

**공개토론회
발제자료**

본 자료와 토론회에서 논의되었던 사항은
2006. 3. 24(금) 夕刊부터 보도하여 주시
기 바랍니다.

제 2 부

- 소득수준과 관계없는 건강보험 재정지원, 이대로 좋은가? -

- 2006년 3월 23일(목) 14:00~16:00

- 기획예산처 MPB Hall (청사 별관 2층)

프 로 그 램 (제2부 : 보건의료)

14:00~16:00

소득수준과 관계없는 건강보험 재정지원, 이대로
좋은가?

사 회 : 이규식 (연세대학교 교수)

발 제 : 정우진 (연세대학교 교수)

토 론 : 김동연 (기획예산처 전략기획관)

김진수 (건강보험연구센터 연구위원)

김진현 (인제대학교 교수)

신성식 (중앙일보 논설위원)

신의철 (가톨릭의과대학 교수)

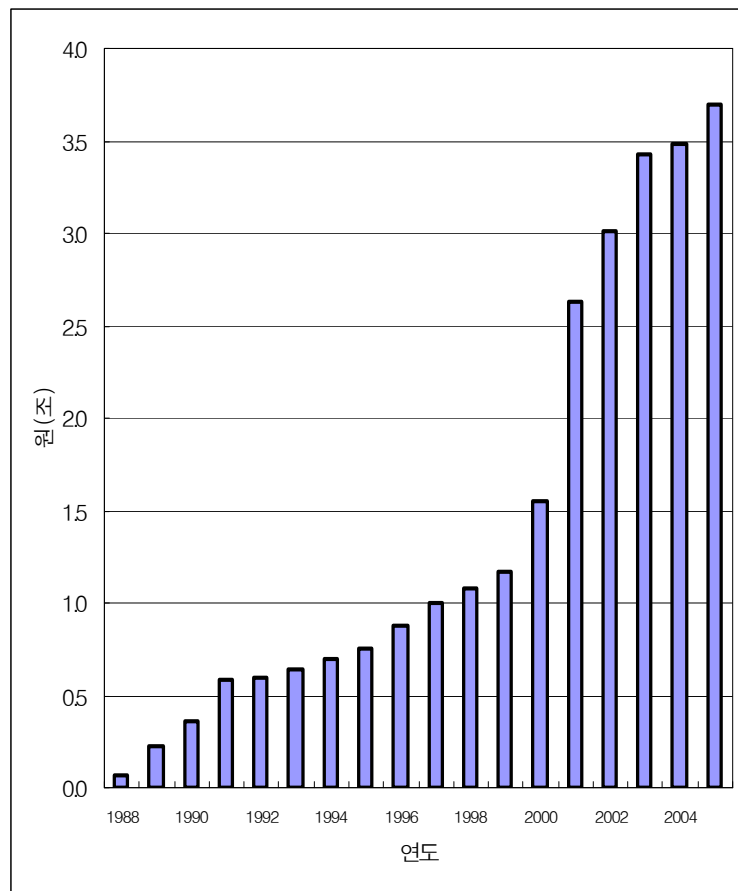
안형식 (고려대학교 교수)

I. 국민건강보험 국고지원의 소득별 차등화 방안

1. 현 황

- ☐ 우리나라 국민건강보험은 보험료수입과 국고지원으로 조달됨.
 - 국고지원은 국고지원규모는 지역보험재정의 50%로서 지역보험재정의 35%는 일반회계에서 15%는 건강증진기금에서 지원되고 있음.
 - 현재는 보험료가 아닌 지역가입자 급여비 지출의 일정비율인 50%를 진료비 연동방식으로 국고로 보조하는 방법으로 시행되고 있음.
- ☐ 현재의 국고지원은 의약분업 등으로 인한 건강보험재정 위기에 직면해 2002년 제정된 『건강보험재정건전화특별법』에 근거하고 있으나 한시법인 동법은 2006년에 종료됨.
 - 동 법률의 종료로 인해 건강보험에 대한 국민건강증진기금으로부터의 국고지원 근거도 소멸하게 됨.
- ☐ 현재의 국민건강보험에 대한 국고지원규모는 크게 증가하고 있음 (그림 2-2-1).

[그림 2-2-1] 국민건강보험에 대한 국고지원액 추이 (1988~2005년)



- 현재 국민건강보험의 국고지원방식 개선을 모색하기 위한 다양한 논의가 진행 중에 있음.
 - 일부에서는 현행 방식을 유지하거나 보장성 강화를 위해 오히려 그 비율을 증가시키자는 의견이 있음.
 - 그러나 일부에서는 현행 국고지원방식으로는 지원당국이 진료비 비용억제에 개입할 여지가 없고, 지역 및 직장가입자간 차별성의 존재 및 내부 재정운영 효율화 메커니즘이 취약하다는 문제점을 지적하고 그 개선을 모색하자는 의견을 대두되고 있음.
- 이에 본고는 현행 방식에 내재된 문제점을 지적하고 이를 개선하기 위한 소득별 차등화 방안을 제안하고자함.

2. 문제점

<진료비 증가로 국고부담의 지속적 증가 전망>

- 현재까지 국민건강보험 국고지원규모는 크게 증가하여 왔으며 향후 진료비의 증가에 따라 국고부담 역시도 큰 폭으로 증가하여 국가재정에 큰 부담이 될 전망이다(표 2-2-1).
- 의료기술의 발달과 인구고령화로 현행 보장률 수준에서도 건강보험 지출의 증가추세가 가속화될 것임.
- 더욱이 국민건강보험의 보장률이 2008년까지 70%수준으로 높일 계획인 바, 보장성 확대는 의료의 실효가격 인하와 의료소비자 및 의료제공자의 도덕적 해이(moral hazard)의 상승작용으로 의료수요를 크게 증가시키게 될 것으로 예상
- 또한 의료수요 증가는 의료수가인플레이션을 유발함으로써 양과 가격이 모두 증가하게 될 것임.
- 2003년과 2004년 보험급여비 대비 지원율 21.4%를 적용했을 때 국고지원규모는 2004년 물가기준으로 2010년에는 약 5조원, 2020년과 2030년에는 각각 약 8조원과 약 12조원으로 증가하고, 2040년 약 16조원을 거쳐 2050년에는 약 20조원에 이를 것으로 전망되었음(정우진, 한국개발연구원, 2006).

〈표 2-2-1〉국민건강보험 재정수지 추이 (1991~2005년)

(단위: 억원)

	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005p
지출	24,910	50,537	95,614	101,106	116,423	138,903	168,231	185,722	191,924
수입	32,689	54,354	86,923	91,016	140,511	146,510	157,437	170,043	202,873
국고부담	5,868	7,553	11,656	15,529	26,363	30,139	34,238	34,830	36,948
당기수지	7,779	3,817	-8,691	-10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	10,949
적립금	16,080	41,200	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	11,706

자료: 국민건강보험공단; 최병호(2006)에서 재인용

<단일 통합 건강보험제도의 국고지원 의존성 심화 가능성 >

- 우리나라 건강보험은 ‘자조적(self-help) 사회보험’임에도 불구하고 구조적 결함(structural defect) 때문에 보험료보다는 국고지원에 더욱 의지하게 되어있어 국고지원 규모는 더욱 증가할 것임.
- 우리나라 국민건강보험은 독일이나 일본과는 달리 2003년 단일 보험자로 완전 통합됨으로써 분권화된 보험조합의 보험가입자가 자율적이고 독립적으로 보험급여와 보험료를 결정할 수 있는 메커니즘을 상실하게 되었음.
- 따라서 매년 보험료 인상은 전체 국가 단위의 문제가 되어 보험료인상의 적시성과 인상률의 적절성에 관한 격렬한 논쟁거리가 되고 있으며 이때마다 국민건강보험공단과 의료제공자의 수가인상여부 논쟁, 직장가입자와 지역가입자간 재원부담의 불형평성(inequity) 시비가 재연되곤 하였음.
- 향후 수반될 건강보험 진료비 증가로 보험료의 적정 인상이 불가피하지만 이는 정치적 문제를 수반할 것이므로, 국민건강보험공단은 보험료 인상보다는 좀더 손쉬운 방법인 정부재정 지원규모 확대를 요구할 개연성이 큼.

<국고지원당국의 진료비 통제메커니즘 미약>

- 현행 진료비 지출에 연동한 국고지원방식 하에서 정부는 보장성 확대 및 인구고령화 등에 기인한 진료비 급증에도 불구하고 진료비에 대한 별 통제수단이 없이 수동적으로 국고를 무한 보조하는 돈 주는 기계(cash cow) 역할에 머무를 가능성이 높음.
 - 국민건강보험재정이 기금화되어 있지 않아 예산회계법과 기금관리기본법의 전반적 통제를 받고 있지 않으므로 '진료비지출'에 대한 정부통제는 매우 약함.
- 현행 국고지원방식은 진료비 지출에 연동한 사후적 지불방식이므로 국민건강보험공단이 진료비 및 관리운영비 절감노력을 배가할 메커니즘을 갖추지 못함.
 - 현행 우리나라 의료체계가 사후적 지불보상제도인 행위별 수가(fee-for-service) 제도여서 의료기관이 진료비 절감노력을 게을리할 수 있는 구조와 유사
 - 지역가입자 진료비 급여의 재원이 국고로 자동 보조되므로 보험료를 확보하기 위하여 지역가입자의 소득과악률을 제고하고 체납자로부터 보험료를 각출하려는 노력을 등한시킬 수 있음(체납자 보험료 탕감 정책 등이 그 예임).

<국민건강보험에 불형평성 문제 야기>

- 현행 국고지원방식은 공적 건강보험의 취지에 위배되는 불형평성 문제를 야기하고 있음.
 - 지역가입자에 대한 배차적·포괄적 정부지원방식은, 2003년 7월 직장가입자와 지역가입자 재정의 통합·운용 이후, 미시적으로 볼 때, 지불능력이 낮은 직장가입자가 낸 세금이 소득을 감추고 있는 실질 고소득 지역가입자의 진료비를 보조하는 상황이 발생할 수 있는 등 불형평성 문제의 소지가 있음.

<정부정책 순응자를 오히려 차별>

- 지역가입자에 대한 배타적 정부지원은 정부정책의 순응자를 불순응자에 비해 차별하는 문제를 야기하고 있음.
 - 직장가입자는 거의 모든 소득을 성실히 신고하여 보험료를 납부하고 있어 정부정책 순응도가 매우 높지만 지역가입자의 대부분은 소득을 성실하게 신고하지 않고 있으며 정부가 일부 소득이라도 파악하고 있는 비율은 약 30%에 불과
 - 그럼에도 불구하고 정부는 정부정책에 호응하는 저소득 직장가입자는 제쳐둔 채 오히려 그렇지 않은 일부 지역가입자만을 배타적으로 보조하고 있음.

3. 국고지원방법 개선방안

가. 개선안의 기본원칙

<급여액이 아닌 보험료에 국고보조>

- 국고지원방식을 현행 사후적(retrospective)으로 급여비의 일정비율을 지원방식에서 '사전적(prospective) 보험료 지원방식'으로 전환
 - 사전적으로 정부지원규모를 조절함으로써 국민건강보험공단이 보험료 부과기준인 소득과악률 제고 동기, 체납자 보험료 각출 유도 동기와 진료비 및 행정·관리비 절감 동기를 강력히 갖게 유도
 - 한 재정지원 규모 결정시 국민건강보험공단의 운영 및 성과평가 등을 수행하여 지원규모를 결정함으로써 정부의 개입 당위성을 확보
 - 이로써 단일 거대조직인 국민건강보험공단이 기술적 효율성(technical

efficiency)과 배분적 효율성(allocative efficiency)을 제고하여 보험급여서비스를 우리 국민에게 비용효과적으로 제공토록 기반환경을 조성하고 국가전체적으로는 거시경제적 효율성(macroeconomic efficiency)측면을 고려한 국고보조의 적정화를 도모하도록 유도

※ 참고: 대만은 보험료를 국고지원하고 있으며 우리나라도 국민건강보험 통합이전 시기에는 세대(世帶) 또는 피보험자에 대한 정액 지원 등 사전적 지원방식이었음. 그러나 건강보험 통합과 의약분업으로 재정적자규모가 증가하였으나 정책변동에 대한 국민동의가 미약한 상황에서 보험료를 인상할 명분을 찾지 못해 현재와 같은 ‘사후적 정률방식의 포괄지원’이라는 임시적 방편을 취하게 됨.

<보험료를 국민건강보험 주재원으로 유지>

- 국민건강보험은 자조적 사회보험방식이므로 보험료를 주재원으로 유지
 - 우리나라는 사회보험제도의 원칙적 기반구조인 조합형이 아닌 전국민을 단일화한 전국 통합형 국민건강보험 방식을 취하고 있음.
 - 예외적으로 4,700만 전국민을 한 조합에 넣어 국가단위에서 부유층의 원천 소득에서 강제 추출한(extract) 보험료를 가지고 상대적으로 빈곤층의 의료이용을 보조하는 광범위하고도 매우 강력한 수직적 형평성(소득재분배성) 제고 기능을 이미 갖추고 있음.

<직장·지역 가입자 차별 없이 저소득 계층에 대해서 국고 보조>

- 사회부조제도인 의료급여에 포함되어 있지 않으면서 소득이 낮아 보험료를 지불할 능력이 미흡하다고 판단되는 저소득 계층에 대해서만 국고로 보험료를 보조

※ 참고: 대만은 보험료를 국고지원하고 있으며 직장·지역가입자 구분 없이 계층별 특성에 따라 차등지원을 원칙으로 함.

- 각 가입집단의 유형에 따른 보험료부과체계에 상응하여 정부가 일부 정률 혹은 전체 정률로 보험료를 분담하고 있음.
- 저소득층과 원호대상자의 보험료 전액을 정부가 부담: 우리나라 의료급여와 유사
- 농어민과 원호대상자 가족은 70%, 직종별 협회 소속 자영자 그리고 직업파악이 곤란한 피보험자 등은 40% 국고지원: 우리나라 지역가입자와 유사
- 외항선원 등은 40%, 사립학교교원은 30%, 임금근로자는 10% 국고지원: 우리나라 직장가입자와 유사
- 공무원과 고용주, 고소득자영자, 군인가족의 경우 국고지원이 전혀 없음.

☐ 국고지원 시 직장가입자를 차별하지 않음.

- 현재 종업원이 5인 미만인 직장의 종업원도 직장가입자로 편입되어 보험료 지불능력이 취약한 직장가입자가 상당수 존재하게 됨.
- 국고지원대상을 지역가입자로 국한하는 것은 계층간 갈등을 유발

< 소득이 하위일수록 국고보조율 증가>

☐ 고소득 직장 및 지역가입자에 대해서는 국고지원할 필요가 없음.

- 이 경우 현재 지역가입자 급여비 지출에 대해 국고보조하고 있으므로 고소득 지역가입자의 보험료 인상 필요

☐ 보험료 국고지원대상을 정하고 이 가운데 저소득계층일수록 보험료 국고 보조율을 증가시킴.

나. 국고보조방안(안)

1) 가정 및 전제

□ 보험료는 소득에 비례하고 보험료 분포는 소득 분포의 대변수(proxy)

- 직장가입자의 경우 보험료는 소득에 비례
- 지역가입자의 경우 보험료는 추정소득에 비례

□ 직장가입자의 부과기준인 소득은 지역가입자 부과기준인 추정소득과 이질적(heterogeneous)이므로 국고보조 대상 저소득층은 직장가입자와 지역가입자를 분리해서 결정

- 직장가입자의 경우 부과기준은 경제학적으로 유량(flow)인 소득(보수)
- 그러나 지역가입자의 경우 부과기준은 소득(일부)파악률은 30% 미만이며 유량(flow), 저장(stock), 인구변수인 소득, 재산, 자동차, 가구원수(성, 연령)의 통합요소

※ 참고: 현재 지역가입자 A와 직장가입자 B의 보험료가 동일하다는 사실은 지역과 직장 통합이후 정부가 지역가입자와 직장가입자에게 적용하는 부과기준은 동질적(homogeneous)이라고 가정하고 있음⇒제도의 논리적 취약성

□ 지역가입자의 소득(일부)파악률이 30% 미만이므로 국고보조 대상 저소득층은 직장가입자와 지역가입자를 분리해서 결정

- 보험료 부과기준이 직장가입자는 '소득'이고 지역가입자는 '추정 소득'이므로 일치된 기준에 따라 저소득층 구분은 불가능
- 추정소득으로 지역가입자 중 지원대상을 정하되 향후 지역가입

자 소득이 완전파악율이 향상됨에 따라 부과기준을 '소득'으로 전환(일종의 경과규정채택)

- 정부 국고지원예산은 경제성장 및 최저생계비기준(national poverty level) 상향 조정 등 여건 변화에 따라 국고지원 확대 가능
- 저소득계층을 두개의 소계층 즉 '제1최하위 소득계층'과 '제2최하위 소득계층'으로 나눠 보험료 국고 보조
 - 직장가입자의 소득 (또는 보험료) 분포 그리고 지역가입자의 추정소득 (또는 보험료) 분포를 고려하여 가장 많이 보험료를 국고보조할 '제1최하위 소득계층'을 결정하여 지원하고 나머지 예산을 '제2최하위 소득계층'에 지원

2) 기본 방법

<국고지원 방안 예>

- '제1최하위 소득계층'을 최하위 10%로 결정하여 지원하고 나머지 예산을 '제2최하위 소득계층'에 지원
 - 단 제1최하위 소득계층의 최하위 10% 여부는 향후 연구결과에 따라 결정
- 지역가입자 가운데 제1최하위 소득계층에 대해서는 보험료 국고보조를 80% 그다음 제2최하위 소득계층에 대해서는 60% 국고보조
- 직장가입자 가운데 제1최하위 소득계층에 대해서는 보험료 국고보조를 30% 그다음 제2최하위 소득계층에 대해서는 10% 국고보조

※ 소득별 수급대상자, 사용자, 정부의 보험료 분담비율은 아래 <표 2-2-2> 참조

〈표 2-2-2〉 국고지원 개선안 사례에 따른 국민건강보험 소득별 보험료 분담비율

(단위: %)

건강보험 수급권자 분류		보험료 분담비율		
소 득	가입자 구분	대상자	사용자	정부
저소득층 (제1최하위)	지역	20	-	80
	직장	20	50	30
저소득층 (제2최하위)	지역	40	-	60
	직장	40	50	10
중·고소득층	지역	100	-	0
	직장	50	50	0

3) 세부 사항

가) 차기년도 보험료 국고지원예산을 지역과 직장으로 배분

☐ 보험료 부과단위(예: 세대, 世帶)수를 기준으로 지역과 직장 국고지원액 배분

☐ 지역가입자 지원예산액 S_l 과 직장가입자 지원예산액 S_f 은 각각

$$S_l = \left(\frac{P_l}{P_f + P_l} \right) \cdot S \quad \text{과} \quad S_f = \left(\frac{P_f}{P_f + P_l} \right) \cdot S$$

으로 분리

○ 여기서 S 는 차기년도 국고지원예산액, P_l 은 지역가입자 보험료 부과단위수 그리고 P_f 는 직장가입자 보험료 부과단위수로 정의

나) 지역가입자에 대한 소득별 차등지원 대상 결정

☐ 지역가입자 지원예산 S_l 으로 추정 소득 제1 최하위 10%에 속하는

계층에 대해서는 보험료 80% 지원할 경우(그림 2-2-2 참조), 이때 소요되는 예산규모 $S_{1,10\%}$ 은 다음과 같음.

$$S_{1,10\%} = 0.8 \cdot \int_0^a f(x) dx$$

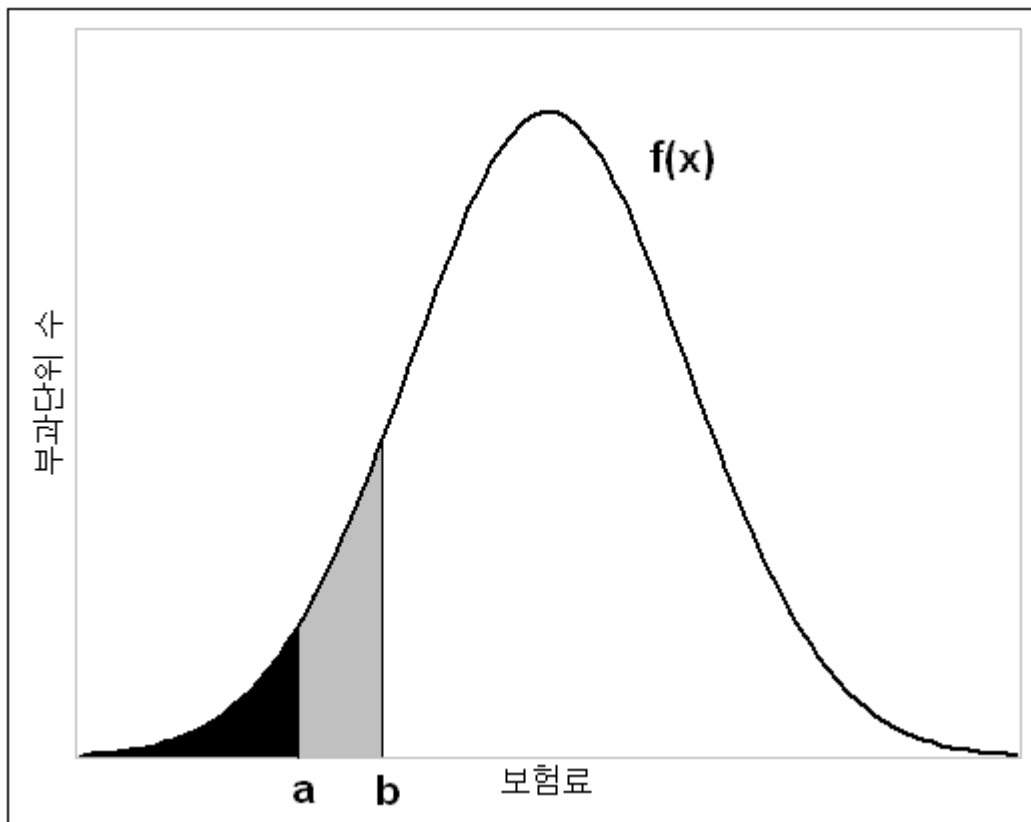
○ 여기서 제1 최하위 10% 점의 보험료를 a , 그리고 보험료에 대한 부과단위 수 분포 함수를 $f(x)$ 라고 가정

□ 나머지 잔여 예산을 가지고 제2 최하위 (10% ~ $m\%$)에 해당하는 하위층에 대해 보험료 60% 지원하는 경우, 아래 식을 만족하는 보험료 b 를 구하고 이에 일대일 대응하는 m 을 구하여 제2 최하위 (10% ~ $m\%$)인 저소득계층에 대해 국고를 지원함.

$$S_1 - S_{1,10\%} = 0.6 \cdot \int_a^b f(x) dx$$

○ 위식의 좌항은 지역가입자 지원예산에서 제1 최하위 10% 소득계층 지원에 소요되는 예산을 차감한 것으로 이는 바로 제2 최하위 소득계층 지원에 활용할 재원임(즉, 우항).

[그림 2-2-2] 국민건강보험 보험료에 대한 부과단위 분포 사례



다) 직장가입자에 대한 소득별 차등지원 대상 결정

- 직장가입자 지원예산 S_f 으로 소득 제1 최하위 10%에 속하는 계층에 대해서는 보험료 30% 지원할 경우 이때 소요되는 예산규모 $S_{f,10\%}$ 은 다음과 같음.

$$S_{f,10\%} = 0.3 \cdot \int_0^c g(x) dx$$

- 여기서 제1 최하위 10% 점의 보험료를 c , 그리고 보험료에 대한 부과단위 수 분포 함수를 $g(x)$ 라고 가정

- 나머지 잔여 예산을 가지고 제2 최하위 (10% ~ $n\%$)에 속하는 소득 하위층에 대해 보험료 10% 지원하는 경우, 아래 식을 만족하는 보험료 d 를 구하고 이에 일대일 대응하는 n 을 구하여 제2 최하위

(10% ~ n%)에 속하는 계층에 대해 국고를 지원함.

$$S_f - S_{f,10\%} = 0.1 \cdot \int_c^d g(x) dx$$

- 위식의 좌항은 직장가입자 지원예산에서 제1 최하위 10% 소득 계층 지원에 소요되는 예산을 차감한 것으로 이는 바로 제2 최하위 소득계층 지원에 활용할 재원임(즉, 우항).

다. 정책시행을 위한 기타 고려사항

<지역과 직장가입자 구분 없이 저소득계층 식별시 동일 분리점(cut-off point) 적용 가능>

- 지역가입자와 직장가입자의 보험료 부과기준과 분포가 동질적(homogeneous)이라고 가정할 경우 동일 보험료 분포함수를 가정하고 일정 보험료 수준아래에 있는 저소득 지역가입자와 직장가입자에게 국고 보조 가능
- 현재 정부는 지역가입자와 직장가입자의 보험료 부과기준과 분포가 동질적이라고 가정하고 보험료를 부과하고 있음

<국고지원액의 탄력적 확대>

- 국고지원액의 절대규모는 경제성장률, 물가상승률, 일반회계 조세수입 증가율 등을 고려하여 탄력적으로 확대가능

<점증적 개혁 가능>

- 논리성은 빈약하지만 지역가입자 지원으로부터 직장가입자와 지역가입자 동시 지원으로 점증적 변화 유도 가능
- 국고지원예산을 지역과 직장의 부과단위수 가중치를 적용하기 전에 정책변화 안정성(stability) 제고를 위하여 임의 가중치 적용 가능

- 2007년 지역가입자에게 0.8, 2008년 0.6, 2009년 0.5의 점감적 임의 가중치 부여하고 2010년에 부과단위수 가중치로 전환

<지역가입자 국고지원 혜택 대상자 확대>

- 직장가입자를 위한 사용자 부담 보험료를 인건비성 복리후생급여이므로 이를 제1최하위 와 제2최하위 저소득계층에 까지 적용하면 더 많은 수의 지역가입자가 국고지원의 혜택을 볼 수도 있음.
- 직장가입자에 대해 사용주가 부담하는 보험료는 노동경제학이론에 의거하여 근로에 따른 보상 즉 인건비성 복리후생급여(fringe benefit) 이므로 자영업자 등 지역가입자가 부담하는 보험료에 대한 정부지원은 그 논리적 근거가 약함.
- 왜냐하면 자영업자는 근로에 대한 보상을 수입에서 생산원가(경제적 비용; 회계적 비용에 기회비용을 가산한 것)를 차감한 것에서 이익을 얻으므로 여기에서 보험료를 지불하는 것이 타당
- 이에 따라 지역가입자에 대한 보험료 국고지원을 직장가입자 수준(예: 최하위 소득 10%에 30% 다음의 하위 소득계층에 10%)으로 바꾼다면 더 많은 지역가입자에게 국고보조의 혜택을 줄 수 있음.

<단일 소득기준 적용노력 배가 필요>

- 지역가입자의 소득이 정확히 파악되면 될 수록 추정소득이 아닌 단일소득기준에 의해 보험료 차등지원이 가능해 질 것이고 이는 지역가입자와 직장가입자의 재원부담의 불형평성 문제를 완화할 것임.

<의료급여와의 중복급여 방지>

- 현재 국비와 지방비로 진료비를 보조하고 있는 공공부조인 의료급여가 차상위계층에 확대되고 있는 바, 재정낭비를 막기 위해 무분

별한 확대에 유의해야 함.

○ 재정낭비는 곧 꼭 필요한 사람에게 혜택을 줄 재원이 소멸한다는 의미

□ 또한 피보험자의 공동기여인 보험료를 주재원으로 하는 자조적 사회보험인 건강보험과 중복되지 않도록 할 필요가 있음.

- 의료급여 수급권의 차상위계층 확대에 의한 국비 및 지방비 지원정책 그리고 국민건강보험 최하위 소득계층에 대한 국비 및 기금 지원정책의 거시경제적 효율성 및 형평성 평가가 시급한 과제임.

4. 개선 방안과 기타 의료보장제도와 의 조화

□ 개선된 건강보험 국고지원 방안은 향후 시행예정인 “노인수발보험”의 보험료 분담에도 적용될 수 있음.

□ 개선안을 적용하여 우리나라 3대 의료보장제도인 의료급여, 건강보험, 노인수발보험 보험료와 본인일부부담액 분담비율을 제시하면 <표 2-2-3>과 같음.

〈표 2-2-3〉 의료보장제도별 급여대상자 분류기준과 재원 분담비율 (개선된 국고지원안 적용)

(단위: %)

의료보장 급여대상자 분류 기준		해당 의료보장제도		보험료			본인일부부담액	
소 득	가입자 구분			대상자	사용자	정부	대상자	정부
극빈층과 한시적 극빈층 ¹⁾	-	의료급여	1종	0	-	100	0	100
			2종	0	-	100	일부 ²⁾	대부분
저소득층 (제1최하위)	지역	국민건강보험 (및 “노인수발 보험제도”)		20	-	80	100	0
	직장			20	50	30	100	0
저소득층 (제2최하위)	지역			40	-	60	100	0
	직장			40	50	10	100	0
중·고소득층	지역			100	-	0	100	0
	직장			50	50	0	100	0

- 주 1) 국민건강보험과 “노인수발보험제도”에서 전입한 “한시적” 의료급여 대상자 (예: 차상위계층)에 대해 1종 또는 2종으로 구분하여 의료급여와 동일하게 보험료와 본인일부부담액을 정부지원; 일정기간(예: 6개월)마다 수혜자격 평가
- 2) 의료급여 2종 수급자는 일부를 본인이 부담함. 외래의 경우 1차기관 1천원 (원내조제시 1,500원), 2·3차기관 15%이고 입원과 약국의 경우 각각 15%, 처방전당 500원을 본인부담함. 또한 입원시 식대 20%를 본인부담함.

5. 국고지원방법 개선의 기대효과

☐ 본 개선안은 다음과 같은 장점이 있음.

- 첫째, 정부가 국고지원규모를 사전적으로 예측가능,
- 둘째, 국민건강보험공단의 성과평가와 지원액을 연동시킬 수 있으며,

- 셋째, 보험료 지원으로 정부지원의 가시적 홍보효과가 제고되고,
 - 넷째, 보험료에 대한 직접적 지원으로 체납자가 감소하고,
 - 다섯째, 지역가입자와 직장가입자간 보험료 부담의 불형평성 논쟁을 완화할 수 있고,
 - 또한, 지원대상자에 대한 사후적 보조가 아닌 사전적 지원으로 개인이 건강증진 및 향상 노력 동기를 부여하고, 만일 진료비 지불능력을 완전 또는 장기적으로 상실한 자는 의료급여를 통해 보조할 수 있음.
- ☐ 현행 제도 유지를 주장하는 일부에서는 본 개선안의 시행으로 정부 지원규모가 감소될 것을 우려하고 있으나 전체 정부재정지원규모를 국고 지원 대상자그룹의 경제적 여건변화를 고려하여 탄력적으로 조정한다면 그같은 우려는 해소될 수 있을 것으로 전망

6. 개혁의 단계적 추진 절차

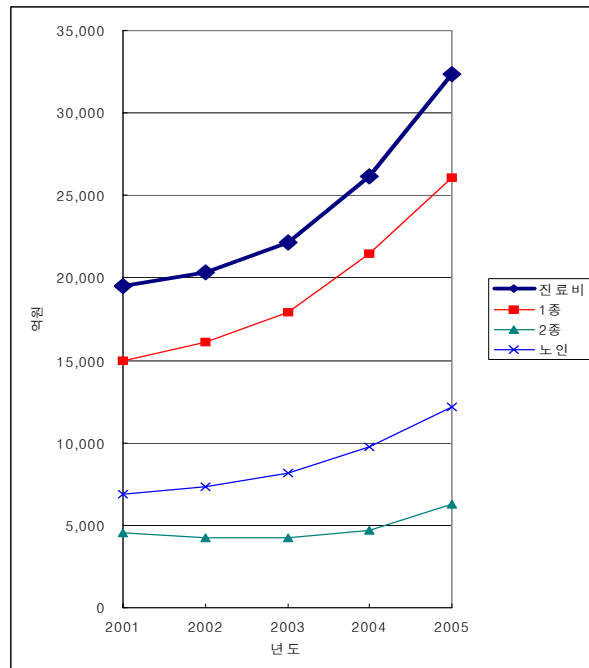
- ☐ '06. 4 - '06. 8: “국민건강보험 국고지원의 소득별 차등화 방안” 연구용역 실시하여 세부 정책안 마련
- ☐ '06. 9: 정책토론회 개최
- ☐ '06. 10: 관련 법안 개정 또는 제정
- ☐ '07. 1 - 제도 실시 및 정책 평가

Ⅱ. 의료급여제도 중기개혁 기본방안

1. 개혁의 필요성

- ☐ 우리나라 의료급여제도는 공공부조로서 국비와 지방비로 재원이 조달됨.
 - 『의료급여법』에 따라 서울특별시의 경우는 국비 50% 지방비 50%, 기타지역은 국비 80% 지방비 20%로 지원되고 있음.
- ☐ 과거 의료급여지출은 지수적으로(exponentially) 증가해 왔음(그림 2-2-3).
- ☐ 향후 의료급여 지출은 더욱 급격히 증가할 전망이다
 - 의료급여 수급권자 선진국 수준으로의 확대(현 3.6%; 미국은 약 15%),
 - 보장성 강화 정책(2008년까지 실질급여율 71.5% 달성)
 - 2종 수급권자 본인일부부담을 인하(현 15% → 10%) 등

[그림 2-2-3] 의료급여비 증가 추이 (2001-2005)



□ 그러나, 재정확대에 앞서 의료급여 수급권자의 의료비 지출 효율화 메커니즘을 마련하는 것이 선결과제임.

- 현재와 같이 의료급여 수급권자와 의료제공자의 도덕적 해이로 인한 의료비 남용이 가능한 구조에서는 정부예산의 과도한 투입은 재정낭비를 초래할 수 있음.
- 미국의 공적 의료부조제도인 Medicaid 그리고 영국의 전국민을 대상으로 한 공적 의료보장체계인 국가보건의료서비스(NHS)에서도 의료이용 관리 체계에 의해 의료의 질, 비용 및 성과관리의 통합적 조정을 하고 있음.

□ 이에 본고는 현재 의료급여제도가 직면하고 있는 문제점을 지적하고 이를 개선하기 위해 의료급여제도에 의료이용 관리체계, 쌍방향 절감 incentive 지불체계 및 다차원적 경쟁체제를 단계적으로 도입하는 방안을 제안하고자함.

- 급격한 개혁을 시행하기 보다는 제도의 완결성, 순응성을 담보하기 위해 단계적 개혁이 필요
- 무리한 개혁에서 오는 사회·정치적 비용은 의약분업에서 충분히 경험한 바 이와 같은 전철을 다시 되풀이할 필요는 없음.
- 그러나 의료급여 재정의 지출증가 속도를 고려할 때 제도의 개선방안 마련은 매우 시급한 과제임.

2. 현 황

□ 의료급여 수급권자수는 '05.12월 현재 176만명으로 전체 인구의 약 3.6%임(표 2-2-4).

〈표 2-2-4〉 의료급여 수급권자수

(’05.12월, 명)

총계	1종대상자							2종대상자						
	소계	기초	국가유공자	북한이탈자	인간문화재	광주민중화	이재자	의사상자	차상위	입양아동	소계	기초	2종차상위	12세미만
1,761,565	996,449	881,176	85,287	5,158	410	9,322	561	574	13,258	703	765,116	630,792	47,378	86,946

자료원: 보건복지부, 국민건강보험공단

□ 의료급여 환자 1인당 진료비는 '04년 기준으로 평균 1,760천원임. 이는 건강보험에 비해 약 370%(1종 509%; 2종 161%)임(표 2-2-5).

〈표 2-2-5〉 의료급여 환자 1인당 진료비

구 분	의료급여			건강보험
	평균	1종	2종	
총진료비	1,760천원	2,422천원	768천원	476천원
기관부담금	1,730천원	2,421천원	693천원	341천원

자료원: 보건복지부, 국민건강보험공단

- 의료급여 예산은 지속적으로 증가하여 '05년에는 2조 2148억원에 이르렀으며 이는 전년에 비해 17.5% 증가한 규모임(표 2-2-6).

〈표 2-2-6〉 의료급여 예산 추이

(단위: 천명, 억원, %)

연도별	'00년	'01년	'02년	'03년	'04년	'05년
수급권자수	1,570	1,503	1,421	1,454	1,540	1,762
전국민대비 수급권자비율	3.3%	3.2%	3.0%	3.0%	3.2%	14.4%
예산액(국고)	10,322	15,897	16,904	17,617	18,810	22,148
전년대비 증가율	27.4%	54.0%	6.35%	4.2%	6.8%	17.5%

자료원: 보건복지부, 국민건강보험공단

- '06년 의료급여 예산은 '05년 대비 20.2% 증가한 2조 6623억원인데 '05년 체불 진료비 지급과 수급권자 관리사업 확대가 주요 증가요인임.

3. 문제점

<의료급여 비용의 증가>

- 2005년 총 의료급여비용은 3조2,372억원으로 전년도 보다 23.7% 증가(표 2-2-7)
- 1종이 증가를 주도하고 있으며 노인층 비용 증가가 두드러짐.

〈표 2-2-7〉 의료급여비 추이

(단위 : 백만원, %)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
- 진료비	1,949,639	2,031,169	2,212,081	2,616,105	3,237,171
· 1종	1,495,906	1,607,687	1,791,883	2,148,201	2,610,407
· 2종	453,733	423,482	420,198	467,904	626,764
* 노인	690,918	736,292	815,634	973,562	1,217,250

자료원: 보건복지부, 국민건강보험공단

□ 의료급여 수급권자 종별 인원은 1종 996천명(56.6%), 2종 765천명(43.4%)인 바, 진료비(심결 기준)는 1종이 2조 6,104억원으로 전체에서 80.6%를 지출하고, 2종은 6,268억원으로 19.4%임

- 본인부담이 없는 1종 수급권자가 진료비를 더 많이 쓰고 있음
- 2종 수급권자의 진료비용의 점유율은 전년(17.9%) 대비 1.5%p 증가

□ 의료급여비 증가의 주요 사유는 수급권자의 양적 증가, 보장성 확대 정책 및 수급권자 구성의 변화 등에 기인

- 차상위계층 급여확대에 따라 전체적으로 의료급여 수급권자 증가(233천명 ↑: 1,529천명→1,762천명),
- 고액진료비 발생군인 희귀난치성/만성 질환자 의료급여 신규 실시(20천명),
- 보장성강화 등으로 인한 급여범위확대 및 중증질환자의 본인부담을 인하(15%→10%),
- 질병이환율이 높은 65세이상 노인수급권자 증가(37천명 ↑: 415천명→452천명)로 수급권자의 25.7%를 점유하며 진료비도 1조2,173억원으로 총 의료급여 비용의 37.6%를 차지

<향후 의료급여 비용의 지속적 증가 예상>

☐ 향후 의료급여 지출은 더욱 증가할 것으로 예상

- 빈곤층 건강에 대한 사회적 관심 증대로 의료급여 대상 인구의 확대 예상(현 3.6% → 약 10%)
- 정부의 보장성 강화 정책('08년 까지 실질급여율 71.5% 달성)으로 급여 범위 확대 및 2종 수급권자의 본인일부부담률 하향조정 예정(현 15% → 10%)
- 독거 빈곤 노인인구 증가

<건강보험에 비해 의료급여 수급권자의 의료이용 및 진료비 과다>

☐ (재원일수) 2003년도 건강보험심사평가원 청구자료 법정급여 비용 분석결과, 의료급여 입원환자의 재원일수가 더욱 김(보사연, 2005)

- 건강보험 대비 의료급여 재원일수는 의료급여 1종 환자는 진료 건당 평균 18.7일로 입원하여 건강보험 10.9일에 비하여 1.7배 정도임.
- 의료급여는 건강보험 대비 노인비율이 3.4배, 장애인 비율이 6.1배, 정신질환자는 4배, 희귀난치성질환자는 25배 등 중증·복합질환자가 많아서 건강보험가입자에 비하여 장기입원 및 고액진료비용 발생

☐ (연령별 진료비 지출) 의료급여 1종 18세미만의 경우 백혈병 환자의 비율이 건강보험에 비해 31배나 되는 등 고액중증질환자로 인하여 건강보험에 비하여 총 진료비가 2배정도 높게 나타남.

- 65세 이상 총진료비는 건강보험 보다 낮으며, 입원일수는 길고 재원 일당 진료비가 건강보험에 비해 낮음.

<정부의 의료급여 진료비 남용 방지메커니즘 거의 전무>

□ 자비가 아닌 조세로 거의 모든 의료비를 지원받는 의료급여 수급권자의 의료이용과 진료비 지출을 관리할 수 있는 제도적 메커니즘이 거의 전무

- 비용부담이 거의 없는 의료이용자의 의료과다이용(moral hazard) 동기는 사후적 지불보상제도인 행위별 수가(fee-for-service)제도가 주류인 상황에서 의료제공자의 의료과다제공 동기와 상승작용을 일으켜 의료급여 진료비 지출은 급증
- 수급권자의 의료 이용량, 의료의 질, 과정 및 성과 관리 메커니즘이 거의 없음.

※ 참고: '05년 의료급여 청구 총진료비 : 3조 2,372억원

- 행위별수가 : 2조 7,465억원(84.8%, 전년 대비 26.1% ↑)

- 정액수가 : 4,906억원(15.2%, 전년대비 12.1% ↑)

<의료의 분절적·중복적 이용 문제>

□ 현재 우리나라에서는 의료급여 수급권자를 위한 의료의 통합적, 연속적, 조정적 제공체계가 갖추어져 있지 못함.

□ 현재 의료급여 수급권자에게 유명무실하게 실시되고 있는 1,2,3차형 의료전달체계는 1920년대 급성질환 중심일 때 이동성이 취약한 상황에서 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)에 따라 구축된 구시대의 산물임.

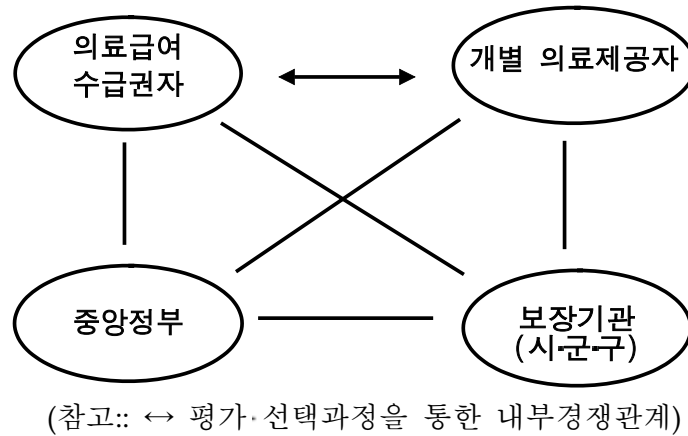
- 선진국에서는 이미 1990년대에 들어 인구구조 및 상병구조의 변화, 정보기술의 발전 등으로 인하여 1, 2, 3 차형의 전달체계가 아니라 새로운 전달체계를 활용하고 있음.
- 고령화에 따른 만성질환의 증가

- 대부분의 만성질환은 치료보다 관리의 개념으로 가정에서부터 병원에 이르는 시스템을 요구
- 만성질환이 합병증을 갖게 될 경우 전문화된 의료를 필요로 함.
- 고령화와 정보기술의 발전은 단계적인 서비스보다는 one-stop 서비스를 선호(예: 미국형 통합의료, integrated care)

<의료급여 서비스 제공 성과에 따른 재계약 메커니즘 부재>

- ☐ 의료급여 수급권자에게 의료를 제공하는 의료기관은 강제계약 하에서 지정되고 있음.
- ☐ 따라서 의료서비스의 질과 비용의 적절성에 대한 평가, 환류 및 재계약 메커니즘이 제도적으로 전무함.
 - 의료급여에서 제공하는 의료서비스의 질을 향상시키기 위하여 의료기관 서비스 평가제도와 건강보험심사평가원의 급여의 적정성 평가 제도가 있지만 이러한 기구에서 적정한 비용으로 적정한 질의 의료서비스가 제공되게끔 관리한다는 것은 사실상 불가능
- ☐ 아래 [그림 2-2-4]에서는 현행 의료공급체계에서의 평가·선택과정을 통한 내부경쟁 구조를 설명하고 있음(정우진, 2005).
 - 현재 구조는 정보의 비대칭성 하에서 의료소비자가 분절적 의료제공자 하나하나를 시행착오법으로 선택하는 제한적 경쟁상황으로 단지 1단계 선택과정을 통한 경쟁 관계만 존재할 뿐임.
 - 즉, 의료급여 요양기관 강제지정제로 인해, 보장기관인 지방자치단체(시·군·구)가 의료제공자가 공급하는 의료의 질과 비용을 평가하여 계약여부를 결정하는 구조가 아님.
 - 재원의 주된 후원자인 중앙정부도 지방자치단체(시·군·구)나 의료제공자에 대한 평가 메커니즘이 전혀 마련되어 있지 않음.

[그림 2-2-4] 현행 의료급여제도에서의 경쟁 구조



4. 주요국의 공적 의료보장부문 의료이용 관리체계

가. 미국의 의료부조(Medicaid)

<최근 동향>

- 미국은 1965년부터 연방정부와 각 주(state)와의 공동재원조달방식 (matching fund) 방식으로 빈곤층에 대한 공적 의료부조제도인 Medicaid를 운영하고 있음.
 - 각 주의 Medicaid 제도는 지역특성을 반영하는 분권화된 (decentralized) 형태로 연방정부가 부여하는 최소 요건의 제약 하에서 서로 상이한 내용의 Medicaid를 주별로 시행하고 있음.
- Medicaid는 급증하는 진료비 부담에 못 건디다가 1990년대 초 연방 정부에 의해 각 주가 관리의료(managed care)를 갖추도록 하였고 1997년 균형예산법(Balanced Budget Act)에 의해 Medicaid Managed Care(MMC)에 대한 광범위한 제도적 보완을 단행
 - 각주가 수급자에게 관리의료를 적용하는 것을 강제할(mandatory) 수 있도록 하였고,

- MMC에 적용되어야 하는 의료의 질 및 성과 측정 도구를 갖추고, 측정 결과를 공표하도록 하였으며,
- 의료의 질과 성과를 높이기 위한 대안 마련 및 이에 근거하여 관리의료와의 계약이 이루어지도록 유도(value-based purchasing rule)

참고: 관리의료 (managed care)

- 미국에서의 관리의료는 보험자와 의료제공자에 대한 선택적 계약, 조정적 의료공급, 진료내역의 적절성 심사 등의 수단으로 보험자와 의료제공자가 협조적으로 주도하는 의료체계임.
- 경직된 의미의 관리의료제도에서는 인두수가(capitation)로 사전적으로 보상 받음으로써 의료제공자가 환자 진료비를 절감할수록 그 차액을 이윤으로 확보하게 되는 금전적 incentive를 구비
- 또한 환자가 질환으로 지출되는 비용에 대한 금전적 위험을 의료제공자가 부담하게 되므로 환자 건강관리 및 비용 절감에 적극성을 띠게 됨.
- 관리의료체계에서는 일반적으로 의료제공자망(provider network)과 주치의(gate-keeper, 문지기 의사)를 갖추고 있으며 지정된 의료제공자망내에서 주치의의 권고에 따라 의료이용을 할 경우 본인일부부담액을 거의 지불하지 않으나 그렇지 않은 경우 매우 높은 본인부담액을 지불하도록 되어 있음.
- 관리의료는 의료제공자망은 의원집단, 병원집단, 민간보험자 등이 조직함.
- 미국에서는 2004년 기준으로 관리의료 가입율이 민간보험은 91.2%에 공적 의료보장제도인 Medicaid는 61.3% 그리고Medicare는 12.5%에 이름.

□ 미국에서 민간보험과 Medicare 부문에서 관리의료는 다소 퇴조 양상을 보이고 있는 데 민간의료보험의 경우 오히려 행위별 수가(fee-for-service)제도로 회귀하는 현상 발생

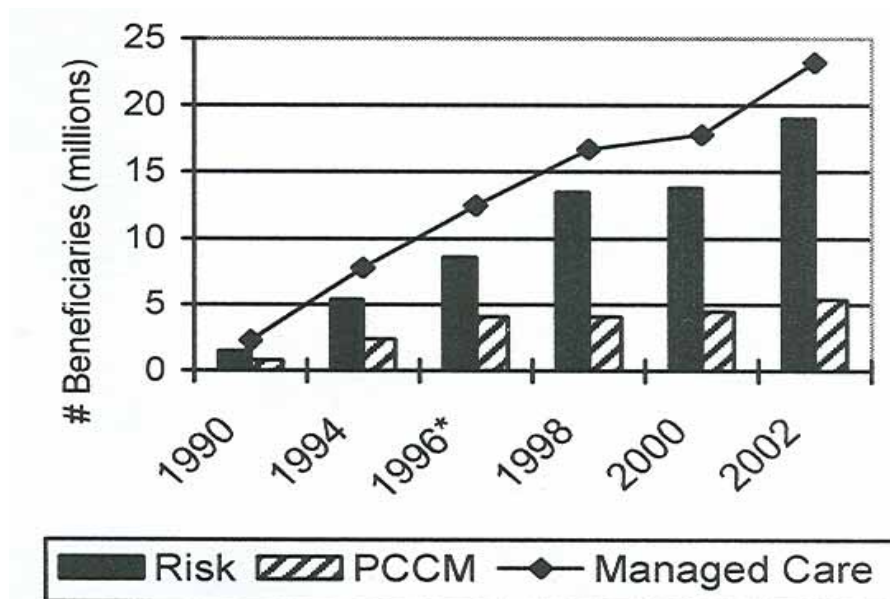
- 민간의료보험과 Medicare의 경우 사전적(prospective) 지불보상제도인 인두수가(capitation)를 기본 지불보상방법으로 하고 있는 경직된 HMO류의 관리의료는 피보험자의 의료이용 선택을

지나치게 제약하여 피보험자가 기피함으로써 최근에는 오히려 행위별 수가 제도를 기반으로 하는 PPO(preferred provider organization)로 전환되는 추세

- 그러나 입원치료를 대부분 급여하는 Medicare의 경우 사전적 지불보상제도인 포괄수가제(DRG)가 주류

□ 그러나 이와는 달리 Medicaid에서는 오히려 관리의료 등록자수가 증가하고 있으며 Medicaid 수급권자 중 관리의료 등록률도 계속 증가하는 추세로 2004. 12월에는 수급권자의 61.3%가 관리의료체계에 의해 의료의 질 제고와 비용 및 성과관리의 통합적 조정을 받고 있음(CMS 2006, 그림 2-2-5, 표 2-2-8).

[그림 2-2-5] Medicaid 관리의료 프로그램 형태별 등록 수급자 추이(1990~2002)



자료: National Academy for State Health Policy, 2005

〈표 2-2-8〉 Medicaid Managed Care 등록률의 증가추이(1996-2004)

연 도	전체 Medicaid 수급권자 수	관리의료 등록자수	관리의료 등록률(%)
2004.12	44,593,338	27,337,457	61.30
2004.6	44,355,955	26,913,570	60.68
2003.6	42,740,719	25,262,873	59.11
2002.6	40,147,539	23,117,668	57.58
2001.6	36,562,567	20,773,813	56.82
2000.6	33,690,364	18,786,137	55.76
1999.6	31,940,188	17,756,603	55.59
1998.6	30,896,635	16,573,996	53.64
1997.6	32,092,380	15,345,502	47.82
1996.6	33,241,147	13,330,119	40.10

자료: CMS, 2006

□ 테네시주에서는 수급권자 전원이 관리의료에 등록하고 있는 등 미국내 48개주, District 및 미국령에서 Medicaid에 관리의료를 적용하고 있음(표 2-2-9).

- 대부분의 경우 특정 수급 인구계층에 대해서는 관리의료 등록을 강제화하는 제도를 시행하고 있음.
- Medicaid 수급권자 수가 매우 적고 인구밀도가 극히 낮은 알래스카주, 뉴햄프셔주, 와이오밍주와 미국령인 버진아일랜드에서는 제외됨.

〈표 2-2-9〉 미국 주별 Medicaid Managed Care 등록률 (2004. 12 기준)

주(state)	Medicaid 수급권자수	관리의료 등록자수	관리의료 등록률(%)
Tennessee	1,336,691	1,336,691	100.00
Puerto Rico	857,258	843,247	98.37
South Dakota	99,151	96,777	97.61
Colorado	407,565	395,659	97.08
Georgia	1,340,174	1,257,013	93.79
Michigan	1,350,343	1,265,027	93.68
Kentucky	686,813	637,890	92.88
Iowa	294,470	265,229	90.07
Utah	192,163	171,337	89.16
Arizona	992,055	876,755	88.38
Washington	940,693	823,479	87.54
Idaho	171,483	138,586	80.82
Oregon	423,275	339,208	80.14
Hawaii	198,010	157,810	79.70
Louisiana	944,438	743,698	78.75
Delaware	137,017	105,646	77.10
Connecticut	405,311	305,689	75.42
Pennsylvania	1,656,762	1,248,390	75.35
Nebraska	200,512	146,854	73.24
New Jersey	774,217	539,021	69.62
Rhode Island	181,215	126,028	69.55
North Carolina	1,125,624	782,437	69.51
Oklahoma	530,480	361,036	68.06
Maryland	705,914	479,134	67.87
Florida	2,237,376	1,510,004	67.49
Montana	85,175	57,169	67.12
Vermont	130,372	84,594	64.89
Virginia	641,359	415,687	64.81
New Mexico	416,092	267,057	64.18
Dist. of Columbia	139,595	89,577	64.17
Minnesota	561,892	360,082	64.08
Indiana	827,034	525,900	63.59
Massachusetts	973,233	604,665	62.13
New York	3,952,005	2,443,355	61.83
North Dakota	53,104	32,767	61.70
Alabama	800,177	490,833	61.34
Maine	266,098	162,318	61.00
Arkansas	612,953	367,747	60.00
Kansas	268,065	152,427	56.86
California	6,454,112	3,258,778	50.49
Nevada	170,109	85,090	50.02
Wisconsin	804,769	365,236	45.38
West Virginia	299,788	132,967	44.35
Missouri	1,001,999	442,622	44.17
Texas	2,756,776	1,194,058	43.31
Ohio	1,661,388	518,327	31.20
Mississippi	644,210	93,207	14.47
Illinois	1,770,800	169,300	9.56
South Carolina	849,049	71,049	8.37
Alaska	99,439	0	0.00
New Hampshire	97,178	0	0.00
Virgin Islands	10,900	0	0.00
Wyoming	59,657	0	0.00
전 제	44,596,338	27,337,457	61.3

자료: CMS, 2006

<평 가>

- 현재 관리의료가 미국 의료비 상승 억제에 큰 기여를 하였느냐에 대해서는 다소 이론이 있기는 하지만 미국 공적의료보장재정청(과거 HCFA 현 CMS)에서는 1993~1999년간 GDP 대비 의료비 지출 증가를 억제하여 일정 수준을 유지하는 데 기여했다는 것이 미국 공적의료보장재정청의 분석결과임(Cohen et al., 『Health Care Financing Review, 2001; 기타 (Straul et al., 1998; Mowbray et al., 2002).
- 미시적으로 selection 문제가 개입된다는 부정적인 측(Luft, 1981; Newhouse et al., 1985)의 의견도 있음.
- 그러나 행위별 수가제도에 기반을 둔 의료공급체계에 비해 의료의 질은 유의적인 차이가 없다는 데는 거의 일치(Folland et al., 2003)
- Medicaid에서의 관리의료 즉 Medicaid Managed Care(MMC)는 행위별 수가제의 Medicaid Fee-for-Service(MFS)에 비해 비용, 질 그리고 접근성에 있어 유의적인 향상을 보인다는 것은 최근 발표된 연구결과에서의 비교적 일치된 견해임.
- 사회경제학적 변수를 통제하고도 MMC는 MFS에 비해 입원율이 33% 감소하고 취약계층(minority)의 접근성을 향상시킴(Bindman et al., 『Health Services Research』, 2005)
- 정신질환과 알코올(마약) 중독 치료에 있어 Medicaid와 Medicaid 모두에서 Managed Care가 Fee-for-Service에 비해 약 50% 비용을 절감(Fleming et al., 『Journal of Mental Health Policy and Economics』, 2005)
- 처방약 이용과 약제비에 있어서도 MMC는 상당한 비용절감을 보이는 데 MFS 가입자는 MMC 가입자보다 25%~218%를 사용

(Shireman et al., 『Journal of the American Pharmaceutical Association』, 2002)

- 장애인(또는 장애어린이) 치료에 있어서 주치의의 개입을 통해 필요한 의료를 제공하는 MMC는 MFS에 비해 훨씬 비용효과적 (Brannan and Heflinger, 『Meantal Health Services Research』, 2005)

□ 한편 관리의료에서는 마음대로 의료기관을 선정할 수 없으므로 소비자 만족도는 떨어질 수 있으나 마음대로 선택할 수 있는 행위별 수가제도에서는 deductible 등 높은 본인부담액을 지불해야 하므로 이러한 비용부담을 감안할 경우 만족도는 큰 차이가 없음(Miller and Luft, 2002).

□ 의료부조인 Medicaid의 경우, 수급권자는 보험료 뿐 아니라 본인일 부담액을 거의 지불하지 않는 대신에 의료이용 및 비용에 있어 정부관리 또는 정부위탁관리를 받아야 한다는 권리와 의무의 조화가 수급권자들에게 묵시적으로 용인되고 있음.

나. 영국의 국가보건의료서비스(NHS)

□ 영국과 같이 의료산업을 사실상 국유화하여 조세재원으로 정부가 직접 의료체계를 운영하는 국가보건의료서비스(National Health Service, NHS)에서도 소비자의 의료이용을 관리하는 강력한 메커니즘이 NHS가 시작된 1948년부터 이미 작동 중에 있음.

참고: 영국의 국가보건의료서비스(NHS)

- NHS는 1차 진료기관(Primary Care Trust, PCT), 2차 진료기관(NHS Trust), 의료 행정기관 등 3개로 대별
- 1차 진료기관(PCT)은 일정지역을 맡아서 환자의 1차 진료를 담당하는 NHS의 중심조직
 - 1개의 PCT는 50-100명의 일반주치의(General Practitioner, GP; 의사·치과의사)와 관련 행정요원으로 구성
 - PCT는 일정지역내 분산하여 환자를 치료하는 들의 결합체
- 2차 진료기관(NHS Trust)은 1차 진료기관에서 치료·검사를 받은 환자를 다시 치료하는 병원, Care Center 등의 상위개념의 의료기관임.
 - NHS Trust는 1개의 병원으로 되어있는 것이 아니라 여러 개의 병원들의 결합체
- 의료행정기관은 NHS 제도를 운영하고 주치의·병원에 대한 비용 지급 등 모든 행정업무를 담당하며 보건부, 지방행정조직(Local Authority Health Services)등 다양한 형태로 존재

- ☐ 환자는 우선 자신이 등록한 주치의를 찾아가서 1단계 검진 및 치료를 받아야 함.
- ☐ 주치의는 환자가 2차 진료기관의 검진·치료가 필요하다고 판단되는 경우 특정한 NHS병원을 지정하여 소개하게 되고 환자는 이 곳에 가서 2단계 검진·치료를 받게 됨.
- ☐ 만일 1차 검진 단계에서 환자가 사립병원을 이용하겠다고 하는 경우 주치의는 사립병원을 지정(1-3개)하여 소개할 수 있으나 이때 진료비는 환자 본인부담으로 지불
- ☐ 1차 진료기관인 PCT는 진료비 절감시 금전적인 incentive를 받음
 - 약 처방 연구에서 PCT에게 강력한 진료비 절감 incentive를 부여하는 경우 약제비를 절감(Ashworth et al., 『Journal of Public Health』, 2004)

□ 조세로 재원 조달되는 NHS의 전국민을 상대로 진행되는 이러한 강력한 의료이용 관리체계는 국민의료비를 유럽의 OECD국가 중 최저 수준(7.7% in 2002)을 유지하게 하였음.

- 그러나 2000년 노동당 블레어(Blair) 정부는 장기간의 대기, 의료의 질 감소, 의료산업 발전 저해 문제 등을 고려해 최근 민간보험 및 사립병원에 대한 소비자 선택여지를 크게 하고 의료비를 유럽의 OECD 국가 평균 수준으로 오히려 증가시키는 정책단행

5. 문제해결을 위한 정책노력의 진행상황

□ 수급권자들의 일부 도덕적 해이를 방지하기 위하여 「건수중심 사례관리 중점대상자」 집중관리시스템을 도입하여 운영하고 이를 점진 확대

- 2005년 10월부터 매월 건강보험공단에서 동일·유사 상병으로 여러기관을 중복적으로 이용하는 수급권자에 대한 자료를 제공하여 150개 시군구 의료급여 사례관리요원을 통하여 의료기관 이용, 약물복용 방법 등에 대한 밀착상담·교육을 실시하여 적정의료이용을 유도

※ 참고: 건수중심 사례관리 중점 대상자」란 동일상병으로 진료개시일 5일 이내 동급 타 의료기관 3회 이상 이용자를 말함 (단, 양·한방 중복진료 및 종합전문요양기관 진료분 제외, 주상병 또는 부상병 중 한쪽만 일치하면 동일상병으로 간주

- 의료급여 사례관리요원 확대 배치: 2005. 150명 → 2006. 234명 → 2007. 529명

☐ 부정청구 신고보상제 활성화

※ 참고: 부정청구 신고보상제 : 허위·부당청구로 확인되어 환
수된 금액의 30%, 최대 100만원 한도를 보상금으로 지급하
는 제도

☐ 적정의료급여 평가모델을 개발하여 의료 남용을 평가하고 통제

- 만성질환 및 급여비중이 높은 질환(정신질환, 만성신부전증 등)
에 대하여 시범 적용

< 현 해결방안의 문제점 >

☐ 의료급여 수급권자(특히 1종)가 의료비를 절감할 incentive가 없음

- 오히려 수급권자가 의료비 지출을 증대시키고 이후 반대급부로
의료제공자에게 rebate를 요구할 수 있는 메커니즘 존재

☐ 의료급여에 대한 의료제공자도 의료비를 절감할 incentive가 없음.

- 대부분 행위별 수가제로 사후 보상
- 정신질환 등 일부 질환은 정액제지만 건수를 늘리는 방법으로
수익증가 도모

☐ 의료급여 사례관리요원은 수급권자에 대한 권고일 뿐 강제적으로 의
료이용을 통제할 수 없으며 의료제공자에 대한 통제력은 거의 전무

6. 중기개혁 기본방안: 의료급여에 『건강향상지원체계』 구축

가. 개혁방향

☐ 조세로 재원을 부담하는 의료급여 수급권자의 건강향상에 있어 정
부 역할을 재원조달의 소극적 영역에서 건강향상지원의 적극적 영
역으로 확대

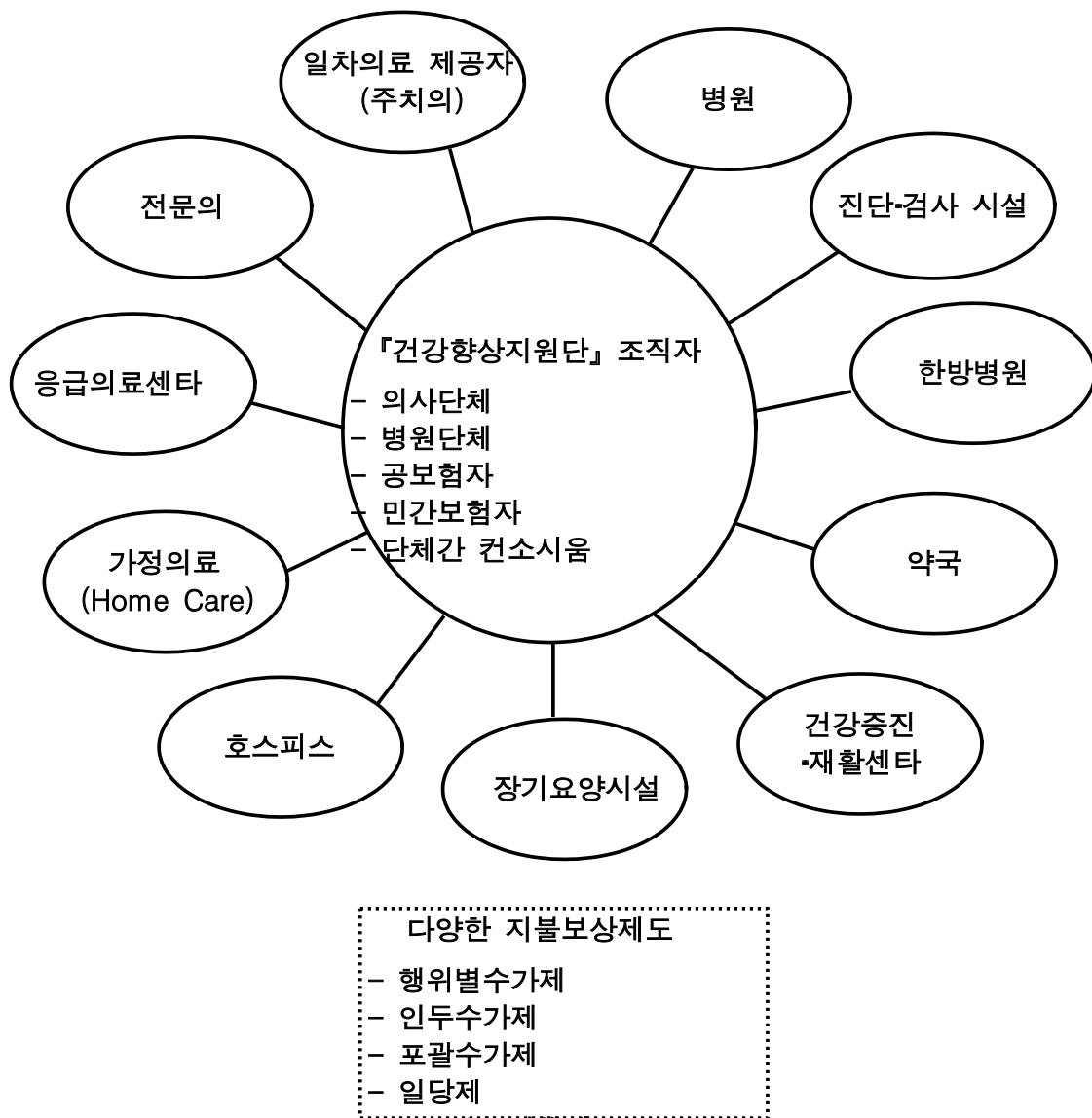
- 의료급여에 수급권자에 대한 의료이용 관리체계, 쌍방향 진료비 절감 incentive 지급체계와 다차원적 경쟁체제를 도입
- 의료급여 수급권자에 대하여 『건강향상지원 주치의(family doctor)』 제도를 시행
- 의료급여 수급권자가 건강이 향상되어 건강생활을 영위하며 소득창출능력을 배양할 수 있도록 양·한방 영역을 모두 포함하여 건강증진-예방-검진-치료-재활-장기요양-호스피스의 통합서비스를 제공(정우진, 2005)
 - 의료수급권자에게 의료서비스의 통합적 전달(integrated and organized delivery)
 - 진단·검사시설, 약국, (한)의원, (한방)병원, 종합병원, 종합전문병원, 중간시설(intermediate facilities), 요양원(nursing home) 등의 기관적 분절을 없앴
 - 양방진료와 한방진료의 협조 체계 구축
 - 의료기관과 약국의 협조 체계 구축
 - 장기적으로 의료와 복지의 통합 가능
- 의료급여 수급권자에 대한 의료제공 선택권을 대폭 지역화·분권화 함으로써 지역 수급권자 만족도 제고
- 의료급여 수급권자와 의료제공자가 효율적으로 의료를 사용할 수 있도록 양쪽 모두에게 금전적 incentive를 부여
- 현 우리나라 의료체계에 있는 공공과 민간의 의료시설을 모두 활용
- 의료서비스의 양, 질 및 성과의 다차원적 관리의 세계적 추세에 부응
- 의료제공자간 및 지역간 의료제공 효율성 제고를 위한 경쟁체제 구축

나. 개선방안의 주요 골자

<주요골자>

- ☐ 모든 의료급여 수급권자는 자신이 거주하는 광역자치단체가 지정한『건강향상지원단』중에서 하나를 선택하여 1년 동안 의료를 제공받음.
- ☐ 모든 의료급여 수급권자는 “건강향상지원 주치의”로부터 건강 및 의료이용 상담을 받음
- ☐ 16개 광역자치단체는 각기 포괄적·연속적·조정적 의료를 효율적으로 제공하는『건강향상지원단』을 지정
- ☐ 의료급여 수급권자와『건강향상지원단』이 서로 협조하여 건강을 향상시킴으로써 의료비를 절감할 경우 양쪽 모두에게 절감액의 50%씩 의료비 절감 incentive를 부여

[그림 2-2-6] 『건강향상지원단』의 포괄적·연속적·조정적 의료제공체계



다. 개선방안의 주요 세부 사항

1) 의료급여제도 관리·운영

□ 의료급여 보장기관은 16개 광역자치단체로서 각기 의료급여제도를 관리·운영

- 자치와 책임경영체계의 골간을 유지하면서, 지역 의료급여 수급권자의 건강관리, 재정안정과 관리운영의 효율화를 기함.
- 매년 상반기에 다음 년도 해당 지역 의료급여 수급권자의 건강관리를 담당할 의료급여기관인 『건강향상지원단』을 다수 선정하여 계약
- 의료급여 진료비 지급업무는 현행과 같이 국민건강보험공단에 위탁
- 급여비용의 심사·평가 업무는 현행과 같이 건강보험심사평가원에 위탁

2) 의료급여 보장기관의 의료급여기관 지정

□ 각 광역자치단체는 매년 상반기에 다음 해 해당 지역 의료급여 수급권자의 건강관리를 담당할 의료급여기관인 『건강향상지원단』을 다수(예: 수급권자 인구 단위당 한 개) 선정하여 계약

- 매년 상반기에 의료의 질 보장 및 비용절감 방안 등을 망라한 의료급여공급기획서 및 비용·질 평가 관련 자료를 검토하고 의료소비자에 대한 계약전후의 의료의 질 평가를 수행할 수 있도록 계약
- 중간 파산(bankruptcy)을 막기 위해 기존 의료제공실적, 사회적 기여, 재정건전성 및 평판(reputation) 등을 분석

- 『건강향상지원단』이 고위험 수급권자를 구축(crowding-out)하고 저위험 수급권자를 선별하는 위험선택(risk selection)을 막기 위해 의료급여 수급권자의 선택을 『건강향상지원단』이 거부할 수 없도록 계약
 - 『건강향상지원단』의 건강관리 비용과 효과의 객관적 평가결과는 광역자치단체와의 계약여부에 반영되고 평가결과는 투명하게 공표
 - 의료서비스의 정보 비대칭성 완화
- 의료제공자들은 자율적인 수직·수평통합에 의해 독자적인 『건강향상지원단(health improvement assistance organization, HAO)』을 구성
- 의사단체, 병원단체, 공보험자, 민간보험사 등이 주도하여 『건강향상지원단』을 구성
 - 『건강향상지원단』은 계약한 의료소비자의 치료-재활-장기요양-호스피스 등 에 대한 포괄적 서비스를 공급하되 의료기관의 종별 구분이라는 전근대적 경직성을 탈피
 - 서비스 중심의 연계(continuum of care) 체계로 실질적 내용의 통합모형 내지는 결합체(integrated delivery system)를 구성
 - 약국-의원-병원-종합병원-요양원의 기관중심적 체계에서 탈피
 - 『건강향상지원단』의 주치의 등은 수급권자가 속하는 광역자치단체 내에 위치해야 할 것이나 3차 진료기관 등은 해당 광역자치단체내로 제한되지 않도록 함.
 - KTX 등 교통수단의 발달로 진료권의 지역적 제약은 점차 무의미해지고 있음.
 - 『건강향상지원 주치의』 및 사례관리자(case manager) 등의 역할을 누가 할 것인가는 『건강향상지원단』에 참여하는 의료제공자

들이 자율적으로 결정

- 또한 이 경우 양방과 한방의 협진체제로 『건강향상지원단』을 구성할 수 있으며
- 『건강향상지원단』은 의료급여 대상 서비스를 배타적으로 진료할 수도 있고 건강보험 환자에게도 의료제공 가능

3) 수급권자의 의료급여기관 선정

- 의료급여 수급권자는 자신의 진료경험과 외부 평가를 참고하여 1년에 한번씩 각 광역자치단체에서 다수 선정·공표한 『건강향상지원단』 중 하나를 선택하고 이를 해당 광역자치단체에 통보
 - 한편, 의료소비자가 여행중 사고 등 피치 못할 이유로 다른 『건강향상지원단』으로부터 받는 의료서비스에 대한 비용은 상계 처리하여 소속 『건강향상지원단』과 정산처리
- 이는 수급권자의 이동성(portability)을 보장하는 방안

4) 의료급여의 재원조달

- 의료급여 보장기관의 의료비절감노력을 제고하기 위하여 광역자치단체의 기여를 유지할 필요가 있으므로 현행과 같은 국고와 지방비율 유지

5) 의료급여 진료비의 지불보상

- 중앙정부는 각 광역자치단체에 진료비를 배분
 - 중앙정부는 각 광역자치단체 의료급여 수급권자의 주요 위험요인(성, 연령, 거주지역 등)을 감안하여(risk-adjusted) 수급권자 특성별 인두수를 추산
 - 이를 각 광역자치단체에 거주하는 의료급여 수급권자에 적용하여 추정 인두수가 총액을 계산하고 이 금액의 국고비율에 해당

하는 지원액을 각 광역자치단체에 배분

- 각 광역자치단체는 중앙에서 내려온 국고보조금과 자체 지방비를 재원으로 의료급여 수급권자가 선택한 『건강향상지원단』에게 중앙 정부가 추산한 수급권자 특성별 인두수가를 상한으로 수급권자 규모별 지불보상액을 사전 계약
- 『건강향상지원단』은 계약된 지불보상액 한도내에서 자율적으로 의료서비스를 공급
 - 계약된 진료비 지불보상방법은 광역자치단체와의 계약에 따라 다양할 수 있음
 - 예로서 『건강향상지원단』은 계약된 진료비 한도 내에서 의료서비스를 제공하되 매 사분기마다 지출내역을 제출하면 계약액의 일정비율(예: 25%)을 보상받는 방식이나,
 - 또는 매 서비스공급 후 현행 행위별 수가 또는 정액수가로 보상받는 방법도 가능
 - 2종 수급권자에 대해서는 현행과 같이 건강보험 수가의 15%에 준하는 본인일부부담제 운영
- 『건강향상지원단』과 수급권자 양쪽 모두에게 진료비 절감 incentive를 부여
 - 매 계약년도 종료후, 계약된 진료비에서 『건강향상지원단』에게 계약기간중 지불보상한 진료비를 차감한 액수는 『건강향상지원단』과 수급권자가 협력하여 진료비를 절감한 노력로 간주
 - 따라서 절감액의 50%는 『건강향상지원단』에게 그리고 50%는 의료급여 수급권자의 통장에 자동입금
 - 비대칭 의료정보 상황에서 의료소비자에게 강력한 의료비 절감동기를 부여

- 『건강향상지원단』은 계약된 진료비 상한만큼 계약중 진료비를 지출하려 할 수 있으나 수급권자에 대한 절감액 배정비율이 클수록 수급권자가 이를 저지할 동기가 존재
 - 이를 통해 의료서비스 제공에 있어 의료기관과 환자(physician-patient relationship)간 상의 및 협력 동기를 부여
 - 우리나라 의료체계의 고질적 병폐인 소비자 욕구에 대한 의료 제공자의 대응성(responsiveness, 반응성)을 제고(이는 최근 OECD 국가 의료개혁의 주요 화두임)(OECD, Towards High-Performing Health Systems, 2004)
- 『건강향상지원단』내 참여기관간 급여비의 배분은 구성요소가 인두 수가제, 일당제, 행위별 수가제, 포괄수가제 등 다양한 방법을 적용하여 자율적으로 결정

6) 의료의 질 저하 방지를 위한 제도 구비

- 광역자치단체는 의료급여 수급권자에게 제공되는 의료서비스의 질 저하를 막기 위해 다각적인 제도를 구비
 - 『건강향상지원단』과의 계약내용에 사전적, 과정적, 사후적 의료의 질 감시·평가 및 보고·공표 체계를 포함.
 - 건강보험심사평가원의 심사·평가 메커니즘을 이용
 - 의료급여 수급권자가 『건강향상지원단』의 서비스에 대해 광역자치단체에 불만청구(complaint and claim)하는 경우 심사를 거쳐 이를 시정하는 조정체계 구비

7) 소비자의 선택을 돕기 위한 의료정보체계 구축

- 의료수급권자가 필요한 『건강향상지원단』을 선택할 수 있도록 인터넷에 분석 결과를 공표

- 『건강향상지원단』의 의료비용, 의료의 질, 성과, 소비자 만족도 결과를 공표
- 의료수급권자가 상시로 인터넷에 들어가서 『건강향상지원단』의 서비스 만족도를 평가할 수 있도록 함.

라. 정책시행을 위한 기타 고려사항

<서울, 인천, 경기도 등부터 우선 시행 후 점진 확대>

- 인구밀도가 높고 의료기관이 집중되어 있는 서울, 인천, 경기도 등에서 먼저 시작하고 이후 비용, 질 및 성과평가 다른 광역자치단체로 점차 확대

<본인부담액 지불을 위한 의료저축계정방식 접목>

- 의료급여 수급권자가 받는 진료비 절감 incentive를 『의료비지급 전용통장』에 저축하여 법정 본인부담 또는 임의 본인부담 지급 시 활용하도록 하는 방안도 가능
 - 싱가포르와 미국 일부의 의료저축계정(Medical Savings Account) 방식 적용

<의료제공자의 재정적 위험 완화>

- 『건강향상지원단』의 과도한 재정적 위험(financial risk) 부담 경감 방안 (일종의 stop-loss arrangements) 도입 가능
 - 의료급여 수급권자가 재난적(catastrophic) 질환에 직면함으로써 자신의 인두수가의 일정비율 (예: 약 150%) 이상을 지출하게 될 경우 『건강향상지원단』의 요청에 의해 건강보험심사평가원이 정밀 심사하여 타당성 여부를 파악 후 전액 또는 부분액을 『건강향상지원단』에 지불

<의료급여 수가의 안정적 인상 메커니즘 구비>

- ☐ 최소한 국민건강보험 지출증가율 만큼이라도 의료급여 지출증가율을 묶을 수 있다면 이는 큰 정책적 효과를 볼 수 있으므로 의료급여에서 광역자치단체에 배분될 기준 인두수가 증가율을 국민건강보험 의료수가 증가율만큼은 유지되도록 메커니즘 구비 가능

<수급권자의 의료기관 선택 유연화 제도 추가>

- ☐ 의료급여 수급권자가 본인이 선택한 『건강향상지원단』에 속하지 않은 의료기관에서 진료비를 받는 경우 해당 서비스에 해당하는 건강보험 행위별 수가의 높은 비율을 본인 부담하도록 하는 일종의 POS(point of service) 제도 도입 가능

<현행 행위별 수가제도와 병행 운영 가능>

- ☐ 의료급여 보장기관인 16개 광역자치단체가 현재와 같이 분절적 의료서비스를 제공하는 단일 의료기관과 계약하여 현재와 같은 방식으로 운영되도록 하는 것도 가능할 수 있음.
 - 그러나 이 경우 역시 중앙정부가 결정한 인두수가 지출 총액 내에서 의료급여 진료비가 지출되어야 함.

<광역자치단체의 지역 의료기관 발전 독려책>

- ☐ 광역자치단체가 지역의료발전을 위해 해당 지역내 의료기관으로 구성된 『건강향상지원단』과 배타적으로 계약하거나 지정시 가산점을 주는 방식 가능
 - 그러나 이는 의료급여 수급권자의 의료기관 선정을 제한하는 문제점 내재

<특별 관리 광역자치단체에 수가 가산점 부여>

- ☐ 특정 광역자치단체가 수급권자 밀도가 낮고 멀리 떨어져 있어 『건강향상지원단』의 수급권자 관리가 어렵다고 판단될 경우 인두수가에 가산수가를 주어 의료이용관리 체계 구축을 지원하는 방안 가능
 - 일종의 의료취약지역의 의료제공을 원활히 하기 위한 차등수가제

<『건강향상지원단』의 시장독점 방지>

- ☐ 경쟁을 제한하는 『건강향상지원단』의 과도한 시장독점화 (monopolization)를 막기 위하여 그리고 『건강향상지원단』 간의 가격담합을 방지하기 위하여 의료시장에서의 불공정거래행위에 대한 내역을 구체화하고 공정거래법 등에 의거하여 감시체계를 강화

<의료제공자만 진료비 절감 incentive 부여 가능>

- ☐ 『건강향상지원단』에게만 진료비 절감 incentive를 부여
 - 인두수가 총액에서 진료비 총액을 차감한 잔액을 모두 『건강향상지원단』에게만 진료비 절감 incentive 로 지불 가능
 - 그러나 이 경우 수급권자가 적극 개입하는 절감 동기 소멸

<광역자치단체별 의료급여 급여영역 독자적 확대 가능>

- ☐ 각 광역자치단체는 의료급여 수급권자에게 진료비 절감액을 이용해 고유의 추가 급여를 보장할 수 있도록 허용가능
 - 광역자치단체간 관리·운영효율화를 위한 경쟁유도

<거시적 비용절감을 위해 경쟁입찰방식 적용 가능>

- ☐ 각 광역자치단체는 중앙정부가 추정한 수급권자 특성별 인두수가를 상한으로 수급권자 규모별 지불보상액을 『건강향상지원단』과 경쟁입찰방식(competitive bidding)으로 계약할 수도 있음.

- 만일 본 제도의 미시적(micro) 진료비절감 메커니즘이 작동하지 않을 경우 각 광역자치단체는 의료의 질, 성과, 비용, 사후관리 방안 등을 평가하여 수급권자 규모별 지불보상액을 경쟁입찰방식으로 결정하여 거시적 (macro) 진료비절감 메커니즘을 구비할 수 있음.
- 각 광역자치단체의 의료급여기금과 경쟁입찰액의 차액은 의료급여수급권자의 본인부담비용을 보조하거나 부가급여확대 또는 지역내 수급권자 확대에 사용

<의료제공자의 참여 기피시 의료제공과행 방지방안 마련>

- ☐ 『건강향상지원단』만을 의료급여지정기관으로 할 경우 이들의 구성 및 참여도가 낮을 경우 수급권자의 의료이용에 장애가 발생할 수 있음.
- ☐ 따라서 현행과 같이 건강보험 지정기관을 의료급여 지정기관으로 자동지정하고 광역자치단체가 추가로 『건강향상지원단』을 선정하는 방안 가능
 - 이때 『건강향상지원단』에서 서비스를 받기 원하지 않는 의료급여 수급권자는 전액 본인부담으로 현행 의료급여제도에서의 수가를 지불
 - 『건강향상지원단』이 구성되지 않은 광역자치단체에서는 기존과 같은 행위별 수가에 의해 비용 지불

<정책 순응도 제고를 위한 정책홍보 강화>

- ☐ 의료급여 수급권자와 의료제공자가 모두 진료비 절감을 위해 건강향상을 개인 및 건강노력을 증대하도록 하는 것이 본 개혁방안의 핵심이므로 의료급여 수급권자의 정책순응을 높이기 위한 정책홍보 방안 강구

- 예로 “의료급여 수급권자 개인 주치의 갖게 되” “진료비 절감하면 현금으로 보상” 등의 catch-phrase로 홍보

□ 의료계의 정책 순응을 높이기 위한 방안 강구

- 광역자치단체에서 선정되고 우수하게 평가받은 『건강향상지원단』에 속한 의료기관은 『의료기관평가』와 전공의 수 책정 등에서 가산점을 부여
- 또는 향후 도입될 의료기관 신임제도 평가 시 가산점 부여 또는 평가 면제 혜택
- 기타 이들 의료기관이 빈곤층 의료부조에 동참함을 고려하여 각종 혜택을 정책적으로 마련

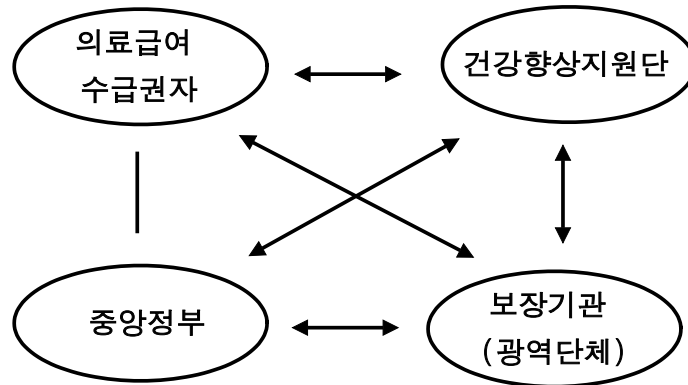
7. 의료급여 중기 개혁의 기대효과

□ 개혁에 따른 새로운 경쟁구조에서는 의료급여 수급권자, 후원자(중앙정부), 『건강향상지원단』, 보장기관(광역자치단체) 간 다차원 경쟁(multi-lateral competition) 환경이 작동(그림 2-2-7 참조)

- 각 광역자치단체는 매년 계약상에 합의한 평가 기준과 타 광역자치단체에서 수행한 평가 결과 등을 광범위하게 참고하여 『건강향상지원단』과의 재계약 여부를 결정
- 의료급여 수급권자는 『건강향상지원단』을 자신의 경험과 광역자치단체의 공표 결과를 활용하여 『건강향상지원단』을 선택
- 또한 후원자인 중앙정부는 광역자치단체의 정책운영의 효율성 평가
 - 지역주민에게 공표하고 『건강향상지원단』의 성과를 다양하게 비교·평가하여 급여대상 및 예산규모 확대 등 적절한 대책을 강구할 수 있음.

- 지역주민은 의료급여에서 더 많은 혜택을 주는 광역자치단체를 찾아 이주(인구경제학에서의 benefit-motivated migration)

[그림 2-2-7] 개선된 의료급여제도에서의 다차원적 관리된 경쟁 구조



(참고: ↔ 평가·선택과정을 통한 내부경쟁관계)

- 이 개선안에 의하면, ‘규제일변도의 정부 관리’ 대신 ‘계약에 근거한 시장 관리’에 의존하여 의료의 질, 비용, 성과를 관리하고 단계가 연계된 광범위하고 포괄적인 건강관리가 수행되게끔 구조를 개선할 수 있음.
- 저소득으로 건강손실 또는 잠재적 건강악화계층에 주치의를 두어 건강향상을 지원 할 수 있음.
- 장애인, 아동가장가정, 알코올 등 약물 중독자, 정신질환자, 외국노동자 등 취약 계층에 대해 주치의를 두어 건강관리를 할 수 있음.
- 명목상인 현재 의료전달체계에서 실질적 의료전달체계로 개선되는 효과 발생
- 의료기관간 중복진료와 과잉 고가의료기기 도입경쟁(medical arms race)을 억제하고 기관간 역할 및 기능을 분화하며 병원의 개방형 병원 등으로의 전환을 촉진할 수 있음.
- 『건강향상지원단』에서의 비용절감 노력은 경미한 질환의 진료영역에 전문의 등 고비용 의료인력을 투입하지 않고 일반의를 투입하는 등

보건의료인력의 효율적 재조직(reorganization)을 촉발시킬 수 있음.

- ☐ 『건강향상지원단』에서의 비용절감노력은 최근 우리 의료체계의 심각한 문제인 고가 외국 약품사용을 줄이고 비용효과적인 저가 국산 의약품 또는 퇴장방지의약품 사용을 촉진할 수 있음
- ☐ 조세로 비용을 지불하는 공공부조에서 그 비용이 오히려 쓰이게끔 정부가 개입하되 자본주의경제하에서 시장기구(market mechanism)를 이용하여 운영
- ☐ 의료제공자도 소비자를 만족시켜야 이후 선택이 되므로 소비자 욕구에 더욱 능동적으로 반응하게 됨. 즉, 반응성(responsiveness) 제고
- ☐ 국고 지역배분시 의료급여비 총액을 정부가 관리할 수 있어 일종의 총액예산제(global budgeting)의 효과를 얻을 수 있음.
 - 더욱이 포괄수가제(DRG) 등 진료비 지불방법 개편 논의 과정에서 오는 사회적 비용 부담 대신에 『건강향상지원단』내에서 다양한 진료비 지불방식을 운용할 수 있음.
- ☐ 의료급여에서의 비용절감 의료이용양상은 비교·평가·분석되어 국민 건강보험부문과 도입 예정인 “노인수발보험”부문에서의 의료이용 효율화에 선순환적 자극을 줄 수 있음.

8. 중기개혁의 단계적 추진 절차

- ☐ '06. 4 - '07. 3: “의료급여 수급권자에 대한 『건강향상지원체계』 구축방안” 연구용역 실시하여 구체적 정책대안식별 및 정책예측
- ☐ '07. 4 - '08. 3: 시범사업 및 평가방안 마련
- ☐ '08. 4 - '09. 3: 광역자치단체를 대상으로 대안별 시범사업 실시
- ☐ '09. 4 - '10. 3: 시범사업 평가 및 제도개선방안 마련
- ☐ '10. 4 - : 일부 광역자치단체 실시 및 점진적 확대

사회복지 · 보건 분야 작업반

서울대학교	: 김창엽(교수)
경기대학교	: 박능후(교수)
연세대학교	: 정우진(교수)
건국대학교	: 정의철(교수)
한국보건복지인력개발원	: 정홍원(교수)
한국보건사회연구원	: 고경환(책임연구원)
한국조세연구원	: 김재진(연구위원)
재정경제부	: 복지경제과장
보건복지부	: 재정기획관
건설교통부	: 주거복지지원팀장
한국개발연구원	: 윤희숙(연구위원)
“	: 조윤영(연구위원)
기획예산처	: 사회재정기획단장
“	: 복지재정과장