"의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라"를 위한

「실천적 건강복지 플랜」

국민건강보험공단쇄신위원회 활동보고서

2012.07

1편 건강복지 플랜의 개요

h·well 국민건강보험

발간사

국민건강을 지켜온 건강보험이 1977년 처음 도입된 이래 올해로 탄생 35주년을 맞았습니다. 짧지 않은 성상(星霜)의 기간에 건강보험은 국민의 건강을 증진하고 한국 의료를 세계 수준으로 끌어올리는데 크게 기여했습니다. 제도 도입 12년 만인 1989년에 전국민 건강보험을 달성함으로써 세계에서 가장 단기간에 포괄적인 의료보장을 실시한 성공사례로 손꼽히고 있습니다. 또한 국민의 기대수명도 80.5세로 OECD 평균을 넘어섰고, 의료의 접근도(access)와 질(quality), 비용(cost) 역시 다른 나라가 벤치마킹할 수준에 올랐습니다.

그럼에도 불구하고 건강보험의 지속가능성을 위협하는 구조적 요인들로 인해 오늘날 건강보험은 새로운 위기를 맞고 있습니다. 우선 국민들의 건강보험 보장성 확대 요구가 높습니다. 국민소득 향상과 더불어 건강과 복지에 대한 수요는 날로 높아지고 있는 반면, 건강보험의 보장성은 OECD의 평균수준인 80%에 훨씬 못 미치는 62.7%로, 서민 가계에 큰 부담이 되고 있습니다.

또 저출산·고령화에 따라 보험료를 낼 사람은 줄어들어 건강보험 수입은 감소하는데 반해 노인진료비 등 보험재정의 지출은 증가하고 있습니다. 2011년 전체인구의 11%를 차지하는 노인인구의 진료비는 전체 진료비의 33%를 차지하고 있고, 2020년에는 약 46%로 증가할 것으로 예측됩니다. 질병 패턴 또한 급성질환에서 만성질환으로 빠르게 변화함에 따라 최근 8년간 만성질환 진료비는 3배 이상 늘어 전체 진료비의 35%를 점유하고 있습니다. 근본적인 보험지출 관리기전을 갖추지 못한데다 행위별수가제, 비급여, 과도한 약제비 등으로 인해 국민의료비는 급팽창하고 있습니다.

그런데도 건강보험은 구(舊) 시대의 틀을 그대로 유지하고 있습니다. 급증하는 진료비에 대처하기 위해서는 재원의 확보가 전제되어야 하나, 지금 보험재정은 흑·적자를 반복하면서 예측불가능하며 불안정한 행보를 거듭하고 있습니다.

건강보험 재정은 하나로 통합되었으나, 보험료 부과체계는 지역·직장 가입자별로 기준이 달라 상상을 초월하는 민원을 야기하고 있습니다.

건강보험의 주인인 가입자는 보험급여 및 가격 결정과 같은 중요한 의사결정 과정에서 사실상 배제돼 있습니다. 이로 인해 가입자의 요구와 보험재정의 수입과 지출이 상호 연동되지 못해 제도의 유연성이 떨어지고 있는 실정입니다. 보험자가 지출요인을 관리할 수 있는 기제(機制)도 취약해 보험급여 비용의 청구·심사·지급·사후관리가 체계적으로 연계되지 못하고 있습니다.

종합컨대 현재의 건강보험은 패러다임의 대 변환을 결단해야 하는 시점에 도달하였습니다. OECD가 한국의 현행 건강보험체제를 지속가능하지 않다고 진단한 것은 우연한 결과가 아닙니다.

이러한 위협 요인에 전사(全社)적으로 대처하기 위해 우리 공단은 금년 1월 17일 '국민건강보험공단쇄신위원회'를 출범시켰습니다. 경영진과 직원, 노동조합이 머리를 맞대고 35년간의 경험과 지혜를 합쳐 지금의 문제를 규명하고 새로운 비전과 목표를 설정하였습니다. 공단쇄신위원회에서 현출(顯出)한 해법은 정부에 건의하기로 하였습니다.

공단쇄신위원회는 '건강보험 자격·부과체계 단일화 연구단' 등 총 8개의 연구단과 연구반으로 구성되었으며, 노동조합 대표 등 65명의 운영위원, 35명의 외부 전문가 등 총 199명이 참여하였습니다. 그동안 6개월에 걸쳐 자문위원회 등 총 95차례의 논의 과정과 32차례의 실적 보고회를 통해 연구 결과를 검증하고 많은 의견수렴을 거친 바 있습니다.

이러한 노력의 결과가 이 보고서에 집약되었습니다. 공단은 "의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라"를 달성하기 위해 실천 가능한 건강복지 비전과 플랜을 제시하고, 그 구체적 실천 방안으로 ①지속가능한 건강보험 보장성 강화 방안, ②소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안, ③치료 위주에서 예방·검진·건강증진 중심으로의 패러다임 전환 및 평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공 방안, ④효율적 지출관리를 위한 급여결정 구조(governance) 정립 방안, ⑤노인장기요양보험제도의 보완·개선 방안을 제안하게 되었으며, 중장기 미래발전 전략과 공단 내부혁신 방안은 현재 진행 중으로 연말까지 완료할 예정입니다.

특히 보험료 부과체계 단일화 방안은 그동안 9차례의 연구용역 결과를 토대로 공단이 보유하고 있는 실제 소득데이터로 시뮬레이션과 검증을 거쳐 마련하였습니다. 공단의 연구 결과와는 별도로 한국보건사회연구원과 한국조세연구원, 한국재정학회 등 3개 관련기관 컨소시엄에 부과체계 연구용역을 의뢰하였습니다. 컨소시엄의 연구결과가 나오는 올해 10월쯤이면 한층 더 실현성 있는 방안이 마련될 것으로 예상합니다.

본 보고서는 건강보험 시행 35년과 공단 창립 12년간의 운영경험을 바탕으로 보험자의 관점에서 건강보험의 과거와 현재를 진단하고, 문제해결과 개선방안을 도출하는데 주안점을 두었습니다. 특히 공단의 집단지성을 모아 실천 가능한 대안을 찾으려고 심혈을 기울였으나, 미흡한 점도 있으리라 생각합니다. 앞으로 겸허한 자세로 다른 의견도 경청해 나갈 것입니다.

이 보고서는 현실에 바탕한 실천적 보고서이며, 정부에 제안하기 위한 것입니다. 제도운영의 많은 문제점은 진단하였지만, 공단 스스로 해결할 수 있는 것은 거의 없기 때문입니다. 보고서가 정부에 제안된 이후 복지에 대한 이해(理解)가 증진되고, 앞으로 건강보험의 미래를 위한 공론(公論)이 더욱 활성화 되기를 기대합니다.

'복숭아나무와 자두나무는 말이 없지만 그 밑으로 절로 길이 생긴다'(도리불언 하자성혜·桃李不言 下自成蹊)라는 말이 있듯이 공단의 부단한 혁신노력이 열매를 맺고 건강보험의 꽃을 피워 마침내 지속가능한 도약의 길이 열리기를 염원합니다.

2012년 7월

국민건강보험공단 이사장 김 종 대

"의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라"를 위한

「실천적 건강복지 플랜」

목차_

발간사 _01

제1편 「건강복지 플랜」 개요

1. 건강보장의 도전요인과 새로운 비전 필요성 **_09**
2. 건강복지 비전과 목표 **_13**
3. 비전 달성을 위한 실천방안 **_15**
4. 소요재원 및 확보방안 **_57**

부록

1. 국민건강보험공단쇄신위원회 구성 및 운영 **_63**
2. 위원회 연구참여자 **_64**
3. 위원회 주요 활동일지 **_73**

제2편 「건강복지 플랜」의 세부 실천방안 (별쇄본 참고)

1. 지속가능한 보장성 강화 방안
2. 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안
3. 평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공 방안
4. 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안
5. 노인장기요양보험 보완·개선 방안

그 외 중장기 미래발전 전략과 공단의 내부혁신 과제는
현재 진행 중이며 연말까지 완료할 예정

표목차

〈표 1-3-1〉 주요국의 GDP 및 국민의료비 중 공공재원 비중 _16
〈표 1-3-2〉 공공의료재원 비중에 대응하는 건강보험 보장률 _17
〈표 1-3-3〉 저소득층 본인부담률 경감(안) _18
〈표 1-3-4〉 본인부담상한액 기준 인하(안) _19
〈표 1-3-5〉 연도별 보장성 확대 항목별 소요재원 _24
〈표 1-3-6〉 가입자 종류별 보험료 부과체계 _25
〈표 1-3-7〉 보험료 인상·인하 세대 현황 _30
〈표 1-3-8〉 부과체계 개선 시 요소별 부과금액 비중(2012년) _31
〈표 1-3-9〉 부과체계 개선만을 고려한 연도별 재정현황 _32
〈표 1-3-10〉 총 진료비 중 약제비 비중 _46
〈표 1-4-1〉 건강복지 플랜의 소요재원 _57
〈표 1-4-2〉 소요재원 확보방안('13~'17 년) _59
〈표 1-4-3〉 시나리오별 재정추계(예시)_60

그림목차

〈그림 1-2-1〉 건강복지 플랜의 비전체계 _14
〈그림 1-3-1〉 주요국의 1인당 GDP 대비 국민의료비 중 공공재원 현황 _15
〈그림 1-3-2〉 의료취약계층 인구규모 _18
〈그림 1-3-3〉 비급여 항목별 구성비 변화 _21
〈그림 1-3-4〉 목표 보장률 달성방안 _22
〈그림 1-3-5〉 단계적 확대에 따른 투입재원과 보장률 변화 _23
〈그림 1-3-6〉 보험료 부과체계 개선모형 _28
〈그림 1-3-7〉 전국민 건강정보DB 구축 현황 _37
〈그림 1-3-8〉 조직 체계도 _38
〈그림 1-3-9〉 건강검진 결과에 따른 사후관리(예방급여) 방안 _39
〈그림 1-3-10〉 만성질환자 통합건강관리 체계도 _40
〈그림 1-3-11〉 건강증진사업 지역사회 협력체계도 _42
〈그림 1-3-12〉 급여관리 영역에서 제한된 보험자의 업무영역 _43
〈그림 1-3-13〉 요양급여 여부 및 가격결정 관련 전문위원회 현황 _44
〈그림 1-3-14〉 지출 의사결정 구성원 비중 _44
〈그림 1-3-15〉 재정결정자와 재정책임자의 부조화 _45
〈그림 1-3-16〉 심사 위탁체계 모형 _50

제1편

「건강복지 플랜」 개요

01_ 건강보장의 도전요인과 새로운 비전 필요성 _

1 국민 요구에 못미치는 건강보험 보장성

◎ 국민소득과 건강욕구 수준의 증가로 국민들의 건강·복지 요구는 날로 증가하고 있으나, 건강보험의 보장률은 OECD 평균에 크게 미달하고 있고 오히려 하락 추세임

– 그로 인해 서민층의 치료비 부담이 과중하고, 특히 재난적 의료비는 중산층에게도 상당한 가계 부담이 되고 있음

※ 국민의료비 대비 공공지출 비율('09) : 한국 58.2%, OECD 평균 71.8%

※ 건강보험 보장률 : ('04) 61.3% → ('07) 64.6% → ('09) 64.0% → ('10) 62.7%

2 저출산·고령화로 생산인구 감소 및 노인의료비 급증

◎ OECD 국가 중 최저수준의 출산율과 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되는 인구고령화로 생산가능 인구는 점차 감소하는 반면 진료비를 사용할 계층은 급증하고 있음

※ '10년 합계출산율 : 한국 1.23명, 일본 1.37명, 미국 2.01명, 프랑스 1.99명

※ 고령사회(노인인구 14%)에서 초고령사회(20%) 도달 소요기간

⇒ 한국 8년, 일본 12년, 이탈리아 18년, 미국 21년, 독일 37년, 프랑스 39년

※ 생산가능인구 비율 : ('10) 72.8% → ('20) 71.1% → ('40) 56.5% → ('60) 49.7%

◎ 노인진료비는 '01년 3.2조원에서 '11년 15.4조원으로 10년 만에 5배 급증하여 전체 진료비의 33.3%를 점유하고 있으며, '20년에는 전체 진료비의 45.6%를 점할 것으로 예상됨

※ 전체 진료비 중 노인진료비 비율 : ('01) 17.7% → ('11) 33.3%

– 2045년에는 평균연령 50세로 세계에서 가장 늙은 국가가 될 전망 (영국 Royal Bank of Scotland, 2012)

3 만성질환 등 질병구조 변화에 동떨어진 비효율적 급여구조

◎ 고령화와 생활습관 변화로 질병패턴이 과거 급성기질환 중심에서 만성·노인성 질환의 상대적 비중이 크게 증가하고 있음

- 만성질환 진료비는 '02년 4.8조원에서 '10년 15.2조원으로 3배 이상 급증했으며, 전체 진료비의 34.9%를 차지

  ※ 만성질환 진료비 : ('02) 4.8조원, 25.5% → ('10) 15.2조원, 34.9% … 8년간 3배 증가

- 노인성 질환자 역시 5년 만에 49.5% 증가 추세

  ※ 65세 이상 노인성 질환 치료 유병률 (10만명 당) : ('05) 9,179명 → ('10) 13,724명

○ 그럼에도 건강보험은 여전히 치료서비스 중심의 급여구조를 유지하고 있어 이러한 질병구조 변화에 효과적으로 대응하기 어려운 실정

4 국민의료비 급증 및 건강보험 재정 불안정

○ 각종 구조적 요인에 의해 국민의료비는 '01년 32.9조원에서 '11년 91조원으로 10년만에 3배 증가하였으며, 앞으로 '15년에는 4배 이상, '20년에는 8배 정도 증가할 것으로 예상됨

- 구조적 요인 : 행위별수가 중심의 진료보수 지불체계, 과도한 약제비·치료재료비 비중, 취약한 1차의료 및 의료전달체계, 그로 인한 대형병원 환자쏠림현상 등

  ※ '11년 GDP 대비 국민의료비 비율은 7.3%로 OECD 국가 중 32위이나
  ⇒ ('15) 8.8%로 OECD 평균수준 ⇒ ('20) 11.2%로 최상위권인 프랑스와 비슷

○ 이에 따라 건강보험 재정은 최근 수년간 흑자·적자를 반복하면서 불안정한 행보를 보이고 있고, 2012년부터는 특단의 조치가 없는 한 만성적 재정적자가 우려되는 상황임

※ 당기수지 현황(억원) : ('09) △32 → ('10) △12,994 → ('11) 6,008 → ('12) △1,772(예상)
※ 보건복지부 중장기 재정전망(조원) : ('13) △1.5 → ('14) △4.2 → ('15) △5.5 → ('16) △6.3

5 보험료 부과기준의 불형평성 및 국민 불만 고조

○ 급증하는 진료비를 조달하고 건강보험의 보장성을 높이기 위해서는 적정한 수준의 보험료 부담을 통해 재정건전성이 확보되어야 하나,

○ 현행 부과체계는 직장과 지역간에 부과기준이 상이하고, 지역가입자는 다시 연간소득 500만원 이하자와 초과자로 구분하여 다르게

부과함으로써, 부담의 불형평성 논란이 지속되고 있으며 보험재정의 통합운영 취지에도 부합되지 못함

- 가입자간에 3원화되고 복잡한 부과체계로 인해 보험료와 관련된 민원이 매년 급증하는 등 국민의 불만이 팽배하고 있으며, 이로 인해 향후 보장성 확대를 위한 재정조달의 큰 장애요인으로 작용

  ※ 부과관련 민원은 약 6,358만건으로 전체 민원의 82.0% 차지(2011년)

6 의료비 지출의 효율적 관리가 어려운 거버넌스 구조

- 보험급여 여부 및 가격 결정 등 중요한 의사결정시 보험자인 공단이 가입자의 요구나 보험재정 상황 등을 종합적으로 고려하여 반영함으로써 급여비 지출을 적정하게 관리할 수 있어야 하나,

  – 현재 사실상 보험자의 역할이 정부, 심사기구, 공단에 분산되어 보험재정에 대한 책임주체가 모호하고, 보험자와 공급자간 이해조정 역할을 담당하여야 할 정부가 공급자와 직접 협상하는 비효율적 구조

  ※ 현재의 거버넌스는 사회보험의 기본구조에 부합되지 않는 구조

- 진료비의 청구·심사·지급·사후관리 등 일련의 과정이 체계적, 효율적으로 연계되지 못하고 심사기구와 보험자, 정부에 분산되어 재정누수 및 행정 비효율이 발생

7 노인장기요양보험의 제도개선 요구 증가

- '08. 7월 제도 도입 이후 시행 만 4년인 장기요양보험은 '국민의 효보험'으로 잘 정착하여 좋은 평가를 받고 있으나,

- 인구 고령화로 장기요양 신청자가 크게 늘어나고 있고, 특히 가족의 수발부담이 큰 치매환자가 급증하고 있으며, 매년 잦은 자격갱신에 따른 이용자 불편과 서비스의 질 등 문제점이 제기되고 있어 제도의 전반적 개선 및 운영 내실화가 필요한 상황임

  ※ 치매 유병률 : ('08) 8.4% → ('11) 8.94% → ('12) 9.08% → ('17) 9.49%(추정)

8 효과적 보험관리를 위한 조직혁신 필요

○ 제도 쇄신과 더불어 공단의 내부 경영혁신과 재정관리의 근간인 통계생산 및 관리의 체계화가 필요함

종합 환경분석 및 새로운 비전 필요성

▸ 종합컨대, 국민의 복지욕구에 못미치는 건강보험 보장성,
▸ 보험재정의 부담계층은 감소하는 반면 사용계층은 증가,
▸ 노인의료비, 만성질환 등 구조적 요인으로 의료비 급증 추세,
▸ 보험료 부담기준의 불형평성과 향후 재정위기 만성화 우려,
▸ 보험수입과 연동한 합리적 지출관리 기전 취약 등으로

➡ 제도의 지속가능성이 위협 받는 중대한 위기 상황이며, 당면과제의 해결을 위해 새로운 건강복지 비전과 목표, 실천가능한 대안을 마련하고

➡ 저부담–저급여 체계에서 벗어나 국민 여망과 국가경제력에 부합하는 선진국형 건강보장체계를 갖춤으로써 국민의 건강한 삶의 질 향상을 추구할 필요

02_ 건강복지 비전과 목표 _

◎ **(비전)** 온 국민이 건강보장 혜택을 통하여 질병 발생 시 의료비 걱정 없이 양질의 진료를 받고, 예방서비스를 통해 더욱 건강한 삶을 누릴 수 있는 세계 1등의 건강나라를 추구

◎ **(3대 전략목표)** 이러한 비전 달성을 위한 3대 목표는

① 선진국 수준으로 건강보험의 보장성을 획기적으로 높이고,

② 가입자간 보험료 부담의 형평성을 높여 건전한 재정기반을 조성하고 보장성 확대의 지속가능성을 담보함과 동시에,

③ 생애 주기별 평생 맞춤형 통합 건강서비스를 제공하여 국민의 삶의 질을 향상

※ 궁극적으로는 국민의 만족도 제고에 기여할 것으로 예상

◎ **(실천방안)** 3대 전략목표 달성을 위해 5가지 실천방안을 수립함

① 지속가능한 보장성 강화 : 건강보험의 보장률을 선진국 수준으로 높여 저소득층 보호기능을 강화하고, 국민의 재난적 의료비 부담을 해소하는 한편, 필수의료 중심으로 보장성을 확대

② 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 : 불공정한 현재의 보험료 부과기준을 쇄신하여 소득 기준으로 부담의 형평을 기하며 국민의 수용성을 높이고 건전한 재정기반을 조성

③ 예방·검진·건강증진체계 구축 : 만성질환 등 질병구조의 변화 추세에 선제적으로 대응하기 위해

- 현재 공단이 보유하고 있는 전국민 건강정보DB를 활용하여 평생 맞춤형 건강서비스를 제공하고,
- 생애주기별 건강검진체계 구축과 함께 만성질환 관리 등 질병관리프로그램(disease management program)을 도입

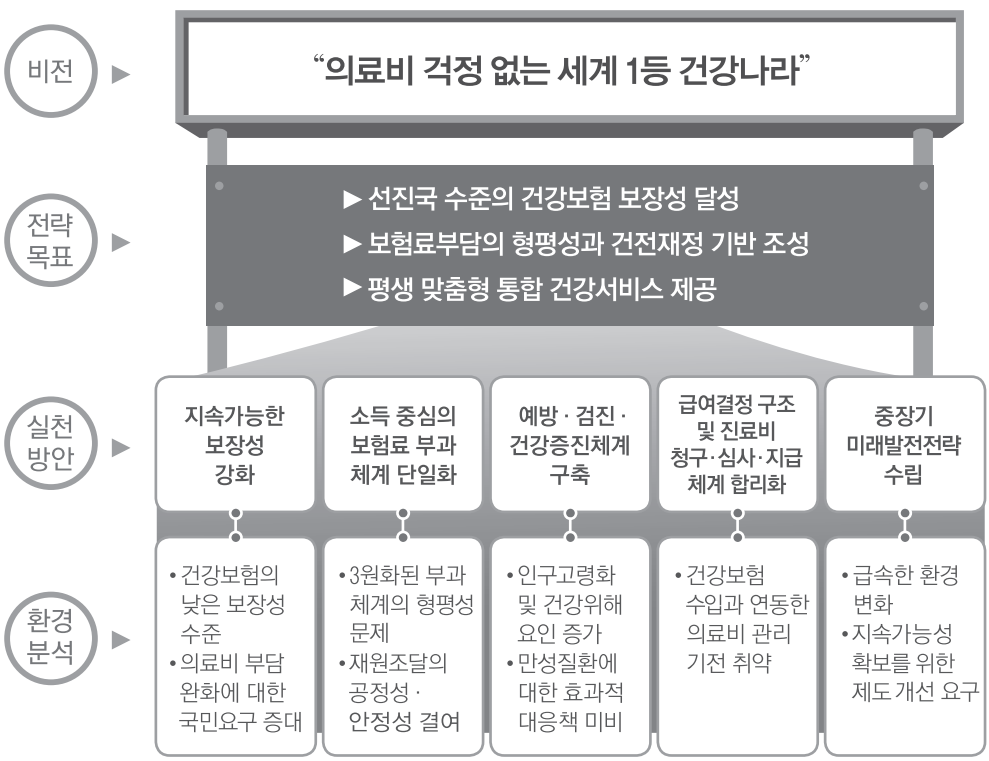
④ 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 : 가입자의 대리인인 보험자가 선량한 재정관리 책임자로서 보험급여 여부 및 가격 결정 등 중요한 의사결정에 제 역할을 할 수 있도록 함으로써 급여비 지출관리를 합리적으로 수행

- 진료비 청구·심사·지급·사후관리 등 일련의 과정을 체계적, 효율적으로 연계하여 재정누수와 행정낭비를 줄임

⑤ 중장기 미래발전 전략 수립 : 건강보장의 지속가능성을 담보하기 위해 보다 중장기적 관점에서 한국형 지불제도의 연구, 약가 및 약품비 적정화 방안, 의료자원 및 의료전달체계 개선방안 등의 미래발전 전략을 마련

○ 이상의 내용을 종합한 건강복지 플랜의 비전체계는 다음과 같음

〈그림 1-2-1〉 건강복지 플랜의 비전체계



03 _ 비전 달성을 위한 실천방안 _

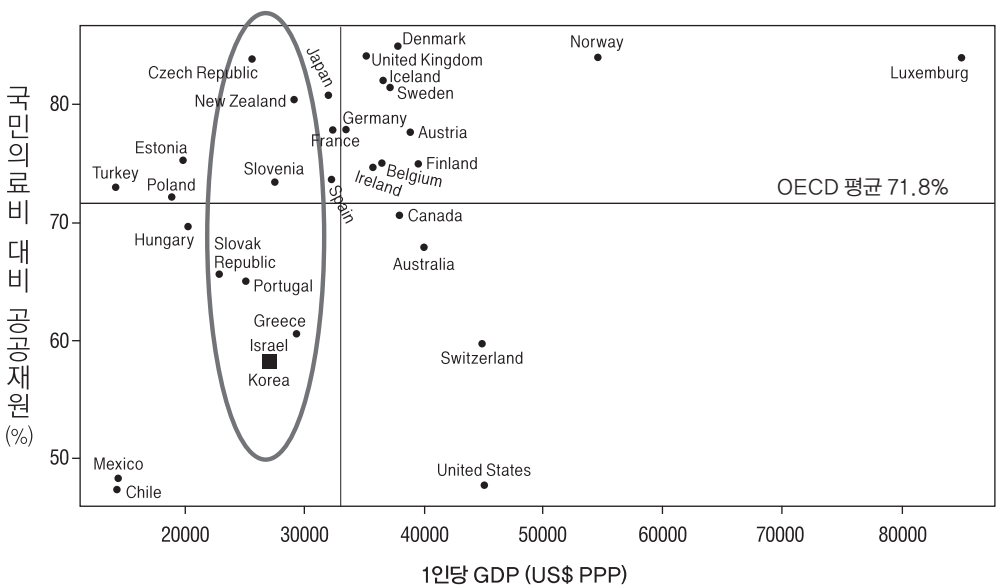
세부 실천방안은 전술한 5가지 외에 노인장기요양보험의 보완·개선방안을 추가하되, 중장기 미래발전 전략 수립과 내부혁신 방안은 진행 중이며 연말까지 완료할 예정임

3-1 지속가능한 보장성 강화 방안

가. 국제비교를 통해 본 보장성 현황과 문제점

○ 우리나라의 국민의료비 대비 공공재원 비중은 '09년 기준 58.2%로 OECD 국가 평균 71.8%보다 13.6%p나 낮고, 소득수준이 유사한 국가 중에서도 이스라엘(58.5%)을 제외하고는 현저히 낮은 수준임

〈그림 1-3-1〉 주요국의 1인당 GDP 대비 국민의료비 중 공공재원 현황



– 이는 OECD 주요국이 현재 한국의 1인당GDP(PPP) 수준인 $27,000를 넘어선 시기의 공공재원 비중 평균인 74.5%에도 미달하는 것임

〈표 1-3-1〉 주요국의 GDP 및 국민의료비 중 공공재원 비중

(GDP $27,000 달성시점 기준)

국가	연도	1인당 GDP (US$PPP)	GDP대비 국민의료비(%)	국민의료비 대비 공공부문(%)
대한민국	2009	27,133	6.92	58.2
평 균		27,388	8.57	74.5
일 본	2003	27,487	8.31	80.4
영 국	2001	27,578	7.24	79.9
독 일	2002	27,446	10.64	79.6
프랑스	2002	27,676	10.52	79.4
이탈리아	2001	27,127	8.21	74.6
스페인	2005	27,337	8.29	70.6
이스라엘	2008	27,464	7.74	58.4

※ 평균은 GDP수준이 $27,000 이상 10개국으로 산정(제2편 제1장 참고)

◎ 우리나라의 경우 비급여 관리기전의 부재로 보장성 확대보다 비급여가 더 빠르게 증가하여 보장성 정책효과를 반감시켜 보장률이 '07년 64.6% 이후 '10년 62.7%로 감소하고 있음

※ 비급여 본인부담률 : ('06) 13.3% → ('08) 15.2% → ('10) 16.0%

◎ 더욱이 소득 양극화에 따라 저소득 계층의 의료비 부담은 더욱 가중되고, 이러한 현상이 사회통합 약화로 이어질 가능성이 있음

※ 기초수급자 편입 사유('11, 복지부) : 실직 29%, 수입감소 22%, 의료비지출 18%

나. 개선방안

1) 건강보험 목표 보장률 설정

▸ 국민의료비 중 공공재원 비중 : OECD평균 약 70%('09)

▸ 이를 건강보험 보장률로 환산 시 ⇨ 목표 보장률 : 80%

◎ 건강보험 목표 보장률은 국민의 기대와 국가 경제력 수준($27,000)을 종합 고려한 지속가능한 실천적 복지목표여야 함

– 최소한 OECD 평균 및 주요국이 우리나라 경제수준과 유사한 때의 국민의료비 대비 공공재원 평균비중인 70% 수준은 되어야 하며, 이를 달성하기 위한 건강보험의 적정 보장률은 (현행) 62.7% → (목표) '17년까지 80% 수준으로 설정함이 타당

• 목표 80%는 아래 산식에 의해 보장률로 환산한 것임

※ $Y = \alpha + \beta X + \varepsilon$ (Y : 건강보험 보장률, X : 공공재원 비중, 자료 : '05~'09)

〈표 1-3-2〉 공공의료재원 비중에 대응하는 건강보험 보장률

(단위 : %)

구 분	공공재원 비중 vs 보장률					
공공재원 비중	55.0	60.0	65.0	70.0	75.0	80.0
건강보험 보장률	62.6	68.6	74.7	80.7	86.7	92.7

※ 건강보험 보장률 : 건강보험 급여비 / (건강보험 급여비 + 법정본인부담액 + 비급여본인부담액)

2) 지속가능한 보장성 확대방안

기본방향

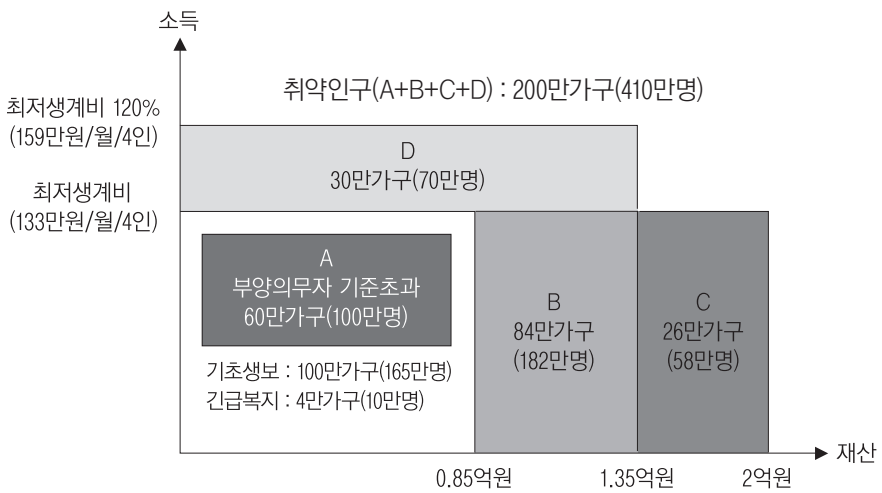
① 저소득층 보호기능 강화 → 의료취약계층의 부담 해소 및 접근성 향상
② 재난적 의료비 부담 해소 → 가처분 소득의 40%를 넘는 과도한 의료비 부담으로부터 국민 보호
③ 필수의료 중심 보장성 강화 → 우선순위 반영, 왜곡된 비급여 구조 해소

1 저소득층 보호기능 강화

◎ '09년 기준, 차상위계층(생계형 체납자 등)을 포함한 약 410만명의 저소득층이 상대적으로 의료 이용이 취약

– 이들은 의료서비스 접근성에 제약을 받고 있으며, 낮은 주관적 건강수준, 의료급여나 국민기초생활보장수급자보다 더 높은 치료 포기율을 보이고 있음

〈그림 1-3-2〉 의료 취약계층 인구규모



※ 출처 : 관계부처합동. 민생안정 긴급지원 대책 (2009.3.12)

◎ **(보호대책)** 보험료 하위 10% 저소득세대의 법정본인부담률을 인하하여 저소득층의 의료비 부담을 완화

〈표 1-3-3〉 저소득층 본인부담률 경감(안)

(단위 : %)

구 분	현 재	경감후
입 원	20	10
외 래	30 ~ 60	15
약 국	30 ~ 50	15

※ 의료급여 2종의 법정본인부담률은 입원 10%, 외래 15%, 약국 정액 500원임

– 적용대상 : 약 3,450천명('10년)
– 소요예산 : 연 3,884억원으로 추계됨

– 기대효과 : 전체 보장률이 0.7%p 증가하며, 직접 혜택을 보는 저소득층의 보장률은 10.5%p 상승효과가 있음

○ 이와 병행하여 보험료 부과체계를 소득 중심으로 개선하여 저소득층의 보험료 부담을 감소시킴으로써 저소득층 보호를 한층 강화

2 재난적 의료비 부담 해소

○ 의료비지출이 가구 가처분 소득의 40%를 넘을 경우 재난적 의료비 (Catastrophic Health Expenditures)로 정의(WHO)

– 우리나라의 재난적 의료비지출 가구 비율은 ('02) 1.9% → ('05) 2.4% → ('07) 2.7%로 지속적으로 증가하고 있으며, 이는 영국의 40배, 미국에 비해 3배 이상 높은 수준임

○ 재난적 의료비 부담 해소를 위해 본인부담상한액 기준을 100만원씩 인하

※ 보장성 확대와 함께 모든 가입자에게 상한액 인하 시 재난적 의료비의 대부분 해소 가능

〈표 1-3-4〉 본인부담상한액 기준 인하(안)

소득계층('13, 대상자수 추계)	상 한 액 기 준		
상위 20% (82천명)	연간 400만원	⇒	연간 300만원
중위 30% (150천명)	연간 300만원	⇒	연간 200만원
하위 50% (518천명)	연간 200만원	⇒	연간 100만원

– 수혜인구

• 현행 ('11) 37.4만명(가입자의 0.76%) → 개선후 ('17) 102.9만명(2.1%)

※ 연도별 보장성 강화에 따라 적용인구는 점차 확대

– 소요재정 및 기대효과

• 연평균 약 13,643억원 예상, 보장률 약 2.5%p 상승

❸ 필수의료 중심의 단계적 보장성 강화

접근전략

▸(개념) 우리 사회가 공유하고 있는 가치체계와 우선순위를 반영하여 필수의료를 선정하고 사회적 합의과정을 거쳐 연차적으로 보험급여를 확대하는 방안

- 제도·급여구조상 문제점 해결노력을 병행 추진하되
- 다음의 항목 중 우선순위를 설정하여 '13~'17년까지 5년간 단계적으로 확대

◎ 선택진료와 병실차액 급여제도 개선

– 가장 큰 국민부담을 유발하는 주요 비급여 항목으로 전체 비급여 중 40.3%를 차지('06~'10)

※ 출처 : 건강보험환자 본인부담실태조사 결과(각 연도)

– 요양기관의 선택진료와 병실차액 수익규모를 최대 재원투입 규모로 상정, 제도 개선 및 합리적인 수가 조정

- 선택진료 : 제도 폐지 → 기존 수익은 별도의 수가체계로 보전

※ 연간 약 8천억원 소요 추정('13년)

※ 의사 및 의료기관의 질 등을 반영한 별도 수가체계 마련

- 병실차액 : 기준병실을 4인실로 상향조정, 기준병실 확보 비율 확대

※ 6인실 → 4인실 조정시 연간 약 7,778억원 추가될 것으로 추산('13년)

◎ 간병서비스 급여(보호자 없는 병실)

– 현재 간병서비스를 이용하고 있는 환자의 비율은 요양병원 88.0%[1], 종합병원 49.7%, 상급종합병원 72.0%[2] 수준

1) 안형식 등, 요양병원의 간병서비스 실태조사 및 제도개선방안 연구, 2010, p238.

2) 성명숙·곽찬영 등, 급성기병원의 간병서비스 실태조사, 2010, p142.

– 만성·중증 환자 및 요양환자의 경우 장기간 간병을 가족에 의존함으로써 제2, 제3의 어려움 가중. 급여전환 시 사회적 고용창출 효과가 크고, 간병에 투여된 가족 노동력을 사회에 환원하는 것이 보다 생산적이므로 제도화 필요

– 간병서비스의 전면 급여화 시 재정부담이 급증하므로 2년간 사전준비 후 '15년부터 3년간 급여비율을 단계적으로 확대함

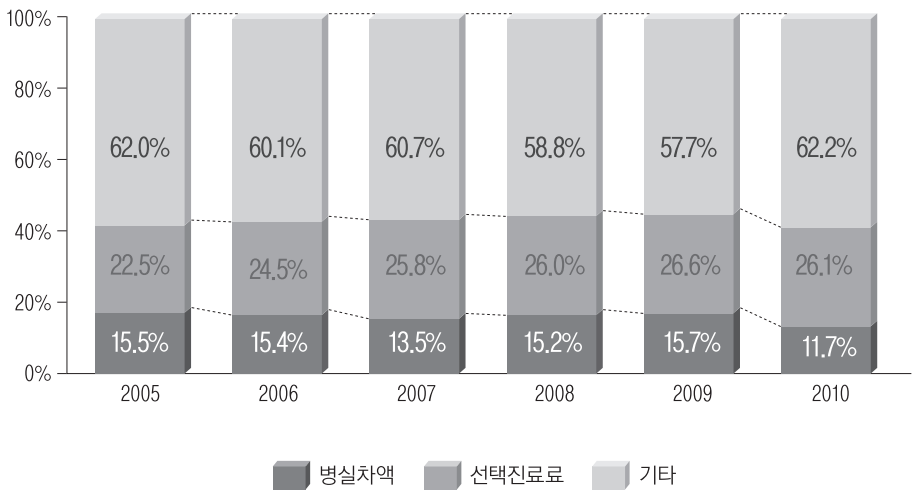
• 중증·필요도 등에 따라 1/3 수준을 급여화하고, 2년간 1/3씩 확대

◎ 기타 비급여항목의 우선순위에 따른 단계적 급여화

– 그 외 전체 비급여항목의 약 62.2%('10년)를 차지하는 초음파, MRI 등 기타 항목에 대해서도 우선순위에 따라 단계적으로 급여 전환

※ 비급여항목 : 초음파, MRI, 주사제, 처치 및 수술, 검사, 치료재료

〈그림 1-3-3〉 비급여 항목별 구성비 변화



※ 자료 : 국민건강보험공단, 건강보험환자 진료비 실태조사, 2005-2010년

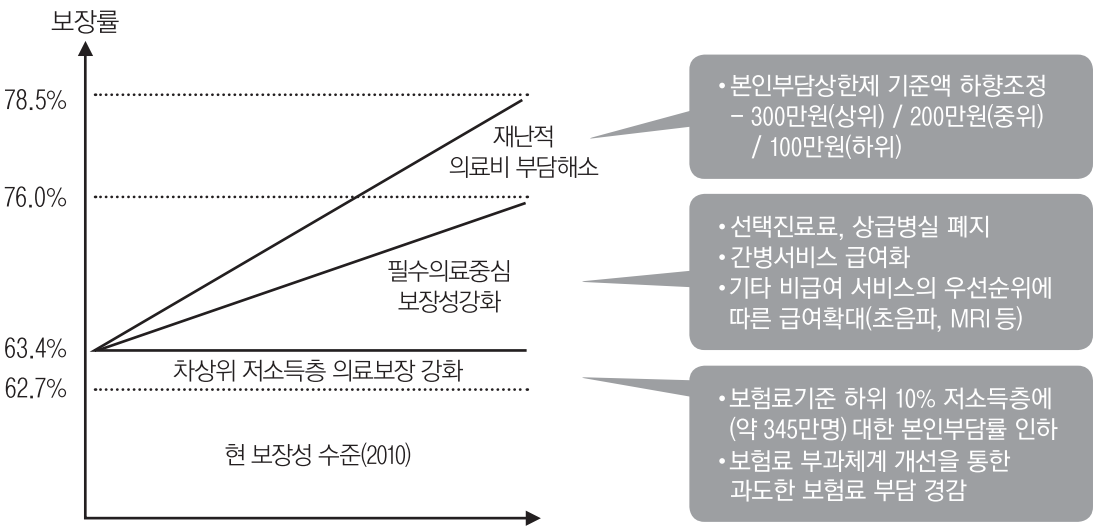
◎ 소요재정 및 기대효과 : 연간 9.7조원, 12.6%p 보장률 상승

※ 소요재정은 일시적으로 모든 항목을 급여전환한다고 가정 시의 추정값임

이상 건강보험 보장률 목표 약 80%를 달성하기 위한 방안을 요약하면 다음과 같음

▶ 현 보장률 (62.7%) + 차상위 저소득층 의료보장 강화 (0.7%)
+ 재난적 의료비 부담 해소 (2.5%)
+ 필수의료 중심의 단계적 보장성 강화 (12.6%)
78.5%

〈그림 1-3-4〉 목표 보장률 달성방안



3) 단계적 보장성 확대 전략 … '13~'17년(총 5년간)

◎ 목표 보장률 달성에 소요되는 재원은 연 11조 4,800억원(5년간 57조 4천억원)으로, 일시에 확대 시 과도한 재정부담이 발생하고, 의료이용·제공 체계의 혼란 우려 및 일부 항목은 사전 제도기반 구축, 기준설정 등 준비가 필요함

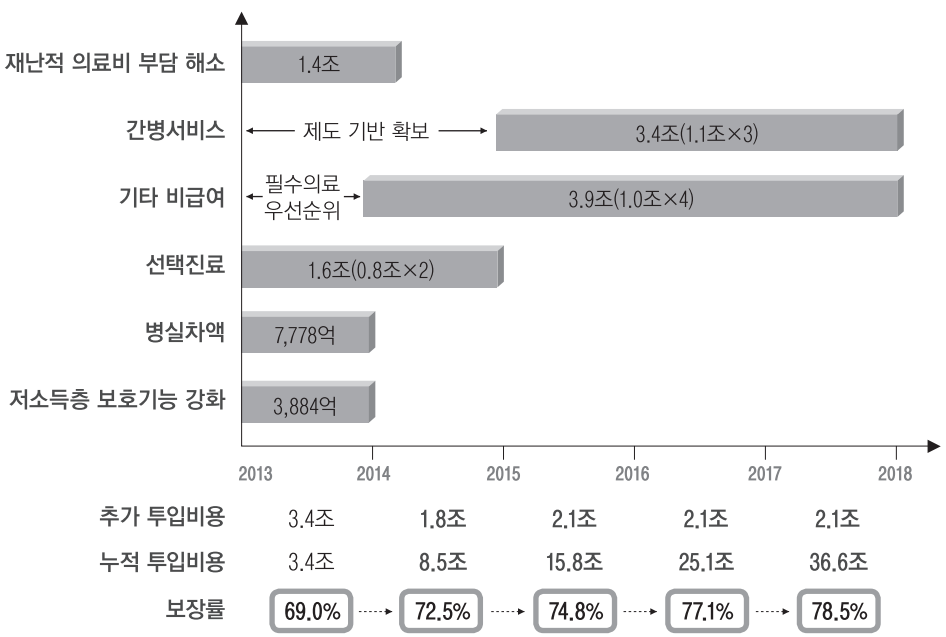
– 이러한 점을 고려하여 순차적·단계적 급여확대 추진

’13~’17년도 단계적 확대방향

▸ 저소득층 보호기능 강화, 재난적 의료비, 병실차액 급여 : 첫해부터 급여확대
▸ 선택진료 급여화 : 소요재정규모를 고려해 2년간 단계적 추진
▸ 간병서비스 급여화 : 인력인프라 확충 등 제도 기반 확보 후 3년간 단계적 추진
▸ 기타 비급여 항목 : 필수의료 우선순위 설정 및 필수성 여부에 따른 사회적 합의 후 4년간 단계적 추진

- 보장성 우선순위 결정은 공단에 (가칭)‘급여우선순위설정위원회’를 신설하여, 합리적인 급여 우선순위 설정 후, 정부에 건의
- 단계적 급여확대 시 보장률 80% 목표달성에 ’13~’17년까지 5년간 총 36.6조원 소요(연 3.4조~11.4조원)
  - 입원 보장률 약 85.1%, 외래 보장률은 약 72.8% 수준
- 소요재원은 보험료 부과체계 개선 및 건강관리사업 강화, 과도한 약제·치료재료비 절감 및 급여사후관리 등 지출효율화를 통해 마련

〈그림 1-3-5〉 단계적 확대에 따른 투입재원과 보장률 변화



〈표 1-3-5〉 연도별 보장성 확대 항목별 소요재원

※ (현재 보장률) 62.7% + (확대시) 15.8% = 78.5%(약 80%)

항 목		보장률 증가분 (%p)	연도별 재정소요(억원)				
			2013	2014	2015	2016	2017
차상위 저소득계층 의료보장 (a)		0.7	3,884	3,884	3,884	3,884	3,884
재난적 의료비 부담해소 (b)		2.5	13,965	13,658	13,766	13,616	13,210
필수의료중심 단계적 보장성강화 (c)	병실+선택+간병+기타	12.6	15,867	33,806	54,958	76,111	97,265
	- 병실차액	1.5	7,778	7,778	7,778	7,778	7,778
	- 선택진료	3.1	8,089	16,178	16,178	16,178	16,178
	- 간병서비스	1.3			11,302	22,604	33,906
	- 기타 비급여	7.6		9,850	19,700	29,551	39,403
연도별 추가투입 재정			33,716	17,939	21,152	21,153	21,154
연도별 투입 재정 (a+b+c)			33,716	51,348	72,608	93,611	114,359
누적 투입 재정			33,716	85,064	157,672	251,283	365,642
예측 보장률 (%)		15.8	69.0	72.5	74.8	77.1	78.5

※ 현재 기준 순수 추가재정 값으로 보장성 확대에 따른 가격·경기변동 효과 등은 미포함
(☞ 소요재원 확보방안은 제1편 제4장 참고)

3-2 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안

가. 현황 및 문제점

❶ 재정통합 후에도 직장·지역 분리 및 3원화된 부과기준

○ 직장·지역 가입자간 형평성 문제

- 직장가입자는 근로소득에 대하여만 부과하고, 지역가입자는 종합소득·재산·자동차, 성·연령 등에 대하여 부과함으로써 상호 부담기준이 다름
- 피부양자 제도는 직장가입자에게만 인정하고 있어 고액의 연금소득, 기타소득 등을 보유한 사람이 피부양자로 인정되고 보험료를 전혀 부담하지 않아 지역가입자와의 형평성 논란 지속
- 직장 퇴사·은퇴 시 소득은 감소하나, 집·자동차 등을 보유한 경우 지역보험료가 더 높아지는 모순 발생

〈표 1-3-6〉 가입자 종류별 보험료 부과체계

구 분	직장가입자	지역가입자
부과기준 (요소)	근로소득(보수월액) ※ 개인사업장 사용자 : 사업소득	연간소득 500만원을 기준으로 ① 초과자 : 소득 ⊕ 재산 ⊕ 자동차 ② 이하자 : 재산 ⊕ 자동차 ⊕ 평가소득 *평가소득 = 성·연령, 재산, 자동차 점수
산정방식	보수월액 × 정률(5.8%)	보험료 부과점수 × 점수당 금액(170.0원)
보험료부담	사용자 50%, 근로자 50%	지역가입자 100%
피부양자	있음 (형제·자매까지 폭넓게 인정되며, 보험료 미부과)	없음 (모든 가족의 재산 등을 포함하여 보험료 부과)

◎ 지역가입자간 형평성 문제

- 연소득 500만원 초과자는 종합소득·재산·자동차에 대해 부과하나, 500만원 이하자는 재산·자동차·생활수준 및 경제활동 참가율(평가소득)에 대해 부과함으로써 지역가입자간에도 부담기준이 다름
- 평가소득 부과 시 성·연령 외에 다시 재산, 자동차에 대해 부과하므로 이중부과 논란
- 재산·자동차 보험료 비중이 과도하여 부담능력 비례 부과원칙에 위배 … 재산·자동차 비중 ('98) 55% → ('11) 61%
- 서민들의 전월세에도 보험료를 부과하고 부과기준이 복잡하여 민원 불만 팽배 … 전체민원의 82%가 보험료 민원(전국민 1인당 1.52건)

  ※ 민원발생건수 : ('08) 5,456만 → ('09) 6,607만 → ('10) 6,952만 → ('11) 7,760만

◎ 직장가입자간 형평성 문제

- 근로소득에만 부과하므로 근로소득외 다른 소득이 있는 가입자와의 불형평성 발생
- 매년 연말정산 시 일시에 과도한 추가부담, 공무원 복지포인트의 보수제외, 사업장 중복가입자의 과다부담 등의 형평성 논란이 지속되고 있음

2 재정 건전성 확보를 위한 재원 다양화 및 부과기반 확대 필요

◎ 현행 근로소득에 편중된 부과체계는 향후 보험료 상향 조정 시 고용과 경제성장에 부정적 효과 초래 … 기업 부담 증가 및 경쟁력 감소

- 연평균 13.4%씩 상승하는 급여비('00~'11)를 보험료만으로 조달하기에는 한계
- 부가가치세, 개별소비세, 주세 등 재원 다양화방안을 모색할 필요

  ※ 근로소득 보험료 의존 시 정규고용 8~10%, 전체고용 5~6% 감소(OECD 연구결과)

◎ 현재 법정수준(20%)에 미달하는 국고지원금('11년 15.5%)의 지원 개선방안 필요 … 최근 5년간('07~'11) 국고지원 부족액은 4조 1,772억원

나. 개선방안

1) 건강보험료 부과체계 단일화

기본방향

▸ 소득(소비)기준으로 부과체계 단일화 → 부담능력(ability to pay)에 비례한 부담

▸ 부과기준의 단순화(simplicity) → 민원 이해도 및 수용성 제고

⇨ 부담의 형평성 제고 및 건전재정 기반 조성, 업무 효율화

1 단일화 방안

◎ **(3원화된 부과기준을 소득기준으로 통일)** 직장가입자와 지역가입자의 구분을 없애고, 모든 가입자에게 단일한 부과기준을 적용

– **(부과기반 확대)** 소득은 보수(근로소득)와 보수외소득을 포괄함

• 보수외소득에 사업(임대 포함), 이자, 배당, 연금, 양도, 상속, 증여, 보수외근로, 기타 소득을 포함하여 부과기반 확대

※ (일본) 지역가입자의 양도소득에 보험료 부과
(프랑스) 유산(상속, 증여), 부동산 양도소득에 일반사회보장분담금(CSG)을 부과하여 건강보험 재정으로 사용

– **(보험료 부담)** 보수에 대한 보험료는 사용자와 근로자가 각각 50%씩 부담하되, 보수외소득에 대한 보험료는 가입자가 전액 부담

– **(보험료율)** 보수·보수외소득에 동일한 보험료율을 적용

• 보험료율은 80/1,000 범위안에서 (가칭)가입자위원회의 의결을 거쳐 보건복지부장관의 승인을 얻어 결정하고, 가입자위원회에서 의결이 이루어지지 않을 경우 보건복지부장관이 정하도록 함

– **(보험료 고지)** 보수에 대한 보험료는 현행과 같이 사업주에게 고지, 보수외소득에 대한 보험료는 개인별로 부과하되 세대단위로 합산하여 고지

◎ **(소비기준 부과재원)** 소득파악의 불완전성을 보완하기 위해 소득을 간접적으로 나타내는 소비를 기준으로 건강보험 재원 확보(기본보험료 성격)

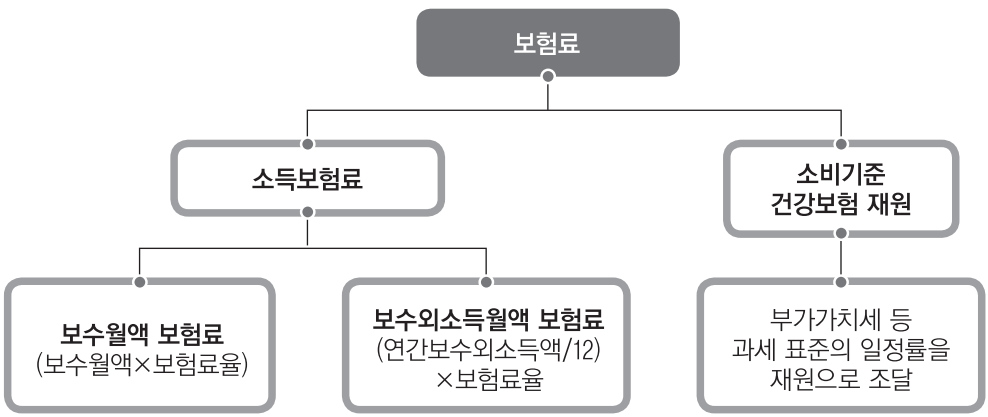
– 소비기준 건강보험 재원은 부가가치세, 개별소비세, 주세를 기준으로 하되, 국세청에서 원천징수 후 공단에 이관

※ OECD 권고('11) 사항으로 산업경쟁력 제고 및 부과재원 확충 효과

※ 일본, 벨기에 등도 소비세(부가가치세)로 건강보험 재원 조달

※ 부가가치세율 : 한국 10%, OECD 평균 18%

〈그림 1-3-6〉 보험료 부과체계 개선모형



2 피부양자 제도 폐지 및 의료급여수급자 통합관리

◎ 직장가입자에게만 있는 피부양자 제도를 폐지하여 직장·지역 가입자간 형평을 기하고, 고소득 피부양자의 무임승차를 원천 차단

◎ 의료급여수급자를 건강보험 가입자로 편입, 통합관리하여 사회연대성을 제고하고 social stigma 현상 방지

– 다만, 이들에 대한 국고부담금은 현행대로 유지하여 보험재정에 이전

❸ 법정 국고지원 수준(20%) 실현

○ 국고지원금(14%), 담배부담금(6%)은 관련법규에 따라 100% 지원

– 국고지원 부족액 사후정산제 도입 또는 과년(확정) 보험료의 일정비율을 지원하는 방안, 보험료 인상시기 조정방안 등 강구

※ '11년 국고지원 부족액 : 1조 4,516억원(국고 4,644억, 담배부담금 9,872억)

○ 한시적 국고지원(5년간) 폐지 및 국고지원을 적정화

※ 일본 37.1%, 대만 26%, 벨기에 24.1% ↔ 한국 20%('11년 실제 지원율은 15.5%)

○ 의료급여비 국고부담금은 실 지급된 급여비용을 기준으로 전액 지원

※ 급여비 평균증가율을 반영하여 조기 지원

2) 개선안에 대한 모의시험 결과

❶ 모의시험 전제

○ '12년 재정추계치를 기준으로 재정중립 상태에서 시뮬레이션

– 총수입(보험료 등)·총지출(급여비 등)의 금액을 동일한 것으로 가정

– 국고지원금·담배부담금·의료급여비국고부담금 등은 현재 수준 유지

– 보험료 상·하한선 적용 시 보수 및 보수외소득을 합산하여 적용

※ 그 외 다양한 부과안을 '11년 재정실적으로 시뮬레이션 함(제2편 제2장 참고)

❷ 모의시험 결과

○ **(보험료율)** 소득보험료율은 현재 5.8% → 5.5%로 인하되고, 소비기준 건강보험 재원은 소비세 과세표준액의 0.51%로 산정됨 … 국민 수용성 등 고려

제도 도입시 보험료율 인하 외국사례

▸ 대만은 사업·이자·배당·임대 소득에 2% 추가 부과 시 보험료율을 5.17% → 4.91%로 인하('13.1월 예정)

▸ 프랑스는 1998년 일반사회보장부담금(CSG) 도입 시 근로자 보험료율을 5.5% → 0.75%로 낮춤

◎ 보험료 부담의 변화

- **(보험료 인하)** 전체세대의 92.7%가 전보다 보험료 부담 감소
  - 실직자, 노인, 농어민, 자영자 등으로 구성된 지역세대의 97.9%, 직장가입자 중 근로소득(보수)만 있는 세대의 89.7%가 부담 경감
- **(보험료 인상)** 전체세대의 7.3%는 보험료가 증가함
  - 직장가입자의 10.3%, 지역세대의 2.1%
- **(직장피부양자)** 소득이 있는 피부양자 214만명(190만 세대)에게 보험료가 새로 부과됨
- **(소득범위 확대)** 부과기반 확대로 양도·상속·증여소득을 보유하고 있는 고소득자 64.5만명의 소속세대는 보험료가 증가함

〈표 1-3-7〉 보험료 인상·인하 세대 현황

(단위 : 천세대, %)

구 분	계(21,161)			직 장(13,261)			지 역(7,900)		
	인 상	인 하	무변동	인 상	인 하	무변동	인 상	인 하	무변동
세대수	1,538	19,623	0.445	1,369	11,892	0.438	169	7,731	0.007
비율	7.3	92.7	0.0	10.3	89.7	0.0	2.1	97.9	0.0

※ 피부양자 중 보험료가 새로 부과되는 세대는 190만 세대(214만명)이고, 인상·인하 세대 현황에서는 제외되며, 세대는 직장·지역 증번호 기준임

〈소득 분위별 변화〉 … 소득수준을 1(저소득)~20(고소득)분위로 구분

- 소득하위 20%(1~4분위)는 부담 감소 … 소비기준 건강보험 재원만 부담
- 소득상위 5%(20분위)는 부담 증가 … 소득과 소비기준 건강보험 재원 모두 부담
- 나머지 5~19분위는 현재보다 보험료를 적게 부담

※ 부담능력에 따라 보험료가 부과되어 형평성과 공정성이 담보됨

◎ 부과체계 개선 후 요소별 부과금액과 연도별 재정현황은 다음과 같음

〈표 1-3-8〉 부과체계 개선 시 요소별 부과금액 비중(2012년)

(단위 : 원)

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th colspan="2">합계</th><th>소득구분</th><th>소득별보험료</th><th>비고</th></tr>
<tr><td rowspan="4">건강보험</td><td>합 계</td><td colspan="4">46조 5,334억 (100%)</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">보험료</td><td>소 득</td><td>32조 6,537억
(70.2%)</td><td>보수월액
사업
이자·배당
연금·근로·기타
양도·상속·증여</td><td>26조 8,004억
2조 4,720억
4,606억
1조 2,464억
2조 432억</td><td>해당소득의 5.5%</td></tr>
<tr><td>소비기준
건강보험
재원</td><td colspan="3">2조 9,221억 (6.3%)
·부가가치세(2조 5,153억)
·개별소비세(2,594억), 주세(1,474억)</td><td>부가가치세 0.51%
개별소비세 0.51%
주세 0.51%</td></tr>
<tr><td>국고지원</td><td colspan="4">- 5조 5,610억 (11.9%)
·보험재정 국고지원금(4조 3,434억)
·담배부담금(1조 630억), 차상위지원금(1,546억)</td><td>현행과 동일</td></tr>
<tr><td>의료급여</td><td colspan="4">- 5조 3,966억 (11.6%), 의료급여국고부담금(조세 : 중앙+지방비)</td><td>현행과 동일</td></tr>
<tr><td colspan="2">장기요양
보험료</td><td colspan="4">- 2조 3,302억
·소득(2조 1,388억), 소비기준(1,914억)</td><td>부가세, 개별소비세,
주세 등에 0.03%</td></tr>
</table>

※ 소득종류별 보험료 합계(33조 226억)와 소득보험료(32조 6,537억) 차이(3,689억)는 소득별 중복 계산된 금액으로 발생함

※ 소비기준 건강보험 재원은 2010년 징세금액 기준(부가가치세 49조 1,212억, 개별소비세 5조 658억, 주세 2조 8,782억), 소득은 2010년 귀속분 자료 기준임

※ 종전 기준 시 수입구성('12년 추계) : 직장보험료 60.8%(282,593억), 지역보험료 15.7%(73,166억)
국고(11.9%) 및 의료급여(11.6%)는 개선 시와 동일

〈표 1-3-9〉 부과체계 개선만을 고려한 연도별 재정현황

(단위 : 원)

구 분		2013	2014	2015	2016	2017
총수입	계	51조1,098억	55조1,440억	59조3,964억	63조7,651억	68조3,221억
	소득보험료	35조5,794억	38조6,818억	41조9,645억	45조3,219억	48조8,445억
	소비기준 건강보험재원	3조976억	3조2,844억	3조4,834억	3조6,953억	3조9,210억
	- 부가가치세	2조6,635억	2조8,203억	2조9,864억	3조1,623억	3조3,486억
	- 개별소비세	2,854억	3,140억	3,454억	3,801억	4,181억
	- 주세	1,487억	1,501억	1,515억	1,528억	1,542억
	정부지원금	10조2,983억	10조8,572억	11조4,306억	12조211억	12조6,156억
	담배부담금	2조1,345억	2조3,206억	2조5,180억	2조7,269억	2조9,410억
총지출		50조1,560억	54조2,999억	58조357억	61조9,237억	66조319억
당기수지(A)		9,538억	8,442억	1조3,607억	1조8,413억	2조2,902억
보장성확대 소요액(B) (5년간 36조 5,642억)		3조3,716억	5조1,348억	7조2,608억	9조3,611억	11조4,359억
최종 당기수지 (C=A-B)		Δ 2조4,178억	Δ 4조2,906억	Δ 5조9,001억	Δ 7조5,198억	Δ 9조1,457억
보장률		69.0%	72.5%	74.8%	77.1%	78.5%
소득보험료율		5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%
소비기준 건강보험 재원		0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%

※ 수지균형을 위한 소득보험료 인상 및 지출절감 시 재정현황은 '4. 소요재원 및 확보방안' 참고

❸ 부과체계 개선 시 업무효율화 및 절감인력 활용

- 부과체계 개선 시 민원 업무량의 감소 및 징수인력 절감 예상
- 절감인력은 건강보험의 패러다임 전환에 따른 예방, 검진 및 건강증진 등의 서비스 강화에 필요한 인력으로 전환하여 활용

부과체계 관련 별도 연구용역 추진

▸ 보험료 부담의 형평성과 공정성이 담보되어야 하는 부과체계의 중요성을 유념하여,

▸ 현재 한국재정학회, 한국조세연구원, 한국보건사회연구원 공동 컨소시엄에 별도의 연구용역을 발주, 추진 중에 있음('12.4~10월)

▸ 10월 이후 용역 결과물이 제출되면, 공단 실무안과 비교·분석한 뒤 공평성, 실현가능성, 수용성 등이 높은 방안을 별도로 추가 제안할 예정

3-3 평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공 방안

가. 현황 및 문제점

1) 인구고령화와 생활습관 변화로 건강위험요인 증가

◎ 세계 최고 수준의 고령화 속도

– 우리나라는 '18년에 고령사회 진입, '26년 초고령사회 도달 … 8년 소요
– 이는 세계에서 가장 빠른 것으로 일본의 1.5배('12), 프랑스의 5배 수준

◎ 생활습관 변화로 건강위험요인 증가

– 부적절한 식생활, 음주, 운동 부족 등 불건강한 생활습관 증가
※ 성인 음주율[1] : ('05) 54.6% → ('10) 60.4%
※ 걷기 실천율[2] : ('05) 60.7% → ('10) 41.1%
1) 최근 1년 동안 한달에 1회 이상 음주한 분율(19세 이상)
2) 최근 1주일 동안 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율(19세 이상)
(국민건강영양조사, 2010)

– 2010년도 건강보험 건강검진 결과에 의하면 30세 이상자 중 대사증후군 위험요인 1개 이상 보유자가 수검자의 75.7%(782만명)임 … 위험요인 1~2개 517만명, 위험요인 3개 이상 265만명
※ 위험요인 : 복부비만, 높은 혈압, 혈당장애, 고중성지방혈증, 낮은 HDL콜레스테롤혈증

2) 노인 및 만성질환 진료비 증가로 재정부담 급증

◎ 11%의 노인인구가 전체 진료비의 33.3%인 15조 3,768억원을 사용('11년)

– '20년에는 29조 40억원으로 전체 진료비의 45.6%에 이를 전망

◎ 만성질환 진료비도 급증하여, 2010년 현재 15조 2,382억원(1,376만명)으로 전체 진료비(43조 6,283억원)의 34.9%에 이르는 등 국민의료비 지출에 막대한 영향을 미치고 있음

◎ 고혈압·당뇨병 유병률은 각각 28.9%, 10.1%로, 이에 대한 보험급여비 지출액은 2010년도 현재 2조 6,853억원으로, 2002년도의 9,582억원에 비해 2.8배나 증가하였음(국민건강영양조사, 2010)

3) 미흡한 만성질환 관리실태

◎ 전 국민에 대해 건강검진을 실시하고 있고, '09년 외래진료횟수가 13.0회(OECD 평균 6.5회)에 달하는 등 의료접근성이 높음에도 고혈압·당뇨병의 치료율 및 조절률은 저조

※ 고혈압 : 유병률 28.9% → 인지율 67.9% → 치료율 61.9%, 조절률(유병자) 43.6%
※ 당뇨병 : 유병률 10.1% → 인지율 73.0% → 치료율 59.1%, 조절률(유병자) 28.1%
(2010년 국민건강영양조사, 30세 이상 5,575명 대상)

◎ 지속적이고 포괄적인 관리기전 미흡으로 중증입원, 합병증 사례 증가

※ 인구 10만명당 고혈압·당뇨병으로 인한 입원 : ('05) 324건 → ('09) 472건
※ 인구 10만명당 당뇨병으로 인한 하지절단 건수 : ('05) 5.2건 → ('09) 7.1건
(출처 : 보건복지부 보도자료, '11.9.8)

4) 질병구조 변화에 대응하는 패러다임 전환 필요

◎ 현재의 건강보험체계는 만성질환 대응에 한계가 있음

– 전통적으로 건강보험은 치료서비스 제공에 중요한 역할을 담당하였으나, 만성질환 위주의 질병구조 변화로 치료서비스 제공만으로는 대응에 한계가 있음

•오히려 적극적인 예방·검진·건강증진 서비스를 통하여 만성질환으로 인한 진료비 지출을 절감할 수 있음

건강증진을 통한 진료비 절감 사례

▸ 덴소사(일본) : 건강보험조합은 Challenge Plan(개인별 건강검진, 방문보건교육)을 실시하여 1년 후 특정 보건사업에 참여한 근로자그룹의 진료비가 22.6% 감소함

▸ 존슨&존슨(미국) : 건강관리프로그램에 참여한 그룹의 진료비 증가율이 참여하지 않은 그룹의 1/4수준으로 나타남

▸ 의료급여 사례관리(경기도) : 사례관리를 실시한 그룹은 진료비가 4.32% 감소하였고 실시하지 않은 그룹은 1.74% 증가함

– 또한 소득수준의 향상과 삶의 질에 대한 관심 증가로 건강에 대한 국민들의 욕구와 기대가 높아져 '건강관리 및 건강증진 서비스'를 향후 가장 필요한 복지서비스로 생각

※ ('11년 통계청 사회조사 결과) 향후 늘려야 할 복지서비스 순위 : (1위) 건강관리 및 건강증진, (2위) 취약계층 일자리 지원, (3위) 노인돌봄

– 국민건강보험법 제1조 및 제13조는 예방 및 건강증진에 대한 보험급여 제공을 명시하고 있으나, 현재 이를 실현하기 위한 범위·절차·실행방법 등 하부 법령의 규정이 없어 활성화되고 있지 못한 상황

– 다양한 건강검진이 보험재정으로 실시되고 있으나, 사후관리가 취약하여 생활습관 개선으로 연결되지 못함

– 공공부문간(복지부, 공단, 보건소 등) 연계·협력이 미흡할 뿐만 아니라 민간영역의 참여도 저조한 실정 → 건강증진 수행주체간 연계·협력을 위한 새로운 거버넌스(governance) 필요

○ 만성질환 대응전략의 핵심은 예방·검진·건강증진의 강화임

– 만성질환은 건강증진을 통해 질병예방 가능성이 높고, 질환에 이환되어도 지속적이고 적절한 관리(치료)와 생활습관 개선을 통해 합병증·사망을 예방하거나 합병증의 발생시점을 늦추어 건강유지 및 지출절감이 가능함

– 따라서 치료서비스 일변도의 기존 건강보장 패러다임을 수정하여 예방·건강증진에 보험자의 역량을 강화할 필요가 있음

나. 개선방안

1) (기본방향) 예방·건강증진 중심으로 패러다임 전환

○ 개인책임이 아니라 통합적 보험급여의 틀 내에서 예방, 건강상담 및 건강증진을 추진

– 건강상태별로 맞춤서비스를 제공하되, 공중보건 영역은 정부가, 개인진료와 연계된 예방과 증진은 공단이 담당

○ 만성질환은 1차의료에서의 지속적 관리가 중요하므로, 맞춤형 통합 건강서비스 제공을 통해 1차의료와 지역사회자원이 연계·협력하는 체계를 구축하는데 있어 공단의 역할을 강화

예방, 증진분야의 보험자 역할 사례

(독일) 만성질환자의 서비스 질 향상과 재정관리를 위해 보험자간 경쟁체제 도입
- ▸ 근거기반 임상지침을 토대로 보험자가 만성질환자 관리(disease management)

(프랑스) 보험자가 중심이 되어 "Contracts for Improved Individual Practice" 시행
- ▸ 1차진료의사의 자율 참여 및 수입의 3%(약 3,000유로) 성과급 지급

(일본) 의료비증가 억제대책, 생활습관병대책 등을 담은 건강프런티어 전략을 수립, 보험자의 보건지도업무를 의무화함
- ▸ 고령자의 의료확보에 관한 법률에 보험자 의무를 명시
- ▸ 대사증후군, 건강증진, 운동·식생활·흡연 등에 대한 목표 설정

◎ 가입자에게 평생 맞춤형 통합 건강서비스를 제공하기 위한 방안의 골자는 다음과 같음

평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공

생애주기별 평생 건강검진체계 구축

⊙ **건강검진 프로그램 개편**
- 보건의학적 근거에 의한 검진체계 개편
- 평생 건강검진관리체계 구축

⊙ **검진기관 관리체계 개선**
- 부실 검진기관 관리 강화
- 출장검진기관 기준 및 제도 개선

⊙ **검진결과 사후관리 강화**
- 대사증후군 위험요인별 사후관리체계 마련
- 사업장 검진사후관리 활성화

맞춤형 건강서비스체계 확립

⊙ **만성질환 관리체계 구축**
- 의원급 만성질환관리제를 보완하여 국가차원 만성질환 관리체계 구축
- 환자 자가관리프로그램 개발·지원
- 적정 투약관리프로그램 개발

⊙ **사전예방적 건강증진체계 구축**
- 공공과 민간부문과의 파트너십 구축 및 역할 분담
- 표준건강증진프로그램 개발 및 보급
- 차별화된 보험자 건강증진사업 수행

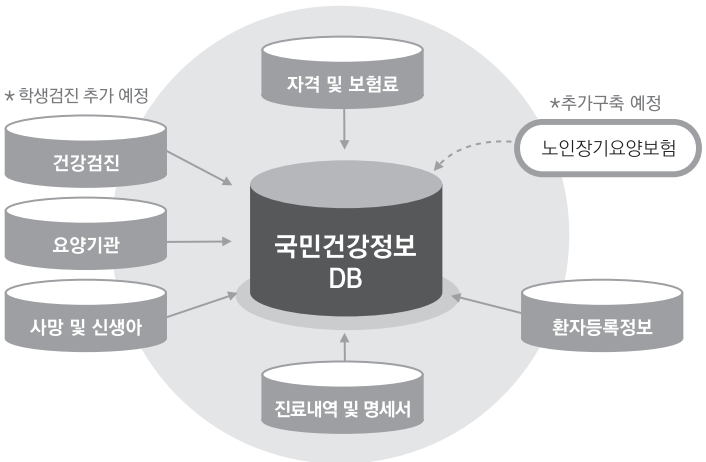
전국민 건강정보DB 구축·활용(자격, 진료·요양 내역, 검진결과 등)

2) 전국민 건강서비스 제공기반 구축

◎ **(전국민 건강정보DB)** 공단은 모든 가입자의 진료내역과 검진결과, 요양기관 정보, 자격 및 보험료(소득 수준) 등을 망라한 전국민 건강정보DB를 구축함

– 앞으로 노령기의 장기요양내역과 학령기의 학생검진결과를 추가로 구축하여 전국민의 생애주기별 건강정보DB를 완성할 예정

〈그림 1-3-7〉 전국민 건강정보DB 구축 현황



◎ **(정보DB 활용)** 전국민 건강정보DB를 활용하여 한국인의 건강행태 및 질병특성을 반영한 맞춤형 건강증진프로그램을 개발, 제공

– 건강위험요인에 대한 추적조사로 한국형 근거 생산 및 사업의 성과를 평가

– 맞춤형 건강서비스 제공을 위한 위험요인간 연관성 규명 등 보다 과학적인 건강서비스 모형 개발

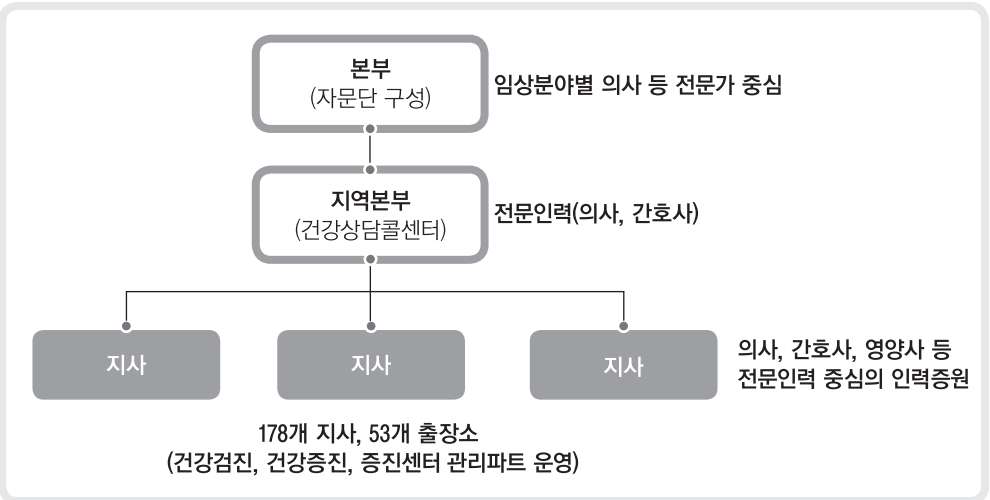
※ 현재 건강정보DB 활용방안에 대한 연구용역을 추진 중('12.3~12월)

◎ **(조직·인력 인프라)** 공단의 178개 지사와 53개 출장소, 226개 장기요양 운영센터 등 전국적 조직과 시설, 인력(12천여명) 등 인프라를 활용하여

– 공단이 지자체와 보건소, 지역사회 자원과의 효과적 공조체계 구축에 핵심 중개역할을 수행

※ 공단은 맞춤형 건강서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 최적의 여건을 갖춤

〈그림 1-3-8〉 조직 체계도



- 현재 조직진단을 통하여 보험료 부과체계 개선 시 업무효율화 부문의 절감인력을 예방·건강증진에 활용하는 방안 검토 중

3) 생애주기별 평생 건강검진체계 구축

생애주기별 평생 건강검진체계 구축방안 중 「건강검진프로그램 개편」과 「검진기관 관리체계 개선」은 현재 개선방안을 마련 중이며, 추후 확정할 예정임

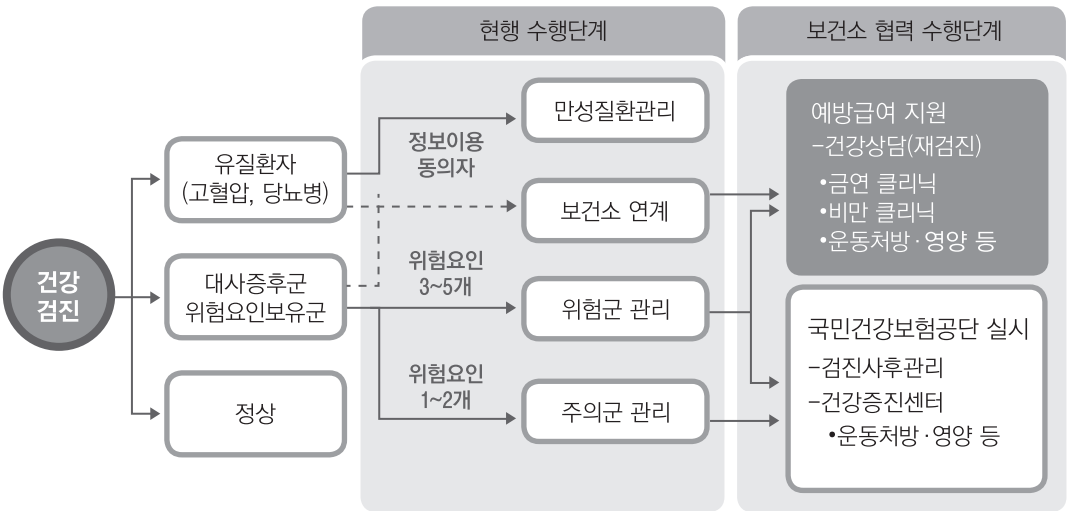
◎ 적절한 역할분담을 통해 검진 사후관리 효율화

- 대사증후군 위험요인에 따라 공단과 지역사회 자원간 연계할 수 있는 사후관리체계 마련
  - 위험요인 1~2개 : 건강정보 제공으로 생활습관 개선 유도
  - 위험요인 3개 이상 : 보건소와 연계 또는 공단이 건강상담 수행

※ 보건소는 공단으로부터 통보받은 대사증후군 보유자에 대해 건강상담 실시

- 건강상담이 필요한 대사증후군 보유자에 대하여 보건소 등을 활용한 예방급여 시범사업 추진 … 공단 주관

〈그림 1-3-9〉 건강검진 결과에 따른 사후관리(예방급여) 방안



◎ 사업장 검진 사후관리 활성화

- 웹환경에 익숙한 직장인·젊은 층을 위하여 사이버 검진 사후관리 시스템을 운영하고, 온라인 건강상담(건강iN) 실시
- 직장인을 위한 사업장 집단 보건교육 지원

※ 대사증후군 예방·관리의 중요성 인식 및 건강위험요인 개선 유도

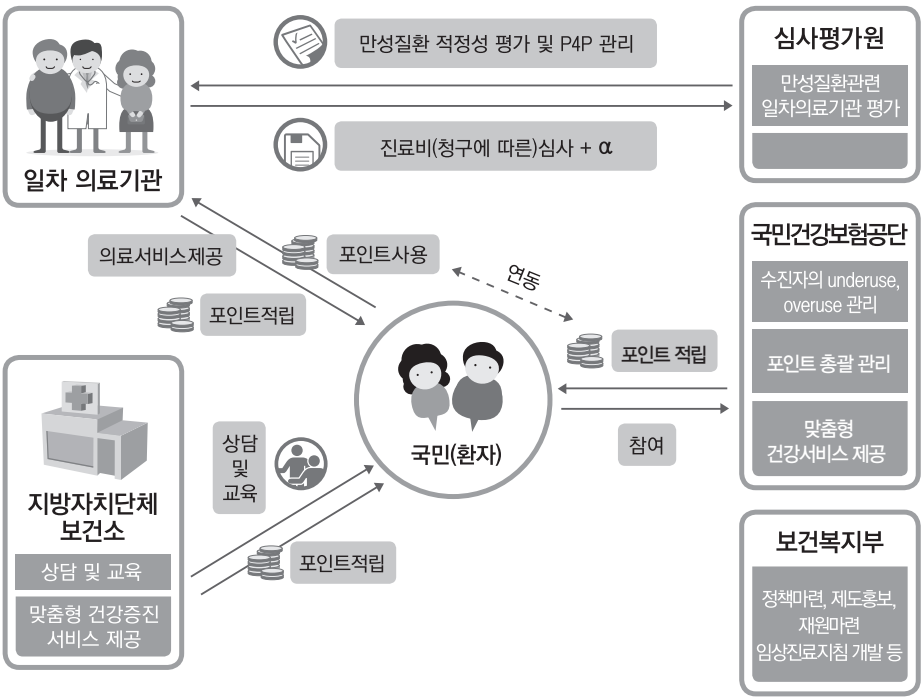
4) 맞춤형 통합 건강서비스체계 확립

1 만성질환 관리체계 구축 … 질병관리프로그램(DMP)으로 발전

◎ 의원급 만성질환관리제를 보완하여 생활습관 개선, 합병증 예방, 질환관리를 포함하는 국가 차원의 통합건강관리체계 구축

- 보건복지부·공단·보건소 간 만성질환관리 연계·협력체계 마련
- 환자관리 활성화 … 관리성과를 평가, 의사에게 인센티브 지급

〈그림 1-3-10〉 만성질환자 통합건강관리 체계도



◎ 건강정보DB를 활용한 환자 맞춤형 건강정보 제공

- 개인별 건강정보(검진결과, 진료내역, 처방)를 제공하는 개인건강기록서비스(My Health Bank)를 운영하고, 향후 의사상담 등에 활용
- 고혈압·당뇨병 환자들의 합리적 의료이용을 지원하기 위해 적정 투약관리 시스템을 개발하고 상담 및 교육 등에 활용

  ※ (일반관리군) 서면교육, (집중관리군) 건강상담콜센터 유선상담

◎ 환자 중심의 자가관리프로그램(Expert Patient Program) 개발·지원

- 환자 스스로 자신감을 가지고 건강관리를 실천할 수 있도록 지원하며, 지속적으로 자가관리 시 인센티브를 제공

  ※ 보험료 및 진료비 본인부담금 경감, 건강포인트 지급(독감예방접종 사용) 등

2 사전예방적 건강증진체계 구축

◎ 공공·민간 부문간의 파트너십 구축 및 역할 분담

– 효율적인 사업수행을 위해 공단·정부·보건소 및 민간의료기관 등의 책임과 역할을 분담하고 협력체계를 구축

• 공단은 건강정보DB를 활용하여 ①지역단위 건강(질병) 통계지표 제공, ②축적된 자료로 사업 모니터링 및 평가, ③건강증진사업 대상자 발굴, ④표준 건강증진프로그램 개발·보급 수행

• 학교보건교육 지원을 위해 식생활·운동·계절별 질환정보 등 맞춤형 보건교육 자료를 개발·제공

※ 유치원 및 초중고 교육과정에 보건교육 의무화 추진(교육과학기술부와 협의)

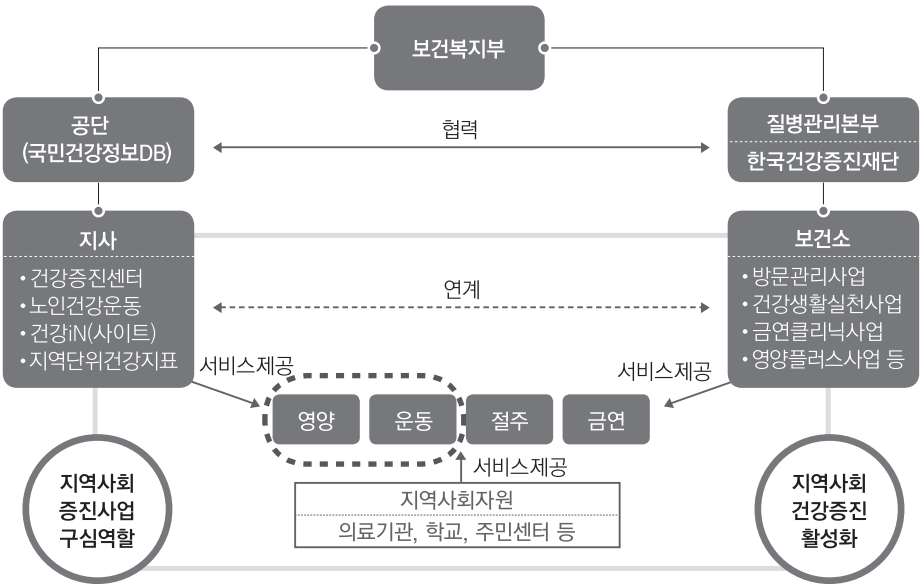
◎ 건강정보DB를 활용한 차별화된 맞춤형 건강증진서비스 제공

– 건강위험평가(HRA), 뇌졸중 위험도 예측, 맞춤형 영양상담 등 생애주기 및 개인별로 차별화된 건강정보를 제공

– 공단 건강증진센터의 기능을 재정립하여 지역사회 건강증진사업을 조정하고 지원하는 허브기관으로 육성

– 영양관리프로그램 개발·보급과 나트륨 줄이기 국민운동 추진, 노인운동 저변확대를 위하여 건강백세운동교실 활성화

〈그림 1-3-11〉 건강증진사업 지역사회 협력체계도



◎ 공단 건강증진사업의 수행근거 정비

– 국민건강보험법에 현재 포괄적으로 규정된 공단의 예방·건강증진사업에 대한 하부법령 위임근거 규정을 마련하고, 하부법령에 사업의 범위·절차·방법 등을 구체화하여 명시

※ (법 제1조) 건강증진에 대하여 보험급여 실시

※ (법 제13조) 공단은 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업 관장

– 건강증진사업 고유 목적에 맞는 사업범위 및 투입재원의 사용비율을 명확히 규정하여 사전예방적 건강증진활동 강화

• 예) 검진비용 : 예방급여 : 사회마케팅 비용 = 80% : 15% : 5%

※ 미국 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)는 의료재정 예산의 95%를 치료서비스로 지출해서 사망률 10~15% 감소 및 수명을 5년 연장한 반면, 5%를 예방서비스로 지출해서 사망률 40% 감소 및 수명을 25년 연장하였음

3-4 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안

가. 현황 및 문제점

❶ 급증하는 의료비 지출에 대한 보험자의 급여관리 기전 취약

○ 국민건강보험법은 공단을 건강보험의 보험자로 규정하고(법 제12조) 보험급여의 관리 등 업무를 관장하도록 하고 있지만(법 제13조), 실제 보험자로서 공단의 급여관리 영역과 기능은 극히 제한적임

– 의료행위·약제·치료재료 등의 보험급여 여부 및 가격 결정, 신의료기술 관리, 급여사후관리 등에 있어 보험자 역할이 취약

• 공단은 환산지수, 신약 약가협상 및 급여사후관리의 일부 영역만 담당
⇨ 의료비 지출증가에 대한 관리영역은 채 20%가 안됨

※ (행위 총진료비의 경우) '04~'09년 동안 증가율은 10.8%이나, 환산지수 증가율은 2.2%로 진료비 증가율의 20.4% 수준(빈도 6.6%, 상대가치점수 2.0%)

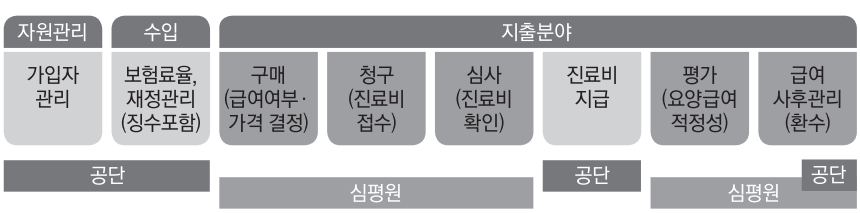
– 오히려 심사기구가 급여등재 및 가격결정의 주된 역할을 수행하고, 정부가 최종 심의·의결하는 구조여서 재정책임의 주체가 모호함

• 공급자와 보험자 사이에서 이해 조정을 해야 할 정부가 공급자의 직접 협상 당사자가 되어 정책추진에 많은 애로가 있으며, 효과적 지출관리에도 장애요인으로 작용

– 더욱이, 의료비 지출이 매년 급증하고 있어 효과적 급여관리의 중요성이 날로 증가됨에 따라 신속한 문제해결이 요구됨

※ '07년 이후 급여로 결정된 의료행위 중 28%(50항목 중 14항목)가 고시 이후 다음 연도부터 재정추계 수준을 초과하여 급여비가 증가함

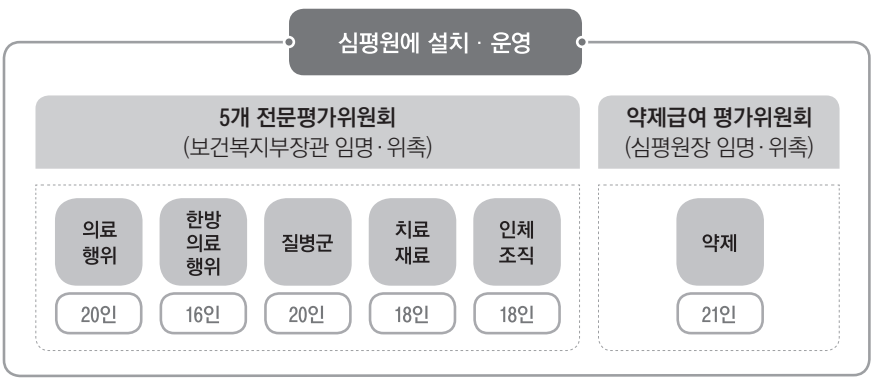
〈그림 1-3-12〉 급여관리 영역에서 제한된 보험자의 업무영역



◎ 보험급여에 대한 실질적인 의사결정은 심사기구가 운영하는 전문평가위원회에서 이루어지고 있음

- 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 보건복지부장관이 최종 결정·고시하나 대부분 전문평가위원회의 의사결정을 수용하는 편임
- 다만, 신약 등 일부 약제에 대한 가격은 공단이 공급자와 직접 협상을 통해 결정하는 이원화된 체계로 운영되고 있음

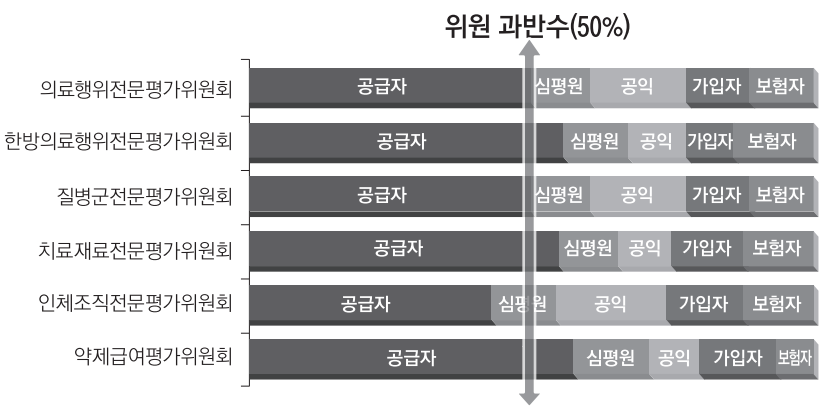
〈그림 1-3-13〉 요양급여 여부 및 가격결정 관련 전문위원회 현황



◎ 전문평가위원회는 재정위험을 분담하지 않는 의료공급자 위주로 구성되어 있음(가입자와 보험자 대표 위원의 수가 적음)

- 급여지출의 최초 단계인 급여여부 결정이 보험자의 기능 밖에서 이루어져 국민의 요구, 재정상황, 경제성 등이 균형있게 고려되지 못함

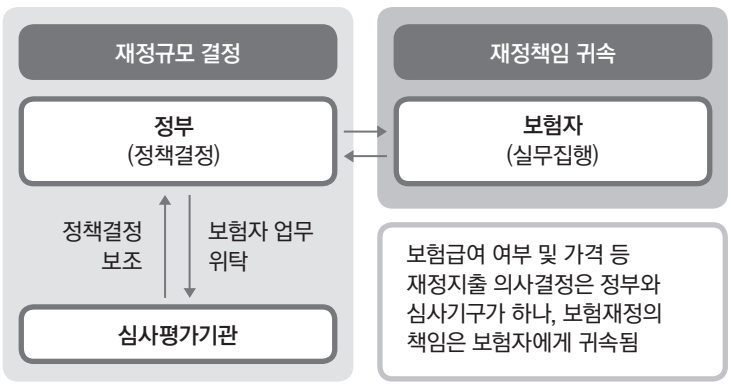
〈그림 1-3-14〉 지출 의사결정 구성원 비중



◎ 또한 급여여부 및 가격 결정 등 재정지출에 대한 의사결정과 실제 재정관리 책임이 각각 별개의 기관에 분산되어 있음

– 이로 인해 효율적 재정지출 관리기전이 취약하고, 제도의 안정적 운영과 지속가능성이 위협받고 있음

〈그림 1-3-15〉 재정결정자와 재정책임자의 부조화



◎ 보험급여 결정 이후의 사후관리 부실

– **(의료행위)** 급여결정 이후 행위량, 상대가치 등에 대한 체계적인 평가 기전이 없음

• 상대가치점수의 변동요인이 있거나, 보건의료기술 평가 결과 유효성 등이 기존 내용과 상반되는 연구결과가 도출될 경우에도 적시에 급여목록 및 상대가치점수를 조정하지 못하고 있는 실정

– **(치료재료)** 최근 6년간('05~'10년) 사후관리 대상 품목수는 전체의 8.6%(1,424개)이며, '10년의 경우는 2.8%에 그치고 있어, 치료재료의 효율적 사후관리에 어려움이 있음

– **(약제)** 보험급여 등재여부, 제네릭 약의 보험약가 산정, 약가조정 및 가격사후관리 등 대부분의 업무를 심사기구가 수행하고 있어 보험원리에 어긋날 뿐만 아니라 약제비 적정관리에 한계가 있음

〈표 1-3-10〉 총 진료비 중 약제비 비중

(단위 : 조원, %)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
총진료비	13.1	17.8	19.1	20.5	22.4	24.8	28.6	32.3	35.0	39.4	43.7	46.1
약제비	3.5 (26.8)	5.3 (33.3)	6.5 (34.2)	7.3 (35.4)	8.2 (36.5)	9.2 (37.0)	10.6 (37.0)	11.8 (36.6)	12.7 (36.2)	14.3 (36.2)	15.5 (35.6)	16.3 (35.3)

※ 출처 : 건강보험심사평가원

2 보험운영의 기본원리에서 벗어난 진료비 청구·심사·지급체계

◎ **(보험 운영원리)** 건강보험은 보험료를 부담하는 가입자와, 가입자에게 의료서비스를 제공하는 의료공급자, 그리고 가입자와 의료공급자 사이에서 의료서비스가 원활하게 제공될 수 있도록 관리하고 그 급여비용을 지불하는 보험자(공단)의 3자간 관계로 구성됨

- 보험원리상 가입자를 대리하여 서비스를 구매하는 보험자가 급여비용의 청구접수 및 확인(심사), 지급을 수행함이 타당하나,
- 현행 청구·심사·지급체계는 보험자가 아닌 심사기구가 의료공급자로부터 직접 진료비를 청구 받고, 보험자는 심사결정 내역에 따라 급여비 지급만을 수행하는 구조임

◎ 이러한 왜곡된 운영구조는 건강보험 통합과정에서 파생된 정치적 타협물이며, 해외에서도 유사 사례를 찾기 어려움

※ 2000년 7월 건강보험 통합 전에는 보험자의 위탁을 받아 보험자단체가 심사·지급

해외 사례

⊙ 보험자가 심사를 위탁하는 경우는 있어도(예 : 일본), 보험자의 책임 밖에서 심사를 독립적으로 수행하는 사례는 찾기 어려움

- ▸ 일본 : 직장보험은 각 보험자(건보조합)가 독립 심사기구인 '사회보험진료보수지불기금'에 심사를 위탁(약국 약제비 일부는 보험자가 직접 심사)
  지역보험은 보험자단체(국민건강보험단체연합회)가 직접 심사, 지급
- ▸ 대만 : 보험자(중앙건강보험국)가 직접 심사, 지급
- ▸ 독일 : 보험자(질병금고)가 심사·지급하나(병원, 약제비), 의원(외래)은 총액예산제에 의해 할당된 금액을 지역별 보험의사협회가 소속 의사들에게 분배하는 방식

◎ 보험자에게 진료비를 청구하지 않음으로 인한 비효율성

- 전문심사가 필요치 않는 의원, 약국 등 단순 청구건이나 포괄수가 적용건까지 모두 심사기관을 거침에 따라 재정낭비 발생
- 심사기구가 바로 청구·접수함에 따라 무자격자 건도 심사·지급 후 보험자가 진료를 받은 자에게 환수하는 비효율성 발생
  ※ 진료 후 3~4개월이 경과한 후에나 심사내역을 인수하여 사후관리 가능
- 교통사고, 폭행, 산재 등 타보험처리 대상, 부당수급건 등을 적시에 확인, 처리할 수 없어 재정누수 발생 … 부당수급건 ('11) 57만건, 1,200억원

◎ 청구비용에 대한 공단의 현지확인 기능이 없어 재정보호에 한계

- 비용을 지급하면서 청구된 내역과 실제 진료내역의 일치여부 및 사실관계를 확인하는 것은 보험자가 수행하여야 할 가장 기본적 책무이나,
  ※ 근로복지공단의 경우 현지조사권을 보유하고 있음
- 공단의 현지확인 기능은 명시적인 법적 근거가 없어, "요양기관의 임의적 협력을 전제로 시행되는 제한적·부분적인 사실조사"에 그침에 따라 보험재정 보호에 한계가 있음
  ※ 판례 및 법제처 유권해석
- 부당청구 기관과 금액은 증가하고 있으나, 현지조사 인력 부족으로 연간 조사기관수는 전체 요양기관의 1%에 불과
  ※ '11년 842개소로 전체 요양기관이 1번 점검 받을 때 약 100년이 걸림
  ※ 현지조사 결과 허위·부당 청구기관이 75%를 넘음

나. 개선방안

개선방향

▸국민의 요구와 재정상황 등을 종합 고려하여 보험자의 의사가 반영될 수 있도록 급여결정 거버넌스를 정립
▸진료비 청구·심사·지급·사후관리의 효과적 연계로 재정보호기능 강화

1 보험급여 결정구조 개선

◎ 건강보험 운영원리에 맞게 급여결정 구조 개선

– 국민의 요구와 부담능력, 보험재정 상황, 급여의 경제성·적정성 등을 종합적으로 고려하여 보험자의 역할(가입자를 대리한 구매자)이 충실히 작동될 수 있도록 급여결정 단계부터 개선
– 급여등재 여부 및 가격 결정 등과 관련된 전문평가위원회를 보험자가 운영하도록 개선하고, 합리적인 의사결정을 위해 위원회를 전문가 중심으로 구성

◎ **(의료행위, 한방, 질병군)** 급여등재 항목에 대한 사후관리체계 도입

– 기등재항목의 상대가치 점수를 모니터링하고, 의료행위 변화 등 점수 조정요인이 발생한 경우 즉각 반영할 수 있는 시스템 마련
– 유효성에 대한 재평가가 필요한 항목을 발굴, 한국보건의료연구원(NECA)과 연계하여 안전성·유효성을 검토하고, 근거가 부족한 행위 등은 급여퇴출, 상대가치점수 조정 등 실시

※ 한국보건의료연구원과 국민건강보험공단 간 업무연계체계 구축

◎ **(치료재료)** 보험자 중심의 가격결정 및 사후관리체계 도입

– 신약과 같이 보험자가 공급자와 협상을 통해 가격을 결정하도록 개선하고,
– 보험등재 이후에도 보험자가 급여·가격 등을 모니터링하고, 급여목록을 정비하며, 사용량과 연동하여 가격을 조정할 수 있도록 개선
– 공단의 전국 조직 인프라를 활용, 실구입가 및 원가조사 등을 실시하여 사후관리의 효율성을 제고

○ **(인체조직)** 인체조직이식재의 보험자 중심 가격결정체계 마련

– 치료재료와 같이 보험자가 가격을 산정할 수 있도록 개선

※ 인체조직의 특성을 반영한 산정기준 마련

○ **(약제)** 가격 관련 사항인 경제성평가를 공단의 약가협상 절차로 귀속시켜 보험재정과 연계하여 보험자가 관리

※ 보험자와 별도의 투명위원회(CT)를 운영하는 프랑스도 의약품 유용성만 판단할 뿐, 비용측면과 급여여부는 보험자가 결정

– 제네릭 의약품의 가격결정도 신약과 마찬가지로 보험자가 관리함으로써 지출관리의 일관성과 합리성을 도모

– 의약품 유통·가격 청구와 관련한 현장방문 및 서류조사는 업무성격상 보험자가 수행(전국적 조직·인력 활용)

2 진료비 청구·심사·지급·사후관리체계의 합리적 연계

○ 건강보험의 운영원리에 맞게 진료비 청구를 보험자에게 직접하도록 개선

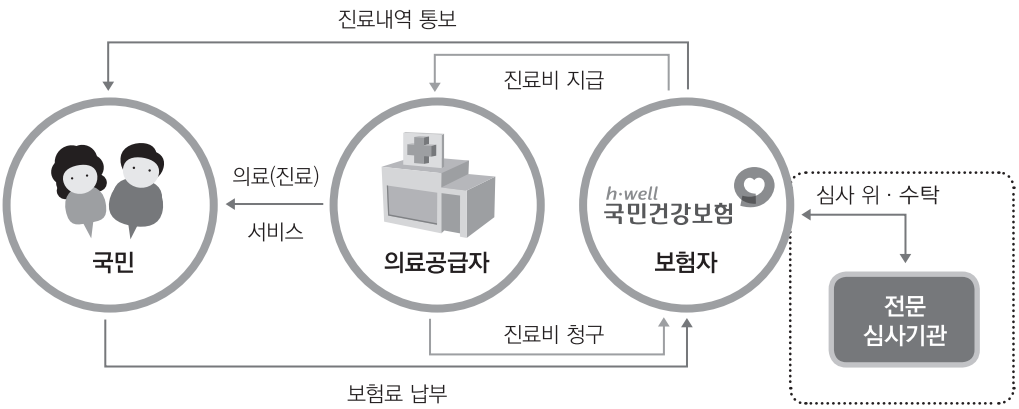
– 공단에 직접 청구하여 사전 자격확인을 통해 무자격자 등을 확인·조치한 후 심사를 진행하도록 개선

○ 급여비용 심사권은 보험자에게 있음을 명확히 규정(법 개정)

– 청구건 중 입원·수술 등 전문심사가 필요한 건만 전문심사기구에 심사를 위탁함

※ 단순 청구건, 포괄수가 적용건 등은 전산심사 등 공단 심사로 갈음

〈그림 1-3-16〉 심사 위탁체계 모형



◎ 재정관리 책임자로서 보험자의 사후관리 역할 강화

– 청구내역에 대한 보험자의 현지확인 기능을 법률로 부여하여, 부정청구 기관에 대해 보험자가 급여관리 책임을 충실히 이행할 수 있도록 개선(법 개정)

3-5 노인장기요양보험 보완·개선 방안

가. 현황 및 문제점

- '08.7월 노인장기요양보험제도가 처음 도입된 이후 시행 만 4년에 '국민의 효보험'으로 정착되고 있으나, 아직 보완하여야 할 과제가 많음
- 인구고령화 및 치매환자 증가 등으로 인정대상자 확대 필요
  - 전체 노인인구 중 장기요양 인정자 비율이 5.7%('11년말)로, OECD 평균 12.1%('10년)의 절반수준에 불과하며,
  - 급속한 고령화 속도로 80세 이상 노인 급증 추세
    ※ 80세 이상 노인 비율 : ('12) 19.2% → ('17) 22.5%
- 매년 잦은 갱신조사로 수급자의 불편 및 행정 비효율성 초래
  - 수급자 평균연령이 80세 고령으로 심신상태가 개선되기 어렵고, 갱신조사 결과 대부분은 현재의 등급이 유지되고 있으나,
  - 인정유효기간(1년)이 짧아 이용자의 편익이 떨어지고, 잦은 갱신조사로 민원불편과 행정낭비를 초래함
- 방문요양 서비스의 질 관리 미흡
  - 재가급여의 83.3%를 차지하는 방문요양 서비스의 경우 수급자의 특성을 고려하지 않고, 가족이나 요양보호사의 편의에 따라서 요양서비스가 제공됨에 따라 일상생활(가사)지원 위주로 서비스 제공
    ※ 방문요양서비스 중 가사지원이 약 50% 수준
  - 방문요양기관의 84.1%가 급여제공계획을 수립·관리할 수 있는 사회복지사, 간호사 등 전담인력이 없는 실정
- 주·야간보호 서비스의 이용률 저조
  - 공급자 편의적인 서비스 제공형태와 경제적 부담, 보호자 중심의 급여선택 등으로 실제 주·야간보호의 급여이용률은 7.7%에 불과함

– 이용률 저조로 인한 경영난으로 소규모 기관이 증가하고, 도시와 농어촌간의 불균형이 심화되고 있는 실정

• 정원충족률이 58.3%에 불과, 20인 미만 소규모·영세기관이 대다수

※ 주·야간보호기관은 전체 재가기관 18,009개소(복지용구사업소 제외) 중 1,325개소로 7.3%를 차지

◎ 방문간호 제공기관 부족 및 이용절차 복잡

– 방문간호 서비스 제공기관이 전체 재가기관 18,009개소 중 3.8%인 680개소에 불과하며, 지속적으로 감소하는 추세임

– 이용자가 의료기관을 직접 방문하여 방문간호지시서를 발급받아야 하는 등 서비스 이용절차가 복잡하여 이용률이 저조함

※ 3등급자 중 간호가 필요한 것으로 확인된 자는 5.9%이며, 이중 실제 방문간호 이용률은 0.9%로 매우 저조

나. 개선방안

1 인정대상자 수 확대

◎ 노인인구 중 인정자 비율을 현재 5.7% → '17년까지 9.5% 수준으로 확대

– 3등급 인정점수 완화로 56천명 수혜대상 확대

※ 3등급 인정점수 : (현재) 55점 → ('12.7) 53점 → ('13) 51점 → ('14) 50점

– 등급판정도구 개편으로 치매노인 수혜대상을 약 69천명 확대

– 예방등급을 신설하고, 근거리 외출하기, 시장보기 등 사회생활수행능력(IADL)을 포함한 등급판정도구 개편으로 인정대상자를 약 171천명 확대

※ 선진국은 경증치매환자를 포함하는 예방등급 신설 추세
- 독일 0등급, 일본 요지원 1, 2의 개호예방 등급 신설
- 예방등급 신설로 기능상태 악순환 반복(호전 → 악화) 방지

– 소요재정 : '13~'17년까지 총 5조 1,126억원 예상

❷ 인정유효기간 연장

◎ 국민불편 해소와 수급권의 안정적 보장 및 행정효율성을 높이기 위해 인정유효기간을 합리적으로 조정

– 인정유효기간을 최소 1년으로 하되, 고령 또는 심신상태의 변화가 없는 경우 유효기간을 연장

- 연속 2회 이상 1등급 또는 2등급 판정 시 : 3년
- 연속 2회 이상 3등급 또는 등급상향(1, 2등급) 판정 시 : 2년

※ 외국은 기능상태의 호전 여부에 따라 인정유효기간을 별도로 지정하고 있음
– 일본 6~24개월, 독일 3년 이내, 네덜란드 5년 등

– 유효기간 시작일이 속하는 월의 말일까지의 기간을 인정유효기간에 합산하여 적용함으로써 민원불편 완화

〈유효기간연장에 따른 현행과 개정(안)의 비교〉

현행	① 연속하여 2회 이상 1등급 판정되는 사람 : 2년 ② 연속하여 3회 이상 같은 등급(1등급 제외)으로 판정 : 2년
개정	① 연속하여 2회 이상 1등급 또는 2등급으로 판정되는 사람 : 3년 ② 연속하여 2회 이상 3등급 또는 등급상향 판정되는 사람 : 2년 ③ 월 중 종기(終期)의 연장 : 유효기간의 만료일은 만료일이 속하는 달의 말일까지로 함(해당 월의 잔여일수 추가산정)

❸ 방문요양 서비스 질 향상

◎ 이용자 특성에 맞는 구체적인 급여제공계획 수립을 의무화

– **(전담인력기준 강화)** 일정규모 이상의 재가기관에 전담인력을 배치하여 급여제공계획 수립을 의무화함

- 이용자가 40명 이상일 경우 사회복지사 또는 간호사로 전담인력 1명 이상을 배치하고,
- 전담인력이 이용자 사정(assessment)을 통하여 요양필요도 및 욕구에 맞는 서비스 제공계획을 수립하도록 함

- 수급자 40명 미만인 경우 시설장(관리책임자)이 공단의 표준이용계획서 작성 담당자와 협의하여 급여제공 계획을 수립

– **(기관평가에 반영)** 요양보호사는 급여제공계획서에 따라 서비스를 제공하도록 하고, 재가기관 평가지표에 급여제공계획서 수립여부를 반영하여 정기적으로 평가

◎ 서비스 제공에 대한 보험자의 확인기능 강화

– 공단에 통보된 급여제공 계획대로 수급자에게 서비스가 제공되고 있는지 확인하고, 확인결과를 기관평가, 급여비용 청구 및 심사와 연계하여 관리함(공단의 확인근거 마련)

4 주·야간보호 이용 활성화

◎ 주·야간보호 서비스의 운영모델 다양화

– **(수급자 특성유형 반영)** 수급자의 신체기능 상태, 서비스 선호 형태, 전문적인 서비스 제공유형에 따라
① 일반보호(프로그램 중심 단순보호)
② 특별보호(치매노인 중심)
③ 치료보호(의료와의 연계 중심)로 구분하여 서비스를 다양화함

※ 미국은 치매나 중풍 노인이 함께 이용하는 기관이 없고, 치매 등 만성질환별로 전문화된 다양한 주간보호기관이 운영되고 있음

– **(복합요양서비스)** 수급자가 주·야간보호와 방문요양 등 다른 재가급여를 혼합해서 이용할 수 있는 복합요양서비스 시스템 도입

◎ 주·야간보호서비스 이용 유도

– 복합요양서비스 이용자가 월중 계속해서 재가급여를 이용할 수 있도록 월한도액 초과를 허용

- 방문요양서비스 등 타 재가급여와 주·야간보호를 복합해서 사용하는 경우 월한도액을 일정비율 초과할 수 있도록 수가체계 개선

– 방문요양시 불필요한 가사지원서비스 제한

• 가사지원은 돌봐주는 가족이 없는 독거노인 등의 경우로 한정하고, 방문요양서비스의 수요를 주·야간보호로 전환 유도

◎ 주·야간보호 수가체계를 개편하여 공급자의 참여동기 부여

– 서비스 제공시간별 수가와 이송수가를 분리하여 산정

• 이송시 발생되는 유류비용 등을 수가에 반영하고, 통상적 범위를 벗어난 이송서비스의 경우 원거리 교통비를 지급

– 야간·심야 또는 공휴일 등 운영 시 수가를 가산 지급하여 공급자의 참여를 유도

◎ 공공인프라 활용 등으로 주·야간보호기관의 지역적 불균형 해소

– 사회복지시설, 치매노인상담센터(치매전문 특화) 등 공공의료복지기관에서 주·야간보호기관을 병설할 수 있도록 적극 권장

5 방문간호 이용 확대

◎ 방문간호지시서의 예외 급여 신설

– 치료, 검사, 투약·주사의 경우는 현재와 같이 방문간호지시서에 따라 서비스를 제공하되, 기본간호, 교육훈련, 상담, 의뢰 등의 경우 방문간호지시서 없이 간호사의 판단에 의해 가능하도록 개선

※ 노인장기요양보험법 개정을 통해 간호사의 판단에 따라 예외적으로 급여를 제공할 수 있는 범위 제시(의료법 시행령 근거를 우선 마련)

◎ 인식변화 등을 통한 방문간호 수요 유인

– **(의료기관)** 방문간호지시서 안내지침 마련 및 발급안내 홍보

• 방문간호지시서 발급 및 비용청구 방법을 홈페이지에 게시하여 인지도를 향상시키고 지시서 발급을 활성화

– **(수급자)** 급여이용 안내문에 방문간호 급여내용 보완

• 예방차원의 투약상담, 건강생활지도 등에 대하여 방문간호 급여를 받도록 적극 권유(욕창치료, 투약지도 등 실시)

◎ 표준장기요양이용계획서 활용

– **(직원교육)** 표준장기요양이용계획서를 작성할 때 방문간호서비스의 적용범위를 확대하여 작성

• 방문간호를 간호처치 위주에서 기능상태 저하 및 고혈압, 당뇨 등 만성질환 등의 경우까지 확장하여 표준장기요양이용계획서에 반영

– (**이용유도**) 표준장기요양이용계획서의 실효성 확보

• 등급판정위원회는 수급자의 기능상태 등 필요에 따라 방문간호 이용을 권유하는 의견을 표준장기이용계획서에 추가하여 의결

그 외 중장기 미래발전 전략과 공단의 내부혁신 과제는 현재 진행 중이며 연말까지 완료할 예정

04 _ 소요재원 및 확보방안 _

4-1 소요재원 … 보장성 및 건강서비스 강화와 관련된 재정

◎ 실천적 건강복지 플랜의 총 소요재원은 5년간 36.6조원임

- 지속가능한 보장성 강화에 36조 5,642억원
- 평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공에 310억원

※ 평생 맞춤형 통합 건강서비스 제공은 공단이 기보유하고 있는 개인별 건강정보 DB를 활용, 공단의 건강관리 인력을 통해 제공되므로 추가소요 비용은 많지 않음

〈표 1-4-1〉 건강복지 플랜의 소요재원

(단위 : 억원)

구 분		금 액	비 고
계 (A + B)		365,952	· 5년간 단계적으로 33,778~114,421억원 소요
지속가능한 보장성 강화 (A=a+b+c)		365,642	
차상위 저소득계층 의료보장 (a)		19,420	· 보험료 하위 10% 저소득층 본인부담률 인하 · 보험료 부과체계 개선을 통한 보험료 경감
재난적 의료비 부담해소 (b)		68,215	· 본인부담상한제 기준액 100만원씩 하향조정
필수의료 중심 단계적 보장성 강화(c)	병실차액 + 선택진료	111,691	· 우선순위에 따른 단계적 급여확대 · 5년간 단계적으로 15,867~97,265억원 소요
	간병서비스	67,812	
	필수의료 우선순위에 따른 급여확대	98,504	
평생 맞춤형 건강서비스 (B)		310	· 추가 전문인력(의사, 간호사 등 1,190명) 인건비

4-2 재원 확보방안

1 보험료 부과체계 개선을 통한 재원조달

◎ 보험료 부과체계 개선을 통해 23조 2,904억원 재원조달

- 소득보험료 최소 인상 및 부과소득 범위 확대, 소비기준 건강보험 재원조달을 통해 '13년 9,538억원, '14년 2조 9,542억원, '15년 4조 3,715억원, '16년 6조 4,792억원, '17년 8조 5,318억원을 조달
  - ※ 연도별 소득보험료율 : ('13) 5.50% → ('14) 5.80% → ('15) 5.84% → ('16) 6.00% → ('17) 6.11%
  - ※ 소비기준 건강보험 재원은 소비세 과세표준액의 0.51% 부과
- 이 경우 추가적인 국고지원의 확대 없이도 2017년까지 보험료를 6.11% 수준으로 인상하면서 재원조달이 가능함

2 지출 효율화를 통한 재원조달 (14조 6,255억원)

◎ 예방·검진·건강증진 서비스 강화를 통한 급여비 지출 절감(8조 4,525억원)

- 대사증후군 건강위험요인 보유자 사후관리 및 나트륨 섭취량 감소사업 등으로 4조 5,265억원(연 9,053억원)
  - ※ 출처 : 나트륨 섭취량 감소 정책의 비용편익 분석, 대한지역사회영양학회(2012)
- 고혈압·당뇨질환자에 대한 건강지원서비스 실시로 3조 9,260억원 (연 7,852억원)
  - ※ 일본 건강보험조합, 미국 존슨&존슨, 경기도 의료급여 사례관리 등
- 공단의 건강정보DB 및 조직 인프라를 활용하여 과학적 근거에 기반한 평생 맞춤형 통합 건강서비스를 제공할 경우 절감 효과가 더욱 높아질 것으로 전망

◎ 급여결정체계 개선 및 제반 지출합리화 등을 통해 급여비 지출 6조 1,730억원 절감(연 1조 2,346억원)

- 급여결정 구조 개선 및 모니터링(사후 조정), 약제비·치료재료비 합리적 지출관리, 요양병원 이용 적정화, 급여사후관리 강화 등

3 재원 확보방안 요약

- 과도한 보험료 인상 없이 현행 보험료 부과체계 개선과 부과기반의 확대, 예방·건강증진 강화를 통한 지출절감으로 실천적 건강복지 플랜의 소요재원을 확보할 수 있음
- 이상 내용을 종합한 재원 확보방안은 다음 표와 같음

〈표 1-4-2〉 소요재원 확보방안 ('13~'17년)

(단위 : 억원)

구 분		금 액	비 고
계 (A+B)		379,159	
부과체계 개선을 통한 재원 확충 (A)		232,904	· 소득보험료율 : 2017년까지 6.11%로 최소 인상 · 소비기준 건강보험 재원 : 0.51% 부과 · 부과소득 기반 확대 : 보수외소득 포함
지출효율화	소 계 (B=a+b)	146,255	
	건강증진사업 (a)	84,525	· 연 16,905억원
	급여결정체계 개선 및 지출합리화 (b)	61,730	· 연 12,346억원

※ 연도별 소득보험료율 : ('13) 5.50%, ('14) 5.80%, ('15) 5.84%, ('16) 6.00%, ('17) 6.11%

- 재원 확보를 위한 소득보험료 인상 또는 지출절감 등 시나리오별 5개 연도의 재정추계(예시)는 다음과 같음
  - **(시나리오1)** 당기수지 균형을 위해 소득보험료만 인상
  - **(시나리오2)** '14년부터 소득보험료를 적정하게 인상하고 '13년부터 지출 효율화
  - **(시나리오3)** '14년부터 수지균형을 위한 최소 소득보험료 인상 및 '13년부터 지출 효율화

〈표 1-4-3〉 시나리오별 재정추계(예시)

구 분		2013	2014	2015	2016	2017	합 계
(시나리오 1) 수지균형을 위해 소득보험료만 인상 시							
총 수 입		51.1조	59.4조	65.3조	71.3조	77.5조	-
총 지 출		53.5조	59.4조	65.3조	71.3조	77.5조	-
당기수지		Δ 2.4조	균형	균형	균형	균형	Δ 2.4조
소득보험료율 (인상률)		5.50% (-)	6.11% (11.09%)	6.16% (0.82%)	6.29% (2.11%)	6.38% (1.43%)	-
소비기준 건강보험 재원		0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	-
보 장 률		69.0%	72.5%	74.8%	77.1%	78.5%	-
(시나리오 2) 단계적 소득보험료 인상 ⊕ 지출절감 병행 시							
총 수 입		51.1조	57.3조	62.4조	68.4조	74.5조	-
총 지 출		50.6조	56.5조	62.4조	68.4조	74.5조	-
지출 절감	Δ건강관리 강화	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 8.5조
	Δ급여결정체계 개선	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 6.0조
당기수지		0.5조	0.7조	0.04조	0.04조	0.02조	1.3조
소득보험료율 (인상률)		5.50% (-)	5.80% (5.45%)	5.84% (0.69%)	6.00% (2.74%)	6.11% (1.83%)	-
소비기준 건강보험 재원		0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	-
보 장 률		69.0%	72.5%	74.8%	77.1%	78.5%	-
(시나리오 3) 수지균형을 위한 소득보험료 인상 ⊕ 지출절감 병행 시							
총 수 입		51.1조	56.5조	62.4조	68.4조	74.5조	-
총 지 출		50.6조	56.5조	62.4조	68.4조	74.5조	-
지출 절감	Δ건강관리 강화	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 1.7조	Δ 8.5조
	Δ급여결정체계 개선	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 1.2조	Δ 6.0조
당기수지		0.5조	균형	균형	균형	균형	0.5조
소득보험료율 (인상률)		5.50% (-)	5.69% (3.45%)	5.85% (2.81%)	5.99% (2.39%)	6.11% (2.00%)	-
소비기준 건강보험 재원		0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	-
보 장 률		69.0%	72.5%	74.8%	77.1%	78.5%	-

부록

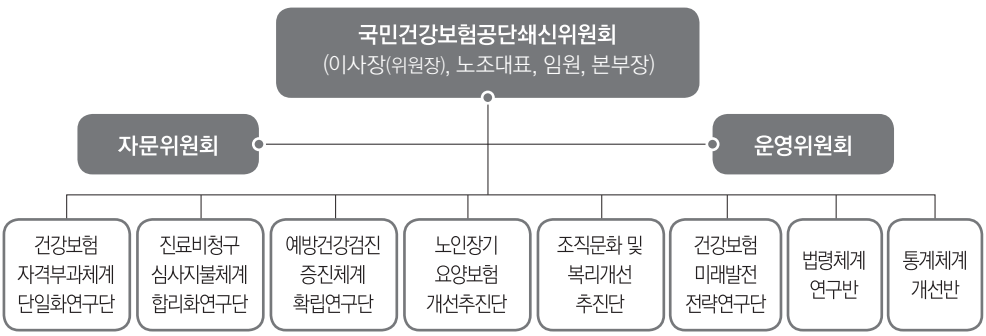
부록 1. 국민건강보험공단쇄신위원회 구성 및 운영

목적

- 보험자로서의 35년 경험을 토대로 현행 건강보험의 근본적 문제와 원인을 규명하고,
  - 건강보장의 새로운 비전과 목표를 설정하며, 이를 달성하기 위한 구체적이고도 실천가능한 문제에 대한 해법을 정부에 제안

구성

- 8개 연구단(반), 운영·자문위원 등 총 199명으로 구성



  - 운영위원회 : 노조·직원대표 등 65명으로 구성
    ※ 임원(5), 정책연구원장, 지역본부장(6), 본부 부서장(19), 노조대표(4), 직원대표(30)
  - 자문위원회 : 각 분야별 외부전문가 35명으로 구성

운영

- 임직원, 노·사가 함께 '국민건강보험공단쇄신위원회' 출범(1.17)
  ※ 슬로건 선포 "공정한 제도! 희망찬 직장! 함께하는 쇄신, 새로운 미래!"
- 직원대표 운영위원 공모(1.10~1.13)
  - 총 95명 응모, 30명 선정 … 연구단별 각 5명
- 자문위원 35명 위촉(1.26)
- 연구단(반)별 내부회의 등 총 127회의 토론 및 검증(1~6월)
  - 내부회의, 운영위원회, 자문위원회 등 95회
  - 실적보고회 32회 … 추진상황 공유 및 의견수렴

부록 2. 위원회 연구참여자

공단쇄신위원회 명단

위원장 : 이사장 김종대

노조대표(4명)

연번	소 속	직책	성 명
1	국민건강보험공단 직장노동조합	위원장	성 광
2	국민건강보험공단 직장노동조합	사무처장	김영종
3	전국공공서비스노조 사회보험지부	비상대책위원장	박표균
4	전국공공서비스노조 사회보험지부	정책위원	백영환

임원 및 연구원장(6명)

연번	직 위	성 명
1	기획상임이사	박병태
2	총무상임이사	배종성
3	징수상임이사	조국현
4	급여상임이사	한문덕
5	장기요양상임이사	김종두
6	정책연구원장	이기효

지역본부장(6명)

연번	직 위	성 명
1	서울지역본부장	김춘운
2	부산지역본부장	조우현
3	대구지역본부장	박경순
4	광주지역본부장	진창언
5	대전지역본부장	오병열
6	경인지역본부장	이태형

연구단(반)별 참여자 명단

건강보험 자격·부과체계 단일화 연구단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	징수상임이사	조국현	단장
2	자격부과실	실장	김필권	반장
3	부과체계개선팀	팀장	전용배	반원
4	〃	차장	김상명	〃
5	〃	차장	박형근	〃
6	〃	과장	이응걸	〃
7	〃	과장	김인숙	〃
8	〃	대리	진선정	〃
9	〃	주임	현진주	〃
10	건강보험정책연구원	부연구위원	이현복	〃

진료비 청구·심사·지불체계 합리화 연구단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	급여상임이사	한문덕	단장
2	급여관리실	실장	현재룡	반장
3	보험급여실	실장	정영숙	반원
4	〃	부장	한만호	〃
5	〃	부장	고 영	〃
6	〃	부장	김훈택	〃
7	〃	부장	박희동	〃
8	〃	차장	박지영	〃
9	〃	차장	최경희	〃
10	〃	차장	허수정	〃
11	〃	차장	정종찬	〃
12	급여관리실	부장	백남복	〃
13	〃	차장	유혜경	〃
14	〃	차장	박종관	〃
15	건강보험정책연구원	부장	전창배	〃
16	〃	부연구위원	정현진	〃

예방·건강검진·증진체계 확립 연구단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	급여상임이사	한문덕	단장
2	건강관리실	실장	신순애	반장
3	〃	부장	정해민	반원
4	〃	부장	김정구	〃
5	〃	부장	이정호	〃
6	〃	부장	류호영	〃
7	〃	부장	김경애	〃
8	〃	부장	박석신	〃
9	〃	차장	이경란	〃
10	〃	차장	박헌준	〃
11	〃	차장	손문락	〃
12	〃	차장	김범섭	〃
13	〃	차장	황대신	〃
14	〃	전문연구위원	이현희	〃
15	건강보험정책연구원	연구위원	윤영덕	〃
16	〃	부연구위원	이선미	〃

노인장기요양보험 개선 추진단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	장기요양상임이사	김종두	단장
2	요양운영실	실장	백낙렴	반장
3	〃	부장	염기선	반원
4	〃	부장	심용보	〃
5	〃	부장	윤기종	〃
6	〃	부장	이운용	〃
7	요양급여실	실장	김덕수	〃
8	〃	부장	정일만	〃
9	〃	부장	조상태	〃
10	〃	부장	김억수	〃
11	〃	부장	박태근	〃
12	요양심사실	실장	차영만	〃
13	〃	부장	정희자	〃
14	〃	부장	김익종	〃
15	〃	부장	서명철	〃

건강보험 미래발전전략 연구단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	건강보험정책연구원	원장	이기효	단장
2	〃	부원장	용왕식	반장
3	〃	연구위원	최기춘	반원
4	〃	연구위원	윤영덕	〃
5	〃	연구위원	김성옥	〃
6	〃	부연구위원	정현진	〃
7	〃	부장	전창배	〃
8	보험급여실	부장	한만호	〃
9	〃	부장	고 영	〃
10	〃	부장	김훈택	〃
11	건강관리실	부장	정해민	〃

조직문화 및 복리 개선 추진단

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	총무상임이사	배종성	단장
2	인력관리실장	실장	조진호	반장
3	〃	부장	홍영삼	반원
4	〃	부장	박두신	〃
5	〃	차장	선용수	〃
6	〃	차장	서윤희	〃
7	〃	차장	홍윤희	〃
8	〃	차장	구본세	〃
9	〃	차장	한동훈	〃
10	〃	차장	민영수	〃
11	〃	차장	이미희	〃
12	〃	과장	강우모	〃
13	기획조정실	부장	기태영	〃
14	〃	차장	김선진	〃
15	〃	차장	김희수	
16	총무관리실	차장	주영구	〃
17	정보관리실	차장	임양재	〃

통계체계 개선반

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	기획상임이사	박병태	단장
2	건강보험정책연구원	부장	주원석	반장
3	〃	부연구위원	현경래	반원
4	〃	부연구위원	백승천	〃
5	〃	차장	손병학	〃
6	기획조정실	차장	박동일	〃
7	자격부과실	차장	이순업	〃
8	정보관리실	차장	성재석	〃
9	보험급여실	차장	양효숙	〃
10	급여관리실	차장	이기홍	〃
11	건강관리실	차장	박숙희	〃
12	재정관리실	차장	안병양	〃
13	요양급여실	차장	허금옥	〃

법령체계 연구반

연번	소 속	직 위	성 명	비 고
1	-	기획상임이사	박병태	단장
2	법무지원실	실장	정홍기	반장
3	〃	부장	이병수	반원
4	〃	차장	김연미	〃
5	〃	과장	문현배	〃
6	〃	주임	송정학	〃
7	〃	전문연구위원	송영경	〃

운영위원회 명단

◎ 기획·총무·징수·급여·장기요양상임이사, 정책연구원장, 지역본부장(6)

◎ 본부 부서장(19명)

연번	직 위	성 명
1	기획조정실장	장수목
2	법무지원실장	정홍기
3	총무관리실장	김백수
4	인력관리실장	조진호
5	자격부과실장	김필권
6	납부지원실장	박해용
7	징수관리실장	양인성
8	정보관리실장	정성화
9	고객지원실장	형성원
10	보험급여실장	정영숙
11	급여관리실장	현재룡
12	건강관리실장	신순애
13	재정관리실장	조준기
14	요양운영실장	백낙렴
15	요양급여실장	김덕수
16	요양심사실장	차영만
17	홍보실장	김태백
18	감사실장	전종갑
19	정책연구원부원장	용왕식

◎ 노조대표(4명)

연번	소 속	직 위	성 명
1	국민건강보험공단 직장노동조합	부위원장	전병희
2	국민건강보험공단 직장노동조합	조직국장	김주한
3	전국공공서비스노조 사회보험지부	정책위원	백영환
4	전국공공서비스노조 사회보험지부	정책위원	전형섭

직원대표(30명)

연구·추진단	소 속	직 위	성 명
건강보험 자격·부과체계 단일화 연구단	용인지사	부장	윤길중
	파주지사	부장	정영선
	대전서부지사	차장	서근산
	강남동부지사	과장	곽태형
	인력관리실	대리	전제열
진료비 청구·심사·지불체계 합리화 연구단	안양동안지사	부장	박상윤
	서울지역본부	차장	김태용
	사천지사	과장	강순철
	강서지사	과장	김회선
	하남지사	과장	신정흠
예방·건강검진·증진체계 확립 연구단	태백정선지사	차장	최인국
	안성지사	과장	방옥배
	부산진구지사	과장	김현삼
	대전지역본부	과장	이부용
	부산지역본부	대리	한미정
노인장기요양보험 개선 추진단	강서지사	차장	송명진
	창원중부지사	과장	신문섭
	대구지역본부	대리	최준용
	남양주가평지사	대리	장미희
	구리지사	대리	김용호
조직문화 및 복리 개선 추진단	강북지사	차장	이명수
	인사제도개선추진단	차장	전미화
	광주북부지사	과장	전영찬
	정보관리실	주임	윤철수
	대구북부지사	과장	백우진
건강보험 미래발전전략 연구단	부산남부지사	부장	김광수
	전주북부지사	부장	임동하
	보험급여실	차장	한성옥
	구미지사	과장	윤광진
	건강관리실	과장	천광훈

쇄신위원회 사무지원

◎ 총괄간사 : 기획상임이사 박병태

연번	소 속	직 위	성 명
1	기획조정실	실장	장수목
2	기획조정실 경영전략부	부장	김대용
3	〃	차장	남동희
4	〃	차장	김은호
5	〃	차장	조성탁
6	〃	차장	이정수
7	〃	차장	박동일
8	〃	과장	박규락
9	〃	과장	조준연
10	〃	과장	이재용
11	〃	대리	안희진
12	〃	주임	이하나

자문위원회 명단

연번	성 명	소속 및 직위	전문분야
1	김원식	건국대학교 사회과학부 경제학 전공교수	사회보험
2	이규식	연세대학교 보건행정학과 교수	보건정책, 복지정책
3	사공진	한양대학교 경상대학 경제학부 교수	보건 후생경제
4	정기택	경희대학교 의료경영학과 교수	의료경영, 의료산업
5	김재진	한국조세연구원 선임연구위원	조세정책
6	옥동석	인천대학교 무역학부 교수	보험재정
7	이택관	한국환경공단 감사	보건정책
8	조재국	한의학정책연구원 원장	복지정책
9	조중근	바른사회시민회의 운영위원	보건정책
10	박윤형	순천향대학교 의과대학 예방의학교실 교수	의학, 약학
11	이선희	한국보건의료연구원 원장	건강보험, 병원경영
12	김창순	전주대 대체의학대학 기초의과학과 교수	보건복지

연번	성 명	소속 및 직위	전문분야
13	배준호	한신대학교 일본지역학과 교수	보건복지
14	신현웅	한국보건사회연구원 연구위원	보건경제
15	이상규	단국대학교 의학과 교수	의료관리
16	정우진	연세대학교 보건대학원 교수	보건경제
17	최병호	한국보건사회연구원 원장	보건경제
18	윤희숙	한국개발연구원(KDI) 연구위원	보건경제
19	윤석준	고려대 의과대학 예방의학교실 부교수	건강증진, HRA
20	조비룡	서울대 의과대학 가정의학교실 부교수	건강증진, 보건교육
21	한달선	한림대학교 명예교수(전 한림대 총장)	의료정책
22	신의철	가톨릭대 의과대학 예방의학교실 교수	의료정책, 건강증진
23	박은철	연세대학교 의학과 교수	보건정책
24	권순만	서울대 보건대학원 원장	보건정책
25	정형선	연세대 의료·복지연구소 의료정책·통계센터장	보건정책
26	박재용	경북대학교 의과대학 예방의학교실 교수	보건정책
27	신영석	한국보건사회연구원 부원장	경제학, 건강보험
28	지영건	차의과대학 예방의학과 교수	의료관리
29	이종구	서울대학교병원 대외정책실 실장	건강증진정책
30	허대석	서울대학교 의과대학 의학과 교수	신의료기술평가
31	김찬우	가톨릭대학교 사회복지학과 교수	사회복지, 등급판정
32	서영준	연세대학교 보건행정학과 교수	장기요양, 재정, 수가
33	이윤환	아주대학교 의과대학 부교수	보건관리, 노인보건
34	선우덕	보건사회연구원 선임연구위원	복지정책
35	엄기욱	군산대학교 사회복지학과 교수	복지정책

부록 3. 위원회 주요 활동일지

일자	주요 내용
2012.01.10.	◎ 「국민건강보험공단쇄신위원회」 설치·운영 기본계획 확정 – 추진배경, 방향, 구성 및 역할 등
2012.01.10. ~01.13.	◎ 운영위원 공모 – 총 95명 응모, 직원대표 30명 선정·위촉 … 1차 18명, 2차 12명
2012.01.17.	◎ 발대식 개최 … 임직원 등 300여명 참석 – 슬로건 선포(공정한 제도! 희망찬 직장! 함께하는 쇄신, 새로운 미래!) – 쇄신위원회 운영방향 설명, 운영위원 위촉장 수여 등
2012.01.19. ~01.20.	◎ 추진단별 세부운영계획 보고회 개최(2일간) – 추진방향, 추진계획, 추진일정 등 보고
2012.01.26.	◎ 전체 자문위원회 개최 – 자문위원 위촉장 수여(35명), 쇄신위원회 운영방향 설명
2012.02.17. ~02.27.	◎ 2월 실적보고회 개최(5일간) – 추진실적 보고 및 토론
2012.03.09.	◎ 전체 운영위원회 개최 – 추진상황 공유 및 의견수렴
2012.03.27.	◎ 3월 실적 보고회 개최 – 추진실적 보고 및 토론 ※ 보고서 평가단 운영 … 임원, 연구원장, 기획·감사실장, 운영위원(6) 등 15명
2012.04.05.	◎ 전체 자문위원회 개최 – 추진현황 설명, 의견수렴 및 토의 ※ 자문위원 22명 등 60명 참석

일자	주요 내용
2012.04.24. ~05.03.	◎ 4월 실적보고회 개최(4일간) – 추진실적 보고 및 토론
2012.05.18.	◎ 추진체계 변경 – 추진단 명칭을 알기 쉽게 재설정 → 대외 이해도 제고 – 연구반을 연구단으로 격상(단장 : 소관 상임이사) → 실행력 강화 • 4단 5반 → 6단 2반 ※ 법령체계 연구반, 통계체계 개선반은 현행 유지
2012.05.23. ~05.31.	◎ 5월 실적보고회 개최(7일간) – 추진실적 보고 및 토론
2012.06.08.	◎ 연구보고서 검독회 개최 – 보고서 체계 및 내용 검토·보완 ※ 10명 참여 … 기획조정실 5명, 정책연구원 5명
2012.06.21.	◎ 전체 자문위원회 개최 – 연구결과 설명, 의견수렴 및 토의 ※ 자문위원 20명 등 60명 참석
2012.06.22.	◎ 쇄신위원회 전체회의 개최 – 개선방안, 추진전략 등 연구결과 설명 및 공유 ※ 임원, 노조대표, 운영위원 전원, 지역본부장 등 300여명 참석
2012.06.27.	◎ 연구보고서 검독회 개최 – 보고서 체계 및 내용 검토·보완 ※ 12명 참여 … 기획상임이사, 정책연구원장, 기획조정실 5명, 정책연구원 5명
2012.07.11. ~07.12.	◎ 연구결과 자문위원 설명회 개최 ※ 자문위원 11명

발간등록번호
11-B550928-000050-01

"의료비 걱정 없는 세계 1등 건강나라"를 위한

「실천적 건강복지 플랜」

국민건강보험공단쇄신위원회 활동보고서

2012.07

1편 건강복지 플랜의 개요

발행일 2012년 7월

발행인 국민건강보험공단

편집인 국민건강보험공단쇄신위원회

발행처 국민건강보험공단
서울특별시 마포구 독막로 311(염리동)

대표전화 1577-1000 / FAX: 02)3270-9456

홈페이지 www.nhic.or.kr

정가 : (별쇄본 세트) 15,000원

ISBN : 11-B550928-000050-01

불법복사는 지적재산을 훔치는 범죄행위입니다.
저작권법 제 97조의 5(권리의 침해죄)에 따라 위반자는
5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처하거나
이를 병과할 수 있습니다.