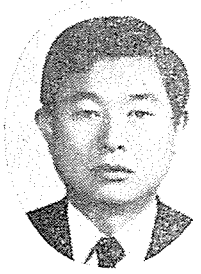
特別寄稿



醫療保險 實施에 대한 小考

曺 圭 常

가톨릭 醫大 學長

國民醫療保險을 이루는 基本的 條件

의료의 세계적 조류는 시대의 변천에 따라 급속도로 변모하고 있다. 이러한 조류 속에 있어 우리나라는 의료제도의 결함과 미약한 국가경제로서 많은 혼란과 난관을 겪고 있다.

현대의료는 모든 국민에게 고루 혜택이 이루어질 수 있는 의료사회화의 방향을 걷고 있다. 이것은 종래의 個人爲主의 자유진료와는 판이한 것이다. 의료의 사회화란 모든 국민에게 균등하게 언제나 안심하고 의료의 혜택을 줄 수 있는 제도를 추진하는 것을 말한다.

國民醫療保險의 실시는 우리의 궁극적인 목표인 國民保健機構(National Health Service)를 뜻하는 것으로서 어떤 특수집단이나 任意保險加入者들을 위한 건강보험이나 병원보험 등 특수보험을 말하는 것은 아니다.

國民醫療保險은 국가에 따라 여러 형태가 있는데 여기서는 병원이나 요양소는 물론 市郡單位나 職場單位의 의료기관이 있어 각 분야의 전문의들이 배치되어 있으며 또한 末端組織으로서는 인구 2,000~3,000명당 診療醫가 있다. 고로 이러한 기구조직에 있어서는 방대한 수의 의료요원이 배치되어야 하는 것이다. 따라서 國民醫療保險이 되어 있는 국가에 있어서는 인구 1만명당 적어도 10명의 의사를 가지고 있다. 즉 國民醫療保險을 실시하는데 있어서는 의료의 질적면을 제쳐놓더라도 양적면에 있어 보다 많은 의료요원과 보다 풍부한 의료보건시설이 광범위한 지역에 조직적으로 분포되어 있어야 한다. 國民醫療保險이 실시되고 있는 국가의 평균병상은 인구 10만명당 500病床을 가지고 있는데 비하여 현재 우리 나라는 50병상에 불과하고 의사수는 인구 10만명당 5명에 불과하며 그 나마도 시설의 불비와 지역적 편중으로서 이들 의료의 인적 물적 자원도 제대로 활용되지 못하고 있는 것이다.

國民醫療保險實施에 앞서 정비하여야 할 일은 현 의료제도의 개선이다. 저질의 의료를 방지하고 제한된 의료의 인적 물적 자원을 고도로 활용하는데 있어서는 의약분업과 일반의와 전문의의원과 병원의 기능분화 등의 조직화가 실현되어야 한다.

만약 현 의료제도의 개선없이 醫療保險制度만을 채용한다면 의학은 아직도 嬰兒期였을 시절의 미약하였던 의료의 활용 상태로 후퇴시키는 결과를 가져오거나 그렇지 않으면 무질서와 혼란을 초래하여 보험기능의 마비와 좌절을 가져오게 될 것이다. 그러므로 의료요원과 시설 및 의약자재를 어떻게 활용하느냐는 것은 國民醫療保險事業의 성패를 좌우하는 중요한 원인이 되는 것이다.

醫療保險制度는 그 국가사회의 실정과 이 제도가 가진 장단점을 깊이 연구하여 채택하여야 한다. 醫療報酬의 문제가 올바른 의료의 자세를 그르치게 함으로써 醫師會와 政府間에 야기된 각국의 분쟁은 충분히 고려되어야 한다.

원래 경제적 자유주의 체제하에서 사회전체주의 체제의 의료제도를 실시한다는 것은 무거운 비중을 지니게 되는 것이나, 복지국가건설이란 많은 경우 사회주의 체제가 아니라 개인적 문제해결이라는 특징으로서 의료를 保險主義的 社會化라는 형태로 발전시켜 왔고 國民皆保險의 방향을 걸어온 것이다.

원래 의사는 사회적 지위가 높으며 일의 성질이 병든 환자를 대상으로 하고 있으므로 보수적이며 권위주의적인 즉 의료를 조직화 하며 규제화하는 사회화를 좋아하지 않는 수가 많다.

물론 保險診療가 되면 환자가 많아지며 그 수도 평균화되어 診療報酬에 대하여 정신을 쓸 필요가 없어지므로 의사 전체로서는 바람직한 것이나, 一國一城主의 자주성을 가져온 의사가 保險機構의 지시를 받아야 함으로써 오는 불만을 이겨내야 하며 환자대중의 보험에 대한 지식의 향상 등, 國民醫療保險實施에 앞서서는 환자나 의사 모두의 보험을 받아들일 수 있는 머리의 전환이 필요하며 전술한 바와 같이 의료기구의 기능분화에 따른 의료요원의 적정배치, 의료비의 타당한 算定, 기금지불의 사무합리화 등 충분한 대비를 갖추어야 할 것이다.

韓國의 醫療保險을 위한 提案

國民醫療保險을 일시에 시작한다는 것은 무모한 일이며 또한 재정상으로나 醫療機構나 조직으로 보아 현재로서는 실시 불가능한 일이다. 그러므로 처음 단계로서는 봉급생활과 임금생활하는 공무원과 사업장의 근무자 및 그들의 가족으로부터 시작됨이 타당하다. 이들과 이들 가족만 하더라도 그 인구는 500만명이 넘을 것으로 추산된다.

醫療保險은 國營과 民營의 두가지 운영방법이 있는데 國民醫療保險은 정부사업으로서 조직하고 직접 정부에서 운영함이 바람직하나 일부 집단을 대상으로 할 경우에는 고용자와 사용주에 의하여 조직되거나 정부가 참여하는 民營 또는 公社 형식의 보험기구로서 운영된다. 전자의 경우에는 국가가 강력한 힘으로써 끌고 나가는 强點이 있고 후자의 경우에는 構成組織員들이 자치적으로 애착심을 가지고 保險機構를 육성하는 長點을 가지고 있다.

여하간 보험기구는 단일화된 기구로서 운영되어야 한다. 미국의 Blue Cross나 Blue Shield 등과 같은 여러 기구는 많은 혼합을 가져올 근원이 된다. 이들을 위하여서는 각 단체가 가지고 있는 共濟組合의 규정 등도 정리되어야 할 것이다.

1. 財政과 運營

醫療保險에 있어 국가부담이 크면 클수록 보다 진보적이라고 말하여 왔는데 그 제도가 근본적으로 다른 英國을 제외하고 西獨, 佛蘭西에서는 國庫負擔은 원칙적으로 하고 있지 않다.

醫療保險은 보험주의의 원칙으로 나아가야 한다. 보험재정은 고액소득의 피보험자가 보다 많은 보험료를 지불하는 應能原則을 채용하여야 한다.

보험료 수입의 구성비는 사용자, 고용자 및 정부보조를 각기 1/3씩 분담하는 방법도 있으나 歐洲 各國의 경우와 같이 사용주가 더 많이 부담하는 방향으로 나아가야 하고 정부보조는 관리운영비(이것은 전체 예산의 20% 이내)에 충당함이 좋을 것이다.

보험료를 얼마로 책정하느냐 하는 것은 대단히 어려운 일이나 봉급의 6%~9%로 보면 그리 틀린 숫자가 되지 않을 것이다. 따라서 사용주나 고용자가 그 1/3을 부담한다면 의료보험실시로서 2%~3%를 각기 더 지출하게 될 것이니 그리 큰 부담은 되지 않고 실행할 수 있을 것이다.

의료보험 실시 초기에는 이용률이 적어 지출이 적게 나가는 것이 보통이며 점차 연도가 갈수록 증가하는데 건전한 의미에서의 지출증가는 의료보험의 성과라고 볼 수 있겠다.

의료비 지출에 관하여서는 이를 둘러싸고 의사와 보험기구간에 많은 분쟁을 가져왔는데 의료비 지출의 근본 감축방안으로는 보험의 운영방법을 질병치료에만 치중하지 말고 예방과 보건교육사업에 역점을 두어야 할 것이며 이것은 이윤이 높은 건전한 투자가 될 것이다. 低質의 의료 즉 불필요한 진료나 의료원의 亂用을 방지하고 의료의 인적 물적자원을 활용하여 환자들에게 적합한 의료시설과 기술로서 조기진단과 훌륭한 치료가 이룩될 수 있도록 하여야 할 것이다.

2. 醫療의 組織과 結付

보험실시에 있어서는 우선 전술한 바와 같이 一般醫(general practioner)와 專門醫의 임무한계와 醫院과 病院의 기능의 구분이 이루어져야 한다.

保險醫가 되고자 하는 一般醫는 소속 의사회의 추천과 보험기구의 심사를 거쳐 保險醫로서의 지정을 받는다.

피보험자들은 保險一般醫名簿 중에서 자유의사에 의하여 의료를 받고자 하는 保險醫를 선정하여 發符한다. 이의 유효기간은 특별한 사정이 없는 한 1년을 원칙으로 한다. 위의 선택에 있어서는 保險醫側에 있어서도 發符를 받거나 거부할 수 있는 권한이 있다. 一個保險醫가 가질 수 있는 피보험자의 수는 3,000명을 한도로 하여 保險機構에서 地域分布를 조정하여 준다. 專門醫 중에서는 小兒科醫만이 未成人을 위하여 일반 보험의로서의 지원할 자격을 준다.

피보험자의 보험의사 선택을 의사회에서 관여함으로써 환자배정에 있어서의 保險機關의 불미한 일이 없도록 공평을 기하여야 한다는 의견도 있으나 민주국가에 있어서나 또한 보험원칙에 있어 의사의 선택은 피보험자의 자유권에 속하는 것이다. 만일 보험운영상의 문제점이 있다면 이것은 保險審議機構에서 시정할 문제가 될 것이다.

一般保險醫는 제한된 범위내에 있어 환자를 1차적으로 진찰하고 치료한다.

정밀검사와 수술 등 전문기술을 요하는 진료는 專門醫에 의하여 다루어져야 한다. 專門醫는 원칙적으로 병원에 근무하거나 병원과 관계를 가지고 진료하여야 한다. 이것은 專門治療를 위한 보험계약은 병원을 상대로 하게 되며 또한 專門診療는 이러한 施設下에서 이루어져야 하기 때문이다. 따라서 병원 중에서도 綜合病院이 우선하게 된다.

피보험자의 診療費給付는 全額給付와 制限給付(一部 本人負擔)의 두가지 방법이 있는데 전자의 경우는 의료의 남용을 가져올 폐단이 있는 반면 후자의 경우에는 조기진료를 억제하는 결함이 있다. 그러므로 명색상의 少額을 患者負擔 즉 初診時 또는 每處方時의 手數料를 받게 하고 高價治療와 時間外往診, 高級入院室使用 등은 給與抑制(limited coverage)나 자기부담으로 하여야 된다.

부양가족에 대한 醫療費給付는 본인 보다도 낮게 예컨대 入院診療費 80%, 外來診療費 50%를 지급하는 것이 통례이다.

醫療費支拂은 환자가 일단 지불하고 후에 보험에서 환부하는 방법과, 피보험자의 의료비지불에 관여하지 않고 醫療機關과 保險機關間에 청산하는 방법이 있는데, 兩者間에 장단점을 가지고 있으나 우리 나라에서는 被保險者의 個人에 경제적 사정으로 보아 후자를 택함이 좋을 것이다.

결핵, 나병, 전염병, 정신병 등은 특별기금이나 정부관리병원에서 취급됨이 원칙이다.

이 외에 癌, 心臟血管系疾患, 糖尿病 등은 특수병원을 설치하여 같은 환자들을 收容함으로써 專門醫療要員으로 하여금 진료함이 효과적이며 경비면에 있어서도 절약된다.

醫療保險은 旣存 醫療資源의 활용 뿐만 아니라 의료수준을 향상시킬 사명도 지니고 있어 施設과 醫療要員에 수준을 끌어 올리도록 노력하여야 한다.

3. 醫療費의 算定과 支拂方式

醫療報酬支拂方式으로는 點數制(fee for service method)와 均一率制(flat-rate method)와 俸給制(salary method)가 있다.

點數制는 우리에게 가장 잘 알려진 現行 産業災害補償保險과 自動車保險에서 채용되고 있는 방법으로서 보험기구로부터 의사에 대한 진료비의 지불을 진료한 종류, 회수, 내용에 따라 收價基準을 가지고 점수로 계산하여 지불하는 방법인데 收價基準, 通用規則, 請求方法, 審査 등 支拂까지에 있어 복잡한 절차를 요한다. 點數制는 과거 自由診療方式에 의하여 진료보수를 받아 온 의사들에게는 전통적으로 잘 받아들일 수 있는 방법이며 노력에 비례하여 보수를 받게 되므로 의사와 환자간의 紐帶도 강화되나, 반면 의사는 진료의 질보다는 점수를 올리는 양(회수)에 편중하게 되고 건강의 증진이나 질병예방 보다는 치료에 치중되어 早期 또는 適期에 환자를 專門醫(病院)에 移送하려 하지 않고 불필요한 過度의 검사나 치료(點數制에 있어 保險赤字運營의 最大原因은 藥劑費의 膨脹인 것이다.)를 하게 되며 심지어는 환자에게 친절이 아닌 비위를 맞추는 폐단과 複雜한 請求書類作成에 많은 시간과 정력을 소모하며 보험당국으로서도 審査에 정확을 기하기 힘들어 의료비의 지출이 예산

을 초과할 시는 일률적으로 삭감하거나 收價基準을 低價로 정하여 의사와 보험기구간의 반목과 불신을 사게 되는 등 너무나 많은 단점을 가지고 있다.

均一率制는 진료의 종류나 회수나 내용에 관계없이 일정액을 규정에 의하여 單位時間(日數)과 診療部署(醫療機關의 종류와 진료과목) 그리고 환자수에 의하여 균일한 방법으로 지급하는 것으로서 一般保險醫의 경우는 피보험자의 수에 의하여 연간보수를 결정하므로 人頭制(capitation system)이라고도 부른다.

이 방법은 의사의 연간수입이 고정되므로 의사는 피보험자들의 질병예방에 주력하고 철저한 조기진료에 힘쓰게 됨으로써 의사로서 참된 의료 활동을 하게 되며 번잡한 請求書類作成을 위하여 시간소비를 하지 않고 保險當局으로서도 診療費請求에 대한 査定의 노고와 경비가 필요없으며 연간보험지출예산도 정확히 세울 수 있다. 반면 이 방법은 一般保險醫가 환자진료를 專門醫에게 돌리는 양이 많아지기 쉬워 專門醫의 業務量과 病院診療費가 증가하는 결과를 가져오는 단점도 있다.

俸給制는 大學 또는 總合病院에 奉職하는 의사의 경우로서 의사는 그 자격과 경험, 근무실적 등에 의하여 봉급이 결정된다. 이 방법은 의사가 수입에 좌우됨이 없이 진료에 전심하게 되며 의사상호간에 있어서도 긴밀한 협조와 유대를 가지게 되는 반면, 진취성이 줄어든다든가 환자와의 친밀도가 적어져서 官療的 醫療라는 말을 듣기 쉽다.

고로 상술한 장단점을 고려하여 診療費의 支拂方式은 一般保險醫에게는 人頭制를 채용하고 병원에게는 입원일수에 의한 日當均一制를 적용(병원 외래환자의 경우는 1일로서 간주)하고 병원의 전문의에게는 俸給制 채택법이 가장 이상적이다.

歐洲 각국에 있어서의 의료지출의 백분율을 보면 一般保險醫로 나가는 것이 27%, 病院診療費가 41%, 藥品費 18% 등으로 되어 있다.

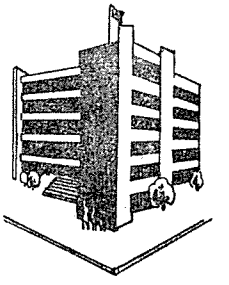
그러나 어떠한 醫療報酬支拂方法이건 간에 장단점을 가지고 있으므로 보험의 성패는 운영에 참여하는 모든 사람들의 협조정신에 달려있는 것이다.

맺 음 말

國民醫療保險을 실시함에 있어서 우리는 정비하여야 할 일이 너무도 많다.

효율적 의료혜택을 국민에게 주기 위하여서는 외국에서 실시한 보험의 경험과 그 장단점을 충분히 검토하여 우리 나라에 적합한 훌륭한 보험제도를 세워야 한다.

醫療保險은 사회복지를 위하여 가장 중요한 제도이므로 모든 국민들이 쉽게 받아들일 수 있고 간편하고 통일성 있는 것이라야 하며 질병의 뒷치닥거리가 되는 치료보다도 예방과 재활까지 포함한 總括的 醫療가 이루어져야 하며 현재 분산되어 있고 제 기능을 발휘하지 못하고 있는 의료의 인적 물적 자원을 통합하여 유기적으로 활용될 수 있도록(예컨대 個人開業施設로부터 集團施設로서의 集合) 연구개선 되어야 할 것이다.

醫療保險實施에는 많은 애로와 장애가 앞에 가로 놓여 있다. 그러나 현재 醫療의 폐단은 언젠가는 개선되어야 하며 이것은 빠를수록 복지사회 의 실현이 촉진되는 것이다. 여기 우리 의료인들의 강한 신념과 용기가 필요하다.

(本原稿는 1673年 2月 大韓醫學協會誌에 揭載하였음)