



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

행정학석사학위논문

몽골과 한국의 의료보험 제도 비교 연구



2021년 2월

부 경 대 학 교 대 학 원

행 정 학 과

만다흐 아즈자야

행 정 학 석 사 학 위 논 문

몽골과 한국의 의료보험 제도 비교 연구

지도교수 서 재 호

이 논문을 행정학석사 학위논문으로 제출함.



2021년 2월

부 경 대 학 교 대 학 원

행 정 학 과

만다흐 아즈자야

만다흐 아즈자야의 행정학석사 학위논문을 인준함.

2021년 2월 19일



위 원 장 행정학박사 허 용 훈



위 원 행정학박사 김 창 수



위 원 행정학박사 서 재 호



목 차

Abstract	v
제1장 서론	1
제1절 연구의 목적과 필요성	1
제2절 논문의 흐름	2
제2장 건강보험제도의 이론 모델과 분석틀	4
제1절 개요	4
1. 베버리지 모델	5
2. 비스마르크 모델	6
3. 민간 모델	8
제2절 의료보험 제도의 재정확보를 위한 세가지 요소	10
제3절 분석틀	12
1. 의료보험 재정시스템의 비교 연구를 위한 개념적 틀	12
2. 사례 분석틀	17
제3장 몽골과 한국의 보건의료 실태	19
제1절 몽골과 한국의 건강 지표 비교	19
1. 몽골의 건강 지표	19
2. 한국의 건강 지표	21
제2절 몽골과 한국의 보건비용 비교	26
제3절 몽골 보건의료 현실의 문제점	31
제4장 몽골과 한국의 의료보험 제도 비교분석	33
제1절 몽골의 의료보험 제도 현황	33

1. 개요	33
2. 몽골 의료보험 구조	34
3. 가입자와 보험료	37
4. 건강보험 기금	40
5. 건강보험기금을 통한 의료 보장 항목	42
제2절 한국의 건강보험 제도	44
1. 개요	44
2. 건강보험조직과 운영	44
3. 건강보험재정.	46
제3절 몽골과 한국의 의료보험 제도 운영 비교	50
1. 의료보장의 범위	50
2. 보험료의 징수	52
3. 의료서비스의 이용	54
4. 본인부담금	55
5. 의료비 계산 방법 (보험수가 산정 방식)	56
제4절 몽골 의료보험 제도의 문제점	60
제5장 몽골 의료보험 제도 개혁을 위한 제안	60
제1절 보험료의 징수에 대한 제안	63
제2절 의료보험 재원 조달에 대한 제안	64
제3절 의료서비스의 이용과 관련된 제안	66
제6장 결론	69
참고 문헌	73

표 목차

<표 3-1> 몽골의 인구지표	19
<표 3-2> 사망률 및 보건 지표	20
<표 3-3> 연도별 인구 10,000명당 주요 사망원인	21
<표 3-4> 한국의 인구 지표	22
<표 3-5> 한국의 보건 지표	23
<표 3-6> 한국의 주요 사망 원인	24
<표 4-1> 건강보험 기금으로부터의 수익 / 10억 MNT /(2019년 기준)	41
<표 4-2> 건강보험기금의 예산지출/ 십억 MNT / (2019년 기준)	42
<표 4-3> 치료유형별 기금 부담액	43

그림목차

<그림 1-1> 연구흐름도	3
<그림 2-1> 의료보험 제도의 재원조달 정책 분석을 위한 세가지 핵심 요소	10
<그림 2-2> 의료보험 자금조달 시스템 구성의 이해를 위한 개념적 틀	13
<그림 2-3> 사례 분석의 틀	18
<그림 3-1> 현재 보건비용지출 (% of GDP)	26
<그림 3-2> 인구 당 현재 보건 분야 지출비 (현재 US\$)	27
<그림 3-3> 정부의 보건 분야 지출비 (현재 보건 비용 지출 %)	28
<그림 3-4> 정부의 보건 분야 지출비 (GDP의 %)	28
<그림 3-5> 정부의 국내 보건분야 지출비 (정부 지출의 %)	29
<그림 3-6> 민간의 보건분야 지출비 (현재 보건 분야 지출비의 %)	29
<그림 3-7> 몽골의 보건분야 지출비 구조	30
<그림 3-8> 한국의 보건분야 지출비 구조	30
<그림 4-1> 건강보험중앙청 조직	35
<그림 4-2> 몽골 의료보험의 구조	36
<그림 4-3> 건강보험기금 수입출 유형및월별	38
<그림 4-4> 건강보험가입자수	39
<그림 4-5> 국민건강보험관리운영체계	45
<그림 4-6> 건강보험보장률.	47
<그림 4-7> 직장가업자 및 지역가입자 보장률	48
<그림 4-8>연령구간별 건강보험 보장률	49
<그림 4-9> GDP 성장률과 GDP에서 교육 및 의료 지출의 비율.	61

Comparative analysis of health insurance systems of Mongolia and Republic of Korea

Azzaya Mandakh

Department of Microbiology, The Graduate School,
Pukyong National University

Abstract

Health systems are organizations created to meet the medical needs of target populations. According to the World Health Organization (WHO), a well-functioning healthcare system needs a financing mechanism, a well-trained and adequately paid workforce, reliable information on which to base decisions and policies, and well-groomed medical facilities to deliver quality medicines and technology.

Health is an integral element of national development. An effective healthcare system can make a significant contribution to a country's economy, its development and industrialization. Health is traditionally considered an important factor in determining the overall physical and mental health and well-being of people around the world.

Purpose of this study is to identify the best practices of legal regulation and management of South Korea's health insurance system in comparison with Mongolia. According to this purpose, we defined following objectives: determine main types, strengths and weaknesses of different health insurance systems throughout the world; analyze specific models of the health system in developed countries and countries with emerging markets; analyze South Korea's health insurance system and determine its best practices; assess the degree of applicability of considered models and concepts in Mongolia; develop recommendations for improving the health insurance system of Mongolia.

Main research part consists from following parts:

Comparative study. This part of study covers strength and weaknesses of each health insurance system, determine applied countries and determine scope of their models.

Documentary study. This part of study covers overview of Mongolian and South Korean health insurance system indicators and shed light on their effectiveness

Problem solution. This part of study identifies ways of improving and reforming health insurance system of Mongolia based on study of best practices of foreign countries, particularly in example of South Korea

A comprehensive analysis of healthcare systems can serve as a good basis for developing mechanisms for transferring the Mongolian healthcare system to insurance principles, guaranteeing to citizens freedom of choice of an insurance and medical organization, increasing the efficiency of healthcare management, and strengthening financial control of insurance companies over medical facilities.

Key words: health care system, Mongolia, Republic of Korea, health insurance

제1장 서론

제1절 연구의 목적과 필요성

의료보험 제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강 증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진하는 것을 목적으로 하는 사회보장제도이다.

몽골은 광대한 국토 면적 대비 낮은 인구밀도, 지역별 편차가 상당한 보건 의료 시설 인프라 문제와 더불어 비감염성 질환에 대한 높은 질병부담 문제를 안고 있었다. 몽골은 그동안 새천년개발목표와 지속가능개발목표에 따라 자국의 건강 보장 역량을 강화하기 위해 노력한 결과 감염성 질환 예방 및 관리에서 성과를 보였으며, 이에 따라 주요 공여국의 지원도 감염성 질환 중심의 기초보건 영역에서 보건시스템 강화 및 보건의료서비스 질 향상에 초점을 두는 일반 보건 영역으로 움직이고 있었다.

몽골은 중저소득 국가로 국민의 건강을 증진하고 보건의료시스템을 개선하기 위해 건강보험제도의 도입 및 전국민 대상 확대 개편, 1, 2, 3차 보건의료체계 구축, 원격진료 등을 통한 보건의료서비스 접근성 개선 등을 지속적으로 시도하고 있다. 하지만 최근 경제성장률 감소, 물가와 환율 상승 등 경기 침체 문제로 인해 몽골은 보건의료분야 개선에 대한 재정적 부담을 동시에 가지고 있기도 하다. 몽골은 현재 겪고 있는 보건 문제에 대응하기 위해 자체적인 노력을 실시하는 동시에 다자 및 양자와의 다양한 개발협력사업을 통해 개선을 도모해 왔다.

전 세계 국가 중 한국은 일부 아시아 선진국이나 유럽 국가(WHO, 2020)와 비교해도 기대수명이 가장 높은 국가 중 하나이다. 지난 25년간 한국인의 평균 수명은 몽골에서 1년 정도였던 것에 비해 약 10년 정도 증가했다. (영호

강, 2019), (몽골 통계청, 2020) 이러한 긍정적인 통계는 한국 경제의 발전과 함께 새로운 현대 기술의 도입과 의료 서비스의 향상에 따른 추가적인 효과에 기인할 수 있다. 이로부터 본고는 각국의료보장체계가 고령화와 저출산 등의 요인으로 질 높은 보장수준을 유지하는데 어려움을 겪고 있는 가운데 저마다 새로운 해법을 찾아 가고 있다.

한국의 건강보험 제도에 대한 모범사례 분석은 몽골의 의료보험 제도를 향상시키는 데 중요한 자료가 될 것이다. 본 연구는 몽골 의료보험 시스템과 한국의 의료보험 시스템을 비교하여 몽골 의료보험 시스템 개발을 위한 법적 규제와 모범 사례를 파악하였다. 첫째, 한국의 의료보험 제도를 분석해 우수성을 파악한다. 둘째, 한국 모델의 몽골 적용가능성을 파악하고, 셋째, 몽골의 의료보험 제도 향상을 위한 정책 제언하고자 하였다.

제2절 논문의 흐름

본 연구는 몽골과 한국의 의료보험제도를 비교하는 연구로 총 여섯가지 단계로 연구를 진행하였다.

첫째는 연구준비 단계이다. 연구준비 단계에서는 비교대상 사례인 몽골과 한국의 의료보험 사례조사를 위한 기초자료를 수집하는 단계이다. 한국의 의료보험 제도는 연구자료가 매우 풍부하다. 그러나 몽골의 자료는 많지 않다. 이 단계에서는 국제기구가 발표한 몽골 보건의료 관련 자료를 수집하였고, 몽골 의료보험의 제도적 근거가 되는 사회보험 관련법률 자료를 수집하였다.

둘째는 사례비교의 기준이라고 할 수 있는 연구구조를 도출하는 것이다. 의료보험제도는 크게 민간기반, 국가기반, 사회보험기반으로 나뉘는데, 이를 토대로 사례를 비교할 수 있는 분석틀을 도출하였다.

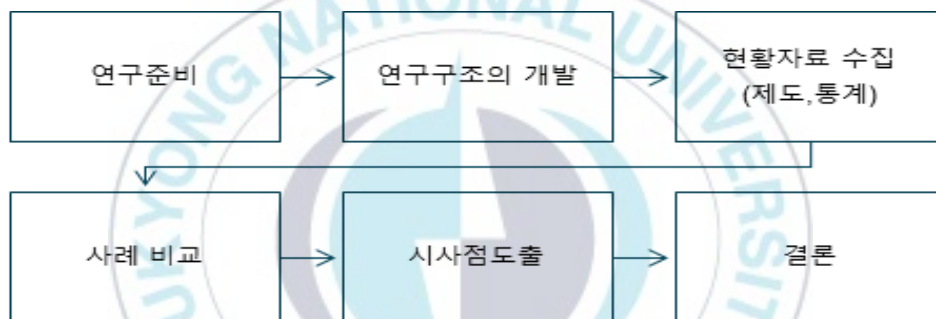
셋째 단계는 현황자료를 폭넓게 수집하고 이를 상호 비교가 가능할 수 있도록 배열하는 과정이다. 이를 위해 본 연구에서는 제도, 보건의료 현황을 중

심적인 비교의 항목으로 삼고 관련자료를 수집하였다.

넷째 단계는 사례를 비교하는 단계이다. 사례비교에서는 특히 몽골과 한국의 건강보험 제도의 비교를 중심으로 다루었다.

다섯째와 여섯째 단계는 현황비교 및 제도비교의 결과를 토대로 몽골 의료 보험 제도의 개선을 위한 시사점 도출 및 결론을 제시하는 단계이다. 연구 단계 및 연구의 흐름은 아래 그림과 같다.

<그림 1-1> 연구흐름도



제2장 건강보험제도의 이론 모델과 분석틀

제1절 개요

국민건강보험제도는 생활상의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하고자 보험의원리를 이용하여 의료비의 지출부담을 가입자 모두에게 분산시켜 국민생활의 안정을 도모하기 위한 사회보험이다.

의료보험 제도는 국민에게 수준 높은 의료서비스를 합리적인 비용으로 필요한 사람에게 제공하며, 동시에 사회의 보건을 향상시키려는 목표를 가지고 있다. 사회, 과학 및 의료의 발달은 이 분야의 개혁 수행을 위해 필요하다. 개혁은 일반적으로 국가의 보건 시스템 효율성 제고, 의료보험 구조개선, 보건 시스템의 주요 기능 구체화 및 참여자의 상호작용 최적화에 대한 시도를 포함한다 (Beland, 2010). 정부는 의료보험 시스템의 특성, 법적근거, 의료보험에 대한 국민들의 수요충족 방식을 이해하고, 이를 위해 필요한 자원을 제공한다. 의료보험은 역동적인 제도이며, 계속된 개혁과 향상이 필요하다 (R. Freeman, 2010). 그 결과 의료보험 제도는 국가별로 시대별로 다른 방식으로 국민의 건강을 보호하기 위해 발전했다.

경제 및 사회관계의 변화로 인해 다양한 종류의 의료보험 제도가 생겨날 수 밖에 없다. 현대 의료보험 제도는 세 가지 종류(공공, 보험 및 민간)로 발달하고 있다. 의료보험 제도를 구분하는 가장 중요한 영역 중 하나는 의료보험에 사용되는 재원의 원천이다.(D. Mechanic, 2010). Ennajar(2018)는 현대 사회에서 의료보험 모델은 국가의료보장모델(베버리지 모델), 사회보험 모델(비스마르크 모델), 민간(시장)모델로 구분된다고 하였다.

각기 다른 방식의 의료보험 제도는 의료보험 제도의 행위자로 구성되는 다음의 세 주요 참여자의 이익을 법적보호하고 역할을 부여하는 것을 핵심 내용으로 하고 있다 (V. Burau, 2015). 첫째, 의료보험 제도의 소비자이자 보험료를 납부하는 피보험자인 국민이다. 둘째, 의료서비스를 제공하는 의료기관의 역할이다. 셋째, 보험자의 특징과 의료보험에 필요한 기금의 구성 및 관리이다.

1. 베버리지 모델

베버리지 모델로 알려진 국가의료보장시스템 (National Health System)의 주요 특징은 의료보험 제도에 대한 국가의 책임에 있다. 의료보험의 가장 중요한 재원은 세수 또는 정부의 예산이다. 의료 서비스는 전 인구에 무상으로 제공된다. GDP 중 공공 재원으로부터 전체 비용이 차지하는 비중은 약 8-11%이다 (Domapielle, 2014).

민간보험 및 고용주의 보험부담은 상호 보완적인 역할을 한다. 의료보험 제도는 중앙집권화 되어 있다. 의료 서비스 제공자는 민간 운용 회사의 통제 하에 예산을 지원 받는다. (Katu, 2018). 정부 또한 의료서비스 구매자 및 제공자의 역할을 한다. 정부는 의료 서비스 제공에 필요한 대부분의 비용 (70% 이상)을 부담한다 (Banerjee, 2013). 대부분의 일차적인 의료 서비스는 국가가 운영하는 병원 (의료 기관) 및 민간 병원에서 제공되며, 보통 이차적 역할은 시장에 맡겨진다 (Donev, 2013).

국가는 의료 서비스 시장의 대부분을 강력하게 통제하며, 시장에 가입 및 접근할 수 있는 절차를 만들고, 관세 및 가격 정책을 이용하여 보상 리스트를 작성함으로써, 의료서비스 제공에 대한 통제력을 갖추고자 한다. 의료 서비스의 품질관리는 의료기관의 승인 및 의사에 대한 면허발급 형태로 전문적인 의료 기관에 의해 수행된다. 이러한 제도 하에 고용인의 보험부담 수준은 크지 않다 (Burau, 2015). 국영 의료보험 제도는 주로 (90%까지) 국가 예

산의 지원을 받는다. 영국, 덴마크, 아일랜드와 같은 국가들이 이와 같이 운영된다.

국가의료보장제도는 국민들에게 누구나 의료 서비스를 받을 수 있는 동등한 권리를 제공한다. 이러한 제도하에 대부분의 의료 시설은 국가가 소유하며, 의료 서비스는 중앙 및 지방 정부가 관리한다. 정부는 의료인력을 위한 전문적인 훈련을 제공하고, 국가 내 의료 기관의 네트워크를 형성한다.

정부는 의료 기관 및 의료 과학에 필요한 자금을 지원하고, 예방책을 마련하며, 국민에게 의료 서비스를 무상으로 제공한다. 국가의 재정 상태가 국민의 건강을 위해 상당한 액수 지원이 가능하다면, 국가의료보장제도는 상당히 효과적이라 할 수 있다. 이 제도의 문제점은 의료보장을 위한 재정 마련이 정부 예산을 지출해야 하는 다른 영역과 겹친다는 점에 있다. 정부는 의료보장에 필요한 많은 예산을 항상 제공할 수는 없으며, 추가적인 재원마련 방법도 극히 제한적이다. 국가의료보장제도의 여러 이점에도 불구하고, 재원의 부족, 지나친 중앙집권화 및 운영상의 독점과 같은 상당한 문제점 또한 있다 (Nadine Reibling, 2019).

국민의 의료를 국가가 책임져야한다는 관점에서 조세를 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접의료를 제공하는 방식으로, 비버리지(Beveridge)형 건강보장이라고도 한다. 의료기관의 상당부분이 국유화 되어있고, 대체로 본인일부부담금의 비율이 낮은 무료의료(free medical care)를지향하는 경우가 많다. 부담의 형평이라는 측면에서 사회보험형 보다 우수하지만, 의료의 질 저하 및 관리운영상의 비효율이 나타날 수 있다.

2. 비스마르크 모델

비스마르크 모델은 사회보험제도라고 정의할 수 있다. 사회보험이라는 개념은 독일에서 만들어 졌으며, 1890년대 독일의 비스마르크에 의해 제안되었기 때문에 이 이름을 갖게 되었으며, 동 시기에, 독일, 프랑스, 네덜란드에서

의료 보험이라는 개념이 널리 퍼지게 되었다. 포르투갈 스페인, 벨기에와 같은 다른 유럽 국가들에서도 의료 보험은 다른 제도와 함께 의료 서비스 제공의 조직화라는 목적으로 사용되었다 (Mechanic D, 2010).

사회보험시스템은 의료 서비스 시장을 국가 규제 및 사회 보장과 함께 사용하는 혼합경제 체제의 원칙에 의해 설계한다. 국가에 따라 약간의 차이가 있지만 국가에 의해 보험가입이 강제되는 의무 의료보험 제도는 보험 재원 마련에 국가의 참여로 인해 전체 또는 대부분의 국민에게 적용된다 (Burau V B. R., 2015).

국가는 의료 서비스의 70%에 해당하는 비용을 부담하지만, 의료 서비스에 지출되는 공공 지출 비용은 예산 모델보다 다소 높아서, 전체 GDP의 9~13%에 해당한다. 민간 비영리 또는 민간 보험 자금 또는 회사가 자금의 배분에 결정적 역할을 한다. 국민들의 의료 서비스에 대한 수요를 충족시키려는 시장의 역할은 크며, 환자들은 보험회사 및 서비스 제공자를 자유롭게 선택할 수 있다 (Freeman R, 2010).

사회 보험 모델의 의료보험 운용은 보험 시장의 다수 참여자로 인해 탈중앙화 되어있다. 대부분의 의료서비스는 의무 비용지급의 형태로 제공된다. 고용주의 보험부담은 이 제도 하에서 상당히 잘 활용되고 있다. 의료 서비스는 다양한 소유권의 형태로 제공되지만, 민간 비영리기관이 보통 우세하다. 기초의료 서비스는 개인 주치의가 제공한다. 의료서비스 시장은 상당히 발전된 형태이며, 민간 보험은 상호보완적인 역할을 한다. 의료 서비스 시장 규제에 있어 국가가 하는 역할은 상당히 많지만, 예산 제도와 비교해서는 크지 않다. 정부는 보험료 및 의료보험 회사가 제공하는 서비스 품질 및 서비스 (급여)량을 결정한다. 보다 더 큰 역할은 전문 기관에서 수행한다 (Beckfield J, 2014).

의료보험 자금조달 수단에는 가격, 자발적 보험료, 의무 보험 기여금 및 예산 수익이 있다. 대부분, 의료 서비스의 자금 조달은 국가 예산과 의무 의료

보험의 형태로 이루어 진다 (Stolt R, 2011). 국민들은 직접 또는 자발적 의료 보험을 통해 의료 서비스 비용을 지불한다. 의료보험 제도는 고용주, 근로자 및 국가 보조금으로 지원된다. 예산외 의료보험 자금조달은 독일 (78%), 이탈리아 (87%), 프랑스 (71%), 스웨덴 (91%) 및 일본 (73%)에서 널리 활용되고 있다 (Papanicolas I, 2013).

하지만, 다양한 자금조달 수단을 통해 얻은 자금비율은 국가별로 상이하다. 평균적으로, 선진국에서는 의료비용이 GDP의 9.5%를 차지하며, 스웨덴 (11.5%)과 네덜란드 (13.9%)에서 가장 높았다. 유럽 연합 (the European Union) 국가들에서 사회 복지에 지출되는 전체 비용 중 의료 비용의 비중은 30~46%이다 (Minas C, 2014).

3. 민간 모델

민간 모델에서는, 50% 이상의 의료보험 제도 재원이 민간에서 마련된다. 자금은 민간 보험 자금 (보험회사)에서 축적되어, 의료 시설로 이전된다. 서비스 운용은 탈중앙화 되며, 이는 다양한 소유권 형태를 지닌 다수의 기관들이 행한다. 대부분, 보상 받을 수 있는 의료 서비스 및 기술은 민간 보험을 통해 제공된다. 국가는 제한된 프로그램을 통해서만 보상 목록을 정할 수 있다. 의료 서비스 시장 및 민간 의료보험이 지배적인 역할을 하며, 국가의 역할은 제한적이다 (Tavares, 2017). 대부분의 의료서비스는 민간 보험 회사 및 개인 주치의가 제공한다. 시장 내 다양한 민간 보험 회사의 운영으로 인해, 의료 서비스 시장의 경쟁 수준은 매우 높으며, 이는 서비스 품질에는 긍정적인 영향을 미치지만, 국민 중 고소득층만 이러한 혜택을 받을 수 있다. 동시에, 자원의 합리적 이용이 불가능하다 (Böhm K, 2013). GDP 대비 전체 의료보험 지출 비중은 국가 예산모델 및 보험 모델에 비해서는 더 높지만, 국민의 주요 건강지표를 보면 큰 향상을 가져오지는 않는다.

의료 상품 및 서비스 시장을 규제하는 데 있어 국가의 역할은 국가 예산

및 사회 보험 제도보다 약하다. 국가는 의료 기술의 승인과 시장 진출, 보험 회사의 역할을 통제하고, 경쟁을 촉진한다. 의료 서비스의 품질 문제는 의료 기관 및 의사에 대한 허가와 승인을 통해 해결되며, 이는 전문 의료 기관에서 수행 한다(Jakubowski E, 1998). 민간 의료보험 제도는 미국, 이스라엘, 한국 및 네덜란드에서 운영된다. 이들 국가에서 건강 보험은 자발적 의료보험료 징수 및 국민에게 유상 의료 서비스 제공을 통해 재원을 마련 한다(C., 2009).

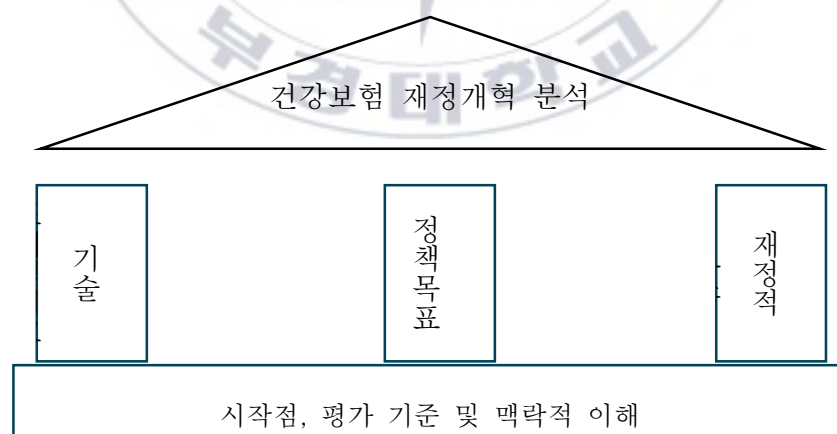


제2절 의료보험 제도의 재정확보를 위한 세가지 요소

의료보험 제도의 운영에 필요한 재정확보를 위한 세가지 핵심요소를 확인할 수 있다. 첫 번째 요소는 Angisano, 2006에서 차용한 의료보험 제도의 재원조달 정책 목표이다. 이 목표는 의료보험제도 재원조달 시스템 평가를 위한 기준으로 활용된다.

두번째 주요 요소는 모든 의료보험 재원조달 시스템에 적용될 수 있는 기능 및 방안을 설명하는 표준 접근이다 (Kutzin, 2013). 의료보험 자금조달 시스템은 궁극적으로 수익 징수, 자금 조달, 서비스 조달 및 의료 서비스 (대부분 의료 서비스 비용 지불을 위해 환자들의 의무적 참여가 필요) 제공을 위한 전략 등과 같은 하부 기능 및 원칙을 포함한다. 이러한 방식은 국가의 자원조달 시스템을 파악하기 위해 사용되는 “시작점” 분석을 위한 기초로 제공된다.

<그림 2-1> 의료보험 제도의 재원조달 정책 분석을 위한 세가지 핵심 요소



세번째 주요 요소는 시스템의 효율성에 영향을 미치고, 전략적 목표 달성 수준을 제한하는 맥락적 요소에 대한 영향 분석이다. 이러한 요소 중 가장 중요한 것은 재정 시스템이다. 이는 정부의 세금 및 기타 세수동원, 세수와 의료보험 제도에 지출되는 전체 비용 사이의 균형을 맞추는 능력을 요한다 (World Health Organization, 2000).



제3절 분석틀

1. 의료보험 재정시스템의 비교 연구를 위한 개념적 틀

앞서 살펴본 의료보험 재정시스템은 모델 또는 이름에 따라 다른 카테고리로 분류 된다 (예를 들어, 베버리지, 비스마르크, 세마스코 등). 이러한 모델은 주로 자금조달 방식에 의해 결정되지만 (전체 예산 또는 세수), 각 국가들이 자금조달 방식을 변경 (Hasanovna, 2019) 하지 않고 재정시스템을 개혁할 수 있다는 인식이 점점 더 커지고 있다 (Hasanovna, 2019).

개념적 관점에서, 의료보장 기금의 원천은 기관의 속성, 자원 분배의 메커니즘 또는 보장된 의료 서비스를 받기 위한 권리를 결정하는 정확도에 영향을 미쳐서는 안된다. “세금 지원 제도” 또는 “사회 의료보험 제도”와 같은 용어의 사용은 개념적으로 부적합하다. 의료보험 재정 시스템이 대한 이해는 실제로 가능한 정책에 대한 선택권을 제한할 수 있으며, 보건 시스템 및 국민에 대한 영향력보다 특정 정책의 성공 또는 실패에만 중점을 둘 수 있다 (Kutzin, 2013).

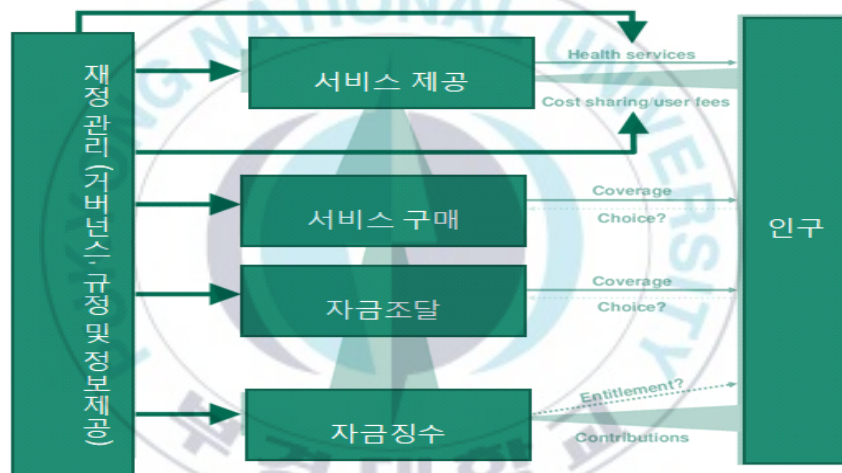
Kutzin(2018)이 제공하는 개념적 틀은 다양한 의료보험 재원조달 시스템을 기술하며, 다양한 하부기능과 전략을 결합한다. 여기에는 세금징수, 재원조달 및 의료 서비스 제공정책이 포함된다. 이 개념적 틀을 통해 어떻게 하부기능이 서로 연결되어 있는지 어떻게 국민 그리고 의료보험 제도의 다른 기능 (의료제공 및 “재정 관리”)과 관련되어 있는 지에 대해 명확히 알 수 있다.

각 하부기능은 “시장”의 형태로 표현되며, 이러한 시장이 사회적으로 중요한 결과를 달성하기 위해 필요한 운용, 규정 및 정보를 활용한다. 이 개념적 틀 안에서 고려한 방식을 통해 의료보험 제도의 재정 시스템에 대해 완벽하게 이해할 수 있으며, 이 시스템의 서로 다른 점들의 상호 작용에 대해서도

파악할 수 있다.

다음 도표에서 기술된 하부기능, 원칙 및 관계는 명확하게 표현은 안 되었지만, 베버리지, 비스마르크, 세마스코 및 기타 혼합 모델을 포함한 모든 제도에 공통적으로 해당된다. 도표에 나와 있는 각 요소를 정밀하게 파악하는 것은 특정 국가의 기존 의료보험 자금조달 시스템을 이해하는 데 있어 중요하다.

<그림 2-2> 의료보험 자금조달 시스템 구성의 이해를 위한 개념적 틀



출처: (Kutzin, 2013)

세금 징수 및 국민과의 관계는 국민이 모든 자금의 원천 제공자 역할(다른 국가 또는 외부 원조 기구로부터의 자금 지원 제외)을 한다는 사실에 반영되어 있다. 자금기여 및 재정지원 사이의 관계의 존재 또는 부재는 비스마르크 및 베버리지의 의료보험 자금조달 모델에서 중요한 개념적 차이를 낳는다. 이러한 하부 기능을 분석할 때, 의료보험제도에 필요한 자금을 징수하는 기관뿐만 아니라, 징수 방식 및 주요 재원 조달 방식을 확인하는 일이 필요하다.

다. 정부는 자금 “원천”이 아니라, 국민으로부터 세금을 징수하는 역할을 한다. 따라서, 자금 원천을 분류하는 데 일반적으로 사용되는 카테고리는 사실상 주로 자금기여 메커니즘과 관련되어 있다.

이러한 메커니즘에는 다음이 포함된다. 일반적 (즉, 정해지지 않은) 세수, 소득세에 의한 수입세는 보통 의무 의료보험 (보통 “사회 의료보험 기여”로 일컫음), 자발적 선납 (보통 의무적 의료보험을 위해 사용) 및 개인의 의료서비스 제공 시점에 지불해야 하는 금액이다. 이러한 광범위한 카테고리 내에서, 전략적 목표 달성을 위해 중요한 변수가 있다. 예를 들어, 소득세, 기업세 및 부가가치세와 같은 다양한 세수 원천의 분배 효과는 동일하지 않다.

마찬가지로, 자발적 선납을 할 수 있는 다양한 메커니즘이 존재한다. 예를 들어, 보험료는 과거의 경험을 기반으로 산정되며, 보험료 등급은 그 지역사회에서 보편적으로 사용되는 보험료를 기반으로 정해지는데, 이는 형평성 수준에 따라 다른 영향을 미친다. 의료보험 재정 시스템 개혁은 기여를 위한 메커니즘 변화 또는 새로운 징수기관의 설립으로 이어질 수 있으며, 궁극적으로 첫 기여를 한 사람들에게 배분적 결과를 낼 수 있다. 따라서, 세수 징수의 하부 기능을 면밀히 살펴보는 일이 중요하다고 할 수 있다.

많은 저소득 및 중진국에서는 의료 보험을 위한 대안적인 재원조달 방식 선정에 있어 많은 제한이 있는 것이 사실이다. 이러한 제한의 대표적 예가 공식분야에서 경제활동을 하지 않는 사람들의 수가 많은 국가이다. 이러한 상황 속에서, 소득에 대한 세금 징수는 사실 상 어렵다. 따라서, 이러한 국가에서의 세수는 주로 소비세(예를 들어 부가가치세)로 이루어진다 (Schieber, 2006).

자금 조달. 보편적인 의미로, 자금 조달은 선납된 수입을 국민들을 대신해서 축적한다는 의미이다. 징수 및 조달은 이러한 하부 기능에서 발생하는 (특히, 분배 메커니즘) 관계 이해의 중요성을 나타낸다. 이러한 점에서, 국가 내에서 자금 조달 시스템 (예를 들어, 단일 또는 복수, 조달 선택, 영토 분배

또는 결합 등)의 수평적 시장 구조를 분석할 필요가 있다. 자금조달 기능은 징수 기관으로부터 (분배 메커니즘에 따라) 하나 이상의 자금조달 기관으로 자금이 할당될 때 발생된다. 때때로, 이러한 분배기능은 동일한 기관 내에서 발생한다 (예를 들어, 보험료를 징수하는 민간 보험 자금의 틀에서 보험료 납부자를 대신하여 자금을 통합함). 다른 경우에 있어서, 서로 다른 기관 사이에 기능적 책임을 나눌 수 있다. (예를 들어, 세무당국이 지불한 소득세 징수 또는 다목적 “사회 자금”을 의료보험을 위해 예정된 자금으로 보건복지부에서 할당한다).

의료서비스 제공을 위한 자금조달은 보건복지부 (MOH), 보건복지부 산하 기관, 지방 정부, 사회 의료보험 자금, 민간 상업 및 비영리 보험 자금, 비정부 기구 (NGO) 등 다양한 공공 및 민간 기업에서 행한다. 이러한 기관은 궁극적으로 의료 서비스 구매자에게 통합된 자금을 제공한다. 대부분의 경우, 자금 통합 및 조달은 동일 기관에서 행해진다. 따라서, 자금의 분배는 동일한 기관에서 이루어진다. 하지만, 자금조달 기관 사이에 자원을 분배할 수 있다. 예를 들어, 경쟁을 벌이는 보험 자금 또는 경쟁하지 않는 보건 당국에 위험 부담 수입을 분배하는 것이다. 자금축적 형태의 변화는 의료 서비스 소비와 관련된 재정적 위험으로부터 국민을 보호하는데 영향을 미칠뿐만 아니라, 의료 서비스자원 분배의 형평성, 의료보험 제도의 운영 및 서비스 제공 기관의 효율성 증대를 위한 인센티브 개설 시스템 역량에도 영향을 미친다. 따라서, 재정적 보호를 위해 자금조달 상의 위험만을 고려하는 것이 아니라, 다른 전략적 목표를 성공적으로 달성하기 위해 어떻게 자금 조달을 재정비 할 수 있는지를 고려해야 한다. 또한, 자금조달 문제는 개인 차원에서 제공되는 의료 서비스뿐만 아니라, 국가 차원에서 제공되는 보건서비스의 재정을 포함한 국가 전체 보건시스템을 위해 고려되어야 한다. 조달은 일반적으로 국민의 이익을 위해 행해지는 의료 서비스 제조업자에게 통하 자금을 전하는 과정을 의미한다. 자금조달과 함께, 조달은 개인에게 보험담보 범위를 제공한다. 다시 말해, 전체 또는 일부 국민을 대신하여 서비스 및 재정자원의 조달이 있

다. 조달을 통해 발생하는 주요 문제점은 이러한 기능을 수행하는 기관, 조달의 시장 구조 및 조달을 위한 메커니즘과 관련되어 있다. 기관과 시장 구조와 관련한 문제점들은 이러한 기능을 보통 동일한 기관에서 행한다는 점에서 자금 조달 과정에서 발생하는 문제점들과 매우 유사하다. 이러한 전환을 위한 최소 요건은 일부 의료보험 서비스 제공업체에 이들의 활동 또는 의료 서비스를 위한 국민의 수요에 관한 정보를 기반으로 대금을 지급하는 것이다.

의료보험 제도의 수준 또는 효율성을 제고하기 위한 인센티브 변경을 위해, 의료 서비스 제조업자와의 계약 체결을 위한 절차 변경 및 대금지급 등과 같은 특수 메커니즘이 사용된다. 이러한 메커니즘은 의료서비스의 수준 및 적합성을 검증하거나 최소한 사기 보고 사례를 파악하기 위한 행정적 절차를 포함한다 (Robinson, 2005).

전략적 조달방식 사용의 효율성 보장과 관련하여 중요한 점은 이러한 방식을 서비스 제공업체와 일하는 기관과 함께 일괄적으로 적용하는 것이다. 예를 들어, 국가 기관의 수장이 재정 운용에 있어 독립성을 박탈 당한다면 (즉, 예산액을 다른 항목으로 이전하기 위한 권리가 없다는 뜻이다), 서비스의 대금지급 시스템 변경은 그다지 효과적이지 않을 것이다. 마찬가지로, 생산자에게 금융 위험을 전가하기 위한 대금지급 방식의 도입은 생산자가 부채에 대한 재정적 책임을 지지 않는다면 오히려 효과적이지 않을 것이다 (Nix, 2015).

의료보험 재정 정책에 가장 중요한 문제는 보장이다. 보장은 다음의 세가지 차원에서 생각할 수 있다. 통합된 자금으로부터 지원을 받는 서비스를 제공받을 수 있는 국민의 비중 (“넓이”), 담보로부터 특정 서비스의 포함 또는 불포함 (“범위”) 마지막으로, 이러한 서비스를 받을 때 환자가 지불해야 하는 비용 (“깊이”)이 있다. 일반적으로, 이 비용은 비용 지출에 대한 환자의 연루 형태로 나타나며, 대기명단과 같이 비(非) 가격 제한 메커니즘을 사용해 결

정할 수 있다. 따라서, 담보의 세 가지 측면을 구분하는 것이 필요하다. 누가 담보를 받는가, 어떤 서비스가 포함될 것인가, 이 서비스 중 얼마만큼 지불할 것인가 (예를 들어, 환자의 고용인의 부담 규모를 결정하는 것) 등이다.

보장의 대상 의료행위는 어떻게 의료보험 제도가 재정 지원을 받는지에 의해 결정된다. 예를 들어, 몇몇 시스템에서 의료 서비스를 받을 수 있는 권리는 특정인 또는 그를 대신하여 권리를 행사하는 자의 기여에 따라 정해진다. 다른 시스템에서는 이러한 연관성이 없으며, 이 권리는 시민권, 거주권 또는 다른 기준을 충족시키는 것에 의해 결정된다. 보장된 의료 서비스 범위를 정하고, 제한하는 정책은 의료보험 제도 및 국민 사이의 가장 직접적인 연관성을 제시한다. 우리 개념의 틀에 따라, 의료 서비스 개념화를 위한 두 가지 방식이 있다. 첫 번째는 보장된 서비스를 구매자(소비자)가 통합 자금에서 지급하는 서비스 (서비스에 접근하기 위한 수단)로 생각하는 것을 권한다. 이러한 정의는 이 범위에 (전체 또는 일부분이라도) 포함되지 않는 서비스는 환자가 공공 자금시스템의 활용 유무와 관계없이 환자 스스로가 부담해야 한다는 것이다. 이를 통해, 서비스 범위와 제한에 대한 분명한 상관관계가 설정된다 (즉, 부분적으로 지급된 서비스는 분배 대상이며, 의료 서비스를 위해 대금을 지불하는 국민의 재정적 참여 또는 대기명단 도입을 통해 행해진다). 이러한 접근을 통해 통합된 의료보험 재정 정책으로의 변화를 꾀하며, 서비스를 제한하고, 추가적 수익을 창출하며, 수요를 억누르는 고립된 정책을 제외시킬 수 있다. “접근수단”에 대한 정의를 포함해서, 의료 서비스에 대한 소비를 바람직한 방향으로 이끄는 방식을 통해 보장된 의료 서비스라는 개념을 이해할 수 있다.

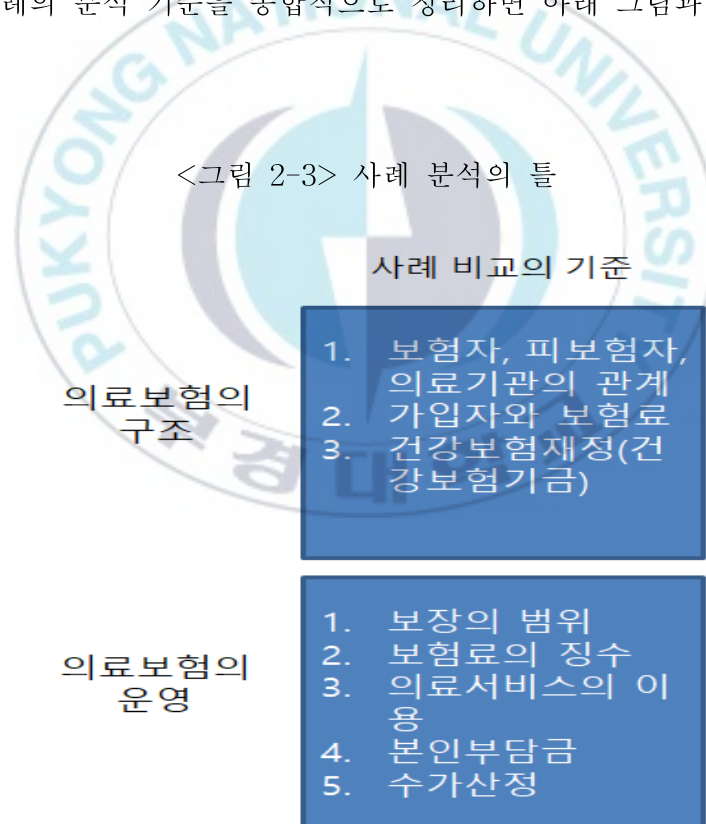
2. 사례 분석틀

이 논문에서는 몽골과 한국의 의료보험 제도를 비교하기 위해 Kutzin(2013)을 수정해 두 국가의 실정에 맞춰 제도비교 분석 항목을 변경하

여 사례비교를 위한 틀을 도출하였다.

본 연구에서 몽골과 한국의 의료보험 사례를 비교하기 위한 분석의 틀은 기준의 성격을 가진다. 사례비교의 기준은 크게 의료보험의 구조적 측면의 기준과 의료보험의 운영 측면의 기준으로 구분할 수 있다.

본 연구에서 의료보험의 구조를 비교하기 위해 제시한 항목은 ① 보험자, 피보험자, 의료기관의 관계라고 하는 조직구조측면, ② 가입자와 보험료, ③ 건강보험 재정(건강보험기금)이다. 의료보험 운영과 관련된 항목은 ① 보장의 범위, ② 보험료의 징수, ③ 의료서비스의 이용, ④ 본인부담금, ⑤ 수가산정이다. 사례의 분석 기준을 종합적으로 정리하면 아래 그림과 같다.



제3장 몽골과 한국의 보건의료 실태

제1절 몽골과 한국의 건강 지표 비교

1. 몽골의 건강 지표

2019년 몽골 통계청(National Statistics Office of Mongolia)의 인구 조사에 따르면, 몽골 인구는 320만 명이었다. 몽골은 거대한 영토에 비해 상대적으로 인구가 적어 인구 밀도가 낮다. 그러나, 몽골의 인구 밀도는 계속 증가하며, 몽골 국립통계국의 2019년 인구조사에 따르면 몽골의 인구는 320만 명이었다.

<표 3-1> 몽골의 인구지표

지표	1990	2000	2005	2010	2015	2019
전체 인구 (단위: 천명)	2099	2373	2562	2755	2998	3225
여성 (전체 중%)	49.9	50.4	50.4	51.4	50.8	50.8
0 - 14세 (전체 중%)	44.3	35.7	32.6	27.3	29.6	30.9
65세 이상 (전체 중%)	4.1	3.5	3.5	3.8	3.76	3.95
인구 밀도 (제곱 킬로당 인구)	1.3	1.5	1.6	1.7	1.85	1.99
출산율(약 1000명 당)	35.3	21.5	17.8	23.8	27.1	24.5
사망률 (약1000 명 당)	8.3	6.5	6.1	6.3	5.8	5.6
인구성장 (평균 연%)	2.7	1.5	1.2	1.7	1.98	1.73
연령부양비	84	64.6	56.2	45	50.1	53.6
인구분포 (지방 %)	42.9	43.4	39.8	32.1	45.9	47.3
성인 식자율 (%)	97	97.8	97.6	98.3	98.3	98.4

* 자료 : (몽골 통계청, 2020)

1990년대 이후 출산율이 지속적으로 감소하면서 14세 이하 인구 비중은 감소 추세(90년 44.3명에서 2019년 30.9명)에 그쳤다. 이러한 상황은 낮은 연령 부양비로 이어진다. 1995년 이후 전체 사망률은 남성의 경우 10.3에서 5.6으로 감소했으며, 여성의 경우 8.1에서 3.5로 감소하였다. 사망률은 기대 수명의 증가로 감소하였다.

<표 3-2> 사망률 및 보건 지표

지표	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
출생 시 기대수명, 전체	63.95	63.75	63.25	65.35	68.60	70.95	70.95
출생 시 기대수명, 남성	60.3	62.1	60.4	62.1	64.9	66.06	66.11
출생 시 기대수명, 여성	67.6	65.4	66.1	68.6	72.3	75.84	75.78
전체 사망률, 남성	9.1	10.3	7.3	7.9	6.7	5.8	5.6
전체 사망률, 여성	7	8.1	5.6	5	4.2	3.7	3.5

* 자료: (몽골 통계청, 2020)

WHO의 의료 메트릭스 네트워크(Health Metrics Network)가 수행한 몽골의 보건 정보 체계는 주요 통계 자료가 내용, 범위, 품질, 보급, 통합 및 이용에 있어 상당히 적합한 것으로 평가되었다. 보고서에 따르면, 보건 정보 체계에 모든 사망의 약 95%가 포함되었다.

<표 3-3> 연도별 인구 10,000명당 주요 사망원인

질환	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
심혈관계 질환	2,568	4,992	4,847	5,923	6,512	5,591	5,531
암	2,685	2,997	3,028	2,918	3,591	4,028	4,582
상해, 중독 및 기타 특정 질환	792	1,406	1,817	2,824	2,788	2,563	2,827
호흡기 질환	5,136	2,555	1,366	699	749	613	1,173
소화기계질환	2,287	1,284	1,114	1,249	1,463	1,311	552
감염 및 기생병	744	897	501	474	369	328	803
비뇨생식계 질환	386	429	353	310	285	267	340
출생 전후기 질환	859	413	441	452	652	735	342
신경계 질환	655	288	249	233	318	306	281
혈관, 조혈조직 및 면역체계 관련 질환	131	55	37	22	28	26	228

자료: (몽골 통계청, 2020)

호흡기계 관련 질환은 1990년대 가장 높은 사망 원인이었다. 암과 심혈관계 질환이 1990년에 각각 2위와 3위를 차지했다. 1990년대 이후, 심혈관계 질환에 의한 사망이 모든 사망 원인중 1위를 차지했으며, 호흡기계 질환은 3위로 떨어졌다. 하지만, 호흡기 및 위장 관련 질환은 여전히 조기 사망의 주요 원인이다.

2. 한국의 건강 지표

한국의 인구는 1990년대 4,290만명에서 계속 증가하여, 2019년 5,130만명이 되었다. 전체 인구 중 여성인구는 1990년 49.9%에서 2019년 50.5%로 다소 증

가하였다. 한국의 인구는 2019년 기준 65세 이상 인구가 증가하여 14.42%가 되었기 때문에 점점 더 나이들어 가는 중이라 할 수 있다. 14세까지 인구 비중은 1990년대부터 2배 감소하여, 2019년 13%로 떨어졌다. 출산율 감소로 연평균 인구 성장은 해마다 떨어져, 연령 부양비는 37.7%로 떨어졌다.

<표 3-4> 한국의 인구 지표

지표	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
전체 인구(단위: 백만 명)	42.9	45.1	47	48.1	49.4	50.6	51.3
여성 인구 (전체 중 %)	49.9	49.9	49.8	50.1	50.2	50.4	50.5
0-14세 인구 (전체 중 %)	25.6	23	21	19.1	16.2	13.8	12.97
65세 이상 인구 (전체 중 %)	5	5.9	7.3	9.3	11.1	12.9	14.42
인구성장(연평균 성장률, %)	1	1	0.8	0.2	0.5	0.5	0.3
인구밀도 (km ² 당 인구)	444.4	467.5	487.3	497	508	510	511.6
출산율 (약 1000명 당)	15.2	15.7	13.3	8.9	9.4	8.3	7.3
사망율(약 1000명당)	5.8	5.4	5.2	5	5.1	5.6	6.1
연령부양비	44.1	40.6	39.5	39.6	37.6	36.3	37.7
인구분포 (도시, %)	74	78	80	81	83	81.3	81.3

* 자료: (국가통계포털, 2020)

급격한 경제성장과 급속한 도시화로 인해, 한국의 도시인구는 2019년 81.3%에 이르렀다. 지난 30년동안 한국의 기대 수명은 71세에서 2019년 83세로 증가했다. 한국 여성은 남성보다 6년 더 오래 사는 것으로 조사되었다. 한국은 다른 국가들보다 더 빠른 속도로 노인국가가 되어 가고 있다. 노년층의

증가는 만성적 퇴행성 질환 치료 비용의 증가로 이어지며, 이는 큰 사회적 부담이 되고 있다. 한국 정부는 포괄적 의료보험 제도 개혁을 통해 젊은 연령층의 경제적 부담을 줄이고자 노력하고 있다. MHW는 의료시설 확충과 장기 보험 프로그램 도입을 통해 노년층에게 다양한 방법을 제공하고 있다.

<표 3-5> 한국의 보건 지표

지표	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
출생 시 기대수명	71.3	73.4	75.8	78.4	80.6	81.9	83.06
출생 시 기대수명, 남성	67.3	69.6	72.3	75.1	77.2	79	79.7
출생 시 기대수명, 여성	75.5	77.4	79.6	81.9	84.1	85.2	85.8
전체 성인 남성 사망률 (1000명당)	230.4	195.7	156.9	121	98.2	87.2	78.5
전체 성인 여성 사망률 (1000명당)	95.7	75.8	60	44.6	33.6	35.8	32.31

* 자료: (국가통계포털, 2020)

1995년 전염 및 비전염성 질환으로 인해 242,840명의 사망자가 발생했다. 한국에서의 제1 사망 원인은 중앙 관련 질환이다. 2위는 순환계 질환이다. 호흡기계 질환은 2019년 기준 3위를 차지했다.

<표 3-6> 한국의 주요 사망 원인

사망 원인(103 종류)	1995	2000	2005	2010	2015	2018
전체	242.84	248.74	245.87	255.41	275.90	298.82
특정 감염 및 기생병 (A00-B99)	5.37	6.24	5.58	6.69	7.30	8.75
종양 (C00-D48)	51.05	59.18	66.27	73.15	78.28	80.75
혈액 및 조혈기관 질환 (D50-D89) (Person)	0.42	0.48	0.44	0.62	0.72	0.87
내분비계, 영양 및 신진대사 관련 질환 (E00-E88)	8.56	11.87	12.48	11.15	11.66	10.32
정신 및 행동관련 질환 (F01-F99)	5.25	6.50	4.54	4.95	5.35	4.62
신경계 질환(G00-G98)	2.27	2.88	4.15	6.05	10.73	12.82
눈 및 눈 부속기 질환 (H00-H57)	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01
귀 및 유양돌기 질환(H60-H93)	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
순환기계 질환 (I00-I99)	63.37	58.83	56.72	56.12	59.54	62.95
호흡기계 질환 (J00-J98,U04)	11.12	16.17	14.31	18.53	27.81	37.76
소화기계 질환(K00-K92)	17.91	14.96	11.29	11.06	11.71	12.40
피부 및 피하조직 질환 (L00-L98)	0.20	0.39	0.41	0.49	0.47	0.61
근골격 및 결합조직 질환 (M00-M99)	2.08	2.14	1.53	1.87	1.49	1.41
비뇨생식기 질환(N00-N98)	2.24	3.15	3.09	4.85	6.55	8.16
임신, 출산 및 산욕기 관련 질환 (O00-O99)	0.09	0.06	0.06	0.08	0.04	0.04

출산 전후기에 발생한 특정 질환 (P00-P96)	0.25	1.32	0.91	0.83	0.63	0.48
선천적 기형 및 염색체 이상(Q00-Q99)	1.01	0.95	0.61	0.49	0.43	0.36
증상 및 이상징후, NEC (R00-R99)	37.00	34.51	32.37	25.85	24.40	28.47
외부 요인으로 인한 사망(V01-Y89)	34.62	29.11	31.12	32.64	28.78	28.04

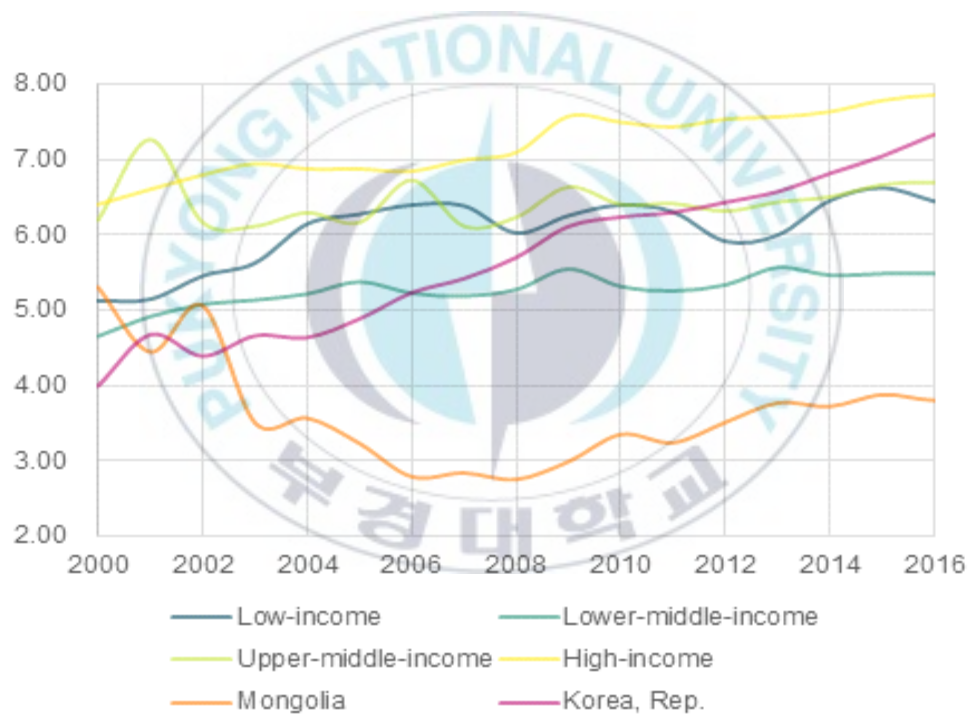
* 자료: (국가통계포털, 2020)



제2절 몽골과 한국의 보건비용 비교

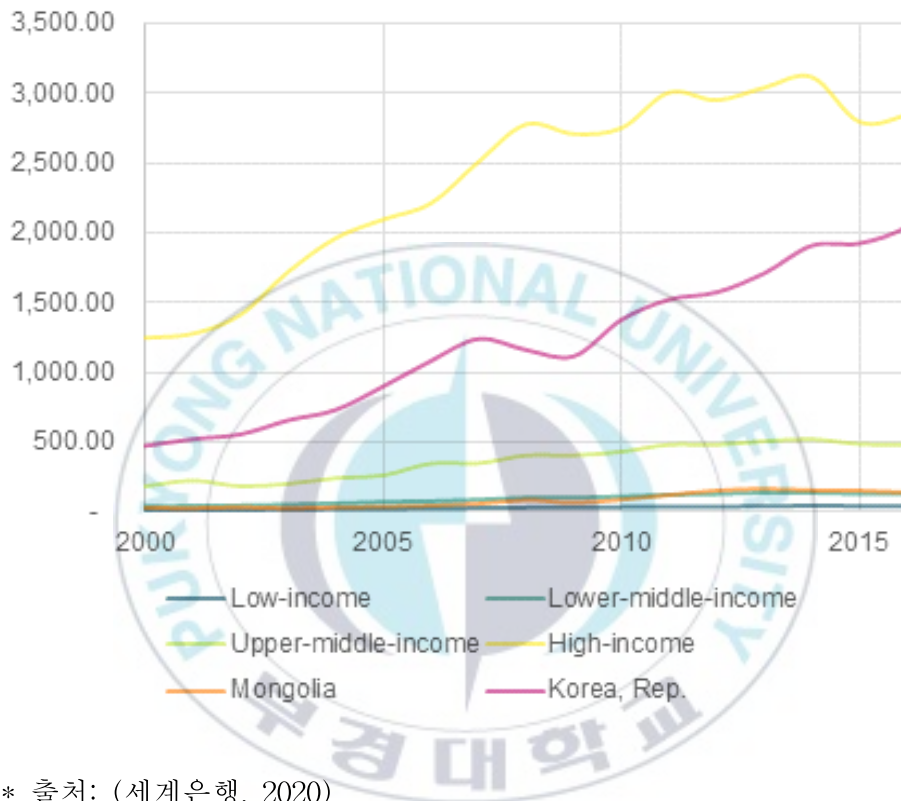
세계보건기구에 따르면, 고소득 국가들은 GDP의 7% 이상을 보건 분야에 지출하는 반면, 저소득 국가들은 GDP의 5.5% 만을 사용한다. 한국의 경우 전체GDP대비 보건 분야에 대한 지출은 4%에서 7.4%까지 증가하였다. 몽골의 보건 분야 에 대한 지출은 3~4%이다.

<그림 3-1> 현재 보건비용지출 (% of GDP)



* 출처: (세계은행, 2020)

<그림 3-2> 인구 당 현재 보건 분야 지출비 (현재 US\$)

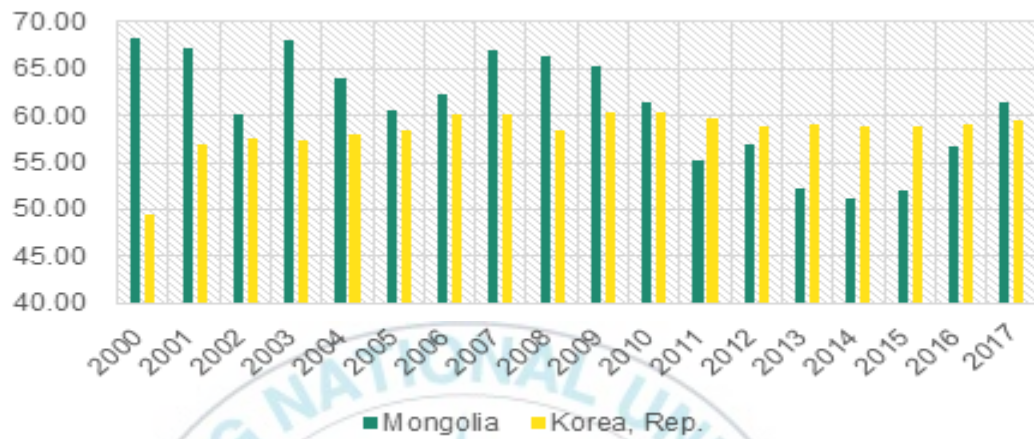


* 출처: (세계은행, 2020)

고소득 국가들은 평균적으로 의료 서비스 제공을 위해 인구 당 최대 3,000 달러까지 지출한다. 저소득 국가는 인구 당 500달러 이하를 지출한다. 한국의 인구당 의료서비스 지출비는 2,000달러까지 증가하였다.

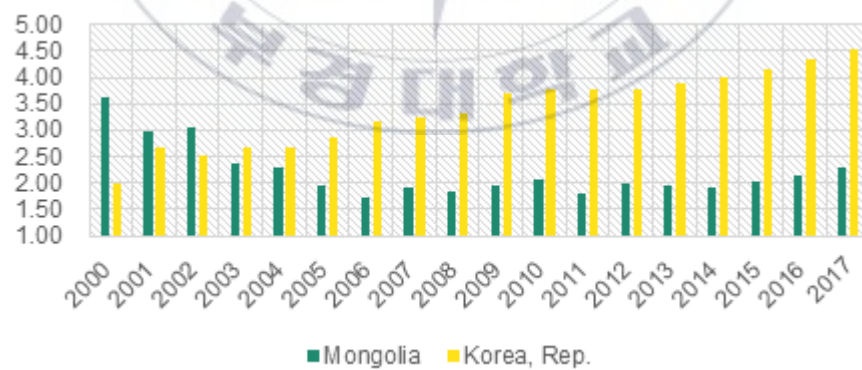
한국의 국내 보건 분야 지출비는 지난 수년간 크게 변동하지 않았지만, 몽골의 경우 보건 분야 지출비가 정부의 세수 불안정으로 인해 크게 변동하였다.

<그림 3-3> 정부의 보건 분야 지출비 (현재 보건 비용 지출 %)



* 출처: (세계은행, 2020)

<그림 3-4> 정부의 보건 분야 지출비 (GDP의 %)

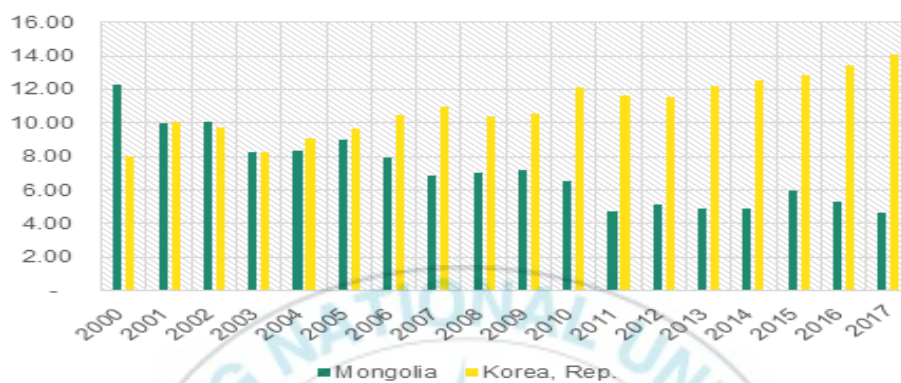


* 출처: (세계은행, 2020)

전체 GDP대비, 몽골 정부의 보건 분야 지출비는 약 2%정도인 반면, 한국

의 경우 계속해서 증가 추세에 있다.

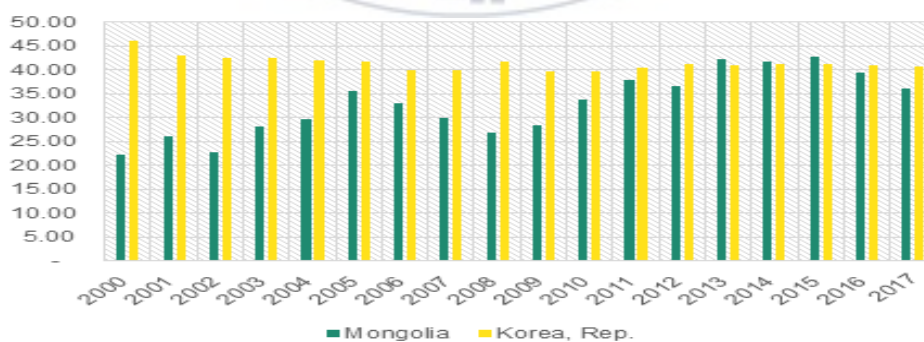
<그림 3-5> 정부의 국내 보건분야 지출비 (정부 지출의 %)



* 출처: (세계은행, 2020)

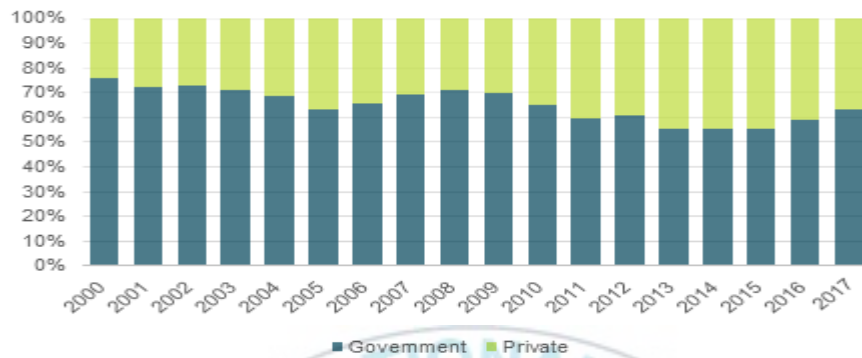
몽골 정부의 전체 예산 지출 중 보건 분야의 비중은 2017년 5%로 떨어졌다. 한국의 경우, 이 비중이 몇년 간 증가하여 14%가 되었다. 지난 5년간 민간분야의 보건 분야 지출 추세는 두 국가 모두 거의 비슷했다.

<그림 3-6> 민간의 보건분야 지출비 (현재 보건 분야 지출비의 %)



* 출처: (WHO, 2020)

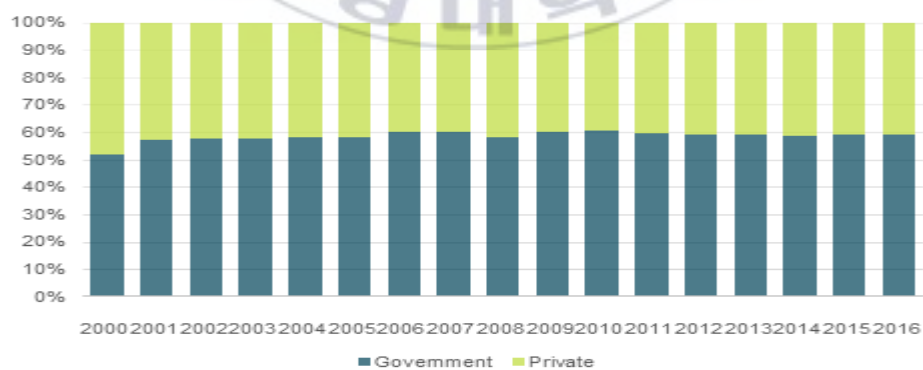
<그림 3-7> 몽골의 보건분야 지출비 구조



* 출처: (WHO, 2020)

몽골의 경우, 정부가 의료보험 제도에 지출하는 비중이 압도적이며, 다른 일부가 민간의 보건분야 비용지출을 부담한다. 보건 분야의 정부 지출은 60% 이상이다. 한국의 경우, 전체 보건 분야에서 민간분야의 지출이 40%를 차지한다.

<그림 3-8> 한국의 보건분야 지출비 구조



* 출처: (WHO, 2020)

제3절 몽골 보건의료 현실의 문제점

몽골의 보건의료 현황을 한국과 비교했을 때 다음과 같은 문제가 있다.

몽골의 의료 인프라와 서비스는 다른 나라에 비해 중복되거나 의료 조직 불충분하다. 이 공급 수준은 중앙계획한 경제 시대에서 상속되었으며 동유럽과 중앙아시아의 일부 국가들과 비슷하다. 공급과잉 외에도, UB 시의 병원 네트워크의 구조는 부적절하고 불균형하다. 올란바타르시의 2차 병원은 국제 평균의 3배 가까이 많고 3차 병원은 5-10배 정도 많다.

그러나 1인당 1차 진료 기관의 수는 국제 평균의 두 배에도 미치지 못한다. 몽골에서 1차 관리가 병상병원을 통해 제공되는 것은 매우 독특한 경우이기도 하다. 국제적인 수준에서 소수의 국가 의료 서비스를 1차 의료 기관에서 제공한다. (의료 정책 분석 2011. 페이지 6.) 의료 서비스 제공은 인구의 요구가 아닌 과거의 추세에 기초한다. 인구의 건강 요구에 대한 포괄적인 연구는 없다. 환자 이송 시스템이 있지만 효과가 없어 1차 및 2차 단계에서 치료할 수 있는 환자가 위로 이송되고 대부분의 환자가 1차 단계를 건너뛰는 것을 알 수 있다. 3차 요양병원에 입원한 환자의 81%가 전입했지만 64%는 진단 확인만을 원했고 11%만이 전문 치료와 수술을 원했다. (N.Baasanjav 2011). 관리 통제는 좋지 않으며 문제가 중앙 집중화되고, 과도하게 전문화되고, 비체계적인 문제가 발생한 후에 문제가 해결되며, 지속적인 관리가 아니다. 또한 의료 감시는 감독 기구 및 감독형태 및 보고의 형태에 따라 조정되지 않고 별도의 구조는 (의료 정책 분석 2011. 페이지 15.) 다음과 같은 문제가 발생한다.

첫째, 보건분야에 명확한 통계가 없다. 의약품 의존도에 대한 자료가 부족해 의약품 의존도를 줄이기 위한 대책 마련이 불가능하다.

둘째, 질병 예방 프로그램이나 계획이 명확하지 않다. 납세자는 아플 때만

건강보험료를 쓸 권리가 있다. 예방책으로는 사용할 수 없다.

셋째, 장비의 부족과 병원의 현대화로 인해 해외에서 치료받는 환자가 매년 증가하고 있다. 이 분들은 어떤 건강보험 혜택도 받을 수 없다.

넷째, 사립 의과대학에 대한 규제되지 않은 인증 발급을 계기로 무능한 의사와 의료진의 수가 증가하였다.

다섯째, 공립 병원의 접근성과 서비스 부족으로 사립 병원의 높은 비용으로 입원환자 수가 늘었다.

여섯째, 보건 분야의 국제교부금과 연성대출을 감시하는 제도가 없어 이 돈이 어디로 가고 있는지 알 수 없다.

일곱째, 이 분야에서의 높은 정치적 연대로 인해, 정무장관들은 장관의 명령에 의해 병원장과 관리직에 직접 임명되다. 그러다 보니 전 감독의 업무가 계속되지 않는 경우가 많고, 전 감독의 업무도 단명하는 경우가 많다. 이 분야에서 수행된 작품은 수명이 짧다. 결과적으로 시민들에게 혜택이 주어지지 않는다.

여덟째, 공중 보건 분야 경영진과 의사들에 대한 신뢰 부족으로 돈이 있는 사람들은 해외로 나가고 돈이 없는 사람들은 도움을 요청하는 것이 표준이 되었다.

아홉째, 열악한 법적 옹호로 인하여 시민들은 보건 분야에서 자신의 권리와 책임을 모르는 경우가 많다.

열째, 코로나 19 전염병 때 몽골에서 보건부문이 가장 잘 하고 있다고 하지만 실제로는 여전히 관리조직과 신속한 대책이 매우 미흡하다는 반응이 나오고 있다.

제4장 몽골과 한국의 의료보험 제도 비교분석

제1절 몽골의 의료보험 제도 현황

1. 개요

1994년 시민건강보험제도 도입은 자금원을 늘리고 시장상황의 재정위험으로부터 인구를 보호하기 위한 보건재정제도의 주요 개혁이었다. 1993년 6월, '국민건강보험에 관한 법률'이 국가대우회로부터 논의되고 승인되어 1994년 1월 1일부터 시행하고 있다. 이 법에 의해 인구를 최대한 커버하기 위해서는 근로와 고용주의 보험료를 균등하게 배분하여 균일하거나 동등한 형태로 건강보험을 제공해야 한다고 규정하고 있다. 정부는 1994년 보험을 도입한 아동·노인 등 취약계층에 대한 보험료를 도입해 전체 인구의 87%인 190만 명이 혜택을 받을 수 있도록 했다.

몽골의 보건시스템은 예방의학 및 첨단치료법보다는 병원 및 임상 치료에 초점을 둔 러시아식 모델을 기초로 의료기관이 1,2,3차로 나누어져 있으며, 우선적으로 1차 의료기관에서 의뢰를 받아 2차, 3차 의료기관으로 넘어가는 체계로 운영되고 있다. 3차 의료기관이 가장 큰 의료기관으로 몽골 보건부가 직접 관리하고 있으며, 기초 보건의료서비스는 가정병원(Family health center), Aimag(아이막)센터, Soum 또는 Inter-Soum병원에서 제공한다. 국공립 의료기관은 무상 의료서비스를 제공하고, 이에 따른 경비는 국가의 일반조세와 국민건강보험에 의해 충당되고 있으며 2019년 기준으로 국공립 의료기관 의료재정 수입의 73.1%를 조세, 23.6%를 건강보험, 3.3%를 본인부담금과 기타 수입으로 집계되었다.

민영병원은 수가를 자유롭게 책정하여 유료 의료서비스를 제공하고, 조세 지원이 없어 진료비를 환자가 전액 부담해야 하기 때문에 의료비 증가를 초

래하며 일반 서민들의 의료이용 접근성을 저해하는 요소로 꼽힌다.

몽골의 장비는 거의 대부분 소비에트 연방 시절의 것들이 많으며, WHO가 지정한 필수 약품은 모두 생산 가능 하나 전체 수요량의 60%를 수입에 의존하고 있다. 의대 졸업 후 의사면허를 취득하고도 제대로 임상수련을 할 수 있는 환경이 되지 않아 의사들의 전반적인 임상 숙련도가 낮은 편이며, 대부분의 민간병원과 전문병원이 울란바토르에 위치하고 있어 의료서비스 자원 분배 불균형이 심각한 상태이다.

인구 1,000명당 의사 수(2.76명)는 부족하지 않으나, 전체 의사의 40%는 울란바토르에 있어서 울란바토르 의사 1인당 주민 수는 230명에 불과한 반면, 농촌 지역의 경우 의사 1인당 주민 수는 700명 이상이다. 2012년 몽골 보건부가 2,000명을 대상으로 진행한 온라인 설문조사에서 응답자의 43.9%가 ‘의료서비스 질이 나쁘다’고 답해 몽골 의료수준에 대해 국민들의 만족도가 낮음을 알 수 있다.

2. 몽골 의료보험 구조

몽골 의료보험은 건강보험법에 의해 운영된다. 몽골의 의료보험 체계는 한국과 유사한 점도 있지만 전 의료기관에 동일한 조건에 의해 적용되지는 않는다.

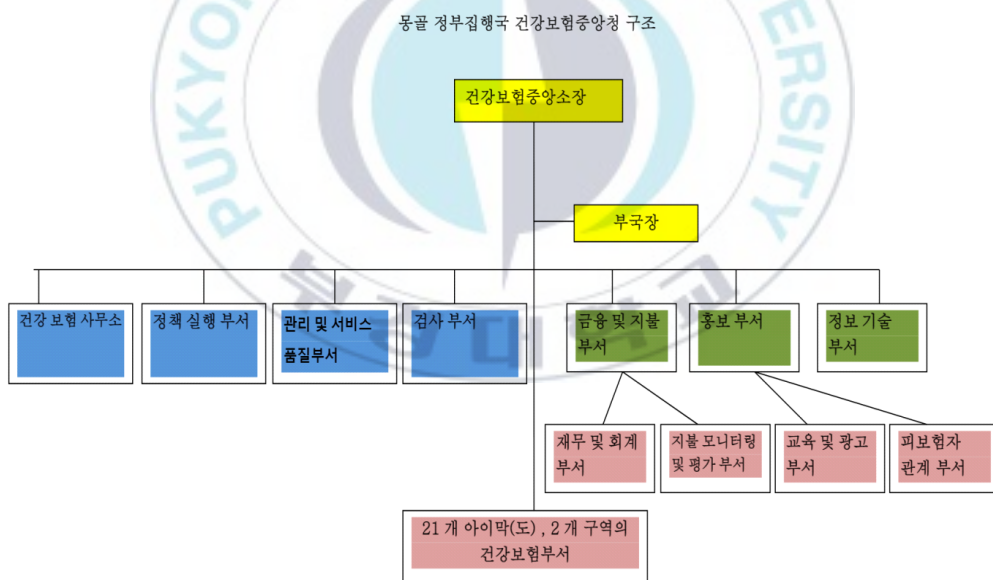
크게 국공립의료기관의 경우 의료보험체계의 직접적인 관리하에 있다. 중앙행정기관인 보건부가 의료보험 체계를 총괄하고 운영을 책임진다. 실제 보험자의 역할을 담당하는 기관은 사회보험중앙청이다. 한국의 국민건강보험공단과 유사한 기능을 담당한다. 피보험자인 국민은 의료보험료를 사회보험중앙청에 납부한다. 보험료는 전국위원회의 제안으로 중앙행정기관인 보건부가 정해진다.

사회보험중앙청은 의료보험 기금을 운영하고 관리하며 의료기관에 피보험

자의 의료비를 보험료로 지급한다. 보험료인 의료보험 기금은 피보험자인 국민이 납부한 의료보험료와 국가가 예산에 의해 확보하는 재정을 기반으로 조성되며, 기금의 관리와 운영 책임은 사회보험중앙청이 진다.

2017 년의 정부 결의안 제 344 호“기관 설립”에 의거하여 건강보험중앙청은 보건복지부장관의 책임 하에 신설되어 2018년 1월 1일부터 새로운 구조로 운영되고 있다. 국민건강보험협회의 2017년 12월 28일에 “건강보험기관의 구조 및 헌장 승인”에 대한 제 3호 결의안은 기관장 수를 기관장 1명과 차장 1명으로, 건보공단 직원 수를 55명으로 각각 정했다. 조직구조는 다음과 같다.

<그림 4-1> 건강보험중앙청 조직



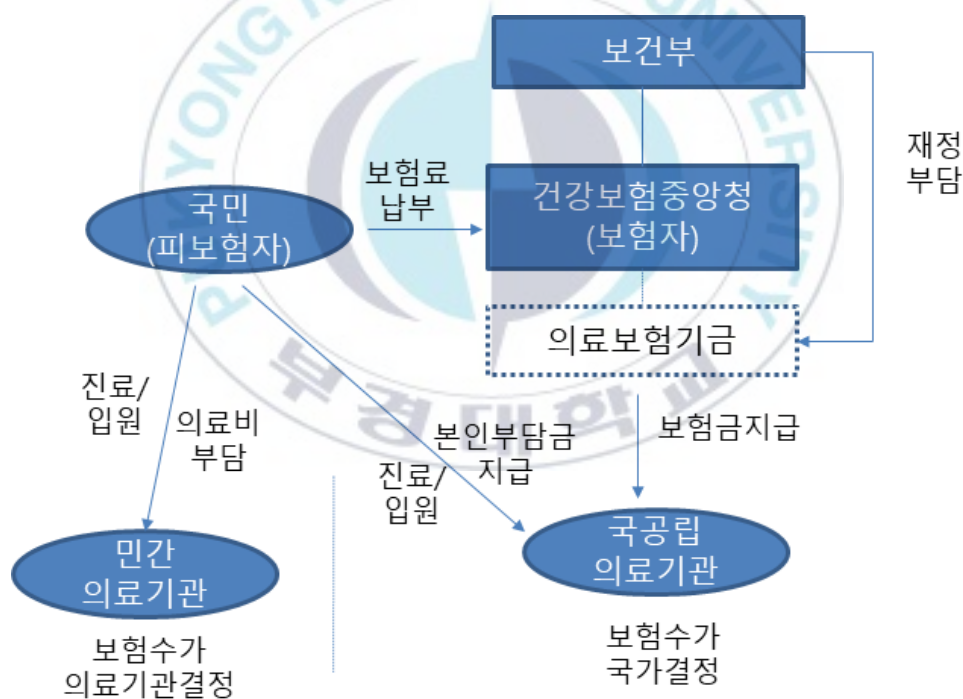
출처: <http://www.emd.gov.mn/>

피보험자는 국공립의료기관에서 필요한 진료와 치료, 입원 서비스를 제공

받는다. 국공립의료기관을 이용한 피보험자는 의료행위에 대한 자기부담을 일부 부담하도록 되어 있다.

민간의료기관은 의료보험의 적용을 받지 않는다. 따라서 진료비나 치료비, 입원비를 의료기관이 정하게 되고, 사회보험중앙청에 의한 의료보험 제도가 적용되지 않기 때문에 진료비 전액을 민간의료기관을 이용한 국민 개인이 부담하게 된다. 민간의료기관은 사실상 의료보험 비적용 기관이다.

<그림 4-2> 몽골 의료보험의 구조



민간의료기관의 의료보험 제도 적용을 위해 최근 제도개선이 이루어지고 있다. 그 결과 몽골 의료보험제도의 건강보험 기금에서 의료급여 지급액을

점차 줄여 공공의료단체와 민간 의료단체 간 차별화를 줄일 계획에 있으며, 민간 의료단체에 입원치료, 진단, 검사, 외래진료 등을 제공할 계획이다. 68억 MNT가 추가되었다. 이를 통해 공공의료서비스의 업무량을 줄이고, 피보험자가 국적에 관계없이 의료혜택을 받을 수 있는 방향으로 제도개선을 진행하고 있다.

3. 가입자와 보험료

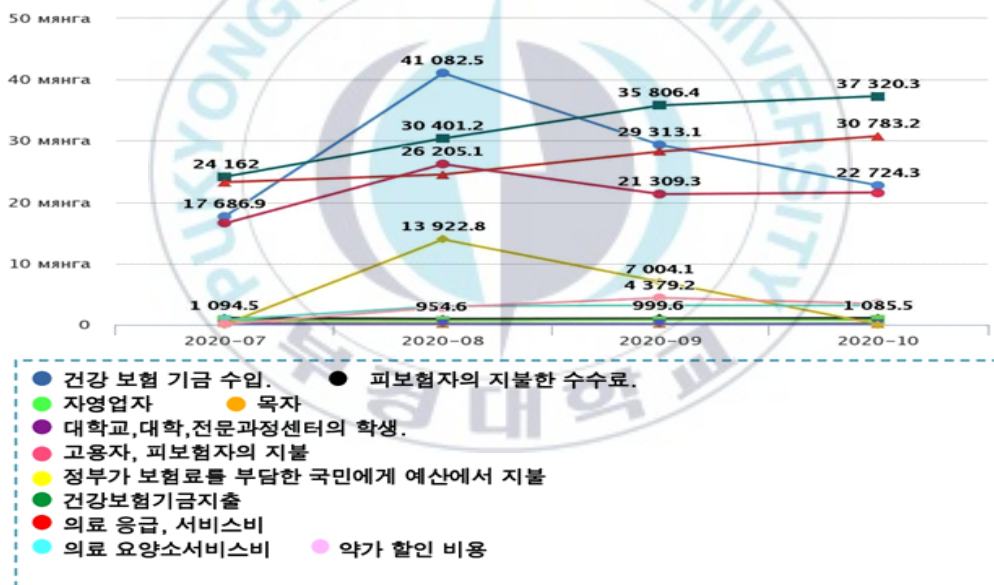
몽골 의료보험제도 하에서는 보험료를 지불하는 형태로 보험에는 자기보험과 국가보험의 두 종류가 있다. 자신의 보험료를 납부하는 보험가입자는 ① 사업체 및 단체의 직원 ② 자영업자 ③ 목자(목축업자) ④ 미취업 국민 또는 무국적자 ⑤ 대학교, 대학, 직업훈련소의 학생 이다. 건강보험에 관한 법률 제8.1항에 근거하여, 법 제6.1.1조에 따라 근로자가 납부해야 할 건강보험료는 월급여 또는 그에 상응하는 수입의 4%로 하고, 그 중 2퍼센트는 고용주가, 2퍼센트는 근로자가 부담하도록 규정하고 있다. 기타 자영업자, 목자, 실업자, 무국적자, 대학, 대학교 및 직업 훈련소의 학생들은 최저 임금의 1 %를 지불한다.¹⁾

국가에서 건강보험료를 지불 피보험자는 ① 18세 미만 아동 ② 연금 외에 소득이 없는 국민 ③ 2 세까지 아이를 키우는 어머니 (아버지) (쌍둥이) ④ 징집병 ⑤ 사회복지 지원이 필요한 가족 구성원 국민 ⑥ 형무소 복역하는 죄수 등의 몽골 국민이다. 국가가 지급하는 국민에 대해서는 18세 미만 아동에 대한 보험료가 최저임금의 1%에 해당한다. 연금 외에 소득이 없는 국민, 2세까지 아이를 키우는 엄마(아버지)가 2세까지(3쌍둥이의 경우) 징집자, 사회적으로 도움이 필요한 가족들, 수형자의 경우 최저임금의 2%를 국가나 주 예산으로 건강보험기금에 지급한다.

1) 건강보험법의 제8장에서는 최저임금을 규정하고 있으며, 기여율은 정부 법령에 의해 승인된다. 해당 연도의 최저임금에 따라 해마다 달라진다. 예를 들어 2016년 최저임금은 19만2000MNT였고 2020년에는 42만 MNT로 변경되었다.

최근 전반적인 의료시스템의 변화, 금융거래의 급성장에 따른 의료비용의 인플레이션이 초래됨에 따라 몽골 정부는 과거 보험정책을 유지 하면서 국민들의 건강 관련 지출을 억제 방안으로 건강관리 서비스 공급자에게 재정 지원 형태의 인센티브를 제공하고 있다. 또한 의료 서비스 공급자에 대한 지불 시스템 개혁과 외래 진료 혜택 확대를 위한 의무적인 의료 보험 개발 및 기금 풀링을 바탕으로 선불 건강 보험 메커니즘을 활용하여 취약 인구 집단에 대한 정부의 재정 지원을 확대하고 있는 추세이다.

<그림 4-3> 건강보험기금 수입출의 유형 및 월별

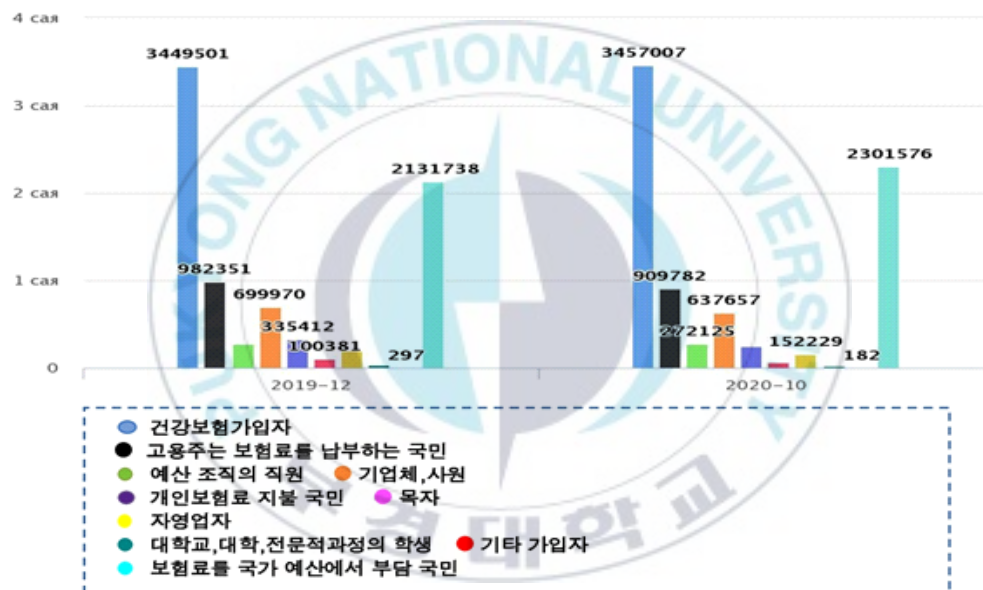


출처 : 통합 통계 데이터베이스(<https://www.1212.mn/>)

최근 몽골 정부는 의료보험제도 개선을 위해 관련법이 국회에서 논의되고 있으며 선진국형 건강보험제도와 우 수한 의료체계를 도입하기 위하여 많은 국가들과 협력체계를 구축하고 있다.

2019년 예산수입구조에 따르면 고용보험 가입자의 보험료 수입은 65.5%, 국가책임 시민의 보험료 수입은 20.6%7%로 나타났다. 통계청이 발표한 1157000 투그릭에 따르면, 평균 급여를 기준으로 고용보험료가 월 4만6280 투그릭 (17.48달러)이고 정부는 3200~6400투그릭 또는 (1.2~2.4달러)을 지급한다.

<그림 4-4> 건강보험가입자수



출처 (통계청, 가족 사회, 경제 연구의 2018 주요 성과. 1212.mn)
(몽골 국가 자발적 보고서, 지속 가능한 개발 목표의 실행, 2019)

국가가 납부하는 수수료는 취업자에 비해 7~14배가량 낮아 수수료 액수가 불균형하다는 것을 알 수 있다. 건강보험이 의무화돼 있어 보장범위는 80~90%이다. 전체 피보험자의 58.2%는 국가가 부담하고 있으며, 이 부분에서 나오는 수입은 기금 전체 소득의 11.2%를 차지했고, 직원은 전체 피보험자의 25.7%를 차지했지만 기금 소득의 80.5%는 기금에서 차지하는 것으로 나타났다. 반면 소득의 11.2%를 차지하는 피보험자는 기금 지출의 58.4%를,

80.5%를 차지하는 고용보험사는 기금 전체 지출의 14%에 그쳤다.

4. 건강보험 기금

건강보험법에 따르면 몽골의 모든 국민은 의무적으로 의무적으로 건강보험을 가입해야 하며, 정부는 국가평의회의 제안을 토대로 매년 피보험자의 건강보험료율을 정한다.

건강보험제 도입 이후 몽골 전체 인구의 73.4~98.6%가 건강보험으로 가입되어 기금수입계획이 매년 이행되고 있으며 기금의 수입은 해마다 증가하고 있다.

일례로 1995년 보험료 수입 75억 MNT를 거둬들였고, 2019년 건강보험기금의 총수입은 4077억 MNT로 승인되었으며, 이 중 46억 9600만 MNT를 환급받았으며, 수익실적은 669억 MNT(15.2%)를 넘어섰다. 우리 현 상황에서 건강보험료 징수방법은 국제적으로 통용되는 올바른 방법으로 간주되고 있다. 장관은 낮은 비용으로 수수료를 징수하는 현재의 방식을 변경할 필요가 없다고 말했다. 다른 나라에서는 보험료 수입의 2~5%의 기금 수수료가 관리비와 운영비로 유지되고 있다. 국민건강보험법에 따르면 건강보험기금은 다음과 같은 출처로 구성된다.

- * 피보험자 부담 건강보험료
- * 고용주가 납부한 기여금
- * 정부 출연금인 예산보조금
- * 은행 내 기금의 자유 잔액에 대한 이자
- * 연체 HIF 기여금에 대한 벌칙

2019년을 기준으로 건강보험기금의 총수입은 4077억 MNT에서 승인되었으며, 이 중 4696억 MNT가 회수되었고, 수익 집행은 619억 MNT(15.2%)를 초과하였다.

<표 4-1> 건강보험 기금으로부터의 수익 / 10억 MNT /(2019년 기준)

	소득 유형	2018 년 실적	2019 년			
			계 획	실 적	비 율	차 이
1	기업의 고용주가 지불하는 수수료	112.1	100.6	123.4	122.7	22.8
2	피보험자가 부담하는 보험료	125.9	122.5	150.4	122.8	27.9
3	예산 조직이 지불하는 수수료	41.5	44.5	54.4	122.5	10.0
4	국가보험책임자부담금	67.5	83.9	83.8	99.9	-0.1
5	다른 피보험자가 부담하는 분담금	16.5	16.8	14.8	88.1	-2.0
6	기타 수입	47.6	39.4	42.7	108.4	3.3
	합계	411.1	407.7	469.6	115.2	61.9

출처 : 건강 보험 기금 정보

건강보험기금의 총지출은 4077억 MNT로 승인되었으며, 이 중 3510억 MNT가 지출되었으며 집행률은 86.1%로 나타났다. 보고년도에는 1,970개 이상의 의료기관에 8,60만 명의 보험가입자의 관리와 서비스를 위해 3,461억 MNT가 할당되었다.

<표 4-2>건강보험기금의 예산지출/ 십억 MNT / (2019년 기준)

	소득 유형	2018 년 실적	2019 년			
			계획	실적	비율	차이
1	국유보건시설 발급	213.2	244.7	236.8	96.8	-7.9
2	피보험자가 부담하는 보험료	94.9	148.7	105.3	70.8	-43.4
3	수읍(군)마을보건센터 의 자금조달지출		8.7	4.0	46.1	-4.7
4	운영채순환원가	3.6	5.4	4.6	85.1	-0.8
5	기부금 환불		0.24	0.26	108.0	-0.1
	합계	311.7	407.7	351.0	86.1	-56.7

- * 민간 병원과 약국에 제공할 서비스에 대한 지출은 434억 MNT에 의해 집행되지 않는다.
- * 스포츠 클럽의 인증이 부족했기 때문에, 계획된 20억 MNT는 체육 활동과 스포츠 서비스에 쓰이지 않았다.

5. 건강보험기금을 통한 의료 보장 항목

피보험자는 매년 건강보험료를 납부할 의무가 있으며, 보험에 가입하면 해당 연도에 건강보험기금에서 다음의 8종의 진료비를 납부할 수 있다. 여기에는 다음이 포함된다.

- * 입원환자 관리
- * 외래진료
- * 진단 테스트
- * 전통적인 치료법
- * 재활관리 / 스파 및 스파 비용 /

* 주간 치료

* 완화의료

* 필수 약품 할인

피보험자 1명의 진료비·서비스 변동액은 보건복지부 장관·재무장관·사회
복지노동부 장관의 공동명령에 의해 승인돼 전국적으로 시행된다. 예를 들
어, 표는 피보험자가 다음과 같은 유형의 서비스를 제공받는 경우 건강보험
기금에서 지급해야 할 비용 금액을 보여준다. 여기에는 다음이 포함된다;

<표 4-3> 치료유형별 기금 부담액

	치료 및 서비스 유형	기금 부담 치료비 /투그릭/
1	입원환자 관리, 서비스 (제155항의 포함되는 2500 개 진단)	108380-536060
2	하루 치료를 받음.	68385-134212
3	외래진료	9000-9720
4	진단 및 치료	30 000
5	전통적인 치료	80 000
6	재활 치료	50000-52290
7	완화 치료	65 000

출처 : 몽골건강보험공단 www.emd.gov.mn

제2절 한국의 건강보험 제도

1. 개요

한국의 경우 1999년 국민건강법이 제정되기 이전에는 의료보험이라는 용어를 사용하였는데 이때의 ‘의료’라는 개념에는 질병을 치료하는 것은 물론 상병·부상을 예방하고 건강을 증진하는 적극적인 개념으로 파악하는 것이라 볼수 있다.

국민의 건강증진과 유지라는 측면이 강조되면서 1999 년부터국민건강보험법(1999.2.8 제정)을 제정하여 건강보험이란 용어를 사용하고있다. (문상식 · 김명중, 2015: 74). 한국은 1977 년에 직장인 의료보험제고 도입하고 1989년에 보편적 의료보험 제도를 도입했으며, 이를 통해 전국민에게 국가 의료보험 제도 및 의료 지원 프로그램을 제공했다.

의무 가입이 필요한 의료보험 금융 시스템과 비교하면서 한국의 의료보험 제도는 주로 민간 분야에 의존하고 있다. 공중 보건 시설은 중앙 및 각 지역, 지방별로 보건 서비스를 제공한다.

2. 건강보험조직과 운영

국민건강보험은 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 의하여 관리 운영되고 있다. 보건복지부는 건강보험의 관장자로서 건강보험관련 정책을 - 21 - 결정하고 건강보험업무 전반을 총괄하고 있다. 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 자격관련, 보험료의 부과·징수·보험급여비용지급 등의 업무를 수행하고 있다.

건강보험심사평가원은 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하여 공단이 지급할 비용을 확정하고 있다. 요양기

관은 가입자에 대한 의료서비스를 제공하고 서비스 비용은 공단과 계약으로 정한다. 한국 국민건강보험 관리운영체계를 종합적으로 도식화하면 <그림 5-6> 과 같다. (문상식 외, 2015: 437).

<그림 4-5> 국민건강보험관리운영 체계



출처 : 보건복지부. <https://www.mohw.go.kr/>

사회보험방식에 의하여 운영되고 있는 한국의 건강보험은 가입자 및 사용자로부터 징수한 보험료와 국고 및 건강증진기금 등 정부지원금을 그 재원으로 하고 있다.

보험료는 임금근로자가 대상인 직장가입자의 경우에는 소득비례정률제가

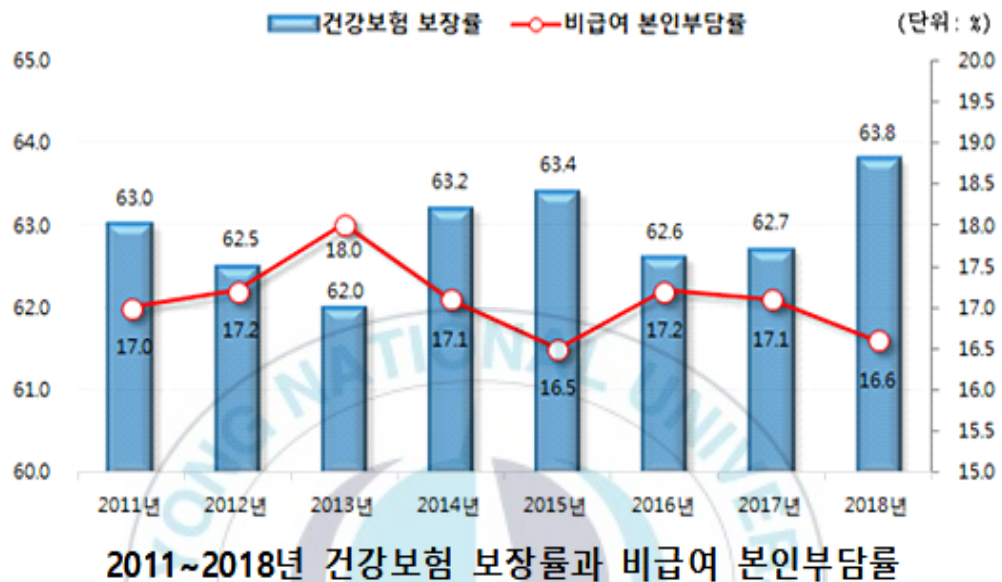
적용되고 있으며, 농·어민과 도시자영자 등 지역가입자의 경우에는 대상범위가 광범위할 뿐 아니라, 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득파악에 어려움이 있어 소득비례 정률제 대신 보험료부과점수(소득, 재산, 생활수준 등의 등급별 점수합)에 점수당 단가를 곱하여 산정한 금액을 적용하고 있다.

2017년 건강보험 보장률은 전년대비 1.1%p 증가한 63.8%로 집계됐다. 16일 국민건강보험공단(이사장 김용익)은 '2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사' 연구 결과, 이 같이 나타났다고 밝혔다. 1인당 중증·고액진료비 상위 30위 내 질환 보장률은 1.5%p 증가한 81.2%, 상위 50위 내 질환 보장률은 1.1%p 증가한 78.9%였다.

3. 건강보험재정.

한국의 건강보험은 독일, 프랑스와 마찬가지로 사회보험 방식으로 운영되고 있다. 즉, 국민이 소득의 일정 부분을 건강보험료로 매월 납부하고, 질병으로 인해 의료서비스를 받을 때 건강보험 급여 혜택을 받는 것이다. 2016년 기준 건강보험 수입은 약 56조 원, 건강보험 지출은 약 53조 원이다. 건강보험 재원은 대부분 보험료로 충당되며(85% 정도) 나머지(15%)는 정부지원금으로 보조받는다. 보험료는 매년 건강보험정책심의 위원회(건강심)에서 결정된 보험료율에 따라 소득 혹은 지불 능력에 비례하여 납부하게 되며, 보험료율은 매년 꾸준히 증가하는 추세이다. 그러나 국민건강보험법 제73조에 의거하면 보험료율은 8% 상한이 존재한다. 정부 지원금은 국민건강보험법 제108조에 의거하여 보험료 예상 수입의 20% 이내에서 결정된다. (이은경. 2018).

<그림 4-6> 건강보험보장률.



출처 :보건복지부, <http://www.dailymedi.com> 2019.12.16 15시22분

건보공단은 "의학적 치료에 필요한 비급여를 건강보험권에 편입하는 지속적인 비급여 관리 노력으로 보장률이 개선되고 있는 것은 사실"이라며 "이번 연구에는 그간 보장성 강화가 중증질환 위주로 이뤄져 병원 보장률이 정체되는 경향이 있는 것으로 나타나, 비급여의 급여화에 대한 지속적인 추진이 필요한 것으로 나타났다.

또한 소득계층별 건강보험 보장률을 살펴보면, 저소득층이 고소득층보다 보장률이 더 높은 것으로 나타났다.

<그림 4-7> 직장가입자 및 지역가입자 보장률

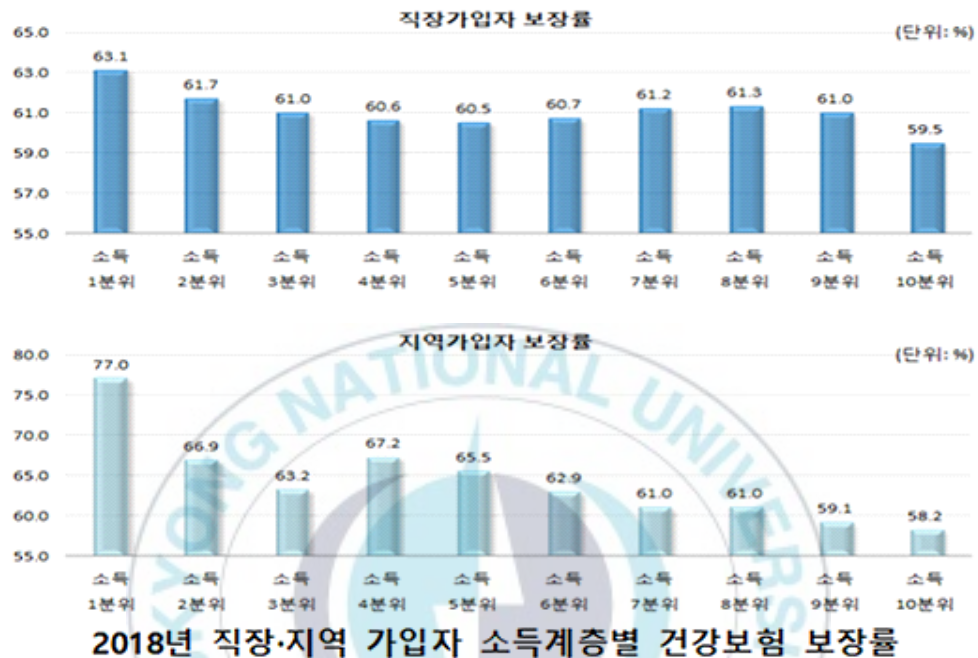
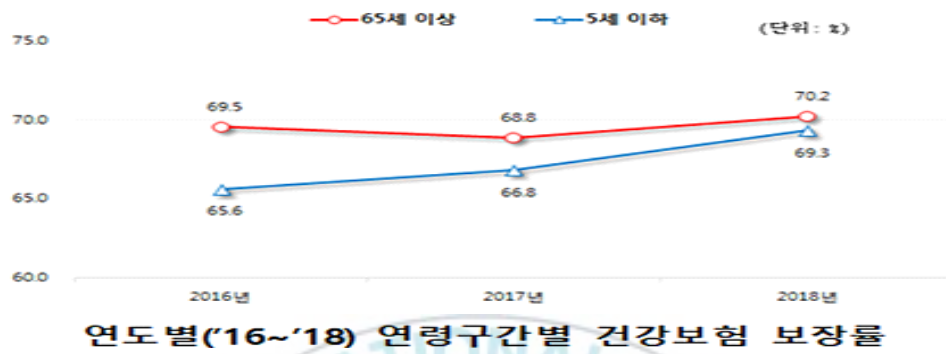


표: 국민건강보험공단

출처: 히트뉴스(<http://www.hitnews.co.kr>)

아울러 아동·노인 등 취약계층을 위한 의료비 부담 완화 정책 효과로 5세 이하 보장률은 2.5%p, 65세 이상은 1.4%p 증가했다. 이는 2017년 10월 만 15세 이하 입원진료비 본인부담률은 10~20%에서 5% 경감됐고, 2018년 1월 만 65세 이상 대상 노인외래정책제가 점증적 정률제로 도입돼 본인부담률이 개선된 데 따른 것이다.

<그림 4-8>연령구간별 건강보험 보장률



출처 : 히트뉴스(<http://www.hitnews.co.kr>)

제3절 몽골과 한국의 의료보험 제도 운영 비교

1. 의료보장의 범위

1) 몽골

의료보장의 대상자와 관련해 2015년 제정된 몽골 의료보험법에 따르면, 사회적 의료보험은 모든 국민에게 의무로 제공되어야 한다. 비거주자는 자발적 보험지급에 의해 의료보험을 제공받을 수 있다. 법에 따라, 모든 기업, 공공기관 및 직장 근로자는 의료보험에 가입해야 한다. 의료보험료를 납부할 수 없는 국민의 경우 의료급여제도를 도입하였다. 그 결과 장애인, 16세 미만 아동, 은퇴자, 군인, 목부 등이다.

의료보장의 대상인 의료행위와 관련해서는 다음 보건 서비스는 국가 예산에 의해 무상으로 지원된다.

- * 임신 및 출산과 관련된 진료, 진단 및 치료는 출산 후 까지 지원
- * 공공 병원에서 제공하는 아동 의료 서비스
- * 소독 및 정기적 면역조치를 포함하여 전염병 예방을 위한 위생조치
- * 공공 보건 서비스 및 응급 의료 서비스, 섬 및 마을 건강 센터에서 제공한 의료 서비스, 재난 및 감염병 발생 기간 동안 제공된 의료서비스;
- * 다른 사람의 생명을 구함으로써 발생한 부상 또는 질병의 치료 및 광범위한 부상의 예방
- * 결핵, 암, HIV/AIDS 및 정신병의 치료
- * 장기적 치료 및 일시적 처방을 요하는 질병에 대한 약제

사회 의료보험에는 다음 보건 서비스가 제공된다.

- * 진단시험
- * 2차 및 3차 의료기관의 입원 및 외래 환자 서비스
- * 2차 의료기관 수준의 의료
- * 전통적 의술을 이용한 입원환자의 치료
- * 요양원 및 재활센터에서의 장기적 간병
- * 말기 입원 환자 간병
- * 요양원에 입소한 환자를 위한 재활 서비스
- * 바그, 섬 및 가정 주치의가 처방한 필수 처방약

개인부담과 관련해 병원에 입원하여 치료하는 경우 보험가입자의 비용부담이 발생한다. 특정 진단서비스는 일반적으로 보험가입자가 지불해야 한다. 핵 영상촬영, CT, MRI 촬영, ECG, EEG, 내시경 진단, 초음파 촬영, X-ray, 도플러 검사, 연구실에서 진행되는 서비스, 예방 진단 및 자발적인 검사. 기타 서비스는 보통 의료보험에서 부담한다. 입원의 경우, 보험 가입자는 공동 부담금의 명목으로 전체 비용의 10~15%를 지불해야 한다. 장애인, 기초수급자 및 아동은 면제된다.

2) 한국

가입대상과 관련해 한국은 전국민 의료보험 가입이 의무화되어 있으며 국가 의료보험 제도 가입자는 다음과 같이 나누어 질 수 있다. 지역 가입자 및 직장 가입자. 모든 민간 및 공공기관 근로자는 직장 가입자로 분류된다.

모든 직장 근로자 및 국민은 국민의료보험에 가입해야 한다. 보험료를 납

부할 능력이 없는 사람은 세금으로 지원을 받는 의료 지원 프로그램에 따라 의료보험제도에 가입할 수 있다. 다시 말해서, 저소득층은 보험료 및 고용인의 보험 부담에서 제외 대상이 된다.

의료보장의 범위와 관련해 한국의 의료보험 제도에는 의료 서비스의 보험담보가 범위 및 깊이 보다 더 우선시 된다. 이에 대한 혜택은 다음 의료 서비스에 명시되어 있다. 진단, 치료, 전통적 의미의 의료, 응급 치료, 약제 및 치료 등 포괄적인 의료행위 전반에 걸쳐 보장된다.

또한, 중년층의 암 검사를 포함해서 반기에 한번씩 무상으로 건강 검진을 받을 수 있다. 보편적 의료보험 제도는 소득 및 사회적 지위와 관계 없이 동등한 보험담보를 받을 수 있다. 또한, 출산 및 장례의 경우 현금 지원이 가능하다.

자기부담과 관련해 전체 비용의 1/5에 해당하는 비용은 입원 서비스에 필요하지만 의료 기관의 특성에 따라 외래 진료의 경우 30~60%까지 적용된다. 저소득층은 서비스 제공 시점에 공동부담 의무에서 제외되며, 취약계층(예. 노인, 암과 같은 큰 질병을 겪는 환자)은 공동 부담율에서 할인 적용을 받게 된다. 소득 수준에 따라 매 6개월 마다 다른 기준이 적용되어 본인부담금에 상한선이 주어진다.

2 보험료의 징수

1) 몽골

의료보험 자금은 두 가지 주요 수익 원천을 갖는다. 정부 예산과 사회 보험 기여금. 하지만, 보건부는 보건 시스템 유지의 책임이 있으며, 국가 예산은 광산업에 의존한다. 정부 예산은 국세청을 통해 징수된다. 정부예산을 구성하는 총 15가지의 세금이 있다. 외국 시장에서의 가격 변동 및 비즈니스

환경은 정부 예산과 같은 세수에 큰 영향을 미친다. 따라서, 정부 예산 조달 및 배분능력은 극히 제한적이다. 반면, 의료보험료의 주요 수익 원천은 사회 건강 보험 자금이다. 사회 보험 기여금의 징수는 상대적으로 효율적으로 진행되며, 사회 보험의 지역 사무소를 통해 징수된다. 근로자 및 고용주는 사회 보험 및 의료보험료를 의무적으로 납부해야 하며, 목부, 학생 및 실업자는 자발적으로 납부할 수 있다. 각 아이막에는 21개의 사회 보험 지역 사무소가 있으며, 수도의 각 구역별로 사회 보험과 관련된 9개의 지역 사무소가 있다. 근로자 및 고용주는 월 급여 총액의 4% (각각 2%씩 분배)를 보험료로 납부해야 하며, 자영업자의 경우 월소득액의 1%를 납부해야 한다. 하지만, 비공식 분야가 많은 관계로, 높은 소득세, 높은 실업률, 보험 기여금 또한 한계를 지닌다.

2) 한국

몽골과 마찬가지로, 의료보험 기여금은 월 급여에서 산정되며, 고용주와 근로자가 50%씩 동등하게 부담한다. 모든 근로자가 동등한 보험금 납입율을 가지며, 2011년 5.64%에서 2020년 6.67%로 증가하였다. 자영업자의 의료보험 납부액은 월 소득 신고액과 자산을 기반으로 산정한다. 국가 의료보험 서비스는 보험 기여금을 징수한다. 저소득층은 중앙 및 지방정부의 예산으로 지원되는 의료지원 프로그램을 통해 의료 서비스 혜택을 받는다.

보험 수익 징수, 자금 조달 및 의료 서비스 구매는 의료보험 관리공단의 업무 중 필수적 요소이다. 모든 보험 기여금은 납세자의 세금이 국민의료보험공단에 지원된 것이며, 이러한 세금은 중앙정부 예산에 해당한다. 이 자금은 의료 지원 프로그램 및 병원, 약국, 보험회사에 지원된다.

3. 의료서비스의 이용

1) 몽골

몽골의 주요 의료서비스 제공자는 중앙정부 또는 지방정부의 소속 국공립 의료기관이다. 지방 도시의 기초 의료서비스는 지방 정부 및 보건지소와 계약된 의료 기관을 통해 제공된다. 2차 의료기관 및 병원은 보건복지부가 직접 운영하며, 1차 의료기관은 지방 정부가 관리한다.

지방 의료 기관은 의료보험 예산의 지원을받는 지방 정부 및 보건지서와 계약을 한다. 이 계약은 성과 기반이다. 다시 말해서, 이 의료 기관들은 보건지소에서 성과를 기반으로 계약을 체결하며 지출비용을 변제받는다. 의료보험에 서비스를 통합하고자 하는 민간 의료 기관 및 시설은 다양한 기준을 통해 선정된다. 이 기준에는 조직 구조, 역량, 서비스 품질 등이 포함된다. 보험회사 간의 경쟁은 없다.

2) 한국

단일보험자제도에서 보건복지부 및 의료서비스 제공업체간의 선정 계약은 존재하지 않는다. 모든 보험회사는 의료보험 제도에 참여할 의무가 있으며, 의료보험제도에 모든 가입 환자에게 의료 서비스를 제공해야 한다. 이러한 의무가입 제도는 국민에게 의료서비스에 대한 접근을 향상하는 데 많은 기여를 한다. 하지만, 보험회사 수의 과다로 인해, 보건복지부는 의료 시설의 역량 및 품질을 기반으로 업체마다 다른 조건을 지닌 선별적 계약을 고려해야 할 필요가 있다. 의료보험을 관장하는 주 기관은 모든 사회보장 프로그램(연금, 실업 급여, 직장 내 부상, 의료보험)에 대한 기여금을 징수하며, 사회보험 프로그램에 자금을 배분한다.

4. 본인부담금

1) 몽골

국영 병원에서 보험 가입자의 현시점 공동 부담금이 지나친 의료 서비스를 제한하기 위한 수단으로 사용된다. 반면, 본인부담금은 취약 사회 계층에는 통상적으로 적용되지 않는다. 자기부담금의 다른 목적은 보험회사의 추가 수익을 징수하기 위함이다. 보건법에 따르면, 보건부는 본인부담금 비율을 정할 책임이 있다. 또한, 보험회사는 가격 한도를 정하는데 있어 보건부와 협의해야 한다.

1차 및 2차 단계의 약국에서 구매한 병원외 의약품은 의료보험으로 보장되지 않는다. 식품 및 기타 비용은 자기부담금에 해당된다. 뿐만 아니라 몽골에는 다양한 종류의 비공식 납부 수단이 있으며, 의료보험 제도에 영향을 미친다. 몽골 의료보험 체계에서 본인부담금 수준은 국민 소득에 비해 비교적 높다.

2) 한국

환자들은 보험 가입된 의료서비스를 받을 때, 20%의 본인부담금을 납부해야 한다. 보험회사의 약관에 따라, 본인부담금은 60%까지 증가할 수 있다. 저소득 사회계층은 의료지원 프로그램의 수급 대상이 된다. 다음 사회 계층은 의료보험 납부의 면제 대상이 된다. 노년층, 6세 이하 아동, 만성 또는 심각한 질환을 가진 환자. 비공식 납부는 없다. 한국의 본인부담금은 보험가입자 소득이 아니라, 서비스 비용 수준을 기반으로 한다. 따라서 서비스의 내용에 따라 저소득층의 부담은 매우 높은 경우가 발생할 수 있다.

5. 의료비 계산 방법 (보험수가 산정 방식)

1) 몽골

의료 서비스를 위한 납부: 2008년부터, 지방에 있는 1차 보험회사를 위한 자금은 위험 조정 인두세 모델(a risk-adjusted capitation model)을 통해 산정되고 있다. 이전에는, 정부 예산에서 품목별 예산제도 및 입원 환자 서비스를 위해 의료보험 자금에서 단일 고정율을 통해 자금이 배분되었다. 2005년, 침상수가 아닌 인구수를 기반으로 섬 병원의 자금을 배분하는 제도가 만들어 졌으며, 2007년1월 전국적으로 시행되기 전, 5개의 아니막에서 2년간 시범 운영 되었다. 초기에 사용한 인두세 공식은 고정 비용 (예. 난방, 전기, 수도) 및 인구수 (변동비에 대한 대응물로서)를 근거로 산정되었다.

2008년부터, 고정 비용 및 변동 비용을 기반으로 산정되며, 변동 비용에는 섬의 인구수, 연령, 성비 (75%), 아니막 센터로부터 섬까지의 거리 (20%) 및 성과 (5%)가 포함된다. 이 인두세 모델은 섬에 있는 의료 센터에 자원을 분배하기 위해 대부분의 아니막에서 납부 방식으로 사용하고 있다. 하지만, 시행과정에서 문제 (보건부, 재정 경제부, 2009)가 있었다. 섬의 인구가 3,000명 미만일 경우, 배분된 예산은 불충분하기 때문이다. 이 경우, 아니막 보건부는 부족분을 보충하기 위해 거리에 대해 10%, 성과에 대해 5%를 적용하게 된다. 1차 의료 기관의 경우와 마찬가지로, 몽골의 2차 및3차 병원 또한 과거에는 입원 및 외래 환자에 대한 서비스를 제공할 때 정액율에 의해 자금을 지원받았다.

2007년부터, 병원은 22 종류의 DRG(포괄수가제)에 적용되는 DRG 제도를 이용해 자금을 지원받고 있다. 하지만, 현실상으로는, 자금지원은 전년도 지출을 기준으로 삼아 결정되며, 퍼센트 상승에 의해 조정된다. 그 후에, 정부 예산 및 보험 자금에 대한 각각의 기여금을 정의하기 위해 22 개의 DRG로

분류된다.

보건부는 2006년 필수의료 서비스 목록 및 자금원천과 납부 방식에 대해 발표했다. 납부 방식을 변경하기 전, 보건부는 이 제도의 신중한 도입을 위해 환자구성 방식을 시범운영(2008년-2009년) 하였다. 환자구성 방식을 통해 수개월 동안 5개의 시범 운영 병원에서 의료 서비스에 대한 광범위한 데이터를 수집하였다. 이 데이터베이스를 기반으로, 122개의 동일한 DRG가 파악되었으며, 대부분 입원환자에 대한 것이었다 (외래 환자의 경우 제한된 데이터로 인해, 모든 외래 방문은 단일 진단 그룹으로 속한다). 환자구성 방식은 22개의 배상율보다 실제 병원비용에 좀더 현실적인 새로운 사례기반의 배상율을 정하기 위해 관련 비용에 대한 해외 데이터와 함께 원가비용을 계산하였다. 환자 구성 방식을 통해 보건부는 기존에 사용중인 22개의 DRG를 총 115개의 DRG에 포함시키는 법령을 발표하였다 (2009년 6월 12일 법령 제180호). 민간 의료서비스 제공업체 및 요양원의 입원 서비스를 위한 의료보험 지원 자금은 각 업체의 승인점수에 유사한 수준의 공공 병원에 적용되는 평균 환자구성율을 곱한 비율로 산정된다. 일부 요양원 및 휴양시설에서 온천, 전통 의학, 모래, 물리치료 기술 및 장비를 사용하여 재활 서비스를 제공한다. 이 또한 동일한 고정율에 따라 SHI에서 변제 가능하다.

필수 약품은 약국에서 할인된 가격으로 (가격의 9~95% 변제) 구매가 가능하지만, FGP(도시의 경우, 1차 의료 기관) 및 섬 병원 (지방의 경우) 처방한 약에만 한정된다. 의료보험 소위원회에서 보건부의 가격 참조 목록 및 변제 가능한 금액의 비율을 결정한다. 당뇨병과 같이 정부 예산 지원을 받는 서비스에 대한 치료약은 승인된 예산 범위 내에서만 품목별로 제공이 가능하다. 하지만, 환자들은 원래 무상으로 제공받아야 하는 약들조차 비용을 지불해야 한다며 (SHI 가입과 관계없이) 불평하고 있다. 반면, 병원에서는 정부의 자금지원이 이러한 비용을 부담하지 않는다고 주장한다. 이는 효율적인 구매 방식의 부재에 기인하며, 배상율이 정부의 예산이 지원되는 서비스가 아니라 SHI 서비스에만 적용되기 때문이다.

2) 한국

공공 의료보험 서비스는 정부의 지원을 받는다. 여기에는 기초 의료서비스, 외래 및 입원환자, 제약 관련 서비스이다. 의료보험은 각 진료별 지불조건을 기반으로 의료서비스 기관(외과, 치과 및 병원)에 제공된다. 의료 서비스기관에서 근무하는 개인 의사들은 고용주가 제공하는 급여를 받는다. 의료보험은 또한 제약회사에게 지급하는 변제 가격을 정한다. 각 진료별 지불은 자원기 준상대가치등급 (Resource-based Relative Value) 제도를 기반으로 한다. 개별 진료에 대한 비용은 진료의 상대가치에 전환계수 (conversion factor)를 곱한 값으로 정한다 (상대 가치에 대한 금전적 가치). 상대가치는 전공협회의 동의에 의해 정해진다.

전환계수는 매년 NHIS와 병원협회가 협의해서 정한다. RBRV는 미국에서 최초로 개발되었는데, 노년층의 진료과별 보험지급률의 왜곡을 바로 잡기 위해서 였다. RBRV는 서비스 생산에 필요한 자원비용을 기반으로 의사의 상대적 가치를 정한다. 의사의 총일량 (시간 및 강도), 진료(간접비) 비용 및 전공 훈련을 위한 기회비용. RBRV 제도는 본질적으로 상대가격에 영향을 미치고, 전공이 다른 의사들의 소득을 재분배하기 때문에 본질적으로 의사간 갈등을 유발할 수 밖에 없다. RBRV 제도가 1990년대 초기에 도입된 이후, 진료별/전공별 상대가치를 종합적으로 수정하는일이 매우 어려워졌으며, 단편적인 수정만 가능해졌다.

입원 환자를 위해 진료별 지불 변제제도에서DRG기반의 지불제도로 전환하기 위해, 정부는 자발적으로 참여하는 의료기관을 대상으로 1997년2월 DRG 시범운영 프로그램을 발표하였다. 시범운영 프로그램에 의하면DRG 제도는 의료 비용, 진료수준을 저해하지 않는 선에서의 항생제 사용, 평균 검사 수 등 여러 면에서 긍정적인 결과를 낳았으나, 의료기관의 강한 반발로 인해

DRG 제도가 모든 의료기관에 확대되기는 어려웠다. 2013년 7월, 상기 서술된 7개의 질병에 대한 DRG 제도는 모든 의료기관에 적용되었다. 하지만, DRG 제도가 다른 질병 카테고리에까지 확대될 수 있는지 여부는 미지수이다.



제4절 몽골 의료보험 제도의 문제점

몽골 정부는 2016~2020년 건강보험제도 개편, 국민건강보험 완전 보장, 모든 피보험자가 양질의 의료서비스를 경제적으로 어려움 없이 받을 수 있는 여건을 조성하고, 보건분야에 대한 재원을 점차 2배로 늘리겠다는 목표를 세웠다.

건강보험 분야에서 정책과 시스템 차원에서 일부 조치가 취해졌지만 시민들의 건강 위험을 해소하지 못하고 있다. 의료 및 건강보험 시스템은 다음과 같은 과제에 직면해 있다. 첫째, 민간 의료비 지출이 증가하면서 빈곤으로 이어지고 있다. 몽골의 공공 의료 금융 시스템은 혼재되어 있다. (1) 보건복지부가 관리하는 세금 기준 예산, 2) 사회건강보험기금, 3)개별납으로 구성된다. 현재 보건금융의 40%는 국가예산으로, 20%는 건강보험기금이, 나머지 40%는 국민이 지원한다. 세계 보건기구 (WHO)에 따르면 본인부담 건강 지출이 25 %를 초과하면 빈곤이 악화시키고 소득 불평등이 가중시킬 것으로 추산하고 있다.

보건재정전략문서는 개별 직불금이 전체 건강지출의 25%를 초과해서는 안된다고 규정하고 있지만, 개인 직불금이 약 40%를 차지해 가계에 재정적 부담을 주고 있다. 몽골에서는 불평등이 심화되고 빈곤이 증가하였다. 빈곤율은 20여 년 동안 20% 아래로 떨어지지 않았고, 3명 중 1명이 빈곤층이라는 것은 빈곤이 현실이고 성장한다는 것을 보여준다. 2014년에는 빈곤율이 21.6%였으나 2016년에는 29.6%로 8%포인트 증가했다. 몽골 국민 3명 중 1명은 국가 빈곤선 아래로 살고 있다. 2018년 빈곤율은 28.4%에 달해 소폭 감소했지만 빈곤선 바로 위에 있는 것이며 인구의 15%는 어떤 역경(경제, 물가, 기후, 건강 등)이 닥쳤을 때 다시 빈곤에 빠질 위험에 처해 있다.

둘째, 보건의료에 대한 국가 자금과 HIF에 대한 정부의 기여도는 너무 낮다. 세계보건기구(WHO)는 개도국이 국내총생산(GDP)의 최소 5~6%를 보건

부문에 배정할 것을 권고하고 있지만 우리나라는 2.6%만 배정돼 있다. 고성장의 몇 년 동안에도 건강과 교육에 대한 자금은 크게 늘지 않았다. 국가가 부담하는 사람들이 내는 건강보험료 액수는 매우 낮다. 2019년도 예산수입구조에 따르면 고용보험의 보험료 수입은 65.5%, 국가를 책임지는 국민의 보험료 수입은 20.6%이다.

<그림 4-9> GDP 성장률과 GDP에서 교육 및 의료 지출의 비율.

GDP growth and the share of education and health expenditures in GDP.2007-2017

Зураг 2.1. ДНБ-ий өсөлт болон боловсрол, эрүүл мэндийн зардлын ДНБ-д эзлэх хувь, 2007-2017 он



Эх сурвалж: YCX, www.1212.mn

Percentage of health expenditures in GDP. The share of education expenditures in GDP. GDP growth(at 2010 constant prices).

정부가 건강보험 재정과 정부 출연금을 모두 늘리지 않는 한 보험금 보장 범위를 늘리고 보험료 납부를 독려해도 보험기금을 강화할 수 없다. 이로 인해 기금의 수입과 기금에서 지출 부담하는 건강관리, 서비스 범위가 제한되고 보험 적용 범위가 줄어들며 본인 부담금이 늘어난다. 셋째, 건강보험기금은 건강 위험을 보상하지 않는다. 건강보험은 연대 원칙에 입각하지만, 건강 위험이 발생했을 때 피보험자도 위험을 분담해야 한다. 그러나 보보험료를 4% 또는 (고용주 2%, 근로자 2%)를 내는 사람, 특히 청년과 중장년층은 위험에 처한 건강보험에 가입할 수 없다. 피보험자는 기금으로부터 13가지 유

형의 진료 및 서비스로부터 연간 최대 200만 MNT(751달러)까지 변제받을 권리가 있다.

한편으로, 의료 패키지는 피보험자의 필요와 요건을 충분히 커버하지 못하기 때문에, 지명된 진료에 포함되지 않으면 피보험자가 분담금을 지불한다. 반면 보건의료의 이용가능성과 공공병원의 높은 업무량과 대기열로 인해 필요한 서비스가 없고 보험도 없는 민간병원으로부터 유급 서비스를 받는 선택에 직면해 있다.



제5장 몽골 의료보험 제도 개혁을 위한 제안

제1절 보험료의 징수에 대한 제안

본 장에서는 이러한 메커니즘의 도입과 수정을 위한 가능성을 살펴보고, 본 연구의 이론적 틀에 명시된 목표를 기반으로 평가를 내리기로 한다. 이 목표는 국가 재정 정책 수준에 대한 영향력, 재정 정책 및 서비스 소비의 공평한 분배 달성, 운용 효율성 영향, 의료보험 재정 시스템 개혁을 위한 기타 분야 활성화 등이다.

첫째, 정부 재원의 다각화가 필요하다. 경제가 성장하고, 인구 대부분이 공식 분야에서 일하는 경우, 세금을 징수하는 일은 어렵지 않으므로, 이러한 상황에서 국가는 보건 분야에 더 많은 예산을 지원할 수 있다. 전환기에 경제적 어려움을 겪고 있는 국가들에게는, 세금징수 개혁이 의료서비스에 할당된 공공 수익의 수준에 큰 영향을 미치지 않을 것이다.

둘째, 세금으로 지원되는 의무 의료보험 제도의 강화가 필요하다. 새로운 재정 원천을 만들 수 있는 개혁을 통해 반드시 기존 원천에서 발생한 변화에 대해 규제해야 한다. 정부는 의료보험을 납부하지 않는 사람들을 위해 의무 의료보험을 지원해야 한다. 이는 의료에 대해 중앙화 또는 탈중앙화된 예산 분배 제도를 갖고 있는 모든 국가에 적용된다.

셋째, 자금마련 및 조달의 기능적 통합과 분리가 필요하다. 가장 중요한 교훈은 자금원천에 변화가 생겼을 경우, 이는 기타 다른 의료보험 재정 정책의 개혁과 함께 연계(또는 구심점 역할을 해야 한다)되어야 한다는 것이다. 특히, 목표 세금(targeted tax)징수에는 두 가지 중요한 임무가 발생한다. 첫째, 목표세금은 의료보험 재정 정책을 수정하는데 중요한 단계가 될 것이다. 의료 서비스 제조업체를 위해 새로운 지급 방식을 마련해야 하는 조달기관 (특

히, 의무 의료보험)은 이러한 개혁의 중요한 특성을 잘 활용할 것이다. 새로운 조달기관이 구성된 후에, 이들이 예상 수익 수준을 정확히 예측하고, 서비스 제공업체와 계약을 체결하며, 이들에 대한 금융적 의무를 잘 이행하는 지를 확인해야 한다. 따라서, 수익 징수 메커니즘 개혁을 지원하는 두번째 열쇠는 조달기관이 예측가능하며, 안정된 자금흐름을 갖고 있는지에 달려 있다. 수익 변동성은 모든 조달 개혁을 저해할 수 있다.

마지막으로, 의료보험 재정정책의 개혁은 단순히 자금원천을 변경하는 것 이상의 일들을 필요로 한다.

제2절 의료보험 재원 조달에 대한 제안

상기에 제시된 예는 자금 조달 메커니즘의 시장 구조 개혁에 대한 두 가지 일반적 분류에 따른 것이다. 이러한 분석은 개혁 이행을 위한 메커니즘을 설명하고, 의료보험 재정 정책 분야의 목표 달성을 위한 결과를 평가하기 위한 것이다.

“정당” 하거나 “최선”의 기금 마련 제도는 존재하지 않는다. 다른 개혁과 마찬가지로, 정책 입안자들은 새로운 제도를 시행하기 전 기존 제도에 대해 명확히 이해하고 있어야 한다. 몽골의 경우, 보편적이며 중앙화된 의료보험 제도가 적합할 것이다.

국제적으로 보건 부문은 5개 출처로부터 자금을 지원받는다. 여기에는 세금, 사회건강 보험, 개인 보험, 직접 환자 지불 및 기부가 포함된다. 몽골 2011년 상황으로 공공보건기금의 3분의 2는 국가 예산에서, 약 20%는 건강 보험기금에서, 나머지는 개인이 부담한다.

첫째. 민간 의료 금융, 즉 민간 부문이 기부한 근로 자본과 국민이 외국 병원에 지불한 자금을 합쳐져야 그 해의 총 의료 금융이 생산될 수 있다. 만약 우리가 그렇게 할 수 있다면, 우리는 GDP의 5% 이상을 차지할 것이다. 주

예산안은 의사와 직원의 급여와 더불어 의료 서비스를 제공하는 병원의 운영비용뿐만 아니라 전기와 난방비용에도 자금을 대고 있으며 이를 입력 기반 자금이라고 하며 전체 보건 부문 자금 중 80%를 차지한다. 이러한 접근 방식은 조직의 효율성이나 제공된 의료 품질에 영향을 미치지 않는다. 이것은 서비스를 제공하는 모든 병원이 자금을 받을 것이라는 점을 의미한다. 그 결과, 자유 시장으로의 전환 이후 20년 동안 파산한 병원은 단 한 곳도 없었다.

둘째. 다음 자금 조달 채널은 피보험자에게 제공되는 의료 서비스에 대해 피보험자를 대신하여 의료보험기금이 지불하는 자금이다. 이 기금에서 급여를 받는 모든 사람들은 법에 의해 급여의 4%를 지불해야 한다. (자신이 2% 그리고 고용주가 2%) 요구된다. 이 공식 부문의 피보험자는 건강보험 적용의 28%를 차지하지만 건강보험 기금 수입의 86%를 차지한다. 그러나 비공식 부문 또는 회색 경제 플레이어는 자발적 수수료(월 6,500 MNT)를 지불하며 이는 기금의 5%이다. 나머지 10% 미만이 예산에서 추가된다. 정부는 노인, 어린이, 군인, 장애인, 임산부에게 월 3840 MNT, 연간 46080 MNT 또한 0- 18세 아동의 월의 1920MNT 또는 연간 23,040MNT를 건강보험기금으로 이전하며 우리나라의 인구 80%가 보험에 가입된 것으로 추정된다. 사실, 이것은 월급을 받는 한 명에게 두 명의 보험료를 증가하여 지불시키고 있음을 의미한다. 이는 몽골 의료 시장이 선택적이지 않다는 것을 보여준다.

셋째. 자금 조달 채널은 환자들이 자신의 지갑으로 지불하는 것이다. 세계 보건기구의 연구에 따르면, 2010년 이 금액은 국제 수준보다 훨씬 높은 총 의료비의 41.4%였다. 해마다 주식지급액이 늘어나는 것은 건강보험기금 보상수준이 낮아지고 고비용과 진단비가 책정되는 것은 물론 보험에서 약물과 주사제 폐지와 이중지급 필요성이 증가하고 있기 때문이다.

공공부문 공무원들은 사회건강보험 수입의 대부분을 차지하고, 의료가 필요할 때 의료혜택을 받을 수 없거나, 병원에 여러 날 가거나 오진을 하고, 보

건 의료 보험의 체계를 획기적으로 개선 할것을 요구하고 있다. 오늘날 건강 보험의 주요 문제는 이러한 대규모 자금 조달의 결과, 의료 서비스의 품질과 결과가 왜 그렇게 열악한 지, 왜 위조 의약품이 판매되고 의약품 가격이 계속 상승하는 지이다.

제3절 의료서비스의 이용과 관련된 제안

의료 서비스의 구매는 의료보험 재정 정책 개발을 위한 전략적 목표 달성을 위해 중요한 도구이다. 예를 들어, 적극적 조달 전략은 더 비싼 치료를 위해 서비스 제공자에 적절한 보상 지급이 가능하며, 공급업체에 재정적 장려를 통해 서비스 품질 및 더 나은 결과를 위해 노력하게 하며, 고객과의 관계 및 공급업체의 성과를 향상할 수 있는 동기를 제공한다.

의료서비스 제공을 위한 의료기관 연결 시스템의 개혁은 보건 분야의 다른 자원분배에도 투명성을 향상시키며, 재정 정책의 개혁은 의료 분야의 실질상의 변화로 이어진다.

첫째, 제도적 구조의 개선이 필요하다. 의료기관의 협력 시스템의 최상의 제도적 구조는 국가의 상황 및 조달 개혁의 목표에 달려 있다. 이론적으로, 구매자와 공급자 분리 및 공급업체간 자원 분배 시 품목별 예산제도 탈피 등 개혁의 중요한 목표를 달성하기 위해서는 독자적 구매자가 있어야 한다.

둘째, 의료 서비스 제공자 편의를 위한 지급 시스템 개선이 필요하다. 서비스 제공자의 행정적 자율성은 개혁 성공의 전제조건이다. 판매자 지급 시스템, 계약상 협의, 정보 관리 시스템 등은 서비스 제공업체가 의사결정을 할 때 정보관리 시스템을 사용하지 못하거나, 인센티브 변경에 대응하지 못할 경우, 의료보험 개혁을 시행할 때 무용지물이 될 것이다. “자율성”은 국영 업체들에게 자원 분배시 더 큰 자율성을 줄 경우, 똑같은 효과를 산출하기 때문에 반드시 민간 공급업체의 존재를 의미하는 것은 아니다.

의료서비스 제공 시스템은 의료보험 재정 개혁을 이행하는데 기여하지만, 정치적 의지가 없다면 실제 가능한 환경을 구축하는 것이 불가능할 것이다. 조달 시스템 개혁은 기술적 메커니즘을 통해 공급업체가 자원을 좀더 효율적으로 재편성 및 재분배가 가능하게 하며, 절약한 금액만큼 재투자 할 수 있다. 하지만, 정치적 의지 없이는 의료보험 예산의 일정 수준 유지 및 자금의 재분배에 대한 제한요소 제거는 기술적 메커니즘 만으로는 달성하기 어렵다.

보장 및 적격 정책은 의료보험 제도의 재정적 자원 및 국민에게 제공되는 서비스 간의 교차점이라 할 수 있다. 따라서, 보장된 의료 서비스 제공과 관련된 정책은 다양한 의료보험 재정정책의 목표 균형을 위해 중요하다고 할 수 있다.

보장 정책은 다음의 세가지 측면을 포함한다. (1) 누가 보험으로 보장을 받는지 또는 의료보험 서비스에 적합한 인구 비중 (보장의 “넓이”) (2) 어떤 서비스가 보장되는지 또는 보장된 의료 서비스 종류 (“영역”) 및 (3) 서비스 비용의 어느 부분까지 보장되는지 또는 각 서비스 비용의 일부가 보장되는지 또는 반대로, 의료 서비스 납부를 위한 환자의 납부 능력 (“깊이”).

첫째, 재정적 전환 및 실제 인구 보장의 감소가 고려되어야 한다. 국가가 정한 의료 서비스 정의의 개혁은 의료보험 제도와 관련하여 내, 외부 요인의 영향을 받는 자원에 대한 의무사항을 계속해서 불가피하게 이행해 나가야 하는 과정이다. 인구, 기술 발전, 인플레이션 동반 의료 경제 상황 전환 및 재정적 압박은 의료보험 재정 시스템에 대한 압박 요인이 되며, 국가가 보장한 의료서비스 개혁을 위해서는 선제적 (단순 대응이 아니라) 조치가 요구된다.

둘째, 법적 개혁 및 보장된 의료서비스 개혁을 위한 정책이 필요하다. 국가가 보장하는 의료서비스 결정을 위한 개혁은 중요하지만, 성공적 이행을 위해서는 일관적으로 유지되어야 하며, 의료보험 재정시스템 개혁을 위한 종합

적인 전략이 우선되어야 한다. 이 메커니즘 이행에 앞서 보장된 서비스 범위를 축소하고, 공식적인 비용 분담 수준을 늘린다면 국가가 정한 서비스 보장 달성을 위한 중요한 열쇠가 될 것이다.



제6장 결론

경제개발에서 의료는 사회적 지표의 직, 간접적 향상을 통해 발전 될 수 있다. 따라서 공중 보건의 수호는 개별 국가가 중시해야 하는 최우선적인 공공 정책이다.

건강은 교육에 대한 접근성 확대, 노동시장으로의 진출, 노동 생산성 향상, 개인의 번영, 적은 의료 비용지출, 원만한 사회관계 및 장수를 포함하여 여러 가지 다양한 기회를 제공하다는 점에서 개인에게 가장 중요한 영향을 미치는 것 중 하나이다. 사회적 안전이라는 관점에서 국민의 건강 상태를 지속적으로 확인하는 일은 국가 전반적 개발 전략에 국민의 건강문제를 포함시키기 위해 반드시 필요하다. 또한, 이는 국민의 경제적 후생과 삶의 질을 향상시키기 위해 국가 정책을 결정하는 지도자들에게 밑거름이 될 수 있다.

한국은 세계에서 가장 빠르게 성장하는 국가중 하나이며, 한국인들의 전반적 삶의 질은 높은 의료 수준으로 인해 점점 더 향상되고 있다. 한국의 의료 제도는 크게 세 부분 (국민 의료보험 제도, 의료 지원 보험, 장기 간병보험)으로 나뉜다. 한국의 모든 국민은 국민 의료보험 제도의 혜택을 받을 수 있다.

한국은 전체 인구의 97%가 국민의료보험 제도의 혜택을 받을 수 있다. 가입자는 크게 두 그룹(직장가입자 및 지역가입자)으로 나뉜다. 나머지 3%는 의료 지원 프로그램의 수혜를 받는다. 의료비용을 감당할 수 없는 환자들을 위해, 이 프로그램은 희귀, 난치성, 만성 질환을 겪는 환자와 18세 이하 환자들을 위해 설계되었다. 이 프로그램은 중앙정부와 지방정부의 재정 지원을 받는다.

의심할 여지 없이, 한국은 보건 개발을 포함한 경제 개발의 여러 지표에 있어 몽골을 앞선다. 하지만, 한국의 보편적 보험 개념을 지닌 의료 보험 가입

의 의무는 40년간 지속되었으며, 건강 보험에 대한 입법은 이미 50년 전에 채택되었다는 사실을 간과해서는 안된다.

한국의 경험을 비추어 봤을 때, 우리가 주목해야 할 점은 제도 변화에 대한 시의 적절한 대처와 의료 서비스의 정기적 모니터링이라고 할 수 있다. 가까운 시일 내에, 몽골도 한국처럼 의료 분야에서 높은 성과를 달성할 수 있을 것이다.

한국 정부는 몇몇 분야에서 의료보험 제도를 향상시키는 데 중요한 성과를 낳았다. 보편적 개념을 지닌 의료보험 가입을 단기간에 의무화 시킨 것은 전례없는 사례라 할 수 있다. 다른 성과로는 국민에게 수준 높은 의료 서비스를 상대적으로 낮은 비용으로 제공한 것과, 의료 시설에 무제한으로 이용가능 하게 한 것이다.

일반적으로, 개혁의 주요 목표는 비용 지출을 모니터링 하면서 의료 서비스의 질을 향상시키기 위한 제도의 마련에 있다. 이는 의료 서비스 사용자와 서비스 제조회사와의 의료 서비스 소비를 최적화 함으로써 의료 서비스 제조회사를 위한 지급 방식의 도입을 통해 달성할 수 있다.

몽골의 의료보험 제도는 보편적 보험제도를 채택하며, 이는 비공식 지구 및 목부(self-employed herders), 학생 및 자영업자들에게 더 나은 혜택을 제공해야 한다.

보험가입은 다음을 통해 증가시킬 수 있다. (1) 소액의 고정 가입비용 부과 (비공식 지구에서의 수익 감소와 공식 지구에서의 예산 증가 위험이 따름)를 통해 격차를 해소할수 있다. (2) 연 보험료를 분기별 또는 반년에 한번씩 징수하거나 보험의 유지 또는 징수를 가능하게 함으로써 HIF의 보험료 징수를 용이하게 할 수 있다. (3) 바그와 호루 주지사는 비공식 지구 근로자들과 학생들의 보험 가입을 장려할 수 있다. 따라서, 섬의 인구는 상대적으로 적기 때문에, 각 섬마다 보험 감독관을 지명함으로써 보험가입자수를 늘리는 것이

중요하다.

몽골은 성공적으로 의료보험 제도를 시행해 왔으며, 자체적인 의료보험 제도를 설립, 개발해 왔다. 또한, 몽골 국민들에게 보험의 혜택을 제공하였고, 건강 보험 제도를 위한 재정적 지원 방식의 틀을 마련해왔다. 또한, 취약 계층을 위한 정부의 보조금 정책은 제도의 성공에 기여했다. 몽골의 비공식 지구는 너무도 방대하여, 모든 사람을 가입시킬수는 없다. 따라서, 의료수준과 질을 향상시키려는 목표는 아직 미완성 상태이다.

이는 HIF가 온전히 조달 행위를 할 수 없기 때문이며, 주로 입원환자의 치료에만 재정 지원을 하기 때문이다. 하지만, 일부 문제점은 의료보험을 담당하는 조직 때문이 아니라 외부 요인에서 기인한다.

첫째. 의료보험 자금 조달. 현재 수준을 유지하기 위해, 정부의 보조금은 몇 년 더 지원되어야 할 것이다. 따라서, 정부는 재정 지원의 제공을 중단해서는 안된다. 의료보험료를 적정한 수준으로 유지하거나, 보험 가입자의 지불 능력에 따라 보험료를 지불하게 하기위해, 보험료를 누가 지불할수 있고 지불할 수 없는지를 명확하게 구분하는 일이 중요하다.

둘째. 보험료 징수. 효율성을 위해 현재 보험료 징수를 다른 사회 보험 부담금과 함께 징수하는 것이 중요하다. 개별 매입자는 징수된 비용에 대해 투명하고, 신뢰할 수 있는 방안을 마련해야 한다.

셋째. 자금 통합. 모든 부담금과 정부 예산은 국고에 보관되어야 하며, 건강 보험은 아이막 (몽골 행정구역) 및 수도 인구의 필요에 의해 재원이 할당되어야 하고, 투명하며, 효율적인 방식으로 모든 자금을 집행해야 한다. 새로운 자금 조달 기구는 사전에 합의가 이루어지고, 예산집행이 예정된 상호 협의된 자금을 국고 계좌에 통합시킴으로써 단일화된 건강 보험 자금을 마련할 수 있다.

넷째. 매입. 효과적이고, 비용 효율적인 의료 서비스 제공을 위해, 의료 보

험은 보험회사를 선정 및 계약할 수 있는 포괄적인 관리기구의 설립을 필요로 한다. 의료보험 혜택을 더 많은 국민에게 제공하기 위해서 매입자는 의료 시설과 직접 계약체결 및 성과 모니터링을 통해 효율성을 향상시킬 수 있다.

다섯째, 의료 서비스 비용지불. 입원 및 외래 환자 진료비용은 시간별(time-based), 각 상황(case by case)에 따른 자금 지원 방식 또는 병원 예산 제한(hospital budget cap)과 결합하는 형태로 지원될 수 있다.



참고 문헌

- Angrisano, C. (2006). A Framework to Guide Health Care System Reform. McKinsey Global Institute.
- Banerjee, A. &. (2013). Healthcare Systems.
- Beckfield J, B. C. (2014). An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*, 13(3-4), 227-244.
- Beland, D. (2010). Policy Change and Health Care Research. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 35(4), 615-641.
- Bernitz, H. (2014). Legal aspects related to healthcare insurance, dental practitioners, and forensic odontologists in South Africa. *Forensic and Legal Dentistry*, 75-78.
- Böhm K, S. A. (2013). Five types of OECD healthcare. *Health Policy*, 113(3), 258-269.
- Brown, L. D. (2013). Comparing Health Systems in Four Countries: Lessons for the United States. *Am J Public Health*, 93(1), 52-56.
- Burau V, B. R. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(1), 63-76.
- Burau V, B. R. (2015). Typologies of Healthcare Systems and Policies. In: *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. London: Palgrave Macmillan.
- Burau, V. &. (2015). Typologies of Healthcare Systems and Policies.
- Busse, R. &. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. *Social*

- Health Insurance Systems in Western Europe, 33–80.
- C., W. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432–445.
- D. Mechanic, D. M. (2010). Sociology of Health Care Reform Building on Research and Analysis to Improve Health Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 147–159.
- Domapielle, M. (2014). Health insurance and access to health care services in developing countries. *Journal of Government and Politics*, 5, 80–91.
- Donev, D. &. (2013). The Role and Organization of Health Care Systems.
- Ennajar, K. (2018). Overview of World Health Systems. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 8(9), 511–515.
- Freeman R, F. L. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1), 163.
- Goran Ridic, S. G. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Sociomed*, 24(2), 112–120.
- Hasanovna, B. N. (2019). Models of Financing and Organization of Health Care System–International Experience. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 5(5), 7–12.
- Hofmarcher, M. (2013). Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(7), 1–291.
- Jakubowski E, B. R. (1998). Health Care Systems in the EU. Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN.
- Katuu, S. (2018). Healthcare systems: typologies, framework models. 134–148.

- Kim, D. (2019). Smoking, life expectancy, and chronic disease in South Korea, Singapore, and the United States: A microsimulation model. *Health Economics*.
- Korean Statistical Information Service. (2020). Statistical Bulletin. Seoul: KOSIS.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602–611.
- Marmor T, O. J. (2011). The patchwork: Health reform, American style. *Social Science & Medicine*, 72(2), 125–128.
- Mechanic D, M. D. (2010). Sociology of Health Care Reform Building on Research and Analysis to Improve Health Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 147–159.
- Minas C, J. D. (2014). Welfare regime, welfare pillar and southern Europe. *Journal of European Social Policy*, 24(2), 135–149.
- Mongolian National Bureau of Statistics. (2020). Statistical Bulletin 2019. Ulaanbaatar city: NSO.
- Nadine Reibling, M. A. (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*, 123(7), 611–620.
- National Statistics Office of Mongolia. (2020). Statistical Bulletin. Ulaanbaatar: NSO.
- Nix, M. (2015). Years, Health Care Reform at Five. *The American Journal of Nursing*, 115(6), 17.
- Papanicolas I, K. D. (2013). Health system performance comparison: New directions in research and policy. *Health Policy*, 112(1–2), 1–3.
- R. Freeman, L. F. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1),

163.

- Robinson, R. &. (2005). Purchasing to Improve Health System Performance.
- Rothgang, H. e. (2010). The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Schieber, P. G. (2006). Health Financing Revisited : A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank.
- Shi L, L. D. (2016). Patient-Centered Medical Home Recognition and Clinical Performance in U.S. Community Health Centers. Health Services Research.
- Stolt R, B. P. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. Social Science & Medicine, 72(4), 560-567.
- Tavares, A. I. (2017). European Health System Typologies: Last 30 Years Under Review. Advances in Health Management (хуудсд. 57-70).-Д
- V. Burau, R. B. (2015). Typologies of Healthcare Systems and Policies. The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance, 101-115.
- White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations of universal health systems. Med Princ Pract, 24(2), 103 - 116. doi:doi:10.1159/000370197
- World Health Organization. (2000). HEALTH SECTOR REFORM Issues and Opportunities. WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- World Health Organization. (2020). Life expectancy report. Geneva: WHO.
- Young-Ho Khang, J. B. (2019). Why is Life Expectancy in Busan Shorter than in Seoul? Age and Cause-Specific Contributions to the Difference in Life Expectancy between Two Cities. Yonsei Med Journal, 60(7), 687-693.

Mongolian medical policy analysis (2011).

<http://www.dbpia.co.kr/>

National Statistics Portal, (2020), Social health insurance statistics compilation

National Statistical Office, (2018) Major Achievements of Family Society and Economic Studies. 1212.mn,

Mongolian State Voluntary Report, Implementation of Sustainable Development Goals, (2019).

Economist Expert D. Jargalsaikhan (2017)

German health practice compilation.

German International Cooperation Association/ National Social Insurance Agency 2011, page 16, Ts.Gantsetseg, (2012).

National Health Insurance Service, 2011: 2-11

National Health Insurance System Operation and Implications (2012).

Strategic Document on Health Financing, (2010).

Evaluation of Mongolia's health payment system, World Bank, Ministry of Health, (2013)

Mongolian National Voluntary Report, Implementation of the Sustainable Development Goals, (2019)

감사의 말

우선, 논문위원회 서재호 지도교수님, 위원장 허용훈 교수님, 위원 김창수 교수님 그리고 부경대학교 행정학과에 감사드립니다.

이번 연구 프로젝트를 수행하는 동안 도와주신 모든 전문가 분들께도 감사의 말씀을 드립니다. 이들의 도움이 없었다면, 저는 이 논문을 제출하지 못했을 것입니다. 또한, 제가 공부하는 동안 저를 지원해주신 부모님께도 감사드립니다. 친구들의 도움이 없었다면, 이러한 성과를 이루지 못했을 것입니다.

마지막으로, 어려운 수학 기간 동안 저를 도와주신 모든 분들께 깊이 감사드립니다. 조사와 인터뷰 작업을 함께 해준 친구들에게도 감사를 표하고 싶습니다. 이 논문 작성에 너무 큰 도움을 주었습니다.