

건강보험의 지속을 위한 개혁과제

이 규 식

연세대 보건행정학과 교수

<Abstract>

Health Care Reform for Sustainability of Health Insurance

Kyu-Sik Lee

Dept. of Health Administration, Yonsei University

We achieved both industrialization and democratization during the shortest period in the world. We also achieved good performance in national health insurance: universal coverage, solidarity in financing, equitable access of health care. However, national health insurance system has faced the problem of sustainability: various expenditure and financing problems.

The problem of sustainability has two facets of economic sustainability and fiscal sustainability. Economic sustainability refers to growth in health spending as a proportion of gross domestic product(GDP). Rapid increasing rate of health spending exceeds the growth rate of domestic product. Growth in health spending is more likely to threaten other areas of economic activity. Concern on fiscal sustainability relates to revenue and expenditure on health care. Health care financing face demographic and technical obstacles. Democratic obstacle is aging problem. Technical obstacle is collection of contribution. Expenditure of health care has various problems in benefit structure and efficiency of health care system.

‡ 교신저자: 이규식 (010-8718-6343, kslee02@yahoo.co.kr)

* 이 원고는 2010년 4월 9일 한국병원경영학회 2010년 춘계학술대회에서 발표한 특별강연의 원고 (건강보험의 지속을 위한 개혁과제)를 수정 보완한 것임

In this article, I suggest several policy reforms to enhance sustainability: generating additional revenue from value added tax, changing method of levying contribution, increasing efficiency of health care system by introducing the competition principle. restructuring of benefit scheme of health insurance. contracting with health care institutions to provide health care services.

Key words: sustainability, health care reform, national health insurance

I. 서 론

최근 일각에서는 ‘건강보험 하나로 시민회의’가 조직되어 건강보험의 보장성 제고를 주장하면서 건강보험제도가 새로운 사회적 이슈로 등장하고 있다. 건강보험은 질병으로 인한 가계의 경제적인 위협을 사회적으로 대처하는 것이 목적이기 때문에 보장성 제고는 매우 중요한 이슈가 될 수밖에 없다. 그런데 보장성 제고를 뒷받침하기 위해서는 재정이 수반되어야 하는 문제가 있다.

보장성 제고와 재정의 뒷받침에는 여러 가지 요인들이 고려되어야 한다. 먼저 의료기술의 발전에서 오는 새로운 급여 요구가 수용 가능한 정도인지 여부, 인구구조의 변화가 지출을 감내할 재정을 충당할 수 있을지 여부, 그리고 기존의 급여구조에 불합리한 측면은 없는지 등이 검토되어야 할 것이다.

이 원고는 보장성 제고 주장의 타당성을 검토하는데 목적이 있는 것이 아니라 의료기술의 발전, 인구구조의 변화, 경제의 구조 변화 등을 짚어보면서 지속 가능한 건강보험의 틀을 살펴보고자 함에 있다.

II. 현재의 건강보험제도의 틀과 지속가능성 문제

1. 1977년 틀의 한계

우리나라 건강보험제도는 1인당 소득 1,000달러, 연간 수출 100억 달러에 불과한

저개발 국가였던 1977년도에 도입된 틀을 기본으로 하고 있다. 1977년 틀의 기본은 절대빈곤 상태에서 벗어난 상태에서 국민들의 최소한의 의료욕구를 충족시키기 위하여 보험료 부담이 가능하다고 판단되는 500인 이상 고용사업장의 근로자를 시작으로 의료보험제도를 도입하였다.

그러나 경제적으로 겨우 절대빈곤에서 벗어난 상황이었기 때문에 수출주도형 경제성장 전략에 주름을 줄 정도의 높은 보험료 책정은 불가능하였으며, 소득과약이 어려운 지역주민에게 의료보험을 조기에 적용시키기 위해서는 보험료를 높게 책정할 수 없었다.

또한 의료보험이 일부 국민에게만 적용될 경우, 보험적용자들의 의료수요 증가로 인하여 시장에서 결정되는 일반수가가 인상되어 비적용 국민들은 높은 가격을 부담해야 하는 불형평 문제가 제기되기 때문에 전국민 의료보험의 조기 달성이 중요한 정책과제가 되었다.

지역주민의 소득과약이 어려운 현실에서 근로자들에게 높은 보험료를 부과할 경우 지역주민에 대한 보험확대가 어려워지기 때문에 저보험료 정책이 불가피하였다. 저보험료 정책은 수출주도형 경제에 큰 부담을 주지 않으면서 세계적으로 유례가 없을 정도로 단기간에 전국민 의료보험을 달성할 수 있도록 한 주요 정책수단이었다.

저보험료에서 벗어나는 구조 개혁의 적기는 1990년대 중반기였다¹⁾. 그러나 당시에는 건강보험을 통합만 하면 보험료 인상 없이도 보험급여의 획기적인 개선이 가능하다는 논리(김용익, 1994)가 보험료 인상 주장을 압도하여 구조 개혁의 시기를 놓치게 되었고, 지금에 와서 보장성 제고 운동이 벌어지고 있는 것이다.

지속적인 저보험료는 보험급여에서 제외되는 서비스가 많아지고, 본인부담이 높아지는 보장성 문제를 야기했다. 또한 저보험료는 낮은 보험수가를 불가피하게 초래시켜 의료서비스의 원활한 공급을 어렵게 만들었다²⁾. 게다가 전국민 의료보험의 조기 달성을 위해서는 의료서비스의 원활한 공급이 뒷받침 되어야 했기 때문에 불가피하게 여러 가지 편법적인 방법을 허용하여 사회보험의 기본원리에 부합치 못하는 급여 및 수가구조가 오늘에 이르기까지 지속되고 있다. 의료기관들이 저수가에서 생존하기 위한 전략으로 지정진료제, 상급병실제, 비급여서비스의 혼합제공 등은 사회보험 원리와는 상충되

1) 전국민의료보험의 1989년 7월에 달성되고 1990년대 중반 의료보험의 재정이 안정되었으며, 1995년 1인당 GNP가 1만 달러를 넘었음. 그리고 당시는 의료기술이 오늘날처럼 급격하게 발전하지 않아 보험료 인상을 통한 보장성 강화에 국민적 합의가 용이하였음.
2) 우리나라는 보험수가에 경상운영비뿐만 아니라 자본비용까지 보상하도록 설계되어 있음. 서구 사회보험국가들은 주로 경상운영비만 보상하고 자본비용은 별도의 방법으로 보상하고 있음.

는 문제가 있다.

여기에 더하여 의료보험제도의 도입이 늦어지는 농어촌 주민들의 기본적인 의료욕구를 해결하기 위하여 보건지소 및 보건진료소 등에서 제공하던 진료서비스가 이제는 도시지역 보건소까지 진료서비스 제공에 발 벗고 나서고 있어 건강관리에서 가장 중요한 건강증진과 같은 서비스³⁾가 형식적으로 제공되는 문제도 있다. 또한 의료보험제도 도입 초기의 의료자원 부족에 대처하기 위하여 도입하였던 요양기관당연지정제가 오늘에 이르기까지 지속되어 의료의 산업화를 가로 막고, 소비자의 선택권을 제약하고 있다.

이제 1인당 GNP가 2만 달러를 상회하고 있으며, 수출액만 하여도 연간 4천억 달러를 상회(2008년)하는 등 1977년과는 전혀 다른 상황을 맞이하고 있어 건강보험의 새로운 패러다임 설정이 필요한 시점이다. 새로운 패러다임은 2만 달러 소득 시대의 요구에 부합하며, 사회보험의 원리에 충실하도록 제도를 개혁하는 것으로써 보장성 제고에 앞서 건강보험 급여제도의 구조개혁(수가 구조 포함)없이는 제도의 지속 가능성을 담보하기 어려울 것이다.

2. 보험급여 구조의 문제점⁴⁾

1) 비급여목록 항목에 대한 상대가치점수 폐기

비급여에 대한 규칙은 2000년 6월 30일 제정된 요양급여기준에 관한 규칙이 처음이다(시행은 2001년 1월 1일). 비급여항목이라도 이 고시에 수록된 서비스는 2000년 6월 30일까지 복지부나 심평원에 신고를 하면 상대가치점수 부여와 함께, 비급여항목이라도 정해진 수가를 받을 수 있도록 인정하는 소위 100/100 본인부담 비급여항목이며, 2008년 1월부터 제3부 행위비급여목록으로 변경되었다. 2010년 10월 현재 법정비급여 목록에 등재된 서비스는 651종이다(비급여 648, 100/100 비급여 2, 한시적 비급여 1). 초음파 검사는 모두 비급여이며 MRI는 진단병명 또는 이상 유무에 따라 비급여가 결정되며 환자 측이 알 수 없게 되어 있다. 고가의약품은 심사기준에 따라 비급여가 결정되어 의료인들도 판단하기 어렵게 되어 있다.

문제는 요양급여기준에 없는 비급여항목은 심평원에서 신의료기술행위로 판정할 때

3) 미국이 Healthy People 2010 작성 당시에 건강에 기여도를 측정한 보고서에 의하면 의료서비스의 기여도는 10% 정도에 불과한 반면에 생활습관은 40%, 환경요인 20%로 우리의 노력에 따라 개선 가능하다고 판단함(McGinnis JM, et al, 2002).

4) 이 절의 주요 내용은 이규식 외(2010), 건강보험급여와 수가제도의 변천과정 및 문제점에서 일부 요약 정리하였음.

까지 임의수가를 의료기관들이 받고 있는데, 신의료기술로 보험급여로 등재되기 이전에 의료기관들이 임의로 제공하는 서비스는 가끔 불법 의료행위로 고발되어 법정으로까지 가는 경우도 있다.

2) 선택진료의 비급여화

선택진료제도는 의료보험제도가 도입되기 이전인 1958년 세브란스병원에서 환자 요구에 부응한다는 명분으로 처음 실시되었으며, 1963년부터 서울대학교 병원은 “특진료”를 받는 법적 근거를 마련하여 실시(문교부의 국립대학교 의과대학 부속병원 특진 규정)하였다. 국립대학병원들은 의사 봉급이 낮아 이직이 심하다는 이유로 특진제를 도입하였다. 뒤이어 국립의료원도 유능한 의사 확보를 명분으로 「국립의료원 특진규정 ('67. 10. 13 대통령령 제3247호)」을 제정·공포하여 1968년 1월 1일부터 시행(국립정신병원 특진규정은 1978.5.1 대통령령 제8996호로 제정)에 들어갔다.

의료보험제도가 도입되기 이전에는 가격이 환자 배분 기능을 하기 때문에 특진제도를 어떤 병원이 실시하여도 문제가 없었다. 환자들이 지불능력이 미치지 못하면 대형병원에 가지 않으면 되기 때문이다.

그런데 강제지정제(1979년부터)의 사회의료보험제도가 도입된 이후에도 특진제도를 허용한 것은 분명 편법적 처사에 속한다⁵⁾. 1977년 의료보험제도가 도입된 이후에도 특진제도가 허용되었으며, 정부는 1991년 「지정진료에 관한 규칙」을 제정하여 특진규정을 지정진료로 명칭만 바꾸도록 하였다. 2000년에는 지정진료를 선택진료로 명칭을 변경하여 지금까지 운영하고 있다. 선택진료비는 보험수가를 기준으로 25 - 100% 까지 병원에 따라 부과 가능하다. 선택진료는 병원, 특히 대형병원을 중심으로 병원 수익을 창출하는 창구로 활용되지만, 병원이나 의원급은 선택진료를 하기 어려워 의료의 양극화를 부채질하고 있다(표 1, 2 참조).

사회보험제도를 도입한 국가들도 특별진료를 허용하는 경우가 있다. 이때에는 특진료 뿐만 아니라 진료비 전액을 본인에게 부담시키는 것이 원칙이다. 사회보험의 기본원리의 하나가 최소수준의 보장이다⁶⁾. 최소 수준의 보장이라 하여 대형병원의 이용을 급여에서 제외시키는 등의 조치를 하는 것이 아니라 지정진료와 같은 특별대우를 받고자 하는 사람에게 는 진료비 전액을 본인 부담시키는 것이 사회보험의 최소 수준 보장원리이다.

5) 병원의 자본비용을 이러한 방식으로 보상하여 대형병원의 확충을 촉진하였음.

6) 사회보험의 최소보장원칙을 단적으로 나타내는 용어가 national minimum 임.

<표 1>

선택진료 의료기관수

(단위: 개, %)

시점	종합전문요양	종합병원	병원	한방병원	치과병원	평균
'05.12	42/42 (100.0)	78/240 (32.5)	59/783 (7.5)	13/156 (8.3)	16/108 (14.8)	209/1,329 (15.7)
'08.06	43/43 (100.0)	81/272 (29.8)	70/1,769 (4.0)	8/143 (5.6)	10/159 (6.3)	212/2,377 (6.3)
'09.03	44/44 (100.0)	82/269 (30.5)	83/1,913 (4.3)	9/139 (6.5)	10/171 (5.8)	228/2,536 (8.9)

자료 : 보건복지가족부, 내부자료

<표 2>

선택진료비가 총진료수입에서 차지하는 비중(2007년)

병원종별	전문종합	종합병원	병원	치과병원	한방병원	평균
선택진료비 수입비율(%)	7.4	5.4	4.0	2.7	3.3	6.5

자료 : 보건복지가족부, 내부자료

3) 상급병실료의 비급여화

상급병실은 의료보험제도 도입 이전부터 대부분의 병원들이 운영하고 있었기 때문에 의료보험이 도입되었지만 없애지도 못하고 상급병실료를 보험급여로 하기도 어려웠다. 자연스럽게 상급병실료는 기준병실료와 차이가 있었으며, 그 차액은 본인부담으로 되었다. 이처럼 상급병실이 제도적으로 허용된 것이 아니라 관행적으로 인정됨에 따라 상급병실에 대한 여러 가지 민원이 의료보험 도입 초기단계에서 제기되었다.

1980년 3월 보건사회부는 일반 기준 병실의 범위를 설정하여 6인실 이상을 기준병실로 정하였으며 상급병실의 무분별한 운영을 차단하려는 의도에서 기준병실의 설치를 50% 이상으로 결정하고, 상급병실은 보험급여에서 제외하도록 하였다.

상급병실을 보험급여에서 제외하면 사용희망자가 감소할 것으로 판단하여 상급병실료에 대한 규정은 하지 않고 병원마다 임의로 책정토록 하였으나 오판이 되었다. 그 결과, 소위 Big 5로 불리는 대형병원들 가운데는 특별입원실의 입원료를 1일 기준 100만

원을 상회하여 받는 경우도 있다.

서구 사회보험국가에서는 1인실의 경우 2가지 방안으로 이용하고 있다. 의사가 필요하다고 인정한 경우는 보험급여로 하여 추가부담 없이 이용시키며, 환자가 희망하여 이용하는 경우에는 진료비 전액을 본인에게 부담시키는 pay bed로 활용하고 있다. 우리나라와 같이 상급병실 이용시 차액만 본인이 부담하는 식으로 운영하지는 않는다⁷⁾. 상급병실은 지정진료제도가 없는 병원에도 있다.

가족간호가 일반화되었던 상황에서는 1-2인실이 가족들이 간병하는데 편리하지만, 가족간병이 어려워 보호자 없는 병원을 유지하려면 상급병실이용을 pay bed 제도로 운영하는 등으로 제도를 개혁할 필요가 있다.

4) 혼합진료의 인정에 따른 보장성 문제

혼합진료란 건강보험급여 서비스와 비급여 서비스가 동시에 제공되는 구조로서 일본에서 널리 통용되는 용어이다. 혼합진료가 허용되면 의료기관은 보험환자에게 비급여를 동시에 제공할 수 있기 때문에 경영수지를 맞추는데 매우 유리하다. 통상 급여서비스의 수가는 통제되지만 비급여 서비스 가운데 임의비급여는 가격 통제권의 범위에서 벗어나있어 의료기관으로서는 혼합진료가 저수가에서 벗어 날 수 있는 매우 유리한 장치가 된다.

사회보험제도에서 혼합진료를 인정하는 것은 국가에 따라 다르지만 대부분의 국가들은 엄격히 제한하고 있다. 일본도 혼합진료를 원칙적으로 인정하지 않고 있다. 단지, 특정요양비 제도라 하여 차액병실료와 첨단의료 등에 대하여 본인부담을 인정하고 있다. 그러나 첨단의료의 경우에는 시술기관을 엄격히 제한하여 혼합진료로 인한 의료비 증가를 방지하고 있다.

대부분의 서구 국가들은 입원의 경우 일당진료비를 통하여 급여가 이루어지기 때문에 의사 처방에 따른 행위를 합당한 서비스(relevant services)로 인정하여 보험급여로 제공하고 있다. 특히 서구 국가들은 자본비용을 별도 보상하고 있어 혼합진료를 할 필요가 없다.

그러나 우리나라의 경우 저수가 구조 아래서 비급여서비스를 병행 제공할 수 있는 혼합진료의 허용은 병·의원 경영에 큰 보탬이 되고 있었다. 상대가치연구를 위하여 119개 의과병원 및 의원급 의료기관을 대상으로 실시한 회계조사 결과, 급여행위는 들어간 비용에 비하여 수입이 적고, 반대로 비급여 행위는 들어간 비용에 비하여 수입이 큰 것으로 나타났다⁸⁾.

7) 일본은 우리나라와 유사하게 상급병실을 운영하지만 전체 병상의 20%이내 정도에 지나지 않음.

의료기관들은 혼합진료를 통하여 수익성을 높여 자본축적에 활용하였다. 의원이나 중소병원은 비급여서비스 제공(혼합진료)이 용이하지 않아 현재의 수가수준에서 경영상의 어려움을 겪고 있어 혼합진료 허용이 의료의 양극화 현상을 초래한 측면이 있다.

5) 행위세분화의 문제

건강보험의 진료가격이 행위별수가제도를 토대로 하기 때문에 의료행위를 난이도에 따라 세분화하면 수가통제에서 벗어나기 용이해진다. 난이도에 따른 의료행위의 세분화는 수가를 차등화시킬 수 있으며, 이때 공급자는 수가가 높은 행위를 시술하여 수지를 맞출 수 있다. 행위 세분화는 보험진료비를 증대시키는 문제가 있다. 난이도를 항목간 발생빈도를 근거로 평균치를 구하는 방법을 채택하는 것이 적정 보험진료수가를 보상해주는 방법이다.

2010년 현재 의과 및 치과의 수가 항목은 의료보험을 처음 시행한 1977년에 비하여 코드 분류수 기준으로는 8.6배가 증가하였고, 상대가치점수제를 도입한 2001년에 비하여 코드 분류수 기준으로 1.6배 이상이나 증가하였다. 1977년 이후 보험수가 코드 분류 수의 변동내역은 <표 3>과 같았다.

3. 수가구조의 문제점⁹⁾

1) 상대가치점수제의 문제점

(1) 전문과목간 총점고정

상대가치점수제란 각 의료행위 간에 투입된 자원의 양에 따라 점수로 나타낸 것이다. 따라서 상대가치를 결정할 때 의과, 치과, 한의과, 약국 등 직역에 따른 구분이나, 의과 내에서 내과, 외과 등 진료과목을 구분해서는 상대가치의 취지를 살리지 못한다. 다만 전자(前者)의 경우 공급자간 행위 영역이 명확히 구분된다는 점에서 점수의 척도(scale) 수준이 직역 간 차이가 있는 것은 어느 정도 용인될 수 있다. 그러나 내과, 외과 등 공급자의 영역이 면허에서 동일하고, 특정 진료 과의 선호/기피 등 의료공급의 불균형이 발생할 소지가 있는 경우에는 투입된 자원의 양에 따른 점수 산정이 반드시 요구된다.

8) 건강보험심사평가원, 『상대가치개정점수연구』, 2006

9) 이 절의 주요 내용은 이규식 외(2010), 건강보험급여와 수가제도의 변천과정 및 문제점에서 일부 요약 정리하였음.

〈표 3〉 보험수가 분류항목수 변동내역

구 분	1977 (77.7.1)	1993 (93.3.1)	1995 (95.12.10)	1997 (97.9.1)	1999 (99.1.1)	2001 (01.1.1)	2009 (09.1.1)
제1장 기본 진료료	2	4	5(24)	5(27)	11(67)	13(55)	14(267)
제2장 검사료	107	354	423(703)	426(731)	436(851)	509(925)	860(1,566)
제3장 영상진단 및 방사선 치료료	11	16	17(28)	17(29)	125(335)	151(394)	151(851)
제4장 투약 및 조제료	3	3	3(234)	3(234)	4(42)	5(42)	6(42)
제5장 주사료	14	14	14(31)	14(31)	16(35)	24(95)	27(81)
제6장 마취료	9	9	9(2,282)	9(2,282)	9(841)	15(26)	20(94)
제7장 이학요법료	13	19	22(47)	24(48)	31(52)	35(48)	44(67)
제8장 정신요법료	11	11	10(21)	10(21)	10(20)	10(20)	10(21)
제9장 처치 및 수술료 등	547	610	616(1,075)	620(1,083)	674(1,206)	851(1,853)	907(2,113)
제10장 치과 처치·수술료	40	64	52(113)	52(114)	54(116)	95(172)	107(195)
제11장 조산료	-	1	1(6)	1(6)	1(6)	1(6)	1(6)
제12장 보건기관의 진료수가	-	2	4(15)	5(22)	5(31)	5(31)	5(31)
제13장 한방검사료	-	-	2(2)	2(2)	3(3)	3(3)	6(8)
제14장 한방시술 및 처치료	-	3	12(14)	12(14)	20(25)	28(31)	28(41)
제15장 약국약제비	-	4	-	-	5(15)	6(16)	6(58)
제16장 전혈 및 혈액성분제재료	3	3	6(118)	6(118)	6(48)	-	2(33)
제17장 입원환자식대	-	-	-	-	-	-	1(4)
총 계 (※마취가산코드제외 경우)	760	1,123	1,196 (4,707) (※2,457)	1,206 (4,762) (※2,512)	1,410 (3,693) (※2,993)	1,751 (3,714)	2,195 (5,478)

- 주: 1. 분류항목수는 건강보험요양급여비용책자내의 분류번호수이고, ()내는 코드번호수임.
 2. '77년도에는 치과 40항목, 수혈료 3항목이 제9장 처치및 수술료 등에 포함되었음.
 3. 제2장 검사료는 '77년도에 뇨 중 물질검사, 혈액화학검사, 면역혈청검사, 호흡기능검사로 분류하여 한 항목에 수 개의 검사항목을 나열하고 '준용검사표'를 별도 작성 사용하다가' 83년에 현행검사료 분류체계로 개편하였음.
 4. 종전 제13장 '혈액 및 혈액성분제재료'가 2001년도에 제5장(주사료) 제2절로 이동되었다가 2006년도에 제5장(주사료) 제2절(채혈 및 수혈료)에 일부 남기고 제16장(전혈 및 혈액성분제재료)으로 분리 분류함
 5. 한방수가책자는 별도 분류 제작되었다가 2001년도 제13장 (혈액 및 혈액성분제재료)이 제5장 제2절로 이동하고 대신 제13장에는 '한방검사료'가 분류됨.
 6. 제6장 마취료의 코드번호수가 2,282개로 많았던 것은 척수마취(바-3), 마스크에 의한 폐쇄 순환적 전신마취(바-6), 기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취(바-7) 산정방법이 '매 15분 가산' 될 때마다 새로운 코드번호를 부여했기 때문임(바-3은 L3050~L3400까지 350코드, 바-6은 L6010 ~L6960까지 950코드, 바-7은 L7010~L7960까지 950코드 합계 2,250개 코드번호 가 부여되었음)
 7. 따라서 마취료 매 15분 가산 코드수를 제외하면 1995년도 총 코드수는 2,457개이고 1997년도 총 코드수는 2,512개가 됨.
 8. 1999년도 마취료 코드수가 841개인것은 바-2(경막외 마취)와 바-3(척수마취)에 매 15분당 코드번호 증가 10개씩 증가로 각각 350개의 코드를 부여한 700개의 코드가 생기기 때문임.
 9. 2001년 이후 마취관리 기본[1시간 기준] (바-1-가)과 마취유지 1시간 초과 매 15분 증가(바-1-나)로 구분하여 각각 단일 코드를 부여하여 발생가능 예상코드수를 줄임

현재 고시된 상대가치 점수는 이러한 원칙이 무시된 심사평가원 연구점수를 근거로 개정되었다. 즉, 내과 관련, 외과 관련 등 각 진료과 영역의 의료행위를 구분하고, 개정 이전의 점수 총액과 개정 이후의 점수 총액을 동일하게 유지하였다. 불합리함에도 불구하고 이렇게 할 수 밖에 없었던 이유는 심사평가원의 연구점수가 상향식 접근에 의하여 산출되었는데, 보험재정에 맞추기 위하여 조정지수라는 임의의 숫자로 할인(discount)할 수밖에 없었던 연구 설계에 기인한다.

(2) 진료비용 변환지수의 적용 - 원가의 왜곡

심사평가원에서 연구된 점수에는 변환지수라는 개념이 있다. 심사평가원 홈페이지에서 '정상분만(초산)-제1태아'의 진료원가를 조회해보면 재료비 변환지수 0.36550, 장비비 변환지수 0.34287이라는 내용을 볼 수 있다. 이는 의료계가 제출한 재료비에 대하여 36.55% 수준으로 할인(discount)하고, 장비비에 대하여 34.29% 수준으로 할인하였다는 것을 의미한다. 원가를 보상하지 못하고 할인을 한 이유는 심사평가원의 진료비용 원가 산출 방법이 상향식 접근에 의하였기 때문이었다.

결국 연구 설계에서 과대 조사될 결과를 예측하지 못하였고, 진료과별로 총점을 고정한 채 점수를 할인할 수밖에 없었던 것이다. 이러한 진료과별 총점을 고정한 상태에서의 변환지수 적용은 결과적으로 진료과목 간 투입된 자원에 따른 형평성 있는 점수의 도출에 실패하였음을 의미한다.

(3) 인턴, 레지던트 또는 비의사인력 참여의 변이성

의료기관의 규모에 따라 동일한 행위라 하더라도 참여하는 인력의 구성과 수에 있어서 상당한 차이를 보인다. 수련병원의 경우 검사·처치·수술에 있어서 인턴 또는 레지던트가 행위의 수행에 보조하여 참여하는 경우가 적지 않고, 일부 행위에 대해서는 이들이 단독으로 수행하기도 한다. 반면 의원이나 비수련병원의 경우 인턴이나 레지던트 등 저임금 수련의사의 도움 없이 전속 의사들이 전담할 수밖에 없는 실정이다. 따라서 어떠한 상황을 기준으로 하느냐에 따라 의사업무량과 진료비용이 달라지며, 이때의 적용 기준은 모든 진료과목 행위에 대해서도 일관성 있게 적용되어야 할 것이다.

인턴 또는 레지던트 외에도 비의사 인력의 참여 여부가 의사업무량과 진료비용 상대가치점수에 영향을 줄 수 있다. 예를 들어, 대형 병원의 경우 심전도 검사는 임상병리기사가 업무를 위임받아 수행한다. 반면 의원의 경우 임상병리기사를 별도로 고용할 형편이 아니기 때문에 의사가 업무를 직접 수행하여야 한다. 이 경우 역시 어떠한 상황을 기준으로 하느냐에 따라 의사업무량과 진료비용이 달라지며, 이때의 적용 기준 역시 모

든 진료과목 행위에 대해서도 일관성 있게 적용되어야 할 것이다.

(4) 기본 진료료에 대한 적정 보상문제

수천 개의 의료행위 간의 상대가치점수 산출에 전력을 기울이다 보니 건강보험재정의 측면에서도 중요한 기본진료료에 대한 점수의 적정성 평가가 충분히 논의되지 못하였다. 전문과목별 총점을 고정한 관계로 기본진료료 점수에 대한 충분한 규명이 미흡하였다고 생각된다.

(5) 의사업무량 상대가치점수의 문제점

2차 신상대가치연구(2003-2006)를 통하여 의사업무량 상대가치점수를 전면 개정하면서 연구 용역을 받은 대한의사협회에서는 Rasch 방법 적용을 시도하였다. 그러나 조사 결과의 타당성에 대하여 상당한 문제점이 제기되어 의사업무량 상대가치점수는 1997년의 연구결과를 근거로 한 ‘의사업무량 상대가치점수의 진료과목별 총점 고정’이라는 원칙하에 관련 학회에서 점수를 일부 보완하는 선에서 일단락되었다. 이렇게 산출된 의사업무량을 근거로 하여 현재 개정 고시하고 있는 상대가치점수는 진료과목별 의사업무량 점수 수준의 불형평성과 진료과목 간 의사업무량 상대가치점수의 역전이라는 지적을 피할 수 없게 되었다.

(6) 시술중 업무량(intra-service work) 등의 별도 구분

미국 메디케어 상대가치점수 개발에서 Hsiao는 실제 의료행위를 수행하는데 소요되는 업무량(intra-service work)과 사전, 사후 업무량(pre-/post-service work)으로 구분하여 의사의 전체 업무량을 측정하였다. 그러나 우리는 1997년 상대가치점수 개발에서 이를 통합하여 전체 업무량을 직접 측정하였다. 그 이유로는 우리나라의 경우 실제 의료행위 수행에 따른 사전, 사후 의료행위 범위를 명확하게 구분하기 어려울 뿐 아니라, 사전 및 사후 서비스에 투입되는 업무량의 크기가 미국에 비해 작기 때문이었다라고 보고서에 언급되고 있다.

2006년 심사평가원이 의사업무량 상대가치점수를 개발할 때 시술 중 업무(intra-service work)와 사전, 사후 업무(pre-/post-service work)를 구분하여 행위를 정의하였지만, 관련 학회에서 의사업무량 상대가치점수를 산출할 때, 어떠한 기준이 적용되었는지는 명확하지 않다.

(7) 처방·판독 또는 정도관리의 의사업무량

검체검사, 조직병리검사, 기능검사, 방사선진단 등의 검사행위와 주사, 재활치료 등의 치료행위의 경우 직접 행위의 전부를 의료기사에 위임하거나 장비에 의존하면서(예, 뇌

과검사), 의사는 처방·판독 또는 정도관리 등의 업무만을 수행하는 경우가 많다. 이러한 의사업무에 대해서도 그에 따른 소요 시간, 정신적 노력/판단력, 스트레스 차원의 업무량이 발생한다. 만약, 이들 의사업무량 상대가치점수의 평가를 관련학회에 전적으로 위임할 경우 진료과목간 유사 의사업무에 대하여 상대가치점수의 불균형이 초래될 개연성이 존재하게 된다.

(8) 신규 급여행위의 상대가치점수 결정의 문제점

급여 행위의 상대가치점수는 원가를 보상받기에는 점수당 단가에 비하여 낮게 책정되어 있는 실정이다¹⁰⁾. 따라서 신규로 급여권에 진입하는 행위 역시 기존의 행위를 근거로 상대가치점수를 결정할 경우 원가조차 보상받을 수 없는 상황이 발생한다. 이러한 상황은 의료계가 해당 행위를 비급여로 계속 존속시키고자 하는 욕구를 강하게 하며, 의료의 왜곡을 악화시키는 요인이 된다.

2) 수가가산율의 차등화

가산율 제도는 의료기관의 자본비용을 수가에서 충당하도록 구조화 하면서 의료기관의 진찰료와 입원료를 제외한 진료비에 대하여 의료기관 크기에 따라 차등된 비율로 진료비 지불을 가산해 주는 제도를 말한다. 자본비용을 수가에 포함시키는 제도에서 본다면, 가산율 제도는 불가피한 측면이 있다. 그러나 상대가치수가제도의 원칙과는 맞지 않는 문제가 있다.

1977년 7월 의료보험제도의 실시와 함께 의료기관 크기(의원, 병원, 종합병원) 및 지역(서울, 대도시, 중소도시, 농어촌)에 따라 차등적용 하였으나, 1981년 6월부터 지역에 따른 차등은 폐지하였으며, 1989년 7월 전국민의료보험과 함께 진료전달체계가 실행되면서 3차기관에 가산율을 10% 상향조정(의료법 개정으로 2010. 1. 31부터 상급종합병원으로 명칭이 바뀜)하였으며, 현재는

- ① 상급종합병원 등 30%
- ② 종합병원 등 25%
- ③ 병원 등 20%
- ④ 의원 등 15%

상대가치제도의 이론적 근거는 의료행위에 대한 의사인건비의 산정을 최소 훈련을

10) 건강보험 급여행위의 수가 수준이란 점수당 단가의 문제로서 상대가치점수와는 무관하다는 의견을 나타내는 사람이 있으나, 2001년에 상대가치 출범 당시 보건복지부 고시는 연구결과를 토대로 점수당 단가는 원가수준으로(55.4원/점)으로 하되 고시점수를 원가(연구)수준보다 낮게 책정하였음.

기준으로 하는 것이다. 이렇게 될 때 가격은 평균생산비($P = AC$)의 최저가 되어 경쟁 시장과 같은 조건이 이루어진다는 것이다. 이러한 원칙에 비추어 볼 때 수가가산율제도는 많은 문제가 있는 제도이다.

이와 같은 병원 규모에 따른 수가가산율제도 이외에도 상대가치수가제도를 고안하면서 다양한 형태의 가산율을 적용하고 있어 문제가 심각하다. 기본진료료에서는 요양기관 종별로 상대가치점수를 따로 고시하고 있으나, 환자의 연령이나 상태에 따라 소아노인에 대한 가산, 장애인에 대한 가산을 적용하고 있으며, 진료시간에 따라 공휴일 또는 야간 가산을 하고 있다. 그 외 의료서비스의 질적 향상을 위하여 일반병동의 간호인력 확보수준에 따라 간호관리료를 차등하거나, 방사선과 전문의 판독에 대한 가산 등이 있다.

3) 진찰료의 차등화

의료보험제도 도입과 함께 초기의 진찰료는 의사와 치과의사가 차등된 구조였다(의사의 1/2 수준). 차등화의 이유는 치과의사는 의사에 비하여 진찰에 보다 적은 시간을 투입할 것이라는 전제였다. 그러나 치과의사협회의 강력한 항의로 1979년부터 의사와 치과의사의 진찰료를 동일하게 하였으며, 그 후 한의에 대한 보험급여가 실시되면서 한 의사 진찰료도 동일하게 하였다.

<표 4> 보험수가 진찰료 점수표(2009)

코 드	구 분	초진(점)	재진(점)
AA-154	의과의원, 보건의료원내의 의과	188.11	134.47
AA-155	의과병원, 요양병원내의 의과	208.86	151.37
AA-156	종합병원, 치과대학부속치과병원	232.33	174.84
AA-157	종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원	255.79	198.31
AA-100	치과의원, 보건의료원내 치과	166.59	110.46
AA-109	치과병원	179.23	123.09
10100	한의원, 한방병원 등 한방	152.06	95.98

진찰료는 진찰료와 의학관리료로 구분되었으며, 재진료는 초진료의 약 50% 수준으로 정하였다. 2001년 보험재정 파동이후 외래환자 진찰료에 의학관리료라는 용어가 없어지고 진찰료에 포함시키면서 7월부터 <표 4>와 같이 진찰료의 점수를 차등화 하였으며, 원외처방료가 삭제되었다(상대가치제도 도입 전에는 진찰료가 동일).

상대가치점수의 차등화는 당연히 진찰료의 차이를 나타내었다(표 5 참조). 진찰료의 차등을 의료기관의 크기에 따라 한 것은 상대가치수가제도의 기본원칙과 배치된다. 가산을 제도는 자본비용의 보상이라는 의미라도 있었지만, 진찰료의 차등화는 아무런 논리적 근거가 없는 불공평한 제도로서 대형병원에게 유리한 구조를 낳고 있다.

<표 5> 의사 외래 초진 진찰료 변동 현황

(단위 : 원, %)

근무처 종류		1999	2009	인상률
의사	의원	7,400	11,930	61.2
	병원	7,400	13,240	78.9
	종합병원	7,400	14,730	99.0
	종합전문요양기관	7,400	16,220	119.2
치과의사	치과의원	7,400	10,960	48.1
	치과병원	7,400	11,790	59.3
	종합병원	7,400	14,730	99.0
	종합전문병원	7,400	16,220	119.2
한의사	한의원	7,400	9,980	34.8
	한방병원	7,400	9,980	34.8
	국립병원 한방진료부	7,400	9,980	34.8
	요양병원 한방과	7,400	9,980	34.8

4) 환자 수에 따른 진찰료 차등화

건강보험 요양급여비용에 의과의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대하여 다음과 같이 차등 지급한다고 규정하고 있다.

- ① 75건 이하 : 100%
- ② 75건 초과 100건까지 : 90%
- ③ 100건 초과 150건까지 : 75%
- ④ 150건 초과 : 50%

이 규정은 의약분업 실시로 보험재정 적자가 발생함에 따라 2001년 7월부터 건강보험 재정안정화 대책이라는 편법으로 시행한 조치이다. 재정여건 때문에 부득이 하게 취한 조치이면 왜 의원급에만 하였는지? 아무런 타당한 논리적 근거가 없다. 의원은 병원급이상 의료기관에 근무하는 의사에 비하여 진찰료에서 차등을 받고, 환자 수에 따라 차등을 받아 이중으로 불리한 문제가 있다. 선택진료비까지 감안하면 종합전문요양기관

선택진료 의사의 진찰료는 의원급 의사보다 2배 이상 높다. 그럼에도 불구하고 진찰료가 낮은 의원급에 대해서만 진찰료를 환자 수에 따라 차등 지급하고 있다. 환자 수에 따른 차등 수가제 역시 상대가치수가제도의 기본 정신에 배치된다.

5) DRGs 진료비의 이중 지불 문제

우리나라의 DRGs는 미국과 달리 의사 인건비가 모두 포함되어 계산된다. 그런데 DRGs를 적용받는 의료기관은 외래는 행위별수가로, 입원은 DRGs를 적용받고 있어 행위별수가와 DRGs 사이의 차등을 교묘하게 이용하여 병원 수입을 늘릴 수 있는 문제가 있다.

DRGs 수가에는 초진 진찰료, 각종 검사료, 처치 수술료, 입원료, 각종 약제료(퇴원약 포함)가 모두 포함된다. 그러나 대부분 의료기관에서는 수술 전 검사라는 명목으로 수술 하루 또는 몇일 전에 진찰과 각종 검사를 하고는 별도로 진찰료와 검사료를 징수하여 이중 지불하게 되는 문제가 있다.

6) 조제료 산정의 문제점

의약분업 이후 조제료는 약국관리료(방문당), 조제기본료(방문당), 복약지도료(방문당), 조제료, 의약품관리료의 다섯 가지 항목으로 나누어 산정하고 있다. 약국관리료가 있는데 왜 의약품관리료가 별도 보상되어야 하는지? 조제료와 조제기본료는 어떤 차이가 있는지? 알 수 없다.

또 다른 문제는 조제료와 의약품관리료를 91일까지 처방일수에 따라 산정하는 문제가 있다. 만성질환의 경우 처방일수가 거의 3개월분이 가능함에 따라 조제료와 의약품관리료를 합하면 약값보다 비싼 문제가 있다. 그리고 약도 병째로 환자에게 제공되는데 처방일수에 따라 조제료가 산정되는 것은 분명히 문제가 많다. 일본도 조제기술기본료가 있으나 처방일수에 따라 산정하지는 않는다.

〈표 6〉 약제비 가운데 기술료가 차지하는 비중 (단위 : 억원, %)

	2001	2003	2005	2007	2009
보험약제비	45,743	54,353	70,333	88,850	107,071
기술료	14,349	16,860	19,530	22,908	26,051
기술료비중(%)	31.4	31.0	27.8	25.8	24.3

자료 : 건강보험심사평가원, 진료비통계분석(2009)

Ⅲ. 의료비 증가와 지속가능성 문제

인구고령화, 의료기술의 발전, 건강보험 급여 구조상의 문제점 등으로 인하여 의료비의 증가 속도는 경제성장 속도를 능가하고 있다. <표 7>에서 볼 수 있는 바와 같이 1990년대까지만 하여도 경제성장율이 국민의료비의 증가율과 비슷하거나 약간 높아 건강보험제도의 지속 여부를 걱정할 필요가 없었다. 1990-95년간 연평균 총진료비 증가율이 15.8%, 그리고 1995-2000년간 총진료비 증가율이 15.6%에 달하고 있었으나 이것은 전국민의료보험의 달성에 따른 일시적인 의료비 증가 현상이라 간주되었다. 1988년 농어촌 지역주민이, 1989년에는 도시지역 주민들이 의료보험에 처음 적용되었다. 보험이 없던 사람이 처음 보험에 적용되면 초기의 의료비 증가는 지수적 증가율을 보이는 것을 감안할 때 큰 문제는 아니었다¹¹⁾. 그리고 이 당시는 GDP 성장률도 높았기 때문에 건강보험의 지속 가능성을 염려할 필요는 없었으며, 오히려 보험료를 올려 보장성을 높여야 한다는 주장이 대두되었다(이규식, 1994).

<표 7> 경제성장과 의료비 증가의 비교 (=%는 전년 대비 증가율임)

연도	GDP(경상) (조원)		국민의료비 (조원)		건강보험진료비(억원)					
					총진료비		보험진료비		보험약제비	
	금액	%	금액	%	금액	%	금액	%		%
1980	39.1		1.6		1,839		1,839		-	
1985	85.7	17.0	3.3	15.6	8,623	36.2	8,623	36.2	-	
1990	191.4	17.4	8.1	19.7	29,603	28.0	29,379	27.8	224	
1995	409.7	16.5	16.3	15.0	61,442	15.7	59,774	15.3	1,667	49.4
2000	603.2	8.0	28.5	11.8	131,409	16.4	118,734	14.7	12,675	50.0
2005	865.2	7.5	49.2	11.5	247,967	13.5	177,634	8.4	70,333	40.9
2006	908.7	5.0	54.8	11.4	285,580	15.2	205,222	15.5	80,358	14.3
2007	975.0	7.3	61.3	11.9	322,590	13.0	233,739	13.9	88,851	10.6
2008	1,026.5	5.3	66.7	8.8	350,366	8.6	254,755	9.0	95,610	7.6

주 : 1) 5년 간격으로 표시된 증가율은 연평균 증가율임
 2) 건강보험진료비는 공단부담금과 본인부담금 합계이며 비급여는 제외
 자료 : 통계청, 의료보험연합회 의료보험통계연보(1982 ~ 1999),
 건강보험심사평가원 건강보험심사통계연보(2000~2008)

11) 이 기간중인 1995년부터 진료일수가 연간 180일에서 매년 30일씩 증가시켜 2000년에는 365일로 연장되어 보험진료비 증가를 초래하는 원인이 되기도 하였음.

그런데 2000년 이후부터는 2007년까지 총진료비의 증가율이 거의 매년 13%를 상회하고 있으며, 총진료비의 증가가 경제성장율을 능가하는 문제가 있다. 2000년 이후의 총진료비의 증가가 연평균 13%를 상회한다는 것은 2000년도의 건강보험 통합과 의약분업의 부작용이 지속되었다고 하겠다. 2000-05년간에는 의약분업의 여파로 약제비의 증가가 총진료비 증가를 주도하였으며, 2005년이후에는 건강보험 통합에 따른 보험급여 관리상의 문제점으로 인하여 보험진료비의 증가가 총진료비 증가를 주도하였다고 하겠다. 특히 2000년대 들어 총진료비의 증가율이 경제성장율을 거의 2배 정도 초과하고 있어 향후의 건강보험의 지속가능성을 위협하고 있다.

IV. 환경변화와 건강보험의 지속 가능성

1. 인구구조의 변화와 자원조달의 한계

건강보험제도를 둘러싼 환경 변화도 제도의 지속 가능성을 위협하는 중요한 요소이다. 향후 예상되는 가장 큰 변화는 인구의 고령화이다. <표 8>에서 인구고령화를 두 가지 지표로 살펴보면 모두 미래의 건강보험재정 확보에 우려가 된다.

<표 8> 인구구조의 변화 (단위: %, 명)

연도	0-14(A)	15- 64(B)	65세 +(C)	20-49(D)	D/C(명)	B/C(명)
2000	21.1	71.7	7.2	50.1	7.0	10.0
2005	19.1	71.8	9.1	50.7	5.6	7.9
2010	16.3	72.8	10.9	47.7	4.4	6.7
2015	13.9	73.2	12.9	45.4	3.5	5.7
2020	12.6	71.7	15.7	43.0	2.7	4.6
2025	11.8	68.2	20.0	39.3	2.0	3.4
2030	11.2	64.7	24.1	36.4	1.5	2.7
2035	10.8	61.2	28.0	33.6	1.2	2.2
2040	10.1	57.9	32.0	32.0	1.0	1.8
2045	9.4	55.9	34.7	29.9	0.9	1.6
2050	9.0	53.7	37.3	28.4	0.8	1.4

자료 : 통계청, 장래인구추계, 2005

먼저 생산연령 인구층과 65세 이상 인구층을 비교하여 보면 2000년에 생산연령 인구 10명이 65세 이상 노인 1명을 부양하면 되었지만 2020년에 되면 4.6명이 노인 1명을 부양해야 한다. 그리고 2030년이 되면 2.7명이 노인 1명을 부양해야 하는 부담문제가 등장한다.

그런데 건강보험료를 주로 부담하는 층의 연령을 보면 주로 20-49세 층이 대종을 이룬다. 20-49세 층과 65세 이상 인구 층의 비율을 비교하여 보면 2000년에 젊은 사람 7명이 노인 1명을 부양하던 것이 2020년에는 2.7명이 노인 1명을 부양해야 하는 문제가 생긴다. 이 지표를 기준으로 한다면 2020년이면 젊은 인구층의 보험료 부담이 높아 건강보험의 지속성을 담보하기 어려워진다.

<표 9> 65세 이상 노인인구 비중과 의료비 사용 비율

구분	1999	2000	2003	2005	2006	2007	2008	2009
노인인구비율(%)	6.3	6.6	7.5	8.3	8.6	9.2	9.6	9.9
노인의료비 비율	17.0	17.5	21.2	24.4	25.9	28.2	30.8	31.4

자료 : 국민건강보험공단 보도자료(2010.6.29)

더구나 노인인구의 의료비 사용은 <표 9>에서 볼 수 있는 바와 같이 인구비율에 비하여 의료비 비율이 2000년에 2.8배 이던 것이 2008년에는 3.2배로 높으며, 이 배율은 해가 갈수록 높아져 온 문제가 있다. 즉 비용부담 계층은 줄어드는데 의료비를 사용하는 계층의 인구비중이 높아질 뿐 아니라 의료비 사용도 높아져 건강보험제도의 존속 가능성을 위협하고 있다.

2. 의료기술의 변화와 급여 확대

건강보험에서 가장 무서운 것은 의료기술의 급속적인 발전이다. 의료기술이 발전하여 더 나은 진단법 및 치료법과 신약이 개발되었을 때, 경제력이 허용된다면 새로운 기술을 이용하여 생명을 연장하고자 하는 것이 인간의 욕망이다. 그런데 건강보험제도가 존재하면 개인의 직접적인 비용부담이 없기 때문에 새로운 기술을 보험의 급여로 포함시킬 것을 국민들이 요구하게 되기 때문에 급여가 확충될 수밖에 없고, 이로 인하여 보험재정이 위협을 받을 수밖에 없다.

<표 10>은 CT, MRI, PET과 같은 고가 의료장비 사용에 대한 보험급여비의 지출 현황을 나타내고 있다. CT는 보험급여화된 이후 연 평균 21.3%, MRI는 17.4%, PET는 도입한 직후에 47.8%의 증가율을 보이고 있다. 의약품에서도 유사한 현상을 보일

것으로 예상된다.

서구 사회보험국가들도 고령화, 의료기술발전의 빠른 속도로 인한 보험재정의 악화를 방지하기 위하여 본인부담을 늘리고 있다 독일의 경우 총 의료비에서 개인부담의 비율이 1995년 18.4%에서 2004년에는 23.1%로 높아졌으며, 2004년 개혁에서는 의사방문당 정액을 본인 부담시키는 방안을 채택하였다(Lisac et. al. 2010).

<표 10> 연도별 고가의료장비 요양급여비용 현황

(단위 : 백만원)

연도	요양급여 총비용	증가율	CT 비용	증가율	MRI 비용	증가율	PET 비용	증가율
2004	15,204,953	-	344,001		-			
2005	16,552,313	8.9	399,688	16.2	76,834	-		
2006	19,172,127	15.8	506,407	26.7	108,093	34.4		
2007	21,930,379	14.4	629,646	24.3	193,556	7.5	87,366	-
2008	23,968,870	9.3	741,450	17.8	213,147	10.1	129,092	47.8
2009	19,798,426	-	597,091	-	625,957	-	175,846	-

주 : 2009년은 3/4분기까지 자료임
 자료 : 병원신보, 2010년 6월 28일

3. 기존의 보험급여 관리방법의 한계

건강보험제도는 1883년 비스마르크에 의하여 시작되었지만 당시는 의료수준이 낮아 병이 났을 때 치료해 줄 수 있는 의료서비스가 많지 않았다. 따라서 자연스럽게 보험급여는 상병수당이 중심적인 급여가 될 수밖에 없었다¹²⁾. 이에 의료서비스 제공도 초기에는 질병금고에서 의사를 고용하여 피보험자에게 서비스를 제공하였으며, 보험의 적용자도 근로자에 한정하였던 것이다.

따라서 독일의 건강보험이 오늘의 모습을 보인 것은 제2차 세계대전이후로 보아야 한다. 이것은 독일만이 해당하는 것이 아니라 서구 사회보험국가 대부분이 같은 경험을 하였다고 간주하여도 될 것이다. 제2차 세계대전이후 서구는 미국의 마셜플랜에 의하여 전후 복구가 이루어지면서 경제가 고도의 성장을 하는 황금시기(golden age)로 접어들었다. 이 당시는 인구성장도 1% 내외로 이루어지고 있어 각종 사회보장제도가 새로운 모

12) 1885년 독일의 건강(질병)보험의 급여에서 차지하는 서비스 급여의 비중은 약 37%에 지나지 않음. 서구에서 현대 의료기술의 발전은 1920년대 전후이며 1925년에 와서 독일의 서비스 급여의 비중은 50%에 이룸(Busse and Riesberg, 2004).

습으로 설계가 되면서 복지국가론이 등장하는 시기이다(이규식, 2007).

건강보험의 경우 보험료에 대한 사용자 부담률을 독일은 1949년에 50%로 늘렸으며 (Busse and Riesberg, 2004), 보험급여도 충실화되고 본인부담이 최소화되어도 재정적인 문제를 걱정하지 않게 되었다. 보험급여 관리에서 중요한 것이 의료서비스의 관리를 어떻게 하느냐 문제였는데, 당시의 의료시장은 시장실패라는 신념이 지배하였던 관계로 정부의 규제(command and control)에 의하여 해결되었다. 네덜란드와 같은 사회보험국가에서도 1차 의사들에 대해서는 인두제로 진료비를 지불하고, 병원에 대해서는 예산할당제를 실시할 정도로 국영의료제도(NHS)와 거의 유사한 정부 규제 중심의 관리 방법을 택하였다(이규식 등, 2008).

서구 사회는 인구 고령화율이 높아져 복지수요가 많아지고, 1970년대 두 차례의 오일 쇼크 등으로 인하여 경제성장률이 떨어지기 시작하면서 건강보험도 재정위기를 경험하게 되어 복지국가의 종언이라는 주장이 제기되었다. 이에 이탈리아를 위시한 그리스 등의 남유럽 국가들은 1980년대 사회보험을 버리고 국영의료제도(NHS)로 방향을 전환하였고, 사회보험을 유지하는 국가들은 전통적인 보험관리방법으로는 제도의 지속 가능성에 한계가 있다고 판단하여 1987년 네덜란드의 데커 보고서(Willingness to Change) 발간을 계기로 경쟁원리의 도입과 같은 새로운 패러다임으로의 개혁을 서두르게 되었다(이규식, 2008).

4. 소득기준 사회연대의 한계

사회보험의 기본원칙은 사회연대(social solidarity)에 있다. 사회연대란 어떠한 범주의 조직에서 기여와 사용을 공동으로 하는 것을 의미한다. 조직은 조합이나 회사가 될 수도 있고 우리나라와 같이 국가가 하나의 단위가 될 수 있다. 사회연대에서는 연대를 위한 기여방법의 중요하다. 소득이 잘 파악되는 사회라면 소득을 기준으로 연대할 수 있다. 그런데 소득 파악이 어렵다면 정액의 기여금의 각출하는 방식으로 하는 건강기준 연대가 가능하다. 즉 정액으로 보험료를 각출하게 되면 건강한 사람이 의료이용을 적게 하기 때문에 병약한 사람의 의료이용을 도와 사회연대가 건강을 기준으로 가능하다는 논리이다(이규식, 2008).

따라서 사회연대 측면에서 볼 때 건강보험은 사회적인 재분배가 이루어 질수 있다는 것이다. 그런데 최근의 동향은 소득기준 재분배에 대한 재검토가 이루어지고 있다. 이미 스위스는 정액보험료의 각출이 일반화되었으며¹³⁾, 2006년에 개혁한 네덜란드의 신

13) 스위스는 이미 건강보험의 보험료 부과를 community rating이라 하여 같은 지역사회내의 주민은 동일한보험료를 내는 정액보험료 방식을 택하고 있음.

건강보험제도에서는 보험재정의 45%를 1인당 정액의 보험료로 충당하고, 1인당 정액 보험료를 토대로 보험회사간의 경쟁을 유도하고 있다(이규식 등, 2008). 최근 독일의 개혁에서는 중앙기금을 만드는데 소득비례보험료로 할지, 정액보험료로 할지를 놓고 팽팽한 의견대립을 보이다 소득비례보험료로 최종 결론을 얻었다. 정액보험료를 주장하는 측의 견해는 네덜란드와 마찬가지로 정액보험료를 통하여 강력한 경쟁원리를 도입하자는 것이었다¹⁴⁾.

소득재분배를 원칙으로 소득비례 보험료에 의존할 경우 결국 개인의 책임의식이 희박해져 의료이용은 높아져 재정지출을 감당하기 어려워 제도의 지속 가능성을 담보하기 어렵다는 점이다. 제도의 지속가능성을 확보하기 위해서는 소득비례보험료에서 정액보험료로 부과방식을 전환하고 정액보험료로 보험자간의 경쟁을 통하여 재정 절감 가능성이 있다는 논리이다.

사회연대라는 측면에서 볼 때 소득기준 보험료가 소득재분배 기능을 하는 것으로 보아 소득재분배가 중요하지만 경제학적인 측면에서 본다면 건강보험이 소득재분배 측면에서 중요한 것이 아니라 소비의 외부효과 측면에서 중요하다는 것이다. 소득재분배를 목적으로 한다면 보험급여를 서비스 급여로 할 것이 아니라 수혜자의 효용을 극대화할 수 있는 현금급여가 타당하기 때문에 서비스 급여를 하는 건강보험은 소비의 외부효과라는 측면에서 타당하다는 것이다(Feldstein, 2005).

5. 요양기관 당연지정제의 문제

건강보험 급여관리에 있어서 요양기관을 법에 의하여 강제로 지정하는 당연지정제는 다음과 같은 문제점을 가지고 있다(이규식 등, 2010).

첫째, 건강보험수가의 상대가치점수 단가는 보험자와 의약계 대표자간 쌍방 계약제임에도 불구하고 요양기관지정은 계약제가 아닌 법률에 의한 강제지정제로 되어 논리적인 모순을 나타내고 있다. 즉, 보험수가 인산조정결정 방법이 정부에 의한 고시제일 때는 당연지정제가 그나마 법리적으로 상호 연계는 되었지만 수가를 계약하는 마당에 요양기관 당연지정제는 논리적으로 모순되는 것이다.

둘째, 자본주의 국가에서 민간자본에 의하여 설립된 의료기관의 서비스를 비록 사회보험이라 하여 정부가 법으로 강제 징발하는 일은 있을 수 없다. 자본주의 국가라도 전시와 같은 비상사태가 발생한다면 정부가 강제 징발을 할 수가 있지만, 상식적으로 강

14) 독일은 2003년 건강보험개혁안을 준비하면서 사민당과 녹색 연합정부는 RDrup 위원회에서 정액 보험료를 제안하였으나 위원회내에서 합의를 이루지 못하였으며, 기독교민주당도 정액보험료를 제안 하였음(Health Policy Monitor, Germany, (2)2003).

제 징발과 같은 당연지정제는 자본주의 정신과 배치되는 문제가 있다.

셋째, 의료서비스는 이론적으로 경제제 영역에 속하지만 의료가 인간의 기본권이라는 규범적인 판단에 따라 공공재로 간주되어 왔다. 서구의 사회보장국가들은 의료서비스가 실증적 차원에서 경제제라는 점도 인정하여 비록 일부에 지나지 않지만 계약을 통하여 자비부담병원이나 자비부담병상과 같은 민간영역도 인정하고 있다(이규식 2007). 그런데 우리나라처럼 규범적 판단에 의한 공공재 성격만 강조하여 당연지정제를 통하여 민간영역을 인정하지 않는 것은 논리적으로 타당하지 못하다.

넷째, 모든 의료기관을 요양기관으로 법으로 강제 지정하는 것은 지나친 정부 규제이다. 규제란 소비자를 보호하기보다는 규제 대상자를 보호하기 위한 목적이라는 것이 규제의 경제이론이다(Stigler, 1971 ; Posner, 1974 ; Peltzman, 1976). 요양기관 당연지정제는 소비자 보호 기능보다는 오히려 한계 의료기관을 보호하는 역기능을 하는 문제가 있다. 즉, 부당 청구가 잦은 의료기관, 의료사고가 빈발한 기관, 비윤리적인 행위를 하는 의료기관 등을 당연지정제 하에서는 퇴출시키기 곤란하다. 당연지정제는 의료자원이 부족하던 1979년에는 타당한 정책이었으나, 의료자원이 과잉상태가 된 현 시점에서는 소비자 보호의 관점에서 많은 문제가 있다.

다섯째, 해외환자 유치와 관련하여서도 당연지정제는 큰 걸림돌이 되고 있다. 우리나라가 외국에 비해 의료서비스에서 비교 우위가 있는 분야는 주로 비급여 분야이다. 따라서 해외환자를 유치하기 위해서는 비급여서비스가 많이 개발되어야 하는데 건강보험 요양기관이 비급여 서비스를 많이 개발할 경우, 건강보험의 보장성을 훼손할 뿐만 아니라 국민의료비 증가를 부채질하게 될 것이다. 따라서 요양기관 계약제를 통하여 계약 요양기관은 건강보험 환자를 주로 보도록 하고, 비 계약 요양기관은 고도의 신기술을 통하여 해외환자를 주로 보도록 하는 것이 타당하다.

V. 지속가능한 새로운 건강보험 패러다임

현재 서구에서 볼 수 있는 건강보험제도는 경제성장 속도가 높을 때, 인구성장률이 연 평균 1%내외를 유지할 때, 의료기술 수준이 크게 높지 않을 때, 그리고 복지국가론이 지배할 때인 제2차 세계대전 이후인 1950년대에 구축되었다. 그러나 서구 국가들도 경제가 저성장시대로 접어들었으며, 인구성장률도 0% 내외가 되어 고령화로 바뀌고, 의료기술은 급격히 발전함에 따라 1990년대 이후 새로운 대안을 모색하는 개혁을 서두르고 있다.

우리나라도 이제는 서구와 거의 비슷한 상황에 이르고 있어 건강보험제도의 지속가능성을 걱정해야할 단계에 이르고 있다. 우리나라 건강보험의 지속가능성을 확보하기 위해서는 근본적으로 건강보험제도와 의료체계의 틀을 바꾸어야 할 것이다. 제도의 틀을 바꾸는데 있어서 기본적인 원칙은 다음과 같이 진료비(약제비 포함) 증가율을 낮추고 재원조달의 방안을 바꾸는데서 찾아야 한다.

첫째, 건강보험의 급여체계를 근본적으로 개혁하여야 한다. 건강보험의 진료비가 증가 하는 원인은 2000년에 단행된 건강보험 통합과 의약분업에서 찾아야 한다. 건강보험이 통합되는 과정에서 급여 체계의 변화(진찰료의 차등화, 상대가치수가제도의 불합리한 운영, 임의비급여의 허용 등)와 의약분업 과정에서의 의약품 가격 정책의 실패(실거래가 제도)와 조제에 따른 과도한 기술료 허용 등으로 인한 보험재정 손실은 지대하였다. 이와 같은 문제를 고치기 위해서는 근본적으로 급여체계를 개혁하여야 한다. 그리고 건강보험 통합 이전부터 간직하고 있던 급여체계의 문제점(선택진료제도, 상급병실제도, 혼합진료제도의 허용)도 동시에 개혁하여야 한다. 급여체계의 근원적인 문제점을 고치지 않고서는 보험료를 올려도 보장성 제고에는 한계가 있어 '건강보험 하나로 시민회의'와 같은 시민단체들이 계속 나오게 될 것이다.

둘째, 의료관리의 패러다임을 바꾸어야 한다. 네덜란드의 사례에서 볼 수 있듯이 정부에 의한 통제 방법으로 의료를 관리하여서는 한계가 있다. 네덜란드는 병원에 대해서 예산을 할당하는 방식으로 사회보험의료를 관리하였으나, 의료비 증가도 막지 못하고 입원대기만 많아져 국민의 불신을 받게 되자 경쟁원리를 도입하는 근본적인 패러다임의 변화를 통해 문제에 대처하고 있다. 우리나라 일각에서는 의료비 증가를 막기 위하여 총액예산제를 거론하고 있지만, 총액예산제는 도입되더라도 일시적인 효과로 끝나고 의료공급자와 의료소비자 양쪽으로부터 불만을 받을 뿐 정착되기 어려운 제도가 될 것이다.

셋째, 건강보험에서도 재원조달의 패러다임을 바꾸어야 한다. 소득기준 사회연대에서 건강기준 사회연대 원리를 접목시켜야 한다. 소득기준 사회연대 원리를 고수할 때의 문제점은 지역 주민의 과약되지 않는 소득으로 인한 보험료 부과체계에 대한 끊임없는 불신이다. 그리고 또 다른 문제는 고령화 시대에 소득기준 사회연대를 강조하면 건강보험제도의 지속 가능성을 담보하기 어렵다는 것이다. 따라서 건강기준 사회연대 원리인 정액보험료를 소득비례보험료와 병행하여야 한다. 현재 스위스와 같이 보험재정 전체를 정액으로 한다던가, 네덜란드와 같이 보험재정의 45% 수준까지 하는 것은 무리가 따르기 때문에 처음에는 보험재정의 30% 정도는 정액 보험료로 하는 방안을 강구할 필요가 있다.

넷째, 건강보험의 재원조달을 임금세(payroll tax)로 하는 방안에서 간접세를 부과하

는 방안도 강구되어야 한다. 임금세를 올려 보장성을 높이게 되면 그만큼 상품원가를 올려 국제경쟁력을 훼손시킨다. 간접세는 원가에는 영향을 미치지 않고 소비자의 부담으로 가기 때문에 국제경쟁력을 훼손시키지 않는 장점이 있다. 그리고 소득을 노출시키지 않는 자영자라도 소비는 소득에 거의 비례하여 노출시키기 때문에 재원조달의 폭이 넓어져 젊은 인구층의 보험료 부담을 그만큼 줄여 건강보험제도의 지속가능성을 보장할 수 있다.

다섯째, 의료체계의 개편을 서둘러야 한다. 현재와 같이 1, 2, 3차의 단계적인 진료 전달체계는 1920년대 급성질환이 지배적일 때 서양의 체계화된 계층적 지역주의에 기초를 하는 모형이다(Fox, 1998). 계층적 지역주의는 또한 의료의 관리를 필요도(needs)를 기초로 할 때 적합한 모형이다(이규식, 2007). 우리나라는 상병구조가 만성질환으로 바뀌었고, 필요도 접근법으로 의료를 관리하여서는 의료비 관리나 소비자의 만족도를 충족시키지 못한다. 건강보험에서도 질병관리(disease management program)와 같은 의료비를 근원적으로 줄이는 방안이 도입되어야 한다. 의료제공체계의 근본적인 개혁이 따라야 건강보험제도의 지속 가능성을 보장할 수 있다.

여섯째, 건강보험의 관리에서 새로운 원칙을 찾아야 한다. 1990년대 이후 건강보험 관리의 세계적인 추세는 재정은 단일화로 가되 관리는 분권화시키는 원칙이다. 그리고 서비스 구매와 공급을 하나의 단위로 묶는 것도 새로운 방법으로 등장하고 있다. 우리는 재정은 단일화시켰으나 관리의 분권화는 피하고 있다. 관리를 분권화시키고 국민들로 하여금 보험관리자를 선택할 수 있는 모형을 도입하여 보험재정을 절감하는 방안을 찾아야 한다. 동시에 구매와 공급을 하나로 묶는 방안으로 미국의 HMO와 같은 형태나 통합의료(integrated care)와 같은 새로운 체계의 모색도 서둘러야 한다.

일곱째, 건강보험의 관리를 위하여 요양기관당연지정제는 폐지하고 계약제로 전환하여야 한다. 혹자는 요양기관 계약제가 실시되면 부자들이 건강보험에서 탈퇴하여 건강보험이 붕괴된다는 가설을 주장하며 요양기관 당연지정제를 고수해야한다는 주장을 하고 있다. 이러한 주장은 전혀 사실과 다르다. 요양기관계약제와 건강보험계약제는 전혀 다른 사안이다. 사회보험을 하는 국가에서 건강보험계약제를 택하고 있는 국가는 독일뿐이며, 다른 국가는 전국민이 강제로 건강보험에 가입토록 되어 있고, 우리나라도 예외가 아니다. 만약 요양기관계약제를 도입하여 부유한 계층이 비계약병원을 이용하게 되면, 그들은 건강보험료는 보험료대로 내고, 비계약병원을 이용하게 되기 때문에 건강보험재정이 그만큼 절약되어 오히려 일반국민들을 위한 건강보험의 보장성을 향상시킬 수 있는 이점이 있다.

법률로 모든 의료기관이 건강보험환자를 의무적으로 진료해야 한다고 규정하는 국가는 없다. 국가의 일반예산으로 전국민의 의료를 보장하는 국영의료제도(NHS)를 갖는

영국도 환자들이 진료비를 전액 자비로 부담하는 병원(private hospital)을 인정하고 있으며, 국영병원에도 병상의 10% 범위내에 진료비 전액을 자비로 부담하는 병상(pay bed)의 운영을 허용하고 있다.

싱가포르는 1983년의 의료개혁안에 따라 민간에 의한 영리병원의 설립은 물론 국영병원 가운데 희망하는 병원에 대하여 영리병원으로 전환을 방안을 1985년부터 허용하였다. 현재는 국영병원과 영리병원의 비율이 80:20 정도이다. 국영병원을 이용할 경우는 진료비의 20-80%를 소득에 따라 차등 지원하고(평균 지원액은 60%) 나머지는 본인 부담시키고 있으며, 영리병원을 이용할 경우는 전액 자비부담이다¹⁵⁾.

우리나라도 요양기관 계약제를 도입하고 동시에 계약병원에는 자비부담 병상을 두어 이러한 비계약병원이나 자비부담병상을 이용하는 사람들에 대하여는 건강보험료는 받되 보험급여에서는 제외시켜 보험재정도 절감하고 해외환자 유치에도 적극 대응하는 전략을 개발하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

국민건강보험공단, 보도자료(2010.6.29)

건강보험심사평가원(2006) 상대가치개정점수연구

건강보험심사평가원(2009), 진료비통계분석

건강보험심사평가원 홈페이지, 진료수가발자취

병원신보, 2010년 6월 28일

김용익(1994), 의료보장체계 통합일원화의 필요성과 대안, 의료보험제도 개선방안에 관한 정책토론회 회의자료, 행정쇄신위원회, 12월 1일

손동국(2007), 일부 농촌지역 주민들의 건강결정요인 분석, 연세대학교 대학원(박사학위 논문)

이규식(1994), 의료보장제도 개혁과 합리적 관리체계, 의료보험제도 개선방안에 관한 정책토론회 회의자료, 행정쇄신위원회, 12월 1일

15) 우리나라에서 논의되고 있는 영리병원제도는 논리적으로 문제가 있음. 영리병원이 되면 건강보험의 당연지정에서 벗어나야 하는데, 당연지정제를 고수하면서 영리병원을 허용하겠다는 것은 매우 모순된 정책임. 건강보험수가가 통제되고 진료내역을 심사받는 현실에서 어떻게 보험의료에서 이윤을 낼 수 있을 것인지 의문이며, 당연지정제에서 영리병원을 하겠다고 나설 투자가가 나올지도 의문시 됨.

- 이규식(2007), 의료에 대한 이념과 정책, 보건행정학회지 17(3): 106-128
- 이규식(2008), 의료보장과 의료체계, 개정증보판, 계축문화사
- 이규식, 정기택, 김철중(2008), 네덜란드의 의료개혁에 관한 연구-관리된 경쟁모형, 사회보장연구 24(4)231-255
- 이규식, 양명생, 지영건(2010), 건강보험급여 및 수가구조의 변화와 문제점, 건강복지정책연구원, 6-32
- Busse R and Riesberg A(2004), Health Care Systems in Transition, Germany, The European Observatory on Health Care Systems and Policies, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- Deutsche Bank(2006), Health policy in Germany, Deutsche Bank Research, No.1, 13 June
- Feldstein PJ(2005), Health Care Economics(6th ed.), Albany, New York, Delmar Publishers Inc.
- Fox DM(1998), Health policy and the history of welfare states: a reinterpretation, Journal of Policy History, 10(2):239-256
- Lisac M, et al(2010), Access and choice - competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004, Health Economics, Policy and Law, 5:31-52
- McGinnis JM et al(2002), The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs, 21:78-93
- Peltzman S(1976), Toward a more general theory of regulation, The Journal of Law and Economics, 19(2)211-40
- Posner RA(1974), Theories of economic regulation, Bell Journal of Economics and Management Sciences, Autumn
- Schoen C, Helms D and Folsom A(2009), Harnessing Health Care Markets for The Public Interest: German and Dutch Approaches to Multi-Payer Systems with Insights for US Reforms(Draft), The Commonwealth Fund
- Stigler GJ(1971), The theory of economic regulation. Bell Journal of Economics and Management Science, 2(1)3-21
- <http://www.hpm.org>, Health Policy Monitor(2003), Germany(2)