

國民皆保險으로서의 醫療保險

이기옥*

I. 序 論	1. 財源調達 問題
II. 醫療保障을 위한 代案的 接近方法	2. 醫療保險 給與水準의 問題
1. 統制經濟的 接近과 市場經濟的 接近	3. 保險酬價 및 診療費 支拂體系의 問題
2. 醫療保障制度의 두 形態 : NHS와 NHI	4. 醫療體系의 整備問題
III. 現行 醫療保險制度의 政策課題	5. 醫療費의 增加問題
	IV. 結 論

I. 序 論

우리나라의 醫療保險制度는 1977年7月 1日 500人 이상 事業場에 대한 職場 醫療保險, 1979年 1月 1日부터 公務員 및 私立學校 敎職員 醫療保險이 실시된 이래 벌써 10년이라는 세월이 경과되었다. 그간 全國民 醫療保險의 早期實施라는 目標을 달성하기 위하여 꾸준히 適用對象者를 확대해온 결과, 1988年 1月 1日부터는 農·漁村地域 醫療保險이 실시되었고 1989年 7月부터는 都市地域 醫療保險을 실시하게 되어 바야흐로 全國民 醫療保險의 實現을 맞이하게 되었다.

우리나라의 醫療保險制度가 지난 10여년동안 國民保健向上과 社會保障增進에 기여한 공로는 매우 큰 것으로 판단된다. 그러나 그간의 실시과정에서 노출된 여러 문제점들을 해결하고 명실상부한 國民醫療保障時代를 이룩하기에는 아직도 많은 노력과 시간이 요구될 것 같다. 어쨌든 금년 7月の 都市地域 醫療保險의 실시로 의료보험 적용대상자와 비대상자 사이에 존재했던 經濟的·心理的 乖離感은 일단 제거되었다는데에 안도감을 느끼게 된다.

醫療保障의 內容에 관해서는 이미 오래전부터 '醫療費의 保障'이라는 주장과

* 한양대 행정학과 교수

‘醫療自體 혹은 健康의 保障’이라는 주장이 양립되어 왔다.” 이것은 현재에도 여전히 유효한 주장이며, 의료보장에 관한 논의의 여러 측면에서 하나의 배경으로 작용하고 있다고 보여진다. 醫療費의 保障이라는 觀點은 의료보장이 貧困對策의 하나로 經濟保障의 성격을 갖는다는 것이고, 醫療와 健康의 保障이라는 觀點은 非經濟保障의 성격을 갖는 것으로, 전자가 보다 現實的인 立場이라면 후자는 보다 理想主義的인 立場에 서는 것이라고 표현할 수도 있다. 현대 사회 보장 시책의 목표가 ‘人間의 尊嚴性에 相應하는 生活’을 보장하기 위한 社會計劃이라는 견해가 받아들여지고 있는 것은 基本的 權利로서의 健康權 保障이라는 개념이 보다 보편화되고 있음을 보여주는 것이다.”

이러한 觀點에서 의료보장이 추구해야할 기본적 원리는 다음과 같은 것들이다.” 첫째, 對象과 機會面에서 ‘모든 國民’에게 公平한 健康의 機會를 제공해야 한다는 것이다. 둘째, 의료보장의 內容과 水準面에서 國民의 ‘人間다운 生活’을 보장하는 것이 되어야 한다. 이것은 의료보장의 ‘適正性’과 통하는 것으로 ‘모든 질병을 치료하며 건강을 회복하는데 필요하고도 충분한 것’이 되어야 한다고 할 수 있다. 셋째, 手段과 方法面에서 集團을 組織하고 能力에 비례하는 財源을 부담하도록 하는 것이다. 이것은 한 社會內에서 주어진 자원의 한계 내에서 어떻게 바람직한 의료보장의 제도를 수립해 가느냐 하는 문제와 관련된 것이다.

이렇게 볼 때 그간의 우리나라 醫療保障에 관한 논의에 있어서는 그 기본적 방향에 관해서는 별다른 관심이 없었다고 볼 수 밖에 없다. 그동안 논의의 핵심은 우리나라의 의료보장방식을 일단 醫療保險으로 전제하고 진행되어 왔다. 醫療保險 방식으로 전제할 경우 組合이나 統合一元化이나 하는 관리운영방식은 분명히 중요한 문제이긴 하다. 그러나 관리운영방식은 의료보장의 기본적 원리 중 일부와 관련된 문제일 수는 있어도 전체가 될 수는 없다. 어떤 운영방식이든 앞에서 언급한 의료보장의 기본요건들을 모자람없이 제공하기에는 부족하기 때문이다. 이것은 운영방식의 차원을 떠난 문제로서 國家的 次元에서의 保健醫療體系를 어떻게 개선·발전시켜 나가느냐 하는 문제라고 해야 할 것이다. 따라서 論議의 범위는 社會保險原理를 기초로 한 全國民醫療保險(National Health

1) 申守植, 社會保障論, 博英社, 1987, pp. 328-329.

2) 文玉編, “醫療保障制度의 發展的 改善方案,” 保社部 國民醫療政策審議委員會, 醫療保障制度의 發展的 改善方案에 關한 公聽會 報告書, 1988, p. 9.

3) 車興奉, “韓國醫療保障의 不平等構造에 關한 研究,” 社會開發論叢, 제 8 집, 1986, pp. 8-10.

Insurance, NHI)과 國家保健서비스(National Health Service, NHS)로 대별되게 된다.

現行의 醫療保險方式으로 의료보장의 원리가 지향하는 바, 보장의 平等性과 適正性을 확보할 수 있겠느냐 하는 물음에 대해서는 일단 부정적인 결론을 내릴 수 밖에 없을 것 같다. 물론 어떠한 제도이든지간에 완전할 수는 없겠으나, 이제 우리는 醫療保險方式만이 우리나라 수준에 맞는 유일한 접근방법이라는 편견에서 한 걸음 벗어나 代案的 接近方法으로서 NHS에도 관심을 기울여야 할 때가 왔다고 본다. 물론 어느 一方이 더욱 적절한 것이라고 단정지을 수는 없는 것이기 때문에 충분한 연구검토가 있어야 할 것이다.

따라서 本 論文에서는 長期的인 醫療保障方案으로서 國家保健서비스制度(NHS)와 現行 全國民醫療保險制度(NHI)를 比較·分析해 보고, 실제로 각 制度가 실시되고 있는 主要國의 경험을 고찰해 본 후, NHS의 적용가능성을 시험적으로 타진해 본다. 그러나 이 論文의 目的이 NHS의 도입을 옹호하는데 있는 것은 아니다. 다만 우리가 NHI를 시행하면서도 동시에 그의 보완적 구실로서 NHS도 생각해야 한다는 점을 부각시키기 위한 것이다. 그러한 논의를 거쳐 形象化된 NHS를 염두에 두면서 현행 NHI의 바람직한 방향을 위한 주된 政策課題를 살펴보는 것에 本 論文의 主眼點을 두려고 한다. 그러므로 本 研究의 큰 흐름은 현행 NHI와 그에 대한 NHS의 補完的 적용가능성 여부, 그리고 이를 바탕으로 한 NHI의 當面課題를 알아보는데에 있다.

II. 醫療保障을 위한 代案的 接近方法

1. 統制經濟的 接近과 市場經濟的 接近

各國이 國民의 의료욕구를 충족시키기 위하여 취하는 諸方法은 우선 크게 統制經濟的 接近方法과 市場經濟的 接近方法으로 大別할 수 있다.

주로 社會主義 國家들에서 채택하고 있는 統制經濟的 接近方法에서는 專門家가 個人의 醫療 欲求(need)를 判斷하여 國家의 責任下에 각 개인에게 配分한다. 즉 國家計劃經濟의 일환으로 모든 醫療供給을 國家가 關望하여 地域間 均衡配分을 도모하게 되는 것이다. 이 接近方法은 모든 國民에게 衡平的인 醫療 서비스를 提供하는데 유리하여 醫療保障의 平等性을 提高시키는 긍정적 效果가 있다. 그러나 현실적으로 Need와 Demand가 不一致할 때는 效率性이 阻害된다는 問題가 있으며, 지도자 主權(leader's sovereignty)원칙에 의해서 個人이 醫療人 또는 醫療施設에 대하여 自由롭게 選擇할 수 있는 權利가 크게 制約을 받는다.

또한 醫療供給者측의 동기유발이 결여되어 全般的으로 醫療서비스의 水準이 낮다는 短点들이 지적되고 있다.

市場經濟的 接近方法은 基本的으로 家族 또는 個人的 所得과 醫療酬價에 의해서 의료서비스가 充足되며, 經濟적으로 能力이 不足한 사람에 대하여만 국가가 福祉次元에서 醫療問題를 解決해 준다는 立場이다. 주로 資本主義 國家에서 채택하고 있는 方法으로서 自由競爭의 結果로 의료서비스 生産의 效率性 提高에 매우 有利하며, 醫療人 및 醫療施設에 대한 個人的 自由選擇權을 保障함으로써 消費者 主權(consumer's sovereignty)의 極大化를 가져오고 이러한 특성의 結合으로 全般的으로 醫療서비스 水準이 높다는 장점이 인정되고 있다. 반면에 가장 큰 短点으로서 所得과 地域에 따른 醫療의 不平等 問題가 發生한다는 점이 지적된다. 이 치명적인 短点을 除去하기 위하여 資本主義 國家에서는 不平等에 대한 補完策으로 醫療保障 政策을 使用하게 되었고, 政策의 水準面에서도 初期段階에서는 社會構造의 維持, 守護를 위한 經濟政策의 補完策이거나 救貧策의 일환으로 등장하였다가, 現在는 社會構造의 形成·創出을 위한 他 社會政策과 同等한 위치를 구축하고, 社會連帶意識을 提高시켜 社會安定과 平和에 기여한다는 次元에서 政策이 수행되고 있다.

2 醫療保障制度의 두 形態; NHS와 NHI

1) 兩者의 特性

앞에서 본 接近方法의 差異와 유사한 맥락에서 醫療保障制度를 대별하여 두 가지 형태로 나눌 수 있다. 그 첫째는 모든 국민에게 원칙적으로 無料로 필요한 醫療을 제공하는 것, 즉 국가가 社會서비스로서 직접 제공하는 방법이 있고, 둘째는 질병에 수반되는 의료비의 부담과 소득상실 등의 위험을 공동부담하는 의료를 주축으로 하고, 그 보완으로 醫療扶助와 公費負擔醫療을 병용하는 방법이다.⁴⁾ 兩者의 區分은 근본적으로 의료보장을 위한 組織과 財源調達의 類型別 基本原理의 차이에 기인한다. 前者가 國家保健서비스制度(NHS)로서, 福祉原理에 바탕을 두며 給付의 請求權利가 보험료에 근거하지 않고 따라서 財源은 一般財政에서 充당한다. 保險原理와는 달리 '危險 共同體'의 구성이 불필요하고 대부분을 국가에서 관리하게 된다. 현재 영국, 스웨덴, 이탈리아, 캐나다 등에서 채택하여 시행하고 있다. 그리고 後者는 社會保險原理에 근거한 것으로서 全國民 醫療保險制度(NHI)이다. 醫療保險方式은 보험료와 급부비용의 等價

4) 申守植, 前掲書, pp. 330-332.

原則를 社會的 連帶性에 따라 수정하게 된다. 즉 한 가입자가 他 가입자보다 보험급여비 청구가 많을 가능성이 있어도 추가보험료의 부담없이 급여를 해 준다는 것이다. 따라서 合意에 의한 '危險 共同體'의 구성이 필요하다. 또한 私保險과 구별되는 특성으로서 法的인 給與惠擇과 强制加入이 전제가 되며, 국가가 일정한 수준의 補助金을 지원해야 한다는 점이 특성이다.

2) 主要國의 醫療保障制度; 英國(NHS)과 西獨(NHI)⁵⁾

(1) 國民保健서비스方式(NHS); 英國

① 成立背景

英國은 1911年 國民健康保險法을 制定하여 1940年代까지 全國民의 40%의 人口가 適用을 받았다. 그러나 勤勞階層 居住地域의 醫師不足과 같은 醫療要員의 不均等 分配, 英國 病院體制의 심각한 經營亂의 加重, 專門醫 診療나 入院診療의 不包含에서 오는 限界 등 여러 問題點들을 안고 있었다. 한편 제2次 世界大戰은 이러한 問題點들을 全面에 부각시켰고, 醫療改革 問題에 대하여 광범위하게 인식하게 하는 계기가 되었다. Beveridge 보고서는 '궁핍으로부터의 自由'를 주창하면서 하나의 包括的인 醫療制度의 樹立을 권장하였고, 마침내 1944年에 國民保健서비스에 대한 白書가 採擇되었다.

② 適用對象

英國에 거주하는 모든 國民은 支拂能力과 職業, 地位, 收入, 年齡, 性別 등과 같은 身分에 관계없이 醫療서비스를 無料로 提供받는데, 國民의 98%가 NHS를 이용하고, 거의 모든 醫師와 齒科醫가 이 制度에 參與하고 있다. 다만 處方箋, 齒科 診療費, 擬齒, 안경의 경우 一部の 例外를 除外하고는 약간의 本人負擔金을 支拂하도록 하고 있다.

③ 財源調達

財源은 주로 一般課稅에 의한다. 즉 총비용의 85%가 中央政府의 租稅收入과 地方稅로 充當되며, 그의 11.9%가 保險料로, 3.2%가 本人一部負擔金으로 充當된다.

④ 診療費 支拂制度

診療報酬 支拂方法은 家庭醫와 病院勤務醫가 구별된다. 家庭醫는 家庭醫委員會를 통하여 國民保健서비스(地區保健局)와 契約을 맺고 일정한 規則에 따라 診療를 하게 되며, 대개의 경우 2~3인이 공동으로 診療所를 開業한다. 家庭醫 1人當 平均登錄住民數는 '80年에 2,167名으로 나타났지만 家庭醫數의 계속적

5) 醫療保險管理公團, 主要國의 醫療保障制度, 1986.

증가와 함께 1人當 平均登錄住民數도 점차 감소하고 있다. 이들에 대한 診療報酬은 1965년까지는 완전한 人頭制報酬(Capitation fees)方式이었으나, 이후 人頭制에 더하여 '醫師·齒科醫師診療報酬檢討委員會'가 기타 專門職과의 比較, 物價 및 賃金上昇率, 診療時間 등을 고려해서 권고한 것에 따라 결정되는 방식이 현재에 이르고 있다.

病院勤務醫는 原則적으로 地區保健局의 職員(公務員)이고 診療報酬(給與)는 '醫師·齒科醫師 診療報酬檢討委員會'의 권고에 따라 職級別로 다른 額數를 地區保健局에서 支給한다.

이러한 診療報酬制度는 問題點이 없지않은 바, 診療報酬가 先進國중에서 가장 낮고 稅制上의 特혜도 없기 때문에 醫師의 海外流出이나 官僚的 醫療의 原因이 되고 있다는 指摘을 받고 있다. 또한 家庭醫側에서는 診療의 程度에 따른 報酬의 均等化를, 病院勤務醫側에서는 大手術과 小手術에 대한 報酬의 差等化를 요구하고 있지만 政府는 이를 拒否함으로써 갈등을 노출시키고 있는 실정이다.

(2) 醫療保險方式(NHI) : 西獨

① 疾病保險의 成立背景

1850-1870年代의 獨逸은 産業化에 따른 社會·經濟的 不安定이 심화되어 國家扶助의 필요성이 증대되었을 뿐만아니라 社會主義의 影響으로 社會民主黨이 급속도로 成長하자 權威主義的·保守的 體制維持目的의 福祉改革이 일어나게 되었다. 즉 Bismark에 의한 積極的 國家(positive state)로의 福祉改革이다. 비록 중앙집권적인 帝國 保險廳을 설립하려는 의도는 國會의 拒否로 좌절되었지만, 1883年 마침내 疾病保險法의 制定을 보게 되었다. 勞動者疾病保險法은 그 후 계속 適用對象者를 擴大하고 體制를 合理化하여 1945年이후 階層에 기반을 둔 制限的 制度로부터 사실상 하나의 보편적 제도로 變化하였고 強制保險適用對象者도 自營者인 農民, 學生까지 包含하게 되었다.

② 適用對象

獨逸 疾病保險은 一般勤勞者, 職員등을 대상으로 하는 疾病保險(一般制度)과 自營農民등을 대상으로 하는 農業者疾病保險으로 大別되고 있으며, '84年 7月 現在 全國民의 92%가 強制疾病保險의 適用을 받고 있으며 7.3%가 그외 民間保險의 適用을 받고 있다.

③ 財源調達

질병보험의 관리운영은 法令에 의해 組織된 地域別·職業別 組合形態의 自治法人格인 疾病金庫가 관계법령에 의해 疾病保險 業務를 受任·施行하게 되므로, 一般制度의 保險料率은 각 疾病金庫에 따라 相異하나 1985年 現在 平均保

險料率은 11.8%에 이른다. 一般制度 疾病保險은 약 95%가 보험료 收入으로 充當되며 國庫補助는 재원의 1~2%에 불과하다. 다만 광산종사자질병보험, 學生질병보험, 障礙者질병보험에 대한 保險料는 國고에서 일부 보조를 하고 있으며, 모든 金庫加入者에게 出產時 1件當 400마르크씩 國庫에서 支援하고 있다.

④ 醫療傳達體系

開業醫의 90%가 保險醫로서 보험환자는 自由롭게 開業醫를 選擇할 수 있다. 診療傳達體系가 確立되어 開業醫가 患者移送與否를 判斷하며 病院에 가서 그 移送患者를 계속 진료할 수 있다. 病院은 原則적으로 外來患者는 取及하지 않고 開業醫의 指示를 받는 患者의 入院診療만을 담당한다.

⑤ 診療報酬體系

西獨의 診療報酬制度는 保險醫師報酬制度和 病院診療報酬制度로 구분된다. 保險醫에 대한 報酬支拂體系는 稅額契約制이다. 즉 一定 地域內의 保險者로 구성된 保險者聯合會와 當該地域內 醫院級 醫師로 구성된 地域醫師會間에 外來診療費에 대한 年間 總診療費를 每年 契約하고 이 契約에 따라 保險者聯合會가 地域醫師會에 그 總額을 지불하며, 地域醫師會는 다시 각 保險醫에게 일정 配分基準에 근거하여 配分하는 方式이다. 報酬總額의 計算은 人頭方式, 件數方式, 定額方式 등으로 결정되며 配分基準은 保險醫協會가 疾病金庫聯合會와의 契約에서 定한다.

疾病金庫와 病院間의 診療契約締結은 前年度 診療實績과 人件費 上昇을 고려하여 결정된 日當 診療費 決定事項을 기초로 이루어지는데 이 일당진료비는 각 病院에 따라 상이하다.

3) NHS와 우리나라에의 適用可能性

우리나라에서 NHS의 가능성 자체만을 두고 본격적인 論議가 이루어진 것은 별로 없는 것으로 보여진다. 다만 全國民醫療保險의 실시와 관련하여 부분적으로 NHS를 하나의 代案으로 거론한 정도이다. 부분적인 검토이긴 하나 현단계에서의 NHS의 가능성에 대해서는 否定的인 결론을 보이고 있고,⁶⁾ 그렇지 않은 경우에도 전면적인 NHS보다는 의료보장의 財源을 租稅로 조달하라는 정도의 논의에 머물러 있는 것이 사실이다.

그간의 NHS의 시행가능성에 관한 논의에서 지적된 NHS의 장단점을 살펴볼 필요가 있다. NHS의 장점을 먼저 살펴보면, 첫째, 전국민에 대한 의료보장을 일시에 할 수 있고, 둘째, 보건의료서비스 제공에 衡平性을 기할 수 있으며,

6) 韓國人口保健研究院, 全國民醫療保險實施를 위한 制度研究, 1985, pp. 196-198.

셋째, 財源의 확보가 상대적으로 용이하고, 넷째, 국가가 의료서비스를 직접 제공함으로써 의료비의 상승을 억제할 수 있다는 것 등이다.⁶⁾ 한편 단점을 들어 보면, 첫째, 의료서비스의 質과 量에 문제가 있을 수 있고, 둘째, 소위 ‘道德的 危險(moral hazard)’이 커질 수 있으며, 셋째, 老朽醫療施設의 改修나 新規病院의 設立이 어렵고, 넷째, 限定된 財源으로 말미암아 豫防保健事業의 비중이 점차 줄어들 가능성이 많다는 것이다. 다섯째로는 行政管理組織의 肥大化를 초래하기 쉽고, 여섯째, 醫療人力이 海外로 유출되기 쉬우며, 일곱째, 조세부담이 증가하면 국민의 조세저항을 불러 일으킬 수 있다는 것이다. 이밖에도 私用病床이나 民間保險加入者가 증가하여 衡平性에 문제가 있을 수 있으며, 실제 社會的 衡平性 제고에 큰 기여를 할 수 없다는 주장도 있다.⁶⁷⁾ 어떤 醫療制度이든 완벽한 것은 없다는 것은 당연한 것이다. 흔히 거론되는 NHS의 단점들이 가지는 비중은 어느 정도인가? 단언적으로 말하자면 우리가 NHS의 논의 자체를 거부해야 할 정도의 단점은 아닌 것이다. 따라서 이러한 관점에서 현행 NHI에 대한 相互補完策으로서 NHS의 가능성을 점검해보는 것은 매우 중요한 작업임에 틀림없다.

(1) 財源 調達의 問題

保健醫療서비스의 재원조달방식은 크게 나누어 消費者 直接負擔, 慈善寄付, 民間醫療保險, 企業의 補助, 社會保險, 政府의 一般財政支出 등 6가지 정도가 있다.⁸⁾

NHS시행의 전제로 재원조달은 가장 중요한 문제의 하나로 검토되어 왔다. 주지하는 바와 같이 NHS에 있어서의 재원은 당연히 租稅이다. 英國의 例에서 보았듯이 대부분의 재원이 조세로 조달되고 있다. 조세로 재원이 조달되어야 한다는 大前提下에 가장 중요하게 검토되어야 하고 또 이때까지 검토되어 온 것은 과연 조세로 국민의료비 전체를 조달할 수 있겠느냐 하는 것이다. 이와 관련해서 검토할 필요가 있는 것은 우리나라 국민의료비의 규모와 現行 租稅制度의 문제점이라 할 수 있다. 현재 제시되고 있는 우리나라 국민의료비의 규모는 論者에 따라 다소 차이를 보이고 있는데, 적게는 1조 1700억 정도에서⁹⁾ 많게는 3조 5000억에 이르고 있다.¹⁰⁾ 이 규모는 전체 세출의 약 15~30%에 해당하는 것이다. 전체 세출에서 차지하는 비중이 막대하다는 것은 현실적으로 租

7) 文玉編, “英國의 國家保健서비스 制度”, 家庭醫, 9권, 11호, 1988, pp. 1-12.

8) 박종기, 韓國의 保健財政과 醫療保險, 韓國開發研究院, 1978, p. 78.

9) 韓國人口保健研究院, 全國民醫療保險과 財源調達, 1988, pp. 48-49.

10) 權純源, 國民醫療費의 趨移와 醫療費 安定化 對策, 韓國開發研究院, 1988, p. 9.

稅方式이 곤란하다는 중요한 근거로 인정되고 있다.¹¹⁾ 이에 대해 目的稅를 부과하거나 기타 政府의 財政을 轉用함으로써 국민의료비를 조달할 수 있다는 技術的 方案이 제시된 바도 있다.¹²⁾

租稅方式으로 재원을 조달할 수 있다는 주장과 관련하여 반드시 지적되어야 할 점이 있다. 그것은 국민의료비가 전혀 별개로 새롭게 필요한 재원이 아니라는 사실이다. 즉 國民 各層은 지금까지도 어떠한 형태로든 의료비를 부담하여 왔고 국민의료비란 사실 이러한 國民負擔의 總計에 불과하다는 것이다. 이렇게 본다면 租稅方式에 의한 재원조달이란 이때까지의 국민의료비 조달의 형태만을 변경하는 것이라고 해도 크게 틀리지 않는 것이다. 따라서 關心의 대상이 되어야 하는 것은 조세방식에 의한 재원조달의 가능성이라기 보다는 그 方法이라고 해야 옳은지도 모른다. 1988年의 歲計剩餘金만 하더라도 3조 3050억에 이르는 사실만 보더라도,¹³⁾ 조세로 재원을 마련하는 것이 결코 불가능한 것이 아님을 알 수 있다.

租稅方式의 문제점으로 제시되는 중요한 또 하나는 현행 우리나라 租稅制度의 문제이다. 즉 直接稅가 間接稅에 비하여 상대적으로 위약하기 때문에 소득의 재분배기능이 약하고, 財產所得에 대한 捕捉率이 낮아서 勤勞所得者가 財產所得者에 비하여 높은 조세부담을 하고 있다는 것이 중요한 문제라는 것이다.¹⁴⁾ 이러한 문제를 인정하면서 조세방식을 도입하게 되면 바람직하지 않은 것이 사실이다. 직접세에만 부과할 경우에는 근로자를 비롯한 일부계층에게 불리하게 되어 형평성의 문제가 생기고, 현행 조세구조안에서 간접세에 부과하게 되면 再分配에 역기능적 결과를 초래한다.

그러나 이와 같은 조세제도상의 문제는 租稅方式으로의 發展에 대한 本質的 障礙가 되지는 못할 것으로 생각된다. 이미 국민적 요구에 의하여 모든 소득에 대한 조세부과가 정책적 과제로 되어 조만간 金融實名制, 土地綜合課稅制 등이 실시될 예정에 있다. 이는 국가의 기본적 의무인 租稅衡平의 原則을 생각하면 반드시 이루어야 하는 정책적 과제이므로 향후 租稅方式의 보완적 도입에 유리한 여건을 제공할 것이다.

(2) 醫療體系의 改編

租稅가 의료보장의 재원조달방식이 된다고 하여 NHS로의 방향이 보장되는

11) 醫療保險研究者一同, 韓國醫療保險의 發展方向에 대한 提言, 1988, pp. 57-58.

12) 김병익, 조세에 의한 의료보장 재원 조달의 가능성에 대한 미시적 검토(미발표 자료).

13) 東亞日報, 1989. 3. 13.

14) 醫療保險研究者一同, 前揭書, pp. 57-71.

것은 아니다. 재원의 조달방식은 NHS가 가진 여러 특성중 하나일 뿐이고, 診療, 報酬支拂制度의 改編과 이에 맞는 의료체계의 확립이 필수적으로 요구된다. 여기서 진료보수지불방법은 1차 의료기관에서는 人頭制, 2차 이상의 의료기관에서는 豫算割當制(先拂制)가 되는 것이 일반적이다. 또한 의료체제는 진료보수지불방식에 상응하게 1차 의료기관이 數的·質的으로 확충·보강되어야 하며 의료전달체계가 확립되는 방향으로 발전하여야 할 것이다. 어떤 제도가 도입되기 위해서는 全 社會的으로 이에 대한 공감대가 형성되어 있어야 하고 그것은 바로 국민적 요구가 전제되어 있어야 한다. 이러한 점에서 중요한 것은 당연히 長期的인 發展方向의 제시와 이에 대한 國民的 合意이다.

醫療體系에 관한 논의에서 현재의 公共醫療을 크게 강화하는 것이 NHS와 관련하여 매우 중요하다. 국민의료에 있어 公共醫療가 脆弱한 상태에 있다는 것은 새삼스러울 것이 없는 지적이다. 그 理由로서는 첫째, 보건의료를 개인의 책임으로 간주해 온 역사적 전통이고, 둘째, 그동안 政府財政의 힘이 부족하였으며, 셋째, 限定된 재원으로 投資效率과 生産性이 높은 豫防保健事業을 우선적으로 할 수 밖에 없었고, 넷째, 公共醫療의 革新을 도모하지 못함으로써 民間部門과의 경쟁에서 落朽하였다는 것이다.¹⁵⁾ 그동안의 公共醫療의 政策은 民間病院設立에 대한 지원과 市道立病院의 운영개선이 그 大宗을 이루어온 것이 사실이다. 그 결과로 1960년에 전국 병원의 55.3%를 차지하던 公共病院이 1987년에는 불과 10.5%에 머무르게 되었다.¹⁶⁾ 이는 公共醫療가 民間部門에 비하여 醫療體系內에서 미미한 역할 밖에 수행하고 있지 못함을 드러내는 것이다.

公共醫療를 강화하기 위해서는 우선 公共醫療機關을 量的으로 대폭 확대하고 진료기능을 강화하는 것으로 가능하리라고 생각한다. 이것은 公共醫療가 민간 부문과 경쟁적 관계에 서야 함을 의미한다. 진료기능을 강화하는 것은 단지 醫療脆弱地域인 농어촌지역에서만 필요한 것이 아니라 都市地域에서도 이루어지지 않으면 안된다. 이를 위해서는 既存 保健支所의 시설과 기능을 강화하고 市道立病院을 확대·발전시켜 경쟁력을 제고하여야 한다. 지역을 막론하고 政府가 設立主體가 되는 의료기관을 다수 설립할 필요가 있다. 이와 함께 이들 의료기관에 근무할 人力의 확보를 위하여 현재의 의료인력 양성기관의 수를 維持 또는 擴大하는 동시에, 현행의 公衆保健獎學制度를 더욱 확대하여야 한다.

15) 韓國人口保健研究院, 醫療資源과 管理體系에 關한 調查研究, 1987, pp. 153-408.

16) 保健社會部, 保健社會統計年報, 1987.

이상과 같은 과정을 통하여 公共醫療가 확충되고 이에 대한 국민의 신뢰가 커지면 의료체계가 부분적 또는 전체적으로 NHS로 나갈 수 있는 社會的 環境을 어느정도 확보할 수 있을 것으로 본다.

Ⅲ. 現行 醫療保險制度的 政策課題

醫療保險과 관련된 여러문제는 현재 우리나라의 經濟·社會 및 保健醫療構造와 결부되어 파생되는 것이므로 결코 短期間에 保險管理體系의 改善만으로써 해결될 성질의 것이 아니라는 인식하에 앞으로 우리나라 醫療保險制度가 해결해야 할 當面課題들을 다음과 같이 分析·檢討해보고자 한다.

1. 財源調達의 問題

1) 自營者의 所得把握과 保險料 衡平賦課의 難点

保險料 賦課의 衡平性を 유지하기 위해서는 所得把握이 先行되어야 하나 自營者에 있어서는 이 문제의 해결이 쉽지 않다. 自營者들은 資金所得이 아니라 自己의 事業에 투자한 資本에 대한 收益과 자신의 勤勞所得이 합쳐져서 소득이 발생하기 때문에 被傭者 所得과 비교하기도 어렵거니와 이것이 잘 노출되지 않는 특성이 있다. 선진국에서는 附加價值稅를 도입하여 상품이 유통되는 단계마다 부가되는 소득을 파악하여 稅源의 포착은 물론 자영자나 사업자들의 소득포착에도 활용하지만 서비스 업종의 경우는 이것마저 쉽지 않은 것이 사실이다. 특히 우리나라는 영수증 발행이 관행화되어 있지 못해 부가가치세가 실제 거래량에 의해 결정되는 것이 아니라 세무당국자의 認定去來量에 의해 결정되기 때문에 자영자의 소득파악은 많은 문제점을 노정하고 있다. 그리고 자영자중에서도 農民의 경우는 耕作面積에 따라 소득을 추정하므로 비교적 소득파악이 가능하다고 하겠으나, 소득이 높은 都市商人 등의 자영업자는 소득파악이 안되거나 부정확하여 保險財政 조달상에 많은 어려움을 던지고 있다.

소득파악의 어려움은 결국 자영자들의 保險料 賦課에 대한 衡平성에 한계를 안겨준다. <표 1>에서 보는 바와 같이 자영자들 가운데는 보험료 부과기준이 되는 課稅資料 자체가 없는 세대가 많아 소득노출이 안되는 경우가 많고, 또 설사 과세자료가 있다 하더라도 과세표준소득과 실제소득간에 격차가 심하며 지역별로도 큰 차이를 보이고 있어 보험료를 被傭者처럼 소득에만 비례시킬 수가 없고 부득이 應益割(世帶均等割 혹은 家族數 均等割)을 도입할 수 밖에 없다. 여기에 대해 자영자들은 보험료 부과방식이 被傭者 보험과 다른 것에 대해

(표 1) 地域別 課稅資料 保有世帶 比率

(단위 : %)

구 분	지 역	과세자료 보유세대	
		소득세	재산세
대 도시	서 울	15.2	51.3
	부 산	15.7	55.5
	인 천	10.1	63.8
대도시인근지역	시 흥 군	2.9	27.7
	남양주군	18.2	29.9
중 소 도시	속 초 시	32.2	59.4
	충 무 시	35.8	58.2
농 어 촌	남 원 시	83.2	87.2
	고 흥 군	74.5	79.8

자료 : 保社部, 醫療保險 現況(1988. 3)

불평을 제기하고 있어 문제점으로 등장하고 있다. 또한 세무서나 행정관청에서 주어진 자료를 상대적인 개념으로 파악하여 應能割(소득비례부분 15등급, 재산비례부분 15등급)로 보험료를 부과하고 있는 것도 역시 문제점이 되고 있다.

참고로 (표 2)는 課標所得과 주민이 스스로 응답한 소득과의 차이를 비교한 것이다. 동대문구를 대상으로 539세대를 무작위 추출하여 조사한 것인데, 소득조사에서 본인에게 질문할 경우 실제소득보다 낮게 응답하는 것이 일반적 현상임에도 불구하고 이것이 表에서 보는 바와 같이 과표소득보다 높게 나타났다는 점은 그만큼 자영자에 대한 소득파악이 어렵고 또한 부정확하다는 점을 입증하고 있는 것이다.

(표 2) 課標所得과 本人이 應答한 所得의 分布比較 (月平均所得)

(단위 : 명)

소득구분	과 표 자 료	본인의 응답소득
소득없음 또는 자료없음	496(92.0)	39(7.2)
~10만원	2(0.4)	12(2.2)
10~20	15(2.7)	48(8.9)
20~30	10(1.9)	96(17.8)
30~40	6(1.1)	100(18.6)
40~50	5(0.9)	75(13.9)
50~80	2(0.4)	96(17.8)
80만원이상	3(0.6)	63(13.6)
계	539(100.0)	539(100.0)

자료 : 노인철외, 도시지역주민을 위한 합리적인 의료보험 적용방안 연구, 한국인구보건연구원 (1987. 12)

2) 保險料에 대한 政府支援

政府가 농어촌 주민에게 보험료를 지원하는 것은 농어업이 상대적인 쇠퇴산업이라는 점, 그리고 그간의 공업화 정책이 농어업의 상대적인 희생위에서 이루어졌다는 점에서 그 타당성을 찾을 수 있다. 그러나 도시자영업자 특히 고소득상인이나 전문직 자영업자에게까지 무차별적으로 정부지원이 주어지는 것은 재고되어야 할 문제이다.

3) 財政調整 事業의 導入問題

조합분산 관리방식의 의료보험제도도 대규모 위험(예컨대 고액진료비가 소요되는 위험)의 분산기능에는 제약이 있어 各國은 이러한 위험을 분산시키기 위한 방안으로 財政調整 事業을 실시하고 있다.

예를 들면, 日本의 경우는 退職者 醫療保險, 老人保健事業을 國民健康保險에서 一括 관리하며 그 비용은 조합관장 건강보험, 정부관장 건강보험, 선원보험, 공제조합 건강보험, 국민건강보험 등에서 공동으로 엄출할 뿐 아니라, 각 제도별로 高額醫療費(1人當 月80만엔 이상 의료비)에 대해서나 財政 窮乏組合에 대해서는 별도의 재정조정사업을 실시하고 있다.¹⁷⁾

우리나라도 의료보험법 제27조 2항에서 의료보험연합회로 하여금 조합의 재정위험을 보장하기 위하여 필요한 조치나 의료시설, 또는 복지시설의 설립·운영을 규정하고 있다. 이 법을 근거로 하여 同 시행령에서는 보다 구체적으로 보험료 수입의 5% 범위안에서 高額醫療費, 노인의료비, 천재지변 등으로 인한 財政脆弱 보험조합에 대하여 지원사업을 실시할 수 있도록 규정하고 있다. 그러나 재정조정사업의 구체적인 운용방안에 대하여는 시행령에서 별도로 언급하는 바가 없다. 따라서 基金의 醜出方法과 調整對象事業의 選定 및 基金의 活用 등에 대하여는 앞으로 구체적인 방안이 수립되어야 할 것으로 본다.

2. 醫療保險 給與 水準의 問題

1) 保險制度間 給與水準의 差異

保險給與水準은 초창기보다 제도간의 차이가 많이 줄어들었다. 그러나 公·敎醫療保險에서만 피보험자를 대상으로 健康診斷을 시행하고 있으며, 附加給與의 내용을 組合定款에서 규정하도록 함으로써 제도간의 차이가 나타나고 있다.

2) 本人 負擔金의 過重과 所得逆進性

外來 本人 一部 負擔金 定額制가 실시된 '86年 以來로 환자의 부담금은 급속

17) 醫療保險研究者一同, 前掲書, p. 68.

하게 증가하고 있다(〈표 3〉참조). 이와 같은 추세에 따라 저소득층의 醫療機關利用이 억제당하는 결과를 초래하고 있다. 본인 일부 부담금의 소득에 대한 비율을 보면 12만원 미만群에서 3.64%인데 비하여, 51만원 이상群에서는 1.25%로서 所得逆進 현상을 보이고 있다 (〈표 4〉참조).

〈표 3〉 外來 本人 一部 負擔率의 趨勢

의 료 기 관	(단위 : %)	
	1985	1986
종 합 병 원	50	60.1
병 원	50	62.2
의 원	30	40.9
보 건 기 관	30	22.8

자료 : 의료보험관리공단, '85 및 '86 통계년보

〈표 4〉 所得階層別 本人 負擔 保險 診療費(公·教, 1985)

소 득 계 층	(단위 : 원)		
	월평균보수월액(A)	월평균본인부담액(B)	B / A(%)
- 118.5 천원미만	101,389	3,688	3.64
- 264.5 천원미만	206,069	4,442	2.16
- 405.0 천원미만	348,496	6,120	1.76
- 505.0 천원이상	556,384	6,973	1.25

자료 : 한림대학 사회의학연구소, 의료보험 보험료 부과 및 급여의 적정화 방안연구, 1987.

의료보험에서의 소득역진성 문제는 醫療의 需要가 所得, 醫療酬價, 醫療機關에의 接近度 등과 같은 요인에 의하여 지배된다는 점에서 醫療利用과 결부하여 다음과 같은 개선책을 강구하여야 할 것이다.

첫째, 의료이용과 결부되어 제기되는 문제는 本人負擔率이 높다는 점이다. 즉 의료보험체도가 아무리 완벽하게 설계되어도 本人負擔率이 높은 한 저소득층은 상대적으로 의료이용에 제한을 받게되고 이것이 소득역진성을 초래시키게 되므로 본인부담율제에 대한 개선방안이 강구되어야 한다. 理論적으로 본다면 소득수준에 따른 差等 本人負擔制를 생각할 수 있겠지만 이것은 현실적으로 너무나 번거로운 행정절차(의료기관 및 심사기관)를 요구하기 때문에 불가능한 방법이다. 다만 일정소득 수준이하의 소득층에 대해서 본인부담금의 일부를 년도말에 還給해주는 방안을 강구할 수 있겠다.

둘째, 所得逆進을 초래하는 또 다른 큰 이유는 의료수요가 所得에 비례한다는 점을 감안하여 직장 의료보험의 저소득 피보험자에 대해서는 보험료를 경감시키는 방안도 강구할 수 있다. 물론 보험료에 누진율을 적용하는 방안도 생각

할 수 있으나 租稅가 아닌 社會保險방식에서는 잘 채택하지 않는 제도이므로
누진율보다는 저소득층에 대한 보험료 경감방법이 합리적이겠다.

셋째, 소득역진을 초래시키는 또 하나의 요인으로 의료시설에의 地理的 接近
도를 들 수 있다. 의료시설에의 접근이 지리적으로 멀 경우 많은 시간이 소요
되고 이러한 時間費用도 엄청나기 때문에 이것을 보완하는 조치가 이루어져야
한다. 이러한 조치의 하나로 郡地域에 대한 醫療基盤 擴充이 요구된다.

3) 給與期間의 制限

현행 의료보험제도는 조합부담 진료비가 연간 30만원 이하일 경우를 제외하
고는 급여기간을 180일로 제한하고 있다. 따라서 만성질환으로 장기 요양이 필
요하거나 老人診療의 경우에는 보험혜택을 적절히 받지 못하는 수가 있다. 특
히 저소득층 가계에서는 만성병 환자가 발생하면 가계의료비 부담이 확대해질
수 밖에 없다.

3. 保險酬價 및 診療費 支拂體系의 問題

1) 基本診療料의 補償未洽

診療行爲別 酬價制하에서는 有形的인 서비스에 비하여 無形的인 서비스에 대
한 의료수가가 낮게 책정되는 것이 상례이다. 우리의 경우도 예외는 아니어서
기본진료료에 대한 책정이 미흡하다. 이러한 현상은 한방기술료와 처방 및 조
제료에서도 나타나고 있다. <표 5>는 현재의 의료수가가 의료원가를 충분히

〈표 5〉 醫療原價와 醫療酬價 比較表

(단위: 원)

구 분	평 균 치
입 원	
의료원가(A)	41,153
일반수가(B)	55,668
B/A (%)	135.3
보험수가(C)	32,876
C/A (%)	79.9
외 래	
의료원가(A)	9,784
일반수가(B)	15,622
B/A (%)	159.7
보험수가(C)	8,133
C/A (%)	83.1

자료: 한국인구보건연구원, 의료보험수가 적정화 방안 연구보고서, 1985.

보상하지 못하고 있음을 보여주고 있다. 이러한 이유로 醫療脆弱地域 病院 經營難이 심각해지고 있다.

현단계에서 診療行爲別 酬價制를 철폐하기에는 代案이 마련되어 있지 않으므로 당분간은 그대로 적용할 수 밖에 없다. 다만 전국민 의료보험하에서는 請求 및 審査物量이 대폭 증가할 것이므로 이에 대한 대비책이 마련되어야 할 것이다. 우선 包括酬價制의 도입을 생각할 수 있다. 특히 감기 등과 같이 발생빈도가 높으면서 진료비의 變異가 크지 않은 몇가지의 질환에 대하여는 치료비를 標準化시킴으로써 진료비청구와 심사에 소요되는 시간과 노력을 절감할 수 있다. 包括酬價制의 도입은 의료비 증가억제책의 일환으로서도 이해할 수 있다.

2) 地域醫療保險의 診療費 請求 및 支拂上의 問題

3차진료기관을 제외한 모든 진료기관에서의 지역의료보험분 진료비 청구명세서는 직장 및 公·敎 의료보험과는 달리 해당지역 조합을 경유하여 진료비를 청구하도록 되어 있다. 그리고 聯合會에서 심사가 완료된 후에는 각 조합에서 진료비를 지불하도록 되어 있다. 지역의료보험의 경우에는 診療費 予託制度가 실시되지 않고 있기 때문에 진료비 지급이 늦어지고 있으며, 조합의 진료비 체불은 의료기관의 경영을 악화시키게 되어 지역의료보험에 대한 의료인의 불신을 초래하는 원인이 되고 있다.

4. 醫療體系의 整備問題

1) 醫療資源의 都市地域 偏在

우리나라의 醫療體系가 自由市場競爭原理에 따라 발전해 오는 과정에서 나타난 가장 큰 不作用의 하나가 의료자원의 도시지역 편재현상이다. <표 6>에서 보듯이 의료기관의 83.5%(보건기관 제외)와 病床의 85.3%가 도시지역에 위치하고 있어 농어촌지역의 의료기반이 매우 취약하다.

保健醫療의 地域化는 지역균등개발을 도모하려는 地方自治의 理念과도 일치하며, 지역주민의 보건의료에 대한 지방자치단체의 역할이 증대하고 있는 세계적인 추세와도 일치된다. 이러한 관점에서 볼때 우리의 의료보험 관리방식도 地域單位 保健醫療供給體系에 연계하여 운영하는 것이 바람직하다.

2) 醫藥分業의 問題

우리나라의 경우 보험급여비중에서 藥劑費의 비중이 31%(1987)에 이르고 있어서, 의약분업을 실시하고 있는 서구제국의 8~20%에 비교해볼 때 의약분업 실시의 당위성을 알 수 있다.¹⁸⁾ 전국민 의료보험제도하에서는 어떤식으로든지

18) 上掲書, p. 53.

〈표 6〉 우리나라 保健醫療施設의 現況(1986)

구 분	기관수	도시지역(%)	병 상 수	도시지역(%)
총 합 병 원	195	173(88.7)	55,351	51,603(93.2)
병 원	316	266(84.2)	17,307	14,482(83.7)
치 과 병 원	4	4(100.0)	54	54(100.0)
한 방 병 원	16	16(100.0)	573	573(100.0)
특 수 병 원	15	10(66.7)	6,650	3,351(50.4)
외 원	8,832	7,665(86.8)	26,906	21,119(78.5)
치 과 의 원	3,274	2,974(90.8)	-	- (-)
한 의 원	2,941	2,577(87.6)	25	22(88.0)
조 산 소	502	428(85.3)	1,040	890(85.6)
약국 (총상)	22,719	18,306(80.6)	-	- (-)
보건(지) 소	1,528	87(5.7)	-	- (-)
보건 진료소	1,911	- (-)	-	- (-)
계	42,253	32,506(76.9)	107,906	92,094(85.3)

자료 : 保社部, 보건사회 통계년보

醫師와 藥師간의 전문적 기능을 分化시키는 것이 국민의료비의 억제면에서나 또는 국민보건의 증진이라는 면에서 유리할 것으로 생각된다.

3) 韓方醫療의 制限的 實施

작년 2월 1일부터 전국적으로 실시된 한방의료보험의 급여범위는 진찰, 입원, 조제, 침, 뜸, 부황 및 68개 단미 엑기스로 조제되는 36개 한방처방으로 제한되어 있다. 이러한 제한은 한방급여 내용에 대한 과학적인 평가가 제대로 이루어지지 않았다는 점에 기인한다.

한편 韓方診療 實績을 보면, 전체 보험진료건수 중에서 한방이 차지하는 비율은 入院日數의 0.62%, 外來訪問日數의 0.99%, 入院診療費의 0.11%, 外來診療費의 0.57%에 불과한 실정이다(〈표 7〉참조). 이러한 초창기의 실적은 한

〈표 7〉 醫療機關別 醫療利用度 및 診療費의 分布(1987)

(단위 : %)

의 료 기 관	입원일수	외래방문일수	입원진료비	외래진료비
한 방 기 관	0.62	0.99	0.11	0.57
병 원	84.82	15.14	89.80	28.52
의 원	14.31	83.38	9.96	71.23
조산원, 기타	0.23	0.00	0.12	0.00
보 건 기 관	0.02	0.49	0.01	0.18
계	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	(14,304,691)	(167,540,466)	(4,796억원)	(8,645억원)

자료 : 최용민, 우리나라 한방의료보험제도에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1988.

방의료보험의 실시가 명복상의 것일 뿐 아직 제대로 活性化되지 못하고 있음을 의미한다.

5. 醫療費의 增加問題

지난 수년간 의료보험 수혜자 1인당 受診率의 증가는 괄목할만 하여 1981년을 기준으로 하여 1987년을 비교하면 약 1.4배나 증가하였다(〈표 8〉참조). 또한 件當診療費의 증가는 보험수가에 대한 정부통제에도 불구하고 수진율보다 빠른 속도로 증가하였다(〈표 9〉참조). 수진율과 건당 진료비의 증가는 그만큼 수혜자 1인당 진료비 부담을 높여서 1981년 대비 1987년의 1인당 진료비는 무려 2.1배 이상이나 증가되는 결과를 초래하였다(〈표 10〉참조).

〈표 8〉 醫療保險 受診率의 變動 趨勢

구 분	'79	'81	'83	'85	'86	'87
계	1,366	2,036 (100)	2,512 (123)	2,888 (142)	2,724 (134)	2,866 (141)
입 원	0,052	0,052	0,058	0,061	0,061	0,064
외 래	1,314	1,983	2,454	2,827	2,663	2,802

註) ()內는 '81년 기준 증가율

자료: 보건사회부, 국민의료정책 심의위원회 제1차 회의 자료, 1988. 5. 6.

〈표 9〉 醫療保險 件當 診療費 變動 趨勢

(단위: 원)

구 분	'79	'81	'83	'85	'86	'87
평 관	9,917	11,890 (100)	15,112 (127)	17,144 (144)	17,925 (151)	18,486 (155)
입 원	82,500	146,086	212,730	267,438	279,426	291,848
외 래	7,050	8,323	10,445	11,721	11,946	12,226

註) ()內는 '81년 기준 증가율

자료: 보건사회부, 국민의료정책 심의위원회 제1차 회의 자료, 1988. 5. 6.

〈표 10〉 受患者 1人當 診療費 變動 趨勢

(단위: 원)

구 분	'79	'81	'83	'84	'85	'86	'87
계	13,548	24,916 (100)	39,030 (157)	44,587 (179)	49,505 (199)	49,119 (197)	53,263 (214)
입 원	4,283	7,975	12,788	14,277	16,393	17,090	18,817
외 래	9,265	16,944	26,242	30,310	33,112	32,029	34,446

註) ()內는 '81년 기준 증가율

자료: 보건사회부, 국민의료정책 심의위원회 제1차 회의 자료, 1988. 5. 6.

의료비의 증가요인으로는 人口構造의 變化, 醫療技術 水準의 向上, 診療費 支拂制度, 의료보험제도 도입에 따른 수요자나 공급자의 비용인식 약화 등의 여러 요인을 생각할 수 있다. 전체 의료체계의 면에서 볼 때에는 의료수요가 사회보장방식에 의해 관리되는데 비하여 의료공급체계는 자유방임체제하에 있다는 점에 연유하고 있다. 그러므로 향후의 과제는 의료공급체계와 의료보험체계를 합리적으로 연결시키는 작업이 필요할 것으로 본다.

IV. 結 論

모든 社會制度는 오로지 變化하기 위해서 存在한다는 말이 있다. 이것은 모든 社會制度가 時代的 要請에 부응하여 끊임없이 變化해야 한다는 의미이고, 어떠한 社會制度라도 그것 자체만으로는 완전무결할 수 없다는 의미이기도 하다.

역시 現行 醫療保險制度도 완전한 것이 아니라는 것을 우리는 잘 알고 있다. 동시에 어떠한 의료보장제도라도 완전한 것이 있을 수 없다는 것도 잘 알고 있다. 물론 작금의 全國民 醫療保險의 目標을 달성한 國家는 몇 되지 않는다. 이런 면에서 본다면 이제 우리나라는 전국민 의료보험의 실현으로 醫療保障 部門에서 여타 開發途上國의 모범이 될 것은 틀림이 없다.

그러나 의료보장제도를 가꾸어 온 선진국에서의 역사적 경험은 醫療保險의 財源調達上의 限界에 비하여 國民醫療費의 지속적인 증가로 인한 財政難 및 衡平性 등의 문제로 많은 점을 경고해 주고 있다. 우리나라도 예외가 될 수 없음은 자명하다. 이러한 관점에서 醫療保險制度를 어떻게 改善해야 국민의료비의 부담이 최소화되는 반면 이 제도를 통하여 國民保健의 增進이 최대화될 수 있을 것인가 하는 질문을 던질 수 밖에 없다.

이러한 질문에 답하고자 本 研究에서는 NHS의 補完的 適用可能性을 타진해 보는 동시에, 그러한 論議로부터 얻을 수 있는 문제점과 당면과제들을 분석하여 보았다. 현 단계에서 NHS의 전면적 도입은 현재로서는 不可能한 것으로 보여지는게 사실이지만 NHS가 가지는 診療報酬支拂方式이나 醫療傳達體系의 장점을 부인하기도 어려운게 또한 사실이다. 그러므로 문제는 現在 時点에서의 NHS가능성여부가 중요한 것이 아니라, 長期的 政策構想을 통하여 現實적으로 무엇부터 改善해 나갈 수 있는지를 통하여 장차 NHS의 部分的·發展的 도입을 國民的 要求와 合意에 따라 수행해 나가야 할 것이란 점이다.

어쨌든 많은 논란끝에 이루어 낸 全國民 醫療保險制度를 든든하게 뿌리내리

게 하기 위해서는 국민 모두의 지속적인 관심속에서 주요 政策課題들을 성실히 이행해 나가야 한다. 모든 社會制度는 오로지 變化하기 위해서 存在한다는 말 속에는 當代의 끊임없는 노력과 연구가 뒤따라야 한다는 사실을 함축하고 있을 것이다.