

건강보장의 미래전략

Strategy for the Future Development of National Health Insurance

최병호 한국보건사회연구원 연구위원

- 최근 정부는 차세대 건강보장혁신위원회를 출범시켰으며, 산하에 미래전략위원회에서 7대 전략과제를 제시하였는바, 본고는 미래의 건강보장의 비전과 전략적 과제를 제시하고자 함.
- 건강보장의 보장성 강화와 더불어 고령화, 소득상승, 기술발전에 따라 의료비 증가는 가속화될 것임. 의료자원의 효율적인 활용을 위해 의료비 통제방안을 마련하고, 의료비 투입 대비 효과성을 제고해야 함.
- 건강보장재정의 총액통제는 의료산업 및 제약산업 등 성장동력산업의 발전과 연관성을 맺고 있으므로 전략적 접근이 필요.
- 사회양극화의 심화는 건강격차로 이어져 건강보장의 사각지대를 양산할 것이며, 중산층도 질병비용으로 인한 가정파탄의 위험에 노출될 수 있음. 이에 대한 대책이 정책의 우선순위에 있어야 함.
- 따라서 건강보장의 보장성 구조를 개편하는 작업이 필요함. 의료급여제도를 건강보험제도로 통합하여 운영하는 방안, 재원조달방식은 조세방식을 포함한 근본적인 재검토가 필요함.
- 건강보장은 치료비를 보장하는 전통적인 역할에서 '건강의 질'을 보장하는 방향으로 전환을 검토해야 할 것이며, 이를 위해 현재의 보건의료조직들의 역할을 재편하는 작업이 필요함.

1. 머리말

건강보험 30주년을 기념하여 정부는 지난 2월 9일 '차세대 건강보장혁신위원회'를 출범시켰다. 동 위원회의 산하에 '건강보장미래전략위원회'와 '건강보장 30주년 기념사업추진위원회'를 두었다. 건강보장미래전략위원회에서는 7대 전략과제를 선정하였다. 7대 과제는 ① 중장기 국민의료비규모에 관한 연구, ② 공공과 민간보험간 적정역할 설정, ③ 건강보험 보장성

수준 및 달성 전략, ④ 저소득층 의료보장 강화 방안, ⑤ 건강보험료부과체계 개선방안 및 재원 확보방안, ⑥ 건강보험급여비 지불체계 개편방안, ⑦ 건강보험 서비스 질 제고방안이다.

지난 30년간의 1세대는 국민들을 질병위험으로부터 보호하는 제도적 장치와 관리시스템을 정착시키는 데에 주력하였다. 향후 30년간의 2세대는 지난 세대에 대한 평가와 더불어 새로운 환경변화에 능동적이고 창의적으로 대응하는 혁신적인 건강보장 시스템을 구상하여야 할

것이다. 본고는 이러한 맥락에서 건강보장혁신위원회가 마련하고자 하는 미래 구상과 전략에 대해 논의하고자 한다. 혁신을 위해서는 지금까지 관행적으로 받아들여온 제도나 관리방식에 대해 원점에서 다시 생각하는 파격이 필요할지도 모른다. 혹은 혁신이란 좀더 효율적이고 바람직한 방향으로 나아가는 점진적인 개선을 의미할지도 모른다. 어느 쪽이든 폭넓고 다양한 의견을 수렴하여 국민의, 국민에 의한, 국민을 위한 건강보장이 되도록 각계의 지혜를 모아야 할 것이다.

2. 건강보장의 미래 비전

1) 전 망

건강보장의 미래비전을 구상하기 위해서 미래에 전개될 여건변화를 몇가지 관점에서 전망해 보자.

첫째, 한국이 지속적으로 성장하여 선진국 반열에 오를 것이라는 전망은 우리의 희망인 동시에 의지이기도 하다. 국민의료비에 대한 대부분의 연구들은 소득이 국민의료비의 결정요인임을 밝히고 있다. 소득수준이 상승할수록 다른 재화에 비해 건강재에 대한 가치를 높이 평가하게 되고 건강재에 대한 수요가 늘어나 국민의료비가 증가할 것이다. 건강재에 많은 가치를 부여하게 될수록 건강재에 대한 소비는 양 보다는 질, 즉 양적인 의미의 보장성 중시로부터 질적

인 보장성 즉 '건강의 질'로 선호가 이동할 것이다. 이에 따라 건강재를 관리하는 공공조직인 건강보험공단이나 심평원, 질병관리본부, 국립보건원, 식약청, 보건소의 역할에도 새로운 변화를 요구하게 될 것이다.

둘째, 정보화와 첨단생명과학의 발전은 의료산업에서의 기술 발전을 촉진하고 의학의 발전은 인간의 수명을 연장시키고 의료비 증대를 더욱 촉진시킬 것이다. 인간수명의 연장이 건강수명의 연장으로 바로 이어지지 않고 만성질환과 기능장애 상태에서 수명이 연장된다면 의료비용 뿐아니라 연금을 비롯한 노인부양의 사회적 비용을 증대시킬 것이다. 한편 의료비 증가로 국민부담이 증가하는 부정적인 측면의 이면에는 산업으로서의 보건의료부문의 긍정적인 측면이 부각될 것으로 전망한다. 보건산업이 보건 의료인력을 주요 투입요소로 하는 노동집약적인 산업에서 첨단과학과 정보기술을 주요 투입요소로 하는 지식기반의 기술집약적 산업으로 전환하게 된다면 보건의료산업이 고부가가치의 성장동력산업으로 등장할 가능성이 있다. 고부가가치 산업은 국가간에 치열한 경쟁의 타겟이 될 것이므로 정부 차원에서 육성하게 될 것이고, 세계시장을 고객으로 삼게 될 것이다.

셋째, 건강보장성의 강화와 더불어 고령화의 급진전은 국민의료비를 기대 이상으로 증가시킬 가능성이 있다. 다른 재화와 마찬가지로 의료수요도 소비자 가격이 낮아지면 증가할 것이고, 보장성이 강화될수록 인위적으로 소비자가격을 낮추게 되므로 수요를 점증시키고 의료비

는 증가할 수 밖에 없다. 특히 현재의 행위별수가제도와 의료공급에 대한 규제가 약한 상황에서는 의료비 증가는 분명하게 예측 가능하다. 더구나 고령화의 급속한 진전은 장기질환자와 증증질환자 수를 증가시켜 의료비 증가를 가속화시킬 것이다.

넷째, 보건의료공급조직상에도 커다란 변화가 예상된다. 보장성 강화로 증증환자의 부담이 획기적으로 떨어지면 기술적인 우위에 있는 대형병원으로 환자들이 쏠리게 됨으로써 중소병원이 설자리를 찾기 어렵게 될 것이다. 이에 따라 대형병원의 대형화 경쟁은 당분간 계속될 것이다. 작은 규모의 병원은 첨단기술과 정보화를 통해 '작지만 강한' 조직으로 고객을 확보하려는 노력을 할 수 밖에 없을 것이다. 의원급은 병원과는 분명히 차별화되는 역할을 찾아가야 할 것이다. 한편 의료기관간의 네트워킹 혹은 통합을 통해 경쟁력을 확보하려는 노력이 강화될 것이다. 선진국에서는 수평적 통합과 수직적 통합이 이루어지고 있다.¹⁾ 이러한 보건조직상의 변화에 건강보장제도도 능동적으로 변화해야 할 것이고, 반대로 건강보장제도가 바람직한 의료공급조직의 변화를 유인할 수도 있을 것이다.

다섯째, 의료인력의 증가로 인구 대비 의사수가 선진국 수준에 도달할 것이고 이에 따라 의료인력에 대한 보상의 증가로 국민의료비는 증

가할 수 밖에 없을 것이다. 의료인력시장이 커진다는 것은 의료서비스에 대한 보상수준에 대한 압력의 힘이 더욱 커짐을 의미하고, 의료인력의 종별 갈등은 더 심화될 것이다. 건강보장제도의 수가보상 및 지불제도에 대한 정책형성과 집행은 더욱 어려워질 것이다. 인구구조의 변화와 질병구조의 변화, 새로운 질환들의 출현은 의료인력의 구조적 변화를 요구하지만, 현재의 의료인력 배출 시스템은 신속하게 대응하지 못하므로 의료인력의 양성 및 교육 시스템의 획기적인 전환이 일어나게 될 것이다. 특히 과학기술의 발전으로 첨단의료기기 및 장비가 전통적인 의사의 역할을 대체하는 시간은 멀지 않을 것이다. 의사의 역할에 새로운 변화가 나타날 것이다.

여섯째, 인간의 삶의 양식이 지속적으로 변화하고 진화함에 따라 질병구조가 변화하고 신종 질환이 끊임없이 발생하게 될 것이다. 과거에 원인 규명이 되지 않던 질환들이 새로이 밝혀짐으로써 의학지식과 의료환경의 변화를 가져올 것이다. 이에 따라 건강보장성의 개념이나 범위에 많은 변화를 초래하게 될 것이고, 지불방식과 관리시스템에도 변화를 요구하게 될 것이다.

일곱째, 근래에 급속히 진행되는 개방화와 세계화는 보건의료부문에서도 국가간에 서비스와 기술, 인력, 자본의 이동이 가속화됨으로써

건강보장제도에 심대한 영향을 미칠 것이다. 세계화가 국가간 양극화에 어떤 영향을 미치게 될지 정확히 예측하기는 어려우나, 국가간 경쟁을 통해 승자와 패자가 갈린다면 국가간 건강격차는 심화될 것이다. 한편 양극화는 국내에서도 산업부문별로 승자와 패자를 가를 것이고 몰락하는 산업에 종사하는 계층의 건강보장 사각지대에 대한 대책을 요청하게 될 것이다.

상기 여러 전망들은 결코 상호 배타적이지 않고 상호 연결되어 있다. 예상컨대, 의료비는 가까운 미래에는 계속 증가할 것임이 분명해 보인다. 따라서 의료비가 적정 수준이상으로 과도하게 증가하는 것을 통제할 기전이 마련되어야 할 것이고, 의료부문에서의 비용효과성을 평가하는 기법의 중요성을 인식하고 정부 차원의 연구개발 투자의 중요성은 증대할 것이다.

2) 건강보장의 비전과 전략

건강보장이 지향하는 궁극적인 비전은 일차적으로는 국민들을 질병 발생에 따른 비용부담의 위협으로부터 보호하는 것이 가장 중요하고, 이차적으로는 치료와 재활, 예방 및 건강관리를 통하여 국민의 건강수준을 향상시킴으로써 삶의 질을 지속적으로 제고하는 데에 있다.

이러한 비전을 실현하기 위한 정책목표들로서는 첫째, 건강보험 혹은 의료급여제도가 질병 위협의 사각지대가 발생하지 않도록 의료안전망을 확실히 구축하는 것이다. 둘째는 이러한 건강보장제도가 재정적으로 건전성을 확보해

야 하는 것이다. 재정건전성 없이는 제도의 운영이 가능하지 않고 의료안전망을 구축할 수 없다. 셋째는 건강보장의 혜택이 국민들에게 골고루 돌아갈 수 있도록 의료에 대한 접근성이 누구에게나 공평해야 한다. 의료접근의 불공평은 사회제도로서의 신뢰를 상실할 수 밖에 없어 제도의 존립이 어려워질 것이다. 넷째는 겉으로 비쳐지는 의료서비스의 양적인 보장을 넘어 의료의 질이 확보되고 만족되어야 한다. 의료의 질이 확보되지 않으면 제도적인 안전망이나 재정건전성, 의료접근의 공평성 등 모든 정책목표들이 가치를 상실하게 된다. 따라서 상기 네가지의 정책목표들은 상호 의존적이며 동시에 충족되어야 궁극적인 비전을 실현할 수 있다.

정책목표들을 달성하기 위한 전략은 다음 절에서 구체적으로 논의하되, 여기서는 전체적인 전략의 구도에 대해 간략히 정리해본다.

네가지 정책목표를 달성하기 위한 전략은 건강보장제도를 구성하는 네가지 요소, 즉 보장성, 자원, 지불보상, 관리운영의 측면에서 접근할 수 있다. 그러나 건강보장제도만으로는 건강보장이 지향하는 비전이나 목표를 실현하는 데에 한계가 있다. 국가의 전체 보건의료체계는 건강보장제도 이외의 보건의료제도들과 보건 의료공급체계 등 3자가 상호 직간접적으로 연계되고 영향을 미치기 때문이다.

의료안전망을 구축하기 위해서는 질병비용에 대한 보장이 이루어져야 함은 물론이고 의료보장의 혜택에서 소외되는 집단이 발생하지 않아야 할 것이다. 의료안전망을 유지하기 위해서

1) 수평적 통합은 기능이 다른 의료기관 유형들을 연계시켜 시너지효과를 기대하는 것이다. 예를 들면, 급성기 병원(acute), 준급성기 병원(subacute), 장기요양병원(long-term care)을 효과적으로 통합하여 환자의 상태변화에 따라 효과적으로 대응하면서 의료기관의 비용을 줄이려 한다. 수직적 통합은 규모별로 차별화되는 의료기관들을 종적으로 통합하여 효과적으로 환자를 의뢰함으로써 비용을 줄이고 네트워킹 의료기관의 경영효율을 제고하려 한다.

을 계획하고 있는 장기요양보험제도는 건강보장제도에서의 의료서비스가 종결된 이후에 장기적인 기능장애 상태에 빠진 환자들을 보호하는 제도이다. 그러나 장기요양상태에 있으면서도 질병 발생시 치료 및 간병, 혹은 재활 등 건강보장 서비스를 받아야 할 경우가 나타나므로 양제도간에 효과적으로 잘 연계되어야 재정적인 측면 뿐 아니라 환자의 효과적인 보호와 관리가 가능하다. 근래에 공적 건강보험과 민간건강보험간의 역할에 대한 논쟁이 치열하게 벌어지고 있는데, 전문가들사이에서 공보험과 사보험간의 적절한 역할론에 대해서는 의견이 달라지는 것은 당연할 것이나 정부부처들간에 일관된 합의가 이루어지지 않은 데에 논쟁이 촉발된 원인이 있다. 사보험의 영역을 어떻게 정의하느냐에 따라, 혹은 공보험의 영역을 어떻게 정립해나가느냐에 따라 공적 건강보장의 재정, 의료접근성 및 의료의 질 등에 심대한 영향을 미칠 것이다.

건강보장은 통상 질병의 치료 및 재활, 건강검진 등 예방적인 서비스 영역을 담당하는데 근래에는 만성질환자에 대한 건강관리 및 정보제공 사업 등 평생건강관리 및 건강증진의 영역까지 범위를 넓혀가려 하고 있다. 특히 최근에는 건강투자자의 관점에서 건강보장제도를 접근하려는 정책의지를 표명하고 있기 때문에 기존의 건강증진기금 사업의 영역과 분명한 선을 긋기가 어려워지고 있다. 물론 기존의 건강증진기금이 순수한 건강증진사업에 투자되었다기 보다 보건의료부문의 정책사업들과 건강보험사업을 추진하기 위한 금고의 역할을 하였다. 향후 건

강증진기금 사업들이 제자리를 찾아갈 때에 건강보장제도가 수행해야 할 역할과 잘 연계되어 국민의 건강수준을 향상시키는 데에 기여할 것이다.

3. 건강보장의 현재와 미래전략

1) 건강보장 수준의 현위치

건강보장과 관련된 몇가지 주요지표들을 <표 1>과 같이 OECD 평균과 비교하면 한국이 가장 중점적으로 추진해야 할 정책은 보장성을 강화하는 것이며, 공공재정을 확충해야 함을 알 수 있다. 특히 입원부문의 환자본인부담을 획기적으로 경감할 정책이 무엇보다도 중요하다. 입원과 관련한 병상수와 전문의수는 평균에 비해 크게 부족하지는 기본적인 인프라는 형성되어 있다. 따라서 급성기질환의 보장성 확보를 위해서는 재정 투입이 관건이다. 다른 한편, 한국이 취약한 점은 장기요양병상과 간호사가 극히 부족하여 환자의 간병 부담이 매우 심대해질 수 밖에 없다. 의사수가 적어보이지만 한의사가 제외되었고 한국의 의사의 배출 속도에 비추어 그다지 심각하지는 않은 듯 하다. 다만, 일반의수가 극히 적어 형식적으로는 일차의료가 취약한 구조이다. 그러나 일차의료를 전문의가 담당하는 한국의 의료시장이 왜곡되었다고 단정하기는 어렵다. 약사수는 상대적으로 과도한 모습을 보이고 있으며, 의약분업을 도입하고 시행하는

과정에서 갈등이 나타날 수 밖에 없는 하나의 원인으로 작용하였다.

의료의 접근성은 평균에서 벗어나지 않고 있어 건강보장 정책이 성공적으로 시행되고 있다고 볼 수 있다. 그러나 외래방문은 지나치게 많아 의료자원을 낭비하는 과열된 양상을 보이고 있다. 의료보장의 적용율은 100%로서 공식적인 안전망과 최소한의 접근의 형평은 이미 갖춘 셈이다. 그러나 현실적으로 존재하는 사각지대에 대한 실태와 개선노력이 요구된다.

건강보장 및 보건정책의 결과로 나타나는 건강수준은 평균에 조금 못미치지만 낮은 보장성과 다소 취약한 보건의료 인프라에 비추어보면 상당히 괜찮은 성과를 나타내고 있다. 다만, 질적인 측면의 건강수준인 자기판단건강상태는 상대적으로 낮게 평가되고 있어 국민들의 건강에 대한 자신감과 건강보장에 대한 신뢰를 제고하는 노력이 필요하다. 한편 건강수준의 계층간 격차에 대한 지표들은 빠져있다.

표 1. 건강보장 수준에 있어서의 OECD 국가와 한국의 비교

부 문	지 표	OECD 수준			한국수준	기준 연도
		최 소	최 대	평 균		
의료비용 보장성	본인부담율, %	52.30	7.53	20.29	40.00	2001
	입 원	40.58	0.67	15.78	33.62	2001
	외 래	92.22	5.41	35.85	50.72	2001
	본인부담/GDP, %	4.426	0.442	1.633	2.161	2001
	공공재정비중, %	44.72	91.42	71.74	52.00	2001
의료접근성	의료보장적용율, %	25.30	100.00	95.65	100.00	2001
	1인당 입원일수	0.3	2.3	1.17	0.93	2001
	1인당 방문일수	2.5	14.5	6.89	12.22	2001
건강수준	사망률(10만명당)	971	460.4	652	719	2001
	PYLL(일수)	7003	290.8	4062	4397	2001
	평균수명(세)	68.7	81.8	77.8	75.5	2003
	영아사망률(10만명당)	40.6	2.7	6.8	7.0	2001
	자기판단건강상태('good' 이상 %)	40.6	88.9	68.4	45.6	2001
보건 인프라	병상수(천명당)	1.1	14.4	6.0	6.6	2002
	장기요양병상수(천명당)	0.2	11.7	4.1	0.2	2003
	의사수(천명당)	1.4	4.4	2.8	1.5	2002
	일반의수(천명당)	0.1	2.1	0.85	0.1	2002
	전문의수(천명당)	0.6	2.5	1.66	0.9	2002
	약사수(천명당)	0.2	1.3	0.72	0.6	2002
간호사수(천명당)	1.7	15.3	7.96	1.7	2002	

자료: OECD Health Data 2005.

2) 건강보장의 보장성 확보

건강보험공단이 조사한 건강보험의 보험자 부담율은 2004년에 61.3%(본인부담율은 38.7%이며, 법정부담율 24.2%, 비보험부담율 20.2%로 구성)였으며, 2005년 기준의 보험자부담율은 61.8%로써 다소 상승하였다.

정부가 보장성을 강화하려는 의지에도 불구하고 목표보장율 70%를 달성하는 과학적이고 계량적인 방안을 설계하기는 쉽지 않다. 보장율 계산의 분모가 되는 진료비는 의료환경변화에 따라 예측하기 어려운 정도로 가변적이기 때문이다. 3대 비급여 중 식대는 2006년 7월에 급여화하였으므로 병실차액료와 선택진료료가 남아

있다. 그런데 병실차액료와 선택진료료는 우리나라 의료제공체계의 특수성에 주로 기인하고 있기 때문에 의료제공체계의 개편과 더불어 풀어나가야 할 문제이다. 그 외 의료행위, 의약품 및 재료 중에서 비급여로 남아있거나 앞으로 비급여로 계속 개발되는 항목들의 보험급여범위 포함 여부는 행위별수가제 하에서 보편적인 보장이 필요한 '필수진료'인지의 여부에 따라 결정되어야 할 것이다. 보장성의 목표치를 계량적으로 관리하기 위해서는 계산의 분모에 해당하는 진료비의 표준범위에 대한 정의가 내려져야 한다. 소위 국가건강보장에서 필수적으로 보장하는 것이 타당한 GHCP(Guaranteed Health Care Package)를 공적 보험급여로 정의하고, 그

범위내에서 건강보험의 재정형편, 보험정책 및 환자의 경제적 부담능력을 고려하여 본인부담율을 점진적으로 조정해나가는 것이 바람직하다. GHCP를 벗어난 비보험부분은 최신의료기술 등 보편적인 사회보험으로 보장할 수 없는 항목들로서 전액 환자의 부담이 되어야 할 것이다. 비보험 영역이더라도 안전성과 유효성에 대한 검증을 통해 의료서비스로 인정받은 후 환자에게 제공되어야 함은 물론이다. 문제는 보편성의 범위에는 가치가 개입되고, 기술적이고 조작적인 정의가 쉽지 않다. 의학기술의 빠른 발전과 삶의 질적 다양성, 의료환경의 가변성은 의료서비스 영역 뿐아니라 비의료적 서비스 영역에서 비보험 영역의 외연을 확장할 가능성이 있다.

한편 보장성 강화의 우선순위에 대한 논란이 있다. 항목 중심으로 확대할 것이냐, 질환 중심으로 확대할 것이냐, 혹은 진료비의 크기 중심으로 보장성을 강화할 것이냐 등 세가지로 구분할 수 있다. 그동안의 급여확대 과정을 보면 CT, MRI, 식대 등 비급여항목을 급여화하는 정책에 중점을 두었으며, 이와 병행하여 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환 등의 치료에 필요한 서비스 항목들을 급여화하거나 본인부담을 인하하는 정책을 시행하였다. 더불어 본인부담상한제를 통해 환자의 비용부담을 경감하는 정책을 단계적으로 확대해 왔다.²⁾ 최근에는 출산을 장려하기 위해 출산 및 아동과 관련된 급여를 확대하고, 건강검진 등 건강투자의 관점에

서 급여를 확대하는 정책을 강조하고 있다.

보장성의 우선순위는 1차적으로 보험원리에 충실하여야 하고, 2차적으로 보건정책 및 사회정책적인 목적을 감안해야 할 것이다. 예측하기 어려운 심각한 위험이 발생했을 때 확실히 보장되어야 하는데, 현재 중대질환 발생시 환자의 부담은 여전히 무겁다. 대만의 경우, 31개 질병군 200여개 중대상병에 대해서는 본인부담을 면제하고, 입원건당 본인부담이 1인당 국민소득의 6%를 넘지 못하도록 하고, 연간본인부담은 1인당 국민소득의 10%를 넘지 못하도록 하는 본인부담상한제³⁾를 시행하고 있음은 눈여겨볼 만하다. 중대질환에 대한 환자부담을 낮추기 위해서는 필수진료에 해당하는 비급여를 급여로 우선 전환하고 환자부담율을 조정해나가야 할 것이다. 따라서 필수진료의 정의와 범위에 대한 기초적인 연구가 우선되어야 한다. 한편 비교적 예측이 가능하고 상시적으로 발생하는 잦은 빈도의 질환은 보험급여의 우선순위가 낮아야 한다.

보장성의 목표를 일률적으로 70% 혹은 80%로 정하기 보다는 중대질환에 대한 보장율이나 고액진료비에 대한 보장을 들 실질적인 '체감' 지표들을 정책목표로 삼는 것이 좋겠다. 전체적인 보험급여를 확대해나가면 결국 보험료를 인상하거나 국고지원이 늘어나야 하는데, 어느 쪽이든 큰 갈등이 예상된다. 지역보험료에 대한 부과방법이 여전히 안정적이지 못한 상태에서

표 2. 건강보험의 보장성 실태('실제진료비 대비 보험급여의 비율')

		2004	2005	비 고
전체		61.3%	61.8%	당초계획: '05년 65%, '06년 68%, '07년 70%, '08년 71.5%
요양기관종별	종합전문병원	43.8%	52.9%	• 병원급의 보장성이 강화되는 반면 의원급(약국)의 보장성 다소 후퇴 • 그러나 여전히 일차의료의 보장성이 강함.
	종합병원	51.7%	55.3%	
	의원	67.5%	64.4%	
	치과의원	38.3%	47.5%	
	한의원	66.4%	63.2%	
입원/외래	약국	73.0%	70.8%	• 외래에 비해 입원의 보장성이 상대적으로 취약함.
	입원	54.9%	57.5%	
중질환자	외래	56.9%	58.4%	• 특정 중질환중심의 보장성에 중점
	암환자	49.6%	66.1%	
	뇌혈관수술환자	50.7%	60.8%	
고액진료환자	심장질환수술환자	52.7%	66.9%	• 고액환자의 보장성 강화
	500만원 이상	49.0%	59.6%	
	2000만원 이상	46.8%	66.0%	

자료: 김정희·이호용, '2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사', 건강보험포럼, 국민건강보험공단, 2006 겨울호.

2) 현재에는 30일간 법정본인부담이 120만원 초과시 50% 보전하고, 6개월간 법정부담 300만원 초과시 초과분을 보전하고 있다.

3) 한화로 각각 82만원, 141만원(2004년 기준)

보험료를 계속 인상하기에는 한계가 있다. 만약 보험료부담의 많은 부분이 직장근로자에게 전가될 경우에는 건강보험에 대한 근원적인 불신을 초래할 것이다. 건강보장에 대한 국고지원은 일반회계와 담배부담금으로부터 확보되는데, 전체정부재정에서 건강보장 부문에 투자할 논리적 정당성을 찾지 못한다면 국고지원의 확보가 용이치 않을 것이다. 이 때문에 건강보장에 대한 재정투입을 건강투자의 관점에서 조명하고, 건강투자가 국민의 건강수준을 향상시켜 인적자본의 생산성을 향상시키고, 나아가 건강한 사회가 사회적 자원을 신장시킴으로써 성장과 부의 창출에 기여할 것이라는 논리를 개발하고 있다.

건강보장이 의료위험의 안전망과 건강투자의 두가지 접근이 가능하지만 우선순위는 의료위험의 안전망에 두어져야 한다. 의료안전망이 와해되면 국가에 대한 신뢰와 사회통합이라는 더 큰 가치가 무너지게 된다. 건강에 대한 투자는 다른 부문에 대한 투자에 비해 얼마나 비용효과성 측면에서 우월한지에 대한 검증이 필요할 것이다. 건강투자부문 중에서도 세부적인 부문별로 투자효과성은 다를 것이므로 투자의 우선순위에 대한 연구가 필요하다.

건강보장성을 확보하는 데에 필요한 필수진료의 범위를 정하고 우선순위에 따라 급여를 확대해나갈 때에 비보험 서비스의 본인부담이나 우선순위에서 밀리는 소액진료비에 대한 본인부담, 그리고 노후에 얼마나 발생할지 모르는 간병비용 등에 대비하여 평소에 저축으로 적립

해나가는 '의료저축계정'의 도입을 검토해볼 필요가 있다. 국가가 질병위험과 관련한 모든 비용을 보장하는 데에는 한계가 있고 또 바람직하지도 않기 때문에 정부가 세제 및 금융상의 도움을 통해 개인이나 가족이 스스로 준비할 수 있도록 유인할 수 있다.

3) 재원조달의 효율성

건강보험의 재원은 보험료, 일반회계국고 및 담배부담금 지원으로 구성되어 있다. 재원의 구성을 2005년 결산기준으로 보면 직장보험료 60.0%, 지역보험료 20.6%, 일반회계국고 13.7%, 담배부담금 지원 4.6%, 기타 1.1%로 구성되었다. 국고지원규모는 2001년 재정위기 이후 2002년부터 전체지출의 약 20%수준을 유지해 왔으나, 2006년말 건강보험법 개정에 의하여 2007년도부터 국고지원금은 예상되는 보험료수입의 20% 상당액이 됨으로써 국고지원규모는 줄어들게 되었다. 이에 따라 재원을 보험료에 많이 의지해야 할 처지에 놓이게 되었다. 그러나 불행히도 지역가입자에 대한 보험료부과체계의 지속가능성 문제는 건강보험 출범 이후 오늘까지 항상 원죄(原罪)처럼 따라다니고 있다. 건강보험공단의 자료에 의하면 근래 5년간 보험료체납자는 지속적으로 증가하고 있고 체납액도 매년 늘어나 누적체납보험료는 2조5천억원에 달하고 있다.

국고지원에 대한 그동안의 논의는 국고지원은 재정지출의 일정율이 아니라 소득계층에 따

라 보험료를 차등지원하는 방식이 강력하게 대두되었다. 그러나 근원적으로 소득계층을 분류하는 현실적인 방안을 강구하기가 어려웠다. 다른 대안으로는 보험료 납입능력이 없는 계층에 대한 보험료지원과 더불어 빈곤층이나 중증장애인 등 의료취약계층에 대한 본인부담을 지원하거나, 사회적으로 보호해야 할 특정질환들에 대한 지원 등 선택적이고 전략적인 지원방식이 제안되기도 하였다. 포괄적 지원방식은 포괄보조금 범위내에서 유연한 지원이 가능한 장점이 있는 반면에 확보된 보조금의 쓰임새에 대한 고민이 해이해지는 단점이 있다. 항목별 지원방식은 필요한 곳에 합목적으로 지원되는 장점이 있는 반면에 재정운용이 경직화되고 행정이 복잡해지는 단점이 있다. 포괄적 지원방식을 채택한다면 보험료수입의 일정율 보다는 보험급여의 일정율을 지원하는 것이 논리적으로 타당하다. 보험급여의 일정율에 해당하는 국고지원금으로 보험자가 선택적이고 전략적으로 지원할 수 있는 방안을 마련하는 것이 재정운용의 효율성을 높일 수 있을 것이다.

보험료부과체계의 근본적인 문제는 지역가입자, 소위 자영소득자, 비정규근로자 및 농어민 등의 소득과약의 어려움에 있다. 이 때문에 지역가입자의 보험료는 가구의 성·연령 구성, 재산(부동산과세표준), 자동차의 가치, 과세소득 등 다원적인 요소에 근거하여 산정하고 있다. 보장성을 강화하기 위해서는 보험료의 인상이 불가피한데 보험료 인상에 대해서 저항이 따르겠지만, 더욱 상황을 어렵게 만드는 것은 보

험료부과방식에 대해 납득하지 못하는 민원이 급증하는 것이다.

보험료부과체계의 불안정성이 해결될 가능성이 희박하다고 판단하여 조세에 의한 재원조달이 대안으로 떠오르기도 한다. 조세방식은 통상 국가가 보건의료서비스 공급의 주체가 되는 NHS 체제에서 채택하고 있는데, 우리나라는 민간이 의료서비스 공급을 주도하고 있다. 그러나 민간중심의 의료공급체계 하에서 조세방식을 채택하는 것이 불가능한 것은 아니다. 현재의 건강보장제도를 'privately provided public good'으로 간주한다면 재원조달방식은 사회보험료이든 조세이든 큰 차이가 없을 수 있다. 조세로 조달할 경우에 나타날 가장 큰 문제는 어떤 부과요소에 어떤 방식으로 부과하느냐에 따른 조세저항이 될 것이다. 20조원에 달하는 세금을 추가로 조달하는 것은 조세정책상 큰 도전이 될 것이고, 건강보장지출은 예산금액의 범위내에서 운용하기 어렵기 때문에 매년 추가경정예산을 편성해야 할 것이다. 조세저항을 최소화하기 위해서는 현재의 보험료 부과요소를 조세의 부과요소로 응용하여 목적세 형태의 건강보장세를 부과하는 방안을 생각해볼 수 있다. 과세소득 및 부동산과세표준에 대해서 매월 일정율의 건강보장세를 부과하고, 자동차에 대해서는 자동차세에 대한 부가세 형태의 건강보장세를 부과하고, 성·연령을 감안하여 세대원에 대해 부과하는 인두제방식의 보험료에 대해서는 주민세에 대한 부가세 형태로 부과하는 방안을 생각해볼 수 있다. 그 외에 부동산 뿐만아니라 금융자

산에 대해서도 부과하는 것이 형평에 맞을 것이고, 건강위해물질인 담배, 주류, 화석연료의 소비에 대해서도 건강보장세를 부과하는 것이 합당할 것이다. 이러한 형태의 목적세를 도입하게 되면 기존의 보험료 부담구조와는 괴리가 발생할 것이다. 어느 계층의 부담이 늘어나고 줄어드는지에 대한 분석이 필요할 것이고, 이에 따른 부담의 조정이 이루어져야 할 것이다.

4) 지불보상제도의 개편

현행 지불방식은 행위별수가제를 대부분의 진료영역에 적용하고 있다. 포괄수가제로서 DRG 방식은 입원 7개 진단군에 한해서 선택적인 적용을 허용하고 있으며, 일당제는 보건기관과 의료급여의 정신과질환에 한정하여 적용하고 있다. 요양병원에 대해 질환군별 일당제를 시범사업으로 추진하고 있으며 2008년에 전체적인 적용을 추진하고 있다. 입원부문에 대한 DRG 방식의 적용은 오랜 시범사업을 통해 행정적으로 시행에 무리가 없음에도 불구하고 전면적용에 대한 의료계의 저항으로 원하는 의료기관만 시행함으로써 전략적인 차질을 빚게 되었다. 성실하게 꾸준히 준비하는 것만으로는 정책이 성공적으로 도입되지는 않는다는 선례를 남기게 되었다.

한편 현재 근간이 되는 행위수가제가 진료부문간, 행위간 보상에 있어서 상대적인 균형을 맞추지 못함으로써 왜곡을 낳고 있는 것은 의료계 스스로도 인정하고 있다. 정상적인 상대가치

로 보정하기 위한 개편작업이 거의 3년간에 걸쳐 이루어졌지만 여전히 의과(의과내에서도 전문과목별), 치과, 한방, 약국 등 요양종별 단체들이 수용하지 못하고 있다. 행위수가제의 치명적인 단점은 의사가 자의적으로 행위량을 늘려 수입을 보전하려는 유인이 작동하는 것이다. 이 때문에 대부분의 선진국들은 행위별 상대가치에 따라 보상하되 전체적인 총액을 통제하는 기전을 마련하고 있다. 미국의 경우에도 지속가능한 범위의 증가율(SGR: sustainable growth rate) 기준을 진료행위의 총액을 통제하는 데에 적용하고 있다. 우리나라의 경우 행위별 수가수준을 산정하는 데에 그동안 주로 표본의료기관의 원가분석에 의존하여 왔다. 이 방법의 문제는 의료기관수가 증가하거나 병상, 인력 등 의료자원의 공급이 증가함에 따라 발생하는 원가 총액의 증가가 그대로 보험재정의 증가에 반영되는 데에 있다. 의료기관종별로 다른 원가구조의 차이를 반영하여 종별로 수가수준, 소위 환산지수를 별도로 계약하는 방안을 2006년부터 도입하도록 의료계와 공단이 합의하였으나 아직 지켜지지 않고 있다. 다른 하나의 심각한 문제는 원가를 누가 계산하느냐에 따라 큰 차이가 발생하고 있고, 의료기관종별로 원가계산 결과가 해마다 달라 원가의 진실은 안개속에 가려져 있다. 지불보상방식의 개편과 보상의 수준을 둘러싼 논의에서는 이해타산에 따른 갈등으로 시간만 끌고 있는 양상이 계속되고 있다.

행위수가제나 DRG 모두 외국의 방식과는 다르게 적용되는 데에서 오는 혼란과 갈등이 있

다. 대부분의 선진국에서 행위별 보상은 의사의 전문적인 서비스에 대해서만 적용하고 있고, DRG는 병원의 관리비용에 대한 보상방안으로 적용하고 있다. 그러나 우리나라의 경우 행위별 수가는 의사서비스 뿐아니라 의약품 및 재료, 의료기관의 관리비용 까지 포괄하고 있으며, DRG 역시 마찬가지이다. 의료기관종별로 차이가 나는 인력 및 시설의 질적 격차는 종별가산율로 조정해주고 있다. 따라서 생산에 투입되는 주요 투입요소의 특성에 따라 지불방식을 달리 하는 것이 바람직한지에 대한 검토가 필요하다. 예를 들면, 인적 서비스에 대한 보상은 행위별 수가 혹은 인두제, 투입자본에 대한 보상은 성과에 기반한 예산제, 환자군별로 경상적으로 발생하는 비용은 DRG, 의약품 및 재료 등은 별도 보상의 예산제 등이다.

지불방식의 개편의 또 하나의 방향은 진료부문별로 서비스의 특성이 다르고 인센티브 구조가 다르기 때문에 특정 진료부문에 적합한 지불방식을 채택하는 것이 바람직하다. 이러한 개편을 성공적으로 이끌기 위해서는 진료부문별 특성과 인센티브 구조에 대한 면밀한 진단이 따라야 하며, 진단 결과를 바탕으로 적합한 지불방식을 시범적으로 적용하고 시범사업에 대한 평가가 있어야 한다. 새로운 지불방식의 적용으로 해당 진료부문의 공급자와 환자에게 가져다줄 이익을 설득할 수 있어야 하고, 건강보장의 재정에는 어떤 영향을 미칠 것인지 전망해야 한다. 해당 진료부문에서 새로운 지불방식을 받아들이지 않을 경우에 예상되는 손실에 대해서도

설득이 필요할 것이다.

선진국들이 겪은 지불방식의 역사적 동향은 총진료비의 총액을 규제하는 방향으로 수렴되어 왔다. 진료부문별로도 지불보상의 단위는 구체적인 개별항목 단위에서 여러 항목을 묶는 포괄화의 길을 걸어왔다. 우리나라의 경우 포괄적인 보상방식의 적용은 국공립의료기관부터 적용하고, 민간의료기관들에 대한 시범사업을 거쳐 전격적으로 확대적용하는 방안을 추진하는 것이 좋을 듯 하다. 이때에 의료계에서 전격 수용할 수 있는 보상수준과 함께 다른 정책적 현안들을 함께 협의하는 게 좋겠다.

5) 건강보장 서비스의 향상 및 관리운영의 효율성 제고

건강보장의 관리운영방식의 효율성 문제는 건강보험제도가 출범하면서부터 이념적인 색채가 개입되면서 뜨거운 논쟁이 벌어졌고, 1998년 이후에 통합방식으로 가닥을 잡아 조직을 통합하여 단일보험자 조직으로 운영되고 있고 재정도 통합운영하고 있다. 최근에는 예산당국 및 재정학자들이 건강보험재정을 기금으로 전환하여 정부예산회계와 동일한 편성 및 집행, 결산절차를 거칠 것을 요구하고 있다.

관리운영의 효율성을 제고하기 위해서는 과거와 같은 통합과 조합의 논쟁은 큰 실익이 없을 것으로 판단된다. 건강보험공단과 심사평가원으로 이원화된 보험자조직의 생산성을 제고할 수 있는 조직 및 기능 개편이 검토되어야 할

것이다. 특히 이러한 개편은 철저하게 수요자 즉 환자와 의료공급자의 입장에서 고객지향적인 개편이 이루어져야 한다. 이러한 관점에서 몇가지 방향을 제시하자면 다음과 같다.

첫째는 첨단정보화시대에 걸맞게 건강보장의 관리운영 시스템이 정보화의 관점에서 구축되어야 할 것이다. 그동안 개인정보의 침해를 이유로 도입이 지연되고 있는 가입자의 전자카드의 도입도 이제는 적극 추진되어야 할 것이다. 보험자와 공급자, 가입자 3자간에 가입자의 자격정보, 보험료납입기록, 보험급여기록(예방접종기록 포함)이 실시간으로 연계되어야 할 것이다. 다만, 보험급여기록은 개인정보보호 차원에서 상당한 주의를 요한다. 정보화를 통해 가입자가 365일을 초과하여 급여를 받거나 동일 질환으로 여러 의료기관을 이용하거나 불필요한 처방을 받는 것과 같은 비정상적인 의료이용을 통제해야 한다. 한편 환자에 대해 처방을 내리는 의사나 조제를 하는 약사에 대해 환자의 질환에 대한 정보와 함께 어떤 의약품을 복용하고 있는지에 대한 정보를 제공함으로써 적절한 처방과 투약이 행해지는 것이 바람직하다. 그리고 가입자에 대한 보험급여정보에 대한 분석을 통하여 가입자의 건강관리에 필요한 정보를 제공하는 서비스가 필요하다. 의사의 IC 카드와 환자의 IC 카드를 의료기관에서 동시에 읽어 보험진료비청구를 전자화함으로써 청구의 투명성을 확보하는 것도 필요할 것이다.

둘째로 환자의 의료이용체계에 대해 적절한 통제가 필요하다. 현재 의료기관의 선택은 가격

과 질에 대한 소비자의 주관적인 판단에 맡겨져 있다. 의료서비스에 대한 올바른 정보가 결여된 상태에서 의료서비스에 대한 소비는 의료이용의 왜곡과 낭비를 낳게 된다. 의료기관종별로 혹은 전문과목별로 구분되는 기능에 따라 환자가 자신에게 적합한 의료공급자를 선택할 수 있는 이용체계의 마련이 필요할 것이다. 예를 들면, 일차의료에의 접근성을 확보하는 것이 중요하다면 주치의제도의 도입을 검토할 수 있다. 한국 상황에 적합한 형태의 관리의료(managed care)방식의 채택도 검토할 수 있다. 관리의료방식을 적용하게 되면 현재의 보험자 기능에 많은 변화가 와야 한다. 즉 보험자가 지역단위로 의료공급자와 계약을 하고, 환자는 의료공급자를 선택하여 등록하는 시스템을 관리해야 한다. 그런데 현재의 보험자는 단일보험자이기 때문에 보험자가 독점적 권한을 행사할 위험이 있다. 따라서 환자 및 의료공급자들이 보험자를 평가하고 견제하는 메카니즘이 필요할 것이다.

셋째로 건강보험 통합조직에 대한 재검토가 필요할 것이다. 보험자의 기능을 가입자관리, 재정관리, 심사 및 평가 기능 등으로 구분해볼 때에 하나의 조직에서 담당하는 것이 효율적인지, 현재와 같은 공단과 심평원 이원화 조직이 효과적인지, 현재 보다 조직과 기능을 분권화하고 기능간 연계와 경쟁을 촉진하는 것이 효율적인지에 대한 검토가 필요하고, 통합이 추진된 이후의 관리운영 시스템에 대한 평가가 필요한 시점이다. 미국의 CMS나 대만의 건강보장청과 같은 조직은 비교의 대상으로 참조할만하다. 미

래의 건강보장조직은 연구중심의 정부조직으로 개편하여 진료의 적정성 평가뿐 아니라 급여 심사기준의 개발, 요양기관 서비스의 평가, 장비 및 치료재료와 약가의 재평가 등을 담당하는 방안을 모색하고, 집행기능은 정부와의 계약으로 통해 외부의 비영리 혹은 영리의 민간조직으로 위탁하는 방안을 구상해볼 수 있다. 한편 건강보장의 관리를 자치단체 혹은 진료권 단위로 자율성을 부여하는 방안을 검토해볼 수 있다. 자치단체단위로 보건의료 인프라나 공공보건 조직과 연계하여 의료서비스와 함께 건강관리 및 건강증진 서비스를 제공할 수 있다. 자치단체단위로 보험급여의 사후관리 기능을 부여하고, 향후에 지역별 총액계약제와 같은 지불보상 방식의 도입과 같은 구상도 모색해보아야 한다. 진료비심사와 지불을 지역자치단체 단위의 보험관리자에게 맡김으로써 보험재정관리의 효율성을 도모해볼 수 있다. 즉 통합된 단일보험자 시스템속에서 내부적인 시장 메카니즘을 작동시키는 방안을 모색하는 것이다.

넷째, 4대 사회보험 중에서 국민건강보험의 재정은 국회의 통제를 받지 않고 있다. 건강보험은 국가통합재정에서도 제외되고 있다. 건강보험재정도 넓은 의미에서 정부의 재정활동이며 국민부담이므로 최소한 기금으로 운용되어야 한다는 주장이 대두되고 있다. 이러한 주장에 따르면 그동안 수가와 보험료의 결정이 의료계와 보험자간에 많은 갈등을 겪기는 했지만 계약과 합의에 의해 결정되었던 관행이 후퇴할 가능성이 있다. 건강보험도 강제적인 국민부담

이란 측면에서 일반예산에 대한 통제와 같지는 않더라도 국민의 통제를 받는 시스템이 필요할 것이다. 대표성있는 가입자단체 및 공익대표가 참여한 의사결정구조 속에서 사회적 합의가 이루어지는 현재의 시스템에 대한 가치 평가가 필요하다. 이러한 사회적 합의 구도에 대해 상호 비효율적이라 생각하고 불신하게 된다면 결국 건강보장재정은 기금이나 특별회계로 전환되어야 할 운명에 놓일 것이다.

6) 공공과 민간보험간 적정한 역할관계

공보험과 민간보험의 균형있는 발전은 보건 의료의 발전을 위한 전략으로서의 공공성 확보와 시장유인 양자를 병행 추구하는 것과 그 맥을 같이 한다. 그리고 보건 의료시장의 외부적인 환경으로써 시장개방이 가속화되고, 고령화·저출산에 따른 성장둔화의 위험과 건강리스크의 증대, 그리고 갈수록 건강한 삶에 대한 욕구의 증대, 신기술의 혁신과 확산이 가속화될 것으로 전망되므로 의료위험의 보장장치로서 공보험으로 대처하기에 한계를 노출할 수 밖에 없고 의료시장에서 민간보험에 대한 수요가 생기는 것은 당연하다.

공보험과 민간보험의 균형있는 발전은 의료공급자들의 역량(capacity)을 강화시킬 것이고, 소비자의 위험보장의 완결성이 제고될 수 있다. 의료공급자의 역량의 증대와 강화는 제약산업이나 의료기기 및 장비산업, 생명공학이나 전자산업의 발전을 파생시킴으로써 의료시장의 발

전에 기여하게 되고, 궁극적으로 국민건강수준의 향상에 기여하고 의료산업을 성장동력산업으로 견인하게 될 것이다.

공보험으로써 국민건강보험이 수행하는 기능은 다음 몇가지로 요약할 수 있다. 즉 질병위험의 보장, 위험보장을 위한 재원의 조달, 의료공급자에 대한 지불보상, 건강보험시스템의 관리운영 등이다. 이러한 공보험의 기능을 검토하건대 공보험이 수행하는 과정에서 일정한 한계에 봉착되며, 그러한 한계를 보완하기 위해 민간보험이 수행할 역할이 대두된다.

첫째, 질병위험의 보장 측면에서 공보험은 보편적인 보장을 하고 싶어 하지만 재원의 한계와 의료자원의 효율적 배분을 고려하면 필수적인 서비스에 한정할 수 밖에 없다. 민간보험은 이러한 공보험의 보장성의 한계를 보완하는 역할을 하는 것이다. 공보험은 국민들에게 균등한 보장을 할 수 밖에 없기 때문에 다양한 니드와 고급서비스 니드의 보장에 한계를 가지기 때문에 민간보험이 수요계층별로 차별화된 니드를 충족시키는 역할을 하게 된다.

공보험이 중증질환 중심의 보장에 충실하게 되면 경질환(minor risk) 및 비보험 영역(신기술이나 non-medical 서비스 등)에 대한 보충적인 보장은 민영보험과 공보험간의 경쟁을 허용해 볼 수 있다. 경질환 보충보험은 관리의료(managed care)방식이나 의료저축계정(MSA)의 도입을 모색해 볼 수있다. 공보험은 또한 전통적인 필수의료에 대한 보장을 넘어 새로운 영역으로 외연을 넓히고 역할의 변화를 가져올 수

있다.

국민건강보험이 의료기관에 대한 계약제를 도입하게 되면 민간보험은 환자의 비계약 의료기관 이용에 대한 대체적인 서비스를 제공할 수 있다. 또한 민간보험은 보험회사별로 질적 수준이 확보되는 의료기관과의 계약을 통하여 의료기관간의 경쟁을 유도하고, 경쟁을 통한 의료의 질적 수준 향상과 의료비절감을 도모하게 될 것이다.

둘째, 고소득 자영업자집단에 대해 공공 및 민간보험의 선택을 허용하는 경쟁 시스템을 도입하고, 공무원이나 사립교원 및 기업 집단에 대해서는 단체별로 각각의 공보험 혹은 민간보험을 선택하여 위탁운영하는 방안을 강구해볼 수 있다. 나머지 계층에 대해서는 국고의 투입으로 보험료 부담을 낮추거나 면제함으로써 사각지대를 해소하는 혁신적인 조치도 폭 넓게 검토해 볼 수 있다.

셋째, 의료공급자에 대한 지불보상의 인센티브 동기를 부여하는 면에서 민간보험의 동기가 공보험 보다 더 강력할 것이다. 공보험은 의료공급자가 청구하는 비용을 철저히 감시할 인센티브가 다소 미약하고, 의료비 투입의 효과성을 모니터링할 시스템 또한 부실하다. 동시에 서비스의 질을 확보하기 위한 모니터링 등 여러 가지 노력을 경주하게 된다. 이에 따라 의료성과에 비례한 지불보상(P4P: payment for performance)의 동기가 강력해진다. 민간보험과 공보험간 경쟁의 허용은 공보험의 지불보상제도상에 변화를 가져다줄 것이고, 의료공급자들

도 공사보험의 비용절감 경쟁에 순응할 수 밖에 없을 것이다.

넷째, 관리운영 시스템에 있어 공보험은 민간보험과 다른 특성이 있음을 인정해야 하지만, 공단의 독점에 따른 비효율성은 공통적으로 지적된다. 공단은 경쟁을 결여하고 있기 때문에 조직과 인력의 생산성을 측정하기 어렵고, 독점적 서비스 제공에 따른 고객의 서비스 만족도 또한 낮게 평가될 것이다. 소속 직원의 직업안정성은 높은 반면에 낮은 생산성에 대해 의구심을 갖는 것이 현실이다. 이에 대해 민간보험은 의료환경이나 소비자의 욕구 변화에 신속하게 대처하고 경쟁을 통한 생산성 향상을 통해 소비자의 만족도 제고에 끊임없이 노력하지 않으면 도태될 것이다. 따라서 공보험에 대한 여러 도전을 극복하기 위해서는 내부적인 관리시스템에 시장원리를 작동시키거나, 외부와의 경쟁에 노출시키는 것이 단일보험자의 생명력을 계속 유지시킬 것이다.

7) 의료급여와 건강보험간의 관계 정립

의료급여제도는 빈곤층의 의료보호를 위한 제도이므로 대상인구의 특성이 다르고 질환의 특성이나 구조도 다르다. 그리고 재원조달도 보험료가 아닌 중앙정부와 자치단체의 조세재원으로 운영되고 있다. 그리고 국민기초생활보장제도의 한 축으로써 의료급여가 시행되고 있다. 이러한 특성면에서 빈곤층에 대한 의료급여제도는 건강보험제도와는 별도로 운영되는 것이

타당해 보이기도 한다. 그러나 근래에는 차상위 계층과 같이 계층간 분화가 불분명해지는 상황에서 건강보험과 의료급여간 대상자의 경계가 허물어지고 있다. 특히 기초보장제도에서 개별급여제도로의 전환 움직임은 이러한 경계를 더욱 무의미하게 만들 수 있다.

그동안 이루어진 논의들을 종합하면 건강보험과 의료급여간 통합의 유혹을 쉽게 떨쳐버리기 어렵다. 그러한 유혹의 이면에는 'separate but equal'에서 'integrated and equal'이 더 강한 매력이 있기 때문이다.

만약 빈곤층 의료보장도 포함한 전국민 건강보장제도로 가야할 가능성이 있다면, 보험료를 면제받는 의료빈곤층에 대한 자격관리나 재정을 별도로 분리하여 관리할 것인가 중대한 관건이 될 것이다. 그리고 현재 건강보험료 체납가구 중 부담능력이 없거나 떨어지는 차상위계층에 대해 보험료를 경감하는 기준을 마련할 필요가 있을 것이다. 통합된 건강보험제도에서는 계층별 차등화된 관리를 검토할 수도 있다. 즉 근로무능력층, 근로가능한 차상위층, 농어민, 실업자, 노인, 자영업자, 공무원 등 자격 및 재정면에서 효율적 관리가 가능한 계층별로 관리방식을 달리할 수 있다.

한편 의료급여제도를 유지한다고 가정하면, 의료급여 대상자나 차상위계층 중 의료필요도가 높은 계층을 의료급여제도에 포함시키거나 건강보험에 포함하든 조세재원으로 부담하는 계층에 대한 의료재정의 건실한 관리를 위해서는 어느 정도 규제가 필요할 것이다. 의료공급

자의 의료급여 대상자에 대한 도덕적 해이를 통제하기 위하여 의료급여비에 대한 총액계약제나 일당지불제 혹은 DRG 등을 검토하여야 할 것이고, 아울러 의료수요자의 도덕적 해이를 통제하기 위하여 가격 규제와 더불어 의료이용을 규제하여야 할 것이다. 일차적인 진료는 동네의원이나 보건소, 공공병원(지방공사 의료원)을 이용하도록 하고, 일차진료기관의 의뢰가 있을 때에 민간병원이나 국립전문종합병원을 이용하도록 규제할 필요가 있다.

4. 맺는 말

미래는 불확실하다. 예상되는 고령화마저도 어느 속도로 진행할지 알 수 없다. 과학과 기술의 발전속도와 미래의 모습을 예측하기도 어렵다. 국가비전 2030도 이러한 면에서는 시나리오에 불과할 것이다. 그럼에도 불구하고 질병위험의 관리는 인간의 삶에서 일차적으로 중요하기 때문에 질병에 대한 보장성 확보는 변할 수 없는 정책이 될 수 밖에 없다. 질병위험에 영향을 미치는 환경적인 요인의 급변이 정책적으로

관리하기에 더 위협하다.

건강보장에 대한 투입재정은 점진적으로 증가시키기 보다는 획기적인 투자(jump)가 장기적으로는 더 효과적일 수 있다. 획기적인 재정투자와 병행하여 지불방식의 개편, 자원조달방식의 개혁, 관리시스템의 개혁을 추진하는 것을 검토해보자. 혁신에 따른 혼란을 최소화하기 위해서는 세심한 준비가 따라야 할 것이다.

공적 건강재정의 획기적 점프의 논리는 첫째, 의료안전망 구축을 통한 질병위험 보장이 사회적 리스트 중에 가장 우선순위에 있다고 생각하기 때문이다. 더불어 국민들이 질병비용의 부담에서 벗어나면 생계비인 기초생활보장급여나 노후의 연금수준, 그 외 건강과 관련한 사회서비스 급여를 축소하는 개혁에 국민들의 저항은 줄어들 것이다. 둘째로 질병비용에 대한 개인이나 가족의 근심을 덜어주는 것은 국가에 대한 신뢰와 사회적 통합과 같은 '사회적 자본'을 갖추게 됨을 의미한다. 이를 통해 인적자본과 사회적 자본의 역량을 갖춘 건강한 국민이 됨으로써 국가경쟁력의 제고와 삶의 질을 향상시킬 수 있기 때문이다. **보건복지**