

국민건강보험 발전방향

박은철

보건행정학회지 편집위원장

Future Direction of National Health Insurance

Eun-Cheol Park

Editor-in-Chief, Health Policy and Management, Seoul, Korea

It has been forty years since the implementation of National Health Insurance (NHI) in South Korea. Following the 1977 legislature mandating medical insurance for employees and dependents in firms with more than 500 employees, South Korea expanded its health insurance to urban residents in 1989. Resultantly, total expenses of the National Health Insurance Service (NHIS) have greatly increased from 4.5 billion won in 1977 to 50.89 trillion won in 2016. With multiple insurers merging into the NHI system in 2000, a single-payer healthcare system emerged, along with separation policy of prescribing and dispensing. Following such reform, an emerging financial crisis required injections from the National Health Promotion Fund. Forty years following the introduction of the NHI system, both praise and criticism have been drawn. In just 12 years, the NHI achieved the fastest health population coverage in the world. Current medical expenditure is not high relative to the rest of the Organization for Economic Cooperation and Development. The quality of acute care in Korea is one of the best in the world. There is no sign of delayed diagnosis and/or treatment for most diseases. However, the NHI has been under-insured, requiring high-levels of out-of-pocket money from patients and often causing catastrophic medical expenses. Furthermore, the current environmental circumstances of the NHI are threatening its sustainability. Low birth rate decline, as well as slow economic growth, will make sustainment of the current healthcare system difficult in the near future. An aging population will increase the amount of medical expenditure required, especially with the baby-boomer generation of those born between 1955 and 1965. Meanwhile, there is always the problem of unification for the Korean Peninsula, and what role the health insurance system will have to play when it occurs. In the presidential election, health insurance is a main issue; however, there is greater focus on expansion and expenditure than revenue. Many aspects of Korea's NHI system (1977) were modeled after the German (1883) and Japanese (1922) systems. Such systems were created during an era where infectious disease control was most urgent and thus, in the current non-communicable disease (NCD) era, must be redesigned. The Korean system, which is already forty years old, must be redesigned completely. Although health insurance benefit expansion is necessary, financial measures, as well as moral hazard control measures, must also be considered. Ultimately, there are three aspects that we must consider when attempting redesign of the system. First, the health security system must be reformed. NHI and Medical Aid must be amalgamated into one system for increased effectiveness and efficiency of the system. Within the single insurer system of the NHI must be an internal market for maximum efficiency. The NHIS must be separated into regions so that regional organizers have greater responsibility over their actions. Although insurance must continue to be imposed nationally, risk-adjustment must be distributed regionally and assessed by different regional systems. Second, as a solution for the decreasing flow of insurance revenue, low premium level must be increased to an appropriate level. Likewise, the national reserve fund (No. 36, National Health Insurance Act) must be enlarged for re-unification preparation. Third, there must be revolutionary reform of benefit package. The current system built a focus on communicable diseases which is inappropriate in this NCD era. Medical benefits must not be one-time events but provide chronic disease management. Chronic care models, accountable care organization, patient-centered medical homes,

Correspondence to: Eun-Cheol Park
Department of Preventive Medicine & Institute of Health Services Research, Yonsei University
College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea
Tel: +82-2-2229-1862, Fax: +82-2-392-8133, E-mail: ecpark@yuhs.ac

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

and other systems that introduce various benefit packages for beneficiaries must be implemented. The reimbursement system of medical costs should be introduced to various systems for different types of care, as is the case with part C (Medicare Advantage Program) of America's Medicare system that substitutes part A and part B. Pay for performance must be expanded so that there is not only improvement in quality of care but also medical costs. Moreover, beneficiaries of the NHI system must be aware of the amount of their expenditure through a deductible payment system so that spending can be profiled and monitored. The Moon Jae-in Government has announced its plans to expand the NHI system; however, it is important that a discussion forum is created so that more accurate analysis of the NHI, its environments, and current status of health care system, can take place for reforming NHI.

Keywords: National Health Insurance; Reform; Direction

국민건강보험이 도입된 지 40년이 되었다. 1977년 7월 500인 이상 사업장의 근로자 및 피부양자 320만 명을 대상으로 출범한 건강보험은 1989년 7월 도시지역자 1,000만 명을 가입시키면서 건강보험 가입자 4,000만 명과 의료급여 수급자 420만 명을 포함하여 전 국민 4,400만 명의 의료보장을 갖추게 되었다[1]. 국민건강보험의 총 급여비는 1977년 45억 원이었던 것이 1990년 1.94조 원, 2016년 50.89조 원으로 크게 증가하였다. 2000년 7월 조합방식의 다 보험자를 국민건강보험공단으로 단일 보험자가 되었으며, 같은 시기에 의약분업을 실시하였다. 이로 인해 심각한 재정위기를 맞게 되어 2002년 2월부터 국민건강증진기금을 지원받게 되었다.

40년의 역사를 가지고 있는 국민건강보험은 찬사와 비난이 공존하고 있다. 12년 만에 세계에서 가장 빠르게 전 국민건강보험을 구축하였고, 국내총생산(gross domestic product, GDP) 대비 경상의료비가 7.7% (2016)로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 평균 9.0%에 비해 많지 않으며, 빠르게 진료를 받을 수 있고, 급성진료에 있어 세계적 수준의 의료의 질을 보유하고 있으며, 전 국민의 청구자료를 전산으로 보관하고 있다. 그러나 불충분한(under insured) 의료보장을 보이고 있다. 경상의료비 중 본인부담률이 36.7% (2016)로 OECD 평균 20.5%를 크게 상회하고 있으며, 가처분소득 중 의료비로 인한 지출이 40% 이상인 재난적 의료비 가구율이 2.88% (2015)로 OECD 국가들 중 가장 높다[2]. 한편, 보험료율은 6.12% (2017)로 일본의 10.0% (2014), 독일의 14.6% (2015)에 비해 낮은 편이다. 국민건강보험은 지난 40년 동안 저부담(저보험료)-저급여-저수가의 체계로 유지되어 왔다[3]. 이는 건강보험 도입 당시인 1977년 일인당 GDP가 천 불 수준이었고, 전 국민의료보장을 갖춘 1989년 일인당 GDP가 오천 불에 불과하여 저부담으로 출발하게 되었고, 건강보험 수입의 부족함은 건강보험의 지출인 저급여 및 저수가로 유지되게 하였다.

건강보험과 관련된 환경은 건강보험의 지속가능성(sustainability)을 위협하고 있다. 저출산 및 저성장은 건강보험 부담계층의 축소와 함께 부담수준을 떨어뜨려 건강보험 수입을 감소시킬 것이다. 고령화는 복지부담의 증가와 함께 건강보험 지출을 증가시킬 것인

데, 특히 베이비부머(1955-1963년생) 세대가 65세 되는 2020년부터는 고령화 문제는 체감하게 될 것이며, 85세 이상의 노인의 의료비의 급격한 증가는 건강보험 지출에 더 큰 부담으로 작용할 것이다. 한국은 1970대부터 비감염성질환(non-communicable disease)로 인한 사망자가 감염성질환의 사망자를 넘어서 비감염성질환 시대를 맞이하고 있다[4]. 완치가 아닌 관리를 해야 하는 비감염성질환의 증가는 건강보험 지출을 확대시키고 있다. 한편, 한반도의 통일은 그 시기와 형태를 예측하기 어려우나 건강보험에서 짊어질 몫이 있으므로 건강보험의 지속가능성을 위협할 수 있다. 대통령 선거에서 건강보험은 주된 쟁점이 되고 있는데 건강보험의 수입 측면보다는 지출 측면에 대한 공약으로 건강보험 지출의 확대에 초점이 맞춰져 있다[5,6].

한국은 건강수준에 있어 OECD 국가 중 상위권이며, 건강결정요인에 있어서는 개선의 여지가 많다[7,8]. 보건의료 인력은 적은 편이나, 병상은 OECD 평균의 2배를 넘고 있으며, 고가의 의료장비는 OECD 평균 이상이다. 의료의 접근도는 예방접종, 검진, 외래방문, 입원일수 모두에서 OECD 평균을 상회하며, 특히 일인당 외래방문 횟수는 2011년부터 OECD 국가 중 가장 많다. 급성진료 및 암진료의 질은 OECD 최상위권에 있으나 일차진료, 정신진료 등은 OECD 평균 이하이다. 의료비는 OECD 평균 이하이며, 재난적 의료비 경험률은 OECD 국가 중 가장 높다.

1977년 국민건강보험이 출범하면서 그 기본모형은 독일(1883년) 및 일본(1922년)의 것이었다. 이들 국가의 모형은 감염성질환이 주이던 시기에 설계된 것으로 현재의 만성질환 시대에 적합하지 않다. 40년째를 맞이하고 있는 국민건강보험은 총체적으로 재설계되어야 한다. 건강보험 보장성은 강화되어야 하나 이로 인한 재정적 대책과 도덕적 해이 방지대책도 세워야 할 뿐 아니라 근본적 개혁이 필요하다[9]. 한국의 보건의료를 전체적으로 진단하고, 우리에게 당면할 환경을 감안하면서 건강보험이 지니고 있는 문제를 해결하기 위해서는 근본적 개혁이 필요하다. 첫째, 건강보험과 의료급여의 운영체계를 개편해야 한다. 이원적으로 운영되고 있는 의료보장의 두 축인 건강보험과 의료급여를 하나로 통합하여 의료급여의 효과성과 효율성을 높여야 한다. 건강보험은 단일 보험자 내에 내부

시장(internal market)을 도입하여 효율성을 제고해야 한다. 국민건강보험공단을 지역별로 분리하여 운영의 권한을 부여함으로써 책임성을 강화해야 한다. 보험료 부과는 현재와 같이 전국적 차원에서 담당하나 이를 지역별 공단에게 위험조정하여 배분하고 지역별 공단은 자치적으로 운영하고 이를 평가해야 한다. 둘째, 건강보험 수입에 대한 대책으로 저부담을 적정부담으로 변경하고, 준비금(국민건강보험법 제36조)을 늘려 통일에 대비해야 한다.

셋째, 건강보험 지출에 있어 대대적인 혁신이 필요하다. 감염성질환 시대에 설계된 건강보험을 비감염성질환 시대로의 건강보험으로 전환해야 한다. 일회성 보상이 기본으로 되어 있는 급여를 지속성을 담보한 보상으로 변경되어야 하며, 진료의 국한되어 있는 급여를 건강증진과 결합하는 급여로 전환해야 한다. 공급자에게 비용을 인식하도록 보상의 형태들이 도입되고, 국민(가입자)의 선택에 의해 다양한 형태를 선택할 수 있어야 한다. 만성진료모델(chronic care model), 책임의료조직(accountable care organization), 환자중심의료팀(patient centered medical home) 등의 형태들이 건강보험제도 내에 도입되어 국민이 선택할 수 있도록 해야 한다[10-14]. 미국 메디케어 part C (Medicare Advantage Program)가 가입자의 선택에 의해 part A와 part B를 대체할 수 있다. 진료비 지불제도는 진료의 성격에 따라 적합한 지불방법이 도입되어야 한다. 진료의 지속적 분야에 있어서는 환자별 보상으로, 진료의 정밀적 분야에서는 결과별 보상으로, 진료의 직관적 분야에 있어서는 행위별 보상으로 전환되어야 한다. 성과에 따른 보상(pay for performance)은 그 범위의 확대와 함께 의료의 질에 대한 측면뿐만 아니라 의료비에 대한 측면을 함께 감안하도록 개편되어야 한다. 또한 건강보험 가입자로 하여금 비용을 인식하게 해야 한다. 본인부담방법에 정률제와 함께 공제제(deductible)를 도입하고, 합리적 의료이용을 하는 가입자에게 인센티브를 지급해야 한다. 건강보험 지출의 합리화를 위해 국민건강보험공단은 의료소비자의 프로파일링(profiling), 건강보험심사평가원은 의료공급자의 프로파일링을 구축해 의료소비자와 공급자를 관리해야 한다.

건강보험은 의료비에 대한 경제적 부담으로 줄이는 제도로 의료비의 부담으로 인해 의료이용을 하지 못 하는 것을 방지하는 제도이다. 그러나 의료비에 대한 경제적 부담의 감소는 도덕적 해이(moral hazard)를 유발하여 제도의 안정성과 비효율성을 증가시킨다. 건강보험은 건강보험의 순기능과 역기능을 함께 감안해야 하는 제도이다. 한쪽 측면만을 집중하는 것이 아닌 양쪽을 함께 감안해야 하는 제도이다. 이를 달성하기 위해서 국민건강보험은 국민의 선택에 의한 다양성이 도입되어야 할 것이다.

문재인 정부는 건강보험 보장성 강화대책을 발표하였으나[9,15],

40년째인 국민건강보험의 개혁을 위해 논의의 장을 만들어 한국의 보건의료를 진단하고 환경을 파악하며, 건강보험 운영적 측면, 수입적 측면, 지출적 측면에 대한 정책을 마련하기를 바란다.

REFERENCES

1. Lee SA, Park EC. Main indicators of National Health Insurance during 40 years. *Health Policy Manag* 2017;27(3):267-271. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.3.267>.
2. Kim W, Park EC. Catastrophic health expenditure status and trend of Korea in 2015. *Health Policy Manag* 2017;27(1):84-87. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.84>.
3. Kang MS, Jang HS, Lee M, Park EC. Sustainability of Korean National Health Insurance. *J Korean Med Sci* 2012;27 Suppl:S21-S24. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2012.27.S.S21>.
4. Kim IS. Comparative study of mortality pattern between Korea and Japan: an overview. *Korean J Epidemiol* 1970;1(1):47-54.
5. Park EC. Presidential election and health policy. *Health Policy Manag* 2017;27(2):95-96. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.95>.
6. Lee SA, Park EC. 10 Main pledge of 19th presidential election. *Health Policy Manag* 2017;27(2):186-189. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.186>.
7. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55(10):932-939. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.10.932>.
8. Lee SA, Park EC. Position value for relative comparison of healthcare status of Korea in 2014. *Health Policy Manag* 2017;27(1):88-94. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.88>.
9. Park EC. Moon Jae-in Government's plan for benefit expansion in National Health Insurance. *Health Policy Manag* 2017;27(3):191-198. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.3.191>.
10. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 1999;7(3):56-66.
11. Blumenthal D, Abrams M, Nuzum R. The Affordable Care Act at 5 years. *N Engl J Med* 2015;373(16):1580. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMc1510015>.
12. McWilliams JM, Hatfield LA, Chernew ME, Landon BE, Schwartz AL. Early performance of accountable care organizations in Medicare. *N Engl J Med* 2016;374(24):2357-2366. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1600142>.
13. Dale SB, Ghosh A, Peikes DN, Day TJ, Yoon FB, Taylor EE, et al. Two-year costs and quality in the Comprehensive Primary Care Initiative. *N Engl J Med* 2016;374(24):2345-2356. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1414953>.
14. Nolte E, Knai C, Saltman RB. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization; 2014.
15. Shin SS. Election pledge and policy tasks of president Moon Jae-in in healthcare sector. *Health Policy Manag* 2017;27(2):97-102. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.97>.