

최종보고서

분야별 재정효율화 방안 연구 :
보건·의료

2012. 6. 15

<요약 및 정책적 시사점>

보건복지부(2012)에 따르면 국내 보건의료 시장은 인구의 고령화, 삶의 질 향상 및 소득수준 향상에 따라 연간 국민 의료비가 80조원을 넘었으며, GDP 대비 비중도 6.9% 달한다. 지난 10년간 건강보험 재정추이를 살펴보면, 건강보험 급여비의 급격한 상승 추세, 건강보험료 인상문제 등으로 인해 건강보험 전체 재정은 적자와 흑자를 반복하며 안정성을 위협받고 있다. 건강보험 진료비 증가 원인으로는 전세계적 추세인 고령화, 만성질환으로의 질환 구조 변화, 소득 증가 등의 환경변화와 의약분업(2000년)과 건강보험 보장성 강화정책(2005년), 수가 인상 등 국내 정책들이 의료비 지출 증가 요인으로 작용하고 있다. 그러나 건강보험 진료비의 급증에도 불구하고 건강 보험료 인상의 어려움, 진료비 지불제도의 한계 등에 따른 국민건강보험 재정의 불안정이 심화됨에 따라 재정 효율화에 대한 필요성이 증대되고 있는 추세이다.

본 연구에서는 재정효율화 방안을 모색하기 위해 우리나라 보건의료 시스템의 문제점을 살펴보았다. 보건의료 시스템의 문제점으로 1) 의료전달체계, 2) 진료비 지불제도, 3) 약제비 관리제도 등을 들 수 있다.

현재 의원(1차)-병원과 종합병원(2차)-상급종합병원(3차) 의료후송체계가

구성되어 있음에도 불구하고 1차 의료기관에 대한 환자들의 불신으로 1차 의료기관의 역할이 미흡하다고 평가되고 있다. 우리나라의 환자후송(의뢰)체계의 기준은 의료기관의 기능과 연관되어 있어야 하지만 현재 이러한 기능에 대한 명확한 구분이 존재하지 않아 진료단가가 높은 3차 의료기관의 이용이 과다하여 의료자원이 효율적으로 사용되고 있지 못하다. 의료전달체계가 붕괴되고, 환자들 역시 법률에 의해 규정하고 있는 단계적 절차를 거치지 않으면서 의료비를 상승시키고, 이는 국민부담의 증가와 건강보험 재정의 악화로 이어지고 있다. 따라서 의료자원 배분을 효율화하고 의료비 상승을 억제하기 위해서는 붕괴된 의료전달체계를 재정립할 필요성이 있다.

우리나라 국민건강보험제도는 보수지불방식으로 행위별수가제(Fee-for-Service)를 채택하고 있으며 일부 입원질환 및 시술에 대하여 포괄수가제(DRG) 도입하고 있다. 행위별 수가제는 의사가 진단과 검사, 치료 항목을 추가할 때 마다 서비스 행위단위별 보상되는 체계로서, 공급자 유인 수요(Supplier induced demand)를 유발한다는 문제점을 가지고 있다. 행위별 수가제하에서 수가의 통제는 낮은 수가를 보전하기 위해 의료공급자들은 행위빈도를 증가시키거나 필요이상의 다른 행위를 첨가하게 된다. 현재 국내의 병·의원들의 CT, MRI 등 고가 의료장비 도입을 부추기는 추세이다. 또한 행위별수가제는 과다제공(overuse), 과소진료(underuse), 과오진료(misuse)와 같은 진료성과를 반영하지 않는 보상제도이다. 이에 따라 유의한 한계 편익이 없는 진료를 과다제공(overuse)할 가능성이 있으며, 효과가 있음에도 진료비 지불항목에서 제외되거나 다른 행위들과 묶어서 지불하는 경우 과소진료(underuse)가 나타날 수 있다. 진료 중 발생한 합병증이나 후유증과 같이 건강에 해를 끼치는 과오 진료(misuse)도 진료비 지불되고 있다. 따라서 행위별 수가제가 과잉진료를 부추겨 건강보험 재정을 위협하고 건강보험 재정적 측면에 지속가능하지 않다는 점을 고려하여 지불제도 개편이 고려되어야 한다.

우리나라의 약제비 증가율은 2005년까지 총진료비 증가율보다 높았으나

약제비 적정화방안 발표 2006년 이후 총진료비 증가율보다 약간 하회하고 있다. 그러나 증가율이 2008년을 제외하고 매년 10%이상으로 나타나고 있어 재정에 미치는 부담은 여전히 큰 것으로 보인다. 또한 총 진료비 중 높은 약품비 비중은 약값에 대한 국민 부담을 높이고, 급속한 고령화 현상과 함께 국민건강보험의 주요 재정 부담 요인으로 작용하고 있다. 정부도 2006년부터 이후 지속적으로 약제비 절감정책을 펼치고 있으나 성공적이지 못했다. 이는 약품에 대한 수요의 낮은 가격탄력성에 기인한다. 치료약의 경우 약을 선택하는 사람(의사), 약을 사용하는 사람(환자), 약값을 지불하는 사람(보험자)이 상이하여 소비자의 입장에서 굳이 가격에 연연할 이유가 없다. 공급자 입장에서는 수요자가 가격에 반응하지 않는데 굳이 가격경쟁을 벌일 이유가 없다. 따라서 수요자가 지불가능한 최대가격을 설정하고, 광고나 판촉행위, 제품의 질적 우위를 입증할 수 있는 근거의 마련에 주력하여 시장 점유율 확대하는 것이 최선의 전략이다. 이러한 이유로 인해 ‘시장형실거래가제도’를 통한 가격인하 경쟁 유도정책의 효과가 매우 제한적이다. 약제비 증가의 다른 요인인 약품 사용량 통제와 고가약 비중 증가에 대한 장치가 마련되어 있지 않아 사용량 통제가 이루어지고 있지 않다는 점이다.

이러한 보건의료 시스템의 문제점을 감안하여 본 연구는 본 연구는 건강보험재원조달 개선방안과 건강보험재정통제 방안에 초점을 두고 건강보험재정과 보건의료분야의 재정효율화 방안을 제시하였다.

최근 의료비 증가와 건강보험의 보장성 강화로 인해 건강보험지출 재원을 건강보험료로만 조달하는 것이 점점 어려워짐에 따라 중앙정부로부터의 재정보조의 필요성이 높아지고 있다. 중앙정부로부터의 재정보조 확대의 경제적 효과를 세대간 회계와 일반균형모형을 이용하여 분석한 결과, 재정보조 확대가 조세부담의 세대간 형평성 제고와 경제성장 및 미래세대의 후생증진에 기여하는 면이 있으나, OECD 통계를 이용한 실증분석으로 건강보험재정이 중앙정부의 재정지원에 과도하게 의존할 경우 보험자인 국민건강보험공단과 유관기관이 건강보험 재정지출 억제를 위한 노력을 기울일 유인이

줄어들 가능성이 있어 국민의료비 지출이 증가할 수 있다는 문제점일 제시하였다. 이를 바탕으로 향후 중앙정부의 재정지원을 증가시키되 그 비중의 급격한 증가를 방지하기 위한 조치가 필요함을 강조하였다.

또한 본 연구에서는 건강보험재정통제 방안 중심으로 의료보건 부문의 재정안정화 방안을 제시하였다. 이 과정에서 건강보험의 보장성 강화와 의료서비스 수요자 측면, 의료서비스 공급자 측면, 그리고 재정구조 측면에서 건강보험 재정통제 방안을 모색하였다.

건강보험 보장성 강화를 위하여 먼저 건강보험 보장성의 의미를 정립할 필요가 있다. 참여정부 이후 건강보험 보장성의 의미를 OECD 공공지출 비중과 혼용하여 이를 보장성의 수치적 목표로 설정하였다. 그러나 이러한 개념의 보장성 개념은 경제적 충격으로부터 보호기능과 무관하게 정의된다는 문제가 있다. 따라서 보장성의 개념은 경제적 충격이 큰 고액의료비 부담(중증질환 치료비)을 줄이는 것과의 관련성에서 정의되어야 하며, 모든 사람 그리고 모든 질병에 대한 보장률을 높이는 것은 타당하지 않다. 공적의료보장성의 개념을 재정립하기 위해, 기존의 건강보험 급여율과 같은 개념의 사용을 지양하고, '필수적인 의료를 이용하는 경제적 부담을 공적으로 어느 정도 보장하는지'에 초점을 맞출 필요가 있다.

의료보장성 개념강화와 함께 건강보험재정 안정화를 위해서는 건강보험 급여항목을 정비할 필요가 있다. 비급여서비스 증가로 인한 가계부담 급증 우려에 대비하기 위하여, 급여항목 정비를 통한 필수적인 의료서비스 보장이 필요하다.

공적의료 보장성 강화와 건강보험재정 건전성 제고라는 두 가지 정책적 목표를 달성하기 위해서는 건강보험급여 구조를 진료비가 적은 경증질환에 대한 급여 하향조정, 진료비가 많은 중증질환에 대한 급여 상향조정으로 개편할 필요가 있다. 경증질환의 경우 진료에 소요되는 치료비가 작아 질병 발병시 질병치료에 따른 비용이 작아 환자에게 가해지는 경제적 위해가 작으므로, 건강보험급여의 필요성이 작다. 그러나 중증질환의 경우 진료비가

과중하여 질병 발생시 질병치료에 따른 비용과 경제활동 중단에 따른 비용이 커서 건강보험급여 지급의 필요성이 크다. 또한 경증질환의 경우 건당 진료비는 작으나 발생빈도가 높아 경증질환에 대한 급여지급을 줄일 경우 절약되는 금액이 크다. 반면 중증질환의 경우 건당 진료비는 크나 발생빈도가 낮아 경증질환에 대한 급여지급을 줄여 중증질환에 대한 보장성 상향조정이 가능하다.

경증질환 진료비 지출을 억제하기 위해 연간 일정 금액 범위내에서 본인이 전액 진료비를 부담하는 제도(deductible)제도를 도입을 검토할 필요가 있다. 장기적으로는 건강저축계정(Health Savings Account, HSA)제도 도입에 대한 검토가 필요하다.

의료서비스 공급자의 책임성 강화를 위하여 외래의 경우 인두제를 통한 주치의 방식의 환자관리 필요하다. 각 건강보험자에게 주치의를 정하고 주치의가 3차 진료기관 등 고비용이 소요되는 병원의 외래진료 이용을 억제하는 문지기(gate keeper) 역할을 하도록 하여야 한다. 입원의 경우 포괄수가제(Diagnosis-Related Groups, DRG)와 같은 사전적 지불제도 도입 필요하다.

약제비의 증가를 억제하기 위해서는 외래 처방약 시장의 경우 저가 구매 인센티브가 별다른 인센티브가 되지 못하는 시장이므로(약품구매자가 처방자가 아님), 최종 소비자가격을 낮춘 제품일수록 시장에서 환영받도록 하는 조치 필요하다. 예를 들어 스웨덴의 ‘최저가 제품으로 의무적 대체’, 독일에서 참조가격보다 30% 이상 가격이 낮은 제품에 대한 소비자본인 부담분 면제 등을 들 수 있다. 병원내 시장에 적용되는 정책은 약에 대해 별도의 정액을 도입하기 보다는 전반적인 지불보상제도의 개혁 방향 속에서 해결하는 것이 바람직하다. 포괄수가제(DRG)나 총액예산제 등 환자 치료에 소요되는 모든 비용에 대해 포괄적으로 상환기준을 정하고 그 속에서 분야별 선택은 의료기관에게 맡기는 것이 타당하다.

마지막으로 건강보험재정을 통합재정수지 범위에 포함하여 중앙정부의 건

강보험재정에 대한 국회와 정부의 통제기능을 강화할 필요가 있으며, 보험자인 건강보험관리공단의 건강보험재정안정화 노력을 유도할 수 있는 건강보험 수입구조를 마련할 필요가 있다.