

# 건강보험정책의 과제와 발전방향

서울대학교 보건대학원  
교수 양 봉 민

## 1. 보건의료와 건강보험

- 재화로서의 보건의료는 (i)불확실성과 (ii)정보의 비대칭성의 두 가지 특징을 갖고 있다. 이러한 두 가지 특성은 보건의료부문에 있어서 시장실패의 원인이 되며 따라서 보건의료의 자원배분과 서비스 제공은 시장기능에 일임할 수가 없게된다.
- 질병발생의 불확실성과 치료효과의 불확실성에 대응하기 위하여 세계 대부분의 국가는 적극적인 공공정책을 사용하고 있다. 질병발생의 불확실성에 대한 대응으로 건강보험제도나 혹은 국가의료제도를 정부주도 하에 시행하고 있으며, 치료효과의 불확실성에 대한 대응으로는 공급자 면허제와 기간별 보수교육을 강제화하고 있다.
- 우리나라도 질병발생의 불확실성에 대한 대응을 사회복지 차원에서 해결하고자 세계대부분의 나라와 마찬가지로 건강보험제도를 공보험으로 하여 국민건강보호의 기틀로 삼고 있다. 그러나 불행하게도 최근 우리네 건강보험제도는 재정적자라는 의료보장 사상 최대의 위기를 맞고 있다. 이 이외에도 우리나라 건강보험제도는 비효율과 비형평, 그리고 건강보험 관련 의료서비스의 질적인 문제를 과제로 안고 있다.
- 이에 본고는 이들 과제들을 해결할 수 있는 발전방향에 대하여 논하고자 한다. 전반부 논의의 초점은 재정문제이며 후반부는 재정문제 해결과 연결된 선상에서 건강보험의 과제들을 풀 수 있는 장기발전방향에 대하여 논의를 전개할 것이다. 건강보험 재정적자 현상에 대한 분석은 다른 연구들에서 이미 자세히 이루어졌기 때문에 (김진현, 2002; 김창엽, 2001; 양봉민, 2002; 이혜훈 외, 2001; 조홍준, 2001; 최병호, 2002), 본 연구는 기존 연구들을 바탕으로 미래에 대한 예측을 하고서 바람직한 건강보험의 미래를 위한 우리네 제도의 선택에 대하여 언급하고자 한다.

- 본 논문의 제2절은 건강보험의 도입 및 확대가 의료시장에 어떠한 변화를 초래하는지, 그래서 어떠한 제도차원의 준비가 필요한지에 대한 논의를 하고, 간단한 재정전망을 제3절에서 시도한 후, 제4절에서 건강보험이 풀어야할 과제들에 대한 기본시각을 정리하고, 좀더 구체적으로 들어가서 구조적 관점(structural point of view)에서 건강보험의 과제들을 제5절에서 논의한 후, 과제해결을 위한 정책의 접근 방향을 제6절에서 제시하며, 제7절은 구체적 정책방안에 대한 간략한 논의를 제시하고자 한다.

## 2. 건강보험과 진료비증가

- 보건경제학 이론에 의하면 건강보험의 도입이나 보험적용의 확대는 의료수요와 관련하여 크게 세 가지의 변화를 초래하게 된다. 첫째, 의료서비스에 대한 수요가 증가하며, 둘째, 수요의 가격탄력성을 하락시키며, 셋째, 수요증가에 기인하여 공급곡선과 맞물리면서 의료서비스의 가격이 상승하게 된다.
- 이들 하나하나의 총 진료비의 증가를 초래하게 된다. 즉, 수요의 증가는 양적 확대를 초래하면서, 가격탄력성의 하락은 가격변화에 소비자를 더욱 둔감하게 만들면서, 그리고 가격상승은 직접적으로 비용상승으로 연결되면서 제각각 총 진료비(의료비) 지출증가의 원인이 된다.
- 보험은 이들 세 가지의 변화를 동시에 그리고 지속적으로 초래하기 때문에 보험 적용으로 인한 의료비 부담의 동태적 증가는 예측 가능한 확실한 event가 된다. 따라서 합리적인 의료제도는 이러한 의료비 증가에 대한 대비를 제도적 차원에서 건강보험제도 도입 시에 마련하게 된다.
- 정책의 관점에서 보면 수요증가나 탄력성 하락은 현실적으로 정책의 대상이 되기 어렵다. 과도한 수요증가에 대한 본인부담제 적용과 같은 수단은 가능하나, 보험의 목적이 수요증가를 통한 의료접근도 상승에 있는 만큼, 그리고 형평성 저해라는 측면에서 수요억제는 바람직하지 못한 경우가 많다. 탄력성하락에 대한 정책수단은 실제로 존재하지 않는다. 그래서 대부분의 경우 의료비억제 정책은 가격통제에 초점을 맞추게 된다.
- 그러나 가격통제는 장기적으로 실효를 거두기가 어렵다. 그것은 시간이 지나면서 정보를 소유한 의료제공자들이 가격통제를 피해 가는 각종 방법을 터득하여 실행하기 때문이다. 많은 학자들에 의해 주장되었고 최근에 Maynard & Bloor

(2003)가 언급한 것처럼 진료량 통제가 수반되지 않는 수가통제는 효과를 나타내기 어렵다. 가격통제는 경우에 따라서 진료행태의 왜곡을 수반하며 많은 경우 진료량은 더욱 늘어나고 총진료비는 계속적으로 가파른 상승곡선을 그리게 된다. 이러한 현상은 진료비지불방법이 행위당수가제인 경우 더욱 극명한 현상으로 제도 속에 나타나게 된다.

- 그래서 어느나라의 의료제도이던 보험도입 시 진료행태가 왜곡되지 않으면서 의료비 증가가 적절한 선에서 억제될 수 있는 방법을 제도 속에 구비할 필요가 존재하며, 실제로 많은 국가에서 보험의 도입이나 확대와 함께 시도 해 왔다. 예를 들어, 가까운 대만은 1994년에 전국민의료보험을 도입하면서 가격통제와 함께 총액예산제 도입을 건강보험법에 명시하였고, 1998년-2002년 동안 이 제도를 단계적으로 도입함으로써 장기적으로 의료비상승 및 보장성 확보에 대비할 수 있었다.
- 행위당수가제의 우리나라는 의료비상승이 사전에 충분히 예측되었음에도 불행하게도 이러한 제도차원의 대비를 하지 못하였으며, 의료비상승으로 전체 파이가 많이 커진 현 상황에서는 이해관계의 대립으로 인하여 적절한 대비책을 구사하기가 더욱 어려운 현실에 처해 있다. 적절한 대비를 하지 않은 속에서 우리네 건강보험은 재정파탄을 맞게 되었고, 불행히도 미래에도 그 전망이 그리 밝지 않다.

### 3. 건강보험 재정전망<sup>26)</sup>

- 건강보험의 재정위기 이후 재정위기에 대한 분석과 재정안정대책에 대한 논의가 보건복지부와 학계에서 여러 차례 제시되어 왔다. (김진현, 2002; 김창엽, 2001; 양봉민, 2002; 이혜훈 외, 2001; 조홍준, 2001; 최병호, 2002).
- The Golden Rule (Those who have the Gold make the Rules)이 의미하듯이 재정안정은 안정적 건강보험제도의 필수적 요건이다. 예를 들어, 건강보험의 보장성강화가 아무리 중요한 과제라 할지라도 재정적자가 계속되면 보장성강화는 그림의 떡이 된다. 따라서 건강보험의 과제와 발전방향을 논하는데 있어 현재의 재정상태에 대한 논의는 물론이고 앞으로의 재정전망에 논의가 먼저 되어야 한다. 그러나 중장기 재정전망에 대한 기존 연구는 복지부의 전망(2001)과 양봉민 등(2002)의 연구가 전부인데, 양봉민 등(2002)의 연구를 간추려서 소개하면 다음과

26) 양봉민, 김진현, 이태진, *건강보험의 근본적 재정안정을 위한 정책연구*, 서울대학교보건대학원, 2002년 10월

같다.

- 양봉민 등(2002)의 연구는 1995-1999년의 추세자료를 주요 기초자료로 하여 2002년-2006년의 재정추계를 하였다. 2000-2001년 자료의 경우 의약분업 실시에 의해 주요 건강보험재정지표가 과거의 추세선에서 크게 벗어난 상태에 있으므로 추정을 위한 기초자료로서 부적합하고, 2002년 상반기 자료 역시 정부의 각종 단기적 재정안정대책에 의해 정상적인 추세선에서 벗어난 상황이므로 재정추계를 위한 기초자료로서는 부적합하다는 판단을 하였다. 따라서 2003년 이후의 시계열 자료는 '95-'99년 사이의 정상적인 추세를 보일 것으로 가정하였다.
- 2002-2006년간 건강보험 재정전망에서 가장 결정적인 요인이면서 동시에 가장 불확실한 요인은 지출측면에서는 급여비 자연증가율 및 수가인상률이고, 수입측면에서는 보험료 인상률과 정부지원비율일 것이다. 이들 주요 변수의 변화 폭에 따라 3개의 시나리오를 구성하여 재정전망 추계의 결과치를 간략히 제시하면 다음과 같다.

□ 3가지 시나리오

- 2003년-2006년간 급여비 증가율 및 보험료 인상률의 예상전망치에 따라 낙관적 전망, 중립적 전망, 그리고 비관적 전망의 3가지 시나리오를 구성하여 제시함.

시나리오	급여비, 보험료, 수가의 2003년 - 2006년 예상전망치
낙관적전망 (복지부 계획 수치)	- 연간 급여비 증가율 10% - 보험료 인상률 연간 9%선 - 연간 수가인상률 3%
중립적전망	- 연간 급여비 증가율 13.1% ('95-'99년 자연증가율) - 보험료 인상률 연간 7%선 - 연간 수가인상률 3%
비관적전망	- 연간 급여비 증가율 18.2% ('95-'99년 평균증가율) - 보험료 인상률 연간 7%선

□ 낙관적전망: 급여비 증가율 10%, 보험료 인상률 9% (복지부 계획안)

- 낙관적전망에 의하면 2003년에는 3,450억 원의 당기수지 적자가 계속되어 누적수지적자가 3조 380억 원으로 증가되나 2004년에는 당기수지가 균형상태로 회복되고 2005년부터는 당기수지가 흑자로 전환될 것으로 예상됨. 2006년에는 당기수지

흑자가 1조 800억 원에 이를 것으로 전망됨. 2004년 이후의 당기수지흑자에 힘입어 누적수지도 급속히 개선될 것으로 보이지만 기존의 누적적자 규모를 해소하지는 못할 것으로 예상되며, 따라서 2006년까지 누적수지는 1조 4,790억 원의 적자를 보일 것으로 추정됨. 결과적으로 2006년말까지 차입금의 완전상환은 불가능하게 될 것으로 전망됨.

<표 1> 건강보험재정 낙관적전망 (2002-2006)

(단위: 10억원)

		2002	2003	2004	2005	2006
수입						
	소 계	13,605	15,830	18,068	20,644	23,609
	보험료 등	10,582	12,258	14,198	16,447	19,051
	국고지원	2,575	2,888	3,185	3,513	3,874
	담배부담금	448	684	684	684	684
지출						
	소 계	14,487	16,175	18,062	20,171	22,529
	보험급여비	13,530	15,151	16,966	18,998	21,275
	관리운영비 등	957	1,024	1,096	1,172	1,254
당기수지		-882	-345	6	473	1,080
누적수지		-2,693	-3,038	-3,032	-2,559	-1,479

□ 중립적전망: 급여비 증가율 13.1%, 보험료 인상률 7%

- 중립적전망에 의하면 2002년에 이어 2003년 이후에도 당기수지적자의 크기가 계속 증가하여 2003년 9,970억 원, 2004년 1조 4,800억 원, 2005년 2조 680억 원, 그리고 2006년에는 2조 7,820억 원으로 악화될 것으로 전망됨.
- 당기수지적자의 지속적 확대에 따라 누적수지적자는 급속히 악화될 것으로 예상되는 바, 특별한 재정안정대책이 없을 경우, 2003년에는 누적수지적자가 3조 6,900억 원으로 확대되고, 2004년에는 5조 1,700억 원, 2005년에는 7조 2380억 원, 2006년에는 적자폭이 더욱 확대되어 누적적자는 거의 10조 원 수준에 육박할 것으로 전망됨. 이 규모는 총수입의 45%, 보험료 수입의 57%에 해당하는 것으로서 재정파탄 상태로 접어들 것임.

<표 2> 건강보험재정 중립적전망 (2002-2006)

(단위: 10억원)

		2002	2003	2004	2005	2006
소 계		13,605	15,605	17,552	19,755	22,249
수 입	보험료 등	10,582	12,033	13,682	15,558	17,691
	국고지원	2,575	2,888	3,185	3,513	3,874
	담배부담금	448	684	684	684	684
소 계		14,487	16,602	19,031	21,823	25,030
지 출	보험급여비	13,530	15,578	17,936	20,650	23,776
	관리운영비 등	957	1,024	1,096	1,172	1,254
당 기 수 지		-882	-997	-1,480	-2,068	-2,782
누 적 수 지		-2,693	-3,690	-5,170	-7,238	-10,019

□ 비관적전망: 급여비증가율 18.2%, 보험료인상률 7%

- 비관적전망에 의할 경우, 2003년 이후 당기수지적자는 물론이고 누적수지적자도 기하급수적으로 확대될 것으로 예상됨. 2003년에는 당기수지적자가 1조 4,110억 원으로 예상되어 차입금에 의해 버틸 수 있으나 2004년에는 2조 4,470억 원으로 증가하여 당기적자에 대한 차입금의 이자가 연간 1,000억 원을 초과하게 되고, 누적적자에 대한 차입금의 이자는 연간 4,000억 원에 달하게 되어, 2004년 이후 건강보험재정이 통제 불능상태에 빠져들 것으로 예상됨.
- 누적적자 규모를 연도별로 추정해보면 2003년에는 4조 1,040억 원, 2004년 6조 5,510억 원, 2005년 10조 3,130억 원, 그리고 2006년에는 15조 7,280억 원에 이를 것으로 예상됨.

<표 3> 건강보험재정 비관적전망 (2002-2006)

(단위: 10억 원)

		2002	2003	2004	2005	2006
소 계		13,605	15,605	17,552	19,755	22,249
수 입	보험료 등	10,582	12,033	13,682	15,558	17,691
	국고지원	2,575	2,888	3,185	3,513	3,874
	담배부담금	448	684	684	684	684
소 계		14,487	17,016	19,999	23,516	27,664
지 출	보험급여비	13,530	15,992	18,903	22,343	26,410
	관리운영비 등	957	1,024	1,096	1,172	1,254
당 기 수 지		-882	-1,411	-2,447	-3,761	-5,416
누 적 수 지		-2,693	-4,104	-6,551	-10,313	-15,728

- 이상의 재정추계에 의하면 건강보험의 재정위기는 쉽사리 극복될 수 있을 것으로 보이지 않는다. 복지부의 낙관적 전망을 따르더라도 당기흑자는 2004년부터 가능한 것이나 2006년까지 누적균형은 달성이 어려운 것으로 전망된다. 위의 전망치 대로라면 정부의 재정예측치 보다 훨씬 어두운 미래가 전개될 것이며 따라서 현재의 정부대책 보다는 더 근본적인 대책의 계획 및 추진이 국민건강보호 차원에서 절실히 요청된다고 본다.

#### 4. 건강보험의 과제에 대한 시각

- 건강보험의 과제들에 대하여는 많은 논문들이 나름대로의 분석과 해법을 제시하고 있다. 그래서 이 논문에서도 그러한 과제를 발굴하여 나열하는 것은 그리 어렵지 않은 일이다. 그러나 정작 문제는 그러한 과제들이 “왜 과제가 되고 있으며”, “왜 풀리지 않고 있는가”에 대한 이해와 분석이 충분치 않다는 점이다. 이 두 의문에 대한 해답이 가능할 때, 어떻게 풀 수 있느냐에 대한 접근이 가능하다고 판단된다.
- 건강보험제도의 가장 큰 과제는 장기재정안정이다. 여타의 공공정책과 마찬가지로 재정이 만사라고 할만큼 재정문제의 중요성은 크다. 위에서 본 바와 같이 우

리네 재정전망은 매우 어둡기 때문에 당장은 여타의 과제를 들추어 얘기하기가 어색하다. 예를 들어, 그 동안 제도권에서 적극적으로 추진되지 못하였던 보장성 강화를 포함한 보험자 역할 강화도 풀어야할 과제라고 주지되고 있으나 재정적자가 심화되어 있는 상황에선 선뜻 추진할 수가 없다. 그렇다고 가입자들에게 보장성 강화를 위하여 보험료를 더 내달라는 주문을 할 수 없는 상황이다.

- 보험료 인상에 관한 한 가입자들의 입장은 매우 명확하다. 즉, 보장성 강화를 위하여 보험료 인상을 수용할 수는 있으나 이미 각출한 보험료와 새로이 증액되는 보험료가 “재정누수 없이, 그리고 제대로 된 서비스 이용”을 위하여 쓰여질 수 있다는 보장을 전제로 하기 때문이다. 가입자들은 보장성 강화를 희망하면서도, 그리고 그를 위한 보험료 인상을 수용할 뜻을 가지면서도, 우리네 의료제도가 갖고 있는 모순을 먼저 풀어달라는 주문을 하고 있는 셈이다.
- “재정누수 없이 적절한 의료수가 및 약가를 지불하면서 과잉진료/처방 받지 않고 건강권을 보호해 달라”는 가입자의 주문을 들어 줄려고 하다 보면 실타래처럼 얽힌 의료현실을 접하게 된다. 그 현실에는 얽힌 매듭도 매듭이지만 그 매듭을 풀지 못하게 하는 강한 동력들이 작동하고 있다. 그 동력에는 내부적 동력 뿐만 아니라 국제적 동력까지 포함되고 있다. 설상가상으로 매듭풀기에 앞장서야할 정부를 보험가입자, 의료제공자, 환자, 그리고 기업 모두가 건강보험정책에 관한 한 불신하고 있는 상황이다.
- 결과는, 건강보험제도와 관한 한 어느 누구도 ‘happy’하지 않으며 그래서 지지를 하지 않는다는 사실이다. 혜택의 증가 없이 매년 불어나는 보험료에 가입자의 대부분은 많은 불만을 토로하며, 중질환의 경우에 소득보호가 되지 않는 보험현실을 경험하면 이들의 제도에 대한 불만은 극에 달하고, 매년 명목상 20% 씩 증가하는, 그래서 5년마다 두배가 되는, 진료비를 받아가는 의료제공자들도 규제와 삭감, 그리고 수입의 양극화 현상에 만족하지 못하며, 기업들의 늘어나는 보험료에 대한 불만수준도 상당하다.
- 건강보험과 관련하여 비형평, 낭비(과다이용 및 과잉진료/처방), 재정누수, 서비스 질의 문제, 소득보호취약성 및 질병으로 인한 가구의 빈곤화 등의 제반문제들을 풀어야 한다. 그래야 건강보험제도는 안정되며 가입자의 지지를 받을 수 있다.
- 문제는 하나 하나의 과제를 개별적으로 풀기가 어렵다는 사실이다. 건강보험 관련 의료이용 및 재정의 실타래가 얽혀 있기도 하지만, 의료서비스의 특성(가변성)이 개별적 정책접근을 유용하게 하지 않는다는 사실이다(다음 절에서 구체적 내용이 설명 됨). 더군다나 우리네 제도는 민간의료제공자들에 의해 서비스 제공

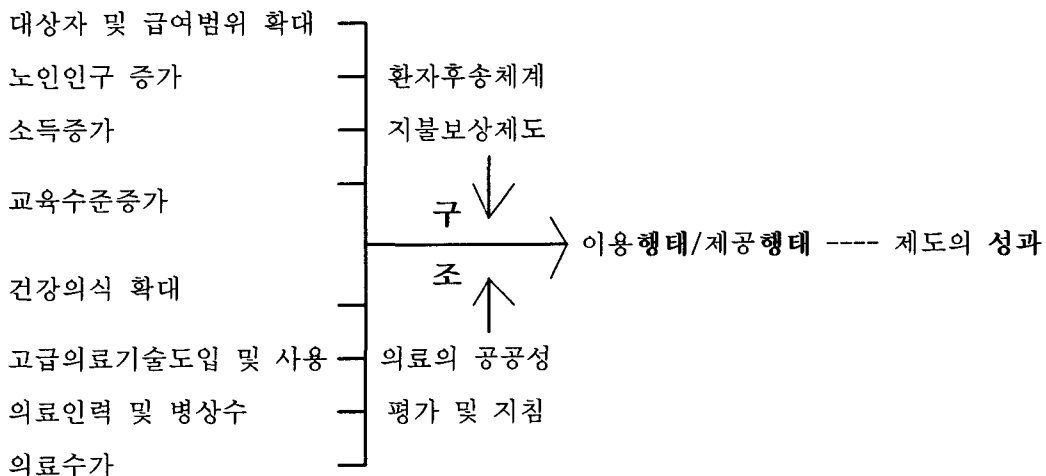


이 주도되고 있으며, 재원의 대부분이 민간에 의해 조달되기 때문에(전체 의료비의 65% 수준, 국민의료비 추계, 한국보건사회연구원, 2002), 공공정책인 의료정책이나 건강보험정책이 효과적으로 작동되는 데는 한계가 있게 된다. 결국 이 전체를 묶어서 볼 수 있는 틀, 즉, 의료서비스의 가변성과 정보의 비대칭, 그리고 민간위주 전달체계를 함께 고려하면서 과제들을 이해하고 해법을 찾아가는 틀을 가져야할 것이다. 그것이 제도적 관점에서 건강보험을 이해하는 틀이라고 판단하고 이에 대한 논의를 제공하면 다음과 같다.

## 5. 제도적 관점에서 본 건강보험의 과제 들

- 제도적 관점에서의 분석의 틀은 Edward S. Mason이 개발한 산업조직분석을 원용하며 조건-구조-행태-성과의 4분법에 근거를 둔다. 아래 <그림 1>에 그려진 분석의 틀을 간단히 소개하면 다음과 같다. 의료서비스 이용과 관련된 각종 조건들이 행태 (이용행태 및 서비스 제공행태)로 나타나는데는 구조, 즉 의료제도적 구성이 크게 영향을 미치게 되며, 조건과 구조에 영향 받은 행태는 다시 성과에 직접적인 영향을 미치게 된다.
- 공보험인 우리네 건강보험은 의료이용을 제고하고 자원조달 및 의료이용상의 형평을 도모하며, 질 좋은 의료이용을 통하여 국민건강을 보호(효율성)하고자 하는 목적을 갖는다. 이러한 목적달성 여부의 성과를 분석하기 위한 출발점은 시장조건, 즉 의료이용의 결정요인들이다.
- 의료서비스이용의 결정요인은 크게 수요측 요인과 공급측 요인으로 대별되는데, 아래에 도식된 바와 같이 수요측 요인으로는 대상자 및 보험급여범위, 노인인구 비율, 소득수준, 교육수준, 건강의식변화, 의료수가를 들 수 있으며, 공급측 요인으로는 의료수가, 고급의료기술 사용, 의료인력 및 병상수 증가를 꼽을 수 있다.
- 이들 요인은 아래 그림과 같이 지불보상제, 전달체계, 의료제도의 공공성이라는 세 가지 제도적 기전을 통하여, 그리고 미시적으로는 의료제공자의 행태와 직결되는 평가(진료, 기술, 약)나 진료지침, 혹은 처방지침에 의하여, 의료이용 혹은 의료제공 행태로 연결되게 된다.
- 예를 들어, 의료이용 조건들은 잘못된 구조 혹은 제도적 구성 아래에서는 과잉처방, 과잉진료, 고가장비의 과다이용, 메디칼 쇼핑, 경질환자의 서비스 과다 이용으로 이어지게 된다. 물론 그 반대로 제도구성이 제대로 되면 의료이용 조건은 바람직한 행태로 나타나게 될 것이다. 잘못된 행태에서 비롯되는 건강보험제도의

- 성과는 고비용, 비형평, 비효율, 그리고 저질 서비스의 문제를 안게 됨은 자명하다.
- 건강보험제도(혹은 국가의료제도)가 큰 재정위기 없이, 비교적 형평적이면서, 양질의 서비스 제공을 지속적으로 하는 OECD국가들을 보면 아래 그림에 표시된 바와 같이 각종 의료이용요인이 의료이용/서비스제공 행태와 그리고 실질적인 보험급여비 수준이나 형평성있는 의료이용 혹은 형평성있는 재정부담으로 전환되는 과정에서 의료제도적 장치(지불보상제, 전달체계, 공공성, 평가 및 지침 등)가 효과적으로 작동되기 때문인 것을 알 수 있다. 이들 국가들은 우리네보다 재정불안 요인을 더 강하게 갖고 있는데도 의료이용관련 요인들을 잘 소화하는 의료제도의 틀을 만듦으로써 비교적 성공적으로 (효율과 형평의 측면에서) 제도적 안정을 기하고 있음을 알 수 있다.
  - 반면에 우리나라의 경우에는 기 언급된 수요측 요인과 공급측 요인 모두가 과잉진료, 과잉처방, 메디칼쇼핑, 고급기술 과다사용, 경증질환 서비스 과다이용 등의 행태로 나타나고 있다. 그 결과 진료비 증가는 매우 급격하며, 재정부담상 혹은 의료이용상의 비형평은 여전히 높고, 제왕절개나 치식술 사용, 혹은 항생제 과다처방의 예에서 보듯이 서비스 질의 문제는 큰 숙제로 남아있게 된다. 즉, 의료이용 관련 요인들은 지불보상제도가 후불제인 행위당수가제이며, 환자후송(전달)체계가 부재하고, 민간의료의 의존도가 높다는 제도적 장치상의 특성과, 평가나 진료지침, 처방지침이 거의 통용되지 못하는 현실 하에서, 별다른 여과 없이 비형평, 과잉진료 및 저질 서비스, 그리고 보험급여비 증가 및 국민의료비 증가로 이어지고 있는 셈이다.



<그림 1> 건강보험에 대한 제도적 관점에서의 이해

## 6. 과제해결을 위한 정책의 접근방향

- 산업조직분석 4분법에 의하면 다양한 의료이용상의 문제와 건강보험재정문제의 해법은 결국 조건과 구조(structure)에서 찾아지는데 근본적으로는 구조적 접근이 가장 유효하다. 우선 조건에 대한 정책수단의 가능성을 보면 다음과 같다.

### □ 조건

- 서비스 이용을 결정하는 보건의료 시장여건(conditions)들은 그 자체로서 정책구사의 대상이 될 수도 있으나 이에 한계가 있다. 대상자, 노인인구, 소득, 교육수준, 건강의식은 정책의 대상이 될 수 없다. 급여범위의 경우 그 조정을 통하여 이용행태나 성과에 변화를 가져올 수는 있으나 건강보험이 공보험인 한은 급여범위의 확대는 몰라도 급여범위의 조정을 정책수단으로 사용하는 것은 논란의 여지가 크다. 고급의료기술의 도입 및 사용은 정책의 대상이 되나 행위 하나하나에 대한 조정은 어렵고 대신에 구조(structure)에 포함된 평가나 지침적용을 통하여 가능하며, 의료인력 및 병상수의 조정은 정책구사의 대상이 되지만 수혜자인 국민의 관점에서 적정인력 및 적정병상수를 찾아내기가 쉽지 않다는 것을 우리나라 경험이나 미국의 GMENAC 사례에서 잘 알 수 있다. (양봉민, 2002)
- 가장 쉽게 접근할 수 있는 수단이 수가통제이다. 그러나 많은 학자들이 강조하듯이 양에 대한 통제가 수반되지 않는 가격통제는 효과가 나타나기 어렵고 오히려 진료내역의 왜곡을 초래할 위험이 크다. 따라서 제도에 더 큰 부담을 안겨줄 수 있는 정책수단이 되는 셈이다. 특히 우리나라와 같이 건강보험 급여의 범위가 비교적 좁은 제도에서는 건강보험 만의 수가통제는 건강보험 내부에서의 진료왜곡뿐 아니라, 비보험영역에 대한 재정적 인센티브를 통하여 2중의 진료왜곡이 초래될 가능성이 크다. 따라서 수가통제는 단독으로 보다는 여타의 정책수단과 함께 고려되어야 한다.

### □ 행태

- 잘못된 제공행태나 이용행태의 변화를 위하여 행태 자체에 직접적으로 정책수단을 사용할 수도 있으나 이는 의료의 특성상 기대하는 효과를 거두기가 어렵다고 분석되고 있다. 관련된 대표적인 내용을 살펴보면 다음과 같다.
- Enthoven (1980)은 일반재화와 다른 보건의료서비스의 특성을 다음과 같은 일곱 가지 내용으로 묘사하고 있다. 1) 의사라고 모든 진단과 처방을 오차없이 할 수

는 없으며, 2) 질환치료에 유일한 최선의 치료법이 있는 것이 아니라 상황에 따라서 여러 가지의 치료법이 존재할 수 있으며, 3) 의사의 모든 치료들이 과학적으로 모두 입증되는 것도 아니고, 4) 의료서비스는 입원일수나 의사방문수와 같은 지표로 표준화 되기도 어렵고, 5) 질환에 대한 대부분의 치료가 죽음과 삶의 문제이거나 혹은 반드시 불능으로 연결되는 것은 아니며, 6) 더 많은 의료서비스를 받는다고 해서 항상 건강이 더 좋아지는 것은 아니고, 7) 의료수요는 예측하기도 어려우며 그렇다고 필요한 서비스라고 해서 당장 받아야 하는 것도 아닌 특성을 갖게 된다.

- 다시 말해 의료서비스는 ‘가변성’이 매우 크며 개념적 정의를 내리기가 매우 어려운 재화에 해당한다. 그렇기 때문에 관련한 논의의 폭도 넓지만 논란의 여지도 많을 수 밖에 없다. 이러한 개념적 변이가 큰 재화의 이용과 관련한 부분을 간단한 잣대를 가지고서 통제하거나 조정하기란 따라서 매우 어렵게 된다. 예를 들어 제왕절개가 불필요하게 많이 시술된다는 판단아래 분만과 관련한 어떤 표준 지침을 만들어서 강제화 하면 ‘나의 시술은 환자의 특성상 불가피 하다’는 항변을 낳게 되고 항변의 빈도수가 커지면서 시술관련 표준지침은 그 효력을 상실하게 된다. 결국 재화의 가변성과 치료의 불확실성으로 인하여 이용표준화 및 비용억제의 노력은 난관에 봉착하게 된다. 만일 규제자나 환자가 공급자에 대칭하는 정보를 갖고만 있고 재화의 정의를 비교적 명확하게 내릴 수 있다면 표준지침의 정착화 및 비용효과적 제도의 구성은 시장기능을 통하여 가능할 것이나 현실은 그러하지 못하다. 결국 표준지침은 필요할 지 모르나 잘못된 행태 하나 하나를 정책의 직접적 대상으로 하기보다는 제도적 차원에서 다른 수단과 어울려서 지침이 사용될 때에 평가지침의 기대효과를 얻을 수 있음을 의미한다.

## □ 구조

- 재정문제를 포함한 건강보험의 과제를 풀기 위한 접근에서 위에서 보았듯이 행태나 조건에 대한 정책수단은 나름대로의 한계를 갖는다. 건강보험제도로부터 바람직한 성과를 얻기 위하여는 OECD국가들에서 경험하듯이 결국 구조적 접근을 할 수 밖에 없다.
- 건강보험 과제 해결을 위한 해법을 구조(structure)에서 찾아야 하는 또 다른 이유가 있다. 보건의료는 ‘서비스의 양보다는 질이 중요한, 재화의 표준화가 어려운, 그러면서도 정확하고도 복잡한 판단을 요구’하고 있다. 그래서 Enthoven

(1980)은 그의 저서에서 의학은 자연과학이라기 보다는 판단을 필요로 하는 예술 (art)에 가깝다고 표현하기도 하였다. 개념과 시술의 모든 것이 명확한 재화라면 보건의료에 대한 자원배분은 어떠한 지침이나 기준에 의해 쉽게 결정될 수 있으나, Enthoven의 주장대로 마치 예술에 가까운 가변성과 불확실성, 그리고 정보의 비대칭성을 갖는다면 보건의료 부문의 자원배분은 제도적 구성이나 재정적 인센티브에 의존할 수 밖에 없게 된다.

- 즉, 시장실패를 보정하는 차원에서 규제자는 재정적 인센티브(혹은 디스인센티브)를 제공하고 정보를 보유하는 공급자(의사)들이 스스로 재화의 가변성과 불확실성의 문제를 해결하게 하는 메카니즘을 동원하는 방법이다. 이러한 메카니즘에 해당하는 제도적 장치가 바로 OECD 여러 국가에서 현재 사용하고 있는 선불제인 지불보상제, 환자후송체계, 그리고 의료의 공공성이다. 이들 중 재정인센티브 차원에서, 그리고 장기재정안정의 당위성을 고려할 때에 가장 중요한 것이 적절한 지불보상제의 사용이다.

## 7. 정책과제와 발전방향

- 이미 언급되었다시피 우리네 건강보험은 근본 구조의 문제점을 안고 있으며, 이에 따라 풀어야 할 과제도 분명해 진 셈이다. 우선순위가 높은 과제들로 지불보상제도의 개편, 환자후송체계의 정립, 공공성 강화, 그리고 지침 및 평가제의 도입이다. 위의 네 가지 근본과제들은 모두가 제도의 기본구조를 바꾸는 장기과제들이긴 하지만 우선적으로 해결되어야 할 과제들이다.
- 이들 중 가장 중요한 과제는 지불보상제의 개편이다. 이미 많은 연구논문들이 지적하는 바와 같이 우리제도가 현재 채택하고 있는 행위당수가제는 의료기술의 개발 및 도입을 촉진하고 의료부문 자원의 유입을 늘인다는 장점을 분명히 갖고 있다. 그러나 이용행태나 제공행태를 통하여 자원의 낭비를 초래하고 의료제공자와 소비자간에 불신을 초래하며, 특히 제3자가 비용을 지불하는 보험제도 아래서는 거의 무제한으로 비용을 염출하는 비용증가적 장치임을 고려할 때 행위당수가제가 우리네 보건의료부문의 자원배분기능을 전적으로 그리고 장기간 담당하게 하는 데는 무리가 따른다.
- 우리나라의 현재의 재정 소요와 미래의 잠재적 재정소요를 감안할 때, 현행 행위당수가제 하에서 국민의 상당한 추가적인 부담과 제도의 비효율이 초래되기 때

문에 행위당수가제는 보건의료부문 재원조달 및 자원배분의 잣대로서 부적합하다는 것이 거의 확실시되고 있다. 행위당수가제가 내포하는 보험재정상의 부정적인 의미와 의료제도상의 문제는 가설이 아닌 현실이며, 이러한 우리네 현실을 직면하면서 그리고 외국의 경험을 목격하고 연구하면서 지불보상제도의 변화를 모색하게 되며, 거의 모든 나라에서 총액예산제가 최종 선택이 되듯이 우리도 총액예산제의 채택을 우선 염두에 두게 된다.<sup>27)28)29)</sup>

- 신의료기술(행위, 기술, 약제)에 대한 평가제 도입은 2002년 9월의 법령도입으로 우리제도 속에 이미 가시화되고 있다. 그러나 제대로 된 평가제의 실시는 건강보험 자체가 평가제를 정착시킬 수 있는 자체능력의 구비가 우선 되어야 하기 때문에, 그리고 의료기관, 의료기기제조사, 그리고 제약사들이 적응할 시간을 요한다는 점에서 앞으로 수년간의 준비에 따른 시간이 소요될 것으로 판단된다.
- 우선순위가 뒤쳐진 과제로는 건강보험의 급여확대가 있다. 급여확대는 형평성과 효율성의 양 측면에서 중요한 과제이며, 우리네 보험제도가 제대로 된 소득보호 기능을 갖기 위한 필수적 전제이기도 하다. 한편으로는 지불보상제도를 총액예산제로 개편한다면 급여확대는 이를 위한 전제조건이 되며, 따라서 위의 근본구조개선과 동시에 추진되어야 할 과제이기도 하다. 위의 근본과제들에 비하여 우선순위가 낮다고 한 이유는 근본과제들의 개선 없이 시도하는 급여확대는 또 다른 자원의 낭비와 진료비 증가를 초래할 가능성이 크기 때문이다. 예를 들어, 현재의 제도적 상황-환자후송체계 미비, 행위당수가제, 이윤추구 민간의료 주도, 진료지침의 부재-에서 MRI의 보험급여 결정은 과잉진료, 의료쇼핑, 고비용구조의 모순을 낳게 될 가능성이 매우 크다. 따라서 급여확대에 따른 부담증가가 건강상의 편익이라는 소기의 기대효과를 갖기 위하여는 위의 근본과제들이 어느 정도 해결의 실마리를 가진 후에 하던지 아니면 지불보상제의 개편에 때를 맞추어 추구되는 것이 합리적인 것으로 판단된다. 그렇지 않으면 급여확대는 대책없는 정책이 될 것이며 또 다른 차원의 진료왜곡을 부추기게 될 것이다.
- 주로 구조(제도적 구성)과 관련된 이들 주요 과제 이외에도 현 시점에서 시도해야 될 단기 과제가 다수 있다. 첫째, 건강공단의 기능혁신을 위하여 책임경영시

27) 총액예산제에 대한 좀더 자세한 논의는 논문의 범주를 벗어나기에 생략 함

28) 참고로 아시아권에서의 진료비 지불제도 개혁에 대해서는 1998년~2002년 동안 실시된 대만의 총액예산제를 참조할 필요 있음(양봉민·김진현·이태진, 2002).

29) 덴마크, 아일랜드, 영국, 캐나다, 이탈리아는 보건의료체계에서 광범위한 예산제를 채택하고 있는데, 이들 국가는 의료비가 GDP에서 차지하는 비율이 낮을 뿐만 아니라 낮은 증가율을 보이고 있음. 그리고 독일도 다양한 수준에서 예산제를 도입함으로써 GDP 대비 높은 수준의 의료비를 억제하는 데 성공한 국가임.

시스템의 도입, 공단/심평원/정부와의 관계 재 설정, 조직의 효율적 관리운영방안 모색 등이 검토될 수 있다. 둘째, 건보 가입자 건강보호를 위한 역할의 정립 및 강화인데, 질병예방 및 건강증진 사업실시, 건강 및 질병 관련 정보 제공, 합리적 의료이용 제도, 노인보건 집중관리 등이 포함된다. 셋째, 재정수입 확충을 위한 새로운 재원 개발 및 기존 재원의 확대에 대한 연구검토가 필요한데, 예를 들어 담배부담금 인상, 건강보험 관련 알콜소비세 징수, 의약품 광고세, 제약기업 각출금 등이 연구의 범주에 속한다. 넷째, 재정지출관리를 위하여 수가수준 및 약가수준에 대한 재검토, 진료비 심사평가방법의 개편, 허위/부당청구 관리방식의 변화, IC카드의 도입 등이 검토 될 수 있다.

- 이러한 단기 정책수단의 상당부분은 이미 정책수단이 되어 있거나, 혹은 검토 중에 있는 것도 있고, 새로이 검토될 부분도 있다. 단기정책에 관하여는 특히 재정안정과 관련하여 정부가 적극적 정책수단들을 검토하고 있기에 본 논문의 세부적 논의대상에서 제외해도 무방하다고 판단하였다.
- 중요한 것은 건강보험과 의료제도의 근본적인 구조를 변화시키는 과제들이다. 이러한 근본구조의 변화에 대하여 사회적 이해가 얻어지고 공감대가 형성이 된다면 변화를 위한 구체적인 연구들이 시작되어야 한다. 근본구조의 변화에 대하여 사회적 공감대가 형성된다고 하더라도 이해당사자의 조직적 저항이 가능하기 때문에 어설픈 시도는 금물이라는 점이다. 즉, 선부른 제도개혁은 제도개혁에 대한 저항력만 키워서 진정한 개혁을 더욱 어렵게 만들기 때문에 일단 구조변화에 대한 시도를 할려면 깊이 있는 다년간 연구를 바탕으로 용의주도한 계획아래 추진되어야 할 것이다. 근본 구조의 개혁의 과제를 위하여는 학계와 연구소의 협조가 절대적이라는 판단이다. 예를 들어, 총액예산제를 염두에 둔다면 선부른 시도보다는 다년간 연구에서 제도의 장점과 단점을 정태적/동태적으로 충분히 검토하고 분석하면서 도입을 위한 전략을 짜야 할 것이다. 정책의 장점 만 내 세우는 밀어부치기 식의 정책구사는 예고된 실패가 될 수 있음을 정책당국은 유념하여야 한다.

## 8. 맺는 말

- 건강보험 재정과탄은 이미 오래 전에 예고되어 있었으며, 재정과탄을 초래한 다수의 원인 중 가장 큰 원인은 무엇보다 재정지출을 통제하는 데 필요한 통제장치가 우리네 제도 속에 전혀 존재하지 않았기 때문이다. 이는 마치 많은 비로 불어날 물을 통제하지 않으면 제방이 터져서 홍수피해가 발생하듯이, 재정과탄은

급속하게 늘어나는 재정지출을 적절히 통제하지 못하면서 건강보험재정의 물질을 잡아주는 제방이 터진 양상이다. 의료제도 속에 향후 늘어날 수밖에 없는 재정지출을 조절하는 제도적 장치가 없는 한 재정파탄은 반드시 재발될 것이며 따라서 장기재정안정도 기대하기 어렵다고 판단된다.

- 재정이 안정되지 않으면 건강보험을 위한 어떠한 계획도 큰 의미를 가지지 못한다. 그래서 공공정책에 관한 한 재정이 만사라는 표현도 가능하다. 건강보험의 목적적 가치인 의료이용의 형평성을 견지하면서 거시경제적 차원에서 재정지출의 크기를 조절하는 장치로서 우리네 제도는 지불보상제의 구조적 개편, 환자후송체계의 정립, 의료 공공성 강화, 평가/지침의 제도화를 필요로 한다. 의료서비스 이용조건이나 행태보다는 구조 측면의 변화가 필수불가결한 이유를 Enthovan(1980)의 논리를 빌어서 본문에서 설명하였다.
- 건강보험이 국민을 진정으로 보호할 수 있고, 국민으로부터 수용될 수 있기 위해서는 위의 네 가지 큰 방안들이 제도의 기본 틀이 되어야 함은 자명하다. 헌법에 보장된 건강권을 구체적으로 추구하는 이러한 기본 틀은 정권이나 정당의 이해관계를 초월하는 것으로서 우리네 건강보험제도 속에 확실한 자리매김이 빠른 시일 안에 되어야 하며 향후 건강보험 정책은 이러한 기본 틀의 마련을 위한 단계적 접근에 초점이 맞추어져야 할 것이다.
- 시장이 실패할 수밖에 없는 보건의료에서 시장원리의 잣대를 갖다 대면서 국민의 건강을 보호하기보다는 국민에게 상당한 부담을 지우는 현재의 정책들은 사실 정치철학의 부재에서 비롯되는 것이기도 하다. 따라서 건강보험제도의 장기안정을 위해서는 OECD 많은 국가들과 마찬가지로 정권을 초월하는 보건의료에 관한 정치소신/철학이 전제되어야 하며 우리나라도 그러한 정치철학을 필요로 하는 시점에 와 있다고 판단된다.
- 한 가지 확실한 것은 현재의 정책기조나 제도적 장치가 변하지 않고 지속될 경우 앞으로 보건의료부문에 국민이 혼란을 가중될 것이고, 이해당사자들의 이해관계는 더 얽히게 되고, 우리에게 절실한 정치철학/소신을 마련하기가 더 어려워질 것이다. 결과는, 대책 없이 의료수가를 인상하고, 대책 없이 조제료와 처방료를 산정한 의약분업의 예에서 잘 나타나듯이 엄청난 사회적 비용을 유발하게 될 것이다. 이에 우리는 미시적 효율과 거시적 조정장치를 갖는 기본 틀은 건강보험제도의 장기 안정과 의료제도의 선진화를 위한 초석이자 필수적 요건임을 인식하여야 하며, 필요한 환경적 변화를 단계적으로 유도하기 위한 수단의 강구에 앞으로 많은 노력을 기울여야 할 것이다.



## 참고문헌

- 김진현. 2002.5. “건강보험 보장성 강화와 지속가능한 재정구조 구축을 위한 제도개선방향”. 경실련. 『경실련 정책토론회 자료집』.
- 김창엽. 2001. “건강보험 재정문제의 현황과 과제”. (미발표).
- 보건복지부. 2001.5. 『국민건강보험 재정안정 및 의약분업정착 종합대책』.
- 양봉민. 2002.4 “건강보험제도와 재정안정”. 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문.
- 양봉민 · 김진현 · 이태진. 2002.10. 『건강보험의 근본적 재정안정을 정책연구』. 서울대학교 보건대학원.
- 이혜훈 외. 2001. “건강보험 재정확충방안에 관한 연구”. 한국개발연구원.
- 조홍준. 2001. “건강보험 과탄의 구조적 원인과 과제”. 건강연대.
- 최병호. 2002. “국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안”. 『건강보험포럼』 제1권 1호.
- Enthoven, A.C., *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Addison Wesley Pub. Co., Reading, MA. USA, 1980
- Maynard A. and Bloor, K., "Dilemmas In Regulation of the Market for Pharmaceuticals," *Health Affairs*, Vol.22, No.3, 2003, 31-41