

# 한국의 보건의료개혁

Korean version of  
**Health-Care Reform in Korea**  
(Economics Department Working Papers No. 797)

한국의 보건의료개혁은 OECD에서 아래의 제목의 영어로 발간하였습니다.

Health-Care Reform in Korea. Economics Department Working Papers No. 797. By Randall S. Jones.

이 보고서 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.

본 한국어판은 파리의 OECD와 계약에 의해 발간되었으며, 저작권은 OECD대한민국정책센터에 있습니다.

한국어 번역의 품질 및 원본과 일치 여부는 OECD대한민국정책센터의 책임 하에 있습니다.

ECONOMICS DEPARTMENT

Economics Department Working Papers No. 797

한국의 보건의료개혁  
Health-Care Reform in Korea

저자 : Randall S. Jones

# 개요

## 한국의 보건의료개혁

한국의 보건의료제도는 건강상태를 현저하게 향상시키는데 기여했지만, 높은 환자 본인부담금과 공적 건강보험의 보장성을 제한함으로써 보건의료비 지출은 OECD 국가 중 가장 낮은 수준으로 유지되었다. 그러나 현재 보건의료비 지출은 OECD 국가 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있다. 특히 급속한 고령화로 인한 지속적인 비용상승 압력이 작용하는 상황에서 지불제도의 개혁, 약제비 절감, 병원에서 장기요양서비스로의 전환, 건강한 노화의 장려, 게이트키퍼<sup>gatekeeper</sup>의 도입을 통해 효율성을 향상시키는 것이 중요하다. 인구가 고령화되면서 사회보험 급여에 대한 과도한 의존은 고용을 저해하는 요인이 될 것이기 때문에 세금기반의 재원조달 비중을 늘리는 동시에 의료비 지출을 억제하는 효과적인 대책마련이 필수적이다. 높은 본인부담금을 고려했을 때, 저소득 가구에게 충분한 접근성을 보장하는 조치가 우선 필요하다. 투명성제고, 병원 부문의 구조조정 촉진, 의사 수 증대를 통해 의료의 질을 개선해야 한다.

본 연구보고서는 2010 OECD 한국 경제보고서<sup>2010 OECD Economic Survey of Korea</sup>와 관련 있다. ([www.oecd.org/eco/surveys/korea](http://www.oecd.org/eco/surveys/korea))

JEL 분류: I1

키워드: 한국의 보건의료, 국민건강보험<sup>NHI</sup>, 민간 건강보험, 장기요양, 의료비지출, 병원, DRG 포괄 수가지불제도, 일반의약품, 건강한 노년, 보건의료 재원조달, 의약분업<sup>Separation Reform</sup>, 의보통합<sup>Integration Reform</sup>, 의약품, 본인부담금, 의사

© OECD2010

본 보고서의 전문 또는 일부의 복사 및 번역에 대한 신청은 OECD 출판부로 문의바람.

(Head of Publications Service, OECD, 2 rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France)

# 목차

한국의 보건의료 개혁 .....	5
한국의 보건의료제도 개요 .....	6
민간부문 재원조달의 중요한 역할 .....	6
보건의료 제공자 .....	9
의약품 .....	11
노년층을 위한 장기요양 .....	12
의료비지출 증가를 억제하기 위한 효율성 제고 .....	15
행위별 수가제에서 벗어난 지불제도의 개혁 .....	17
의약품 비용의 절감 .....	19
병원에만 의지하지 않는 장기요양 서비스로의 전환 .....	20
건강한 노년 장려 .....	22
게이트키퍼 <sup>gatekeeper</sup> 의 도입 .....	23
보건의료의 재원조달 방법 .....	24
보건의료의 적절한 접근성 보장 .....	26
보건의료의 질 개선 .....	29
결론 .....	30
참고문헌 .....	31
워킹페이퍼 .....	33

## 표

1. 한국의 보건의료 재원조달 .....	7
2. 2007년 보건의료 서비스의 국제적 비교 .....	11
3. 주요 국가의 의약품 이용 .....	14
4. 장기요양 보험의 확대 .....	15
5. 한국의 보건의료 서비스 불만족의 이유 .....	28

## 그림

1. OECD 국가에서 평균수명이 가장 많이 증가한 한국 .....	5
2. OECD 국가에서 세번째로 낮은 한국의 GDP 대비 의료비 비중 .....	6
3. 한국의 보건의료체계 .....	8
4. OECD 최하위권인 한국의 의료비 지출 중 공공부문의 비중 .....	9
5. NHI에서 근로자와 자영업자의 비교 .....	10
6. 유난히 높은 한국의 의사 수진횟수 .....	12
7. 최근 급증한 한국의 의료비 지출 .....	16
8. OECD 국가에서 가장 급속한 고령화가 예상되는 한국 .....	16
9. 소비자물가지수 대비 의료비지출의 증가 .....	17
10. 시설기반 장기요양의 국제적 비교 .....	21
11. 담배세 및 소비 .....	23
12. 2005년 공공 사회지출 및 조세부담의 국제적 비교 .....	26
13. 임금에 대한 조세부담의 변화 .....	27
14. 보건의료의 본인부담금 .....	27

**박스**

박스1. 의보통합: 단일 지불자의 탄생 ..... 10  
박스2. 의약분업: 의약품 제도의 변화 ..... 13  
박스3. 보건의료체계 개혁 요약 ..... 30

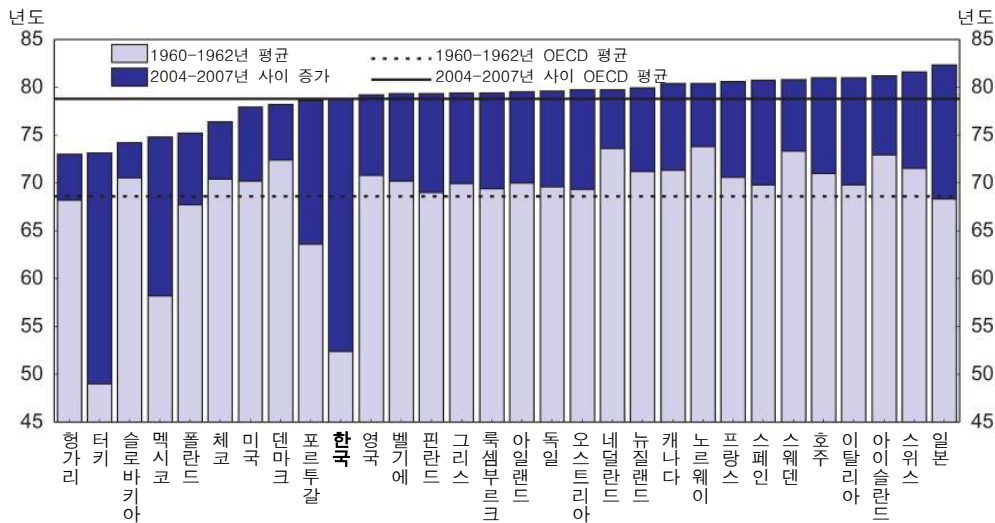
# 한국의 보건의료 개혁

랜달 S. 존스<sup>1</sup>Randall S. Jones

한국의 보건의료 확대는 급속한 경제 발전을 반영한다. 1977년 대기업 근로자들 대상으로 처음 도입되었던 법정 의료보험은 1980년에는 총 의료비지출의 20%를 차지하였는데, 이는 OECD에서 가장 낮은 수치를 기록했다. 1989년에는, 환자 공동부담 방식이기는 했지만 모든 국민이 언제 어떤 시설에서도 치료를 받을 수 있도록 적용대상이 전국민<sup>2</sup>으로 확대되었다. NHI의 급여 범위를 제한하고 의료 수가를 낮은 수준으로 유지함으로써 전국민의료보험을 급속도로 달성할 수 있었다.

보건의료 접근성 증가로 인해 건강상태가 향상되고 의료비 지출이 뚜렷하게 증가했다. 한국은 OECD 국가 중 일인당 소득이 22위였지만, 1960년 OECD 국가에서 두 번째로 낮았던 평균 수명은 28년 증가하여 OECD 평균과(그림1) 비슷한 수준이 되었다. 이러한 평균수명의 증가는 1970년 1,000명 당 45명이었던 영아 사망수가 OECD 평균 미만인 4.4명으로 감소한 것에 일부 기인한다. 한편, 주요 사망원인도 전염병에서 만성질환과 생활양식 관련 질병으로 바뀌었다. 이러한 주요 개선은 의료비 지출을 OECD 평균 이하로 유지하면서 달성한 것이었다(그림 2).

그림 1. OECD 국가에서 평균수명이 가장 많이 증가한 한국



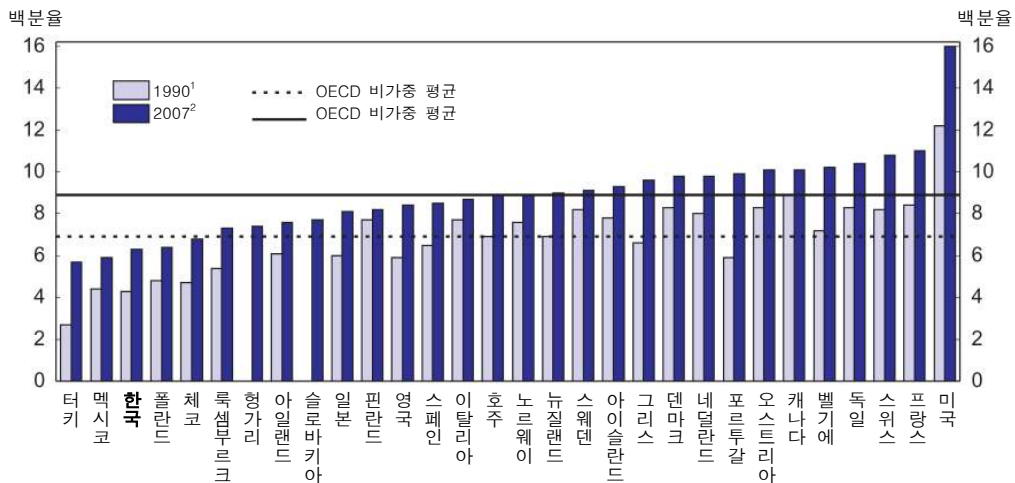
출처: OECD Health Database(2009)

- 1 랜달 S. 존스는 OECD 사무국 한국-일본 경제담당 책임자이다. 본 보고서는 경제·발전 검토위원회 Economic and Development Review Committee의 책임하에 2010년 6월 출판된 OECD 한국경제보고서 OECD Economic Survey of Korea에 실린 내용이다. 저자는 초고에 대해 견해를 주신 프란체스카 콜롬보Francesca Colombo, 앤드류 딘Andrew Dean, 로버트 포드Robert Ford, 이사벨 주마드Isabelle Joumard, 빈센트 코엔Vincent Koen, 발레리 파리스Valérie Paris, 마사히코 쓰쯔미Masahiko Tsutsumi, 병서 유Byungseo Yoo에게 감사할 전한다. 특히 기술적 지원을 해주신 루테시아 다니엘Lutécia Daniel, 편집을 해주신 나다인 두포Nadine Dufour와 파스칼 할림Pascal Halim께도 감사드린다.
- 2 최초의 법정 의료보험 제도는 근로자 500인 이상 사업장을 대상으로 실시되었다. 의료보험 보장은 점차적으로 중소기업, 최종적으로 농촌 및 도시 지역의 자영업자에게까지 확대되었다(Jeong, 2005).

본 보고서에서는 우선 보건의료제도의 개요를 살펴본 뒤, 다음의 주요 도전과제들을 다루고 있다.

i) 지난 10년간 OECD 국가에서 가장 빠른 성장세를 보이고, 급속한 고령화의 지속적인 압력을 받고 있는 한국의 의료비지출 증가를 완화하기 위한 효율성 향상 및 NHI 급여 보장의 확대, ii) 지속가능성을 보장하기 위한 보건의료 재원조달의 개선, iii) 환자 본인부담 의존도가 높은 제도에서 보건의료 접근성의 보장 및 iv) 소득수준 증대에 따른 의료서비스의 질 향상. 본 보고서는 박스 3의 권고안 요약을 통해 결론을 제시한다.

그림 2. OECD 국가에서 세번째로 낮은 한국의 GDP 대비 의료비 비중



1. 자료 이용이 불가하여 슬로바키아와 헝가리 제외.  
 2. 2005년 터키, 2006년 일본, 룩셈부르크, 포르투갈 제외  
 출처: OECD Health Database(2009).

## 한국의 보건의료제도 개요

### 민간부문 재원조달의 중요한 역할

비영리기구인 국민건강보험은 인구 전체를 위해 보험에 가입된 의료서비스를 구매한다(그림 3). 제공자들은 보험적용 서비스에 적용되는 균일한 수가에 따라 행위별 수가제를 기준으로 보상 받는다. 보건의료의 재원조달은 NHI를 통한 공적자금과 민간부문의 지출이 거의 동등한 비중을 차지한다.

- 2008년 NHI에 대한 사회보험의 기여금은 총 의료비의 38.6%를 차지했다(표1). 이는 기업, 종업원 및 자영업자가 의무적으로 납부한 보험료를 포함한다. 보험가입 근로자(인구의 62.5%<sup>3</sup>)가 부담하는 5.33%의 보험료는 고용주와 근로자가 절반씩 부담한다. 보험에 가입한 자영업자와 그들의 부양가족(인구의 34.2%<sup>4</sup>)의 경우 재산, 소득, 자동차소유, 연

3 고용주 기반의 보험(employer-based insurance)은 종업원의 부양가족(배우자, 부모, 자녀 및 형제)을 포함하기 때문에 인구의 절반 이상을 보장해준다. 한달 근로 시간이 80시간 미만인 비정규직이나 임시직 종사자들, 고용기간이 1개월 미만인 일용직 노동자들은 고용주 기반의 보험에서 제외된다.

4 고용주 기반의 보험에서 제외된 사람도 포함. 인구의 3.3%는 정부가 재정지원하는 저소득층을 위



령 및 성별<sup>5</sup>을 고려한 공식으로 보험료를 산정한다.

- 정부 재원은 16.9%를 차지했다. 정부 보조금은 자영업자를 위한 보험료의 절반과 저소득층을 위한 의료급여제도(Medical Aid Programme)의 보장을 받는 인구 3.3%의 보험료에 사용되었다.
- 보험 비적용 서비스에 대한 본인부담금은 21%를 차지했다. 초음파 검사와 같은 일부 서비스에 대해서는 환자가 전액 부담한다. 보건 의료 서비스 제공자들은 NHI가 보장하지 않아 가격 규제대상이 아닌 신규 서비스와 첨단기술을 도입하려는 경향이 있다. 이러한 서비스들은 경쟁적인 상황에서 시장기반 가격으로 제공된다.
- 보험적용 서비스에 대한 본인부담금은 총 비용의 13.7%를 차지했다. 입원치료에 대한 본인부담률은 20%이다. 입원치료에 대해 본인부담을 요구하는 10개의 OECD 국가 중에서 한국을 포함한 2개국만이 본인부담금을 고정가가 아닌 비용에 대한 비율로 책정한다. 외래치료의 경우 본인부담률<sup>6</sup>은 본인부담을 요구하는 OECD 20개국 중 가장 높은 수준인 30-60%였다.

표 1. 한국의 보건 의료 자원 조달  
총 금액 중 백분율

	1980	1990	2000	2001	2005	2007	2008
전체 공공부문	20.1	36.5	44.9	51.7	52.1	54.9	55.5
정부재원	15.0	13.3	19.3	24.1	15.9	18.3	16.9
사회보험급여 <sup>1</sup>	5.1	23.2	25.6	27.7	36.1	36.6	38.6
고용주와 근로자	5.1	15.8	14.7	17.1	26.4	27.9	29.7
자영업자와 기타	0.0	7.4	10.9	10.6	9.8	8.8	8.9
전체 민간부문	79.9	63.5	55.1	48.3	47.9	45.1	44.5
보험 비적용 서비스에 대한 환자 부담	72.1	47.8	31.4	25.4	25.1	22.0	21.0
보험적용 서비스에 대한 환자 본인부담	3.4	10.4	14.5	14.4	13.9	13.7	13.7
민간보험	0.7	2.0	4.7	3.8	3.9	4.1	4.4
기업 납입금	3.2	2.7	4.1	4.2	4.6	4.8	4.6
가계에 서비스를 제공하는 비영리시설	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.7
총계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

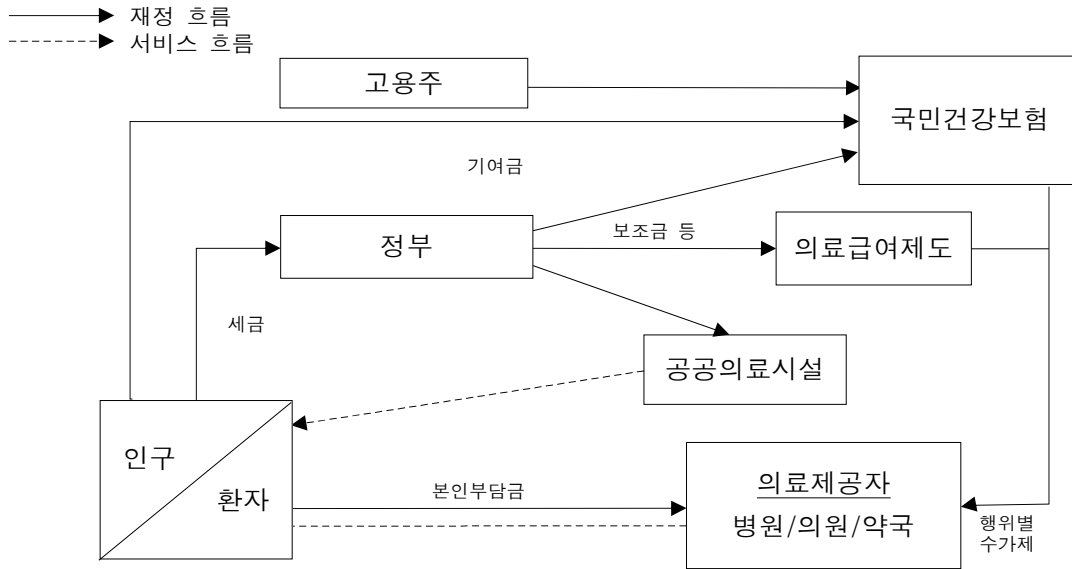
1. NHI에 근로자와 자영업자가 직접 납입한 보험료만 포함. 담배세와 “사회보장기금을 위한 기타 재원”을 포함한 모든 기타 공적기금은 모두 “정부 재원”에 포함되었음.

출처: OECD Health Database(2009) 및 2008년의 경우 Jeong(2010)

한 의료급여제도의 보장을 받는다. 수령자의 절반 정도는 본인부담을 해야 할 의무가 있다.

- 5 기여금 액수는 i) 오지에 사는 사람들의 경우 50% 감소했고, ii) 시골 지역에서는 22% 감소하였으며, 저소득층 보험가입자의 경우 10-30% 감소하였다. 그리고 iv) 65세 이상 인구와 장애인을 부양하는 사람의 경우 30% 감소했다.
- 6 상급 종합병원의 경우 본인부담 비율은 60%, 종합병원의 경우 50%, 병원의 경우 40%, 의원과 공공의료시설의 경우 30%이다. 시골지역의 경우 이 비율은 종합병원 45%, 병원 35%로 낮아진다. 병원에서 본인부담 비율이 높은 것은 환자들이 병원에 가기 전에 먼저 의원을 찾도록 장려하기 위함이다.

그림 3. 한국의 보건의료체계



출처: 보건복지가족부

- 민간보험은 총 비용에서 4.4%를 차지했다. 이 중 자동차사고 보험이 절반을 차지했다. 또한 민간 보험으로 본인부담금과 보험 비적용 서비스에 대한 비용의 80~90%를 지불할 수 있다. 2008년 인구의 76%가 보충적 민간보험<sup>7</sup>에 가입하고 있었다.
- 회사의 자발적 부담은 총 비용의 4.6%를 차지했다.

사회보험급여와 정부보조로 이루어진 공공부문의 비중이 1980년 20%에서 2008년 55.5%로 상당히 증가했지만, OECD 국가에서 세 번째로 낮은 수준이다(그림4).

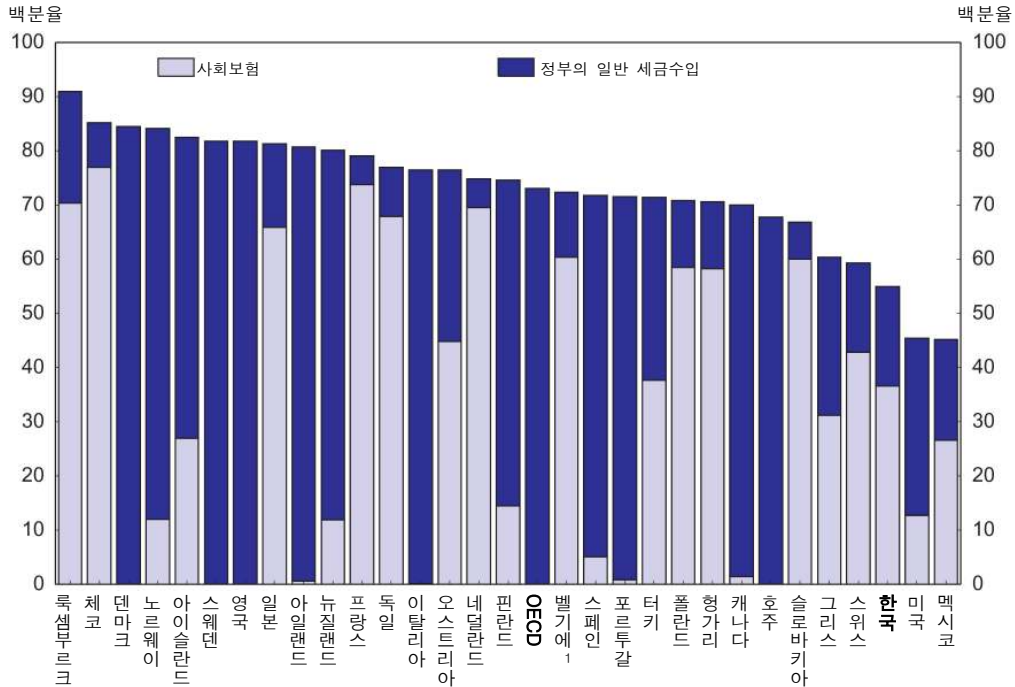
민간부문 재원에 대한 과도한 의존은 여러가지 요인으로 설명할 수 있다. 첫째, 한국은 1977년 급여혜택의 보장범위를 제한하면서 1977년 NHI 를 도입한지 12년 만에 전국민의료보험 universal coverage 을 달성했다. 1980년 보험 비적용 서비스에 대한 환자의 부담이 총 의료비지출의 거의 4분의 3에 달했다(표 1). 전국민의료보험을 달성하면서 그 비율은 50%로 줄어들었고, NHI 급여 혜택이 확대되어 더 많은 서비스를 보장하면서 그 비율은 25%로 줄어들었다. 하지만 다른 국가와 비교했을 때, 보험 비적용 서비스에 대한 부담은 여전히 크다. 둘째, 앞서 설명했듯이 본인부담 비율이 높다. 사회문제에 대한 개인의 책임과 정부의 제한된 개입의 전통을 반영하는 이 두 가지 요인으로 정부는 급속한 경제성장 촉진을 위해 기여금 비율을 낮은 수준으로 유지하려는 목표를 달성할 수 있었다.

또한 1977년 도입된 “수가 고시제 official notification system”에 따라 매년 정부가 책정하는 의료수가의 제한된 인상은 기여금 부담을 상향조정의 필요성을 억제시켰다. 수가 고시제는 2000년 의보통합 Integration Reform (박스1) 이후 NHI와 의사, 병원, 약국, 간호사 대표자 간 연례 협상으로 대체되었다. 그러나 의료제공자들은 의료수가 상승이 너무 제한되어 있어 가까스로 의료제공 비용을 충당할 수 있는 수준이라고 불평했다(Kwon, 2003c). 병원과 의사들은 수가 규제대상이 아닌 NHI가 보장하지 않는 서비스를 제공하려는 경향이 있다. 또한 의사와 병원은 NHI의 보장이 확대되면

7 암과 같은 중대질병에 대해 보험금을 일괄지급하는 특정질병보험 시장도 크다.

더 많은 의료서비스가 의료수가 규제 구조로 편입되기 때문에 NHI 보장 확대에 반대한다.

**그림 4. OECD 최하위권인 한국의 의료비 지출 중 공공부문의 비중**  
2007년 또는 최근연도의 총 비용 중 공공부문 보건의료비 지출 백분율



출처: OECD Health Database(2009)

### 보건의료 제공자

보건부문은 실제 이익 극대화를 추구하는 민간부문 서비스 제공자들 사이의 경쟁을 바탕으로 발전했다. 의사의 90% 이상이 민간 의원 또는 병원에서 일하고 있다.<sup>8</sup> 또한 병원과 의원의 96%가 민간 소유이며, 이들이 병상의 90%를 보유하고 있다. 민간병원과 의원은 공립병원보다 더 많은 보험비적용 서비스를 제공하고 의료서비스 가격도 높지만, 기본적으로는 공립병원과 동일한 서비스를 제공한다. 또한 많은 외래환자를 취급하는 병원과 입원치료를 제공하는 일부 의원 간 경쟁도 치열하다.<sup>9</sup> 인구대비 급성치료 병상수는 OECD 평균의 거의 두 배에 달했다(표2). 더욱이 터키를 제외한 모든 국가에서 인구대비 병상수가 감소했지만, 한국의 경우 1996년 이래로 거의 80% 증가했다. 민간병원의 설립은 이제까지 엄격한 통제를 받지 않았다.<sup>10</sup> 한국의 보건의료의 또 다른 두드러진 특징은 평균재원일수가 OECD 평균인 6.6일에 비해 10.6일로 길다는 것이다. 긴 재원일수는 행위별 수가제에 내재하는 유인동기(incentives)를 반영한 것이다.

8 병원부문은 상급 종합병원, 종합병원(병상수 100개 이상)과 병원(병상수 30개 이상)으로 구분할 수 있다. 상급종합병원은 의뢰서(referral)를 요구한다.

9 2005년 조사에 따르면 보험 비적용 입원 서비스에 대한 본인부담금이 병원의 경우 총 의료비의 23%, 의원의 경우 10%를 차지했다. 외래진료 서비스의 경우 본인부담금 비중은 각각 23%와 8%였다.

10 의사들의 사업 기회를 창출하고자 하는 의지도 병상수가 많은 것의 원인 중 하나이다. 의사들은 자신의 의원을 소유하기를 원하고, 입원환자 서비스를 추가제공하기를 원한다.

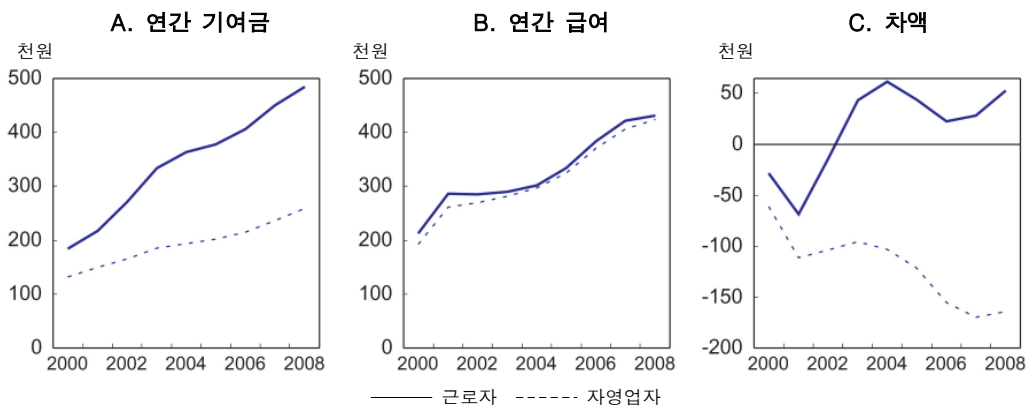
### 박스 1. 의보통합: 단일 지불자의 탄생

2000년 정부는 의보통합과 의약분업이라는 두 가지 주요 사업주도에 착수했다.<sup>1</sup> 2000년까지 NHI는 직장(근로자를 위한) 또는 지역(자영업자를 위한)을 기반으로 한 350개의 준 공공 건강 보험조합으로 구성되었다. 모든 보험조합은 법에 명시된 동일한 급여혜택을 제공했다. 보험 가입자는 보험회사를 선택할 수 없었기 때문에 경쟁의 가능성이 배제되었다. 이 제도에는 몇 가지 문제가 있었다. 첫째, 동일한 급여혜택에 대한 상이한 보험료는 수평적 불평등을 야기했다. 둘째, 자영업자를 위한 건강보험은 만성적인 재정압박에 시달렸다. 셋째, 보험회사의 영세한 규모로, 규모의 비경제성(diseconomies of scale)과 높은 행정비용이 발생했다(Shin, 2006).

2000년 모든 보험회사는 NHI의 단일지불자로 통합되었고 그 결과 행정비용은 줄어들었다. 개혁 이전 보험회사의 행정비용은 총 비용의 4.8%에서 9.5% 정도를 차지했다. 2006년 통합된 NHI에서 그 비율은 4%로 줄어들었다(Kwon, 2009c). 또한 리스크 공동대처(risk-pooling)의 효율성 측면에서 단일 제공자가 유리했다. 게다가 단일 지불자 제도는 독점적인 보건서비스 구매자로서 커다란 교섭력을 가져왔다. 단일 보험자의 독점적인 행태는 효율성을 저하시킬 수 있지만, 2000년 이전에도 소비자의 선택권이 없었다는 사실은 경쟁 측면의 상실도 없다는 것을 의미한다.

의보통합은 근로자들 간 형평성을 개선했지만, 근로자와 자영업자 사이의 형평성을 향상시킨 것은 아니었다(Kwon and Reich, 2005). 사실, 2000년 이후 자영업자들보다 근로자들의 기여금이 더 빠르게 증가했다. 2000년에는 자영업자보다 근로자들이 40% 더 많은 기여금을 냈지만, 2008년경에는 87%로 증가했다(그림5). 반면 자영업자에 대한 혜택은(도표B)(실질 연간 비율 10%) 근로자에 대한 혜택(9%)보다 약간 빠르게 상승했다. 그 결과 근로자 기여금은 급여를 넘어서면 반면, 자영업자의 경우, 기여금으로 61%를 충당하고(도표C) 차액은 정부 보조로 부담했다. 보조금을 삭감하는 것이 정부의 개혁 목적 중 하나였지만, 실질적으로 2000년 이후 정부 보조금은 두 배로 증가했다.

그림 5. NHI에서 근로자와 자영업자의 비교  
2000년 가격으로 인당 1000원(부양가족 포함)



출처: 국민건강보험공단(2009a).

1. 1997년 위기 이후에 친 개혁적인 분위기와 김대중 대통령의 리더십, 비정부기구의 강력한 지지로 한국은 보건 의료개혁에 대한 혁신적인 접근이 가능했다. 그러나 세 번째 주요 개혁이었던 질병군 별 포괄수가제(Diagnostic-Related Group payment system)은 거부당했다.

표 2. 2007년 보건 의료 서비스의 국제적 비교<sup>1</sup>

	병상수 <sup>2</sup>	평균재원일수	의사수 <sup>2</sup>	의과대학 졸업생 수 <sup>3</sup>	간호사 수 <sup>2</sup>	간호대학 졸업생 수 <sup>3</sup>
한국	7.1	10.6	1.7	9.0	4.2	30.1
OECD 평균	3.9	6.6	3.1	9.9	9.6	35.5
상위권 국가	8.2	19.0	5.4	21.7	31.9	85.6
하위권 국가	1.0	3.5	1.5	5.5	2.0	8.6

1. 또는 가용한 최근년도

2. 인구 1000명 당

3. 인구 10만명 당

출처: OECD Health Database(2009).

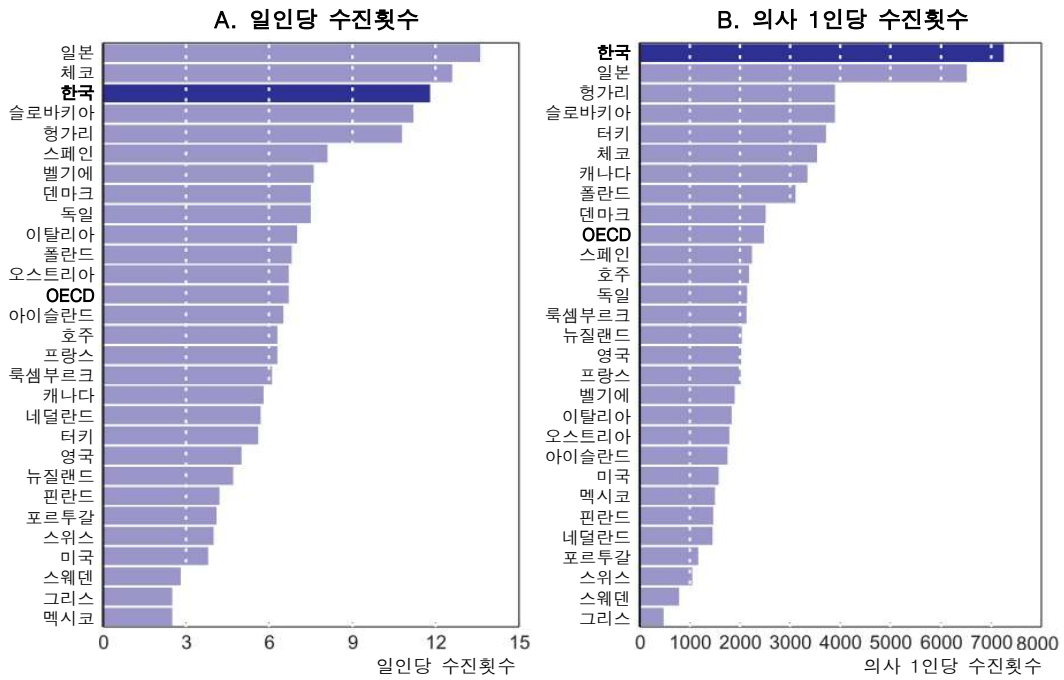
한국에서 병상이 충분하게 공급되는 것과는 대조적으로 의료 종사자수는 극히 낮은 수준이다. 사실, 인구대비 간호사 수는 OECD 평균의 절반에도 못 미치는 수준이다(표2). 의사 수는 인구 1000명당 1.7명으로 OECD 국가에서 최하위권이다. 또한 의과대학 졸업생 수는 정부가 결정하는데, OECD 평균보다 낮고(인구대비) 이는 한국 인구에 대한 의사의 비율이 앞으로 수도권 밖에서 특히 농촌 지역에서 상당 시간 동안 낮은 수준에 머무를 것이라는 것을 암시한다. 의사 진료횟수가 많은 것도 의사부족 문제를 더욱 심화시킨다. 일인당 평균 의사 방문횟수는 1978년 3.7회에서 거의 OECD 평균의 두 배에 가까운 12퍼센트로 늘어났다(그림 6).<sup>11</sup> 그 결과 2007년 의사 일인 당 진료횟수는 OECD 평균의 세 배 이상인 7,000건을 기록하여 의사들의 스트레스와 초과근무를 초래했다.

### 의약품

의약분업개혁이 약제비 지출 감소를 목표로 하고 있었지만, 2001년과 2006년 사이에 약제비 지출은 연평균 10% 증가했다(박스2). 정부는 2006년 약제비 지출 증가를 둔화시키기 위해 “약제비 적정화 방안 Drug Expenditure Rationalisation Plan”을 도입했다. 첫째, NHI에서 보상 가능한 신약의 추가에 대해 비급여목록제도(negative list)에서 선별등재목록제도(positive list)로 전환하고 경제성 평가를 통해 신약 추가 기준을 강화했다. 둘째, 건강보험심사평가원(Health Insurance Review and Assessment Service, HIRA)은 모든 기존 약제에 대해 향후 5년간 비용효과성을 시험하는 계획을 수립하고 있다. NHI에서 보상하는 약제 수가 23,000개에서 15,000개로 줄어들었으며, 현재도 진행되고 있다. 셋째, 신규 약제 가격 책정이 기존 주요 국가의 가격을 참고해서 결정하던 제도에서 NHI와 제약회사들 사이에 협상하여 결정하도록 바뀌었다. 넷째, 제네릭(generics)에 대한 제도가 변경되었다. 제네릭이 처음 등록되면, 오리지널 의약품(originator drug) 값은 20% 감소한다. 그리고 제네릭의 가격은 오리지널 의약품 가격의 68%로 책정된다. 정부는 제네릭 사용을 장려하기 위한 어떠한 유인책도 제공하지 않는다. 오리지널 의약품을 제네릭으로 대체하기 위해서는 환자의 동의와 의사의 사전 승인이 필요하다. 2008년 평균적으로 제네릭은 오리지널 의약품 가격의 72%로 국제적 기준에 비추어 봤을 때 높은 수준을 보였고, 총 약제비 급여보상의 38%를 차지했다. 이는 제네릭이 전체 규모 면에서 시장의 절반을 차지하고 있다는 것을 의미한다.

11 이는 또한 의사들이 행위별 수가제도 내에서 수입을 늘리기 위한 의사들의 노력을 반영한다.

그림 6. 유난히 높은 한국의 의사 수진횟수



출처: OECD Health Database(2009).

### 노년층을 위한 장기요양

2007년 장기요양에 대한 공공지출은 GDP의 0.2%에 불과해서 자료수집이 가능한 유럽 9개국 평균 1.5% 보다 훨씬 낮은 수준이다. 한국에서 지출이 이렇게 낮은 것은 상대적으로 젊은 인구와 비공식적인 가족 돌봄에 대한 의존성을 반영한다. 그러나 자녀와 함께 사는 노인의 비율이 1981년 80%에서 2008년 29%로 줄어들고, 여성의 노동시장 참여율이 지속적으로 증가하면서 가족 기반의 돌봄 가용성은 줄어들고 있다. 가족 기반의 돌봄전통을 고려했을 때, 공식적 돌봄 서비스의 가용성은 제한적이다. 결과적으로 급성기 환자 진료 병원이 공식적 돌봄서비스에 대한 수요 증가를 부분적으로 충족시켜 주고 있으며, 이는 한국의 상대적으로 긴 재원일수를 설명해준다(표 2). 사실 2009년 인구의 10.6%인 노인인구가 입원환자 진료 비용의 40%를 차지했다.

## 박스 2. 의약분업: 의약품 제도의 변화

2000년 이전에는 의사들의 수입 중 환자에게 직접 약품을 판매하여 얻는 수입이 상당했다.<sup>1</sup> 사실 가정의학과, 내과, 피부과와 같은 몇몇 전문의의 경우 의약품 판매 수입이 총 수입의 40% 이상을 차지했으며 의약품 판매가 병원수입의 40% 이상을 차지하기도 했다. 원칙적으로는 NHI가 보상해주는 가격과 의사들이 의약품 제조업체 및 도매상에서 구입하는 가격의 최대 차액은 24%지만, 이것이 적극적으로 장려된 것은 아니었다.(Kwon, 2003a). 의사들은 가장 효과적인 고품질의 약 보다는 NHI 급여 가격보다 의약품 제조업체들이 상당 폭 할인된 가격으로 제공하는 의약품을 큰 폭의 마진을 남기고 판매하려는 경향이 있었다. 의약품 제조업체들과 도매상들 사이에서 가격담합이나 리베이트와 같은 불공정하고 불법적인 마케팅 활동이 만연했다. 국내에 총 450 제약업체들 가운데 3분의 2가 근로자 100인 미만의 회사였으며, 이들 제약업체들은 복제 약품을 생산하여 의사들에게 할인된 가격으로 판매하면서 생존했다(Kwon and Reich, 2005).

그러나, 의사들의 재정적인 이익은 약물 오남용을 부추길 수 있기 때문에 꼭 환자에게 최선의 선택은 아닐 수도 있다. 2000년 한국에서 처방약과 처방전이 필요 없는 일반약(over the counter drug) 약제비는 OECD 평균 17%를 상회하는 24%를 차지했다. 낭비적인 지출만 문제인 것이 아니라, 항생제 남용으로 약의 질병퇴치 효과도 떨어졌다. 또한 처방 및 조제 통합제도는 환자의 처방약에 대한 정보의 접근성을 제한했다.

2000년 의약분업은 보건의료의 전문성을 촉진시켰다. 개혁을 통해 약품은 의사의 처방을 받아 약국에서 구입해야 하는 “전문의약품”과 약국이 직접 판매할 수 있는 “일반의약품”으로 구분되었다. 약품 남용 감소, 보건의료의 질 개선, 환자의 정보권 확대, 제약업계의 효율성 향상이 개혁의 목표였다. NHI의 도입, 소득수준의 향상으로 환자들이 점점 더 약국에서 판매하는 약에 의존하기 보다는 의원이나 병원을 찾았기 때문에 약사들은 개혁을 찬성했다. 의료제도를 마비시켰던 전국적 파업을 벌이며 의사들이 의약분업에 반대한 것도 당연하다.<sup>2</sup> 의사들의 소득손실을 보상해주기 위해 1999년 11월과 2001년 1월 사이에 의료수가를 49%가 인상했고, 그 결과 NHI는 2001-2002년 재정위기에 빠졌다.<sup>3</sup> 또한, 의사들의 파업으로, 정부는 예정된 개혁을 의사들에게 유리하게 수정하였다. i) NHI에서 비처방약 대비 처방약의 비율을 늘렸고, ii) 의사들의 신약처방권을 보호했고, iii) 주사약을 개혁에 포함시키려던 계획을 철회했으며<sup>4</sup>, iv) 제네릭의 가격을 통제하는 방향으로 수정했다. 원래 개혁을 수정하면서 개혁의 효과는 줄어들었다.

의약분업은 예상대로 약물소비 감소에 도움이 되었다. 외래 항생제 처방 비율이 2000년 56%에서 2007년 30%로 감소하면서 전체 항생제 사용의 30% 감소 결과를 가져왔다. 또한 처방 건수 당 약의 개수가 2000년 5.9에서 2005년 4.1로 감소했고 여전히 그 수준을 유지하고 있다(Jeong, 2009). 하지만 처방건 당 약의 개수는 OECD 국가들 평균인 2개에 비하면 여전히 높은 수준이다(표3). 급성상기도염에 대한 처방약의 개수가 예외적으로 높은 것도 그 원인 중 하나이다. 또한 OECD 국가들과는 반대로 한국에서는 어른들보다 아이들의 처방전에 약물 종류수가 더 많았다. 상급병원보다는 의원에서 처방 건수가 더 많았는데, 이는 상당 수의 처방은 의원에서 쉽게 치료할 수 있는 소소한 건강 문제와 관련되었다는 것을 나타낸다.

하지만 여전히 2001년 이래로 약제비 지출은 지속적으로 증가하여 총 의료비 지출 중 약제비 지출의 비중이 OECD 평균인 14.5%보다 훨씬 높은 25%를 차지했다. 2007 정부 연구에 따르면 병원 방문 시 처방하는 약물 종류 수의 감소보다 약제비 지출이 더 큰 것은 몇 가지 원인에 기인한다. i) 55%는 처방 건 별 복용일 수 증가의 결과였고, ii) 20%는 처방일 당 약제비가 증가했기 때문이고(즉, 고가의 약물로 전환), iii) 18%는 병원 방문 횟수의 증가 때문이었으며, iv) 7%는 환자수의 증가 때문이었다. 고가의 약으로의 전환은 의사들이 자신이 직접 약물을 판매할 때와 마찬가지로 마진이 높은 약물을 처방하는 것이 아니라 고가의 신약을 처방하고 있다는 것을 암시한다. 사실, 고가 약물의 비중은 2000년 36%에서 2005년 54%로 증가했다(Kim and Ruger, 2008). 약물 판매에 대해 의사들이 직접 수입을 올리는 못함에도 불구하고 고가 약물로 전환한다는 사실은 고가 약물 제조업체가 불법적으로 높은 리베이트를 제공할 가능성을 시사한다.

**표 3. 주요 국가의 의약품 이용**  
2005년 주요 국가의 처방전 당 평균 약물 종류수

	총 평균	급성 상기도염	18세 미만 환자에게 처방한 약물 종류 수
호주	2.16	1.33	1.31
프랑스	4.02	3.44	3.08
독일	1.98	1.71	1.85
이탈리아	1.98	1.61	1.64
일본	3.00	2.20	2.02
스페인	2.20	1.78	1.61
스위스	2.25	2.08	1.77
영국	3.83	2.58	1.90
미국	1.97	1.61	1.64
<b>한국</b>	<b>4.16</b>	<b>4.73</b>	<b>4.56</b>

출처: International Marketing Service

의약분업을 조건으로 의사들에게 보상하기 위한 높은 의료수가로 인하여, 총 의료비지출은 2000년 GDP의 4.7%에서 2001년 5.2%로 상승했으며, 종전에는 NHI가 보상하지 않았던 약물이 NHI에 포함되면서 약제비 지출에 대한 공공 부담 비율이 1999년 34%에서 2001년 55%로 상승했다(Jeong, 2005). NHI가 보장하는 약물의 비중이 증가했다는 것은 환자들이 처방전을 받기 위해 병원을 방문해야 한다는 것을 의미하며 그 결과 의약분업 이전 1999년 일인 당 진찰 건수가 8.8회였던 것에 비해 2007년에는 12회로 증가했다.<sup>5</sup> 즉 환자의 자가처방과 약국에서 약물구입을 했던 시대에서 NHI의 보호아래 약을 처방받는 시대로 전환되었다고 정리할 수 있다. 요약하자면, 한국의 의약분업 경험은 보건의료 개혁이 예상치 못한 결과를 가져올 수도 있다는 것을 보여준다.

1. 일본 등 아시아의 여러 국가에서는 여전히 병원에서 의사들이 약을 조제하여 판매한다. 이는 전통적인 아시아의 의술 영향을 반영한다.
2. 2000년 “의권쟁취투쟁위원회”는 세 차례 파업을 단행했다. 또한 의약분업이 법적으로 시행되면서, 2001년 의사들은 추가적으로 파업을 했다.
3. 의사 진찰료는 1999년 11월 12.8%, 2000년 4월 6%, 2000년 7월 9.2%, 2000년 9월 6.5%, 2001년 1월 7.1%가 상승했다. 높은 의료수가로 인한 의사들의 수입은 할인된 가격으로 약물을 판매하는 데서 얻는 수입보다 더욱 투명했기 때문에 보다 완전한 소득세의 대상이 되었다.
4. 한국에서 약물 투여는 보편적이다. 2000년 의원의 외래환자의 60%가 주사를 맞았다(Jeong, 2009).
5. 외래환자 진료에서 큰 역할을 담당하는 병원은 약국을 소유할 수 없게 되면서 커다란 손실을 입었다.

2008년 7월, 한국은 OECD 국가 중 다섯 번째로 장기요양보험제도(LTCI)를 도입한 국가가 되었다. 장기요양을 신청한 노인을 NHI 직원이 방문하여 노인들이 일상생활에 필요한 52가지 행동들을 수행할 수 있는지 평가한다. 그 다음 NHI는 의사의 의견을 고려하여 서비스의 적정 수준을 결정한다.<sup>12</sup> LTCI에 대한 인식이 증가하면서 2010년 4월 장기요양보험 급여를 신청한 노인의 비중이 12.3%에 달했고, 이 중 45.9%가 보험 서비스 신청에 자격 조건을 갖춘 것으로 나타났다(표 4). 장기요양 시설을 이용할 수 없는 지역을 제외하고 급여는 현금이 아닌 서비스로 제공된다(Kwon, 2009a). LTCI 도입 시 급여를 받는 노인인구의 비율이 1.4%였지만, 2010년에는 4.4%까지 증가했다. 장기요양서비스 중에서 3분의 1 정도가 시설에서 본인부담 비율이 20%인 서비스를 받는 것이었고, 나머지는 본인부담 비율이 15%인 가정 기반 서비스를 받는 것이었다.<sup>13</sup> 본인부담

12 “와상” 범주로 분류되는 분류 1에서 3에 해당하는 노인들 역시 LTCI의 혜택을 받을 수 있다.

13 빈곤선 130% 미만의 계층에게는 본인부담금을 절반으로 줄여주고, 국민 기초생활보장법(National Livelihood Protection Act)에 따라 급여를 받는 사람들에게는 공동부담금을 면제해준다.



금 이외에도 장기요양보험은 중앙 및 지방정부(30%)와 보험료(55%)의 재정지원을 받는다. 급여 수급대상 노인인구가 급증하는 상황에서 LTCI의 안정성을 유지하기 위하여 2010년 보험료는 절반이상 상승하여 임금의 0.35%가 되었다.<sup>14</sup>

표 4. 장기요양 보험의 확대

	2008년 7월	2008년 12월	2009년 12월	2010년 4월
장기요양보험 급여를 신청한 노인인구	271,298	376,032	596,235	663,741
총 노인인구 중 백분율	5.4	7.5	11.3	12.3
장기요양급여 신청자 중 수혜자격을 갖춘 노인인구	146,643	214,480	286,907	304,826
신청자 중 백분율	54.1	57.0	48.1	45.9
총 노인인구 중 백분율	2.9	4.3	5.4	5.6
LTCI 급여 수혜 노인인구	70,542	147,801	228,980	236,004
수혜자격을 갖춘 인구 중 백분율	48.1	68.9	79.8	77.4
총 노인인구 중 백분율	1.4	3.0	4.3	4.4

출처: National Health Insurance Policy Research Institute.

LTCI의 도입은 노인을 위한 장기요양 제공량을 상당히 확대시켰으며, 특히 민간부문에 의한 서비스 제공이 확대되었다(Kwon, 2009a). 장기요양 시설 수는 2005년 말 534에서 2009년 말 2455로 급증하여 85000명을 수용할 수 있는 역량을 갖추게 되었다. 또한 가정기반의 요양서비스 제공자들의 숫자도 상당히 증가했다.

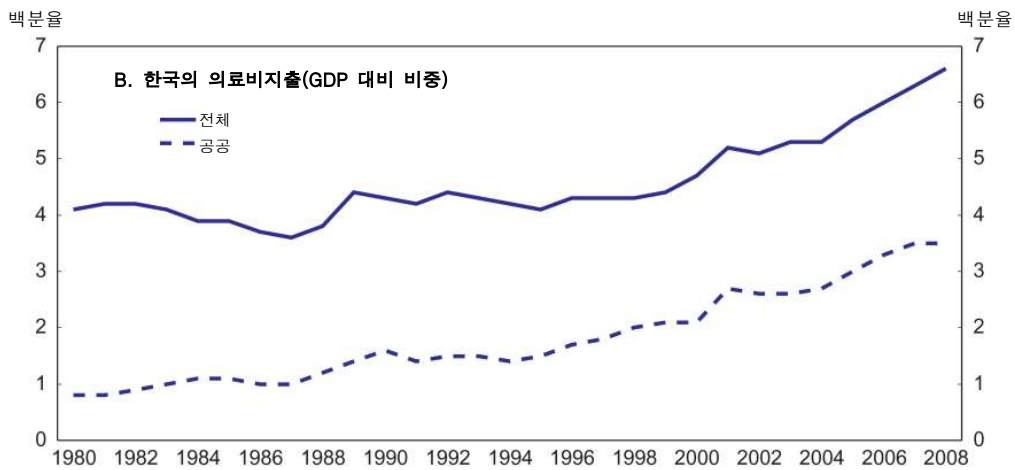
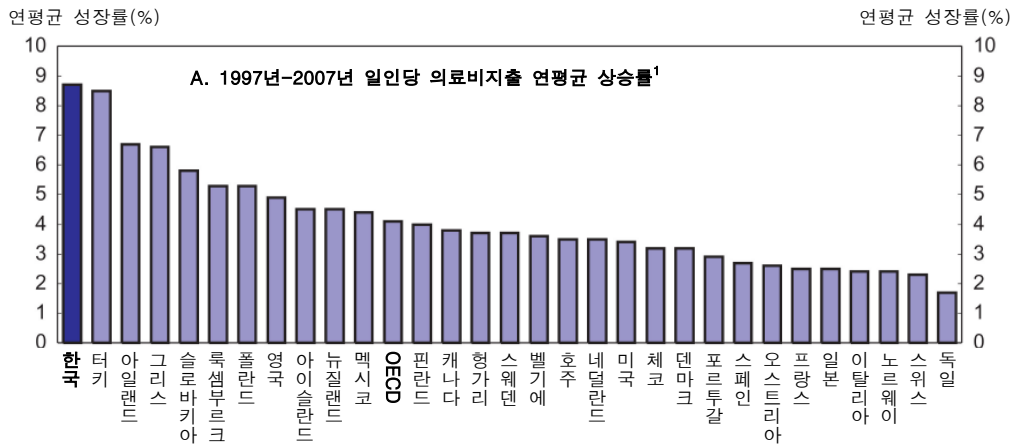
#### 의료비지출 증가를 억제하기 위한 효율성 제고

한국의 보건의료제도의 가장 큰 도전 과제는 지출의 급속한 증가일 수도 있다. 1997년부터 2007년까지 일인당 의료비 지출은 실질적으로 OECD 국가에서 가장 빠른 연평균 8.7% 성장률을 기록했다(그림7). 이는 경제 성장과 초기에 상대적으로 낮은 수준이었던 의료비 지출을 반영한 것이다. 결과적으로 1980년과 1997년 사이에 GDP의 4.5 퍼센트에도 미치지 않았던 총 의료비 지출은 2007년에 6.3%, 2008년에는 6.6%까지 증가했다(도표B). 공공부문 지출은 더욱 빠른 속도로 증가하여 GDP에서 차지하는 비중이 두 배 증가한 3.5%를 기록했다. 이는 2000년 의약분업 이후에 의료수가가 높아지고 약제비 지출은 계획만큼 줄어들지 않은데 일부 기인한 것이다(박스 2). 인구 고령화 역시 또 다른 요인이라는데 두 가지 이유가 있다. 첫째, 인구 중 노인의 비중이 1997년 6.4%에서 2007년 9.9%로 증가했다. 둘째, 노인 일인당 의료비 지출도 65세 이하 인구의 지출의 3배 미만이었지만, 2007년에는 3.6배로 증가하였다.

인구 고령화는 앞으로 의료비지출에 지속적으로 상승압력을 가할 것이다. 한국은 1960년대에는 OECD 국가에서 높은 출산율을 기록했지만, 2005년에는 가장 낮은 수준을 기록한 반면 평균수명은 가장 많이 증가한 것으로 나타났다(그림1). 그 결과 2050년에는 노인부양비율이 OECD 국가에서 가장 높을 것으로 전망된다(그림 8). 한 OECD 연구에서는 한국의 공공 의료비 지출이 2050년에는 OECD 국가에서 가장 많은 3~5% 포인트 상승할 것으로 전망했다(Oliveira Martins and de la Maisonneuve, 2006). 다른 국가의 경우와 마찬가지로 앞으로 기술의 변화로 의료비 지출이 상승할 것이다. 한국에서는 상대적으로 제한적인 NHI의 보장을 확대하려는 계획이 있는데, 이 계획으로 의료비지출의 압력이 더욱 심해질 것이다.

14 2010년 장기요양 보험료 비율은 NHI 보험료의 6.55%로 책정되었는데, NHI보험료는 임금의 5.33%이다.

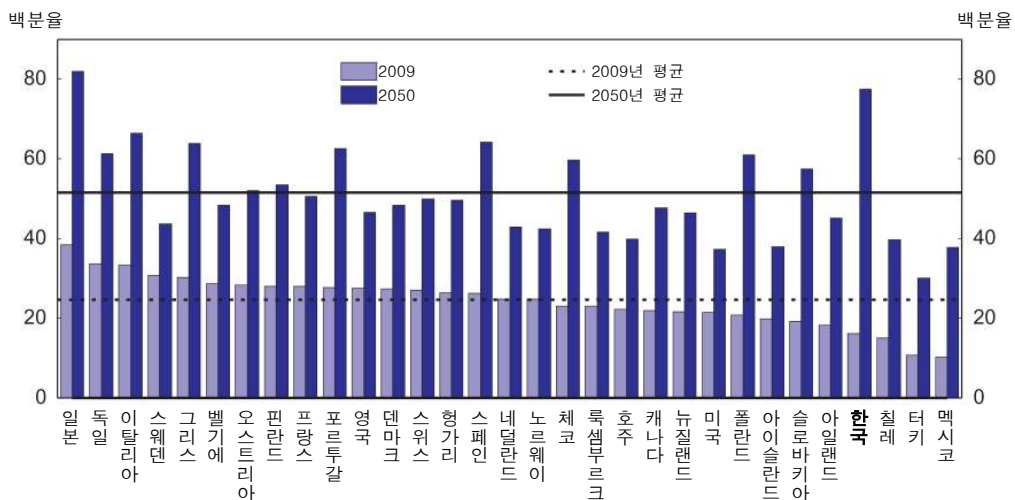
그림 7. 최근 급증한 한국의 의료비 지출



1. 또는 최근년도

출처: OECD Health Database(2009).

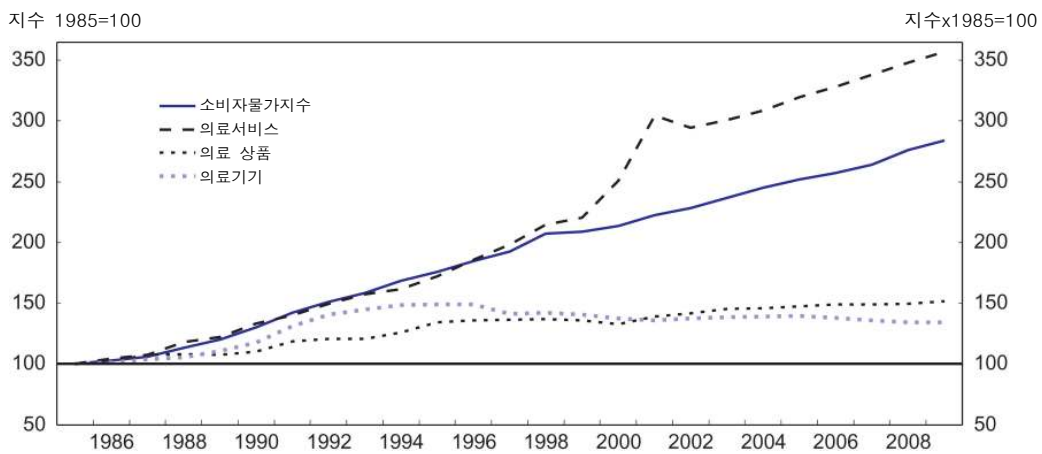
그림 8. OECD 국가에서 가장 급속한 고령화가 예상되는 한국  
20-64세 인구 대비 65세 인구의 비중



출처: OECD Society at a Glance Database

의료비지출을 통제하기 위해 당국은 1985년과 1997년 사이에 의료수가를 소비자물가지수<sub>CPI</sub>에 따라 증가하도록 했다(그림 9). 2000년 의약분업 이후에 의료수가의 급증 이후 의료수가는 2002년과 2008년 사이에 CPI 증가율 21%보다 낮은 수준인 18% 증가했다. 하지만 같은 기간 동안 의료서비스 양이 증가하면서 의료비지출은 GDP의 5.1%에서 6.6%로 상승했다. 의료업계로부터의 거센 압력을 고려하면 의료수가의 증가율을 물가상승률 이하로 유지하는 것은 어려운 것으로 보인다. 1985년 이후로 의료수가의 누적 증가율은 물가상승률을 상회했지만, 보건의료 제공자들은 1977년 NHI 도입 당시 의료수가가 너무 낮은 수준으로 책정되었다고 반박하면서, 아직 적정 수준의 급여를 받지 못하고 있다고 주장한다. 그러나 최근 의과대학에 입학하는 것이 점점 어려워지고 있지만, 이것이 의사들이 보수를 제대로 못 받는다는 것을 의미하지는 않는다.

그림 9. 소비자물가지수 대비 의료비지출의 증가



출처: Korea National Statistical Office

요약하자면, 장기적으로 잠재경제성장률이 4-5%인 경제에서 의료비지출 증가율이 지속적으로 두 자릿수를 유지한다면, 지속가능하다고 볼 수 없다. 다른 지출에 피해를 주지 않고, 세금 및 사회적 비용에 대한 부담을 제한하기 위해서는 의료비지출을 통제하는 것이 중요하다. 이익을 추구하는 민간 제공업자에게 비용을 지불하는 행위별 의료수가제에 의존하는 한 한국은 의료비지출 급증에 취약할 수밖에 없다(Yang et al., 2008). 따라서 보건의료제도의 효율성 향상을 통해 의료비지출 증가를 억제하려면 지불제도 변경, 약물의 남용 감소, 병원에 의지하지 않는 장기요양으로의 전환, 건강한 노년 장려, 게이트키퍼<sub>gatekeeper</sub>의 도입과 같은 몇 가지 구조적 개혁이 시급하다.

### 행위별 의료수가제에서 벗어난 지불제도의 개혁

보건의료 제공자들을 위한 지불제도는 의료적인 의사결정과 보건의료제도의 효율성에 중요한 영향을 미친다. 한국의 행위별 수가제에는 몇 가지 결점이 있다. 첫째, 이 제도는 제공자들이 이윤추구의 목적으로 불필요한 치료를 받도록 유인함으로써 과잉진료를 유발한다. 예를 들어 한국의 의사들은 경미한 질병으로 병원을 찾은 환자에게 2분에서 3분정도 진찰을 받기 위해 3일마다 한 번씩 병원을 방문하도록 한다. 이는 왜 한국이 OECD 국가 중 가장 높은 진찰 건수를 기록하는지 보여주는 대목이다(그림6). 둘째, 제공자들은 의료서비스의 강도를 높이고 싶어 한다. 이는 1985년 6%였던 제왕절개 비율이 2008년 36%로 증가한 것만 봐도 잘 알 수 있다. 한국의 제왕절개 비율은 세계적으로 가장 높은 수준이고 세계보건기구<sub>WHO</sub>의 권고수준 보다 10% 높다(NHI에

서는 제왕절개의 가격을 일반 출산 보다 1.5배 높게 책정하고 있다). 셋째, 이러한 제도는 의사들이 보험적용 서비스를 수가의 규제를 받지 않는 보험 비적용 서비스로 대체하도록 유인한다. 예를 들면, NHI가 CT 촬영을 보장하지 않는다는 사실은 CT 촬영장비의 구매를 부추겼다. 2008년 한국의 의료기관들의 인구 대비 CT 촬영장비 수는 OECD 중앙값보다 2배 이상 많았다(OECD, 2009b). NHI에서 CT 촬영장비를 보장에 포함하면서 이러한 행태는 MRI로 이동하여 현재 한국의 의료기관들의 인구 대비 MRI 장비수는 OECD 중앙값보다 2배 이상 많다.<sup>15</sup> 의사들이 보험비적용 서비스 제공함으로써 얻는 인센티브는 NHI의 확대에도 불구하고 보험 비적용 서비스에 대한 본인부담금 지불이 한국의 의료비지출의 거의 25%를 차지하는 이유를 설명해준다 (표 1).

몇 가지 공급자가 유인한 진찰 수를 줄이기 위해서는 지불제도를 개혁하여 제공자들에 대한 경제적 인센티브를 변화시키는 것이 중요하다. 한국은 1997년 5개 질병에 대해 포괄수가지불제도<sup>DRG</sup> 시범프로그램을 시작했다. 2002년 한국은 치료의 표준화 수준이 높고 비용이 크게 차이 나지 않는 여덟 개의 질병에 대해 자발적인 포괄수가지불제도를 도입했다. 포괄수가지불액은 입원 환자 사례의 25%를 차지했다. 대부분 보상금액은 사전에 책정되지만, 여러가지 복합적인 사례의 다양성으로 인한 정당한 비용차액을 병원에 보상해주기 위해, 통상적인 것 이상으로 복잡한 사례의 경우 보상금액 조정은 가능하다.

정부 연구에 따르면 DRG는 의료비용을 14%, 재원일수를 6% 감소시키는데 성공했다. 환자 일인당 검사 수를 5.1개에서 3.8개로 줄인 것과 항생제 사용이 30% 감소한 것도 비용절감에 일부 기인했다. DRG는 개별 치료를 위한 신청 및 처리에 대한 행정비용도 낮추었다. 그러나 이러한 비용절감의 효과는 병원들이 행위별 수가제를 통한 수익 증대를 피하면서 입원 전 진료의 증가, 외래환자의 방문 수 증가 및 퇴원 후 항생제 사용 증가로 상쇄되었다(Kwon, 2003c). 그러나 DRG는 전반적인 의료비용을 감소시켰다. 또한 DRG는 NHI가 보장하지 않는 치료까지 포함함으로써 환자의 본인부담금 재정적 부담을 완화했다. 게다가 DRG는 가장 효과적인 진료관행의 표준화를 촉진시키는데 일조하고 있다. 한 가지 우려 사항은, 치료의 비용을 제한하려는 병원에 의사들이 고용되었다는 점을 고려할 때, 의료의 질이 저하될 수도 있다는 것이다. 그러나 합병증과 반복수술 수로 측정해본 결과 보건의료 질에 대한 부정적인 영향은 거의 없었다(Kwon and Reich, 2005).

시범프로젝트가 좋은 결과를 거두었지만, 행위별 수가제에서 벗어난 제도를 강경하게 반대하는 의사들 때문에 DRG 제도의 확대실시 및 의무화는 성공하지 못했다(박스2). 의사들이 반대했던 부분적인 이유는 DRG가 의무화된다면 상대적으로 관대했던 초기 DRG 보상 수준이 줄어들 것이라 우려했기 때문이다. DRG는 2009년 기관의 67% 정도가 참여하는 가운데 7개 질병 집단에 대해 자발적으로 시행되었다. DRG 제도에 의한 보상은 각 질병 집단에 대한 행위별 수가제 평균 보상금액을 기반으로 한다. 그러나 현재 DRG에 대한 자발적인 접근은 보건의료 비용을 증가시키고 있으며, 상대적으로 저비용 구조의 병원들은 일반적으로 DRG 제도에 참여하여 수입과 이익을 증대시키는 반면 고비용구조의 병원들은 행위별 수가제 접근방식을 선호한다. DRG제도가 재원일수를 줄이는데 효과적이라는 것을 고려하면, 다른 질병집단으로까지 확대 및 확장되어야 한다.<sup>16</sup> 또한 효율성을 증대시키기 위해 DRG 제도의 보상 비율은 점진적으로 저비용 병원 수준

15 암과 뇌혈관 질환과 같은 제한된 질병에 MRI사용이 NHI에 포함되었던 2005년 한국의 MRI 장비 수는 이미 OECD 평균보다 24% 높았다. 신규 장비의 급속한 도입은 고도기술을 강조하는 한국의 모습을 반영한다.

16 일본처럼 DRG 제도와 행위별 수가제가 결합된 DPC<sup>Diagnosis Procedure Combination</sup> 도입을 주장하는 사

으로 낮추어야 한다. DRG제도 시행 이후에는 보건의료 질의 보장 정책을 마련하고 병원들이 입원 전과 퇴원 후 진료로 전환하여 “제도를 농락하는”것을 방지해야 한다.

유례없이 높은 수진횟수를 줄이고 환자들의 중요한 불만이었던 짧은 진찰시간을 늘리기 위해 외래환자를 위한 지불제도 개혁 역시 필요하다. 환자 방문 수 보다는 연간 환자 수를 기본으로 의사들에게 보상을 하는 인두제<sup>capitation system</sup>가 한 가지 해결책이 될 수 있다. 게다가 인두제는 의사들이 환자들의 질병 예방 및 건강증진에 집중하도록 하는 유인책이다(Kwon, 2003a). 인두제와 행위별 의료수가제도의 결합이 최상의 선택이 될 수 있다. 또 다른 방법은 감기 또는 기타 경미한 질병으로 병원을 두 번째 찾는 환자 진료에 대한 보상 비율을 다르게 적용하는 것이다. 어떠한 개혁이든 개혁 이후에는 불필요하다고 판단되는 병원 방문에 대해 보상청구를 납용하는 사례를 근절하도록 노력을 강화할 필요가 있다.<sup>17</sup> 지불제도의 개혁은 NHI의 확대와 발맞추어 진행되어야 한다. 그렇지 않은 경우, 더욱 공격적이고 비용 절감적인 지불 제도는 의사들이 NHI가 보장하지 않는 서비스를 제공하도록 유인할 것이다. 중국에는 높은 의료비 지출과 환자의 큰 부담, 보건의료 접근성의 불평등 심화의 결과를 가져올 것이다.

### 의약품 비용의 절감

위에서 언급했듯이 2000년 의약분업 이후에도 약제비는 총 의료비 지출의 거의 25%를 차지했다. 의사들이 더 이상 약물을 판매하지는 않지만, 여전히 제약회사로부터 불법적으로 리베이트를 받으며 혜택을 누리고 있다. 리베이트란 사실상 제약회사들이 자사의 약물을 처방하거나 구매하는 의사와 병원 측에 값비싼 식사접대 또는 여행경비 제공과 같은 혜택을 주거나 약물 가격을 할인해주는 뇌물이다. 한국 보건산업진흥원(KHIDI)는 몇몇 회사들의 경우 연간 수입의 절반 정도를 리베이트 지급에 사용한다고 보고했다(KHIDI, 2008). 리베이트는 불필요하고 비효과적인 처방, 높은 약물가격, 한국 제약업계의 경쟁력 결핍의 주요 원인으로 간주되고 있다. 하지만, 모호한 정의와 집행 능력의 부족으로 리베이트 관행은 여전히 만연하다. 2009년 보건복지가족부는 약물공급 거래를 재정적 인센티브 제공을 금지하고, 제약회사가 보건서비스 제공자에게 주는 혜택을 연간 50만원(약 \$440)으로 제한하는 취지의 리베이트 근절운동을 단행했다. 이를 위반하는 업체의 NHI 약물 공식 가격이 최고 20% 삭감된다. 또한 한국 공정거래위원회는 리베이트가 시장 경쟁과 소비자 복지를 저해할 수 있기 때문에 제약업계의 리베이트 관행에 대한 조사에 착수했다.

2010년 2월, 정부는 좀 더 강경한 계획을 발표했다. 약물 제조업체로부터 자사 약품을 처방 또는 권유한 대가로 리베이트를 받은 의사와 약사들에게 최고 징역형 2년, 또는 최고 1년 동안 면허 정지 처벌을 내린다. 제약업체에게는 더욱 심한 처벌을 하는 이번 정부 계획은 2010년 10월부터 효력이 발생한다. 한 약물에 대해 두 번 이상 리베이트를 제공한 사실이 밝혀지면, 그 약물은 NHI 보장 리스트에서 제외되어 사용량이 급격히 줄어드는 결과를 가져온다. 또한 당국에 리베이트 사례를 보고한 사람에게 포상금을 주는 방안도 고려중이다. 정부는 리베이트를 포기한 보건의료 종사자들에게는 그 약물의 비용을 줄여주는 방안을 도입할 예정이다. 의료종사자들이 잠재적 리베이트에 대해 신고하는 경우, 당국은 시장가격과 NHI 공식 가격 차액의 70%를 의료종사자에게 제공한다.<sup>18</sup> 정부는 이러한 조치를 통해 약물가격을 연간 3~5% 감소시키고 및 환자 부담

람도 있었다(2009 OECD 일본 경제보고서). 그러나 DPC의 일수를 기준으로 한 보상금 지급 내용 per diem component은 재원일수 감소의 효과를 떨어뜨린다.

17 한 연구에서는 허위 부정 청구에 대한 정부 조사의 억제 효과로 청구 수준이 낮아졌다는 것을 밝혀냈다(Kang et al., 2010).

을 연간 1540억원 줄일 수 있을 것으로 기대한다.

리베이트에 대한 새로운 계획은 적극적으로 실행해야 하며 동시에 약물가격이 시장가격을 좀 더 잘 반영할 수 있도록 제도를 개혁해야 한다. 의료 제공자들이 시장가격과 공식가격의 차액의 70%를 요구할 수 있도록 하는 것은 시장가격에 대한 투명성을 높여주어 NHI의 연간 의료수가 조정을 통해 공식가격을 시장가격과 근접한 수준으로 맞출 수 있을 것이다. 이러한 가격 책정 제도는 현재 일본에서 성공적으로 사용된다. 의료수가 조정시, 수가는 시장가보다 2% 높은 수준으로 책정된다.<sup>19</sup> 2008년 등록된 약물 12740 중 88.8%의 가격이 감소했고, 10.7%는 변동이 없었으며 0.5% 정도만이 인상되었다. 이는 전체적인 약물 가격의 5.2% 인하 결과를 가져왔다. 또한 처방전 당 약물 종류 수가 너무 많은 처방전에 대해 보상을 줄이는 방법 등으로 현재 평균 네 개 이상인 처방전 당 약물 종류수도 줄이는 한 것이 중요하다(표 3). 마지막으로 DRG의 확대에 의해 병원에서 약물 남용에 대한 재정적 유인동기가 줄어들 것이다.

제네릭의 효과적인 사용도 약물 비용감소의 핵심이다. 위에서 언급했듯이, 제네릭에 집중되어 있는 국내 제약업계를 지원하기 위한 노력의 일환으로 제네릭의 가격을 신약의 68% 수준으로 책정했다. 그러나 산업 장려책들은 효과적이지 못했다. 특히, R&D 투자가 부진했다. 제네릭 가격 인하를 허용하면 약물가격이 급속히 떨어질 것이다. 예를 들면 미국에서는 제네릭의 가격이 신약 가격의 20-30% 수준밖에 되지 않는다. 게다가, NHI가 보상에서 제네릭을 표준화하면 약물 비용을 줄일 수 있을 것이다.

마지막으로 일반의약품(over-the-counter drug)의 약국판매 제한 규제를 완화함으로써 처방전이 필요 없는 약물의 가격을 내리는 것도 중요하다. 현재는 아스피린처럼 상대적으로 간단한 약물도 반드시 약국에서 구매해야 한다. 이러한 약물을 다른 소매상에서 판매하도록 점진적으로 허용하는 것이 약물가격을 낮추는데 도움이 될 것이다.

### **병원에만 의지하지 않는 장기요양 서비스로의 전환**

많은 병상수와 긴 재원일수(표2)는 병원이 노인을 위한 장기요양서비스 제공 역할을 담당하는 것의 원인중 일부이다. 첫째, 공식적인 장기요양 서비스가 시설 차원에서나 가정기반 차원에서 모두 부족했다. 2006년, 시설 기반의 장기요양 서비스를 제공받는 비율이 전체 노인인구의 0.3% 정도였다. 둘째, 환자들은 규모가 큰 의료시설을 선호하는 경향이 있기 때문에 작은 병원들의 병상을 채우기 어려운 상황은 작은 병원들이 장기요양서비스를 제공하도록 유인한다. 또한 병원에서 만성질환과 급성치료를 위한 병상을 명확히 구분하지 않기 때문에 이러한 양상이 가속화되었다(NHIC, 2009b). 노인들의 요구사항과 제공되는 의료서비스 사이에 불균형이 발생하기 때문에 “사회적 입원(social hospitalization)”이라 불리는 장기요양을 병원에 의존하는 것은 비효율적이다. 장기요양이 필요한 노인들의 적절치 못한 입원은 의료 서비스의 기간과 비용을 증가시켜 NHI에 부담을 준다.

LTCI의 도입은 “비의료화된” 장기요양을 제공할 수 있는 기회를 열어주었다. LTCI의 도입과 억압된 수요의 방출로 한국에서 장기요양 서비스를 받는 노인 수는 2008년 1.4%에서 2010년

18 예를들면, 공식 가격이 100원이고 보건의료 종사자에게 제시된 할인가가 80원인 경우, 보건의료 종사자는 정부로부터 14원(차액 20원의 70%)를 받는다.

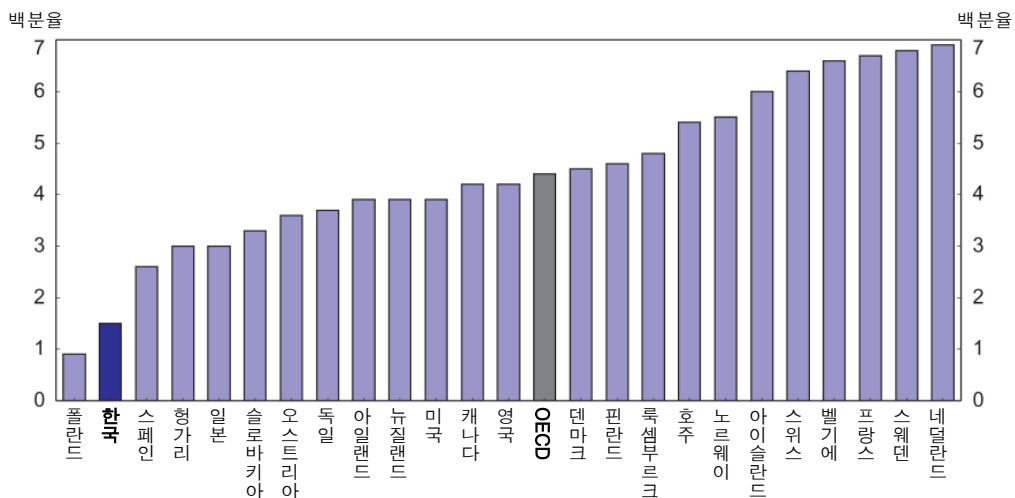
19 예를들어, 약물가격이 100 엔으로 책정되었는데 시장가격이 100엔이라면, 일본의 수가계획표 상 가격은 102엔으로 감소한다.

4.4%로 급증했다(표4). 그러나 2009년 시설기반의 장기요양 서비스 비율은 2007년 OECD 평균인 4.4%와 비교했을 때 1.5%로 낮은 수준이었다(그림10). 가정을 기반으로 제공되는 서비스를 받는 노인의 비율도 2.9%로 OECD 평균 8.6%에 훨씬 못 미치는 수준이었다. 현재 장기요양의 수용력은 충분치 않은 것으로 판단된다. 2010년 한국의 노인 알츠하이머 환자는 800000명이며 이는 LTCI의 지원을 받는 인구 236000명보다 훨씬 높은 수치이다(표 4). 사실 2009년 말 기준 요양시설 수는 노인 62명 당 1개에 불과했다. 또한 장기요양 시설의 부족과 더불어 자격을 갖춘 서비스 제공자도 부족한 실정이다.

특히 80세 이상의 인구가 집중적으로 늘어나는 인구학적 추이를 고려하면 장기요양 서비스의 필요성은 더욱 증대될 것이다. 한국에서 80세 이상의 인구 비중이 현재 인구의 2%에서 2050년에는 14%로 증가할 것으로 추산된다. 이와 더불어, 여성인구의 노동시장 참여 증가와 가족과 함께 사는 노인의 비중 감소는 가정 기반의 서비스 범위를 더욱 줄이고, 잘 발달된 장기요양 인프라 마련의 필요성을 증대시킬 것이다. 한 OECD 연구에서는 한국의 장기요양에 대한 공공지출이 2050년에는 OECD 평균인 GDP의 2.4%-3.3% 수준보다 높은 3%-4%로 증가할 것이라고 추산했다(Oliveira Martins and de la Maisonneuve, 2006).

그림 10. 시설기반 장기요양의 국제적 비교

2007년 또는 최근연도의 노인 중 장기요양 서비스를 받는 비중(한국은 2009년도)



출처: OECD DELSA Database

정부는 보험가입자의 지불능력과 장기요양시설의 수용력을 고려하여 LTCI의 보장범위를 점진적으로 확대할 계획이다(NHIC, 2009b). 확대를 위해서 우선적으로는 민간 부문에 의존해야 한다. 현재 대부분 장기요양시설 제공에 대해 정부에게 의존하는 행태에서 벗어나는 것이 제공자들 사이의 경쟁을 촉진하고, 가족들에게는 더 많은 선택권을 주고, 인프라에 대한 공공 투자 비용을 제한할 수 있을 것이다(OECD, 2007a). 선택의 폭이 넓어지면 노인들의 만족도와 독립성이 증대될 것이다. 따라서 신규 회사의 진입을 저해하는 규제를 제거하는 것이 필수적이다. 현금지원을 제공하면 공식적, 비공식적 의료 서비스 간에 경쟁 및 민간시설 확충을 촉진할 것이다. LTCI가 허가를 받은 제공자가 장기요양 서비스의 목적으로만 이용할 수 있도록 하면 질적인 측면에 대한 우려도 해결할 수 있다. 또한, 정부는 경쟁환경을 조성하기 위한 질적인 정보도 널리 유포해야 한다.

이러한 맥락에서 LTCI를 이미 도입한 다른 국가들의 경험으로부터 배우는 것도 중요하다. 첫째, 장기요양 서비스에 대한 병원의 역할을 줄이기 위해서는 NHI와 LTCI의 효과적인 협조가 필요하다. 병원은 환자에 대한 의료서비스 수준을 개선하여 환자들이 장기요양시설로 이동하지 못하도록 할 가능성이 있다.<sup>20</sup> 이를 방지하기 위해서는 병원에 의한 환자 평가를 모니터링 해야 한다. 둘째, 낮은 수준의 서비스를 받는 노인들의 수가 늘어나도록 공급자가 유인하는 것을 방지하기 위해서 조치를 취할 필요가 있다. 일본에서 이러한 장기요양 서비스를 제공받는 노인수가 급증한 것은 관대하게 서비스제공을 허용하는 측면의 오류에 일부 기인한다(Imai and Oxley, 2008). 셋째, LTCI는 시설기반의 요양 보다는 비용이 저렴한 가정기반 전문 서비스에 집중해야 한다.

### 건강한 노화 장려

65세 이상 인구수가 급증하면서 상대적으로 높은 노인 의료비지출을 줄이는 것이 전체 의료비를 제한하는데 필수적이다. 위에서도 언급했듯이 노인인구 일인당 의료비 지출은 비노인 인구에 비해 거의 4배나 높았다. 인구학적 변화가 의료비지출에 미치는 영향을 최소화하기 위해서는 몸이 불편한 상태로 살아가는 기간을 줄여 건강한 노화를 장려하는 것이 중요하다. 사실, 의학적 치료 보다는 질병의 예방과 건강의 증진이 더욱 비용효과적이다(Kwon, 2003a). 그러나 최근 OECD 분석에서는 보건의료 서비스의 미래 수요를 경감하기 위해 노인들의 중증장애를 줄이는 것에 의존하지 말 것을 제안했다.<sup>21</sup> 동시에 건강한 생활양식 장려와 같은 특정 공공부문의 보건개입은 상당한 영향을 줄 수 있다는 증거가 있다(Colombo and Hurst, 2008).

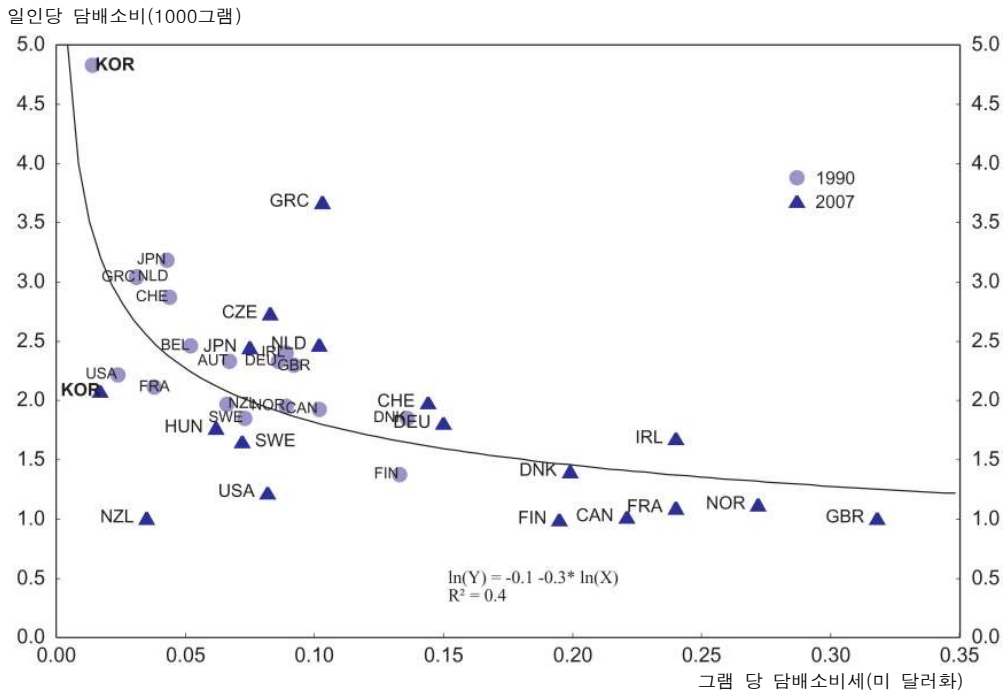
칼로리가 낮은 음식과 야채와 과일을 많이 섭취하는 한국의 전통적 식단은 세계적으로 가장 건강한 식단이며, 이러한 식단 덕분에 비만 발생률이 OECD에서 가장 낮은 수준이었다. 하지만, 지난 10년 사이 식단의 변화로 비만 발생률이 증가했기 때문에 건강한 노년에 대한 전망을 어둡게 하고 있다. 예방가능한 건강문제 중 하나가 담배이다. 2007년 여성흡연율은 5%로 OECD 국가에서 가장 낮은 수준이었지만, 남성 흡연율은 OECD 국가에서 세번째로 높은 47%이다. 높은 흡연율은 폐암 및 위암 발생률과 연관성이 있으며 한국에서 상당한 비용을 유발한다(Lee et al., 2007). 1990년에 비해 담배세는 2배 증가했지만, 여전히 자료수집이 가능한 OECD 국가 중 낮은 수준이다(그림 11). OECD 국가에서 수집한 증거에 따르면 흡연율은 세월에 민감한 것으로 나타났다으며, 이는 한국의 담배세 인상이 필요함을 암시한다. 알코올 소비 역시 우려사항이다. 한국은 OECD 국가에서 간경화 사망률이 6번째로 높은 국가이다(OECD, 2009b).

20 일본에서 2000년에 도입된 LTCI는 장기요양 서비스가 병원에서 장기요양 시설로 전환될 것이라 기대했다. 그러나 2007년 병원의 장기요양 서비스를 위한 병상 수는 거의 50% 증가했다. 병원들은 만성질환 환자들을 퇴원시켜 장기요양시설로 보내는 대신 지속적으로 공공건강보험의 보상을 받기 위해 환자들이 더 높은 수준의 의료서비스를 받도록 했다(2009 OECD 일본 경제보고서).

21 OECD 국가 조사에서, 노인의 장애 감소의 뚜렷한 증거는 5개국에서만 나타났고, 3개국은 오히려 증가했다고 보고했다(Lafortune et al., 2007).



그림 11. 담배세 및 소비<sup>1)</sup>



1. 1990년과 2007년의 경우 구매력 환율을 이용하여 미달러화로 환산  
출처: OECD Health Database(2009).

### 게이트키퍼(gatekeeper)의 도입

여러 국가에서 환자들은 전문의 방문을 위한 소개서를 얻기 위해 1차진료를 제공하는 일반의 GP를 먼저 방문해야 한다. 경험적 연구에 따르면(Gerdthán and Jönsson, 2000) GP 게이트키퍼가 있는 국가의 일인당 의료비 지출이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 접근 방식은 조기진단 및 조기치료, 만성질환의 관리를 가능하게 하는 예방의료의 개선을 통해서 건강결과의 향상으로 이어지고, 장기적으로는 외래환자의 수가 줄어드는 결과를 가져온다. 또한 게이트키퍼 제도는 제공자들 사이에 협동적인 접근을 가능하도록 하여 불필요한 진찰예약 수를 제한한다(Wagstaff, 2009a). 그러나 한국에는 게이트키퍼가 없어 상급 종합병원을 제외하고 환자들은 언제나 의료적으로 필요한 진료인지 증거도 없이, 1차 진료 혹은 전문의 진료를 자유롭게 받으며, NHI는 이 비용에 대한 보상을 한다(Song, 2009). 환자들이 의원보다 신뢰하여 초진환자들이 많이 찾는 대형병원의 외래부서에서는 게이트키퍼제도에 대해 반대한다.

게이트키퍼 제도의 혜택은 1차진료의 강조에 일부 기인한다. 1차진료가 한국인들의 건강상태 개선에 비용효과적이고(Kwon, 2003a), 보건의료의 좀 더 균등한 분포의 결과를 가져왔지만, 모든 개원의들의 7.9%만의 가족 주치의였다(Lee et al., 2009). 단기적으로 게이트키퍼제도는 소개서 없이 병원에 방문하는 사람들에게 비용을 지불하도록 함으로써 도입할 수 있을 것이다. 장기적으로 게이트키퍼 제도를 도입하기 위해서는 수가제도와 의과교육의 변화와 더불어 GP의 수를 증가시켜야 한다.

## 보건의료의 재원조달 방법

위에서 언급했듯이, 향후 몇 년 내에 의료비지출이 급증할 것으로 예상되기 때문에 높은 비용을 효과적으로 재원조달하는 것이 필수적이다. 의료비지출의 증가는 높은 사회보험급여, 세금수입, 환자의 본인부담, 민간 건강보험에서 조달되어야 할 것이다. 이미 높은 수준의 본인부담비율을 높이거나 이미 낮은 수준의 NHI의 보장을 축소하는 것은 보건의료 접근성을 저해할 수도 있기 때문에 바람직한 방법이 아니다.<sup>22</sup> 민간 보험의 경우 정부는 “신기술로 인한 비용급증의 부담을 분담하기 위해 민간보험시장을 활성화 할 것이다”. 정부는 민간보험 개선을 위해 2009년 6월 몇 가지 조치를 시행했다.<sup>23</sup> 민간보험이 추가적인 재원을 제공할 수는 있지만, 이미 높은 민간지출을 고려했을 때 민간보험에 주로 의존하여 의료비 지출 증가에 대한 재원조달을 하는 것은 바람직하지 않다. 또한 한 OECD 연구에서는 민간보험의 취약성을 발견했다(OECD, 2004). 첫째, 몇몇 국가에서 주로 고소득 집단이 구매하는 민간보험은 불균형을 야기할 소지가 있다. 둘째, 민간 보험이 NHI에서 보장하는 서비스에 대해 보충적 보장을 제공하면서 수요의 급증을 야기하여 NHI의 재정에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

높아진 의료비 지출은 주로 사회보험급여나 세금에 의해 조달될 가능성이 높다. 현재 한국은 공공 의료비지출의 70%를 지원하는 사회보험급여에 주로 의지하고 있다(표1). 그러나 의료비 지출에 있어서 지속적으로 사회보험본인부담에 주로 의지하는 것은 고용과 성장을 저해할 소지가 있다. 보다 친 성장적인 접근 방법은 폭넓은 기반의 세금에 의존하는 것으로서, 이는 인구집단간, 소득계층간 부담배분을 보다 공평하게 한다. 현재, 한국의 사회보험급여는 근로 수입에 국한되어 있는데, 이는 국가 전체 수입의 3분의 2에 못 미치는 것으로서, 노동인구(인구의 절반)의 부담을 가중시킨다. 인구의 고령화와 더불어 OECD 평균을 상회하는 의료비 지출을 고려하면 근로자들의 부담은 더욱 가중될 것이다. 2009년 노인인구 한 명당 20-64세 연령층의 수가 6명 이상이었다(그림8). 이 수치는 2050년에는 1.3명으로 줄어들어 사회보험의 부담을 가중시키고, 고용을 저하시킬 것이다. 한 OECD 국가에 대한 연구에서는 사회보험급여에 대한 의존은 공식적인 고용을 8-10% 감소시키고 총 고용을 5-6% 감소시킨다고 추산했다(Wagstaff, 2009a).<sup>24</sup> 세금에 의한 재원조달로의 변화가 공식적 고용으로의 전환을 가속화 시킬 것이다.<sup>25</sup>

성장을 위해 세금의 구성도 중요하다. 경험적 증거에 의하면 소득세와 사회보험료와 같은 직접세 보다 간접세<sup>26</sup>가 노동자에 미치는 부정적인 영향이 적다고 한다(OECD, 2008).<sup>27</sup> 노동자에

22 정부는 외래환자 진료에 대해 본인부담금 인상을 고려중이다.

23 이러한 개혁은 소비자들의 보험상품에 대한 인식을 고취시키고 보험상품의 표준화를 위한 것이었다. 또한 민간보험 회사들이 신청자들이 이미 이중적으로 보험에 가입했는지 확인하는 것이 의무화되었다. NHI는 상품의 질을 향상시키기 위해 민간 보험회사들과 통계정보를 공유 할 것이다. 정부는 민간보험회사들이 보건의료 제공자들에게 직접 지불하는 것을 허용하는 방안을 고려중이다(제 3차 지불제도).

24 이는 1967년과 1986년 사이 OECD 10개국이 사회보험급여에서 세금기반 재원조달로 전환한 이유를 설명해준다.

25 현재 공식적 고용으로의 이동은 세금과 사회보험급여로의 완전한 편입을 의미한다.

26 한국의 간접세는 크게 세 가지로 구분된다. i) 부가세(2006년도 총 세수의 16.8%, OECD 평균은 19.3%), ii) 특소세(12.7%, OECD평균은 11.6%), iii)수입세(3.1%, OECD 평균은 0.6%). 한국이 20개 특별 상품 및 서비스에 부과하는 특소세는 소비결정을 왜곡하고, 형평성 문제를 다루는 비효율적인 방법이다. 따라서 이러한 세금은 세금수입을 올리기 보다는 형식적인 면에 초점을 맞춘 것이다(2008 OECD 한국 경제보고서). 한국의 부가세 수입은 한국의 부가세율 10%가 OECD 평균 18% 보다 훨씬 낮다는 것을 반영하여 2006년 OECD 평균 6.8% 보다 훨씬 낮은 GDP의 4.5%였다.

대한 부담은 총 인건비와 근로자들의 실 수령액의 차액의 비중으로 정의되는 “조세부담<sub>tax wedge</sub>”으로 측정가능하다. 한국의 조세부담은 안전망이 개발 초기상태에 있고(그림 12), 경제성장을 촉진하기 위해 세금과 사회적 비용 부담을 최소화하려는 노력을 반영하여 현재 OECD 국가에서 가장 낮은 수준이다. 낮은 조세부담은 인구대비 노동력 투입이 OECD 국가에서 가장 높은 수준을 기록하는 요인이다(2010 OECD 한국경제보고서).

상대적으로 낮았던 한국의 조세부담은 2000년에서 2008년 사이 상당히 증가했지만 여전히 OECD 평균보다는 약간 낮은 수준이다(그림 13). 간접세 의존율을 높이면 이러한 상승 압력을 둔화시킬 수 있을 것이다. 예를 들면 한국에서 건강보험료를 5퍼센트 포인트 삭감하는 것은 현재 10%인 부가세를 3.5 퍼센트 포인트 올리는 것과 비슷한 결과를 가져온다(OECD 2007b). 소비세 증가에 대한 회귀적 영향은 2008년 한국에서 도입된 근로소득장려세(Earned Income Tax Credit)와 같이 특정 집단을 목표로 한 조치를 통해 해결할 수 있다. 2011년 보건의료의 재정지원 법이 만료됨에 따라 보건의료의 재원조달에 세수를 이용하는 방향으로 재조정할 수 있는 기회이다.

세금 기반의 보건의료 재정지원으로의 전환은 또 다른 혜택도 제공한다. 첫째, 이는 사회보험료의 개별적인 징수로 인한 행정 비용을 줄여준다. 둘째, 한국 노동력의 3분의 1을 차지하는 자영업자로부터 야기되는 형평성 문제를 해결해준다. 사실, 자영업자들의 경우 일인당 기여금은 2000년 근로자들과 비교했을 때 72% 수준에서 2008년 54% 수준으로 떨어졌다(그림5). 이러한 차이가 나는 이유 중 하나는 다른 국가들과 마찬가지로 자영업자들의 소득의 투명성 결여 때문이며 이는 한국의 세제와 사회 공적 부조에 모두 영향을 준다. 자영업자들의 과세대상 소득의 비중이 증가하고 있기는 하지만, 여전히 상당 부분이 포착되지 않고 있다. 국가 소득통계자료와 국세청 자료를 비교해본 결과 자영업자 소득 중 절반 정도만이 신고되고 있었다. 이는 근로소득의 80% 이상이 신고되는 것과는 대조적인 수치이다(2008 OECD 한국경제보고서).<sup>28</sup> 이러한 불공평성 때문에, 자영업자들보다 더 큰 부담을 지기 꺼려하는 근로자들은 보험료 인상에 반대한다(Kwon, 2007)<sup>29</sup> 이는 정부가 고령화에 대비하여 필요한 재원 조달을 하고 NHI 보장을 확대하려는 계획에 찬물을 끼얹을 것이다.

사회보험금을 통한 의료비지출 재원조달은 한국의 의료비지출을 억제하는데 도움이 된다는 주장도 있다. 2000년 이후, 주요 재원조달 및 지출은 NHI와 의료제공자 사이에 협상을 통해서 결정되었다. 그러나 실질적으로 수년간 이러한 협상에서 합의를 보지 못해 정부 및 NHI, 의료 제공자 및 보험 가입자 대표들로 구성된 건강보험정책심의위원회(Health Insurance Policy Review Committee)로 결정권이 넘어갔다. 어떤 경우든, 한국은 세금기반의 사회적 지출을 심하게 제한했다. 2007년 사회보험프로그램(건강보험, 고용보험 및 국민연금)을 제외한 가족급여, 적극적인 노동시장, 주택, 기타 사회프로그램정책에 관한 지출은 GDP의 1.5퍼센트 밖에 차지하지 않았다. 게다가, 한국은 교육에 대한 세금기반의 지출을 제한하고 있기 때문에 OECD 국가에서 GDP 대비 교육비 비중이 6번째로 낮다. 결론적으로 사회보험급여에 의존하는 것이 의료지출을 감소시킨다는 증거는 별로 없다.<sup>30</sup>

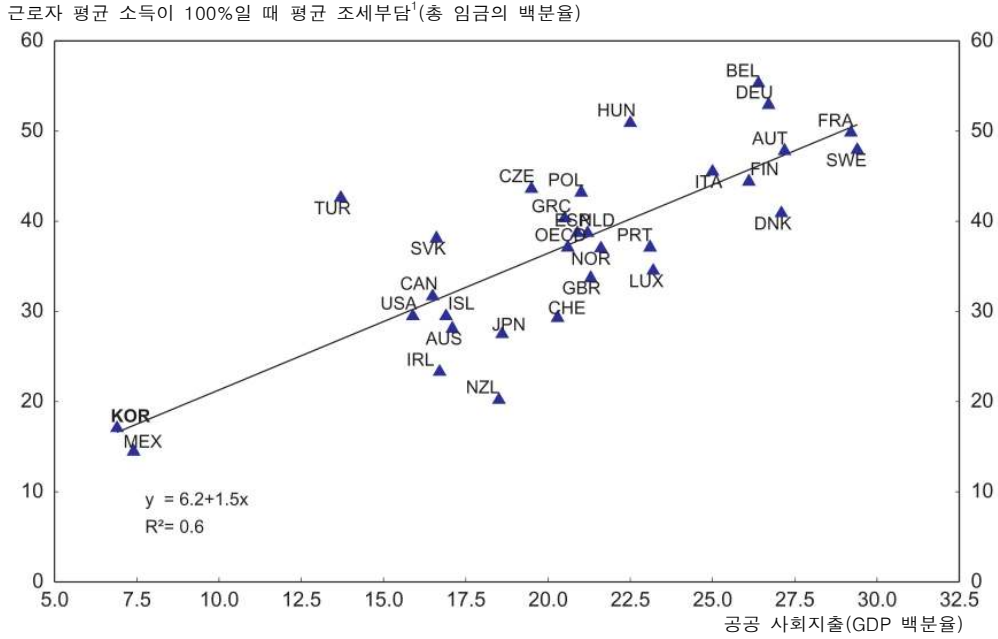
27 OECD 고용전략(OECD's Job Strategy)의 주요한 메시지 중 하나는 고용세를 삭감이었다. 독일은 비롯한 일부 국가들은 부가가치세율을 올리고 사회보험부담금 비율을 낮추었다.

28 보건의료의 재원을 세금기반으로 전환하더라도 자영업자들이 세제를 준수하도록 조치를 취하는 것이 중요하며, 소득세 기반을 확대하기 위해서는 지속적인 노력이 필요하다.

29 또한, 보험료의 인상이 보건의료의 질을 향상시키는 것이 아니라 의사들의 수입을 상승시키는데 사용될 수 있다는 우려도 있다.

30 사실, 한 연구에 따르면, OECD 국가에서 사회보험에 대한 의존은 일인당 의료비 지출을 3.5%

그림 12. 2005년 공공 사회지출 및 조세부담의 국제적 비교



1. 조세부담은 임금과 고용주 부담의 사회보장 급여와 고용세의 합계로 정의되는 총 인건비 가운데, 개인 소득세와 고용주 및 근로자의 사회보험급여, 고용세의 합 즉 현금급여손실분이 차지하는 비율을 말한다.

출처: OECD Taxing Wages Database

### 보건의료의 적절한 접근성 보장

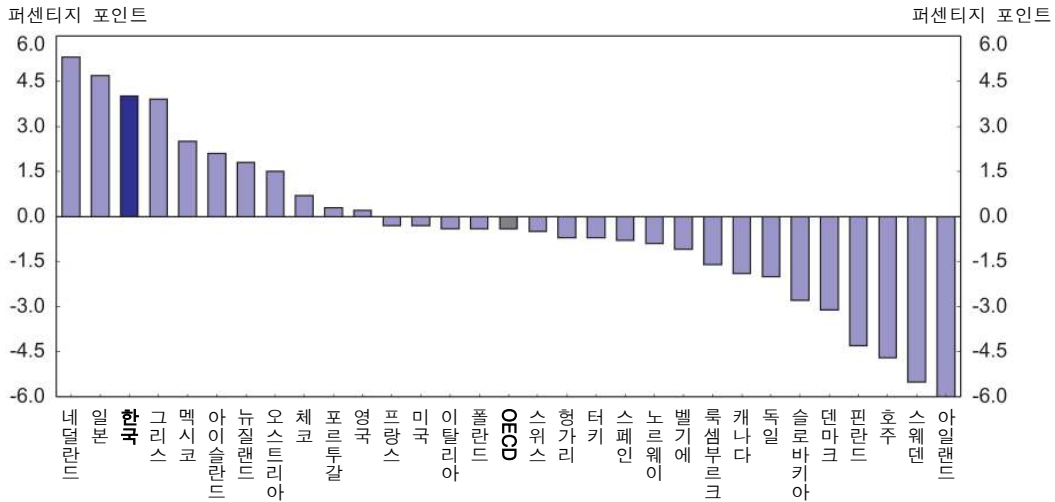
본인부담금과 보험비적용 서비스비용으로 구성된 환자들의 본인부담금은 2007년 OECD 국가에서 세 번째로 높아, 가구 최종소비의 4.6%를 차지했다(그림14). 한국에서 의료수가 수준이 보건의료 불만족의 주요 원인이다(표5).

또한 높은 환자본인부담금은 환자의 소득에 의존하는 것이 아니기 때문에 질병에 대한 경제적 부담의 불평등으로 이어져 불공평할 뿐만 아니라 퇴행적이다. 1998년 자료를 보면, 소득 1분위 가구 소득에서 본인부담금이 차지하는 비중이 3분위 가정보다 거의 4배나 높았다.<sup>31</sup> 높은 본인부담금 지출은 빈곤을 증가시킨다. 의료비지출을 포함시킬 경우 최저생계비로 정의되는 국가 빈곤선 이하의 가구 비중이 10.8%에서 12.5%로 증가한다(Kwon, 2009c). 따라서 본인부담금 지출은 필수적인 보건의료와 불필요한 보건의료 모두 감소시킨다(Kwon, 2003b). 또한 높은 본인부담금은 저소득층 가구에 불리할 뿐만 아니라 만성질환 환자들에게도 큰 부담이 된다.

상승시켰지만 건강 결과를 향상시키지는 못했다(Wagstaff, 2009a).

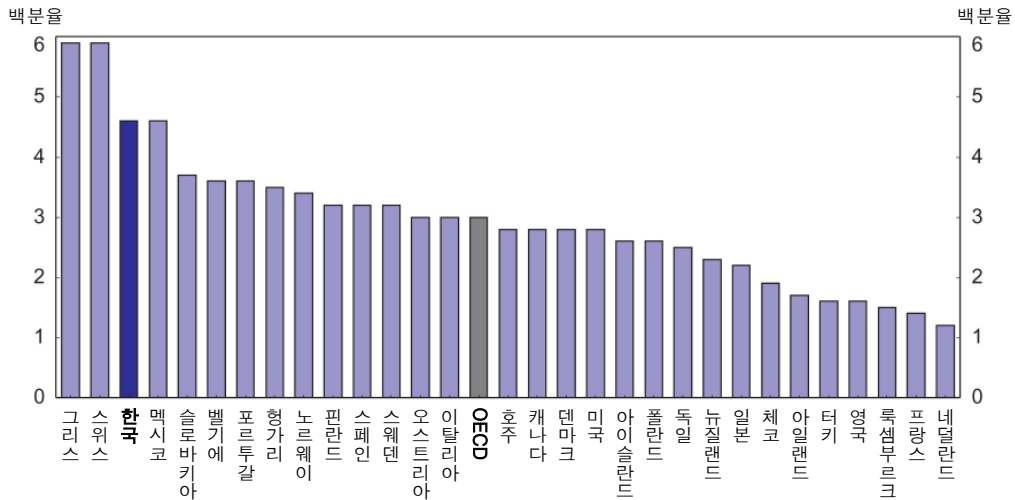
31 1998년 소득 3분위 가구의 소득 중 본인부담금이 차지하는 비중이 3.3%인 반면, 소득 1분위 가구의 경우 그 비중은 12.5%였다(Ruger and Kim, 2007).

그림 13 . 임금에 대한 조세부담의 변화  
2000년과 2008년 사이의 퍼센티지 포인트 변화



출처: OECD(2009d), Taxing Wages, OECD, Paris

그림 14. 보건의료의 본인부담금  
2007년 또는 최근연도의 최종 가구소비 중 백분율



출처: OECD Health Database(2009).

2004년 본인부담금을 6개월에 300만원(2700 미달러)로 제한하는 본인부담금 상한선제도가 도입되었다. 그 결과 환자는 1년에 최고 600만원 또는 평균 가구 가처분소득의 51%정도를 부담하게 되었다. 2008년 인구의 2.5%가 상한선 제도의 혜택을 보아 상한선에 의해 면제받은 금액이 NHI 총 기여금의 0.6%에 달했다. 상한선 제도는 2009년 개정되어 사회보험급여 지불기준으로 보험가입자의 지불능력을 고려하도록 했다. 그러나 이러한 측정 방법은 자영업자들의 과소평가된 부담액을 생각해 봤을 때 최선의 대책은 아니다. 가구소득 기준으로 하위 50%에 속하는 가구에 대해서는 연간 상한선이 200만원으로 제한되고, 그 다음 30% 가구의 경우 상한선이 300만원, 상위 20%에 속하는 가구의 경우는 400만원이다. 그러나 평균 가처분소득의 절반 정도를 버는 사람에

게 공동부담금은 여전히 소득의 3분의 1을 차지하는 높은 수준이다. 요약하자면, NHI는 “현재 보호 수준은 위협으로부터 보호라는 측면에서 충분하지 못한 수준이다”라고 발표했다(NHIC, 2009b).

**표 5. 한국의 보건의료 서비스 불만족의 이유**  
2008년 퍼센티지

	나라 전체	도시지역	농촌지역
높은 의료수가	32.0	32.8	27.9
치료수준이 만족스럽지 않음	20.0	19.9	20.3
치료 및 입원을 위한 긴 대기시간	16.3	16.4	15.7
불친절	12.0	11.7	13.4
부적절한 치료	9.4	9.4	9.0
과잉치료	5.4	5.6	4.1
열악한 장비	2.6	2.0	5.9
기타	2.3	2.2	3.7
총계	100.0	100.0	100.0

출처: Korea National Statistical Office

형평성 역시 보건의료의 질과 연관성이 있다. 주로 상급 종합병원에서 제공되는 고품질의 외래환자 서비스의 경우, 본인부담금 비율이 높는데, 이러한 서비스는 주로 고소득가구들이 이용하고 있다(Lu et al., 2007). 저소득 가구의 외래환자 진료는 정부가 운영하는 보건시설에 불균등하게 집중되어 있다. 또한 소득관련 수요격차를 조정하고 비교해 보면 저소득층 가구는 본인부담금이 20%로 상대적으로 낮은 입원치료를 더욱 많이 이용했다.

의료장비 공급의 지역적 격차도 접근성 문제를 야기시킨다. 전체적인 병상 수는 많지만, 어떤 지역에서는 병상 수가 부족하다. 그러나 고속철도와 같은 수송수단의 발달로 지역적 격차 문제는 해소되었다.<sup>32</sup> 보건의료의 접근성 보장 측면에서 더 큰 문제는 의사 수의 지역별 격차이다. 인구의 19%가 시골지역에서 살지만, 의사의 10%만이 시골지역에서 활동한다. 이는 인구대비 의사 비율이 도시지역이 두 배가 높다는 것을 의미한다. 자주 진료를 받고 싶어 하는 한국인의 성향을 고려해보면 의사진료를 위해 도시지역까지 이동하는 것은 그다지 매력적인 대안이 아니다. 특히, 저소득층 가구에게는 부담이 될 수 있다. 시골지역에서도 부분적으로는 공공 보건 진료소를 통해서 충분한 의사 수를 확보하는 것이 우선순위가 되어야 한다. 이를 위한 특별 프로그램도 생각해 볼만하다.

또 다른 문제는 특정 의료분야에서의 전문가 부족이다. 상대적으로 많은 보수를 받을 수 있는 안과, 피부과, 정신과에는 많은 의과대학 졸업생들이 지원한다. 반면, 흉부외과와 병리학은 비 인기 학과이다(Kwon, 2003c). 의과대학 학생들이 의사수가 부족한 전문분야를 택하도록 정부가 재정적유인책을 제공하고 있기는 하지만, 정부는 이 문제를 해결하기 위한 법안 도입을 고려중이다. 그러나 기본적인 문제는 수요와 공급의 균형을 맞추기 위한 의료수가 결정이다. 정부는 자원 기준상대가치 수가제도<sub>RBRVS</sub>를 2001년 도입하여 의료 서비스의 상대적 가격의 왜곡을 바로잡고자 했다. RBRVS는 서비스를 제공하기 위해 필요한 자원 비용을 기준으로 수가를 결정한다. 이론상으로 RBRVS는 의료서비스의 상대적 가격을 변경하여 의사들 간 소득 재분배를 위해 사용되어야

32 사실 서울과 주요 도시에 있는 의료시설로의 의존도가 증가하면서 지방에 있는 병원과 의사들이 불평을 제기했다. 이러한 도시로의 집중 현상은 한국의 지역균형발전 목표를 달성하는 데 장애물이 될 수도 있다.

한다. 그러나 의사들의 압력으로 RBRVS은 전체 수가가 일괄적으로 인상되어 가격왜곡을 바로잡는 데는 실패했다(Kwon, 2003c). 의료수가를 정하는 위원회는 의료수가 결정에 대한 근거와 그 영향에 대한 분석 정보를 제공해야 한다.

## 보건의료의 질 개선

의료의 질에 대한 환자의 의식은 비용 다음으로 가장 심각한 문제로 밝혀졌다(표5). 사실 환자의 20%는 치료가 만족스럽지 못했고, 9.4%는 치료가 적절하지 못했다고 말했다. 의원의 치료 행태에 관한 계획을 마련하고 효과적인 의료의 질 모니터링 메커니즘을 실행하는 것이 중요하다(OECD, 2003). 또한 한국 의학교육 특이성 때문에 복잡해지기는 하지만 증거에 입각한 최고의 사례 도입을 장려해야 한다. 의료의 질 개선을 촉진하는 한 가지 방법은 의료 제공자의 성과에 따라 지불하는 것이다. 유일한 공공 건강보험회사로서 NHI는 구매력을 활용하여 의료적 성과와 좋은 치료사례와 재정적 유인책을 연계시킬 수 있다. 정부는 보험금의 10%를 병원 평가결과와 연계시키는 방안을 고려 중이다. 2007년과 2010년 사이 43개의 전문 병원에 대해 의료의 질을 상대적으로 평가하기 쉬운 급성심근경색과 제왕절개 부분 대상으로 평가했다. 그러나 기술적 어려움이 정확한 측정을 방해할 수 있기 때문에 의료의 질 평가는 어렵다. 지표의 선택이 의료 서비스의 양과 서비스간 혼합에 영향을 주기 때문에 올바른 지표를 선택하는 것이 필수적이다(Colombo and Hurst, 2008).

공급자들의 경쟁을 촉진하고, 행동을 개선하기 위해서는 소비자들에게 더 많은 정보를 제공하는 것도 중요하다. 질병의 경중에 따라 보정환자결과 자료를 제공하여 환자들이 정보를 가지고 선택을 할 수 있도록 해야 하며 이로써 제공자들 사이에 질적인 측면의 경쟁을 장려해야 한다. 2005년 당국은 과도한 사용으로 문제가 되는 약물투입, 항생제 사용, 제왕절개 부분에서 하위 25% 병원과 의원을 발표하는 조치를 취했다(Kwon, 2005). 그러나 다른 국가들과 마찬가지로 의료 제공자들의 반대는 투명성과 공적책임성의 도입을 저해시키고 있다.

많은 사람은 병원의 질적인 측면에 대해 불만을 가지고 있었으며 병원의 수준을 향상시키는 것이 보건의료의 질 개선의 우선순위 과제이다. 한국에서는 의사와 비영리조직 만이 의원이나 병원을 설립할 수 있다. 의사들은 수익을 보유할 수 있지만, 비영리 단체는 수익을 재투자해야 하고 배당금 형식으로 수익을 배분할 수 없다. 하지만 병원들은 사실 상 이윤추구 조직으로 행동하고 있다(Kwon, 2009b). 현행 규제에 따르면 병원은 은행대출에 의존하기 때문에 자금지원이 제한되고 현대적인 병원 부문의 발전에 제약이 된다. 정부는 제주도와 같은 특별 구역에서는 투자자들이 소유한 병원을 허용하기로 했다. 의사들이 투자자소유의 병원의 독점적 소유권을 갖는 것은 정당화되지 않는다. 부정적인 영향만 잘 해결해 나간다면 한국의 투자자소유의 병원은 신규 진입을 가속화하고 환자에 대한 의료서비스의 질을 개선시킬 것이다.<sup>33</sup> 병원 부문 구조조정에 도움이 되는 병원간 인수합병도 금지되었다.

의료의 질 개선을 할 수 있는 한가지 방법은 높은 수준의 의사 한 명당 진찰 건수를 줄이는 것이다(그림 6). 이는 의사 수를 증가시킴으로써 부분적으로 해결할 수 있다. 대부분이 사립대학인 41개 의과대학에 입학하는 학생 수는 보건복지가족부가 결정한다. 또한 행위별 수가제에서 벗어난 지불제도의 변경은 불필요한 치료에 대한 유인책을 줄여 병원 예약 및 대기시간을 감소시키는 효과를 가져올 것이다.

33 정부는 비영리 병원의 채권발행을 승인하는 타협안을 제시했다.

## 결론

한국의 보건의료제도는 전국민의료보험의 달성과 의료비 지출을 상대적으로 낮은 수준으로 통제하면서 주요한 진전을 이루었다. 그러나 급속한 고령화와 NHI의 폭넓은 보장에 대한 요구는 앞으로 해결해야 할 중요한 도전과제를 제시한다. 힘들었던 의약분업 이행 이후 보건 분야의 주요 행위자들간의 심한 충돌로 개혁에 대한 합의점을 찾는 것이 어려워 보인다. 하지만, 박스 3에서 명시된 내용에 따라 폭넓은 개혁을 추진하는 것이 중요하다.

### 박스 3. 보건의료제도 개혁을 위한 제안 요약

#### **효율성 개선을 통한 의료비지출 통제**

- 병원에서 DRG 제도 사용을 확대하고 가장 효율성이 높은 병원 수준으로 보상 비율을 조정하며, 적절한 보건의료의 질을 보장한다.
- 의사 수진 횟수를 줄이기 위해 인두제를 도입하여 외래환자에 대한 행위별 의료수가제를 개혁한다.
- 제약업체의 리베이트 축소, 시장가격을 기준으로한 보상, 제네릭 가격 인하, 제네릭 사용 확대 및 처방전이 필요 없는 약품 판매에 대한 규제 철폐를 통해 총 약제비를 감소시킨다.
- 비용을 줄이고 장기요양 보험에서 가정기반의 서비스를 강조하기 위해 장기요양 서비스를 급성질환 병원에서 가정기반 서비스 및 장기요양 시설로 전환한다.
- 민간 부문의 역할을 강조하여 장기요양의 충분한 수용력을 확보한다.
- 낮은 수준의 담배세를 인상하여 흡연율을 줄이고 건강한 노화를 장려한다.
- 전문의의 불필요한 진료료를 줄이고 1차 의료를 장려하기 위해 게이트키퍼 제도를 도입한다.

#### **효율적인 의료비 지출 재원조달**

- 간접세를 통한 세수 기반의 재원조달로의 전환을 고려한다. 이를 통해 비용을 체크하는 효과적인 방법과 함께, 근로자들에 대한 세금부담 상승 경향을 억제하고 고용을 장려한다.
- 수평적 평등성을 높이기 위해 자영업자들이 보험금 납부를 잘 준수하도록 한다.

#### **보건의료의 적절한 접근성 보장**

- 의료비지출에서 공공부문의 높은 부담률을 지속하여 본인부담금 부담을 덜어준다.
- 저소득 가구 및 만성질환 환자의 환자본인부담금 상한선을 통해 환자들이 적절한 접근성을 확보할 수 있도록 한다.
- 필요한 경우 공공 보건의료 센터를 이용하여 시골지역의 보건의료 가용성을 높인다.
- 특정 의료 전문분야의 부족현상을 해소하기 위해 의료수가 결정 제도를 개선한다.

#### **보건의료의 질 개선**

- 신중하게 선택한 성과 지표를 기반으로 NHI가 제공하는 보험 보상금과 보건의료의 질을 연계시킨다.
- 경쟁을 촉진시키고 의료 제공자들의 행동을 개선하기 위해 소비자들에게 의료 제공자들의 성과에 대한 정보 가용성을 높인다.
- 투자자 소유의 병원, 인수합병을 허용하고, 예상되는 부작용을 잘 해결하여 병원의 수준을 높인다.
- 현재 낮은 수준의 의사 수를 늘리는 방안을 고려한다.



## 참고문헌

- Colombo, F. and J. Hurst (2008), "Revisiting the OECD Review of the Korean Health System", *Osaka Economic Papers*, Vol. 58, No. 2.
- Gerdtham, U. and B. Jönsson (2000), "International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis", *Handbook of Health Economics*, New Holland, Amsterdam.
- Imai, Y. and H. Oxley (2008), "Managing Public Costs in the Japanese Health and Nursing Care Sector", *Osaka Economic Papers*, Vol. 58, No. 2.
- Jeong, H. (2005), "Health Care Reform and Change in Public-Private Mix of Financing: A Korean Case", *Health Policy*, Vol. 74, No. 2.
- Jeong, H. (2009), "Pharmaceutical Reforms: Implications Through Comparisons of Korea and Japan", *Health Policy*, Vol. 93, No. 2-3.
- Jeong, H. (2010), "2008 National Health Accounts and Total Health Expenditure in Korea", Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, Seoul.
- Kang, J., J. Hong, K. Lee and S. Kim (2010), "The Effects of the Fraud and Abuse Enforcement Program under the National Health Insurance Program in Korea" *Health Policy*, Vol. 95, No. 1.
- Kim, H. and J. Ruger (2008), "Pharmaceutical Reform in South Korea and the Lessons It Provides", *Health Affairs*, Vol. 27, No. 4.
- Korea Health Industry Development Institute (KHIDI) (2008), *An analysis of the state of the pharmaceutical industry*, Seoul (in Korean).
- Kwon, S. (2003a), "Health and Health Care", *Social Indicators Research*, Vol. 62.
- Kwon, S. (2003b), "Healthcare Financing Reform and the New Single Payer System in the Republic of Korea: Social Solidarity or Efficiency?", *International Social Security Review*, Vol. 56.
- Kwon, S. (2003c), "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea", *Health Policy and Planning*, Vol. 18.
- Kwon, S. (2005), "Provision of Information on Providers to Consumers", *Health Policy Monitor*, No. 13.
- Kwon, S. and M. Reich (2005), "The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 6.
- Kwon, S. (2007), "The Fiscal Crisis of National Health Insurance in the Republic of Korea: In Search of a New Paradigm", *Social Policy & Administration*, Vol. 41, No. 2.
- Kwon, S. (2009a), "The Introduction of Long-Term Care Insurance in South Korea", *Eurohealth*, Vol. 15.
- Kwon, S. (2009b), "Issuing of Bonds for Debt Capital by Hospitals", *Health Policy Monitor*, No. 13.
- Kwon, S. (2009c), "Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage", *Health Policy and Planning*, Vol. 24.
- Lafortune, G., G. Balestat, and the Disability Study Expert Group Members (2007), "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", *OECD Health Working Papers*, No. 26, Paris, OECD.
- Lee, H., Y. Choi, N. Sung, S. Kim, S. Chung, J. Kim, T. Jeon and H. Park (2009), "Development of the Korean Primary Care Assessment Tool - Measuring User Experience: Tests of Data Quality and Measurement Performance," *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 21, No. 2.

- Lee, S., S. Jee, J. Yun, S. Kim, J. Lee, J. Samet, and I. Kim (2007), "Medical Expenditure of National Health Insurance Attributable to Smoking among the Korean Population", *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol. 40, No. 3.
- Lu, J., G. Leung, S. Kwon, K. Tin, E. Darslau and O. O'Donnell (2007), "Horizontal Equity in Health Care Utilization: Evidence from Three High-Income Asian Economies", *Social Science & Medicine*, Vol. 64.
- National Health Insurance Corporation (2009a), *National Health Insurance Statistical Yearbook*, Seoul.
- National Health Insurance Corporation (2009b), *National Health Insurance System of Korea*, Seoul.
- OECD (2003), *OECD Reviews of Health Systems – Korea*, OECD, Paris.
- OECD (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries", *Policy Brief*, OECD, Paris.
- OECD (2007a), *OECD Economic Survey of Korea*, OECD, Paris.
- OECD (2007b), *OECD Employment Outlook*, OECD, Paris.
- OECD (2008), *OECD Economic Survey of Korea*, OECD, Paris.
- OECD (2009a), *Going for Growth*, OECD, Paris.
- OECD (2009b), *Health at a Glance 2009*, OECD, Paris.
- OECD (2009c), *OECD Economic Survey of Japan*, OECD, Paris.
- OECD (2009d), *Taxing Wages*, OECD, Paris.
- OECD (2010), *OECD Economic Survey of Korea*, OECD, Paris.
- Oliveira Martins, J. and C. de la Maisonneuve (2006), "The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: an Integrated Approach", *OECD Economic Studies*, Vol. 43, No. 42.
- Ruger, J. and H. Kim (2007), "Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea", *American Journal of Public Health*, Vol. 97, No. 5.
- Shin, J. (2006), "How Good is Korean Health Care? An International Comparison of Health Care Systems", *KDI School Working Paper 06-02*, KDI School of Public Policy and Management, Seoul.
- Song, Y. (2009), "The South Korean Health Care System", *JMAJ*, Vol. 52, No. 3.
- Wagstaff, A. (2009a), "Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD", *Policy Research Working Papers*, No. 4821, World Bank, Washington, D.C.
- Wagstaff, A. (2009b), "Social Health Insurance Re-examined", *Health Economics*, Vol. 19, Issue 5.
- Yang, B., E. Bae and J. Kim (2008), "Economic Evaluation and Pharmaceutical Reimbursement Reform in South Korea's National Health Insurance", *Health Affairs*, Vol. 27, No. 1.

## 워킹페이퍼

The full series of Economics Department Working Papers can be consulted at [www.oecd.org/eco/workingpapers/](http://www.oecd.org/eco/workingpapers/)

796. *The Korean financial system: overcoming the global financial crisis and addressing remaining problems*  
(July 2010) by Masahiko Tsutsumi, Randall S. Jones and Thomas F. Cargill
795. *Are global imbalances sustainable? Post-crisis scenarios*  
(July 2010) by Luiz de Mello and Pier Carlo Padoan
794. *Is there a case for carbon-based border tax adjustment? An applied general equilibrium analysis*  
(July 2010) by Jean-Marc Burniaux, Jean Chateau and Romain Duval
793. *Promoting potential growth: The role of structural reform*  
(July 2010) by Luiz de Mello and Pier Carlo Padoan
792. *Catching-up and inflation in Europe: Balassa-Samuelson, Engel's law and other culprits*  
(July 2010) by Balázs Égert
791. *Do product market regulations in upstream sectors curb productivity growth? Panel data evidence for OECD countries*  
(July 2010) by Renaud Bourlès, Gilbert Cette, Jimmy Lopez, Jacques Mairesse, Giuseppe Nicoletti
790. *Preparing for Euro adoption in Poland*  
(July 2010) by Rafal Kierzenkowski
789. *Gauging the impact of higher capital and oil costs on potential output*  
(June 2010) by Boris Cournède
788. *The German banking system: lessons from the financial crisis*  
(June 2010) by Felix Hüfner
787. *Measuring competition in Slovenian industries - estimation of mark-ups*  
(June 2010) by Margit Molnar
786. *Enhancing financial stability through better regulation in Hungary*  
(June 2010) by Margit Molnar
785. *Chile: Boosting productivity growth by strengthening competition, entrepreneurship and innovation*  
(June 2010) by Cyrille Schwellnus
784. *Chile: Climbing on giants' shoulders: better schools for all Chilean children*  
(June 2010) by Nicola Brandt
783. *Israel: Monetary and fiscal policy*  
(June 2010) by Charlotte Moeser
782. *Policy options for reducing poverty and raising employment rates in Israel*  
(June 2010) by Philip Hemmings
781. *Israeli education policy: How to move ahead in reform*  
(June 2010) by Philip Hemmings
780. *Germany's growth potential, structural reforms and global imbalances*  
(June 2010) by Isabell Koske and Andreas Wörgötter

779. *Energy policy and the transition to a low-carbon economy*  
(June 2010) by Jeremy Lawson
778. *Making the Luxembourg labour market work better*  
(June 2010) by Jeremy Lawson
777. *Coping with the job crisis and preparing for ageing: the case of Finland*  
(June 2010) by Henrik Braconier
776. *The political economy of fiscal consolidation*  
(June 2010) by Robert Price
775. *Structural and cyclical factors behind current-account balances*  
(May 2010) by Calista Cheung, Davide Furceri and Elena Rusticelli
774. *A framework for assessing green growth policies*  
(May 2010) by Alain de Serres, Fabrice Murtin and Giuseppe Nicoletti
773. *Modeling institutions, start-ups and productivity during the transition*  
(May 2010) by Zuzana Brixiova and Balázs Égert
772. *Can emerging asset price bubbles be detected?*  
(June 2010) by Jesús Crespo Cuaresma
771. *The nature of financial and real business cycles*  
(2010) by Balázs Égert
770. *The effects of fiscal policy on output: A DSGE analysis*  
(May 2010) by Davide Furceri and Annabelle Mourougane
769. *Health care systems: efficiency and institutions*  
(May 2010) by Isabelle Joumard, Christophe André and Chantal Nicq
768. *The OECD's new global model*  
(May 2010) by Karine Hervé, Nigel Pain, Pete Richardson, Franck Sédillot and Pierre-Olivier Beffy
767. *Assessing the impact of the financial crisis on structural unemployment in OECD countries*  
(May 2010) by Stéphanie Guichard and Elena Rusticelli
766. *After the crisis: bringing German public finances back to a sustainable path*  
(April 2010) by Isabell Koske

## 한국의 보건 의료 개혁

발행처 : OECD대한민국정책센터 사회정책본부

발행인 : 곽숙영

발행일 : 2010년 9월 20일

인쇄처 : 한미프로세스

<http://www.oecdkorea.org>

