

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향

2006. 10. 17.

국회의원 안 명 옥

과거 정부주도의 정책결정 과정에서는 수혜자의 자세로만 관망해왔던 국민들이 관련 정책결정과정에 참여하면서 건강보험료를 내는 가입자로서의 권리를 강하게 주장하고 있습니다. 게다가 급속한 인구고령화와 의료기술의 고도화, 양질의 의료 소비 욕구의 증가는 국민건강보험의 지출규모를 증가시키고 있습니다.

가입자의 욕구 증대에 따른 지출수준은 증가하고 있는 반면에 건강보험 수입원인 보험료 인상은 국민적 동의를 얻기가 쉽지 않습니다. 한정된 자원 하에 다양한 국민적 욕구를 반영하기 위해서는 관리운영체계의 효율적 개편이 필수적입니다. 보험자인 건강보험공단은 보험자 고유의 역할을 강화함으로써 가입자의 반응성을 높일 수 있는 관리운영체계의 개편을 모색해야 합니다.

국민건강보험제도의 보험자로서 건강보험공단의 역할은 크게 세 가지로 구분할 수 있습니다. 첫째, 제도운영의 독립적 운영주체로서의 역할입니다. 그러나 건강보험공단은 급여 관리의 기본인 건강보험수가에 대한 결정권도 갖지 못하고 있으며, 자격관리와 징수업무를 제외하고는 보건복지부의 결정사항을 이행하는 지원역할 수행에 머물고 있습니다.

둘째, 가입자의 대리인으로서 건강보험재정을 안정적으로 운용하는 역할입니다. 하지만 건강보험공단은 건강보험 재정파탄 위기를 겪는 과정에서 사실상 효과적인 재정관리 능력을 보여주지 못하였고, 아직까지도 보험료수입에 상응하는 안정적인 지출관리를 하지 못하고 있습니다.

셋째, 가입자의 보호자역할로서, 대표적인 것이 질병예방사업입니다. 그러나 질병예방사업은 보건복지부가 보건소 단위로 시행하고 있는 질병예방 및 건강증진사업과 많은 부분 중복되고 있습니다. 더욱이 건강검진에 대한 국민의 만족도가 높지 않고 검진의 질에 대한 신뢰도가 여전히 낮은 수준입니다.

현재의 중앙 집중적 운영체계 하에서는 가입자의 만족도를 높이고 건강보험제도의 질적인 향상을 도모하기 어렵습니다. 전국적으로 하나 밖에 없는 건강보험 단일 보험자의 관리체계를 효율화한다는 것은 매우 힘든 작업일 수 있습니다. 그러나 이러한 현실적 한계에도 불구하고 경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편을 위한 방안은 이제 구체적이고 본격적으로 논의되어야 할 시점에 와 있습니다. 이에 본 의원은 현행 체계 내에서 점진적 방식으로 건강보험공단이 경쟁과 효율을 추구할 수 있는 대안으로서 건강보험공단의 내부경쟁시스템 도입을 제안합니다.

건강보험공단의 지역본부와 지사 운영체제에 경쟁시스템을 도입함으로써 통합이후 나태해져 있는 하부조직에 책임감을 부여하여 가입자 중심의 서비스를 제공할 수 있도록 해야 합니다. 현행 체제 내에서 바로 도입할 수 있는 내부경쟁시스템은 지사별 책임경영제이며, 이를 통해 지역본부와 지사별 재정운영의 건실성과 보험급여 사후관리 기능의 강화를 기대할 수 있을 것입니다. 지사는 인센티브 재정을 활용해서 가입자에 대한 서비스 확대 또는 보험료 인하에 사용할 수 있으며, 이는 결과적으로 가입자 권익을 증진시키는 효과를 기대할 수 있을 것입니다.

본 자료집이 국민건강보험체계가 100년 뒤에도 한국의 의료보장시스템의 중심축으로서 제 역할을 다 할 수 있도록 개선방향을 마련하는데 기여할 수 있기를 바랍니다.

2006년 10월

국회의원 **안 명 옥**

I. 건강보험 환경변화와 보험자	1
1. 건강보험의 환경변화	3
1.1 인구구조의 고령화	3
1.2 건강보험에 대한 국민의 의식과 요구 증가	5
1.3 건강보험의 변천과 보험자의 책임 확대	6
2. 건강보험 환경변화의 시사점	10
II. 21세기에 적합한 건강보험의 새로운 패러다임	11
1. 건강보험의 진단	13
2. 패러다임 전환	13
III. 국민건강보험의 개편방향	15
1. 접근 방향	17
2. 보험자 고유의 역할 제고	18
2.1 건강보험 업무 및 기능의 자율권 부재	18
2.2 의사결정체계의 자율권 부재	20
3. 건강보험에 대한 재정관리 능력 제고	23
3.1 건강보험재정 현황 및 문제점	23
3.2 건강보험 재정관리의 비효율	24
3.3 안정적 재정시스템 구축을 위한 제언	34
4. 건강검진 사업의 내실화	58
4.1 건강검진 사업의 주요 내용	62
4.2 건강검진 사업의 낮은 수검율	64
4.3 건강검진기관에 대한 정밀 분석, 정도관리 부재	67
4.4 미수검자 중심의 건강검진 사후관리 부재	70

4.5 건강검진 사각지대	75
4.6 보험자의 건강증진사업 강화 방안	76

IV. 경쟁과 효율을 통한 건강보험 관리운영체계 개편방향 81

1. 관리운영체계 개편의 필요성	84
2. 내부 경쟁시스템 도입	85
3. 내부 경쟁을 통한 보험자의 기능 재정립	87

V. 참 고 문 헌 91

VI. 부록 : 네덜란드 의료 개혁과 건강보험제도의 변화 95

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향

I

건강보험 환경변화와 보험자

I. 건강보험의 환경변화와 보험자

1. 건강보험의 환경변화

1.1 인구구조의 고령화

- 65세 이상 고령인구의 비율은 2000년에 7.2%에 달하여 고령화 사회로 진입하였고 2019년에는 14.2%로 고령사회, 2026년에는 초고령사회로의 진입이 예상되고 있음.
- 2005년 65세 이상 노령인구는 438만3천명으로 1970년 99만1천명에 비해 4.4배 늘어났으며, 2050년에는 2005년의 3.6배인 1천579만3천명이 될 것으로 전망, 80세 이상 인구도 2005년 현재 67만8천명에서 2050년에는 2005년의 8.6배인 585만9천명으로 전체인구의 14%를 차지할 것으로 전망됨.
- 인구고령화는 경제활동인구의 감소와 의료비의 급증을 초래하여 향후 보험제도 운영에 있어서 수입 감소와 지출증가의 요인이 되기 때문에 건강보험의 재정부담이 가중될 것으로 전망됨.

• • 연령계층별 구성비 추이 • •

(%)

	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020	2030	2050
0~14세	42.5	34.0	25.6	21.1	19.1	16.3	12.6	11.2	9.0
15~64세	54.4	62.2	69.3	71.7	71.8	72.8	71.7	64.7	53.7
65세+	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1	10.9	15.7	24.1	37.3

자료: 연령계층별 구성비 추이, 통계청, 2005.1.

• • 연령계층별 노령인구 추이 • •

(천명, %, 여자 100명당)

	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020	2030	2050
65세 이상	991	1,456	2,195	3,395	4,383	5,354	7,821	11,899	15,793
인구비중(%)	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1	10.9	15.7	24.1	37.3
70세 이상	563	832	1,294	2,014	2,686	3,557	5,231	8,140	12,344
인구비중(%)	1.7	2.2	3.0	4.3	5.6	7.2	10.5	16.5	29.1
80세 이상	101	178	302	483	678	969	1,877	2,711	5,859
인구비중(%)	0.3	0.5	0.7	1.0	1.4	2.0	3.8	5.5	13.8
총인구	32,241	38,124	42,869	47,008	48,294	49,220	49,956	49,329	42,348
인구비중(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

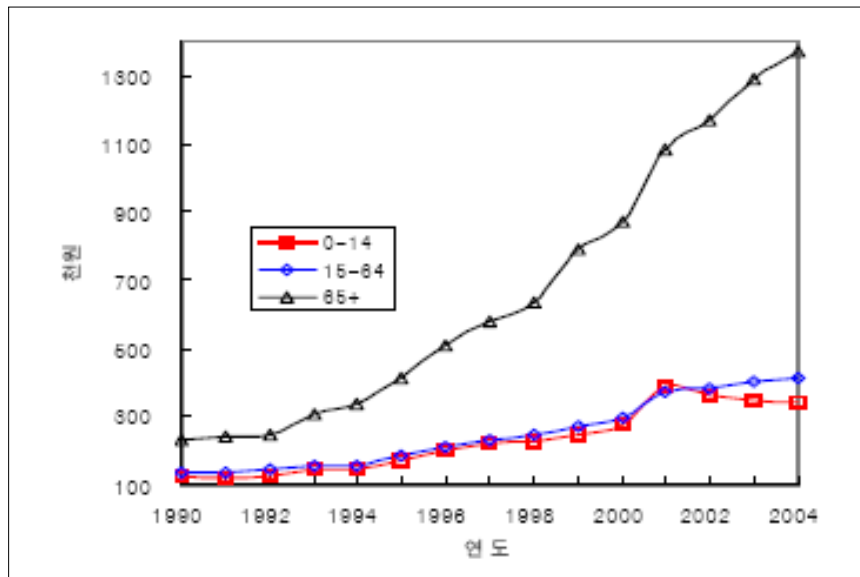
자료: 노령인구 추이, 통계청, 2005.1.

□ 급속한 인구고령화와 함께 의료기술의 고도화, 양질의 의료소비욕구 증가로 국민건강보험의 지출규모는 거의 기하급수적으로(exponentially)증가하고 있음¹⁾. 진료비가 1990년 약 3조원에서 2005년에는 약19조원에 이름으로써 15년 사이 진료비는 6배 이상 증가하였음.

□ 급격히 증가하는 국민건강보험 진료비를 조달하기 위해서는 주요 재원인 보험료와 정부재정지원(국고지원 및 담배부담금)에 관한 정책을 수립하는 것이 필요함. 이를 위해서는 국민건강보험 진료비의 중장기 예측이 필요하며, 이는 지속가능한 건강보험 재정 유지를 위한 보험자의 중요한 역할이라고 할 수 있음.

1) 65세 이상 노인급여비의 증가율은 연평균 27.8%로 65세 미만 가입자의 3.3배(2003년 기준)에 달함으로서 전체 급여비 대비 65세 이상 노인급여비가 급격히 증가하고 있음.

● ● 주요연령범주별 실질 1인당 보험진료비 변화 ● ●



주 : 2004년 불편가격 기준임

자료 : 연도별통계자료, 통계청, 국민건강보험공단, 국민의료보험관리공단, 의료보험연합회

자료 : 인구고령화와 보건의료, 한국개발연구원, 2005.12.에서 재인용

1.2 건강보험에 대한 국민의 의식과 요구 증가

□ 시민사회단체들이 건강보험 정책결정 과정에 참여하면서 건강보험에 대한 국민적 요구가 다양하게 분출되고 있음.

- 과거 정부주도의 정책결정 과정에서 수혜자의 자세로만 관망해왔던 국민들이 시민사회단체를 중심으로 관련 정책결정 과정에 참여하면서 국민적 욕구를 표출하고 있음).

□ 가입자인 국민은 다양한 경로와 매체를 통한 정보와 지식을 바탕으로 '환자로서의 자기결정권'과 '국민의 알 권리'에 대한 의식이 높아지고 있음.

2) 양봉민, 미래지향적 건강보험체계 구축제언과 보험자로서의 국민건강보험공단의 역할. 건강보험포럼, 2005년 여름호, P2

건강보험 가입자로서의 지위와 권리에 대해서도 능동적이고 적극적인 자세를 보이고 있음.

- 국민건강보험공단에서 실시한 2004년, 2005년 건강보험제도 국민만족도 조사에 따르면, 2004년에 비해 국민건강보험제도에 대한 관심도는 상승하였으나 신뢰도는 2005년에 더 낮아졌음(54.4→54.0). 우리나라 국민들은 현재 건강보험제도에 대하여 급여범위 및 급여혜택이 낮고, 보험료 부과의 형평성이 부족하며, 의료기관의 진료비 청구에 대한 관리가 미흡하다고 인식하고 있음.
- 그러나 75%이상의 국민들은 건강보험이 ‘국민건강 향상에 필요한 제도’라는 점에 동의하고 있어 국민건강보험에 대한 국민들의 기대가 매우 높음을 알 수 있음³⁾.

□ 또한 생활수준의 향상은 Well-being 의식을 증가시켜 치료와 같이 사후조치 중심의 보건의료에서 사전예방 중심의 보건의료서비스를 요구하고 있으며, 이에 대한 보험자의 역할 강화를 요구하고 있음.

□ 또한 건강보험에서 제공하는 보건의료서비스가 사전예방에서 재활까지 포괄적인 범위로 확대됨에 따라, 의료기술의 진보에 따른 신기술, 신약, 신재료에 대한 빠른 접근을 요구하고 있음.

1.3 건강보험의 변천과 보험자의 책임 확대

□ 우리나라 건강보험의 실질적 출발은 500인이상 사업장 근로자를 대상으로 강제적인 의료보험제도가 도입된 1977년 7월임. 건강보험이 사회안전망으로서의 역할을 수행한지는 그리 오래되지 않았다고 할 수 있음.

3) 서남규, 박종연, 이애경. 2005년 건강보험제도 국민만족도 조사, 국민건강보험공단, 2004.

- 국민건강보험은 국민보건 향상과 사회보장 증진을 위해 의료급여법 등의 규정에 따라 의료급여를 적용 받는 자를 제외한 전 국민에게 본인의 보험가입 의사에 관계없이 강제적으로 가입시켜 보험료를 부담하도록 하고 있음.
- 국민이 질병, 부상, 사망 등이 발생하거나 건강증진 등의 수요가 발생하였을 때 보험급여를 실시하여 위험의 사회적 분산을 기함으로써 가입자와 피부양자를 보호하는데 목적이 있음.
- 1989년 전 국민을 포괄하는 의료보장제도로 확대됨.
- 전 국민 의료보험의 시행에도 불구하고 139개 직장의료보험조합, 공무원과 사립학교 교원을 대상으로 하는 공교의료보험관리공단, 227개 지역의료보험조합들이 각각 독립채산제 방식으로 운영되고 있었으나, 농촌지역조합들이 만성적인 재정적자 문제가 발생하자 사회연대성 원리를 강화하기 위한 보험자 통합론이 제기되었음.
- 이에 김대중 정부가 들어서면서 건강보험의 형평성과 운영의 효율성을 제고한다는 취지 하에 1998년 10월에 1차 조직통합으로 '국민의료보험관리공단'이 출범함. 2000년 7월에 2차 조직통합을 통하여 '국민의료보험관리공단'과 139개 직장조합이 현재의 단일 보험자인 '국민건강보험공단'으로 통합됨.
- 2003년 4월 업무일원화를 거쳐 2003년 7월 재정통합이 이루어졌으나, 아직까지 보험료부과체계는 직장가입자와 지역가입자로 이원화되어 있음.
- 건강보험공단은 건강보험 통합에 의한 단일보험자로서 통합으로 기대되었던 효과를 가시적으로 보여주어야 할 뿐 아니라, 가입자의 권한과 지위 상승에 따른 다양한 요구에 반응해야 하는 책임이 확대되었음.

- 건강보험 통합에 따라 의료서비스의 대리구매자, 가입자 및 재정의 선량한 보호자, 그리고 가입자에 대한 서비스 제공자로서의 역할이 강조됨.
- 종전의 보험료 부과·징수 위주의 소극적 기능에서 가입자 서비스 강화를 위한 적극적 기능으로 개편이 요구됨.

□ 그러나 현재의 보험자는 보건복지부의 결정사항을 수발하는 역할을 할 뿐 가입자를 대리하고 보호하기 위한 자율적인 보험자로서 역할을 하지 못하고 있음.

<건강보험 통합 추진경과 및 기대효과>

○ 조직통합

- 1차 통합(1998년 10월): “국민의료보험법”에 의거하여 227개 지역조합과 공무원 및 사립학교관리공단을 통합하여 ‘국민의료보험관리공단’ 발족
- 2차 통합(2000년 7월): “국민건강보험법”에 의거하여 국민의료보험관리공단과 137개의 직장조합을 통합하여 ‘국민건강보험공단’ 발족

○ 재정통합

- 1차 유보(2001년 12월 31일) : 2차 통합(2000년 7월)과 동시에 재정통합이 예정되었으나 제정된 “국민건강보험법”이 정하고 있던 “소득기준 단일부과 체계”의 시행불가로 유예⁵⁾
- 2차 유보(2003년 6월 30일): 1차 유보기간(2001년 12월 31일)이 종료되는 2002년 1월1일부터 재정통합이 예정되었으나 부칙(제10조)을 개정하여 2003년 6월 30일까지 2차 유보
 - 유보기간 중 단일보험료 부과체계 연구 : 통합조직에서 직역간 부담의 형평성을 담보할 수 있는 통합부과체계를 연구⁶⁾

○ 기대효과

- 질병으로 인해 발생할 수 있는 위험분산 효과를 극대화하여 사회연대를 강화하고 계층간 소득재분배를 통한 형평성 강화
- 적정부담-적정급여를 통한 보장성 강화를 도모할 수 있는 환경 조성
- 질병치료 등 사후조치에서 질병예방, 재활서비스 제공, 건강증진프로그램 개발 등 사전 예방적인 포괄적 보험급여 제공기반 마련
- 효율적인 관리운영체계 구축을 통한 관리운영비 절감
- 경영투명성 확보 및 국민의 알권리 확대

-
- 4) 국민건강보험발전을 위한 정책제안(국민건강보험발전위원회, 2004.8.) 중 건강보험 통합 내용 재정리
- 5) 주요내용은 이원화된 직장파 지역가입자의 현행 보험료부과기준(직장은 표준보수월액, 지역은 부과표준 소득)을 유지하며, 재정통합(2001.12.31)까지 구분계리를 적용하는 것임.
- 지역가입자의 보험료에 대한 특례: 재정통합시까지 국민의료보험법을 적용
 - 재정통합에 대한 경과조치 : 2001.12.31까지 구분계리
- 6) 자격 및 징수시스템을 일원화하되 부과기준은 실질적 부담능력이 반영되도록 소득이 파악되는 계층과 파악되지 않는 계층으로 나누어 “소득”모형 2종과 “소득+재산”모형 2종, 총 4종의 통합구과체계모형을 제시(백운국, 김진수, 국민건강보험공단, 2002)

2. 건강보험 환경변화의 시사점

- 국민의식과 욕구의 변화는 가입자의 권리의식을 강화시켜 보험자에 대한 다양한 요구를 표출할 것이므로 가입자 중심의 역할을 하는 보험자를 요구함.
- 인구고령화 등으로 지출압력이 지속될 것이므로 보험자에 대한 재정관리 능력이 더욱 요구되고 있음.
- 이와 같은 환경변화는 질병치료 중심의 의료보장체계에서 질병예방, 건강증진, 노인보건서비스 등 보다 포괄적이고 종합적인 보건의료서비스 중심으로의 변화가 필요함을 보여주는 것임.
- 통합 후 단일보험자로서 건강보험을 관리하고 있는 건강보험공단이 가입자를 대표하는 보험자 기구로서 역할과 책임을 다하지 못하고 있음.
- 건강보험의 수입이 되는 보험료 인상은 어려운 반면, 지출에 대한 가입자의 욕구가 증대하고 있는 만큼, 한정된 재원으로 다양한 욕구충족을 위한 건강보험의 효율성 증진이 필요함.

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향

II

21세기에 적합한 건강보험의 새로운 패러다임



II. 21세기에 적합한 건강보험의 새로운 패러다임

1. 건강보험의 진단

- 보험자를 선택할 수 있는 기전이 없어 관리의 비효율을 초래.
 - 소비자 중심의 보험관리 서비스 미흡.
 - 다양한 가입자의 욕구충족 부족
- 보험료 부과 불합리성.
 - 직장가입자와 지역가입자 간 형평성 문제 상존
 - 지역가입자에 대한 보험료 부과상의 문제 : 소득 파악이 안 됨에도 불구하고 소득기준 보험료 부과체계를 고수하는 문제.
 - 직장은 소득기준, 지역은 재산 및 자동차를 포함한 평가소득 기준
 - 차상위계층의 보험료 부담의 한계로 인한 의료사각지대를 형성.
 - 재난성 의료에 대한 보장성 미흡.

2. 패러다임 전환

- 형평과 효율의 조화
 - 지금까지의 패러다임은 형평 중심의 복지적 이념이 지배함. 형평의 실현에 매달려 다양한 가입자의 욕구를 충족시키기 어려웠음.

□ 경쟁을 통한 보험자의 자율성과 가입자의 만족도 제고⁷⁾

- 현재의 단일 보험자 시스템은 수요의 국가독점체계를 유지하여 보험재정에서의 문제를 파생시키거나 아니면 의료서비스의 질에서의 문제를 파생시킬 것임.
- 건강보험의 관리를 단일체제로 함에도 불구하고 보험료부과 방법의 단일화를 찾기 어려워 보험료 수입의 한계가 나타날 것임. 또한 근로자 계층의 불만이 계속될 것임.
- 이러한 문제는 국가 독점적 정부통제 중심의 관리체계에 의해선 해결이 불가능함.
- 변화하는 시대흐름 속에서 국민의 다양한 욕구를 충족시키기 위해서는, 재정통합과 단일 보험자 체제 하에서도 기존의 통제와 독점적 관행을 서서히 탈피하여, 경쟁을 통한 효율성 증대의 차원에서 문제를 점진적으로 해결해나가야 한다는 패러다임의 전환이 필요.

7) 여의도연구소, 보건의료선진화 비전 공개토론회(2005.12.20) 자료집 중 건강보험의 패러다임 중 일부 발췌

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향



국민건강보험의 개편방향

III. 국민건강보험의 개편방향

1. 접근 방향

- 국민을 대리하여 질병을 예방하고 질병으로 인한 재정위험을 보호하는 건강보험의 순기능을 발휘하기 위해서 보험자는 다음과 같은 역할을 수행해야 함.
 - 독립적 자율권을 갖는 보험자 : 운영의 자율성
제도 운영의 주체로서 급여, 보장성, 수가의 1차적 결정 권한 확보
 - 가입자 대리인의 역할 : 재정관리 능력
가입자의 부담 형평성 및 급여지출의 적정관리
 - 가입자의 보호자로서의 역할 : 건강검진사업의 질적 향상
사후적인 치료비 지출보다는 사전적으로 가입자의 건강을 보호하고 증진하는 사업에 충실
- 현재 정부가 관장하는 체계에서는 보험자가 가입자를 대신한 국민건강보험의 실질적 운영주체가 되고, 결정권한을 제대로 행사하기 어려움.
- 현재의 운영체계 하의 한정된 건강보험 재원 구조 속에서는 가입자의 욕구 증대를 충족시키고 자율성과 독립성이 보장되는 보험자로서의 역할을 수행하기 어려움.
- 현행 형평성 위주의 정책 실현을 고집하는 방식엔 관리운영과 지출의 비효율성이 상존하고 있으며, 이는 새로운 의료서비스와 가입자 중심의 서비스를 제공하기에는 적합하지 않은 운영체계임.

- 이 장에서는 보험자에게 요구되는 자율성, 재정관리 능력, 예방사업 수행의 세 가지 측면에서 국민건강보험공단과 현행 보험체계를 평가하고자 함.

2. 보험자 고유의 역할 제고

2.1 건강보험 업무 및 기능의 자율권 부재

- 현재 우리나라의 건강보험제도는 사회보장제도의 한 부분을 이루며, ‘국민건강보험법’에 의거해 건강보험사업은 보건복지부장관이 관장하지만 건강보험의 관리운영은 보험자조직인 국민건강보험공단이 하게 됨.
 - ‘국민건강보험법’ 제2조는 보건복지부장관을 건강보험사업의 관장자로 규정하는 한편, 제12조는 건강보험의 보험자를 공단으로 규정하고 있음.
- 국민건강보험사업을 관장하는 것은 보건복지부이며, 심사평가원은 그의 실무적 보조업무를 수행하고 있음. 그에 반해 건강보험공단은 자격관리와 징수업무를 제외하고는 결정된 바를 이행하는 행정적 지원역할에 불과함.
- 실질적으로 중요한 보험자의 역할은 대부분 정부가 주도하고 있어 공단의 독립성과 자율성을 기대할 수 없는 구조임
- 과거에는 여러 조합이 개별적으로 보험자가 되어 관리운영을 해 나갔으나 2000년부터는 단일 보험자인 공단이 관리 운영하는 방식으로 바뀌었음.
- ‘국민건강보험법’에 따르면 요양급여의 기준과 요양급여비용 등 건강보험에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 건강보험심사조정위원회를 두고, 공단에는 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위하여 재정운영위원회를 두도록 되어 있음.

- 하지만, 2001년 건보재정 악화를 계기로 제정된 ‘국민건강보험재정건전화 특별법’을 계기로 현재는 이러한 기능들이 건강보험정책심의위원회로 넘어가 있음. 특별법 만료 후에도 정부는 건강보험정책심의위원회를 존속시켜 기존 틀을 유지하려고 함.
- 공단은 건강보험법상 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 및 징수금의 부과·징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업, 보험급여비용의 지급, 자산의 관리·운영 및 증식사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 등의 업무를 관장하고 있음.
- 공단의 주요사항은 이사장과 이사로 구성된 이사회가 심의·의결하며, 직원은 이사장이 임명함. 공단의 조직·인사·보수 및 회계에 관한 규정은 이사회의 의결을 거쳐 보건복지부장관의 승인을 얻어 정함. 즉, 공단은 독립된 법인이지만 공조직으로서의 제약을 강하게 받음.
- 공단은 법상에서는 보험자로 되어 있지만 사실상 주요한 결정이 보건복지부장관 산하 건강보험심의조정위원회(특별법상 건강보험정책심의위원회)에서 이루어지고 있음을 고려하면, 공단은 무늬만 보험자이지 복지부의 하수인 역할을 하는 반관반민 조직임.
- 건강보험사업의 주된 재원인 건강보험료는 실질적으로는 사회보장목적세와 큰 차이가 없음. 정부가 이미 밝힌 국세청의 4대보험료 통합 징수 추진 방안도 이를 인정하는 것임.

- 현행 건강보험제도는 근본적으로 보험자로서의 자율성과 독립성을 보장하고 있지 못하기 때문에 시간을 두고 국민건강보험공단의 존재 의의 내지 역할 재설정을 위한 근본적 논의가 필요함.

2.2 의사결정체계의 자율권 부재

- ‘국민건강보험법’이 규정하는 국민건강보험공단의 업무는 다음과 같음.

<국민건강보험법>

제13조 (업무 등) ①공단은 다음 각호의 업무를 관장한다.

1. 가입자 및 피부양자의 자격관리
2. 보험료 기타 이 법에 의한 징수금의 부과·징수
3. 보험급여의 관리
4. 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업
5. 보험급여비용의 지급
6. 자산의 관리·운영 및 증식사업
7. 의료시설의 운영
8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
10. 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무
11. 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

- 공단의 업무에는 보험급여의 관리가 포함되어 있으나, 보험급여 업무에서 가장 중요한 수가결정권도 공단은 갖고 있지 못함.

- 의료서비스 제공에 대한 대가로 요양기관에 지급하는 보험급여비용은 같은 법 제42조에 보험자인 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자가 1년 단위의 계약으로 정하도록 규정하고 있으며, 같은 법 시행령 제24조에는 보험급여비용 중 의료기관에 지급하는 의료수가는 그 산정요소 중 상대가치 점수를 보건복지부장관이 정하고, 점수 당 단가만 공단의 이사장이 의

약계 대표와 계약하도록 규정하고 있음.

- 또한 의료수가 결정을 위한 상대가치 산정 등을 보건복지부가 심평원을 활용하여 수행함으로써 보험자인 공단은 가입자 자격관리, 보험료 부과징수, 심평원의 심사결과에 따른 요양급여비용 지급 등 단순한 보험행정업무만 수행하고 있음⁸⁾.

• • 건강보험의 업무 및 기능 분담 현황 • •

	업무 및 기능
보건복지부	급여기준(범위, 내용) 결정 고시 심사기준 세부적용방법 결정 본인부담 결정고시 상대가치점수 결정 고시 수가결정고시(계약결렬시) 약가결정 고시(포지티브제도 도입시 복지부장관 직권사용) 보험료율 결정 고시 공단예산 및 인력통제
건강보험공단	진료비지불 가입자 자격관리 보험료 부과 징수 수가계약 약가계약(포지티브제도 도입시 제약회사와 계약 체결)
심사평가원	급여비용심사 급여의 적정성 평가 심사기준 및 세부적용방법 결정지원

8) 감사원 사회복지감사국 총괄과. 국민건강보험 운영실태. 2004.12

● ● 건강보험사업 운영 주체간의 역할 현황 ● ●

역할(업무)	보건복지부	공단	심평원	비고
가입자 자격관리		◎		
보험료 부과징수		◎		
보험급여 기준(범위/방법 등)	◎		○	
보험급여비용 지불방식 결정	◎			
상대가치점수 결정	◎		○	요양기관 영향 큼
점수당 단가 결정	◎	△		요양기관은 공단보다 복지부 선호
약가 결정	◎		○	Positive List System 도입 후 역할 강화 기대
요양급여비용 심사/평가			◎	
보험급여비용 지불		◎		
요양기관 현지 조사	○	△	◎	

※ ◎: 역할 대(大) ○: 역할 중(中) △: 역할 소(小)

자료: 건보사업 운영 주체간 역할 현황, 감사원 사회복지감사국 총괄과, 국민건강보험 운영실태, 2004.12.에서 재인용

□ 국민건강보험의 통합이후 정부, 공단 및 심평원간의 역할구분과 협력관계의 정립이 제대로 이루어지지 않고 있어서, 건강보험제도의 효율적 운영 및 발전에 장애가 되고 있음.

□ 현행 건강보험의 의사결정 기구를 분석하면, 기본적인 보험자 기능을 수행하기 위한 의사결정에 있어서 공단과 정부와의 관계는 수직적 관계를 형성하고 있음.

- 건강보험법 상 보건복지부는 건강보험사업과 공단에 대하여 감독상 필요한 조치를 할 수 있도록 하고 있음.
- 또한 공단의 직급별 정원관리 등을 통한 조직 구성권이나 예산편성권 등 공단의 조직, 인사, 보수 및 회계에 관한 규정도 보건복지부의 권한으로 되어 있음.

- 이는 건강보험 재정적자로 인해 건강보험재정에 대한 정부지원이 확대되면서 정부 간여가 불가피하게 된 면이 있는데, ‘국민건강보험법’ 하에서보다 ‘건강보험재정건전화특별법’ 하에서는 그 정도가 더욱 심화된 것으로 확인할 수 있음.

• • 현행 의사결정 기구 • •

	국민건강보험법	건강보험재정건전화특별법(2006년까지)
급여	-건강보험심의조정위원회(복지부)	-건강보험정책심의위원회(복지부)
보험료	-재정운영위원회(공단)	-건강보험정책심의위원회(복지부)
수가	-요양급여비용협의회와 공단간 계약	-요양급여비용협의회와 공단간계약 결렬시: 건강보험정책심의위원회(복지부)
약가	-건보심 심의후 장관 고시(복지부)	-건정심 심의후 장관 고시(복지부)
공단운영	-결손처분 등에 관한 사항 :재정운영위원회(공단)의결 -사업, 예산, 인력 등 :이사회(공단)의결후 복지부 승인	-좌동

자료: 국민건강보험 발전을 위한 정책제안, 국민건강보험발전위원회, 2004.8.

3. 건강보험에 대한 재정관리 능력 제고

3.1 건강보험재정 현황 및 문제점

- 공단은 매 회계연도의 예산안을 그 내용의 성질별로 구분 편성하여 보건복지부장관의 승인을 얻어야 함.
- 2003년부터는 직장가입자와 지역가입자의 재정을 통합하여 운영하고 있으며, 건강보험사업에 관한 회계는 공단의 다른 회계와 구분 처리함.

- 현금의 지출 부족이 생긴 때에는 차입을 할 수 있으며, 다만 1년 이상의 장기차입을 할 경우에는 보건복지부장관의 승인을 얻어야 함.
- 매 회계연도의 결산상 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 소요된 비용의 100분의 5 이상에 상당하는 액을 그 연도에 소요된 비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금으로 적립하여 향후 보험급여비용의 부족에 충당함.

3.2 건강보험 재정관리의 비효율

① 국고지원 의존도의 지속적 상승

- 공단의 재정수지는 '03년 이후 당기수지 1조이상의 흑자를 보이고 있으며, '04년부터는 누적수지도 흑자로 돌아서 당해연도에 757억원의 흑자를 기록하였으며 '05년에는 흑자규모가 1조 2,545억원에 달하고 있음.
- 이는 '03년도의 수입액이 '02년도 대비 20%이상 증가하였으나 지출액은 7% 밖에 증가하지 않았고, '03년 이후에 이러한 흑자구조가 계속 이어짐에 따라 누적수지가 흑자로 돌아선 것으로 분석됨.

● ● 국민건강보험 재정수지 추이(1995-2005년) ● ●

단위: 억원

연 도	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
수 입	54,354	86,923	91,016	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325
지 출	50,537	95,614	101,106	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537
국고부담 [※]	7,553	11,656	15,529	26,363	30,139	34,238	34,830	36,948
당기수지	3,817	-8,691	-10,090	-27,088	-7,607	10,794	15,679	11,788
적 립 금	41,200	22,425	9,189	-18,109	-25,716	-14,922	757	12,545

※ 국고지원금과 담배부담금을 합산한 금액

자료: 건강보험정책심의위원회 자료, 건강보험공단, 2005.11.25

2006-2010년 국가재정운용계획:사회복지·보건분야 공개토론회 자료집. P90에서 재인용

- 그러나 인구고령화와 가입자의 요구 증가는 지속적으로 보험급여비의 과도한 지출 증가를 초래할 것임.
 - 고령화 인구구조와 웰빙문화는 건강보험 진료비 증가로 이어져 보험료의 적정 인상이 불가피하지만 이는 정치적 문제를 수반할 것이므로, 국민건강보험공단은 보험료 인상보다는 좀더 손쉬운 방법인 정부재정 지원규모 확대를 요구할 가능성이 높음.
- 특히, 우리나라 건강보험은 자조적 사회보험임에도 구조적 결함 때문에 보험료 보다는 국고지원에 더욱 의지하고 있으며, 현재의 흑자 재정은 상당부분 국고지원에 의한 것임을 감안할 때 지속적인 국고지원의 유지와 국고지원 감소에 대비한 대안 마련 등 재정적자 위험이 상존하고 있음.
- 실제로 다음 표에서 보면, 2005년까지 매년 국고부담액이 계속 증가하고 있음. 의료기술의 발달과 인구고령화로 현행 보장률 수준에서도 건강보험 지출의 증가추세가 가속화될 것임.
- 더욱이 보건복지부는 국민건강보험의 보장률을 2008년까지 71%수준으로 높일 계획인 바, 보장성 확대는 의료의 실효가격 인하와 의료소비자 및 의료제공자의 도덕적 해이를 높여 의료수요를 크게 증가시킬 것으로 예상됨.
- 2005년 12월, 한국개발연구원에서 발표한 ‘인구고령화와 보건의료 보고서’에 의하면, 2003년과 2004년 보험급여비 대비 지원을 21.4%를 적용하여 추계했을 때, 국고지원규모는 최대 2010년에는 약 5조원, 2020년과 2030년에는 각각 약 8조원과 약 12조원으로 증가하고 2040년 약 16조원을 거쳐 2050년에는 약 20조원에 이를 것으로 전망되었음).

● ● 연도별 재정수지 현황, 정부지원(국고지원금, 담배부담금) 포함 시 ● ●

(자금수지 기준, 단위 : 억원)

구 분		'95년	'96년	'97년	'98년	'99년	'00년	'01년	'02년	'03년	'04년	'05년	'06.6월
계	수 입	54,354	63,255	73,004	78,508	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	113,306
	·보험료수입	35,613	41,303	47,941	50,063	61,054	71,846	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	92,304
	·국고지원금	7,553	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	16,539
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	3,027
	·공동사업배분금	4,691	6,075	10,119	10,774	8,859	5,360	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	6,497	7,154	4,990	6,911	5,354	2,561	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	1,436
	지 출	50,537	64,132	76,823	87,157	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	109,016
	·보험급여비	40,209	50,756	58,131	68,070	78,406	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	103,876
	·관리운영비	4,488	5,595	6,638	6,971	6,814	7,503	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	4,376
	·공동사업부담금	4,666	6,045	10,272	10,607	8,807	5,356	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	1,174	1,736	1,782	1,509	1,587	2,204	963	949	830	831	380	764
	당기수지	3,817	△877	△3,819	△8,649	△8,691	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	4,290
	누적수지	41,200	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	16,835
지역	수 입	24,376	29,063	36,258	39,621	43,519	48,172	63,209	69,284	74,818	-	-	-
	·보험료수입	12,846	15,313	19,387	21,548	25,266	28,857	36,616	39,813	42,672	-	-	-
	·국고지원금	7,553	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	-	-	-
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	1,976	2,862	-	-	-
	·공동사업배분금	2,348	3,036	5,083	5,436	4,635	2,720	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	1,629	1,991	1,834	1,877	1,962	1,068	343	1,748	1,492	-	-	-
	지 출	24,331	30,485	36,135	41,193	46,802	51,161	68,299	70,525	74,370	-	-	-
	·보험급여비	20,248	25,448	29,359	34,014	39,273	44,583	63,312	66,261	69,807	-	-	-
	·관리운영비	2,559	3,140	3,743	3,908	4,218	4,190	4,366	4,039	4,355	-	-	-
	·공동사업부담금	1,209	1,519	2,601	3,030	2,737	1,638	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	315	378	432	241	574	750	621	225	208	-	-	-
	당기수지	45	△1,422	123	△1,572	△3,283	△2,989	△5,090	△1,241	448	-	-	-
	누적수지	9,688	8,141	8,850	7,278	3,995	364	△6,700	△7,941	△7,493	-	-	-
직	수 입	23,372	27,038	28,843	30,378	31,229	33,567	53,214	69,619	93,413	-	-	-
	·보험료수입	18,024	20,849	22,991	22,189	25,014	30,274	51,900	66,653	89,135	-	-	-
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	2,416	3,584	-	-	-
	·공동사업배분금	1,653	2,146	3,628	3,825	3,057	1,908	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	3,695	4,043	2,224	4,364	3,158	1,385	1,314	550	694	-	-	-
	지 출	19,923	25,547	31,118	34,252	36,993	40,608	72,212	75,985	83,067	-	-	-
	·보험급여비	14,935	18,788	21,428	24,766	29,216	34,409	69,135	72,732	79,715	-	-	-
	·관리운영비	1,615	2,041	2,456	2,552	2,088	2,852	2,735	2,529	2,730	-	-	-
	·공동사업부담금	2,607	3,463	6,011	5,975	4,712	2,545	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	766	1,255	1,223	959	977	802	342	724	622	-	-	-
	당기수지	3,449	1,491	△2,275	△3,874	△5,764	△7,041	△18,998	△6,366	10,346	-	-	-
	누적수지	24,497	26,075	25,029	22,312	17,305	8,359	△11,409	△17,775	△7,429	-	-	-
	공·교	수 입	6,606	7,154	7,903	8,509	12,175	13,555	-	-	-	-	-
·보험료수입		4,743	5,141	5,563	6,326	10,774	12,715	-	-	-	-	-	-
·공동사업배분금		690	893	1,408	1,513	1,167	732	-	-	-	-	-	-
·기타수입		1,173	1,120	932	670	234	108	-	-	-	-	-	-
지 출		6,283	8,100	9,570	11,712	11,819	13,615	-	-	-	-	-	-
·보험급여비		5,026	6,520	7,344	9,290	9,917	11,329	-	-	-	-	-	-
·관리운영비		314	414	439	511	508	461	-	-	-	-	-	-
·공동사업부담금		850	1,063	1,660	1,602	1,358	1,173	-	-	-	-	-	-
·기타지출		93	103	127	309	36	652	-	-	-	-	-	-
당기수지		323	△946	△1,667	△3,203	356	△60	-	-	-	-	-	-
누적수지		7,015	5,804	3,972	769	1,125	466	-	-	-	-	-	-

※ 2003.7월부터 지역·직장 재정통합이 되었음

• • 연도별 재정수지 현황, 정부지원(국고지원금, 담배부담금) 제외 시 • •

(자금수지 기준, 단위 : 억원)

구 분		'95년	'96년	'97년	'98년	'99년	'00년	'01년	'02년	'03년	'04년	'05년	'06.6월
계	수 입	46,801	54,532	63,050	67,748	75,267	79,767	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	93,740
	·보험료수입	35,613	41,303	47,941	50,063	61,054	71,846	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	92,304
	·국고지원금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	·공동사업배분금	4,691	6,075	10,119	10,774	8,859	5,360	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	6,497	7,154	4,990	6,911	5,354	2,561	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	1,436
	지 출	50,537	64,132	76,823	87,157	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	109,016
	·보험급여비	40,209	50,756	58,131	68,070	78,406	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	103,876
	·관리운영비	4,488	5,595	6,638	6,971	6,814	7,503	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	4,376
	·공동사업부담금	4,666	6,045	10,272	10,607	8,807	5,356	-	-	-	-	-	-
지 역	·기타지출	1,174	1,736	1,782	1,509	1,587	2,204	963	949	830	831	380	764
	당기수지	△3,736	△9,600	△13,773	△19,409	△20,347	△25,617	△50,338	△37,746	△23,444	△19,151	△25,160	△15,276
	수 입	16,823	20,340	26,304	28,861	31,863	32,645	36,959	41,561	44,164	-	-	-
	·보험료수입	12,846	15,313	19,387	21,548	25,266	28,857	36,616	39,813	42,672	-	-	-
	·국고지원금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	·공동사업배분금	2,348	3,036	5,083	5,436	4,635	2,720	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	1,629	1,991	1,834	1,877	1,962	1,068	343	1,748	1,492	-	-	-
	지 출	24,331	30,485	36,135	41,193	46,802	51,161	68,299	70,525	74,370	-	-	-
	·보험급여비	20,248	25,448	29,359	34,014	39,273	44,583	63,312	66,261	69,807	-	-	-
직 장	·관리운영비	2,559	3,140	3,743	3,908	4,218	4,190	4,366	4,039	4,355	-	-	-
	·공동사업부담금	1,209	1,519	2,601	3,030	2,737	1,638	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	315	378	432	241	574	750	621	225	208	-	-	-
	당기수지	△7,508	△10,145	△9,831	△12,332	△14,939	△18,516	△31,340	△28,964	△30,206	-	-	-
	수 입	23,372	27,038	28,843	30,378	31,229	33,567	53,214	67,203	89,829	-	-	-
	·보험료수입	18,024	20,849	22,991	22,189	25,014	30,274	51,900	66,653	89,135	-	-	-
	·담배부담금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	·공동사업배분금	1,653	2,146	3,628	3,825	3,057	1,908	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	3,695	4,043	2,224	4,364	3,158	1,385	1,314	550	694	-	-	-
	지 출	19,923	25,547	31,118	34,252	36,993	40,608	72,212	75,985	83,067	-	-	-
공 · 교	·보험급여비	14,935	18,788	21,428	24,766	29,216	34,409	69,135	72,732	79,715	-	-	-
	·관리운영비	1,615	2,041	2,456	2,552	2,088	2,852	2,735	2,529	2,730	-	-	-
	·공동사업부담금	2,607	3,463	6,011	5,975	4,712	2,545	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	766	1,255	1,223	959	977	802	342	724	622	-	-	-
	당기수지	3,449	1,491	△2,275	△3,874	△5,764	△7,041	△18,998	△8,782	6,762	-	-	-
	수 입	6,606	7,154	7,903	8,509	12,175	13,555	-	-	-	-	-	-
	·보험료수입	4,743	5,141	5,563	6,326	10,774	12,715	-	-	-	-	-	-
	·공동사업배분금	690	893	1,408	1,513	1,167	732	-	-	-	-	-	-
	·기타수입	1,173	1,120	932	670	234	108	-	-	-	-	-	-
	지 출	6,283	8,100	9,570	11,712	11,819	13,615	-	-	-	-	-	-
공 · 교	·보험급여비	5,026	6,520	7,344	9,290	9,917	11,329	-	-	-	-	-	-
	·관리운영비	314	414	439	511	508	461	-	-	-	-	-	-
	·공동사업부담금	850	1,063	1,660	1,602	1,358	1,173	-	-	-	-	-	-
	·기타지출	93	103	127	309	36	652	-	-	-	-	-	-
	당기수지	323	△946	△1,667	△3,203	356	△60	-	-	-	-	-	-

※ 2003.7월부터 지역·직장 재정통합이 되었음

- 위 표에서 보듯이 건강보험은 누적수지가 흑자인 현재에도 국고보조가 없다면 만성적자에 놓이게 됨. 당초 지역가입자의 보험료 지원으로 출발한 국고보조는 물론 재정파탄위기 이후 급조된 국민건강증진기금도 국민건강보험의 하나의 재원으로 자리 잡고 있음.
- 보건복지부는 2006년 8월 10일, ‘건강보험 재정지원에 대한 10가지 오해’ 설명자료¹⁰⁾를 통해 국고지원이 없어도 건보재정 안정이 가능하다는 주장을 한 바 있지만, 이는 현실성이 없는 주장이라고 할 수 있음.
- 보장성 강화를 통한 선진국 수준의 급여확대는 국고지원이 이루어지지 않는 한 불가능하며, 국고지원 없이 적자재정을 충당하기 위해선 올 25.4%, 내년 23.4% 2008년 22.3%의 건보료 인상이 불가피 함이 확인되었음.
- 국고지원이 없는 경우의 재정수지는 올해 국고지원 4조5727억원이 누락되면 당기수지는 4조 4373억원 적자로 건보료 인상이 25.4%, 내년 4조6871억원 누락(당기수진 4조 6776억 적자)되면 건보료 23.4% 인상, '08년 4조 9650억원 누락되면 건보료가 22.3% 인상돼야 할 것으로 분석됨.

② 공단의 재정추계 능력의 한계

- 보험자는 재정추계를 통해 다음 연도 보험료 인상률과 급여 범위에 대한 가이드라인을 제시할 수 있어야 함.
- 따라서 정확한 재정추계는 건강보험의 건전재정 유지를 위해 필수적임. 또한 정확한 재정추계는 건강보험재정의 문제를 파악하여 대책을 사전에 준

10) 보건복지부 보도자료

비할 수 있도록 해 줌.

- 정상적인 의료가 제공되지 못했던 2000년을 제외하고 2001년과 2002년 모두 지출추계가 실적보다 큰 폭으로 낮아 재정적자의 주요한 요인이었음을 확인할 수 있음.

• • 건강보험 재정 추계 및 실적치 비교(2000-2002) • •

		2000년		2001년		2002년	
		추계	실적	추계	실적	추계	실적
지출	소 계	104,890	101,106	114,539	140,511	110,099	146,510
	보험급여비	93,407		107,460	132,447	90,904	138,993
	관리운영비	6,354		6,354	7101	16,297	6,568
	재정공동사업	4,404					
	기타	725		725	963		949
수입	소 계	89,979	91,016	97,021	116,423	134,389	138,903
	보험료	69,423		79,441	88,516	127,310	106,466
	국고지원	13,227	15,529	14,682	26,250	6,354	25,747
	재정공동사업	4,431					
	담배부담금						4,392
	기타	2,898		2,898	1,657	725	2,298
당기수지		-14,911	-10,090	-17,518	-27,088	-24,290	-7,607
누적적립금		6,775	9,189	-10,743	-18,109	-35,033	-25,716

자료: 각연도별 건강보험 재정추계 산출내역(2000-2002), 2005년도 건강보험정책심의위원회 자료를 이용해 안명옥 의원 재정리, 건강보험공단, 2006.9.

- 2000년에는 의료계 파업 등으로 당초 예상했던 보험급여비도 지출되지 않았음. 그러나 2001년은 2000년에 지연된 청구분과 함께 제도변화로 인한 변화가 제대로 반영되기 시작하는 해였기 때문에 재정추계가 중요한 시점이었음.

- 그럼에도 불구하고 공단은 2001년도 재정추계를 실적치보다 큰 폭으로 과소추계 하였음. 재정추계는 보험료 인상수준과 적절한 보험급여수준을 결정하는데 중요한 역할을 하게 됨. 따라서 2001년도 건강보험이 재정파탄 위기에 처한 것은 재정추계가 정확하지 못한데 기인함.
- 최근 지역중심의 보건의료서비스 제공의 필요성이 주장되고 특히, 정부의 노인수발보험법에 대하여 지역중심 서비스 제공체제로 대안이 논의 되고 있는 현재에 현재의 일원화된 건강보험공단 구조는 지역별 특성에 맞게 보건의료서비스를 기획하고 지출을 예측하기에는 한계가 있음.
- 2003년 이후 2005년까지 당기수지 흑자를 지속하면서, 2005년 9월부터 건강보험 보장성 강화 로드맵이 본격적으로 실행되었음. 건강보험 보장성 강화 로드맵에 의하면 2004년 61%였던 보장율이 2008년에는 71%로 높아짐.
- 그러나 2006년 9월까지 보장성 강화 사업으로 집행된 실적을 분석해보면, 예산보다 크게 미흡한 것으로 확인됨. 시행초기의 실적부진을 감안해 최근 까지 실적으로 환산해도 연간 예산에 크게 미흡해 추계의 정확성에 의심을 갖게 함.

• • 2005년도에 시행한 보장성강화 방안의 2005년도 재정추계 및 집행실적 • •

(단위: 억원)

시행일	항 목	재정추계 (연간)	재정추계 (집행기간)	재정실적 (집행기간)	비고
05.01.01	○ MRI(자기공명영상)보험급여	2,290	2,290	506	
05.01.01	○ 분만시 본인부담 면제	210	210	300	
05.01.01	○ 정신질환 외래 본인부담 경감(30 ~ 50% → 20%)	226	226	164	
05.01.01	○ 미숙아 지원(본인부담 면제)	120	120	126	
05.01.01	○ 연골무형성증 급여기준 확대	11	11		산출불가
05.01.01	○ 인도사이아닌그린 검사	14	14	1.3	
05.01.01	○ 희귀/난치성 질환의 산정특례 확대	24	24	34	
05.01.15	○ 두개강내 신경자극기	28	27	41	
05.01.15	○ 미주신경자극기	6	6	8.7	
05.01.15	○ 인공와우 급여	115	110	121	
05.01.15	○ 조혈모세포수집용 키트	23	22	1.3	
05.02.01	○ 중추성사춘기 조발증 GnRH 주사제와 성장호르몬 주사제 병용	13	12	0.25	
05.04.22	○ 장애인보장구(전동휠체어 등)급여확대	145	105	108	
05.05.10	○ 만성신부전환자 조혈제 급여기준 완화	62	38	14.8	
05.05.10	○ 골다공증 치료제 급여기간 연장(90일 → 180일)	388	237	49	
05.07.01	○ 1차 급여기준 개선(치료재료, 약제)	200	100	63	
05.09.15	○ 2차 급여기준 개선(행위, 치료재료)	400	117	2.2	
05.08.01	○ 1차 100/100 전액부담 본인일부부담으로 전환	900	375	179	
	○ 2차 100/100 전액부담 본인일부부담으로 전환	567			연기
05.09.01	○ 암등 고액중증질환 보장성강화	6,100	2,033	1034	
	법정본인부담 인하(20% → 10%)	3100			
	의료적 비급여의 급여전환	3000			
05.09.01	○ 의약분업 예외경감(장애인 등)	146	49	35	
05.10.17	○ 희귀난치성질환 약제 급여확대	165	34	9.1	
05.11.01	○ 성인, 소아 중증류마티스관절염 엔브렐주사제 급여확대	46	8		
05.12.15	○ 만성 B형 간염치료제 급여기준 확대	196	8	4	
	전체	12,395	6,175	2,802	45%집행

자료: 보장성 강화에 따른 재정추계 및 집행실적, 보건복지부 제출자료 안명옥의원 재정리, 2006.9.

* 연간 재정추계는 2005년에 추계한 결과임

* 집행기간 재정추계는 연간 재정추계에서 시행일을 고려한 실효기간으로 수정한 예산

● ● 2005년도에 시행한 보장성강화 방안의 2006년도 집행실적 ● ●

(단위:억원)

시행 일시	항목	연간 추계	2006년 실적	실적			
				2005년 (월평균)	산출기간	2006년 (월평균)	산출기간
'05.1.1	MRI(자기공명영상)보험급여	2,290	860	506(42.2)	'05.01~'05. 12	215(71.7)	'06.1~'06.3
'05.1.1	분만시 본인부담 면제	210	324	300(25.0)	'05.01~'05. 12	81(27.0)	'06.1~'06.3
'05.1.1	정신질환 외래 본인부담 경감 (30 ~ 50% → 20%)	226	192	164(13.7)	'05.01~'05. 12	48(16.0)	'06.1~'06.3
'05.1.1	미숙아 지원(본인부담 면제)	120	126	126(10.5)	'05.01~'05. 12	-	
'05.1.1	연골무형성증 급여기준 확대	11	-		'05.01~'05. 12	-	
'05.1.1	인도사이아닌그린 검사	14	1	1.3(0.1)	'05.01~'05. 12	-	
'05.1.1	희귀난치성 질환의 산정특례 확대	24	34	34(2.8)	'05.01~'05. 12	-	
'05.1.15	두개강내 신경자극기	28	43	41(3.6)	'05.01~'05. 12	-	
'05.1.15	미주신경자극기	6	9	8.7(0.8)	'05.01~'05. 12	-	
'05.1.15	인공와우 급여	115	52	121(10.5)	'05.01~'05. 12	13(4.3)	'06.1~'06.3
'05.1.15	조혈모세포수집용 키트	23	1	1.3(0.1)	'05.01~'05. 12	-	
'05.2.1	중추성사춘기 조발증 GnRH 주사제와 성 장호르몬 주사제 병용	13	0	0.25(0.0)	'05.02~'05. 12	-	
'05.4.22	장애인보장구(전동휠체어 등)급여확대	145	192	108(18.0)	'05.05~'05. 12	64(16.0)	'06.01~'06. 4
'05.5.10	만성신부전환자 조혈제 급여기준 완화	62	40	14.8(3.3)	'05.05~'05. 12	-	
'05.5.10	골다공증 치료제 급여기간 연장 (90일→180일)	388	124	49(11.1)	'05.05~'05. 12	31(10.3)	'06.1~'06.3
'05.7.1	1차 급여기준 개선(치료재료, 약제)	200	126	63(10.5)	'05.07~'05. 12	-	
'05.8.1	1차 100/100 전액본인부담 급여전환	895	430	179.26(35.9)	'05.08~'05. 12	-	
'05.9.1	의약분업 예외경감(장애인 등)	146	112	35(8.8)	'05.9~'05.12	28(9.3)	'06.1~'06.3
'05.9.1	암등 고액중증질환 보장성강화	6,100	2,852	1034(258.5)	'05.9~'05.12	713(237.7)	'06.1~'06.3
'05.9.15	2차 급여기준확대	400	13	2.2(1.1)	'05.9~'05.12	-	
'05.10.17	희귀난치성질환 약제 급여확대	165	82	9.1(6.8)	'05.10~'05.12	-	
'05.11.1	성인, 소아 중증류마티스관절염 엔브렐주 사제 급여확대	46	-		'05.11~'05.12	-	
'05.12.15	만성 B형 간염치료제 급여기준 확대	196	66	4	'05.12~'05.12	22(5.5)	'06.1~'06.4
전 체		11,823	5,680				48% 집행

자료: 보장성 강화에 따른 집행실적, 보건복지부 제출자료 안명옥의원 재정리, 2006.9.

* 연간 재정추계는 2005년에 추계한 결과임

* 2006년 실적(월평균)이 없는 경우는 2005년 실적(월평균)을 이용하여 실적 추계

• • 2006년도 시행 항목의 재정추계 및 집행실적 • •

(단위:억원)

시행일	항 목	연간추계	추계 (집행기간)	실적 (집행기간)	실적(월평균)	산출기간
06.01.01	○ 특정암 검사 본인부담 경감	192	192	381.6	254(31.8)	'06.1~'06.8
06.01.01	○ 간장 췌장 폐등 장기이식시 적출술	50	50	44.4	11.3(3.7)	'06.1~'06.3
06.01.01	○ 2차 100/100 전액부담 본인일부부담으로 전환	567	567	620.4	155(51.7)	'06.1~'06.3
06.01.16	○ 소아,무이증 급여	15	14.4	4.8	2(0.4)	'06.1~'06.5
06.01.01	○ 6세미만 입원아동 본인부담 면제	1,100	1,100	1,704	426(142.0)	'06.1~'06.3
06.01.01	○ 뇌혈관 심장질환의 중재적 시술 등 중증 질환 산정특례 확대	761	761	456	114(38.0)	'06.1~'06.4
06.01.01	○ 희귀난치질환 확대(9종)	12	12	8.4	2(0.7)	'06.1~'06.3
06.02.01	○ 진찰료 야간가산시간대 환원	800	800	675.6	169(56.3)	'06.2~'06.4
06.06.01	○ 식대보험급여	5,200~5,600	3267	3267		
06.06.01	○ PET 보험급여	630	368	368		
	전체	9,190~9,590	4,458	7,530		168%집행

자료: 시행항목에 따른 재정추계 및 집행실적, 보건복지부 제출자료 안명옥의원 재정리, 2006.9.

*실적(집행기간)은 월평균 실적을 연간으로 환산, 식대와 PET은 집행기간 예산을 적용

□ 특히, 2006년에 새롭게 시작한 항목들에 대한 집행율은 예산보다 68%를 초과하고 있음. 여기에 6월부터 시행되어 아직 산출되지 않고 있는 식대와 PET(양전자단층촬영기)의 급여지출을 고려하면 2006년 하반기는 보장성 확대에 의한 급여비 지출이 급증될 것으로 우려되어 재정추계의 부정확성이 재정적자의 주요한 원인임을 확인할 수 있음.

□ 보장성 강화사업으로 시행된 항목 중에는 현재의 청구자료로는 그 증가액을 계산하기 어려운 것도 있음.

□ 보장성 강화 사업의 예산과 실적의 큰 차이는 지출추계를 중심으로 보험료와 국고보조가 이루어진다는 점에서 큰 문제가 아닐 수 없음. 만일 지출추계가 과대된다면, 보험료도 과대 부과한 것일 수 있기 때문에 과학적인 예산 책정과 지출관리는 가입자를 대리하는 보험자의 주요한 역할임.

3.3 안정적 재정시스템 구축을 위한 제언

① 낮은 보험료 징수율

□ 2000년부터 2005년까지 직장가입자와 지역가입자의 연도별 부과액에서 체납액을 차감한 징수액을 가지고 부과액에 대비한 징수율을 계산하여 비교하면, 모든 연도에도 지역가입자의 징수율이 직장가입자에 비해 낮았으며, 2000년 이후 다소 증가하는 경향을 보이다가 다시 감소하여 2005년에는 65%에 불과함.

□ 또한 2004년부터는 직장가입자에 있어서도 징수율이 큰 폭으로 감소하여 보험료 수입 확보에 대한 건강보험공단의 기본적인 역할에 대한 의문을 제기함.

● ● 보험료 징수 현황 ● ●

(단위 : 억원)

구 분	보험료 부과액					체납보험료		
	계	지역보험료	징수율(%)	직장보험료	징수율(%)	계	지역보험료	직장보험료
2000년	57322	30999	64	26323	97	11931	11057	874
2001년	88562	36154	70	52408	98	11928	11004	924
2002년	10927	40558	74	68718	99	11551	10545	1006
2003년	13740	45725	72	91683	98	14318	12767	1551
2004년	15614	47859	66	10828	79	18662	16413	2249
2005년	16927	48068	65	12120	77	19477	16715	2762

자료 : 보건복지부의 국민건강보험공단 감사결과, 건강보험공단, 2006.9.

※ 체납보험료: 3개월이상 연체보험료

※ 각연도 보험료 부과액에서 체납보험료를 차감한 금액을 징수액으로 보고 징수율을 계산함

② 보험료에 대한 국민의 불만

- 현재 직장가입자의 소득은 거의 100% 파악되는데 반하여, 지역가입자의 소득파악율(과세자료 보유율)은 37.4%에 그치고 있음. 그나마 연간소득이 500만원 이상인 세대는 14%에 불과함.

● ● 지역가입자 소득자료 보유율(2000 ~ 2005) ● ●

(단위 : 세대, %)

구 분	부과세대수	소득자료 적용 세대수		
		계 (적용률)	1~500만원	501만원 이상
2001.12	8,554,368	2,940,820(34.4)	2,055,932	884,888
2002.12	8,672,474	2,870,889(33.1)	1,837,361	1,033,528
2003.12	8,690,832	3,060,414(35.2)	1,931,857	1,128,557
2004.12	8,509,356	3,049,900(35.8)	1,924,814	1,125,086
2005.12	8,265,865	3,091,963(37.4)	1,945,812	1,146,151

자료: 지역가입자 소득자료 보유율, 국민건강보험공단, 2006.3.14.

- 이러한 상황에서, 지역가입자도 직장가입자와 마찬가지로 소득이라는 단일 부과요소에 의해 보험료를 부과할 경우에는 2005년 기준으로 62.6%의 세대는 전혀 보험료를 부과할 수 없고, 소득이 발생하고 있는 세대 중 약 63%는 연간소득이 500만원 이하이므로, 지역가입자중 소득 상위 10%의 세대가 대부분의 지역가입자 보험료를 부담해야 한다는 불합리한 결과가 발생함.

- 2005년도 12월 기준 부과요소별 보험료부과 현황을 보면, 지역에서 무자료 세대가 전체의 26%나 되며, 소득을 포함(소득유자료, 소득+재산, 소득+자동차, 소득+재산+자동차)하여 보험료를 부과하는 세대는 24%에 불과함.

● ● 부과요소별 보험료부과 현황 ● ●

(단위 : 천세대, 천명, 억원)

구 분	부 과 현 황(지역)		
	세대수	가입자수	보험료
계	8,265	20,006	394,268
무자료(무상거주)	392	561	2,837
무자료(전월세)	1,772	2,985	27,654
소득유자료	143	205	3,677
건물+토지	957	2,093	31,503
소득+재산	1,195	2,811	66,743
자동차	167	332	4,048
소득+자동차	520	1,454	30,690
재산+자동차	2,984	9,108	215,554
소득+재산+자동차	135	457	11,562

자료: 보험료 부과현황, 국민건강보험공단, 2005.12.

- 지난 2005년 1년간 건강보험공단에 접수된 민원¹¹⁾현황을 분석해보면, 전체 민원 5,789만건 중에 부과와 관련된 건이 27.1%, 징수까지 포함하면 50%에 이릅니다.

11) 민원의 종류

- 자격·부과 분야
 - 가입자 및 피부양자의 각종 자격 신고(취득, 상실, 변동)
 - 급여정지 및 정지해제(입대·전역, 출·입국), 건강보험증 및 자격확인서 발급
 - 보험료 조정·경감, 고지서 재발급
- 징수 분야
 - 독촉고지서 재발급, 체납보험료 분할납부신청, 압류해제신청
 - 보험료 자동이체, 과오납 보험료(발생원인 : 자격 등 지연신고) 환급
- 보험급여·가입자 지원 분야
 - 현금급여(장제비, 요양비, 본인부담액보상금), 본인부담금환급금 지급 신청
 - 개인진료기록의 열람 및 발급 신청, 의료비 부담내역서 발급
 - 건강상담, 의료이용고충상담, 진료비 적정여부확인

● ● '05년도 민원 처리현황¹²⁾ ● ●

- 총 발생 : 5,789만건 ... 월 평균 482천건, 직원 1인당 약 5,500건
- 민원종류(업무유형)별 처리현황

계	자격	부과	징수	보험급여	가입자 지원
5,789만건	1,937만건	1,570만건	1,316만건	672만건	294만건
(100.0%)	(33.5%)	(27.1%)	(22.7%)	(11.6%)	(5.1%)

자료: 민원종류별 처리현황, 국민건강보험공단, 2005.12

● ● 참여마당 신문고(epeople.go.kr) 이첩민원 및 처리현황¹³⁾ ● ●

- 참여마당신문고(<http://www.epeople.go.kr>)
 - 사이트 운영주체 : 국민고충처리위원회
 - 민원답변 및 처리 : 국민건강보험공단

○ 연도별 민원접수 및 처리 현황

구 분	2003	2004	2005년도				
			계	1분기	2분기	3분기	4분기
건 수	655	649	597	137	161	138	161

자료: 연도별 민원접수 및 처리현황, 국민건강보험공단, 2005.12.

12) 건강보험공단 제출자료, 2006.8

13) 건강보험공단 제출자료, 2006.8

○ 2005년도 월별 민원 유형별 현황

유형	계	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
계	597	47	25	65	46	54	61	41	54	44	37	51	72
자격	108	8	3	15	6	11	13	14	6	8	8	7	9
부과	141	16	9	13	14	14	7	7	7	10	8	12	24
징수	181	12	6	18	12	18	28	12	20	17	12	13	13
급여	97	8	4	7	6	4	8	7	13	8	5	10	17
검진	3	1			1			1					
기관운영	19			3	2	2	1		3			5	3
개인정보	1			1									
불친절	32	1	3	6	2	5	3		2	1	2	3	4
기타	15	1		2	3		1		3		2	1	2

자료: 민원유형별 현황, 국민건강보험공단, 2005.12.

○ '05년 6월 부과관련 민원 내역 ... 7건

연번	접수일	처리일	이름	주민등록번호	민원요지
1	6.3	6.13	유명숙	700904-2*****	지역가입자로 변동 시 실업으로 소득이 없는데 보험료 인상 시정
2	6.3	6.13	정영환	670901-1*****	자동차 보험료 부과 방식 개선요구
3	6.7	6.14	강종복	730327-1*****	실직자로 보험료 과다부과 부담 시정요구
4	6.9	6.17	안병섭	470224-1*****	주택소유자 보험료 과다 부과 시정요구
5	6.10	6.17	김영숙	560724-2*****	일용직 건설노동자로 생계곤란 보험료 부담과중 시정요구
6	6.27	7.4	봉창욱	630629-1*****	실직자 지역건강보험료 과다 부과 시정요구
7	6.27	7.4	이진영	720109-2*****	실직자 지역건강보험료 과다 부과 시정요구

자료: 부과관련 민원내역, 국민건강보험공단, 2005.12.

□ 2005년 6월, 참여마당신문고를 통해 접수된 민원내용을 분석해보면, 실질적으로 본인이 느끼는 부담능력과 보험료가 일치하지 않는데서 그 원인을 찾을 수 있음.

- 2005년도 월별 민원현황을 보면 보험료 자격, 부과, 징수에 대한 민원이 매월 70%이상을 차지하고 있어 보험료 부과의 형평성에 대한 국민들의 불만이 높음을 파악할 수 있음.

③ 건강보험료 부담의 형평성 문제

- 건강보험에 있어서 형평성은 의료이용의 형평성과 보험료 부담의 형평성으로 구분될 수 있음. 의료이용의 형평성을 달성하기 위해서는 건강보험에서 보험적용의 형평성, 보험급여의 형평성이 확보되어야 함.
- 현재, 건강보험은 국민 누구에게나 적용되는 것이므로 보험적용의 형평성은 큰 문제가 되지 않음. 보험급여의 형평성 측면도 균등급여방식을 취하고 있기 때문에 형평성 논란은 별로 없음¹⁴⁾.
- 그러나 보험료 부담에 있어서는 보험료가 개인 또는 가구의 종합적인 실제 소득 등 부담능력에 상응하도록 부과되어야 한다는 측면에서 지속적인 형평성 논란의 주제가 되고 있음.
- 2002년 이후 직장가입자의 일인당 평균 보험료가 지역가입자에 비해 높으며, 보험료 인상률이 지역가입자에 비해 높아 보험료 부담의 형평성 문제가 제기되어 왔음.

14) 김순양, 신영균. 통합의료보험 부과체계의 형평성 제고방안. 한국행정논집 2000;12(4):609-635

• • 연도별 직역간 보험료율 및 보험료 인상율 현황 • •

구분		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006.06
전체	가입자당 평균 보험료	21,629	26,631	32,374	41,863	46,287	50,034	56,505
	1인당 평균 보험료	7,053	9,097	11,607	15,249	17,064	18,440	20,937
	전년대비증가율		29.0	27.6	31.4	11.9	8.1	13.5
직장	가입자당 평균 보험료	35,074	38,673	48,935	58,271	67,530	69,250	79,926
	1인당 평균 보험료	9,993	11,237	14,706	17,738	20,780	21,648	25,297
	전년대비증가율		12.4	30.9	20.6	17.1	4.2	16.9
지역	세대당 평균 보험료	31,678	36,253	39,071	43,390	45,818	46,871	48,384
	1인당 평균 보험료	10,965	12,982	14,650	16,807	18,256	19,237	20,426
	전년대비증가율		18.4	12.8	14.7	8.6	5.4	6.2

2006년은 2006년도 상반기 반기말 기준

자료: 직역간 보험률 및 보험료 인상율, 건강보험공단, 2006.9.

□ 건강보험 통합은 직장가입자와 지역가입자간 단일 보험료부과기준 적용으로 보험료 부담에 있어서 가입자간 형평성을 제고하는 것이 제도 도입의 주요 목적이었으나 여전히 직장가입자와 지역가입자간 보험료 부과기준이 이원화 되어있어 형평성 제고의 효과는 발현되지 못하고 있음.

- 최근 연구에 의하면, 직장가입자간에서는 보험료 부담의 형평성이 통합 이전인 1996년부터 2002년까지 형평성이 뚜렷하게 개선되는 변화를 보였지만, 지역가입자에서는 상대적으로 작은 변화를 보였음. 이것은 소득 파악율이 100%인 직장가입자와 소득파악율이 제로에 가까운 지역가입자 간의 차이로 해석될 수 있으며, 동시에 직장가입자간 형평성의 변화가 통합 전부터 조합별로 보험료 부과범위를 총보수로 확대하는 등의 자체 노력의 결과로 나타난 것이지 순수하게 통합의 효과라기 볼 수 없다는 결론을 도출하고 있음¹⁵⁾.

15) 강희정, 박은철, 이규식 외. 건강보험료 부담의 형평성 변화. 대한예방의학회지 2005;38(1):107-116

- 결과적으로 아무리 정교하고 형평성 있는 보험료 부과기준을 적용한다 해도 부과대상자의 소득(부담능력)과악이 정확히 이루어지지 않는다면 건강보험료 부담의 형평성은 개선될 수 없음을 시사해 줌.
- 건강보험 통합 이후 6년이 지나는 시점까지 건강보험료 부과체계가 일원화 되지 않은 이유도 궁극적으로 가입자의 소득과악을 담보할 수 없기 때문임.
- 또한 사회보험으로서 국민건강보험은 “능력에 따라 부담하고, 필요에 따라 급여” 한다는 부담과 의료혜택의 형평성도 강조하고 있음.
- 가입자 1인당 보험료와 급여비를 비교해 보면, 직장가입자의 경우는 2001년까지 부담한 보험료보다 사용한 진료비가 더 많았는데, 2002년부터는 차이가 없어지면서 2005년까지 부담한 보험료보다 사용한 진료비가 더 큰 차이로 많아지고 있음.
- 지역가입자인 경우는 자신이 부담한 보험료의 98%이상을 의료비로 지출하고 있어 거의 비슷한 수준임.
- 직장가입자와 지역가입자간 부담한 비용대비 이용의 형평성 문제가 있음. 이러한 추세라면 향후 형평성 문제는 더욱 심각해 짐.

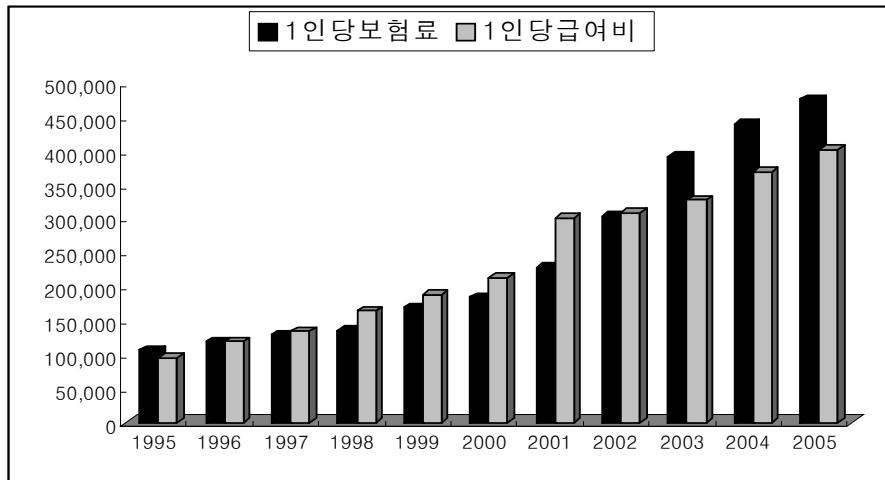
● ● 건강보험 순수지출 추이(1996-2005) ● ●

구 분				단위	1995	1996	1997	1998	1999	2000
계	총계	보험료	(A)	백만원	4,162,608	4,830,567	5,638,885	6,107,232	7,291,119	8,609,784
		보험급여비	(B)	백만원	4,067,617	5,167,126	5,910,604	6,896,658	7,947,963	9,285,605
		순수지출	(B/A)	%	97.7	107.0	104.8	112.9	109.0	107.9
	연간 적용인구1인당보험료			원	95,250	108,857	125,750	136,742	162,925	187,432
	연간 적용인구1인당급여비			원	93,077	116,441	131,809	154,418	177,602	202,144
직장	총계	보험료	(A)	백만원	2,276,727	2,598,988	2,855,352	2,851,524	3,578,877	4,128,909
		보험급여비	(B)	백만원	2,042,818	2,601,928	2,952,271	3,481,124	3,993,756	4,760,026
		순수지출	(B/A)	%	89.7	100.1	103.4	122.1	111.6	115.3
	연간 적용인구1인당연보험료			원	106,424	119,336	129,442	134,957	168,921	184,518
	연간 적용인구1인당급여비			원	95,490	119,471	133,836	164,755	188,503	212,722
지 역	총계	보험료	(A)	백만원	1,885,881	2,231,579	2,783,533	3,255,708	3,712,242	4,480,875
		보험급여비	(B)	백만원	2,024,799	2,565,198	2,958,333	3,415,533	3,954,208	4,525,578
		순수지출	(B/A)	%	107.4	114.9	106.3	104.9	106.5	101.0
	연간 적용인구1인당연보험료			원	84,535	98,758	122,174	138,345	157,533	190,200
	연간 적용인구1인당급여비			원	90,762	113,522	129,847	145,137	167,801	192,097

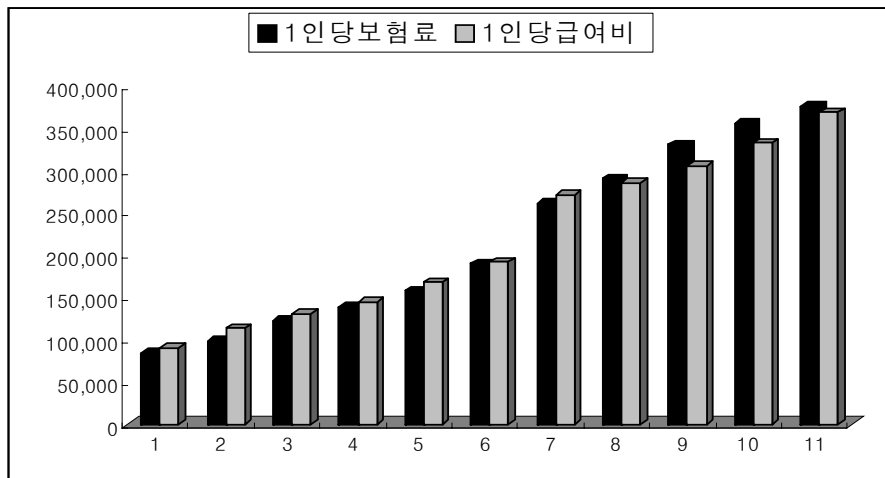
구 분				단위	2001	2002	2003	2004	2005
계	총계	보험료	(A)	백만원	11,322,718	13,811,740	17,028,319	18,956,736	20,496,016
		보험급여비	(B)	백만원	13,195,616	13,823,665	14,893,489	16,265,350	18,393,587
		순수지출	(B/A)	%	116.5	100.1	87.5	85.8	89.7
	연간 적용인구1인당보험료			원	245,659	297,005	362,593	401,097	432,368
	연간 적용인구1인당급여비			원	286,294	297,261	317,135	344,151	388,017
직장	총계	보험료	(A)	백만원	5,240,768	7,113,411	9,526,729	11,186,608	12,671,453
		보험급여비	(B)	백만원	6,892,519	7,232,824	7,971,259	8,986,800	10,700,847
		순수지출	(B/A)	%	131.5	101.7	83.7	80.3	84.4
	연간 적용인구1인당연보험료			원	229,014	303,578	392,196	440,147	476,701
	연간 적용인구1인당급여비			원	301,193	308,674	328,160	369,968	402,567
지 역	총계	보험료	(A)	백만원	6,081,949	6,698,328	7,501,589	7,770,128	7,824,563
		보험급여비	(B)	백만원	6,303,097	6,590,841	6,922,230	7,278,550	7,692,740
		순수지출	(B/A)	%	103.6	98.4	92.3	93.7	98.3
	연간 적용인구1인당연보험료			원	262,072	290,328	330,877	355,667	375,773
	연간 적용인구1인당급여비			원	271,601	285,669	305,323	333,166	369,442

자료: 연도별 건강보험통계자료, 국민건강보험공단, 2006.9.

• • 연도별 건강보험 직장가입자의 1인당 보험료와 급여비 • •



• • 연도별 건강보험 지역가입자의 1인당 보험료와 급여비 • •



④ 관리운영비의 증가

- 공단의 인건비 및 경비를 포함한 관리운영비는 '03년에 7%, '04년 이후에는 9%씩 증가하는 양상을 보이고 있음. 그러나 국외여비는 '04년에 전년도 대비 4배 이상 증가하였으며, 교육훈련비 또한 '04년 이후 2배 이상 크게 증가하였음¹⁶⁾.

- 업무추진비는 관리운영비의 평균 상승률을 상회하여 '03년 13%, '04년 22% 등 지속적인 증가를 보였으며, 회의비 또한 '03년에 144% 증가한 이후 그 수준을 계속 유지하는 등 큰 폭으로 증가했음.
- 잡비의 경우 뒤에 언급하는 것과 같이 복리후생비, 업무추진비 등의 성격을 지닌 비용이 포함됨에 따라 지속적으로 30%이상의 증가 추세를 나타내고 있음.

• • '02~05년 관리운영비 추이 • •

(단위 : 백만원)

과 목		2002년도	2003년도	2004년도	2005년도
총 계	674,682	647,748	690,343	754,558	824,133
가. 인건비	408,780	380,577	409,024	435,500	584,519
1) 기본급여	175,850	181,213	198,381	226,372	257,668
2) 제수당	142,034	102,900	104,305	117,915	204,863
3) 상여금	55,085	57,520	63,351	33,977	33,245
4) 퇴직급여비	35,811	38,944	42,988	52,532	64,529
5) 성과상여금	-	-	-	4,703	24,214
나. 경비	265,902	267,171	281,319	319,058	239,614
1) 복리후생비	86,263	93,349	98,399	120,237	21,612
2) 계약급	53	384	497	1,417	1,466
3) 잡급	7,760	8,621	10,404	9,862	10,942
4) 국내여비	5,135	4,690	4,397	5,332	5,575
5) 국외여비	143	198	147	742	787
6) 소모품비	4,874	4,573	5,767	4,098	3,724
7) 비품비	281	1,196	1,541	1,982	1,249
8) 도서인쇄비	10,035	7,104	7,562	8,660	9,046
9) 통신비	39,352	40,074	46,321	45,798	51,615
10) 세금공과금	34,476	34,579	36,441	40,871	43,352
11) 수선유지비	5,295	7,950	7,020	7,228	7,877
12) 감가상각비	5,022	4,852	5,856	7,953	8,003
13) 연료비	170	146	167	167	195
14) 차량비	569	150	154	181	219
15) 임차료	25,164	24,638	22,619	22,017	18,925

과 목		2002년도	2003년도	2004년도	2005년도
16) 보험료	33	37	35	44	40
17) 지급수수료	15,527	19,629	16,080	15,239	17,890
18) 연구개발비	10,029	1,013	419	1,623	4,388
19) 광고선전비	3,203	2,377	4,068	4,556	5,353
20) 용역비	2,520	2,627	2,610	4,614	5,017
21) 업무추진비	4,994	5,426	6,137	7,497	7,642
22) 회의비	427	544	1,327	1,330	1,946
23) 교육훈련비	2,520	1,216	1,179	3,648	7,337
24) 포상비	556	501	471	1,059	1,198
25) 피복비	58	68	75	196	254
26) 잡비	1,442	1,230	1,624	2,707	3,965

자료: 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6.

⑤ 건강보험 사각지대 상존 - 건강보험 체납자와 급여제한자

- 건강보험공단은 체납보험료 부담을 경감하기 위해 보험료 분할납부, 결손 처분, 보험료 경감 등의 조치를 시행해 왔으나 매년 체납율이 감소하지 않고 있으며, 오히려 징수율이 높았던 직장가입자에 대해서도 건강보험료 징수율이 2000년 99.7%에서 2005년 98.7%까지 감소추세에 있음.
- 연도별 지역보험료 체납현황에서도 2000년 이후 2005년까지 그 분포가 감소하지 않고 있음. 징수율도 2000년에서 2005년까지 같은 수준을 유지하고 있어, 그동안 공단의 체납자 관리 방법에 대한 실효성을 의심하지 않을 수 없음.
- 2004년도 체납자에 대한 납부 독려 결과를 보면 체납자에 대한 납부약속율이 50%미만에 불과하기 때문에, 체납자에 대해서는 그 원인과 부담능력을 세밀히 재평가해야 함.

□ 체납은 발생을 자체를 감소시킬 수 있도록 보험료 부과단계에서부터 부담 능력에 맞는 보험료를 부과하여 지속적인 체납현상이 감소하도록 노력해야 함.

□ 특히, 2006년도 6월 10일 현재, 지역가입자의 경우 전체 체납자 중 고소득 전문직 체납자가 0.1%를 차지하고 있으며, 이들의 체납금액은 전체의 19%를 차지하고 있음. 이는 보험료 수입 관리를 위해 고소득 전문직 체납자에 대한 관리가 필요함을 보여줌.

• • 연도별 직장보험료 징수 현황 • •

(단위 : 억 원, %)

연도	부과액	총계		당년도						과년도	
				당년도 계		납기내		납기후		납기후	
		징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율
2000년	41,289	41,152	99.7	41,152	99.7	39,723	96.2	1,429	3.5	0	0.0
2001년	52,408	52,166	99.5	51,839	99.5	50,466	96.3	1,373	3.2	327	0.0
2002년	68,043	67,916	99.8	67,518	99.2	65,677	96.5	1,841	2.7	398	0.6
2003년	91,683	91,132	99.4	90,784	99.0	88,523	96.6	2,261	2.4	348	0.4
2004년	108,283	107,421	99.2	106,853	98.7	104,333	96.4	2,520	2.3	568	0.5
2005년	121,209	120,482	99.4	119,626	98.7	116,590	96.2	3,036	2.5	856	0.7

자료 : 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6

• • 연도별 지역보험료 징수 현황 • •

(단위 : 억 원, %)

연도	부과액	총계		당년도						과년도	
				당년도 계		납기내		납기후		납기후	
		징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율	징수액	징수율
2000년	30,999	27,761	89.6	26,116	84	22,270	71.8	3,846	12.4	1,645	5.4
2001년	36,154	35,622	98.5	31,420	87	25,386	70.2	6,034	16.7	4,202	11.6
2002년	40,558	40,493	99.8	36,229	89	29,722	73.3	6,507	16.0	4,264	10.5
2003년	45,725	43,145	94.4	39,727	87	32,873	71.9	6,854	15.0	3,418	7.5
2004년	47,859	43,591	91.1	40,663	85	34,108	71.3	6,555	13.7	2,928	6.1
2005년	48,068	44,091	91.7	40,770	85	34,342	71.4	6,428	13.4	3,321	6.9

자료 : 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6

- 연도별 지역가입자 보험료 체납현황을 보면, 2001년 이후 2002년에 감소하는 듯 했지만 이후 현재까지 전체 부과 세대수 및 보험료 대비 체납세대수와 체납금액의 비중이 매년 증가하고 있음.

• • 연도별 지역가입자 보험료 체납현황 • •

(단위: 천건, 억원, %)

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006.6
부과	세 대 수(A)	8,564	8,701	8,730	8,612	8,384	8,027
	보 험 료(B)	36,154	40,558	45,725	47,859	48,068	24,329
체납	세 대 수(A')	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,006
	A' / A	18.9%	15.6%	17.9%	23.7%	23.3%	25.0%
	체납금액(B')	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	12,701
	B' / B	21.1%	17.8%	19.8%	25.1%	24.1%	52.2%

자료 : 보험료 체납현황, 건강보험공단, 2006.10

- 또한 연령대별 체납현황을 분석해보면, 20대와 30대의 체납이 증가하고 있는 것을 확인할 수 있음.

• • 연도별 지역가입자 체납 세대수 및 체납금액 • •

(단위: 세대주(명), 억원, (%))

연령 구간	구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년6월
~9	세대수	14 (0.0)	22 (0.0)	40 (0.0)	55 (0.0)	344 (0.0)	549 (0.0)
	금액	3 (0.0)	4 (0.0)	14 (0.0)	16 (0.0)	35 (0.0)	33 (0.0)
10~19	세대수	112 (0.1)	163 (0.1)	280 (0.1)	449 (0.1)	3,847 (0.3)	8,042 (0.5)
	금액	25 (0.1)	36 (0.1)	68 (0.1)	97 (0.0)	304 (0.1)	433 (0.1)
20~29	세대수	4,952 (3.7)	9,821 (4.9)	20,868 (5.5)	35,159 (6.0)	135,606 (10.4)	210,607 (12.0)
	금액	884 (2.3)	1,984 (3.3)	5,446 (4.0)	10,071 (4.5)	24,534 (6.6)	26,439 (8.2)
30~39	세대수	29,964 (22.5)	52,311 (25.9)	105,687 (27.7)	167,797 (28.4)	389,135 (29.9)	526,844 (30.0)
	금액	7,063 (18.0)	13,652 (22.4)	33,962 (25.1)	59,128 (26.5)	105,595 (28.3)	94,003 (29.0)
40~49	세대수	60,663 (45.5)	88,635 (43.8)	164,096 (43.0)	250,101 (42.4)	502,230 (38.6)	644,238 (36.7)
	금액	18,433 (47.0)	27,960 (45.9)	60,873 (45.0)	99,216 (44.5)	158,896 (42.5)	130,871 (40.4)

연령 구간	구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년6월
50~59	세대수	28,492 (21.4)	38,669 (19.1)	68,223 (17.9)	101,145 (17.1)	197,267 (15.1)	256,489 (14.6)
	금액	9,763 (24.9)	13,094 (21.5)	26,617 (19.7)	41,184 (18.5)	63,530 (17.0)	53,719 (16.6)
60~69	세대수	6,833 (5.1)	9,361 (4.6)	16,765 (4.4)	25,840 (4.4)	50,602 (3.9)	71,108 (4.1)
	금액	2,320 (5.9)	3,096 (5.1)	6,235 (4.6)	9,815 (4.4)	15,213 (4.1)	13,589 (4.2)
70~79	세대수	1,835 (1.4)	2,548 (1.3)	4,606 (1.2)	7,716 (1.3)	16,966 (1.3)	26,265 (1.5)
	금액	592 (1.5)	786 (1.3)	1,505 (1.1)	2,539 (1.1)	4,181 (1.1)	4,037 (1.2)
80~89	세대수	494 (0.4)	708 (0.3)	1,224 (0.3)	2,021 (0.3)	5,468 (0.4)	8,259 (0.5)
	금액	151 (0.4)	215 (0.4)	370 (0.3)	612 (0.3)	1,085 (0.3)	1,006 (0.3)
90~99	세대수	75 (0.1)	96 (0.0)	144 (0.0)	226 (0.0)	767 (0.1)	1,002 (0.1)
	금액	22 (0.1)	21 (0.0)	36 (0.0)	68 (0.0)	119 (0.0)	93 (0.0)
100이상	세대수	6 (0.0)	7 (0.0)	6 (0.0)	10 (0.0)	61 (0.0)	75 (0.0)
	금액	2 (0.0)	2 (0.0)	2 (0.0)	3 (0.0)	7 (0.0)	4 (0.0)
계	세대수	133,440 (100.0)	202,341 (100.0)	381,939 (100.0)	590,519 (100.0)	1,302,293 (100.0)	1,753,478 (100.0)
	금액	39,257 (100.0)	60,849 (100.0)	135,128 (100.0)	222,747 (100.0)	373,500 (100.0)	324,228 (100.0)

주) 연도별 체납현황 현재 시점(2006.07.10기준)에서 연령대별 세대주 대상 중 2001~2006년도 각 년도의 체납 보험료 현황임

()는 전체세대수 또는 전체금액 대비 구성비

자료 : 보험료 체납현황, 건강보험공단, 2006.10

□ 지역가입자 부과등급별 체납현황을 보면, 21~30등급에서 체납세대수가 가장 많으면, 전체 체납세대의 94.5%가 40등급이하에 집중되어 있음.

● ● 지역가입자 부과등급별 체납현황 ● ●

부과등급	체납세대수	체납금액(억원)	부과등급	체납세대	체납금액(억원)
1~10등급	560,750	1,281	51~60등급	28,469	431
11~20등급	645,779	3,427	61~70등급	3,741	74
21~30등급	458,563	4,122	71~80등급	206	6
31~40등급	231,910	2,411	81~90등급	50	3
41~50등급	76,672	941	91~100등급	67	5

주) 2006년 10월 현재

자료: 지역가입자 부과등급별 체납현황, 건강보험공단, 2006.10

● ● 고소득 전문직 체납현황(직장, 지역 구분) ● ●

2006.06.10현재(단위: 백만원, %)

지역(2006년 현재)					
전체 체납자수		고소득 전문직종사자		비율	
건수(세대수)	금액	건수	금액	건수	금액
1,986,861	1,244,921	2,056	2,365	0.10	0.19

직장(2006년 현재)					
전체 체납자수		고소득 전문직종사자		비율	
건수(사업장수)	금액	건수	금액	건수	금액
37,953	117,034	1,743	6,197	4.59	5.29

자료: 고소득 전문직 체납현황, 건강보험공단, 2006.8

● ● 부과요소별 체납보험료 및 체납세대 현황 ● ●

2005. 12월 현재(단위 : 억원, 세대)

부과요소	체납보험료		체납세대	
	금액	비율	세대	비율
무자료	172	1.5	92,393	4.7
무자료+전세	1,591	13.8	649,948	33.3
소득 유자료	785	6.8	145,650	7.5
건물+토지	1,038	9.0	161,610	8.3
소득+재산	558	4.8	74,414	3.8
자동차	3,119	27.0	378,844	19.4
소득+자동차	1,205	10.4	133,513	6.8
재산+자동차	1,650	14.3	167,825	8.6
소득+재산+자동차	1,448	12.5	147,208	7.5
기타	0	0.0	65	0.0
합계	11,566	100	1,951,470	100

자료: 부과요소별 체납보험료 및 체납세대 현황, 건강보험공단, 2006.10

□ 부과요소별 체납보험료 및 체납세대를 보면, 무자료, 무자료+전세, 자동차를 부과요소로 하는 체납세대가 전체의 57.4%나 차지하고 있으며, 체납금

액 비율은 42.3%로 그 금액은 4,882억원을 차지하고 있음.

- 2005년과 2006년 6월까지 체납처분 승인 건 독려 결과 현황을 보면, 전체 체납자 중 납부확인을 받은 경우가 2005년 37.3%에서 2006년 6월 현재 40.3%로 높아지기는 했지만 여전히 50%미만에 불과함. 보다 정확한 부담 능력의 파악을 통해 부담능력을 상회하는 보험료 부과를 줄이고 고의적인 체납자에 대해서는 보다 집중적인 체납자 사후관리의 실시가 필요함.

• • '05년 체납처분 승인 건 독려 결과현황 • •

'05. 12. 31(단위 : 세대, 억원)

부과요소	체납보험료		체납세대	
	금 액	비 율	세 대	비 율
납부거부	70	0.58	7,365	0.4
납부약속	3,741	31.06	703,593	37.3
사망	25	0.20	6,532	0.3
행불	456	3.79	105,027	5.6
생계곤란	951	7.89	276,453	14.7
시설수용	6	0.05	1,213	0.1
해외이주	13	0.11	2,659	0.1
회사정리	6	0.05	876	0.0
압류예정대상	383	3.18	37,036	2.0
강제징수	482	4.00	28,903	1.5
납부곤란	49	0.41	6,487	0.3
전화번호오류,결번	750	6.22	94,687	5.0
기타	5,115	42.46	613,062	32.5
합계	12,045	100	1,883,893	100.0

※ 2005년 체납처분승인건 대상

자료: 체납승인 건 독려현황, 건강보험공단, 2006.10

• • '06년 체납처분 승인 건 독려 결과현황 • •

'06. 06. 31(단위 : 세대, 억원)

부과요소	체납보험료		체납세대	
	금 액	비 율	세 대	비 율
납부거부	58	0.5	6,202	0.3
납부약속	3,941	31.2	724,737	40.3
사망	13	0.1	2,670	0.1
행불	328	2.6	69,747	3.9
생계곤란	797	6.3	194,291	10.8
시설수용	7	0.1	1,230	0.1
해외이주	10	0.1	1,934	0.1
회사정리	5	0.0	751	0.0
압류예정대상	513	4.1	49,130	2.7
강제징수	512	4.1	32,241	1.8
납부곤란	48	0.4	5,697	0.3
전화번호오류,결번	879	7.0	95,746	5.3
기타	5,526	43.7	613,817	34.1
Total	12,636	100	1,798,193	100

※ 2006년 체납처분승인 건 대상

자료: 체납승인 건 독려현황, 건강보험공단, 2006.10

□ 체납은 결과적으로 급여제한자로 연결되기 때문에 건강보험의 사각지대가 상존하는 원인이 되고 있기 때문에 체납자 발생이 지속된다는 것은 건강보험공단이 보험자로서의 기본업무를 수행하지 못하고 있다는 것임.

□ 특히, 보유재산 금액구간별로 급여제한자 현황을 보면 재산금액이 1천만원 이하와 1천만원에서 5천만원이하에 대부분이 집중되어 있기 때문에부담능력 파악을 철저히 하여 의료급여로 전환하는 등 체납자 발생을 감소시키기 위해서는 체납자에 대한 사후관리가 중요함.

• • 보유재산 금액구간별 급여제한자 현황 • •

‘06. 06. 31(단위 : 세대)

구 분 (단위:만원)		합 계	1천만원 이하	1,001~ 5,000	5,001~ 10,000	10,001~ 50,000	50,001~ 100,000	100,001~ 200,000	200,001 이상
직장(소득)		207,771	58,969	147,751	928	122	1	0	0
지역	소득	273,635	233,382	38,949	1,090	207	3	3	1
	재산	304,701	104,872	163,915	21,528	13,098	971	257	60

자료: 보유재산 금액구간별 급여 제한자 현황, 건강보험공단, 2006.6

- 주) 1. 소득과 재산이 없는 세대(직장: 0세대, 지역: 소득 798,261세대, 재산 767,195세대)는 제외
 2. 직장가입자 : 표준보수월액을 연간소득으로 환산하여 기재
 3. 건강보험료 산정자료가 있는 세대만 발취
 4. 지역(소득, 재산)가입자 중 동일세대에 2인 이상의 급여제한자가 있는 경우 소득과 재산을 합산하여 기재

□ 가입자의 급여제한은 배우자와 자녀 등 소득이 없는 피부양자에 대한 의료이용권을 제한하기 때문에 지불능력이 없는 영유아, 노인 등에 대한 급여제한이 발생하지 않도록 특히 관심을 가져야 함. 2006년 연령별 급여제한자 현황을 보면 영유아와 노인층에서 급여제한자가 많은 비중을 차지하고 있음을 확인할 수 있음.

• •연령구간별 급여제한자 현황 • •

'06.06.30일 현재(단위 : 명)

연 령 구 간	지 역	직 장	계
0~ 4세	55,213	12,436	67,649
5~9세	137,697	30,566	168,263
10~14세	190,030	39,992	230,022
15~19세	174,787	44,342	219,129
20~24세	140,300	69,740	210,040
25~29세	141,961	72,754	214,715
30~34세	186,274	54,214	240,488
35~39세	256,076	51,819	307,895
40~44세	272,841	52,476	325,317
45~49세	253,642	62,324	315,966
50~54세	134,350	45,805	180,155
55~59세	62,579	25,949	88,528
60~64세	34,270	14,625	48,895
65~69세	22,524	8,949	31,473
70~74세	15,333	5,541	20,874
75~79세	9,897	3,706	13,603
80~84세	6,185	2,414	8,599
85~89세	2,718	1,133	3,851
90~94세	816	340	1,156
95세 이상	252	81	333
합 계	2,097,745	599,206	2,696,951

자료: 연령구간별 급여제한자 현황, 건강보험공단 제출자료, 2006.6.

주) 의료급여 자격취득자와 자격상실자는 제외

⑥ 급여비 지출의 효율성 문제

□ 근거중심의 급여확대의 우선순위 부재

- 급여 우선순위를 합리적으로 설정하는 과정은 제한된 자원의 합리적 배

분과정이라는 점에서 정책적으로 중요하며, 우선순위 선정기준의 문제, 재정변동에 따른 급여수준 조정방향의 문제 등 다양한 기술적, 정책적 이슈들이 관련되어 있으므로 신중하고 체계적인 접근이 필요함.

- 현재 급여범위를 최종적으로 결정하는 건강보험정책심의위원회는 건강보험정책을 총괄적으로 의결하는 기구로서 심도 깊은 논의가 불가능함.
- 최근 식대 급여화 등 급격히 증가하는 건강보험 재정추이에서 식대가 다른 중증질환에 우선해서 급여화가 된 것은 사회보험원리에 맞지 않는 결정임.
- 중증 질환 등 재난성 질환에 걸린 환자의 재정적 위험을 사회연대성의 원리에 의해 작게 분산시키는 건강보험에서 질환의 중증도나 재정적 위험에 관계없이 모든 입원환자에 대해 일률적으로 식대 비용을 지원해주는 것은 한정된 급여비의 효율적인 지출이라고 할 수 없음.

□ 급여확대와 재정운영의 연동을 통한 재정운영 의식 부족

- 급여확대 시, 그에 상응하는 보험료 부담증가를 함께 연계하는 등, 수지상등의 보험원리에 입각하여 급여를 관리함으로써 건강보험체계의 건전성을 확보해 나가야 함.
- 급여항목의 특성이나 내용을 검토하여, 보험원리에 부합하는 서비스와 외부효과 등으로 인해 공중보건학적 의미가 큰 서비스들을 구분하고 급여확대 시 그 취지에 부합되는 재원을 검토하여 추가적으로 재원을 확보함.
- 그러나 최근의 건강보험 재정현황을 보면, 보장성 강화방안으로 정책을 시행함에 있어서 적극적으로 보험료에 연동하는 노력보다는 국고보조에 대한 의존성만 증가하는 경향을 보이고 있음.

① 보험료 부과체계의 개편

- 현 건강보험료 부과체계의 이원화 운영은 직·역 집단간 보험료부담의 형평논란과 직·역간 자격이동 시, 보험료변동에 따른 민원을 야기하는 어려움이 있음.
- 2000년 건강보험 통합이후 6년이 지난 현재까지 건강보험료 부과체계를 일원화 하지 못하고 있으며, 보험료 부담의 적정성과 형평성에 국민의 민원이 감소하지 않고 있음.
- 지역가입자의 경우 소득과악율이 38%에 불과한 현실에서 보험료 부과기준을 아무리 정교하게 정비한다 해도 소득과악율을 100%가까이 올리지 못한다면, 보험료의 적절성과 형평성에 대한 문제제기는 끊이지 않을 것임.
- 4대 사회보험에 대한 징수를 일원화해도, 징수업무 절차는 효율적으로 개선되는 면이 있지만, 지역가입자에 대한 소득과악 자체가 정확하지 않은 상태에서는 부정확한 소득으로 인한 개인의 불합리한 부담의 문제는 여전히 남게 될 것임.
- 따라서 지역가입자에 대해서는 소득기준 보험료 부과체계만을 고수하지 말고, 개인당 기본 정액보험료와 소득기준보험료로 이원화하는 방식도 검토할 필요가 있음.

② 적정 보험료 부담과 급여확대 연계

- 건강보험제도의 기본 재원인 보험료 부담의 적정성과 수용성 확보를 통한 보험료 수준 조정이 필요함.

- 급여확대는 적정한 보험료 인상과 연계한 원칙 준수, 수입과 지출을 연계한 재정운영으로 건강보험재정의 안정적 운영을 추구해야 할 것임.
- 급여 우선순위 원칙에 따른 급여확대
 - 중증질환의 발생과 이로 인한 가입자의 과도한 진료비 부담은 현재의 건강보험이 예측하지 못했던 질병발생으로 인한 과도한 비용지출로부터 가입자를 보호한다는 건강보험의 일반원칙에 부합하지 못하고 있으며, 고액진료비는 가계파탄을 초래하고 빈곤층으로 전락하게 하는 주요원인이 되고 있음¹⁷⁾.
- 따라서 중증질환 혹은 환자부담이 높은 질환을 중심으로 한 건강보험의 급여확대가 필요하다는 논의를 가져오게 됨¹⁸⁾.
- 건강보험의 급여확대가 중증질환이나 환자부담이 높은 질환을 중심으로 이루어져야 한다는 것에 동의한다고 하더라도, 어떠한 원칙 하에 어떤 질환을 특히 우선순위로 하여 급여를 확대할 것인지에 대해서는 충분한 논의와 합의절차를 거치지 못했음.
- 건강보험공단은 환자부담이 높은 질환이라는 추상적이고 모호한 기준이 아니라 세부적인 기준과 원칙을 설정할 필요가 있음. 건강보험 재정을 관리하는 공단은 이 부분에 대하여 충분한 논의와 합의 절차를 거쳐 도출된 원칙과 세부기준을 가지고 보험급여비를 지출해야 할 것임.

17) 중앙일보, 2005.6.7일자

18) 김윤. 건강보험 보장성 강화방안에 대한 비판적 검토. 건강보험공단 연구센터 목요세미나 발표자료. 2005.7.7

박은철, 양정희. 건강보험의 보장성 강화. 국민건강보험발전위원회 활동보고서2권. 1-45. 2004.8.

③ 의료사각지대 해소

- 국민기초생활 비수급 빈곤층 또는 잠재적 빈곤층에 대한 의료 빈곤 여부를 심층적으로 분석하여 이들에 대한 포괄적 의료보장을 실현할 필요가 있음
 - 이들은 현재 건강보험 무자료 세대로 실태파악이 되어 있지 않으므로 이들의 규모와 실태, 의료욕구에 대한 객관적인 데이터를 확보하는 작업이 필요함

- 실질적으로는 부양받고 있지 못함에도 형식상 부양의무자의 존재로 수급에서 제외된 경우
 - 현재 가구원의 개념은 주민등록표에 기재된 자를 기본으로 하고, 배우자와 30세 미만의 미혼자녀는 주민등록에 기재되지 않아도 포함함.
 - 가구에 포함되지 않는 자는 첫째 다른 법률에 의해 생계를 보장받고 있는 현역군인, 보정시설·교도소 수용자, 둘째 소비 공동체의 구성원이 아닌 경우로 3개월 이상 외국 체류자, 가출자, 실종신고진행자 등임.

- 각 년도 체납자 발생을 감소시키기 위한 보험료 부과, 징수, 체납자 사후관리 단계의 연계체계 구축이 필요함.

- 실태조사 등을 실시하여 체납세대의 유형을 구분하고 경제적 요인에 의한 생계형 체납세대의 경우 의료급여 적용 등을 적극 검토하고 비경제적 요인에 의한 비 생계형 체납자에 대해서는 체납처분을 강화함.¹⁹⁾

19) 국민건강보험발전위원회, 국민건강보험 발전을 위한 정책 제언(2004.8) 중 재정의 안정적 확충을 바탕으로 한 보장성 강화에서 재인용

4. 건강검진 사업의 내실화

□ 질병예방 및 건강증진 사업별 내용(2006년도)

주요사업	세 부 사 업	단 위 사 업
건강검진	1. 2006년도 건강검진실시	
		1-1. 건강검진실시 교육 ○ 건강검진 세부실시요령 교육 - 지사검진기관사업장담당자 ○ 지사 건강검진업무 지도방문
		1-2. 건강검진 대상자 안내 ○ 건강검진표 제작 및 송부
		1-3. 건강검진 실시 홍보 ○ 건강검진 실시 홍보 - 안내문발송, 현수막 게첨 - 언론매체 광고 등
		1-4. 건강검진비 청구지급 ○ 건강검진비 정산 및 지급
	2. 건강검진 결과분석	
		2-1. 2005년도 건강검진결과 분석 ○ 실시현황과 종합판정 분석 ○ 결과분석 보고서 발간, 배부
		2-2. 건강검진 만족도 조사 ○ 수검자 만족도 조사
	3. 2007년 건강검진사업 준비	
		3-1. 2007년 건강검진사업 준비를 위한 각종 회의운영 등 ○ 원활한 사업추진을 위한 전문가 자문 실시 ○ 제도개선을 위한 전문가 간담회 개최 ○ 제도개선위원회 운영 지원

주요사업	세 부 사 업	단 위 사 업
	4. 검진기관관리	41. 검진기관 현지확인 ○ 검진기관 현지확인(정기) ○ 검진기관 현지확인(수시) ○ 검진업무 종사자교육
		42. 검진기관 질관리 ○ 진단용방사선검사 화질평가 ○ 임상검사품질관리 평가 ○ 검진의 질 관리방안 연구
국가암관리		
	1. 국가 암조기검진 사업	1-1. 국가 암조기검진사업 ○ 암검진표 제작 및 발송 ○ 암검진비용 지급 ○ 암검진비용 수탁 관리
건강증진		
	1. 보건교육강화	1-1. 보건교육업무 지원 및 확인 ○ 보건교육업무 지원·확인 ○ 건강증진자문위원회 운영 ○ 건강증진사업 추진 전문인력 양성 ○ 보험료고지서 건강정보 게재
		1-2. 건강강좌(학교·일반) ○ 학교 건강강좌 ○ 일반 건강강좌
		1-3. 어린이 비만교실 운영 ○ 비만교실 운영을 위한 협력 체계 구축 ○ 비만관리 프로그램 개발·운영 ○ 프로그램 평가 및 효과 분석

주요사업	세 부 사 업	단 위 사 업
		14. 유관기관 연계사업 ○ 전국의 질병분포 통계 구축배부 ○ 보건기관 등과 연계하여 건강강좌, 건강캠페인 실시
	2. 건강 캠페인	2-1. 지역 건강캠페인 ○ 지역 건강 캠페인 실시 - 기초건강 측정·상담 및 홍보물 배부 ○ 건강부스 운영 - 지역행사 및 역전, 공원 등
		2-2. 건강캠프 운영 ○ 해변캠프,비만캠프 등 운영 ○ 건강부스 설치,건강체조,레크레이션, 건강 홍보물 배부 등 실시
		2-3. 황사대비 캠페인 ○ 황사마스크 제작·배포 ○ 가두 건강캠페인 실시
	3. 건강운동 활성화	3-1. 노인 건강운동 관리 ○ 노인체조,전통춤(체조),기체조, 타이치운동,게이트볼 등 ○ 사업추진 관련 전문가 자문
		3-2. 3대 가족 건강 걷기대회 ○ 지역본부별로 실시 ○ 공공기관 등과 협력하여 추진 ○ 건강부스 운영
	4. 검진사후관리 지원	41. 검진 사후관리 지원 ○ 검진사후관리 지사 지도점검 ○ 지역본부 검진사후관리 지사 지도점검 ○ 지역본부 검진사후관리 지사 지도점검여비 ○ 검진사후관리 본부 교육 ○ 지역본부 교육 참석 및 업무협의 ○ 직원 전문 상담교육 실시

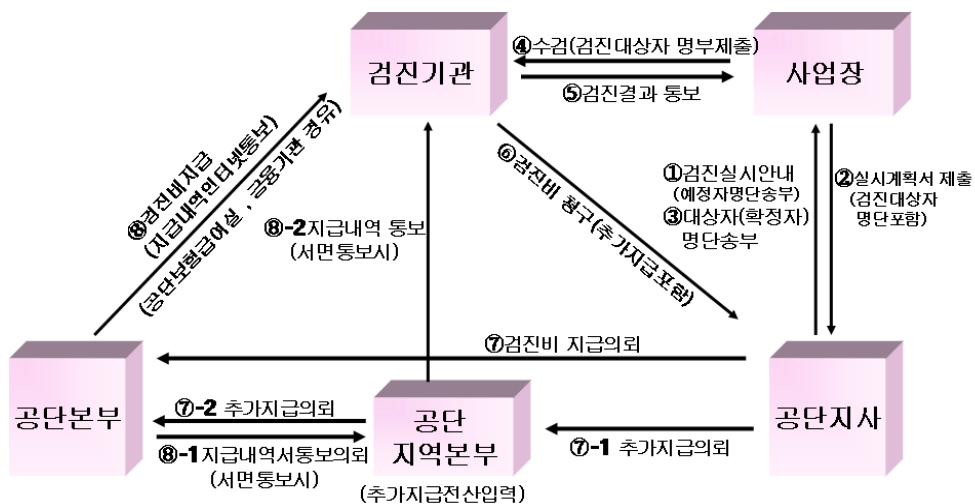
주요사업	세 부 사 업	단 위 사 업
	5. 건강관리정보제공	5-1. 질환의심자 정보제공 ○ 질환의심자 정보제공용 건강문고 제작발송 ○ 정보제공용 중봉투 제작 ○ 검진사후관리 대상자 정보제공 및 상담만족도 조사
	6. 검진결과 사후관리	6-1. 건강주의자 관리 ○ 자료제공(201,284명) 및 상담 - 방문 상담 : 5,435명 - 유선 상담 : 15,854명 ○ 맞춤형 생활습관지침서 제작 ○ 건강개선자료 제작 및 배부 ○ 생활습관지침서 송부
		6-2. 유질환자 관리 ○ 자료제공(55,655명) 및 상담 - 방문 상담 : 1,999명 - 유선 상담 : 5,831명 ○ 질환별 건강문고 제작 배부 ○ 질환별 건강문고 송부 ○ 소변검사지(Urine Stick) 제작·배부
		6-3. 비만자 관리 ○ 유선 및 방문상담 - 방문 상담 : 27,699명 - 유선 상담 : 80,798명 ○ 비만문고 제공(1,026,078명)
	7. 고위험군 기초체력검사 등 건강운동관리	7-1. 고위험군 기초체력검사 ○ 자료제공 및 상담 ○ 기초체력검사 안내서 제작·배부 - 기획편집, 인쇄(5,000부) ○ 담당자 업무회의

주요사업	세 부 사 업	단 위 사 업
		7-2. 건강증진센터 시범사업 ○ 증진센터 장비 및 시설 설치, 관리 ○ 운동처방의사 촉탁 등 인력운영 ○ 시범사업 평가 및 결과분석
	8. 업무우수사례 발표 경진대회 개최	8-1. 업무우수사례발표 경진대회 개최 ○ 건강증진업무 우수사례 선정 - 지역본부별 1차 예선: 2편선정 - 본부 결산: 6편선정 ○ 심사위원회 구성 운영 ○ 우수사례 선정작 시상 및 포상

4.1 건강검진 사업의 주요 내용

- 국민건강보험공단은 ‘국민건강보험법’ 제47조 및 동법 시행령 제26조, 건강검진실시기준(보건복지부고시 제2005-94호, 2005. 12. 27)에 의거하여 가입자에 대한 질병예방 사업으로 건강검진사업을 시행하고 있음.

• • 건강검진 업무처리 절차 • •



□ 건강검진 대상자는 직장가입자 및 40세 이상인 피부양자, 세대주인 지역가입자 및 40세 이상의 지역가입자 등 1천616만4천명('06. 1.1기준)임.

□ 건강검진 실시주기는 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대하여는 1년에 1회 실시하고 있음.

- 사무직 비사무직 근로자 구분은 '산업안전보건법시행규칙' 제99조제2항에 의하며, "사무직에 종사하는 근로자"라 함은 사무실에서 서무·인사·경리·판매·설계 등 사무업무에 종사하는 근로자를 말함.

• • 대상별 건강검진 대상자수 • •

(2006. 1. 1 현재, 단위: 명)

구 분		대 상	대상자수	실시주기
총 계			16,164,505	
지역가입자		· 세대주 및 만40세 이상 세대원	5,264,157	· 2년에 1회
직 장 가 입 자	근로자 사업장	· 비사무직 근로자 전체 · 사무직 근로자중 격년제 실시에 따른 2006년도 대상자	계 : 6,470,284	· 비사무직: 1년에 1회 · 사무직: 2년에 1회
			사 무 직 : 1,494,636 비사무직: 4,975,648	
	공 교 사업장	· 가입자 전체	계 : 1,423,035	
			사 무 직 : 1,138,428 비사무직: 284,607	
직 장 피부양자	근로자 사업장	· 만 40세 이상(1966.12.31) 피부양자 중 짝수연도 출생자	2,364,697	· 2년에 1회
	공 교 사업장	· 만 40세 이상(1966.12.31) 피부양자 중 짝수연도 출생자	642,332	· 2년에 1회

자료: 대상별 건강검진 대상자 수, 건강보험공단, 2006.9.

주) 전국 사업장수(직장가입자) : 623,464개소(2006. 1.1현재)

· 5인 미만 사업장수 319,217개소, 5인 이상 사업장수 304,247개소

4.2 건강검진 사업의 낮은 수검율

- 2000년부터 2005년까지 건강검진 수검율을 보면, 2000년 이후 2004년까지 41.5%에서 51.3%로 증가하는 추세에 있다가 2005년도에는 44.6%로 감소하였음. 특히 지역가입자의 건강검진 수검률은 대상자의 21%에 불과함.
- 이는 직장가입자의 수검율 70.5%에 비해서도 크게 낮은 수준이라 특히, 취약대상이 밀집해 있는 지역가입자에서 조기검진의 효과를 기대할 수 있을지 의문임. 건강검진 사업에 대한 총체적인 평가와 대책이 필요한 시점임.
- 2004년도 건강검진 수검율을 연령별로 분석해보면, 모든 가입자 유형에서 60세이상 가입자에 대한 수검율이 급격히 떨어지고 있음. 특히 질병위험이 높아지는 노인층에 대한 건강검진 수검율 향상을 위한 노력이 필요함.
- 또한 질환 의심자에 대해 실시하는 2차 검진의 경우 수검율이 1차 검사에 비해 현격히 감소하고 있음. 특히 위험요인이 높은 2차 검진대상자들에 대한 수검율 향상 노력이 필요함.

• • 건강검진 수검율(2001-2005) • •

단위: 천명, %

구 분		계	직장가입자	직장피부양자	지역가입자
2001년도	총 가입자수	46,379	7,885	15,281	23,213
	대 상 자	11,066	3,817	2,494	4,755
	수 검 자	9,792	3,106	5,778	908
	수 검 륜	41.5	81.4	23.2	19.1
2002년도	총 가입자수	46,660	8,323	15,429	22,908
	대 상 자	12,450	5,420	1,927	5,103
	수 검 자	5,381	3,987	484	910
	수 검 륜	43.2	73.6	25.1	17.8

구 분		계	직장가입자	직장피부양자	지역가입자
2003년도	총 가입자수	47,103	8,805	16,029	22,269
	대상자	11,564	4,403	2,151	5,010
	수검자	5,551	3,580	712	1,259
	수검률	48.0	81.3	33.1	25.1
2004년도	총 가입자수	47,373	9,283	16,697	21,393
	대상자	13,379	5,993	2,344	5,042
	수검자	6,866	4,881	814	1,171
	수검률	51.3	81.4	34.7	23.2
2005년도	총 가입자수	47,392	9,745	17,488	20,159
	대상자	12,692	5,171	2,609	4,912
	수검자	5,663	3,645	966	1,052
	수검률	44.6	70.5	37.0	21.4

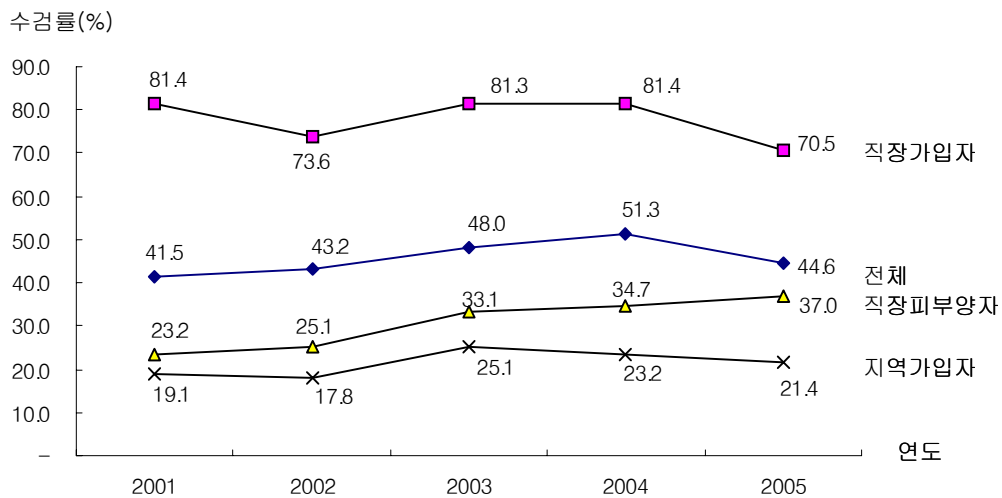
자료: 건강검진 수검율, 건강보험공단, 2006.6.

주 : 1. 2005년도 건강검진 수검율은 2005. 12월말 현재 검진비 지급 기준임

2. 2005년도 총가입자수는 2005. 12월말 현재 통계 기준임

3. 2001년 이전 수검율은 신청자 대비 수검에 따른 수치로 수검률 왜곡현상이 있어 제외

● ● 건강검진 수검율(2001-2005) ● ●



• • 2005년도 연령별 수검률 • •

구분	1차검진			2차검진			
	대상인원	수검인원	수검률	대상인원	대상률	수검인원	수검률
19세이하	15,907	12,248	77.00%	909	7.42%	653	71.84%
20-24세	318,459	251,643	79.02%	30,717	12.21%	18,856	61.39%
25-29	869,840	681,604	78.36%	129,939	19.06%	77,470	59.62%
30-34	1,224,543	765,234	62.49%	214,366	28.01%	123,506	57.61%
35-39	1,181,423	700,491	59.29%	223,969	31.97%	127,362	56.87%
40-44	2,214,897	907,686	40.98%	312,333	34.41%	159,108	50.94%
45-49	1,630,218	783,754	48.08%	308,710	39.39%	156,040	50.55%
50-54	1,456,544	713,739	49.00%	322,868	45.24%	154,106	47.73%
55-59	889,547	475,267	53.43%	237,099	49.89%	105,951	44.69%
60-64	952,007	476,099	50.01%	254,652	53.49%	97,374	38.24%
65세이상	1,702,351	659,897	38.76%	384,215	58.22%	115,312	30.01%
총계	12,455,736	6,427,662	51.60%	2,419,777	37.65%	1,135,738	46.94%

자료: 연령별 수검율, 국민건강보험공단, 2006.10.

□ 보험공단과 연세대 국민건강증진연구소가 건강검진을 받은 271만 여명 가운데 질환이 없는 검진자를 대상으로 조사한 결과, 검진을 한번도 받지 않은 사람이 건강검진을 5번 받은 사람보다 진료비 지출이 2배 이상 많았다는 연구결과가 있었음. 따라서 건강검진 수검율 향상을 위한 다각적인 노력이 요구됨.

□ 실제로 2005년도 공단의 건강검진 대상자중 비수검자와 수검자의 일년간 진료비를 비교해 본 결과, 비수검자의 건강보험 진료비가 수검자에 비해 높았음.

• • 2005년도 검진대상자 건강급여 진료실적 • •

(단위 : 건, 천원)

구분	비수검자				수검자			
	대상자수	진료건수	진료비	건당 진료비	대상자수	진료건수	진료비	건당 진료비
계	5,723,520	105,594,579	4,029,760,169	38.16	6,435,941	123,795,562	3,687,212,217	29.78
지역	3,501,795	57,515,749	2,111,639,095	36.71	1,201,827	31,799,716	995,754,200	31.31
직장	1,809,889	37,516,819	1,473,674,599	39.28	4,758,429	80,333,238	2,318,111,394	28.86
공교	411,836	10,562,011	444,446,475	42.08	475,685	11,662,608	373,346,623	32.01

자료: 검진대상자 건강급여 진료실적, 건강보험공단, 2006.8.

주) 기준1. 2005년도 건강검진 대상자 중 수검자, 비수검자

기준2. 상기대상자의 2005년도 건강급여 진료실적(입원, 외래, 약국)

4.3 건강검진기관에 대한 정밀 분석, 정도관리 부재

- 2006년도에 보건복지부가 건강보험공단을 대상으로 실시한 감사결과에 따르면, 건강검진의 사후관리 및 검진기관의 질 관리에 대한 문제가 지적되고 있음.
- 2006년도 복지부 감사결과에 따르면, '05년도 2,341개의 검진기관중 1,000명 이상 검진기관을 선정하여 '질환 의심자'에 대한 2차 검진을 분석결과, 2차 검진 대상기관은 1,015개 기관으로 '질환 의심자' 비율이 37.72%를 차지하고 이중 2차 검진 실시기관은 46.75%로 나타나고 있음.
- 감사결과에서는 '암의심(정밀검사)' 판정을 받은 검진자는 정밀검사 비용을 추가로 부담하게 되며, 검진기관이나 국민건강보험 등 정부에 대한 불신을 가질 수 있는데도, 공단은 검진기관에 대한 정밀 분석, 정도관리 등을 소홀히 하고 있다고 지적하고 있음.

• • 1차검진후 질환의심자 판정 및 2차 수검현황 • •

(단위 : 개소, 명)

구분	검진기관수 (1000명이상)	1차수검자	질환의심자	질환의심 발생율	2차수검자	질환의심자 2차수검율
2004년	1,035	6,898,147	2,099,185	30.43%	1,052,796	50.15%
2005년	1,015	6,382,687	2,407,676	37.72%	1,125,550	46.75%

자료: 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6.

• • 2차 검진 대상률 상위 10개 기관 현황 • •

(단위 : 명, %)

검진기관 (기호)	2004년				2005년			
	1 차 수검자	질환 의심자 (비율)	2 차 수검자	유질환자 (비율)	1 차 수검자	질환 의심자 (비율)	2 차 수검자	유질환자 (비율)
세란내과 (11370335)	1,059	676 (63.83)	602	601 (99.83)	1,187	8 (68.58)	607	607 (100.00)
조내과 (31320813)	1,134	707 (62.35)	209	153 (73.21)	1,625	1,126 (69.29)	351	229 (65.24)
가족보건의원 (21311072)	9,632	5,630 (58.45)	1,998	1,365 (68.32)	11,043	7,434 (67.32)	1,932	1,466 (75.88)
하동군보건소 (38700077)	1,727	950 (55.01)	239	116 (48.54)	1,399	976 (69.76)	238	125 (52.52)
황효주내과 (31333800)	1,943	1,066 (54.86)	220	206 (93.64)	2,081	1,253 (60.21)	194	192 (98.97)
영산포제일병원 (36201758)	1,000	512 (51.20)	452	450 (99.56)	1,223	744 (60.08)	557	553 (99.28)
강서연세병원 (11203242)	17,705	9,554 (53.97)	4,555	4,384 (96.25)	7,232	4,188 (57.91)	1,715	1,556 (90.73)
나주종합병원 (36100218)	5,725	3,062 (53.48)	1,561	1,279 (81.93)	3,656	2,053 (56.15)	1,056	1,022 (96.78)
일신가정내과 (21325839)	5,620	2,996 (53.31)	740	687 (92.84)	1,309	915 (69.90)	551	516 (93.65)
복십자의원 (32303114)	6,717	3,578 (53.27)	1,832	1,464 (79.91)	1,520	868 (57.11)	483	339 (70.19)

자료: 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6.

□ 2차검진 대상률 상위 10% 검진기관중 ‘질환 의심자’가 50%이상인 기관을 대상으로 ‘04년과 ‘05년의 자료를 분석해본 결과, ‘질환 의심자’ 판정이 2개년도 연속 50%이상이었음²⁰⁾.

- 이는 평균적인 질환 의심자 판정률인 30%('04년)에 비해 약 2배 이상 되는 비율로 이와 같이 지속적으로 높은 비율을 보이는 기관에 대한 원인 분석이 필요하지만 현재 그 분석이 미흡한 상황임.
- 또한, 질환의심판정에도 불구하고 2차검진이 낮은 기관에 대한 원인분석도 이루어지지 않고 있음.

□ 특정암 검진의 경우, 특정암 검진자가 많은 상위 10%기관 분석결과 암종별로 ‘암의심’이나 ‘정밀검사필요’ 비율이 0%~91.7%로 다양하게 나타나고 있음.

- 예를 들어 대구광역시소재 광병원의 경우 위암 의심율이 91.7%인데 비해 같은 지역 같은 규모의 대구가톨릭병원의 경우 0.2%로 확인되었으며, 대전을지대학병원의 위암의심율은 62.4%인데 비해 서울 을지병원의 경우 0%로 확인되었음.
- 병원의 환자구성이 다를 수 있다는 점을 고려하더라도, 병원간의 ‘암의심(정밀검사)’ 판정비율의 변이가 정상적인 범주를 벗어나는 것으로 볼 수 있기 때문에 이에 대한 원인분석이 필요했지만, 현재 공단은 이러한 기관에 대한 분석이 이루어지지 않고 있는 실정임.
- ‘암의심’ 판정률이 높은 기관에 대해 그 원인을 조사해본 결과, 일부 ‘기타질환치료대상자’가 ‘암의심’으로 판정되는 사례가 있었음.

20) 보건복지부, 산하기관 감사결과, 2006. 6.

• • 특정암검사 실시 상위 10% 기관 중 위암의심 판정내역 • •

(단위 : 명, %)

특정암 종류별		검진기관 (기호)	2004년				2005년			
			위 암 검진자	정상	암의심 (비율)	기타질환 치료	위 암 검진자	정상	암의심 (비율)	기타질환 치료
위	암의심 50%이상 판정기관	○병원 (37100386)	2,162	52	1,925 (89.0)	85 (3.9)	4,206	110	3,858 (91.7)	127 (3.0)
		○○대학병원 (11100168)	1,169	260	683 (58.4)	160 (13.7)	1,407	248	699 (49.7)	405 (28.8)
		○○대학병원 (31100473)	3,951	607	2,271 (57.5)	1,013 (25.6)	4,975	1,409	2,531 (50.9)	976 (19.6)
		○○대학병원 (34100041)	3,400	1,332	1,787 (52.6)	227 (6.7)	3,502	1,147	2,184 (62.4)	103 (2.9)
	정상범주 판정기관	○○병원 (31100210)	2,300	740	5 (0.2)	1,555 (67.6)	2,751	756	16 (0.6)	1,973 (71.7)
		○○병원 (11101016)	2,280	1,103	1 (0.0)	1,175 (51.5)	2,622	1,011	1 (0.0)	1,610 (61.4)
		○○○○○병원 (37100092)	1,460	82	0 (0.0)	1,363 (93.4)	3,144	52	5 (0.2)	3,071 (97.7)
		○○○○○병원 (34100032)	3,027	477	6 (0.2)	2,536 (83.8)	4,893	1,088	65 (1.3)	3,725 (76.1)

자료: 건강보험공단 감사결과, 보건복지부, 2006.6.

4.4 미수검자 중심의 건강검진 사후관리 부재

□ 건강검진의 효과가 조기검진을 통한 조기치료 등을 통해 궁극적으로 가입자에게 있어서는 질병예방 및 건강보호의 효과가 있고 보험자에게는 보다 효율적으로 진료비를 절감할 수 있는 방법임.

□ 그러나 공단은 건강검진 결과에 대한 가입자 사후관리를 2004년 6월에야 최초 사업으로 실시하였으며, 사업의 내용을 보면 개인중심의 사후관리보다는 대중적인 홍보사업위주의 형식적 사후관리에 그치고 있음.

- 국민건강보험공단이 1차 건강검진 결과 건강이상자에 대해 실시하는 조치 방법으로는 건강정보 제공, 개인별 건강상담이 있음. 개인별 건강상담에 있어서는 건강주의자와 유질환 및 비만 판정자에 대해 생활습관개선 유도를 위한 건강상담 및 지속적인 추구관리를 실시하고 있음.

• • 건강이상자 조치방법 • •

- 검진결과 질환의심 판정자 ... 건강정보 제공
 - 주요 질환별 건강관리문고 「질병 없는 사회, 건강보험이 실현 합니다」 제공
- 검진결과 건강주의 판정자 ... 개인별 건강상담 실시
 - 건강문고 「성인병 및 주요만성질환에 대한 운동·식이요법」 제공
 - 생활습관개선 유도를 위한 건강상담 및 지속적인 추구관리
 - 건강위험평가서(HRA), 유린스틱(urine stick) 등 제공
- 검진결과 유질환 및 비만 판정자 ... 개인별 건강상담 실시
 - 질환별 건강문고(빈혈, 신장질환, 폐흉부 질환, 고지혈증, 간장 질환) 제공
 - 비만치료문고(삶의 질을 바꾸는 올바른 비만치료) 제공
 - 생활습관개선 유도를 위한 건강상담 및 지속적인 추구관리
 - 건강위험평가서(HRA), 유린스틱(urine stick) 등 제공

자료: 건강이상자 조치현황, 건강보험공단, 2006.8.

- 그러나 2002년부터 2005년까지 수검자 및 미수검자에 대한 수검안내 실적을 보면, 1차로 건강이상자 진단을 받아 2차 검진을 권유받은 사람에 대해 2차 검진을 받도록 개별적인 안내를 한 실적은 연간 한차례 정도에 불과하며, 대중적인 홍보에 치중하고 있음.

- 미수검자에 대해서는 수검율을 높이기 위해 대상연도가 아니어도 지속적인 안내를 통해 수검율을 높이도록 하고, 특히, 질환 의심자에 있어서는 2

차 검진을 받도록 정기적인 독려해야 함.

□ 그러나 공단에서 제출한 질환 의심자에 대한 건강상담 실적으로 보아도, 질환의심자로 판명 받은 사람 중 건강상담을 받은 실적은 2005년도에 14%에 불과해서 나머지 질병위험이 높은 86%에 대한 보다 적극적인 사후관리가 필요함을 알 수 있음.

• • 수검자 및 미수검자에 대한 수검 안내 실적 • •

2002년	2003년	2004년	2005년
○건강검진표 제작 및 송부 • 당해연도 대상자 : 7,682천건 -대상 : 지역가입자, 직장피부양자 -발송완료일 : 7/18 • 미수검 사업장 수검안내문 제작 송부 : 336천건 (11/20)	○ 건강검진표 제작 및 송부 • 당해연도 대상자 : 8,382천건 -대상 : 지역가입자, 직장피부양자 -발송완료일 : 4/23 • 미수검자 수검안내문 제작 및 송부 -직장피부양자 : 2,215천건 (9월) -지역가입자 : 2,300천건(11월) -미수검 사업장 : 400천건 (11월)	○ 건강검진표 제작 및 송부 • 당해연도 대상자 : 9,792천건 -지역가입자, 직장피부양자 : 8,754천건 -직장가입자 중 국가암 대상자 : 1,038천건 -기간 : 4/16~4/30 • 장기미수검자 수안내문 제작 및 송부 : 253만건 -대상 : '00년~'03년도 중 한번도 건강검진을 받지 않은 지역가입자 및 직장피부양자 -기간 : 9/30 • 미수검 사업장 수검안내문 제작 및 송부 : 338천건 -대상 : '04년도 수검대상 사업장 중 미수검 사업장 -기간 : 11/15	○검진표 및 안내문 디자인 품격 고급화 • 검진필요성 및 공단검진항목의 충분성 강화 ○당해연도 대상자 검진 안내(4.4~23) • 지역가입자, 피부양자 : 8,323천명 • 국가암검진 대상자(직장가입자) : 1,545천명 • 사업장 안내 : 489,748개소 ○미수검자 안내(10.11~31) • 장기미수검자 : 240만명 • 피부양자 : 145만명 ※검진안내 기회가 상대적으로 부족한 피부양자 안내 추가

2002년	2003년	2004년	2005년
○보험료 고지서 이면 홍보 •대상 : 지역가입자 용 고지서(정기, 독촉, 자동이체 고지서) -기간 : 8월~11월	○보험료 고지서 이면 홍보 •대상 : 지역가입자 용 고지서(정기, 독촉, 자동이체 고지서) -기간 : 7월~11월	○보험료 고지서 이면 홍보 •대상 : 지역가입자 용 고지서(정기, 독촉, 자동이체 고지서) -기간 : 7월~11월 ○매체를 활용한 홍보 •지상파 방송 공익광고 실시 -기간 : '04. 9. 1~12. 31(4개월간) -홍보실시횟수 TV : 총 2,579회(KBS 등 지상파 4개, CATV 5개, 지방 8개 채널) 라디오 : 총 455회(MBC AM 등 4개 채널) •일간지 광고 실시 -기간 : '04. 9. 23~24(2일간) -광고계재일간지 : 조선, 중앙, 동아 등 13개 일간지 ○건강검진 실시 안내 포스터 제작 및 배부(5/25) •건강검진 안내용 : 15,000부 •출장검진 안내용 : 65,000부	○보험료 고지서 이면 홍보 •대상 : 지역가입자 용 고지서(정기, 독촉, 자동이체 고지서) -기간 : 7월~11월 ○방송매체 활용 홍보(4월, 9월) •TV공익광고 : KBS 등 공중파 3개사 45회 ※실시 초기와 중기로 나누어 실시 ○신문광고 실시(4.29) : 세계일보 등 4개 사 ○포스터 제작, 게시(4월, 9월) •장소 : 관공서, 금융기관 등 게시판 ※4월에는 실시안내 중심, 9월에는 공단검진의 우수성 및 검사항목의 충분성 중심으로 제작 ○시청률이 높은 건강오락프로그램과 연계 홍보 실시 •대상 : 비타민(KBS-2 TV) •횟수 : 8회(7월~12월)

2002년	2003년	2004년	2005년
○지역본부·지사별 홍보 실시(연중) • 주요홍보매체 : 유선방송, 현수막, 생활정보지, 반상회보 등	○지역본부·지사별 홍보 실시(연중) • 주요홍보매체 : 유선방송, 현수막, 생활정보지, 반상회보, ARS/ACS 등 • 총 실시회수 : 8,200천회	○지역본부·지사별 홍보 실시(연중) • 주요홍보매체 : 유선방송, 현수막, 생활정보지, 반상회보, ARS/ACS 등 • 총 실시회수 : 8,525천회	• 방법 : 자막 및 출연자 멘트 활용 ○건강검진 홍보용 비디오 테이프 및 CD 배부(10, 11월) • 제작 수량 : 비디오테이프 750개, CD 3,300개 • 내용 : 공단검진의 우수성, 검사항목의 충분성 등 ○지역본부·지사별 홍보 실시(연중) • 주요홍보매체 : 유선방송, 현수막, 생활정보지, 반상회보, ARS/ACS 등 • 총 실시회수 : 9,646천회

자료: 수검안내실적, 건강보험공단제출자료 안명옥의원 재정리, 2006.8.

• • 건강이상자 조치실적 • •

(단위 : 명)

구 분	질환의심자	건강상담	실시월
2004	1,279,601	58,516	연중 계속
2005	1,197,241	159,892	

자료: 건강이상자 조치실적, 국민건강보험공단, 2006.8.

4.5 건강검진 사각지대

① 건강보험 특정암검진과 국가조기암검진의 검진주기 차이

□ 건강보험가입자 중 보험료 순위 50%이하에 해당되는 사람들은 국가 암조기검진²¹⁾대상자가 됨. 국가 암조기 검진은 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암에 대하여 실시되고 있으며, 암종별 검진대상과 검진주기가 다름.

□ 그러나 건강보험은 원칙적으로 2년에 1회씩 건강검진을 실시하기 때문에 같은 직장가입자에 있어서도 국가조기 암검진 사업 대상자와 비 대상자간에 건강보험의 암검진 주기와 국가조기 암검진의 검진주기가 차이가 나고 있음.

• • 암종별 대상, 검진주기, 검진방법 • •

암종	검진대상	검진주기	검진방법
위 암	40세이상 남녀	2년	위장조영촬영 또는 위내시경검사
간 암	40세이상 남녀 B형 간염바이러스 항원 또는 C형 간염바이러스 항체 양성으로	6개월	간초음파검사 + 혈청알파태아단백 검사
대 장 암	50세이상 남녀	1년	분변잠혈반응검사(대변검사)
유 방 암	30세이상 여성 40세이상 여성	매월 2년	유방 자가검진 유방촬영술 + 유방 임상진찰 권장
자궁경부암	30세이상 여성	2년	자궁경부질세포검사

자료: 암종별 검진주기·검진방법, 보건복지부, 2006.9.

21) 재원은 국민건강증진기금임

- 또한 산업보건법에 의하면 사업장은 근로자를 위한 안전관리를 의무화하고 있어 300인 이상 대규모사업장의 경우 환경 등 근무조건이 향상되었음에도 사무직과 비사무직의 구분으로 인해 매년 건강검진을 실시하고 있음.
- 이에 따라 검진대상자 및 검진주기의 불일치는 사무직과 비사무직, 직장가입자와 지역가입자(2년 1회 실시)의 형평성 문제를 발생시킬 우려가 있음.

검진대상	검진주기	비고
직장가입자 세대주인 지역가입자 40세이상인 지역가입자 40세이상인 직장피부양자	2년	사무직에 종사하지 않는 직장가입자는 1년마다 실시

관 련 규 정

국민건강보험법 제47조 및 동법 시행령 제26조

- 국민건강보험법시행령 제26조제2항에 의하면 건강검진은 2년에 1회 이상 실시, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자는 1년에 1회 실시

산업안전보건법시행규칙 제99조제2항

- '사무직에 종사하는 근로자'라 함은 공장 또는 공사현장과 동일한 구내에 있지 아니한 사무실에서 서무, 인사, 경리, 판매(판매업무 등 직접 종사하는 근로자 제외), 설계 등 사무업무에 종사하는 근로자임)

4.6 보험자의 건강증진사업 강화 방안²²⁾

① 건강증진사업 실시 강화

- 단일보험자의 새로운 기능으로 가입자에 대한 건강을 관리해 주는 역할을

22) 신현웅, 건강보험관리시스템 개편과 보험자의 기능 재정립방안 중 보험자의 기능 재정립 방안 일부 발제 정리

하여야 함.

- 건강을 관리한다는 것은 질병을 관리한다는 차원을 넘어서 질병 발생 전에 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 역할을 담당해야 함.

□ 공단에서 수행하는 건강증진서비스는 기존의 질병예방 및 관리에 필요한 정보제공이나 건강상담 및 홍보 그리고 금연, 금주, 운동 등에 관한 건강캠페인 등을 확대 실시하여야 함. 그러나 이러한 불특정 다수에 대한 건강증진서비스는 이미 보건소에서 실시하고 있음.

□ 따라서 공단이 추가적으로 할 수 있는 건강증진서비스는 가입자 개인별로 건강증진서비스를 제공해야 함.

- 공단에는 가입자의 진료내역에 관한 정보가 있기 때문에 기존의 공공의료에서는 할 수 없는 개인별 평생 건강증진서비스를 제공하는 체계를 구축해야 함.
- 그러나 이 경우 개인의 프라이버시를 보장할 수 있는 방안이 필수적으로 전제되어야 함.

② 건강검진 수검율 향상과 사후관리 강화

□ 생애주기별 건강검진 권고안에 따른 검진주기의 합리적 조정 추진

- 영유아, 학동기, 성인기, 노인기 등에 따라 검진주기를 달리하는 방안
- 300인 이상의 사업장중 산업안전보건법에 의한 유해 작업장을 구분하고 비사무직 중 유해 작업장에 근무하는 자만 매년 실시하는 방안 등 검토

□ 국가건강검진제도 개선방안과 연계하여 검진항목 및 주기를 함께 검토

- 미수검자에 대해 지속적으로 수검안내를 함으로써 연중 어느 때나 건강검진을 받을 수 있도록 하고, 수검자 중 질병 의심자에 대해서는 추가적인 검진과 치료가 가능하도록 개인별 사례관리 제도를 도입하여 사후관리 강화

③ 급여사례관리 사업 내실화

- 건강보험 급여사례관리는 위에서 제시한 개인별 건강증진서비스의 한 부분일 수 있음. 급여사례관리는 중증질환이나 만성질환과 같이 집중관리가 필요한 질환을 앓고 있는 건강보험 가입자에게 보험자가 질병관리를 위한 건강정보를 제공하고 합리적인 건강관리를 하도록 도와주는 기능을 하는 것임.
- 건강보험 가입자가 자기 자신의 건강관리를 합리적으로 할 수 있는 능력을 향상시킴으로써 가입자의 건강상태를 향상시키고 나아가 불필요한 의료이용을 자제하여 의료비용을 감소시키는데 목적이 있음.
- 급여사례관리는 현재 미국, 호주, 캐나다 등에서 이미 실시하고 있으며, 그 결과 의료비용 절감 및 보험가입자의 만족도가 향상된 것으로 보고 있음.
- 우리나라도 이러한 필요성에 따라 2002년 7월부터 15개 지역에서 1차 시범사업을 실시하였으며, 그 결과 사례관리에 대한 만족도와 재참여 의사가 높은 것으로 나타났음.
- 공단은 이후 급여사례관리사업을 확대하고 있음. 그러나 중요한 것은 급여사례관리를 충실히 수행하고 있는지 평가하는 것임. 급여 사례관리를 담당할 인력들의 능력이나 기술을 모니터링하고 평가할 수 있는 시스템을 개발하여 효율적이고 내실 있는 급여사례관리가 될 수 있도록 해야 함.

④ 의료정보 제공자의 역할 강화

- 의료정보라는 것에 포함되는 것들로 첫째가 의료공급자에 대한 정보제공으로 의료공급자와 의료이용자 간에 발생하는 의료정보에 대한 비대칭성을 극복하기 위하여 보험자가 의료이용자에게 정보를 제공하는 것임.
- 현재 공단은 건강정보 관련 포털사이트를 구축하고 개인별 위험평가 등을 함으로써 건강정보를 제공하고 있으나 정보제공 이후 추후관리, 상담인력의 전문성 등 양적, 질적으로 충분하지 못함.
- 공단은 환자가 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 적절하고 신뢰할 수 있는 의료정보를 제공하는 역할을 확대해야 함.

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향

IV

경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편방향

Ⅳ. 경쟁과 효율을 통한 건강보험 운영체계 개편

- 우리나라 현행 보험자 운영체계 하에선 관리의 효율성을 기하기 어렵고 관료주의로 인한 경직성 때문에 가입자를 대표하고 보호하는 보험자 역할을 충실히 할 수 없음.
- 국민건강보험공단은 전 국민의 건강을 관리하게 된 단일 보험자로서 국민에게 질병예방과 건강증진 서비스를 제공하는 사업을 강화해야 함. 특히, 가입자의 보호와 건강보험재정의 효율적 운영을 위한 건강증진서비스 강화가 요구되고 있음.
- 현재 건강보험공단은 자격관리, 보험료 부과, 징수 등 건강보험제도의 행정 지원 업무에 치중하고 있으며, 보험료 및 보험급여의 결정에 미치는 영향은 미미함.
- 건강보험공단은 현재의 관리운영이나 기능 면에서 보험자로서의 기능을 하지 못하고 있음. 이러한 문제점들을 해결하기 위한 방안으로는 먼저, 현재의 제도적 틀과 주어진 조건 하에서 관리운영을 효율적으로 개선하는 것이 필요함.
- 이미 건강보험 통합이후부터 수동적이고 관료적인 건강보험공단의 역량강화를 위해 책임 경영제를 근간으로 본부-지역본부-지사의 계층구조에 적합한 업무 분화 및 지역본부간 책임경영체로 경쟁력을 강화하는 안이 제안되어 왔음²³⁾.

23) 양봉민, 미래지향적 건강보험체계 구축제안과 보험자로서의 국민건강보험공단의 역할, 건

- 현재의 지역단위로 설치되어 있는 지사들을 경쟁시키는 내부경쟁(internal competition)방안을 도입함으로써 소비자에 반응하는 경쟁체제를 유도하여 보험운영의 효율성을 도모해야 함.
- 책임 경영제를 근간으로 본부-지역본부-지사의 계층구조에 적합한 업무 분화 및 지역 본부 간 책임경영제로 경쟁력을 강화.

1. 관리운영체계 개편의 필요성

- 전국적으로 하나 밖에 없는 건강보험 단일 보험자의 관리체계를 효율화한다는 것은 극히 제한적으로 추진될 수밖에 없는 한계가 있음.
- 단일보험자로 독점적 위치에 있기 때문에 경쟁상대가 없어 관리체계 개선에 대한 유인동기가 적은 것이 사실임. 또한 재정운영에 책임이 없는 지사들이 과거 조합시절에 비하여 업무행위에 대한 책임성이 해이해질 가능성이 있음.
- 공단은 지난 2003년 재정통합으로 내적으로나 외적으로 투명하고 합리적이며 생산적인 조직으로의 변화 압력을 받고 있으며, 관리운영시스템의 개편은 불가피한 현실임.
- 따라서 건강보험 관리체계의 유연성과 소비자에 대한 반응성을 높이기 위해선 경쟁원리 도입이 불가피함.
- 우리나라의 국민건강보험제도는 민간의료기관에 의존하는 사회보험방식 이면서도 조직과 재정이 하나로 통합되어 있는 기이한 구조를 가지고 있

으므로 이의 제약성 하에서 대안을 고려함.

- 개편의 방향은 공단 내부에 경쟁시스템을 도입하는 것으로 각 지사 간 경쟁을 유도할 수 있는 유인동기시스템을 구축해 가는 것임. 즉, 이러한 체계는 각 지사에 책임과 권한을 부여하고, 이에 대하여 정확한 성과평가를 통하여 인센티브를 제공하는 것임.

2. 내부 경쟁시스템 도입

- 지사들 간 경쟁을 통한 내부경쟁(internal competition)시스템을 도입하기 위해서는 선결조건으로 각 지사에 책임과 권한을 부여하는 것으로 지역본부 및 지사별 책임경영체계가 확보되어야 함.
- 책임경영체계 구축을 위해서는 지역본부 및 지사별로 재정관리 책임을 부여하는 것임.
 - 이렇게 함으로써 각 지역본부와 지사별로 보건의료 인프라나 공공보건 조직과 연계하여 재정운영의 건실성을 강구하고 지역단위로 보험급여 사후관리 기능을 강화하는 방향으로 개선을 기대할 수 있음.
- 또한 이러한 성과를 객관적이고 과학적으로 평가할 시스템의 확립도 중요함. 평가시스템에서는 재정관리 운영실태에 대한 평가뿐만 아니라 관리운영비의 효율성, 자격관리, 보험료 징수 등의 객관적 지표와 가입자의 만족도도 함께 평가할 수 있음.

- 예를 들어, 재원조달의 일부 책임을 각 지사에 위임하도록 하되, 전체 재정 중 90%를 중앙에서 관리하고 나머지 10%는 각 지사 책임 하에 재정 관리를 맡김.
 - 재정 관리실적, 피보험자의 건강관리 실적, 관리 운영의 효율화, 피보험자의 만족도 조사결과에 따라 10%의 자율적인 재정범위내에서 일정비용을 지사에 인센티브로 제공.
 - 각 지사는 인센티브로 받은 재정을 가입자에 대한 서비스 확대 또는 보험료 인하의 혜택을 줄 수 있음.

- 지사간 경쟁체제 도입과 함께 반드시 병행되어야 하는 것은 직원의 경쟁력 제고임. 직무분석과 노사가 합의한 합리적인 평가체계에 준하여 평가결과에 따라 성과급을 지급하는 등의 적극적인 경쟁적 급여체제로의 전환이 필요함.

- 재정지출 및 재정수입의 운영성과에 따라 책임자에 특별 성과급을 지급하거나 국내외 연수기회, 승진 가산점을 부여함.

- 지사별 고객만족도 실적이나 관리실적을 공개하여 지사 스스로 서비스 개선할 수 있는 동기를 촉진함.

- 이러한 공단 내부의 지사간 경쟁 방식은 지사별로 가입자에 대한 건강증진 서비스 강화 등을 유도하여 가입자의 만족도를 제고하는 동시에 보험자의 기능을 보다 강화하는 계기가 될 것임.

3. 내부 경쟁을 통한 보험자의 기능 재정립

1) 건강증진사업의 강화

- 경쟁체제에서 가입자에 대한 고객만족도를 높이기 위해서 가입자를 보호하고 질병을 예방하는 건강증진서비스의 확대가 불가피함.
- 건강관리는 질병을 사후적으로 관리하는 차원이 아니라 질병 발생 이전에 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 역할을 담당하는 것임.
- 공단에서 수행해야 할 건강증진서비스로는 기존의 질병예방 및 관리에 필요한 정보제공이나 건강상담 및 홍보 그리고 금연, 금주, 운동 등에 관한 건강캠페인 등이 있을 수 있으나, 이러한 부분은 이미 보건소 등에서 실시하고 있어 중복이 발생할 우려가 있음.
- 따라서 공단이 추가적으로 할 수 있는 건강증진서비스는 의료이용정보를 소유한 건강보험공단의 장점을 활용하여 가입자 개인별로 사례관리를 실시하는 등 맞춤형 건강증진 서비스를 제공함으로써 서비스를 차별화시킬 필요가 있음.
- 또한 현재 실시하고 있는 건강검진 사업을 보다 내실화해야 함.
 - 검진기관의 질 관리를 통해 검진결과에 대한 신뢰도를 높여야 함. .
 - 생애주기별 건강검진체계 구축을 통해 성별, 연령군별 검진 항목과 검진 주기를 설정하고 건강검진과 암 검진을 통합하여야 함.
 - 검진 전산관리체계 구축을 통한 검진율 향상 및 취약계층의 검진율 증가 등 사후관리체계를 개선해야 함.

2) 급여사례관리 확대

- 중증질환이나 만성질환과 같이 집중관리가 필요한 질환을 앓고 있는 건강보험 가입자에게 보험자가 질병관리를 위한 건강정보를 제공하고 합리적인 건강관리를 하도록 유도하는 사례관리사업을 확대해야 함.
- 합리적 의료이용 지원 및 사례관리 사업을 확대하여 다빈도, 중복진료, 의료쇼핑을 방지할 수 있도록 하고 질병에 대한 자기관리 능력이 향상될 수 있도록 지도해야 함.
- 급여사례관리를 확대하는 데 있어서는 충분하고 전문적인 사례관리 인력이 필요함. 이를 위해 공단 구성원 중 급여사례관리를 할 수 있는 인력들에 대한 교육 및 훈련프로그램을 개발하고 교육시켜야 함.
- 또한 급여사례관리를 담당할 인력들의 능력이나 기술을 모니터링할 수 있는 시스템 개발도 필요함.

3) 가입자 보호를 위한 양질의 정보제공

- 현재 건강보험공단은 홈페이지를 통해 각종 질병 통계를 비롯하여 의료이용에 대한 통계자료를 제공하고 있으며 의료이용가이드를 통하여 의료기관 종류별 이용절차 및 본인부담금 등에 대한 정보를 제공하고 있음.
- 가입자에게 의료서비스 및 의료기관에 대한 정보를 제공하는 것은 물론, 건강검진 결과와 연계하여 질병 위험자에 대해서는 개인별 맞춤형 건강관리 정보를 제공해야 함.

- 또한 다양한 질병정보 및 의료이용 통계를 제공함으로써 가입자에게는 의료서비스 선택에 대한 정보를 제공하고 공급자에게는 적정 의료행위를 하도록 유도하는 기능할 할 수 있음.
- 이를 위해서는 현재 심사평가원에서 공단으로 넘어가는 진료정보의 내용을 확대하여 가입자 중심의 다양한 정보가 개발될 수 있도록 인프라를 구축해야 함.
 - 현재 심사평가원에서 건강보험공단을 제공되는 자료는 지급자료로서 심사평가원이 청구자료를 통해 취합하는 모든 정보가 전달되지 않고 있음.

4) 지사 단위 보험자와 의료공급자간 유대 강화

- 전국단위에서 보험자와 의료공급자 대표 간의 관계는 지역별 특성을 감안하기 어려운 총량적 접근만 할 수 있음.
- 지사는 관할 지역 의료공급자와 유대관계를 돈독히 하여 가입자에 대한 의료서비스와 건강증진서비스 제공에 있어서 원활한 협력관계를 맺음으로써 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있는 인프라를 구축할 수 있음.



참 고 문 헌



- 감사원. 국민건강보험 운영실태, 2004.12.
- 강성훈, 국민의료보험의 제도분석과 운영개선에 관한 연구박사학위논문, 전주대학교 대학원, 1997.
- 강희정, 박은철, 이규식 외. 건강보험료 부담의 형평성 변화. 예방의학회지 2005;38(1):107-116.
- 건강연대, 「건강보험공단의 보험자로서의 역할 재정립 방안」, 2002.
- 국민건강보험공단 외, 「건강보험재정전망 및 요양급여변화」, 2002.
- 국민건강보험공단, 「각국의 의료보험제도」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「건강보험 재정확충방안에 관한 연구」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「건강보험백서」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「건강보험포럼」, 2003.
- 국민건강보험공단, 「국민건강보험의 성과와 발전방향」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「주요국의 재정안정 대책」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「통합공단의 새로운 모습」, 2001.
- 국민건강보험공단, 「건강보험본인부담변동에 따른 재정영향 분석」, 2002.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 서울:국민건강보험공단, 2000-2005.
- 권순원, 「건강보험의 구조개혁의 필요성: 재정안정화 방안중심으로」, 2001.
- 기획예산처. 2006-2010년 국가재정운용계획: 사회복지·보건분야 공개토론회 자료집. 2006.
- 김근조, 「신고 사회복지법론」, 광은기획, 2000.
- 김병익, 「한국의료보험의 통합 일원화: 성패와 갈림길」, 보건행정학회지, 2000.
- 김순양, 신영균. 통합의료보험 부과체계의 형평성 제고방안. 2000;12(4):609-635.
- 김용익. 의료보장체계 통합일원화의 필요성과 대안. 행정쇄신위원회, 1999.
- 김창엽외, 「의료보험환자가 병원 진료시 부담하는 본인부담 크기」, 보건행정학회지, 1999.
- 노인장기요양보호정책기획단, 「노인 장기요양 보호의 종합대책 수립방안 연구」, 2000.

- 노인철 외, 「음주의 경제 사회적 비용과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 대한의사협회. 유럽 건강보험제도 시찰보고서. 2006.
- 문옥륜 외, 「의료보장론」,신광출판사, 2001.
- 박석돈, 「사회보장론」,양서원, 2002.
- 박재용, 「국민의료비 추이와 건강보험의 과제」,건강보험포럼, 2002.
- 박재용, 건강보험의 제도변화와 재정 안정화, 한국사회보장학회, 2001.
- 보건복지부, 국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책, 2001.
- 보건복지부. 건강보험정책심의위원회 자료, 2005.11.25.
- 서남규, 박종연, 이해경, 김재연. 2004년 건강보험제도 국민만족도 조사, 국민건강보험공단, 2004.
- 송명섭, 「건강보험 중·장기 재정추계모형 연구」, 국민건강보험공단, 2002.
- 신섭중 외, 「사회복지법제론」,대학출판사, 1999.
- 신영석, 「국민건강보험의 재정안정화 방안연구」,한국보건사회연구원, 2000.
- 신현웅. 건강보험 관리시스템 개편과 보험자의 기능 재정립 방안. 건강보험포럼 2003. 8.
- 양봉민. 미래지향적 건강보험체계 구축제언과 보험자로서의 국민건강보험공단의 역할. 건강보험포럼, 2005년 여름호, P2-15.
- 여의도 연구소. 보건의료 선진화 비전 공개토론회(2005.12.20) 자료집
- 이규식, 「의료보장과 의료체계」,계축문화사, 2002.
- 이규식. 건강보험 관리운영 패러다임의 조정. 건강복지사회를 여는 모임, 2002.
- 이규식. 의료보장과 의료보험. 계축문화사, 2002.
- 이지전 외, 「선진국의 장기요양서비스 체계 자료집」, 국민건강보험공단, 2001.
- 이혜훈, " 의료보험재정 위기:원인과 대책", KDI정책포럼, 2001.
- 인구고령화와 보건의료, 한국개발연구원, 2005.12.
- 장동일, 「한국사회복지법의 이해」,학문사, 2001.
- 정형선, 이규식, 신의철 외. 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구. 보건행정학회지 2004;14(2):34-57.

- 조흥식 외, 「한국사회복지론」, 나남 출판사, 2001.
- 최병호 외, 「국민건강보험 재정건실화 대안」, 2002.
- 최병호 외, 「국민건강보험 재정건실화 방안」, 한국보건사회연구원, 2002.
- 최병호 외, 「국민건강보험 재정안정체계 구축을 위한 제도 개선 방안」, 2002.
- 최병호 외, 「국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정 방안」, 2001.
- 최병호, 국민건강보험의 재정건실화와 발전방향, 보건복지포럼, 2003. 2.
- 최병호. 건강보험 재정통합 이후의 정책과제, 보건복지포럼. 2003,8.
- 최숙자, 고수경, 김정희외. 계층화분석법을 이용한 건강보험급여확대상병 우선순위 결정. 보건행정학회지 2006;16(1):79-94.
- 한국개발연구원 외, 「건강보험 재정확충 방안에 관한 연구」, 2001.
- 한국보건사회연구원, 「국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2003.
- 한국보건사회연구원, 「의료보험재정위기」, 2001.
- 홍석표 외, 「건강보험 통합관리운영체계의 효율화 방안」, 한국보건사회연구원, 2001.
- 홍석표 외, 「사회안전망 제도의 재정효율화를 위한 제도개선 연구」, 한국보건사회연구원, 2003.

VI

부 록 : 네덜란드 의료 개혁과 건강보험제도 변화

- 우리나라 건강보험제도 하에서는 제한적으로 공단 내부의 경쟁 도입 방안을 제안하였음.
- 가입자의 권리의식이 강화되고 선택권 등 요구수준이 높아질수록 경쟁모형의 도입이 불가피해 짐.
- 다소 급진적 사례로 평가 받을 수 있으나, 공적제도에서 보험자 간 경쟁을 통해 의료분야의 효율성을 추구하고 있는 최신 성공사례로 네덜란드 의료개혁을 소개함.

I. 네덜란드의 의료 개혁과 건강보험제도의 변화

1. 네덜란드 개혁의 배경

- 네덜란드의 보건의료 개혁의 방향은 효율성 제고를 위한 시장경쟁원리의 도입임. 이는 1986년부터 시작된 Dekker 개혁의 주요 내용과 같음. Dekker 개혁이 표방하는 모형은 관리하 경쟁(Managed Competition)이며, 이로 인해 의료분야의 효율성과 관련되어 경쟁모형의 대표적인 사례로 소개되고 있는 것이 네덜란드의 Dekker 개혁임.
- 네덜란드는 1900년대 초에 사회보장법이 제정되었고, 2차 세계대전 이후부터 정부가 보험제도에 개입하기 시작하였음. 그러나 이러한 정부의 의사들에 대한 직접적인 제한은 오히려 환자의 대기시간을 늘리고, 의료사고를 유발하는 등 사회적인 문제를 발생시키기에 이르렀으며, 국민의 소득 수준을 뛰어넘는 의료비 지출의 증가는 국가의 재정을 압박하게 되었음.
- 이에 따라 정부는 시장경쟁체제를 활성화하여 가격인하와 의료의 질을 확보하기 위한 방법으로 새로운 형태의 건강보험체제의 도입을 계획하게 되었음²⁴⁾.

24) 네덜란드 개혁의 필요성은 초기 재원조달의 방법이 네 부분으로 나뉘어 있었는데 이러한 재원조달의 다양화는 국민들간의 형평성 문제와 의료비 증가 억제를 위해 조화로운 정책 수립에 대한 과제를 안겨주었고, 효율성 측면에서 지적되었던 문제점들은 의료공급자들의 과잉서비스, 인두제 제도의 문제, 질병금고들 자체가 효율성과는 무관하게 운영됨에 따라 효율성을 제고하여야 한다는 점이 항상 지적되었다는 것이다. 한편 정부는 비용억제를 기하기 위해 병상수의 감소, 병원 예산 제한, 새로운 시설 투자 억제, 의사 소득의 통제 등 정책을 구사하였으나 대부분의 정책이 정치적 반대에 직면하거나 국민의 불만을 낳음에 따라 작동 불가능 하였으며, 질병금고의 효율적 운영의 무감각, 민간보험의 역선택 문제 등 보험시장의 실패도 원인이 되었다는 의견도 있다. 이규식, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2002 p.326~327

2. 네덜란드 건강보험제도의 주요 변화²⁵⁾

- 2006년 1월 1일자로 새로운 건강보험법이 시행되면서 2005년 12월 31일까지 공보험과 사보험의 이중 체계였던 건강보험체계가 2006년 1월 1일부터는 공보험과 사보험이 민간의료보험체계로 통합되었었음. 새로운 의료보험 체계는 표준 또는 기초의료보험(the Standard or Basic Health Insurance)으로 불림.
- 새로운 건강보험체계 개편의 핵심은 국민에게는 공평한 재정부담을 원칙으로 하고, 선택권을 보장하며, 정부는 보험운영에 관해서는 최소한의 규제만을 행하며 실제적으로 건강보험체계의 운영을 책임지는 민간보험사²⁶⁾들에게 적절한 위험분산을 해줌과 동시에 경쟁체제를 도입함으로써 가격인하와 의료의 질을 확보하고자 하였음. 민간보험회사의 입장에서는 관련 규제가 완화되었고 영리추구가 허용됨에 따라 활동영역이 증가하게 되었음.
- 위험균등화 정책
 - 즉, 소득이 있는 모든 개인의 소득에 대하여 정률보험료를 정부가 징수하여 이를 중앙기금(Central Fund)으로 이전시켜 의료보장의 주재원으로 사용토록 하였고, 모든 개인은 다수의 질병금고 가운데 하나를 선택하여 이 금고를 통하여 의료서비스를 보장받음.
 - 민간보험사의 재원은 가입자에게 부과하는 정액보험료와 중앙기금이 등 록한 피보험자의 수 등 기준에 따라 배분하는 예산으로 구성되며, 중앙

25) 대한의사협회 의료정책연구소, 2006년도 유럽 건강보험제도 시찰 보고서 중 네덜란드 건강보험제도의 일부 내용 재정리

26) 네덜란드의 민간보험회사는 우리나라의 민간보험회사와는 다른 개념인데, 즉 민간보험회사는 영리와 비영리보험회사가 있고, 비영리보험회사는 우리가 알고 있는 '조합'의 개념이지만 네덜란드에서는 민간보험회사(Non-Profit Private Company)로 표현하고 있음. 이하에 나오는 민간보험회사, 민간보험도 이러한 차원에서 이해되어야 할 것임.

기금은 민간보험사들이 가입자들을 받아들이는데 위험선택을 못하도록 법에 규정하는 대신에 가입자들의 위험률을 고려하여 예산을 배정토록 하고 있으며, 이 예산은 가입자의 연령과 성을 고려한 위험조정 정책으로 함.

- 위험균등화(risk equalisation) 정책은 이것을 통해 보험업자들이 위험도에 따라 가입자를 선별하는 것을 방지하며 동시에 보험업자가 불공평한 위험부담으로 재정적인 위험에 처하는 것을 방지하는 정책임.

□ 중앙기금

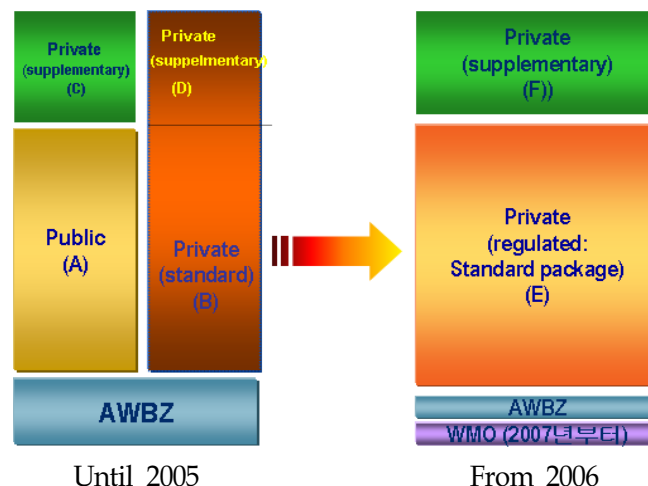
- 중앙기금의 재원은 보험료 외에 소득대비 부담금으로 충당하게 되며, 소득대비 부담금은 네덜란드 국세청(The Inland Revenue Service)이 징수 주체로서 Central Fund에 모아지며 이 기금은 보험업자에게 위험정도에 따라 재정적인 지원을 하는데 사용됨.
- 특히 네덜란드의 모든 국민은 소득의 6.5%의 세금을 Central Fund에 내게 되는데 이는 본인이 내는 것이 아니라 고용주가 월급의 6.5%를 내고, 자영자나 연금생활자의 경우도 4.4%를 본인이 납부하게 됨.

□ 새로운 건강보험체계의 변화

- Dekker 개혁의 주내용에서 2006년 신건강보험체제에서 변화된 내용은 기존의 질병금고가 민간의 질병금고(민간보험회사, Non-Profit Private Company)와 경쟁체제를 통해 합병되는 과정들을 거치며, 새로운 건강보험체제에서 건강보험의 운영은 모두 민간보험회사가 담당하게 되는 완전 자유경쟁체제로 변화되었다는 점임.

□ 2006년 이전의 건강보험 체계

- 모든 네덜란드 국민은 의무적으로 민간보험회사를 통해 정부가 정하는 기본 건강보험(standard package)에 가입할 법적 의무를 가짐.
- 소득에 근거하여 공적보험(A)에 가입할 대상자와 민간보험(B)에 가입할 대상자가 분리되었음. 공적보험은 다시 연간 소득 3만 3천유로 미만의 소득자가 가입하는 사회건강보험(Ziekenfondsen)과 공무원을 대상으로 하는 공무원(전체 인구의 약 8%) 건강보험으로 나뉘며, 사회건강보험은 전 인구의 60% 이상을 차지했고, 실업 수당 등 각종 사회보장 수당을 받는 사람들도 여기에 포함되었음. 그리고 공적보험에서 보장되지 않는 영역은 개인의 선택에 따라 추가로 (C)에 가입하여 보장받을 수 있었음.
- 연간 소득 3만 3천유로 이상의 국민은 민간보험(B)에 가입하여 기본 질병에 대한 보장을 받을 수 있었으며 전체 국민의 약 30%를 차지하였음. 한편, 공적보험 가입 대상 국민 중에서 고위험군으로 분류되는 국민은 다시 WTZ 제도에 의해 통제된 가격으로 기본 민간보험(B)에 가입하도록 하였음. 이외에도 개인에 따라서는 보험료를 더 내고 기본형에서 보장되지 않는 영역을 (D)를 통해 보장받을 수도 있으며, 같은 보험회사일 경우 (C)와 (D)는 대부분 하나의 상품이었음.



- 구체제와 신체제의 가장 큰 차이점은 공적보험과 민간보험 중 기본보장형 부분(A+B)이 모두 기본형 민간보험(E)로 흡수되고 추가 가입부분(C+D) 역시 (F)로 통합되었다는 점임. 즉, 공적보험과 민간보험의 차이가 없어지고 민간보험중에서 기본형과 보충형으로 나누어지게 된 것이며, 각각이 보장하는 급여의 내용은 다음과 같음.

• • 네덜란드 신건강보험체계의 보장내용 • •

구분	기본형 민간보험 (Standard Package : E)	보충형 민간보험 (Supplementary: F)
보장 내용	• GP 진료, 전문의 진료, 병원 이용 • 18세 미만 국민의 치과 진료 • 특수 치과진료 및 의치 • 의료용 압박 스타킹 등 일부 의료보조장치 • 의약품 • 출산과 관련한 진료, 산부인과 진료 • 앰불런스 및 휠체어 택시 이용 등 보건의료적 수술에 드는 비용 • 정신과 치료, 언어장애 치료, 산재 치료, 교정적 치료(remedial therapy) 는 제한적으로 보장 • 영양섭취와 식이요법 등에 대한 상담	• 안경 • 18세 이상 성인의 치과 진료 성인의 피임 비용 • 동종요법과 같은 대체의학 이용비 • 기본형에서 보장하지 않는 정신과 치료 등

□ 건강보험 재원

- 건강보험 재원은 기본보험료와 소득대비 부담금, 정부의 출연기금으로 구분됨. 먼저 기본보험료(Nominal premium)는 건강보험가입자들이 내는 보험료로 보험회사별로 자유롭게 정액으로 보험료를 산정할 수 있음.
- 상품 종류에 따라 차등 보험료를 부가할 수 있으나, 같은 상품에 대해서는 보험가입자의 개인적 특성에 관계없이 동일한 보험료를 부가해야 하며, 단체가입자에 대해서만 10% 내외에서 조정 가능하도록 예외를 인정하고 있음.

□ 소득대비 부담금

- 보험가입의무자에 부가되는 금액으로 전체 필요 건강보험 재원의 절반 정도를 충당함. 징수주체는 네덜란드 국세청(The Dutch Tax and Customs Administration)으로 고용주가 직원의 급여에서 세금의 형태로 소득대비 부담금 부분을 공제(봉급생활자의 경우 소득의 6.5%를 고용주가 내고, 자영업자나 연금소득자등은 소득의 4.4%를 본인이 냄)하여 납부하게 됨.
- 즉, 이 돈이 Central Fund에 모아지며 이 기금은 보험업자들에게 위험균등화(risk equalisation) 정책에 의거 위험정도에 따라 재정적인 지원을 하게 됨. 한편 정부의 출연기금은 현재 18세 미만 국민의 보험료를 정부가 대신 납부해주는 부분과 기타 보험회사가 재정적 임무를 다하지 못할 경우의 정부지출이 있음.
- 특히 네덜란드의 경우 저소득층을 위한 건강보험이 별도의 제도로 운영되지 않고 수당으로 보조함으로써 시장경쟁 체제를 직접적으로 흐트리지 않는데, 그 대상은 연 소득 25000 유로 미만의 저소득층이나 자영업자에 대해서 연간 최대 400 유로까지 건강보험 수당을 지급하고, 부부나 기타 법적 인정 파트너와의 합계 소득이 연간 40000 유로 미만일 경우 연간 최대 1,150 유로까지 건강보험 수당을 지급함. 이러한 건강보험수당은 네덜란드 국세청에서 지급하며, 월 단위로 나누어 지급함.

□ 민간보험회사와 의료제공자들의 계약

- Dekker에 의해 제시된 질병금고간의 경쟁모형은 먼저 피보험자에게 질병금고를 선택하도록 허용하면, 질병금고는 더 많은 피보험자를 확보하기 위하여 서로 경쟁의 우위를 점하기 위해서는 공급자를 경쟁시켜 보험료를 절감하고 의료의 질도 향상시킨다는 원리임.
- 재원조달(보험자 또는 정부)과 공급(의료기관)간에 협상의 방법을 사용하

여 의료체계의 효율과 효과성을 제고함. 여기에 소비자 선택을 허용하게 되면 사회보험에서의 시장 메커니즘을 살리는 기능을 하게 된다는 것으로 즉, 재원조달 측면에서의 경쟁은 민간보험의 경쟁형태이지만 배분기전에 계약방법과 소비자 선택을 혼합시키는 것이 Dekker형의 경쟁모형이 됨²⁷⁾.

- 네덜란드의 민간보험회사와 의료제공자들의 계약관계를 보면 우선 보험 회사와 병원은 서로 계약을 하는데 보험회사가 병원을 선택할 수도 있고, 병원은 여러 회사와 계약을 할 수도 있음.
- 또한 병원의 유명 서비스(특정 질환)만으로도 계약이 가능함. 보험회사가 병원을 선택할 수 있기 때문에 파생되는 문제점으로는 상대적으로 규모가 작은 병원은 파산할 수도 있다는 점이나 보험회사의 공정거래를 감시하는 기구(보건부, Counterfraud Agency, 보건의료부문 감독부, 중앙은행, 금융감독원, 사생활보호본부 등)가 많기 때문에 이 기구들이 보험회사와 병원과의 불공정 거래 등을 감독하는 역할을 하고 있음.
- 한편 보험회사와 주치의 역시 보험회사와 계약을 하는데 보통 한 주치의가 여러 보험회사와 계약을 함.
- 각 의료기관과 보험회사가 계약을 하기에 앞서서 각 영역의 협회들은 정책적인 거시적 가이드라인 정도를 협상하고, 세부적인 계약의 내용은 개별 계약관계에서 결정하게 됨.
- 주된 계약의 내용을 보면, 보험회사와 GP의 계약 내용은 등록환자당 인두제 가격과, 방문당 지불 비용 등을 계약하며 보험회사와 병원의 계약에 있어서는 대기시간관련, 사후서비스 내용, 가격 등도 계약을 함. 보험회사의 가입자가 많을수록 병원과의 협상에서 가격을 다운시킬 수 있으며, 특히 계약이 결렬되었을 때는 사법적 재판과정을 거침.

27) 이규식, 의료체계와 의료보장, 계축문화사, 2002 p.297

□ 진료비의 지불 및 심사

- 환자에 대한 진료비 환급 방식은 각 회사마다 다르며 보통 가입자가 회사와 계약한 병원을 이용하도록 하고, 병원 이용시 별도의 진료비를 지불하지 않는 현물급여(in-kind services)방식, 회사가 특별히 의료공급자 네트워크를 형성하지 않으며 환자는 병원을 선택하여 진료비를 내고 추후 회사로부터 환급받는 진료비 환급방식, 회사가 계약한 병원을 이용할 경우 현물급여나 100% 환급, 계약하지 않은 병원을 이용할 경우 진료비의 일부만 환급받을 수 있는 현물급여와 진료비 환급 혼합형이 있음.
- 이전 네덜란드 체제에서는 기본보험에 대부분의 진료내용과 약제들이 포함되어 있었으며, 대부분 진료행위의 수가와 약가는 상한 가격을 국가가 정했고, 대부분의 약제도 기본보험에 포함되어 있어 평균비용 이상의 약을 쓸 경우 차액은 의사가 지불하거나 의사가 환자에게 환자부담을 하도록 권유할 수 있음.
- 신체제하에서는 진료수가에 대한 범위는 계약을 통해 정할 수 있고, 특히 병원의 경우, 앞으로 DRG 가격의 90%까지 보험회사와 병원이 자율 계약으로 정할 수 있도록 한다는 것이 정책방향이라고 함.
- 한편 민간보험회사의 의료행위 심사와 평가와 관련하여서는 현재까지는 민간보험회사가 의료행위를 심사해서 그 결과에 따라 환급금액을 삭감하거나 계약시 불이익을 주는 등의 조치는 없었으며, 진료비 심사를 위한 기준도 설정되어 있지 않음.
- 다만 GP들이 불필요하게 고가약을 처방하지 않고 제네릭약의 처방하도록 유도하기 위한 인센티브제는 존재하며, 불필요하게 고가약을 처방한 경우 일부 불이익을 주기도 함. 그러나 장기적으로는 네덜란드의 심사평가원이라고 할 수 있는 CAHPS 체계를 받아들여 진료행위의 투명성을 제고하게 될 가능성이 높으며, 최근 불거진 한 병원의 X-ray 부정 청구

스캔들(200만 유로)로 민간보험회사가 병원의 진료비 청구를 보다 적극적으로 평가하려는 움직임이 나타날 것이라는 전망이 큼.

□ 정보공유

- 민간보험회사에게 있어 현재의 떠오르는 이슈 중 하나는 정보와 Privacy 라고 함. 보험회사로서 환자의 개인질병정보를 필요로 하고, 축적을 원하지만 보호정책 때문에 알 수 없는 상황으로 차후 주요 문제가 될 것으로 전망되고 있음.
- 현재로서는 보험회사들끼리 환자의 진료정보를 공유하는 제도는 없음.

II. 네덜란드의 의료 개혁 관련 법

1. Health Insurance Act

1.1. 배 경

<개 요>

- o 건강보험법은 2006년 1월 1일부로 발효됨.
- o 민간의료보험과 질병금고간의 구분을 없애자는 데 대한 오랜 논쟁의 종결을 봄.
 - 주장 1: 공적 성격을 갖춘 민법으로 의료보험제도... 자연인에 의하여 설립되는 민간보험으로 보험자와의 계약에 의한 의료보험제도
 - 주장 2: 사적 성격을 갖춘 공법으로 건강보험제도... 법으로 자격을 명기한 사람들(예컨대 일정 임금수준이하의 피용자)에 의한 강제보험제도
- o 주장 1을 내세우는 이유: 강제보험은 정부의 과도한 개입으로 효율성을 저해. 정부의 개입은 시간이 지나면서 점차 강화될 것임
- o 주장 2를 내세우는 이유: 민간보험은 사회보험이 요구하는 사회연대를 해치게 됨. 민간보험 형태로 가면 종국에는 사회연대의 개념은 자취가 없어질 것임
- o Jan-Peter Balkenende 수상이 이끄는 제2기 연합 정부는 법에 의하여 규제되는(강한 강제적 안전판을 유지하는) 민간보험 접근법을 선택.
 - 내각은 이러한 방법이 정부, 공적보험자, 민간보험자간에 역할과 책임을 분명히 구분하는 최선의 방법이라 봄

- 의료공급 분야의 기업가적인 입장과 조화를 기할 수 있는 사회보험을 만들 수 있을 것으로 봄
- 그러나 새 제도는 강제적인 보장이라는 강력한 법적인 구조 속에 심어지게 됨
- 새 제도는 민간보험의 시장 전통과 질병금고의 사회적 전통의 결합

<새 제도의 역사>

- o 제도 개혁의 초기 시도들은 모두 공범을 토대로 하였음. 잘 알려진 개혁의 시도는 1974년 Hendriks Plan, 1987년의 Dekker Plan, 1992년의 Simons Plan이 있음
- o 현 정부는 2003년 5월에 전국민들에게 강제적인 건강보험의 제공(표준적인 급여)을 약속
 - 의료서비스, 약제, 의료보호(medical aids)... social safety nets 형성을 위한 기본적인 보장
 - 동시에 효율성과 선택의 자유를 증진시킬 것을 약속
 - 민간보험회사에 의하여 제공되는 위험 기준 보험에 대한 선호로 나타남

<민법에 의한 제도>

- o 민법에 의하여 작동되도록 규정한 새 제도는 법적인 복잡성이 없음. 이것은 EU가 민간보험에 대한 정부의 규제를 금지하는 원칙에 따른 것임. 그러나 네덜란드 정부는 의료보험의 사회적인 성격을 보호하기 위하여 강제적인 안전판을 결합시키는 선택을 하였음
- o 정부는 보험자로 하여금 모든 사람을 받아들이도록 하고, 그리고 모든 사람에게 같은 조건을 제공토록 규정하였음

- 모든 가입자에게 같은 서비스를 제공하면서 차별적인 다른 보험료 부과를 금지하였음

<Health Insurance Act>

- 의료보험법은 네덜란드에 거주하면서 임금세(payroll tax)를 내는 모든 사람들을 강제적으로 의료보험에 가입토록 하고 있음
 - 모든 의료보험회사는 보험에 가입코자 하는 모든 사람을 받아들여 서비스를 제공할 의무가 있음을 규정
- 의료보험법은 서비스의 형태에 따라 적용하는 보험의 종류를 정의
 - 보험자는 자격을 갖춘 어떤 피보험자에게 어떤 보험 서비스를 제공할지를 결정할 수 있음
 - 유사하게, 보험자는 피보험자에게 현물 서비스를 제공할지 아니면 피보험자가 선택하는 공급자에게 비용 상환을 할지를 결정할 수 있음
 - 비용 상환의 경우, 보험자는 피보험자가 이용 가능한 서비스에 대하여 도움을 요구하면 도와주어야 할 의무가 있음
- 보험자는 피보험자에게 개인적인 추가 부담 없이 option을 제공해야 함.
 - 피보험자는 보험자가 제공하는 다양한 보험을 선택할 수 있으며, 또한 1년에 1회 보험자나 보험의 종류를 바꿀 수 있음
- 재정은 소득비례보험료(payroll tax)가 전체 재정의 50%이며, 나머지 50%는 피보험자가 보험자에게 직접 정액의 보험료(nominal premium)를 내도록 하고 있음
 - 18세 이전에는 정액보험료가 없음. 18세 이전의 정액보험료는 국가가 부담
 - 소득비례보험료는 국세청(Inland Revenue Service)이 징수함. 고용주는 피용자의 보험료의 전부를 상환해 주도록 규정하고 있음

- 소득비례보험료와 국가부담보험료는 건강보험기금에 적립됨
- o 새 제도는 no-claim refund 제도를 채택
 - no-claim refund 제도란 의료이용을 거의하지 않은 경우에는 정액보험료의 일부를 돌려받게 되는 제도임

<Health Care Allowance Act>

- o 보험수당급여법은 보험법과 같이 발효됨
- o 보험수당급여법에 의하면 가입자의 정액보험료가 소득에 비교하여 높을 경우, 수당을 지급받음
 - 수당은 국세청이 지급
 - 수당은 배우자의 소득도 고려하여 결정됨

<이전 법의 폐지>

- o 2006년 1월 1일자로 The Social Health Insurance Act, the Medical Insurance(Access) Act 1998, the Overrepresentation of Elderly Health Insurance Act Beneficiaries(Joint Financing) Act가 폐지됨
- o 그 외에도 민간보험법이나 공무원을 위한 사회보험법 등도 모두 폐지됨

2.2 Health Insurance의 성격

<Insurance Obligation>

- o 네덜란드에 거주하는 모든 사람과 거주하지는 않아도 payroll tax를 내는 사람들은 의료보험에 가입 의무가 있음
- o 네덜란드의 장기요양보험과는 달리 일정 기준에 속한 사람은 무조건 어떤 보험사의 보험을 강제로 가입하는 것이 아니라 보험자를 선택하고 계약을 해야 함

<민법하의 법적 위치>

- o 의료보험은 민법의 규정에 따름
 - 의료보험은 계약을 토대로 성립
 - 정부는 원칙적으로 보험에 개입할 수 없음. 유럽의 민간보험의 원칙임
- o Health Insurance Act는 단지 대중의 이해와 관련되는 부분에서만 정부의 개입을 허용토록 규정
 - 보험자가 받아들여야 할 의무
 - 동일한 보험료에 대해서는 동일한 보험급여를 제공해야 한다는 원칙
 - 보험 적용의 강제성 원칙을 규정
 - 이러한 원칙을 지키는 대신에 보험자는 전체 보험 재정의 50%에 해당하는 금액을 재정조정기금(financial equalization)으로 받게 됨
- o 보험자가 시장에서의 동일한 급여라는 원칙은 모든 보험회사에 적용이 되며, 또한 통상(normal)의 민간 보험회사는 이윤이 허용되고 기업에 적용되는 경쟁 법칙의 대상이 됨

2.3 의료보험 가입자의 의무

<일반적인 원칙>

- o EMEA(Exceptional Medical Expenses Act)에 적용되는 모든 국민은 의료보험을 구매해야 함
 - 이 법의 적용을 받게 되는 사람은 네덜란드에 법적으로 거주하는 사람
 - 외국에 사는 사람이라도 네덜란드에서 일하면서 임금세(payroll tax)를 내는 사람
- o 대부분 사람들은 자신의 의료보험을 구매하지만, 어떤 경우는 다른 사람의 의료보험을 구매해 줄 수 있음

- 자신의 배우자나 자식의 보험 구매
- 사용자는 피용자의 보험을 구매해 줄 수 있음
- 개인이 계약을 하기 어려운 경우에는 법적인 대리인이 계약을 할 수 있음:
보호자, 가족, 허가받은 대리인 등

<보험 의무가 면제되는 사람>

- o EMEA에 적용을 받지만 의료보험 적용에 대해서 두 가지 예외를 인정
 - 군인: 군대 의료체계의 적용을 받기 때문
 - 양심적인 반대자: EMEA에 보험료 납부를 반대하는 사람.
- o 양심적인 반대자들은 대체세(substitute tax) 형태로 소득비례보험료를 납부
 - 양심적인 반대자가 납부하는 추가 세는 보험청(Health Insurance Board)에서 별도 회계로 관리
 - 이들은 의료보험에서 제공하는 서비스와 거의 유사한 서비스를 이 재정으로 제공받음

2.4 Management and Administration

<보험자: care insurers>

- o 민간보험회사가 의료보험법의 집행을 담당. 정부는 보험회사를 care insurer로 부름
 - 왜냐하면 정부는 보험자가 가입자에 대하여 효과적인 소비자 위주의 서비스 제공 조직이 되기를 희망
- o 의료보험법에서의 사회보험의 핵심적인 목적은 가입자에게 필요로 하는 서비스를 제공하는 것임
 - 보험의 관리자로서의 보험자는 이러한 목적을 수행하는 것이 중요한 역할임

- 보험자는 진료비 지불에만 그 목적을 한정해서는 안 된다는 것이 중요함
- 보험자는 피보험자의 요구에 따라 현물급여인 서비스 제공(in-kind variant)과 현금상환(reimbursement variant) 서비스를 제공
- o 보험자는 또한 재정조정기금을 제공받기 위한 규정에 따라 회계시스템을 적절하게 갖추고 있어야 함
- o 사회보험의 기본원칙은 피보험자가 보험회사의 정책에 영향을 미칠 수 있어야 함
 - 이 원칙은 네덜란드가 받아들인 여러 가지 국제 협약들에 내포되어 있음
 - 피보험자가 보험회사 정책에 영향력을 미치도록 한다는 접근법은 네덜란드 정부가 선호하는 corporate governance 개념에 부합됨

<의료보험법 수행에 따른 조건>

- o 네덜란드의 모든 의료보험회사가 의료보험법을 따라야 할 의무는 없음. 즉 희망하는 회사만 의료보험법에 적용
- o 만약 의료보험법을 따르겠다는 보험회사는 non-life insurance services를 수행하는데 따른 면허를 받아야 함
 - 면허는 네덜란드 중앙은행(De Nederlandsche Bank)이나 다른 EU 회원 국가들에 있는 자매 규제기구에서 받아야 함
- o 의료보험법을 따를 보험회사는 의료보험법에서 제공하는 서비스의 감독기관인 CTZ(Supervisory Board for Health Insurance)에 등록하여야 하며, 재정조정기금(Central Fund)으로부터 기금을 받을 자격을 인정받아야 함

<보험자의 활동 지역>

- o 보험자는 85만명 이상의 사람을 가입시키려면 네덜란드 전역을 활동지역으로 해야 함

- 이 경우, 보험자는 활동 지역을 정해야 하는데 네덜란드의 1개 州 이상의 전주민을 대상으로 함
- 법은 보험자가 1 개주의 한 부분에서 활동하는 것은 허용치 않음
- 정부는 이러한 조건을 붙여 대규모 보험자간의 경쟁을 촉진시키고 또한 새로운 시장 진입자가 제한된 지역에서 활동이 가능토록 하기 위하여 대규모 보험자에게는 조건을 붙임

2.5 의료보험 계약과 서비스 제공의무

<의료보험 계약>

- o 의료보험법에 따라 사람들은 4개월 이내에 보험자와 계약을 끝내야함. 보험 계약은 자기가 거주하는 주나 직장이 있는 주의 보험자와 하게 됨. 보험자 선택의 고려사항... 보험자가 제안하는 low risk의 수준, 정액보험료, 등

<Supplementary Insurance>

희망하면 피보험자는 supplementary insurance를 구매할 수 있음. 보충적 보험은 의료보험급여와 연계되지 않는 민영보험으로 정부가 관리기준을 정하는 것이 아니라 네덜란드 중앙은행이 일반적 감독 기준을 정함. 민간보험회사가 급여수준과 보험료의 크기를 결정

<보험자를 교체하면 보충보험의 취소는 안됨>

의료보험법이 명문화한 것은 피보험자가 보험회사를 바꾸더라도 보충보험의 취소는 허용하지 않음.

<벌금>

- 피보험자가 기간 안에 보험의 의무가입을 하지 않으면, 보험자는 보험청을 대신하여 피보험자에게 벌금을 부과. 벌금은 보험료의 130% 수준임. 벌금은 가입을 지연시키는 달 수에 맞추어 부과하는데 최고 5년임.
- 그런데 피보험자가 정신장애가 있었거나 보험구매를 못한테 대한 이유가 타당한 경우에는 벌금이 면제됨. 또한 벌금이 피보험자의 소득에 비하여 지나치게 많으면 감면도 가능함. 그러나 보험에 가입치 않아도 소득비례보험료는 자동적으로 국세청이 징수함

<수용의무>

- 보험자는 원하는 피보험자는 누구라도 받아들여야 할 의무가 있음. 보험자는 정액보험료를 성, 연령, 건강상태 등을 기준으로 차별화해서는 안됨

<계약기간>

- 피보험자가 한 보험회사에 최소한 가입해야 할 의무기간은 1년임. 연장은 물론 가능함. 1년 후에는 다른 보험자나 다른 모델과 계약을 체결할 수 있음. 보험회사를 바꾸려면 사전에 통보해 주어야 함. 만약 보험회사가 정액보험료를 올리게 되면 1년 만료전이라도 보험자를 바꿀 수 있음.

<보험회사의 보험정책>

- 보험회사는 피보험자에게 매년 보험계약의 내용(보험정책)을 알려야 함. 여기에는 피보험자의 권리와 의무를 명기함

<Information Obligation>

- 의료보험을 구매하는 사람은 보험회사에 보험 가입이 끝나는 상황에 대하여

알려야 함. 보험을 끝내는 것이 보험회사의 영업지역 밖으로 이사를 가기 때문이라던가 아니면 외국으로 나가기 때문이라는 등. 그리고 보험회사는 가입 피보험자에게 정보 제공의 의무가 있음

<급여 제공 의무>

- 의료보험법의 핵심 목적은 피보험자가 필요로 하는 급여를 제공하는 것임. 두 가지 종류의 급여를 제공.

① 서비스 제공

- 보험회사는 의료공급자와 계약을 통하여 피보험자가 필요로 하는 의료서비스를 제공함.
- 공급자에 대한 지불은 보험회사가 하며, 피보험자는 보험자가 소유하는 의사나 병원 또는 보험자와 계약을 맺은 의사나 병원을 선택하여 자유롭게 이용을 할 수 있음.
- 피보험자가 계약하지 못한 의료기관을 이용키를 희망할 경우 보험자는 상환비용의 수준을 결정해야 함.
- 상환비용의 크기는 계약 의료기관을 이용할 때의 의료비를 기준으로 함. 상환비용을 너무 적게 책정하게 되면 이것은 비계약의료기관 이용을 원천적으로 이용치 못하게 하는 것과 같음

② 비용상환 방법(reimbursement model)

- 이 방법은 피보험자가 계약되지 않은 의료기관을 이용할 경우, 먼저 비용을 의료기관에 지불하고 보험자에 사후 청구하여 환불받는 방법임. 보험자는 상환에 있어서 최대값을 설정하는 것이 아니라 네덜란드에서 통상적으로 이루어지는 가격을 기준으로 함.
- 만약 보험자와 계약한 의료기관이 피보험자가 원하는 서비스를 제공하지 못

할 경우, 보험자는 피보험자가 선택하는 서비스에 대하여 비용을 상환할 의무가 주어짐.

③ 서비스와 비용상환의 혼합

- 계약된 의료기관을 통한 서비스의 공급과 비계약 의료기관 이용에 대한 비용상환 방법을 혼용 가능함. 이러한 방법을 통하여 피보험자가 원하는 서비스를 제공할 수 있음

2.6 네덜란드 국외에서의 의료 이용

<세계적인 이용>

네덜란드 의료보험법은 국외 어느 곳에서도 의료이용이 가능하도록 뒷받침함. 적용 서비스는 국내에서와 같은 조건의 서비스로 수가 등도 같이 정함. 피보험자는 의료보험 계약에 의거하여 세계 어느 곳에서도 이용이 가능함

<Care Obtained under Health Insurance>

① Reimbursement Policy

- 피보험자는 외국 어느 곳(EU 국이던 아니면 조약을 맺지 않은 국가이던 관계없음)에서 서비스를 이용하던 상환을 받을 권리가 부여됨. 그렇다고 비용 전액을 상환해주지는 않음. 의료보험법에서 보험자가 네덜란드의 통용되는 비용 이상으로 상환을 해야 할 의무를 규정하지는 않았음.
- 피보험자가 외국에서 이용코자 할 경우, 네덜란드 의료보험법이 제공하는 서비스의 범주에 속하는 서비스인지 확인하는 것이 중요함

② In-kind Policy

- 피보험자가 만약 in-kind policy를 갖는다면, 반드시 보험자와 계약한 의료기관을 이용해야 함. 보험자는 네덜란드 국내만이 아니라 외국의 의료기관과도 계약을 맺음. 피보험자가 외국의 의료기관에서 in-kind policy를 얻기 위해서는 보험자가 외국의 관심 있는 의료기관과 먼저 계약을 맺어야 함.

③ Combination of reimbursement/in-kind models

- 두 가지 방법의 혼용이 가능함. 다양한 변형이 적용

<Obtaining Care under Treaty Arrangement>

- 네덜란드 밖에서 의료보험에 적용을 받을 수 있는데, 조약을 맺은 국가에서는 국제사회보장협정에 의거하여 서비스를 받을 수 있음

2.7 Entitlements to Care

<Cover>

- 의료보험법이 제공하는 급여는 필수 의료(essential care)에 속함. 필수의료는 명백한 효과, 비용-효과성, 공적재정의 필요성이 입증되어야 함.
- 2006년 1월 1일부터 제공하는 급여는 기존의 사회보험에서 제공되던 급여를 모두 포함시켰음.

<Financial Entitlements>

- 네덜란드의 의료체계는 정부의 직접적인 규제를 줄이는 쪽으로 구성됨. 법이 규정하는 내용은 공급자에게 더 많은 선택의 자유를 허용하고, 더 많은 범위에 대한 의사결정의 권리, 그리고 경쟁의 인센티브를 주는 것임.

- 이러한 시스템을 유지하는 장치의 하나가 “functional description”임. 이것은 보험에서 급여해야 할 서비스가 어떤 것인지를 규정하고, 언제 제공해야 하는지를 규정하는 것임. 이 규정은 보험자, 공급자, 피보험자에게 공통으로 적용되어 급여를 제공하는 급여규정이라 할 수 있음.

<Insurance Package>

- ① 급여: 일반의, 전문의, 임상심리분석가, 조산사에 의한 서비스를 포함하는 서비스인데 반드시 이들에게만 제공할 권리가 부여된 것은 아님. 즉 간호사, 임상병리사, 신장투석사 등이 제공하는 서비스도 급여가 됨.
- ② Paramedical Care: 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등에 의하여 제공되는 서비스로 18세 이상과 이하의 사람에 대하여 급여 규정은 다소 차이가 있음
- ③ Maternity Care: 분만 후 10일까지 산모와 신생아에게 적용
- ④ 약제급여: 참조가격제를 사용(대체조제의 바탕위에서), 그런데 상환목록에 있는 의약품으로 대체조제가 불가능한 경우에는 참조가격제에 적용하지 않고 상환금액도 제한이 없음
- ⑤ 의료용구: 주로 집에서 사용하는 의료용구를 의미
- ⑥ 구강급여: 18세 이하의 사람들은 6세 때부터 1년에 두 회 불소 치료나 불소도포, 치주 치료를 받을 권리가 주어짐. 18세 이상의 사람에게는 구강수술과 그기에 수반하는 x-ray 검사, 그리고 틀리도 할 수 있음
- ⑦ 입원: 365일간 입원 가능, 그 이상의 입원은 LTC 보험으로 넘어감
- ⑧ 환자 이송: 의사가 환자 수송에 필요하다는 면장을 발급하면 보험에서 교통비(필요시 헬리콥터 비용도 가능)를 지급
- ⑨ 테러로 인한 경우: 의료보험에서 상환을 규정하고 다른 보험으로 치료를 받도록 하고 있음

2.8 정부 보조

정부 보조금은 보험급여로 규정된 서비스를 위하여 사용되는데 임시적인 성격임.

2.9 재원조달

<정액보험료: nominal premium>

- o 18세 이상의 피보험자에게는 정액보험료를 소득과 무관하게 보험자가 독자의 부담으로 부과
- o 동일한 보험자라도 선택하는 급여 조건에 따라 금액은 달라짐. 그러나 같은 급여조건을 택하면 동일 보험자 안에서 보험료는 동일. 집단 가입을 할 경우 보험료를 최대 10%까지 할인 가능

<경쟁>

- 두 가지 측면에서 정액보험료가 효율적인 의료 제공의 인센티브가 됨. 첫째, 정액보험료는 보험자간의 경쟁을 유도하여 공급자와의 계약을 유리하게 하려는 인센티브가 되며, 또한 피보험자는 보험료가 낮은 보험자를 선택코자 하는 비용 인식을 심어줌

<소득비례보험료>

- 의료보험법에 따라 보험을 택하는 사람은 소득비례 보험료를 낼 의무가 주어짐. 소득비례보험료는 전체 보험재정의 50%로 함. 국세청이 이를 징수하는데 사업주가 근로자의 부담분을 일괄 징수하여 납부함. 임금세를 납부하지 않는 사람들은 국세청으로부터 소득비례보험료를 위한 별도의 평가를 받게 됨

<사용자가 피용자에게 지불하는 보상금>

- 의료보험법은 사용자에게 피용자들의 소득비례보험료 납부에 따른 보상금 지급을 규정하고 있음. 보상금 제공과 관련된 업무는 사회보장급여를 관리하는 기구에서 다룸.
- 피용자에 대한 보상은 소득비례보험료에 근거하는 보험급여가 어떤 형태의 급여를 넘을 때 제공됨. 사용자에 의한 보상금은 고용과 관련된 환경으로 인하여 필요해지는 의료비에 대한 책임이라는 의미에서 제공. 따라서 자영자에게는 적용되지 않음

<아동의 보험료와 국가의 기타 지원금>

- 정부는 의료보험 재정을 지원하기 위하여 여러 가지 형태의 지원을 함. 정부는 18세 이하의 아동들을 위한 정액 보험료를 지원함. 그 외에도 전쟁이나 테러와 같은 적대 행위로 인하여 발생하는 의료비를 감당하기 위한 비용을 지원 함. 그리고 보험자가 재정적인 책무를 다하지 못할 경우 의료보험법은 공적기금을 사용토록 정하고 있음

<의료보험기금>

소득비례보험료와 정부가 지원하는 지원금으로 의료보험기금을 형성함. 의료보험청에서 이 기금을 관리함. 소득비례보험료는 국세청에서 징수하며, 18세 이하의 아동들을 위한 보험료는 정부가 바로 의료보험청으로 납부함

<무 이용자에 대한 보험료 반환>

18세 이상의 피보험자가 의료이용을 하지 않은 경우 정액보험료는 반환해 줌. 무 이용자 반환을 위한 의료 이용에는 GP 서비스, 조산사 서비스, 모성 서비스는 제외됨.

<비 급여>

보험자와 계약을 맺지 않은 의료공급자를 이용하는 것이 보험법에 허락되고 있음. 그런데 어떤 서비스나 장비 이용의 경우는 보험에서 적용 제외되어 본인 의료비를 부담해야 하는 경우도 있음.

<개인적인 잉여>

18세 이상의 피보험자는 개인적인 잉여(personal excess)가 허용됨. 허용 잉여 금액은 100, 200, 300, 400, 500 유로 달러 임. 개인 잉여를 보상하기 위하여 보험자는 피보험자에게 보험료의 할인을 해 줌. 할인은 보험자에 따라 달라짐.

2.10 위험조정

<일반적 원칙>

- 의료보험법하에서 민간보험회사는 정부가 설정한 기준안에서 의료보험을 운영할 책임을 가짐.
- 기준은 의료에 대한 접근성, 충분성, 질에 대한 보장임. 완전히 자유로운 의료보험 시장에서는 가입자는 선택의 자유가 보장되고, 시장은 충분한 투명성과 보험자가 행동을 최적화할 수 있는 다양한 수단들이 있음: 위험선택, 보험료 설정, 효율적인 서비스의 조달, 운영의 효율성 등임.
- 그러한 시장이 작동되는 기본 원칙의 하나란, 보험자가 위험을 기초로 피보험자에게 보험료를 부과하는 것임. 이것이 equivalence principle 임.

<보험료의 균등화>

- 의료보험법은 완전히 자유스런 의료보험시장을 용인하지는 않음. 의료의 일반적인 접근성을 보장하기 위한 기준을 설정.

- 보험자는 가입을 신청하는 모든 피보험자들을 받아들여야 하며, 보험료의 차등을 두어서는 안 됨. 그래서 건강치 못한 피보험자가 많이 가입할 경우에는 그만큼 불리해짐.
- 보험자들은 건강치 못한 피보험자들을 피하려고 하기 때문에 이를 방지하기 위한 장치가 위험조정장치(risk equalization)

<Risk equalization>

위험조정 보험료는 피보험자의 건강상의 차이로 인한 비용 격차를 최소화하기 위한 것임