

# 건강보장과 국민건강보험공단의 역할

김용익

국민건강보험공단, 한국보건행정학회 제9대 회장

## The Roles of the National Health Insurance Service in the Public Health Security

Yong-Ik Kim

National Health Insurance Service, Wonju, Korea

National Health Insurance Service (NHIS) has put a great effort on extending life expectancy, for last 40 years. The system has also made remarkable outcomes in achieving universal health coverage. However, it is facing challenges of low health insurance benefits and sustainability risk due to low birth rate and aging society at the same time. To overcome the difficulties and build a lifelong health security system for the nation, it is required for NHIS to make multilateral changes in its roles. Based on the quantitative growth achieved so far, NHIS needs to strive for the growth in quality by not only increasing coverage and reforming contribution imposition system, but also reorganizing the relevant systems such as lifelong health management support, rational adjustment to the medical fee, and benefit costs monitoring. In addition, it's important for NHIS to restructure the organizational culture by having specialty and communicating with people for high quality of administration and health insurance sustainability.

**Keywords:** National Health Insurance Service; Health insurance coverage; Low birth rate; Aging society; Qualitative growth; Changes in roles

### 서론

현대의 모든 국가들은 특정 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고, 국민의 건강증진과 복리향상을 위하여 다양한 사회보장제도를 운영하고 있다. 현재 우리나라 사회보장제도는 공공부조, 사회보험, 사회수당, 사회서비스가 있으며[1], 이들은 크게 의료보장과 소득 보장으로 구분된다. 공적 의료보장을 위하여 저소득 계층에게는 공공부조인 의료급여를, 그 외 일반 국민에게는 사회보험인 건강보험을 실시하고 있다.

1977년 7월 상시 500인 이상 근로자를 고용한 사업장을 대상으로 시작된 의료보험은 1988년 농어촌 지역의료보험, 1989년 도시지역의료보험이 확대 실시되면서 세계적으로도 유례를 찾기 힘든 12년이라는 짧은 기간에 보편적 의료보험 제도(universal health cov-

erage)를 구축하였다[2]. 하지만 단일 보험자 체계가 아닌 직장, 직종, 지역, 공무원 및 사립학교 교직원 등 직역에 따라 다양한 조합 방식의 다 보험자 체계로 운영됨에 따라 보험료와 급여의 불 형평성, 관리 운영의 비효율성, 위험분산(risk pooling)의 한계, 급여 확대의 어려움 등의 문제가 지속적으로 제기되었다. 이를 해결하고자 1998년 10월부터 2000년 7월까지 2차례에 걸쳐 의료보험 관리 운영조직을 통합하였고, 그 결과 2000년 7월 1일부터 단일 보험자 조직인 국민건강보험공단(National Health Insurance Service, 공단)이 출범되었다.

2000년 7월 이후 관리 운영의 효율화는 지속적으로 개선되고 있지만, 저 부담·저 급여 문제, 보험료 부과의 불 형평성 문제는 계속되고 있다. 더불어 저출산·고령화, 베이비부머의 은퇴, 1인 가구의 증가 등 인구사회학적 변화는 다양한 차원에서 제도의 지속 가능

Correspondence to: Yong-Ik Kim  
National Health Insurance Service, 32 Geongang-ro, Wonju 26464, Korea  
Tel: +82-33-736-1091, Fax: +82-33-736-1088, E-mail: yikim@snu.ac.kr  
Received: July 24, 2018 / Accepted after revision: August 11, 2018

© 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.

성을 위협하고 있다. 이는 2008년 7월 1일 도입된 노인장기요양보험에도 영향을 주고 있다. 이에 따라 제도의 지속 가능성을 유지하기 위하여 국민건강보험제도의 발전과정과 성과를 살펴보고, 보험자인 공단이 나아갈 방향을 모색하는 것이 필요하다.

### 국민건강보험제도의 도입과 발전

국민건강보험은 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진을 위한 국민의 의료비 부담을 덜어주는 공적 의료보장제도이다[3]. 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등으로 혼자 일상생활을 하기 어려운 노인에게 신체·가사활동을 지원하는 사회보장제도이다[4]. 공단은 국민건강보험과 노인장기요양보험을 관리·운영하는 보험자로서, 가입자인 국민, 의료 서비스를 공급하는 요양기관과 장기 요양서비스를 제공하는 장기요양기관, 진료비를 심사·평가하는 건강보험심사평가원, 제도를 관장하는 중앙부처인 보건복지부 등과 연계되어 있다.

개인의 질병 치료와 가계의 의료비 부담 감소를 위하여 1977년 7월 1일 의료보험이 처음 시행되었고 1989년 7월 1일 전 국민 의료보험이 실현되었다. 제도 도입 및 확대 적용의 과정은 1963년 ‘의료보험법’ 제정에서 시작한다고 할 수 있다[2]. 하지만 ‘의료보험법’은 당시 사회보험에 대한 인식 부족과 무관심으로 호응을 얻지 못하였다. 더구나 임의가입제도를 채택함으로써 의료보험 조합 설립에 적극적인 사업장이 거의 없었다. 1977년 7월 1일에서야 처음으로 상시 500명 이상 근로자가 근무하는 사업장을 대상으로 도입한 직장 의료보험사업이 본격적인 시작이다. 이후 1979년부터 공무원과 사립학교 교직원을 대상으로 한 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험(공·교 의료보험)이 시행되었고, 직장의료보험 적용 대상도 300인 이상을 거쳐 100인 이상, 16인 이상 사업장 근로자까지 의료보험의 적용 범위가 확대되었다. 현재는 직장가입자의 범위가 1인 이상 사업장으로 확대되어 모든 사업장의 근로자가 국민건강보험의 혜택을 누릴 수 있다. 반면 경제적 여건과 소득파악이 어려운 자영업자, 농어민, 경제활동에 공식적으로 종사하지 않는 지역주민들을 대상으로 한 의료보험의 확대 적용은 앞서 시작한 직장의료보험이나 공·교 의료보험 도입과는 상황이 다를 수밖에 없었다. 하지만 개인의 질병 치료와 가계의 의료비 부담 완화를 전 국민으로 확대해야 하는 당위성은 이들도 사업장 근로자나 공·교 의료보험 등과 다르지 않았다. 이에 따라 농어촌 주민과 도시 영세민을 위한 새로운 의료보험 도입을 위한 논의를 거쳐 1988년에는 농어민과 농어촌 지역 주민을, 1989년에는 도시 자영업자와 도시 거주민을 대상으로 한 각각의 지역의료보험을 도입하였다. 이로써 1989년 전 국민을 대상으로 한 의료보험체계가 완성되었다. 그 후 1998년 지역 조합과 공·교 의료 보험 관리공단을 통합하여 국민의료보험관리공단이 출범하였고 2000년에는 국민의료보험관리공단과 직장조합을 통합하

여 국민건강보험공단이 탄생하였다. 두 차례의 통합과정을 거쳐 오늘날의 단일 보험자 체계가 완성되었다[2].

### 국민건강보험의 관리체계

공단은 2000년 7월 1일 탄생된 단일 보험자 체계의 관리 운영 기관이 자 법적인 보험 자이다. 보건의료 공급자인 요양기관과 약국 등에 대한 독점적인 구매 기능을 가지고 있으며, 국민들에게 질 높은 의료 서비스가 제공될 수 있도록 수가·약가 계약 및 의료기관 지원 등의 업무를 수행하고 있다. 한편 요양급여 비용 심사를 통해 과도한 의료 행위를 제한하고 불필요한 의료비 지출을 막는 기능도 중요하다. 이를 위해 건강보험심사평가원이 의료기관으로부터 청구된 급여비에 대한 심사를 하고 의료 서비스의 질 평가를 독립적으로 수행하고 있다.

사회보험의 일환인 건강보험의 재원은 기본적으로 가입자가 매월 납부하는 보험료이다. 보험료 이외에 예상 보험료 수입의 약 20%에 해당하는 정부 지원금이 있으며, 이는 14%의 국고지원금과 6%의 국민 건강증진기금으로 구분된다. 공단은 건강보험의 재정관리자로서 보험료와 정부 지원금 등을 공정하고 투명하게 관리하고 있다.

인구 고령화에 따라 지속적으로 증가할 수밖에 없는 노인 돌봄 문제를 사회적으로 해결하기 위하여 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험을 도입하였다. 공단은 노인장기요양보험의 보험자로서 돌봄이 필요한 노인에게 돌봄 서비스를 제공하고, 가족의 노인 돌봄 부담을 경감하기 위하여 장기 요양서비스를 실시하고 있다.

### 주요 성과

#### 1. 보편적 의료보장의 달성

국민건강보험은 1977년 제도 도입 이후 12년 만인 1989년에 전 국민을 대상으로 한 보편적 의료보장제도로 발전하였다. 그 과정에서 건강보험 적용 대상자는 1977년 당시 전체 인구의 8.8%인 320만 명에 불과하였으나, 1989년에는 전 국민으로 확대되었다[2] (Table 1). 2017년 기준 건강보험에 가입한 외국인과 재외국민은 91만 명이며, 이는 전체 가입자의 약 1.8% 수준이다[5].

보편적 의료보장 확대에 따라 의료 서비스 이용의 경제적 장애요인은 크게 낮아졌다. 국민건강보험 보장률은 2016년 62.6%이며, 특히 암·뇌 혈관·심장·희귀난치성 질환 등 4대 중증질환의 보장률은 80.3%로 크게 개선되었다[6]. 가입자 간 사회연대성을 기반으로 한 사회보험제도인 국민건강보험에서 소득계층 간 형평성도 지속적으로 개선되고 있어 저소득 가입자가 고소득층보다 상대적으로 낮은 보험료를 지불하면서 높은 급여 혜택을 받고 있다. 그 결과 2017년 기준 저소득층의 보험료 대비 급여비 비율은 5.37로 고소득층의 1.15보다 훨씬 높은 수준이다[7].

**Table 1.** Beneficiaries of health insurance and medical aid by year (unit: thousand person)

Variable	Year						
	1977	1990	1995	2000	2005	2010	2017
Medical security	5,296	44,110	45,429	47,466	49,154	50,581	52,427
Health insurance	3,200	40,180	44,016	45,896	47,392	48,907	50,941
Industrial workers	3,140	20,759	21,559	22,404	27,233	32,384	36,899
Self-employee	-	19,421	22,457	23,492	20,159	16,523	14,042
Medical aid	2,095	3,930	1,413	1,570	1,762	1,674	1,486

Modified from Ministry of Health and Welfare et al. 40-Year-history of Korean national health insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2017 [2]; National Health Insurance Service. 2017 Main statistics of national health insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2018 [5].

**Table 2.** Health related indicators by year

Variable	Year					
	1970	2000	2005	2010	2016	
					Korea	OECD
Life expectancy (yr)	62.3	76.0	78.5	80.7	82.4	80.8
Infant mortality (/thousand live births)	64.2	6.9	5.0	3.1	2.8	3.9
Malignant neoplasms mortality (/hundred thousand person)	-	-	217.2	210.0	168.4*	201.9*

Modified from OECD. OECD health statistics [Internet]. Paris: OECD [cited 2018 Jul 18]. Available from: [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#) [8]; Statistics Korea et al. Korean Statistical Information Service. Statistical database [Internet]. Daejeon: Statistics Korea [cited 2018 Jul 18]. Available from: [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_2KAA208\\_OECD](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2KAA208_OECD) [9].

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.  
\*2015.

**Table 3.** State of long-term care insurance

Variable	Year				
	2008	2010	2012	2014	2017
Population over 65 yr	5,086,195	5,448,984	5,921,977	6,462,740	7,310,835
LTC benefit recipients	214,480 (4.2)	315,994 (5.8)	341,788 (5.8)	424,572 (6.6)	585,287 (8.0)
LTC providing institutions	8,318	14,979	15,056	16,543	20,377
Care helper	102,456	228,955	233,459	266,538	340,624

Values are presented as person or person (%).

Modified from Ministry of Health and Welfare et al. 40-Year-history of Korean national health insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2017 [2]; National Health Insurance Service. 2017 Long-term care insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service; 2018 [10].

LTC, long-term care.

## 2. 의료보장에서 건강보장으로의 발전

생활습관의 변화, 기술의 혁신, 의학 수준의 발전 등으로 질병 양상이 급성질환에서 만성질환으로 변화되면서 공단의 건강관리 패러다임도 변화하고 있다. 2000년 7월 국민건강보험공단의 탄생과 함께 질병의 예방과 치료를 상징하는 ‘의료보험’이라는 용어를 건강증진 및 건강관리의 중요성을 강조하여 ‘건강보험’으로 전환하였다.

공단은 세계적으로 유일하게 전 국민 건강검진체계를 구축하여 일반, 암, 의료급여 생애전환기, 영유아, 학교 밖 청소년 건강검진 등을 실시하고 있다. 또한 검진 결과에 기반하여 질병의 조기 발견뿐만 아니라, 생활습관 개선과 조기치료 유도, 질병 관련 교육 및 건강상담 서비스 등을 제공하고 있다. 이와 함께 비만, 흡연 등 건강위험요인 개선을 위하여 건강검진대회를 개최하고, 비만관리대책 위원회를 운영하고 있으며, 국민 건강지킴이로서 담배소송을 제기하고

금연치료 건강보험 지원 사업을 통해 범국민적 금연운동을 확산시켜왔다.

## 3. 국민의 건강수준 향상

보편적 의료보장을 달성하고 보장성 강화 및 다양한 건강증진·관리사업 실시를 통해 건강보험제도 자체가 발전하였을 뿐만 아니라 국민 건강수준도 크게 향상되었다. 1970년 62.3세에 불과하였던 우리나라 평균수명은 지속적으로 증가하여 2016년 82.4세가 되면서 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 평균인 80.8세를 상회하게 되었다[2,8] (Table 2). 영아사망률도 1970년 출생아 천 명당 64.2명에서 2016년 2.8명으로 급격히 낮아졌고 이는 OECD 평균 3.9명보다 크게 낮은 수준이다. 또한 암 사망률은 2016년 십만 명당 168.4명 수준으로

OECD 평균인 201.9명보다 낮은 수준이다[2,8,9] (Table 2). 1970년 대 이후 경제성장, 식생활의 변화 등 사회경제적 변화 이외에도 건강보험의 지속적인 보장성 강화와 건강증진·관리사업을 수행함으로써 평균수명, 영아사망률, 암 사망률 등에서 세계적으로 높은 건강수준을 유지할 수 있게 되었다.

#### 4. 노인돌봄의 국가책임화

2008년 노인장기요양보험을 도입함으로써 인구 고령화와 1인 가구 증가 시대에 필연적으로 증가하는 노인 돌봄 문제를 국가책임으로 사회화하였다. 장기 요양서비스 이용자는 2008년 21만 명에서 꾸준히 증가하여 2017년 전체 노인인구의 8.0%인 56만 명이 되었다. 장기 요양서비스 이용자의 증가와 함께 요양 시설은 2008년 약 8천 개소에서 2017년 약 2만 개소로, 요양보호사는 같은 기간 동안 약 10만 명에서 34만 명으로 증가하였다[2,10] (Table 3). 공단은 개인의 노후 돌봄 보장과 가족의 노인 돌봄 부담 완화를 위하여 노인 장기요양보험의 제도를 정비하고 인프라를 확충하는 등 노인장기요양보험 보험자로서의 역할을 수행하고 있다.

#### 5. 보편적 건강보장의 글로벌 리더

우리나라 건강보험제도는 보편적 건강보장의 세계적인 우수 사례로서 다양한 국가들의 벤치마킹 대상이 되고 있다. 지난 40여 년 동안 제도의 발전과정을 국제사회와 공유하고 건강보장 글로벌 스탠더드로 자리매김하기 위하여 아시아, 태평양, 아프리카, 중동, 남아메리카 지역의 다양한 개발 도상국가에 전 국민 건강보험체계 구축과 운영에 관한 노하우를 전수하고 있다. 이를 위하여 공단은 세계보건기구(World Health Organization), 아시아 태평양 경제사회위원회(United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) 등 국제기구와 공식 협약을 체결하여 보편적 건강보장 프로그램을 도입하고자 하는 개발 도상국가를 대상으로 매년 건강보험 국제연수과정(training course on social health insurance)을 개최하고 있다[2].

### 당면 과제와 공단의 역할 제고

전 국민 단일 건강보험체계 확립, 건강수준 향상, 활발한 국제협력 사업이라는 광범위한 성과에도 불구하고 지속 가능한 건강보장 실현을 위해 공단이 단기 및 중장기적으로 해결해야 할 과제들이 있다.

무엇보다 낮은 보장 수준 때문에 국민이 부담해야 하는 의료비는 여전히 부담스러운 상황이다. 2005년부터 본격적으로 시작된 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 과학기술과 의료기술의 발달에 따라 새로운 비급여가 급증하였다. 그에 따라 건강보험 보장률은 지난 10여 년 동안 60% 중반 수준에서 정체되어 있다[2]. 이

에 비해 우리와 유사한 제도를 운영하고 있는 대만의 전민 건강보험 보장률은 80% 이상이다[11]. 낮은 보장률로 인해 국민들은 높은 의료비 부담을 지고 있고 건강보험 이외에 민간보험에도 가입하여 보험료를 이중으로 납부하고 있다.

또한 수가 문제는 건강보험을 둘러싼 정부, 공단 및 의료계 간의 긴장과 갈등을 고조시키고 있다. 일반적으로 수가 수준이 상대적으로 높은 서비스는 적정 수준 이상의 진료가 발생되어 의료 서비스의 과잉·과소 공급이 발생할 수밖에 없는 구조이다.

지속적으로 증가하는 건강보험 급여비 지출액을 감당하기 위한 보험 재정의 안정화도 주요 과제이다. 저출산으로 인한 보험료를 납부할 수 있는 경제활동인구 규모의 감소, 베이비붐세대의 노령화로 인한 급여비 증가는 공단 입장에서 매우 중대한 문제이다. 또한 보험료를 결정과 안정적 국고지원 및 재원의 다양화 등을 위한 의사 결정과정에서 현재 보험자인 공단의 책임과 역할이 지극히 제한되어 있다. 건강보험을 둘러싼 이러한 환경 변화를 극복하고 21세기에 건강보험이 지속되기 위해 공단의 역할을 다양화하고 강화해야 할 필요가 있다.

#### 1. 건강보험의 질적 성장 추구

##### 1) 보장성 강화를 통한 국민의 의료비 부담 해소

2018년부터 본격화된 건강보험 보장성 강화(문 케어)는 의학적 비급여를 전면 급여화하여 국민들의 의료비 부담을 획기적으로 감소시키는 것이 목적이다. 이 정책은 의학적으로 필요한 급여항목을 시기별로 구분하여 향후 5년 이내에 전체적으로 완성될 것이다. 이를 위해서는 건강보험의 급여에 포함되는 의료 서비스의 범위와 종류, 적정수가 등을 전체적으로 재설계하고 이를 의료 서비스 제공자들과 협의하는 과정이 필요하다. 이러한 차원에서 2018년에 시작한 문 케어는 과거의 항목별, 임기응변적 보장성 강화와는 근본적으로 다른 전략이라고 할 수 있다. 지난 1977년부터 1989년까지의 건강보험 확대 적용에 따른 보편적 의료보장의 완성 시기가 '제1차 전 국민 의료보장 달성 시기'라면, 비급여의 전면 급여화를 목표로 하는 2018년 이후의 보장성 강화는 '제2차 전 국민 의료보장 달성 시기'라고 할 수 있다.

전면 급여화되더라도 개인의 진료비 규모가 클 경우 본인 부담금이 여전히 커질 수 있다. '건강보험 하나로' 의료비를 해결하기 위해서는 개인별 의료비 총액을 적정 수준으로 관리하여 의료비로 인해 가계가 경제적 어려움을 겪는 경우를 방지해야 한다. 이러한 의미에서 본인 부담 상한제 및 재난적 의료비 지원 등과 같이 가계의 의료비 부담을 감소시킬 수 있는 지원 제도도 강화해야 한다.

##### 2) 보험료 부과체계 개편의 성공적 이행

2000년 7월 국민건강보험공단의 탄생으로 직장, 지역, 공·고 의료 보험이 통합되었음에도 불구하고 직장가입자와 지역가입자로

이원화된 보험료 부과기준의 통일이 시급하다. 현재 직장가입자는 근로소득을 기반으로 보험료가 산정되고 있으며 지역가입자는 소득과 재산 등으로 보험료가 부과되고 있다. 부과체계가 통일되지 못하여 저소득 지역가입자의 보험료 부담, 피부양자 인정기준의 불합리성 등은 건강보험 가입자 간 형평성 논란을 지속시켜왔다. 2000년 국민건강보험으로 통합된 이후 긴 시간 동안 다양한 논의를 거쳐 만들어진 새로운 보험료 부과체계 개편안이 2018년 7월부터 시행되었다. 지역가입자는 소득 중심으로 보험료를 부과하고, 일정 소득이 있는 피부양자는 지역가입자로 전환하며, 직장가입자 중 고액의 보수 외 소득 보유자에 대한 보험료를 부과하는 방향이다. 새로운 보험료 부과체계의 시행으로 직장가입자와 지역가입자 간 보험료 격차를 크게 줄이고 부유층과 서민층의 균형을 맞추어 보험료 부담의 공정성과 형평성을 확보할 수 있게 된다. 소득 중심 보험료 부과체계를 성공적으로 안착시키는 것은 보험자로서 공단의 가장 큰 역할이자 국민의 신뢰를 다질 수 있는 기회이다. 따라서 공단은 2018년 7월에 시작한 제1단계 보험료 부과체계 개편 과정을 모니터링하고 평가하여 2022년에 계획된 제2단계 보험료 부과체계를 성공적으로 완성해야 한다.

## 2. 국민건강보험 관련 제도 재정비

### 1) 합리적인 건강보험 수가 조정

2018년부터 시작된 보장성 강화 전략에 따라 현행 비급여 항목을 전면 급여화하면 의료기관들은 비급여 수입 없이 ‘건강보험 하나로’ 경영이 가능해야 한다. 이러한 의미에서 비급여의 ‘전면 급여화’는 곧 수가의 ‘전면 재설정’을 의미한다. 의료기관의 기관운영이 가능한 적정수가로 기존 급여항목과 새로 급여화되는 비급여 항목의 수가를 조정하는 것이 필요하다. 이 과정에서 그동안 불균형적이었던 범주별, 항목별 수가 수준을 전체적으로 균형 있게 조정하는 것이 필수적이다. 이를 위해서는 무엇보다 기존의 급여 및 새로 급여화되는 비급여 항목의 원가 분석이 정확하게 이루어져야 하며, 원가 분석은 대표성 있고 신뢰성 있는 자료수집과 의료기관의 협조가 뒷받침되어야 한다. 안정적이고 지속적인 원가자료 확보를 위해 종별·권역별·규모별로 보험자 병원과 폐널 병원을 확대해 나가야 한다.

또한 분산되어 있는 여러 기관들이 참여하는 건강보험 급여·수가 관련 연구개발 및 의사결정과정에 보험자인 공단이 보다 적극적으로 참여하여 제 역할을 수행해야 한다. 한편, 심사평가 전문기관인 건강보험심사평가원은 적정수가 개발, 새로운 심사·평가체계 도입 등 새로운 역할을 적극적으로 모색하여 질 높은 의료 서비스가 국민들에게 제대로 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.

### 2) 급여비지출 모니터링

의료법에 부합되지 않고 건강보험 급여비 지출을 왜곡하는 사무

장 병원, 면대약국 등과 같은 불법행위에 대해 적극적이고 폭넓은 모니터링이 체계화되어야 한다. 기존의 의료기관 현지 실사 차원에서 벗어나 급여비 지출에 대한 체계적이고 합리적인 모니터링을 강화할 수 있는 관련 전문 인력 육성, 법적 기반 마련 등이 시급하다. 한편, 부정수급을 방지하기 위하여 의료기관을 이용하여 진료를 받는 가입자의 본인확인 체계를 개선할 필요가 있다. 진료받는 본인의 건강보험 자격 확인을 강화하기 위해 기존 종이 건강보험증을 대신하여 지속적으로 발전하는 information technology (IT)를 활용한 스마트 자격 확인 시스템을 도입해야 할 것이다.

### 3) 건강보험 이해당사자 상생협력 도모

국민건강보험제도의 지속가능한 발전을 위해서는 보험자인 공단뿐만 아니라 건강보험 관련 다양한 기관 및 보건복지부를 비롯한 관련 정부부처들과의 긴밀한 협의와 협력이 필수적이다. 공단은 보험자로서 비급여의 급여화로 큰 영향을 받게 되는 의료기관들의 불안과 불만을 이해하고, 이들 기관들과의 지속적인 소통 과정에 중심 역할을 수행해야 한다.

국민건강보험과 노인장기요양보험은 국민들의 일상적인 삶에 중요하고, 지속적인 영향을 주는 사회보장제도이다. 이러한 의미에서 2개 사회보험의 효과적이며 효율적인 제도 운용을 위하여 가입자인 국민들의 의사결정과정에의 참여가 지금보다 더 활발해질 수 있는 방안들을 적극적으로 모색해야 한다. 특히 2018년부터 시작된 보장성 강화 전략의 실현을 위한 비급여의 급여화 우선순위, 재정 부담 등에 관한 국민의 동의를 확보하기 위하여 가입자인 국민들의 의견을 수렴하는 절차나 과정을 보다 공식화하고 체계화하는 것이 필요하다.

## 3. 건강보험의 지속가능성 확보

### 1) 평생 건강관리를 통한 의료이용 수요 감소

지출산·고령화가 계속 진행되면 보험료를 내는 사람은 줄고 진료비 지출이 증가하게 된다. 일반적으로 개인의 의료비는 노인에 해당되는 생애의 마지막 일 년 또는 한 달 전에 집중적으로 쓰게 된다. 2050년이 되면 인구의 40% 이상이 65세가 넘을 것으로 전망되는 상황에서, 노인진료비를 줄이지 않으면 건강보험 재정은 심각한 위협을 받게 될 것이다[12].

노인진료비 절감을 위해 노인을 포함한 국민이 건강을 유지하여 앓는 기간을 최소화하고 건강수명을 늘리도록 해야 한다. 노인이 되어 건강해지는 것은 어렵기 때문에 영유아기부터 평생 건강관리가 이루어지도록 지원해야 한다. 이러한 점에서 공단의 건강검진은 매우 중요하고, 더욱 내실 있는 건강검진제 도로 발전시켜 나가야 한다. 또한 단일 보험자로서 공단만이 가지고 있는 전 국민에 대한 건강보험 빅데이터를 활용하여 과다·과소 의료이용행태를 모니터링하고 올바른 의료이용을 하도록 행태를 개선하는 것이 필요하다.

나아가 유관기관 간의 협업으로 개인이 담배를 끊고 술을 줄이고 정기적으로 운동을 할 수 있도록 지원하는 등 전 국민의 평생건강 관리체계를 구축해야 한다.

## 2) 보건의료체계 재정립

국민의 평생건강관리를 위해 제도적으로는 보건의료체계가 정비되어야 한다. 질병구조가 급성질환에서 만성질환으로 변화되어 질병예방의 중요성이 커지고 있다. 일차의료 기능을 강화하여 지역 내 의원을 중심으로 예방과 건강증진활동, 질병관리가 충분히 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.

의원의 예방·외래 기능 약화 등 의료기관 종별로 기능 분화가 되지 않는 가장 큰 요인은 중소병원의 난립이다. 규모의 경제효과가 나타나기 어려운 300병상 이하의 중소병원도 상대적으로 많은 자본을 투자하고 수익을 창출하기 위해 외래와 입원 기능을 병행하고 있고 부실한 의료시설을 갖추거나 의료 인력을 최소화하는 경우가 많다. 특히 환자에게 불필요한 과잉진료를 하게 되고 부당·허위청구까지 하게 된다. 따라서 중소병원 중심의 의료공급체계는 의료 서비스 품질과 환자의 안전보장을 어렵게 하고 급여비 낭비를 초래하고 있어 현재의 의료전달체계가 효과·효율적인 방향으로 개편되어야 한다.

나아가 1차에서 3차까지만 적용되는 의료전달체계의 밑바탕에는 커뮤니티 케어가 있어야 한다. 고령화에 따른 증가하는 서비스 수요에 대응하고 불필요한 시설 입원을 감소시키기 위해서는 커뮤니티 케어 구축이 필요하다. 이를 위해 그룹홈과 같은 관련 인프라 확충이 선행되어야 할 것이다. 본인이 거주하고 있는 지역사회에서 케어 서비스를 제공받을 수 있게 되면 이용자의 삶의 질이 높아지고 가족의 돌봄 부담이 획기적으로 줄어들게 될 것이다. 또한 돌봄 부담에서 해방된 가족이 사회경제활동에 참여하게 되는 등 선순환이 가능해질 것이다. 국민건강보험이나 노인장기요양보험의 관점에서는 시설 입원의 감소와 지역사회에서의 건강관리를 통해 건강보험 재정지출 감소가 가능하므로 커뮤니티 케어 구축을 위한 공단의 역할이 더욱 중요할 수밖에 없다.

## 3) 진료비 지불제도 개편

비급여의 전면 급여화를 완성하기 위해서는 보건의료체계 재정립과 더불어 진료비 지불 제도가 개편되어야 한다. 보장성 확대 정책으로 모든 의료 서비스가 건강보험 적용을 받게 되면 전체적인 의료 서비스의 양이 증가하게 될 것이다. 특히 현행 행위별 수가제(fee-for-service)에서는 진료서비스양에 비례하여 수입이 늘어나게 되어 공급자의 과잉진료가 발생하게 된다. 반면 심사기관에서는 심사를 통해 급여비 지출을 억제하고자 하므로 기관 간 모순과 갈등이 생겨나고 있다. 보장성 강화에 따른 의료 서비스의 양적 증가에 대응하기 위해 진료비 지불 제도의 개편이 필수적이라 하겠다.

의료 서비스의 과잉공급과 진료비 증가를 해결하기 위해 외국의 다양한 진료비 지불 제도를 참고할 필요가 있다. 우리나라의 경우 대도시 및 대형병원의 쏠림 현상을 막기 위해 지역사회에 기반한 묶음 지불 제도(bundled payment)도 가능할 것이다. 이 제도는 특정 지역 내에서 1차 의원부터 3차 상급종합병원까지 필요한 의료 서비스를 공급하게 하고 의료비 총액을 제한하는 방식이다. 진료비 지불 제도의 개편은 의료 서비스의 공급과 직결되므로 의료기관과의 충분한 협의가 전제되어야 할 것이다.

## 4. 공단의 전문화

가입자인 국민들의 건강과 행복이 증진되는 질 높은 서비스를 제공하기 위해서는 지속적인 혁신을 통하여 공단의 행정 품질을 높여야 한다. 전문성을 갖추고 국민과 소통하면서 새로운 생각과 활기가 넘치는 조직문화가 지속적으로 창출되어야 조직 혁신이 가능할 것이다. 공단 조직문화 혁신의 적기는 향후 3-4년으로, 농어촌 지역의료보험 제도 도입 시기인 1988년 및 도시지역의료보험 제도 도입 시기인 1989년부터 함께한 인력들이 대규모로 정년퇴직하는 시기이다. 대규모 퇴직과 맞물린 대규모 신규채용에 의한 젊은 인력로의 인적 자원 변화는 조직의 활력, 소통 등이 몇 단계 상승하는 계기가 될 것이다. 새로운 인적 구성은 공단이 가져야 할 다양한 분야의 전문성과 당면한 문제를 풀어갈 수 있는 창의성을 갖추어 조직이 발전할 수 있는 전환점이 될 것이다.

공단은 인적 자원의 변화와 함께 지역사회 상생 등과 같은 사회적 가치창출이라는 공공기관의 역할 변화에도 적극적으로 부응하고 있다. 국민건강보험과 노인장기요양보험의 보험자인 공단은 설립 목적 자체가 국민들의 건강과 행복 실현이라는 사회적 가치를 실현하고자 하는 기관이지만, 최근 공공기관으로서의 사회적 가치 실현을 선도하기 위해 많은 노력을 하고 있다. 양질의 신규 일자리를 창출하기 위해 전담부서 운영을 통한 전사적 역량을 집중하고 있다. 신규직원 채용을 확대하고, 특히 근로자 중 장애인 고용비용을 정부 권장 목표인 3.2%보다 획기적으로 높여 5%까지 늘리고 지역인재 채용도 확대하고자 한다. 또한 근로자의 일·가정 양립이 가능한 직장문화의 모범사례를 제시하고 이를 사회적으로 확산시키는 데 앞장서고자 한다.

## 결 론

국민건강보험은 그동안 여러 차례 개혁 과정을 통해 국민의 일상 생활에 가장 큰 도움을 주는 사회보장제도로 발전하였다. 국민건강보험은 국민들의 일상생활과 밀접하게 관련되어 있어 어떻게 운영되느냐에 따라 국민의 건강과 행복에 막대한 영향을 주게 된다. 이렇기 때문에 공단의 역할이 재정립되고 제대로 수행된다면 국민 건강보험과 노인장기요양보험은 국민들이 더욱 의지할 수 있는 사

회보장제도가 될 것이다.

이러한 의미에서 2018년 시작된 새로운 건강보험 보장성 강화 정책과 소득 중심의 보험료 부과체계 개편 등의 성공적인 추진이 아주 중요하고, 이를 위한 공단의 중추적인 역할이 요구되고 있다. 국민건강보험제도와 노인장기요양보험 제도가 지속적으로 발전하여 남녀노소 누구나 의료비 걱정 없는 사회가 될 때, 공단은 그 역할을 다 한 것이라고 할 수 있을 것이다.

### ORCID

Yong-Ik Kim (president): <https://orcid.org/0000-0003-0210-0999>

### REFERENCES

1. Framework Act on Social Security, Law No. 13650 (Dec 29, 2015).
2. Ministry of Health and Welfare, National Health Insurance Service, Health Insurance Review & Assessment Service. 40-Year-history of Korean national health insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2017.
3. Article 1 of National Health Insurance Act, Law No. 14839 (Jul 26, 2017).
4. Article 1 of Long Term Care Insurance Act, Law No. 14321 (Dec 2, 2016).
5. National Health Insurance Service. 2017 Main statistics of national health insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
6. National Health Insurance Service. 2016 Survey of medical expenses for national health insurance patients. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
7. National Health Insurance Service. 2017 Ratio of benefit to contribution. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
8. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development [cited 2018 Jul 18]. Available from: [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#).
9. Statistics Korea, Korean Statistical Information Service. Statistical database [Internet]. Daejeon: Statistics Korea [cited 2018 Jul 18]. Available from: [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_2KAA208\\_OECD](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2KAA208_OECD).
10. National Health Insurance Service. 2017 Long term care insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service; 2018.
11. National Health Insurance Service. Business trip report of Japan · Taiwan. Wonju: National Health Insurance Service; 2011.
12. Statistics Korea, Korean Statistical Information Service. Statistical database [Internet]. Daejeon: Statistics Korea [cited 2018 Jul 18]. Available from: [http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M\\_01\\_01&vwcd=MT\\_ZTITLE&parmTabId=M\\_01\\_01#SelectStatsBoxDiv](http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01#SelectStatsBoxDiv).