

국민 건강위험의 보장

Proposals for the Enhancement of Health Insurance System



최병호 한국보건사회연구원 건강보험팀 팀장

건강위험 보장 정책의 핵심적인 메시지는 공공성과 통합성을 강화하는 방향으로 추진하되, 시스템의 운영은 시장원리(유인시스템)와 민주성의 원리로 접근하는 것이다. 필수적인 위험의 보장을 위한 신속한 의사결정 시스템이 구축되어야 하고, 공적인 보장을 제외한 영역은 소비자의 선택을 존중하도록 한다. 건강위험의 보장은 국가정책의 우선에 있어야 하며, 건강위험의 보장은 곧 건강투자이며 국가의 경쟁력과 삶의 질을 향상시키는 좋은 투자처임을 강조하고자 한다. 건강위험의 보장은 통합적이고 포괄화된 보장('comprehensive health care')으로 접근하도록 하고, 건강보험의 관리자는 건강관리 및 건강증진을 도모하는 건강설계사(health designer)가 되어야 할 것이다.

1. 머리말

국민들이 안전하고 행복한 삶, 활기차고 건강한 삶을 유지하는 데에는 수많은 위험이 도사리고 있다. 그 중에서 건강을 잃게 되면 모든 것을 잃어버리게 된다는 격언을 알면서도 중대한 건강상의 위험에 여전히 노출되어 있다. 중대한 질환이나 장애에 빠졌을 때에 아직까지도 생명과 행복, 재산마저 잃게 되는 비극적인 삶이 언젠가 우리를 위협하고 있다. 건강을 잃기 전에 미리 예방하고 건강을 증진하는 것이 바람직하지만, 개인적인 노력으로는 피할 수 없는 질병에 걸리거나 사고를 당했을 때에 국가가 국민의

생명과 안전을 보호할 수 있는 제도적인 장치를 마련해야 한다. 국가가 국민들을 잘 살고 행복하게 만드는 데에는 많은 재정이 소요되는 데, 국민의 건강위험을 보장하는 데에 얼마나 많은 재원이 필요하고 국가가 모든 정책 중에서 건강을 얼마나 우선순위에 두느냐가 관건이 된다.

2. 국민건강위험 보장의 현위치

국민의 건강위험과 건강수준과 관련하여 우리의 현위치를 OECD 국가들과 비교하여 보자. 우선 국민의료비에서 차지하는 공공의료비의

비중이 취약하다. 따라서 환자가 호주머니에서 직접 부담해야 하는 의료비용이 과다하다. 특히 큰 돈이 드는 입원을 했을 경우에 본인부담이 과중하다. 이 때문에 질병에 걸렸을 때에 가난한 사람들의 의료서비스에 대한 접근은 떨어질 것이고, 이는 건강상의 위협에 처했을 때에 빈 부간에 심각한 불공평을 야기하게 된다.

국민의료비의 수준이 OECD 국가에 비해 낮은데, 이는 소득수준이나 고령화수준이 낮은 데에 원인이 있다. 그리고 의료인력이 부족하며, 인력의 부족을 자본과 기술, 의약품이 메꾸고 있다. 이는 환자가 의사와 간호사의 서비스를

충분히 받지 못함을 의미한다. 입원을 할 경우에 환자 가족들이 환자를 간병하는 관행은 간호사의 부족이 하나의 원인으로 작용한다.

반면 의료에 대한 평균적인 접근수준은 평균 이상으로 성공적이며, 오히려 과열과 왜곡의 양상을 띠고 있다. 즉 공적의료보장의 적용은 모든 국민에게 제도적으로 보장되고 있다. 그리고 국민 1인당 입원일수나 외래일수도 평균을 상회하여 의사를 방문하거나 병상에서 충분히 진료를 받는 데에 제한을 받지 않고 있다. 그러나 지나치게 자주 의사를 방문하거나 필요 이상으로 병상에 누워있어 의료자원을 낭비한다는 비

판에 처해 있다. 그리고 의료보장은 제도적으로 보장되고 있으나 실상은 보험료 체납인구가 200만명을 넘어 제도 적용상의 심각한 문제를 안고 있다.

건강수준은 낮은 보장성과 취약한 인프라에 비견하면 관찰은 성과를 나타내고 있다. 그러나 만성질환의 사망률은 고령화 수준과 비례하기 때문에 고령화 수준을 보정한 평가가 필요하다. 희망적인 것은 건강행태도 양호한 편이다. 국민들의 웰빙에 대한 관심과 노력은 건강행태를 개선하는 데에 기여할 것으로 본다.

3. 건강위험 보장을 둘러싼 여건 전망

건강위험의 보장 대책을 세우기 위해서는 앞으로 전개될 여건들을 전망해보고 목표와 전략을 짜야할 것이다.

우선 경제성장에 밝은 전망은 국민들의 소득 수준을 향상시킬 것이고, 국민소득의 상승은 의료수요의 양적, 질적 개선을 요구할 것이다. 국민소득은 2006년 1만8천불에서 2012년 3만불에 육박할 것으로 전망되며, 이에 걸맞는 의료서비스의 보장 범위와 수준의 확대를 요구할 것

표 1. 의료비 본인부담율과 공공재정 비중(2005)

지 표	OECD	한 국
본인부담율, % (2005)	19.3	37.7
입 원*	15.78	33.62
외 래*	35.85	50.72
국민의료비 대 공공지출비중, %(2005)	72.5	53.0

자료: OECD Health Data 2007.

표 2. 국민의료비 수준과 의료 인프라(2005)

지 표	OECD	한 국
국민의료비 대 GDP, %	9.0	6.0
소득수준	3만불	1만6천불
고령화	15.0	9.1
국민의료비 대 의약품지출 비율, %	17.2	27.3
병상수(천명당)	5.6	7.9
활동의사수(천명당)	3.0	1.6
약사수(천명당)*	0.72	0.6
간호사수(천명당)*	8.4	1.8
CT 스캐너(백만명당)	20.6	32.2
MRI 대수(°)	9.8	12.1

자료: OECD Health Data 2007.

표 3. 의료보장의 적용율과 의료접근성 지표(2005)

지 표	OECD	한 국
의료보장적용율, %*	95.65	100.00
1인당 입원일수	9.9	13.5
1인당 외래방문일수	6.8	11.8

자료: OECD Health Data 2007.

표 4. 건강수준과 건강행태의 지표

부 문	지 표	OECD	한 국
건강 수준	사망률	652	719
	PYLL	4062	4397
	평균수명	78.6	78.5
	영아사망률	5.4	5.3
	암질환 사망률	170.6	162.3
	뇌혈관질환 사망률	60.4	95.8
	허혈성심질환 사망률	101.8	34.9
	자기판단건강상태	68.6	47.4
건강 행태	주류 소비량	9.5	8.1
	흡연인구비율	24.3	25.3
	과체중과 비만인구 비율	47.6	30.5

자료: OECD Health Data 2007.

이다. 그러나 건강보험급여의 확대는 국민들의 의료수요를 즉시 반영하기 어려운 의사결정 구조를 가지고 있다. 한편에서는 환자의 요구로 비급여 영역이 빠르게 증가하게 되면 보장률을 떨어뜨리게 된다. 따라서 의료기술의 발전속도에 따라 필수보장의 범위가 신속하게 결정되는 시스템을 구축해야 하며, 나머지는 소비자 선택에 맡기도록 해야 한다.

두 번째는 FTA의 확산과 WTO 체제의 출범 등 글로벌 개방화의 속도는 더 빠르게 진행될 것이고 이에 따라 국내 산업의 양극화는 더 심화될 것이다. 이렇게 되면 소득과 고용의 양극화를 낳게 되고, 이는 다시 건강의 양극화를 배태하게 될 것이다. 특히 의료신기술이나 장기이식 등 고가·첨단의료 영역에서 계층간 격차를 심화시키게 될 것이다. 건강격차의 심화는 다시 생산성의 격차를 낳게 되고 사회적 통합과 성장동력을 저해하게 될 것이다. 따라서 국민 한사람 한사람의 건강에 대한 투자는 국가발전의 동력이 되므로 건강보장을 국가정책의 우선순위에 두어야 한다. 특히 건강보장에 대한 투자 확대는 복지성 급여를 축소하는 개혁에 동의할 것이다. 건강보장은 국가에 대한 신뢰와 사회적 통합을 이루는 '사회적 자본'이 된다.

세 번째로 고령화는 의료비 증가의 주요인이며, 고가·장기치료, 장기간병 수요가 급증할 것이다. 이에 따라 노인의료에 대한 사회적 비용편익에 대한 논쟁이 가열될 것이다. 의료자원의 효율적 활용을 위해서는 예방이나 건강증진, 장기요양 까지도 포함한 포괄적인 건강보장

('comprehensive health care')을 연속선상에서 보장하는 것이 효과적이고 비용도 절감할 수 있을 것이다. 장기요양서비스 중에서 예방, 간호와 간병, 재활은 건강보험에 포함하고, 신체기능 보조나 가사지원은 서비스 영역으로 분류하는 방향을 검토한다. 향후 고령화사회의 도래에 대비하여 노인에 대한 케어는 가능한 국가의 역할을 축소하고 종교단체, NGO와 NPO, 자원봉사자의 역할을 활성화하는 것이 과도한 재정부담을 회피할 수 있다.

네 번째로 정보전산기술의 발전과 생명과학의 발전은 의료기술의 놀라운 발전을 촉진할 것이다. 생명과 삶의 질에 대한 가치는 갈수록 높아지고, 의료산업은 고부가가치 산업이 되고, 의료비가 국민경제에서 차지하는 비중은 갈수록 늘어날 것이다. 의료비의 적정수준에 대한 통제가 불가피하게 될 것이며, GDP 대비 적정 비중이 판단기준이 될 것이다. 의료비가 증가하면서 의료비용 투자 대비 효과성에 대한 검증이 중요하게 대두될 것이다. 이러한 점에서 건강보험을 관리하는 보험자는 질병비용에 대한 보상을 하는 기능을 벗어나 건강관리와 건강증진기능 까지 담당하는 건강설계사(health designer)의 역할을 하게 될 것이다.

다섯 번째로 미래에는 질병구조가 변화하고 신종질환이 끊임없이 발생하게 될 것이다. 이러한 예측은 국내에만 한정된 문제가 아닌 지구촌적 문제가 되어 수백만명의 생명을 위협할 가능성이 있다. 질병의 확산에 대처한 '건강안보'가 중요한 국가적 과제가 될 것이다. 이에 따라 건

강보험은 질병의 확산에 대비하여 신속하게 예방하고 치료하고 사후관리할 수 있는 시스템을 갖추어야 할 것이다.

여섯 번째로 가까운 장래에도 대형병원의 대형화 경쟁은 계속될 것이다. 환자당 진료비용은 커져서 의료비는 증가할 것이며, 로봇수술이나 원격진료를 비롯한 U-healthcare 등 새로운 형태의 진료양식의 등장은 자본력을 갖춘 대형병원이 경쟁력의 우위를 점하게 될 것이다. 새로운 진료양식에 대한 보험적용의 범위와 방식, 지불보상의 방법을 개발해야 하며, 특히 신기술과 기존 기술에 대한 보상수준을 잘 조정해나가야 한다.

일곱 번째로 병원간의 경쟁에서 수평적 통합과 수직적 통합 등 경영선진화(합리화)를 위한 노력이 강화될 것이다. 의원급들간의 네트워크를 통한 경쟁력 확보 등 의료경영의 선진화가 요구될 것이다. 따라서 의료경영 선진화를 권장하는 또는 선진화를 유인하는 지불보상의 인센티브나 지불보상 방식의 개발이 요구될 것이다.

여덟 번째로 의사인력의 증가는 의료비용의 보상 규모나 수준에 대한 압력이 커질 것이다. 또한 의료인력의 종별 갈등은 심화될 것이며, 인구구조, 질병구조의 변화, 신종 질환의 출현은 의료인력의 변화를 요구할 것이다. 첨단의료 기술은 전통적인 의사의 역할 변화를 요구할 것이다. 의료인력이나 병상, 장비 등 의료자원이 의학적 관점이나 경제성의 관점에서 판단할 때 왜곡된 방향으로 공급될 수 있다. 건강보험의 지불보상은 원가반영에 유일한 목적을 두기 보다는 진료부문별 균형을 회복하는 방향으로

설계되어야 할 것이다.

4. 건강위험 보장의 목표

건강위험 보장을 위한 건강보장의 기능은 첫째, 질병의 치료 및 재활, 건강검진 등 예방적인 서비스 영역을 넘어 만성질환자에 대한 건강관리 및 정보제공 사업, 그리고 건강증진의 영역까지 평생건강관리의 차원으로 확대되어야 한다. 둘째, 건강을 연속선상(continuum of cure and care)에서 관리하는 것이 '범위의 경제성' (economy of scope)을 확보할 수 있으므로 건강보험을 중심으로 관련된 프로그램들을 통합하도록 한다.

5. 건강위험 보장을 위한 정책방향

1) 정책방향 1: 건강보장성 확보

건강보장성 확보의 쟁점사항은 다음 다섯가지가 된다. 1) 보장성을 획기적으로 확대할 것인가, 점진적으로 확대할 것인가?, 2) 보장성 지표의 대표성과 신뢰성, 3) 건강보험의 기능(보험급여의 범위), 4) 보장의 우선순위, 5) 민간보험과의 관계 등이다.

먼저 보장성의 확대 속도에 있어서, 환자들의 의료필요에 걸맞는 의료공급을 적절히 매칭시키는 배분(rationing) 시스템이 없이 보장성을 일

그림 1. 건강위험 보장의 목표와 정책방향

비전	질병발생에 따른 위험으로부터 국민을 보호하고, 건강수준의 향상을 통한 삶의 질 제고									
목표	○ 의료안전망 구축과 「건강」 보장 ○ 의료접근도의 형평 확보	○ 재정건전성 확보 ○ 의료서비스 질과 만족도 향상								
정책 방향	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: center;">보장성</th> <th style="text-align: center;">수가와 지불보상</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 필수질환 안전망(재난성 질환 우선) • 만성질환의 예방과 관리 • 예방투자 강화, 건강행태 진단과 상담 • 건강보험과 의료급여 통합 • 건강보험에 간병(장기요양)서비스 포함 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 진료부문 특성에 적합한 지불방식 적용 • 진료비총액관리 (GDP 대비 일정률) • 진료부문별 보상의 상대적 균형 • 성과와 질 평가에 기반한 지불보상 • 요양기관계약제 도입 </td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">재원조달과 재정관리</th> <th style="text-align: center;">거버넌스와 관리운영시스템</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 소득비례 보험료부과체계 (부과대상 확대) • 지속가능한 부과체계 개발 • 건강부담금(건강위해행위), 건강세로 재원 확보 • 의료저축계정(MSA) 도입 • 사회보험료 징수통합 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자-공급자 계약에 의한 사회적 합의 • 국가통합재정의 틀속에서 관리 • 건강보험관리원 설립(심사지불 일원화, 건강관리) • 의료평가원, 건강정보원 설립 • 건강보험 정보전산화 (전자카드 도입) </td> </tr> </table>	보장성	수가와 지불보상	<ul style="list-style-type: none"> • 필수질환 안전망(재난성 질환 우선) • 만성질환의 예방과 관리 • 예방투자 강화, 건강행태 진단과 상담 • 건강보험과 의료급여 통합 • 건강보험에 간병(장기요양)서비스 포함 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료부문 특성에 적합한 지불방식 적용 • 진료비총액관리 (GDP 대비 일정률) • 진료부문별 보상의 상대적 균형 • 성과와 질 평가에 기반한 지불보상 • 요양기관계약제 도입 	재원조달과 재정관리	거버넌스와 관리운영시스템	<ul style="list-style-type: none"> • 소득비례 보험료부과체계 (부과대상 확대) • 지속가능한 부과체계 개발 • 건강부담금(건강위해행위), 건강세로 재원 확보 • 의료저축계정(MSA) 도입 • 사회보험료 징수통합 	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자-공급자 계약에 의한 사회적 합의 • 국가통합재정의 틀속에서 관리 • 건강보험관리원 설립(심사지불 일원화, 건강관리) • 의료평가원, 건강정보원 설립 • 건강보험 정보전산화 (전자카드 도입) 	
보장성	수가와 지불보상									
<ul style="list-style-type: none"> • 필수질환 안전망(재난성 질환 우선) • 만성질환의 예방과 관리 • 예방투자 강화, 건강행태 진단과 상담 • 건강보험과 의료급여 통합 • 건강보험에 간병(장기요양)서비스 포함 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료부문 특성에 적합한 지불방식 적용 • 진료비총액관리 (GDP 대비 일정률) • 진료부문별 보상의 상대적 균형 • 성과와 질 평가에 기반한 지불보상 • 요양기관계약제 도입 									
재원조달과 재정관리	거버넌스와 관리운영시스템									
<ul style="list-style-type: none"> • 소득비례 보험료부과체계 (부과대상 확대) • 지속가능한 부과체계 개발 • 건강부담금(건강위해행위), 건강세로 재원 확보 • 의료저축계정(MSA) 도입 • 사회보험료 징수통합 	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자-공급자 계약에 의한 사회적 합의 • 국가통합재정의 틀속에서 관리 • 건강보험관리원 설립(심사지불 일원화, 건강관리) • 의료평가원, 건강정보원 설립 • 건강보험 정보전산화 (전자카드 도입) 									

시에 확대하면 의료공급 시스템을 왜곡시킬 우려가 있다. 즉 환자 본인부담이 대폭 줄어들면 환자의 대형병원 집중화 현상이 벌어지게 되어 지방의 병원이나 중소병원들은 몰락할 우려가 있다. 그리고 대표적인 비급여인 병실차액 과선택진료는 현재의 의료이용 행태와 병원경영 환경의 특수성에서 비롯되므로 이들을 일거에 보험급여화 하기는 쉽지 않다. 또한 의사나 간호사 등 의료인력의 공급이 뒷받침되지 않는 상황에서 보장성을 일시에 확대할 때에 의료수요의 급격한 증가를 공급 측면에서 수용하기에 한계가 있을 것이다. 특히 수요가 대형병원이나 유명병원으로 몰리는 상황에서는 더욱 그러할 것이다. 따라서 보장성 확대를 위해서는 보험급여

의 범위를 확대하는 것 이상의 준비가 필요하다. 최근 식대와 6세미만 아동의 입원에 대한 보장성을 확대하였다가 부작용 때문에 다시 보장성을 후퇴시킨 조치에서 교훈을 얻을 수 있다. 두 번째로 보장성 지표의 대표성과 신뢰성을 확보하는 조치를 취해야 한다. 보장률은 건강보험공단의 조사결과, 2005년 61.8%, 2006년 64.3%이나, OECD에 보고하는 정형선 교수의 조사결과는 2005년 52.9% 였다. 보장성의 대표 지표로 사용하기 위해서는 자료의 대표성과 신뢰성을 확보해야 하는데, 그 방안으로 연구자간에 경쟁을 시키고, 전문가위원회를 구성하여 대표적인 자료와 신뢰할만한 방법론을 채택하도록 한다. 보장성 지표는 보험자부담률 하나에

한정하기 보다는 국민들이 실질적으로 '체감' 할 수 있고 정책적으로 유용한 지표를 정책목표로 삼아야 할 것이다.

세 번째로 건강보험의 기능 혹은 보험급여의 범위에 대해 새로운 패러다임을 정립할 필요가 있다. 건강보험의 기능을 예방과 건강증진의 영역에 까지 확장하고, 사후적인 보험에서 사전적인 보험으로 기능을 전환하는 것이다. 그리고 장기요양보험의 급여대상인 기능장애의 활동보조 및 간호 서비스를 건강보험의 보장범위에 포함하여 관리할 수 있다. 또한 의료급여제도를 건강보험 제도에 통합하여 관리하는 방안도 적극 검토할 수 있다. 현재 건강보험과 의료급여 환자에 대한 보장원칙은 'separate but equal'에 토대를 두고 있으나, 향후 'integrated and equal'로 전환하여 목표집단별 특성에 맞추어 보장내용, 보험료부담, 본인부담을 조정하는 것이 효율적일 수 있다.

세 번째로 건강보장의 우선순위이다. 현재 보험급여의 확대는 항목 중심, 질환 중심, 진료비의 크기 중심으로 추진하고 있으며, 출산 장려, 아동 투자, 건강투자 등 사회정책적 접근도 병행하고 있다. 1차적으로는 보험원리에 충실하고, 2차적으로 보건정책 및 사회정책적 목적을 감안하도록 한다. 원칙적으로 의료수요의 가격탄력성에 따라 환자부담률을 조정하도록 한다. 즉 가격비탄력적인 중증질환에 대해서는 환자부담을 획기적으로 낮추고, 가격탄력적인 가벼운 질환의 환자부담은 비교적 무겁게 한다. 그 다음으로 환자집단의 특성에 따라 본인부담을

달리하도록 한다. 즉 빈곤층 환자에 대해서는 본인부담을 낮추도록 한다.

네 번째로 민간건강보험과의 관계를 바로 정립하는 것이다. 가격비탄력적이고 저소득층의 의료접근성을 제한할 수 있는 중증질환에 대해서는 공보험의 역할이 반드시 필요하다. 그러나 그 밖에 경질환(minor risk)이나 비보험 영역(신기술이나 non-medical 서비스 등)에서는 공보험과 민영보험간 경쟁을 허용할 것을 제안한다. 경질환 영역에서는 현재의 행위별수가제, 인두제 혹은 인두제에 기초한 관리의료방식(managed care)방식이나 의료저축계정(MSA)의 적용 등 다양한 지불방식으로 경쟁할 수 있을 것이다. 이렇게 되면 공보험자 및 민간보험자와 의료기관 간에 계약제로 운영하게 될 것이다. 이에 따라 고객 확보를 위하여 공보험과 민간보험간에 경쟁이 일어나고, 공사보험자간에 좋은 의료기관을 확보하기 위해 혹은 의료기관은 좋은 의료기관임을 증명하기 위해 서로 경쟁하게 될 것이다. 이는 의료의 질적 수준 향상과 의료비절감으로 이끌 것을 기대할 수 있다. 그리고 기존에 단일보험자로서의 공보험의 생명력과 경쟁력을 도모할 수 있다.

2) 정책방향 2: 재원조달과 재정관리

재정운용에 있어서 쟁점사항은 다음 네가지가 된다. 1) 재원의 구성, 즉 누가 부담할 것인가?(부담의 형평), 2) 보험료부과체계의 지속가능성, 3) 얼마나 부담할 것인가?, 4) 국고지원의

방식 등이다.

2007년도 현재 건강보험재원은 보험료 83.3%, 일반국고 11.7%, 건강증진기금 5.0%로 구성되어 있다.

재원조달의 원칙은 정기적으로 발생하는 소득, 즉 임금소득과 공적연금소득 등에 대해 보험료를 부과하도록 한다. 그 외에 세금을 통한 재원확보 방안을 검토해볼 수 있다. 즉 금융소득, 양도소득, 주식양도차익 등 비정기적이고 일시적으로 발생하는 소득에 대해 부가세(surtax) 형식의 건강세를 부과하는 것이다. 그리고 건강위해행위인 흡연(담배), 음주(주류), 화석연료소비에 건강부담금 혹은 건강세를 부과할 것을 적극 강구한다. 이와 함께 소액의 환자본인부담에 대해서는 환자의 저축에서 공제해나가는 '의료저축계정'의 도입을 검토한다. 즉 가벼운 질환의 본인부담을 무겁게 가져가면서 본인이 미리 대비할 수 있도록 한다. 의료저축에 대해서는 소득공제와 함께 이자소득세에 대한 세액감감의 혜택을 부여하도록 한다. 이에 따라 총의료비의 재

원조달은 다음과 같이 구상해볼 수 있다.

보험료부담의 수준은 2007년 현재 임금소득의 4.77% (2008년 5.08%) 이다. 미래전략위원회(2007. 6)의 추정에 의하면 2015년 보장성 70%를 목표로 할 때에 보험료는 8.13% 이다. 2007년 현재 사회보험료는 약 25% 이며 2008년 7월 노인장기요양보험이 시행되면 추가 부담이 있게 된다. 사회보험료의 구성은 국민연금 9%, 퇴직금 8.3%, 건강보험 4.77%, 산재·고용보험 3% 내외 이다. 장기적으로 사회보험료는 30%선으로 운영하는 방안을 제안한다.

3) 정책방향 3: 수가와 지불보상제도

지불보상방식의 개편원칙은 첫째, 의료소비자 측면에서 소비자의 의료비 부담수준이 적절한 선을 유지해야 할 것이고, 부담 대비 의료의 질이 담보되어야 한다. 둘째, 의료공급자 측면에서 서비스에 대한 정당한 보상 혹은 적정이윤이 보장되면서 환자에 대해 최선의 진료를 할

수 있는 유인이 주어져야 한다. 셋째, 보험자 측면에서 의료비규모가 효과적으로 통제되어 재정운영이 지속가능해야 하며, 의료자원의 낭비가 최소화되고 보험행정이 간소화되어야 한다. 이에 따라 지불보상제도의 전반적인 개편의 틀은 다음 [그림 2]와 같은 방향을 제시한다.

지불보상의 전체 규모는 총액목표를 설정하고 관리해나가는 것이 좋겠다. 총액은 보험자와 의료계 간에 계약을 통해 정하도록 한다. 총액의 진료부문별 배분은 의료정책의 목표, 의학적 타당성에 근거한 가치, 의료수요와 성과를 고려한 경제성 평가, 진료부문별 경영수지상황 등을 고려하도록 한다. 진료부문은 여러 차원으로 구분할 수 있다. 예를 들어, 입원, 외래, 요양 부문으로 나누거나, 의과, 치과, 한방, 약국으로 나누거나, 요양기관의 규모와 기능별로 전문종합,

종합, 병원, 의원으로 나눌 수 있다.

진료부문 내에서의 의료공급자에 대한 배분은 [그림 3]과 같은 지불보상방식을 적용할 수 있다. 입원은 DRG 분류를 기본으로 하고 행위수가제를 보완적으로 활용할 수 있다. 외래는 행위수가제와 인두제를 병행하되 장기적으로 주치의방식의 인두제를 근간으로 하도록 한다. 인두제와 행위수가제의 단점을 보완하는 방안으로 DRG 타입의 외래포괄수가제인 APC의 도입을 검토하고, 병원 외래에서의 당일 수술의 보상방식을 개발하도록 한다. 장기요양 부문은 정형화된 서비스의 속성상 일당 혹은 방문당 포괄수가를 도입하도록 하며, 재가방문 서비스의 경우 지역별 총액계약제의 도입을 적극 검토한다. 이러한 지불보상의 틀 하에서 개별공급자의 청구에 대한 지불보상은 의료계의 자율에 맡기

표 5. 건강위험 보장을 위한 의료비의 재원조달 구상

총의료비	건강보험(의료급여, 장기요양보험 포함)			MSA	민간보험
	보험료	건강부담금(혹은 건강세)	일반국고		
100	60	10	5	5	20

표 6. 사회보험료의 장기적 방향

사회보험료 계	국민연금	퇴직연금	건강보험 (의료급여+장기요양)	산재, 고용보험
30%	9%	9%	9%	3%

그림 2. 지불보상제도의 개편의 틀

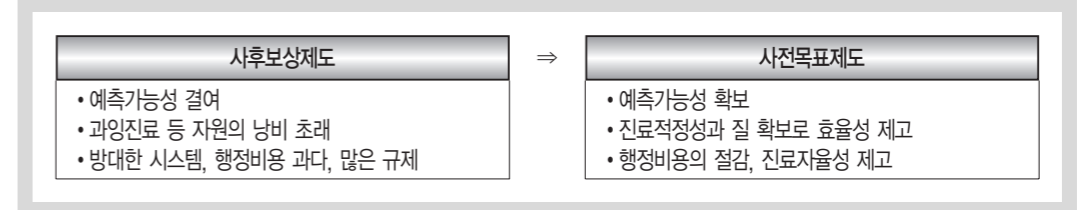
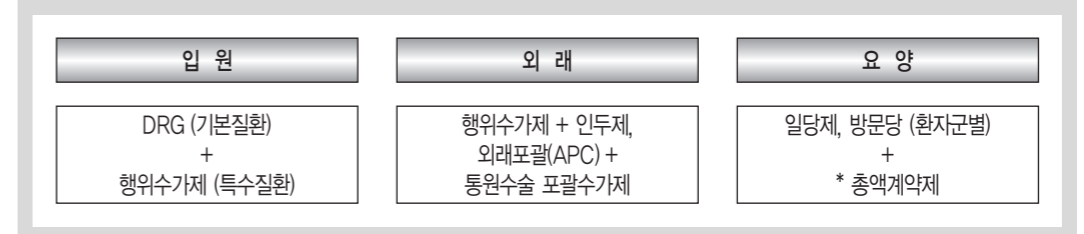


그림 3. 진료부문 내에서의 지불보상방식(예시)



는 방안을 검토한다.

한편 총액목표제를 실행하기 위해서는 다음의 준비가 필요하다. 보험진료비의 총액을 통제하면 비보험 영역으로 비용을 전가할 수 있으므로 비보험 영역의 불투명성을 최소화해야 한다. 그리고 필수진료에 해당하는 서비스는 모두 보험급여에 포함하여 보험급여범위 내에서 모든 진료료가 가능해야 한다. 총액을 통제하면 서비스의 질을 낮출 우려가 있으므로 의료서비스의 질 관리체계를 구축해야 한다. 마지막으로 보험진료권 내에서 '요양기관계약제'를 도입하여 보험자와 의료공급자 쌍방에게 보험제도 참여의 선택권을 부여하도록 한다. 이를 통해 보험자는 양질의 서비스를 제공하는 공급자를 선택할 수 있고, 공급자는 비보험의 자유로운 의료시장 영역을 선택할 수 있다. 계약제의 구체적인 내용은 보험자와 의료계간에 협의를 통하여 정할 수 있다.

4) 정책방향 4: 거버넌스와 관리운영 시스템

건강보험의 거버넌스와 관리시스템의 쟁점은 다음 네가지로 요약할 수 있다. 1) 이해당사자가 참여하는 민주적인 거버넌스 구조 형성, 2) 사회적 합의에 의하여 의사결정의 수용성을 제고, 3) 보험자의 정체성 정립과 재정운영의 책임성 명료화, 4) 집행조직인 공단과 심평원의 기능 재편 등이다.

건강보험 거버넌스와 관리시스템 운영의 원칙은 첫째, 정책결정에 국민의 참여를 보장하여 의사결정의 민주성을 확보한다. 둘째, 사회적 합

의를 거친 정책결정으로 국민들의 수용성을 확보한다. 셋째, 정책의 결정과 결과에 대한 책임성을 강화한다. 넷째, 정책집행의 효율성과 가입자에 대한 효과적 전달로 국민신뢰를 획득한다.

향후에 전개될 여건은 다음과 같다. 먼저 4대 사회보험료는 국세청 산하의 징수공단에서 담당할 예정이다. 2008년 7월에 노인장기요양보험제도의 시행이 예정되어 있고 공단이 장기요양보험제도의 관리자로 정해져 있다. 그리고 지불보상제도의 포괄화가 추진되면 심사기능은 축소되고 평가기능이 중요시될 것이다. 그리고 보험자의 역할이 질병비용에 대한 보험기능으로부터 가입자의 건강관리 및 건강정보 제공 서비스 기능을 중시하는 것으로 전환할 것이다.

이에 따라 첫 번째 개편방향으로 민주적 거버넌스를 확립하기 위하여 현재 공단의 재정운영위원회는 가입자위원회로 전환하고 가입자위원회가 가입자측의 최고의사결정기구가 되도록 한다. 공단이 보험자의 역할을 하여 왔으나 앞으로는 정부가 보험자의 역할을 하고, 가입자위원회가 의료공급자와의 계약의 당사자가 되는 방안을 검토한다. 정부가 보험자가 됨으로써 건강보험은 국민연금, 산재 및 고용보험과 같이 기금으로 전환되어 국회의 심의를 받게 된다. 두 번째 개편방향으로 의사결정구조의 개편이다. 1단계에서는 보험료, 수가 및 보험급여범위 등을 가입자와 공급자간에 포괄적으로 계약하되, 계약이 성사되지 않을 경우에 2단계로 공익위원으로 구성된 중재위원회에서 중재하여 결정하도록 한다. 다만, 정부 내에 가입자-공급자-공익

로 구성된 건강보험정책심의위원회에서 최대한 합의를 도출하도록 노력하되 실패할 경우 공익위원들이 결정하는 방안도 검토할 수 있겠다. 이때에 중재위원회의 공익위원은 국회의 보건복지위원회의 심의를 거쳐 선임하도록 한다. 국회가 선임한 중재위원들의 결정은 국회가 존중하게 됨으로써 최종적으로 건강보험기금의 심의의결에 차질을 빚지 않게 될 것이다. 세 번째 개편방향으로 집행조직의 기능 재편이다. 공단과 심평원의 심사기능을 통합하여 '건강보험관리원'으로 조직을 일원화하고, 심평원은 평가전문기관인 '의료평가원'으로 전환하도록 한다. 그리고 의료정보에 대한 통합관리와 공유를 위해 '건강정보원'과 같은 독립된 형태의 기구를 설립하도록 한다. 건강보험 관리시스템의 정보화

를 위해 '전자카드' 시스템을 도입하도록 한다.

이에 따르면 현재의 건강보험 관리운영 시스템은 다음과 같이 변모될 것이다.

마지막으로 기존의 통합관리방식의 개편이 필요하다. 통합시스템의 내부적인 효율성을 제고하기 위한 경쟁시스템을 도입한다. 16개 시도 단위로 성과에 기반한 경쟁시스템의 도입이다. 성과에는 보험재정의 관리, 진료적정성과 서비스의 질, 심사효율성 등을 포함한다. 시도 단위의 보험관리자가 지역 의료단체와 계약을 통해 성과관리의 목표를 달성하는 등 다양한 접근방식을 시도해 볼 수 있다. 보험관리자의 역할은 가입자에 대한 건강설계사 또는 건강관리사와 같은 전향적인 역할로 변모할 것을 기대한다.

그림 4. 현재의 건강보험 관리시스템

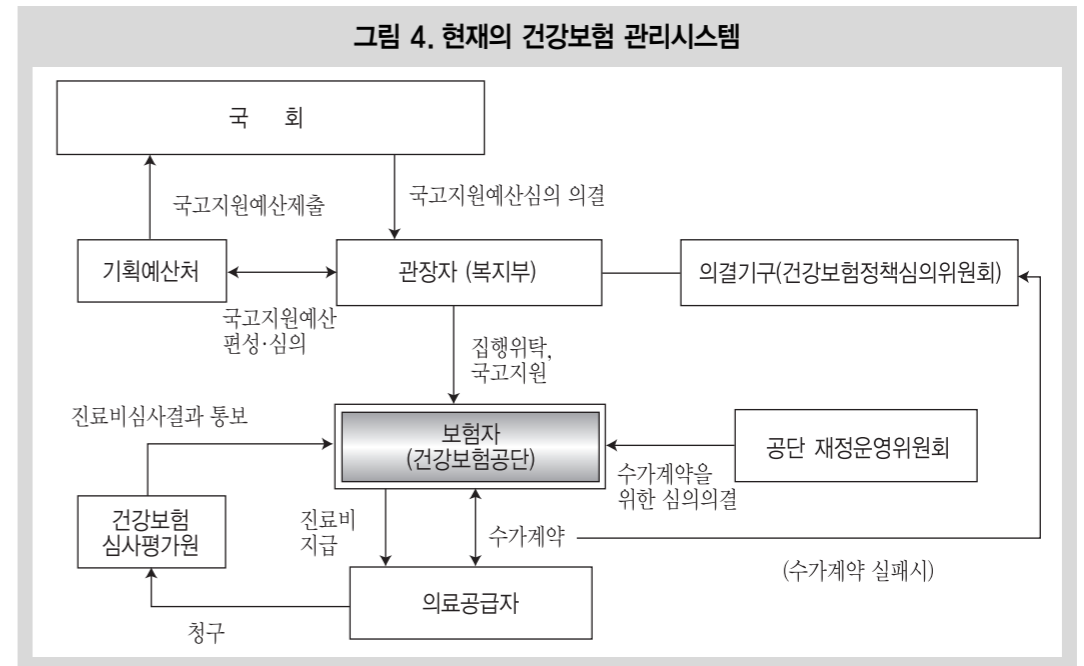
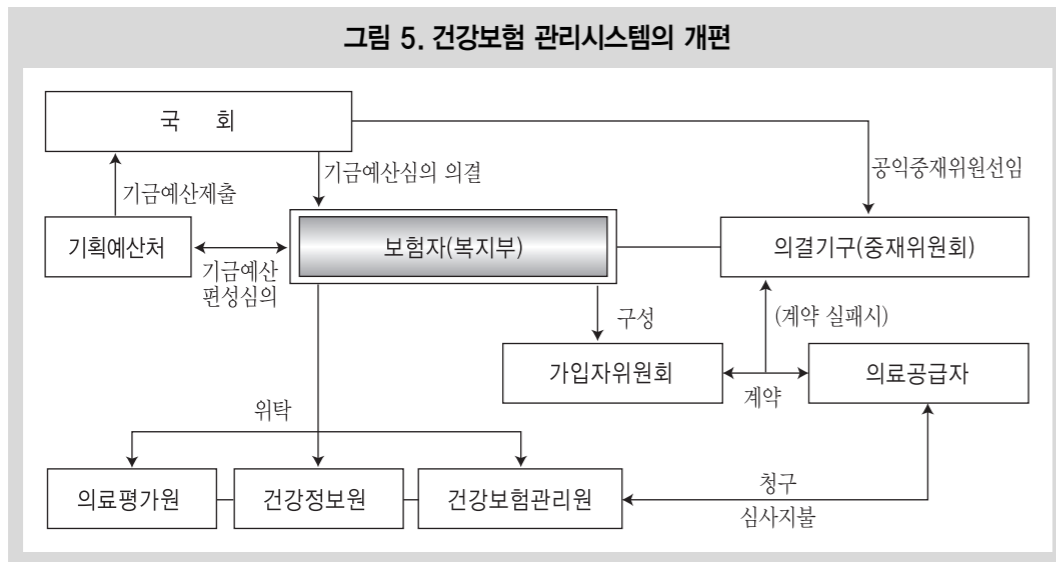


그림 5. 건강보험 관리시스템의 개편



6. 맺는 말

본고에서 건강위험 보장 정책의 핵심적인 메시지는 공공성과 통합성을 강화하는 방향으로 추진하되, 시스템의 운영은 시장원리(유인시스템)와 민주성의 원리로 접근하는 것이다. 필수적인 위험의 보장을 위한 신속한 의사결정 시스템이 구축되어야 하고, 공적인 보장을 제외한 영역은 소비자의 선택을 존중하도록 한다. 건강위험의 보장은 국가정책의 우선에 있어야 하며, 건강위험의 보장은 곧 건강투자이며 국가의 경쟁력과 삶의 질을 향상시키는 좋은 투자처임을 강조하고자 한다. 건강위험의 보장은 통합적이고 포괄화된 보장('comprehensive health care')으로 접근하도록 하고, 건강보험의 관리자는 건강관리 및 건강증진을 도모하는 건강설계사(health designer)가 되어야 할 것이다.

한편 건강위험 보장에 있어서 국가의 역할을 다시 정립할 필요가 있다. 개인과 가족, 민간 부문의 역할과 책임이 요구되는 영역에서는 정부의 과도한 개입을 자제하고 민간의 인센티브를 활용해야 할 것이다. 앞으로 갈수록 부담이 급증할 노인에 대한 케어는 종교단체와 NGO, NPO, 자원봉사의 역할을 활성화하여 국가의 개입을 가능한 줄이도록 한다. 그리고 정부는 총의료비의 규모를 잘 통제하여야 한다. 통제의 기준은 대 GDP 비중이 가장 중요한 지표가 될 것이다. 마지막으로 글로벌한 관점에서 건강보험은 대외적인 질병위험에 대비한 '건강안보' 시스템을 구축하여야 할 것이고, 첨단 신기술, 새로운 보건조직과 경영 변화에 적응하고 선도해나가는 역할을 해야 할 것이다. **■**