

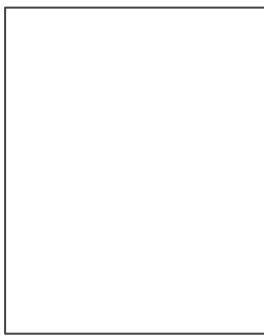
의료보험제도의 당면과제와 개선방안

1. 기본사각

우리나라는 1977년 의료보험을 처음으로 도입한지 불과 12년만인 1989년에 국민의 소망이었던 전국민의료보험시대를 열게 되었다. 병원의 문턱이 낮아지고 모든 국민이 누구나 손쉽게 진료를 받을 수 있게 됨으로써 국민 모두의 건강(health for all)을 보장할 수 있게 되었고, 나아가 복지사회로 나아갈 수 있는 기반을 마련하게 된 것이다.

전국민의료보험 시행 8주년을 맞이한 의료보험 제도는 그동안 의료보험 적용인구의 양적 확대와 국민의 기본적 의료수요를 충족시켰다는 측면에서 큰 성과를 거둔 것으로 평가된다.

그러나 최근들어 낮은 급여수준, 낮은 보험수가와 수가구조의 불균형, 그리고 의료서비스의 질 저하 등으로 의료의 이용자와 공급자 모두로부터 불만의 목소리가 커지고 있다. 예컨대 의료 이용자는 많은 보험 비적용으로 인한 높은 본인부담률과 '1~2시간 대기'와 '2~3분 진료' 등 낮은 의료서비스 질에 대한 불만이 높다. 반면에 의료 공급자는 불합리한 보험수가체계 하에서는 적정진료가 어렵고 과잉진료 및 비급여서비스 개발을 유발하는 등 진료왜곡 현상이 발생함으로써 국민



魯仁喆

한국보건사회연구원 연구조정실장

의 신뢰를 받을 수 없다고 불평한다. 이에 따라 의료자원이 낭비되고, 의료기관의 운영도 어려워 환자에 대한 서비스의 질을 높이거나 의료기술 발전에 투자할 여력이 없는 실정이다. 이 밖에도 농어촌 지역조합의 재정이 취약하여 급여범위 확대나 의료서비스의 질 향상을 위한 정책선택의 어려움도 내재하고 있다.

따라서 이러한 문제점을 계속 방치한다면 국민의 다양한 의료욕구 수준과 의료환경 현실과의 괴리로 의료이용이 과행으로 치달게 되고 심각한 사회문제로 대두될 것이다. 그러므로 이제 의료보험제도의 질적 발전을 저해하고 있는 요인들을 총체적으로 점검하여 21세기에 대비한 의료보험제도의 기본틀을 새롭게 정비하는 것이 긴요한 정책과제가 되고 있다. 즉, 국민소득수준의 향상, 인구의 고령화, 국민 의료욕구의 다양화, 의료기술의 첨단화 등 의료환경이 변화함에 따라 이에 대응하기 위해서 현행 의료보험을 『적정보험료·적정급여』구조로 전환하여 의료보험제도의 성숙화 내지 선진화를 이룩해야 할 것이다.

2. 의료보험제도의 당면과제

국민 개개인의 의료비 지불능력에 관계없이 필요에 따라 포괄적인 의료서비스를 제공한다는 원칙하에서 운영되어 온 우리나라 의료보험제도는 그동안 국민들의 의료이용의 접근도를 향상시킴과 동시에 의료이용 기회의 형평성을 보장해 주는 등의 성과를 가져왔다. 특히 지역별로 농어촌, 연령적으로 노인의 의료이용수준이 현저히 증가하여 소득계층에 따른 금전적 장벽을 완화하는 데 크게 기여한 것으로 볼 수 있다(표 1 참조).

그러나 단기간에 모든 국민을 의료보장이라는 우산 속에 포함시키기 위해서는 전국민의 부담능력을 고려한 『저보험료 전략』이 불가피했으며, 이에 따라 자연히 급여수준이 낮을 수밖에 없었고, 또한 보험수가도 통제될 수밖에 없는 형편이었다. 따라서 풀어야 할 당면과제를 다음과 같이 도출할 수 있다.

첫째, 급여범위의 제한에 따른 본인부담이 높아 의료비의 가계부담이 가중되고 있다는 점이다. 예로써 병원에 입원하는 경우 비급여 부담을 포함한 환자 본인부담은 입원진료비의 44%로

국민소득수준의 향상, 인구의 고령화, 국민 의료욕구의 다양화, 의료기술의 첨단화 등 의료환경이 변화함에 따라 현행 의료보험제도의 기본틀이 재정비되어야 한다.

급여범위의 제한에 따른 본인부담의 가중, 낮은 의료보험수가와 불합리한 수가체계로 인한 의료수급의 불균형 및 진료의 왜곡현상은 의료보험제도의 당면과제이다.

추정되고 있다.

그 이외에도 현재 건강유지·증진을 위한 사전적 투자로서의 예방의료에 대한 관심이 높아지고 있으며, 건강의료 문제의 효과적인 해결방안으로 예방과 건강증진을 포함하는 능동적이고 포괄적인 접근방법이 점차 중요하게 인식되고 있다. 따라서 치료뿐만 아니라 예방, 건강증진, 재활 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스의 보장이 요청된다.

둘째, 낮은 의료보험수가와 불합리한 수가체계로 인하여 수가 가 의료자원을 적절히 배분하는 가격기능을 상실함으로써 의료수급의 불균형은 물론 진료의 왜곡현상은 불가피하게 되었다. 이를테면 보험수가수준이 낮아 병의원의 경영이 어려워지고, 따라서 수입확보를 위한 과잉진료와 수익성이 높은 비급여서비스 제공을 선호하고 있다. 더구나 의료기관간 고가 첨단의료장비를 경쟁적으로 도입하고 있으며, 특히 고가 의료가 양질 의료로 잘못 인식되는 경향이 있다. 또한 진료수가 항목간 불균형은 진료 왜곡뿐만 아니라 전공과목별 의료인력의 균형있는 공급에 차질을 초래하게 된다.

표 1. 1인당 의료기관 이용률¹⁾ 추이

	1985	1990	1995
의료보험 총괄	7.47	7.94	9.50
외래	6.95	7.31	8.74
입원	0.52	0.63	0.76
농어촌주민	-	6.59	9.30
외래	-	5.93	8.37
입원	-	0.66	0.93
도시주민	-	7.66	9.22
외래	-	7.02	8.43
입원	-	0.64	0.79

주: 1) 연평균 의료기관을 방문하여 외래진료를 받은 일수(의사방문 횟수) 및 입원진료일수(재원일수)를 가리킴.

자료: 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 1996, pp.560~569.

따라서 현행 의료보험수가체계는 서비스의 질 저하, 과잉진료를 유도하는 등 진료왜곡 현상을 유발하고 있기 때문에 보험수가 수준과 수가구조를 합리적으로 조정하는 작업이 시급히 해결해야 할 과제이다.

셋째, 의료보험제도의 도입은 의료수요의 급격한 증가를 가져왔으며 또한 행위당 수가제하에서 의료공급자의 유인수요 창출 노력으로 의료비지출이 지속적이며 급속한 속도로 상승하고 있는 추세이다. 의료서비스의 수요자와 공급자 측에서 상호 비용의식적인 인센티브 장치가 없어 과다이용, 과잉진료, 고가의료이용 등으로 의료비지출이 급격히 증가되고 있다.

의료서비스의 수요자와 공급자 측에서 상호 비용의식적인 인센티브 장치가 없어 과다이용, 과잉진료, 고가의료이용 등으로 의료비지출이 급격히 증가되고 있다.

표 2. 보험진료비와 GNP의 증가추이

(단위: 10억원, %)

	보험진료비	증가율	GNP	증가율
1991	3,201	-	214,240	-
1992	3,731	16.56	238,705	11.42
1993	4,348	16.54	265,518	11.23
1994	4,897	12.63	303,773	14.41
1995	6,144	25.46	348,284	14.65
1996	7,624	24.09	386,600	11.00
평균	-	18.95	-	12.53

자료: 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 1996
한국은행, 『1996년 국민계정(잠정)』, 1997, 3.

더구나 향후 급여확대, 보험수가 현실화 등으로 진료비의 급증이 예상됨에 따라 의료자원의 효율적 배분과 의료비 증가를 통제할 수 있는 효과적인 비용억제방안이 마련되어야 할 것이다.

넷째, 늦게 도입된 지역의료보험은 가입자 대부분이 소득이 노출되지 않는 농어민, 자영업자들인데 고용이 불안정한 영세사업장 근로자, 여러 가지 이유로 미취업중인 무소득자, 직장에서 퇴직한 고령자 등도 이 제도를 적용하게 되었다. 이것은 전국민 의료보험이라는 측면에서는 바람직한 것으로 볼 수 있지만 제도의 유지라는 측면에서는 재정적 불안정의 결함으로 작용하는 것이다.

치료급여의 단계적 확대는 물론 예방 및 건강증진까지 포괄하는 『건강보험』으로 발전시켜 결과적으로 국민의 의료비부담을 낮추고 의료접근도를 높여야 한다.

따라서 전국 어디서나 혹은 직업의 유형에 관계없이 능력비례 수준의 부담으로 동일한 수준의 급여가 제공되는 그야말로 부담과 급여가 공평한 제도가 바람직하다는 것은 재론할 필요가 없다. 그러나 다양한 의료보험조합이 존재하는 현실에서 이를 실현하려면 조합간 상이한 위험구조의 균동화를 위한 재정조정이 불가피해진다.

다섯째, 보험적용 확대를 위해서는 중앙에서 수립된 계획을 확고없이 시행해야 했기 때문에 의료보험조합에 자율권을 주기 보다는 획일적인 방법으로 의료보험조합을 통제함에 따라 운영상의 효율문제가 제기되고 있다. 또한 소규모 조합이 많아 조합내의 위험분산기능이 미흡하여 조합재정의 불안요인이 되고 있다.

3. 의료보험제도의 발전방향

21세기를 맞이해 우리가 추구해야 할 선진 한국사회의 모습은 국민 모두가 높은 수준의 『삶의 질』을 향유하는 생산적이고 풍요로운 사회라고 할 수 있다. 이를 위하여 의료보험제도의 선진화는 우리 국민의 『삶의 질』에 직접적인 영향을 주는 요소가 된다. 따라서 의료보험제도의 양적인 성과에 이어 질적 개혁을 추진함으로써 제2의 도약을 이룩해야 한다. 이를 위하여 앞에서 도출된 당면과제 즉, 보험급여체계의 개선, 보험수가의 합리화, 의료비의 효과적 관리, 조합간 재정불균형의 해소, 관리운영의 효율화 등에 관한 기본적인 개선방향은 다음과 같다.

첫째, 치료급여의 단계적 확대는 물론 산전진찰, 초음파검사, MRI검사, 치석제거 등의 예방 및 건강증진까지 포괄하는 『건강보험』으로 연차적으로 발전시켜 결과적으로 국민의 의료비부담을 낮추고 의료접근도를 높여야 하는 것이다.

급여대상에서 제외되었던 서비스를 급여대상에 포함시킴으로써 보험수가의 적용과 진료비심사를 통해 해당 진료행위를 잘 감시할 수 있고, 비급여 자체가 공급자에게 주는 고가서비스 제공의 경제적 동기를 없앴으로써 불필요한 의료공급을 억제할 수 있다.

소비자의 입장에서 볼 때 비록 보험료는 인상되겠지만 본인

부담 수준이 낮아짐으로써 궁극적으로 지출하게 되는 의료비부담은 오히려 감소하게 될 것이다.

한편 사회보험을 통해 모든 국민의 다양한 의료욕구를 충족시키는 데에는 한계가 있다. 따라서 사회보험에 의한 보편적 의료서비스는 국민 모두가 받을 수 있게 하면서 특실이용 등과 같은 고급화된 의료서비스 욕구에 대해서는 보충성의 민간보험 도입을 검토한다.

둘째, 소득수준이 향상됨에 따라 감기등 가벼운 질환의 소액 진료비에 대해서는 환자 본인부담을 강화하는 정액공제제를 도입하고, 그 대신에 중증질환이나 장기입원을 필요로 하는 고액 진료비에 대해서는 환자 본인부담을 인하하여 서민층의 가계과탄을 덜어주자는 것이다.

소액진료를 자주하게 되는 경우 서민 가계부담을 고려하여 0~4세 유아, 65세 이상 노인, 등록장애인 등에 대해서는 본인부담을 경감하는 방안과 월 50만원을 초과하는 진료비를 보험조합에서 환급해 주는 현행 본인부담금상환제의 상한선을 하향 조정하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

셋째, 의료보험수가는 양질의 의료가 제공될 수 있는 수준으로 현실화하고, 수가항목을 재조정하여 항목간 수가의 균형을 유지함으로써 진료행위의 거품을 시정한다. 이를 위한 상대수가 체계의 개발은 제공되는 서비스 종류에 영향을 미치고 장기적으로는 의사들의 전공의 과목 선택에 영향을 주므로 정책적으로 필수 진료임에도 불구하고 과소 제공되는 의료서비스와 기피되는 전공의 과목의 상대수가를 인상시켜 줄 필요가 있다. 또한 1차의료를 정상화시키기 위하여 1차의료에 관련된 수가의 신설 및 인상도 고려해야 할 것이다.

그 밖에도 수가결정 과정의 투명성과 객관성을 확보하기 위하여 『수가산정모형』을 개발하여 소비자와 보험자, 정부의 참여를 통한 『의료보험수가심의위원회』를 신설하여 수가심의기능을 강화한다.

현행 행위당수가제는 더 많은 의료행위를 유인할 경제적 동기를 가진 지불보상제도이다. 따라서 장기적으로 비용을 절감할

의료보험수가는 양질의 의료가 제공될 수 있는 수준으로 현실화하고, 수가항목을 재 조정하여 항목간 수가의 균형을 유지함으로써 진료행위의 거품을 시정하여야 한다.

보험급여의 범위나 수준을 향상시키기 위해서는 급여수준에 따른 보험료 인상, 국고지원 및 공동재정의 확대를 통한 재정안정화가 중요한 과제이다.

수 있으면서도 포괄적 의료, 예방의료가 강화될 수 있는 지불보상방식이 모색되어야 할 것이다. 이는 과잉진료, 진료왜곡 현상을 시정하여 의료자원의 낭비를 줄이는 효과를 낳을 것으로 기대된다.

넷째, 보험급여의 범위나 수준을 향상시키려면 무엇보다도 지역의료보험조합의 추가 재원확보 대책이 중요한 과제이다. 농어촌지역등 지역조합의 재정안정화를 위하여 보험료의 인상과 지역의료보험재정의 실질적인 50% 보장을 위한 국고지원 규모의 확충이 불가피하며, 재정이 구조적으로 취약한 지역조합에 지원이 강화되도록 국고지원 방식을 개선한다.

또한 보험조합간 구조적 재정취약요인에 의한 재정불안을 해소하기 위하여 공동재정을 확대한다. 그 일환으로 노인진료비에 대한 조합간 공동부담사업을 현행 65세 이상의 노인에서 60세 이상 노인까지 확대한다. 따라서 공동재정의 규모를 현재 보험료수입의 20%에서 30% 내지 40% 수준까지 상향 조정해야 할 것이다. 참고로 통일전 독일은 보험료수입의 30% 이상을, 네덜란드의 경우에는 70% 이상을 공동재정으로 사용하고 있다.

다섯째, 조합방식을 채택하고 있는 취지와 장점을 살리기 위하여 조합을 자율적으로 운영할 수 있는 권한과 그 경영권한에 수반되는 책임을 다할 수 있는 여건을 조성한다. 이를 위해서 조합대표이사에 대한 정부의 승인권 폐지 등 인사의 자율성을 부여하고, 조합은 정부의 가이드라인 내에서 보험료를 자율적으로 조정할 수 있도록 한다. 특히 소규모 조합의 통합을 유도하여 조합이 규모의 경제를 통해서 조합경영의 합리화를 기한다. 그 밖에도 관리운영비의 절감방안이 과감하게 추진되어야 한다.

끝으로 의료보험제도의 선진화는 성숙된 국민의식과 더불어 달성될 수 있다고 본다. 보험료부담은 가능한 한 적게 하면서 급여받는 것은 되도록 많이 받으려고 하는 생각은 하루 빨리 불식되어야 할 것이고, 아울러 무조건적인 평등의식도 지양되어야 할 것이다.