

Health Insurance Forum

건강보험포럼

2005 • 가을호

» 기획특집 : 사회안전망과 건강보험

- 사회적 안전망으로서 건강보험의 역할
- 사회안전망으로서 역할강화를 위한 보험재정의 지속적 안정화 방안
- 사회안전망으로서 건강보험 보장성 강화방안

» 정책분석 및 동향

- 미국 의료보장체계의 성과와 평가
- 국민건강보험공단의 건강관리사업의 현황과 발전방향
- 효율적 건강검진 수검관리를 위한 미수검자의 특성분석
- 우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제
- 프랑스, 스페인과 오스트리아의 의약품 상환제도와 가격-수량 연동제도
- 보건의료 영역에서의 소비자 선택에 대한 검토

» 최근통계

- 건강보험 주요 통계지표



제4권제3호

Health Insurance Forum

건강보험포럼

2005 • 가을호

» 기획특집: 사회안전망과 건강보험

- 사회적 안전망으로서 건강보험의 역할 / 2 ... 이준영
- 사회안전망으로서 역할강화를 위한 보험제정의 지속적 안정화 방안 / 16 ... 김진현
- 사회안전망으로서 건강보험 보장성 강화방안 / 37 ... 임 준

» 정책분석 및 동향

- 미국 의료보장체계의 성과와 평가 / 51 ... 김창엽
- 국민건강보험공단의 건강관리사업의 현황과 발전방향 / 63 ... 이원철
- 효율적 건강검진 수검관리를 위한 미수검자의 특성분석 / 76 ... 이애경 · 박일수
- 우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제 / 102 ... 김용년
- 프랑스, 스페인과 오스트리아의 의약품 상환제도와 가격-수량 연동제도 / 116 ... 김성욱
- 보건 의료 영역에서의 소비자 선택에 대한 검토 / 131 ... 허순임

» 최근통계

- 건강보험 주요 통계지표 / ... 140
-



사회적 안전망으로서 건강보험의 역할

이 준 영

서울시립대 사회복지학과 교수

건강보험은 의료보장을 위한 1차적 사회적 안전망이다. 그러나 우리나라에서는 적지 않은 사람들이 건강보험의 보호로부터 배제되어 사각지대에 노출되어 있다. 사회적 안전망의 사각지대는 적용대상의 포괄성과 급여의 충분성 관점에서 파악할 수 있다. 불완전한 근로나 저소득으로 인해 보험료를 제때에 납부하지 못하여 건강보험의 급여를 받을 수 없는 사람들은 적용의 사각지대에 있다. 그리고 건강보험의 급여를 받는다 해도 그 보장수준이 낮아 질병의 위험으로부터 충분히 보호받지 못하는 경우가 급여의 사각지대에 속하게 된다. 적용의 사각지대 해소를 위해서는 보험료 징수관리를 강화하되 납부능력이 없는 경우는 대납 등의 경감조치가 필요하다. 급여의 사각지대 해소를 위해서는 비급여를 대폭 축소하고 급여의 본인부담을 낮춰야 할 것이다. 이와 같은 사회적 안전망의 확충에는 많은 재원이 필요하고 건강보험료의 인상이 불가피하기 때문에, 이에 대한 국민들의 동의를 얻어내기 위한 건강보험공단의 주도적 역할이 요구된다.

주제어: 건강보험, 사회적 안전망, 사각지대, 대상의 포괄성, 급여의 충분성

I. 시작하는 말

사회적 안전망에 관한 논의는 주로 성숙한 산업화를 이룬 선진 복지국가위주로 진행되어왔다. 그러나 1980년에 중반 이후 세계은행과 국제통화기금 등의 국제기구가 중심이 된 제3세계 국가의 사회적 안전망 구축을 위한 지원사업이 활발히 전개 되면서 다시 학계의 주목을 받기 시작하였다. 사회적 안전망이라는 용어가 본격적으로 사용된 계기는 1990년대 초 동구권의 몰락이었

다. 당시 계획경제에서 시장경제로의 급격한 전환과정에서 발생하였던 사회적 고통부담을 최소화하기 위해 개혁 방안을 논의하는 자리에서 ‘적절한 사회적 안전망의 창출’이라는 용어가 처음으로 사용되었으며, 이후 빈번하게 사용되고 있다.

우리나라에서 사회적 안전망에 관한 본격적인 논의는 IMF사태이후 시작되었으나 주로 실업과 빈곤층위주로 논의가 진행되었으며 의료보장과 관련된 사회적 안전망에 관한 논의는 그다지 이루어지지 않았다. 최근 일부계층이 건강보험의 사

각지대에 노출되고 있다는 주장과 함께 건강보험의 1차적 사회적 안전망 기능에 대하여 재조명의 필요성이 제기되고 있다. 여기에서는 사회적 안전망으로서의 건강보험의 기능을 재정립하기 위해 건강보험제도의 문제점과 개선방안을 모색하려고 한다.

II. 사회적 안전망과 건강보험

1. 사회적 안전망의 개념과 특징

우리나라에서는 1997년 경제위기로 IMF와 세계은행으로부터 구제금융을 조건으로 사회적 안전망(social safety nets)의 확충을 요구받으면서부터 본격적인 논의가 시작되었다(문진영, 1998). 사회복지학계에서는 사회적 안전망을 사회보장제도와 유사한 개념으로 사용하여 왔다(유길상·안학순, 1998). 사회적 안전망은 “삶의 주기에 따라 누구에게나 나타날 수 있는 다양한 위험으로 인하여 빈곤의 상태로 떨어지지 않도록 사회적 차원에서 보장하는 각종 제도적 장치”로 파악되기도 하였다(방하남 외, 1998). 다시 말하자면 사회적 안전망은 자본주의 사회에서 사회 구성원들이 삶의 주기에서 경험하게 되는 다양한 사회적 위험들로부터 그들을 사회적으로 보호해 주는, 즉 소득의 중단이나 예외적 지출이 발생할 경우 이를 보전해주어 기본적인 생계를 유지할 수 있게 하는 각종 제도적 장치이다.

사회적 안전망의 특징은 크게 2가지로 파악할 수 있다. 첫째, 기초생활의 보장을 위한 제도이다. 이 경우 사회적 안전망에 대한 일반적인 개념은 보편적인 사회보장제도의 개념정의와 차별성이 없다. 여기서 사회적 안전망의 기본적인 기능은

사회구성원으로 하여금 사회적으로 합의된 어느 수준 이하로 떨어지지 않도록 안전하게 망을 설치하는 것으로 요약되며 ‘최저수준(national minimum)’의 생활이 보장되는 베버리지식 용어의 현대적 표현이라고 볼 수 있다(류진석, 1998).

둘째, 취약계층을 위한 선별적인 제도로서 사회적 안전망이다. 사회복지학에서 최초로 사회적 안전망에 관해 체계적으로 논의한 Gilbert & Specht(1974)은 사회적 안전망을 잔여적 복지 기능으로 한정하였다. 또한 국제통화기금(IMF)이나 세계은행 등에서도 사회적 안전망에 관하여 구조조정시기에 한시적으로 경제적 압박이나 예기치 않은 재난을 겪고 있는 사람들을 돕기 위한 목적으로 경제적 구조조정을 원활하게 하기 위해 고안된 사회프로그램이라고 인식하고 있다(문진영, 1988, Chu & Gupta, 1998). Standing(1997).

이러한 논의들을 종합할 때 사회적 안전망은 구조조정의 역효과를 최소화하기 위한 장치이며 사회적 안정을 위협받는 취약계층의 기본생계유지에 필요한 욕구를 충족시킬 수 있는 사회보장 프로그램으로 이해할 수 있다.

2. 사회적 안전망의 프로그램 및 단계

1) 우리나라의 사회적 안전망

사회적 안전망은 넓은 의미로는 각종 사회보험과 공공부조를 비롯한 일시적인 소득보장제도를 모두 포함하며, 좁은 의미로는 제도화되고 지속성을 갖는 공적 제도를 의미한다(김옥희, 1999). 우리나라에서 사회적 안전망은 빈곤선이나 최저임금수준과 관련되어 있는 개념이며 더 나아가 빈곤층에 대한 복지정책과 직접적으로 연계된다. 이를 구체적으로 보면 사회적 안전망은 각종 사

회보험과 공공부조 등이 모두 포함되며 IMF사태 이후 우리나라에서 실시되었던 공공근로사업 및 취업대책 등도 넓게 보았을 때 사회적 안전망에 해당된다(김정혜, 2004).

<표 1>에서 알 수 있듯이 우리나라는 3단계로 사회적 안전망이 구축되어 있다. 1차 안전망은 일반국민을 대상으로 한 건강보험을 비롯한 4대 사회보험으로 이루어져 있다. 2차 안전망은 1차 안전망에 의하여 보호받지 못하는 저소득층을 위한 공공부조인 국민기초생활보장제도와 공공근로 그리고 부대사업으로 구성되며 의료급여는 여기에 해당된다. 마지막 3차 안전망으로는 재난을 당한 사람들에게 한시적으로 최소한의 생계를 보장하는 긴급구호제도가 있으며 의료구호는 여기에 속한다.

2) 사회적 안전망과 사회보장의 사각지대

최근 사회보장과 관련하여 제기된 정책적 이슈

는 사회적 안전망의 사각지대에 관한 것인데, 사각지대는 크게 두 가지로 유형을 구분할 수 있다. 하나는, 개도국에서 전형적으로 관찰되는 비교적 전통적인 사각지대의 문제이며, 다른 하나는 최근 경제의 세계화와 노동시장의 유연화 과정에서 선진국을 중심으로 새롭게 발생하는 사각지대의 문제이다(석재은, 2004).

이러한 사각지대는 대상포괄성과 급여의 충분성의 관점에서 파악할 수 있다. 대상의 포괄성에서 볼 때 기초보장의 사각지대는 수급자가 되어야 함에도 불구하고 선정되지 못하는 경우이고, 급여의 충분성 측면에서 사각지대는 급여를 받고도 최저생활을 유지할 수 없는 경우로 파악된다. 이외에도 수요자 측면에서 사각지대는 여러 가지 이유로 자신의 힘으로는 기본적인 욕구를 충족할 수 없음에도 불구하고 공적 보장체계로부터 배제되거나 급여의 부족으로 욕구가 결핍된 채 살아 가고 있는 상태를 의미한다. 결국, 사각지대는 사회적 안전망의 보호(protection)로부터 배제

<표 1> 사회적 안전망의 구분

단 계	담당 업무	위험 요소	대상 계층	담당 영역
1차 사회보험	건강보험	질병	국민전체	공공영역
	국민연금	노령	일반근로자	
	산재보험	산업재해		
	고용보험	실업		
2차 공공부조 · 보완제도	공공근로		보완제도	실직자
	직업훈련			
	각종부대사업			
3차 긴급구호	국민기초생활보장(의료급여 포함)		저소득층	민간영역
	긴급식품권			
	긴급의료권(의료구호)			
민간사회안전망	자선 · 구호 · 모금 활동	실업 · 빈곤		

자료: 김상균 · 최일섭 · 최성재 · 조홍식 · 김혜란(2001)에서 재구성

(excluded)되는 것을 의미한다. 이와 같이 사회보장 사각지대의 개념은 사회적 안전망의 개념과 긴밀한 관련성을 지니기 때문에 사회적 안전망에 관한 논의에 있어 사각지대와 관련된 분석의 틀을 활용할 수 있을 것이다.

3) 사각지대 발생의 원인

사각지대 발생의 원인은 대상의 포괄성과 급여의 충분성의 관점에서 파악할 수 있다. 우선, 대상의 포괄성과 관련된 사각지대인데, 그 발생 원인은 다시 세 가지로 구분될 수 있다(석재은, 2004). 첫째는 법·제도적으로 당연적용범위에서 배제되는 구조적 배제 유형이다. 사회보험방식에 입각, 각출기특과 연계하여 수급권이 발생하는 제도 하에서는 근로소득자를 중심으로 당연적용범위가 설정되고 불완전 근로계층은 사회보험의 적용에서 배제된다. 사회보험의 경우는 원칙적으로 모든 국민에게 적용되기 때문에 배제의 문제가 없다고 볼 수 있으나, 현실적으로 비공식부문종사자 및 일정 소득이하 저임금 근로자 등 보험료를 납부할 충분한 소득을 얻지 못해 사실상 사회보험의 혜택으로부터 배제되는 계층이 존재할 수 있다. 둘째로 법적으로는 적용범위에 포괄되어 있으나 소득과약능력 등 관리행정의 역량부족이나 징수 등행정적 태만으로 적극적인 적용 노력이 부족한 경우에 발생하는 배제의 유형이다. 이러한 관리운영상의 배제 유형에는 소규모사업장 근로자, 비정규근로자, 비정형근로자 그리고 자영자 등이 포함되며, 경제적 원인에 의한 비자발적 체납의 가능성이 높다. 셋째, 자발적 배제는 제도에 불응하고 적용대상 스스로가 각출회피를 함으로써 발생하는 배제의 유형으로 사회보장제도의 도입이 짧아 제도정착이 불완전하고, 비공식

부문이 크며, 소득과약이 용이하지 않은 개도국에서 두드러지게 나타난다(석재은, 2004).

이와 같은 배제의 유형들은 서로 원인은 다르지만 상호 결합되면서 배제의 규모를 더욱 증폭시키기도 한다. 최근 경제의 세계화 및 노동시장의 유연화로 고용의 형태가 다양해지면서 구조적 배제와 관리운영상의 배제가 더욱 증가될 가능성이 크다. 사회보험의 가입자 중 보험료를 납부할 수 없어 체납하는 세대가 늘어 사회보장의 혜택을 받지 못하는 경우 대상의 포괄성 관점에서 볼 때 사회적 안전망의 사각지대가 발생된다.

그리고 급여의 충분성의 관점에서도 사각지대를 파악할 수 있다. 특히, 건강보험의 경우 제공되지 않는 비급여 부분이 많고 제공되는 급여의 범위가 제한적이어서 가입자가 부담하는 진료비가 많다면 급여의 충분성 관점에서 볼 때 사회적 안전망의 사각지대가 존재하는 것이다.

III. 사회적 안전망으로 건강보험의 사각지대

앞서 사각지대의 실태에 대한 분석을 통해 사회적 안전망의 문제를 파악할 수 있음을 확인하였다. 여기서는 사각지대의 분석에서 활용된 적용대상의 포괄성(보편성)과 급여의 충분성(보장성)을 중심으로 사회적 안전망으로서 건강보험의 현황과 문제점을 살펴보려고 한다.

1. 적용대상(할당체계)의 사각지대

법적으로는 의료급여 수급권자를 제외한 모든 국민은 건강보험의 가입자이므로 사각지대는 없다고 생각할 수 있다. 그러나 3개월 이상 체납하

는 건강보험 가입자의 경우 급여를 제한 받기 때문에 건강보험의 사각지대에 노출되게 된다.

1) 적용현황

건강보험의 적용인구는 보험료 부담능력이 있는 계층을 대상으로 하고 있으며, 부담능력이 없는 계층의 경우 의료급여 수급권자로 선정하고 있다. <표 2>에서 보면 2003년 건강보험 가입자는 약 4천8백 55만명이며, 의료급여 수급자는 전체 인구의 3%로 나타나고 있다.

건강보험과 관련된 사회적 안전망에서의 문제점은 보험료 부담능력이 결여된 인구계층이 건강보험에 포함되어 발생하는 문제이다. 우리나라에서 빈곤층에 대한 연구들에 의하면 절대빈곤인구는 대략 10%내외로 추정된다. 문제는 건강보험에 적용되기 어려운 계층은 의료급여로 분류되어야 하나 전인구의 3%만 이에 해당된다는 점이다. 나머지 7%의 빈곤층은 소득이 최저생계비 이하

임에도 불구하고 소득인정액이 빈곤선을 넘거나, 실질적으로 부양받고 있지 못함에도 형식상 부양의무자가 존재한다는 이유로 의료급여의 수급에서 배제된다(정형선, 2004).

원칙적으로 10%에 달하는 절대적 빈곤인구들은 모두 의료급여에 포함시켜야 했지만, 의료급여에서 제외되어 건강보험에 포함된 의료보장인구의 7%에 해당하는 340만 명 정도가 제대로 보험료를 내지도 못하여 자격이 정지되거나, 또한 본인부담도 어려운 상황이다. 더욱이 [그림 1]에서와 같이 15% 정도에 달하는 상대적 빈곤층인 차상위계층은 법정본인부담금, 비급여에 대한 본인부담금, 만성질환자 및 희귀난치성질환자 등의 의료비의 부담으로 진료를 포기하거나 3개월 이상의 보험료 체납으로 급여를 제한받을 가능성이 높다(이규식, 2004). 결론적으로 절대적 빈곤계층과 상대적 빈곤계층에 대해서는 1차 사회적 안전망이 제 역할을 하지 못한다고 하겠다.

<표 2> 의료보장 적용인구 현황

(단위: 명, %)

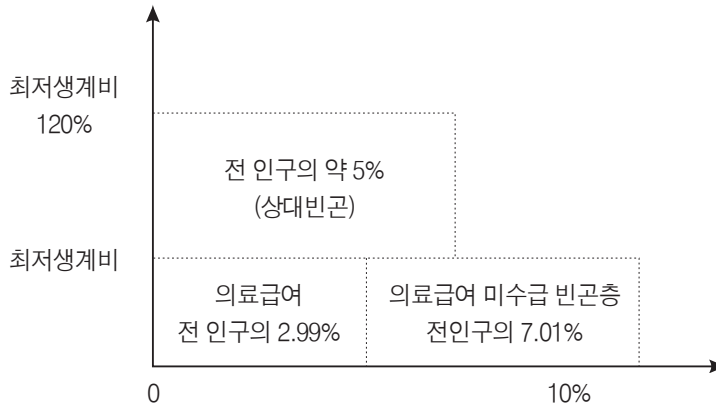
년도	1980	1990	1995	2000	2002	2003
총인구(A)	38,124,000	44,110,412	46,005,485	47,465,758	48,080,015	48,556,572
의료보장	11,368,055	42,869,000	44,851,000	47,008,000	47,640,000	47,925,000
건강보험	9,226,365	40,180,023	44,015,900	45,895,749	46,659,476	47,102,186
의료급여(B)	2,141,690	3,930,389	1,989,585	1,570,009	1,420,539	1,453,786
비율(B/A)	5.6	9.2	4.4	3.3	3	3

주: 1990년도에는 의료부조 제도가 있어 1,276,469명이 포함.

<표 3> 직장가입자의 자격변동 상황(2004. 4월 기준)

구 분	사업장 (개소)	가입자 (명)	자격변동을
5인 미만 사업장	238,436	648,294	81,157(13%)
전체 사업장	514,481	8,794,477	696,524(8%)

자료: 이규식(2004)



자료: 이규식(2004)

[그림 1] 빈곤인구와 의료급여 수급인구

2) 직장가입자 적용상의 문제점

일반적인 직장가입자들은 적용상의 문제는 없지만, 영세 사업장의 근로자의 경우 사회적 안전망의 사각지대에 놓이게 될 수 있다. 즉 영세사업장은 경기변동에 민감하여 경제상황에 따라 직장의 폐쇄 및 실업 등으로 인한 자격변동이 심하기 때문이다. <표 3>에서 직장가입자 전체의 자격변동율과 5인 미만 영세 사업장의 자격변동율을 비교하여 본다면 영세사업장은 전체 사업장 평균에 비하여 자격변동이 훨씬 높고 보험료 체납의 가능성이 그만큼 높다. 장기적인 체납은 보험급여의 제한으로 이어질 수 있기 때문에 영세 사업장의 상대적으로 높은 자격변동율이 1차 사

회적 안전망인 건강보험의 사각지대 발생 요인이 될 수 있다.

3) 지역가입자 적용상의 문제점

지역가입자는 직장가입자에 비하여 더욱 많은 문제가 있을 것으로 추정된다. 이미 앞에서 언급한 의료급여에 포함되지 못하는 차상위 절대빈곤층들의 대다수가 지역가입자라는 점이다. 따라서 건강보험에서도 특히 지역가입자들이 사회적 안전망에서 더 많은 한계를 가질 것으로 추정된다.

지역가입자의 경우도, 모든 세대에 소득기준에 따라 보험료를 부과하는 것이 원칙이다. 지역가입자의 보험료는 <표 4>에서 알 수 있듯이 소득,

<표 4> 지역가입자 보험료 부과기준

	부과표준소득(적용점수) × 126.5 부과요소별 점수를 합산 (적용점수 당 금액)
5백만원 이상	소득 + 재산(전·월세포함) + 자동차 등이 부과요소별 점수에 포함
5백만원 이하	생활수준(재산·자동차 등) 및 경제활동 참가율(성·연령) + 재산(전월세 포함) + 자동차 등이 부과요소별 점수에 포함

재산(전·월세, 자동차 포함), 세대원의 성·연령 등을 부과기준으로 하고 있으며, 과세소득 연간 5백만원을 기준으로 부과요소를 달리 적용하고 있다. 과세대상소득이 연간 500만원 이상인 세대는 소득에 비례하여 건강보험료를 부과하지만 과표소득이 연간 500만원 미만이면 과표소득으로 보험료를 부과할 수 없어 평가소득(생활수준 및 경제활동참가율 지표)으로 보험료를 부과하고 있다.

평가소득에 의하여 보험료를 납부해야 하는 세대는 지역가입자 세대의 88%에 달하는데, 평가소득을 적용하는 기준은 월소득 41만 7천원으로 2인 가구 최저생계비에도 미치지 못하는 낮은 소득이다. 따라서 액면소득으로 따진다면 지역가입자 세대의 88%가 건강보험 대상이 되어야 하는 것이 아니라 의료급여 대상이 되어야 할 상황이다. 이러한 사실은 지역가입자 세대의 소득이 낮아서 나타난 결과이기 보다는 소득노출 구조상의 문제로 인하여 나타난 결과이며, 현재의 허술한 소득과 약 실태 하에서는 건강보험이 사회적 안전망으로서 제대토의 기능을 하는데 명백한 한계가 있다(이규식, 2004).

지역가입자와 관련된 또 다른 사회적 안전망의 문제는 지역가입자의 경우 소득 파악이 용이하지 않고 보험료를 원천징수 할 방법이 없기 때문에 보험료 체납을 하여도 적절한 대응방안이 없고 보험료체납이 급여의 제한으로 이어지게 된다는 것이다.

4) 건강보험료 체납의 유형과 사각지대의 실태

앞에서 살펴본 다양한 요인들에 의해 건강보험료가 체납되고 그로인해 가입자는 급여를 받을 수 없게 되어 건강보험의 사각지대가 발생된다. 체납세대는 납부능력에 따라 여러 유형으로 나눌 수 있으나(정형선, 2004), 여기서는 3가지로 구분한다. 우선, 보험료 체납의 유형은 크게 비자발적인 경우와 자발적 경우로 구분된다. 비자발적 체납의 첫 번째 유형은 노인, 장애인, 아동, 임산부, 만성 및 희귀질환 등 취약계층의 인구·사회학적 요인으로 인한 장기체납이고, 두 번째 유형은 실업, 재해, 휴·폐업으로 소득상실 또는 감소에 의해 일시적으로 체납하는 경우로 의료보장 인구의 7%가 여기에 해당되어 약 340만 정도가 보험료를 체납하고 있다. 그리고 자발적 체납은 비경제적 요인 주소불명, 습관적 체납, 소득이 충분함에도 불구하고 제도거부나 도덕적 해이 등의 요인으로 체납하는 경우 등이다.

한편, 실직으로 직장을 잃게 될 경우 바로 지역가입자로 편입되는데 이들이 제때 보험료를 납부하지 않을 수 있다. 지역가입자의 보험료는 소득이 없어도 평가소득, 재산, 자동차 등을 기준으로 부과되기 때문에 직장보험에서 보다 더욱 높아질 수도 있기 때문이다. 이 경우 다른 직장을 갖게 될 때까지 신고를 미루게 되고 결국 1차 사회적 안전망인 건강보험에서 배제되는 경우도 있을 수

〈표 5〉 3개월 이상 체납세대 현황

(단위: 만 세대)

	2000	2001	2002	2003
3개월 이상체납세대	190	161	136	153
지역가입자대비 구성비(%)	23	19	15	17

자료: 김진수(2003)

있다(이규식, 2004).

2003년에 3개월 이상 보험료를 체납한 세대는 전체 가입세대의 17%인 153만 세대였다. 연도별로 보면 <표 5>에서 알 수 있듯이 2000년에 190만 세대, 2001년에 161만 세대 그리고 2002년에 136만 세대로 일시적으로 감소하였다 2003년 이후 다시 증가추세를 보이고 있다. 보험료를 3개월 이상 체납할 경우 규정상 수급자격을 제한하는 것이 원칙이다. 2003년 보험료체납으로 인해 급여가 제한된 경우는 총가입자의 4.6%에 달하였는데(김진수, 2003), 이들은 사회적 안전망인 건강보험의 사각지대에 노출되어 있다.

2. 급여의 불충분성으로 인한 사회적 안전망의 사각지대

건강보험의 비급여를 포함한 본인부담비율이 높아 소득이 충분치 못한 계층이나 중증질환자의 경우 의료보장의 사각지대에 노출될 가능성이 높다. 이와 같이, 급여의 충분성 관점에서의 파악되는 건강보험 사각지대는 유사한 경제수준에 있는 국가들에 비교해도 낮은 수준의 건강보험료와 급여의 확대를 통해 공적 보험의 보장성을 강화하고자 하는 것에 대한 일부 계층의 반발 등에 기인한다.

1) 건강보험의 보장 수준

1993년 실시된 조사(이현실 1993)에서는 비급

여를 포함한 본인부담에 대한 3차 의료기관은 본인부담율이 58.9%, 1,2차 의료기관에서는 50.4% 그리고 평균 52%로 나타났다. 1999년 종합병원을 대상으로 병원의 진료수입 중 본인부담금이 차지하는 비율은 외래 67.4%, 입원 40.3%로 평균 51.7%로 나타났다(김창엽 외, 1999). 최근 국민건강보험공단의 조사결과에 따르면 입원 34.4%, 외래에서는 64.7%로 전체 평균으로 하면 54.5%에 달하였다(이진경, 2002). 2003년에도 우리나라에서는 53%에 머물렀지만 <표 6>에서 알 수 있듯이 OECD 국가들의 건강보험급여율은 거의 70%를 넘었다. 최근 발표한 보건복지부의 자료에 의하면 우리나라 건강보험의 보장성 수준은 과거에 비해 높아졌으나 아직도 61.3%에 불과하여 진료비의 38.7%를 본인이 부담하는 것으로 추정할 수 있다(보건복지부 2005). 급여율이 다른 나라에 비해 매우 낮다는 것은 그만큼 건강보험의 보장성에 문제가 있으며 1차적인 사회적 안전망으로서의 역할을 제대로 하지 못하고 있음 을 의미한다.

2) 본인부담으로 인한 재정적 압박과 의료혜택의 제약

건강보험이 적용된다고 해도 환자는 법정 본인부담금을 지불해야 하는데, <표 7>에서 나타나듯이 본인부담율은 입원의 경우 총진료비의 20%이며 외래에서는 의료기관과 진료비액수에 따라 달

<표 6> OECD 주요국 보험요율 및 급여율 현황

(단위: %)

구분	한국	일본	프랑스	독일	벨기에	네덜란드
보험요율	3.94	8.5	13.5	14	10.8	17.6
급여율	53	88	73	91	88	76

자료: 보건복지부, 보건복지백서 2003.

라진다. 또한 건강보험의 급여 대상 진료일수가 365일로 제한되어 만성질환 등의 경우 본인부담이 발생하게 된다. 이와 같이 본인부담으로 인해 저소득 가입자는 재정적 어려움을 겪거나 의료서비스의 혜택을 제대로 받을 수 없는 상황에 처해 있다.

그러나 이러한 절대적인 본인부담 외에 비급여로 제공하는 서비스까지 포함할 경우 실질적인 부담은 <표 7>의 본인부담을 보다 높아지게 된다. 실제 병원에서는 법정 급여이외에 비급여 서비스도 제공하며 특히 병원이 전문화될수록 비급여 서비스가 많아진다. 진료행위 중 건강보험 급여원리에 부합되지 않는 행위나 기타 진료에 반드시 필요하고 향후에 의료발전에 기여할 가능성이 있다고 판단되지만 안전성·유효성이 최종적으로 확인되지 않은 경우가 비급여에 해당된다. 특히, 최근에는 식대, 상급병실 그리고 선택진료 등 이른바 3대 비급여로 인한 본인부담의 문제가 사회적 이슈가 되고 있다. 그리고 건강보험의 또 다른 사각지대는 치과진료와 한방진료에서 발견된다. 치과진료의 경우 급여율이 30%정도에 머

물고 있으며, 노인들의 욕구가 많은 비급여 한방 진료는 고액의 진료비와 낮은 경제력 때문에 적절한 진료를 받지 못하고 있다(김진현, 2004).

IV. 사회적 안전망으로서 건강보험의 과제

1. 체납으로 인한 사각지대의 해소

여기서는 앞에서 제시한 체납의 3가지 유형들에 대한 대책들을 살펴보았다. 첫째는 인구학적 요인에 의한 생계형 체납인데, 빈곤, 장애, 질병, 노령 등 구조적 요인에 의하여 장기간 소득이 없거나 기초생활이 곤란할 만큼 적어 부과된 보험료를 비자발적으로 체납하게 되는 세대이다. 이들은 부담능력으로 볼 때 최하위 계층으로 단기적으로는 체납된 보험료를 탕감하는 조치를 취하고 있지만¹⁾, 근본적으로 소득을 얻지 못하는 경우 지속적으로 탕감해 줄 수밖에 없고 이것이 다른 사람들에게까지 도덕적 해이를 불러일으키는 부

<표 7> 건강보험의 본인부담(2001.1 이후)

		외래 진료			입원 진료
종합전문요양기관		진찰료 + 진찰료 외 진료비 50%			총진료비의 20%
종합 병원	읍·면	총 진료비의 50%			
		4,600원 (15,000원 이하)	총 진료비의 45% (15,000원 이상)		
병원	읍·면	총 진료비 40%			
		4,100원 (15,000원 이하)	35% (15,000원 이상)	1,500원 65세 이상	
의원		방문 당 3,000원 (15,000원 이하)	30% (15,000원 이상)	1,200원 65세 이상	

자료: 김진수(2003)

정적 효과가 염려된다. 따라서 장기적으로는 의료급여수급권자로 선정하거나 건강보험가입자로 인정하고 대납하는 방안이 적절할 것이다. 이를 위해 취약계층의 소득과약 및 수급권자 선정을 위해 지역에 근무하는 사회복지전담공무원과의 긴밀한 협조가 필요하다.

둘째는 경제적 요인에 의한 생계형 체납으로 빈곤, 장애, 질병 노령 등 인구학적 요인보다는 경제적 요인에 의해 단기간 보험료를 체납하는 것으로 여겨지며, 지속되는 일시적인 경기침체, 실업, 실직, 재난 등 경제적 요인에 의하여 보험료를 비자발적으로 체납하게 되는 세대이다. 이들은 최하위계층보다는 생활여건이 상대적으로 낮지만 안정적인 보험료부담 능력이 없는 차상위계층에 속한다. 이들은 국가나 공단 차원의 정책적 배려보다는 납부설득 및 유인, 제도개선을 통한 동기부여 등 관리의 강화가 보다 필요한 계층이므로 자진납부 기간을 두고 그 기간 중 납부한 경우 체납보험료의 경감, 가산금 면제, 체납으로 인한 부당이득금 면제 등으로 자진납부를 유도하는 동기부여 방안이 필요하다(정형선, 2004).

마지막으로 비경제적 요인에 의한 비생계형 체납으로 경제적 이유보다는 건강보험제도에 대한 필요성이 떨어지는 세대이거나, 제도에 대한 불만족이나 의도적 기여회피 등 경제외적 요인에 의하여 체납할 개연성이 높은 세대로 차상위계층보다 생활여건이 매우 좋은 유형이다. 이들이 고의적인 체납자로 확인되는 경우, 우선적으로 압류 등 체납처분 절차를 즉시 진행하는 등 징수관리를 강화하고, 자발적인 납부를 유도하는 대책도 병행해야 한다.

그러나 건강보험료 체납자의 급여를 제한하는 것이 타당한지에 대한 근본적인 논의가 필요하다. 어차피 모든 국민으로부터 강제적으로 보험료를 징수하여 사회적 안전망을 제공하도록 한 건강보험에서 보험료체납을 이유로 사회적 보호로부터 배제하는 것은 적절하지 않다. 어떠한 경우에도 우선 급여를 받도록 하되, 체납의 원인을 파악하여 자발적인 기피 또는 체납에 대해서는 엄격한 처벌을 하고, 납부능력이 없는 경우는 탕감이나 대납을 통해 해결하는 것이 마땅하다.

2. 적용상의 사각지대 해소

보험료를 체납하는 하위계층이나 차상위계층의 경우 의료급여 수급권자로 선정하는 것이 그들에 대한 의료보장의 사각지대를 해소하는 방안이며 이를 위해서 건강보험에 대한 국고보조를 의료급여로 전환하는 것이 적절하다는 견해가 있다(이규식, 2004). 그러나 저소득층을 의료급여 수급권자로 대우할 때 제대로 된 의료혜택을 제공할 수 있을지 의문이다. 물론, 1종의 경우 본인 부담이 면제되어 의료에 대한 접근성이 원칙적으로는 높아지겠지만, 2종의 경우는 건강보험가입자와 같이 본인부담을 해야 한다. 그리고 현실적으로는 의료기관 종별가산을 때문에 수가가 다른 의료급여 비용을 부담하는 지방자치단체의 체불로 인해 의료기관들이 의료급여환자를 기피하는 일이 흔히 있다(김재연·엄의현, 2003). 따라서 의료급여 진료비를 건강보험의 보험료로 전환하여 건강보험의 가입자로 대우해야 하며, 체납이 불가피한 경우에는 국고보조를 통해 개인별로

1) 정부는 3개월 이상 체납한 85만 가구에 대해 3000천억원에 달하는 보험료를 탕감해주기로 했다. 조선일보 2005.6.2.

능력에 따라 대납해 주는 것이 적절하다. 본인부담으로 인한 문제도 이미 도입된 상한제나 보상제를 통하여 해결할 수 있을 것이다.

3. 급여율 제고를 통한 보장성 강화

그 동안 건강보험의 보장성이 낮다는 지적이 지속되어 왔으나 보장성을 강화하기 위한 시도는 건강보험의 재정 적자로 제대로 추진되지 못했다. 그러나 최근 보험재정이 단기적으로 흑자를 보임에 따라 건강보험 보장성을 선진국 수준까지 단계적으로 향상하려는 목표를 세우고 있다(보건복지부, 2005). 그러나 구체적인 방안에 관하여 다양한 의견들이 정리되어야 하며, 2008년까지 건강보험의 보장성을 70%로 높이기 위해서는 현재의 보험료 수입으로는 불가능하기 때문에 보험재정을 확보하는 방안에 관하여서도 체계적인 논의가 필요하다.

1) 비급여의 축소

비급여는 평가를 통해 단계적으로 급여로 전환해야 할 것이다. 최근 재정흑자로 발생한 여유자금을 진료비부담이 큰 중증환자의 본인부담 경감에 초점을 둘 것인가 또는 특히, 식대, 특진 및 상급병실 등을 포함하는 일반적인 비급여를 급여로 전환할 것인가 여부가 논의되고 있다. 여기서는 어떤 중증질환을 우선적으로 본인부담을 줄여줄 것인가도 문제이다(최숙자 · 김정희, 2005). 다만, 중증질환에 대한 진료비 부담을 덜어주는 것이 안전망의 본질적 취지에 부합하는 일이지는 하지만, 비급여항목이 여전히 존재하면서 본인부담율을 조정하는 경우 환자들이 본인부담의 절감 혜택을 확실하게 체감하기 어렵다. 비급여에 대한

인식조사에서는 MRI가 가장 우선적으로 급여되기를 원하는 것으로 나타났으나, 병실차액과 식대에 대한 요구도 상당히 높게 나타났다(정종찬 · 이동석, 2004). 그러므로 이른바 3대 비급여를 급여로 전환하는 것이 그로 인한 혜택을 받는 사람들의 수가 많아서 보장성 강화에 대한 인식을 확산시키는데 좀 더 효과적일 것으로 본다. 이를 통해 정부가 의도하는 추가적 보장성 강화에 필요한 재원을 마련하기 위한 보험료인상의 불가피성을 국민들에게 홍보하는데 좀 더 유리한 여론을 조성할 것으로 기대된다.

2) 본인부담 상한제의 개선

건강보험에서 높은 본인부담에 따른 가계부담을 덜어주기 위해 본인부담 상한제와 본인부담보상제가 실시되고 있다. 본인부담은 6개월간 300만원으로 제한되고, 30일간 120만원을 초과하는 급여대상 진료비의 50%를 보상한다. 그러나 급여대상 진료비가 본인부담금 중 차지하는 비중이 약 50%라고 가정할 경우, 본인부담보상제의 적용을 받기 위해서는 240만원 이상을 스스로 부담해야 하는 것으로 추정되기 때문에 혜택을 받는 경우는 매우 제한적이다. 건강보험 급여대상자인 장애인의 경우 휠체어의 급여기준액은 30만원, 보청기는 25만원으로 책정되어있으나 이는 수백만원이 넘는 전동휠체어와 특수보청기의 가격에 비하면 매우 적은 비용에 불과하다(이규식, 2005). 진료비로 인한 과중한 부담을 덜어줄 수 있도록 본인부담의 상한액과 보상기준액을 낮출 필요가 있다.

3) 급여수준확대를 위한 건강보험의 재정 구조 개혁

1차 사회적 안전망인 건강보험의 보장성을 제고하기 위해서는 보험급여대상 서비스를 확대하고 본인부담율을 조정하는 것이 필요하다. 건강보험의 급여를 확대할 경우 막대한 의료보장 재정이 소요될 것이고 이는 주로 보험료 인상을 통해 조달될 것이다. 그러나 보험료 인상을 통해 보장성을 확보하기 위해서는 2006년 이후 매년 평균 3~6%의 보험료인상이 필요할 것이라고 예상되며(보건복지부, 2005), 이에 대한 국민적 합의를 도출하는 것이 가장 중요한 정책적 과제가 될 것이다. 특히, 보험료도 조세의 일종으로 생각하는 일부 국민들의 반발이 예상되므로 보험료 인상 후 급여확대 보다는 급여확대 후 보험료인상의 방식을 택하는 것이 보험료 인상에 대한 반감을 줄이는데 도움이 될 것이다. 그리고 국민연금에 대한 불신에서 알 수 있듯이 적극적인 홍보를 통해 건강보험에 대한 인식을 제고하는 것이 보장성 강화의 성공여부를 결정하는 중요한 관건이다.

그리고 보험료 인상으로 부담이 늘게 되면 현재에도 문제가 되고 있는 소득과약의 부진으로 인한 계층 간의 부담의 형평성문제가 더욱 심각하게 제기될 수도 있기 때문에 이에 대한 대책이 필요하다. 또한 노동시장의 유연화로 비정규직이 증가추세에 있고 직역간의 이동이 심화되는 상황에서 충분한 보험료수입을 확보하기 위한 보험료의 부과 및 징수를 원활하게 하기 위한 별도의 노력이 요구된다.

한편, 건강보험의 보장성을 강화하는 동시에 보험료 인상의 압박을 줄이기 위해 경증진료비에 대한 건강보험의 재정지출을 줄이고 중증진료비에 집중적으로 투입하는 방안도 생각해 볼 수 있으나(최병호, 2004), 그 과정에서 본인부담이 전체적으로 현재 수준에서 유지되거나 높아져서는 안 될 것이다. 보험료인상의 압박을 줄일 수 있는

또 다른 방안은 국고보조의 수준을 높이는 것이라고 할 수 있다. 예를 들면, 최근 독일에서는 보험료 인상으로 기업의 부담이 늘어나서 경쟁력이 약화되는 것을 피하기 위해 조세를 통한 재원조달의 가능성을 논의하고 있다(이준영, 2004).

4) 의료구조의 개선을 통한 사회적 안전망의 확충

건강보험의 사회적 안전망 확충을 위한 사각지대의 해소를 위한 노력들은 의료공급 구조에 대한 변화를 수반하여야 더 큰 효과를 거둘 수 있다. 특히, 장기요양체계의 구축이 시급하다. 세계 각국에서는 노령화로 인한 의료보장의 문제가 향후에 더욱 심각해 질 것으로 보고 이에 대한 대책을 서두르고 있다. 우리나라에서도 노인의료비 증가 속도가 매우 심각하다는 것으로 알려져 있다. 노인의 경우 만성질환에 주로 시달리게 되는데 이들을 관리하는 시스템이 매우 부족하여 의료공급구조측면에서 볼 때 사회적 안전망의 사각지대를 발생시킬 가능성이 높다. 만성질환을 병원에서 치료하는 것은 그만큼 의료비 소모를 증가시켜 보험재정을 더욱 악화시키고 이는 다시 보험급여의 축소로 연결되어 의료보장제도의 사회적 안전망 기능을 제약한다. 이러한 문제에서 탈피하기 위해서는 만성질환을 예방하는 건강증진사업과 함께 일단 만성질환에 이환된 환자들에 대한 별도의 관리시스템을 만들어야 한다. 만성질환의 관리는 가정에서부터 시작하여 보건소를 중심으로 하는 방문 서비스, 간호양로원과 같은 요양시설에의 입소, 합병증이 일어날 경우 병의원에서 진료와 같은 연속선상에서 장기적 관리시스템의 구축이 필요하다. 보건소에서는 방문보건사업을 통하여 가정과 요양기관, 또는 병원과

연결시키되 가정에서 관리가 가능한 사람은 사회 복지사나 가정도우미 또는 자원봉사자 등의 방문 서비스를 통하여 가능한 한 의료적인 서비스가 필요하지 않도록 관리하는 것이 사회적 안전망 구축에 중요하다.

이 외에도 그 동안의 지속적으로 제기되고 있는 공공의료기관의 확충, 의료전달체계의 개선 그리고 진료비지불제도의 개선도 시급하다. 보험료 인상 등의 방법을 통해 건강보험의 재정을 확보할 수 있다 하여도 확보된 재원이 진료수가의 인상이나 비효율적 의료행위에 소모된다면 보장성을 강화하려는 노력이 기대한 효과를 거두기 어렵기 때문이다. 이와 같이 중요한 의료구조의 개선을 위해 건강보험이 주도적 역할을 수행해야 한다.

V. 결론 및 제언

사회적 안전망으로 건강보험이 제대로 역할을 하기 위해서는 직역변동과 체납으로 인한 사각지대를 해소하여야 하며 건강보험의 급여를 좀 더 확대하여 보장성을 강화하여야 할 것이다. 이러한 사회적 안전망의 확충을 위해서는 재원의 확보가 필수적이며 국민들의 인식을 제고하여 사회적 합의를 도출할 수 있는 방안의 모색이 시급하다. 이러한 노력들은 의료공급자의 동의와 협조 없이는 큰 효과를 거두기 어렵기 때문에 의료계와 대화와 타협을 할 수 있는 공식적인 합의구조를 구축하여야 할 것이다. 이 과정에서 건강보험공단은 보험료의 부과·징수기관의 역할에 만족하지 않고 보장성 강화와 의료구조의 개혁을 위해 주도적 역할을 해야 할 것이다. 이와 동시에 건강보험의 중요한 의사결정에 보험료를 부담하는 가입자와 사용자의 대표들이 참여할 수 있도

록 하는 방안을 모색하여 할 것이다. 건강보험공단이 진정한 의미로 가입자와 사용자의 대표자가 되기 위해서는 그들이 투표 등을 통해 건강보험공단의 임직원에게 직접적으로 책임을 물을 수 있는 방안의 도입도 필요하다.

참고문헌

- 김상균 · 최일섭 · 최성재 · 조홍식 · 김혜란., 『사회복지개론』, 나남출판사. 서울. 2002.
- 김연명. “저성장 고실업시대 사회안전망의 구축”, 『사회복지(계간)』, 제136호. 1998 봄, pp. 111-126.
- 김옥희. “대량실업시대의 사회안전망 확충방향”, 한국사회복지학회, 1999 춘계학술대회 pp. 342-368.
- 김재연 · 엄의현. “건강보험공단의 의료급여업무의 현황과 개선방안”, 『건강보험포럼』. 국민건강보험공단. 제2권제1호. 2003년 봄. pp. 55-66.
- 김정혜. “여성의 빈곤화와 사회적 안전망”, 한국행정연구원. 『행정포커스』, 2004. pp. 30-37.
- 김진수. “건강보험 재정부문의 발전과제”, 『건강보험포럼』. 2003 가을. pp. 15-20.
- 김진현. “고액 · 중증질환 본인부담에 대한 보장성 강화 방안”, 『건강보험포럼』, 2004년 가을호. pp. 15-25.
- 김창엽 · 이진석 · 강길원 · 김용익. “의료보험환자가 병원진료시 부담하는 본인부담의 크기”, 『보건행정학회지』. 1999. 9(4), pp. 1-14.
- 류진석. “사회적 안전망의 실상과 허상: 대량실

- 업대응과 관련하여”, 『동향과 전망』, 1998년 가을호. 통권 제39호. pp.
- 문진영. “고실업 저성장 시대의 사회적 안전망 구축에 관한 연구- 생활보호사업을 중심으로”, 『한국사회복지학』, 제35호. 1998.8. pp. 179-203
- 박능후. “빈곤계층 통계현황과 보호대상자 조사”, APEC 사회안전망 능력배양 국제 워크숍, 한국보건사회연구원. 2005.3. 23. pp. 27-58.
- 보건복지부. 『건강보험보장성 강화방안』 수립을 위한 공청회 자료. 2005.
- 방하남. “실업과 사회안전망”, 사회복지정책 제 7집. 1998.11, pp. 267-291.
- 석재은. “한국 연금개혁 어디로 갈 것인가: 보수적 개혁 vs 파라다임적 개혁”, 한국사회보장학회. 2004년 추계학술발표대회, pp. 203-254.
- 양옥경. “가족문제와 사회적 안전망”. 한국사회복지학회 심포지움. 『한국사회안전망의 현황과 대책』. 한국사회복지학회 심포지움. 2004.6.22. pp. 78-108.
- 유길상·안학순. “실업자 사회안전망의 유형과 특징”, 실업자사회안전망 국제비교. 한국노동연구원. 1998.
- 이규식. “의료에서의 사회적 안전망”, 한국사회복지학회 심포지움. 『한국사회안전망의 현황과 대책』. 한국사회복지학회 심포지움. 2004.6.22. pp. 46-76.
- 이준영. “독일 의료보험개혁(2003)의 동향과 쟁점”, 『FES-Information -Series』. 2004-03.
- 이진경. “건강보험 본인부담 실태와 추이 분석”, 『건강보험포럼』, 2002. 가을호. pp. 51-72.
- 이현실·문옥륜. “의료보험 환자의 비급여 진료비 본인부담금 징수실태분석”, 『국민보건연구소 연구논문집』. 서울대학교 보건대학원, 1993. pp. 18-32.
- 정종찬·이동석. “비급여진료비에 대한 인식조사”, 『건강보험포럼』, 2004 가을. pp. 72-84.
- 정형선. “의료보장 사각지대”, 국민건강보험발전위원회. 『국민건강보험발전을 위한 논의과제 I』. 2004.8. pp. 89-96.
- 최병호. “참여정부의 건강보험 5개년 계획”, 『건강보험포럼』, 2004. 봄호, pp. 9-21.
- 최숙자·김정희. 2005. “AHP 기법을 활용한 급여확대 우선병상 순위결정”, 『건강보험포럼』, 2005년 여름호. pp.112-129.
- 허 선. “사회안전망 확충을 위한 예산대책”, 『사회복지(계간)』, 142호. 1999 가을. pp.46-62.
- Ke-young chu & Sanjeev Gupta. 1998. Social Safety Nets. IMF. 제2장.
- Standing, Guy. 1997. “The Folly of social Safety Nets: Why Basic Income is needed in Eastern Europe”, Social Research. 64(4). pp. 1339-1377.
- Yoon, Bong Joon, “Social Safety Net: Lessons from the Past Experience”, KIHASA. Workshop on the APEC Social Safety Net Capacity Building, 2005.3.23. pp. 1-26.

사회안전망으로서 역할강화를 위한 보험재정의 지속적 안정화방안

김진현

인제대 보건행정학부 교수

건강보험이 재정위기에서 벗어나 2005년에는 1조원 이상의 누적흑자가 예상되며, 이에 따라 보장성 제고정책이 적극 추진되고 있다. 건강보험의 보장성은 사회안전망에서 핵심적인 요소이며, 참여정부가 제시한 보장률 70% 목표를 달성하기 위해서는 보험급여의 지속적 확대와 이를 뒷받침하는 재정의 안정적 운용이 필요하다. 사회안전망으로서의 기능을 수행하면서 동시에 보험재정을 안정화시키려면 재정수입의 확보와 지출통제가 동시에 조화롭게 이루어져야 한다. 수입은 보험료 결정방식 개선, 정부지원, 질병원인자부담금의 도입, 적자재정전략을 통해 확보하고, 지출은 총액예산제, 공단의 구매자 기능, 부당허위청구방지, 재가치료의 확대, 의약품 및 치료재료에 대한 가격계약제, 경제성 평가제도, 상대가치제도 개편, 국공립병원 물품의 공동구매 등을 통해 효과적으로 관리해야 한다. 장기적으로는 소비자들의 의료이용과 재정지출에 큰 영향을 미치는 의사의 인력의 적정한 공급을 유지하는 정책이 중요하다.

주제어 : 건강보험, 재정, 사회안전망, 보장성, 급여비 지출

I. 서론

건강보험재정이 지난 수년간의 적자상태를 극복하고 2004년부터 안정기조로 접어든 것으로 평가되고 있으며, 2005년에는 1조원을 상회하는 누적흑자가 예상되고 있다. 2000년 이후의 대폭적인 적자에도 불구하고, 당초 전망보다 일찍 적자를 탈피한 것은 정부의 재정안정대책에 힘입어 당초 정부추계치보다 높았던 보험료 인상, 급여 확대유보 혹은 축소, 본인부담 증가, 경기변동에

따른 의료이용의 감소 등에 기인한 것으로 판단된다.

그러나 재정안정을 단기간 내에 달성하는 데는 성공하였으나, 사회안전망으로서 건강보험의 취약한 보장성이 문제점으로 지적되어 왔는 바, 건강보험의 보장성 문제는 건강보험을 둘러싼 사회적 논의에서 최대 쟁점으로 부각하고 있으며, 참여정부의 보건정책평가에서 핵심적인 성과판단 기준으로 인식되고 있다. 이 때문에 정부는 최근 건강보험의 보장성 강화에 많은 노력을 기울이고

있다(보건복지부, 2005).

사실 1989년 전국민의료보험 시행 이후 지속적으로 급여확대정책이 추진되어왔으나 최초의 급여율이 매우 낮았고 신의료기술 및 고가의약품의 급속한 도입으로 인해 비급여 항목에 대한 지출이 급여비보다 더 빠른 속도로 증가해왔기 때문에 절대적인 급여비의 증가에도 불구하고 전반적인 보장성은 답보상태에 머물게 되었다. 다행히 2004년부터 참여정부는 건강보험 급여확대정책을 의욕적으로 추진하고 있으며, 최근 급여확대효과가 가시적으로 나타나고 있는 것으로 알려져 있다. 지난 5년간 급여확대정책의 효과를 보면 순급여비 증가가 2000년 280억원, 2001년 560억원, 2002년 820억원, 2003년 1,186억원이었으나 2004년에는 5,498억원으로 나타났다(김진현 외, 2005).¹⁾

그러나 보장성 확대 논의의 뒷면에는 항상 재정 안정적 운영이란 과제가 있다. 즉, 보장성과 재정은 동전의 양면과 같아서 보장성 강화에는 재정안정문제가 항상 그림자처럼 따라 다니고 있다. 재정이 뒷받침되지 않는 한 실질적인 급여확대는 거의 불가능하기 때문이다. 한편으로 건강보험이 사회안전망으로서의 기능을 다하기 위해서는 급여확대가 필수적인데, 다른 한편으로 이것이 보험재정을 불안하게 하기 때문에 막대한 재원이 추가로 조달되어야 하는 바, 이를 어떤 수단으로 어떻게 조달할 것인가가 핵심적인 과제이다. 이와 관련 정책당국의 고민은 지금까지 제시되어온 정책수단 외에 마땅한 대안이 없다는 점이며 본고의 논의 역시 그 한계를 벗어나지 못하고 있다.

또한 자원조달과 함께 논의되어야 할 정책과제는 제한된 재원을 효율적으로 배분하기 위한 급여비지출 관리방안이다. 여기에는 건강보험의 급여비를 직접 통제하는 방안에서부터 급여비에 간접적으로, 그러나 심각하게 영향을 미치는 요인에 대한 관리방안에 이르기까지 매우 다양한 정책수단이 포함된다. 선진국의 사례를 보면 대부분의 건강보험 재정안정대책이 급여비 지출의 효과적 관리에 집중하고 있음을 볼 때, 급여확대에 자원조달과 동시에 추구되어야 할 정책이 급여비 지출의 엄격한 관리임을 알 수 있다.

본고에서는 건강보험이 사회안전망으로서의 기능을 수행하는데 요구되는 보장성 강화를 안정적으로 뒷받침할 수 있는 재정관리방안을 모색해 보고자 한다. 기존의 논의를 포함하여 가능한 대안을 제시하되 중점적으로 고려되어야 할 대안은 별도의 기술을 추가하였다. 논의의 순서는 우선 건강보험재정과 보장률의 최근 현황을 살펴보고, 급여확대에 소요되는 재정의 조달방안과 급여비 지출의 효과적 관리방안, 관련 제도의 개혁방안을 제시하는 것으로 되어 있다.

II. 건강보험 재정 현황

1. 최근의 재정 현황

건강보험의 재정규모는 2000년 재정위기가 시작될 당시 10조원 안팎이었던 것이 2005년에는 20조원으로 불과 5년만에 두 배로 팽창하였다. 이와 같은 재정규모의 급격한 확대 이면에는 의

1) 1996년~2004년 기간동안 15건의 급여확대조치가 있었으나 급여확대효과는 CT, 백혈병 외래본인부담 산정특례, 한시적 비급여의 일부 급여전환(임상전기검사 등), 감마나이프, 항암제 투여기간확대 등 소수항목에 집중되었다. 또 종합병원급 이상에 집중되는 경향을 보였다.

약분업 시행에 따른 재정소요가 있었고, 진료수가 및 조제료의 급등, 국민들의 의료이용 증가, 빠르게 진행되는 인구구조의 노령화 등의 지출요인이 있다.

2001년의 대규모 재정적자를 계기로 건강보험 재정안정대책이 붓물을 이루었고(보건복지부, 2002; 최병호, 2002), 그 결과 건강보험재정은 <표 1>에서 보는 바와 같이 2003년에 1조 1천억원의 당기수지 흑자로 인해 누적적자가 1조 5천억원 수준으로 감소하였고, 이어 2004년에는 1조 6천억원의 당기수지 흑자로 인해 누적수지는 2001~2003년의 연속 적자에서 벗어나 3년만에 다시 800억원의 흑자로 돌아서게 되었다. 그리고 건강보험공단의 2005년 재정전망에 의하면 2005년 말에는 1조 1천억원의 당기흑자와 1조 2천억원의 누적흑자가 예상되고 있어(건강보험공단, 2005), 단기적으로 재정은 일단 안정추세로 접어든 것으로 판단된다.

2. 보험료 수입과 급여비 지출

1) 보험료수입과 급여비지출 동향

건강보험 재정의 안정화 경향은 <표 2>에서 보는 바와 같이 보험료 수입의 대폭 증가와 급여비 지출의 둔화가 상호 작용하여 나타난 것으로 보인다. 2002~2005년 기간동안 보험료 수입의 증가율은 당기수지가 적자였던 2002년에는 23.39%, 2003년에는 25.74%로서 상당히 높았고, 재정위기를 벗어난 2004년에도 12.85%로 유지되어 2005년의 9.27%와 함께 연평균 17.81%로 높은 수준인 반면, 급여비 지출의 증가율은 한 자리수에 머무르다 2005년의 보장성 강화정책으로 11.83%로 증가하여 연평균 8.01%로 추정되고 있다. 결과적으로 여기에서 발생한 잉여금이 누적적자 해소에 직접적으로 기여하였다. 급여비 지출이 지난 수년간 한 자리수의 낮은 증가추세

<표 1> 건강보험 재정 현황

(단위: 억원)

	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
수입계	168,231 (100.0)	185,722 (100.0)	200,587 (100.0)
보험료	131,807 (78.3)	148,745 (80.1)	162,538 (81.0)
국고지원	27,792 (16.5)	28,567 (15.4)	27,695 (13.8)
담배부담금	6,446 (3.8)	6,263 (3.4)	7,896 (3.9)
기타	2,186 (1.3)	2,147 (1.2)	2,458 (1.2)
지출계	157,437 (100.0)	170,043 (100.0)	189,095 (100.0)
급여비	149,522 (95.0)	161,311 (94.9)	180,391 (95.4)
관리운영비	7,915 (5.0)	8,732 (5.1)	8,704 (4.6)
당기수지	10,794 (6.4)	15,679 (8.4)	11,492 (5.7)
누적수지	-14,922 (-8.9)	757 (0.4)	12,249 (6.1)

주: 2005년도 수치는 건강보험공단의 전망치임.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2004.
국민건강보험공단, 재정전망, 2005.

를 보인 것은 2000년부터 시작된 재정위기 이후 급여확대가 거의 이루어지지 않았고, 정부의 강력한 재정안정대책이 시행되었기 때문이다.

2) 보험료의 인상과 실질 보험료수입

보험료 수입의 증가에서 한 가지 중요한 사실은 공식적인 보험료율의 인상폭에 비해 실제 보험료수입의 증가폭이 훨씬 크다는 점이다. 예컨대, 2002~2005년 기간동안 보험료율의 인상률은 연평균 6.08%였으나 실제 보험료 수입의 증가율은 연평균 17.81%로 나타나, 보험료 인상이 정부 추계치보다 매년 두 배 이상 높았음을 알 수 있다(표 2). 이는 연중 발생한 임금인상, 가입자수의 증가, 징수율 제고 등에 의한 자연증가분 때문이다.

그동안 보험료율의 인상폭을 결정할 때에는 보통 보험료수입의 자연증가분을 반영하지 않은 반면, 급여비 지출을 예측할 때에는 의료이용량 증가 등 지출의 자연증가분을 반영했기 때문에 두 요소간의 격차가 크게 나타나게 되었다. 어찌되었든 결과적으로 건강보험재정이 단기간에 안정

적인 단계로 진입하게 된 것은 건강보험재정의 운용에서 상당한 성과라고 평가된다.

3. 정부지원

건강보험재정안정에 기여한 또 다른 요인은 정부지원의 증가이다. 국고지원금의 증가 외에 특히 2002년부터 담배부담금이 건강증진기금에서 매년 6천여억원씩 건강보험재정으로 투입됨에 따라 정부지원금 규모는 2004년 현재 지역가입자 재정의 45%에 달하고 있다(표 3). 물론 이것은 재정건전화특별법 제정당시 정부가 약속한 50%에 미달하는 수준이고, 5인 미만 사업장의 직장편입으로 인한 지역재정 축소를 반영하지 못한 수치이다.²⁾ 그럼에도 불구하고 정부지원액은 2001~2003년 기간동안 총재정의 20% 수준을 유지함으로써 재정안정에 일정부분 기여하였다.

그러나 정부지원금이 총재정에서 차지하는 비율이 담배부담금 도입 이후 매년 감소하는 추세를 보이고 있으며, 2004년의 18.8%에 이어 2005년에는 17.7% 수준으로 하락할 것으로 예상되고

〈표 2〉 보험료수입 및 급여비지출의 변화추이

(단위: %)

	2002	2003	2004	2005	평균
보험료율 인상률 (보험료율, 직장)	6.70 (3.63)	8.50 (3.94)	6.75 (4.21)	2.38 (4.31)	6.08
실제 보험료수입 증가율	23.39	25.74	12.85	9.27	17.81
급여비 지출 증가율	4.76	7.74	7.88	11.83	8.01

주: 2005년 수치는 건강보험공단의 전망임.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 2004.

국민건강보험공단, 재정전망, 2005.

2) 지역재정에 대한 국고보조금은 차기년도 지역재정에 대한 예측치를 근거로 예산에 반영되기 때문에 실적치를 기준으로 측정한 결과와 차이가 발생한다. 그러나 매년 50% 이하였다는 사실은 추계상의 한계라기보다는 건강보험에 대한 예산부서의 인식부족 때문이라고 생각된다.

있기 때문에 잠재적인 재정불안 요인으로 작용할 소지가 있음에 유의할 필요가 있다.

Ⅲ. 선진국의 재정안정정책과 시사점

1. 재정안정정책의 기초

선진국들이 지난 수십년간 건강보험제도가 사회안전망 기능을 충실히 수행하도록 하면서 동시에 건강보험재정을 안정적으로 유지하기 위해 채택한 정책을 비교해보면 재정안정정책의 기초는 예측가능한 수준에서 지출을 통제하고 안정적인 수입을 동시에 추구하는 것이었다. 즉, 지출측면에서는 공급자에 의해 발생될 의료비의 총액을 미리 설정하여 그 범위 내에서만 지출되도록 하여 재정이 안정적으로 운영되게 하고, 수입측면에서는 보험료 인상의 방법, 인상의 범위, 인상의

조건 등을 포괄적으로 법으로 규정하고 있다는 점이다. 이러한 구조적 접근 하에서 가능한 수입과 지출에 관한 조항을 국민적 합의를 거쳐 법령에 명시함으로써 재정위기 발생시 미리 규정된 틀에 의해 결정되게 하여 사회적 갈등을 미연에 방지하고, 국민적 합의를 이끌어내고 있다(건강보험공단, 2001; 양봉민 외, 2003).

2. 재정안정대책의 우선순위

건강보험의 재정안정을 위해 그동안 OECD 국가들이 채택한 정책을 비교분석해 보면 크게 급여비 지출관리정책, 재원확충정책, 사회적 환경 조성정책으로 나눌 수 있는 바, 정책의 최우선순위는 공급측면에서의 지출관리정책에 있으며, 다음으로 재원확충정책과 사회적 합의기구의 제도와 정책에 중점이 주어져 있다. 그리고 많은 국가들이 이러한 순서대로 개혁정책을 도입하는 경향을 보였다(Docteur and Oxley, 2003).

〈표 3〉 건강보험재정에 대한 정부지원 현황

(단위: 억원, %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A. 건강보험총수입	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	200,587
B. 지역재정	51,161	68,299	70,525	74,370	77,019	-
C. 정부지원	15,527	26,250	30,139	34,238	34,830	35,591
• 국고지원	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695
• 담배부담금	-	-	4,392	6,446	6,263	7,896
D. 지역재정중 정부지원 비율 (C/B)	30.3	38.4	42.7	46.0	45.2	-
E. 총수입중 정부지원 비율 (C/A)	16.3	22.5	21.7	20.4	18.8	17.7

주: 건강보험재정 관련 통계자료는 공단 통계연보, 공단 홈페이지 게시자료, 복지부의 자료가 다른 수치를 보이고 있다. 본고에서는 복지부의 최근 자료를 기준으로 하되 공단의 통계연보를 참조함.

자료: 보건복지부, “건강보험 보장성 강화방안”, 공청회자료집, 2005.6.30.
국민건강보험공단, 재정전망, 2005.

특히 지출통제정책 중에서도 선진국들이 가장 역점을 두고 있는 정책은 진료비 지불보상제도의 개혁과 약제비 절감 정책인데, 지불제도 개혁의 핵심은 국민이 부담할 수 있는 범위 내에서 진료비의 지불총액을 미리 한정하는 총액예산제의 도입이었으며, 약제비 절감정책의 핵심은 약가통제 정책이었다(OECD, 2004). 약가통제정책에서는 약가결정과정을 투명하게 하고 약가결정에 정부 관련 부처를 비롯하여 사회각계 전문가를 과반수 이상 참여시키고 있으며, 이해당사자의 참여는 대체로 배제하고 있다.

다음으로 정책우선순위가 높은 정책은 의료시설 및 의료인력 통제, 진료할당제(rationing), 진료비 체감제, 부당청구 방지활동 강화, 요양기관계 약제(보험자의 구매자 기능 강화), 진료비 전자카드 도입, 국고보조 확대, 공공병원 확충, 재정위기 극복을 위한 사회적 합의기구의 제도화 등이다.

3. 정책집행의 신뢰성과 사회적 합의

영국, 프랑스, 독일 등은 건강보험의 재정안정 문제가 정치쟁점화되자 수상이 각종 건강보험개혁위원회의 책임을 맡아 개혁을 주도적으로 진행하였고, 이렇게 함으로써 정부의 재정안정대책에 대한 국민의 지지와 신뢰를 어느 정도 얻을 수 있었다. 또, 재정불안에 직면하여 국민적 합의를 위한 구조적인 접근을 제도화함으로써 정치적 부담을 줄이고 재정위기에 안정적으로 공동 대처할 수 있는 메커니즘을 가지고 있는 바, 사회적 합의기구의 대체적인 경향은 각계 각층을 대표하는 전문가로 구성하되, 이 기구에서 실질적으로 건강보험의 재정문제를 결정하도록 하고 있다. 이

처럼 사회적 합의 정신에 입각하여 소비자의 본인부담금, 보험료율, 의약품 가격 등을 최종적으로 결정하는 과정에 직접적인 이해당사자인 공급자가 참여하는 사례는 드물고, 사회적 합의를 이룰 수 있는 대표가 참여하여 결정한다는 사실이 중요하다.

4. 정책집행의 투명성

정책집행의 투명성과 관련하여 급여비 지출관리정책에서 대부분의 선진국은 우리나라에서 흔히 말하는 부당허위청구를 ‘사기’(fraud)로 간주하여 반사회적인 범죄라는 시각에서 취급하고 있다. 부당허위청구에 대한 처벌 경향과 정책의 신뢰성과는 밀접한 상관관계가 있는데, 미국의 경우 시장위주의 의료제공체계에서 의료공급자의 입김이 강한데도 불구하고 부정청구를 사기로 보는 국민의 인식 때문에 사기죄로 엄하게 처벌하고 있으나, 한국에서는 부당허위청구를 사무착오 정도로 인식하고 있는 경향이 있고 따라서 이와 관련된 정책집행의 효과가 반감되어 부당허위청구가 여전히 적지 않게 발생하고 있다.³⁾ 영국이나 미국에서는 행정, 민사상 처벌은 물론 형사처벌을 엄격히 적용하고 있다. 한국에서 부당허위청구가 발견될 시 취할 수 있는 조치는 건강보험법 제85조에 의거 1년 이하의 업무정지처분 및 과징금 등 행정벌 위주로 처벌하고 있기 때문에 부당허위청구로 인한 기대이익이 기대손실보다 크므로 부당허위청구가 근절되지 않고 있다(김진현, 2003). 따라서 향후 우리나라에서는 부당허위청구로 인한 기대손실이 기대이익을 초과할 수 있는 구조로 처벌규정이 강화되어야 할 것이다.

3) 최근에 부당허위청구에 대한 처벌이 강화되었지만 이를 방지하기에는 유인구조가 약하다는 지적을 받고 있다.

5. 비용효과적인 공공의료

OECD 국가의 사례에서 볼 수 있듯이 선진국의 경우 대부분 공공의료기관 및 공보험의 비중이 높기 때문에 공급자의 이윤동기가 상대적으로 약하고 따라서 재정안정대책이 효과적으로 나타날 수 있다(OECD, 2004). 이와 달리 우리나라의 경우에는 의료서비스의 공급이 대부분 민간의료기관에 의해 이루어지고, 건강보험의 급여범위에

포함되지 않은 의료서비스가 매우 넓게 분포하고 있기 때문에 정부가 탄력적이고 효율적인 정책을 집행하는 데 한계가 있어, 급여비 관리가 매우 어려운 실정이다. 그러나 공공의료기관의 신설은 막대한 추가재원을 소요하기 때문에 단기적으로 가능한 대책은 아니며, 장기적으로 추진되어야 할 정책과제이다. 단기적으로는 기존의 공공의료 시설 및 인력을 보다 적극적으로 활용하는 것이 비용효과적인 정책대안일 것인데, 예를 들면, 시

〈표 4〉 사회안전망으로서의 건강보험 재정안정화방안

	구성	정책방안	정책수단	공동정책
수입	보험료	자동조정방식	보험료 결정공식 도입	<ul style="list-style-type: none"> • 적자재정전략 (Debt Financing Strategy) • Big Bang 정책 (보장률 및 보험료의 대폭 인상 동시추진)
		부담 형평성	부과체계 통일	
	국고지원	총재정의 20%	지역, 직장 구분없이 총재정의 20%를 조세로 총당	
		원인자 부담금 (질병유발부담금)	주류부담금 신설 대기오염부담금신설	
지출	행위료	환산지수	고시가제도로 개편	<ul style="list-style-type: none"> • 총액예산제의 시행 • 공단의 구매자 기능 도입 (요양기관계약제) • 민간보험의 공보험재정지출 유발효과 방지 • 부당청구방지를 위한 공익신고 포상금제도 개혁 • 저가치료로 대체 - 제가치료 (가정간호), 호스피스 등 • 전문위원회 위원구성 개편 (행위, 약제, 치료재료)
		상대가치	수가인상 편법으로 활용 금지	
		상대가치위원회	제3자 중심으로 개편	
		종별가산율	종별가산율의 폐지	
	약제비	약가계약제	매년 재계약(판매량 반영)	
		경제성평가	기존가격 및 신규가격	
		투명성 제고	의약품 바코드 도입 도매상경유제도 폐지	
		공동구매	국공립의료기관에 대해 공단이 통합구매	
		대체인력개발	조제기사제도 도입	
		치료재료비	가격계약제	
경제성평가	기존가격 및 신규가격			
공동구매	국공립의료기관에 대해 공단이 통합구매			

자료: 김진수(2003).

도립병원의 건강보험환자 진료 확대, 보건소를 통한 방문보건사업 및 가정간호사업의 확대를 통한 입원치료비 절감대책은 유용할 것으로 사료된다.

IV. 재정안정화방안

1. 정책방향

우리나라의 건강보험이 사회안전망으로서의 기능을 제대로 하려면 먼저 충분한 급여확대가 이루어져야 하며, 이를 뒷받침할 수 있는 재정이 마련되어야 한다. 재정안정은 수입을 증가시키는 방법과 급여비 지출을 효과적으로 관리하여 불필요한 지출을 억제하여 절약된 재원을 활용하는 방법을 동시에 강구하여야 한다. 즉, 건강보험의 수입을 구성하는 항목과 지출을 구성하는 항목별로 구체적인 정책적 대응방안이 수립되어야 하며, 동시에 건강보험재정 전반에 걸쳐 직간접적으로, 그러나 심각하게 영향을 미치는 제도적 요인을 개혁하는 방안이 모색되어야 한다.

건강보험재정의 수입 측면에서는 보험료, 국고 지원, 담배부담금 외에 새로운 재원의 발굴이 필요하다. 여기에 질병을 유발하는 ‘원인자’에 대해 부담금을 부과하는 새로운 개념의 도입이 필요하다. 즉, 담배를 포함하여 건강에 직접적으로 영향을 미치는 주류와 대기오염물질에 대해서 ‘질병원인자 부담금’의 개념을 적용하여 적정 수준의 부담금을 부과하는 제도를 도입한다(보건복지부, 2003). 그리고 이미 경험한 바 있는 적자재정전략(debt financing strategy)을 하나의 재정운영 형태로 검토할 필요가 있으며, 실질적인 수준까지 보장성이 달성될 수 있도록 대폭적인 급여 확대와 보험료 인상을 가입자단체들 간에 일괄

타결하는 빅뱅전략(Big-Bang strategy)의 시행도 고려해볼 만하다.

지출측면에서는 이미 시행 중이지만 효과가 거의 없는 정책은 실질적인 지출절감효과가 나타날 수 있도록 유인구조를 개편하고, 정책의 효과가 확실하지만 그동안 정책집행에 대한 이익단체의 불순응을 의식하여 집행을 망설이고 있었던 정책은 개혁적 차원에서 과감하게 시행해야 한다. 비용-효과적인 정책으로 이미 여러 나라에서 입증된 총액예산제, 보험자의 구매자 기능, 민간보험 정책, 재가치료 등의 제도는 국내 적용시의 문제점을 검토하여 적절히 시행하는 방안을 고려하여야 한다.

한편, 건강보험재정에 직간접적으로 심각한 영향을 미치는 제도적 요인 중 중요한 것은 OECD 국가에서도 이미 경험하였듯이 의료인력의 안정적인 증가추세를 유지하는 것이다. 특히 의사수의 공급을 인위적으로 제한하는 것은 의료비의 절감보다는 부작용이 훨씬 더 큰 것으로 나타나기 때문에 신중하게 접근해야 한다.

2. 재정수입의 안정적 확보방안

1) 보험료의 결정방법

(1) 보험료 결정공식의 도입

이제는 보험급여비 지출에 따라 보험료를 조정하는 공급자 중심의 보험료 결정방식에서 가입자의 실질임금 상승 등 부담능력을 감안하여 보험료를 조정하는 수요자 중심의 보험료 결정방식으로 전환하는 것을 검토할 단계에 있다. 앞으로 보험료는 일정한 모형에 의해 결정되도록 법제화되어야 하며 이 과정에서 특히 가입자들의 부담능력원칙을 도입해야 한다. 이러한 원칙 하에서 보

험료 인상률의 결정모형을 예시하면 다음과 같다 (양봉민 외, 2003).

제1단계:

$$\text{보험료 인상률} = \text{급여비 자연증가율} + \text{급여확대율} + \text{소비자물가 상승률}$$

제2단계:

$$\text{보험료 인상률} = \text{급여비 자연증가율} + \text{급여확대율} + \text{근로자임금 상승률}$$

제3단계:

$$\text{보험료 인상률} = \text{근로자임금 상승률} + \text{정책변수} \quad (1-2\% \text{ 한도})$$

보험료의 결정과정에서 고려해야 할 요소 중 물가상승률이 포함된 것은 병원의 원재료비가 평균적으로 물가상승률만큼 인상된다고 보고, 이

부분에 대해서는 보상이 필요하므로 수가를 인상 해주고, 이에 따른 급여비 지출을 뒷받침할 추가 재원이 필요하다는 논리에 근거한다. 근로자 임금상승률이 포함된 것은 가입자의 부담능력을 벗어나지 않는 한도 내에서 수가인상 및 보험료인상이 이뤄져야 한다는 논리에 근거한다. 즉, 소비자의 임금이 오르지 않았는데 병원의 수입만을 올려줄 수는 없다는, 사회적 형평성에 근거한 것이다. 급여비 자연증가나 급여확대에 따른 재정 소요액은 당연히 가입자가 부담해야 하나 급여범위가 어느 정도 확대되고 난 이후에는 임금상승 이상의 비용부담이 발생하지 않도록 총재정을 통제할 필요가 있다.⁴⁾

위의 보험료 결정모형에 의해 징수되는 보험료 수입이 지출을 충당하지 못할 경우 차액은 정부 지원으로 충당하되, 이 때 정부지원금의 규모에

〈표 5〉 선거유무와 건강보험료 인상률 추이

(단위: %)

연도	선거	보험료 인상률		
		지역	직장	공교
1995	제1회 지방선거(6월27일)	12.1	-0.3	0.0
1996	제15대 국회의원선거(4월11일)	13.3	0.7	0.0
1997	제15대 대통령선거(12월18일)	15.2	2.6	0.0
1998	제2회 지방선거(6월4일)	13.6	4.5	10.5
1999	-	18.4	12.7	70.3
2000	제16대 국회의원선거(4월13일)	0.0	0.0	0.0
2001	-	15.0	21.4	0.0
2002	제3회 지방선거(6월10일)	6.7	6.7	6.7
	제16대 대통령선거(12월19일)			
2003	-	8.5	8.5	8.5
2004	제17대 국회의원선거(4월15일)	6.8	6.8	6.8
2005	국회-지방 재보궐선거(4월30일)	2.4	2.4	2.4

주: 직장 및 공교는 보험료율의 인상률이고 지역보험료는 보험료의 인상률임.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도. 중앙선거관리위원회, 홈페이지, 2005.

대해 명확히 설정해 놓아야 한다. 보험료 결정모형의 법제화는 정부지원에 대한 직장가입자의 도덕적 해이(moral hazard)를 감소시킬 것이다.

(2) 보험료 결정의 정치적 중립성 유지

건강보험 급여확대나 본인부담 경감에 소요되는 재원은 최종적으로 가입자들의 보험료 인상을 통해 이루어질 수밖에 없다.⁵⁾ 그러나 보험료 인상 시 과거와 같이 정치적 순환기에 따라 인상이 유보되거나 인상폭이 가감되는 일이 있어서는 안되며, 위에서 논의한 보험료 결정모형에 의거할 경우 이런 문제가 자동적으로 해결될 것으로 기대된다.

다음 <표 5>에서 볼 수 있는 바와 같이 국회의 원선거나 대통령선거 혹은 지방선거가 있었던 연도에는 보험료 인상률이 낮았던 반면 선거가 없었던 1999년, 2001년, 2003년에는 보험료 인상이 지나치게 높았던 문제점이 있다.⁶⁾ 2006년에

는 지방선거가 있으므로 2006년도의 보험료 인상폭 역시 낮은 수준일 것이다. 따라서 이 같은 왜곡현상을 극복할 수 있는 제도적 방안은 위에서 언급한 바와 같은 보험료 결정공식의 도입이다.

(3) 보험료 부담의 형평성평가를 통한 사회적 수용성 제고

건강보험의 재정통합 이후에도 자영자의 소득과약을 이유로 하여 직장가입자가 지역가입자보다 보험료를 더 많이 부담한다는 불만이 끊임없이 제기되어오고 있다. 이러한 논란은 매년 보험료 인상 때마다 발생하여 재정안정정책의 지속적인 추진에 장애요인으로 작용하고 있다. 자영자 소득과약 문제는 본고의 논의 범위를 벗어나므로 논외로 하고, 여기에서는 직장가입자와 지역가입자의 보험료 부담 현황을 간단히 살펴보기로 한다.

<표 6>은 직장가입자와 지역가입자의 월평균

<표 6> 지역가입자와 직장가입자의 월평균 보험료 비교

(단위: 원)

		2001	2002	2003	2004
가입자 1인당	A. 직 장	28,830	35,209	44,581	49,675
	B. 지 역	36,253	39,071	43,390	45,818
	A/B	0.795	0.901	1.03	1.08
수혜자 1인당	A. 직 장	9,542	12,220	15,727	17,752
	B. 지 역	12,982	14,650	16,807	18,256
	A/B	0.735	0.834	0.936	0.97

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도.

4) 위의 보험료 인상분에는 소득상승에 따른 자연인상분을 포함한다. 물가와 임금을 제외한 나머지 변수의 t년도 상승률은 t-1, t-2, t-3년도의 변화를 기준으로 계산될 수 있으며, 의료수가인상률은 비보험에서의 소비자부담이 경감되는 조건하에서 인상모형에 포함될 수 있을 것이다. 그리고 의료제도 및 건강보험제도에의 충격을 고려하여, 제1안~제3안을 단계적으로 적용하는 방법이 있을 것이다.

5) 다만 투입된 재원이 잘못된 제도를 통해서 딴 곳으로 누수되지 않도록 정부나 공단이 엄격히 관리한다는 전제가 필요하다.

6) 2000년 12월에 지역보험료 15% 인상이 이루어졌으나 실제 효과는 2001년부터 나타났다고 간주할 수 있다.

보험료를 보여주고 있다. 우선 가입자 1인당 보험료의 부담 수준을 살펴보면 2001~2002년 기간 직장가입자의 보험료가 지역가입자보다 더 높았으나 2003~2004년 기간에는 직장가입자의 보험료가 지역가입자보다 더 높게 되었다. 그러나 수혜자(적용인구) 1인당 보험료 부담을 비교해보면 2001~2004년 전 기간에 걸쳐 직장가입자가 지역가입자보다 항상 더 적게 부담해왔음을 알 수 있다. 2004년 현재 직장가입자의 수혜자 1인당 보험료는 17,752원인데 비해 지역가입자의 수혜자 1인당 보험료는 18,256원으로 나타난다.⁷⁾ 물론 이는 두 집단간 소득분포가 확률적이라는 전제 하에 직장가입자와 지역가입자라는 변수만을 고려하여 단순 비교한 것이지만, 자료가 뒷받침된다면 보다 구체적인 분석이 가능할 것이다.

2003년의 건강보험발전위원회 보고서는 통합 부과체계의 적용불가를 언급한 바 있다. 그러나 보험료 인상에서 매년 되풀이 되는 소모적인 논쟁을 해소하려면 어떤 방식으로든 이 문제에 대한 연구와 대책이 필요하다. 따라서 이용가능한 각종 통계자료에 근거하여 두 집단의 경제적 능력과 보험료 부담 수준을 측정, 평가하는 연구를 보험공단과 가입자 단체들이 공동으로 진행하여 사회적 합의를 이룰 수 있는 계기를 마련해야 한다. 이러한 작업이 성공적으로 수행되면 다음 단계로 보험료 부과체계의 통합이 가능할 것이다. 완벽한 제도는 없으므로, 현재 상태에서 이용가능한 최대한의 자료와 수단을 동원하여 합리적인 통합부과체계를 수립한 다음 가급적 빠른 시일 내에 시범사업이라도 진행하고 이를 점진적으로 수정, 발전시켜나가는 것이 아예 시도하지 않고

논쟁만 거듭하는 것보다는 나은 것이다.

2) 정부지원

(1) 정부지원과 보험료의 비교

재원조달방법에서 반드시 정부지원이 보험료보다 더 낫다는 보장은 없다. 정부지원도 결국 조세에 의해 조달되는데, 우리나라의 조세구조가 형평한가를 생각해 보면, 소득에 비례하도록 되어 있는 보험료가 오히려 더 나은 수단이 될 수도 있다. 다른 한편으로 소비는 소득에 비례하므로 소비세를 부과하여 재원을 조달하는 것이 형평성 차원이나 국민적 수용성 측면에서 더 바람직하다는 의견도 있다. 담배부담금 같은 간접소비세에 의해 재원을 조달할 경우, 국민이 부담을 피부로 강하게 느끼지 못하는 반면, 보험료 인상에 의존할 경우에는 가입자의 직접적 저항에 직면하는 단점이 있다. 따라서 정치적 수용가능성 면에서는 담배부담금과 같은 형태의 재원조달방법이 유리할 것이다. 다만 조세부담의 형평성 측면에서 간접세 방식은 저소득층에게 상대적으로 부담을 더 지울 가능성이 있으므로 부과대상을 선정할 때 면밀한 검토가 필요하다. 이 문제에 대해서는 심층적인 실증연구와 함께 가입자단체간에 합의가 선행되어야 한다.

(2) 정부지원비율

의료보험 시행 초기에는 지역의료보험조합의 관리운영비와 지역가입자 보험료의 일부를 정부가 보조하여 지역보험재정의 50% 이상을 정부지원에 의해 해결하였으나, 이후 지속적으로 하락

7) 이는 두 집단간 평균 소득이 동일하다고 가정하여 비교할 때, 직장가입자의 부양인구가 지역가입자보다 더 많기 때문이다.

하여 재정위기 직전인 2000년 무렵에는 대략 28% 내외 수준이었다가 재정위기 이후 다시 40% 수준으로 상승하였다(보건복지부, 2005). 그러나 앞서도 보았듯이 정부지원비율이 최근 총재정의 20% 이하로 다시 하락하고 있음은 우려스러운 일이다. 보험료 인상에 부응하여 정부도 총재정의 20% 이상을 지원함으로써 최소한 현재의 재정안정 추세를 유지할 수 있도록 해야 하며, 이런 취지에서 건강보험재정건전화특별법 만료시점인 2006년 12월 이후에도 적정수준의 정부지원이 유지될 수 있도록 제도적 보완이 필요하다.

국고지원액을 결정할 때 지역과 직장으로 구분하는 방식은 지양하고, 통합재정 하에서 총재정을 기준으로 일괄보조 형식을 취하면 현행 보험료 부과기준이 소득비례이기 때문에 결과적으로 형평성 있는 보조가 된다. 지역과 직장의 자격변동이 빈번하고, 5인 미만 사업장의 직장편입으로 인한 문제 등 굳이 양분하여 얻게 될 행정적 이익보다는 사회적 논란과 비용이 더 크기 때문에 어차피 지원할 금액이라면 일괄보조가 바람직하다.

(3) 정부지원대상

현재 지역재정에 대해서만 국고지원이 이루어지고 있는데 건강보험재정은 이미 통합되었고 편익상 구분계리를 하고 있을 뿐이므로, 향후 국고 지원은 지역과 직장을 불문하고 일괄하여 저소득층의 급여비 지출을 보조하는 데 사용되어야 할

것이다. 즉, 지역가입자라고 하더라도 고소득 자영업자의 급여비에 대한 정부지원은 폐지하고, 직장가입자 중 일정소득수준 이하의 저소득층에 대해서는 해당 급여비에 대해 일정부분 정부지원이 이루어져야 할 것이다.

경제부처와 KDI 등에서 주장하는 보험료 차등 지원방식은 건강보험 재원조달의 기본원리를 곡해한 데서 비롯된 것이라 사료된다. 현행 보험료는 소득에 비례하여 차등부과되고 있기 때문에 저소득층의 보험료 수준은 이미 낮은 수준에 있으며, 따라서 이들의 보험료를 보조해주어도 더 이상 보조효과가 없으며 재정안정에 도움이 되지 않는다.

<표 7>에서 보는 바와 같이 정부가 보조해주어야 할 대상이 저소득층의 실제 보험료가 아니라, 각자가 동일한 부담을 전제로 했을 때 저소득층이 납부해야 할 균등보험료(평균급여비)의 일부인 것이다. 즉, <표 7>에서 급여비 지출에 소요된 재정을 균등 부담한다고 했을 때 저소득층이 납부해야 할 보험료는 80인데 비해, 소득이 낮아 실제 납입한 보험료는 20이기 때문에 50의 적자가 발생한다. 그런데 고소득자가 납부한 보험료에서 10의 잉여가 발생하기 때문에 전체적으로 40의 적자가 발생하고 이것을 정부가 보조해주어야 하는 것이다. 만약 KDI의 주장대로 정부가 저소득층의 실제 보험료를 보조한다면, 보험료(20)를 아예 면제시켜주어도 보조금이 20밖에 되지 않고

<표 7> 재원조달원리와 국고지원대상

	급여비 (Xi)	균등보험료 (Bi)	실제보험료 (Ci)	수지격차 (=Xi-Ci)	국고보조 (=ΣCi-ΣXi)	재정수지
고소득층	90	80	100	+10	0	+10
저소득층	70	80	20	-50	40	-10
계	160	160	120	-40	40	0

이 경우 총재정은 20의 적자가 발생한다.

요컨대, 정부지원의 대상은 실제 보험료가 아니라 저소득층의 균등보험료이며 이는 곧 급여비를 의미하므로, 총재정의 일정 부분을 일괄보조하는 것이 여러 가지 복잡한 문제를 일거에 해결하는 방법이다.

4) 질병원인자부담금 개념의 명문화

담배부담금과 같이 건강에 해로운 영향을 미쳐, 궁극적으로 진료비를 유발하는 위해물질인 주류와 대기오염물질 등에 대해 부담금을 추가로 설정하여 재원을 확보해야 한다. 이를 위해서는 ‘질병원인자부담금’이란 개념을 새로이 도입하여, 부담금 부과에 정당한 명분과 명확한 논리적 근거를 제시하고, 사회적 지지를 획득하는 전략이 필요하다. 질병원인자부담금의 논리적 기초하에 담배, 주류, 대기오염물질 이외에도 질병을 유발하는 각종 위해요인에 대해 부담금을 부과함으로써 재원도 확보하고, 건강위해요인도 억제하는 효과를 달성할 수 있다.

5) 적자재정운용전략

건강보험재정위기 이후 정책당국이 재정적자를 다시 겪는다는 것은 상당한 정치적 부담으로 작용할 것이다. 어느 누구도 자신의 임기 중에 재정적자를 허용하려고 하지는 않을 것이다. 그러나, 냉정한 경제논리에 의해 건강보험의 재정운용을 평가한다면 보장성의 확대 시기에는 적자재정(debt financing)을 운영하는 것이 사회적으로 순편익을 가져다주는 것이 명확하다.

보험급여 확대는 전체적으로 독점적 비급여에 대한 정부규제를 의미하며 이는 필연적으로 사회

적 편익의 증가를 가져온다. 즉, 급여확대에 의해 보험재정의 지출이 증가하지만, 비급여의 축소에 의한 사회적 비용의 감소가 더 크기 때문에 전체적으로는 순편익이 발생하며, 그 크기도 일반인이 상상하는 것보다 훨씬 크다. 예를 들어, 1조원의 비급여를 급여로 전환하면서 적자재정으로 총당한다고 가정해보자. 비급여가 급여로 전환되는 과정에서 비급여 가격의 70% 수준에서 급여가격이 결정된다고 가정하면, 당장 3000억원의 비용이 절감된다. 그리고 가격하락에 의한 수요량의 증가는 소비자 잉여와 생산자 잉여의 증가를 가져온다. 산출량 변동에 의한 사회후생의 증가를 제외하더라도, (본인부담금을 고려하지 않고) 7000억원의 적자재정이 유발하는 비용은 연리 4%로 가정할 때 280억원에 불과하다. 즉, 적자재정운용전략은 280억원의 투입비용으로 3000억원 이상의 소비자 부담을 매년 감소시키는 효과를 가지고 있다.

적자재정운용은 급여확대를 먼저 국민들에게 명시적으로 보여줄 수 있기 때문에 건강보험에 대한 신뢰 형성과 차기년도 보험료 인상에 대한 국민적 동의를 구하기 쉽고, 수가인상 압력에 방어논리를 제공한다는 점에서도 의미있는 정책이라고 판단된다. 건강보험재정 규모가 거의 20조원에 육박하는 상황이므로, 재정의 10%~20% 수준인 2조~4조원 정도의 적자재정편성은 비교적 재정불안을 야기하지 않으면서 급여확대를 통해 국민들에게 커다란 혜택을 줄 수 있는 모험적인 정책수단임에 틀림없다.

3. 재정지출의 효과적 관리방안

1) 지불보상제도의 개혁

비교적 성공적으로 보험재정을 관리하는 국가들은 급여비 증가요인이 실질적인 보험급여비로 전환되는 과정에서 병목현상(bottle neck)을 유발하는 의료제도적 장치를 효과적으로 사용하고 있다. 그 중 가장 효과적인 장치는 대부분의 선진국에서 진료비 지불제도의 개편과 약제비 억제정책이었다. 진료비 지불제도의 개편에서 핵심적인 내용은 선불제로의 전환이며, 거의 모든 나라에서 총액예산제가 최종 선택이었다.⁸⁾ 현재와 미래의 재정소요를 감안할 때, 행위당수가제 하에서 국민의 상당한 부담과 제도의 비효율이 초래됨이 확실하기 때문에 행위당수가제가 내포하는 보험재정상의 부정적인 의미와 의료제도상의 문제는 가설이 아닌 현실이며, 이러한 현실을 직시하고 그리고 외국의 경험을 볼 때 결론은 총액예산제의 채택으로 귀결된다.

총액예산제는 수년전 시범사업이 논의되다가 중단된 상황인데 당장 전면적으로 시행하기는 어렵더라도 지금부터 시작하여 단계적으로 확대해야 할 것이며, 단계적 확대방법은 건강보험재정에서 차지하는 비중이 가장 낮은 한방부터 시작하여 다음으로 치과, 의과, 병원 등의 순서로 진행하는 것이 좋을 듯하다. 총액예산제가 소기의 목적을 거두기 위해서는 비급여 항목으로 전가되지 않도록 비급여 대상이 축소되어야 하는데, 보장성 강화정책이 집중되는 지금이야말로 총액예산제 시행의 적기라고 볼 수 있다.

총액예산제의 구조는 단일구조로 가는 것이 이상적이나, 시행단계에서 대만의 사례와 같이 의과, 치과, 한방, 병원, 약국의 5개 부문으로 구성하고, 총액예산의 설정은 보험료 결정공식에서

제시한 바와 같이 국고지원 및 가입자의 부담능력을 우선적으로 고려하여 결정되어야 한다. 총액예산의 배분은 지역내 급여총액을 결정한 다음 의료기관종별, 기관별 배분되는 방식을 취한다. 효과적 추진을 위해 범정부 차원의 ‘총액예산제 실행위원회’를 설치하여, 총액예산제의 타당성 검토를 비롯하여 기초연구, 연도별 사업계획 등을 수행하게 한다.

그리고 선택적으로 시행되고 있는 DRG는 강제시행하든지 아니면 폐지해야 한다. DRG지불 방식을 도입한 이후, 재발성이 없는 분만과 총수 절제술을 제외한 나머지 5개 질환의 경우 진료건수와 진료비가 DRG 이전에 비해 무려 2~3배나 증가하였는데(건강보험공단, 2005), 이는 DRG가 강제적용이 아니라 의료기관의 선택사항이기 때문에 평균 이상의 고비용 기관은 제외되고 평균 이하의 저비용기관만 들어와서 평균가격을 적용받기 때문에 나타나는 현상이다. 따라서 DRG제도는 충분한 시범사업기간을 거쳤으므로 당장이라도 강제적용으로 전환해야 하고, 총액예산제가 시행되면 진료비 배분의 단위로 활용하면 될 것이다.

2) 보험자의 구매자 기능 도입

민간의료보험과 영리병원이 확산되면 건강보험료양기관 당연지정제를 폐지하고 개별 의료기관과의 계약제로 전환하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 건강보험료양기관 계약제는 그동안 의료계가 주장해왔으나 오히려 건강보험공단이 이를 적극 수용하여 시행해볼만한 제도이다. 계

8) 아시아권에서의 진료비 지불제도 개혁에 대해서는 의료체계 및 문화적 배경이 우리나라와 유사한 대만의 총액예산제를 참조할 필요가 있다.

약제를 통해 건강보험공단은 특정 (영리)병원과 계약을 하지 않을 수도 있고, 과잉진료가 있다고 판단되는 의료기관과의 계약을 취소할 수 있다.⁹⁾ 건강보험공단은 단일보험자(single payer)이므로 개별 의료기관의 과잉진료나 부당허위청구행위를 효과적으로 통제할 수 있을 것이다. 즉, 당연지정제도를 폐지하고 개별 병원과 계약제로 전환하는 것이 건강보험정책의 운용에 더 신축성을 부여할 것이다.

공단의 구매자 기능은 의료서비스 뿐만 아니라 진료에 투입되는 의약품과 치료재료에 대해서도 적극적으로 행사될 수 있다. 의약품 가격과 치료재료 가격에 대해 계약제를 통해 구매자 기능을 행사할 수 있고, 국공립의료기관의 사용량에 대해서는 경쟁입찰을 통해 공단이 공동구매하여 배분하는 제도를 도입할 수도 있다.

또, 현행 수가계약제는 공단과 의약계의 대표가 계약을 체결하도록 되어 있기 때문에 종별 수가수준의 격차를 반영하지 못하며, 의약계가 한꺼번에 계약체결에 저항하는 문제점이 있다. 따라서 개별단체와 계약을 한다면, 계약체결의 가능성이 더 높아지고, 계약 결렬시 건강보험정책심의위원회에서의 의결과정도 쉬워질 것이다. 다

만, 계약 대상이 되는 단체는 독립적인 수가가 형성되어 있는 의료인 단체로 제한하고, 기관단체인 병원협회는 제외해야 법적 관계나 계약대상의 형평에도 부합한다. 만약 병원협회가 계약의 당사자가 되어야 한다면, 한방병원협회, 치과병원협회, 개원의협회, 약국협회도 계약의 당사자가 되어야 할 것이다. 수가계약의 대상은 의료행위이지 의료기관이 아니며, 병원을 상대로 별도의 계약대상이 있는 것은 아니다. 실제 의료수가만 존재하는 것이고 병원수가 별도로 존재하는 것은 아니다. 의협과의 계약에서 수가가 결정되면 병원은 여기에다 종별가산율을 자동적으로 적용받게 되므로 아무런 문제가 없다.

3) 민간보험의 건강보험 본인부담금 보상 금지

민간의료보험의 확산이 건강보험 재정지출에 미치는 효과는 민간의료보험 가입자수와 가입금액, 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성에 의존한다(Christensen et al., 1997; Colombo and Tapay, 2004). 우리나라에서 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성을 추정하는 연구는 없지만, 여

〈표 8〉 민간의료보험이 건강보험재정지출에 미치는 효과

(단위: 억원)

가격탄력성	입원진료비 지출유발액
15%	1,954
20%	2,605
25%	3,257
30%	3,908
35%	4,559

자료: 김진현(2005).

9) 대만의 건강보험제도는 강제지정제도가 아니고 계약제를 채택하고 있는데, 과잉진료나 부당청구를 하는 병원과는 계약을 하지 않음으로써 효과적으로 관리하고 있다.

러 국가에서 수행된 기존연구의 결과를 종합하여 건강보험재정지출에 미칠 파급효과를 추정할 수 있다(김진현, 2005).¹⁰⁾ 건강보험통계자료에 근거하여 2003년 현재 민간의료보험이 건강보험재정 지출에 미치는 영향은 입원진료비만을 포함했을 때, 연간 2천억원~5천억원 규모로 추정되고, 외래진료비가 포함될 경우에는 이보다 2배 이상의 추가지출이 나타날 것으로 예상된다. 현재 시판되고 있는 민간의료보험상품은 건강보험의 본인 부담 및 비급여를 모두 포함하고 있으므로 실제 건강보험재정에 미치는 효과는 <표 8>에 제시된 추정액보다 더 클 것이다.

건강보험의 환자본인부담금을 적절하게 유지하는 정책은 보완형 민간의료보험의 부적절한 효과를 최소화하는데 유용하나(Mossialos and Tomson, 2004), 현재 우리나라에서는 공공보험에 미치는 파급효과와 관점에서 민간의료보험에 대한 정책이 전무하다는 것이 문제이므로 건강보험의 법정본인부담금에 대해서는 민간의료보험이 포괄하지 못하도록 하는 규정이 필요하다. 프랑스의 정책실패 사례에서 보는 바와 같이 실손형 민간의료보험상품의 판매 초기단계에서 건강보험의 본인부담금 보상을 금지하지 못하면, 민간보험시장이 확대된 이후에는 되돌리기가 쉽지 않을 것이다.

4) 재정누수방지

(1) 공익신고포상금제의 실효화

지금까지 부당청구나 허위청구와 관련하여 처벌조항이 약하다는 것이 항상 지적되어 왔는데, 위반자의 입장에서 비용과 편익을 가늠해보면 위법의 기대이익이 기대손실보다 컸기 때문에 위법 사례가 만연되어 왔다(김진현, 2003). 위법에 대해서는 최대한 경제적, 법적 대응으로 강력한 처벌을 해야 하며, 위법시의 기대손실이 기대이익을 훨씬 초과하도록 기대이윤구조를 만들어야 공급자들의 인식이 변화될 것이다.¹¹⁾

부당허위청구대책의 일환으로 내부공익신고(whistle blowing) 포상금제도가 부패방지위원회의 권고에 의해 시행되고 있으나, 부패방지위원회의 권고와는 달리 현재 시행되고 있는 제도는 포상의 조건 및 수준을 현저히 제한함으로써 내부공익신고의 인센티브를 거의 제공하지 않고 있다. 따라서 이 제도는 실효성있는 제도가 되도록 공익신고의 범위를 확대하고 벌과금의 크기를 징벌적 벌과금(30배 등) 수준으로 높이고¹²⁾ 포상금은 벌과금의 50% 이상으로 설정하는 등 충분한 인센티브를 제공하는 방향으로 개혁해야 한다.

(2) 건강보험증 전자카드화

자격관리 효율화, 허위청구의 근원적 방지, 처방전 위변조 방지 및 보험관리업무의 기반 확충을 위하여 건강보험증을 전자카드화하는 것이 반드시 필요하다. 건강보험증을 전자카드화 할 경우에 개인정보 누설에 의한 사생활 침해라는 우려가 있을 수 있지만, 전자카드에 수록하는 정보를 최소한으로 제한함으로써 이러한 문제를 해결

10) 기존연구에 의하면 의료서비스의 수요에 대한 가격탄력성은 대략 0.15~0.35 사이로 추정된다(Gerdtham, et al., 1992; 1998; Manning, W. J., et al., 1987).

11) 허위청구는 사실상 詐欺(fraud)에 해당하므로 예방차원에서 허위청구에 대해 사기죄를 적용하여 처벌하는 시범사례를 적극적으로 검토해 볼 필요가 있다.

12) 지하철 무임승차 과징금은 요금의 30배.

할 수 있을 것이다. 현재 우리나라의 인터넷통신 수준을 감안할 때, 전국의 의료기관과 공단, 심평원을 실시간으로 연결하는 전자카드를 정책집행 의지만 있으면 언제든지 실현가능한 정책이다.

(3) 진료비 심사의 일원화

선진국과 달리 우리나라는 건강보험, 자동차보험, 산재보험의 진료비 심사가 분리되어 있다. 이 때문에 기왕증에 의한 진료비, 건강보험 급여기준 이외의 사고에 의한 진료비 등이 건강보험으로 전가되어 누수되는 사례가 적지 않은 것으로 알려져 있다. 따라서 국가적인 차원에서 진료비 심사를 건강보험심사평가원으로 일원화하여 중복지출과 부당한 이전지출을 차단해야 한다.

5) 입원치료의 재가치료 전환

만성질환자나 장기입원환자의 경우 입원치료 대신 가정간호에 의한 재가치료의 형태로 전환하면, 진료비가 절감되고 환자도 만족하는 결과를 가져올 수 있으나 현재 건강보험 급여기준은 복막투석(CAPD)에 대해서만 재가치료를 허용하고 나머지 질환에 대해서는 이러저러한 이유로 급여를 제한하고 있다. 일본의 건강보험이 13개 질환에 대해 재가치료를 급여하고 있는 것과는 대조적이다. 공단은 비용-효과적인 치료법을 적극 발굴하여 이를 급여정책에 반영하는 여건을 조성해야 한다.

6) 약제비 절감

약제비는 건강보험재정에서 차지하는 비중이

크기 때문에 특별한 관심의 대상이 되어왔으며, 모든 나라에서 정부의 강한 규제를 받고 있다. 대부분의 OECD 국가들이 의약품의 도소매 가격을 통제하고 있는데 흔히 다른 나라에서의 판매가격을 참조한다. 이러한 정책이 국가간 의약품 가격의 차이를 좁힌 것으로 판단된다(Jacobzone, 2000). 특히 우리나라에서 약가를 결정할 때 사용하는 선진국의 약가집은 현지에서도 통용되지 않는 고가격으로 표시된 것이 허다하기 때문에 엄밀한 검증절차를 거치게 하여 불필요한 재정누수를 막아야 한다.

최근에는 신약의 비용-효과성을 평가하는 제도에 점차 많은 관심이 쏠리고 있는데, 선진국에서는 최소 11개국에서 이와 같은 제도를 시행하고 있다(Dixon and Mossialos, 2002.).¹³⁾ 우리나라는 선진국과 달리 보험등재 의약품이 너무 많으므로 신약뿐만 아니라 약제비에서 비중이 높은 기존 의약품에 대해 경제성 평가를 적용하여 비교열위인 의약품을 급여에서 제외시키는 정책이 필요하다. 기존 의약품에 대한 경제성 평가는 단기간 내에 수행이 가능하므로, 공단과 심평원 등의 전문인력을 활용하여 조속히 시행하는 방안을 검토해야 한다.

의약품시장에서 경쟁을 통해 얻을 수 있는 이익의 크기는 상당한 규모이다. 예를 들면, 가격규제가 거의 없는 미국의 의약품시장에서 보험자의 의약품 구매대리인 기능을 하고 있는 의약품급여관리(Pharmaceutical Benefit Management)회사는 제약회사로부터 약품구매시 성공적으로 이익을 실현해왔다. 이와 같은 기능이 이미 각국의 제도 속에 부분적으로 존재하지만, 특히 성분명 의약품 분야에서 비용절감의 여지가 있다고 판단된

13) 호주, 벨기에, 캐나다, 프랑스, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 포르투갈, 스웨덴, 스위스, 영국.

다. 만약 건강보험공단이 구매자로서 국공립의료 기관에 투입되는 의약품을 통합구매하여 배분한다면 약제비를 획기적으로 줄일 수 있는 전기를 마련할 수도 있다.

우리나라에서 약가의 효과적 관리를 위해서는 실거래가제도에 대한 미련을 버리고 약가계약제를 도입하는 것이 효과적이며, 약가결정방식을 투명화하고 결정과정에서 이익집단의 영향력을 배제하는 제도적 변화가 필요하다. 특히 투명성 제고를 위해서는 의약품에 대한 바-코드를 도입하고, 대형병원의 도매상경유제도를 폐지하여 거래비용을 줄일 수 있는 유인을 제공해야 한다.

7) 상대가치제도의 개선

상대가치제도는 수가인상의 편법으로 이용되지 않도록, 제도 본래의 원칙을 지키는 것이 중요한데, 상대가치를 먼저 결정하고 환산지수를 나중에 조정하는 순서를 반드시 지키도록 하고, 일단 한번 결정되면 1년 이내에는 변경이 불가능하고, 재정중립이 항상 보장되도록 법명화해야 한다. 또, 환산지수는 공급자가 스스로 제출하는 부정확한 원가자료에 근거하여 산출하는 방식에서 거시경제지표에 의존하는 SGR방식으로 전환하는 것이 보험재정의 안정적 운용에 유리할 것이다. 의료기관종별 차등가산율은 적정한 진료에 대해서만 적용하고 그렇지 않을 경우에는 역차등가산율을 적용할 필요가 있다. 즉, 1차의료기관이 1차진료를 하면 적정한 수가를 지불하고, 3차기간이 1차진료를 수행하면 가산율 대신 할인율을 적용하여 불필요한 재정지출을 차단하여야 한다.

현행 차등가산율제도는 사실 뚜렷한 논리적 근거 없이 수가인상 차원에서 시행되고 있다고 볼 수 있다. 무엇보다 동일 질환자에게 동일한 의사가 동일한 진료서비스를 제공해도 진료서비스를 제공한 의료기관의 장소에 따라 가격이 다르게 설정된다는 것은 논리적 근거가 없다. 차등가산율제도의 수정은, 병원에게는 불리하고 동네의원에게는 유리하다는 이해당사자의 관점을 떠나서 환자나 국민에게 더 큰 혜택을 주는 제도가 무엇인지의 관점에서 평가되고 시도되어야 하며, 의료전달체계를 정상적으로 확립하는 데도 매우 주요한 정책수단이다.¹⁴⁾

4. 관련 제도의 개혁

1) 공단의 정치적 독립성

건강보험관리기구의 책임자를 보건복지부가 임명하는 현행제도는 진정한 의미의 가입자 대표가 될 수 없다. 건강보험의 재정운영에 가입자의 의견을 충분히 반영하고, 사회적 합의정신의 구체적 실현을 위해서 건강보험 가입자가 자신들의 대표를 선출하여 건강보험 자치기구를 구성하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 독일의 경우는 질병보험 도입 당시부터 사회보험의 자치운영을 위한 대표자 선임제도(Sozialwahl)를 실시하고 있다. 따라서, 현재의 공단 이사회 구성을 확대하여 가입자 대표로 이사회를 구성하고, 이사회에서 이사장을 선출하는 방안도 가능할 것이다.

2) 의사인력의 적정 수준 유지

14) 예컨대, 감기환자 진료에 대해 1차든 3차든 동일한 수가를 지불하면 3차기관 스스로가 상대적으로 수지맞지 않은 감기환자의 진료를 자제할 것임.

건강보험재정에 장기적으로 심각한 영향을 미치는 요인중 대표적인 것이 의사인력인데, 최근 이 문제에 대해 정책적 대응은 미온적이다. 특히, 의과대학 입학정원을 제한하는 정책은 의사인력의 공급에 중요한 영향을 미치는 요인인데, 실질적으로 모든 나라에서 의사인력은 여전히 증가추세를 유지하고 있으며, 그렇지 못한 경우에는 캐나다와 스웨덴처럼 보조인력이 감소하였다(OECD, 2004). 그러나 의사인력의 공급을 조정하고자 할 때, 정책의 집행강도가 과도하게 나타나지 않도록 세심한 주의가 필요하다. 예를 들면, 캐나다와 영국은 최근 보건의료예산을 증액시켰으나, 덴마크처럼 이용가능한 의사의 수가 부족하여 보건의료서비스의 공급확대에 어려움을 겪고 있다. 다시 말해서, 이들 국가에서는 이미 의사인력의 상승 압력이 존재하고 있다. 따라서 예산이 증액되어도 이것이 의료서비스의 공급을 증가시키기 보다는 오히려 의사인력의 임금상승으로 이어질 위험이 높다.

머지않은 장래에 한국전쟁 이후 베이비 붐(baby-boom) 세대에 속하는 의사인력들이 퇴직하게 되면, 이것이 의료서비스의 공급에 미칠 부정적인 영향에 대해 고민해야 한다. 마치 인구노령화의 진전으로 의료서비스에 대한 수요가 증가하는 것처럼 의료서비스의 공급이 감소할 것이다. 따라서 장기적 관점에서 의사인력의 충분한 공급을 유지하는데 보건정책의 초점을 맞추는 것이 필요하다.

V. 결론

건강보험재정이 지난 수년간의 위기국면에서 벗어나 누적흑자를 실현하고, 이를 보장성 강화

에 투입할 수 있게 된 것은 무엇보다 다행한 일이다. 그러나 보험재정이 다소나마 안정을 찾아가지에는 정책당국의 위기대처능력과 함께 소비자의 경제적 부담이 뒤따랐음을 잊어서는 안 될 것이다. 재정적자를 전후하여 수년 동안 급여확대는 거의 이루어지지 않았고, 비급여의료서비스는 급격히 늘어나 전체적으로 보장률이 지속적으로 하락하였다.

이러한 상황에서 복지부와 건강보험공단은 참여정부가 제시한 건강보험 목표보장률 70%를 달성하기 위해 2005년부터 보장성 확대에 주력하고 있으며, 이는 우리나라 건강보험역사에서 매우 고무적인 일이 아닐 수 없다. 그러나 급여확대에 소요되는 재정을 뒷받침할 추가재원의 발굴이나 적절한 급여비 관리대책이 없는 한 목표보장률의 달성은 요원할 것이고, 보험재정은 또다시 불안정한 행보를 반복할 것이다.

이러한 문제인식하에 본고에서는 건강보험이 사회안전망으로서 기능을 충실히 수행하되, 재정을 안정적으로 운용할 수 있는 방안을 다각도로 제안해보고자 하였다. 우선 재정수입을 안정적으로 확보하는 방안으로는 보험료의 결정방식을 모형화하여 정치적 경기(political cycle)의 영향을 최소화하고, 질병원인자부담금이라는 새로운 개념의 도입으로 추가재원의 발굴과 이에 대한 사회적 지지를 획득하는 방안, 적자재정전략, 국고 지원 등을 생각해볼 수 있다.

다른 한편으로 재정지출을 효과적으로 관리하는 방안으로는 총액예산제로의 개편, 공단의 구매자 기능(요양기관계약제) 도입, 민간보험의 공보험 본인부담금 급여 금지, 재정누수방지, 재가 치료(가정간호)에 의한 입원치료 대체, 의약품 및 치료재료의 가격계약제, 신의료기술 및 의약품 등에 대한 경제성 평가제도의 시행, 의약품 및 치

료재료의 통합구매제도 등을 들 수 있으며, 장기적으로는 보험재정에 적지 않은 영향을 미치게 될 의사인력의 적정 공급을 확보하는 대책을 제안하고자 한다.

그러나 어떤 정책이든 재정을 확정적으로 안정화시킬 수 있는 묘책은 없다. 더구나 최근 들어 정부내 부처간 이해관계가 확연히 다르게 나타나고, 사회보험으로서의 건강보험이 가지는 기능과 근본원리에 대한 인식조차 다양한 스펙트럼을 보이는 것이 오늘날 우리사회의 현실이다. 사정이 이러하니 재정관리대책 하나하나에 대해서도 이해관계가 복잡하게 얽혀서 사회적 합의를 보기가 무척 어려운 실정이다. 애로우의 불가능성 정리(Arrow's Impossibility Theorem)가 시사하는 바와 같이 사회구성원 모두가 만족하는 합리적 해결방안이란 처음부터 존재하지 않을 지도 모른다. 따라서 다양한 정책수단 중에서 소비자에게 수용가능하고, 건강보험의 원리에 크게 어긋나지 않고, 재정안정에 어느 정도의 효과가 있다면 나머지 조건을 무시하고 시행하는 것이 차선책이라고 사료된다.

참고문헌

국민건강보험공단, 주요국의 건강보험 재정안정대책, 2001.5.
 _____, 건강보험통계연보, 각년도.
 _____, 재정전망, 2005.
 김정희, “건강보험 보장성 지표에 대한 사회적 논의”, 보건복지부 건강보험혁신TF, 2005. 4.
 김진현, “요양급여 허위·부정청구에 대한 공익신고 포상금제도 도입방안”, 『요양급여

부정청구 제도개선』토론회, 부패방지위원회, 2003.
 _____, 민간의료보험의 영향에 관한 국가간 비교분석 및 정책방안, 건강보험심사평가원, 2005. 6.
 김진현·이옥자·이선경, “건강보험의 보장성: 최근 동향과 전망, 건강보험심사평가원, 2005.4.
 보건복지부, 국민건강증진 종합대책 : 건강보험 재정분야, 2002.4.
 _____, 건강보험발전위원회 보고서(I), (II), (III), 2003.
 _____, “건강보험 보장성 강화방안”, 공청회자료집, 2005.6.30.
 양봉민, “건강보험제도와 재정안정”, 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문, 2002.4.
 양봉민·김진현·이태진, 건강보험의 근본적 재정안정을 위한 정책방안, 서울대학교 보건대학원, 2003.
 최병호, “국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안”, 건강보험포럼 1(1), 2002.
 Chalkley, M. and J. Malcolmson, “Government purchasing of health services”, in Culyer, A. and J. Newhouse, Handbook of Health Economics, 2000.
 Christensen, S. and J. Shinogle, “Effects of Supplemental Coverage on Use of Service by Medicare Enrollees”, Health Care Financing Review 19(1), 1997.
 Colombo, F. and N. Tapay, Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, OECD Health Working Papers 15, OECD, 2004.

- Dixon, A. and E. Mossialos, "Funding Health Care in Europe: recent experiences", Health Care UK, 2002.
- Docteur, E. and Howard Oxley, Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD, 2003.
- Gerdtham, U. G., and B. Jonsson, "International comparisons of health care expenditure: conversion factor instability, heteroscedasticity, outliers and robust estimators," Journal of Health Economics 11, 1992.
- Gerdtham, U. G., J. B. Jonsson, M. MacFarlan and H. Oxley, "The determinants of health expenditure of the OECD countries," in: P. Zweifel eds., Health, The Medical Profession, and Regulation, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Jacobzone, S., "Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals", OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers 40, 2000.
- Manning, W. J., et al., "Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment", American Economic Review 773, 1987.
- Mossialos, E. and S. Tomson, Voluntary Health Insurance in the European Union, 2004.
- O'Brien, B., "The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines", Journal of Health Economics 8(1), 1989.
- OECD, New Directions in Health Care Policy, Health Policy Studies No.7, 1995.
- _____, Health Care Reform: The Will to Change, Health Policy Studies No.8, 1996.
- _____, Health Data, 2004.
- _____, Towards High-Performing Health Systems, Policy Studies, 2004.
- Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier, and L.M. Greenwald, " U.S. health expenditure performance: An international comparison and data update," Health Care Financing Review 13(4), Summer 1992.

사회안전망으로서 건강보험 보장성 강화방안

임 준

가천의과대학 예방의학과 교수

건강보험의 경우 본인부담이 차지하는 비중이 50%에 이를 정도로 보장성이 매우 취약하여 사회안전망으로서 구실을 제대로 하지 못하고 있다. 건강보험의 보장성이 취약한 결과 의료이용의 양극화가 심화되고 있고, 고액진료비로 인하여 가계 파탄이 발생하고 있다. 또한, 인구 구조가 노령화되면서 의료비가 빠르게 상승하고 있지만, 총진료비 중 공보험의 비중이 낮아 효율적 관리가 어려운 실정이다. 이를 위해 우선적으로 모든 비급여를 급여화하는 등 급여의 전면 확대를 통하여 본인부담상한제도가 작동될 수 있도록 해야 한다. 또한 본인부담제도를 단계적으로 폐지하고, 중장기적으로 상병수당을 도입하여 빈곤과 불건강의 악순환을 끊는 것이 필요하다. 마지막으로 진료비지불제도 및 재정분담방식 등을 포함하여 건강보험제도를 공공적으로 개편함으로써 서비스의 질을 높이고 총의료비를 효율적으로 관리해나가야 한다. 건강보험의 보장성이 강화되면, 의료이용의 접근성이 선진국 수준으로 개선되고, 총의료비의 효율적 관리를 통해 국민들의 경제적 부담이 줄어들 것이다. 또한, 공급자 내부의 불형평성이 제거되고 지금보다 유리한 진료 환경이 부여될 수 있다. 기업도 사회안전망이 구축되면 안정적 기업 활동이 가능할 수 있다. 단기적으로 정부와 기업의 부담이 증가할 수 있지만, 중장기적으로 많은 편익을 가져올 수 있기 때문에 건강보험의 보장성 강화는 꼭 추진되어야 할 것이다.

주제어 : 건강보험, 사회안전망, 급여, 본인부담상한제도, 상병수당

I. 서론

1976년 국제연합에 체결된 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제규약 제 12조에 의하면, 모든 사람은 성취 가능한 최고 수준의 신체 및 정신적 건강을 누릴 권리가 있다. 그러나 우리의 현실은 이러한 인류의 보편적 규범과 상당히 동떨어져

있음을 부정하기 어렵다. 암과 같이 중한 질병에 걸려도 수술비를 마련할 수 없어서 수술을 포기하는 일들이 벌어지고 있는 현실은 이를 보여주는 단적인 예라 할 수 있다.

그런데, 건강권이 보장되지 못하는 데는 빈곤과 같이 구조적인 문제가 관련되어 있다. 빈곤계층의 증가와 밀접하게 관련되어 있는 것으로 알

려져 있는 실업만 보더라도 그러하다. 외국의 연구 결과를 보면, 실업 자체가 각종 질병의 유병률과 사망률을 증가시켜 건강에 직접적으로 영향을 미치는 것으로 확인되고 있다. 또한 실업이 의료이용의 접근성을 가로막는 주요한 원인으로 작용하여 건강에 악영향을 미치는 것으로 알려져 있다(김창엽, 2003).

한국 역시 IMF 경제위기를 겪으면서 실업을 포함한 고용의 불안정성이 심화되고 소득격차가 벌어지는 등 분배구조가 악화되고 있다. IMF 경제위기 이후 도시가구의 하위 1분위와 상위 10분위 간 소득점유율 비가 점차적으로 커지고 있고, 임금노동자의 노동배분율이 줄어들고 있으며, 가처분소득의 지니계수가 1996년 0.298에서 2000년 0.358로 급속하게 커지는 등 소득불평등이 심화되고 있다(통계청, 각 년도). 이러한 구조적 불안정성은 빈곤과 건강의 악순환을 가져오는 배경으로 작용하고 있다.

이처럼 소득불평등이 심화되는 상황에서 사회안전망이 제대로 작동하지 않는다면 소득계층 간 격차는 더 벌어질 수밖에 없다. 더 이상 절대적 빈곤 문제 해결을 위한 잔여적 복지체계만으로 빈곤 문제가 해결되기 어렵게 된 것이다. 그러나 우리나라의 사회복지 정책 내지 제도는 아직까지 잔여적 수준의 최소 안전망 구축에 머물러 있다고 해도 과언이 아니다. 그 과정에서 의료이용의 불형평성과 건강수준의 불형평성은 커질 수밖에 없다. 대표적인 사회안전망이라 할 수 있는 건강보험만 보더라도 진료비에서 본인부담이 차지하는 비중이 50%에 이를 정도로 보장성이 매우 취약하여 안전망으로서 구실을 제대로 수행하지 못하고 있다.

정부는 취약한 건강보험의 보장성 문제를 해결하기 위하여 2005년 7월부터 암 등 일부 질환에

대하여 법정본인부담을 경감하는 정책을 실시하고 있고, 의료적 비급여 항목에 대한 급여 확대를 점차적으로 강화하겠다는 계획을 발표한 바 있다. 그러나 병실료 차액, 식대, 선택진료료 등 전적으로 국민의 호주머니에서 빠져나가고 있는 비급여가 전체 진료비의 1/4 을 차지하는 상황에서 취약계층의 보장성 문제는 해결되기 어려운 실정이다.

따라서 건강보험의 보장성 강화를 위한 구체적인 정책 대안을 도출하기에 앞서서 의료이용의 접근성이 떨어지는 집단의 범위와 특성을 살펴보고, 그로 인한 건강 문제의 심각성을 살펴보는 것이 선차적으로 중요한 과제라 할 수 있다. 이러한 문제의식에 기초하여 현재 정부의 대책이 보장성 문제를 해결할 수 있는 대안인지를 살펴보고, 그 이후 보장성 강화의 수준과 구체적인 방법을 도출하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

II. 건강보험의 보장성이 강화되어야 할 필요성

1. 의료이용 및 건강수준의 계층 간 격차

건강보험 등 의료보장제도의 보장성이 취약할 경우 그로 인하여 발생하는 위험은 모든 국민에게 동일한 양상으로 나타나지 않고, 특정 계층에게 집중적으로 표출되는 양상을 보이는 것이 일반적이다. 이들 계층은 질병이나 재해로 인하여 건강의 위해가 발생할 가능성이 큰 데도 의료이용의 경제적, 지리적, 문화적 접근도가 떨어지며, 질병 이후 건강한 상태로 복귀하는 기간이 길거나 영구적인 장애 또는 사망으로 이를 가능성이 높은 특징을 갖고 있다. 이러한 계층을 의료이용의 접근성 및 건강수준에 있어서 취약계층이라고

정의할 수 있는데, 이러한 취약계층 중 대표적인 계층이 바로 건강보험의 저소득계층 또는 차상위 계층이라 할 수 있다.

일반적으로 저소득계층은 질병의 발생 위험이 높음에도 불구하고 의료이용을 더 적게 하고 있는 것으로 알려져 있다. 김철웅(2005)은 건강보험 지역가입자와 의료급여대상자의 의료이용 자료와 자격 자료를 결합하여 분석한 연구에서 소득이 낮은 계층이 높은 계층보다 암 발생 위험이 더 높다는 결과를 발표한 바 있다. 그럼에도 불구하고 건강보험 가입자의 평균 입원진료비를 소득계층별로 비교해보면, 소득수준이 낮을수록 의료이용을 적게 하는 것으로 나타나고 있다.

반드시 의료이용의 격차 때문이라고 단정할 수는 없지만, 소득계층 간 의료이용의 격차는 결국 사망 등 건강수준의 격차로 나타나고 있다. 국민건강영양자료와 통계청 사망 자료를 결합하여 분석한 김혜련 등(2004)의 연구에 의하면, 가구소득 수준에 따라 5분위로 구분할 경우 상위 5분위에

비해 하위 2분위와 1분위에 해당하는 집단의 사망위험이 2.30, 2.29배 높은 것으로 나왔다. 소득 지표는 아니지만 사회경제적 수준 상태를 평가하는 지표 중 하나인 교육수준과 10대 사망 원인과 의 관계를 연구한 강영호(2004)의 연구도 유사한 결과를 보이고 있는데, 고학력에 비해 학력이 낮을수록 사망위험이 높아진다는 결과를 보고하고 있다. 암 발생의 위험 뿐 아니라 이미 발생한 암의 생존에 있어서도 소득수준에 따라 차이가 발생한다는 연구 결과도 제시된 바 있다(임준, 2005).

저소득계층과 함께 의료이용 및 건강문제에 있어서 취약한 조건에 처해 있는 노인에 대해 살펴보면, 노인은 대상 인구의 대부분이 만성질환에 이환되어 있어서 장기요양서비스가 다른 연령군보다 상대적으로 중요하다는 특성을 갖고 있다. 그렇지만, 현재 우리나라는 장기요양체계가 제대로 갖추어져 있지 않아서 장기요양서비스가 필요한 노인의 상당부분이 주로 급성기병원을 통해 서비스를 제공받고 있는 실정이다. 그 결과 다른

〈표 1〉 소득구간별 복합만성질환 건강보험 가입자의 평균입원진료비 비교

보험료 구간	직장		지역	
	평균진료비(원)	1분위 대비 비율	평균진료비(원)	1분위 대비 비율
하위 1분위	4,438,116	1.00	4,911,517	1.00
2분위	4,357,866	0.98	4,697,093	0.96
3분위	4,558,925	1.03	5,010,602	1.02
4분위	4,591,226	1.03	5,093,183	1.04
5분위	4,616,014	1.04	5,142,677	1.05
6분위	4,988,518	1.12	5,144,098	1.05
7분위	4,795,896	1.08	5,299,079	1.08
8분위	4,870,803	1.10	5,531,061	1.13
9분위	5,171,800	1.17	5,774,991	1.18
상위 10분위	5,461,399	1.23	5,939,057	1.21

출처: 국민건강보험공단, 2002

연령군에 비해 급성기치료서비스에 대한 의료이용량이 많은데도, 의료의 질이 떨어지는 문제가 발생하고 있다. 더욱이 이러한 의료이용량은 모든 노인에게 동질적인 것이 아니라 소득수준에 따라 차이가 발생하고 있다. 건강보험 급여자료에 의하면, 70-74세의 노인의 경우 상위 10분위의 노인이 하위 1분위의 노인에 비해 입원진료비가 직장 81%, 지역 68% 가량 더 큰 것으로 나타나고 있다.

또 다른 취약계층으로서 영유아의 건강 문제를 출생체중의 연도별 변화를 통해 살펴보면, 1993년 3.36kg이었던 체중이 2002년에 3.27kg으로 감소하였고, 2500g 미만의 저출생체중아의 출산율이 2.6%에서 4.0%로 증가하는 등 심각하게 악화되고 있음을 알 수 있다(박정환, 2005). 1999년 조사된 영아사망률을 보면 6.2명으로 선진국에 비해 1.5-2배 더 높은 수준이고, 1-4세 유아의 사망률 역시 2003년 34.2명으로 선진국에 비해 두 배 이상 높은 수준이다. 특히 사고로 인한 사

망이 2003년 기준으로 10만 명당 16.3명으로 OECD 국가 중 가장 높은 수준인 것으로 알려져 있다. 물론 이러한 영유아 건강문제의 원인이 의료이용에 있어서 접근성 장애에 기인한 것으로 단정내릴 수는 없지만, 의료이용에 있어서 경제적 장벽이 높은 현실이 건강문제에서 취약한 조건에 있는 영유아의 건강문제를 더욱 악화시키는 방향으로 작용하였을 가능성은 크다고 하겠다.

2. 총의료비의 증가와 거시경제의 효율적 운용의 필요성

의료이용의 양극화 현상과 함께 주목해서 보아야 하는 것이 한국 사회의 급속한 고령화 문제다. 우리나라는 현재 세계에서 유례를 찾아 볼 수 정도로 급속하게 인구 구조의 노령화를 경험하고 있다. 고령화 사회를 의미하는 노인인구 구성비 7%를 2000년에 돌파한 이래로 18년 만에 고령 사회를 의미하는 14%를 훌쩍 넘을 것이 예상되

〈표 2〉 70~74세의 소득구간별 건강보험 가입자의 평균입원진료비 비교

보험료 구간	직장		지역	
	평균진료비(원)	하위 1분위 대비 비율	평균진료비(원)	하위 1분위 대비 비율
하위 1분위	237,541	1.00	247,487	1.00
2분위	314,226	1.32	294,944	1.19
3분위	296,778	1.25	298,553	1.21
4분위	328,856	1.38	326,386	1.32
5분위	310,294	1.31	315,555	1.28
6분위	317,961	1.34	333,715	1.35
7분위	340,699	1.43	332,786	1.34
8분위	332,641	1.40	338,580	1.37
9분위	353,395	1.49	381,093	1.54
상위 10분위	430,399	1.81	416,612	1.68

출처: 국민건강보험공단, 2002

고 있다. 이러한 추세로 가면, 2050년 이후 세계에서 가장 평균 연령이 높은 고령 사회가 될 것이 확실시되고 있다.

이러한 노인인구의 증가 경향이 계속된다면 폭발적인 의료비 상승이 발생할 가능성이 크다. 심사평가원은 2004년 기준으로 65세 이상 노인의료비가 5조 1,097억 원으로 전년도보다 16.9% 증가하였고, 전체의료비의 22.9%를 차지하고 있다는 결과를 발표한 바 있다. 건강진료비를 보면, 노인이 청장년층보다 4배 이상 높고, 그 증가 속도 역시 다른 연령층에 비해 매우 빠른 것으로 보고하고 있다.

김창엽(2004 a)은 국민 일인당 명목GDP 대비 국민의료비의 탄력도를 고위치, 중위치, 저위치로 나누어 계산한 후 현재의 제도와 진료 관행이 유지되면, 2050년 명목GDP 대비 국민의료비 비율이 각각 33.7%, 26.5%, 21.3%일 것으로 전망하였다. 특히 노인인구 구성비가 전체 인구의 14.4%가 2020년경부터 국민의료비가 급상승하는 것으로 분석하였다. 또한 국민 일인당 GDP가 2만 달러에 근접하는 2016년경에 GDP 대비 국

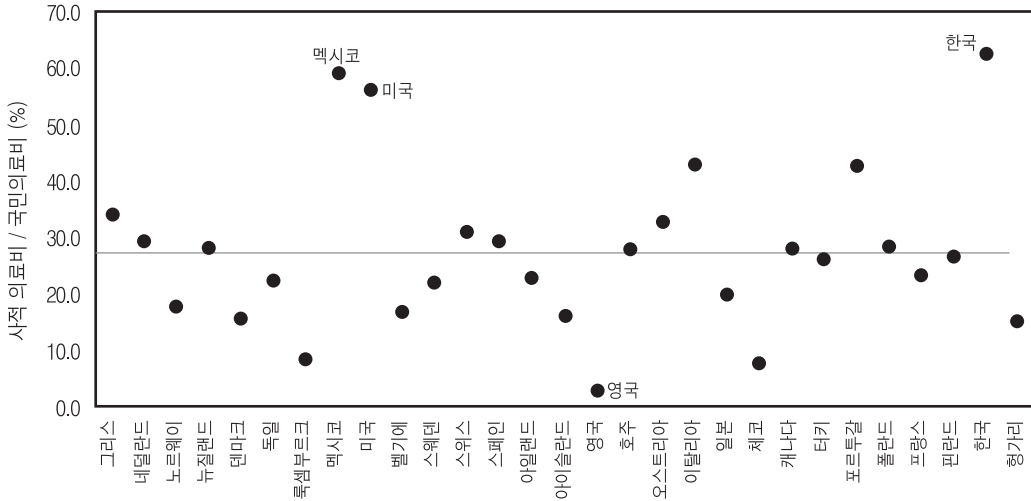
민의료비 비율이 9.8%에 이르러, 국민소득이 비슷한 시기의 OECD 선진외국이 6.4~8.7%인 것과 비교하여 향후 국민의료비가 국민경제에 매우 큰 부담이 될 것으로 전망하였다. 이렇듯 인구구조의 노령화는 국민의료비의 급속한 상승을 가져올 수밖에 없는데, 정부는 이에 대한 별다른 대응책을 마련하지 못하고 있다.

그런데 이러한 국민의료의 가파른 상승은 비용 유발적인 보건의료체계에 근거한 것으로 알려져 있는데, 그 중에서 총진료비 중 건강보험의 비중이 낮고 본인부담 등 사적의료비의 비중이 높은 비효율적인 자원조달체계 하에서 당연한 귀결이라 할 수 있다. 특히 높은 본인부담이 지속되면서 공보험에 비해 관리비용이 매우 높고 다른 나라에 비해 고비용구조인 민간 의료보험의 규모가 10조에 이르고 있는 상황에서 총의료비의 효율적 관리는 매우 힘들 수밖에 없는 실정이다(김창엽, 2004 b). 따라서 급격하게 상승하고 있는 총의료비의 효율적 관리를 위해 공보험인 건강보험의 보장성 강화가 매우 중요한 쟁점으로 등장할 수밖에 없다.

〈표 3〉 주요 국가의 인구고령화 속도

	도달연도			소요기간(년)	
	7%	14%	20%	7%~14%	14%~20%
한국	2000	2018	2026	18	8
일본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
독일	1932	1972	2012	40	40
영국	1929	1976	2021	47	45
이탈리아	1927	1988	2007	61	19
미국	1942	2013	2028	71	15
스웨덴	1887	1972	2012	85	40

출처: 이해훈, 2001 / 통계청, 2005



출처: WHO, 2000

[그림 1] OECD 국가의 국민의료비 대비 사적의료비 비율

III. 보장성 강화와 관련한 쟁점

1. 본인부담의 수준과 쟁점

본인부담금이란 의료서비스를 이용하는 소비자가 진료비의 일부를 부담하는 것을 말한다. 본인부담금의 도입 취지는 소비자가 불필요한 의료 서비스를 남용하는 소위 ‘도덕적 해이(moral hazard)’를 방지하자는 것이다. 그러나 본인부담금이 의료이용의 재정적 장벽으로 작용하여 조기 진단 및 조기치료를 불가능하게 하는 부작용이 나타날 수 있다. 특히, 저소득층에서 이런 부작용이 두드러지게 나타날 가능성이 크다. 진료비 부담 때문에 진료를 미루다가 병을 키우게 되고, 실제 병에 걸려 고액의 진료비를 부담하여 가계에 치명적인 문제를 발생시킬 수 있기 때문이다. 또한, 건강보험 급여 항목에서 제외된 진료항목은 비급여 항목으로 남아 본인부담을 증가시킬 뿐 아니라 공급자 유발수요를 강력하게 발생시켜 국민

총의료비를 상승시키는 등 국가 전체적으로 자원 배분의 왜곡을 낳을 가능성이 크다.

건강보험공단에서 조사한 바에 의하면, 우리나라 건강보험의 본인부담율은 입원 45.1%, 외래 43.1%로 총 43.6%의 본인부담율을 보이고 있다(이상이, 2005). 우리나라 건강보험 본인부담제도의 특징을 보면, 첫째, 비급여서비스가 매우 많은 점을 들 수 있다. 선택진료료, 병실료 차액, 식대, MRI, 초음파, 검사, 처치, 투약 및 주사의 일부 등에서 급여가 이루어지지 않고 있는데, 선택진료료, 병실료 차액, 식대 등에서 전체 비급여의 50% 정도를 차지하고 있다. 그 결과 실제 본인부담률이 법정본인부담률 보다 매우 높은 결과를 낳게 된다. 또한 의료급여, 산재보험 등 여타 의료보장제도의 보장성을 취약하게 만드는 요인으로 작용하고 있다. 둘째, 고액진료 환자의 본인부담률이 소액진료 환자에 비해 높다는 특성을 갖고 있다. 현재 본인부담상한제도가 존재하고 있지만, 법정 본인부담에 한정하고 있어서 고액진료 환자의 진

료비 경감에 별다른 효과를 거두지 못하고 있다.

WHO가 발간한 2000년도 연차보고서를 보면, 우리나라는 OECD 국가 중 국민의료비에서 사적 의료비가 차지하는 비율이 가장 높은 나라임을 확인할 수 있다. 사적 의료비의 비율이 가장 낮은 국가는 영국, 체코, 룩셈부르크이었고, 가장 높은 국가는 한국 62.3%, 멕시코 59.1%, 미국 55.9%의 순이었다. 이러한 사적 의료비 부담 비율은 OECD 국가의 평균치 27.4%보다 두 배가 더 높은 수준이다. 이는 공공부문의 의료비지출이 그만큼 낮아 보건의료부문에 대한 정부정책의 영향력이 매우 약하다는 것을 의미하며, 아울러 재정 시스템이 매우 소득 역진적임을 의미한 결과이다.

2001년 보건복지부가 OECD에 의뢰하여 실시한 우리나라 보건의료체계에 대한 평가 보고서도 이러한 문제점을 지적하고 있다. 보고서는 첫째, 본인부담금 지불이 지불능력과 관련이 없고, 둘째, 본인부담금 면제 혹은 감면이 전체 인구의 2% 정도에 해당하는 의료수급권자에만 적용되고 있으며, 셋째, 고액진료비가 발생하여도 본인부담금 상한선이 없다는 점 등을 제기하면서 현재 건강보험 및 의료급여의 본인부담금 정책이 매우 소득 역진적이라고 지적하고 있다.

이것은 결국 진료비의 50%를 조금 넘게 보장해주는 건강보험이 국민 건강의 안전망 구실을 제대로 못하고 있음을 의미한다. 더욱이 질병으로 인하여 발생하는 임금 손실분의 보상을 위해 반드시 필요한 상병수당제도가 없는 상황에서 사회 안전망의 기능은 요원하다고 할 수 있다.

이처럼 건강보험의 본인부담 수준이 매우 높다는 것은 거의 공통된 인식이라 할 수 있다. 그렇지만, 본인부담 수준이 어느 정도가 적당한가는 매우 다양한 주장이 존재한다. 크게 대별해 보면, 도덕적 해이를 방지하고 건강보험의 효율적 운영

을 위해 본인부담을 일정 수준을 유지해야 한다는 주장과 본인부담의 설정 자체가 의료기관 이용의 접근성 장애로 나타날 가능성이 크기 때문에 의료적 필요가 존재하는 한 본인부담 자체를 없애야 한다는 주장으로 구분할 수 있다.

그런데, 두 주장은 본인부담과 도덕적 해이에 관한 관계 규명, 정부의 재정적 부담 능력 및 각 부담 주체의 의지, 그리고 거시적 효율성에 대한 평가 등에 따라 입장을 차이를 발견할 수 있다. 그렇지만, 본인부담이 적으면 의료서비스가 남용될 것이라는 가정은 의료이용량의 결정 변수에 대한 지나친 단순화에 기초하고 있다는 점에서 재고될 필요가 있다. 만약 본인부담금이 없어서 도덕적 해이가 발생한다면 본인부담금이 없는 영국이 한국보다 외래의 방문일수가 적은 이유를 설명할 수 없게 된다. 의료의 남용이 발생하는 것은 공급자 요인 등 다른 제도적 요인이 중층적으로 작용한 결과이지 본인부담의 결과로 파생하는 것이 아니다. 오히려 부적절한 의료이용은 본인부담보다 주치의등록제도 등 의료전달체계에 지배적인 영향을 받는다는 점에서 지역별, 단계별로 의료전달체계를 공공적으로 개편하는 것이 도덕적 해이를 방지하기 위한 효과적 대안이라 할 수 있다.

2. 보장성 강화의 접근 방향과 쟁점

지금까지 제출된 보장성 강화의 방향은 크게 질병 또는 항목별로 보장성을 확대하자는 접근방법과 대상 집단별로 보장성을 강화해야 한다는 접근방법 등으로 구별할 수 있다. 질병별 접근방법으로 대표적인 주장이 대만과 같이 중증질환에 대한 완전 의료보장, 즉 중대상병제도를 우선적으로 실시해야 한다는 것이다. 그러한 주장의 근거로 제시하고 있는 것이 고액진료비 대책의 시

급성이다. 정부도 2005년 7월부터 암, 일부 심장 질환 등에 대하여 진료비를 감면하는 정책을 실행하고 있고 향후 대상 질환을 확대하겠다는 견해를 밝힌 바 있다.

그런데, 고액진료비 부담 문제가 건강보험의 보장성 강화에서 핵심적 주제라는 데에 이견을 갖고 있지는 않지만, 그 방법이 중대상병제도의 우선 실시에 있는가는 동의하기가 어렵다. 고액진료비가 발생하는 질병이 암 등 일부 중대상병에 국한되는 것이 아니라 다른 많은 상병에서 발생할 수 있기 때문이다. 따라서 고액진료비 부담을 줄이는 것이 정책 목표라 한다면, 질병별로 확대하는 것이 아니라 모든 질병에 동시에 적용될 수 있는 방법을 찾는 것이 타당하다.

그렇지 않고 일부 질병에 국한하고자 할 경우 다양한 쟁점이 발생할 가능성이 큰데, 우선 질병의 우선순위와 판단 기준에 대한 논란이 불가피해질 수밖에 없다. 고액진료비가 초점이라면 진료비 부담의 크기 또는 진료비 부담으로 인한 경제적 장벽이 상대적으로 큰 질병이 우선순위가 높아야 하지만, 중대상병제도는 애초부터 질병의 중증도가 중요한 판단 기준으로 작용하기 때문에 고액진료비라는 기준에 부합하지 않는 질병이 포함될 가능성이 크다. 둘째, 질병의 중증도라는 기준 자체에 대해서도 논란이 발생할 수 있다. 어느 질병이 중증도가 높은지에 대한 논란과 함께 비용-효과성에 대한 새로운 논점이 부각될 수 있다. 그렇게 될 경우 현재 심사평가원의 급여 결정구조와 차이가 없어지는 결과가 발생할 수도 있다.

이와 관련하여 고액진료비 부담에 따른 가계 파탄을 해결하기 위한 방안으로서 본인부담상한제도의 유용성이 오래 전부터 논의되어 왔고, 정부도 2004년에 본인부담상한제도를 도입한 바 있다. 그러나 정부가 도입한 본인부담상한제도는

비급여가 포함되지 않은 관계로 실효성이 없다는 지적이 지배적인 상황이다. 그렇지만 질병의 치료 과정에서 필요한 모든 비급여항목을 건강보험의 급여로 전환한다면 형식적으로 운영되고 있는 현행 본인부담상한제도가 제대로 작동하게 되어 고액진료비에 부담에 따른 가계 파탄을 막을 수 있다. 따라서 고액진료비 부담에 대한 대책으로서 중대상병제도보다 비급여의 급여화에 따른 본인부담상한제도의 실질적 작동이 더 중요하다고 할 수 있다.

물론 국민들의 수용성을 고려하여 중대상병제도가 남다른 의미를 갖는다고 할 수 있다. 많은 국민들이 암보험에 가입되어 있고 암의 심각성과 사회적으로 해결해야 한다는 동의 수준이 매우 높기 때문에 중대상병제도는 국민의 수용성 측면에서 성공 가능성이 큰 정책이라 할 수 있다. 그렇지만, 중대상병제도의 도입만으로 고액진료비 부담에 따른 가계 파탄 문제를 해결하기 어렵다는 점에서 정책 목표를 실현하기에 한계적인 정책이라 할 수 있다. 최근 일부 질병에 대한 본인부담 경감조치에 따라 의료급여 2종 환자에 대한 본인부담 경감조치를 추진하고 있는데, 이 과정에서 형평성 시비가 강하게 제기되고 있다는 점도 고려되어야 할 문제이다.

다음으로 대상별로 보장성을 확대해야 나가야 한다는 주장인데, 학령 전 아동에 대한 완전의료보장을 실시해야 한다는 의견이 대표적인 주장이라 할 수 있다. 조병희(2005)는 아동이 보건학적으로 고위험집단이라는 점, 보편주의 방식으로 적용되어야 한다는 점, 수용성이 높다는 점 등을 근거로 차상위계층 또는 저소득계층에 대한 계급적 접근방식보다 보편적 적용 방식인 아동에 대한 완전의료보장을 적용하자는 의견을 밝힌 바 있다. 아동에 대한 보장성 강화는 수용성 측면에

서 성공 가능성이 큰 정책이라는 점, 그리고 기존에 급여 필요성의 결정을 주도해온 전문가의 판단에 따라 보장성의 수준을 결정하는 것이 아니라 소비자의 시각에서 문제를 풀어야 한다는 방향 설정 등은 매우 타당한 문제의식이라 할 수 있다. 따라서 이에 대한 면밀한 검토가 있어야 할 것으로 판단된다.

그렇지만, 아동에 대한 완전의료보장제도 역시 고액진료비 부담에 따른 빈곤 문제를 해결하고 의료이용의 장벽을 해소할 수 있는 대안으로 작동하기에 한계적인 정책이다. 특히 비급여 문제가 해결되지 않고 아동의 완전의료보장이 가능한가에 대한 의문점이 제기될 수밖에 없다. 또한, 생애주기별로 볼 때 아동이 보건의료의 필요가 가장 높은 고위험집단인가도 고려해보아야 할 문제이다. 고위험집단이라는 문제의식을 발전시킨다면 계급적 접근이라는 시각에서 비판하였던 차상위계층 또는 저소득계층이 보건학적으로 고위험집단이라 할 수도 있다. 결국 어떤 집단이 보건학적으로 고위험집단이고, 우선적으로 의료보장의 확대가 필요한 집단인가를 판단하는 것이 더 중요하다고 할 수 있다.

3. 진료비지불제도의 문제

의사나 병원에 진료비를 지불하는 방식의 문제는 건강보험 또는 의료제도 전체에서 매우 중요한 문제 중 하나이다. 현행 행위별수가제도 하에서 진료비는 의료서비스의 양과 서비스의 가격에 의해 결정된다. 그런데 이 서비스의 양과 질을 결정하는 것은 환자가 아닌 의사이다. 환자는 의사에 비해 의료에 대한 정보가 부족하기 때문에 의사의 결정을 따를 수밖에 없다. 이때 의사는 자신의 수입을 최대화하려는 동기를 가지고 있기 때

문에 가능한 많은 치료서비스를 제공하거나 가능한 많은 환자를 유인하려는 동기가 발생할 가능성이 크다. 또한 불필요한 재진을 권유하거나 환자를 비용이 많이 드는 병원으로 의뢰하는 부적절한 행위가 발생할 수 있다.

또한 수가 항목이 세분화되어 있는 상황에서 진료 행위를 일일이 심사하는 과정에서 과도한 행정비용이 발생하게 된다. 병원 또는 의사들의 진료행위에 대해 심사평가원이 일일이 간섭할 수밖에 없는 일들이 벌어지고 심사 과정에서 직, 간접비용이 증가하게 된다. 지금까지 심사를 둘러싸고 심사평가원과 의료기관 간에 벌어져왔던 갈등과 충돌의 주요한 원인이 바로 이러한 행위별수가제에 기인한다고 할 수 있다.

이처럼 행위별수가제는 의사나 의료기관이 진료량을 최대화하려는 경향을 막기 어렵고 과도한 행정비용이 든다는 점에서 장점보다 단점이 많은 진료비지불제도라 할 수 있다. 일부 의료기술의 발전에 유리한 측면을 부인하기는 어렵지만, 과잉진료와 자원분배의 왜곡, 그리고 의료비 증가를 촉진하는 문제를 안고 있다. 행위별수가제가 아니라 하더라도 일차의료에 적합한 방식인 인두제, 보험자와 의료제공자 간에 진료비를 사전에 계약하고 배분하는 방식인 총액계약제 등 다양한 진료비지불제도가 존재하기 때문에 새로운 진료비지불제도의 개편이 필요한 상황이다.

4. 보건의료서비스제공체계의 문제

건강보험의 보장성 문제는 해당 국가의 보건의료체계 내지 보건의료서비스제공체계와 밀접하게 연동되어 있다는 점에서 보건의료서비스제공체계의 문제가 함께 논의되고 해결되어야만 보장성 강화를 통하여 얻고자 하는 정책 목표가 실현

될 수 있다. 일반적으로 보건의료는 시장의 원칙에 따라 서비스공급이 결정될 경우 시장실패가 발생할 가능성이 큰 부문이다. 이에 각 국가는 보건의료에 대한 공공적 개입을 강화하고 있으며, 공공의료의 중요성 또는 의료의 공공성을 기본적인 원칙으로 정하고 있다. 특히, 보건의료서비스는 소비를 통해 국민 개인뿐만 아니라 국가 전체에 장기적 편익을 가져다주기 때문에 국가의 책임 하에 서비스의 공급 자체를 책임져야 한다는 것이 선진 외국의 일반적인 경향이다.

그러나 우리나라는 건강보험을 위시한 일부 재원조달 기전 및 영리법인을 인정하지 않는 일부 법적 제도적 장치를 제외하면 전적으로 시장의 논리가 작동되는 사적 의료체계에 기초해 있다. 이러한 사적 의료체계는 무정부적인 시장경쟁의 심각성을 고스란히 드러내고 있는데, 보건의료의 특성과 맞물려 가히 보건의료의 위기라 칭할 수 있는 심각한 문제를 발생시키고 있다.

보건의료의 위기를 가장 명확하게 보여주는 징후는 바로 공급 과잉이다. 급성기병상은 이미 공급과잉 상태에 있고, CT, MRI, 체외충격파쇄석기 등 첨단 고가 장비의 보유는 이미 세계 최고 수준에 이르고 있다. 매년 수천 명의 의사, 한의사, 치과의사들이 사회로 쏟아져 나올 뿐만 아니라 대다수가 농촌으로 진출하기보다 구매력이 있는 대도시에 집중되어 도-농 간 격차가 갈수록 커지고 있다. 더욱이 이러한 공급 과잉은 필수적인 의료의 과소 공급과 저소득층을 비롯한 취약계층의 ‘미충족의료’를 동반한다는 점에서 그 심각성이 매우 크다.

특히 현 건강보험 수가와 급여항목이 의료공급자가 투자한 자본비용을 보전해주지 않고 경상비용만을 보전해주기 때문에 의료공급자들은 자본비용을 회수하기 위하여 비정상적으로 진료강도

를 강화하고 비급여 항목을 확대하고 있다. 또한 행위별수가제에 기초한 진료비지불제도가 이러한 진료강도 강화를 부추기고 있는 실정이다. 의료전달체계 역시 유명무실해지고 있다. 종합전문요양기관으로 환자가 비정상적으로 집중되고 있고, 1차 의료기관은 3차 의료기관을 가기 위해 불편하게 거쳐야만 하는 진료의뢰서 발급기관 정도로 인식되고 있는 실정이다.

이와 같이 현재 우리 사회가 직면하고 있는 보건의료의 위기는 보건의료의 구조적 취약성 내지 공공성의 부재에 기인한다. 이러한 구조적 취약성을 가장 극명하게 보여주는 것이 민간 중심의 소유지배구조라 할 수 있다. 실제 OECD 자료를 보면 우리나라는 공공부문 병상의 비중이 8.1%에 불과할 정도로 민간부분이 압도적 우위를 점하고 있고, 다른 나라에 비해 공공부문의 비중이 극히 취약하다.

그런데 이러한 민간병원의 대다수가 개인 및 재벌자본의 소유와 지배를 받고 있다는 점에서 문제의 심각성이 크다. 형식적인 설립 형태만 보면 비영리법인의 형태를 띠고 있는 병원도 많지만, 실제적인 지배구조를 보면 사적 성격이 매우 강한 특성을 갖고 있다. 이는 일반적인 서구의 비영리 민간병원의 특성과 다른데, 서구의 민간병원은 자선적 성격이 강하고 대다수가 지역사회에서 공공적 역할을 수행하고 있는데 반해 우리나라 민간병원은 전형적인 이윤극대화 모형에 따라 운영된다는 점에서 큰 차이를 보이고 있다. 따라서 이윤극대화를 추구하기 때문에 의료기관이 도시지역에 집중되고, 치료 위주의 서비스가 제공되며, 건강보험에 적용되지 않는 비급여진료를 증가시키는 방향으로 움직이게 되는 것이다.

또한 서구와 달리 우리나라는 의원과 병원이 모두 외래와 입원 환자를 진료함으로 인해 양자

가 동일한 시장 안에서 경쟁을 하고 있다는 점에서 시장의 무정부성이 매우 심한 국가에 속한다. 그 결과 경쟁력이 취약한 1차나 2차 의료기관보다 3차 의료기관인 대형병원으로 환자가 집중되는 ‘상방지향적’인 현상이 나타날 수밖에 없는 것이다. 특히 재벌자본이 주도하는 병원의 대형화 추세로 인하여 의료이용 뿐 아니라 인력을 포함한 자원의 배분마저 대형병원으로 집중되는 양상을 보이고 있다.

더욱이 병원의 절대 다수를 차지하는 300병상 미만의 소규모 병원은 ‘규모의 경제’에 도달하기 어려워 적절한 의료서비스의 질을 유지하지 못함으로써 이러한 경향을 확대 재생산하고 있다. 소규모 병원이 경쟁에 살아남기 위하여 300병상 이상 규모의 병원과 동등한 시설을 갖추려는 경향이 발생하고 있는데, 그 과정에서 소규모 병원이 감당할 수 없는 비용이 발생하고 있고, 이러한 비용을 상쇄하기 위하여 시설의 질적 수준을 낮추는 악순환을 반복하고 있다.

또한 규모의 경제에 못 미치는 소규모 병원은 생존을 위해 생산비용의 절감이나 매출의 증가 또는 두 가지 모두를 부적절하게 강화하지 않을 수 없다. 일반적인 시장이라면 생산자의 행위는 소비자의 감시와 참여로 인해 일정하게 제어될 수 있겠지만, 그러한 기전이 작동하기 어려운 보건 의료 시장에서 이는 서비스 질 저하와 의료비 상승 등 국민에게 직접적인 피해로 돌아가게 된다. 따라서 대다수 병원의 규모가 너무 작다는 현실은 한국의 보건 의료체계에서 치명적인 악영향을 미치게 되는 것이다(김용익, 2003).

이와 함께 의원, 병원, 대형병원 간에 의료전달 체계가 형성되지 않아 무분별 경쟁이 심화되고 있다. 막대한 양의 의료시설 및 의료 자원의 중복 투자와 낭비를 막기란 사실상 불가능한 상황이

다. 이러한 상황을 고려해볼 때 외국의 어느 유형에 비해서도 한국의 의료전달체계가 가장 비용유발적인 형태를 가지고 있다고 해도 과언이 아니다.

IV. 건강보험의 보장성 강화 방안

1. 건강보험의 적용 확대

원칙적으로 건강보험은 미용, 성형, 일부 상급 병실료 등을 제외하면 질병 및 건강의 향상에 필요한 모든 비급여 항목을 급여 항목으로 전환해야 한다. 지금까지 급여가 되는 항목을 설정했다면, 앞으로는 급여가 되기 어려운 항목을 정의하는 방식으로 바뀌어야 한다.

정부의 수가통제를 받지 않는 비급여서비스가 수입의 상당부분을 차지하고 있는 공급자의 상황을 생각해보면, 건강보험의 적용 확대는 의료기관 수지에 부정적인 영향을 준다고 생각할 수 있다. 그렇지만, 경제적 이유로 미충족의료로 남아있었던 의료서비스의 욕구가 수요로 전환됨으로써 의료서비스의 이용이 증가할 여지도 있기 때문에 의료공급자에게 반드시 부정적 영향만을 주는 것은 아닐 것이다.

반면, 비급여의 폐지는 공적으로 조달되는 보험재정의 비율이 높아진다는 것을 의미한다는 점에서 의료체계 전체의 효율성을 높이는 데에 기여할 것이다. 특히, 국민과 소비자의 입장에서 보면 실질적인 본인부담상한제도가 작동하게 되어 고액진료비 부담이 현저하게 줄어들게 되고 의료서비스에 대한 접근성이 좋아지게 되며, 의료서비스 이용에 있어서 사회계층 간 불형평성을 개선하는 작용을 하게 될 것이다. 이는 점차 심각해지고 있는 사회 양극화 문제를 줄이는 데에도 상

당한 역할을 할 수 있을 것으로 판단된다. 따라서 일부 법정비급여 항목을 제외한 모든 비급여 항목을 시급하게 급여화하는 것이 필요하다.

2. 고위험군을 출발로 한 본인부담금제도의 단계적 폐지

현재 의료서비스 이용 과정에서 발생하는 과도한 본인부담금은 가계파탄을 초래하는 핵심적 원인으로 작용하고 있기 때문에 시급하게 이 부분에 대한 해결 방안을 강구해야 한다. 만약 비급여의 급여화가 이루어진다면 현행 본인부담금 상한제가 실질적인 효과를 발휘할 수 있기 때문에 고액진료비가 발생하는 고위험군 환자의 본인부담 문제를 획기적으로 개선할 수 있다. 따라서 무엇보다 비급여의 급여화가 선결 과제라 할 수 있다. 그렇지만, 본인부담금제도가 남아 있는 한 의료이용의 경제적 장벽이 해결되었다고 말하기 어렵고, 소액 진료비더라도 의료이용의 장애로 작용할 수 있으며, 소득이 낮을수록 그러한 경향은 커질 수밖에 없다는 점에서 본인부담금제도의 폐지를 단계적으로 달성하는 것이 필요하다.

서울시정개발연구원에서 수행한 2001년도 연구를 보더라도 저소득층일수록 경제적 요인으로 인하여 의료기관을 이용하지 못할 가능성이 크다. 따라서 일차적으로 의료급여의 적용을 받지 못하는 차상위계층을 의료급여로 확대하든지, 아니면 건강보험 내에서 본인부담금을 폐지하는 것이 필요하다. 또한 중증질환자와 임신부 및 영?유아에 대한 본인부담제도를 우선적으로 폐지하고 재정 부담을 고려한 속에서 노인에 대한 본인부담을 폐지하는 방향으로 정책을 수립하는 것이 요구된다. 장기적으로 경제적 부담 능력에 따라 점진적으로 본인부담을 없애는 방향으로 정책을

수립해야 한다. 이렇게 건강보험의 보장성이 획기적으로 개선되면 의료급여와 건강보험을 별도로 운영할 필요 없이 의료급여를 건강보험체계에 편입시켜 보편적이고 단일한 의료보장체계를 구축할 수 있을 것이다.

3. 중장기 과제로서 상병수당의 도입

진료비에 대한 직접적인 부담이 사라지게 되면, 서비스 이용 중에 발생하는 가계 소득의 상실을 보전해주는 상병수당을 신설해야 한다. 의료서비스를 이용하는 과정에서 발생하는 가계 소득의 상실 문제는 의료이용의 접근성을 저해하는 주요한 문제 중 하나이며, 특히 저소득계층일수록 그러한 경향이 클 것으로 예상되기 때문에 이를 해결하기 위한 대안으로서 상병수당의 신설이 필요하다.

물론 당장 도입하려면 막대한 재정적 부담이 예상되기 때문에 소요 재정에 대한 면밀한 검토와 함께 중장기 도입 계획을 수립해야 한다. 특히 상병수당이 도입될 경우 의료이용의 접근성이 제고될 뿐 아니라 빈곤과 불건강의 악순환 고리를 끊는데 크게 기여할 것으로 예상된다. 점에서 사회안전망 확보와 더불어 빈곤의 양극화 해소를 위해서 상병수당의 도입은 반드시 추진되어야 한다.

4. 진료비지불제도의 개편

행위별수가제의 대안으로 지금까지 DRG 포괄수가제도가 논의되어 왔고, 정부에서도 오랫동안 시범사업을 진행해온 바 있다. 그러나 의료공급자의 압력에 밀려 DRG 포괄수가제도가 임의 방식으로 도입되면서 긍정적 효과는 발현되지 못하고 의료비용만 늘어나는 부작용이 생기고 있다.

파행적으로 전개되고 있는 DRG 포괄수가제도를 전면적으로 실행하는 방안도 있겠지만, 제도에 대한 의료공급자의 오해와 반감이 심각하다는 점에서 새로운 진료비지불제도로써 총액계약제에 대한 적극적인 검토가 필요하다.

총액계약제란 주어진 기간 동안 의료공급자에 의해 제공되는 진료서비스와 약품의 총비용을 사전에 미리 계약하여 지불하는 제도로서 많은 국가에서 이 제도를 도입하여 적용하고 있다. 총액계약제가 도입된다면, 우선적으로 공급자에 대한 사후 모니터링체계 및 진료의 적정성 평가를 포함한 의료의 질 평가 체계가 강화되어야 한다. 이러한 제도적 변화가 달성되면 가능한 공급자부터 단계적으로 적용해나가기 위한 구체적인 계획이 필요하다.

5. 건강보험제도의 효율성 제고를 위한 공공적 개편 전략

건강보험의 보장성 강화 및 지불제도 개편과 함께 반드시 동반되어야 할 과제가 비용유발적인 건강보험제도를 효율적으로 개편하는 일이다. 우선적으로 치료서비스 등 건강보험 급여서비스의 적정성을 평가함으로써 무분별한 서비스의 과잉 또는 과소 공급으로 인한 서비스의 질 하락을 막고 환자에게 가장 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 적정성 평가가 강화되어야 한다. 진료비지불제도가 개편되면 진료비 심사가 대폭 줄어들 것으로 예상되는데, 부정적인 인식이 큰 심사 기능의 강화 대신 제공자와 국민 모두에게 득이 되는 방향으로 평가 기능을 강화해 나가야 한다.

다음으로 의약품에 존재하는 거품을 걷어내어 가입자인 국민의 과도한 의료비 부담을 줄이기 위한 제도적 접근이 필요하다. 단기적으로 의약

품등재 positive list와 약가계약제를 도입하고, 단계적으로 필수약품 지정, 특허권 제한, 약가결정구조의 변화 등을 통해 신약이 한국의 조건에 맞지 않게 부당하게 높이 설정되는 문제를 해결함으로써 건강보험의 재정 지출이 합리적으로 이루어질 수 있도록 해야 한다.

마지막으로 개별 가입자의 보험료 부담율을 낮추고 정부와 기업의 부담율을 단계적으로 높여나감으로서 재정 부담의 공공성을 높여나가도록 해야 한다. 이렇게 재정 부담의 공공성을 높여나갈수록 건강보험의 재정 구조가 안정화되고 총의료비의 효율적 관리가 가능해질 수 있을 것이다.

V. 요약 및 결론

사회양극화가 심화되고 있는 현실에서 사회안전망의 중요한 보루인 건강보험이 보장성의 취약함으로 인해 그 역할을 제대로 수행하지 못하고 있다. 본인부담이 전체 진료비의 50%에 이를 정도로 매우 높고, 고액진료비에 대한 보장성 기능이 크지 않아서 가계 파탄을 억제하지 못하고 있다. 또한 부적절한 과잉공급을 유도하는 행위별수가제도 하에서 건강보험제도는 비용유발적으로 운영될 수밖에 없는 문제를 안고 있다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 우선적으로 진료 과정에 필요한 모든 비급여를 급여화하여 본인부담상한제도가 작동될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 또한 본인부담제도를 단계적으로 폐지하고, 중장기적으로 상병수당을 도입하여 빈곤과 불건강의 악순환을 끊는 것이 요구된다. 마지막으로 진료비지불제도 및 재정분담방식 등을 포함하여 건강보험제도를 공공적으로 개편함으로써 가입자인 국민에게 제공되는 서비스의 질을 높이

고 총의료비를 효율적으로 관리해나갈 수 있도록 해야 한다.

이러한 정책이 수립된다면, 첫째, 의료이용이 필요한 국민들이 경제적인 고려 없이 필요한 시점에 필요한 양만큼 충분하게 의료 이용을 할 수 있게 됨으로서 국민의 건강 수준을 획기적으로 개선할 수 있다. 그리고 건강보험 재정에서 정부와 기업의 부담을 선진국 수준으로 높여서 개별 가입자의 추가 부담 없이 보장성을 높일 수 있게 된다. 또한, 그동안 건강보험의 보장성이 낮아서 어쩔 수 없이 민간의료보험을 들어야 했던 국민들의 경제적 부담이 줄어들 것으로 예상된다.

둘째, 중장기적으로 공급자 내부의 불형평성이 제거되고 시장의 논리 속에서 위태로워진 전문가의 위상을 새롭게 확립할 수 있을 것으로 예상된다. 행위량의 증가 중 상당 부분이 제약 자본과 의료기기 자본의 몫으로 돌아가고 있다는 점에서 행위량을 줄이면서도 소득이 보장될 경우 지금보다 의료공급자에게 훨씬 유리한 진료 환경이 부여될 수 있다.

셋째, 기업의 안정적 활동이라는 측면에서도 유리한 환경을 제공할 수 있을 것이다. 현재 미국 기업의 영업 활동에서 가장 걸림돌이 되고 있는 것 중 하나가 과도한 민간의료보험의 보험료 부담이라는 점과 핀란드, 스웨덴 등 서구복지국가에서 의료에서 사회안전망을 구축하는 것이 기업의 안정적인 활동의 전제가 되고 있다는 점에서 건강보험의 보장성 강화는 기업 입장에서도 결코 불리한 조건이라 할 수 없다.

단기적으로 정부의 재정 부담과 기업 부담이 일부 증가할 수 있지만, 중장기적으로 사회, 국가, 기업에 훨씬 더 많은 편익을 가져올 수 있다는 점에서 건강보험의 보장성 강화에 대한 발상의 전환이 필요하다. 특히 가속도가 붙고 있는 사회양

극화 현상을 막기 위해서 건강보험의 보장성 강화는 더 이상 미룰 수 없는 과제인 것이다.

참고문헌

- 김용익. 공공성 부여를 통한 중소병원 육성지원 연구. 국회 보건복지위원회. 2003.
- 김창엽. 빈곤과 건강. 한울. 2003.
- 김창엽. 공공병원 확충방안 개발에 관한 연구. 보건복지부. 2004 a.
- 김창엽. 의료시장 개방 논의의 문제점. 예방의학 회지 2004 b ;37(1):6-10
- 김철웅. 소득계층별 암 발생, 암 치명률 및 암 의료이용의 불평등 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문. 2005.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석. 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 한국보건사회연구원. 2004.
- 박정환. 평생건강관리체계 구축을 위한 모자보건사업 강화방안. 고령화 및 미래사회위원회. 2005.
- 이상이. 국제수준과 비교한 우리나라 건강보험의 보장성. 국민건강보험공단. 2005.
- 임 준. 주요 암의 소득계층 간 생존율의 차이. 서울대학교 대학원 박사학위 논문. 2005.
- 조병희. 건강보험 보장성 강화 접근방법. 건강보험공단 발표자료. 2005.3.
- 통계청. 도시기계조사. 각 년도.
- Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Health inequalities in Korea : age-and sex-specific educational differences in the 10 leading causes of death. IJE 2004;33 (2):299-308

미국 의료보장체계의 성과와 평가

김 창 엽

서울대학교 보건대학원 교수

미국 의료보장체계는 막대한 자원 투입에도 불구하고, 보장성과 비용, 건강수준, 형평의 달성, 국민의 만족도 등 거의 모든 측면에서 긍정적인 평가를 받고 있지 못하다. 특히 최종적인 결과라 할 수 있는 건강수준의 측면에서 다른 나라와 비교하여 낮은 성과를 보인다. 이는 미국 의료보장체계가 가진 구조적인 문제점에 발생하는 비효율성 때문이다. 의료자원이나 제도 등은 결국 건강이라는 최종적인 결과를 위한 중간 과정 혹은 투입(input) 요소라고 할 수 있다. 미국 의료보장이 막대한 자원을 투입하는 것이 사실이지만, 이에 걸맞는 높은 건강수준을 보이고 있다면 자원 투입을 마냥 문제 삼기는 어렵다. 그러나 현재 미국 의료보장제도는 그 성과 측면에서도 자원을 적게 투입하는 나라들에 비해 결코 긍정적인 평가를 받기 힘들다는 것이 문제이다.

주제어: 의료보장체계, 보장성, 비용, 건강수준

I. 의료보장제도의 보장성

1. 적용 인구

여러 차례 언급하였지만, 미국은 선진국 중 유일하게 전국민을 대상으로 한 의료보장제도가 없는 나라이다. 당연한 결과로 상당수의 미국민은 어떤 종류의 의료보장에서도 제외되어 있다.

대부분의 65세 이상 노인은 메디케어의 적용을 받고 있으므로, 의료보장 적용 여부는 노인을 제외한 나머지 인구를 가지고 따지는 경우가 많다.

2003년 현재, 비노인인구 2억 5,200만 중 의료보장이 없는 인구는 약 4,500만(18%)에 이른다(Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured 2004). 의료보장이 없는 인구의 절대적인 수치도 문제지만, 더 큰 문제는 최근 들어 문제가 해결되는 것은 고사하고 오히려 숫자가 더 늘어나고 있다는 점이다. 2004년 8월 연방정부가 발표한 것에 따르면, 2003년 현재 의료보험이 없는 인구는 약 4,500만(전국민의 15.6%)으로 한 해 동안 140만 명이 늘었다(DeNavas-Walt et al. 2004).

어떤 사람들이 의료보장에서 빠져 있는지를 아는 것은 배제의 성격을 이해하는 데에 매우 중요하다. 특별별로 분석하면, 쉽게 예측할 수 있는 대로 성인이 미성년에 비해, 소수 인종이 백인에 비하여 의료보장의 미적용자가 될 가능성이 높다. 그러나, 취업 혹은 노동과 의료보장의 문제는 상식적인 추측과는 다르다. 즉, 의료보장 미적용자의 약 80%는 취업 노동자 가구일 정도로, 취업해서 경제활동을 한다고 해서 의료보장이 '보장' 되는 것은 아니다. 이는 최근 들어 근로 빈곤층(working poor)이 급증하고 있는 경제상황과 무관하지 않은데, 실제 빈곤층이면서 의료보장이 없는 인구의 54%는 최소 한 명 이상의 가구원이 취업 중인 경우다.

의료보장에서 배제되는 것은 당연히 기존의 의료보장이 얼마나 충실한가와 직접적인 관계가 있다. 2003년 현재 미국의 의료보장 적용은 비노인 인구의 경우 사용자 보험이 62%, 메디케이드를 비롯한 정부 의료보장이 15%를 차지한다(Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured 2004). 결국 사용자 보험이 의료보장의 핵심 형태인데, 사용자 보험에 해당하는 사람 중 절반가량은 본인이 피보험자이고 나머지 절반은 피부양자 신분이다. 문제는 이러한 사용자 보험이 강제사항이 아니기 때문에 연속성을 보장할 수 없고, 따라서 '시장'의 상황에 따라 언제라도 기반을 잃을 수 있는 제도라는 점이다. 최근 의료보장 비적용 인구의 상당수가 사용자 보험의 감소 또는 위축에 따른 것이라는 분석은 이와 같은 민간보험의 취약한 기반을 잘 보여준다. 사용자 보험에 해당되는 인구는 2003년 현재 60.4%로 1993년 이래 가장 낮은 수준이다(The Kaiser Family Foundation 2004). 이러한 현상이 미국 경제(혹은 세계 경제)와 자본주의의 활동 양상이 변화한

결과라는 데에 대부분의 사람이 별 이의를 달지 않는다. 서비스 산업의 비중이 급격하게 확대되고 이에 따라 비정규 노동이 '정규화' 되는 속에서, 종래와 같이 대기업을 기반으로 한 사용자 보험의 틀이 약화되고 있는 것이다.

사업장 보험의 위축 혹은 중요성 감소는 의료보험이 없는 인구 중에 중산층이 적지 않다는 사실에서도 잘 나타난다. 2003년 조사에서는 비보험 인구의 약 1/3에 해당하는 1,300만이 전체 미국 가구의 중위(median) 소득보다 더 잘 사는 가구에 해당한다고 한다(DeNavas-Walt et al. 2004). 전형적으로 이들은 소규모 사업장 취업자, 비정규직, 개인 자영자 등이다. 개인으로 의료보험에 가입하고자 하는 경우에는 당연히 사업장 단위의 보험보다 보험료가 비싸고 조건도 까다로운 경우가 많다. 의료보험에 대한 입장이 어땠던 민간보험을 지탱해 온 중요한 틀이 자본의 자기운동으로 인해 위협받고 있는 셈이다.

민간보험의 기반이 취약해지더라도 정부 의료보장이 건설하면 전체 의료보장의 후퇴를 어느 정도 완화시킬 수 있다. 그러나 앞에서 이미 살펴본 대로, 재정 상황을 비롯한 제약조건으로 말미암아 정부 의료보장이 이러한 역할을 강화할 것으로 기대하기는 힘들다. 오히려 정부 의료보장도 함께 후퇴할 조짐을 보이고 있는 것이 현재의 객관적인 판단이라 할 것이다. 결국 이와 같은 새로운 위험요소들은 서로 떨어진 것이 아니라 미국 의료보장의 근본적인 고민과 연관되어 있다. 현재 미국 의료보장체계의 맥락을 고려할 때, 여기에서 배제되는 것은 민간보험에 대한 부담 능력 혹은 정부 의료보장 프로그램의 충실성에 직접적인 영향을 받는다. 따라서 근로 빈곤층의 문제를 해결할 수 있는 거시 경제적인 접근이 아니라면, 의료보장의 체계 개편으로 이 문제를 해결

할 수밖에 없다. 그러나 정부의 재정적인 여력으로 볼 때 메디케이드를 확대하는 것도 쉽지 않은 선택인 만큼, 전체 의료보장체계의 근본적인 변화 없이 부문별 접근으로 의료보장 미적용 인구를 줄이기는 좀처럼 쉽지 않을 것으로 보인다.

2. 개인과 가계의 의료비 부담

의료보장의 적용을 받으면서도 직접 부담해야 하는 비용의 크기에 대해서는 해당되는 각 부문에서 이미 서술한 바 있다. 의료보장의 종류에 관계없이 개인과 가계의 의료비 부담이 적지 않다는 것이 공통적인 사항이다. 가계의 의료비 부담은 최근 더욱 가파르게 늘어나고 있다. 소득의 1/4 이상을 의료비로 지출한 인구가 2000년 1,160만 명에서 2004년에는 1,430만 명으로 늘었다(EI Boghdady 2005).

의료보장이 있는 경우에도 부담이 적지 않은

마당에, 의료보장의 적용을 받지 못하는 사람들의 의료비 부담은 더 말할 것도 없다. 이들은 비용 때문에 의료이용을 덜 하고 있음에도 불구하고(Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured 2004), 과중한 의료비 부담의 고통을 겪고 있는 것으로 보인다. 최근의 조사에 의하면, 소득의 5% 이상을 의료비 부담으로 지출하고 있다고 응답한 사람(경제활동 연령의 성인)이 2003년 현재 민간보험 가입자는 9%였던 반면, 의료보장 미적용자는 21%였다(Tu 2004). 특히 만성질환을 가진 경우에는 여기에 해당하는 인구가 민간보험이 13%인 반면, 미적용자는 35%에 이른다. 또, 만성질환을 가지고 있으면서 의료비를 지불하는 데 곤란을 겪었던 경우가 민간보험 가입자에서는 16%였으나, 의료보장 미적용자에서는 3배에 가까운 45%였다.

이와 같은 의료비 부담은 가계의 소비지출에 직접적인 영향을 미친다. 경제학적으로 어떤 종

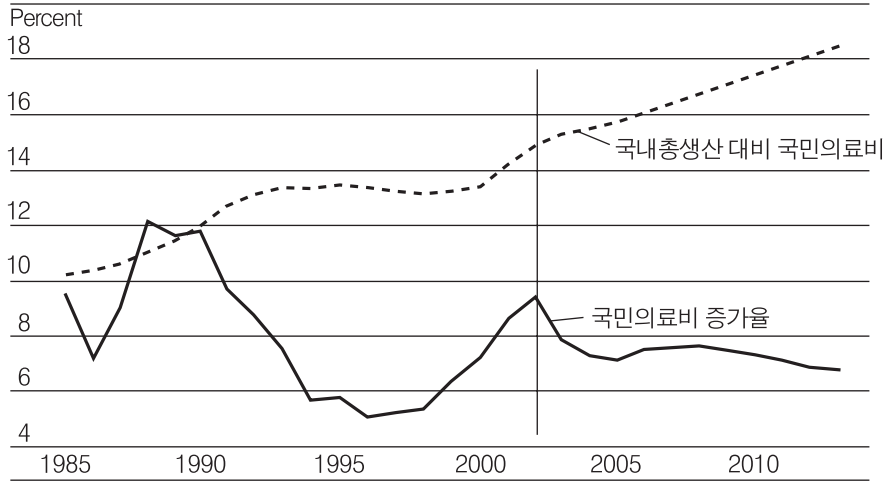
〈표 1〉 가계의 소비지출 구조, 2000년

(%)

	한국		일본 ¹⁾	미국 ²⁾	영국	독일 ¹⁾	프랑스
	1990	2000					
음식료품·담배	27.1	17.7	18.4	9.4	14.3	15.7	17.6
의류·신발	5.8	4.1	6.3	5.4	5.8	6.5	5.0
주거비	18.1	22.2	29.6	21.9	24.1	31.5	30.1
의료·보건	7.1	7.2	3.2	16.3	1.5	4.1	3.6
교통	11.5	12.2	9.8	11.1	14.7	15.1	15.2
통신	1.5	4.6	2.5	2.1	2.2	2.3	2.2
오락·문화	8.4	7.9	9.8	9.3	12.5	9.3	8.9
교육	4.4	4.9	2.1	2.4	1.4	0.7	0.6
기타	16.0	19.3	18.3	22.2	23.5	14.8	16.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 1999년 자료, 2) 가계에 봉사하는 민간 비영리단체 포함

자료: 한국은행, 국민계정 2001(2002년 3월 11일 한국은행 보도자료에서 재인용).



자료: (Heffler et al. 2004)

[그림 1] 미국의 국민의료비 추이와 예측

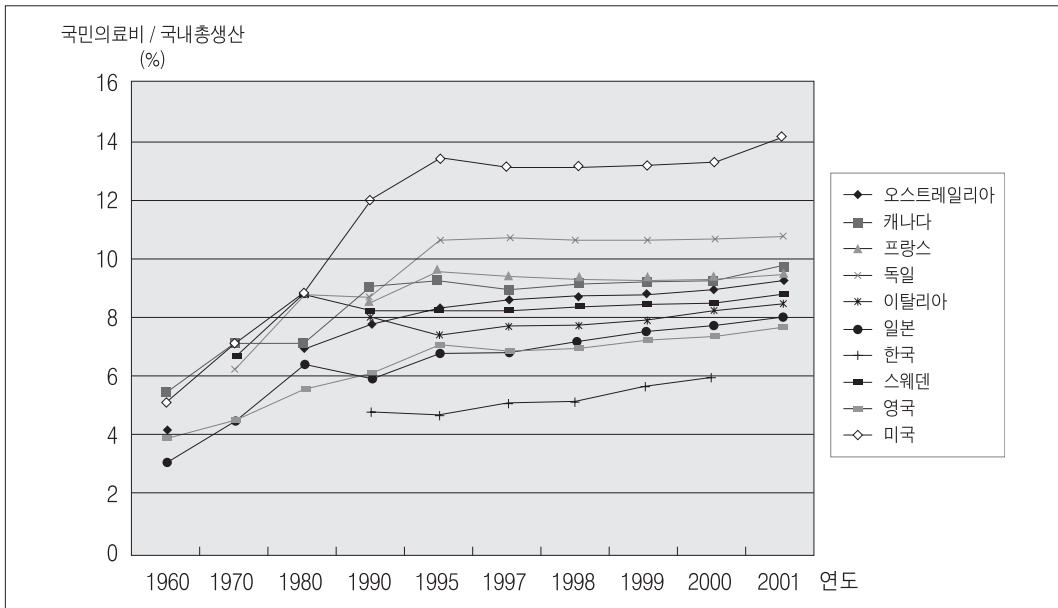
류의 편익이 더 중요한가에 대해서는 개인의 선호가 작용할 수 있겠으나, 확실한 것은 미국민의 소비지출에서 의료가 차지하는 비중이 다른 나라와 비교할 수 없을 정도로 크다는 것이다. 다음 표 1에서 확인할 수 있듯이, 소비지출 중 의료 보건의 비중은 미국이 16.3%로 영국의 1.5%, 일본의 3.2%와 비교가 안 될 정도이다.

높은 의료비 부담은 필연적으로 개인과 가계의 재정적 위기로 이어진다. 미국에서 가족 중 누군가 사고, 입원, 값비싼 치료를 받으면 의료비 지출로 가족 전체의 경제적 안정이 흔들리는 것은 잘 알려져 있다(Committee on the Consequences of Uninsurance 2002). 뿐만 아니라, 2005년 발표된 연구에서는 미국 전체 가계 파산의 약 절반가량이 의료비 지출 때문인 것으로 밝혀졌다(Himmelstein et al. 2005). 매년 약 200만 명 정도의 미국인이 의료비 때문에 파산하며, 이들이 질병에 걸린 이후 직접 지출하는 의료비만 11,854 달러에 이른다. 그러나 정작 미국 의료보장제도의 취약성이 더 명확하게 드러나는 대목은 파산

하는 사람들의 상당수는 예상과 달리 의료보험을 가지고 있었다는 사실이다. 파산한 사람들 중 약 76%는 어떤 종류라도 의료보험을 가지고 있었던 사람들로, 이는 의료보장의 혜택을 가지고 있는 대다수 중산층조차 취약한 의료보장의 위험에서 완전히 면제되어 있는 것이 아니라는 점을 일깨운다.

II. 국민의료비 지출

한 국가 수준에서 얼마나 많은 자원을 투입하고 있는가를 나타내는 대표적인 지표가 국민의료비(National Health Expenditure) 지출이다. 그림 1에서 보듯이 1985년에 10% 수준이던 국내총생산 대비 국민의료비 규모는 2002년 14.9% 수준으로 급증하였고, 이는 2013년에 18.4%에 이를 것으로 예측되고 있다. 1990년대 초반부터 1995년 사이에 안정 상태에 들어간 것으로 보였던 증가율도 1990년대 후반 이후 다시 상승하는 양상



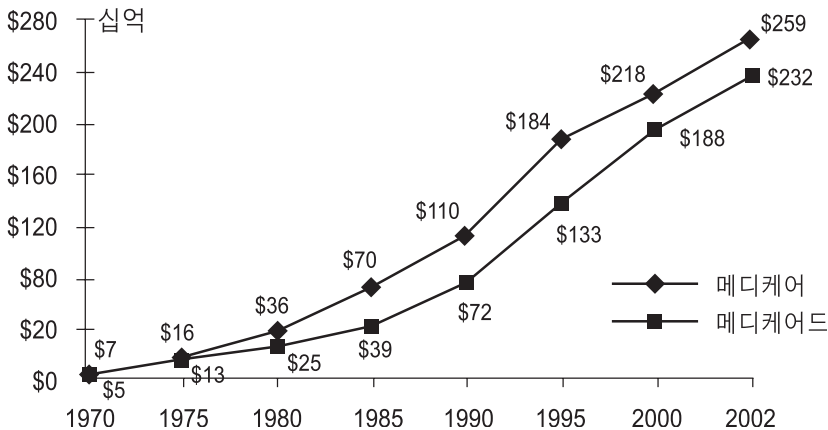
자료: Health, United States, 2004에서 작성 (National Center for Health Statistics 2004)

[그림 2] 주요 나라의 국민의료비 변화 추세, 1960-2001년

을 보인다. 이와 같은 국민의료비의 수준과 증가 속도는 다른 나라와 비교하기 어려울 정도이다. 그림 2에서 보듯이 1980년까지는 다른 나라와 큰 차이를 보이지 않았으나, 1980-1990년 사이에 가파르게 증가하여 그 후 격차가 좁혀지지 않고

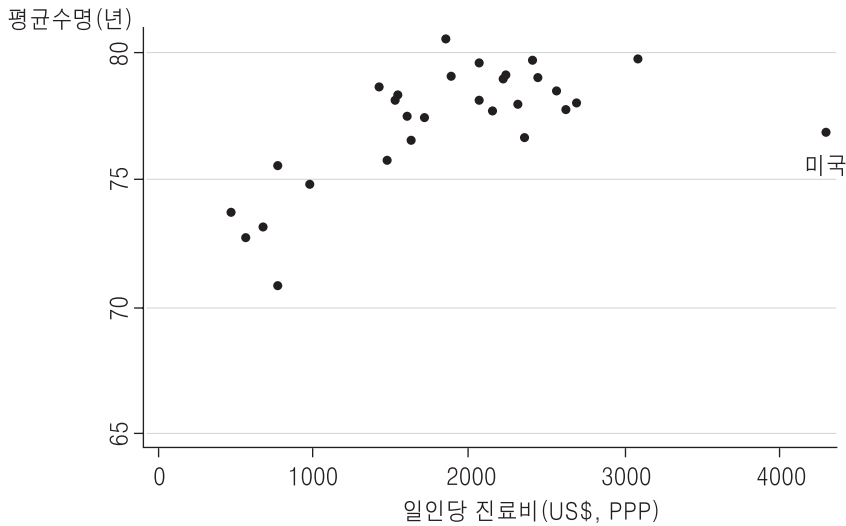
있다. 2001년부터는 오히려 격차가 더 커지는 양상을 보인다.

전체 의료비뿐 아니라, 공공부문 지출인 메디케어와 메디케이드만 따로 떼어도 이러한 추세는 마찬가지다. 1990년 이후 증가 추세는 더욱 급격



자료: Center for Medicare and Medicaid Services

[그림 3] 메디케어와 메디케이드 예산의 증가 추세



[그림 4] OECD 국가들의 일인당 의료비와 평균수명, 1999년

하게 커지는 양상을 보이고 있다(그림 3).

이와 같은 국민의료비 증가는 전세계적으로 유례가 없고 미국으로서도 처음 겪는 일인데다, 해결책조차 뚜렷하지 않다. 따라서 이러한 증가가 어떤 요인에 의해 일어나는지 논란이 계속되고 있다. 그러나 어떤 특정 요인이 의료비 증가를 독립적으로 초래할 수는 없는 일이다. 뿐만 아니라, 별 관계가 없어 보이는 요인조차 실제로는 서로 밀접한 관련성을 맺고 있는 일이 많기 때문에 단일 요인으로 이를 설명하기는 사실상 불가능하다. 예를 들어, 노인인구 증가가 원인 중 하나라고 해도 이는 노인에게 필요한 의료기술의 발전을 촉진하는 역할을 하는 것으로 볼 수 있을 뿐 아니라, 미국보다 더 많은 노인인구를 가진 나라도 적지 않다는 점에서 설득력을 가지기 힘들다.

결국, 미국의 의료비 증가는 단일 요인이 아니라 전체를 설명하는 하나의 ‘근본적’ 요인에서 원인을 찾는 것이 합리적인 것이다. 그런 점에서 ‘무정부적’인 미국 의료보장체계야말로 전체 의료비 지출 증가를 설명할 수 있는 요인으로 설득

력을 가지고 있다. 국민의료비 지출의 급증은 다원주의적이고 상업화된 미국 보건의료체계로서는 피하기 어려운 것이고, 이러한 구조적인 문제를 안고 있기 때문에 시장기전 혹은 정부 개입 어느 쪽도 장기적인 비용 억제 효과를 거두지 못하고 있다는 것이다(Altman and Levitt 2002).

Ⅲ. 건강수준과 만족도

전적으로 의료보장체계의 탓으로 돌릴 수는 없으나, 미국 보건의료의 또 하나의 특성은 건강수준이 비교적 낮고, 특히 투입과 비교한 산출로서의 건강수준(그런 의미에서 거시적 효율성)이 매우 낮다는 것이다. 흔히 쓰이는 어떤 건강지표로 비교하더라도 미국민의 건강수준은 경제수준과 의료비 투입 수준에 비하여 상대적으로 매우 낮은 편이다.

그림 4는 자주 쓰이는 국가간의 비교 방식으로 세로축은 1인당 보건의료비 지출(구매력으로 보

정), 가로축은 평균수명을 나타낸다. 그림에서 쉽게 알 수 있듯이 전체적으로 보건의료비 지출과 평균 수명은 대체로 직선적 관계를 가지며 비례한다. 오직 미국만 전반적인 추세에서 크게 벗어나 평균수명에 비하여 지출이 매우 큰 국가에 속한다. 비용수준은 30개국 가운데 1위인 반면, 평균수명은 30개국 중 21위에 지나지 않는다.

한편, 다음 표 2는 스타필드(Starfield) 교수가 정리한 미국의 건강관련 성적표이다. 표에서도 나타나듯이 미국은 건강수준(장애보정 평균수명, DALE), 형평성, 의료체계의 성취도 모두에서 최하위권을 면치 못하고 있다. 상당수의 건강지표는 한국보다도 낮다. 예를 들어 2001년의 영아사망률은 출생아 1,000명당 7.0으로(National Center for Health Statistics), 이는 1999년 한국의 영아사망률인 6.2보다 떨어지는 수준이다. 전세

계적으로 영아사망률은 경제발전의 수준과 밀접한 관련이 있는 대표적인 건강지표다. 미국은 경제력에 비해 지극히 '비효율적인' 건강 성과를 나타내고 있는 셈이다.

한 제도나 체계의 결과는 반드시 건강에 한정되는 것은 아니다. 의료보장체계 역시 사회적 구성체계의 한 부분이므로, 직접적인 건강지표 이외에 다른 편익을 줄 수 있다. 그런 점에서 의료보장체계에 대한 만족의 정도는 중요한 결과지표로 간주된다. 다시 말하면, 미국 의료보장체계가 문제가 많더라도 결국 국민들이 만족하면 정당화될 수 있지 않느냐는 반론이 있을 수 있다. 특히 다원주의적 정책결정 이론으로 해석하면 현재의 체계는 국민들이 선택한 결과이다. 그러나 이러한 '소박한' 주장과는 달리 미국 국민들의 의료 체계에 대한 만족도는 대단히 낮다. 1990년 조사

〈표 2〉 세계보건기구의 보고서(2000)에 의한 13개 나라의 건강지표의 순위

국가	DALE*	어린이 생존 형평성	보건의료체계 성취도
일본	1	2	1
오스트레일리아	2	6	7
프랑스	3	4	3
스웨덴	4	12	2
스페인	5	3	11
캐나다	6	7	4
네덜란드	7	5	5
영국	8	1	6
벨기에	9	10	8
핀란드	10	11	13
독일	11	8	9
미국	12	13	10
덴마크	13	9	12

* DALE: disability-adjusted life expectation

자료: The Primacy of Primary Care in Health Services(Starfield 2002)

에 의하면 주요 선진국 중 의료체계를 ‘근본적으로 바꾸어야(fundamental change)’ 한다거나 ‘완전히 다시 만들어야(complete rebuilding)’ 한다는 국민의 비율이 89%로 10개국 중 가장 높았고 (Blendon 1990), 이러한 추세는 현재까지 거의 변동이 없다(Blendon and Benson 2001). 또, 미국민이 정부가 주도하는 공적 체계에 대한 찬성이 높지 않을 것이라는 일반적인 추측과는 달리 전 국민 의료보험(조세로 재원조달, 대부분의 서비스를 급여)의 실시에 대한 여론도 찬성 비율이 더 높고 해가 갈수록 꾸준히 늘어나고 있다. 사실, 1943년부터 1965년 사이의 여론조사에서 지속적으로 거의 ⅔ 이상의 국민이 개인 의료서비스에 정부가 지원을 하여야 한다는 의견을 보였다고 한다(Marmor 2000). 1980년의 46-50% 수준을 보이던 전 국민 의료보험에 대한 찬성 비율은 2000년에는 55% 수준까지 상승하였다(Blendon and Benson 2001). 이는 많은 미국민이 현재의 의료보장체계에 만족하지 못하고 개혁을 요구하고 있다는 것을 단적으로 보여주는 것이다.

IV. 형평성

의료보장의 성과로서 건강의 절대적인 수준이나 만족도 못지않게 중요한 것이 의료 이용이나 건강수준의 형평성이다. 최종적인 결과로서의 건강 수준이나 의료에 대한 접근에서 불평등이 없는 것은 궁극적인 삶의 가치나 정의 측면에서 모두 중요하기 때문이다(Sen 2002).

형평의 측면에서 미국 의료의 가진 문제점은 이미 잘 알려져 있다. 2000년 세계보건기구의 보건 의료체계 성과 평가가 대표적이다. 미국은 전체적으로 그리 좋은 평가를 받지 못한데다, 특히

재정의 공평성(fairness in financing)은 54-55위에 그쳐 평균(37위)보다 훨씬 나쁜 성적을 보였다(World Health Organization 2000). 물론 OECD 국가 가운데서는 최하위권이다. 이미 앞에서 나온 표 2에서도 어린이 건강의 형평성은 비교 국가 중 가장 낮은 수준을 벗어나지 못한다.

사실, 미국에서 소득과 인종 등에 따른 건강수준이나 의료 이용의 불평등 정도는 사실 일일이 예를 들 필요도 없을 정도이다. 모든 불평등을 의료보장과 연관짓는 것은 무리지만, 의료 이용은 의료보장의 불평등과 상대적으로 더 밀접한 관련을 갖는다. 대표적인 예가 인종 간에 나타나는 의료 이용의 차이가 의료보장의 차이 때문에 생긴다는 것이다(Lillie-Blanton and Hoffman 2005). 이것보다는 간접적이지만, 의료보장과 결코 무관할 수 없는 의료 이용의 불평등을 찾는 것도 그리 어렵지 않다. 예를 들어, 의료 이용의 형평성에 대한 최근의 OECD 연구에서 미국은 21개 나라 가운데 건강수준을 보정한 후 의사 서비스 이용의 불평등이 가장 심한 나라였다(van Doorslaer and Masseria 2004). 어떤 기준으로 보더라도 의사 서비스의 불평등을 의료보장과 무관하다고 하기는 어려울 것이다. 또, 최근 미국 보건부 산하 한 연구소가 정리한 지표도 그냥 지나치기 어렵다. 당뇨병의 만성 합병증으로 입원한 사람의 비율을 보면, 인종에 따라서는 백인이 인구 10만 명당 88명인데 비하여 흑인은 291명에 달하고, 소득에 따라서도 45,000달러 이상에서는 87명인데 비하여 25,000달러 미만에서는 236명에 이른다(Agency for Healthcare Research and Quality 2003). 입원하지 않고 치료할 수 있는 병인 세균성 폐렴으로 인한 입원율도 인종이나 소득에 따른 양상이 이와 거의 비슷하다. 이러한 지표는 실제 건강상의 필요가 있을 때 의료이용을 제대로 할 수 있는 지

를 나타내는 대표적인 것이다. 미국 정부 보고서에 중간 기전에 대한 본격적인 분석은 포함되어 있지 않지만, 당뇨병에서 만성 합병증이 생기고 세균성 폐렴으로 입원하는 상황은 의료보장제도의 부실도 중요한 몫을 한 결과임을 누구도 부인할 수 없다.

V. 경제와 기업에 미치는 영향

넓은 의미에서의 경제 활동에는 개인과 가계, 기업, 정부 등의 모든 활동이 포함되지만, 여기에서는 의료와 직접 관련되는 부분을 빼고 다른 경제 부문에 미치는 영향만 살펴보기로 한다.

우선 개인이나 가구 수준에서는 적지 않은 수가 의료보장 적용에서 배제되어 있는데 따른 경제적 효과가 중요하다(Lambrew 2001). 이는 당연히 부정적인 효과로, 전반적인 가계 지출 감소, 구직 활동의 장애, 정부 지출에 대한 영향 등이 그것이다. 의료보장을 갖고 있지 못한 가구는 의료뿐 아니라 다른 항목의 지출도 줄어든다고 한다. 식료품, 통신비, 주거비 등 기초적인 생활과 관련된 비용도 영향을 받는다. 또, 실직자가 의료보장 프로그램이 있으면 실직 기간이 줄어들고 재취업의 질도 높아진다는 점에서, 의료보장의 결합은 노동의 질과도 밀접한 관련이 있다. 의료보험의 적용을 받지 못하는 많은 사람들 때문에 메디케이드 예산이 계속 증가하고 있고, 이것이 주정부 재정 위기의 핵심인 것은 이미 앞에서 살펴 본 바와 같다.

한편, 의료보장제도의 직접적인 영향 아래 있는 또 하나의 경제 주체는 기업이다. 미국 민간보험이 특징적으로 사용자 보험을 기반으로 하기 때문에, 정부 재정을 빼면 미국 의료보장의 가장

중요한 재원은 기업이다. 따라서 이들이 의료보장체계의 직접적인 영향을 받는 것은 당연하다. 특히 최근의 급격한 의료비 상승에 대한 기업의 대응이 주목을 받고 있다. 전체적으로 사용자 보험의 범위가 줄어드는 것 이외에 기업의 직접적인 대응도 늘어나고 있는 추세이다. 대기업조차 늘어나는 직원들의 의료비 지출을 줄이기 위해 급여범위를 줄이는 것은 더 이상 보기 어려운 일이 아니고, 일부 기업은 비용을 줄이기 위하여 민간보험 회사를 거치지 않고 병원이나 의사와 직접 계약하는 경우도 있다(EIBoghdady 2005).

미국의 의료보장, 혹은 범위를 좁혀서 막대한 의료비 지출이 경제와 기업에 미치는 영향으로 주목할 만한 것은 이른바 기업의 경쟁력 논리이다. 2005년 6월 7일 세계 1위의 자동차 생산업체인 GM이 채산성 악화를 이유로 약 25,000여명의 직원을 해고하겠다고 발표했다. 미국 자동차 시장과 미국 업체들의 취약한 경쟁력은 새삼스러운 문제가 아니지만, 이들이 경쟁력 약화의 한 가지 원인으로 과도한 의료비 지출을 지목하고 있는 것은 눈 여겨 볼만한 대목이다. GM은 2004년에 110만 명에 달하는 근로자 및 가족, 퇴직 근로자들에 대해 52억 달러를 의료비로 지출했다. GM의 공식 발표에 의하면 이는 생산하는 자동차 한 대당 1,500달러의 비용이 의료비 때문에 발생하는 셈이라고 한다(Connolly 2005; Simmons 2005). 이 비용은 사실 클린턴 대통령이 의료보장 개혁의 필요성을 설명하면서도 동원한 논리인데, 1993년 당시의 비용은 자동차 한 대당 1,100달러로 일본 자동차의 두 배였다(White House 1993). 두 수치가 모두 정확하다면 그 사이 의료비용의 원가 부담은 그만큼 더 늘어난 것이다. 그러나 문제는 정확한 비용이 얼마인가가 아니라 이 같은 상황이 GM에만 한정된 것이 아니라는 점이다.

2004년 미국 전체 기업의 노동자에 대한 인건비 지출은 3.7% 늘었는데, 임금 인상은 2.4%에 지나지 않는 반면 부가 급여(benefit)는 6.9% 증가하였다(Connolly 2005). 부가 급여의 대부분이 의료비 지출인 것은 물론이다. 이런 예에서 보듯이, 의료비는 미국 기업이 지출하는 비용 중 통제할 수 없는 비용으로는 가장 규모가 크고, 기업의 경쟁력을 떨어뜨리는 중요한 원인으로 지목되고 있다(Simmons 2005).

미국의 의료보장 혹은 의료가 전체 경제에 미치는 영향에 대해서는 정확하게 평가하기 쉽지 않다. 따라서 이 문제를 다룬 연구도 매우 적다. 그 중 한 연구에 의하면, 1994년부터 보건의료비가 매년 물가상승률보다 2.7% 높은 수준으로 계속 증가하면 물가상승률과 같은 속도로 상승하는 경우에 비해 2010년에 실질 국내총생산이 1% 더 낮고, 일자리의 수는 0.5%인 75만 개 더 적을 것이며, 국내총생산 대비 정부 적자는 3.5% 더 늘어나는 것으로 예측되었다(Monaco and Phelps 1995). 그러나 의료비 지출의 부정적 효과에 대해서는 상반되는 의견도 있다. 즉, 의료비 지출은 보건의료 영역의 문제로, 전체 경제의 측면에서는 단순히 이전(transfer)에 불과하다는 것이다(Pauly 2003). 이 경우 보건의료비 지출의 상승은 전체 경제에 이롭지는 않더라도 동시에 해롭지도 않은 것으로 해석될 수 있다.

VI. 결론

미국의 보건의료는 높은 의학적 수준과 선택의 자유를 금과옥조로 자랑하고 있지만 심각한 불평등, 국가 차원의 비효율과 낮은 성과를 부인하기 어렵다. 이는 전세계적으로 보편적인 평가이고

미국 내에서도 적어도 보건의료체계에 대한 비효율만큼은 이론이 별로 없다. 이런 사정 때문에 보건의료개혁에 대한 논의가 끊이지 않는 것은 당연하다. 그러나 유감스럽게도 그리고 솔직한 인상으로는 당분간 미국 의료보장체계의 근본적인 변화는 그리 쉽지 않을 것으로 보인다. 이는 의료보장 자체의 문제라기보다 미국 사회의 구성원리의 문제이다. 즉, 시장이 전일적으로 지배하는 신자유주의적 사회 구성원리가 바뀌지 않는 한 미국 의료보장체계가 단독으로 어떤 변화를 이루기는 어려울 것 같다.

미국 의료보장에 대한 논의를 마무리하면서 다시 우리의 상황으로 돌아올 수밖에 없다. 지금까지 살펴 본 대로 결국 미국에서 ‘시장’은 권력이다. 최근에는 우리나라에서도 사정이 다르지 않다. 건강의 문제에 있어서도, 그리고 의료나 의료보장의 문제에 있어서도 시장의 논리로 문제를 풀자는 주장이 강력하고 지속적이다. 이 분야에 별 경험이 없거나 전문적인 지식이 없는 경우에도 사정은 다르지 않다. 심지어 시장에서 부당하게 패배한 이들까지 시장의 논리를 내면화하고 있는 것으로 보면 놀라울 정도다. 이견 이미 시장의 논리가 체제 속에, 아니 더 중요하게는 각 개인 속에서 알게 모르게 굳건하게 자리를 잡고 있기 때문이다.

그러나 건강과 의료에서 시장은 허상에 지나지 않는다고 단언할 수 있다. 이러한 종류의 논의 자체가 대부분 근거 없는 소문과 인상에 의해 이루어질 뿐, 논리는 상식적이고 주관적인 주장을 벗어나지 못하는 경우가 대부분이다. 사실 꼭 건강과 의료의 문제가 아니라도 우리 사회에 시장이 성공을 거두고 있는 경우를 찾는 것은 쉽지 않다. 시장의 전횡이라 불리는 금융부문에서조차 시장 실패의 예를 드는 것은 그리 어려운 일이 아니다.

미국의 엔론 추문이 말하듯 미국도 시장 실패는 마찬가지다. 하물며 건강과 보건의료, 복지를 시장에 의존한다는 것은 어불성설이다. 따라서 의료보장체계의 기본적인 가치를 달성하기 위해서는 시장보다는 공공의 논리를 강화해야 한다. 이는 규범적으로나 실증적으로나 부인할 수 없는 결론이다.

참고문헌

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2003. "National Healthcare Disparities Report (Prepublication Copy)." Rockville, Maryland.
- Altman, D. and L. Levitt. 2002. "The Sad History of Health Care Cost Containment As Told in One Chart." *Health Affairs* Jul-Dec; Suppl Web Exclusives W83-4.
- Blendon, R. 1990. "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations." *Health Affairs* 9(2):185-192.
- Blendon, R.J. and J.M. Benson. 2001. "Americans' views on health policy: a fifty-year historical perspective." *Health Affairs* 20(2):33-46.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. 2002. *Health Insurance is a Family Matter*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Connolly, C. 2005. "U.S. Firms Losing Health Care Battle, GM Chairman Says." *Washington Post*, February 11.
- DeNavas-Walt, C., B Proctor, D, and J. Mills R. 2004. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-226, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- EIBoghdady, D. 2005. "A Health Care Cost Shift." *Washington Post*, January 16.
- Heffler, S., S. Smith, S. Keehan, M.K. Clemens, M. Zezza, and C. Truffer. 2004. "Health Spending Projections Through 2013." *Health Affairs Suppl Web Exclusives*: February 11, 2004.
- Himmelstein, D. U., E. Warren, D. Thome, and S. Woolhandler. 2005. "Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy." *Health Affairs Suppl Web Exclusives* W5-63-73.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. 2004. "The Uninsured: A Primer." The Kaiser Family Foundation, Washington, DC.
- Lambrew, J.M. 2001. "How the slowing u.s. economy threatens employer-based health insurance." The Commonwealth Fund, New York, New York.
- Lillie-Blanton, M. and C.Hoffman. 2005. "The Role Of Health Insurance Coverage In Reducing Racial/Ethnic Disparities In Health Care." *Health Affairs* 24(2):398-408.
- Marmor, T. 2000. *The Politics of Medicare*, 2nd ed. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.
- Monaco, R. M. and J. H. Phelps. 1995. "Health

- care prices, the federal budget, and economic growth.” *Health Affairs* 14(2):248–59.
- National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/infmort.htm>
- _____, 2004. *Health, United States, 2004*. Hyattsville, Maryland.
- Pauly, M. V. 2003. “Should we be worried about high real medical spending growth in the United States?” *Health Affairs Suppl Web Exclusives* W3–15–27.
- Sen, A. 2002. “Why health equity?” *Health Economics* 11(8):659–66.
- Simmons, H.E. 2005. *The Health Care Crisis: A Challenge to the Leaders of America’s Pension and Health Funds*. Washington, DC: National Coalition on Health Care.
- Starfield, B. 2002. “The Primacy of Primary Care in Health Services.” [www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/PrimacyOfPrimaryCare/\\$file/PrimacyOfPrimaryCare.ppt](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/PrimacyOfPrimaryCare/$file/PrimacyOfPrimaryCare.ppt) (2003년 2월 10일 접속)
- The Kaiser Family Foundation. 2004. “Employer Health Benefits. 2004 Annual Survey.” Menlo Park, California.
- Tu, H.T. 2004. “Rising Health Costs, Medical Debt and Chronic Conditions.” Center for Studying Health System Change, Washington, DC.
- van Doorslaer, E. and C. Masseria. 2004. “Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries.” OECD, Paris.
- White House. 1993. *Health Security: The President’s Report to the American People*. Collingdale, Pennsylvania: Diane Publishing Co.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000 Health systems: Improving performance*. Geneva: WHO.

국민건강보험공단 건강관리사업의 현황과 발전방향

이 원 철

카톨릭의대 예방의학교실 교수

검진(Screening)의 정의는 질병의 증상이 없는 사람들 중에서 질병을 지니고 있을 가능성이 높은 사람들을 빠르고 분명하게 가려내기 위해 적절한 검사를 시행하여 조기에 질병 유무를 밝혀내는 것이다. 검진사업은 대상자에게 검사방법을 시행하는 것만으로 모든 것이 끝나는 것이 아니며, 마지막 치료과정까지 전 과정을, 즉 질병을 관리하는 모든 단계들을 포함해야 한다. 검진은 대부분의 경우에 질병이 발생하는 것을 예방하기 위한 조치(1차 예방)가 아니고, 이미 발생한 질병을 최대한 빨리 발견하여 조치함으로써 그 질병이 더 진전하는 것을 차단(2차 예방) 하여 대상자가 그 질병으로 인하여 장애를 얻거나 사망하는 것을 예방하여 삶을 질을 높이고자 함이다. 검진사업이 해당 질병의 사망률 감소라는 목표를 달성하려면 다음과 같은 요건들이 충족하여야 한다. 1) 검진 대상 질환이 적합한 질환이어야 하고, 2) 검진을 몇 살에 시작하고, 몇 년을 주기로 할 것이며, 어느 검사로 시행할지에 대한 적절한 Guideline의 설정, 3) 검진수검율이 높아야 하며, 4) 검진의 질이 좋아야 하고, 5) 양성자에 대한 추적관리(follow-up)가 적절해야 한다. 우리나라 건강검진의 문제점은 1) 검진사업이 목표로 하는 대상 질병이 명확하지 못하다는 점, 2) 검진 대상 질병에 대한 검진사업의 효과 검증 및 지역사회에 대한 예비조사가 이루어진 경우가 드물다는 점, 3) Guideline 설정에 대한 과학적인 근거가 부족하다는 점, 4) '검진' 만이 있었을 뿐 '검진사업'은 거의 없었던 점, 5) 검진의 '피해' (harm)에 대한 고려가 필요한 점, 6) 검진수검율을 높이기 위한 전략들이 수립되어야 한다는 점 등이다. 이러한 문제점들이 해결되면 1) 우선 검진을 수행하는 의료기관이 만족하게 될 것이고, 2) 대상자가 만족하게 될 것이며, 3) 객관적인 효과평가 지수들이 만족스럽게 산출될 것이다. 일부 질병에 대한 검진이 효과가 있음은 이론적으로 입증되어 있으므로 이를 우리나라에서 실현시키는 것이 우리의 임무이다.

주제어: 검진, 검진 Guideline, 검진의 질, 추적관리, 건강검진사업

I. 검진의 의미

우리나라는 지난 1980년부터 시작해 지금까지 약 20년간 전국민을 대상으로 건강검진을 수행

하여 왔다. 현재는 국민건강보험공단이 '건강검진사업'이라는 이름하에 이를 수행하고 있다. 그런데 우리나라는 지난 20년간 왜 건강검진사업을 해 왔을까? 그래서 얻은 것이 무엇일까?

이 글에서는 검진에 대한 기본적인 개념들을 우선 검토한 후에 이를 근거로 현재 계속 수행하고 있는 건강검진의 현황과 문제점 그리고 개선 방향을 제시하고자 한다.

1. 검진의 정의

검진(Screening for noncommunicable Disease)의 정의는 질병의 증상이 없는 사람들 중에서 질병을 지니고 있을 가능성이 높은 사람들을 빠르고 분명하게 가려내기 위해 적절한 검사를 시행하여 조기에 질병 유무를 밝혀내는 것을 검진(screening)이라고 한다(Mausner & Bahn, 1985). 그리고 이 때 사용되는 검사 또는 시술을 선별검사(screening test)라고 한다.

조기검진은 질병을 진단하기 위한 것이 아니므로 검사 결과가 양성 또는 의심되는 소견이 나오면 정확한 진단과 필요한 치료를 하기 위해 의사의 진찰과 정밀검사 과정이 반드시 뒤따라야 한다(Strong et al., 2005). 만약 1,000명에게 검진을 하였더니 100명에게서 양성결과가 나왔다면 이들 모두를 진단과정으로 유도하여야 하고, 이들 중 2명이 확진을 받았다면 2명은 치료를 받을 수 있도록 해야 한다. 검진사업은 검진을 시행하는 것으로 모든 것이 끝나는 것이 아니고, 마지막 치료과정까지 전 과정을, 즉 질병을 관리하는 모든 단계를 포함해야 한다(Strong et al., 2005).

검진사업에서 고려하여야 하는 또 다른 측면은 검진사업을 수행하는 그 순간에 참여 대상군에게 어느 정도 피해(harm)를 주게 된다는 것이다(Strong et al., 2005). 검진으로 인한 피해는 위양성자(원래 질환이 없는데 검사에서 이상이 있다고 나온 경우)와 위음성자(원래 질환이 있는데 검사에서 이상이 없다고 나온 경우)가 가장 전형적

인 예이다. 양성으로 나온 대상자들이 병원에서 진단을 받는 과정에서 직접적인 합병증을 경험하게 된다면 이 역시 ‘피해’이다.

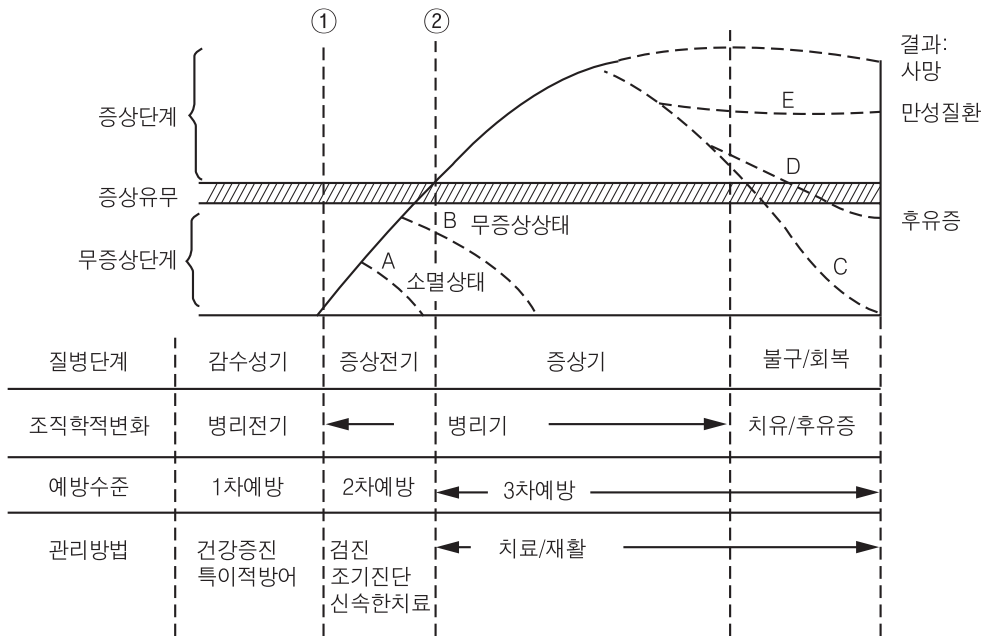
이러한 피해가 있음에도 불구하고 많은 사람들에게 검진을 행하는 이유는 검진사업으로 인한 ‘이득’이 ‘피해’ 보다 훨씬 크기 때문에(혹은 크다고 예상하기 때문에) 하는 것이다. 만약 이러한 고려없이 검진사업을 수행한다면 이는 비윤리적이라는 비난을 면키 어렵다. 그렇다면 검진으로 인한 이득은 무엇일까?

2. 검진의 목표(검진으로 인한 이득)

검진은 대부분의 경우에 질병이 발생하는 것을 예방하기 위한 조치(1차 예방)가 아니고, 이미 발생한 질병을 최대한 빨리 발견하여 조치함으로써 그 질병이 더 진전하는 것을 차단(2차 예방)하여 대상자가 그 질병으로 인하여 장애를 얻거나 사망하는 것을 예방하고 삶을 질을 높이고자 하는 것이다(Mausner & Bahn, 1985).

[그림 1]은 질병의 발생으로부터 종료까지의 전 과정을 나타내는 자연사(natural history)를 도식화한 것이다. 시점①은 질병(예로 위암)이 발생한 시점이다. 이 위암은 그대로 방치하면 더 진행하여 증상이 나타난 후 병원을 방문하게 되고, 위암이라는 진단을 받게 된다. 질병이 많이 진행된 후에 진단받게 되는 경우는 위암 3기, 4기로 치료마저 불가능하게 되는 것이 가장 불행한 결과이다.

그러나 어떤 대상자가 이미 위암이 시점①에서 발생하였으나 시점②에서 조기검진을 할 기회를 가지게 되었다고 하자. 조기검진에서 위암병소를 발견한 후에 내시경 시술 방법으로 간단하게 병소를 절제하여 위암이 완치되었다. 이 경우는 비록 위암이 발생하는 것을 예방하지는 못하였으나



[그림 1] 질병의 자연사(natural history)

위암으로 인한 사망을 예방하였음은 물론 일반적으로 위암환자가 겪어야 하는 고통이나 재정적 부담을 거의 겪지 않고 위암이 완치된 것이다. 이것이 바로 검진사업을 하는 이유이며 검진으로 인한 이득을 잘 설명해 주는 사례이다.

위 사례는 개인에 대한 것이며 이 개념을 집단에 적용하면 검진사업의 목표는 대상질병으로 인한 사망률을 낮추는 것으로 표현할 수 있다. 실제로 검진의 목표를 달성한 예는 유방암검진을 체계적으로 수행하고 있는 영국을 비롯한 서구의 여러 나라들에서 그 결과가 나타나고 있다. 국가적인 암검진사업을 시작하자 곧 그때까지 증가하던 유방암사망률은 그 이후 감소하는 결과를 보여주고 있다(IARC, 2002). 그러나 유방암 발생률은 계속 증가하고 있음을 보여주고 있다(그림 2).

그렇다면 동일한 논리로 생각할 때 지난 20년간 우리나라에서 당뇨병 검진사업을 해온 것으로 되어 있기 때문에, 우리나라 당뇨병 사망률은 검

진사업이 시작된 이후부터는 계속 감소하는 수치를 보였어야 했다. 그런데 우리나라 당뇨병 사망률은 계속 상승하고 있다. 무엇이 잘못되었을까? 검진사업이 원하는 목표를 달성하려면 어떠한 요건들이 필요할까?

II. 검진사업의 목표 달성을 위해 갖추어야 할 요건들

검진사업이 해당 질병의 사망률 감소라고 하는 목표를 달성하려면 아래와 같은 요건들이 충족되어야 한다(그림 3).

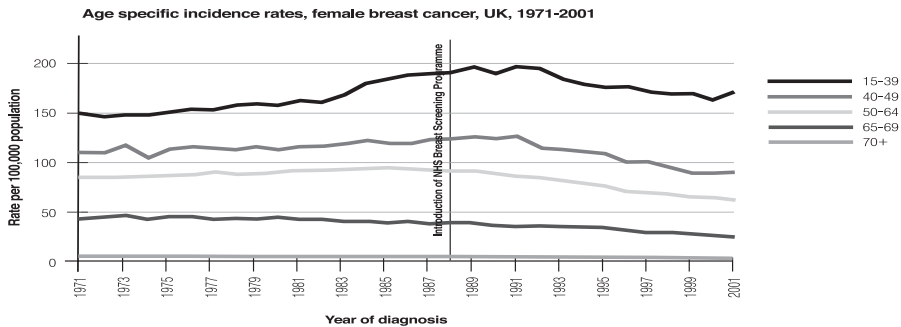
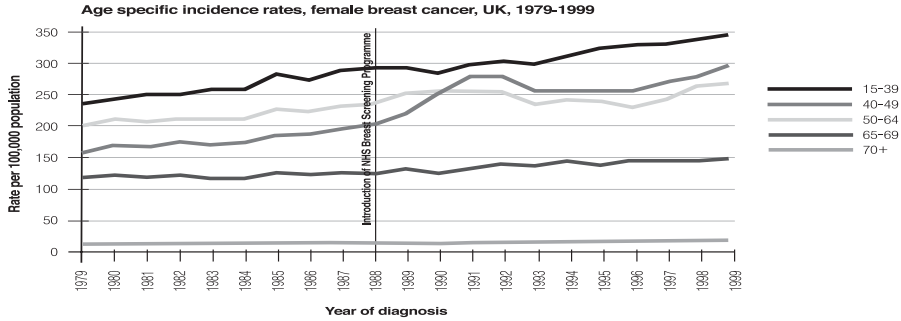
1. 검진 대상 질환이 적합한 질환인가?

건강검진을 실시할 때에는 적합한 기준에 해당하는 질병들에 대해서만 검진사업을 시행하도록

FACTSHEET:

Breast screening statistics - an update

Following feedback from members of the programme, here are two graphs showing trends in incidence and mortality for breast cancer.



Source: Cancer Research, U.K.

[그림2] 영국의 국가 유방암 검진사업이 수행된 후의 유방암 발생률과 사망률의 변화

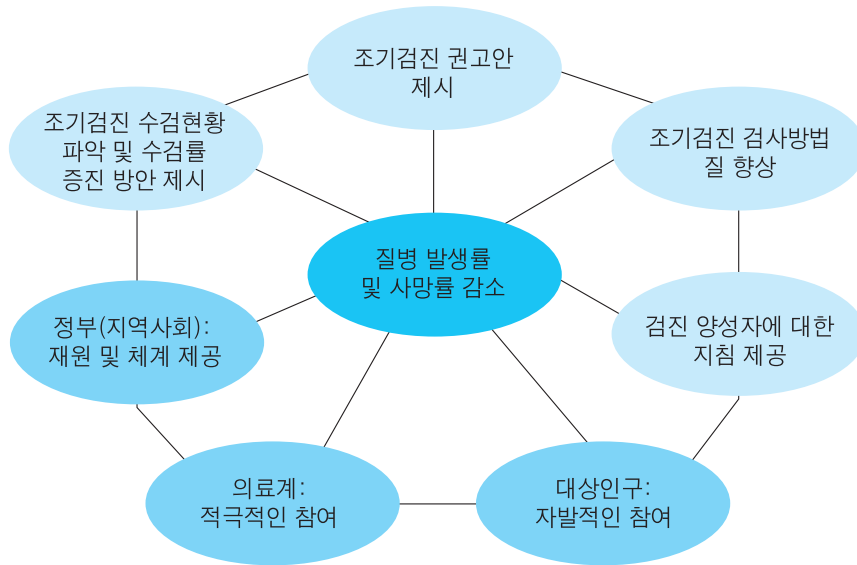
권고하고 있다(Strong et al., 2005). 이 기준들은 다음과 같다.

- ① 대상 질병은 그 지역사회에서 영향을 주는 심각한 질병이어야 한다.
- ② 치료방법이 있는 질병이어야 한다.
- ③ 잠복기 또는 증상발현 전기(Detectable preclinical phase)가 길고 이 기간 중 질병이 검진으로 인해 발견될 수 있어야 한다.
- ④ 검사방법이 단순하고 안전해야 한다.
- ⑤ 검진사업이 비용효과적이어야 한다.
- ⑥ 검진기관에의 방문이 손쉬워야 한다.

⑦ 검진에서 양성소견이 나온 경우에 이에 대한 추후관리 방안에 대하여 검진을 수행하는 측이나 대상자들 모두 동의할 수 있어야 한다.

⑧ 검진에 관련된 의료서비스 제공에 대한 모든 계층의 접근이 동일해야 한다.

미국에서도 USPSTF는 53개 질병을 대상으로 한 후 이 중에서 검진사업이 적합한지 여부를 따지고 있다(US Preventive Services Task Force, 2002). 영국에서는 88개 질병을 선정한 후에 이



[그림 3] 조기검진사업이 성공하기 위하여 필요한 조건들

들을 모두 검토하여 16개 질병에 대하여는 국가 검진사업을 수행하기로 하고 50개 질병에 대하여는 검진사업을 수행하면 안된다는 결론을 내렸으며, 22종류의 질환에 대하여는 검진사업수행 여부를 결정하기 위해 심층적으로 연구를 수행하고 있다(UK National Screening Committee, 2005). 그러나 우리나라는 검진사업의 대상이 질병이 아니고 검사방법으로 되어 있어 많은 문제가 제기되고 있다. 이에 대하여는 이 글의 후반부에서 자세히 다루겠다.

2. Guideline

일단 위와 같은 기준으로 대상 질병이 선정되면 다음은 그 질병에 대한 첫 검진 연령, 검진 주기, 검사 방법이 명시된 Guideline을 제시하여야 한다. 고혈압을 예방하기 위하여 고혈압검진을 받기로 결정하였다고 하자. 그러면 몇 살부터 검진 받겠는가? 그리고 몇 년마다 한번씩 받겠는

가? 그리고 어떠한 방법으로 검진을 받겠는지를 결정하여야 한다.

우리나라와 같이 정부가 검진비용을 제공하여 주는 건강검진사업, 국가암조기검진사업과 같은 경우 이러한 Guideline의 설정은 매우 중요하다. 왜냐하면 이 Guideline에 따라 '이득'이 커질 수도 있고 '피해'가 커질 수도 있기 때문이다.

이를 위하여 외국의 경우를 보면, 캐나다에서는 1970년대 말부터 임상전문가, 역학자, 통계학자, 경제학자들이 모여 정기 건강검진제도에 대하여 지속적인 연구를 거듭하면서 '캐나다 예방 서비스위원회'로 발전되었다. 이 위원회는 2003년에 정기 건강진단 대상으로 적합한 질병들에 대한 검사 방법과 검진 주기에 대한 권고안을 제시하고 있다(Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2005).

미국에서도 미국질병예방특별위원회가 조직되어 검사 방법과 주기에 대한 권고 내용을 결정하여 제시하고 있다. 권고 수준은 A, B, C, D, I로 구

분하여 D는 “검진을 해서는 안될 질환”, I는 “증거가 불충분한 질환”으로 구분함으로써 불필요한 선별검사나 건강검진제도의 남용을 억제하는 노력을 기울이고 있다(US Preventive Services Task Force, 2002).

3. 검진수검율

검진수검율은 검진대상자 중에서 몇 %나 실제 검진에 참여했는지를 의미한다. 검진수검율은 당연히 높아야 한다. 자궁경부암의 경우를 보면 검진사업이 제대로 수행될 경우에는 93%까지도 발생률을 감소시키는 것으로 추정되고 있다. 이러한 계산은 대상인구가 100% 참여했다는 가정에서 추산한 결과이다. 그렇다면 대상자 중에 10%만 참여했다면 전체 암발생률의 감소는 9.3%밖에 나타나지 않을 것이다. 국가사업이라는 제목으로 검진사업을 수행하였으나 10%의 검진율을 보여, 93%의 발생률 감소가 가능한 것을 9.3%밖에 달성하지 못했다면 무엇인가 정책이 잘못된 경우이다.

영국의 경우에 유방암검진 및 자궁경부암 검진율은 모두 80-90%에 달한다(NHS Cancer Screening Programmes, 2005). 이러한 경우에야 원하는 목표를 달성할 수 있다. 검진율을 높이는 것은 건강검진을 받지 않던 사람들을 받게끔 하는 즉, 대상자들의 행동을 변화시키는 (behavior modification) 것이다. 그러나 금연, 운동, 절주에 대한 건강증진사업에서와 같이, 대상자들의 행동을 변화시키고자 하는 것은 매우 어려운 일이다.

검진수검율을 증진시키기 위한 방안을 마련하기 위하여 지난 2003년 이원철 등에 의하여 국민건강보험공단의 227개 지사를 표본단위로 하여 대상자들을 무작위로 추출한 총 6,500명(수검자

3,142명, 미수검자 3,358명)을 대상으로 설문조사를 수행한 연구는 다음과 같은 결과를 보여주고 있다.

1) 건강검진에 대한 수검촉진 요인으로는 가입자별, 지역규모별 대상자 모두에서 국민건강보험공단의 안내문을 보고 난 후가 가장 높은 응답률을 보였고, 자신이 해보고 싶어서라는 응답이 두 번째였으며, 주위사람 또는 의사가 권해서가 대체로 세 번째를 차지했다.

2) 건강검진 수검 장애 요인으로는 가입자별, 지역규모별 대상자 모두에서 별다른 증상이 없고 건강하다고 생각되어서가 가장 높은 응답률을 보였고, 시간이 없어서, 형식적인 것 같아서 등이 높은 응답률을 나타내었다.

이러한 결과들을 바탕으로 전체집단에 대하여 일률적인 교육이나 홍보를 제공하는 것보다는 특성별 집단에 따른 맞춤형 교육 및 홍보를 제공할 것을 권하고 있다. 동시에 다음과 같이 제언하고 있다.

- (1) 개인단위의 접근방안으로는 수검관련요인을 고려한 수검관리대상자의 우선순위 결정, 집중관리대상자 선정 및 관리방안 수립, 검진결과를 활용한 개별 보건교육의 강화, 수검군의 사적 의사소통 채널을 활용한 수검증진방안을 모색한다.
- (2) 지역사회 및 직장 단위의 접근방안으로는 검진의 인지도 향상을 위한 집단별 홍보 전략 수립, 대중매체를 통한 검진의 필요성 제고, 수검증진을 위한 다양한 보건교육 프로그램 개발 및 실천, 사회적 과급효과를 활용한 지역사회 수검 분위기 조성을 한다.

3) 건강증진관련요인에 대해서는 수검군과 미수검군간에 현재 흡연여부, 음주습관, 운동 습관, 1일 평균 식사횟수, 비만도, 체중조절 경험 등에서 차이를 보였고, 가입자별로는 지역가입자에서 현재 흡연여부, 음주습관, 1일평균식사 횟수, 비만도 등이 직장가입자는 음주습관이 피부양자는 현재 흡연여부가 차이를 나타내었다.

4. 검진의 질

검진의 질은 두 가지로 나누어 설명할 수 있다. 첫 번째는 우리가 사용하는 검진도구(Test tool)의 질적 수준이다. 이를 표현하기에 적합한 지수가 민감도, 특이도, 양성예측도이다. 또 한 가지는 검진프로그램 자체의 질적 수준으로 이를 평가하는 지표들은 다음과 같다. 유방암검진을 예로 들자면 아래 <표 1>과 같다.

우선 100명에게 검진을 받으라는 통보를 보냈더니 몇 명이나 응답했는가 하는 검진율(Screening rate)이다. 둘째로 검진을 받은 사람들 중에 몇 %나 ‘양성(positive, 추가적인 검사가 필요하다는 판정)’으로 판정 받았는가를 보는 ‘양성판정율’(recall rate)이다. 셋째는 양성(positive)으로 판정 받은 사람들 중에서 어느 정도나 biopsy를 했으며, biopsy에서 양성(benign)소견을 보인 경우는 몇 %인지에 대한 지표이며, 넷째는 전체 대상자

중에서 얼마나 암을 진단받았는가 하는 암진단율(detection rate)이다.

이와 같은 지표로 검진사업의 질을 평가하는 경우 <표1> 에서와 같이 나뉠대로 달성 목표 수치를 제시하고 있고, 현재는 어떠한 수치를 보이고 있는지도 동시에 나타내고 있다. 이것을 만족하는 경우에는 질이 높은 검진사업으로 평가할 수 있다. 이 질은 검진이 효과적이었는지를 평가하는 ‘이득’과 ‘피해’에 가장 직접적인 영향을 주게 되기 때문에 검진사업을 성공적으로 수행하기 위하여 필요한 요건들 중에서 제일 중요한 면이라고 할 수 있다.

외국에서 큰 효과를 보인 검진사업이라고 해서 우리나라에서도 마찬가지로의 효과를 당연하게 볼 수 있다는 보장은 없다. 더군다나 검진사업을 시행했을 때 질적 수준이 낮으면 ‘이득’은 적어지고 ‘피해’는 눈덩이처럼 불어나게 된다. 이러한 경우에는 질적 수준이 어느 수준으로 도달할 때까지는 국가검진사업을 수행하지 않는 점이 윤리적으로 합당할 것이다. 이미 시작된 검진사업에서는 질적인 측면을 하루 빨리 향상시키는 대안 밖에는 없을 것이다.

질과 직접적으로 연관을 가지는 요소는 “검진수가”이다. 검진수가가 적절하게 제공되고 있지 못한 상태에서 검진의 질을 높이고자 조치를 취하게 되면, 질을 높이는 것이 경제적인 부담을 요

<표 1> 영국이 제시하고 있는 유방암 검진사업의 질관리 지표의 일부 예

	Standard	Achieved
Acceptance rate at first invitation	≥70.0%	74.9%
Recall rate	<7.0%	8.8%
Benign biopsies per 1,000 women screened	<3.6	2.9
Invasive cancer detection rate per 1,000 women screened	≥3.6	5.0

** Screening quality: first screen following first invitation(50-64)

구하게 되므로 결과적으로 검진수가 더 낮아지게 되는 결과를 초래할 수 있다. 이렇게 되면 검진을 수행하는 의료기관의 사기는 떨어지게 되고, 이러한 분위기는 곧 대상자들에게 전달될 것이므로 검진 수행기관과 검진대상자의 만족도를 떨어뜨리게 될 것이다. 이는 검진율의 저하를 초래하게 된다. 이렇듯 ‘수가’와 ‘질’과 ‘검진수검율’은 유기적으로 작용하게 된다.

5. 양성자에 대한 추적관리(follow-up)

추적관리는 두 가지로 구분할 수 있다. 우선 1차 검진에서 양성으로 나타난 대상자들이 필요한 2차 검사 또는 진단과정에 확실하게 연결되었는지를 확인하는 과정이다. 앞에서도 표현한 바와 같이 검진사업은 대상자들에게 1차 검진을 시행했다고 해서 끝난 것이 아니다. 이는 단지 시작일 뿐 이들에게서 나타난 양성자에 대한 진단과정, 확진된 대상자에 대한 치료제공 또는 치료여부확인 등 전체적인 면을 고려해야 한다. 다른 또 한 가지는 검진의 결과 아직 질병단계는 아니지만 질병전단계 (당뇨병전단계(prediabetics), 고혈압전단계(prehypertension) 등) 즉 고위험군으로 구분된 대상자들을 집중관리해서 이들이 질환단계(당뇨병, 고혈압 등)로 들어가지 않도록 조치하는 것을 의미하는 측면이다. 이러한 추적관리가 뒷받침 되는 것이 곧 검진을 시작한 이유가 된다.

이러한 경우에 주로 운동과 영양에 의한 중재(intervention)를 통하여 이루어지게 되므로 쉬운 일이 아니다. 대상자들의 life style을 변경시켜야 하는 life style modification이 여기에도 적용된다. 그러나 이들을 방치하면 당뇨병, 고혈압으로 옮겨가게 되고, 결국 검진의 목표 달성은 점차 멀어지게 되며 검진을 시작한 이유가 없게 된다. 이렇

게 될 수밖에 없는 경우라면 국가검진사업은 애당초 시작하지 말았어야 했던 것이 더 올바른 결정이었을 수 있다. 그러므로 이들 고위험군에 대한 관리가 어떤 경로를 통해서건 이루어져야 한다.

III. 우리나라의 건강검진의 문제점 및 개선방안

우리나라 건강검진의 문제점에 관하여 몇 편의 보고서가 이를 잘 정리하고 있다(오영호 등, 2005; 조홍준 등, 2003; 지선하 등, 2005; 하은희 등, 2003). 이 글에서는 이러한 보고서에서 제기된 문제에 더하여 가장 크게 문제가 되고 있는 몇 가지 점을 아래와 같이 정리하였다.

1. 검진사업이 목표로 하는 대상 질병이 명확하지 못하다는 점이다.

현행 1차 검진 항목을 보면 요검사, 혈액검사, 심전도검사 등 검사항목이 나열되어 있기 때문에 어떠한 질병을 발견하여 어떻게 조치하고자 하는지가 분명치 않고, 추정을 할 수 밖에 없는 상황이다. 이렇듯 검진대상질병이 정해져 있지 않기 때문에 해당질병 사망률의 감소여부를 감시하는 작업과 같은 검진사업의 결과에 대한 명확한 평가가 어렵게 된다. 현재 이 측면에 대하여는 많은 논의가 있어왔기 때문에 곧 대상 질병 중심으로 전환될 것으로 보인다.

2. 검진 대상 질병에 대한 검진사업의 효과 검증 및 지역사회에 대한 예비조사가 이루어진 경우가 드물다.

외국의 경우에 어떤 종류의 검진사업을 국가검진사업으로 채택하기 위하여는 몇가지 단계를 거쳐 과연 가치가 있는지를 결정하는 것이 보편적이다. 이를 위하여 조기검진을 시행하게 되면 과연 어느 정도의 사망 또는 장애를 예방할 수 있는지를 수량적으로 추정할 필요가 있다. 이러한 '이득'과 여러 가지 소요되는 경비들 즉 대상자가 겪게 될 불안, 불편감, 부작용, 검진에 들어가는 시간 등을(strong et al., 2005) 총체적으로 검토하여 합리적인 결정을 내리게 된다. 영국이 대장암검진 사업을 국가사업으로 받아들이기 위한 결정과정을 예로 들 수 있다.

1) 첫 단계로는 대장암검진이 효과적이지에 대하여 이미 많은 연구들이 대장암의 발생률과 사망률을 저하시킬 수 있음을 보고하고 있었기 때문에 이를 근거로 대장암검진사업이 이론적으로 효과가 입증된 것으로 판명한 후에, 2) 이 사업을 실제로 지역사회에 적용하였을 경우에 과연 지역사회와 주민들이 받아들일 수 있는지를 평가하기 위하여 2000년부터 2년간 영국내의 두 지역에서 예비연구를 시행한 후에 그 결과를 보고 전국으로 확대하여도 될 것이라는 결론을 내리고, 3) 2003년도에 정식으로 국가검진사업으로 채택하였다. 4) 그러나 실제로 전국사업으로 확장하려면 수년의 준비기간이 소요될 것임을 알고 이를 위한 준비를 수행해 나가고 있다(The UK CRC Screening Pilot Evaluation Team, 2003).

그러나 우리나라의 경우 이러한 과정에 의하여 검진사업의 시행여부가 결정되고 있는지 자문해볼 필요가 있다. 거듭 논하거니와 검진사업은 효과를 내지 못하는 경우 단순히 거기서 끝나는 문제가 아니고 대상자들에게 '피해'가 남는다는 것을 인식할 필요가 있다.

3. Guideline 설정에 대한 과학적인 근거가 부족하다.

앞에서 검진사업에서의 첫 검진연령, 검진 주기, 검사방법이 명시된 Guideline의 제시가 필요함을 언급한 바 있다. 그렇다면 한 예로 몇 년에 한번 하는 것이 좋을지를 어떻게 결정하는 것이 합리적일까? 이에 관해서는 아래 자궁경부암 검진의 예가 가장 적절하다. 즉 35세 여성이 암 검진을 시작해서 64세에 끝내게 되면 매 1년 하는 경우 일생에 30회, 매 2년 하는 경우 일생동안 15회 한다는 것을 설명하고 있다. 그런데 이때 예상되는 암발생률의 감소는 두 군에서 모두 93%이다(즉 100명이 자궁경부암에 걸리던 지역이 7명으로 93%가 감소되었다는 것이다). 그렇다면 몇 년을 택하겠는가? 두 군의 검진 간격이 동일한 효과를 주고 있으므로, 당연히 2년 주기의 검진 간격이 1년 보다는 선택할 만하다.

여기서 한 가지 설명할 부분은 무조건 검진을 많이 한다고 좋은 것은 분명히 아니라는 점이다. 예를 들어 위 예에서 매 2년과 매 1년에 효과가 동일했다는 것은 '이득'이 동일했다고 표현할 수 있다. 그런데 앞에서 설명한 검진에 의한 '피해'는 동일한 기간에 2번 했으니 '피해'가 2배가 되는 셈이다.

검진방법(tool)을 무엇으로 할 것인가? 이 측면에서는 정확하고(타당도와 신뢰도가 높고), 수검자에게 불편이 없으며, 간편하고(누구나 사용할 수 있고), 값싼 검사방법을 채택하여야 한다는 것이 원칙이다. 질병을 조기에 발견하기 위한 검사방법은 의학이 발달할수록 계속 새롭게 개발되고 있다. 검사방법에 관하여도 계속 새로운 도구의 도입가능성에 대하여 검토할 필요가 있다. 여기서 설명한 이러한 연구결과를 위하여 우리나라에

서 수행된 적절한 연구가 많지 않다. 향후 검진사업이 지속적으로 이루어지기 위하여는 이러한 근거를 제시하기 위한 연구와 노력이 집중되어야 할 것이다.

4. '검진' 만이 있었을 뿐 '검진사업' 은 거의 없었던 점이다.

그간 우리나라의 건강검진사업은 대상자들에게 '검진'을 수행하기는 하였으나, 그 결과를 알려주었을 뿐 검진결과가 의미하는 바를 제대로 전달하여 준 경우도 거의 없었을 뿐더러, 앞에서 언급한 고위험군 또는 질병군에 대한 적극적인 조치가 없었다는 점이다. 이러한 결과로 대상질환의 사망률이나 발생률이 감소하지 못하고 계속 증가하여 왔던 것이다. 검진의 효과('이득')는 없었고, '피해' 만이 있었을 뿐이다.

이를 위하여는 1) 검진결과 의미('양성' 과 '음성')를 정확하게 전달해 주어야 한다. 이는 암검사 사업에서 극명하게 나타나는 경우가 많다. '암검사' 라는 것을 하였더니 '결과가 이상합니다' 또는 '결과가 양성입니다' 라는 통보를 일반적으로 받은 대상자는 이를 '내가 암이 걸렸다는

말이구나' 라고 해석하고는 당장 병원에 달려간 후에, 암이 없고 정상이라는 이야기를 듣게 되면 (양성자의 대부분은 당연히 암이 없다) 검진기관에 와서 항의하는 일이 적지 않게 일어나고 있다. 이는 검진결과 의미 제대로 전달하지 못하여 나타나는 문제이다. 2) 검진에서 고위험(당뇨전단계, 경계 고혈압 등)으로 나온 대상자들에게 적극적인 중재를 제공하여 주거나 또는 이들이 운동, 식이 조절과 같은 노력을 계속하고 있는지를 관리하는 작업이 필요하다. 3) 검진결과 진단과정을 거쳐 고혈압 또는 당뇨병으로 진단된 대상자들에게 대하여 이들이 결과적으로 정상혈압, 또는 정상혈당 값을 유지할 수 있도록 도움을 주고 관리하여야 한다.

이 측면은 고혈압의 유병률이 30%이고, 당뇨병의 유병률이 10%에 이르는 현 우리나라의 상황에서는 매우 중요한 문제이다(보건사회연구원, 2001). 왜냐하면 고혈압의 경우 일반적으로 고혈압에 이환되어 있는 100% 대상자 중에서 1/2만이 본인이 고혈압에 걸려 있다는 것을 알고 있고, 이 중 1/2(전체의 1/4)만이 병원을 방문하며, 이 중에서 또 1/2(전체의 1/8)만이 정상혈압을 유지하고 있다는 것이다.

〈표 2〉 한 여성이 35세에서 64세까지 여러가지 주기에 의하여 검진을 받았을 경우 각각의 예상되는 침윤성 자궁경부암 누적발생률의 감소수준

암 검진의 빈도	예상되는 자궁암 발생률의 감소크기(%)	평생 받게되는 전체 암검진 회수
매년	93	30
2년마다	93	15
3년마다	91	10
5년마다	84	5
10년마다	64	3

Source: WHO, 2002

즉 고혈압에 이환되어 있는 대상자들 중에서 1/8만이 정상혈압을 유지하며 잘 관리하고 있을 뿐, 7/8은 방치되어 있다는 의미가 된다. 당뇨병은 이에 못지않은 자료들을 보이고 있다. 이들이 제대로 관리가 되지 못하고 10년 내지 20년이 지나게 되면 돌이킬 수 없는 합병증인 뇌졸중, 심근경색증 등의 심혈관계질환 등에 이환된다. 따라서 이들에 대한 적극적인 관리는 국가적으로도 매우 중요한 사안이다.

5. 검진의 '피해' (harm)에 대한 고려가 필요하다.

앞에서도 언급한 바와 같은 검진사업을 시작하는 것을 곧 피해(harm)를 동반하게 된다. 위양성자와 위음성자가 전형적인 피해임을 언급한 바 있다. 또한 과도한 진단 및 치료(overdiagnosis & overtreatment) 역시 큰 문제로 제기될 수 있다. 어떤 대상자가 건강히 지내던 중에 전립선암 검사에서 전립선암을 밝혀내었다고 하자. 그런데 실제로 이 암은 진행이 거의 없기 때문에, 다른 이유로 사망에 이를 때까지 전혀 문제를 일으킬 소지가 없었다고 하자. 그러나 진단된 이상 이를 그냥 방치할 수는 없을 것이고 적극적인 수술이 행하여지게 된다면 이 경우 이론적으로 과도한 진단치료로 해석될 수 있다. 또한 검진사업은 많은 대상자를 대상으로 하기 때문에 비록 검사방법 그 자체는 어떤 문제가 없다고 하더라도, 검사 자체로 인한 불안이나 후속적 검사과정에서의 부작용을 경험할 수 있다. 더욱이 만약 검사방법에 일부 문제가 있다면 많은 대상자를 포함하므로 이에 의한 문제는 매우 커질 수 있다.

6. 검진수검율을 높이기 위한 전략들이 수립되어야 한다.

이원철 등(2003)은 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고 있다.

1) 건강검진 및 암검진사업의 제도 개선

건강검진 및 암검진사업의 제도 개선을 위하여 사업의 신뢰성 회복을 위한 검진대상자의 의식 전환을 유도하고, 검진대상자에 대한 편의제공으로 수검률 증진을 유도하며, 소비자중심의 교육-홍보물을 개발하고, 과학적 정보 수집 및 활용방안 수립을 하며, 사업인프라를 구축한다.

2) 사업인프라 구축

수검관리를 위한 지침서 개발, 주관부서 및 실시주체의 통합방안 모색, 관련 부문간의 협조체계 구축, 기능적인 전문 검진기관의 설립, 교육 및 홍보사업을 위한 전략 수집 및 예산 확보, 전문인력 개발 및 교육·훈련, 검사기관에 대한 질 관리에 주력하여 사업인프라를 구축한다.

3) 2차 검진 대상자에 대한 추적관리 개선

2차 검진 대상자에 대한 추적관리 개선을 위해 1차 검진 이상소견의 의미에 대한 정보제공이 필요하며, 1차 검진 결과를 전달받지 못하는 경우에 대한 원인분석, 1차 검진 이상소견에 대한 사전 정보제공, 1차 검진 이상소견에 대한 사후 정보제공, 검진결과 고위험군으로 분류된 대상자들에 대한 조치가 필요하다.

4) 만족도 제고를 위한 개선

검진대상자들의 검진사업에 대한 만족도는 검

진사업이 성공적으로 수행되기 위한 조건들과 직접적으로 연결되어 있다. 검진에서 사용되는 검사방법들의 질이 높은 경우에는 위양성자와 위음성자가 적고, 진음성자와 진양성자가 많게 되므로 이로 인한 만족감이 높아지게 되나 반대의 경우에는 위음성자와 위양성자로부터 많은 불만을 듣게 될 것이고 만족감은 낮아지게 된다. 1차 검진 양성자에 대한 회신, 조치 등이 원활하게 이루어질수록 만족감은 높아질 것이고 검진사업에 대한 만족감이 높을 것이며, 반대의 경우 만족감은 낮아지게 된다. 만족감이 높을수록 재검진의 참여가 높아질 것이며, 주위사람들의 영향을 많이 받고 있는 현 상황에서는 이들의 만족도가 검진에 처음 참여하게 되는 대상자들의 참여도에도 영향을 주게 될 것이다. 위에서 언급하고 있는 검진에 관한 여러 가지 측면들은 검진에 대한 만족도와 직접적으로 원인결과 관계를 이루고 있기 때문에 만족도는 이러한 측면들이 개선되면 따라서 개선될 것이다. Quality control을 1에서 10까지의 수준으로 비유한다면 현재 여러 가지 여건에서 몇 정도까지를 요구할 것이며, 제반 조건을 어디까지 해결해 놓은 후 그 다음 몇 정도까지를 요구할지 등의 단계적인 정책을 구체적으로 협의하고 결정하여야 한다.

5) 참여율의 제고

대상자에 대한 검진의 중요성에 대한 설득과 과정전체에 대한 설명이 이루어져야 하고, 참여 권유 담당자의 지정, 의료기관 및 의사의 적극적인 참여 유도, Protocol (언제 시작할지, 몇 년에 한번 할지, 무슨 검사방법으로 할 것인지)에 대한 주기적인 검토, 이상소견자에 대한 follow-up 과정의 지침 제공 등이 이루어져야 한다. 이상으로

우리나라의 검진의 현황 및 문제점 그리고 개선 방안을 제시하고자 하였다.

결론적으로 검진사업이 원래의 목적을 달성하기 위하여는 1) 우선 대상자가 만족하여야 하고, 2) 이를 수행하는 의료기관이 만족하여야 하며, 3) 객관적인 효과평가 수치들이 만족스럽게 산출되어야 한다. 일부 질병에 대한 검진이 효과가 있음은 이론적으로 입증되어 있으므로 이를 우리나라에서 실현시키는 것이 우리의 임무이다.

참고문헌

- 보건사회연구원. 국민건강영양조사: 만성질환편. 보건복지부. 2001
- 이원철 등. 건강검진·암검사 수검행태 연구. 국민건강보험공단 가톨릭대학교 의과대학. 2003.
- 오영호 등. 40대이상의 고위험자에 대한 고혈압·당뇨병 등 만성질환의 체계적 관리와 정기검진 확대실시에 따른 통합기능 구축연구. 보건사회연구원. 2004.
- 조홍준 등. 우리나라 건강보험검진의 검진항목 및 검진주기의 타당성 및 재정 추계 연구. 국민건강보험공단 용역보고서. 2003.
- 지선하 등. 건강검진 검사항목 타당성평가 및 의료비 분석 연구. 국민건강보험공단 용역보고서. 2005.
- 하은희 등. 국민건강증진을 위한 제반 건강검진 제도의 평가와 개선방안 모색. 국민건강보험공단 용역보고서. 2003.
- 통계청. 2003 사망원인 통계. 2003. Available

from: URL; <http://www.nso.go.kr/>

IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention vol. 7 Breast Cancer Screening. 2002.

K. Strong, N Wald, A Miller, A Alwan, on behalf of the WHO Consultation Group. Current concepts in screening for noncommunicable disease: World Health Organization Consultation Group report on methodology of noncommunicable disease screening. *J Med Screen* 2005;12:12-9.

Mausner & Bahn. *Epidemiology—An Introductory Text*. 2nd Edition. 1985.

The UK CRC Screening Pilot Evaluation Team. Evaluation of UK Colorectal Cancer Screening Pilot: Final report. Department of Community Health Sciences. 2003; 8-10.

US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3rd Edition. 2002.

WHO Global Programme for Cancer Control. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. 2002.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Available from: URL <http://www.ctfphc.org/>

Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ). Available from: <http://www.ahrq.gov> NHS

Cancer Screening Programmes. Available from: URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/>

UK National Screening Committee. Available from: URL: <http://www.nsc.nhs.uk/>

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/>

효율적 건강검진 수검관리를 위한 미수검자의 특성 분석 -건강보험 지역가입자 중심으로-

이 애 경 · 박 일 수
건강보험연구원

국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진을 유도하기 위해서는 질병발생가능성이 높은 취약인구임에도 불구하고, 건강검진을 받지 않는 대상자를 효과적으로 발굴하여 그에 맞는 건강정보를 제공하여 조기검진을 유도하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 검진대상자의 특성별 불균형이 심한 지역가입자를 중심으로 데이터마이닝 기법인 의사결정나무분석을 통하여 미수검자의 특성 및 유형화를 실시하였으며, 유형별 특성을 분석하였다. 또한, 그 결과를 바탕으로 지역건강검진대상자 유형별로 효율적인 수검독려를 위해 몇 가지 방안을 제시하였다. 첫 번째는 검진대상자 유형별 접근관리를 해야 하고, 둘째는 유관기관을 통한 교육, 프로그램을 개발하고, 세 번째는 가족단위의 수검독려 캠페인을 실시하고, 넷째는 CRM 기법을 이용한 효율적 건강검진사업을 추진하는 것이다. 마지막으로는 질환발생 가능한 고위험군 예측을 통한 조기검진관리 프로세스 개발의 필요성을 제시하였다.

주제어 : 데이터마이닝, 의사결정나무분석, 유형화, CRM

I. 연구의 필요성

건강증진사업은 단순히 질병을 치료하고 예방하는 것에만 국한된 것이 아니고, 적극적인 건강향상을 목적으로 사람들의 건강의식이나 행동변화를 유도하여 건강할 수 있는 잠재력을 기르고 건강위험요인을 조기에 발견함으로써 건강을 유지·증진하고자 하는 것이 주요 목적이다. 그러나 실제 전문인력 중심으로 이러한 목적을 달성하기에는 관리해야 할 대상이 너무 광범위하므로

비용문제가 크게 대두되기 때문에, 효과적인 건강증진사업을 추진하기 위해서는 단순한 정보만을 제공하는 것이 아니라 개개인의 특성과 개인의 생활에 연관된 정보 제공 시의 비용 대비 효과성이 고려될 필요가 있다.

이러한 점에서 보건의료분야의 신정보기술로 최근 국내외적으로 주목받고 있는 고객관계관리 기법(Customer Relationship Management : CRM)은 건강증진사업의 효과적 관리지원을 위한 혁신적인 방법이라 할 수 있다. 보건의료분야

에 있어서 CRM은 건강에 대한 정보를 필요로 하는 관점에서 고객을 분류하는 것으로, 건강정보가 필요한 계층에게 건강정보를 제공하여 이들이 바람직한 건강행위를 하도록 유도하여 건강증진 및 적절한 치료가 이루어지도록 하는 것이라 할 수 있다. 이와 같은 특성에 기인하여 보건의료분야의 CRM기법의 적용분야는 크게 보건교육관리(Education Management), 건강증진관리(Wellness Management), 질환관리(Disease Management) 그리고 조기검진관리(Intervention Management) 분야 총 4가지로 분류할 수 있다(강성홍 등, 2003). 이러한 분야에 CRM기법을 적용하기 위해서는 개인에 맞는 건강정보를 감별하는 것이 매우 중요하다.

일반적으로 검진이란 간편하고 신속한 결과를 나타내는 검사법을 적용하여 질병에 이환되어 있어도 겉으로 나타나지 않는 질병상태를 조기에 발견하기 때문에 비교적 간단한 치료방법만으로도 치료가 가능하고, 예후가 좋아 궁극적으로 의료비용을 감소시키고 국민의 건강을 보장할 수 있는 장점이 있다(이원철 등, 2003). 국민건강보험공단은 1980년 공무원 및 사립학교 교직원조합시기부터 건강검진을 실시하였고, 1995년에는 직장조합 피보험자(현 직장가입자)¹⁾, 만 40세 이상의 직장조합 피부양자(현 직장피부양자) 및 지역조합 피보험자(현 지역가입자)로 확대 실시하였다. 그러나, 건강검진의 수검률은 검진 시작 이래 계속적으로 향상되고는 있으나 여전히 50% 수준을 밑도는 저조한 수준을 보이고 있는 상태이다²⁾. 게다가 대상자의 특성별로 많은 불균형이 존재하고 있어 현 건강검진 사업의 문제점으로

지적되고 있다. 예를 들면, 2003년도 1차 건강검진 수검현황을 지역별로 살펴보면, 직장가입자 중 사업장근로자는 81.96%(대상인원 4,117,119명 중 3,374,350명), 공무원 및 사립학교 교직원은 71.79%(286,375명 중 205,601명), 지역가입자는 25.14%(5,010,111명 중 1,259,403명), “사업장근로자 피부양자”는 33.05%(1,578,090명 중 190,298명), 공무원 및 사립학교 교직원 피부양자는 33.25%(572,407명 중 572,407명)가 건강검진을 받았다(국민건강보험공단, 2004). 즉, 직장을 가진 사람들은 70% 이상이 건강검진을 받고 있으나 지역가입자나 피부양자들은 30% 정도만이 수검을 받는 불균형을 보이고 있다. 이러한 낮은 수검률로는 이들 취약인구를 대상으로 조기검진의 효과를 보기가 사실상 어렵다는 점이다. 이원철 등(2003)도 수검자와 미수검자간에 연령, 성별, 교육수준, 직업, 월 소득, 이환상태 등에 의해 수검률의 차이가 존재함을 밝히고 있다. 이는 조기검진의 효과를 보기 위해서는 수검률 향상이 가장 시급히 해결되어야 함을 시사해주고 있다. 특히 대상자들이 수검을 받게 된 이유 중 국민건강보험공단의 안내문이나 건강검진에 대한 수검 권고를 받은 경험이 있는 사람들이 상대적으로 수검률이 높은 것으로 나타났고, 또한 과거 수검 경험이 있는 사람들이 수검을 또 받는 경우가 많았으며, 수검경험이 없는 사람들보다 향후 건강검진에 참여하겠다는 의향이 더 많은 것으로 나타났다(이원철, 2003). 이는 수검자를 대상으로 수검독려를 하는 것보다 미수검 확률이 높은 사람을 선정하여(Target marketing) 수검을 독려하였을 때 비용 대비 효과가 더 클 것임을 말해주고

1) 노동부 주관 근로자 일반건강진단사업을 직장조합으로 이관 실시

2) 2003년 수검률은 1999년 수검률 35.92%보다 12.08%p 향상된 48.0%로 나타남(건강보험공단, 2004)

있다.

따라서 앞으로 국민건강보험공단은 질병발생 가능성이 높은 취약 인구임에도 불구하고 정기건강검진을 받지 않는 대상자를 발굴하여, 그에 맞는 건강정보를 제공하여 조기검진을 유도하는 관리프로세스가 필요하다고 본다. 이를 위해서는 데이터마이닝 기법을 활용하여 미수검자 특성 및 유형화 분석을 하고, 이를 기초로 조기검진 유도를 위한 예측모형 개발이 선행될 필요가 있다. 향후 건강검진 미수검자 특성을 고려한 차별화된 수검독려를 위한 CRM 전략은 바로 이러한 일련

의 수검관리 프로세스로부터 도출될 수 있기 때문에, 이를 보다 효과적으로 하기 위해서는 자동화된 수검관리 CRM 시스템 구축도 이루어져야 할 것이다.

이러한 관점에서 본 연구는 조기검진 유도를 위한 질환발생 고위험군 예측모형을 개발함에 있어, 우선적으로 검진 대상자의 특성별 불균형이 심한 지역 가입자 중심으로 미수검자의 특성 및 유형화에 대해 분석하고자 한다. 또한 이러한 결과를 토대로 지역 가입자 중심의 건강검진 대상의 유형별 효율적인 수검독려방안을 제시하고자 한다.

〈표 1〉 유질환 관련 상병코드

질환명	관련 상병코드
폐흉부질환	A15~A16(호흡기결핵), A19(속립성 결핵), J47(기관지확장증), J93(기흉), J42(만성기관지염), J44(만성폐쇄성 폐질환), J60~J70(외부요인에 의한 폐질환), J80~J84(기타호흡기질환)
고혈압	I10~I15(고혈압성질환), I60~I69
고지혈증	E78(단백질대사장애 및 기타 지혈증)
간장질환	B15~B19(바이러스감염), K70~K77(간의질환), K80~K84(담낭, 담도 및 췌장의 장애), K85~K87(담낭, 담도, 췌장염)
당뇨질환	E10~E14(당뇨병)
신질환	N00~N08(사구체질환), N10~N23(신세뇨관 - 간질성질환), N25~N29(신장 및 요관의 기타장애), N30~N39(비뇨기계의 기타질환)
빈혈증	D50~D53, D55~D77
부인과질환	A59(트리코모나스증), B373(외음및질의칸디다증), B374(기타비뇨생식기부위의 칸디다증), C53(자궁경의악성신생물), D25(자궁의 평활근종), D06(자궁목의 상피내 암종), D07(기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종), D26(자궁의기타양성신생물), D28,D39(여성생식기관의양성신생물), N71~N77, N84~N89(자궁질환)
위암	C16(위의악성신생물)
대장암	C18~C21(결장, 직장, 항문의 악성신생물)
간암	C22(간 및 간내 담관의 악성 신생물)
유방암	C50(유방의 악성 신생물)

II. 연구방법

2. 연구방법

1. 연구자료

미수검 특성 및 유형화를 위한 분석 자료는 국민건강보험공단의 원천시스템(Source System) 및 데이터웨어하우스(Datawarehouse)에서 2000년~2002년까지 현물급여자료의 각 연도별 개인급여정보(2003년 5월 말 지급기준)와 상병정보를 이용하였으며, 수검자의 자격정보는 2001년 12월 31일 기준의 자격데이터베이스를 활용하였다.

일반적으로 검진사업의 목표는 조기검진에 의한 질병 발생률 또는 질병으로 인한 사망률을 감소하기 위함이다. 이러한 점을 고려하여 본 연구는 건강검진의 종합관정으로 나타날 수 있는 12개의 질환에 대해 이미 진료를 받은 경험이 있는 대상자와 아닌 대상자를 각각 유질환군과 정상군으로 정의하고, 각 군집에서 건강검진을 받지 않은 대상자를 Target으로 하는 미수검 특성 및 유형화 분석을 하였다. 여기서 1·2차 건강검진 및

〈표 2〉 분석변수

특성	변수	비고
검진 대상자 특성		2002년 건강검진대상자
인구사회학적 특성	성별, 연령, 거주지	
의료이용현황	최근 1년 병원급 이상 방문횟수 최근 1년 의원 방문횟수 최근 1년 한방병원 및 의원 방문횟수 최근 1년 입원횟수 과거 건강검진 수검 횟수	
검진대상자의 세대특성		건강보험 증단위 기준
인구학적 특성	세대주 연령, 가족 수	
건강상태	세대 만성질환자수, 세대 희귀질환자수 세대 장애자수	
의료이용량	최근 1년간 세대 내원일수, 최근 1년간 세대 입원일수 최근 1년간 세대 의료이용기관수 최근 1년간 세대 총 진료비	
사회경제수준	보험료, 과세소득 보험료 과표재산 보험료 전월세 보험료, 자동차 보험료 최근 1년간 체납이력여부 현재 체납금액, 현재 체납개월 수	
기타	비가입세대 여부, 보험료 납부방식 1년간 취득상실건수	

암 건강검진으로부터 종합판정으로 나타날 수 있는 12개 질환은 폐흉부질환, 고혈압, 고지혈증, 간장질환, 당뇨질환, 신질환, 빈혈증, 부인과질환, 위암, 대장암, 간암, 유방암을 포함하였으며, 각 질환별 분류기준은 주·부상병 코드를 근거로 <표 1>과 같은 분류기준에 기초하였다.

당해 년도 건강검진 대상자가 건강검진 수검에 영향을 미치는 특성요인을 파악하기 위한 입력변수는 검진 대상자 및 세대의 인구사회학적 특성, 의료이용정보, 건강상태 그리고 기타 건강보험 관련 정보 등을 고려하였다(표 2 참조). 단, 분석 모형의 연속형 설명변수는 Target 변수와의 유의성 검정을 고려하여 최소 범주형태의 그룹화 변수를 변환하여 사용하였다.

본 연구는 먼저 <표 2>의 검진대상자 관련 정보를 기반으로 검진 대상자의 수검여부와 12개 질환에 대한 진료경험 유무를 고려하여 4개의 군집을 구성한 다음, 각 군집별로 검진 대상자 및 세대의 일반적 특성, 의료이용 그리고 건강보험 관련 기타 특성들을 교차분석(Cross-Tabulation)과 평균차이 분석을 통하여 각 군집의 특성을 파악하였다. 또한 유질환군과 정상군에서 미수검 관련 영향을 주는 요인의 특성을 상대적으로 평가하고, 이를 근거로 건강검진 미수검자의 유형화를 데이터마이닝 기법 중의 하나인 의사결정모형(decision tree analysis)을 이용하여 하였다. 단 의사결정모형(decision tree analysis)은 2002년 전체 건강검진 대상자 중 수검 유무와 12개 질환 진

료 경험을 기준으로 15% 단순임의 추출한 표본을 가지고 개발하였으며, 의사결정모형의 규칙을 이용하여 건강검진 대상자를 유형화하였다. 그리고 최종 의사결정모형을 이용하여 2002년 건강검진 전체 대상자에 적용하고 건강검진 미수검자의 유형별 분포 및 특성을 파악하였다.

III. 결과분석

1. 군집별 검진대상자의 일반적 특성

건강검진 대상자의 특성을 보다 구체적으로 살펴보기 위해 건강검진 대상자의 수검상태와 12개의 질환에 대한 진료 경험 여부를 근거로 <표 3>과 같이 4개의 그룹으로 분류하고, 각 그룹별 건강검진 대상자의 일반적 특성을 살펴보았다.

이를 위해 먼저 2002년 건강보험 지역 가입자의 건강검진 미수검 현황을 살펴본 바, 미수검률은 82.17%로 아주 높은 것으로 나타났으며, 이 중 12개 질환으로 2001년 한해 동안 진료경험이 없는 대상자의 미수검 분포는 전체 대상자의 40.91% 차지하는 것으로 나타났다.

본 연구는 건강검진의 수검행태에 직·간접적으로 세대의 병력, 생활환경이나 경제적 수준 등이 잠정적으로 영향을 미칠 수도 있다는 가설에 근거하여, 건강검진 대상자뿐만 아니라 대상자의 세대 특성도 고려하여 분석하였다. 먼저 건강검

<표 3> 12개 질환 진료경험 유무에 따른 미수검 분포

그룹 I (정상, 수검)	그룹 II (유질환, 수검)	그룹 III (유질환, 미수검)	그룹 IV (정상, 미수검)	계
301,540 (5.91)	608,080 (11.92)	2,087,714 (41.26)	2,105,427 (40.91)	5,102,761 (100)

진 대상자 중심으로 12개 질환에 대한 진료 경험이 있으면서 건강검진을 받지 않은 대상자 그룹Ⅲ과 정상이면서 건강검진을 받지 않은 그룹Ⅳ을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

<표 1>에 제시된 12개의 질환은 일반적으로 연령이 증가함에 따라 유병률도 높아지는 경향이 있어, 전반적으로 유질환군에 속하는 대상자의 연령이 높아질수록 미수검률이 증가하는 것으로 나타났다. 반면 정상군에서는 연령이 낮은 30대~40대에서 상대적으로 미수검률이 높게 나타나 유질환자군과 대조를 보였다. 거주형태별로는 대도시나 중소도시에 거주하는 대상자들이 농어촌

거주자들보다 미수검률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다(표 4 참조).

한편 의료이용 특성에서는 의료이용량이 많은 유질환군에서는 상대적으로 최근 1년 의료이용량이 많을수록 미수검률이 높았으며, 정상군에서는 반대로 의료이용량이 적을수록 상대적으로 미수검률이 높게 나타났다(표 5 참조).

이 외에도 과거 건강검진 수검유무에 따른 미수검률 분포는 2002년 지역 가입자 전체 검진대상자의 약 85%정도가 수검의 경험이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강검진제도에 대한 올바른 이해와 필요성을 대다수 국민들이 인

<표 4> 검진대상자의 일반적 특성 I

특성		군집 I	군집 II	군집 III	군집 IV	계
성별	남	176,933 (6.49)	238,094 (8.73)	892,120 (32.73)	1,418,702 (52.05)	2,725,849 (100.0)
	여	124,607 (5.24)	369,986 (15.57)	1,213,307 (51.05)	669,012 (28.15)	2,376,912 (100.0)
연령	39세 이하	28,426 (3)	24,324 (2.56)	323,033 (34.05)	573,020 (60.39)	948,803 (100.0)
	40~49세	116,080 (5.77)	195,447 (9.71)	809,657 (40.23)	891,522 (44.29)	2,012,706 (100.0)
	50~59세	78,289 (7.53)	162,221 (15.6)	438,656 (42.17)	361,018 (34.71)	1,040,184 (100.0)
	60~69세	57,020 (8.32)	153,354 (22.38)	310,439 (45.31)	164,375 (23.99)	685,188 (100.0)
	70세 이상	21,725 (5.22)	72,734 (17.49)	223,642 (53.78)	97,779 (23.51)	415,880 (100.0)
거주지	대도시	119,872 (4.98)	236,016 (9.81)	1,018,809 (42.35)	1,030,927 (42.85)	2,405,624 (100.0)
	중소도시	107,329 (5.55)	218,291 (11.28)	808,279 (41.76)	801,673 (41.42)	1,935,572 (100.0)
	농어촌	74,335 (9.76)	153,768 (20.19)	278,337 (36.55)	255,111 (33.5)	761,551 (100.0)
	기타	4 (28.57)	5 (35.71)	2 (14.29)	3 (21.43)	14 (100.0)

식하지 못하고 있음을 단적으로 보여주는 사례라 할 수 있다.

다음은 제시된 <표 5>, <표 6>, <표 7> 그리고 <표 8>의 결과를 가지고 검진대상자의 세대 특성

을 고려한 유질환군과 정상군에 속하는 대상자들의 미수검 특성을 살펴보았다. 그 결과 대상자의 연령에 따른 미수검 특성에서와 같이 세대주의 연령이 많을수록 미수검률이 유질환군에서 높았

<표 5> 검진대상자의 일반적 특성 II

(단위: 명, %)

특성		군집 I	군집 II	군집 III	군집 IV	계
최근 1년 종합병원 및 병원 이용	없음	153,160 (6.68)	141,760 (6.18)	612,082 (26.69)	1,386,654 (60.46)	2,293,656 (100.0)
	1회~5회	123,229 (6.5)	270,019 (14.24)	888,959 (46.88)	614,104 (32.38)	189,6311 (100.0)
	6회~10회	16,231 (3.89)	87,531 (21)	255,803 (61.38)	57,188 (13.72)	416,753 (100.0)
	11회 이상	8,920 (1.8)	108,770 (21.93)	348,583 (70.27)	29,768 (6)	496,041 (100.0)
최근 1년 의원 이용	없음	28,081 (4.4)	9,196 (1.44)	55,862 (8.75)	545,263 (85.41)	638,402 (100.0)
	1회~5회	101,944 (7.3)	75,936 (5.44)	397,233 (28.46)	820,798 (58.8)	1,395,911 (100.0)
	6회~10회	66,669 (7.36)	94,274 (10.4)	394,369 (43.51)	351,092 (38.73)	906,404 (100.0)
	11회~20회	63,577 (6.24)	159,201 (15.63)	544,631 (53.48)	250,892 (24.64)	1,018,301 (100.0)
	21회	41,269 (3.61)	269,473 (23.56)	713,332 (62.37)	119,669 (10.46)	1,143,743 (100.0)
최근 1년 한방병원 및 의원 이용	없음	159,000 (5.8)	232,686 (8.49)	965,722 (35.24)	1,383,264 (50.47)	2,740,672 (100.0)
	1회~3회	81,400 (6.24)	170,665 (13.08)	589,916 (45.21)	462,980 (35.48)	1,304,961 (100.0)
	4회~10회	49,094 (6.07)	145,410 (17.98)	410,244 (50.74)	203,817 (25.21)	808,565 (100.0)
	11회 이상	12,046 (4.85)	59,319 (23.86)	139,545 (56.14)	37,653 (15.15)	248,563 (100.0)
최근 1년 입원 경험	없음	268,740 (6.48)	448,638 (10.81)	1,521,681 (36.67)	1,910,353 (46.04)	4,149,412 (100.0)
	있음	32,800 (3.44)	159,442 (16.72)	583,746 (61.23)	177,361 (18.6)	953,349 (100.0)
과거 수검경험	없음	204,066 (4.69)	384,780 (8.84)	1,845,382 (42.41)	1,917,317 (44.06)	4,351,545 (100.0)
	있음	97,474 (12.98)	223,300 (29.73)	260,045 (34.62)	170,397 (22.68)	751,216 (100.0)

<표 6> 검진대상자의 세대특성 I

(단위: 명, %)

특성	군집 I	군집 II	군집 III	군집 IV	계
연령	39세 이하 (3.12)	38,944 (3.64)	387,432 (36.18)	610,980 (57.06)	1,070,776 (100.0)
	40~49세 (5.67)	103,397 (9.46)	172,399 (40.68)	805,754 (44.2)	1,823,160 (100.0)
	50~59세 (7.22)	79,430 (15.05)	165,688 (43.11)	381,034 (34.62)	1,100,701 (100.0)
	60~69세 (8.31)	59,555 (21.56)	154,434 (43.85)	188,258 (26.28)	716,414 (100.0)
	70세 이상 (6.57)	25,738 (19.56)	76,615 (47.91)	101,688 (25.96)	391,710 (100.0)
건강 보험료	2만원 이하 (4.54)	44,634 (10.29)	101,145 (40.26)	395,664 (44.91)	441,370 (100.0)
	2만원 초과~4만원 (5.81)	95,349 (10.64)	174,607 (37.9)	621,929 (45.64)	748,918 (100.0)
	4만원 초과~6만원 (6.63)	81,112 (12.31)	150,521 (41.08)	502,225 (39.97)	488,677 (100.0)
	6만원 초과 (6.4)	80,445 (14.47)	181,807 (46.6)	585,609 (32.53)	408,749 (100.0)
과세소득 보험료	없음 (6.04)	268,548 (11.99)	532,764 (40.29)	1,791,006 (41.68)	1,852,771 (100.0)
	500만원 초과 (5.02)	32,992 (11.45)	75,316 (47.81)	314,421 (35.72)	234,943 (100.0)
과표재산 보험료	없음 (4)	76,652 (7.25)	138,890 (39.07)	748,117 (49.67)	951,013 (100.0)
	11,000원 이하 (7.24)	75,131 (14.34)	148,845 (38.92)	403,887 (39.5)	409,846 (100.0)
	11,000원 초과~ 28,800원 이하 (7.15)	90,498 (14.06)	177,863 (42.17)	533,636 (36.62)	463,454 (100.0)
	28,800원 초과 (6.7)	59,259 (16.1)	142,482 (47.44)	419,787 (29.77)	263,401 (100.0)
전월세	유 (3.51)	53,149 (5.95)	90,125 (38.83)	587,908 (51.71)	782,841 (100.0)
	무 (6.92)	248,391 (14.43)	517,955 (42.29)	1,517,519 (36.36)	1,304,873 (100.0)
자동차 보험료	800cc이하 (5.87)	141,176 (12.88)	309,986 (41.1)	98,8919 (40.15)	965,998 (100.0)
	800cc초과~1,500cc이하 (7.71)	24,867 (12.76)	41,160 (36.22)	116,836 (43.31)	139,677 (100.0)
	1,500cc초과~2,000cc이하 (6.67)	15,897 (11.1)	26,457 (38.54)	91,895 (43.7)	104,189 (100.0)
	2,000cc초과~2,500cc이하 (6.41)	12,695 (10.82)	21,436 (37.56)	74,429 (45.22)	89,611 (100.0)
	25,000cc초과~3,000cc이하 (5.76)	12,890 (10.27)	22,987 (41.77)	93,496 (42.21)	94,484 (100.0)
	3,000cc초과 (5.49)	94,015 (10.86)	186,054 (43.17)	739,852 (40.48)	693,755 (100.0)

<표 7> 검진대상자의 세대특성 II

(단위: 명, %)

특성		군집 I	군집 II	군집 III	군집 IV	계
현재 체납금액	없음	257,558 (6.77)	533,689 (14.02)	1,621,376 (42.59)	1,394,110 (36.62)	3,806,733 (100.0)
	0원 초과 ~ 15만원 이하	30,826 (4.09)	57,575 (7.63)	321,654 (42.65)	344,131 (45.63)	754,186 (100.0)
	15만원 초과 ~ 45만원 이하	7,013 (2.58)	10,346 (3.8)	91,214 (33.52)	163,554 (60.1)	272,127 (100.0)
	45만원 초과 ~ 100만원 이하	3,603 (2.22)	4,115 (2.53)	44,524 (27.42)	110,139 (67.83)	162,381 (100.0)
	100만원 초과 ~ 200만원 이하	1,925 (2.37)	1,795 (2.21)	20,528 (25.32)	56,825 (70.09)	81,073 (100.0)
	200만원 초과	615 (2.34)	560 (2.13)	6,131 (23.35)	18,955 (72.18)	26,261 (100.0)
	없음	257,558 (6.77)	533,689 (14.02)	1,621,376 (42.59)	1,394,110 (36.62)	3,806,733 (100.0)
	1~3개월	30,027 (4.3)	56,933 (8.15)	300,815 (43.08)	310,493 (44.47)	698,268 (100.0)
	4~12개월	6,716 (2.75)	10,151 (4.15)	94,736 (38.75)	132,881 (54.35)	244,484 (100.0)
13~24개월	3,479 (2.13)	4,041 (2.47)	48,741 (29.8)	107,289 (65.6)	163,550 (100.0)	
25~36개월	1,838 (2.14)	1,940 (2.25)	22,904 (26.62)	59,356 (68.99)	86,038 (100.0)	
36개월 초과	1,922 (1.85)	1,326 (1.28)	16,855 (16.26)	83,585 (80.61)	103,688 (100.0)	
비가입세대여부	가입	300,888 (5.9)	607,196 (11.92)	2,102,850 (41.27)	2,084,696 (40.91)	5,095,630 (100.0)
	비가입	652 (9.14)	884 (12.4)	2,577 (36.14)	3,018 (42.32)	7,131 (100.0)
보험료 납부방식	표준OCR	139,520 (5.81)	277,104 (11.55)	1,006,672 (41.95)	976,439 (40.69)	2,399,735 (100.0)
	자동이체	136,032 (6.99)	278,510 (14.31)	833,503 (42.84)	697,562 (35.85)	1,945,607 (100.0)
	환급대체	13,773 (4.81)	33,330 (11.63)	133,585 (46.62)	105,870 (36.95)	286,558 (100.0)
	창구수납	6,319 (2.93)	8,488 (3.93)	74,158 (34.37)	126,790 (58.77)	215,755 (100.0)
	무통장입금, 배당금	406 (1.67)	523 (2.15)	7,031 (28.87)	16,395 (67.32)	24,355 (100.0)
1년간 취득상실건수	유	51,363 (5.55)	111,834 (12.09)	383,541 (41.45)	378,601 (40.91)	925,339 (100.0)
	무	250,177 (5.99)	496,246 (11.88)	1,721,886 (41.22)	1,709,113 (40.91)	4,177,422 (100.0)

<표 8> 검진대상자의 세대특성 III

(단위: 명, %)

특성		군집 I	군집 II	군집 III	군집 IV	계
건강상태	유	16,017	51,471	164,322	79,069	310,879
	(5.15)	(16.56)	(52.86)	(25.43)	(100.0)	
세대 만성질환자수	무	285,523	556,609	1,941,105	2,008,645	4,791,882
	(5.96)	(11.62)	(40.51)	(41.92)	(100.0)	
세대 장애인수	유	21,756	48,678	135,555	104,807	310,796
	(7)	(15.66)	(43.62)	(33.72)	(100.0)	
의료이용량	무	279,784	559,402	1,969,872	1,982,907	4,791,965
	(5.84)	(11.67)	(41.11)	(41.38)	(100.0)	
최근 1년 세대 내원일수	없음	18,650	17,282	91,505	376,633	504,070
	(3.7)	(3.43)	(18.15)	(74.72)	(100.0)	
	15일 이하	87,864	113,721	505,393	650,589	1,357,567
	(6.47)	(8.38)	(37.23)	(47.92)	(100.0)	
	15일 초과 ~ 30일 이하	71,924	132,775	465,374	405,517	1,075,590
	(6.69)	(12.34)	(43.27)	(37.7)	(100.0)	
	30일 초과 ~ 60일 이하	77,060	188,937	588,058	407,709	1,261,764
	(6.11)	(14.97)	(46.61)	(32.31)	(100.0)	
60일 초과 ~ 120일 이하	38,207	123,256	361,632	205,190	728,285	
(5.25)	(16.92)	(49.66)	(28.17)	(100.0)		
120일 초과	7,835	32,109	93,465	42,076	175,485	
(4.46)	(18.3)	(53.26)	(23.98)	(100.0)		
최근 1년 세대 입원일수	없음	252,257	475,598	1,646,775	1,791,207	4,165,837
	(6.06)	(11.42)	(39.53)	(43)	(100.0)	
	10일 이하	32,506	80,768	284,748	206,841	604,863
(5.37)	(13.35)	(47.08)	(34.2)	(100.0)		
10일 초과	16,777	51,714	173,904	89,666	332,061	
(5.05)	(15.57)	(52.37)	(27)	(100.0)		
최근 1년 세대 방문 요양기관수	없음	17,962	16,604	86,935	366,343	487,844
	(3.68)	(3.4)	(17.82)	(75.09)	(100.0)	
	8개 이하	109,145	156,538	636,520	768,560	1,670,763
	(6.53)	(9.37)	(38.1)	(46)	(100.0)	
	9개~10개	33,701	64,207	220,831	193,232	511,971
	(6.58)	(12.54)	(43.13)	(37.74)	(100.0)	
11개~15개	70,042	155,505	503,318	384,836	1,113,701	
(6.29)	(13.96)	(45.19)	(34.55)	(100.0)		
16개~22개	49,568	138,019	427,050	266,045	880,682	
(5.63)	(15.67)	(48.49)	(30.21)	(100.0)		
23개 이상	21,122	77,207	230,773	108,698	437,800	
(4.82)	(17.64)	(52.71)	(24.83)	(100.0)		
최근 1년간 세대 총진료비	없음	69,657	71,189	345,106	782,506	1,268,458
	(5.49)	(5.61)	(27.21)	(61.69)	(100.0)	
	0원 초과 ~ 40만원 이하	45,728	63,518	243,737	281,682	634,665
	(7.21)	(10.01)	(38.4)	(44.38)	(100.0)	
	40만원 초과 ~ 120만원 이하	91,494	175,592	586,647	516,644	1,370,377
(6.68)	(12.81)	(42.81)	(37.7)	(100.0)		
120만원 초과	94,661	297,781	929,937	506,882	1,829,261	
(5.17)	(16.28)	(50.84)	(27.71)	(100.0)		

고 정상군에서는 연령이 적을수록 상대적으로 미수검률이 높게 나타났다. 또한 유질환군에서는 세대의 평균 보험료, 소득 및 재산이 많을수록 미수검률이 높은 반면, 정상군에서는 상대적으로 미수검률이 낮은 것으로 나타났다. 건강보험 보험료 체납 관련해서 유질환군의 미수검률은 체납 금액이나 체납개월 수가 적을수록 높았고, 정상군의 경우는 이와는 반대로 체납금액이나 체납개월 수가 많을수록 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 기타 비가입세대여부, 보험료 납부방식이나 1년간 자격 취득상실건수는 4집단이 비슷한 분포를 하는 것으로 나타났다.

2. 의사결정모형을 이용한 미수검자의 유형화

2.1 정상군에서 건강검진 미수검자의 유형화

1) 건강검진 미수검자 특성요인의 상대적 중요도 평가

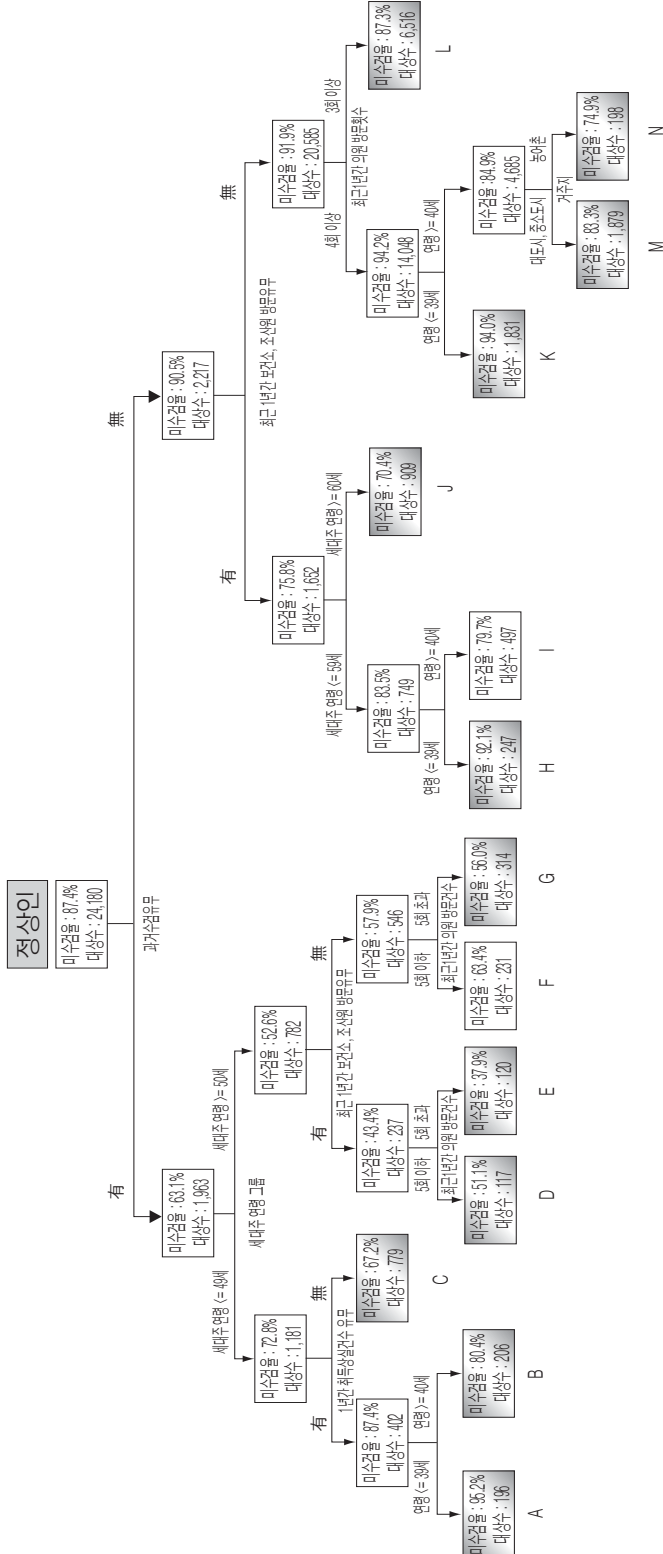
데이터마이닝 기법인 Decision Tree를 이용한 미수검 관련 특성요인의 상대적 중요도를 분석한 결과는 [그림 1]과 같다. 정상군에서 미수검의 특성에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로는 과거 건강검진 수검여부이고, 다음은 최근 1년 보건소와 조산원 방문 유무, 세대주 연령, 거주지 그리고 대상자 연령순으로 나타났다(그림 1 참조).

2) Decision Tree를 이용한 정상군의 미수검자 특성³⁾

정상군에 대한 건강검진 대상자의 미수검 특성 파악을 위해, 우선적으로 세분화된 14개 그룹의 미수검률을 고려하여 정상군의 전체 미수검률(87.4%)보다 높은 그룹과 낮은 그룹으로 분류하고 각 그룹별 특성을 비교 분석하였다. 그 결과 건강검진 대상자의 전체 미수검률보다 더 높은 수준을 보이고 있는 그룹은 14개 그룹 중에서 4개 그룹으로 분류되었고, 이들 그룹은 모두 미수검률이 90% 이상으로 그룹L(94.2%), 그룹A(94.0%), 그룹K(93.5%), 그룹H(91.0%) 순으로 나타났다. 즉, 10명 중의 9명 정도는 건강검진을 받지 않는 특성을 보였다. 반면 전체 수검률(12.6%)보다 2배 이상 높은 수검률을 보이는 그룹은 그룹E(58.1%), 그룹D(52.2%), 그룹G(46.4%), 그룹F(37.5%), 그룹C(31.5%) 순으로 나타났다.(표 9 참조).

본 연구에서는 향후 수검촉려 방안을 도출함에 있어 필요한 대상자의 기본 특성 정보로 활용하고자 세분화된 각 그룹 내 대상자의 인구사회학적 특성, 건강보험 관련 가입자의 자격, 징수, 부과 및 진료내역 등을 근거하여 각 그룹의 특성을 구체화하였다. 정상군으로부터 세분화된 14개 그룹에 속한 검진대상자의 일반적 특성을 보면 상대적으로 검진 대상자 연령이 낮을수록 미수검률이 높았고, 부과 및 징수특성에서는 평균보험료가 낮을수록, 체납률이 높을수록, 재산보유율이 적을수록, 전월세 주거율이 높을수록 미수검률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 또한 의료이용 특성에서는 총 진료비가 낮을수록 미수검률이 높았고, 세대구성 특성에서는 만성질환자, 장애인 비율이 낮을수록 미수검률이 높았다(표 10 참조).

3) <표 9>와 <표 10>은 지역 가입자 중 정상군으로부터 표본추출(15%)된 자료로부터 유도된 Decision Tree Rule을 정상군 전체 대상자에 적용한 결과



[그림 1] 정상군의 Decision Tree 결과(15% Sampling Data)

세분화된 14개 그룹 중에서 건강검진 미수검률이 가장 높은 그룹L과 미수검률이 가장 낮은 그룹E를 서로 비교해 보면, 두 그룹 간의 특성 차이를 가장 두드러지게 하는 것은 바로 대상자의 연

령, 체납률, 거주지, 주거방식으로 나타났다. 먼저 미수검률 높은 그룹L을 보면, 보편적으로 대중소 도시에 거주하는 전세 또는 월세로 생활하는 40 대들로 이들은 체납률이 상대적으로 높고, 과거

〈표 9〉 Decision Tree를 이용한 미수검자 세분화 : 정상군

그룹별	검진 대상자 특성	확률		
		수검자 (%)	미수검자(%)	계 (%)
그룹L	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 4회 <= 최근 1년간 의원 방문 횟수 & 대상자 연령 <= 39세	74,557(5.8)	1,206,248(94.2)	1,280,805(100)
그룹A	과거수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 최근 1년 자격취득상실 발생 & 대상자 연령 <= 39세	1,137(6.0)	17,693(94.0)	18,830(100)
그룹K	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 최근 1년간 의원 방문 횟수 <= 3회	10,394(6.5)	149,668(93.5)	160,062(100)
그룹H	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 세대주 연령 <= 59세 & 대상자 연령 <= 39세	2,062(9.0)	20,948(91.0)	23,010(100)
전체		301,540(12.6)	2,087,714(87.4)	2,389,254(100)
그룹M	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 4회 <= 최근 1년간 의원 방문 횟수 & 60세 & 40세 <= 대상자 연령 & 대/중소도시 거주	63,924(14.4)	379,606(85.6)	443,530(100)
그룹I	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 세대주 연령 <= 59세 & 40세 <= 대상자 연령	10,211(19.2)	43,055(80.8)	53,266(100)
그룹N	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 4회 <= 최근 1년간 의원 방문 횟수 & 60세 & 40세 <= 대상자 연령 & 농어촌 거주	10,419(20.9)	39,423(79.1)	49,842(100)
그룹B	과거수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 최근 1년 자격취득상실 발생 & 40세 <= 대상자 연령	4,168(21.6)	15,154(78.4)	19,322(100)
그룹J	과거수검경험 없음 & 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령	32,499(29.3)	78,369(70.7)	110,868(100)
그룹C	과거수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 최근 1년간 자격취득상실 없음	32,986(31.5)	71,738(68.5)	104,724(100)
그룹F	과거수검경험 있음 & 50세 <= 세대주 연령 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 의원 방문횟수 <= 5회	12,823(37.5)	21,363(62.5)	34,186(100)
그룹G	과거수검경험 있음 & 50세 <= 세대주 연령 & 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 5회 < 의원 방문횟수	21,542(46.4)	24,899(53.6)	46,441(100)
그룹D	과거수검경험 있음 & 50세 <= 세대주 연령 & 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 의원 방문횟수 <= 5번	8,586(52.2)	7,845(47.8)	16,431(100)
그룹E	과거수검경험 있음 & 50세 <= 세대주 연령 & 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 5번 < 의원 방문횟수	16,232(58.1)	11,705(41.9)	27,937(100)

수검의 경험이 없는 대상자들인 것으로 나타났다. 반면 그룹E는 절반이상이 농어촌에 살면서 자가를 보유하고 있는 60대 이상의 노인계층이며, 과거 수검경험이 있는 대상자들로 구성되어 있음을 보였다. 한편 각 그룹의 세대에서 만성질환이나 장애가 있는 가족 구성비가 그룹L보다는 그룹E가 약 2, 3배 정도 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

이상을 종합하여 보면, 정상군의 미수검에 미치는 가장 큰 특징은 젊은 30대~40대의 공감대를 얻지 못한다는 점이다. 또한 정상군에 속하는

검진 대상자 중에서 현재 1개월 이상 체납한 세대는 전체의 30.87%를 차지하고 있으며, 이 중 3개월 이상 체납한 세대가 22.99%를 차지하였고, 건강검진을 받지 않은 세대 중에서 3개월 이상 체납세대는 37.85%로 나타났다.

2.2 유질환군에서 건강검진 미수검자의 유형화

1) 건강검진 미수검자의 특성 관련 요인의 상대적 중요도 평가

〈표 10〉 세분화된 그룹별 미수검자 특성 : 정상군

그룹별	대상자 수	미수검 (%)	과거 수검 경험 (%)	대상자 연령	농어촌 거주 (%)	부과 및 징수 특성						의료이용 특성				세대 구성 특성		
						평균 보험료	체납률 (%)	소득 보유 (%)	재산 보유 (%)	자동차 보유 (%)	전월세 주거 (%)	평균 총진료비	요양 (I)	요양 (II)	요양 (III)	요양 (IV)	만성질환자 (%)	장애인수 (%)
그룹L	1,280,805	94.2	0	44	9.63	40,574	24.71	10.68	49.13	52.82	42.49	269,668	1	2	0	1	3.05	13.89
그룹A	18,830	94.0	100	33	7.75	30,885	10.3	1.50	34.77	62.56	57.79	413,784	1	6	0	1	1.69	6.38
그룹K	160,062	93.5	0	34	8.35	35,785	8.51	11.03	36.45	61.75	55.05	702,816	1	12	0	2	3.25	10.94
그룹H	23,010	91.0	0	33	34.59	30,406	13.06	6.15	37.44	60.32	42.86	498,874	1	7	2	1	2.94	10.46
전체	2,389,254	87.4	88.79	46	13.79	43,658	16.62	11.21	56.99	54.84	34.99	552,074	1	6	1	1	3.98	18.08
그룹M	443,530	85.6	0	50	0	52,206	7.74	15.66	67.80	57.97	26.27	926,285	2	14	0	2	5.35	24.87
그룹I	53,266	80.8	0	48	40.25	43,914	11.26	7.66	70.54	63.89	17.92	629,217	1	8	4	2	4.83	21.13
그룹N	49,842	79.1	0	52	100	46,752	7.78	9.95	76.58	58.04	11.96	945,809	2	15	0	2	5.92	28.57
그룹B	19,322	78.4	100	45	9.22	46,896	8.84	6.23	64.33	60.86	26.99	550,336	1	8	0	2	3.01	13.04
그룹J	110,868	70.7	0	61	46.60	42,055	5.92	5.21	81.14	39.39	8.29	848,463	2	11	6	2	6.47	31.50
그룹C	104,724	68.5	100	43	17.31	50,085	4.93	13.31	70.29	69.67	24.30	603,873	1	9	1	2	4.44	18.57
그룹F	34,186	62.5	100	56	18.19	58,281	6.21	12.24	81.50	54.53	12.82	344,064	1	2	0	1	5.65	27.96
그룹G	46,441	53.6	100	57	18.24	60,014	2.63	13.88	83.93	54.01	10.88	1,098,474	2	17	0	3	6.73	33.40
그룹D	16,431	47.8	100	61	59.86	42,649	3.18	3.64	89.36	39.11	3.76	421,909	2	2	8	1	6.20	31.55
그룹E	27,937	41.9	100	62	57.31	43,485	1.87	4.26	88.82	37.98	3.68	1,343,378	3	19	8	3	7.62	36.06

주. 1) 요양(I)~요양(IV)는 각 그룹에서 건강검진 대상자가 1년 동안 평균 요양기관 방문 횟수를 뜻하며, Type1은 병원이거나 종합병원, Type2는 의원, Type3는 보건소 및 조산원, Type4는 한방 의원이나 병원을 의미.

2) 소득보유는 과세소득으로 500만원 이상인 세대를 의미.

정상군에서와 마찬가지로 Decision Tree를 이용하여 유질환군에 속하는 건강검진 대상자의 미수검 특성에 영향을 주는 요인의 상대적 중요도를 분석한 결과, 정상군에서 나타난 ‘과거 건강검진 수검경험 유무’로 나타났다. 이어 주요 특성요인은 세대주 연령, 최근 1년 보건소 또는 조산원 방문 유무, 체납금액 순으로 나타났다. 이러한 특성 요인에 따라 19개의 그룹으로 유질환군을 [그룹 2]와 같이 세분화하였다.

2) Decision Tree 모형을 이용한 유질환군의 미수검자 특성⁴⁾

유질환군에 대한 건강검진 대상자의 미수검 특성을 파악하기 위해 앞서, 정상군에서와 같이 세분화된 19개 그룹의 미수검률을 고려하여 전체 미수검률(77.59%)보다 높은 그룹과 낮은 그룹으로 분류하고 그룹별 특성을 비교 분석하였다. 그 결과 건강검진 대상자의 전체 미수검률보다 더 높은 수준을 보이고 있는 그룹은 19개 그룹 중에서 7개 그룹으로 분류되었고, 이 중 그룹M과 그룹S는 각각 미수검률이 94.08%, 92.43%로 나타나 10명 중의 9명 정도는 건강검진을 받지 않는 그룹의 특성을 보였다. 다음으로는 그룹R(88.19%), 그룹P(86.31%), 그룹Q(83.44%), 그룹H(83.29%), 그룹A(82.84%), 그룹O(79.92%) 순으로 평균 보다 높은 미수검률을 나타내었다. 이와 반대로 그룹D와 그룹C는 평균 수검률 22.41%보다 2배 이상 높은 49.03%와 58.47%의 수검률을 보이는 그룹으로 분류되었다(표 11 참조).

정상군에서와 같이 향후 수검촉려 방안을 도출

함에 있어 필요한 대상자의 기본 특성 정보로 활용하고자 세분화된 각 그룹 내 대상자의 인구사회학적 특성, 건강보험 관련 가입자의 자격, 징수, 부과 및 진료내역 등을 근거하여 그룹의 특성을 구체화하였다.

유질환군으로부터 세분화된 19개 그룹에 속한 검진대상자의 부과 및 징수특성에서는 체납률이 높을수록, 재산보유율이 적을수록, 전월세 주거율이 높을수록 미수검률이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 또한 의료이용 특성에서는 총진료비가 낮을수록, 최근 1년간 병원이나 종합병원 방문경험이 적을수록, 최근 1년간 의원 방문경험이 적을수록, 최근 1년간 보건소 및 조산원 방문경험이 없을수록 미수검률이 상대적으로 높았고, 세대 중에서 만성질환자, 장애인 비율이 낮을수록 미수검률이 높았다(표 12 참조).

세분화된 19개 그룹 중에서 건강검진 미수검률이 가장 높은 그룹M과 미수검률이 가장 낮은 그룹C를 서로 비교해 보면, 두 그룹 간의 특성 차이를 가장 두드러지게 하는 것은 바로 대상자의 연령, 거주지, 주거방식 그리고 세대 구성원의 건강정보로 나타났다. 미수검률이 높은 그룹M을 먼저 살펴보면, 보편적으로 대중소도시에 거주하는 전세 또는 월세로 생활하는 젊은 30대들로 이들은 과거 수검의 경험이 없는 대상자들인 것으로 나타났다. 반면 그룹C는 절반이상이 농어촌에 살면서 자가를 보유하고 있는 60대 이상의 노인계층이며, 과거 수검경험이 있는 대상자들로 구성되어 있음을 보였다. 한편 각 그룹의 세대에서 만성질환이나 장애가 있는 가족 구성비가 그룹M보다는 그룹C가 약 3배 정도 상대적으로 높은 것으로

4) <표 11>와 <표 12>은 지역 가입자 중 유질환군으로부터 표본추출(15%)된 자료로부터 유도된 Decision Tree Rule을 유질환군 전체 대상자에 적용한 결과

〈표 11〉 Decision Tree 모형을 이용한 미수검자 세분화 : 유질환군

그룹별	검진 대상자 특성	확률		
		수검자 (%)	미수검자(%)	계(%)
그룹M	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 대상자 연령 <= 39세	17,640(5.92)	280,401(94.08)	298,041(100)
그룹S	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 <= 3회 & 현재 체납 & 15만원 < 체납 금액	7,311(7.57)	89,234(92.43)	96,545(100)
그룹R	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 <= 3회 & 현재 체납 & 체납 금액 <= 15만원	18,638(11.81)	139,118(88.19)	157,756(100)
그룹P	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 4회<= 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 & 대/중소도시 거주 & 현재 체납	9,985(13.69)	62,927(86.31)	72,912(100)
그룹Q	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 <= 3회 & 현재 미체납	140,173(16.56)	706,364(83.44)	846,537(100)
그룹H	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령 & 대/중소도시 거주 & 70세 <= 대상자 연령	5,430(16.71)	27,058(83.29)	32,488(100)
그룹A	과거 수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 검진 대상자 연령 <= 39세	4,193(17.16)	20,239(82.84)	24,432(100)
그룹O	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 4회<= 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 & 대/중소도시 거주 & 현재 미체납	61,760(20.08)	245,782(79.92)	307,542(100)
전체		608,080(22.41)	2,105,427(77.59)	2,713,507(100)
그룹G	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령 & 대/중소도시 거주 & 60세<= 대상자 연령 <=69세	14,400(22.43)	49,812(77.57)	64,212(100)
그룹L	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세<= 세대주 연령 & 대도시 거주	13,111(25.33)	38,650(74.67)	51,761(100)
그룹F	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 세대주 연령 <= 59세	20,339(25.53)	59,316(74.47)	79,655(100)
그룹N	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 40세 <= 대상자 연령 & 4회<= 최근 1년간 한방 의원/병원 방문 횟수 & 농어촌 거주	8,777(26.35)	24,526(73.65)	33,303(100)
그룹I	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령 & 농어촌 거주	13,086(30.67)	29,584(69.33)	42,670(100)
그룹K	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령 & 중소도시 거주	22,873(32.05)	48,487(67.95)	71,360(100)
그룹E	과거 수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 현재 건강보험료 체납	6,800(36.59)	11,785(63.41)	18,585(100)
그룹B	과거 수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 40세 <= 대상자 연령	60,545(38.51)	96,691(61.49)	157,236(100)
그룹J	과거 수검경험 없음 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음 & 60세 <= 세대주 연령 & 대/중소도시 거주 & 70세 <= 대상자 연령	31,257(41.47)	44,123(58.53)	75,380(100)
그룹D	과거 수검경험 있음 & 세대주 연령이 49세 이하 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 없음 & 현재 미체납	71,516(49.03)	74,335(50.97)	145,851(100)
그룹C	과거 수검경험 있음 & 세대주 연령 <= 49세 & 최근 1년 보건소 및 조산원 방문경험 있음	80,246(58.47)	56,995(41.53)	137,241(100)

로 나타났다.

상기 내용을 종합해 보면 유질환군에서도 정상군과 같이 젊은층의 건강검진에 대한 공감대 형성이 중요한 것으로 나타났고, 또한 도시에서 전·월세로 거주하며 요양기관 방문횟수가 상대적으로 적은 대상자들의 특성을 고려한 수검증진

방안 마련이 필요한 것으로 나타났다.

3. 미수검군의 포지션 맵

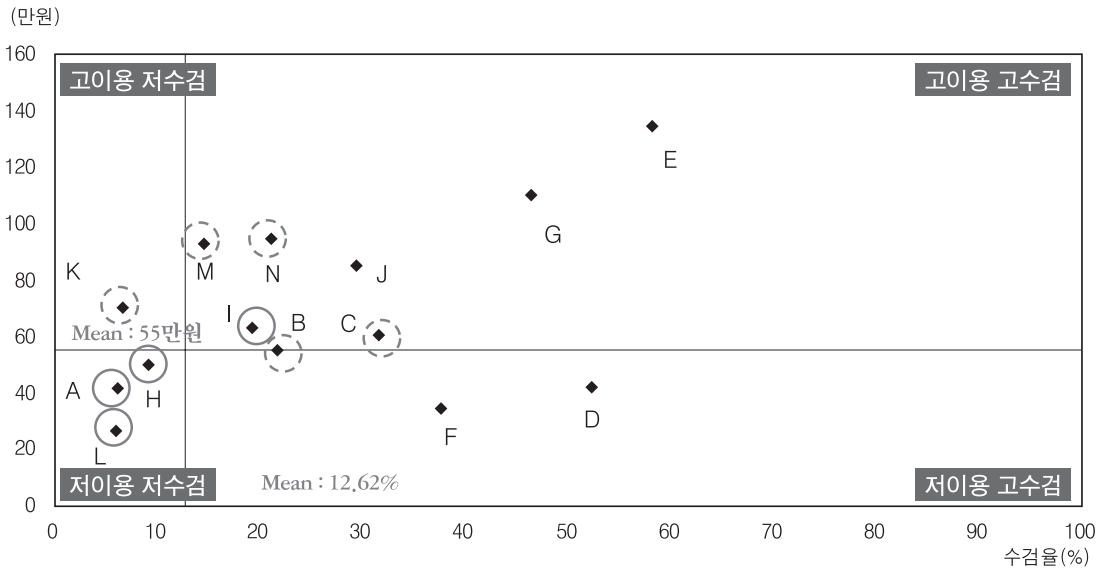
세분화된 그룹 내의 수검률과 대상자의 일반적 특성을 기준으로 건강검진 수검독려 대상을 효율

<표 12> 세분화된 그룹별 검진대상자 특성 : 유질환군

그룹별	대상자 수	미수검 (%)	과거 수검 경험 (%)	대상자 연령	농어촌 거주 (%)	부과 및 징수 특성						의료이용 특성				세대 구성 특성		
						평균 보험료	체납률 (%)	소득 보유 (%)	재산 보유 (%)	자동차 보유 (%)	전월세 주거 (%)	평균 총 진료비	요양 (I)	요양 (II)	요양 (III)	요양 (IV)	만성 질환자 (%)	장애 인수 (%)
그룹M	298,041	94.08	0	33	7.93	31,883	12.79	10.08	29.57	49.73	60.17	1,030,052	3	13	0	2	3.53	19.54
그룹S	96,545	92.43	0	50	8.35	53,592	86.31	18.45	58.59	63.43	35.58	1,379,751	4	12	0	1	5.21	36.36
그룹R	157,756	88.19	0	50	9.12	43,161	10.75	12.23	56.37	52.30	34.59	1,634,099	5	15	0	1	6.69	41.88
그룹P	72,912	86.31	0	52	0	49,655	30.83	16.32	60.40	55.34	32.70	2,391,928	6	24	0	9	6.91	46.72
그룹Q	846,537	83.44	0	52	9.55	56,544	0.00	17.76	71.90	56.21	21.52	1,888,195	6	17	0	1	8.71	48.85
그룹H	32,488	83.29	0	73	0	58,145	7.03	17.49	76.16	61.43	16.94	3,119,263	6	29	11	5	10.39	72.92
그룹A	24,432	82.84	100	34	12.66	34,928	5.56	7.67	41.97	62.66	49.12	1,064,753	3	14	0	2	4.06	23.88
그룹O	307,542	79.92	0	54	0	58,677	0.00	19.04	72.87	55.00	21.13	2,705,849	7	28	0	9	8.85	53.02
전체	2,713,507	77.59	82.19	51	15.92	50,632	17.40	14.36	67.31	53.07	24.99	1,992,416	6	20	2	3	7.95	48.28
그룹G	64,212	77.57	0	48	0	45,442	8.28	9.02	60.41	49.82	29.94	1,903,882	5	19	5	3	7.05	50.82
그룹L	51,761	74.67	0	67	0	49,139	4.63	12.10	68.71	30.05	22.74	3,025,517	8	26	10	5	10.49	74.70
그룹F	79,655	74.47	0	44	36.12	45,768	7.86	9.23	69.61	61.76	19.90	1,546,011	5	17	5	3	6.78	43.96
그룹N	33,303	73.65	0	54	100	51,490	5.85	13.39	77.17	57.03	11.77	2,714,551	7	28	0	9	8.79	54.29
그룹I	42,670	69.33	0	56	100	47,100	6.18	7.34	78.41	56.95	9.43	2,177,414	6	20	9	3	8.70	56.89
그룹K	71,360	67.95	0	67	0	41,554	4.01	6.98	77.60	32.59	10.23	2,855,195	6	26	10	4	10.74	70.32
그룹E	18,585	63.41	100	56	13.82	55,527	21.51	15.21	75.67	56.21	18.09	2,065,383	6	22	0	3	7.70	54.80
그룹B	157,236	61.49	100	47	16.17	54,458	3.81	14.86	74.39	65.35	19.56	1,583,944	5	19	2	3	6.87	43.21
그룹J	75,380	58.53	0	67	100	36,790	3.05	4.30	83.92	29.84	3.54	2,661,052	7	23	13	4	10.63	67.38
그룹D	145,851	50.97	100	57	15.65	63,901	0.00	16.63	84.46	52.88	10.37	2,310,016	7	25	0	4	10.06	60.38
그룹C	137,241	41.53	100	63	51.85	44,764	1.80	6.25	86.89	37.50	5.27	2,638,341	7	26	12	4	10.76	69.02

주. 1) 요양 I ~요양IV는 각 그룹에서 건강검진 대상자가 1년 동안 평균 요양기관 방문 횟수를 뜻하며, Type1은 병원이나 종합병원, Type2는 의원, Type3는 보건소 및 조산원, Type4는 한방 의원이나 병원을 의미

2) 소득보유는 과세소득으로 500만원 이상인 세대를 의미.



[그림 3] 미수검군의 포지션 맵 : 정상군

적으로 선정(Target Marketing)하기 위한 방안을 도출하고자, 본 연구는 그룹 내의 평균 1인당 연간 총 진료비와 그룹의 수검률을 고려하여 미수검군의 포지션 맵(Position Map)을 작성하였다. 미수검군의 포지션 맵은 총진료비와 수검률을 고려하여 각 포지션의 유형을 (고이용 저수검), (고이용 고수검), (저이용 저수검), (저이용 고수검)으로 유형화하고, 다시 각 포지션에 위치하는 그룹 내의 특성을 고려하여 관리방식을 집중관리, 경고관리, 관찰관리로 성격을 달리하여 그룹을 재분류 하였다. 단, 관리방식의 성격은 질병의 조기 발견 및 치료를 통하여 상대적으로 보험급여비 절감 효과가 나타날 가능성이 높은 그룹의 특성(연령, 보험료, 거주지)과 포지션 유형을 고려하여 정하였다.

그 결과 정상군의 14개의 그룹은 [그림 3]과 <표 13>에 제시된 바와 같이 4개의 그룹(A, H, I, L)이 집중관리를 필요로 하는 것으로 나타났고, 경고관리는 5개의 그룹(B, C, K, M, N)이 포지션

내에 위치하였다. 나머지 그룹은 모두 수검률이 상대적으로 높은 60대 이상의 노인계층들이 속하는 그룹으로, 이 대상 그룹에 대해서는 상시 관찰관리군으로 분류하였다.

유질환군에 대한 포지션 맵은 [그림 4]와 같고 정상군과 같은 방법으로 포지션 내에 위치하는 그룹의 특성을 고려하여 유형화하였다. 단, 유질환군 자체가 이미 12개 질환에 대해 진료 경험이 있는 대상자임을 감안하여 질환분포를 고려한 수검관리 방안을 도출하고자, 세분화된 그룹 내의 질환분포를 <표 14>와 같이 정리하여 보았다. <표 14>에 제시된 바와 같이 세분화된 유형별 질환분포는 대상자의 연령분포에 따라 다소 차이를 보이고 있으며, 특히 집중관리군에서는 대상자의 연령이 30대인 경우에 간장질환, 신질환, 여성질환인 부인과질환 등이 상대적으로 많았고, 40대~50대는 고혈압, 부인과질환, 간장질환이 많은 것으로 나타났다.

또한 여성이 유질환군 전체의 약 60%를 차지

하고 있어 30대~50대에서 부인과질환이 상대적으로 높게 나타났다. 이러한 그룹 내의 특성을 고려하여 최종 19개의 그룹으로 세분화된 유질환군은 9개 그룹(A, F, G, M, N, P, Q, R, S)이 집중관리군으로 선정되었고, 다음 3개의 그룹(B, I, O)은 경고관리 그리고 이하 나머지 그룹은 관찰관리군으로 포지션의 관리방식을 부여하였다(표 15 참조).

따라서 이미 질환에 이환되어 있는 대상자들로 구성된 유질환군에 대한 수검촉려 방향은 복합질환이 발생하지 않도록 지속적인 건강검진을 유도하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 또한 치료의 순응도를 높이기 위해 정보기술을 활용한 환자 개인별 맞춤형 질병서비스의 제공, 준거인(reference

person: 의료제공자와 주변인물)의 건강에 대한 지식과 환자에 대한 태도에 대한 교육, 생활습관 개선, 건강에 대한 올바른 행태변화를 시작하고 유지할 수 있도록 하는 유인요인의 제공 등의 중 단기적인 관리 프로세스 및 도구 개발이 필요하다고 사료된다. 특히 가족이라는 집단적 특성을 적극 활용하여 보다 효과적인 치료, 건강관리 및 검진 등을 유도하는 점진 활동을 전개하는 것도 치료 순응도를 제고할 수 있는 효율적인 방법이라 사료된다.

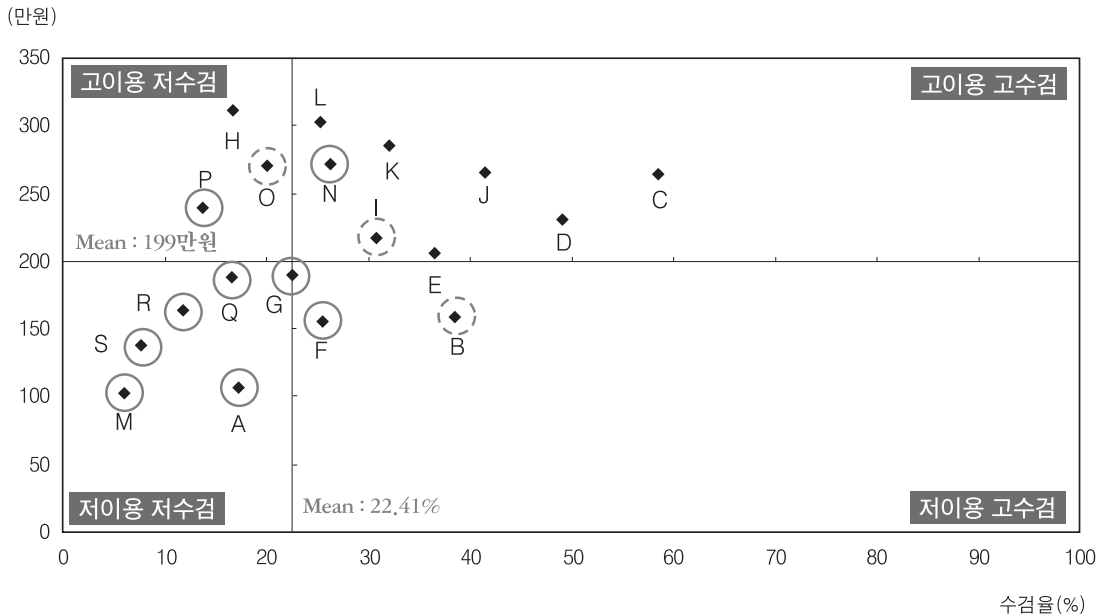
이러한 측면 이외에도 환자의 편의를 고려한 의료서비스를 제공해야 하며, 기존의 의사와 환자간의 지배적인 사회문화에서 의사와 환자의 상호 협조적인 관계의 재정립 등 제도 및 사회적 인

〈표 13〉 포지션 유형별 관리접근방식을 고려한 정상군의 특성

포지션 유형	관리방식			특성		
	집중관리	경고관리	관찰관리	집중관리군	경고관리군	관찰관리군
포지션 I (고이용 저수검)		K			<ul style="list-style-type: none"> • 30대 • 전월세 세대 • 보험료평균이하 	
포지션 II (고이용 고수검)		M	G		<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료평균이상 	<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 대·중소도시 거주 • 보험료평균이상
	I	N, C	E, J	<ul style="list-style-type: none"> • 40대 • 농어촌 거주 	<ul style="list-style-type: none"> • 40대 • 농어촌 거주 • 보험료평균이상 	<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 농어촌 거주 • 보험료평균이하
포지션 III (저이용 저수검)	A, L	B		<ul style="list-style-type: none"> • 30~40대 • 전월세 세대 • 보험료평균이하 	<ul style="list-style-type: none"> • 40대 • 전월세 세대 • 보험료평균이하 	
	H			<ul style="list-style-type: none"> • 30대 • 전월세 세대 • 보험료평균이하 		
포지션 IV (저이용 고수검)			D			<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 농어촌 거주 • 보험료평균이하
		F			<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료평균이상 	

〈표 14〉 세분화된 유질환군의 질환분포

그룹	미수 검률	연 령	여자 (%)	폐흉부 질환 (%)	고혈압 (%)	고지 혈증 (%)	간장 (%)	당뇨 (%)	신질환 (%)	빈혈증 (%)	부인과 질환 (%)	위암 (%)	대장암 (%)	간암 (%)	유방암 (%)	계 (%)
M	94.08	33	125,803 (42.21)	29,566 (6.75)	23,379 (5.34)	15,732 (3.59)	101,201 (23.09)	16,076 (3.67)	122,588 (27.98)	14,955 (3.41)	111,391 (25.42)	744 (0.17)	553 (0.13)	1,661 (0.38)	352 (0.08)	438,198 (100)
S	92.43	50	53,399 (55.31)	11,008 (7.06)	28,262 (18.13)	9,063 (5.81)	28,471 (18.26)	15,886 (10.19)	26,209 (16.81)	5,148 (3.30)	30,096 (19.30)	715 (0.46)	556 (0.36)	74 (0.05)	439 (0.28)	155,927 (100)
R	88.19	50	94,346 (59.81)	20,209 (7.52)	46,873 (17.45)	15,438 (5.75)	48,329 (17.99)	24,918 (9.28)	45,012 (16.76)	9,542 (3.55)	54,075 (20.13)	1,212 (0.45)	932 (0.35)	1,257 (0.47)	820 (0.31)	268,617 (100)
P	86.31	52	52,576 (72.11)	10,408 (7.30)	26,789 (18.79)	9,503 (6.67)	23,622 (16.57)	12,722 (8.92)	23,913 (16.78)	4,769 (3.35)	29,555 (20.73)	499 (0.35)	368 (0.26)	52 (0.04)	351 (0.25)	142,551 (100)
Q	83.44	52	491,079 (58.01)	117,943 (7.86)	281,079 (18.73)	101,553 (6.77)	270,645 (18.03)	144,375 (9.62)	233,922 (15.58)	53,772 (3.58)	269,019 (17.92)	8,442 (0.56)	6,626 (0.44)	8,337 (0.56)	5,281 (0.35)	1,500,994 (100)
H	83.29	73	28,096 (86.48)	8,863 (13.35)	24,259 (36.53)	3,780 (5.69)	6,461 (9.73)	9,722 (14.64)	7,508 (11.31)	1,966 (2.96)	2,915 (4.39)	336 (0.51)	325 (0.49)	190 (0.29)	83 (0.12)	66,408 (100)
A	82.84	34	5,372 (21.99)	2,888 (8.18)	2,422 (6.86)	1,838 (5.20)	10,447 (29.58)	1,665 (4.71)	9,866 (27.94)	1,159 (3.28)	4,675 (13.24)	71 (0.20)	60 (0.17)	211 (0.60)	12 (0.03)	35,314 (100)
O	79.92	54	218,631 (71.09)	47,969 (7.64)	119,941 (19.09)	47,227 (7.52)	104,986 (16.71)	57,998 (9.23)	100,475 (15.99)	22,225 (3.54)	118,272 (18.83)	2,494 (0.40)	2,328 (0.37)	2,547 (0.41)	1,806 (0.29)	628,268 (100)
전체	77.59		1,583,293 (58.35)	415,681 (8.46)	941,794 (19.17)	309,427 (6.30)	886,023 (18.04)	463,248 (9.43)	812,352 (16.54)	167,611 (3.41)	839,148 (17.08)	23,409 (0.48)	18,281 (0.37)	22,460 (0.46)	12,540 (0.26)	4,911,974 (100)
G	77.57	48	32,704 (50.93)	9,883 (8.22)	24,619 (20.47)	7,637 (6.35)	21,936 (18.24)	13,543 (11.26)	20,178 (16.78)	3,528 (2.93)	17,330 (14.41)	433 (0.36)	341 (0.28)	557 (0.46)	285 (0.24)	120,270 (100)
L	74.67	67	31,064 (60.01)	11,756 (10.62)	36,135 (32.65)	8,679 (7.84)	13,355 (12.07)	17,687 (15.98)	12,166 (10.99)	2,992 (2.70)	6,096 (5.51)	616 (0.56)	593 (0.54)	370 (0.33)	228 (0.21)	110,673 (100)
F	74.47	44	51,562 (64.73)	10,191 (7.15)	19,166 (13.45)	6,095 (4.28)	26,946 (18.90)	11,212 (7.87)	26,088 (18.30)	5,578 (3.91)	35,574 (24.96)	424 (0.30)	298 (0.21)	626 (0.44)	337 (0.24)	142,535 (100)
N	73.65	54	23,286 (69.92)	5,530 (8.48)	13,199 (20.24)	3,905 (5.99)	11,770 (18.05)	6,241 (9.57)	10,650 (16.33)	2,023 (3.10)	11,218 (17.20)	36 (0.06)	194 (0.30)	283 (0.43)	154 (0.24)	65,203 (100)
I	69.33	56	25,382 (59.48)	8,202 (10.63)	19,556 (25.36)	3,718 (4.82)	14,236 (18.46)	8,239 (10.68)	11,517 (14.93)	2,279 (2.95)	8,089 (10.49)	413 (0.54)	288 (0.37)	451 (0.58)	139 (0.18)	77,127 (100)
K	67.95	69	43,280 (60.65)	18,912 (13.39)	45,732 (32.38)	7,786 (5.51)	19,094 (13.52)	19,215 (13.61)	16,360 (11.59)	4,094 (2.90)	7,425 (5.26)	1,046 (0.74)	745 (0.53)	594 (0.42)	211 (0.15)	141,214 (100)
E	63.41	56	10,509 (56.55)	2,972 (8.40)	7,692 (21.74)	2,777 (7.85)	6,528 (18.45)	3,814 (10.78)	5,027 (14.21)	1,061 (3.00)	4,982 (14.08)	196 (0.55)	99 (0.28)	158 (0.45)	79 (0.22)	35,385 (100)
B	61.94	57	90,147 (57.33)	20,062 (7.19)	38,531 (13.81)	17,020 (6.10)	58,015 (20.79)	20,569 (7.37)	49,419 (17.71)	10,784 (3.87)	60,942 (21.84)	870 (0.31)	729 (0.26)	1,384 (0.50)	672 (0.24)	278,997 (100)
J	58.53	69	45,274 (60.06)	20,474 (14.57)	44,996 (32.02)	6,045 (4.30)	20,996 (14.94)	16,400 (11.67)	16,815 (11.97)	4,193 (2.98)	7,689 (5.47)	1,254 (0.89)	710 (0.51)	775 (0.55)	176 (0.13)	140,523 (100)
D	50.97	57	81,679 (56.00)	24,987 (8.63)	61,859 (21.36)	25,353 (8.75)	53,688 (18.54)	30,418 (10.50)	40,878 (14.12)	9,217 (3.18)	37,977 (13.11)	1,700 (0.59)	1,290 (0.45)	1,503 (0.52)	716 (0.25)	289,586 (100)
C	41.53	63	79,104 (57.64)	33,858 (12.35)	77,305 (28.19)	16,278 (5.94)	45,297 (16.52)	32,548 (11.87)	33,761 (12.31)	8,326 (3.04)	21,828 (7.96)	1,908 (0.70)	1,246 (0.45)	1,430 (0.52)	399 (0.15)	274,184 (100)



[그림 4] 미수검군의 포지션 맵 : 유질환군

식에 대한 변화도 필요하다고 하겠다.

IV. 고찰

본고는 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진사업의 효율적 관리를 위한 프로세스를 개발하고자, 데이터마이닝의 Decision Tree를 이용하여 2002년 건강보험 지역 가입자중심으로 당해년도 건강검진을 받지 않은 미수검 관련 대상자의 특성을 분석하였다. 또한 미수검 특성에 영향을 미치는 요인들의 상대적 중요도를 평가하여 수검대상자를 세분화하였다. 이를 위해 2002년 지역 가입자의 수검률(17.83%)을 파악하였다. 또한 건강검진으로부터 유질환군으로 판정될 수 있는 12개 질환에 대해 이미 진료를 받고 있는 검진 대상자는 실제 진료를 받지 않은 대상자보다 건강검진의 필요성이 상대적으로 차이가 존재할 것이

라는 가설을 두고 분석대상을 분류하였다. 즉 최근 1년 동안 앞의 <표 1>에 제시된 12개 질환으로 진료경험이 있고 없음을 근거로 각각 유질환군과 정상군으로 분류하였다. 2002년 건강검진 대상자의 경우 유질환군과 정상군의 상대적 비율은 각각 53.18%와 46.82%로 분포하고 있었으며, 각 군집별 미수검률은 유질환군이 77.5%, 정상군은 87.4%인 것으로 나타났다. 또한 검진 대상자 및 세대의 인구사회학적 특성, 의료이용 특성(입내원 일수와 진료비 기준) 그리고 건강보험 관련 보험료, 체납 특성 등을 고려하여 정상군과 유질환군에 대한 미수검자의 일반적 특성을 살펴 보았다.

그 결과 유질환군에서는 검진 대상자나 세대주의 연령이 많아짐에 따라 미수검률이 높은 것으로 나타났고, 반면 정상군에서는 오히려 30~40대 연령에서 미수검률이 높게 나타났다. 의료이용 특성에서 보면 유질환군의 경우 상대적으로

〈표 15〉 포지션 유형별 관리접근방식을 고려한 유질환군의 특성

포지션 유형	관리방식			특성		
	집중관리	경고관리	관찰관리	집중관리군	경고관리군	관찰관리군
포지션 I (고이용 저수검)	P		L	<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 수준 • 체납세대 30% • 부인과질환, 고혈압 		<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 수준 • 고혈압, 당뇨
		O	H		<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이상 • 고혈압, 부인과질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 70대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이상 • 고혈압, 당뇨
포지션 II (고이용 고수검)	N		I		<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 농어촌 거주(100%) • 보험료 평균 이상 • 고혈압, 간장질환 • 부인과질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 농어촌 거주(100%) • 보험료 평균 이상 • 고혈압, 간장질환
			D, E			
			J, C		<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 농어촌 거주 • 보험료 평균 이하 • 고혈압, 간장질환 	
			K		<ul style="list-style-type: none"> • 60대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이하 • 고혈압, 당뇨 	
포지션 III (저이용 저수검)	M, A	G		<ul style="list-style-type: none"> • 30대 • 대·중소도시 거주 • 전월세 주거 • 보험료 평균 이하 • 신질환, 간장질환 • 부인과질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 30대 • 대·중소도시 거주 • 전월세 주거 • 보험료 평균 이하 • 고혈압, 간장질환 	
			Q, S		<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이상 • 고혈압, 부인과, 간장 	
			R		<ul style="list-style-type: none"> • 50대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이하 • 부인과질환 • 간장질환, 고혈압 	
			F		<ul style="list-style-type: none"> • 40대 • 농어촌 거주(36%) • 보험료 평균 이하 • 부인과, 간장, 신질환 	
포지션 IV (저이용 고수검)		B			<ul style="list-style-type: none"> • 40대 • 대·중소도시 거주 • 보험료 평균 이상 • 부인과, 간장, 신질환 	

최근 1년 의료이용량이 많을수록 미수검률이 높았으며, 정상군에서는 반대로 의료이용량이 적을수록 상대적으로 미수검률이 높게 나타났다. 거주형태별로는 전반적으로 유질환군과 정상군 모두 대도시나 중소도시에 거주하는 대상자들이 농어촌 거주자들보다 미수검률이 상대적으로 높게 나타났다. 한편, 건강검진 대상자의 세대에 만성질환이나 장애인이 있는 경우에는 상대적으로 없는 세대보다 수검률이 높은 것으로 나타났다. 이는 건강검진에 대한 수검을 유도하기 위해서는 단지 대상자 중심보다는 대상자의 세대 특성도 함께 고려하는 것이 보다 효과적임을 시사하고 있다.

지역 가입자 중심으로 미수검자의 특성에 따른 세분화를 위해 데이터마이닝의 Decision Tree 분석을 한 결과, 정상군과 유질환군 모두 가장 미수검 특성에 영향을 주는 요인으로 '과거 건강검진 수검 경험 여부'로 나타났다. 즉 과거 건강검진 받은 경험이 없는 집단에서의 미수검률은 정상군과 유질환군 각각 90.5%, 82.8%인 반면, 수검 경험이 있는 집단에서는 각각 63.1%, 53.2%로 미수검률의 차이를 보였다. 이는 이원철 등(2003)의 연구에서 과거 수검경험이 있는 사람들이 수검경험이 없는 사람들보다 향후 건강검진에 참여하겠다는 의향이 더 많다는 사실을 뒷받침해주는 결과라 할 수 있다. 따라서 건강검진의 수검을 증진하기 위해서는 과거 수검자 대상으로 수검독려를 하는 것보다, 미수검 확률이 높은 대상을 선정하여 수검을 독려하였을 때 보다 관리비용 대비 효과가 더 클 것임을 시사해주고 있다. 또한 보건소나 조산원을 이용 경험 유무에 따라서도 미수검률이 큰 차이를 보여 주고 있어(그림 1과 그림 2 참조), 건강검진사업의 필요성이나 목적 등을 교육 또는 홍보할 수 있도록 유관기관 간의 연계사

업 프로그램도 개발해야하는 필요성을 보여주고 있다. 건강검진 대상자의 진료내역에 따른 미수검률의 차이가 있고, 특히 유질환군에서 정상군과는 달리 건강보험 체납유무에 따라 세분화되고 있어, 대상자의 연령을 고려한 의료이용 및 세대 특성을 고려한 수검관리 대상자 선정 프로세스 개발이 보다 중요할 것으로 사료된다.

이러한 점에서, 본 연구는 정상군과 유질환군의 세분화된 그룹에 대해 진료비와 수검률기준으로 미수검군의 포지션 맵을 제시하였고, 각 포지션에 위치하는 각 그룹 내의 특성을 반영한 관리 접근방식에 따라 그룹을 유형화하였다. 포지션의 유형은 (고이용 저수검), (고이용 고수검), (저이용 저수검), (저이용 고수검)이라 하였고, 각 포지션에 위치하는 그룹의 관리방식의 성격은 집중관리, 경고관리, 관찰관리로 유형화 하였다. 최종 가장 집중관리를 요하는 그룹은 정상군에서는 그룹 A, 그룹I, 그룹L, 그룹H이고, 유질환군에서는 그룹A, 그룹F, 그룹G, 그룹M, 그룹N, 그룹P, 그룹R, 그룹S가 선정되었다. 이하 정상군(14개 그룹)과 유질환군(19개 그룹)을 모두 합한 33개 중에서 2/3정도는 경고관리와 관찰관리로 각각 재분류하였다.

이상의 결과를 보면, 건강보험 지역 가입자의 미수검에 영향을 주는 특성요인은 대상자의 과거 수검경험 유무를 비롯해서, 연령, 의료이용 특성, 거주지 및 보험료 수준에 따라 차이를 보이고 있음을 알 수 있다. 이로 인해, 향후 국민건강보험공단은 지역 가입자의 건강검진 수검을 증진하기 위해서 대상자의 특성에 기반 한 CRM 관점의 업무개선이 필요하다고 사료된다. 즉 건강보험 가입자와 관련된 모든 내외부 자료를 분석·통합하여, 가입자 특성에 맞는 차별화된 관리방안을 기획, 지원 그리고 평가하는 관리체계를 만들어 가

야 할 것으로 사료된다.

V. 결론

현재 국민건강보험공단에서는 국민들의 건강 수준을 향상시키기 위해 질병에 대한 치료중심의 사업에서 예방중심으로 사업을 확대 전개시키고 있다. 그럼에도 불구하고 현재 공단에서 실시하고 있는 지역가입자의 건강검진 수검률은 극히 저조한 실정이다. 이러한 관점에서 본 연구는 건강보험 지역 가입자 중심으로 미수검자의 특성을 고려한 몇 가지 방안을 제안하고자 한다.

첫째, 검진대상자의 유형별 접근 관리가 필요하다. 이는 검진대상자의 진료내역을 고려하여 관리 대상자 선정부터 실제 수검독려를 실시함에 있어 유형별로 접근하는 것을 말한다. 즉, 총진료비와 수검률의 포지션별로 집중관리군, 경고관리군, 관찰관리군의 특성을 고려하여 차별화된 수검독려를 해야 할 것이다. 특히 유질환군의 고이용 저수검 대상군에 대해서는 치료의 순응도 향상을 위해 합리적 의료이용 및 건강관리를 위한 건강정보를 지속적으로 제공하고 교육을 해야 할 것으로 사료된다.

둘째, 보건소, 조산원 및 산후조리원을 통한 건강검진제도에 대한 국민의 인식도를 전환하기 위한 교육프로그램 개발이 필요하다. 이는 과거 보건소나 조산원을 이용한 경험이 있는 건강검진대상자들이 그렇지 않은 대상자들에 비해 상대적으로 수검의 가능성이 높은 것으로 나타남에 따라, 장기적 관점에서 필요하다고 사료된다.

셋째, 가족단위의 수검독려 전환이 필요하다. 서로 믿고 신뢰하는 가족 구성원의 건강검진에 대한 권유는 다른 어떤 채널을 통한 교육, 홍보보

다도 향후 건강검진을 받을 가능성이 높음을 이덕철 등(1997), 윤성태 등(2000), 이원철 등 (2003) 연구결과를 통하여 확인할 수 있다.

넷째, CRM 기법을 이용한 건강검진 관리의 효율성 제고가 필요하다. 즉 실제 전문인력 중심으로 건강검진사업의 목적을 달성하기에는 관리해야 할 대상이 너무 광범위하므로 비용문제가 크게 대두될 뿐만 아니라 검진을 제고에도 효과적이지 못하였다. 국민건강보험공단에서도 이미 매스마케팅(Mass Marketing)의 개념으로 전체 대상자에게 우편물발송, 전화, 마스크를 통한 다양한 캠페인 활동 등을 통해 수검을 독려하는 이러한 형태의 사업을 폭넓게 전개해왔으나, 이는 개개인의 다양한 임상정보, 건강행태, 생활습관 등은 고려하지 않은 일반화된 방식이었다. 따라서 효과적인 건강검진사업을 추진하기 위해서는 단순한 정보만을 제공하는 것이 아닌 개개인의 특성과 생활에 연관된 정보를 제공했을 때 비용 대비 효과성을 극대화할 수 있을 것으로 본다.

마지막으로 건강검진제도의 목표를 보다 효과적으로 달성하기 위해서는 질환발생 가능한 고위험군을 예측하여 조기검진관리를 위한 프로세스 개발이 무엇보다 중요하다고 본다.

참고문헌

- 김경우. CRM의 도입과 추진전략에 관한 연구. 한국OA학회 논문지, 제 7권, 제 4호, 2002.
- 강성홍 등. 건강보험공단의 건강증진시스템 개발. 인제대학교, 2003.
- 이원철 등. 건강검진.암검사 수검행태 연구. 국민건강보험공단, 가톨릭대학교 의과대

- 학, 2003.
- 이덕철, 서일, 이해리, 김동기. 성인별 건강검진
순응도에 영향을 미치는 요인 - 한 지
역의료보험조합 피보험자들을 대상으
로, 가정의학회지, 1997.
- 국민건강보험공단. 2003년도 건강검진 결과분
석. 국민건강보험공단, 2004.
- 알렉스버슨 외. CRM을 위한 데이터마이닝. 대
청 2000.
- <http://www.webpro.co.kr>
- <http://www.cmpark.com>

우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제

김 용 년
한국재가노인복지협회장

우리나라 재가노인복지사업은 지금까지 사회복지서비스의 일환으로 정부의 재정에 의해 신체·정신적 문제보다 사회·경제적 문제에 초점을 두고, 국민기초수급권자 및 차상위계층을 대상으로 선택적 서비스를 제공해 왔다. 그러나 노인요양보험이 도입되게 되면 사회복지서비스가 아닌 사회보험방식에 의거 정해진 보험료를 부담하고 반대급부로 서비스를 제공받음으로서 모든 계층에게 보편적 서비스를 제공하지 않으면 안된다. 건강보험과 같이 노인요양보험도 도입되기 전 충분한 인프라구축과 시장형성이 전제되어야 가능하다고 생각한다. 그러나 우리의 현실은 아직까지 노인요양에 필요한 인프라가 절대적으로 부족하고 시장도 이제 겨우 형성되어가는 과정이다. 따라서 국가의 획기적인 대책과 지원이 없이는 제도는 있으나 서비스는 없는 결과를 초래하여 중대한 사회적 혼란을 야기할 우려가 높다. 따라서 요양보험제도가 도입되어 정착할 수 있도록 국가에서는 “재가노인복지기반조성 5개년계획”을 수립하여 적극적으로 추진해나가야 할 것이다.

주제어: 재가노인복지사업, 보편적서비스, 기능중심, 안전망, 노인요양보험, 기반정비

I. 재가노인복지서비스의 일반적 개념

재가복지와 관련된 용어로서 재가(在家), 재택(在宅), 거택(居宅) 등이 있는데 ‘재가’라는 의미는 현재 우리나라에서 주로 사용되고 있는 것으로 가정에서 가족의 기능을 살린 것이고, ‘재택’이란 일본에서 사용되고 있는 것으로 가정의 장소적 의미가 강조된 것이며, ‘거택’이란 일본에

서 1997년 12월에 제정된 개호보험법에서 사용하고 있는 것으로 재택보다 가정의 장소적 의미가 더욱 강한 것이라 할 수 있다. 따라서 용어상 아직도 우리나라에서는 노인의 복지를 가족(가정)에게 맡기려는 경향이 강하다고 말할 수 있을 것이다.

재가복지라는 개념은 시설복지에 대칭되는 의미로 사용되며, 재가복지서비스와 유사한 용어로 재가케어, 커뮤니티 케어(community care), 지역

복지 등이 있다. 다시 말해 ‘좁은 의미의 재가복지서비스’란 지역사회에 거주하고 있는 노인의 집을 방문하여 노후생활에 필요한 서비스를 노인이나 부양자에게 직접 제공하는 가정방문서비스(In-home service)를 말하고, ‘중간적 의미’는 가정봉사원을 노인 가정에 파견하여 필요한 서비스를 제공하거나, 또는 지역사회의 이용시설을 활용하도록 하는 것을 말하며, ‘넓은 의미의 재가복지서비스’는 가정방문서비스를 비롯하여 지역사회 내의 이용시설이나 주거보호시설(residential home)에서 제공하는 제반서비스를 포함한 광범위한 지역사회보호(community care)를 의미한다.

II. 우리나라 재가노인복지서비스 현황

1. 일반적 현황

2000년대에 접어들면서 우리에게 부딪친 사회적 현상이라고 한다면, 저출산·고령화 현상일 것이다. 특히, 평균수명의 연장과 저출산의 지속은 노인인구 규모자체를 증가시킬 뿐만 아니라 고령화율을 촉진시키고 있는데, 이는 어떠한 형태로든지 간에 부양을 받아야 하는 노인계층이 확대된다는 것을 의미하고, 이로 인한 사회적 부양비용도 증가함을 의미한다. 따라서 저출산·고령화 사회에서는 노인의 사회적 부양비용을 적정화 또는 최소화시키는 것이 중요하다.

또한 노인의 신체적 부양문제는 노인자신 뿐만 아니라 가족과 지역사회에도 큰 영향을 끼치고 있는 것으로, 인구고령화가 심해지고 있는 선진 국가들 뿐만 아니라 개발도상국이라고 하더라도 고령화속도가 빠른 국가일수록 사회적 문제는 더욱

심각하게 대두되고 있다. 특히, 우리나라는 지금과 같은 추세로 보면, 급속한 고령화 속도로 인하여 노인의 신체적 부양문제가 다른 국가보다도 더욱 빠르게 나타날 것으로 예상되어 준비가 시급한 실정이다.

그러나 노후 경제적 부양은 1988년도에 국민연금제도를 도입함으로써 공적부양체계를 갖추게 되었으나 노후 신체적 부양은 경제적 부양과 달리 거의 전적으로 가족이나 개인이 담당하고 있고, 공적부양은 빈곤·저소득노인에 한정되어 있다고 할 수 있다.

이에 따라 정부에서는 지난 2000년도부터 노인의 신체적 부양에 대한 공적지원체계를 논의하기 시작하였고, 그동안 ‘노인장기요양보장’이라는 명칭아래 각종 기획단, 실무기획단 등이 구성, 운영되었으며, 2005년 7월부터 정부가 시안으로 작성한 노인요양보장체계에 대한 시범사업을 실시하고 있다.

이러한 노인요양보장체계에서 우선적으로 해결하여야 하는 것이 서비스를 제공할 수 있는 시설 및 인력의 인프라를 확보하는 것이다. 이 때 인프라의 확충에 앞서서 선결되어야 하는 것은 현행수준의 인프라를 확충시킬 것인가, 아니면 현행보다 나은 수준의 인프라를 확충시켜야 할 것인가이다.

우리나라에서는 1987년 한국노인복지회에서 가정봉사원과견사업을 시작으로 재가노인복지사업이 태동되었고 1996년부터 주·단기보호시설에 정부보조금이 지원되면서 본격적으로 재가노인복지사업이 전개되었다. 따라서 재가노인복지의 역사는 이제 겨우 10여년에 불과한 실정이지만 그간 시설 수 및 정부보조금의 변화추이를 살펴보면 1995년도에 32개소에 불과하던 시설 수는 2005년도에 668개소로 무려20배가 넘게 증

가되었으나 반면 시설 당 정부보조금은 주간보호 시설의 경우 41,000천원에서 70,403천원으로 약 1.7배 증가하였다. 그러나 1995년도에 41,000천원은 4명의 인건비와 운영비 일부를 충당하였으나 2005년도의 70,403천원은 3명의 인건비와 운영비 일부를 충당하는 수준으로 결과적으로 실질 증가율은 25%가 감소되었다고 볼 수 있다(한국 재가노인복지협회, 2003).

이러한 결과를 초래한 이유는 여러 가지가 있겠으나 가장 중요한 것은 정책우선순위를 시설확충에 둔 결과라고 할 수 있다. 대표적인 예로 실비주간보호시설의 등장은 실비시설의 필요성에 따른 것이 아니라 확보된 예산을 쪼개주기 위한 방편으로 편법으로 도입되었다라고 해도 과언이 아닐 것이다.

그 결과 2005년도 운영비지원기준은 노인복지법상 직원배치기준을 감안하여 산출한 표준운영비의 26-58%의 수준에 불과한 실정이다.

이러한 가운데 사회복지재정의 지방이양으로

지역 간 운영보조금 격차가 심화될 것으로 예측된다. 이미 사회복지재정의 지방이양 전에도 종사자복지수당 등에 있어 시도별 차이가 있었으며, 지방이양 후 현재까지 복지부의 2005년 재가노인복지시설 운영비 지원기준을 충족한 시도는 4-5개소에 불과하며 향후 추경 등을 통하여 추가지원 예정이나 불투명한 상태이다. 결국 이는 시도별, 시군구별 노인복지서비스의 불균형 즉 부익부 빈익빈 현상을 초래할 것으로 예측된다.

또한 노인요양보험도입을 앞둔 시점에서 재가노인복지서비스 매뉴얼의 부재는 전문적, 효율적, 보편적 서비스 제공이 곤란할 뿐만 아니라 운영 평가기준이 모호하여 평가자에 따라 평가를 상이하게 설정함으로써 혼란을 가중시키고 있는 실정이다.

2. 재가노인복지서비스의 범위

재가노인복지서비스의 범위는 개념 규정에 따

〈표 1〉 노인복지법상 재가노인복지시설의 사업내용

구 분	사 업 내 용
가정봉사원파견 시설	<ul style="list-style-type: none"> - 신체수발에 관한 사항 (식사, 화장실이용, 목욕 등) - 일상생활지원에 관한 사항 (가사지원, 개인활동, 우애 서비스 등) - 노화, 질병 및 장애관리에 관한 사항 (기능회복 등) - 상담 및 교육에 관한 사항 (가족상담, 자립상담 등) - 지역사회복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항
주간보호시설 단기보호시설	<ul style="list-style-type: none"> - 생활지도 및 일상생활동작 훈련 등 심신의 기능회복 및 강화를 위한 서비스 - 급식 및 목욕서비스 - 취미, 오락, 운동 등 여가생활서비스 - 지역사회복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항 - 이용노인 가족에 대한 상담 및 교육 등

자료 : 노인 보건복지 사업 안내(2005)

라서 다르다. 이는 전술한 협의/중간/광의 등 어떠한 개념으로 규정할 것인가에 달려 있다고 할 수 있는데 우리나라의 경우 노인복지법에 규정된 재가노인복지시설의 사업내용을 보면 가정봉사원 파견서비스, 주간보호서비스 및 단기보호서비스와 이 외에도 실제로 재가노인을 위하여 제공하고 있는 서비스는 급식서비스, 노인학대예방센터와 노인의 전화에서 제공하고 있는 전화상담 및 방문상담서비스, 긴급통보서비스, 방문간호 및 방문의료서비스, 호스피스, 여가서비스 등도 포함되어 있는 것으로 볼 때 중간정도의 재가노인복지서비스로 규정할 수 있을 것이다.

그러나 모 사회복지법인이 운영하고 있는 재가

노인복지시설에서 제공하고 있는 사업내용을 보면 노인복지법상에 규정된 사업 이외에도 지역사회에서 필요한 각종 지원서비스도 제공하고 있는 것으로 나타나, 상당히 포괄적이라 할 수 있다. 다시 말해 현행 재가노인복지시설은 장기요양사업만을 집중적으로 제공하는 시설이 아니라, 소규모(미니) 지역복지관과 유사한 역할을 수행하고 있다는 느낌을 갖게 하고 있다.

3. 재가노인복지서비스의 제공 실태

1) 재가노인복지시설 현황

〈표 2〉 사례분석: 재가노인복지사업 내용

구 분	사 업 내 용
가정봉사원 파견사업	<ul style="list-style-type: none"> - 가정봉사원파견사업 (수급자/저소득층 대상, 가사, 개인 활동 등) - 가정봉사원관리사업 (보수교육 등) - 대상자 상담사업 (상담, 안부전화 등) - 대상자 생활지원사업 (주거환경개선, 이미용, 목욕 등 위생관리) - 대상자 문화생활지원사업 (경로잔치, 나들이 등) - 대상자 건강지원사업 (물리치료, 방문간호, 건강검진 등) - 후원사업 (결연, 물품 등) - 지역자원개발사업 (자원봉사자 교육 등, 홍보 등) - 도시락밀반찬 관련사업
주간보호사업 (치매)	<ul style="list-style-type: none"> - 대상자 및 가족지원사업 (상담, 운영간담, 생신상차리기) - 보건의료사업 (물리치료, 건강체조, 안마, 수지침, 검진) - 사회적 기능회복사업 (놀이활동, 음악, 문화, 원예, 풍선) - 생활지원사업 (목욕, 동작훈련, 중식, 이미용, 환경미화) - 교육훈련사업 - 지역복지사업 (자원봉사자 개발, 후원자 개발, 홍보 등) - 후원사업 - 노인일거리마련사업

자료 : 노인 보건복지 사업 안내(2005)

(1) 시도별, 시설종별 현황

<표 3>에서 보는 바와 같이 가정봉사원과견시설 305개소, 주간보호시설 281개소, 단기보호시설 82개소로 전체 668개 시설이 있으나 기초자치단체별로 살펴보면 재가노인복지시설이 전무한 지역이 약 50개소, 주간보호시설이 없는 지역이 약 100개소, 단기보호시설이 없는 지역이 약 180개소로 노인 장기요양보호 대상인원을 고려하지 않는다 하더라도 지방분권시대에 기초하여 기초자치단체별 시설종별 충족률로 보면 시설이 턱없

이 부족하며 또한 대도시 중심으로 편중되어 있어 중·소도시 및 농어촌지역에 시설이 절대적으로 부족함을 알 수 있다.

(2) 설치형태별 현황

<표 4>에서 재가노인복지시설의 설치형태별 현황을 살펴보면 독립시설보다는 노인복지관, 사회복지관, 노인요양시설에 병설되어 있는 경우가 53%로 더 많아 시설간 인력 및 시설의 활용으로 서비스의 질적 향상을 기할 수 있는 장점도 있으

<표 3> 시도별, 시설종별 재가노인복지시설 현황

시도	65세이상 노인인구 (2004.12.31 주민등록 인구기준)	합계			가정봉사원과견			주간보호			실비주간보호			단기보호		
		시 설	이용 정원	종사 자수	시 설	이용 정원	종사 자수	시 설	이용 정원	종사 자수	시 설	이용 정원	종사 자수	시 설	이용 정원	종사 자수
합계	4,124,946	668	31,206	4,253	305	25,076	1,930	240	4,349	1,428	41	604	177	82	1,177	749
서울	689,986	129	4,435	528	33	2,653	80	64	1,294	282	6	110	30	23	378	136
부산	285,927	71	3,391	332	34	2,781	125	27	459	157	4	77	20	5	74	30
대구	186,250	39	1,923	1,547	21	1,680	848	12	163	327				6	80	372
인천	169,549	22	973	90	9	733	32	9	119	32				4	121	26
광주	94,606	27	1,358	110	15	1,225	56	4	58	19	4	46	20	4	29	15
대전	95,099	20	802	65	8	705	27	5	39	15	2	19	4	5	39	19
울산	54,399	22	835	88	9	720	29	10	89	46				3	26	13
경기	709,953	75	2,599	365	24	1,690	80	35	640	189	10	144	49	10	125	47
강원	175,187	28	1,187	114	14	960	46	9	149	40	3	55	15	3	23	13
충북	162,747	12	577	193	7	532	117	4	36	66				1	9	10
충남	255,030	14	890	53	8	734	25	4	141	19				2	15	9
전북	237,663	66	4,686	240	49	4,434	183	13	194	49	3	43	6	1	15	2
전남	295,568	57	2,961	201	27	2,301	103	19	476	71	3	31	7	7	153	20
경북	348,758	34	1,707	152	16	1,370	62	11	238	58	3	50	11	4	49	21
경남	310,934	40	2,252	166	25	2,058	104	10	144	43	2	19	7	3	31	12
제주	53,290	12	630	49	6	500	22	4	110	15	1	10	8	1	10	4

자료 : 보건복지부, '2005년도 노인복지시설 현황', 2005. 5

나 한편으로는 한국재가노인복지협회의 총회 등 각종회의에 시설장의 참여율이 평균 25%에도 미치지 못하고 있다. 또한 사회복지사 등 실무자에게 위임하고 있는 현실을 감안하면 독립시설이라기 보다는 부속시설 또는 일개 부서로 전략함으로써 재가노인복지시설의 독립적, 전문적 운영이 어렵고 정체성 확립에도 장애요인이 되고 있음을 알 수 있다.

또한 복합시설 보다는 단독시설이 차지하는 비율이 57%로 더 많음을 볼 수 있는데 단독시설의 경우 직원 수가 대부분 3-4명으로 업무의 효율성, 전문성, 경제성을 기대하기 어려울뿐더러 직

원의 평균근무기간이 짧은 점을 감안하면 서비스의 지속성마저도 담보할 수 없는 실정이다

(3) 시설종별 이용인원, 종사자 현황

시설종별 이용정원이 가정봉사원과견시설의 경우 평균 82명으로 그중 100인 이하의 시설이 94%를 차지하고 있으며, 주간보호시설은 평균 17명으로 20인 이하의 시설이 86%를 차지하고 있고, 단기보호시설은 평균 14명으로 15인 이하의 시설이 83%를 차지하고 있다.

또한 종사자수를 보면 위의 <표 5>에서는 전체 평균 6.3명으로 나타나고 있으나 보조급 지원수

<표 4> 설치형태별 재가노인복지시설 현황

구 분	합 계	독 립	병 설					
			소 계	노 인 복지관	사 회 복지관	요 양 시설	병의원	
합 계	513 (668)	258 (314)	255 (354)	93	94	62	6	
단 독	소 계	378	213	165	49	69	45	2
	가 파	185	120	65	18	25	21	1
	주 간	154	75	79	31	41	7	-
	단 기	39	18	21	-	3	17	1
복 합	소 계	135 (290)	45 (101)	90 (189)	44	25	17	4
	가파+주간	92 (184)	27 (54)	65 (130)	39	19	5	2
	가파+단기	8 (16)	2 (4)	6 (12)	-	-	5	1
	주간+단기	15 (30)	5 (10)	10 (20)	2	4	3	1
	가파+주간+단기	20 (60)	11 (33)	9 (27)	3	2	4	-

자료: 보건복지부, '2005년도 노인복지시설 현황', 2005. 5을 설치형태별로 재분류

주: ()는 개별 시설로 분류할 경우 시설수임.

준은 3-4명에 불과하다. 이는 시설장 등 겸직인원 또는 간병 인력 등 비정규직 인원이 반영된 결과라고 생각된다. 따라서 시설규모가 열악하고 전문 인력이 절대적으로 부족한 실정이므로 재가 노인복지서비스의 효율성을 높이고 경쟁력을 키우기 위해서는 재가노인복지 시설의 재분류는 물론 시설의 통·폐합, 기능보강 및 신축비 지원 등 기존 재가노인복지시설의 기반정비가 시급한 과제라고 할 수 있을 것이다.

2) 서비스대상자 현황

지금까지 우리나라 재가노인복지사업은 사회복지서비스의 일환으로 조세방식으로 전개되어 모든 국민에게 보편적 서비스를 제공하는 일의 한계가 있기 때문에 소득과 가족관계를 기준으로 하는 국민기초생활수급권자를 중심으로 재가노인복지서비스를 제공하여왔다. 따라서 이용노인의 건강상태별 현황을 살펴보면 2002년 6월말 기

〈표 5〉 시설종별 이용인원, 종사자 현황

구 분	시설수	이용인원		종사자수	가정봉사원수		
		정 원	현 원		계	유급	무급
계	668	31,206	30,703	4,253	13,255	1,066	12,047
가정봉사원파견	305	25,076	24,866	1,930	13,255	1,066	12,047
주간보호	240	4,349	4,489	1,428			
(실비) 주간보호	41	604	483	177			
단기보호	82	1,177	866	749			

자료 : 보건복지부, '2005년도 노인복지시설 현황', 2005. 5

〈표 6〉 직원배치기준에 따른 시설종별 규모별 적정 직원수

구 분	합계	시설장	사회복지사	간호조무사 물리치료사	생활지도원	사무원	조리원	보조원 운전기사	
가정봉사원	4(14)	1	1	-	-	1	-	1	
주간 보호	10인 미만	5	1	-	1	1	-	1	
	10인 일반	7	1	1	1	1	1	1	
	이상 치매	8	1	1	1	2	1	1	
단기 보호	10인	일반	5(7)	1	-	1	2(4)	-	1
		치매	6(9)	1	-	1	3(6)	-	1
	15인	일반	7(10)	1	1	1	3(6)	-	1
		치매	9(14)	1	1	1	5(10)	-	1

자료: 노인복지법 시행규칙 제29조1항 관련 별표 9 참조

주: () 내 숫자는 유급봉사원 확대배치 및 2교대 근무시 적정직원수임

준으로 가정봉사원파견시설의 경우 치매나 중풍이 없는 허약한 노인이 전체의 85.7%, 마비가 없는 노인이 전체의 87.0%, 비와상인 노인이 전체의 84.8%이며, 주간보호시설의 경우 치매나 중풍이 없는 노인이 전체의 41.6%, 마비가 없는 거동이 어느 정도 가능한 노인이 전체의 76.1%, 비와상노인이 전체의 89.5%이고, 단기보호시설의 경우 치매나 중풍이 없는 노인이 43.9%를 차지하고 있고, 마비가 없이 거동이 어느 정도 가능한 이용노인이 72.2%, 비와상상태인 노인이 74.2%로 노인요양보험제도의 예상급여대상자와는 상당한 거리가 있음을 알 수 있다(한국재가노인복지협회, 2003).

Ⅲ. 재가노인복지서비스 전달체계 개선을 위한 과제와 전망

1. 재가노인복지시설 운영의 내실화

1) 직원배치기준 준수, 유급가정봉사원 충원 및 단기보호시설 2교대근무

노인복지법 제29조 제1항 별표 9에 따른 직원 배치기준에 따라 시설종별 이용정원별 배치하여야 할 직원의 수는 소규모시설로 한정한다 하더라도 아래의 <표 6>에서 보는 바와 같이 최소 4명에서 최대 8명이다. 그러나 가정봉사원파견시설의 경우 지금까지 가정봉사원을 자원봉사자에 의존하였으며, 단기보호시설의 경우 24시간 보호시설임에도 불구하고 생활지도원의 교대근무가 이루어지지 않고 있는 실정으로 서비스의 질적 향상을 도모하기 위하여 가정봉사원파견시설의 경우 유급가정봉사원을 이용인원 8명당 1인으로 확대배치하고 단기보호시설의 경우 최소 2교대근무가 이루어 질 수 있도록 생활보조원을 추가

<표 7> 재가노인복지시설 표준운영비(안)

(단위: 천원/월)

가정봉사원 파견시설	합 계	인 건 비			관서 운영비
		계	상 근 직	계 약 직	
	211,327	199,327	91,327	108,000	12,000
주간 보호 시설	구 분		합 계	인 건 비	관서운영비
	10인 미만		120,914	108,914	12,000
	10인 이상	일반	168,949	150,949	18,000
		치매	191,123	170,123	21,000
단기 보호 시설	구 분		합 계	인 건 비	관서운영비
	10인	일반	165,262	147,262	18,000
		치매	208,110	185,610	22,500
	15인	일반	212,610	185,610	27,000
		치매	293,806	262,306	31,500

자료 : 한국재가노인복지협회(2005), '재가노인복지사업의 정체성 확립과 변화에 따른 혁신' 제15차 재가노인복지세미나 자료집

배치하여야 할 것이다.

2) 시설종별 이용정원에 따른 보조금의 차등 지원

지금까지 정부보조금은 이용정원에 관계없이 시설종별 일률적으로 동일하게 보조금을 지원하였다. 이는 재가노인복지시설이 소규모로 운영하게 된 가장 큰 이유로 시설의 전문화는 물론 업무의 효율성을 저해하는 가장 중요한 요인이다. 따라서 하루 속히 노인복지법 제29조 제1항 별표 9에 따른 시설종별 이용정원별 배치하여야 할 직원의 수에 따라 시설종별 이용정원에 따른 보조금을 차등 지원하여야 한다. 따라서 사회복지재정이 분권교부세로 지방으로 이양됨에 따라 보건복지부에서는 시설종별 규모별 표준 운영비를 책정고시하고 이용료, 후원금 등 자체수입을 감안하여 표준운영비의 80% 이상 보조금이 지원될 수 있도록 지침을 제정 하달하여야 할 것이다. 참

고로 한국재가노인복지협회에서 책정한 재가노인복지시설 표준 운영비(인건비, 관서운영비 등 산출기초 생략)는 다음 <표 7>과 같다.

참고로 표준운영비 대비 2005년 보건복지부 지원기준의 충족률을 보면 아래의 <표 8>에서 볼 수 있듯이 최저 26.4%에서 최고 58.2% 수준에 불과한 실정으로 정부보조금의 대폭적 인상이 이루어지지 않는 한 재가노인복지시설의 정체성 확립은 물론 재가노인복지서비스의 정상화는 기대하기 어렵다.

3) 재가노인복지서비스 전달체계 개선

앞에서도 언급하였듯이 실비주간보호시설은 필요성에 의하여 만들어진 것도 아니고 시설수를 늘리기 위하여 예산 쪼개기의 결과로 하루속히 폐지되어야 하며 현재 가정봉사원과전, 주간보호, 단기보호시설로 분류되고 있는 재가노인복지시설을 복합시설로 전환하여 서비스의 효율성과

<표 8> 표준운영비 대비 2005년 보건복지부 지원기준의 충족률

(단위: 천원, %)

구 분	운영비표준안 (A)	현지원기준 (B)	차액	충족률 (B/A)	비고		
가 파	211,327	109,494	101,833	51.8	유급봉사원 10명 기준		
주간	10인 미만	120,914	70,403	50,511	58.2		
	10인 이상	일반	168,949	70,403	98,546	41.7	
		치매	191,123	70,403	120,720	36.8	
단기	10인 (9인)	일반	165,262	77,616	87,646	46.9	
		치매	208,110	77,616	130,494	37.3	
	15인	일반	212,610	77,616	134,994	36.5	
		치매	293,806	77,616	216,190	26.4	

자료: 한국재가노인복지협회(2005), '재가노인복지사업의 정체성 확립과 변화에 따른 혁신' 제15차 재가노인복지세미나 자료집

경영의 효율성을 제고하여야 함은 물론, 특히 노인요양보험이 도입될 경우 재가노인복지서비스가 가정봉사원파견(가사지원, 간병 등), 방문간호, 방문목욕, 방문재활, 재가요양관리 지도 및 지원, 복지용구 대여 및 지원, 요양서비스계획 작성지원 주간보호, 단기보호 등 10여종으로 확대됨에 따라 방문, 통원, 단기숙박의 다기능 복합시설로 재가노인요양센타를 설치하되 기능에 따라 재가노인지원센타, 재가노인보호센타, 재가노인복합센타 또는 가, 나, 다, 형으로 분류하여, 지역실정에 따라 유연하게 대응할 수 있도록 하여야 할 것이다(표 9).

4) 노인일자리사업(재가노인복지시설 보조원 : 복지형) 개발

앞에서 살펴보았듯이 재가노인복지시설의 인

력은 절대적으로 부족한 실정이며 사회복지재정이 지방으로 이양된 현 시점에서 보조금의 현실화는 사실상 어려운 형편이다. 따라서 우선적으로 부족한 인력을 충원하고 요양보험제도 도입시 보험급여에서 탈락되는 저소득 독거노인에게 지속적으로 서비스를 제공함으로써 사회안전망 구축에 기여하고 어르신들에게 일자리를 제공하는 일석이조의 효과를 가져 올 수 있는 노인일자리사업(재가노인복지시설 보조원 : 복지형)의 개발이 요구된다(표 10).

2005년도 노인일자리사업의 주요사업(8대 전략사업)내용은 어르신 거리환경 개선사업, 숲 생태 해설가 사업, 시니어 문화유산 해설사업, 1·3세대 통합 프로그램, 급식 지도원, 지역 지킴이, 어린이집 보조교사, 가사 도우미 등이 있다.

5) 재가노인복지서비스 매뉴얼 개발

〈표 9〉 재가노인요양지원센터의 유형

구 분	내 용
가형(방문형) (재가노인지원센타)	방문위주의 기능 시설 - 가정봉사원파견, 간호, 목욕, 재활 및 재가요양관리 지도 및 지원, 복지용구 대여 및 지원, 요양서비스 계획 작성지원 등
나형(통원형) (재가노인보호센타)	통원위주의 기능 시설 - 주간보호서비스+단기보호서비스의 복합시설
다형(복합형) (재가노인복합센타)	방문, 통원 및 그룹홈 등의 다기능 시설

자료 : 한국재가노인복지협회(2005), '재가노인복지서비스 전달체계 개선을 위한 정책토론회' 자료집

- 주: 1. 가형의 경우 가정방문을 통하여 제공되는 서비스를 포괄할 수 있도록함. 다만, 방문간호와 방문재활서비스만을 제공하는 시설의 설치도 가능
- 2. 나형의 경우에는 통원서비스를 제공하는 시설로 주·단기보호서비스의 복합시설을 기준으로 하되, 주간보호 또는 단기보호서비스의 단일시설도 지역실정에 따라 인정하도록 함. 이 때 단기보호시설에 치매노인 그룹홈의 개념을 도입
- 3. 다형의 경우에는 사회복지의 생활시설이나 이용시설에 병설되어 있는 형태가 아닌 재가서비스만을 담당하는 별도의 단독 형태로 설치하도록 함.

우리나라에 재가노인복지사업이 본격적으로 시작된 지 10여년이 지나도록 아직까지 동 사업에 대한 업무 매뉴얼 없이 보건복지부의 간략한 업무지침에 의거 각 시설별로 자체적으로 사업을 운영하고 있는 실정이며 더욱이 재가노인복지서비스에 대한 매뉴얼은 전무한 실정으로 사업의 전문성과 효율성이 떨어지고 업무 평가 시에도 평가자의 주관적 가치에 따라 평가지표가 달라지며 특히 공적노인요양제도(요양보험) 도입 시 수가산정의 기준이 없어 시급한 당면과제가 아닐 수 없다.

2. 요양보험제도 대비 인프라 확충

1) 기존재가노인복지시설의 기반정비를 통한 경쟁력, 효율성 제고

현재 가정봉사원파견, 주간보호, 단기보호시설로 분류되고 있는 재가노인복지시설을 복합시설로 전환하여 서비스의 효율성과 경영의 효율성을 제고 함에 있어 재가노인 요양지원센터의 유형별 규모는 현행 노인복지법 시행규칙을 적용할 경우 방문형의 경우 기본 30평, 통원형의 경우 주간보호 20인, 단기보호 10인을 보호를 기준으로 120평, 복합형은 방문형과 통원형을 합친 150평을 적정규모로 설정하고 시설배치기준은 기본적으로 읍면동에 복합형을 1개소씩 배치하되 노인인구규모에 따라 방문형, 통원형, 복합형을 탄력적으로 증설하여야 할 것이다.

또한 방문형의 경우 민간참여를 적극 유도하되 통원형이나 복합형의 경우 사회복지법인 등 비영리법인을 중심으로 정부의 재정 지원하에 인프라를 확충해 나가야 할 것이다.

〈표 10〉 노인일자리사업(재가노인복지시설 보조원 : 복지형) 개요

구 분	내 용	비 고
사업명	재가노인복지시설 보조원(복지형)	
사업개요	재가노인복지시설의 부족한 인력을 노인일자리사업의 일환으로 재가노인복지시설 보조원을 교육 배치함으로써 노노케어, 노노봉사를 통하여 건강한 노인에게는 일자리를 허약한 노인에게는 복지서비스를 제공함	
사업량	연인원 5,350명 - 가정봉사원파견시설 10명 × 305개소 = 3,050명 - 주간보호시설 5명 × 281개소 = 1,405명 - 단기보호시설 10명 × 82개소 = 820명 - 기타(관리인력 등) 75명	
소요예산	연간 약 150억원 - 교육비 50,000원 × 5,350명 = 267,500,000원 - 인건비 300,000원 × 5,350명 × 9월 = 14,445,000,000원 - 기타수용비 = 287,500,000원	
기대효과	향후 노인요양보험제도 도입시 요양보험 비급여대상 저소득 독거노인에게 지속적으로 서비스를 제공함으로써 노인일자리 지속적 추진은 물론 사회안전망 구축에 기여	

특히 기존 재가노인복지시설의 경우 사회복지 서비스 체계내에서 국민기초수급권자 중심의 선택적 서비스를 수행함으로써 요양보험이라는 경쟁체계에서의 보편적서비스를 감당할만한 기반을 구축하지 못하고 있는 실정이며 더욱이 사회복지재정이 지방으로 이양됨에 따라 신규시설을 설치할 경우 운영비를 추가 부담해야 하는 어려움이 수반되어 지자체에서 적극적으로 신규시설을 설치하는데 많은 어려움이 따를 것으로 예상되는 바 신규시설의 설치보다는 기존시설의 기반정비가 선행되어야 할 것이라 생각된다.

기존시설을 정비함에 있어서 앞에서 살펴본 바와 복합시설로 분류할 경우 정비해야 할 시설 수는 모두 513개소로 이에 따른 소요예산은 아래의 <표 11>과 같이 총 1,713억 원이 소요된다. 따라서 2006년부터 2010년까지 5개년간 기반정비를 마무리하려면 매년 약 3백 내지 5백억원의 예산 확보가 절실히 요구된다.

2) 재가노인복지시설 운영을 목적으로 하는 전문법인 설립 권장

요양보험제도 도입 시 요양보호에 대한 수요는 80년대 후반 보육수요의 증가폭 수준을 능가함은 물론 예측이상으로 폭증할 것이 자명한 상황으로 미리 준비하지 아니하면 제도는 있으나서

비스는 없는 다시 말해 국민이 보험료는 내고 혜택은 못 받는 어처구니없는 일이 발생하여 동 제도에 대한 사회적 저항에 부딪치게 될 것이다. 따라서 80년대 후반 보육수요가 증가할 때 보육시설 설치운영을 목적으로 하는 경우 사회복지법인의 설립요건을 완화하여 법인설립을 권장한 경험이 있다. 금년도에 사회복지재정의 지방이양과 동시에 사회복지법인설립의 인·허가에 관한 사항도 지방이양이 되었으므로 각 시도에서는 법인설립 문턱을 낮추어 많은 전문가들이 참여할 수 있도록 재가노인복지시설 설치운영을 목적으로 하는 전문법인 설립규정을 만들어야 할 것이다.

3) 가정봉사원교육훈련원을 요양보호사 양성교육기관으로 지정

전국 18개 가정봉사원교육훈련원에서는 지금까지 주로 무급 가정봉사원교육을 수행하며 부분적으로 유급가정봉사원 교육을 실시하여 왔으나 향후 노인요양보장제도가 도입될 경우 요양보호사 양성교육기관으로 지정받아 운영하여야 할 것이다.

특히 기존 재가노인복지시설 및 노인요양시설 근무자에 대한 보수교육을 실시하여 기존인력의 유자격화 함은 물론 취약한 교육인프라를 확충하고 확대되는 교육 커리큘럼 및 시간 등에 대한 노

<표 11> 기존시설 기반정비(신축 및 증개축비) 소요예산 현황

구 분	시설 수	면 적	건축단가	소요예산
계	513개소			171,360백만원
가형(방문형)	185개소	30평	350만원	19,425백만원
나형(통원형)	193개소	120평	350만원	81,060백만원
다형(복합형)	135개소	150평	350만원	70,875백만원

자료: 한국재가노인복지협회 '노인요양보장 인프라 확충계획(안)', 2005. 8 내부자료

하위를 축적함으로써 교육부문의 경쟁력 또한 강화시켜나가야 한다.

기존 근무자에게 보수교육을 통해 유자격화 함은 당연하나 교육비를 본인에게 부담한다면 실효성을 거두기 어려울 것이다. 따라서 보건복지부에서는 기존 근무자 보수교육에 필요한 예산을 조속히 확보하여야 할 것이다.

3. 요양보험 비급여 대상 독거노인 보호

기존의 재가노인복지시설은 노인요양보장제도와 노인복지제도의 대상자를 모두 포괄적으로 취급하여야 할 것이다. 즉, 간병수발 및 보건의료적 서비스를 사업내용으로 하고 있는 노인요양보장제도의 시설로서 기능을 갖추어야 하고, 동시에 요양보험급여대상에는 벗어나지만 장기요양 서비스 및 지역사회복지서비스 욕구를 지닌 자를 위한 지역사회복지서비스 제공시설로서의 기능도 담당하여야 할 것이다. 다시 말해 요양보험 비급여대상 저소득 독거노인에게 지속적으로 서비스를 제공함으로써 사회안전망 구축에 기여하기 위하여 노인요양보험제도 도입 이후에도 기존 정부보조금의 유지되어야 할 것이다.

참고로, 일본의 경우에는 개호보험시설로 인정된 재가노인복지시설의 경우에는 간병수발 및 보건의료적 서비스를 집중적으로 제공할 수 있는 시설로 운영되고 있으며, 제도권에서 벗어난 비수혜자에 대한 지역사회복지서비스는 각 지자체에서 제공하고 있는 실정으로 특히, 각 지자체마다 '개호예방 및 지역사회지원사업'과 노인보건제도하에 요개호인정 기준에 못 미쳐 제도권에서 벗어난 자를 대상으로 적극적인 사업을 실시하고 있다.

IV. 결론

이미 지난 7월1일부터 노인요양보장제도의 1차 시범사업을 실시하고 있으며, 이 결과에 따라 향후 일정엔 변화가 있을 수도 있겠지만, 어떠한 형태로든지 간에 선진국형의 노인장기요양보호체계가 공적으로 구축될 것이다. 본격적인 제도 실시에 앞서서 '노인의료복지시설 10개년 확충계획'에 따라 각종 인프라를 확충시키고 있으며, 정부의 시안에 의하면 2011년까지 전체노인의 10%수준에 해당하는 요양보호수요를 100% 충족시킨다는 것으로 되어 있다. 따라서 뒤늦기는 하였으나 재가노인복지기반조성5개년계획을 수립하여 적극적으로 추진해나가야 할 것이다.

다만, 재가서비스부문의 시설에 한해서는 표준적인 서비스나 시설의 기준이 가시화되어 있지 않은 상태이며 민간영리단체의 참여를 전제로 하고 있기 때문에 자칫 잘못하면 서비스의 부재를 발생시킬 우려도 있다. 특히, 농어촌지역의 경우에는 민간영리단체의 참여가 용이하지 않다는 점을 감안하여 정부의 지원 및 다양한 시설유형을 제시하고 있다.

결론적으로 말하면, 민간영리단체를 적극적으로 참여시키기 위해서 각종 지원 대책을 강구하는 것은 서비스질의 하락, 안정적인 서비스제공의 불안 등 부작용을 야기할 우려가 있다는 점을 고려하여, 비영리단체인 사회복지법인을 적극적으로 활용하는 방안을 모색하는 것이 바람직할 것이라 생각한다.

참고문헌

- 노인복지법 시행규칙 제29조1항 관련 별표 9
보건복지부. '2005년도 노인복지시설 현황',
2005. 5
- 보건복지부. 2005년 노인보건복지사업 안내,
2005.
- 보건복지부. '노인요양보장 인프라 종합투자계
획 수립(안)', 2005. 8 내부자료
- 한국재가노인복지협회. 재가노인복지사업 10년
발자취, 2003.
- 한국재가노인복지협회. '재가노인복지사업의
정체성 확립과 변화에 따른 혁신' 제15
차 재가노인복지세미나 자료집, 2005.
- 한국재가노인복지협회. '재가노인복지서비스
전달체계 개선을 위한 정책토론회' 자료
집, 2005.
- 한국재가노인복지협회. '장기요양보험 대비 재
가 사업 활성화 세미나' 자료집, 2005.

프랑스, 스페인과 오스트리아의 의약품 상환제도와 가격-수량 연동제도¹⁾

김 성 옥
건강보험연구센터

지난 2004년 건강보험발전위원회는 우리나라의 보험약제비 관리제도에서 수량을 통제할 수 있는 제도가 미비함을 지적하고, 이에 대한 대안으로 보험급여목록체계와 가격-수량 연동제도를 도입할 것을 권장한 바 있다. 이러한 배경에서 이 글은 가격-수량 연동제도를 운영하고 있는 일부 국가의 실제 운영 사례를 고찰하고 이들 자료를 통해 가격-수량 연동제도 운영에 관한 함의를 얻고자 작성되었다. 참고로 이 글은 프랑스, 스페인, 오스트리아를 현지 방문하여 수집한 보험약가 상환제도 및 의약품 가격수량 연동제도와 관련한 자료를 요약 정리한 글이다.

주제어: 보험약가 상환제도, 가격-수량 연동제도, 합의 혹은 협정

I. 머리글

우리나라는 의약분업 이후 고가약과 오리지널 의약품 선호 경향 증가와 분업이전 약국 조제 약제의 급여전환의 영향으로 약제비의 절대 규모가 크게 증가하고 있다. 약제비 규모는 의약분업 이전인 1999년에 3조8천억원에서 의약분업 이후인 2000년에 3조5천억원, 2001년에 4조2천억원, 2002년에 4조8천억원, 2003년에 5조6천억원으로 급속도로 증가하고 있다.(건강보험심사평가

원, 2005)

이에 약제비 지출 억제를 위한 정책노력이 필요한 상태이나, 현재 약가의 상한을 결정하는 규정 외에는 약제비 억제 정책이 미흡한 실정이다.

약제비를 결정하는 요소는 의약품의 가격과 사용량, 고가약과 저가약의 상대적 사용비중으로 구성되어 있다. 우리나라에서 약제비 구성 요소 중에서 외국에 비해 사용량이 많다는 점이 약제비를 증가시키는 가장 결정적인 요소로 알려져 있으나 이제까지 약제비 관리를 위해 보험급여

1) 이 글은 2005년 국민건강보험공단의 국외출장 보고서인 『유럽 주요 국가의 가격-수량 연동제도(price-volume control system) 조사』결과를 요약 정리한 글이다.

대상약품의 가격결정과정상 문제점에만 논의가 집중되어 왔었다. 2004년에 운영될 국민건강보험발전위원회에서 수량을 고려한 합리적 약제비 관리 방안으로 급여목록체계 도입과 가격-수량 연동규제 방안 도입을 제안한 바 있다.

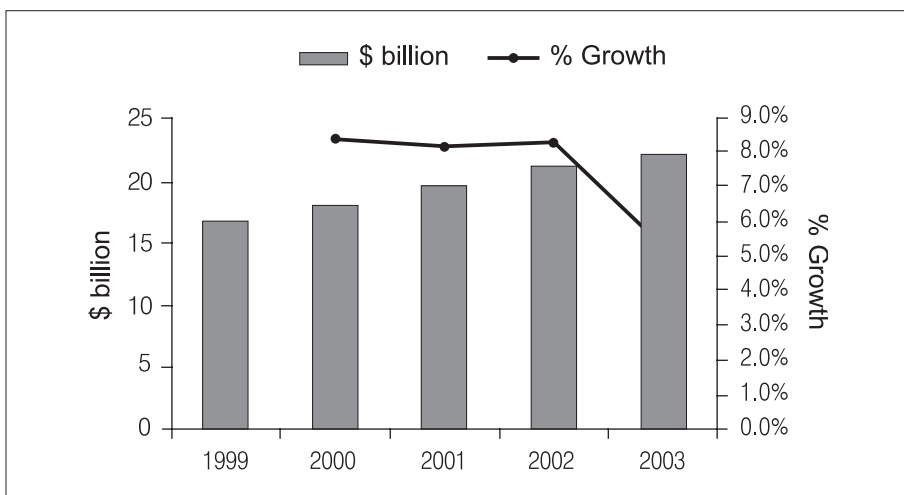
가격-수량 연동제도는 신약의 초기 등재 과정에서 가격과 수량을 연동시켜 초기가격을 설정할 때 실제 판매량이 예상판매량을 초과한 경우에 한해 초기 설정된 가격을 인하시키는 제도로 알려져 있다. 양봉민 등(2004)에 따르면 가격-수량 연동제도의 시행으로 인하여 보험자는 의약품 구매에 있어서 협상력을 제고시킬 수 있다고 하였다. 즉, 보험재정에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되는 의약품을 대상으로 합의된 예상판매량을 초과할 경우 해당 의약품의 가격을 인하시킬 수 있는 합리적인 기준을 마련하여 보험자가 보다 제고된 협상력을 갖출 수 있을 것으로 예상하고 있다. 따라서 보험자로서 국민건강보험공단은 가격-수량 연동규제 제도에 대한 구체적인 외국 사례를 면밀히 검토하여 운영상 특성과 문제점을 파악한

후, 향후 우리나라에 도입할 경우에 대비하여 현실에 적합한 도입방안을 적극 검토할 필요성이 있다.

이 글의 목적은 국민건강보험발전위원회에서 합리적 약제비 관리 방안으로 제시된 가격-수량 연동규제 방안의 특성을 고찰하고, 이에 관한 정책적 함의를 찾기 위함이다. 여기에서는 의약품 가격-수량 연동제도를 실제 운영하고 있는 것으로 알려진 프랑스와 스페인, 그리고 지금은 더 이상 운영하지 않는 국가인 오스트리아의 의약품 상환제도에 대한 개요와 가격-수량 연동제도에 관한 자료를 검토하고자 한다.

II. 프랑스 건강제품 가격위원회 (CEPS)와 제약협회간 협정 (Accord Cadre)

1. 제약시장 현황



자료: Datamonitor, Pharmaceuticals in France—Industry profile, 2004 Pharmaceuticals

[그림 1] 프랑스 제약시장 현황, 1999-2003

2003년 한해 프랑스 제약시장은 222억 달러에 달하며, 5.2% 성장하였다. 1999-2003년간 복합증가율(CAGR)은 7.5%이다. 가장 큰 성장을 보인 해는 2000년으로 8.4% 성장한 것으로 알려져 있다(Datamonitor, 2004). 이러한 증가 요인에 대해 CEPS가 외래의약품에 대상으로 분석한 결과 2003년 외래의약품의 경우 6.1% 성장하였으며, 이 중 기준 가격 효과는 -0.4%, 포장규격 효과 +0.6%, 구조적 효과는 +5.5%인 것으로 나타났다. 이 중 구조적 효과는(structural effect)는 더 값비싼 의약품 소비로의 이전을 의미한다.

2. 보험약가 결정 방식

제약회사는 의약품의 보험상환 자격을 신청하기 위해 시판허가²⁾를 받은 후에 상환신청서류를 정보공개위원회와 경제위원회에 제출한다. 정보공개위원회는 신청서류를 평가하고, 해당 의약품의 “의학적 가치”(Service Medical Rendu, 이하 SMR)와 “의학적 편익 향상정도”(Amelioration du Service medical rendu, ASMR)를 평가하여 상환여부와 상환수준에 대한 권고를 작성하여 경제위원회에 송부한다. 경제위원회는 신청서류와 정

보공개위원회의 평가결과와 권고에 기초하여 제약회사와 가격을 협상한다. 이러한 가격협상 과정의 일부로 가격-수량 연동에 관한 합의가 동시에 이루어진다.

3. 가격-수량 연동 방식

가격수량 연동제도에 대한 개략적 역사는 다음과 같다. 1993년에 의약품의 원회 (comite economique du medicament, 이하 CEM)가 설립되었으며, 후에 건강제품에 관한 경제위원회(The Economic Committee on Health Products, 이하 CEPS)가 의료기기에 관한 업무를 추가시키면서 이를 승계하였다. CEM을 창설하기 수년 전부터 가격-수량 개념이 보건복지부에서 상환의약품 가격 결정시에 사용되어왔다. CEM이 제약회사와 협상을 실질적으로 시작하면서 가격-수량 제도가 본격적으로 운영되었다. 그러나 전체 가격-수량 연동제도를 운영하고 있다고 보기는 어렵고, 실제 제약회사와 위원회가 최상의 가격을 설정하는 과정에서 가격-수량 연동제도 채택 여부를 결정하고 있다고 볼 수 있다. 표준약량학 (posology) 조항³⁾을 통해 가격-수량 조항 대신



2) 프랑스에서는 AFSSAPS(Agence francise de securite sanitaire des produits de sante)와 EMEA(European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)에서 시판허가를 담당하고 있다. EMEA는 유럽차원에서 의약품 평가와 규제 관리에 참여하고 있다.

3) 이에 대한 간략한 설명은 김성옥(2003)의 보고서 『약가계약제 도입방안에 대한 연구』 222쪽을 참조

협상될 수 있는 등 협상에는 다양한 조항들이 유연하게 배치되고 있다.

따라서 일반적 가격결정 과정과 가격-수량 연동제도가 별개로 진행되지 않으며, 별도의 가격-수량 협약을 하는 것이 아니라 ASMR이 높은 의약품에 대해 개별 협약을 하는 과정에서 이에 대한 조항을 포함하고 있다.

1) 합의 당사자

가격-수량 합의 당사자는 CEPS 입장에서 외부전문가, 즉 보고자 그리고/혹은 CEPS의 부위원장일 수 있으며, 제약회사 입장에서는 제약회사의 규모/구조에 따라 제약회사의 회장 혹은 경제부서 담당자 등이 될 수 있다.

CEPS는 상환의약품의 가격 정책과 의료기기의 가격과 관세(tariff)에 관한 책임을 맡고 있으며, 제약회사와의 가격-수량 협약을 할 때 합의할 수 있는 책임이 있으며, 가격-수량 협약에 관한 최종 결정을 내리고 있다.

2004년 현재 CEPS 조직의 위원회는 다음 10인으로 구성된다.

- 위원장
- 부위원장
- 보건복지부의 사회보장국(the director of the social security directorate, DSS) 대표 1인
- 보건복지부의 보건국(the director-general of health, DGS) 대표 1인
- 경제·재정·산업부의 경쟁·소비·부당청구방지국(the director-general of competition, consumption and fraud prevention, DGCCRF) 대표 1인
- 경제·재정·산업부의 산업·기업국(the director-general of Industry and Companies,

DIE) 대표 1인

- 전국질병금고(직장, UNCAM) 대표 2인
- 질병금고(자영업, CANAM) 혹은 농업질병금고(MSA)의 대표 1인
- 상호질병금고(mutual funds) 대표 1인 (여러 조직 중에서 선택)

이때, 보건복지부의 병원입원과 보건의료조직국(the director of hospitalisation and organization of care, DHOS) 대표 1인과 경제·재정·산업부의 연구와 기술국(the director of research and technology)의 대표 1인은 자문위원의 자격으로 참여한다.

CEPS 위원회는 의사결정에 대한 지원을 받기 위해 전임직원을 두고 있으며, 부위원장을 제외한 위원장을 포함하여 15인이 여기에 포함된다. 전임직원의 조건으로 전문 면허나 자격증이 요구되지 않으나, 경제학자, 약학자, 행정가들이 포함된다.

CEPS에서 작성한 자료는 외부전문가에게 연구 목적으로만 제공될 수 있다. 이때 외부전문가는 교육, 제약회사와 만남/자문을 담당하며, 위원회에 보고서를 제출하는 업무를 맡는다. 즉 외부전문가는 CEPS와 제약회사간의 매개자 역할을 수행한다.

2) 협상에 필요한 자료

CEPS위원회는 CT와 CEPS의 요구자료를 모두 받고 있으며, CEPS가 추가적 설명자료를 요구할 경우 외부전문가, 즉 보고자(rapporteur)가 제약회사에게 추가 자료를 요청한다. 만약 제약회사가 원할 경우 CEPS는 특정 주제에 관한 제약회사의 구두 보고(oral audition)를 하는데 동의

할 수 있다. 보통 제약회사는 거짓된 자료를 제출하지 않으며, CEPS는 (1) 제약회사 (2) 자체 생산 자료(제약회사가 매년 AFFSAPS에 상환의약품과 비상환의약품에 대한 매출액 세금을 지불하기 위하여 자료 제출), (3) AMO(전국 사회보험) 자료를 통해 통계자료를 관리하고 있다. 또한 제약회사는 거짓자료를 제출하지 못하는데, 그 이유는 만약 이를 발견했을 때 제약회사가 그 다음 해에 CEPS와 진정한 합의를 할 수 없기 때문이다. 제약회사와 CEPS 대표들간의 상호 신뢰 수준은 매우 높은 편이다.

3) 협상에 소요되는 기간

2004년 기준으로 비제네릭은 약 250일, 제네릭은 약 80일, 신속 절차(dépôt de prix)는 약 70일이 소요된다. 기간은 정보공개위원회에 신청서류(dossier)가 도착한 첫째 날부터 Journal Officiel de la Republique Francaise에 공표된 날까지의 기간으로 계산한다.

4) 수량 초과시 조치

합의된 수량을 초과했을 경우 CEPS와 제약회사간에 상호 합의된 협약에 기술된 절차를 따르고 있다. 예를 들어 만약 2차 년도 동안 x 명의 환자 (혹은 y 포장)와 x (혹은 y) + z 의 초과 발생시 w 를 환급하도록 합의했을 경우, 위원회는 z 를 초과분으로 보고 회사는 w 의 환급을 하고 있다.

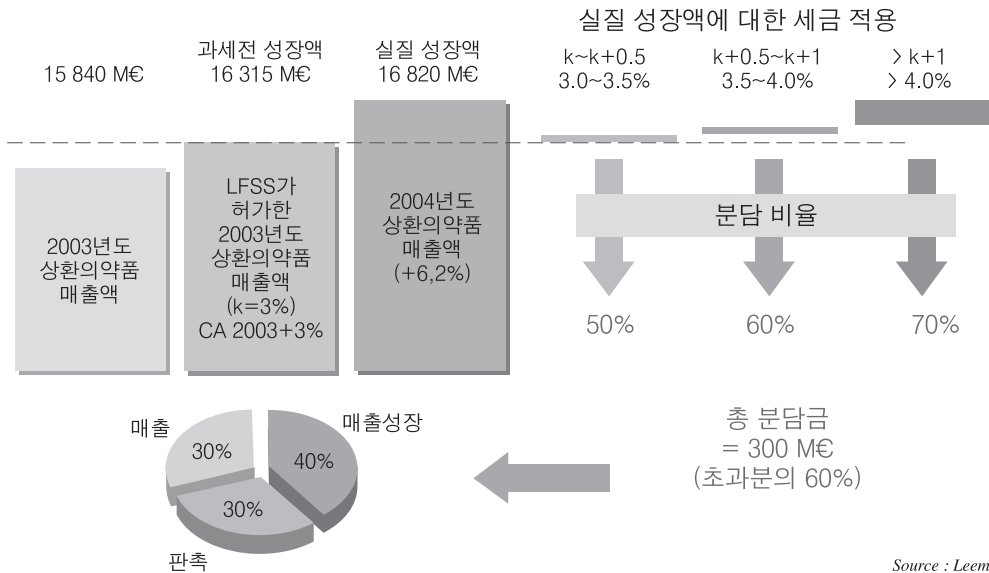
5) 가격-수량 연동제도 참여 현황

가격-수량 연동제도는 신약과 고가약을 포함한 특정 의약품에 대한 개별계약과 실제 매출 성

장률에 따라서 제품별로 모든 회사들이 해당하는 일반계약으로 나뉘어진다. 특정 의약품에 대한 계약사항에 대해서는 공개되지 않으며 일반계약에 대한 내용만이 알려져 있는 실정이다. 일반 계약에 참여하는 제약회사 현황은 다음과 같다. 2004년에 소매약국에 처방의약품을 판매하는 180개 제약회사 중 174개사가 CEPS와 약물학-치료효능군 집합별 환급 협약에 참여할 것을 서명했다. 따라서 이들 제약회사는 사회보장법 L.138-10조항과 제약협회인 LEEM(Les Entreprises Du Medicament)과 CEPS간의 협약(accord cadre)에 따라 이전의 Safeguard 조항(clause de sauvegarde)에서 면제된다. 결과적으로 2004년 현재 180개 제약회사 중에서 174개 제약회사가 환급제도에 참여할 것을 합의하였으므로, 나머지 6개의 제약회사가 Safeguard 조항에 적용된다. 이렇게 많은 제약회사들이 약물학-치료효능군 집합별 환급 협약에 참여하는 이유로는 환급 조항이 약효군별로 차이를 두고 있기 때문에 제약기업에게 더욱 유연한 제도로 받아들여지고 있으며, Safeguard를 적용했을 때 지불해야 하는 금액보다 더 적다는 점에서 참여 유인이 발생하는 것으로 보여진다.

① Safeguard 조항 (사회보장법 제 138조 10항)

Safeguard 조항의 목적은 보건의료지출목표(ONDAM)와 병행하여 상환대상 의약품 매출액 증가를 보장하기 위함이다. 이때 보건의료지출목표에 따른 의약품 증가율(k)은 매년 의회에서 결정한다. 2003년에는 4%, 2004년에 3%, 2005-2007년에 1%로 설정되어 있다. 환급해야 할 기업에게 공통적으로 적용되는 매출액 성장률(t)의 범위에 따라 환급해야 할 기업들의 매출액 중 초과분의 일정 분율을 각각 50%, 60%, 70%로 제



Source : Leem

[그림 2] 2004년 Safeguard 조항의 작동 기전 (자료 : LEEM 제공 자료, 2005.7)

시하고 있다(그림 2). 상환가능한 매출액에 대해 허가된 성장률(k)을 초과할 경우 총 분담금액을 매출액에 대해 30%, 매출 성장률에 대해서는 40%, 판촉비 지출에 대해서는 30% 분배한다. 이때 제약회사 매출액의 10%를 초과해서는 안 된다.

② 약물학-치료효능군별 (pharmaco-therapeutic aggregate) 환급

매년 CEPS는 약물학-치료효능집합별로 환급 받을 여치에 대한 도표를 작성한다. 우선 집합별로 환급가능 시장을 분할하고, 각 집합별로 환급 지불해야 할 판매액 증가를 결정한다. 이때 선택된 비율을 통해 얻어진 환급액은 Safeguard 조항의 여치 비율과 동일해야 한다. CEPS에서 허가한 해당 의약품 군별로 기준을 초과하여 매출액이 성장한 경우 초과분의 30%에 대해 그 중 65%는 모든 제약회사 사이에서 효능군 집합에 따라 그들의 매출액을 비례배분해서 분담금을 환급하며, 나머지 35%는 성장을 기록한 제약회사 사이

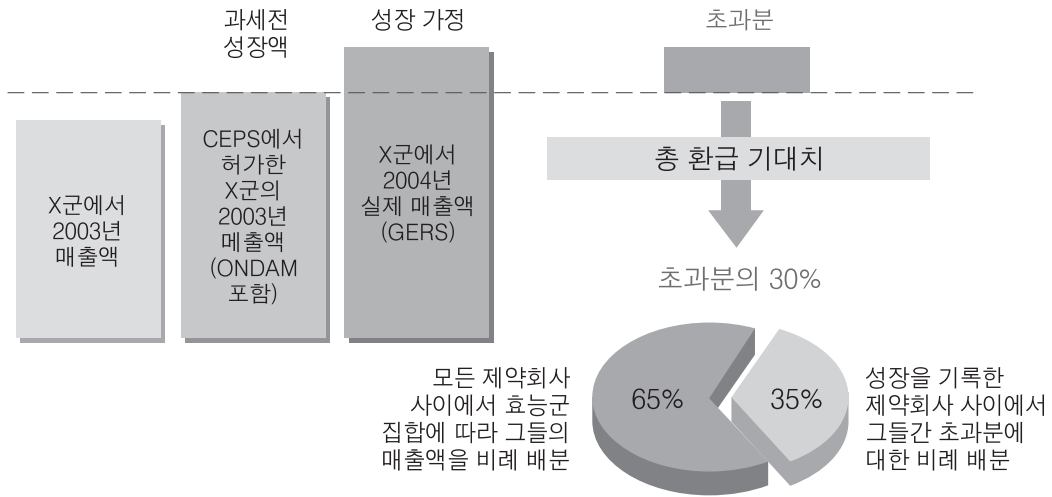
에서 그들간 초과분에 대한 비례배분하여 환급하게 된다(그림 3).

2004년 규제대상 집합의 표는 64개 의약품 군을 포함한다. 환급조치 제외 의약품은 상환대상으로 등록할 때 높은 ASMR로 인정된 의약품, ASMR으로 적응증이 확장된 경우, 희귀의약품과 소아 의약품, 저가 의약품, 상환대상은 아니나 판매 비중이 높은 의약품의 경우, 병원에서 외래로 이송된 병원의약품이 포함된다. 약물학-치료효능군별 집합(aggregate)의 예는 다음 <표 1>과 같다.

Ⅲ. 스페인 보건위생부와 제약협회간 협정

1. 제약시장 현황

2003년 스페인 제약시장은 100억 달러에 달하며, 9.1% 성장하였다. 1999-2003년간 복합증가



Source : Leem

[그림 3] 약물학 치료효능군 집합별 환급 개요 (자료 : LEEM 제공 자료, 2005.7)

율(CAGR)은 8.8%이다. 가장 큰 성장을 보인 해는 2000년으로 12.6% 성장하였다(그림4).

2. 상환약가 결정방식

제약회사는 보건위생부의 의약품·건강제품국(Direccion General de Farmacia y Productos Sanitarios, DGFPS) 내에 있는 의약품공급 지원과

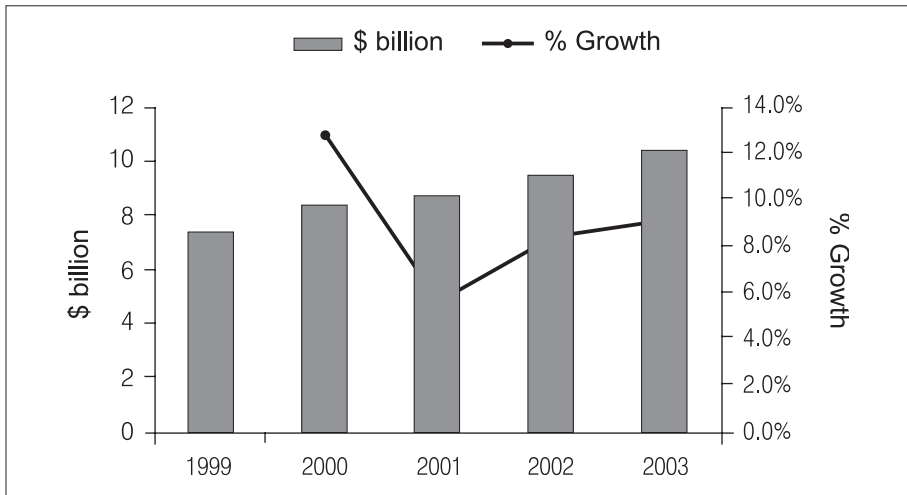
(Subdireccion General de Asistencia y Prestacion Farmactica)에 신청하여 상환자격을 부여받을 수 있다. 이때 의약품 가격, 대상질환의 중증도와 치료기간, 특수환자의 필요도, 제품의 치료가치와 사회적 가치, 그리고 급여목록(positive list)에 등재시킬 경우의 재정 영향과 기 등재된 의약품과 비교한 치료비용과 효능에 대한 자료를 검토한다. 의약품 가격결정은 의약품·건강제품국

<표 1> 약물학-치료효능군별 집합(aggregate)의 환급역치 (예시)

(단위: 천원, %)

집합체	2003년매출 (K유로)	2004년 비율 (K을 포함)	2004년 환급 역치	2005년 비율 (K을 제외)	2006년 비율 (K을 제외)
A02B2(프로톤 펌프 억제제)	944 891	-2%	925 993	-4%	-4%
C10A1(HMG-CoA 환원효소 억제제)	946 696	5%	994 030	0%	0%
L01+L02 (항암, 세포증가억제 호르몬 +면역조절제(L03A))	378 729	30%	492 347	15%	12%

자료: LEEM 제공 자료, 2005.7



자료 : Datamonitor, Pharmaceuticals in Spain-Industry profile, 2004

[그림 4] 스페인 제약시장 현황, 1999-2003

(DGFPs) 내에 있는 의약품·건강제품 경제분과 (Subdirección General de Economía del Medicamento y Productos Sanitarios)에서 관리된다. 제약회사는 회사의 재정기록, 제안된 판매 가격, 기대 판매량, 기대 수익, 유사 의약품의 가격(국내와 국제 비교), 의약품의 치료 장점 혹은 혁신성에 관한 증거 자료를 포함한 가격결정에 필요한 서류를 제출하고, 경제분과에서 권장가격을 작성하고, 최종 가격결정은 중앙정부대표부 경제위원회(재무부 및 경제부, 산업 및 에너지부, 보건위생부)에서 이루어진다.

3. 가격-수량 연동 방식

스페인에서 의약품 가격 통제는 20년 전부터 시행되어 왔으며, 가격 책정의 기준에서 제약회사가 많은 정보를 제출하도록 하고 있다. 수량에 관한 규제는 2001년-2003년 스페인 보건부와 제약협회간 협정(pacto)에 근거하여 이루어지고 있다. 협정의 주요 내용은 제약회사의 초과잉여

금을 반환하며, 이를 신약 개발에 재투자하게끔 하며 반드시 신약 개발 연구비로 사용하게 함으로써 제약회사의 참여를 조장한다는 점이다. 이러한 협정의 목적은 안정적인 규제와 보다 나은 연구개발 투자 환경을 조성하기 위해 공공 약제비 지속가능성을 보장하면서, 동시에 제약기업 발전의 기반을 구축하는데 두고 있다.

정부와 제약회사와의 협정 참여 동기는 첫째, 정부가 가장 큰 고객이므로 약제비 절감에 동참하는 것이며, 둘째, 상환의약품은 유지할 만한 가격이어야 하며, 모든 당사자의 협조 필요하다는 인식에 기초한다. 이와 동시에 의약품 소비량 조절 방안으로 해당 의약품의 적응증에 속한 환자에게만 처방토록 하고, 적용대상을 한정시켜 중증 아닌 경증 환자에는 짤 약을 처방토록 하는 방식을 활용하고 있다.

1) 합의 내용

양 당사자는 다음 3년 동안 1%내의 명목 GDP

성장 보정증가율에 기반하여 공공지출에 대한 지표를 확정하는 것을 합의한다. 가장 중요한 합의 내용의 특성은 다음과 같다:

① 법률적, 규제적 장치의 안정성

공공당국은 스페인에서 제네릭 개발과 기존 참조가격제를 육성할 것이다. 이러한 구조적 조치는 기업의 판매를 3년 동안 631백만 유로로 감소시킬 것으로 예상된다. 합의된 지표 이상으로 공공지출이 3포인트 이상 증가하지 않으면 추가적인 조치는 없을 것이다.

그리고 보건부는 스페인 규제를 지적 재산권에 관한 유럽 시나리오(자료 보호는 10년으로 확대하고 유럽에서 특허만료된 경우 새로운 참조가격 그룹에 대한 제한)와 병행무역을 일치시킬 수 있는 조치를 취할 것이다. 그 외 보건당국은 핵심분야의 R&D에 대한 재정 유인에서 가장 유리한 조건을 지원할 것이다.

② 기업의 연구개발 노력

기업은 GDP 증가율보다 연구개발비 지출을 증

가시키는데 노력한다. 이를테면, 3년 동안 총 지출이 1,352백만 유로, 이 중 1/3은 제약회사와 병원으로 연구개발을 지원한다.

③ 혁신기금

기업은 혁신기금을 설정할 것이고 고정기금 150백만 유로가 3년간 지불된다. 기금에 대한 추가 기여금은 의약품 공공지출이 합의된 지표를 초과할 경우 150백만 유로의 추가 금액을 구성할 것이다. 기금은 암연구, 심장병과 유전자학과 같은 주요 전략적 분야에서 공공 기초 연구 프로젝트를 수행하도록 재원조달할 것이다.

IV. 오스트리아의 보험약가 결정과 가격-수량 연동 방식

1. 오스트리아 제약시장 환경

2003년 오스트리아 제약시장은 판매액이 21.5억 유로에 달하며, 196.2백만 팩의 판매량을 달성



[그림 6] 오스트리아 보험 약가 결정 방식

하였다. 판매액은 6.4% 성장하였으며, 수량 측면에서 2.4% 성장한 셈이다. 이 중 병원은 634.9백만 유로에 달하며, 외래의 경우 1,514.8백만 유로에 해당한다.

2. 보험약가 결정방식

제약회사가 상환신청하면 의약품평가위원회에서 약물학적, 의학-치료적, 경제적 특성을 평가하여 등재 권고한다. 등재와 관련한 최종 의사결정은 오스트리아 사회보장기구중앙연합회(FASSI)가 의약품평가위원회의 권고에 근거하여 수행한다.

오스트리아에서는 경제성 원칙에 근거하여 제네릭 의약품 가격을 결정하며, 제네릭 등장에 따라 오리지널 의약품과 제네릭 의약품의 가격이 인하되는 특성을 갖고 있다. 작용성분이 동일한 첫번째 제네릭은 그 가격이 급여대상목록(positive list)에 기재된 오리지널 제품 가격보다 2004년도에는 최소한 44.0%, 2005년도에는 최소한 46.0%, 2006년도부터는 최소한 48.0% 낮게 책정될 때 경제성이 주어진다. 두번째 제네릭은 첫번째 제네릭의 가격보다 최소한 15.0% 낮게 책정될 때 경제성이 주어진다. 세번째 제네릭은 두번째 제네릭의 가격보다 최소한 10.0% 낮게 책정될 때 경제성이 주어진다. 그 다음의 제네릭은 그 가격이 급여대상목록에 기재된 작용성분이 동일한 제네릭 중 가장 저렴한 가격보다 최소한 0.10유로 낮게 책정될 때 경제성이 주어진다. 오리지널 제품은 그 가격이 작용성분이 동일한 첫번째 제네릭의 등재 후 늦어도 3개월 이내에 최소한 30%가 인하될 때 경제성이 주어진다. 만약 가격인하를 하지 않을 경우 충분한 기간을 제시한 후에 자동적으로 급여목록에서 제외된다.

결과적으로 작용성분이 동일한 의약품 중 저렴한 의약품만이 급여목록에 등재되어 급여목록체계가 운영된다.

3. 가격-수량 연동 방식

2003 PPR Communications ltd의 자료에 의하면 오스트리아에서는 2002년 10월 1일에 가격-수량 연동제도가 제약회사와 오스트리아 사회보장기구중앙연합회(Austrian Social Security Institutions) 간에 협약이 일부 품목에 대해 이루어져 왔다. 그러나 현재 진정한 의미의 가격-수량 제도는 존재하지 않으며, 수량을 추후에 감독하는 간접장치는 실제 없는 것으로 조사되었다. 다만 보험급여 심사에서 수량에 대한 관점이 간접적으로 고려되는 정도로, 예전의 리베이트 모델(rebate model)은 작년 말에 폐지되었다고 볼 수 있다.

지난 몇 년 동안 제한된 가격-수량 연동제도가 운영되어 온 배경은 다음과 같다. 1997년에 보험자 연합회에서 의약품에 대해 너무 낮은 가격을 요구하여, 이를 제약회사가 수용할 수 없어서 가격-수량 운영을 요구하게 되었다. 그 이유는 다른 나라에 비해 너무 낮은 가격은 경쟁력이 낮기 때문이었다. 논의되는 시점에 너무 많은 품목이 도입될 경우 행정상 복잡하고, 행정비용이 낭비될 우려가 있어서 20개 품목이 결정되었으며,⁴⁾ 이때 품목 결정에는 특별한 기준은 없었다고 한다. 짧은 기간동안 운영하면서 가격-수량 연동제도 운영으로 얻는 이익보다 이를 운영하는데 들어가는 행정비용과 노력이 더 많이 소요되는 것으로 판단되어 폐지되었다.

V. 요약 및 고찰

앞에서 주요 국가의 가격수량 연동 제도 특성을 살펴보았으며, 이에 대한 주요 정책함의를 얻기 위해 다음의 몇 가지 구분별로 특성 요약과 아울러 우리나라에 가격-수량 연동제도를 도입할 때 발생할 수 있는 문제점을 고찰하고자 한다.

1. 가격-수량 연동 제도에 대한 실시 배경

조사대상 국가마다 실시 배경에 있어서 약간의 차이점이 발견되는데, 프랑스의 경우 신약의 등재 절차 신속화, 우수 신약의 유럽수준 가격 보장, 제약회사의 수익성을 골자로 한 2003-2006년 협약안에 근거하여 환급에 대한 경제위원회와 제약회사간 합의를 통해 결정하고 있다. 이때 의약품 공공지출에서 막대한 예산의 합리성과 효과성을 향상시키는 것이 주요 배경이 되고 있다. 스페인의 경우 환급을 일괄적으로 실시하게 된 배경으로 정부가 주요 고객으로 감당할 수 있는 범위 내에서 약제비 지출이 이뤄져야 한다는 점에 합의했다는 점이다(안정과 혁신에 관한 협정(2002-2004)). 오스트리아의 경우 일부 품목에 대해 실시하던 가격-수량 연동 제도가 현재 폐지되었으나, 제약회사가 신약의 가격 경쟁력을 유지하기 위해 먼저 제의했다는 점에서 특이할 만하다.

이때 제약회사의 자발적 참여를 촉발하는 유인은 프랑스의 경우 우수 의약품에 대한 신속절차를 가능하게 해 주었다는 점이며, 스페인의 경우 환급액이 의약품 연구개발 촉진을 장려하기 위한

혁신 기금으로 활용되고 있다는 점이다.

2. 운영 현황 특성

운영현황 특성 중 조직 특성으로 합의 주체는 각 국가별로 살펴보면, 프랑스의 경우 CEPS와 제약협회가 합의 내용을 결정하는 협정을 통해 전체적 틀을 결정하고, CEPS가 개별 제약회사와 협상을 통해 합의를 하고 있었다. 이때 협상 운영에 참여하는 주체의 특성을 살펴보면, 보건복지부 뿐만 아니라 경제·재정·산업부, 그리고 민간보험사를 포함한 보험자 대표가 참여한다는 점이 특징적이다. 이때 경제위원회 위원들은 제약회사와의 경제적 이해관계를 공표해야 하며, 이들이 내린 의사결정이 제약회사의 이해와 무관함을 밝혀 결정사항에 대한 사회적 투명성을 높이고 있다. 또한 제약회사의 규모에 따라 외부전문가(reporter)를 고용하여 의사결정이 보다 원활하게 이루어지게끔 하고 있다. 이들의 별도 자격조건은 없으나 의약품의 의학적, 경제적 특성에 대해 잘 알고 있는 전문인력으로 기술되고 있다. 실무인력 조건으로 프랑스의 경우 전문 면허, 전문 기술 등에 대한 별도 요구조건은 없는 것으로 조사되었다.

스페인의 경우 정부와 제약협회와 단체 협정을 맺고 제약회사가 이에 따르는 형식을 취하고 있는데, 이때 보건위생부 뿐 아니라 경제부, 국세청, 산업·에너지부 등의 다부처로 구성된 중앙정부 대표부 위원회가 참여하고 있다. 오스트리아의 경우 사회보장기구중앙연합회와 제약협회가 일부 품목에 한정하여 협상을 수행해왔었다.

4) 이를 테면, statins, BPH 제품, α 차단제 등이 포함되었으며, 개별적인 기밀을 요하는 합의라 품목을 공개하기는 곤란하다고 응답되었다.

가격-수량 연동제도에 관한 제약협회의 역할과 기능에 관한 사항으로 프랑스의 경우 제약회사는 합의를 위한 구조적 틀에 대한 협정을 체결하며, 스페인의 경우 제약협회가 정부정책에 따른 영향에 대해 제약회사의 대변인 역할을 수행한다고 조사되었다.

3. 제도 운영 특성

가격-수량 연동제도 적용 대상 선정 기준에 관한 조사 내용에서 프랑스의 경우 고가, 혁신 신약이 별도 환급 계약 조항에 포함되는 것으로 응답하였으나 구체적 의약품 항목은 공개되지 않는다. 다만, 일부 발간 자료에서 세레브렉스, 바이옥스 등이 포함되는 것으로 밝혀져 있다. 고가 의약품은 기존 약보다 훨씬 높은 경우에 해당하나, 혁신신약의 정의에 대해 아직 명확한 지침은 없는 것으로 나타났다. 혁신 신약의 경우 질병 중증도와 위급한 정도에 따라 결정할 수 있으나, 어떤 경우 증상이 달라질 수 있기 때문에 정의하기 어렵다고 한다. 다만 2003-2006년 협정에 따라 약물화학치료효능군 집합별 환급대상 의약품이 65개 의약품 집합으로 분류되어 이에 대한 기준 역치 비율을 공표하고 있다. 스페인의 경우에도 고가 의약품, 신약, 예상 판매수량이 높은 의약품이 가격-수량 연동제도 적용대상이라고 응답하고 있으나, 구체적 항목은 공개하지 않았다. 오스트리아도 마찬가지로 지난 몇 년간 수행해 온 가격-수량 연동 대상 의약품의 구체적 항목은 공개되지 않으나, Statin, α -차단제의 일부 품목에 한정되어 있었다.

해당 의약품 신청 절차는 개별 의약품 가격협상시 진행되는 절차에서 동시에 이루어져 별도의 협상절차는 없는 것으로 알려져 있다. 협상 소요

기간은 개별 의약품 가격협상시 진행되는 절차와 동시에 이루어지므로 별도 소요기간은 없다.

사용량 평가 메카니즘 등으로 활용되는 수량 파악 기전으로 프랑스의 경우 ① 제약회사가 신청시 제출하는 자료와 월별 판매량, ② GERS (Group for drawing up and producing statistics)의 전문 정보, ③ CNAMTS의 청구 정보, ④ MEDIC' Assurance Maladie (의학통계저널)에서 기술된 자료, 연구자료 등이 활용되고 있었다. 스페인의 경우 ① 제약회사는 주로 IMS(상업적 의약품 통계자료)를 활용하며, ② 보건위생부는 의약품 barcode로 소비현황 자료를 확보한다고 하였다.

협상을 통해 이루어지는 환급 혹은 가격인하 방식은 스페인의 경우 합의 당시 제약회사가 임의대로 선택할 수 있으나 대부분의 제약회사가 가격인하보다는 환급 방식을 선호한다고 하였으며, 이로 인한 재정절감액은 3년 동안 평균 3,000만 유로였다고 밝히고 있다. 프랑스의 경우 현재 일반적 계약으로 Safeguard 조항과 환급 조항을 동시에 수행하고 있으며, 앞서 기술한 바대로 환급 조항에 서명한 제약회사는 Safeguard 조항에서 면제되고 있다. 이에 따라 2004년 현재 180개 제약회사 중에서 174개 제약회사가 환급제도에 참여할 것을 합의하였으며, 나머지 제약회사는 Safeguard 조항에 적용된다. 환급 조항이 약효군 별로 차이를 두고 있기 때문에 기업에게 더욱 유연한 제도로 받아들여지고 있으며, Safeguard를 적용했을 때 지불해야 하는 금액보다 더 적은 점에서 참여 유인이 존재하는 것으로 보여진다. 이 제도 시행을 통한 재정절감액은 2003년에 1억9천 유로 정도라고 밝히고 있다.

4. 가격-수량 연동제도 운영상 발생하는 문제점과 해결 노력

프랑스와 스페인의 경우 별다른 문제점이 언급되지 않았으나, 프랑스의 경우 비용에 대한 자료를 모니터링 하기 위하여 공동 모니터링 그룹을 형성하여 자료를 검토하는 것으로 나타났다. 또한 수량에 대해 의약품이 등재된 적응증에 해당하는 환자에게 올바르게 사용될 수 있도록 지침을 마련하고 있는데, 프랑스에서는 올바른 의약품 사용에 대한 관측 노력을, 스페인에서도 의사 처방에 대한 지침을 통해 해당 의약품이 목표대상 인구(target population)에게만 소비되어 소비량 예측치에서 벗어나지 않도록 하는 노력을 함께 수행하고 있었다.

이상에서 의약품을 대상으로 한 가격-수량 연동규제 방식에 대한 일부 국가 사례에 대해 살펴보았으며, 이를 통한 우리나라에 주는 정책적 함의를 다음과 같이 살펴볼 수 있겠다.

첫째, 우리나라에서 가격-수량 연동규제 방안이 약제비 절감방안의 하나로 제시되어 왔으나, 약제비 절감에 대한 제약회사의 자발적 참여를 유발시킬 수 있는 사회적 합의 문화와 신약 개발 투자 및 신속절차와 같은 “당근”이 마련되어 있지 않을 뿐 아니라, 이에 대한 고려 필요성조차 논의되지 않고 있는 상태이다. 가격-수량 연동제도의 도입은 단순한 기술적인 약가 인하 내지는 환급 조치를 단행함으로써 약제비를 절감시키자는 것은 아닐 터이다. 이러한 조치를 실현가능하게 하는 제반 상황을 마련하기 위해 가격-수량 연동제도가 운영되고 있는 사회적 맥락에 대한 정확한 이해와 제약회사의 자발적 참여를 도출할 수 있는 유인책에 대한 고민이 필요하다고 본다.

둘째, 가격-수량 연동제도의 합의구조에 참여하는 위원구성을 살펴본 결과, 보건부와 보험자 뿐 아니라 산업정책을 관할하는 부처도 참여하고 있음을 알 수 있다. 이는 가격-수량 연동제도의

결과로 제약산업의 수익 구조에 영향을 미치고 있기 때문인 것으로 설명될 수 있다. 현재 우리나라에서 보험약가 결정방식에서 제약협회와 도매상 대표, 공급자 대표, 소비자 대표, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단의 각 대표가 의사결정에 참여하고 있다. 약가계약제 도입방안에 관한 김성옥(2003)의 연구결과에서 우리나라에서 협상을 통한 약가결정을 할 경우 추가해야 할 인력 중 하나로 기획예산처 혹은 재정경제부가 언급되고 있다. 의약품 가격정책이 보건정책 뿐만 아니라 산업정책까지 영향을 미칠 수 있기 때문에, 다부처의 정부 참여는 약가결정 뿐 아니라 가격-수량 연동규제제도를 도입할 경우에도 필요한 조치 사항으로 볼 수 있다. 또한 프랑스 경제위원회의 위원들은 제약회사와의 경제적 이해관계를 공표함으로써 의사결정 결과가 개인적 경제적 이해관계와 무관함을 밝히고 있는데 이러한 절차는 의사결정의 투명성을 높일 수 있는 장치로 기능할 수 있을 것이다.

셋째, 프랑스에서 운영하는 환급 적용 대상 의약품 선정이나, 고가 내지는 혁신 신약에 대한 환급 조항 마련은 대상 의약품 기준을 명확히 하는데에서 시작하고 있다. 프랑스의 경우에도 혁신 신약의 정의가 명확하지 않다는 비판 속에서 제도가 운영되고 있는데, 우리나라에서 이러한 제도를 실행하려 할 때에도 똑같이 경험할 수 있는 문제가 될 수 있다. 어떤 의약품을 대상으로 가격-수량 연동제도를 운영할 것인가에 대해 관련 이해당사자 간에 일정 수준의 합의가 필요하다. 또한 의약품 군별로 수량에 기초한 환급 조치를 도입할 경우에 의약품 군을 어떻게 분류할 것인가의 문제도 발생할 수 있겠으나, 현재 우리나라에서는 유럽에서 주로 사용하고 있는 의약품 분류 기준인 ATC 분류코드⁵⁾를 사용하고 있지 않아

분류 자체에서도 쉽게 접근하기 어려운 점이 있다. 따라서 기술적인 측면에서 의약품 분류에 대한 ATC 개편 논의가 우선적으로 이루어져야 할 필요성이 있다.

넷째, 대상 의약품의 사용량 평가를 위해 정확한 자료가 필요하며 이를 뒷받침할 수 있는 정보 생산장치가 일차적으로 마련되어야 한다. 현재 우리나라에서 보험자가 사용가능한 자료는 청구용 전산자료에 한정되어 있으며, 이들 자료로는 전산청구를 하지 않은 요양기관의 의약품 사용현황을 파악할 수 없으며, 또한 의약품 사용에서 전산청구까지 시간이 소요되는 등의 문제로 실시간 의약품 소비(on time drug use) 자료로 활용할 수 없다는 문제점이 존재한다. 이러한 문제점을 해결하기 위한 노력이 이루어져야 하겠다. 일부 제한되어 시행되었지만 환급되는 제약회사의 기여금에 비해 과도한 행정비용과 노력이 소요되어 이를 폐지한 오스트리아의 사례를 거울삼아 가격-수량 연동제도 운영을 하기 위한 행정비용과 노력이 어느 정도 소요되는지, 과연 제도 운영을 통한 실익이 있는지도 아울러 검토되어야 할 필요가 있다.

마지막으로, 가격-수량 연동제도는 제약회사에서 초과수익분에 대한 무조건적 환급을 의미하는 것은 아니다. 주어진 시장 내의 예상 환자수에

기초하여 결정된 예상 판매수량을 함께 지킬 수 있도록 상호합의하는 것이 이 제도의 핵심 사항이다. 이러한 합의 사항을 준수하기 위하여 해당 의약품이 대상 환자군에게만 처방 투약되어야 하며, 이를 지키기 위하여 프랑스에서는 의약품이 등재된 적응증에 해당하는 환자에게 올바르게 사용될 수 있도록 지침을 마련하고 운영하며, 동시에 올바른 의약품 사용에 대한 판촉 노력을 벌이고 있다. 스페인에서도 의사처방에 대한 지침을 통해 해당 의약품이 목표대상 인구(target population)에게만 소비되어 소비량 예측치에서 벗어나지 않도록 하는 노력을 수행하고 있다. 가격-수량 연동제도를 도입과 더불어 의사에게 해당 의약품을 올바르게 처방할 수 있도록 지침을 개발하고 제약회사의 판촉활동을 규정하는 지침을 개발하는 정책노력이 동시에 이루어져야 하겠다.

참고 문헌

- 김성욱, 『약가계약제 도입방안에 대한 연구』, 국민건강보험공단 연구보고서, 2003
- 김성욱 · 최숙자, 『외국의 보험약가관리제도』, 국민건강보험공단 연구보고서, 2002
- Association of the Austrian Pharmaceutical

5) ATC(Anatomical Therapeutic Chemical) 분류체계는 의약품이 작용하는 기관(organ) 혹은 체계(system) 및 화학적 약리학적 치료적 특성에 따라 5차 수준으로 분류될 수 있다. 1차 수준에서 의약품은 14개 주요 그룹으로 분류된다. 일례로 페니실린계 항생제인 ampicillin의 ATC 분류는 다음과 같은 구조를 갖는다.

A	감염치료제(Anti-infectives for systemic use)	(1차 수준, 해부학적 주요 그룹)
A10	항생제(Antibacterials for systemic use)	(2차 수준, 치료학적 소그룹)
A10B	Beta-lactam antibacterials, penicillins	(3차 수준, 약리학적 소그룹)
A10BA	Penicillins with extended spectrum	(4차 수준, 화학적 소그룹)
A10BA02	Ampicillin	(5차 수준, 화학적 소그룹)

- Companies, Facts & Figures 2003, 2003.
- Datamonitor, Pharmaceuticals in Spain – Industry profile, 2004
- Datamonitor, Pharmaceuticals in France – Industry profile, 2004
- Mossialos E., Mrazek M., Walley T., Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University, 2004.
- PPR Communication Ltd., Pharmaceutical Pricing and Reimbursement 2003, 2003.

보건의료 영역에서의 소비자 선택에 대한 검토

허 순 임
건강보험연구원

소비자 선택은 경쟁시장의 대표적인 특성이다. 보건의료분야는 시장기전이 작동하는 데 필요한 여러 요건이 충족되지 않아 시장실패의 영역으로 인식되어 왔고 의료의 공공재적 특성 때문에 국가가 규제하고 지도·감독하여 왔다. 근래에 들어 우리나라에서는 보건의료영역에도 시장경쟁 기전을 도입하여 질 좋은 서비스를 제공하고 소비자가 다양한 선택을 할 수 있도록 해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 본 고에서는 경제학이론에 바탕을 둔 경쟁 시장에서의 소비자 선택과 관련된 가정들을 알아보고 이들이 보건의료분야에서 적용될 수 있는지 살펴보고자 한다. 또한, 보건의료영역에서 가능한 선택들과 실제 적용된 사례를 통해 경쟁과 소비자 선택이 초래할 수 있는 사회적 비용과 문제점을 알아보고자 한다. 보건의료영역에서 선택이 가능한 부분으로 의료보험상품, 보험자, 의료제공자에 대해 살펴본 결과 소비자가 정보를 바탕으로 합리적인 선택을 하기 어려워 하며 사회적 비용이 발생하여 효율적이지 못하다는 결론을 얻었다. 보건의료영역에서 수요 측에 중점을 둔 경쟁시장에서의 소비자 선택을 촉진하는 정책은 매우 신중하게 검토되어야 하고, 그러한 정책이 야기할 수 있는 문제점들을 최소화할 수 있는 방안이 함께 고려되어야 한다.

주제어: 보건의료, 소비자 선택, 경쟁, 사회비용

I. 소비자 선택과 경쟁

소비자 선택은 경쟁시장(competitive market)의 대표적인 특성이다. 일반적으로 “경쟁”을 “시장경쟁”과 동일시하는 경향이 있으나 좀 더 넓게 보면 경쟁의 형태는 다양하게 나타날 수 있다¹⁾.

예를 들어 독점기업도 분권적인 방식으로 생산

을 조직할 수 있고 상대적으로 소수의 기업 사이에도 경쟁이 존재할 수 있다. 본 고에서 논의하는 소비자 선택과 연관된 경쟁은 시장에서의 경쟁을 의미한다. 경쟁시장에서 소비자선택은 공급자간에 질과 가격에 대한 경쟁을 촉진시켜 소비자가 값싸고 질 좋은 재화나 서비스를 구매할 수 있다는 주장이 널리 퍼져있다.

1) 경쟁에 대한 좀 더 폭 넓은 논의는 스티글리츠의 「시장으로 가는 길」을 참조하기 바람

보건의료분야는 시장기전이 작동하는 데 필요한 여러 요건이 충족되지 않아 시장실패의 영역으로 인식되어 왔고, 의료의 공공재적 특성 때문에 국가가 규제하고 지도·감독하는 영역이었다. 근래에 들어 우리나라에서는 보건의료영역에도 시장경쟁 기전을 도입하여 소비자의 다양한 선택을 보장하고 경쟁을 통해 서비스의 질을 높이는 주장이 제기되고 있다. 이 주장이 바탕을 두고 있는 것은 경제학에서 사용되는 소비자 이론으로 간단히 요약하면 사람들은 자신의 기호(prefecture)와 시장가격을 고려하여 최선의 선택을 한다는 것이다. 따라서 다양한 선택의 기회가 개인의 효용을 증가시켜 사회적으로도 이익이 되기 때문에 시장에서의 경쟁이 효율적이라고 주장한다. 본 고에서는 경제학이론에 바탕을 둔 시장에서의 소비자 선택이 잘 작동하려면 어떤 가정들이 필요하고 이들이 보건의료분야에서 적용될 수 있는 지 점검하고, 소비자 선택을 촉진하는 것이 오히려 더 많은 문제를 야기할 가능성은 없는 지 살펴보고자 한다. 다음으로 보건의료영역에서 가능한 선택들을 알아보고 보건정책을 적용하는 방안을 검토하고자 한다.

1. 소비자 선택이 좋은 이유

소비자의 선택이 사회보장(social welfare)을 높여 사회 전체적으로 이득이 된다고 믿는 데는 세 가지 이유를 들 수 있고 이들은 경제학 이론에 바탕을 두고 있다. 첫 째는 소비자 선택은 자신의 기호가 나타나는 것(revealed preference)이기 때문에, 용어의 정의에 따르면 선택은 스스로에게 최선이 되는(즉 효용을 최대화하는) 일이라는 것이다. 이 이론은 소비자의 선택에 내재된 동기에 대한 이해를 필요로 하지 않기 때문에 상당히 강

력하고, 소비자의 기호가 바뀌거나 외부의 요인에 의해 영향을 받을 수 있는 가능성을 포함하지 않는다는 점에서 제한점을 가진다.

소비자 선택과 관련된 두 번째 가정은 소비자 선택이 사회복지를 향상시킬 것이라는 믿음이다. 이것은 단순히 개인 소비자들의 선택이 자신의 효용을 최대화하므로 개인들의 효용의 합인 사회복지도 증가할 것이라는 가정이다. 이 가정은 소비자가 여러 대안들(alternatives) 중에서 스스로 선택하는 경우에 설득력이 있어 보이지만, 외부대리인(agent)에 의한 선택이 이루어질 경우 설득력이 떨어진다.

세 번째 가정은 시장에서의 선택이 공급자(또는 생산자)들로 하여금 가격을 낮추기 위해 효율적으로 운영하고 질을 향상하도록 만들기 때문에 사회적으로 이익이 된다는 것이다.

2. 소비자 선택과 관련된 문제점

앞서 언급한 소비자 선택을 뒷받침하는 논거와 가정이 잘 부합되지 않아 더 많은 선택이 오히려 해가 될 수도 있음을 살펴보고 보건의료영역에서는 어떠한 지 검토해 보기로 한다.

1) 개인 소비자에 대한 문제

선택을 제공하는 것이 개인의 입장에서 문제가 되는 경우는 다음과 같다. 첫째, 개인이 어떤 선택이 자기에게 최선인지 모르는 경우이다. 경제학 이론이 주장하는 바와 같이 소비자 선택이 자신의 효용을 최대화할 수 있으려면 소비자가 자신에게 최선이 되는 선택이 어떤 것인지 알아야 한다. 그러나 특정 분야의 전문가가 소비자에게 최선의 선택을 대신 결정해 주거나 상당한 영향력

을 가지는 경우 개인 소비자의 기호가 선택으로 나타나 효용을 최대화한다는 가정은 성립되기 어렵다. 둘째, 소비자가 가능한 대안들(alternatives)에 대한 충분한 정보를 바탕으로 선택할 수 있어야 하는데, 필요한 정보를 얻기 어렵거나 정보가 있다고 해도 제대로 활용하지 못하는 경우 역시 최선의 선택을 할 수 없다.

이와 같이 개인의 선택이 효용을 최대화하기 어려운 대표적인 영역이 보건 의료 분야이다. 환자들²⁾은 필요한 정보를 얻기도 어렵고, 정보를 얻었다 하더라도 이를 비교·분석하여 선택을 하기가 매우 어렵기 때문에 의학에 대한 전문지식을 갖춘 의료인들이 환자의 선택에 결정적인 역할을 하게 된다. 이러한 정보의 비대칭성 때문에 보건 의료 분야에 경쟁시장 논리를 적용시켜 소비자에게 많은 선택을 제공하는 것은 개인의 효용을 높이는 데 도움이 되지 않을 소지가 높다. 만약 환자의 선택에 결정적인 역할을 하는 의료인들이 환자를 위해 최선의 선택을 해 준다면 환자의 효용은 최대화될 것이다. 이 주제는 본 고의 논의를 벗어나는 것이므로 자세히 다루지 않지만 한 가지 언급할 것은 의료인들의 선택이 환자의 이익(또는 효용)을 위해서만 이루어지는 것이 아니라 자신의 이익과도 관련이 있을 가능성을 배제할 수 없다는 점이다. 의료인의 이익 중 한 측면은 환자에게 의료서비스를 제공하는 것이 자신의 수입과 연결되는 것이고³⁾, 다른 측면은 전문가로서의 관심 때문에 새로운 기법의 시술이나 첨단 의료기기 또는 신의약품 등을 사용하고 싶은

욕구이다. 이러한 의료인의 이익에 의해 의료서비스가 제공되는 경우를 유인수요가 발생한다고 하는데, 이에 대해서는 많은 선행연구가 있다 (Rice 1983; Cromwell과 Mitchell 1986; Doorslaer와 Geruts 1987; Voorde 등 2001; Grytten 등 1995; Carlsen과 Grytten 1998; Sorensen과 Grytten 1999; Carlsen과 Grytten 2000). 우리나라에서 확인된 신의료기술에 대한 빠른 확산(최상은, 2004)은 의사들이 자신들의 경제적 이익이나 전문가적인 관심에 따른 의료제공의 가능성을 충분히 나타내고 있다.

2) 선택이 사회 전체적으로 갖는 문제

소비자 선택이 개인차원에서 반드시 효용을 높이지 않을 수 있는 것과 마찬가지로 사회적으로도 나쁠 수 있는 경우는 다음과 같다. 첫째, 경제적 능력을 가진 일부의 사람들이 어떤 재화나 서비스에 대한 선택을 할 수 있는 경우, 이들의 선택이 지불능력이 없어 선택을 할 수 없는 다른 사람들의 효용을 감소시킬 수 있다. Uwe Reinhardt (1992)가 기술했듯이 고소득자들만 값비싼 신의료기술에 대한 접근이 가능하다면 이로 인한 저소득층의 부러움과 고소득층의 죄책감 등이 없다고 가정하는 것은 합리적인가?⁴⁾

사람들이 자신이 가진 재화와 서비스에만 관심이 있고 다른 사람들이 가진 것에 대해 비교하지 않는다면 자유로운 선택이 사회의 최선이 될 것이지만 실제로 많은 경우에 그들이 소유한 것을

2) 본 고에서 환자는 보건 의료의 소비자를 의미한다.

3) 의사들이 수요를 유인하는 경제적 동기는 의사에 대한 진료비 지불방식에 따라 달라지는데 행위별수가제(fee-for-service)로 보수를 받는 의사의 경우 수입에 직결되기 때문에 수요를 증가시킬 가능성이 높다.

4) 이러한 부정적인 효과는 부의 외부효과(negative externality)에 해당한다.

다른 사람과 비교하게 된다. 경제학 이론에서는 개인의 선택과 그에 따른 효용을 논할 때, 개인이 사회 구성원들 사이의 관계에 대한 가정이 없기 때문에 설명력에 한계를 가질 수밖에 없고, 이는 보건의료분야도 예외가 아니다. Reinhardt(1992)는 의료자원의 이용가능성에 있어서 사회계층간에 차이가 있을 때 사회 전체적으로는 더 나쁜 결과를 가져온다는 결론을 내리고 있다.

둘째, 한 그룹의 선택이 다른 그룹에게 부정적인 여파(spillover)를 가져올 수 있다. 보건의료분야에서 들 수 있는 예로 민간의료보험 영역에서 선택편이(selection bias)의 문제가 있다. 보험자는 건강상태가 좋은 사람들을 선택적으로 가입시키려고 할 것이고 이는 건강하지 못한 이들의 보험료를 증가시키는 결과를 가져오고 더 나아가 이들이 보험에 가입할 기회를 갖지 못할 수도 있다. 이 경우 선택적으로 가입한 개인 소비자들이 의도하지 않았더라도 다른 소비자들에게 해를 끼치게 되는 것이다.

마지막으로 선택을 허용하는 것이 사회적 편익을 초과하는 비용을 초래할 경우이다. 예를 들어, 의료보험의 선택을 허용하는 것이 보험자가 가입자를 선택(risk selection)하기 위한 더 많은 행정비용을 유발시킴으로써 결국 사회적 편익 보다 더 큰 사회적 비용을 초래할 수 있다. 충분한 위험조정(risk adjustment)과정이 개발되어 이 문제를 보정하지 않는다면, 높은 행정비용으로 인해 보험료는 올라갈 것이고, 상승된 가격에 부합하는 혜택이 제공되지 않을 것이다.

II. 보건의료분야에서의 소비자의 선택

다음으로, 보건의료분야에서 개인소비자가 선택할 수 있는 부분들을 살펴보면 민간의료보험 영역에서 특정 급여 또는 보험자 선택, 의료제공 쪽에서는 의사와 병원에 대한 선택 등이 가능하다.

1. 민간의료보험이 제공하는 특정 급여

사람들이 가지는 의료에 대한 필요(needs)와 기호(taste or preference)는 각기 다르다. 예를 들어, 어떤 사람은 수술보다는 약물치료를, 서양 의학보다 대체의학을 선호할 수 있다. 국가가 단일 의료보험을 제공하는 것에 대한 단점으로 지적되는 것이 사람들의 기호와 필요에 맞추어 다양한 선택을 할 수 없다는 점이다. 이런 관점에서 민간 의료보험을 활성화하여 다양한 의료보험 상품을 제공하여 개인의 수요와 기호에 적합한 선택을 할 수 있도록 해야 한다는 주장이 제기되고 있다. 그러나 앞서 지적한대로 소비자가 이 상품들을 제대로 이해할 만한 정보와 능력이 뒷받침되지 않는다면 소비자 선택이 가질 수 있는 장점은 반감될 것이다. 실제로 소비자들이 보험급여에 대해 이해하려면 많은 노력이 필요하고, 만약 여러 보험자가 각기 다른 급여패키지를 제공하는 경우 소비자들이 비용-효과적인 선택을 하는 것은 매우 어렵다. 이러한 문제점은 미국에서 관리경쟁(managed competition)을 도입하면서 이미 지적되었고 관리경쟁의 옹호론자들이 급여패키지의 표준화를 주장했다(Enthoven 1989).

이는 국내에서 시판되고 있는 보충적 민간의료보험상품을 표준화할 필요성에 대한 시사점을 제공한다. 표준화된 상품을 제공함으로써 소비자가 선택 가능한 상품에 대한 충분한 정보를 바탕으로 비교, 선택하여 자신의 효용을 최대화 할 수 있게 하고, 공급자들 사이에 가격에 대한 경쟁이

촉진되어야 경쟁시장에서의 소비자 선택이 장점을 가질 수 있다. 이와 관련하여 우선적으로 표준화에 대한 합의를 도출하고, 적절한 규제를 하지 않을 경우에 수반되는 사회적 비용까지 고려하여 정책을 입안해야 한다는 점이다.

2. 보험자에 대한 선택

우리나라와 같이 단일보험(즉, 국민건강보험)을 적용하는 경우 보험자를 선택할 필요가 없지만 여러 보험자가 존재하는 경우 보험자에 대한 선택이 가능하다. 공공보험과 민간의료보험 간의 선택이나⁵⁾ 보충형 민간의료보험의 경우만 보더라도 여러 보험자 중 선택하는 경우를 생각할 수 있다. 이런 측면에서 보험자에 대한 선택을 보장하는 미국의 관리경쟁(managed competition)을 살펴보는 것은 유익한 일이 될 것이다. 미국은 소비자에게 보험자를 선택할 수 있게 하는 관리 경쟁을 통해 보건 의료 체계를 혁신하고자 노력해 왔다. 관리경쟁 하에서 소비자들은 의료보험이 급여하는 의료의 질과 비용에 근거하여 보험자를 선택할 수 있게 되어, 동일 보험료 수준에서 최선의 의료 서비스를 제공하는 보험자가 가입자를 끌어들이 수 있다는 것이 논리의 핵심이다(Enthoven 1978; Enthoven과 Kronick 1989). 효율적인 가격으로 보험급여를 제공하는 보험자는 자원을 낭비하지 않는 의료제공자와 계약을 맺어 비용-효과적인 의료 서비스를 제공하는 유인을 갖게 되며 이를 통해 의료비용을 통제하고, 질을 유지하며, 의료 접근을 향상시킴으로써 보건 의료 분야에서의 성과를 개선할 수 있다는 주장이 관리경쟁과 관리

의료를 확산시킨 논리이다.

그러면, 미국에서의 소비자 선택과 관리경쟁이 잘 작동하였는가? 소비자들이 보험료 및 보험을 통해 이용할 수 있는 의료제공자를 포함한 급여 패키지에 대해 이해하는 정도는 상당히 낮은 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 더 큰 문제로 지적된 것은 소비자들이 그들이 제공받는 의료의 질을 결정하는 데 있어서 의료보험이 중요하지 않다고 생각한다는 점이다(Hibbard 등 1996; Jewett와 Hibbard 1996). 소비자들의 이러한 믿음은 의료보험이 서비스의 타입, 양과 질에 영향을 준다는 것을 깨닫지 못하고 있음을 나타내고, 소비자가 정보를 바탕으로 보험제공자에 대한 합리적인 선택을 하는 원래의 관리경쟁의 취지에서 벗어난 것이다. 심지어 가장 기본적으로 알아야 할 관리 의료(managed care)와 전통적인 보험의 차이를 제대로 이해하고 있는 경우도 많지 않았다(Hibbard et al., 1998).

미국의 경우 의료보험이 급여하는 의료의 질에 대한 평가는 환자만족, 예방의료 제공, 특정 문제에 대한 적절한 치료 등의 영역을 포함하는 Health Plan Employer Data and Information (HEDIS)에 근거하고 있다. 그러나 소비자들은 대체로 환자의 만족도에 관심을 가지고 있는 반면, 중요한 지표들 - 예를 들어 당뇨병환자의 안검사율, 저체중 출산, 수술후 사망률 등 -에 대해 관심을 보이지 않아 개인이 양질의 의료보험을 선택하는 것이 매우 어렵다는 것을 알 수 있다. 이에 따라 독립적이고 믿을 수 있는 기관에서 정보를 수집하고 분석결과를 공개하는 것이 필요하다는 주장이 확산되고 있다. 이와 같이 다양한 의료보험을 통

5) 이는 대체형 민간의료보험이 실시될 경우인데 보건 의료 체계 전반에 부정적인 영향을 줄 가능성이 매우 크기 때문에 우리나라에서는 도입될 가능성이 거의 없다.

해 제공되는 의료의 질에 대한 평가를 위한 일련의 과정은 상당한 사회비용을 초래하게 된다. 뿐만 아니라, 제공되는 정보를 제대로 활용하게 하려면 소비자들에 대한 교육이 필요하고, 이는 추가의 사회적 비용을 유발한다.

3. 의사 선택

전 세계적으로 대부분의 국가들은 개인이 의사를 선택하는 것을 허용하고 있고, 적어도 일차 진료에 대해서는 기본적인 것으로 여겨지고 있다. 환자의 올바른 선택을 위해 의료의 질에 대해 판단하는데 필요한 정보를 제공하는 방법을 강구해야 하는데 의사의 진료에 대한 표준을 만들어 평가하고 그 결과를 제공하여 환자의 선택을 도울 수 있다. 한편, 전문의의 경우는 다소 다르다. 일반인들은 전문의 진료에 대해 경험이 적고, 이들을 선택하기에 적합하지 않은 경우가 많다. 따라서 전문의 선택은 일차 진료의가 담당하는 것이 타당할 것이며, 이것은 의료전담체제와 밀접한 관계가 있다.

4. 병원 선택

환자가 병원을 선택할 수 있게 되면, 편리함, 비용, 의료에 대한 만족 등을 평가하는 데 환자가 가장 유리한 반면에, 개인 소비자가 의료의 질 평가에 포함되는 여러 측면들에 대해 충분히 알지 못하는 경우 개인선택이 그 자신과 사회에 최선이 아닐 수 있다는 점을 생각해야 한다. 실제로 미국의 Health Care Financing Administration

(HCFA)에서 실제 사망률과 예측치를 제공했지만 질에 대한 등급이 소비자의 병원 선택에 거의 영향을 주지 못했다(Mennemeyer 등 1997).

정책대안으로 소비자들에게 병원에 대한 선택권을 주는 대신 특별한 서비스를 전문적으로 제공하는 병원을 지역적으로 특화하는 것을 생각해 볼 수 있다. 질 향상 외에도 두 가지 이유로 사회 비용을 줄일 수 있을 것으로 생각된다. 첫째, 단일 병원에서 특정 서비스의 양을 집중하는 것은 규모의 경제로 인한 비용감소 효과가 있다 (Finkler, 1979). 둘째, 특정 서비스가 한 병원에 집중되면, 병원들은 환자와 의사를 유치하기 위한 경쟁에 자원을 쓸 필요가 없다. 이 경우 고려해야 할 것은 병원들에게 독점권을 줌으로써 생기는 비용을 통제할 방법이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 보건의료분야에서의 소비자 선택은 이론적으로나 실제적으로 제대로 작동하기 어렵다는 것을 알 수 있다. 보건의료에서 시장 개념을 도입하는 것은 '수요 측'에 초점을 맞추는 정책이다. 앞서 살펴본 바와 같이 소비자의 선택을 중시하는 미국에서는 수요 측 정책이 보편화된 반면에, 다른 선진국들은 미국보다 시장에 덜 의존적이며 공급자 측 정책⁶⁾을 주로 사용하고 있다. 의료비 절감과 의료의 질 향상을 위해 공급자에게 유인을 주는 것이 경쟁시장을 통한 정책보다 더 효과적이라는 것은 의료비와 건강지표 등의 비교를 통해 미국이 다른 선진국들보다 성과가 낮다는 것으로 알 수 있다⁷⁾.

경쟁은 20세기 말부터 주된 이데올로기로 자리 매김하고 있다(Light 2000). 국내에서 소비자 선택과 경쟁 도입을 주장하는 근거로 유럽 국가들

6) 공급자에 초점을 맞춘 정책으로 총액예산제, 의료기기 확산 통제 등을 들 수 있다.

7) 간략하게 2005 OECD Health Data에서 제공하는 자료로 비교할 수 있다.

이 경쟁 기전을 도입했던 사례들을 들고 있으나 이는 유럽의 의료보건체계에 대한 이해가 충분하지 못한 데서 비롯되는 것으로 보인다. 영국을 비롯한 대부분의 유럽 국가들은 공공의료체계가 확고히 자리하고 있고, 전체의료비 중 공공재원의 부담이나 의료공급 주체 등을 볼 때 공공부분이 절대적인 우위에 있다. 이러한 체계가 갖는 문제점을 개선하고자 하는 노력으로 경쟁기전을 도입하였거나 검토했지만 매우 신중하게 제한적으로 접근했으며 최근에는 경쟁도입이 그다지 긍정적인 효과를 내지 못했다는 것에 합의하는 분위기이다. 다음의 단편적인 사례들은 그 분위기를 전달해주고 있다.

독일이나 네델란드에서 소비자 선택권 강화차원에서 실시하고 있는 민간의료보험의 경우에 소비자 보호차원에서 가입의 지속성, 보험상품의 표준화, 보험요율 결정에 대한 규제 등을 실시하고 있다. 영국에서 대기시간을 줄이고 고급의료에 대한 수요를 충족시키기 위해 도입한 민간병원의 예에서도 자격관리, 재정지원에 대한 규제 등을 통해 제한적으로 운영되는 것을 알 수 있다.

Ⅲ. 보건의료영역에서의 경쟁과 소비자 선택의 의미

보건의료에서의 경쟁이 갖는 의미에 대한 Donal Light(2000)의 고찰은 시사하는 바가 크다.

“보건의료에서의 경쟁을 추구하는 것은 정치적이다. 보건의료에서 경쟁정책은 소비자에게 선택을 보장한다는 명분 하에 주장되고 실시되지만 실제로는 급여 제한, 급여 예외조항, 환자본인부

담(예.copayments)의 형태로 보험가입자들에게 재정적 책임을 넘기는 방식으로 사용된다. 또한, 의료서비스의 질을 제대로 평가하기 어려운 소비자의 선택에 근거한 경쟁은 선택으로 인한 부정적인 결과(예. 의료비 증가, 건강에 대한 개선 미약 또는 악화)에 대한 책임을 의료제공자가 회피하려는 시도로 볼 수도 있다”.

사실, 사회는 경쟁할 수 있는 부분과 경쟁방식에 있어 제한⁸⁾을 두기 때문에 어떤 분야이건 무한 경쟁과 자유시장이 존재할 수 없다. 특히 보건의료분야는 질병발생의 불확실성, 치료의 불확실성 및 질병발생으로 인한 경제적 손실의 가능성 등으로 인해 사회적 연대가 강조되었고 건강의 문제를 개인의 책임이 아닌 국가의 책임으로 여기고 있다. 이러한 맥락에서 의료의 공공성이 강조되며 의료에 대한 필요(needs)를 가지는 사람들이 의료이용에 대한 장벽을 갖지 않도록 보장하는 것이 국가의 중요한 역할이다. 이에 반해, 경제학 논리에 근거를 두고 시장의 역할에 중점을 두는 경쟁과 소비자 선택은 의료의 문제를 개인의 책임으로 돌려 경제적 능력과 개인의 기호에 따라 의료이용이 이루어지도록 촉진하는 것이다. 따라서 보건의료에서의 소비자 선택은 내재적으로 사회계층간의 불평등을 포함하고 있다. 이러한 불평등이 사회 전체적으로 비용을 증가시키고 건강향상에도 기여하지 못하여 결과적으로 비효율적이라는 것은 미국의 사례를 통해 알 수 있다.

이상의 논의를 통해, 앞으로 우리나라에서 보건의료영역에 경쟁시장 기전을 도입하는 정책은 매우 신중하게 고려되어야 하고, 그러한 정책이 야기할 수 있는 문제점들을 최소화할 수 있는 방안이 반드시 함께 검토되어야 함을 알 수 있다.

8) 이 때의 제한은 공정한 경쟁을 위한 것이다.

참고문헌

- 최상은. (2004) 신약이용의 확산에 대한 연구. 박사학위논문
- Carlsen F, Grytten J. (1998) More physicians: Improved Availability or Induced Demand? *Health Economics* Sep;7(6): 495-508
- Carlsen F, Grytten J. (2000) Consumer Satisfaction and Supplier Induced Demand. *Journal of Health Economics* Sep;19(5):731-753
- Cromwell J, Mitchell JB. (1986) Physician-Induced Demand for Surgery. *Journal of Health Economics* 5:293-313
- Doorslaer EV, Geurts J. (1987) Supplier-Induced Demand for Physiotherapy in the Netherlands. *Social Science Medicine* 24(11):919-925
- Enthoven A. (1978) Consumer Choice Health Plan. *New England Journal of Medicine* 298:650-658, 709-720__ (1989) Effective Management of Competition in the FEHBP. *Health Affairs* 8(Fall): 33-50
- Enthoven A and Kronick R. (1989) A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s. *New England Journal of Medicine* 320:29-37, 94-101
- Finkler SA. (1979) Cost-Effectiveness of Regionalization:The Heart Surgery Example. *Inquiry* 16(3):264-270
- Grytten J, Carlsen F, Sorensen R. (1995) Supplier Inducement in a Public Health Care System. *Journal of Health Economics* 14(2):207-229
- Grytten J, Sorensen R. (2001) Type of Contract and Supplier-Induced Demand for Primary Physicians in Norway. *Journal of Health Economics* May;20(3):379-93
- Hibbard JH, Sofaer S, and Jewett JJ. (1996) Condition-Specific Performance Information: Assessing Salience, Comprehension, and Approaches for Communicating Quality. *Health Care Financing Review* 18:95-109
- Hibbard JH, Jewett JJ, Engelmann S and Tusler M. (1998) Can Medicare Beneficiaries Make Informed Choices? *Health Affairs* 17(6):181-193
- Jewett JJ and Hibbard JH. (1996) Comprehension of Quality Indicators: Differences among Privately Insured, Publicly Insured, and Uninsured. *Health Care Financing Review* 18:75-94
- Light DW. (2000) Sociological Perspectives on Competition in Health Care. *J Health Politics, Policy, and Law*. 25(5):969-974
- Mennemeyer ST, Morrissey MA, and Howard LZ. (1997) Death and Reputation: How Consumers Acted upon HCFA Mortality Information. *Inquiry* 34:117-128
- Reinhardt UE. (1992) Reflections on the meaning of efficiency: can efficiency be separated from equity? *Yale Law &*

- Policy Review 10:302–315. Rice TH.
(2001) Should Consumer Choice be
Encouraged in Health Care? The Social
Economics of Health Care에서재인용
- Rice TH. (1983) The Impact of Changing
Medicare Reimbursement Rates on
Physician–Induced Demand. Medical
Care 21(8):803–816
- Sorensen RJ, Grytten J. (1999) Competition
and Supplier–Induced Demand in a
Health Care System with Fixed Fees.
Health Economics 8:497–508
- Voorde CV, Doorslaer EV, Schokkaert E.
(2001) Effects of Cost Sharing on
Physician Utilization under Favourable
Conditions for Supplier–Induced
Demand. Health Economics 10:457–
471

건강보험 주요 통계지표

1. 건강보험 대상자 현황(2005년 7월말 현재)

구분	계	직장소계			근로자		
		소계	가입자	피부양자	소계	가입자	피부양자
계	47,403,598	26,613,354	9,556,134	17,057,220	21,980,655	8,104,955	13,875,700
서울	10,042,454	5,517,122	2,182,338	3,334,784	4,709,004	1,904,926	2,804,078
부산	3,538,848	1,967,381	702,643	1,264,738	1,661,376	604,635	1,056,741
대구	2,438,332	1,341,826	457,984	883,842	1,079,187	378,567	700,620
인천	2,545,268	1,400,157	527,429	872,728	1,221,759	466,355	755,404
광주	1,341,228	795,841	263,612	532,229	615,437	213,947	401,490
대전	1,410,277	823,643	290,243	533,400	638,595	231,690	406,905
울산	1,071,103	712,172	251,187	460,985	650,604	228,272	422,332
경기	10,450,796	5,945,403	2,237,732	3,707,671	5,113,175	1,955,368	3,157,807
강원	1,458,128	781,629	261,095	520,534	529,745	182,936	346,809
충북	1,437,568	826,897	282,095	544,802	653,690	230,995	422,695
충남	1,880,816	1,032,088	349,427	682,661	817,198	287,979	529,219
전북	1,776,281	975,686	299,807	675,879	719,945	230,519	489,426
전남	1,839,015	942,581	278,193	664,388	712,432	215,458	496,974
경북	2,575,993	1,490,076	476,614	1,013,462	1,199,121	395,604	803,517
경남	3,061,280	1,790,888	608,191	1,182,697	1,463,645	511,041	952,604
제주	536,211	269,964	87,544	182,420	195,742	66,663	129,079

주) 1. 지역의 가입자는 적용인구를 말함.
2. 주민등록 주소지 기준.

(단위 : 명)

공 · 교			지역 소계		농 어 촌		도 시	
계	가입자	피부양자	가입자	세대수	가입자	세대수	가입자	세대수
4,632,699	1,451,179	3,181,520	20,790,244	8,552,499	2,215,811	922,725	18,574,433	7,629,774
808,118	277,412	530,706	4,525,332	1,922,824	-	-	4,525,332	1,922,824
306,005	98,008	207,997	1,571,467	626,920	-	-	1,571,467	626,920
262,639	79,417	183,222	1,096,506	422,988	67,965	25,421	1,028,541	397,567
178,398	61,074	117,324	1,145,111	467,721	-	-	1,145,111	467,721
180,404	49,665	130,739	545,387	217,007	-	-	545,387	217,007
185,048	58,553	126,495	586,634	235,219	-	-	586,634	235,219
61,568	22,915	38,653	358,931	148,534	-	-	358,931	148,534
832,228	282,364	549,864	4,505,393	1,854,413	147,054	60,975	4,358,339	1,793,438
251,884	78,159	173,725	676,499	285,324	215,334	89,299	461,165	196,025
173,207	51,100	122,107	610,671	251,097	222,759	92,869	387,912	158,228
214,890	61,448	153,442	848,728	352,582	327,686	133,727	521,042	218,855
255,741	69,288	186,453	800,595	323,852	194,141	80,205	606,454	243,647
230,149	62,735	167,414	896,434	370,793	451,282	192,870	445,152	177,923
290,955	81,010	209,945	1,085,917	447,569	260,143	109,797	825,774	337,772
327,243	97,150	230,093	1,270,392	514,720	238,664	100,617	1,031,728	414,103
74,222	20,881	53,341	266,247	110,936	90,783	36,945	175,464	73,991

2. 요양기관 종별 지급실적 현황(2005년 7월 누계)

구 분		지급건수 (건)	내원일수 (일)	진료일수 (일)	총진료비 (천원)			
					계	공단부담금		
총계	소계	462,297,753	420,606,034	2,348,503,640	14,066,337,243	10,151,115,660		
	입원	3,369,601	31,974,082	49,420,054	3,683,434,060	2,937,191,102		
	외래	458,928,152	388,631,952	2,299,083,586	10,382,903,182	7,213,924,558		
의 료 기 관	소계	소계	231,387,805	419,791,848	560,394,671	10,095,408,647	7,271,748,760	
		입원	3,369,601	31,974,082	49,420,054	3,683,434,060	2,937,191,102	
		외래	228,018,204	387,817,766	510,974,617	6,411,974,587	4,334,557,658	
	종합 병원	소계	소계	24,139,915	48,455,522	99,712,074	3,892,856,108	2,748,111,572
			입원	1,780,052	16,462,782	29,222,342	2,526,926,404	2,001,311,199
			외래	22,359,863	31,992,740	70,489,732	1,365,929,705	746,800,373
		종합 전문 병원	소계	9,066,356	18,030,929	41,122,750	1,962,148,939	1,379,190,885
			입원	744,643	6,458,606	12,896,307	1,296,419,405	1,025,171,246
			외래	8,321,713	11,572,323	28,226,443	665,729,533	354,019,639
	병원	소계	15,073,559	30,424,593	58,589,324	1,930,707,170	1,368,920,686	
		입원	1,035,409	10,004,176	16,326,035	1,230,506,998	976,139,952	
		외래	14,038,150	20,420,417	42,263,289	700,200,171	392,780,734	
	의원	소계	11,086,124	27,335,495	40,552,519	1,064,622,486	788,561,615	
		입원	831,681	10,208,450	13,538,226	700,696,926	563,390,716	
		외래	10,254,443	17,127,045	27,014,293	363,925,561	225,170,899	
치과 병원	소계	150,192,019	261,260,349	298,257,316	3,831,831,090	2,774,319,526		
	입원	714,309	4,610,613	5,947,529	430,824,143	352,478,127		
	외래	149,477,710	256,649,736	292,309,787	3,401,006,948	2,421,841,400		
치과 의원	소계	505,538	860,060	870,341	23,768,611	14,471,296		
	입원	1,435	6,964	12,685	1,039,440	824,583		
	외래	504,103	853,096	857,656	22,729,171	13,646,713		
한방 병원	소계	18,842,318	29,024,151	29,038,061	575,867,959	404,325,425		
	입원	-	-	-	-	-		
	외래	18,842,318	29,024,151	29,038,061	575,867,959	404,325,425		
한방 의원	소계	681,052	2,535,087	2,922,179	48,527,047	33,712,802		
	입원	38,382	644,684	649,228	22,497,075	18,008,121		
	외래	642,670	1,890,403	2,272,951	26,029,971	15,704,681		
보건 기관	소계	18,982,973	40,329,135	43,627,577	579,711,112	445,603,648		
	입원	1,006	21,556	21,666	472,326	377,865		
	외래	18,981,967	40,307,579	43,605,911	579,238,786	445,225,783		
조산원	소계	6,957,083	9,990,728	45,412,720	78,084,586	62,512,423		
	입원	1,953	17,712	26,494	838,099	670,038		
	외래	6,955,130	9,973,016	45,386,226	77,246,487	61,842,385		
약 국	소계	783	1,321	1,884	139,648	130,453		
	입원	783	1,321	1,884	139,648	130,453		
	외래	-	-	-	-	-		
약 국	소계	230,909,948	231,907,568	1,788,108,969	3,970,928,595	2,879,366,900		
	입원	230,105,812	231,093,382	1,785,824,408	3,966,945,458	2,877,070,004		
	외래	804,136	814,186	2,284,561	3,983,137	2,296,896		

주) 약국의 처방조제 내원일수는 총계의 내원일수에서 제외함.

건 당 (원)		건당일수 (일)		내원일당 (원)		진료일당 (원)	
진료비	급여비	내원	진료	진료비	급여비	진료비	급여비
30,427	21,958	0.91	5.08	33,443	24,134	5,989	4,322
1,093,137	871,673	9.49	14.67	115,201	91,862	74,533	59,433
22,624	15,719	0.85	5.01	26,717	18,562	4,516	3,138
43,630	31,427	1.81	2.42	24,049	17,322	18,015	12,976
1,093,137	871,673	9.49	14.67	115,201	91,862	74,533	59,433
28,120	19,010	1.70	2.24	16,533	11,177	12,549	8,483
161,262	113,841	2.01	4.13	80,339	56,714	39,041	27,560
1,419,580	1,124,299	9.25	16.42	153,493	121,566	86,472	68,486
61,088	33,399	1.43	3.14	42,695	23,343	19,378	10,594
216,421	152,122	1.99	4.54	108,821	76,490	47,714	33,538
1,740,995	1,376,729	8.67	17.32	200,727	158,729	100,526	79,493
79,999	42,542	1.39	3.39	57,528	30,592	23,585	12,542
128,086	90,816	2.02	3.89	63,459	44,994	32,953	23,365
1,188,426	942,758	9.66	15.77	122,999	97,573	75,371	59,790
49,878	27,980	1.45	3.01	34,289	19,235	16,568	9,294
96,032	71,131	2.47	3.66	38,947	28,848	26,253	19,445
842,507	677,412	12.27	16.28	68,639	55,189	51,757	41,615
35,490	21,958	1.67	2.63	21,249	13,147	13,472	8,335
25,513	18,472	1.74	1.99	14,667	10,619	12,847	9,302
603,134	493,453	6.45	8.33	93,442	76,449	72,438	59,265
22,753	16,202	1.72	1.96	13,252	9,436	11,635	8,285
47,016	28,626	1.70	1.72	27,636	16,826	27,310	16,627
724,349	574,622	4.85	8.84	149,259	118,406	81,942	65,005
45,088	27,071	1.69	1.70	26,643	15,997	26,502	15,912
30,562	21,458	1.54	1.54	19,841	13,931	19,831	13,924
-	-	-	-	-	-	-	-
30,562	21,458	1.54	1.54	19,841	13,931	19,831	13,924
71,253	49,501	3.72	4.29	19,142	13,298	16,606	11,537
586,136	469,181	16.80	16.91	34,896	27,933	34,645	27,738
40,503	24,437	2.94	3.54	13,770	8,308	11,452	6,909
30,538	23,474	2.12	2.30	14,374	11,049	13,288	10,214
469,509	375,611	21.43	21.54	21,912	17,529	21,800	17,440
30,515	23,455	2.12	2.30	14,370	11,046	13,283	10,210
11,224	8,985	1.44	6.53	7,816	6,257	1,719	1,377
429,134	343,082	9.07	13.57	47,318	37,830	31,634	25,290
11,106	8,892	1.43	6.53	7,746	6,201	1,702	1,363
178,349	166,607	1.69	2.41	105,714	98,754	74,123	69,243
178,349	166,607	1.69	2.41	105,714	98,754	74,123	69,243
-	-	-	-	-	-	-	-
17,197	12,470	1.00	7.74	17,123	12,416	2,221	1,610
17,240	12,503	1.00	7.76	17,166	12,450	2,221	1,611
4,953	2,856	1.01	2.84	4,892	2,821	1,744	1,005

3. 요양기관 현황(2005년 7월말 현재)

(단위 : 개)

지역	종별 계	종합 병원	병원	의원	치과		한방		조산원	보건 기관	약국
					병원	의원	병원	의원			
계	72,227	291	1,042	24,945	112	12,451	156	9,606	55	3,422	20,150
서울	18,378	62	130	6,269	42	3,875	34	2,643	5	25	5,293
부산	5,471	27	89	2,044	7	956	8	816	14	30	1,480
대구	3,905	12	72	1,355	9	663	12	635	3	25	1,119
인천	3,271	14	34	1,231	3	570	10	409	-	57	943
광주	2,133	15	38	797	4	403	6	234	4	15	617
대전	2,374	8	35	926	4	377	4	354	2	20	644
울산	1,383	3	37	504	2	261	4	195	-	28	349
경기	13,798	45	187	4,893	24	2,579	22	1,752	7	329	3,960
강원	2,084	16	35	654	1	287	3	246	4	243	595
충북	2,163	11	27	747	1	249	3	261	3	268	593
충남	2,820	10	45	920	5	338	6	342	-	409	745
전북	3,066	10	65	1,005	1	400	8	368	-	400	809
전남	2,851	18	65	856	1	320	10	249	5	560	769
경북	3,660	15	72	1,103	5	460	18	457	-	552	978
경남	4,075	19	107	1,354	3	588	6	552	7	399	1,040
제주	795	6	4	287	-	125	1	93	1	62	216

건강보험포럼

발행일 : 2005年 9月 30日
발행인 : 이 성 재 (국민건강보험공단 이사장)
편집위원장 : 이 상 이 (건강보험연구센터 소장)
편집간사 : 김 경 수 (건강보험연구센터 연구1팀장)
편집위원 : 김 재 현 (건강보험연구센터 연구조정팀장)
 김 정 희 (건강보험연구센터 부연구위원)
 박 종 연 (건강보험연구센터 부연구위원)
 김 진 수 (건강보험연구센터 부연구위원)
 정 희 자 (건강보험연구센터 통계분석팀장)
편집실무 : 엄 의 현 (건강보험연구센터 주임연구원)
발행처 : 국민건강보험공단 건강보험연구센터
주소 : 서울특별시 마포구 염리동 168-9 (우121-749)
홈페이지 : <http://www.nhic.or.kr>
대표전화 : 02-3270-9114 / FAX : 02-3270-9840

인쇄처 : 삼우토탈 ☎ 02-2272-3736

※ 이 책은 비매품입니다.

암 등 중증환자를 위한 국민건강보험의 더 커진 혜택, 꼭 챙기세요!



암·심장·뇌혈관 질환 등 중증환자 등록 절차 안내

● 등록대상

간암, 위암, 폐암, 백혈병 등 모든 암환자의 뇌종양 환자
* 심장질환 및 뇌혈관질환은 별도의 등록이 필요없이 자동처리됩니다.

● 등록에 따른 효과

치료비 부담 경감 : 건강보험 적용 치료비가 현재 20~50%에서
10%로 더욱 경감
* 건강보험이 적용되지 않던 의약품, 검사 등에도 최대한 건강보험이
적용됩니다.

● 적용시기

2006년 9월 1일부터

● 적용기간

암 : 암으로 확진되어 공단에 등록 신청한 날로부터 5년
심장질환 및 뇌혈관질환 : 개심수술 및 계두수술을 한 경우로
입원기간 최대 30일

● 등록절차 및 구비서류

의사에게 중증진료등록신청서를 발급받아 국민건강보험공단(지사)에 제출

● 유예기간

입원 : 9월 한달은 암환자로 등록하지 않더라도 2005년 9월 1일부터
적용되나 2006년 10월 1일부터는 등록 신청자에게만 적용

외래 : 2005년 9~11월까지의 암환자로 등록하지 않더라도 적용되나
2005년 12월 1일부터는 등록 신청자에게만 적용

● 문의전화 : 1588-1125



홍보대사 임희석