

## 건강보험 재정문제의 현황과 과제

김창엽\*

엄청난 사회적 파장을 불러일으키며 논란의 대상이 되었던 건강보험 재정문제가 소강 상태에 들어가 있다. 물론 문제가 해결되어서 그런 것은 아니다. 대부분의 사회적 의제가 그러하듯, 마치 새삼스럽다는 듯 문제가 비등하고 여기에 온갖 백가쟁명 식의 해결책이 제시된 후, 어느 정도 시간이 지나면 뚜렷한 결론도 없는 상태로 관심의 대상에서 벗어나는 과정이 충실히 반복되고 있는 것이다.

문제는 전혀 해결되지 않았다! 그리고 짧은 시간 안에 해결될 전망도 보이지 않는다. 사실 이것은 너무나 당연한 귀결이다. 여러 차례 지적된 바와 같이 건강보험 재정문제가 구조적인 문제이기 때문이다.<sup>1)</sup> 따라서 구조의 변동 없이 기술적인 접근만으로 문제가 해결될 것을 기대하는 것은 극히 비현실적이다.

이해할 수 없는 것은 문제가 거의 해결되지 않았는데도 논의와 해결의 노력이 급격하게 위축 내지는 소멸되고 있다는 것이다. 정쟁의 대상이 되는 경우를 제외하면 새로운 제안과 토론은 거의 찾아볼 수 없게 되었다. 심한 무기력과 냉소조차 그리 드문 것이 아니다.

이러한 상황에서 본 발표자는 이번 기회에 건강보험 재정문제를 다시 인식할 것을 제안하고자 한다. 이는 파천황의 새로운 분석과 제안을 의미하는 것이 아니라, 현황과 해결책을 다시 점검하고 자세를 가다듬자는 것이다. 따라서 이번 발표에서는 상세한 수준

---

\* 서울대 의대 교수, 의료관리학.

1) 김창엽, "건강보험 재정위기, 그 원인과 대책," 2001년 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문.

의 평가, 예측, 대안제시보다는 전반적인 방향성의 검토에 초점을 두고자 한다. 이를 위해 백화점식의 포괄적인 항목 나열보다는 가장 중요하다고 생각하는 몇 가지 과제에 집중하는 편을 택할 것이다.

## 1. 정부의 재정대책은 작동하고 있는가

건강보험 재정위기를 맞아 정부가 종합대책을 발표한 것이 지난 5월말이었다. 여기에는 단기, 중장기 대책이 망라되어 있으나 역시 핵심적인 것은 단기대책이다. 여기에 거론된 주요 대책을 열거하면 다음 <표 1>과 같다.

<표 1> 건강보험 재정안정을 위한 주요 단기대책

과 제 명	연간효과	2001년 예상효과	시행 예정시기	실제 시행시기
합 계	25,007	10,887	-	-
1. 진료비 심사 강화	2,666	1,777	연중	연중
2. 급여제도 합리화	8,867	2,825	-	-
진찰료, 처방료 통합	3,120	1,040	7월	7월
환자수에 따른 체감제	1,644	548	7월	7월
주사제 처방, 조제료 삭제	2,050	683	7월	7월
야간가산 적용시간 조정	486	162	7월	7월
급여 및 심사기준 합리화	1,567	393	7월	?
3. 약제비 등 절감	4,236	1,291	-	-
보험약가 인하	1,573	529	연중	연중
참조가격제	1,661	415	8월	?
저가약 대체조제	63	21	7월	?
약제비적정성 평가	784	261	7월	?
치료재료 사후관리 강화	155	65	6월	?
4. 의원, 약국 본인부담금 조정	4,229	1,410	7월	7월
5. 보험료 수입증대 및 운영효율화	5,009	3,585	-	-
지역보험료 징수를 제고	1,718	1,718	연중	연중
소득있는 피부양자 보험료 부과	1,404	702	7월	7월
직장가입자 확대	1,445	723	-	-
5인이상 미가입사업장 직장편입	428	214	7월	7월
5인미만 사업장근로자 직장편입	1,017	509	7월	7월
공단 관리운영비 절감	442	442	연중	연중

여기에서 개별 대책에 대한 평가는 생략한다. 각 정책에 대한 시시비비는 가려야 하나, 일부 정책을 제외하면 대체로 고려할 만한 대책들이라 할 수 있다. 그러나 이들 대책이 단기적인 재정안정 대책으로 의미를 갖는가 하는 것은 별개의 문제이다. 즉, 본래부터 있던 제도개선 과제라 하더라도 그것이 재정절감 효과로 이어지는 것은 다른 문제이기 때문이다.

대표적인 예가 “진료비 심사강화”이다. 진료비의 누수 가능성은 진작부터 잘 알려져 있는 것이고 이에 대한 대책이 필요한 것은 사실이다. 그러나 재정대책으로서의 진료비 심사강화는 다분히 ‘목표치’로서의 성격을 가진다. 실제로 이 대책이 발표된 이후 진료비 심사의 강도가 크게 강화된 것으로 알려져 있고, 그 결과 의료기관들의 불만이 심각하게 제기되고 있다. 의료기관의 불만이 주로 심사기준의 무리한 적용에 집중되어 있으므로, 현실적으로 일정 수준 이상으로 심사를 강화하기는 어렵다. 이것이 목표치로 제시한 재정절감 효과가 제대로 달성된다고 확인하기 어려운 이유이다.

정부의 대책을 재정효과라는 측면에서 보면, 크게 제도변경에 따라 즉시 효과가 나타나는 것과 시행을 어떻게 하는가에 따라 그 효과가 잠재적(*potential*)인 것으로 나눌 수 있다. 공급자에 지불하는 비용과 본인부담금을 조정하는 것이 전자에 속하는 것이라면, 심사와 평가, 약제비 절감 등은 저절로 재정절감 효과가 나타나는 것이 아니라 대책의 시행방법과 강도에 크게 영향을 받기 때문에 후자에 해당한다고 할 것이다.

이러한 관점에서 보면 정부 대책은 수치의 정확성은 차치하고라도 잠재적인 효과를 가장 낙관적으로 전망한 가운데서 작성된 것으로 보인다. 앞에서 지적한 바와 같이 모든 조건이 충족되고 예측된 바 모든 대책이 제대로 작동될 때 얻을 수 있는 재정효과를 예측하고 있기 때문이다. 물론 4월 이후 진료비 청구가 예년의 지표와 비교할 때 월 약 1,000억 원 정도 적게 청구된다는 보고가 없는 것은 아니다.<sup>2)</sup> 그러나 진료비 청구 추세는 대단히 불안정한 것이며, 게다가 알려진 바에 따르면 재정대책이 시행된 이후에도 전혀 진료비 청구의 감소가 나타나고 있지 않다고 한다. 따라서 적어도 현재로서는 재정대책에 의한 효과는 미지수라고 할 수밖에 없다.

재정전망을 중장기적인 범위까지 연장하면 문제는 더욱 심각하다. 올해 시행할 대책이 내년 이후에도 그대로 효과를 발휘한다고 하는 것은 어떤 관점에서든 무리이다. 게다가 정부가 중장기적으로 예측한 연평균 급여비 증가율 13%는 최근 3년간 급여비 연평균 증가 16.7%에 비하면 지나치게 낮다.<sup>3)</sup> 수가를 계속 동결한다 하더라도 결코 낙관할 수

2) 국민건강보험공단, “주요업무 추진현황,” 국회 국정감사 보고자료, 2001. 9.

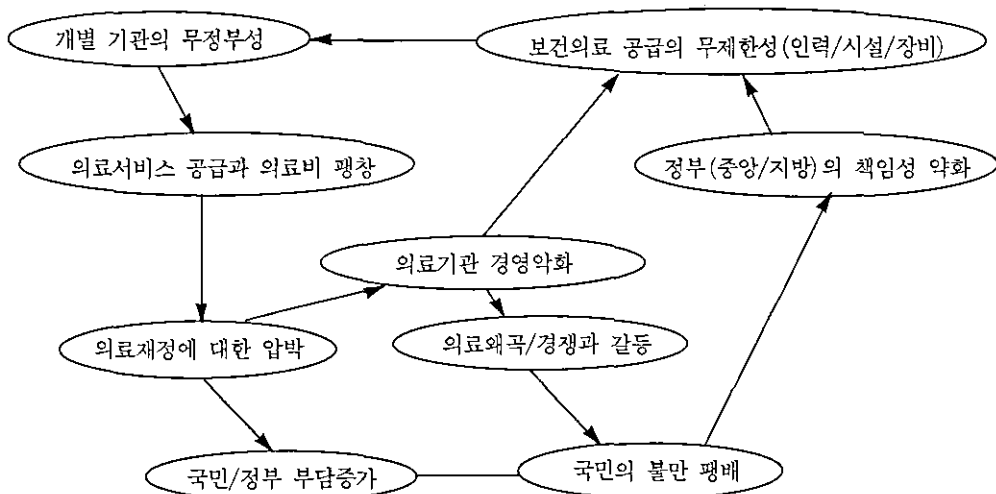
없는 전망치이다.

단기, 중기를 막론하고 수입부문도 마찬가지로이다. 지역 건강보험에 대한 국고지원을 40%로 하고 10%는 담배부담금을 부과하여 충당한다는 방향이 수립되었으나, 현재 상황이라면 담배부담금 부과가 가능하다고 확신할 수 없다. 보험료 인상도 지나치게 낙관적인 전망에 기초한 것으로 보인다. 정부 대책에 의하면 연 8~9%의 보험료 인상만으로도 2006년 이후 재정안정을 이룰 수 있다고 하나, 이는 급여비 증가 추세만 고려하더라도 실현불가능한 전망이다.

결국 정부가 발표한 재정대책은 수입과 지출 모두에서 지나치게 낙관적인 전망이라는 비판을 면하기 어렵다. 따라서 별도의 대책없이 현재의 추세가 지속된다면, 올해는 물론 이거니와 내년 이후에도 건강보험의 재정위기는 지속될 가능성이 크다.

## 2. 무엇이 문제인가

건강보험 재정문제의 핵심은 무엇인가. 한마디로 그것은 의료서비스의 공급구조이다. 그런데 한국 의료의 공급구조는 몇 가지 새로운 정책대안으로 문제를 풀기에는 불가능할 정도로 많은 문제를 안고 있다. 다음 그림을 보면 구조의 문제가 얼마나 넓게 도사리고 있는지 쉽게 이해할 수 있을 것이다.



3) 국민건강보험공단, 앞의 자료.

가장 근본적인 구조적 결함은 한국의 보건의료 공급구조가 “무정부적 낭비구조” 위에서 있다는 것이다. 우리가 현상적으로 보고 있는 건강보험의 재정문제는 사실 이러한 한국 보건의료의 구조적 문제 때문이라고 해도 전혀 지나치지 않다.

우선 무정부적 낭비구조의 출발은 의료제공자와 그 존재방식에서 찾을 수 있다.<sup>4)</sup> 의료제공자가 양적으로 팽창하면 이에 따라 진료비 증가가 일어나는 것은 상식적인 사항이다. 특히 우리의 경우 압도적인 민간 위주의 의료공급 구조를 가지고 있는데다가 진료비 지불체제조차 행위별 수가제를 가지고 있어, 일단 배출된 의료인력과 설립된 기관은 서비스 양을 최대화하려는 경향을 가지고 이에 따른 보건의료 재정의 급속한 증가는 불가피하다.

현재 의료공급자의 양적 팽창은 국가의 통제 밖에 있다. 의사 인력만 보더라도 현재 전문의 과정을 마치고 배출되는 인력이 주로 1986~7년 무렵의 입학생(당시 의예과가 28개였음)이라는 점을 고려하면 앞으로는 의사인력이 지금보다 더 빠르게 늘어날 것이 명확하다.<sup>5)</sup> 다른 보건의료인력도 양상은 전혀 다르지 않다. 병상 역시 이미 약 23만 개를 넘고 있으나 정부와 민간의 투자가 지속적으로 일어난다고 할 때 증가속도가 완화될 것으로 예측하기는 어렵다.

병원시설이나 장비 역시 마찬가지이다. 과도한 의료장비 투자가 대표적인 예라 할 것이다. 대표적인 고가 의료장비인 MRI를 보자. 조금 오래된 통계이지만 1996년 현재 우리나라 인구 100만명당 MRI 보유대수는 4.7 수준으로,<sup>6)</sup> 미국, 일본 정도를 빼면 세계에서 가장 높은 수준이다. 또, 한창 유행하고 있는 근시수술 장비의 보급률은 세계 최고 수준인 것으로 알려져 있다. 그러나 이런 상태에서도 지역사회의 필요(need) 때문이 아니라 의료기관 간의 경쟁에 의하여 새로운 장비가 도입되고,<sup>7)</sup> 일단 도입된 고가 의료장비는 수익성을 확보하기 위하여 남용되는 악순환에 빠지게 되는 것이다.

인력이나 시설, 장비 등에서 무정부적 성격이 나타나는 근본적인 원인은 명확하다. 대부분의 우리 나라 의료기관이 사적(私的) 소유구조를 가지고 있기 때문이다.<sup>8)</sup> 병상 수

4) '의료제공자'란 의료를 제공하는 개인으로서의 의료인과 의료기관 모두를 가리키는 용어이다.

5) 전문의 과정과 군 복무를 마칠 때까지 약 14~15년이 소요되고, 현재 의과대학이 41개라는 점을 고려하면 전문의 인력 증가의 심각성을 예측할 수 있다.

6) 의료보험연합회 내부 자료(1997).

7) 윤석준·강철환·김선민·김창엽·신영수(1997), “우리 나라 전산화단층촬영기의 도입에 영향을 미치는 요인에 관한 연구,” 《예방의학회지》 30(1), pp. 195~207.

8) ‘민간’이라는 말은 소유주체가 공공이 아니라는 점을 나타내는데 비하여, ‘사적’이라고 표현한 것은 소유주체와 관계없이 영리추구에서 자유로울 수 없다는 것을 나타내기 위한 것이다.

를 기준으로 하더라도 최소 70~80% 이상이 사적 소유구조를 가진 민간기관에 의하여 운영되고 있는 것이다. 극소수의 국립병원을 빼고는 정부가 운영 주체가 아닌데다가 별도의 직접적인 재정지원도 없다. 외국처럼 민간이 소유한 경우라도 자본투자는 정부가 한다거나, 지역사회나 단체, 조직의 자구적 재정조달 기전을 갖고 있지도 못하다. 따라서 거의 모든 의료기관이 정도의 차이는 있을 망정 의료기관 운영을 위해 수익을 올리지 않을 수 없고, 이는 한국 의료의 사적인 성격을 불가피하게 하는 가장 중요한 원인이 되고 있다.

또 한가지, 우리 나라 의료체계가 시장으로서의 성격을 강하게 갖는 데에는 진료비 지불체계(reimbursement system)가 중요한 기여를 하고 있다. 소유가 사적인데다 진료보수의 지불방식도 행위별 수가제를 택하고 있어, 일단 배출된 의료인력과 설립된 기관은 의료제공량을 최대화하려는 경향을 가진다.<sup>9)</sup>

결국 의료공급의 주체가 민간에 치중되어 있고, 무정부적 공급구조 속에서 이들 민간 부문은 “시장 참여자”로서의 행동을 보일 수밖에 없다. 그 결과 의료공급의 영역 안에 있는 건강과 관련된 보건의료 서비스는 상품으로서의 성격을 탈피하게 어렵게 되는 것이다.

이러한 구조는 의료공급자에게도 결코 유리한 것만은 아니다. 의료공급의 무정부적 팽창은 곧 국가 보건의료재정의 팽창과 개별 의료공급자의 위기로 이어진다. 실제 최근 10여 년간 건강보험의 총 진료비는 연간 약 15~25%씩 증가하여 왔다. 이와 같은 증가 추세는 의료이용의 증가와 의료 서비스의 강도(intensity) 증가가 동시에 작용한 것이지만, 문제의 심각성은 앞으로 이러한 추세가 완화될 전망이 희박하다는 점에 있다. 오히려 의약분업 이후 처방료와 조제료가 대폭 인상되고 제도 밖에 있던 일반의약품 사용이 제도 내로 들어옴으로써 적어도 보험진료비는 더욱 폭발적으로 증가하고 있고, 앞으로도 그럴 전망이다.

의료재정의 증가가 의료서비스 증가를 따라가지 못할 경우 개별 의료기관의 경영악화는 필연적이다. 개별 기관의 경영악화는 사회적 문제가 아니라고 할 수 있을지 모르나 이는 의료 내용의 왜곡을 포함한 “낭비형” 의료서비스 공급을 가속화시킨다는 심각한 문제점을 내포하고 있다.

9) 행위별수가제(fee for service)란 의사나 병원에 대한 진료비지불을 항목별로 모두 나누어 하는 것으로 현재 우리 나라에서 채택하고 있는 방법이다. 개별 항목별로 모두 값을 따지기 때문에 다른 상품의 거래방법과 꼭 같아서 일상적으로 매우 익숙하다는 장점이 있으나, 의료행위의 특성상 의료를 제공하는 공급자 스스로의 이익을 위하여 공급량을 가급적 늘리려는 경제적 유인동기를 가진다는 단점이 있다.

물론 진료비 총량이 증가하더라도 적절한 재정수입을 확보할 수 있으면 큰 문제가 되지 않는다. 1980년대 말부터 1990년대 초까지 상당한 정도의 진료비 증가가 있었지만 임금 총액의 상승에 따른 보험료 수입의 증가가 이를 상쇄했던 것은 잘 알려진 대로이다. 그러나 앞으로 한국 경제가 지금까지와는 달리 완만한 성장을 한다고 할 때, 급속한 진료비 증가에 대응할 만한 보험재정 수입의 증가가 가능할 지는 의문이다.

물론 임금이나 수입의 상승이 없는 경우에도 보험료 자체를 인상함으로써 보험재정 수입의 확충을 꾀할 수 있다. 그러나 이 방안은 보험에 대한 일반 국민의 소극적 인식, 보험급여와 개인부담에 따른 건강보험 자체에 대한 불만, 의료공급자에 대한 불신, 물가와 의 연계 등의 문제가 있어 쉽게 취할 수 있는 접근법이 아니다.<sup>10)</sup> 최근 보험료 인상을 둘러싼 심각한 사회적 갈등이 이러한 사정을 잘 드러내고 있는 예이다.

### 3. 문제는 해결될 수 있는가

건강보험 재정문제의 근본적인 원인에서 살펴보았듯이 점증적, 기술적 방식으로는 건강보험 재정 문제를 근본적으로 해결할 수 없다. 게다가 지출구조를 바꾸는 것만으로는, 그 결과 어떤 종류의 지출구조를 가지더라도 의료비 지출의 폭증을 막는 것은 어렵다. 의료공급 구조의 개혁을 통하지 않고서는 한계가 분명한 것이다.

문제는 공급구조의 개혁이 하루아침에 이루어지지 않는다는 데에 있다. 수많은 이해당사자가 있기 때문에 개혁의 방향을 잡는 것조차 쉽지 않다. 건강보험의 재정위기가 거론된 이후 현재까지 구조적인 문제에 관해서는 전혀 사회적 의제가 형성되지 않고 있는 이유도 바로 이 때문이다.

그러나 그렇다고 현재와 같은 미봉책, 단기대책으로 일관할 수 없다. 그렇게 하는 것만으로는 재정위기를 피해갈 수 없고 결국 파국에 이를 가능성이 크기 때문이다. 여기에서는 이러한 배경에서 구조개혁에 초점을 두되 단기대책의 틀을 전환하는 문제 몇 가지를 제시하고자 한다.

10) 일부에서 종래의 '저부담 저급여' 구조를 '고부담 고급여' 구조로 바꾸자는 주장을 하고 있으나, 고급여에 대한 국민들의 공감대가 형성되지 않는 한 고부담에 대한 설득이 여전히 쉽지 않을 전망이다.

## 1) 단기 대책의 관점에서

### (1) 소비자의 역할 강화와 보험자의 기능

원칙적으로 진료비 누수는 철저히 방지되어야 한다. 그러나 기존의 방식으로는 한계가 뚜렷하다는 것이 누구나 인정하는 것이다. 현재의 체계 내에서는 진료비 누수가 다음과 같은 4가지 방식으로 일어날 수 있다.

- 부당·허위 청구: 진료하지 않은 의료에 대한 불법적 허위 청구
- 심사기준을 벗어나는 과잉진료
- 심사기준 내의 과잉진료: 의학적으로 필요치 않은 의료, 이유없이 행해지는 과도한 진료
- 시스템의 비효율성: 중복진료, 고급진료

이 중에서 심사기준을 벗어나지 않는 과잉진료와 시스템의 비효율은 현재의 심사체계는 물론 어떤 심사방법으로도 막을 수 없다. 제도개선을 통해서만 줄어든 수 있는 성격의 진료비 누수이기 때문이다.

현재의 심사체계로는 부당·허위 청구와 심사기준을 벗어나는 과잉진료를 방지할 수 있다. 그러나 과도한 청구건수 때문에 이마저 모두 찾아내는 것은 불가능하다. 심사인력을 크게 늘린다 하더라도 모든 건을 대상으로 정밀한 수준의 심사를 한다는 것은 불가능하고, 또 그것이 가능하다 하더라도 비용-효과적이라 할 수 없다.

이러한 점에서 종래의 틀을 벗어난 새로운 진료비 누수방지의 틀이 만들어져야 한다. 새로운 틀의 핵심은 소비자 주권(*consumer's sovereignty*)의 강화이다. 공급자와 소비자 사이의 정보격차를 최대한 줄임으로써 의사결정에 소비자가 참여하게 하고 결과적으로 의료의 과정을 투명하게 하는 것이 필요하다. 본 발표자는 이것이 현재의 제도적 틀을 크게 바꾸지 않고 진료비 누수를 방지할 수 있는 유일한 길이라고 생각한다.

이와 같은 맥락에서 새로운 설계가 필요한 것이 보험자의 기능이다. 소비자의 역량강화(*empowerment*)를 통해 소비자와 전문 의료인 사이에 존재하는 정보의 격차를 줄이고자 하는 시도가 없는 것은 아니나 여전히 한계가 적지 않다. 이 때문에 이를 보완하는 역할로서의 집합적 소비자 개념으로서 보험자의 기능이 부각되고 있다.

보험자 기능의 재설계를 통한 소비자 역량의 강화는 새로운 개념이 아니다. 특히 미국과 같이 민간보험이 발전된 곳에서 이러한 경향이 두드러진다. 주로 의료서비스를 구매



하는 입장(*purchaser*)에 있는 대기업(과 이를 모체로 하는 민간보험)의 처지에서는 구매력(*purchasing power*)을 활용하여 사실상 보험가입자(혹은 종업원)의 empowerment를 대신하게 된다. 미국의 경우 의료서비스를 구매하는 민간보험이나 대기업은 이러한 맥락에서 구매력을 강화하기 위하여 3가지 방향의 접근을 하게 되었다.<sup>11)</sup> 그것은 구매 대상인 의료서비스를 축소하고 이에 대한 비용효과(*cost effectiveness*)를 검증하는 것, 특정 비용을 다른 영역으로 전가하지 못하도록 구매 대상 서비스를 전영역으로 확대하는 것, 그리고 인구집단 전체에 대해 통합적인 전략을 쓰는 것 등이다.

다소 의미가 다르기는 하지만, 민간보험에서 논의되는 소위 “관리된 경쟁(*managed competition*)”에서의 ‘sponsor’ 개념도 사회보험에서는 보험자의 기능과 일맥상통한다.<sup>12)</sup> sponsor는 개인 가입자를 대신해서 급여와 수가, 가입절차와 다른 조건들을 민간보험 회사와 계약하는 역할을 하고, 불확실성 속에서 불완전한 정보를 기초로 의사결정을 행한다. 말하자면 의료서비스가 가지는 시장 실패에 대한 대책으로써 시장경쟁을 ‘관리’하는 공공기구로서의 sponsor의 개념이 제시되고 있는 것이다.<sup>13)</sup>

일본의 경우에도 보험자 기능에 대해서는 종래 보험자가 진료비 ‘지불’을 주기능으로 상정했을 뿐, 의료서비스 수급의 ‘당사자’로서의 역할은 미미했다는 지적이 제기되고 있다. 이것은 정보의 격차, 정보의 비대칭성 등을 고려할 때, 보험가입자의 대리인 혹은 중개자로서 보험자가 하여야 할 역할이 크다는 것을 주장하는 것이다.<sup>14)</sup> 구체적으로는 전문 정보제공자로서의 역할과 의료투자 지원기관으로서의 역할을 제안하고 있다.

## (2) 급여적정성 평가의 강화

이미 언급한 바와 같이 연간 5억여 건에 이르는 진료 청구건을 모두 심사하는 것은 가능하지도 않고 효율적이지도 않다. 반드시 심사를 대신하는 개념은 아니지만 재정의 효율적 활용이라는 측면에서 반드시 보완되어야 할 것이 적정성 평가이다.

급여 적정성 평가의 기본 개념과 목표는 아래의 그림과 같이 기존의 사례관리 중심에서 기관, 군, 시술 관리로의 전환을 통하여 거시적 효율성을 달성하는 동시에 진료의 질을 향상시키는 것이다. 즉, 기존의 심사가 개별 건(*case* 혹은 *episode* 단위)의 진료와 그

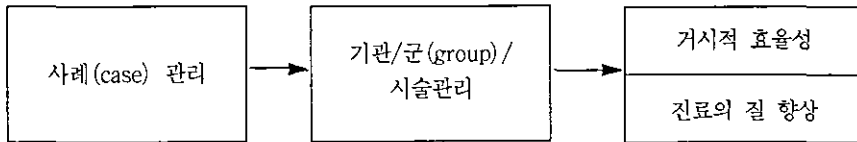
11) Light D. W. (1998), “Is NHS Purchasing Serious? An American Perspective.” *BMJ*, 316, 217~220.

12) Enthoven A. (1993), “The History and Principles of Managed Competition.” *Health Affairs*, 12(supplement), pp. 24~48.

13) Ranade W. (ed.) (1998), *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. Addison Wesley Longman, pp. 7~8.

14) 尾形裕也(2000), “保険者機能に関する考察,” 《社会保障研究》36(1), pp. 102~112.

에 대한 청구의 적정성을 대상으로 하는 것이라면, 급여의 적정성은 의료기관 전체, 어떤 진료과, 혹은 어떤 진료항목(처치, 수술, 약품 사용 등) 등, 집단과 군을 대상으로 하는 것이다. 예컨대 제왕절개술의 경우 기존의 심사는 제왕절개술 자체는 적합하게 이루어졌다는 전제에서 사용한 각 건별로 약품이나 재료, 재원 등을 심사하였으나, 급여 적정성 평가의 대상인 군별 관리에서는 처치 자체 혹은 약품이나 재료 사용의 적정성을 의료기관별로 평가하는 것이다.



적정성 평가는 투입(input) 요소로서 의료자원의 과소이용이나 부적절한 사용, 의료제공 방법의 적절성, 결과로서 건강 상태 개선, 바람직하지 못한 결과(adverse outcome)를 평가하는 것이다. 이러한 평가 활동은 이용도 조사(utilization review)와 질 평가로 구분할 수 있다.

이용도 조사는 특정한 의료서비스가 환자의 치료에 필요한 것인지, 그리고 그러한 서비스가 적절한 수준과 강도, 비용으로 제공되었는지를 평가하는 것으로 이용도 조사의 예는 다음과 같다.

- 진료건의 적정성: 입원, 혹은 수술의 필요성
- 진료 제공 내용: 의학적 필요성의 충족도
- 진료 제공 시점: 수술전 입원 기간의 적정성
- 진료 제공량(진료 시간 및 빈도): 병원 재원 기간 적정성, 검사횟수 적정성
- 진료 제공 장소: 병원/대체기관(외래, 통원수술센터, 요양원)

의료의 질 평가는 구조·과정·결과 측면에서 평가할 수 있지만 심사평가원의 급여적정성 평가는 주로 과정과 결과, 특히 과정 측면에서의 변이(變異, variation)를 평가하는데 초점을 두어야 할 것이다. 즉 의료서비스의 제공 과정과, 그 결과로 발생하는 사건이나 건강 상태의 변화를 측정하고 평가하는 것이 질 평가의 주된 내용이다.

## 2) 중장기 대책의 관점에서

만성적인 건강보험의 재정 문제와 정부의 지출증가는 끊임없이 의료와 의료비의 효율성(效率性, *efficiency*) 문제를 제기할 것이다. 효율성과 연관된 정책의 범위가 워낙 넓어 한두 가지로 요약할 수는 없으나 크게 진료비 지불제도와 보건의료체계의 정비로 압축될 수 있다.

의료의 본격적인 구조와 연관되어 진료비 지불제도의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 그러한 의미에서 현행 행위별 수가제는 조만간 어떤 형태로든 개편되어야 한다. 행위별 수가제는 현상적으로 드러나고 있는 보건의료 문제의 가장 중요한 원인의 하나이고, 건강보험 재정문제를 해결할 수 있는 핵심적인 해결책이 하나라고 할 수 있기 때문이다.

물론 근본적인 틀의 변화(예컨대 인두제나 봉급제 등)를 제외하고는 일차진료에서는 뚜렷한 대안이 없다는 점에서 중장기 대책으로서도 논의에 한계가 있다. 그러나 입원의 경우는 다르다. 전세계적으로도 입원의 경우 행위별 수가제가 보편적인 진료비 지불제도가 아니고, 다양한 대안들(DRG를 비롯한 포괄수가제, 예산제, 총액계약제 등)이 개발·적용되고 있으므로, 우리나라에서도 제도의 고안과 적용이 불가능한 것이 아니다. 특히 포괄수가제는 내년부터 이미 일부 대상분야에 적용되도록 계획이 되어 있지만, 본격적인 적용을 위한 준비가 필요하다.

현재 우리나라 의료의 효율성에 장애가 되고 있는 것으로 누구나 인정하는 것은 무계획한 의료인력과 시설의 팽창, 인력과 기관간의 부적절한 기능 분담 등이다.

인력과 시설의 적정 수준에 대해서는 절대적인 기준이 있을 수 없으나, 인력의 경우에는 양성체계를 합리화하고, 시설은 더 이상의 증가를 억제하는 쪽으로 정책적 개입이 일어나야 한다. 특히 의료인력의 전문화 문제는 가장 중요한 정책대상이 되어야 할 것이다. 실현 가능성 여부는 차치하고라도 일차진료 수준에서는 단과전문의보다 일차진료의사(*primary care physician*)의 역할을 강화하고자 하는 방향으로 정책이 수립되어야 한다.

또한 의료제공체계의 합리화를 위한 각종 정책적 시도도 필요하다. 현재 수준에서 우리나라에서 단시간에 의료제공체계가 완전히 정비되는 것을 기대하기는 어렵기 때문에, 기존 체계 내에서 유인동기를 활용하여 의료제공체계 정비의 단초를 마련하는 것이 중요한 전략이 될 것이다. 이 경우 다음과 같은 정책들이 이러한 단초에 해당하는 것이다.

- 3차 진료기관의 신설과 확장 제한
- 주치의 등록제 시행
- 1-2-3차 기관간의 질병 종류에 따른 수가차등화
- 병원에서의 외래 축소

#### 4. 결론을 대신하여

현재 건강보험을 비롯하여 건강과 의료문제를 해결하기 위한 우리 사회의 기본구조는 명백히 ‘개인부담형’ 체계이다. 이미 우리의 보건의료는 국가와 사회보다는 개인이 개별적으로 부담지는 구조가 고착화되어 있다. 1990년부터 1998년 사이에 보건의료 서비스에 대한 지출 중 가계가 직접 부담한 몫은 매년 거의 41.6~53.0%에 이르러 다른 OECD 국가에 비하면 2~10배 수준에 이른다.<sup>15)</sup> 이는 건강문제의 상당 부분을 각 개인이나 가계가 알아서 해결해야 하는 것을 의미한다. 자본주의 시장구조에서 이는 바로 상품으로서 의료를 구매하여야 함을 뜻하는 것이다. 의료기관 이용시의 본인부담금, 민간보험에 가입하는 비용, 가족의 비공식적인 간병비용 등이 바로 여기에 속하는 것들이다. 그러나 다른 어느 나라와 비교해서도 개인화, 상품화되어 있는 이러한 구조에 대한 문제 제기는 안타깝게도 거의 없다. 건강보험 재정위기를 기회로 오히려 개인이나 가계의 책임을 지금보다 더 늘릴 것을 주장하는 목소리가 강하다.

이러한 개인부담형 구조는 건강과 의료를 개인의 영역에 속하는 것으로 간주할 때에만 지속될 수 있는 구조이다. 최근의 재정위기를 맞아 그렇지 않아도 높은 본인부담을 더 높이려 한다든지, 기본적으로는 개인저축으로 장래의 의료비용을 해결하려는 의료저축 제도(Medical Savings Account, MSA)를 도입하지는 주장이 끊임없이 제기되고 있다.<sup>16)</sup> 이는 기본적으로는 건강과 의료를 개인의 영역에 속하는 것으로, 즉 개인이 책임져야 할 것으로 보는 데에서 비롯되는 주장이라 할 수 있다. 비록 외형적으로는 의료남용의 방지나 노후의 의료비 지출을 대비하기 위한 정책수단이라는 점을 강조하고 있으나, 근본적으로는 사회적 연대를 바탕으로 하는 건강보장에서 개인의 책임을 강조하는 ‘시장적’ 방

15) OECD (2000), "Health Data File."

16) MSA에 대해서는 다음 글을 참고할 것. 국민건강보험공단. 싱가포르 의료저축계정(MSA)의 이론과 실제. 《건강보험동향》 2000년 10월호; 권순원(2001), "바람직한 의료보험개혁방안: 의료비절감과 보험재정기반의 확충을 중심으로," 전경련 정책토론회 발표자료.

향으로 후퇴하는 것임에 틀림없다.

건강보험 재정위기를 해결하는 모든 시도들을 판단하는 기준은 단순하고도 명확하다. 현재도 국제기준에서 현저하게 떨어지는 사회와 국가의 책임을 더욱 약화시키는 방향인지 혹은 그 반대인지가 바로 단순하고도 명확한 기준이다.

건강보험 재정문제를 해결하는 데에 사실 내용(*contents*)보다 과정(*process*)이 더 중요할지도 모른다. 이 내용의 일부는 다른 기회에 다루었지만, 현재 시급하게 필요한 것도 이러한 일련의 변화를 어떻게 촉발하고 진전시킬 것인가 하는 것이다. 이런 점에서 우리 사회가 위기의 건강보험을 개혁할 수 있는 역량을 갖추고 있지 못한 점이 가장 큰 위기일 수도 있다.

유감스럽게도 우리는 앞에서 언급한 개혁의 구체적인 내용을 논할 수준에 이르지 못하고 있다. 어느 누구도 이해관계가 걸린 현실 구조를 바꾸는 것을 원치 않는 총론 찬성, 각론 반대의 상황이 되풀이되고 있기 때문이다. 이해관계의 팽팽한 균형이 구조개혁의 큰 물길로 합류하지 않으면 위기구조의 온존은 지속될 것이다. 이것이 더 큰 위기를 불러올 것이라는 것도 의심의 여지가 없다.

이런 위기를 기회로 바꿀 수 있는 방법은 없는가. 이에 대한 답은 무엇보다 정부와 보험자의 새로운 역할에 달려 있다.

먼저 보험자의 입장에서는 건강보험에 대한 국민의 신뢰를 회복하는 것이 급선무이다. 국민은 보험자인 건강보험공단을 통하여 건강보험을 경험한다. 말하자면 건강보험의 최일선이자 보병이 건강보험공단이다. 따라서 국민의 신뢰를 회복하는 것도 다른 조직의 몫일 리 없다.

신뢰를 회복하는 지름길은 보험자가 '행정조직'에서 '서비스 조직'으로 다시 태어나는 것이다. 국민이 보험자에게 원하는 것은 단순히 보험료를 걷고 자격을 확인하는 일이 아니다. 따지고 보면 건강보험은 국민 전체가 가입자이고 보험자는 국민을 대신해서 일을 처리하는 조직 아닌가. 그렇다면 보험자는 당연히 국민을 대신해서 불편하고 억울한 것을 해결하고 모르고 궁금한 것에 답해야 한다. 많은 국민들이 의료에 대해 많은 지식과 정보를 가지고 있지 못하고, 합리적인 건강관리의 혜택을 누리고 있지 못하다는 사정을 고려하면 보험자의 이러한 역할은 아무리 강조해도 충분하지 않다.

다음은 정부의 몫이다. 정부는 회피할 수 없는 압력으로 오는 건강보험의 구조개혁에 리더십을 발휘해야 한다. 구조개혁의 미래상을 제시하고 이해당사자를 논의의 장으로 끌어들이는 역할을 정부 말고 누가 대신할 수 있겠는가. 사실 여유가 별로 없다. 적어도

2, 3년 안에 건강보험의 새로운 틀, 그 단초를 놓아야 한다. 여러 제도적 변화와 새로운 정책수단들을 일관된 목표 아래 제시하고, 국민, 의료인과 의료기관, 의료산업, 정부와 정치권의 논의를 새로운 흐름으로 합류시켜야 하는 것이다. 지속가능한 건강보험의 구조를 새롭게 설계하는 일에 정부의 성패가 달려 있다고 해도 지나친 말이 아니다.

위기가 닥치기 전에는 문제해결을 위한 행동을 시작하기 어려운 것이 한국 사회의 역사이자 안타까운 현실임을 모르지 않는다. 그러나 건강보험의 위기는 이미 시작되었다. 위기를 기회로 바꾸기 위하여 정부와 보험자는 새로운 역할을 즉시 행동으로 옮겨야 한다. 그렇다고 해서 정부와 보험자만 새로운 역할을 부여받고 있는 것은 아니다. 어느 누구도 건강보험이 없는, 그리하여 국민의 기초적인 건강도 보장하지 못하는 '야만적' 사회로의 복귀를 원하는 것이 아닌 한, 모든 당사자들이 소송적 이해관계를 떨치고 위기를 넘어 새로운 건강보험의 미래를 공유해야 마땅하다.