□ 의료보험 실무

전국민 의료보험과 보험급여정책의 개선방안

金 幸 鎭
〈보건사회부 의료보험국 보험급여과장〉

〈이 글은 대한병원협회 제11차 의료보험연수회의 발표문이다. -편집자-

Ⅰ. 전국민 의료보험적용의 의의

우리나라의 의료보험은 1977년 7월 500인 이상 사업장근로자에게 적용되기 시작한 이래 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원, 1983년에는 16인이상 사업장까지 당연적용되는 등 점차 그 적용범위를 확대하여 왔다.

또한 경제적 능력이 없는 생활보호대상자 등에 대한 의료보호제도를 1977년에 도입하였는데 1986년에는 저소득층에 대한 의료부조제도를 도입하여 수혜대상자가 대폭 증가하였다.

1988년에 들어와서 1월에 농·어촌지역 의료보험이 실시되고 7월에는 5인이상 사업장까지 확대적용되게 되었는데 1988년 3월 현재 국민의 76.5%가 의료보장의 적용을 받고 있다.

〈표 1〉에서 보는 바와 같은 의료보험은 공무원, 근로자, 지역주민이 66.4%, 의료보호(의료부조 포함)는 10.1%에 이르고 있다.

미적용대상은 영세사업장 근로자, 도시자영자 등 약 1천만명에 이르는 것으로 추정되는데 이들에 대해서 1989년 7월부터 확대실시되면 전국민이 의료보험 적용을 받게 된다.

〈표 1〉 의료보장 적용현황(1988. 3월 현재)

(단위 : 천명)

	구 분	총인구	적용인구	적용률
	계	45,593	32,588	76.5
의료보험	직 장	15,830	15,046	
	지역·직종	18,114	8,893	
	공 · 교	4,359	4,359	
	소 계	38,303	28,298	(66.4)
의료보호	의료보호	2,565	2,565	
	의료부조	1,725	1,725	
	소 계	4,290	4,290	(10.1)

*( )내는 전인구 대비

*연도별 적용률

(%)

'77	'79	'81	'83	'85	'87	'88
14.5	26.4	39.1	47.1	50.8	61.0	76.5

이와 같이 제도도입 10여년만에 전국민이 의료보험 적용을 받는다는 것은 획기적인 일이라고 아니할 수 없다. 선진국의 경우도 전국민 의료보험을 달성하는데에 약 100년정도가 소요되는 것을 감안할 때 우리나라의 경제사회여건 아래서 이렇게 짧은 기간내에 이룩한 제도발전은 그 성과가 자못 크다 아니할 수 없겠다.

의료보험제도는 의료이용에 대한 소득장벽을 제거하여 의료수요를 급격하게 증가시키는 작용을 하고 있어 이 제도가 일부 국민에게만 적용될 경우 적용대상층의 의료수요 증가로 인해 의료서비스의 시장가격을 높이게 하고 이로 인해 미적용대상은 높은 의료수가를 부담해야 한다. 특히 의료보험제도가 사회보험방식을 채택하면서 전국민을 동시에 의료보험에 적용시키지 못한다면 미적용계층은 높은 의료수가로 인한 고통이 커지는 것이다.

그러나 제도의 도입과 동시에 전국민을 의료보험에 적용한다는 것은 극히 어려운 일이고 보면 단계적인 확대실시가 불가피하나 가능한 한 단기간내에 제도가 확대되어야 하며, 이러한 측면에서 우리나라의 의료보험제도 발전은 그 의의가 크다고 하겠다.

Ⅱ. 의료보험급여제도 개선방향

그동안 의료보험제도가 성장, 발전을 해 왔지만 아

직도 개선해야 할 과제가 많다. 근래에 다시 활발하게 논의되는 관리운영방식을 비롯하여 오랫동안 민간 중심으로 발전해 온 의료기관의 보험제도권내 수용과정상 제기되는 문제, 의료기관 및 의료인의 지역적 편재와 불균형 배치문제, 의약분업실시관련문제, 한방의료보험급여의 초기 시행과정상 정착미흡등 여러 문제가 다가오는 전국민 의료보험시대를 맞이하여 개선이 요망되는 것들이라 할 수 있겠다.

위와 같은 많은 문제의 해결과 아울러 사회보험으로서의 의료보험의 기본원리인 「형평부담」과 「공평급여」를 통한 위험분산과 소득재분배 효과를 기하기 위해서는 효율적인 보험료부과, 징수방법의 개발과 더불어 보험급여제도의 합리적 개선이 무엇보다도 중요하다고 하겠다.

이에 1989년 전국민의료보험실시를 앞두고 보험급여제도의 개선방향에 관한 개략적인 내용을 살펴보고자 한다.

1. 수가제도개선 및 적정수가기준 마련

가. 의료보험수가제도 개선

우리나라의 의료보험수가제도는 행위별 수가제도로서 진료비의 청구 및 심사가 복잡하고 과잉청구의 소지가 있는 것을 제외하고는 비교적 합리적인 수가제도라고 하겠다. 그런데 약 1천만명이 새로 의료보험 적용을 받게 되는 전국민의료보험시대가 되면 요양취급기관의 진료비 청구업무도 엄청나게 증가될 것으로 예상된다. 이와 같은 업무량증가에 대비하기 위해서는 수가제도의 재검토가 절실히 요청된다. 그러나 우리나라와 같이 의료기관의 지역별 적정분포, 의료기관 종류별 기능분담, 의약분업실시 등 제반 여건이 확립되지 않은 상태에서 수가제도를 전면 개편하는 등의 변혁조치는 사실상 어려운 실정이다.

이와 같은 상황에서 보건사회부는 지난 1988년 2월 15일부터 개정 시행된 의료보험진료수가기준에 보건기관의 진료수가를 방문당수가제도로 하는 새로운 제도를 도입하였다. 이것은 보건기관이 공중보건기관으로서의 특성이 있는 것 이외에도 진료내용이 비교적 단순한 점과 행정업무의 간편화를 고려한 것이라 하겠다.

물론, 어느정도의 기간동안 시행한 후에 다각적인 분석검토를 거쳐야 하겠지만 민간의료기관에의 적용가능 여부는 미지수다. 진료내용이 환자별로 다르고 의료기관별로 특성이 있으므로 간단한 일이 아닐 것이다. 따라서 비교적 발생빈도가 높고 접근이 가능한 상병에 대한 포괄수가제 도입의 검토는 필요하다고 하겠다.

나. 의료보험수가 조정

전국민의료보험이 실시되면 그동안 비교적 높은 수준의 일반수가를 적용하던 미적용계층이 의료보험수가를 적용받게 됨으로써 의료기관의 입장에서 볼 때 진료비수입의 증감과 관련하여 적정수가수준에 대한 관심이 그 어느때보다도 높은 것으로 알려지고 있다. 정부에서도 의료보험 진료수가기준의 적정선 마련에 대해 그동안 다각적인 검토가 있어 왔다. 금년부터 농·어촌 지역의료보험이 실시되고 내년에 도시지역에도 확대될 것에 대비하여 지난해에는 전문연구기관에의 연구용역의뢰와 더불어 의료계·학계 등 관련단체 및 전문가의 활발한 토의와 참여속에 수가조정방안을 검토한 것이 그 예의 하나이다.

의료보험진료수가를 조정하기 위해서는 ① 의료기관의 경영실태 ② 국민의료비부담 증가문제 ③ 보험재정 및 물가에 미치는 영향 등이 고려된다.

정부에서는 위와 같은 요소들을 고려하면서 전국민의료보험이 갖는 의미를 최대한 감안한 가운데 적정수가수준을 마련하는데 최선의 노력을 경주할 것인 바 아울러 의료기관에서도 경영개선노력이 필요하다고 본다.

2. 진료전달체계 및 요양취급기관 지정제도 개선

가. 진료전달체계 개선

우리나라의 환자진료체계와 관련한 문제점으로는 다음 세가지를 들 수 있다.

첫째, 의원, 병원 및 종합병원간의 기능 미정립으로 인하여 의료자원의 적정활용이 미흡하다.

둘째, 대학병원 등 고급의료기관 이용 선호현상이 심화되고 있다.

세째, 보험환자 진료시 근로자·공무원은 지역주민과 달리 의료기관을 주소지 관할 시·도내에서는 제한없이 이용하고 있는 점이다.

따라서 의료자원을 효율적으로 활용하여 국민의료비의 증가를 억제하고 의료이용방법의 차이에 따른 농·어촌지역주민의 불만을 해소하기 위해서도 우리 실정에 맞고 가장 합리적인 의료전달체계의 확립이 필요하다.

의료전달체계확립을 위한 개선방향으로는 첫째, 진료권 설정을 통한 의료전달체계를 구축하되 국민의료

이용관행을 고려하여 단계적으로 추진하고 둘째, 의료기관이 위치한 지역과 의료기관의 종별에 따른 의료보험수가, 본인부담금의 차등적용으로 환자흐름을 유지하도록 할 계획이다.

나. 요양취급기관의 지정

요양취급기관의 지정은 진료체계와 밀접한 관계에 있다. 1차 진료기관으로 지정할 것인지, 2차 진료기관으로 지정할 것인지가 진료체계와 관련되기 때문이다. 농·어촌지역의료보험의 경우에는 보험자 지정제이나 직장조합이나 공·교공단의 경우에는 전국 일괄지정방식이다. 물론 적용대상자가 전국에 걸쳐서 거주하고 있기 때문이기도 하지만 지역조합의 경우에는 생활권 중심의 요양취급기관 지정이므로 생활권의 범위 설정과 지역주민의 요양취급기관 이용문제도 고려해야 한다.

3. 국민의료비 증가 억제대책

우리나라의 국민의료비증가와 관련된 지표를 보면 1980~1985년간의 1인당 국민의료비 연평균증가율이 17.6%인데 비해서 동기간 동안의 1인당 국민총생산 연평균증가율은 13.0%다. 즉 국민의료비 증가속도가 국민소득증가율을 상회하고 있음을 알 수 있겠다.

의료비 상승요인은 크게 ① 수진율 및 건당진료비 증가 ② 인구의 노령화 및 성인병 등 만성질환 증가 ③ 고가장비 도입 및 신의료기술의 개발 ④ 약제비의 과다지출 등에서 찾을 수 있겠다.

국민의료비가 높다고 해서 반드시 국민의 건강수준이 높은 것이 아니며, 국민의료비는 의료비지불방법 등 의약제도에도 많은 영향을 받으므로 합리적인 의약제도를 확립하고 의료수요의 지나친 증가를 억제하여 적정한 국민의료비를 유지하는 것이 중요하다. 우리나라의 1985년도 GNP 대비 국민의료비 비율은 4.8%인데 일본('83)은 6.7%, 독일은 8.2%, 영국은 6.2% 수준이다.

이에 국민의료비증가억제 및 의료보험급여업무의 실효성 제고를 위한 몇가지 방안을 개선과제로 검토하고 있는 내용을 소개하고자 한다.

가. 진료비 일부 본인부담수준 조정

현행 진료비 본인부담방식은 입원의 경우 진료비의 20%를 외래의 경우는 의료기관 종별로 30%~55% 등 다양하며 의원급 등은 1만원 이하의 경우 정액제를 실시하고 있다. 참고로 1987년도의 본인부담수준은 37.7%(입원 20%, 외래 47.4%)다. 또한 의료기관 종별 외래환자 본인부담수준이 불균형을 이루고 있었는데 1987년도의 실제본인부담률은 〈표 2〉와 같다.

〈표 2〉 의료기관종별 실제 본인부담률

(%)

의 원	병 원	종 합 병 원
36.7	65.2	62.1

위의 표에서 보는 바와 같이 병원급 의료기관이 종합병원보다도 높은 율을 나타내고 있는데 이것은 진찰료+나머지 진료비의 부담비율(병원 50%, 종합병원 55%)을 총진료비에 대비해 볼때 나타나는 현상으로 이의 시정을 위해서 정부는 1988년 7월 22일 의료보험법시행령을 개정하여 병원급 의료기관의 경우 「진찰료+나머지 진료비의 40%」로 본인부담수준을 하향조정한 바 있는데 이 경우 실제본인부담률은 약 59.5% 정도가 되는 것으로 산출되고 있다. 아울러 농·어촌지역주민의 병원급이상 의료기관이용시 부담경감과 농·어촌 지역소재 병원급이상 의료기관의 외래환자 이용도를 높이기 위해서 군지역소재 병원·종합병원에 대한 정액제도입 등 진료비 본임부담금 인하조정조치를 1988년 9월에 마련하여 1988년 10월 1일부터 시행토록 한 바 있다.

앞으로도 의료수요의 통제를 위해서 본인부담률을 적정수준으로 조정할 계획인 바 경미한 상병에 대해서는 과다한 의료수요가 발생하지 않도록 하는 것이 바람직하다고 하겠다. 또한 보험재정이 취약해질 경우 보험기능이 저해되지 않는 범위내에서 외래진료비를 중심으로 본인부담률 상향조정은 더욱 검토될 수 있을 것이다.

나. 국민건강증진대책을 통한 진료비 증가억제

첫째, 건강검진의 확대내실화를 통한 건강증진책이 필요하다. 이를 위해서는 매 2년마다 공무원, 사립학교 교직원에 대하여 실시하는 건강진단사업이 근로자, 지역주민에게도 정기적으로 실시되도록 발전되어야 하겠다. 또한 보험재정형편을 고려하여 암·뇌혈관 질환에 대한 건강검진도 점진적으로 포함시키는 방안이 검토되어야 할 것이다.

둘째, 노인인구의 증가경향과 노인질환의 특수성을 감안한 별도의 보험급여 및 진료비 부담방법이 마련되어야 할 것이다. 이웃 일본의 경우는 1983년에 노인보건법을 제정하여 노인 건강문제를 취급하고 있다.

다. 진료비 지불제도의 개선

현행 행위별 수가제는 과잉진료비를 유발하여 국민

의료비가 증가될 우려가 있고 심사업무가 복잡한 문제점이 있다. 과잉진료의 방지와 적정진료를 유도하기 위한 제도적 장치로써 존치하는 진료비 심사기구의 효율적인 심사방법 개발을 위해 그동안 성실 요양취급기관에 대한 무심사제도, 전산심사제도, 경향심사제도 등 여러가지 심사방법이 시행된 바 있다.

또한 보험자단체가 관장하고 있는 진료비 심사업무를 중립적이고 독립적인 기관에서 처리해야 한다고 의료계에서는 심사기구의 독립을 주장하고 있다. 그동안 심사업무가 의료보험연합회와 공·교의보공단에서 각각 취급되던 것을 1988년 1월부터 연합회로 일원화하여 현재에 이르고 있는 바 앞으로 심사기구독립문제도 긍정적으로 검토해 볼 수 있을 것이다.

또한 진료비 청구·지불방법에 있어서 지역의료보험조합의 경우는 직장·공무원 등과 달리 조합을 경유하는 등 요양취급기관의 입장에서 볼 때 번거로운 점이 많다고 하겠다.

따라서 진료비 청구·심사·지불과 관련된 제반제도와 절차에 대해서도 계속 합리적이고 효율적인 개선방안을 마련하도록 추진할 계획이다.

4. 기타 적정보험급여를 위한 방안

지금까지 의료보험급여제도를 검토하는 주된 검토기준은 제도시행 초기의 형편상 보험재정형편 또는 국민의료비 부담수준 등이라고 할 수 있겠다. 그러나 짧은 시간이긴 하지만 이제 전국민의료보험시대를 맞이하는 입장에서는 의료기관의 경영압박요인 해소, 국민의 의료수요증대에 대한 적극적인 대응방안 등이 크게 부각되고 있다. 따라서 비급여대상이나 본인전액부담상병 등의 조정을 포함한 적정급여수준의 재검토가 요청되고 있다.

Ⅲ. 맺 는 말

1989년 7월의 전국민의료보험시대를 앞두고 해결해야 할 과제는 앞에서 언급한 것 이외에도 보는 시각에 따라 여러가지가 거론될 수 있을 것이다. 그러나 그동안 정부내에서 주요한 관심사로 제기된 내용을 중심으로 특히 요양취급기관 종사자들에게 참고가 될 만한 사항을 정리한 것으로 이해해 주시기 바랍니다.

정부에서는 국민에게 적정한 의료보험급여를 제공하기 위하여 ① 국민의 진료편의 도모 ② 의료기관의 균형발전 ③ 의료보험재정의 안정적 운영 달성의 세 가지 목표가 조화를 이루는 가운데 달성될 수 있도록 노력을 기울이고 있다. 이에 의료보험제도의 발전을 통한 국민건강 및 사회복지의 증진을 위해서는 국민, 의료계, 보험자단체, 학계, 정부 등 모든 관련 당사자들이 제도에 대한 깊은 이해를 바탕으로 제도개선을 위한 적극적인 노력과 협조를 계속해야 할 것이다.*