



건강보험 지출전망과 재정관리 방안

2023. 12.

전병목 · 김평식



건강보험 지출전망과 재정관리 방안

2023. 12.

전병목 · 김평식

서 언

급속한 고령화의 진전과 기술 발전, 소득증가 등으로 건강보험제도의 재정규모는 크게 증가하였고 향후에도 지속적인 증가가 예상되고 있다. 최근 저출산 현상은 더욱 심화되고 있고 평균수명 역시 지속적으로 연장되고 있어 미래 건강보험제도의 지속가능성에 대한 우려도 높아지고 있다.

본 연구는 미래 국가재정의 중요 부담요인으로 여겨지는 국민건강보험의 지속가능성을 모색하는 연구이다. 이를 위해 먼저 개선되고 있는 건강보험 보장성과 코로나19 이후 변화된 환경을 반영한 건강보험 장기지출전망을 시행한다. 장기지출전망은 새롭게 제시된 인구전망과 함께 우리나라의 상황을 반영한 소득 영향, 기대수명 향상에 따른 의료수요 변화, 즉 건강한 고령화 효과를 반영하여 이전 연구와 차별성을 확보하였다.

지출전망 결과 상당한 부담수준 증가가 예상되는데, 이를 관리하기 위한 재정관리 방안도 모색하였다. 우리나라보다 높은 수준의 보건지출 수준을 유지하는 주요 선진국들의 재정관리 방안을 분석하고 우리나라 상황에 맞는 재정관리 방안을 도출하고자 하였다. 우리나라에서 상대적으로 부족한 재정당국과 보건복지부의 협력체계 구축 및 국회의 역할을 바탕으로 하는 총액관리체제를 제안하였으며 이러한 총액수준을 준수하기 위한 방안도 제안하였다. 이는 건강보험 기금화 방안과 달리 보건당국의 자율성을 허용하는 가운데 총액에 대한 관리 기능을 포함하는 방안이다. 장기적으로 건강보험제도의 지속가능성을 유지하면서 재정운용의 자율성도 허용할 수 있는 방안으로 현실적으로 검토해볼 만한 대안으로 평가된다.

본 연구는 한국조세재정연구원의 전병목 선임연구위원과 김평식 부연구위원이 수행하였다. 저자들은 보고서를 작성하는 과정에서 많은 분의 도움을 받았다. 원내의 권선정 선임연구원과 박선영 책임연구원은 자료의 수집 및 분석을 도와주었으며, 원고의 정리 및 교정을 담당하였다. 권선정 선임연구원과

박선영 책임연구원에게 감사를 드리고 있다. 또한 연구 자문위원으로 연구 전 단계에서 분석과정과 결과를 점검하고 조언해 주신 원내외 전문가분들께 진심으로 감사드린다. 보고서 작성의 마지막 과정에서 좋은 의견을 제시해 주신 익명의 평가자 두 분께도 감사의 말씀을 드린다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구자들이 책임을 지고 작성한 것으로서, 연구자들의 독자적인 견해를 정리한 것이며 한국조세재정연구원의 공식적인 견해와 다를 수 있다는 점을 밝혀 둔다.

2023년 12월

한국조세재정연구원
원장 김 재 진

요약 및 정책적 시사점

향후 예상되는 급속하고 높은 수준의 고령화는 보건지출 부담도 크게 높일 것으로 예상된다. 이는 일차적으로 전 국민 대상 단일사회보험인 국민건강보험의 재정부담으로, 이후에는 정부의 재정부담으로 이어질 가능성이 높다. 따라서 복지국가의 필수적 사항인 적절한 의료서비스를 제공하기 위해 건강보험제도가 안정적이고 지속가능한 제도로 운영될 수 있도록 하는 정책 대응이 중요하다.

안정적이고 지속가능한 건강보험제도 운영을 위해서는 미래 필요한 지출 수준을 적절한 부담수준 내에서 통제할 수 있어야 한다. 장기지출전망은 건강보험제도의 지속가능성 확보를 위한 개선방향 도출의 출발점이라 할 수 있다. 적절한 수준의 비용부담으로 양질의 의료서비스를 충분히 공급할 수 있다면 지속가능한 제도이기 때문이다. 일반적으로 의료서비스의 가치가 소득에 따라 높아지고 고령화로 절대적 수요가 증가한다는 점을 감안하면 지속가능한 제도로 운용하기 위해서는 지출관리의 필요성이 높다고 할 수 있다. 특히 우리나라와 같이 의료서비스 접근성에 대한 제약이 낮고, 높은 고령화율이 예상되는 경우에는 더욱 그렇다. 따라서 현실적인 건강보험 지출 추계를 바탕으로 미래 지속가능한 제도로 운용할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 체계적 지출관리를 위한 재정관리제도의 개선을 바탕으로 장기 지속가능성을 제고할 수 있다. 상대적으로 수입전망의 필요성은 크지 않다. 의료서비스가 필수재이고 이를 비용효율적으로 공급하는 것이 중요한 정책 목표이므로 향후 늘어나는 재원규모가 제약요인으로 작용하기 때문이다. 필요한 재원규모가 부담 가능한 수준인지가 중요하다.

건강보험 장기지출전망은 조성법을 바탕으로 다양한 영향 요인들 중 인구, 소득, 건강한 고령화 등의 영향을 중점적으로 반영하여 이루어졌다. 인구요인은 급속한 저출산·고령화의 영향을 반영하기 위한 것이고, 소득요인

은 소득수준에 따라 달라지는 의료서비스 수요구조를 반영하기 위한 것이다. 건강한 고령화는 향후 예상되는 기대수명의 증가가 의료서비스 수요구조에 미치는 영향을 반영하기 위한 것이다.

구체적으로 급속한 저출산·고령화의 진행은 통계청 장래인구추계 주기를 기존 5년에서 더 짧게 축소하는 계기가 되었으므로 최신의 인구추계를 반영할 필요가 있다. 또한 주요 선진국들에 비해 여전히 높은 경제성장률을 보이는 우리나라의 상황을 반영할 수 있는 소득탄력성을 이용할 필요가 있다. 본 연구에서는 우리나라 의료수요에 대한 소득탄력성을 새롭게 추정하여 우리나라 의료수요 상황을 반영할 수 있도록 하였다. 건강한 고령화 효과는 평균수명이 1세 연장된다면 연령대별 의료지출구조는 어떻게 변화할 것인가에 대한 반영이다. 평균수명만큼 건강수명이 증가할 수도 있지만 의료서비스를 많이 소비하는 시간이 늘어날 수도 있다. 이러한 주요 변수들에 대한 세밀한 분석 또는 현실적 가정을 바탕으로 장기지출전망을 시행하였다.

다양한 추계가정에 따라 2023년부터 2070년까지 중장기 지출을 전망하였다. 전망 결과 저출산 현상이 심화될수록, 소득탄력성이 낮을수록, 노령층이 과거에 비해 건강할수록 GDP 대비 건강보험 지출수준이 낮게 전망되었다. 구체적으로 가장 낙관적인 시나리오에서는 GDP 대비 건강보험 지출이 2040년 6.5%, 2070년 7.8% 증가했지만, 가장 비관적인 시나리오에서는 2040년 8.1%, 2070년 11.6%로 크게 증가하는 것으로 전망되었다. 이는 인구 변화, 소득효과, 잔차요인 등에 따라 건강보험 전망치가 크게 달라질 수 있음을 의미한다. 본 전망 결과는 유사한 전망기법인 조성법을 사용한 다른 연구자들의 건강보험 지출전망치와 비교할 때 전반적으로 중간 수준에 해당되었다. 추가적으로 주요 선진국들에 비해 낮은 정부/강제보험의 비율¹⁾을 감안하면 건강보험의 지출수준은 동일한 총 보건지출 수준에서 더 증가할 가능성도 있다. 이러한 추계결과는 향후 보건재정의 지속가능성 확보를 위한 재정관리가 매우 중요한 과제를 시사하고 있다.

1) 건강보험의 보장률과도 유사한 개념이다.

주요국과 우리나라의 의료지출(사회보험) 관리시스템을 분석해본 결과 우리나라 재정관리시스템의 개선 필요성은 상당한 것으로 나타났다. 거시적 재정관리 측면에서 주요 선진국의 경우 의료지출 증가를 제어하는 제도적 장치를 일정 정도 갖추고 있는 것으로 나타났다. 사회보험제도로 운영하는 국가로 다수의 보험자가 존재하는 일본, 독일의 경우 지출수준에 따른 보험자 간 보험료를 차등을 허용하여 수요 조정의 기제로 활용하고 있다. 특히 독일은 다수의 보험자가 존재함에도 지출예산을 피보험자의 선행 질병요건, 성, 연령 등의 위험도를 반영하여 배분하고 실제 지출이 이러한 예산배분액을 초과할 경우 개별 보험자가 부가기여금을 징수하도록 하고 있다. 즉 고정된 연방보험료율하에서 설정된 위험기반 예산수준을 초과하는 지출의 경우, 개별 보험료를 차등을 통한 수요 조정이라는 재정관리체계를 운영하고 있다.

가장 적극적인 재정관리의 사례는 프랑스로 의료지출의 상한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기경보시스템 운용과 함께 지출상한 준수를 유도하는 제도를 함께 운용하고 있다. 재정당국과 복지당국의 협의를 바탕으로 지출상한을 설정하여 의회 승인을 얻고, 실제 지출 상황을 모니터링하면서 당해 지출상한을 지키기 위한 대응방안 마련에 노력하고 있다. 지출 상황에 따라 지불시스템의 조정 등 제도적 대응이 이루어진다. 또한 포괄수가제(DRG)와 같은 정액보상을 받는 분야 수가의 99.7%만 지급하고 0.3%에 해당하는 금액은 별도 관리하면서 지출상한 준수기제로 활용하고 있다. 동 금액은 지출상한을 준수하였을 때에 지불함으로써 의료공급자들이 외래 진료 등에서 공급증가 유인을 줄이도록 유도하는 기능을 수행하고 있다.

반면 우리나라의 경우 건강보험에 대한 재정관리가 주무부처인 보건복지부 중심으로 이루어져 재정관리에 중점을 두기 어려운 구조이다. 즉 재정관리보다는 이전의 불충분한 의료공급 상태에서 벗어나는 것이 상위의 정책목표로 설정될 가능성이 높기 때문이다. 그러나 보건지출 수준이 2022년 기준 GDP 대비 9.7%로 이미 OECD 평균수준(9.3%)을 초과하고 있어 공급 확대와 재정관리의 균형 잡힌 시각이 필요하다. 특히 향후 급속한 고령화로 OECD 회원국 중 가장 높은 고령화율이 예상되는 현실을 감안하면 건강보험 재정

관리시스템의 구축은 매우 시급한 과제라 할 수 있다. 이를 위해서는 다음의 개선방안 모색이 필요하다.

먼저 재정관리 측면에서 우리나라는 재정당국과 국회의 역할이 거의 없는 상황이므로 이에 대한 개선이 필요하다. 현재 재정당국과 국회의 역할은 건강보험에 대한 재정지원분(예상수입의 20%)에 그치며, 지출수준에 대한 영향력도 제한적이다. 현재 강제보험인 건강보험 보험료 수입은 2022년 76.6조원으로 국세 세목 중에서도 소득세(128.7조원), 법인세(103.6조원), 부가가치세(81.6조원)에 이은 큰 수입규모²⁾이다. 그러나 이러한 주요 세목들에 대한 정부, 국회 등의 참여 정도를 감안할 때, 건강보험에서의 역할은 매우 제한적이다. 재정당국 및 국회의 참여가 제도 운영의 정당성과 지속성 확보에 중요하므로 이의 개선이 필요하다.

또한 현재 건강보험 재정관리 기능은 그 역할을 담당하는 건강보험정책심의회의 전문성과도 부합하지 않는다. 건강보험정책심의회의 구성은 총 25인 중 재정관리와 관련된 전문가로 확정된 위원은 재정당국(기획재정부) 1명에 불과하다. 보건복지부 1명, 전문가 4명도 위원 구성에 포함되어 있지만 재정전문가라기보다는 보건전문가로 구성될 가능성이 높다. 오히려 의약업계 단체 대표자 8인, 시민(직역)단체 대표자 4인 등으로 구성되어 건강보험 보장범위 등과 관련된 세밀한 제도 운영에 대한 전문성이 존재한다고 할 수 있다. 즉 현재의 건강보험정책심의회의는 건강보험제도의 세밀한 운영, 보장범위 및 수준 결정에 적합하다고 볼 수 있다. 따라서 건강보험정책심의회가 재정관리 기능을 수행하기에는 구성 및 전문성에서 한계가 있다.

건강보험의 재정관리를 위한 별도 기구 설립을 검토할 필요가 있다. 구체적으로 프랑스와 같이 재정당국과 보건복지부가 중심이 되는 공동위원회를 구성하여 지출상한을 결정하고 이를 국회에 보고하는 방안을 제안한다. 프랑스의 경우 사회보장재정조달법(SSFA), 즉 지출수준에 대한 정부안을 마련하기 위해 재무부와 보건부가 참여하는 조직(The Social Security Directorate)을 운영하여 지출상한 도출을 유도하고 있다. 지출상한 결정 방법으로는 단

2) 기획재정부, 「2022년 국세수입 실적(잠정)」, 보도자료, 2023. 1. 30.

순한 전년 대비 변화보다는 독일에서 의료재정 배분에 적용하는 피보험자의 선행 질병요건, 성, 연령 등 위험도를 반영한 방식을 고려하여야 한다. 인구 구조의 변화, 건강상태의 변화 등을 반영할 수 있다면 재정당국, 보건복지부, 국회 등이 동의할 수 있는 지출수준 결정을 용이하게 할 수 있을 것이다. 또한 기획재정부와 보건복지부가 전체 재정규모에 대한 협의를 바탕으로 제도를 운용하게 되면, 자원조달에 대해서도 상호 역할분담에 대한 논의의 장을 갖게 되어 일반예산 지원 확대라는 현재의 방식보다 투명하고 책임 있는 구조로 변해갈 수 있을 것으로 기대된다.

재정관리를 위한 공동위원회 운용은 OECD(2015)가 지적한 문제점들을 극복하는 효과도 있다. 동 보고서에 따르면 우리나라 재정당국과 복지부의 협력과정에서 직면하는 중요한 위험요인(Major challenges)으로 정보의 공유, 협력인센티브의 부족, 제도적 협력시스템의 부재, 재정당국의 보건정책 평가능력의 부족 등 모든 항목이 제시되었기 때문이다. 건강보험 운용의 책임을 지는 보건복지부와 재정당국의 부족한 협력체제를 보완하기 위해 제도적인 협력시스템을 구축하고 그 결과를 활용할 수 있도록 해야 한다. 이런 시스템은 기존 예산과정과 비슷하지만 세부내역 등에 대한 국회 의결을 필요로 하지 않으므로 기존 건강보험 기금화에 대한 반대논리³⁾를 극복할 수 있는 방안이다. 건강보험제도 운용의 자율성을 담보하면서 총지출 관리를 가능하게 하기 때문이다. 동시에 정치적 외압에 의한 세부적 제도 운용의 왜곡도 방지할 수 있다. 국회에 건강보험 지출상한에 대한 보고 과정을 거치도록 함으로써 이를 준수하기 위한 관리 노력의 책임성도 높일 수 있다.

건강보험 재정을 관리하기 위해서는 지출수준의 결정과 함께 이의 모니터링, 그리고 예산을 준수하기 위한 메커니즘 마련도 필요하다. 지출원인인 진료행위와 시차를 줄인 모니터링 시스템을 구축하여 지출수준 변화에 대한 빠른 대응이 가능해야 한다. 디지털화가 상당히 진행된 우리나라의 경우, 건강보험 지출 모니터링의 시차가 크지 않으므로 비교적 용이하게 조기경보시스템을 구축할 수 있을 것으로 판단된다. 이를 바탕으로 지출상한을 준수하

3) 전문성 저하, 대규모 감염병 등 발생 시 신속하고 탄력적 대응에 제한 등(메디칼타임즈, 「건보재정 건전화 방안 '기금화' 전략 놓고 국회 복지부 동상이몽」, 2023. 8. 4.)

기 위한 제도적 대응방안 마련이 가능할 것이다.

지출수준에 대한 모니터링과 함께 사전적으로 설정된 예산수준을 준수하기 위한 제도적 노력도 중요하다. 민간부문 중심 행위별 수가제 의료시스템 체계 내에서는 사전적으로 설정된 예산수준을 준수하도록 하는 메커니즘 마련이 전체 재정관리시스템의 성과를 결정하는 중요한 과제이다. 우리나라와 같은 사회보험 중심 의료서비스 시스템을 운영하며 국가의 영향력이 큰 프랑스의 사례를 살펴보면 경보위원회(Alert Committee)를 통한 예산초과 가능성 점검 및 대응방안 마련 그리고 최후의 수단으로 예산의 일정 부분(프랑스 0.3%)을 지급 연기하면서 지출상한 준수 시 지급하고 있다. 즉 의료공급자에 대한 지불시스템을 개편하여 보상액의 일정 부분을 지출예산 준수 여부에 연동시킴으로써 외래진료 등에 대한 공급자의 과다 공급유인을 감소시킬 수 있을 것이다.

목 차

I. 서론	17
II. 건강보험제도 현황	19
1. 건강보험료 부과체계 및 재정 상황	19
2. 보건지출 수준과 도전요인	24
III. 건강보험 장기 재정지출 추계	30
1. 개요	30
2. 선행연구	31
가. 연구의 흐름	31
나. 의료비 지출 추계의 3가지 모형	38
3. 건강보험 지출전망 방법론 소개: 조성법 모형을 중심으로	41
가. OECD 2013년 모형	41
나. OECD 2019년 모형	49
4. 건강보험재정 지출전망을 위한 모수 설정	59
가. 인구요인	60
나. 소득요인	70
다. 잔차요인	79
5. 2023년 KIPF 건강보험 지출전망 모형	79
가. 개요	82
나. 인구요인	84
다. 소득요인	84
라. 잔차요인	85
마. 2023 KIPF 모형 결과	86

6. 소결	91
IV. 보건지출 재정관리 사례와 시사점	94
1. 우리나라 보건지출 재정관리	94
2. 외국의 보건지출(의료보험) 재정관리	101
가. 일본	101
나. 독일	120
다. 프랑스	137
라. 캐나다	155
3. 소결	167
V. 결론 및 정책시사점	172
참고문헌	178

표목차

〈표 II-1〉 건강보험료 부과체계(2022년)	20
〈표 II-2〉 건강보험 재정 추이	23
〈표 II-3〉 건강보험 수입 및 지출 변화	23
〈표 II-4〉 연도별 건강보험 보장률	24
〈표 III-1〉 1995~2009년 공공의료비 지출의 요소별 증가율	42
〈표 III-2〉 공공의료비 예측 시나리오 대안별 가정	45
〈표 III-3〉 공공의료비 지출 예측 시나리오	47
〈표 III-4〉 합계출산율(2023~2070년)	61
〈표 III-5〉 건강보험 전수자료, 2017년 사망자 및 생존자 비용 분포	63
〈표 III-6〉 장래 기대수명 및 증가분(중위 인구 기준)	66
〈표 III-7〉 건강한 고령화로 인한 유효연령 계산	68
〈표 III-8〉 건강한 고령화로 인한 의료비 감소 폭	70
〈표 III-9〉 의료비의 소득탄력성	78
〈표 III-10〉 경상의료비, 인구, GDP증가율	79
〈표 III-11〉 2018 KIPF 모형과 2023 KIPF 모형 비교	81
〈표 III-12〉 건강보험 지출전망 순서	83
〈표 III-13〉 주요 거시경제변수 전망(인구 중위 기준)	85
〈표 III-14〉 2023년 KIPF 건강보험 지출전망 결과: GDP 대비 비중	88
〈표 III-15〉 선행연구의 건강보험 재정지출 전망치와 대비: GDP 대비 비중	90
〈표 IV-1〉 보건분야 예산현황	95
〈표 IV-2〉 OECD 주요 국가의 GDP 대비 보건지출 비율(2022년)	96
〈표 IV-3〉 국민건강보험제도 재정관리의 문제점	100

〈표 IV-4〉 사회보험별 재정관리와 기관별 역할	101
〈표 IV-5〉 일본의 보건 관련 지출(2000~2022년)	116
〈표 IV-6〉 일본의 나이별 건강지출(2014년)	117
〈표 IV-7〉 일본 국민의료지출의 재원조달 추이	118
〈표 IV-8〉 일본의 의료보장 제도별 대상과 요율	119
〈표 IV-9〉 독일의 보건 관련 지출(2000~2022년)	130
〈표 IV-10〉 독일의 자금유형별 보건지출(2018년)	131
〈표 IV-11〉 독일의 의료보장 제도별 대상과 요율	134
〈표 IV-12〉 프랑스의 보건 관련 지출(2000~2022년)	151
〈표 IV-13〉 프랑스의 의료보장 제도별 대상과 요율	154
〈표 IV-14〉 캐나다의 보건 관련 지출(2000~2022년)	164
〈표 IV-15〉 캐나다의 자금 유형에 따른 건강에 대한 지출(2018년)	165
〈표 IV-16〉 캐나다의 의료보장 제도별 대상과 요율	167
〈표 IV-17〉 주요 국가들의 보건지출 재정관리 방법	169

그림목차

[그림 II-1] 주요 선진국들의 총 보건지출 추이	25
[그림 II-2] 주요 선진국들의 정부/강제보험 보건지출 추이	26
[그림 II-3] 주요 선진국들의 가계 보건지출 추이	27
[그림 II-4] 총 의료지출과 고령인구비율의 상관관계(2020년)	28
[그림 II-5] 총 의료지출과 소득의 상관관계(2020년)	29
[그림 III-1] 신(新) OECD 의료비 지출 모형 체계도	49
[그림 III-2] 1인당 의료비 지출 및 1인당 GDP 증가율 전망치	52
[그림 III-3] 국가별 1인당 의료비 지출의 증가	53
[그림 III-4] 국가별 GDP 대비 의료비 지출	54
[그림 III-5] 시나리오별 GDP 대비 의료비 지출 OECD 평균	55
[그림 III-6] 시나리오 분석별 계숫값	55
[그림 III-7] 2015년 및 2030년 국가별 GDP 대비 의료비 지출(모든 시나리오) ..	56
[그림 III-8] 시나리오별 2030년까지의 연평균 의료비 지출증가 요인 기여도	57
[그림 III-9] 2030년까지 국가별 연평균 의료비 지출증가에 대한 주요 요인별 기여도 (기본 시나리오)	58
[그림 III-10] 국가별 GDP 대비 공공의료비 지출 비중(2015년, 2030년) (기본 시나리오)	59
[그림 III-11] 장래 인구 전망	61
[그림 III-12] 건강한 고령화 효과	65
[그림 III-13] GDP와 경상의료비 지출의 연도별 변화	71
[그림 III-14] 1인당 소득과 의료비 지출 간의 관계(2000~2019년)	77
[그림 III-15] 고소득 국가 및 동아시아 국가의 1인당 소득과 의료비 지출 간의 관계 (2000~2019년)	77
[그림 III-16] 경상의료비 대비 공공의료비 비중 추이	86

CONTENTS

[그림 IV-1] 우리나라 건강보험 운영체계	97
[그림 IV-2] 일본의 후생노동성 조직	103
[그림 IV-3] 일본 정부 예산 부문별 분배	118
[그림 IV-4] 독일의 법정 - 민간 의료서비스 관계(2020년)	123
[그림 IV-5] 독일의 법정의료보험 시스템 개요(2020년)	124
[그림 IV-6] 독일의 보건지출 자금 흐름	133
[그림 IV-7] 프랑스의 보건시스템 개요(2014년)	139
[그림 IV-8] 프랑스 사회보장재원조달법(SSFA) 제정 흐름도	141
[그림 IV-9] 프랑스 경고위원회(Alert Committee) 역할	149
[그림 IV-10] EU와 프랑스의 자금 출처별 보건 관련 지출(2019년)	152
[그림 IV-11] 캐나다 보건의료 시스템	157

I. 서론

급속한 고령화의 진전과 기술 발전, 소득증가 등으로 건강보험제도의 재정규모는 크게 증가하였고 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 예상되고 있다. 최근 저출산 현상은 더욱 심화되고 있고 평균수명 역시 지속적으로 연장되고 있어 미래 건강보험제도의 지속가능성에 대한 우려도 높아지고 있다.

건강보험제도 내적으로는 건강보험 보장률 제고를 위해 시행 중인 건강보험 비급여의 급여화로 재정부담이 확대되고 있다. 이에 따라 건강보험 재정지출 규모는 2017년 57.3조원에서 2022년 85.1조원으로 연평균 8.2%씩 증가하였다. 이러한 연평균 증가율은 코로나19로 인한 이동규제가 가해진 2020~2021년 시기를 포함하고 있어, 실제 정상적 상황에서의 증가속도는 더 빠른 편이라 할 수 있다. 코로나19로 인한 이동규제가 강화되었던 2020년, 2021년 지출 증가율은 각각 4.1%, 5.3%에 불과하기 때문이다. 이러한 지출규모 증가를 조달하기 위한 보험요율은 2023년 7.09%(장기요양보험료 요율은 건강보험료의 12.81%)에 달하고 있다.

건강보험제도를 포함한 보건의출의 빠른 증가 추세는 미래 관련 제도들의 지속가능성에 대한 우려를 높이고 있다. 건강보험제도로 모든 국민들의 의료서비스 접근성이 매우 용이하여 소득증가에 따른 소비자들의 의료수요 증가에 대한 적절한 관리에 어려움을 겪고 있기 때문이다. 특히 예상보다 급속히 진행되는 저출산·고령화의 진전과 2010년대 후반의 보장성 강화 정책 등은 미래 건강보험 재정여건에 대한 재점검이 필요함을 보여주고 있다.

또한 정부 재정 범위에 포함되지 않아 기존 국가재정 장기전망에서 제외되고 있는 건강보험제도의 특성으로 인해 미래 지속가능성에 대한 검토에 어려움이 존재한다. 국가재정의 건전성을 확보하기 위한 국가재정운용계획, 장기재정전망 등 제도적 장치들의 대상에서 제외되기 때문이다. 그럼에도 불구하고

하고 건강보험의 장기재정부담은 사회보험을 강제하는 정부로 귀결될 수밖에 없다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 국가재정 안으로 제도를 포괄하여 기존 관리체계를 활용하거나 현 제도에 대한 적극적인 모니터링과 대응체계 구축 등 제도적 개선 노력이 필요하다.

제도적 개선과정에서 공통적으로 필요한 사항은 확대된 건강보험 보장성과 코로나19 이후 변화된 환경을 반영한 건강보험 지출전망이다. 달라진 환경하에서 건강보험의 지출 상황이 어떻게 변화할 것인지 살펴보아야 이에 대응한 지속가능한 제도관리 방안이 모색될 수 있기 때문이다. 급속히 진행되고 있는 고령화의 영향, 소득증가에 따른 수요 변화 등을 반영한 장기지출전망이 요구된다. 상대적으로 수입전망의 필요성은 크지 않다. 의료서비스는 필수재로 이를 비용효율적으로 공급하는 것이 중요한 정책목표이므로 수입전망보다 총 지출규모가 의미가 있다. 즉 필요한 지출규모가 부담 가능한 수준인지가 중요하다.

장기지출전망은 건강보험제도의 지속가능성을 위한 제도 개선방향 도출의 출발점이다. 적절한 수준의 비용부담을 통해 양질의 의료서비스를 충분히 공급할 수 있다면 제도 개선의 필요성은 낮아지기 때문이다. 그러나 일반적으로 의료서비스의 가치가 소득증가에 따라 높아지고 고령화로 수요가 증가한다는 점을 감안하면 지출관리의 필요성은 높다고 할 수 있다. 특히 우리나라와 같이 의료서비스 접근성에 대한 제약이 낮고, 높은 고령화율이 예상되는 경우에는 더욱 그렇다. 현실적인 건강보험 지출 추계를 바탕으로 미래 지속가능한 제도로 운용할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 이는 체계적 지출관리를 위한 재정관리제도의 개선으로 귀결되고, 이를 바탕으로 제도의 장기 지속가능성을 높일 수 있다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ장은 우리나라 건강보험제도의 현황을 살펴본다. 보험료 부과체계와 재정 상황을 분석하고 의료지출 수준에 대한 외국과의 비교도 수행한다. 제Ⅲ장은 건강보험 장기재정부담을 추계한다. 조성법을 따르며 이에 필요한 모수들은 새롭게 추정하여 분석하였다. 제Ⅳ장은 우리나라와 해외 주요국들의 보건 관련 사회보험의 재정관리 방안에 대한 분석이다. 마지막으로 제Ⅴ장은 결론 및 정책시사점이다.

II. 건강보험제도 현황

1. 건강보험료 부과체계 및 재정 상황⁴⁾

우리나라 건강보험료 부과체계는 직장가입자와 지역가입자로 구분하여 운영되고 있다. 직장가입자는 모든 사업장의 근로자와 사용자, 공무원, 교직원 등이 해당한다. 보험료는 직장가입자의 개인소득을 기준으로 부과되며, 별도의 소득 및 재산 기준을 만족하는 가족 구성원은 피부양자로서 건강보험 가입자가 된다. 피부양자는 직장가입자의 배우자, 가입자 및 배우자의 직계존속, 직계비속 및 그 배우자, 가입자의 형제자매 등이다. 직장가입자 피부양자의 자격요건은 소득요건과 재산요건으로 구성된다. 소득요건은 소득 2천만원 이하이며 재산요건은 재산세 과세표준의 합이 5.4억원 이하 또는 5.4억~9.0억원이면서 소득 1천만원 이하이다. 이러한 피부양자의 소득 또는 재산요건을 초과하는 경우에는 직장가입자의 피부양자가 아닌 지역가입자로서 보험료를 부과하고 있다.

직장가입자의 건강보험료는 보수월액보험료와 소득월액보험료로 나누어진다. 보수월액보험료는 직장에서 받는 보수에 기반하여 부과하는 보험료로 보수월액에 건강보험료율(7.09%)을 곱하여 산정한다. 동 보험료는 직장가입자와 이를 고용한 사업자가 각각 50%씩 부담하게 된다. 여기서 직장가입자의 보수월액은 직장에서 근로의 대가로 받는 봉급, 급료, 보수, 세비, 임금, 상여, 수당, 그 밖에 이와 유사한 성질의 금품을 모두 포괄한다. 보수에서 제외되는 것은 퇴직금, 번역료 및 원고료, 비과세근로소득(외국정부 또는 국제기구 근무 급여, 해외주둔 군인 및 군무원 급여, 북한지역에서 근로제공하

4) 전병목, 「건강보험료 부과체계에 대한 소고: 최저보험료와 연금소득」, 『재정포럼』, 통권 제320호, 2023. 2., pp. 6~25의 내용을 일부 발췌 및 수정하였다.

고 받는 급여 등은 제외) 등이다. 소득월액보험료는 주된 근무지에서 근로의 대가로 받는 보수월액 이외의 다른 소득에 대해 부과하는 보험료이다. 보수 이외의 근로소득, 사업소득, 이자소득, 배당소득, 연금소득, 기타소득 등 열거된 다른 소득의 합계액이 2천만원을 초과할 경우, 그 초과금액에 대해 건강보험료를 부과하게 된다. 이때 보수 외 근로소득과 (공적)연금소득의 경우, 소득액의 50%만을 소득 합계액 산정 시 포함하게 된다. 소득월액보험료는 보수 이외 다양한 소득원을 가진 피보험자들에게 소득수준을 감안하여 보험료를 추가적으로 부과하기 위해 도입한 제도이다.

지역가입자는 직장가입자와 그 피부양자가 아닌 가입자로서 세대단위로 건강보험료를 부과한다. 즉 세대원 전체에 대해 합산한 소득, 재산, 그리고 자동차를 기반으로 각각의 보험료 부과점수를 산정하고 이를 합산한다. 여기에 사전에 설정된 보험료 부과점수당 보험료를 곱하여 세대당 보험료를 산출한다. 이때 과세가 되는 소득의 최저수준은 연 336만원이다. 재산 보험료의 경우, 토지, 주택, 건축물 등의 재산세 과세표준과 보증금 및 월세평가금액의 합계에서 5천만원을 공제한 후 재산수준에 따라 점수를 차등하여 부여한다. 또한 자동차 보험료는 사용연수 9년 이하 및 차량가액 4천만원 초과 시에만 부과되고 있다.

〈표 II-1〉 건강보험료 부과체계(2022년)

가입자 유형	직장가입자	지역가입자
대상	<ul style="list-style-type: none"> 모든 사업장의 근로자와 사용자, 공무원 및 교직원 개인단위로 부과 (예외) 고용기간 1개월 미만 일용근로자, 현역병 등 (피부양자) 배우자, 가입자와 배우자의 직계존속, 직계비속 및 그 배우자, 가입자의 형제자매로서 소득 및 재산요건을 만족하는 자 	<ul style="list-style-type: none"> 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 가입자 세대단위로 부과

〈표 II-1〉의 계속

가입자 유형	직장가입자	지역가입자
부과 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 보수월액 보험료: 보수월액의 6.99% • 소득월액 보험료: 보수월액 이외 소득 합계가 2천만원을 초과할 때 초과액의 6.99% (보수 외 소득 중 근로소득과 연금소득(공적연금만 포함)은 50% 반영) 	<ul style="list-style-type: none"> • 세대당 보험료: 보험료 부과점수 × 부과 점수당 금액(205.3원) • 보험료 부과점수: 소득, 재산, 자동차 기준 부과점수의 합 • 소득은 최저 336만원에 95,334점을 기준으로 1만원당 0,28373112점 적용(소득 상한은 6억 2,722만원으로 그 이상은 17,796.15점 부과) • 재산은 토지, 주택, 건축물 등 재산세 과세표준, 보증금 및 월세 평가 금액 등 합산액에서 5천만원 공제 후 점수 부여(최저 22~최고 2,341점) • 자동차(사용연수 9년 이하, 차량가액 4천만원 초과 시) 배기량과 사용연수별 차등 점수 부여(최저 11~최고 217점)
상하한	<ul style="list-style-type: none"> • 보수월액 보험료 상한: 전전년도 직장가입자 평균 보수월액보험료의 30배(7,307,100원) • 소득월액 보험료 상한: 전전년도 평균 보수월액보험료의 15배(3,653,550원) • 보수월액 보험료 하한: 전전년도 평균 보수월액 보험료의 8.0~8.5%(19,500원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 상한: 전전년도 평균보수월액보험료의 15배(3,653,550원) • 보험료 하한: 직장가입자 보험료 하한의 90~100%(19,500원)

자료: 전병목(2023), p. 8, 〈표 1〉

건강보험료 부과체계는 2018년 이후 2단계에 걸친 개편을 완료하면서 소득요소의 역할이 강화되었다. 가장 큰 변화는 많은 민원의 대상이었던 가구 구성원에 따른 평가소득보험료의 폐지(1단계)와 재산 및 자동차 보험료의 축소(1, 2단계)라 할 수 있다. 소득을 파악하기 어려운 지역가입자에 대해 부과하는 평가소득보험료⁵⁾는 소득추정의 개념에서 도입되었으나 실제 소득, 즉 부담능력과 괴리될 가능성이 높기 때문이다. 실제 소득과 괴리된 보험료 부과체계는 그동안 많은 민원의 대상이었다.

또한 직장가입자와 피부양자의 경우에는 부과체계 개편을 통해 보험료 부

5) 세대 구성원들의 성, 연령 등을 바탕으로 산정되었다.

과범위를 확대하였다. 직장가입자의 경우, 보수 외 소득에 대해 부과하는 소득월액보험료의 부과기준을 낮추었다. 부과체계 개편 이전 3개 유형별 소득(금융소득, 공적연금소득, 근로 및 기타소득)이 각각 4천만원 초과할 때만 부과되던 것을 모두 합산하여 연 3,400만원 초과 시(1차 개편), 다시 2천만원 초과 시(2차 개편)로 하향 조정하였다. 이를 통해 직장가입자의 보수 외 소득에 대한 보험료 부과대상이 크게 확대되었다.

피부양자의 소득 및 재산요건 강화도 2단계 건강보험료 부과체계 개편의 핵심 내용이었다. 1차 개편(2018. 7. 적용)을 통해 소득요건은 이전의 4천만원에서 3,400만원으로 하향 조정되었고 2차 개편(2022. 9. 적용)에서 2천만원으로 낮추어졌다. 즉 소득 2천만원 이상 피부양자는 피부양자 지위를 상실하고 지역가입자로 전환되게 된다. 재산요건 역시 1차 개편(2018. 7. 적용)을 통해 이전의 9억원 초과에서 5.4억원 초과 및 소득 1천만원 초과를 동시에 만족할 경우로 강화되었다.

건강보험의 재정 상황을 살펴보면, 2010년대 중반 이후 재정수지가 급격히 악화되어 적자로 전환되었다가 코로나19로 인한 이동제한 등으로 흑자로 전환되었다. 재정수지는 코로나19 직전인 2019년 2.8조원 적자에서 코로나19 효과로 지출 증가율이 낮아짐에 따라 흑자로 전환되었다. 구체적으로 2021년 2.8조원 흑자로 전환되었으며 2022년에도 높은 수입증가에 힘입어 3.6조원 흑자를 달성하였다. 이에 따라 누적적립금 규모는 2022년 말 23.9조원으로 총지출 85.1조원의 28.0% 수준에 이른다.

건강보험 지출증가율 추이를 살펴보면, 2015년 이후 지출증가율이 수입증가율을 지속적으로 상회하다가 코로나19로 인해 2020년부터 수입증가율 이하로 낮아졌다. 특히 건강보험 보장성 강화가 적극적으로 추진되었던 2019년 지출증가율은 13.8%에 달해 높은 수준의 수입증가율 9.6%에도 불구하고 재정수지 적자 2.8조원을 기록하였다. 코로나19로 인해 위생관리와 이동의 제약이 심했던 2020~2021년 기간 동안에는 지출증가율이 4.1%, 5.3%로 크게 낮아져 재정수지 악화 추세에서 벗어나고 있다. 코로나19로 인한 제약적 조치들이 점차 완화 또는 폐지됨에 따라 2022년 지출증가율은 9.6%로 크게

높아졌다. 그럼에도 수입증가율이 높은 수준을 보여 재정수지 측면에서는 개선이 이루어지고 있다.

〈표 II-2〉 건강보험 재정 추이

(단위: 억원)

구분	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
수입	379,774	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643	734,185	804,921	887,773
• 보험료수입	323,995	440,476	473,065	500,099	536,415	587,428	624,849	692,270	765,538
• 정부지원	50,361	70,974	70,974	67,839	70,802	77,803	92,283	95,720	104,992
• 기타수입	5,417	12,559	13,156	12,052	13,942	15,412	17,053	16,931	17,243
지출	373,766	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886	737,716	776,692	851,482
• 보험급여비	361,890	465,009	510,541	555,374	605,896	690,429	709,524	757,265	831,660
• 관리운영비	11,040	16,773	15,280	16,835	16,486	18,457	28,192	19,427	19,822
• 기타지출	836	499	518	704	555				
당기수지	6,008	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243	△3,531	28,229	36,291
누적수지	15,600	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712	174,181	202,410	238,701

자료: 보건복지부(2021); 국민건강보험공단(2023)⁶⁾

〈표 II-3〉 건강보험 수입 및 지출 변화

(단위: % 조원)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
수입	7.4	8.0	6.3	4.1	7.1	9.6	7.9	9.6	10.3
지출	5.7	9.8	9.1	8.8	8.7	13.8	4.1	5.3	9.6
적립금(조원)	12.8	17.0	20.1	20.8	20.6	17.8	17.4	20.2	23.9

자료: 보건복지부(2021); 국민건강보험공단(2022, 2. 25.; 2023, 3. 28.)

건강보험제도의 운용으로 인한 의료비 보장률은 2021년 기준 64.5% 수준이다. 이는 2010년대 중반 이후 증가하던 추세에서 벗어난 것이다. 건강보험 보장률은 2016년 62.6%에서 적극적인 비급여 관리노력에 따라 2020년 65.3%까지 증가하였다가 2021년에는 하락하였다.

2021년 건강보험 보장률의 하락으로 본인부담률과 비급여 부담률이 각각 0.5%p씩 증가하였다. 상대적으로 비급여부문의 지출과 본인부담률이 높은 진료 등이 이루어졌다고 할 수 있다.

6) 국민건강보험공단, 「2022년 건강보험 수입/지출 현황」, 2023.

〈표 II-4〉 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
건강보험 보장률	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	64.5 (-0.8%p)
법정 본인부담률	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5	19.9 (+0.4%p)
비급여 부담률	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2	15.6 (+0.4%p)

주: 전체 건강보험 보장률은 현금급여(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산진료비 지원금, 요양비)를 포함함
 자료: 국민건강보험공단, 「2021년 건강보험 보장률 64.5%(전년 대비 -0.8%p)」, 보도자료, 2023. 1. 10.

2. 보건지출 수준과 도전요인

우리나라 총 보건지출(health expenditure)⁷⁾은 2022년 기준 GDP 대비 9.7%로서 OECD 회원국 평균인 9.3%를 초과한 수준이다. 그렇지만 G7 선진국들에 비해서는 이탈리아를 제외하고는 낮은 수준이라 할 수 있다. 우리나라와 유사한 제도 구조를 운영하는 일본의 총 보건지출은 GDP 대비 11.5%(2022년)에 달하였고 G7 국가 중 가장 높은 지출수준을 보이는 국가는 미국으로 GDP 대비 16.6%(2022년)에 이른다.

2000년대 OECD 회원국의 총 보건지출은 증가 추세에 있으며 이러한 증가 추세는 우리나라가 상대적으로 빠른 편이며 최근에 더욱 상승 추세가 강화되고 있다. 현재 높아진 지출수준과 함께 다른 G7 국가들에 비해 상대적으로 낮은 소득수준과 고령화 비율 등을 감안할 때 향후 높은 고령화 수준으로의 빠른 이동으로 인한 보건지출 압력은 상당할 것으로 예상된다.

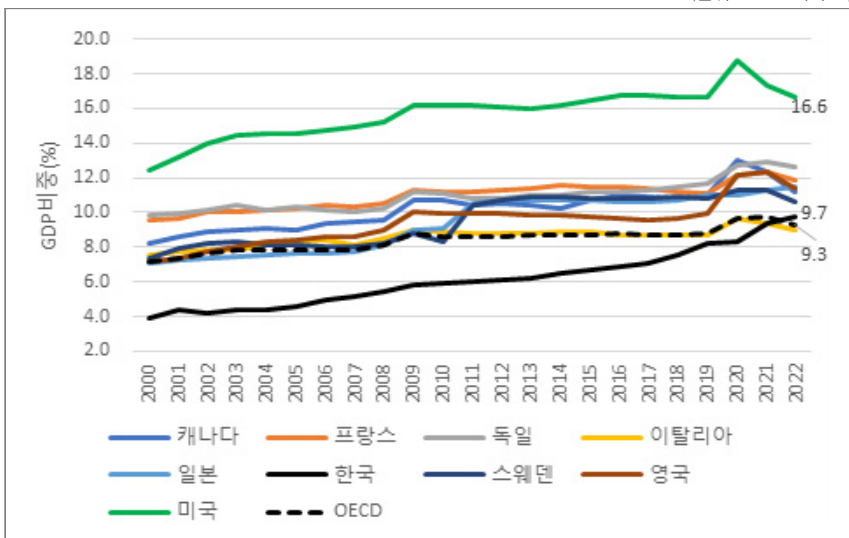
총 보건지출 중 국가 및 강제보험에 의해 조달되는 수준은 주요 선진국에서 70% 이상으로 절대적 위치를 차지하고 있다. 국가 및 강제보험을 통한 지출수준은 일본의 경우 GDP 대비 9.8%(2022년)에 달해 총지출 11.5%의 85.5%를 차지하고 있다. OECD 회원국 평균도 GDP 대비 7.1%로 그 비중이

7) 총 보건지출은 재원조달 방법에 따라 국가 및 강제보험, 자발적 보험, 가계 직접부담의 3가지 유형으로 나누어진다.

총지출 9.3%의 76.4% 수준에 이른다. 우리나라의 경우 정부 및 강제보험의 비중이 상대적 낮은 수준이다. 국가 및 강제보험 지출이 GDP 대비 6.1%(2022년)로 총지출 9.7%의 62.7%(2022년)에 불과하다. 이는 자발적 민간보험 또는 자기부담금 형태의 직접적 의료비용 부담이 높다는 것으로 향후 지속적인 건강보험 보장성 강화를 요구하는 원인이 될 수도 있다. 이러한 변화는 건강보험의 지출증가 압력을 더욱 높이는 요인이다.

[그림 II-1] 주요 선진국들의 총 보건지출 추이

(단위: GDP 대비 %)

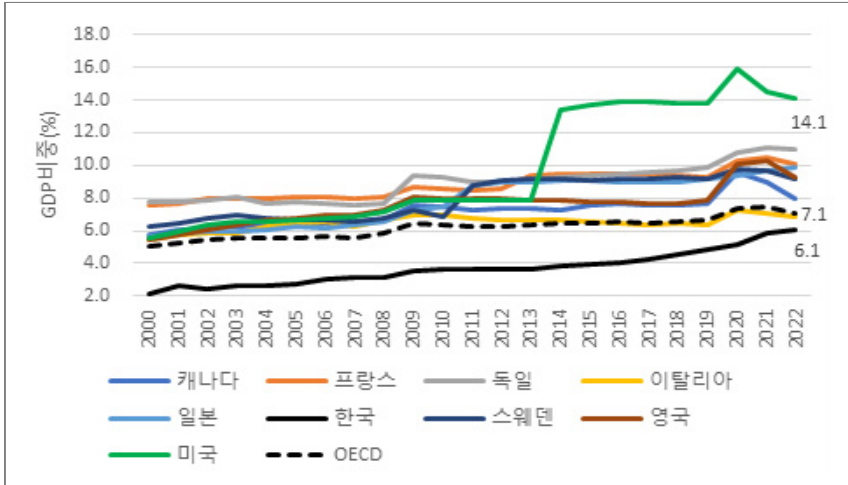


자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

보건지출 중 가계의 부담은 두 가지로 나누어진다. 즉 민간보험 등을 통한 자발적 보험지출과 가계의 직접지출이다. 가계의 직접지출은 의료서비스 이용 시 공적, 사적 보험으로 보장되지 않아 직접 지불해야 하는 자기부담금이다. 가계 부담에는 정부 및 강제보험 보건지출을 위한 조세 및 보험료 부담이 포함되지 않는다.

[그림 11-2] 주요 선진국들의 정부/강제보험 보건지출 추이

(단위: GDP 대비 %)



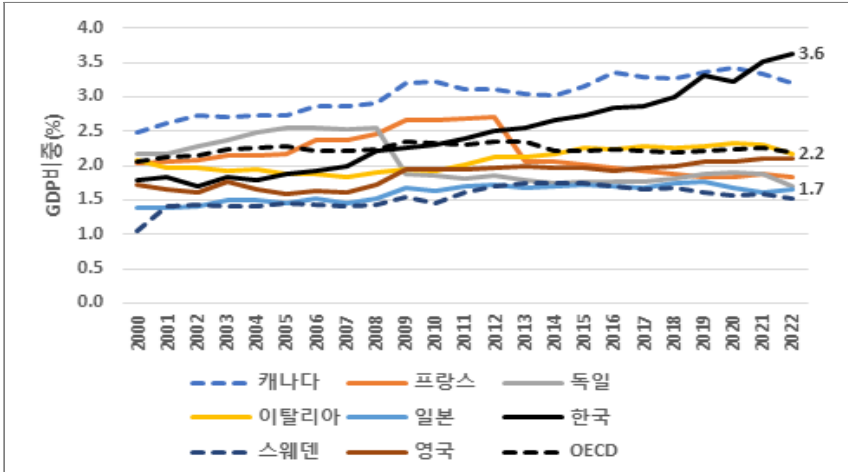
자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

우리나라 가계의 의료비 부담은 2000년대 급속한 상승 추세를 보여주고 있다. 2000년 기준 GDP 대비 1.8%에서 2022년에는 3.6%로 주요 선진국들 중에서 가장 높은 수준을 보여주고 있다. 이는 지속적인 정부/강제보험 지출의 증가 추세 가운데 나타나고 있어, 건강보험에서 포괄하지 않는 비급여 등의 의료수요 역시 빠르게 증가하고 있음을 보여준다. 우리나라와 유사한 제도를 운영하고 있는 일본의 경우 가계 의료비 부담 상승속도는 매우 완만하며 그 수준도 2022년 기준 GDP 대비 1.7%로 우리나라의 절반수준에 그치고 있다. OECD 회원국 평균 역시 GDP 대비 2.2% 수준을 유지하고 있는 등 큰 변화가 없다.

이러한 가계의 높은 의료비 부담은 향후 추가적인 의료비 부담에 상당한 저항이 있을 수 있음을 보여준다. 그동안 건강보험 보장성 확대에 따라 의료서비스에 대한 자기부담금이 낮아져 왔음을 감안하면, 가계의료비 증가에는 주로 비급여 서비스 중심의 의료수요 증가에 기인한 것으로 볼 수 있다. 따라서 비급여 의료서비스에 대한 관리/통제가 중요한 과제라 할 수 있다.

[그림 II-3] 주요 선진국들의 가계 보건지출 추이

(단위: GDP 대비 %)



주: 가계보건지출은 가계직접지출과 자발적 보험지출의 합

자료: OECD.stat, "Health expenditure and financing, Demography and Population," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

우리나라 건강보험을 포함한 보건지출은 향후에도 꾸준히 증가할 것으로 예상된다. 보건지출의 주요 결정요인인 고령인구비율, 소득수준, 기술 발전 등에 따른 것이다. OECD 회원국의 총 의료지출과 65세 이상 고령인구비율의 상관관계를 살펴보면 정(+)의 상관관계를 확인할 수 있다. 우리나라의 2000년과 2020년 사이 총 의료지출 변화 방향 역시 이러한 총 의료지출과 고령인구비율의 상관관계 속에서 변화하고 있음을 확인할 수 있다. 즉 2000년과 2020년 사이 총 의료지출의 증가는 65세 이상 고령인구 비율의 증가로 상당 부분 이해될 수 있다. 마찬가지로 일본의 총 의료지출 수준 역시 높은 고령인구 비율에서 그 원인을 찾을 수 있다.

우리나라의 경우, 65세 이상 고령인구 비율이 2020년 15.7%에서 2070년 46.4%까지 증가할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2021).⁸⁾ 이러한 고령인구 비율의 지속적인 증가는 향후 총 의료지출 역시 크게 증가할 것임을 보여준다. 2000년대와 유사한 건강보험 제도 운영은 고령화의 진전에 따른 지출부

8) 통계청, 「장래인구추계: 2020~2070년」, 보도자료, 2021. 12. 9.

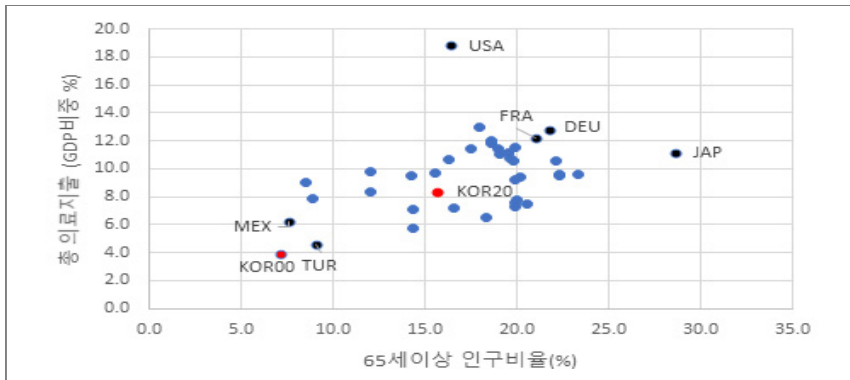
담 증가를 회피하기 어려울 것으로 예상된다.

고령화 이외에도 의료지출을 증가시키는 요인으로 소득수준을 들 수 있다. 일반적으로 소득수준이 높아질수록 의료서비스에 대한 양적·질적 수요도 높아지기 때문이다. 이는 소득 상승으로 인해 건강유지의 기회비용이 그만큼 높아지기 때문이다. 기회비용을 초과하지 않는 수준의 의료서비스 양 및 기존 서비스 고품질화 수요는 지속될 것이다. OECD 회원국의 1인당 소득 수준(1인당 GDP)과 총 의료지출과의 상관관계를 살펴보면 정(+)의 상관관계를 확인할 수 있다. 우리나라의 2000년 이후 두 변수 간의 상관관계도 이러한 추세를 확인해 주고 있다. 이는 향후 경제성장에 따라 총 의료지출도 함께 증가할 것임을 시사한다. 경제성장, 고령화 진전에 따른 의료지출 증가를 예상하고 이를 적극적으로 관리해 나가는 노력이 중요하다.

그 외 기술 발전도 의료서비스 품질을 높여 가격을 인상시키는 요인이다. 새로운 진단 및 치료기술의 등장은 이에 대한 수요를 높일 것이기 때문이다. 특히 새로운 진단 및 치료기술의 개선율보다 가격상승률이 더 높을 경우에는 기술 발전에 따른 수요 이동으로 지출이 증가할 수 있다. 예를 들어 초음파, CT, MRI 등으로의 진단기술 발전 경험은 기술 발전이 의료이용량과 지출의 증가로 이어짐을 보여준다.

[그림 II-4] 총 의료지출과 고령인구비율의 상관관계(2020년)

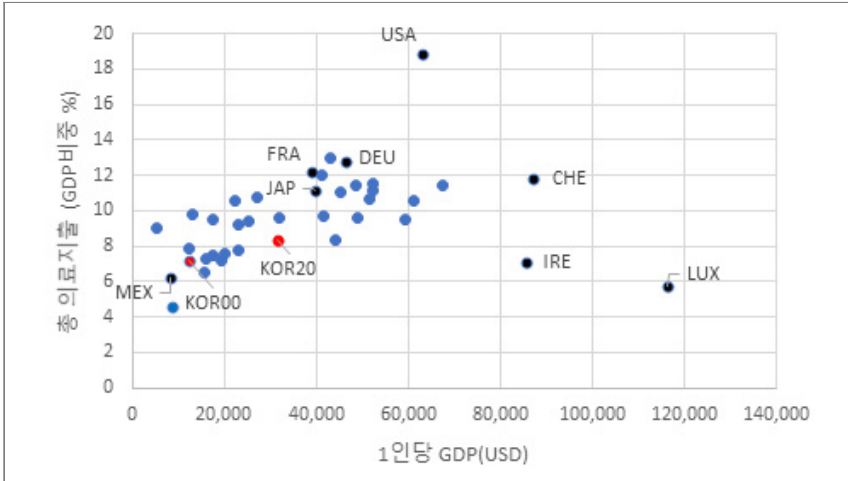
(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD.stat, "Health expenditure and financing, Demography and Population," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 3. 13. 자료를 이용하여 저자 작성

[그림 II-5] 총 의료지출과 소득의 상관관계(2020년)

(단위: GDP 대비 %)



주: 1인당 GDP는 경상 미국달러 기준임

자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 3. 13; KOSIS국가통계포털, 「국제통계」, https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_RTITLE&menuId=M_02_01, 검색일자: 2023. 3. 13.

향후 우리나라 보건지출에의 도전요인은 상관관계 분석에서 살펴본 바와 같이 소득, 고령화 등이 중요한 역할을 하는 가운데 가계부담 수준이 이를 억제하는 기제로 작용할 것으로 예상된다. 향후 보건지출의 적절한 관리를 위해서는 소득증가와 고령화로 인한 증가효과를 관리하고 가계부담이 수요에 대한 억제요인으로 작용할 수 있도록 하는 기제가 필요하다. 그럼에도 필요한 의료서비스 제공 기능에는 충실할 수 있도록 하여야 한다.

이를 달성하기 위해서는 소득, 고령화율의 유사성에도 불구하고 각 국가 별로 나타나는 보건지출의 격차를 살펴볼 필요가 있다. 동 격차는 각 국가의 제도운영 방식, 재정관리 방식 등에 따라 나타날 수 있는 차이로 정책적 관심이 필요한 분야이다. 본 연구에서는 미래 보건지출의 부담에 대응하기 위해 재정관리 중심으로 개선방안을 모색하고자 한다.

Ⅲ. 건강보험 장기 재정지출 추계

1. 개요

인구구조 변화, 소득수준 상승, 건강보험 보장성 강화 정책 등의 요소들로 인해 건강보험 재정 건전성에 대한 우려가 커지고 있다. 저출산·고령화의 심화에 따라 노인 인구 비중이 증가하고 있으며, 전반적인 소득수준 역시 향상됨에 따라 의료서비스 이용량 및 의료비 지출은 기존 전망치보다 더 큰 폭으로 증가할 것으로 전망된다. 2010년 이후 취약계층 지원, 비급여의 급여화, 의료 안전망 강화 등에 초점을 맞춘 건강보험 보장성 강화 정책이 최근까지 총 4차례에 걸쳐 이루어지는 등 건강보험 보장성 강화 정책들 역시 의료 이용량 및 의료비 지출을 증가시킬 것으로 보인다.

이에 더해 중장기적으로 의료 신기술 발달, 상병구조의 다각화 등의 요소로 건강보험 지출 폭이 증가하며, 건강보험 재정 건전성이 악화될 것으로 우려되는 상황이다. 이처럼 건강보험 제도 지출 소요 변화는 향후 추가적인 재원조달 부담을 높이는 요인이 될 것으로 보임에도, 기존 건강보험 재정 추계모형은 위에 언급된 인구학적 요인(demographic drivers) 및 비인구학적 요인(non-demographic drivers) 변화분을 충분히 반영하지 않았다. 본 장에서는 조성법을 이용해 의료비 지출에 영향을 미치는 인구요인 및 비인구요인과 관련된 모수들을 새로 설정한다. 이를 기반으로 건강보험 중장기 재정전망 모형(2023 KIPF 모형)을 구축하고, 건강보험 장기 추계 및 전망을 시행하고자 한다. 궁극적으로 본 모형을 통해 건강보험을 효율적으로 관리하기 위한 정책을 수립하고 운용하는 데 사용할 수 있을 것이다.

우리나라 건강보험 재정 추이를 살펴보면 2013년부터 2019년 사이 건강보험 지출과 급여비 연평균 증가율 모두 약 9% 수준을 기록했다. 이에 비해

건강보험 수입 연평균 증가율은 동 기간 약 7%로, 지출 증가속도가 수입 증가속도를 웃돈다. 이처럼 건강보험 지출증가율이 수입증가율보다 높은 상황이기 때문에 지출효율화를 통한 재정적 관점에서의 정책 개입 필요성이 제기되고 있다. 특히, 보건의료 부문의 건강보험 지출 정도는 우리 재정에서 가장 규모가 큰 상황으로, 다른 분야에 사용될 수 있는 자원 투입에도 제약을 가하고 있다. 건강보험 지출증가율이 향후 어느 정도로 낮아져야 하며, 건강보험 재정의 지속가능성을 위해 지출 총량을 어떻게 관리해야 하는지 논의하기 위해서 건강보험 장기 지출 추계가 중요하다.

2. 선행연구

가. 연구의 흐름

건강보험 전망에 관한 연구가 국내외에서 활발히 이루어지고 있으며, 이 글과 같이 국민 의료비 수준을 우선 전망한 후 건강보험 급여지출이 의료비에서 차지하는 비중을 고려하여 간접적으로 전망하는 방식이 널리 사용되고 있다. 2010년 이전 초기 연구에 관해 설명한 후, 후속 연구를 자세히 설명하려 한다.

이혜훈(2001)은 건강보험 재정지출을 전망하지는 않았지만, 공공의료비에 대한 전망을 시행하였는데, GDP, 65세 이상 노인 인구수 등을 설명변수로 사용하여 국민 의료비에 대한 회귀분석을 하였다. 분석결과, 국민 의료비의 소득탄력성은 0.72, 고령화 탄력성은 1.04로 추정되었다. 또한, 공공의료비가 국민 의료비에서 차지하는 비중을 가정하여 공공의료비가 GDP에서 차지하는 비중이 2050년 7.5% 수준에 도달할 것으로 전망하였다.

김종면(2002)은 OECD 회원국들을 대상으로 소득탄력성을 산출하고, 이를 통해 건강보험 지출전망을 수행하였다. 우리나라 데이터만 사용할 경우 주요 결정변수인 GDP 수준이 미래에 크게 바뀌면 의료비 전망이 과도하게 예측될 수 있는 우려가 있다. 이를 극복하기 위해 OECD Health 자료를 이용하여, 이분산 가정 아래의 GLS 기법을 사용해 국민 의료비를 추정하였다.

소득탄력성은 1.21, GDP 대비 국민 의료비의 비중을 12.03%로 산출하였으며, 국민 의료비에서 건강보험 지출이 차지하는 비중을 고려하여 GDP에서 건강보험 지출이 차지하는 비중이 2050년 9.9% 수준에 도달할 것으로 전망하였다.

최준욱·전병목(2003)은 연령대별로 자세하게 건강보험 급여액을 파악하였으며, 이를 이용해 건강보험 지출을 전망하였다. 기존 연구는 65세 이상 인구의 규모 또는 전체 인구에서 차지하는 비중으로 인구구조 변화를 파악하였지만, 본 연구는 연령대별로 건강보험 지출전망을 수행하였다. 건강보험 지출에 대응하여 현재의 세입구조를 유지, 근로소득세 및 사업소득세 인상으로 충당, 부가가치세 인상으로 충당 등 재원조달 방법에 따른 세대 간 추가 세 부담 및 혜택에 대해서도 추산하였다.

김중면·김우철(2007)은 소득탄력성 접근 방법과 Single Factor 모형을 사용하여 건강보험 급여비를 추계하여 건강보험 지출전망에 활용하였다. 전망하는 시점의 가장 최근 연도를 기준으로 소득탄력성을 적용하여 급여비를 산출할 경우, 현재의 수치가 미래에도 계속 유지된다는 비현실적인 가정을 하는 한계가 존재한다. 이를 보완하기 위해 Single Factor 모형을 추가하였다.

1) 박형수·전병목(2009)

박형수·전병목(2009)은 인구·거시경제·재정부문을 모두 망라하여 재정 지출을 전망하고, 세 부문 간에 상호 연관된 부분을 고려하는 모형을 개발하고자 하였다. 기본모형은 박형수·류덕현(2006)의 한국의 장기재정모형을 통해 개발된 모형으로, 기본 시나리오하에서의 장기 재정전망 이외에 인구 부문의 핵심 변수인 출산율과 사망률, 거시경제 부문은 성별·연령별 고용률 및 총요소생산성, 재정 부문은 보육정책 강화, 연금개혁 등 사회복지 관련 정책 변수의 변동이 발생할 경우 우리나라의 장기 재정전망 결과가 어느 정도 영향을 받는지 정책 시뮬레이션을 실시하였다.

인구 부문은 코호트 요인법(Cohort Component Method)을 적용하여 출산율, 사망률, 국제이동률, 출생성비를 토대로 성별 및 연령별 인구를 추계하였다. 거시경제 부문은 생산함수 모형에 따른 잠재 GDP 추계모형을 이용해

성별·연령별 인구, 고용률, 1인당 근로시간, 총요소생산성, 자본 스톡(감가상각률, 투자 또는 저축률)을 투입하여 잠재성장률, 물가상승률, 금리, 1인당 소득 및 임금증가율을 추정하였다. 재정 부문은 세입과 세출로 구분하여 세입 부문은 국세는 현 수준을 유지하는 것으로 가정하고, 사회보장기여금, 해외수입 및 자본수입으로 유형화하고, 세출 부문은 10개 사회복지지출과 이자지출, 기타지출(현 수준 유지)로 유형화하였다.

10개 사회복지지출 항목 중 건강보험, 노인장기요양보험, 기초생명보험, 취약계층지원(장애인장기요양, 중증장애인연금, 장애수당), 보육, 산재보험은 각각 조성법 모형을 적용하여 추계하였으며, 기초노령연금은 단순계산 모형, 고용보험은 보험수리 모형을 적용하였고, 국민연금은 국민연금법에서 규정한 재정계산 결과를, 특수지역연금은 공무원연금제도발전위원회의 추계결과, 사학연금제도개선협의회의 추계결과, 국방부의 추계결과를 활용하였다.

분석결과, 보건 분야 지출규모는 GDP 대비 2.88%에서 2050년 5.29%로, 사회복지 분야 지출규모는 GDP 대비 6.54%에서 2050년 17.02%로 증가하였다. 그 결과 보건 및 사회복지 분야 지출총액은 2009년 GDP 대비 9.51%에서 2050년 21.61%로 12.10%p나 상승할 것으로 예상하였다. 이러한 추계결과에 따라 중앙정부의 국고 부담이 2.36%p(4.11 → 6.47%), 지자체의 지방비 부담이 0.63%p(0.50 → 1.13%), 국민의 보험료 부담이 5.42%p(4.73 → 10.16%) 증가한다.

위의 결과에 따라 국가재정 운용계획을 기준으로 2050년까지의 중앙 재정을 전망해보면, 조세부담률을 20.8%로 고정하는 기본 시나리오에서 관리대상수지의 적자 규모 및 국가채무 규모는 2050년 GDP 대비 116%에 달할 것으로 전망된다.

한편, 2050년까지 우리나라 국가채무비율을 60% 수준으로 감축한다면, 조세부담률은 2015년부터 5년마다 0.38%p씩 2050년까지 총 3.04%p를 인상해야 하는 것으로 나타났다. 2050년에 우리나라의 국가채무비율을 2007년 말 수준인 30.7%로 감축하기 위해서는 조세부담률 인상 규모는 5년마다 0.576%p씩 2050년까지 총 4.61%p에 달한다.

2) 전병목·이은경(2010)

전병목·이은경(2010)의 연구는 4대 사회보험(국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험)에 대한 통합적인 재정 추계를 통해 재정관리 정책의 시사점을 도출하였다.

국민연금의 경우, 김종면(2000; 2002)의 모형을 바탕으로 하되 산출구조는 기본적으로 국민연금관리공단 모형을 따르는 한편, 세밀한 자료를 구하기 어려운 측면을 반영하여 연금급여의 수입 및 지출부문 일부는 단순화하여 추계하였다. 조성법을 적용하여 가입자 추계, 수입 추계, 지출 추계를 각각 수행하였다. 가입자 추계 부문은 통계청의 장래인구추계(2006. 11.)에 경제활동참가율, 실업률, 건강보험 가입률 등을 적용하였다.

수입 추계를 위해서는 현재의 성별·연령별 가입자 평균소득에 미래 임금 증가율을 적용하여 연도별 소득수준을 추정하였다. 성별·연령별 가입자 규모 및 소득수준이 결정되면 두 변수를 곱하여 보험료 납부대상 소득을 결정하고, 여기에 연금보험료율과 징수율을 적용하여 연금보험료 수입을 도출하였다. 지출부문은 주요 부문별 연금수혜 대상자를 추계하고, 동 대상자들의 연금가입 기간에 따른 급여수준을 추계하였다.

추계 결과, 국민연금 기여금 수입과 급여지출이 상당히 낮게 추계되는데, 국민연금 2008년 재정계산 결과에 따르면 적자로 전환되는 시기가 2044~2047년으로 나타났지만, 본 연구에서는 2050년까지 흑자 기조가 유지되었다.

건강보험 재정 추계는 수입 추계와 지출 추계로 구분할 수 있다. 지출을 추계하는 방법은 직접 추계하거나, 간접적으로 추계할 수 있다. 직접 추계하는 방식은 과거 급여비 데이터를 이용하여 회귀분석하는 방법이며, 간접적으로 추계하는 방식은 국민 의료비나 진료비 등을 추계하여 일정 비율을 의료급여비로 계산한다. 동 연구는 박형수·전병목(2009)의 조성법을 사용하여 건강보험 수입 및 지출을 전망하였다.

건강보험 수입은 2009년 보험료 수입 총액인 26조 3,717억원에 적용인구 증가율과 1인당 소득증가율을 곱하였다. 2009년 총인구 대비 건강보험 적용인구 비율(99.7%)이 계속 유지된다는 가정을 통해, 미래의 건강보험 적용인

구는 통계청의 각 연도 인구 추계치에 건강보험 적용인구 비율을 곱하여 계산하였다. 이때 1인당 소득증가율은 박형수·전병목(2009)의 예측치를 사용하였다.

건강보험 지출은 연도별로 성별·연령별 건강보험 인구에 해당 그룹 1인당 급여비를 곱하여 계산한 뒤 성별·연령별 급여비 총액을 각 그룹에 따라 건강보험 가입인구로 나누어 1인당 성별·연령별 급여비를 구하였다. 1인당 급여비 구조는 시불변을 가정하고 2010년부터 2050년까지 급여비를 계산하였다. 의료수가는 현재 수준에서 고정되어 있고, 의료서비스 이용량의 변화가 급여비 지출을 결정하고, 소득탄력성은 1.0으로 가정하였다.

현재 방식으로 건강보험 재정적자가 지속되는 경우 2050년에 재정적자가 100조원(GDP 대비 2% 이상)까지 증가하였다. 건강보험 보장성을 OECD 수준인 75%까지 확대하였을 때, 2050년 건강보험 재정적자는 225조원으로 2배 이상 증가하였고, 이를 맞추기 위해서는 보험료율을 12% 이상 인상해야 한다. 건강보험료가 월 1만원 미만인 저소득 세대에게 건강보험료를 국가가 전액 보조해 주는 경우, 최대 1,300억원가량의 재정소요액이 추가로 발생하는 것으로 나타났다.

3) 신영석·신화연·신정우·장인수·김은아(2015)

신영석 외(2015)는 국민건강보험공단이 제시하는 추계 방식을 기본으로 하되, 몇 가지 요인에 대해 달리 가정하여 분석하였다.

인구요인으로 사망자 비용, 생존자 비용, 건강한 고령화 현상을 반영하였는데 사망자 1인당 비용은 50~80세 사이는 고령화될수록 사망비용이 감소하는 것으로 가정하되 85세 이상이 지출한 의료비는 모두 사망비용으로 간주하였고, 총의료비에서 사망자가 지출한 비용을 제외한 나머지는 생존자 의료비로 간주하였다. 비인구요인으로 소득효과는 의료비의 소득탄력성으로 보아 1과 0.8을 가정하였고, 잔차효과는 잔차가 최종적으로 1%에 수렴한다고 보았다. 기타 인구수는 중위 추계인구를 기본가정으로 고위와 저위도 살펴보고, 공공재원 비중은 2013년 기준 54.5%이므로 60%로 설정하였으며, 건

강보험재정 재원도 2013년 구성비가 2060년까지 동일할 것으로 가정하여 총 8개의 시나리오를 도출하였다.

분석결과 지출 측면에서는 시나리오 1(소득탄력성 1, 건강한 고령화 없음, 정책적 개입 있음)의 GDP 대비 국민 의료비는 2020년 9.8%, 2030년 14.9%, 2040년 20.7%, 2050년 25.4%, 2060년 27.4%로 증가하였고, 국민 의료비(명목)는 2020년 212조원, 2030년 529조원, 2040년 1,069조원, 2050년 1,799조원, 2060년 2,579조원으로 증가하였다. 가장 보수적인 비용억제 시나리오 6(소득탄력성 0.8, 건강한 고령화 있음, 정책적 개입 있음)에서 GDP 대비 국민 의료비는 2020년 9.4%, 2030년 12.8%, 2040년 16.3%, 2050년 18.5%, 2060년 18.5%로 증가하였고, 국민 의료비(명목)는 2020년 203조원, 2030년 454조원, 2040년 842조원, 2050년 1,311조원, 2060년 1,744조원으로 추정되었다.

공공재원 비중이 60%로 증가하고, 건강보험재원이 공공재원 의료비에서 차지하는 비중이 73.5%인 경우 시나리오1에서는 건강보험재원 의료비(명목)는 2020년 86조원, 2030년 221조원, 2040년 455조원, 2050년 782조원, 2060년 1,144조원으로 증가하고 시나리오 6에서는 2020년 83조원, 2030년 189조원, 2040년 358조원, 2050년 570조원, 2060년 774조원에 이른다. 공공재원 비중이 2060년까지 현 수준을 유지하고, 건강보험재원이 공공재원 의료비에서 차지하는 비중이 73.5%인 경우 시나리오 1의 건강보험재원 의료비(명목)는 2020년 85조원, 2030년 212조원, 2040년 429조원, 2050년 722조원, 2060년 1,036조원으로 증가하며, 건강한 고령화 현상이 있다고 가정하는 시나리오 5(소득탄력성 1, 건강한 고령화 있음, 정책적 개입 있음)에서는 2020년 85조원, 2030년 200조원, 2040년 386조원, 2050년 625조원, 2060년 866조원으로 다소 적게 증가하였다. 시나리오 6의 경우 건강보험재원 의료비는 2020년 81조원, 2030년 182조원, 2040년 338조원, 2050년 526조원, 2060년 701조원에 이를 것으로 전망된다.

한편, 건강보험료 수입은 2020년 79조원, 2030년 191조원, 2040년 405조원, 2050년 819조원, 2060년 1,652조원으로 증가하고, 보험료 수입에 정부지원금, 기타수입을 포함한 전체 수입은 2020년 97조원, 2030년 235조원, 2040년

498조원, 2050년 1,008조원, 2060년 2,033조원으로 증가하는 것으로 추계하였다.

4) 김우현 · 이은경 · 김대환 · 김윤(2018)

김우현 외(2018)는 2018~2022년 시행될 건강보험 보장성 강화 정책(문재인 케어)이 보건의료 재정에 미치는 중장기 효과를 분석하고자 미시 모의실험 모형과 조성법 모형을 각각 구축하였다.

KIPF(2018) 모형은 국민건강보험공단(2015) 모형과 비교해 전망 기간을 2018~2065년까지로 하고, 경상의료비와 거시 전제를 가장 최근 자료로 업데이트하였다. GDP 대비 경상의료비 지출뿐만 아니라 GDP 대비 공공의료비 지출을 인구, 소득, 잔차요인으로 추정된 뒤 공공의료비 대비 건강보험 비중을 고려해 모형 A, B로 구분하였다.

기본모형(모형 A)은 2015년 기존 모형과 같이 경상의료비에서 출발하되, 2060년까지 증가하는 경상의료비 대비 공공의료비 비중을 현실적으로 도달 가능한 수준인 65%로 하향 조정하였다. 또한, 공공의료비 대비 건보지출 비중은 2013~2017년 평균인 75%를 유지하는 것으로 가정하였다. 모형 B는 GDP 대비 경상의료비에서 경상의료비 대비 공공의료비로 넘어가는 부분을 제외하고 나머지 부분은 모형 A와 같이 설정하였다.

인구요인은 2015년 모형과 달리 성별, 연도별, 연령별 1인당 사망자 비용과 생존자 비용을 건보공단 전수 자료에서 직접 추출하였다. 또한, 건강환고령화의 존재 여부도 반영하였다. 소득요인은 소득탄력성 0.8을 기준으로 하되 1을 이용하여 민감도 분석을 하였다. 잔차요인은 2007~2017년의 평균인 2.7%에서 시작해 2065년 1%로 수렴하는 시나리오와 2.7%를 유지하는 시나리오로 구분하였다. 1%로 수렴하는 시나리오는 비용을 억제하는 정책적 개입이 존재함을 가정하는데, OECD(2013)의 비용억제 시나리오에서 잔차가 전망 마지막 해에 0으로 감소한다고 가정한 것과 달리 본 연구는 보건의료 제도가 성숙하더라도 잔차가 완전히 소멸하는 것은 현실적으로 불가능하다고 보았기 때문이다. 이러한 모형 설계를 토대로 기본 시나리오는 건강한

고령화를 반영하고, 소득탄력성은 0.8이며, 지출효율화 등의 정책적 개입이 없는 경우로 설정하였고 총 8개의 시나리오가 도출되었다.

분석결과, 기본 시나리오의 전망결과에 따르면, 2018년 62조원(GDP 대비 3.5%)에서 2065년 790조원(GDP 대비 11.1%)으로 건강보험 지출이 증가하였다. 이는 2015년 기준 모형의 2060년 결과와 크게 다르지 않지만, 2015년 기준 모형은 건강한 고령화가 없고, 소득탄력성이 1이며, 잔차가 2055년까지 1%로 수렴하는 (정책적 개입이 있는) 시나리오로, 본 연구에서의 시나리오1(건강한 고령화가 없고, 소득탄력성은 1이며 정책적 개입 존재)에 해당한다.

한편 모형 A에서 추계한 2065년 건강보험 재정전망 결과는 시나리오별로 GDP 대비 6.9~19.2%까지 편차가 발생하였다. 시나리오6(건강한 고령화 있음, 소득탄력성 0.8, 잔차 존재)은 2065년에 GDP 대비 6.9%로 매우 양호하지만, 시나리오3(건강한 고령화 없음, 소득탄력성 1, 잔차 없음)은 19.2%로 최소치인 시나리오6보다 약 3배가량 높은 것으로 추계하였다.

모형 B의 전망결과를 살펴보면, GDP 대비 건강보험 비중은 모형 A보다 약 1%p 정도 작게 추계하였는데, 2065년 기준 GDP 대비 건보 지출전망치의 최솟값은 시나리오6의 6.3%이고, 최댓값은 시나리오3의 18.0%이다. KIPF 2018 모형 A와 모형 B의 결과를 종합하면, GDP 대비 건강보험 지출은 2065년 GDP 대비 10~11%대로 전망되었다.

나. 의료비 지출 추계의 3가지 모형

의료비 지출증가를 예측하는 데 사용되는 주요 접근법은 일반적으로 사용되는 분석단위 및 의료비 지출의 하위분류 수준, 데이터 및 시뮬레이션 방법에 따라 미시 시뮬레이션 모형(micro simulation models), 거시 수준 모형(macro-level models), 조성법 모형(component-based models) 등 세 가지로 분류할 수 있다.

Astolfi et al.(2012)에 따르면, 미시 시뮬레이션 모형은 개별 수준에서 행동을 통합할 수 있는 세부적인 결과를 생성하지만, 거시적인 경제현상을 분석하는 것은 어렵다. 거시 수준 모형은 주요 경제 변수가 포함된 시계열 분

석을 통해 보다 광범위한 경제 예측을 수행한다. 해당 모형의 경우 시계열이 길고 단절이 없어야 하며 주기성(cyclicality)과 광범위한 경제 추세를 고려해야 한다. 조성법 모형은 데이터의 필요량과 모형의 복잡성 측면에서 미시 시뮬레이션 모형과 거시 수준 모형 사이에 있다.

1) 미시 시뮬레이션 모형(micro simulation models)

미시 시뮬레이션 모형은 개인을 분석단위로 하여 개인의 특성이나 행태를 반영하여 지출전망을 수행하는 모형이다. 관심 있는 전체 모집단을 대표하는 개인을 대상으로 대규모 표본을 추출하고 표본에 포함된 개인의 특성과 행동을 반영하여 인생의 주요 사건들을 경험할 확률을 부여한 뒤 사망까지의 일련의 과정을 시뮬레이션하여 비용을 추정하는 방식이다. 어떤 정책 효과를 검증하기 위해 기본 시나리오를 추정하고, 정책 도입 후의 시나리오를 추정하여 그 차이를 계산한다. 주요 분석단위는 개인이지만, 정책 관련 그룹으로 집계할 수도 있다.

미시 시뮬레이션 모형은 표본 선정 및 추정에 필요한 개인의 특성을 모두 포함하기 때문에 요구되는 자료가 광범위하고 다양한 자료원을 가진다. 예를 들면, 캐나다는 만성질환에 의한 의료비 지출을 추계하기 위해 100만명의 다양한 정보를 이용한 Population Health Model이 있다. 이 모델에는 암 등록부, 병원과 약국 등 23개의 자료원에서 연령, 성별, 세포 형질에 따른 질병 발생률, 진단 시기에 따른 질병 중증도 분포, 임상 추적관찰 패턴 등 상세한 정보가 있다. 이러한 장점에도 불구하고 데이터 작업이 너무 방대하고 분석에 어려움이 있다.

2) 거시 수준 모형(macro-level models)

거시 수준 모형은 전체 인구를 분석단위로 사용하므로 총 의료비(aggregate health expenditures)만 분석할 수 있다. 이 모형은 명확한 추세가 존재하고 구조적인 단절이 없는 경우의 단기 예측에 가장 적합하다(Bartosz, 2010; ECD, 2021에서 재인용). 시계열 데이터를 맞추는 데 계량경제학적 회귀분석

이 사용되며, 전망 방식은 데이터에 적합한 통계 모델의 순수한 외삽법을 기반으로 할 수도 있고 중요한 설명변수의 예측값을 기반으로 할 수도 있다. 예를 들어, Getzen and Poullier(1992)는 과거 GDP 성장률과 인플레이션율의 함수로서 총 의료비 지출을 예측하기 위해 간단한 계량경제적 접근을 하고, 예측 정확도를 세 가지 순수 외삽 방법(지수 평활, 이동 평균 및 ARIMA 방법)에서 얻은 결과와 비교한 결과, 네 가지 예측을 모두 조합한 것이 그중 하나를 단독으로 사용하는 것보다 더 정확하다고 결론 지었다.

거시 수준 모형 중 CGE(computable general equilibrium) 모형은 의료비 지출 증가로 경제에 광범위하게 미친 결과와 소비자, 생산자의 피드백을 측정하는 모형으로 이를 통해 의료비 지출과 정부 의료비 지출증가가 경제성장에 미치는 영향을 평가하고, 의료비 지출증가의 장기적인 결정 요인을 파악할 수 있다.

거시 수준 모형은 데이터 요구 사항이 적고 특히 단일 시계열을 사용하는 순수 추정방법과 설명변수가 몇 개만 요구되는 회귀 모델의 경우 더욱 적합하다. 반면 동적 CGE 모형의 경우 모형이 복잡하고 필요한 데이터가 많으며 모형에 포함된 방정식의 설정(specification)에 따라 달라진다.

3) 조성법 모형(component-based models)

조성법 모형은 거시 모형과 미시 모형의 중간단계인 셀 단위에서 지출을 추계하므로 필요한 자료의 양이 상대적으로 적으면서도 추계에 필요한 구체성 및 복잡성이 일정 수준 유지되기 때문에 국제기구에서 주로 사용되는 모형이다. 이 모형은 재원조달자, 공급자, 소비되는 재화 및 서비스, 개인과 집단 등에 따라 의료비 지출을 구분해서 분석할 수 있다. 예를 들어 재원조달자를 공공의료비, 민영보험, 가계부담 의료비로 나눌 수 있으며, 각 하위그룹은 개별적인 방식으로 추계할 수 있다. 미국의 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 보험계리사무소(CMS/OACT)에서는 공적·사적 요소를 구분하여 모델링하며, 공적 요소는 Medicare와 Medicaid로 구분하여 분석한다.

코호트 기반 모형(cohort-based models)은 조성법 모형 중 하나로 개인을

주요한 몇 가지 속성(연령, 성별, 질병, 건강상태, 죽음까지 남은 기간 등)에 따라 셀로 그룹화하여 각 셀의 의료비를 추계한다. 모형 내 각 셀은 의료비 관련 재화 및 서비스의 평균 비용(일반적으로 실제 금액 표시)과 연결되며, 수리적(Actuarial) 추계를 통해 인구의 진화 가능성을 예측하여 각 셀에 포함된 미래의 개인 수를 예측한 후 평균 비용에 각 셀에 포함된 예상 개인 수를 곱하여 의료비 지출을 결정한다.

더 발전된 코호트 기반 모형은 장애의 추세뿐만 아니라 개인행동 및 위험 요인(예: 흡연, 비만, 고혈압 및 콜레스테롤)에 대한 노출과 같이 역학 추세에 영향을 미치는 요인을 고려한다. 가능한 의료 혁신 적용도 고려하며, 정책 옵션별 영향을 평가하기 위해 외생적 충격을 도입하고, 각 셀에 포함된 하위 인구 그룹은 외생적 충격 때문에 다른 셀로 이동할 수 있다.

코호트 기반 모형은 구동 및 유지보수가 단순하고 비교적 저렴하며 제한된 양의 데이터가 필요하고 몇 개의 매개 변수만 포함되는데, 대부분은 문헌에서 찾을 수 있다. 또한, 정책변수를 수정하는 것만으로 정책 변화의 영향을 쉽게 평가할 수 있어 일반적으로 많이 사용된다.

3. 건강보험 지출전망 방법론 소개: 조성법 모형을 중심으로

본 장은 국내 건강보험 지출전망 시 자주 사용되는 OECD 추계 방법을 소개하고자 한다. 이후 다음 장에서 OECD 방식을 국내에 적합하게 적용한 후, 건강보험 지출전망을 하겠다.

가. OECD 2013년 모형

공공의료비 지출의 요인은 인구통계학적 부분과 비인구통계학적 부분으로 구분된다. 인구통계학적 요인은 인구의 연령 구조 및 건강 상태의 변화와 광범위하게 관련되는 반면, 비인구통계학적 요인은 소득으로 구분할 수 있다. 한편, 의료비 지출에 대한 소득탄력성과 별개로 인구통계학적 요인과 소득요인만으로는 과거 공공의료비 지출증가의 상당 부분을 설명하지 못하

였다. 따라서 상대가격·기술 발전·보건 정책 및 제도가 이를 설명할 수 있는 잔차요인이 된다.

지난 15년간 요인별 상대적 기여도를 정량화하기 위한 분석을 수행하였는데, 의료비 지출의 소득탄력성을 0.8과 1로 가정하였다. <표 III-1>을 살펴보면, 1995~2009년 공공의료비 지출증가율은 OECD 평균이 4.3%였고, 이 중 인구요인 0.5%p, 소득요인 1.8%p(소득탄력성을 0.8로 가정), 잔차요인 2%p이다. 인구요인은 연평균 의료비 지출증가에 상대적으로 영향이 크지 않으며, 잔차요인이 미치는 영향이 더 크다. 소득탄력성이 1로 증가하면 잔차요인은 1.5%p로 하락하며, 다소 비현실적으로 소득탄력성이 1.8일 경우 인구요인 및 소득요인이 관찰된 지출증가의 대부분을 설명할 수 있다.

<표 III-1> 1995~2009년 공공의료비 지출의 요소별 증가율

(단위: %)

	Real health spending (per capita in 2005 PPPUS\$)	Age effect	Income effect (Income elasticity = 0.8)	Residual ²	Memo item: Residual with unitary income elasticity
	(Average annual % change)	(Average annual % contribution to change in spending)			
Australia	4.1	0.4	1.7	1.8	1.4
Austria	3.3	0.4	1.3	1.5	1.2
Belgium	4.2	0.4	1.2	2.7	2.4
Canada	2.6	0.6	1.3	0.8	0.5
Chile	7.7	0.6	2.2	4.8	4.3
Czech Republic	4.2	0.6	2.3	1.4	0.8
Denmark	3.7	0.2	0.8	2.7	2.5
Estonia	6.1	0.6	3.9	1.8	1.0
Finland	4.1	0.6	2.0	1.5	1.1
France	1.6	0.5	0.9	0.3	0.0
Germany	1.7	0.6	0.8	0.2	0.0
Greece	5.9	0.6	2.7	2.5	1.8
Hungary	2.0	0.5	2.1	-0.6	-1.1
Iceland	3.1	0.4	2.0	0.9	0.4
Ireland	6.5	0.3	2.9	3.3	2.6

〈표 III-1〉의 계속

(단위: %)

	Real health spending (per capita in 2005 PPPUS\$)	Age effect	Income effect (Income elasticity = 0.8)	Residual ²	Memo item: Residual with unitary income elasticity
	(Average annual % change)	(Average annual % contribution to change in spending)			
Israel	1.6	0.4	2.4	-1.2	-1.7
Italy	3.1	0.6	0.4	2.1	2.0
Japan	2.7	1.2	0.8	0.7	0.5
Korea	11.0	1.1	3.1	6.5	5.7
Luxembourg	1.9	0.1	2.3	-0.5	-1.1
Mexico	2.5	0.5	1.1	1.0	0.7
Netherlands	5.2	0.5	1.4	3.3	2.9
New Zealand	6.3	0.4	0.3	5.5	5.5
Norway	3.5	0.1	1.3	2.1	1.7
Poland	6.9	0.7	3.6	2.6	1.7
Portugal	4.6	0.6	1.5	2.4	2.0
Slovak Republic	6.3	0.6	3.6	2.1	1.3
Slovenia	3.0	0.8	2.1	0.2	-0.3
Spain	3.4	0.5	1.5	1.4	1.0
Sweden	3.2	0.2	1.6	1.4	1.0
Switzerland	2.9	0.4	0.9	1.6	1.4
Turkey	7.7	0.5	2.6	4.5	3.9
United Kingdom	4.6	0.2	1.5	2.8	2.5
United States	3.6	0.3	1.1	2.3	2.0
Brazil	4.8	0.6	1.2	2.9	2.6
China	11.2	0.6	7.3	3.0	1.3
India	6.6	0.3	4.2	2.0	1.0
Indonesia	8.0	0.5	1.9	5.5	5.0
Russia	3.7	0.4	3.3	0.1	-0.6
South Africa	3.1	0.4	1.6	1.2	0.8
OECD total average	4.3	0.5	1.8	2.0	1.5
BRICS average	6.2	0.5	3.2	2.5	1.7
Total average	4.6	0.5	2.0	2.0	1.5

자료: OECD(2013), p. 11, Table 1

1) 전망 구조

공공의료비 지출을 예측하는 데 사용되는 구조는 인구요인과 비인구요인을 모두 결합하였다. 각 요인의 변화를 먼저 각각 예측한 다음 이를 결합하여 총 의료비 지출의 미래 성장률을 계산하였다.

인구요인은 사망 관련 비용, 순수 연령 효과, 건강한 고령화 효과를 포함한다. 미래 GDP는 OECD 경제 전망 91호에 발표된 전망치를 기반으로 하며, 소득효과는 시나리오에 따라 의료비 지출탄력성을 0.8 또는 1로 설정하였다.

Felder et al.(2000), Seshamani and Gray(2004), Breyer and Felder(2006), Werblow et al.(2007) 등 선행연구와 유사하게 OECD(2013)는 의료비 지출에서 중요한 것은 노화가 아니라 죽음에 가까워지는 것, 즉 ‘사망 관련 비용’(DRC)임을 가정한다. 건강하게 지냄으로써 기대수명이 증가한다면, 의료비 지출은 고령 인구의 증가에 의해서가 아니라 죽음에 근접한 것에 의해서만 영향을 받는다.

사망 관련 비용과 건강한 고령화의 점유 정도를 설명할 때 연령대별 지출 곡선을 생존자와 비생존자로 나눈다. 비생존자의 지출 곡선은 사망에 근접한 연령대별 추정 건강비용에 연령대별 사망자 수를 곱하여 추정한다. 사망 비용은 가장 나이가 많은 그룹(95세 이상)의 1인당 의료비 지출에 젊은 나이에 사망비용이 더 높은 경향을 포착하는 요인을 곱한 값으로, 이 요인은 0~59세에서는 4로 일정하게 유지되다가 이후에 선형적으로 감소한다.

국가별 생존자의 지출 곡선은 총비용 곡선과 비생존자 지출 곡선의 차이에서 도출될 수 있으나, 데이터의 불확실성을 고려할 때 생존자의 평균 지출 곡선을 추정하여 모든 국가에 사용하는 것이 더 바람직하다. 생존자에 대한 지출 곡선은 연령의 비선형 함수로 계량경제학적으로 추정되었고, 전망 기준연도에 맞추기 위해 국가별 곡선을 바로잡았다.

비인구요인은 가장 최근 연구 결과(예: Acemoglu et al., 2009; Holly et al., 2011)와 저자들이 수행한 추정치를 바탕으로 0.8과 같은 실질 소득탄력성이 사용되었으며, 이 가정에 대한 예측의 민감도가 이후 테스트되었다.

한편, OECD(2006)는 전체적으로 단일한 소득탄력성을 가정하였다.

소득증가가 설명되면 과거에 관찰된 잔차 성장을 설명할 수 있는 몇 가지 요인, 즉 상대가격의 발전, 기술 진보, 보건 제도 및 정책 특징을 생각해 볼 수 있으나, 이 단계에서 이러한 요인을 개별적으로 예측하는 것은 불가능하다. 따라서 잔차는 전체적으로 예측되고 다양한 가정에 대한 민감도가 이후에 테스트된다. 또한, 장기간에 걸친 국가별 특성을 추정하지 않기 위해 모든 국가에 공통의 잔차 성장을 가정한다.

De la Maisonneuve and Oliveira Martins(2013)에서 제공한 추정치를 기반으로 추정치는 연간 1.7%의 벤치마크 잔여 지출증가율을 기반으로 한다. 2010~2060년 기간의 잔차 성장은 공공의료비 지출에 대한 비인구적, 비소득적인 압력을 반영하여 다양한 예측 시나리오에 걸쳐 이 벤치마크를 중심으로 달라질 것으로 가정한다(자세한 내용은 <표 III-2> 참조).

〈표 III-2〉 공공의료비 예측 시나리오 대안별 가정

Scenarios	Health status	Income elasticity	Non-demographic, non-income drivers
Demographic effect	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	n.a	n.a
Cost-pressure scenario	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	Income elasticity = 0.8	The residual is assumed to grow at 1.7% over the projection period
Cost-containment scenario	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	Income elasticity = 0.8	The residual growth is 1.7% in the starting period and then converges to 0 in 2060
Sensitivity analysis based on the cost-containment scenario			
Compression of morbidity	Longevity gains are doubled into additional years in good health	Income elasticity = 0.8	The residual growth is 1.7% in the starting period and then converges to 0 in 2060
Expansion of morbidity	No health ageing adjustment, i.e longevity gains do not translate into additional years in good health	Income elasticity = 0.8	The residual growth is 1.7% in the starting period and then converges to 0 in 2060

〈표 III-2〉의 계속

Scenarios	Health status	Income elasticity	Non-demographic, non-income drivers
Country-specific quality adjusted relative prices	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	Income elasticity = 0.8	The residual growth is country specific and converges to 0 in 2060
Income elasticity = 0.6	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	Income elasticity = 0.6	The residual growth is 1.7% in the starting period and then converges to 0 in 2060
Income elasticity = 1	Healthy ageing: longevity gains are translated into equivalent additional years in good health	Income elasticity = 1	The residual growth is 1.7% in the starting period and then converges to 0 in 2060

자료: OECD(2013), p. 18, Table 2

2) 전망결과: 공공의료비 지출, 2010~2060

평균적으로 인구통계학적 효과는 지출증가의 일부만을 설명한다. OECD 회원국에서 지출이 2006~2010년 GDP의 5.5%에서 2060년 6.3%로 증가하고, 비OECD 회원국에서는 2006~2010년 GDP의 2.4%에서 2060년 3.4%로 증가한다. “건강한 고령화 가정”은 인구통계학적 효과 시뮬레이션을 낙관적으로 만들 수 있지만, 이는 많은 OECD 회원국에서 관찰된 건강상태 체제의 패턴과 일치하며, 비OECD 회원국에도 같은 패턴이 적용될 것으로 가정한다. 그 효과는 2030년 전후에 OECD와 및 비OECD 회원국 모두에 고르게 적용될 것으로 전망된다. 인구요인이 의료비 지출증가의 주요 요인은 아니지만, 시간이 지나면서 지출 구조에 상당한 변화를 유도할 것이다. 2010년에는 65세 미만 인구가 의료비 지출의 60%를 차지했으나, 2060년에는 65세 이상 인구가 15%에서 30%로 증가하여 이들의 의료비 지출 비중이 60%에 달할 것으로 전망된다.

〈표 III-3〉에서 볼 수 있듯이 비용압박 시나리오에서 인구 및 소득 효과의 2060년까지 의료비 지출이 매년 1.7%씩 증가한다고 가정한다. 이 시나리오에서는 GDP 대비 OECD 평균 의료비 지출 비율은 2006~2010년 5.5%에서 2060년 6.3%로 예상된다. 이 중 한국은 2006~2010년 3.3%에서 2060년 7.6%로 예상된다.

비용억제 시나리오를 따르면 OECD 회원국의 GDP 대비 의료비 지출 비율은 2060년 2.5%로 예상된다. 전망 기간 잔차 성장이 0으로 수렴된다고 가정하기 때문에 비인구통계학적, 비소득 요인의 영향은 모든 국가에서 2030년 이전이 더 높게 나타난다. 비용압박 시나리오와 비용억제 시나리오 간의 차이는 잔차요소의 복합 효과로 인해 시간이 지남에 따라 증가한다.

〈표 III-3〉 공공의료비 지출 예측 시나리오

(단위: %)

	Average 2006~ 2010	Percentage point deviations from starting period in 2030				Percentage point deviations from starting period in 2060			
		Contributions of demographic and income effects		Total increase in spending ratio		Contributions of demographic and income effects		Total increase in spending ratio	
		Demographic effect	income effect	Cost- pressure	Cost- containment	Demographic effect	income effect	Cost- pressure	Cost- containment
Australia	5.6	0.4	-0.4	2.0	1.5	0.8	-0.8	6.3	2.5
Austria	6.6	0.4	-0.2	2.1	1.7	0.6	-0.6	6.3	2.4
Belgium	5.8	0.2	-0.3	1.8	1.4	0.2	-0.7	5.8	1.9
Canada	5.8	0.6	-0.3	2.2	1.8	0.7	-0.7	6.3	2.5
Chile	3.1	0.9	-0.6	2.3	1.8	1.8	-1.1	7.1	3.2
Czech Republic	5.5	0.4	-0.5	1.9	1.4	0.7	-0.9	6.1	2.2
Denmark	6.3	0.4	-0.2	2.1	1.6	0.3	-0.7	5.9	2.0
Estonia	4.3	0.1	-0.5	1.6	1.1	0.6	-1.1	5.8	2.0
Finland	5.2	0.4	-0.3	2.0	1.5	0.3	-0.7	5.9	2.0
France	7.4	0.3	-0.3	1.9	1.4	0.3	-0.6	6.1	2.2
Germany	7.3	0.5	-0.3	2.1	1.6	0.6	-0.7	6.2	2.3
Greece	5.4	0.3	-0.3	1.9	1.4	0.7	-0.6	6.4	2.5
Hungary	4.8	0.2	-0.5	1.6	1.2	0.4	-1.0	5.8	1.9
Iceland	5.8	0.3	-0.2	2.0	1.5	0.2	-0.7	5.9	2.0
Ireland	4.0	0.3	-0.2	2.0	1.5	0.7	-0.7	6.4	2.5
Israel	5.5	0.3	-0.2	2.1	1.6	0.5	-0.5	6.4	2.5
Italy	6.1	0.3	-0.2	2.1	1.6	0.7	-0.6	6.4	2.6
Japan	6.1	0.6	-0.3	2.3	1.8	0.8	-0.8	6.3	2.5
Korea	3.3	1.1	-0.5	2.6	2.1	2.0	-0.8	7.6	3.7

〈표 III-3〉의 계속

	Average 2006~ 2010	Percentage point deviations from starting period in 2030				Percentage point deviations from starting period in 2060			
		Contributions of demographic and income effects		Total increase in spending ratio		Contributions of demographic and income effects		Total increase in spending ratio	
		Demographic effect	income effect	Cost- pressure	Cost- containment	Demographic effect	income effect	Cost- pressure	Cost- containment
Luxembourg	4.4	0.4	-0.1	2.2	1.7	0.7	-0.2	6.9	3.0
Mexico	2.5	0.6	-0.5	2.1	1.6	1.6	-1.1	6.9	3.0
Netherlands	6.4	0.6	-0.3	2.2	1.8	0.7	-0.7	6.3	2.4
New Zealand	6.4	0.5	-0.3	2.1	1.6	0.8	-0.9	6.3	2.4
Norway	5.1	0.3	-0.4	1.9	1.4	0.5	-0.7	6.1	2.2
Poland	4.1	0.4	-0.5	1.9	1.4	1.0	-0.9	6.4	2.6
Portugal	6.5	0.4	-0.2	2.0	1.6	0.8	-0.7	6.5	2.6
Slovak Republic	5.4	0.5	-0.5	1.9	1.5	1.1	-0.9	6.5	2.6
Slovenia	5.2	0.5	-0.3	2.1	1.7	1.0	-0.8	6.6	2.7
Spain	5.6	0.4	-0.3	2.0	1.6	1.0	-0.6	6.7	2.8
Sweden	6.6	0.2	-0.3	1.8	1.3	0.3	-0.7	5.9	2.0
Switzerland	5.7	0.4	-0.3	2.1	1.6	0.9	-0.8	6.5	2.6
Turkey	3.8	0.7	-0.6	2.0	1.5	1.8	-1.1	7.0	3.1
United Kingdom	6.5	0.2	-0.2	1.9	1.4	0.2	-0.7	5.9	2.0
United States	7.1	0.4	-0.3	2.0	1.5	0.5	-0.7	6.1	2.2
OECD average	5.5	0.4	-0.3	2.0	1.6	0.8	-0.8	6.3	2.5
Brazil	3.7	0.8	-0.6	2.1	1.6	1.7	-1.1	7.0	3.1
China	1.9	0.9	-1.1	1.7	1.3	1.7	-1.7	6.1	2.5
India	1.2	0.3	-1.0	1.3	0.8	0.9	-1.7	5.5	1.6
Indonesia	1.2	0.6	-0.8	1.7	1.3	1.3	-1.5	6.2	2.3
Russia	3.1	0.1	-0.6	1.5	1.0	0.2	-1.0	5.5	1.6
South Africa	3.2	0.0	-0.6	1.4	0.9	0.0	-1.2	5.2	1.3
Non-OECD average	2.4	0.5	-0.8	1.6	1.2	1.0	-1.4	5.9	2.1
Total average	5.0	0.4	-0.4	2.0	1.5	0.8	-0.8	6.3	2.4

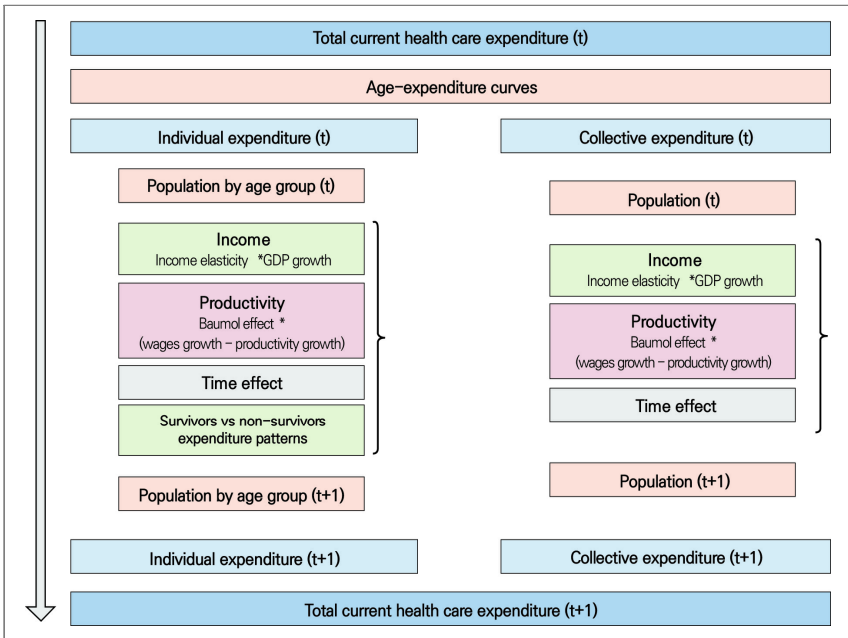
자료: OECD(2013), p. 20, Table 3

나. OECD 2019년 모형

1) 의료비 지출의 주요 동인과 OECD의 새로운 예측 모델

2019년 연구는 2013년 전망모형을 기반으로 하지만, 의료비 지출 결정 요인에 대한 최근의 증거를 반영하여 [그림 III-1]과 같이 유의미하게 수정된 접근방식을 사용하였다.

[그림 III-1] 신(新) OECD 의료비 지출 모형 체계도



자료: OECD(2019), p. 10, Figure 2. 1

인구통계학적 영향을 모델링하기 위해 연령 구조의 변화가 지출에 미치는 영향을 예측할 수 있도록 연령별 평균 지출 차이를 모형화하기 위해 ‘연령-지출 곡선’을 이용하여 의료비를 5세 단위로 세분화하였다. 연령-지출 곡선은 국가별로 다르며 9개 OECD 회원국의 연령별 의료비 지출 데이터에서 파생되었으며, 나머지 27개 OECD 회원국과 콜롬비아는 의료비 구조의 유사성에 기반한 추정치를 사용하였다. 연령-지출 곡선은 집단 지출(예: 질병 예

방 프로그램 등)이 아닌 개인 지출(OECD 전체에서 총 지출의 약 93%를 차지)을 예측하는 데 사용되며, 중요한 점은 연령-지출 곡선이 생존자와 비생존자로 구분되는 것이다. 이는 사망 연령과 관계없이 생의 마지막 몇 년 또는 몇 달에 집중되어 의료비 지출이 발생하기 때문이다. 이 모형에서는 사망에 임박한 개인이 지출하는 사망 관련 비용(DRC)이 생존자보다 10배 더 높은 것으로 가정한다. 종합해보면, 인구통계학적 영향이 의료비 지출에 미치는 영향은 ① 인구 규모 및 구조의 변화 ② 사망에 임박한 인구 비율의 변화 ③ 시간에 따른 국가별 기대수명 증가로 정리할 수 있다.

소득효과는 의료지출의 소득탄력성으로 측정되며, 초기 연구에서는 1보다 높다고 보았으나, 현재는 대체로 0.7~0.8 정도로 나타나며, 일반적으로 부유한 나라일수록 소득탄력성이 감소하는 경향이 있다(Baltagi et al., 2017). 본 연구에서 총 의료비의 소득탄력성 추정치는 0.73이고, 공공재원의 소득탄력성은 0.79로 조금 더 높다.

잠재적인 생산성 제약은 경제의 다른 부문에 비해 보건 부문의 낮은 생산성 성장이 의료비 지출에 미치는 영향을 포착하는 대리변수인 보몰(Baumol) 변수로 측정한다. 보몰(Baumol) 효과는 경제의 진보적인(progressive) 부문에서 생산성과 임금이 함께 상승하면, 비진보적인 의료 부문은 나머지 경제 부문을 따라잡기 위해 임금 인상만 경험하게 된다는 이론이다. 최근 문헌에 따르면 보몰(Baumol) 효과(전체 경제에서 생산성 향상보다 과도한 임금증가로 포착됨)는 의료지출 추세를 설명하는 데 매우 중요하다(Colombier, 2012; 2017; Hartwig, 2008; 2011). 선호 특성(preferred specification)에서 패널 회귀분석 결과, 장기요양과 같은 의료시스템의 일부가 수술과 같은 다른 부분보다 보몰(Baumol) 비용의 영향을 받을 가능성이 확실히 더 크기 때문에 보몰(Baumol) 효과는 의료 부문에만 부분적으로 영향을 미친다.

마지막으로 의료비 부문의 기술 진보를 추정하였다. 기술 발전은 제품, 지식 또는 프로세스 혁신 등 다양한 형태로 나타나며, 모델링하기 가장 복잡한 의료비 지출의 요인이다(Chernew and Newhouse, 1988). 이 연구에서는 기술 진보에 대한 두 가지 대리변수로 연구개발(R&D)에 대한 지출증가,

시간별 고정효과가 사용되었다. 결과변수는 패널의 모든 연도에 대한 연도별 성장이며, 이후 2008년을 기준연도로 사용하여 추정 기준연도에 가까운 연도에 더 많은 가중치를 부여하고 더 먼 연도에 더 적은 가중치를 부여하는 선형 가중치를 사용하여 평균화했다(가중치=1). 이 시간별 효과의 계수는 0.004이며, 다른 모든 것이 같다면, 매년 의료비 지출이 0.4% 증가했음을 의미한다. 한편, 공공 지출에 대해서는 계수가 0.005로 추정되었다.

본 연구는 2030년까지의 의료비 지출전망을 기본 시나리오로 모델링하고, 주요 정책 변화가 없을 때의 의료비 지출을 추계한다. 기본 시나리오는 소득 탄력성, 생산성 제약 및 시간 효과에 대한 선호 특성(preferred specification)에 기초한 추정치를 사용하며, 인구통계학적 효과는 수명 증가에 대한 예측과 인구통계학적 구조를 반영하며 건강상태의 변화도 설명한다.

기본 시나리오와의 비교를 위해 4가지 대안적인 시나리오가 제시되는데, ① 생산성 향상 ② 낮은 생산성 ③ 총비용 통제 ④ 비용압박 시나리오로 분류된다.

‘생산성 향상’ 시나리오는 시간이 지나면서 의료 부문에서 생산성이 향상된다고 본다. 경험적으로 보몰(Baumol) 계수가 2015년 0.265에서 2030년 0.1로 선형적으로 감소하며, 일반 경제의 생산성 향상이 의료 부문에서도 부분적으로 실현된다는 가정을 전제로 한다. 이 시나리오를 가장 잘 반영하는 정책 사례로는 보건기술평가(Health Technology Assessment) 활용 증대를 통한 신기술 적용, 업무 전환, 제네릭 사용 증가 등이 있다.

‘낮은 생산성’ 시나리오는 생산성 강화 효과가 약한 정책이 반영된 것으로 이는 더 강력한 보몰(Baumol) 효과를 가정했다.

‘총비용 통제’ 시나리오는 효과적인 비용억제 정책이 의료비 지출 동인을 상쇄할 수 있는 최대 실현 가능 범위를 추정한다. ‘강화된 생산성’ 시나리오와 같이 보몰(Baumol) 계수에 0.265~0.1의 선형 감소값을 부여하고, 모든 기대수명 증가가 시간이 지남에 따라 더 높은 사망 관련 비용(DRC)으로 변환되어 기본 시나리오보다 생존자의 의료비 지출이 감소한다고 가정한다.

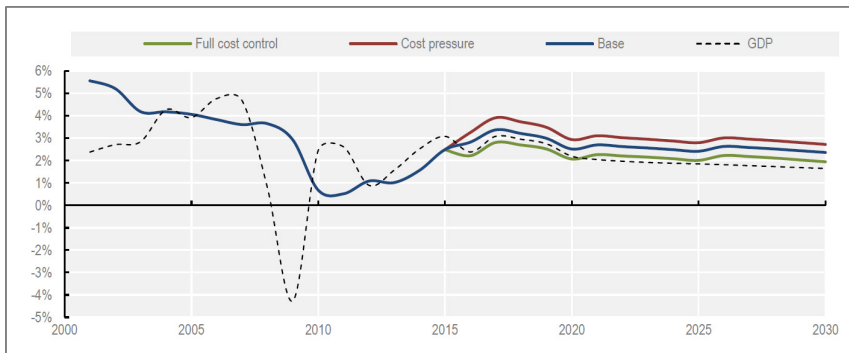
‘비용압박’ 시나리오에서는 비효율적인 비용 억제 정책과 의료서비스에 대한 기대치 상승이 맞물려 비용 효율성을 충분히 고려하지 않고 고가의 신기

술이 도입되는 것을 가정한다. 이러한 시나리오에서는 치료의 질이 향상될 수 있지만, 상당한 비용 압박이 따른다. 경험적으로, 이는 회귀 추정치의 상한선을 반영하는 소득탄력성과 보몰(Baumol) 생산성 제약이 각각 0.85와 0.39로 더 높게 나타난다.

2) OECD 회원국의 2030년 의료비 지출전망

전체 OECD 1인당 의료비 지출은 1인당 GDP보다 더 빠르게 증가할 것으로 예상되지만, 2000~2015년에 비해서는 약간 느린 속도로 증가할 것으로 보인다. 기본 시나리오의 경우 2015~2030년 OECD의 1인당 의료비 지출은 연평균 2.7% 증가할 것으로 예상된다(모든 결과는 인플레이션 효과를 고려한 불변 물가 기준임). 이는 '총비용 통제' 시나리오의 2.2%, '비용 압박' 시나리오의 3.1%와 비교된다(그림 Ⅲ-2 참조). 2000~2015년 기간 동안 연평균 3%의 성장률을 기록한 것과 비교해 기본 모형의 의료비 지출증가율은 과거에 비해 약간 둔화할 것으로 예상된다.

[그림 Ⅲ-2] 1인당 의료비 지출 및 1인당 GDP 증가율 전망치



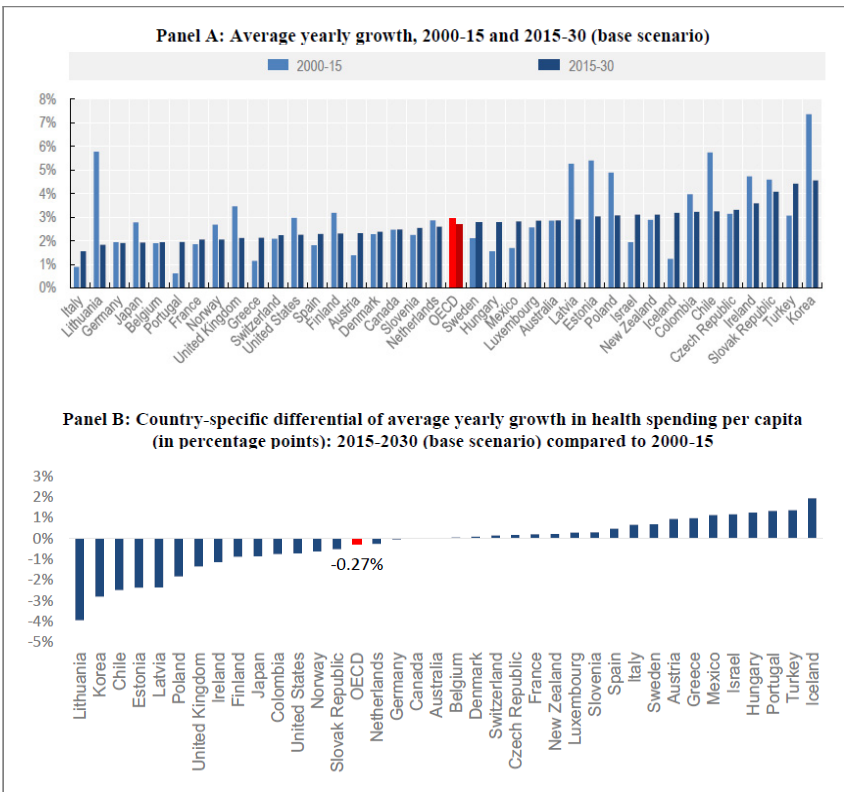
자료: OECD(2019), p. 15, Figure 3. 1

슬로바키아, 튀르키예, 한국은 2015~2030년 1인당 의료비 지출이 연간 4% 이상 증가할 것으로 예상된다(그림 Ⅲ-3의 패널 A). 이들 국가는 모두 연구 기간 동안 GDP 성장률이 상대적으로 높은 국가들이다. 반면 포르투갈, 벨기에,

일본, 독일, 리투아니아, 이탈리아의 성장률은 2% 미만으로 예상된다.

37개국 중 20개국에서 2015~2030년 성장률 전망치는 2000~2015년 대비 약 ±1%p 범위 내에 있다(그림 Ⅲ-3의 패널 B). 아이슬란드, 헝가리, 멕시코, 이스라엘, 포르투갈, 튀르키예 등 6개 국가의 1인당 성장률은 2000~2015년 보다 1%p 이상 높을 것으로 예상된다. 이들 국가 대부분은 2008년 글로벌 경제·금융 위기의 여파로 의료비 지출증가율이 둔화했지만 리투아니아, 한국, 칠레, 라트비아, 에스토니아는 성장률이 과거보다 2%p 이상 낮아질 것으로 예상된다. 이들 국가는 2000~2015년까지 1인당 의료비 지출이 가장 높은 국가들이다(그림 Ⅲ-3의 패널 A).

[그림 Ⅲ-3] 국가별 1인당 의료비 지출의 증가

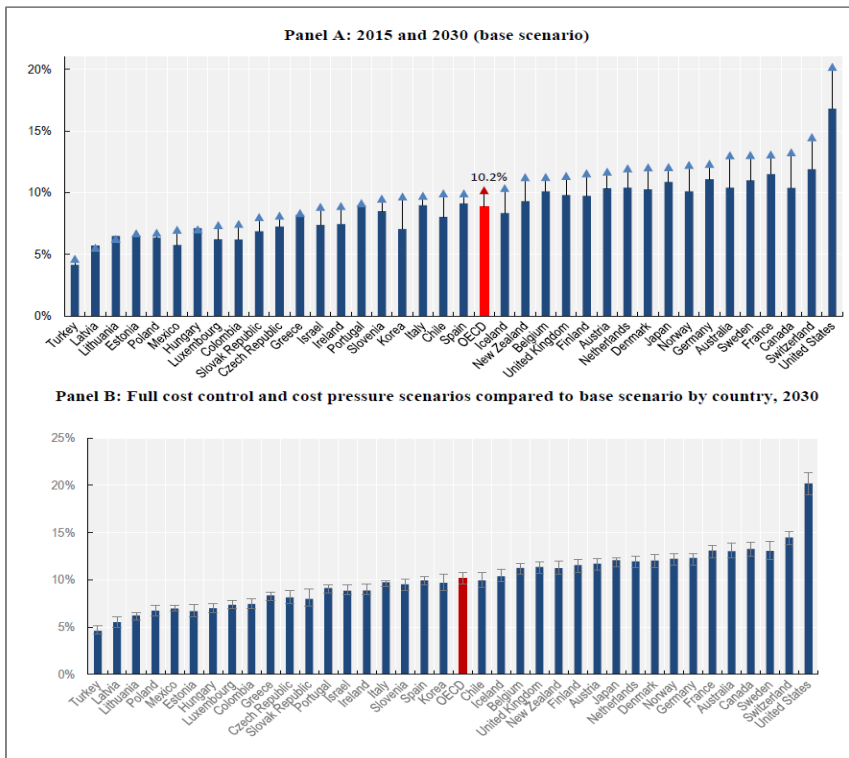


자료: OECD(2019), p. 16, Figure 3. 2

OECD 평균적으로 GDP 대비 의료비 지출은 2015년 8.8%에서 2030년 GDP의 10.2%에 달할 것으로 예상된다(그림 Ⅲ-4의 패널 A). 라트비아, 헝가리, 리투아니아에서는 인구 감소가 예상됨에 따라 GDP 대비 의료비 지출이 소폭 감소할 것으로 보인다. 기본 시나리오에서 대부분 국가는 GDP 대비 의료비 지출이 완만하게 증가할 것으로 예상되며, 주로 인구 증가와 인구구조 변화, 보장 범위 확대에 의해 미국의 경우 3%p 이상 증가할 것으로 예상된다.

‘비용 압박’ 시나리오에서는 보건지출이 GDP의 10.8%에 달할 것으로 예상된다(기본 시나리오 10.2%). 이보다 낮은 ‘총비용 통제’ 시나리오에서는 GDP 대비 의료비 지출이 9.6%에 달할 것으로 예상되며, 이는 2015년의 GDP 대비 8.8%에서 소폭 증가한 수치이다(그림 Ⅲ-4의 패널 B).

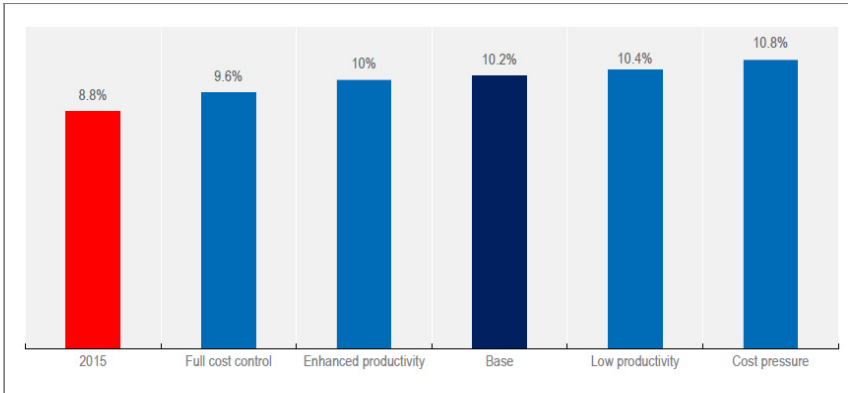
[그림 Ⅲ-4] 국가별 GDP 대비 의료비 지출



자료: OECD(2019), p. 17, Figure 3. 3

‘생산성 향상’ 시나리오에서는 2030년까지 GDP 대비 보건지출이 1.2%p (수준은 GDP의 10%) 증가할 것으로 예상되며(그림 III-5), ‘낮은 생산성’ 시나리오에서는 GDP에서 차지하는 보건지출이 ‘기본’ 시나리오보다 0.2%p 더 증가할 것으로 보인다.

[그림 III-5] 시나리오별 GDP 대비 의료비 지출 OECD 평균



자료: OECD(2019), p. 18, Figure 3. 4

각각의 전망 시나리오별 각 요인의 계숫값은 [그림 III-6]과 같다.

[그림 III-6] 시나리오 분석별 계숫값

	Income	Productivity constraints (Baumol)	Healthy ageing (death-related costs)	Healthy ageing (dynamic equilibrium)	Time-specific effects
Base scenario	0.73	0.265	10	0.5	0.004
Full cost control	0.73 - 0.7	0.265 - 0.1	10	1	0.004
Enhanced productivity	0.73	0.265 - 0.1	10	0.5	0.004
Low productivity	0.73	0.39	10	0.5	0.004
Cost pressure	0.85	0.39	10	0.5	0.004

자료: OECD(2019), p. 18, Figure 3. 4

GDP 대비 의료비 지출에 대한 국가별 전체 시나리오 분석은 [그림 III-7]에 제시하였다. 칠레, 슬로바키아, 한국, 스웨덴, 미국에서는 ‘비용 압박’ 시나리오와 ‘총 비용통제’ 시나리오의 차이가 1.5%p 이상인데, 이러한 국가에

서는 정책의 변화가 향후 의료비 지출의 궤도 변화에 더 큰 영향을 미칠 수 있다. 반면 이탈리아와 멕시코에서는 두 시나리오의 차이가 0.7%p에 불과하다.

사망 관련 비용 및 건강한 고령화 가설에 이용된 값에 대한 민감도 분석은 아래에서 확인할 수 있다.

[그림 III-7] 2015년 및 2030년 국가별 GDP 대비 의료비 지출(모든 시나리오)

	2015	Full cost control	Enhanced productivity	Base scenario	Low productivity	Cost pressure
Australia	10.4%	12.3%	12.9%	13.0%	13.3%	13.9%
Austria	10.3%	11.0%	11.6%	11.7%	11.9%	12.2%
Belgium	10.1%	10.6%	11.2%	11.3%	11.4%	11.8%
Canada	10.4%	12.5%	13.1%	13.3%	13.5%	13.9%
Chile	8.0%	9.2%	9.7%	9.9%	10.3%	10.8%
Colombia	6.2%	7.0%	7.3%	7.5%	7.6%	8.0%
Czech Republic	7.2%	7.5%	7.9%	8.1%	8.5%	8.9%
Denmark	10.3%	11.3%	11.9%	12.0%	12.3%	12.7%
Estonia	6.5%	6.1%	6.4%	6.7%	7.1%	7.4%
Finland	9.7%	10.8%	11.4%	11.6%	11.8%	12.1%
France	11.5%	12.4%	12.9%	13.1%	13.3%	13.7%
Germany	11.1%	11.6%	12.2%	12.3%	12.5%	12.8%
Greece	8.2%	7.9%	8.3%	8.3%	8.4%	8.7%
Hungary	7.1%	6.5%	6.9%	7.0%	7.2%	7.5%
Iceland	8.3%	9.8%	10.2%	10.4%	10.7%	11.1%
Ireland	7.4%	8.4%	8.7%	8.9%	9.1%	9.6%
Israel	7.4%	8.4%	8.8%	8.8%	8.9%	9.5%
Italy	9.0%	9.3%	9.7%	9.7%	9.8%	9.9%
Japan	10.9%	11.4%	12.0%	12.1%	12.1%	12.3%
Korea	7.0%	8.9%	9.4%	9.7%	10.1%	10.6%
Latvia	5.7%	5.0%	5.3%	5.5%	5.9%	6.1%
Lithuania	6.5%	5.8%	6.1%	6.2%	6.4%	6.6%
Luxembourg	6.2%	7.0%	7.3%	7.4%	7.4%	7.8%
Mexico	5.8%	6.7%	7.0%	7.0%	7.0%	7.3%
Netherlands	10.4%	11.3%	11.9%	12.0%	12.1%	12.5%
New Zealand	9.3%	10.6%	11.1%	11.3%	11.4%	12.0%
Norway	10.1%	11.6%	12.1%	12.2%	12.4%	12.7%
Poland	6.3%	6.2%	6.6%	6.7%	7.0%	7.3%
Portugal	9.0%	8.6%	9.1%	9.1%	9.2%	9.4%
Slovak Republic	6.9%	7.2%	7.6%	8.0%	8.6%	9.1%
Slovenia	8.5%	8.9%	9.3%	9.5%	9.8%	10.1%
Spain	9.1%	9.5%	9.9%	9.9%	10.0%	10.3%
Sweden	11.0%	12.2%	12.8%	13.0%	13.5%	14.0%
Switzerland	11.9%	13.7%	14.3%	14.5%	14.7%	15.1%
Turkey	4.1%	4.3%	4.6%	4.6%	4.7%	5.1%
United Kingdom	9.8%	10.7%	11.2%	11.4%	11.6%	11.9%
United States	16.8%	19.0%	19.9%	20.2%	20.7%	21.3%
OECD	8.8%	9.6%	10.0%	10.2%	10.4%	10.8%

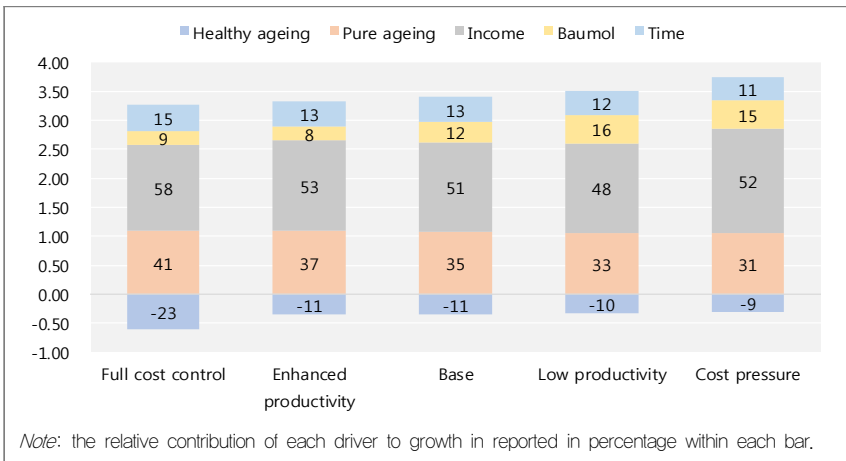
자료: OECD(2019), p. 19, Table 3, 2

인구통계학적 효과는 기본 시나리오에서 OECD 전체에서 연평균 0.7%씩 보건지출을 증가시키는데, 이는 전체 예상 성장률의 25%에 해당한다(그림 Ⅲ-8). 인구통계학적 효과는 1.1% 상승의 “순수 연령” 효과로 구성된다.

소득은 가장 중요한 원동력으로 연간 의료지출 증가의 절반에 해당하는 1.5%만큼 상승시킨다. 생산성 제약(Baumol 효과)은 연간 의료비 지출을 0.4% 증가시키며 전체 지출증가의 약 12%를 차지한다. 시간별 효과 또한 매년 평균 0.4%씩 건강지출을 증가시키며, 13% 비중을 차지한다.

[그림 Ⅲ-8] 시나리오별 2030년까지의 연평균 의료비 지출증가 요인 기여도

(단위: %)



자료: OECD(2019), p. 21, Figure 3. 5

정책 대안 시나리오는 각 요인이 의료비 지출에 미칠 수 있는 다양한 영향을 보여준다. ‘낮은 생산성’ 및 ‘비용 압박’ 시나리오에서 Baumol 효과는 연간 의료비 지출을 0.5% 증가시키는데, 이는 전체 지출증가를 중 약 6분의 1 정도를 차지한다. 건강한 고령화 정도가 높을수록 ‘총비용 통제’ 시나리오에서는 인구통계학적 효과가 더 작아진다. ‘총비용 통제’ 시나리오에서 소득 효과는 58%로 가장 큰 비중을 차지한다.

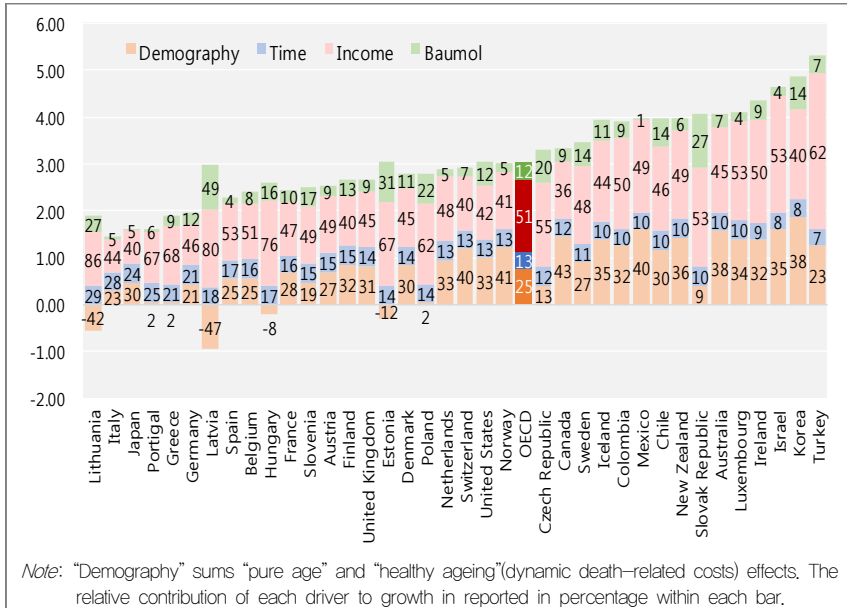
[그림 Ⅲ-9]는 지출 요인별 영향에 대한 국가별 분석 자료로 고령화 및 동적 사망 연관 비용의 순효과를 단일 인구통계학적 효과로 제시하였다. 소득

효과는 슬로바키아, 아일랜드, 룩셈부르크, 이스라엘, 튀르키예에서 연평균 2% 이상 성장했지만 독일, 이탈리아, 일본에서는 1% 미만을 차지했다. Baumol 효과는 에스토니아, 라트비아, 슬로바키아에서 1% 이상 증가하며 크게 나타났지만, 이탈리아, 일본, 멕시코는 0.1% 이하의 증가율을 보였다. Baumol 효과가 큰 국가는 일반 경제의 생산성 향상을 훨씬 초과하는 임금증가를 경험했는데, 이는 일반 경제에서의 임금과 동등한 수준이 되도록 의료 부문 임금이 더 많은 의료비 지출이 배분되어야 함을 의미한다.

인구통계학적 효과가 가장 큰 국가는 절대성장률이 1.5% 이상인 한국, 멕시코, 이스라엘, 호주이다. 반면 포르투갈, 그리스, 폴란드는 인구통계학적 효과가 작고, 리투아니아, 라트비아, 헝가리, 에스토니아에서는 인구통계학적 변화가 지출에 부정적인 영향을 미쳤다. 이는 이들 4개국의 인구수가 감소할 것으로 예상되기 때문이다.

[그림 III-9] 2030년까지 국가별 연평균 의료비 지출증가에 대한 주요 요인별 기여도(기본 시나리오)

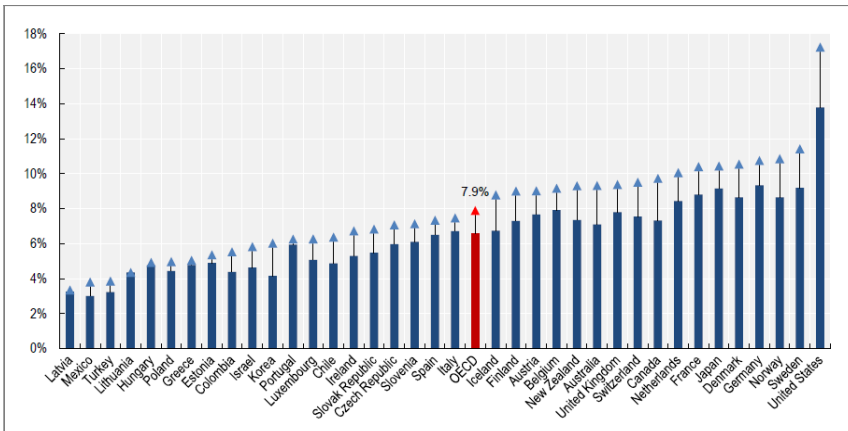
(단위: %)



자료: OECD(2019), p. 22, Figure 3. 6

GDP 대비 공공의료비 지출은 2015년 6.6%에서 2030년 7.9%로 증가할 것으로 예상되며, 이는 총 의료비 지출 2.7%와 비교해 1인당 연간 성장률 3%를 반영하였다. 튀르키예, 한국, 슬로바키아에서 의료비 지출증가율이 가장 높을 것으로 예상된다. 전체 의료비 지출 중 공공의료비가 차지하는 비중은 OECD 전체적으로 2015년 74.2%에서 2030년에는 77.4%로 증가가 예상된다. 3.2%p의 증가는 2000~2015년의 2.2%p보다 추세적으로 높다.

[그림 III-10] 국가별 GDP 대비 공공의료비 지출 비중(2015년, 2030년)
(기본 시나리오)



자료: OECD(2019), p. 24, Figure 3. 8

4. 건강보험재정 지출전망을 위한 모수 설정

본 장에서는 조성법을 통해 국민 의료비 지출에 영향을 미치는 인구요인 및 비인구요인(소득요인 및 잔차요인)과 관련된 모수들을 새로 추정 또는 설정하는 것을 목표로 한다. 본 장에서 추정된 요인별 모수들을 이용해 2023 KIPF 모형에서 경상의료비 지출을 전망하는 데 활용한다.

인구요인의 경우 최근 인구구조의 변화, 1인당 생존자 혹은 사망자 비용의 변화 등을 반영한다. 향후 급속한 고령화의 영향을 반영하기 위해 연령대별 의료비 추이 변화를 활용한 건강한 고령화 효과도 고려한다. 소득요인의 경

우 미래 소득증가에 따른 의료비 지출증가를 반영하기 위해 소득탄력성을 재추정하고, 장기추계에 필요한 소득탄력성의 적용 범위를 제시하고자 한다.⁹⁾ 이는 우리나라에서 나타나는 높은 소득기여도 효과를 반영하기 위함이다. 이외에도 기타 잔차(생산성, 기술의 변화 반영) 효과를 재추정하고, 건강보험 적용대상 조정 등 정책 변화가 국민 의료비 지출에 미치는 효과도 고려하고자 한다.¹⁰⁾

가. 인구요인

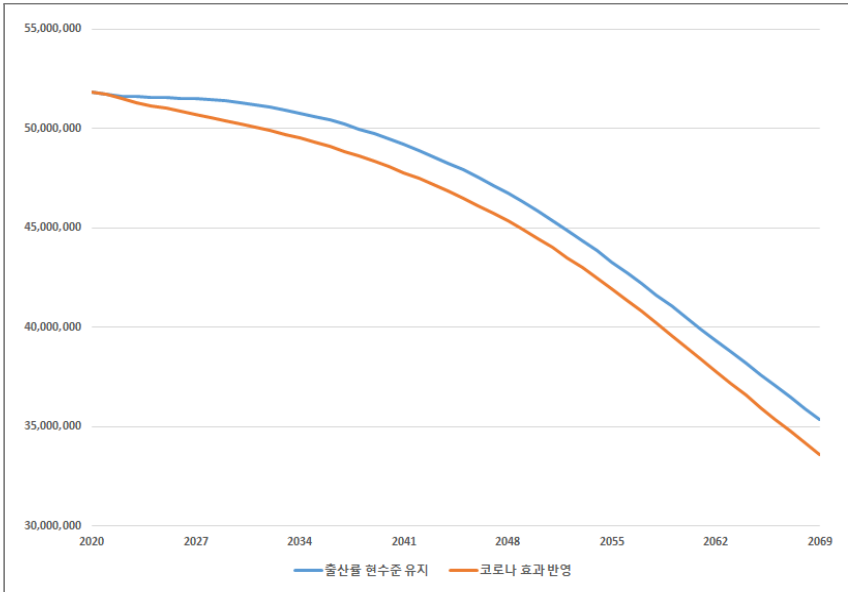
급격하게 진행되고 있는 인구 고령화는 의료수요의 급격한 증가를 야기하고 궁극적으로 공공의료비를 견인하는 주요한 요인이다. 예를 들어, 홍석철(2014)의 연구에 따르면 1990~2010년 국민 의료비 증가분의 24%는 고령화에서 기인하였다. 인구 증윗값 기준으로 [그림 III-11]에 따르면 2020~2070년 우리 경제의 장래인구는 매년 꾸준히 감소하여 2021년 5,183만명에서 2070년에는 3,479만명까지 줄어들 전망이다. 이는 <표 III-4>에서 보듯, 합계출산율이 2024년 0.70명까지 하락한 이후 증가하여 2031년 1.00명, 2046년 1.21명 수준에 도달하는 것을 가정(중위 추계)했기 때문이다. 특히, 코로나19로 국제순이동이 감소하고 출산율이 소폭 감소할 경우 2070년 3,300만명까지 크게 줄어들 수도 있다. 후자를 본고에서는 코로나효과 또는 초저출산 시나리오라고 지칭하도록 한다.¹¹⁾

9) 이는 소득수준의 변화에 의료수요량이 얼마나 민감하게 반응하는지 추정하기 위함이다. 추정된 탄력성을 이용해 향후 1인당 소득이 증가함에 따라 의료비 지출의 증가 폭을 예측할 수 있다.

10) 생산성(Baumol effect) 측면에서 의료산업은 자동화가 진행된 제조업 등에 비해 생산성이 상대적으로 낮아 지속적인 의료서비스 가격 상승이 발생할 수 있으며, 기술발전 측면에서 치료 및 진단 범위가 국가 성장과 동시에 확장됨에 따라 의료비 지출을 증가시킬 수 있다.

11) 코로나 효과는 코로나 효과가 2070년까지 장기적인 영향을 미친다는 가정하에 추산되었다(통계청, 2021). 이는 코로나 효과를 지나치게 과장할 수 있는 문제가 존재한다는 점을 밝힌다.

[그림 III-11] 장래 인구 전망



자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2021.

〈표 III-4〉 합계출산율(2023~2070년)

(단위: 가임여성 1명당 출생아 수)

연도	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040	2070
중위	0.73	0.70	0.74	0.78	0.83	0.87	0.91	0.96	1.18	1.19	1.21
코로나19 장기영향	0.62	0.57	0.52	0.55	0.57	0.60	0.62	0.64	0.77	0.89	0.98

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2021.

조성법에서 이처럼 의료비에 크게 영향을 미치는 최근 인구구조 변화를 반영하기 위해 먼저 인구를 성별·연령별·연도별 하위그룹으로 구분한 후, 각 그룹당 1인당 생존자 비용과 사망자 비용을 건강보험공단 전수 자료에서 추출한다. 이후 통계청 장래인구전망을 이용해 2023~2070년 성별·연령별·연도별 장래인구와 사망률을 추출하여, 각 그룹당 전체 인구를 생존자와 사망자 숫자로 구분한다. 이후, 각 그룹당 생존자와 사망자 숫자와 1인당 생존

자 비용과 사망자 비용을 곱하여 국가 전체 단위의 사망자와 생존자 비용을 계산한다. 즉, 사망자 비용은 성(i), 연령(j), \sum 연도별 사망자 수 \times 1인당 사망자 비용, 생존자 비용은 \sum 연도별 생존자 수 \times 1인당 생존자 비용이다. 마지막으로, 사망자와 생존자 비용을 합산하여 2023~2070년 각 연도의 의료비 지출을 추정한다.

1) 사망자와 생존자 비용

성별·연령별·연도별 1인당 사망자(non-survivors) 및 생존자(survivors)와 연계된 의료비를 추정하고, 이를 각 그룹별 사망자 및 생존자 수에 곱하여 사망자 및 생존자 비용을 계산한다. 성별·연령별·연도별 1인당 생존자 비용과 사망자 비용은 김우현 외(2018)에서 추출한 건강보험공단 전수 자료를 이용한다. 해당 연구는 사망자는 자격DB의 사망여부 변수를 이용해 사망일자와 진료일자를 확인하여 사망 1년 전 의료비 지출(급여비+급여본인부담금)을 사용했다. 생존자는 샘플에서 사망자를 제외한 후, 연령군 의료비 지출을 계산하였다.

〈표 Ⅲ-5〉는 2017년 건강보험 전수자료에 기반한 남녀 사망자 비용 분포를 보여준다. 〈표 Ⅲ-5〉에 따르면, 사망자 비용을 남녀로 구분하여 비교할 경우, 전반적으로 여성의 사망자 비용이 남성보다 높게 나타나지만, 1~4세 어린이와 85세 이상 노인 그룹에서는 남성의 사망자 비용이 여성보다 높게 나타났다. 남녀 모두 공통적으로 사망자 비용 분포는 유아기에 높은 수준에서 출발해 청년기(25~29세)에 가장 낮은 수준을 기록하고, 이후 60~69세까지 증가한 후, 연령대가 높아짐에 따라 점차 감소하는 형태를 보였다. 남녀 모두 생존자 대비 사망자 진료비 비율의 경우 10~14세 연령대까지 점진적으로 감소하는 형태를 보였다. 기준연도 대비 예측연도(2023~2070년) 1인당 사망 및 생존 관련 비용은 2017년 비용과 동일하다고 가정한다. 이는 물가상승률로 인한 의료비 비용 과대 추계를 지양하기 위함이다.

〈표 III-5〉 건강보험 전수자료, 2017년 사망자 및 생존자 비용 분포

(단위: 만원, %)

5세 단위	2017년 사망자 비용		2017년 생존자 비용		생존자 대비 사망자 진료비 비중	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성
0세	4,976	5,608	156	134	32	42
1~4세	5,659	5,649	107	98	53	57
5~9세	3,662	5,967	66	63	56	95
10~14세	4,611	4,712	50	40	92	117
15~19세	2,574	3,050	49	42	52	73
20~24세	1,335	1,842	49	54	27	34
25~29세	1,126	1,819	53	76	21	24
30~34세	1,432	2,177	62	97	23	23
35~39세	1,524	2,469	74	90	21	27
40~44세	1,739	2,667	88	92	20	29
45~49세	1,745	2,788	108	112	16	25
50~54세	2,064	3,087	137	146	15	21
55~59세	2,294	3,225	177	180	13	18
60~64세	2,576	3,205	231	224	11	14
65~69세	2,594	2,942	317	309	8	10
70~74세	2,368	2,572	373	375	6	7
75~79세	2,089	2,199	432	443	5	5
80~84세	1,805	1,826	477	507	4	4
85세 이상	1,480	1,343	523	584	3	2

자료: 김우현 외(2018)를 바탕으로 저자 작성

본 모형에서 사용하는 김우현 외(2018) 자료는 이선미 외(2011), 국민건강보험공단(2014), 신영석 외(2015) 등 기존 국내연구와 OECD 모형에 비해 더 정확한 수치를 제공한다. 기존 연구들은 85세 또는 90세와 같이 특정 나이 이상의 그룹 전체의 1인당 의료비를 1인당 사망 관련 비용(death related cost)으로 가정하였다. 또한 고령 인구집단은 젊은 인구집단에 비해 특정 조정계수에 따라 더 낮은 사망자 비용을 지불한다고 가정하였다. 마지막으로 생존자 1인당 의료비는 관측되는 총 의료비에서 사망자 의료비 총액을 제한 후, 이를 추계 인구수로 나누어 계산하였다. 그러므로 기존 연구들은 연령대

에 따라 사망자 또는 생존자 비용을 과소 또는 과대 추계하는 문제점을 발생시킨다. 다만 본 자료는 현재 가용할 수 있는 자료 중 가장 최신의 전수 자료는 아니라는 약점이 존재한다. 다만 2020년에 발발한 코로나19 이전 자료 중 상대적으로 최신 자료이고, 김우현 외(2018)에서 보듯 시계열에 따라 사망자 비용의 분포가 크게 바뀌지 않는다는 점을 고려하여 2017년 건강보험 전수자료를 사용하도록 한다.

2) 인구구조

각 그룹별(즉, 연령별, 성별, 연도별) 1인당 사망자 및 생존자 비용과 전체 사망자 수 및 생존자 수를 각각 곱하여 국가단위의 사망자 및 생존자 비용을 산출해야 한다. 이를 위해 2022년 통계청 장래인구추계에서 제시한 2020~2070 연도별·성별·연령별 사망률을 사용한다. 사망률은 1세 단위 중 윗값과 초저출산 시나리오가 반영된 사망률을 각각 시나리오에 맞추어 사용한다. 국민건강보험공단(2014), 신영석 외(2015) 등 기존 국내연구는 미래 사망률을 기준연도에 고정되어 있다고 가정하였다. 사망률을 기준연도에 고정시켜 사용한다면 사망률 전망 추이가 남녀 모든 그룹에서 시간이 지날수록 의료기술의 발전, 전반적인 건강상태 개선 등의 요인으로 꾸준히 감소하는 것을 고려할 때, 경상의료비를 과대 추정하게 된다.

3) 건강한 고령화 효과

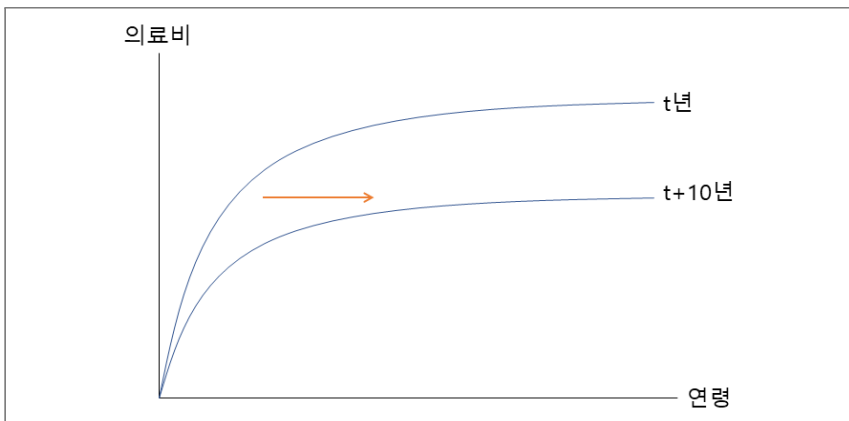
건강한 고령화 효과는 고령자들이 나이가 들더라도 신체적, 정신적 건강을 적절히 유지할 수 있게 되어 그만큼 의료에 대한 수요가 감소하는 현상을 말한다. 건강한 고령화 덕분에 미래 사망률이 감소하고, 인구요인으로 인한 의료비 지출 역시 낮아지게 된다. 미래 사망률이 감소하는 부분은 사망자 및 생존자 비용 추계 시 이미 반영하였다. 이번 장에서는 추가로 인구요인 측면에서 건강한 고령화 효과를 반영하고자 한다.

인구요인 측면에서, 개선된 건강상태의 정도를 정확하게 기능할 수 없는 상황에서, 기대여명의 증가로 미래의 노인은 현재 기준으로 상대적으로 젊

은 나이에 해당하는 의료비를 지불하게 됨을 가정하였다. 구체적으로, 건강한 고령화는 t 년에 70세인 노인이 의료에 지출하는 비용은 $t+10$ 년에 70세인 노인이 의료에 지출하는 비용과 같지 않음을 의미한다. 이러한 가정에 따르면 $t+10$ 년에 70세인 노인은 t 년에 70세인 노인보다 건강하기 때문에 더 젊은 연령대에 있는 사람과 같은 수준의 의료비를 지출하게 된다. 즉, [그림 III-12]에서 보듯, 평균수명의 증가에 따라 현 시점(t)에서의 특정 연령군의 건강 상태는 평균수명이 증가한 만큼 연령별 의료비 지출 분포는 오른쪽으로 이동했을 것으로 가정할 수 있다. 이는 건강한 고령화 효과로 같은 연령에서 의료비 지출이 낮아질 경우, 의료비 곡선이 전체적으로 우측으로 이동함을 의미한다.

이를 반영하기 위해 현재 연령에서 예측된 출생 시점에서의 통계청의 기대여명(life expectancy at birth) 증가분을 차감하여 유효연령(effective age)을 계산할 수 있다. 이를 이용해 각 연도 유효연령에 해당하는 사망자와 생존자 비용을 적용하는 방식으로 건강한 고령화 효과를 반영한다. 단, 기본적인 필수 의료에 대한 수요가 존재하기 때문에, 모든 연령층에서 이와 같은 변화가 일어나는 것이 아니라 중장년층 이상(30세)에서만 건강한 고령화 효과가 작용한다고 가정한다.

[그림 III-12] 건강한 고령화 효과



자료: 저자 작성

〈표 Ⅲ-6〉에서 보듯이 통계청 장래 기대수명 자료를 통해 2020년 기준 2021~2070년 각 연도의 기대수명 증가분을 계산한다.

〈표 Ⅲ-6〉 장래 기대수명 및 증가분(중위 인구 기준)

(단위: 세)

연도	남자 기대수명	2020년 대비 기대수명 증가분	여자 기대수명	2020년 대비 기대수명 증가분
2020	80.5	0	86.5	0
2021	80.9	0.4	86.8	0.3
2022	81.2	0.7	87	0.5
2023	81.4	0.9	87.2	0.7
2024	81.7	1.2	87.4	0.9
2025	81.9	1.4	87.6	1.1
2026	82.1	1.6	87.7	1.2
2027	82.4	1.9	87.9	1.4
2028	82.6	2.1	88.1	1.6
2029	82.8	2.3	88.2	1.7
2030	83	2.5	88.4	1.9
2031	83.3	2.8	88.5	2
2032	83.5	3	88.6	2.1
2033	83.7	3.2	88.8	2.3
2034	83.9	3.4	88.9	2.4
2035	84.1	3.6	89.1	2.6
2036	84.3	3.8	89.3	2.8
2037	84.5	4	89.4	2.9
2038	84.7	4.2	89.5	3
2039	84.9	4.4	89.6	3.1
2040	85.1	4.6	89.8	3.3
2041	85.3	4.8	89.9	3.4
2042	85.5	5	90	3.5
2043	85.7	5.2	90.1	3.6
2044	85.8	5.3	90.3	3.8
2045	86	5.5	90.4	3.9
2046	86.2	5.7	90.5	4
2047	86.3	5.8	90.6	4.1

〈표 III-6〉의 계속

(단위: 세)

연도	남자 기대수명	2020년 대비 기대수명 증가분	여자 기대수명	2020년 대비 기대수명 증가분
2048	86.5	6	90.7	4.2
2049	86.6	6.1	90.8	4.3
2050	86.8	6.3	90.9	4.4
2051	86.9	6.4	91.1	4.6
2052	87.1	6.6	91.2	4.7
2053	87.2	6.7	91.3	4.8
2054	87.4	6.9	91.4	4.9
2055	87.5	7	91.5	5
2056	87.7	7.2	91.6	5.1
2057	87.8	7.3	91.7	5.2
2058	88	7.5	91.8	5.3
2059	88.1	7.6	91.9	5.4
2060	88.3	7.8	92	5.5
2061	88.4	7.9	92.1	5.6
2062	88.5	8	92.2	5.7
2063	88.7	8.2	92.2	5.7
2064	88.8	8.3	92.4	5.9
2065	88.9	8.4	92.4	5.9
2066	89	8.5	92.5	6
2067	89.2	8.7	92.6	6.1
2068	89.3	8.8	92.7	6.2
2069	89.4	8.9	92.8	6.3
2070	89.5	9.0	92.8	6.3

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2021.

김우현 외(2018)를 따라 2020년 기준연도 대비 2030년, 2040년, 2050년, 2060년, 2070년의 유효연령은 〈표 III-7〉과 같이 계산하였다. 이에 따르면 2030년 남자의 기대수명이 2020년 대비 4.6세 증가하였다면, 2030년 60세 남성 노인의 유효연령은 55.4세(60-4.6세)를 반올림한 55세가 된다. 이렇게 구해진 유효연령을 기존 연령 대신 사용하여 인구요인을 반영하게 된다. 구체적으로, 연도별, 성별, 유효연령별로 사망자 수와 생존자 수를 다시 구하고,

이를 1인당 사망자 및 생존자 비용에 곱해 사망자 비용과 생존자 비용을 계산한다.

〈표 III-7〉 건강한 고령화로 인한 유효연령 계산

(단위: 세)

2020		2030		2040		2050		2060		2070	
남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
0~30세는 동일											
31	31	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
32	32	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
33	33	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
34	34	31	31	30	30	30	30	30	30	30	30
35	35	32	32	30	31	30	30	30	30	30	30
36	36	33	33	31	32	30	31	30	30	30	30
37	37	34	34	32	33	31	32	30	31	30	30
38	38	35	35	33	34	32	33	30	32	30	31
39	39	36	36	34	35	33	34	31	33	30	32
40	40	37	37	35	36	34	35	32	34	31	33
41	41	38	38	36	37	35	36	33	35	32	34
42	42	39	39	37	38	36	37	34	36	33	35
43	43	40	40	38	39	37	38	35	37	34	36
44	44	41	41	39	40	38	39	36	38	35	37
45	45	42	42	40	41	39	40	37	39	36	38
46	46	43	43	41	42	40	41	38	40	37	39
47	47	44	44	42	43	41	42	39	41	38	40
48	48	45	45	43	44	42	43	40	42	39	41
49	49	46	46	44	45	43	44	41	43	40	42
50	50	47	47	45	46	44	45	42	44	41	43
51	51	48	48	46	47	45	46	43	45	42	44
52	52	49	49	47	48	46	47	44	46	43	45
53	53	50	50	48	49	47	48	45	47	44	46
54	54	51	51	49	50	48	49	46	48	45	47
55	55	52	52	50	51	49	50	47	49	46	48
56	56	53	53	51	52	50	51	48	50	47	49
57	57	54	54	52	53	51	52	49	51	48	50
58	58	55	55	53	54	52	53	50	52	49	51
59	59	56	56	54	55	53	54	51	53	50	52
60	60	57	57	55	56	54	55	52	54	51	53
61	61	58	58	56	57	55	56	53	55	52	54
62	62	59	59	57	58	56	57	54	56	53	55

〈표 III-7〉의 계속

(단위: 세)

2020		2030		2040		2050		2060		2070	
남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
63	63	60	60	58	59	57	58	55	57	54	56
64	64	61	61	59	60	58	59	56	58	55	57
65	65	62	62	60	61	59	60	57	59	56	58
66	66	63	63	61	62	60	61	58	60	57	59
67	67	64	64	62	63	61	62	59	61	58	60
68	68	65	65	63	64	62	63	60	62	59	61
69	69	66	66	64	65	63	64	61	63	60	62
70	70	67	67	65	66	64	65	62	64	61	63
71	71	68	68	66	67	65	66	63	65	62	64
72	72	69	69	67	68	66	67	64	66	63	65
73	73	70	70	68	69	67	68	65	67	64	66
74	74	71	71	69	70	68	69	66	68	65	67
75	75	72	72	70	71	69	70	67	69	66	68
76	76	73	73	71	72	70	71	68	70	67	69
77	77	74	74	72	73	71	72	69	71	68	70
78	78	75	75	73	74	72	73	70	72	69	71
79	79	76	76	74	75	73	74	71	73	70	72
80	80	77	77	75	76	74	75	72	74	71	73
81	81	78	78	76	77	75	76	73	75	72	74
82	82	79	79	77	78	76	77	74	76	73	75
83	83	80	80	78	79	77	78	75	77	74	76
84	84	81	81	79	80	78	79	76	78	75	77
85	85	82	82	80	81	79	80	77	79	76	78
86	86	83	83	81	82	80	81	78	80	77	79
87	87	84	84	82	83	81	82	79	81	78	80
88	88	85	85	83	84	82	83	80	82	79	81
89	89	86	86	84	85	83	84	81	83	80	82
90	90	87	87	85	86	84	85	82	84	81	83
91	91	88	88	86	87	85	86	83	85	82	84
92	92	89	89	87	88	86	87	84	86	83	85
93	93	90	90	88	89	87	88	85	87	84	86
94	94	91	91	89	90	88	89	86	88	85	87
95	95	92	92	90	91	89	90	87	89	86	88
96	96	93	93	91	92	90	91	88	90	87	89
97	97	94	94	92	93	91	92	89	91	88	90
98	98	95	95	93	94	92	93	90	92	89	91
99	99	96	96	94	95	93	94	91	93	90	92
100	100	97	97	95	96	94	95	92	94	91	93

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 「장래 기대수명」을 바탕으로 저자 계산

〈표 Ⅲ-8〉에 따르면 유효연령을 이용하여 인구요인에서 건강한 고령화 효과를 반영할 경우, 의료비는 건강한 고령화를 반영하지 않았을 때보다 약 1.7%(2030년)에서 약 6%(2070년)가량 절감된다. 이는 건강한 고령화 효과를 반영할 경우 시간이 지날수록 노령층에서 상대적으로 건강한 사람의 비중이 높아지므로, 이로 인한 의료비 감소 폭이 커짐을 반영한 결과이다.

〈표 Ⅲ-8〉 건강한 고령화로 인한 의료비 감소 폭

(단위: %)

연도	2020	2030	2040	2050	2060	2070
기본 모형	0	1.70	2.10	4.22	5.98	6.11
초저출산 반영 모형	0	1.71	2.12	4.25	6.05	6.23

주: 의료비 감소 폭은 의료비(사망자 비용과 생존자 비용의 합)가 건강한 고령화 효과로 얼마나 감소하였는지를 나타냄

자료: 저자 작성

다만, 건강한 고령화를 적용하여 유효연령이 상승하더라도, 고령화는 의료 이용 시점을 미래로 이연(delayed)하는 것과 비슷하므로 의료비용이 장기적으로 완전히 사라지지 않는다. 또한 기대수명이 증가한 만큼 개별 연령에서의 건강수준도 동일하게 개선된다는 가정도 과도하다고 판단된다. 그렇기 때문에, 2023 KIPF 모형 전망을 할 때, 기대수명 증가분의 절반만 유효연령에 반영, 즉 기대수명의 증가분 중 절반은 과거와 같이 건강한 상태로 나머지 절반은 연령에 따른 의료비용 증가가 나타난다고 가정한다.¹²⁾ 예를 들어, 2040년 2020년 대비 기대수명이 4.6세 증가하였다면, 2030년 60세 남성 노인의 유효연령은 57.7세(60~2.3세)를 반올림한 58세가 된다.

나. 소득요인

본 장에서는 의료지출에 대한 소득탄력성을 추정하여 소득이 의료전망치에 주는 영향을 고려하여 건강보험재정 지출전망에 활용하고자 한다.

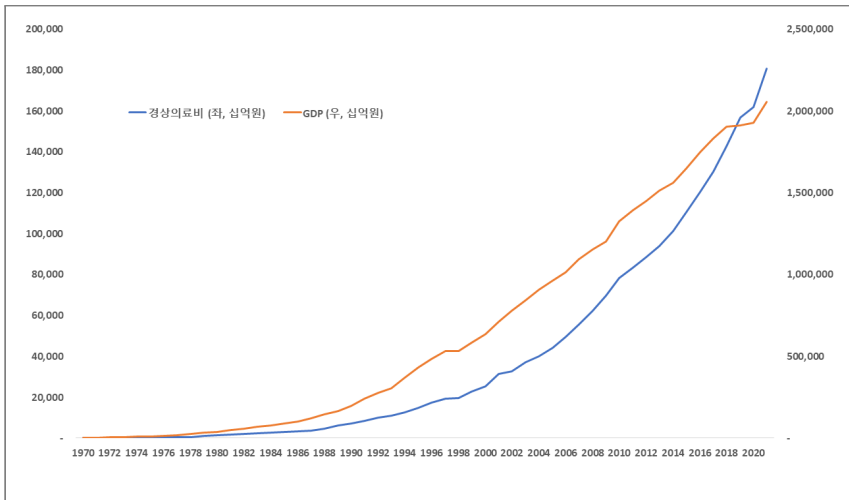
12) 본고는 위와 같은 방식으로 건강한 고령화 효과를 절반만 반영하였으나, 향후 기대수명 증가와 건강수명 증가의 상관관계에 대해서는 추가적인 연구를 통한 규명이 필요하다.

1) 서론

Grossman(1972)에 따르면, 개인의 건강수준은 자본의 형태로 축적된다. 따라서 높은 소득수준은 영양수준, 교육, 의료서비스 접근성, 의료서비스의 질 등 다양한 채널을 통해 국민들의 건강자본 축적에 도움이 된다. 지난 수십년 동안 선진국을 중심으로 실질 국내총생산(GDP)이 증가함에 따라 실질 의료서비스 지출(aggregate healthcare expenditure) 역시 큰 폭으로 증가하였다(Hall and Jones, 2007). 우리나라 국민의 경상 의료서비스 지출은 1970년 720억원에서 2020년 162조원으로 약 2,245배 증가하였지만, 같은 기간 실질 GDP는 695배 증가하였다. [그림 Ⅲ-13]를 통해 각각의 연도별 변화를 자세히 살펴보면 1인당 GDP는 1980년부터 다소 일정한 기울기로 증가한 반면에 1인당 경상의료비 지출은 시간이 지날수록 보다 가파른 기울기로 증가하였다. 결과적으로 지난 50여 년간 1인당 GDP로 측정된 소득보다 의료서비스 지출이 더 빠르게 증가하였음을 알 수 있다.

[그림 Ⅲ-13] GDP와 경상의료비 지출의 연도별 변화

(단위: 십억원)



주: 경상의료비는 보건의료재화 및 보건의료서비스의 소비를 위하여 국민 전체가 1년간 지출한 총액으로 개인의료비와 집합보건의료비의 합으로 계산됨

자료: 보건복지부, 「국민보건계정」, 각 연도

이처럼 의료서비스 지출이 1인당 GDP로 측정된 소득보다 빠르게 증가할 경우 건강보험 재정지출 증가, 정부 보건의료 부문 예산제약 등을 야기하므로, 그에 따른 의료비 지출을 관리하기 위한 정책에도 영향을 준다. 그러므로 향후 국가의 경제성장에 따라 의료서비스 지출이 중장기적으로 어떻게 변화하는지 이해하는 것은 정책 결정자 및 관련 연구자에게 중요한 과제다. 본 장에서는 건강보험 재정지출을 전망하기 위해 GDP 변화에 따라 의료서비스 지출이 얼마나 민감하게 반응하는지를 나타내는 의료지출에 대한 소득탄력성을 신뢰성 있게 추정하고자 한다.

과거 선행연구들은 계량 분석 방법, 자료의 특성 등에 따라 소득탄력성 수치에 큰 차이를 보이며, 어떠한 수치를 쓰느냐에 따라 의료지출 전망치가 크게 달라진다(Getzen, 2000). 초기 소득탄력성 추계 연구는 상대적으로 적은 샘플 숫자를 지닌 횡단면 자료를 사용했으며, 모든 국가들이 동질하다는 매우 강한 가정을 사용했다(Kleiman, 1974; Newhouse, 1977; Leu, 1986; Gerdtham et al., 1998). 이후 국가 간 패널자료가 구축되며 의료비 지출과 소득 간에 존재하는 국가 간 이질성을 통제하기 시작했다(Gerdtham et al., 1992; Hitiris and Posnett, 1992). 최근에는 이와 더불어 의료비 지출에 대해 더 현실적인 모형 구축을 통해 소득탄력성을 정확히 측정하기 위해 연구가 진행되고 있다. 구체적으로 의료비 지출과 소득수준 간에 허구적 관계(spurious relationships), 비균제성(non-stationary), 공적분 특성(co-integration properties) 등의 모습이 보일 경우, 이를 해결하는 방향으로 연구가 이루어지고 있다(Hansen and King, 1996; Blomqvist and Carter, 1997, Okunade and Karakus, 2001). 또한 구조적 단절을 반영한 비균제 패널 자료를 사용(Carrion-i-Silvestre et al., 2005; Hartwig, 2008)하거나, 공간 상호관계(spatial correlation)와 관측되지 않은 공통 요인이 존재하는 패널 자료(Baltagi and Moscone, 2010)를 이용해서 추정하는 모형 역시 구축되었다. 정리하자면, 다수의 연구에서 소득수준이 높은 국가일수록 의료서비스의 소득탄력성이 떨어지는 경향이 있으며, 실질소득이 의료지출을 결정하는 가장 중요한 요소라는 것을 보인다(Baltagi et al., 2017). 그렇기 때문에 다른 조건이 일정한 경우 고령

인구 비중이 높고, 경제규모가 큰 국가일수록 의료비 지출 증가에 대한 압력이 높다. 참고로 우리나라의 의료비 추계 연구에서는 통상 의료서비스 지출의 소득탄력성을 0.8 혹은 1로 추정 또는 가정하여 의료비 전망치를 계산했다(김종면·김우철, 2007; 전병목·이은경, 2010; De la Maisonneuve and Martins, 2013; 김우현 외, 2018).¹³⁾ 하지만 사용된 자료와 분석모형에 따라 탄력성 수치는 달라질 수 있다.

본 연구는 과거 문헌에서 부족한 부분들을 채워 우리나라에서 건강보험 전망 시 보다 신뢰성 있는 의료서비스의 국가단위 소득탄력성을 크게 2가지 측면에서 재추정하고자 한다. 먼저, 기존 연구보다 다양한 데이터와 긴 시계열을 확보해 달라진 경제 환경을 반영하였다. 대다수의 신뢰성 있는 연구가 2010년 이전의 시계열을 이용했거나, 지난 십여년 사이에 선진국으로 성장한 국가들을 다수 포함시키지 않고 탄력성을 추계했다. 의료지출에 대한 소득탄력성이 1보다 클 경우 의료서비스는 사치재, 그렇지 않을 경우 필수재로 분류할 수 있다. 고소득 국가의 평균 소득탄력성은 1보다 작은 것으로 보고되고 있고, 한 국가가 개발도상국이었을 때는 의료서비스가 사치재에 가깝지만, 경제성장으로 선진국이 될 경우 필수재로 바뀔 수 있다.¹⁴⁾ 직관적으로 설명하자면 이는 국가가 성장해서 국민 대다수를 위한 적절한 수준의 치료와 보장을 달성함에 따라 상대적으로 낮은 소득 몫을 보전 및 의료 예산에 할당된다는 것을 의미한다. 최근 여러 나라의 소득수준이 큰 폭으로 바뀌었으므로 보다 최근 시계열을 포함한 분석이 필요하다. 또한, 지난 이십여년간 중국, 러시아, 인도 등 국가의 소득수준이 크게 증가하였고, 이 중 많은 국가는 OECD 회원국이 아님에도 과거 상당수 연구는 국가단위 소득탄력성 추계를 위해서 OECD Health Data를 사용하여 분석 시 이들을 포함시

13) 김종면(2002)은 OECD Health Data(2002)를 이용하여 소득탄력성을 1.21로 추계하였으며, 김종면·김우철(2007)은 2003~2005년 국내 거시 자료를 이용하여 연별별 소득탄력성을 0.7~1.2로 추계하였다.

14) 비록 일부 연구(Di Matteo, 2003; López-Casasnovas and Saez, 2007)에서 소득탄력성이 소득이 증가함에 따라 감소하는 추정치를 보였지만, 대다수의 연구는 소득수준이 높은 국가가 그렇지 않은 국가에 비해 소득탄력성이 높다는 것을 보였다(Chen et al., 2009; Boungnarasy, 2011).

키지 않았다. 본 연구는 기존에 2000년부터 2019년까지 20년 동안 전 세계 약 200개국에 대한 정보를 제공하는 World Bank Open Data도 분석하여 국제비교 시 제기될 수 있는 비교 가능성 문제를 최소화하고자 하였다.

두 번째로, 의료 수요 및 공급 요인 등 상당수 연구에서 누락된 변수들을 최대한 통제하고자 하였다. 기존 문헌에 따르면 각 국가마다 다른 수준의 의료비를 지출하며, 이는 중장기적으로 건강과 기대수명과 같은 의료수요측면에 영향을 미칠 수 있다(Nordhaus, 2002; Murphy and Topel, 2006). 이외에도 의료비의 증가에 기여할 수 있는 요인으로는 고령화 정도, 의료보험의 커버리지 정도, 공급자 유발수요, 방어적 의료요소 생산성 및 기술 등이 존재한다(Frogner et al., 2011). 본 연구는 의료수요(15세 이하, 65세 이상 인구 비중과 같은 인구 연령구조, 영아사망률), 의료공급(인구당 의사 숫자, 입원 기간) 등을 포함해서 1인당 GDP가 1인당 의료비에 미치는 영향을 추정했다.

2) 추정전략

본 절은 의료지출에 영향을 미치는 의료 수요 및 공급 요인들을 통제한 가운데 소득이 의료지출을 어느 정도 견인하는지 실증분석하고자 한다. 먼저, 국가별 이질성과 장기간의 시계열 특징을 고려하기 위해 개인 고정효과와 시간 고정효과를 고려한 다음과 같은 이원고정효과 모형(two-way fixed effects)을 사용했다.

$$h_{it} = \beta_0 + \beta_y y_{it} + \beta_D D_{it} + \beta_S S_{it} + \zeta_i + \eta_t + \varepsilon_{it}$$

h_{it} 는 i 번째 국가에 대한 t 년도 1인당 의료비 지출의 자연 로그이다. 주요 설명변수인 y_{it} 는 1인당 실질 GDP의 자연 로그, D_{it} 는 의료수요에 미치는 요인들, S_{it} 는 의료공급에 미치는 요인들을 의미한다. 하첨자 i 는 국가, t 는 각 연도를 나타낸다. β_y 는 본고에서 주요하게 추정되어야 할 소득탄력성을 의미하고, ε_{it} 은 평균이 0이고 분산 σ^2 이 독립적이고 동일하게 분포된(즉, 동분산(homoscedasticity) 가정) 무작위 오류이다.

위 식의 경우에 국가별, 연도별로 고유하게 존재하는 이질성(heterogeneity)을 통제한다. 이를 통해 각 국가만이 가지고 있는 보이지 않는 독특한 특성과 전 세계적으로 특정 연도에 동시에 발생한 갑작스러운 전염병 또는 질병들을 잘 반영할 수 있다. 본고는 이에 더하여 다음과 같은 요인들을 추가로 고려하고자 한다. 먼저, 샘플이 의료시스템 특성이나 소득수준이 매우 다른 국가들을 포함한다는 점을 감안할 때 오차항의 분산이 이분산(heteroskedasticity)의 형태를 보일 가능성이 존재한다. 예를 들어, 소득이 낮거나 의료시스템이 잘 갖춰져 있지 않은 개발도상국은 필수적인 의료서비스를 치료가 필요한 질병에만 일정하게 이용하지만, 선진국은 때때로 다양한 이유로 고품질의 선택적인 의료서비스를 이용할 수 있어 의료서비스 지출의 변동성이 커진다. 이를 위해 일반적인 최소자승 모형(OLS), 보이지 않는 각 나라의 이질성을 통제하는 이원고정효과 모형(two-way fixed effects)에 더해 이산성의 문제를 줄이기 위한 일반화선형 모형(GLS)을 이용하여 추계된 소득탄력성을 추계했다. 이때 일반화선형 모형의 경우 다음과 같이 패널 내 오차항끼리 독립적이라고 가정한 모형(이하 GLS1)을 사용했다.

$$\begin{aligned} VAR[\varepsilon_{it}] &= \sigma^2 \\ Cov[\varepsilon_{it}\varepsilon_{is}] &= 0 \text{ if } t \neq s \end{aligned}$$

추가적으로 $Cov[\varepsilon_{it}\varepsilon_{is}] \neq 0$ if $t = s$ 인 경우까지 고려하여 패널 내 자기상관관계(AR(1))가 있는 오차항을 고려한 분석모형(이하 GLS2)을 이용하였다.

3) 데이터

추정을 위해 World Bank에서 조사된 2000년부터 2019년까지 20년 동안 전 세계 185개국에 대한 연간 패널 데이터¹⁵⁾를 사용했다. 세계은행 자료의 경우 사용 가능한 가장 최신의 국가, 지역 및 글로벌 자료를 공식적으로 인정된 출처에서 수집된다는 장점이 있다. 종속변수는 1인당 2017년 기준 US

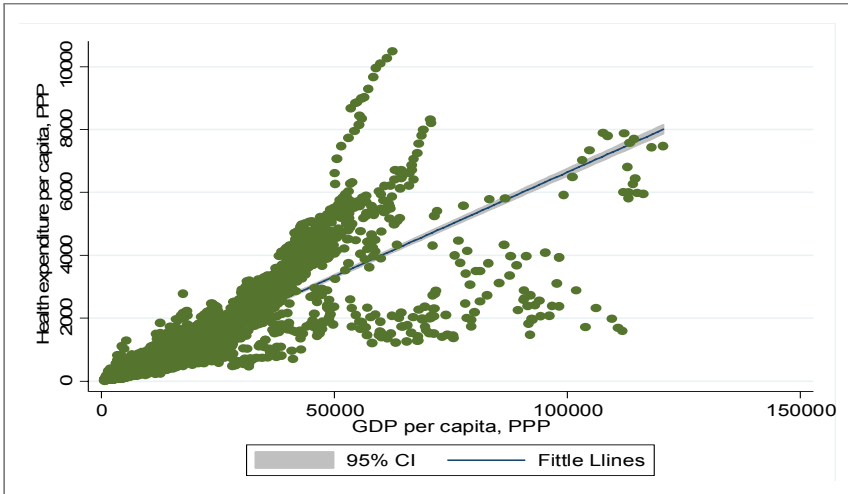
15) 데이터에 관한 자세한 사항은 <https://www.inspectionpanel.org/about-us/meet-panel>을 참고할 수 있다.

달러로 구매력평가(Purchasing Power Parity, PPP)로 조정된 경상의료비(current health expenditure)를 사용했다. 의료비 지출은 개인의료(치료, 재활, 장기 요양, 보조 서비스 및 의료 상품) 및 집합의료(예방 및 공중 보건 서비스를 포함한 의료 상품 및 서비스)의 최종 소비를 측정한다. 이때 보건의료에 대한 자본투자는 경상의료비에서 제외된다. 주요 설명변수는 1인당 GDP(2017년 US달러 PPP 가격)와 총 경상의료비에서 공공의료비가 차지하는 비중이다. 기타 설명변수는 기존 연구에서 사용된 변수들을 고려하여 결정하였다(Sen, 2005). 구체적으로 의료수요에 미치는 변수들은 인구 1,000명당 신생아 사망률, 15세 이하 또는 65세 이상 인구 비중(dependency ratio), 노동시장 참여율, 의료공급에 미치는 변수들은 인구 1,000명당 의사, 간호사, 병상 숫자를 포함했다. 추가적으로 국가 간 이질성을 엄밀하게 감안하기 위해 지정학적 분류 및 소득 분류도 사용하였다. 구체적으로, 세계 경제를 저소득, 중하위, 중상위, 고소득의 4개 소득 그룹으로 분류했고, 지역도 동아시아를 포함해 6개의 그룹으로 분류했다.

분석에 사용된 우리나라를 포함한 182개 국가의 2000년부터 2019년까지의 요약통계를 보면 전 세계 평균 실질 1인당 의료비 지출은 1,234달러이며, 1인당 GDP는 18,303달러이다. 1,000명당 유아사망률은 5.3명이다. 또한 65세 이상 및 15세 미만 인구의 평균 비중은 각각 11.8%, 49.5%이다. 평균 임원일수는 9일이며, 1,000명의 인구당 의사 수는 평균 3명이며, 공공과 민간 보험을 포함한 보험가입자의 비율은 평균 97.6%이다.

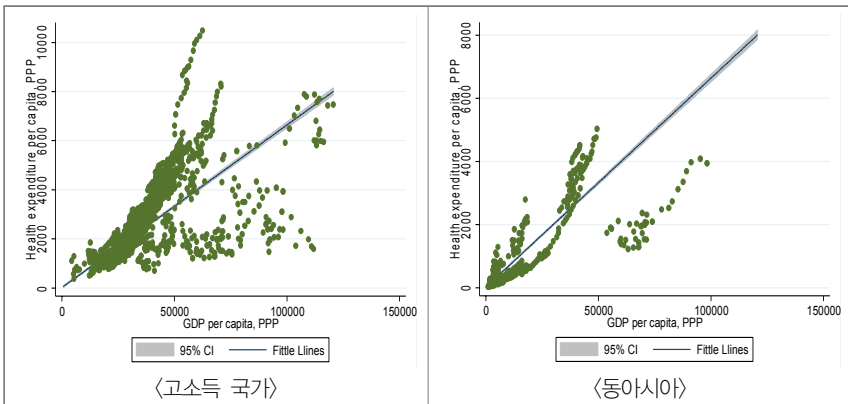
[그림 Ⅲ-14]는 전체 국가를 대상으로 1인당 GDP로 측정된 1인당 소득과 의료비 지출 간의 관계를 보여준다. 선명한 양(+)의 선형관계를 확인할 수 있다. 또한 [그림 Ⅲ-15]는 우리나라가 속해 있는 고소득 국가의 경우 더 가파른 기울기를 보여주고 있고, 동아시아 국가 그룹의 경우 상대적으로 낮은 기울기를 보인다. 구체적으로 모든 통제변수를 제외하고 2000년부터 2019년까지 의료비 지출과 1인당 GDP를 각각 로그를 취해서 소득탄력성을 추계하면 전 세계의 경우 1.067(표준오차 0.00), 고소득 국가들의 경우 0.882(표준오차 0.03), 동아시아 국가들의 경우 0.953(표준오차 0.02)으로 추정되었다.

[그림 III-14] 1인당 소득과 의료비 지출 간의 관계(2000~2019년)



자료: 세계은행 자료를 이용하여 저자 작성

[그림 III-15] 고소득 국가 및 동아시아 국가의 1인당 소득과 의료비 지출 간의 관계 (2000~2019년)



자료: 세계은행 자료를 이용하여 저자 작성

4) 분석결과

<표 III-9>에서 보듯, 먼저 전체 샘플을 기준으로 최소자승 모형을 이용한 결과를 살펴보면 소득만을 고려한 경우 소득탄력성이 1.067이나, 그 외 요약

변수에서 정리한 다른 설명변수들을 추가적으로 분석모형에 포함하는 경우 소득탄력성은 0.803으로 추정되었다. 또한 기존의 연구에서 중요하게 지적한 각 국가의 시간에 따라 변하지 않는 특성을 고려한 고정효과 모형과 이분산성을 고려한 GSL 모형1 및 GLS 모형2 등을 사용해도 소득탄력성 수치는 0.795~1.120으로 기존 OLS 회귀식에서 추정된 수치와 큰 차이를 보이지 않았다.

위의 분석결과는 국가별로 다양한 소득 분포, 의료보장제도, 규제 정책 등을 가지고 있음에도, 전체 국가를 집합시켜 분석한 결과이다. 본 연구는 국가 간에 이질성을 고려하기 위해 소득과 지역으로 나누어 추가적인 분석을 실시했다. 먼저, 소득 기준으로 우리나라는 고소득 국가 그룹에 속하며, 이들은 대체로 우리나라와 유사한 의료제도를 가지고 있다. 고소득 국가들의 경우 전체 샘플 대비 의료비 지출에 대한 소득탄력성이 0.757~1.043으로 상대적으로 낮다. 이는 소득이 증가할수록 의료비 증가 폭이 완화된다는 이론적 예측과도 합치한다. 추가로 인접 국가들 사이에 동조화 현상을 보이는 경우를 고려하여 동아시아 그룹만을 대상으로 탄력성을 구했다. 고정효과 모형 중 설명변수를 포함한 경우 탄력성이 높았지만, 10% 수준에서 통계적으로 유의하지 않았다. 이를 고려할 때, OLS와 고정효과 모형에서는 전체 샘플과 탄력성 수치가 큰 차이가 없다고 해석할 수 있다. 다만, 보이지 않는 지역적 특수성이 오차항에 포함된 GLS 모형들의 경우 탄력성이 소폭 낮아졌다.

〈표 III-9〉 의료비의 소득탄력성

그룹	OLS		FE		GLS 1		GLS 2	
전체	1.067*** (0.00615)	0.803*** (0.0361)	1.085*** (0.0152)	0.980*** (0.0869)	1.089*** (0.00340)	0.795*** (0.0171)	1.120*** (0.0100)	0.854*** (0.0404)
소득별:								
고소득 국가	0.882*** (0.0261)	0.757*** (0.0537)	1.043*** (0.0288)	0.980*** (0.106)	0.997*** (0.0130)	0.780*** (0.0357)	0.879*** (0.0349)	0.785*** (0.0402)
지역별:								
동아시아	0.953*** (0.0217)	0.702*** (0.0893)	1.123*** (0.0338)	1.410 (0.573)	0.931*** (0.0152)	0.672*** (0.0553)	1.031*** (0.0320)	0.668*** (0.0809)
통제변수	×	○	×	○	×	○	×	○

주: 1. 통제변수는 의료 공급 및 수요 변수 및 시간 고정효과를 포함

2. ***는 0.005 이하의 P값에서 유의미(significant)하다는 의미임

자료: 저자 작성

다. 잔차요인

인구요인과 소득요인을 제외한 건강보험 보장성 강화, 의료기술 신기술 도입 등 다른 모든 요인을 잔차(residual) 요인으로 취급한다. 2018 KIPF 모형의 경우 잔차요인은 비용 억제 및 정책 개입을 가정하여 최근 10년 평균 2.7%에서 시작하여 2065년 1%로 수렴하는 시나리오를 사용하였다.

본고에서 최근 2013~2021년 수치를 이용하여 추정한 잔차요인 증가율은 3.9%(경상의료비 증가율 - 인구증가율 - 명목GDP증가율)로, 출산율 저하, 경상의료비 증가, 물가상승률 증가 등 다양한 이유로 잔차요인 증가율이 과거 보다 상승했다. 또한 향후 보건의료 시스템이 더욱 효율적으로 작동하고, 새로운 의료기술 등이 보편적으로 제공된다면, 결과적으로 의료비가 감소할 것이다. 그렇다면 잔차는 더 빠른 속도로 수렴할 수 있다.¹⁶⁾

〈표 III-10〉 경상의료비, 인구, GDP증가율

(단위: %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	평균
경상의료비 증가율	6.23	8.00	8.98	9.15	7.97	9.68	9.81	3.19	11.69	8.30
인구증가율	0.47	0.56	0.48	0.35	0.17	0.23	0.09	-0.28	-0.46	0.18
명목GDP 증가율	4.22	4.14	6.08	4.99	5.45	3.40	1.39	0.84	7.19	4.19

주: 평균은 2013~2021년 각 요인의 증가율을 단순평균함

자료: 통계청, 「장래인구추계」; 보건복지부, 「2020년 국민보건계정」; 한국은행, 「경제활동별 GDP 및 GNI」; OECD, Health Statistics 자료를 바탕으로 저자 작성

5. 2023년 KIPF 건강보험 지출전망 모형

본 모형에서는 변화된 인구요인 및 비인구요인들을 새롭게 반영하여 미래의 의료서비스 지출을 전망하고 건강보험 재정전망의 예측력을 향상하고자

16) 참고로 익명의 심사자는 잔차요인을 2019년 OECD 모형과 유사하게 생산성, 임금 등의 증가율을 사용한 보물계수를 통해 추정할 것을 권고하였다. 본 연구에서는 해당 변수들을 2070년까지 전망하기 위해서는 무리한 가정이 필요하여 실시하지 않았다. 이는 후속 연구로 남겨둔다.

한다. 먼저, 인구구조(population aging) 변화와 건강한 고령화 효과(healthy aging)와 같은 인구학적 요인을 새로 고려한다. 최근의 낮은 출산율, 평균수명 증가로 인해 고령층 비중이 높아지는 추세다. 대체로 의료비는 고령인구 비중이 높을수록 증가하므로 인구구조 변화는 국민 의료비 지출을 증가시키는 데 기여할 것으로 예측된다. 동시에 국민의 평균수명이 늘어난 만큼 건강한 상태로 사는 기간이 상대적으로 늘어 국민 의료비 지출증가 폭이 감소할 가능성도 고려해야 한다. 또한, 코로나19 이후 출산율 감소, 국제 인구가동 감소 등으로 장래 인구 숫자가 감소할 경우, 생존자 및 사망자 비용이 크게 감소할 수도 있다.

비인구학적 요인으로 소득증가, 생산성 발전, 기술 발전, 정부 정책효과 등이 있으며, 각 요인이 의료비 지출에 영향을 줄 수 있다. 소득 측면을 보자면 소득수준의 변화에 의료수요량이 얼마나 민감하게 반응하는지를 나타내는 소득탄력성에 대해 다양한 결과가 존재한다. 해당 탄력성을 제대로 추정해야 향후 1인당 소득이 증가함에 따른 의료비 지출의 증가 폭을 보다 정확하게 예측할 수 있다. 다수의 연구에서 고소득 국가일수록 의료에 대한 필요가 충족되며 의료서비스의 소득탄력성이 떨어지는 행태를 보이며, 우리나라 역시 최근 1인당 GDP가 증가하며 소득탄력성이 감소했을 가능성이 있다.

또한 의료산업은 고도로 자본집약적인 제조업에 비해 생산성이 상대적으로 낮다. 그렇기에 의료산업은 생산성에 비해 임금이 지나치게 상승하는 소위 보몰효과(Baumol effect)가 존재하기 때문에 지속적으로 의료서비스의 가격이 상승할 가능성이 있다. 이에 더해 기술 발전 측면에서 치료 및 진단 범위가 국가 성장과 동시에 확장됨에 따라 의료비 지출을 변동시킬 수 있다. 예를 들어, 통신기술의 발전으로 스마트폰 또는 웨어러블(wearable) 기기 등을 통해 검진방식을 개선할 수도 있고, 원격의료(Telemedicine)가 보편화될 수 있고, 신약이 개발될 수도 있다. 이처럼 새로운 상품 출현으로 인해 현재 치료방식을 대체하며 기존 의료서비스의 가격을 견인할 수도 있고, 장기적으로 치료의 효과가 극대화되며 의료비용을 줄일 수도 있다.

또는 Chernew et al.(1988)에 따르면 새로운 기술은 보완적 기술(the use

of complementary services) 사용량을 증가시켜 의료비용을 늘릴 수도 있다. 예를 들어 더 높은 품질의 이미지를 제공하는 진단 영상기술이 도입된다면 조기에 질병을 검진하여 수술 가능성이 증가할 수 있다. 이때 진단 영상기술과 새로운 수술은 보완적 관계이다. 이 경우 기술이 발전하며 치료 단위당 비용은 감소하지만, 치료 경로(treatment pathways)의 변경으로 시간이 지남에 따라 의료 총지출은 증가한다.

마지막으로 초음파, MRI, 추나 등 건강보험 보장성 강화와 건강보험 급여 범위 확대와 같은 의료제도 및 정책의 변화 역시 건강보험 지출 추계 시 반영해야 한다. 이처럼 변화된 지출요인을 새롭게 반영한 건강보험 장기재정 지출전망을 통해 건강보험 재정 건전성 확보를 위한 정책 논의 시 활용하고자 한다.

본 연구에서 구축하고자 하는 2023년 KIPF 건강보험 지출전망 모형은 2015년 정부가 발표한 장기 재정전망인 「2060 장기재정전망」에 포함된 건강보험 전망모형(OECD 방식)과 2018 KIPF 건강보험 재정전망 모형의 기본 구조를 바탕으로 한다. 기존 모형들에 비해 건강보험 전수 자료를 사용하여 인구요인을 추정하는 등 보다 현실적인 근거를 제시한 2018 KIPF 모형에 기반하여 최근 인구구조요인(저출산, 초저출산 시나리오 등), 소득요인(소득 탄력성 추정) 등 다양한 측면에서 모수와 기본 전제들의 변화를 반영하고자 하였다. 또한 <표 III-11>에서 보듯, 2018 KIPF 모형에서 소득탄력성, 공공 의료비 지출 비중, 출산율 등 주요 모수를 현실에 맞게 다시 추정하였다는 데 의의가 있다.

〈표 III-11〉 2018 KIPF 모형과 2023 KIPF 모형 비교

구분	2018 KIPF 모형	2023 KIPF 모형
모형 개요	<ul style="list-style-type: none"> • OECD 방식(2018~2065년) • 국민 의료비 대비 공공의료비 지출은 기준연도에서 2065년까지 65%로 증가 • 공공의료비 대비 건강보험 지출 비중 75% 유지 	<ul style="list-style-type: none"> • OECD 방식(2023~2070년) • 경상의료비 대비 공공의료비 지출은 기준연도에서 2070년까지 65%로 고정되어 있다고 가정 • 공공의료비 대비 건강보험 지출 비중 65% 유지

〈표 III-11〉의 계속

구분	2018 KIPF 모형	2023 KIPF 모형
인구요인	<ul style="list-style-type: none"> • 성별, 연령별 1세 단위로 세분화하여 전수 데이터를 통해 사망자 및 생존자 비용 • 사망률 2065년까지 매년 변화 	<ul style="list-style-type: none"> • 성별, 연령별 1세 단위로 세분화하여 전수 데이터를 통해 사망자 및 생존자 비용 • 사망률 2070년까지 매년 변화 • 코로나로 인한 인구구조 변화 반영
소득요인	<ul style="list-style-type: none"> • 소득탄력성 0.6, 0.8, 1.0 임의 설정 	<ul style="list-style-type: none"> • OECD 데이터를 이용해 소득탄력성 0.668 및 0.785 추계
잔차요인	<ul style="list-style-type: none"> • 잔차 규모를 2007~2017년 평균인 2.7%부터 시작하여 유지 혹은 감소 시나리오 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 재정안정화 및 지출효율화 정책 등으로 잔차요인 증가율이 2021년 3.9%에서 시작하여 2070년 1%로 수렴하는 것을 가정
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 고령화 효과 100% 반영 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 고령화 효과 50% 반영

자료: 저자 작성

가. 개요

의료비는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위하여 국민 전체가 1년간 어느 분야에 지출하였는지에 따라 국민 의료비, 경상의료비, 공공의료비, 건강보험 지출 등으로 다양하게 정의된다. 국민 의료비는 국민 전체가 1년간 지출한 보건의료 재화 및 서비스의 최종 소비의 지출량과 보건의료 인프라에 대한 자본투자를 합한 수치이다. 국민 의료비 중 보건의료 인프라에 대한 자본투자를 제외할 경우 개인의료비와 집합보건의료비로 구성된 경상의료비를 구할 수 있다. 구체적으로 경상의료비는 정부(중앙·지방)와 의무가입(건강보험, 산재보험, 장기요양보험, 자동차책임보험)으로 구성된 정부, 의무가입분과 민영보험, 가계직접부담(비급여본인부담, 법정본인부담), 민간비영리단체, 기업에서 부담한 재원 등으로 구성된 민간의료비로 나누어진다. 공공의료비는 경상의료비에서 민간의료비를 제외한 정부(중앙 및 지방정부의 보건의료 지출, 의료급여)와 의무가입보험(건강보험, 산재보험, 노인장기요양보험, 자동차책임보험)으로 구성된다. 특히 건강보험은 공공의료비 구성 항목 중 가장 규모가 크고, 우리나라의 보건의료 시스템이 건강보험제도를 중심으로 운용된다는 측면에서 건강보험 지출은 사회보험 재정전망 관점에서 중요하다.

2023년 KIPF 모형은 먼저 경상의료비 지출을 전망하고, 경상의료비 대비 공공의료비 비중을 이용하여 공공의료비를 추계한다. 추계된 공공의료비에 공공의료비 대비 건강보험 지출 비중을 이용하여 건강보험 지출을 추계한다. 이는 2015년, 2020년 발표된 「건강보험 장기재정전망」, 2018 KIPF 건강보험 지출 전망 모형 등에서 사용된 하향식(top down)방식이다. 구체적으로 인구요인, 소득요인, 잔차요인을 반영해서 경상의료비 지출을 전망한다. De la Maisonneuve et al.(2013)에 따르면 GDP 대비 의료비 증가율은 인구요인(demographic drivers) 증가율과 소득, 잔차 등의 비인구요인(nondemographic drivers) 증가율을 합하여 계산된다. 이를 준용하여 기존 연구 대비 해당 연도의 인구요인 증가율, 소득요인 증가율, 잔차요인 증가율을 합산하면 2023~2070년까지 GDP 대비 경상의료비 비중의 변화율을 구할 수 있다. 이는 다음과 같이 표현할 수 있다.

$$\Delta \log \left(\frac{HE}{GDP} \right) = \Delta \log(Demo) + (\epsilon - 1) \Delta \log \left(\frac{Y}{N} \right) + \Delta \log(Res)$$

〈표 III-12〉 건강보험 지출전망 순서

기준연도 대비 해당 연도의 GDP 대비 경상의료비 비중 증가율 = 기준연도 대비 해당 연도의 인구요인 증가율 + (ε - 1) × (기준연도 대비 해당 연도의 소득요인 증가율) + 기준연도 대비 해당 연도의 잔차요인 증가율
↓↓
각 예측연도(2023~2070년)의 GDP 대비 경상의료비 비중 = 기준연도(2022년) GDP 대비 경상의료비 비중 × 기준연도 대비 해당 연도의 GDP 대비 경상의료비 비중 증가율
↓↓
각 예측연도(2023~2070년)의 경상의료비 = 각 예측연도의 GDP 대비 경상의료비 비중 × 명목GDP
↓↓
각 예측연도(2023~2070년)의 건강보험 지출 = 각 예측연도의 경상의료비 × (공공의료비 / 경상의료비) × (건강보험 지출 / 공공의료비)

주: ε는 보건의료의 소득탄력도

자료: 국민건강보험공단(2014) 및 김우현 외(2018) 등을 본 연구에 맞게 저자 수정

이는 명목GDP 대비 경상의료비(HE) 비중 증가율은 인구요인, 소득요인, 잔차요인의 증가율의 합으로 구성된다는 의미이다. 이렇게 구한 2023~2070년까지 GDP 대비 경상의료비 비중의 변화율을 2022년 GDP 대비 경상의료비 비중에 적용하면, 각 예측연도(2023~2070년)의 GDP 대비 경상의료비 비중을 계산할 수 있다. 이후, 명목GDP에 각 예측연도(2023~2070년)의 GDP 대비 경상의료비 비중을 곱하면 각 연도 경상의료비를 구할 수 있다.

이렇게 경상의료비를 추계한 후, 경상의료비 대비 공공의료비 비중과 공공의료비 대비 건강보험 비중을 고려하여 2022~2070년 건강보험 지출을 전망한다.

나. 인구요인

인구요인 반영을 위해 제Ⅳ장에서 계산한 기준연도 대비 각 연도 인구요인 증가율을 이용한다. 이때, 2023년 KIPF 모형에서는 1인당 사망자 비용과 1인당 생존자 비용이 기존 모형과 같이 2017년도에 고정되어 있다는 가정을 사용한다. 의료기술이 발전하고, 사람들의 소득수준이 높아진다는 비용 증가요인과 의료시스템의 효율성 증대, 고령자에 대한 지나친 의료행위 감소 등 비용 감소요인이 상쇄된다면 동 가정이 정당화된다.

첫 번째 시나리오는 출산율이 2020년 수준을 유지하고, 기대수명 및 국제순이동을 증위값으로 규정한 통계청 장래인구추계를 기본으로 한다. 두 번째 초저출산 시나리오는 코로나19가 장기적인 영향을 미쳐 출산율과 국제순이동이 소폭 줄어드는 가정에 기반한 통계청 장래인구추계를 따른다. 이는 사망자 및 생존자 인구수 추정치에 의해 인구요인 증가율이 주로 결정되는 점을 고려할 때, 코로나19가 인구수에 영향을 주는 요인을 추가로 반영하기 위함이다.

다. 소득요인

소득요인에 의한 연도별 1인당 경상의료비 지출은 1인당 실질GDP 증가

올과 앞의 장에서 구한 소득탄력성 0.785(고소득 국가 그룹을 대상으로 추계한 GLS 모형2)와 0.668(동아시아 국가 그룹을 대상으로 추계한 GLS 모형 2)을 각각 사용한다. 또한, 2070년까지의 명목GDP 증가율 전망치는 국회예산정책처에서 발표한 <표 Ⅲ-13>과 같은 전망치를 사용하였다. <표 Ⅲ-13>에서 보듯 시간이 지나면서 우리나라가 성장함에 따라 실질 성장률과 물가 상승률이 완만하게 감소할 것으로 전망된다. 본 모형에서는 명목GDP 성장률이 각 10년간 같다고 가정하고, GDP 전망을 실시했다. 즉, 2030~2040년은 2030년 명목GDP 성장률이 그대로 유지된다고 가정하는 식이다.

<표 Ⅲ-13> 주요 거시경제변수 전망(인구 중위 기준)

(단위: %)

구분	2022년	2030년	2040년	2050년	2060년	2070년	평균
실질GDP성장률	2.6	1.8	1.2	0.9	0.7	0.6	1.2
명목GDP성장률	4.8	3.5	2.8	2.5	2.3	2.2	2.8

주: 평균은 전망기간(2022~2070년) 동안 각 변수의 단순평균을 의미

자료: 국회예산정책처(2023)를 저자가 목적에 맞게 재편집

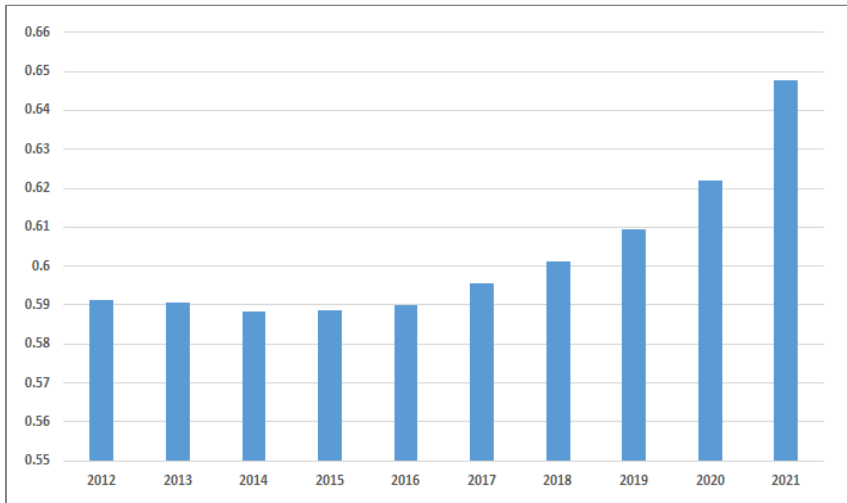
라. 잔차요인

본 연구에서는 재정안정화 및 지출효율화 정책 등으로 잔차요인 증가율이 2021년 3.9%에서 시작하여 2070년 1%로 수렴하는 것을 가정한다. OECD(2006)과 OECD(2013)의 경우 잔차가 전망 마지막 연도에 0으로 감소한다고 가정하였지만, 2018 KIPF 모형은 1%로 잔차규모가 수렴한다고 가정했다. 이는 잔차요인에 영향을 주는 제도, 의료 정책, 신의료기술 발달 등이 시간이 지남다고 해도 완전히 소멸된다는 가정은 비현실적이기 때문이다. 특히, 김우현 외(2018)에서 보듯, 건강보험 보장률이 높은 사회보험 제도를 택한 국가들의 1995~2009년 잔차요인 증가율 역시 0%가 아니라 약 1% 정도였다. 이에 본고 역시 우리나라 건강보험 보장률이 장기적으로 높아짐에 따라 2070년에는 잔차요인 증가율이 1%로 수렴할 것을 가정한다.

마. 2023 KIPF 모형 결과

위와 같이 구한 인구요인 및 비인구요인(소득 및 잔차요인) 증가율을 이용해 2021년 대비 각 연도(2022~2070년)의 GDP 대비 경상의료비 증가율을 구하고, 명목GDP를 해당 수치와 곱해 경상의료비 지출을 전망한다. 이후, 경상의료비 대비 공공의료비 지출을 경상의료비 각 연도 전망치와 곱해 각 연도 공공의료비를 전망한다. [그림 III-16]에서 보듯 경상의료비 대비 공공의료비 비중 추이는 점진적으로 증가하다가 2021년 기준 65%를 기록한다. 이는 수차례 시행되었던 건강보험 보장성 확대 정책이 공공의료비를 견인한 것으로 해석된다. 본고는 경상의료비 대비 공공의료비 비중이 2070년까지 65%로 고정된다고 가정한다.

[그림 III-16] 경상의료비 대비 공공의료비 비중 추이



자료: 보건복지부, 「국민보건계정」, 각 연도

공공의료비를 전망한 후, 공공의료비 대비 건강보험 지출 비중을 곱해서 최종적으로 건강보험 전망치를 산출한다. 본고는 공공의료비 대비 건강보험 지출 비중을 2021년 기준 68%로 산출하였고, 이 수치가 변하지 않고 미래에

도 유지된다고 가정한다.¹⁷⁾ 또한, 우리나라의 건강보험은 일본의 건강보험 제도와 유사하게 지출규모를 먼저 전망하고 정부지원금이 결정된 후 지출을 충당할 수 있도록 건강보험료율을 결정하고 건강보험 가입자들에게 징수하는 체계(즉, 양출제입 방식)이다. 그러므로 본고는 건강보험 지출규모가 결정되면 수입도 결정되므로, 건강보험 수입 전망을 별도로 실시하지 않았다.

최종적으로 2023년 KIPF 건강보험 지출을 전망하였다. <표 Ⅲ-14>는 건강보험 지출 총액과 GDP 대비 건보지출 비중을 나타낸다. 본 전망은 초저출산 시나리오, 소득탄력성, 건강한 고령화 등의 항목에서 각각 2가지 경우의 수가 존재하므로 총 8개의 시나리오가 존재한다. 기본적으로 모든 시나리오는 GDP 대비 건강보험 지출 비중은 시간이 흐름에 따라 점진적으로 증가하다가, 2060년을 전후해서 점차 감소하는 패턴을 보인다. 이는 향후 출산율 저하 등의 이유로 우리나라 전체 인구가 감소하며 경상의료비 증가 폭이 둔화되고, 우리나라 건강보험 보장률이 증가하며 잔차요인이 감소할 뿐만 아니라, GDP 대비 경상의료비가 감소세로 전환되기 때문이다. 그렇기에 통상 2060년까지만 전망된 기존 문헌과 비교해서 전체적으로 건강보험 재정 지출이 보수적으로 전망되었다.

또한 해당 전망은 시나리오별로 2070년 기준 GDP 대비 건강보험 지출이 7.87~11.59%로 편차가 크다는 특징이 있다. 초저출산 시나리오, 소득탄력성, 건강한 고령화 효과 등 모든 방향에서 건강보험 지출을 증가시키는 방향으로 진행된 시나리오1의 경우 GDP 대비 건강보험 지출 비중이 11.59%로 가장 높았고, 이와 반대되는 시나리오 8의 경우 7.87%로 크게 낮았다.

다양한 시나리오 중 가장 낙관적인 시나리오#8(초저출산 시나리오 ○, 소득탄력성 0.668, 건강한 고령화 ○)에 따르면 건강보험 지출은 2022년 GDP 대비 3.89%에서 2070년 7.87%로 큰 폭으로 증가한다. 이를 해당 수치를 2018년 KIPF 모형 전망치와 비교했을 때 미래 전망치가 상대적으로 낮게 추정되었다. 이는 인구요인으로 인한 의료비 증가율 전망치가 크게 낮아졌

17) 심사과정에서 해당 수치가 다소 낮아 전망치를 과소추계할 가능성이 제시되었다. 공공 의료비 대비 건보지출 비중은 매년 변동성이 크므로, 정확한 수치를 캘리브레이션하기 위해서는 후속연구가 필요하다.

고, 소득탄력성이 과거 기준치보다 낮게 추정되었기 때문이다. 이를 통해, 코로나19가 인구요인 측면에서 미래의 고령 인구를 감소시키고, 의료비 지출 측면에서 개인위생 증진, 사회적 거리두기 강화, 의료공급 자원 제약 등의 요인으로 경상의료비가 감소한다면 건강보험 지출 폭이 줄어들 가능성이 있음을 확인했다.

〈표 III-14〉 2023년 KIPF 건강보험 지출전망 결과: GDP 대비 비중

(단위: %)

구분	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
초저출산 시나리오	×	×	○	○	×	×	○	○
소득탄력성	0.785	0.668	0.785	0.668	0.785	0.668	0.785	0.668
건강한 고령화 효과	×	×	×	×	○	○	○	○
2022	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89
2023	4.07	4.07	4.05	4.05	4.04	4.04	4.02	4.01
2024	4.27	4.26	4.22	4.21	4.20	4.18	4.16	4.14
2025	4.47	4.45	4.40	4.38	4.36	4.33	4.29	4.26
2026	4.68	4.65	4.58	4.55	4.53	4.50	4.43	4.40
2027	4.89	4.86	4.76	4.73	4.70	4.66	4.57	4.53
2028	5.11	5.07	4.94	4.91	4.87	4.82	4.71	4.67
2029	5.33	5.28	5.13	5.09	5.04	4.99	4.86	4.80
2030	5.55	5.50	5.31	5.27	5.22	5.15	4.99	4.94
2031	5.79	5.74	5.53	5.48	5.41	5.34	5.16	5.09
2032	6.04	5.98	5.74	5.68	5.60	5.53	5.32	5.25
2033	6.28	6.23	5.95	5.89	5.79	5.72	5.48	5.41
2034	6.53	6.48	6.16	6.11	5.99	5.91	5.65	5.57
2035	6.79	6.73	6.37	6.32	6.18	6.10	5.80	5.72
2036	7.05	6.99	6.59	6.54	6.38	6.29	5.97	5.88
2037	7.30	7.25	6.80	6.75	6.58	6.49	6.12	6.04
2038	7.56	7.50	7.01	6.96	6.77	6.68	6.28	6.19
2039	7.82	7.76	7.23	7.17	6.97	6.87	6.44	6.35
2040	8.07	8.01	7.43	7.38	7.16	7.06	6.59	6.50
2041	8.33	8.28	7.65	7.60	7.36	7.26	6.75	6.66
2042	8.60	8.54	7.87	7.81	7.56	7.46	6.91	6.82

〈표 III-14〉의 계속

(단위: %)

구분	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
초저출산 시나리오	×	×	○	○	×	×	○	○
소득탄력성	0.785	0.668	0.785	0.668	0.785	0.668	0.785	0.668
건강한 고령화 효과	×	×	×	×	○	○	○	○
2043	8.85	8.80	8.07	8.02	7.75	7.65	7.06	6.97
2044	9.10	9.05	8.27	8.22	7.94	7.83	7.21	7.12
2045	9.34	9.29	8.47	8.42	8.12	8.01	7.35	7.26
2046	9.59	9.53	8.66	8.61	8.30	8.19	7.49	7.40
2047	9.82	9.76	8.84	8.79	8.48	8.37	7.63	7.53
2048	10.03	9.98	9.01	8.95	8.64	8.53	7.75	7.65
2049	10.24	10.18	9.16	9.11	8.79	8.68	7.86	7.76
2050	10.43	10.36	9.30	9.24	8.93	8.82	7.96	7.86
2051	10.61	10.55	9.44	9.38	9.07	8.95	8.06	7.95
2052	10.78	10.72	9.56	9.50	9.19	9.08	8.15	8.04
2053	10.93	10.86	9.67	9.60	9.30	9.18	8.22	8.11
2054	11.07	11.00	9.76	9.70	9.40	9.28	8.28	8.17
2055	11.20	11.12	9.84	9.77	9.48	9.36	8.33	8.22
2056	11.31	11.22	9.91	9.84	9.56	9.43	8.37	8.26
2057	11.41	11.32	9.97	9.89	9.63	9.49	8.41	8.29
2058	11.50	11.40	10.02	9.93	9.68	9.54	8.43	8.30
2059	11.57	11.47	10.05	9.96	9.72	9.57	8.44	8.31
2060	11.63	11.51	10.07	9.97	9.75	9.60	8.44	8.31
2061	11.68	11.56	10.09	9.98	9.78	9.62	8.45	8.30
2062	11.72	11.59	10.10	9.98	9.80	9.63	8.44	8.29
2063	11.74	11.60	10.09	9.97	9.80	9.62	8.42	8.26
2064	11.76	11.61	10.08	9.95	9.80	9.61	8.39	8.23
2065	11.76	11.60	10.05	9.91	9.78	9.59	8.35	8.19
2066	11.75	11.58	10.01	9.87	9.76	9.55	8.31	8.14
2067	11.73	11.55	9.97	9.82	9.72	9.51	8.26	8.08
2068	11.70	11.51	9.92	9.76	9.68	9.46	8.20	8.02
2069	11.65	11.46	9.85	9.69	9.63	9.40	8.14	7.95
2070	11.59	11.39	9.78	9.60	9.57	9.34	8.06	7.87

자료: 저자 작성

2023 KIPF 모형 시나리오 결과를 종합하면, GDP 대비 건강보험 지출은 2070년 7~12% 사이에 위치할 것으로 전망된다. 건강보험 지출전망치가 각 모수의 설정에 따라 크게 달라질 수 있다는 점을 고려할 때, 2023년 KIPF 건강보험 지출전망치들이 합리적인 범위에 포함되는지 고찰이 필요하다. 이를 위해 다른 기관에서 발표된 건강보험 지출 장기 전망치를 이용해서 대략적인 전망치 추이가 어떻게 바뀌어 가는지 살펴보기로 한다.

〈표 III-15〉 선행연구의 건강보험재정 지출전망치와 대비: GDP 대비 비중

(단위: %)

구분	시계열 방식	OECD 방식				
	현경래 (2015) ¹⁾	김우현 외 (2018) ²⁾	감사원 (2022) ³⁾	이태진 (2020) ⁴⁾	OECD (2019) ⁵⁾	본 연구 (2023) ⁶⁾
2030	4.5	5.2	4.6	6.0	8.9~10.6	5.0
2040	5.3	7.1	5.8	8.0		6.5
2050	6.1	8.8	7.0	11.0		7.9
2060	6.4	10.4	7.5	13.0		8.3
2065	-	11.1	-	14.0		8.2

- 주: 1) 2002년 1분기~2011년 1분기 자료를 이용하여 시계열 분석으로 순수한 고령화, 기본 GDP, 수가 인상 없음 가정을 바탕으로 하였으며, 본고의 전망치를 이용해 GDP 대비 비중을 산출
 2) 건강한 고령화, 소득탄력성 0.8, 정책적 개입 없음 가정을 바탕으로 한 결과
 3) 건강보험공단에서 「2020~2060 건강보험 장기재정전망」 결과에서 OECD 방법을 이용하였고, 보험료율의 법정 상한(8%)과 정부지원금 규모가 같은 수준으로 유지될 것으로 가정하였음. 또한 본고의 전망치를 이용해 GDP 대비 비중을 산출
 4) 건강한 고령화, 소득탄력성 0.8, 진차요인 감소 없음 가정을 바탕으로 한 결과이고, 해당 모형은 개인별 급여비 정보를 이용해서 건강보험 재정지출을 직접 추계하는 상향식 방식 사용
 5) OECD(2019)는 공공보건지출을 전망하였고, 비용 통제, 생산성 강화, 저생산 국민, 비용 압박 등의 시나리오에 따라 전망치 수준이 달라짐. 또한 해당 수치는 GDP 대비 공공의료비를 의미
 6) 본 연구의 8번 시나리오(건강한 고령화 있음, 소득탄력성 0.668, 초저출산 시나리오 고려)의 결과임
- 자료: 1) 현경래, 『건강보험 재정현황과 재정전망』, 2015.
 2) 김우현 외, 『건강보험 보장성 강화 정책의 효과 분석: 4대 중증질환을 중심으로』, 2018.
 3) 감사원, 『건강보험 재정관리 실태』, 2022.
 4) 이태진, 『건강보험 중장기 재정 추계 방법론 연구』, 2020.
 5) OECD, "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology," OECD Health Working Papers No. 110, 2019.

비록 연구자마다 사용한 자료, 가정, 방법 등에 차이가 존재하지만, 〈표 III-15〉에서 최대한 유사한 가정에 맞추어 다른 연구자들의 건강보험 지출 전망치와 본 전망치를 비교하고자 한다. 시계열 방식을 사용한 현경래(2015)의

경우 OECD 조성법 방식에 비해 낮은 수준을 나타냈다. OECD 방식 기준으로는 다른 연구와 비교했을 때 본 연구는 중간 수준의 GDP 대비 비중을 기록했다. 이는 본 연구가 상대적으로 최근 데이터를 사용하다 보니, 코로나19로 인한 국제이동 감소, 초저출산 현상 등이 반영되어 인구요인으로 인한 건보지출 증가분이 소폭 둔화되었기 때문으로 보인다. 한편 국회예산정책처(2019)는 2019~2028년 건강보험 지출 단기 전망을 하였는데, 2028년 122.8조원(기본모형)으로 상대적으로 낮게 추정하였다.

6. 소결

국회예산정책처(2023)에 따르면 건강보험료율은 2029년에 『국민건강보험법』 제73조에 따른 상한인 8%에 도달할 것으로 예측하고 있다.¹⁸⁾ 또한 우리나라 전체 인구 중 65세 이상 고령인구 비중은 꾸준히 증가하고 있으며 낮은 출산율 역시 건강보험 재정에 큰 위기를 초래할 수도 있다. 아울러 지속적으로 진행되는 보장성 강화계획이 미래에 확대된다면 국민들의 의료수요 증가와 더불어 향후 건강보험 재정 지출의 규모가 커질 것으로 보인다. 본고는 이처럼 건강보험 재정건전성에 대한 우려가 커지는 상황에서 변화된 사회, 경제적 환경에 맞추어 2023 KIPF 건강보험 전망을 실시하였다.

본 전망 모형은 추계 가정에 따라 2023년부터 2070년까지의 다양한 중단기 재정추계 결과를 제시하였다. 해당 모형은 저출산 기조가 심화될수록, 소득탄력성이 낮을수록, 노령층이 과거에 비해 건강할수록 낮은 수준의 전망치를 제시하였다. 구체적으로, 가장 낙관적인 시나리오를 따를 때, 건강보험 지출은 2022년 GDP 대비 3.89%에서 2040년 6.5%, 2070년 7.87%로 증가했고, 가장 비관적인 시나리오를 따를 때, 2022년 GDP 대비 3.89%에서 2040년 8.1%, 2070년 11.6%로 큰 폭으로 증가했다.^{19), 20)} 기본적으로 모든 시나리오는

18) 국회예산정책처, 『한눈에 보는 재정·경제 주요 이슈』, 2023.

19) 전망 구성요인을 어떻게 통제해야 해당 수치가 바뀌는지에 대해서는 본 연구를 통해 연구되지 않았으므로 후속연구가 필요하다.

20) 여기에는 포함되지 않는 정부의 의료급여지출(2023년 9.1조원)을 감안하면 공공부문 의료

GDP 대비 건강보험 지출 비중이 시간에 따라 점진적으로 증가하다가, 2060년을 전후해서 점차 감소하는 역U형의 패턴을 보였다. 이는 출산율 저하로 우리나라 인구 전망치가 미래에 급격히 낮아지기 때문에, GDP 대비 경상의료비가 감소세로 전환될 뿐만 아니라, 미래에는 건강보험 보장률이 증가하며 잔차요인이 감소한다는 가정에 기인한다. 참고로 위 지출 전망치는 조성법을 사용한 다른 연구자들의 건강보험 지출 전망치와 비교할 때 전반적으로 중간값 정도에 해당한다.

본 전망의 특징 및 한계점에 언급하고자 한다. 먼저, 2023 KIPF 전망 모형 중 일부 시나리오는 다른 기관의 전망치와 유사하게 전망되었다는 특징이 존재한다. 보험재정 지출 추계와 관련하여 과거의 추계치를 현재 실제 지출량과 비교할 경우, 지출을 다소 높게 전망하는 경우가 많았다. 이는 건강보험의 지속가능성을 염두에 두었기 때문으로 여겨지나, 실제 건강보험 재정 추이와 비교했을 때 다소 과도한 측면도 존재했고, 이는 재정 추계의 신뢰성을 떨어뜨리는 요인으로 작용했다. 이러한 측면을 고려할 때 현 모형의 추계치 역시 상향편의(upward-bias)가 존재할 수 있으므로 지속적인 관찰이 필요할 것이다.²¹⁾ 또한 본 모형은 미래 노인들이 과거보다 건강해지지만 건강수명을 수명 증가의 50% 정도로 가정하고 있는데, 향후 건강수명의 상대적 증가속도에 따라 추계결과의 변동이 있을 수 있다. 본 연구는 자료의 한계로 다소 임의적으로 건강한 고령화 효과를 반영하였지만, 보다 엄밀하게 해당 효과를 반영하기 위해서는 후속연구를 통해 실제 연령 증가에 따라 노인들의 건강상태가 어느 정도 나빠지는지에 대한 추정치가 필요하다.

두 번째로, 해당 모형은 의료 수요 및 공급 측면에서 발전될 여지가 존재한다. 먼저, 장기적으로 필수요리를 코로나19 기간 동안 이용하지 못해 환자들의 건강상태가 나빠지고, 코로나19 기간 동안 잠시 미뤄두었던 의료서비스(delayed medical care use)를 다시 사용하기 시작할 경우 나타날 의료비

재정부담은 더 크다고 할 수 있다(기획재정부, 2023).

21) 내부 심의과정에서 한 심사자로부터 건강보험 장기추계 연구 시 비관적인 전망치를 권고하는 의견이 나왔음을 밝힌다.

증가 가능성과 보다 민감한 의료 관심 또는 수요 증가 가능성은 반영되지 않았다. 그러므로 코로나19가 건강보험 지출을 증가할 유인이 많이 남아 있으므로, 추가적인 분석이 필요하다. 이와 반대로 잔차 수렴 시점 변화로, GDP 대비 경상의료비 지출이 코로나19 이전보다 오히려 감소할 수도 있다. 감염병 위기를 통해 보건 의료 시스템의 취약성을 발견하고 비효율성을 개선하는 노력을 기울인다면, 오히려 코로나19 이후 더 낮은 의료비 지출 증가도 가능할 것이다. 추가적으로, 필수 의료 의사 부족 문제를 완화하기 위한 의사 증원이 건강보험 지출에 미치는 영향에 대해 본 모형에서는 고려되지 않았다. 해당 사항은 건보지출에 증가요인(의사 공급 증가로 인한 의료서비스 증가)과 감소요인(국민 건강 증진으로 인한 평균 진료비 감소)들이 혼재되어 있으므로 이에 대한 실증적 분석이 후속 연구를 통해 이루어져야 한다.

마지막으로, 본 모형은 보장성 강화 정책을 고려하지 않았는데, 이는 과잉 이용 가능성이 높은 자기공명영상(MRI) 사용 및 초음파에 대해 건보 급여 기준 재점검 등을 포함해 불필요한 재정 지출을 줄이려는 정부의 건강보험 개혁 정책이 구체화되지 않았기 때문이다. 이에 보장성 확대 또는 축소 여부에 따라 잔차요인을 얼마나 증가 또는 감소시킬지에 대한 자의적 해석 문제가 존재할 것으로 보인다. 이에 대해서는 과거부터 있었던 건강보험 보장성 확대 정책이 잔차요인을 얼마나 변동시켰는지를 추정하는 후속 연구가 필요할 것이다.

IV. 보건지출 재정관리 사례와 시사점

제Ⅲ장의 건강보험 지출 추계 결과는 미래 의료재정의 부담증가가 상당할 것임을 시사하고 있다. 이러한 부담증가는 인구구조의 고령화와 소득증가에 따른 수요증가 등에 의한 것으로 다양한 가정하에서도 정도의 차이만 있을 뿐 변하지 않는 추세다. GDP 대비 3.9%(2022년)인 건강보험 지출수준은 2070년까지 두 배 수준 이상으로 증가할 것으로 예상됨에 따라 이를 적절히 관리할 수 있는 기제의 마련이 중요하다. 이를 위해서 우리나라보다 높은 수준의 의료재정을 지출하고 있어 재정관리 필요성을 먼저 경험한 외국 사례를 참고하는 것이 중요하다.

본 절에서는 우리나라와 외국의 의료 재정관리 사례를 분석한다. 재정관리방안에 대한 폭 넓은 시사점을 얻기 위해 사회보험방식이 아닌 국가예산 방식의 국가도 포함하였다. 효율적 의료비용 지출이라는 정책목표는 보건서비스를 제공하는 방식, 즉 사회보험 또는 국가예산 방식에 관계없이 달성되어야 하기 때문이다. 구체적인 분석대상 국가는 사회보험 국가로는 독일, 일본, 프랑스를 국가예산방식 국가로는 캐나다를 선정하였다. 독일, 일본은 우리나라와 법적, 제도적 유사점이 높은 점을 반영하였으며, 프랑스와 캐나다는 단일보험자와 유사한 형태로 운영된다는 점을 감안하였다.

1. 우리나라 보건지출 재정관리

우리나라 보건분야 재정관리는 국가 및 건강보험(장기요양보험 포함)으로 이원화되어 있다. 국가예산의 경우 건강보험 및 장기요양보험에 대한 국고 지원, 정신건강 증진사업, 자살예방 및 생명존중 문화조성, 지역 공공의료체계 구축·운영 등에 지원되고 있다. 건강보험에 대한 국고지원은 보험료수입 예

상액의 20%를 예산의 범위 내에서 지원하는데 2023년 예산에 따르면 11.0조원(노인장기요양보험 2.0조원)에 달한다. 그 외 보건의료 예산은 6.9조원(2023년) 수준이다.

의료부문을 대표하는 건강보험과 국가재정과의 관계는 국고지원에 그치고 있어 건강보험의 재정관리는 재정당국의 관할 범위를 벗어나 있다. 즉 보건분야 주무부처인 보건복지부에 의해 이루어지고 있다.

〈표 IV-1〉 보건분야 예산현황

건강보험·보건의료 및 식품의약품안전 부문 주요 변동내역 (단위: 억원, %)

구분	2022년 (a)	2023년 (b)	증감률 ((b-a)/a)	주요내용
합계	227,126	200,288	△11.8	
건강보험	119,242	124,102	4.1	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 가입자 지원 (일반: 8.7조 → 9.2조원) (기금: 1.8조 → 1.8조원)
보건의료	101,264	69,422	△31.4	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강 증진사업 (1,086억 → 1,171억원) 자살예방 및 생명존중 문화조성 (451억 → 488억원) 지역거점병원 공공성 강화 (1,703억 → 1,511억원) 재활병원 건립(5억 → 40억원)
식품의약품안전	6,619	6,764	2.2	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지급식 지원 및 관리 강화 (12억 → 27억원) 식품 기준규격 설정평가 (67억 → 107억원)

자료: 기획재정부(2023), p. 136

정부 직접지출 및 강제적 사회보험과 가계부담(자발적 보험과 직접부담의 합)을 통합한 총 보건지출 수준을 살펴보면, 우리나라는 OECD 평균 수준을 상회하고 있다. OECD에 따르면,²²⁾ 2022년 우리나라의 총 보건지출은 GDP의 9.7%로 OECD 회원국의 단순평균인 9.3%, 이탈리아 9.0%보다 높은 수준이다. 그러나 다른 G7 국가인 일본(11.5%), 독일(12.7%), 프랑스(11.9%), 캐

22) OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

나다(11.2%)에 비해서는 낮은 수준이다. 세부 구성요소별 지출수준을 살펴 보면 정부 및 강제보험 지출수준이 GDP 대비 6.1%로 OECD 평균 7.1%, 이탈리아 6.8%에 비해서도 낮다. 반면 가계직접부담은 G7 국가들에 비해 월등히 높은 GDP 대비 2.7% 수준이다. 전체적인 보건지출 수준에 비해 정부/강제보험의 역할이 상대적으로 낮게 나타난다. 이는 정부/강제보험의 역할이 상대적으로 미약함을 보여주어 향후 동 부분의 지출압력이 보장률 인상 등의 형태로 높아질 수 있음을 보여준다.

〈표 IV-2〉 OECD 주요 국가의 GDP 대비 보건지출 비율(2022년)

(단위: GDP 대비 %)

구분	총 지출	구분		
		정부/강제보험	자발적 보험(2021)	가계직접부담(2021)
캐나다	11.2	8.0	1.6	1.7
프랑스	11.9	10.1	0.8	1.1
독일	12.7	10.9	0.3	1.6
이탈리아	9.0	6.8	0.2	2.1
일본	11.5	9.8	0.4	1.3
한국	9.7	6.1	0.8	2.7
영국	11.3	9.3	0.5	1.6
미국	16.6	14.1	1.0	1.9
OECD 평균	9.3	7.1	-	-

자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

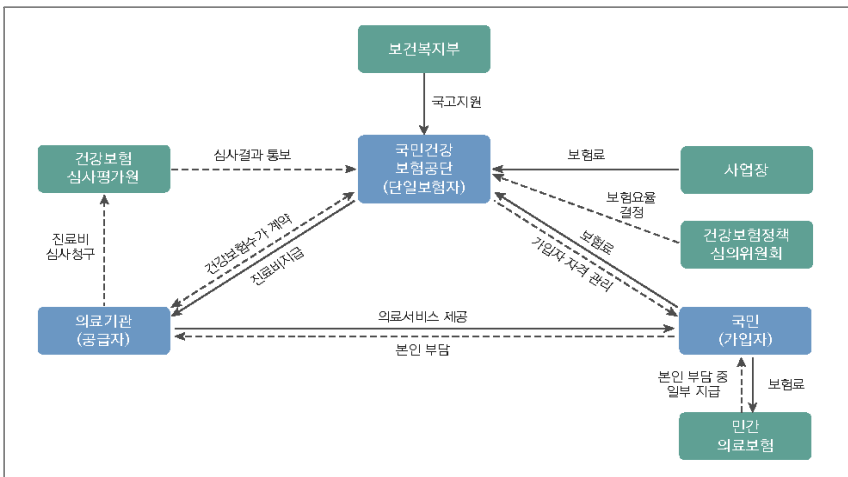
우리나라 건강보험제도의 운영은 단일 보험자인 국민건강보험공단에 의해 이루어진다. 국민건강보험공단은 보험제도의 재정을 조달하기 위해 가입자(고용주 포함)로부터 보험료를 징수하고 국가로부터 국고보조도 수령한다. 가입자는 의료공급자로부터 필요한 의료서비스를 구매하고 진료비의 일정 부분을 본인 부담금으로 지불한다. 나머지는 보험자가 건강보험심사평가원의 심사·평가를 거쳐 의료공급자에게 지불하게 된다.

각 기관들의 역할은 다음과 같다. 보건복지부는 「국민건강보험법」 제2조에 따라 건강보험사업을 주관(보건복지부 장관)하며 구체적으로 동법 제3조에

따른 국민건강보험종합계획을 통해 기본목표 및 추진방향 설정, 보장성 강화의 추진, 보험료 부과체계, 요양급여 등 전반적 정책을 담당하고 있다. 건강보험정책심의위원회는 「국민건강법」 제4조에 따라 요양급여의 기준, 요양급여비용, 보험료율(지역가입자의 보험료 부과점수당 금액) 등 주요 정책사항을 심의·의결한다.

국민건강보험공단은 동법 제13조에 따라 보험자로서 가입자 및 피부양자 자격 관리, 보험료 부과·징수, 보험급여의 관리 및 비용의 지급, 의료시설의 운영, 자산의 관리·운영 및 증식사업 등 업무를 수행한다. 건강보험심사평가원은 요양급여비용의 심사와 적정성 평가 기능을 수행하고 있다(「국민건강보험법」 제63조).

[그림 IV-1] 우리나라 건강보험 운영체계



자료: 국회예산정책처(2019), p. 197

국민건강보험의 재원조달구조는 보험료, 정부지원금, 기타수입 등으로 구성된다. 보험료 수입은 직장가입자 및 지역가입자의 보험료, 공무원·교원의 보험료 등으로 이루어진다. 정부지원은 「국민건강보험법」 제108조의2에서 국고 및 건강증진기금에서 이루어지도록 규정되어 있다. 국고에서는 해당 연도 보험료 예상수입액의 14%를 예산의 범위에서 지원하도록 하고 있다.

또한 동법 제108조의2 제2항과 「국민건강증진법」 부칙 제7조에 따라 건강증진기금에서 보험료 예상수입액의 6%를 건강보험공단에 지원하도록 하고 있다. 다만 건강증진기금 지원액은 당해연도 동 기금 부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없도록 하는 추가적 제한장치가 있다. 이러한 정부지원액은 그 용도가 정해져 있는데 국고지원액은 보험급여, 건강보험사업 운영비, 보험료 경감에 대한 지원으로 규정되어 있다. 국고지원액의 용도 규정은 매우 포괄적으로 규정되어 있어 그 제약성은 거의 없다고 볼 수 있다. 반면 건강증진기금 지원재원의 용도 제약은 상대적으로 명확한데 건강증진사업, 흡연으로 인한 질병의 보험급여, 65세 이상 노인에게 대한 보험급여로 제한하고 있다(동법 제108조의2).

국민건강보험재정은 보험자인 국민건강보험공단의 회계로 편성되며 국가 재정에는 포함되지 않고 있다. 즉 국민건강보험공단이 「국민건강보험법」에 따라 제도를 운영하기 위해 예산을 편성하고 이사회 의결 후 보건복지부의 승인을 받는다(동법 제36조). 정부재정과의 연관관계는 국고와 건강증진기금에서 지원하는 재원에 한해 지출로 계상되는 형태로 정부재정을 통해서도 국민건강보험 재정을 파악하기 어려운 구조이다.

국민건강보험제도의 재정관리는 보건복지부와 건강보험 정책 관련 심의·의결기구인 건강보험정책심의회를 통해 이루어진다. 보건복지부는 국민건강보험 종합계획을 통해 중장기 재정전망 및 운영, 부과체계, 요양급여 등에 관한 계획을 수립하고 추진실적을 평가한다. 보다 실질적인 관리는 건강보험정책심의회를 통해 의결된다. 보험료율을 결정하고 각종 요양급여의 기준, 약제·치료재료를 포함한 요양급여비용 사항을 결정하기 때문이다. 동 위원회는 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 총 25명의 위원으로 구성된다. 구체적으로 각종 단체 추천 16명, 공무원 2명, 건강보험공단 및 건강보험심사평가원 각 1명, 전문가 4명이다. 위원을 추천하는 단체들은 근로자단체 및 사용자단체(각 2명), 시민, 소비자, 농어업인, 자영업자단체(각 1명), 의약업계 단체(8명)로 구성된다.

우리나라 국민건강보험제도 재정운용과 관련한 문제점은 재정관리 체계

성의 부족이라 할 수 있다. 지금까지 보편적 건강보험제도의 정착과 보장성 강화에 중점을 두어왔기 때문이다. 이에 따라 재정관리 역시 지출에 상당하는 수입 확보에 중점을 두었고, 지출관리 측면은 제도 확대 등에 따른 지출 급증 등 단기적 이상상태 대응 중심이었다. 보다 적극적인 건강보험제도 재정관리 노력은 이루어지기 어려운 상황이다.

이는 건강보험 재정규모를 결정하는 보건복지부와 건강보험정책심의회 특성에서 기인한다. 보건복지부의 경우, 보건정책의 주무부처로서 국가재정관리 측면보다는 제도 발전에 중점을 둘 수밖에 없다. 특히 일반재정으로부터의 재정지원 존재는 적극적 건강보험 재정관리에 대한 보건복지부의 책임 의식을 낮추는 요인이 될 수 있다. 또한 건강보험정책심의회 구성도 건강보험의 재정관리에 적합하지 않다. 동 위원회의 업무가 크게 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 결정 등과 약재, 치료재료의 비용 결정을 다루는 제도 운영 부분과 의료서비스 수요와 비용 변화, 국민부담과 수용성 등의 재정운영 부분으로 나눌 수 있다. 두 가지의 다른 유형의 역할을 담당함에도 건강보험정책심의회 구성은 요양급여 방법, 절차, 범위, 약재 및 치료재료의 비용 결정 등 세밀한 제도 운영에 적합하게 이루어져 있다. 공급자 대표인 병원, 의사, 약사, 간호사, 치과 등 의약업계 대표자 8인, 수요자 대표인 시민, 소비자, 농어업인, 자영업자단체 대표자 4인 등이 중요한 역할을 하고 있기 때문이다. 재정운영 및 관리 측면에서 전문성을 지닐 수 있는 구성원은 기획재정부, 보건복지부 공무원 등 2인, 외부 전문가 4인 등에 그치고 있다.

기획재정부 차원에서도 적극적 재정관리 유인이 부족하다. 형식상 국가재정 범위에 포함되지 않고 있고, 지출규모 역시 빠르게 늘어나고 있는 건강보험 재정에 대한 재원조달 책임을 먼저 주장할 이유도 많지 않기 때문이다. 일정 규모의 국고지원으로 건강보험의 재정책임에서 벗어날 수 있다는 점은 단기적 관점에서 선택 가능한 방안이라 할 수 있다. 기획재정부의 적극적인 관여 유인이 낮은 또 다른 이유로 건강보험의 지출 관련 의사 결정이 전문성에 기반하여 이에 대한 정책협약이 어려운 가운데 재원조달의 책임만 부담할 가능성이 높기 때문이다. 이러한 이유들로 인해 비록 국민건강

보험제도의 국가재정 부담이 지속적으로 높아질 것이지만 이에 대한 선제적 개입에 적극적이지 않다.

또한 국민건강보험제도가 국가재정 범위가 아닌 국민건강보험공단의 회계로 운영되어 국가재정과의 연계성이 일반재정 지원액에 그치고 있는 것도 문제점이다. 사회보험 강제가입 등 명백한 국가활동임에도 불구하고 국가재정 범위에서 제외되어 있어 재정활동의 투명성, 효율성 관점에서 문제를 야기하고 있다. 이는 국민건강보험의 재정관리가 국회의 심의 기능에서 벗어나도록 하고 있다. 국가재정과의 분리는 국민건강보험제도의 재정관리 및 재정운용 책임성을 약화시킬 수 있다. 지출규모의 적극적 관리보다는 일반재정의 지원을 늘리는 방식으로의 제도운영 가능성을 내포하고 있다. 적극적 재정관리는 의사결정 주체인 의료공급자, 보험자, 보건복지부 모두에 어렵고 성과를 내기 쉽지 않은 과제이지만 일반재정 지원 확대는 보다 단순하면서 재정당국을 제외한 이해당사자들을 만족시킬 수 있는 방안이기 때문이다.

기존 건강보험정책심의회의 전문성을 활용하되, 개별 제도의 발전과 다른 국가 차원의 재정관리를 다룰 수 있는 재정관리체계의 구축이 중요하다. 거시적 재정관리 노력을 바탕으로 미래 예상되는 막대한 의료재정 부담증가에 선제적으로 대응할 필요가 있다.

〈표 IV-3〉 국민건강보험제도 재정관리의 문제점

구분	기능	문제점
기획재정부	<ul style="list-style-type: none"> 재정 지원: 예상수입의 20% (국고: 14%, 건강증진기금 6%) 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험 총 지출규모와 재원조달에 관한 관리 유인 약함 국가재정 위험에 대한 대응능력 하락 등
보건복지부 (건강보험정책 심의위원회)	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강보험제도 주관 및 정책 결정 보장성 수준, 제도 포괄범위, 지출 규모 및 보험요율 설정 등 	<ul style="list-style-type: none"> 일반재원 지원의 존재로 재정책임성 약화 가능성 제도운영 주무부처로서 재정관리보다 제도 발전 등에 중점을 둘 가능성 (제도 운영 관련 의료공급자, 관련 산업, 의료전문가 중심 구성으로 재정관리 기능 담당에 한계)
국회	<ul style="list-style-type: none"> 일반재정 지원 심의 등 	<ul style="list-style-type: none"> 재정관리에의 역할이 미미하며 오히려 제도 발전(확대) 등에 관심

자료: 저자 작성

이러한 재정관리 방식은 다른 사회보험과도 큰 차이를 보인다. 기금방식으로 운용되는 국민연금과 고용·산재보험 등은 재정당국인 기획재정부가 해당 부처가 작성한 기금의 수입, 지출 등 기금운용계획안을 조정할 수 있으며 국회는 이를 심의·확정함으로써 관리의무를 다하고 있다. 특히 규모가 큰 국민연금 보험료율과 급여수준을 법률을 통해 규정하여 국회 책임을 강화하고 있다. 이에 따라 이들 사회보험의 운용 관련 위원회는 요율 및 급여 관련 사항들에 대해 심의 기능만 수행하고 있다. 재정당국 및 국회의 기능인 의결 기능을 건강보험정책심의위원회에서 수행하는 건강보험제도와는 대조적이다.

〈표 IV-4〉 사회보험별 재정관리와 기관별 역할

유형	재정관리	기획재정부	국회	부처 위원회
건강보험	건강보험공단 회계	일반재원 지원액 결정	심의·확정	심의·의결
국민연금	기금	기금운용계획안 조정	심의·확정	심의
고용보험	기금	기금운용계획안 조정	심의·확정	심의
산재보험	기금	기금운용계획안 조정	심의·확정	심의

자료: 국가법령정보센터, 「국가재정법」, 「국민건강보험법」, 「국민연금법」, 「고용보험법」, 「산업재해보상보험법」 시행령, <https://www.law.go.kr/LSW/main.html>, 검색일자: 2023. 12. 4.

2. 외국의 보건지출(의료보험) 재정관리

가. 일본²³⁾

일본 보건시스템에서 후생노동성(Ministry of Health, Labor, and Welfare, MHLW)은 선도적이고 핵심적인 역할을 수행하는 기관이다. 일본 보건시스템은 사회보험료와 일반재원지원금을 바탕으로 한 보편적 의료보험제도(사회보험)로 특징지을 수 있으며, 비교적 낮은 비용으로 우수한 보건성과를 거두고 있다. 관련 법에 의해 영주권(a residence card)을 가진 외국인을 포함

23) The APO, "Japan Health System Review," *Health Systems in Transition*, vol. 8 no. 1, 2018 내용 요약을 바탕으로 ISSA 홈페이지, "Excellence in Social Security," <https://ww1.issa.int/node/195543?country=886>, 검색일자: 2023. 9. 6. 정보를 업데이트하였다.

한 모든 거주자는 의료보험제도에 가입해야 한다. 이전의 선택적 가입제도에서 강제가입제도로의 전환은 1961년 이루어졌다.

일본의 의료보험은 크게 2가지 형태로 나누어지는데 근로자의료보험(Employees' Health Insurance System)과 국가의료보험(National Health Insurance, NHI)이다. 근로자의료보험은 회사에 고용된 피용자와 그 부양가족에게 제공되고 국가의료보험(NHI)은 근로자의료보험에 포함되지 않는 자영자, 실업자 등에게 제공된다. 국가의료보험은 이전에 지역의료보험(Community Health Insurance)로 불리었고 시 등(cities, towns and villages) 지방자치단체들이 운영하고 있다.

다양한 형태의 근로자의료보험이 존재함에 따라 각 보험에 따라 보험요율의 차이가 발생하며 국가는 의료서비스 가격을 관리한다. 의료비용에 대한 환자들의 자기부담금(co-payments)은 병의원 방문 시마다 지불하여야 한다. 대부분의 약제, 치료 재료 및 행위에 대해 전국적으로 동일한 가격체계를 갖추고 있다. 의료보험은 전체 비용의 70~90%를 부담하게 되며 나머지는 피보험자가 자기부담금의 형태로 부담하게 된다. 자기부담금 요율은 2018년 기준으로 초등학교 미만 20%, 초등학생~69세는 30%, 70~74세는 소득에 따라 20% 또는 30%, 고령자 건강 및 의료 프로그램(the Health and medical care program)에 의해 보장되는 75세 이상(65세 이상 장애인)의 요율은 소득에 따라 10% 또는 30%이다.

1) 조직구성과 거버넌스

가) 조직구성

중앙정부인 후생노동성(MHLW)은 일본 보건시스템에서 핵심적인 역할을 수행한다. 과거 후생보건성(the Ministry of Health and Welfare)과 노동성(the Ministry of Labor)이 2001년 통합되면서 탄생한 조직이다. 보건정책과 관련된 부처 내 조직으로는 보건정책(Health Policy), 의료서비스(Health service), 약품 안전성 및 환경보건(the Pharmaceutical Safety and Environmental Health) 관련 조직(Bureau)이 있다. 보건정책국(the Health Policy Bureau)은

[그림 IV-2] 일본의 후생노동성 조직

Fig. 2.1 Organization chart of the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2017]

자료: The APO(2018), p. 26, Figure 2. 1

보건시스템(health care system)에 전략적 관리 및 운영을 담당하고 있다. 구체적으로 보건경제, 연구개발 등이 포함된다. 의료서비스국은 암, 전염병 등 생활 관련 질병 예방에 관한 계획수립 및 감독 기능을 수행한다. 또한 장기이식 등도 관할하며 환경보건 향상을 위한 규제정책을 담당한다. 약품 안전성 및 환경보건국은 의약품, 식품, 화학물(Chemical substances), 의료기기 등의 안전성 감독과 안전한 혈액제제의 제공과 마약남용방지 캠페인 등을 관리한다.

의료보험국(the Health Insurance Bureau)은 의료보험제도를 관리 및 규제하며 의료보험제도 개선 방향을 제시한다. 노인 의료·복지국(the Health and Welfare for the Elderly Bureau)은 고령자 대상의 장기요양, 치매, 건강관리를 담당하는 사회보험을 규제·감독한다. 연금국(the Pension Bureau)은 국가 및 산업연금제도를 담당하고 있다.

소비자단체들은 주로 환자단체들로서 고객 및 환자보호에 중요한 역할을 담당하고 있다. 환자단체는 전국적으로 약 3,000개 이상 조직된 것으로 추정되며 이들은 후생노동성(MLHW)의 정책결정을 위한 위원회 위원으로 참여할 수 있다. 그러나 환자단체들은 미국, EU 국가들에 비해 소규모이며 조직화되어 있지 않아, 소수의 환자단체들이 정부 정책과정에서 실질적인 영향력을 미치고 있다.

전문가단체(Professional organizations) 역시 환자보호에 중요한 역할을 한다. 일본의료협회(Japanese Medical Association, JMA)는 비록 정부 권한인 의사에 대한 징계, 인허가 권한은 없지만 의사들의 목소리를 대변하는 단체이다. 일본의료협회의 미션은 의사들을 위한 리더십 발휘와 수준 높은 의료 윤리와 교육 기준을 추구하는 것이다. 이것은 궁극적으로 일본 국민들의 건강을 지키기 위한 것이다. 일본의료협회의 회원은 16.5만명에 이르며 전체 허가 의사들의 60%에 달한다. 이들 중 50%는 소규모 병의원(small clinics)에서 일하는 의사들이다.

간호사협회(Japanese Nursing Association, JNA)는 허가받은 공공간호사, 조산사(midwives), 조무사(Assistant nurses) 등을 포함한 간호전문가들로 1946년

설립된 단체이다. 동 단체의 미션은 인간의 존엄성 유지, 건강유지를 위한 보편적 욕구 충족, 건강한 삶을 달성하는 데 기여하는 것이다. 동 단체는 교육과 자기학습을 통해 간호 전문성을 높여 궁극적으로 간호품질 향상을 도모하고 있다. 또한 환자의 수요를 충족시키고 지속적으로 간호업무에 종사할 수 있는 환경을 구축하고자 한다.

요약하면 건강보험행정에서 후생노동성(MHLW)은 국가의료보험(NHI)과 근로자의료보험 전반을 감독한다. 후생노동성의 지방청과 지방정부(도도부현)는 의료보험을 지방 차원에서 감독한다. 국가의료보험(NHI)의 경우 시정부가 기여금을 징수하고 지방정부(도도부현)와 함께 프로그램을 관리한다. 근로자의료보험의 경우, 2가지 유형으로 다시 나누어진다. 일본의료보험협회(JHIA)에서 협회기반 의료보험(Association-Managed Health Insurance)을 전국적으로 관리하며, 1,399개의 지역기반 의료보험들은 각자 지역기반 의료보험(Society-Managed Health Insurance)을 관리한다. 지역기반 의료보험들은 그 구성원으로부터 기여금을 징수한다. 일본연금기구(Japan Pension Service)는 일본의료보험협회(JHIA) 산하 의료보험 가입 연금소득자들로부터 기여금을 징수한다. 고령자 건강 및 의료프로그램의 기여금은 시정부가 징수하고, 지방정부(Prefecture) 차원의 고령자 의료간병 프로그램 연합들과 함께 관리한다.

나) 중앙집권과 지방분권

정부는 의료보험시스템을 포함한 보건시스템의 모든 부분을 조정하고 규율한다. 47개 지방정부(도도부현, prefectures)에 걸쳐 1,718개 기초자치단체가 존재한다. 기초자치단체는 3가지 유형이 존재하는데 시, 군(towns), 촌(villages)이다. 중앙정부와 지방정부(도도부현과 기초자치단체)는 품질 높은 보건서비스를 효율적으로 제공할 법적 의무가 있다. 중앙정부는 전국적으로 동일한 보험료를 설정하고, 지방정부, 보험자, 그리고 의료기관들을 보조하며 감독한다. 또한 지방정부(도도부현) 차원의 보험자 및 의료기관들에 대한 세밀한 규제를 설정하고 강제한다.

지방정부는 2006년 통과된 보건구조개혁법(Health Care Structural Reform

Act)에 따라 세부적인 보건계획(Medical Care Plans, MCP)을 작성해야 한다. 의료기관들의 차별화와 협동 촉진을 통해 지역주민에 대한 의료서비스를 확보하는 것이 세부 보건계획(MCP)의 목표이다. 구체적으로 재가의료서비스를 포함한 급성 및 만성 질병에 필요한 서비스를 차질 없이 제공하는 것이라 할 수 있다. 세부 보건계획(MCP)은 1986년 늘어나는 병원 병상수를 조절하기 위해 도입되었다. 이것이 2006년 법률을 통해 질병별 통합 서비스제공과 질병기준 의료기관 간 효과적인 의사소통을 규정하도록 강화되었다. 여기서 의료기관 간 통합 경로 설정은 효율적인 입원을 목표로 하는 병원 내 통합 치료경로 설정과는 다른 개념이다. 세부 보건계획(MCP)은 지역기준의 치료품질 평가를 포함할 수 있으며 일부 도도부현의 경우 의료 관련 지표도 포함하고 있다. 그러나 대부분의 지표는 구조 또는 과정을 측정하고 결과지표는 포함되어 있지 않다.

각 지방정부(도도부현)는 효과적이고 높은 품질의 의료서비스를 제공하기 위한 세부 보건계획(MCP)을 개발할 책임이 있다. 또한 지방정부는 각종 규제기준을 만족하도록 병원에 대한 검사 및 연례 점검(Annual reviews)을 책임지고 있다. 만약 한 병원의 간호사당 환자 수가 너무 많아 의료 품질이 낮아지면 병원에 대한 비용보상률(reimbursement rate)이 낮아지게 된다.

세부 보건계획(MCP)은 5년 주기로 개선되어야 한다. 중요한 필요사항은 다음과 같다.

- 질병 또는 서비스 기준 통합 치료경로 설정
 - 목표 지향적이며 의료기관 간 협력을 촉진할 수 있어야 하며 특히 5대 질병(암, 뇌졸중, 급성 심근경색, 당뇨, 정신병)과 6대 서비스(응급의료, 재난관리, 격오지 진료, 산전후 진료, 소아진료 등)에 대한 우선순위 필요
- 적절한 규모의 보건 전문인력 확보를 위한 수단들
- 환자안전 확보를 위한 수단들
- 도도부현 내 2차 및 3차 의료지역의 설정(Zoning)
- 2차 의료서비스지역의 필요 병상 수 산정

일본 내 모든 의료서비스 제공은 모두 세부 보건계획(MCP)에 따라야 한다. 도지사 등이 세부 보건계획 작성을 책임지고 있지만 지역 의료 및 치과협회, 병원연합과 각종 이해당사자들과 함께 위원회 논의과정을 거치는 것이 일반적이다.

후생노동성의 규제와 도도부현이 작성한 세부 보건계획에 따라 시정부(Municipal governments)는 거주자들에게 다음과 같은 건강증진 활동들을 제공한다.

- 어린이들의 성장단계별 건강 가이드선스와 검진
 - 각 시정부는 보육, 질병예방 등을 위한 자문과 안내를 간호사를 각 가정별로 보내어 제공. 이런 간호사 방문은 무료이며 어머니의 요청이나 의사의 요청에 의해 이루어짐
- 3~4개월, 8~10개월, 18개월 어린이들의 건강검진과 3살 어린이들에 대한 발육, 건강상태, 정신 및 치아 건강, 정신적 발달, 행동 및 언어발달, 시력 및 청력 등에 대한 검사
- 어린이들에 대한 예방접종, 시정부는 12가지 예방 가능한 질병(결핵, 파상풍, 디프테리아, 백일해, B형 간염, B형 인플루엔자, 홍역, 풍진, 소아마비, 폐렴구균, 천연두, 일본뇌염 등)에 대해 무료 예방접종을 어린이들에게 시행
- 40세 이상 거주자에 대한 생활습관 질병에 대한 건강 자문과 암 검진을 대부분은 무료로 시행

다) 정책설계와 계획

정책입안과 계획, 그리고 평가는 주로 후생노동성(MLHW)에 의해 이루어진다. 법률 개정 또는 제정이 필요하거나 예산배정이 필요한 정책 또는 전략의 경우 내각으로 송부되며 의회에서 논의된다.

저출산 현상과 평균수명의 증가, 그리고 의료비용의 증가는 일본 보건시스템의 지속가능성을 위협하고 있다. 재원조달의 관점에서 2000년 장기요양보험 시행 이전에는 의료와 복지 부문이 분리되어 있었다. 의료재정은 보편

적 의료보험에 의해 조달되었고 복지는 조세수입으로 조달되었다. 재원조달 방식의 차이는 제도운영의 중요한 차이를 유발하는데 보험방식에서는 지출에 필요한 보험료 수입이 먼저 결정되고 이를 조달하기 위한 요율이 결정된다. 반면 조세수입을 활용할 경우에는 법률에 의해 세율이 먼저 결정되고 이에 따라 세입이 결정된다. 이에 따라 조세 조달방식의 경우 예산계약으로 지출이 제한되지만 보험방식에서는 지출이 예산에 따라 제약되지 않는다.

장기요양수요는 복지시설이 아니라 보건시설을 통해 충족되었다. 조세수입으로 운영되는 양로원(nursing homes)의 경우 대부분 공급부족 상황에 있었기 때문이다. 양로원에의 입소 여부는 시정부의 복지담당에서 정하므로 우선순위는 저소득층에 부여되었다. 이에 따라 중산층의 양로원 이용은 어렵게 되었다. 장기요양수요의 증가는 정부 조절 기능 없이 의사의 판단에 의해 누구나 이용할 수 있는 노인병원에 의해 충족되었다. 그 결과 일본은 과도한 병원 병상수와 만성적인 복지시설 부족의 국가가 되었다.

장기요양서비스를 늘리기 위해 장기요양에 대한 재원조달을 조세수입에서 보험료로 전환한 것은 논리적 대응이었다. 2000년 장기요양보험(Long-term Care Insurance, LTCI)이 도입되어 장기요양 또는 사회복지서비스(양로원, 주간보호, 가정용 의료복지기기 대여, 사회복지시설 및 의료시설에서의 장기요양 등)를 제공하게 되었다. 당시 장기요양서비스 공급자는 가정이었으므로 그 부담을 사회 전체로 이동시키기 위해 노력하였다. 또한 고령화와 의료수요 증가는 시정부 관할의 의료보험을 중심으로 의료보험제도 전반에 부담을 주고 있었다. 이에 따라 의료보험과 독립된 장기요양을 위한 재원마련이 필요하였고 이는 장기요양보험 발전의 원동력이 되었다. 보건후생성은 지방정부(도도부현)에 장기요양보험과 지역 내 포괄적 의료 및 장기요양 보장법(2014)에 기반한 지역보건비전(Regional Healthcare Vision) 설정을 요구하였다. 동 비전은 2025년까지 각 지역 내 미래 의료수요와 공급을 전망하고 지역단위 보건시스템 구축을 포함한다. 보건후생성은 2025년까지 통합 커뮤니티 케어시스템(Integrated Community Care System, ICCS) 적용을 제안하였다. 통합 커뮤니티 케어시스템(ICCS)은 지역수준에서 예방, 의료서비스,

장기요양서비스를 통합적으로 제공하는 포괄적 시스템으로 생활 및 복지(social care)서비스도 함께 제공한다. 통합 커뮤니티 케어시스템(ICCS)의 도입을 통해 정부는 기존의 치료/치치 중심에서 예방과 관리로 전환하고 병원 중심에서 환자중심의 통합적 서비스를 지역 또는 가정에서 제공하고자 하였다.

그러나 이러한 변화도 일본이 직면하는 인구구조 및 재정 상황의 심대한 변화를 반영하기에 한계가 있을 수 있다. 이에 따라 2015년 「일본 비전: 보건 2035(Japan Vision: Healthcare Vision)」에서 제시된 바와 같이 일본 보건시스템의 패러다임 변화가 필요했다. 동 리포트는 전보건장관 Yashuhisa Shiozaki의 책임하에 젊은 보건리더들이 작성하여 보건부 장관에게 제출한 자료이다. 동 보고서는 일본의 보건시스템이 투입(Inputs) 중심에서 성과(outcomes) 중심으로, 수량(Quantity)에서 품질 및 효율로, 치료(Cure)에서 돌봄/관리(Care)로, 전문화에서 통합적 접근으로의 전환을 제안한다. 비전 2035에서는 “지속 가능한 보건시스템”을 달성하기 위한 3가지 비전을 제시한다. 우월한 건강성과 제공, 사회구성원들에게 즉각적이고 공평한 서비스 제공, 그리고 일본이 세계 번영에 기여하는 제도이다. 다시 표현하면 가치기반의 보건정책을 실현하는 탄탄한 보건, 사회를 강화시키고 개인의 선택을 존중하는 인생 설계(Life design), 국제 보건에 기여하는 보건정책 국제 리더십 등이다. 이러한 3가지 기둥을 뒷받침하는 5가지 요소를 제안하였는데 혁신, 정보, 지속가능한 재원조달, 보건 전문가, 세계적 수준의 후생노동성 등이다. 동 보고서는 향후 20년에 걸친 새로운 건강관리시스템을 구축하기 위한 기초가 될 것이다. 동 시스템은 어린이부터 노인, 환자부터 의료공급자 등 모든 상황의 개인들을 포괄한다. 이로 인해 개인들은 각자 인생 또는 근로 선택에도 불구하고 지원과 보장을 받게 된다.

정책 및 계획 개발 파트너, 즉 국제기구는 통상 일본 내 정책계획 과정에 포함되지 않는다. 그러나 WHO, ILO, OECD 등 국제기구 가입국으로서 일본은 동 기구들의 의사결정에 적극적으로 참여하며, 국제기구의 일본 내 의사결정 과정에 대한 리포트, 권고안 등을 참고하고 있다. 개발협력(ODA) 분야에서 보건은 중요한 협력분야의 하나이다. 일본 국제협력공사(Japan

International Cooperation Agency, JICA)는 후생노동성과 다른 이해당사자들과 함께 지난 60여 년 이상 중하위 소득국가에 대한 보건의료 관련 프로젝트를 수행하였다. 수행된 사업들은 중하위 소득국의 인력자원개발과 보건재원 조달과 관련이 있으며 이는 대상국가들의 보편적 의료서비스 제공에 잠재적으로 기여하고 있다.

라) 연계성(Intersectorality)

자원조달, 담배, 주류, 음식 등의 마케팅 및 판매 규제, 의료전문가들의 교육, 음식 등의 안전성, 기후변화 등은 다양한 정부부처들과 관계를 맺고 있다. 응급상황 대응 등은 비정부기구 및 시민사회와도 연관이 있다. 이러한 관련 부처는 재무성, 문부과학성(MEXT), 농림수산업성(MAFF), 법무성(Ministry of Justice) 등이다.

한 사례는 2013년 에볼라바이러스 발생과 같은 세계적 전염병 대응이다. 전 세계적 전염병은 보건분야뿐만 아니라 국가 안보, 외교, 무역과 경제 등과 연관된 문제라 내각, 후생성, 외무성, 법무성 등이 관련된다. 2016년 G7 정상회담의 의장국으로서 일본은 보건안전(Health Security)을 최우선 주제로 선정하고 강한 보건시스템과 공공보건 위협에 대한 진보된 대응을 바탕으로 공공보건 위급상황에 대한 대응 강화와 보편적 보건서비스 달성에의 인식을 제고하였다. 보건위기는 일본 국민들의 건강상태에 직접적으로 영향을 미치므로 후생노동성은 그 대응능력 함양에 이해를 함께하고 있다. 외무성은 보편적 의료서비스의 중요성을 외교정책의 중심인 인류의 안전성이라는 관점에서 강조하였으며 동시에 외교정책의 일부분으로 지속가능 성장목표(SDGs)를 적용하였다. 동시에 재무성은 보건안전의 필요성과 위기 준비 및 대응을 위해 Pandemic emergency Facility(PEF), International Development Association(IDA)과 같은 세계은행의 자원조달을 지원하였다. 보건안전은 개별 국가, 전 세계 및 인류 안전과 밀접하게 연관되어 있으므로 아베 총리의 리더십하에 내각관방(Cabinet Secretariat), 재무성, 외무성, 후생성 등에서 국장(direct general) 수준의 지속적인 미팅을 통해 정보를 공유하고 전체 정부 차원에서 일본의 약속을 통합해 나가는 방안을 모색하였다.

마) 건강정보 관리

인구센서스 등과 같은 정보는 총무성(Ministry of internal affairs and communication)에서 수집되지만 대부분의 건강 관련 통계는 후생노동성이 수집, 변환, 분석하게 된다. 1947년 도입된 통계법은 정부 통계의 행정목적 이용을 제한하고 있다. 2007년 통계법 개정을 통해 정부 통계자료는 사회정보인프라의 일부로 인식하면서 수요 맞춤형 목록 작성 및 미식별 자료의 생산 및 제공을 허용하고 있다.

후생노동성의 통계 및 정보정책 담당 국장은 전체 인구에 대한 건강 특성과 중요사항들에 대한 통계 서베이를 수행하고 있다. 후생노동성의 통계서비스 관리와 정책수립 과정에서 핵심 역할을 담당하고 있다. 여기에는 인구동태통계, 생명표, 생활조건에 대한 심층조사, 의료기관 서베이, 환자 서베이, 월간 노동 서베이, 임금구조 기초조사 등 7개 기초통계의 온라인 보고와 출판을 포함하고 있다. 전체적으로 23종의 일반통계가 일반에게 제공되고 있다. 이러한 통계들은 정책의 계획과 적용, 그리고 건강에 영향을 미치는 사회적·경제적 여건개선을 위한 조치를 강화시킬 수 있다.

통계 및 정보정책국은 인구통계학, 보건, 복지, 고용 및 임금 등에 대한 신뢰할 수 있는 자료 획득을 위한 전문성을 보유하고 있다. 또한 암에 관한 건강자료를 수집할 수 있는 중요한 기제도 보유하고 있다. 암 등록은 60여 년의 긴 역사를 가진 제도이다. 전 인구 대상 암 등록은 미야기현 정부에 의해 1951년 처음 도입되었다.

1983년 노령자에 대한 건강 및 의료서비스법 제정 이후 전 인구 대상 암 등록은 많은 지방정부에서 시작되었다. 그러나 이러한 암 등록사업 역시 한계가 존재한다. 암에 대한 등록은 의료기관의 자발적 협조를 바탕으로 하고 있으며 일본 내 47개 지방정부 중 35개(2007년 기준)에서 시행하고 있기 때문이다. 2013년 노년인구 중 약 200만~300만명에 달하는 잠재적 암환자 규모에 대응하기 위해 암환자 등록 촉진법(Act on promotion of cancer Registries)을 제정하였다. 이에 따라 2016년부터 의료기관은 처음으로 진단된 암 정보에 대해 지방정부에 보고할 의무를 가지게 되었다.

전염병 예방과 전염병 환자 치료에 관한 법률에 따라 후생노동성은 일본 대중에게 잠재적으로 심각하고 큰 부담을 지울 전염병을 5가지 유형으로 분류하였다. 각 유형에 따라 의료기관과 지방 보건소(local health centers)는 전염병 발생에 대해 중앙정부에 보고하여야 한다.

바) 규제

보건시스템(Health care system)에 대한 규제는 2차원으로 이루어진다. 의료법(Medical care act)에 따라 인력과 자본에 대해, 1922년 건강보험법(Health Insurance Act)에 따라 지불제도가 규율되고 있다. 규제당국은 서로 다른 수준의 결정권을 행사하는 중앙정부, 지방정부(도도부현), 주요 시정부의 3층으로 구성되어 있다. 지불제도는 거의 중앙정부에 의해 규제된다, 인력 및 자본의 경우 지방정부와 주요 도시 수준에서 규제되는데 공공보건소(Public health centers)를 통해 검사된다.

모든 보험자들은 후생노동성에 의해 규율되어 보험자들의 재량적 힘은 제한적이다. 일본 건강보험시스템은 직업, 거주지, 나이 등에 따라 구분되므로 3,000개 이상의 보험자들이 있다. 영리보험회사들은 자발적인 의료보험(Voluntary health insurance, VHI)을 판매하는데, 이의 가입이 사회보험인 건강보험의 가입의무를 배제하지는 않는다. 민간보험(VHI)은 보충적 보험으로서 사회보험인 건강보험 혜택을 보완하고 있다.

정부는 보건시스템의 전 영역을 규제하는 건강법들을 제정한다. 개별 법들은 병·의원과 약국들의 시설과 인력에 대한 규제권한을 지방정부와 주요 시정부에 위임하고 있다. 지방정부와 주요 시정부들은 의료법(Medical care act)에 따라 검사 기능을 수행하고 있다. 일본의료협회(JMA)와 같은 전문가 단체는 임의단체로 규제권한은 없지만 새로운 규제들의 입안과정에서 강한 정치적 영향력을 행사하고 있다. 의사, 간호사, 약사 등 보건전문가들의 수는 중앙정부에 의해 강하게 조절된다. 보건전문가들에 대한 훈련은 공공 및 민간 교육시설을 통해 이루어진다.

의약품, 화장품, 의료기기 등은 1960년 의료기기 및 의약품의 안전, 품질, 효과성 확보에 관한 법률(Law on securing Quality, Efficacy and Safety of

Products including Pharmaceuticals and Medical devices of 1960)에 의해 규율된다. 동법은 1963년 개정을 통해 희귀의약품 연구개발에 대한 공공보조금 지급과 신약의 신속리뷰제도를 도입하였다. 신약 신청은 의약품 및 의료기기 관리청(Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, PMDA)의 예비심사 이후 식품의약품위원회(Pharmaceuticals and Food Affairs Council)의 최종심사를 받아야 한다. 최종결정은 후생노동성 장관의 재량에 달려있다. 임상시험에 대한 규제는 1996년 의약품법(Pharmaceutical Affairs Law)에 의해 강화되었다.

임상시험에 대한 규제 강화는 의사들에 대한 낮은 관심도와 연계되어 의사들의 임상시험에 대한 참여의욕을 낮추었다. 해외 연구자료 활용에 대한 규제완화 역시 이러한 추세를 강화하였다. 다국적 제약회사들은 일본 외에서 임상시험을 시행하고 이후 동 자료를 일본 내에 신약허가에 활용하는 방식을 선호하였다. 그 결과 신약의 상당수가 해외에서 승인된 이후에도 일본 환자들에게 사용되지 못하는 상황이 발생하였다. 더구나 해외 연구자료를 활용하는 것도 동일 약품이 인종그룹에 따라 다른 효과를 나타낼 수 있어 항상 적절하지는 않을 수 있다. 한 사례는 위산억제제인 Omeprazole로서 일본인들에게는 저용량 사용이 더 효과적인 것으로 나타났다.

임상시험을 촉진하기 위해 의약품 및 의료기기 관리법(Pharmaceuticals and Medical Devices Act) 개정을 통해 의사가 임상시험을 제안할 수 있는 연구자 제안 임상시험(investigator initiated clinical trials)을 2003년부터 가능하게 하였다. 그 이전에는 제약회사만이 임상시험을 신청할 수 있었다. 설사 의사들이 기존 의약품에 특정 징후 추가를 원할지라도 그들은 스스로 임상시험을 행할 수 없었다. 즉 승인되지 않은 징후에 대한 의약품 처방이 금지되어 있었다. 의약품회사 역시 상업적 이득이 없고 비용이 높은 임상시험에 대한 관심이 낮았다.

또한 정부는 대규모 임상시험 네트워크를 개발하여 참여 병원과 의사들이 관련 자료를 데이터센터, 임상연구심의위원회(Institutional Review Boards)들과 공유할 수 있도록 하였다. 지원조직도 구축하였는데 Japan Clinical

Research Assist Center(JCRAC)가 Data Management center와 함께 2001년 설립되었다. 현재 JCRAC는 7개 임상시험을 자료관리 및 분석, 임상연구심의 위원회 설립, 임상연구 코디네이터 훈련 등을 통해 지원하고 있다.

2003년 후생노동성은 의과대학 부속병원에서의 임상시험을 촉진하기 위한 3개년 계획을 발표하였다. 같은 해에 일본의료협회(JMA)와 지역병원에서 연구자 제안 임상시험을 촉진할 수 있도록 합의에 도달하였다. 동시에 연구 부정행위에 관련된 최근의 사례들을 발표하기도 했다. 고혈압과 심부전 치료제인 발사르탄(Valsartan)과 관련된 5가지의 조작 및 위조(fabrication and falsification) 사례가 임상시험이 이루어진 대학의 조사위원회에서 확인되었다. 이들은 오랜 기간 시판 후 임상시험의 형태로 진행된 것으로 예상 가능하면서도 무작위, 개방적, 기간제한 없이 시행된 것이다. 이들은 정부의 어떠한 규제하에서 이루어진 것이 아니며 제약회사들의 자금지원으로 이루어졌다. 이러한 문제점은 환자들에게 불리하게 작용할 것이며 불필요한 지출부담과 건강보험 비용증가를 야기하였다. 그러나 이러한 부패한 행동에 대한 일본 내 사법시스템에서 명확한 징계는 없다.

2) 보건지출 재정 상황

일본의 보건지출은 일반재원 보조금을 포함한 사회보험과 함께 자기부담금(Out Of Pocket, OOP)으로 구성되어 있다. OECD 자료에 따르면, 일본의 총 의료비 지출은 상당히 증가하여 2015년에 GDP의 10.9%를 차지했으며(34개 국가 중 3위), OECD 평균인 9%보다 약 2%p 높았다. 일본의 의료재정은 주로 공적자금으로 이루어져 있으며, 2015년에는 의료지출의 85%가 공적자금에서 나왔는데 이는 OECD 회원국 평균인 76%보다 훨씬 높았다. 직접 자기부담금은 총 의료비용의 11.7% 정도만 기여했다. 건강보험의 적용 범위는 거의 100%이지만 가구의 소비금액 중 의료비 자기부담금 지출 비율은 2.2%로, OECD 평균인 2.8%보다 0.6%p가 낮았다. 상대적으로 낮은 자기부담금에도 불구하고, 일본의 보건 관련 과제는 인구 고령화, 만성질환의 급증, 의료비의 증가, 재정 여유의 축소, 의료인력 조달 등이다. 의료 재정시스템

의 개혁과 의료시스템의 효율성 향상은 앞으로도 저비용으로 공평한 건강 유지를 위해 필요할 것이다.

일본의 건강보험은 5,000개 이상의 의료 수술, 치과 치료 및 약물을 보장한다. 일본 후생노동성은 2년마다 전국 의료보험 제도의 보장 범위와 각 수술, 약물, 의료기기에 대한 청구 환급 조건을 검토한다.

일본의 건강보험은 크게 2가지 형태로 나누어지는데 근로자의료보험과 국민의료보험(NHI)이다. 근로자의료보험은 공공기관 및 민간회사 근무자를 포괄한다. 반면 국민의료보험(NHI)은 자영업자와 실업자를 포괄한다. 일본의 근로자의료보험은 다시 4가지 유형으로 나누어진다. 즉 일본 의료보험협회(Japan Health Insurance Association, JHIA)로 대표되는 협회기반 의료보험(Association-Managed Health Insurance, AMHI), 지역기반 의료보험(Society-Managed Health Insurance, SMHI), 상호금융회, 선원보험 등이다. 일본에는 단일 보험기금이 없으며, 약 3,000개 정도의 보험기관으로 나누어져 있다. 또한 보험료율은 각 보험제도마다 다르며, 이러한 분할은 시스템의 비효율성과 보험료의 불평등을 야기하는 요인이다. 보험제도 간에 재분배 시스템이 있지만, 주로 재정적으로 취약한 국가의료보험(NHI)을 위한 것이며, 보험재정의 지속가능성과 보험제도 간의 공정성은 빠르게 노령화되는 일본 사회에서 의료재원조달 시스템의 주요 도전 과제이다.

가) 보건 관련 지출

OECD 데이터베이스(2023)에 따르면, 총 보건지출은 2000년 GDP 대비 7.0%에서 2022년에는 11.5%로 증가했다. 보건지출 중 공적 분야인 정부재정과 강제사회보험의 비중은 85.5%(2023년)이며 사적 분야, 즉 자발적 민간보험과 직접부담의 비중이 14.5%를 차지하고 있다. 총 보건지출 공적지출의 비중은 2000년 이후 점진적으로 증가세를 보이고 있다. 이에 따라 개인 부담금(OOP, 자발적 보험과 직접부담의 합계)의 비율은 점차적으로 낮아졌는데, 그중에서도 직접부담이 크게 감소하였다. 가계 직접부담의 비중은 2000년 총 보건지출의 15.9%에서 2021년 11.1%로 낮아졌다. 그러나 절대적 보건지출의 증가로 인해 부담수준은 GDP 대비 1.1%(2000년)에서 1.3%(2021년)로 높아졌다.

〈표 IV-5〉 일본의 보건 관련 지출(2000~2022년)

(단위: GDP 대비 %, %)

구분	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
총 지출 (구성비)	7.0 (100.0)	7.7 (100.0)	9.1 (100.0)	10.8 (100.0)	11.0 (100.0)	11.3 (100.0)	11.5 (100.0)
정부/강제보험	5.7 (80.4)	6.2 (81.2)	7.4 (81.9)	9.0 (84.1)	9.3 (84.9)	9.7 (85.7)	9.8 (85.5)
자발적 보험	0.3 (3.7)	0.2 (3.2)	0.3 (3.5)	0.3 (3.0)	0.4 (3.2)	0.4 (3.2)	n.a
가계직접부담	1.1 (15.9)	1.2 (15.7)	1.3 (14.6)	1.4 (12.9)	1.3 (11.9)	1.3 (11.1)	n.a

주: () 안은 구성비(%)

자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

일본은 역사적으로 다른 OECD 회원국에 비해 낮은 의료지출로 높은 품질의 의료를 달성한 것으로 알려져 왔다. 더 광범위한 데이터와 국제적으로 비교 가능한 총 보건지출(THE)을 포함한 OECD 의료회계(System of Health Accounts) 시스템에 따르면, 일본의 의료 투자 GDP 비율은 OECD 회원국 중 세 번째로 높아진다. 이에 따라 후생노동성(MHLW)에서 발표한 의료보험(장기 요양보험 제외)만을 포함하는 국가 보건지출(National Health Care Expenditure, NHCE)에 대한 공식통계는 오해를 낳을 수 있다.

〈표 IV-6〉은 2014년 연령별 의료 관련 서비스별 지출을 보여준다. 이 데이터는 후생노동성에 의해 추정된 좁게 정의된 NHCE를 반영하고 있으며, 보다 넓은 범위로 정의된 총 보건지출(Total Health Expenditure, THE)을 반영하지는 않는다. 연령이 높아질수록 의료 관련 지출이 급격히 증가한다. 65세 이상 연령대에서 가장 높은 의료비가 관찰되었으며(1,564억달러, 총비용의 60.4%), 14세 이하 연령대에서는 가장 낮은 비용이 관찰되었다(154억달러, 총비용의 5.95%). 이러한 경향은 입원 및 외래 의료비에도 동일하게 나타난다. 65세 이상 연령대는 의료비의 67.0%와 53.3%를 차지하지만 인구비중은 26.0%에 불과하다.

〈표 IV-6〉 일본의 나이별 건강지출(2014년)

(단위: 십억달러, %)

	Health care expenditure		
	Total	Inpatient	Outpatient
All ages	2,258.9(100.0)	135.1(100.0)	123.8(100.0)
0~14 years	15.4(6.0)	5.7(4.2)	9.7(7.9)
15~44	30.3(11.7)	12.5(9.3)	17.8(14.4)
45~64	56.7(21.9)	26.4(19.6)	30.3(24.5)
65 years and over	156.4(60.4)	90.4(67.0)	66.0(53.3)

주: US\$ 1=¥113

자료: The APO(2018), p. 50

나) 수입원 및 재정 흐름

일본의 보건의료 시스템은 주로 세금 보조와 함께 보험료를 통해 자금을 조달한다. 중앙정부와 시정부(Municipality)는 각각의 인구에 대해 비례소득세와 보험료를 징수한다. National Health Care Expenditure(NHCE, 장기요양보험 제외)에 따르면, 보험료는 자금 기여의 48.7%를 차지하며, 다음으로 공적 보조금(38.8%)과 환자의 본인부담금(11.7%)이 중요한 자금원이다.

〈표 IV-7〉은 1985년부터 자금 조달 출처별 국가의료지출(NHCE)의 추이를 보여준다. 세금으로부터 조달된 국가의료지출(NHCE)의 총비율은 1995년의 31.7%에서 2014년에는 38.8%로 증가했다. 중앙정부가 조달한 비율은 약 25% 정도로 안정적인 수준을 유지하였으나, 절대적인 가치는 1985년의 390억 달러에서 2014년에는 966억달러로 큰 재정부담을 야기하였다. 그러나 보험료 기여는 이 기간 동안 급격히 감소하여, 1995년의 56.4%에서 2014년에는 48.7%로 감소했다. 개인 부담금 비율은 이 기간 동안 변동성을 보였는데 2005년 14.4%로 최고점을 찍은 후 점차 감소하여, 2014년에는 11.7%에 이르렀다.

〈표 IV-7〉 일본 국민의료지출의 재원조달 추이

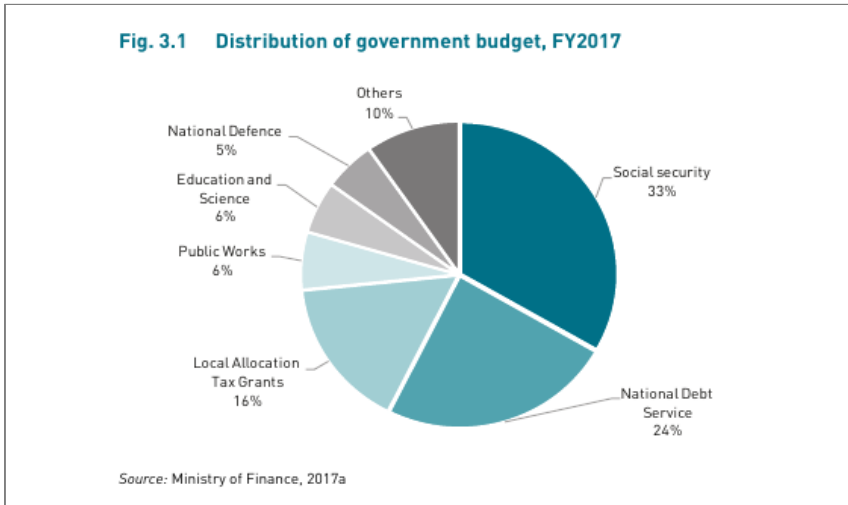
(단위: %)

	1985	1995	2000	2005	2011	2014
Total health expenditure	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Tax						
Central government	26.6	24.2	24.7	25.2	25.9	25.8
Local government	6.8	7.5	8.5	11.4	12.2	13.0
Total	33.4	31.7	33.2	36.6	38.1	38.8
Insurance premiums						
Employees'	23.4	24.5	22.7	20.3	20.1	20.4
NHI(self-employed and others)	30.9	31.9	30.7	28.7	28.3	28.3
Total	54.3	56.4	53.4	49.0	48.5	48.7
OOP payments	12.0	11.8	13.4	14.4	12.7	11.7

자료: The APO(2018), p. 52

[그림 IV-3]은 2017년 정부 예산의 부문별 구성을 보여준다. 일본 정부의 2017 회계연도 예산은 96.7조엔(8,530억달러)이었으며, 이 중 사회보장(의료, 연금, 장기요양, 복지)이 약 3분의 1인 약 32.5조엔(2,870억달러)을 차지하고 있다.

[그림 IV-3] 일본 정부 예산 부문별 분배



자료: The APO(2018), p. 53, Figure 3. 1

요약하면 건강보험의 재원조달은 각 제도별로 차이가 존재한다. 먼저 국가의료보험(NHI)은 근로자의료보험 가입자가 아닌 모든 75세 이하 거주자를 대상으로 하고 있다. 근로자 의료보험은 근로자와 그 부양가족을 대상으로 하는데 직역기반 SMHI(Society-managed health insurance)와 5인 이상 사업장 근로자를 대상으로 한 AMSI(Association-managed health insurance)로 나누어진다. 그 외 75세 이상 고령자와 장애인(65~75세)을 대상으로 하는 프로그램이 존재한다.

보험료율은 근로자의료보험의 경우 지방에 따라 요율이 다르게 적용되는데 평균적으로 5%(AMSI, 2017), 4.06%(SMHI, 2016) 수준이다. 고용주도 유사하게 부담하는데 각각 5%(AMSI, 2017), 4.89%(SMHI, 2016)이다. 직역기반 의료보험인 SMHI의 고용주 부담률이 피보험자보다 높게 나타난다. 재원조달에 있어 정부의 역할은 의료보험 유형에 따라 달라지는데 국가의료보험의 경우 총지출의 50%, 근로자의료보험의 경우 급여비의 16.4%와 공단운영비 전부 또는 일부, 고령자 프로그램은 의료비의 49%를 부담한다. 정부의 부담은 중앙정부와 지방정부가 분담하게 된다. 국가의료보험의 경우 50%의 부담분 중 중앙정부가 41%, 지방정부(도도부현)가 9%를 담당한다. 근로자의료보험의 경우 급여비의 16.4%를 담당하면서, 운영비는 AMSI의 경우 전부를, SMHI의 경우 일부를 국가에서 부담한다. 고령프로그램의 경우 정부 부담분인 의료비의 49% 중 중앙정부 33%, 지방정부 8%, 시정부 8%로 분담하고 있다. 고령자 프로그램에 대한 지방정부 및 시정부의 부담이 상대적으로 높게 나타난다.

〈표 IV-8〉 일본의 의료보장 제도별 대상과 요율

제도	포괄대상	요율(2018)
국가의료 보험 (NHI) (사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> 75세 이하 일본 거주자로 근로자의료보험 미가입자 특수 국가의료보험(지역)은 특정 직업 군을 담당 	<ul style="list-style-type: none"> 피보험자: 평균 기여액 86,286엔(개인) 또는 140,171엔(가구)(2016 기준) 자영자: 평균 기여액 86,286엔(개인), 140,171엔(가구)(2016) <ul style="list-style-type: none"> - 최대기여액은 연 770,000엔(가구) 고용주: 없음 정부: 의료비 지출의 50% (중앙정부 41%, 지방정부 9%)

〈표 IV-8〉의 계속

제도	포괄대상	요율(2018)
근로자 의료보험 (사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> • Society-managed health insurance (SMHI): 직역기반 의료보험(Occupational health insurance society) 대상자 • Association-managed health insurance (AMHI): SMHI 대상자가 아닌 5인 이상 고용한 회사 근로자, 5인 미만 민간 사업장 근로자와 농림어업 근로자는 자발적 가입가능, 선원, 사립학교 근로자, 중앙 및 지방공무원은 특별 시스템 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 지방정부에 따라 차등(AMHI: 평균 5%(2017), SMHI: 평균 4.06%(2016)) - 보험료부과 월 최저소득: 58천엔, 월 최고소득: 139만엔 • 자영자: 해당 없음 • 고용주: 지방정부에 따라 차등(AMHI: 평균 5%(2017), SMHI: 평균 4.89%(2016)) - 보험료부과 월 최저소득: 58천엔, 월 최고소득: 139만엔 • 정부: 급여비의 16.4%, 고령자 의료비의 16.4%, AMSI 운영비 전부 및 SMHI 운영비의 일부
고령자 건강 및 의료프로 그램 (사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> • 75세 이상자, 65~75세의 장애인 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 평균 기여액 70,283엔 • 자영자: 보험자에 따라 차등(피보험자당 평균 70,283엔) • 고용주: 없음 • 정부: 의료비의 49%(중앙정부 33%, 지방정부 8%, 시정부 8%)

자료: ISSA 홈페이지, "Country profiles, Japan," <https://ww1.issa.int/node/195543?country=886>, 검색일자: 2023. 9. 6.

나. 독일²⁴⁾

독일의 의료보험은 법정 사회보험(Statutory Health Insurance, SHI)의 전형으로 기능하지만, 특정 소득 이상 임금소득자는 의무가입 대상이 아니며 공공부문 종사자, 자영업자 등에 대해서는 일정 조건을 만족하는 민간의료보험(Substitutive Private Health Insurance, SPHI)을 이용하도록 하는 구조이다. 2021년 기준 인구의 89%는 법정의료보험(SHI)을 11%는 민간의료보험(SPHI)에 가입되어 있다. 법정사회보험(SHI)은 103개 보험자, 즉 의료보험기금으로 구성되며 민간의료보험도 41개에 이른다. 그중에서 가장 큰 3개의 의료보험기금이 독일 인구의 3분의 1 이상을 포괄하고 있다.²⁵⁾ 의료서비스의

24) The EO, *Germany Health System Review, Health Systems in Transition*, vol. 22 no. 6, 2020b 내용 요약을 바탕으로 ISSA 홈페이지, "Excellence in Social Security," <https://ww1.issa.int/node/195543?country=860>, 검색일자: 2023. 9. 6. 정보를 업데이트하였다.

25) OECD, *State of Health in the EU, Germany, Country Health Profile 2021*, 2021.

제공은 다양한 사회보험기금들과 계약한 의사, 병원, 약사들을 통해 제공하고 있다.

피보험자들의 자기부담금은 처방 의약품의 경우 10%, 연간 28일까지 입원 시 입원일당 10유로, 마사지, 언어치료 등 비용의 10%, 재택돌봄(in-home care)은 연간 28일까지 비용의 10%와 처방 건당 10유로이다.

독일의 보건체계 의사결정시스템은 매우 복잡하다. 연방정부는 법적 틀만 제시하고 자세한 규제사항들은 연방공동위원회(Federal Joint Committee)가 독일 내 자치 최고 의사결정기구로서 제정한다. 동 위원회는 의료보험기금협회, 의사, 치과 의사, 병원의 대표들과 3명의 독립적 멤버로 구성된다. 환자 대표자들은 의사결정권 없이 동 위원회에 참여한다. 동 위원회는 법정 의료보험(SHI) 급여, 보상시스템, 품질보증 등에 관한 모든 결정을 내린다. 우리나라의 건강보험정책심의회와 유사한 기능을 수행하고 있다. 주정부는 지역 수준에서 자치기구들을 감독하며 병원계획, 투자, 의료 교육 등을 담당한다. 동시에 공공보건서비스와 공공보건사무실 운영을 책임진다.

1) 조직구성과 거버넌스

독일은 사회보험과 건강보험의 국가적인 체계를 처음으로 도입한 국가이다. 의무적 건강보험은 1883년 오토 폰 비스마르크 총리의 임기 동안 도입되었으며, 이후 직업상 사고와 질병(1884년), 노령 및 장애(1889년), 실업(1927년) 및 장기요양(1994년) 분야로 확대되었다.

보건시스템은 연방과 주 단위로 나뉘어져 있으며, 연방 단계는 전반적인 법적 틀을, 주정부는 병원과 공중 보건서비스를 책임진다. 그러나 사회보험 체계 내에서 대부분의 의사 결정 권한은 공·사적 기구에 위임된다. 이러한 공·사적 기구는 “합법적인 시민 사회 기관”이며, 예를 들어 질병보험단체와 제공자단체 등이 포함되어 있으며, 그들은 연방 공동위원회(Federal Joint Committee)에서 세부 규정을 설정하기 위해 모인다.

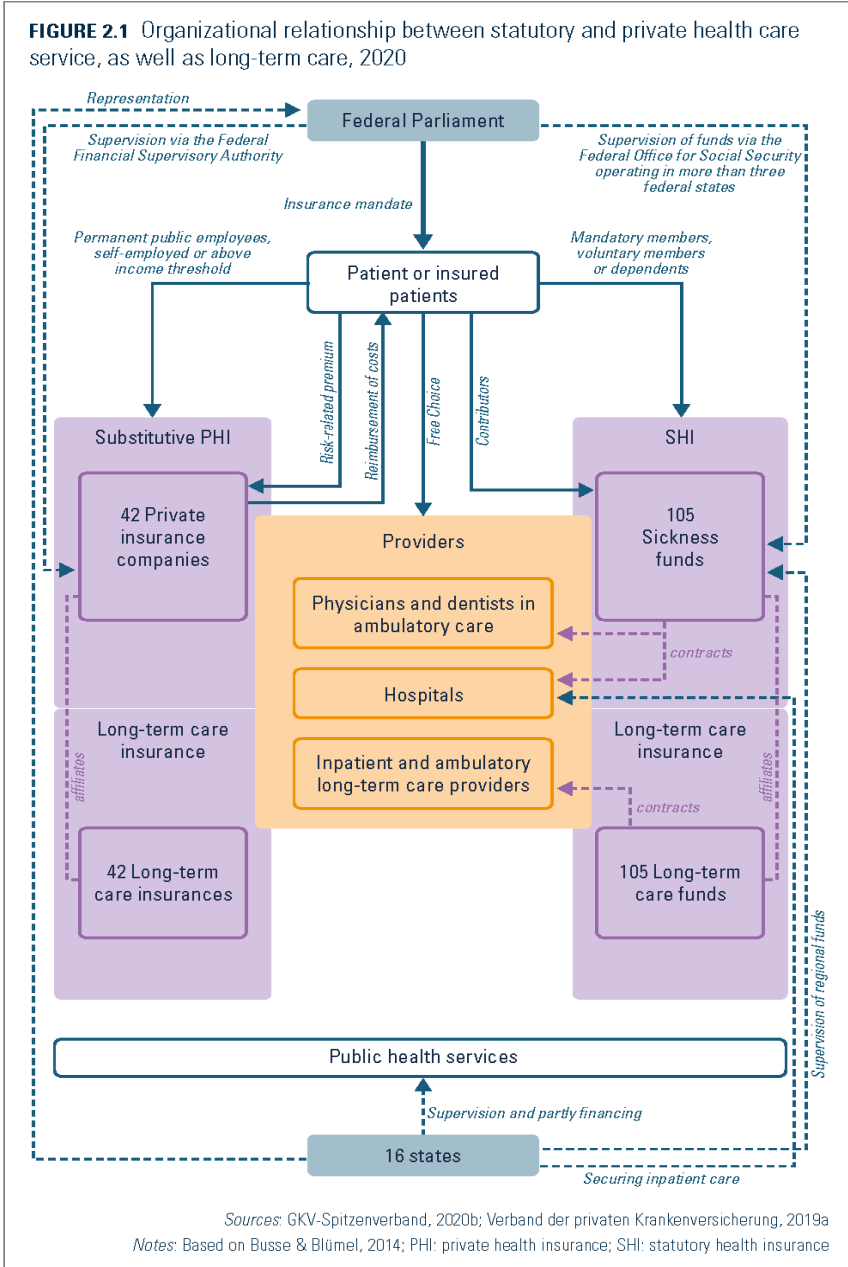
독일은 유럽에서 유일하게 법정의료보험(SHI)과 대체적 민간의료보험(substitutive PHI)이 공존하는 나라이다. 이 두 제도는 공중보건, 외래 및 입

원 치료, 그리고 장기 간호 등 조직, 규제 및 재정적인 측면에서 크게 분리되어 있다.

건강보험은 모든 시민과 영주권자에게 의무적으로 적용되며, 법정의료보험(SHI)이 건강관리의 주요 원천이다. 법정의료보험(SHI) 제도는 2018년에 인구의 87.7%에 해당하는 7,280만명을 보장했다. 일정한 소득 기준을 초과하는 금액(2020년 기준으로 62,550유로)의 종업원 및 일부 직업군(자영업자 또는 공무원 등)은 민간의료보험(PHI)에 가입할 수 있다. 따라서 870만명(인구의 10.5%)이 민간의료보험(PHI)으로 보장을 받았다. 독일 건강관리시스템의 또 다른 독특한 특징은 대부분의 병의원이 두 가지 보험체계에 속하는 환자를 모두 대상으로 서비스를 제공한다는 것이다. 2018년 기준 대체 개인의료보험에 가입한 환자만 이용할 수 있는 소수의 예외는 전체 병원 중 1% 미만이었다.

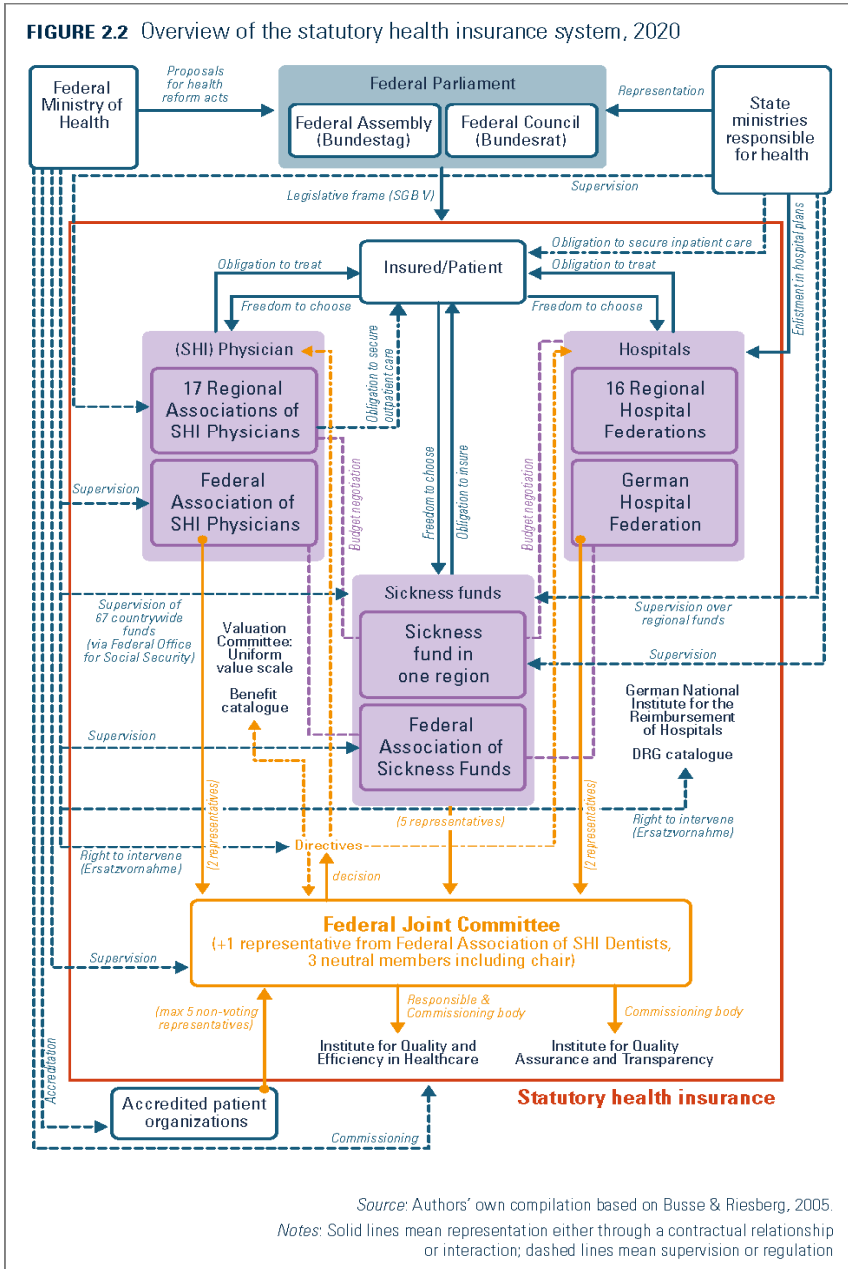
보험자들(의료보험기금협회)과 의료서비스 제공자들(법정의료보험 의사 혹은 치과 의사협회 및 병원)은 급여, 가격 및 기준을 정의하는 의무와 권리를 가지고 있다. 보험자들과 의료서비스 제공자를 대표하는 주체들은 수평적인 계약을 협상하고 자신의 회원들을 관리한다.

[그림 IV-4] 독일의 법정-민간 의료서비스 관계(2020년)



자료: The EO(2020b), p. 20, Figure 2, 1

[그림 IV-5] 독일의 법정의료보험 시스템 개요(2020년)



자료: The EO(2020b), p. 21, Figure 2, 2

관련 행정기구와 기능은 다음과 같다. 연방보건부(Federal Ministry of Health)는 건강보험의 일반적 감독 기능을 수행하고 연방보험협회(Federal Insurance Institute)는 연방의료보험기구들과 그들에 속한 장기요양기금(Long-term care funds)들을 감독한다. 각 주별 단계에서 감독 기능은 지정된 주별 기구에 의해 이루어진다. 법률에 의해 자체적으로 운용되는 조직인 의료보험기금(Sickness funds)들은 기여금과 급여를 관리한다. 개별 의료보험기금들은 의료보험기금연합을 통해 연방 차원에서 대표된다.

일반적으로 고용주와 피보험자들의 대표자로 구성되는 운영위원회(administrative council)에 의해 선출되는 이사회(Board of directors)는 매일의 기금 관리를 담당한다. 의료보험기금연합(The sickness fund federations)과 의사협회는 매년 계약된 의료서비스에 대한 지불수준에 동의해야 한다. 의료보험기금연합은 의사협회에 비용을 지불하고 의사협회는 계약된 개별의 사들에게 지불하게 된다.

가) 중앙집권과 지방분권

독일의 분권화된 건강관리시스템에서 가장 두드러진 측면은 법정의료보험제도(SHI)가 정부 권력을 조합기관들에 위임하는 것이다. 대부분의 법적 권리와 책임은 지급자와 제공자의 조합협회에 자치 형태로 위임되어 있으며, 연방 수준의 기관(예: 연방보건부)은 법적 틀을 설정하고 주요 기관(예: 연방공동위원회(Federal Joint Committee) 및 연방보험 의사협회)들을 감독하는 책임을 지고 있다. 규제 권한을 조합기관에 위임하고 자치체제를 도입한 것은 오랜 역사적 과정의 결과이다. 그러나 자치에 대한 의존은 연방보건부가 최근에 보다 직접적인 규제 역할을 수행함으로써 지속적으로 정치적 논쟁의 중심에 있다.

민영화는 독일의 건강관리 시스템의 또 다른 중요한 특징이지만, 철저하게 규제된 시장 내에서 이루어진다. 실제로, 일부 건강관리 부문은 완전히 민간제공자에게 기반을 두고 있다. 예를 들어, 의사와 치과 의사에 의한 외래 기본 및 전문 의료, 그리고 약국 등이 이에 해당한다. 다른 부문에서는 민간 비영리 및 민간 영리 제공자가 공공서비스 제공자와 공존한다. 예를 들어,

장기요양 부문이나 병원 부문에서는 민영화로의 추세가 증가하고 있다.

나) 정책설계와 계획

독일 헌법은 전국적으로 동등한 생활 조건과 각 개인에 대한 평등한 대우를 규정하고 있다. 하지만 건강 증진과 보호에 대해 독일 헌법은 명시적 목표를 언급하고 있지는 않다.

계획에 대한 책임은 연방정부, 주정부 및 공동체 수준의 다양한 기관들로 나누어져 있다. 장기적인 전략적 개발의 부재로 인해 보건시스템의 전반적인 정책 발전을 조정하기 위한 국가적 계획은 존재하지 않는다. 하지만 다양한 이니셔티브들은 다원적인 시스템하에서 사회적 합의를 형성하려는 목표를 가지고 있다. 그중에서도 예방 분야가 가장 진전된 분야이다.

건강목표포럼(gesundheitsziele.de)은 연방정부와 주정부, 그리고 140개 이상의 기관이 참여하는 공동 조정 이니셔티브로서 국가적인 건강목표에 대한 합의를 이루는 것을 목적으로 한다. 이러한 목표는 2015년에 핵심 법정건강보험(SHI) 법률에 통합되었다. 구체적으로 ① 2형 당뇨병의 위험을 낮추고 조기 발견과 치료 개선하기 ② 유방암 환자의 사망률을 감소시키고 삶의 질 높이기 ③ 담배 소비 줄이기 ④ 건강하게 자라기: 아동과 청소년의 건강 문해력, 신체 운동 및 다이어트 증진 ⑤ 대중의 건강 증진과 환자의 자기 결정력 강화 ⑥ 우울증의 예방, 조기 발견 및 치료 ⑦ 건강한 노화, 그리고 ⑧ 알코올 소비 감소이다. 출생 시 건강상태에 대한 목표는 2017년에 추가되었다.

다) 건강정보 관리

독일 보건 관리체계에서는 건강 서비스 관련 데이터가 다양하게 수집된다. 연방 보건보고서(Gesundheitsberichterstattung des Bundes-GBE Bund)는 국민의 건강 상태, 건강 결정요소, 예방, 건강 관리서비스 및 건강지출에 대한 데이터를 제공한다. 이 데이터는 연방 통계청과 로베르트 코흐 연구소가 공동으로 운영하지만, 부분적으로 다양한 보건 관리체계 이해 관계자 및 국제조사(EU-SILC, ECHI 또는 OECD 및 WHO와 같은 국제 기구의 데이터)

에서 파생된다. 연방 보건보고서의 결과는 온라인 및 여러 출판물을 통해 제공된다.

독일 연방통계청은 국민의 건강 상태와 사망률, 건강 전문가 및 보건지출에 대한 자유로운 이용이 가능한 집계 통계를 편성한다. 또한 입원치료 통계(예: 일반 공급자 정보, 퇴원 시점에서의 입원 진단 통계 및 DRG(Diagnosis-Related Group)도 제공한다. 또 다른 중요한 정보 출처는 연방통계청(또는 주 통계청)에서 진행하는 전국 조사로서 사회 경제적 지위, 건강 상태, 보험 상태 및 금융 보호에 관한 데이터를 수집한다. 가장 중요한 조사는 연간 실시되는 마이크로 인구 조사와 5년마다 실시되는 가계예산조사이다.

로베르트 코흐 연구소는 각 주에서 인구기반 암 등록부 및 감염성 질병에 대한 역학적 데이터를 편성한다. 이러한 질병의 발생 및 유병률에 대한 데이터는 온라인이나 다양한 출판물을 통해 공개된다.

다른 질병 관련 데이터는 로베르트 코흐 연구소의 건강 모니터링 조사에서 추출되며, 이는 독일 인구를 대표하는 조사(예: KiGGS, DEGS, GEDA)이다.

기업단체 수준에서는 의료보험 및 장기간 돌봄 기금과 같은 사회보장 체계의 지불기관이 피보험자 인구를 대상으로 주민등록번호 및 개인정보와 같은 마스터 데이터 및 서비스 관련 데이터를 편성하고 저장한다. 이 정보는 입원, 외래 의료 제공, 처방약 및 입원 재화에 관한 통계를 포함한 청구 데이터의 중요한 부분이다.

데이터의 다양성으로 인해 보건시스템 성과의 포괄적 평가가 어려워지고, 복수의 방향성과 공존하는 프로그램의 성과를 모니터링하기 위한 체계적인 평가, 포괄적인 참여 또는 전반적인 목표의 구체화가 부족하다는 단점이 있다.

라) 규제

독일의 건강 보건시스템은 책임의 분할로 인해 복잡하고 분절된 특징을 가지고 있다. 시스템의 다양한 측면에 대한 규제 수월성은 연방정부, 주정부 및 공동체(조합) 수준의 다양한 기관과 이해 관계자들 사이의 권한 분리에 의존한다. 기본적인 정의와 원칙은 일반적으로 연방법으로 설정되지만, 많은 세부 사항은 공동체(조합) 수준과 연방 공동위원회(Federal Joint Committee,

FJC)에 위임되어 있다.

연방 수준에서는 각각의 사회보험 체계에서의 급여들과 이러한 급여들의 제공 및 재원조달을 위한 통일된 규칙을 다룬다. 독일 사회보험의 기반이 되는 것은 사회법(Social Code Book, SGB)이다. 보건 관련 사회 서비스는 사회법(SGB)의 여러 부분에 의해 규제되지만, 그중에서도 가장 중요한 것은 법정의료보험(SHI)의 규제 구조를 규정한 부분(SGB V)이다. 연방 보건부는 연방 법정의료보험(SHI) 의사협회, 연방 의료보험기금협회, 그리고 연방공동 위원회(FJC)와 그 결정에 대한 감독 책임을 갖고 있다.

주정부는 주정부 차원의 병원 관련 계획에 따른 자본투자에 책임을 지고 있다. 이러한 투자는 병원 소유와는 독립적으로 이루어지며 각 주정부의 우선순위에 따라 이루어진다. 주정부는 대규모 의료기술과 건물 건설과 같은 주요 투자뿐만 아니라 건물 유지 보수와 수리에 대한 재정적 책임도 갖고 있다. 두 번째 주요 책임은 공공보건서비스의 제공이다. 일부 주는 이러한 서비스를 직접 운영하지만, 대부분의 주에서는 지방자치단체로 권한을 이전하고 있다. 공공보건서비스에는 의료기관 근로자에 대한 감독, 감염병 예방 및 감시, 음식물, 의약품 또는 약물과 관련된 상업 활동 감시, 일부 환경 위생 측면 감시, 지역사회 기반의 정신 건강 서비스 제공, 건강 교육과 증진 활동, 학교 아동의 의료 검진을 포함하고 있다. 주정부는 (공공적인) 보건 활동을 고위 주정부 보건 관리자들의 워킹그룹과 보건 장관회의를 통해 조정한다. 그러나 이러한 기관들은 규정을 제정할 권한은 없다. 또한 주정부는 의과대학, 치과 및 약학 교육을 책임지고, 지역 의사협회, 지역 법정의료보험 의사협회, 주 내에서 운영되는 의료보험기금들의 감독을 담당한다.

그 외 법정의료보험(SHI) 체계 내 비영리조합 조직체는 의무 가입과 내부적으로 민주적인 합법성을 기반으로 한다. 이들은 회원들의 재정지원으로 운영된다. 법정의료보험(SHI)에서의 결정 대부분은 조합 조직체와 연방 및 주정부 수준의 지불자와 공급자들의 조직체들과의 수평적인 협상의 형태로 이루어진다.

2) 보건분야 재정 상황

2018년 독일은 보건분야에 3,906억유로를 지출하였는데 이는 GDP의 11.7%에 해당한다. 2018년의 1인당 보건지출은 6,098달러(PPP 기준)이다. 독일은 보건지출이 가장 높은 유럽 국가 중 하나로, 현재 건강지출의 73.5%는 공적 부문에서 지불되며, 자발적 보험 및 개인 부담은 26.5%를 차지한다. 그중 개인 즉 가계의 부담비중은 13.6%에 달한다. 보건지출의 4분의 1 이상이 입원부문(27.9%)에 사용되었으며, 그다음으로 외래의료부문(26.1%), 장기간 돌봄(14.8%) 및 의약품(13.7%)이 뒤따르고 있다.

독일에서는 의료보험이 의무적으로 요구된다. 이는 법정의료보험(SHI) 체계 또는 민간의료보험(PHI)을 통해 제공된다. 대부분의 근로자는 법정의료보험(SHI)에 가입되어 있지만, 일정 수준의 소득을 초과하는 사람들이나 특정 직업군에 속하는 사람들(자영업자나 공무원 등)은 민간의료보험(PHI)에 가입할 수 있다. 약 87%의 인구가 법정의료보험(SHI)에 가입되어 있으며, 약 11%는 대체 민간의료보험(PHI) 보상을 받고 있다. 다른 2%(예: 군인)는 특별 프로그램으로 보호받고 있다. 약 61,000명이 의료보험 없이 건강 보호를 받고 있다.

독일에서는 105개의 의료보험기금으로 구성된 법정의료보험(SHI)에 대한 기여가 건강관리의 주요 자금 조달체계를 형성한다. 의료보험기금은 기여금을 징수하여 자금을 모으고 재배분하는 중앙 풀(Gesundheitsfonds)로 이체하는 책임이 있다. 이러한 수입은 위험조정 메커니즘을 거쳐 재배분된다. 일반적으로 법정의료보험(SHI) 기여율은 총소득의 14.6%이며, 추가적으로 의료보험기금은 부가기여금을 부과할 수 있으며, 평균적으로 1% 수준이다. 두 기여금은 고용주와 근로자가 동등하게 부담하며, 소득이 없는 배우자 및 자녀는 무료로 보험에 가입된다. 법정의료보험(SHI)과 달리 민간의료보험(PHI) 보험료는 소득이 아닌 나이와 건강 위험도에 따라 결정된다.

가) 보건 관련 지출

독일은 건강관리에 상당한 자금을 투자하고 있다. OECD 통계자료에 따

르면 2022년 총 보건지출은 GDP의 12.7%에 이른다. 이러한 지출수준은 코로나19의 영향을 크게 받았던 2021년 12.9%에 비해 소폭 낮아진 수준이지만 2010년대 11% 수준보다는 상당히 높은 수준이다.

과거 독일은 GDP 대비 보건지출 비율에서 꾸준한 성장을 보였으며, 2003년에는 10.4% 수준에 이르렀다. 2004년에는 대규모 개혁이 이루어진 해로서 보건지출은 0.3%p 감소(10.4% → 10.1%)하였으며, 2008년까지는 10% 초반 수준을 일정하게 유지하였다. 2009년에는 건강지출이 11.2%로 상승하였는데 이는 재정위기로 인한 GDP의 감소에 주로 기인한다. 그 이후 경제회복 과정에서 2010년과 2011년에 GDP 대비 비율이 소폭 감소한 후 다시 증가하고 있다.

〈표 IV-9〉 독일의 보건 관련 지출(2000~2022년)

(단위: GDP 대비 %, %)

구분	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
총 지출 (구성비)	9.9 (100.0)	10.3 (100.0)	11.1 (100.0)	11.2 (100.0)	12.7 (100.0)	12.9 (100.0)	12.7 (100.0)
정부/강제보험	7.7 (78.1)	7.8 (75.3)	9.2 (83.2)	9.4 (84.2)	10.8 (85.1)	11.1 (85.4)	10.9 (86.5)
자발적 보험	1.0 (9.7)	1.1 (10.7)	0.3 (3.0)	0.3 (2.9)	0.3 (2.6)	0.3 (2.5)	0.3 (2.5)
가계직접부담	1.2 (12.2)	1.4 (14.0)	1.5 (13.8)	1.4 (13.0)	1.6 (12.3)	1.6 (12.0)	1.4 (11.0)

주: () 안은 구성비(%)

자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

보건지출의 구성을 살펴보면 정부 및 강제보험의 지출비중은 80% 이상으로 절대적인 역할을 수행하고 있다. 동 부문의 역할은 2000년대 지속적으로 증가하고 있는데 2000년 78.1%에서 2022년에는 86.5%로 꾸준히 증가하였다. 이에 따라 가계의 부담비중(자발적 보험과 직접부담의 합계)은 감소하였는데 주로 자발적 보험부담이 감소하였다. 가계부담의 총 보건지출 비중은 2000년 21.9%에서 2022년 13.5%로 낮아졌다. GDP 대비 비중 역시 2.2%에서 1.7%로 낮아져 가계 부담은 하락하였다. 그중에서 자발적 보험이 크게 감소하였는데 GDP 대비 1.0%(2000년)에서 0.3%(2022년)로 하락하면서 그 비중도 9.7%(2000년)에서 2.5%(2022년)로 크게 낮아졌다. 가계 직접부담은 GDP

대비 1.2%(2000년)에서 1.4%(2022년)로 소폭 증가하였으나 비중은 소폭 감소(12.2% → 11.0%)하였다.

독일 보건 의료지출의 상당 부분은 법정의료보험(SHI) 시스템에 기인할 수 있다. 실제로 법정의료보험(SHI)의 보건지출에 대한 기여는 2018년 전체의 57.9%였다. 사회보험의 다른 세 가지 제도는 보건지출에 13%를 기여한다. 여기에는 법정은퇴보험(1.2%로 주로 의료 재활), 업무상의 사고와 질병에 대한 법정산재보험(1.6%) 및 장기요양보험(10.2%)이 포함된다. 정부는 일반재정으로 2.6%를 추가적으로 기여한다. 정부는 총 보건지출에 포함되지는 않지만 총 보건지출의 1.6%에 달하는 금액을 투자목적으로 병원 재원조달에 사용한다.

〈표 IV-10〉 독일의 자금유형별 보건지출(2018년)

TABLE 3.2 Expenditure on health (as % of total current health expenditure) according to function and type of financing, 2018

	INPATIENT CARE	AMBULATORY CARE	LONG-TERM CARE	PHARMACEUTICALS	PUBLIC HEALTH	ADMINISTRATION	OTHER SERVICES	TOTAL
General government	0.5	0.3	1.0	0.1	0.5	0.1	0.1	2.6
Statutory health insurance	21.8	17.1	1.7	9.2	0.02	3.1	5.0	57.9
Statutory long-term care insurance	-	-	6.3	-	-	0.4	3.5	10.2
Statutory retirement insurance	1.0	0.1	-	0.002	-	0.1	0.002	1.2
Statutory accident insurance	0.3	0.3	0.1	0.1	-	0.6	0.2	1.6
Private health insurance ¹⁾	2.5	3.3	0.2	1.0	-	1.0	0.7	8.7
Employer ²⁾	1.3	1.8	0.3	0.6	-	-	0.3	4.3
Private household out-of-pocket	0.5	3.2	5.2	2.7	-	-	2.0	13.6
Total expenditure	27.9	26.1	14.8	13.7	0.5	5.3	11.8	100

주: 1) In this table the share under "private health insurance" includes the expenditures for the mandatory private substitutive/comprehensive health insurance, private complementary health insurance, mandatory private long-term care insurance, and supplement private long-term care insurance.

2) This category of employer expenditure (separate from the employer's contribution to SHI) is mainly due to expenses reimbursed by public employers for their civil servants and may explain discrepancies between German and international sources regarding the size of the private share of total health care expenditure.

자료: The EO(2020b), p. 75, Table 3. 2

분야별 보건지출을 살펴보면 4분의 1 이상(27.9%)이 입원 분야에 지출되며, 그다음으로 외래의료 분야(26.1%), 장기요양(14.8%) 및 약제(13.7%)에 이용된다. 최근 장기요양 관련 지출은 수요가 증가함에 따라 다른 분야의 지출보다 강력하게 증가했다. 특히 최근의 장기요양제도 개혁은 혜택 패키지와 자격 기준을 확대하여 향후 지출을 더욱 증가시킬 것으로 예상된다.

나) 수입원 및 재정 흐름

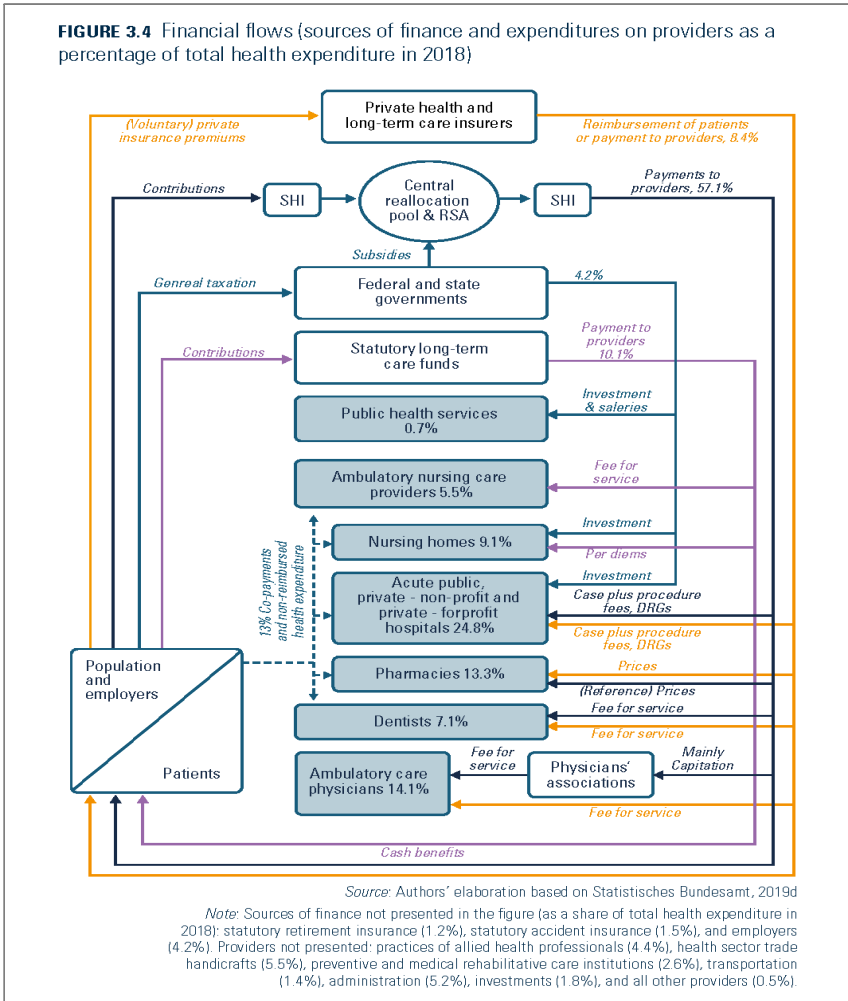
보건시스템에서 일반적인 세금수입은 다양한 목적으로 사용된다. 연방 및 주정부에서 세금기반 예산은 정부 제안에 따라 입법기구에 의해 결정된다. 게다가, 병원 재정법(Hospital Financing Act)에 따르면 투자비용은 공공, 비영리 민간 및 영리 민간병원의 소유자뿐만 아니라 주정부의 세금에서도 지불되어야 한다. 이는 동 투자가 주정부가 요구하는 병원 계획에 포함되어 있는 경우이다. 주정부는 병원에 대한 투자를 위해 조세기반 재원을 거둔다.

과거 10년 동안 보건지출 재원으로서의 세금의 역할은 감소하였으며, 1996년에는 총 보건지출의 10.8%에서 2018년에는 4.2%로 하락하였다. 특히 장기요양 지출에서 약 50%에 가까운 큰 감소가 관찰되었는데, 이는 법정 장기요양보험 도입에 따른 시(Municipality) 예산의 경감을 반영하고 있다. 투자에 대한 다른 지출도 감소하였다. 전반적으로, 일반정부와 법정 공적 부문은 보건지출의 73.5%를 차지하였다. 사적 자원은 총 보건지출의 26.5%를 차지하였으며, 이는 개인(가계)이 직접 지불하는 지출(13.6%)과 보완적 보험, 대체 의료보험, 민간 장기요양보험에 대한 지출을 포함한다.

여기에서 법정의료보험(SHI)에 대한 정부 보조금은 관련 재정 통계에서 정부부담으로 분류되지 않는다. 의료보험기금들은 연방정부로부터 가족정책과 관련된 급여에 대해 정액의 자금을 지원받는다. 여기에는 모성급여, 아이 돌봄을 위한 부모의 병가, 체외수정, 생식 목적의 난소절제술, 21세까지의 처방전이 필요한 피임 및 합법적인 중절수술 등이 포함된다. 연방정부는 동 보조금을 중앙의 의료보험기금 재배분 풀(Gesundheitsfonds)로 이체하게 된다. 2012년 기준 연방정부 보조금은 140억유로였다. 연방예산 통합을 위해 2013년에는 임시로 105억유로로 감소되었으며, 2015년에는 115억유로로 설

정되었다. 2016년에는 다시 140억유로로, 2017년부터는 매년 145억유로로 설정되었다. 비록 이 자금이 일반 세금에서 나오지만, 이러한 금액은 보건지출 통계에서는 ‘법정의료보험(SHI)’으로 분류된다. 다음 그림은 2018년 독일의 건강 관리시스템에서 인구, 구매자 및 의료 제공자 간의 주요 재정 흐름을 보여준다.

[그림 IV-6] 독일의 보건지출 자금 흐름



자료: The EO(2020b), p. 78, Figure 3. 4

요약하면 독일은 고소득자와 자영자, 공공부문 종사자에게는 일정 요건을 갖춘 민간의료보험을 구매하도록 하는 반면 일정 소득 이하 근로자와 배우자, 자녀 등은 법정의료보험(SHI)을 통해 의료서비스를 제공받게 된다. 즉 법정의료보험(SHI)은 고소득층을 제외한 대부분의 근로자들을 대상으로 하고 그 기준은 경제적 상황에 따라 조정된다. 2018년 기준소득은 연 59,400유로이다. 피보험자와 고용주는 의료보험료로 각각 보험료 부과소득의 7.3%(합계 14.6%)를 부담하는데 피보험자는 소득의 평균 1%(최고요율 1.7%)에 해당하는 추가부담금을 의료보험기금에 납부한다. 이러한 기여금부담은 임금소득뿐만 아니라 연금소득에도 동일하게 적용된다. 정부도 법정의료보험의 재정 일부를 담당하는데, 법정의료보험 기관들이 제공한 비보험급여에 대해 정액지원을 하고 있다.

장기요양보험의 경우 대부분의 주에서 근로자, 고용주 모두 대상소득의 1.275%(Saxony 주는 1.775%)를 기여금으로 부과하고 있다. 특이한 점은 자녀가 없는 피보험자로서 23세 이상인 경우에는 대상소득의 0.25%를 추가로 부과하고 있다. 이는 세대 간 부양이라는 제도 운영취지를 반영하고 있다고 할 수 있다. 근로소득자와 함께 연금소득자에게도 동일한 요율이 적용된다. 정부의 재정지원은 실업자, 농부연금수급자, 정부훈련 지원을 받는 학생 등에 대한 기여금 지원이다.

〈표 IV-11〉 독일의 의료보장 제도별 대상과 요율

제도	포괄대상	요율(2018)
법정 의료보험 (Statutory Health Insurance) (사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> 연소득 59,400유로 이하 임금근로자, 연금소득자, 학생, 실업급여 수급자, 견습생, 장애인 등 가족보험: 배우자, 파트너, 피보험자의 자녀 등은 일정 조건하에서 무료 가입 임의가입: 법정 의료보험 비대상자 자영자, 공공부문 종사자와 그 가족들은 민간보험 가입 	<ul style="list-style-type: none"> 피보험자: 대상소득의 7.3%, 연금의 7.3% 추가적으로 의료보험기금(Sickness Fund)에 대상소득(대상연금)의 최고 1.7%까지 기여(2018년 1월 기준 평균 1.0%) <ul style="list-style-type: none"> - 보험료부과 월 최고소득: 4,425유로 자영자: 해당 없음 고용주: 대상소득의 7.3%, 연금기금은 연금소득의 7.3% 기여 <ul style="list-style-type: none"> - 보험료부과 월 최고소득: 4,425유로 정부: 법정보험기관에서 제공하는 비보험급여 정액지급(145억유로, 2017)

〈표 IV-11〉의 계속

제도	포괄대상	요율(2018)
장기요양보험 (Long-term care benefits) (사회보험)	법정 장기요양보험 가입대상자	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 대부분의 주에서 대상소득의 1.275%(1.775% Saxony), 연금소득의 1.275%(1.775% Saxony), 자녀없는 23세 초과 피보험자는 0.25% 추가 기여 • 자영자: 해당 없음 • 고용주: 대부분의 주에서 대상소득의 1.275%(1.775% Saxony), 연금소득의 1.275%(1.775% Saxony) - 보험료부과 월 최고소득: 4,425유로 • 정부: 실업자, 연금수급농부, 정부지원금 받는 학생 등에 대한 기여금

자료: SSA(2018), pp. 132~141을 바탕으로 저자 정리

다) 법정의료보험(SHI)의 재원

법정의료보험(SHI)에 대한 연방정부 차원의 재원조달은 보건부, 국방부(Military health care), 내무부(Police officers and civil servants), 교육 및 연구 등의 예산으로 이루어진다. 주정부 차원에서는 보건부(병원의 자본지출, 공공보건서비스), 과학(대학병원에의 투자 및 의치과 훈련) 예산으로 이루어진다. 시정부 역시 중요한 재원조달 통로이다.

의료보험료는 2011년 이후 단일 기여율 14.6%로 연방법에 의해 규정되었다. 만약 지출이 중앙재분배 풀(Central reallocation pool)이 배정한 금액을 초과하게 되면 의료보험기금들은 피보험자들에게 부가기여금을 부과할 수 있다. 이러한 부가기여금 수입도 중앙재분배 풀의 귀속과 위험조정 배분시스템에 포함된다. 부가기여금 수준은 평균 1.08%(2018년)로서 0%(지역의료보험기금)~2.7%(기업의료보험기금)의 범위에 존재한다. 기본 기여율 14.6%와 부가기여율은 모두 근로자와 고용주가 절반씩 부담한다. 법정의료보험(SHI) 기여금은 소득수준에 따라 결정되며 건강위험은 고려되지 않는다. 소득이 없는 배우자와 자녀들은 추가적인 부담없이 보험 혜택을 받게 된다. 기여금 부과대상 소득은 고용소득, 연금 또는 실업급여이며 저축, 자본이득 또는 다른 형태의 비노동소득(earned income)에는 부과되지 않는다. 또한 기여금

부과대상 소득의 상한도 존재하는데 2020년 기준 56,250유로이다.

자영업 예술가, 언론인, 작가들을 위해서 연방정부는 보조금으로 의료보험을 부담한다. 학생의 경우 일반 기여율 14.6%의 70%, 즉 10.22%를 부담하는데 이때 소득기준은 학생에 대한 보조금의 최대 수준(752유로/월)이다. 은퇴자와 실업자의 경우, 법정은퇴보험과 연방고용청이 고용주의 재정부담 역할을 수행한다. 연금소득자의 경우 연금소득에서 기여금을 전액 부담하여야 한다.

의료보험기금은 징수한 보험료를 보통 당일에 중앙재분배 풀로 이전한다. 2009년 도입된 중앙재분배 풀은 법정의료보험(SHI) 기여금의 징수 및 배분 시스템을 근본적으로 재조정하였다. 연방사회보장청(Federal Office for Social Security)에 의해 관리되는 중앙재분배 풀은 기여금을 중앙으로 모으고 다시 질병률기반 위험조정 메커니즘(Morbidity based risk adjustment scheme)을 통해 재배분한다. 동 메커니즘은 성, 연령과 함께 질병률 등에 기반한다. 이러한 재배분시스템은 자원의 효율적 배분을 목표로 하고 있다. 각 의료보험기금은 피보험자당 정액재원을 배분받는데 이는 예상 1인당 평균 지출은 2019년 월 262유로이다. 여기에 피보험자 성 및 연령에 따른 추가배분 또는 감액이 이루어진다. 의료수요를 반영하기 위해 선행 질병요인을 반영한 질병률 기준 추가 배분액은 전체 배분액의 50%에 이른다. 질병률 기준에 포함되는 질병은 80개에 달한다.

각 의료보험기금은 중앙재분배 풀로부터 배분된 자금으로 피보험자와 그들의 피부양자의 모든 비용을 감당해야 할 책임이 있다. 만약 특정 연도의 지출이 배분된 자금수입을 초과하게 되면 개별 의료보험펀드는 멤버들에게 부가기여금을 부과하여야 한다.

1970년대 이래로 보건정책의 주된 정치적 목표는 안정적 기여율 유지를 위해 지출증가율을 기여금 수입증가율 내로 제한하는 것이었다. 그래서 1980년대 후반 부문별 예산 또는 지출상한제도가 법적으로 도입되었다. 이러한 제약은 의료수요기반이 아닌 과거 지출패턴에 의해 결정되는 한계가 있다. 성과 또는 수요(needs)기반 자원조달이 대두되었고 병원부문의서 포괄수가제(DRG) 도입, 외래부문의 질병률 기준방식 등이 그 사례다.

다. 프랑스²⁶⁾

프랑스의 보건시스템은 사회보험 형태인 의료보험(Social health insurance, SHI)을 주요 기반으로 하면서 주정부의 역할이 강한 전통을 갖고 있다. 지역보건청은 2009년 이후 지역 수준에서 의료서비스 제공을 관리하는 데 큰 역할을 하고 있으며, 중앙정부와 사회의료보험(SHI)은 보건시스템을 구성하고 이의 운용여건을 결정하는 데 강한 역할을 하고 있다. 지난 20년 동안 주정부는 국가 의료지출 목표를 정함으로써 사회의료보험(SHI)이 지불하는 의료비를 통제하는 데 점점 더 관여하고 있다.²⁷⁾ 이에 따라 사회의료보험(SHI)은 독일과 같은 제도 관리의무가 없으며 정부가 기여금 요율과 의료서비스의 가격 설정 등 재정 및 운용관리 책임을 지고 있다.

사회보험인 의료보험은 피고용자 또는 프랑스 내 3개월 이상 거주자에 대해 적용되고 있다. 그리고 학생, 견습생, 인턴, 특정 사회보장급여 수급자 그리고 망명요청자에게도 적용된다. 연금소득자는 프랑스 거주 여부와 관계없이 의료서비스만 보장받게 된다. 그 외 농업, 광업, 철도, 공공부문 근로자, 농업부문 자영자 등에 대해서 특별시스템이 적용된다. 거주기준에 따른 의료보험 가입과 다양한 강제제도로 인해 프랑스 사회의료보험(SHI)은 전체 인구를 포괄하고 있다. 그중에서 가장 큰 기금은 상업 및 산업 분야의 근로자와 그 가족을 대상으로 하는 일반사회보험(CNAMTS)으로 전체 인구의 92%를 포괄하고 있다.

피보험자들의 자기부담금은 의료서비스마다 정액 1유로를 연간 50유로까지 부담한다. 의약품의 경우 박스당 0.50유로를 부담하며, 이동교통비 2유로를 연간 50유로까지 부담한다. 정액 자기부담금을 공제한 이후, 의료보험기금으로부터 환급받는 금액은 의료서비스 유형에 따라 달라진다. 의료서비스의 경우 70~80%, 준의료서비스(Paramedical service)의 경우 60~80%, 의약품

26) The EO, *France Health System Review, Health Systems in Transition*, vol. 17 no. 3, 2015 내용 요약은 바탕으로 ISSA 홈페이지, "Excellence in Social Security," <https://ww1.issa.int/node/195543?country=854>, 검색일자: 2023. 9. 21. 정보를 업데이트하였다.

27) OECD, *State of Health in the EU, France, Country Health Profile 2021*, 2021.

15~100%, 실험실 서비스 60% 또는 100%, 안과 및 기기이용 60~100%, 입원비 80%(하루당 15유로 또는 20유로 자기부담 후) 등이다. 임금근로자는 고용주가 지원하는 부가적 민간의료보험(예: mutual benefit societies)에 가입해야만 한다. 이를 통해 정액부담금 또는 치료일 기준 부담금의 일부 또는 전부를 보장받을 수 있다.

1) 조직구성과 거버넌스

프랑스의 보건 의료시스템은 비스마르크형 사회보험 방식에서 출발하여, 보편성과 연대를 목표로 점차적으로 공공부문에 의해 공급되는 베버리지 스타일의 시스템으로 발전해 왔다. 이에 따라 조세를 통한 재원조달이 중요해지고 강한 국가 개입이 이루어지고 있다. 사회보험 체계는 현재 국민의 거의 100%를 포괄하고 있다.

의료서비스 제공은 민간 독립 의사, 공공병원, 비영리 사회적 목적 병원 및 영리사업 목적 병원들에 의해 이루어진다. 보건의료 부문과 사회 부문과 함께, 노인 및 장애인에게 치료와 케어서비스를 제공하는 건강 및 사회 관리부문인 '제3섹터'가 있다.

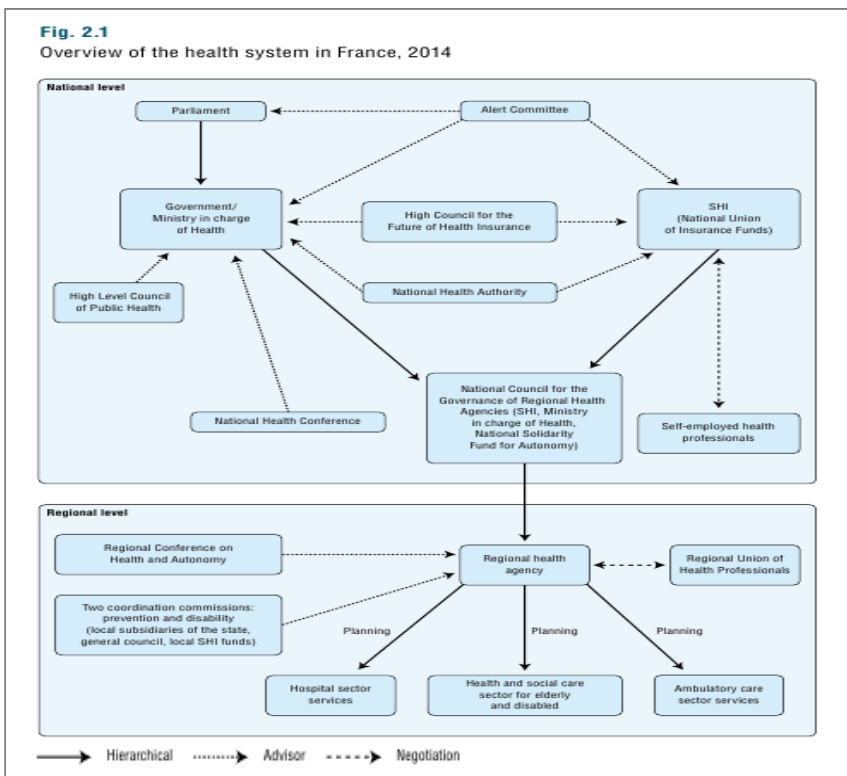
보건시스템의 규제와 보건정책에 대한 권한은 정부(의회 포함)와 사회의료보험(SHI), 그리고 낮은 수준의 권한을 갖는 지역 차원의 공동체(Communities) 등으로 나누어져 있다. 계획의 설립과 규제는 의료공급자들(병원, 의료전문가)의 대표자, 당국(보건 및 재정회계 당국), 그리고 보험자(SHI)와의 협상을 포함하고 있다. 이러한 협상의 결과는 행정명령 또는 의회를 통한 법률 제정 또는 협상 당사자들 간의 공동합의(Collective agreements) 등의 형태로 나타난다. 이러한 결과에는 공공보건법(Public Health Act), 사회보장재원조달법(Social Security Finance Act) 등이 포함된다. 의료지출의 증가와, 사회보험(SHI)의 적자 증가 등은 계획과 규제에서 국가의 역할을 증가시키고 있다.

의료공급자들은 사회의료보험(SHI, 전국의료보험연합)으로부터 의료비를 받는데, 환자 외래진료의 경우 의료공급자에게 지불하고 이후 사회의료보험에 환급을 요청할 수도 있다. 표준 치료비는 의료공급자와 사회의료보험(SHI)과의 협상에 의해 도출되고 의료당국에 의해 승인받는다. 치료의 품질은

국가 차원에서 규제되고 있다.

프랑스 보건시스템은 비스마르크식 구조에서 출발하였으나 보편성(Universality)과 연대성(Solidarity)을 추구함에 따라 점차 베버리지 구조로 전환되었다. 사회의료보험(SHI)은 거주자의 거의 100%를 포괄하고 있고 건강정책의 관할 및 보건시스템 규제는 국가, 사회의료보험, 다소 영향력이 낮은 지역사회 등으로 나누어 있다. 국가에는 의회와 정부가 포함되는데 정부는 구체적으로 의료당국이라 할 수 있다. 서비스의 제공은 민간, 독립 의사, 공공병원, 민간 비영리병원, 민간 영리병원 등을 통해 이루어진다. 의료서비스와 함께 사회적 돌봄의 결합분야인 제3섹터도 존재하는데 이는 노인 및 장애인에 대한 돌봄과 지원(supportive services)을 담당한다.

[그림 IV-7] 프랑스의 보건시스템 개요(2014년)



자료: The EO(2015), p. 21, Figure 2. 1

가) 조직구성

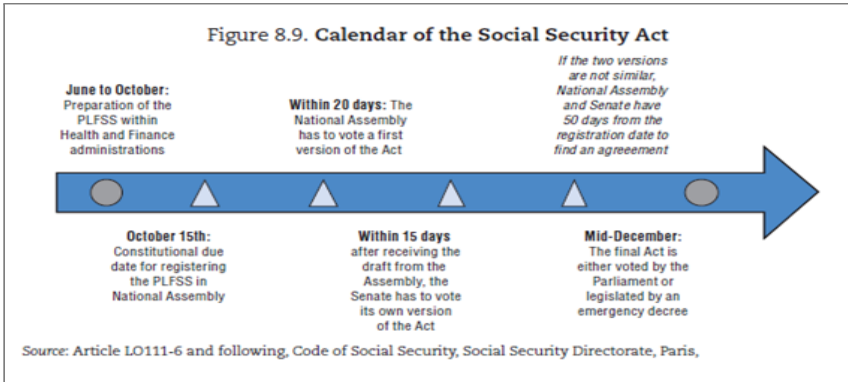
현재 보건시스템의 조직구성은 하나의 시스템(single block system)을 구현하기 위한 사회보장시스템의 원칙을 반영하고 있는데, 모든 가입자들에게 평등한 권리를 보장하고 있다. 이에 따라 프랑스 의료보험은 다른 비스마르크 방식의 사회보험제도들보다 평등하고 집중된 형태를 취하고 있다. 또 다른 차이는 프랑스 사회의료보험(SHI)은 독일의 경우와 달리 체제, 자금 등의 관리 책임이 없다. 국가가 사회보험의 운영 및 재무관리의 책임을 갖고 기여요율과 약제 및 의료서비스 가격을 관리한다. 최근에는 사회보험이 국가와 함께 관리책임을 공유하고 있다.

의회(Parliament)는 보건시스템과 자원 동원을 관할한다. 공공의료법을 개정함으로써 보건정책의 우선순위에 대한 통제권을 지닌다. 의회는 매년 사회보장재원조달법(Social Security Finance Act, SSFA)을 통과시킴으로써 자원을 통제한다. 동 법안은 정부에 의해 발의되는데, 다음의 4가지 보고서들을 바탕으로 하고 있다. ① 정부와 사회보장기구들을 모니터링하는 독립적 공공기구인 감사원(the Auditor's Office)의 보고서 ② 건강보험 미래에 관한 고등위원회(the High Council for the Future of Health Insurance, HCAAM) 보고서 ③ 공공보건에 관한 고등위원회(the High Council for Public Health, HCSP) 보고서 ④ 전국건강협의회의(the National Health Conference) 보고서이다.

사회보장재원조달법(SSFA)은 다음해 건강보험 지출의 상한(Ceiling, ONDAM)을 설정하고 보건과 사회보장 정책동향에 대한 보고서를 승인하고, 새로운 의료서비스 및 규제, 그리고 지출목표를 달성하기 위한 조치 등이 포함된다.

의회는 고용주, 근로자 등에 대한 건강보험요율, 정부에 의해 제안된 특정한 목적세 등에 기반한 예산의 수입 측면도 승인한다. 그러나 정부가 공공보건법 및 연간 사회보장재원조달법(SSFA)을 제안함에 있어 주도적 역할을 하며 이는 의회 심의 이후 조례, 행정명령 등의 제정에 있어서도 동일하다.

[그림 IV-8] 프랑스 사회보장재원조달법(SSFA) 제정 흐름도



자료: OECD(2015), p. 208, Figure 8, 9

의료정책은 보건복지청(the Administration of Health and Social Affairs)이 관할한다. 4개의 국(Directorates)으로 구성되었는데, 보건정책을 총괄하는 보건총괄국(General Directorate of Health), 전체 보건시스템의 인력 및 자원을 관리하는 보건공급국(General Directorate of Health Care Supply), 사회보장시스템의 정책, 관리, 재원조달을 관할하는 사회보장국(Directorate of Social Security), 동 조직은 의회에 제출할 사회보장재원조달법의 준비도 담당한다. 고령자 및 장애인 등에 대한 의료와 돌봄을 담당하는 사회정책총괄국(General Directorate of Social Policy)이다.

보건정책을 관할하는 부처는 공공보건법에 따라 의료시스템의 재원조달과 구성, 공공의료 등의 영역에서 정부 정책을 준비하고 적용한다. 의회에 의해 규정된 영역 구분을 바탕으로 의료지출 관련 규제를 대부분 관할한다. 동 부처의 책임은 다음을 포함한다.

- 예산을 세부 분야(병원, 외래진료, 정신건강치료, 장애자에 대한 사회 및 건강부문 등)와 지역 등에 따라 배분
- 매년 의대학생 정원, 병상 수, 고비용 의료기술 및 의료기기의 양 등 결정
- 공공 및 민간병원의 기본이용료(Lump sum tariffs) 설정

- 사회의료보험(SHI)과 자영 보건전문가들의 노동조합과의 협약에 대한 승인
- National Health Authority(HAS) 제안을 바탕으로 한 의약품, 기구의 가격 결정
- 병원의 안전기준 설정
- 국가적 프로그램에 있어 분야 우선순위 설정

지역 차원에서는 보건복지청(the Administration of Health and Social Affairs)이 지역보건청(ARSS)에 의해 대표된다. 26개 지역보건청(ARSS)은 지역 거주민의 의료수요를 충족시킬 책임이 있다. 이는 국가의 의료지출 상한(ONDAM)을 준수하면서 외래, 병원, 보건 및 사회적 돌봄의 조화를 개선시킴으로써 충족한다. 그들은 직장기반 건강서비스, 모자건강보호서비스, 대학 등 학교 의료서비스 등과 관련한 지역보건정책 시행의 책임도 지고 있다. 지역보건청(ARSS)은 국가 보건당국의 직접적 관리감독하에 있지 않지만 National Steering Council(CNP)의 운영감독하에 있다. National Steering Council(CNP)은 보건당국과 사회보장당국, 사회의료보험(SHI), CNSA(National Solidarity Fund for Autonomy)의 대표자들로 구성되어 있다.

사회의료보험(SHI)은 전체 국민을 포괄하는 여러 가지 제도들로 구성되어 있다. 개인과 그 가족은 고용형태에 따라 결정되는 제도에 소속되며 이는 은퇴 이후에도 적용된다. 근로자는 가입할 제도에 대한 선택권이 없다. 특정한 경우(예: 해외 거주자 및 국제 기업이나 기관의 직원)를 제외하고는 보험 가입을 거부할 수 없다. 따라서 제도 간 경쟁은 없으며 비근로자는 일반 사회의료보험에 자동으로 가입된다.

2011년 기준으로 주요 세 가지 제도와 수혜자는 다음과 같다. 일반 사회보험 제도(Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS)는 상업 및 산업 분야의 근로자와 그 가족(인구의 88%에 해당하는 5,700만명의 수혜자) 그리고 보편가입(Universal health coverage, CMU) 기본 자격을 갖춘 개인(인구의 3.4%에 해당하는 220만명의 수혜자)을 포함한다.

농업 사회보험기금(Mutualité Sociale Agricole)은 농부와 농업 종사자, 그리고 그 가족(인구의 5.1%에 해당하는 340만명의 수혜자)을 보호한다. 자영업자를 위한 사회보험제도(régime social des indépendents)는 장인과 자영업자(단, 농업 자영업자 제외)를 포함한 변호사 및 독립적인 의료 전문가와 같은 전문직을 포함한다(인구의 6%에 해당하는 400만명의 수혜자). 이러한 제도들은 의료공급자들과의 협상 과정에서 the National Union of Health Insurance Funds(UNCAM)에 의해 대표된다. 그리고 각 주요 의료보험제도들은 하나의 전국적 의료보험펀드와 지역에 따라 달라지는 지방조직들로 구성되어 있다.

주요 행정조직별 역할로는 보건부(Ministry for Solidarity and Health)와 재정부(Ministry of Economy and Finance)는 일반적 감독과 규제를 담당한다. 전국의료보험연합(National Union of Sickness(Health) Insurance Fund)은 의료공급자와 협약을 맺고 의료비 지급 일정을 설정하는 데 도움을 준다. 초당적 기구가 운영하는 전국의료보험기금(National Sickness(Health) Insurance Fund)은 임금근로자 대상 프로그램을 운영한다. 초당적 기구가 운영하는 101개 1차 의료보험기금(Primary Sickness Insurance Fund)과 4개 해외일반의료보험기금은 피보험자 등록과 현금급여 지급, 그리고 의료비 지급을 관리한다. 중앙 사회보장기구(Central Agency of Social Security Institutions)는 공동징수기관(Joint collection agencies)을 감독하고 기여금의 주 계정을 관리한다. 공동징수기관은 기여금을 징수한다.²⁸⁾

보건당국은 비록 지역 및 국가 수준의 개혁방안들이 그 역할에 도전하고 있지만 보건시스템 전반을 실질적으로 통제하고 있다. 예를 들면, 지역보건청(ARSS)은 공공보건 및 의료에 관한 계획을 수립하고 일정 범위의 자원조달 의무도 있다. 국가적 관점에서는 HAS(National Health Authority)가 독립적으로 기술, 병원, 의료전문가 및 기본서비스패키지 등을 평가한다. HAS(National Health Authority)는 재정적 자율성을 가진 독립 공공기구로서 환

28) ISSA 홈페이지, "Country profiles, France," <https://ww1.issa.int/node/195543?country=854>, 검색일자: 2023. 9. 11.

자치료의 효율성과 품질을 높이기 위해 다양한 활동들을 조합하는 역할을 한다. 즉 의약품, 의료기기, 치료과정 등의 평가에서부터 가이드라인의 출판, 보건기관들에 대한 인증, 의사자격 관리 등을 담당한다.

정책 아젠다는 보건당국의 제안을 바탕으로 한 의회의 입법을 통해 확정된다. 이 법률에는 공공보건법의 목적을 달성하기 위한 건강 목표를 포함한다. 그러나 이 과정은 수입의 확보와 의료서비스의 전달을 다루므로 매년 수립하는 사회보장재원조달법(SSFA)과 관련된 예산 및 공공회계 당국과 함께 이루어진다.

정책 수립은 여러 자문기구들, HCAAM(the High Council for the Future of Health Insurance), National Health Conference, HCSP(the High Council for Public Health) 등의 도움으로 이루어진다. HCAAM은 독립위원회로 보건시스템에 대한 연례보고서를 출판한다. 구성원들은 모든 이해당사자들의 대표자들과 보건당국이 선정한 소수의 전문가들이다. 전문가들은 보건시스템의 공평성과 지속가능성을 유지하기 위해 정책제안뿐만 아니라 자세한 수치와 정책전망을 제공한다. National Health Conference는 보건전문가와 보건시설들의 대표자, 건강과 자치에 관한 지역회의(Regional conference on Health and Autonomy, CRSA) 그리고 다른 전문가들로 구성된다. 동 조직은 국가 차원의 보건 우선순위를 정의하고 논의한다.

나) 중앙집권과 지방분권

프랑스에서의 지방분권은 중앙정부의 정책과 재정 통제 감소에 대한 거부감을 반영하여 주로 집중도 완화(deconcentration)의 형태로 나타났다. 2010년 지역보건청(ARS) 설립은 기존의 7개 지역기관 통합을 바탕으로 하였는데, 이는 전통적인 의료, 공중보건, 노인 및 장애인 건강 및 사회복지 서비스의 경계를 넘어선 단일 지역기관으로의 통합을 의미한다.

지역보건청(ARSSs)은 지출상한을 준수하면서 의료서비스가 국민들의 수요를 만족시킬 수 있도록 통원 및 병원부문과 건강 및 사회복지부문 서비스의 조화로운 조정을 책임지고 있다. 또한 직장 의료서비스, 대학 및 학교 의료서비스, 어머니와 자녀의 건강보호 등과 관련된 지역 보건정책 수행도 책임

지고 있다.

지역보건청(ARSs)은 지역민들의 건강상태를 모니터링하면서 위생규칙의 준수와 예방, 환자건강 교육에 참여하며 동시에 보건인력 교육도 평가한다. 이들은 위험관리와 같은 사회의료보험(SHI)의 지역 프로그램도 수행한다. 새로운 의료서비스와 고령자와 장애자를 위한 보건 및 사회 서비스의 생성에 대한 허가도 진행한다. 건강과 자치에 관한 지역회의(Regional conference on Health and Autonomy, CRSA)는 지역보건청(ARSs)의 장들에게 지역 내 보건 및 사회서비스 수요 등 지역 내 이슈에 대해 정보를 제공한다. 지역보건청(ARSs)은 주, 일반 위원회, 다른 지역 허가권자, 지역 사회보험(SHI) 대표자 등으로 구성된 2가지 위원회를 통해 조언을 받는다. 각각의 위원회는 예방, 학교 보건, 직장보건 등을 다루는 위원회와 고령자 및 장애인에 대한 보건 및 사회서비스를 다루는 위원회이다.

지역보건청(ARSs)은 보건, 사회보장, 노인 및 장애인 담당 부처의 지휘하에 있는 정부의 하부조직이다. 그러나 동 조직은 자치조직으로 보건당국에 의해 임명되는 장(Director)은 사회의료보험(SHI)과 CNSA(National Solidarity Fund for Autonomy)에 관한 지역의 예산관리와 역량 향상계획(Capacity planning)에서의 자율성을 확장했다. 지역 행정구역 책임자가 이끄는 감독 위원회(the Surveillance Council)는 지역보건청(ARSs)의 예산과 비용을 승인하고 지역의 주된 역량 향상계획 수단인 보건 프로젝트(Regional Health Project, PRS)에 의견을 제시한다. 지역 차원에서 국가정책을 수행하기 위해 국가서비스는 지역보건청(ARSs)과 직접적으로 의사소통을 하지 않고 먼저 National Steering Council(CNP)의 허가를 받는다. National Steering Council(CNP)는 그 내용을 지역보건청(ARSs)에 전달한다. CNP는 사회의료보험(SHI)과 CNSA(National Solidarity Fund for Autonomy), 그리고 보건, 사회보장, 고령 및 장애자를 담당하는 부처들의 대표자들을 포함한다.

동 조직은 지역보건청(ARSs)에 많은 부분을 위임함으로써 가끔 정책의 일관성 문제를 야기하였다. 구체적으로 비용절감 제약의 준수와 개선된 의료 서비스를 제공하기 위한 지역정책 및 국가정책과 국가와 사회보험(SHI) 사이

매 3년마다 맺는 협약의 목적과 관리방안 사이의 일관성이다.

다) 정책설계와 계획(Planning)

의료서비스는 개원 의사와 병원을 통해 제공된다. 개원 의사는 자영사업자이다. 병원의 소유는 정부(공공병원)와 공공부문과 연관된 비영리단체(재단, 종교단체, 상호보험협회 등에 의해 소유되는 경향), 영리병원(소유자는 점차 국제적 그룹으로 집중되는 경향) 등으로 나누어진다. 보건시스템의 자원과 공급능력 계획에 대한 책임은 보건당국과 26개 지역보건청(ARSs)이 공유하고 있다. 계획 기능의 부분적 공유 목적은 지역기관이 시민들의 건강수요에 맞게 더 대응할 수 있도록 하기 위함이다.

병원연합과 같은 기업 측과 공공의 대변자도 계획과정에 참여하며 협의과정을 통해 중요한 역할을 할 수 있다. 병원에 대한 규제체계는 공공병원, 민간 비영리 및 영리병원 모두에 동일하게 적용된다.

계획 기능은 대부분 건강과 자치에 관한 지역회의(Regional conference on Health and Autonomy, CRSA)와 지역보건청(ARSs)이 참여하는 지역 차원에서 수행된다. 국가 보건당국은 관리기능(a stewardship role)을 가지며 지역 계획에서 반드시 포함하여야 할 보건서비스의 목록을 설정한다. 이러한 서비스 목록은 국가적인 보건수요 평가와 (가끔 정치적으로 도출되는) 우선순위에 따라 작성된다. 전략은 주로 지역보건조직계획(Regional health organization plan, SROS)을 통해 시행된다. 동 계획(SROS)은 지역보건청(ARSs)이 작성하는데 건강과 자치에 관한 지역회의(Regional conference on Health and Autonomy, CRSA)에 참여하는 이해당사자들과 협의하여 이루어진다.

국가 수준에서 의사 수와 어느 정도의 전문분야를 규제하는 '정원제한(numerus clausus, closed numbers)'이 있으며, 이는 정부가 매년 설정하며 의과대학의 2학년 진학률을 조절한다. 이 정원제한(numerus clausus)은 현재 의사의 지리적 분포에 대한 불평등을 고려하여 지역 수준에서 적용된다. 또한 간호, 산과, 치과, 언어병리학 및 물리치료 등 기타 건강 직업에 대한 학생들의 입학에 제한하는 정원제한도 존재한다.

라) 건강정보 관리

프랑스에는 두 개의 정보시스템이 있다. 하나는 병원 입원에 대한 것으로, 이는 프랑스 DRG시스템에 기반하여 병원이 사회의료보험(SHI)에 청구하기 위해 사용된다. 다른 하나는 외래 및 병원 치료에 대한 환급 청구를 위한 것이다.

병원에 대해서는, 병원 정보 기관인 Agency for Information on Hospital Care에서 국가 수준의 의료 정보화 프로그램(Programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI)을 통해 데이터를 수집한다. 환급 청구에 대해서는 여러 사회의료보험(SHI)제도에 연결된 시스템이 하나의 데이터베이스로 병합된다. 두 종류의 정보 모두 환급 청구에 사용되지만 의료 목적으로는 사용되지 않는다.

2003년부터 이러한 시스템들은 사회의료보험(SHI) 제도 간 정보 교류 데이터베이스(Systeme National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie, SNIIR-AM)에 하나로 통합되어 포괄적인 정보시스템을 구축했다.

이러한 데이터를 활용한 연구를 위하여 사회의료보험(SHI) 수혜자의 영구적인 표본이 존재한다. 정보 시스템 간 상호 운용성을 향상시키고 전자 환자 기록(Dossier Médical Personnel, DMP)을 위한 환자 식별자를 생성하고 이를 모니터링하기 위해 2009년에 별도의 정보 시스템 기관인 Agency for Health Information Systems(Agence des Systèmes D'Information Partagés de Santé)가 설립되었다.

마) 규제

보건의료 지출이 증가하고 사회의료보험의 적자가 증가하면서, 1990년대 초부터 규제를 통해 체계를 조정하는 국가의 역할이 증대되었다. 규제는 병원과 의료 전문가들의 대표자와 국가(즉, 보건 담당부처와 예산담당부처), 그리고 사회의료보험 사이의 협상을 포함한다. 이러한 협상의 결과는 보건 관련 법령과 사회의료보험 재원조달과 개혁과 관련된 법령, 행정명령 등으로 나타난다.

사회의료국은 매년 사회보장재원조달법(SSFA)을 제안하고 이는 의회에서 논의되고 승인된다. 동 법률은 보건예산안, 즉 예상되는 지출한도(ONDAM)를 설정한다. 행위별 수가제(Fee for service)로 운영됨에 따라 사회의료보험 지출을 승인된 국가 지출한도에 일치시키기는 어렵다. 그러나 인센티브를 활용한 준계이트키핑, 의사방문·약제 등에 대한 비환급 공제금(non-refundable deductible) 등 가격탄력성에 기반한 규제메커니즘을 활용하려고 하고 있다.

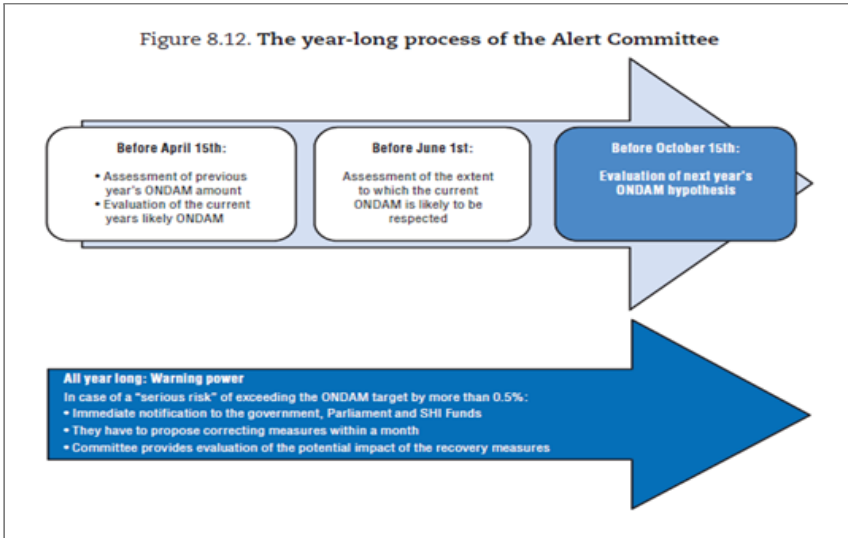
의회가 승인한 지출한도를 달성하기 위해서 프랑스는 경고위원회(Alert committee)를 운영하고 있다. 동 위원회는 의료지출 상황을 모니터링하면서 지출상한(ONDAM) 달성 가능성을 평가한다. 또한 지출상한(ONDAM)을 0.5% 초과하는 심각한 위협 상황에서는 정부와 의회, 사회의료보험(SHI)기금에 통지하고 그들은 한 달 이내에 대응정책을 제안하여야 한다. 이러한 대책들의 영향에 대해서도 동 위원회는 평가한다. 경고위원회가 초과지출 부문을 알려주면 의료공급자의 비용 및 보상수준 증가 예산의 집행은 일정 기간 중단된다. 동시에 2009년부터 정부와 일반사회보험(CNAMTS)²⁹⁾은 동 연도의 포괄수가제(DRG) 지출을 축소할 수 있다.

이후 의무적으로 지출상한(ONDAM)의 0.3%를 예비적 목적으로 구분관리 하도록 하고 있다. 이러한 지출방식은 주로 정액방식의 보상을 받는 공공병원들에 영향을 준다. 2013년 이후 모든 포괄수가제(DRG) 적용 지출에 대해 99.7%는 정상적으로 지급하되, 0.3%는 연말까지 지불되지 않다가 연간 지출상한(ONDAM)을 준수하게 되면 지불한다. 이에 따라 공공 및 민간병원들은 입원환자 지출이 세부 상한을 초과하더라도 0.3% 예비예산의 존재와 외래환자 지출조정을 통해 지출상한(ONDAM)을 지키게 된다.

연간 지출상한(ONDAM)은 다년간 예산목표로서의 기능도 수행하고 있다. 다른 OECD 회원국이 미래 3~4년의 주요 의료지출 전망을 제시하는 것과 달리, 프랑스는 향후 3년의 지출상한(ONDAM) 조정방향을 제시함으로써 매년 지출상한(ONDAM) 조정의 제약요인으로 작용하고 있다.

29) 프랑스 사회보험들 중 대표적 보험

[그림 IV-9] 프랑스 경고위원회(Alert Committee) 역할



자료: OECD(2015), p. 213, Figure 8, 12

사회의료보험(SHI)체계는 사회보험국의 감독을 받는다. 정부 보건정책의 목표와 사회의료보험(SHI)의 관리 및 거버넌스에 대해 보건 담당부처의 사회보험국과 3년 단위로 계약을 체결한다. 이 협정의 목표는 경영 효율성 향상, 건강 서비스 이용에 대한 불평등 감소, 그리고 위험 관리를 개선시키는 것이다.

의료전문가들은 공중보건법의 규정에 따라 서비스를 제공한다. 프랑스에서는 약 3분의 2 정도의 의료전문가들이 자영업자로 활동한다. 최근 지역적 분포에 대한 규제가 있었음에도 불구하고, 그들은 자신이 원하는 곳에 진료소를 설립하는 자유를 유지하고 있다. 의사면허 갱신의 공식적인 절차는 없지만 계속해서 전문적인 교육을 받아야 한다.

병원의 인력과 물리적 자원은 정부의 다양한 메커니즘을 통해 통제된다. 보건당국은 민간병원과 병원 의사들이 4년마다 자격기준을 충족하는지 인증 프로세스를 통해 확인한다.

2) 건강보험 재정 상황

프랑스의 보건의료 지출은 오랫동안 빠르게 증가하며 영국을 제외한 다른 유럽 국가보다 빠른 증가 추세를 보여주었다. 보건의료 지출은 1995년 GDP 대비 10.4%에서 2013년에는 11.6%로 상승했다. 이는 EU 평균인 9.5%보다 훨씬 높으며, 유럽에서는 네덜란드에 이어 두 번째로 높은 수준이다. 1996년부터 사회의료보험 지출은 보험지출의 국가 상한선인 'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie(ONDAM)'에 의해 제한되었다. 그러나 이 상한선은 2010년까지 거의 매년 초과되었으며, 1996년에는 사회보장 부채를 관리하기 위한 특별기관이 설립되었으며, 수입의 0.5%에 달하는 특별세로 자금이 조달되었다.

전체 의료 비용의 약 4분의 3 이상은 정부 및 공적자금으로 지원되며(77%로 EU 평균인 76%보다 조금 높은 수준), 주로 사회의료보험(SHI)을 통해 지원된다. 사회의료보험에 의해 지원되는 비용의 비율은 상품 및 서비스에 따라 다르다. 의학적 효능이 낮은 의약품의 경우 15%부터 입원 치료의 경우 80%까지 지원된다. 그러나 만성질환이나 임신 후 다섯 달 경과 시에는 환자의 일부 비용도 면제받을 수 있다. 의료수요를 줄여 사회의료보험(SHI) 지출을 축소하기 위해 민간의료보험(Voluntary Health insurance, VHI)에 의해 보장되지 않는 추가적인 자기부담금도 부과하고 있다.

사회의료보험(SHI)의 재원조달은 고용주와 근로자, 은퇴자의 소득에 기반한 기여금에 주로 의존한다. 사회보장시스템의 부과 기반을 넓히기 위한 노력의 결과로 1998년부터 근로자의 소득기여금은 목적세인 일반사회보장기여금(CSG)으로 대체되었다. 일반사회보장기여금은 각 사회보험별로 부과대상 소득을 다르게 규정하고 있다. 사회의료보험에 대한 일반사회보장기여금 부과대상은 근로소득, 퇴직소득, 사행소득, 실업급여 등으로 구성되어 있다. 추가적인 수입은 담배, 알코올 등에 대한 소비세, 제약회사에 대한 세금 등으로 조달된다.

가) 보건 관련 지출

2022년 기준 프랑스의 총 보건지출(투자지출 제외)은 GDP 대비 11.9%로 추정되었다. 이는 OECD 회원국 중에서 미국(16.6%), 독일(12.7%) 다음으로 높은 수준이다. 프랑스의 총 보건지출은 2000년 이후 꾸준한 상승세를 보이고 있는데 2000년 GDP 대비 9.6%에서 2016년 11.5%까지 증가하였다. 이후 2019년 11.1%까지 하락하다가 2020년 이후 코로나19로 2021년 12.3%까지 증가하였다가 이후 소폭 하락하였다.

형태별 구성을 살펴보면 정부 및 강제보험의 지출수준은 총 보건지출의 증가와 함께 증가하고 그 비중도 높아지고 있다. 정부 및 강제보험의 지출 수준은 GDP 대비 7.6%(2000년)에서 11.2%(2018년)까지 증가하였다가 코로나19의 영향으로 2021년 12.3%까지 높아졌다. 이에 따라 그 비중도 증가하였는데 78.9%(2000년)에서 84.8%(2021년)까지 증가하였다가 84.6%(2022년)를 유지하고 있다. 이에 따라 가계의 부담 비중은 하락하였는데 그중에서 자발적 보험지출 비중이 크게 하락하였다. 2000년 13.8%에서 2021년 6.3%로 하락하였고 절대적 지출수준도 GDP 대비 1.3%(2000년)에서 0.8%(2021년)로 감소하였다. 반면 가계직접부담은 그 절대적 수준과 함께 지출 비중도 증가하였다. 절대적 수준은 GDP 대비 0.7%(2000년)에서 2005년 1.0% 수준까지 증가하였고 이후 유사한 수준을 유지하고 있다. 이에 따라 총 보건지출 중 비중도 7.3%(2000년)에서 8.9%(2021년)로 증가하였다.

〈표 IV-12〉 프랑스의 보건 관련 지출(2000~2022년)

(단위: GDP 대비 %, %)

구분	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
총지출 (구성비)	9.6 (100.0)	10.2 (100.0)	11.2 (100.0)	11.4 (100.0)	12.1 (100.0)	12.3 (100.0)	11.9 (100.0)
정부/강제보험	7.6 (78.9)	8.0 (78.7)	8.6 (76.3)	9.4 (82.5)	10.3 (84.8)	10.4 (84.8)	10.1 (84.6)
자발적 보험	1.3 (13.8)	1.4 (14.0)	1.5 (13.5)	0.9 (7.7)	0.8 (6.4)	0.8 (6.3)	n.a
가계직접부담	0.7 (7.3)	0.8 (7.4)	1.1 (10.2)	1.1 (9.8)	1.1 (8.8)	1.1 (8.9)	n.a

주: () 안은 구성비(%)

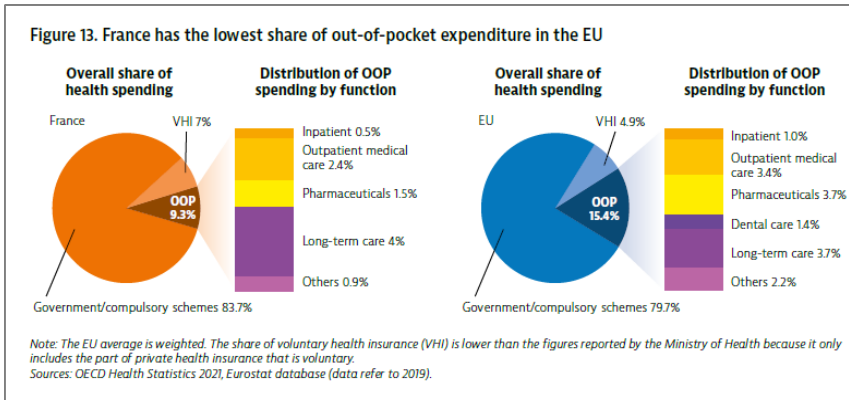
자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

나) 수입원 및 재정 흐름

프랑스 사회의료보험(SHI)은 총 보건지출에서 절대적 비중을 차지하면서 거주자에게 필요한 필수적인 의료서비스를 제공하고 있다. 동 비중은 EU 국가들 중에서도 상대적으로 높은 비중을 보이고 있으며 나머지는 강제의료보험을 보완하기 위한 자발적 보험, 가계직접부담으로 조달된다. 상대적으로 자발적 보험의 비중은 크고 가계직접부담의 비중은 작게 나타난다.

가계직접부담(Out of Pocket, OOP)은 안과치료, 치과치료 및 의약품 소비에 있어 특히 중요하다. 공적 보장의 증가와 민간의료보험(VHI) 보장의 혼합된 정책 변화로 인해, 2006년 이후 직접부담(OOP)은 GDP 대비 1% 내외 수준을 유지하고 있다. 민간의료보험(VHI)의 경우, 저소득층에 대한 보완적 제도 확대와 의료기기 보장의 개선으로 보장성이 개선되었다. 반면 효과가 낮은 의약품에 대한 제도 제외와 준계이트키퍼링 및 자기부담금(Deductible) 정책으로 보장은 일부 감소했다.

[그림 IV-10] EU와 프랑스의 자금 출처별 보건 관련 지출(2019년)



자료: OECD(2021), p. 14, Figure 13

2019년 기준 프랑스의 총 의료지출 중 공공부문(정부 및 사회의료보험)의 비중은 83.7%로 높아졌으며 가계(개인)부문의 비중은 16.3%로 낮아졌다. 가계(개인)부문의 부담 감소는 주로 민간의료보험의 역할 감소에 따른 것으로

약 7% 수준으로 낮아졌으며 이에 따라 직접지불(OOP)의 비중은 9.3%로 높아졌다. 이러한 가계(개인)부문의 부담비중은 EU 국가 평균 20.3%에 비해 낮은 수준이다.

부문별 재정기여도는 시간이 흐름에 따라 변화해 왔다. 1990년대 초부터 약 92%의 병원부문 지출이 사회의료보험(SHI)에 의해 조달되었으나, 사회의료보험(SHI)이 조달하는 외래진료 비중은 시간이 지남에 따라 감소했다. 1980년 77%에서 2010년 63%로 줄어든 것으로 나타났다. 이는 외래진료에서 일부 전문가가 공식 사회의료보험(SHI) 요금 이상으로 환자에게 비용을 청구(extra-billing)할 수 있기 때문이며, 다른 한편으로는 1970년대 후반 이후 대부분 개혁에서 외래진료와 의약품에 대한 자기부담금을 크게 높였기 때문이다.

의료전문가(Sector 2)의 추가비용청구(Extra-billing)

- 프랑스에서 대부분의 자영업 의료전문가(의사(GPs), 전문의, 치과 의사, 간호사, 물리치료사, 조산사, 앵볼런스 종사자, 언어치료사, 시각교정사 등)들(Sector 1)은 국가적 협상과정을 거친 요금체계를 적용
 - 예외적으로 공식요금보다 높은 추가요금(Extra-billing)을 부과할 수 있는 권한을 가진 의사들(Sector 2)이 있으며 이들은 전체의 25% 정도임(2010년 기준)
 - Sector 2 의사들은 Sector 1 의사(사회의료보험의 요금체계 적용)들에게 주어지는 사회적협약에 따른 사회적, 재정적 혜택을 제공받지 못함
- Sector 2에 대한 의사들의 접근은 사회의료보험(SHI)에 의해 엄격히 규제되며 그 자격요건은 공공병원 특정 일자리에서 풀타임으로 일한 경우로 제한
 - 공공병원에 고용된 의사들은 일반공무원들과 유사한 혜택을 받게 되는 국가공무원의 신분
 - 의사들의 추가요금 부과 권한허용은 형평성의 관점에서 엄격히 관리
- Sector 2 의사들의 서비스를 구매할 경우, 환자는 추가요금의 수준에 관계없이 사회의료보험 체계에 따른 보장금액만 보장받게 됨

요약하면 단일화된 의료보험제도를 운영하는 프랑스는 사회보험 기여금 뿐만 아니라 조세(일반사회보장기여금, CSG)를 통해서도 재원을 조달하고 있다. 이는 의료보험을 포함한 사회보험들의 재원조달 대상을 과거 피보험자의 임금소득에서 전체 소득으로 확대한 것이다. 고용주의 경우, 급여액(payroll)의 13.3%의 기여금을 부담하지만 피보험자는 이보다 낮은 비율로

넓은 소득범위에 대해 부담하고 있다. 근로소득의 경우 9.2%, 연금소득은 소득수준에 따라 0%/3.8%/6.6%/8.3%를 부담하며 투자소득, 자본이득, 임대 소득 등은 9.2%, 실업급여/상병수당 등 대체소득은 6.2%의 요율로 부과하고 있다. 이는 조세의 형태로 징수되고 의료보험에 일부 이전되기 때문에 근로자 부담이 아닌 정부 부담으로 표시된다. 그 외에도 정부는 장기실업자 등의 보험료도 부담한다. 자영자의 경우 신고소득 수준에 따라 0~6.5%의 기여금을 부담한다.

구체적으로 사회의료보험에 지원되는 요율은 기존의 근로소득에서 연금 소득, 실업소득, 사행소득 등으로 확대되었다. 이에 따라 요율은 근로소득의 경우 5.95%로 낮아졌으며 은퇴·장애 등 연금소득에 대해 5.03%, 실업소득에 대해 4.65%, 사행소득에 5.3%를 부과하고 있다. 이는 고용주 부담요율 13.3%의 50%인 6.5% 요율에 비해 약 10% 정도 낮아진 요율이다. 이러한 부과대상 확대는 프랑스가 경험하는 높은 실업률과 연금소득의 확대에 따른 근로인구 감소에 대응하기 위한 것으로 판단된다.

프랑스 사회의료보험의 재원조달방법은 우리나라 건강보험제도와는 차이를 보이고 있다. 근로소득 이외 종합소득으로 그 부과대상을 확대하고 있는 우리나라 건강보험제도의 경우 이자·배당 등 자본소득까지 포함하고 있기 때문이다.

〈표 IV-13〉 프랑스의 의료보장 제도별 대상과 요율

제도	포괄대상	요율(2018)
사회의료 보험 (SHI)	<ul style="list-style-type: none"> • 3개월 이상 프랑스 거주자 또는 피고용자, 학생, 견습생 및 인턴, 사회보장수혜자, 망명신청자 • 프랑스 또는 해외 거주 연금소득자 • 해외거주 프랑스 국민은 자발적 가입가능 • 특별 시스템: 농업, 광업, 철도, 공공유틸리티, 공공부문 근로자, 선원, 농업부문 자영자 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 사회보험 기여금은 없으나 전체 소득에 대한 세금 형태의 일반사회보장 기금(CSG) 기여금 부담(정부부문) • 자영자: 직업과 소득수준에 따라 신고 소득의 0~6.5% • 고용주: 페이롤의 13.3% <ul style="list-style-type: none"> - 장애 및 유족급여에도 적용 • 정부: 장기실업자, 특정 노동시장 재참여 등 보험료, 개인소득에 부과되는 세금인 일반사회보장기여금(CSG)으로 일부 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 장애 및 유족급여에도 적용

〈표 IV-13〉의 계속

제도	포괄대상	요율(2018)						
	<ul style="list-style-type: none"> 일반사회보장기여금(CSG, 2021년 소득적용) <ul style="list-style-type: none"> 근로소득: 9.2%, 연금소득(소득수준에 따라): 8.3%/6.6%/3.8%/0%, 투자소득, 자본이득, 임대소득(Rents): 9.2%/0%, 실업급여/상병수당: 6.2% 일반사회보장기여금의 제도별 요율 							
	CSG 할당표(2020년) (단위: %)							
	구분	가족 수당	건강 보험	사회적 부채 상각	실업 보험	노년 연대	연대 자율성	합계
	재산소득 (CSG revenus du patrimoine)			0.60		8.60		9.2
	활동소득 (CSG activité)	0.95	5.95	0.60	1.47		0.23	9.2
	퇴직, 장애 연금 (CSG sur les pensions de retraite, d'invalidité)	0.95	5.03	0.60		1.72		8.3
	게임, 도박 등 사행소득 (CSG jeux)	0.68	5.30	0.22				6.2
	실업 급여 (CSG sur les allocations chômage)	0.95	4.65	0.60				6.2

자료: SSA, *Social Security Programs Throughout the World: Europe*, 2018; French-Property.com, <https://www.frenchproperty.com/guides/france/financetaxation/taxation/social-security/social-welfare-levy>, 검색일자: 2023. 9. 5.; République Française, "The French Social Security System Introduction," https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_0.html, 검색일자: 2023. 9. 5.; Wikipedia, "Contribution sociale," https://fr.wikipedia.org/wiki/Contribution_sociale, 검색일자: 2023. 9. 26.

라. 캐나다³⁰⁾

캐나다는 주로 공공재정으로 지원되는 보편적인 의료시스템을 갖고 있으며, 연방(Federal government), 주(Provincial government) 및 지역(Territorial government) 정부의 일반 세수로 약 70%의 의료지출이 조달된다. 캐나다의 주 및 지역정부(PTs)는 의료 재원조달의 주된 책임을 지고 있으며, 거주자에

30) The EO, *Canada Health System Review, Health Systems in Transition*, vol. 22 no. 3, 2020 내용 요약을 바탕으로 ISSA 홈페이지, "Excellence in Social Security," <https://www.issa.int/node/195543?country=822>, 검색일자: 2023. 9. 26. 정보를 업데이트하였다.

대한 보편적 의료서비스 제공(Medicare)에 대한 규제와 관리를 담당하고 있다. 그 외 상병수당과 같은 현금급여는 사회보험(Social insurance) 형식으로 제공된다. 필수적 의료서비스(medicare) 이외의 보건 상품 및 서비스, 즉 처방 의약품, 홈케어를 포함한 장기요양 등에 대해서는 특정 연령층 등을 대상으로 부분적인 보호를 제공하고 있다.

연방정부는 의료서비스(medicare)를 위한 국가적인 기준 설정과 관리와 함께 군인 및 재소자와 같은 특정그룹에 대한 서비스 제공, 원주민 등에 대한 필수적 의료서비스 제공을 책임진다. 동시에 자금 조달, 데이터 수집 및 연구 활성화 역할, 그리고 처방약 및 의료기기의 규제 등 다양한 전략적인 역할을 수행하고 있다.

의료보험의 피보험자는 대부분의 주에서 프리미엄을 부담하지 않으나 브리티시 컬럼비아주와 온타리오주(일정 소득기준 이상)에서는 프리미엄을 부과한다. 고용주의 부담은 주/지역에 따라 달라진다. 의료 관련 프리미엄을 부담하지 않는 주/지역의 총 의료비는 연방, 주 및 지역정부의 일반재원으로 조달된다. 연방정부는 포괄보조금(Block transfers) 형태로 주/지역 정부에 비용을 지원한다. 이 경우 주/지역 정부는 캐나다보건법(Canada Health Act)에서 규정한 연방프로그램 기준을 충족하여야 한다.

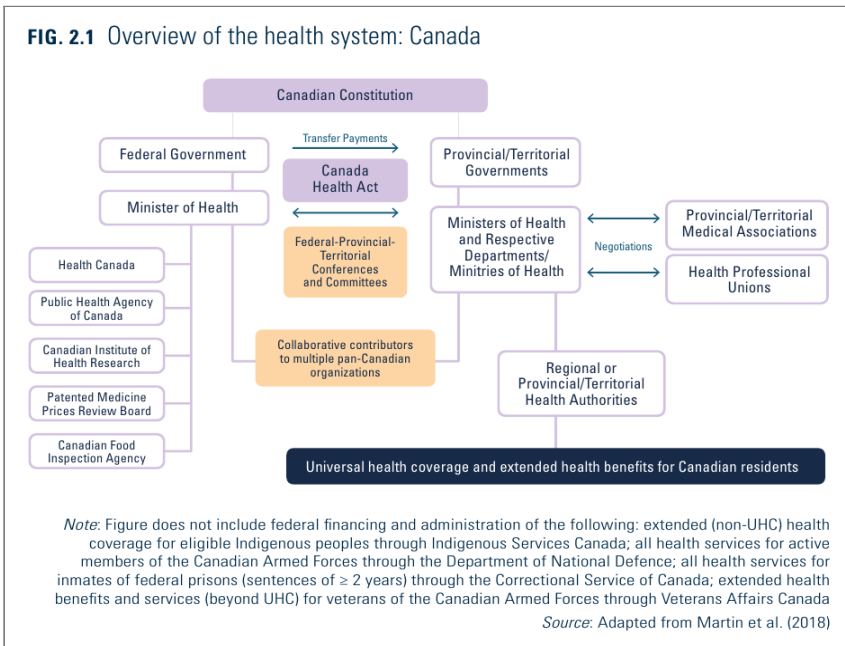
1) 조직구성과 거버넌스

국가조직 관점에서 캐나다는 주권, 권한 및 책임이 연방정부와 주정부 사이에 분담된 헌법적 연방국가이다. 헌법은 병원과 정신병 관련 기관들에 대한 관할권을 주정부에 배타적으로 부여하였지만, 의료서비스에 대한 권한은 명시적으로 다루지 않았다. 1860년대 중앙정부와 주정부에 권한을 할당하는 내용을 담은 원본 헌법에는 해당 사안에 대한 규정이 없었다. 따라서 관련 권한은 헌법의 다른 규정들에서 추론할 수밖에 없다. 후속 판례들은 주정부가 의료관리(Health care)에 주된 권한을 갖지만 배타적이지 않은 관할권을 가지고 있다는 견해를 지지하고 있다. 캐나다 최고법원 사건 Schneider v. The Queen에서 Estey 재판관은 다음과 같이 언급했다.

“건강은 구체적인 헌법적 할당 대상이 아니라, 대신 각 사례의 상황, 문제의 성격 또는 범위에 따라 적절한 연방 또는 주 법률을 통해 다룰 수 있는 무정형의 주제이다.”

3개의 북부 영토(지역)는 연방정부에 종속된 헌법적 지위를 갖고 있지만, 연방정부로부터 공중보건 관리를 위한 책임을 위임받았다. 연방정부는 캐나다보건법(Canada Health Act)을 통해 의료서비스의 중요사항들에 대한 책임을 지고 있다. 연방정부는 고용기반 보험을 통해 의료서비스 재원조달을 하지 않음으로써, 비메디케어 의료서비스 및 의약품을 위한 민간의료보험(PHI) 가입에 대한 암묵적인 보조금을 제공한다고 할 수 있다. 캐나다의 보건의료시스템의 개요는 다음과 같다.

[그림 IV-11] 캐나다 보건의료 시스템



자료: The EO(2020a), p. 24, Figure 2, 1

각 주(Province) 및 지역(Territory)은 보편적 병원 및 의사 서비스를 제공하는 단일보험자 체계를 관리하는 법률을 보유하고 있다. 즉 13개 주 및 지역 의료보험 플랜들이 캐나다 공공재원에 기반한 의료시스템을 형성하고 있으며 이는 메디케어(medicare)로 일컬어진다. 주정부는 보건당국 예산에 포함되지 않는 의사 서비스에 대한 보상요율을 주 의료협회(Provincial medical associations)와 협상을 통해 설정한다. 주 보건부 장관은 의학적으로 필요한 병원 및 의사 서비스에 대한 보편적 서비스제도 관리를 위한 규제와 법률 개정 책임을 지고 있다. 보건서비스의 지역화는 주 보건부로부터 지역보건청(Regional health authorities, RHAs)으로의 재원이전과 제도 관리와 거버넌스의 개별 의료시설과 기관으로부터 지역보건청(RHAs)으로의 집중화를 통해 이루어지고 있다.

연방정부는 보편적 의료서비스, 즉 병원, 진단, 치료, 수술 및 치과 서비스의 지정, 입원환자의 약물요법 등에 대한 전국적 기준을 캐나다보건법(Canada Health Act)을 통해 정하는 중요한 역할을 수행한다. 연방보건국(The federal department of Health)인 Health Canada는 주 및 지역정부들이 캐나다 보건법의 5가지 기준을 준수하는지 관리하는 책임을 진다. 조건부 재원이전(Conditional transfers)이 연방정부가 활용하는 일반적 정책수단이다.

요약하면 연방기관인 Health Canada는 주정부 플랜에 포함되지 않는 그룹들에 대한 프로그램 관리, 연방 기준에 대한 주정부의 준수 여부, 주정부에 대한 기술서비스, 컨설팅, 조정서비스를 제공한다. 주정부 및 지역정부(Provincial and Territorial Authorities)는 각자의 의료보험 플랜을 운영·관리와 함께 거주자의 요건관리, 병원 및 의료 클레임 평가, 의료서비스 제공자에 대한 비용지불 등 프로그램의 모든 영역을 모니터링한다. 그리고 지역 내 의사들과 함께 의료 및 병원서비스의 의료적 필요성도 결정한다. 브리티시 컬럼비아와 온타리오주는 의료보험 프리미엄과 관련된 소득세들을 관리한다.

의료서비스 제공자들은 주로 공공, 비영리병원, 기타 특수기관들로 구성되며 의사와 관련 실무자들은 영리를 추구한다.

가) 분권화와 중앙집권화

캐나다는 주로 주/지역 정부(provincial and territorial governments)가 의료서비스를 지배, 규제, 재원조달 및 운영하는 고도로 분권화된 보건시스템을 갖고 있다. 최근의 한 연구에서는 캐나다의 주정부가 스위스를 포함한 다른 7개 연방국에서보다 재원조달, 의료서비스 구성 및 제공, 인력 관리, 보장 관련 규칙(Coverage access rule) 및 책임-지배 구조에 관한 의사결정에서 더 많은 자율성을 가지고 있다고 밝혔다.

캐나다는 공공 및 민간 의료서비스 제공이라는 혼합 모델을 채택하고 있지만, 과거 20년간의 주/지역 정부의 대규모 행정 개혁으로 인해 보건 관리가 더욱 집중화되었다. 지역화가 처음 도입될 당시에는 분권화와 중앙집중화 모두가 포함되었다. 주/지역 보건부는 지역보건청(RHAs)에 상당한 행정 결정 권한을 위임하였다. 이러한 권한 위임은 지역보건기구의 수를 감소시키거나 지역보건청(RHAs)으로의 통합을 유발하였다.

2001년 이후 지역보건기구의 감소 또는 단일 보건기구로의 통합을 통해 집중화가 크게 증가하였다. 단일 보건기구로의 통합 추세는 2008년 알버타주가 9개의 보건기구(Health authorities)를 주 보건부로부터 일부 운영 자율성을 갖는 단일 보건기구로 통합한 것이 대표적이다. 이는 통합을 통한 규모와 범위의 경제성을 얻기 위한 야심 찬 노력의 일환이다. 이 모델은 이후 노바스코샤, 사스카첸, 북서부 영토 및 온타리오에서도 채택되었다.

한편, 1차 의료(Primary care)는 분권화되어 있다. 비록 공공재정을 통해 조달되지만 대부분의 1차 의료는 독립적이고 영리기반 계약자인 일반의사(GPs)에 의해 민간부문에서 제공된다. 병원의 경우 일부는 보건당국에 의해 소유되고 다른 일부는 민간기업, 대부분 비영리 법인으로 운영된다. 긴급 서비스를 제공하는 전문의사들도 민간의 독립 계약자이다. 요양시설의 소유는 공공(주/지역 및 지방 정부)과 민간(영리 및 비영리)기관으로 나누어져 있으며, 두 소유 형태의 비율은 주에 따라 상당히 다르다. 치과 치료, 시력 치료, 심리학 및 재활 서비스의 대부분은 독립 전문가에 의해 제공되며 사적으로 재원을 조달한다.

나) 정책과 계획

국가 차원의 체계 전반에 대한 계획을 담당하는 단일 기관은 없다. 대신 범캐나다 이니셔티브는 종종 정부 간 협약을 통해 제시된다. 각종 위원회와 청(agency)들은 고차원의 전략적 계획에서의 역할은 제한적이며 보건기술 평가, 전자보건기록, 행정자료 수집 등의 부문별 계획에 역할을 하고 있다.

정부(연방, 주, 지역) 보건 장관 또는 부 장관은 주기적으로 모여 모든 이해 당사자에게 중요한 정책 및 향후 계획 문제를 다룬다. 대부분의 시스템 전반에 대한 계획은 사실상 각각 자체적인 정책 및 계획 조직을 갖고 있는 주/지역 보건부에서 이루어진다. 일부 주/지역에서는 일부 계획이 보건당국에 위임되기도 하지만, 주/지역 보건부는 중요한 새 자본(병원) 및 일부 인프라 계획에 대한 책임을 가지고 있다. 또한 전반적인 보건시스템 목표 역시 주/지역 보건부에서 설정되며 이를 달성하기 위한 계획 역시 대부분 주/지역 보건부 내에서 이루어진다. 주 감사기구는 정부 프로그램 및 지출에 대한 보고서 작성에 중요한 역할을 담당하여 보건시스템 개혁 및 성과를 개선할 위한 정보를 제공한다.

보건당국(Health authorities)은 보건부와 개별 공급자 사이에서 역할을 하며, 정해진 지리적 영역 내에서 다양한 의료기관들과 공급자 사이의 서비스 연속성 확보와 조정에 대한 계획을 수행하는 법적 임무를 가지고 있다. 보건당국은 예산을 통해 우선순위를 설정하는데 이러한 예산은 주 보건부에 제출되지만 시스템 전반의 계획상 목표를 설정하는 책임은 주 보건부에 여전히 남아 있다.

PHAC(Public Health Agency of Canada)은 2017년에 개발된 연방/주/지역(FPT) 생물학적 사건에 대한 공중보건 대응 계획에서 제시된 대로, 국가 비상 상황하의 보건 대응들을 조정한다. 이 계획은 이전의 전염병, 특히 2008~2009년의 H1N1 인플루엔자 대유행에 대한 검토를 토대로 개발되었다. 이 계획은 연방/주/지역(FPT) 정부 간 조정이 필요한 생물학적 위험 요소가 식별되었을 때 활성화되며, 최근 2020년 1월 코로나19의 대유행 대응으로 활성화되었다. 이 계획의 목표는 발병 통제, 발병 예방, 위험 완화, 노출 통제, 국

민에 대한 도움과 지원 제공이며, 연방/주/지역 정부의 주요 책임들과 연방/주/지역(FPT) 정부 간 조정 메커니즘을 제시한다. 캐나다 식품검사청(Canadian Food Inspection Agency)은 음식 관련 질병의 대규모 발병에 대한 대응조치 조정을 담당한다. 캐나다 혈액 서비스(Canadian Blood Services)와 퀘벡 지역의 Héma Québec은 신선한 혈액 및 동결 혈액의 적절한 재고 유지를 책임지고 있다.

다) 건강보험 데이터

보건시스템 전반에 걸친 계획을 지원하기 위해, 주정부는 의료 정보 및 통신 기술 인프라에 투자하고, 주민들을 위한 전자보건기록(EHR)을 작성한다. 전자보건기록(EHR)은 보건시스템의 모든 사항과 환자기록 등을 한 번에 포착하는 것을 목표로 하고 있다.

캐나다는 보건데이터 수집, 보고 및 분석을 위한 복수의 정보 시스템을 보유하고 있다. 대부분의 의사 및 병원은 자체 전자진료기록(EMR) 시스템을 사용하고 있지만, 주/지역 정부는 이를 보다 통합된 정보시스템으로 통합하려는 노력을 기울이고 있으며, 이는 전자보건기록(EHR)에 더 가깝게 구성될 것으로 보인다. 앨버타 주는 전자보건기록(EHR) 이니셔티브인 Netcare를 통해 1,000개 이상의 정보시스템을 통합하는 데 상당한 진전을 이루었으며, 2022년에 완전한 구현이 계획되어 있다. 또한, 퀘벡은 전자진료기록(EMR), 실험실 및 약국으로부터 데이터를 통합한 주 보건기록인 'Dossier de santé du Québec(DSQ)'을 개발했다.

주/지역 정부는 상세한 행정 데이터를 수집하고, 통계청은 5년마다 시행하는 국가센서스와 대규모 건강 조사를 통해 국민 건강자료를 수집한다. 통계청은 통계법에 따라 운영되는데, 동법은 기본 인구조사 자료의 제공을 의무화하면서 개인정보와 익명성을 보호한다.

정부 간 조정 차원에서 CIHI(Canadian Institute for Health Information)는 보건시스템 데이터의 수집과 배포를 조정한다. 대부분의 자료는 주/지역 정부에서 제공하는 행정, 진료기록, 재정 관련 자료이다. CIHI는 데이터 정의와 품질 기준을 수립·유지하기 위해 연방/주/지역 정부와 협력한다. CIHI는

보건시스템 성과에 대한 공개 및 비공개 보고서를 작성하는데, 이러한 성과 측정은 주/지역 간, 주 이하 단계의 보건권역 간, 시설(병원, 장기 치료 시설) 사이에서 이루어진다.

보건정보에 대한 관할권이 연방/주/지역 정부 사이에서 공유되기 때문에, 캐나다에서 보건정보 및 개인정보보호 입법은 다양한 형태로 나타난다. 이러한 법률은 때로는 같은 법률 안에서 개인정보보호, 기밀 유지 및 보안 등 세 가지 문제를 함께 다루기도 하며, 때로는 같은 관할권 내의 별도의 법률로 이러한 문제를 다루기도 한다.

라) 규제

주정부가 재정으로 운용되는 의료서비스의 제공 및 관리에 대한 주된 책임을 지는 가운데 보건서비스의 제공은 민간 또는 공공기관과 그 시설(독립 병원과 장기요양시설)들에 의해 이루어진다. 이러한 기관들은 주정부에 의해 규제된다. 의료당국(Health authorities)은 다른 공공기관에 권한을 위임하기도 하지만 법률 제정권한은 없으며 주정부의 법률 및 규제하에서 운영된다.

주/지역 보건부는 제3의 지불자로서 기능을 수행한다. 모든 주/지역 정부는 자체적인 법률과 규제에 따라 의료보상범위 시스템을 운영한다. 주 지불자로서 주정부와 보건당국은 독립적 의료서비스 기관, 즉 병원, 간단한 수술(Day surgeries), 진단클리닉, 의료실험실, 응급운송회사, 장기요양기관, 일차 의료기관 등과 계약을 맺는다.

2) 건강보험 재정 상황

캐나다의 공공부문은 총 보건지출의 약 70%를 담당하며, 이는 다른 고소득 국가와 비교하여 상대적으로 낮은 수준이다. 2008년부터 2018년까지의 지난 10년 동안 보건지출은 국가 경제성장률과 유사하게 증가했으며, 주정부는 금융위기 이후 지출을 억제하는 데 주력했다. 2009년 이전에는 1990년대 중반의 경제 침체기 이후 장기적인 빠른 보건지출 증가 기간이 있었다.

공공보건지출을 위한 거의 모든 수입은 연방, 주 및 지역 정부의 일반 세입에서 비롯되며, 그중 상당 부분은 보편적 의료서비스(Universal medicare, 즉 의학적으로 필요한 입원, 진단, 치료, 지정된 수술·치과 서비스 및 입원 약물 요법)를 무료로 제공하는 데 이용된다. 나머지 재정은 다른 형태의 서비스(non-medicare service), 즉 장기요양과 처방의약품 등의 제공을 위해 보조된다. 주/지역 정부 재원의 20% 이상은 연방정부의 이전재원(Canada Health Transfer)으로 조달된다.

직접지불(out of pocket, OOP) 및 민간보험은 대부분의 사적 보건지출을 담당하며, 거의 동일한 비율로 구성된다. 민간의료보험의 대부분은 non-medicare 서비스인 처방약, 치과 치료, 시력 치료 및 병원에서의 우대숙박(예: 개인실) 등을 포함한다. 민간보험은 고용 기반 보험의 형태로 제공된다. 민간보험은 의료서비스(medicare)에 있어 주/지역 정부가 제공하는 국가 시스템과 경쟁하지 않는다.

총액예산과 행위별 수가제(Fee-for-service)가 주된 지불제도이며 부분적으로는 병원의 활동기준 지불제도(activity-based payments)와 일반의(GPs)에 대한 인두제(Capitation)도 채택하고 있다.

가) 보건 관련 지출

캐나다의 2018년 보건지출 2,550억달러(1,540억유로) 중 약 70%는 공적 자금에서, 30%는 사적 자금에서 조달되었다. 이 70~30% 비율은 1990년대 후반부터 일정하게 유지되고 있어 사적자금의 역할 변화는 거의 없었다. 사적자금 내에서는 직접지불(OOP)에서 민간의료보험으로부터 일부 이동이 있었다.

민간의료보험 지출이 가계직접지불(OOP) 지출보다 빠르게 성장한 이유 중 하나는, 직장에서 고용기반 혜택 패키지의 일환으로 의료보험이 계속해서 중요한 역할을 하고 있기 때문이다.

총 보건지출의 실질 연간 성장률은 1970년대 후반과 1980년대 초에 최고치를 기록한 후, 1990년대 초부터 중반까지 급격히 감소한 뒤 20세기 말에 다시 상승했다. 1990년대 초부터 1997년까지, 그리고 2010년부터 2014년까지

지 특히 공적부문 보건지출 성장은 주 보건부의 재정제약으로 인해 GDP 성장률을 상당히 밀돌았으며, 이로 인해 공공 보건지출이 실질적으로 감소되었다. 1990년대의 지출 감축은 지방정부가 재정적자를 해소하고 이전 20년간 누적된 부채 부담을 줄이기 위해 적극적 재정정책을 추진한 결과였다. 보건 부문은 주정부 예산에서 가장 큰 지출분야이기 때문에, 주정부들은 1990년대 초부터 중반에 걸쳐 지출상한을 설정하여 관리하거나 심지어 감소시켰다. 또한 연방정부로부터 주정부로의 재정지원, 역사적으로 대부분 보건분야에 배정되었던 재원도 대대적으로 축소되었다.

1990년대 말 주정부들은 주민에 대한 보건서비스 품질 저하에 대한 인식을 반영하여 보건 관련 지출을 증가시켰다. 2000년부터 연방정부는 주정부로의 재정지원을 증가시키기 시작하였는데, 2004년에는 향후 10년간 캐나다 보건재정지원(Canada Health Transfer)에 연 6%의 자동 증가율을 적용하기로 발표했다. 이러한 투자로 보건재정의 GDP 비율이 상승하였으며, 2010년 10.7%에 달하였다.

〈표 IV-14〉 캐나다의 보건 관련 지출(2000~2022년)

(단위: GDP 대비 %, %)

구분	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
총지출 (구성비)	8.2 (100.0)	9.0 (100.0)	10.7 (100.0)	10.7 (100.0)	13.0 (100.0)	12.3 (100.0)	11.2 (100.0)
정부/강제보험	5.8 (70.0)	6.3 (69.9)	7.5 (69.9)	7.6 (70.7)	9.6 (73.7)	9.0 (72.9)	8.0 (71.3)
자발적 보험	1.1 (13.4)	1.3 (14.8)	1.6 (14.6)	1.6 (14.7)	1.6 (12.5)	1.6 (13.1)	1.5 (13.8)
가계직접부담	1.4 (16.6)	1.4 (15.4)	1.7 (15.5)	1.6 (14.6)	1.8 (13.8)	1.7 (14.0)	1.7 (14.9)

주: () 안은 구성비(%).

자료: OECD.stat, "Health," <https://stats.oecd.org/>, 검색일자: 2023. 9. 19.

캐나다의 보건지출 수준은 2022년 기준 GDP 대비 11.2%로서 코로나19 영향을 크게 받은 2020~2021년의 12~13% 수준에서 소폭 하락하였다. 이는 2016~2019년 시기의 약 11% 수준과 유사한 수준이라 할 수 있다. 보건지출

의 구성을 살펴보면 정부/강제보험이 전체 지출의 약 70% 수준을, 민간부문(자발적 보험과 가계직접부담)이 30%를 차지하고 있다. 자발적 보험과 가계 직접부담은 2000년대 총 보건지출 수준 증가에 따라 증가하는 추세를 보이 나 그 비중은 큰 변화를 보이지 않는다.

나) 수입원 및 재정 흐름

캐나다에서 보건지출은 주, 지역 및 연방 정부에 의한 세금에 의해 주로 조달된다. 일반 세금이 보건 관련 재정의 3분의 2 이상을 차지한다. 의료서비스(메디케어 서비스: 병원, 진단, 치료, 특정 수술·치과 서비스 및 입원 약물치료)는 이용 시 무료이고, 그 비용은 대부분 주정부의 재정으로 조달되고 있다. 2018년 추정치에 따르면, 병원 지출의 90% 이상과 의사 지출의 98% 이상이 공공재정으로 조달되었다. 그 외 보건상품 및 서비스에 대한 재원조달은 조세, 자기부담금, 그리고 민간의료보험의 조합으로 이루어졌다. 강제(또는 사회)보험은 보건재원 조달의 가장 작은 부분을 형성하며, 대부분 주/지역에서 직장 상해나 질병에 대한 의료 혜택 제공에 이용된다.

〈표 IV-15〉 캐나다의 자금 유형에 따른 건강에 대한 지출(2018년)

TABLE 3.2 Expenditure on health(as % of total current health expenditure) according to function and type of financing, 2018(provisional)

	INPATIENT CARE (INCL. DAY CARE)	OUTPATIENT CARE	LONG-TERM CARE	MEDICAL GOODS	PREVENTIVE CARE	ADMINISTRATION	OTHER SERVICES	TOTAL
General government	18.8	21.5	14.3	5.8	5.8	1.3	1.4	68.9
Compulsory health insurance	0.1	0.37	0.1	0.7	0.2	0	0.1	1.5
Private out-of-pocket	0.4	4.2	2.9	7.2	0	0	0.1	14.7
Private insurance	1.5	5.1	0.6	5.7	0	1.8	0.1	14.9
Total expenditure	20.8	31.2	17.9	19.3	5.9	3.1	1.8	100

주: Outpatient care includes home care and ancillary services

자료: The EO(2020a), p. 61, Table 3. 2

캐나다 정부 보건재정의 배분은 3가지 수준, 즉 연방정부, 주/지역정부, 위임된 보건당국을 통해 이루어진다. 연방정부와 주/지역정부에서의 예산배분은 내각에서 결정되며 이후 관련 의회에서 검토되고 통과된다. 위임된 보건당국은 직접 조세를 징수하지 않지만 보건부로부터 배정된 자금을 담당 인구와 재정지원하는 의료공급자와 기관들의 수요를 반영하여 배정한다. 초기에는 보건당국의 재정배분공식을 통해 보건시스템의 개혁, 즉 1차 진료 및 급성치료의 활성화를 추진하였으나 성공하지 못하였다. 주로 과거 지출 패턴이 그대로 유지되었다. 보건당국의 예산배분은 주 보건부에 의해 승인 받게 된다. 일부 주정부는 명시적으로 보건당국의 적자운영을 금지하고 있지만 일부는 특정 조건하에서 적자운영을 허용하기도 한다.

Canada Health Transfer는 연방정부에서 주/지역 정부로 제공되는 특정목적 재원이다. 초기에는 50:50 비용분담 원칙의 재정지원으로 주/지역의 보편적 병원(의료)보험 프로그램을 지원하기 위한 것이었다. 이후 1977년 비용분담지원에서 보다 조건이 완화된 포괄보조금(Block grant)인 Established Program Financing(EPF)으로 전환되었다. 이후 1995년 보건과 고등교육을 함께 다루는 Canada Health and Social Transfer로 바뀌었다가 2004년 다시 Canada Health Transfer로 전환되었다. 2017년 정부 재정지원은 최소 3% 인상을 보장하면서 경제성장률과 일치하도록 하였다. Canada Health Transfer의 규모는 2004~2005년 주/지역 보건지출의 19.6%에서 2019~2020년에는 23.2%로 증가하였다.

요약하면 캐나다는 정부가 의료서비스를 일반재정으로 제공하는 국가이다. 그 외 상병수당(sickness benefit)과 같은 현금급여는 고용보험(실업보험)과 함께 운용된다. 일반재정으로 캐나다 거주자들에게 보편적인 의료서비스를 제공함에 따라, 이를 위한 사회보장기여금은 없다. 다만 재정을 분담하는 주/지역정부로 연방정부 재정의 이동(Block transfer)이 존재한다. 상병수당과 같은 현금급여는 고용보험에 포함되어 운영되는데 고용보험은 사회보험으로 피보험자와 고용주의 기여금으로 조달된다. 피보험자와 자영업자의 고용보험요율은 1.62%이며 고용주는 2.268%이다. 정부는 공무원에 대한 고용주

로서의 기여금 부담만 존재하고 추가적인 부담은 없다.

〈표 IV-16〉 캐나다의 의료보장 제도별 대상과 요율

제도	포괄대상	요율(2019)
의료혜택 (보편제도)	<ul style="list-style-type: none"> • 캐나다 거주자(혜택은 주간 이동 가능하며 응급치료는 해외에서도 적용) 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 없음(브리티시 컬럼비아, 온타리오 주는 프리미엄 부과) • 자영자: 없음(브리티시 컬럼비아, 온타리오 주는 프리미엄 부과) • 고용주: 주에 따라 변동 • 정부: 총비용은 연방, 주, 지역정부 일반재원을 통해 조달(프리미엄 부과 제외). 연방정부는 주정부 및 지역정부에 Block 이전(지출의 23.2%)으로 재정지원하며 주 및 지역은 연방 프로그램의 요건을 충족해야 함
현금혜택 (사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> • 고용보험, 현금급여 포괄하는 제도 • 연방정부 근로자를 포함한 모든 피고용자, 자영자 • 자영자는 자발적 가입 가능(혜택 수혜 후에는 의무가입) • 현금혜택은 모성, 부모, 질병, 돌봄, 가족돌봄 급여 등을 포함 • 퀘벡부모보험(QPIP): 모성급여와 부모혜택을 보장하는데 퀘벡에 거주하는 모든 피용자와 자영자 대상 	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자: 고용보험에 포함(퀘벡은 0.526% 추가), 고용보험요율은 대상 소득의 1.62%(퀘벡 1.25%) • 자영자: 고용보험에 포함(퀘벡은 0.934% 추가), 고용보험요율은 1.62% • 고용주: 고용보험에 포함(퀘벡은 0.736% 추가), 고용보험요율은 2.268%(퀘벡 1.75%) • 정부: 고용보험 기여는 고용주로서만 의무 존재

자료: ISSA 홈페이지, "Excellence in Social Security," <https://www1.issa.int/node/195543?country=82220>, 검색일자: 2023. 9. 6.

3. 소결

우리나라 건강보험의 재정관리시스템의 문제점과 함께 주요 선진국들의 보건재정 관리 상황을 살펴보았다. 우리나라와 유사한 사회보험 체계로 운용되는 일본, 독일, 프랑스와 함께 정부재정으로 운용하는 캐나다를 분석하였다. 보험자의 다양성 관점에서는 우리나라와 같은 단일보험자의 형태를 취하는 국가는 캐나다, 프랑스³¹⁾이며 복수보험자들이 존재하는 국가는 일본,

31) 복수 보험자가 존재하지만 일반사회보험(CNAMTS)이 전체의 90% 수준을 포괄한다.

독일이다. 단일보험자의 형태를 취하고 있는 국가들의 경우에는 당연히 국가의 관여 정도가 상당하다고 할 수 있다.

재정관리 측면에서 우리나라는 재정당국과 국회의 역할이 거의 없는 상황이며 그 외 재정관리 기제도 미약하다. 재정당국과 국회의 역할은 건강보험에 대한 재정지원분(예상수입의 20%)에 그치며 지출수준에 대한 영향력은 제한적이다. 특히 지출과 수입을 결정하는 건강보험정책심의회는 구성과 전문성 관점에서 두 분야의 의사결정에 충실하기에는 부족한 점이 있다. 건강보험정책심의회 구성은 총 25인 중 재정관리와 관련된 전문가로 확정된 위원은 재정당국(기획재정부) 1명에 불과하다. 보건복지부 1명, 전문가 4명도 위원 구성에 포함되지만 재정전문가라고 보기에는 어렵다. 오히려 의약업계 단체 대표자 8인, 시민(직역)단체 대표자 4인 등으로 구성되어 건강보험 보장범위 등과 관련된 세밀한 제도 운영에 전문성이 존재한다고 할 수 있다.

주요 선진국의 경우 의료지출 증가를 제어하는 제도적 장치를 일정 정도 갖추고 있다. 사회보험제도로 운영하는 국가로 다수의 보험자가 존재하는 일본, 독일의 경우 최소한 보험자 간 보험료율 차등을 허용하여 수요 조정의 기제로 활용하고 있다. 특히 독일은 다수의 보험자가 존재함에도 지출예산을 피보험자의 선행 질병요건, 성, 연령 등의 위험도를 반영하여 배분하고 실제 지출이 이러한 예산배분액을 초과할 경우 개별 보험자가 부가기여금을 징수하도록 하고 있다. 즉 고정된 연방보험료율하에서 설정된 위험기반 예산수준을 초과하는 지출의 경우, 개별 보험료율 차등을 통해 조절하는 재정관리체계를 운영하고 있다.

가장 적극적인 재정관리의 사례는 프랑스인데 의료지출의 상한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기경보시스템 운용과 함께 지출상한 준수를 유도하는 제도를 함께 운용하고 있다. 재정당국과 복지당국의 협의를 바탕으로 의회 승인을 얻은 지출상한을 설정하고, 실제 지출 상황을 모니터링하여 그 결과를 당해 지출상한을 지키기 위한 대응방안 마련에 활용하고 있다. 특히 포괄수가제(DRG)과 같은 정액보상을 받는 분야는 수가의 99.7%만 지급하고 0.3%에 해당하는 금액은 별도 관리하여 지출상한 준수기제로 활용하고

있다. 동 금액은 지출상한을 준수하였을 때에 지불함으로써 의료공급자들이 외래진료 등에서 공급증가 유인을 줄이도록 유도하는 기능을 수행한다.

〈표 IV-17〉 주요 국가들의 보건지출 재정관리 방법

국가	유형	보험자 수	재정관리 기제
한국	사회보험	단수	• 보건복지부(건강보험정책심의회)가 의료가격(매년 보험자가 공급자와 협상) 및 보험료 결정
일본	사회보험	복수	• 후생노동성이 의료가격(매 2년마다 공급자와 협상 ³²⁾) 및 재원 조달 결정 • 의료가격 통제 후 보험료의 보험자별 차등화
독일	사회보험	복수	• 피보험자의 연령 등 위험을 고려한 재원배분 • 보험료의 보험자별 차등화
프랑스	사회보험	단수	• 정부의 예산법을 제안 및 의회 심의/통과 • 지출상한(ONDAM) 설정, 조기경보시스템 및 자동감축장치 운용 • 지출상한의 0.3%를 연말 상한 준수 시 지급
캐나다	정부재정	단수(정부)	• 주/지역 정부의 예산배정 및 의회 심의/통과 • 주정부의 적자운영 제한

주: 프랑스의 보험자 수는 복수이나 일반사회보험이 약 90%를 포괄

자료: 저자 작성

우리나라의 경우, 단일보험자 유형의 사회보험 형태라는 제도 운영의 유사성과 향후 고령화로 예상되는 의료지출 부담을 감안하면 재정관리시스템의 도입이 필요하다. 주요 선진국들에 비해 현 시점의 지출 비중은 낮지만 빠른 고령화를 감안할 때 증가속도를 적절히 관리하는 것이 중요하기 때문이다. 이를 위해서는 현재 건강보험정책심의회위원회는 구성상 전문성을 지닌 건강보험 보장범위와 비용결정 등의 세부 운영사항 결정에 집중하는 것이 바람직하다. 대신 요율 결정 및 지출수준 등의 재정관리 정책은 관련 전문성을 갖춘 논의기구에서 수행하는 방안이다. 프랑스와 같이 재정당국과 보건복지부가 공동위원회를 구성하여 결정하고 이를 국회에 보고하는 방안을 고려할 수 있다. 프랑스의 경우, 사회보장재정조달법(SSFA), 즉 지출수준에

32) Wikipedia, "Health care system in Japan," https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_system_in_Japan, 검색일자: 2023. 10. 4.

대한 정부안을 마련하기 위해 재무부와 보건부가 참여하는 조직(The Social Security Directorate)을 운영한다.

기금 형태로 운용하고 있는 다른 사회보험, 즉 국민연금, 고용보험, 산재보험은 수입 및 지출에 대해 재정당국과 국회의 심의·의결을 받고 있다. 특히 운용규모가 큰 국민연금의 기여 및 급여사항은 국회 의결이 필요한 법률 규정으로 엄격히 운용된다. 각 분야 전문가들로 구성된 사회보험별 전문위원회 역할 역시 이러한 사항에 대한 자문 기능이다. 큰 재정규모에도 불구하고 국회 및 재정당국의 역할이 제한적이고 건강보험정책심의위원회가 주된 역할을 하는 건강보험 재정관리 방식은 개선 필요성이 높다.

더구나 OECD(2015)에 따르면 우리나라 재정당국과 복지부의 협력과정에서 직면하는 주요 위험요인으로 정보의 공유(Sharing of information), 협력 인센티브의 부족, 제도적 협력시스템의 부재, 재정당국의 보건정책 평가능력의 부족 등 모든 항목이 제시되었다. 이는 현 시점에서 건강보험 운용의 책임을 지는 보건복지부와 재정당국의 협업이 미흡하다는 것을 보여준다. 따라서 제도적인 협력시스템을 구축하고 그 결과를 활용할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

이는 예산과정과 비슷한 흐름이지만 세부내역 등에 대한 국회 의결이 필요로 하지 않으므로 건강보험 기금화에 대한 반대를 극복할 수 있는 방안이다. 건강보험제도 운용의 자율성을 제공하면서 총액관리를 가능하게 하기 때문이다. 동시에 정치적 외압에 의한 세부적 제도운용의 왜곡도 방지할 수 있다. 국회에 건강보험 지출총액에 대한 보고과정을 거침으로써 이를 준수하기 위한 관리 노력의 책임성을 높일 수 있다.

건강보험 지출총액을 관리하기 위해서는 지출수준에 대한 모니터링도 중요하다. 진료행위와 시차 없는 지출 모니터링을 바탕으로 그 대응방안을 마련할 수 있기 때문이다. 디지털화가 상당히 진행된 우리나라의 경우, 건강보험 지출 모니터링의 시차가 크기 않으므로 비교적 용이하게 조기경보시스템을 구축할 것으로 판단된다. 이를 바탕으로 총액예산을 준수하기 위한 제도적 대응방안 마련이 가능할 것이다.

사전적으로 설정된 예산수준을 준수하기 위한 노력도 중요하다. 민간부문을 통한 행위별 수가제를 허용하는 의료시스템 체계 내에서는 사전적으로 설정된 예산수준을 준수하도록 하는 메커니즘이 중요하다. 우리나라와 같은 사회보험 중심 의료보장시스템을 운영하며 국가의 영향력이 큰 프랑스의 사례를 살펴보면 경보위원회(Alert Committee)를 통한 예산초과 가능성 점검 및 대응방안 마련 그리고 최후의 수단으로 예산의 일정 부분(프랑스 0.3%)을 지급 연기하면서 지출상한 준수 시 지급하는 방안을 활용하고 있다. 이 경우 외래진료 등에 대한 공급자의 공급유인을 감소시킬 수 있으므로 우리나라에의 도입을 검토해볼 만하다. 이렇게 보건지출의 일부에 대해 자동감축장치를 활용하고 있는 OECD 회원국은 프랑스, 이탈리아, 덴마크, 뉴질랜드, 스위스 등이 있다(OECD, 2015).

V. 결론 및 정책시사점

향후 예상되는 급속하고 높은 수준의 고령화는 보건지출의 부담도 크게 높일 것으로 예상된다. 이는 일차적으로 전 국민 단일사회보험인 국민건강보험의 재정부담으로 이후에는 정부의 재정부담으로 이어질 것이다. 건강보험제도가 안정적이고 지속가능한 제도로 운영될 수 있도록 하는 정책적 대응이 중요하다.

장기적으로 안정적이고 지속가능한 건강보험제도 운영을 위해서는 지출 수준에 대한 전망과 함께 이를 적절한 부담수준 내에서 통제할 수 있어야 한다. 장기지출전망은 건강보험제도의 지속가능성을 위한 제도 개선방향 도출의 출발점이다. 적절한 수준의 비용부담으로 통해 양질의 의료서비스를 충분히 공급할 수 있다면 제도 개선의 필요성은 낮아지기 때문이다. 그러나 일반적으로 의료서비스의 가치가 소득증가에 따라 높아지고 고령화로 수요가 증가한다는 점을 감안하면 지출관리의 필요성은 높다 할 수 있다. 특히 우리나라와 같이 의료서비스 접근성에 대한 제약이 낮고, 높은 고령화율이 예상되는 경우에는 더욱 그렇다. 현실적인 건강보험 지출 추계를 바탕으로 미래 지속가능한 제도로 운용할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 이는 체계적 지출관리를 위한 재정관리제도의 개선으로 귀결되고, 이를 바탕으로 장기 지속가능성을 제고할 수 있다. 상대적으로 수입전망의 필요성은 크지 않다. 의료서비스가 필수재이므로 이를 비용효율적으로 공급하는 것이 중요한 정책목표이므로 이는 조달하여야 할 재원규모를 의미하기 때문이다. 필요한 재원규모가 부담 가능한 수준인지가 중요하다.

장기지출전망은 조성법을 바탕으로 다양한 영향 요인들 중 인구, 소득, 건강한 고령화 등의 영향을 중점적으로 반영하였다. 인구요인은 급속한 저출산·고령화의 영향을 반영하기 위한 것이고 소득요인은 소득수준에 따라 달

라지는 의료서비스 수요구조를 반영하기 위한 것이다. 급속한 저출산·고령화의 진행은 통계청 장래인구추계 주기를 기존 5년에서 축소하는 계기가 되었으므로 최신의 인구추계를 반영할 필요가 있다. 또한 주요 선진국들에 비해 여전히 높은 성장률을 보이는, 우리나라의 상황을 반영할 수 있는 소득탄력성을 이용할 필요가 있다. 본 연구에서는 우리나라 의료수요에 대한 소득탄력성을 새롭게 추정하여 우리나라 상황을 반영할 수 있도록 하였다.

건강한 고령화의 영향도 명시적으로 반영하였다. 건강한 고령화는 평균수명 증가의 효과를 의료지출의 관점에서 어떻게 반영할 것인가의 문제이다. 평균수명이 1세 연장된다면 연령대별 의료지출구조는 어떻게 변화할 것인지에 대한 전망이다. 평균수명만큼 건강수명이 증가할 수도 있지만 건강수명이 늘어나지 않을 수도 있다. 이러한 주요 변수들에 대한 세밀한 분석을 바탕으로 장기지출전망을 시행하였다.

다양한 추계가정에 따라 2023년부터 2070년까지 중장기 지출전망을 시행하였다. 전망 결과, 저출산 현상이 심화될수록, 소득탄력성이 낮을수록, 노령층이 과거에 비해 건강할수록 GDP 대비 건강보험 지출수준이 낮게 전망되었다. 구체적으로 가장 낙관적인 시나리오에서는 GDP 대비 건강보험 지출이 2040년 6.5%, 2070년 7.8% 증가했지만, 가장 비관적인 시나리오에서는 2040년 8.1%, 2070년 11.6%로 크게 증가하는 것으로 전망되었다. 이는 인구요인, 잔차요인, 소득효과 등 요인에 따라 건강보험 전망치가 크게 달라질 수 있음을 의미한다. 참고로 본 전망 결과는 조성법을 사용한 다른 연구자들의 건강보험 지출전망치와 비교할 때 전반적으로 중간 수준에 해당되었다. 추가적으로 주요 선진국들에 비해 낮은 정부/강제보험의 비율³³⁾을 감안하면 건강보험의 지출수준은 동일한 총 보건지출 수준하에서 더 증가할 가능성도 높다. 이러한 추계결과는 향후 보건재정의 지속가능성 확보를 위한 재정관리가 매우 중요함을 시사하고 있다.³⁴⁾

33) 건강보험의 보장률로도 해석할 수 있다.

34) 건강보험제도에 포함되지 않는 저소득층 의료급여(9.1조원, 2023년)를 포함하면 그 중요성은 더욱 크다(기획재정부, 2023).

주요국과 우리나라의 의료지출(사회보험) 관리시스템을 분석해본 결과 우리나라의 재정관리시스템의 개선점은 상당히 많은 것으로 나타났다. 재정관리 측면에서 주요 선진국의 경우 의료지출의 증가를 제어하는 제도적 장치를 일정 정도 갖추고 있는 것으로 나타났다. 사회보험제도로 운영하는 국가로 다수의 보험자가 존재하는 일본, 독일의 경우 최소한 보험자 간 보험료율 차등을 허용하여 수요 조정의 기제로 활용하고 있다. 특히 독일은 다수의 보험자가 존재함에도 지출예산을 피보험자의 선행 질병요건, 성, 연령 등의 위험도를 반영하여 배분하고 실제 지출이 이러한 예산배분액을 초과할 경우 개별 보험자가 부가기여금을 징수하도록 하고 있다. 즉 고정된 연방보험료율하에서 설정된 위험기반 예산수준을 초과하는 지출의 경우, 개별 보험료율 차등을 통한 수요 조정이라는 재정관리체계를 운영하고 있다.

가장 적극적인 재정관리의 사례는 프랑스인데 의료지출의 상한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기경보시스템 운용과 함께 지출상한 준수를 유도하는 제도를 함께 운용하고 있다. 재정당국과 복지당국의 협의를 바탕으로 의회 승인을 얻은 지출상한을 설정하고, 실제 지출 상황을 모니터링하여 그 결과를 당해 지출상한을 지키기 위한 대응방안 마련에 활용하고 있다. 특히 포괄수가제(DRG)과 같은 정액보상을 받는 분야는 수가의 99.7%만 지급하고 0.3%에 해당하는 금액은 별도 관리하여 지출상한 준수기제로 활용하고 있다. 동 금액은 지출상한을 준수하였을 때에 지불함으로써 의료공급자들이 외래진료 등에서 공급증가 유인을 줄이도록 유도하는 기능을 하고 있다.

반면 우리나라의 경우 건강보험에 대한 재정관리가 주무부처인 보건복지부 중심으로 이루어져 재정관리보다 제도 확대에 중점을 두고 있는 것으로 판단된다. 이는 이전의 불충분한 의료공급 상태에서 벗어나는 과정으로도 볼 수 있지만, 보건지출 수준이 2022년 기준 GDP 대비 9.7%로 이미 OECD 평균수준(9.3%)을 초과하고 있어 보다 균형 잡힌 접근이 필요하다. 특히 향후 급속한 고령화로 OECD 회원국 중 가장 높은 고령화율이 예상되는 현실을 감안하면 건강보험 재정관리시스템의 구축은 매우 시급한 과제라 할 수

이다. 이를 위해서는 다음의 개선방안 모색이 필요하다.

먼저 재정관리 측면에서 우리나라는 재정당국과 국회의 역할이 거의 없는 상황이므로 이의 개선이 필요하다. 현재 재정당국과 국회의 역할은 건강보험에 대한 재정지원분(예상수입의 20%)에 그치며, 지출수준에 대한 영향력도 제한적이다. 현재 강제보험으로 건강보험 보험료 수입은 2022년 76.6조 원으로 국세 세목 중에서도 소득세(128.7조원), 법인세(103.6조원), 부가가치세(81.6조원)에 이은 큰 수입규모³⁵⁾에 이른다. 그러나 이러한 주요 세목들에 대한 정부, 국회 등의 참여 정도를 감안할 때, 건강보험에서의 역할은 매우 제한적이다. 재정당국 및 국회의 참여가 제도운영의 정당성과 지속성 확보에 중요하므로 이의 개선이 필요하다.

또한 현재 건강보험 재정관리 기능은 그 역할을 담당하는 건강보험정책심의회(이하 정책심의회)의 전문성과도 부합하지 않는다. 건강보험정책심의회(이하 심의회)의 구성은 총 25인 중 재정관리와 관련된 전문가로 확정된 위원은 재정당국(기획재정부) 1명에 불과하다. 보건복지부 1명, 전문가 4명도 위원 구성에 포함되어 있지만 재정전문가라기보다는 보건전문가로 볼 수 있다. 오히려 의약업계 단체 대표자 8인, 시민(직역)단체 대표자 4인 등으로 구성되어 건강보험 보장범위 등과 관련된 세밀한 제도 운영에 대한 전문성이 존재한다고 할 수 있다. 즉 현재의 건강보험정책심의회는 건강보험제도의 세밀한 운영, 보장범위 및 수준 결정에 적합하다고 볼 수 있다. 따라서 건강보험정책심의회에 재정관리 기능 수행을 요구하기에는 구성 및 전문성에서 한계가 있다.

건강보험의 재정관리를 위한 별도의 기구 설립을 검토할 필요가 있다. 구체적으로 프랑스와 같이 재정당국과 보건복지부가 중심이 되는 공동위원회를 구성하고 그 결과를 국회에 보고하는 방안을 제안한다. 이는 기금 형식이 다른 사회보험들의 재정관리 기능이 기획재정부와 국회와 함께 이루어지고 있음을 반영한 것이다. 프랑스의 경우, 사회보장재정조달법(SSFA), 즉 지출수준에 대한 정부안을 마련하기 위해 재무부와 보건부가 참여하는 조직(The Social Security Directorate)을 운영하여 합의한 지출상한을 결정하도록

35) 기획재정부, 「2022년 국세수입 실적(잠정)」, 보도자료, 2023. 1. 30.

하고 있다.

지출상한 결정 방법으로는 단순하게 전년 대비 변화보다는 독일에서 의료 재정 배분에 적용하는 피보험자의 선행 질병요건, 성, 연령 등 위험도를 반영한 방식을 고려하여야 한다. 인구구조의 변화, 건강상태의 변화 등을 반영할 수 있다면 재정당국, 보건복지부, 국회 등이 동의할 수 있는 지출수준 결정을 용이하게 할 수 있을 것이다. 또한 기획재정부와 보건복지부가 전체 재정규모에 대한 협의를 바탕으로 제도를 운용하게 되면, 재원조달에 대해서도 상호 역할분담에 대한 논의의 장을 갖게 되어 일반예산 지원 확대라는 현재의 방식보다 투명하고 책임 있는 구조로 변해갈 수 있을 것으로 기대된다.

OECD(2015)에 따르면 우리나라 재정당국과 복지부의 협력과정에서 직면하는 주요 위험요인으로 정보의 공유, 협력인센티브의 부족, 제도적 협력시스템의 부재, 재정당국의 보건정책 평가능력의 부족 등 모든 항목이 제시되었다. 이는 현 시점에서 건강보험 운용의 책임을 지는 보건복지부와 재정당국의 협력이 부족하다는 것을 보여준다. 제도적인 협력시스템을 구축하고 그 결과를 활용할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이는 예산과정과 비슷한 흐름이지만 세부 내역 등에 대한 국회 의결이 필요로 하지 않으므로 기존 건강보험기금화에 대한 반대를 극복할 수 있는 방안이다. 건강보험제도 운용의 자율성을 담보하면서 총지출 관리를 가능하게 하기 때문이다. 동시에 정치적 외압에 의한 세부적 제도 운용의 왜곡도 방지할 수 있다. 국회에 건강보험 지출총액에 대한 보고과정을 거침으로써 이를 준수하기 위한 관리노력의 책임성을 높일 수 있다.

건강보험 재정을 관리하기 위해서는 지출수준의 결정과 함께 이의 모니터링, 그리고 예산을 준수하기 위한 메커니즘 마련이 필요하다. 지출원인인 진료행위와 시차를 줄인 모니터링 시스템을 구축하고 이의 변화에 대한 대응 방안을 마련할 수 있기 때문이다. 디지털화가 상당히 진행된 우리나라의 경우, 건강보험 지출 모니터링의 시차가 크지 않으므로 비교적 용이하게 조기경보시스템을 구축할 것으로 판단된다. 이를 바탕으로 총액예산을 준수하기

위한 제도적 대응방안 마련이 가능할 것이다.

지출수준에 대한 모니터링과 함께 사전적으로 설정된 예산수준을 준수하기 위한 제도적 노력도 중요하다. 민간부문을 통한 행위별 수가제를 허용하는 의료시스템 체계 내에서는 사전적으로 설정된 예산수준을 준수하도록 하는 메커니즘 마련은 전체 재정관리시스템의 성과를 결정하는 중요한 과제이다. 우리나라와 같은 사회보험 중심 의료보장시스템을 운영하며 국가의 영향력이 큰 프랑스의 사례를 살펴보면 경보위원회(Alert Committee)를 통한 예산초과 가능성 점검 및 대응방안 마련 그리고 최후의 수단으로 예산의 일정 부분(프랑스 0.3%)을 지급 연기하면서 지출상한 준수 시 지급하는 방안을 운용하고 있다. 즉 의료공급자에 대한 보상시스템을 개편하여 보상액의 일정 부분을 지출예산 준수 여부에 연동시킴으로써 외래진료 등에 대한 공급자의 과다 공급유인을 감소시킬 수 있는 방안으로 향후 도입해볼 만한 제도이다.

그 외 20조원 이상에 달하는 적립금의 운용방안 개선도 필요하다. 건강보험 재정흐름을 반영하되 장래 위험에 대비하기 위해 중장기적 관점에서 보유중인 자금들의 경우, 그 성격을 반영하여 보다 적극적인 투자방안을 모색할 필요가 있다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 감사원, 『건강보험 재정관리 실태』, 2022.
- 국민건강보험공단, 『건강보험 장기재정전망』, 보건복지부·국민건강보험공단, 2014.
- _____, 「코로나19 상황에도 건강보험 재정 안정적으로 관리」, 보도참고자료, 2022. 2. 25.
- _____, 「2021년 건강보험 보장률 64.5%(전년 대비 -0.8%p)」, 보도자료, 2023. 1. 10.
- _____, 「2022년도 건강보험 재정 3조 6천억원 흑자, 누적준비금은 23조 9천억원 보유」, 보도자료, 2023. 3. 28.
- _____, 「2022년 건강보험 수입/지출 현황」, 2023.
- 국회예산정책처, 『2019~2028년 8대 사회보험 재정전망』, 2019.
- _____, 『한눈에 보는 재정·경제 주요 이슈』, 2023.
- 기획재정부, 『2023 나라살림 예산개요』, 2023.
- _____, 「2022년 국세수입 실적(잠정)」, 보도자료, 2023. 1. 30.
- 김우현·이은경·김대환·김윤, 『건강보험 보장성 강화 정책의 효과 분석: 4대 중증질환을 중심으로』, 한국조세재정연구원, 2018.
- 김종면, 『의료비 지출의 장기예측』, 한국조세연구원, 2000.
- _____, 『장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석』, 한국조세연구원, 2002.
- 김종면·김우철, 『보건·의료부문 장기재정 모형 구축』, 한국조세연구원, 2007.
- 박형수·류덕현, 『한국의 장기재정모형』, 한국조세연구원, 2006.
- 박형수·전병목, 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, 한국조세연구원, 2009.

- 보건복지부, 「건강보험정책심의위원회 논의자료」, 2021.
- _____, 「국민보건계정」, 각 연도.
- 신영석·신화영·신정우·장인수·김은아, 『주요 연금 및 복지 분야 장기재
정전망 모형 구축』, 한국조세재정연구원, 2015.
- 이선미·이희영·김재윤·강성욱, 『사망전 의료이용의 합리적 관리를 위한
진료비 지출구조분석』, 연구보고서 2011-03, 국민건강보험공단, 2011.
- 이태진, 『건강보험 중장기 재정 추계 방법론 연구』, 국회예산정책처, 2020.
- 이혜훈, 『인구고령화와 재정의 대응과제』, 한국개발연구원, 2001.
- 전병목, 「건강보험료 부과체계에 대한 소고: 최저보험료와 연금소득」, 『재정
포럼』, 통권 제320호, 2023. 2., pp. 6~25.
- 전병목·이은경, 『사회보험 재정전망과 정책과제』, 한국조세재정연구원, 2010.
- 최준욱·전병목, 『인구구조 변화와 조세·재정정책(I)』, 한국조세재정연구원,
2003.
- 통계청, 「장래인구추계」, 2021.
- _____, 「장래인구추계: 2020~2070년」, 보도자료, 2021. 12. 9.
- 현경래, 『건강보험 재정현황과 재정전망』, 2015.
- 홍석철, 「인구고령화와 의료비지출의 변화」, 『한국의 사회동향 2014』, 통계
개발원, 2014, pp. 159~167.

〈외국 문헌〉

- Acemoglu, D., A. Finkelstein, and M. Notowidigdo, “Income and Health
Spending: Evidence from Oil Shocks,” CEPR Discussion Papers, No.
7255, 2009.
- Astolfi, Roberto, Luca Lorenzoni, and Jillian Oderkirk, “A Comparative
Analysis of Health Forecasting Methods,” OECD Health Working
Papers, No. 59, 2012.
- Baltagi, B. H., R. Lagravinese, F. Moscore, and E. Tosetti, “Health care
expenditure and income: a global perspective,” *Health Economics*,

- 26(7), 2017, pp. 863~874.
- Baltagi, B. H. and F. Moscone, "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data," *Economic Modelling*, 27(4), 2010, pp. 804~811.
- Bartosz, P., *Projecting fUTURE Health Care Expenditure at European Level: Drivers, Methodology and Main Result*, European Union, 2010.
- Blomqvist, A. G. and R. A. L. Carter, "Is health care really a luxury?," *Journal of Health Economics*, 16(2), 1997, pp. 207~229.
- Boungnarasy, M., "Health care expenditures in Asia countries: Panel data analysis," *Economics Bulletin*, 31(4), 2011, pp. 3169~3178. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:ebl:ecbull:eb-10-00578>.
- Breyer, F. and S. Felder, "Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying," *Health Policy*, 75, 2006, pp. 178~186.
- Carrion-i-Silvestre, J. L., T. del Barrio-Castro, and E. Lopez-Bazo, "Breaking the panels: an application to the GDP per capita," *The Econometrics Journal*, 8(2), 2005, pp. 159~175.
- Chen, Jian-Shen, Mei-Ching Chen, Wen-Ju Liao, and Tsung-Hsien Chen, "Influence of Capital Structure and Operational Risk on Profitability of Life Insurance Industry in Taiwan," *Journal of Modelling in Management*, 4(1), 2009, pp. 7~18. <https://doi.org/10.1108/17465660910943720>.
- Chernew, M. E. and J. P. Newhouse, "Health care spending growth," *Handbook of Health Economics*, 2, 1988, pp. 1~43.
- Colombier, C., "Drivers of health care expenditure: does Baumol's cost disease loom large?," FiFo Discussion Papers, 12-5, 2012.
- _____, "Drivers of Health-Care Expenditure: What Role Does Baumol's Cost Disease Play?," *Social Science Quarterly*, 98(5), 2017, pp. 1603~1621.

- De la Maisonneuve, C. and J. Oliveira Martins, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," OECD Economics Department Working Paper, forthcoming, OECD, Paris, 2013.
- Di Matteo, L., "The Income Elasticity of Health Care Spending: A Comparison of Parametric and Nonparametric Approaches," *The European Journal of Health Economics*, 4(1), 2003, pp. 20~29. <http://www.jstor.org/stable/3570041>.
- Felder, S., M. Meier, and H. Schmitt, "Health care expenditure in the last months of life," *Journal of Health Economics*, 19, 2000, pp. 679~695.
- Frogner, B. K., G. F. Anderson, R. A. Cohen, and C. Abrams, "Incorporating new research into Medicare risk adjustment," *Medical Care*, 49(3), 2011, pp. 295~300. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318202839f>.
- Gerdtham, U. G., B. Jönsson, M. BcFarlan, and H. Oxley, "The Determinants of Health Expenditure in the OECD Countries: A Pooled data Analysis," In: Zweifel, P. (eds) "Health, the Medical Profession, and Regulation. Developments" in *Health Economics and Public Policy*, vol 6, Springer, Boston, MA, 1998. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5681-7_6.
- Gerdtham, Ulf-G., Jes Sjøgaard, Fredrik Andersson, and Bengt Jönsson, "An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries," *Journal of Health Economics*, 11(1), 1992, pp. 63~84. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90025-V](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90025-V).
- Getzen, T. E., "Health Care Is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures," *Journal of Health Economics*, 19(2), 2000, pp. 259~270. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(99\)00032-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(99)00032-6).
- Getzen, T. E. and J-P. Poullier, "International Health Spending Forecasts:

- Concepts and Evaluation,” *Social Science and Medicine*, 34(9), 1992, pp. 1057~1068.
- Grossman, M., “On the concept of health capital and the demand for health,” *Journal of Political Economy*, 80, 1972, pp. 223~255.
- Hall, Robert E. and Charles I. Jones, “The Value of Life and the Rise in Health Spending,” *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 2007, pp. 39~72.
- Hansen, P. and A. King, “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach,” *Journal of Health Economics*, 15, 1996, pp. 127~137. [http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296\(95\)00017-8](http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296(95)00017-8).
- Hartwig, J., “What drives health care expenditure?-Baumol’s model of ‘unbalanced growth’ revisited,” *Journal of Health Economics*, 27(3), 2008, pp. 603~623. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:eee:jhecon:v:27:y:2008:i:3:p:603-623>.
- _____, “Can Baumol’s model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? An alternative test,” *Journal of Applied Economics*, 43(2), 2011, pp. 173~184.
- Hitiris, T. and J. Posnett, “The determinants and effects of health expenditure in developed countries,” *Journal of Health Economics*, 11(2), 1992, pp. 173~181. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90033-w](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90033-w).
- Holly, A., X. Ke, and P. Saksena, “The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis,” World Health Organisation Working Paper, 2011.
- Kleiman, E., “The Determinants of National Outlay on Health,” In: Perlman, M. (eds) *The Economics of Health and Medical Care*, International Economic Association Series. Palgrave Macmillan, London, 1974. https://doi.org/10.1007/978-1-349-63660-0_5.
- Leu, R. E., “Public and Private Health Services: Complementarities and

- Conflicts,” In: Culyer, A. J. and B. Jonsson, Eds., *Blackwell*, Oxford, 1986, pp. 41~63.
- López-Casasnovas, Guillem and Marc Saez, “A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure: a note,” *The European Journal of Health Economics*, 8(1), March 2007, pp. 59~65. <https://www.jstor.org/stable/27823093>.
- Murphy, K. M. and R. H. Topel, “The value of health and longevity,” *Journal of Political Economy*, 114(5), 2006, pp. 871~904.
- Newhouse, Joseph P., “Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey,” *The Journal of Human Resources*, 12(1), 1977, pp. 115~125, <https://doi.org/10.2307/145602>.
- Nordhaus, William D., “The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards,” NBER Working Paper No. w8818, 2002. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=302579>.
- OECD, “Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers?,” OECD Economics Department Working Papers, No. 477, 2006.
- _____, *Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections*, 2013.
- _____, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, 2015.
- _____, “Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology,” OECD Health Working Papers, No. 110, 2019.
- _____, *State of Health in the EU, Germany, Country Health Profile 2021*, 2021.
- Okunade, Albert and Mustafa Karakus, “Unit root and cointegration tests: timeseries versus panel estimates for international health expenditure

- models,” *Economics*, Taylor & Francis Journals, 33(9), 2001, pp. 1131~1137.
- Sen, A., “Is health care a luxury? New evidence from OECD data,” *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5, 2005, pp. 147~164.
- Seshamani, M. and A. Gray, “A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs,” *Journal of Health Economics*, 23, 2004, pp. 217~235.
- SSA, *Social Security Programs Throughout the World: Europe*, 2018.
- The APO, *Japan Health System Review, Health Systems in Transition*, Vol. 8 No. 1, 2018.
- The EO, *France Health System Review, Health Systems in Transition*, Vol. 17 No. 3, 2015.
- _____, *Canada Health System Review, Health Systems in Transition*, Vol. 22 No. 3, 2020a.
- _____, *Germany Health System Review, Health Systems in Transition*, Vol. 22 No. 6, 2020b.
- Werblow, A., S. Felder, and P. Zweifel, “Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of ‘Red Herrings’?,” *Health Economics*, 16, 2007, pp. 1109~1126.

〈웹사이트〉

- 국가법령정보센터, 「국가재정법」, 「국민건강보험법」, 「국민연금법」, 「고용보험법」, 「산업재해보상보험법」, <https://www.law.go.kr/LSW/main.html>, 검색일자: 2023. 12. 4.
- 메디칼타임즈, 「건보재정 건전화 방안 ‘기금화’ 전략 놓고 국회 복지부 동상 이몽」, 2023. 8. 4., <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1154846>, 검색일자: 2023. 10. 15.
- 통계청 KOSIS 국가통계포털, 「국제통계」, <https://kosis.kr/statisticsList/statistics>

ListIndex.do?vwcd=MT_RTITLE&menuId=M_02_01, 검색일자: 2023. 3. 13.
한국은행, 「경제활동별 GDP 및 GNI」, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=301&tblId=DT_200Y006&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1&docId=01948&markType=S&itmNm=%EC%A0%84%EA%B5%AD, 검색일자: 2023. 12. 10.

French-Property.com, <https://www.frenchproperty.com/guides/france/finance-taxation/taxation/social-security/social-welfare-levy>, 검색일자: 2023. 9. 5.
ISSA, <https://www.issa.int/databases/country-profiles>, 최종 검색일자: 2023. 9. 26.

OECD.stat, “Health,” <https://stats.oecd.org/>, 최종검색일자: 2023. 9. 19.
_____, “Health expenditure and financing, Demography and Population,” <https://stats.oecd.org/>, 최종검색일자: 2023. 9. 19.

République Française, “The French Social Security SystemIntroduction,” https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_0.html, 검색일자: 2023. 9. 5.

Wikipedia, “Health care system in Japan,” https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_system_in_Japan, 검색일자: 2023. 10. 4.
_____, “Contribution sociale,” https://fr.wikipedia.org/wiki/Contribution_sociale, 검색일자: 2023. 9. 26.

건강보험 지출전망과 재정관리 방안

전병목 · 김평식

본 보고서는 건강보험 장기지출전망을 바탕으로 제도의 지속가능성 확보를 위한 재정관리 방안을 모색하였다. 장기지출전망은 조성법을 바탕으로 달라진 인구구조 전망을 반영하였다. 또한 우리나라에 대한 의료수요의 소득탄력성을 추정하여 적용하였으며 건강한 고령화 효과도 고려하였다. 지출전망 결과, 건강보험 지출수준은 2070년 기준 시나리오에 따라 GDP 대비 7.8~11.6%에 달한다. 크게 증가할 건강보험 지출수준을 지속가능한 수준에서 관리하기 위해서는 총액예산 설정과 이를 준수하기 위한 모니터링과 지불제도 개선이 요구된다. 총액예산 설정은 재정당국과 보건의당국의 공동위원회를 통해 설정하고 국회에 보고하는 방안이 바람직하다. 또한 지출상한 준수 여부와 연동된 지불제도를 구축함으로써 설정된 예산을 준수하도록 하여야 한다.

Long-term Expenditure Projection of National Health Insurance and Fiscal Management

Jeon, Byung Mok and Pyoungsik Kim

This study sought fiscal management measures to secure the sustainability of national health insurance system(NHIS) based on the long-term expenditure projection. The long-term expenditure projection used a component method which reflected the rapidly changing demographic structure. In addition, the income elasticity of medical demand in Korea was estimated and applied, and the effect of healthy aging was also considered.

As a result of the expenditure projection, the level of national health insurance expenditure reaches 7.8% to 11.6% of GDP depending on the scenario as of 2070. In order to manage the national health insurance expenditure at a sustainable level, it is necessary to establish a budget ceiling and improve the monitoring and payment system to comply with it.

It is desirable to set the budget ceiling through a joint committee between the budget authorities and the health authorities and report it to the National Assembly. In addition, a payment system linked to compliance with the budget ceiling should be established to ensure compliance with the established budget.

저자약력

전병목

서울대학교 자원공학과 졸업
미국 Rice University 경제학 박사
현, 한국조세재정연구원 선임연구위원

김평식

서강대학교 경제학과 졸업
미국 The University of North Carolina at Chapel Hill 경제학 박사
현, 한국조세재정연구원 부연구위원

자료 수집 및 정리

권선정 한국조세재정연구원 선임연구위원
박선영 한국조세재정연구원 책임연구위원

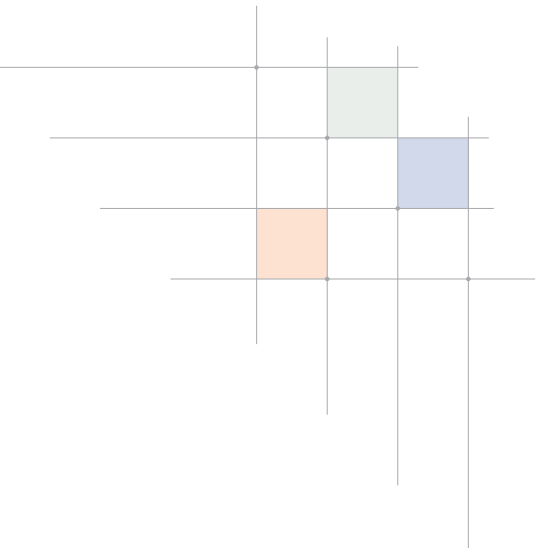
연구보고서 23-09

건강보험 지출전망과 재정관리 방안

발행	행	2023년 12월 29일
저자	자	전병목 · 김평식
발행인	인	김재진
발행처	처	한국조세재정연구원
주소	소	30147 세종특별자치시 시청대로 336
전화	화	(044)414-2114(대)
홈페이지	지	www.kipt.re.kr
등록	록	1993. 7. 15. 제2014-24호
정가	가	23,000원
조판 및 인쇄	쇄	일지사
I S B N		979-11-6655-250-2

© 한국조세재정연구원 2023 * 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.

본 보고서는 친환경 용지를 사용하여 인쇄되었습니다.



KOREA INSTITUTE
OF PUBLIC FINANCE

kipf 한국조세재정연구원

30147 세종특별자치시 시청대로 336

TEL: (044)414-2114(대) www.kipf.re.kr



9 791166 552502 94320
ISBN 979-11-6655-250-2