

## 건강보험의 개혁방안 - 최근의 보험재정 위기를 중심으로\*

權 純 源\*\*

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| I. 서 론                       | IV. 의료비절감과 보험재정안정화방안        |
| II. 김대중 정권의 醫保정책 평가와 주요정책과제  | V. 보험재정기반의 확충과 의료보험 주체들의 역할 |
| III. 향후 여건의 변화와 의료보험개혁의 기본방향 | VI. 결 론                     |

### I. 서 론

우리나라 건강보험(이하 편의상 의료보험이라 칭한다)제도는 효율과 형평의 측면에서 여러 가지 구조적 문제가 지적된다. 특히 최근 들어 의료보험재정이 위기를 맞이하고 있다. 한편으로 의료서비스제공자 및 이용자 兩側의 비용의식결여, 진료비지불제도의 비효율성, 상대수가체계의 왜곡 등 구조적인 결함에다 의료보험통합 및 의약분업실시에 따른 정책실패로 인한 거품이 누적되어 의료비가 방만하게 증가하고 있다. 다른 한편으로 의료기술의 발전, 생활 행태와 관계되는 만성퇴행성 질병의 증가 그리고 노령인구의 증가, 의료서비스에 대한 수요패턴의 다양화, 고급화추세 등에 의해 의료이용강도가 지속적으로 높아지면서 의료비가 급속하게 증가하고 있다. 그러나 효과적인 의료비억제대책의 부재와 재원조달기구의 불충분으로 보험재정은 파국으로 치닫고 있다.

\* 2001년도 춘계학술대회에서 받은 김창엽교수와 방청석에서의 코멘트에 대하여 감사드린다.

\*\* 덕성여대 경제학과 교수

本稿에서는 보험재정의 심각성에 비추어 국민의료비의 증가를 안정적으로 관리해 나감과 동시에 추가적인 의료비를 비용 효과적으로 조달하는 정책노력이 중요하다는 점을 먼저 강조하고자 한다. 약 25년 전에 설계된 현행 의료보험제도는 그간 경제·사회·인구적 요인의 변화 및 질병패턴의 변모 등으로 낡은 것이 되어버렸다. 그러므로 현재 당면하고 있는 구조적 문제를 타개해 나가자면 근본적인 구조개혁이 필요하다. 무엇보다도 행위별 수가제도와 後拂制 진료비지불제도를 특징으로 하고 있는 현행 사회보험제도는 수요·공급 양면에서 도덕적 해이를 확대시키고 있기 때문에 의료비증가를 조장하고 있다. 따라서 정부는 앞으로 정책의 우선순위를 ① 의료비 억제와 ② 보험재정기반의 확충에 두고 국민들의 의료니드(need)를 보다 효율적이고 공평하게 충족시킬 수 있도록 정책조합을 짜나가야 할 것이다. 이를 위해서는 장기적인 관점에서 근본적인 구조조정을 통하여 제도개선을 도모해 나가야 할 것이다.

제반 구조적 문제점과 향후 예상되는 의료비증가추세에 비추어 국가 전체적으로나 국민 개개인의 입장에서 볼 때 의료비부담이 늘어나는 것은 피할 수 없는 우리의 현실이다. ① 보험료의 인상 ② 국고지원의 증대 ③ 건강세의 신설 ④ 본인부담의 확대 ⑤ 민간醫保의 활성화 ⑥ 의료저축제도의 도입 등 여러 방안 중에서 어떤 조합을 택하든 재원조달을 늘려가야 할 것이므로 개인의 부담증가는 필연이다. 이와 관련하여 ① '앞으로 국가 전체적으로나개인 평균적으로 어떻게 가장 경제적인 재원조달 방안을 마련할 것인가' 와 ② '현재 지출하고 있는 국민의료비를 어떻게 효과적으로 억제해 나갈 것인가' 에 대한 대책이 절실히 요구 되고 있다.

本稿는 당면한 보험재정위기를 극복하고 의보의 안정적인 발전을 도모해 나가기 위한 장·단기 개혁방향을 제시할 목적으로 집필되었다. 앞으로 경제성장률은 점차 둔화될 것이나 高齡者의 지속적인 증가와 함께 만성성인병의 증가에 따른 장기요양, 간호 및 개호(수발)서비스에 대한 수요증대 등으로 인하여 의료비가 급속히 늘어날 것으로 예상되고 있다. 만일 현재의 보험재정위기를 슬기롭게 극복하지 못한다면 한국의 의료보험제도는 재정파탄으로 인하여 생존의 기로에 직면하게 될 것이다. 당면한

보험재정의 심각성에 비추어 비용의식을 높여줄 유인구조의 설정을 통하여 국민의료비의 증가를 안정적으로 관리해 나감과 동시에 추가적인 의료비를 비용 효과적으로 조달하는 정책노력이 요구된다고 하겠다.

본고에서는 효율과 형평<sup>1)</sup>을 두 가지 평가기준으로 삼아 사회적 편익을 최대화하는 방향으로 제도의 개혁이 이루어질 수 있는 정책조합(policy mix)을 모색할 것이다. 이를 위해 국제비교자료를 충분히 활용할 뿐만 아니라 비율분석을 채용하여 분석을 행하고자 한다. 이러한 분석을 토대로 정책적 결론을 도출할 것이며 자료가 미흡한 경우 직관에 의해 정책을 제안할 것이다.

먼저 II절에서 의료보험통합과 의약분업의 실시를 중심으로 하는 김대중 정부의 의료보험정책을 '투입되는 자원비용에 비하여 얼마만큼의 사회적 편익을 얻게될 것인가' 하는 관점에서 설명하고 평가를 내릴 것이며 이를 토대로 현안 정책과제를 검토해 보기로 한다. III절에서는 향후 여건변화를 배경으로 선진국의 의료개혁을 참고하여 효율과 형평이 개선될 수 있도록 한국의료보험제도개혁의 기본방향을 제시하고자 한다. 한국의 경제·사회·인구적 요인의 변화를 감안하는 장기적 시각에서 볼 때, 우리 주변에서 팽배하고 있는 의료비의 방만한 증가를 적극적으로 억제하고 보험재정기반을 확충시켜 나가는 정책방향에 초점을 맞추어야 할 것이다. IV절에서는 의료비억제와 보험재정안정화를 위하여 필요한 제반정책대안들을 검토한 다음 이를 단기, 중기, 장기대책별로 나누어 정책방안을 제시할 것이다. V절에서는 비용 효과적인 방법으로 보험재정기반을 확충해 나가기 위한 구체적인 정책대안을 제안하고자 한다. 이와 관련하여 의료보험관련 주체들이 수행해야할 바람직한 역할에 대해서 설명할 것이다. 끝으로 VI절에서는 지금까지의 논의를 요약하고 결론을 맺고자 한다.

1) 개인적으로 볼 때 효율은 투입한 비용에 비하여 높은 편익을 얻는 것을 의미하며, 형평은 소득에 비례하여 비용을 지불하고 급여를 제공받을 권리를 취득하는 것을 뜻한다.

## II. 김대중 정권의 醫保정책평가와 주요정책과제

### 가. 김대중 정권의 의보정책평가

현정권이 들어선 이후 추진된 중요한 의료보험정책으로는 단연 의료보험제도의 통합과 의약분업제도의 실시가 손꼽힌다. 과거 조합방식으로 운영되어온 의보제도의 문제점을 시정하여 효율과 형평측면에서 진일보된 의료보험운영을 도모할 목적으로 정부는 1998년 여야합의로 국회를 통과한 건강보험법을 토대로 통합절차를 밟아 왔다.<sup>2)</sup> 아직 의료보험통합에 대한 공과를 객관적으로 평가하기에는 시간이 더 필요하다. 그러나 정부는 일단 완전통합으로 정책방향을 잡은 다음 밀어 부치기 식으로 강행·추진하는 방식을 선택하였으니 이러한 접근방법은 아무리 그 취지가 옳다 하더라도 副作用을 초래할 가능성이 크다. 의료보험의 통합과 함께 정부는 순차적으로 실시하겠다고 약속한 의보재정 안정화대책 등 바람직한 후속수단을 생략한 채, 정책의 우선순위를 전체 보험자를 대상으로 '소득 단일보험료 부과기준을 개발' 하는 작업에 두었었다. 또한 복지부는 소득이 있는 곳이면 어디에나 보험료를 부과하고 새로운 진료비지불제도를 개발하며 보험행정의 효율화를 도모해 나갈 것이라고 천명하였다.<sup>3)</sup> 그러나 이러한 정책들은 사실상 뒤로 미루어지게 되었다. 그러므로 사회적 편익의 틀에서 평가해 볼 때 정부의 의보통합관련 정책의 우선순위는 왜곡되어 왔음을 알 수 있다.

2) 사회보험방식의 의료보험제도를 처음 시작한 독일이나 네델란드 등은 오랜 기간에 걸쳐서 조합방식에 의한 기존제도의 단점을 보완해 왔다. 이를테면 독일은 조합단위의 광역화를 추진해 왔으며(土田, 1999 참조), 네델란드는 평준화기금을 조성하여 조합간 급여지급능력의 차이를 축소시켜 왔다(Zweifel and Breyer, 1997 참조). 이들 국가들은 조합방식이 주는 장점을 최대한 살리면서 문제점을 매우는 작업을 통하여 분권화를 계속 추구하고 있는 것이다. 다만 프랑스는 하나의 거대한 의보조합에 국민의 75%를 가입시키고 있어 예외적인 경우에 속한다고 평가된다(Mossialos 외, 1999 참조). 그러나 이들과 유사한 제도를 선택한 일본, 한국 및 대만 등 아시아국가에서는 주로 보험자와 정부의 역할 등과 관련된 정책환경의 차이로 인하여 대조적인 움직임을 보여주고 있다. 일찍이 대만을 시발점으로 의보통합이 추진되었으며 일본에서도 비록 실현가능성이 희박하다고 보여지나 의보개혁의 일환으로 통합에 대한 논의가 진행되고 있다.

3) 의료보험통합추진기획단(1998) 참조.

국민건강보험공단이 1998년 10월 1일 발족하면서 의료보험의 통합 움직임이 가시화되었다. 이미 직장의보와 공교의보는 통합을 완성했으며, 정부의 당초 계획에 의하면 2002년 초부터는 마지막 남은 지역의보와의 재정통합으로 완전통합을 이루게 된다. 그러나 그간의 통합과정에서 도덕적 해이가 만연되어 보험재정을 아껴 쓴다는 책임성이 낮아지게 되었고, 건강보험공단의 비효율적 운영이 표면화되었다.<sup>4)</sup> 당초 예정대로 완전통합을 추진해 나갈 것인가 하는 문제에 대해서는 신중한 재고가 요청된다. 근로자와 자영자간 소득을 얻는 방식이 다르고 소득이나 수입자료에 대한 투명성에서 크게 차이가 있기 때문이다. 그러므로 당분간은 근로자의 보와 자영자의보의 二元체제로 운영하여 양자간 선의의 경쟁을 유도하면서 독자적인 발전을 도모하는 대안이 바람직하다고 평가된다. 왜냐하면 근로자들의 소득파악에 비견할 만큼 자영자의 소득을 파악할 수 있으면 상당한 노력과 시간이 소요될 것으로 보이기 때문이다. 비슷한 문제를 안고 있는 일본의 경우에도 아직 만족할만한 수준까지 자영자의 소득을 파악하지 못하고 있는 실정이다. 만약 여건이 성숙되고 바람직하다고 판단될 경우, 완전통합을 추진해 나갈 수 있을 것이다.

다음으로 2000년 하반기부터 실시된 의약분업은 국민들의 의료기관이용 패턴을 근본적으로 바꾸는 일이었기 때문에 말썽도 많았고 장기간에 걸쳐 의사, 약사들의 대규모 항의집회와 분규가 이어졌다. 비록 의약분업으로 의약품, 특히 항생제, 진통제, 주사 등의 과다한 소비경향(부표1 OECD국가의 총의료비 중 약제비의 비중 참조)을 시정하여 의료서비스의 수급 양면에서 선진적 의료이용관행을 정착시킨다는 명분은 훌륭했으나 진료비절감을 위한 대책부재와 이해당사자들의 합리적인 대응을 유도할 인센티브구조가 잘못 설정되어 많은 무리가 뒤따르게 되었다. 이로 인하

4) 이러한 의보제도 통합의 부정적 측면을 강조하여 일단의 전문가들은 다시 조합방식으로 회귀해야 한다고 주장하고 있다(이규식, 2001 참조). 그러나 조합방식과 통합방식을 둘러싼 소모적 논쟁은 이제 종식되어야 할 것이다. 다만 '어느 선까지 통합을 진행시킬 것인가', '기본적으로 통합을 추진하더라도 조합방식의 장점을 부분적으로 수용할 수 있도록 조치될 수 있겠는가' 하는 점에 대하여 전향적인 태도의 정립이 필요하다고 보여진다.

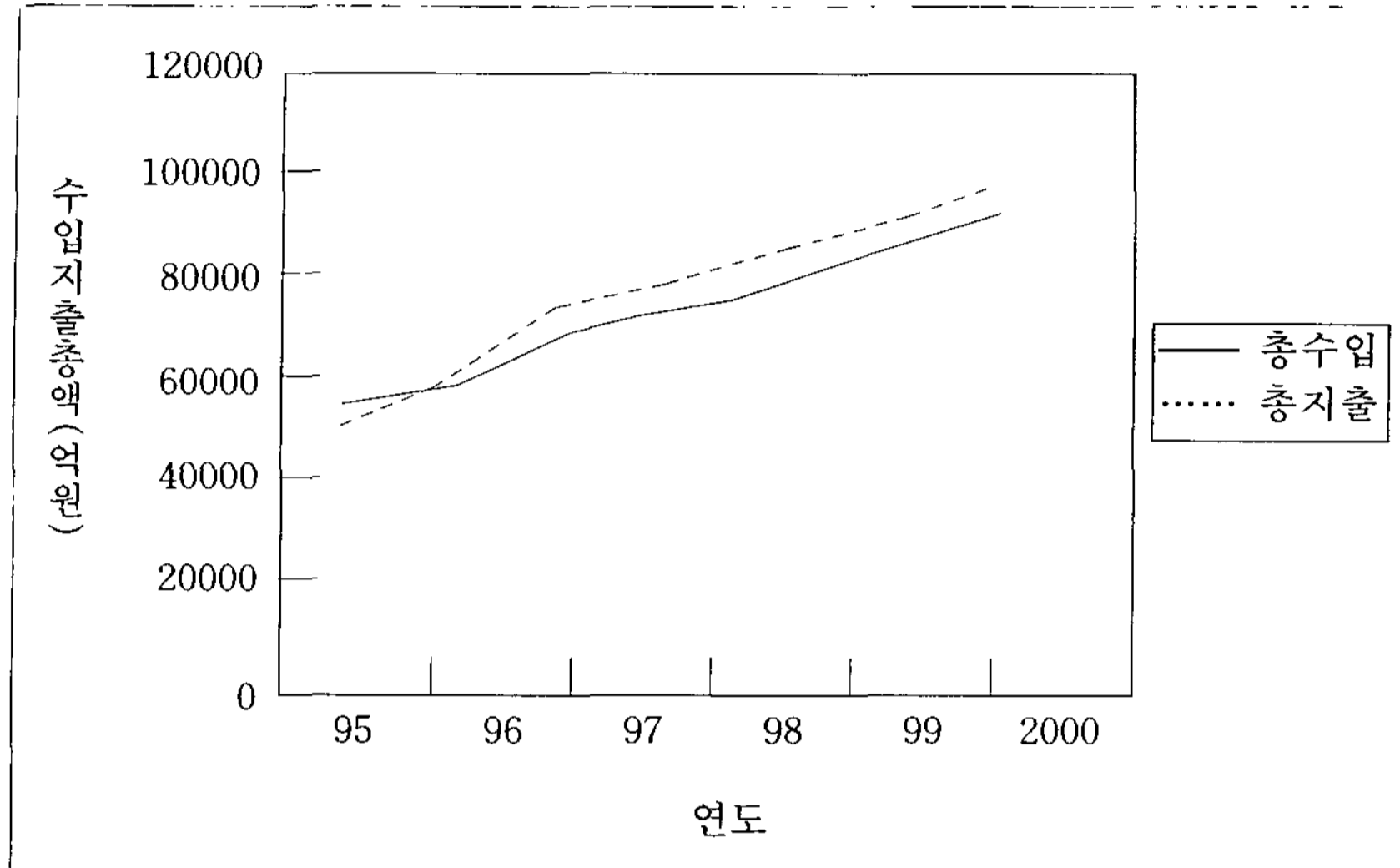
여 오랜 동안 계속된 의료계태업과 의사·약사들의 항의시위를 부담스럽게 생각한 정치권이 적극적으로 개입하여 정치적 타결로 사태를 수습하려고 시도하면서 사실상 의약분업실시에 따른 부정적인 요인이 긍정적인 효과를 압도하게 되었고 그 결과 의약분업의 약효는 소진되었다.

醫保재정은 이미 1996년부터 적자를 기록하기 시작하였고 1997년부터는 적자가 누적되는 양상을 보여주고 있다(도1 참조). 그럼에도 불구하고 정치권과 정부는 醫政협상의 과정에서 의료발전특별위원회를 형식적으로 구성하였으나, 실제로는 의료계달래기로 일관했었다. 그 결과 관대한 처방료 및 조제료 인정, 여러 차례에 걸친 수가의 인상(복지부는 1999년 11월 12.8%, 2000년 4월 6.0%, 7월 9.2%, 9월 6.5%, 그리고 2001년 1월 7.08% 수가를 각각 인상하였음),<sup>5)</sup> 그리고 의료계에 유리한 상대가치점수제의 신규적용(2001년 1월 수가인상에 반영되었음) 등이 한꺼번에 겹치면서 의료수가는 대폭적인 증가율을 기록하게 되었다. 그러나 복지부는 진료비절감에 기여할 것으로 기대되고 있는 DRG제도와 주치의제도의 실시를 연기한 반면, 사실상 낮은 본인부담률이 적용되는 소액외래진료의 범위를 확대하여 보험원리에 배치되는 조치를 취하였다.

여기에 醫藥間담합, 과도한 의약품처방 및 조제행위를 보인 일부 의사, 병원 그리고 약사들의 도덕적 해이가 가세하여 급여비가 엄청나게 불어나게 되었다. 이로써 의보재정은 예상보다 빨리 위기국면에 돌입하게 되었고, 특단의 조치가 없는 한 회생불가능한 상태에 빠지게 되었다. 결론론이긴 하나 의약분업의 실시와 함께 수가제도 및 진료비지불방법의 개선을 통하여 합리적인 인센티브구조를 설정하는 등 의료비의 안정적 관리 또는 억제를 위한 대책을 강구했었다면 지금쯤 의약품의 오·남용방지 및 의료비절감이라는 긍정적인 효과를 다소나마 거두었을 것이다. 또한 취지가 좋다고 정책을 강행·추진하는 방식은 이해당사자들간에 불협화음을 가져와 부작용이 커진다는 값비싼 교훈을 얻게 되었다.

5) 이 기간 중 수가의 누적 인상율이 48.9%에 이르고 있음. 이해훈(2001) 참조.

[도1] 총 보험재정수지의 추이



자료: 국민건강보험공단(2001).

모름지기 정부정책은 시작이 중요하나 과정 또한 좋아야 한다. 그렇게 될 경우 결과가 좋게 마련이다. 의약분업은 분명히 선진제도이나 우리현실에 맞는 접근방법이 필요한 것이다. 일단 부분분업(임의분업)을 실시한 후, 여건성숙을 기다려 완전분업으로 이행해 간다는 기본정책 방향을 설정하고 적절한 정책조합을 엮어 왔었다면 결과가 판이하게 달라졌을 것이다. 그러나 정부가 실시한 의약분업정책은 오히려 의보재정의 파탄을 불러왔으니 대표적인 정부의 실패 예가 될 것이다. 의약분야에서도 우리보다 한발 앞서가고 있는 일본도 시도하기 어려웠던 완전분업을, 그것도 충분한 여론수렴과정 없이, 예상되는 의약계의 대응에 대한 후속대책의 강구 없이 강행일변도로 몰아 부쳤으니 후유증이 증폭될 수밖에 없는 것은 당연하다 하겠다.

이와 관련하여 홍콩의 사례는 우리들에게 좋은 귀감이 되고 있다. 홍콩은 의약분업을 실시하지 않고도 인센티브구조를 정착시켜 의약품의 오·남용을 방지하고 있다. 이를 위해 홍콩의 보건의료당국은 의약품을 많이 포함시킬수록, 高價약이나 주사를 처방할수록 酬價상의 불이익을 받도록

수가제도를 운영하고 있다.<sup>6)</sup> 우리나라의 경우 정액 포괄수가제를 실시하면 유사한 효과를 거둘 수 있을 것이다. 이러한 처방은 직접적으로 의약품사용을 억제하는 효과와 이해당사자로 하여금 정부정책에 따르도록 유인과 反유인을 제공함으로써 부수적인 의료비절감효과를 낳게 된다.

#### 나. 주요정책과제: 의료비의 양등과 재원조달의 불충분

사실상 우리나라국민은 규칙적이고 건전한 생활관습의 실천, 정기적 운동뿐만 아니라 예방, 건강교육이나 건강검진 등 장기적으로 보아 비용이 적게 드는 서비스보다는 병이 발생한 다음 치료 또는 재활에 열중하는 등, 비용이 많이 드는 서비스에 치중해 왔다. 또한 우리나라의 의료서비스공급시장은 매우 비효율적이다. 의사들은 아무리 비용이 많이 들더라도 환자를 살려야 한다는 방향으로 교육을 받아 왔다. 따라서 이들에게는 대체적으로 비용의식이 결여되어 있으며 적은 돈으로 효과적인 치료방법을 개발하는데 부족함이 있다고 평가된다.<sup>7)</sup> 더불어 이들은 대부분 경영에 대한 전문성을 구비하고 있지 못하고 있어 의료기관의 운영이나 행정에 있어서도 낭비요인이 많다고 분석된다.

그럼에도 불구하고 의료계는 계속하여 의료보험 수가의 인상을 요구해 왔으며 일부 의사들은 미국의 수가수준을 거론하면서 이상주의적 진료환경을 동경하고 있기까지 하다.<sup>8)</sup> 특히 최근에는 잇단 수가의 인상으로 보험재정이 파국으로 치달자 의료계는 보험료를 인상하고 국고지원을 늘려 문제를 해결하면 된다는 논지를 펴고 있다. 그리고 무분별한 고가의의료장비의 도입,<sup>9)</sup> 과도한 專門醫지망 경향, 의사의 도시집중 등도 문제이며, 한

6) 서울대학교 보건대학원 권순만 교수와의 대화에서 청취한 내용임.

7) 이와 관련하여 일부 의사들은 걱정하다고 평가되는 진료수준 이상으로 공공연히 유도 수요(induced demand)를 창출하여 수입의 극대화를 시도하고 있기도 하다.

8) 미국을 위시한 선진국의 정책경험을 보건 데 비용에 무관하게 이상적인 진료를 추구하도록 허용하는 국가는 없다고 단정지을 수 있다. GDP에서 점하는 국민의료비의 비중이 크다는 것은 다른 조건이 같을 경우 그만큼 생산적 활동이나 이를 지탱하는 사회간접자본건설을 희생해야 한다는 의미가 된다. 그러므로 선진 각국은 최대한 의료비를 절감하기 위한 대책 강구에 부심하고 있는 것이다.

9) 최근 우리나라는 OECD 29개국 중 인구 100만명당 많은 순서로 따져서 CT는 4위 그리고 MRI는 7위에 올라와 있다.



방과 양방의 역할분담 및 협력관계구축도 앞으로의 주요과제로 등장하고 있다. 요컨대 한국의 의료시장은 낭비적이고 국민의료비는 빠른 속도로 늘어나고 있다.

의료보험통합이나 의약분업의 실시는 선진적 의료보험제도로 나아가는 하나의 과정이 될 수 있을 뿐 그 자체가 결코 만능약은 아니다. 오히려 이와 함께 효율과 형평을 증진시켜 나가는 정책의 강구가 필수적으로 요청된다. 정부는 일찍이 의료보험의 통합을 추진하면서 후속적인 정책개선의 방향을 설정한 바 있다. 형평측면에서는 모든 가입자에게 적정보험료 부과, 적정급여체계의 정립과 함께 의료의 질을 향상시켜 나가는 한편 효율의 측면에서는 재원조달, 수가 및 지불제도 등과 관련되는 제도개선, 의료비의 억제 및 보험재정의 안정화 그리고 보험행정의 효율화를 추진해 나간다는 방침을 세웠으나 이들 대책은 대부분 실현되지 않았다. 정부의 약한 정책의지도 문제였지만 의료보험통합과 의약분업의 강행실시, 이로 인한 의료계와의 마찰 등이 이어지면서 정치적인 해결을 재촉하는 정치권에 밀려 정책수립가들의 관심이 분산되었기 때문이다.

현안 주요정책과제로는 먼저 의료비억제와 보험재정의 기반확충을 통한 醫保재정안정화대책이 시급히 요청된다. 그간 1인당 의료이용증가에 힘입어 국민의료비가 빠르게 증대되어 왔으나 이 문제를 근본적으로 치유하기 위한 정책적 관심은 별로 높지 않았다. 필자를 포함하여 일단의 전문가단체들은 의료계사태의 수습과 함께 보험재정의 불안정문제에 대하여 강한 경고의 메시지를 보냈었다.<sup>10)</sup> 그러면 왜 의료비절감대책과 보험재정기반의 확충대책이 무엇보다도 중요한 과제인가. 재원조달기구로써 의보제도가 재정파탄의 길을 가고 있기 때문이다. 이는 현재 쓰고 있는 의료비를 최대한으로 절약해야 할 뿐만 아니라 앞으로 추가적으로 조달해야 할 의료비를 가장 경제적으로 조달해야 할 것이라는 과제의 중요성을 강조하고 있다. 의료보험제도가 안고 있는 가장 중요한 과제는 바로 '의료보험사업을 통한 국민건강증진에 소요되는 재원을 여하히 효율적으

10) 권순원(2000a 및 2000c)와 건강연대의 성명서(2000년 6월 및 8월 발표) 참조.

로 확보하는가' 이므로 국민의료비와 보험재정의 추이를 분석하여 이 문제를 구체적으로 검토해 보기로 한다.

최근의 우리나라 국민의료비의 수준은 GDP대비 5.0%(1998년)를 기록하고 있다. (표1)에서 보는 바와 같이 우리나라는 1인당 소득수준을 감안하더라도 GDP규모에 비하여 보건의료에 대한 지출이 상대적으로 낮은 편이다. 그러나 국민1인당 의료비는 여타의 OECD국가들에 비하여 상대적으로 빠르게 증가하고 있다(부표2 OECD국가들의 1인당 의료비 참조). 필자의 예상으로 국민의료비수준은 IMF사태의 발생을 전후한 수년간 소강상태를 보인 후 2000년과 2001년이 되면 급격히 증가할 것으로 보인다(부도1 GDP대비 국민의료비의 추이 참조). 최근 행하여진 대폭적인 수가 인상과 수진율의 빠른 상승에 힘입어 급여비 지출이 크게 늘어나고 있기 때문이다. 이는 결국 의료비증가를 가속시킬 것이다. 그런데 GDP성장률은 점차 둔화되고 있으므로 (국민의료비/GDP)는 크게 상승할 것으로 전망된다. 국민의료비의 내용에 있어서도 우리나라의 경우 공공보건의료의 역할이 미흡하여 상대적으로 개인이나가계의 부담이 크다는 특징이 있다. OECD국가들의 평균적인 가계부문(주로 본인부담)의 비율이 1998년 18.2%에 불과하나 우리나라의 그것은 2배가 넘는 41.6%에 달하고 있다. 의료비가 빠르게 증대될수록 그만큼 가계의 지출 부담이 커지게 될 것이라는 점을 손쉽게 예상할 수 있다(부표3 국민의료비 중 가계부문의 비중 참조).

〈표1〉 주요 OECD국가의 GDP대비 국민의료비

국명	국민의료비/GDP (%)		1인당GDP (구매력평가지수 환산 미국달러)	
	1990	1998	1990	1998
프랑스	8.8	9.6	17,655	21,721
독일	8.7	10.6	18,351	22,951
이태리	8.1	8.4	16,257	21,312
일본	6.1	7.6	17,841	23,873
네델란드	8.8	8.6	15,921	24,119
스웨덴	8.8	8.4	17,654	20,867

영국	6.0	6.7	16,055	21,675
미국	12.4	13.6	22,266	30,625
한국	4.8	5.0	7,752	14,471

자료: OECD(2000).

1998년 우리나라 국민의료비의 재원구성을 보면 노·사가 각출하는 의료보험료 30.1%, 정부11.8%, 가계(주로 본인부담) 41.6%, 그리고 기타 12.2%로 나타나고 있다. 따라서 피보험자는 본인과 부양가족을 위해 보험료의 1/2과 본인부담을 합쳐 국민의료비의 56.6%나 부담하고 있는 셈이다. 한편 의료비증가추세에 대한 기여도분석을 보면 가격요인보다는 주로 의료이용량과 의료이용강도 및 인구요인 등이 중요한 역할을 수행하고 있음을 알 수 있다. 특히 1인당 진료비(= 수진율 x 건당 진료비)는 1993-98년 기간 중 2배 이상 증가하여 의료이용의 급증현상을 단적으로 보여주고 있다.

다음으로 의료보험재정의 추이를 살펴보기로 하자. (표2)에서 전체적인 보험재정수지의 현황을 보면 1998년 3가지 제도가 나란히 적자를 기록하고 있는데 특히 1997-98년에는 가장 건설하다고 알려진 직장醫保의 재정적자폭이 제일 크게 나타나고 있다. 그 이후 총 보험재정의 적자규모는 해를 달리 할수록 증가하고 있다. 다만 의료보험의 통합과정에서 공·교의보는 1998년 7월 보험료를 큰 폭으로 인상하였기 때문에 1999년에는 소폭흑자로 반전되었다. 직장의보는 비록 보험료의 부과근거를 총 소득개념으로 바꾸어 종전보다 소득 비례적인 성격을 강화시켰으나 적자규모는 오히려 증가하였다. 그런데 심각한 문제는 2000년 총 보험재정의 적자규모가 1조원을 넘어서면서 발생되었다. 이는 동년 말 현재 누적적립금 9,200억원을 상회하는 수치이다. 참고로 1995년 말의 총 적립금은 4조원을 약간 웃돌았다. 더욱이 2001년의 적자는 45조원 선에 달할 것으로 전망되고 있어 긴급한 자금수혈이 없는 한 보험재정은 부도위기까지 내몰리고 있다.

이와 같은 의료보험의 재정불안 문제는 의료비억제와 대체적인 재원조

달방안의 강구로

〈표2〉 연도별 의료보험재정의 추이

의료보험별 수지차액	(단위: 10 억원)							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 p
지역의료보험	213.2	4.5	-142.2	12.3	-157.2	-576.0	-298.9	-1669.4
공·교의료보험	81.1	32.3	-94.6	-166.7	-320.3	35.0		
직장의료보험	444.7	344.9	149.1	-227.6	-387.4	-179.0	-710.1	-2,302.0
합 계	730.0	381.7	-87.7	-382.0	-860.1	-869.1	-1,009.0	-3,971.4

주: 2000년부터는 직장의료와 공교의보를 합친 수치임.

자료: 국민건강관리공단(2001).

보험재정의 기반을 확충해 나가지 않는 한, 큰 틀에서 볼 때 ① 보험료의 지속적 인상이나 ② 급여수준의 삭감, 또는 ③ 국고지원의 증대를 통하여 해결할 수밖에 없을 것이다. 그런데 이미 세계은행보고서<sup>11)</sup>에서도 지적된 바와 같이 세계에서 가장 높은 본인부담률을 부담하고 있는(부표 4 實效 의보 급여비율 참조) 한국의 의보가입자에 대하여 급여의 삭감은 의보정책의 결정적 후퇴라고 단정지을 수밖에 없다. 만일 정부의 당초 의도와는 달리 의료보험급여체계를 당분간 개선시켜 나가지 않는다 하더라도 보험료의 지속적인 인상이 현실적으로 어렵다면, 바람직한 처방은 아니지만 단기적으로 일본의 경우처럼 국고지원의 증대로 문제를 풀어 나가야 할 것이다.

정부는 보험료인상에 신중을 기하면서 국고지원을 늘려 보험재정의 파국을 막아보겠다는 기본방침을 세우고 있다. 그런데 정부의 보험료인상 결정이 국민의 호응을 얻으려면 무엇보다도 국민들의 정부정책에 대한 신뢰가 있어야 하고 또한 인상근거와 시기에 대한 설득력이 있어야 한다.

11) World Bank(1998) 참조.

지금까지 정책당국은 의료보험을 통합하고 의약분업을 실시하면 의료보험제도의 개혁이 완성되는 것처럼 장담해 왔다. 게다가 의료대란의 수습과정에서 대다수 국민들의 반대에도 불구하고 수가를 대폭 올려주었고 거듭 보험료를 인상하였다. 그러나 미국, 일본을 위시하여 국제적인 경제환경이 좋지 않을 뿐만 아니라 이로부터 영향을 크게 받는 한국경제의 성장을 역시 하향 조정되고 있다. 더욱이 실업자가 계속 늘어나고 있고 집세가 급속히 상승하는 등 가계를 꾸려가기가 점점 어렵게 되어가고 있는 상황에서 국민들에게 계속적인 보험료인상이나 세금인상을 요구하는 것은 바람직하지 않다고 생각된다.

보험재정의 안정을 위해서는 가능한 범위 내에서 수입은 늘리고 지출은 줄여야 한다. 특히 의료비억제를 위한 최선의 노력이 요구된다. 그런데 우리나라국민의 의료이용 행태는 매우 비용 의식적이지 못하다. 비용효과적인 예방의료나 건강교육을 통한 평소의 건강관리보다는 병이 발생한 다음 이 병원 저 병원을 다니면서 많은 비용과 시간을 쓰고 있다. 특히 제3자 지불제도로써 의료보험이 초래하는 도덕적 해이에다 진료비後拂방식의 행위별수가제실시에 따른 유도수요 등 폐해가 부가되어 수요와 공급 양면에서 방만한 의료이용현상이 나타나고 있다. 또한 수입을 증가시키려는 노력이 절실하게 요구됨에도 불구하고 모든 자영자들에게 일괄적으로 국고지원을 제공하는 등 제도적 비효율을 시정하지 않고 있는 실정이다.

이미 1980년대를 통하여 주요선진국들이 보여 주었지만 수가 및 진료비지불제도의 개혁을 중심으로 하는 효과적인 의료비억제대책 없이 보험재정의 안정은 기대하기 어렵다(부표5 주요 OECD국가의 수가 및 진료비지불제도 참조). 여기서 의료비억제대책이 주는 올바른 정책함의는 '꼭 필요한 의료비는 알뜰하게 조달하여 비용 효과적으로 사용하되 불요불급한 진료비나 거품성 의료비는 과감하게 절감하자'는 것이다. 앞으로 정부가 의료비억제를 위해 다각적인 노력을 경주한다 하더라도 당분간 국민 의료비는 빠르게 증가할 것으로 전망된다. 따라서 정부는 당초 의료보험통합을 추진하면서 약속한 바와 같이 진료비지불제도의 개선과 대체적

재원조달기구의 개발을 적극적으로 추진해 나가야 할 것이다.

매우 긴급한 경우에 직면하여 단기성 지원이 불가피할 경우를 예외로 한다면, 원칙적으로 정부의 재정에서 보조금을 늘려서 醫保의 적자를 보전해 주는 방안은 옳지 않다. 우리나라의 경우 간접세수입의 비중이 높다.<sup>12)</sup> 비록 간접세가 효율적 자원배분이나 경제성장을 지원하는 측면에서 상대적으로 바람직한 특성을 지니고 있다 하겠으나 소득 역진적이라는 비판을 받고 있다.<sup>13)</sup> 왜냐하면 간접세는 상대적으로 저소득계층에게 무거운 세율을 부과하기 때문이다. 그럼에도 불구하고 국고지원이 보험재정안정의 주요수단이 되어야 한다고 주장한다면 이는 일본식 접근방법을 그대로 따라가는 셈이 된다. 참고로 일본은 의료보험의 재원조달을 보험료와 국고보조의 혼합형태에서 찾고 있다(표3 참조). 만일 보험료의 지속적인 인상이 현실적으로 어렵다면, 그리고 정부의 의도대로 의료보험급여체계를 개선시켜 나가려면, 현재의 재원조달방안에 대한 재검토 및 보완대책의 강구가 시급하게 이루어져야 할 것이다. 결국 작금의 의료보험의 재정불안문제는 대체적인 재원조달방안의 도입을 시급하게 요구하고 있다고 하겠다.

일부에서는 건강세 혹은 건강증진세의 신설을 주장하고 있다. 의료계 일각에서 제기된 건강세는 목적세 방식으로 술이나 담배에 부가세를 매기자는 발상이다. 한편 정치권은 일시적으로 이태리, 핀란드 등이 채택하고 있는 직접세형태의 건강증진세의 도입을 고려하였으나 최종적으로 건강세 신설로 결론을 내린 것으로 보인다. 먼저 재정학자들은 이 방안에 대하여 매우 비판적인 입장을 취하고 있다.<sup>14)</sup> 또한 稅수입으로 의보재정의 적자를 보전하겠다는 정부의 정책구상에는 중대한 문제가 있다. 우리나라와 유사한 사회보험제도를 지니고 있는 독일, 프랑스, 네델란드 등

12) 최근의 稅收구조를 보면 간접세의 비중은 1993년의 51.8%를 정점으로 조금씩 하락하여 1999년 현재 48.9%를 시현하고 있다. 따라서 OECD국가들 중에서는 프랑스, 스페인 등과 더불어 간접세비중이 높은 편이다.

13) 橘木(1999) 참조.

14) 건강세 혹은 건강증진세는 재정 경직적이며 세수의 낭비가능성이 있어 비효율적이라고 평가되고 있기 때문이다. 이에 대한 구체적 논의는 광태원(2000) 및 권순원(2001) 참조.

유럽선진국의 경우, 보험자(국민건강보험공단)가 전적으로 보험재정의 운영을 책임지고 있다. 따라서 의료보험재정에 대한 정부지원은 원칙적으로 배제되고 있다(표3 참조). 다만 정부는 의보제도가 내재적으로 고취하고 있는 과도한 의료서비스이용경향을 인두제, 포괄수가제, 총액계약제 등 진료비先拂制 도입 등으로 차단, 의료비를 억제함으로써 보험재정의 건전화를 도와주고 있을 뿐이다.

〈표3〉의료보험에 대한 국고지원: 국제비교

한국	지역보험에 대한 급여비의 50%지원(정부의 약속이 지켜진다면) 등
일본	國保: 급여비의 50% 지원등 政府管掌健保: 급여비의 13% + 노인보건 각출금의 16.4% + 賞與등의 0.2% 지원
미국	보충적 의료보험: 노인 1인당 월 82.5달러, 장애인 1인당 월 111.10 달러 지원 입원보험에는 원칙적으로 없음
영국	NHS비용의 약 77.5%지원
프랑스·독일	원칙적으로 없음
스웨덴	NHS(입원급여) 준비용과 국민보험(외래급여)의 건강보험비용 중 15%를 중앙 및 지방정부가 지원

자료: 廣井良典 (1997).

만일 보험재정이 적자를 기록할 때마다 정부가 나서 조세수입(일반세든 목적세든)으로 적자를 보전해 준다면, 이는 우선 국민건강보험공단으로 하여금 방만한 경영을 하도록 고취시키는 결과를 가져올 것이다. 나아가서 의료이용자나 의료제공자 가릴 것 없이 진료비를 낭비하도록 유인을 제공함으로써 도덕적 해이를 조장할 뿐만 아니라 밑 빠진 독에 물 붓기 식 악순환에 빠질 위험이 클 것으로 우려된다. 한편 정치권에서 국민건강보험기금을 조성하여 의보재정의 파탄을 해결해 보겠다는 움직임이 있으나 재정전문가들은 목적세와 비슷한 이유로 반대한다. 돌이켜 보면 데 의료보험통합과 의약분업이 아무리 좋은 취지를 지닌 제도 개선을

위한 노력이었다 하더라도 충분한 사전검토를 통하여 의료비억제와 수입 증대를 위한 후속대책을 수립하지 않은 채 강행과 정치적 타결로 일관하였으니 보험재정의 파국은 이미 醫亂의 수습과정에서 태동하고 있었다.

### Ⅲ. 향후 여건의 변화와 의료보험개혁의 기본방향

#### 가. 향후 여건의 변화

앞으로의 경제·사회·인구적 여건변화도 의보의 구조조정 필요성을 뒷받침해 주고 있다. 그런데 문제의 심각성은 현행제도를 그대로 유지할 경우, 의료비가 앞으로 제어할 수 없을 정도로 팽창할 가능성이 높다는데 있다. 무엇보다도 인구동태의 변화가 의료비를 크게 증가시킬 것으로 보인다. 특히 고령자비율의 증가는 의료이용강도를 높여 1인당 의료비를 지속적으로 양등시킬 전망이다. 반면 경제성장률은 점차 둔화되어 장기적으로 5%선을 넘지 못할 것으로 전망되고 있다.<sup>15)</sup> 한편 국민들의 복지수요는 지속적으로 늘어날 것이며 여성의 사회진출이 꾸준히 증가되어 육아나 노인부양, 간호 및 개호서비스 등을 중심으로 민간시장이 크게 확대될 것으로 예상된다.

또한 생활습관 관련 만성성인병의 증가추세는 장기입원치료 및 고가진료를 증가시켜 의료비증대에 크게 기여할 것으로 보인다. 의료기술의 발전과 고가장비의 방만한 도입 및 임상검사 유도행위 역시 1인당 의료비 증가에 박차를 가할 것이다. 더불어 소득수준과 교육수준의 향상, 각종사고의 빈번한 발생과 대형화 등에 따른 건강위험요인의 증가에 발맞추어 한국국민들의 건강한 삶에 대한 관심이 크게 높아지고 있다. 또한 지식정보화시대를 맞이하여 건강을 위한 지출은 인적자본에 대한 투자로서 더욱 각광을 받게 될 것이다. 이와 같은 건강 의식적인 생활관행은 자유분방하고 다양성을 추구하는 신세대의 성장과 더불어 보건의료서비스에 대한 다양하고 고급스런 욕구로 나타나고 있다. 특히 수요자에게 호의적인 진료환경의 조성을 요청하는 목소리가 높아지고 있어 양질의 의료서

15) KDI내부 자료 참조.



비스에 대한 요구도 더 한층 강화될 것으로 보인다. 그러므로 의료서비스의 질적 개선과 함께 본인부담률의 점진적 인하, 급여제외항목의 축소 등 급여체계의 개선이 이루어질 경우 의료비 증가는 더 한층 급격하게 이루어질 것이 틀림없다.

향후 현 제도의 골격이 크게 바뀌지 않는 한, 개인이나 가계의 보건의료비 부담은 현저하게 무거워질 것으로 예상된다. 그러므로 지금부터 우리는 보충적 재원조달방안을 강구해 나가야 할 것이다. 이와 아울러 단계적으로 소액진료에 대하여 본인부담을 인상하는 한편, 사회적 위험이 큰 질환의 경우 의료이용자의 본인부담을 경감시켜 보험기능을 창달해 나가야 할 것이다. 또한 공공의료체계의 강화에 의한 예방의료, 건강진단 그리고 건강교육의 확대보급, 1차의료의 확충, 주치의제도의 도입 등과 수요자 중심의 진료전달체계의 구축 그리고 건전한 생활관습의 정착, 성인병 조기검진체계의 확립, 효율적 건강상담 등에 인센티브를 제공함으로써 건강증진을 위한 內實있는 서비스 제공 노력이 요구된다.

일본이 당면하고 있는 현실에 비추어 향후 인구요인이 의료비증대에 미치는 효과에 대해서 주목할 필요가 있다. 전 세계적인 현상이 되겠지만 앞으로 각국에서 65세 이상의 노령인구의 비율이 꾸준히 증대될 것으로 예상된다. 가까운 장래에 우리나라는 일본과 함께 고령화가 가장 빨리 진행되는 나라의 하나가 될 것으로 예측되고 있다. 한국과 일본의 노령화추이가 국민의료비에 미치는 영향을 비교해 보면 우리나라의 경우 지금까지는 일본과 다르게 인구요인의 효과가 그다지 크게 나타나지 않고 있다고 분석된다.<sup>16)</sup> 그러나 2000년을 기점으로 한국의 노령인구비율은 더욱 가파르게 상승할 것으로 전망되어 앞으로 의료비상승이 주는 인구 동태적인 요인의 영향이 점점 커질 것으로 예상된다.<sup>17)</sup> 따라서 한국에서도 간

16) 정영호 외(2000) 참조.

17) 상당수에 달하는 우리나라의 노인들은 경제력이 미약하여 의료니드를 수요로 연결시키지 못하고 있는 실정이다. 그러나 앞으로 노인의료대책이 강구된다든가 노인들의 경제력이 어떤 방식으로든지 향상될 경우 선진국이 보여 주었던 것처럼 노인의료비의 급격한 상승이 예견되고 있다. OECD통계에 의하면 65세 이상 노인들의 평균의료비는 65세 미만에 비하여 약 3배정도로 높게 나타나고 있으나 아직 우리나라는 1.6배 수준에 머무르고 있다. OECD(2000)참조.

호 및 개호(수발)서비스를 카버하기 위한 사회보험제도 확충의 필요성 등 노인의료비 대책이 곧 중요한 정책이슈로 전면으로 부상하게 될 것이다.

#### 나. 의료보험개혁의 기본방향

의료보험제도는 의료제도의 큰 골격을 차지하고 있는 핵심적인 부분이다. 왜냐하면 의료보험이야말로 의료비의 규모를 좌우하는 주된 요인이 되고 있기 때문이다. 더욱이 의료보험은 의료자원의 배분을 결정함에 있어서 중심적인 역할을 한다. 잘 알려진 바와 같이 의료보험제도는 일상생활 중에서 상병, 분만 또는 사망 등이 발생할 때 일시에 많은 지출을 강요받게 되는 경제적 어려움을 미연에 방지하기 위하여 보험원리를 기초로 위험분산, 즉 의료비 지출부담의 분산을 통하여 국민생활 안정에 공헌한다는 의의를 지닌다. 이와 함께 사후적인 소득재분배를 통하여 사회통합에도 기여한다. 그런데 사회보험방식의 의료보험제도를 지니고 있는 선진국들은 대부분 公的보험을 주축으로 민간의료보험이 이를 보충하는 형태를 취하고 있다. 말하자면 사회보험은 주로 중·저소득층을 대상으로 기본적인 보건의료를 제공하는 재원조달기구의 역할을 수행하고 있는 반면, 임의보험방식의 민간보험은 고소득계층을 위한 보충보험으로서 역할을 담당하고 있다(부표7 EU국가들의 의료보험 재원조달 현황 참조).

의료보험제도는 질병이나 사고 등 사회적 위험에 공동으로 대처하기 위해 가입자가 공동으로 각출하여 기금을 만들어 필요한 경우 급여를 지급해 주는 재원조달기구이다. 통상 의료보험의 목적은 ① 全國民에게 의료의 접근성 보장, ② 경제적 부담완화 그리고 ③ 의료비증가 억제 등으로 요약된다. 이를 달성하기 위하여 ① 누구를 의료보험가입대상으로 할 것인가 ② 급여내용과 수준을 어떻게 결정할 것인가 ③ 보험료를 어느 수준으로 책정할 것인가 ④ 본인부담률을 어느 정도로 할 것인가 등에 대하여 효율과 형평의 관점에서 합당한 기준이 설정될 필요가 있다.<sup>18)</sup> 따라서 재원조달과 의료비의 안정적 관리를 두 축으로 의료보험의 효율적 운영에 더 많은 관심을 기울일 것이 요망된다. 국민들의 의료필요와 의료

18) Sharp(1995) 참조.

비부담능력을 감안하여 醫保재정을 안정적으로 관리함으로써 국민이 필요로 하는 양질의 서비스를 비용 효과적으로 제공해 나가는 일이 중요하기 때문이다. 그러므로 의료보험의 장기적 발전을 기하자면 국내외 여건을 감안하되 경제사회전체를 보는 넓은 시각에서 길게 내다보면서 일관성 있게 제도개선이나 정책개혁을 논의해야 할 것이다.

#### IV. 의료비절감과 보험재정안정화방안

먼저 선진국의 의료개혁경험으로부터 유용한 교훈을 찾아보자. 선진 각국은 현재와 미래의 사회적 필요와 보유자원에 맞추어 의료보험제도를 효과적으로 발전시킴으로써 의료서비스를 효율적으로 전달할 수 있는 방법을 모색하고 있다. 단적으로 표현하여 선진국들은 의료서비스의 전달과 재원조달에 있어서 효율과 비용 효과성의 제고에 초점을 맞추고 있다. OECD국가들의 공통적인 특징을 보면 지역간 의료서비스의 균등배분,<sup>19)</sup> 서비스이용에 있어서 형평성증가, 국민의료비 절감을 위한 對病院 총액예산제 실시와 더불어 일당제, 건당지불제 등 새로운 진료비지불제도의 개발, 1次의료의 효율적 활용방안 및 서비스 質의 보장 등에 주력하고 있음을 알 수 있다.<sup>20)</sup>

특히 선진국들은 의료보험제도 개혁의 중요한 요소로써 의료서비스제공자, 그리고 환자와 관련되는 인센티브 구조를 변경시키는 방안에 많은 관심을 표명하고 있다. 이로써 의료비를 증가시키지 않고도 더 나은 건강증진성과를 거둘 수 있을 것이기 때문이다. 이를테면 식생활개선, 적절한 운동의 권장, 건전한 생활패턴 정립 등 건강증진을 위한 보건교육으로 의료비를 절감할 수도 있을 것이다. 선진 각국은 또한 현재와 미래의 경제

19) 이를테면 독일의 경우 지역별 전문의 분포지표를 개발하여 전국평균치를 일정비율 이상 상회하는 전문의 過多지역으로부터 그 반대되는 過疎지역으로 이주하도록 권장하고 있다. 왜냐하면 이러한 권고는 지역주민들에게나 의사들에게 모두 이익이 되기 때문이다. 이상은 필자가 1988년 KDI 사회개발팀의 일원으로 독일을 방문, 의료보험기관을 순방하면서 청취한 내용의 일부임을 밝혀둔다.

20) OECD(1994) 참조.

사정에 상응하는 의료보험제도의 정립을 강조하고 있음을 보게 된다. 이는 자원의 적재적소 배치로 투입자원량도 절약하고 효율을 제고시키자는 전략적 노력이다.<sup>21)</sup> 세계적인 동향을 감안하건 데, 줄일 수 있는 분야에서는 줄여서 가능한 한 추가재원을 적게 사용하여 의보개혁을 추진해 나간다는 자세의 정립이 바람직하다고 판단된다.

의료비의 억제를 위해서는 무엇보다도 진료비지불제도와 수가제도의 개선이 필요하다. DRG제도의 도입 및 외래서비스로의 확대적용과 더불어 현재의 後拂制에서 先拂制(질병그룹별 포괄수가제, 인두제, 건당정액제, 일당정액제, 총액예산제 등)로 진료비지불제도를 개선하고, HMO(Health Maintenance Organization: 건강유지기구)형 보험자소유병원제도, PPO(Preferred Provider Organization: 특약의료기구), PRO(Peer Review Organization: 동료심사기구)의 도입 등으로 관리의료(managed care)<sup>22)</sup>를 실시함으로써 의료시장의 효율증진을 유도할 필요가 있을 것이다. 이와 함께 공공보건의료부문의 확충을 통하여 비용 효과적인 예방의료의 확대, 건강교육의 충실 및 1차의료의 강화 등을 기해 나가야 한다. 더불어 건강보험공단과 심사평가원으로 나누어져 있는 醫保제도의 관리기구에 대한 구조조정을 통하여 관리비를 경감시켜 나가야 할 것이다. 또한 비용 효과적이라고 평가되고 있는 대체의료를 육성함으로써 전통의료와 선의의 경쟁을 통하여 진료비절감을 도모할 수 있을 것이다.<sup>23)</sup>

또한 보험재정의 안정화를 위해서는 비용 의식적인 의료공급체계의 확립이 요청된다. 우선 경영효율을 높이기 위해 의료기관 전문경영인 육성과 회계의 투명성을 확보해 나가야 한다. 이와 함께 EDI자료제출의 의무화<sup>24)</sup>를 통하여 진료비의 부당청구 및 과다청구를 불식하고, 고가장비도입

21) 전계서 참조.

22) 여기에서는 주로 미국의 경험을 참고하여 제한된 범위에서나마 의료기관간의 경쟁(managed competition)을 유발하여 의료부문의 효율성을 제고하자는 의미에서 관리의료를 언급하고 있다. 이는 선진국에서 보편적으로 보여지는 효율증대방안으로 독일이나 네델란드 등 유럽의 사회보험국가에서도 이를 시도하고 있음을 보게 된다.

23) 권순원(2001) 참조.

24) EDI자료제출을 의무화하게 되면 의사들의 실제소득이 확연히 드러나게 될 것이다. 이 경우 독일의 예에서 보는 바와 같이 한계소득세율을 상향·조정하여 상위소득계층에

을 억제함과 동시에 주치의 제도를 도입할 것이 요청된다. 이를 위해서는 진료수가의 책정과 진료비보상에 있어서 의료제공자에게 유인과 反유인을 제공함으로써 의료서비스의 비용 효과성을 높여 나가야 할 것이다. 더불어 진료내용의 부분적 공개와 의료서비스에 대한 부분적인 광고허용 등으로 의료제공자간 경쟁개념을 도입함으로써 효율을 제고하여 의료보험재정의 안정적 유지를 지원해 나가야 할 것이다.

현재의 단계에서 검토 가능한 모든 보험재정안정화방안을 초단기, 단기, 중기 그리고 장기로 나누어 정리하면 <표4>와 같다. 따라서 여기에 모은 정책대안들을 전부 실천에 옮겨야 한다는 당위성은 없다. 왜냐하면 이들 중에는 상호 보완적인 방안도 많으나 서로 상충되는 대안도 있을 수 있기 때문이다. 또한 시기구분에 있어서도 해당정책을 구체화시킬 수 있는 시간을 감안하여 분류하고 있기 때문에 특정정책이 전면적으로 확대·실시된다든가 충분한 정책효과를 거둘 수 있으려면 이보다 상당한 기간이 더 필요할 것으로 보인다.

어느 측면에서 보나 앞으로 국민의료비는 빠르게 증가할 것으로 전망된다. 그러므로 정부는 중·장기적으로 수가 및 진료비지불제도의 개선과 의료저축제도(Medical Savings Accounts, 줄여서 MSA)의 도입 등에 의한 보험재정기반의 확충을 中心軸으로 보험재정의 안정을 도모해 나가야 할 것이다. 또한 의료분쟁조정제도를 도입하여 의료사고에 따른 분쟁에 대비해야 할 것이다. 단기·중기대책으로는 공공부문의 점진적 확충에 의한 1차의료의 강화, 비용 효과적인 예방의료의 확대 등이 이루어져야 할 것이다. 공공보건의료의 재원조달을 위해서는 벨기에, 오스트리아가 채택하고 있는 바와 같이 술이나 담배에 부과하는 죄세(sin tax)를 활용할 수 있을 것이다. 이를 뒷받침하여 초단기적으로는 보통감기 등을 대상으로 하는 하는 간이포괄수가제도, 고가의료장비 도입억제, 흡연자에 대한 보험료

---

속하는 의사들로 하여금 적정수준 이상의 진료를 행하지 않도록 反誘因을 제공하는 정책적 노력이 중요하다. 이와 관련하여 독일에서는 의사의 최고소득(전문과목별)을 공시한 다음 이를 초과하는 소득에 대해서는 한계세율을 매우 높게 적용하여(이른바 80%까지) 의사간 소득 평준화를 도모하는데 기여하도록 조치하고 있다. 이상의 내용 역시 필자가 KDI독일방문단의 일원으로 의료보험관련기관을 방문하였을 당시 청취한 내용임을 부언해 둔다.

가산제를 실시하도록 건의한다. MSA에 대해서는 다음절에서 충분히 검토할 것이므로 여기서는 초단기 대책에 포함되고 있는 간이 포괄수가제도에 대해서 간단히 부연 설명하기로 한다.

〈표 4〉 보험재정의 안정을 위한 장·단기 대책

초단기(1-3개월 이내)대책	단기대책(1년 이내)	중기대책(1-3년)	장기대책(3년이상)
긴급대여(연금기금으로부터 또는금융기관대출. 보험료인상(단, 흡연자는 가산료). 국고지원인상(소비세). 간이포괄수가제 실시. 병원규모별 차등수가 제. 급여청구심사강화. 고가의료장비도입억제. 기관 회계투명성 제고. 유자영자 보험료상향조정. 공단에 대한 경영평가. EDI자료제출 의무화.	입원(DRG) 및 외래 포괄수가제 실시. HMO실시. 주치의 제도 실시. 의료내용에 대한 부분적 광고허용. 최세에 의한 공공 의료, 건강교육, 1차 의료의 강화. 의보관 리기구의 구조조정. 보혐료징수를 제고. 자영자보험료부과 개선. 약가제도 개선.	총액예산제 실시(부분 적). GP증원. 專門醫 수 규제. 국민건강수첩 배부. 대체의학의 진흥. MSA시범사업. 민간의보확대(고소득 의료분쟁조 예방 층). 의료전달체계 확립. 복지부,공단전 문인력 충원. 의료기 관 경영개선. 중기보 험재정계획수립.	MSA도입. 총액예산제 실시. 대체 의료기관 의 육성. 관리 의 육성. 의료 전면적실 시. 의료분쟁조 정제도 실시.

‘간이 포괄수가제도’는 외래와 입원별로 빈도가 높고 진료방식에 대한 문제발생 가능성이 적은 몇가지 상병을 대상으로 정액 포괄수가제를 실시 하자는 제안이다. 이를테면 보통감기나 몸살 등 외래진료와 정상분만, 수정체수술, 충수절제술, 단순폐염 등 입원진료에 대하여 실적자료를 토대로 거품을 제거한 후 적정 포괄수가를 책정한다.<sup>25)</sup> 구체적으로 가장 간단한 케이스인 보통감기를 예로 들어 보자. 보통감기로 의사를 방문하여 진료를받고 처방전을 가지고 약사로부터 약을 구매할 경우 방문당 평균비용이 약가 3천원을 포함하여 13천원 정도 소요된다고 가정하자. 참고로 미국에서는 감기로 의사를 방문하면 통상 의약품처방은 없으나 한국에서

25) 관대한 처방료, 조제료의 신설이 의보재정악화에 기여하고 있다는 분석에 비추어 이들을 묶어 질병그룹별로 포괄수가를 산정하되 종전의 행위별수가를 전부 합산한 금액보다 포괄수가를 적절하게 인하하도록 권고한다.

는 항생제를 처방하고 주사를 놓는 것이 보통이다. 그러므로 보통감기의 포괄수가를 10천원 내외로 책정한 다음 의사가 의약품이나 주사를 처방하는 만큼 실비용을 공제하여 약사에게 보상하도록 조치함으로써 의약품의 오·남용을 제도적으로 방지하자는 것이다. 이와 관련하여 전술한 홍콩의 사례를 상기할 필요가 있을 것이다.

## V. 보험재정기반의 확충과 의료보험주체들의 역할

가. 보험재정기반의 확충: 의료저축제도를 중심으로

의료에 시장기구원리를 어느 정도 도입하고 있는 미국과는 달리 한국은 일본처럼 평등의 이념을 기초로 公的의료보험체계를 구축해 왔다. 아직 公的醫保의 역사가 일천하기 때문에 民間재원조달기구의 도전을 시기상조라고 주장하는 일단의 전문가들은 公的醫保제도의 정착 발전에 더 큰 관심을 기울이고 있다. 또한 이들은 정보의 비대칭성과 가격면에서 시장메카니즘이 제대로 작동할 수 없다는 의료서비스시장의 특징을 들어 무리하게 경쟁원리를 도입하게 될 때 의료이용과 관련하여 예상할 수 없는 정도의 불평등이나 의료비상승을 낳을 가능성이 크다고 지적한다.

반면 다른 일단의 전문가들은 公·私의료보험의 역할 분담론을 제기한다. 이들은 주요 선진국의 동향을 보더라도 의료, 연금 등의 분야에서 기초적이고 필수적인 서비스에 대해서는 사회보험방식을, 그 이상의 추가적인 서비스에 대해서는 민간보험을 허용하여 공적보험기능을 보완하도록 유도하고 있다는 사실을 강조한다. 이와 같은 추세를 배경으로 이들은 우리나라에서도 公·私의료보험의 경쟁적 발전이 필요하다고 주장한다. 이를테면 네덜란드의 최근 경험이 시사하는 것처럼 장기적으로 강제적용 사회보험방식의 기초보험(기본적이고 필수적인 의료서비스에 대해 급여제공)에 민간보험방식의 보충보험(주로 상위소득층을 겨냥한 서비스에 대해 급여제공)을 결합하는 형태가 바람직하다고 판단된다.<sup>26)</sup>

26) 大森(1998) 참조. 또한 Mossialos 외(1999)에서 보는 것처럼 네덜란드의 경우 민간보험 이외에도 임의 적용방식의 부가적 사회보험을 설정하여 본인부담이나 고급의료서비스

의료보험재원조달과 관련하여 '현재와 앞으로의 경제, 사회적 여건 변화에 비추어 국민들의 의료수요를 어떻게 비용 효과적으로 충족시켜 나갈 것인가'가 주요한 이슈로 제기된다. 왜냐하면 사회보험의 재정이 파탄에 이르게 되었다는 것은 재원조달기구로써 사회보험이 근본적으로 한계에 도달하고 있음을 입증하고 있기 때문이다. 추가적인 재원조성과 더불어 '무려 50%에 달하고 있는 본인부담률을 어떻게 효과적으로 충당할 수 있도록 제도화할 것인가'에 대해서 정책당국은 특별한 관심을 기울일 필요가 있을 것이다.

최근 국민들의 건강에 대한 관심이 고조되고 있고 소득수준과 교육수준이 계속 제고될 것이므로 국민들에게 선택의 폭과 기회를 증진시켜 나가는 일이 중요하다. 이와 함께 노인인구가 착실하게 증가되고 있고 이들 인구집단의 의료수요가 크게 늘어나고 있어 老人의료비대책이 중요한 사안으로 부각되고 있다. 앞으로 고령인구가 급속히 확대될 것이라는 점과 한국국민들의 의료와 복지수요가 다양화 고급화되고 있는 추세를 감안할 때 노인의료와 개호서비스의 공급체계 개선에 民間재원조달기구가 응분의 역할을 수행할 것으로 기대된다. 다만 유럽대륙의 각국에서 볼 수 있는 적극적이고 활발한 민간의료보험의 역할은 당분간 우리나라에서 기대하기는 어렵다고 생각된다. 그만큼 한국에서의 제도개혁은 엄청난 저항을 불러일으키고 있기 때문이다. 따라서 장기에 걸쳐 단계적이고 점진적인 개선노력이 바람직하다고 판단된다.

이와 같은 사정을 배경으로 우리나라 국민의 의료보장을 위한 재원조달의 틀을 새로 만들어가야 한다는 입장에서 바람직한 정책방향을 제시하고자 한다. 먼저 감기등 가벼운 질환에 대해서는 본인부담률을 높이는 한편, 장기입원을 요하는 중증질환에 대해서는 본인부담률을 감소시키는 방향으로 시정하여 사회보험의 위험분산기능을 강화해 나가야 할 것이다.

---

비용을 충당하도록 배려하고 있다. 우리나라의 경우 민영화방안을 도입한다손 치더라도 당분간은 전 인구를 사회보험에 강제로 가입시키는 원칙을 고수하여 사회보험의 위축 가능성을 방지하는 편이 바람직할 것으로 보인다. 그러나 건강 의식적인 고소득층이 평균적으로 불입하는 보험료보다 급여를 더 많이 타간다면, 그들에게 사회보험과 민간보험 중 택일하도록 선택권을 부여하는 편이 타당할 것이다.



이와 같은 公的의료보험 급여수준의 단계적 향상과 함께 소비자 선택의 증대와 경쟁원리의창달 등을 통하여 소비자 후생을 증가시킬 수 있도록 민영화방식에 의한 보충적 의료비조달기구의 도입이 필요하다고 판단된다. 결국 비용 효과적인 방법으로 보험재정기반을 확충해나가기 위해서는 기본적인 의료서비스는 公的醫保에서 카버하고 중증의료서비스와 본인부담분에 대해서는 MSA가 보충적 역할을 담당하도록 하는 二元체제의 구축이 장기적인 관점에서 바람직하다고 생각된다. 이로써 의료보험의 내용 충실과 국민들의 의료니드를 비용 효과적으로 충족시키는데 기여할 수 있을 것이다.

한국의 경제·사회적 여건을 감안하고 높은 민간저축률을 고려할 때 도덕적 해이가 전혀 없어 비용 의식적인 의료이용에 기여할 수 있는 MSA의 도입은 중요한 정책적 의의를 지니고 있다고 판단된다. 그러므로 세계은행에서도 싱가포르방식의 MSA(일반입원과 高價외래비용을 충당할 Medisave, 중증의료보험의 기능을 담당하는 Medishield, 그리고 저소득층의 의료비를 지원하는 Medifund)를 적절하게 수정하여 의료저축제도를 도입하도록 적극적으로 권유한 바 있다.<sup>27)</sup> 이와 함께 고소득층을 위한 민간의료보험의 역할확대를 고려할 수 있을 것이다.<sup>28)</sup> 사회보험을 중심으로 MSA와 민간의료보험이 보충적 역할을 분담하는 재원조달방식은 사회적 책임과 개인적 책임의 균형, 그리고 정부규제와 시장기능의 조화를 의미한다.<sup>29)</sup> 사회보험만으로 국민들의 모든 보건의료수요를 충족시킨다는 데

27) 세계은행의 보건 경제학자 Prescott는 한 세미나에서 싱가포르의 MSA가 한국의 의보제도 개선에 유용한 도움을 줄 것이라고 강조한 바 있다. 그런데 싱가포르의 Medishield는 사회보험이 아니라 개인보험의 성격을 지니고 있다. 무엇보다도 본인이 필요한 장래의 보장액과 본인의 경제력을 감안하여 보험료의 수준을 스스로 결정하고 있기 때문이다. 또한 소득재분배장치가 내재되어 있지 않다. 더욱이 강제가입이 아니라 본인이 원할 경우 중증의료보험에 가입하지 않을 수 있도록 허용하고 있기 때문에 Medishield는 개인이 민간보험에 가입하는 것과 같은 성격을 지닌다. 다만 정부가 전 국민에게 장래의 큰 위험에 대비하여 중증의료보험에 가입하도록 강하게 권고하고 있다는 점에서 사회보험과 유사하다는 측면이 인정될 수 있겠다.

28) 민간의보의 활성화는 상위소득계층의 본인부담과 고급의료(별도의 수가체계가 적용되는)에 대한 수요를 대상으로 하게 된다.

29) Massaro and Wong(1995) 참조.

에는 한계가 있다. 왜냐하면 사회보험 단일기구에 의해 의료보장을 추진할 경우 경쟁상대가 없어 독점적인 폐해를 낳을 뿐만 아니라 관료화경향과 기구의 비대화 등으로 효율이 낮아지는 경향이 있기 때문이다.

그런데 한국적 MSA의 도입은 정부의 정책의지와 한국국민의 선택여하에 달려 있다고 보여진다. 우선 정책의 수립 및 집행과 관련하여 정부는 종래의 패러다임에서 탈피하여 '국민 모두를 위해 어떤 제도가 가장 효율적이고 형평증진에 도움이 되는가'를 판단한 다음 긍정적인 결론을 얻게 될 경우 장기계획을 세우고 시범사업을 통하여 문제점에 대한 보완작업을 거친 다음 한국실정에 어울리는 제도로 발돋움시켜 나가야 할 것이다. 일단 한국실정에 적합한 MSA가 기획될 수 있다면, 다수 국민들을 만족시킬 수 있는 방향으로 지속적인 개선노력을 기울이면서 점차적인 제도확충을 도모해 나가야 할 것이다. 이를테면 싱가포르가 선택한 순서를 좇아 첫 단계에서는 주로 본인부담금 지불을 도와주는 Medisave를 도입하고 그 다음단계에서 중증의료보험을 커버해 줄 Medishield를 도입한 후, 끝으로 저소득층의 의료이용을 돕는 Medifund를 도입하는 단계적인 접근방법을 고려할 수 있을 것이다.

MSA에 관하여 일부 시민단체에서는 강하게 불만을 토로하고 있는 듯하다. 그러나 의료보험제도를 통하여 성취할 수 있는 형평증진의 정도에는 한계가 있을 뿐만 아니라 인위적으로 소득재분배효과를 증대시키려고 노력할 경우, 효율을 크게 저하시키는 역효과를 초래할 가능성이 높아 제도자체의 존속을 위태롭게 할 것이다. 또한 초기에는 MSA가 많은 사람들에게 생소할 것이므로 오해의 소지도 있을 것이나, Medifund를 통하여 저소득층의 의료이용을 지원하는 접근방법이야말로 지금의 의료보호제도보다 형평증진효과가 뛰어나다고 평가된다.<sup>30)</sup> 싱가포르의 경험이 보여주고 있는 바와 같이 정부가 국민이면 누구나 기본적 의료서비스를 이용할 수 있도록

30) 이와 관련하여 의료보호제도를 의보제도에 통합하는 방안을 전향적으로 검토하도록 요청한다. 왜냐하면 의료보호대상자에게 심대한 마음의 상처를 주고 있는 오명(stigma)을 제거하는 일이 무엇보다도 중요하기 때문이다. 이와 아울러 소득 비례적 보험료부과(보험료의 감면을 통하여)와 본인부담의 차등적용에 의한 동질의 의료서비스제공으로 저소득층의 의료이용을 원활하게 지원할 수 있을 것이다.

록 보장하는 최후의 보루가 될 수 있다면, 누구도 경제적인 이유로 필요한 의료서비스를 이용할 수 없는 상황이 생기지 않을 것이므로 Medifund는 저소득층으로 하여금 기본적으로 필수적 의료를 이용할 수 있도록 보장함으로써 형평증진에 크게 기여할 것이기 때문이다.

일부 시민단체들은 오히려 국고지원을 늘리고 사용자가 지금보다 더 많은 보험료부담을 하도록 정책적 조정을 단행함으로써 영세 자영자들과 서민들의 부담을 줄여주어야 한다고 주장하고 있다. 그러나 현재와 가까운 장래의 경제사정으로 미루어 보아 국민들의 조세저항(의료보험료를 포함하여)이 매우 강할 것으로 전망되고 있어 바람직한 대안은 아니라고 평가된다. 더욱이 어려운 경제상황에 직면하여 기업인들 보험료인상이나 세금부담의 증가(국고지원의 증대는 결국 세수입을 늘려야 가능하므로)에 불만이 없겠는가. 특히 중소기업이나 영세기업들은 보험료부담의 가중에 대해서 원성의 목소리를 높이고 있다. 주지하는 바와 같이 소득재분배는 조세정책과 복지정책을 통하여 보다 효과적으로 달성할 수 있는 목표이다. 그러므로 저소득층의 의료이용을 원활하게 도와주기 위해서는 ① 소득비례보험료부과의 원칙을 준수하고(따라서 저소득층은 보험료를 감면받을 수 있을 것임) ② 무거운 본인부담을 완화시켜줄 목적으로 독일의 사회조항(저소득층에게 전면적 또는 부분적으로 부담면제)이나 현실성 있는 과중부담조항(본인부담보상금과 유사하지만)<sup>31)</sup>을 적용하는 등 차등본인부담률을 적용하고 ③ 극빈자는 국공립병원에서 무료로 서비스를 제공하는 대안을 강구할 필요가 있을 것이다.

MSA가 사회보험을 보충하여 도입될 경우, 소비자, 의료기관, 보험자 등에 미치는 正·負의 효과가 <표5>에 요약되고 있다. 사회 전체적인 관점에서 판단하건 데 비록 사회보험의 상대적 역할축소가능성이라는 부정적인 효과도 있을 수 있겠지만 경제적 장벽의 제거에 따른 전국민 의료접근성보장, 도덕적 해이감소, 효율성 및 비용효과성 증대 등 긍정적인 효과가 더욱 클 것으로 분석된다. 그러므로 우리는 負의 效果를 최소화하고

31) 독일은 최근 동일질환으로 1년 이상 의료서비스를 이용해야 하는 중증환자들의 경우 年소득 또는 수입의 1%(종래는 2%)를 초과하는 본인부담에 대하여 보상해 줌으로써 과중부담을 완화시키고 있다. 高智(1999) 참조.

正의 效果를 극대화하는 방향으로 MSA가 도입되도록 조치되는 것이 바람직하다고 생각한다. 또한 민간보험은 주로 고소득층을 대상으로 公的醫保에 직접적인 영향이나 충격을 주지 안으면서 公的醫保의 급여외 항목, 본인부담금과 고급의료를 대상으로 하는 선에서 그 활성화방안이 논의될 수 있을 것이다.

한편 [도3]을 통하여 MSA가 커버할 수 있는 가능한 영역을 좀더 구체적으로 살펴보기로 하자.

〈표 5〉 의료저축계정도입에 따른 正·負의 효과

	正의 效果	負의 效果
1. 소비자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 전국민 의료서비스 이용보장</li> <li>· 중증질환에 대한 위험보장</li> <li>· 의료의 질 향상</li> <li>· 소비자 선택 폭의 확대</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병원등급제실시에 따른 소비자들의 소외감, 위화감 증대</li> <li>· 일반저소득층 부담증가 가능성</li> </ul>
2. 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료기관간 경쟁 고취</li> <li>· 의학 및 의료연구촉진</li> <li>· 의료기관의 수지개선</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 고소득 환자 선호</li> <li>· 의료시설의 고급화, 고급기자재 설치 등 A급병원 지향 경쟁</li> </ul>
3. 민간보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 역할 증대로 효율고취</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 환자선택경향(cream skimming)</li> <li>· 逆選擇 가능성</li> </ul>
4. 사회보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 보험재정안정</li> <li>· 의보의 관리운영비 절감</li> <li>· 수요자 중심 보험제도 운영</li> <li>· 독점지위에 대한 신선한 충격 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회보험의 역할 축소가능성</li> </ul>
5. 사회전체	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회적 효율증대로 후생증대</li> <li>· 적절한 수준의 의료서비스보장</li> <li>· 도덕적 해이 감소</li> <li>· 노인의료비조달문제 해결</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 국민의료비 증가가능성</li> <li>· 소득재분배 기능 축소</li> </ul>

자료: 필자 작성.

그림자부분은 현재 公的의보에서 급여가 지급되고 있는 부분이며 나머지 부분은 公的의보에서 커버되지 않고 있는 부분이다. 의료의 중심부분 중 급성질환 대응부분(말하자면 일상적인 진료부분)은 앞으로 양적으로

크게 증가되지는 않을 것으로 예상하고 있다. 반면 주변부분은 앞으로 급속하게 확대될 수 있는 영역임을 인식할 필요가 있다.<sup>32)</sup> 각 재원별 업무 분담영역과 관련하여 공적의보는 현재의 진료부분 중 주로 필수적인 서비스를 대상으로 하면서 본인부담률인하와 급여확대를 기해 나가야 할 것이다. 다음으로 MSA중 Medishield는 중증의료와 高價의료를 담당하게 될 것이므로 우선 [도3]의 A부분을 카버한 다음 점진적으로 확충되어 D의 일부를 담당하도록 요청된다. 한편 공공보건의료는 B의 일부를 전담하고 개인은 C부분을 맡게 된다. 따라서 Medisave는 C의 일부와 본인부담분을, 民間醫保는 고소득층을 주요 대상으로 본인부담과 고급의료를 각각 담당하게 된다.

[도3] 의료의 중심부분과 네가지 주변부분

A. 重高價의료

B. 예방, 건강 증진	연구개발			
	고가의료 중 보험급여외 및 선택진료			
	중 증 진 료 및 선 진 의 료			
건강진단등 공공보건	의료의 중심부분 (진료, 치료, 재활등)		특별 재료 급식등	차액 병실료
	본인부담: 보험급여외 및 선택진료		급 식	병실료
	전 담 간 호			
	介護(복지적인 것)			
	D.	개호,	복지	

C.  
생활서비스  
어메니터  
(Amenity)

32) 廣井(1997) 참조.

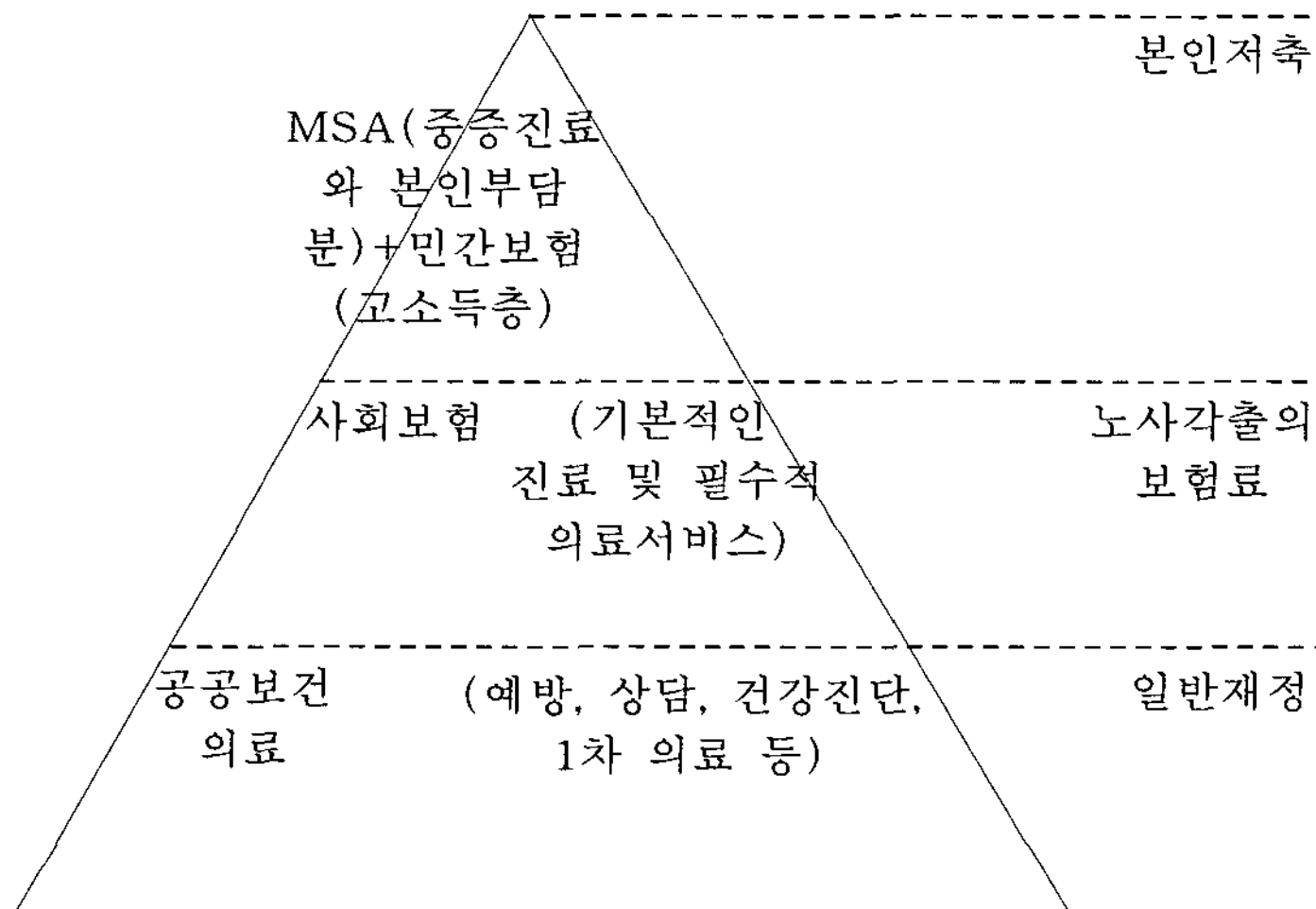


는 현행 한국의료보험급여의 범위

자료: 廣井良典(1994)의 原案을 修正하여 전재.

그러므로 바람직한 한국적 보건의료의 재원조달방식은<도4>에서 보는 것처럼 일반재정에 의한 공공보건의료부문의 확충을 기초로 사회보험과 MSA가 각각 역할을 분담하는 모습을 보여주게 될 것이다. 공공부문은 예방과 보건교육 그리고 1차의료를 전담할 것이 요청되며,<sup>33)</sup> 사회보험은 노·사의 공동각출에 의해 빈도가 잦은 기본적인 필수적인 의료서비스를 주로 커버하게 된다. MSA는 본인부담분과 발생빈도는 낮으나 한번 발병하면 오랜 진료가 요청되고 高價의 서비스를 필요로 하는 중증의료를 주로 담당하게 된다. 이와 함께 민간의보는 고급의료에 대한 수요를 주로 취급하게 된다.

<도4> 바람직한 보건의료의 재원조달 방식



33) 독일의 경우처럼 의료보험급여와 연계하여 정기적인 건강진단과 함께 암 등 치명적인 질병의 조기검진을 장려하는 조치가 바람직하다. 이를테면 독일에서는 여자는 19세부터 남자는 44세부터 암의 조기발견을 위한 급여청구권을 부여하고 있다. 高智(1999) 참조.

#### 나. 의료보험주체들의 역할

먼저 정부는 보건의료정책의 패러다임을 바꾸어 나갈 필요가 있을 것이다. 만약 보건복지부(와 국민건강보험공단)의 운영이 효율적인 기업에 의해서 이루어진다고 할 때 그 결과가 어떻게 나타날 것인가? 지금과는 분명히 다른 성과를 보여줄 것이 틀림없다. 이와 관련하여 한국정부는 싱가포르의 보건의료정책경험으로부터 값진 교훈을 배워야 한다. 싱가포르 정부는 '가난 때문에 필요한 의료를 이용할 수 없는 경우가 생겨나서는 안 된다'는 점을 분명히 하고 있다. 동시에 싱가폴은 '누구도 방만하게 의료를 이용해서는 안 된다'는 점을 강조하고 있다. 이를 위해 싱가폴정부는 도덕적 해이가 전혀 없는 MSA를 도입하고 공공보건의료의 효율성을 증진시키는 등 의료서비스제공자, 의료이용자 모두에게 도덕적 해이와 낭비를 최대한 줄여 나가도록 유인구조를 설정하고 있다.<sup>34)</sup>

싱가폴정부는 보건의료부문의 주요목적은 '첫째 적극적으로 예방의료를 보급하고 건전한 생활양식을 권장함으로써 국민들을 건강하고 생산적이도록 고취한다. 둘째 의료비의 비용효과성을 높혀나간다'는데 두고 이를 위하여 개인의 책임을 강조하면서 특히 노령기에 대비하여 재원조달문제 해결에 주력한다는 기본전략을 수립한 바 있다.<sup>35)</sup> 이러한 전략하에 싱가폴은 정부의 보조금, 중증의료보험 그리고 개인의 저축 등 3자의 보완적인 역할을 기본원리로 제시하고 있다. 정부, 개인 및 보험의 연대원리에 기초한 싱가폴의 국민건강 증진전략은 '의료서비스를 값싼 구매품으로 생각하고 이를 거의 무제한적으로 이용하는 소비자·의료제공자의 도덕적 해이를 회피하자는 데' 주된 의도가 있다고 하겠다.

먼저 싱가폴의 경험이 주는 긍정적인 교훈으로는 무엇보다도 국민의 건강증진이라는 가장 중요한 목표달성과 관련하여 긴 안목에서 정책구도와 비전을 제시하고 있는 정책수립자들의 기본자세와 체계적인 정책개선 노력을 들 수 있다. 싱가폴은 자신들의 환경에 어울리는 새로운 제도를

34) 권순원(1999) 참조.

35) Hong and Teng(1998) 참조.

고안하여 시행한 다음 이 제도의 단점을 개선·보완시키기 위하여 부단히 매진해 왔다고 평가된다. 싱가포르에 비하여 우리나라의 경제·사회적인 조건들이 어느 정도 열악하다는 점은 이해될 수 있다. 그러나 경제력의 차이에 비하여 정책발상이나 제도개선노력에서 兩國간에는 현격한 차이가 있다고 평가된다. 결국 그 원인은 정책수립자의 전문성과 정책의지의 차이에서 찾을 수 있을 것이다. 그러므로 의보정책을 담당하고 있는 관리들의 전문성을 제고하고 흔들리지 않은 정책의지를 심어주기 위한 誘因설성 등 개선책을 강구해 나가야 할 것이다.

또한 우리나라는 싱가포르에 비하여 사회복지정책의 중요성에 대한 이해가 부족하며 보건의료정책의 기반이 튼튼하지 못하다. 우리나라의 사회예산은 그 규모가 상대적으로 작을 뿐만 아니라 흔히 보건의료부문의 예산은 예산절감의 제1차 대상이 된다. 더욱이 정책결정과정에서 이해집단과 연결되어 있다. 따라서 정치적 결정이 영향을 미치는 경우가 적지 않아 국민을 위한 예산집행과 정책추진을 어렵게 만들고 있다. 그러므로 복지부와 공단은 의료계와 일정한 거리를 유지하면서 견제와 협력을 함께 도모해 나가야 할 것이다. 또한 우리나라는 在任중의 실적을 중시하기 때문에 긴 안목에서 장기적으로 정책을 개선하고 비전을 제시하는 일은 뒤로 처지게 된다. 싱가포르의 공무원들은 봉급이 민간부문의 그것보다 훨씬 높아 책임성과 투명성이 매우 강한 것으로 알려지고 있다. 우리나라의 경우와는 정반대이다. 소신을 지니고 맡은 바 정책개발을 위해 매진할 수 있는 싱가포르공무원의 근무환경을 우리나라가 벤치 마킹할 수는 없을까.

다음으로 보험자(국민건강보험공단)의 역할이 제고될 필요가 있다. 이 점에서 독일은 좋은 모델을 제공해 주고 있다고 하겠다. 앞으로 보험자는 정부의 규제로부터 완전히 벗어나 '가입자인 국민을 위해 무엇을 해야 할 것인가'를 물어 보아야 할 것이다. 정부로부터 독립적인 공적보험자로서 의료계와의 수가협상 뿐만 아니라 의료계의 비효율이나 부조리의 제거에도 앞장설 수 있어야 한다. 또한 기업마인드와 전문성을 지닌 경영자를 이사장으로 영입하고 상위직 직원을 대폭 감축하는 등 경영효율의 증진을 위해 倍前의 노력을 전개할 것이 요청된다. 이를테면 外注(contracting



out)나 외부자원활용(outsourcing) 등 적극적인 비용절감노력으로 국민들에게 최선의 봉사를 선사해야 할 것이다. 이와 함께 보건복지부는 규제 대신 자율을 심고, 보험자가 스스로 해결하지 못할 문제가 있을 경우에만 중재를 하고, 의료계와의 협상에 실패할 경우에 한하여 보건복지부가 개입하여 문제해결을 도와주도록 조치되어야 할 것이다.

한편 의료인들은 과거에 주장해 왔던 것처럼 수가인상이나 정부의 지원요청에서 進一步하여 정책대안을 제시하는 전향적인 자세가 요구되고 있다. 나아가서 의대의 커리큘럼을 개정해서라도 의료인의 윤리의식을 제고하고 도덕수준을 높여 사회적 책임을 다해 나가야 할 것이다. 이로써 의료계는 비용 의식적인 의료서비스 제공과 이용관행을 정착시켜 나가는 데 기여해야 할 것이다. 끝으로 국민들은 '필요한 의료를 의료전달체계를 통하여 비용 의식적으로 이용한다'는 자세를 보여 주어야 하겠다. '내 건강은 내가 지키고 관리한다' 그리고 '소득수준에 상응하여 보험재정에 응분의 기여를 하겠다'는 책임의식을 길러 '醫保의 급여비는 다른 사람의 돈이 아니라 바로 내 돈이기 때문에 최대한 아껴 쓴다' 라는 절약정신을 함양해 나가야 할 것이다. 더욱이 건강에 중요한 영향을 미치는 식생활과 생활태도를 바르게 확립해 나가는 노력도 절실히 요구되고 있다.

#### IV. 결 론

의료보험제도는 장기에 걸쳐서 국민건강을 증진시키는데 이바지하기 위한 사회적 장치인 만큼 醫保재정을 안정적으로 관리하여 국민이 필요로 하는 양질의 서비스를 비용 효과적으로 제공해 나가는 일이 중요하다. 따라서 우리는 다음과 같은 점에 유의할 필요가 있을 것이다. 의료보험의 장기적 발전을 기하자면 국내외 여건을 감안하되 경제 사회전체를 보는 넓은 시각에서 길게 내다보고 일관성 있게 제도개선이나 정책개혁을 논의해야 할 것이라는 점이다. 국제적인 동향을 보더라도 보건의료부문의 개혁은 국민경제의 안정적 발전과 상응하는 수준에서 良質의 서비스를 효율적으로 제공하는데 정책의 구심점이 두어지고 있음을 알 수 있다.

우리는 중장기적 시각에서 보험재정문제를 고찰할 필요가 있다. 그러므로 정부는 경제적·사회적·인구적 변화를 감안하고 관련 정책의 개선가능성을 충분히 고려하여 '국민경제발전과 국내외 여건변화에' 부응하는 종합적인 보험재정 안정화방안을 수립해나가야 할 것이다. 이와 관련하여 한국의료시장의 구조적 비능률, 의료서비스시장과 수가제도의 특색에 기인하는 공급자들의 유도수요 창출 가능성, 증가일로에 있는 노인인구의 의료비용 급증현상 등 국민의료비를 빠른 템포로 증가시킬 요인이 커지고 있는 가운데 의료비억제나 비용조달에 대한 근본적 대책없이 공적급여범위를 확대해 나간다는 것은 매우 어려운 과제임에 틀림없다.

이는 효과적인 의료비억제방안과 점진적인 보험재정기반확충을 兩軸으로 인센티브구조를 정립하는 정책을 주요내용으로 한다. 이를 위해 정부는 국민들의 요구에 부응하여 '편리한 환경에서 良質의 다양한 의료서비스를 국민들이 감당할 수 있는 비용으로 이용할 수 있도록' 장기적인 시각에서 건강보험제도를 근본적으로 개혁, 항구적으로 보험재정을 안정시킬 수 있는 마스터플랜을 수립해 나가야 할 것이다. 이러한 측면에서 거의 34년에 걸쳐 국민의 여론을 충분히 수렴해 만든 네델란드의 '데커-시몬스개혁(Plan Dekker-Plan Simons)'의 경험은 우리에게 좋은 참고가 될 것이다.

의료보험제도의 개혁은 무엇보다도 국민의 편에 서서 친절하고 편리한 의료이용환경이 조성될 수 있도록 배려하되 의료비절감에 정책적 노력을 집중시키는 것부터 시작되어야 할 것이다. 더불어 높아지고 있는 건강에 대한 국민적 관심이 비용 효과적인 의료이용으로 이어질 수 있도록 다양한 선택의 폭을 제공하면서 서비스의 질적 개선을 추구해야 할 것이다. 이를 위해서는 사회보험이라는 거대한 독점조직이 MSA 혹은 민간보험 등 민간재원조달기구에 의해서 보충되면서 제한된 범위 내에서일지라도 경쟁의 원리가 도입되어야 할 것이다. 이렇게 될 경우 한국의 의료시장은 효율증진과 비용효과성 증대라는 두 가지 효과를 한꺼번에 달성할 수 있는 기반을 조성하게 될 것이다.

## (참고문헌)

- 곽태원. (2000). 『조세론』. 법문사.
- 국민건강보험공단. (2001). 보도자료, Mimeo.
- 권순원. (1999). 의료저축계정(Medical Savings Accounts)의 도입가능성에 대한 소고. 『보건경제연구』, 5:24-43.
- 권순원. (2000a). 의보재정 안정화를 위한 정책제안, 건강보험, 3권 11호, 2000, 6-11, 국민건강관리공단.
- 권순원. (2000b). 의료보장과 재원조달: 일본 및 싱가포르의 정책비교를 중심으로, 사회정책논총, 12권 2호, 7-45.
- 권순원. (2000c). 보건의료의 재원조달: 개혁을 위한 정책제언, 보건경제학회 학술발표회, Mimeo.
- 권순원. (2001). 바람직한 의료보험개혁방안: 의료비절감과 보험재정기반의 확충을 중심으로. 全經聯 정책토론회 발표, Mimeo.
- 권오성. (2001). 의료비용분산의 새로운 패러다임: 의료저축제도-싱가포르, 미국, 남아프리카공화국의 경험과 교훈-, Mimeo.
- 의료보험통합추진기획단. (1998). 의료보험제도의 통합방안: 제2의 도약을 위한 준비. 한국보건사회연구원.
- 이규식. (2001). 의보파탄 어떻게 막을 것인가. 한나라당주최 정책토론회 발표자료, Mimeo.
- 이혜훈. (2001). 국민건강보험 재정위기에 대한 대책은 무엇인가?. 한국사회정책학회 춘계토론회 발표자료, Mimeo.
- 정영호 · 이견직 · 강성욱. (2000). 『국민의료비 산출모형개발 및 추계』. 한국보건사회연구원.
- 조홍준. (2000). 우리나라 의료제도의 문제점과 건강수준. 『의료보장과 산재보험에 관한 학술토론회』, 한국사회정책학회, 2000. 7.
- 한은아 · 강성욱 · 김선영 · 양봉민. (1999). 재원조달 방식으로서의 MSA(Medical Savings Accounts)에 대한 고찰. 『보건경제연구』, 5:44-60.
- Fuchs, Victor R. (1996). Introduction and Overview, in Victor R. Fuchs (ed.) Individual and Social Responsibility. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hong, P. and Y. Teng. (1998). Old Age: Policy Issues and Implications in Singapore. Asian Journal of Political Science 6(1): 120-137.
- Hsiao, William C. (1995). Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore. Health Affairs. 14(2): 260-266.

- Kwon, Soonwon, and Wataru Suzuki. (1999). Approach toward A Unified Health Insurance System: What can Japan Learn from the Korean Experience?, Discussion Paper No. 502, The Institute of Social and Economic Research, Osaka University.
- Kwon, Soonwon. (2000). Health Insurance Reform in Korea and Japan: A Comparative Policy Analysis. 『보건경제연구』, 6: 223-254.
- Massaro, T. and Wong, Y-N. (1995). Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore. Health Affairs 14(2): 267-272.
- Ministry of Health. (1998). Health Care. <http://www.cpf.gov.sg>. Singapore.
- Ministry of Trade and Industry (1996). Report of the Cost Review Committee. Singapore.
- Mossialos, Elias and Julian Le Grand.(1999). Health Care and Cost Containment in the European Union, Ashgate Publishing Co., Brookfield, USA.
- OECD. (1994). The Reform of Health Care System: A Review of Seventeen OECD Countries.
- OECD. (2000). Health Data File.
- Prescott, N. and L. M. Nichols. (1997). International Comparison of Medical Savings Accounts, World Bank.
- Republic of Singapore. (1992). Towards Better Health Care: The Main Report of the Review Committee on National Health Policies, Singapore.
- Republic of Singapore. (1993). Affordable Health Care: A White Paper, Singapore.
- Sharp, Ansel M. et al. (1995). Economics of Social Issues (12th ed.). Plano: Business Publications, Inc.
- World Bank. (1998). KOREA: Second Structural Adjustment Loan, Mimeo.
- Zweifel P. and F. Breyer. (1997). Health Economics, New York: Oxford University Press.
- 高智英太郎. (1999). 第9章 醫療制度. 古瀬 徹・野谷祐一 編 『ドイツ』, 東京大學出版會.
- 廣井良典. (1994). 『醫療の經濟學』, 東京: 日本經濟新聞社.
- 廣井良典. (1997). 『醫療保險改革の構想』, 東京: 日本經濟新聞社.
- 橘木俊詔. (1999). 「累進消費稅」に財源轉換を. 『日本經濟新聞』, 5.11:31.
- 大森正博. (1998). オアゾダの醫療・介護制度改革. 『海外社會保障情報』,

Autumn, No. 124:28-44.

西村周三. (1997). 長期積立型醫療保險制度の可能性について. 『醫療經濟研究』, 4:13-33. 財團法人 醫療經濟研究機構.

小椋正立. (2000). 國保,消費稅に財源轉換を. 『日本經濟新聞』, 2.16:31.

土田武史. (1999). 第10章 醫療保險. 古瀬 徹・ 野谷祐一 編 『ドイツ』, 東京大學出版會. ホリオカ, C. Y. 外. (1999). 年金, 醫療, 若年層の救濟を. 『日本經濟新聞』, 10.21:31.

〈부표1〉 OECD국가의 총의료비 중 약제비의 비중

(%)

	1990	1995	1996	1997	1998
오스트레일리아	8.9	11.1	11.4	11.3	
오스트리아	13.2	10.4	10.6	12.9	14.1
벨기에	15.5	17.3	16.2	16.1	
프랑스	19.7	20.7	20.6	20.9	21.5
독일	14.3	12.3	12.4	12.2	
이태리	18.3	16.7	17.3	17.5	
일본	21.4	21.5	21.3	20.0	
룩셈부르크	14.9	12.0	11.5	12.6	12.2
스웨덴	8.0	12.5	12.9	12.8	
스위스	8.2	7.7	7.6	7.7	7.6
영국	13.6	15.4	15.7	16.3	
미국	8.7	9.1	9.6	10.1	10.8
OECD 평균	14.4	15.4	15.5	15.1	15.6

주: 한국은 30% 이상으로 추정되고 있음.

자료: OECD(2000).

〈부표2〉 OECD 국가들의 1인당 의료비

(단위: 구매력평가지수 환산 미국 달러)

	1990	1995	1998	1999
오스트레일리아	1209	1875	1968	2039
벨기에	1246	1793	2081	
프랑스	1545	2014	2077	
독일	1602	2178	2424	2476
이태리	1321	1608	1783	1839
일본	1083	1631	1822	
한국	370	631	730	
룩셈부르크	1485	2113	2215	
네델란드	1403	1889	2070	
스웨덴	1548	1622	1746	
스위스	1872	2477	2794	
영국	964	1301	1461	1583
미국	2755	3716	4178	4390
OECD 평균	1167	1551	1837	2020

자료: OECD(2000).

〈부표3〉 국민의료비 중 가계부문(out-of-pocket)의 비중

(%)

	1990	1995	1996	1997	1998
오스트레일리아	22.4	14.8	15.9	17.7	18.3
프랑스	10.8	10.9	10.6	10.5	10.3
독일	11.1	10.9	11.0	11.9	
한국	53.0	51.4	49.5	46.5	41.6
룩셈부르크	5.5	6.2	7.2	7.4	
네델란드			7.7	6.6	5.9
스위스	29.1	29.8	28.6	28.8	29.9
OECD 평균	19.9	19.2	17.8	17.2	18.2

자료: OECD(2000).

## 〈부표4〉 實效 의보 급여비율 (%)

	1990	1995	1997	1998
오스트리아	84.0	84.0	84.0	
벨기에	88.0	85.0	85.0	
프랑스	75.1	73.0	73.0	
독일	92.0	91.0	91.0	
이태리	75.9	75.0	75.0	
일본	87.9	88.0	88.0	
룩셈부르크	91.0	90.0	90.0	
네델란드	72.7	76.5	76.0	
스위스	91.0	90.0	90.0	90.0

주: 한국은 50% 내외로 추정되고 있음.

자료: OECD(2000).

## 〈부표5〉 주요 OECD국가의 수가 및 진료비 지불제도

호주(1999년): 대부분 행위별수가제, 소폭적용의 인두제

벨기에(1995년): 예산제 및 행위별수가제

캐나다(1999년): 행위별수가제, 일부 봉급제

체코(1994년): 행위별수가제, 봉급제

덴마크(1994년): 총액예산제, 행위별수가제, 인두제

프랑스(1999년): 행위별수가제, 총액예산제

독일(1980년대): 총액예산제, 행위별수가제

헝가리: DRG포괄수가제

이태리(1990년대 초): 인두제, 예산제

일본(1993년): 행위별수가제, 최근 J-DRG 시범사업중임

멕시코(1990년대 중반): 총액예산제, 일당정액제 및 행위별수가제

네델란드(1999년): 행위별수가제, 인두제, 예산제

뉴질랜드(1998년): 계약제, 인두제, 예산제 및 행위별수가 보조금제

노르웨이: 총액예산제, 행위별수가제

스페인(1980년대 이후): 총액예산제, 일당정액제, 행위별수가제

스웨덴(1999년): 예산제, 봉급제, 행위별수가제

영국(1999년 개혁 이후): 총액예산제, GP(일반의)수가제

미국: 행위별수가제, 건당정액제, DRG포괄수가제, 상대가치수가제

자료: OECD(2000).

<부표6> (65세 이상 1인당 평균의료비)/(65세 미만의 1인당 평균의료비)

(%)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
캐나다	4.80	4.70	4.70		5.00	4.90
핀란드	3.95	4.00				
프랑스		3.00				
독일		2.70	2.68			
일본	5.16	4.79	4.80	4.80	4.80	4.90
뉴질랜드		3.90	3.88			4.28
스웨덴	2.83	2.80				
영국	3.65	3.82	3.75	3.67	3.66	3.35

주: 한국은 최근 1.6배에 이르고 있음.

자료: OECD(2000).

<부표7> EU국가들의 의료보험 재원조달 현황

재원조달방법	주된 형태	채택국가
조세	국세, 지방세	주로 국세: 영국, 아일랜드, 폴투갈, 스페인 주로지방세: 덴마크, 스웨덴(혼합), 핀란드
목적세	직접세(소득세부가세)	이태리, 핀란드
회보험(강제)	간접세(죄세 기타)	스웨덴, 영국(단 죄세는 벨기에, 오스트리아)사
	통합기금	룩셈부르그: 의보연합회와 9개의 다른의보조합 독일: 800개의 의보조합 벨기에: 5개의 의보연합회 그리스: 2개의 의보조합에 국민의 84% 가입 프랑스: 1개의 의보조합에 국민의 75% 가입 오스트리아: 15개의 직장별 의보조합

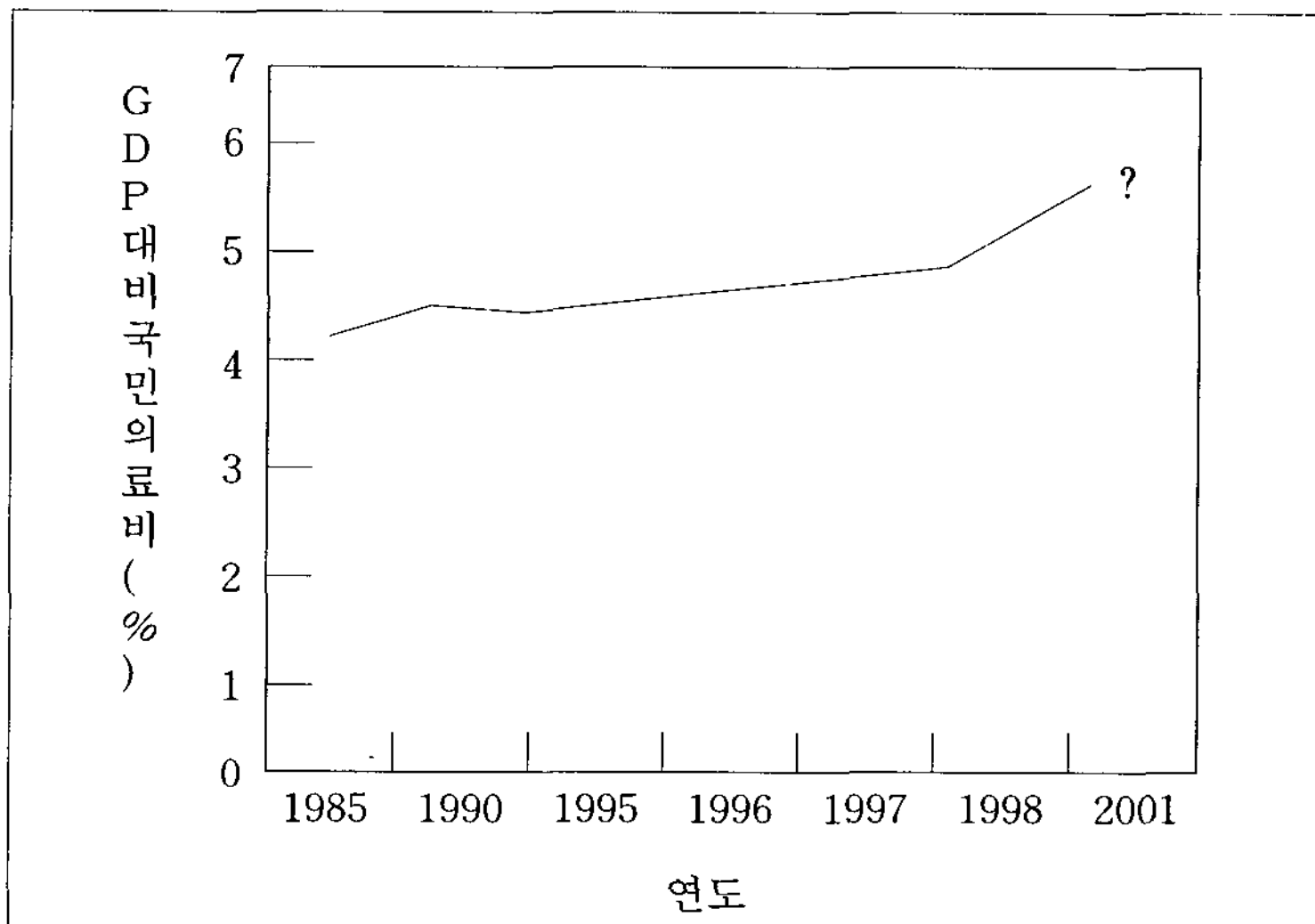


부가적 사회 보험(임의)	본인부담 + 고급의료기관에서 고급의료서비스 이용	네델란드, 벨기에
본인부담	정액기초공제(Deductibles), 정액제, 정율제	Deductibles: 스웨덴, 네델란드: 정액제: 영국: 나머지 대부분 국가는 정율제
민간보험 (임의)	사회보험을 보충 또는 대체	사회보험을 보충하는 국가는 수개국: 사회보험을 대체하는 국가는 독일과 네델란드 로 각각 상위소득자 10%와 40%를 대상으로 함

주: 죄세(sin tax)는 술, 담배등에 부과하는 소비세임.

자료: Elias Mossialos and Julian Le Grand (1999).

[부도1] GDP대비 국민의료비의 추이



자료: 정영호 외(2000)와 필자의 추정을 토대로 연장.