

제 VI 장

인구고령화와 보건의료 및 장기요양

1. 서론

- 본 장에서는 인구구조 고령화가 보건의료부문에 미치는 영향 및 특히 인구고령화와 깊은 관련이 있는 장기요양체계에 미치는 영향을 고찰하고 이에 대비한 보건의료 및 장기요양제도의 개선방안에 대하여 논의함.
- 노인인구는 의료서비스에 대한 수요가 다른 연령층에 비해 높아 인구고령화는 국민의료비 상승의 주된 요인으로 지적되고 있음. 이로 인해 건강보험의 재정압박 요소가 되며 따라서 이에 대비한 보건의료체계 및 건강보험제도의 개혁이 필요함.
- 더욱이 노인인구는 신체기능이 약화되어 신체활동에 많은 제약이 존재하므로 타인의 도움을 많이 필요로 하기 때문에 의료서비스 뿐만 아니라 장기요양서비스(long-term care service)에 대한 수요 역시 매우 높고 이로 인한 비용도 매우 높음.
- 인구고령화에 대응하기 위해선 의료서비스전달체계 및 장기요양체계의 개편이 시급한데, 이를 위해 소비자와 공급자에 대한 경제적인 유인체계를 고찰하고 서비스 공급에 대한 재정부담 및 각 제도 간 연계문제를 고려하여 보건의료 및 장기요양의 재원조달 및 전달체계를 개선해야 함.
- 고령화에 따른 장기요양에 대한 수요에 대해 효과적인 정책적 대응을 하기 위해 많은 선진국에서는 의료서비스와 마찬가지로 노인장기요양에 대해서도 공적재원조달체계를 도입하고 있는 추세이다. 그리고 이러한 노인장기요양은 그 재원조달과 제공을 기존의 보건의료체계와는 별도의 제도를 도입하는 경향을 보이고 있음.
- 급속한 인구고령화를 경험하고 있는 우리나라에서도 장차 노인 장기요양비용의 위험과 경제적인 부담을 효과적으로 분산할 수 있는 공적재원체계의 마련이 필요할 것으로 생각됨.
- 기존의 의료보험제도와의 연계와 정부의 재정 압박 요인들을 고려하면 조세를 중심으로 하는 제도보다 사회보험을 통해 장기요양에 필요한 재원을 조달하는 것

이 바람직한 것으로 보임.

- 본 장에서는 사회보험운영형식을 통해 장기요양서비스를 제공하고 있는 독일과 일본의 경우를 소개하고 장기요양보험제도 도입에 따른 주요 논쟁점을 고찰하기로 함.

2. 고령화와 보건의료

가. 고령화와 보건의료제도

<고령화와 건강보험재정>

- 일반적으로 고령층의 건강상태는 젊은 연령층에 비해 좋지 않으므로 의료서비스 이용도가 더 높다. 따라서 인구구조의 고령화는 필연적으로 의료비 증가를 유도함.
 - 예를 들어 2001년도 전국노인장기요양보호서비스 욕구 조사자료에 의하면 의료서비스 이용에 많은 영향을 미치는 주관적 인지 건강상태에 있어 노인들의 50% 이상이 자신의 건강상태가 나쁘다고 인지하고 있음.
 - 아래 <표 6-1>에 제시된 대로 남성에 비해 여성이, 연령이 높을수록 주관적인 건강상태가 더 좋지 않음.
 - 노인들은 고혈압, 당뇨, 암 등과 같은 만성질환을 가지고 있는 경우가 대부분이어서 의료서비스 이용이 오랫동안 지속되는 경향이 있음.

<표 6-1> 노인의 주관적 건강상태

(단위: %)

건강상태	전체	성		연령		
		남자	여자	65~69세	70~74세	75세이상
매우 좋은 편임	3.9	5.6	2.8	5.4	3.2	2.4
좋은 편임	19.5	24.1	16.8	21.7	16.6	19.3
보통	20.3	24.4	17.8	21.9	19.5	18.9
약간 나쁨	30.5	24.9	33.9	30.5	33.1	28.3
아주 나쁨	25.8	21.0	28.7	20.5	27.6	31.1
계 (명)	100.0 (4,722)	100.0 (1,789)	100.0 (2,933)	100.0 (1,935)	100.0 (1,297)	100.0 (1,490)

자료: 선우 덕 외(2001)

- 노인인구의 취약한 건강상태는 노인계층에게 높은 의료비용을 유발하기 때문에, 인구고령화에 따라 전체의료비 중 노령인구에게 지출되는 의료비의 비중은 증가하게 됨.
 - 우리나라의 경우에도 노인인구의 증가와 함께 건강보험진료비에서 노인의료비가 차지하는 비중이 계속 증가하고 있음.
 - 아래 <표 6-2>에 나와 있듯이 1992년에 65세 이상 노인인구의 비중은 5.2%였

으나 건강보험 급여비에 있어서 노인의료비가 차지하는 비중은 9.9%였음.

- 2002년에는 65세 이상 노인인구의 비중이 7.2%로 증가한 반면 노인의료비가 차지하는 비중은 18.8%로 더 빠르게 증가하였음.

<표 6-2> 건강보험 급여비 중 노인인구 의료비용의 비중

(단위: %)

	1992년	1994년	1996년	1998년	2000년	2002년
노인인구 비중	5.2	5.5	5.8	6.3	6.6	7.2
건강보험급여비 중 65세 이상 피보험자의 의료비 비중	9.9	11.2	12.8	14.8	17.0	18.8

자료: 국민건강보험공단, “건강보험통계연보”, 각년도

- **전술한 노인들에 대한 건강보험진료비가 급증하는 요인으로 지적될 수 있는 것 중 하나는 노년층을 위해 필요한 적절한 노인요양서비스가 부재하다는 것임.**
 - 즉 노인들에 대한 사회적 서비스로서 적절한 요양서비스가 없기 때문에 사회적 서비스가 의료서비스화 되고 노인들이 급성의료기관에서 불필요하게 장기 입원하게 되어 국민의료비가 증가하고 있는 것임.
 - 예를 들어 전국 11개 급성 환자를 치료하는 병원을 대상으로 입원 적절성평가 지침(Appropriateness Evaluation Protocol: AEP)을 적용한 결과, 대상자인 총 재원환자 4,878명 중 13.6%가 입원이 부적절한 환자로 판명됨.
 - 입원이 부적절한 환자에게 장기요양서비스 평가도구를 활용하여 장기요양서비스 요구도를 평가한 결과, 61.7%만이 장기요양서비스가 필요하며, 나머지 38.3%는 불필요한 것으로 판명됨.
- **그렇다고 해서 고령화가 의료비 증가의 가장 큰 요인이라고 생각할 수는 없을 것임.** 즉 인구구조의 변화보다, 비용 상승을 유발하는 고가 의료기술의 도입과 이용, 의료서비스 공급과정에서 공급자들이 비용을 절감할 경제적인 유인체계의 부족 등 다양한 제도적인 요인들이 의료비 상승에 크게 기여하고 있음.
 - 결국 의료서비스 시장의 가장 커다란 특징이라고 할 수 있는 소비자와 공급자간 정보의 비대칭이 매우 심각하여 현행 의료서비스 공급자에게 보상해주는 방식인 행위별수가제와 같은 방법으로는 의료비 상승의 지속적인 상승을 막을 수 없으며 따라서 이러한 자원의 비효율적인 활용이 인구구조의 변화 그 자체보다는 의료비 상승을 주도하는 더 중요한 요인으로 인식되고 있음.

<고령화와 인구 일인당 의료비>

- 인구구조의 노령화가 의료비 상승의 주된 요인이긴 하지만, 노인들의 의료서비스 이용행태나 의료비의 상승 추세에 대한 심층적인 분석이 필요하므로 인구 1인당 의료비가 과연 연령이 증가할수록 증가하는 것인지를 구체적으로 고찰해볼 필요가 있음.
- 아래 <표 6-3>에 제시된 대로 65세 이상 인구나 64세 이하 인구의 1인당 의료비를 비교한 결과 노인들의 1인당 의료비가 젊은 계층 인구의 1인당 의료비보다 약 2.5배 높은 것으로 나타남.
- 그리고 젊은 인구의 1인당 의료비 대비 노인인구의 1인당 의료비 비율은 시간이 갈수록 더 커지는 것으로 나타나, 노인의료비의 총액뿐만 아니라 젊은 층에 비해 1인당 의료비용의 크기 역시 상대적으로 더 빠른 증가를 보이고 있어 향후 이러한 추세가 지속될 경우 국민의료비의 급격한 증가가 예상됨.

<표 6-3> 64세 이하의 의료비 대비 65세 이상의 의료비

(단위: 천원)

	2000년	2001년	2002년	2003년
65세 이상 1인당 진료비	665	882	978	1,119
64세 이하 1인당 진료비	242	331	343	366
비율	2.75	2.66	2.85	3.06

자료: 국민건강보험공단, “국민건강보험통계연보” 각년도

- 인구 1인당 의료비용의 연령별 차이를 고찰하기 위해 연령대를 6구간으로 세분하여 보면 각 연령대별 1인당 의료비용의 차이가 더 구체적으로 드러난다. 즉 연령별 1인당 의료비용은 소아기 때 높다가 나이가 들면서 감소하고 노령화됨에 따라 다시 증가하는 전형적인 U자 형태를 보이고 있음.
- 다만 외국의 경우와 달리 우리나라의 경우 75세 이상 노인들에게 있어서는 65~74세 연령층의 노인들에 비해 1인당 의료비가 오히려 감소하는 경향을 보이고 있음.
- 이는 75세 이상 노인층의 건강수준이 향상되었다기보다 의료서비스에 대한 접근성이 향상된 것에 기인한 것으로 추정됨. 즉 75세 이상 노인들의 소득수준이 더 낮거나 혹은 거동불편으로 인하여 의료기관에의 접근도가 감소할 수 있고 또 임종이 의료기관이 아닌 실제 거주하는 장소에서 발생하는 데 따른 의료비의 감소 등 여러 요인이 작용할 수 있음.

○ 하지만 추후 노인들의 경제적인 지불능력이 향상되고 의료서비스에의 접근도가 향상하여 임종을 의료기관에서 맞는 경향이 보편화되면 우리나라도 외국의 경우 처럼 연령이 증가할수록 의료비용이 증가하는 U자 형태의 의료비용 변화 추이를 보일 것으로 예상할 수 있음.

□ 아래 <표 6-4>에 나와 있듯이 인구 1인당 의료비의 연도별 추이를 보면 0~4세의 유아연령을 제외하고는 2000년부터 2003년 사이에 모든 연령층에 대해 1인당 의료비가 증가하고 있음.

○ 연령이 증가할수록 1인당 의료비의 증가폭은 커지고 있어 U자형 의료비 곡선의 오른쪽 부분의 기울기가 더욱 가파르게 변하고 있음을 볼 수 있음.

○ 인구 1인당 의료비는 인구 1인당 의료서비스 이용일수와 의료서비스 이용일당 의료비에 의해 결정됨. 인구 1인당 의료이용일수 역시 1인당 의료비와 비슷한 U자형 패턴을 나타내고 있음.

○ 따라서 인구 1인당 의료비용의 형태가 의료이용일당 의료비보다는 1인당 의료이용일수에 의해 더 크게 영향을 받고 있음을 알 수 있음.

<표 6-4> 연령 그룹별 인구 1인당 의료비

		2000년	2001년	2002년	2003년
인구 1인당 의료비 (단위: 천원)	0~4세	389	603	573	569
	5~14세	153	224	228	227
	15~44세	176	235	243	260
	45~64세	432	572	600	654
	65~74세	700	932	1,023	1,161
	75세 이상	595	780	665	952
인구 1인당 재원일수 (단위: 일)	0~4세	33.6	56.6	29.0	28.3
	5~14세	12.9	18.6	11.0	11.2
	15~44세	9.8	12.8	8.7	9.1
	45~64세	19.4	25.9	17.5	18.6
	65~74세	28.3	40.2	29.0	31.5
	75세 이상	23.1	32.3	18.5	27.2
재원일당 진료비 (단위: 원)	0~4세	11,554	10,652	19,780	20,117
	5~14세	11,798	12,052	20,682	20,308
	15~44세	18,031	18,353	28,017	28,470
	45~64세	22,271	22,074	34,333	35,274
	65~74세	24,738	23,187	35,301	36,886
	75세 이상	25,760	24,142	35,959	35,016

- 또한 고령화문제와 의료비의 연관관계를 고찰함에 있어 고려해야 할 또 하나의 사항은 나이가 들어감에 따라 의료비가 지속적으로 증가하는 것인지, 아니면 사망 직전 비교적 짧은 기간 동안의 의료비가 전반적인 노인의료비에 훨씬 큰 영향을 미치는 것인가의 문제임.
- 만일 전자의 경우라면 수명의 연장과 노령화는 1인당 의료비를 상승시키지만, 만일 후자의 경우라면 수명연장과 노령화가 반드시 노인의 1인당 의료비를 상승시키는 것은 아닐 수 있기 때문임.
- 하지만 이러한 질문에 대한 답을 하기 위해서는 추후 노령인구에 대한 심층적인 추적 연구가 필요할 것이다. 이와 관련하여 의료비용이나 장기요양비용은 단순히 연령에 의해 결정되기보다 연장된 수명이 건강한 상태의 것인지 혹은 건강하지 못한 상태의 것인지에 따라 결정될 가능성이 높음을 주지할 필요가 있음.
- 만일 연장된 수명이 건강한 상태의 것이라면 수명연장 자체가 1인당 의료비용이나 요양비용을 증가시키지는 않을 것이기 때문이다.

나. 인구고령화와 보건의료부문의 개선

- 인구구조의 고령화가 국민의료비를 압박함에 따라 국민의료비의 효과적인 관리가 더욱 중요해지고 있으나, 현재 건강보험의 재정상황은 앞 장에서 언급한대로 여전히 매우 취약한 실정임.
- 하지만 인구고령화에 대비하기 위해 노인층만을 대상으로 건강보험제도를 개편하기 보다는 국민의료비를 적정화할 수 있는 전반적인 제도의 개혁을 통해 고령화가 건강보험재정에 미치는 영향을 최소화하는 것이 효과적일 것임.
- 따라서 안정적인 재원의 확보와 의료비용을 적정화하기 위한 제반 정책수단을 강구할 필요가 있음.

<의료서비스 공급의 효율화와 진료비 지불제도 개편>

- 불과 몇 년 전까지만 해도 우리나라의 국민의료비 수준은 국내총생산(GDP)대비 5%를 약간 상회하는 정도였다. 그렇지만 이는 의료비수준이 빠르게 증가하지 않았

다기보다는 국내총생산의 증가율이 더 높았기 때문으로 해석할 수 있음.

- 1990년부터 2001년 사이 1인당 실질의료비의 연간증가율은 7.4%로서, 3~4%대인 다른 OECD 국가들에 비해 의료비증가율이 훨씬 높았음.
- 향후 과거와 같은 빠른 경제성장을 기대하기 어려운 현실에서 국내총생산의 증가가 비교적 정체될 것이고 인구고령화에 의해 의료비 증가가 더욱 가속화될 것이므로 국내총생산 대비 의료비용의 비율은 빠르게 증가할 가능성이 매우 높음.
- 최근 건강보험의 재정위기를 경험한데서도 알 수 있지만, 최근 국민의료비가 국내총생산의 6%로 가파르게 증가한 사실을 통해서도 의료비 지출의 합리성 제고를 위한 정책방안의 마련이 매우 시급함을 알 수 있음.

□ 의료서비스 시장의 특성상 공급자가 소비자에 비해 훨씬 더 많은 지식과 정보를 가지고 있으며 이를 기반으로 시장에서의 독점력을 가지고 있으므로 의료비 결정에 있어 환자보다 의료공급자가 더욱 중요한 역할을 함.

- 따라서 의료공급자의 의료서비스 제공에 있어 어떠한 경제적인 유인을 갖고 있느냐에 따라 의료비용은 커다란 변화를 보이게 됨.
- 의료공급자에게 주어지는 경제적인 유인구조의 가장 중요한 요소는 진료비 지불제도임.
- 현재 우리나라의 의료공급자에 대한 진료비 지불제도는 행위별 수가제임. 이 제도는 의료서비스의 양과 강도를 지속적으로 증가시키는 유인을 갖고 있으므로 의료비 상승의 주된 요인으로 인식되고 있으며 동시에 공급자와 정부 간 수가수준에 대한 끊임없는 갈등을 야기하고 있음.
- 따라서 진료비 지불제도의 개편에 대한 심층적인 고려 없이는 의료비 지출의 증가와 보험재정의 취약성 문제는 해결되지 않을 것임.

□ 의료공급자, 특히 의사는 다수의 환자를 치료함에 따른 위험분산의 능력을 갖고 있으며 또한 의료비를 절감할 수 있는 방법에 대한 정보를 갖고 있음.

- 따라서 진료비 지불제도의 개편을 통해 의료공급자로 하여금 비용을 절감할 유인을 제공하는 것이 환자본인부담금을 증가시키는 수요억제책보다 더 효과적으로 의료비를 절감하고 아울러 보다 형평하게 의료비를 부담케하는 방법임.
- 여러 외국의 의료제도가 매우 다양함에도 불구하고 유럽에서 공통적으로 진료비 지불제도의 개혁을 의료비억제정책의 핵심적인 방안으로 시행하는 것만 보아도

그 중요성을 알 수 있음.

- 민간의료보험체계인 미국에서도 보험자가 의료비용을 절감하기 위하여 소비자에게 경제적인 유인을 제공하기 보다는 의료공급자에게 진료비지불제도의 개편을 포함하여 제반 경제적인 유인을 제공하고 있음(임재영, 2004).

□ 궁극적으로 행위별수가제가 갖고 있는 비효율성을 극복하고 의료공급체계의 효율성을 높이기 위해서는 포괄수가제(Diagnosis Related Groups: DRG)의 조속한 도입이 이루어져야 할 것임.

- 포괄수가제도는 실제 진료비와는 관계없이 환자의 진단명에 따라 정액의 진료비만을 의료기관에 지불하는 제도이므로 의료공급자가 의료비용을 절감하고 의료공급과정을 효율화할 강한 경제적인 유인을 갖음.
- 포괄수가제는 다른 여러 나라에서 이미 도입했거나 도입하고 있으며 우리나라에서도 수년간의 시범사업을 통해 비용이 절감되고 항생제 사용이 감소하는 등 그 성과가 비교적 긍정적으로 평가되고 있음에도 불구하고 의약분업 이후 의사의 과업과 그 이후 의료공급자들의 강한 반대에 부딪혀 당초의 전국적 시행계획이 여전히 표류하고 있는 실정임.

□ 또한 포괄수가제의 시행과 아울러 장기적으로는 등록된 환자 수에 따라 주치의(Gate-Keeper)에게 환자 1인당 예상의료비용만을 미리 지불하는 인두제(Capitation)의 도입을 검토해야 함.

- 인두제는 주치의제도를 통해 자신에게 등록된 환자의 수에 따라 일정기간 동안의 진료비 크기가 미리 결정되므로 비용절감의 유인이 매우 강함.
- 즉 비용을 절감하기 위해서는 자신에게 등록된 환자가 건강하여야 하므로 의료공급자는 환자들의 건강을 장기적인 안목에서 관리하도록 노력하기 때문에 장기적인 질병관리가 중요한 노인들에게는 그 역할이 매우 클 것임.
- 또한 주치의가 의료이용에 있어서 문지기 역할(Gate-Keeper) 역할을 수행하여 노인들의 의료이용 나아가 요양서비스 이용을 합리화하는데 기여할 수 있으므로 주치의제도와 인두제의 도입은 고령화에 대응할 수 있는 정책으로 사료됨.

□ 아울러 일정 기간 동안에 의료기관 혹은 의료부문에 지불할 총의료비의 총액을 정하여 그것을 초과하는 의료비용의 지출을 통제하는 총액계약제도 등도 검토해야 함.

- 총액계약제의 경우 의료비의 총액이 결정되면 이를 개별 의료공급자에게 구체적으로 배분하는 것은 관련 이익단체, 즉 의사협회에서 담당하게 됨.
 - 따라서 의사협회가 의료비를 심사, 평가하게 되고 의료 자원의 소모가 큰 공급자를 자체적으로 감독하고 통제하므로 의료비 심사과정에서 경험하는 보험자와 공급자 간 소모적인 논란을 줄일 수 있음.
- 그런데, 포괄수가제의 경우 입원진료를 위해 개발되었으므로 이 제도의 도입 후에 외래나 퇴원 후의 의료비용이 증가하는 부작용 등이 있을 수 있음.
- 하지만 의료비의 총액에 대한 제한을 한다면, 의료공급자가 비규제 영역으로 의료비를 대체할 가능성이 줄어들므로 의료비를 억제하는 데 더 효과적임.
 - 다만 우리나라의 경우 보험급여가 매우 제한적이어서 보험의료비의 총액을 제한할 경우 비급여가 양산될 부작용이 있을 수 있으므로 의료비총액계약제의 도입은 건강보험의 급여 확대와 병행되어야 할 것임.

<약제비 지출의 적정화>

- 노인들은 만성질환 환자가 대부분이어서 장기적인 약물복용이 일반적이므로 인구고령화는 약제비 지출의 증가에 크게 기여함.
- 의약분업 제도가 이미 실시되고 있지만 의료공급자가 비용-효과적으로 의약품을 처방하도록 하는 경제적인 유인이나 제도적인 장치는 드물고 그 결과 고가의 상품명 처방이 오히려 증가하여 약제비의 증가를 야기하고 있음.
 - 따라서 의사의 처방행위에 제한을 두거나 혹은 환자의 총의약품비용에 상한을 두어 이를 초과할 경우 의사에게 경제적인 페널티를 주는 등 의사의 처방행위에 영향을 줄 수 있는 경제적 유인을 도입하여 의약품비용을 절감하여야 함.
 - 아울러 약가를 결정하고 관리하는 과정의 효율성을 제고하기 위한 제반 정책적 노력이 필요함. 즉 외국처럼 의약품을 보험급여에 포함시키고 또 가격을 결정할 때 경제성 평가를 반드시 거치도록 하여 비용-효과적인 의약품만을 급여에 포함시키는 정책이 필요함.
 - 또 현재 의약분업제도는 외래에만 국한되어 있어 입원의 경우 의약품의 효과적인 이용에 여전히 많은 문제가 있으므로, 포괄수가제나 총액계약제의 도입과 같은 진료비 지불제도의 개편을 통해 입원부문의 약제비용까지 포괄하게 될 때 약제비의 효율적인 관리가 더욱 용이해질 것임.

- 아울러 의사의 처방전을 필요로 하는 전문의약품의 처방비중을 축소하고 의사의 일반명 처방을 권장하며, 약사에 의한 동일효능 의약품으로의 대체 조제를 허용하는 것도 약제비 절감에 크게 기여할 것임.
- 그와 동시에 의약품 가격을 건강보험에서 보상해주는 방법과 수준을 개선해야 함.
 - 보험약가제도의 개선을 위해서는 현행 실거래가 보상제도를 폐지하고 기준가격 보상제도(Reference Pricing)의 도입을 검토할 필요가 있음.
 - 기준가격 보상제도는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 한 그룹으로 묶어 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험자가 지불하는 제도임.
 - 기준가격보다 높은 가격의 의약품에 대해서는 환자가 그 가격의 초과분을 본인부담으로 지불함. 즉 의약품에 대한 급여를 항목기준이 아닌 가격기준으로 정하여 소비자의 합리적인 약제비 지출을 유도하는 것임.
 - 이 때 소비자가 의약품의 비용과 질을 비교하여 합리적인 선택을 할 수 있도록 의료공급자는 건강보험에서 급여해 주는 비용수준, 서로 다른 급여수준을 가지는 의약품들의 효능상의 차이 등에 대한 충분한 정보를 소비자에게 제공하도록 의무화해야 함.
 - 다만 이 제도는 공급자가 기준가격의 적용을 받지 않는 의약품의 사용을 증가시킬 가능성이 있고 또 비슷한 치료효과별로 의약품을 분류하는 것이 어렵다는 단점이 예상되므로 이에 대한 고려가 필요할 것임.

<건강보험 재정의 안정화를 위한 안정적 재원 확보>

- 건강보험의 재정 안정화를 위해서는 안정적인 재원의 확보가 중요하다.
 - 현재 우리의 건강보험 보험료 수준은 외국에 비해 낮은 편이지만 그와 동시에 급여 역시 매우 취약하여 환자본인부담이 50%를 상회하는 등 보험으로서 제 기능을 수행하는 데 많은 한계를 갖고 있음.
 - 보험료의 인상과 급여의 확대를 통한 보장성의 강화는 나름대로 장점이 있지만 일반 국민들로부터의 정치적인 수용성이 높지 않음.
 - 더구나 자영업자 소득과약의 한계와 이에 따른 보험료 부과의 형평성에 대한 논란이 지속되는 현실에서는 우선 건강보험의 급여구조를 개편하는 것이 필요할 것임.

□ 건강보험의 재원을 확보함에 있어 여러 현실적인 어려움을 극복하기 위한 대안으로서, 제한된 범위 내에서 의료저축계정(Medical Saving Account)의 도입을 고려해 볼 수 있을 것임.

- 의료저축계정은 강제저축으로서 본인의 의료비 지출을 위해 사용할 수 있고 개인의 계좌이므로 가입자의 저항이 낮음.
- 또 의료비 지출이 낮을수록 본인에게 이익이 되므로 의료이용을 자제할 유인에 의해 환자의 도덕적 위해 현상이 경감될 수 있음.
- 하지만 이는 개인 차원의 저축과 위험분산이므로 분산 가능한 위험의 크기에 한계가 있으므로 비교적 경미한 위험의 분산에는 효과적임.
- 그렇지만 중증의 질환이나 재난적 성격의 질병에 대한 의료비 지출은 그 크기가 커서 저축계정이 쉽게 소진될 수 있기 때문임.
- 싱가포르의 경우 충분한 공공의료체계가 경제적 약자에 대한 사회적 안전망 역할을 충실히 수행하고 있고 또 개인저축인 Medisave와 함께 재난성보험인 Medishield, 그리고 정부가 초기 기금을 마련하여 그 이자를 통해 가난한 사람의 의료비용을 보조하는 Medifund와 같은 복합적인 장치를 통해 개인 차원의 위험분산이 갖는 한계를 보완하기 때문에 의료저축계정의 시행이 가능할 수 있었음을 주지할 필요가 있음.
- 따라서 의료저축계정을 주된 자원조달의 수단으로 사용하기는 어려움. 실제로 싱가포르에서 Medisave, Medishield, Medifund를 통한 의료비지출은 싱가포르 전체 국민의료비의 10%에 불과하며, 나머지는 고용자가 제공하는 복리후생이 35%, 정부보조금이 25%, 본인부담 25%, 민간보험이 5%를 차지함.

□ 따라서 우리나라에서 급여구조의 개편을 위해 의료저축계정을 도입한다는 것은 현재의 급여체계를 중증질환 위주의 급여구조로 바꿀 때 소액진료비에 대한 본인부담금 증가에 따른 경제적 부담을 의료저축계정으로 충당하는 것을 의미함.

- 중증질환에 대한 의료보장은 그 경제적 부담이 크므로 기존의 사회보험을 통해 제공되어야 함.
- 다만 경미한 질환의 치료에 소요되는 의료비용은 도덕적 위해에 더욱 민감하므로 자신의 의료저축계정을 통해서 개개인이 지출에 책임질 경우 의료비 절약을 위한 노력이 더욱 증가할 것임.