

# 보건의료제도 측면에서 본 건강보험

金 昌 燁\*

I. 의료보장	4. 실제 본인부담
1. 의료보장의 역사	III. 진료비의 청구와 심사
2. 우리나라 의료보장의 종류	1. 진료비지불제도(payment system)
3. 의료보장의 종류에 따른 차이	2. 건강보험수가
II. 환자가 받는 급여	IV. 건강보험의 재정문제
1. 급여의 의미	1. 보험재정의 지출구조
2. 급여의 종류	2. 재정문제의 접근방안
3. 급여의 제한	

## I. 의료보장

### 1. 의료보장의 역사

주지하듯이 근대 국가의 의료보장은 크게 2가지로 나누어진다. 하나가 국가공영의료체계이고, 또 다른 하나가 사회보험 제도이다. 예외가 있기는 하다. 미국이 사실상 유일한 예외로, 민간보험이 의료보장의 근간을 이루고 있다. 그러나 이것은 국가 차원의 의료보장이라고 할 수 없으므로 사실상 전세계의 의료보장은 2가지 형태로 나누어진다.

의료보험(최근 우리나라는 이름을 '건강보험'으로 바꾸었다)의 역사는 국가공영의료체계보다 길다. 1883년 독일이 최초의 의료보험 제도를 도입한 것이 국가 수준으로서는 최초의 것이지만, 그 단초는 18세기말 산업혁명 시기까지 거슬러 올라간다. 산업혁명 시기부터 유럽에서는 소규모 공장이나 농장에서 구성원들이 자발적으로 질병에 대비한 기금(sickness fund)을 조성하는 전통이 있었다. 물론 이러한 활동이 생기게 된 이유는

\* 서울대 의대, 의료관리학

쉽게 이해할 수 있다. 산업혁명 시기 소규모 공장이나 농장의 근로자들(혹은 구성원)에게 질병이 생긴다는 것은 생계에 직접적인 위협이 되었고, 이러한 위협에 공동으로 대처할 필요가 있었기 때문이다. 이 기금들은 처음부터 질병으로 문제가 생긴 사람들에게만 사용되었으며, 다른 데 투자하거나 이윤을 추구하는 데는 쓰지 못하도록 되어 있었다. 이 기금들이 오늘날의 의료보험의 맹아가 된 것은 의심의 여지가 없다.

이후 유럽 국가들에서 의료보험의 성장은 대단히 '역사적'이다. 1883년 독일에 이어, 오스트리아(1887년), 노르웨이(1902년), 영국(1910년), 프랑스(1921년) 등에서 의료보험법이 새로 만들어졌고, 1930년대 초반까지는 대부분의 유럽국가에서 의료보험 형태의 의료보장 제도가 도입되게 되었다. 의료보험의 제도화보다 사실 더 중요한 것은 이러한 과정을 거쳐 건강과 의료보장에 대한 "근대적 의식"이 형성되었다는 것이다. 1930년대 이후 의료보장은 기본적인 '시민권(civic right)'으로 확립되었으며, 이에 따라 의료보험의 개념도 '사회보장(social security)'이라는 개념으로 발전되었다. 이후 모든 근대국가들은 사회보장이 국가의 기본적인 의무라는 사실을 거부할 수 없게 된 것이다.

이에 따라, 비록 유럽과 같은 역사적 경험을 가지고 있지 않다 하더라도, 2차 세계대전 이후 많은 국가들이 국민의 기본권으로 의료보장을 받아들였으며, 사회보장은 움직일 수 없는 국가의 기본적인 의무로 확립되었다. 1948년 영국이 국가공영의료체계인 국가보건서비스(National Health Service, NHS)를 도입함으로써 사회보장의 또 다른 모델을 제시하였지만, 의료보험은 의료보장과 사회보장의 가장 중요한 방식의 하나로 여전히 작동하고 있다.

## 2. 우리나라 의료보장의 종류

우리나라는 사회보험 방식의 의료보장제도를 채택하고 있는 나라로써,<sup>1)</sup> 원칙적으로 모든 국민이 어떤 형태로든 의료보장제도에 속해 있다.

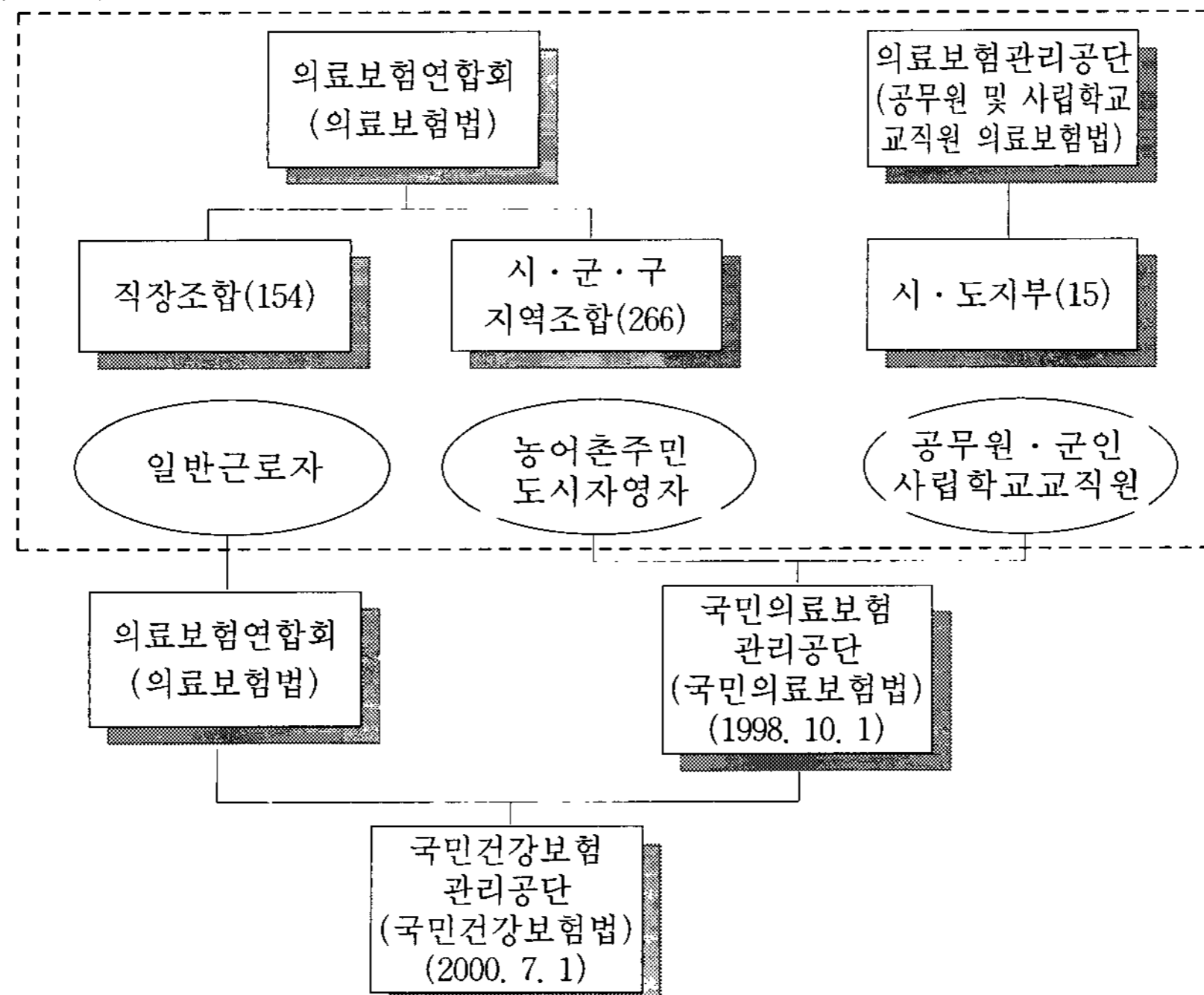
1) 사회보험은 민간보험과는 달리 모든 국민이 가입하여야 하는 강제보험이다.

경제적 부담 능력이 없어서 건강보험에 가입할 수 없는 인구는 국가가 의료보호제도를 운영하고 있으므로, 결국 우리나라 의료보장제도는 크게 건강보험과 의료보호로 나누어진다. 1999년 말 현재 적용 인구 4,682만 명 중 약 96.5%가 건강보험, 3.5%가 의료보호의 적용을 받고 있다.

건강보험은 다시 직장가입자와 지역가입자로 나누어지는데, 직장가입자에는 직장건강보험과 공무원·교직원 건강보험 가입자가 포함되어 있다. 2000년 7월 1일부터는 국민건강보험법의 발효로 지역가입자와 직장가입자로만 구분된다.

〈표 1〉 의료보장 적용인구 현황(1999년 12월)

구 분	적용인구(단위: 천명)	구성비
계	46,821	100.0
지역	23,467	50.1
공·교	4,859	10.4
직장	16,857	36.0
의료보호	1,637	3.5



### 3. 의료보장의 종류에 따른 차이

건강보험의 영역 안에서는 의료이용이나 의료제공에 사실상 차이가 없다. 보험료 부과를 비롯한 보험가입자 관리의 주체와 방법이 다를 뿐이다.

건강보험과 의료보호도 거의 차이가 없다. 다만, 약간의 수가차이가 있으며,<sup>2)</sup> 급여의 범위도 작지만 차이가 있다. 예를 들어 식대의 경우 건강보험은 급여의 대상이 아니지만, 의료보호에서는 급여에 포함된다.

## II. 환자가 받는 급여

### 1. 급여의 의미

급여(給與, benefit)란 질병 등의 보험사고가 있을 때, 보험자가 피보험자에게 제공하는 혜택을 말한다.

### 2. 급여의 종류

건강보험의 급여에는 크게 현물(現物) 급여와 현금(現金) 급여가 있는데, 현물급여란 의료요양취급기관(의료기관)을 통한 진료를 의미한다.

종 류	급여대상	대 상
요양급여	현물급여	피보험자, 피부양자
분만급여	현물급여	피보험자, 피부양자
요양비	현금급여	피보험자, 피부양자
분만비	현금급여	피보험자, 피부양자
장제비	현금급여	피보험자, 피부양자
본인부담금보상금	현금급여	피보험자, 피부양자
분만수당 (현재 시행치 않음)	현금급여	

2) 기본수가는 같으나 의료기관종별 '가산율'에 약간의 차이가 있어, 결과적으로 의료보호 환자의 수가가 약간 낮다.

○ 요양급여

피보험자 및 피부양자의 질병 또는 부상에 대하여 요양기관(약국포함)에서 다음과 같은 요양급여를 받게 된다.

1. 진찰, 검사
2. 약제 또는 치료재료의 지급
3. 처치, 기술 기타의 치료
4. 예방, 재활(국민건강보험법에서 신설)
5. 입원
6. 간호
7. 이송

○ 분만급여

피보험자가 요양기관에서 출산하게 되면 요양급여와 동일한 방법으로 분만급여를 받게 된다. 분만은 정상분만 뿐만 아니라 난산과 유산, 제왕절개수술 등과 같은 이상분만, 사산의 경우도 급여대상이 된다.

○ 요양비

피보험자 및 피부양자가 긴급 기타 부득이한 사유로 미지정 요양기관 또는 약국에서 요양을 받거나 요양기관의 처방전에 의거 미지정약국(판매상)에서 약을 구입하였을 경우 보상하는 현금급여로 요양급여에 상당하는 급여비를 현금으로 지급한다.

○ 분만비

집이나 지정 의료기관이외의 장소에서 분만한 경우 신청절차에 의하여 분만비를 지급한다.

○ 장제비

피보험자 또는 피부양자가 사망한 경우 장제를 행한 피보험자의 장제

비 신청에 의거 장제비를 지급한다.

○ 본인부담금보상금

수진자가 한달 내에 건강보험적용 본인부담금이 일정액(예: 100만원)을 초과하였을 때 그 초과한 금액의 50%를 돌려주는 제도이다.

### 3. 급여의 제한

미리 일정한 보험료를 내고 보험자로부터 급여를 받는 제3자 지불형식의 건강보험 하에서는 의료제공자와 피보험자가 공히 의료비용에 대해 덜 의식하게 되고, 과잉진료나 과잉수진의 문제가 발생할 가능성이 있다. 이와 같은 문제에 대처하기 위하여 현행 건강보험에서는 다양한 형태의 급여제한을 가함으로써 의료이용을 억제하거나 보험재정의 지출을 줄이고자 하고 있다. 그러나 보험재정의 안정이라는 의도로 시행되는 이러한 급여제한 조치는 의료이용에 대한 접근성을 제한하고 특히 저소득층에 대한 의료비 부담을 더욱 증가시킨다는 점에서 비판과 논란의 대상이 되는 경우가 많다.

#### 가. 진료비용의 본인 일부부담(cost-sharing)

○ 본인일부부담제도의 의의

본인일부부담제도는 보험상식으로 조달되는 보험재원에 한계가 있으므로 본인에게 비용의 일부를 부담하게 함으로써 건강보험에 대한 재정의 안정성을 가져오고, 보험의료의 남용을 억제하여 의료서비스 배분에 균형을 회복하는데 그 목적이 있다.

○ 외래진료시 본인일부부담금

지역(시·군)과 의료기관의 종류(의원, 병원, 종합병원)에 따라 본인부담금이 30~55% 수준에서 서로 다르다. 종합병원에서 본인부담금의 비율이 더 높다.

○ 입원진료시 본인(일부)부담액

의료시설에 수용되어 건강보험 급여를 받는 경우에는 요양기관 종별에 구분없이 진료비총액의 100분의 20을 부담한다.

나. 요양기간 제한

그 동안 기간 제한이 있었으나, 2000년부터 없어졌다.

다. 특정 질환이나 의료기술, 서비스를 급여대상에서 제외

다음 아래와 같은 부분들은 보험급여에서 제외된다.

- 비 급여대상 질환: 미용목적의 성형수술, 약물중독, 예방접종, 건강진단, 생활에 지장이 없는 피부질환 등
- 수진자부담 비급여 대상: 식대, 지정진료료(특진료), 상급병실료 차액<sup>3)</sup>
- 고가 의료기술 및 장비: MRI, 체외충격파 쇄석기, 감마 나이프 등
- 각종 예방적 의료서비스: 건강검진, 자궁암검진, 예방접종, 건강상담, 신생아 선천성대사 이상검사 등
- 각종 재활 서비스
- 치과 보철, 한방 침약
- 새로운 의학적 진단 및 치료방법과 약제 및 진료재료 등

4. 실제 본인부담

급여의 제한이 있고, 본인부담이 있기 때문에 실제적인 본인부담은 법정 본인부담보다 훨씬 높다. 최근의 연구에 의하면 전체 비용의 51.7%(입원: 40.3%, 외래: 67.4%)를 본인이 부담하는 것으로 나타났다. 이는 선진국에 비하여 대단히 높은 수준으로, 현재 건강보험이 의료보장 기능을 제대로 하지 못한다는 비판의 중요한 근거가 되고 있다.

본인부담의 종류별로는 식대와 상급병실료, 지정진료료 등이 높은 비중

3) 기본병실료와의 차액을 말한다. 현재 전체 병상의 50% 이상을 기본병실로 하게 되어 있으며, 6인실은 상급병실이 되지 못하게 되어 있다.

을 차지하고 있다(표 2 참조).

〈표 2〉 비급여 유형별 본인부담 비율(%)

구 분	식대	상급 병실료	지정 진료료	MRI	초음파	기타
입 원	29.5	30.1	17.7	5.6	8.0	9.1
외 래	0.0	0.0	20.0	13.9	33.3	32.7

자료: 노인철, 의료보험 비급여의 현황과 정책과제, 보건복지포럼 1998년 3월호

실제 본인부담 수준이 매우 높은 근본적인 이유는 보험재정이 충분하지 못하기 때문이다. 다른 나라에 비하면 보험료의 수준도 상대적으로 매우 낮고,<sup>4)</sup> 자영자 등에 대한 국고지원도 매우 낮은 수준이기 때문에 본인부담 수준을 낮추는 데에 한계가 있다.

### Ⅲ. 진료비의 청구와 심사

피보험자는 보험료를 내고 의료공급자(요양취급기관)로부터 진료를 받고, 본인부담분을 제외한 나머지 부분은 의료공급자가 보험자에게 청구하면 심사기구(2000년 7월부터 별도의 독립기구인 건강보험심사평가원에서 담당)에서 심사를 하고, 이 결과에 따라 보험자는 진료비를 지급한다.

#### 1. 진료비지불제도(payment system)

우리나라는 보험자가 의료서비스를 제공한 의료제공자에게 진료에 대한 보수를 지불하는 방식으로 행위별수가제(fee-for-services, FFS)를 원칙으로 하고 있다. 그러나 진료비지불제도는 원칙적으로 매우 다양해서 의사에 대해서는 행위별수가제, 인두제, 봉급제, 총액계약제 등이 사용되고 있고, 병원에 대해서는 행위별수가제, 포괄수가제, 예산제 등을 사용하고 있

4) 직장가입자의 경우 우리 나라의 보험료 수준은 소득의 약 3% 수준이나, 외국은 최소 6%에서 많은 경우 12% 수준에 이르고 있다.



다. 전세계적으로는 의사나 외래의 경우에는 행위별수가제가 가장 보편적인 제도이나, 입원의 경우에는 포괄수가제, 예산제 등이 널리 사용되고 있다.

## 2. 건강보험수가

현재 우리나라 건강보험에서는 원칙적으로 행위별수가제를 채택하고 있다. 현행 건강보험 진료수가의 특징은 다음과 같다.

- 보증수가: 보험자가 지불을 보장
- 행위별 수가(fee-for-service): 서비스의 양과 내용에 따라 다른 수가 (약 2,000종의 진료행위)
- 단일수가: 지역이나 의료인의 종류와 무관하게 동일한 수가 (의료기관에 따라서는 차등을 둠)

최근 수가 문제에서 크게 달라진 것이 종전에는 정부가 수가를 고시하던 데서 건강보험공단과 의약단체간의 계약으로 이루어지도록 규정한 것이다(법 42조). 실제로는 각 수가항목의 '상대가치점수'를 보건복지부가 고시하면, '국민건강보험공단'과 의약단체의 협의체인 '요양급여협의회'가 점수당 단가를 계약하도록 되어 있다. 이 규정은 종래에 공공요금과 마찬가지로 취급되어 정부의 관리대상이 되던 건강보험 수가를 당사자간, 즉 보험자와 의료제공자 간의 계약으로 전환하였다는 의미를 가진다.

따라서 적어도 외형적으로는 대등한 입장에서 보험자와 의료제공자가 협상에 의하여 수가를 정할 수 있도록 제도적 장치가 마련된 셈이라 할 수 있다. 그러나 계약기간 만료일 전 3월 내에 계약을 체결하여야 하고, 기한 내에 계약을 체결하지 못할 경우 심의조정위원회의 심의를 거쳐 복지부장관이 정하는 금액으로 계약한 것으로 고시하도록 되어 있어(법 42조), 실제로는 지금과 별 차이가 없다는 지적도 없지 않다. 또한 사실상 국가가 운영하는 건강보험 체계에서 재정운영의 핵심적인 요소라 할 수

있는 수가의 결정을 당사자간의 상거래 행위와 비슷한 개념에서 계약에 의해 결정하도록 한 것이 부당하다는 지적도 제기될 가능성이 있다.

이외에도 종전부터 현행 수가제도에 대해서는 여러 문제점이 지적되고 있는데, 중요한 것을 살펴보면 다음과 같다.

#### (1) 수가수준에 대한 논란

행위별 수가제의 경우 다른 상품이나 용역과 같이 원가계산이 쉽지 않고 특히 기술적인 부분을 가격에 어떻게 반영하여야 하는가에 대해 이해 당사자간에 의견의 일치를 보기가 쉽지 않다. 이에 따라 보험자와 요양취급기관사이에 적정수가의 수준에 대해 논란이 끊이지 않고 있으며, 이를 해결하기 위하여 정부가 개입하고 있으나 의료제공자의 입장에서는 사실상 정부는 보험자와 동일한 것으로 인식되어 불만의 원인이 되고 있다. 수가계약제가 되더라도 현재의 틀 속에서는 보험자와 의료제공자 사이에 수가수준에 대한 동의를 쉽게 이룰 수 없을 가능성이 크다.

수가 수준과 관련된 문제로서는 다음과 같은 사항들이 흔히 지적된다.

첫째, 현행 수가수준이 지나치게 낮다는 사실에 대해서는 의료제공자는 물론 정부도 상당 부분 동의하고 있다. 그러나 일부에서는 현재 의료기관의 운영상태로 보아 심각하게 낮은 수준은 아니라고 주장하기도 한다.

둘째, 행위별수가제를 전제로 하는 경우 수가항목이 충분하지 못하다. 1996년 수가항목이 3000여 개인 반면, 대한의사협회에서 개발된 한국표준 의료행위분류 항목이 8000여 항목인 점을 볼 때 수가 항목이 매우 불충분함을 알 수 있다. 정부가 수가체계를 개편하면서 항목을 크게 늘리고 2001년부터 적용할 준비를 하고 있으나 의료계는 여전히 수가항목이 충분하지 못하다고 주장하고 있다.

셋째, 수가항목 간의 불균형이 여전하다는 점이다. 이 문제는 수가항목의 개편과 '상대가치'의 설정과정에서 다소 완화되었으나 당사자간의 이견이 아직도 존재한다.

#### (2) 행위별수가제에 따른 문제점

행위별수가제의 특성상 다음과 같은 문제점들이 나타나고 있다.

첫째, 과잉진료의 가능성이 상존한다. 제공된 의료 서비스의 단위당 가격에 서비스의 양을 곱한 만큼 보상하는 방식인 행위별수가제에서는 진료를 한 만큼 진료 수입이 되기 때문에 과잉진료와 의료남용의 가능성이 매우 크다. 특히 수가 자체가 매우 낮게 책정되어 있는 경우 과잉진료의 동기가 매우 커지게 된다.

둘째, 의료비 상승의 압력이 더 크다. 행위별수가제에서는 진료량이 최대화되는 경향이 있기 때문에 다른 진료비지불제도에 비하여 당연히 의료비 상승의 속도가 매우 빠르다.

셋째, 각 항목 당 수가를 책정하고 진료비를 청구, 심사하므로 행정절차가 매우 복잡하다. 그리고 그 과정에서 보험자 및 심사기구와 의료제공자간의 잦은 마찰이 생긴다.

### (3) 진료비 청구 및 심사제도

진료비 심사란 의료인에 의해 피보험자 및 부양자에게 제공되는 의료서비스의 적정성을 보험자 혹은 제3자 기구가 심사하는 것을 말한다. 2000년 7월 이전까지는 건강보험 진료비의 심사 기능은 의료보험 조합이 의료보험연합회에 그 업무를 위탁하는 형식으로 이루어져 왔다.

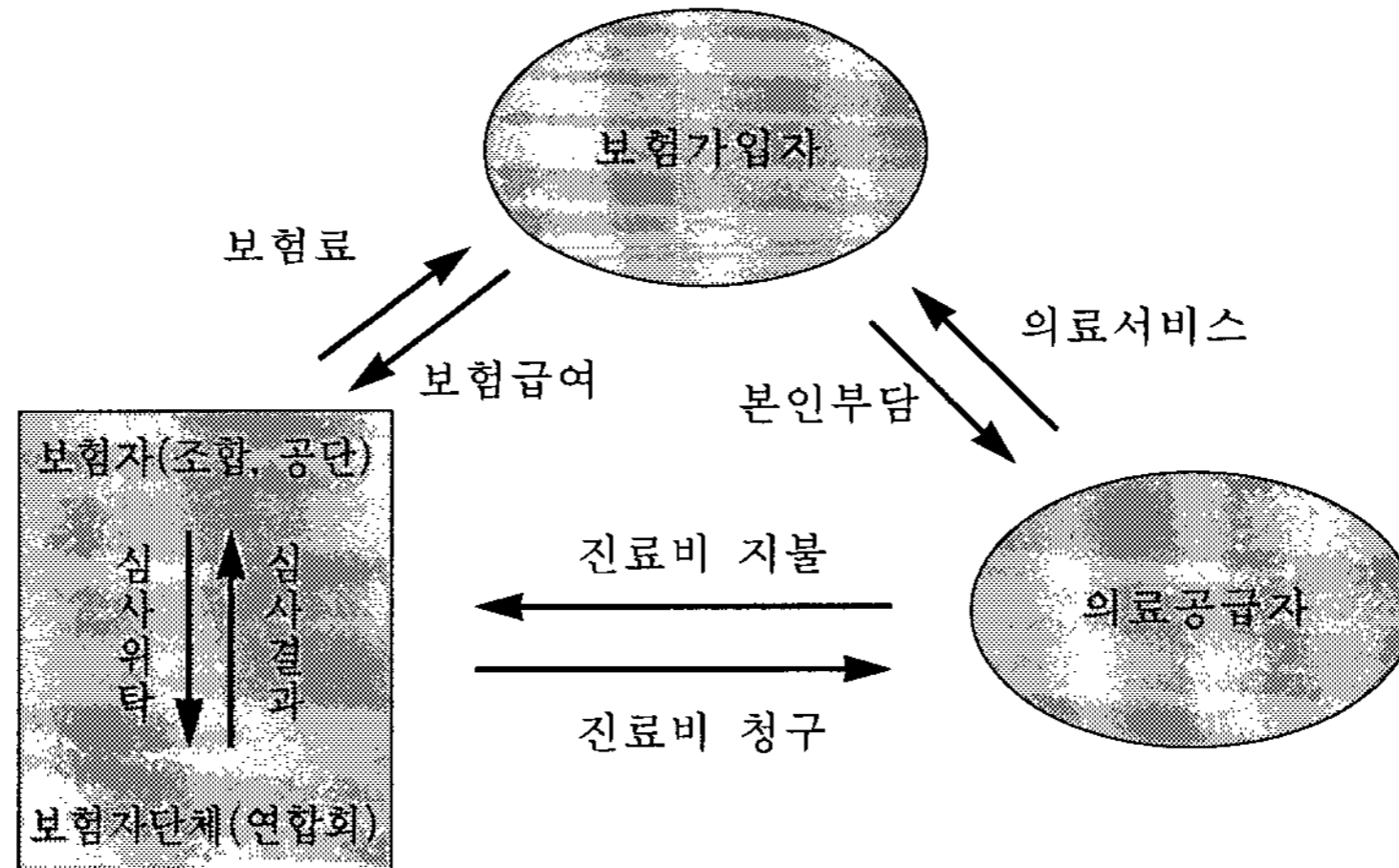
진료비 심사는 환자에게 제공하는 의료서비스의 대가로 의료공급자에게 지불되는 보수의 적정성을 평가하는 것을 말한다. 그러나 기존 진료비 심사체계는 막대한 자원투입에도 불구하고 의료의 적정성 보장은 물론 국민의 의료비 부담을 성공적으로 관리하였는가 하는 문제제기를 받고 있다. 또한 의사, 의료기관 등 의료제공자로부터는 진료비 심사에서 의학적 근거는 소홀하게 다루어지는 반면, 보험재정의 보호가 심사의 중요한 기준이라는 불만을 받아왔다.

#### 가. 기존 심사제도의 문제점

현행 진료비 심사제도는 보험재정의 보호에 지나치게 치중하여 과잉진료를 억제하는 것에 치우쳐 있다는 비판을 받고 있다. 따라서 과소진료나 부적절 혹은 오류진료를 파악하고 이를 개선하는 기능은 담당하지 못하

고 있다는 것이 문제점으로 지적되고 있다. 즉 현행 진료비 심사제도는 국민들이 적정진료(의학적 타당성)를 제공받고 있는지를 평가하여 국민들의 건강을 의학적으로 보호하기 위한 진료의 질에 대한 심사는 거의 이루어지지 않았다.

특히 종전에 진료비 심사를 맡았던 의료보험연합회는 보험자에 소속된 조직으로 심사업무의 객관성과 공정성을 유지하기 어렵고 심사업무가 비효율적으로 이루어지고 있다는 지적을 받은 바 있다. 이와 함께 의료공급자들로부터 심사의 전문성에 대한 문제제기가 계속되어 왔다.



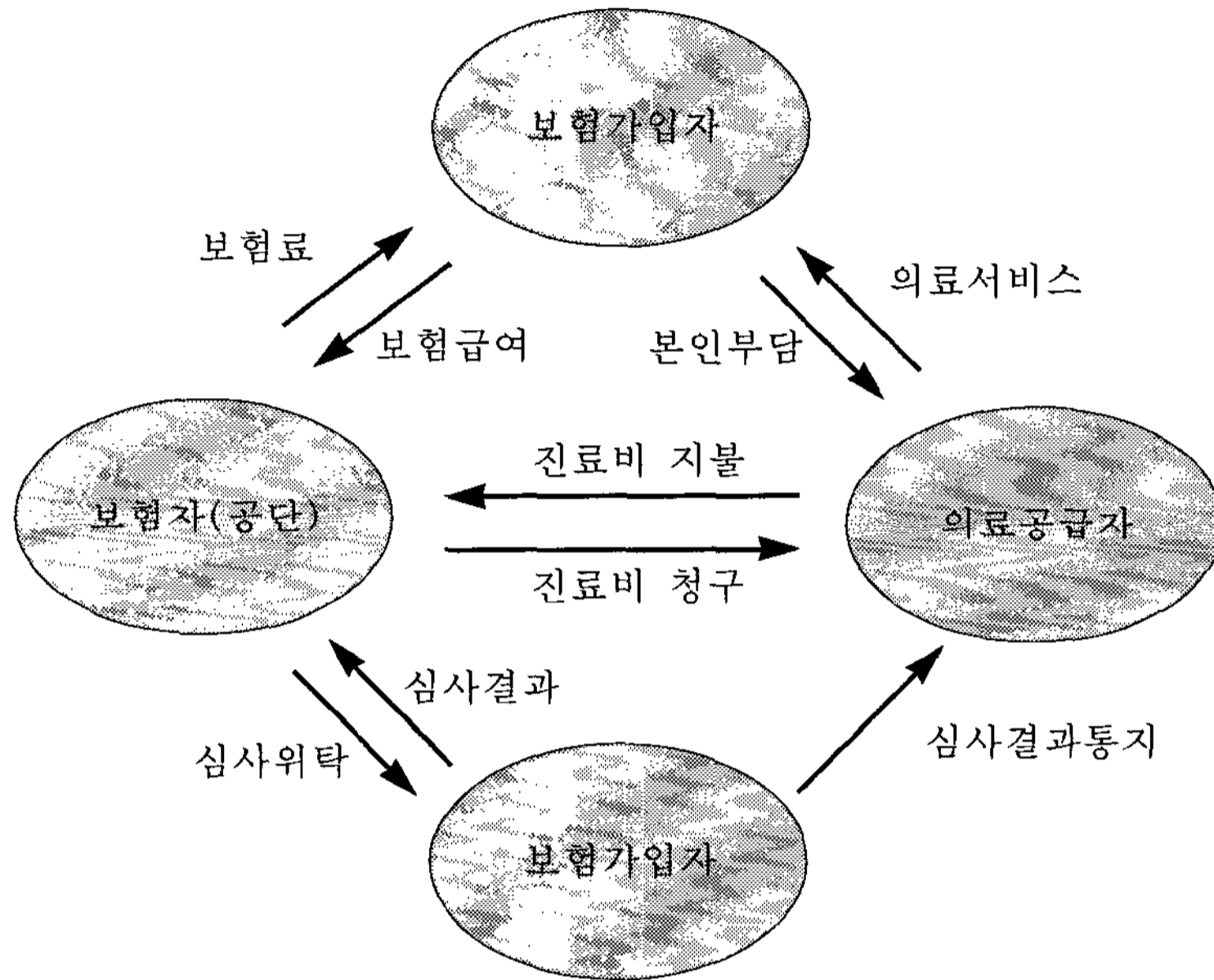
<건강보험 진료비 청구 및 심사의 흐름(과거)>

나. 심사기구의 독립 : 건강보험심사평가원의 설립

2000년 7월부터 지금까지 보험자 조직이 담당하던 심사업무를 '건강보험심사평가원(이하 평가원)'이 담당하게 되었다. 이는 보험자 조직인 건강보험관리공단과는 별개의 조직으로 의료기관이 청구한 진료비를 공정하게 심사하고 의료의 적정성 보장과 의료의 질 평가를 위한 독립된 기관으로서의 성격을 가지고 있다. 현재 진료비 심사에 전문성을 확보하고, 현행 심사 업무의 비효율성을 극복하기 위한 방안들이 모색되고 있다.

또 진료비 청구에 의한 심사이외에도 보험급여의 적정성 평가를 중요한 기능으로 설정하고 있어, 평가원의 기능은 심사기능 이외에도 의료의

질과 적정성에 대한 기능을 중심으로 점차 확대될 것으로 예측된다.



<건강보험 진료비 청구 및 심사의 흐름(2000년 7월 이후)>

(4) 진료비지불제도의 변화

현행 행위별수가제의 문제를 해결하기 위한 방안의 하나로 DRG(diagnosis related groups) 포괄수가제의 시행이 계획되고 있다. “진단명기준 환자군(診斷名基準患者群)”이라고 번역되는 DRG는 병원경영개선의 목적으로 미국의 예일대학 팀에 의해 1960년대 말부터 10여 년에 걸쳐 개발된 입원환자 분류 체계이다. DRG 분류체계에서 모든 입원환자들은 주(主)진단명 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는데, 이 때 하나의 질병군을 DRG라고 부른다.<sup>5)</sup>

따라서 DRG 포괄수가제란 입원 환자를 대상으로 하여 DRG 분류에 의하여 미리 정해진 수가를 지불하는 제도이다. 이 제도에서는 미리 정해진

5) 따라서 정확하게 표현하면 DRG제도는 “DRG를 지불단위로 한 포괄수가제”이다.

진료비를 지불하기 때문에 투입되는 자원의 양이 최소화되는 경향을 보이는 반면, 이 때문에 의료의 질적 수준이 낮아질 가능성이 있다.

이 제도를 시행하는 대표적인 국가는 미국인데, 미국은 1983년부터 일종의 노인대상 의료보호인 Medicare의 입원진료비 지불에 DRG 지불제도를 실시하였으며 현재 20여 개 주의 Medicaid와 상당수의 민간보험에서도 DRG 지불제도를 이용하고 있다.

우리나라에서도 1997년 2월 1일부터 일부 질환군에 대하여 시범사업을 실시하고 있다. 제1, 2차년도에는 4개 진료과 5개 질병군(29개 DRG), 3차연도(1999년)에는 6개 진료과 9개 질병군(41개 DRG)에 대하여, 그리고 1999년 9월부터 소화기계 질환에 속하는 내과계 8개 질병군으로 확대하여 시범사업을 실시하였다.

<표 3> DRG 시범사업 대상질병군

진료과	1,2차년도	3차년도
안과	수정체 수술	좌동
이비인후과	편도·아데노이드 수술	좌동
일반외과	충수절제술	항문과 항문 주위 수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술 추가
산부인과	질식분만, 제왕절개술	자궁과 자궁부속기 수술 추가
내과, 소아과		단순폐렴 및 늑막염

당초 2001년부터는 각 병원의 희망여부와 상관없이 제도를 시행할 예정이었으나 현재는 실시 여부가 불투명하다. 실제 본 사업을 하게 되면 우선 대상 질병군은 시범사업 때와 거의 같을 것으로 예상되나, 내과계 질환의 경우 관리상의 문제로 제외될 가능성이 크다.

DRG 포괄수가제 시행의 효과에 대해서는 미리 예측하기 어려우나, 참고로 1차년도 시범사업의 평가를 보면 다음과 같다.

첫째, 의료서비스 제공량의 변화를 보였다. 시범 사업 전후로 평균 10.3%가 감소한 것으로 나타났다.

둘째, 재원일수의 변화를 보였다. 시범 사업 전보다 평균 10.2% 감소한 결과가 나왔다.

셋째, 의료의 질 평가 부분에서는 우려했던 DRG 이후의 질 저하가 나타나지 않은 것으로 나왔다. 그러나 필수 진료 행위의 시행 여부에서는 전반적으로 시행하지 않는 경우가 늘어난 것으로 집계되었다.

#### IV. 건강보험의 재정문제<sup>6)</sup>

최근 들어 건강보험료 인상 여부가 사회적으로 큰 관심사가 되고 있다. 이제 건강보험료는 단순히 건강보험 내부의 문제를 넘어 정치, 사회문제가 되는 정도에 이르렀다. 정부는 물론이고 각 정당도 나름대로 이 문제를 해결하기 위하여 다각도로 노력하고 있는 것으로 보인다.

그러나 정부가 지역건강보험에 대한 재정지원을 지금보다 훨씬 증가시키고 이것이 유지된다고 하더라도, 지역건강보험, 나아가 건강보험 전체의 재정안정을 장담할 수 없다는 데 문제의 심각성이 있다. 구조적으로 보험수입의 증가가 지출의 증가를 따라잡지 못하고 있기 때문이다. 한 예로 지난 5년간 지역건강보험의 평균 수입 증가율은 15.8%에 그친 반면 지급액 증가율은 18.0%에 달했다.

건강보험은 정부의 일부 예산지원이 있다 하더라도 근본적으로는 보험료 수입으로 지출을 충당하는 구조를 가지고 있다. 따라서 앞으로도 지출이 늘어나는 한 거기에 맞추어 보험료를 통한 수입이 더 늘어나야 한다는 것은 피할 수 없는 사실이다.

##### 1. 보험재정의 지출구조

결국 보험료 인상을 피하기 위해서는 지출을 현상에서 유지하는 것이 유일한 방법이다. 그러나 건강보험의 지출구조는 그리 간단하지 않다. 보험재정의 지출이 증가하는 데에는 건강보험 대상 항목의 증가, 보험급여기간의 연장, 의료이용의 증가, 의료제공자 증가에 따른 서비스 제공량

6) 이 부분은 국민건강보험공단이 발행하는 건강보험소식지의 원고를 다소 수정한 것이다.

증가, 수가인상 등이 복합적으로 기여하고 있기 때문이다.

논리적으로는 건강보험 급여의 확대를 포기하고 의료이용을 줄이면 마냥 쉬운 일이다. 그러나 안그래도 반쪽 건강보험이라는 비아냥을 듣고 있는 마당에 최소한의 급여확대마저 포기하는 것은 누구라도 쉽게 받아들이기 어렵다. 의료이용도 소득의 증가와 국민의 건강에 대한 관심이 점점 더 높아지는 것을 생각하면, 줄어들이는 커녕 더 빠른 속도로 늘어날 가능성이 크다. 병원과 의사가 급격하게 늘어나면서 진료량도 더욱 가파르게 증가할 것이 틀림없다.

일부에서는 병원이나 의원의 부정한 진료와 부당한 진료비 청구가 보험재정 누수의 주원인이라고 주장하나, 이것은 아주 사소한 이유에 지나지 않는다. 이미 우리나라 건강보험은 전세계적으로도 유례가 없을 정도로 정교한 진료비 심사제도를 가지고 있다. 모든 진료내용을 샅샅이 심사하고 일일이 계산해서 진료비를 지급하는 제도 아래서, 부정진료를 철저히 방지하는 것은 마땅히 그래야 할 일이지만 보험재정을 보호하는 방법으로는 가래가 아닌 호미에 불과한 수단이다.

결국 현재 구조를 그냥 두고는 문제를 해결할 수 있는 결정적인 방법을 찾기 어렵다. 우리나라에서는 다른 나라와 달리 거의 모든 병의원이 민간소유인지라 이들이 경영에 무관심할 수 없다. 게다가 모든 것을 일일이 건수별로 계산하는 현재의 행위별수가제(行爲別酬價制)에서는 의료를 제공하는 쪽이나 이용하는 쪽이나 가급적 많은 양의 진료를 하고 또 받으려는 동기를 갖게 되기 십상이다. 이러한 상황에서 보험재정 지출의 팽창은 필연적이다.

이해하기 어려운 것은 이러한 '팽창형' 구조가 의료공급자를 일방적으로 살찌우고 있는 것도 아니라는 점이다. 병의원이 만성적인 경영위기를 호소하고 있는 것은 이미 잘 알려진 사실이다. 요컨대 국민은 보험료 인상에 시달리고, 의료공급자는 경영에 위기를 맞고 있으며, 정부는 예산투입의 부담에 허덕이는 상황이 바로 팽창형 지출구조의 결과이다.



## 2. 재정문제의 접근방안

그렇다면 더 큰 보험재정의 위기가 오기 전에 고려할 수 있는 대안은 무엇인가. 결론부터 말하면 모든 문제를 순식간에 해결할 수 있는 결정적인 해답은 없다. 현재로서는 보험재정에 관련된 모든 당사자들의 협조로 어려움을 극복하는 것만이 유일한 대안으로 보인다. 더 구체적으로는 국민-의료계-정부-보험자 4자의 노력이 문제해결의 관건이다.

첫째, 국민의 노력과 협조가 절실하게 필요하다. 건강보험은 사회보장 제도의 뼈대를 이루는 것으로, 각자 알아서 건강 문제를 해결하는 것이 아니라 사회공동체가 어려움에 처한 사람을 같이 돕는 선진적인 제도이다. 따라서 보험의 ‘살림살이’를 제대로 하는 것이 결코 남의 문제가 될 수 없다. 내가 낸 보험료는 다 써야 되겠다는 “내 돈-네 돈” 의식은 건강보험의 본 뜻과는 거리가 멀다. 보험료 부담도 마찬가지이다. 경제적 능력에 알맞게 보험료를 부담하는 것이 결국은 우리 사회 전체를 위한 ‘사회정의’를 실천하는 것임을 인식할 필요가 있다. 지금은 우리 사회의 발전수준에 걸맞은 성숙된 ‘사회보장 의식’이 절실하게 필요한 때이다.

둘째, 정부의 노력이 더할 나위 없이 중요하다. 정부는 부담 능력이 떨어지는 경제적 약자를 돕기 위한 정부의 역할을 적극적으로 수행하여야 한다. 빠듯한 정부의 살림살이를 이해하지 못하는 바 아니나, 건강보험을 건실하게 함으로써 국민의 건강을 향상시킬 수 있고 결국 이는 미래의 국민에게 투자하는 것임을 잊지 말아야 할 것이다.

직접적인 지원과 더불어 정부의 또 다른 몫이 건강보험 재정에 직접 영향을 미치고 있는 의료제도를 선진적으로 고치는 일이다. 더 구체적으로 말하면 보험재정의 지출구조를 신속하게 ‘절약형’으로 개편하여야 한다. 이는 진료비 지불제도를 현재의 행위별 수가제에서 포괄수가제, 총액 예산제, 총괄계약제 등의 포괄형(包括型) 진료비 제도로 바꾸는 것을 의미한다. 이미 선진 여러 나라가 이러한 방향으로 진료비 제도를 바꾸었고, 우리와 가장 비슷한 제도를 가졌다고 할 만한 이웃 나라 일본도 시범 사업을 통해 포괄수가제 도입을 진지하게 검토하고 있는 중이다. 이들 나

라가 제도를 바꾸고 있는 이유는 우리와 조금도 다르지 않다.

단기적으로 이러한 구조개편의 가장 강력한 반대 그룹은 의료공급자일 것이다. 그래서 세 번째로 필요한 것이 의료계를 비롯한 의료공급자의 이해와 공동의 노력이다. 장기적으로는 절약형 구조로 바꿈으로써 국민, 의료공급자, 제공자 모두가 이기는(win-win-win) 게임을 할 수 있다는 것이 중요하다. 특히 의료공급자는 팽창형 구조에서 얻을 수 있는 과실이 더 이상 가능하지 않고, 절약형 구조에서 더 높은 전문성과 직업적 안정성을 얻을 수 있다는 것을 인식하여야 할 것이다.

보험재정의 효율적 활용을 위한 스스로의 노력도 빼 놓을 수 없다. 공명정대한 보험진료비 청구, 효율적이고 절약을 지향하는 진료, 국민에 대한 서비스 향상 등은 의료공급자를 빼고는 실천이 불가능한 과제들이다. 보험재정의 위기가 결국에는 의료공급자의 위기로 직결된다는 점에서, 보험재정을 절약하기 위한 노력에서 의료공급자가 예외가 되는 것은 곤란하다.

마지막으로 보험자인 국민건강보험공단이 그야말로 “뼈를 깎는 노력”을 다 하여야 한다. 이제 그러한 노력을 막 시작하고 있는 참이나, 국민이 낸 보험료와 세금이 도가 넘는 관리비용으로 ‘낭비’되는 일이 있다면 그 어느 누구도 수긍하지 못할 것이다. 신속하고도 합리적으로 비효율적인 요인을 최소한으로 줄이고, 가입자인 국민이 지불한 비용만큼의 가치(value for money)를 누릴 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 마땅하다.

건강보험 재정의 위기는 의외로 순식간에 닥칠 가능성이 높아 보인다. 약간의 국고 지원 증액이나 심사강화를 통한 보험재정 보호로는 조만간 더욱 심각한 위기를 초래할 수 있다.

(참고문헌)

문옥륜. 의료보장론. 신광출판사, 1997

보건복지부. DRG지불제도 시범사업지침. 1999

서울대학교 의과대학 의료관리학교실(편). 의료관리학. 1999