

국민건강보험 출범의 의미와 정책과제

1. 국민건강보험 출범의 의미

의료보험통합(국민건강보험의 출범)은 21세기의 우리 사회를 '중산층과 서민이 중심이 되는 사회'로 만들기 위한 기초를 다지는 것이다. 의료와 같은 기본적인 문제를 사회보장의 원칙과 사회연대성 원리에 따라 해결함으로써 모든 국민이 질병의 위험으로부터 자유로운 생활을 할 수 있도록 하기 위한 것이다.

새롭게 출범하는 국민건강보험의 달라진 점을 살펴보면, 우선 종전 조합단위 운영에서는 소득이 같아도 조합마다 보험료가 달라서 보험료 부담의 형평성 시비가 끊이지 않았으나, 국민건강보험에서는 서로 다른 직장에 있더라도 같은 소득이면 같은 보험료를 내도록 하였다. 또한 소득계간간 보험료 부담의 형평성을 확보하기 위해 생활형편이 나은 사람이 보험료를 조금 더 내고 그렇지 못



李相龍

보건복지부 보험정책과장

한 사람이 조금 덜 내도록 보험료 부과체계를 설계하였다.

관리운영 측면에서는 1998년 10월 출범한 국민의료보험관리공단(227개 지역의료보험조합과 공·교의료보험관리공단의 통합조직)과 139개 직장의료보험조합이 하나의 보험자인 『국민건강보험공단』으로 통합, 일원화됨에 따라 관리운영의 효율성을 기대할 수 있게 되었다. 1998년 지역의료보험과 공·교의료보험을 통합·운영한 결과 총재정 대비 관리운영비 비율이 1997년 9.1%에서 1999년에는 7.0%로 2.1%가 절감되었으며, 이러한 사실에 비추어 직장 의료보험까지 완전 통합·운영될 때에는 더 큰 효율성을 기대할 수 있게 될 것이다.

대민서비스 측면에서도 전국 어디서나 민원처리가 가능해지는 등 획기적인 개선이 이루어졌다. 종전에는 소속 조합의 변동이 생기면 자격변경신고와 보험료 부과자료를 신고하도록 되어 있어 가입자의 불편을 초래하고 자격누락자가 다수 발생되었으나, 국민건강보험에서는 전국 온라인 전산망 구축 및 주민등록전산망과의 연계가 가능하여 가입자의 신고가 없더라도 공단에서 직접 자격변동내역 및 보험료 부과자료를 확인, 처리함으로써 민원 불편사항을 개선하게 되었다.

보험급여 서비스 측면에서도 산전진찰 등의 예방급여와 재활서비스, 건강증진 프로그램 등을 포함하는 포괄적 보험혜택을 받을 수 있도록 의료서비스의 확대기반을 마련하였다.

조합단위 운영방식에서는 재정상태가 가장 열악한 조합의 형편에 맞추어 보험급여 수준을 정할 수밖에 없었으며, 이는 결과적으로 보험급여의 하향평준화를 초래하였고 일부 조합은 과도한 적립금이 쌓였던 것이다.

이와 같이 국민건강보험 출범은 종전의 조합단위 운영에서보다는 많은 제도상의 진전을 이룸으로써 보다 나은 효율적인 의료서비스를 제공하기 위한 기반을 마련했다는 점에서 그 의미가 크다.

2. 국민건강보험의 정책과제

1) 급여확대와 재원조달

현행 의료보험에서는 의료비의 본인부담률이 높아서 중병에 걸릴 경우 과도한 의료비 지출로 가계에 심한 경제적 부담이 되며, 필수적인 의료서비스조차 보험급여에서 적용되지 않는 경우가 있어 지금까지 많은 불만의 목소

리가 있어 온 것이 사실이다.

이러한 문제점들을 해결하기 위해 그 동안 많은 논의가 있어 왔으며, 그 결과 의료보험을 통합·관리하는 국민건강보험을 출범시키게 되었다. 새로운 체제의 출범과 더불어 당장 가시적인 보험급여의 확대가 바람직하나 보험재정상 제약이 있는 것이 현실이다. 따라서 보험혜택 범위를 확대하기 위해서는 적정부담 - 적정급여에 대한 국민적 합의도출이 선행되어야 하고, 재정확보의 여러 방안 중에서 선택 가능한 구체적인 방안을 찾아야 할 것이다.

의료보험 급여범위의 확대를 위해서는 적정수준의 보험료 인상, 보험재정의 국고지원 확대, 의료공급제도의 비효율 제거 등을 통한 보험재정 안정화가 필수적이다. 또한 의료전달체계의 확립으로 진료기능의 분담을 명확히 하며 진료비 지불제도를 합리적으로 마련하여 과잉진료, 과잉투약을 방지하기 위한 제도적 장치도 마련되어야 할 것이다.

2) 보험재정 안정화

의료보험 재정추이를 살펴보면, 1996년 이후 당기수지 적자가 크게 늘어났는데 이는 보험료 수입 등 수입증가율 보다 급여비 등 지출증가율이 현저하게 높았기 때문이다.

표 1. 최근 5년간 수지관련 지표의 연평균 증가율

(단위: %)

구 분	평균	지역	직장	공교
급여비 증가율	20.5	21.3	19.0	22.1
보험료 증가율	12.2	16.8	9.1	9.6
국고지원 증가율	11.6	11.6	-	-

특히 지출측면에서 노인진료비의 비중이 크게 증대되었고 수진율의 증가, 급여범위의 확대, 물가상승률을 상회하는 수가의 인상 등이 주요인으로 분석되었다.

재정안정을 위한 정책으로 그간 본인부담정액제 시행(1986년 1월), 재정공동사업의 실시(1991년 1월), 국고 추경

의료보험 급여범위의 확대를 위해서는 적정수준의 보험료 인상, 보험재정의 국고지원 확대, 의료공급제도의 비효율 제거 등을 통한 보험재정 안정화가 필수적이다.

예산 편성지원(1991년), 국고차등지원방식 채택(1993년), 지역의료보험 재정·안정대책 수립 시행(1997년 4월) 등을 지속적으로 추진하여 왔고, 지난 해 10월에는 『의료보험 재정안정 종합대책』을 수립하여 세부적 추진계획에 따라 시행하고 있다.

단기적 대책으로는 적정한 수준까지 보험료를 인상하고 징수율을 제고하며, 일정소득 이상의 직장 피부양자를 지역가입자로 전환하고, 국고지원 수준을 적정화하는 등의 수입 증대 방안과 함께 의료전달체계 강화를 통한 남수진을 방지하고, 진료수가·약가·재료대를 합리적으로 조정하여 건당 진료비의 상승률을 완화하며, 진료비의 부당청구를 억제하기 위한 실사를 강화하고, 관리운영비의 절감 방안을 강구하는 등의 지출억제방안을 들 수 있다.

중·장기 대책으로는 진료비지불제도 개편과 약가 실거래가상환제도, 의약분업, 의약품 유통개혁, 의료인력의 적정수준 유지를 통한 수진을 증가 억제, 국고지원 적정화를 위한 제도적 장치를 마련함과 아울러 의료보장발전기획단을 구성하여 적정부담·적정급여 등에 대한 국민적 합의를 도출하여 향후 보험제정의 개선을 도모할 계획이다.

3) 심사·평가체계의 발전

행위별수가제에 주로 의존해온 우리 나라의 진료비지불시스템은 의료공급자의 행태에 영향을 주어 의료서비스의 질을 결정하고 결국은 국민의 의료비 부담을 늘리게 된다.

국민건강보험체제에서 새롭게 출범하는 건강보험심사평가원의 진료비 심사·지불체계에 대한 기본원칙은 첫째, 진료비 심사의 전문성, 공정성 및 객관성을 확보하고, 둘째, 의료비를 효과적으로 관리하고 보험재정을 보호할 수 있는 다양한 진료비지불제도를 적극 개발하여 활용하는 것이다.

이러한 원칙 하에서 운영의 기본방향은 첫째, 진료비 심사업무를 통하여 의료관리와 진료비관리의 조화를 이루어 국민들에게 양질의 의료서비스를 제공함과 아울러 의료 및 보험제도의 발전에 기여하고, 둘째, 진료비의 심사 및 기구의 운영에 관한 객관성과 공정성을 유지하고, 셋째, 전문가들의 전문성과 자율성을 적극 활용하며, 넷째, 진료비의 심사기능과 지불기능을 이원화하여 진료비 심사업무의 효율성을 제고하는 데 있다.

향후 심사·평가체계의 단기적인 과제로는 현행 행위별수가제에서 오는 진료비청구상의 문제점(청구에 소요되는 과도한 비용과 시간, 대청구에서 오

는 과다·부당청구 문제 등)과 심사상 제기되는 문제점(심사의 공정성, 객관성, 전문성 결여, 적정진료보다는 과잉진료 억제 위주의 보험재정 보호에 치우친 외형적 심사의 문제점), 진료비지급 방법상의 문제점(일부이긴 하나 진료제공시점에서 진료비를 지급 받기까지 장기간 소요, 의료기관 경영상 자금회전 압박의 문제점 등)을 해소하는 것이다.

중·장기적 관점에서는 과잉진료와 진료비의 과다 상승을 유발하는 현행 행위별수가제와 수가구조의 왜곡에서 파생하는 여러 가지 문제점을 해소해야 할 것이다. 이를 위하여 1997년부터 도입된 포괄수가제의 범위를 점진적으로 확대하고 합리적인 수가체계를 정립하여 의료의 효율성을 도모해야 할 것이다. 또한 선진제국에서 시행하고 있는 의료의 질 관리 혹은 질 향상을 비용절감과 함께 가장 중요한 목표로 설정하고 의료시스템(기관) 전체의 질적 향상을 도모하는 방향으로 전개하여야 할 것이다. 한편 보험재정의 보호와 관련해서는 국민건강보험공단의 견제기능을 살리되 건강보험심사평가원은 독립된 심사기관으로서 심사·평가에 대하여 고유한 기능을 갖도록 하여 견제와 균형을 살린 운영이 되도록 해야 할 것이다. 또한 의료소비자의 입장이 반영되도록 소비자참여를 위한 제도적 장치를 마련하는 것도 중요하다.

결론적으로 건강보험의 보다 본질적인 부분, 즉, 질병위험으로부터의 해방을 위해 의료서비스의 질적 개선으로 건강의 질을 높이고, 의료자원의 보다 효율적인 활용(자원의 적정배분)으로 국민경제 전체의 후생을 증진시키는 것 등이 주요한 정책과제가 될 것이다.

4) 국민건강보험의 관리운영 효율화

건강보험체제에서는 보다 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해 관리운영 측면에서 민주성과 효율성을 확보하는데 중점을 두는 것이 필요하다.

심사·평가체계의
중·장기적 관점에서는
과잉진료와 진료비의
과다 상승을 유발하는
현행 행위별수가제와
수가구조의 왜곡에서
파생하는 여러 가지
문제점을 해소해야
할 것이다.

이를 위하여 건강보험운영의 최고 정책심의기구인 『건강보험심의조정위원회』 및 보험료조정의 심의·결정기구인 『재정운영위원회』에 보험가입자, 보험자, 의료공급자, 정부가 함께 참여하여 서로간의 이해관계를 조정함으로써 공단운영의 민주성, 투명성을 확보토록 하는 제도적 장치가 마련된 것은 과거에 비해 진일보한 것이라 할 수 있다.

또한 건강보험심사평가원의 설립은 심사의 독립성을 보장하여 심사의 공정성, 객관성, 전문성을 확보함으로써 의료공급자와 보험자간에 형성된 갈등의 구조를 해소하고 국민에게 보다 나은 의료서비스를 제공하기 위한 신뢰가 형성되는 계기가 되어야 할 것이다.

한편 국민건강보험공단의 작고 효율적인 조직운영을 위하여 리엔지니어링을 통한 업무혁신, 적절한 아웃소싱과 다운사이징을 통해 조직의 거대화때 따른 경직화, 획일화, 관료화 등의 비효율이 최소화되도록 해야 할 것이다. 또한 지사조직은 책임경영을 통해 지사간 경쟁(managed competition)을 유도하는 방안 등을 검토해 볼 필요가 있다. 아울러 본부 - 지역본부 - 지사(출장소)간의 역할분담을 명확히 하여 중앙조직의 경량화와 지방조직을 지역실정에 맞게 책임경영을 할 수 있는 여건을 조성하는 것도 필요할 것이다. 이러한 모든 노력은 결국 국민에 대한 서비스를 향상시키기 위한 것이므로 수요자 중심의 제도운영을 통해 얼마나 대국민서비스를 향상시켜 나갈 수 있는가 하는 것이 향후 국민건강보험의 중요과제이다. 