

Special

건강보험제도의 획기적인 개혁



글·이 규 식
연세대학교 보건행정학과 교수

I. 문제의 제기

오늘의 의료 현실에 대하여 소비자도 공급자도 만족을 하지 못하고 있다. 의료 소비자인 국민들은 2~3분 진료로 인하여 자신의 질환에 대하여 제대로 설명을 들을 시간이 없음을 불평하고, 진료 의사에 대한 신뢰를 할 수 없어 걸핏하면 다른 의사를 찾는 의료쇼핑이 일반화되기에 이르렀다. 그 결과 우리나라 국민 1인당 의사방문 횟수는 미국이나 스웨덴 등과 비교하여 턱없이 높다. 공급자인 의사는 주어진 보험수가로 선진국처럼 하루에 30~40명의 환자를 보아서도 정상 운영비 충당도 어려워 70~80명이상의 환자를 보아야 수지를 맞출 수 있는 현실에 불만이 높다.

문제의 근본 원인은 건강보험체계를 지탱하는 기본 패러다임이 1977년 의료보험제도가 도입되면서 형성된 1977년 패러다임¹⁾을 아직도 유지하는데서 찾아야 한다. 따라서 새 정부가 해야 할 가장 근본적인 의료개혁은 1977년 패러다임을 21세기 패러다임으로 바꾸는데서 출발해야 한다.

1977년 패러다임이 정립되었던 시기의 사정을 보면 1인당 국민소득이 1,000 달러, 연간 수출액이 100억 달러로 절대빈곤 상태를 겨우 벗어나는 수준이었으며, 의료자원이 부족하였고, 급성질환이 만연하여 기초적인 의료문제 해결에 급급하였다. 도시 근로자들에게는 의료보험제도를 도입하는 한편, 농어촌 주민에게는 보건지소나 보건진료소를 통하여 아주 초보적인 1차 진료만이라도 해결해 주려는 노력을 하던 시기였다.

이러한 시대에 가장 시급한 정책과제는 전국민 의료보험을 한시라도 빨리 달성하는 것이었다. 의료보험을 근로자에게만 적용할 경우, 보험적용자들의 높은 의료이용률 때문에 의료수가가 상승하게 되어 보험 미적용 인구인 지역주민은 그만큼 불리해진다. 이러한 불형평 문제를 해소하기 위하여 전국민 의료보험의 달성이 시급하였다.

낮은 국민소득과 파악이 어려운 지역주민의 소득구조에서 전국민 의료보험의 조기 달성이라는 시대적 과제를 해결하기 위해서는 낮은 보험료가 불가피하였다. 저보험료라는 재정적 한계에서 찾을 수 있는 최선의 정책 틀이 1977년 패러다임으로 저수가, 저급여, 강제지정제로 이어지는 정책이 핵심을 이루었다.

보험료가 낮으니, 보험혜택(즉 보험급여)이 충분할 수 없었으며, 의료수가도 확대재생산이 가능할 정도로 높게 책정할 수 없었다. 의료자원(의사, 병상 등)이 부족함에도 불구하고 전국민에게 의료보험을 조기에 확대 적용코자 함에 따라 모든 의료기관은 물론 보건소나 보건지소와 같은 보건기관들도 의료보험 환자를 보도록 강제하는 강제지정제를 실시할 수밖에 없었다. 저보험료에 저수가 그리고 요양기관 강제지정제의 틀을 갖고 기본적인 의료 수요만 충족시키는 제도 운영이 어느 결에 국민들에게 의료에 관하여 획일적인 형평의 이념²⁾을 심어주는 결과가 되었다. 그 결과 2000년 7월의 건강보험 통합으로 이어졌다.

1) 1977년 패러다임이란 1977년도에 형성된 정책만을 뜻하는 것은 아님. 전 국민 의료보험 달성을 위하여 1977년 이후 1989년까지 사용된 정책의 틀이 주 대상이지만 전 국민 의료보험 달성 이후에도 정책의 기초가 오늘날까지 지속되고 있기 때문에 지금까지의 정책 틀을 의미함.

2) 획일적 형평이념이란 모든 국민은 동일한 수준의 의료서비스를 향상 이용해야 한다는 생각을 말함.

II. 1977년 패러다임의 문제점

1977년 패러다임은 세계 의료보험 역사에서 유례를 찾을 수 없는 고속 성장을 이루어 의료보험제도를 도입한지 만 12년 만에 전국민 의료보험 시대를 열도록 하는 큰 성과를 거두었다. 1977년 패러다임이 이러한 성과를 거둔 이면에는 많은 부작용도 나타내고 있다.

가장 큰 문제는 저 보험료에 따른 의료보험수가 통제로 의료공급행태와 이용행태를 왜곡시킨 점이다. 먼저 의료공급자는 저수가로 자본비용을 제대로 보상받을 수 없었지만, 의료보험 적용인구가 매년 확대되어 의료수요가 증가되는 것을 활용하여 2~3분 진료하는 박리다매형 공급행태로 대처할 수 있었으며, 장비나 시설에 대형 투자가 소요되는 대형병원들은 비급여서비스 항목을 개발하여 자본비용을 충당하고 확대재생산의 여력을 만들었다.

박리다매형 공급행태는 어느 곁에 한국형 서비스행태로 자리를 잡아 질이 보장되는 소위 ‘교과서적 진료행위’와는 거리를 멀게 만들었다. 공급자들의 어려움을 모르는 소비자인 국민들은 진료내용에 대하여 제대로 설명도 해주지 않는 2~3분 진료에 대하여 불만하고, 공급자들이 늘 수가가 낮다고 불만을 터뜨리면서도 대형병원들이 증가하는 현상을 보고 의료공급자들의 수가에 대한 불만을 더 많은 이윤을 추구하기 위한 비윤리적인 업살로 치부하였다.

환자들은 자기의 질병이나 진료내역을 의사가 제대로 설명해주지 않으니, 한번 방문한 의료기관에서 차도를 느끼지 못하면 다음날 바로 다른 의료기관을 찾는 의료쇼핑이 일반화되어 이용횟수는 높아진 만큼 서비스에 대한 만족도는 낮아 의료에 대한 불신이 쌓이고 있다. 공급자는 원가보상도 제대로 안 되는 낮은 수가에도 불구하고 나름대로의 방법을 동원하여 공급시설을 늘려 전국민 의료보험이 가능토록 최선을 다하였음에도 불구하고 국민들로부터 이윤이나 추구하는 불량집단으로 매도당하니 억울할 수밖에 없다.

사회의료보험제도를 정부가 도입하였다는 것은 의료를 국민의 기본권으로 간주하였다는 것을 의미하며, 그렇다면 원활한 서비스의 공급에도 정부가 책임을 져야하는 것이다. 서비스 공급에 책임을 갖는다는 것은 정부가 공급기관을 직접 소유하여 의료서비스를 제공하게

나 아니면 민간병의원에 대하여 자본비용을 제공하여 공급능력을 확충시켜야 한다. 그런데 우리는 보험수가에 자본비용을 보상하는 형태로 정부가 공급에 책임을 갖는 방법으로 의료보험을 확대하였다. 그런데 보험수가는 지금까지 항상 물가수준과 싸움하는 방식이 되어 경상운영비 보상도 어려웠다. 이러한 구조하에서 민간의료기관이 시설을 확충하고 병상을 늘려 국민들의 의료이용에 차질이 없도록 했으니, 의료수준은 높아질리 없었다.

1977년 패러다임의 다른 문제점은 강제지정제의 고수이다. 정부는 의료기관의 자본비용을 충분히 감안하지 않고 저수가를 고집함에 따라 의료공급이 부족해 질 우려가 있어 이를 사전에 방지하기 위하여 요양기관 강제지정제를 실시하였으나 오늘의 상황과는 맞지 않는 문제가 있다. 모든 의료기관이 보험의료기관으로 강제 지정됨에 따라 우리나라에는 민영의료³⁾가 사라져, 국민들에게 획일적인 서비스를 강요하고 있다. 전국민 의료보험이 달성된 1989년까지는 형평을 토대로 하는 강제지정제의 타당성이 인정되었지만 21세기에도 강제지정제로 획일적 형평을 추구하는 것은 타당성이 없다. 강제지정제는 의료의 하향평준화를 초래시켜 보다 질 좋은 의료로 희망하는 환자를 외국으로 내보내게 만드는 문제가 있다. 강제지정제의 또 다른 문제점은 한계 의료기관을 보호해주고 의료기관간의 경쟁을 없애는 장치로 작용하여 의료 질의 하향평준화를 초래시켜 우리나라 의료의 국제 경쟁력을 약화시켰다.

오늘날 가장 큰 문제가 되는 1977년 패러다임의 하나는 의료서비스 제공과 관련되는 모든 관리(service management)를 정부의 획일적 통제 하에 두도록 하여 비효율을 낳고 있는 점이다. 특히 2000년 7월의 건강보험 통합은 형평을 명분으로 하였지만, 실질적인 효력은 의료수요의 정부 독점을 만들어 정부 통제를 더욱 강화시키도록 만들었다. 근로자와 지역주민은 소득의 발생구조가 원천적으로 다르고 노출정도가 달라 단일 집단으로 관리하려면 국가의 일반재정으로 재원을 조달하여 관리하는 영국형 NHS 방식이 타당하다. 그럼에도 불구하고 한국형 사회보험모형이라 하여 보험료로 재원을 조달하여 근로자의 부담을 가중시키고 실질적인 통제는 NHS에 준할 정도로 강화시키려 하고 있다.

3) 민간의료기관이 제공하는 의료로 민영의료로 정의할 수는 없음. 왜냐하면 민간의료기관이 제공하는 의료서비스도 공공병원 서비스와 같이 정부가 고시하는 건강보험수가를 지켜야 하며, 진료내역이 심사평가원에 의하여 공공병원과 동일하게 심사를 받기 때문에 공공병원과 차이가 없음. 민영의료라 함은 의료수가를 자율 책정하고, 진료행위에 대하여 심사도 받지 않는 완전한 자율적인 의료로 의미함.

통합이후에 나타난 보험의료비의 증가는 보험관리체계가 갖는 문제점에서 초래되었음에도 불구하고 공급자에게 의료비 증가의 책임을 전가하여 통제를 강화하고 있다. 통제의 방법으로 진료비 심사의 강화, 진료내역에 대한 평가의 강화, 의료의 질 관리를 위한 평가 제도나 신 의료기술의 도입을 위한 심사, 의약품의 등재를 제한하는 포지티브 제도의 도입, 심지어는 중복 검사의 방지를 위하여 의료정보관리보호법까지 들고 나왔다. 최근에는 질 관리를 위하여 병의원의 의무기록 자료까지 제출받고자 하는 의도를 들어내고 있다. 정부의 통제 강화에도 불구하고 보험 진료비가 낮아졌다는 정황은 없으며, 오히려 의료에 대한 간섭만 늘리는 문제가 생기고 있다.

Ⅲ. 새 정부가 해야 할 개혁의 과제

한나라당의 대선 공약에 의료정책이나 건강보험에 관하여 뚜렷한 내용이 없었으니, 오히려 개혁이 용이할 수 있으리라 여겨진다. 만약 대선 공약에 서투른 내용이 있었다면 이것이 족쇄가 되었을 터이지만 공약에 특별한 내용이 없었기 때문에 다행스럽다. 새 정부는 이제 과감하게 1977년 패러다임을 벗어 던지고 21세기에 부합하는 새로운 패러다임의 정립하여야 한다. 이를 위하여 다음과 같은 몇 가지 과제를 제안하고자 한다.

1) 건강보험 관리체계의 개혁과 경쟁원리의 도입

건강보험통합이 많은 문제가 있는 것으로 들어나고 있다. 통합이 보험료 부과에서 형평성을 지키지 못하면서 보험 의료비만 급격히 증가시켜 국민 부담을 가중시켰다. 그 뿐만 아니라 공단조직의 관료화로 경영의 효율성을 상실하고 소비자 민원만 급격히 증가시키고 있다. 건강보험 관리체계의 유연성과 효율화를 위하여 경쟁원리 도입이 불가피하다. 의료 서비스 공급을 민간의료기관에 의존하는 사회보험방식이면서도 조직과 재정을 하나로 통합시켜 민간의 창의적인 생산성을 활용하지 못하고 있어 개혁이 불가피하다.

개혁의 방향은 건강보험 통합의 틀은 유지하되 경쟁원리를 도입하여 효율을 제고시키는 것이다. 통합의 틀을 유지하기 위하여 국민건강보험공단을 중앙기금으로 하고 각 지역의 지사를 지역기금으로 하여 보험자로 승격시켜야 한다. 통합의 틀을 유지하기 위하여 중앙기금에서 보험재정의 70%를 통합 관리토록 해야 한다. 중앙기금이 관리할 재정은 전국민에게 단일한 방법으로 부과 징수하여야 한다. 나머지 30%의 재정은 보험자인 지역기금이 직접 부과 징수토록 한다.

중앙기금에서 관리하는 70%의 재정은 지역기금에 대하여 가입자의 성·연령 등을 토대로 하는 1인당 배분지수를 통하여 가입자 수에 비례하여 배분하도록 한다. 보험자인 지역기금은 중앙기금이 배정한 나머지 재정을 독립적으로 부과 징수하도록 한다. 지역기금에서는 보험료를 반드시 가입자 1인당 정액으로 부과하여 보험자에 따라 보험료의 크기가 차이가 있음을 밝혀야 한다.

국민들은 지역기금이 부과하는 보험료의 크기를 놓고 보험자를 선택할 것이기 때문에 보험자들은 보험료를 낮추기 위하여 의료기관을 경쟁시키는 방법으로 의료비도 절감하고, 의료의 질도 향상시킬 수 있을 것이다. 다만 지역기금이 징수하는 정액보험료를 내기 어려운 계층에 대해서는 정부가 이를 보조하는 방법을 택하면 건강보험과 의료급여를 분리하여 운영할 필요가 없어진다.

경쟁체계의 도입이란 독립된 기금으로 발전된 지역기금들이 가입자 확보를 위하여 경쟁하고, 지역기금은 보험료를 낮추기 위하여 의료공급자들을 경쟁시키는 h형으로 관리된 경쟁모형(managed competition)을 만드는 것이다. 지역기금의 활동범위는 자기 지역에 한정되어 지역독점권을 발휘할 수 없도록 적어도 3 개 지역 이상의 주민들이 가입을 해야만 설립하도록 한다. 직장가입자는 사업장 단위로 기금을 선택하도록 하며 지역주민은 개인 단위로 기금을 선택하도록 한다. 선택한 보험기금에 대한 의무가입기간은 1년으로 하여 매 1년에 한번 지역기금의 선택을 바꿀 수 있도록 한다.

지역기금은 의료기관과 자율적인 계약을 체결하여 서비스를 공급토록하며, 다만 중앙기금에서는 적정 수가에 대한 기본 지침만을 마련하여 각 지역기금에 통보토록 한다. 지역기금은 중앙기금의 수가지침을 참고할 따름이지 수가는 원칙적으로 계약의료기관과 협상을 통하여 결정되도록 한다. 국민들은 자신이 가입한 기금이 계약을 맺은 의료기관에서 진료

를 받는 것을 원칙으로 하되, 비계약의료기관⁴⁾을 이용할 경우는 상환방식⁵⁾으로 진료비를 지불토록 한다.

2) 보험료 부과방법의 개선

현재와 같이 근로자와 지역주민에게 이원화된 보험료 부과기준을 사용하면서 재정을 공동으로 사용한다는 것은 국민들간의 갈등을 부추겨 국민연대를 해치는 위험적 문제가 있다. 건강보험의 관리방법을 개혁하여 70%의 재정은 공동으로 조달 사용하여 국민연대를 기하기 위해서는 보험료 부과방법의 근본적인 개혁이 필요하다. 국민연대를 위하여 원칙적으로 보험료 부과는 소득을 기준으로 하여야 하지만, 현실적으로 근로자와 지역주민의 소득구조와 노출도가 다른 상황에서는 소득기준 보험료의 부과는 불가능하다.

따라서 소득기준 보험료의 원칙(소득이 많은 사람에게 더 많은 보험료를 부과)을 유지하여 국민연대를 도모하기 위해서는 지출기준으로 보험료를 부과하는 방안을 모색하여야 한다. 사람들이 소득은 노출시키지 않아도, 지출은 실질소득에 준하여 하기 때문에 소득 노출도가 낮은 국가에서는 소비를 기준으로 보험료를 부과하는 것이 훨씬 형평에 맞다. 소비기준 보험료의 부과 징수는 중앙기금이 할 수 없으며, 당연히 국세청이 소비세를 징수할 때 동시에 특별세로 징수하여야 관리비용이 절감되고 징수공단 통합과 같은 부질없는 이슈가 사라질 것이다.

국내외 많은 연구들이 밝힌 바는 사회보험료보다는 간접세가 더욱 형평성이 높음을 입증하고 있다. 중앙기금에서 관리할 국민연대를 위한 70%의 재정은 소비를 기준으로 국세청이 직접 징수하여 중앙기금으로 이전시켜 사용케 하는 방법이 효율성과 함께 형평성도 제고할 수 있는 개혁방안이 될 것이다.

4) 비계약의료기관이란 건강보험환자를 받는 의료기관으로 다른 지역기금과 계약을 맺은 의료기관을 의미함. 즉 민영의료기관을 제공하는 의료기관을 의미하지 않음.

5) 상환방식이란 진료시 환자가 먼저 보험료를 내고, 영수증을 받아 이를 지역기금에 제출하여 추후에 진료비를 환물받는 방법을 말함.

3) 요양기관계약제의 도입

현재는 모든 의료기관이 건강보험의 요양기관으로 강제지정되어 봉어빵 의료가 모든 국민에게 제공되고 있다. 강제지정제도는 형평의 달성에는 좋겠지만, 의료수준을 하향 평준화시켜 소비자의 만족도나 의료의 발전을 저해한다. 모든 국민이 건강보험 의료만 이용해야 하기 때문에 다양한 욕구 충족이 불가능하여 국내에서 충족되지 못하는 수요는 외국에서 충족시켜 국부가 유출되는 문제도 있다. 의료수준의 하향 평준화는 의료의 발전을 저해하여 의료산업화를 가로막는 핵심적인 요인이 되고 있다. 따라서 요양기관 강제지정제의 철폐는 매우 중요한 개혁과제가 된다.

요양기관 계약제란 강제지정제와는 달리 의료기관들이 건강보험의 계약 의료기관이 될 것인지, 자유로운 기관이 될 것인지를 선택토록 한다. 요양기관 계약제는 건강보험의 운영에 경쟁원리를 도입하기 위한 전제 조건에 속한다. 건강보험과 계약을 맺은 의료기관은 건강보험의 수가를 따르고 심사를 받아야 하지만, 비계약 의료기관은 민영의료로서 수가를 자율 책정하고 심사도 받을 필요가 없도록 하여 의료의 자율을 허용토록 하여야 한다. 이렇게 될 경우, 민영의료의 발전하여 국제적인 경쟁력을 갖출 수 있을 것이며 의료산업화를 이끄는 견인차 역할을 하게 될 것이다.

계약제의 구체적인 운영방안은 추후 논의되어야 하겠지만 대체적으로 계약기간은 1년을 단위로 하여 계약을 갱신할 수 있도록 하며, 요양기관이 될 것인지 여부는 의료기관이 개별적으로 결정하는 개별계약으로 하되 당분간 수가계약은 단체계약으로 하도록 한다. 정부는 의료기관이 계약제를 악용하기 위하여 담합하는 행위에 대하여 공정거래 차원에서 감시를 하여야 한다.

4) 민영의료보험의 활성화

기본적으로는 민영보험에 대하여 정부가 육성책을 만들거나 또는 규제책을 통한 간섭은 불필요하며, 시장에 맡겨 두는 정책이 필요하다. 다만 요양기관 계약제를 도입하게 되면 비계약 의료기관을 이용하는 사람들이라 하더라도 일시에 높은 진료비를 부담해야 하기

때문에 민영의료보험에 대한 수요가 증가 할 것이다. 따라서 민영의료보험은 계약제와 동시에 고려되어야 할 요소이다.

그러나 현실적으로 민영의료보험은 건강보험에도 영향을 미치기 때문에 민영보험을 통하여 건강보험의 한계를 보완하면서, 국민의 의료수요 증대에 부응할 수 있는 정책 방안을 찾을 필요가 있다. 현재 다양한 종류의 민영보험이 출시되어 이미 상당한 규모의 시장이 형성되어 있다. 급성장하고 있는 민영보험시장을 의료체계 내에서 순기능적인 역할을 수행하도록 정비함으로써 건강보험과의 연계발전을 도모하고 의료보장의 효과성을 높일 필요가 있다.

네덜란드는 2006년 의료개혁을 단행하면서 질병금고와 민영보험회사의 경계를 없애고 모두 민영보험회사로 전환하였다. 민영보험회사가 사회보험에서 정한 기준보험급여(standard health care package)를 제공하는 것을 의무로 하면서 각 회사마다 다양한 부가적인 급여(supplementary care)를 개발하여 경쟁토록 하고 있다. 즉 민영보험회사가 법적으로 정해진 기준급여와 부가적 급여를 동시에 다루도록 하여 민영보험회사와 질병금고의 경계를 허무는 방법으로 발전을 도모하고 있다. 우리도 이러한 발전 모형을 참고하여 민영보험이 건강보험의 공공성이나 재정안정성을 파괴하는 위협요소로 간주하는 자세부터 버려야 할 것이다.

5) 보험급여의 적정화

참여정부에서는 건강보험의 보장성 확대라 하여 보험급여의 확대를 무분별하게 시도하여 문제를 만들었다. 이미 식대가 급여에 포함되었고, 고가장비를 이용한 진료나 차액병실료 등이 급여에 포함할 예정으로 있어 보험료 부담의 증가가 예상된다. 그리고 인구고령화가 가속화됨에도 불구하고 출산율이 너무 낮은 상황에서 보험급여의 확대는 자기 책임의식을 약화시켜, 장래 건강보험제도의 존속 가능성을 위협하는 문제도 있다.

따라서 보험급여를 확대할 경우 급여확대의 우선순위 선정을 체계적이고 합리적으로 정비하여야 한다. 보험급여 확대와 관련하여 생각할 수 있는 몇 가지 방안은 다음과 같다. 먼저 근거중심의 급여확대 정책이 될 수 있도록 합리적 근거자료를 정비하고 이를 토대로 우선순위를 산정해나가야 한다(정치적 결정을 최소화할 수 있음). 급여 우선순위를 합리적으로 설

정하는 과정은 제한된 자원의 합리적 배분과정이라는 점에서 정책적으로 중요하며, 우선 순위 선정기준의 문제, 재정변동에 따른 급여수준 조정방향의 문제 등 다양한 기술적, 정책적 이슈들이 관련되어 있으므로 신중하고 체계적인 접근이 필요하다.

둘째, 급여구조의 개편은 보장성을 높이면서도 보험체계의 효율성을 떨어뜨리지 않도록 유의하며 이를 위해선 건강보험의 본연의 역할에 충실할 수 있도록 경증 질환에 대한 부담을 높이는 반면, 중증 질환에 대한 부담을 줄이는 방향으로 개편하여야 한다. 그리고 급여의 확대는 소비자의 비용부담의사와 연계하여 결정하여야 한다. 모 시민단체가 지난해에 조사한 바에 의하면 국민들은 급여확대보다는 저보험료를 희망하고 있었다. 이러한 상황에서 보험급여 확대는 신중을 기하여야 한다.

셋째, 새로운 의료수요에 부응하는 급여내용을 확충하기 위하여 필수 의료서비스에 대한 패키지(Guaranteed Health Care Package)를 재정립하여야 한다. 특히 필수 의료서비스 패키지는 시간이 흐름에 따라 변할 수 있음을 유의하여야 한다.

끝으로 이상의 과제들을 다루는데 다소 즉흥적이거나 정치적으로 다루는 문제가 있다. 이러한 문제점을 피하기 위하여 '급여개선검토위원회'와 같은 전문위원회를 건강보험정책심의회 산하에 두어 상시적으로 운영하도록 할 필요가 있다.

IV. 결론

건강보험제도의 개혁을 위하여 다양한 의견을 제시하였다. 그러나 개혁의 핵심은 전국민 의료보험을 달성하기 위하여 만들어진 1977년의 패러다임을 버리고 21세기에 적합한 새로운 패러다임을 찾는 데 두어야 한다.

10년이면 강산이 바뀐다는 것을 이번의 정권 교체에서 절실히 느꼈을 것이다. 그런데 의료보험을 둘러싸고는 30년 전의 패러다임을 그대로 유지하고 있으니 우리 의료의 후진성을 탈피하지 못하고 있는 것이다. 일류 국가로 나아가기 위해서 의료분야도 혁신의 정신으로 새로운 개혁을 서둘러야 할 것이다. **KHA**