

# 건강보험의 정책과제와 발전 방안



글 · 권순만

서울대 보건대학원 보건정책관리학과 교수

## I. 들어가는 말

최근 건강보험은 통합, 재정 위기 뿐 아니라 의약분업, 진료비지불제도 등 보험 재정에 직접적인 영향을 미치는 많은 정부 정책의 변화를 겪고 있다. 이러한 변화를 겪고 있는 가운데 건강보험의 역할은 더욱 막중해지고 있는 것이 사실이다. 본고에서는 우리나라 건강보험이 국민의 건강을 보장하는 제도로 제 역할을 다하기 위해 당면한 정책 과제들이 무엇인지 살펴보고 그 발전 방안을 도출해보고자 한다.

건강보험제도가 당면한 정책과제로는, 질병으로 인

한 경제적 어려움으로부터 보호한다는 의료보장제도의 근본 목적을 달성하기에 취약한 보장성, 의료비 지출구조의 비효율성과 안정적 재원 확보의 어려움으로 인해 지속적으로 불안정한 재정 운영, 그리고 보험제도 운영에 있어 보험자의 역할 미비와 비효율성을 들 수 있다. 건강보험의 보장성 강화를 위해서는 보험급여의 확충과 급여구조 개편, 의료보장의 사각지대 해소를 위한 정책이 필요하다. 재정 운영의 안정성을 제고하기 위해서는 보험료 인상과 안정적 재원 확보를 위한 노력, 진료비지불제도의 개편을 통한 의료비 지출의 효율성 제고 그리고 소비자의 합리적인 의료이용과 건강 증진을 제고하기 위한 정보

제공이 필요하다. 마지막으로 통합된 보험제도로써 제도 운영의 효율화를 위해서는 관리/지배구조의 개선을 통한 책임경영 제고, 보험자 역량 강화 그리고 내부 관리체계의 효율성 제고가 시급한 과제이다.

## II. 보장성 강화

### 1. 급여확충

우리나라 건강보험은 급여수준이 제한적이어서 환자가 의료를 이용할 때 부담하는 비용이 너무 높다. 우리나라는 2001년 현재 국민의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 55%로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이탈리아(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비해 그 비중이 매우 높은 편이다(OECD, 2003). 이는 급여에 포함된 의료에 대한 본인일부부담금이 높다는 것과 함께, 급여에 포함되지 않은 서비스가 많아서 환자의 경제적 부담이 높는데 기인한다. 이러한 저보험료-저급여 구조는 대상 인구의 확대에 초점을 두어 왔던 초기 의료보험 정책의 역사적 산물이지만 이제 건강보험제도의 역할 정립을 위해 반드시 해결해야 할 과제이다(Kwon, 2002).

높은 환자부담은 건강보험이 추구하는 위험분산의 효율성과 비용부담의 형평성에 있어서 많은 문제를 야기한다. 건강보험은 질병의 발생으로 인한 과도한 비용의 지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 효과적으로 분산할 수 있어야 한다. 하지만 현재의 우리나라 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신, 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이 발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하게

되어, 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다. 나아가 보험료는 소득에 비례하지만 의료를 이용할 때 지불하는 본인부담은 소득과 상관없기 때문에, 높은 본인부담금은 의료비부담의 형평성에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 특히 건강 수준이 낮아서 많은 의료 이용을 필요로 하는 계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 클 것이다. 따라서 건강보험이 제역할을 수행할 수 있기 위해서는 보험료의 인상을 통해 급여를 확대함으로써 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고하는 것이 시급한 과제이다.

### 2. 급여구조 합리화

급여의 확대를 통한 보장성의 강화는 그 장점에도 불구하고 일반 국민들로부터 정치적인 수용성이 높지 않다. 즉 급여가 확대됨에 따라 의료이용시 본인부담금이 감소되는 것은 그 편익이 확정적으로 느껴지지 않는 반면, 보험료 인상은 그 부담이 직접적으로 느껴지기 때문에 저항이 큰 것이다. 보험료 인상에 대한 저항이 매우 클 때에는 점진적으로 조금씩 보험료를 인상하되 급여구조 개편을 우선적으로 시행할 필요가 있다.

원래 보험은 재난적 성격(catastrophic)의 비용 지출에 대한 보장을 목표로 한다. 따라서 보험의 원리에 충실하려면 고비용이 요구되는 질병의 치료에 대한 보장을 높이고 대신 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장은 낮출 수 있다. 고비용이 소요되는 중증 질환은 발생 빈도가 높지 않은 반면 비용 지출이 낮은 질환은 발생 빈도가 높으므로 고비용-중증 질환 중심으로 급여 구

조를 개편하는 것은 보험료의 대폭적인 인상없이도 시행할 수 있을 것이다. 다만 저비용-경미한 질병이더라도 의료이용이 많아 의료비 총액의 경제적 부담이 큰 계층을 위해서는 의료비(총액)본인부담금 상한제를 이용하여 상한선 이상의 지출에 대해서는 사후적으로 보상해주는 정책을 통해, 급여구조의 개편이 형평성을 악화시킬 수 있는 가능성에 대비할 필요가 있을 것이다.

### 3. 빈곤층에 대한 의료보장

최근 경제 침체에 따라 보험료 체납자가 더욱 증가하고 있다. 빈곤층을 위한 의료급여제도가 수혜 대상 인구 및 수혜(급여)의 폭에 있어 매우 제한적이어서 차상위 계층에 대한 의료보장 사각지대의 크기가 상당한 실정이다. 우선적으로 보험료 체납자의 실태에 대한 파악과 함께 이의 해결을 위한 정부 지원 그리고 건강보험제도와 의료급여제도 간의 유기적 연결에 대한 정책이 필요하다. 궁극적으로는 빈곤문제와 형평성에 대한 정부차원의 관심과 정책 그리고 이에 대한 우선 순위 제고가 시급한 과제이다.

## III. 재정 안정화

### 1. 안정적 재원 확보

앞서 논의한 급여확대를 위해서는 안정적 재원이 필요하고 따라서 보험료의 인상이 불가피하다. 하지만 보험료의 수준이 높아질수록 보험료 부담의 형평성에 대한 관심이 높아질 것이다. 따라서 보험료 부과와 형평성 제고가 향후 보험료 인상과 안정적 재원 확보에 중요한 역할을 할 것이다.

나아가 건강보험 통합의 주된 가치는 형평성의 제고였다(Kwon, 2003a). 통합된 건강보험제도가 원래 의도했던 형평성 제고라는 목표를 달성하기 위해서는 소득과약의 제고를 통한 형평적인 보험료 부과체계의 설계가 관건이다. 현실적으로 자영자 소득과약은 건강보험제도만을 통해 이루기는 쉽지 않으므로 정부의 정책적 의지와 노력이 절실하게 요청된다. 나아가 지역보험에 대한 한시적인 국고지원이 끝나는 시점에 대비하여 보험료, 국고지원, 건강부담금 등의 각 재원을 균형적으로 그리고 안정적으로 확보하는 방안에 대한 지속적인 협의가 필요하다(최병호, 2003).

### 2. 진료비지불제도 개편

얼마 전까지 우리나라는 국민(내)총생산 대비 의료비용이 5%를 약간 상회하는 수준에 머물렀다. 그러나 이는 의료비용이 빠르게 증가하지 않았기 때문이라기보다는 국민총생산의 증가율이 높았기 때문이다. 1990년부터 2001년 사이 일인당 실질의료비 연간증가율은 7.4%로서, 3~4%대인 다른 OECD 국가들에 비해 의료비증가율이 훨씬 높았다(OECD, 2003). 향후 과거와 같은 빠른 경제성장을 기대하기 어려운 현실에서 국민총생산의 증가가 비교적 정체될 것이므로 국민총생산 대비 의료비용의 비율은 빠르게 증가할 가능성이 매우 높다. 건강보험 재정 위기의 경험을 통해서도 알 수 있지만, 최근 국민의료비가 국민총생산의 6%로 가파르게 증가한 사실을 통해서도 의료비 지출의 합리화는 시급한 정책 과제를 알 수 있다.

공급자가 소비자에 비해 훨씬 더 많은 지식과

정보를 가지고 있는 의료분야의 특성상 환자보다는 의료공급자가 의료비를 결정하는데 있어 더 중요한 역할을 한다. 따라서 의료공급자가 의료 제공에 있어서 어떠한 경제적 유인을 가지느냐가 의료비용에 막중한 영향을 가진다. 공급자에게 주어지는 경제적 유인 구조의 가장 중요한 요소는 진료비지불제도이다. 현행의 행위별수가제는 의료 서비스의 양과 강도를 지속적으로 증가시키고 동시에 공급자와 정부간 수가 수준에 대한 끊임없는 갈등을 야기하고 있다. 따라서 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적 고려없이 의료비 지출의 증가와 보험재정의 취약성은 지속될 것이다.

우리나라는 미국에서 개발된 자원기준 상대가치체계를 도입해 수가구조와 수준을 개편하였다. 미국에서는, 상대가치체계가 궁극적으로는 행위별수가제이고 따라서 의료비 상승을 야기할 수 있기 때문에 이를 억제하기 위해 의료량성과(통제) 기준(Volume Performance Standard) 혹은 지속가능성장률(Sustainable Growth Rate)과 같은 목표의료비 정책을 도입하였다. 그러나 우리나라는 이러한 목표의료비 정책이 부재해서, 의료비 상승을 효과적으로 제어할 수 있는 기전이 없는 현실이다 (Kwon, 2003b). 따라서 목표의료비제도의 도입이 필요하며 예를 들어 요양급여비용계약을 통해 수가 수준을 결정할 때 이러한 목표의료비 제도가 고려되어야 한다. 행위별수가제에서는 진료비심사와 진료적정성평가체계 역시 효율성이 제고되어야 한다.

행위별수가제가 가지는 비효율성을 극복하기 위해서 향후 포괄수가제와 총액계약을 도입하여야 할 것이다. 이러한 진료비지불제도의 개편은

보험급여의 확대와 함께 진행되어야 한다. 의료공급자로 하여금 의료비용을 절감할 강한 유인을 제공하는 포괄수가제나 총액계약제와 같은 진료비지불제도에서는 이러한 진료비지불제도가 적용되지 않는 비급여부문의 서비스 제공이 증가할 가능성이 높아진다. 이럴 경우 보험진료비는 통제되어 보험재정이 안정화된다고 하더라도 국민들의 총의료비부담은 커질 수 있으므로 진료비지불제도의 개편은 보험급여의 확대와 함께 이루어져야 한다. 나아가 의료계도 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적인 자세를 가질 필요가 있다. 의료비 총액이 결정되면 이를 공급자단체가 개별 공급자에게 배분하는 총액계약제에서는 의료공급자의 자율성이 더 유지될 수 있다는 점을 주지할 필요가 있다.

진료비지불제도의 개편은 약제비의 관리에도 기여할 수 있다. 의약분업제도가 실시되었지만 의료공급자가 비용-효과적인 처방 행태를 보이도록 하는 경제적 유인이나 제도적 장치는 드물고 그 결과 고가의 상품명 처방이 오히려 증가하여 약제비 증가를 야기하고 있다(Kwon, 2003c). 따라서 비용-효과적인 의약품만을 급여대상에 포함시키고(positive list) 나아가 약가를 결정하고 관리하는 과정의 효율성을 제고하기 위한 제반정책적 노력이 필요하다. 하지만 포괄수가제나 총액계약제와 같은 진료비지불제도의 도입을 통해 총진료비가 약가까지 포괄하게 될 때 약제비의 효율적 관리가 더욱 용이해질 것이다.

### 3. 정보제공

소비자가 의료공급자에 비해 매우 제한적인 지

식을 가지고 있다 하더라도 환자들의 의료이용에 대한 의사결정이 여전히 의료비에 영향을 미친다. 일반적으로 소비자의 효율적인 의료 이용을 유도하기 위한 방안이 환자 본인부담금이다. 하지만 앞서 논의한 것처럼 우리나라 건강보험제도에서는 환자본인부담금의 크기가 과도하여 오히려 의료의 보장성이 침해받고 있으므로 전반적인 환자 본인부담금의 수준을 인상하는 것은 바람직한 정책 대안이 아니다.

바람직한 정책 방향은 소비자의 무지를 경감함으로써 소비자의 합리적 선택을 가능하게 만들어 주는 것이다(권순만, 1999). 이를 위해 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자 무지를 줄여 주는 것이 중요하다. 건강과 의료에 대한 정보를 제공함으로써 소비자가 의료를 합리적으로 이용하고 자신의 건강문제에 효과적으로 대응할 수 있게 도와줄 필요가 있다. 국민들이 건강증진과 유지를 효과적으로 수행할 수 있게 해줌으로써 불필요한 의료이용을 줄여서 보험재정의 안정화는 물론 국민건강의 향상이라는 건강보험의 궁극적인 목표 달성에 이바지할 수 있을 것이다. 나아가 보험자가 의료공급자에 대한 정보도 제공하여 줌으로써 소비자로서 하여금 합리적으로 의료공급자를 선택하는데 도움을 주고 이는 다시 의료공급시장에서 경쟁의 순기능을 제고하는데 기여할 것이다.

## N. 제도 관리의 합리화

### 1. 지배 및 관리구조 개선

통합된 건강보험제도에서 단일 보험자의 역할

이 더욱 막중해졌다. 우선 보험자가 국민의 건강향상을 위해 사회에서 기대되는 역할을 수행할 수 있는 역량을 갖추어야 하고 이를 위해 제도/정책적 뒷받침이 수반되어야 한다. 건강보험공단이 보험자로서의 역할을 제대로 수행할 수 있기 위해서는 지배 및 관리 구조의 개편이 필요하다. 현재 건강보험공단은 실질적인 운영과 경영의사결정에 있어서 정부로부터 강력한 통제를 받는다. 물론 건강보험이 가지는 막중한 사회적 역할에 비추어 볼 때 공단의 제반 의사결정과 운영에 있어서 책임성의 담보는 매우 중요하다. 문제는 어떠한 방법으로 그 막중한 사회적 책임성을 담보하느냐이다.

건강보험공단의 모든 의사결정에 정부가 간섭함으로써 공단의 사회적 책임성이 담보되지 않는다. 오히려 공단의 내부 관리에 경직성을 초래하고 관료화를 유발할 가능성이 높다. 또 정부의 개입이 지나칠 때에는 건강보험과 관련된 여러 이슈들에 대한 책임의 소재에 있어서도 혼란이 야기된다. 따라서 책임경영제도를 도입하여 건강보험공단의 자율성을 상당 부분 보장해주고 경영성과의 평가에 따라 책임을 묻는 방식으로 지배/관리방식의 전환이 필요하다.

### 2. 보험자 역량 강화와 소비자 만족 제고

보험자의 역량 강화를 위해서는 유능한 인력의 확보 뿐 아니라 인력의 교육 훈련을 통해 건강보험공단에 근무하는 인적자원의 자질을 지속적으로 향상시키기 위한 노력이 필요하다. 나아가 국민에 봉사하는 조직으로서 공단의 비전을 모든 구성원들이 공유하고 가입자의 만족 제고를 위한

부단한 노력을 경주하여야 한다. 건강보험공단은 보험료징수기관에서 탈피하여 가입자를 위한 서비스조직 그리고 공급자 견제 조직으로 변화되어야 한다(정홍원, 2003).

하지만 건강보험공단이 역량을 갖추었다고 해서 반드시 기능을 효과적으로 수행하는 것은 아니다. 단일보험자로서 경쟁이 없는 상황에서 소비자 만족을 위해 노력할 유인이 그리 크지는 않기 때문이다. 따라서 역량의 강화와 함께 관리체계의 효율화를 유도할 수 있는 제도적 장치 역시 중요하다. 경쟁의 부재는 그 조직의 관료화와 비효율화를 야기하고 궁극적으로 소비자 만족의 중요성을 간과하게 한다. 따라서 독립적 사업자인공단 내부 조직의 효율적 관리를 어떻게 담보하느냐가 매우 중요한 과제이다. 예를 들어 건강보험공단 내부적으로 경쟁과 성과에 근거한 평가체계를 도입하여 전체적 조직의 효율화를 도모할 필요가 있다.

## V. 맺는 말

건강보험제도가 국민의 건강을 보장하는 제도로 발전하기 위해서는 아직도 많은 당면과제를 안고 있고 또 많은 정책적 변화를 필요로 한다. 하지만 변화는 많은 어려움을 수반하고 또 합리적 모형만으로는 설명하기 어려운 정치적 과정을 거쳐야 한다. 모든 제도에는 역사성 혹은 소위 경로존성(path dependence)이 존재하기 때문에 제도를 변화시키는 것 혹은 외국의 제도를 이식하는 데는 많은 제약들이 존재한다(Kwon and Reich, 2003d). 최근의 의료개혁 과정 그리고 포괄수가제 도입 연기 등의 과정에서 보듯이 보건의

료 부문에 있어서는 특히 이해 관련 당사자들의 영향력이 제반 정책의 변화 그리고 정책결정 과정에서 매우 중요한 역할을 한다. 향후 건강보험제도와 정책의 변화에 있어 이러한 정치적 과정에 대한 고려가 수반되어야 할 것이다.

## 참고/문/헌

- 권순만, 1999, “정보의 실패와 보건의료정책,” 보건학논집 (36권1호), 31-40.
- 권순만, 1999, “의료산업과 가격규제: 효과와 개혁방안,” 한국정책학회보 (8권 2호), 255-271.
- 정홍원, 2003, “건강보험제도의 운영자로서 국민건강보험공단의 역할과 위상,” 한국정책분석평가학회 하계학술대회 (사회보험제도 평가) 연례집, 291-317.
- 최병호, 2003, “국민건강보험제도의 평가와 발전방향,” 한국정책분석평가학회 하계학술대회 (사회보험제도 평가) 연례집, 255-288.
- OECD, Statistics, 2003.
- Soonman Kwon, 2002, Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea, ESS (Extension of Social Security) Paper 1, ILO (International Labor Office), Geneva.
- Soonman Kwon, 2003a, “Health Care Financing

Reform and the New Single Payer System in Korea: Social Solidarity or Efficiency?” *International Social Security Review* 56:1, 75-94.

- Soonman Kwon, 2003b, “Payment System Reform for Health Care Providers in Korea,” *Health Policy and Planning* 18:1, 84-92.
- Soonman Kwon, 2003c, “Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing,” *Social Science and Medicine* 57:3, 529-538.
- Soonman Kwon and Michael Reich, 2003d, “The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea,” Working Paper (vol. 13, no. 10), Harvard Center for Population and Development.

