

## 건강보험 재정위기, 그 원인과 대책

김 창 업\*

건강보험의 재정위기에 대한 논의가 무성하다. 그 사이에 제기되었던 건강보험, 나아가 한국 보건의료의 모든 문제가 건강보험 재정위기를 계기로 터져 나오고 있는 형국이다. 모든 위기에 서 나타나듯이 이러한 현상은 당연하다. 그러나 또 마찬가지로 이 위기를 잘 활용하지 못하면 위기가 새로운 발전의 계기가 되기는커녕 만성적인 질곡의 원인이 될 가능성도 다분하다.

안타깝게도 현재 건강보험의 재정위기는 새로운 발전의 계기로 전혀 활용되지 못하고 있다. 문제해결에 크게 도움이 되지 않는 무력한 원인분석과 책임 공방이 난무할 뿐, 비전과 현실성을 함께 갖춘 건설적인 논의로 진전되지 못하고 있는 것이다. 그 동안 탄 분야에서도 나타났던 것처럼 건강보험의 재정문제도 <정책의제(agenda)화(사회문제화) → 응급조치 → 논의소멸 → 구조온존>으로 이어지는 순환을 반복할 조짐을 벌써부터 보이고 있다. 소위 대안의 “현실성”에 대한 집착과 문제해결에 대한 “정치적” 접근이 이러한 순환고리를 좀처럼 깰 수 없는 데에 결정적으로 기여하고 있다.

오늘 논의에서는 이러한 문제의식을 바탕으로 건강보험 재정위기의 원인과 대책에 대해 간략하게 논의를 전개해 보고자 한다. 그러나 무엇보다 충분한 분석이 가능한 토대(인프라)가 미흡하고, 한편으로 ‘정치적’ 문제로서의 성격이 동시에 있다는 점 때문에 논의 전개에 장애가 있을 것으로 예측되나, 문제제기라는 측면에서 적극적인 검토와 의견을 당부드리는 바이다.

\* 서울대 의과대학 교수, 국민건강보험공단 사회보장연구센터 소장

## I. 현재의 상황 : 건강보험 재정위기의 정도와 원인

건강보험의 재정위기가 얼마나 심각한가 하는 문제는 그 사이에 정부의 발표, 언론보도, 각종 토론회 등에서의 논의를 통해 비교적 잘 알려져 있다. 따라서 그 내용을 여기에서 굳이 반복하지는 않는다. 추정과 분석에 따라 다르나, 다른 상황의 변동이 없다면 대체로 연간 4~5조원의 적자를 보게 될 것으로 예측하는 것이 많은 이들의 의견이다.1)

좀 더 구체적으로는 복지부와 국민건강보험공단의 재정 추계에 의하면 건강보험은 2001년에 3조 9,714억원의 적자와 3조 525억원의 적립금 부족분이 발생할 전망이다(표 참조). 그러나 올해 수가인상분, 의약분업의 효과, 새로운 정책 시행의 효과 등이 영향을 미치고 있어서 정확한 재정추계는 여전히 한계가 있다.

<표> 의료보험 재정현황 및 전망

(단위: 억원)

구분	수입				지출			
	항목	2001년	2000년	증가율(%)	항목	2001년	2000년	증가율(%)
계	계	103,817	95,294	8.9	계	143,531	105,384	36.2
	보험료	82,499	71,846	14.8	급여비	135,707	90,321	50.2
	국고	19,009	15,527	22.4	관리비	7,136	7,503	△4.9
	기타	2,309	7,921	△70.8	기타	688	7,560	△90.9
					당기수지	△39,714	△10,090	
지역					적립금	△30,525	9,189	
	계	52,878	48,172	9.8	계	69,572	51,161	36.0
	보험료	32,189	28,857	11.5	급여비	64,776	44,583	45.3
	국고	19,009	15,527	22.4	관리비	4,289	4,191	23
	기타	1,680	3,788	△55.6	기타	507	2,387	△78.8
직장					당기수지	△16,694	△2,989	
					적립금	△16,330	364	
	계	50,939	47,122	8.1	계	73,959	54,223	36.4
	보험료	50,310	42,989	17.0	급여비	70,931	45,738	55.1
	기타	629	4,133	△84.8	관리비	2,847	3,312	△14.0
				기타	181	5,173	△96.5	
				당기수지	△23,020	△7,101		
				적립금	△14,195	8,825		

자료: 복지부

- 1) 보건복지부, 김한중 교수, 이해훈 박사 등이 이 같은 추정을 한 바 있다. 물론 현재 정확한 재정추계를 하는 것은 불가능하다. 추정의 기초가 되는 진료와 청구가 계속 변화하고 있을 뿐 아니라 다른 정책 요인(예: 부정청구에 대한 감사 강화)에 의해서도 큰 변동이 있기 때문이다.

이와 같은 4·5조원은 적지 않은 재정적자 규모이다. 그러나 이 적자의 원인이 무엇이며, 각각의 원인을 어떻게 해석할 것인가 하는 것에 대한 의견은 구구하다. 그런 상황에서도 적자의 원인은 크게 다음 세 가지로 나눌 수 있다.

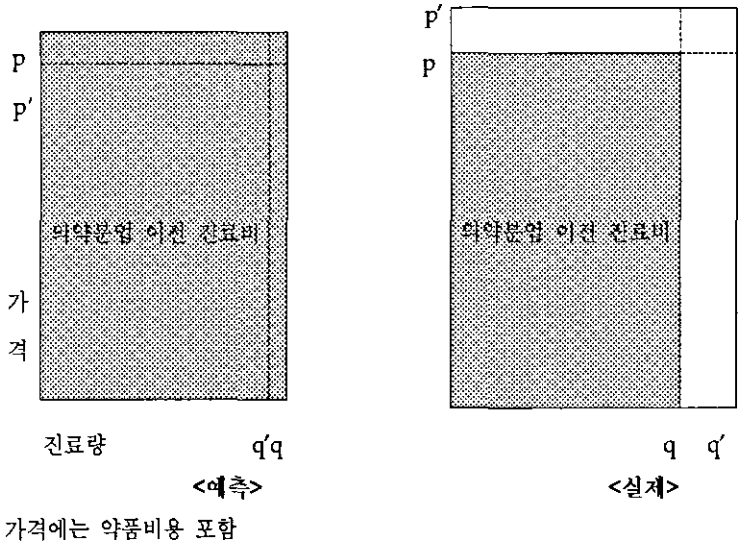
첫째, 본래부터 잠재하던 요인이 새로운 정책에 의하여 더 큰 규모로 더 빨리 나타났다는 측면이 있다. 즉, 이미 오래 전부터 수진율과 건당진료비 증가, 급여확대 등에 의해 소위 지출의 “자연증가”가 급속하게 이루어졌는데도 불구하고, 수입구조가 취약하였다는 것은 사실이다. 그 결과 이미 5~6년 동안 급여비 지출에 비하여 보험료 수입이 적은 구조가 지속된 것은 잘 알려져 있다.

둘째, 의약분업에 의한 직접적인 효과이다. 의약분업은 처방과 조제를 분리하는 제도이므로, 환자의 의료기관 외래 내원건수가 50% 이하로 줄지 않는 한 전체 내원건수는 증가할 수밖에 없는 구조를 가지고 있다. 제도설계상 의료기관 내원건수가 줄지 않고 건당진료비(약제비 포함)도 줄지 않는다면, 새로 신설되거나 증가되는 원외 처방료, 조제료 등의 요인에 의해 재정지출이 증가하는 것은 불가피하다.

셋째, 수가 인상에 의한 효과이다. 1999년 11월 이후 올해까지 모두 다섯 차례의 수가인상이 있었다. 그러나 현실적으로는 2001년 1월 수가인상을 제외하면 수가인상 효과와 의약분업에 의한 효과를 명확히 구분하는 것은 쉽지 않다. 여전히 절차상의 문제가 제기되고 있으나, 1999년 약가 인하분을 보상하는 성격의 수가인상은 물론 2000년 중 이루어진 세 차례의 수가인상도 의약분업과 떼어놓고 생각하기는 불가능하다.

다음 그림이 의료기관에서 나타날 수 있는 의약분업에 의한 효과와 수가인상에 의한 효과를 동시에 나타낸 것이다.<sup>2)</sup> 처방료, 조제료라는 의약분업에 의한 새로운 수가요인이 재정증가에 미치는 효과가 양(+)의 방향으로 작용한다 하더라도, 결과적으로 수가수준의 설정과 진료량의 변동에 의해 전체 재정효과는 달라진다는 것을 보여준다. 여기에서 수가수준과 진료량은 의약분업의 제도 설계를 어떻게 하는가 하는 문제와 직접적인 관계가 있다.

2) 약국도 꼭 같은 방법으로 표시할 수 있고, 전체 효과는 의료기관과 약국을 합산함으로써 구할 수 있다.



건강보험 재정위기를 이 원인들 중 한가지로 돌리는 것은 강조점을 어디다 두는가 하는 의도가 아니라면 비현실적이거나 편파적인 접근이다. 분명히 원인은 복잡적이고 서로 인과관계로 얽혀 있기 때문이다. 따라서 재정위기의 원인분석을 문제해결의 기초로 삼기 위해서는, 각각의 요인에 대해 별도의 해결책을 구함으로써 결과적으로는 통합적인 해결책이 되도록 하여야 한다.

그러나 구체적으로 해결책을 구하는 것은 간단하지 않다. 우선 모든 해결방법에는 이해관계의 충돌이 있을 수 있고, 즉각적인 이해관계가 드러나지 않는 경우에도 기본적인 방향에 대한 동의가 쉽지 않기 때문이다.

물론 단기적으로 별다른 논란이 있을 수 없는 것도 있다. 의학분업의 효과가 제대로 나타날 수 있도록 급여정책을 정비하는 것이 대표적인 경우이다. 예를 들어 주사제 처방은 의학적 필요가 없는 경우라면 경제적 동기가 거의 없도록 제도 개선을 해 나가는 것이 필요할 것이다.

그러나 단기적이건 중·장기적이건 이해관계의 갈등이 있는 경우에는 문제가 다르다. 특히 재정문제의 핵심이라 할 수 있는 가입자의 부담 수준과 의료공급자의 수익과 관련된 모든 문제는 첨예한 갈등을 피해가기 어렵다. 분명 원인은 복잡적임에도 불구하고 강조점의 차이가 나타나는 것은 이러한 이해관계의 상충이 상당한 정도 반영된 것이라고 해야 할 것이다.

## II. 재정위기 해결을 위한 전략

물론 어느 사회, 어느 시기를 막론하고 이해관계의 상충과 갈등, 그리고 그것을 조정하는 나름대로의 메커니즘을 가지고 있지 않은 경우란 없다. 우리 사회에서도 여러 분야에서 이해관계의 갈등이 나타나고 있는 것은 오늘 우리가 보고 있는 바와 같다.

그렇다면 건강보험 재정문제를 둘러싼 갈등은 그 성격을 어떻게 볼 수 있을까. 여기에는 두 가지 고려 사항이 있다. 하나는 이 갈등이 일시적인가 혹은 지속될 것인가 하는 것이고, 두 번째는 통상적인 방법으로 조정 가능한 범위 안에 있는 것인가 하는 점이다. 만약 일시적인 갈등이라면 조정 메커니즘이 충분하지 않더라도 일정 기간이 지나면 해소될 것이나, 그렇지 않으면 문제가 다르다. 즉, 장기적인 갈등구조를 가지고 있으면서도 조정 메커니즘이 없다면 이는 중요한 사회문제라고 해야 할 것이다.

우선 건강보험 재정문제가 만성화된 위기구조로 가고 있다는 것은 의심의 여지가 없다. 의약분업 등의 정책요인이 아니더라도, 즉 자연증가에 의한 것만 하더라도 2001년에는 약 12조원 수준의 지출이 예상되었다. 지난 5년간(1994-1999) 매년 약 19.7% 수준의 지출증가가 계속되어 왔고, 앞으로도 노인인구의 증가, 소득 수준 향상에 따른 의료이용 증가, 급여 확대, 의료공급자수의 급속한 증가 등이 불가피하다고 본다면 경제성장이나 소득향상의 속도와는 비교되지 않을 정도의 급속한 지출증가가 일어날 것이 명확하다. 향후 별도의 개입이 없는 한 건강보험의 재정위기는 만성화되고 반복될 가능성이 크다.

물론 만성적인 건강보험 재정위기는 우리만의 문제는 아니다. 프랑스는 1995년 말 사회보장 전체의 누적채무가 2300억 프랑(약 40조원)에 이르자 96년부터 각종 연금, 실업수당 등에 각출금을 부과해 급히 빚갚기에 나섰다. 그러나 96년 이후에도 의료보험에서만 해마다 300억프랑(약 5조4천억원) 가까운 적자를 내다가 99년에야 겨우 흑자로 돌아섰다. 조합식으로 운영하는 일본의 건강보험도 90년대 초 이후 재정이 계속 악화되고 있고, 특히 소규모 사업장을 대상으로 하는 정부 관장 건강보험은 96년 한해에만 무려 4193억엔(약 4조4천억원)에 이르는 적자를 보았다.<sup>3)</sup> 이런 정도로 심각한 것은 아니지만 거의 모든 선진국들이 공통적으로 보건의료 재정위기에 시달리고 있다.

3) 건강보험공단. 외국의 건강보험제도 비교조사. 2000.

재정위기에 대처하는 각 나라들의 일반적인 대응방식은 주로 지출 억제 측면에 집중되어 있다. 수입(재원조달)은 지출의 규모에 달려 있기 때문이다.<sup>4)</sup> 대응방식을 범주별로 나누면 크게 다음과 같다.

그런데 이러한 방법 대부분은 이용자 혹은 공급자에게 직접적인 영향을 미친다. 즉, 이해관계가 명확히 나누어진다. 뿐만 아니라 대부분의 방법이 기존의 틀을 바꾸는 것이기 때문에, 그 자체로 변화의 비용을 초래하고 갈등의 원인이 된다.

전략유형	방법	외국의 주요 사례	
공급 구조	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 시설장비허가제(CON)</li> <li>· 의료인력 및 병상수 통제</li> <li>· 신의료기술 평가(TA) 및 급여제한</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 보험인정의 제한, 정년제도(독일)</li> <li>· 의사인력 배출 억제(주요 선진국)</li> <li>· 병상폐쇄에 대한 보상(일본)</li> </ul>	
이용자 유인/ 규제	본인부담제 신설 또는 증액	주요 선진국	
	이용억제에 대한 incentive	Medical Saving Account(싱가폴)	
	의료전달체계에서 이용제한	영국 등	
제공자 유인/ 규제	진료비 지불방 식 변화	DRG 등 포괄수가제	미국, 호주, 일본(시범사업중), 대만(일부)
	총액예산제	총액예산제	유럽 국가, 캐나다
	총액계약	총액계약	독일, 대만 등
	HMO 등 인두제(capitation)	HMO 등 인두제(capitation)	미국(일부 민간보험)
시장경쟁 전략	시장경쟁 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>· managed care(미국)</li> <li>· 내부시장(영국, 뉴질랜드, 스웨덴 등)</li> </ul>	
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 수가통제</li> <li>· 지역사회 보건 프로그램(건강증진 등)</li> <li>· 약품비용(약제비) 통제</li> </ul>	독일, 프랑스 등	

4) 이를 소위 '양출제입(量出制入)'이라고 한다.

중장기 대책만이 아니다. 현재 거론되고 있는 여러 가지 단기 대응방안도 이해관계의 상충과 갈등의 소지가 될 가능성이 크다. 다음은 최근 단기방안으로 제시되고 있는 대책들을 열거한 것이다. 이러한 대책들이 얼마나 큰 이해관계의 충돌을 불러올 지에 대해서는 자세히 설명할 필요도 없을 정도이다.

지출 감소	의료이용 감소		1. 보험급여 확대 중지 2. 본인부담금 인상 3. 소액진료비 본인부담
	가격 인하	수가조정	1. 수가 인하 2. 주사제 처방료·조제료 삭제 3. 차등수가제(상한 이상 수가채감제)
		약가	1. 보험 약가 인하 2. 참고가격제 3. 저가약 사용시 인센티브 4. 약품사용 적정성 평가 5. 대체조제 범위 확대
	부정·과잉 청구 방지		1. 심사강화 2. 현지조사 및 실사 강화 3. 환자에 대한 의료이용 정보제공(수진내역 통보 포함) 4. IC 카드 등 전자매체와 정보망 활용 5. 급여 적정성 평가
수입증가	재원 확대	1. 보험료 인상 2. 국고지원 증액 3. 목적세 신설 4. 소득있는 피부양자의 가입자로의 전환	
	관리운영 개선	1. 징수율 증가 2. 관리운영비 절감	
제도 변경			1. 건강보험을 조합방식으로 환원 2. 의약분업의 재검토

이해갈등의 가능성이 크다는 것 못지 않게 중요한 것이 이러한 갈등을 조정하고 해소할 사회적 기제가 존재하는가 하는 문제이다. 이미 작년의 의료계 폐·파업 사태에서 경험한 바와 같이 이 문제에 대한 우리 사회의 대응태세와 인프라는 극히 취약하다. 이는 비단 의료나 건강보험의 문제에 국한된 것은 아니다. 초기 노·사·정 위원회의 활동을 제외하면, 정치, 노동, 교육, 환경, 보건의료 등의 여러 분야에서 광범위하게 나타나는 현상이다.

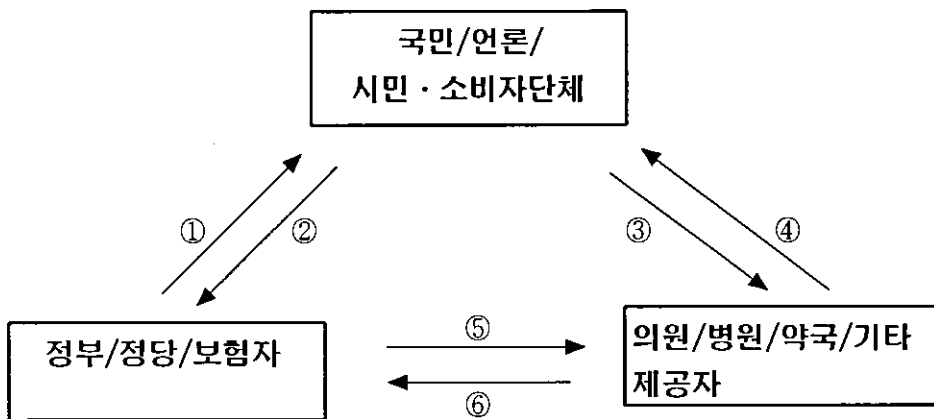
건강보험 재정문제에 국한하고 보더라도 장·단기 대책을 막론하고, 갈등의 사회적 조정과 해소의 가능성은 극히 미약하다. 직접적으로 이해관계를 달리 하는 의·약계는 물론 정부와 국

회, 시민·사회단체, 일반 국민, 의료제공자 간의 이견이 심각한 상태에서 대화와 상호조정엔 전혀 이루어지지 않고 있다. 사회적 조정 메커니즘이 작동하지 않는 상태가 상당 기간 지속되고 있는 셈이다. 앞으로도 별도의 노력이 없다면 사회적 조정기능이 제대로 발휘되지 못하는 상황 속에서 갈등구조가 고착화될 가능성이 크다.

### Ⅲ. 사회적 합의 혹은 이익의 '교환'이 필요하다

앞에서 거론한 재정위기의 중·장기 대책 안에 포함되어 있는 것은 예외 없이 이해당사자를 가지고 있다. 뿐만 아니라 당사자간에 극도의 불신과 반감을 가지고 있는 것을 부인할 수 없다. 따라서 단기대책은 단기대책대로, 중장기 대책은 또 그것대로, 각 당사자간의 이해와 양보 없이 는 달성할 수 없는 것들이다.

우선 단기대책은 건강보험 재정의 조속한 안정화가 목표이다. 따라서 이를 중심으로 한 이해관계의 조정과 타협이 필요하다.



#### ① 국고지원 확대/보장성 확보/중장기 비전 제시

단기적으로는 국고지원의 증액이 불가피하다. 또, 재정위기 상황에서 그 동안 약속되었거나 앞으로 필요한 보장성의 강화(급여확대, 본인부담 최소화, 본인부담 상한제) 등이 실증되었으



나, 이에 대한 정부와 보험자의 약속이 필요하다. 단기적으로 보장성의 획기적인 강화가 어렵다면 앞으로의 일정에 대한 믿을 만한 약속이라도 제시하여야 한다.

또, 정부와 정치권, 보험자가 건강보험 재정 건전화에 대한 체계적인 계획을 수립하고, 실천해 나간다는 약속과 비전을 제시하는 것도 필요하다.

## ② 보험료 인상과 부담방식

국민은 어느 정도의 보험료 인상은 불가피하다는 것을 수용하여야 한다. 적어도 자연증가분에 해당하는 인상분과 의약분업으로 인하여 임의조제가 공식 보험부문으로 전환된 인상요인은 보험료 인상으로 흡수하는 것이 합리적이다.

기업의 경우도 이와 같은 부담은 마찬가지이다. 또, 최근 일각에서 제기되고 있는 사용자 부담비율의 확대에 대한 논의도 필요하다.

## ③ “적정 수가”에 대한 인정

정상적인 진료와 질적 수준 유지를 위한 정상적인 수가를 인정하여야 한다. 물론 ‘적정 수가’에 대해서는 합의가 필요한 것은 사실이나, 장기적으로 보아 수가의 적정화가 필요하고 이를 공급자에게 보장하는 것이 바람직하다.

## ④ 경영투명성과 알 권리/양질의 의료제공/자율규제/수가에 대한 양보/약가

적어도 국민들의 시각에서는 적정 수가와 의료제공자의 경영 투명성은 밀접한 관련이 있다. 의료공급자는 기왕에 정부가 추진중인 관련 정책에 대해 적극적으로 협조하여야 한다. 또 의료기관과 약국은 국민들이 피부로 느낄 수 있는 질적 수준 향상과 자율규제를 시행하여야 한다. 특히 자율규제에 대해서는 의료공급자와 정부/보험자/국민들의 인식 사이에 어느 정도의 격차가 있는 것이 사실이다. 다른 분야로부터의 신뢰를 얻을 수 있을 정도의 체계적이고 강력한 자율규제가 필요할 것이다. 또 약제사용이나 검사 등을 비용효과적으로 할 수 있도록 자율적으로 지침(guideline)을 작성하고 준수하는 것도 대외적으로 제시하고 약속할 만한 일이라 할 것이다.

일부에서 제기되고 있는 기존 수가에 대한 재조정 문제도 논의의 대상이다. 물론 행정적, 법률적으로는 어려움이 많지만, 의료공급자의 합리적인 논의와 사회적 논의는 긍정적인 결론을 생산할 가능성도 있다. 약가문제에 대해서도 제약사, 약품공급상 등의 논의 참여가 필요할 것이다.

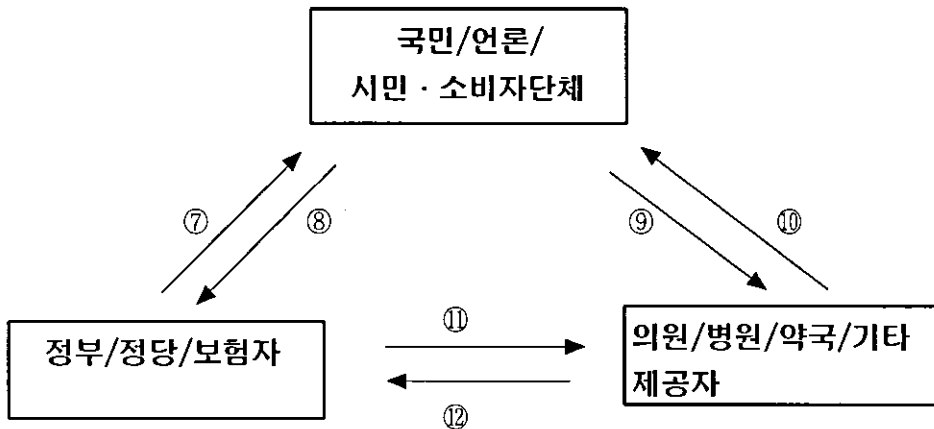
⑤ “적정 수가” 인정/전문직업성 보장/자율규제 존중

일반 소비자가 적정 수가를 인정하는 것과 마찬가지로 정부와 보험자도 사회적으로 합의된 적정 수가를 인정하는 것이 필요하다. 또 의료공급자의 특성을 고려하여 전문직업성을 보장하고, 특히 부정청구 등의 문제와 관련하여 자율규제가 이루어질 수 있도록 최대한 보장하는 것이 필요하다.

⑥ 의약분업 및 급여관련 제도개선 수용

현재 거론되고 있는 의약분업과 급여와 관련된 제도 개선과제가 있다. 예를 들어 진찰료와 처방료 통합, 주사제 사용의 억제, 급여적정성 관리, EDI 등 심사청구 방법개선 등이 대표적인 것들이다. 이러한 제도개선 사항에 대해 의약계, 의료공급자가 적극적으로 수용하는 것이 필요할 것이다.

중장기 대책에서의 사회적 합의 대상도 기본 틀에 있어서는 크게 차이가 없다.



⑦ 보장성 확보/보건의료에 대한 정부의 지원과 투자

중장기적으로도 보장성 확보는 중요한 과제이다. 여러 사안 중에서도 본인부담의 실제적 감소와 급여확대가 보장성 확보의 핵심적인 요소이다. 이를 위해서는 비단 보험재정뿐 아니라 보건의료 전반에 대한 국가의 적극적인 역할이 필요하다. 공공의료 강화, 지식기반 구축을 위한

정부투자 등이 여기에 속하는 사항이다.

⑧ 급여확대와 의료이용 증가에 따른 적정 부담/제도변화 수용

보험료 인상이나 세수확대 등 국민의 적정부담에 대한 합의가 필요하다. 또한 부담의 방식에 대해서도 논의가 필요할 것이다. 목적세, 사용자 부담분의 크기, 향후 필요한 새로운 재원(예: 노인장기요양보험에 대한 재원) 등에 대해서도 적절한 부담의 크기와 방식에 대한 합의가 있어야 한다.

또, 거시적인 효율성을 향상시키기 위한 의료전달체계의 정비나 기타 제도변화를 수용하는 과제도 있다. 예를 들어 합리적인 의료전달체계를 위한 3차 의료기관(종합전문요양기관)의 일부 이용제한이나 수가차등 등의 정책에 대해서는 국민의 이해와 협조가 필요한 것이다.

⑨ 적절한 보상

장기적으로도 국민과 의료공급자 사이의 핵심 논의 사항은 보수지불의 수준(주로 수가)이다. 여기에 대해서는 예측이 가능하도록 합리적인 수가 설정 방식을 논의하고 합의할 필요가 있다. 예를 들어 불가상승률, 평균임금인상률 등 지표를 참조하여 수가수준을 결정하는 공식(formula 혹은 rule)으로 사용하는 것 등이 논의될 수 있다.

⑩ 적정 수준의 재정지출을 위한 제도변화 수용/질 향상

의료기관, 의사, 약가, 제약회사 등 의료공급과 관련된 당사자들이 적정 수준의 재정지출을 위한 각종 제도개혁을 수용하여야 한다. 진료비 지불제도의 개선, 약가의 합리적 결정, 적정수준의 수가, 청구심사의 효율화를 위한 체계 도입 등이 대표적인 것들이다.

이 과정에서 진지하게 논의하여야 할 것은 총 진료비 규모를 적정 수준에서 관리하는 것이다. 단기간 내에 독일식의 총액계약제를 시행하지는 못하더라도, 일정한 변화와 변수를 반영하여 총진료비를 합의한 후, 목표선을 초과하면 차기년도에 이를 반영하여 인상분을 줄이고, 목표선에 미달하면 차기 인상분에서 추가 보상하는 방식의 도입을 검토할 수 있을 것이다. 이 방법의 장점은 당연히 안정적인 재정운영이 가능해 진다는 것이고, 단점은 실제 총액을 결정하는 것이 쉽지 않다는 점이다.

⑩ 적정보상과 자율성 보장/투자와 지원/적정수의 의료공급자

정부의 대(對) 의료(약)공급자에 대한 정책이 이 부분에 해당한다. 우선 의료공급자의 공급정책이 매우 중요하다. 특히 의료인력의 공급을 합리적인 수준으로 제한하는 것이 필요하다. 아울러 정부의 적절한 투자와 지원에 대한 정책도 논의되어야 한다.

⑪ 제도변화 수용

제도변화 수용은 ⑩에서 설명한 내용과 동일하다. 여기에서 특별히 추가로 언급할 것은 의료공급 자체에 대한 정부의 역할이다. 의료공급자의 팽창과 시설·장비 등의 '무정부적' 투자는 앞으로 건강보험의 재정지출에 결정적인 영향을 미칠 것으로 전망된다. 이 때문에 새롭게 제기되는 과제가 보험자 혹은 정부가 이 부문에서 적극적인 역할을 하여야 한다는 것이다. 예를 들어 의료기관에서의 자본투자는 정부(혹은 보험자)가 직접 지원하고 진료비 보상에서 이 부분은 제외하는 방식이 논의될 수 있다. 이렇게 되는 경우 의료공급자가 자본축적을 하는 것은 더 이상 불가능한 대신, 적정규모의 시설·장비투자가 이루어지고 결과적으로 전체 재정지출이 건실하게 되는 효과를 거둘 수 있다.

이상에서 설명한 내용들은 양자간의 "주고 받기" 형식으로 표현하는 것 때문에 다소 도식적이라는 감이 없지 않다. 실제로는 양자간의 논의와 합의도 있겠지만, 대부분의 문제는 여러 당사자(반드시 3자라고 하기도 어렵다)가 합의를 통하여 결론을 도출하여야 하는 것들이다. 또 논의와 합의의 대상도 현재 거론되고 있거나 앞으로 제기될 수 있는 거의 모든 과제를 포함한다. 그것은 건강보험 재정문제의 해결과정에 이해관계를 달리 하는 여러 당사자들이 존재하고 이들의 논의와 합의가 생산적인 결론과 현실적인 추진력을 얻는 데에 결정적으로 중요하다는 전제를 가지고 있기 때문이다. 그러나 굳이 중요성을 따지자면, 특히 제도변화나 적정 수준의 부담과 재정지출 등은 사회적 합의가 필요한 가장 대표적인 사항이라 할 수 있다.

#### IV. 사회적 합의는 가능한가 : 합의를 위한 조건과 전략

학술적 의미에서의 "사회적 합의"란 경제, 사회정책의 형성 및 집행에 관하여, 정부와 함께 노동자 및 경영층(사회적 파트너들)의 참여방식에 대한 합의를 의미한다.<sup>5)</sup> 합의모델은 다원주

의의 틀로부터 출발하였는데, 다양한 집단들이 각 구성집단들을 포괄하는 자율적인 공공기구를 구성하여 합의에 참여하는 형태로 표현되었다. 그러나 구체적으로는 특히 1970년대 세계적인 경제위기 이후에는 주로 노동자와 사용자의 상충된 이해관계를 조정하고 ‘평화적’인 방식으로 문제를 해결하는 방식을 가리킨다.<sup>6)</sup>

## 1. 사회적 합의 모형의 조건과 의의

사실 우리 사회에서 “사회적 합의”를 통한 문제해결 방식은 이른바 1998년 현정부 출범과 더불어 설치된 노사정 위원회에서 최초로 제시되었다. 그러나 그 원형은 유럽 국가들의 사회적 합의 모형이다. 이른바 네덜란드의 기적(Dutch miracle)을 만들어 낸 네덜란드 노사정 위원회와,<sup>7)</sup> 1960년대 말부터 시작된 독일의 사회합의주의(corporatism)에 의한 이른바 “협조행동(Konzertierte Aktion)”이 대표적인 예라 할 것이다.<sup>8)</sup>

이와 같은 사회적 합의 모형 전체를 다루는 것은 본 발제문의 범위를 넘어설 뿐 아니라, 주제와 직접적인 연관성이 약하고 이를 다루는 것은 발표자의 능력 밖의 일이다. 그러나 안타깝게도 보건의료 혹은 사회보장에 한정해서는 합의모형의 전형을 제대로 찾기 어렵다.<sup>9)</sup> 따라서 여기에서는 기존의 경험과 분석을 기초로 재정위기 국면에서 한국의 건강보험 혹은 보건의료가 어떤 교훈(혹은 시사점)을 얻을 수 있는가 하는 것에 초점을 맞추는 것으로 만족할 수밖에 없겠다. 이는 곧 사회적 합의 모형의 가능성과 한계에 관한 것이기도 하다.

우선 사회적 합의 모형의 두 사례(네덜란드와 독일)가 가지고 있는 공통점을 주목할 필요가 있다.<sup>10)</sup> 그것은 첫째, 사회적 합의 모형이 그 사회의 심각한 위기국면에서 시도되고 작동되었다는 점이다. 두 국가 모두 사회적 합의는 경제위기라는 상황에서 제기되고 작동하였다. 두 번째는 사회적 합의 모형이 그 사회의 경험과 역사의 축적을 반영한 것이라는 점이다. 즉, 네덜

5) 한은정. ‘사회적 합의’와 노동현실. 경희대 교지 1998년 5월 25일자.

6) 노-사-정과 같은 형식의 사회적 합의 모형이 가지는 의미와 한계에 대한 논의는 이 글에서 다루는 것과는 내용과 범주가 전혀 다르다. 따라서 이 글에서의 “사회적 합의”는 기존의 경제와 노동, 정치분야에서의 논의와 직접적인 관련이 없고, 다만 몇 가지 사고의 단초를 빌려온 정도로 이해하는 것이 타당할 것이다.

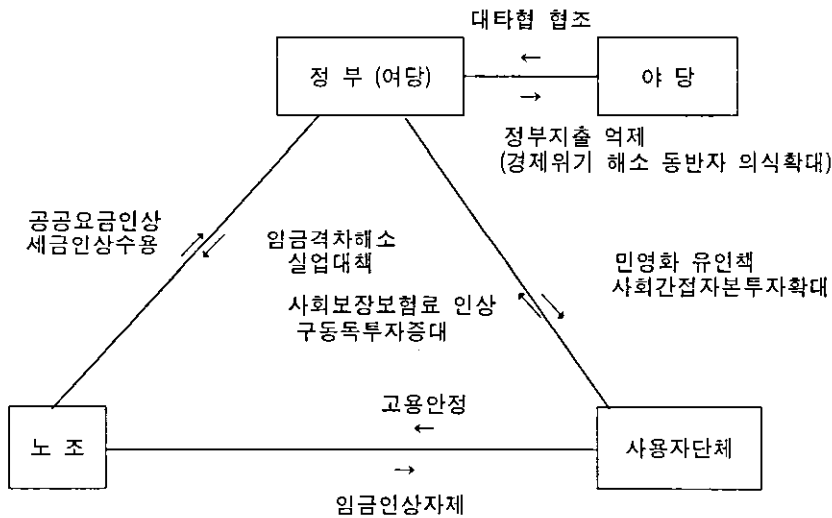
7) 네덜란드의 노사정 위원회에 대해서는 다음을 참조할 것. 노사정위원회. 네덜란드의 사회합의제도. 2000. 네덜란드 모형은 흔히 협의모형(consultation model)으로 지칭되고 있으며, 네덜란드가 주로 간척지로 이루어진 국가라는 점에서 “간척지 모형(polder model)”이라는 별칭으로 불려지기도 한다. Steffen C The Dutch 'Polder Model'-An answer to the German crisis? [http://tiss.zdv.uni-tuebingende/webroot/sp/spsba01\\_W08\\_1/germany10.htm](http://tiss.zdv.uni-tuebingende/webroot/sp/spsba01_W08_1/germany10.htm)

8) 노사정위원회. 독일의 사회합의제도. 2000.

9) 합의모형 안에 사회복지나 사회보장에 대한 내용들이 포함되어 있기는 하다.

10) 자세한 것에 대해서는 앞에서 언급한 노사정위원회의 출판물을 참조할 것.

란드의 경우는 기독교적 합의전통과 기업가 정신, 독일의 경우는 사회적 시장경제체제와 의회 민주주의 등이 사회적 합의 모형을 이루어내는 데에 중요한 역할을 하였다는 것이다. 세 번째 공통점은 각 이해 당사자들 사이에 사회적 합의에 가능할 정도의 “힘의 균형”을 이루고 있었다는 점을 들 수 있다.<sup>11)</sup> 마지막으로 사회적 합의는 “교환논리”에 바탕을 두고 있다는 점을 지적하여야 한다. 즉, 노사정 간의 사회적 합의 모형에서는 고통분담에 대한 반대급부가 노사 모두에게 보장되어 있다. 다음 그림에서 보는 것처럼 노조는 임금인상 자제로 고용안정에 대한 보장을 얻어내고, 기업은 투자확대를 위한 정부의 지원정책을 기대하며, 정부는 공공요금인상 등 국민에게 부담을 주는 정책을 자제하는 한편 물가안정, 실업대책 등으로 노조의 요구를 수용하는 이익의 교환체계를 만드는 것이다.<sup>12)</sup>



우리 나라에서, 특히 건강보험과 관련된 당사자들이 이러한 조건들을 충족하고 있는지에 대해서는 의견이 다를 것이다. 경험의 축적이 없다는 점, 교환체계가 성립하여야 한다는 점에서는 이견이 없을 것이나, 현재 시점이 사회적 합의의 압력을 받는 위기국면인가 하는 점과 이해당

11) 힘의 균형에 대해서는 논자에 따라 입장이 다르다. 예를 들어 외형적으로는 힘의 균형처럼 보이지만 사실은 약자의 희생과 고통을 기초로 한 ‘계급타협’이라는 주장도 있다. 한은정. 앞의 글.

12) 노사정위원회. 독일의 사회합의제도. 2000.

사자 간에 합의 균형이 이루어져 있는가 하는 점은 관점에 따라 달리 생각할 수 있다.

그러나 사회적 합의모형과 협조행동이 가지는 긍정적 의미는 다음과 같은 점에서 시사하점을 발견할 수 있다.<sup>13)</sup>

첫째, 협조행동 모형은 대립적 이해 관계에 있는 참가자들이 서로의 이익을 표출하도록 함으로써 효과적으로 자신의 이익을 실현할 수 있는 바탕을 마련해 준다.

둘째, 정부는 이해 당사자들과 정례적인 접촉을 함으로써 조정적 역할을 수행할 수 있는 기틀을 마련할 수 있다.

셋째, 이해 당사자들은 중요 경제 정책 결정 과정에서 의견을 개진하도록 기회를 부여함으로써 상대방의 입장을 이해함은 물론 현안 과제에 대해 책임을 갖는다.

우리나라의 상황에서 특히 중요한 것은 향후 건강보험 혹은 보건의료와 관련된 사회적 논의 구조가 갈등과 배제의 모형으로 갈 것인가, 혹은 협조와 partnership으로 갈 것인가가 사회적 합의의 성취여부에 달려있다는 점이다. 노사정위원회가 성취한 사회협약의 가장 큰 의의를 노사가 배제와 억압의 관계를 벗고 정책협약의 협조의 파트너로 인정하기 시작했다는 점에서 찾는 시각도 있는 만큼,<sup>14)</sup> 건강보험에 대한 사회적 합의도 앞으로 이에 관련된 정책결정과정에서 협조와 partnership이 정착될 수 있는 계기로 해석할 필요가 있을 것이다. 특히 서로 상반된 입장에서 정책협약에서 배제되어 있다고 주장하는 의료공급자와 일반 국민 모두가 정책에 참여하고 협의하는 구조를 갖는다는 것은 의미있는 발전이다.

## 2. 사회적 합의를 위한 전략

사회적 합의가 이루어지려면 이를 위한 합의구조가 필요하다. 노사정위원회의 경우 네덜란드 정부는 직접적으로 개입하지 않고 사회경제협의회(SER)와 노동재단(Labor Foundation)을 두 개의 축으로 해서 노사간의 협의를 하는 형식을 가지고 있다. 독일의 경우에는 수상이 필요 시 소집해서 운영하는 비상설기구로서의 성격을 가지고 있고, 실무위주로 운영된다는 특징이 있다.

비록 직접적인 지침이 되지는 않겠지만, 다음의 표는 한국과 독일의 노사정위원회를 비교한 것이다.<sup>15)</sup> 상설 여부, 법적 성격, 목적, 다루는 사안의 범위, 조직 등에서 뚜렷한 차이를 드러내

13) 선한승. 독일 구조조정기의 노사관계와 시사점. FES Information Series, Friedrich-Ebert-Stiftung, 1998.

14) 김세걸. 노사정 사회협약에 대한 평가와 과제. 아태평화재단 정책연구시리즈 00-05, 2001.

15) 노사정위원회. 독일의 사회합의제도. 2000.

고 있고, 이러한 조직상의 특성은 우리 나라에서 건강보험과 관련된 사회적 합의구조를 만들어 내는 데에도 유의미한 시사점을 줄 수 있다.

<표> 한국과 독일의 노사정위원회 특징 비교

	제도측면	법적성격	목 적	관심범위	조 직
독일모형	비상설기구	협의체	고용·훈련 및 경쟁력 강화	광범위	실무분과중심
한국모형	상설기구	자문기구	노사관련 증장기제도개선	협소	회의체중심

각 모형이 서로 다른 장단점을 가질 것으로 예상되나 독일의 접근법이 상대적으로 유연한 구조에 실질적인 논의와 합의를 중시하는 편이라면, 한국의 모형은 제도를 중시하는 경향을 보인다고 한다. 이러한 차이는 의도적인 측면도 있지만, 각 나라의 사회적 논의와 행정 경험에서 비롯되었을 것이다.

그러면 건강보험 재정문제를 다루기 위한 사회적 합의구조는 어떻게 편성하는 것이 바람직할 것인가. 우선 검토하여야 할 것은 기존 조직과의 연관 혹은 역할 분담 문제이다. 이미 정부는 작년에도 보건의료 문제 전반을 다루기 위하여 대통령 직속으로 특별위원회를 설치하기로 발표하였다. 그러나 그 이후, 현재까지 이 위원회의 구성과 성격, 기능에 대해 구체화된 것은 없다. 이와 연관지어 건강보험 재정문제를 다루는 사회적 합의체가 별도로 필요할 것인지에 대해서는 이론이 있을 수 있다. 본 발표자의 의견은 별도로 구성하는 것이 바람직하다는 것이다. 기왕의 특별위원회가 거의 모든 보건의료분야 과제를 망라하도록 구성되어 있어서 집중도가 떨어지고, 구체적으로 사회적 합의를 목표로 하여 구성되지 않았고, 따라서 합의에 대한 사회적 긴장과 헌신성이 떨어질 것으로 예상된다. 또한 건강보험 재정문제를 집중적으로 다루어 성과를 내는 경우 다른 분야로 이를 확산할 수 있다는 장점도 취할 수 있을 것이다.

합의구조의 형식과 성격은 노사정위원회의 독일 모형을 참고할 필요가 있을 것으로 판단된다. 각 집단을 대표하는, 따라서 공식성이 강한 회의체보다는, 실무논의를 광범위하게 진행할 수 있고 그 과정을 통하여 실질적인 사회적 합의과정을 진행할 수 있다는 장점을 주목하여 볼 만하다.

어떤 형식의 합의구조이든, 사회적 합의의 가장 중요한 과제는 그것이 개별 행동이나 결정에 영향을 미칠 수 있어야 한다는 점이다. 이는 사회적 합의를 위한 구조와 의사결정과 결집의 문화에 의해 크게 좌우된다. 우리 나라의 경우 특히 민주적 전통이 취약하므로 지도력과 대표성



의 문제가 항시 제기될 수 있다. 독일 모형, 즉 실질적인 토의와 합의과정 진행은 이 점에서도 어느 정도 기존의 방식을 보완하는 효과가 있을 것으로 기대한다. 물론 이 경우에도 제도화된 기제로서의 집행력, 강제력을 확보하여야 할 것이다.

다음 과제는 논의의 촉진과 공식화를 위한 전략이 필요하다. 그 중 하나가 입법을 전제로 논의와 사회적 합의를 진행하는 것이다. 이러한 접근법을 쓰는 경우 참여 당사자들의 참여정도를 극대화할 수 있고 사회적 논의를 체계적으로 확산할 수 있다는 장점이 있다. 또한 논의와 합의의 결과가 법률에 반영되므로 집행력과 강제력을 가진다는 장점도 기대할 수 있다.

이러한 맥락에서 (가칭) 「건강보험 재정건전화를 위한 법률」을 제정할 것을 제안한다. 여기에는 다음과 같은 내용들을 담을 수 있다.

## 1) 수입

### ○ 재정지출 규모

- 일정한 규칙에 근거하여 재정지출 총액을 설정하고 계약(한국형 총액계약). 차기년도에 목표선 미달은 보충, 상회하는 삭감으로 조정함.
- 계약을 하는 구조(OO 위원회)

### ○ 재원

- 국고지원의 규모와 방법
- 보험료 산정의 기준, 방법, 조정시기 등
- 목적세

### ○ 재정추계

- 정기적인 재정추계

## 2) 지출

### ○ 진료비 누수방지

- 청구방법: EDI, code 등
- 부정방지에 대한 규정
- 처벌

- 급여
  - 급여기준
  - 급여확대의 기준과 방법
  - 본인부담
- 진료비 지불제도
  - 현행 제도 이외에 예산제, 인두제, 포괄수가제 등 다양한 지불제도에 대한 검토, 시범사업
- 수가(약가, 재료대 포함)
  - 산정 방법
  - 조정
- 약품비용
  - 원가조사
  - 판촉에 관한 사항
  - 이윤에 관한 사항

### 3) 공급구조

- 의료공급자 수
  - 의사수, 병상수에 대한 규정
- 자본투자에 대한 제한 규정
  - 허가제(Certificate of Need, CON)
  - 보험자의 역할

### 4) 과정에 관한 규정

- 위원회 등의 설치(합의 구조)
- 시범사업 등 과정을 예측가능하게 하는 규정

사회적 합의는 구조와 입법 전략만으로 촉진되지 않는다. 외국에서의 경험으로는 다소 추상적이지만 신뢰와 대화, 양보와 타협 등 당사자들의 태도와 자세도 큰 영향을 미친다. 과연 이러한 추상적 가치들이 우리 문화에서 가능할지는 더 검토해 보아야 할 일이지만, 건강보험 재정 위기라는 초유의 사태 앞에서 새로운 틀의 협의·합의구조가 필요하다는 것은 누구도 부인하기 어려울 것이다.