건강보험 재정통합 이후의 정책과제

Policy Directions After the Financial Integration of
National Health Insurance



崔 秉 浩 한국보건사회연구원 연구위원

를하보면 응상면한 보다 [· 머리말 모델보 | 여만등 를 짜였

금년 7월부터 직장보험과 지역보험의 재정이 통합됨으로써 의료보험통합을 둘러싼 오랜 논쟁은 법적으로 끝났다. 1998년 김대중 정부가 출범하면서 시작된 의료보험통합의 추진은 2000년 7월 조직통합을 이루었다. 그 이후 3년이 지나 정부가 바뀌면서 재정적인 통합을 이루게 되었다. 1997년 말에 이루어진 의료보험통합의 정치적인 합의가 실현되기까지에는 5년 이상이 걸리게 된 것이다.

통합 추진과정에서 의약분업이라는 예상치 못한 정책적 충격이 가해짐으로써 보험재정은 위기를 맞아 통합은 순조롭게 추진되지 못하였다. 그리고 의약분업 시행으로 초래된 재정위기는 재정통합에 대한 객관적인 평가를 내리기 어렵게 하였다. 다른 한편으로는 의약분업을 둘러싼 갈등이 워낙 컸기 때문에 의료보험통합은 상대적으로 깊은 논쟁에서 비껴나갔다.

재정통합은 법적으로 이루어졌지만 현실적인 상황에 별 변화는 없다고 볼 수 있다. 직장과 지역간에 재정을 구분계리하는 부칙조항만이 효력을 상실하게 되었다. 통 합이 명확한 목표와 계획 하에 착실히 추진되지 못한 데에는 통합 실현의 불확실성 때문이었다. 따라서 통합이 지향하는 가치를 실질적으로 구현하기 위해서는 앞으로 해결하여야 할 과제들이 많이 기다리고 있다. 본고는 재정통합이 이루어지기까지 남겨진 과제들을 점검하고, 향후의 여건변화를 전망하고 재정통합 이후에 건강보험의 발전을 위한 정책과제들을 제시해 보고자 한다.

2. 남겨진 현안과제들

재정통합이 있기까지 끊임없는 논쟁 속에서 추진이 제대로 되지 않은 과제들이 많은데, 여기서는 건강보험의 통합이 당초에 지향했던 목적들에 비추어 남겨진 과제들을 정리해 보고자 한다.

첫째는 통합이 보험료부담의 가입자간 형평성을 확보하는 것이었다. 그동안 보험료의 형평성이 제고된 점은 다수가 동의하고 있는 것 같다. 지역조합의 재정통합은 1998년 10월에 이루어져 전국적인 단일부과체계가 적용됨으로써 지역가입자간의 형평성 시비는 많이 사라졌다. 그리고 적자조합과 흑자조합의 구분이 없어지고 지역보험 전체의 흑자와 적자문제만 남게 되었다. 직장조합의 재정통합은 2000년 7월에 이루어져 부과기준이 통일됨으로써 직장가입자간의 보험료부담의 형평성 시비도 사라졌다. 그리고 직장보험과 공교보험의 재정통합이 2001년 1월부터 이루어져 봉급(임금)생활자들의 보험료부담의 형평성도 확보되었다.

그러나 직장과 지역간 재정통합은 법적으로 이루어졌으되 보험료부과기준은 이원 화를 유지함으로써 직장과 지역 집단간 보험료부담의 형평문제는 남아 있고 향후 상 당한 갈등의 소지를 안고 있다. 또한 직장과 지역간 자격변동에 따른 보험료부담의 차이 발생은 여전히 현안문제로 남아있다.

두 번째는 통합 이전에 쌓여있던 적립금들을 통합하여 보험급여범위를 확대함으로 써 보장성을 강화하는 것이었다. 통합추진 이후 2000년 7월에 보험급여일수를 365일로 확대하고 산전진찰이나 장애인보장구 등 일부 서비스의 확대가 이루어졌고, 고액진료 비의 본인부담보상금제가 직장과 지역 구분없이 공평하게 적용되는 등 부분적인 개선이 이루어졌다.

그러나 의료보험통합이 추진되는 과정에서 조합내에서의 재정수지를 맞추려는 유 이이 약화되면서 통합전 3조 8천억원에 달하던 적립금이 소진되기 시작하였고, 의약 분업 시행에 따른 진료비의 급증으로 적립금은 완전 소진되어 차입하는 형편에 이르렀다. 이에 따라 의료보험통합과 더불어 보장성을 강화하려던 계획은 한계에 부닥치게 되었고, 건강보험재정의 정상화가 오히려 가장 급박한 현안과제로 부상하였다. 보장성 문제와 관련하여 보험료체납으로 인한 의료혜택의 사각지대는 여전히 해결하여야 할 과제로 남아있다. 이는 통합추진과 더불어 발생한 경제위기, 이로 인한 빈부격차의 확대가 보험료체납계층을 낳은 원인을 제공하였다. 빈곤층을 위한의료보호제도를 확충하여 부분적으로는 공공부조제도에서 흡수하였지만 여전히 건강보험제도내에 남아있는 저소득층의 의료혜택 소외문제는 남아있다.

세 번째는 전국적인 통합관리로 규모의 경제를 발휘하여 관리운영비를 절감하고 전국적인 자격관리가 가능하여 관리효율을 높일 수 있는 것이었다. 건강보험공단의 관리인력은 1998년 10월(통합) 이전 15,653명에서 2003년 1월 10,454명으로 5,199명의 인력이 감소하는 성과를 얻었다. 또한 관리운영비의 지출에서 차지하는 비중은 1997년 8,8%에서 2002년 46%로 감소하였다. 그리고 전국적인 통합 전산망에 의하여 전국 어디서나 의료보험증 발급과 보험료 납부 상황 확인이 가능하고, 조합변경에 따른 번거로운 신고절차를 없앰으로 편의성이 증대되었다.

그러나 건강보험공단의 인력구조의 고령화 경향은 승진의 압력을 가 자이 경시키고 현장서비스에 투입되는 인력이 줄어듬으로써 조직의 활성화 연안된에 걸림돌이 되고 있다. 또한 갈수록 전문화되고 급속히 변화하는 사회환경에 대처하는 데에는 인력규모의 절감보다는 인력의 전문성이나 생산성이 떨어지는 문제를 더 걱정해야 할 것이다. 그리고 직장과 지역으로 나누어진 노동조합간의 갈등도 통합공단의 관리효율을 제고하는 데에 저해요인으로 작용하고 있다.

네 번째는 통합의 장점으로 단일보험자로써 구매독점력을 발휘하여 진료비의 효과적인 통제에 유리하다는 점이었다. 과거에는 조합단위로 보험재정을 절감하기 위한 노력과 더불어 보험료를 자율적으로 결정하였으나, 통합하에서는 단일보험자로써의 협상력을 발휘하여 보험수가 를 통제하거나 사후관리에 노력하여야 한다. 보험수가는 일차적으로 공

직장과 지역간 재정통합은 법적으로 이루어졌으되 보염료부과기준은 이원확를 유지함으로써 직장과 지역 집단간 보험료부담의 형평문제는 남아있고 향후 상당한 갈등의 소지를 안고 있다. 또한 직장과 지역간 자격변동에 따른 보험료부담의 차이 발생은 역전히 현안문제로 남아있다. 단과 의료계 대표간의 계약에 의하고, 계약이 결렬될 경우에 가입자-의료계-정부가 참여하는 '건강보험정책심의위원회'에서 의결하므로 과거에 비해 절차의 민주성과 투명성은 개선되었다. 그러나 보험수가에 대한 통제는 협상을 통해 어느 정도 가능하지만 진료량을 통제할 정도의 구매독점자로서의 기능을 하기 위한 시스템은 취약하다.

3. 향후의 여건 전망

건강보험통합 이후에 현안과제들을 해결하는 데에 향후의 여건전망은 결코 만만치 않다. 우선 재정건실화와 함께 보장성을 강화해 나가야 하는데 지속적인 고령화의 진행으로 의료비지출의 증가 압박이 계속될 것이다. 65세 이상 인구는 향후 5년간 100만명이 더 늘어날 것으로 예상되며, 특히 의료비를 많이 쓰는 80세 이상의 후기고령인구는 2003년 60만명에서 2008년까지 84만명으로 증가할 것으로 전망된다.

표 1. 고령화 전망

(단위: 만명. %)

					, _	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
65+ 인구	397	417	437	457	479	498
인구비중	8.3	8.7	9.0	9.4	9.8	10.1
80+ 인구	60	64	69	73	78	84
인구비중	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001. 11

의료수요의 지속적인 증가는 의료비 증가를 계속 압박할 것이다. 전국민 의료보험 시행 이후 의료수요는 지속적으로 증가하여 왔으며, 의료이용 억제를 위한 정책적 개 입이 없다면 당분간 지속될 것이다. 수진율(1인당 연간진료건수)은 1991년 3,35건에서 2001년 7,10건으로 급격히 증가하였다. 특히 65세 이상 노인의 수진율은 동기간 중에 3,52건에서 12,73건으로 더욱 빠르게 증가하였다. 이는 노인의료비의 증가속도가 고령 화의 진행속도 보다 훨씬 빠르다는 것을 의미한다.

그리고 향후에 국민소득 2만불이 실현된다면 그 과정에서 잠재되어 있던 의료수요 가 현실화될 것이다. 특히 소득수준의 상승은 신기술, 신약, 신재료에 대한 욕구를 더 욱 확산시킴으로써 의료비용의 증대 압력으로 작용할 것이다. 더구나 보장성을 강화하기 위하여 보험급여범위를 확대할 경우 화자의 본인부 담이 떨어지면서 의료수요는 더욱 늘어날 것이다. 의료수요에 영향을 미치는 여러 가지 요인들의 변화는 향후 보험재정 정상화의 길이 험난 하다는 것을 예고한다.

의료공급측면도 보험재정을 위협할 가능성이 있다. 의료시장에 진입 하는 의료인력의 규모가 계속 커짐에 따라 의료시장의 규모를 늘리려 는 압력이 여러 가지 형태로 발현될 것이다. 예를 들어. 공급자의 유도 수요(induced demand; 잦은 내원 유도, 비급여 진료 확대). 수가인상의 압력, 과잉청구 등이 나타날 것이다. 인구만명당 개워의사수는 1991년에 281명이었으나 2001년에 491명으로 급증하였다. 2003년 현재 면허의사 수는 8만 1천명이나 인력의 조정이 없다면 2008년에는 9만 8천여명으로 늘어날 전망이다. 이렇게 의료수요와 공급 양측면에서 의료비지출 압력 🧼 현악과제들을 해결하는 데에 이 예상되므로 보장성을 강화하기 위해서는 매우 어려운 정책적 판단 을 할 수밖에 없다. 즉 재원을 획기적으로 확보하면서 의료비를 적절히 통제하는 시스템을 구축해야 한다.

표 2. 의료인력의 증가전망(면허발급기준)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
의 사	81,036	84,357	87,678	90,999	94,320	97,641
치과의사	20,003	20,861	21,722	22,648	23,493	24,290
한의사	14,480	15,282	16,084	16,886	17,688	18,490

자료: 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회

한편 가입자 부담의 형평성을 확보하기 위해서는 지역가입자의 소득 파악이 전제되어야 하는데, 소득파악은 단기간에 이루어지지 않을 것이 다. 결국 소득단일기준의 보험료부과체계를 개발하는 것은 어려울 것으 로 전망할 수 있다. 그리고 지역보험재정의 50%를 국고로 지원하는 특 별법은 2006년까지 한시적으로 적용되므로 그 이후의 재원조달방안을

건강보험통합 이후에 향후의 여건전망은 결코 마마치 않다. 우선 재정건실화와 함께 보장성을 강화해나가야 하는데 지속적인 고령화의 진행으로 의료비지출의 증가 압박이 (단위: 명) 계속될 것이다.

고민하여야 할 것이다. 특별한 상황의 변화가 없는 한 보험료의 인상이 불가피할 것이고, 건강보험재원은 누가 부담하여야 할 것인지에 대한 논쟁이 가열될 것이다.

4. 향후 정책과제

1) 건강보험이 지향해야 할 비전과 목표

국민건강보험이 향후 지향해야 할 방향은 의료안전망으로서의 충실한 역할을 수행함으로써 국민의 신뢰를 받는 제도로 정착하는 것이다. 이를 위해서는 필수진료에 대한 접근성을 확보하여야 하며, 중증고액질환의 비용부담으로부터 충분히 보호받아야한다. 그리고 국민 누구나 부담능력의 한계 때문에 의료보장에서 배제되어서는 안될것이다. 그러나 이러한 이상적인 비전을 실현하는 데에는 현실에 뿌리를 두지 않으면안된다. 자원은 무한하지 않기 때문에 가장 비용효과적인 접근법을 찾아야 하고, 의료안전망 구현에 꼭 필요한 재원을 마련하는 데에 국민의 동의를 끌어내어야 하는 정치적 기술이 뒷받침되어야 한다.

건강보험이 향후 달성하여야 할 목표 중에 최우선 순위는 재정정상화에 있다. 재정 균형이 궁극적이고 실질적인 목표는 아니지만 제도운영을 위한 최소한의 출발점이다. 다음으로 보장성 강화를 통한 의료안전망의 구축이다. 그동안 관리조직과 재정의 통합논쟁에 치우친 나머지 국민의 실질적인 의료보장에는 관심이 소홀하였다. 재정건실화와 보장성을 강화하는 과정에서 반드시 강조하여야 할 접근법은 낭비요인을 제거하고 의료의 질을 향상시키는 비용효과적인 정책들을 개발하고 실현하여야 하는 것이다.

통합이 지향하는 중요한 가치는 사회적 형평성을 구현하는 것이다. 가입자들간의 부담의 형평성, 특히 최근에는 직장과 지역간의 형평성을 확보하는 것이 주요 현안이 었다. 그러나 현재의 소득파악수준이나 부담능력 측정을 위한 기반이 취약한 상황하 에서는 형평성 문제를 최우선 목표로 삼기는 어렵다. 따라서 가입자들이 동의할 정도 의 공평한 보험료부과체계의 개발을 목표로 하여야 할 것이다.

재정통합을 끝으로 통합체제가 출범함에 따라 보험관리 시스템의 근본적인 운영방 향을 정립하여야 한다. 정부와 건강보험공단, 그리고 심사평가원으로 이루어지는 관 리시스템이 효과적으로 작동할 수 있도록 기능의 재정립이 필요하다. 바람직한 것은 공단이 자격관리와 보험료정수 기능에 한정되지 않고 보험재정의 건실 한 관리자로서의 역할을 충실히 할 수 있는 기능이 요청되며, 가입자와 의료공급자에게 건강정보를 제공하고, 국민의 건강증진에 기여할 수 있 는 적극적인 서비스 제공자로서 기능을 강화할 필요가 있다.

2) 재정의 건실한 운영과 형평성 확보

건강보험의 재정건실성을 제도적으로 확보할 수 있는 재정관리 시스템을 구축하고, 재정부담의 형평성 확보를 통하여 사회적 연대와 국민적 신뢰를 구축하여야 한다. 2005년까지는 누적재정수지를 흑자로 전환하는 목표를 세우고 재원조달과 재정지출 관리방안을 적극 강구하여야한다. 이를 위해서는 재정부담이 가능한 범위의 진료비목표를 설정하는 '목표관리제'를 도입할 필요가 있다. 목표관리제는 부담을 감내할 수있을 정도의 진료비총액을 설정하고 실제 발생진료비가 목표치를 초과하지 않도록 수가수준을 자동적으로 조정하고, 아울러 목표치에 근접하도록 정부가 보험급여기준이나 수가기준 등을 면밀하게 조정함으로써보험재정을 관리해 나가는 것이다.

그리고 국고지원이 지역보험재정을 토대로 일반예산으로 40% 지원 하고 담배부담금으로 10% 지원하는 포괄적인 접근법은 수정이 필요할 것이다. 일반예산지원 40%는 일차적으로는 가입자의 부담능력에 따라 보험료를 차등보조하는 것이 합리적이고, 이차적으로는 특정계층(예, 저소득층의 중질환)이나 특정질환자(희귀난치성질환이나 정신질환)등 보험원리에서 다소 벗어난 의료혜택이 필요한 경우에 지원이 필요하다. 또한 의료취약지역이나 공립병원 등 의료접근성 확보에 필요한 의료기 관들의 시설장비투자나 운영경비에 지원하는 방안도 고려할 수 있다. 담배부담금은 목적세 성격에 맞는 부문에 지원하는 것이 바람직할 것이다. 흡연에 기인하는 질환비용(특히 폐질환)이나 해당 질환의 예방 및 검진에 소요되는 비용에 지원하는 것이 타당할 것이다. 이런 점에서 술ㆍ화석연료 등 건강위해 소비에 대한 부담금을 징수하여 건강보험의 국고지원재원으로 활용하는 방안도 전향적으로 검토하여야 할 것이다.

국민건강보험이 향후 지향해야 할 방향은 의료안전망으로서의 충실한 역할을 수행함으로써 국민의 신뢰를 받는 제도로 정착하는 것이다. 이를 위해서는 필수진류에 대한 접근성을 확부하여야 하며 중증고액질환의 비용부담으로부터 충분히 보호받아야 한다. 그리고 국민 누구나 부담능력의 한계 때문에 의류부장에서 배제되어서는 안될 것이다.

일반예산에서 국고 지원하는 것보다는 더 합목적적이라 볼 수 있다. 한편 지역보험재 정의 50% 국고지원은 특별법에 의하여 2006년까지 적용되는 한시적인 지원이다. 2006년 이후의 국고지원이 재정위기 이전의 국고지원 형태로 환원하게 된다면 보험료의 인상이 불가피할 것이다. 그런데 지역가입자들의 부담능력이 향상되지 않는 한 현실적으로 심각한 저항에 처할 것이다. 따라서 국고지원의 규모나 방식에 대해서는 보험료부과체계의 개편과 함께 새로운 논의가 필요하다. 보험료와 국고 및 건강부담금 재원 등 새로운 재원조달방안에 대한 연구가 재정통합 이후의 중요한 과제로 채택되어 사회적 합의를 마련하여야 한다. 가능한 조속한 합의를 이루어내어 특별법의 유효기간이 종료하기 전에 법 개정이 필요할 것이다.

재정부담의 형평성을 확보하기 위해서는 현재 직장과 지역으로 이분화된 갈등구도를 개편하는 방안을 강구하여야 한다. 현재 직장보험은 임금소득자가 가입자로써 부담하고 가족이 피부양자로써 보험혜택을 받는데, 지역보험은 모든 세대원이 가입자가되며 세대주가 대표하여 세대구성원의 보험료를 부담한다. 이러한 가입자와 피부양자의 자격구분을 부담능력의 유형에 따라 새로이 접근함으로써 무임승차자나 과도한 부담자를 가려내어 부담의 불공평을 개선하는 방안을 연구하여야 한다.

한편 요양기관계약제의 도입을 검토할 필요가 있다. 당연지정제의 위헌성에 대한 의료계의 소송이 헌법재판소에서 합헌으로 판결남에 따라 법적으로는 현행 당연지정 제가 하자가 없다. 그러나 건강보험을 도입한 대부분의 국가들은 계약제로 운영하고 있다. 의료시장에 진입하는 모든 요양기관들이 강제로 건강보험을 취급할 필요는 없다. 보험자 입장에서는 가입자들의 의료이용의 접근성을 제한하지 않는 범위의 요양기관들과 계약하여 서비스를 제공하면 될 것이다. 그리고 요양기관들의 청구내역이나서비스를 평가하여 적절한 기준에 미치지 못하는 경우에는 계약에서 배제하는 것이가입자를 보호하는 길이 될 것이다. 다만, 비계약기관중 일부 기관들이 고소득층을 대상으로 하는 고급의료를 지향할 때에 발생할 수 있는 위화감을 고려하여 신중한 접근이 필요할 것이다.

3) 보장성 강화와 보험급여구조의 개편

건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 현 재정여건으로 볼 때에 단계적인 접근이 필요하다. 그리고 보장성에 대한 정의를 명확히 하여야 하며, 우리나라의 의료현실

을 고려하여 보험급여의 구조를 재편할 필요도 있다.

보장성 강화는 크게 3단계로 접근할 수 있다. 1단계에서는 무엇보다 도 재정균형의 회복이 절실하기 때문에 가능한 재원범위 내에서 중증 고액질화에 대한 보장성을 강화하는 대신 경증소액질화에 대해서는 다 소 환자본인부담을 상향조정하여야 할 것이다. 중증고액질환의 보장성 강화방안으로는 환자 본인부담금이 일정수준을 넘지 않도록 상한을 두 는 방법이 있고, 특정한 중증질환에 대해 본인부담을 경감하는 방안이 있다. 그런데 부담능력이 떨어지는 취약계층(65세 이상 노인계층이나 저소득층, 장애인 등)의 의료접근성을 보장하기 위하여 본인부담을 경 감하는 보완장치가 필요하다. 2단계는 재정균형이 회복되는 시점에서 필수진료에 대한 급여를 확대하는 것이다 임의비급여나 한시적 비급여 (MRI, 초음파 등) 등을 우선 정리하고, 비급여행위들을 단계적으로 편 입하여야 한다. 이때에 소요되는 재원이 과다할 경우 본인부담률을 90/100~95/100 수준으로 조정하여 접근할 수 있다. 이때에 필수진료의 범위를 명확히 할 필요가 있다. 환자본인 부담 중 상당부분을 차지하는 선택진료료나 상급병실료는 그 성격상 보편적인 보험급여로 포함할 수 는 없다. 그리고 일부 고가의 장비나 재료, 의약품 등도 보편적인 보험 급여에서 제외하여야 할 것이다. 따라서 국가건강보험이 보편적으로 제 공하여야 할 서비스의 범위를 명확히 정의하고 이에 기초하여 보장성 을 따져야 할 것이다. 이러한 기초적인 작업을 토대로 3단계에서 필수 진료에 대한 의료안정망을 확보하여야 한다. 이러한 공적인 필수진료의 범위를 벗어나는 부분은 민간보험의 보충적인 역할을 지원하여야 할 것이다.

4) 지불보상제도와 심사평가의 개선

현재의 지불보상제도는 행위별수가제를 근간으로 하고 있고, 8개 질 환군에 대한 포괄수가제(DRG)가 의료기관의 선택에 따라 적용되고 있

건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 현 재정 여건상 단계적 접근이 필요한데. 1단계에서는 무엇보다도 재정균형의 회복이 절실하기 때문에 가능한 재원범위 내에서 중증기액질화에 대한 보장성을 강화하는 대신 경증수액질환에 대해서는 다소 화자본인부담을 상향조정 2단계는 재정균형이 회복되는 시점에서 필수진료에 대한 급여를 확대. 이러한 기초적인 작업을 토대로 3단계에서 필수진료에 대한 의료안정망을 확보하여야 한다

다. 행위별수가제는 환자의 질환상태에 따라 의사가 적절한 서비스를 자율적으로 제공할 수 있는 장점이 있는 반면에 진료비에 대한 통제기능이 취약하여 건강보험의지급능력을 초과하여 증가하는 단점이 있다. 그리고 의료행위별 수가의 불균형을 시정하기 위하여 2001년부터 상대가치에 근거한 상대가치수가제가 도입되었으나 현실적으로 행위별 상대가치를 충분히 반영하지 못하고 있다.

지불보상제도는 진료비를 적절히 통제할 수 있으면서 적절한 진료가 행해질 수 있 는 유인이 동시에 갖추어지는 것이 바람직하다. 그런 점에서 단일 지불제도를 채택하 기보다는 진료영역별로 적합한 지불제도를 적용하는 것이 바람직하다. 행위별수가제 의 장단점은 이미 경험을 통하여 알고 있고, DRG도 시범사업을 통한 경험이 축적되 어 있다. 다만, 상대가치행위수가제는 1997년 연구에 토대를 두고 있기 때문에 그동안 의 의료기술의 변화와 의약분업의 도입 등 환경의 변화를 반영하는 새로운 상대가치 의 연구가 필요하다. 그리고 만성퇴행성 질환부문에서 급성기병상에서의 불필요한 비 용을 절감하기 위하여 요양병원이나 요양병동에 적용되는 요양수가를 개발하여야 한 다. 또한 임종전 환자의 과다한 의료비용을 줄이고 편안한 임종을 맞이할 수 있도록 호스피스 수가를 도입할 필요가 있다. DRG는 다빈도이면서 진료비의 변동폭이 비교 적 안정된 질환들부터 적용해서 적용질환군의 범주를 확대해 나가야 할 것이다. 그런 데 민간의료기관 중심의 의료현실에서 기관별 의료시설이나 인력의 수준차이가 현격 하여 동일 질환의 치료에 투입되는 비용에 상당한 차이가 나고 있다. 현재의 기관유 형별 수가가산율이 이러한 현실을 충분히 수용하지 못하고 있으므로 수가체계의 재 검토가 필요하다. 건강보험이 지향하는 보편적이고 표준적인 진료를 정하고, 이에 따 라 질환별로 투입되는 진료행위의 범주에 합당한 행위수가와 DRG수가를 책정하여야 할 것이다. 이러한 표준을 벗어나는 부분에 대해서는 건강보험제도 외의 별도의 보상 시스템이 필요할지 모른다. 현재 DRG는 입원진료에 해당하는 질환에 대해서만 개발 되어 있으나, 향후 외래진료에 대해서도 다빈도이면서 표준적인 진료가 가능한 질환 에 대해서 포괄수가제를 적용하는 것이 바람직할 것이다. 포괄수가제는 간편성과 더 불어 보험혜택의 보장성을 질환별로 확보하는 데에 행위수가제보다 우수하다.

한편 총액예산제 혹은 총액계약제의 도입을 검토할 필요가 있다. 개념과 실행방안에 대한 혼란은 있으나, 보험진료비의 총액을 적절히 통제하고 이에 따라 재원조달계획을 미리 세울 수 있다는 장점이 있다. 또 하나의 장점은 총액을 통제할 수 있다면 비용억제를 위한 환자본인부담제도를 강력히 시행하지 않아도 된다는 점이다. 그만큼

보장성을 확보하는 데에 유리한 제도이다. 그런데 보험급여범위가 필수 진료행위들을 대부분 포함할 수 있을 때에 총액예산제가 효과를 발휘할 것이다. 비보험행위가 많은 상황에서 총액예산으로 묶을 경우 비보험부문으로 비용을 전가할 가능성이 있기 때문이다.

생각건대, 총액예산제의 운영은 현재의 행위수가 및 DRG의 상대가 치와 환산지수를 결정하는 절차와 유사하게 진료비총액과 부문별 진료 비를 의료계와 보험자간에 계약을 체결하도록 하고 계약체결에 실패할 경우 건강보험정책심의위원회에서 심의 의결하는 절차를 따를 수 있다. 계약금액을 지키기 위한 진료비의 관리나 진료비의 공급자간 배분은 진료부문별 의료단체에서 수행하거나 보험자가 대행할 수 있을 것이다. 진료비의 배분방식은 행위수가제, DRG, 일당제 혹은 인두제, 성과급제 등 진료영역별 특성에 맞도록 다양하게 적용할 수 있다. 다만, 진료의 질 관리는 보험자가 수행하여야 할 것이다. 한편 요양기관계약제와 총액예산제를 동시에 시행하기에는 무리가 따를 것이다. 어느 정도의 의료공급자들이 계약에 참여하게 될지 모르는 상황에서 총액예산을 산정하기 어려울 것이다. 따라서 요양기관계약제가 우선 시행되고 정착되는 단계에서 총액예산제가 도입되는 순서가 바람직할 것이다.

(2) 진료비심사와 진료적정성 평가 개선

현행 행위별수가제 하에서 진료비심사는 심사물량이 과다하고 사후 적인 심사에 그쳐 심사에 투입되는 비용에 비해 비효율적이라는 비판을 받고 있다. 따라서 심사시스템의 개선이 필요하다. 행위 하나 하나의 심사로부터 탈피하여 기관단위 심사로 전환하는 것이 효율적이다. 즉, 의료기관의 환자구성과 질환의 중증도를 반영하는 표준적인 지표 (환자구성지표와 고가도지표)에 준거하여 심사하는 것이 심사비용을 절감할 수 있고 의료기관별 형평성을 제고할 수 있다. 이러한 급여적정성에 준거한 심사제도('요양급여적정성 종합관리제')를 도입하기 위해서는 정보기술(IT)을 활용한 데이터웨어하우스 시스템 구축이 필요하고 전산심사기법이 개발되어야 한다.

지불보상제도는 진료비를 적절히 통제할 수 있으면서 적절한 진료가 행해질 수 있는 유인이 동시에 갖추어지는 것이 바람직하다. 그런 점에서 단일 지불제도를 채택하기보다는 진료영역별로 적합한 지불제도를 적용하는 것이 바람직하다. 그리고 행위수가제의 약점인 진료비청구의 거품을 제거하기 위한 실사 시스템이 강화되어야 한다. 즉, 허위청구, 중증질환으로의 상병왜곡, 묶음(set) 청구, 중복진료 등 재정누수분야에 집중 실시하고, 이러한 부정청구를 감지할 수 있는 사전감시지표를 개발하여 효과적으로 대처해 나가야 한다.

한편 심사시스템의 개선노력과 더불어 서비스의 적정성을 평가하는 역할이 향후의 중점과제로 추진되어야 한다. 의료기술이나 검사항목 중에서 과잉진료나 과소진료의 위험이 있는 행위항목에 대해 꾸준한 모니터링을 통하여 급여 · 심사기준 및 상대가 치수가를 조정해 나가야 한다. 또한 의료장비의 발전속도는 매우 빠르기 때문에 장비의 가격과 질에 대해 정기적으로 평가하여 급여와 수가기준을 개정하여야 한다. 그리고 약제급여의 적정성을 평가하여 오남용을 줄이도록 함으로써 의약분업이 제대로 정착될 수 있도록 보완하여야 한다. 상병별로 약제사용의 실태를 비교하여 항생제의 과다사용이나 지나치게 많은 약을 처방하거나 고가약을 처방하는 행태를 개선해 나가야 한다. 또한 약가의 실제 시장가격을 파악할 수 있는 조사시스템을 개발하여 약가에 상시 반영하여야 한다. 특히 수입약품의 거래가격을 파악할 수 있도록 국제적 거래동향을 모니터링해 나가야 한다.

5) 관리시스템 개편과 보험자기능의 재정립

(1) 관리효율 제고를 위한 시스템 개편

조직뿐 아니라 재정의 통합체제가 출범함에 따라 통합관리 시스템의 재정비가 필요하다. 전국적인 통합관리의 장점을 발휘하기 위해서는 무엇보다도 정보전산시스템을 충분히 활용하여야 한다. 전국민의 부담능력을 계측할 수 있는 자료와 의료이용자료를 축적하여 자격, 보험료부과, 급여 등을 체계적이고 종합적으로 관리할 수 있어야 한다. 이때에 건강보험 적용대상자뿐 아니라 의료급여대상자에 대한 정보도 함께관리되어야 한다. 또한 개인에 대한 정보와 더불어 세대단위와 가족단위의 정보를 함께가지고 있어야 한다. 현재 직장의 경우 가입자단위로만 관리되고 세대단위로는 관리되지 않고 있으며, 가족내에서 직장가입자와 지역가입자가 동시에 있을 경우 각각직장과 지역으로 나뉘어 관리되고 있다. 따라서 전국민의 자격과 부담, 급여에 대한체계적인 정보를 바탕으로 새로운 관리시스템을 고안하여야 하며, 이를 통하여 무임

승차자를 제거해야 형평성 있는 보험료부과체계와 의료혜택의 관리가 가능할 것이다. 이러한 시스템을 구축하기 위해서는 전자(IC)카드를 도입해야 하고, 전자카드를 도입하기 위한 인프라로써 의료공급자와 보험 자간에 전산망이 구축되어야 한다.

그리고 보험자의 재정관리 시스템을 강화해야 한다. 전국단위의 보험료수입과 지출을 포괄적으로 관리하기보다는 보험자내부의 경쟁시스템 도입을 통하여 재정을 효과적으로 관리할 수 있어야 한다. 6개 지역본부 단위로 질병발생확률에 기초한 기대진료비규모를 산정하고 이러한 기대비용 범위 내에서 진료비를 관리하도록 하며, 지역본부는 지사에 대해 일정한 권한('보험급여의 사후관리 권한')을 부여하도록 한다. 또한 행정비용의 관리실적과 가입자 서비스실적에 대한 경쟁도 포함하여야 한다. 또한 재정수입확보를 위한 유인시스템이 동시에 장착되어야한다. 그 방안으로 지역본부 및 지사별로 부담능력을 측정하는 지표를 개발하여 목표수입 규모를 할당함으로써 목표수입금을 징수하도록 한다. 이와 같이 재정지출 및 재정수입의 운영성과에 따라 적절한 인센티브를 제공하여야한다.

(2) 보험자기능의 재정립

보험자로서 건강보험공단의 역할을 보험료징수만 하는 부정적인 모습에서 건강서비스 관리자라는 긍정적인 모습으로 전환해나가야 한다. 그리고 질병발생 후에 비용을 보장하는 사후적·소극적 기능에서 질병발생 이전에 건강관리와 건강증진 서비스를 지원하는 사전적·적극적인 기능을 강화해 나가야 한다.

이를 위해서는 건강을 위협하는 위험관리기능을 보다 강화해야 한
다. 질병발생 이전에 질병위험의 발생을 사전에 예고하는 경보시스템을
구축하고, 질병발생 이후에도 질병을 비용효과적으로 관리할 수 있도록
정보를 제공하고 상담하는 서비스를 제공하여야 한다. 건강위험관리 서
비스는 개인의 생애에 걸쳐, 그리고 가족단위로 관리하며, 건강위험정
보는 의료공급자에게도 제공함으로써 적절하고 양질의 진료가 가능하

전국민의 자격과 부담, 급여에 대한 체계적인 정보를 바탕으로 새로운 관리시스템을 고안하여야 하며, 이를 통하여 무임승차자를 제거해야 형평성 있는 보험료부과체계와 의료혜택의 관리가 가능할 것이다. 이러한 시스템을 구축하기 위해서는 전자(IC)카드를 도입해야 하고, 전자카드를 도입하기 위한 인프라로써 의료공급자와 보험자간에 전산망이 구축되어야 한다. 도록 지원하여야 할 것이다. 그리고 건강위험의 경보(signal)가 발생하는 가입자를 선별하여 특정한 건강검진을 받도록 하고, 검진 결과에 따라 건강위험이 발현되지 않도록 건강관리정보를 제공하여야 한다. 나아가 가족의 병력과 개인의 생활습관에 대한정보를 통하여 사전에 위험요인의 발현을 차단하기 위한 건강증진 프로그램을 제공하여야 한다. 특히 복합적인 질환을 갖고 있거나 여러 요양기관을 이용하는 환자의종합적인 질병관리를 위하여 의사와 약사에게 환자 정보를 제공함으로써 적절한 처방과 조제가 가능하도록 해야 한다. 이러한 건강위험의 과학적 관리를 위하여 환자의질병, 건강상태, 경제사회적 여건의 변화를 추적관리하는 '의료패널'을 구축하여야 한다.

6) 정책과제의 추진

재정통합을 계기로 금년 7월부터 국민건강보험발전위원회가 구성되어 운영되고 있으며, 향후 건강보험의 발전을 위한 기본방향과 과제들이 논의되고 있다. 그리고 제2차 사회보장발전 5개년 계획(2004~2008년)을 수립하기 위하여 발족한 참여복지추진 기획단에서는 건강보험의 5개년 계획을 수립하고 있다. 이러한 위원회에서의 논의에 기초자료로 활용되기를 기대하면서 앞서 논의한 정책과제들의 향후 5년간의 추진계획을 〈표 3〉과 같이 제시하였다.

5. 맺는 말

건강보험의 재정통합으로 통합논쟁은 일단락 되었고, 향후 건강보험이 국민의 의료안전망을 구현하는 신뢰받는 제도로 발전하는 데에 중지를 모아야 한다. 통합을 둘러싼 오랜 갈등의 휴유증을 건강보험의 발전을 위한 지혜를 짜내는 역량으로 승화하도록 다함께 노력해야 할 것이다. 통합이라는 형식적 목표의 달성에만 안주하고 통합이 당초에 지향했던 가치를 실현하지 못한다면 통합에 대한 근원적인 의문이 다시재기될 것이다. 성(城)을 빼앗는 것 보다는 지키는 것이 어렵다는 명언을 다시금 상기하여야 할 것이다.

건강보험제도의 발전을 위한 최우선적인 목표는 재정정상화에 있다. 재정정상화를 달성하는 과정에서 의료접근성과 부담의 형평성, 의료의 질 등 보건의료정책의 목표 를 효과적으로 조화시켜 나가야 한다. 건강보험의 기본적인 지향은 전국민의 질병위

표 3. 국민건강보험 발전을 위한 정책과제의 추진 시나리오 (2004~2008년	표 3.	국민건강보험	발전을 위	가 정책과제의	추진 시나리오	(2004~2008년
--	------	--------	-------	---------	---------	-------------

	1단계 (2004~2005)	2단계 (2006~2007)	3단계 (2008)
	제도발전의 기반구축	재정균형과 제도개편 추진	제도개편의 완성
급여	• 급여구조조정 - 고액진료비 보장성 강화 - 소액진료비 본인부담 강화 • 의료사각지대 축소	필수진료범위의 정립과 보험급여 확대 의료사각지대 해소	• 필수진료의 보장성확보 • 의료빈곤층에 대한 완전한 의료안전망 구축
재 정	당기재정수지 흑자 진료비목표관리제 직장과 지역간 형평성 확보	당기재정수지 흑자 진료비목표관리제 직장과 지역간 형평성 확보	누적재정수지 흑자 공평하고 효율적인 자격 · 부 과체계 효율적인 재원조달기전 마련
지 불 제 도	DRG 전국시행과 질병군 확대 다양한 지불제도의 시범사업 요양기관계약제 시범사업 기관단위 심사와 진료적정성 평가의 기반 구축	상대가치 전면개정 진료부문별로 다양한 지불 제도의 적용 요양기관계약제 부분 도입 진료적정성 평가시스템 구축	 총액계약제 등 진료부문별로 다양한 지불제도로 개편 요양기관계약제 시행 진료적정성과 지불보상의 효과적인 연계
관 리 운	• 전국민 자격 · 부담 · 급여의 정보전산망 구축 • 재정관리 내부경쟁시스템 도입 • 건강위험관리 시스템 개발	• 전자(IC)카드 도입 • 건강위험관리 시스템 구축 • 의료패널의 구축	정보전산망에 의한 효율적인 통합관리 효과적인 재정관리와 건강 위험관리

험에 대처하여 필수적인 진료를 보장하는 것이지만, 우리의 의료여건과 부담능력 등 현실적인 가능성에 뿌리를 두고 정책을 추진하여야 한다. 재정정상화는 정부-소비자-공급자 3자간의 큰 합의를 통해 풀어나가야 한다. 즉 정부는 과감하게 국고를 투입하고 소비자는 보험료인상에 동의하고 공급자는 진료비의 통제를 받아들인다면 빠른 시일 내에 재정정상화가 가능하고, 이를 토대로 건강보험의 발전을 위한 새로운 개혁에 논의를 집중할 수 있을 것이다. 마지막으로 강조하고 싶은 것은 정보전산망에 의한 관리시스템의 도입과 보험자 스스로 관리운영의 효율화와 서비스개선을 위한 각고의 노력을 기울일 때에 신뢰받는 제도로거듭날 수 있을 것이다. ■

건강보험제도의 발전을 위한 최우선적인 목표는 재정정상화에 있다. 재정정상화를 달성하는 과정에서 의료접근성과 부담의 형평성, 의료의 질 등 보건의료정책의 목표를 효과적으로 조화시켜 나가야 한다.