공공보건의료 발전종합대책. 보건복지부. 2018

- 더욱이 공공의료의 근간을 이루고 있는 국립대학교병원의 경우 사립대학교병원과 크게 다르지 않은 사익추구적 진료 행태를 보이고 있고, 지방의료원 등 공공병원 간에 전달체계가 구축되어 있지 못하여 사익추구적 보건의료체계를 공공적으로 견인하는 데에 충분한 역량을 발휘하지 못하고 있음

표 2 OECD 국가의 공공병상 비율

| Country | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Australia | 69.5% | 69.2% | 68.4% | 67.7% | 67.8% | 67.1% | 66.6% | - |
| Austria | 70.9% | 70.4% | 69.7% | 69.5% | 69.2% | 69.2% | 69.3% | 69.8% |
| Canada | 99.4% | 99.4% | 99.4% | 99.3% | 99.3% | 99.3% | 99.3% | 99.3% |
| Chile | 80.6% | 72.5% | 76.2% | 75.4% | 75.9% | 74.2% | 74.0% | 73.8% |
| Denmark | 95.5% | 94.0% | - | 94.6% | 93.8% | 93.3% | 93.6% | 93.7% |
| Finland | 95.6% | 95.1% | 95.4% | 95.8% | 96.2% | 94.5% | 95.3% | 95.5% |
| France | 62.5% | 62.4% | 62.2% | 62.2% | 62.4% | 62.1% | 61.9% | 61.6% |
| Germany | 40.6% | 40.6% | 40.4% | 40.7% | 40.7% | 40.8% | 40.5% | 40.7% |
| Greece | 68.8% | 67.2% | 66.8% | 65.2% | 65.3% | 65.0% | 65.2% | 65.2% |
| Italy | 68.4% | 68.4% | 68.5% | 68.0% | 67.5% | 67.6% | 67.1% | 66.7% |
| Japan | 26.4% | 26.3% | 26.3% | 26.2% | 27.2% | 27.2% | 27.1% | 27.2% |
| Korea | 13.0% | 12.4% | 11.7% | 10.8% | 10.7% | 10.4% | 10.3% | 10.2% |
| New Zealand | 83.2% | 83.7% | 83.9% | 83.7% | 84.6% | 84.4% | 85.5% | 85.3% |
| Norway | 76.9% | 79.0% | 78.6% | 77.6% | 76.7% | 76.6% | 76.3% | 76.0% |
| Spain | 68.7% | 68.7% | 69.1% | 68.7% | 68.6% | 68.7% | 68.6% | 68.7% |
| United Kingdom | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| United States | 24.5% | 23.6% | 23.1% | 22.7% | 22.5% | 22.7% | 22.1% | - |

자료 원 : OECD Health Statistics 2019

- 공공보건의료발전종합대책이 수립되기 전까지는 정부의 공공의료 추진계획 역시 매우 제한적인 분야와 대상에 국한되어 있었는데, 2016년 1차 공공보건의료기본계획을 보면, 공공의료는 필수적인 부분인데 민간에서 다루지 않는 분야, 필요는 높으나 수요가 없어서 민간 부문의 공급이 제대로 이루어지지 않는 취약한 지역이나 취약한 계층을 대상으로 한 서비스의 제공에 맞추어져 있었음¹²⁾

12) 보건복지부. 제1차 공공보건의료기본계획. 보건복지부. 2016

○ 이러한 전략과 과제로는 상위 비전으로 제시한 ‘모든 국민이 건강한 삶을 보장받는 사회’를 달성하기란 불가능함

□ 공공의료 패러다임의 전환

○ 모든 국민의 건강한 삶을 보장하려면 의료의 공공성에 대한 확고한 시각에 입장하여 취약 지역이나 취약 계층에 초점을 맞추는 방식이 아니라 어떤 지역에 거주하든 양질의 필수의료서비스를 적정하게 제공받을 수 있는 보편적인 공공의료체계를 구축하기 위한 내용을 제시하고, 공공의료기관의 확충과 민간의료기관에 대한 공공적인 책임성 강화와 공공적 투자에 대한 계획이 제시되어야 함

표 3 공공의료 패러다임의 전환

| 구 분 | 현 재 | 개 선 |
|------|---|--|
| 정 의 | 시장실패로 인해 보건의료서비스 제공이 취약한 분야 | 국민의 생명·안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의료 |
| | 보완적 | 선제적·기본적 |
| 제공기관 | 지역 내 분절적 의료수행 권역-지역-기초 협력체계 부재 | 권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 수립 |
| 대 상 | 취약계층 중심 | 모든 국민 |
| 분야 | 취약지 취약계층 취약분야 : 응급, 분만 신종감염병 등 | 필수중증의료 (응급·외상· 심뇌혈관 등) 산모(모성·분만), 어린이 의료 장애인, 재활 지역사회 건강관리 감염 및 환자 안전 |

자료 원 : 보건복지부. 공공보건의료발전종합대책. 2018

다. 전 국민 필수의료 보장을 위한 공공의료체계의 구축

□ 공공보건의료발전종합대책에서 제시한 공공보건의료 개선 과제

- 제한적이고 잔여적 시각에서 벗어나 보편적 시각에서 공공의료를 정의하고 공공의료체계를 재구축할 때에 사익추구적인 보건의료체계의 극복이 가능한데, 이러한 관점 하에서 공공보건의료발전종합대책이 수립됨

| 4대 분야 | 12대 과제 |
|-------------------------------------|--|
| 1. 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화 | ① 공공보건의료 강화를 위한 책임의료기관 지정 ② 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축 ③ 지역공동체 기반 지속적·예방적 건강관리 확대 |
| 2. 필수의료 전 국민 보장 강화 | ① 응급·외상·심뇌혈관 등 필수중증의료 강화 ② 산모·어린이·장애인·재활환자 의료서비스 확대 ③ 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축 |
| 3. 공공보건의료 인력 양성 및 역량 제고 | ① 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의대 설립 ② 필수 공공보건의료 인력 양성 및 관리 ③ 공공보건의료기관 역량 제고 |
| 4. 공공보건의료 거버넌스 구축 | ① 지방정부 역할 및 책임 확대 ② 중앙정부 내 수평적 거버넌스 구축 ③ 중앙정부의 조정 및 지원기능 강화 |

그림 41 공공보건의료 발전 과제

자료 원 : 보건복지부. 공공보건의료발전종합대책. 2018

□ 책임의료기관의 지정과 협력체계의 구축

- 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료를 보편적으로 보장하기 위해 진료권 내에 공공병원 또는 민간병원을 책임의료기관으로 지정, 육성하여 전체 지역 주민의 필수의료를 보장하도록 하겠다는 계획은 공공의료를 보건의료의 변방이 아닌 핵심으로 전환하겠다는 의지의 표현인 동시에 기존의 계획과 명백한 차별성을 갖는

대목임

- 시도 단위의 대진료권에 국립대학교병원 또는 사립대학교병원을 권역책임의료기관으로 지정하고 정부가 지정한 필수중증의료 관련 권역센터와 권역협력체계를 구축하며, 시도를 경계로 한 70개의 중진료권에는 지역책임의료기관을 지정, 육성하여 중진료권 내 필수의료 관련 지역센터와 지역협력체계를 구축함
- 권역과 지역의 책임의료기관 및 협력병원 간 연계체계를 구축하고 필수의료 인력의 안정적 공급을 포함하여 지속적이고 연속적인 서비스를 제공함으로써 국민의 생명과 안전에 관한 필수요를 보편적으로 보장함

□ 국립중앙의료원의 역할 강화

- 권역-지역 책임의료기관 간 연계체계와 권역과 지역의 센터 간의 협력체계가 제대로 작동하기 위해서는 공공병원의 주도적 역할이 필요하다는 점에서 국립중앙의료원과 지방의료원 간에 단일한 공공의료기관전달체계를 구축하여 책임의료기관으로 지정되었다고 하나 여전히 사익추구적 속성이 강하게 남아 있는 민간 의료기관을 대당으로 공익적 기능을 중심으로 한 선의의 경쟁 관계를 형성할 수 있고, 공공병원이 공익성을 선도할 수 있음
- 이를 위해서 첫째, 국립중앙의료원이 컨트롤타워 기능을 수행할 수 있는 인프라 및 체계를 갖출 필요가 있고, 둘째, 국립중앙의료원에게 지방의료원에 대한 예산, 인력 편성 및 평가 권한을 부여하고, 셋째, 국립중앙의료원과 지방의료원 간에 단일한 병원정보 시스템을 구축하는 등 실질적인 단일한 공공의료기관전달체계를 구축할 수 있는 조건을 확보하여 이러한 힘에 근거하여 공공의료

체계를 확립해나가야 함

□ 시도와 국립대학교병원의 책임과 권한의 공유

- 권역책임의료기관의 역할을 담당할 국립대학교병원은 그 책임과 권한을 강화하기 위한 노력이 요구되는데, 시도 권역 내 전체 지역주민의 필수(중증)의료를 보장하기 위해서 시도와 책임을 분담하여 국립대학교병원이 필수의료 보장을 위한 자원 배분 계획을 수립하고 시도 내 의료기관과 협력체계 및 연계체계를 구축하여 모든 시/도민에게 양질의 필수의료서비스를 차별 없이 적정하게 제공하는 중책을 맡고, 예산, 평가, 인력 수급 등 책임에 따른 권한도 함께 부여함
- 시도가 최종적인 책임을 져야 하겠지만, 국립대학교병원과 시도 간에 책임의 공유와 분담이 이루어져야 하는데, 이를 규정한 공공의료에 관한 법률의 개정 등이 함께 고려되어야 함

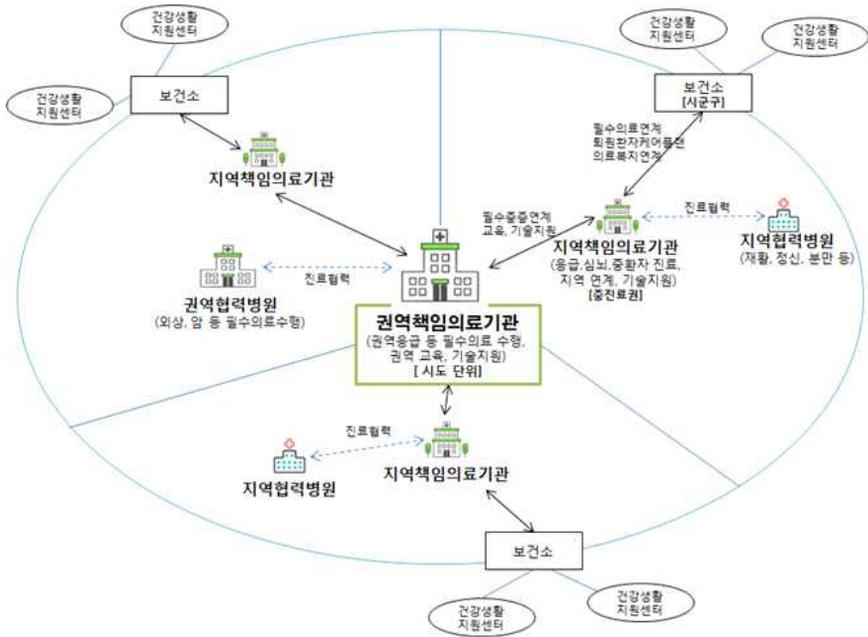


그림 42 권역/지역 책임의료기관 및 협력병원 간 연계체계 모형

자료 원 : 보건복지부, 공공보건의료발전종합대책, 2018

□ 지방의료원 및 지역거점공공병원의 역량 강화 및 인프라 구축

- 지역책임의료기관 역할을 선도적으로 수행해나갈 지방의료원 역량 강화가 우선적으로 이루어져야 할 과제인데, 지역책임의료기관을 공공병원만 수행하는 것은 아니지만, 민간병원 중 중진료권 내 책임의료기관으로서 역할을 수행할 만한 공익적인 거버넌스 운영이 가능한 병원은 현재 상황에서 많지 않을 것으로 추정되기 때문에 중장기적으로 공익적인 민간의료기관을 육성하더라도 표준을 제시하면서 이를 선도해나갈 지방의료원의 역량 강화가 선행되어야 함
- 지역책임의료기관의 역할을 담당할 공공병원은 중진료권 내에서 필수의료 보장 계획을 수립하고 권역 기관과 연계체계 및 전달체

계를 구축하며 지역 내 센터 간 협력체계와 일차의료기관과 연계 체계를 구축하기 위한 적극적인 노력을 수행함으로써 지역책임 의료기관의 표준을 만들어나가야 하는데, 현재 공공병원은 충분한 진료 역량을 갖추지 못한 곳이 많아서 향후 300병상급 이상의 배후 진료역량을 갖추 수 있도록 인프라를 확충하고, 이러한 역량에 근거하여 지역 병의원 간 협력체계를 구축함

- 공공보건의료발전종합대책이 수립되었다고 해서 공공의료에 대한 사회적 의제화가 자동적으로 이루어지는 것도 아니고 공공의료의 강화가 현실화되는 것도 아니라는 점에서 관련 법/제도의 개정과 예산과 인력의 확충 등 공공의료 강화를 위한 구체적인 실행 계획이 있어야 함
- 특히, 예산의 확보가 절대적으로 요구되는데, 건강보험 재원 중 일부를 필수의료 기금으로 조성하는 방안을 검토해볼 필요가 있음

2. 건강보험 필수의료 기금 설치 방안

가. 기금 설치의 타당성

□ 경제적 부담 문제의 해소

- 필수의료 인프라가 부족한 지역의 주민들은 의료비가 많이 발생하는 대도시 또는 서울의 대형병원으로 의료이용을 할 수밖에 없어서 직접 의료비의 증가와 의료이용에 소요되는 시간 비용 등 간접 의료비의 증가로 인하여 대도시에 비해 가입자의 경제적 부담이 더 크게 발생함
- 건강보험료 등의 부담은 소득에 따라 형평하게 부담하고 있음에

도 불구하고 불균등한 자원배분으로 인하여 특정 지역에서 의료 서비스 이용에 따른 경제적 부담을 더 많이 하는 것은 건강보험의 가입자 권리 측면에서 해소되어야 할 문제임

□ 지역별 건강 격차 문제의 해소

- 불균등한 자원 배분으로 인하여 치료 가능한 사망률 등 지역별 건강 격차 문제가 발생함
- 건강보험의 궁극적 목적이 국민인 건강보험 가입자의 건강수준 향상, 건강불평등 해소라 할 때에 불균등한 자원 배분 문제를 해소하기 위한 건강보험의 적극적인 노력이 필요함

□ 지역경제 활성화

- 불균등한 자원 배분으로 인하여 충분한 질의 의료기관을 확보하고 있지 못하는 지역은 해당 지역의 주민이 기여한 건강보험 재정분의 상당수를 해당 지역에서 사용하지 않고 대도시 또는 서울에서 사용함으로써 재정 자립도가 낮은 지역경제 문제를 더욱 악화시키는 방향으로 작동하고, 지역 간 계층 간 역진 문제가 발생함
- 자원의 불균등성 해소를 위한 건강보험 재정의 투입은 지역 경제 활성화 측면에서도 타당한 방안이라고 할 수 있음

나. 자원

□ 건강보험 재정과 건강증진 기금

- 공공병원 기능보강사업 등으로 편성된 정부 예산과는 별도로 자원의 불균등성을 해소하고 필수의료 접근성에서의 지역별 격차를 해소하기 위하여 건강보험 재원에 기반을 두고 일부 재원을 건

강증진기금에서 조달하는 필수의료 기금을 조성함

- 기존 공공병원 기능 보강 사업 명목으로 조성된 건강증진기금은 필수의료 기금에 포함하여 편성함

다. 사용처

□ 필수의료 자본 비용

- 신축을 제외하고 권역과 지역의 책임의료기관으로 지정된 국립 대학교병원, 지방의료원 등 공공병원, 민간병원의 필수의료 확충 비용(시설, 장비 등)에 사용함

□ 의료체계 혁신 시범사업 비용

- 권역과 지역에서 지정된 책임의료기관에서 이루어지는 환자 의뢰, 퇴원환자 연계, 협력체계 구축 및 필수의료 질 향상 활동 등 의료체계 혁신을 위한 시범사업 비용으로 사용함

라. 기금 규모

□ 필수의료 자본 비용 산출 식 : 지역책임의료기관 및 필수의료 센터 462개(1) * (2) 2,220 백만 원

- 산출 근거 (1) : 보건복지부 진료권 설정 연구를 통해 전국적으로 지정 또는 확충이 필요한 지역책임의료기관의 수 70개, 지역 응급의료센터 116개, 지역심혈관센터 85개, 지역뇌혈관센터 110개, 지역모자센터 81개 등
- 산출 근거 (2) : 지역거점공공병원 기능보강사업에서 공공병원 1개소 당 지원 금액을 적용하여 추계

- 최소 1조256억 원의 기금이 필요함
- 의료체계 혁신 시범사업 비용 산출 식 : 권역 17개(1) * (2) 1000억 원
- 17개 시/도, 건강보험공단 지역본부, 권역 책임의료기관 등이 운용에 책임을 지고 의료체계 혁신 시범사업을 실시하기 위한 재량자금을 조성함
- 최소 1조7000억 원의 기금이 필요함
- 제도적으로 건강보험 재정의 5%를 필수의료 기금으로 조성하는 방안 마련

3. 필수의료 기금 조성에 따른 효과

- 필수의료의 지역 간 격차 해소에 인하여 수도권 유출 방지, 의료전달체계 개선, 의료비 감소 효과 발생
- 책임의료기관에 대한 자본 비용 지원을 통해 정책 수단 확보

제2절 건강보험 직영병원 확충

1. 필요성

가. 원가조사체계 구축 필요성

□ 현행 건강보험의 수가 구조의 문제점

- 항목별로 불균등한 구조를 갖고 있어서 급여 항목은 원가보다 낮게 설정되어 있고, 비급여 항목은 원가보다 높게 설정되어 있음
- 건강보험제도가 도입된 이후 이러한 부적절한 수가에 대한 불만과 적정 수가의 요구가 지속되어 왔고, 원가에 기반을 둔 수가의 개발이 필요하다는 주장이 제기되어왔음

□ 문 케어 도입 이후 변화된 상황

- 의학적 필요가 있는 비급여를 전면 급여화 하여 2022년까지 건강보험 보장률을 70%까지 높이겠다는 이른바 문재인케어가 발표되고 집행됨
- 급여와 비급여로 양분된 이중적 수가구조를 단일 수가구조로 정리하는 작업과 함께 원가 기반의 수가 개발이 더 이상 미룰 수 없는 중요한 과제가 됨

□ 구조화된 원가조사체계 구축 필요성

- 수가 불균형을 해소하려면 무엇보다 각 행위의 정확한 원가 산출이 매우 중요함
- 정확한 원가 산출을 위해서는 대표성과 신뢰성이 확보된 원가 정보의 수집을 포함하여 구조화된 원가조사체계가 구축되어 있어

야 함

□ 현행 원가조사체계의 한계

- 현재 구축 중에 있는 원가조사체계는 일부 병원만 참여하고 있어 대표성 문제가 있음
- 제출한 원가자료를 외부에서 검증할 수 있는 절차나 방법이 없어서 신뢰성을 검증할 수 없으며, 원가분석 방법에 있어서도 부족한 점이 많음

나. 전통적인 원가분석 방법의 문제점과 정밀한 활동기준원가분석 방법의 도입

□ 전통적인 원가 분석 방법의 문제점

- 간접 업무 비율이 높은 병원 업무 특성상 전통적 원가계산 방법은 의료행위 원가를 왜곡시키기 때문에 가능한 상세한 의료 활동을 분석하여 원가를 집계해야 함
- 전통적인 방식으로는 환자별 난이도에 따라 발생하는 원가 차이를 제대로 반영하기 어렵기 때문에 표준적인 의료행위를 수행하고 있는 병원의 신뢰할 만한 원가자료의 생성, 수집, 분석, 활용이 원활하게 이루어질 수 있는 방법을 모색할 필요가 있음

□ 활동기준원가분석 방법의 도입

- 최근 정확한 원가 분석의 필요성이 커지면서 일부 병원이나 전통적인 원가분석 방법을 활동기준원가계산 방법으로 전환하려는 노력이 전개되고 있음
- 현재 병원에서 사용하고 있는 활동기준원가분석 방법은 크게 2가

지로 분류될 수 있는데, 첫 번째는 총비용을 처방항목별로 원가 배부 후 부서별 집계 방식으로 원가를 분석하는 방법으로 지방의료원에서 채택하여 사용하고 있고, 다음은 부서별 자원 사용 활동 내용에 따른 원가 배부 후 수가별, 환자별, DRG별 집계 방식으로 원가를 정밀하게 분석하는 방법으로 건강보험공단 직영병원인 일산병원에서 채택하여 운영하고 있음

- 다양한 원가정보를 활용하여 행위별 원가 분석을 제대로 하려면, 일산병원이 사용하고 있는 정밀한 활동기준원가분석방법을 사용할 필요가 있음

다. 보험자 직영병원을 통한 원가산출의 필요성

□ 원가 산출에서 패널병원의 대표성 문제

- 패널병원의 대표성 문제를 들 수 있는데, 패널병원 수는 꾸준히 늘고 있으나, 여전히 병상규모별, 지역별 원가 변이를 반영하기에는 부족하고, 의료기관 종별, 지역별, 규모별, 설립유형별 등 병원간 수입지출 구조가 다양한 상황에서 평균값 등의 통계량으로 원가를 계산하여 수가 구조를 설계하는 것은 위험성이 크다는 점에서 통계적인 방법으로 패널병원을 추출하지 않는 한 해결되기 어려운 구조적 한계가 존재함
- 향후 변이에 대한 분석이 가능한 수준의 패널병원 수를 확대하기 위한 노력이 계속될 필요가 있음

□ 원가자료의 세밀성 등 질적 문제

- 패널병원을 늘려서 원가자료의 대표성 문제를 해결해도 원가자료의 세밀성 등 질적 문제가 해결된 것이 아님

- 지금처럼 패널병원들이 단순 재무제표를 원가자료로 제출하여 의료행위별 원가 파악이 불가능한 상황을 극복하기 위해서는 일산병원 수준의 세밀한 자료 제출이 필요함

□ 원가 자료의 신뢰성 문제

- 대표성과 세밀성이 해결되어도 자료의 신뢰성을 담보하기 힘든 측면이 남음
- 원가자료를 제공할 때에 해당 병원에 불리한 자료를 감추거나 유리한 자료를 지나치게 과장하는 경향을 줄이기 위해서는 기존 패널병원의 원가조사체계에 대한 지속적인 개선 작업과 함께 자료의 오류 여부를 확인하고 신뢰성 여부를 검증할 수 있는 원가조사체계를 함께 구축해 나갈 필요가 있음

□ 원가 자료의 적시성 문제 및 원가 시뮬레이션 필요성

- 원가는 의료 환경 및 제도의 변화, 서비스 인력 구성의 변화, 기술의 발전 등 다양한 요인에 의해 원가의 변화가 발생함
- 변화를 적시에 평가하고 여러 제도적 환경에 고려한 원가 시뮬레이션이 필요한데, 이를 위해 보험자 직영병원이 필요함

□ 보험자 직영병원을 정점으로 한 고도화된 원가조사체계 구축

- 향후 패널병원의 대표성 확보 및 세밀한 자료 확보를 위해서 지역별, 병상규모별로 패널병원의 원가시스템을 고도화하는 한편, 공공병원과 직영병원을 고도화된 원가조사체계에 포함하여 신뢰성과 적시성을 제고하기 위한 다층위적인 노력이 필요함

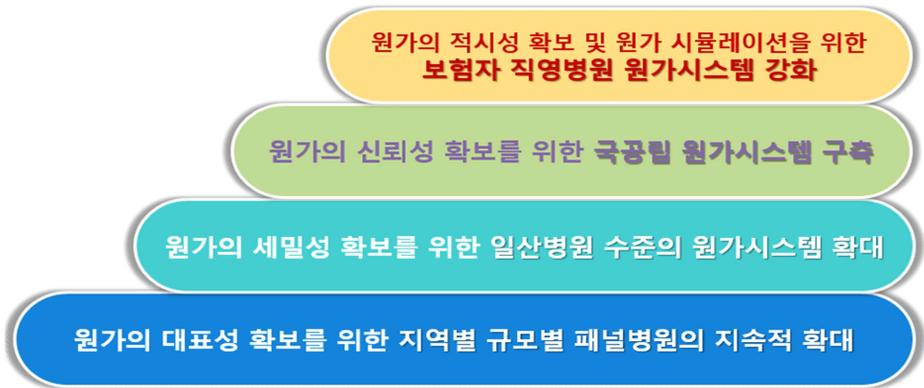


그림 43 4층으로 구성된 고도화된 원가조사체계 개념도

라. 다수 보험자 직영병원의 설치가 필요한 근거

□ 이론적 근거

- 노벨 경제학상을 수상한 올리버 윌리엄슨(Oliver Williamson) 교수는 거래비용 경제학 이론을 통해서 특이한 재화를 생산하거나 서비스를 자주 제공해야 할 때, 불확실성이 클 때 그리고 시장에서 좋은 파트너를 가려내기 어렵거나 감시 비용이 클 때에는 조직 내부에서 서비스를 직접 생산하는 것이 효율적이라고 함¹³⁾
- 국민건강보험공단 입장에서 의료기관의 원가 정보를 수가 결정 및 정책에 활용하는 것은 매우 ‘중요’하고, ‘특이’하며, ‘자주’ 이루어져야 하는 업무이며 그 과정에서 상당한 수준의 ‘불확실성’이 수반되고, 직영병원 만큼 세밀하고 신뢰할만한 원가정보를 산출할 수 있는 병원을 가려내기 어렵고, 감시 비용이 크게 발생한다

13) Oliver E Williamson. Transaction cost economics: The comparative contracting perspective. Journal of Economic Behavior & Organization, 8(4):617-625, 1987

는 점에서 원가조사는 국민건강보험공단이 직영병원을 통해 직접 제공해야 효율적임

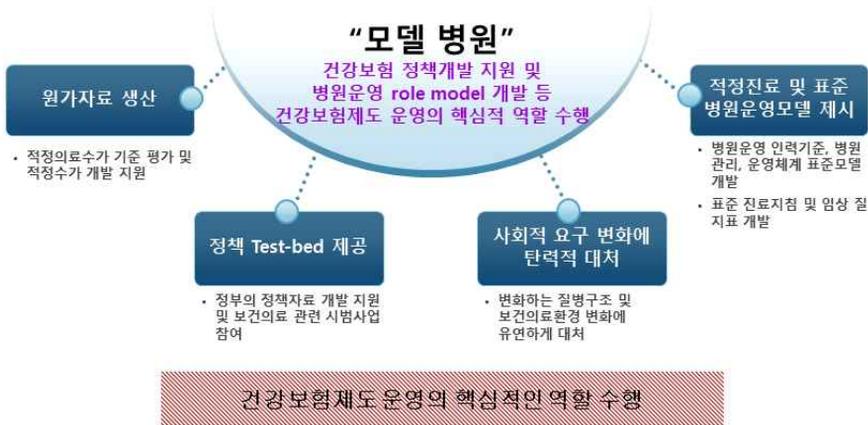


그림 44 건강보험 직영병원의 역할과 과제

□ 다수 보험자 병원의 필요성

- 국민건강보험공단의 경우 병원 원가시스템을 운영하여 산출되는 각종 정보를 활용하여 정책 결정을 내려야 하는데, 일산병원이라는 단일 기관에만 그 역할을 담당하게 할 경우 성과를 안정적으로 관리하는데 어려움이 발생할 수밖에 없음
- 단일 직영병원에만 해당 사업을 맡기는 것은 합리적이지 않으며 복수의 직영병원을 통해 해당 사업을 수행할 때에 위험을 분산시키고 전체적인 성과를 안정적으로 관리할 수 있음
- 위험분산 효과는 기관수가 몇 개만 추가되어도 큰 폭으로 발생하기 때문에 큰 비용 부담 없이 3~4개의 직영병원을 설치하면 충분한 효과를 발휘할 수 있음

□ 다수 보험자 직영병원의 효과

- 일산병원은 원가산출의 전문성 측면에서 국내에서 가장 우수한 기관이라는 점에서 일산병원과 같은 원가조사체계를 갖춘 다수 직영병원을 설치, 운영할 경우 원가분석의 전문성 및 신뢰성을 높일 수 있고, 이에 근거한 합리적인 수가 수준을 정할 수 있게 됨
- 다수의 직영병원체계를 형성하게 되면, 규모의 경제를 통해 보다 많은 양과 종류의 서비스를 제공할 수 있고, 개별 병원의 인적, 물적 자원의 중복을 줄여 효율적인 운영이 가능해지며, 병원들 간 긴밀한 연계와 상호보완을 통해 경영 노하우를 축적할 수 있고, 여러 지역에 분포하여 운영될 수 있기 때문에 건강보험공단 병원으로서 가시성, 접근성, 홍보성, 인지성을 제고하는 긍정적 효과를 기대해볼 수 있음
- 지역 간 의료자원의 격차가 큰 상황에서 의료자원이 부족한 지역에 보험자 병원을 확충함으로써 지역 간 의료 접근성 격차를 줄이는 데에도 도움이 됨

2. 직영병원 확충 방안

가. 대학병원급 참조병원으로서 확충 방안

- 현재 발생하고 있는 의료행위의 대부분을 포괄하기 위해 대학병원급 직영병원 확충
- 2018년 기준으로 42개 상급종합병원 총 진료비가 전국 의료기관 총 진료비의 22.9%로 점차적으로 증가하고 나타나서 표준적인 진료를 수행하는 대학병원급의 보험자 직영병원을 설립함으로써

대학병원급 원가자료의 기준이 되는 참조병원의 역할을 수행하도록 할 필요가 있음

□ 확충 방안

- 최소 500병상 이상의 대학병원 수준의 진료 수준을 갖춘 병원으로서 수도권이나 수도권 이외의 대도시에 인수 또는 신축하는 방안 고려
- 직영병원 운영상 수도권 설립이 어렵다면, 비수도권의 대도시에 대학병원급 참조병원으로 인수 또는 신축을 고려함
- 상급종합병원 및 국립대병원의 지역 분포 현황을 고려하면, 부산/경남 지역의 대도시에 직영병원 확충 방안을 고려해볼 수 있는데, 현재 부산광역시에서 500병상 이상 규모의 민간 병원 인수가 가능하므로 이를 적극 검토함

나. 패널병원의 참조병원으로서 확충 방안

□ 패널병원의 참조병원으로서 보험자 직영병원 확충

- 원가시스템 구축의 안정적 관리를 위해 기관수가 2~3개만 추가 되어도 위험분산 효과가 크다는 점에서 현재 운영되는 패널병원의 참조병원으로서 보험자 직영병원 확충 방안을 마련함

□ 확충 방안

- 국민건강보험 일산병원의 병원 규모와 소재 지역을 고려하여 비수도권 지역 500병상 이상 직영병원 1개, 수도권 지역 300병상급 직영병원 1개, 비수도권 지역 300병상급 직영병원 1개를 제안하는 것이 적절함

- 500병상 이상 병원의 경우, 국민건강보험 일산병원이 수도권 패널병원의 참조병원 역할을 수행할 수 있기 때문에 비수도권 패널병원의 참조병원 역할을 할 보험자 직영병원이 필요함
- 500병상 이상 패널병원의 비수도권 지역 분포를 고려하면 부산·울산·경남 지역의 광역시 1곳에 보험자 직영병원을 확충하는 방법을 제시할 수 있는데, 울산광역시의 경우 공공병원으로서 산재병원 설립 예정이고, 부산광역시의 경우 600병상급 민간병원 인수가 가능하다는 점에서 부산광역시가 적정 후보지역으로 적절함
- 300병상 이상 500병상 미만 병원의 경우, 수도권 및 비수도권 모두 참조병원 역할을 수행하는 보험자 직영병원이 필요하며 도 지역에 확충을 추진할 필요가 있는데, 패널병원 참조병원 역할 측면에서 수도권 1곳, 충청도 1곳 등 300병상급 보험자 직영병원 확충을 제안함
- 두 지역에서 각각 적정 후보 지역을 선정하는 방법은, 2018년 공공보건의료 발전 종합대책¹⁴⁾에 따른 필수의료 지역책임의료기관¹⁴⁾ 지정을 위해 도출한 공공병원 신축이 필요한 지역(중진료권)¹⁵⁾ 설치하는 것이 타당함
- 수도권의 경우, 필수의료 관련 공공병원 신축 필요한 중진료권 중 경기도 안양권, 경기도 오산시, 경기도 군포시, 경기도 하남시 4

14) 지역책임의료기관은 진료(필수의료) 분야에서 포괄2차 진료를 수행해야 하며, 지역응급/지역심뇌혈관/지역모자센터 등을 의무 배치(재활 등은 지역 완결성을 고려하여 지역 내 협력병원에 배치 가능)해야 함 (국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 2019년)

15) 필수의료 중진료권 설정 기준 (국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 2019년)

① 1차 분석 기준 (통계분석): 배후인구수, RI(자체총족률), 지리적 규모
 ② 시도청, 공공의료기관(국립대병원, 지역거점공공병원) 등 관계자 의견 수렴

곳 중 1곳이 보험자 직영병원 확충 후보지역으로 모색 가능하고, 충청도의 경우, 필수의료 관련 공공병원 신축 필요한 중진료권 중 충북 제천권, 충남 보령권, 충남 당진시 3곳 중 1곳이 보험자 직영병원 확충 후보지로 제안 가능함

- 수도권 및 충청권 각각에서 300병상급 보험자 직영병원 확충 후보 지역을 선정 시 건강 수준의 취약성과 배후인구수, 자치단체장의 의지 등을 고려함

제 5 장 결론

5

결론

- 2000년대 중반 경제위기로 인한 불황에서 유럽 국가들이 보건의료 체계 재정위기에 대응했던 경험은 “위기가 기회”라는 흔히 듣는 이야기의 중요성을 다시 확인할 수 있게 하였음.
- 경제위기로 인한 보건의료분야의 재정위기를 잘 극복한 유럽 국가들은 적절한 수준의 보장성을 달성한 국가와 보건의료체계 개혁에 대한 명확한 전망과 사회적 합의를 이룬 나라, 의료기술에 대한 근거 기반 관리체계를 구축한 나라들이었음.
- 이들은 경제위기 이후 보건의료체계를 보다 효과적이고 효율적으로 개혁하는 데 성공했음.
 - 보건의료체계 재정적 안정성을 확보하기 위한 공중보건세를 도입하고
 - 건강보험료 부과의 형평성을 개선했으며
 - 취약계층에 대한 급여확대와 본인부담금 감면 등을 통해 재정적 보호를 강화했으며
- 근거에 기반하여 효과가 입증된 의료비 지출을 절감하기 위한 정책을 시행했음.
 - 근거에 기반하지 않은 임의적인 급여범위 축소, 인력 감축, 재정

지출 절감은 대부분 오히려 의료의 질과 효율성을 떨어뜨리는 결과를 초래했으며, 중장기적으로는 더 많은 의료비를 지출하게 되었음.

○ 근거에 기반하여 보건의료개혁의 우선순위를 설정한 후 이를 체계적으로 추진할 필요가 있음. 예를 들어 대부분의 국가에는 약제비 지출을 절감하기 위한 개혁을 시행했음.

○ 병상과 장비의 감축과 같은 의료자원의 공급을 적정화하는 것도 중요한 근거 기반 보건의료 개혁 정책임.

□ 다가오는 우리나라 건강보험의 지속가능성의 위기를 전화위복의 기회로 삼기 위해서는 학술적 근거에 기반한 건강보험제 발전 로드맵을 만들고, 이에 대한 사회적 합의를 도출하며, 이를 기반으로 한편으로는 건강보험의 보장성을 강화함과 동시에 보건의료체계의 효율성을 높이기 위한 보건의료개혁을 강력하게 추진할 필요가 있음.