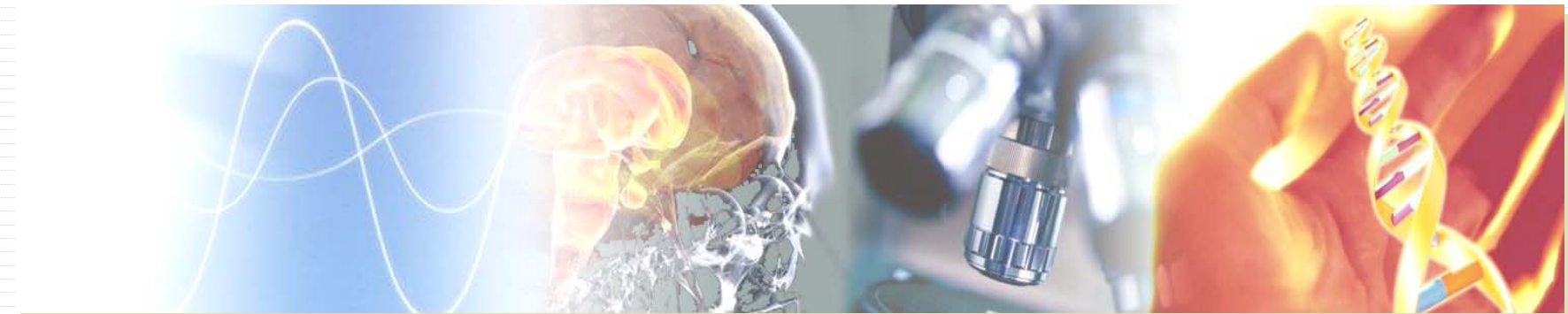


- 제 25회 보험경영인 조찬회 -

우리나라 건강보험제도의 시장친화적 개선방안



2007년 3월
경희대학교 경영대학 의료경영전공
주임교수 정 기 택



목 차

의료산업의 발전과 건강보험의 중요성

정부건강보험의 현황 및 문제점

민영건강보험의 현황과 주요과제

해외사례와 미래 방향

• 의료분야의 주요 환경변화





한국 의료산업의 틀, MSO가 바꾼다

(병원지원회사)

병원을 중심으로 한 의료산업에 엄청난 변화가 일고 있다. 최근 사회문제로 대두된 의료법 개정안은 이런 급격한 변화의 흐름을 반영한다. 누가 봐도 그러냐를 떠나, 또 개정안의 시행 여부와 상관없이 의료산업의 변화는 이미 시작됐으며 그 속도는 가속화될 게 분명하다. 이는 외국도 마찬가지다. 가령 지난해 하반기 미국의 리스 박사가 의료산업에 종사하는 100명의 최고경영자(CEO)에게 향후 의료산업의 5대 메가 트렌드가 무엇인지 고르도록 한 바에 따르면 아래의 다섯 가지로 나타났다. ▶정보기술이 병원 모습을 혁신시키며 ▶의료 서비스는 의사 중심에서 소비자 중심으로 전환되고 ▶만성질환 관리 분야가 급격히 성장하며 ▶공보화와 민영 보험 간 연계가 확산되며 ▶다양한 형태의 병·의원 간 네트워크 및 통합의료 시스템이 각 지역 내에서 국가와 전 세계로 확산될 것이라는 점이었다.

물론 외국에 비하면 우리나라의 경우 의료산업의 미래를 논의하기 여색할 정도로 병원의 역사는 100여 년에 불과하다. 우리나라 최초의 병원은 1885년 공해원이었으나 지금까지 존재하고 있는 병원으로는 1904년 설립된 세브란스 병원이 최초다. 그 후 일제 하에서 서울대학병원의 전신인 경성제국대학병원 등 여러 병원이 설립되었으나 6·25전쟁으로 모든 시설이 파괴됐다. 따라서 우리나라 최초의 현대식 종합병원은 58년에 설립된 국립의료원이다. 대학병원이 신설되기 시작한 것도 70년대다.

그러나 그 후의 변화 속도는 대단히 빨랐다. 80년대는 종합병원이 급증했고, 94년에는 삼성서울병원이 출범해 병원계에 진경경쟁이라는 개념이 도입됐다. 특히 21세기에 들어서면서 경쟁 격화 및 의료시장 개방에 대비해 대학병원들이 초대형화되고 있다. 내년까지 수도권에 집중되는 병상 수만 7000병상이 넘는다. 대학병원이 7~8개 이상 새로 생기는 것과 같은 규모다. 전국 병원 수도 1300개를 넘었다. 미국의 하버드·펜실베이니아·컬럼비아대 등과 같은



주식회사처럼 병원에 외부자본 투자 허용 병원 간 네트워크 확산 덴 수요 더 커질 듯

조일류 대학 부설병원들이 한국 진출을 본격적으로 준비하고 있다. 병원 간 경쟁은 이제까지 신사끼리의 경쟁에서 때가 컴티다. 즉 죽기 살기 차원으로 바뀌고 있는 것이다.

이르면 하반기부터 도입될 병원지원회사(MSO·Management Service Organization)제도도 의료산업에 큰 영향을 미칠 것이다. 이는 외부 자본이나 병원들이 MSO에 투자하고 그 대가로 병원 경영과 관련된 각종 서비스와 자본투자에 대한 배당소득을 받을 수 있도록 하는 제도다. 병원 분야에서는 영리법인

이 허용되지 않기 때문에 주식시장을 통한 자본조달이나 적자 의료법인의 형성이 불가능하다. 그래서 영리법인 허용의 차선책으로 제시된 것이 바로 MSO인데, 이미 치과나 성형외과 의원에서는 이와 유사한 조직을 갖고 있다. 그러나 병원과 외부 자본의 참여가 허용된 것은 이번이 처음이다. 여기에 비전속 의사의 타병원 진료도 허용된다면, 즉 서울의 대학병원 교수들이 제주도의 병원에 가서 수술을 하게 되는 일이 허용되면 병원 간 제휴 및 네트워크는 급속히 확산될 것이다. 이렇게 같은 배를 탄 병

원 수가 많아지면 경영지원에 대한 요구도 증가할 것이다.

정부가 병원을 중심으로 한 의료 서비스, 제약, 의료기기를 의료산업으로 정의하고 자체대성산업으로 육성할 의지를 보이고 있는 정도 의료산업을 크게 바꿀 수 있다. 정부는 이런 맥락에서 지난해 대학 병원 두 곳을 혁신형 연구중심병원으로 선정해 400억원의 연구비를 지원할 계획이다. 올해에는 의료 허브가 될 첨단 의료복합단지 도시를 선정하여 집중 육성할 예정이다.

의료보험제도의 변화도 주목할 만하다. 지난 10여 년간 정부는 국민건강보험의 보장범위를 지속적으로 확대해 왔다. 이를 위해 2006년 건강보험 보장성 강화 로드맵을 발표했는데, 문에는 여기 소요되는 재원에 대한 정확한 추계와 이에 대한 국민적 합의 과정이 충분히 못했다. 국민건강보험료도 세금과 같아서 일단 정부 정책이 결정되면 모든 국민은 이에 따라야만 한다. 향후 보다 충분한 논의를 통해 국민에게 보다 다양한 선택권을 제공하고 동시에 필요 재원을 줄이기 위해 민영 건강보험의 활용 방안을 모색할 필요가 있다고 판단된다. 이 과정에서 공보험 및 민영 보험 간 연계가 확산되고 민영 건강보험도 실제 치료비를 모두 지급하는 실손형으로 변화되면 경쟁력이 있는 병원과 그렇지 않은 병원 간 격차는 더 벌어질 것이다. 노령화 속도 의료계에 큰 영향을 줄 것이다. 노령화 속도가 세계에서 가장 빠르기 때문에 노인층은 의료분야의 가장 큰 고객군이 될 것이기 때문이다. 그러나 이에 대한 준비는 매우 부족한 실정이다. 환자들의 관리의식으로 인한 의료 서비스의 변화는 계속자금을 느낄 정도이다.

이처럼 의료산업의 변화는 매우 복잡적이고 급속하게 일어나는 것이기 때문에 앞으로는 경영기법은 물론 혁신 마인드와 진취적 기상을 가진 의료 경영자들이 절대적으로 필요한 시대가 될 것이다. 그리고 이를 위한 의료계와 정부의 시스템적 접근이 종합적으로 모색되어야 할 것이다.



• WTO DDA 협상시 의료시장 진입장벽

• 외국인투자의 제약요인

- 국내 의료법 제30조 : 외국인은 의료법인이나 비영리법인 형태로만 기관설립이 가능.

[수익의 본국 송금 불가능]

- 저보험수가 정책 → 투자수익의 보장이 어려움.
- 자국의 의료인력을 활용할 수 없음.
- 의료기관 설립 시 국내의 높은 지가로 막대한 자본이 듦.
- 언어와 문화적 차이가 높은 편.

• 외국인투자 요인

- 국내 의료시장의 성장잠재력이 매우 큼.
 - 낮은 보험수가지만 비급여 진료에 의한 고수익 가능.
- 향후 외국자본의 진출이 예상됨

• 경제특구와 관련된 의료시장 개방

• 경제특별구역의 추진과정

- 2002년 7월 동북아 비즈니스중심국가 계획 발표
- 2002년 11월 경제특별구역의 운영 및 지정에 관한 법률 통과
- 2003년 8월 인천, 부산, 광양 3개 구역 지정
- 2003년 8월 복지부장관 동북아 중심병원 계획 발표
- 2003년 10월 재경부 경제자유구역기획단 동북아 의료허브 육성 계획

• 동북아 의료허브

- 복지부: 우리 측에서 병원건립
- 재경부: 세계 초 일류병원의 유치

• 경제특구와 관련된 의료시장 개방

"경제특구 외국병원 내국인 진료 허용"

재경부, 법제처에 법안 제출-건강보험 미적용 재정경제부가 경제자유구역에 들어설 외국병원에 내국인 진료를 허용하는 방안을 추진 중이다.

재경부는 18일 법제처에 제출한 '2004년도 정부 입법 수정 계획'에 이 같은 내용을 포함시켰다고 밝혔다.

이에 따르면 현행법상 불가능한 것으로 규정된 경제특구 내 외국병원의 내국인 진료 금지가 폐지된다.

재경부는 미국 등 선진의료국 출신 외국인 의사들이 자기 나라에서 취득한 의사면허를 인정, 한국인 진료에 차질이 없도록 하는 방안도 검토할 예정이다.

또 특구내 외국병원들이 수익을 낼 수 있도록 내국인이 이들 병원에서 진료를 받을 때에는 국내 건강보험을 적용하지 않을 방침이다.

재경부는 법제처 심사를 거쳐 올 9월 개정안을 국회에 제출할 계획이다.

재경부는 지금까지 경제자유구역 내 외국병원의 내국인진료를 허용한다는 입장을 비공식적으로 내비쳤지만 정부 공문서를 통해 공식화하기는 처음이다.

이는 자유구역 내 외국병원과 내국인 병원의 동등한 대우를 계속해서 요구한 병원계의 입장과 정면으로 배치 논란이 예상된다.

기사입력시간 2004-06-18 10:06

• Philadelphia International Medicine

- Nine world class hospitals working as one team
- Birthplace of American medicine
 - First hospital
 - First children's hospital
 - First cancer hospital
 - First medical school
- One of the largest concentrations of health care knowledge in US
- Trains one of every five US physicians
- Top two leading research centers



• Vital Statistics

- PIM hospitals employ more than 29,000 persons
 - 5,900 health care professionals
 - 600 administrators
- Admit 175,000 persons
- Handle 280,000 emergency department visits
- Provide 1.6 million outpatient visits
- All not-for-profit organizations
- Over \$1 billion in capital construction projects



• 국내 의료제도 개선의 제안

"일반국민, 외국인, 전문가 모두 외국 병원 수용도 높아"

일반국민

☞ 경제자유구역 내 외국 병원 필요도

68.6%

■ 이용 의향



❖ 이유 :
국내에서 제공하지 못하는 의료서비스 제공 : 50.8%

외국인

☞ 한국내 외국 병원 필요도

67.8%

■ 이용 의향



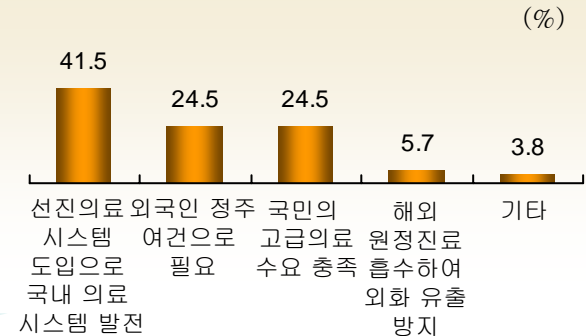
❖ 이유 :
언어소통 불편해소 50.9%

전문가

☞ 경제 자유구역내 외국 병원 진출 찬반

86.9%

■ 찬성 이유



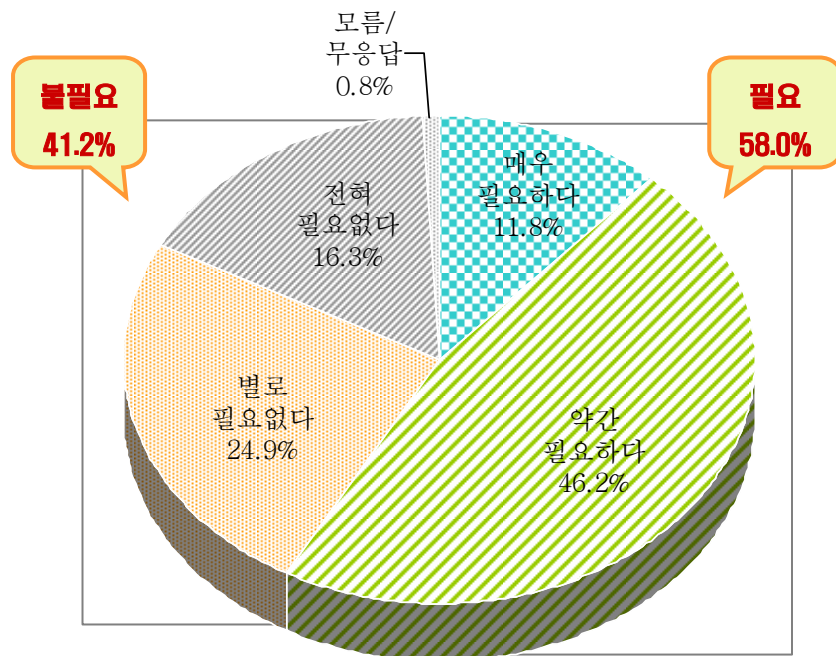
- 일반국민과 국내 체류 외국인은 외국병원이 필요하다고 인식하고 있으며, 절반 이상이 이용 의사를 밝히는 등 수용도가 높은 것으로 파악됨
- 전문가들도 외국병원 진출에 대해 '국내의료 시스템 발전 기대' 등의 이유로 대다수가 찬성하고 있음

• 주 관심사항 및 요구사항 분석 – 고객(내국인/외국인)

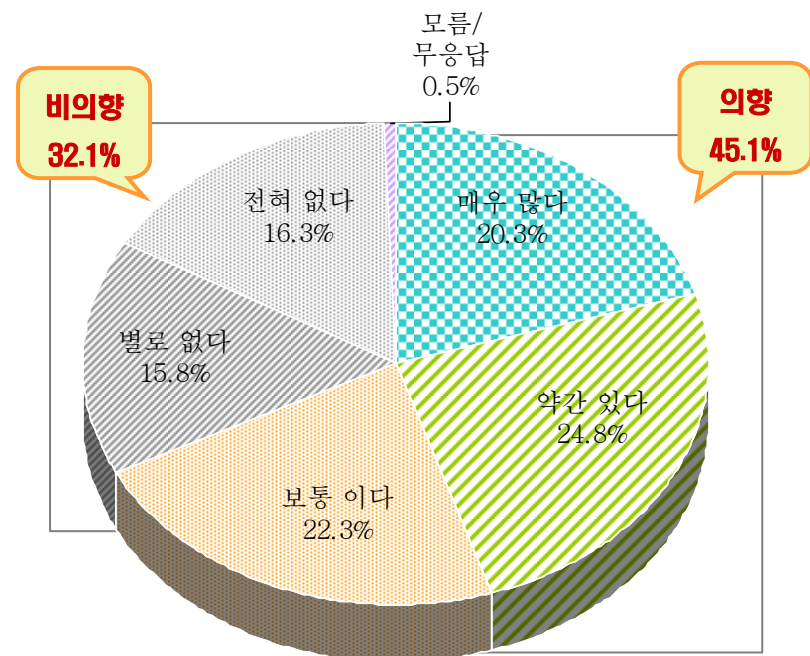
차별화된 의료수요에 대한 요구지표로서 민영건강보험 관련 인식 조사결과는 다음과 같음

경제자유구역 내 외국병원 이용시 기존 국민건강보험 외에 별도의 비용을 지출하고 가입할 수 있는 민영건강보험에 대해 내국인의 58.0%가 민영건강보험이 필요하다고 인식하고 있으며, 외국인의 경우 45.1%가 가입할 의사가 있는 것으로 파악

▣ 민영건강보험 도입 필요도(N=1,041, 내국인)



▣ 민영건강보험 가입 의향(N=202, 외국인)



• 필수적 의료와 선택적 의료

- “모든 의료는 더 이상 필수재가 아니다.” [서울의대 의료정책연구실장 허대석 교수]
 - 공공의료의 심각한 침해를 해칠 우려로 반대하였던 찬반 논쟁은 해답을 찾아야 함.
 - 패러다임의 변화 : 부가적 분야에 대한 고비용 지불은 선택재
 - 질병치료에 필수적인 의술 : 폐렴이나 맹장염 등의 수술 등
 - 선택적 의료신기술 : 이레사 등 점차 부가적이고 선택적인 분야
- 따라서, 공공의료 확충은 필수적 의료부문에 선택적 의료부문과 분리되어 적용
- 공공의료 확충과 의료산업 육성을 동시에 추진해야 함을 복지부에서 누차 강조한 바 있음.

• 의료허브 육성의 필요성

선진국들은 생명과학과 의료서비스 분야를 21세기 전략 산업으로 육성하기 위해 국가차원의 투자를 집중

Why Bio Medical Hub?

21세기는 BT의 시대

차세대 성장동력으로 경제구조 전환

가장 우수한 인재가 국가경제에 기여

정부와 기업의 적극적, 집약적 협력 필요

BT-IT-CT 융합
새로운 HT
창출

바이오 신산업
국제 클러스터
조성

첨단 치료 및
맞춤의학
구현

아시아에
의료수출
네트워크 구축

- **첨단의료복합단지의 개념**

첨단의료복합단지란?

■ **의료분야의 연구개발, 서비스의 촉진을 위해 연구소, 임상기관, 제약기업, 의료기기업체, 병원 등을 지역적으로 집적시킨 단지**

■ **연계성 및 지리적 근접성**을 극대화 할 수 있는 단지

■ **장기적인 재활치료와 산업활성화를 지원할 수 있도록 치료시설 및 주거, 휴양시설, 금융, 교육시설까지 연계된 복합 단지**

• 첨단의료복합단지의 구축 목적

동아시아 최첨단 메디컬 허브

세계 최고의 의료 서비스제공, 관련 기업간의 수익을 극대화할 수 있는 가치사슬을 구성하고 정보공유를 통한 공동연구수행 및 최적의 교육환경을 구축함으로써 산업효과 및 가치창조를 극대화 할 수 있는 메디컬 허브 구축

동아시아 첨단전문병원 중심으로 구축

한국의 경쟁우위 분야인 성형외과, 치과, 동서통합암센터 등 첨단 병원을 중심으로 구성

한국의 최첨단 R&D 집적지

현재 국내 의료분야 중 세계 경쟁력을 가지고 있는 동북아 유전체 연구센터, 재생의학 연구센터, 신약연구개발 센터, 뇌영상 기기 연구 센터 , 한방의학 연구센터의 집적지로 국내, 나아가 동아시아 의료네트워크 구축

- **첨단의료복합단지 (IBMH) 추진 과정**

IFEZ는 생명을 다루는

첨단의료산업 을 준비하고 있었습니다!

I 인천국제공항과 항만이 연계된 미래신도시 건설

- ▶ 1994년 매립공사 시작
- ▶ 2002년 국제 업무 단지 토지 공급 계약 체결
- ▶ 2003년 국내최초 경제자유구역 지정

I 인천 바이오 메디컬 허브 추진현황

- ▶ 2005. 1 ~ 12 : 허브 구축 기획 및 시장보고, 세부계획 수립을 위한 용역 수행
- ▶ 2006.1 ~ 현재 : 중앙정부와 연계방안 수립, 세부실행계획 수립

• 첨단의료복합단지의 구성

East Asia Bio-Medical Hub STAR CLUSTER



■ 3개의 인프라를 기반으로 스타과학자 및 전문가들의 7개 연구센터(Star Cluster)구축

■ 분야별 연구 센터들의 시너지 효과가 극대화 될 수 있도록 4개의 클러스터(Star Cluster)구성

■ 유치된 스타(과학자 · 학교 · 연구소 · 기업)들을 앵커로 활용, 투자 유인 및 허브 확립

오시는 길



인천바이오메디컬허브 구축을 위한
스타과학자 초청 심포지엄



2007. 1. 18(목) 13:30 ~ 17:30
그랜드인터컨티넨탈호텔 (로즈룸)

 인천경제자유구역청
www.ifez.go.kr

인천경제자유구역청
투자유치본부 교육의료팀

인천광역시 연수구 송도동 7-50번지 송도테크노파크본부동 | TEL : 032)453-7411

- 주최 -
 인천경제자유구역청

모시는 글

안녕하십니까?

인천경제자유구역청은 지정학적 위치와 경제자유구역의 제도적 이점을 활용하여 post-IT와 연계된 새로운 성장 동력 산업을 창출하기 위한 투자 유치 모델로 '인천바이오메디컬허브'를 2005년 초에 기획하여 2006년 초에 용역을 통해 기본계획을 수립하였고, 현재 허브 구축의 가시화를 위해 국내 유수의 의료·바이오 분야 기관들과 상호협력을 위한 협약을 체결하고 있습니다.

아울러 우리 청은 중앙정부가 차세대 성장동력과 국부 창출 전략으로서 추진하고 있는 첨단의료복합단지과 연계하여 시너지 효과를 창출하기 위한 계획을 세우고 노력을 경주하고 있습니다.

금번 심포지엄은 인천바이오메디컬허브 계획을 알리고 첨단 의료복합단지의 성공적인 유치를 위한 인천경제자유구역의 노력의 일환으로, 의료·바이오 분야의 국내외 스타과학자들과 유수 기관을 모시고 인천바이오메디컬허브의 미래에 관해 논하는 뜻 깊은 장이 될 것입니다.

바쁘시더라도 참석하여 자리를 빛내 주시면 감사하겠습니다.

2007년 1월
인천경제자유구역청장 이 환 군

인천바이오메디컬허브 구축을 위한 스타과학자 초청 심포지엄

행사진행순서

- I 부 - (진행 : 인천경제자유구역청 공보관)

| | |
|---------------------|--|
| 13:30 ~ 14:00 (30분) | 등록 |
| 14:00 ~ 14:10 (10분) | 환영사 (이환균 인천경제자유구역청장) |
| 14:10 ~ 14:20 (10분) | 격려사 (조성익 재경부 경제자유구역기획단장) |
| 14:20 ~ 14:30 (10분) | IFEZ 소개(동영상) |
| 14:30 ~ 14:50 (20분) | 주제발표 (정기택 경희대 의료산업연구원장) - "첨단의료복합단지 유치를 위한 IFEZ 노력" |
| 14:50 ~ 15:00 (10분) | 스타과학자와 업무협약체결 |
| 15:00 ~ 15:10 (10분) | Coffee Break |

- II 부 - (좌장 : 이명철 서울대 교수)

| | |
|---------------------|--|
| 15:10 ~ 15:40 (30분) | 특별강연 1 (조장희 가천의대 석좌교수) - "첨단 의료기기 산업의 미래" |
| 15:40 ~ 16:10 (30분) | 특별강연 2 (김성호 UC버클리대 교수) - "신약개발산업의 미래" |
| 16:10 ~ 16:40 (30분) | 특별강연 3 (서정선 서울대 교수) - "IFEZ의 바이오메디칼산업 전망" |
| 16:40 ~ 16:50 (10분) | Coffee Break |

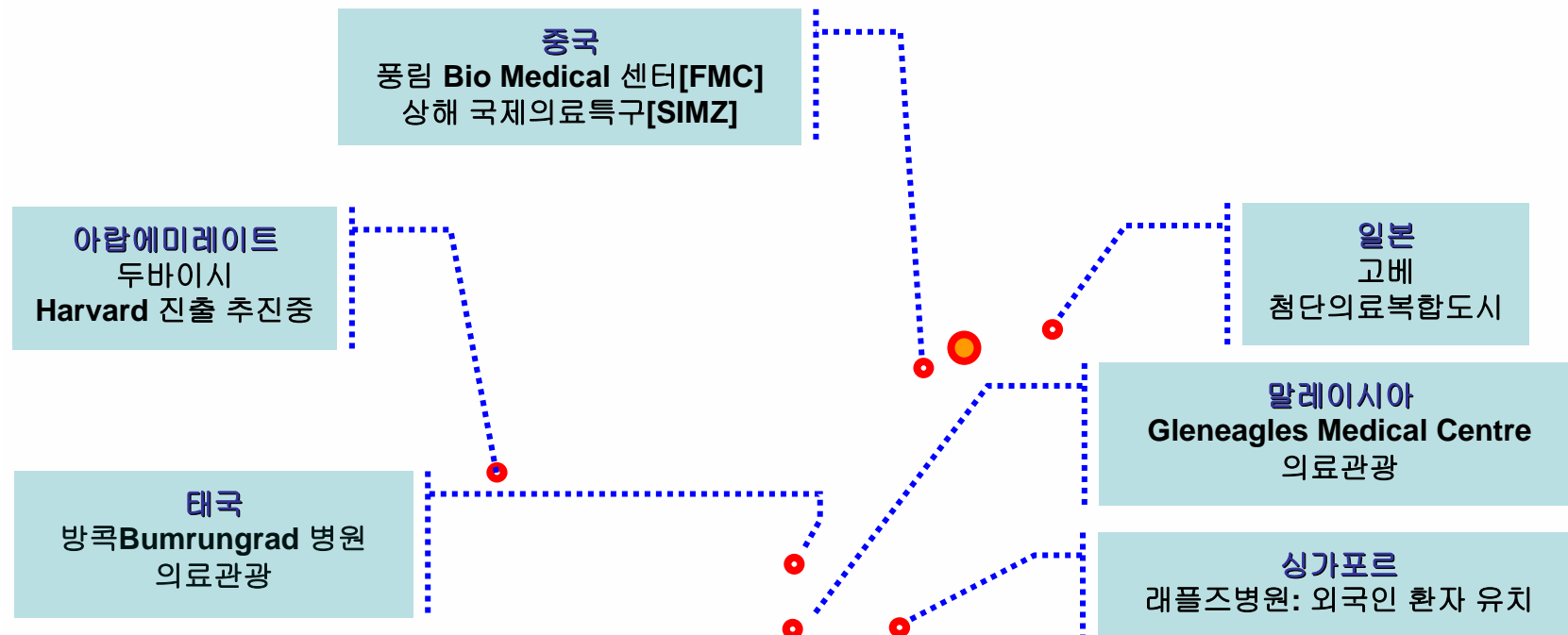
- III 부 - (좌장 : 신희섭 KIST 박사)

| | |
|---------------------|---------------------------|
| 16:50 ~ 17:30 (40분) | 토론 (스타과학자, 첨약학교연구소장 등) |
|---------------------|---------------------------|



• Medical Tourism

해외환자 유치를 위한 아시아 국가들의 의료 허브 추진 계획



• 아시아의 의료관광 육성

싱가포르

1. 병원의 투자 및 민영보험에 대한 제약을 과감히 철폐하여 래플스 병원과 같은 주식회사형 병원 성장.
2. 사이언스 프로젝트를 통해 미국 존스홉킨스의대 연구소와 머크, 릴리 등 유치 : 복합생명과학단지 조성 중.
3. 정부주도로 2012년 한 해 100만명의 환자유치를 목표로 의료관광(Medical Tourism)을 기획.

태국

1. 태국 방콕의 '범룽랏(Bumrungrad)' 병원은 2002년 아시아에서 최초로 국제병원평가위원회(JCIA)로부터 인증을 받았으며, 미국 및 유럽의 의료보험회사와 연계하여 2003년에만 30만 명의 외국인 환자를 유치.
2. 관광과 의료서비스를 연계하는 '의료관광(Health Tourism)' 을 새로이 떠오르는 주요 국가사업으로 키운 결과 33개 태국민간병원에 한 해 80만 여명의 외국인 환자가 방문(태국 관광청).
3. 올 해 태국의 '의료관광' 수입은 약 6000억 원으로 예상되며, 수입은 매년 10% 이상씩 성장하고 있음.

• 인구 고령화에 따른 의료비 급증

• 고령화에 따른 의료수요 증가

- 고령인구 : 질병에 걸릴 확률, 질병상태 지속기간이 증가
- 이에 반해, 인구 증가율이 1% 미만이므로 인구증가율보다 고령화가 의료비 증가의 주요 요인임.

• 고령화 속도

- 65세 고령인구 비율 7%에서 14% 달성 기간 : 18년
- 14%에서 20% 달성기간 불과 8년

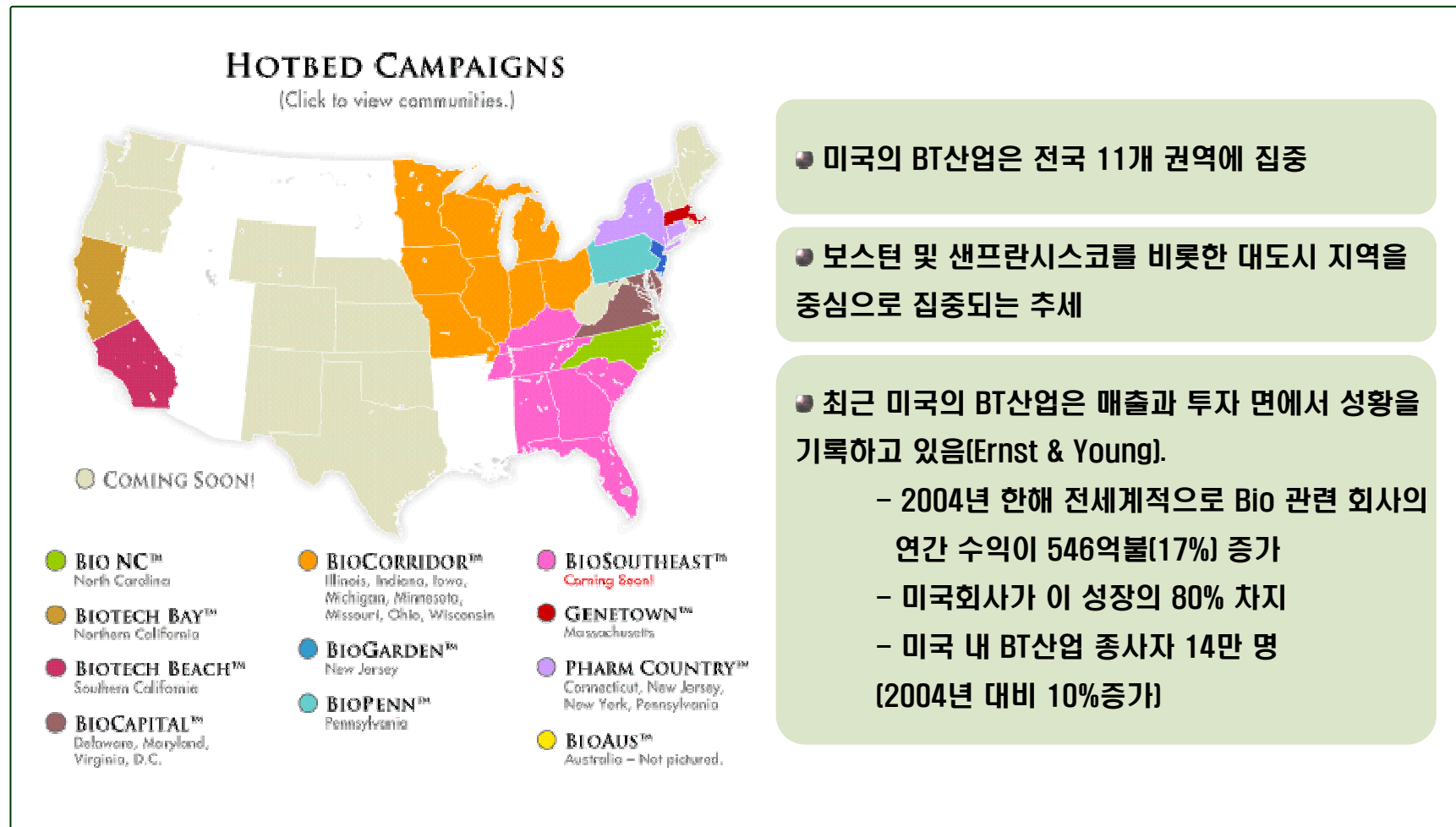
• 상대적 의료비지출 지수 [연령별 의료비 지출비중/연령별 인구비중]x100]

- 65세 이상인 자가 차지하는 의료비 비중
- 1985년 100, 1995년 200, 2004년 288.5

• 가족형태의 변화 : 환자 또는 고령자 부양의 사회적 책임

- 산업화에 따라 핵가족 또는 단신가족형태이며 여성의 경제활동 참가율 증가
- 단독가구 비중 : 2005년 17.0%에서 2020년 24.7%
- 평균가구원 수 : 2005년 3.0명에서 2020년 2.7명

• 미국의 의료산업 육성



• 일본의 고베 의료산업단지

- 밀레니엄 프로젝트에 의해 설립된 고베 바이오메디컬단지 지식창출 기관
- 연간 총 R&D 예산은 약 51억엔(약 450억 원)
- 주요연구는 ‘배아줄기세포’
- 대학과의 제휴를 통해 연구 협력 및 신진 연구자 육성



• 상하이 SIMZ

상해 국제의학원(SIMZ)의 목표

2020년 목표로 의료 서비스, 의학 정보, 연구 및 기술 개발의 세계적 센터로 성장

- 국민들이 양질의 의료서비스 이용 가능하도록 접근성 향상
- 중국의 의료서비스 및 의료 교육과정 수준 향상



상해 국제의학원(SIMZ) 추진 분야

- 의료서비스
- 의료 교육
- 의료기기
- 기초 임상 연구

- 총면적 : 약 350만 평
- 녹지비율 : 60%



목 차

의료산업의 발전과 건강보험의 중요성

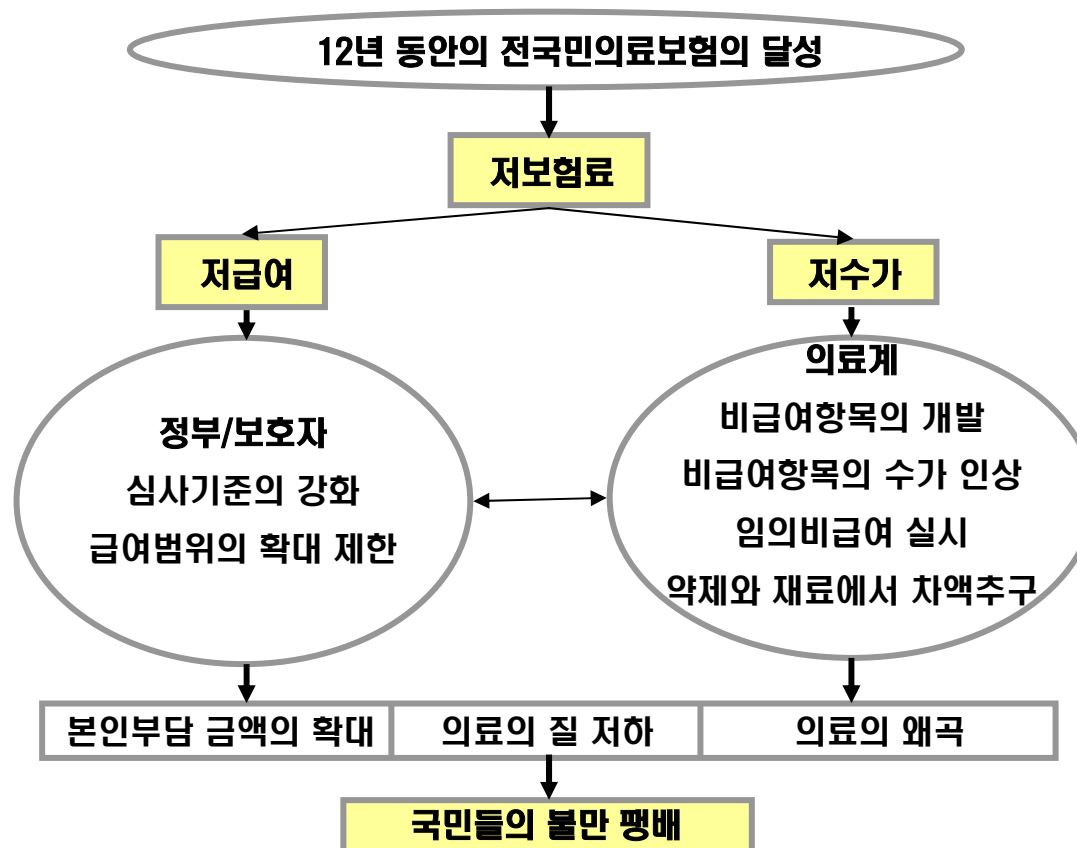
정부건강보험의 현황 및 문제점

민영건강보험의 현황과 주요과제

해외사례와 미래 방향

• 건강보험 정책의 역사적 문제점

- 1977년에 도입된 이후 12년이라는 짧은 기간에 전국민 의료 보험을 달성하기 위해 저보험료, 저급여, 저수가 정책을 견지함
- 1995년부터 적정보험료 적정급여 정책으로 전환 후 재정 문제 발생



• 건강보험 재정의 취약성

- 1995년 이후 건강보험 적립금 지속적으로 감소
- 의약분업 직후 2001년도 2조 2000억원의 적자
- 2006년까지 건강보험 재정안정화 특별법으로 매년 1조 이상 지원
- 보험료 예측과 유보금 부족으로 재정의 연도별 변동성 높음
- 5000만명을 보장하는 건보공단에 보험계리인 전무
- 재정안정성을 고려하지 않고 보장성 강화 로드맵 발표

• 건강보험의 재정 상태 (1995-2004)

(Unit: 1 billion won)

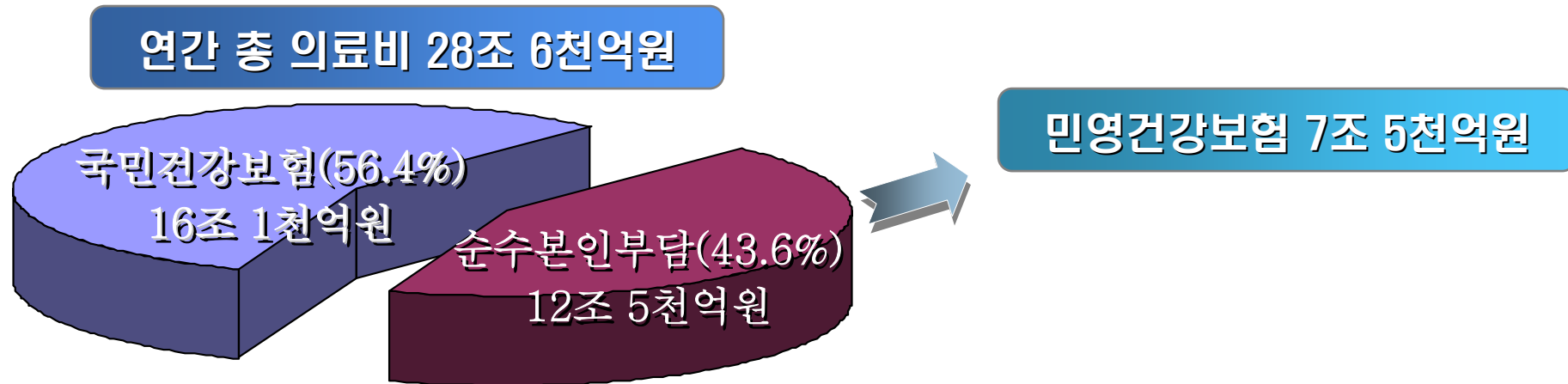
| Year | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total Revenue | 5,614 | 6,631 | 7,554 | 8,230 | 8,892 | 9,827 | 11,928 | 14,305 | 17,466 | 19,443 |
| Total Expense | 5,076 | 6,464 | 7,795 | 8,788 | 9,610 | 10,744 | 14,105 | 14,798 | 15,972 | 17,330 |
| Industrial workers | | | | | | | | | | |
| Revenue | 2,337 | 2,704 | 2,884 | 3,038 | 3,123 | 4,690 | 5,327 | 7,223 | - | - |
| Expenditure | 1,992 | 2,555 | 3,112 | 3,425 | 3,699 | 5,521 | 7,211 | 7,620 | - | - |
| Surplus | 345 | 149 | -228 | -387 | -576 | -831 | -1,884 | -397 | - | - |
| Self-employed | | | | | | | | | | |
| Revenue | 2,498 | 2,983 | 3,732 | 4,287 | 4,552 | 5,138 | 6,601 | 7,082 | - | - |
| Expenditure | 2,365 | 3,017 | 3,602 | 4,161 | 4,729 | 5,222 | 6,895 | 7,178 | - | - |
| Surplus | 133 | -34 | 130 | 126 | -177 | -84 | -294 | -96 | - | - |
| Govt. & School Employees | | | | | | | | | | |
| Revenue | 779 | 944 | 938 | 905 | 1,217 | - | - | - | - | - |
| Expenditure | 719 | 892 | 1,080 | 1,201 | 1,181 | - | - | - | - | - |
| Surplus | 60 | 52 | -142 | -296 | 36 | - | - | - | - | - |
| Total surplus | 538 | 167 | -241 | -558 | -718 | -917 | -2,177 | -493 | 1,494 | 2,113 |
| Total Accumulated Fund | 4,119 | 4,005 | 3,786 | 3,228 | 2,510 | 1,593 | -584 | -1,077 | 417 | 2,530 |

Source: National Health Insurance Statistical Yearbook, National Health Insurance Corporation, Various years.

Note: 1) The Govt. & School Employees are emerged to the Industrial workers from 2000.

2) Three groups which are Industrial workers, Self-Employed and Govt. & School employees are emerged to the National Insurance from 2003.

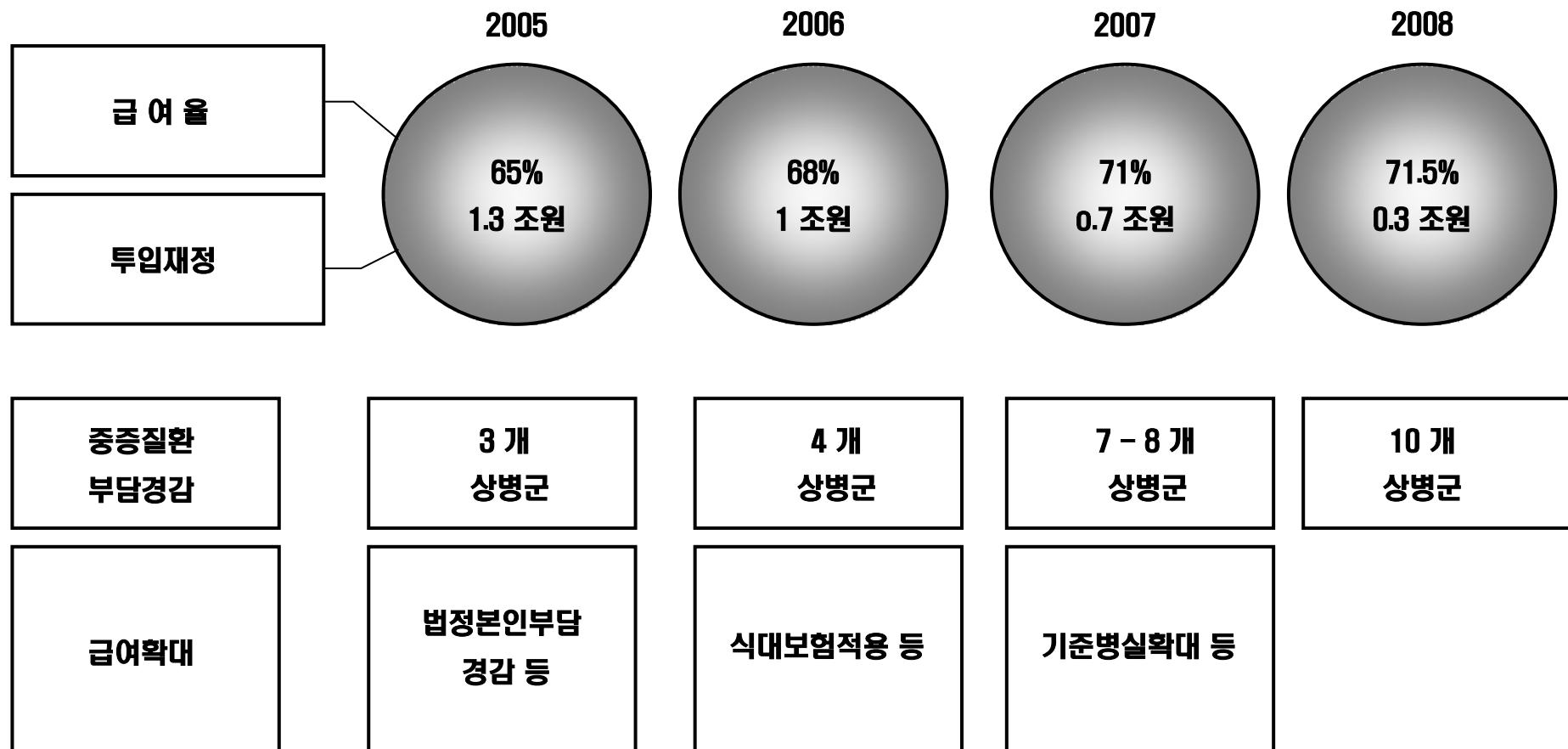
• 정부보험과 민영보험의 규모



- ◆ 총의료비 지출은 년 평균 10%이상 증가할 것으로 예측됨
- ◆ 정부건강보험은 현재 50%에 불과한 보장성 강화를 위해 로드맵 발표
- ◆ 저출산, 고령화, 신의료기술 등으로 의료비 부담은 폭증하여 정부보험만으로 재원조달이 어려울 것으로 전망

• 보장성 강화 로드맵의 계획

국민건강보험 보장성 강화 로드맵 (Roadmap for the Expansion of Coverage of the NHI)



• 6세 미만 어린이 진료비 줄어든다

감기환자 부담 늘고, 어린이환자 부담은 줄어든다

▶ 감기환자

(진료비 1만5000원, 약값 1만원)

| | |
|--------------|------------------|
| 동네의원 3000원 | (진료비의 30%) 4500원 |
| 약국 1500원 | (약값의 30%) 3000원 |
| 4500원 | 7500원 |

▶ 어린이 환자(대학병원)



| | |
|----------------|----------------|
| 초진료 1만2330원 | 초진료 1만2330원 |
| 검사비 6610원 | 검사비 3300원 |
| 1만8940원 | 1만5630원 |

* 출처 : 조선일보 (07년2월16일)

〈보건복지부 건강보험 손질 이유〉

감기환자 지원액 (1조1,059억원) ≒ 암환자 지원액 (1조3,102억원)

‘중병환자지원제도’가 아니라 ‘감기환자용 가격 할인제도’라는 비판

- **보장성 강화에 대한 복지부 입장변화** (2005년 보장성 강화 로드맵의 수정)

- 중증질환 상병군 추가선정 → 본인부담상한제 확대
- 상급병실 급여 → 실태조사 후 재검토

* 자료: '2007년도 건강보험 보장성 강화 방향', 보건복지부 보험급여기획팀(07/02/14)

헤럴드경제

2006년 12월16일(토)

“정부 건강보험 로드맵 보완해야”

정부가 추진 중인 ‘건강보험 정책 로드맵’은 문제점이 분명 있으며 건강보험과 민영 의료보험의 연계성을 높이고 민영보험을 활성화하는 쪽으로 보완돼야 한다는 주장이 제기됐다.

정기택 경희대 교수(의료경영학과)는 18일 서울 여의도 중소기업회관에서 열린 연세대 경제연구소 주최 정책토론회에서 주제 발표를 통해 “정부가 재정 안정성을 고려하지 않고 ‘건강보험 보장성 강화 로드맵’을 무리하게 추진하고 있다”며 이 같이 지적했다.

정 교수는 로드맵의 문제점으로 △2008년까지 연차별 소요 재원의 조달 계획이 공개되지 않은 점 △보험 질환별 의료비 편차에도 불구하고 질환별로 보상 대상을 확대한 점 △민영보험 가입자가 납부하는 재원을 활용하는 공·사 보험 연계 방안이 없다는 점 등을 꼽았다.

그는 “특정 질환에 대한 보장성 확대가 아니라 고액의 의료비를 기준으로 보장성을 확대하고 이에 필요한 재원은 공적 보험(건강보험)과 사적 보험(민영 의료보험)을 연계하는 방법으로 최소화해야 한다”고 주장했다.

이어 “실증 분석 결과 민영 의료보험 가입으로 인한 의료 이용량의 증가는 없는 것으로 나타났으며 ‘민영 의료보험 가입자의 과잉 진료로 건강보험 재정이 악화됐다’는 정부의 주장은 신빙성이 없다”고 꼬집었다.

그는 “특정 질환에 대한 보장성 확대가 아니라 고액의 의료비를 기준으로 보장성을 확대하고 이에 필요한 재원은 공적 보험(건강보험)과 사적 보험(민영 의료보험)을 연계하는 방법으로 최소화해야 한다”고 주장했다.

이어 “실증 분석 결과 민영 의료보험 가입으로 인한 의료 이용량의 증가는 없는 것으로 나타났으며 ‘민영 의료보험 가입자의 과잉 진료로 건강보험 재정이 악화됐다’는 정부의 주장은 신빙성이 없다”고 꼬집었다.

건강보험 재정 불안요소는 노인 의료비 증가에서 찾아야 한다는 주장도 제기됐다.

이왕준 청년의사신문 대표는 “올 상반기 기준으로 전체 보험 급여 가운데 노인 의료비 비중은 33.7%로 오는 2020년에는 43.8%에 이를 것”이라며 “이로 인해 건강보험 재정이 불안정하게 됐으며 근본적으로 개선이 시급하다”고 강조했다.



靑 눈가린 복지부...의보 개선책 왜곡

실손형보험 검증안된 자료 보고...판단 오도—업계 성명 예정

보건복지부가 의료보험 개선과 관련해 대통령이 주재하는 회의에 충분히 검증되지 않은 자료를 올려 대통령의 판단을 오도했다는 주장이 제기됐다.

복지부는 특히 업계와 관련 부처가 이의를 제기하자 '대통령의 지시 사항'이라는 이유로 정책을 강행했다.

생보·손보업계는 이에 따라 30일 이런 내용을 토대로 복지부 결정에 반대하는 공동 성명을 발표할 예정이다.

업계가 정책 결정 과정상의 문제점을 들어 대통령의 판단 오도를 지적하는 것은 매우 이례적인 일이다. 일각에선 최근 속출하고 있는 '설익은 정책'의 또 다른 사례라는 지적이 나오고 있다.

29일 관련 부처와 보험업계에 따르면 유시민 복지부 장관은 지난 7월11일 노무현 대통령이 주재한 의료산업선진화위원회에서 "실손형 보험이 건보 재정을 연간 2400억~1조7000억원을 증가시키는 것으로 추계된다"는 대목을 보고했다.

이는 당시 토론 자료 가운데 '민간의료보험의 보장 대상'에 포함된 내용으로, 국민건강보험공단(이하 건보공단) 산하 건강보험연구센터가 작성해 객관성이 결여된 데다, 구체적인 근거도 없다고 업계 등은 지적했다.

Editor's Choice

- 뉴스 민간의료 정책결정 과정 또 엇박자
- 뉴스 "실손형보험 자료, 검증안됐다"...복지부도 인정

문제는 노 대통령이 당시 회의에서 "민간의료보험이 본인 부담을 보장해서는 안된다"는 결론을 내렸다는 점이다. 이 결정이 내려지기까지 보험업계는 물론 보험 관련 정책당국이 배제됐다.

보험 감독당국인 금융감독위원장은 의료산업선진화위원회 위원이 아니었고, 재경부 장관은 정부 위원이지만 실무 업무를 보험제도과가 아닌 복지경제과가 담당해왔다. 민간위원 가운데 보험업계 관계자는 단 한 명도 없었다.

특히 유 장관은 이후 권오규 부총리 등이 최종 결론에 앞서 유예기간을 두고 충분히 검토해야 한다고 지적했으나 '대통령의 지시사항'이라며 반대한 것으로 전해졌다. 실손형 보험이란 의료비 가운데 환자가 지불하는 '본인 부담금'까지 100% 보장해 주는 민간의료보험. 이 보험 가입 건수는 2000만건에 달해 복지부 방침대로 본인 부담금 보장이 전면 금지되는 경우 상당한 민원과 혼란이 예상된다.

건보공단은 실손형 보험으로 인해 '의료 쇼핑'이 발생해 건보 재정에 막대한 추가 부담이 생긴다고 추계했다.

정부 관계자는 그러나 "실손형 보험이 건보 재정에 미치는 영향을 분석하려면 실손형 보험 가입으로 인해 얼마나 더 병원에 가는지 등에 대한 조사가 이뤄져야 하는데 이에 대해 명확한 실증 자료가 없다"고 지적했다.

보험업계 관계자는 "건보 재정 악화의 원인을 민간 의보에 미루고 결과적으로 건보료를 올리려는 속셈"이라고 주장했다.

한편 복지부 관계자는 실손형 보험에 따른 건보재정 추가 부담 수치는 정책 결정 과정에서 큰 변수가 아니었고, 7월11일 회의 이후 총리 주재 회의를 포함해 수차례 부처간 회의를 거쳐 최종 결론을 내렸다고 강조했다.



- 실손형 보험으로 인해 '의료 쇼핑' 발생... 건보 재정을 악화
 - 실손형 보험이 건보 재정을 연간 2,400억 ~ 1조7,000억 증가 시키는 것으로 추계 - 건강보험연구센터
 - '민간의료보험이 본인 부담을 보장해서는 안된다'
- 노무현 대통령 (의료산업선진화위원회 발언, 2006.7.11)



- 정책 결정 과정에서 보험업계는 물론 보험 관련 정책당국 배제
- 건보 재정 악화를 원인을 민간 의보에 미루고 결과적으로 건보료를 올리려는 속셈
이므로 복지부 결정에 반대 - 손해·생명 보험협회 공동 성명 발표
- "실손형 보험이 건보재정에 미치는 영향에 관한 명확한 실증 자료가 없다"
- 정부 관계자
- 복지부 주장에 대해 실증분석방법 등에서 오류가 있음을 지적하는 반박 보도 자료
배포 - 보험개발원

• 보장성 강화 로드맵의 문제점

재원조달계획

- 2005년부터 2008년까지 2조 5천억원의 재원 소요
- 어떻게 조달할 것인가?

민영보험과 중복보장

- 민영보험에서 70%의 국민들에게 이미 보장
- 42개 질환에 대한 과대 및 과소보장

보장성을 질환기준으로 확대

- 보험의 기본 기능 : 고액의 손실로부터 가계 보호
- 재무적 위험기준이 아닌 질환 기준의 보장성 확대

의료기관 이용행태

- 본인부담 감소로 3차 의료기관 이용욕구 증대
- 의료기관종별 환자 이용절차의 검토 미비

“본인부담금 금지 바람직” “고액 치료비 여전히 많아”

민영 의료보험제도 개편을 둘러싸고 정부와 보험업계의 갈등이 깊어지고 있다. 정부는 지난해 10월말 민영의료비 가입자들의 과잉진료를 야기해 건강보험 제정적자를 심화시키는 요인으로 작용했다며 민영의료비 법정 본인 부담금의 보장을 금지하는 방안을 확정했다. 국민들의 의료비는 급여 부문(건강보험 부담금+법정 본인 부담금)과 비급여 부문(고가치료비용 등)으로 구성돼 있고, 현재 민영의료비(실손형)는 급여 부문 중 법정 본인 부담금과 비급여 부문을 보장하고 있다.

정부가 내놓은 개편안은 민영의료비의 법정 본인 부담금 보장을 금지하고, 고가 치료비 및 한자 소액상실 부분 등만을 보장토록 하는 것이다. 이에 대해 보험업계는 민영의료비의 보장 축소는 국민들의 의료비 부담을 가중시키고, 소득에 따른 의료비비율의 양극화 현상을 초래할 수 있다며 강력 반발하고 있다. 이진석 서울대 외대 교수(의료관리학과)와 정기택 경희대 경영대 교수(의료경영학과)가 지난 5일 경향신문사에서 만나 정부의 민영의료비 개편방안을 놓고 치열한 논쟁을 벌였다.

이진석 서울대 교수(이하 이진석)=지난해 1월 정부가 6세 미만 어린이에 대한 본인 부담금 면제를 시행하자 어린이 환자들과 내원인수가 52.2%, 진료비는 15.6% 증가했습니다. 이는 본인 부담금이 없어진다면 과잉진료가 이뤄진다는 것을 입증하는 것입니다.

특히 요즘 어린이들은 대부분 민영의료비에 가입해 있어 입원을 하면 보험사에서 하루 5만~10만원의 보험금이 나옵니다. 그런데 보험금은 4일 이상 입원했을 때부터 나오기 때문에 부모들이 3일만 입원해도 되는 아이들을 의사에게 좀더 입원시키달라고 요구한다고 합니다. 입원기간이 길어지면 건강보험 부담금도 늘어나 건보제정의 적자를 더욱 심화시키게 됩니다. 이는 민영의료비가 본인 부담금을 보장함에 따라 발생하는 대표적인 모럴 해지드(도덕적 해이)입니다.

정기택 경희대 교수(이하 정기택)=정부는 6세 미만 어린이 환자나 암보험 가입자 등의 연구 결과를 바탕으로 민영의료비의 본인 부담금 보장이 부작위를 낳는다고 주장합니다. 그러나 현재 정부가 본인 부담금 보장 금지로 추진하는 것은 실손형 보험(본인 부담금과 고가치료 비용 등 의료비 보장상)인데, 이에 관한 연구는 모두 정책형 보험(상당한 의료비와 상관없이 보험에 가입하는 보험)을 지칭하는 상용어에 대한 분석입니다. 실손형 보험의 문제점을 개선하는 데 정책형 보험의 연구결과를 근거로 삼는 오류를 범한 것이죠. 건강보험료와 2005년 민영의료비 가입자의 의료이용률을 실증적으로 연구한 결과 민영의료비 가입이 의료이용에는 일부

토론자

이진석 서울대 외대 교수

정기택 경희대 경영대 교수

영향을 미쳤으나 입원외래에는 큰 영향을 끼치지 않는 것으로 나왔습니다. 따라서 과거의 불안전한 연구결과로 성급하게 민영의료비 보장 축소를 결정할 것이 아니라 현재 한국개발연구원(KDI)에서 진행중인 정부안에 대한 검증결과를 보고 난 뒤 합리적인 방안을 마련해야 합니다.

이진석=보험업계는 본인 부담금 보장 금지가 민영의료비 사업을 위축시켜 결국 피해가 국민들에게 갈 것이라고 얘기하지만 이 역시 납득하기 어렵습니다. 국민보험센터가 내놓은 2003년 조사결과를 보면 입원자의 1년 비용 중 직접 의료비로 지불된 것은 1000만원이었습니다. 이 중 절반인 499만원 중 본인 부담금이 176만원, 고가치료비가 323만원인 것으로 나타났습니다. 그러나 입원자에게는 이 비용이 전부 아닙니다. 간병·교동비 등 기타비용이 330만원이고 입원기간으로 인한 소득상실분이 1200만원에 달합니다. 이 상태가 3년 지속되면 대부분의 국민들은 의료비 부담으로 인해 중산층에서 빈곤층으로 떨어지게 됩니다. 입원자의 빈곤화를 초래하는 것은 176만원의 본인 부담금 부분이 아니라 1500여만원에 달하는 기타비용과 소득상실분입니다. 따라서 민영의료비가 본인 부담금 보장에만 집착할 것이 아니라 고가치료비나 소득상실분 등을 보장해주는 방향으로 상용어를 개발하면 더욱 합리적일 것이라고 봅니다.

정기택=앞의 경우에는 최근 건강보험의 보장이 크게 늘면서 본인 부담금이 적어진 것은 맞습니다. 그러나 앞은 건강보험 보장이 확대되기 전 민영의료비에서도 보장을 해주던 것입니다. 과거 암보험금 지급액은 본인 부담금을 모두 보장해주는 것은 물론 보장액이 1000만원을 넘었습니다. 이미 민영보험으로 충분히 보장되고 있는 암 등 3대 질환에 대해 정부가 건강보험의 보장범위를 넓혀 중복보장을 한



경희대 정기택 교수(왼쪽)와 서울대 이진석 교수가 지난 5일 만나 민영 의료보험 개편안에 대한 의견을 나누고 있다.

1 장흥종기자

“과잉진료 부추길 우려…소득 상실분등 보장 더 필요” 이진석 “부담금 축소 시기상조…민영·건보서 나눠 보장해야” 정기택

셈입니다. 문제는 최근 건강보험 보장이 늘어난 암 등 3대 질환 외에 다른 질병의 경우 본인 부담금이 1000만원을 넘는 것들이 여전히 많다는 것입니다. 민영의료비는 이같은 질환들의 본인 부담금을 보장해주고 있고, 이는 실질적으로 환자들의 의료비 부담을 덜어주는 것입니다. 근본적으로는 정부의 의료정책이 질병 중심의 보장을 추구하고 있는 것이 문제입니다. 보장 대상 질병이 아니면 한자의 건강보험의 혜택을 받지 못합니다. 이 공백을 민영의료비가 메워줄 수 있습니다.

이진석=경제협력개발기구(OECD)는 ‘본인 부담금을 전액 보장하는 것은 공공 재정지출 확대가 우려되므로 피해야 한다’고 경고하고 있습니다. 물론 당시 조항으로 ‘본인 부담금이 과중하면 그 부분에 대해서는 민영의료비의 역할을 부정할 수 없다’고 밝히고 있지만 핵심은 해당 국가의 건보재정 상황에 따라 적절한 대안을 찾아야 한다는 것입니다. 우리나라의 경우에는 앞으로 대표되는 중증질환에서 본인 부담금이 차지하는 비중이 8%에 이를 것입니다. 이같은 비중이 민영의료비가 적국 보장해야 할 수준인가에 대한 판단은 학자들

다 다를 수 있습니다. 그러나 제 생각에는 이 정도의 부담이 환자들과의 의료 접근성을 가로막는다는지, 가계 파탄을 야기할 정도는 아니라고 봅니다. 따라서 민영의료비가 본인 부담금을 보장하는 것보다는 아직 건강보험의 공백 상태에 있는 부분을 보장하는 것이 옳다고 봅니다.

정기택=‘본인 부담금 전액 보장을 하지 않아 한다’는 취지의 OECD 권고는 의료비의 거의 100%를 건강보험이 보장해주는 프랑스의 사례가 확대 해석된 것입니다. 우리나라의 경우 건강보험의 보장이 확대된 암 등의 질환 말고도 수만가지 다른 질환은 여전히 본인 부담금이 많다는 점을 간과해서는 안됩니다. 따라서 우리 현실에서는 의료비의 본인 부담금을 공공으로 분담하는 것이 바람직합니다. 민영의료비가 본인 부담금을 보장하는 것보다 이들을 절편에 대해서도 건강보험의 보장성을 높이는 것입니다.

이진석=아직까지도 고액 본인 부담금이 남아 있는 질환이 많다는 것은 인정합니다. 그러나 이를 해결하는 방안은 민영의료비가 본인 부담금을 보장하는 것보다 암, 흉선 등을 충분히 고려해 10~15개 질환으로 유형화하면 될 듯합니다.

정기택=건강보험 보장의 대상을 절편으로 하지 말고, 고액 의료비로 해야 합니다. 고액 의료비라면 무슨 질환이든 상한선을 정해 보장하는 것입니다. 결국 현재 절편 위주로 추진되는 정부의 ‘의료선진화 로드맵’이 잘못됐다는 것입니다. 특히 정부의 로드맵은 건강보험의 보장 범위를 구체적으로 규정하지 않고 있습니다. 건강보험 보장 범위에서 벗어난 비급여 부분을 민영의료비에 보장하라고 하면서 이 범위를 명확히 해놓지 않으면 어느 보험사가 상품을 만들 수 있겠습니까. 보건복지부 장관이 바뀌면 또 어떻게 변할지도 모르겠습니다.

이진석=수많은 보험상품이 난립하고 있는 민영의료비 표준화도 시급합니다. 표준화가 이뤄지지 못하면 소비자 입장에서 합리적인 선택을 할 수 없습니다. 시장 경쟁을 심화하는 미국에서도 민영의료비와 상품 유형은 10개(최근에는 11개로 확대)로 표준화한 바 있습니다. 수요나 지불 구조 등을 잘 반영하고 기본적으로 보장해야 할 것, 옵션 등을 충분히 고려해 10~15개 정도로 유형화하면 될 듯합니다.

정기택=보험상품 유형화를 너무 경직

되게 추진해서는 안됩니다. 민영의료비 상품의 표준화는 소비자들이 쉽게 비교평가할 수 있도록 해야 합니다. 그러나 미국의 사례처럼 10여개로 단순화하기보다는 상품의 여러 파트를 조합할 수 있도록 유연한 표준화가 필요합니다. 그래야 민영의료비 상품이 국민들에게 실질적인 도움을 줄 수 있는 다양성을 확보할 수 있습니다.

이진석=지금까지 민영의료비 상품은 금융감독국이 금융상품적 관점에서 감독해오다 보니 국민의 건강을 다루는 질병·보건학적 측면에서는 제대로 관리가 되지 않은 게 사실입니다. 앞으로 민영의료비의 영역이 커질 수밖에 없습니다. 지금처럼 금융감독국이 관리감독권을 쥐고 있는 구조에서는 정부 정책이 공백이 생길 수 있습니다. 미국도 보건부가 민영의료비 관리에 주도적으로 참여하고, 유럽에도 보건부 내에 관련 위원회를 두고 있는 나라가 상당수입니다. 이에 따라 우리나라에서도 복지부가 민영의료비의 기본적인 감독권을 갖는 것이 타당하다고 봅니다.

정기택=민영의료비의 감독권을 복지부로 이관하려는 정부의 방안은 신중히 추진돼야 합니다. 민영의료비는 복직한 보험료를 계산과 상품 개발 등이 필요한 금융상품입니다. 복지부가 보건정책을 마련하면 자연스럽게 이에 맞춰 금융상품인 민영의료비가 개발될 수 있습니다. 금융감독국이 감독권을 갖고, 보건당국과 협력하는 방안이 적절합니다. 금융감독국과 보건당국의 협력범위가 명확히 구분돼 있지 않으면 부처간의 알력에도 국민들만 피해를 볼 수 있습니다.

이진석=민영의료비의 활성화가 필요하다는 데 동의합니다. 다만, 국민복지증진시키는 쪽으로 이뤄져야 합니다. 건강보험 보장이 취약한 부분을 보완하고, 신의료기술 개발과 간병서비스 활성화 등의 산업적 효과를 거두는 쪽으로 가야 한다는 것입니다. 그러나 현재 민영의료비는 이 두가지 목표를 충족시키기에 미흡합니다.

정기택=건강보험이란 민영의료비 가입자가 의료비가 많이 나오면 큰 병에 걸렸을 때도 걱정하지 않고 병원에 갈 수 있도록 해야 합니다. 20년간 건강보험료를 내왔는데 몇 달 보험료를 내지 못했더니 건강보험 수혜자격을 상실한다든지 안보료를 가입했는데 다른 질병에 걸려 진료보상을 받지 못하는 등 아직까지도 보험제도의 허점이 많습니다. 이를 건강보험과 민영의료비가 함께 메워가야 하는데 민영의료비의 보장을 축소하는 게 과연 옳은 것인지 다시 한번 생각해보아야 합니다.

정리1 장흥종·이상우기자

• 보장성 강화 로드맵의 급여확대 질환 선정 타당성 평가 분석

(단위: 원)

| 질 환 명 | 최 소 값 | 최 대 값 | 편 차 |
|---------------------|--------|------------|------------|
| 뇌내출혈 | 9,010 | 17,231,410 | 17,222,400 |
| 거미막밑출혈 | 15,980 | 10,393,420 | 10,377,440 |
| 달리 분류되지 않은 간 기능 상실 | 2,670 | 11,119,120 | 11,116,450 |
| 급성 및 아급성 심내막염 | 26,340 | 10,869,130 | 10,842,790 |
| 중추신경계통에 대한 기타 출산 손상 | 10,710 | 9,077,670 | 9,048,810 |
| 부신의 악성 신생물 | 28,860 | 9,077,670 | 9,048,810 |

위의 질환은 42개 질환군과 기타 질환군에서 본인부담금의 편차가 큰 것을 나타냄
위와 같은 예를 통하여,
질환별로 환자가 부담하는 비용은 개인별로 편차가 매우 심한 것으로 파악됨

- **보장성 강화 로드맵의 급여확대 질환 선정 타당성 평가 분석**

결 론 : 질환군 중심의 급여확대는 즉시 개선되어야 함

- **개인의 질환발생으로 인한 경제적 손실을 적절히 보장해 주고자 하는 주 목적에 어긋나는 결과 초래**
- **결론적으로, 질환 발생으로 인한 개인의 경제적 손실을 보장해 주기 위해서는 질환군 단위의 급여 확대보다, **질환 발생으로 인한 의료비 금액기준 보상의 급여 확대**가 필요**
- **본인부담금 상한액 부재로 인한 가계부담에 대한 연구 필요**

[민영醫保 상생의 길] 경희대 의료경영학과 정기택교수

[2006. 10. 30 16:32]



정기택 교수

경희대 의료경영학과

지난 24일 의료산업전진위원회회의에서 민영건강보험은 비급여만을 보장하고 법정본인부담금을 보장하지 못하도록 규제방향이 정해졌다고 보도됐다. 이는 보험사에서 제공하는 의료보험은 고급의료서비스에 초점을 맞추어 의료산업발전에 기여하도록 하고 기초적인 의료서비스에 해당하는 부분은 정부에서 책임져야 한다는 논리에 기초하고 있다. 얼핏 보면 상당히 설득력이 있는 것 같지만 여러 면에서 문제가 있다. 우선 비급여의 범위가 수시로 바뀐다. 전 세계적으로도 이런 규제를 하는 나라도 없지만, 민영보험의 역할을 규정하기 위한 전제조건은 비급여의 범위가 구체적으로 정해져야 한다는 점이다. 즉 정부보험의 보장할 영역이 국민 합의를 통해 잘 정해져야 비급여 범위가 규정될 수 있다. 그러나 정부보험에서 향후 보장할 영역에

관해 관련 업계와의 협의도 없었을 뿐 아니라 구체적인 정보가 국민들에게 제공되지 않고 있다. 우리나라 정부보험의 보장영역은 2005년부터 시행된 보장성강화 로드맵에 따라서 확장되고 있는데, 지금까지 발표된 개괄적인 내용은 42개 질환군과 식대 및 상급병실료를 연차별로 보장해 나가겠다는 것이다.

정부보험의 보장성 강화로드맵의 문제점은 이미 70%의 국민들이 가입한 암보험과 CI 보험에서 보장하고 있는 질환을 다시 보장하게 되는 점이다. 이는 42개 질환군에 대해서는 과대보장과 42개에 속하지 못한 주요 질환에 대해서는 과소보장이라는 결과를 가져올 수 있다. 이 문제는 국민들에게 가장 기초적인 안전망을 제공해야 할 정부보험의 보장영역을 질환 기준으로 확대하는데 기인한다. 보험의 가장 기본적 기능이 고액의 손실로부터 가계를 보호하는 것임을 상기하면 42개 질환군에 국한해서 보장할 것이 아니라 고액본인부담금에 대해서는 질환에 무관하게 보장해야 할 것이다. 기존의 암보험료 뿐 아니라 인상된 정부 건강보험료를 충실히 납부한 사람들도 42개 외 기타 질병에 걸려서 의료비 위험에 노출될 가능성이 높다면 이는 중대한 정책실패 사례로 볼 수 있다. 따라서 모든 질환의 비급여 및 법정본인부담금에 대해 금액기준으로 보장하는 실손형 민간보험이 건강보험 보장성 로드맵의 구멍을 막을 수 있는 중요한 역할을 할 수 있도록 제도를 마련할 필요가 있는 것이다.

더욱 심각한 문제는 이렇듯 중요한 정책을 1000만여 명에 육박하는 기존 실손형 민간보험 가입자에 대한 충분한 배려 없이 실손형 민영보험보험의 영역제한을 서둘러서 추진하고 있는 점이다. 기존 가입자들이 불이익을 보지 않도록 충분한 유예기간이 필요하다. 정부보험의 보장성을 강화하는 것만이 정부의 의무가 아니라 자발적으로 납부하고 있는 귀중한 민간 보험료를 효과적으로 활용할 방안을 모색하는 것 또한 정부가 해야 할 일이다.

1990년대 중반부터 10 여년간 필자는 민간보험의 도입과 관련하여 수많은 논쟁을 해 왔다. 당시 예견한 바와 같이 정부의 정책방향이 정해지지 못한데서 오는 피해는 고스란히 국민이 부담해야 하는 상황이 되었다. 정부 일각에서 서둘러서 추진하고 있는 실손형 민간 의료보험의 영역 제한 등의 규제는 국민전체에 영향을 줄 수 있는 문제이기 때문에 충분한 시간을 가지고 실증분석을 수행하여 그 타당성을 검증해야 할 것이다. 잘못된 정책은 없는 정책보다 못하기 때문이다.

• 대만의 정부건강보험 현황과 시사점

2004년 정부건강보험 현황

- 국내총생산 대비 의료비 지출규모: 대만(6.17%) vs. 한국(5.6%)
- 정부건강보험의 보장성 수준: 대만(90%) vs. 한국(52%)
- 정부건강보험에 대한 국민의 만족도: 대만(약 85%) vs. 한국(약 37%)

시사점

- 국내 정부건강보험의 보장성 구조(structure) 변화 필요
- 특정질환에 대한 지원 확대보다는 실증적 연구를 통한 국민의 건강 향상과
가계 재정 부담 최소화 고려



목 차

의료산업의 발전과 건강보험의 중요성

정부건강보험의 현황 및 문제점

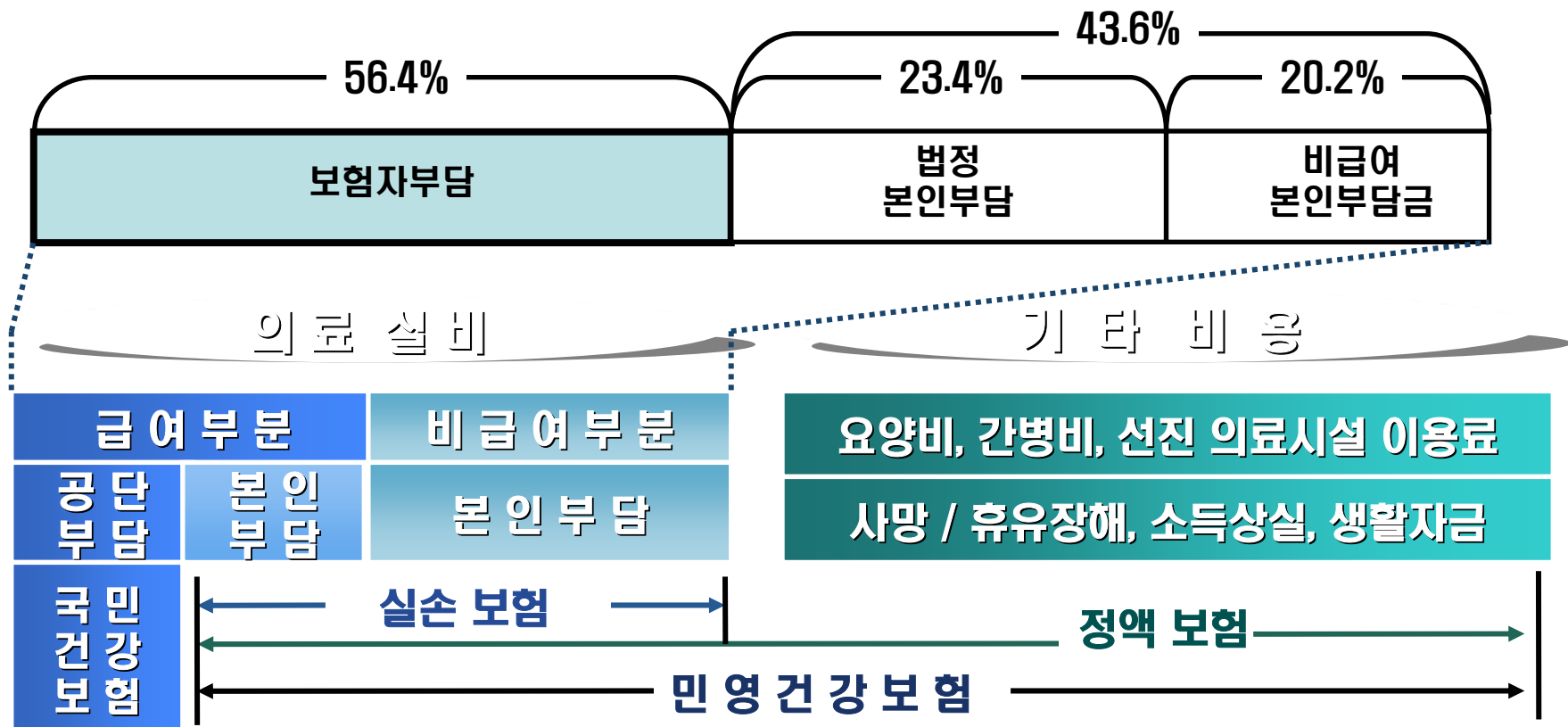
민영건강보험의 현황과 주요과제

해외사례와 미래 방향

• 민영건강보험의 이슈화 과정

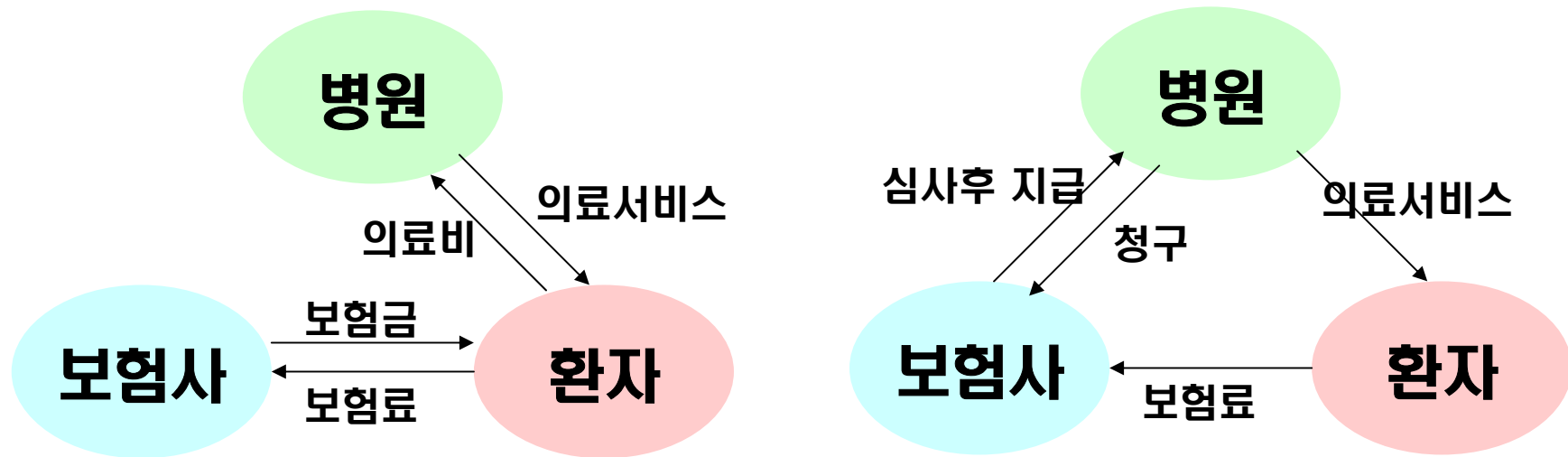
- 1994년 6월 : 의료보험개혁위원회 보고서
 - 처음으로 차액 병실료와 식대 등을 보전하는 민영의료보험의 필요성 논의
- 1996년 : 의료개혁위원회
 - 보충적 민영의료보험을 활성화할 것을 건의
- 2000년 5월 : 국무총리실 산하 규제개혁위원회
 - 보건복지부의 정책방향과 달리 민영의료보험 도입을 위한 연구를 지시
- 2001년 : 보건복지부
 - 민영의료보험 활성화 테스트포스 구성
 - 민영의료보험의 정부의 재정부담 경감 여부와
 - 민영의료보험이 전체 의료보장시스템 속에서 어떤 역할을 담당할 것인가의 문제 검토 후 대안 제시
- 2002년 : WTO DDA 보건의료분야 시장개방 협상
 - 민영의료보험 문제가 외국의료기관들의 진입가능성과 관련하여 논란의 대상
- 2004년 : 경제자유구역 진출 외국병원 건강보험 비적용
 - 내국인 진료 허용
- 2005년 : 생명보험사에 개인대상 실손형 민영의료보험 판매 허용

• 공 · 사 보험 보장내용



실손보험과 정액보험의 역할의 차이를 인식해야 함

• 정액형과 실손형의 차이



지불대상도 고객이 아닌 의료기관을 고려함

• 이해관계자 정의 : 주요 관심사항 및 요구사항 분석

| | | |
|------------------|--------------|--|
| 보험업계 | 보험사(생명, 손보사) | 지속적으로 성장 가능한 새로운 시장 창출의 기대 민영보험 영역제한 및 민영건강보험법 제정저지에 총력 |
| 정 부 | 금융감독원 | 보건복지부, 재경부, 금융감독원 각각 다른 입장 총리실 산하 의료산업선진화 위원회 제도개선 소위에서 중재 정부건강보험의 보장성 확대를 추진하면서 공사 보험의 연계원칙 규정 준비 중 |
| | 재정경제부 | |
| | 보건복지부 | |
| 의료계 | 병원협회 | 민영보험 활성화는 수가인상의 계기가 되어 병원의 수익성 제고에 대한 기대감 보험사의 의료비 통제로 인해 진료 자율성 제한에 대한 우려 |
| | 의사협회 등 | |
| NGO 및 보험공단 | 노동단체 | 민영보험에 대한 통제력 확보에 총력 민영건강보험법 제정을 이슈화 |
| | 건강보험 공단 | 건강보험 공단의 독점적 행태 자료제공에 비협조적임 |

• 재경부 민영건강보험 Working Group

재경부 Working Group에서 추진할 내용에 대한 분석 및 대응 방향을 정할 필요가 있음

실손형 보험 제도개선 관련 이슈

KDI도덕적 해이 분석

상품 표준화

법 제도화

장기적으로 개선되어야 할 이슈

진료비 심사개선

비급여 가격계약

정보공유

• 민영건강보험 가입에 대한 도덕적 해이 – 실증분석 시사점

입원의 경우 민영건강보험 가입으로 인한 의료이용량 증가 없음

- ◆ 입원부분은 도덕적 해이를 방지하기 위한 법정 본인부담금 보상금지 불필요
- ◆ 현 민영의료보험법(안) 재검토 필요

외래의 경우 민영건강보험 가입으로 인한 의료이용량 증가 존재

- ◆ 도덕적 해이를 방지하기 위한 적정 본인부담금 수준을 모색 필요
- ◆ 심도있는 실증분석이 필요
- ◆ 긴급하지 않거나 과다이용 가능 질환 : 본인부담 다소 인상
→ 재정절감, 중증질환의 고액진료비 보장

• 프랑스의 민영건강보험 가입에 따른 도덕적 해이

외 래

◆ 민영 보충형 보험 가입이 의료소비 증가에 영향을 미침(Raynaud, 2003)

1) CMU에 의해 보장을 받는 개인(+ 40%) >> 민영건강보험 가입하지 않은 개인

2) 민영 보충형 보험 보장을 받는 개인(+ 26%) >>민영건강보험 가입하지 않은 개인

입 원

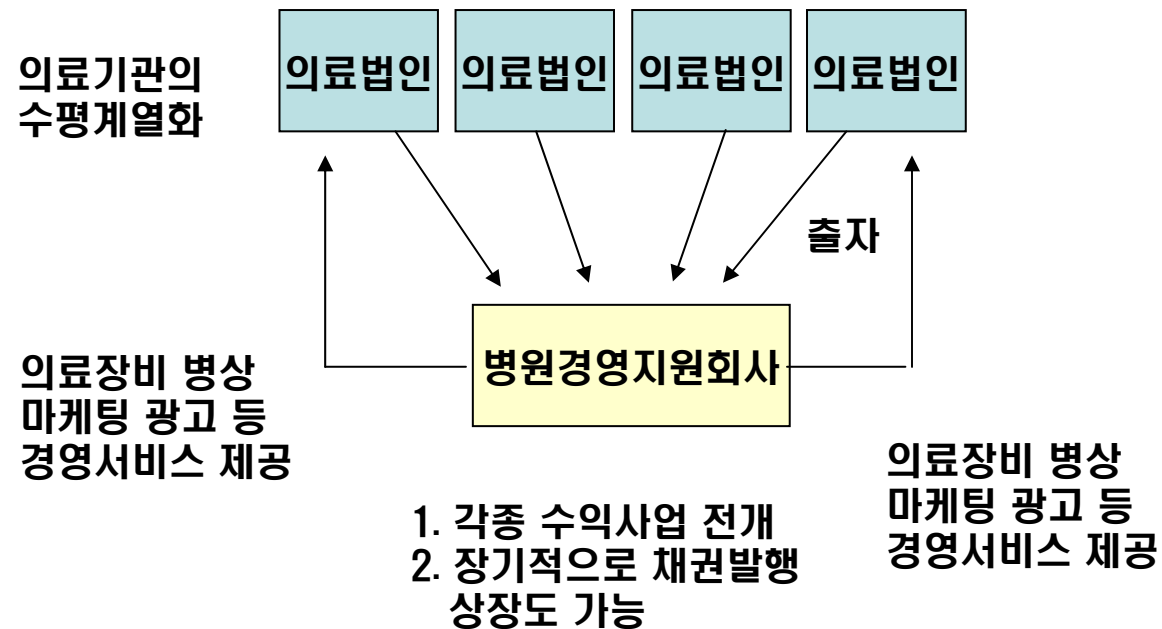
◆ 민영 보충형 보험 가입이 의료소비에 영향을 미치지 않음(Raynaud, 2002a; 2003)

◆ 민영건강보험에 가입하지 않은 사람이 민영건강보험에 가입한 사람보다 더 많은 의료비용을 지출한 것으로 나타남(Cassaut and Glaude, 1993)

▶ 참고로 프랑스는 2002년 입원환자 의료비용의 약 90%를 정부건강보험이 보장

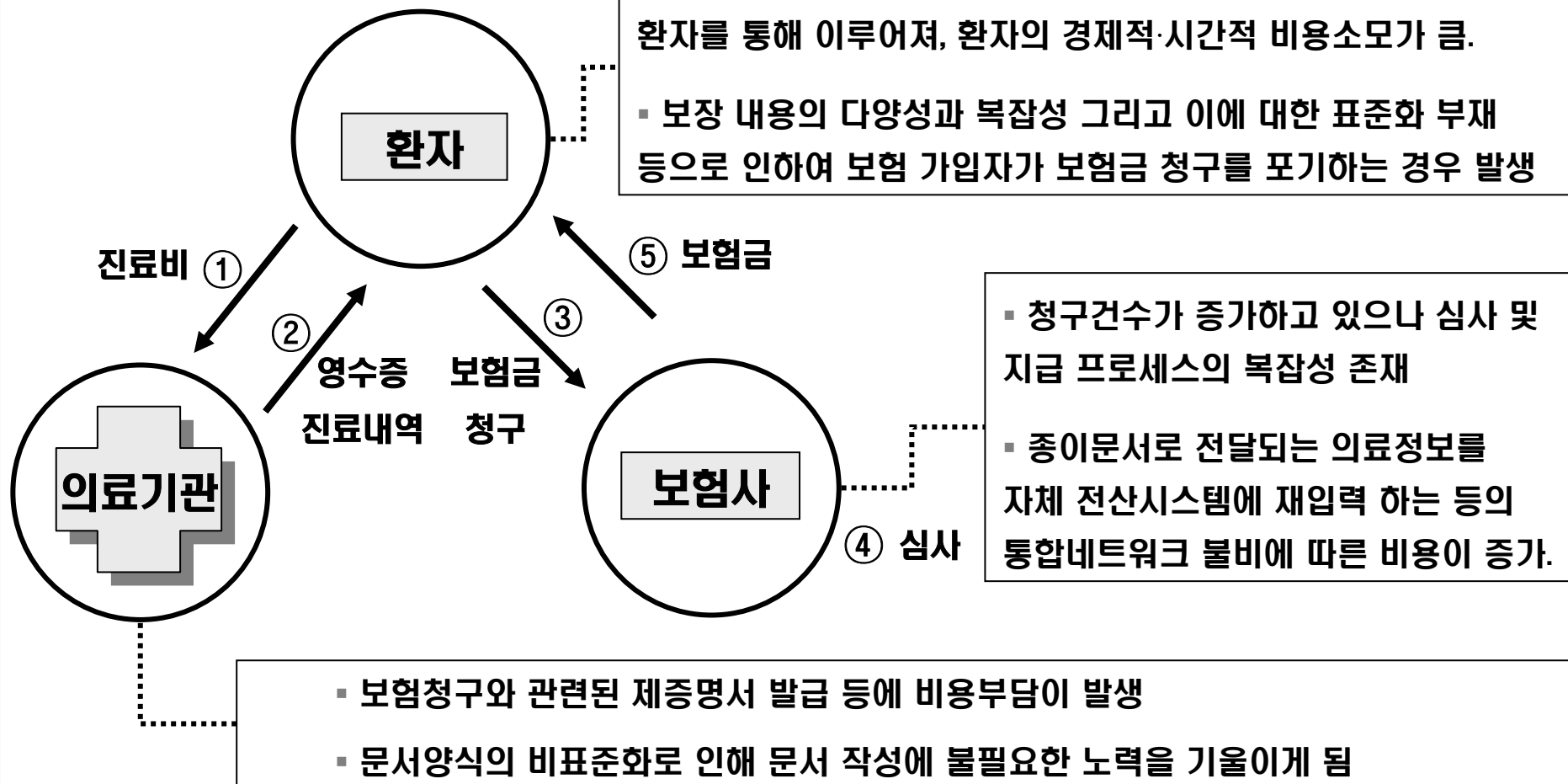
• 병원경영지원회사 설립 허용

• 병원경영지원회사(MSO) 개념도

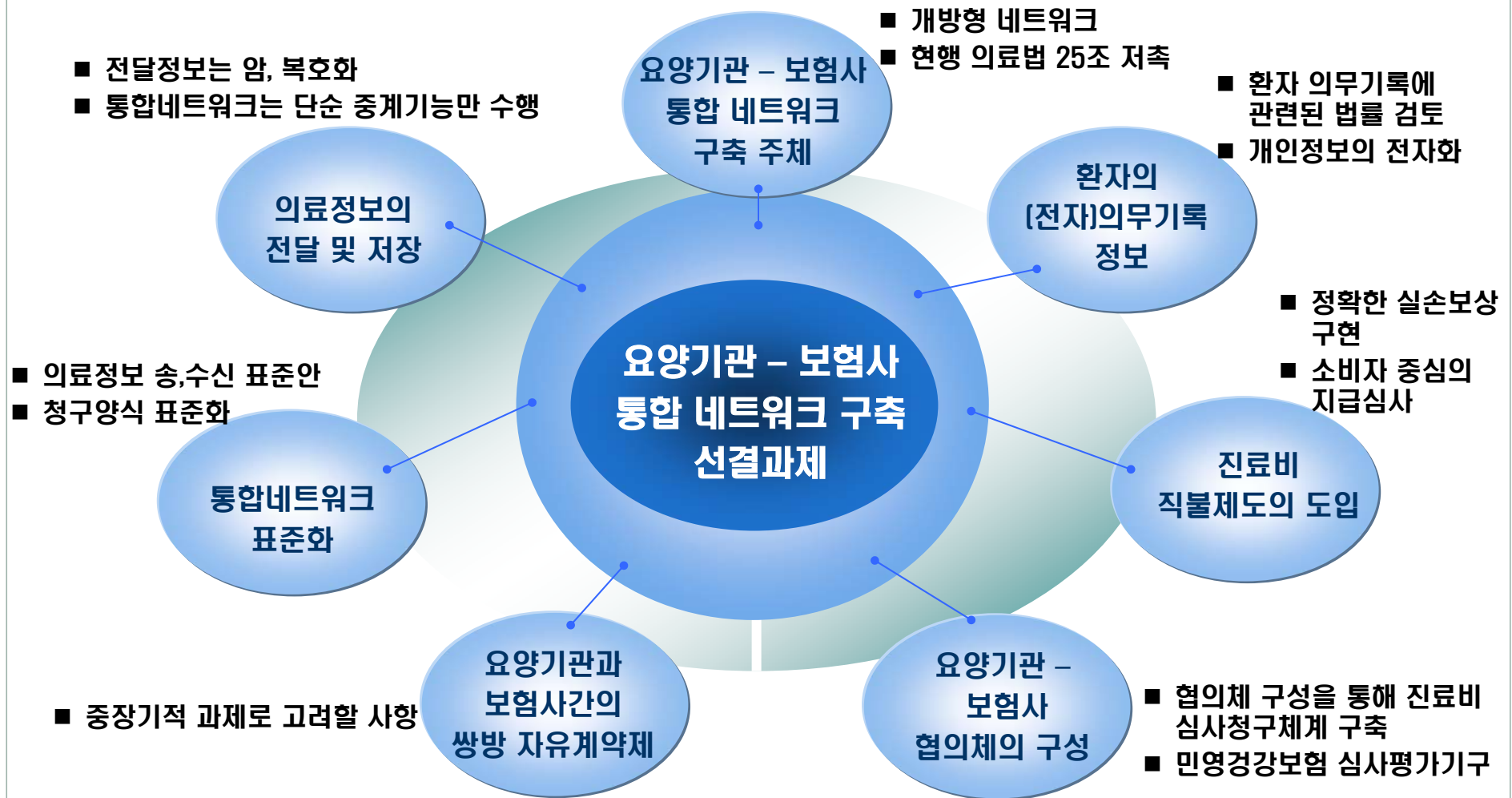


• 요양기관 – 보험사 통합 네트워크 구축 및 활용 방안

현재 민영건강보험 청구 프로세스



• 요양기관 – 보험사 통합 네트워크 구축의 선결과제





목 차

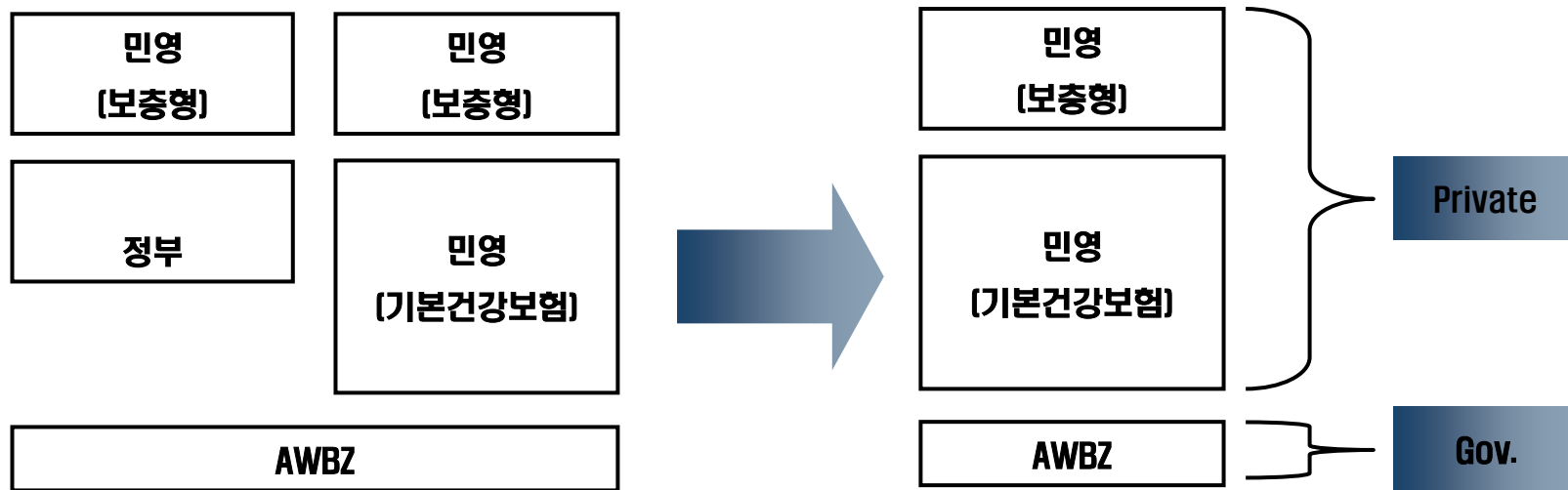
건강보험제도와 관련된 환경변화

정부건강보험의 현황 및 문제점

민영건강보험의 현황과 주요과제

해외사례와 미래 방향

• 네덜란드 정부건강보험의 변화



모든 국민은 의무적으로 민영보험사를 통해 정부가 규정하는 기본 건강보험(standard package)에 가입해야 함

장기요양 질병 및 장애인을 위한 특별의료보험(Exceptional Medical Expenses Act)은 정부가 제공함

기본 건강보험과 특별의료보험 외에 이들 영역이 보장하지 않는 부분에 대해 국민은 민영보험사를 통해 보충형(supplementary) 보험에 가입할 수 있음

• 네덜란드 정부의 역할

- 新정부건강보험 도입 후 정부 역할 축소
- 정부는 시장에서 민간보험사간의 공정한 경쟁이 이루어지도록 환경을 조성함
- 민간보험사가 개인의 위험에 따라 보험 가입을 회피하는 것을 방지하기 위하여 위험 균등화 적용
 - ▶ 특정 민간보험사가 고위험군 집단의 과다 가입으로 다른 민간보험사에 비해서 재정적 차별을 겪게 된다면 건강보험기금(Health Care Insurance Fund)에서 이러한 고위험군 집단의 가입으로 인한 비용손실만큼 해당 보험사에 보상

• 미국의 의료개혁안과 시사점

- 민영건강보험 활용에 대한 정부의 정책적 지원 방안에 관해 의료개혁안의 시사점

- 1) 민영보험 가입을 독려하기 위해서 제공할 수 있는 정부의 지원

- 세액공제, 쿠폰, 무료가입 및 보조금 지급 등 다양함.
- 이 중 우리 정서상 가장 적합한 대안으로 세액공제 및 무료가입이 적합

- 2) 지원대상을 정하기 위한 소득계층구분이 필요

- 이를 위해서는 표준보수월액을 사용
- 저소득계층 및 중하위계층을 명확하게 정의하여야 함.

- 3) 미국사례에서 가장 주목할 점

- 다층보장방식(layered approach)이 구체적인 대안으로 제시

• 공사 건강보험 연계 방안

- 보험의 본질적 역할에 대한 인식 필요
- 특정질환에 대한 과다 보장, 기타 질환에 대한 과소보장
- 정부건강보험료는 4.3%이지만 민영보험료까지 합산 시 과다부담
- 보건복지부의 보장성 로드맵 수정하여 공사보험 연계방안 마련
- 질환 중심이 아닌 발생의료비에 대한 보장을 강조
- 본인부담금 상한제도는 필수적임
- 규제총괄 부서의 신설 필요
- 관리운영비 최소화 방안 마련: 청구체계, 인수 및 갹신
- 감성논리와 실증분석의 차이

• **공사 건강보험 연계 방안**

- **Simplicity**
- **Accountability**
- **Continuum of medical services and coverage**
- **Who bears the cost**
- **Where the money goes**
- **의료기관과 보험자 상생의 길**