

건강보장 시스템의 선진화

A Proposal toward an Advanced Healthcare System



최병호 한국보건사회연구원 선임연구위원

신정부의 출범은 건강보험통합 이후 유지되어 오던 건강보장 시스템에 대한 변화의 필요성을 제기한다. 따라서 현재의 건강보장 시스템을 국제적인 기준에 비추어 평가하고, 근래 선진국들의 개편동향을 참조하여 건강보장 시스템의 개편방향을 제안하였다.

건강보장 시스템은 재난성질환의 보장 강화, 건강수준 향상을 위한 예방과 건강증진, 의료신기술의 발전 장려, 환자선택권과 존엄의 보장, 재정의 지속가능성 등 정책목표들 사이의 균형을 유지하도록 설계되고 추진되어야 한다. 특히 건강보장의 거버넌스는 단일보험자의 장점을 살리는 가운데, 정부의 거시적 관리책임을 강화하면서 보험관리조직과 의료공급자들간의 성과에 기초한 경쟁을 강화하는 시스템을 구축할 것을 제안하였다. 새로운 변화가 지향하는 메시지는 국민건강을 보호하고 향상시키는 것과 함께 건강보장 부문을 매력적이고(attractive) 자긍심을 갖는 부문으로 변모시키자는 것이다.

1. 머리말

새 정부의 건강보장의 정책 패러다임은 과거의 패러다임을 유지하고 발전시켜 나갈 것인지, 아니면 패러다임을 획기적으로 전환할 것인지, 혹은 그 중간 정도의 중도적인 개편을 지향할지 관심이 모아지고 있다. 근래에 보건의료 부문에서 민영건강보험-영리법인-요양기관계약제를 하나의 패키지로 묶어 보건의료의 시장화가 국민건강의 양극화를 심화시킬 것이라는 비판적 논의들이 뜨겁게 달아오르기도 하였다.

현재의 건강보장 시스템은 사실 1977년 처음에 제도를 도입할 당시의 시스템에 기반하고 있

다. 즉 보험료로 재원을 조달하는 사회보험 방식을 채택하였고, 별도의 비영리 공공조직(소위 '조합')을 설립하여 관리하였고, 의료기관에게 행위별 수가제로 보상하였으며, 의료보험과 의료보호로 이원화하는 시스템을 만들었다. 이러한 시스템에 기반하여 12년만에 전국민 의료보장을 달성하는 자랑스러운 역사를 만들었다. 이후 격렬한 관리방식의 논쟁에 시달렸고 진보성향의 정부가 집권하던 1998년부터 통합을 추진하였다. 통합은 다수의 조합들을 통합하였을 뿐 건강보험의 거버넌스와 운영의 기본 틀은 그대로 유지하였다. 당시 조합 혹은 통합과 같은 관리방식이 의료보험의 성패를 좌우하는 것처럼

여겨졌다. 십년에 걸친 통합방식 운영에 대한 평가는 긍정과 부정이 엇갈린다. 학자들의 이념적 성향이 이미 결론을 좌우하고, 실증적인 근거에 의한 평가에 인색하다.

본고는 건강보장 시스템이 지향해야 할 기본 틀을 다시 한번 정리해 보고, 현재의 건강보장 시스템을 평가하고 앞으로의 방향을 제시하고자 한다. 특히 건강보장의 관리 시스템에 초점을 맞추어 몇가지 대안모형을 제시함으로써 사회적인 논쟁을 이끌어내 고자 한다.

2. 건강보장 시스템이 지향해야 할 기본 틀

건강보장 시스템의 성과를 평가하는 틀은 <표 1>과 같이 WHO 및 OECD가 제안하는 보건 의료 시스템의 성과의 틀(health system performance framework)을 참조할 수 있다. 이를 구체화하여 필자 나름대로 보완하고 거버넌

스와 관리의 측면에서 정책적인 하위 목표와 수단을 제시한 것은 <표 2>와 같다.

1) 건강수준과 건강결과

건강보장은 궁극적으로 국민건강수준을 향상시키는 데에 있으며 건강수준 향상에 필요한 여러 하위 지표들로 구성된다. 건강수준은 거시적으로는 건강수명(DALY, QALY)과 영아사망률이 흔히 사용된다. 건강결과의 지표들로서 질 환별 수술 성공률 및 생존기간, 질환을 야기하는 건강위험인자의 통제 정도, 건강한 생활태도(라이프스타일) 형성 등이다. 건강한 생활습관은 비만, 흡연, 음주의 위험도 지표가 중시된다. 그리고 건강수준과 건강지표들의 계층간 형평이 확보되어야 한다. 계층은 소득이 가장 중요한 기준이 되고 지역별, 성별, 연령별, 교육수준 별 등 여러 가지 기준으로 구분가능하다. 건강수준의 계층간 형평, 건강위험인자와 생활태도의 계층간 형평, 건강향상의 기회와 결과의 형

평 등을 들 수 있다. 건강수준과 건강결과의 향상을 위해서는 정부가 의료서비스의 평가와 질 관리 시스템을 잘 구축해야 할 뿐 아니라 평가 결과를 정책에 반영(feedback)하는 메커니즘이 작동해야 한다. 의료의 질에 따른 지불보상기전(P4P)이나 의료서비스의 질 평가에 소비자(환자)의 참여가 보장되는 것, 그리고 평가결과와 질이 소비자에게 공개하는 것이 건강수준의 향상에 기여할 것이다.

2) 건강보장 시스템의 반응성과 접근도

건강보장 시스템의 반응성과 접근도가 향상되어야 한다. 환자의 요구에 얼마나 신속하게 의료시스템이 반응하고 환자의 접근이 빠르고 쾌적하게 이루어지느냐에 관한 것이다. 환자에 대한 인격적 존중, 즉 환자의 존엄성(dignity), 환자개인정보의 보호(confidentiality), 환자가 진료 방법을 선택(autonomy)할 수 있는 것 등이 담보되어야 한다. 그리고 진료를 제공하는 의사 중심(physician-centered)의 사고에서 벗어나 환자 중심(patient-centered)의 지향성이 중시되어야 한다. 즉 환자대기시간이 가능한 짧아야 하고(promptness), 쾌적한 환경에서 진료상담을 받거나 입원을 해야 하고(amenities), 의료기관 밖의 지역사회 복지사와 봉사사의 지원(support)이 효과적으로 연결되어야 한다. 그리고 환자가 의사와 의료기관을 선택할 수 있는 환경(choice)이 형성되어야 한다. 특히 전 국민에 대한 건강보험의 적용(universal coverage)이 담보되어야 한다. 이러한 반응성과 접근도는 계층별로도 형평하게 보장되어야 할 것이다. 환자에 대한 존

중을 위해서는 환자정보보호 시스템과 환자권리장전(patient's chart)이 실천되어야 한다. 소비자의 공급자 선택이 용이하도록 공급자의 서비스에 대한 평가결과와 질에 대한 정보의 접근이 이루어져야 한다. 그리고 보험자와 계약된 공급자 외의 공급자를 선택할 수 있는 자유도 부여되는 것이 세계적인 추세이다. 의사의 판단 하에 환자에게 꼭 필요한 2차, 3차 의료의 접근을 보장하기 위해서 환자의뢰 체계(referral system)가 잘 구축되어야 한다. 특히 환자의 부담능력이 아니라 의료적 필요에 부응하도록 공정하게 작동되어야 한다. 응급의료의 효과적인 제공이 지역적인 장애를 최소화해야 할 것이다.

3) 재원부담과 의료비부담

재원부담과 의료비부담이 거시적인 효율성을 담보하도록 잘 관리되고 계층간에 형평해야 한다. 건강보장 재정의 지속가능성 확보가 중요한 과제가 되며, 이와 함께 질병으로 인한 사회적 비용(social cost)을 최소화하여야 한다. 환자의 본인부담과 소비자의 재원부담을 적정수준으로 유지해야 한다. 이는 결국 보건의료비의 공공과 민간의 적정역할 분담과 관련된다. 재원과 환자본인 부담의 계층간 형평성 담보 또한 중요한 과제이며 도전이다. 정부(보험자)는 지속가능성 확보를 위해 지불보상총액을 관리하는 사회적 합의(의사결정) 기전을 마련하고 잘 관리해야 한다. 공평한 재원부담을 위해서는 소득과약 인프라를 강화하고 보험료부과체계의 과학성과 수용성을 제고하는 노력이 요구된다. 특히 환자부담의 형평을 위해 소득수준별로의

표 1. OECD의 건강보장 시스템의 성과측정의 틀(performance framework)

	수준(average level)	분포(distribution)
건강수준 향상 (health improvement and outcomes)	√	√
반응성과 접근도 (responsiveness and access)	√	√
재원부담과 의료비부담 (financial contribution and health expenditure)	√	√
	효율(efficiency)	형평(equity)

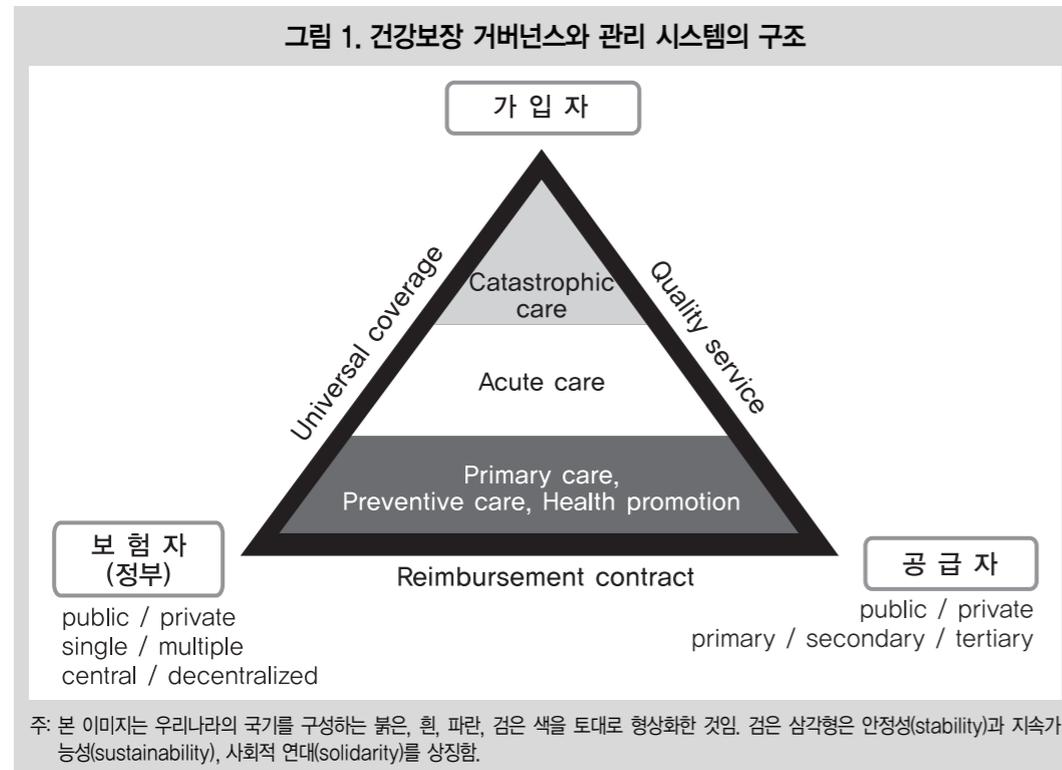
주: WHO Report(2000)를 기본으로 OECD가 제안한 Health(or healthcare) Performance의 기본 틀
 자료: WHO(2000), Health Systems: Improving Performance, World Health Report; Jeremy Hurst, "Performance measurement and improvement in OECD health system: overview of issues and challenges", *Measuring Up improving health system performance in OECD countries*, OECD, 2002.

료비 본인부담상한제를 도입해야 할 것이다.

4) 건강보장의 거버넌스와 관리 시스템

건강보장의 거버넌스와 관리 시스템은 국민(가입자)-의료공급자-정부(보험자) 3자간 계약과 합의에 의해 형성된다. 국민의 대리인인 정부가 얼마나 거버넌스와 관리 시스템을 잘 구축하느냐에 따라 건강보장 시스템의 효과적인 작동에 큰 영향을 미치게 된다. [그림 1]은 건강보장의 거버넌스 구조를 이미지화 한 것이다. 본 이미지는 국민-공급자-정부 3자간의 3각 관계를 기초로 우리나라의 국기를 구성하는 붉은, 흰, 파란, 검은 색을 토대로 형상화한 것이다.

다. 정부는 보험자로서 전국민(가입자)의 건강보장을 보장하는 책임이 중요하다. 보험자는 통상 정부 혹은 공공조직이 그 역할을 맡지만 네덜란드와 같이 민간보험회사에게 위임한 경우도 있다. 보험자가 단일 혹은 복수의 형태 등 다양하게 운영된다. 어떤 경우냐에 따라 가입자는 보험자를 선택할 자유를 갖기도 한다. 다음으로 공급자는 국민에게 질 좋은 서비스를 제공해야 할 것이다. 공급자는 공공 혹은 민간으로 구성되며, 의료기관 외에도 공공보건기관과 요양시설 등을 포함한다. 통상 공공과 민간의 혼합이 대체적인 형태이다. 질 좋은 서비스를 제공하기에 적합한 공급자조직을 구축하는 것이 중요하다. 보험자는 공급자와 계약을 통해 적절한 보



상을 해야 환자에게 좋은 서비스를 제공할 수 있다. 우리나라는 공급자를 강제지정하고 있거나 통상 계약을 하는 것이 세계적인 동향이다.

삼각형에서 상단은 재난성 질환(catastrophic care)의 보장이다. 즉 급성중증질환, 장기만성질환, 응급, 기능장애 등 개인이나 가족 차원에서 감당할 수 없는 경우에 우선적인 보장이 필요함을 의미한다. 하단은 일차적인 의료와 예방, 건강증진 등 평소에 건강관리와 건강증진에 노력

해야 함을 의미한다.

3. 현행 건강보장 시스템에 대한 평가

1) 건강수준과 건강결과

건강수준에 있어서 우리나라의 성과는

표 2. 건강보장 시스템이 달성해야 할 정책목표 및 정책수단들

	수준(average level)	분포(distribution)	거버넌스와 관리
건강수준과 건강결과 (health outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> 건강수명(DALY, QALY) 영아(아동)사망률 질환별 수술 성공률 및 생존 기간 건강위험인자의 통제: 예방 건강한 생활태도 형성: 건강 증진 	<ul style="list-style-type: none"> 건강수준의 계층간 형평 건강위험인자와 생활태도의 계층간 형평 기회와 결과의 형평 	<ul style="list-style-type: none"> 의료서비스 평가와 질 관리 평가결과의 정책반영 P4P 소비자 참여(환자권리) 평가결과와 질의 공개
반응성과 접근도 (responsiveness and access)	<ul style="list-style-type: none"> 인격적 존중: dignity(존엄), confidentiality(비밀보호), autonomy(진료방법 선택) 환자지향성: promptness(대기시간), amenities(쾌적), support(지역사회 네트워크), choice(공급자 선택) universal coverage 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 존중의 계층간 형평 대기시간의 계층간 형평 상담과 입원 환경의 계층간 형평 응급의료접근의 형평 양질의 의사 접근의 형평 건강보장적용대상의 계층간 형평 	<ul style="list-style-type: none"> 환자정보보호 시스템 환자권리장전 의료정보접근 referral system 구축 응급의료전달체계 건강보험 의무적용 확대 보험료 체납자(사각지대) 관리
재원부담과 의료비부담 (financial contribution/health expenditure)	<ul style="list-style-type: none"> 건강보장재정의 지속가능성 질병의 사회적 비용 최소화 환자 부담의 적정화 재원부담의 적정성 공공과 민간의 적정역할 	<ul style="list-style-type: none"> 재원부담의 계층간 형평 의료비본인부담의 계층간 형평(보장성) 공공재원 및 공공부담의 비중 	<ul style="list-style-type: none"> 지불보상총액 관리(사회적 합의 기전 조성) 소득파악 인프라 강화, 보험료 부과체계 수용성 보장성 확대와 구조조정 소득수준별 본인부담 상한제
	효율(efficiency)	형평(equity)	민주성, 투명성, 효율성

주: WHO(2000)와 OECD(2002)의 틀을 토대로 필자가 보완하고, 거버넌스와 관리 부문을 추가함.

OECD 국가 중에서 비교적 괜찮은 상태를 유지하고 있다. 2007년 기준으로 평균수명과 영아 사망률은 평균과 비슷하며, 암에 의한 사망률은 10만명당 OECD 평균이 170.6명이나 한국은 162.3명으로 낮다. 그리고 허혈성심질환 사망률은 평균이 101.8명이나 한국은 34.9명으로 매우 낮다. 그러나 뇌혈관질환 사망률은 평균이 60.4명이나 한국은 95.8명으로 높다. 특히 주관적인 건강상태는 평균에 비해 상당히 뒤처져 있다. 건강습관은 과체중과 비만인구 비율이 낮고 주류소비량도 다소 낮은 반면에 흡연인구는 평균과 비슷하여 비교적 괜찮은 성과를 보이고 있다.¹⁾ 그런데 건강결과를 측정하는 근거자료와 과학적인 지표의 개발이 취약하여 국제적으로 우리의 위치를 정확하게 파악하기 어렵다. 특히 이들 건강수준 및 결과를 측정하는 지표들의 계층간 형평성을 측정하는 연구는 이제 활발하게 시작하는 단계에 있다. 문제는 형평성을 측정할 수 있는 자료의 인프라를 제대로 구축하는 데에 있다. 그리고 의료서비스의 평가와 질 관리 시스템의 구축도 이제 시작단계에 있고, 의료계의 저항에 대해 의료계 발전과 국민건강 양자 모두에 이롭다는 점을 잘 설득해나가야 한다. 특히 의료의 질에 따른 지불보상기전(P4P)의 개발과 적용, 평가결과의 공개 등 향후 선진화를 위해 해야 할 일들이 산적되어 있다.

2) 건강보장 시스템의 반응성과 접근도

건강보장 시스템의 반응성과 접근도 측면에

서 우리나라는 환자가 원한다면 언제 어디서나 원하는 의료기관을 방문할 수 있다는 점에서 세계에서 가장 민감한 반응성과 선택가능성이 열려 있다. 이것이 한국 의료의 강점으로 평가되기도 하나, 오히려 지나치리 만큼 의료이용이 방만하게 풀려있어 자원낭비가 크다는 비판을 받기도 한다. 그 결과, 의료기관간의 무한 경쟁으로 최고의 의료진과 시설을 갖춘 소수의 대형 병원에 집중되어 입원환자의 대기기간은 길어지고 외래진료는 혼잡하고 쾌적하지 못하다. 동네의원들 간의 환자 확보의 격차 또한 벌어지고 비의료적 서비스 경쟁에 몰입하고 있다. 대형병원은 입원환자대기를 줄이기 위해 경쟁적으로 병상수를 늘리고, 고급검사 및 수술장비를 도입하며 의약품에 대한 과도한 의존은 의료비를 불필요하게 증가시키고 진료행태를 왜곡시킨다. 그 과정에서 중소병원의 몰락은 불보 듯 하다. 경쟁력있는 의료기관에의 환자 쏠림은 환자의 권리 보다는 의사 중심의 서비스가 지배적이게 된다. 그러나 반면에 의료공급자는 소비자의 욕구에 민감하게 반응하여 서비스와 의료의 질 개선에 노력하게 된다. 환자의뢰체계는 거의 형식에 흐르고 환자의 필요 보다는 환자의 구매력에 따라 의료의 질적 접근성이 좌우된다.

3) 건강보장 재원과 의료비 부담

우리나라의 건강보장재정의 지속가능성은 도전받고 있다. 거시적인 경제능력을 초과하여 의료비용이 청구되고 있으며, 급속한 고령화와

세련된 의료기술에 대한 끊임없는 욕구는 국민의 부담능력과 충돌할 수밖에 없다. 보험급여를 확대하려 하나 비보험 서비스도 덩달아 확장되어 보험급여 대비 의료비로 계산되는 보장성은 그다지 개선되지 않는다. 특히 저소득층의 고액 중증질환자의 부담은 가계의 생존을 위협한다. 의료비의 급증에도 불구하고 진료비총액을 제어하는 합리적인 협상과 심의결정 시스템은 아직 성숙되지 않았다. 보험료부담의 공평성을 확보할만한 소득과액 인프라는 아직 미숙하고 보험료부과에 대해 수용하지 못하거나 저항함으로써 방대한 잠재적인 의료사각지대를 형성하고 있다. 보험료의 소득계층별 형평성은 국제적 비교에서 열등한 편이다.²⁾ 그렇지만 보험료방식에서 조세방식으로 전환하는 것도 쉽지 않다.

4) 건강보장의 거버넌스

건강보장의 거버넌스는 의료보험 도입 당시의 구조를 그대로 유지하면서 공단과 의료공급단체간의 수가계약과 건강보험 정책심의위원회에서의 심의의결 기전이 보강되었다. 즉 보험조합이 통합되어 보험공단을 만들었으며 정부는 여전히 관장자로서 주요한 의사결정의 중심에서 있다. 특히 정부는 보험자인 공단을 관리감

독하며 건강보험정책에 대한 최종적이고 실질적인 책임을 진다는 점에서 과거와 거의 달라지지 않았다. 중앙에서의 계약과 의결의 민주적 절차는 강화되었으나, 지역단위에서의 지역특성의 반영과 자율적인 재정통제 노력은 약화되었다. 진료비의 심사기능 역시 과거의 보험조합 연합회에서 심사평가원으로 전환하였으며 평가기능 강화로 차별화를 꾀하고 있다.

4. 외국의 건강보장 시스템 개혁의 동향

1) 개관

외국의 건강보험 개혁의 대체적인 흐름은 의료비 통제와 의료의 질 관리(cost containment and quality maintenance), 적용대상인구의 포괄성(universal coverage), 경쟁과 소비자선택을 강화하는 관리시스템(managed competition, consumer choice)을 조화시키는 데에 있다.

의료비 통제를 위해 유럽국가의 대부분은 보험진료비 총액을 통제하는 기전을 운영하고 있으며, 병원진료비를 배분하는 기준으로 DRG 방식을 도입하는 경향이 확산되고 있다. 환자에

2) 보험료부담의 가쿠와니 지수는 1996년에 -0.16089로써 역진적이었으며, 2000년에는 -0.0690으로써 역진성이 개선되었다. 외국의 경우 대부분 누진적으로 나타났다. 다만, 네덜란드와 독일이 -0.1286과 -0.0977로써 역진성을 보이고 있지만 한국 보다는 덜 역진적이다. 네덜란드와 독일이 조합식 건강보험의 운영으로 다소 역진성을 보이는 것으로 판단된다(최병호 외(2004). 국민의료의 형평성 분석과 정책과제, 보건사회연구원). 다른 연구결과들을 보면, 양봉민(2003)은 1996년 -0.2166, 2000년 -0.1634로써 역진적이지만 역진성이 개선되는 것으로 보고하고 있다(양봉민(2003. 10. 31). 보건의료재원조달의 형평성, 한국보건경제학회 추계학술대회). 문성현(2004)은 -0.0852로 추정하였고(문성현(2004). 한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성, 사회보장연구, 20권 제호, 한국사회보장학회), 신호성 외(2004)은 -0.0397로 낮은 역진성을 보고하고 있다(신호성, 김명기, 김진숙(2004). 가구소득과 보건료비 지출의 형평성: 누진성과 소득재분배 효과. 보건행정학회지, 제14권 제2호, 한국보건행정학회).

1) OECD(2007). Health at a Glance 2007 - OECD indicators.

대한 GP 혹은 개원의사의 일차의료 시스템을 강조하면서도 의사 선택을 허용하는 시스템을 도입하고 있다. 한편으로는 총액을 통제하면서도 경쟁과 성과관리를 통해 비용억제와 질적 하락을 방지하는 시스템 도입이 확산되고 있다.

유럽의 사회보험방식 8개국 중 독일, 네덜란드, 벨기에, 스위스, 이스라엘(5개국)이 질병금고에 대한 소비자의 선택을 허용하는 경쟁시스템을 도입하였고, 나머지 3개국(룩셈부르크, 프랑스, 오스트리아)은 경쟁없는 조합방식으로 운영하고 있다.³⁾

2) 영국의 NHS 개혁

영국의 NHS 방식은 지역보건기구가 행사하던 구매자와 공급자 기능을 분리하는 방식으로 전환하였다. 즉 일차의료의사에 대해 기금관리 권한을 부여하여 성과에 기반한 보상시스템을 도입하였으나, 잘 작동이 되지 않아 이후 지역 단위의 일차의료그룹(primary care group)에 대해 성과시스템을 도입하는 방향으로 전환하는 등 일련의 경쟁시스템을 시도하였다. 최근에는 미국 캘리포니아의 카이저 관리의료방식의 적용가능성을 2002년부터 pilot project를 수행하고 있다.⁴⁾ 주요 지향점은 첫째, 보험자와 의료공급자의 기능을 통합하여 병원 내에서 뿐 아니라

병원을 나선 이후에도 환자를 지속적이고 종합적으로 관리하는 것이다. 둘째, 1차 및 2차 진료보다 만성질환 관리에 역점을 두고 환자를 위험도에 따라 예방, 자가관리(self management)지원, 질환관리(disease management), 사례관리(case management for highly complex members) 등으로 세분하여 관리('population management approach')함으로써 불필요하거나 부적절한 병원서비스의 사용을 사전에 방지하고 증거기반의 진료지침(evidence-based guidelines)을 구축하여 진료의 편차를 최소화한다. 셋째, 질환에 따라 care pathways를 설정하고, 퇴원환자프로그램(discharge planners)을 입원과 퇴원과정을 미리 계획한 후 운영하고, 퇴원 이후 전문적인 재활이 필요한 환자를 위해서 전문간호시설(skilled nursing facilities)에 입소하거나, 입원치료 전담 일반의를 배치하여 1차 및 2차 진료가 병원입원에의 경우에도 병행되도록 한다. 넷째, 의료정보체계와 환자교육프로그램을 통해서 환자가 스스로 자신의 건강상태를 관리할 수 있는 정보와 지원을 제공한다.⁵⁾ 다섯째, 보험자와 계약한 의료단체가 가입자에 대해 배타적이고 독점적인 서비스를 제공하고 의사들의 주도하에 의학적으로 바람직한 진료를 제공한다. 이러한 새로운 실험은 통합적인 진료(integration of care), 자가관리(self care), 의료전문가의 리더쉽

(medical leadership)의 구축에 중점을 두고 자원의 최적배분을 목표로 삼아 가시적인 성과를 내고 있는 것으로 보고되고 있다.

3) 네덜란드의 개혁⁶⁾

네덜란드는 2006년부터 사회의료보험과 민간의료보험을 통합하고, 공공보험조합을 민영화하여 'private social health insurance'로 전환하였다. 소비자는 강제가입 하되 보험회사에 대한 선택권을 행사한다. 네덜란드의 개혁은 전 국민에 대한 보험적용(universal coverage)이 일차적인 요체였으며, 공보험(국민의 63%)과 민간보험(국민의 37%)을 통합하여 강제가입의 민간보험으로 일원화하였다. 가입자는 국세청에 소득비례 정을 보험료를 납입하고, 선택한 민간보험회사에 1인당 정액보험료를 납입한다. 국세청의 강력한 소득과약능력으로 전 국민에 대한 소득비례 정을 징수가 가능하며, 민간보험회사에 대해 1인당 정액보험료를 부담해야 하나 보험회사별로 정액의 수준이 다르다. 소득수준이 낮은 계층의 정액보험료부담의 과중을 고려하여 국세청에서 소득수준에 반비례하게 의료수당(health allowance)을 보조하고 있다.⁷⁾ 18세 미만 인구에 대한 보험료는 국고로 보조한다. 보장성에 있어서 필수의료는 기본적으로 보장하고 있다. 예를 들어, 치과의 완전의치는 기본

패키지에서 보장된다. 환자의 본인부담은 아주 낮은 수준이며, 연간 deductible 이 있으나 공제액 초과분은 국가가 보장한다. 필수요료를 넘어선 서비스는 민간보험이 보충적인 역할을 담당하며, 국민의 95%가 보충보험에 가입하고 있다. 물리치료 등이 보충보험의 영역에 속한다. 한편 소득정을 보험료로 조달된 건강기금은 민간보험회사에게 분배되는데, 민간보험회사 가입자들의 의료위험에 비례하여 배분된다. 정부가 건강기금으로 민간보험회사에게 배분하기 때문에 정부가 실질적으로 총액을 관리하는 정부통제하의 관리된 경쟁 시스템이다. 지불보상 방식의 특징이 시사적인데, 행위별수가 보다는 포괄화되고 DRG 보다는 세분화된 DTC (diagnosis treatment combination) 방식으로 운영되고 있다. DTC는 입원과 외래 모두에 적용된다. DRG는 환자군 분류에 기반을 두고 있고, 행위수가제는 투입된 개별 서비스행위의 분류에 기반을 두고 있는 데에 비해 DTC는 진료과정에서 투입되는 서비스(treatment)에 기반하여 분류하고 수가를 산정한다. 다만, 민간보험은 주로 행위별수가제에 의존한다. 네덜란드의 일차의료공급체계는 GP 시스템을 유지하여 주치의에 기반한 인두제를 운영한다. 거버넌스와 관리의 특징은 보험의 각주체들에게 선택과 경쟁을 허용하는 것이다. 소비자는 보험회사와 공급자를 선택할 수 있고, 보험회사와 공급자는 상

3) Richard B. Saltman, Reinhard Busse, and Josep Figueras eds., Social Health Insurance Systems in western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

4) 자세한 내용은 최병호, 허순임, 강길원, 은상준, 신자은, 문상호, 신현웅, 황도경, 정현진, 최숙자(2007). 건강보험급여비 지불체계 개편방안. 건강보험공단·보건사회연구원을 참조하기 바람. 관리의료방식의 NHS 적용은 문상호와 신자은이 집필을 담당하였다.

5) 카이저플랜의 Health Connect program을 통해 가입자들이 online을 통해서 의사소통, 정보교환을 하고 자신들의 medical record에 확인하고 처방전 신청과 진료예약을 할 수 있도록 지원한다.

6) Hanns Maarse, Yvette Bartholomee, A public-private analysis of the new Dutch health insurance system, European Journal of Health Economics 8, 2007 와 네덜란드 보건복지체육부의 내부자료(Joens Visser, Frido Kraanen, A sustainable health care, Ministry of Health, Welfare and Sports, May 22th 2008), 네덜란드 국세청 내부자료를 토대로 정리하였다.

7) 네덜란드는 국세청이 복지수당을 지급하는 시스템을 운영하고 있다. 의료수당 외에 주거수당, 보육수당, 아동수당을 지급하고 있다.

호 선택하여 계약할 수 있다. 특히 보험회사가 병원과 계약할 때에 특정진료부문 혹은 특정진료부문내의 특정 DTC에 한정된 선택적 계약(selective contracting)이 가능하다.

4) 독일의 개혁⁸⁾

독일은 1990년대 이래로 꾸준히 개혁을 추진하고 있으나 소위 '뿔질식'(patchwork) 개혁에 머문다는 비판에 처해 있다. 독일은 공보험과 민간보험(국민의 9%)으로 이원화된 시스템을 여전히 유지하면서 공보험 내에서 가입자의 조합선택권을 허용하고 있다. 진료부문별 예산제(sectoral budgeting)를 운영하고 있음에도 불구하고 높은 국민의료비(국민소득의 11%)를 지출하고 있다. 조합간의 경쟁으로 1991년에 1,209개에 달하던 조합은 최근 250개로 줄었다. 2009년에 새로운 개혁방안의 시행을 앞두고 있는데, 조합의 보험료율을 일원화하여 건강기금(health fund)을 조성하여 동 기금을 조합간 의료위험에 따라 배분하는 기전을 시행하려 한다. 그리고 18세 미만 인구의 보험료는 국고로 지원한다. 이러한 개혁조치는 연방정부가 건강보험재정에 대한 지배력을 강화하려는 의도로 해석된다. 강력한 연방정부의 통제권 행사 하에서 조합간의 경쟁을 더욱 강화하기 위해 조합이 수가, GP 계약, 통합의료(integrated care), 현물급여의 범위, 지불보상방식 등에 대한 다양한 선택을 가

능하도록 한다. 그리고 조합과 공급자들 간 경쟁을 강화하기 위해 가격과 질에 대한 선택적 계약을 가능하도록 한다. 그리고 민간보험회사들 간의 경쟁을 강화하기 위해 가입자가 회사를 바꿀 경우에 노후에 대비한 적립금계정을 자유로이 가져갈 수 있도록 허용한다. 제약부문의 경쟁을 강화하기 위해서는 의약품가격을 정액제(fixed price)에서 최고상한가제(maximum reimbursement rate)로 전환하고 제약업자와 할인가격을 협상할 수 있도록 한다. 이러한 개혁조치는 연방정부와 의회(기독교민주당과 사회민주당 연정에 의해 추진되고 있으나, 의료공급자, 공보험조합 및 민간보험회사, 보건정책 전문가그룹들은 개혁에 반대하고 있다. 한편 지불보상방식으로 병원부문에 2000년 1월부터 DRG방식을 도입하였다. 독일 DRG는 입원서비스의 건당 지불(case-based reimbursement)과 curative care에 대한 일당 지불로 정의할 수 있다. 그런데 병원별로 협상의 역사에 따라 비용에 차이가 있기 때문에 단계적으로 단가 격차를 줄여나가 같은 주(state) 내에서 동등한 병원서비스에 대해서는 동일한 가격이 지불되도록 추진한다. 그러나 G-DRG의 가격시스템이 완전하게 갖추어지지 않은 현재까지는 병원별로 고정예산(즉, 협상을 통한 목표예산)이 실시된다.

5. 건강보장 시스템의 개편방향

1) 건강보장 시스템의 기본 틀

건강보장제도로 건강수준을 향상시키기 위해서는 건강한 생활습관을 장려하기 위한 인센티브를 제공하는 기전을 마련해야 한다. 스스로 건강관리를 잘할 때에 보험료를 인하하거나 무료 건강검진, 혹은 고액진료비 발생시 본인부담의 혜택을 주는 방안을 고려해볼 수 있다. 예방적인 진료에 대한 보험급여를 강화하는 것도 고려해야 한다. 건강결과의 지표들을 개선하기 위해서는 의료기술 수준(예, 수술성공률 및 수술 후 생존기간)을 발전시킬 유인을 의료공급자에게 제공하여야 한다. 신기술에 대한 규제를 완화하거나 수가수준을 조정하는 것이 방안이 될 수 있다. 첨단 의료장비와 재료, 의약품의 개발을 촉진하기 위한 기전을 건강보장제도에서 지원할 수 있는 방안을 찾는 것도 중요하다. 그리고 의료서비스의 질을 평가하고 공개함으로써 경쟁을 통한 건강결과의 향상을 꾀할 수 있다. 특히 의료선진국과 어깨를 나란히 하기 위해서는 증거에 기반한 의료성과의 측정 시스템을 갖추어야 한다.

우리의 건강보장 시스템이 갖고 있는 강점인 환자의 폭넓은 공급자 선택권은 유지하되, 지나친 도덕적 해이로 인한 낭비는 억제하는 기전을 마련해야 한다. 동시에 공급자의 도덕적 해이나 유인수요를 억제하는 기전도 마련되어야 한다. 소수의 초대형 병원에 환자가 집중되는 현상은 바람직하지는 않지만 인위적으로 막기는 어렵다. 소비자의 의료이용행태를 합리적인 방향으로

로 바꾸어주는 정책이 필요하다. 일차의료를 담당하는 개원의가 환자의 요구에 반응하고 믿음을 주어야 한다. 검사를 수 없이 증가하는 병상의 총량을 통제할 것인지, 아니면 시장의 자율규제에 맡겨둘 것인지는 어려운 판단이다. 선진국의 경험에 의하면 의료공급의 적절한 통제가 병행되어야 의료비의 총액통제도 성공할 수 있었다. 그런데 대형병원에 대한 초과수요가 있는 현상에서 공급을 통제하면 수요초과는 더욱 심화될 것이고 비보험 가격으로 수요를 조절하게 되는 왜곡이 발생할 것이다. 한편 일선 동네의원에서는 물리치료, 비만클리닉, 피부관리 등 비의료서비스 부문의 수요를 창출하는 현상이 나타나고 있다. 이는 의료비용이 필요하고 긴급한 곳에 잘 쓰여지지 못함을 의미한다. 따라서 의료공급 시스템에 대한 총체적인 진단이 필요하며, 건강보장의 관점에서 공급시스템을 점검하고 공급의 왜곡을 시정할 수 있는 건강보장제도의 정책수단을 고민해야 한다.

건강보장재정의 지속가능성을 확보하기 위해서는 진료비총액에 대한 통제기전은 시기와 속도의 문제만 남았을 뿐 도입하지 않을 수 없다. 시장에서의 경쟁을 통한 자율적인 통제에 성공한 국가는 없다. 이와 함께 비보험 진료의 허용범위와 가격에 대한 규율도 마련되어야 할 것이다. 의료비 통제의 관건인 지불보상방식의 개편은 여전히 어려운 도전으로 남아 있다. 행위별수가제를 입원은 DRG 지불방식, 외래는 주치의에 기반한 인두제로 전환하려는 시도는 번번히 현실적인 벽에 부딪히고 있다. 그렇다면 차라리 행위별수가제를 유지하되 행위별 상대가격의 불균형 시정에 더 노력하면서 총체적인

8) Berteisman Stiftung, Guterson, Health care reform in Germany: Not the big bang, HealthPolicyMonitor, 2006; Christa Altenstetter and Reinhard Busse, Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos. 1-1, Feb-Apr 2005; 그 외 독일 보건부 내부자료.

행위량을 통제하는 기전을 도입하는 데에 역량을 모으는 방안도 생각해 봐야 한다. 어떤 방안이든 의료의 질, 의료공급자의 적정이윤, 의료비규모의 적정수준, 낭비의 최소화, 보험행정 간소화를 조화시키는 해법을 찾아야 한다.

한편 저소득 환자에 대한 본인부담상한제는 강화되어야 한다. 대부분의 선진국들이 환자본인부담을 인상하면서도 본인부담상한제를 엄격히 운영하고 있다. 건강보험 적용의 실질적인 사각지대를 최소화해야 한다. 보험료체납으로 인한 의료접근의 제한을 최소화하기 위해 보험료 부담능력과 부과체계에 대한 엄밀한 재평가가 꾸준히 이루어져야 한다. 특히 건강보험 대상자 혹은 의료급여 대상자로 명료하게 구분하기에 어려운 차상위층의 건강보장이 문제가 된다. 대부분의 선진국은 전국민을 건강보험제도에 속여 포괄하여 보험료의 면제나 경감, 그리고 소득수준에 따른 본인부담상한제를 적용하고 있음은 우리에게 시사하는 바가 크다.

건강보험의 보장성을 강화해 나가야 하지만 고액의 중질환 및 장기만성질환을 우선적으로 보장해 나가고, 건강의 자기관리가 요구되거나 도덕적 해이가 큰 서비스에 대해서는 환자의 부담책임을 강화하는 것이 한정된 자원의 효과적인 활용 측면에서 바람직하겠다. 또한 환자 집단의 특성(저소득, 장애인, 의료취약층)에 따라 본인부담을 차별화하는 보완장치가 필요하겠다. 그리고 건강보장의 최근의 선진국 동향은 서비스의 통합 및 조정(integration of care, coordinated care)을 강조하고 있어, 질병발생의 life cycle 측면 즉 건강증진, 질병예방, 질병관리, 재활, 장기요양 등의 효과적인 연계를 통해

총체적인 비용을 절감하는 방안을 강구해야 한다. 한편 공보험이 보장하지 않는 영역(신기술이나 non-medical 서비스, 경질환)에 대한 보충적인 보장은 민영보험과 공보험 간의 경쟁을 허용하여 공사보험 간 경쟁을 통한 효율화를 도모해 보자.

건강보장의 재원은 정기적으로 발생하는 소득(즉 임금소득과 공적연금소득)에 대한 보험료를 주 재원으로 하되, 보충적인 재원으로 '건강세'를 적극 검토하자. 건강세는 금융소득, 양도소득, 주식양도차익 등 비정기적이고 일시적으로 발생하는 소득에 대해 부가세(surtax) 형식으로 부과하고, 건강위해 행위인 흡연, 음주, 화석연료소비 등이 갖는 부정적 외부효과로 인한 사회적 비용을 가격에 반영하기 위해 건강세를 부과하도록 하자. 한편 건강관리에 대한 자기책임을 유인하기 위해 의료저축계정을 신설하자. 소액진료비(외래) 및 비보험의 본인부담에 대해 평소의 의료저축으로 대비하도록 하는 것이다.

2) 거버넌스와 관리시스템

건강보험제도의 운영이 통합방식으로 십여년간 운영되면서 시스템의 개편 필요성이 제기되기도 했지만 구조적인 변혁은 없었다. 다만, 중앙차원에서 수가와 약가의 계약, 가입자-공급자-공익 3자간 합의기구인 건강보험정책심의위원회에서의 의사결정이 과거의 조합방식과 달라진 점이다. 반면에 지역차원에서의 자율적인 의사결정과 재정통제는 희박해졌다. 한편 사회보험료를 국세청 산하의 공단에서 통합 징수하는 방안이 지난 정부에서 제시된 구조 개혁

안으로 볼 수 있다. 그러나 4대 보험료의 징수통합을 건강보험공단에서 맡는 것이 효율적이라는 대안이 제시되기도 하였다.

4대 사회보험 중에서 국민연금, 산재 및 고용보험은 정부가 보험자 역할을 하고 재정운영도 기금예산으로서 국회의 심의를 받으나, 건강보험은 예외적으로 운영되어 왔다. 건강보험도 많은 국민부담이 수반되므로 국회 심의를 받는 것이 당연하다는 주장이 제기되어 왔다.

건강보험의 거버넌스와 관리시스템을 어떻게 가져가는 것이 효율적이고 건강보장의 목표를 달성하는 데에 효과적인지에 대해서는 하나의 정답이 있지는 않을 것이다. 어떤 변화에 대해 이념이 개입하고 당사자들의 이해관계가 얽히게 된다. 여기에서는 현재의 시스템의 약점으로 꼽히는 인센티브의 취약과 경쟁의 희박을 극복하기 위한 세가지 대안모형을 제시한다. 국내에서의 비판적 논의와 선진국의 동향을 참고하여 모형을 설계하였다.

(1) 거버넌스 모형 1: 단일보험자 하의 지역별 성과관리 시스템

현재의 단일보험자방식을 유지하되 정부가 법적으로 보험자의 역할을 하고 건강보험기금의 운용주체가 된다. 산하의 건강보험관리재현재의 공단과 심사평가원에게 업무를 위탁하고, 건강보험의 관리는 지역별로 분산하되 지역별로 재정운용의 책임성을 부여하도록 한다. 정부(보험자)와 지역별 보험관리자간에 성과계약을 맺어 성과 경쟁을 유도한다. 보험의 총체적인 틀은 보험자와 전국단위의 의료단체간에 계약

한다. 다만, 요양기관의 당연지정제를 유지하고 가입자의 전국적인 의료이용에도 제한을 두지 않는다. 그러나 장기적으로 요양기관계약제는 시범사업을 통한 검증을 거쳐 도입여부를 판단한다.

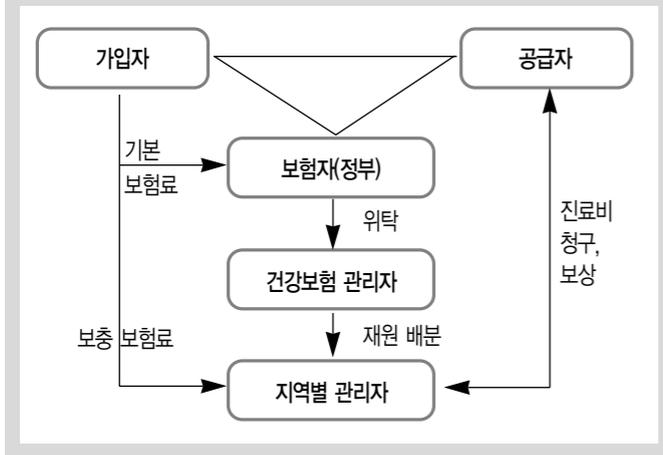
보험급여는 기본급여와 보충급여로 나누되, 보충급여는 지역별 보험관리자가 자체적으로 개발하도록 한다. 지역의 단위는 기초자치단체(시군구)가 좋을 듯 하다. 직장근로자는 사업장에서 보험료를 원천징수하나, 자신의 거주지역의 보험관리자에 소속되도록 한다. 이에 따라 보험료는 소속 보험관리자에게 이전되도록 한다. 한편 지역별 의료비용 발생의 위험도가 다르기 때문에 보험자(정부)가 위험도에 따라 지역별 보험관리자에게 재원을 재 배분한다.

본 모형의 기대효과는 지역별 보험관리재현재의 지사가 재정관리의 책임성을 갖게 됨으로써 재정효율성을 제고하는 데에 있다. 지역별로 재정건전성이 제고되면 전국적인 의료비 관리로 이어져 거시적 효율을 높일 수 있다. 지역별 보험관리(재정, 급여, 심사지불) 등의 자율성은 지역별 의료수요와 의료공급의 특성을 반영할 수 있다. 특히 지역관리자가 다양한 보충급여를 개발함으로써 제한된 보장성을 보완할 수 있고, 보충급여의 지역별 확산이 진행된다면 기본급여로 편입함으로써 전체적인 보장성을 점진적으로 확보할 수 있다.

(2) 거버넌스 모형 2: 단일보험자 하의 지역간 성과경쟁과 공사보험 간 경쟁시스템

모형 1과 같이 정부가 보험자 역할을 하면서

그림 2. 거버넌스 모형 1: 단일보험자하의 지역별 성과관리 시스템



요양기관계약제는 단계적으로 추진한다. 초기에는 당연지정을 하되, 보험에서 이탈하려는 요양기관에 대해 심사를 통해 허가하도록 한다. 다음으로 각 지역의 진료부문별 요양기관의 분포를 고려하여 의료 접근성을 저해하지 않는 범위 내에서 비 계약기관을 제외한 나머지 요양기관에 대해 선택적으로 계약한다. 이러한 단계적 접근에 대한 평가를 거쳐 자유계약제의 도입 여부를 검토한다.

단, 국공립병원, 대학병원이나 연구교육병원 등은 당연지정기관으로 선정해야 할 것이다.

기대 효과는 지역별 재정 효율성과 재정 건전성을 제고하여 총체적으로 거시적 효율성을 제고하는 것은 모형 1과 같다. 여기에서 지역별로 요양기관들과의 선택적 계약을 통하여 공급자들 간의 경쟁을 유인하여 의료비용 절감과 서비스의 질을 제고할 것을 기대한다. 보충적 보험영역에서 공보험과 민간보험의 경쟁으로 시장의 왜곡을 교정하면서 공보험의 생산성을 제고할 수 있을 것이다.

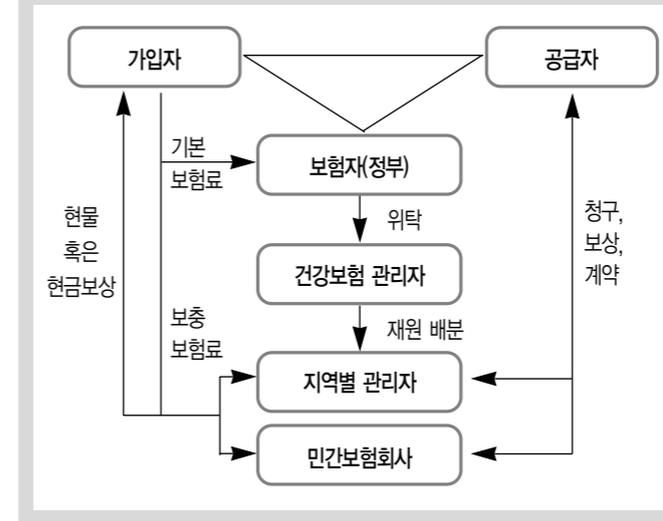
(3) 거버넌스 모형 3: 정부 통제하의 관리된 시장 경쟁 시스템

정부가 보험자로서 총체적인 건강보험의 관리와 규제, 감독, 재정을 통제하는 역할을 하되, 민간보험회사에게 건강보험의 관리를 위탁한

지역별로 보험관리자를 두어 성과 경쟁을 하는 방식은 동일하나, 다음의 점에서 다르다. 첫째는 지역별 보험관리자는 해당 지역 내의 요양기관 뿐 아니라 지역 밖의 요양기관과 요양기관계약을 맺도록 한다. 둘째는 보충급여에 대해 가입자가 공보험 혹은 민간보험을 선택하도록 한다. 이때에 민간보험 역시 요양기관과 계약을 맺게 될 것이다. 셋째, 보충보험의 급여방식을 현물급여 혹은 현금급여의 선택을 허용한다. 현금급여방식이란 환자가 요양기관에 진료비를 선 지불하고 사후에 보험금을 청구하여 보상받는 방식이다.

보험의 총체적인 틀은 모형 1과 같이 보험자와 전국단위의 의료단체간에 계약하되, 세부사항은 지역별 보험관리자와 지역단위 의료단체와 계약한다. 개별 요양기관에 대한 지불방식을 지역공급자단체에 일임하는 방안도 검토한다. 보험관리자가 지불보상을 할 경우에는 진료비 심사와 평가, 지불기능을 통합하여 운영한다.

그림 3. 거버넌스 모형 2: 단일보험자하의 지역별 성과경쟁·공사보험 경쟁시스템



다. 정부는 건강보장청을 설립하여 민간보험회사에 대한 재정통제와 관리감독을 한다. 전 국민은 보험료를 정부(보험자)에게 납부하고 민간보험회사에 강제 가입하되 선택하도록 한다. 보험자는 보험료징수를 국세청에 위탁하도록 한다. 정부(보험자)는 조성된 건강보험기금을 민간보험회사의 가입자들의 의료위험도에 따라 배분하도록 한다. 민간보험회사는 서비스의 범위와 질적 수준으로 가입자를 확보하는 경쟁을 하도록 하고, 이에 더하여 보충보험을 개발하도록 한다. 기본적인 공보험은 현물급여로 하되, 보충보험은 현금급여 혹은 현물급여의 선택을 허용한다.

기존의 공단과 심평원은 건강보험회사로 민영화하거나, 민간보험회사들에게 편입시키는 방안을 생각해볼 수 있다. 두 가지 방안은 각각 장단점이 있다. 전자는 기존 시스템을 유지하는

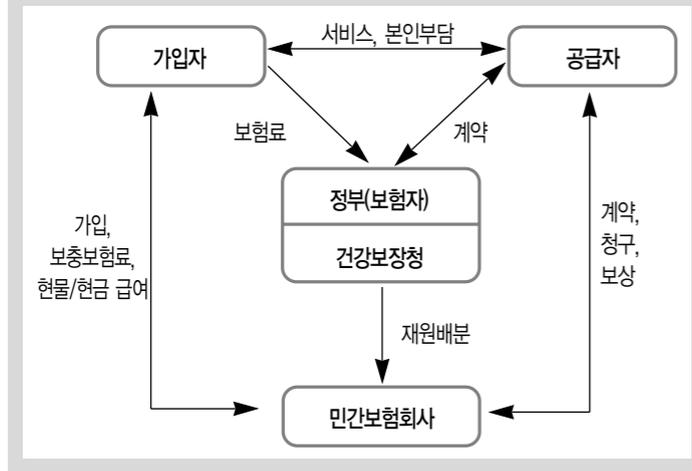
장점이 있는 반면에 민간보험회사와의 경쟁으로 가입자들이 이탈하게 되면 조직을 축소해야 할 가능성이 있다. 후자는 민간보험회사로 편입되어 직원의 보수와 자긍심이 높아질 것이 기대되는 반면에 기존의 안정적인 지위에 변화가 올 것을 우려할 것이다. 생각컨대, 후자의 경우 기존의 인력은 그대로 승계하도록 하되, 현재의 민간보험회사들이 건강보장을 전담하는 자회사를 두어 편입하는 방안이 혼란을 줄일 것이다.

기대 효과는 민간보험회사들 간의 경쟁으로 소비자의 욕구에 빠르게 반응하고 만족도가 향상될 것이다. 보험자가 총체적인 재정을 통제하면서 서비스 패키지와 질적 수준에 대해 경쟁을 하기 때문에 비용효과는 향상되고 다양한 서비스가 개발될 것으로 기대한다. 관리비용은 분명히 증가할 것이나 관리비용을 능가하는 소비자의 만족도와 질적 개선이 이루어질 것으로 기대한다. 그리고 민간보험회사가 의료공급자에 대해 비용절감과 질적 개선을 위한 심세한 통제를 하게 될 것이다.

(4) 보험료 징수통합의 문제

거버넌스의 대안모형 1과 2에서는 지역보험관리자가 보험료를 징수하는 것을 상정하였는데, 징수기능을 국세청의 징수공단에 위탁할 것

그림 4. 거버넌스 모형 3: 정부통제하의 관리된 시장경쟁시스템



세와 종부세를 관리하기 때문에 사회보험료 부과에 필요한 정보는 대부분 보유하고 있다.

그런데 세무당국에서 사회보험료를 징수하는 데에 대한 가장 큰 반대논리는 사회보험업무는 자격 관리 - 보험료납입 - 보험급여 - 사후관리 등 일련의 업무들이 연속적으로 이루어져야 하는데 보험료의 징수만 국

무효율성이 떨어진다는 것이다. 그러나 국세청에서 사회보험료를 징수하는 국가들(미국, 영국, 스웨덴 등)을 보면 반대논리가 강한 설득력을 갖기는 어렵다. 관건은 세무당국과 사회보험관리자간에 정보공유와 업무협조가 얼마나 신속하고 효율적으로 이루어지느냐에 있을 것이다.

만약 이러한 정보공유 및 협조 시스템이 충실히 가동되기 어렵고 많은 비용이 소요된다면 독일의 사례처럼 건강보험 관리자가 4대 보험료를 징수하는 방안을 유력한 대안으로 검토할 수 있다. 그러나 이때에도 국민연금, 산재 및 고용보험을 담당하는 기관들의 업무효율성이 저해되지 않도록 4대 보험간의 정보공유 시스템이 잘 가동되어야 한다. 또한 건강보험 관리자가 4대 보험료를 징수하는 것은 독일이 유일한 사례이기 때문에 우리 현실에 적합한지 더 검토가 필요하다. 더구나 최근에 독일은 사회보험료의 징수를 새로운 징수기관으로 이전하는 계획을 갖고 있다.⁹⁾

인지, 혹은 지역관리자가 4대 보험료를 통합징수할 것인지에 대한 판단이 필요하다. 국세청 산하에 또 하나의 공단을 신설하는 것에 대해서 전문가들 사이에 부정적인 견해가 많다. 국세청이 직접 징수할 수 있다면 수용성이 클 것이다. 근로소득자는 소득세와 더불어 원천징수하기 때문에 국세청의 직접 징수는 비교적 간단할 것이다. 그러나 지역가입자의 경우 복잡한 부과체계와 더불어 방대한 면세자들이 존재하고 있기 때문에 국세청 산하에 징수공단을 설립하는 방안을 제안한 것으로 이해된다. 그러나 징수공단 역시 기존 공단들의 징수인력을 모아놓은 것과 같기 때문에 얼마나 효과적으로 체납자를 관리하여 사각지대를 줄일 수 있을지는 불확실하다. 대안으로 시군구별 세무서에 징수를 위탁하는 방안을 검토해볼 수 있다. 그러나 일선 세무서 인력으로는 사회보험료징수가 어렵기 때문에 보험료센터를 부설로 두어야 할 것이다. 일선 세무서에서 지방세 뿐 아니라 국세인 종합소득

6. 맺는 말

건강보장제도가 국민의 건강을 보호하고 유지·증진하려는 지향점에 대해서는 이견이 없을 것이다. 그러나 어떤 방식으로 접근할 것인가, 어떻게 제도를 설계하고 관리시스템을 짤 것인가에 대해서는 이념으로 분열되고 이해관계로 분열되는 양상이 지속되어 왔다. 모두가 동의하는 이상적인 시스템은 존재할 수 없다. 그나마 현재 보다 우수한 시스템으로 전환시키는 데에 만족해야 한다. 그러나 시스템을 개발하는 것 보다는 새로운 시스템에 대한 사회적 합의를 이끌어내는 것이 훨씬 더 어려운 것이 우리의 현실이다.

이러한 난관 속에서도 우리는 선진화의 문턱을 넘어서는 좋은 변화를 위해 노력해야 한다. 일각에서는 현재의 시스템을 그대로 두면 저질로 문제가 꼬아터지고, 그때에 가서야 개혁의 필요성을 인식하고 변화에 협조하게 될 것이라는

견해가 상당히 퍼져 있다. 실패를 건드리기 보다는 기다리는 것이 더 좋은 방법이라는 것이다. 우리의 국민적 성향을 감안하면 합리적인 제안으로 여겨지기도 한다. 그러나 가만히 있으면 뒤쳐지는 것이 통상적인 상식이고, 대부분의 선진국들도 끊임없이 개혁하고 진화해 나가고 있다. 우리나라도 예외에 속할 수는 없을 것이다.

새로운 변화를 설득하고 합의를 도출하기 위해서는 기존에 누리고 있는 기득권과 안정성에 대한 우려를 불식시키는 것이 관건이다. 잃는 것과 얻는 것이 있지만 전체적으로 보아 현재보다 나은 이익과 기회가 보장될 것이라 기대를 심어주어야 한다. 지금까지 건강보장 부문은 그다지 유망한 분야는 아니었고, 직업인으로서도 의약전문인을 제외하면 매력적이거나 선망의 대상이 아니었다. 이를 긍정적이고 매력적인 이미지로 전환하고, 건강보장 부문이 자긍심을 갖는 존재로 발전시키는 변화에 모두가 동참하기를 바란다. **문경**

9) 독일은 2009년부터 연방정부가 조합별 보험료를 단일보험료율로 일원화하고, 2011년부터 4대 사회보험료의 징수 업무도 새로운 징수기관으로 이전함에 따라 지난 120여년 이상 의료보험조합이 가졌던 보험료에 관한 자율성이 소멸하게 된다. 다만, 경영수지 균형을 위해 추가보험료 징수를 허용하고 추가보험료를 매개로 한 관리된 경쟁으로 전환하게 된다(이용갑(2008. 6. 13). 건강보험개혁의 동향: 네덜란드와 독일의 사례, 보건경제정책학회·한국보건사회연구원 주최 정책토론회 연제집).