

## 한국 의료보험의 새로운 운영방식 모색

이 준 영\*

### 1. 서 론

최근 의료보험의 통합작업이 활발히 추진되면서 의료보험에는 더 이상 문제가 없을 것처럼 보이지만 이런 기대와는 달리 의료보험 통합 이후에도 많은 문제들이 해결되지 않고, 심지어는 더욱 심화될 우려가 있다. 과도한 의료비상승, 과중한 본인부담, 의료전달체계의 왜곡 그리고 의료서비스에 대한 환자의 불만누적 등은 그 동안 우리나라 의료보험 제도의 운영방식이 과연 적절하였는가 하는 의문을 갖게 한다.

우리나라 의료보험제도의 운영방식에는 대체로 두 가지 문제가 있다. 첫째는 1989년 이후 의료 수요자인 보험가입자의 통합관리를 가장 중요한 과제로 추진하면서 의료 공급측면의 관리를 소홀히 했다는 것이다. 둘째는 부분적으로 실시되고 있는 의료공급측면에 대한 관리조차도 의료수가 고시제, 보험환자인료 지정제 그리고 진료비 심사제도 등과 같은 단편적인 통제방식에 의존해왔다는 것이다. 이런 방식들은 본래의 목적들을 제대로 달성하지 못하고 있을 뿐 아니라 환자들의 불편과 의료인들의 불만을 누적시키고 있다. 따라서, 의료보험제도의 문제들을 해결하기 위해서는 새로운 운영방식을 모색해야 한다는 주장이 일고 있다.

본 논문에서는 기존의 단편적 통제방식 대신에 소위 총체적 관리를 통한 의료보험의 운영 가능성을 검토하려 한다. 이 방식은 의료공급측면에 대한 관심을 높이고, 단편적·직접적인 통제 대신에 종합적이고 간접적인 방식으로 여러 가지 문제들을 포괄적으로 해결하려는 시도이다.

\* 서울기립대학교 도시사회복지학과

이를 위하여 이미 총체적 관리방식을 활용하고 있는 독일 의료보험의 사례를 조사하여 그것의 도입이 우리나라 의료보험의 문제 해결에 줄 수 있는 효과를 살펴보고 아울러 그러한 관리방식을 우리나라에 도입하려할 때 고려해야 할 문제점들을 파악하고 그 대책을 모색하려 한다.

## II. 총체적 관리의 개요와 한국 의료보험의 문제

### 1. 총체적 관리의 개요

총체적 관리는 국가의 단편적, 직접적인 간섭 대신에 당사자간의 자율과 책임을 원칙으로 하며, 여러 가지 문제를 포괄적으로 고려하되 이해관계가 엇갈리는 개별사안들에 대해서는 관련 이익집단간의 양보와 절충으로 종합적인 해결책을 찾는 방식이라고 할 수 있다.

#### 1) 총체적 관리의 이론적 배경

총체적 관리의 기초인 상호관계성(mutuality) 또는 자발적 동의(willing consent) 및 유기적 조화(organic harmony) 등에 대한 생각은 서구 중세시대의 조합주의에서부터 유래되었다고 볼 수 있다.

Durkheim은 조합적 결사체를 전국적으로 조직되며, 기능적으로 분리되고, 민주적으로 대표성을 가지며, 자율적이되 법에 의거하여 설립되고, 회원가입을 강제로 하며, 중앙의 권위에 의하여 우선 순위가 결정되는 것으로 보았다. 그리고 그러한 직능조직들에 의하여 계급갈등, 아노미, 시장의 불규칙성 등과 같은 근대적 자본주의 사회의 문제점이 완화될 수 있다고 보았다.(최경구 1993: 81)

Mishra는 조합주의 복지국가가 복지국가 위기에 대한 대안이며 사회통합도 이루어 낸다고 하였다. 조합주의에서는 생산에 관여하는 양대 계급 즉, 기업가집단과 노동자집단간의 관계가 상호 인정과 협동에 기초하고, 사회적 관계도 갈등과 분열이 아닌 안정과 균형을 이룬다고 보았다.(최경구, 1993: 106)

Keynes는 경제학적인 관점에서 개별적인 관리가 아니라 물가, 고용 그리고 이자 등의 거시경제적인 지표들을 동시에 관리할 수 있는 국민경제의 일반균형에서 총수요(aggregate demand)관리 이론으로 도출하였다.(김대식 외, 1992: 610) 그 후 1935년 미국의 사회보장법의 제정과 관련하여 노조와 사용자단체들간의 사회적 합의가 New Deal이라는 이름으로 이루어졌다.

독일에서는 1967년 Karl Schiller에 의하여 공동보조정신("Let's go together" Spirit)에 기초한

이른바 Konzertierte Aktion이라는 제도가 도입되었다.(Pätzold, J. 1987: 52) 그 당시에는 개별경제 주체에 대한 직접적인 개입을 피하고 노조와 사용자단체 등의 이해집단간 합의를 통하여 물가안정과 고용을 동시에 달성하려는 노력이 독일 경제정책의 중심노선이었다.

우리나라에서도 그러한 방식의 일종인 단체협상에 의한 노·사·정 합의가 1987년 도입된 이래 여러 번 중단되기도 했지만 아직 명맥이 유지되고 있다.

## 2) 의료보험에서의 총체적 관리

독일의 Herder-Dorneich는 기본적으로 인간관계가 중심인 의료서비스에서는 총체적 관리(Global Steuerung)가 필요하다고 하였다. 그는 인간의 욕구는 지속적으로 상승하는 것이며, 의사에 의하여 의료 수요가 창출되는 상황에서는 환자나 의사에 대한 단편적인 통제를 통한 진료비 억제정책은 부적절한 것으로 보았다. 그러므로, 환자들의 더 많은 의료서비스에 대한 욕구와 의사들의 소득욕구가 적정의료비의 부담이라는 관점에서 집단적인 타협이 이루어지도록 해야 한다고 하였다.(Herder-Dorneich, Ph. 1980: 186)

우리나라에서도 김연명은 의료계와 긴밀한 협력의 필요성을 '배제정치'의 종언'으로 표현하였다. 그리고 최병호 등은 진료비 지불방식의 개편과 관련하여 총액계약제도를 제안하였는데, 이는 사회적 합의 도출을 위한 단체협상의 필요성에 대한 인식이라고 할 수 있다. 1997년 의료개혁위원회는 수가통제 중심의 정책에서 진료비총액을 관리하는 정책으로 전환할 것을 제안하였고 장기적으로 진료비총액예산제를 추진하도록 권고하였다. 이러한 내용이 국민건강보험법 개정안(1999) 제42조에 요양급여비계약에 관한 규정에 반영되었다.

## 2. 한국 의료보험제도 운영상의 문제점

의료보험에서 추구하는 목표는 크게 3가지이다. 첫째는 의료서비스의 질 제고이고 둘째는 진료비의 과도한 상승이 억제되어야 하며, 마지막으로 보험료부담의 형평성이 달성되어야 한다.

우리나라 의료보험 제도에서는 우선 의료보험 조합별로 가입자들이 부담하는 보험료가 달라 형평성이 문제로 지적되어 왔는데, 이 문제는 보험이 통합이 되고 자영자들에 대한 소득과약이 좀더 정확해지면 점차 해소될 것이다.

진료비의 상승도 문제인데 의료보험의 급여비가 1991년부터 1997년까지 전년 대비 거의 17% 정도 상승하였는데, 이것은 그 동안 행위별수가제도하에서 진료비 상승의 억제를 위해 실시된 수가고시제도, 진료비심사제도 등이 효과를 발휘하지 못하고 있기 때문이다.

의료보험 급여에 포함되지 않는 진료항목이 많아, 환자가 직접 부담하는 비용이 진료비의 약 40% 이상이다. 이러한 우리 나라의 본인부담률은 의료보험제도를 실시하고 있는 다른 나라들에 비해 상당히 높아 사회보험으로서 의료보험의 본질을 의심하게 한다.

의료 전달체계의 왜곡도 심각하다. 종합병원에 환자들이 집중되어 오랜 시간 기다려야 하고, 현재 전체 의료시설의 70% 정도가 도시지역에 있는 것을 비롯하여 지역간에 불균등하게 분포되어 있어 환자들의 접근성이 크게 제약받고 있다.

현행 의료보험 제도에 대한 의료인들의 불만 또한 심각한데 정부에 의한 일방적 의료수가 고시제 그리고 의료보험 환자 진료 지정제도, 진료비 청구 심사제도 및 지불 지연 등이 그 주요 원인이다. 특히, 최근 의학분업의 강행에 대한 의료계의 반발이 집단휴진으로 나타나 환자들이 불편을 겪고 있다.

지금까지 우리나라 의료보험 제도운영은 단편적인 통제방식에 의존하여 왔다. 그런데, 문제는 그러한 단편적 통제방식은 한 가지 목표를 위해 실시되지만 다른 목표들과는 대체로 갈등관계에 있다는 것이다. 예를 들면, 그 동안 과도한 진료비상승을 억제하기 위하여 실시된 수가고시제도는 의료수요 억제효과를 갖지 못하고 진료비심사제도도 의사들의 진료행태를 통제하는데 효과적이지 못했다. 오히려 이 두 제도 모두가 의사들의 불만요인이 되고 있어 의료서비스의 질에 상당히 부정적인 영향을 미치고 있다.

우리나라의 의료수가는 수요공급원리에 따라 결정되는 것이 아니라 정부가 일방적으로 결정한다. 그 과정에서 의료의 적정성과 경제성에 대한 고려는 제대로 이루어지지 않고 있으며, 특히 수가구조에 대한 관리가 이루어지지 않아 의료공급구조 왜곡의 원인이 되고 있다.

청구한 진료비를 심사하는 제도는 진료비억제라는 목적으로 실시되지만, 심사에 많은 시간이 소요되고, 전문의료지식이 별로 없는 의료보험연합회 직원들의 심사를 받게 되어 의료서비스의 적합성은 보장되기 어렵다.

의료인들의 단체는 임의단체이기 때문에 강제가입에 기초한 의료보험연합회나 공단과 같은 보험자단체에 비하여 불리한 위치에 있다. 보험관리자가 거대한 조직인데 비하여 의료인들은 개별적으로 대응하여야 한다. 따라서, 의사나 의료기관의 동의없이 공단이나 연합회가 청구된 진료비를 일방적으로 삭감하는 등의 불리한 조치들에 대해서도 적절한 대응을 할 수 없어 의료보험 제도전반에 대한 불만이 커지고 있다. 특히, 국민건강보험법의 시행으로 의료보험의 단일 관리체계가 되면 의료수요가 완전히 독점되어 그러한 문제는 더욱 심각해질 것이다. 아울러 불균등한 위상으로 인하여 독일에서는 긍정적 효과를 거두고 있는 단체협상과 같은 제도 운영방식의 활용이 불가능하다.

### III. 총체적 관리의 가능성과 효과적 도입 방안

#### 1. 독일 의료보험의 총체적 관리(Global Steuerung)

##### 1) 독일 의료보험 제도의 운영방식

독일의 의료보험은 8가지의 상이한 질병금고들(Kassen)에 의하여 조합방식으로 운영되고 있는데, 이들은 주와 연방단위에서 연합회를 구성하고 있다. 보험의사는 가정의(Hausarzt)와 전문의(Facharzt)로 구분되며 그 수는 1999년에 약 12만 명이었는데, 이들도 주와 연방차원에서 각각 협회를 구성하고 있다. 지역별로 23개의 보험의사협회(Kassenärztliche Vereinigung)가 존재하며 하나의 연방 보험의사협회가 있다. 보험의사협회는 개원의에 관한 지역별 수급계획(Bedarfsplan)에 따라 보험의사를 허가하는 권한을 갖는다.(Herder- Domeich, Ph., 1988:109) 치과의사들과 병원들도 자신들의 이익을 대변하는 단체를 조직하고 있다.

각 질병금고연합회는 보험의사협회, 치과의사협회 그리고 병원단체 등 의료계를 대표하는 이익단체들과 각각 진료비지불방식 및 의료수가구조 등에 대하여 협상하고 계약을 체결한다. 그리고 이른바 의료분야의 공동보조운동(Konzertierte Aktion)의 일환으로 매년 봄과 가을에 질병금고와 의료계 그리고 정부의 대표들이 모여 의료비의 적절한 증가에 대한 권고와 의료구조의 개선에 대한 논의를 한다.

##### 2) 진료비 지불에 관한 협약

총괄계약(Gesamtvertrag)은 질병금고연합회가 해당 지역의 보험의사에게 한 해 동안 지불할 총진료비에 관하여 보험의사협회와 주단위로 체결하는 것이다. 여기서는 진료비의 총지불액을 산정하기 위한 총진료량의 산정방식 그리고 개별 진료들의 환가지수(금액)에 관하여 합의한다. 산정방법에 따라 총지불액의 크기에 영향을 미치는 요소는 다르다. 보충금고는 연방차원에서만 단체를 조직하고 있으므로 총괄계약도 연방단위로 체결한다. 계약들은 보통 1년에 한 번 체결되며, 계약을 위한 협상이 결렬되면 중재기관(Schiedsamt)이 대신 확정한다. 중재기관은 보험의사협회에서 7명 그리고 각 질병금고별로 1명씩(8명) 그리고 1명의 장과 2명의 중립적인 위원으로 구성된다.

1998년에 독일 정부는 「의료보험연대강화법」<sup>1)</sup>을 제정하여 총액예산제도(Global Budget)의 도입을 위한 규정을 마련하였다.(이준영, 1999: 15) 총액예산제는 조합연합회와 보험의사협회간의

협상을 통하여 한 회계연도를 단위로 지불할 진료비총액을 미리 협약하는 것이다. 진료비총액에 대한 계약이 체결되면 의료인들은 일정한 기준에 따라 각자의 몫을 분배받게 된다. 이러한 지불방식은 주로 보험료의 인상을 억제하는 것이 목적이므로 진료비총액의 산정에서는 진료량의 변화보다는 보험료수입의 변화가 더 중요한 의미를 갖는다.

총액예산제를 실시하는 대부분의 나라에서는 의원, 병원 그리고 약제비에 대하여 각각 예산을 책정하고 있는데, 독일의 경우는 보험회사에 대한 진료비총액을 계약하고, 약제비는 보험회사가 처방할 수 있는 상한액(Höchstbetrag)을 책정하며, 병원은 소위 DRG(Disease Related Group)를 활용한 포괄수가제를 실시하고 있다.(이준영, 1999b)

## 2) 의료공급 측면의 협력

조합과 보험회사들은 '연방 질병금고-의사위원회(BÄK)'를 구성하고 '보험환자진료'에 관한 세부 지침을 마련한다. 예를 들면, 예방검진에 관한 지침에는 여러 가지 행위로 구성된 검사프로그램이 포함된다. 또한 의약품을 처방할 때 아미노산화합물이나 단백질보강을 위한 성분을 추가할 수 있는지 등에 대한 지침도 만든다. 치과분야에도 이와 유사한 위원회가 있다.

기본계약(Mantelvertrag)은 질병금고들과 보험회사들의 연방단체가 보통 1년마다 체결하는 계약으로 '보험환자진료'의 내용과 범위 그리고 단일수가기준(EBM)에 기초한 보험환자진료에 대한 수가기준 등이 주요 내용이 된다. 아울러 의료서비스의 질 향상, 새로운 치료기술의 권장, 연방질병금고-의사위원회의 지침, 진료참여 허가문제, 진료요구 및 의사선택권, 정신치료협약, 의료보험카드 전국적인 활용, 주치의(가정의) 진료, 자료의 교환 그리고 보험 이외의 진료에 대한 지불계약 등도 포함된다.

구조계약(Strukturvertrag)은 사전에 합의한 약제비상한액에 미달된 비용 또는 검사 등에서 절감된 비용을 총액예산의 범위 내에서 의료서비스의 개선을 위한 비용으로 전환하여 사용할 수 있도록 하는 계약이다. 예를 들면 1998년 Sachsen주에서는 불필요한 입원을 줄이기 위한 이른바 외래수술에서 포괄수가제를 적용하는 구조협약이 체결되었다.

## 3) 의료분야 공동보조 운동

의료분야 공동보조운동(Konzertierte Aktion)은 1977년부터 도입되었는데, 연방 보건사회부 장관을 의장으로 하여 질병금고, 민간보험, 의사, 병원경영자, 약사, 제약업체, 노동자, 사용자 그리고

---

1) GKV-Soliaritätsstärkungsgesetz

지방정부를 대표하는 단체들이 매년 봄과 가을에 모여서 의료분야에서의 긴밀한 협력을 위한 논의를 한다. (Herder-Dorneich, Ph. 1982: 386)

봄회의에서는 당해 연도 의사들에게 지불될 진료비의 적절한 변동에 대한 권고치(Guideline)를 결정한다. 이 회의에서는 의료보험 보험료율 안정이 핵심적인 목표인데 기초임금, 의사들의 개원비용과 근무시간 그리고 진료량 등이 고려된다. 이 권고치는 질병금고와 보험회사협회가 체결하는 모든 지불계약들에서 준수되어야 하며 이를 초과하는 경우 그 원인을 조사하여 개별적으로 환수하도록 한다. 가을회의에서는 의료구조에 관한 주제가 다루어지는데, 의료서비스의 합리화(Rationalisierung), 효과성 그리고 효율성 등이 서로 조화되도록 하는 것이 주요 내용이다.

독일 의료보험제도 운영의 특징은 보험회사협회는 강제가입을 원칙으로 하는 법정단체로서 그 위상이 우리나라와는 차이가 있고, 제도의 운영에서는 당사자의 자율성과 책임을 강조한다는 것이다. 중요한 사안에 대하여 보험회사협회와 질병금고간의 협상을 통한 합의로 상당히 안정적인 사회적 평화를 누리고 있으며, 우리와 같은 의료인들의 집단휴진 등의 사태는 거의 없다.

## 2. 총체적 관리의 기대효과

총체적 관리 방식의 구성요소라고 할 수 있는 공동보조운동, 진료비 총액계약제, 구조협약 등이 우리나라에 도입될 경우 여러 가지 긍정적인 효과가 기대된다.

### 1) 진료비증가 억제효과

진료비총액계약제에서는 총액에 대한 통제를 하게 되므로 행위별수가제에서 나타나는 의사들의 도덕적 해이로 인한 문제를 방지할 수 있다. 의사들은 각자가 진료한 양에 근거하여 이 총액을 분배하는 형태로 보수를 받게 된다. 의사 집단별로 의사들의 진료량을 평가하는 기준 즉, 진료행위 점수표를 만들어야 하는데 각 의사들이 진료를 많이 하면 진료량이 전체적으로 늘어나지만 의사집단이 받을 총액이 미리 결정되었다면 각 진료행위 당 배분되는 금액은 감소하게 된다.(Herder-Dorneich, Ph, 1980: 63)

### 2) 본인부담의 최소화

의료보험에서의 모든 진료는 원칙적으로 무료로 제공되어야 하며 현재의 저부담·저급여 구조

를 변화시켜야 한다. 그러나, 본인부담을 완전히 폐지할 경우, 의료보험관리공단은 현재보다 더 많은 진료비를 지불해야 할 것이고 그 재원을 조달하기 위한 보험료 인상이 불가피할 것이다. 그러나, 총액예산제를 통하여 진료비총액을 효과적으로 통제할 수 있다면 보험료 인상압력은 어느 정도 완화될 수 있다.

### 3) 심사에 따른 부작용 제거

진료비총액제가 실시되면 공단은 총액만을 통제하고 의료인에 대한 직접적인 통제가 필요치 않다. 즉, 과잉·고급 진료, 부당청구 그리고 허위청구 등에 대한 감시·감독은 의료공급자들간의 내부문제가 된다. 만약, 어떤 의사가 상대적으로 많은 진료를 하게되면 진료비총액 중에서 상대적으로 다른 의사의 몫이 줄어들게 될 것이므로 각 의사들은 다른 의사의 진료량에 대하여 세심한 주의를 기울이게 되고 그로써 진료의 적절성과 경제성도 동료 의사 집단에 의하여 통제될 수 있다. 따라서 비전문가인 제3자에 의하여 실시된 기존의 심사제도에 대한 의료인들의 불만이 없어진다.

현재의 심사제도는 청구하고 심사하는데 시간이 많이 소요되고 진료비가 후불로 지급되어 병원의 경영수지 악화에 일부 원인이 되고 있다. 만약 총액예산제가 도입되어 진료비가 선불로 지급된다면 특히 소규모 병원들의 경영수지 개선에 도움이 될 것이다.

### 4) 의료구조의 개선

현행 수가제도에서는 의료행위간 상대적인 원가와 수익간의 구조가 무시되고 있어 의료인들이 원가대비 수익률이 높은 진료에 더 치중함으로써 의료공급체계가 왜곡되고 있다.(최병호 1998: 42)

우리나라에서도 공단과 여러 의료단체들이 참여하는 일종의 기본계약을 통하여 RBRVS<sup>2)</sup>와 같은 상대가치수가체계 등에 관한 내용이나 최근 의약분업과 관련하여 의사들이 요구하고 있는 수가조정에 대한 협상이 가능하다. 그리하여 의약분업의 도입은 물론, 예방 또는 응급의료의 강화, 1차 진료 강화 및 2, 3차 진료기관의 연계도 가능하며, 지역간 의료공급의 격차를 해소할 수도 있다. 결과적으로 지역별 의료수급의 균형이 달성되어 환자의 접근성은 제고되고 대기시간도 단축되어 의료서비스에 대한 만족도는 높아 질 것이다.

---

2) Resource Based Relative Vale Scale



## 2. 총체적 관리방식의 도입과 관련된 문제들

앞에서 살펴본 바와 같이 총체적 관리 방식은 우리나라의 의료보험에서 여러 가지 긍정적인 효과를 기대하게 한다. 그러나, 우리나라의 여건이 독일과는 상당한 차이가 있으므로 이 제도를 도입하기 전에 검토해야 할 문제들이 많이 있다.

### 1) 단체협상 및 계약의 당사자 선정문제

총액계약제도의 도입과 관련된 중요한 문제는 총액계약이 적용될 분야를 결정하는 것이다. 이 문제는 총액계약의 주체 즉, 계약당사자를 결정하는 것에도 관련된다. 우선 계약분야에 관한 것인데, 개원한 의사에 의한 외래진료, 의약품, 병원진료 그리고 보조기구 등의 분야로 구분할 수 있을 것이다. 개원한 의사들을 다시 일반의사와 분야별 전문의로 구분할 것인가 그리고 병원은 개별 병원별로 총액을 협상할 것인가 또는, 병원협회와 협상할 것인가를 결정해야 한다.

그 분야를 구분한 후의 문제는 각 분야의 대표자를 어떻게 구성하느냐 하는 것이 문제이다. 규제완화의 일환으로 각 법정단체가 임의조직화 한다면 단체협상의 일종인 총액예산제가 실효성을 갖기 어렵다. 예를 들면 대한의사협회와 같은 단체가 계약의 당사자로 계약체결에 합의하더라도 합의결과를 회원인 의사들에게 강제하는 데는 한계가 있다.

### 2) 의료인들의 반대

진료비총액에 대한 예산제의 도입에는 의료인들의 반발이 가장 큰 현실적인 장애가 될 것이다. 왜냐하면 총액예산에서는 노령인구의 증가, 급여수준의 향상, 의사수의 증가, 고급 의료기술의 발전 그리고 의료시설 운영비의 상승 등에 따르는 위험을 결국 의료인들이 부담하게 되어, 그들의 입장에서는 불리하기 때문이다. 만약 개별 의사들이 자신의 몫을 늘리기 위하여 진료량을 증가시킨다 해도, 다른 의사들이 따라서 늘리게 되면 진료비총액이 이미 정해져 있으므로 각자의 몫은 크게 증가하지 않을 것이다. 결과적으로는 공공재(collective goods)적 특성을 갖는(Olson, 1965) 그러한 '분배투쟁'이 각자에게 추가적인 수익을 보장하지 않게 될 것이므로 의료인들은 그 제도의 도입에 반대할 가능성이 높다. 만약 이를 강제적으로 시행하려 한다면 의료인들이 집단후진 등의 강경대응을 하게 되고 이는 환자들의 불편을 초래하게 된다. 결국, 총액예산제의 도입은 의료인들의 동의가 있어야만 가능한데, 문제는 어떠한 방법으로 그들의 동의를 얻어낼 것인가 하는 것이다.

### 3) 총진료비 및 증가율의 결정

우선, 진료비총액을 무엇을 기초로 산정할 것인가 하는 것이다. 도입초기에는 총액 산정에 반영할 변수를 결정해야 하고, 한 번 총액이 결정되어 계약이 체결되고 나면 진료비총액의 전년도 대비 증가율을 결정해야 한다.

총액의 크기와 증가율은 의료보험 관련자들의 첨예한 이해관계가 얽혀 있어 매우 민감한 문제이며, 현재에 환자의 진료건수 및 강도에 관한 기초자료가 없다는 것과 병원의 경영상태에 대한 투명성이 확보되지 못하는 것과 같은 어려움이 있다.

### 4) 사회적 합의의 경험 부족과 여건 미성숙

총액예산제를 모든 분야에 걸쳐 전면적으로 도입할 것인가 아니면 단계적으로 도입할 것인가 하는 것도 문제다. 우리나라는 독일에 비해 사회적 합의의 경험이 부족하며 다른 여건들도 성숙되지 못한 상태이다. 도입초기에 준비부족으로 나타날 여러 가지 시행착오를 생각하면 이 제도를 단계적으로 도입하는 것이 유리하다. 그런데, 이 경우 문제는 총액예산제가 부분적으로 적용될 때 총액이 적용되지 않는 분야에서 진료비를 높이게 되면 총진료비의 억제효과가 줄어든다는 것이다.

## 4. 총체적 관리의 도입을 위한 제언

### 1) 의료공급자단체의 법적 위상 정립

의료계와의 협력이 가능하기 위해서는 의료인들의 이익을 대변할 수 있는 단체의 법적 위상이 제고되어야 할 것이다. 의사, 병원, 약사 등을 대표할 수 있는 단체가 대표성을 가질 수 있도록 강제가입을 원칙으로 법제화하여야 한다.

그리고 총체적 관리가 실효를 거두기 위해서는 단체협상의 결과를 각 회원들이 지지하고 실행에 옮겨야 할 것이며, 이 경우 단체협상 책임자의 대표성과 단체 내 의사결정의 민주성이 관건이다. 그러므로, 대표자의 선임 등 단체내의 의사결정 과정에 대한 법·제도의 정비가 필요하다. 아울러, 그 단체들이 진료비지불이나 의료구조의 조정에 관한 합의를 이행하기 위해 하는 행위를 법적으로 인정해 주어야 할 것이다.

### 2) 의료계와 보험자간의 대타협(Big Deal)

의료인들의 동의와 적극적인 협력이 없이는 진료비의 총액예산제는 물론이고 의료구조의 개선

도 불가능하다. 따라서 의료보험의 진료비는 총액예산제도로 통제하되 의료부문의 개혁은 기본적으로 의료인들이 자율적으로 추진하도록 해야 할 것이다. 이러한 원칙에 관하여 정부, 보험관리자 그리고 의료계간의 대타협을 이루도록 해야 한다.

총액예산제에 대한 의사들의 반대를 완전히 제거할 수는 없을 것이나, 총액예산제에 대한 동의 대가로 현행 제도에 대한 의료인들의 불만을 해소해 준다면 의료계의 저항이 약해질 수도 있다. 특히, 총액예산제가 도입되면 심사평가원의 관리와 운영은 의료계의 자율에 맡겨야 할 것인데 그동안 보험자가 수행하던 보험환자진료 지정에 대한 권한과 심사 업무를 의료계에 이양해야 한다. 아울러 진료비도 사전에 미리 지급하도록 하여 의료기관의 경영수지개선에 도움이 되도록 해야 한다.

한편, 총액예산제의 긍정적 효과를 홍보하여 국민 여론을 조성하게 되면 사회적 합의를 위한 의료인의 동의를 얻어내는데 상당한 효과를 거둘 수 있다. 특히, 현재 행위별수가제는 진료비의 억제에 도움이 되지 못하며, 그 대안으로 제시되는 총액예산제가 본인부담제의 폐지를 용이하게 하여 충분한 의료서비스를 보장하면서 동시에 진료비심사로 인한 인적 물적 자원의 낭비도 줄일 수 있음을 강조해야 할 것이다.

### 3) 국민의료비의 적정선에 대한 조사·연구

한 해에 지불될 진료비의 총액은 국민경제가 부담할 수 있는 수준에서 결정되어야 하지만, 다른 한편으로는 의료인들의 생존을 보장할 수 있어야 할 것이다. 진료비 총액에 관한 사회적 합의도출을 위한 공단과 의료인단체들과의 협상은 적정의료비 수준에 대한 기초 자료를 필요로 한다. 이를 위하여 다른 나라에서는 국민의료비를 위하여 국내총생산(GDP) 또는 국가예산의 몇 퍼센트를 지출하고 있는지 등에 대한 조사와 연구가 필요하다.

진료비총액의 산정에는 의료보험대상자의 수, 의료공급자들의 수와 구조, 의료기술 등이 고려되어야 하는데, 의료이용도, 일인당 의료비용, 인원, 병원의 이용실태 그리고 원가구조 등에 대한 정보체계의 구축이 선행되어야 한다. 전년도 대비 진료비의 증가율 결정에는 보험료수입 증가율, GDP, 물가 상승률, 임금인상률, 인구증가 및 연령구성비율, 질병추이 등이 고려될 수 있다. 어떤 변수만을 적용하지 않고 물가상승률이나 임금인상률을 기초로 하고 의료공급자의 수와 구조 등의 변수들을 포함하는 진료비총액 산정모델을 마련해야 할 것이다. 이를 위하여 각 변수들에 부여될 가중치를 결정해야 한다.(사공진, 1999: 1-23)

4) 보험료의 인상

총액예산제가 도입되면 의료인들의 입장에서는 총액계약에 포함되지 않는 비급여 항목을 개발하고 그 항목의 진료를 증가시키려 할 것이다. 그로 인하여 환자들의 본인부담은 늘게 되고 전체 국민의료비의 증가는 억제되지 못한다. 우리 나라의 본인부담률이 다른 나라에 비해 높지만 보험료 부담률은 평균적으로 약 12%에 달하는 독일이나 다른 나라에 비하면 낮은 편이다. 따라서 원칙적으로 본인부담제를 폐지하고 모든 급여 항목을 총액예산제에 포함하여야 한다.

이 경우 보험료는 지금보다 상당히 인상되어야 할 것이고 이에 대한 가입자들의 반대가 예상된다. 본인부담제의 폐지에 따른 보험료의 인상수준을 파악하기 위해서는 정확한 계산이 필요하겠지만, 현재 40%에 달하는 본인부담을 보험료로 흡수하고 총액예산제를 통하여 진료비의 과도한 상승을 억제시키면 보험료인상에 대한 압력을 상당히 줄일 수 있다. 결국 보험료의 인상이 어느 정도는 불가피하겠지만, 가입자의 입장에서는 모든 의료서비스를 완전히 무료로 받을 수 있다면 보험료인상에 대한 불만은 줄어들 것이다.

5) 단계적 시행

총액예산제도는 처음으로 시도되는 것이므로 도입초기에 예상하지 못하였던 많은 문제점들이 발생할 소지가 있다. 그러므로 우선 개원의, 병원, 치과, 약품 그리고 보조기구 중 어느 한 분야에서 시범적으로 실시하고 여건에 따라서 단계적으로 확대하는 것이 좋다. 그러나 부분적인 총액계약제에서는 의료인들이 총액이 적용되는 분야에서는 진료를 줄이겠지만, 총액이 적용되지 않는 다른 분야의 진료를 늘릴 수 있으므로 이에 대한 별도의 대비가 있어야 할 것이다. 예를 들면, 우선 개원한 보험의사들을 중심으로 총액예산제도를 실시하되 개원의사들이 하는 모든 진료를 포함시켜야 할 것이다.

## IV. 결 론

지금까지 우리나라 의료보험제도의 운영의 새로운 패러다임으로서 총체적 관리의 필요성과 기대효과 및 효과적 도입방안에 관하여 살펴보았다.

최근 국민건강보험법 개정안(1999)에서 요양급여비 계약제도를 포함시킨 것은 새로운 변화라고 할 수 있다. 그러나, 이 법에서는 계약대상으로 진료행위별 단가 결정만이 포함되어 있고 진료의

가격구조 및 체계는 배제되어 있다. 의료서비스의 가격만을 통제하고 구조와 양에 대한 통제는 고려하지 않기 때문에 이 법에서 의미하는 계약은 총체적 관리와는 차이가 있다.

본 논문에서는 의료서비스를 단지 의료보험에 한정하여 논의하였지만 국민경제가 부담할 수 있는 총의료비의 억제라는 관점에서 본다면 의료보호, 산재보험, 장애인 및 사회복지시설 부설 요양기관의 의료비도 총액예산의 대상에 포함시켜야 할 것이다.

한편, 공급자들에 대한 관심과 총체적 관리가 의료보험의 모든 문제들을 해결해 줄 수 있는 것은 아니며 보험료 부담의 형평성 및 재정적자 등과 같은 수요자 관리 측면의 문제는 별도의 방안을 통하여 보완되어야 할 것이다. 이와 관련하여 보험가입자의 의견을 반영하고 이익을 최대한 보장하기 위하여 공단의 임원을 임명하기 위한 선거제도 등이 활성화되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 권순만(1998), "의료서비스 가격결정을 위한 자원기준 상대가치체계(RBRVS)의 비판적 고찰", 보건경제연구, 한국보건경제학회, 제5권 1999.5, pp. 56-68.
- 권순만(1999), "의료비총액예산제도에 관한 시론", 보건경제연구, 한국보건경제학회, 제5권, 1999.5. pp. 155-165.
- 김대식 외(1992) 현대경제학원론, 박영사.
- 사공진(1999), "국민의료비 결정요인 및 그 효과에 대한 연구", 보건경제연구, 한국보건경제학회, 제5권 1999. 5, pp. 1-23.
- 신영석(1997), "지역의료보험 통합보험료부과 체계", 보건복지포럼, 제22호 1998.7, pp. 14-23.
- 신종각(1998), "우리나라 의료기관별 의료비 추계와 분석", 사회보장연구, 제18집 1998. 12 pp. 63-96.
- 양봉민(1999), "국민의료비의 증가와 1차 의료의 역할", 사회정책논총, 제11집 제2권, 1999.11. pp. 7-26.
- 이준영(1997), "통합 의료보험의 발전을 위한 과제", 한국사회정책학회, 1997년 제4집 제2호.
- 이준영(1999a), "독일 의료보험 진료비 지불제도(I)", 의료보험, 국민의료보험관리공단, 1999. 10.
- 이준영(1999b), "독일 의료보험의 진료비 지불제도(II)", 의료보험, 국민의료보험관리공단, 1999.11.
- 정우진(1999), "의약분업의 효과적 시행을 위한 정책과제", 보건경제학회 1999 추계학술발표, pp. 80-104.
- 조재국(1997), 의료기관의 경영실태와 정책과제, 한국보건사회연구원, 1997.
- 최경구(1993), 조합주의 복지국가, 한나래.
- 최병호 외(1997), 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편 방안, 한국보건사회연구원, 1997
- 최병호 외(1998), 의료보험 통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구, 한국보건사회연구원, 1998.
- 최병호(1999), "DRG 지불제도에 대한 미국의 운영 경험과 우리나라 시범사업 평가", 보건경제연구, 한국보건경제학회, 제5권, 1999.5. pp. 133-154.
- Gertham, U. G. et al.,(1992), "An econometric Analysis of Health Care Expenditure: A

- Cross-section Study of the OECD Countries", *Journal of Health Economics*, 11, 1992, pp. 63-84.
- Herder-Dorneich, Ph.(1980), *Gesundheitsökonomik,-Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Stuttgart 1980.
- Herder-Droneich, Ph.(1982), "Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen", in *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*, Köln-Lövenich, pp. 375-414.
- Herder-Dorneich, Ph.(1988), *Systemdynamik*, Baden-Baden.
- Hitiris, T. et al.(1992), "The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries", *Journal of Health Economics*, 11, 1992. pp. 173-181.
- Newhouse, J. P.(1977), "Medical Care Expenditure: A Cross-national Survey", *Journal of Human Resource*, 12, 1977, pp. 115-125.
- Olson, M.(1965), *The Logic of collective Action-Public Goods and The Theory Groups*, Harvard Univ. Press 1965.
- Parkin, D.(1992), "Comparing Health Service Efficiency Across Countries", *Oxford Review of Economic Policy*, 5, 1989, pp. 75-88.
- Pätzold, J. (1987) *Stabilisierungspolitik*, UTB 1553. Bern.