

의료보장정책의 형성과 문제점

이 규 식
연세대학교 보건행정학과

<Abstract>

Policy Formulation of Health Insurance and Its Problems in Korea

Kyu Sik Lee

Department of Health Administration, Yonsei University

Korea's social health insurance system was introduced in 1977, which has made a universal coverage possibly by July 1989. Korean government had pursued a single objective for the last decade to put the whole population under the coverage of medical security, and the objective was achieved within 12 years. The rapid accomplishment is primarily due to such factors as limited benefits, high copayment rate, low contributions as well as rapid economic growth. There are several sources of pressure for the implementation of social health insurance such as health professional group, labor unions, politicians, international organizations etc.. However it is important to look at the feasibility of social health insurance. Among other things, it is necessary to identify the administrative infrastructure of insurance system and to assess income for source of fund. As many developed countries, Korea began to apply health insurance to the employees of the large firms, and the expansion based on employment status. Thus the several funds system was inevitable according to the gradual expansion strategy. However many persons had criticized several funds system in respect with equity and efficiency aspects. In the short history of the Korean health insurance, whether one fund or several funds had been the most controversial issue. In February 1999, the National Assembly passed the act of one fund system. From July 2000 separate funds will be unified under new health insurance scheme. In this study we will analyze the policy

† 교신저자 : 이규식, 연세대보건과학대 보건행정학과(0371-760-2414, kslee@dragon.yonsei.ac.kr)

making process on implementation, expansion and integration of health insurance system of Korea. And also analyse problems related to policy making.

Key Word : Policy making, national health insurance, one fund system

I. 머릿 글

우리 나라의 의료보장제도는 경제성장과 조화를 이루면서 나뉠대로의 발전을 이루었다. 의료보험제도의 도입은 산업화의 성과로 국민소득이 증가함에 따라 의료서비스에 대한 수요의 증가로 개인의 의료비 부담이 높아져 가는 시점인 1970년대 후반에 이루어졌기 때문에 時期面에서 매우 적절하였다고 평가될 수 있다.

한편 의료보험제도를 도입함에 있어서도 경제성장과 조화를 기하고 국민들의 보험료에 대한 저항감을 갖지 않도록 하기 위하여 의료보험료를 낮게 책정하여 기업의 국제경쟁력도 보호하면서 국민들의 의료보장 욕구도 충족시켰다고 하겠다. 이러한 측면에서 우리 나라는 경제발전을 저해하지 않으면서 전국민의료보험을 성공적으로 달성한 국가로 평가받고 있다(Folland et. al. 1993).

그러나 경제가 지속적으로 성장하여 성숙단계로 접어들면서 국민들의 의료서비스에 대한 기대감이 높아져 이에 상응하는 수준으로 보험료를 인상하고 보험급여를 개선하는 등의 구조적인 개혁이 전국민의료보험 달성이후에는 이루어져야 했음에도 불구하고 의료보험에 대한 통합논쟁이 이러한 구조개혁을 더디게 하여 의료보장이 개혁의 대상이 되었다. 특히 의료보험이 통합되면 보험료의 인상없이 급여개선이 가능하다는 주장(김용익 1994)이나 의료보험의 통합은 실질적인 농어촌복지 지원방안이라는 주장(강창구 1994) 그리고 의료보험이 통합되면 농어민이나 도시지역주민의 보험료를 획기적으로 낮추어 줄 수 있다는 주장(정명채 1997) 등이 검증도 없이 제기됨에 따라 의료보험의 구조개혁보다는 통합 논쟁이 정책의 결정에 더 큰 작용을 하여 오늘에 이르게 되었다.

정책결정의 배경이나 형성과정 그리고 정책의 효과에 대한 분석을 함에 있어서 정책형성과 관련된 방법론으로 정책의사결정의 모형이나 사회정책과정의 모형이 있으며 정책결정의 방법론이 있다. 먼저 정책의사결정에서는 합리적 의사결정모형, 조직과정모형, 정치체계창출모형이 있으며 사회정책과정의 모형에서는 사회양심론, 합리이론, 테크놀로지결정론, 시민권론, 사회정의론이 있다. 그리고 정책결정의 방법론에서는 탐색적 정책결정, 점변적 정책결정, 합리적정책결정, 상황적정책결정 등의 분류가 가능하다(손명세 1989).

그러나 정책분석에서 어느 한가지 방법만으로 분석틀을 사용하는데는 무리가 있기 때문에 이 논문에서는 의료보장제도가 결정되는 과정에 대한 역사를 중심으로 하여 의료보장 정책결정과정의 배경과 역학관계 그리고 과오에 대하여 평가토록 한다. 우리 나라 의료보장제도는 선진국들에 비하여 짧은 역사를 가졌지만 관리체계에서는 분립형에서 통합형으로 바뀌도록 되었고 급여면에서는 행위별수가에서 DRGs가 입원에서 도입케 되는 등 선진국들도 경험하지 못하는 급격한 변화를 겪게되었다. 따라서 이러한 역사적인 과정에 대한 분석은 단행본으로 이루어져야 하겠지만 단행본으로의 분석에 앞서 이 분야 연구자에게 제도의 변천과 그 배경 그리고 정책의 오류 등을 알려 향후의 의료보험분야의 정책 결정에 참고가 되었으면 하는 목적에서 이 논문이 준비되었다.

이 논문의 작성에서 유의한 점은 역사적인 사실의 평가는 주관적인 시각이 될 수밖에 없음에도 불구하고 가급적이면 객관적인 관점에서 그리고 자료를 바탕으로 기술코자 노력하였다는 것이다.

II. 의료보장정책 결정의 배경요인과 정책분류

어떠한 분야이던 국가의 정책이 결정되는데는 여러 가지의 힘이나 요소가 작용하는데 우리 나라의 의료보장 정책과 관련하여서는 다음의 요소들이 작용되지 않았나 여겨진다.

첫째, 지도자의 의지(정치적 또는 사회개혁 측면의 의지 모두 포함)

둘째, 선진국의 사례

셋째, 국민의 욕구

넷째, 시민단체의 노력

다섯째, 전문가 집단의 노력

우리 나라는 초기의 의료보장정책을 둘러싸고는 선진국의 사례, 전문가집단의 노력과 함께 지도자의 의지가 주효했던 것 같았으나 확대과정에서는 국민의 욕구가 뒷받침이 되었으며 통합을 둘러싸고는 이념으로 뭉쳐진 집단(의료보험노조, 민주노총, 의보통합국민연대 등)에 의한 노력이 큰 요소로 작용하였다고 볼 수 있다.

여기서는 의료보장정책을 둘러싼 정책의 형성과정을 살펴봄으로서 정책결정의 배경, 기대효과 및 오류를 짚어봄으로서 앞으로의 정책이 보다 합리적으로 설계되는데 기여코자 하는데 목적을 두었다. 이를 위하여 의료보장정책의 영역으로는 편의상 다음과 같은 4가지 분야로 나누어 보았다.

첫째, 의료보험제도의 실시와 관련된 정책 결정

- 둘째, 의료보험의 확대와 관련된 정책 결정
- 셋째, 의료보험의 통합과 관련된 정책 결정
- 넷째, 의료보험의 급여와 관련된 정책 결정

Ⅲ. 의료보험의 실시와 관련된 정책의 결정

의료보험제도의 도입과 관련하여 의사결정에 가장 큰 영향을 미친 요소로는 다음의 네 가지를 들 수 있을 것이다.

첫째, 국내의 전문가 집단으로 1959년 보사부 의정국장 윤유선에 의하여 주도된 「건강보험제도 도입을 위한 연구회」의 활동이 효시가 된다. 1960년 이후에는 엄장현, 양재모, 손창달 등의 학자 그룹에 의하여 사회보험의 도입에 대한 건의가 이루어 졌다. 그리고 1962년에 구성된 사회보장심의회를 중심한 전문가 집단의 의료보험제도 도입을 위한 노력도 큰 영향을 미쳤다고 하겠다. 舊東歐圈 국가들에서는 의사들이 추가적인 의료재정의 확보를 통하여 소득을 증가시키기 위한 목적으로 의료보험제도의 도입을 요구하는 경우도 많은데(Normand and Weber 1994) 우리 나라의 전문가 집단은 그러한 의미보다는 사회복지의 증진이라는 차원에서 의료보험제도의 도입에 앞장섰다고 하겠다. 그 이유로는 의료보험제도의 도입과 관하여 의료계나 약계에서는 전혀 의견표시가 없어 당시 보사부장관이었던 신현확은 섭섭함을 표시(병원협회지 1976년 7월호)하였다는 기사를 볼 때 의료 전문가집단이 소득증대를 위하여 추진한 것 같지는 않다. 단지 우리 나라 전문가 집단은 공무원이나 다른 계층에 비하여 해외제도에 대한 전문이 상대적으로 많았기 때문에 이들 전문가들이 소개차원에서의 제도 도입을 역설(양재모 1961)하였다고 볼 수 있다.

둘째, 정치지도자에 의한 의사결정을 들 수 있다. 1962년부터 실시된 3차례에 걸친 경제개발계획이 성과를 얻어 국민생활이 개선됨에 따라 1977년부터 시작되는 제 4차 계획부터는 교육이나 의료와 같은 사회분야에 대한 발전계획이 필요하다는 생각에서 명칭도 경제사회발전 5개년 계획으로 하고 1977년부터 의료보험제도를 도입키로 결정한 정치지도자의 의사결정을 중요한 요소로 꼽을 수 있다. 특히 당시 보사부 장관이었던 신현확의 확고한 의지는 의료보험 도입의 결정적인 요인으로 꼽히고 있다. 의료보험의 도입을 둘러싸고 경제기획원은 처음에는 국가 주도형을 후에는 주식회사방식을, 다시 후에는 미국형 방식을 제시하면서 의료보험도입에 대해 미온적이었던 입장을 설득하여 보험제도의 실시로 한데는 보사부 장관의 확고한 리더십이 작용하였다고 하겠다(의료보험연합회 1997). 물론 여기에 대하여는 1972년 10월 유신을 단행한 박정희 정권이 정권의 정통성 문제에 대한 비판을 호도하기 위하여 국민들에게 복지제도로서

의 의료보장제도를 제시하였다는 분석도 할 수 있겠다. 이러한 분석이 가능한 것은 의료보험제도는 보험료라는 국민 부담을 전제로 하는데 제도 도입후 정부는 국민들에게 부담에 대한 이야기는 하지 않고 급여에 대한 이야기만 하여 국민들로 하여금 의료보험제도는 비용부담 없는 복지혜택이라는 인식을 심어주어 보험료의 인상을 어렵게 한 점에서 찾을 수 있다.

셋째, 사회정책에 대한 국제적인 흐름에의 편승도 한 요소가 되었음을 지적할 수 있겠다. 1970년대는 많은 개발도상국가들의 관심은 경제성장에서 건강을 포함하는 사회적인 목표로 바뀌어졌으며(Green 1992) 우리 나라도 이러한 흐름에 편승하여 의료보장제도를 도입한 측면도 있다고 하겠다.

넷째, 국제기구의 권유도 주요한 요소로 제시할 수 있다. 서구 선진국들은 국제기구(ILO)를 통하여 노동자 권익의 보호라는 명분하에 사회보험도입에 대한 권고를 후진국에 대하여 하였으며 우리 나라의 경제성장은 바로 이러한 권고를 실천하는데 좋은 계기가 되었던 것이다. 국제기구의 권고에 대하여는 일면에는 노동자의 권익보호라는 측면이 있지만 다른 측면에서는 한국이 갖는 국제경쟁력의 주원인이 값싼 인건비에 있었기 때문에 인건비 상승의 유도를 통한 경쟁력 약화를 기도하여 사회보험제도의 도입을 권유하였다는 시각도 있다.

그러나 1977년에 의료보험제도가 도입될 수 있었던 결정적인 계기는 역시 경제성장으로 인하여 의료보험제도를 도입할 적기가 되었다는 정치적인 판단이 아닌가 한다. 1962년 5.16혁명이 일어난 직후 의료보장제도에 대한 건의가 있었으나 당시의 상병구조, 의료비수준, 국민적 욕구 등을 감안할 때 의료보장제도의 도입보다는 공중보건사업이나 가족계획사업에의 투자가 국민건강수준의 향상에 더욱 기여할 것이라는 정책판단으로 의료보장제도의 도입은 정책의 우선순위에서 밀려나 있었다.

즉 1962년말 당시의 1인당 국민소득은 불과 94.4달러였고(당시 환율은 130: 1임) 국민 1인당 의료비 지출은 66원 70전 정도로서(김정렴, 1990년, 307쪽) 사회보험방식의 의료보장제도의 도입은 시기 상조로 판단되었던 것이다. WHO와 ILO가 발간한 보고서에서도 경제수준이 열악하고 전염성질환이 집단으로 발생하는 상병구조일 경우 사회적인 하부구조개선이 건강수준의 향상에 보다 기여한다고 보았다(Normand and Weber 1994). 따라서 후진국에서는 의료보험과 같은 개인의료의 제공에 유의하기보다는 경제개발에 투자를 보다 많이 하여 생활하부구조를 개선하고 보건부분에서는 공중보건사업에 보다 많은 투자를 하는 것이 타당하다는 것이다. 따라서 우리 나라가 1960년대초에 의료보장제도를 도입하지 않고 전염병 관리나 가족계획사업과 같은 공중보건사업에 주력한 것은 타당하였다고 하겠다.

경제가 성장하여 실업이 감소하고 공중보건을 통하여 전염성 질환이 퇴치되자 당시 박정희 대통령은 1976년 연두기자회견에서 4차 5개년계획은 사회개발에 중점을 두되 의료보험제도의 실시를 공식적으로 천명함으로써 의료보험제도가 실시되었다.

IV. 의료보험의 확대와 관련된 정책의 결정

1. 의료보험의 확대와 의료보험 통합 문제의 대두

의료보험제도가 일부 국민에게만 적용될 경우 적용계층의 이용 증대로 시장의 의료수가(일반수가)는 급상승하게 된다. 이로 인하여 미적용계층은 높은 수가를 부담해야 하는 불이익 문제가 제기된다. 그 뿐만 아니라 의료보험수가가 통제될 경우 의료기관은 통제된 부분에서의 가격이 비용보전이 안될 경우 통제되지 않는 부분으로 비용전가(cost shift)가 일어난다 (Greenberg 1991). 우리 나라에서는 의료보험제도를 도입하면서 보험재정보호를 명분으로 의료보험수를 당시의 관행수가(시장가격)의 약 55%수준으로 결정(양명생 1993)하였기 때문에 의료기관들이 비보험환자에게 비용전가를 시킬 가능성이 많았다. 따라서 의료보장 적용인구계층과 비적용 인구계층간의 형평성 문제는 심각해 질 수 밖에 없다.

이러한 의료 환경하에서 보건정책의 최우선 과제는 형평성 보장을 위한 전국민 의료보험의 조기 실현인 것이다. 그러나 의료보험을 조기에 전국민에게 확대하는 것은 지역주민에 대한 문제로 인하여 그렇게 쉬운 과제가 아니었다. WHO와 ILO가 공동으로 펴낸 보고서에서도 근로자는 의료보험 적용을 위한 기술적, 행정적 어려움이 없지만 자영자나 농어민 등은 자격관리, 소득평가 등의 문제가 있음을 지적하고 있다(Normand and Weber 1994). 따라서 기술적으로 의료보험의 실시에 있어서 근로자를 먼저 적용할 수 밖에 없었다. 차홍봉(1982)도 조직된 근로자를 먼저 적용하고 조직되지 않는 지역주민을 다음에 적용하는 것이 선진국의 경험이기도 하고 우리 나라도 보험관리측면에서 단계적인 확대전략이 불가피하다고 하였다.

그런데 전술한 바와같이 일부 국민만을 먼저 적용할 경우 미 적용국민들의 불형평문제가 제기되기 때문에 지역주민에 대한 보험확대문제가 제기되고 우리 나라에서는 의료보험제도 도입 후 불과 4년만에 지역주민에 대한 보험적용을 위하여 시범사업을 실시하게 되었다. 시범사업의 실시 결과 보험재정문제가 제기되자 시범사업에 대한 올바른 평가도 없이 성급하게 이 문제를 주민부담능력의 결여로 치부하고 의료보험의 통합을 통하여 해결코자 당시의 보건사회부에 의하여 의료보험통합이라는 과제가 제기되었다(보건사회부 1982). 즉 의료보험통합을 제기한데는 여러 가지 이유가 있겠지만 의료보험의 조기 확대를 위한 방편의 하나로 제기되었다고 하겠다. 이에 대하여 당시의 국가경제상태를 감안한 청와대측에서는 의료보험조기확대의 시기상조와 함께 통합은 국가의 재정개입을 필연적으로 초래시킨다는 입장에서 반대를 함으로서 통합문제를 둘러싼 대 논쟁이 시작되었다고 하겠다.

2. 지역의료보험시범사업의 평가

의료보험의 확대를 위한 합리적인 방안을 강구하기 위하여 지역주민에 대한 의료보험시범사업을 정부는 1981년 7월부터 실시하게 되었으며 시범사업 실시 불과 1년만에 매우 성급하게 주민들의 보험료 부담능력결여로 보험의 조기 확대가 어렵다는 판단을 내리게 되었다. 그리고 지역주민들에게 조기에 의료보험을 확대하기 위해서는 정부의 재정지원을 통해서 해야하는데 당시의 사정은 정부의 재정지원이 불가능하다고 보아 국민 상호간의 지원책으로 해결하기 위하여 의료보험통합이 제시되었고 이것이 바로 통합논쟁으로 연결되었다. 따라서 지역의료보험시범사업의 과정과 주민들의 부담능력결여문제 등에 대한 검토가 있어야만 당시 정책 판단의 합리성이 검토될 수 있겠다.

가. 1981년 7월에 실시된 1차 지역의료보험시범사업의 설계

○ 시범사업설계의 기초자료원

- 3개 지역(홍천, 군위, 옥구)에서 실시된 1차 지역의료보험 시범사업을 위한 설계 기초자료는 당시 옥구군 대야면에서 진행되고 있던 마을건강사업의 재원조달에 관한 시범사업에서 얻게 됨(1979년 9월 옥구청십자조합을 옥구군 의료보험조합으로 개칭하고 급여 시작). 따라서 옥구군 대야면 사업을 살펴보는 것이 매우 중요함.

- 옥구군 대야면 시범사업의 내용(한국보건개발연구원 1980)

- 대상주민 : 10,590명
- 주민 1인당 보험료 : 월 370원(주민의 1/2은 보험료 반액 정부지원)
- 전달체계의 실시
 - 1차 : 보건진료분소 6개, 보건진료소 4개, 일반의원 11개
 - 2차 : 도립군산병원, 씨그레이브기념병원
 - 3차 : 전북대 부속병원

- 사업평가(1979.9-1980.8)

- 보험급여비는 1,697만원, 각출금징수액은 1,431만원으로 약 84%의 재정자립을 보임. 1인당 보험료를 400원으로 책정하고 보험료징수만 제대로 이루어진다면 지역주민에 대한 보험확대의 가능성이 있는 것으로 판단 함.
- 이 지역은 마을건강사업(일명 CHP사업)의 시범사업지역이었으며 당시 직장의료보험의 보험료가 월 1인당 1,536원, 공교가 1,386원임에 비한다면 370원은 매우 낮은 보험료임. 이는 1차진료를 보건진료원 중심으로 하는데서 가능한 보험료 수준이었음.

○ 3개 지역의료보험시범사업의 설계(보건사회부 1981. 5)

- 보험료 : 전 주민을 3등급으로 분류하여 정액제 방식을 택함(1인당 평균 600원 수준임).

- 1등급(10% 주민) : 400원, 2등급(70-80% 주민) : 600원, 3등급(10-20% 주민) : 800원
- 국고지원 : 관리운영비 전액
- 전달체계실시 : 1차 ---- 보건기관 및 의원
2차 --- 시도립병원 및 민간병원
3차 --- 종합병원
- 환자배분에 대한 설계 : 외래환자의 75%를 보건소, 지소 진료소에서
: 입원환자의 42%를 의원에서 수용기로 계획함
- 환자배분의 근거는 옥구군 대야면 시범사업의 실적을 토대로 함.

나. 시범사업의 평가

- 시범사업설계상의 문제점
 - 의료이용에 대하여 지나치게 낙관적으로 설계하여 이것이 시범사업의 재정적자를 초래시킨 원인이 되었음. 대야면과 같이 적은 지역에서는 주민 통제가 가능하여 1차 진료를 보건진료원(CHP)이나 공중보건의를 통하여 제공 가능하였음. 그러나 이를 3개 군지역으로 확대하자 주민들이 정부가 계획한 전달체계에 반발하게 됨. 이에 정부는 1982년 들어 3개 시범지역에서 전달체계를 포기하고 직장이나 공교의보와 동일하게 함에 따라 의료이용이 급증하여 재정적자가 크게 증가됨.
 - 당초부터 설계 잘못으로 보험료를 지나치게 낮게 책정하여 재정의 결손이 심각하자 이를 주민의 부담능력결여로 보았음. 물론 부담능력이 부족한 주민도 있었겠지만 3개지역의 1인당 평균보험료가 600원으로 직장의보 적용자 1인당 평균보험료 1,930원의 1/3수준에도 미치지 못하고 있었음. 이를 지역주민의 보험료 부담능력의 결여로 치부하기에는 무리가 있음.
 - 그외에도 지역주민에 대한 소득파악의 미비, 원천징수의 불가, 의료보험을 복지제도로 파악한 국민의식문제등이 복합되어 나타난 결과를 너무 단순 해석하여 주민의 부담능력이 결여되었기 때문에 의료보험을 통합해야 한다는 결론의 도출은 문제가 있었음.
- 1981년 시범사업 실시이후 지역의료보험은 비록 제2차 시범사업(목포, 강화, 보은)이 있었지만 첫 시작부터 보험료를 지나치게 낮게 책정했던 관계로 시범사업기간 동안 계속 보험재정의 적자문제와 싸우게 되었음. 이로 인하여 부지불식간에 정책당국자나 관계 전문가들도 지역의료보험에 대하여는 국고의 지원없이 확대 불가능한 것으로 판단을 내리고 있었음(2차 시범사업은 본 논의의 흐름과 큰 상관이 없기 때문에 여기서는 설명을 생략함: 지역의료보험시범사업의 평가에 관심이 있는 사람은 줄져, 지역의료보험시범사업 종합평가 및 재정안정화 방안, 1986을 참고 바람).

이상에서 살펴볼 때 지역의료보험시범사업은 설계에 문제가 있었던 것이다. 지역주민에 대하여 의료보험을 확대하기 위해서는 주민의 소득과악이 급선무인데 이러한 하부구조에 대한 대책을 찾아 보험료 부과체계를 개발하지 않고 성급하게 시범사업부터 실시하였으며 또한 설계상의 문제를 간직했음에도 불구하고 이를 부담능력의 결여로 단정(보건사회부 1982. 11)한 것은 정책판단의 오류라 하겠다. 그리고 지역주민의 부담능력이 설혹 결여되었다 하더라도 이를 해결코자하는 대안으로 정부재정이 아닌 의료보험의 통합을 제시하여 지역주민의 부담능력결여를 근로자에게 전가시키고자 하는 의도를 분명하게 나타내 보였다. 그러다 통합이 실천단계에 들어오면서 근로자들이 반발하자 이제는 근로자의 재정이전 없는 통합을 주장하게 되었다. 결과 이제는 지역주민의 보험료에 대한 국고지원 50%를 주장하는 상반된 논리를 펴고 있어 통합이 논리적인 오류를 지니고 있음을 보여주고 있다.

3. 전국민의료보험정책의 결정

이러한 상황에서 지역의료보험확대는 우리 나라 복지정책의 핵심과제로 등장되어 의료보험 확대 문제가 복지정책에 대한 정부 의지의 시험대 기능을 하였다. 이에 정부는 1987년 말에 실시될 대통령선거를 앞두고 국민에게 인기를 얻을 정책을 찾고 있었는데 의료보험확대가 바로 정부가 찾던 정책이었다. 특히 1986년 상반기에 역사상 처음으로 무역수지에서 흑자를 기록하게 되자 경제성장에 대한 자신감을 갖게된 정부는 이를 바탕으로 국민복지의 확충을 시도하게 되었다. 그리하여 1986년 9월 1일 정부는 국민복지증진대책을 발표하고 1988년 1월 국민연금제도의 도입과 함께, 국고의 지원을 통하여 농어촌지역주민에 대한 의료보험확대 그리고 1989년 1월부터는 도시지역주민에 대하여 지역의료보험을 확대키로 하였다.

그러나 도시지역의료보험의 실시를 앞두고 또 다시 의료보험의 관리체계에 관한 논쟁이 되 살아나 보험의 실시를 위한 준비에 차질을 빚어 도시지역에 대해서는 6개월이 지연되어 1989년 7월에 의료보험이 확대되어 전국민의료보험시대가 개막되기에 이르게 되었다.

우리는 만 12년만에 의료보험제도를 전국민에게 확대 적용하여 세계 어느 국가에서도 볼 수 없는 단기간을 기록함으로써 형평성 측면에서 성과를 거두었다고 하겠다. 의료보험의 조기 확대가 가능했던 것은 다음과 같은 배경이 작용하지 않았나 여겨진다.

첫째는 우리 국민들의 평등지향적 이념이 전국민의료보험의 조기 달성을 가능케 하였다고 볼 수 있다. 우리 나라는 급속적인 경제성장을 이루는데 있어서 그 전략의 하나로 개인의 경제적인 인센티브를 자극하여 열심히 일하게 한 측면이 있다. 결과 국민경제가 급 성장한 것과 동시에 개인간 부의 편차가 심해짐에 따라 평등에 대한 價値 賦與가 유난히 높았다. 개개인은 자신들의 행동은 보다 많은 부(富)를 추구하는데 중점을 뒀음에도 불구하고 항상 자기보다 부가 많

은 사람과 비교하여 불형평을 논하게 되어 이념적으로는 형평을 주장하는 모순된 구조속에 평등지향적 이념이 1980년대 이후의 우리 사회를 지배하였다고 하겠다.

둘째는 정치지도자들도 국민들의 평등지향적인 가치를 외면하기가 어려웠기 때문에 조기에 전국민 의료보험이라는 정책결정이 가능하지 않았나 여겨진다. 비록 권위주의적인 정부가 통치하는 정치구조라 하더라도 국민의 욕구를 외면하기가 어려워 형평을 추구하는 전국민 의료보험을 조기에 달성코자 하는 정책을 채택하였다고 보여진다.

셋째는 우리 나라의 급속적인 경제성장이 전국민의료보험의 조기 적용을 가능케 하였다고 하겠다. 특히 1986년 우리 나라 역사상 처음으로 무역 흑자를 기록함에 따라 당시의 위정자는 국민들의 복지를 위하여 정부재정지원을 하는데 대한 자신감을 가지게 되었고 이것이 전국민 의료보험의 조기 달성을 가능케 하였다고 하겠다.

넷째는 정치적인 이해 관계에 의한 결정의 측면에서 살펴 볼 수 있다. 1986년은 5공화국시대로서 정권의 정통성문제가 계속 是非가 되는 가운데 1987년 12월에는 대통령선거를 치루어야 하는 문제가 있었다. 다음해의 선거에서 당시의 집권 여당이 국민의 표를 얻기 위해서는 국민들에게 환심을 살만한 정책의 발표가 필요하였고 이것이 바로 지역주민에 대한 의료보험의 확대 정책이었다.

다섯째는 의료보험의 통합논쟁도 전국민의료보험의 조기 확대에 기여한 측면이 있다. 의료보험을 통합하자는 이유의 하나가 전국민의료보험의 조기 달성에 있었다. 1980년대 초반의 국가 재정 형편상 국고지원을 통한 지역의료보험 확대는 불가능하다고 판단되어 상부상조를 통한 보험확대방안인 의료보험통합을 주장하였고 이를 달성하기 위하여 당시 제도의 불형평성(지역주민에 대한 보험의 미실시에 기인)을 비판하여 통합을 주장함에 따라 이러한 비판을 막기 위하여 전국민의료보험을 정부가 서두른 측면도 있었다.

4. 전국민 의료보험의 조기 확대에 따른 문제점

단기간에 전국민의료보험을 달성코자 한 정책은 형평성 측면에서는 나름대로의 성과를 평가 받을 수 있겠지만 다른 측면에서 몇 가지 문제가 있었다.

첫째, 의료보험을 실시한 지 불과 12년만에 전국민에게 과욕을 부려 보험을 확대함에 따라 지역주민에 대한 사회보험을 위한 하부구조가 미비된 상태에서 의료보험의 구조적인 문제를 만들었다고 하겠다. 즉 보험재원조달에 대한 지역주민의 동의, 지역주민에 대한 재원조달 메카니즘의 개발 등이 미비한 상태에서 무리하게 확대를 추진하여 우리 나라의 의료보험제도를 많은 국민들로 하여금 의료수가할인정책으로 착각하게 만들었지 않았나 하는 점이다.

둘째, 의료공급에 대한 준비가 별로 안된 상태에서 보험을 확대함에 따라 증가된 수요를 합

리적으로 처리하지 못하여 의료공급 상의 많은 문제를 일으킨 점이다. 공급부족상태에서 수요의 급증은 의료기관으로 하여금 찾아온 환자를 돌려보낼 수 없게하여 결과적으로 서비스의 질을 저하시키는 계기가 되어 의료공급자에 대한 불신을 증폭시키게 하였다. 그리고 대도시 지역에서의 병상부족으로 인한 입원 대기 등이 의료보험확대 초기에 심각하여 의료공급자에 대한 불신을 키우는 계기가 되었다. 특히 의료보험을 확대하는 과정에서 보험료 부담 문제로 인하여 저수가 정책을 편 관계로 의료기관으로서의 공급부족과 맞물려 서비스의 질 저하가 불가피하게 일어나게 되었다.

셋째, 의료보험의 조기 확대를 위하여 성급하게 지역주민에 대한 보험료의 일부를 국고로 지원하겠다는 정책의 결정은 의료보험의 합리적인 발전을 저해하는 요소로 작용한다는 점이다. 근로자에 대하여 사용자가 보험료를 부담한다고 자영자에 대하여 정부가 사용자 기능을 한다는 차원에서의 국고지원은 많은 문제가 있다. 근로자에 대한 사용자 부담분이란 결국 근로자의 임금의 일부를 의료보험이라는 현물로 제공하는 것인데 자영자에 대하여 정부가 지원하는 것은 자영자 임금의 일부를 지원하는 꼴이 되어 논리적으로 맞지 않는 문제가 있다. World Bank(1989)에서도 지역의료보험에 대한 국고지원은 잘못된 논리(faulty logic)에서 출발하였다고 비판을 가하고 있다. 자영자의 보험료에 대한 국고지원은 보험급여개선을 저해하는 걸림돌이 되고 있다. 즉 보험급여수준을 향상시키려면 그에 상응하는 재정이 소요되는바 근로자는 보험료를 인상하여 대처하면 되지만 자영자는 보험료의 인상과 함께 국고지원이 늘어야 하는데 여러 목적에 경쟁적으로 사용되는 정부 재정을 의료보험의 급여개선을 위하여 증액시킨다는 것이 쉽지 않아 보험급여개선이 항상 제때에 이루어지지 못한 문제가 있다.

V. 의료보험의 통합과 관련된 정책의 결정

의료보험의 관리방식에 대해서는 1963년 의료보험법을 처음 제정할 당시에 당연적용이나 임의적용이라는 문제를 갖고 논의하였으나 당시의 경제 여건상 당연적용은 어렵다고 판단하여 임의적용으로 정하였다. 그러나 1977년 의료보험제도를 당연 적용시키기에 앞서 관리방식을 조합방식으로 할 것인가 국가공영방식(영국의 NHS제도와 같은 방식을 당시에는 이렇게 불렀음)으로 할 것인가에 대한 논의가 있었으나 공영방식으로 할 경우 정부재정부담문제, 의료공급의 국유화 내지 사회화에 따른 혼란문제, 보험료인상에 대한 어려움 문제, 진료비 지출의 증가우려 등등의 여러 가지 예상되는 문제로 인하여 공적성격을 띠는 민간 주도기관으로 하여금 조합을 설립하여 의료보험제도를 실시케 하였다(의료보험조합연합회 1982).

의료보험을 도입할 초기에는 조합을 사업장 단위로 설립하였기 때문에 한 조합이 관리하는

적용자의 수가 적어 위험분산기능의 제약이나 소규모 단위로 인한 경제단위의 미흡 등의 문제가 제기되었다. 이에 정부는 1980년 7월부터 소규모 조합들을 통폐합하기 시작하여 종래 603개의 직장조합을 423개로 그리고 1981년 5월에는 185개로 통폐합하였다(보사부 1982). 이 과정에서 당시 보사부는 의료보험을 아예 하나의 기구에서 관리하는 일원화 방안을 제시하게 되었고 그 안이 제시된 이래 통합을 둘러싼 극심한 찬반논쟁이 전개되었다. 이제 통합을 둘러싼 논쟁을 3단계로 나누어 살펴보고자 한다.

1. 통합논쟁의 1단계

1980년 10월 당시 천명기 보사부장관이 대통령에게 통합일원화방안을 보고하였는데 그 이유는 근로자는 지역주민에 비해 부유하기 때문에 통합을 통하여 못사는 지역주민을 돕는 것이 사회보장원리라는 견해였다. 천장관의 보고가 있는 후 통합을 찬성하는 주장과 반대하는 주장이 신문사설을 중심으로 대두되어 의료보험을 둘러싼 논쟁이 시작되었다.

- 통합을 지지하는 논설: 경향신문('80. 10. 22자 사설)
- 통합을 반대하는 논설이나 논평: 경제단체('80. 10. 31자 성명), 동아('80. 10. 31자 해설, 11. 1자 사설), 조선('80. 10. 31자 해설 및 11. 2자 사설), 중앙('80. 11. 3자 사설), 서울(11. 4자 사설), 한국(11. 7자 사설), 매경(11. 5자 사설), 현대경제(11. 4자 사설 및 11.5자 좌담회), 서울경제(11. 5자사설) 등의 중앙지이외에도 대전일보, 전남매일, 매일(대구)신문, 영남일보, 전북일보 등의 지방지에서도 통합일원화 반대
- 반대 여론이 더 높아 청와대에서는 1980년 11월 보사부의 통합안에 대하여 '연구 검토'라는 단서를 붙여 유보시킴.
- 1981년 1월 보사부장관이 국회보사위에서 단계적인 통합일원화를 표명.
 - 1981년 7월 보사부장관 : 국회에서 심사기구일원화와 전산통합으로 일원화의 효과를 거두겠다고 하면서 단계적인 일원화를 시사
 - 1981년 8월 한국노총 : 노동자권익을 보호하기 위하여 직장조합만의 통합화를 요구.
 - 1981년 9월 정기국회 : 의료보험일원화를 요구하면서 '82년 정기국회에 통합법안을 제출할 것을 보사위에서 부대결의.
 - 1982년 1월 민정당과 정부는 당정협의를 통하여 일원화법을 '82년 정기국회에 제출기로 함.
 - 1982년 10월 김정례보사부장관은 국회 본회의에서 몇 가지 이유로 통합법안 제출이 어렵다는 입장을 표명.
- 1982년 11월 2일 보사부장관, 국회보사위원장, 국회운영위원장 공동으로 전두환 대통령에게 통합방안에 대하여 보고함

〈통합보험의 대전제〉

- ① 정부재정투입의 최소화
- ② 전국민에게 의료시혜를 골고루 제공
- ③ 빈부간의 이질감을 해소하고 국민화합을 기함
- ④ 점진적 단계적으로 국민개의료보장을 실현하되 그 부작용을 최소화

〈현 제도의 문제점〉

- ① 농어민과 도시저소득층이 소외(전 인구의 58.3%)
- ② 2종의료보험(지역의료보험) 시범사업 결과
주민부담능력결여로 재정적자⇒ 현 체제로 전지역주민 적용 시 정부재정부담 과중 우려.
- ③ 조합별 관리방식의 단점: 조합간부담과 수혜의 격차로 국민간 이질감 조성, 다원체제로 관리운영비 낭비

〈개선방안〉

- ① 관리 및 재정의 통합일원화
- ② 재원조달은 보험료방식
근로자는 소득비례정액제, 지역주민은 능력에 따른 정액제

〈기대효과〉

- ① 정부재정지원없이 지역주민에게 의료보험확대 가능: 저소득층 의료시혜로 정의복지 구현, 계층간 격차해소, 국민연대의식 고취로 국민화합조성
- ② 관리운영비 절감

〈결 과〉

통합일원화에 대하여 논의를 유보하라는 대통령의 지시와 함께 보고서를 작성하였던 몇사람의 보사부 공무원이 강제적으로 사직당하는 소위 “의료보험파동”이 1983년초에 발생함으로 통합논의는 5공 집권기간내에 중단되고 통합 주장은 민주화 주장과 연계되는 계기를 만들어주게 되었다.

2. 통합논쟁의 2단계

1983년 의료보험파동을 계기로 표면에서 사라졌던 통합논쟁은 1988년부터 농어촌주민에 대하여 의료보험을 확대키로 함에 따라 관리방안 문제를 놓고 재연되었다. 그러나 1988년 6공 정부가 들어서기 이전까지는 그렇게 활발한 논의가 일어나지 못하였다.

1988년 1월에 농어촌지역에 확대할 보험관리방식에 대하여 당시 집권당인 민정당은 1987년

2월 정책토론회를 개최하여 조합분산방식에 의한 확대에 의견을 모았다. 그리고 같은 해 3월 정부는 전국민의료보험실행위원회를 구성하여 조합 방식에 의한 지역의료보험의 확대를 결정하게 되었다. 이러한 결정에 따라 1988년 1월 농어촌 지역주민에 대하여 의료보험이 확대 실시되었다.

그런데 1988년은 대통령 직선제에 의하여 6공화국이 등장되었고 다음해에 도시지역주민을 위한 보험확대준비를 해나가는 과정에서 통합논쟁이 본격화되기에 이르렀다. 먼저 각 지역의 농민단체등이 농어민의 의료보험료부담이 과중하다는 형평성 문제를 제기하면서 통합논쟁의 불이 붙기 시작하였다. 각 지역농민단체는 1988년 1월 전남완도를 기점으로 경기 남양주군, 경북 문경, 강원 명주 2월에는 충북 영동, 괴산, 경기 포천, 3월에는 전북 부안, 김제, 전남 함평등지에서 보험료 납부 거부운동을 전개하고 보험제도의 개선을 요구하면서 통합운동의 계기를 만들게 되었다(의료보험시정소식 제1호 1988. 5. 16). 각 지역별로 벌어지는 활동을 계기로 시민단체들이 의료보험통합을 위한 전국의료보험대책위원회를 1988년 4월에 구성(카톨릭여성농민회, 전국농민협회, 한국카톨릭농민회, 한국기독교농민회총연합회, 한국농어촌사회연구소, 건강사회실현약사협의회, 교회빈민의료협의회, 기독교청년의료인회, 천주교도시빈민회의 9개단체가 참여, 뒤에 48개 단체로 확대)하고 의료보험시정운동소식지를 발간하여 의료보험통합을 조직적으로 전개하기 시작하였다.

정부는 이러한 조직적인 활동에 대하여 여론을 수렴하고 1989년 1월에 실시될 도시지역주민에 대한 보험확대방안을 논의하기 위하여 1988년 4월 국민의료정책심의위원회를 구성하여 정부내에서도 의료보험통합문제를 본격적으로 거론하였다. 또한 농민들의 조직적인 보험료 납부 저항에 굴복하여 6월에는 농어민에게도 보험료의 50%를 지원하되 이를 소급 적용하겠다는 약속(당초 국고지원은 보험재정의 약 33%수준이었음)을 하였고 이 약속에 대하여는 지금까지 국고지원에 대한 근거로 활용되고 있다.

이때까지만 하여도 학계에서는 의료보험통합논쟁에 크게 참여하지 않고 다만 국민의료정책 심의회에 참여하여 찬·반 논쟁을 하는 정도였다. 그러다 1988년 7월 사회복지학을 전공하는 교수 11인이 「전국민 의료보험을 위한 통합일원화방안」이라는 보고서를 발간하게 되고 1988년 8월에는 보건학, 경제학, 경영학 등을 전공하는 교수 32인이 통합에 반대하는 보고서로 「한국의료보험의 발전방향에 대한 제언」을 발간하여 통합문제를 둘러싸고 학계가 양분되는 양상도 일어나게 되었다.

이에 정부는 1988년 8월 25일 국민의료정책심의위원회와 공동으로 세종문화회관에서 의료보험 관리체계에 관한 공청회를 개최하게 되었다. 이 공청회를 통하여 통합이 저소득 근로자에게 오히려 부담이 가중될 것이라는 사실이 지적됨에 따라 통합을 주장하는 단체들은 보험료 부과에 누진율을 적용하는 방안을 대안으로 제시(사회보장연구회도 누진보험료가 소득재분배를 이

루는 길임을 강조 1993)하였고 이후 누진율도 하나의 논쟁점이 되었다 .

1988년 정기국회에 당시 야당이던 통일민주당과 평화민주당은 물론 대한의학협회는 통합법안을 정부는 대도시 광역조합법안을 제출하였다. 제안법안의 주요내용을 요약하면 다음과 같다.

- 민주당(국민건강보험법안)... 관리 및 재정 통합, 일정소득 이상자에게 보험료누진율 적용, 지역주민에 대한 보험료 50% 국고지원, 요양기관계약제 실시
- 평민당(국민의료보험법안)... 관리 및 재정통합, 지역주민에 대한 보험료 50% 국고지원, 요양기관 계약제 실시
- 대한의학협회(의료보험법개정안)... 관리통합, 요양기관계약제, 보험수가심의회신설, 진료비심사원 신설, 의료분쟁보상기금제도 도입
- 정부의 개정안... 특별시나 직할시의 지역조합을 1개의 광역조합으로

이러한 여러 가지 안을 다루기 위하여 1989년 2월 10일 임시국회(145회)에서는 의료보험관리 체계에 대한 공청회를 개최하였으나 의견의 일치를 얻기 어려워 심의를 미루고 있었다. 국회의 심의 연기에 불만을 품은 통합을 추진하던 시민단체들은 1989년 2월말 3야당 당사를 점거하여 통합법안의 통과를 요구하는 농성을 하였고 이에 3당 당수들이 3월 4일(토) 긴급 회동하여 의료보험통합을 위시하여 당시 현안이 되던 몇 가지 법안의 임시국회통과를 결정하게 되었다.

야당의 당수 세 사람이 정치적으로 의료보험통합을 받아들이기로 결정하자 여소야대라는 당시의 권력구조하에서 의료보험통합 문제는 급류를 타게 되었으며 1989년 3월 8일 국회 보사위에서는 평민당, 민주당, 정부안, 대한의학발의안을 묶어 단일안으로 작성하여 통합법안(국민의료보험법)을 통과시키고 3월 9일 국회 본회의를 통과시켰다. 당시 통과된 법안의 주요 골자로는 보험수가심의회 설치, 일정소득이상자에 대한 보험료 누진율 적용, 진료비심사원 설치, 연금수급자의 보험료 1/2을 연금기금에서 부담, 자영자 보험료에 대한 국고지원(다만 그 율은 대통령령으로 정함)의 명시 등이었다.

통합법안이 국회를 통과하자 한겨레신문을 제외한 대부분의 신문들이 근로자의 부담증가문제를 중심으로 통합에 대한 비판을 하게되었다(당시 동아일보는 사실은 통합을 지지하였는데 반하여 해설기사는 통합을 비판하였음). 통합에 대한 비판여론이 강하게 제기되자 이에 힘을 얻은 정부는 1989년 3월 16일 통합법안에 대한 재의요구안을 국무회의에서 가결하고 3월 22일자로 대통령이 통합법안을 국회에 반송하는 거부권을 행사하여 통합은 무산되었다. 당시 국무회의에서 재의를 요구하게된 이유를 살펴보면 다음과 같다.

- ① 국민의료보험법 부칙 5조에 따라 종래의 방식에 따라 적립된 각 조합의 기금등 조합의 재산이 공단의 재산으로 이관, 통합되어 당초의 조합원이 아닌 사람의 의료비로 사용됨에 따라 부담형평의 원칙에 어긋남.
- ② 기금등 조합재산의 공단이관은 국민의 기본권인 재산권에 관한 헌법규정에 맞지 않음.

③ 부칙 3조에서 '부득이 필요하다고 인정되는 사항은 종전 법을 적용'한다는 문구가 명확성과 특정성을 결여하고 있음.

6공 정부하에서의 의료보험 통합이 대통령의 거부권 행사로 무산되자 통합을 추진했던 사람들은 의료보험통합법안이 국회에서 통과되었다는 것은 이미 국민적인 합의가 이루어진 것인데 이를 기득권자들의 반발 때문에 실행되지 못하였다고 보고 1993년 3월 문민정부가 집권하자 의료보험통합문제를 다시 제기하였다. 이에 문민정부에서 대통령 직속자문기구로 설치된 농어촌발전위원회(농발위)에서 의료보험통합을 건의하기에 되었다. 반면 보사부는 1994년 2월 의료보장개혁위원회를 구성하여 통합문제를 다루게 되었다. 1994년 6월 의료보장개혁위원회는 조합방법에 의한 보험제도의 발전으로 결론을 내리고 이를 대통령에게 건의하자 대통령은 의료보장개혁위원회안을 받아들여 문민정부에서도 통합안은 수용되지 못하게 되었다.

3. 통합논쟁의 3단계

의료보험에 대하여 야당은 통합을 주장하였으나 여당은 통합을 반대하여 통합문제가 계속 국회에 계류되는 상황에서 농촌출신 여당 국회의원들은 농어민들의 보험료 부담에 대한 불평을 해결하지 못하고는 차기 대통령 선거에서 표를 얻기 어렵다는 판단하에서 통합문제를 선거공약으로 제시할 것을 요구하게 되었다. 여당내의 농어촌 국회의원들의 이러한 요구를 황성균이 대변하여 이회창 대통령후보를 설득하기 시작하였다. 황성균의 통합 설득내용은 1997년 8월에 만든 보고서에 잘 표현되어 있다. 황성균의 논지는 농어촌주민들의 상대적인 보험료부담과 증으로 불만이 많으며 이를 계기로 2천만명이 넘는 지역의료보험대상 국민들은 한결같이 의료보험통합을 주장하고 있는데, 야당은 '97년 대통령 선거공약으로 의보통합을 제시할 것이 분명하기 때문에 신한국당이 1단계로 지역의료보험과 공교의료보험만이라도 통합하는 법안을 발의하여 기선을 제압할 필요가 있다는 것이다.

당시 정국은 대통령이 여당인 신한국당을 탈당하여 정부로서는 여당이 없는 상황이 되었으며 이회창 후보는 농어민의 표를 얻기 위하여 통합을 받아들여지게 되어 다수당에 의하여 의료보험의 1차 통합안인 지역의보와 공교의보의 통합법안이 발의되기에 이르렀다. 정부의 입장과 다른 법안이 10월에 발의되었으나 이를 저지해줄 여당이 없는 상황이라 1차 통합법안의 국회통과는 보장된 것이나 다름이 없게되었다. 1차 통합을 성사시키고자 한 배경을 황성균이 작성한 보고서(1997)를 토대로 하면 다음과 같다.

- ① 지역의료보험의 관리운영비의 대폭 절감을 통하여 국고 절감과 함께 지역 피보험자의 보험료를 경감하는 효과를 거둘 수 있음.
- ② 지역의료보험의 종사 인력을 약 40% 감축(업무통합을 통하여 20%, 전산통합을 통하여

20%, 총감축인원 약 4,000명)하여 이들을 국민연금업무에 전환시키면 국민연금실시를 위한 신규예산 지원없이 도시연금확대 가능.

정명채(1997)도 지역의보 통합으로 농어촌은 보험료가 약 24%, 도시지역은 약 5%가 인하될 수 있다고 주장하여 황성균의 논리에 대하여 이론적인 근거를 제공하는 듯한 인상을 주고 있다. 그런데 당시 야당인 국민회의는 이미 1996년 11월 30일자로 국회에 국민건강보험법안을 이 성재, 이재선 등의 명의로 발의해 둔 상태였었다. 이러한 상황에서 1997년 10월 30일 황성균의 30인 명의로 다수당에 의하여 국민의료보험법이 정식으로 발의되자 국민회의에서도 반대할 이유가 없었기 때문에 국회의 만장일치로 지역의보와 공교의보를 통합(단: 재정은 분리)하는 안이 1997년 12월 31일 본회의를 통과하여 의료보험은 통합단계로 접어들게 되었다.

한편 1997년 대선공약으로 국민회의 김대중후보는 의료보험의 통합과 나아가서는 4대 사회보험의 통합을 제시하였다. 통합의 이점으로 통합을 하게되면 의료보험에 대한 국고지원을 없앴으로 이를 교육이나 과학기술분야의 발전에 투입할 수 있다고 하면서 구체적으로 약 1조원 이상이 절감될 것이라고 하였다. 1997년 대통령선거에서 김대중후보가 당선됨에 따라 국민회의는 의료보험의 전면통합을 위한 준비에 들어갔고 1987년말 IMF구제금융을 받는 사태가 발생함에 따라 경제위기 극복을 위하여 노·사·정위원회가 1988년 1월에 구성되고 1차 합의서가 2월 6일 발표되는데 그 내용중에 하나가 의료보험통합이었다.

정부는 대선공약사항이면서 노·사·정 합의사항인 의료보험의 통합을 추진하기 위하여 1998년 3월 23일 의료보험통합추진기획단을 발족시켜 5개월의 작업 끝에 1998년 8월에 통합법안인 국민건강보험법을 입법 예고하고 1999년 2월 임시국회에서 통과를 보아 2000년 1월부터는 통합의료보험시대가 열리도록 하였다. 이 과정에서 의보통합을 위한 범국민연대회의(민주노총 산하의 노조, 시민사회단체, 보건의료단체등 72개 사회단체가 참여)가 구성되어 통합을 실질적으로 주도하였다.

의료보험의 통합작업이 진행되는 동안 언론이나 의보조합등에서는 거의 목소리를 내지 못하였다. 다만 직장의료보험노동조합이 중심이 되어 통합을 반대하는 운동을 전개하였고 한국노총은 노·사·정 합의에 묶여 제목소리를 내지 못하다 1998년 하반기부터 통합에 반대하는 입장을 정리하였으나 통합을 막는데는 역부족이었다. 의료보험통합법안이 통과된 이후 조선, 동아, 중앙, 문화, 경향, 매일경제, 서울경제신문 등에서 통합의 문제점을 지적하고는 있으나 정부는 주어진 스케줄에 따라 통합을 진행하였다.

의료보험의 통합에 있어서 가장 큰 문제는 소득이 거의 노출되지 않는 자영업자들에 대한 보험료의 부과문제라 하겠다. 이에 정부는 1999년초부터 차홍봉(한림대)과 노인철(보사연)을 연구책임자로 하여 근로자와 자영업자간에 소득을 기준으로 하는 보험료부과체계를 개발하는 연구를 진행하였으나(뒤에 차홍봉은 국민연금관리공단 이사장으로 옮겨감에 따라 실제 연구는 노인철

팀에서 주도함) 자영자의 소득자료가 없는 관계로 단일보험료부과체계를 개발하기 어렵다는 판단을 내리게 되었다. 정부는 소득기준 단일보험료 부과체계의 개발에 대한 자신감을 갖고 지역주민에 대하여도 소득기준보험료 부과를 명시한 국민건강보험법을 1999년 2월 임시국회에서 통과시켰으나 소득기준 단일보험료부과체계의 개발이 어려워짐에 따라 국민건강보험법을 개정하지 않고는 통합을 추진할 수 없게 되었다. 이에 정부는 국민건강보험법을 시행도 해보지 못하고 근로자와 자영자의 통합을 6개월 연기하는 국민건강보험법 개정안을 정기국회에서 통과시켜 통합의 실행을 6개월 연기시키기에 이르렀다.

4. 의료보험 통합정책의 제기 배경

우리 나라에서 근로자와 자영자간의 소득 노출도가 차이가 있고 노출되는 자영자의 소득이라 해도 정확도가 극히 낮아 통합이 기술적으로 쉽지 않은 상황임에도 불구하고 통합정책이 제기된 배경으로는 다음의 몇 가지를 생각할 수 있겠다.

첫째, 일본에서는 1959년부터 의료보험의 一元化가 의료계를 중심으로 제기되어왔다. 이를 우리 나라 의료계나 사회복지분야 전문가들이 무비판적으로 받아들여지게 되었다는 점이다. 차홍봉(1994)은 “일본 의료보험제도의 통합시도와 좌절은 (우리에게) 통합체제를 초기에 정립해야 한다는 교훈을 준다”고 하면서 통합에 열의를 보였다. 여기에 대하여 의협회장과 보사부장관을 역임한 문태준(1997)은 회고록에서 일본 의료계는 초기에는 의료보험 일원화를 주장하였으나 뒤에는 입장을 바꿔 일원화를 명백히 반대하였다고 하면서 의료보험통합법안에 대한 거부권을 행사한 후 일본 의사회의 여러 지인으로 부터 소신있는 행동을 하였다는 찬사를 들었다고 기술하고 있음을 볼 때 우리는 일본 의사회의 일원화에 대한 초기의 논리만 무비판적으로 받아 들였다고 하겠다.

둘째, 의료보험제도의 도입 초기에는 500인 이상 고용 사업장이면 의료보험조합을 구성할 수 있게 함에 따라 조합규모가 너무 영세하여 위험분산기능에서 제약이 있었다. 이를 개선하기 위한 조합의 통폐합이 전 의료보험조합의 통합으로 연결되었다는 점이다.

셋째, 1980년 국가보위비상위원회가 설치되고 모든 분야에서 개혁의 일환으로 기구의 통폐합이 이루어짐에 따라 보사부에서도 의료보험조합의 통폐합을 개혁과제로 제시하였고 이러한 과정에서 의료보험전체의 통합이 정책 대안으로 거론되지 않았나 하는 점이다. 특히 의료보험이 조합분산관리방식을 택함에 따라 진료비의 심사가 의료보험협의회와 공교공단으로 분리되고 전산체계도 분산됨에 따라 의료계의 심사이원화에 대한 불만이 속출하여 심사기구의 통합과 전산통합문제가 제기되고 이것이 의료보험관리기구의 통합으로 연결된 측면도 있다.

넷째, 의료보험제도에 대한 연구를 한 초기의 학자들이 사회보험제도를 근로자를 중심으로

하여 의료(분만급여 포함)와 산재를 묶어서 단일 기구에 의하여 제공하되 의료체계는 국가공영제에 준하는 형태로 1차의사에 대하여는 인두제, 병원에 대하여는 일당진료비로 하고 병원은 입원기능만을 갖는 체계를 제시하였으며(양재모 1961), 이러한 초기 학자들의 생각이 통합주장의 이론적인 배경이 되지 않았나 하는 점이다. 실제 초기의 보건의료분야의 학자들 가운데는 우리 나라 의료체계가 가야할 궁극적인 목표는 영국식의 NHS인데 여기에 도달하는데는 의료보험의 통합이 타당하다는 논리를 전개하는 사람이 많았다는 점을 주목할 필요가 있다. 그리고 2차대전 이후에 의료보험제도를 도입한 대부분의 국가들이 근로자 중심으로 단일기구를 통하여 의료서비스와 산재급여를 제공하였다. 대만도 근로자 중심의 노공보험과 공무원보험을 갖고 산재, 의료, 분만, 연금, 실업급여까지 다루었으나 자영자에 대한 의료급여가 요구되자 1995년 기존의 노공보험과 공무원보험에서 의료급여와 분만급여만을 별도로 분리시켜 중앙건강보험국을 만들어 전국민에게 적용하고 있다.

다섯째, 1970년대 후반 서구 사회에서 의료보험조합이 너무나 자율적으로 운영됨에 따라 조합간에 급여격차가 현저해져 형평문제가 심각해지자 이태리를 비롯한 몇개 국가들이 사회보험에서 NHS로 전환하게 되자 이를 본 우리 나라의 전문가 일부에서 통합이라는 「한국형방안」을 제시하게 되었지 않았느냐는 점이다(1988년 통합을 주장하는 사회보장연구회 소속 학자들이 발간한 보고서는 통합이 세계적인 추세라고 주장하고 있음은 바로 이러한 시각을 반영하는 것임).

여섯째, 사회보험보다 조세로 재원을 조달하는 국가공영제를 선호하는 학자들이 통합논쟁에 편승하여 통합을 주장하였는데도 한 요인을 찾을 수 있다(통합에 앞장서 온 학자의 한사람인 조홍준은 1988년 인의협 토론회에서 통합은 조세에 의한 재원조달임을 주장하고 있음).

5. 의료보험 통합정책의 성취 요인

첫째, 1983년초 의료보험 파동을 겪으면서 의료보험의 통합이 사회적인 정의로 시민단체 등에 각인 되었으며 특히 5공화국 시절에는 의료보험통합운동이 민주화 투쟁의 하나로 인식되었다는 점이다.

둘째, 전국민을 대상으로 하는 사회보험은 의료보험뿐이며(국민연금도 수혜자는 60세 이상의 노인인구층이지만 의료보험은 출생과 동시에 수혜대상이 되는 특징이 있음) 의료보험이 타 사회보험보다 앞서 도입되었기 때문에 우리 나라의 사회복지측면에서의 모든 불만이 의료보험제도에서 폭발되면서 의료보험통합운동으로 연결되었다는 점이다(이것은 사회복지학을 하는 대부분의 학자들이 의료보험의 통합을 주장하는데서 알 수 있음).

셋째, 의료보험통합이 내세우는 사회통합, 국민연대, 소득재분배와 같은 이념이 실현 가능성

은 제쳐두고 이념으로서 시민, 사회단체들을 사로 잡게되어 통합 추진이 조직화 될 수 있었다는 점이다. 그리하여 1988년 의료보험대책위원회가 1994년에는 통합을 위한 범국민연대회의로 확대되어 통합을 주도한데서 알 수 있다.

넷째, 전국민에 대한 의료보험 조기 확대가 정책의 우선 과제가 됨에 따라 지난날 정부는 의료보험조합에 대한 자율권 부여보다는 관 주도적으로 운영함에 따라 당초의 조합 설립 목적인 공적성격의 민간주도에 의한 자율운영이 상실된 데 따른 여러 문제가 제기되고 이를 개혁하기 위한 대안으로 통합운동이 설득력을 갖게 되었다는 점이다.

다섯째, 의료보험통합이 사회운동차원에서 전개됨에 따라 합리적으로 통합의 실체가 무엇이며, 외국의 사례는 무엇이며, 통합이 어떠한 문제를 파생시킬 것인지와 같은 전문적인 토론이 생략되어 이념적인 투쟁의 대상이 되었다는 점이다.

여섯째, 통합을 반대하는 측에서는 당시의 제도를 방어해야 하는 입장이었기 때문에 통합을 주도하는 측과 같은 형태의 시민단체 등을 조직하기 어려웠기 때문에 통합의 논리만 일방적으로 국민에게 전달되었다는 점이다. 또한 통합을 주장하는 사람들은 당시제도를 비판만하면 되었기 때문에 제도상의 문제점을 부각시켜 국민에게 전달함으로써 통합에 대한 공감대를 모으기가 용이하였다는 점이다. 이와 반대로 통합을 반대하는 사람들은 현실적으로 의료보험의 통합이 가능할 수 없을 것으로 보아 통합이 갖는 문제점에 대하여 적극적으로 여론을 주도를 하지 못하였던 점을 들 수 있겠다.

6. 의료보험통합 논리의 문제점

의료보험 통합논쟁이 전개되는 과정에서 통합의 이점을 주장하는 논리는 다양하게 전개되었지만 1998년 10월 이전까지는 어디까지나 검증되지 않는 공리적 논리에 불과하였다. 그러나 1998년 10월 지역의료보험을 통합하고 1999년 2월 국민건강보험법을 통과시킨 후 통합을 추진하는 과정에서 지난날 주장된 통합논리의 상당수는 실천상의 문제가 있다는 것이 입증되기 시작하고 있다. 그 단적인 사례가 통합작업을 하면서 지역주민의 소득구조에 대한 실상을 파악하지 못하고 소득비례보험료의 개발이 가능하다고 잘못 판단하여 소득비례보험료의 부과를 법에 삽입한 후 실행을 하려니 이것이 불가능하여 국민건강보험법을 시행도 하기 전에 개정안을 제출하는데서 볼 수 있다. 이제 통합논리 가운데 몇 가지 주요한 문제점들을 검토토록 한다.

가. 통합의 이념과 실천모형과의 괴리

의료보험의 통합논리에서 가장 먼저 지적해야 할 문제는 우리가 택한 모형이 세계적으로 보

편적인 모형이 아닌 한국형이라는 데에 기인한다. 우리 나라에서 의료보험의 통합을 주장하게 된 데에는 재원조달의 분리에 따른 형평성 결여 문제, 제도의 다양화에 따른 국민연대성 결여 문제, 다원 조직에 따른 관리의 비효율문제를 극복하기 위함인 것이다. 우리 나라와 같이 지역주민의 소득이 본인의 신고에 의하여 노출되고, 의료자원의 분포가 지역간에 편중된 실정에서 통합 이념을 실현할 수 있는 방법은 영국과 같이 조세로 재원을 조달하는 국가공영제인 것이다. 그런데 국가공영제를 통합의 모형으로 제시할 경우 당시의 국가 재정형편상 도저히 받아들여지지 어렵다는 사실과 함께 통합을 지지하는 의료계와 갈라 설 염려가 있었다. 이에 전국민을 단일관리하는 모형을 국가공영제가 아닌 사회보험방식의 통합이라는 「한국형모형」으로 탈바꿈시켰기 때문에 국가공영제의 이점도 사회보험제도의 이점도 모두 살리지 못할 가능성만 남았다. 전국민을 단일관리할 경우, 재원은 조세로 조달하고 의료공급은 국가의 수요독점 구조로 하는 국가공영제를 택하여야 관리비도 적게 들고 의료비 관리도 용이한데 단일조합형 통합 모형이라는 한국형을 고집함에 따라 이념과 제도가 불일치하여 의료보험통합의 이점으로 주장되던 내용이 실현되기는 고사하고 오히려 제도의 부작용만 더욱 커질 가능성이 많다는 점이다. 통합을 주도한 사람들 가운데는 한국형 의료보험 모형의 실현 가능성을 믿는 사람도 있지만 또 다른 사람들은 국가공영제를 중국적인 목표로 설정하고 이에 이르는 지름길이 바로 의료보험 통합이기 때문에 통합대열에 동참한다는 입장을 견지하고 있는 점도 주목해야 할 것이다.

통합을 주도한 시민단체의 하나인 참여연대의 김연명(1999)은 의료보험통합은 역사적인 선택을 찾아 볼 수 없는 「한국형 복지제도」라는 혁명적인 복지제도에 대한 거대한 실험이라는 표현을 스스로 사용하고 있다. 그런데 문제는 사회제도에 대한 실험이 실패로 끝났을 때의 대안제시가 없고 실패로 인한 국민들의 피해에 대한 언급도 통합모형은 제시하지 못하고 있는 점이다.

나. 통합이 재분배를 기할 수 있다는 논리의 문제점

통합을 주장하게된 당시 보사부의 논리는 지역주민의 보험료부담능력이 결여되어 있는데 정부 재정은 이를 부담해줄 능력이 없기 때문에 통합을 통해서 해결하는 것이 국민연대를 기하고 형평에도 맞다는 것이었다. 즉 정부가 부담해야할 몫을 근로자에게 부담시키는 것이 형평에 맞다는 논리였다.

통계청에서 발표하는 가구주 종사상 지위별 연간소득자료를 보면 1985년까지는 자영자의 소득이 낮았다. 따라서 1980년대 초반에는 이 논리가 맞을 수 있었다. 그러나 1988년 발표자료부터는 근로자의 소득이 오히려 낮기 때문에 통합주장은 현실성을 상실하였다. 따라서 통합은 소득이 낮은 근로자가 단지 소득이 노출된다는 이유만으로 소득이 높은 지역주민을 돕는 역형평 문제가 분명히 제기될 것이다.

여 통합을 주도했던 건강연대에서는 지역의료보험에 대한 재정의 50%를 국고에서 지원해 주어야 한다는 요청을 공식적으로 하고 있어 통합논리의 허구를 입증하고 있다. 통합을 주도했던 사람은 지역과 직장의 재정통합이 안되었기 때문이라고 하지만 지역과 직장의 재정통합을 앞두고 직장재정이 지역으로 이전되지 않겠다고 공언하고 있는 것을 볼 때 정부재정중립이라는 종래의 주장은 단순히 통합을 유도하는 허구적인 주장이었음이 입증되고 있다.

라. 통합과 지역주민 보험료 인하 논리의 문제점

의료보험의 통합에 앞장 서왔던 수 많은 농민단체들은 의료보험이 통합되면 농어민의 보험료가 인하되고 도시지역주민들의 보험료도 인하된다는 논리에 따라 통합을 주장하였던 것이다. 정명채(1997)는 지역의료보험조합을 하나로 통합할 경우의 기대효과로 농어촌은 보험료가 24%, 도시지역은 약 5%가 인하될 수 있다고 하였다. 황성균(1997)도 바로 이 논리에 수긍하여 지역의료보험을 공교와 통합하는 법안을 발의하게 되었다(다만 황성균은 지역의료보험료의 할인가능이라는 표현만을 사용). 그리고 차홍봉(1994)은 통합을 주장하는 이유의 하나로 UR문제 등으로 시련을 겪고있는 농어민을 전국민적인 연대성의 원리에 따라 돕도록 해야 한다는 주장을 펴 통합을 통하여 농어민들의 보험료부담을 낮추어 줄 수 있는 것을 은연중에 강조하였다. 그러나 지역의료보험의 통합후 지역의료보험료는 농어촌에서는 3.3%, 도시지역에서는 1.1%의 인하에 그쳐 통합에 대한 지역주민의 기대를 저버리는 결과를 초래하였다. 그뿐만 아니라 통합 직후인 1999년에는 지역의료보험료가 24.6%나 인상되었고 2000년에도 지역의료보험료의 인상은 불가피해 보여 통합논리가 현실을 무시하고 주장되었음을 입증한다고 하겠다.

마. 통합과 관리의 효율화 논리의 문제점

의료보험을 통합하면 조합을 출장소로 대폭 줄여 기구를 축소할 수 있고, 자격관리의 변동에 따른 비용을 줄일 수 있고, 업무전산화로 인한 업무량의 감소, 보험료의 체납처리비용의 감소 등등의 이유를 들어 관리의 효율화를 기할 수 있다는 주장을 펴고 있었다. 그러나 통합에 따른 관리비의 절감문제는 현 단계에서는 검증되기 어려운 과제라 하겠다. 2000년 7월 관리조직들의 완전통합을 앞두고 업무의 효율화를 위하여 전국에 6개의 공단 하부조직을 두고 그 밑에 기초자치단체별로 지소를 두는 안이 이미 제기되고 있다. 4,500만명의 전국민을 관리하는데 이 정도의 조직으로 관리하는 것은 무리가 따를 것이다. 통합이 이루어지고 몇 년이 지나면 지부의 수는 6개에서 적어도 12개 이상으로 늘어나야 할 것이며 지소의 하부조직으로 출장소를 두어야만 하는 일이 벌어질 것이다. 통합이 되면 자격관리 업무가 줄어들 것이라 하지만 적용자가 이사를 하거나 직장을 바꾸면 변동신고는 있어야 하기 때문에 업무가 크게 줄어든다고 보아서는 곤란하다. 다만 전산시스템이 발전하기 때문에 처리가 신속해지고 간편해지는 것이다. 이것은

보험의 통합과는 큰 관련이 없다.

문제는 당장은 나타나지 않겠지만 조직 통합후 4-5년이 지나면서부터 조직의 대형화로 인한 관료주의 병폐가 나타날 때 여기에 어떻게 대처할 수 있는가 하는 것이다. 과거 의료보험이 조합분리체제로 되어 있을 당시의 관료주의는 정부가 의료보험을 조기에 확대코자 하는 의도에서 정부주도로 보험제도를 관리함에 따라 생긴 문제였다. 이 문제는 독일에서 실시하고 있는 것처럼 의료보험조합들을 경쟁시키는 장치를 개발한다면 치유 가능할 것이다. 특히 독일은 피보험자에게 조합선택권을 허용하여 1993년 1월 1,241개이던 조합을 1999년 1월에는 467개조합으로 통합을 하여 관리의 효율을 기하고 있다(高智英太郎 1999). 알젠티나도 단일형 체제가 갖는 적용자의 무책임성과 비효율등을 이유로 정평을 넣고자 개혁을 단행(World Bank 1993)하고 있음을 주목해야 한다. 4,500만명을 단일체제로 관리할 경우, 조직의 관료주의 병폐는 치유하기 어려울 것이다. 최근 국영기업인 한국전력이 관료화로 인하여 비효율이 발생하자 이를 6개로 분할하여 경쟁체제로 하겠다는 이야기가 나오고 도시가스공사도 분할시키자는 논의가 나오고 있다. 이러한 상황에서 의료보험조직을 하나로 하여 관리의 효율화가 달성될 것이라고 주장하는 것은 성급한 기대가 아닌가 한다. 오히려 지역과 공공의보가 통합하여 발족된 국민의료보험 관리공단이 조직 관리가 제대로 안되어 조직내의 갈등이 심화되고 비효율을 낳을 우려가 높아지는 측면은 없는지 보다 면밀한 분석이 요구된다. 만약 통합이 관리의 효율을 낳지 못한다면 통합은 전국민을 대상으로 하는 사회제도의 실험에 불과하였다는 평가만 받게 될 것이다. 특히 자본주의 경제를 유지하는 국가에서 경쟁이 효율을 보장하는 가장 유효한 수단이 됨을 생각할 때 통합은 아예 경쟁구조의 대두 가능성마저 없애버렸다는데서 문제가 있다고 하겠다.

VI. 의료보험급여와 관련된 정책결정

의료보험급여와 관련된 정책으로서의 의료보험수가의 책정, 보험급여범위 및 내용의 설정, 지불 및 심사제도 등이 있다. 보험급여와 관련하여서는 먼저 행위별수가제도의 채택과 심사제도에 대하여 살펴보아야만 한다. 이 제도가 갖추어지고 난 다음에야 수가가 책정되고 급여범위가 결정될 수 있기 때문이다.

1. 행위별수가제의 채택과 변천

우리 나라는 의료기관에 대한 진료비지불제도를 의료보험제도 도입 초기부터 행위별수가제도를 도대로 하여 오늘에 이르고 있다. 행위별수가제를 채택하게 된 배경은 의료보험제도 도입

당시의 관행수가가 행위별수가에 준하는 것이었고 우리 나라의 의료기관들이 민간자본 중심이었기 때문에 다른 지불제도를 생각하기 어려운 측면이 있었다. 그외에도 우리 나라는 의료보험 제도를 도입하면서 일본제도를 상당히 모방하였기 때문에 지불제도도 일본에서 사용하고 있는 행위별수가제를 채택하였다고 하겠다.

행위별수가제를 채택하였으나 제도 내용에 있어서는 변천을 겪었다. 의료보험제도를 처음 시작할 당시에는 점수제방식으로 하여 진료행위간의 상대가치를 점수로 표시하였다. 그리고 진료비는 점수에 환산지수(conversion factor)를 곱하여 금액으로 환산하여 지불하였다.

점수제방식은 1981년 6월 15일을 기하여 현재와 같은 금액제로 전환하였다. 당시 점수제를 금액제로 전환한 이유는 다음과 같다(양명생 1993).

- 첫째, 의료기관이 청구과정에서의 혼동을 이유로 금액제로의 전환을 희망
- 둘째, 본인부담금 산정이 용이
- 셋째, 진료기관별로 달리하는 가산제의 계산이 용이 함
- 넷째, 점수의 고정성이 의료기술의 반영을 어렵게 함

점수제를 금액제로 전환한 이유는 이상의 4 가지였지만 당시는 점수제의 이점을 제대로 깨닫지 못하고 점수에 점당 가격을 곱한 것이나 처음부터 금액으로 수가를 표시한 것이나 같다고 보아 절차를 간소화한다는 의미에서 의료기관들이 금액제를 선호하였고 정부가 이를 받아들였다고 보여진다. 우리 나라의 진료비지불제도는 보험제도 도입 초기에는 시술점수제라는 명칭이 사용되었으나 점수제를 금액제로 바꾼 후부터는 행위별수가제라는 용어가 사용되는 점도 주목해야 할 것이다.

WHO와 ILO는 행위별수가제의 두 가지 방법을 제시하면서 점수제가 갖는 이점에 대해서만 언급하고 있다(Normand and Weber 1994). 첫째의 이점은 점수의 조정이 상대적으로 용이한 것이다. 금액제는 상대가치(점수)와 금액으로의 환산지수가 혼합되어 있기 때문에 물가변동이 있을 때마다 조정해야하는 등의 번거로움이 있고 이러한 조정이 상대가치의 변동에 따른 것인지 알 수 없게 한다. 그러나 점수제는 상대가치의 변동이 있을 때만 조정하면 되기 때문에 번거로움이 훨씬 적으면서 조정이 용이하다. 둘째의 이점은 환산지수가 독립되어 있기 때문에 물가가 오를 경우 상대가치는 그대로 두고 환산지수만 조정하면 되는 이점이 있다. 그리고 의료공급자에게 지불할 총액에 대하여도 환산지수에 대해 의료계와 보험자가 협상하면 쉽게 해결할 수 있는 이점이 있다.

1981년 점수제를 금액제로 전환시킨 후 수가표의 조정은 상대가치의 변동으로 인한 것인지 아니면 물가상승요인에 의한 것인지 구분하기 어렵게 되어 의료행위간의 상대가치의 왜곡문제가 끊임없이 제기되었다. 상대가치의 왜곡이 파생시킬 문제는 의료행위의 왜곡으로 연결된다. 우리 나라 의료수가의 상대가치의 왜곡과 그 문제점에 대해서는 김한중 등(1990, 1992)에 의하

여 지적되었고 이러한 왜곡문제에 대한 대책으로 자원기준상대가격제(RBRVS)의 도입이 주장되었다. 이 제도는 근본적으로 점수제와 동일하나 상대가치의 산정방법이 보다 정교하다고 하겠다. 1994년 의료보장개혁위원회는 의료행위별 수가의 상대가치가 불균형하여 의료서비스 행태가 왜곡된다고 판단하여 자원기준상대가격제(RBRVS)를 도입키로 결정하였다. 이러한 결정에 따라 상대가치를 바로잡기 위한 연구가 연세대 보건정책 및 관리연구소와 한국보건의료관리연구원이 공동으로 맡아 1997년 10월에 보고서를 발간하였다.

1997년에 발간된 보고서에 따라 의료보험수가구조가 개편되어야 하나 진료행위의 종류가 기존의 2,300여종에서 의료행위 8,445항목, 치과의료행위 1,321항목으로 대폭 늘어나 과잉진료로 인한 의료비 증가의 염려 때문에 그 실행이 미루어지고 있다. 다만 정부는 이 연구결과를 토대로 항목의 조정과 상대가치의 조정이라는 연구를 통하여 새로운 수가표를 만들고자 노력하고는 있다(보건복지백서 1998).

행위별수가제도의 변경이라는 정책에는 그간 연세대학교 예방의학교실에서 꾸준히 현재 의료행위별수가의 상대가치가 문제가 많음을 제기하였고, 전문가집단의 노력에 대하여 의료계도 공감하고 있었기 때문에 정책의 전환이 이루어졌으나 현실적으로 새로운 체계로의 전환이 쉽지 않음을 보여주는 사례에 속한다고 하겠다. 이 문제에 대하여 상대가치의 변경은 각 전문의간의 소득재분배를 초래하기 때문에 전문가 집단의 동의가 외국에서는 쉽지 않았으나 우리나라에서는 상대가치의 변경과 함께 진료항목의 증가 그리고 수가수준의 인상이라는 기대감 때문에 전문의 집단이 쉽게 상대가치제의 도입에 동의하였다는 주장도 있다.

2. 진료비 심사 문제

행위별수가제도는 다른 지불제도와 달라 진료 행위 하나를 심사하여 그 행위의 타당성을 인정해야하기 때문에 심사기구를 어떻게 설치하는가의 문제는 의료공급자뿐만 아니라 보험자에게도 매우 중요하다. 심사기구와 관련된 쟁점은 심사기구를 보험자에게 귀속시키느냐 아니면 독립시키느냐의 문제와 함께 진료비심사를 의사가 맡느냐하는 문제인 것이다.

대한의사협회나 병원협회와 같은 의료단체는 진료비의 심사가 보험자에 의하여 일방적으로 이루어지는데 대하여 항상 불만을 표시하고 심사기구의 독립을 요구하여왔다. 이제 우리나라 의료보험의 진료비 심사기구의 변천과정을 살펴보면 다음과 같이 정리할 수 있다(보건의료정책연구소 1989).

- ① 1977년 7월 직장의료보험제도도입과 함께 조합단위로 심사가 이루어짐.
- ② 1979년 1월 공교의료보험제도의 도입과 함께 공단내 심사부가 설립되면서 전문심사가 이루어짐.

- ③ 1979년 7월 직장조합의 심사는 의료보험협의회(1981년 의료보험조합연합회로, 1988년 의료보험연합회로 개칭)내에 심사부를 설립하여 직장조합의 심사를 단일기구에서 맡음. 그러나 공교와 심사기구의 2원화에 따른 문제가 제기됨.
- ④ 1988년 1월부터 심사는 의료보험연합회로 일원화하였음.

의료공급자 단체의 진료비 심사기구 독립에 대한 요구가 높아지자 국회 보사위는 1993년 7월 7일 공청회를 개최하였으나 결론을 내리지 못하였다(국회 1993.7). 그러다 1999년 2월에 국회를 통과한 국민건강보험법에 「건강보험심사평가원」이라는 심사기구의 독립을 명기함으로써 그 동안 의료계의 숙원이 이루어지게 되었다. 그러나 이 법에는 심사기구에 의료의 적정성이라는 의료의 질에 대한 평가를 업무내용의 하나로 명기함으로써 건강보험심사평가원은 의료계의 당초 생각과는 다른 방향으로 나아갔다.

심사기구의 독립문제는 보험자와 피보험자가 보험재정이라는 공통의 이해를 갖고 의료기관의 요구에 대하여 부정적인 반응을 보임으로 정책의 실현이 어려웠던 것이다. 그러다 의료보험의 통합에 대하여 의사협회가 동참하였기 때문에 통합법안을 발의하는 과정에서 의료계의 요구사항인 심사기구의 독립이 받아들여져 정책으로 결정되었다고 하겠다. 심사기구와 관련해서는 그간의 정책 결정이 미뤄진 것은 이해 단체의 이해가 좌우되는 문제의 결정에는 그만큼 어려움이 있다는 것을 보여주는 사례라 하겠다.

3. 급여범위 및 내용과 관련된 정책

보험급여와 관련된 정책을 살펴보기 위해서는 먼저 수가표에 등재된 급여종류를 살펴보아야 한다. 1977년 7월 의료보험제도가 도입될 당시의 의료보험급여를 보면 진료행위는 763종으로 하였다(양명생 1993). 그리고 수가수준은 당시 서울시내 소재 9개 병원의 관행수가에 대하여 55% 수준에서 보험수가를 결정하였으며 행위별점수는 '76년 9월 현재 수가를 기준으로 행위의 난이도(70%) 및 시술시간(30%)를 감안하여 산정하였다(양명생 1993). 1977년부터 지역별 가산율과 의료기관 종별 가산율제도를 실시하였으나 1981년 지역별가산율제도는 폐지하고 의료기관 종별가산율제도만 현재까지 존속하고 있다. 보험약가는 도매가격과 병원판매액을 조사하여 관행가격에 비하여 24.22%가 인하된 가격을 고시하였다(양명생 1993).

의료보험급여내용은 거의 매년 수정되는 의료보험요양급여기준액표와 의료보험 약가기준액표에 등재됨으로서 확대가 되는데 진료행위의 경우 1999년에는 약 2,300여종의 행위가 등재되어 급여범위는 의료기술의 발달과 함께 꾸준히 증가되었음을 알게 한다. 진료행위의 등재는 각 전문의학회가 수가조정에 앞서 정부에 요구 사항을 제시하면 정부는 이를 검토하여 필요한 서

비스는 등재하는 형식을 취하고 있다.

의료계는 수가표에 보다 많은 행위들이 등재되기를 희망하여 왔다. 최근 RBRVS에 의거한 수가표의 조정에 대하여 의료계는 미국의 CPT code에 나오는 20,000여종을 수용해 주도록 요구한데서도 의료계의 바램을 알 수 있었다. 그러나 행위가 세분될수록 과잉진료가 가능하여 보험재정을 압박하기 때문에 의료계의 이러한 요구가 충분히 수용되지 못하고 있다.

1994년 의료보장개혁위원회의 활동으로 CT나 MRI에 대한 보험급여화가 건의되었으나 정부는 CT에 대하여 진료용으로 판명이 날 경우만 보험급여로 인정토록 함으로서 고가의 의료기술포 보험급여로 될 수 있다는 선례를 남기게 되었다. 보험급여범위의 확대는 보험재정과 결부되기 때문에 정책 결정은 매우 신중을 기하게 된다. 1984-5년간 보험재정이 악화되자 정부는 보험료 인상으로 대처코자 하였으나, 당시의 언론에서는 보험료 인상을 강하게 비판함에 따라 정율제의 본인부담구조에 정액제를 혼합시키는 방법의 수요억제책을 택하여 재정문제를 해결하였다. 그러나 본인부담의 증가는 일시적으로 수요를 억제시키지만 공급자들의 수요창출로 이용율이 다시 원상으로 회복되어 의료비증가를 억제시키는데는 한계가 있다(Saltman and Figueras 1998)는 것이 선진국의 경험이다. 우리나라에서도 최근에 또다시 보험진료비 증가문제로 어려움을 겪고 있음을 볼 때 수요억제책의 한계를 절감하게 된다.

보험재정에 대한 국민들의 이해 부족은 불가피하게 저보험료에 따른 저급여정책을 택하지 않을 수 없게 하였다. 그 결과 국민들은 의료보험제도 도입후의 열악해진 의료환경으로 인하여 의료보험제도를 의료수가할인제도로 여기게 만들어 오늘의 의료문제를 낳게 하였다. 여기에 더하여 의료보험의 통합을 주도하였던 사람들은 통합을 위한 기술적인 차원에서 통합에 보다 많은 사람들을 동참시키기 위하여 의료보험이 통합된다면 보험료를 인상하지 않고도 보험급여의 개선이 가능하다는 비현실적인 주장들을 하여 보험료의 인상을 어렵게 만들어 보험수가가 낮고 급여수준을 상대적으로 낮게 하는데 기여하였다고 하겠다. 의료보험의 통합을 주도하였던 사람들은 통합이 이루어지고 난 이후에는 보험료의 인상과 지역의료보험에 대한 국고지원의 50%를 보장하라는 주장을 통하여 수가인상과 급여개선을 시도하고 있지만 보험재정을 일시적으로 증액시킨다는 것은 국민들의 저항으로 결코 용이하지 않은 일이라 하겠다.

4. 보험수가 산정에 관한 정책

의료보험수가는 제도 도입 당시에는 보험재정의 크기 등을 감안하여 당시 관행수준의 55% 수준에서 결정을 하였고 그 이후에는 거의 매년 의료기관의 경영수지를 분석하여 의료기관이 적자경영을 면하도록 하는 범위에서 인상이 결정되어 왔다. 의료보험수가 조정율의 결정과정을 보면 먼저 연구기관에서 병의원 경영수지분석을 한 후 다음해의 물가상승이나 임금상승등

의 원가상승요인을 감안하여 인상율을 보건복지부에 건의하면 복지부는 물가 및 예산당국과의 협의를 거쳐 인상율을 결정하여 온 것이 지난날의 과정이다. 이 과정에서 의료계로서는 수가인상율을 보다 높게 하고자 여러 가지 자료를 갖고 정책담당자들을 설득시키려 노력하였다. 반면에 물가 및 예산당국에서는 가급적이면 수가인상을 억제키 위하여 경제학자들의 이론적인 뒤받침을 받아 의료계를 설득시키고자 노력하였으나 주로 정부의 물가관리 차원에서 그리고 보험재정관리 차원에서 수가인상율이 결정된 것이 지금까지의 사정이었다. 따라서 의료계에서는 항상 수가수준의 부적정함을 불평하여 왔었다.

1994년 의료보장개혁위원회에서는 수가조정 절차를 합리적으로 하기 위하여 수가조정위원회를 구성하여 여기에서 수가인상율을 논의할 것을 건의하였으나 물가 및 예산당국이 물가상승과 국고부담의 증가를 우려하여 수가를 통제하여왔다.

<표 2> 의료보험수가 조정을 위한 경영분석 담당연구기관과 표본 수

회수	실시년도	연구기관	표본기관
1	'78. 5	한국생산성본부	종합병원 6개
2	'79. 12	한국생산성본부	중6, 병3, 의6
3	'80. 12	한국생산성본부	중6, 병3
4	'81. 8	한국생산성본부	중7, 병3
5	'81. 11	한국생산성본부	중2, 병2
6	'82. 12	한국인구보건연구원	중8, 병2
7	'84. 7	한국인구보건연구원	중 7
8	'85. 7	한국인구보건연구원	중 11
9	'86. 12	한국인구보건연구원	중 10
10	'87. 12	한국생산성본부	중13, 병13, 의16
11	'89. 7	한국개발연구원	중11, 병7
12	'90. 2	삼일회계법인	3차3, 중9, 병6, 의10
13	'91. 2	삼일회계법인	3차4, 중16, 병14, 의18
14	'92. 1	삼일회계법인	3차4, 중19, 병13, 의19
15	'92. 12	한국의료관리연구원	3차4, 중22, 병11, 의17
16	'93. 12	한국의료관리연구원	3차6, 중21, 병23, 의20
17	'95. 2	한국의료관리연구원	3차21, 중145, 병147, 의15, 치5

1995년 이후로는 별도의 표본조사를 하지 않고 의료관리연구원에서 매년 실시하는 병원경영수지분석 자료를 활용하여 수가조정율을 산정함.

지금까지 수가조정율의 결정과정은 그렇게 합리적이라 볼 수 없다. 먼저 수가산정과정을 보면 매우 불합리한 자료를 토대로 수가인상율이 결정되었음을 알 수 있다. 의료보험수가 조정율을 산정하기 위하여 병의원을 표본으로 추출하여 표본의료기관들의 경영수지를 조사하는데 표본병원들이 병원경영 측면에서 의료기관을 대표할 수 있는가 하는 대표성문제가 먼저 제기된다. 즉 표본으로 선정된 의료기관이 경영효율이 높은 곳이면 수가조정을 할 필요성이 없어지는 반면에 표본기관이 경영상 문제가 있는 경우는 수가인상율이 높아야 하는 문제가 제기된다 (1995조정을 산정부터는 표본문제는 제거됨).

다음으로는 우리 나라의 진료수가에는 의료기관의 자본비용도 함께 보상토록 되어있기 때문에 자본투자여부에 따라서 수가조정율이 크게 달라지는 문제가 있다. 일본은 우리나라와 같이 수가에 자본비용이 포함되지만 서구제국은 자본비용은 별도 보상하고 경상운영비만 의료기관에 진료비로 보상하고 있다. 우리나라나 일본처럼 진료비에 자본비용을 포함시키는 경우 적정수가 산정은 용이하지 않은 문제가 있다. 참고로 1977년 이후 현재까지 수가조정을 산정을 위하여 의료기관 경영분석을 한 기관과 표본의료기관수를 <표 2>에 제시하였다.

의료보험수가 조정과 관련하여 1999년 2월에 제정된 국민건강보험법은 수가의 조정을 건강보험심사위원회에서 담당하도록 하고 심의위원회에 보험자 대표, 의료계대표, 공익대표 각 8인씩 참여하여 수가가 협의에 의하여 결정되도록 하고 있다. 수가의 조정을 협의를 하도록 규정한 것은 진일보한 것으로 평가될 수 있겠지만 요양기관의 지정이 계약제가 아닌 한, 그리고 의료보험재정에 대한 국고지원이 많아지는 한 수가조정은 과거의 형태를 답습할 가능성이 많다고 하겠다.

의료보험수가 수준에 대하여 의료계는 1977년 7월 보험제도 도입 당시의 수가수준이 관행수가의 55% 수준이었으며 그 이후 수가의 인상율이 항상 소비자 물가수준 이하로 되어 이것이 병의원의 경영악화를 초래시키고 또한 불가피하게 의료질의 저하로 연결됨을 강조하면서 수가수준의 현실화를 요구하여 왔다. 이러한 주장에 대하여 예산부서에 있는 사람들이나 경제학을 전공하는 학자군에서는 의료보험제도 도입이후 적자로 도산하는 병의원은 불과 몇 곳이 안되지만 새로운 병의원이 설립되고 재벌그룹에서도 병원산업에 진출하는 등으로 오히려 번창하고 있다는 점을 강조하면서 수가수준이 낮다는 주장은 받아들일 수 없다는 견해로 서로 대립하고 있었다.

그런데 이러한 논쟁에 중지부를 찍고 과거의 수가수준에 문제가 있었다는 사실은 의약분업의 실시를 앞두고 대체로 수긍하는 분위기로 되고 있음이 주목된다. 2000년 7월로 예정된 의약분업의 시행을 앞두고 1999년 11월부터 「의약품 실구입가 상환제도」가 실시되면서 병의원이 환자들에게 공급하는 약으로부터 마진이 없어지자 거의 전 의료기관이 경영난을 호소하고 있고 정부는 의약분업의 실시와 함께 처방료와 조제료의 인상을 포함한 수가인상에 대하여 긍정

적인 반응을 보이고 있다. 만약 수가수준이 합리적인 수준이었다면 의약분업과 함께 처방료와 조제료를 인상할 이유가 없다. 그러나 의약품 실거래가 상환제도로 의약품에 대한 마진이 줄고 동시에 의약분업의 실시로 병의원에서의 의약품 사용이 대폭 줄게 될 것으로 예상됨에 따라 종래 의약품 마진에서 충당하던 경영수지를 보전할 길이 없게 됨에 따라 의료기관들은 경영난을 호소하게 되었고 이에 정부는 수가수준의 인상으로 대처코자 하고 있다. 이러한 과정을 보면 지난날의 수가정책은 저수가로 일관하여 병의원이 제공하는 서비스 원가의 일부만을 보상(약 65%로 추정, 한국보건의료관리연구원 1998)하고 나머지는 약이나 의료소모품 등의 재료로부터 얻게되는 마진에서 비공식적으로 충당케 하는 비정상적인 구조로 운영되었음을 알게 한다. 낮은 수가로 인한 적자 발생에 대하여 아무도 책임을 져주지 않는 상태에서 의료기관들이 취할 수 있는 행태는 불가피하게 생존을 위한 비정상적인 경영방법의 채택이었다. 이러한 비정상적인 적자보전 방법은 일반국민의 눈에는 의료기관들이 이윤을 위하여 어떠한 짓이라도 하는 기관으로 비쳐져 의료이용자와 공급자간에 불신의 벽만 두터워지도록 조장해 온 것이 지금까지의 수가정책이라 하겠다.

5. 진료비지불제도와 관련된 정책

진료비지불제도와 관련하여서는 주로 학계에서 행위별수가제도가 갖는 비용증가적 요소를 우려하면서 개편해야 한다는 목소리가 높았다. 지불제도개편에 관한 주장이 처음 제기된 것은 1980년 연세대 김일순 등에 의한 것으로 내용은 부분적인 포괄수가화 방안에 대한 것이었다. 그 이후 포괄수가제에 대한 주장은 1986년 서울대 신영수 등에 의하여 K-DRG 적용모형이 개발됨으로 구체화하였다.

지불제도의 개편이 본격적으로 거론된 것은 1994년 의료보장개혁위원회의 활동이 계기가 되었다. 의료보장개혁위원회에서는 개혁과제의 하나로 입원에서의 DRG지불제도의 도입을 결정하였으며 정부는 이 결정을 토대로 1995년 DRG도입 검토협의회를 구성하고 1997년부터 3년간에 걸친 시범사업을 실시키로 하였다. 시범사업의 내용과 대상을 요약하면 다음과 같다.

1997. 2 - 98. 1 : 4개 진료과 5개 질병군 26개 DRGs를 54개 의료기관 대상으로

1998. 2 - 99. 1 : 133개 의료기관 대상 29개 DRGs(98년 9월부터 29개 DRGs로)

1999. 2 - 현재 : 6개진료과 9개질병군 41개 DRGs를 428개 의료기관 대상으로

특히 대만이 1995년全民건강보험을 실시하면서 일부 입원서비스에 대하여 DRG를 도입하고 있는 사실이 우리 나라의 시범사업을 촉진시키는 계기도 되었다. 우리 나라는 3년간의 시범사업의 경험을 토대로 하여 2000년 7월부터는 전 의료기관에 대하여 9개질병군 41개 DRGs를 입

원서비스에 적용할 예정으로 있다.

DRGs 제도의 도입과 관련한 정책결정은 전문가집단의 설득과 행위별수가에 따른 보험진료비증가라는 현실적인 문제가 배경이 되었다고 볼 수 있다. DRGs제도의 도입에 따라 예상되는 문제는 서비스의 질 저하와 함께 의료보험통합으로 보험재정이 압박을 받을 경우 보험자로서는 DRGs수가의 통제방법을 채택할 가능성이 높다는 점이다. 그리고 미국은 병원체제가 개방형으로 되어 Medicare의 경우 진료비 지불제도가 병원에 대하여는 DRGs를, 의사에 대하여는 행위별수가를 택하고 있기 때문에 의사로서는 서비스의 수준을 저하시킬 아무런 유인도 없다. 그러나 우리 나라는 병원체제가 폐쇄형으로 되어 의사가 병원에 고용되어 있기 때문에 DRGs수가에 대하여 엄격한 통제가 가해지면 의사는 서비스량을 줄여 병원의 경영수지를 맞추도록 할 유인이 있다는 것이 문제로 지적될 수 있다.

그리고 또 다른 문제는 입원의 일부 상병에 대해서는 DRGs라는 진료 행위의 포괄화가 추진되는데 반하여 DRGs가 적용되지 않는 서비스에 대해서는 RBRVS에 의한 행위별수가를 개편하면서 행위가 보다 세분화되는 상반되는 정책이 전개된다는 점이다. 이러한 모순적인 사항이 전개되는 것은 지불제도에 대하여 정책 당국자가 확고한 지식이 없어 전문가의 주장에 이끌리다 보니 한쪽에서는 행위의 포괄화가 다른 한쪽에서는 행위의 세분화라는 모순된 정책이 추진된다고 하겠다.

국민건강보험법의 통과를 계기로 지불제도의 개혁에 대한 다른 의견이 제시되고 있는 점 또한 주목된다. 최근에 등장한 지불제도의 개혁은 주로 서구국가들에서 채택되고 있는 총액예산제(global budgeting)의 도입에 대한 것이다(최병호외 1998). 총액예산제는 주로 NHS형의 국가공영제를 택한 국가에서 병원에 대한 예산할당을 위하여 채택되는 제도인데 사회보험국가로서는 공공병원과 종교병원이 많은 네델란드가 병원에 대한 예산의 배정을 위하여 채택하고 있었다(NERA 1993N). 1993년 이후 독일이 의료비를 절감하기 위하여 의사들에 대한 진료비의 지불을 과거의 총액계약제 방식에서 총액에 대한 한계(cap)를 설정하는 방법으로 전환하면서 총액예산제라는 용어를 사용하였다(NERA 1993G). 최병호 등에 의하여 주장되는 총액예산제는 독일에서 의사들의 진료비를 지불하는 제도와 유사한 방법으로 의사집단과 보험자간의 합의에 의한 의사진료비에 대한 한계설정을 의미하고 있다. 이러한 방식의 예산설정은 전문의가 개업하여 전문의 간의 이해가 서로 다른 우리 나라에서는 가능하지 않을 것 같다. 총액계약 방식의 예산제가 아니라 의료보험의 통합으로 보험재정의 압박이 심해지면 병원 진료비의 지불에 대하여 사용하는 총액예산제의 도입에 대한 목소리가 커질 가능성이 높아질 것이다. 그런데 병원 진료비의 지불에 사용되는 총액예산제는 영국과 같이 의료기관이 국유화되거나 네델란드와 같이 공공병원이나 종교병원이 많은 국가에서나 가능하지 우리 나라와 같이 의료공급이 민간자

본에 의존하는 국가에서는 의료공급에 대한 패러다임의 전환을 의미하기 때문에 총액예산제 문제는 신중히 접근해야 할 과제라 하겠다.

6. 진료전달체계와 관련된 정책

의료보험제도를 도입하면서 의료제공체계를 자유방임제로 할 것인가 아니면 보험자가 정하는 틀 속에서 할 것인가가 일찍부터 논의의 대상이 되었었다. 양재모는 사회보장창시에 관한 건의(1961)에서 의사를 全科醫와 專門醫로 나누고 전문의는 소아과를 제외하고는 병원근무를 원칙으로 하고 전과의에 대하여는 주민이 등록하고(의사 1인당 3,500명을 상한으로 하되 보조 의사를 두는 경우는 5,000명까지 가능) 진료보수는 등록자수에 비례하는 인두제를 건의하였다. 그리고 병원에 대해서는 일당 진료비 제도를 건의하여 서구국가들의 의료제도를 답습코자 하였다.

양재모는 진료체계로서는 병이 나면 전과의의 진료를 먼저 받게 하고 全科醫가 진료하기 어려운 환자는 병원으로 보내 병원 외래에서 진단케 하되 웬만하면 그 진단과 치료요령을 전문의의 의견서를 첨부하여 환자를 전과의에 회송시키고, 꼭 입원이 필요한 환자만 입원시키도록 하고 입원 진료가 끝나면 조기 퇴원시켜 회복기는 다시 전과의가 돌보는 체계를 건의하였다. 이 제도는 의료기관들이 공공화내지는 사회화되어 있을 때에 가능한 것이며 우리 나라와 같이 민간자본에 의하여 지배될 경우 수입을 위하여 환자를 놓고 경쟁하는 체계에서는 성립 불가능한 것이다. 따라서 양교수가 건의한 방식의 진료전달체계는 실행을 보지 못하였다.

그리고 1981년 지역의료보험시범사업을 전개하기 이전에는 진료체계나 의료전달체계라는 개념이 도입되지 못하였다. 지역의료보험 시범사업에 앞서서 근로자는 의료보험에 적용을 받는데 지역주민은 보험에 적용되지 못하고 있어 이들을 위한 의료체계의 개발이 정부에 의하여 강구되었다. 이 사업이 바로 마을건강사업으로 1976년 4월부터 1980년 12월까지 홍천군, 군위군, 옥구군의 3개지역에서 실시되었다(한국보건개발연구원 1980). 사업의 내용은 농어촌지역의 의료 접근도가 낮은데 이 지역에 의사를 배치하는 것은 당시의 경제력에도 맞지 않고 또한 의사를 구하기도 어렵기 때문에 간호사를 약 6개월 정도 기초적인 진료에 대하여 교육시켜 이들(보건진료원으로 부름)에게 1차 진료를 담당시키고 이들이 담당하기 어려운 질환은 2차 기관으로 후송시켜 의료비도 절감하고 농촌주민의 의료문제도 해결코자 하였다. 이것이 우리 나라에서 처음 시작된 진료전달체계로 지역의료보험시범사업은 바로 이와 같은 진료전달체계를 믿고 저보험료로 홍천, 군위, 옥구의 3개지역에서 실시되었던 것이다. 직장이나 공교에서는 진료전달체계가 없는데 시범지역만 실시하는 것은 차등으로 비쳐져 시범지역주민들이 반발하여 강제적인 진료전달체계는 1982년도에 폐지되었다. 비록 시범지역에서 진료전달체계는 폐지되었지만 전문가들 사이에서는 사회보험제도하에서 환자들의 자유방임적인 의료 이용에는 문제가 많음을

직적이고 진료전달체계를 수립할 필요성에 대하여는 공감대가 넓어졌다. 특히 사회보험제도하에서 의료보험수가가 모든 의료기관에 동일하게 적용됨에 따라 환자들이 대형 종합병원에 집중되는 것은 자연적인 현상이라 하겠다. 이를 방지하는 것은 국민들의 의료 편익에 해가 되기 때문에 전달체계의 마련이 요구되었다고 하겠다(한국인구보건연구원 1983.6).

이러한 취지에서 정부는 의료전달체계의 구상과 이에 따른 진료권의 설정에 관한 연구를 시작하여 1982년 전국보건의료망편성에 관한 연구보고서가 발간되었다. 이 보고서에 의하면 진료 전달체계는 1차(소진료권내에서 의원급), 2차(중진료권내에서 500병상 이하의 병원이나 종합병원급), 3차(대진료권내에서 500병상이상의 대학병원 또는 700병상이상의 대형병원)로 나누고 진료가 단계적으로 이루어지도록 건의가 이루어졌다.

진료권은 전국을 12개의 대진료권과 104개의 중진료권을 두는 방향으로 하고 소진료권은 읍.면.동을 중심으로 하도록 하였다. 이 보고서가 설정한 대진료권의 구획에 불만인 지역의 주민들이 반발하게 되자 이를 수정하는 연구가 진행되어 1984년에는 수정보고서가 발간되었고 지역의료보험의 확대를 앞두고 1987년에 2차 연구보고서가 발간되었다. 여기서는 13개 대진료권과 135개 중진료권으로 전국의 의료지도가 그려졌었다. 진료전달체계는 그후 1989년 7월 전국민의료보험을 계기로 실행에 옮겨졌다. 대진료권은 8개로 되고 중진료권은 140개로 조정되었으며 전달체계는 2단계로 되어 의료기관은 1. 2차가 합쳐져 1차의료기관이 되고 대학병원이나 대형병원은 3차기관으로 하였다. 환자는 반드시 중진료권내에서의 1차 의료기관을 이용해야만 하고 1차 진료의사의 소견서 없이는 3차진료를 받을 수 없게 제한하였다. 그리고 3차진료도 처음에는 반드시 자신이 속한 대진료권지역의 의료기관만 이용하도록 제한하였다.

1995년에는 중진료권이 138개로 조정되고 8월부터는 대진료권의 개념이 없어지고 중진료권내의 1차진료 의사의 소견서만 있으면 전국의 어떤 3차 기관도 이용 가능케 하였다. 1998년 10월 지역의료보험의 통합과 함께 중진료권 제도도 없어지고 다만 의료기관에 대해서만 1차와 3차 기관의 구분이 적용되었다.

진료권제도의 결정에는 전문가 집단의 견해가 많이 반영되었으나 실행과정에서 의료기관의 경영상의 문제점을 해결해 주지 않고 통제수단으로만 비쳐지게 되어 정책은 규제 철폐 차원에서 점점 도입의도와는 다르게 변형되어 왔던 것이다. 예컨대 3차 의료기관으로 환자가 집중하는 것을 막는 장치로서 전달체계를 채택하였으면 3차 기관은 환자부족으로 재정결손은 불가피해진다. 이 경우 재정결손에 대하여 특별대책이 마련되었더라면 전달체계는 효과를 거둘 수 있었을 것이다. 그런데 의료체계의 거시적 효율화를 위하여 3차기관에 대하여 환자집중을 막는 정책은 채택하고 3차 의료기관의 재정결손이라는 미시적 비효율은 도외시함에 따라 3차기관은 처음부터 편법을 사용(병원앞에 직영의원 개설, 가정전문의를 통한 병원내 이송, 응급실을 통한

수용 등)하여 환자를 놓치지 않았고 편법에 따른 비용만 환자나 보험자가 부담하여 오히려 비효율만 발생시키는 문제를 낳았다.

VII. 맺는 글

우리 나라의 의료보험제도와 관련하여 정책이 어떻게 형성되어 왔으며 그에 따른 문제가 무엇인지를 살펴보았다. 의료보험의 관리체계와 관련하여서는 외국의 사례와 무관하게 한국형이라는 모형을 고집하여 오늘에 이르게 되었으며, 급여와 관련하여서는 지나치게 외국의 사례를 따라가는 모순을 볼 수 있다. 이러한 과정에서 정책에 영향력을 미치는 집단은 관료집단, 시민단체나 전문가집단, 그리고 이해집단 등이었다. 보험제도도입의 결정과정에는 지도자의 리더십이 작용하여 관료집단에 의하여 주로 정책이 결정된 것 같았다.

의료보험의 통합은 초기에는 관료집단에 의하여 주도되다가 의료보험 파동을 겪은 후에는 통합을 주도하던 관료가 재야세력이 되면서 시민단체에 의하여 정책이 주도되는 모습을 보였다. 보험급여와 관련하여서는 그 내용이 너무 전문화되어 관료집단이 힘을 발휘하지 못하고 대학교수를 중심으로 하는 전문가 집단에 의하여 정책이 주도되었다고 하겠다. 그리고 심사기구와 관련된 정책은 의료공급자의 힘이 상당한 영향력을 발휘하였다고 평가된다.

어느 집단에 의하여 정책이 좌우되던지 우리가 명심해야 할 것은 의료보험과 같은 사회제도는 독창적으로 고안되기 어렵다는 점이다. 선진국들이 경험한 사실을 토대로 우리에게 적합한 제도로 조정하는 것이 시행착오를 줄일 수 있는 최선의 길이라는 점이다. 외국에서 전혀 실시하지 않는 제도를 한국형이라는 이름으로 실험을 하겠다는 것은 매우 무모한 일이다. 그리고 선진국에서 성과를 얻은 정책이라 해서 이를 무조건 도입하는 것도 매우 무모한 일이다. 선진국에서 성과를 거둔 정책이 우리 나라에서 성과를 얻기 위해서는 반드시 그 제도가 나오게 된 배경이나 정책환경을 살펴보아야만 한다. 예컨대 선진국이 진료전달체계가 성과를 얻는 것은 병원의 자본비용에 대하여 별도 보상하거나 아니면 대부분의 병원들이 공공병원이거나 대학병원이 되어 적자문제를 걱정하지 않아도 되기 때문이다. 이러한 배경을 도외시하고 진료전달체계를 실시하니 우리 나라에서 성과를 거두기가 어렵게 되었다. 지불제도의 개편 역시 마찬가지라 하겠다.

우리 나라의 의료보험과 관련되는 정책이 시행착오를 겪지 않기 위해서는 선진국의 경험과 함께 관련제도나 정책 환경에 대해서 면밀히 연구하여 성공의 핵심요인은 무엇이며 자원배분의 변화는, 그러한 정책의 도입이 수요자에게는 공급자에게는 어떠한 영향을 줄 것인지를 냉철히 분석하여 채택 여부를 결정해야 할 것이다. 지금까지 우리는 너무 가슴만 뜨거워 어떠한 제도의 기대효과만을 생각하여 정책을 추진하다 시행착오를 겪는 사례가 많았다. 정책의 수립

과 집행에는 뜨거운 가슴도 중요하지만 냉철한 두뇌에 의한 현실성에 대한 판단 역시 중요하다는 사실을 명심하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강창구, 1994. 5. 2 국회 보건사회위원회 공청회 진술내용
국회 보건사회위원회, 의료보험관계법안에 관한 공청회 진술내용, 1989. 2. 10.
국회 보건사회위원회, 의료보험 심사기구에 관한 공청회 진술내용, 1993. 7. 7.
국회 보건사회위원회, 의료보험제도개혁에 관한 공청회 진술내용, 1994. 5. 2.
김연명, 이익집단의 벽에 가로막힌 한국형 복지모델, 신동아 1999년 12월호.
김영모외, 국민의료개보험화의 합리적 방안, 한국사회복지정책연구소, 1982. 12
김용익, 의료보장체계 통합일원화의 필요성과 대안, 행정쇄신위원회, 1994. 12.
김일순외, 의료보험수가개발연구, 공교의료보험관리공단, 1980. 5
김일순외, 포괄수가개발 및 실용방안연구, 공교의료보험관리공단, 1984. 10
김정렴, 한국의 경제정책 30년사, 중앙일보사, 1990
김한중, 조우현, RBRVS와 우리 나라 의료보험수가체계, 한국보건행정학회 1990년도 학술연제
집, 1990년 11월
김한중외, 한국과 미국의 기술료에 대한 상대가치 비교, 보건행정학회, 제2권 제1호, 1992년 7
월: 1-16
연세대 보건정책 및 관리연구소 및 한국보건의료관리연구원, 의료보험 수가구조 개편을 위한
상대가치 개발, 1997. 10.
대한병원협회, 병원협회지, 1976년 7월호
문옥륜, 의료보장제도의 발전적 개선방안, 보건사회부 국민의료정책심의위원회, 1988. 8
문옥륜, 한국의료보험론, 신광출판사, 1990
문옥륜, 배상수, 의료보험진료비 정액제 도입에 관한 연구, 서울대 보건대학원, 1984. 4
문태준, 모든 사람에게 건강을(덕암 문태준 회고록), 샘터, 1997
민주정의당 정책위원회, 전국민의료보험실시방안에 관한 정책 토론회, 1987. 2. 27.
보건복지부, 보건복지백서, 1998
보건사회부, 제2종 의료보험시범사업 세부계획, 1981. 5
보건사회부, 의료보험일원화관련추진실적, 1982. 10
보건사회부, 한국형 국민의료보장 방안, 1982. 11
보건사회부 국민의료정책심의위원회, 의료보험제도의 발전적 개선방안에 관한 공청회 보고서,

1988. 8. 25.

- 보건의료정책연구소, 의료보험진료비 심사지불제도 및 심사기구운영방안에 관한 연구, 1989
사회보장연구회, 전국민 의료보험을 위한 통합일원화 방안, 1988. 7
서창진외, DRG지불제도 시범사업 제2차년도 평가 및 3차년도 실시방안 연구, 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 1999. 4
손명세, 한국의료보험정책 결정과정의 연결망 분석, 연세대학교 대학원(박사학위논문), 1989
신영수외, 공교보험의 진료비변동 및 그 요인에 관한 분석, 서울대 병원연구소, 1983. 12
신영수외, DRG적용모형의 실용화방안에 관한 연구, 서울대 병원연구소, 1987. 12
양명생, 한국의료보험 진료수가제정 및 인상조정과정에 관한 연구, 경산대학교 대학원(박사학위논문), 1993. 12
양재모, 사회보장제도 창시에 관한 건의, 보건사회부, 1961. 5. 16
의료보장개혁위원회, 의료보장의 개혁과제와 정책방향, 1994. 6
의료보험연구자일동, 한국의료보험의 발전방향에 대한 제언, 1988. 8
의료보험연합회, 의료보험의 발자취, 1997. 7
의료보험조합연합회, 의료보험관리운영체계-현행제도 채택배경과 일원화 주장, 1982. 12
의료보험조합연합회외, 의료보험확대 시책의 실시에 관한 건의, 1986. 9. 9
이규식외, 전국민의료보험실시를 위한 제도연구, 한국인구보건연구원, 1985
이규식외, 지역의료보험시범사업 종합평가 및 재정안정화방안, 한국인구보건연구원, 1986
이규식, 전국민의료보험과 관리운영의 과제, 사회보장연구, 제3권, 1987. 11
이규식, 의료보장제도개혁과 합리적 관리체계, 행정쇄신위원회, 1994. 12
이규식, 보건소의 건강증진사업과 지역보건의료계획, 보건행정학회지, 제7권 제1호, 1997. 5
이두호외, 국민의료보장론, 나남, 1992
전국경제인연합회, 의료보험 관리체계 일원화에 관한 제 문제, 1080. 10
전국의료보험대책위원회, 의료보험시정운동소식, 제1호('88. 5. 16자), 제2호('88. 8. 18자)
정명채, 지역의료보험 통합관리의 필요성과 개선효과, 신한국당 농어촌 의료보험대책 소위원회 1차회의, 1997. 6. 30.
조홍준, 한국 의료보장이 나아갈 길, 건강한 삶을 위한 의료제도 심포지움, 인도주의 실천의사협의회, 1998. 9. 3
차홍봉, 제2종 의료보험의 현황과 적용확대방향, 제2종 의료보험 확대방안에 대한 세미나, 한국인구보건연구원, 1982. 9. 2- 3.
차홍봉, 의료보장제도의 발전적 개선방향, 보건사회부 국민의료정책심의위원회, 1988. 8
최병호외, 의료보험 통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구, 한국보건사회연구원, 1998. 12

- 한국보건개발연구원, 재정기구설치를 통한 옥구군민의 보건 의료수요측정계획, 1979
- 한국보건개발연구원, 보건시범사업종합평가보고, 1980. 12
- 한국의료관리연구원, 의료보험수가정책의 발전방향, 1994. 5. 20(미발간 자료)
- 한국보건의료관리연구원, '97 병원경영분석, 1998
- 한국인구보건연구원, 전국보건의료망편성을 위한 조사연구 보고서, 1982
- 한국인구보건연구원, 대학병원 환자집중 완화방안 연구, 1983. 6
- 한국인구보건연구원, 전국보건의료망편성을 위한 조사연구, 1987
- 황성균, 의료보험개혁방안, 1997. 8
- 高智英太郎, 獨逸 保險者 選擇의 自由化부터 3年の 軌跡을 따라, 「健康保險」, 日本 健康保險 連合會, 1999年 9月號
- Folland S, A.C. Goodman, and M. Stano, *The Economics of Health and Health Care*, Maxwell Macmillan International, 1993
- Green, A. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, Oxford University Press, 1992
- Greenberg W. *Competition, Regulation, and Rationing in Health Care*, Health Administration Press, 1991
- Normand. C and A. Weber, *Social Health Insurance- A Guide Book for Planning*, WHO & ILO, 1994
- Saltman, R.B. and J. Figueras, "Analysing the Evidence on European Health Care Reform," *Health Affairs*, Vol. 17, No. 2, March/April 1998: 85-108
- World Bank, *Korea Health Insurance and Health Sector*, Report No. 7412-KO, June 14, 1989
- World Bank, *World Development Report 1993*