



2025. 7.

국회미래연구원 | 연구보고서 | 25-5호

보건의료 서비스전달체계 개편을 통한 건강보장제도의 재정적 지속가능 방안

이종호



국회미래연구원
NATIONAL ASSEMBLY FUTURES INSTITUTE

연구진

허종호 연구위원

발 | 간 | 사

우리 사회는 현재 세계에서 가장 빠른 속도의 인구구조 변화를 겪고 있습니다. 우리나라는 2024년, 65세 이상 고령 인구 비중이 20%를 넘는 초고령사회에 진입하였으며 베이비부머 세대의 고령화로 향후 고령 인구 비중이 급격히 증가할 것으로 전망되고 있습니다. 한편에서는 저출산으로 인한 경제활동 인구가 급속하게 감소하고 있어 OECD 전망에 따르면, 2050년에는 우리나라가 세계에서 가장 먼저 고령 인구 비중이 40%를 넘을 것으로 예측하고 있습니다.

이에 따라 건강보험과 장기요양보험 등 건강보장제도의 재정적 지속가능성에 대한 우려가 커지고 있습니다. 급격한 인구구조 변화는 건강보장제도의 수입과 지출 구조를 취약하게 만들고 이를 감당하기 위한 가계와 국가의 재정적 부담도 한계에 다다르고 있습니다. 본 보고서는 곧 도래할 위기 상황에 대비하여 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 점검하고 근본적인 해결책을 모색하기 위한 목적으로 기획되었습니다.

보고서의 핵심 메시지는, 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 확보하기 위해서는 단순한 보험료 인상이나 국고지원 확대와 같은 단기적인 조치만으로는 한계가 있으며 보건의료서비스전달체계의 구조적 개혁이 반드시 필요하다는 점입니다. 주치의 제도와 같은 일차의료 중심의 의료전달체계 구축과 공공의료의 확충, 그리고 지역사회에서의 의료-복지-돌봄서비스의 통합적 제공은 지속가능한 건강보장체계를 위한 핵심 과제입니다.

시간이 많이 남아 있지 않습니다. 저는 본 보고서가 정책 입안자와 이해관계자, 그리고 국민 모두가 건강보장제도의 재정적 위기를 심각하게 인식하고, 구조적 개혁의 필요성에 공감할 수 있는 계기가 되기를 기대합니다.

2025년 7월

국회미래연구원장 김기식

요 약

1 연구 배경 및 목적

▶ 건강보장제도의 재정적 지속가능성 검토 필요

- 급격한 인구구조 변화로 인한 건강보장제도(국민건강보험 및 노인장기요양보험)의 재정적 지속가능성 위기가 예상됨
 - 초고령화로 인한 급격한 의료비용 상승이 예견되는 반면, 이를 감당할 생산가능 인구는 급속하게 감소하여 제도의 재정적 위기가 도래할 것으로 예상됨
 - 사회보장제도의 특성상 건강보장제도가 확대된 급여를 하향 조정하기 어렵고, 보험료 인상에 대한 정치적 저항이 발생할 수 있다는 점을 고려하면 향후 매우 증대한 문제임
 - 다가올 급격한 인구구조의 변화를 고려할 때 지속가능성을 충분히 고려하지 않은 단기적인 정책 결정은 추후 재정수지 불균형 및 정책 대안부재 등의 문제를 야기할 것으로 보임

▶ 건강보장제도의 재정적 지속가능성 부담 요인

- 기대수명과 건강수명의 격차 확대
 - 기대수명과 건강수명의 격차는 10.70년(2008년)에서 13.10년(2021년)으로 지속적으로 증가하여 질병을 앓으며 지내는 기간이 전국민 평균 약 2.4년 더 길어짐
- 초고령화 추이 및 전망
 - 고령 인구 비중은 10%(2008년)에서 16년 만에 두 배로 증가하여 2024년 12월 전체 인구 대비 65세 이상 인구의 비중이 20%가 넘는 초고령 사회에 진입함
 - 우리나라의 고령화 속도는 38개 OECD 회원국 및 중국 등 주요 신흥국 중 가장 빨라 2044년에 1위인 일본을 앞지를 것으로 예측됨
 - 우리나라의 고령 인구 비중은 2050년에 38개국 중 처음으로 40%를 돌파하고 2060년에는 43.8%로 우리나라가 유일하게 고령 인구 비중이 40%를 넘는 나라가 될 것으로 보임
- 인구 고령화로 인한 노인성 질환자 수 증가
 - 치매 환자는 2025년 약 97만 명에서 2030년에는 약 120만 명으로 2025년 대비 약 20%의 증가가 예상되며 2050년에는 약 226만 명으로 2025년 대비 약 133% 증가할 것으로 전망됨
 - 치매 관련 요양급여비용은 2013년의 약 1조 2,740억원에서 2023년 2조 715억원으로 증가하여 10년 만에 약 63% 증가함

요약

- 만 65세 이상 노인의 82.2%가 하나 이상의 만성질환에 이환된 복합만성질환자이며 3개 이상의 만성질환을 가진 환자는 65세 이상 노인 인구의 22.3~35.0%에 달할 것으로 추정됨
- 복합만성질환 관련 의료비는 개별 만성질환 대비 전체 의료비에서 더 큰 비중을 차지하며, 진단된 만성질환 수가 증가할수록 의료비는 기하급수적으로 상승함
- **생산가능인구 감소 추이 및 전망**
 - 초고령화와 대조적으로 한국의 생산가능인구(15~64세)는 2021년을 정점으로 감소하기 시작했으며, 2030년대에는 그 감소 속도가 더욱 가속화될 전망이다
 - 통계청의 장래인구추계(중위)에 따르면, 2020년 3,740만 명이었던 생산가능인구는 2030년 3,417만 명으로 감소하고 2050년에는 2020년 대비 약 34% 감소한 2,445만 명으로 예측됨
 - 이러한 생산가능인구의 감소는 건강보험료 납부자 수의 감소로 직결되며, 특히, 건강보험의 주요 재원인 직장가입자의 보험료 부담이 증가할 수밖에 없는 구조적 한계를 지님

❶ 건강보장제도의 재정적 지속가능성은 왜 우선적인 정책 의제화가 되지 못했나?

- **양출제입(量出制入) 재정운용 시스템의 순환적 보험료 인상 구조**
 - 현행 건강보험제도는 매년 건강보험정책심의위원회가 전년도 지출 규모를 기준으로 차기 보험료율을 결정하는 양출제입 원칙에 기반함
 - 이 시스템은 의료비 증가가 자동적으로 보험료 인상으로 이어지는 되먹임 구조로, 단기적 재정균형을 달성할 수 있으나 근본적인 지출 통제 장치가 결여됨
- **누적준비금 흑자기조로 인한 재정 안정성 과대평가**
 - 2020년대 들어 건강보험과 장기요양보험 모두 연속적인 흑자로 2024년 기준 건강보험 누적준비금은 약 28조 원, 장기요양보험은 4.7조 원에 달함
 - 일견 재정이 건전한 것으로 보이나 향후 급격한 인구구조 변화의 영향을 감당하기에는 역부족임

❷ 본 보고서의 목적

- ① 건강보장체계의 재정적 지속가능성의 현황 및 전망예측을 종합하고, ② 지속가능성 개선의 구조적 한계는 전원체계가 작동하지 않는 서비스전달체계에 기인함을 살펴보고 ③ 지속가능한 건강보장체계를 위한 일차의료 강화를 중심으로 개혁방안을 제시함

요 약

- 이를 통해 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 본격적인 정책의제로 설정하도록 유도하고, 일차의료 중심의 보건의료서비스 공급체계의 개혁을 촉진하고자 함

2 건강보장제도의 취약한 재정 지속가능성

- 급격한 인구구조로 인한 건강보장제도의 재정적 취약성을 해소할 국가의 추가적인 재정적 여력 또한 대안이 되지 못할 것으로 보이며 대외 환경적 여건이나 정책적 대안도 마땅하지 않음

▶ 인구구조 변화로 인해 도래할 건강보장제도 지출의 급격한 증가

• 건강보험 지출 추이 및 전망

- 건강보험지출은 약 41조 5천억 원(2013년)에서 97조 4천억 원(2024년)으로 10년 만에 2배 이상 증가함
- 최근 12년(2013~2024년)간 보험급여비는 연평균 6.4%씩 증가하였고, 코로나 19 이후 2021~2024년 보험급여비 평균 증가율은 6.7%로 다시 증가 추세임
- 최근 추계전망 결과에 따르면, 현행 제도 유지 시 건강보험 재정은 2026년 적자 전환되고 2030년에 누적준비금이 소진됨에 따라 향후 10년간 누적 적자액은 현행 유지 대비 32.2조 원 증가할 것으로 예상함
- 주목할 점은 인구구조가 현재 수준을 유지하는 경우, 재정수지는 수입 추계의 주요 가정에도 불구하고 흑자를 유지할 수 있는 것으로 추계되어 재정적자 발생의 핵심적인 요인이 바로 인구구조 변화임
- 건강보험 지출 증가의 주요 요인은 노인의료비로, 2035년 123조, 2060년 337조 원으로 지속적으로 증가할 전망이다

• 장기요양보험 재정 추이 및 전망

- 장기요양보험 수입은 2012년 3조 5천여억 원에서 2024년 13조 1천여억 원으로 12년간 약 3.7배(연평균 9.9%) 증가한 반면, 지출은 2012년 2조 9천여억 원에서 2024년 12조 2천여억 원으로 4.17배(연평균 11.0%) 증가해옴
- 누적적립금의 흑자 기조에도 불구하고, 지출 증가 속도(연평균 10.14%)가 수입 증가 속도(연평균 8.89%)보다 빠른 것으로 나타나, 현행 보험료를 인상 수준이 유지될 경우 2026년에 재정수지가 적자로 전환되고 누적준비금은 2031년에 소진될 것으로 전망됨

요 약

▶ 급격한 지출 증가에 대처할 건강보장제도 수입 주체의 재정적 한계

- 재정수지 균형을 위한 필요 보험료율 인상으로 인한 가계의 부담
 - 재정수지 균형을 위한 필요 건강보험료율은 2025년에 2024년 대비 5.29% 인상하여 7.47%가 되어야 하며, 이후 3% 수준의 인상률을 유지하여 2032년 9.28%, 2042년 13.03%가 되어야 한다고 전망함
 - 장기요양보험의 재정수지 균형 달성을 위한 필요보험료율도 지속적으로 상승하여 2024년 0.93%, 2025년 0.98%에서 2032년에는 1.28%로 전망됨
 - 추계에 고려되지 않은 실질 요양 인력 부족 등으로 인한 인건비 추가 상승과 가족 등을 통한 비공식 돌봄 감소 추세를 반영할 경우, 장기요양보험 지출이 국내총생산(GDP) 대비 2060년 1.86%로 증가할 것으로 전망함
- 각종 사회보험의 인상으로 인한 가구의 추가적인 재정부담 한계
 - 이러한 보험료율 인상으로 인한 추가적인 재정적 부담은 가계가 부담할 각종 사회보험의 증가 추세를 보면 현실적으로 감당하기 어려워 보임
 - 지난 10년 간(2012년~2022년) 사회보험료 규모 증가율은 연평균 7.5%로 같은 기간 연평균 물가상승률 1.6%보다 약 4.7배 높고, 연평균 명목 GDP 증가율 4.1%보다 약 1.8배 높은 증가율임
- 필요 국고보조금의 폭등으로 인한 국가 재정의 지속적 지원 한계
 - 그러나, 현재 법률 규정의 모호성 등으로 인해 실제 국고지원 규모는 보험료 수입의 20% 수준에도 미치지 못하고 있는 실정임
 - 국고지원금 중 일반회계는 보험료 수입에 연동되어 매년 증가하고 있어 향후 기존과 같은 법률을 통한 한시적이고 단기적인 재정확충은 국민부담 증가 등으로 실효를 거두기에 한계가 있을 것으로 판단됨
- 급증하는 정부 부채로 인한 정부 추가 부담의 한계
 - 한국은행은 2024년 2% 수준이었던 우리나라 잠재성장률은 2025년부터 1%대로 떨어질 것으로 전망되며, 적극적인 구조개혁이 이루어지지 않으면 20년 안에 잠재성장률이 0%대로 떨어질 수 있다고 경고함
 - 국제통화기금(IMF)에 따르면, 국가채무와 비영리 공공기관 부채(D2)를 포함한 우리나라의 GDP 대비 정부부채 비율은 2023년 55.2%로 집계되었으며, 2024년에는 56.6%에 달하고 2029년에는 60%에 육박할 것으로 예상함

요 약

- 재정적 지속가능성 확보를 위한 정부 정책 대안의 부재
 - 정부의 “제2차 국민건강보험 종합계획(2024~2028)”에는 건강보험의 지속가능성 확보를 위한 구체적인 지출 효율화 방안—지출목표 설정, 가격 조정, 진료량 관리 등—이 포함되어 있음
 - 그러나, 재난적 의료비 지원 확대, 간호간병 통합서비스 확대, 상병수당 도입, 지불 제도 개편 등 비용이 수반되는 사업은 계획되어 있으나 새로운 보험료 재원의 발굴 방안이 구체적으로 제시되지는 않은 상황임
- 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 위한 기타 대안의 한계
 - 프랑스나 일본 등 해외 선형 정책사례를 통해 보험료 이외 목적제도입이나 기금 조성 등을 통한 재원 확보를 대안으로 고려해볼 수도 있겠으나 기금이든 세금이든 결국 국민의 부담을 증가시키는 것으로 국민의 수용성 등의 검토가 필요함

3 재정 관리의 구조적 한계: 전원체계가 작동하지 않는 민간 중심의 보건의료 서비스전달체계

② 민간 중심의 왜곡된 보건의료서비스 전달체계

- 보건의료시설의 민간 소유지배 구조와 이윤극대화(profit maximization) 전략
 - 우리나라는 독특하게도 보건의료서비스 제공에 있어서 세계적으로도 민간에 가장 크게 의존하는 나라임
 - 우리나라 총 병원 병상 수는 인구 1,000명당 12.8개로 OECD 국가 중 가장 많으며, 전체 회원국 평균(4.3개)의 약 3.0배인 반면, 공공병원 병상 수는 인구 1,000명당 1.2개로 OECD 평균(2.7개)보다 적으며 총 병원 병상 수 대비로는 9.5%로 회원국 중 최하위임
 - 우리나라의 총 병원 병상 수 대비 공공병원 병상 비중(9.5%)은 상대적으로 보건의료체계 및 고령화 정도가 우리나라와 유사한 일본이 27.8%, 보건의료의 민간 성격이 가장 강한 나라 중 하나인 미국의 21.1%에 비해서도 매우 낮음
 - 공급자 간의 수직적·수평적 기능 미분화 및 미흡한 연계 체계와 행위별수가제 위주의 양적 지불보상체계가 맞물리면서 의료기관이 서비스의 질보다는 (비)급여 진료의 양을 늘리는 방식으로 이윤극대화를 하도록 유인되고 있기 때문임
 - 다수 병원 수입이 건강보험 등과 같은 공적 재원조달 기전을 통해 이루어지기 때문에 민간의료기관의 이윤극대화 전략이야말로 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 약화시키는 근본적인 원인이라고 볼 수 있음

요 약

▶ 의료기관 간 수직적·수평적 기능 분화와 연계 미흡

- 법적 규제와 미비: 보건의료시설의 기능에 대한 책임 부여 및 구분 미흡
 - 이윤극대화를 위한 의료기관 간의 경쟁을 심화시키는 주요한 원인은 의료기관 간 기능 분화와 연계가 미흡하다는 점임
 - 「의료법」 제3조에 따르면 우리나라 의료기관은 인력, 병상, 장비, 진료과목 등의 구조 중심의 1차, 2차, 3차 종별 분류체제로, 중증질환과 난이도가 높은 의료행위 등 개별기능 강화에 초점을 둔 상급종합병원 및 전문병원 등이 다양하게 지정이 되어 있음
 - 그러나, 종별 역할과 기능에 대한 책임 부여 및 기능적 구분이 제대로 되어 있지 않아 의원과 병원 모두 외래와 입원환자를 진료하게 되면서 제공되는 서비스 내용이나 인력의 전문성, 장비 등의 투입자원에 큰 차별성이 없음
- 의료기관 간 수직적 기능분담 및 연계 미비: 3차병원으로의 쏠림 현상
 - 이러한 구조적 한계는 결국 수도권 상급종합병원으로의 환자 집중 현상을 더욱 강화시켜 의료보장제도의 재정적 지속가능성을 위협하는 주된 원인이 됨
 - 국민은 의료기술 발달과 소득수준 향상으로 의료서비스에 대한 기대치가 높기 때문에 지방 병원과 하위 종별 의뢰기관보다 최상급인 상급종합병원을 선호함
 - 정부의 단순한 본인부담금 차등만으로는 환자들에게 현행 의료전달체계를 준수할 동기가 되지 못하며, 종별 의료기관 간 체계적인 전원시스템이 제대로 작동하지 않기 때문에 환자는 경증질환조차 상급종합병원에서 의료서비스를 쉽게 받을 수 있는 구조임
 - 문제는 상급종합병원이 동일한 질병의 진료에 대해서 원가 수준이 훨씬 높고, 진료 강도도 강하다 보니 건강보험 수가도 높이 설정되어 있어 건강보험재정의 낭비 요인이자 국민의료비 증가의 요인이 됨
 - 상급종합병원이 우리나라 전체 요양기관에서 차지하는 비중은 0.1% 정도이나, 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원이 차지하는 비중은 점점 느는 추세로 2023년 약 7%에 달함
 - 상급종합병원과 종합병원을 합하여도 전체 요양기관에서 차지하는 비중은 1% 정도이나 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원과 종합병원이 차지하는 비중은 2021년의 경우 19.2%에 달하며 우리나라 총 외래 건당 요양급여비의 40%에 육박함
 - 상급종합병원 내 총 입내원일수 중 외래 내원일수의 비중 역시 상승추세로 2023년 72.8%이며, 우리나라 전체 건당 요양급여비의 36.3%를 차지하고 있어 외래환자를 위해 제공되는 의료량의 상당 부분을 차지함

요 약

- **의료기관 간 및 돌봄기관 등과의 수평적·연속적 기능분담 및 연계 미비**
 - 수직적 기능 미분담의 문제와 더불어 의료기관 간 수평적 기능도 분담이 잘 안되어, 같은 종별 내에서의 기능 중복 등으로 투입자원의 비효율성이 야기됨
 - 특히 지역 단위의 의원급 의료기관 간 및 타 전문과목 의원 간의 네트워크 협력체계 구축이 취약하며 민간의료기관과 공공보건의료기관 간의 연계나 협력은 더욱 요원함
 - 장기요양보험의 경우, 실제 현장에서는 요양병원과 요양 시설의 기능이 중복되어 의료서비스가 더는 필요하지 않은 환자들이 요양병원에 장기 입원을 하며 사실상 돌봄서비스를 받는 이른바 ‘사회적’ 입원이 증가하면서 재정 낭비의 요인이 됨
- **수직적, 수평적 환자 의뢰-회송체계의 미흡**
 - 환자가 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받기 위해서는 1단계 요양급여를 제공한 기관에서 발급한 요양급여의뢰서를 제출해야 하는 것이 현행 규정이지만 현재는 유명무실하여 의료기관 간 환자의뢰에 대해 적극적인 동기를 부여할 수 없고 3차 의료기관의 가정의학과를 통한 진료의뢰서 발급 등 편법이 발생함
 - 의뢰받은 환자의 치료가 종결되었을 때 의료의 효율성과 지속관리 차원에서 환자 거주지 의원이나 당초 의뢰기관으로 환자를 회송하는 것도 중요하나 아직 정책화 되지 못하고 일부 상급병원이 자발적으로 참여하는 시범사업 단계에 그치고 있음

4 주치의 제도 등 일차의료체계 수립을 통한 서비스전달체계의 개편

▶ 주치의 제도를 통한 일차의료의 강화

- **일차의료를 통한 의료전달체계 강화: 조종자(navigator)와 문지기(gatekeeper) 역할**
 - 건강보장제도의 지속가능성 확보를 위한 핵심 대안은 수직적·수평적 보건의료전달 체계의 확립이며, 이를 위해 환자의 보건의료서비스 이용에 있어서 일차의료의 강화가 해결의 열쇠임
 - 일차의료는 보건의료서비스를 이용하는 환자의 최초 접촉점으로, 환자 개인의 건강, 의료이용 및 그에 수반되는 의료자원 소모량을 좌우함
 - 의료체계 내 일차의료에는 일반적으로 두 가지 기능이 부여되는데, 첫째는 일차 의료 의사가 임상적 필요에 따라 전문의에게 자문하거나 환자를 의뢰하는 조종자(navigator) 기능이며, 둘째는 불필요한 의뢰를 제한하여 자원 배분을 최적화하는 문지기(gatekeeper) 기능임

요 약

- 조정자 기능은 진료의 통합성과 지속성을 강조하는 반면, 문지기 기능은 전문의료 서비스의 과도한 이용을 완화하기 위해 설계됨
- **여러 정권에 걸친 주치의 제도 추진에도 불구하고 일차의료 확립이 어려움**
 - 일차의료의 포괄적이고 지속적인 의료서비스라는 개념은 의료인 간의 '상호 조율과 협력'에 기반하나, 파편화고 경쟁이 과열화된 민간 의료 중심의 체계에서는 조율과 협력이 이뤄지기 어렵게 함
 - 우리나라는 1차의료기관에 속하는 의원의 의사가 주치의로서 역할을 거의 수행하지 못하는데 그 이유는 기존의 전문의 중심, 치료 중심, 질환 과목별 중심의 의료 인력 양성 체계 때문임
 - 일차의료는 질환의 예방에 중점을 둔 서비스이나 현재의 치료 중심의 의료서비스 기조, 의료서비스의 양적인 성과에 대해 지불하는 행위별수가제, 비급여 서비스 제공을 통한 이윤극대화가 가능한 체계에서는 일차의료 확립이 어려움
- **주치의 제도의 설계**
 - (의료기관 종별 기능 재정립 및 단계적 의료이용 유도) 의원급의 주치의 제도 도입을 통해 등록된 환자의 의료이용의 조정자와 문지기 역할을 수행할 수 있도록 의료 기관별 기능과 역할을 명확히 구분하고, 환자의 중증도에 따라 적절한 의료기관을 이용하도록 유도함
 - (일차의료 기관의 의뢰-회송 체계 강화) 의뢰-회송에 대한 수가를 현실화하며 의뢰를 거치지 않는 대형병원 경증 외래환자의 본인부담금을 크게 인상할 필요가 있으며 환자의 중증도 등 조건에 따른 회송이 이뤄질 수 있도록 제도를 마련할 필요가 있음. 수평적 의뢰도 활성화하여 일차의료 기관을 개인 의원으로 보는 관점에서 만성복합 질환 대응을 위한 팀 단위 서비스 기관으로 변화할 필요가 있음
 - (수가의 설계: 과정이 아닌 결과에 지불) 주치의 제도 초기 지불 방식은 등록대상자에 대한 관리 수가를 부여하는 것으로 시작하나, 궁극적으로는 성과에 근거한 가치 기반 지불제도로의 고도화를 지향할 필요가 있음
 - 가치기반에서 가치(value)는 최소 비용으로 최대의 건강 관련 이익을 거두는 것을 평가하는 것으로 더 나은 건강 결과 및 진료 과정, 더 나은 환자 만족도 및 의사직무 만족도, 진료비 감소 등으로 평가할 수 있음
 - 이를 통해 양적 기반의 수가체계가 아닌 결과적이고 질적인 지표에 수가를 가산 하면서 진찰·상담 등 무형 서비스 가치도 반영한 수가체계 재편을 꾀함
 - 아울러, 예방적 관리, 환자 자기관리 증진, 질환 조기발견, 불필요한 검사 및 시술 감소, 입원 및 재입원 감소 등의 메커니즘을 통해 비용 절감 효과를 기대함

요 약

• 일차의료 전문 인력의 양성

- 주치의 제도 확립을 위해서는 질 높은 일차의료 인력양성제도의 확립이 관건임
- 환자가 대학병원이 아닌 동네 의원 일차의료 기관에 우선적이고 지속적으로 방문하려면 신뢰받는 일차의료 전문의 또는 전문의료진이 있어야 함
- 아울러 의료기기의 발전과 의료형태의 다양화에 따른 일차의료에 특화된 전문적인 교육과 수련을 통해 일차의료의 다양한 기능을 포괄적으로 수행하고, 환자들의 지속적 관리, 인격적 진료, 원활한 커뮤니케이션에 대한 요구를 충족시킬 수 있는 의료인력 양성이 필요함

• 의료기술의 지원

- 일차의료에 가진 조정 기능, 지속성, 포괄성을 담당하기 위해 데이터 기반의 대상자 관리가 필수적임
- 일차의료에서 전자의무기록, 모바일 애플리케이션, 원격 모니터링, 웨어러블 기기 등 다양한 의료기술을 활용하여 의료 정보를 통합하고, 의료인, 환자, 가족 및 지역 사회가 이를 효과적으로 활용할 수 있도록 지원할 필요가 있음

▶ 공공보건의료기관의 확대 및 서비스 제공

• 보건의료제도의 재정적 지속가능성을 위한 공공병원의 의의

- (시장 견제 및 민간 영역에 대한 파급효과) 보건의료의 공공성 보장과 효율적 의료 체계 구축을 위해서는 시장실패와 정부실패를 동시에 극복하려는 정책적 노력이자 공공과 민간의 상호보완적 역할을 극대화하는 접근이 필요함
- 공공의료기관이 국가 의료체계의 한 축으로서 충분한 양적·질적 역량을 갖출 때, 공공의료는 서비스 질적 수준 유지, 비용-효과적 서비스 제공 등을 위한 정책수단으로 기능하며, 민간 부문에 대한 직접적 규제 대신 경쟁을 통한 자연스러운 파급 효과를 기대할 수 있기 때문에 일정 수준 이상의 공공의료 확충이 필요함
- (국가 보건의료정책 집행의 실질적 수단 및 의료개혁의 테스트베드) 정부가 추진하는 재정적 지속가능성 확보를 위한 보건의료 개혁은 민간 의료공급자의 협조하에서만 가능하며 직접적으로 시행할 수 있는 수단이 별로 없는 셈인데, 이런 측면에서 공공병원은 적정진료를 위한 환자의뢰·회송 등 의료전달체계 확립의 실질적인 수단을 확보함
- 이윤 동기가 희박한 공공의료기관을 통해 정책을 시행해보고 환자 진료 및 건강 데이터 등을 활용하여 효과를 검증하여 수가변경 및 표준진료지침 개발 등 이해관계자 및 국민 대상의 정책 설득을 위한 과학적 근거를 확보 가능함

요약

- 사각지대 해소 및 지역 중심의 보건의료체계 연계의 허브)의료체계 내 최소 수준의 공공성을 확보하기 위해 공공의료기관의 확충이 필수적임
 - 현재 응급, 재활 등 필수적인 서비스 분야에서조차 공공 전달체계는 미비하나 정부의 유도 정책으로는 수익성을 우선하는 민간 부문으로는 이러한 공백을 채우지 못하고 있음
 - 공공의료기관의 지역 균형적인 양적·질적 확충을 통해 의료-간호-돌봄의 보건의료 서비스의 연속성을 확보하고 정책적 코디네이터의 역할 및 지역 내 필수요를 담당할 의료인력의 수련 장소로서의 역할을 감당할 수 있도록 하는 것이 바람직함
- **현행 문제점 및 해결방안**
- 공공보건의료 부문, 특히 공공병원의 역할이 매우 중요하나 현재 그 비중과 역할이 취약하며 이마저도 효과적으로 운영되지 못하고 있음
 - 2023년 기준 공공병원의 병상 비중은 전체 병상의 9.5%이며 코로나 19 이후 진료 기능 약화 및 인력 이탈로 최근 병상가동률은 50%대로 낮아짐
 - 주요 선진국의 공공병상 비중은 일본 27.6%, 프랑스 61.5%, 독일 40.7%, 영국 100% 등으로, 병상 기준으로 최소한 OECD 국가의 최저 비중인 30% 수준을 시급하게 달성하는 것이 요구됨

▶ 의료시설에서 지역사회 중심으로의 서비스 개편

- 의료시스템 내의 개혁뿐만 아니라 병원 중심의 치료에서 지역사회 중심의 예방으로의 전환도 건강보장제도의 지속가능성을 위해 필요함
- 연속적인 서비스 제공 체계 내에서 중증도와 시급성 수준, 환자 수요 등에 따라 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 지역사회 중심으로 대상자들의 수요를 충족시킬 수 있는 환자 중심의 다양한 의료-간호-돌봄서비스 활성화가 필요함

5 결론 및 정책적 제언

▶ 결론

- 우리나라의 건강보장체계는 인구구조 변화와 보건의료서비스전달체계의 구조적 문제로 인해 재정적 지속가능성이 위협받고 있음
- 보건의료체계의 지속가능성 확보를 위해서는 단순한 재정확충이 아닌 주치의 제도와 공공의료 확장을 통해 일차의료를 강화하는 시스템 자체의 혁신이 필요함

요 약

▶ 정책적 제언

- 첫째, 일차의료 중심의 의료전달체계를 구축해야 함
 - 만성질환 관리와 예방적 건강관리를 강화하기 위한 주치의제도 도입, 가치기반의 일차의료 수가 개선 등을 추진해야 함
- 둘째, 의료기관별 기능과 역할을 명확히 구분하고, 환자의 중증도에 따라 적절한 의료기관을 이용하도록 유도해야 함
 - 의료기관 종별 수가 차등화, 본인부담률 조정, 의뢰-회송 체계 강화 등을 통해 단계적 의료이용을 유도해야 함
- 셋째, 공공의료의 확충이 필요함
 - 정부의 재정적 지속가능성을 위한 직접적인 정책도구를 확보하고 민간 영역의 참여를 촉진하며 국민을 설득할 수 있는 근거를 생산하는 정책 실험의 장이 될 필요가 있음
- 넷째, 의료-요양-복지 서비스를 통합적으로 제공하는 지역사회 중심의 통합 돌봄 체계를 구축해야 함
 - 정부, 의료계, 시민사회 등 다양한 이해관계자들의 합의와 협력을 바탕으로 만성질환과 장기요양이 필요한 노인 인구에 대한 통합적 서비스 제공 체계를 마련할 필요가 있음

목 차

보건의료 서비스전달체계 개편을 통한 건강보장제도의 재정적 지속가능 방안

제1장	건강보장제도의 재정적 지속가능성 검토 필요성	1
제2장	건강보장제도의 취약한 재정 지속가능성	11
제1절	건강보장제도 개요 및 재정 구조	13
제2절	인구구조 변화로 인해 도래할 건강보장제도 지출의 급격한 증가	17
제3절	급격한 지출 증가에 대처할 건강보장제도 수입 주체의 재정적 한계	24
제3장	재정 관리의 구조적 한계: 전원체계가 작동하지 않는 민간 중심의 보건의료 서비스전달체계	33
제1절	민간 중심의 보건의료서비스 전달체계	35
제2절	의료기관 간 수직적·수평적 기능 분화와 연계 미흡	39
제4장	주치의 제도 등 일차의료체계 수립을 통한 서비스전달체계의 개편	49
제1절	주치의 제도를 통한 일차의료의 강화	51
제2절	공공보건의료기관의 확대 및 서비스 제공	59
제3절	의료시설에서 지역사회 중심으로의 서비스 개편	62
제5장	결론 및 정책적 제언	63
표목차/그림목차		67
참고문헌		71

제1장

건강보장제도의 재정적 지속가능성 검토 필요성

1. 건강보장제도의 재정적 지속가능성 검토 필요

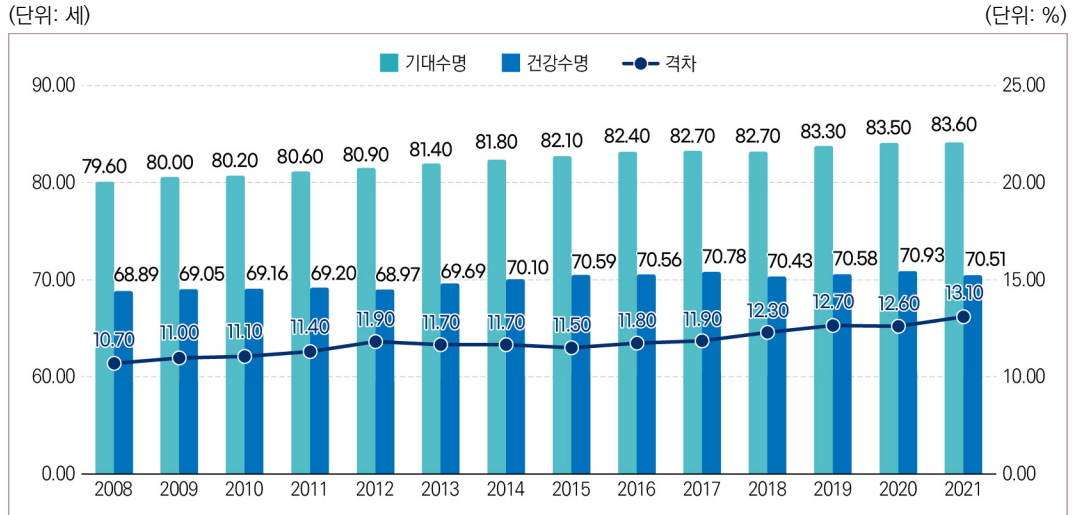
지난 1년 넘게 의과대학 정원 문제가 지속적인 갈등 요인으로 주목받으면서 정부-의료계-시민사회 모두가 보건의료 개혁의 동력을 소진해왔다. 그러는 사이, 정작 시급한 의제 해결의 골든타임을 놓치고 있는데, 바로 급격한 인구구조 변화로 인한 건강보장제도, 즉 국민건강보험(이하 건강보험) 및 노인장기요양보험(이하 장기요양보험)의 재정적 지속가능성 위기이다. 이는 초고령화로 인한 급격한 의료비용 상승과는 대조적으로 이를 감당할 생산가능인구는 급속하게 감소할 것이 예견되는, 인구구조의 변화로 인한 위기이다. 건강보장제도가 사회보장제도의 특성상 한 번 확대된 급여를 하향 조정하기 어렵고, 보험료 인상에 대한 정치적 저항이 크다는 점을 고려하면 이는 향후 매우 중대한 문제이다. 급격한 인구구조 변화가 다가옴에 따라 지속가능성을 충분히 고려하지 않은 단기적인 정책 결정은 추후 재정수지 불균형 및 정책 대안부재 등의 문제를 야기할 것으로 보인다.

2. 급격한 인구구조 변화가 근본 원인: 급속한 초고령화 및 경제활동 인구 감소

가. 기대수명과 건강수명의 격차 확대

한국인의 수명에 대한 최신 자료를 살펴보면(그림 1-1), 기대수명은 지속적으로 증가하여 2008년 79.6세에서 2021년 83.6세로 13년간 전국민 평균 4.0년이 증가하였다. 한편, 몸이나 정신이 건강한 상태로 활동하며 산 기간을 뜻하는 건강수명은 2008년 68.89세에서 2021년 70.51세로 같은 기간 1.62년 증가하는 것에 그쳤다(한국건강증진개발원, 2023). 이에 따라 기대수명과 건강수명 사이의 격차는 2008년 10.70년에서 2021년 13.10년으로 점차 증가하였으며, 이로 인해 질병을 앓으며 지내는 기간이 전국민 평균 약 2.4년 더 길어졌다. 이러한 추세는 향후 의료비 관련 경제적 부담이 더욱 커질 것임을 시사한다.

그림 1-1 한국인의 건강수명과 기대수명 추이 및 격차



자료: 한국건강증진개발원 (2023)

나. 초고령화 추이 및 전망

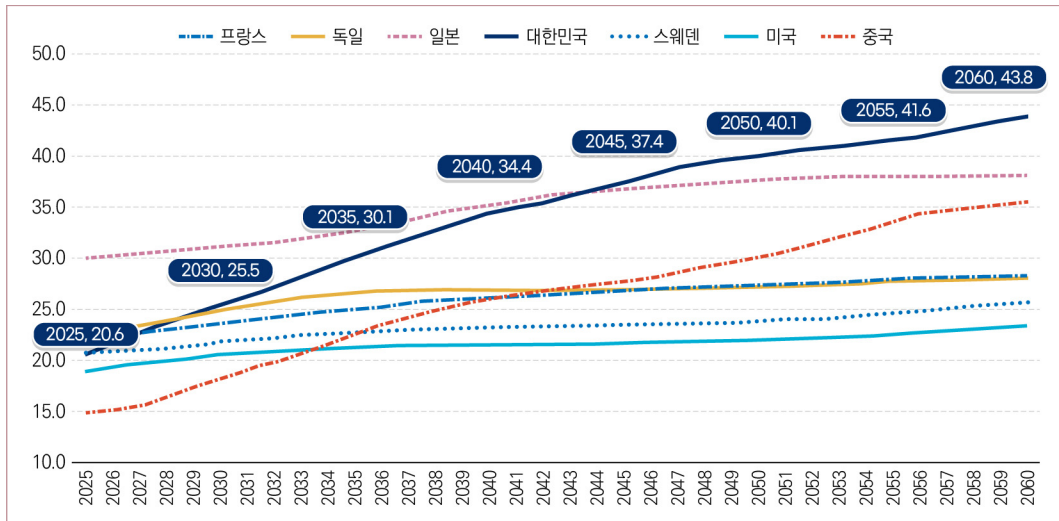
대한민국은 지난 2024년 12월 전체 주민등록 인구 가운데 65세 이상 인구의 비중이 20%가 넘는 초고령사회에 진입하였다(행정안전부, 2024). 그간 고령 인구 비중은 꾸준히 상승하여 2008년에 10%에서 16년 만에 두 배로 증가하였다.

통계청 장래인구 추계에 따르면, 고령 인구 비중은 2025년 20%, 2036년 30%, 2050년 40%를 넘어설 것으로 전망하며, 특히 70세 이상 고령 인구는 2022년 592만 명에서 2033년에 1,000만 명을 넘고, 2072년에 1,474만 명(40.7%) 수준으로 증가할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2023).

OECD의 인구전망 데이터를 통해 국제적으로 비교해보면, 우리나라의 전체 인구 대비 65세 이상 고령 인구 비중의 증가 속도가 가장 빠르다. 일본은 세계에서 가장 높은 65세 인구 비중을 가지고 있으면서 우리보다 비중이 약 10%p 높다(2025년 기준). 그러나, 우리나라는 2044년에 일본을 앞지르면서 38개 OECD 회원국 및 중국 등 주요 신흥국 가운데 전체 인구 대비 고령 인구 비중이 가장 높은 국가가 될 것으로 예상하고 있다(OECD, 2025)(그림 1-2). 나아가 우리나라의 고령 인구 비중은 2050년에는 40.1%로 OECD의 인구전망 통계에 있는 국가 중 처음으로 40%를 돌파하고 2060년에는 43.8%에 달하여 우리나라가 유일하게 고령 인구 비중이 40%를 넘는 나라가 될 것으로 보인다.

그림 1-2 주요 OECD 회원국의 전체 인구 대비 고령 인구(65세 이상) 비중 추이

(단위: %)



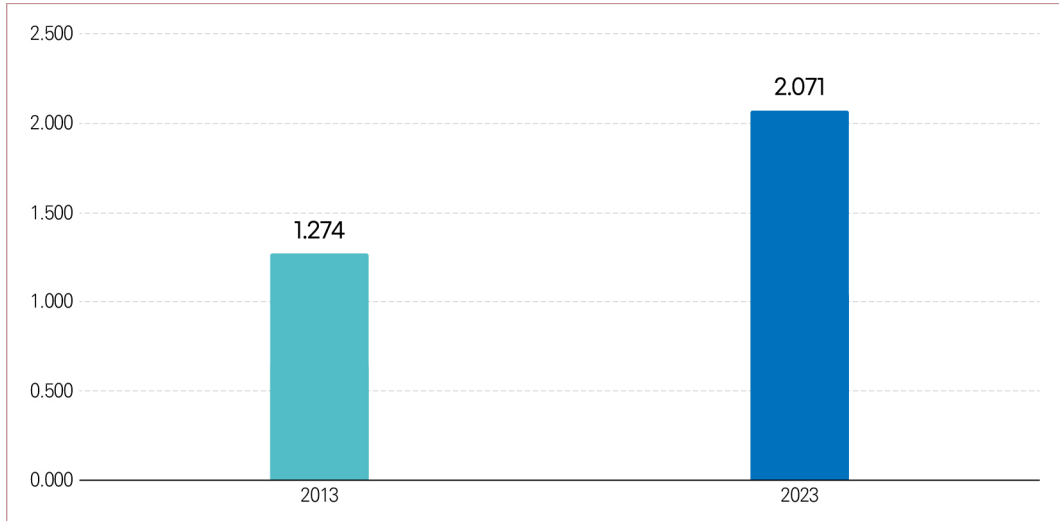
자료: OECD Data Explorer 데이터를 바탕으로 저자 재구성

다. 인구 고령화로 인한 노인성 질환자 수 증가

인구 고령화에 따라 대표적인 노인성 질환인 치매와 만성질환을 가진 환자도 늘고 있다. 치매 요양급여비용은 2013년의 약 1조 2,740억원에서 2023년 2조 715억으로 증가하여 10년 만에 약 63% 증가하였다(그림 1-3). 치매 환자의 경우, 2025년 약 97만 명에서 2030년에는 약 120만 명으로 2025년 대비 약 20%의 증가가 예상되며 2050년에는 약 226만 명으로 약 2025년 대비 약 133% 증가할 것으로 전망된다(그림 1-4). 연령이 증가할수록 치매 유병률도 높아지는데, 특히 75세 이상부터 유병률이 급격하게 상승하여 85세 이상 노인 중 약 20%가 치매를 앓는 것으로 나타나고 있다. 인구 고령화에 따라 치매 환자 수뿐만 아니라 치매 위험이 높은 잠재집단인 경도인지장애 진단자 수도 꾸준히 증가할 것으로 예상된다(보건복지부, 2025). 경도인지장애 진단자는 2025년 현재 치매 환자 보다 약 3배 많은 수로, 중증도가 악화되면 치매 환자로 발전할 수 있어 적절한 관리가 되지 않으면 치매로 인한 의료비가 폭증할 수 있는 잠재적 요인이다.

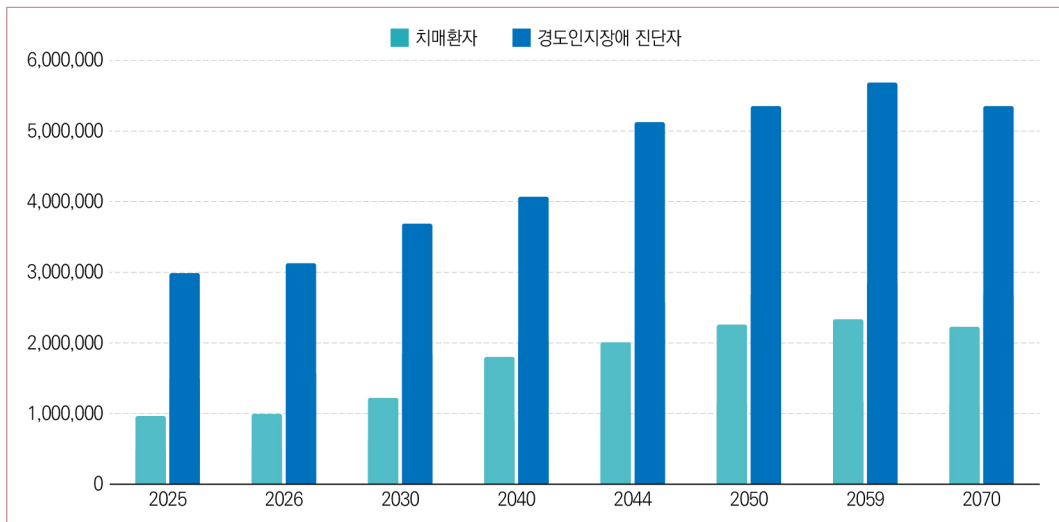
그림 1-3 고령화로 인한 치매 관련 진료비 증가

(단위: 조 원)



자료: 건강보험심사평가원 보건빅데이터개방시스템, 2025

그림 1-4 치매 환자 및 경도인지장애 진단자 추이 및 전망



자료: 보건복지부, 2025

고령화로 인한 또 하나의 주요한 건강문제는 복합만성질환¹⁾이다. OECD는 인구 고령화로 인해 발생하는 복합만성질환에 대한 대응을 회원국의 보건 의료 개혁 과제로 제시한 바 있다(OECD, 2011). 자료원과 연구 시기에 따라 복합만성질환 유병률에 다소 차이가 있으나, 서재희(2021)의 연구에 따르면, 만 65세 이상 노인의 82.2%가 하나 이상의 만성질환에 이환되어 있는 것으로 나타났다. 또한, 65세 이상 노인 인구의 22.3~35.0%가 3개 이상의 만성질환을 가진 것으로 추정된다(서재희, 2021; 한명희, 2023). 특히, 후기 고령자일수록 복합만성질환자 수가 증가하는데 연령에 따라 평균 만성질환 진단 개수도 늘어나는 추세이다. 복합만성질환 관련 의료비는 개별 만성질환 대비 전체 의료비에서 더 큰 비중을 차지하며, 진단된 만성질환 수가 증가할수록 의료비는 기하급수적으로 상승한다(서재희, 2021; 한명희, 2023).

이러한 경향을 반영하듯, 우리나라의 고령화로 인한 만성질환 질병 부담은 지속적으로 증가하여 2023년 기준 만성질환 진료비는 90조 원으로 전체 진료비의 84.5%를 차지하고 있다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2023). 최근 10년간 주요 만성질환 진료비는 2.2배 증가했으며, 최근 3년간 만성질환 진료비는 연 8.4%의 증가세를 보이고 있다(질병관리청, 2024). 현 단일 질환 중심의 의료체계로는 복합만성질환에 적절하게 대응하기엔 한계가 있을 것으로 판단되기 때문에 향후 후기 고령자가 증가할 경우 이로 인한 재정적 부담도 급증할 것으로 예견된다.

라. 생산가능인구 감소 추이 및 전망

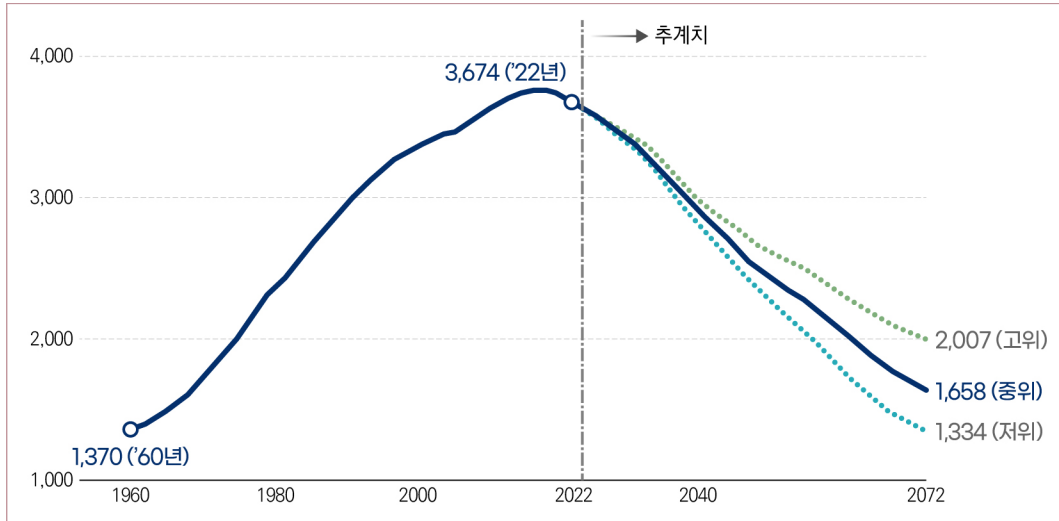
한국의 초고령화와 대조적으로 한국의 생산가능인구(15~64세)는 2021년을 정점으로 감소하기 시작했으며, 2030년대에는 그 감소 속도가 더욱 가속화될 전망이다. 통계청의 장래인구추계(중위)에 따르면, 2020년 3,740만 명이었던 생산가능인구는 2030년 3,417만 명으로 감소하고 2050년에는 2020년 대비 약 34% 감소한 2,445만 명으로 예측된다(통계청, 2023)(그림1-5).

이는 2020년 대비 2040년에는 886만 명, 2060년에는 1천672만 명이 감소된 규모이다. 이러한 생산가능인구의 감소는 건강보험료 납부자 수의 감소로 직결되며, 특히, 건강보험의 주요 재원인 직장가입자의 보험료 부담이 증가할 수밖에 없는 구조적 한계가 존재하고 있다.

1) 복합만성질환(multimorbidity)은 진단받은 만성질환의 범위와 개수에 따라 결정되는데 그 기준이 명확하지 않다. 선행연구의 경우, 실제로 진단받은 만성질환 종류에 관계없이 2개 또는 3개 이상의 만성질환을 앓고 있는 경우로 정의하고 있다.

그림 1-5 생산연령인구, 1960~2072년

(단위: 만 명)



자료: 통계청, 2023

3. 건강 보장 제도의 재정적 지속가능성은 왜 정책 의제화가 되지 못했나?

건강보험과 장기요양보험의 재정적 지속가능성 문제는 인구구조 변화에 따라 지속 가능성이 명확하게 판단되는 장기보험인 국민연금의 경우에 비해 상대적으로 경시되어 왔다. 그 이유로는 ① 전년도 건강보험 지출을 기준으로 건강보험정책심의위원회에서 매년 보험료를 결정하는 양출제입(量出制入)의 부과 방식, ② 건강보험을 통한 의료 서비스 이용에 있어 유예 기간이나 연령 제한이 없어 건강보험의 세대 간 불평등 인식의 어려움, ③ 장기간의 누적준비금 흑자 상태 등을 이유로 들 수 있다. 장기요양보험의 경우, 원칙적으로 건강보험과 별개 제도임에도 보험료를 건강보험료와 합쳐 원천징수되며 절대 금액이 크지 않다 보니 상대적으로 의제화가 되지 못한 측면이 있다.

가. 양출제입(量出制入) 재정운용 시스템의 순환적 보험료 인상 구조

현행 건강보험제도는 지출을 선결정하고 이에 따라 수입을 결정하는 양출제입(量出制入) 원칙에 기반하여 운영된다. 매년 건강보험정책심의위원회는 전년도 지출 규모를 기준으로 차기 보험료를 결정하는데, 이 시스템은 의료비 증가가 자동적으로 보험료 인상으로 이어지는 되먹임 구조를 형성한다(허종호, 2019). 최근 연구에 따르면, 건강보험료를 결정 과정에서 의료공급자들의 수가 인상 요구가 직접 반영되어 2018~2022년 연평균 보험료 인상률이 4.2%에 달했다(신현웅 외, 2023). 이러한 메커니즘은 단기

적 재정균형을 달성할 수 있으나 근본적인 지출 통제 장치가 결여되어 있다는 한계가 있다.

나. 누적준비금 흑자기조로 인한 재정 안정성 과대평가

2020년대 들어 건강보험과 장기요양보험 모두 연속적인 흑자를 기록하여, 2024년 기준 건강보험 누적준비금은 약 28조 원, 장기요양보험은 4.7조 원에 달한다. 이는 일견 재정이 건전한 것으로 보이나 향후 급격한 인구구조 변화의 영향을 감당하기에는 역부족이다(국회예산정책처, 2023a; 2023b).

2025년 건강보험공단 전망에 따르면, 65세 이상 인구 비중이 20%를 넘는 2025년부터 건강보험의 본격적인 적자 전환이 예상되며, 2030년에는 누적준비금이 완전히 고갈될 것으로 추정한 바 있다(국회예산정책처, 2023a). 장기요양보험의 경우 2019년 6,946억 원 적자에서 2024년 1조 3,755억 원 흑자로 전환된 것은 코로나19 기간 중 서비스 이용 감소(2020~2022년 평균 18% 감소)와 보험료율 인상(2017년 6.55% → 2024년 12.95%)이라는 일시적 요인에 기인한다(정춘숙 의원실, 2024). 그러나 인구 고령화 가속화로 2030년 요양급여 수급자가 현재 대비 2.3배 증가할 경우, 2027년 이후 흑자 기조가 역전될 전망이다(국회예산정책처, 2023b).

4. 본 보고서의 목적

이에 본 보고서는 ① 건강보장체계의 재정적 지속가능성 현황 및 전망예측을 종합하고, ② 전원체계가 작동하지 않는 서비스전달체계로 인한 지속가능성 개선의 구조적 한계와 개혁의 필요성을 논하며 ③ 지속가능한 건강보장체계를 위한 일차의료 강화 중심의 개혁 방안을 제시하고자 한다. 이를 통해 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 본격적인 정책의제로 설정하고, 일차의료 중심의 보건의료서비스 공급체계의 개혁을 촉진하고자 한다.

제2장

건강보장제도의 취약한 재정 지속가능성

제1절 | 건강보장제도 개요 및 재정 구조

제2절 | 인구구조 변화로 인해 도래할 건강보장제도
지출의 급격한 증가

제3절 | 급격한 지출 증가에 대처할 건강보장제도
수입 주체의 재정적 한계

제1절

건강보장제도 개요 및 재정 구조

1. 한국의 건강보장제도

한국의 건강보장제도는 전 국민을 대상으로 하는 건강보험과 노인 인구를 위한 장기요양보험을 통해 국민의 건강권을 보장하는 핵심 사회안전망으로 기능해왔다. 건강보험제도는 1963년 「의료보험법」 제정 이후 26년 만인 1989년, 세계에서 가장 단기간에 전국민 의료보장(Universal Health Coverage)을 달성하였으며 이후 보험급여가 비약적으로 확대되고 보건의료서비스제공 체계 역시 양적으로 큰 확장을 이루어왔다 (Kwon, 2018).

한편, 장기요양보험 제도는 우리나라가 고령화 사회에 진입하게 된 2000년 전후로 노인 부양 및 돌봄에 대한 사회적 관심이 높아지면서 2001년 대통령 경축사에서 공식적으로 제안되었다. 이후 국민공청회와 시범사업, 관련 입법을 거쳐 2008년 본격적으로 제도가 시행되었다. 장기요양보험은 노인 가족 부양의 한계를 사회적 연대책임으로 극복하며 기존의 선별적 복지에서 보편적 복지로 전환했다는 점에서 그 의미가 크다 (장효진 & 이채정, 2021). 두 제도는 모두 급여 대상과 보장범위 등에 있어서 양적으로 성공적인 확장을 이루었으나 기존의 체계로는 인구구조의 급격한 변화로 인한 재정적 위험을 감당하기 어려울 것으로 보인다.

2. 건강보장제도 재정구조

재정적 지속가능성을 가늠하기 전 우선적으로 건강보험 및 장기요양보험의 수입과 지출 구조를 살펴볼 필요가 있다.

가. 건강보험 재정 구조

건강보험 수입은 보험료 수입, 국고지원금, 기타수입으로 구성되며, 지출은 보험급여비와 관리운영비 등으로 구성된다(표 2-1). 건강보험료는 직장가입자와 지역가입자 간에 서로 다른 방식으로 산정된다. 직장가입자의 경우 소득에 기반한 부과체제로, 보수월액에 대한 보험료와 보수 외 소득에 대한 보험료를 합하여 산정한다.

연도에 따라 약간의 편차가 있으나 전체 수입에서 보험료 수입이 차지하는 비중은

지난 10년간 약 84~88%를 차지하고 있으며, 일반회계는 13~19%, 기타수입이 2~4% 정도 차지하고 있다.

표 2-1 건강보험 수입 항목

항목		내용
보험료 수입	직장보험료	- 직장가입자부담금 • 직장가입자(근로자)가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) • 임의(계속)가입자가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) • 소득월액보험료(보수 외 종합과세 소득이 2,000만원 이상인 직장가입자에게 추가되는 보험료) - 사용자부담금 • 직장가입자(근로자)가 소속되어 있는 사업장의 사업주가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50)
	공무원·교원보험료	- 가입자부담금 • 공무원·교원가입자가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) - 국가부담금 • 공무원인 경우 소속된 국가 또는 지방자치단체가 부담하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) • 사립학교 교원인 경우 국가가 부담하는 보험료(총 보험료의 100분의 20) - 사립학교 법인 부담금 • 사학연금 교원의 경우 소속 법인이 부담하는 보험료(총 보험료의 100분의 30)
	지역보험료	- 지역가입자가 납부하는 보험료(보험료 부과점수×부과점수당 금액) * 보험료부과점수: 소득 및 재산을 기준으로 산정하는 점수
	국고지원금	- 일반회계 • 해당 연도 보험료 예상 수입액의 14%에 상당하는 금액(국민건강보험법 제108조의2) • 과징금 수입의 50%(국민건강보험법 제99조 및 동법 시행령 제71조1항1호) - 국민건강증진기금 • 해당 연도 보험료 예상 수입액의 6%에 상당하는 금액(국민건강보험법 제108조의2 및 국민건강증진법 부칙 제2항) (단, 담배부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없음)
기타수입		연체료, 기타징수금, 이자수익 등

자료: 국회예산정책처(2023a)

건강보험 지출은 보험급여비와 관리운영비 등으로 나뉘고, 보험급여비는 다시 현물급여와 현금급여로 나뉜다(표 2-2). 현물급여는 보건의료서비스를 이용할 때 의료기관에 상환되는 것으로 요양급여 및 건강검진 등의 비용에 지출된다. 현금급여는 일부 요양비 등의 경우에 있어서 직접적으로 지급되는 경우이다. 이 두 가지 경우의 지출이 전체의 97~98%를 차지하며 관리운영비 등으로 2~3%가 지출된다.

표 2-2 건강보험 지출 항목

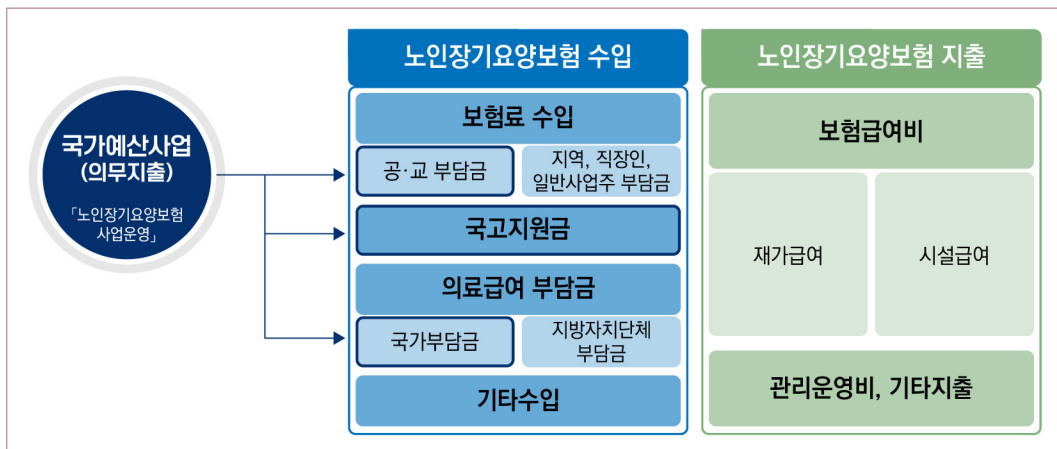
항목	내용
보험급여비	- 현물급여 • (요양급여) 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대하여 요양기관에서 제공하는 의료서비스(진찰, 치료, 입원 등) • (건강검진) 가입자 및 피부양자에 대해 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 위해 실시하는 검진(일반건강검진, 암검진, 영유아 건강검진) - 현금급여 • 요양비(당뇨소모성재료, 산소치료 등), 장애인 보조기기, 본인부담액 상한제 환급금, 임신출산진료비 등 가입자 및 피부양자에게 직접 지급되는 급여비
관리운영비 등	인건비, 기본경비, 사업(사업지원·건강보험심사평가원 부담금) 등

자료: 국회예산정책처(2023a)

나. 장기요양보험 재정 구조

장기요양보험 재정은 국민건강보험공단이 관리·운영하며 국가재정에 포함되지 않는다. 이에 따라 국가재정에는 국가가 장기요양보험에 대해 지원하는 의무지출만이 반영된다(그림 2-1).

그림 2-1 장기요양보험 재정 구조



자료: 국회예산정책처(2023a)

이러한 의무지출에는 ① 해당 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 20%에 해당하는 국고지원금, ② 공무원 및 사립학교 교직원 등 특정 집단의 장기요양보험료 중 국가가 부담하는 금액, ③ 의료급여 수급권자에 대한 장기요양급여비용, 의사소견서 및 방문 간호지시서 발급비용 등 국가가 부담하는 금액이 포함된다.

장기요양보험 수입은 크게 보험료 수입과 국고지원금, 의료급여 부담금, 기타수입의

로 구성된다. 보험료 수입은 직장가입자와 사업자, 지역가입자가 납부하는 보험료와 공무원·교원에 대한 국가부담금으로 구성된다(표 2-3). 국고지원금은 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 국가 재정(일반회계)에서 공단에 지원한다. 의료급여 부담금은 의료급여수급자의 장기요양급여비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 국가 및 지방자치단체와 공동으로 부담한다.

표 2-3 장기요양보험 수입 항목

항목	내용
직장보험료	- 직장가입자부담금 • 직장가입자(근로자)와 임의(계속)가입자가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) - 사용자부담금 • 직장가입자가 소속되어 있는 사업장의 사업주가 납부하는 보험료(총 보험료의 100분의 50) • 공무원·교직원인 직장가입자와 소속 국가·지방자치단체·사립학교 각각 50%씩 부담(사립학교의 경우 당해 학교 30%, 국가 20% 부담)
지역보험료	- 지역가입자부담금 • 지역가입자가 납부하는 보험료(100%, 세대 단위)
국고지원금	- 해당 연도 예상 보험료 수입액의 20%(노인장기요양보험법 제58조)
의료급여 부담금	- 국가 및 지방자치단체가 부담하는 의료급여수급권자의 장기요양비용, 의사급여비, 방문간호, 방문목욕, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비(국가와 지방자치단체가 전액 부담)

자료: 국회예산정책처(2023a)

장기요양보험 지출은 보험급여비, 관리운영비, 기타지출로 구성되며, 보험급여비는 장기요양보험 가입자 및 피부양자와 의료급여수급권자의 장기요양보험 지출 중 공단에서 부담하는 금액이 된다(표 2-4).

표 2-4 장기요양보험 지출 항목

항목	내용
보험급여비	- 급여 서비스에 대한 비용의 장기요양급여비용 중 본인일부부담금을 제외한 공단부담금 • 재가급여비: 장기요양 등급별 월 한도액을 산정하여 해당 금액 내에서 서비스 이용 • 시설급여비: 장기요양 등급별 1일당 급여비용 상한액 내에서 서비스 이용 - 특별현금급여비(가족요양비) • 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 지급하는 비용(2025년 기준 229,070원)
관리운영비 등	- 국민건강보험공단이 장기요양급여비를 운영하기 위한 사업지원, 인건비 및 경상 경비 등

자료: 국회예산정책처(2023a)

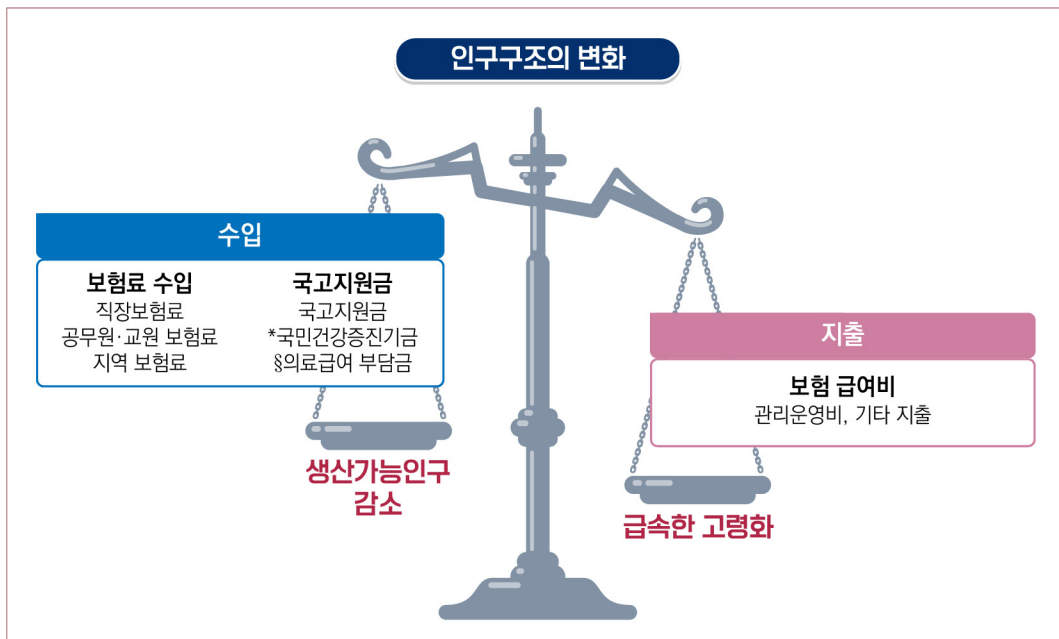
제2절

인구구조 변화로 인해 도래할
건강보장제도 지출의 급격한 증가

1. 인구구조의 급격한 변화로 인한 건강보장제도의 재정적 취약성

인구구조의 급격한 변화는 건강보험 수입 측면과 지출 측면에서 모두 부정적으로 작용할 것이다. 즉, 세계적으로 유례없는 급속한 고령화에 상응하는 보험 급여비 폭증과 그에 대비되는 경제활동 인구의 급격한 감소로 인한 가계 및 정부의 수입 급감을 고려할 때 건강보장제도의 재정적 지속가능성은 가까운 미래에 급격하게 악화할 것으로 예상된다. 이를 해소할 국가의 추가적인 재정적 여력 또한 대안이 되지 못할 것으로 보이며 대외 환경적 여건이나 정책적 대안도 마땅하지 않다.

그림 2-2 급격한 인구구조의 변화로 인한 건강보장제도의 재정적 지속가능성 위기



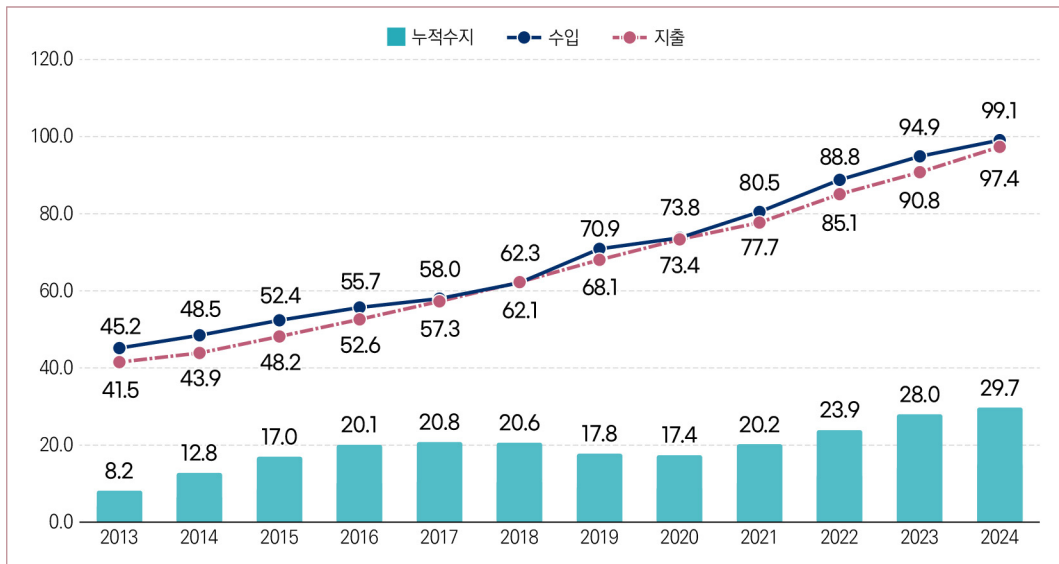
주: *건강보험에 국한, §장기요양보험에 국한

2. 건강보험 지출 추이

건강보험 지출은 2013년 약 41조 5천억 원에서 2024년 97조 4천억 원으로 10년 만에 2배 이상 증가하였다. 최근 12년(2013~2024년)간 보험급여비는 연평균 6.4%씩 증가하였고, 코로나19의 영향으로 2020년 증가율은 3.9%에 그쳤으나 2021~2024년 보험급여비 평균 증가율은 6.7%로 다시 증가 추세에 있다.

그림 2-3 건강보험 재정수지 추이: 2013~2024년

(단위: 조 원)



주: 현금흐름 기준, '보험료수입 등'은 보험료수입과 기타수입을 포함
 자료: e-나라지표 건강보험 재정 및 급여율 (2025)

3. 건강보험 지출 전망

2023년 국회예산정책처 보고서에 따르면, 현행 보험료율 인상 수준이 유지될 경우 건강보험 재정수지가 2024년에 적자로 전환되고²⁾ 2028년에는 누적준비금이 소진되며 2032년 누적 적자액은 61.6조 원에 달할 것으로 전망한 바 있다. 보험료율을 높이지 않으면 지역가입자 재산보험료 축소(2024년 2월) 및 건강보험료율 상한(8%) 도달(2032년) 등에 의한 수입 증가분 감소, 인구 고령화, 보장성 강화 등에 따른 지출 증가로 적자가 심화될 것으로 예측되었다.

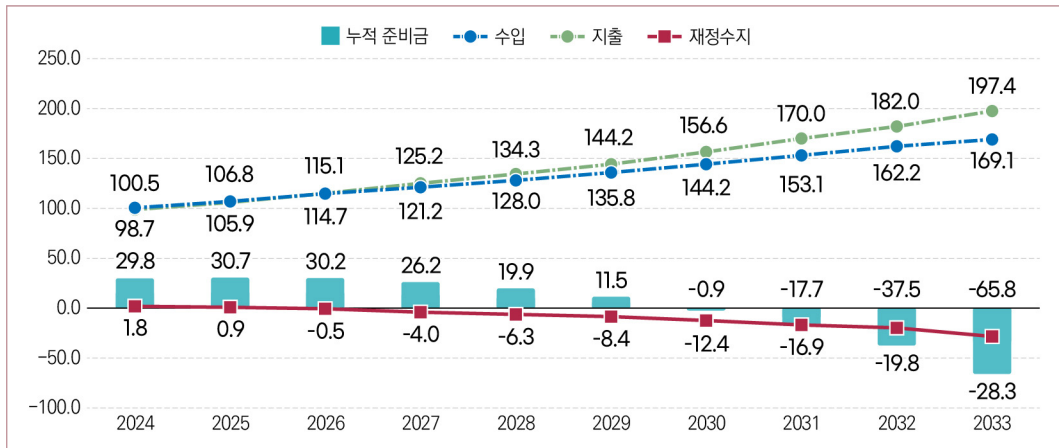
24년 말 최근 추계전망 결과는 현행 제도 유지 시 건강보험 재정은 2026년 적자 전

2) 2024년 재정수지는 실제로는 1.7조 원 흑자를 보였다.

환될 것으로 전망되며, 2030년에 누적준비금이 소진될 것으로 전망하였다(국회예산정책처, 2024). 만일 「의료개혁 1차 실행방안」³⁾과 비상진료대책에 대한 건강보험 재정 투자를 모두 고려할 경우, 적자전환 시점(2025년)과 누적준비금 소진시점(2028년)은 각각 1년과 2년씩 앞당겨지며, 향후 10년간 누적 적자액은 현행 유지 대비 32.2조 원 증가할 것으로 예상하였다.

그림 2-4 건강보험 재정 전망: 2024~2033년

(단위: 조 원)



주: 1. 수입은 정부지원금을 포함하며, 건강보험료율은 '26~'28년 보험료율 인상률을 적정수준(1.5% 내)으로 유지한다는 「의료개혁 1차 실행방안(24.8.30.)」에 따라 '23년 인상을 유지, '29년 이후는 보험료율 동결 전 최근 3년 평균 인상률(2.05%) 적용, '32년부터는 보험료율 상한(8%) 적용

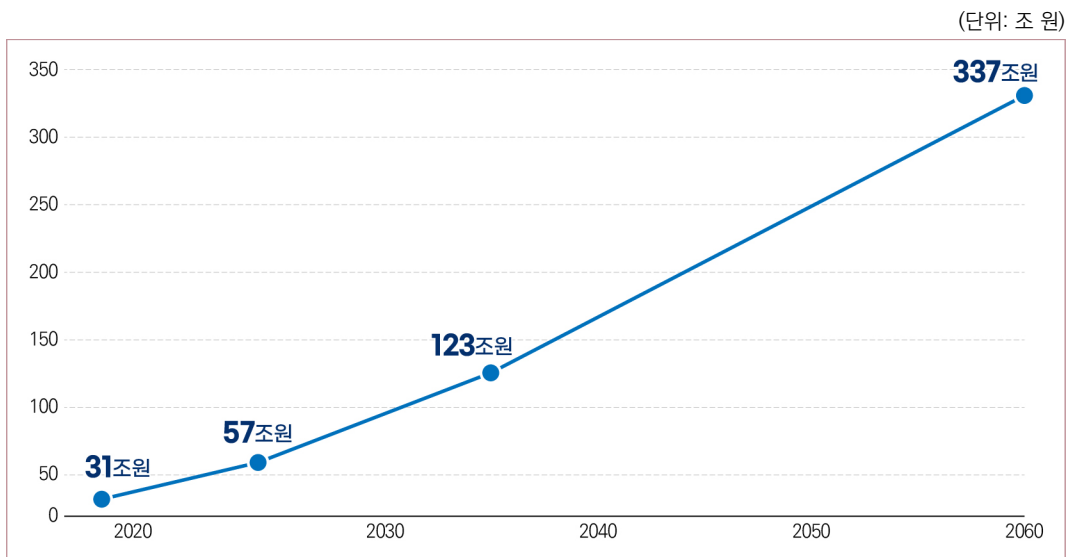
2. 누적준비금은 결산상 잉여금을 뜻하며, 음수로 표기된 준비금은 준비금 소진 후 발생한 누적 적자액을 뜻함

자료: 국회예산정책처(2024)

건강보험 지출 증가의 주요 위험요소는 노인의료비이다. 건강보험공단의 노인의료비 중장기 재정전망에 따르면, 2019년 65세 이상 고령자의 건강보험료 지출은 31조 원이며, 2025년 57조, 2035년 123조, 2060년 337조 원으로 지속적으로 증가할 전망이다(국민건강보험공단, 2020)(그림 2-5). 이에 따라 노인의료비는 2020년 전체 GDP의 2.5%, 2030년 6.0%, 2060년 12~16%까지 상승할 것으로 전망된다.

3) 의료개혁 1차 실행방안으로는 • 4대 우선 과제(의료인력 확충, 지역완결 의료전달체계, 의료사고 안전망 구축, 공정한 보상체계) 추진 • 후속과제로 "상급종합병원 구조전환 지원사업" 추진 및 비상진료대책으로 • 진료공백을 방지하고 중증·응급환자 비상진료를 유지하기 위해 2월 20일부터 응급의료체계(중앙응급상황실 확대 운영, 공공보건의료기관 공휴일 진료 등) 유지, 비상진료 지원(수가인상) 등 추진 • 대책 시행 후 1개월 단위로 연장하였으나, 비상진료 '심각' 단계 해지 시까지 연장하는 것으로 의결(제21차 건강보험정책심의위원회, '24.10.25.)

그림 2-5 65세 이상 고령자의 건강보험료 지출



자료: 국민건강보험공단(2020)

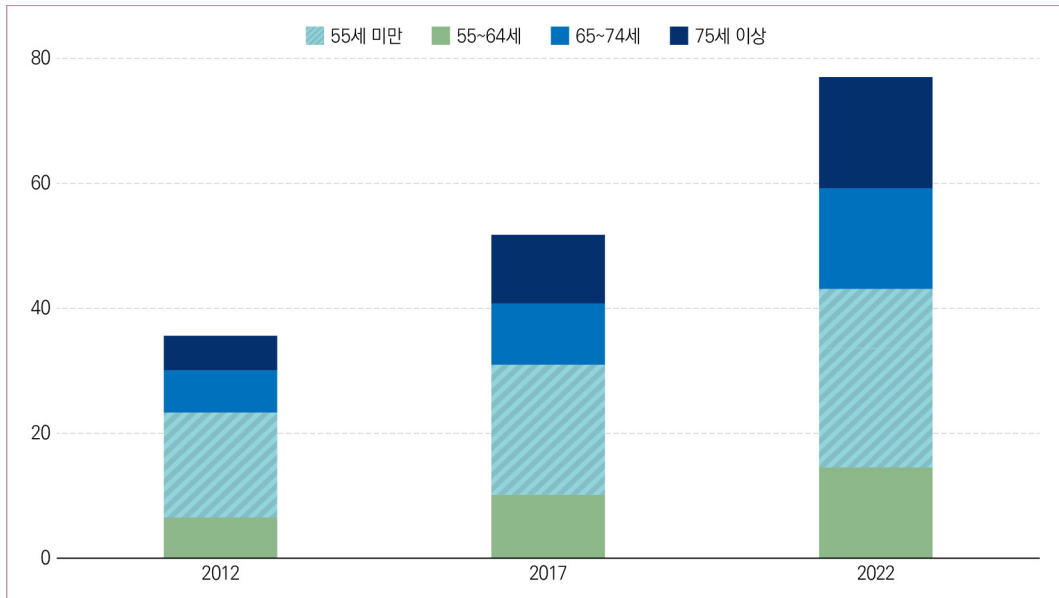
노인층의 건강보험 급여비의 경우, 고령층일수록 급여비 지출총액과 1인당 급여비 지출이 증가하여 전기(65~74세) 및 후기(75세 이상) 고령자의 2022년 기준 1인당 급여비는 2012년 대비 각각 61%, 68% 증가한 169만 원, 272만 원 수준이며, 후기 고령자의 2022년 기준 1인당 급여비는 55세 미만(79만 원) 대비 5배 수준이다(국회예산정책처, 2023)(그림 2-6).

매년 증가 추세를 보이는 고액진료비 환자의 진료비 중에서도 노인 진료비 비중이 높다(국민건강보험공단 & 건강보험심사평가원, 2024). 2023년 기준 연간 500만 원 이상 고액진료비 환자의 진료비는 53조 3,137억 원으로 전체 진료비의 50.4%를 차지했으며, 이 중 60세 이상 고액진료비 환자의 진료비(36조 9,503억 원)가 69.3%로 나타났다. 또한, 노인 1인당 연평균 진료비도 2023년 기준 534만 7,000원을 기록해 전년 대비 5.1% 상승했고, 전체 인구 1인당 연평균 진료비인 206만 원의 2.5배를 넘는 것으로 나타났다.

최근 KDI의 연구에서도 확인된바, 65세 이상 인구의 건강보험 진료비 지출 증가에서는 인구 요인이 진료비 지출 증가의 44%를 설명하고 있어 단순히 고령층의 비중이 높아지는 것만으로도 우리나라 건강보험 재정지출 증가가 계속될 것임을 의미하고 있다(권정현, 2025).

그림 2-6 연령군별 급여비 현황: 2012~2022년

(단위: 조 원)



자료: 예산정책처(2023a)

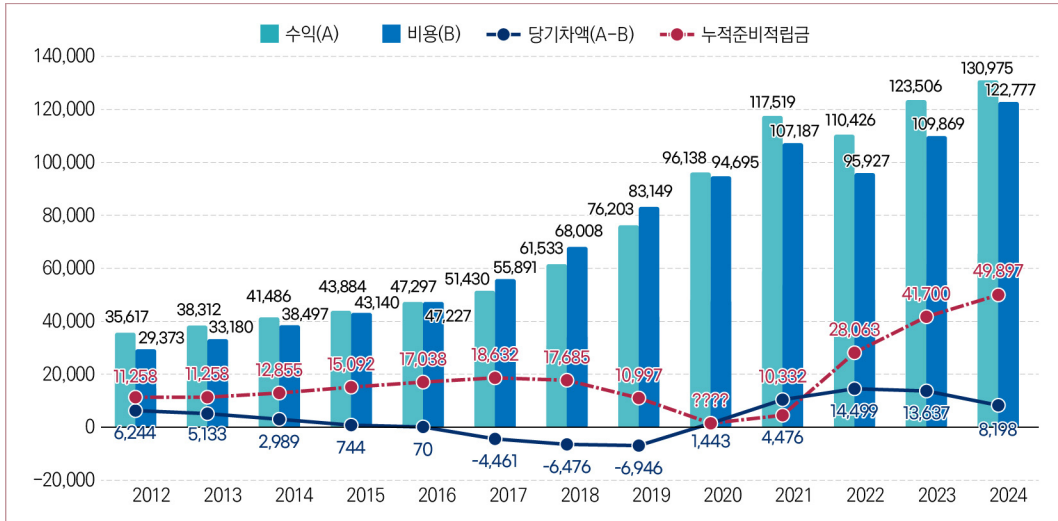
4. 장기요양보험 재정 추이

장기요양보험 수입의 추이를 살펴보면 2012년 3조 5천여억 원에서 2024년 13조 1천여억 원으로 12년간 약 3.7배(연평균 9.9%) 증가해 왔다. 이에 비해 지출은 2012년 2조 9천여억 원에서 2024년 12조 2천여억 원으로 4.17배(연평균 11.0%) 증가했다.

당해연도 수입과 지출의 차이인 재정수지는 2010년부터 보험료율이 동결(건강보험료 대비 6.55%)되고, 2013년부터 수급자 수가 평균 11.2%씩 증가하는 등의 지출 확대 사유로 인해 재정수지는 2016년에 적자로 전환되었고, 이후 2019년까지 4년간 적자가 지속되었다. 그러나, 2020년부터는 코로나19로 인한 지출 감소, 보험료율 매년 지속 인상으로 인하여 재정 수지가 흑자 전환되었고 24년까지 연속흑자를 기록하며 누적준비금도 점차 늘어 2022년에 2조 8천억 원에 이어 4조 9천억 원에 달하고 있다(국회예산정책처, 2023b)(그림 2-7).

그림 2-7 장기요양보험 재정 추이

(단위: 억 원)

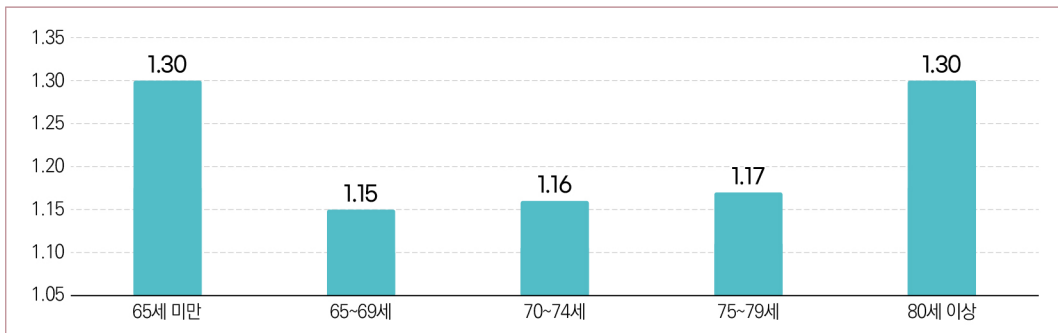


주: 1. 당해연도 말 결산 기준, 2024년은 현금흐름 기준
자료: KOSIS 연도별 장기요양 재정현황을 저자가 재구성

누적적립금의 흑자 기조에도 불구하고, 우리나라의 75세 이상 후기노령 인구는 OECD 국가 중 그 증가 속도가 가장 빠르다는 것이 장기요양보험 재정의 위협 요소가 되고 있다. 장기요양보험 수급자 중 65세 미만은 약 3만 명으로 전체 장기요양보험 수급자의 3.0%를 차지하는데,⁴⁾ 65세 이후 연령대가 높아짐에 따라 1인당 장기요양급여 이용 비중이 점차 커지는 양상이 나타나고 있다(그림 2-8). 장기요양보험을 이용하는 80세 이상의 수급자 비중은 80세 이상 인구 전체의 30%에 달한다.

그림 2-8 연령대별 1인당 장기요양급여비용

(단위: 조 원)



자료: 국회예산정책처(2023b)

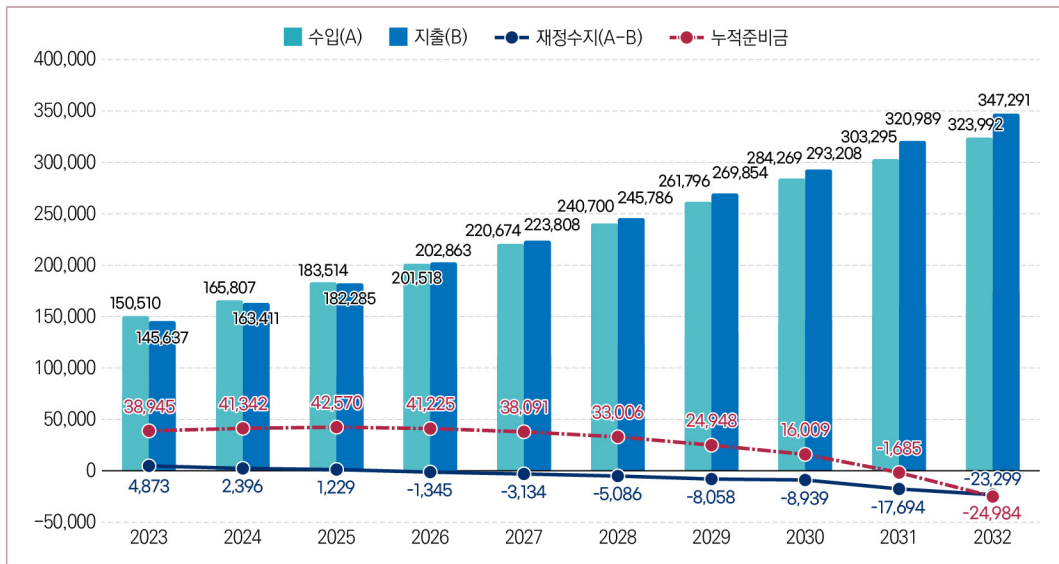
4) 장기요양보험 수급 대상 연령 제한은 기본적으로 65세 이상 노인으로 설정되어 있으나, 65세 미만인 경우에도 치매, 뇌졸중, 파킨슨병 등 특정 노인성 질환을 가진 자에게는 등급판정을 통해 수급 대상으로 인정될 수 있다.

5. 장기요양보험 재정 전망

2023년에 내놓은 국회예산정책처의 장기요양보험 최근의 실적 추이를 반영하는 기본전망에 따르면, 지출 증가 속도(연평균 10.14%)가 수입 증가 속도(연평균 8.89%)보다 빠른 것으로 나타나, 현행 보험료율 인상 수준이 유지될 경우 2026년에 재정수지가 적자로 전환되고 누적준비금은 2031년에 소진될 것으로 전망된다(그림 2-9).

그림 2-9 장기요양보험 재정 전망

(단위: 억 원)



주: 1. 현금흐름 기준 2. 누적준비금은 의료급여재정 포함
 자료: 국회예산정책처(2023b)

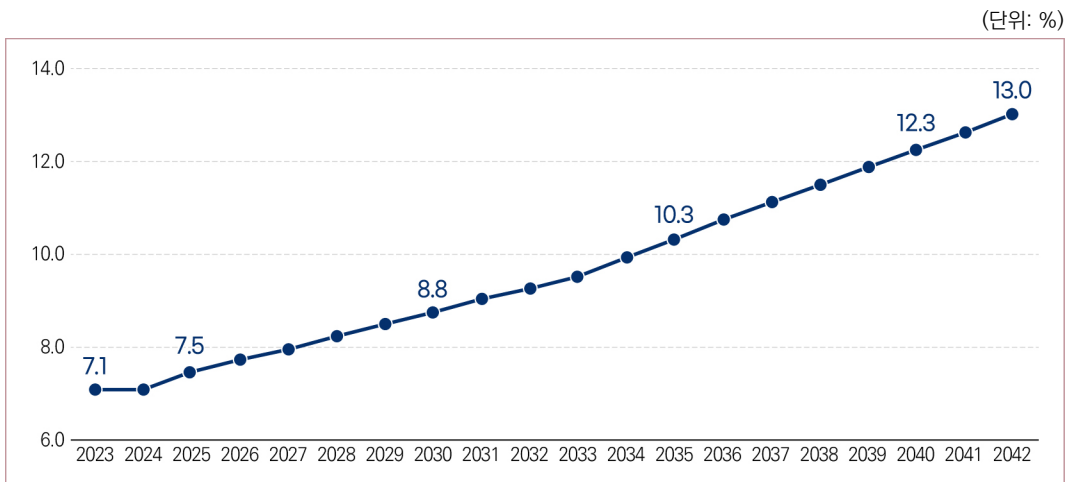
제3절

급격한 지출 증가에 대처할 건강보장 제도 수입 주체의 재정적 한계

1. 재정수지 균형을 위한 필요 보험료를 인상으로 인한 가계의 부담

향후 인구구조의 변화에 따른 건강보험의 재정부담 규모는 어느 정도이고 이를 감당하기 위해 보험료를 인상한다면 얼마나 보험료를 높여야 할까? 먼저 인구구조 변화로 인한 건강보험 국가 재정부담 규모를 살펴보면, 2032년 28.9조 원, 2042년 100.3조 원이며, 인구구조 변화로 인해 연간 수입은 감소하고, 지출은 증가하여 부담이 현재 수준 대비 큰 폭으로 증가할 것으로 추계되었다(김윤희, 2024). 동 보고서는 재정수지 균형을 위한 필요 건강보험료율은 2025년에 2024년 대비 5.29% 인상하여 7.47%가 되어야 하며, 이후 3% 수준의 인상률을 유지하여 2032년 9.28%, 2042년 13.03%가 되어야 한다고 전망했다(그림 2-10).

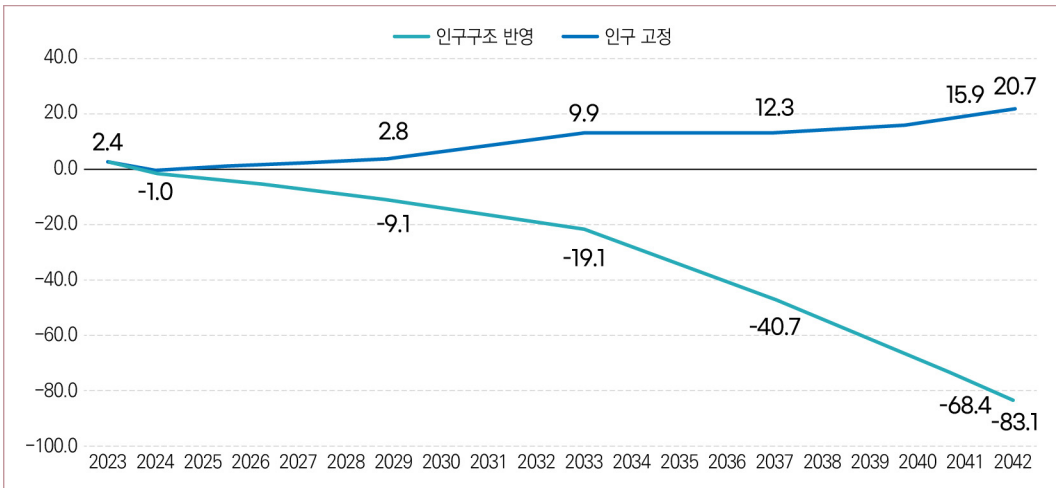
그림 2-10 재정수지 균형을 위한 필요 건강보험료율



자료: 김윤희(2024), 저자 재구성

주목할 점은 인구구조가 현재 수준을 유지하는 경우, 재정수지는 수입 추계의 주요 가정에도 불구하고 흑자를 유지할 수 있는 것으로 추계되어(그림 2-11) 큰 폭의 재정적자 발생 예상의 핵심적인 요인이 바로 인구구조 변화라는 점이 확인된다는 것이다.

그림 2-11 인구구조 반영 여부에 따른 필요 건강보험료율

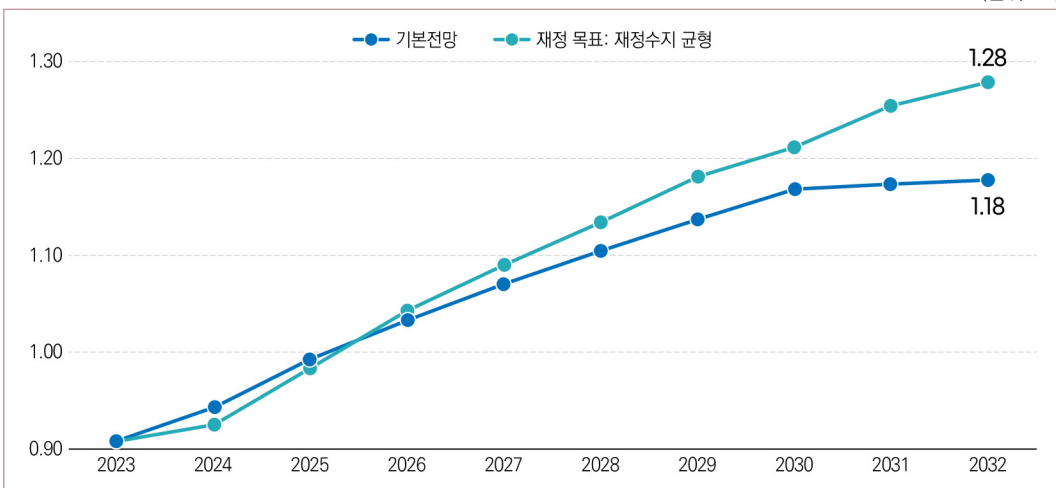


자료: 김윤희(2024), 저자 재구성

장기요양보험의 재정수지 균형 달성을 위한 필요보험료율도 지속적으로 상승하여 2024년 0.93%, 2025년 0.98%에서 2032년에는 1.28%로 전망되고 있다(그림 2-12). 추계에 고려되지 않은 실질 요양 인력 부족 등으로 인한 인건비 추가 상승과 가족 등을 통한 비공식 돌봄 감소 추세를 반영할 경우, 장기요양보험 지출이 국내총생산(GDP) 대비 2060년 1.86%로 증가할 것으로 전망되었다(이영욱, 2020).

그림 2-12 재정수지 균형 달성을 위한 필요 장기요양보험료율 전망

(단위: %)



자료: 국회예산정책처(2023b)

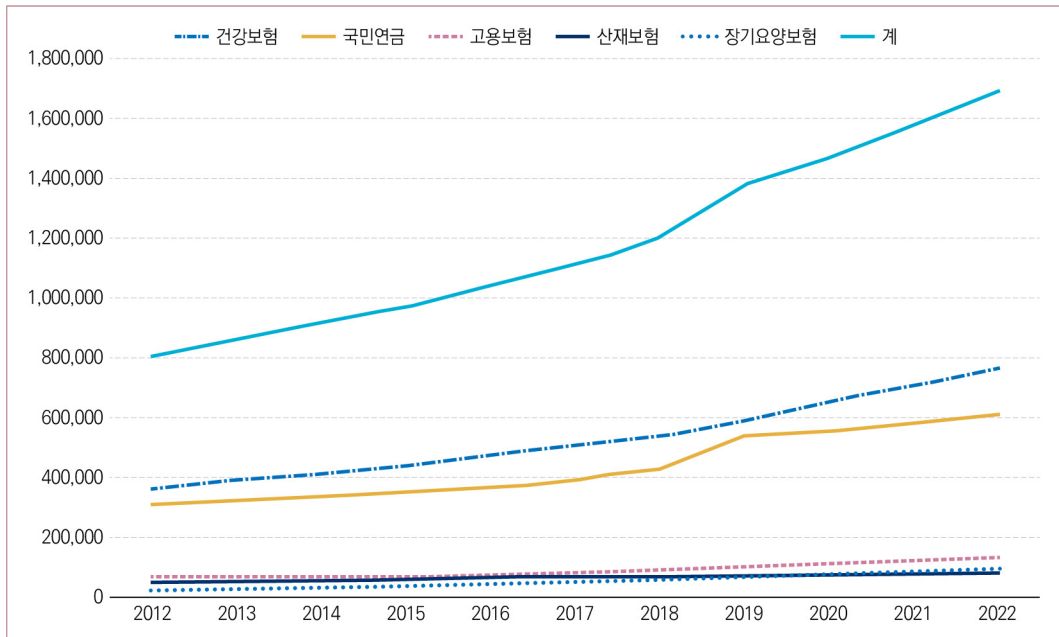
2050년의 건강보험 및 장기요양보험료의 부담을 전망한 다른 연구에서도 추계치에는 차이가 있으나, 재정수지 균형을 위해서 2050년에는 건강보험료율이 15.81%, 장기요양보험료율이 5.84%로 인상되어야 하는 것으로 나타났다(홍석철, 2025).

2. 각종 사회보험의 인상으로 인한 가구의 추가적인 재정부담 한계

이러한 보험료율 인상으로 인한 추가적인 재정적 부담은 가계가 부담할 각종 사회보험의 증가 추세를 보면 현실적으로 감당하기 어려워 보인다. 지난 10년간(2012년~2022년) 사회보험료 규모 증가율을 살펴보면, 연평균 7.5%로 같은 기간 연평균 물가상승률 1.6%보다 약 4.7배 높고, 연평균 명목 GDP 증가율 4.1%보다 약 1.8배 높아 이로 인해 명목 GDP 대비 사회보험료 비중은 2012년 5.6%에서 2022년 7.7%로 2.1%p나 증가하였다(한국경영자총협회, 2024).

그림 2-13 사회보험 제도별 국민부담 추이

(단위: 억 원)



주: 건강보험·장기요양보험은 부과액 기준, 국민연금·고용보험·산재보험은 징수액 기준
자료: 한국경영자총협회 (2024)

제도별로는 건강보험료가 76조 7,703억 원으로 전체 사회보험료의 46.2%를 차지하였으며, 장기요양보험은 지난 10년간 연평균 14.6%의 증가율을 보여주고 있다(그림 2-13).

OECD 기준에 따른 2022년 우리나라 GDP 대비 사회보험부담(국민이 부담한 사회보험료와 정부출연금(조세)의 합계) 비중은 8.2%로 OECD 38개 회원국 중 중위권(23위)이나 급속한 고령화로 인한 가계의 재정부담 증가는 세계적으로도 유례없는 급증세이다. 우리나라 GDP 대비 사회보험부담 비중은 2012년 5.9%에서 2022년 8.2%로 10년간 38.9% 증가하였는데, 이 같은 증가율은 세계 최고령 국가인 일본(14.8%)보다 약 2.7배 높으며 같은 기간 임금근로자 명목 임금 상승률(28.3%)을 크게 상회하고 있다.

특히 저출산으로 인한 생산가능인구 감소 추세가 지속될 경우, 향후 사회보험료 부담은 더욱 가중될 전망으로, 결국 보험료 인상에 대한 사회적 저항으로 이어져 건강보장체계의 안정적 운영을 저해하는 요인이 될 수 있다.

3. 필요 국고보조금의 폭증으로 인한 국가 재정의 지속적 지원 한계

국민건강제도의 재정건전성 확보를 위해 「국민건강보험법」과 「건강증진법」에 근거하여 2007년부터 해당 연도 '건강보험료 예상 수입액의 20%'에 상당하는 금액을 14%는 일반회계(국고)에서, 6%는 담뭍세(담배부담금)로 조성한 건강증진기금에서 지원하도록 법으로 정해져 있다.

국고지원 조항은 2006년에 5년 한시조항으로 신설된 후, 2011년(5년), 2016년(1년), 2017년(5년) 등 「국민건강보험법」 개정을 통해 지속적으로 연장되고 있으며, 최근에는 2023년 6월 개정을 통해 2027년까지 5년간 기한이 연장되었다. 과거 「국민건강보험법」 제정(1999.2.8.) 당시에는 국고지원 규모 및 지원방식이 구체적으로 제시되지 않아 국고지원에 대한 논란이 지속되었다. 그러나 2000년 7월의약분업 시행에 따라 수가 인상 등으로 지출이 크게 증가하면서 건강보험 재정이 위기를 맞게 되자 2002년 1월 「국민건강보험재정건전화특별법」이 제정되었다. 동법은 2002년부터 2006년까지 한시적으로 운영되었으며, 건강보험에 대한 국고지원을 일반회계뿐만 아니라 국민건강증진기금에서도 받을 수 있도록 명시하였다. 동법 제15조는 국고지원 규모를 지역보험재정의 50%(일반회계 40%, 국민건강증진기금 10%)로 규정하였으며, 2005년부터는 지원비율을 일반회계 35%, 국민건강증진기금 15%로 조정하였다.

그러나, 현재 법률 규정의 모호성 등으로 인해 실제 국고지원 규모는 보험료 수입의 20% 수준에 미치지 못하고 있는 실정이다. 즉, 정부지원금은 예산의 범위에서 해당연도의 예상수입액의 14%에 상당하는 금액이라고 규정하고 있어, 예산의 범위, 예상수

입액과 실제 수입액의 차이, 그리고 “상당하는 금액” 등의 모호한 문구에 의해서 차이가 발생해온 것이다.

[참고] 국고보조금관련 법률

▶ 「국민건강보험법」 제108조의2(보험재정에 대한 정부지원)

① 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.

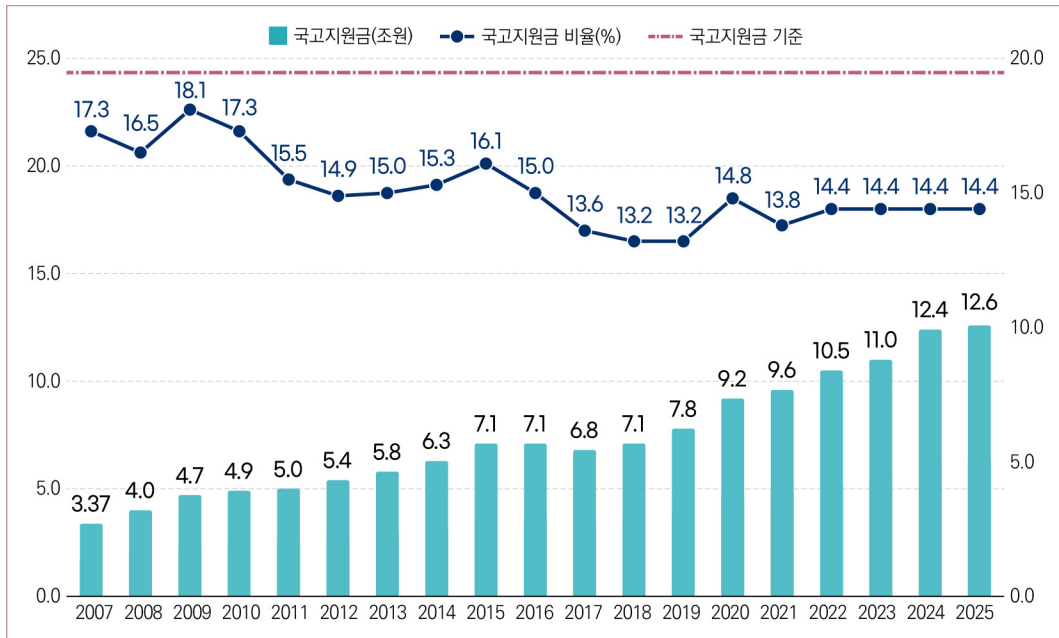
▶ 「국민건강증진법」 부칙 <법률 제6619호, 2002. 1. 19.>

② (기금사용의 한시적 특례) 보건복지부장관은 제25조제1항의 규정에 불구하고 2027년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 동법 제108조제4항의 용도에 사용하도록 동법에 따른 국민건강보험공단에 지원한다. 다만, 그 지원금액은 당해연도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없다.

더욱이 국고지원금의 법정 지출의 준수 여부를 떠나서 국고지원금 중 일반회계는 보험료 수입에 연동되어 매년 증가하고 있어 언제까지, 얼마나 지원할 수 있을지가 더 큰 문제이다. 아울러 향후 기존과 같은 법률을 통한 한시적이고 단기적인 재정확충은 국민부담 증가 등으로 실효를 거두기에 한계가 있을 것으로 판단된다.

국고지원금 중 일반회계는 보험료 수입에 연동되어 매년 증가하고 있으며, 정부는 2023년 보험료 예상수입액의 14.4%인 10.97조 원을 배정하였다. 반면 국민건강증진기금은 법률상 건강보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액을 지원하도록 규정되어 있지만, 담배부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없다는 단서조항으로 인해 실제 건강보험료 수입의 3%를 밑도는 금액을 지원하고 있으며 보험료 수입이 증가함에 따라 그 비중은 감소하고 있는 추세이다.

그림 2-14 건강보험재정 국고지원금 추이



자료: 국회예산정책처(2024a) 저자가 재구성

4. 급증하는 정부 부채로 인한 복지분야 재정부담의 한계

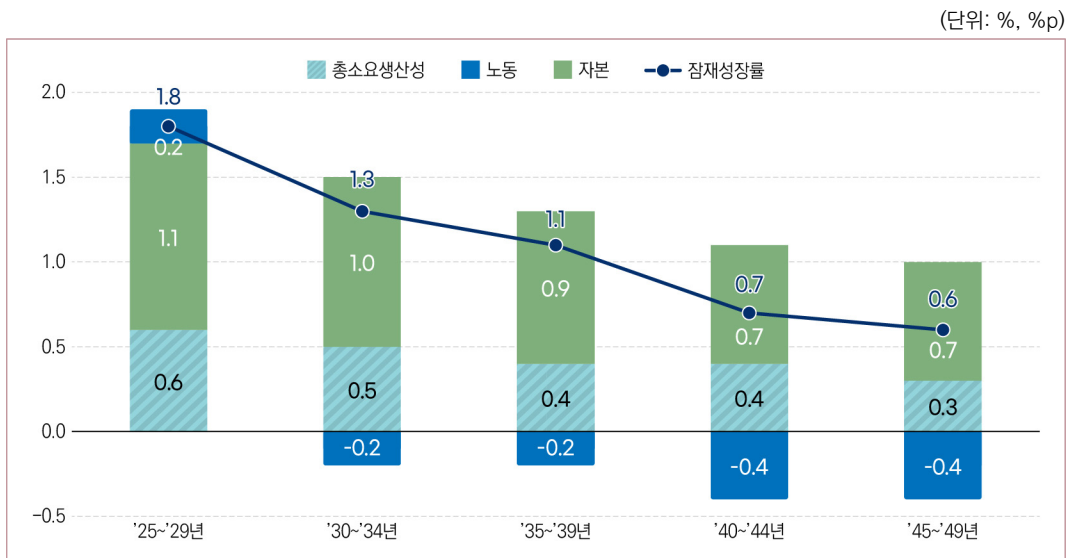
그렇다면 정부 부채를 통한 추가적인 재정투입은 가능할까? 최근 급증하는 정부 부채 문제는 부채로 문제를 해결하는 것이 어렵다는 것을 보여준다. 2008년 글로벌 금융 위기 이후 지속되는 저성장 기조와 잠재성장률의 하락으로 인한 재정건전성 악화와 국가채무 증가 추세를 고려할 때, 정부 부채를 활용하여 향후 건강보장제도에 대한 국고 지원을 확대하는 것은 물론, 향후 지원을 유지하는 것도 한계가 있을 것으로 보인다.

최근 한국은행은 2024년 2% 수준이었던 우리나라 잠재성장률이 2025년부터 1%대로 떨어질 것으로 전망하며, 적극적인 구조개혁이 이루어지지 않으면 20년 안에 잠재성장률이 0%대로 떨어질 수 있다고 경고한 바 있다(한국은행, 2024)(그림 2-15).

국제통화기금(IMF)에 따르면, 국가채무와 비영리 공공기관 부채(D2)를 포함한 우리나라의 GDP 대비 정부 부채 비율은 2023년 55.2%로 집계되었으며, 2024년에는 56.6%에 달하고 2029년에는 60%에 육박할 것으로 전망된다(IMF, 2024)(그림 2-16). 특히, 인구고령화로 인한 의료비 증가와 생산가능인구 감소로 인한 보험료 징수 세대 및 세수 감소가 동시에 진행될 경우, 국고지원의 지속가능성은 더욱 불투명해질 가능성이 높다. 한국조세재정연구원의 연구에 따르면, 2023년 기준 보건·복지·고

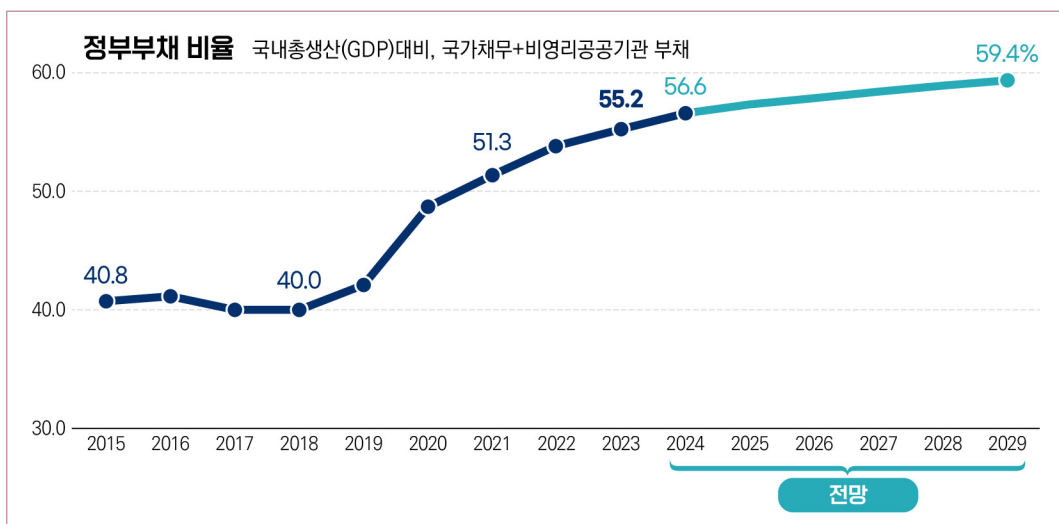
용 분야의 예산은 총 226.0조 원인데, 이 중 68.4%가 의무지출이며 2027년에는 73.0%로 더욱 확대될 예정이다(오종현, 2023). 건강보험 재정부담금의 증가 및 기초연금 등 공공부조 부담의 증가는 복지예산의 확대를 동반하고 상당 부분 의무지출로 이어지기 때문에 추가적인 재정부담을 어렵게 하고 있다.

그림 2-15 연간 변화율의 5년 평균 잠재성장률 전망



자료: 한국은행(2024)

그림 2-16 국제통화기금의 대한민국 GDP 대비 정부부채 비율 전망



자료: 한국은행(2024)

5. 재정적 지속가능성 확보를 위한 정부 정책 대안의 부재

정부는 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 확보하기 위해서는 지출을 통제하고 수입을 늘리는 방향으로 정책을 계획하고 실행해야 한다. 정부는 건강보험 제도를 둘러싼 구조적 문제에 대응하기 위해 지속가능성을 핵심 목표로 하는 “제2차 국민건강보험 종합계획(2024~2028)”을 발표하였다. 이는 2016년 「국민건강보험법」 제3조의2 신설로 종합계획 수립의 법적 근거가 마련된 이후의 조치로, 「제1차 국민건강보험 종합계획(2019~2023)」에서도 지역 및 필수의료 공백, 과다 의료이용에 따른 보장률 개선의 한계 등 구조적 문제를 인정하고 ‘필수보장’과 ‘지속가능성’을 주요 목표로 제시한 바 있다.

이번 제2차 종합계획에는 건강보험의 지속가능성 확보를 위한 구체적인 지출 효율화 방안—지출목표 설정, 가격 조정, 진료량 관리 등—이 포함되어 있다. 그러나 재난적 의료비 지원 확대, 간호간병 통합서비스 확대, 상병수당 도입 등 추가적인 재정지출이 예정되어 있고, 지불제도 개편을 위한 2조 원 규모의 혁신계정 도입 또한 계획되어 있으나 새로운 보험료 재원의 발굴 방안이 구체적으로 제시되지 않는 상황이다.

6. 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 위한 기타 대안의 한계

건강보험과 장기요양보험이 사회보험 방식으로 운영되고 있지만, 피보험자의 보험료만으로 지속가능성 담보가 어렵기 때문에 해외 선형 정책사례를 통해 보험료 이외 목적세 도입이나 기금 조성 등을 통한 자원 확보를 대안으로 고려해볼 수도 있을 것이다.

문성웅 등 (2024)에 의하면 우리나라와 유사한 건강보험제도를 운영하는 프랑스와 대만 등의 경우처럼 보험료 재원 외에 사회보장분담금, 사회보장목적세, 추가보험료 신설 등의 정책을 도입하는 등 정부지원금을 확대할 것을 제안하였다. 장기요양보험에 대해서도 정부는 노인돌봄 재원을 충당하기 위해 일본의 사례를 살펴보고 ‘노인돌봄기금’을 설치하는 방안을 검토한 바 있다. 일본은 2014년 소비세를 재원으로 지역사회종합확보기금을 설치해 지방자치단체 주도 돌봄사업 재원의 3분의 2를 지원하고 있다 (Yamada & Arai, 2020).

그러나, 기금이든 세금이든 결국 국민의 부담을 증가시키는 것으로, 국민의 건강권에 대한 정부의 책무성 강화를 위해 법정 국고지원금 규정 엄수가 선결될 필요가 있으며 무엇보다 국민의 수용성 등의 관점에서 검토가 필요하다.

7. 장래 추계 전망 분석 내 미고려된 재정 부담 요인

앞서 살펴본 전망 연구와 국회예산정책처의 관련 전망은 이전 전망치 대비 경제성장률을 추가로 하향 조정했으나 경제위기 발생 가능성을 고려하지 않았다는 한계가 있다. IMF 외환위기(1997), 글로벌 금융위기(2008), 코로나19 팬데믹(2020) 등 10년 주기의 경제위기 발생 시 국가채무 비율이 급격히 상승할 수 있는 구조적 취약성이 존재한다. 실제 2020년 코로나19 대응을 위한 재정지출 확대로 국가채무가 급증한 바 있다.

아울러 관련 재정전망은 기후위기 대응 및 탄소중립 전환 비용을 반영하지 않고 있다. 2050년 탄소 중립 달성을 위해 전력부문에만 887~1,005조 원의 투자가 필요하며, 2100년까지 총비용은 현재가치 기준 1,850조 원에 달할 것으로 추정된다(대한상공회의소, 2023). 이는 기후변화 피해비용(503조 원)과 탄소 감축 비용(2,517조 원)을 포괄하는 종합적 분석 결과와 맥락을 함께 한다(유종현 외, 2024).

마지막으로 신종감염병 역시 장래 건강보장제도의 재정부담 요인으로 작용할 것으로 예측되며, 신종감염병 발생 주기 단축에 따른 진단체계 구축 및 백신·치료제 확보 비용이 연간 6,342억 원 규모로 추산된다(질병관리청, 2023; 대한민국 정부, 2023). 이러한 이슈들은 추후 국가재정 및 건강보장제도 재정에 있어서도 큰 부담으로 작용할 것으로 판단된다.

제3장

재정 관리의 구조적 한계: 전원체계가 작동하지 않는 민간 중심의 보건의료 서비스전달체계

제1절 | 민간 중심의 보건의료서비스 전달체계

제2절 | 의료기관 간 수직적·수평적 기능 분화와
연계 미흡

제1절

민간 중심의 보건의료서비스 전달체계

1. 보건의료시설의 민간 소유지배 구조와 이윤극대화(profit maximization) 전략

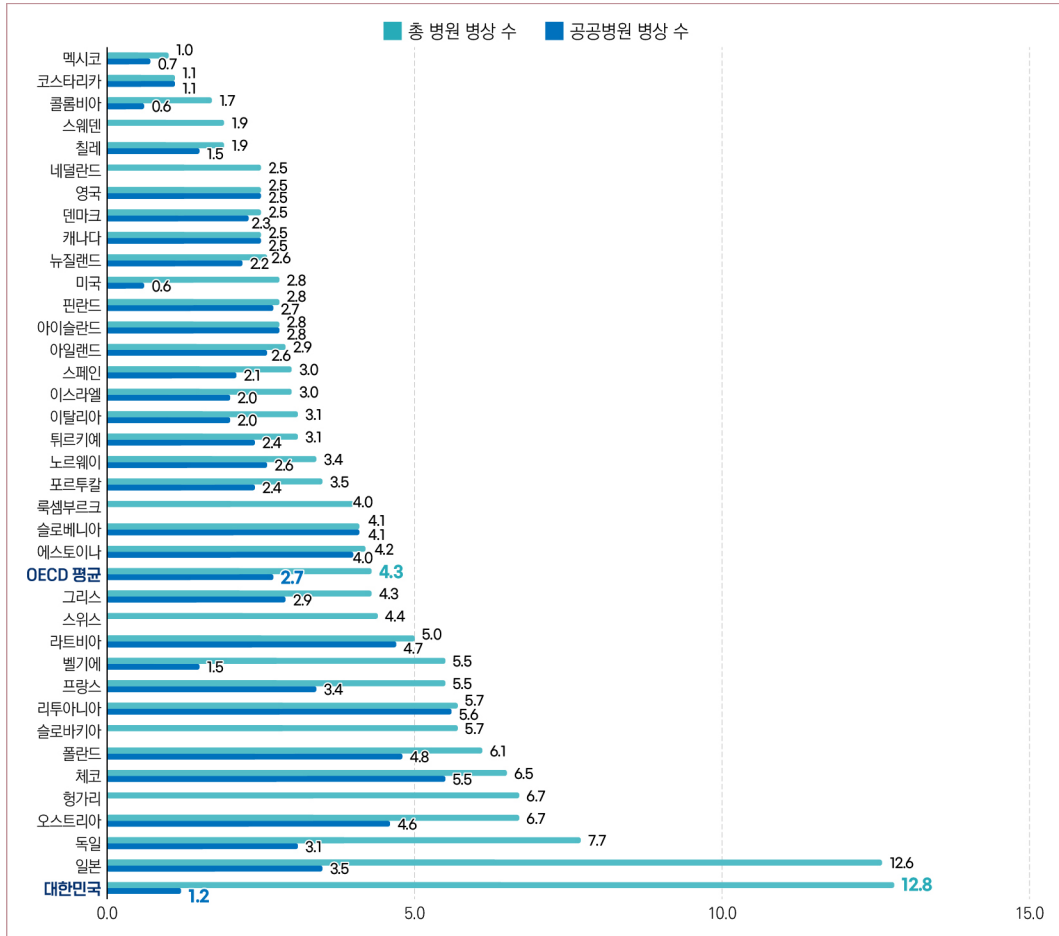
대한민국 「헌법」은 “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리가 있다”(제35조1항), “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”(제36조3항)라고 정하면서 국민의 건강권을 천명하며 국민 건강증진을 위한 국가의 책임을 언급하고 있다. 이와 관련하여 여러 나라가 각기 독특한 역사적, 문화적 맥락 하에 보건의료서비스 공급 체계를 민간과 공공으로 적절하게 혼합적으로 채택하고 있는데, 이 중 우리나라는 독특하게도 보건의료서비스 제공에 있어서 세계적으로도 민간에 가장 크게 의존하는 나라이다.

OECD의 보고서에 의하면, 우리나라 총 병원 병상 수(병원의 전체 병상 수)는 인구 1,000명당 12.8개로 OECD 국가 중 가장 많으며, 전체 회원국 평균(4.3개)의 약 3.0배이다(그림 3-1). 반면, 공공병원 병상 수는 인구 1,000명당 1.2개로 OECD 평균(2.7개)보다 적으며 총 병원 병상 수 대비로는 9.5%로 회원국 중 최하위이다(OECD, 2024).

우리나라의 총 병원 병상 수 대비 공공병원 병상 비중(9.5%)은 상대적으로 보건의료 체계 및 고령화 정도가 우리나라와 유사한 일본이 27.8%이고, 보건의료의 민간 성격이 가장 강한 나라 중 하나인 미국이 21.1%인 것에 비해서도 매우 낮다. 연도별 증감을 살펴보면, 총 병상 수는 2017년 12.3개에서 2022년 12.8개로 0.5개 증가하였으나, 공공병원 병상 수는 오히려 2017년 1.3개에서 2022년 1.2개로 오히려 0.1개 감소하였다(OECD, 2024).

그림 3-1 OECD 회원국의 인구 천명 당 총 병원 병상수 및 공공병원 병상 수

(단위: 개/인구 1,000명)



주: 헝가리, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아, 스웨덴, 스위스는 공공병원 병상수 통계를 별도로 제공하지 않음
 자료: OECD (2024)

우리나라 의료기관은 개인병원을 제외하면 규모가 큰 대다수 종합병원은 법률을 통해서 영리성을 강하게 제한받고 있으나⁵⁾ 서구의 비영리 병원과 달리 매우 사익추구적 성격이 강하다. 그 이유는 다음 장에서 서술할, 공급자 간의 수직적·수평적 기능 미분화 및 미흡한 연계 체계와 행위별수가제 위주의 양적 지불보상체계가 맞물리면서 의료기관이 서비스의 질보다는 (비)급여 진료의 양을 늘리는 방식으로 이윤극대화(profit maximization)를 하도록 유인되고 있기 때문이다. 대다수 병원 수입이 건강보험 등과 같은 공적 재원조달 기전을 통해 이루어지기 때문에 민간의료기관의 이윤극대화 전

5) 「의료법」 시행령 제20조(의료법인 등의 사업) 의료법인과 법 제33조제2항제4호에 따라 의료기관을 개설한 비영리법인은 의료업(법 제49조에 따라 의료법인이 하는 부대사업을 포함한다)을 할 때 공중위생에 이바지하여야 하며, 영리를 추구하여서는 아니 된다.

락이야말로 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 약화시키는 근본적인 원인이라고 볼 수 있다. 나아가, 민간 중심의 의료공급 구조는 이윤 극대화를 위해 의료서비스의 공급이 수요가 집중된 지역에 편중되는 지역적 불평등을 심화시키고 있다. 동시에 치료 중심 서비스가 건강증진 및 질병예방을 대체함으로써 거시적 비효율성의 구조적 원인으로 작용하고 있다(WHO, 2015; Shin, 2012).

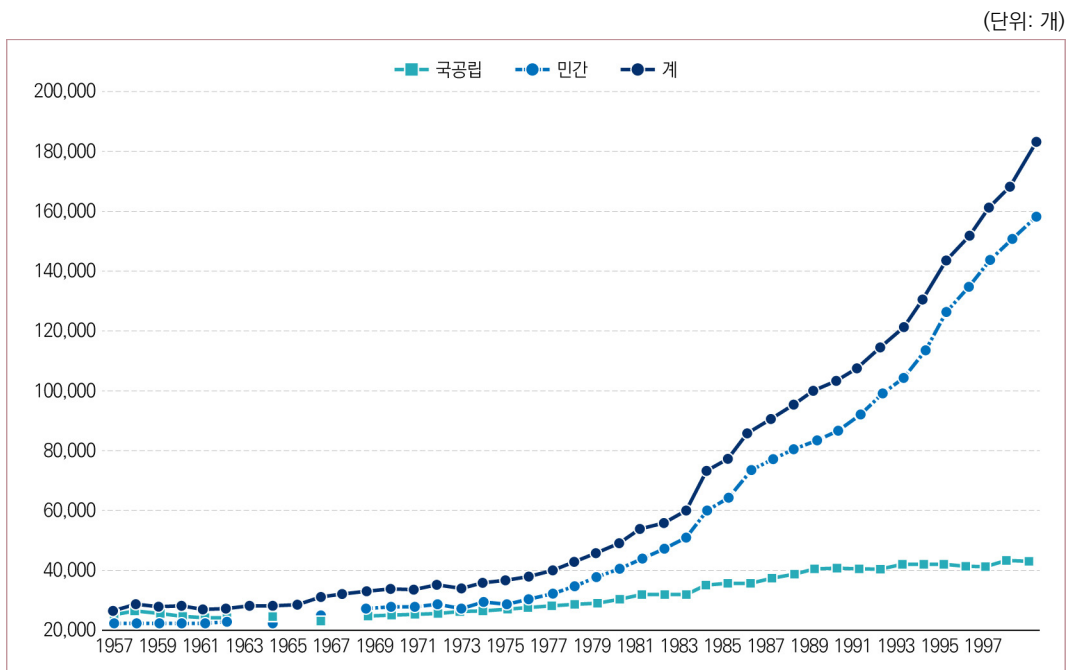
특히, 이러한 민간 중심의 보건의료서비스 제공체계는 정부가 건강보장제도의 재정적 관리자로서의 역할을 효과적으로 수행할 수 없도록 하는 구조적인 한계로 작용하고 있다. 2012년 「공공보건의료에 관한 법률」의 개정으로 민간의료기관도 공공보건의료 기능을 수행할 수 있게 됨에 따라 공공보건의료의 정의가 소유의 관점에서 기능 관점으로 재정의된 바 있다. 그럼에도 불구하고, 국가가 담당해야 할 보건의료서비스 제공 기능의 상당 부분을 사적 소유형태의 민간 부문에 위임 또는 요구해 온 경로의존성 및 빈약한 공공의료 역량 등으로 인해 보건의료체계의 거시적인 효율성이 여전히 낮다.

한편, 공공부문의 의료기관 역시 그 기능이 명확히 정립되어 있지 않고, 공공성 확보를 위한 체계적 기전이 미흡하여 민간의료기관과의 기능적 차별성이 약하다. 실제로 세계적으로 낮은 한국의 공공병상 비중으로 인해 재난 등 위기 상황에서 안정적 자원 동원이 어려운 구조적 한계를 가지고 있다.

2. 민간 부문 절대 우위와 공공 부문 절대빈곤의 역사적 이유

한국의 보건의료서비스 공급체계는 아이러니하게도 공적 의료보험제도의 도입과 함께 민간 중심으로 전환되기 시작했다. 해방 직후인 1949년에는 공공병원의 병상 수가 전체 병상 수의 75.1%였으나, 이후 공공병원의 증가는 매우 더딘 반면 민간병원의 설립과 성장은 빠르게 이루어져 1966년에는 민간병원이 전체 병상 수에서 공공병원을 앞지르게 되었다(강명세, 2006; 김창엽, 2019). 이후 1970년대까지도 공공보건의료기관의 비중은 40% 이상을 유지했으나 1977년 의료보험의 도입과 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 의료 수요가 급격히 증가하면서 이에 따른 병상 부족 현상이 사회적 문제로 대두되었다. 이에 정부는 공공병원의 확충보다는 정부지원과 차관 알선을 통해 민간 병상 확대를 지원하는 전략을 취해 민간병원 수 확대에 기여했다(김창엽, 2019)(그림3-2).

그림 3-2 소유 주체별 병상 수의 변화 추이



자료: 김창엽, 2019

결국, 의료보험제도 도입 이후 급증하는 의료 수요에 대해 공공부문이 아닌 민간 부문이 주도적으로 대응하면서 지난 수십 년간 한국의 의료서비스 공급체계는 시장 메커니즘에 의해 형성되었다. 즉, 민간 부문에서는 일부 대기업이 설립한 대형병원을 제외하면, 우리나라의 보건의료서비스 제공체계는 의사 개인 자본이 이윤을 추구하여 축적된 자본을 바탕으로 병원 규모를 키워가는 구조가 주를 이뤄왔다(김창엽, 2019).

그 결과, 우리나라는 보건의료서비스 공급체계의 공공성이 매우 취약한 상황에서 전국민 의료보험제도가 도입되면서 재원조달과 지불보상의 공공성은 강화된 반면 공급 측면에서는 사익추구적 경향이 심화되는 역설적 현상이 나타났다.

공공 부문의 보건의료서비스 공급은 민간이 제공하지 않는 시장실패 영역에 국한되어 잔여적으로 이루어지며, 공급체계에서 공공부문의 위상과 비중이 지속적으로 약화되었다. 이로 인해 보건의료 자원의 불균형이 심화되고, 비정상적인 경쟁 환경에서 낭비적이고 과도한 의료서비스와 필수 의료에 대한 미충족 수요가 동시에 존재하는 비효율적인 현상이 유발되고 있다(김창엽, 2019).

제2절

의료기관 간 수직적·수평적 기능
분화와 연계 미흡

1. 법적 규제의 미비: 보건의료시설의 기능에 대한 책임 부여 및 구분 미흡

국가가 보건의료서비스를 효과적으로 국민에게 제공하기 위해 필요한 구조가 바로 의료전달체계이다. 국가는 설정한 지역적 단위 내에 질병의 중증도와 시급성, 이를 치료하기 위한 전문 분야에 따라 공급체계를 수직적(1, 2, 3차), 수평적(전문 과별)으로 기능을 분화하고 연계할 필요가 있다. WHO는 성공적인 의료전달체계에 대해 “의료의 지역화가 합리적으로 이루어진 상태를 말하는 것으로, 합리적인 지역화의 요건으로는 진료권의 설정, 필요한 의료자원의 공급, 의료기관 간 기능의 분담과 연계, 환자 이송 및 의뢰 체계의 수립이라고 정의하고 있다(WHO, 2008). 즉, 의료전달체계는 의료체계와 의료자원의 효율적 운영을 통해 의료서비스를 필요로 하는 국민 모두가 적시에 적정인력에 의해 적소에서 적정진료를 이용할 수 있도록 마련된 제도라고 할 수 있다. 이런 측면에서 보면, 우리나라의 서비스 전달체계의 문제는 민간 영역의 높은 비중과 더불어 민간 의료기관 간 기능 분화와 연계가 미흡하다는 점이 이윤극대화를 위한 의료기관 간의 경쟁을 심화시킨다는 점이다.

이는 관련 법상으로도 그 한계를 확인할 수 있다. 의료기관 체계 「의료법」 제3조에 따르면 우리나라의 의료기관은 크게 의원, 병원, 종합병원으로 분류하며 세부적으로는 인력, 병상, 장비, 진료과목 등의 구조 중심의 1차, 2차, 3차 종별 분류체계이다. 아울러 개별기능 강화에 초점을 두고 상급종합병원 및 전문병원 등 중증질환과 난이도가 높은 의료행위에 특성화된 의료기관이 다양하게 지정이 되어 있다. 규모에 따른 종별 구분은 있으나 종별 역할과 기능에 대한 책임 부여 및 기능적 구분이 제대로 되어 있지 않으니 의원과 병원 모두 외래와 입원환자를 진료함으로 인해 제공되는 서비스 내용이 나 인력의 전문성, 장비 등의 투입자원에 큰 차별성이 없다.

[참고] 의료법 제3조

- ① 제3조(의료기관) ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

2. 의료기관 간 수직적 기능분담 및 연계 미비: 3차병원으로의 쏠림 현상

이러한 구조적 한계는 수도권 상급종합병원으로의 환자 집중 현상을 더욱 강화시켜 의료보장제도의 재정적 지속가능성을 위협하는 주된 원인이 되고 있다. 국민들은 의료기술 발달과 소득수준 향상으로 의료서비스에 대한 기대치가 높기 때문에 지방 병원과 하위종별 의료기관보다 최상급인 상급종합병원을 선호하고 있다. 정부의 단순한 본인 부담금 차등만으로는 환자들에게 현행 의료전달체계를 준수할 동기가 되지 못하며, 종별 의료기관 간 체계적인 전원시스템이 제대로 작동하지 않기 때문에 환자는 경증질환조차 의원에서 진료받기보다 의원급에서의 의뢰를 통해 바로 상급종합병원에서 의료서비스를 쉽게 받을 수 있는 구조이다. 실제로 건보공단이 조사한 상급종합병원 이용 관련 정례조사 결과, 상급종합병원 이용 동기 중 약 34%는 의학적 소견이 없음에도 대형병원에서 진료를 받고 싶어서였으며 또는 동네 의원·중소병원을 신뢰하지 못해서라는 응답도 11%였다(메디컬옵저버, 2019).

실제로 우리나라 종별 의료이용 데이터를 살펴보면, 상급종합병원이 우리나라 전체 요양기관에서 차지하는 비중은 0.1% 정도이나(표 3-1), 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원이 차지하는 비중은 추세적으로 점점 늘어 2023년 약 7%에 달한다(그림

3-3). 우리나라 전체 건당 요양급여비에서 상급종합병원의 외래 건당 요양급여비의 비중도 점차 증가하여 2023년 21.1%에 달한다(그림 3-4). 상급종합병원과 종합병원을 합하여도 전체 요양기관에서 차지하는 비중은 1% 정도이나 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원과 종합병원이 차지하는 비중은 2021년의 경우 19.2%에 달하며 우리나라 총 외래 건당 요양급여비의 40%에 육박하고 있다.

상급종합병원 내 총 입내원일수 중 외래 내원일수의 비중 역시 상승추세로 2023년 72.8%이며(그림 3-5), 전체 건당 요양급여비의 36.3%를 차지하고 있어 외래환자를 위해 제공되는 의료량의 상당 부분을 차지하는 것을 알 수 있다(그림 3-6).

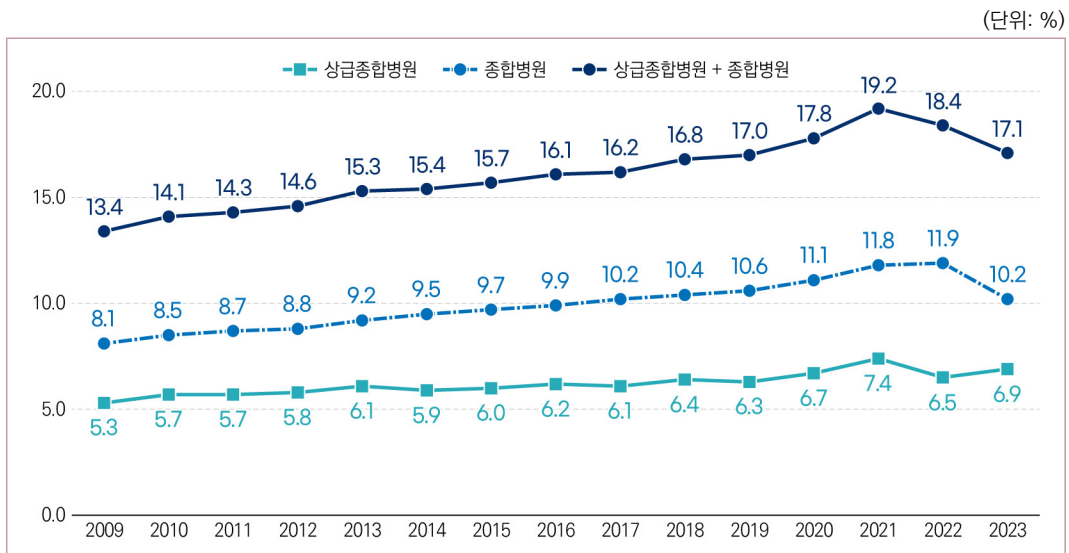
표 3-1 연도별 종별 요양기관 수 및 비중

(단위: 개소, %)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년
상급종합병원	42 (0.13)	42 (0.13)	42 (0.13)	45 (0.13)	45 (0.13)	45 (0.12)	47 (0.13)
종합병원	311 (0.97)	314 (0.96)	319 (0.95)	319 (0.93)	328 (0.93)	331 (0.92)	331 (0.89)
의원	31,718 (98.90)	32,491 (98.92)	33,115 (98.92)	33,912 (98.94)	34,958 (98.94)	35,717 (98.96)	36,685 (98.98)

자료: 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계, 저자가 재구성

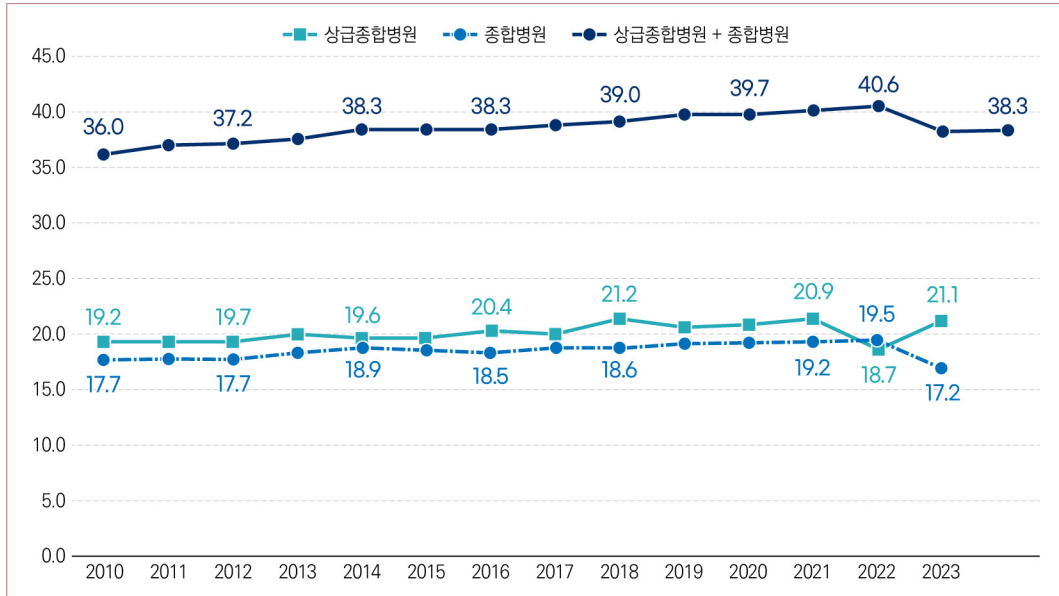
그림 3-3 연도별 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원과 종합병원의 외래 내원일수 비중



자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계, 저자가 재구성

그림 3-4 연도별 우리나라 총 외래 건강 요양급여비 중 상급종합병원과 종합병원의 외래 건강 요양급여비 비중

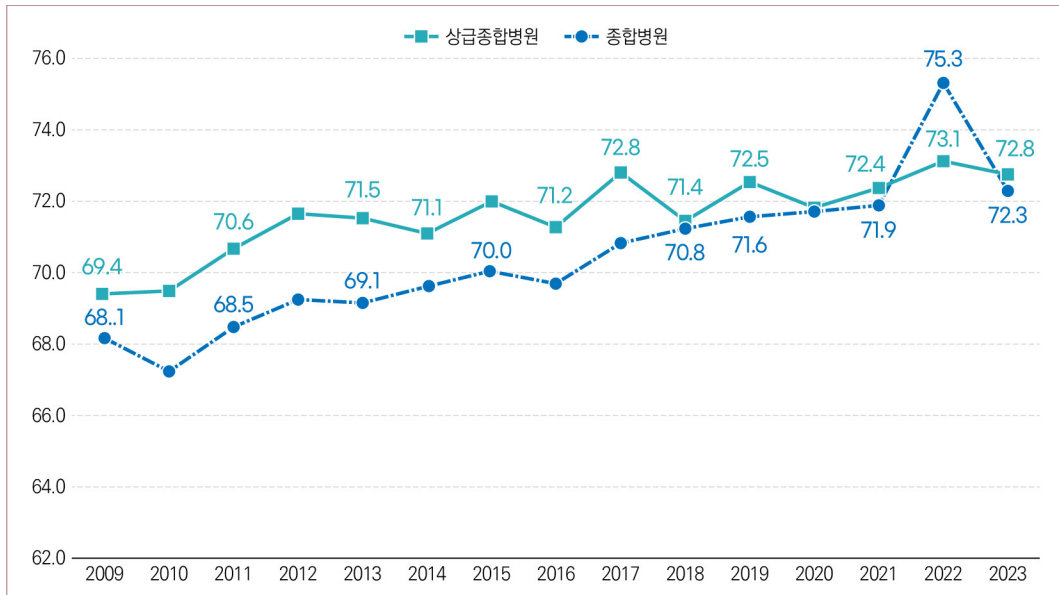
(단위: %)



자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계, 저자가 재구성

그림 3-5 연도별 상급종합병원과 종합병원 내 총 입내원일수 중 외래 내원일수의 비중

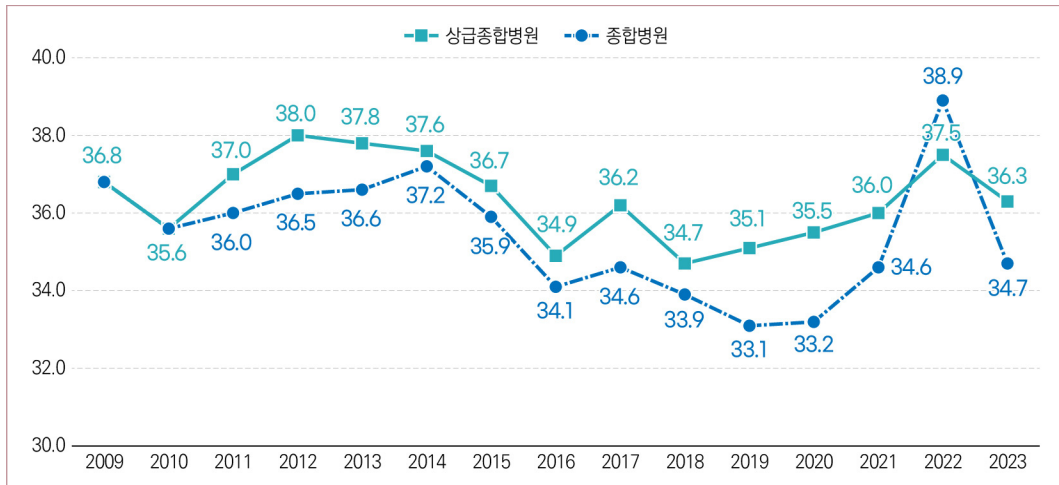
(단위: %)



자료: 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계, 저자가 재구성

그림 3-6 연도별 상급종합병원과 종합병원 내 총 건당 요양급여비 중 외래 건당 요양급여비의 비중

(단위: %)



자료: 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계, 저자가 재구성

문제는 상급종합병원이 동일한 질병의 진료에 대해서 원가 수준이 훨씬 높고, 진료 강도도 강하다 보니 건강보험 수가도 높이 설정되어 있어 건강보험재정의 낭비 요인이자 국민의료비 증가의 요인이 된다는 것이다. 3차 의료기관들도 이윤극대화에서 자유롭지 못하며 고질적인 저수가 문제 해결을 위해 외래 진료를 통해 수익을 보전하고 있기 때문에 환자를 유인하지 않을 동기가 희박하다. 이에 3차 의료기관들의 상급종합병원은 중증, 희귀, 난치질환 치료와 연구 및 교육에 쏟아야 할 역량을 외래 경증질환 진료에 임상교수와 전공의 자원을 투입해서 감당해왔다.

이에 비해 중소병원(2차 병원)에서 환자, 의료인력, 자원 등이 대형 상급종합병원이나 수도권으로 집중되면서 2차 병원의 기능과 역할이 약화되고 경영난이 심각해지고 있다(청년 의사, 2024). 이를 타개하기 위해 2차 병원들도 의원급 의료기관과 마찬가지로 수익극대화를 위해 비급여 진료에 집중하면서 건강보험의 재정적 지속가능성을 악화시키고 있다. 최근 실증연구에 따르면, 의원급 의료기관, 이른바 동네 병원들조차 상급의료기관들과 경쟁할 수밖에 없는 구조가 만들어지고 그로 인해서 과잉 진료나 고비용의 의료서비스가 의원급 의료기관에서 공급되는 양상을 확인할 수 있다(권정현, 2025).

3. 의료기관 간 및 돌봄기관 등과의 수평적·연속적 기능분담 및 연계 미비

수직적 기능 미분담의 문제와 더불어 의료기관 간 수평적 기능도 분담이 잘 안되어 같은 종별 내에서의 기능 중복 등으로 투입자원의 비효율성이 야기되고 있다. 특히 지역 단위의 의원급 의료기관 간 및 타 전문과목 의원 간의 네트워크 협력체계 구축이 취약하다. WHO는 일찍이 일차의료기관은 지역사회 협력과 연계의 허브가 되어야 한다고 권고한 바 있다(WHO, 2008). 그러나, 우리나라 의원급 기관들은 조정자(navigator)와 문지기(gatekeeper) 역할을 하지 못하고 있다. 우리나라 국민들은 평소 자신을 잘 알고 있어서 언제나 믿고 찾아가 진료를 받고 또 필요할 때 상담할 수 있는 의사를 갖고 있지 못하기 때문에 ‘의사정보쇼핑(doctor shopping)’에 익숙해 있다. 의사 입장에서 자기 진료하는 환자가 다시 자기를 찾아올지 확신할 수 없으며, 환자의 과거 병력을 모르고 진료하는 경우가 많아 일회적인 진료에 익숙하며 환자에 대한 진료의 지속성과 책임성이 약하다.

민간의료기관과 공공보건의료기관 간의 연계나 협력은 더욱 요원하다. 「공공보건의료에 관한 법률」에서는 공공보건의료기관을 국가·지방자치단체 또는 기타 대통령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관으로 정의하고 있는데, 대개는 국립, 시·도립, 지방의료원, 특수법인 등으로 구분되며, 이 법령에 따라 설립 목적이 다르고 소관 부처도 다르다. 서비스 제공 주체와 전달체계가 단일화하지 못한 상태에서 비슷한 서비스 내용을 분절적으로 제공되면서 서비스 단절 및 중복의 문제, 이용자 입장에서의 혼란 등의 문제가 심각하다. 예를 들어, 노인 대상의 지역사회 의료-간호-돌봄서비스에 있어서 민간병원, 요양기관, 보건복지부, 행안부, 지자체, 보건소 등이 각각 개별적으로 노인을 관리하면서 불필요한 중복적인 자원 낭비가 발생하고 있다(허중호, 2023).

장기요양보험의 경우, 요양병원과 요양 시설의 기능이 중복되어 재정적 낭비의 요인이 되고 있다. 건강보험은 주로 질병의 치료와 의료서비스 제공에 초점을 두고, 장기요양보험은 일상생활 지원과 돌봄(care)에 목적이 있으나 실제 현장에서는 두 제도의 대상자 선정, 서비스 제공 기준, 자원 배분 등이 명확하게 구분되지 않는다. 이런 상황에서 요양병원은 입원 자격에 제한이 없어 누구나 이용할 수 있는 반면, 요양시설은 장기요양등급을 충족해야 입소할 수 있다. 이로 인해 의료서비스가 더는 필요하지 않은 환자들이 요양병원에 장기 입원을 하며 사실상 돌봄서비스를 받고 있어 건강보험 재정이 과도하게 소모되는 문제가 발생하고 있다(Kim et al., 2015). 예를 들어, 장기요양 3~5등급과 같이 비교적 경증인 장기요양 대상자들도 요양병원에 장기 입원하는 비중이 높다.

건강보험연구원(2024)의 요양병원 환자군별 입원이용 분석에 따르면, 요양병원 내

선택입원군 환자⁶⁾ 중 장기요양등급이 없는 환자가 81.9%에 달해 의료적 필요성뿐 아니라 요양서비스의 필요성도 낮은 것으로 파악됐다(박수경, 2024). 이처럼 요양병원에서의 이른바 ‘사회적’ 입원이 증가하면서 정작 의료적 서비스가 필요한 노인이 돌봄 위주의 장기요양시설에 머무르며 적절한 의료서비스를 받지 못하는 상황도 초래되고 있다.

4. 수직적, 수평적 환자 의뢰-회송체계의 미흡

종간 및 종내 의료시설 이용을 체계적으로 관리할 방법이 바로 진료의뢰-회송체계의 확립이다. 진료의뢰-회송제도는 환자가 1차 의료기관(의원, 보건소 등)에서 2차(병원, 종합병원), 3차(상급종합병원)로 단계적으로 진료를 받거나 타 전문과목 의원 등과 협진 등을 할 수 있도록 의뢰서를 통해 연계하는 제도로, 의료전달체계의 효율성을 높이고, 상급병원 쏠림을 완화하며, 의료자원의 합리적 배분을 목표로 한다.

정부는 1989년 전국민 건강보험 제도 도입을 하면서 급격한 의료 수요에 대비해서 의료이용의 지역화와 종별에 따른 단계적 이용을 유도하기 위해 진료권을 설정하여 타 진료권에서 진료를 받을 경우 보험자의 승인을 받도록 했다. 그러나, 1998년 김대중 정권 때 규제 개혁 차원에서 진료권 제도를 폐지하고, 과거 1차와 2차를 합쳐서 1단계 요양급여로 바꾸고 과거 3차 상급종합병원을 2단계 요양급여로 단계를 통합 구분하여 현재까지 운영되고 있다.

그러나, 각급 의료기관들이 서로 유기적, 협동적, 보완적 관계를 형성하지 못하고 무한경쟁 관계에 놓이는 체계는 효율적인 환자 의뢰체계 구축을 저해하고 있다. 현행 규정에 따르면, 환자가 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받기 위해서는 1단계 요양급여를 제공한 기관에서 발급한 요양급여의뢰서를 제출해야 하지만⁷⁾ 현재는 유명무실하여 환자가 동네 의원에서 상급의료기관으로 의뢰되어도 진료의뢰서 발급 비용이 무료이고 진찰료에 포함되어 있으며, 서식이 단순하고 발급처마다 형식이 다양하고 진료의뢰서의 유효 횟수나 기간도 설정되어 있지 않다. 게다가 응급환자, 분만, 치과 진료, 가정의학과 진료 등은 요양급여 의뢰서 없이 직접 상급종합병원으로 이동이 가능하다고 규정되어⁸⁾ 의료기관 간 환자의의뢰에 대해 적극적인 동기를 부여할 수 없고, 형식적인 진료의뢰서 발급, 3차 의료기관의 가정의학과를 통한 진료의뢰서 발급 등의 편법이 발생하고 있다.

한편, 의뢰받은 환자의 치료가 종결되었을 때 의료의 효율성과 지속관리 차원에서

6) 요양병원의 선택입원군 환자는 의학적으로 입원할 필요성은 낮지만, 입원 자체는 보장할 필요가 있다고 분류된 환자임

7) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 1,2항

8) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조3항

환자 거주지 의원이나 당초 의뢰기관으로 환자를 회송하는 것도 중요하다. 현재 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 환자가 호전되었을 때 요양급여회송서(회송 받은 요양기관의 요청이 있을 시 진료기록의 사본 등 요양급여에 관한 자료를 제공)와 함께 당초 의뢰했었던 요양기관이나 1단계 진료를 담당할 수 있는 요양기관으로 환자를 회송한 경우 회송료를 산정할 수 있도록 하고 있다.⁹⁾

보건복지부는 2020년 전산시스템을 통한 의뢰-회송체계 구축을 위해 관련 규칙 개정을 거쳐 진료 의뢰·회송 중계시스템 시범사업을 도입한 바 있다. 최근에는 시범사업의 3년 연장과 더불어 중계시스템을 통한 권역 내 협력 기관 간 전산의뢰-회송 시 서면 의뢰보다 높은 가산 수가를 받을 수 있도록 하는 시범사업 지침을 개정한 바 있다(건강보험심사평가원, 2024). 전자시스템을 통한 의뢰와 회송이 양적으로 증가하였음에도 불구하고 아직은 일부 상급병원이 자발적으로 신청하여 참여하는 시범사업 단계에 그치고 있다. 가산은 없으나 기존의 서면에 의한 의뢰-회송도 수가를 적용받고 있어 아직 전체적인 의뢰-회송체계의 효과를 판단하기에는 이르다고 볼 수 있다.

[참고] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

▶ **제2조(요양급여의 절차)** ①요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 가입자 또는 피부양자(이하 “가입자등”이라 한다)는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다.

②제1항의 규정에 의한 1단계 요양급여는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 한다)을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여(건강진단 또는 건강검진을 포함한다)를 말하며, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다.

③제1항 및 제2항의 규정에 불구하고 가입자등이 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 받을 수 있다.

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우
2. 분만의 경우
3. 치과에서 요양급여를 받는 경우
4. 「장애인복지법」 제32조에 따른 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우
5. 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우
6. 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우
7. 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우

9) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조

▶ **제6조(요양급여의 의뢰 및 가입자등의 회송 등)** ①요양기관은 가입자등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 가입자 등의 상태가 호전되었을 때에는 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자등을 회송할 수 있다.

③요양기관이 제1항에 따라 요양급여를 의뢰하는 경우에는 별지 제4호서식에 따른 요양급여의뢰서를, 제2항에 따라 가입자등을 회송하는 경우에는 별지 제5호서식에 따른 요양급여회송서를 가입자등에게 발급해야 한다. 이 경우 요양급여를 의뢰하거나 가입자등을 회송하는 요양기관은 가입자등의 동의를 받아 진료기록의 사본 등 요양급여에 관한 자료를 요양급여를 의뢰받거나 가입자등을 회송받는 요양기관에 제공해야 한다.

④ 건강보험심사평가원은 요양급여의 의뢰 및 가입자등의 회송이 효율적으로 이루어질 수 있도록 진료 의뢰·회송 중계시스템을 설치하여 운영할 수 있다.

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 요양급여의 의뢰, 가입자등의 회송, 진료 의뢰·회송 중계시스템의 운영 방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <신설 2020. 6. 29.>

제4장

주치의 제도 등 일차의료체계 수립을 통한 서비스전달체계의 개편

제1절 | 주치의 제도를 통한 일차의료의 강화

제2절 | 공공보건의료기관의 확대 및 서비스 제공

제3절 | 의료시설에서 지역사회 중심으로의 서비스
개편

제1절

주치의 제도를 통한 일차의료의 강화

1. 일차医료를 통한 의료전달체계 강화: 조종자(navigator)와 문지기(gatekeeper) 역할

우리나라의 보건의료서비스 전달체계의 구조적인 개선이 없이는 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 확보하기 어렵다. 건강보장제도의 지속가능성 확보를 위한 대안은 수직적·수평적 보건의료전달체계의 확립이며, 이를 위해 환자의 보건의료서비스 이용에 있어서 일차의료의 강화가 해결의 열쇠이다.

‘일차의료’(primary care)라는 용어는 1920년 영국에서 발표된 도슨 보고서에서 유래하였다. 이 보고서는 지역화된 의료체계를 위해 기본 단위인 일차보건센터 등의 인력과 시설의 조직에 초점을 맞추었으나, 환자 중심 의료, 포괄성, 진료 조정 기능, 그리고 다학제적 보건의료인 간 협력 등 일차의료의 본질적 특성들도 내포하고 있다(최용준 외, 2013). 이 보고서는 이후 영국 국민건강서비스(NHS) 발전의 기초를 마련하며 접근 가능한 일반의(general practitioner)와 이를 지원하는 서비스 네트워크의 중요성을 강조하였다. 미국의학원(Institute of Medicine)은 일차의료에 대한 정의를 “개인의 보건의료 필요 부분을 해결하고, 환자와 지속적인 동반자 관계를 형성하며, 가족과 지역사회 맥락에서 활동하는 책임을 지는 임상 의사가 통합적이고 접근성이 높은 보건의료서비스를 제공하는 것”이라고 하였다(Institute of Medicine, 1996).

일차의료는 보건의료서비스를 이용하는 환자의 최초 접촉점으로, 환자 개인의 건강, 의료이용 및 그에 수반되는 의료자원 소모량을 좌우하게 된다. 따라서, 일차의료는 의료전달체계 확립에 있어 가장 중요한 축이다. 의료체계 내 일차의료에는 일반적으로 두 가지 기능이 부여된다. 첫째는 일차의료 의사가 임상적 필요에 따라 전문의에게 자문하거나 환자를 의뢰하는 조정자(navigator) 기능이며, 둘째는 불필요한 의뢰를 제한하여 자원 배분을 최적화하는 문지기(gatekeeper) 기능이다. 조정자 기능은 진료의 통합성과 지속성을 강조하는 반면, 문지기 기능은 전문의료 서비스의 과도한 이용을 완화하기 위해 설계되었다.

2. 일차의료의 효과 근거

일차의료체계의 강화는 해당 의료시스템의 자원을 효율적으로 활용할 수 있게 한다. 일차의료의 기능이 작동하는 국가일수록 의료비 지출은 적고 국민의 건강상태가 좋으며 건강 불평등은 감소한다는 연구들이 이를 뒷받침한다(Sripa et al., 2019). 결국, 일차의료는 의료의 질도 보장하고 의료 비용을 낮추면서도 건강 결과를 향상할 수 있어 보건의료체계의 효율성을 향상시킬 수 있다(이재호, 2014).

여러 연구 결과에 따르면, 실제로 일차의료이 강한 지역이 그렇지 않은 지역에 비해 건강 수준이 더 높았다. 예를 들어 미국 내에서 일차 의사가 의사 총 인구 중 20% 이상을 차지하는 주는 암발생률, 영아사망률, 심장질환 발생률 및 뇌졸중 사망률, 신생아 사망률 등이 상대적으로 낮았다는 것으로 알려져 있다(이재호, 2014). 또한, 일차의료 모델을 적용한 결과, 입원률을 18-23% 감소시켰으며(Garrido et al., 2011), 조정자 모델을 기반으로 한 일차의료기관의 다학제적 모델 적용 결과, 우울증 및 삶의 질 개선, 혈당 관리 및 자기관리 역량 향상, 입원율 감소 등의 효과를 보였다(John et al., 2020).

이러한 근거에 기반하여, 지난 30여 년간 고소득 국가들은 인구 고령화와 만성질환 증가에 효과적으로 대응하기 위해 보건의료체계 내에서 일차의료의 역할을 점차 강화해왔다(이재호, 2018). 일차의료 의사 수련제도의 시행, 다학제(multi-disciplinary) 팀 진료의 증가, 주치의 제도 도입과 더불어 환자 1인당 정액제 또는 성과급제를 혼합한 지불제도 도입, 만성질환 관리에서 간호사 역할 증가 등을 공통적인 변화로 손꼽을 수 있다. 특히 유럽의 노르웨이(2001), 프랑스(2006), 스웨덴(2010), 핀란드(2012)를 중심으로 일차의료에 대한 다양한 시도들이 있었으며 캐나다의 경우 각 주별로 일차의료 개혁을 추진하여 주치의 등록을 완전히 정착시켰다.

일차의료이 확립되지 않은 우리나라의 경우에도 일차의료의 기능적 효과가 입증된 바 있다. 예를 들어, 신규 진단된 당뇨병·고혈압 환자가 기능적으로 일차의료 서비스를 제공하는 단골병원을 이용하는 경우, 의료이용 지속성이 높고 향후 심뇌혈관질환 발생 위험도가 낮으며, 전체 의료비용 및 본인부담금이 낮다는 연구 결과도 있다(김윤, 2020). 정부 주도의 일차의료 만성질환관리 시범사업의 경우 시범사업 참여자의 투약 순응도와 혈당조절률이 향상되었다는 결과가 있다(송은주 외, 2021)

3. 한국의 일차의료 확립의 어려움

과거 Starfield (1998)가 14개 선진국 일차의료 중에 우리나라 일차의료를 최하위로 평가한 바 있고, OECD는 2012년 발간한 “Health Care Quality Review: Korea”에서 한국의 의료전달체계에 대해 병원 의존도를 낮추고 지역사회 중심 일차의료 서비스를 구축함으로써 질병예방 및 만성질환자 지원책을 마련할 것을 촉구한 바 있다 (OECD, 2012). 그럼에도 불구하고 여전히 우리나라의 일차의료 중심의 체계는 확립되지 못하고 있다.

가. 의료기관 종별 기능 미정립

일차의료의 포괄적이고 지속적인 의료서비스라는 개념은 의료인 간의 ‘상호 조율과 협력’에 기반한다. 반면, 파편화되고 경쟁이 과열화된 민간 의료 중심의 체계에서는 조율과 협력이 이뤄지기 어렵게 한다. 환자 입장에서 보면, 기존의 의료이용 행태보다 일차의료 의사와의 일상적이고 지속적인 관계로 인한 이점이 드러나지 않는다면 현재의 과도한 질 추구를 위한 상급종합병원 이용 행태를 막을 수 없다.

기능상으로 보면, 우리나라의 경우 20여 개가 넘는 전문 과목별 전문의들의 상당수가 일차의료기관을 개원하지만, 의원=일차의료라는 등식이 성립될 수 없는 환경이다. 지역에 따라 기능상 일부 병원급 의료기관이 일차의료의 역할을 수행하기도 한다. 현행 「의료법」은 의원급 의료기관과 병원급 의료기관을 개설 병상 수에 따라 구분하며, 「국민건강보험법」의 경우 병원과 상급종합병원을 제외한 종합병원도 첫 단계 요양기관으로 분류하고 있다(최용준 외, 2013). 이 때문에 여러 진료 과목을 갖추고 있는 지역의 종합병원이 단독 개원 형태의 의원보다는 더 포괄적인 일차의료를 제공하는 경우도 있다.

나. 일차의료 인력의 미양성

우리나라는 일차의료기관에 속하는 의원의 의사가 주치의로서의 역할을 거의 수행하지 못하는데 그 이유는 기존의 전문의 중심, 치료 중심, 질환 과목별 중심의 의료인력 양성 체계 때문이다. 주치의는 등록된 환자와 신뢰관계를 바탕으로 편하게 소통하고, 예방 중심의 포괄적이고 지속적인 서비스를 제공하며 필요에 따라 의뢰 및 연계를 통해 다양한 서비스 조정 기능을 수행해야 하지만 그러한 경험이 가정의학과를 제외하면 의학교육 체계 내에서도 찾기 어렵다.

더욱이 전세계적인 추세는 포괄적인 보건의료서비스 제공을 위해 개인이 아닌 일차의료팀 진료를 수행하고 있다. 선진국을 중심으로 일차의료 의사와 간호사뿐만 아니라

케어매니저, 사회복지사, 약사, 물리치료사 등 다양한 인력이 팀을 이루어 서비스를 제공하고 있는데 우리나라는 이에 대한 교육이나 실습 경험을 축적할 곳이 없다. 특히, 만성복합질환자에 대한 지속적이고 통합적인 진료서비스 제공을 위해서는 팀 단위 서비스 제공이 필수적이다.

다. 일차의료 관련 수가의 부재

일차의료는 질환의 예방에 중점을 둔 서비스이다. 현재의 치료 중심의 의료서비스 기조, 의료서비스의 양적인 성과에 대해 지불하는 행위별수가제, 비급여 서비스 제공을 통한 이윤극대화가 가능한 체계에서는 일차의료의 제 역할을 할 수 없다. 일차의료 기관들이 건강증진 및 질병예방 서비스를 제공했을 경우 이에 대한 수가나 인센티브가 매우 미미한 수준이다.

4. 주치의 제도의 정책 연혁

우리나라 주치의 제도는 1990년대 초반부터 도입 논의가 시작되었다. 1996년 보건복지부 주도로 ‘가정의사제도’(family doctor system) 시범사업이 추진되었으나, 대국민 홍보 부족, 정부의 준비 미흡, 그리고 의사단체의 반대 등으로 인해 중단되었다. 이후 1998년 김대중 정부에서는 ‘단골의사제도’라는 이름으로 보건의료정책 방향에 포함시켰으나, 2000년 의약분업 파동 등으로 정부와 의료계의 갈등이 심화되면서 실제 도입에는 이르지 못했다.

2000년대 이후에도 주치의 제도는 대선 공약과 정책 토론회에서 반복적으로 등장하였다. 김대중, 이명박, 이재명, 윤석열 등 역대 주요 대선 후보들의 보건의료 공약에 포함되었으며, 이는 이념과 정책 지향이 서로 다른 후보들 모두에게 국가적으로 꼭 필요한 과제로 인식되었기 때문이다(주간조선, 2022).

2010년대 이후 고령화와 만성질환 증가, 건강보험 재정 악화 등으로 주치의 제도 도입의 필요성이 사회적으로 재조명되었다. 한국의 과도한 외래진료 횟수, 의료쇼핑 및 의료비 과다 지출 문제가 부각되면서 2022년 대선에서도 여야 주요 후보들이 주치의 제도 도입을 공약으로 제시하였고, 시민단체와 학계는 일차의료 강화와 건강권 보장을 위해 해당 제도 도입을 촉구한 바 있다(청년 의사, 2022).

5. 주치의 제도의 설계

주치의 제도 도입을 위해서는 다음과 같은 필수 요소를 고려할 필요가 있다.

가. 의료기관 종별 기능 재정립 및 단계적 의료이용 유도

의원급의 주치의 제도 도입을 통해 등록된 환자의 의료이용의 조정자와 문지기 역할을 수행할 수 있도록 의료기관별 기능과 역할을 명확히 구분하고, 환자의 중증도에 따라 적절한 의료기관을 이용하도록 유도해야 한다. 상급종합병원은 중증질환 치료와 연구에, 종합병원과 병원은 입원 중심, 의원은 외래 중심으로 기능을 재정립해야 한다. 의료협력망을 통해 1차 의원, 2차 병원 및 종합병원, 3차 상급종합병원을 계층적으로 연계하여 환자 이송 및 정보 공유 체계가 정립되도록 꾀할 필요가 있다(Kim, 2020; Song et al., 2012). 법적·제도적으로도 뒷받침하기 위해 「의료법」 개정을 통해 의원·병원·상급종합병원의 표준업무를 구체화하고, 병상·장비 허가 기준을 기능별로 차등화할 필요가 있다.

환자와 의료공급자의 자발적인 참여를 보장하는 선택의원제 확대하고 1차 의원에만성질환 관리를 위한 진료비를 가산 지급하되 2차·3차 의료기관의 의사가 주치의가 되는 것을 제도적으로 금지하여 주치의 등록제를 일차의료 부문에서 배타적으로 적용할 필요가 있다.

아울러 일차의료기관의 의뢰-회송 체계를 강화하는 정책을 도입할 필요가 있다. 의뢰-회송에 대한 수가를 현실화하고, 의뢰를 거치지 않는 대형병원 경증 외래환자의 본인부담금을 크게 인상할 필요가 있으며 환자의 중증도 등 조건에 따른 회송이 이뤄질 수 있도록 제도를 마련할 필요가 있다.

수평적 의뢰도 활성화할 필요가 있다. 일차의료기관을 개인 의원으로 보는 관점에서 만성복합질환 대응을 위한 팀단위 서비스 기관으로 변화해갈 필요가 있다. 예를 들어, 미국의 ACO(Accountable Care Organization)처럼 일정한 조건을 충족하는 다양한 의료기관들의 네트워크를 구성하여 진료 연속성을 높이고, 품질과 효율성에 대한 공동 책임을 강화하는 모델을 고려해볼 수 있다(Bao, Bardhan, 2024). 이와 같은 일차의료 고도화에 따른 몇 가지 네트워크 모델을 통해 임상적, 경영적 성과 향상을 도모하고, 상호 협력이나 조정을 이끌어낼 수 있다(DuGoff et al., 2018). 특히, 이러한 다학제적 진료서비스 요구가 높은 노쇠노령층과 복합만성질환자를 위한 환자중심적 특성화 전문의원과 기능적 일차의료 의원 간 수평적 의뢰-회송 활성화 및 진료협력 체계 구축을 위한 제도적 지원도 필요하다.

나. 수가의 설계: 과정이 아닌 결과에 지불

주치의 제도 초기 지불방식은 등록대상자에 대한 관리 수가를 부여하는 것으로 시작하나, 궁극적으로는 성과에 근거한 가치기반 지불제도로의 고도화를 지향할 필요가 있다(조비룡 외, 2022). 이를 통해 양적 기반의 수가체계가 아닌 결과적이고 질적인 지표에 수가를 가산하면서 진찰·상담 등 무형 서비스 가치도 반영한 수가체계 재편을 꾀할 수 있다. 가치기반에서 가치(value)는 최소 비용으로 최대의 건강 관련 이익을 거두는 것을 평가하는 것으로 더 나은 건강 결과 및 진료 과정, 더 나은 환자 만족도 및 의사직 무만족도, 진료비 감소 등으로 평가할 수 있다(Damberg et al., 2014). 기존의 행위별수가 체계에서는 과잉 진료나 불필요한 의료서비스 제공의 문제가 발생할 수 있는 반면, 가치기반 수가는 의료의 질과 환자의 건강 결과를 중심으로 보상을 조정함으로써, 의료비 절감과 의료서비스 질 향상에 기여할 수 있다(Song et al., 2019; Pandey et al., 2023; Leao et al., 2023). 예를 들어, 만성질환 관리에서 혈압, 혈당 조절 목표 달성도, 입원 감소 등 환자 건강에 실질적으로 긍정적인 영향을 미치는 지표를 설정하고, 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단이 가치를 평가하여 성과에 따른 보상을 제공하고 의뢰의 질 관리나 조건 등에 대한 관리를 통해 일차의료의 역할과 책임을 강화할 수 있다. 이런 지불보상 체계 하에서는 질병 예방과 건강증진 및 환자 중심의 가치가 수가 반영에 유리하기 때문에 자연스럽게 서비스에서 예방의 비중이 커지게 된다. 아울러, 예방적 관리, 환자 자기관리 증진, 질환 조기발견, 불필요한 검사 및 시술 감소, 입원 및 재입원 감소 등의 메커니즘을 통해 비용 절감 효과를 발생시킨다(Fernández-Salido et al., 2024).

다. 일차의료 전문 인력의 양성

주치의 제도 확립을 위해서는 질 높은 일차의료 인력양성제도의 확립이 관건이다. 환자가 대학병원이 아닌 동네 의원 일차의료기관에 우선적이고 지속적으로 방문하려면 신뢰받는 일차의료 전문의 또는 전문의료진이 있어야 한다. 3차 병원으로의 쏠림현상이 일어나는 것은 환자의 입장에서는 의료서비스에 대한 신뢰에 기반한 합리적 선택이라고 볼 수 있다. 따라서, 환자와 신뢰를 기반으로 한 일차의료의 이점을 환자의 측면에서 느끼게 하는 것이 필요하다. 아울러 의료기기의 발전과 의료형태의 다양화로 일차의료 영역에서의 복잡성도 증가하고 있다. 일차의료에 특화된 전문적인 교육과 수련을 통해 일차의료의 다양한 기능을 포괄적으로 수행하고, 환자들의 지속적 관리, 인격적 진료, 원활한 커뮤니케이션에 대한 요구를 충족시킬 수 있는 의료인력 양성이 반드시 필요하다.

이를 위해 주치의 제도확산 초기에는 의사인력 배출 비중이 크지 않은 가정의학과 전문의 출신으로만 국한하는 것보다는 실제 진료 과목을 고려하여 인접 과를 대상으로 자원하는 의사에게 일정 수준의 일차의료 주치의 교육과 수련을 통해 일차의료 주치의 자격을 부여하는 것이 바람직할 것이다. 아울러 주치의 제도가 고도화되면서 다학제 팀 단위의 접근을 하게 될 경우 팀워크 전문직 간 협력, 전문직 간 역할 명료화, 전문직 간 의사소통 역량이 강조된 역량 개발이 필요할 것이다(조비룡 외, 2023). 지역 공공의 대 설립 및 공공병원 확대 등을 통해 일차의료 전문 인력의 교육 및 실습 등을 추진해 볼 만하다. 타과의 진입장벽은 추후 제도의 확대에 따른 의료서비스 공급 조절 시 살펴 볼 필요가 있을 것이다.

라. 의료기술의 지원

일차의료에 가진 조정 기능, 지속성, 포괄성을 담당하기 위해 등록된 데이터 기반의 대상자 관리가 필수적이다. 이를 위해 일차의료에서 전자의무기록, 모바일 애플리케이션, 원격 모니터링, 웨어러블 기기 등 다양한 의료기술을 활용하여 의료 정보를 통합하고, 의료인, 환자, 가족 및 지역사회가 이를 효과적으로 활용할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 이를 통해 환자의 의료 접근성을 높이고, 의료 제공 주체 간의 조정 및 통합된 서비스 제공을 가능하게 할 필요가 있다.

6. 주치의 제도의 기대효과

첫째, 의료비 지출 확대의 원인인 3차 병원 외래 이용 쏠림현상을 억제할 수 있을 것이다. 이는 주치의의 조종자 및 문지기 역할을 통해 증증도에 따른 적절한 의료이용을 유도할 수 있을 것이다. 둘째, 의료재정의 낭비 요소인 무분별한 의료쇼핑을 제한할 수 있을 것이다. 우리나라 국민들은 평소 자신을 잘 알고 있어서 언제나 믿고 찾아가 진료를 받고 필요할 때 상담할 수 있는 의사가 없어서 의료쇼핑에 익숙해 있다. 2023년도 연간 외래진료 횟수를 살펴보면, 외래진료를 연간 150회 초과 외래 환자 수가 18만 5769명, 365회 초과 이용자는 2480명으로 조사되어 1~2일에 한 번꼴로 병원을 찾는 사람이 연간 10만 명이 넘는 것으로 나타났다(메디컬타임즈, 2024). 주치의 제도가 강화된다면 이러한 서비스 이용행태를 상당히 완화하여 건강보험재정의 지속가능성에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 셋째, 건강관리 등을 통해 비용-효과적인 예방 중심의 보건의료체계 변화도 달성될 수 있을 것이다. 현재의 우리나라 보건의료체계는 건강상태가 나빠진 것에 대한 치료서비스 제공에 대부분의 재원을 소모하고 있다. 조기

에 적절한 의료서비스를 제공하는 것은 향후 수십 년 동안 생산성을 증가시키거나 의료비용 증가를 지연시키고 심지어 보건의료비용 발생 자체를 제거할 수도 있다. 넷째, 향후 지역사회 중심의 커뮤니티 케어 확산을 위한 주체로서 역할을 통해 복지-돌봄 등과의 연계를 통해 건강체계의 효율성을 높일 수 있을 것이다. 마지막으로, 환자 만족도를 높일 수 있다. 주치의 제도가 없는 상황에서 노인 복합질환자에 대한 질병의 예방, 치료, 재활 등의 연계가 이루어지지 못하여 여러 의료기관을 전전하고 있다. 그 결과, 노인들의 의료비용이 매우 높으며 건강과 삶의 질이 매우 낮다. 따라서 주치의 제도의 도입은 환자-의료진과의 효과적이고 양질의 관계설정이 가능하게 하여 의료공급자에 대한 신뢰 향상 및 직무만족도 향상과 더불어 환자들의 서비스 이용 만족도도 증가할 것으로 기대할 수 있다.

제2절

공공보건의료기관의 확대 및 서비스 제공

1. 공공병원의 의의

「공공보건의료에 관한 법률」에 의거 ‘공공보건의료기관’이란 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다. 보건의료제도의 재정적 지속가능성을 위해서도 중요한 역할을 할 수 있는 것이 공공보건의료기관 특히 공공병원이다.

가. 시장 견제 및 민간 영역에 대한 파급효과

시장에 의한 자원 배분이 비효율적일 때를 시장실패(market failure)라 하는데 이를 시정하기 위해 정부의 개입이 필요하다. 보건의료 분야는 정보의 비대칭성, 공공재, 외부효과, 불확실성 등 시장실패의 대표적인 영역이다. 그러나, 정부의 개입이 만능이 아님은 보건의료 시장과 정책 실패 사례에서 반복적으로 확인된다. 정부 개입은 정보의 한계, 민간의 예측 불가능한 반응, 정치적·관료적 비효율 등으로 인해 자원 배분의 왜곡과 비효율을 초래하는 정부실패(government failure)를 야기할 수 있다.

따라서, 보건의료의 공공성 보장과 효율적 의료체계 구축을 위해서는 시장원리와 정부 개입 중 어느 한쪽에만 의존하기보다는 공공부문의 역할을 일정 수준 강화하되, 관료주의와 비효율을 최소화하고, 민간 부문의 공공성을 유지하며 혁신과 경쟁을 유도하는 균형적 개혁이 필요하다. 이는 시장실패와 정부실패를 동시에 극복하려는 정책적 노력이자 공공과 민간의 상호보완적 역할을 극대화하는 접근이다.

특히, 한국처럼 공공의료 비중이 매우 낮은 국가에서는 민간 중심 체계의 한계를 극복하고, 정부 정책의 실효성을 확보하기 위해 일정 수준 이상의 공공의료 확충이 필수적이다. 공공의료기관이 국가 의료체계의 한 축으로서 충분한 양적·질적 역량을 갖추면, 공공의료는 서비스 질적 수준 유지, 비용-효과적 서비스 제공 등을 위한 정책수단으로 기능하며, 아울러 민간 부문에 대한 직접적 규제 대신 경쟁을 통한 자연스러운 파급효과를 기대할 수 있다.

나. 국가 보건의료정책 집행의 실질적 수단 및 의료개혁의 테스트베드

재정적 지속가능성 확보를 위한 정부의 보건의료 개혁은 민간 주도의 보건의료 공급 체계 하에서는 민간 의료공급자의 협조하에서만 가능하며 직접적으로 시행할 수 있는 수단이 별로 없다. 이런 측면에서 공공병원의 확대는 적정진료를 위한 환자의뢰·회송 등 의료전달체계 확립의 실질적인 수단을 확보하게 된다. 또한, 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 확보하기 위해 다양한 정책이 추진되어야 할 때 영리적 측면에서 자유로운 공공의료기관을 시범 기관으로 선정하여 정책의 효과를 실험해 볼 수 있는 테스트베드 또는 샌드박스의 역할을 할 수 있다. 이윤 동기가 희박한 공공의료기관을 통해 정책을 시행해보고 환자 진료 및 건강데이터 등을 활용하여 효과를 검증하여 수가 변경 및 표준진료지침 개발 등 이해관계자 및 국민 대상의 정책 설득을 위한 과학적 근거를 확보할 수 있을 것이다.

다. 사각지대 해소 및 지역 중심의 보건의료체계 연계의 허브

의료체계 내 최소 수준의 공공성을 확보하기 위해 공공의료기관의 확충이 필수적이다. 현재 응급, 재활 등 필수적인 서비스 분야에서조차 공공 전달체계는 미비하나 정부가 적극적인 유도 정책을 하더라도 수익성을 우선하는 민간 부문으로는 이러한 공백을 채우지 못하고 있다. 이러한 구조적 한계를 고려할 때 공공의료 역량 확대를 통해 필수 서비스 접근성을 보장할 필요가 있다.

나아가, 공공의료 인프라 강화는 지역 완결적 의료전달체계 구축에 매우 중요하다. 현재 의료자원은 양적·질적으로 심각한 불균형을 보이며, 의료인력과 첨단 시설이 수도권에 과도하게 집중되어 있다(장준 외, 2024). 이러한 지역적 불평등은 특히 비수도권 지역의 미충족 의료 수요 증가 및 접근성 제약과 직접적으로 연결되기 때문에 형평성 있는 접근성을 보장하기 위한 공공의료 체계가 필요하다(Kwon et al., 2024; 정현 &전희정, 2024). 이 문제는 공공의료기관의 지역 균형적인 양적·질적 확충을 통해 해결해야 한다. 지역 중심의 보건의료체계 연계에 있어서도 확대된 공공병원이 의료-간호-돌봄의 보건의료서비스의 연속성을 확보할 수 있고 정책적 코디네이터의 역할을 감당할 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다.

2. 현행 문제점 및 해결방안

이러한 공공의료기관의 중요한 의의에도 불구하고, 우리나라는 앞서 지적했듯이 공보건의료 부문, 특히 공공병원의 역할이 매우 중요하나 그 비중과 역할이 취약하며 이마저도 효과적으로 운영되지 못하고 있다는 것도 큰 문제이다. 2023년 기준 공공병원의 병상 비중은 전체 병상의 9.5%이며 코로나 19 이후 진료기능 약화 및 인력 이탈로 최근 병상가동률은 50%대로 낮아졌다(아시아투데이, 2025).

주요 선진국의 공공병상 비중은 일본 27.6%, 프랑스 61.5%, 독일 40.7%, 영국 100% 등으로, 우리나라(약 10%)와 큰 격차를 보인다. 따라서 병상 기준으로 최소한 OECD 국가의 최저 비중인 30% 수준을 시급하게 달성하는 것이 요구된다. 최소한 이 정도도 확보하고 있어야 시장실패의 문제를 보완할 수 있고 공공부문의 효과가 전체 보건의료체계에 영향을 미칠 수 있을 것으로 판단된다. 이러한 조건이 가능할 때 보건의료인력의 안정적 공급과 지역 내 필수의료로 담당할 의료인력의 수련 장소로서의 역할도 가능할 것이다.

제3절

의료시설에서 지역사회 중심으로의 서비스 개편

의료시스템 내의 개혁뿐만 아니라 의료서비스 체계를 병원 중심의 치료에서 지역사회로의 전환하는 것도 건강보장제도의 지속가능성을 위해 필요하다. 우리나라는 건강 문제의 해결에 있어서 가족 돌봄이거나 병원 중심의 치료라는 이분법적인 구조를 가지고 있다. 연속적인 서비스 제공 체계 내에서 중증도와 시급성 수준, 환자 수요 등에 따라 적절한 서비스가 제공되지 못할 때 과도하거나 과소한 서비스 이용으로 인한 불필요한 재원의 낭비가 발생하게 된다. 따라서, 고령화 시대에 대응하기 위해 보건의료 전달체계 변화를 통해 지역사회 중심으로 대상자들의 수요를 충족시킬 수 있는 환자 중심의 다양한 의료-간호-돌봄서비스 활성화가 요구되고 있다.

특히, 지역사회 의료-간호-돌봄서비스는 서비스 제공 주체와 전달체계가 연계되어 체계화되지 못해 서비스 단절 및 중복 등으로 자원의 낭비를 초래하고 이용자 혼란 등의 문제가 있다. 이를 해결하기 위해 원격의료 및 방문서비스 등을 통해 지역사회 내에서 이용자 중심으로 연속적이고 통합적인 의료-간호-요양서비스의 전달체계의 재구성이 필요하다(허중호, 2023).

이를 위해, 의료-요양-복지 서비스를 통합적으로 제공하는 지역사회 중심의 통합 돌봄 체계를 구축하여 의료자원의 효율적 활용을 도모해야 한다. 특히 만성질환과 장기요양이 필요한 노인 인구에 대해 의료기관, 요양시설, 재가서비스 등이 연계된 통합적 서비스를 제공할 필요가 있다. 특히, 일차의료 강화를 통한 노인성 질병 예방에 주력하게 되면 요양의 수요나 강도도 감소하거나 필요시점을 지연시킬 수 있어 보건과 복지 체계에서의 비용감소에 있어 시너지 효과를 기대할 수 있다. 최근 연구에 의하면, 병원에서 퇴원한 고령 환자를 대상으로 한 통합돌봄 시범사업에서 약 1년 반의 사업 기간 동안 참여군(1,895명 대상)이 대조군에 비해 건강보험 및 장기요양보험 지출과 환자 비용을 합산하여 평균 6,960달러(약 9백만 원)의 사회보험과 환자 비용 및 돌봄 관련 비용이 감소하는 효과를 보인 바가 있다(Choi & Yoo, 2024).

제5장

결론 및 정책적 제언

한국의 건강보장체계는 인구구조 변화와 보건의료서비스전달체계의 구조적 문제로 인해 재정적 지속가능성이 위협받고 있다. 보건의료체계의 지속가능성 확보를 위해서는 단순한 재정확충이 아닌 주치의제도와 공공의료 확장을 통해 일차의료를 강화하는 시스템 자체의 혁신이 필요하다. 이러한 위기를 극복하고 지속가능한 건강보장체계를 구축하기 위해서는 다음과 같은 정책 방향이 추진되어야 한다.

첫째, 일차의료 중심의 의료전달체계를 구축해야 한다. 만성질환 관리와 예방적 건강관리를 강화하기 위한 주치의제도 도입, 가치기반의 일차의료 수가 개선 등을 추진해야 한다.

둘째, 의료기관별 기능과 역할을 명확히 구분하고, 환자의 증증도에 따라 적절한 의료기관을 이용하도록 유도해야 한다. 의료기관 종별 수가 차등화, 본인부담률 조정, 의뢰-회송 체계 강화 등을 통해 단계적 의료이용을 유도해야 한다.

셋째, 공공의료의 확충을 통해 정부의 재정적 지속가능성을 위한 직접적인 정책도구를 확보하고 민간 영역의 참여를 촉진하며 국민을 설득할 수 있는 정책 실험의 장이 될 필요가 있다.

넷째, 의료-요양-복지 서비스를 통합적으로 제공하는 지역사회 중심의 통합 돌봄 체계를 구축해야 한다. 특히 만성질환과 장기요양이 필요한 노인인구에 대한 통합적 서비스 제공 체계를 마련해야 한다. 이를 위해서는 정부, 의료계, 시민사회 등 다양한 이해관계자들의 합의와 협력이 필수적이다.

저출산 고령화가 심화되면서 건강보장제도의 재정적 지속가능성에 대한 우려가 커지고 있으나, 역대 정부에서는 보건의료개혁을 과감하게 추진하지 못했다. 앞으로 보건의료개혁을 우리가 당장 직면해 있는 건강보장제도의 재정 위기를 극복하고 미래 세대에게 지속가능한 보건의료제도를 물려주기 위해 더 이상 미룰 수 없는 시대적 과제로 인식할 필요가 있다.

후속 연구로 건강보장제도의 재정적 지속가능성을 위한 실손보험 개혁 방안 및 의료쇼핑 방식을 통한 적정 의료 이용방안을 다룰 예정이다.



표/그림목차

표 목 차

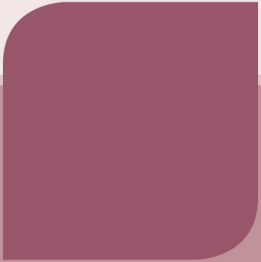
보건의료 서비스전달체계 개편을 통한 건강보장제도의 재정적 지속가능 방안

[표 2-1] 건강보험 수입 항목	14
[표 2-2] 건강보험 지출 항목	15
[표 2-3] 장기요양보험 수입 항목	16
[표 2-4] 장기요양보험 지출 항목	16
[표 3-1] 연도별 종별 요양기관 수 및 비중	41

그림목차

보건의료 서비스전달체계 개편을 통한 건강보장제도의 재정적 지속가능 방안

[그림 1-1] 한국인의 건강수명과 기대수명 추이 및 격차	4
[그림 1-2] 주요 OECD 회원국의 전체 인구 대비 고령 인구(65세 이상) 비중 추이	5
[그림 1-3] 고령화로 인한 치매 관련 진료비 증가	6
[그림 1-4] 치매 환자 및 경도인지장애 진단자 추이 및 전망	6
[그림 1-5] 생산연령인구, 1960~2072년	8
[그림 2-1] 장기요양보험 재정 구조	15
[그림 2-2] 급격한 인구구조의 변화로 인한 건강보장제도의 재정적 지속가능성 위기	17
[그림 2-3] 건강보험 재정수지 추이: 2013~2024년	18
[그림 2-4] 건강보험 재정 전망: 2024~2033년	19
[그림 2-5] 65세 이상 고령자의 건강보험료 지출	20
[그림 2-6] 연령군별 급여비 현황: 2012~2022년	21
[그림 2-7] 장기요양보험 재정 추이	22
[그림 2-8] 연령대별 1인당 장기요양급여비용	22
[그림 2-9] 장기요양보험 재정 전망	23
[그림 2-10] 재정수지 균형을 위한 필요 건강보험료율	24
[그림 2-11] 인구구조 반영 여부에 따른 필요 건강보험료율	25
[그림 2-12] 재정수지 균형 달성을 위한 필요 장기요양보험료율 전망	25
[그림 2-13] 사회보험 제도별 국민부담 추이	26
[그림 2-14] 건강보험재정 국고지원금 추이	29
[그림 2-15] 연간 변화율의 5년 평균 잠재성장률 전망	30
[그림 2-16] 국제통화기금의 대한민국 GDP 대비 정부부채 비율 전망	30
[그림 3-1] OECD 회원국의 인구 천명 당 총 병원 병상수 및 공공병원 병상 수	36
[그림 3-2] 소유 주체별 병상 수의 변화 추이	38
[그림 3-3] 연도별 우리나라 총 외래 내원일수 중 상급종합병원과 종합병원의 외래 내원일수 비중 ..	41
[그림 3-4] 연도별 우리나라 총 외래 건당 요양급여비 중 상급종합병원과 종합병원의 외래 건당 요양급여비 비중	42
[그림 3-5] 연도별 상급종합병원과 종합병원 내 총 입내원일수 중 외래 내원일수의 비중	42
[그림 3-6] 연도별 상급종합병원과 종합병원 내 총 건당 요양급여비 중 외래 건당 요양급여비의 비중 ..	43



참고문헌

1. 문헌 자료
2. 온라인 자료
3. 보도자료 및 신문기사

참고문헌

1. 문헌 자료

- 국민건강보험공단 (2020) 노인의료비 증장기 재정전망 및 요인분석
- 국회예산정책처 (2023a) 2023~2032년 건강보험 재정전망
- 국회예산정책처 (2023b) 2023~2032년 노인장기요양보험 재정전망
- 국회예산정책처 (2024) 의료개혁과 비상진료대책을 반영한 건강보험 재정전망
- 권정현 (2025) KDI FOCUS '건강보험 지출 증가 요인과 시사점'
- 김윤희 (2024) 건강보험 재정전망 및 지속가능성 모니터링 지표 개발 연구, 국회사무처 예산결산특별위원회
- 김창엽 (2019) 건강의 공공성과 공공보건의료, 도서출판 한울
- 대한민국 정부 (2023) 신종감염병 대유행 대비 중장기 계획, 관계부처 합동
- 대한상공회의소 (2023) 한국경제의 새로운 도약을 위한 탄소중립 전략보고서
- 문성웅 외 (2024) 건강보험 재정의 지속가능성을 위한 재원 안정화 방안. 국민건강보험 건강보험연구원
- 민혜영, 이정찬 (2010) 진료의뢰 및 회송제도 개선방안. 의료정책연구소
- 박수경, 2024, 요양병원 환자군별 입원이용 양상, 건강보험공단 건강보험연구원
- 보건복지부 (2025) 2023년 치매역학조사 및 실태조사 결과 발표
- 서제희 (2021) 한국의료패널 자료를 활용한 복합만성질환자 유형과 의료비 분석. 보건복지포럼, 302, 17-28.
- 송은주 외 (2021) 일차의료 만성질환관리 시범사업 소개 및 효과. 대한내과학회지 96(1)
- 신현웅 외 (2023) 제2차 국민건강보험 종합계획 (24~ 28) 수립 및 실천방안 제안 연구.
- 에너지경제연구원, 한국환경연구원 (2022) 탄소중립 추진 비용의 규모와 해법, 에너지경제연구원-한국환경연구원 공동 심포지엄 (충남대학교 김승완 교수 발표)
- 오종현 (2023) 「2024년 예산안」 및 「2023~2027년 국가재정운용계획」 평가, 재정포럼, 327권, 68-90.
- 유종현, 최요한, 오진호 (2024) 한국의 기후변화 경제적 비용 추정: 피해비용과 탄소 감축비용을 모두 고려하여. 경제학연구, 72(2), 5-31.
- 이재호 (2018) OECD 통계로 본 한국 일차의료 현황과 주요 논점, HIRA 정책 동향, 12(4), pp. 17~32.

- 이영욱 (2020) 고령화시대에 노인돌봄을 위한 가족과 정부의 역할분담. KDI Policy Study, 6.
- 장준 외 (2024) HIRA 지역보건의료진단 기초연구 - 의료자원의 격차 중심으로 - 건강보험심사평가원
- 장효진, 이채정 (2021) 노인장기요양보험제도의 정책목표와 정책수단 간 관계 분석-한국·독일·일본 사례 비교. 사회과학연구, 37(1), 27-53.
- 정현, 전희정 (2024) 의료시설 접근성의 지역 간 격차와 결정 요인: 의료시설 규모에 따른 비교를 중심으로. Journal of Korea Planning Association-Vol, 59(3), 74-97.
- 조비룡 외 (2022) 지역기반 환자중심 일차의료 제공방안 연구, 국민건강보험공단
- 조비룡 외 (2023) 지역기반 환자중심 일차의료 시범사업 공급자 교육 및 운영 매뉴얼 개발, 국민건강보험공단
- 질병관리청 (2024) 2024 만성질환 현황과 이슈
- 최용준 외 (2013) 일차의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제, 대한의사협회지, 56(10), pp. 856~865.
- 한국건강증진개발원 (2023) 건강수명 통계집 한눈에 보는 건강수명 2021
- 한국경영자총협회 (2024) 5대 사회보험 국민부담 현황과 정책 개선과제
- 한국보건사회연구원 (2014) 한국의료전달체계의 쟁점과 발전방향. KIHASA 연구보고서 2014-08.
- 한국은행 (2024) 우리 경제의 잠재성장률과 향후 전망 한국은행 BOK 이슈노트, 12.19
- 한명희 (2023) 노인인구의 복합만성질환 유형에 따른 건강 특성, 의료기관 이용 및 의료비 지출 특성 분석. 한국산학기술학회 논문지, 24(3), 60-69.
- 허중호 (2023) 초고령사회 대비를 위한 지역사회 의료-간호-돌봄 체계 강화를 위한 방안: 일본의 “개호보험 지역밀착형 서비스”를 중심으로, 국회미래연구원, 서울
- 허중호 외 (2019) 국민 삶의 질 제고를 위한 개혁 의제 연구: 복지, 주거, 보건 부문을 중심으로, 국가장기발전전략 연구시리즈 III, 국회미래연구원, 서울
- 홍윤철 (2020) 의사인력 적정성 연구 결과보고서, 서울대학교 의과대학
- Bao, C., & Bardhan, I. R. (2024). Measuring value in health care: lessons from accountable care organizations. Health affairs scholar, 2(3), qxae028.
- Cutler, David M., Kaushik Ghosh, & Mary Beth Landrum, (2013) “Evidence for Significant Compression of Morbidity in the Elderly U.S. Population,” NBER Working Paper No.19268, .
- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Martsolf, G. R., Raaen, L., & Mandel, D. (2014). Measuring success in health care value-based purchasing programs: findings from an environmental scan, literature review, and expert panel

- discussions. *Rand health quarterly*, 4(3), 9.
- DuGoff, E. H., Cho, J., Si, Y., & Pollack, C. E. (2018). Geographic variations in physician relationships over time: Implications for care coordination. *Medical Care Research and Review*, 75(5), 586-611.
- Fernández-Salido, M., Alhambra-Borrás, T., Casanova, G., & Garcés-Ferrer, J. (2024). Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 134.
- Garrido, M. V., Zentner, A., & Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(1), 28-38.
- John, J. R., Jani, H., Peters, K., Agho, K., & Tannous, W. K. (2020). The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6886.
- IMF (2024) Fiscal Monitor, Fiscal Policy in the Great Election Year, April 2024
- Kim, H., Jung, Y.I., & Kwon, S. (2015), "Delivery of institutional long-term care under two social insurances: Lessons from the Korean experience," **Health Policy**, 119(10), pp. 1330-1337.
- Kwon, S. (2018), "Advancing Universal Health Coverage: What Developing Countries Can Learn from the Korean Experience?", *Universal Health Care Coverage Series*, 33, World Bank Group, Washington D.C.
- Kwon, Y., Sohn, M., & Choi, M. (2024). Unmet healthcare needs and the local extinction index: an analysis of regional disparities impacting South Korea's older adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1423108.
- Leao, D. L. L., Cremers, H. P., van Veghel, D., Pavlova, M., & Groot, W. (2023). The Impact of Value-Based Payment Models for Networks of Care and Transmural Care: A Systematic Literature Review. *Applied health economics and health policy*, 21(3), 441-466.
- Pandey, A., Eastman, D., Hsu, H., Kerrissey, M. J., Rosenthal, M. B., & Chien, A. T. (2023). Value-Based Purchasing Design And Effect: A Systematic Review And Analysis: A systematic review of value-based purchasing programs, financial and nonfinancial features, and quality and spending outcomes. *Health Affairs*, 42(6), 813-821.

- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2008). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York.
- Shin, J. (2012). Private health insurance in South Korea: an international comparison. *Health Policy*, 108(1), 76-85.
- Song, Z., Ji, Y., Safran, D. G., & Chernew, M. E. (2019). Health care spending, utilization, and quality 8 years into global payment. *New England Journal of Medicine*, 381(3), 252-263.
- Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A., & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 69(682), e294-e303.
- Starfield, B. (1998). Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford university press.
- WHO. (2008). Primary Health Care- now more than ever.
- WHO (2015). "Republic of Korea Health System Review." *Health Systems in Transition*, 5(4): 1-196
- Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-term care system in Japan. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 174.

2. 온라인 자료

- 보건의료빅데이터개방시스템 건강보험 진료 통계 (Accessed 23 May, 2025). <https://open.data.hira.or.kr/home.do>
- e-나라지표 건강보험 재정 및 급여율 (Accessed 23 May, 2025) https://www.index.go.kr/unify/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763#
- Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, DC: National Academy Press; 1996
- OECD. (2012). OECD Health Care Quality Review: Korea.
- OECD. Meeting the challenge of aging and multiple morbidity [Internet]. OECD iLibrary c2011 [cited 2011 November 10]. (Accessed May 6, 2025). https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-reform_9789264122314-en
- OECD, OECD Data Explorer (Accessed May 13, 2025). <https://data-explorer.oecd.org/>
- OECD Health Statistics 2024

3. 보도자료 및 신문기사

- “건보 ‘양입제출’ 혁신과 현실적 난제”, 문화일보, 2024.2.7.
- “65세 이상 인구 비중 20% 기록” 행정안전부, 2024.12.24.
- “장래인구추계: 2022~2072년”, 통계청, 2023.12.14.
- “2023년 장기요양보험 재정수지 현황”, 정춘숙 의원실, 2024.3.6.
- “‘상급종합병원 방문한 동기요? 의사의 의학적 권유죠’” 메디컬옵저버, 2019
- “코로나19 이후 질병관리청 첫 예산안 편성, 상시·신종감염병 대응을 위한 효율적인 재정 투자”
질병관리청, 2023.8.31.
- “심각해지는 의료쇼핑…연간 150회 병원 방문자 10만 명 넘어”, 메디컬타임즈, 2024.12.8
- “‘공공병원 정상화’ 팔건은 정부… 경영진단·재정지원 나섰다”, 아시아투데이, 2025.4.9
- “의대 증원해도 중소병원 인력난 해결 못하는 이유”, 청년의사, 2024.2.10.
- “주치의제도 도입 출발점, 정부-환자 합의부터”, 청년의사, 2022.2.21.
- “주치의 제도 지금까지 도입하지 못한 이유”, 주간조선, 2022.3.16

보건의료 서비스전달체계 개편을 통한 건강보장제도의 재정적 지속가능 방안

발 행 일 2025년 7월
발 행 인 김 기 식
발 행 처 국회미래연구원
주 소 서울시 영등포구 의사당대로 1
전 화 02)786-2190
팩 스 02)786-3977
홈페이지 www.nafi.re.kr
인 쇄 처 (주)케이에스센세이션 (02-761-0031)

© 2025 국회미래연구원

ISBN 979-11-94650-21-8 (93510)

