

碩士學位論文

國民健康保險財政 安定化方案에
관한 研究

2003年

漢城大學校 行政大學院

福 社 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

金 榮 祚

碩 士 學 位 論 文

指導教授 鄭 周 澤

國民健康保險財政 安定化方案에
관한 研究

-A Study on Securing Financial Stability of
National Health Insurance-

2002年 12月 日

漢 城 大 學 校 行 政 大 學 院

福 社 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

金 榮 祚

碩 士 學 位 論 文
指 導 教 授 鄭 周 澤

國民健康保險財政 安定化方案에
관한 研究

-A Study on Securing Financial Stability of
National Health Insurance-

위 論文을 行政學 碩士學位論文으로 提出함

2002年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

福 社 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

金 榮 祚

金榮祚의 行政學碩士學位論文으로 認定함

2002年 12月 日

심사위원장 (인)

심사위원 (인)

심사위원 (인)

국문 초록

국민건강보험 재정 안정화 방안에 관한 연구 -A Study on Securing Financial Stability of National Health Insurance-

본 연구에서는 국민건강보험 재정의 안정화에 초점을 맞추어 국민건강보험에 대한 중장기적 대책을 마련할 수 있는 토대를 제시함으로써, 사회보장제도로서의 본질적인 기능을 수행하기 위한 정책방안을 창출하는데 본 연구의 목적이 있다.

이에 따라 본 연구에서는 다음과 같은 국민건강보험 재정안정화 방안을 제시코자 하였다.

국민건강보험 재정안정화 방안으로는 중·단기와 장기적 방안으로 나누어 살펴보았는데, 우선 중·단기적 방안은 다음과 같다.

첫째, 보험료 징수율 제고 및 재원 조달의 안정적 확충

보험료 인상이 쉽지 않은 지역보험재정은 징수율 제고와 더불어 국고지원의 확대를 통해 안정화시켜야 할 것이다.

둘째, 요양기관 계약제 시행

요양기관을 계약제로 전환할 경우 의료의 질 향상과 추가재원의 확보가 가능하게 된다.

셋째, 국민건강보험관리 시스템의 정비

관리시스템의 개편으로는 현재 공단 본부 및 6개 지역본부에서 일괄하여 진료비를 지급하는 시스템을 변경할 것을 검토할 필요가 있다.

넷째, 약제비의 효율적 관리

약제비를 효율적 관리를 통하여 건강보험의 재정 안정화를 기할 수 있을 것이다.

다섯째, 소액진료에 대한 환자본인부담 강화

경제적 부담이 상대적으로 적은 소액 경증질환에 대한 정액본인부담을

강화할 필요가 있다.

다음으로 장기적 방안은 아래와 같다.

첫째, 민간의료보험의 확대

공적의료보험과 민간의료보험의 관계를 보완적으로 정립하여 기본적으로 필수적인 의료서비스는 공적의료보험의 강제적용을 받게 하고 재원조달의 한계로 인하여 공적의료보험이 충족시키지 못하는 부분에 대해서는 소비자의 능력과 선호에 따라 다양한 민간의료보험을 선택하게 하는 것이다.

둘째, 의약분업의 개선

의약분업은 보험재정을 악화시키고 병원경영에 악영향을 미쳤으며, 국민들의 의료이용에 불편을 가중시켰다. 그러나, 현 단계에서 의약분업을 중단하고 원상으로 회귀하는 것은 또 다른 사회비용을 필요로 하기 때문에 문제가 있는 부분을 전향적으로 개선해 나가야 할 것이 보다 효율적이다.

셋째, 건강증진사업을 통한 재발 및 요양서비스 연계

미래의 질환을 예방하고 중증 및 만성화 가능성을 사전에 차단할 수 있는 예방 및 건강증진 프로그램을 확충하여 보험급여의 범주에 포함시켜야 할 것이다.

넷째, 개방병원 및 전문병원 활성화

개방병원은 1·2차 의료기관 중심의 효율적인 의료전달체계를 구축할 수 있고, 의료기관의 과잉·중복투자 방지로 국민의료비를 절감할 수 있으며, 의료인의 진료능력 향상으로 의료서비스의 질적 수준을 제고할 수 있다는 긍정적인 측면이 있다.

중소병원은 병원의 규모, 지역적 특성, 기능적 측면에서 각기 다양한 특성을 가지고 있는 만큼 특성에 따른 다양한 대책이 마련되어야 한다.

다섯째, 노인요양보험제도의 도입

노인요양보험제도의 도입을 통해 급성병상에 입원해 있는 만성질환 노

인을 요양병상으로 전환하고, 가정내에서 요양을 필요로 하는 중증노인에 대해 요양보호를 제공하여 중증장기요양 노인의 보호와 건강보험 재정의 효율적 운영을 지향할 필요가 있다.

이상에서와 같이 국민건강보험재정 안정화방안을 모색하여 보았는데, 제한된 자료로 인하여 분석에 한계가 있고, 이해당사자간의 복잡한 이해관계로 인해 모두가 공감할 수 있는 방안을 제시하는 데에는 한계가 있다. 따라서, 방안의 마련에 있어서는 하나의 체계적인 방안보다는 여러가지 방안을 제시하고자 하여, 깊이면에서 한계가 있음을 밝힌다.

목 차

제 1 장 서 론 -----	1
제 1 절 연구의 필요성 및 목적 -----	1
제 2 절 연구의 방법 및 범위 -----	4
제 2 장 국민건강보험의 개관 및 변천 -----	5
제 1 절 국민건강보험의 연혁 -----	5
제 2 절 통합의료보험 -----	10
제 3 절 지역의료보험과 직장의료보험 -----	14
제 4 절 의약 분업 -----	21
제 3 장 국민건강보험 재정의 현황 및 문제점 -----	25
제 1 절 의료보험통합에 따른 재정의 부족 -----	25
제 2 절 의약분업시행 효과 미미 -----	27
제 3 절 보험료 징수율 미흡 -----	39
제 4 절 의료수가 인상에 따른 재정의 불안 -----	40
제 5 절 노인인구 증가와 의료비 증가로 인한 재정의 부족 -----	47
제 4 장 외국의 건강보험 안정화 대책 -----	50
제 1 절 재정안정 대책의 방향 및 특징 -----	50
제 2 절 재정안정을 위한 공통적인 접근방법 -----	50
제 5 장 국민건강보험 재정 안정화방안 모색 -----	55
제 1 절 중·단기 방안 -----	55
1. 보험료 징수율 제고 및 재원 조달의 안정적 확충 -----	55
2. 요양기관 계약제 시행 -----	59
3. 국민건강보험관리 체계의 정비 -----	64
4. 약제비의 효율적 관리 -----	65
5. 소액진료에 대한 환자본인부담 강화 -----	66

제 2 절 장기 방안 -----	67
1. 민간의료보험의 확대 -----	67
2. 의약분업의 개선 -----	70
3. 건강증진사업을 통한 재활 및 요양서비스 연계 -----	72
4. 개방병원 및 전문병원 활성화 -----	77
5. 노인요양보험제도 도입 -----	80
 제 6 장 결 론 -----	 92
참고 문헌 -----	98
ABSTRACT -----	102

표 목 차

<표 2-1> 우리나라 건강보험 연혁 -----	7
<표 2-2> 적용대상 사업장 및 인구 현황 -----	16
<표 2-3> 직장가입자의 보험료 및 부담 비율 -----	19
<표 3-1> 건강보험 재정 추이: 1995~2001년 -----	28
<표 3-2> 보험재정수지 증가지수: 1995~2001년 -----	29
<표 3-3> 의약분업시행 전후 월평균 급여비 변동 -----	31
<표 3-4> 의약분업시행 전후 월평균 내원환자수 변동 -----	32
<표 3-5> 의약분업시행 전후 외래방문당 보험진료비 변동 -----	33
<표 3-6> 의약분업시행 전후 입원환자 재원일당 보험진료비 변동 ---	34
<표 3-7> 의약분업시행 전후 내원일당 보험진료비 변동 -----	35
<표 3-8> 1999년말 상황 고정시 2000-01년 월평균 급여비 추계 ---	36
<표 3-9> 1999년말 상황 고정시 2001년 월평균 급여비 추계 -----	36
<표 3-10> 의약분업 시행에 따른 2001년 급여비 변동 -----	37
<표 3-11> 통합전후의 지역보험료 징수율 -----	40
<표 3-12> 의약분업 전후 평균 처방일수 추이 -----	42
<표 3-13> 의약분업 전후 수가인상 조정내역-----	45
<표 3-14> 건강보험 수가인상 현황과 재정부담 증가액 -----	47
<표 3-15> 전체인구와 노인의 진료건수,진료비 및 보험급여비 비교 -	48
<표 4-1> 주요국의 지불제도 비교 -----	52
<표 4-2> 주요 유형별 약제비 억제 대책 -----	54
<표 5-1> 건강위해상품 부과 소비세 징수 현황 -----	58
<표 5-2> 이자소득세와 배당소득세 징수 현황 -----	59
<표 5-3> 특별소비세와 부가가치세 징수 현황 -----	59
<표 5-4> 연도별 지역의료보험 국고지원 현황 -----	65
<표 5-5> 선진국의 노인인구 비율과 의료비 비중 비교(1993) -----	83

그림 목차

(그림 2-1) 우리나라 의료보험 조직 -----	14
(그림 2-2) 지역보험료 결정모형 -----	20
(그림 3-1) 보험재정수지 추이: 1995~2001년 -----	29
(그림 3-2) 2001년도 보험재정부담 증가요인 및 비율 -----	41
(그림 3-3) 전체인구와 노인의 보험급여비, 진료건수 비교 : 1995년 및 1999년 -----	49
(그림 3-4) 전체인구와 노인의 연평균 보험급여비 증가율 비교:1995~'99 년간 -----	49
(그림 5-1) 노인의료비의 범위 -----	81
(그림 5-2) 노인의료비의 부담구조 -----	82
(그림 5-3) 의료보장제도와 장기요양보호제도간 재정 구조 -----	84

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 필요성 및 목적

사회보장제도중에 하나인 국민건강보험은 질병이라는 불확실한 위험의 발생으로 인해 가계가 일시에 과다한 의료비를 지출함에 따라 겪게되는 의료비 과중부담을 방지하기 위해 평균손실로 대체하는 원리를 통해 개인의 위험을 보험가입자 전원에게 분산함으로써 국민의 생활 안정을 기하고 건강을 유지하기 위한 공적제도라 할 수 있다.

국민건강보험은 우리나라에서 조합방식의 의료보험으로 1977년 7월1일부터 500인 이상 사업장에 의무 적용되는 것으로 실시되었으며, 1989년 7월 도시지역 자영업자에게 까지 확대 적용하기에 이르렀다.

조합방식의 의료보험은 소속조합에 따라 보험료 산정방법이 상이하여 보험료가 불공평할 뿐만 아니라, 조합단위로 관리 운영됨으로써 위험분산 및 사회연대성 기능을 저하시켰다. 또한 조합 구성원의 경제적 능력 등 조합 형편에 따라 재정 격차 즉, 재정이 풍부한 조합과 재정이 빈약한 조합 간의 격차로 인해 급여와 서비스의 비효율성이 존재하였다. 이러한 모든 문제점을 해소하고자 2000년 7월 1일부터 ‘국민건강보험법’을 제정·시행하게 되었으며, 이에 따라 기존의 조합 방식에 의한 의료보험 관리 운영 체계에서 벗어나 통합된 단일보험자에 의한 새로운 의료보험의 시대를 열었다.

건강보험의 통합은 1998년 10월 지역조합의 통합으로부터 시작되었으며, 1999년 직장과 지역을 모두 통합하는 국민건강보험법이 국회에서 통과되었다. 건강보험통합은 2000년 1월에 실시토록 법에 정해졌지만 지역가입자와 직장가입자 간의 단일보험료 부과체계의 개발 문제로 통합을 6개월 연기하였다. 또한, 2000년 7월 관리기구의 통합이 예정됨에 따라 직장조합

들은 적립금을 소진하고 보험료 인상을 기피하면서 재정위기가 예고되는 문제가 발생하였다.

또한 건강보험의 통합과 함께 의약분업의 추진은 건강보험의 재정에 큰 어려움을 주어 2001년은 건강보험 재정문제가 최대의 사회적인 이슈로 등장하였다. 2001년 건강보험 재정은 건강보험의 통합으로 국고지원을 없앨 수 있을 것으로 기대되었으나 오히려 늘어났으며, 각종 재정안정화 대책으로 여러 가지 규제를 강화시켰음에도 불구하고 재정적자 1조 8천억원을 금융기관에서 차입하였다. 이와 같은 긴급상황에 대처하기 위하여 국민건강보험법에는 1년치 보험진료비의 반을 진료비 지불준비금으로 적립토록 하고 있다. 이 규정에 따르면 2001년 기준으로 대략 6조5천억원이 적립되어 있어야 하나 현재 적립마저 고갈된 상태이다. 또한 2002년도에도 약 1조원 가량의 재정 차입이 필요할 것으로 예측된다.

재정위기로 인하여 지금까지 막연하게 주장되던 통합의 기대효과에 대한 의문이 제기되었다. 이로 인하여 통합의 마지막 단계인 재정통합이 2002년 1월로 예정되었으나 결국 2003년 6월까지 1년 6개월간 재정통합을 유예하게 되었다.

이러한 건강보험의 통합은 1998년 지역의보를 필두로 한 통합의 결과가 기대와는 전혀 상반되게 나타나 국민갈등을 표출시키고, 부자조합이 가난한 조합을 도와주기도 전에 적립금을 소진하여 재정의 하향평준화가 이루어졌으며, 농어민의 보험료도 오히려 증가되었으며, 국고지원이 없어지는 것이 아니라 국고지원을 늘려도 재정위기는 계속되는 등으로 통합의 기대효과는 모두 역으로 나타났다.

보건복지부는 2002년 2월 4일 작년연말 기준 건강보험재정 현황을 발표하면서 2조7000억원의 적자를 냈다고 밝혔다. 복지부 보험정책과는 이날 2001. 5. 31 재정안정대책이 없었다면 4조2000억원의 적자가 났을 것이라고 밝힌 바 있다.

국민건강보험 재정이 위기에 직면한 이유는 수입과 지출의 불균형으로 수년간 누적된 적자구조가 작용하고 있다고 볼 수 있다. 외국에 비해 현재

히 낮은 의료보험요율로 인한 수입의 감소와 의약분업 등 정책적 변화에 따른 보험진료비의 급격한 상승은 보험재정 수지균형에 한계가 있을 수밖에 없을 것이다.

신의료기술 및 고가 의약품의 개발, 만성질환 및 노인의료비의 증가, 보험급여의 확대정책, 수가인상 등 제도외적인 요인에 의한 진료비의 증가도 보험재정악화에 영향을 미치고 있으나, 이와 더불어 의료공급자의 과다 진료 및 청구내역의 부실 검증 등 제도적인 진료비 억제장치가 제 기능을 발휘하지 못하는 데에도 적지 않은 원인이 있다.

의료보험 진료비는 소득수준 증가, 인구구조변화 등 사회·경제적 요인에 의해 지속적으로 증가하고 있으며, 1990년도에 2조9,419억원이었던 의료보험 진료비는 2000년도에 12조9,122억원으로 4.4배가 증가하였다. 건강보험급여비도 2000년도 9조321억원으로 '90년 총 현물급여비 1조9,314억원보다 4.7배에 달하며, '99년보다는 15% 증가하였다. 또한, 2001년도 급여비는 13조5,707억원으로 2000년도에 비해 50%가 증가하였다. 약국급여비 또한 '99년도 2,007억원에서 2000년도에는 8,479억원으로 대폭 증가하였으며, 이는 2000년도 7월부터 실시한 의약분업으로 인한 약국청구가 증가하였기 때문인 것으로 보인다.

의료보험 진료비는 큰 폭으로 증가하고 장기적인 추세로 이어질 것으로 예상되어 국민건강보험재정의 악화는 계속되어질 것으로 보여진다. 이에 따른 건강보험제도의 안정에 대한 위기 의식은 계속 확산될 수밖에 없으며 이로 인한 국민의 불만은 여러 가지 형태로 제기되고 있어 건강보험의 재정위기 극복을 위한 해결책이 절실히 요청된다.

본 연구에서는 국민건강보험 재정의 안정화에 초점을 맞추어 국민건강보험에 대한 중장기적 대책을 마련할 수 있는 토대를 제시함으로써, 사회보장제도로서의 본질적인 기능을 수행하기 위한 정책방안을 창출하는데 본 연구의 목적이 있다.

제 2 절 연구의 방법 및 범위

최근 세계적으로 의료비용이 급격히 상승함에 따라 여러 나라에서 보험재정이 큰 압박을 받고 있어, 추가적인 재원확보를 위하여 새로운 방안들이 다각적으로 모색되고 있으며 이에 따라 건실한 보험재정의 운용이 보다 중요한 정책과제로 대두되고 있다. 보험재정에 필요한 재원조달은 어디까지나 경제적 여건, 국민부담, 효율성, 형평 등의 문제와 관련되어 검토되어야 하기 때문에 경제정책면에서 매우 중요하고 어려운 과제로 인식되고 있다. 따라서 이와 같은 여러 경제 사회적 측면 중 어느 하나의 목적만을 위해서 보험재정이 운용되어서는 안될 것이며 여러 정책목표간 조화를 이루는 가운데서 보험재정이 구체적으로 계획되고 운영되어야 할 것이다.

본 연구에서는 보건복지부, 국민건강보험공단 등 국민건강보험 관련기관에서 발간한 각종 자료 등과 의료보험제도에 대한 선행연구논문, 학계의 학술 세미나 발표 논문, 각종 통계자료 등을 수집하여 현 제도상의 문제점을 심층 분석하는 문헌적 연구 방법을 통해 국민건강보험 재정 안정화 방안을 제시하고자 하였다.

본 연구의 범위로는 우리나라 건강보험의 문제점과 의료보험의 재정적인 지출요인 분석을 통해 보험 재정의 안정화 방안을 검토하는 것으로 하였다.

이에 따라 본 논문의 구성은 제 1장에서 연구의 필요성과 목적, 그리고 방법 및 범위에 대해 밝히고, 제 2장에서 국민건강보험의 개관 및 변천과정을 개략적으로 살펴보고 제 3장에서는 국민건강보험 재정의 문제점으로 지역의보와 직장의보의 통합 재정, 의약분업 시행 전·후의 재정, 보험료 징수, 의료수가, 노인의료비 문제 등에 대해 고찰하였다. 제 4장에서는 외국의 운영제도를 살펴보고, 제 5장에서는 국민건강보험의 안정화 방안에 대해 제시하였다. 제 6장에서는 결론으로 연구결과를 정리하고 연구의 한계를 밝혔다.

제 2 장 국민건강보험의 개관 및 변천

제 1 절 국민건강보험의 연혁

우리나라의 건강보험제도는 ‘의료보험에서 건강보험’으로 발전하였다.

의료보험을 보는 두 가지 견해가 있는데 하나는 의료보험이 건강을 보장하거나 의료서비스를 보장하는 것이 아니라 의료비를 보장 할 수 있을 뿐이라는 의미에서 의료비보험(Medical Care Insurance)이라는 주장과 의료보험이 단순히 상병을 치료하는데 그칠 것이 아니라 이를 예방하고 건강을 증진하는 적극적인 방향으로 나아가야 한다는 의미에서 의료보험은 마땅히 건강보험(Health Insurance)라고 불러야 한다¹⁾는 견해이다. 우리나라 의료보험제도의 변화는 국민의 건강 그 자체를 보장하는 수준으로 보험제도를 운영한다²⁾는 적극적인 의미를 함축하고 있다고 볼 수 있다. 우리나라 건강보험제도가 최초로 논의된 것은 1959년 보건사회부 의정국 주관하의 ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’에서 이다.

이후 1962년 3월 ‘사회보장제도심의위원회’에 편성된 4개반 중의 하나인 의료보험반에서 국민건강조사를 실시하고 외국제도를 검토하여 의료보험법 초안을 마련하고 1963년 11월 ‘사회보장에관한법률’, 동년 12월 「의료보험법」을 제정하였다. 그러나 보험대상이 근로기준법에 의한 근로자와 그 부양가족으로 제한된 임의 가입제로 법제화되었기 때문에 제대로 기능을 발휘하지 못한 상태에서 사문화되고 말았다.

1970년 근로자, 공무원, 군인 등의 적용대상은 강제가입으로 하고 자영업자는 임의가입으로 하는 의료보험법을 제정하였으나 의료보험의 강제가입의 문제점 등 제반 여건상의 어려움으로 그 시행령조차 마련하지 못하였다.

1) 中村正文, 「社會保障概論」, 東京 日本評論社, 1971, pp.145-146.

2) 문옥륜 외 2인, 「한국의료보험론」, 서울:신광출판사, 1999, p.59.

1970년 중반부터 국가의 경제성장 위주의 정책이 국민의 단결성과 사회적 연대 및 통합을 위협한다는 사회적 인식은 1976년 12월22일에 이르러 강제 임의적용의 병행과 당연 적용의 범위를 단계적으로 확대할 수 있도록 하는 내용으로 의료보험법을 개정하였다.

1977년 7월1일부터 500인 이상 사업장근로자와 공업단지 근로자를 강제 적용하여 486개 조합을 설립하였고 생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 사업을 실시하였다.

1979년 1월에는 공무원·사립학교 교직원의 의료보험을 실시하고 동년 7월에는 300인 이상 사업장근로자에게 적용범위를 확대(29개 지구공동조합설립)하여 임금소득 계층과 저소득층을 중심으로 점진적으로 의료보험 사업을 실시하였다.

1980년대에 이르러서는 전국민의료보험실시를 위한 시범사업으로 1981년 7월부터 홍천군, 옥구군, 군위군을 대상으로 1982년 7월에는 강화군, 보은군, 목포시를 대상으로 지역의료보험 사업이 확대 실시되었다.

직장의료보험은 1981년 1월에는 100인 이상 사업장 근로자, 1982년 12월에는 16인 이상 근로자에게 확대하였고 1988년 7월에는 5인 이상 근로자에게 확대되었다.

1980년 중반이후 수출경제의 호전과 함께 경제성장이 회복되고 정부의 재정도 안정화되자 정부는 사회적 불평등에 대한 국민적 불만을 해소하는 사회통합의 한 방안으로 복지부분에 관심을 갖고 제6차 경제사회발전 5개년 계획에 전국민의료보험확대를 채택하게 되었다.

1987년 보사부 차장으로 한 의료보험확대추진본부-실무작업반, 소 추진반, 군 실무반을 설치하여 전국민의료보험사업을 추진하였다.

1988년 1월 1일 농어촌의료보험을 실시하여 전체인구의 80.4%가 의료보장의 적용을 받았으며 1988년 6월 17일 국민의료정책심의위원회의 안건으로 도시지역 의료보험확대 방안이 제출되어 1989년 7월 1일 의료보험실시 12년 만에 전국 60개 도시를 대상으로 약 964만명(약 241만 세대)의 도시자영업자까지 의료보험을 확대 실시하게 되었다.

그러나 짧은 기간의 양적인 성장에도 불구하고 전 국민 적용 확대를 위한 「저 부담 저 급여」 정책과 조합방식의 구조적 한계에 대한 문제가 제기되었다.

우선 수요자인 환자와 가입자의 측면에서는 의료기관 이용 시 보험적용이 안 되는 비 급여 항목이 많고, 급여기간의 제한으로 가계의 의료비 부담이 가중되었으며 보험료 부담의 불공평성으로 진정한 국민건강권 보장으로써 의료보험의 역할에 제기하게 되었다.

의료공급자측면에서는 의료보험수가가 각종 물가지수를 따르지 못해 과잉진료와 비 급여 진료를 유발하는 진료 왜곡 현상이 나타났다.

관리운영측면에서는 관리체계의 다원화로 조합간 제정불균형, 위험분산기능의 제한, 과다한 관리 운영비 소요 등의 문제점과 다 보험자에 따른 주민의 불편과 보험료 부과의 형평성에 대한 불만으로 정책적 개선방안을 모색하게 이르렀다.

이후 1977년 12월 31일 「국민의료보험법」이 제정되어 1998년 10월1일부터 다수의 보험자방식(조합주의)의 제도에서 통합주의 방식으로 변경되어 공무원·사립학교교직원의료보험관리공단과 227개 지역의료보험조합이 통합되었으며 1998년 2월 노·사·정위원회에서 의료보험통합 합의로 동년 12월 「국민건강보험법」이 제정되어 2000년 7월부터 142개 직장조합까지 포함하는 통합이 이루어졌다.

그러나, 통합의 마지막 단계인 재정통합은 2002년 1월로 예정되어 있으나 국회는 2003년 6월까지 1년 6개월 간 재정통합을 유예시키는 것으로 하였다.

위의 내용을 보험급여 확대부분과 함께 정리하면 <표 2-1>과 같다.

<표 2-1> 우리나라 건강보험 연혁

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">· 1963.12.16 : 의료보험법 제정(법률 제 16233호)· 1976.12.22 : 의료보험법 전문개정(법률 제 2942호) |
|--|

- 1977.07.01 : 500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시
- 1977.12.1 : 공무원 및 사립학교교직원의료보험법 제정(법률 제3081호)
- 1979.01.01 : 공무원, 사립학교교직원의료보험 실시
- 1979.01.01 : 300인 이상 사업장 근로자 당연 적용
- 1980.01.01 : 공 · 교 의료보험에 군인가족 포함
- 1981.01.01 : 100인 이상 사업장 근로자 당연 적용
- 1981.07.01 : 공 · 교 의료보험에 퇴직연금수급자 포함
- 1981.07.01 : 지역주민 의료보험 시범사업 실시(홍천군, 옥구군, 군위군)
- 1981.10.01 : 공 · 교 의료보험에 군인연금수급자 포함
- 1981.12.10 : 직종 의료보험 실시
- 1982.05.15 : 5인 이상 사업장 근로자 임의 적용
- 1982.07.01 : 지역주민 의료보험 시범사업 추가 실시
(강화군, 보은군, 목포시)
- 1982.12.21 : 16인 이상 사업장 근로자 당연 적용
- 1984.12.01 : 한방 의료보험 시범사업 실시(청주시, 청원군)
- 1984.12.31 : 동일상병 180일 급여기간을 연간 180일로 변경
- 1986.01.01 : 공 · 교 의료보험에 유족, 장애, 상이연금 수급자
의료보험 적용
- 1987.02.01 : 한방 의료보험 전국 확대 실시
- 1988.01.01 : 농 · 어촌 주민 의료보험 전면 실시
- 1988.07.22 : 5인 이상 사업장 근로자 당연 적용
- 1989.07.01 : 도시지역 주민 의료보험 전면 실시(전국민 의료보험 실현)
- 1989.07.01 : 연금수급대상자 지역 의료보험으로 전화
- 1989.10.01 : 약국 의료보험 전국 확대 실시
- 1990.03.01 : 보건소 한방 의료보험 시범사업 실시
(춘성군, 영양군, 순창군)

- 1990.10.01 : 의료보험관리공단 의료보호사업 업무 실시
- 1991.01.01 : 고액진료비 보험제도간 재정공동부담사업실시
- 1994.01.07 : 65세이상 피보험자 및 피부양자 요양급여기준 연장(연간 180일에서 210일로)
- 1994.01.15 : 의료보장개혁위원회 발족
- 1994.07.08 : 장기하사 이상 현역군인 의료보험 적용
- 1995.01.01 : 노인의료비 보험제도간 재정공동부담사업실시
- 1995.06.30 : 요양급여기간 연장(180일에서 210일)
- 1996.01.01 : 고가의료장비(CT)보험급여실시
- 1996.07.01 : 요양급여기간 연장(210일에서 240일)
- 1997.02.01 : DRG(포괄수가제)시범사업실시(충수절제술, 정상분만, 제왕절개술, 백내장수술, 편도선수술대상)
- 1997.12.31 : 국민의료보험법 공포(법률 제5857호)
요양급여기간 연장(연간 270일에서 300일로)
- 1998.10.01 : 국민의료보험관리공단설립
- 1999.02.08 : 국민건강보험 제정(2000.01.01)시행
질병·부상에 대한 예방·재활에 급여확대
심사평가기관 신설(건강보험심사평가원)
- 1999.12.31 : 국민건강보험법 개정(법률 제6124호)
직장, 지역 가입자의 한시적 보험재정 구분 계리
- 2000.07.01 : 국민건강보험공단의 하나의 단일보험자체제
- 2001.01.01 : 공무원·교직원 건강보험과 직장건강보험 재정 통합,
3차 통합
- 2002.01.01 : 여야, 직장과 지역 건강보험 재정통합을
2003년 7월로 1년 6개월 연기
- 2002.01.19 : 국민건강보험재정건전화특별법 제정 시행
- 2002.11.20 : 응급의료법 시행령 및 시행규칙 개정안 마련(12월 시행)

제 2 절 통합의료보험

1. 통합의료보험 시행배경 및 추진과정

의료보장을 국가가 주관하는 것은 의료문제는 개인문제가 아니라 사회 문제임을 인식하고 발생을 예측할 수 없는 의료사고와 개인이 감당하기에 너무 높은 의료비용을 사회연대성 원리로 해결함으로써 사회안전망을 구축하여 사회통합을 이루기 위해서이다. 정부가 의료보험제도를 도입한 후 12년 만에 전국민의료보험을 달성하였지만 양적 성장에 치중한 나머지 짧은 기간동안 전 국민 적용확대를 위한 저 부담·저 급여 정책과 조합방식의 의료보험제도가 지닌 구조적 한계 등으로 제도의 질적 수준이 국민의 의료욕구를 충족시키기에 미흡한 점이 있었다. 즉, 종전 조합방식의 의료보험제도는 자신이 지니는 한계성으로 인해 사회보험정책의 목적과 가치를 실현하기에는 통합방식에 비해 다음과 같이 여러 면에서 미흡한 점이 있는 것이 사실이었다.

가. 종전 조합방식 의료보험제도의 문제점

종전의 조합방식 의료보험제도의 문제점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 의료보장은 사회연대성기능이 강해야 하는데 의료보험의 위험분산 기능이 수많은 조합으로 분산되는 바람에 사회통합기능이 제대로 발휘되지 못하였다.

둘째, 조합마다 보험료 부과 체계가 상이하기 때문에 동일한 소득과 재산이더라도 조합마다 보험료가 달라 보험료 부담이 공평하지 못하였다.

셋째, 조합간의 재정격차로 보험급여수준을 재정이 열악한 조합에 맞추다 보니 급여수준이 하향평준화 되어 있고, 의료보험급여의 범위와 수준이 낮아 진료비중 본인부담부분이 너무 많음으로써 가계의 의료비 부담이 가중되었다.

넷째, 소규모 조합별로 운영되어 사회보험이 가져야 하는 두 가지 기능인 소득재분배와 위험분산기능이 제대로 가동되지 않을 뿐만 아니라 관리운영상의 비효율이 초래되었다.

다섯째, 의료보험 종합전산망 부재로 거주지를 이전할 때마다 자격변경 신고 등을 해당조합에 해야하는 불편함이 있었다.

나. 통합의료보험의 법제화 및 정책과제 선정추진

의료보험제도의 도입초기부터 조합방식의 제도 자체가 지니는 한계성으로 인해 앞서 살펴본 바와 같은 많은 문제가 노출되었다. 이로 인해 의료보험을 통합해야 한다는 주장은 제도시행 초기부터 계속 제기되어 왔으며, 결국 '97.12.31. 「국민의료보험법」의 제정 공포로 통합작업에 박차를 가하여 '98.10.1. 통합의료보험을 시행하게 되었다.

다. 통합경위

'97년 정기국회에서 시·군별로 조직되어 있는 227개 지역의료보험조합과 공무원 및 교직원 의료보험관리공단을 통합하는 내용의 「국민의료보험법」이 통과되어 '98년 10월부터 시행 '98년 2월 노사정위원회 및 대통령 직인수위원회에서 지역·직장·공무원 및 교직원 의료보험을 통합기로 결정하여 '98년 중 통합의료보험법 제정을 추진하였다.

라. 추진 절차

1단계로 '97년에 국회에서 제정한 「국민의료보험법」에 따라 공무원 및 교직원 의료보험관리공단과 지역의료보험조합이 통합되어 '98.10.1. 「국민의료보험관리공단」으로 출범 2단계로 직장을 포함한 통합일원화는 국민의 정부 100대 정책과제의 하나로 현재 의료보험통합법의 제정을 추

진하여 1999년 1월 6일 국회를 통과하였다.

2. 주요 내용

과천정부종합청사에서 개최된 국무회의에서 의료보험 통합일원화를 내용으로 한 "국민건강보험법"이 통과되었다. 이 법안은 기존 의료보험법과는 달리 급여의 범위가 치료중심에서 벗어나 예방, 재활을 포함하는 발전 지향적 성격을 지니고 있다.

국민건강보험법의 주요 내용을 살펴보면 전 국민을 단일 보험조직인 국민건강보험공단이 흡수하고, 모든 국민이 소득을 기준으로 동일한 방식에 의하여 보험료를 부담하도록 규정하고 있다(법 제12조). 또한 진료비의 심사 및 진료의 적정성 평가를 담당할 건강보험심사평가원을 독립된 법인으로 신설하게 되었다(법 제55조).

가. 제도의 목적

현행 치료중심에서 질병예방, 재활 및 건강증진을 강화하고 보다 포괄적이며 발전 지향적으로 목적을 규정하였다.

나. 보험가입자의 구분

소득유형에 따라 가입자를 직장가입자와 지역가입자로 구분한다.

직장가입자는 5인 이상 사업장 근로자 및 사용자, 공무원 및 교직원 등 임금소득자로 하며, 지역가입자는 직장가입자를 제외한 자(자영자, 4인 이하 사업장 근로자 등)로 한다.

다. 보험재정

가입자 구분하지 아니하고 사회적 연대성 강화와 통합취지에 맞추어 보험재정 통합운영하고, 재원의 집중관리를 통해 가입자에 대한 급여서비스 확충 등의 요구에 보다 능동적이고 효율적으로 대처토록 한다.

국가의 사회보장증진의무 차원에서 국민의 부담능력 등을 고려하여 국고 지원한다. 국가예산으로 지역가입자에 대한 보험료일부를 부담할 수 있도록 한다.

라. 관리운영조직

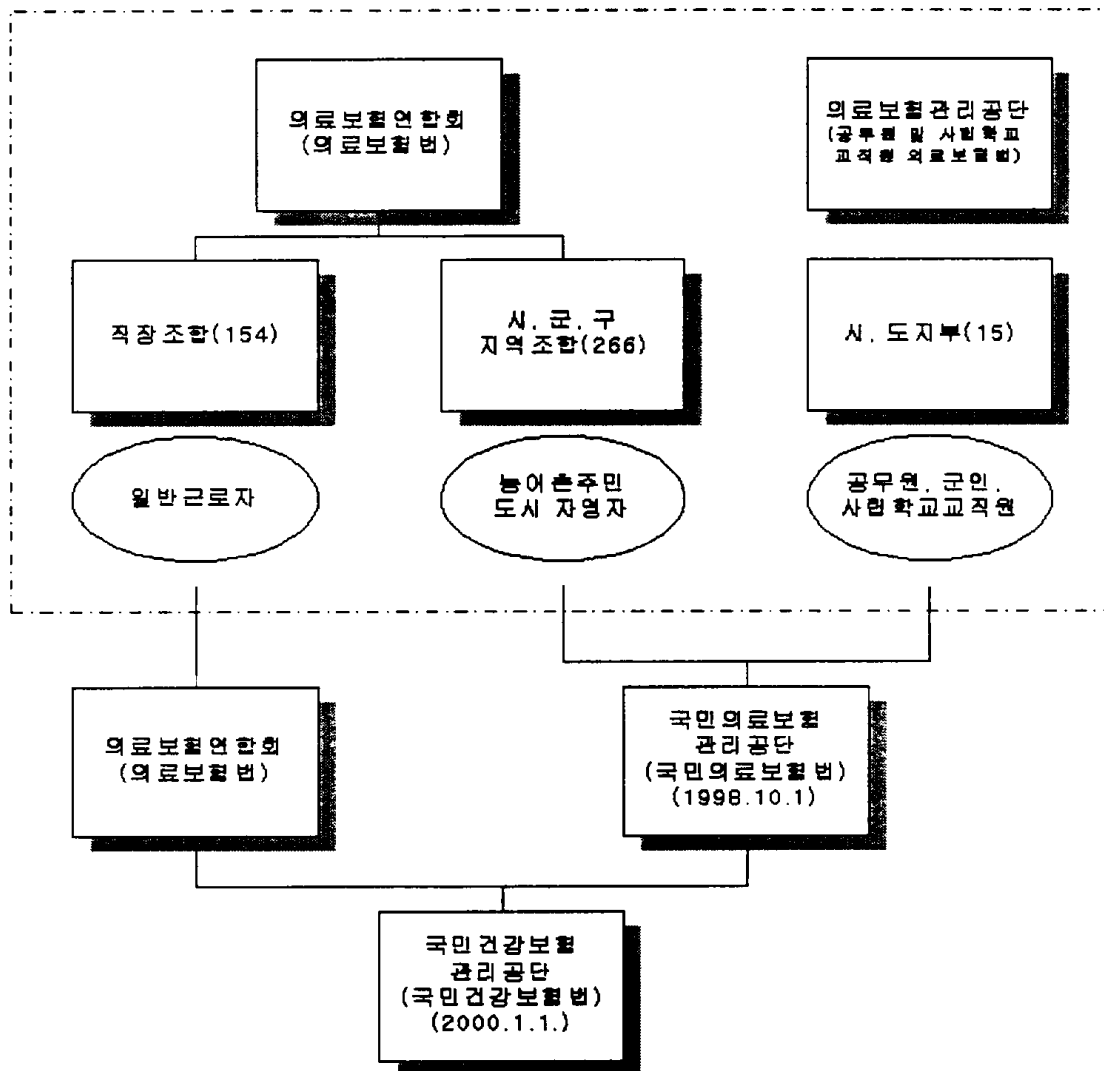
통합의료보험의 관리기구인 "국민건강보험공단"으로 하고, 공단의 조직은 중앙과 분 사무소의 2중 체계로 구성한다.

공단 내에 "재정운영위원회"를 두어 실질적인 재정안정을 도모할 수 있도록 운영한다. 위원회는 직장가입자, 지역가입자, 공익을 대표하는 위원 30인을 복지부장관이 위촉 또는 임명한다. 위원회의 기능은 건강보험 재정안정을 위한 보험료의 조정 등 재정전반에 관한 사항을 결정하는 업무 수행한다.

한편, 건강보험에 관한 최고 정책심의기구로 "건강보험심의위원회"를 보건복지부내에 설치하고 실질적인 권한을 강화한다. 동 위원회는 진료급여에 관한 비용의 산정기준 등 건강보험의 주요사항을 심의하는 기능을 수행한다.

또한, "건강보험심사평가원"을 독립기구로 설치, 진료비 심사기능과 진료급여의 적정성을 평가하는 기능부여하고, 적정진료와 보험재정의 균형(보험자와 의료공급자간), 심사의 전문성, 공정성, 진료의 적정성 및 비용효과 등을 제고한다.

복지부내에 "건강보험분쟁조정위원회"를 두어 공단 및 심사평가원의 처분에 대한 행정심판 기능을 수행한다.



(그림 2-1) 우리나라 의료보험 조직

제 3 절 지역의료보험과 직장의료보험

1. 적용대상

가. 직장의료보험

상시근로자가 5인 이상인 사업장에 종사하는 피보험자(근로자) 및 피부양자는 사용자 본인이 원하는 경우 직장피보험자가 될 수 있다. 다만 2월

이내의 일용근로자, 3월 이내의 기한부근로자, 소재지가 일정하지 아니한 사업장의 근로자, 계절적 또는 임시적 사업장에 사용되는 근로자, 비상근 고문·시간제근로자 등 비상시근로자, 지역의료보험조합의 상임대표이사과 직원다음의 자는 직장피보험자의 적용대상에서 제외된다.

나. 국민의료보험관리공단

직장조합에 소속되어 있지 않고 의료보호 대상이 아닌 피보험자(세대주) 및 피부 양자(가족)가 적용대상이다.

2. 관리단위

직장 및 지역 공히 피보험자 및 피부양자 모두에게 보험급여를 실시하기 때문에 개인단위 관리를 하고 있으며, 보험료 징수를 위해 직장은 각 사업장 단위 피보험자 별로, 지역은 세대단위로 관리하고 있다.

가. 2이상 적용사업장가입자에 대한 자격·징수관리

법령에 명확한 규정은 없으나, 86년 보사부 유권해석에 의하면 시행령 84조를 근 거로, 근로자가 수 개의 사업장에서 사용되고 있거나 사용자가 수 개의 의료보험적용 사업장에서 보수를 지급 받고 있는 경우 피보험자 자격은 수 개의 사업장 중 주된 하 나의 사업장을 기준으로 하여 취득하여야 한다. 그러나 보험료는 능력에 따른 부과란 사회보험의 기본원리와 사회적 형평을 유지하기 위하여 수 개의 사업장에서 받고 있는 근로소득을 합산하여 보험자가 결정하고, 사용자 부담보험료는 피보험자가 소속된 보험자에게 각각의 사업장 사용자가 납부하도록 하고 있다.

<표 2-2> 적용 대상 사업장 및 인구 현황

구 분		사업장 수	적용 인구수(세대수)	비 고
의료보험	직장의보	177,246	17,100,000(5,840,000)	'97년 12월 기준
	공교의보	9,169	4,940,000(1,420,000)	
	지역의보	-	22,890,000(7,600,000)	
	계	186,415	44,930,000(14,860,000)	

자료 : 국민건강보험공단, 2000.

나. 사용자의 보험가입(급여권)의 여부

피보험자로서 근로자만 명시하고 있어, 법규정대로라면 사용자는 지역의 보로 관리해야 할 것이다. 법 6조에 직장피보험자로 근로자만 명시하고 있으나 실무적으로 사용주도 당해 직장의료보험조합 피보험자의 자격을 가지는 것으로 운용하고 있고, 2이상의 사업장에서 보수를 받고 있는 사용자의 경우 2이상 사업장 근로자와 동일 한 방법으로 처리하고 있다.

3. 자격관련 주요신고사항 및 신고절차

가. 직장의료보험

당연 적용사업장 신고의 경우, 신고요건은 의료보험 당연 적용 요건에 해당하게 된 때(근로자수가 5인 이상에 해당하게 된 때), 신고기한은 해당 일로부터 1월 이내, 신고사항으로는 사업장 및 사용자의 일반사항(근로자의 개인별 피보험자 자격취득 신고서를 별도로 작성, 첨부함)이며, 신고방법은 사용자가 관할 조합에 신고한다.

피보험자 자격취득신고의 경우, 신고요건은 당연 적용사업장에 종사하게 된 때, 신고기한은 취득 일로부터 7일 이내, 신고사항은 성명, 주민등록번호, 주소, 보수월액, 취득일, 피부양자 내역(주민등록등본 첨부) 등이며, 신

고방법은 사용자가 관할 조합에 신고한다. 반면, 피보험자 자격상실신고인 경우에는 신고요건으로는 사용관계 종료, 사망, 국외이주 등이며, 신고기한은 상실일로부터 7일 이내, 신고사항은 성명, 주민등록번호, 상실일, 상실사유이며, 신고방법으로는 사용자가 관할 조합에 신고한다.

나. 지역의료보험

피보험자 자격취득신고를 보면, 지역에 거주하는 자로서 직장 또는 공·교공단 피보험자나 그 피부양자이었던 자가 자격을 상실하거나 의료보호 대상자가 대상자에서 제외된 때, 군에서 전역하거나 교도소 기타 이에 준하는 시설에서 출소한 때, 국내 영주외국인이 지역보험 적용을 받고자 한 때 등을 신고요건으로 하고, 신고기한은 신고사유 발생일로부터 14일 이내, 신고자는 세대주가 관할 조합에 신고하는 것이다.

반면, 피보험자 자격상실신고일 경우 신고요건으로는 사망, 국적상실, 직장, 공·교 공단, 의료보호 대상자로 된 때 등이며, 신고자는 세대주가 관할 조합에 신고한다.

4. 보험료 부과기준소득

가. 직장

근로자와 자영자는 다른 기준이 적용된다. 근로자는 근로소득, 다만 상여금, 휴일 수당, 시간외근로수당 등 비정기적 급여를 제외한다(상여금은 조합재정여건을 고려하여 조합별로 포함여부를 결정)

근로기준법상 통상임금의 개념과 유사하다. 보수의 범위와 관련하여 의료보험법은 "보수"라 함은 근로자가 근로의 대가로서 임금·봉급·수당 기타 어떠한 항목으로든지 지급 받는 일체의 금품으로 하되 퇴직금, 학자금, 현상금·번역료 및 원고료, 상여금, 일직수당·숙직수당·교통비 및 여

비, 법령의 규정에 의한 보상금 및 휴일근로수당과 비정기적으로 지급 받는 시간외 근로수당 및 야간근로수당, 사회보험급여금, 식사·급식보조비, 제복·작업복·제모 및 제화 등, 근무지역·근무 부서의 특수성으로 인한 보상으로 특별히 지급 받는 수당, 법령·조례의 규정에 의한 상금 또는 보로금, 보수를 받지 아니하는 위원 등이 출석일수에 따라 지급 받는 일당·수당 또는 여 비등, 판공비 기타 임시로 지급 받는 금품 등을 제외한다.

나. 지역가입자

기존 보험료부과체계는 기본보험료와 능력비례 보험료로 구분산정 하되, 기본보험료는 세대당과 피보험자당 정액, 능력비례보험료는 소득과 재산 및 자동차의 보유여부 등을 고려하여 부과하고, 통합보험료부과체계는 기존 조합간 보험료부담의 불공평성, 기타소득의 객관성 결여 등의 문제점을 개선하기 위해 기본보험료를 폐지하고 소득비례보험료와 재산비례보험료로 산정 한다.

5. 등급 및 상하한선

근로자와 자영자의 등급체계가 상이하다. 근로자는 전국적으로 동일하게 53등급 체계로(75,000미만의 소득을 70,000원(1등급)으로 하한이 설정되어 있으나 1,900,000원 인상인 53등급에서는 만 단위에서 반올림한 금액으로 사실상 상한이 없음), 지역가입자는 소득 및 재산에 각각 30등급으로 구분 부과되며, 등급별 보험료 액과 하한, 상한금액은 조합별로 정관에서 규정 하던 것을 소득비례보험료를 다시 평가 소득과 과세소득으로 나누어 각 30등급과 50등급으로 나누고 재산비례보험료를 재산보험료 50등급과 자동차보험료 7등급으로 구분한다.

통합보험료의 부과체계상 보험료의 하한선은 4,200원이고 상한선은 271,500원이다.

6. 재원의 조성

재원의 조성은 <표 2-3>에서 보는 바와 같이 직장보험재정은 직장가입자의 경우 전년도 표준보수월액을 기준으로, 보험요율은 2.8%로 가입자와 사용자가 각각 반을 부담하며, 공무원과 교직원은 보험요율이 3.4%로서 공무원은 가입자와 국가가 각각 표준보수월액의 1.7%, 교직원은 가입자가 표준보수월액의 1.7%, 사용자가 1.02, 국가가 0.68%를 각각 부담한다. 군인의 경우 총 보험요율 2.8%를 가입자와 국가가 각각 반씩 부담한다.

<표 2-3> 직장가입자의 보험요율 및 부담비율

(단위 : %)

구 분	가입자 부담	사용자 부담	국가 부담
직장가입자	1.4(50)	1.4(50)	
공 무 원	1.7(50)	-	1.7(50)
교 직 원	1.7(50)	1.02(30)	0.68(20)
군 인	1.4(50)	-	1.4(50)

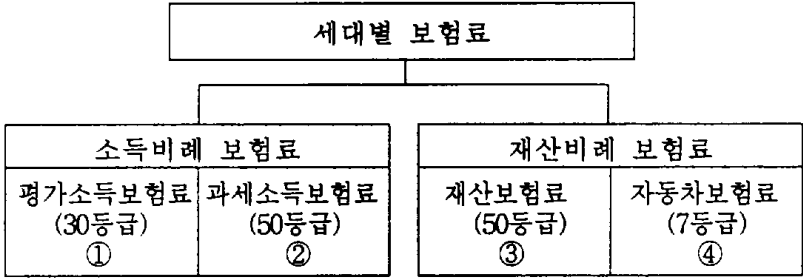
주 : 1) 보험요율(부담비율)

2) 국외근무자는 보험요율의 50%적용

자료 : 국민건강보험공단, 2000, p91.

지역보험재정은 지역가입자의 보험료와 국가에서 지원되는 일정액의 국고지원금으로 구성된다. 지역가입자의 보험료는 세대별로 (그림 2-2)와 같이 소득비례보험료와 재산비례보험료로 구분하여 부과하며, 소득비례보험료는 과세소득보험료와 평가소득보험료로 구분되고, 재산비례보험료는 재산보험료와 자동차 보험료로 구분된다. 평가소득보험료 부과대상은 과세소득 무 자료세대 또는 연간과세소득 500만원이하인 세대로 하며 시행령 및

정관이 정하는 평가소득등급의 보험료를 부과한다. 과세소득이 없는 가입자에 대하여 평가소득보험료를 부과하는 것은 지역가입자 중 과세소득이 있는 세대가 전체의 30%정도인 반면 과세소득이 없는 세대가 70%를 차지하기 때문이다. 소득 유 자료세대 중에서도 연간 500만원이하의 저소득세대가 73%로 과세소득이 미미하거나 소득 파악이 대단히 어려워져, 부득이 재산 등을 이용하여 소득을 평가 후 보험료를 부과하는 것이다. 과세소득 보험료 부과대상은 종합소득, 연금·농지소득 등을 정관이 정하는 평가율로 환산한 연간과세소득이 500만원을 초과하는 세대에 대하여 과세소득등급에 다른 보험료액을 부과한다. 재산보험료 부과대상은 건물, 토지 또는 선박·항공기 등의 재산과표 보유세대와 전·월세 및 신규구입주택 거주세대로 시행령 및 정관이 정하는 재산등급의 보험료를 부과한다. 다만, 주택소유자(건물과표)의 경우 전·월세보증금은 제외한다. 자동차보험료 부과대상은 시행령 및 정관이 정하는 자동차 보유세대로 자동차당 차종별, 배기량별³⁾로 사용연수를 고려하여 자동차등급의 보험료를 부과한다.



(그림 2-2) 지역보험료 결정모형

주 : 보험료 산정방법 : (①또는②) + ③ + ④
 자료 : 국민건강보험공단, 2000, p90.

3) 화물차는 배기량 기준이 아니고 적재량을 기준으로 한다

제 4 절 의약 분업

환자의 치료에 사용되는 의약품은 전문 의료인인 의사가 환자의 증상을 진단해 가장 적합하게 처방한 후 약사 역시 처방전에 따라 전문적으로 의약품을 조제·판매하는 것으로, 질 높은 의료 서비스를 제공하기 위해 도입한 의약분업은 1240년 독일 황제 프리드리히 2세의 의약법이 효시이며, 독일·프랑스·미국 등 유럽을 비롯한 선진 각 국에서 널리 시행하고 있다. 한국에서도 의약분업이 논의되기는 하였으나 의료수요자의 불편 및 의료업자와 약사의 지역적 분포의 불균형 등으로 인해 시행되지 못하다가 1993년 개정약사법에 1999년 7월 7일 이전에 의약분업을 실시하도록 한 규정에 따라 1998년부터 도입을 추진하였다.

보건복지부에서는 1998년 의료계·약계·언론계·학계 등으로 의약분업 추진협의회를 구성하였으나, 그 해 12월 의사협회·병원협회·약사회가 의약분업 실시 연기 청원을 국회에 제출함으로써 시행이 1년간 연기되었다. 1999년 5월, 다시 시행방안을 협의해 정부에 건의한 뒤 같은 해 9월, 시행방안을 최종 확정하고, 역시 같은 해 12월 7일 약사법 개정법률안이 국회에서 통과됨으로써 시행에 들어갔다.

의사·약사 사이에 환자 치료를 위한 역할을 분담해 처방 및 조제내용을 서로 점검·협력함으로써 불필요하거나 잘못된 투약을 방지하고, 무분별한 약의 오남용을 예방해 약으로 인한 피해를 줄이는 데 목적이 있다. 주요 뼈대는 의료기관에서 진료 받은 외래환자는 원내에서 조제·투약을 받을 수 없고, 반드시 원외에 있는 약국에서만 받아야 하며, 약국에서는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제한다는 것이다.

의료기관에서 직접 조제 받을 수 있는 예외 범위는 심한 정신질환자, 상이등급 1급 내지 3급 해당자, 고엽제 후유증 환자, 장애인 1급 및 2급, 파킨슨병 및 나병 환자, 결핵환자, 국가 안전보장에 관련된 정보 및 보안에 필요한 경우 등이다. 대상 의약품은 모든 전문의약품으로 하되 진단용약·

예방접종약·회귀약품·방사성의약품·신장투석액·의료기관조제실 제제 등은 병·의원에서도 직접 조제·투약할 수 있다. 또 의사는 일반명 또는 상품명으로 처방하되, 약사는 상품명 처방도 필요한 경우 성분·함량·제형이 동일한 다른 의약품으로 대체 조제할 수 있는데, 약사는 이러한 사실을 환자에게 알리고 동의를 받아야 하며, 추후에 의사에게 통보하여야 한다.

이 제도의 시행으로 그동안 약사의 임의 조제에 대해 적용하던 약국의료보험제도가 폐지되고, 의사의 처방전에 의해 조제 받는 경우에만 건강보험을 적용 받게 된다. 그러나 이 제도의 시행을 둘러싸고 의료계가 장기간 진료행위를 거부함으로써 국민 의료 서비스에 심각한 불편을 야기하였고, 약계 또한 자신들만의 이익을 지나치게 고집하는 등 의약계의 집단 이기주의로 인해 전 국민적인 문제로까지 불거지기도 하였다.

뿐만 아니라 주무 부처인 보건복지부 역시 정책에 혼선을 빚었고, 국민 건강보험공단은 보험료의 과다 지출로 인해 국민들의 불신을 사는 등 2001년 현재까지도 의약분업에 대한 찬반 양론이 거듭되고 있는 실정이며, 계속되는 건강보험료 인상으로 인해 국민들의 부담만 늘어나고 있다는 지적도 받고 있다.

소비자의 입장에서, 의약분업은 전문의약품 구입을 위한 거래비용을 이전보다 증가시킨다. 소비자에게는 약품가격 이외에 병·의원 내원에 따른 교통비용, 진료대기비용이 증가하게 되어, 소비자가 부담하는 전문의약품의 실질가격은 상승하게 된다. 다른 조건이 일정하고 의약품을 정상재라고 한다면 전문의약품의 실질가격 상승은 전문의약품 수요를 감소시킬 것이다. 따라서 의약분업이 소비자에게 미치는 영향은 전문의약품 실질가격 상승에 기인하는 소비자 잉여의 감소분과 의약품 수요량 감소에 의해 나타나는 직간접 의료비 감소분과 관련이 있다. 소비자 후생의 손실은 전문의약품 실질가격의 상승률과 밀접한 관련이 있다. 의약분업 이전에는 항생제 등 전문의약품을 약국에서 의사처방 없이 직접 구입하던 소비자가 분업으로 병·의원에서 의사의 처방을 받아야 구입할 수 있으므로 추가적 비용

을 지불하여야 한다. 진찰비용, 교통비용, 병원대기비용의 발생은 전문의약품 구입을 위한 실질가격을 약 68% 증가시키는 것으로 추계된다.⁴⁾

국민건강보험 재정적 측면에 있어서도, 정부는 1999년 5월 의약분업 합의안을 발표한 이래 “국민의료비 추가부담은 없다”고 강조하여 왔다. 그런데 2000년 6월 16일 보건복지부는 「의약분업실시에 따른 영향분석 설명자료」를 통하여, 의약분업 시행에 따른 추가재정부담이 1조5,437억원에 이를 것이라고 하였다. 이는 의약분업에 따른 병·의원 및 약국의 비용증가 및 예상손실액 2조 3,221억원에서 약국 의료보험 폐지 및 오·남용 감소액 7,784억원을 차감한 비용이다. 의·약계는 정부안의 2.8배에 이르는 4조3,593억원의 손실보전이 있어야 한다고 주장하였다.⁵⁾

그러나 보건복지부가 2001년 3월 16일 발표한 “건강보험 재정전망 및 요양급여 변화추이” 자료를 통해 2001년 4조원의 건강보험 재정적자가 발생하며 이중 3조7,450억원이 의약분업으로 인한 추가 지출로 생기는 적자임이 드러났다.⁶⁾ 2001년 적자액 2조7,000억원으로 당초 정부가 의약분업전에 추계한 추가 소요재정 1조5,000억원의 1.8배에 해당한다. 더우기 복지부 보험정책과에서 2002년 2월 4일 2001. 5.31 재정안정대책이 없었다면 4조 2000억원의 적자가 났을 것이라고 밝힌 점을 고려한다면 무려 의약분업전 추계 추가 소요재정의 2.8배에 해당하는 것이다. 결국 의약분업실시에 따른 추가재정을 제대로 예측하지 못했던 것이다.

의약분업은 의약품의 오·남용을 방지하여 의료비 절감에 기여할 것으로 기대되었으나, 추진과정의 왜곡과 오류로 인해 급속한 재정악화요인으로 작용하였다. 의약분업의 시행과정에서 이해당사자들의 거센 반발을 임기 응변식으로 무마하기 위해 재정부담에 대한 검토도 없이 의료수가 인상, 본인부담금 인하 등 단기 처방에 급급하여, 의약분업에 대한 대 국민 불신을 심화시키고 결국에는 보험재정의 적자를 가중시켰다.

4) 정우진 외2인, “의약분업의 경제적 효과분석과 도입방안”, 한국보건사회연구원, 1997, pp.39-40.

5) 보건복지부, 「의약분업 실시에 따른 영향분석 설명자료」, 2000. 6, p31.

6) 중앙일보, “사설-의보재정파탄”, 2001. 3. 17

의약분업으로 인한 보험재정의 부담을 해소하기 위해서는 먼저 의약품 과다처방의 감소 방안이 있어야 하겠다. 의약품 처방량을 적정수준으로 줄이기 위해서는 처방모니터링 체계 구축 및 처방정보 환류(feedback), 처방 가이드라인(임상진료지침 등)에 따른 심사 강화, 처방관련 교육 등 중장기적이고 복합적인 대처방안이 마련되어야 한다. 즉, 의료기관(의사)별로 처방의약품 종류수, 방문건당 약제비, 고가의약품 처방률, 항생제처방률, 주사제처방률 등 처방 행태에 대한 모니터링 체계를 구축하여야 하며, 모니터링 정보 중 일부 지표(예, 주사제 처방률 등)를 공개하고, 개별 의사에게 환류(feedback)함으로써 처방 행태의 변화를 유도해야 한다.

다음으로는 고가의약품 사용제한이다. 고가의약품 사용 규제정책으로 대표적인 것은 대체조제와 참조가격제가 있다. 대체조제는 생물학적 동등성이 입증된 의약품에 대해 허용되고 있는데, 2001년 5월 대체 허용 의약품은 419성분 577품목 정도이다. 대체조제는 동일성분, 함량, 단위, 제형을 가진 의약품을 대상으로 한 것으로서 동일 효능 군을 대상으로 한 참조가격제에 비해 약효 동등성에 대한 논란이 적으며, 많은 선진국에서는 이미 실시하고 있는 제도이다. 따라서 참조가격제에 앞서 우선적으로 대체조제를 활성화시키는 것이 바람직하며 대체조제 활성화 방안으로 대체조제 가능한 의약품 중 낮은 가격을 건강보험에서 상환하고 나머지는 본인이 부담하도록 함으로써, 소비자 선택에 의해 가격이 낮은 의약품 사용을 권장하는 방법도 고려할 만 하다.⁷⁾

의약분업 도입과 관련된 의료기관의 폐·파업으로 몇 차례 진료수가의 인상이 이루어졌고 이와 맞물려 의료이용량의 증대, 의료보험 통합 등으로 건강보험재정의 안정화가 최대 현안이 되었다.

7) 조재국, “의약분업개선방안”, 「보건복지포럼」 2002. 2. pp57-58.

제 3 장 국민건강보험 재정의 현황 및 문제점

제 1 절 의료보험 통합에 따른 재정의 부족

1. 가입자별 재정

가. 지역재정

재정현황을 가입자별로 살펴보면, 지역보험재정은 1996년 1,422억원의 당기적자가 발생하였으나, 1997년 보험료 인상 등으로 균형재정을 이루었다. 그러나 보험료 등이 급여비 상승을 보전하지 못하여 1998년에는 당기 재정적자가 1,572억원(지출의 3.8%), 1999년에는 당기재정적자가 3,283억원(지출의 7.0%)에 이르는 불균형을 초래하였다. 적립금 규모는 1999년 기준시 3,995억원으로 1.2개월분의 급여비에 불과하다. 2000년 말에는 적립금이 거의 고갈되어 3일치 급여비 수준(364억원)으로 집계되었다. 2001년도 지역재정을 보면, 적립금이 고갈되면서 당기재정적자가 6,971억원(2000년 대비 2.3배 증가)으로 예상되어 심각한 재정문제에 직면하게 되었다.

나. 직장재정

비교적 건실한 재정을 유지해 왔던 직장보험의 경우에도 의료보험 통합이 가시화되기 시작한 1997년부터 당기재정적자(2,276억원, 지출의 7.3%)가 발생하면서 이후 적자규모가 점차 커지고 있다. 적립금은 1999년 기준 1조7,305억원으로 7개월분 급여비에 상응했지만, 2000년 말에는 3개월분의 급여비(약 8,300억원) 수준으로 줄어들게 되었다. 공무원 및 교직원가입자(이하 공교)의 경우도 1996년 이래 재정적자가 발생하였으나, 1999년 3월 보험료를 조정⁸⁾을 통하여 균형재정을 이루게 되었다. 그러나 2000년부터는 다시 재정불균형 상태에 이르면서, 2000년에는 약 60억원의 당기적자가

8) 보험료를 조정: 4.2%→5.6%, 보험료 부과범위 확대: 장기근속수당 및 정근수당 추가

발생하였다. 직장과 공교재정이 통합 운영된 2001년에는 당기재정적자가 1조9,837억원(2000년 대비 2.8배 증가)에 이르렀다.

지역과 직장재정을 불문하고 2003년도 건강보험재원의 효율적인 조달방안 모색은 국민건강권 보장과 사회보험의 근간인 의료보장의 지속성을 위하여 시급히 해결되어야 할 과제이다.

2. 통합 재정의 문제점

우리나라는 1977년 의료보험제도를 도입하면서 조합방식으로 출발하였다. 그 배경에는 전 국민을 일시에 의료보험에 적용시키기가 어려워 단계적으로 확대해야 하는 문제와 함께 의료자원의 분포가 지역별로 차이가 나는 점, 그리고 직업이나 지역에 따라 소득구조나 소득노출에 차이가 나는 점을 감안하여 분립방식을 택하였다. 전 국민을 단일 관리하려면 의료자원이 지역 간에 균형 있게 배치되어 있어야 하며, 모든 국민의 소득이 제대로 노출되어야 하는 등의 조건을 갖추고 있어야만 형평성 있는 제도가 된다. 그런데 민간자본 중심의 의료기관들이 도시지역에 주로 분포되어 있는 문제와 함께 근로자는 소득이 노출되는 데 반해 지역주민의 소득은 거의 노출이 되지 않고 있는 문제로 인해 통합이 오히려 균형을 이룰 수 없는 제도가 된다는 점에서 역대 정부는 조합방식으로 의료보험을 관리해 왔다.

국민의 정부가 들어서면서 이러한 제약조건을 무시하고 이상에 심취하여 1998년 10월 지역의료보험을 통합한 다음, 2000년 7월에는 직장보험마저 통합하여 하나의 단일관리체제를 만들었다. 통합 재정의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 근로자와 지역주민간의 소득노출도의 차이에 기인하는 불공평 문제를 개선할 수 없다. 지역가입자의 26% 정도만이 소득자료가 있고 그나마도 정확성이 거의 결여되어 있어 통합은 근로자들의 희생을 토대로 하게 된다.

둘째, 지역주민의 소득노출도 문제로 인해 전국적인 기준으로 보험료를 부과하기가 어려워 보험료의 적정 책정이 어렵다는 문제가 있다. 그뿐 아니라 보험료 인상문제는 정치쟁점이 되기 때문에 제때에 인상하기가 매우 어려워져 보험재정을 충분히 확보하는 데 문제가 생긴다. 그 결과 보험혜택이 하향 평준화되어 국민의료가 정상화되기 어렵게 되는 문제가 있다.

제 2 절 의약분업 시행 효과 미미

1. 재정 총괄

보험재정은 1996년 당기수지 877억원의 적자(총지출의 1.4%)를 기록한 이래, 적자규모가 점점 늘어나 1999년에는 당기수지 8,691억원의 적자(총지출의 9.1%)를 기록하였으며, 2000년에는 1조90억원의 당기적자(총지출의 9.6%)가 집계되었다(표 3-1, 그림 3-1). 2000년도 적자액은 동년 지역건강보험 국고지원금(1조5,529억원)의 65%에 해당하는 규모이다. 또한 2001년도에는 2조6,813억원의 적자를 기록하였다.

1995~2000년간 보험재정수지를 보면, 지출은 연평균 16.0%의 증가를 보인 반면 수입은 연평균 11.9%의 증가에 그쳐, 동기간 중 연평균 4.1%의 적자를 기록하였다(표 3-2). 보험 적립금은 1995년 이후 매년 줄어들어 동기간 중 연평균 22.8%의 감소를 기록하였다.

건강보험재정은 의약분업 시행효과가 본격적으로 나타나면서 당초예상과는 달리 보험급여비가 크게 증가한 것으로 나타나, 2001년도에는 당기재정적자가 2조6,813억원에 이르렀다.

2001년도 보험재정지출은 14조4,416억원으로 2000년 대비 37%가 증가하였는데 그 이유는 의약분업 상황이 본격 반영되어 총 진료비의 증가에 기인하는 것으로 볼 수 있다. 이에 따라 2002년도에 예상되는 보험급여비는 13조5,707억원으로 전년대비 50.2%의 증가가 추정된다.

2000. 11~2001. 1월간 의료기관별 월평균 총 진료비는 다음과 같다.

- 종합병원: 3,474억원(2000년 상반기 대비 474억원 감소: △12.0%)
- 병원: 928억원(2000년 상반기 대비 181억원 증가: 24.2%)
- 의원: 5,293억원(2000년 상반기 대비 1,496억원 증가: 39.4%)
- 약국: 4,019억원(2000년 상반기 약국의료보험시 월평균 296억원)⁹⁾

<표 3-1> 건강보험 재정수지 추이: 1995~2001년

(단위: 억 원)

연 도		1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년
계	지 출	50,537	64,132	76,787	87,157	95,614	105,384	144,416
	수 입	54,354	63,255	72,967	78,508	86,923	95,294	117,608
	당기수지	3,817	△877	△3,820	△8,649	△8,691	△10,090	△26,813
	적 립 금	41,200	40,020	37,851	30,359	22,425	9,189	25,353
지역 보 험	지 출	24,331	30,485	36,135	41,193	46,802	51,161	70,703
	수 입	24,376	29,063	36,258	39,621	43,519	48,172	63,732
	당기수지	45	△1,422	123	△1,572	△3,283	△2,989	△6,971
	적 립 금	9,688	8,141	8,850	7,278	3,995	364	7,055
직 장 보 험	지 출	19,923	25,547	31,082	34,252	36,993	54,223 ¹⁾	73,712
	수 입	23,372	27,038	28,806	30,378	31,229	47,122 ¹⁾	53,876
	당기수지	3,449	1,491	△2,276	△3,874	△5,764	△7,101 ¹⁾	△19,837
	적 립 금	24,497	26,075	25,029	22,312	17,305	8,825 ¹⁾	18,302
공 교 보 험	지 출	6,283	8,100	9,570	11,712	11,819	-	-
	수 입	6,606	7,154	7,903	8,509	12,175	-	-
	당기수지	323	△946	△1,667	△3,203	356	-	-
	적 립 금	7,015	5,804	3,972	769	1,125	-	-

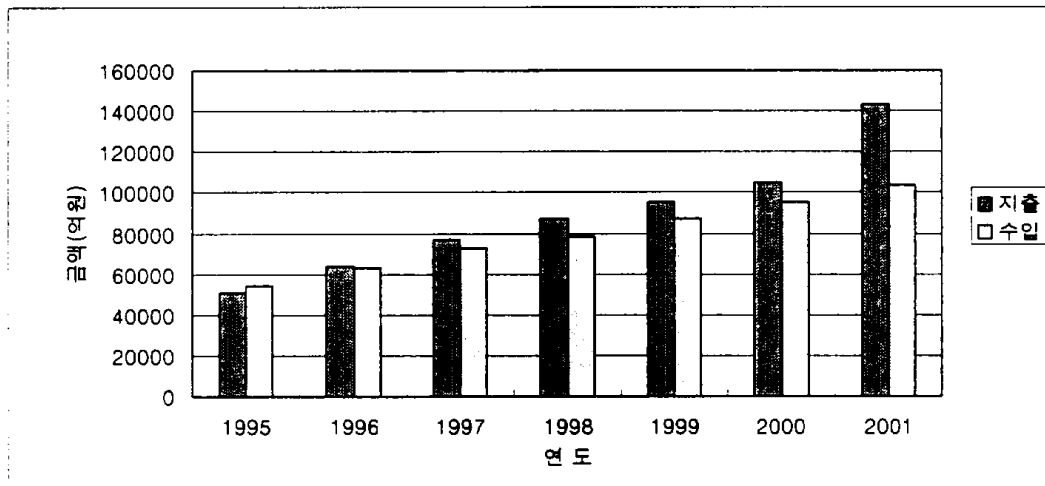
주: 1) 직장 + 공교

자료: 1) 국민건강보험공단, 「재정운영위원회 참고자료」, 2000. 10. p76.

2) _____, 「건강보험 재정추이·전망과 안정대책」, 2001.3. p68.

3) 보건복지부, 「보험정책과 내부자료」, 2001. 2. p24.

9) 제도변화가 수반되므로 단순비교는 무리가 있지만, 분업후 약국의 보험급여진료비는 분업전에 비하여 1,260% 증가함.



(그림 3-1) 보험재정수지 추이: 1995~2001년

<표 3-2> 보험재정수지 증가지수: 1995~2001년 (단위:%)

연 도	1995년 (기준 연도)	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년	1995~2000년 기간중 연평균 증감률	2000~2001년 기간중 연평균 증감률
총 지출	100	127	152	172	189	209	284	16.0	36.2
총 수입	100	116	134	144	160	175	191	11.9	8.9
적립금	100	97	92	74	54	22	△74	△22.8	△436.4

주 : <표 3-1>의 통계치에 근거함.

이와 같이 보험재정지출은 36%나 증가할 것으로 예상되는 반면, 2001년도 보험재정수입은 9조5,294억원으로 전년대비 9%의 증가에 불과하다. 따라서 2001년말 적립금 2조5,353억원을 감안하더라도 2002년도 자금부족액은 1조4,361억원에 이를 것으로 예상된다.

2. 의약분업 시행에 따른 급여비 증가

2000년 의약분업 시행에 반발한 의사들의 파업은 일시적으로 급여비를 감소시키기도 했으나, 파업 종료 후 11월부터 월 평균 급여비가 60% 이상 급증했다(표 3-3 참조). 2001년에 들어서면서 매달 1조8백억원 수준의 급여비가 지급되고 있어, 의약분업 시행 전에 비해 월 평균 4천억원 정도 증가한 셈이다. 약국의 경우 직접조제 급여비가 거의 소멸했으나, 처방조제 급여비가 2,800억원 이상 증가했다. 그리고 외래와 입원 급여비도 각각 월 평균 1,100억원과 300억원씩 증가했다.

의약분업 시행이후 진료형태별 급여비 점유율도 크게 변화해 외래는 58%에서 46%로, 그리고 입원은 39%에서 27%로 감소했다. 이에 비해 3%에도 미치지 못하던 약국 급여비 점유율은 26%로 크게 늘어났는데, 이는 의약분업의 시행에 따라 처방조제 급여비가 급증했기 때문이다. 이처럼 의약분업을 전후해 진료형태별 급여비와 그 점유율의 변동이 심했던 것은 환자수의 변동, 수가 인상과 내원일당 진료비의 증가, 그리고 급여율 증가에서 그 이유를 찾을 수 있겠다.

먼저 환자수의 변동(표 3-4 참조)을 살펴보면 의약분업 시행으로 외래환자수와 약국이용환자수가 급격히 늘어났음을 알 수 있다. 의약분업 시행 직후 월 평균 4,800만명 수준까지 증가했던 외래환자수는 2001년 이후 4,700만명으로 의약분업 시행전에 약국에서 직접조제를 받거나 외래를 이용했던 4,840만명의 97% 수준에 머물렀다. 이는 약국에서 직접 조제를 받던 환자들 중 일부는 의약분업 시행 후 의료이용을 포기했음을 보여주는 것이다.

<표 3-3> 의약분업 시행 전후 월평균 급여비 변동

(단위: 억원(점유율, %))

진료 형태	의약분업 시행전		의약분업 시행후	
	1999 1)	2000 2)	2000 3)	2001 4)
총계	6,377(100.0)	6,692(100.0)	10,484(100.0)	10,784(100.0)
지수	100.0	104.9	164.4	169.1
입원	2,549(40.0)	2,629(39.3)	2,575(24.6)	2,943(27.3)
지수	100.0	103.1	101.0	115.5
외래	3,661(57.4)	3,859(57.7)	4,689(44.7)	5,000(46.4)
지수	100.0	105.1	128.1	136.6
약국	167(2.6)	204(3.0)	3,220(30.7)	2,841(26.3)
지수	100.0	122.2	1928.1	1701.2
처방조제	-(0.0)	40(0.6)	3,182(30.4)	2,834(26.3)
직접조제	167(2.6)	164(2.4)	38(0.3)	7(0.0)

자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호

2) 국민건강보험공단 건강보험통계연보 통권 18호, 2000.11.(1-10월 실적)

3) 국민건강보험공단 건강보험동향 통권 20호, 2001. 1.(11-12 실적)

4) 국민건강보험공단 내부자료

그리고 의약분업 시행 직후 월 평균 4,100만명 이상이었던 약국이용 환자수가 2001년 이후에 3,300만명 수준으로 감소했는데, 그 이유는 외래환자 중 약국에서 처방조제를 받는 환자의 비중이 82%에서 70% 수준으로 낮아졌기 때문이다. 이를 보면 지금 수준의 외래처방 발급과 이에 따른 약국에서의 처방 조제율 수준이 적정한지 여부를 엄밀하게 검증할 필요가 있음을 알 수 있다. 한편 약국에서의 외래처방 조제율이 99%로 급증했고, 의약분업을 따르지 않고 약국에서 직접 조제를 받는 환자 비율이 의약분업 대상자의 18%에서 1% 미만으로 크게 낮아졌다. 이러한 결과들은 외래진료를 거쳐 약국을 이용하도록 한 의약분업의 취지에 부합하는 것이다.

<표 3-4> 의약분업 전후 월평균 내원환자수 변동

(단위: 천명)

진료 형태	의약분업 시행전		의약분업 시행후	
	1999 1)	2000 2)	2000 3)	2001 4)
입원	3,278	3,322	3,506	3,587
지수	100.0	101.3	107.0	109.4
분업대상	48,397(100.0)	48,405(100.0)	49,875(100.0)	47,333(100.0)
지수	100.0	100.0	103.1	97.8
외래(A)	39,818(82.3)	39,826(82.3)	47,930(96.1)	46,974(99.2)
지수	100.0	100.0	120.4	118.0
약국직접조제	8,579(17.7)	8,579(17.7)	1,945(3.9)	359(0.8)
약국	8,582(100.0)	9,024(100.0)	41,324(100.0)	33,160(100.0)
지수	100.0	105.2	481.5	386.4
처방조제(B)	3(0.0)	445(4.9)	39,379(95.3)	32,801(98.9)
직접조제	8,579(100.0)	8,579(95.1)	1,945(4.7)	359(1.1)
약국 경유율 B/A %	0.0	1.1	82.2	69.8

- 자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호
 2) 국민건강보험공단 건강보험통계연보 통권 18호, 2000.11.
 3) 국민건강보험공단 건강보험동향 통권 20호, 2001. 1.
 4) 국민건강보험공단 내부자료

정부는 의약분업 시행에 앞서 1999년 11월 의약품 가격을 30% 인하하고 수가를 9% 인상했다. 그 결과 약제비 비중은 입원의 경우 28%에서 22%로, 그리고 외래의 경우 34%에서 29%로 줄어들었다(표 3-5, 3-6 참조). 그리고 입원환자의 재원일당 보험진료비는 97,695원에서 93,085원으로 5% 감소했으나, 외래 방문 보험진료비는 15,399원에서 16,061원으로 4% 증가했다. 이를 보면 약품가격 인하를 보전하기 위한 수가인상의 효과가 입원보다 외래에서 더 컸음을 짐작할 수 있다.

또한 정부는 2000년 의사 파업을 종식시키고 의약분업을 시행하기 위해 세 차례 수가를 인상했고, 2001년 1월에는 상대가치점수제를 적용하면서 수가를 7.08% 인상했다. 1999년 준비금이 급여비의 23%에 불과한 재정

위기 상황이었음에도 9개월 사이에 수가를 32%나 인상했던 것이다. 그리고 수가를 이처럼 급격하게 인상하면서 수입 확충을 위한 어떠한 대책도 세우지도 않았다. 오로지 의약분업의 시행에 매달렸던 정부는 보험재정의 안정성을 무시하는 실책을 범했던 것이다.

<표 3-5> 의약분업 시행 전후 외래방문당 보험진료비 변동

(단위 : 원)

구분	의약분업 시행 전		의약분업 시행 후
	1999 1)*	2000 2)	2001 3)
수가 인상율(%)	-	9.0	6.0, 9.2, 6.5, 7.08
보험진료비	15,399(100.0)	16,061(100.0)	15,622(100.0)
실제인상율(%)		4.3	△2.7
진료	9,732(63.2)	10,897(67.8)	14,384(92.1)
실제인상율(%)		12.0	32.0
재료대	370(2.4)	476(3.0)	612(3.9)
실제인상율(%)		28.6	28.6
약제비	5,297(34.4)	4,688(29.2)	626(4.0)
실제인상율(%)		△11.5	△86.7

* 의료보험연합회, 1997년 의료보험진료내역 경향조사 반영

(외래진료비중 약제비 비중; 34.4%, 재료대 비중; 2.4%)

자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호

2) 건강보험심사평가원, 2000 요양급여비용 청구내역 경향조사

3) 국민건강보험공단 내부자료

의약분업시행과 수가인상의 효과를 2000년 초와 비교해보면(표 3-5 참조), 외래방문당 진료비가 16,061원에서 15,622원으로 3% 감소했음을 알 수 있다. 진료부문에서 방문당 3,500원 정도 증가한 것은 수가인상의 효과이며, 약제비 부문에서 방문당 4,000원 정도 감소한 것은 의약분업의 시행 효과인 것이다. 외래와는 달리 입원진료수가는 의약분업 시행이후 2001년의 7.08% 인상에 그쳤으나, 재원일당 진료비는 93,058원에서 102,952원으로 약 11% 증가했다(표 3-6 참조). 그 이유는 2000년 초에 비해 약제비와 재료대가 각각 17% 가까이 인상되었기 때문이다.

<표 3-6> 의약분업 시행 전후 입원환자 재원일당 보험진료비 변동

(단위:원,%)

구분	의약분업 시행 전		의약분업 시행 후
	1999 1)*	2000 2)	2001 3)
수가 인상율(%)	-	9.0	6.0, 9.2, 6.5, 7.08
보험진료비 실제인상율(%)	97,695(100.0)	93,058(100.0)	102,952(100.0)
		△4.7	10.6
진료 실제인상율(%)	59,311(60.7)	58,670(63.0)	62,824(61.0)
		△1.1	7.1
재료대 실제인상율(%)	11,235(11.5)	14,037(15.1)	16,377(15.9)
		24.9	16.7
약제비 실제인상율(%)	27,149(27.8)	20,351(21.9)	23,751(23.1)
		△25.0	16.7

* 의료보험연합회, 1997년 의료보험진료내역 경향조사 반영

(입원진료비중 약제비 비중; 27.8%, 재료대 비중; 11.5%)

자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호

2) 건강보험심사평가원, 2000 요양급여비용 청구내역 경향조사

3) 국민건강보험공단 내부자료

의약분업 시행 이후 입원의 급여율 변동은 거의 없었으나, 약국에서의 처방조제 급여율은 1999년에 비해 3-4% 상향되었으며, 외래의 급여율은 의약분업 시행전 60% 수준이던 것이 2001년에 68% 가까이 높아졌다(표 3-7 참조). 이처럼 외래 이용과 약국 처방 조제 시 급여율을 상향조정한 것은 의약분업의 시행과 수가인상에 따라 늘어난 환자 부담을 덜어주기 위함이다. 그럼에도 외래를 거쳐 약국을 이용하는 환자의 부담은 의약분업 시행 전에 비해 늘어났기에 의약분업 때문에 부담이 늘었다고 불평하고 있다.

보험자 역시 외래방문당 9,691원 또는 약국방문당 1,909원 중 한쪽만을 부담했었으나, 의약분업의 시행, 수가인상, 그리고 급여율의 상향조정에 따라 방문당 외래 10,600원과 약국 8,600원을 합친 19,200원을 부담하고 있다. 이는 곧 외래를 거쳐 약국을 이용하는 환자들의 1인당 급여비가 1만원 가까이 늘어났음을 보여주는 것이다. 더욱이 이런 환자가 월평균 3,200만명에 이르고 있음을 감안하면 월 평균 3,200억원 전후의 급여비를

증가시킨 것으로 짐작된다.

<표 3-7> 의약분업 전후 내원일당 보험진료비 변동

(단위 : 원, %)

진료 형태	부담	의약분업 시행전		의약분업 시행후	
		1999 1)	2000 2)	2000 3)	2001 4)
입원	계	97,695(100.0)	99,389(100.0)	92,175(100.0)	102,952(100.0)
	보험자	77,765(79.6)	79,137(79.6)	73,459(79.7)	82,053(79.7)
	환자	19,930(20.4)	20,252(20.4)	18,716(20.3)	20,899(20.3)
외래	계	15,399(100.0)	15,953(100.0)	14,812(100.0)	15,622(100.0)
	보험자	9,193(59.7)	9,691(60.7)	9,783(66.0)	10,638(68.1)
	환자	6,206(40.3)	6,262(39.3)	5,029(34.0)	4,984(31.3)
처방 조제	계	28,872(100.0)	12,303(100.0)	10,939(100.0)	11,561(100.0)
	보험자	20,375(70.6)	9,002(73.2)	8,080(73.9)	8,640(74.7)
	환자	8,497(29.4)	3,301(26.8)	2,859(26.1)	2,921(25.3)
직접 조제	계	3,105(100.0)	3,054(100.0)	3,162(100.0)	3,260(100.0)
	보험자	1,945(62.6)	1,909(62.5)	1,977(62.5)	2,043(62.7)
	환자	1,160(37.4)	1,145(37.5)	1,185(37.5)	1,217(37.3)

- 자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호
 2) 국민건강보험공단 건강보험통계연보 통권 18호, 2000.11.
 3) 국민건강보험공단 건강보험동향 통권 20호, 2001. 1.
 4) 국민건강보험공단 내부자료

2000년에 의약분업을 시행하지 않고 의사과업과 수가인상도 없었다면 2000년과 2001년 월평균 급여비는 각각 7,061억원과 7,747억원에 머물렀을 것으로 추정된다(표 3-8, 3-9 참조). 그런데 해당연도의 실적치가 각각 7,324억원과 10,784억원이었음을 보면 연간 급여비 증가액이 2000년에 3천억원, 그리고 2001년에 3조6천억원에 이름을 알 수 있다. 결국 의약분업의 시행과 수가 인상, 그리고 급여율의 상향조정으로 2001년 말까지 총 3조 9천억원의 추가재정부담이 발생한 것이다.

<표 3-8> 1999년말 상황 고정시 2000-01년 월평균 급여비 추계

진료 형태	월평균 내원환자수 (천명)		환자당 진료비 (원) 3)	급여율 4)	월평균 급여비 (억원)	
	1999년 1)	2000 2)			추계치	실적치 5)
입원	3,278	3,529	93,058	0.796	2,614	2,620
외래	39,818	43,895	16,061	0.597	4,209	3,998
약국	8,582	10,551	3,510 1)	0.643 1)	238	706
계					7,061	7,324

- 자료: 1) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호
 2) 98-99 증가율 적용(입원 7.65%, 외래 10.24%, 약국 22.94%)
 3) <표 3-5>, <표 3-6>에서 인용
 4) 국민건강보험공단, 건강보험동향, 제18호, 2000. 11.
 5) 국민건강보험공단, 건강보험동향, 제4권 20호, 2001. 1.

<표 3-9> 1999년말 상황 고정시 2001년 월평균 급여비 추계

진료 형태	월평균 내원환자수 (천명)		환자당 진료비 (원) 3)	급여율 4)	월평균 급여비 (억원)	
	2000 1)	2001 2)			추계치	실적치6)
입원	3,529	3,799	93,058	0.796	2,814	2,943
외래	43,895	48,390	16,061	0.597	4,640	5,000
약국	10,551	12,971	3,510 5)	0.643 5)	293	2,841
계					7,747	10,784

- 자료 : 1) <표 3-8>에서 인용
 2) 98-99 증가율 적용(입원 7.65%, 외래 10.24%, 약국 22.94%)
 3) <표 3-5> 및 <표 3-6>에서 인용
 4) 국민건강보험공단, 건강보험동향, 제18호, 2000. 11.
 5) 국민건강보험공단 1999 건강보험통계연보 제21호
 6) 국민건강보험공단, 건강보험동향, 제4권 10호, 2001. 11.

여기서 그 동안 확인된 자료를 근거로 의약분업 시행이 급여비 증가에 어떻게 영향을 미쳤는지 살펴보기로 한다. 우선 2000년 이후에 수가를 전

혀 인상하지 않고 의약분업을 시행했다고 가정할 경우 급여비는 자연증가분 보다 월평균 1,164억원(연간 1조4천억원) 증가한 것으로 추정되었다(표 3-10 참조). 이는 2001년 급여비 증가분의 38%에 해당하는 것으로 의약분업시행 자체에 의한 순수한 효과라 하겠다.

<표 3-10> 의약분업 시행에 따른 2001년 급여비 변동

(단위: 월평균 금액, 억원, %)

진료 형태	의약분업 비시행	의약분업 시행효과				2001 실적치
		순효과	수가인상	급여율 변동	계	
총계	7,747	1,164 (38.3)	1,097 (36.1)	775 (25.5)	3,036 (100.0)	10,784
입원	2,814	10 (0.3)	119 (3.9)	-	129 (4.2)	2,943
외래	4,640	△1,237 (△40.7)	978 (32.2)	619 (20.4)	360 (11.9)	5,000
약국	294	2,391 (78.7)	-	156 (5.1)	2,517 (82.9)	2,841
처방조제	58	2,620	-	156	2,776	2,834
직접조제	236	△229	-	-	△229	7

자료 : 건강·복지사회를 여는 모임, 선진의료를 위한 건강보험 정상화에 관한
정책토론회 자료, 2002, 9, p116.

의약분업 시행 후 외래방문당 약제비가 4천원 가까이 감소했고(표 3-5 참조), 2000년 의사과업의 여파로 의약분업 시행이후 외래환자수의 증가가 자연증가 추세를 쫓아가지 못했기(표 3-4, 3-9 참조) 때문에, 수가인상이 없었다면 외래급여비가 월 평균 1,200억원 이상 감소했을 것으로 추정된 것은 당연한 결과다. 외래환자수가 월 평균 4,700만명을 상회하며, 급여율이 60% 수준임을 감안하면, 약국으로 이전된 약제급여비는 월 평균 1,100억원 이상인 것으로 추정된다.

약국의 경우 처방조제 급여비가 월평균 2,600억원 가까이 증가했으나, 직접조제 급여비는 거의 소멸되었다. 약국에 지급된 급여비는 매달 2,300억원 이상 늘어나 2001년 급여비 증가 분의 대부분인 82.4%를 차지하고 있다. 약국급여비가 이처럼 급증한 첫째 이유는 외래에서 투약 받던 환자들이 의약분업의 시행으로 약국에서 조제를 받게됨에 따라 월 평균 1,100억원 이상의 외래약제급여비가 약국으로 이전되었기 때문이다. 둘째는 의약품 마진과 임의조제를 인정하지 않는 대신 약국이용 수가를 신설 인상했기 때문이다. 처방조제환자수가 월평균 3,200만명 가까이 늘어난 데다, 처방조제당 3천원에 가까운 수가 부담이 늘어나 매달 1천억원 정도의 추가부담이 발생했다. 셋째는 의사들의 고가약 처방 선호 경향도 약국급여비 증가에 부분적으로 기여했을 것으로 보인다.

그리고 기왕에 개인부담으로 약국에서 자유롭게 약을 구입해 복용하던 환자들이 약을 구입하기 위해 의약분업제도에 순응하지 않을 수 없게 되었다. 얼마나 많은 환자들이 보험제도권으로 편입되었는지 확인하기는 어렵지만, 이러한 환자들로 인해 이용량의 증가와 더불어 개인이 전적으로 부담하던 의약품 구입비용을 보험재정이 분담하게 된 것이다.

규모를 정확하게 파악할 수는 없으나 사적 부문에 맡겨졌던 건강비용을 건강보험 부담으로 이전시키는데 의약분업이 기여한 것은 사실이다. 이처럼 의약분업의 시행은 건강보험의 보장성 강화에 긍정적인 효과가 분명 있었음에도 재정파탄을 촉발시킨 요인의 하나임도 부정할 수 없다.

2000년 이후 수가인상은 월평균 급여비를 1,100억원 가까이 증가시켜, 급여비 증가분의 36%를 설명하고 있다. 작년에 정부가 의약분업의 시행에 매달리지만 않았어도 수가인상에 따른 추가적 재정부담은 발생하지 않았을 것이다. 또한 정부는 준비금이 급여비의 10%에 지나지 않는 재정위기 상황임에도 2001년 초에 상대가치점수제를 시행하면서 7.08%의 수가인상을 단행하는 실책을 범했다.

제 3 절 보험료 징수율 미흡

국민건강보험 재정위기가 악화된 이유의 하나는 지역조합의 통합으로 보험료 징수율이 저하되었기 때문인 것으로 평가된다. 분립체제에서 재정 운영의 책임을 지고 있던 개별 조합은 징수율을 높이기 위한 노력을 게을리 할 수 없었기에, 1996년 이전 누적징수율이 97% 이상으로 유지될 수 있었던 것이다(표 3-11 참조). 그러나 통합을 앞둔 1997년과 1998년 1/4-3/4분기에는 각각 95.8%와 91.3%로 계속 하락하는 양상을 보였다. 그 이유는 통합 후 재정운영을 책임질 필요가 없는 지역조합의 징수율 제고 노력이 통합에 앞서 약화되는 도덕적 해이 현상과 더불어 1997년 말 불어닥친 외환위기가 상승작용을 일으켰기 때문일 것이다.

그리고 통합 직후인 1998년 4/4분기의 누적징수율은 85% 수준으로 통합 직전과 비교해도 6% 포인트 이상 감소했다. 이처럼 징수율이 급감한 주된 이유는 통합직후의 행정적인 혼란에 있었던 것으로 지적된다. 물론 재정운영책임이 없는 지역사무소의 징수율 제고노력도 약화된 것도 일부 작용했을 것이다. 아울러 건강보험이 통합되면 보험료 부담이 크게 낮아지리라는 지역가입자들의 기대와는 달리 세대 당 평균 보험료가 소폭 인하에 그침에 따라 나타난 불만도 징수율을 떨어뜨리는데 기여했을 것으로 생각된다. 1999년에 들어서면서 외환위기가 어느 정도 완화되고 징수율 제고 노력을 강화한 결과 누적징수율은 93%에 근접할 수 있었다. 2000년에도 90% 수준을 유지했으나, 최근 들어 97% 수준까지 높이려는 노력을 강화하고 있다.

<표 3-11> 통합 전후의 지역보험료 징수율

(단위: 억원, %)

구 분	'95	'96	'97	'98		'99	'00
				1-9	10-12		
부 과 액	13,240	15,764	20,234	17,916	6,119	27,267	30,999
누적징수액	12,846	15,313	19,383	16,358	5,183	25,266	27,761
징수율	97.0	97.1	95.8	91.3	84.7	92.7	89.6

주: 부과액은 당기분 보험료 부과액임

누적징수액은 과년도분 보험료 징수액 포함

자료: 국민건강보험공단 내부자료

제 4 절 의료수가 인상에 따른 제정의 불안

의약분업의 시행에 따라 처방료 및 조제료가 인상(수가인상 9.2%, 2000. 7. 1)¹⁰⁾됨에 따라, 보건복지부는 연간 약 1조5,437천억원의 추가재원 소요가 예상된다고 발표하였다(2000. 6).¹¹⁾

이어 2000년 8월에는 ‘의약분업관련 의료발전대책’¹²⁾을 통하여 원가의 80% 수준인 현행 건강보험수가를 향후 2년에 걸쳐 100% 수준으로 현실화하겠다는 의지를 표명함에 따라, 2조2,000억원의 추가재원 소요가 예상된다고 발표한 바 있다. 이 조치의 일환으로 2000년 9월(6.5%)과 2001년 1월(7.08%)에 추가적인 수가인상이 단행되었다.¹³⁾

그러나 최근 관찰되고 있는 보험급여비 지출규모에 의하면 위의 예측을 훨씬 넘어서는 추가재정부담이 요구되고 있다. 즉, 건강보험은 의약분업이

10) 이 이전에도 의약분업 준비단계에서 ‘보험약가 실거래가 상환제도 도입’ 등과 관련하여 두 차례의 수가인상이 이루어졌음(1999년 11월: 12.8%, 2000년 4월: 6%).

11) 당시 의약계는 추가재정소요를 4조3,593억원으로 추정하였음(보건복지부, 「의약분업 실시에 따른 영향분석 설명자료」, 2000. 6).

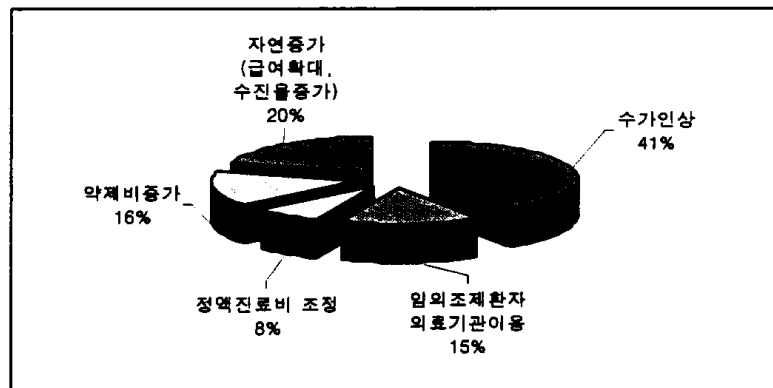
12) 2000. 8. 10일자로 보도한 보건복지부장관 기자회견 내용임.

13) 의약분업을 전후하여 1999. 11~2001. 1월 기간중 다섯 차례의 수가인상(분업이전 18.8% + 분업이후 22.8% = 41.6%)이 이루어짐.

라는 의료 제도적인 개혁조치 단행을 전후하여 이루어진 수가인상 및 의료관행의 변화로 인하여, 2001년도에는 다음과 같은 규모의 재정악화요인을 떠 안게 되었다(국민건강보험공단, 2001).

- 수가인상(2000. 7, 9월 및 2001. 1월) 관련: 연간 1조8,200억원
- 약국 임의조제환자의 의료기관 이용(6천만건): 연간 6,800억원
- 정액진료비 조정¹⁴⁾: 연간 3,350억원
- 분업후 약국 임의조제 약품비의 보험권 이전 및 고가약 처방¹⁵⁾ 증가로 인한 약제비 증가: 연간 7,000억원

위의 의약분업 관련 보험재정부담 증가요인 외, 급여확대 및 수진율 증가 등의 자연적인 급여비 상승에 따른 재정소요가 연간 9,000억원으로 추정된다. 이에 따라 2001년에 예상되는 4조4천억원의 재정증가 소요액에서 의약분업과 직·간접으로 관련된 재정부담(3조5천억원)은 80%에 이르는 것으로 나타난다(그림 3-2).¹⁶⁾



(그림 3-2) 2001년도 보험재정부담 증가요인 및 비율

-
- 14) 본인부담금을 거의 묶어둔 채, 정액진료비를 분업 전에는 의원 1만2천원 이내인 경우 본인부담 2,200원(약국 8천원 이내인 경우 본인부담 1,000원)에서 분업 후에는 의원 1만5천원 이내인 경우 본인부담 2,200원 및 약국 1만원 이내인 경우 본인부담 1,000원으로 조정함으로써, 보험재정은 건당 약 1만3천원을 더 부담하게 됨.
- 15) 값싼 '카피약'보다 비싼 '오리지널약' 처방이 늘어남(건강보험심사평가원 자료: 외래약품비 중 고가약품비 비율: 2000. 5월 43% → 11월 62% → 12월 59%).
- 16) 이에 따라 보험자 재정부담은 증가한 반면, 의료비에 대한 개인부담률은 감소할 것으로 추정됨(1999년 56.7% → 2001년 44.6%). 그러나 절대액을 기준하면, 총보험진료비에 대한 본인부담액은 2000년 상반기에는 월평균 3,302억원이었으나, 2000. 11~2001. 1월 기간 중에는 월평균 4,308억원으로 증가(30.5% 증)하였음.

의료수가는 1990년대 중반까지 물가지수 이하로 동결되어 있다가 점차 이를 상회하프로서 최근 보험급여비 지출을 늘리는 요인이 되고 있으며, 2000년 이후 수 차혜 단기간의 인상은 급격한 재정지출의 주요 요인이 되었다.

이는 의약분업이 갖는 당위성에도 불구하고 정부가 의사와 약사간 이해 다툼에 굴복하여 최소한의 법적 절차(건강보험법 제42조 ‘요양급여비용의 산정 등’, 건강보험법 제4조 ‘건강보험심의조정위원회’)도 거치지 않고 일방적으로 의사들에게는 과도한 수가인상을, 약사들에게는 유래가 없는 조제비등을 신설하여 주었기 때문이다. 이로 인하여 건강보험 재정수지의 악화추세가 더욱 심화 되게 된 것이다. 여기에는 의약분업 시행과 더불어 이루어진 수가의 급격한 인상이 있고, 의약분업에 따른 소비자부담 감소가 보험재정 증가로 전가(轉嫁)된 부분도 있다. 또한 의약분업에 따른 고가 약처방, 처방일수의 증가(표 3-12 참조)및 약제비 증가도 재정증가의 한 몫을 하고 있는 것으로 판단된다.

여기서는 의약분업실시 과정 중 수가인상에 따른 급여비 증가에 대해 알아보기로 한다.

<표 3-12> 의약분업 전후 평균 처방일수 추이

의약분업 전(2000.1.~6.)							의약분업 후(2000.11~2001.1)			
1	2	3	4	5	6	평균	11	12	2001.1	평균 1)
3.34	3.48	3.48	3.55	3.68	3.61	3.52	5.5	5.17	4.96	5.21

주: 분업후 평균은 의약분업의 영향이 보다 본격적으로 반영되기 시작한 11월 이후 3개월 평균치.

자료 : 건강보험공단, 2001.

1. 2000년 4월 수가인상

2000년 4월의 수가인상에 따른 가격효과를 분석하기 위하여 수가인상전인 3월과 4월의 내원일당 진료비를 구하여 비교하였다. 먼저 3월 내원일당 진료비는 9,271원이었고 4월은 10,100원이었다. 이는 과거 3월 대비 4월의 자연증가율 1.22%를 상회하는 8.94%의 증가율을 보여 수가인상에 따른 가격효과가 있음을 알 수 있다. 그러나 입원의 경우는 인상효과가 없는 것으로 나타났다.

2. 2000년 7월 수가인상 및 의약분업효과

7월의 수가인상과 의약분업에 따른 효과를 분석하는 데 있어서는 의약분업이라는 큰 제도의 변화에 따라 의료기관의 내원일당 급여비의 계산시 의약분업 후는 약제비가 약국으로 이전되었기 때문에 이전과 비교하는데 기준이 다른 문제가 있다. 이처럼 다른 기준을 같게 해 주기 위하여 다음과 같은 가정을 세워서 계산하였다.

먼저 의약분업 전은 6월의 의료기관 내원일당 급여비를 기준으로 하였고, 의약분업 후는 7월이 제도기간으로 실제 의약분업을 실시한 8월을 기준으로 하였으며 8월 외래의 내원일당 급여비는 8월의 의료기관 전체 급여비와 약국의 전체 급여비를 더한 후 의료기관의 내원 일수로 나누어 산정 하였다.

이렇게 계산한 결과 의료기관 전체 내원일당 급여비가 외래의 경우 6월이 10,534원에서 8월 13,681원으로 29.87%의 증가를 보이고 있다. 이는 과거 6월 대비 8월의 자연증가율 5.11%를 상회하는 큰 증가를 보이고 있다. 그러나 입원의 경우는 6월 69,097원에 67,114원으로 감소하였다. 이러한 가격 효과는 7월의 수가인상에 따른 가격효과와 의약분업에 따른 처방일수의 증가나 고가약의 사용 등의 약제비 증가에 따른 효과가 혼재되어 있기 때문으로 판단된다. 따라서 7월의 수가인상효과와 의약분업의 효

과를 구분하는 것이 또 하나의 과제이다.

3. 2000년 9월 수가인상

9월의 수가인상도 4월의 수가인상과 마찬가지로 수가인상 전인 8월과 9월의 내원일당 진료비를 비교하여 효과를 분석하였다. 이때 외래의 경우 8월에 9,211원에서 9월에 9,936원으로 7.87% 증가한 것으로 나타났으며, 과거 8월 대비 9월의 자연증가율이 -1.94%였던 것을 감안하면 가격효과가 나타났음을 알 수 있다. 입원의 경우도 과거 자연증가율이 -4.17%인 것에 비해 증가율이 0.98%로 나타나 가격효과가 있는 것으로 나타났다.

4. 2001년 1월 수가인상

2001년 1월의 경우는 과거의 수가체제와 달리 상대가치에 의한 가격으로 고시되었으며 수가인상률 7.08%도 과거의 기준과는 상이하다. 따라서 1월의 수가인상효과도 위에서와 마찬가지로 수가인상 전인 2000년 12월과 2001년 1월간의 내원일당 급여비를 비교하여 분석하였다. 먼저 외래의 경우 12월이 9,936원에서 1월 11,646원으로 16.40% 증가한 것으로 나타나 12월 대비 1월의 과거 자연증가율 5.04%를 상회하는 것으로 나타났다. 입원의 경우도 12월의 재원일당 급여비 73,943원보다 1월 75,385원으로 1.95%증가하여 자연증가율 0.44%보다 높아 가격인상효과가 있는 것으로 나타났다.

이상의 네 차례 수가인상에 따른 조정내역을 정리하면 (표 3-13)과 같다.

<표 3-13> 의약분업 전후 수가인상 조정내역

일시	인상률	조정 내용
2000.4.1	6.0%	실거래가 상환제도 도입에 따른 약가마진 손실을 보전하기위함. · 동네의원 : 9.6%, · 병원급 이상 : 2.4% · 동네약국 : 8.1%
2000.7.1	9.2%	- 의료기관 처방료 : 1,172원 이상(3일분 기준) - 약국 조제료 : 1,053원 이상(3.4일분 기준)
2000.9.1	6.5%	- 의료기관 재진진찰료 : 1,000원 이상(4,300→5,300원) - 의료기관 원외처방료 · 의원기준 종전 대비 1,092원 이상 · 주사제 처방료는 종전 기준 대비 920원 이상 - 약국 조제료 조정 · 소아 가산 및 야간 또는 공휴일 가산제 도입 - 초과 소아가산율 및 대상 항목 조정 · 가산율 : 20%→30% · 가산 대상 항목 : 8개 항목→11개 항목
2001.1	7.08%	상대가치점수 시스템으로 전환하면서 상대가치 보다 낮은 수가의 상향 조정 (점당 55.4원)

자료 : 한국보건사회연구원, 2001.

이상의 네 차례의 수가인상에 1999년 11월 있었던 인상율을 더하여 재정부담액을 산출해본 결과(표 3-14)와 같다. 이러한 수가인상에 대해 1999년 11월과 2000년 4월의 수가인상은 의약분업으로 인한 소득 보전책으로 시민 사회단체도 일정정도 인정하나, 2000년 7월 처방료와 조제료 인상, 2000년 9월의 재진료, 원외처방료, 주사제 처방료 인상, 2001년 1월 상대가치수가를 도입한 수가인상(실제로는 10% 수가인상)등 3번의 수가인상은 합리적 근거가 없는 것으로 정부의 정책판단 오류에 따른 과도한 수가

인상이었음이 드러난 것이다. 여기에 대해 경향신문은 ‘건강보험재정 82% 파탄주범’(2001.8.20)이라는 기사를 통해 다음과 같이 문제점을 지적했다.

“의·약분업 실시를 전후해 4차례 실시된 보험수가 인상으로 연간 보험재정 부담금이 3조 7천여억원 늘었으며 이런 과도한 수가 인상이 결국 보험재정 파탄의 주된 원인으로 작용했다는 연구조사가 나왔다.

보건사회연구원 최병호 부연구위원은 ‘건강보험재정 위기 진단과 전망’이란 연구조사결과를 통해 2000년 대비 2001년 건강보험재정 증가액은 4조5천3백98억원으로 추산되며 이 가운데 수가 인상으로 인한 재정 증가분은 전체 증가분의 82%인 3조7천2백45억원에 달한다”고 20일 밝혔다.

조사결과에 따르면 수가 인상에 따른 재정 증가분은 복지부가 추산한 올해 보험재정 적자 4조1천9백여억원의 89%를 차지하는 액수로, 수가 인상이 없었다면 적자폭은 4천7백여억원에 그쳤을 것이라는 추정이 가능하다. 의·약분업의 직접적인 결과인 환자들의 의료기관 내원일수 증가에 따른 재정 증가분은 8천1백53억원으로 나타나 수가 인상에 의한 재정 증가분을 크게 밀돌았다.

이는 분업 실시와 직장·지역보험 통합으로 보험재정 위기가 초래됐다는 의료계 주장과 달리 지나친 수가 인상이 재정파탄의 ‘주범’임을 입증하는 것이어서 주목된다.

4차례 수가 인상의 영향을 항목별로 보면 6.0% 올린 2000년 4월의 수가 인상은 연간 4천5백87억원의 보험급여비 증대 효과가 있으며 분업 직후인 7월에 실시된 수가 인상(9.2%)은 1조7천4백11억원의 재정 증가를 가져올 것으로 분석됐다.

2000년 9월의 수가 인상(6.5%)은 5천3백91억원, 2001년 1월의 수가 인상(7.08%)은 9천8백56억원의 재정 증가 유발효과가 있는 것으로 나타났다.

최위원은 “4차례에 걸친 수가 인상은 보험재정의 위기와 의료계 경영

수지 효과에 대한 정확한 진단 없이 이루어진 졸속 조치였다.”며, “수가 인상이 재정파탄의 원인이라는 사실이 드러난 이상 2002년 수가 계약과정에서는 반드시 수가 인하 조치가 뒤따라야 할 것”이라고 강조했다.“

이와 관련하여 한국보건사회연구원은 의약분업 실시를 전후한 1999년 11월부터 2001년 1월까지 사이에 5차례 인상한 수가 누적인상율(복리)이 무려 43.9%에 이르며, 이로 인해 약제비 부분을 뺀 건강보험의 재정부담액이 2조 4천억을 상회한다고 추계하였다.(표 3-14 참조)

<표 3-14> 건강보험 수가인상 현황과 재정부담 증가액

수가인상 시기	인 상 율	재정 부담 증가액
1999. 11. 15	9.0%	3,956억원
2000. 04. 01	6.0%	2,246억원
2000. 07. 01	9.2%	9,262억원
2000. 09.01	6.5%	4,257억원
2001. 01.01	7.08%	4,700억원
계	43.9%(복리)	24,421억원

자료 : 한국보건사회연구원, 2001. 1.

이상에서 살펴본 바에 의하면, 의약분업의 시행으로 인한 건강보험재정의 악화는 의약분업제도 그 본질적인 문제라기보다는 제도 시행과정 중 정책 당국의 무리한 제도시행과 과도한 수가인상으로 건강보험 재정파탄을 앞당기는 역할을 했다.

제 5 절 노인인구의 증가와 의료비 증가로 인한 재정의 부족

의료수요가 큰 노인인구가 증가함에 따라 65세 이상 노인의 진료건수, 진료비 및 보험급여비 증가가 크게 늘어나고 있다(표 3-15 및 그림 3-3,

3-4).

<표 3-15> 전체인구와 노인의 진료건수, 진료비 및 보험급여비 비교

구 분	1995년	1999년	1995~99년간 증가(%)	연평균증가율(%)
[전 체 인 구]				
전체인구(천명)	44,016	45,184	1,168 (2.7)	0.7
진료건수(천건)	189,223	267,538	78,315 (41.4)	10.3
진료비(억원)	59,775	112,012	52,237 (87.4)	21.8
보험급여비(억원)	38,349	74,521	36,172 (94.3)	23.6
인구 1인당 진료건수(건)	4.30	5.92	1.62 (37.7)	9.4
인구 1인당 연간진료비(원)	135,803	247,902	112,099 (82.5)	20.6
인구 1인당 연간급여비(원)	87,125	164,928	77,803 (89.3)	22.3
진료건당 진료비(원)	31,590	41,868	10,278 (32.5)	8.1
진료건당 보험급여비(원)	20,267	27,854	7,587 (37.4)	9.4
[65세 이상 노인인구]				
노인인구(천명, %)	2,483 (5.6)*	2,859 (6.3)*		
진료건수(천건, %)	14,600 (7.7)*	32,298 (12.1)*	376 (15.1)	3.8
진료비(억원, %)	7,281 (12.2)*	19,332 (17.2)*	17,698 (121.2)	30.3
보험급여비(억원, %)	4,875 (12.7)*	13,089 (17.6)*	12,051 (165.5)	41.4
			8,214 (168.5)	42.1
노인 1인당 진료건수(건)	5.88	11.10	5.22 (88.8)	22.2
노인 1인당 연간진료비(원)	293,234	664,568	371,334 (126.6)	31.7
노인 1인당 연간급여비(원)	196,335	457,817	261,482 (133.2)	33.3
진료건당 진료비(원)	49,870	59,884	10,014 (20.1)	5.0
진료건당 보험급여비(원)	33,390	45,782	12,392 (37.1)	9.3

주: * 표시된 괄호내 백분율은 해당항목 전체인구 통계치에 대한 노인인구의 비율임.

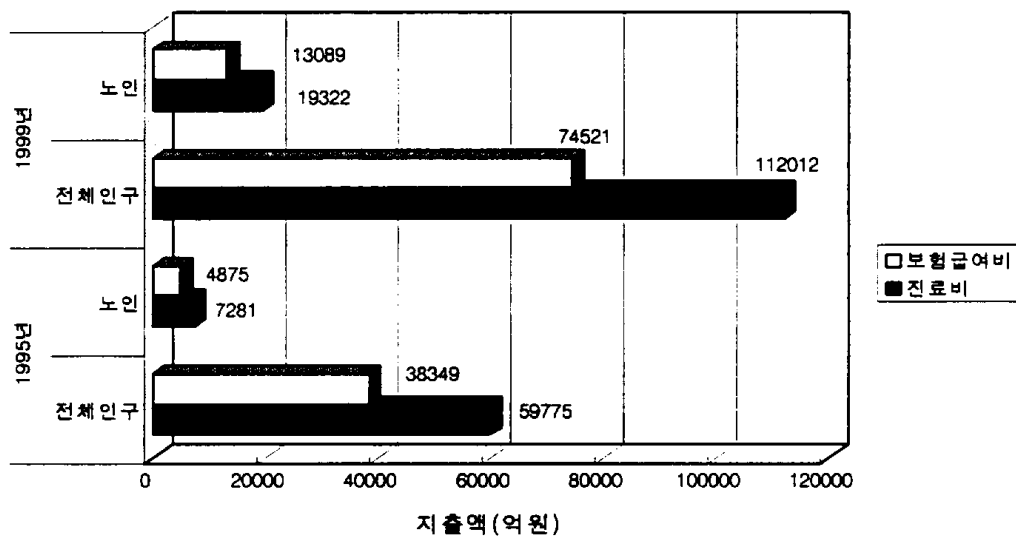
자료: 1) 국민건강보험공단, 『1999 건강보험통계연보』, 제21호, 2000.

2) 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 제18호, 1996.

1995~'99년 기간 중 전체인구 및 노인인구와 관련된 의료이용지표의 연평균 증가율은 다음과 같다.

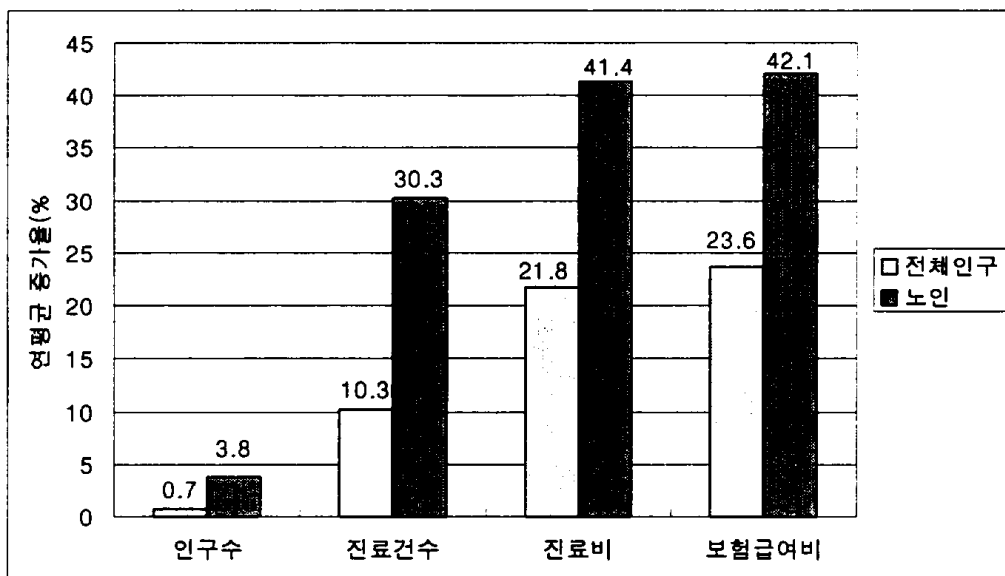
- 진료건수 증가율: 전체인구 10.3%, 노인인구 30.3%
- 진료비 증가율: 전체인구 21.8%, 노인인구 41.4%
- 보험급여비 증가율: 전체인구 23.6%, 노인인구 42.1%

1999년 현재 노인인구는 전체의 6.3%이나, 노인 보험급여비는 전체의 17.6%이다. 1995년 5.6%의 노인인구가 12.7%의 보험급여비를 지출한 상황과 비교하면, 4년간 노인 1인당 급여비는 133% 증가하였다.



(그림 3-3) 전체인구와 노인의 보험급여비, 진료건수 비교:

1995년 및 1999년



(그림 3-4) 전체인구와 노인의 연평균 보험급여비 증가율 비교:

1995~'99년간

제 4 장 외국의 건강보험 안정화 대책

제 1 절 재정안정 대책의 방향 및 특징 : 구조적 접근

영국, 프랑스, 독일 공히 의료보험재정 위기가 정치 쟁점화 되자 수상이 각종 의료보험개혁위원회의 책임을 맡아 개혁을 주도적으로 진행하였다. 대부분의 선진국에서 재정안정의 주요 방향은 의료공급 측면에서 지출을 관리하기 위한 진료비 지불제도의 개편, 환자의 비용의식 고취를 위한 본인부담 인상, 약제비 억제정책 등이다. 안정적인 수입구조와 예측 가능한 수준에서 지출을 통제하는 구조를 동시에 추구하였는데, 수입측면에서는 보험료를 인상의 방법, 인상률의 범위, 인상의 조건 등을 포괄적으로 법으로 규정하고 있다. 지출측면에서는 공급자에 의해 발생될 의료비의 총액을 미리 설정하여 그 범위 내에서만 지출되게 하여 안정적으로 운영되게 한다. 이러한 구조적 접근 하에서 가능한 한 수입과 지출에 관한 조항을 국민적 합의를 거쳐 법령에 명시함으로써 재정위기 발생 시 미리 규정된 틀에 의해 결정되게 하고 있다.

제 2 절 재정안정을 위한 공통적인 접근방법

1. 진료비 지불제도 개편: 포괄수가제(DRG) 및 총액예산제 도입

의료제공자에 의한 지출 증가를 통제하기 위한 진료비 지불제도를 도입하고 있다. 의사에 의한 수요 유발 요인이 많은 행위별 수가제는 의료기관에 의한 지출증가를 억제하는데 한계가 있다. 특히 입원의 경우 행위별 수가제는 매우 예외적으로만 사용된다. 안정적인 의료비를 유지하기 위해 대부분의 국가에서 포괄수가제와 총액예산제를 도입하고 있고, 일부 국가에서는 외래 포괄수가제도까지 도입하거나 도입을 검토하고 있다.

2. 공공의료시설과 민간의료시설간의 균형 있는 발전으로 의료의 질 향상과 의료비 억제정책을 동시에 추진

민간시설에 대한 설비투자도 필요에 따라서는 중앙정부 및 지방정부가 보조한다. 그 대신 정부는 의료인력 및 병상수 등에 대해 엄격히 통제하며, 시설장비 허가제로 의료기관간 중복 투자를 엄격히 통제한다. (고가장비를 인근 지역병원끼리 공동 사용토록 하고 있다)

3. 보험료 외의 재원조달 방법 모색

건강보험 재원을 마련하기 위해 술, 담배 등 유해식품에 대한 목적세 부과하고 있다. 간접세의 형태로 부과하는 국가는 프랑스, 대만, 벨기에, 오스트리아 등이며, 직접세로 소득에 부과하는 국가는 이태리, 핀란드, 스웨덴, 영국 등이다.

4. 효율적인 자원이용을 위한 의료기기 규제 강화

민간 및 공공병원에서 사용하는 의료기기에 중복 투자되는 것을 피하기 위하여 국가가 관리하는데, 필요할 경우 고가의료장비를 인근 의료기관과 공동 사용하도록 규제하고 있으며, 일정 수의 고가 장비, 시설만 허가(네덜란드)하고 있다.

<표 4-1> 주요국의 지불제도 비교

구분	의원급	병원급
독일	○ 총액계약제 -보험의협의회와 보험자가 진료비 총액을 계약하고, 보험자는 총액을 지불함. -개개 의사에 대해서는 의사회에서 수가표에 의하여 행위별수가제로 지불	○ 입원비용 - 특정의 요양에 대하여 1건당 포괄수가제(DRG) ○ 상기이외의 환자 1일당 정액 진료과목별 요양비 ○ 자본조달비용 - 주정부 보조
프랑스	○ 선불상환방식에 의한 행위별수가제(총액규제) - 의사조합과의 전국협약을 통해 총액범위 내 외래진료비 지급	○ 공공 병원 - 총액예산제(1984년~) ○ 민간 병원 - 일당 입원료를 정액지불 (일부진료에 대한 포괄지불제 실시)
일본	○ 행위별 수가제	○ 행위별 수가제 (DRG시범사업중)
대만	○ 행위별 수가제 - 치과외래 총액계약제 - 일부 인두제, 총액계약제	○ 행위별 수가제 - 일부 포괄수가제 실시
미국	○ 행위별 수가제 - 진료보수점수표에 의거 RBRVS방식으로 지불	○ 입원비용 - 대부분 DRG방식
영국	○ 人頭制 ○ 총액예산관리방식 가정의제도 (Primary Care Group)	○ 병원근무의: 봉급제 ○ 독립채산 방식

자료 : 건강보험공단, 2001.

5. 약제비 억제 정책

의약품에 참조 가격제를 실시하여 성분명이 동일한 약품이 일정 금액 이상으로 처방되는 것을 규제한다. 저가약 사용을 권장하기 위해 저가약 처방에 대한 인센티브제 도입을 검토하고 있다. 독일, 영국 등에서는 약가

에 대한 총액계약제를 실시하고 있으며, 일부 국가에서는 제약회사의 이익이나 매출상한 규정, 판촉비 상한 설정 등 강력한 통제정책을 시행하고 있다.(표 4-2 참조)

6. 진료전달 체계 확립

병원에서는 외래를 받지 않고 입원위주의 진료를 담당하는 방식으로 의료자원을 효율적으로 사용하고 있다. 1차 의료기관의 개업의(GP)는 의료비 억제를 위한 문지기(gatekeeper) 역할에 충실하고 꼭 입원을 요하는 환자에게만 병원에서 입원할 수 있도록 환자를 이송시킨다.

7. 임상진료지침(practice guideline) 시행

공급자에 의한 불요불급한 과다 진료를 억제하기 위해 특정 의료기술에 대한 의사의 진료기준을 정해 기준을 따르도록 권장하고 있다. 전문직 단체의 자발적인 협조와 노력이 활성화되어 있다.

<표 4-2> 주요 유형별 약제비 억제 대책

대상영역		방법	국가
공급	가격	통제하지 않음	덴마크
		참고가격	덴마크, 독일, 노르웨이
		이윤제한	영국
		품목별 통제	벨기에, 프랑스, 그리스, 이탈리아, 스페인, 포르투갈 등
	진료비 보상	보상대상 품목지정 (positive list)	벨기에, 덴마크, 프랑스, 그리스, 이탈리아, 스페인, 포르투갈
		할인 의무화	스페인, 아일랜드, 독일, 그리스
		약의 양에 따른 삭감	프랑스
		약품광고비 제한	영국, 프랑스
		판매세	벨기에, 그리스
	혼합(공급-수요)	약품목록	주로 병원 대상
		참고가격	덴마크, 독일, 네덜란드
		보상제외 품목지정 (negative list)	독일, 네덜란드, 영국
		일반약품으로 전환	덴마크
		약국에 대한 인센티브	영국, 네덜란드
수요	공급자 측	의사 정보(profiling)	독일, 영국
		예산할당	독일, 영국
		적용증 제한	프랑스, 네덜란드, 벨기에
	환자 측	정액 본인부담	덴마크, 이탈리아, 영국
		정률 본인부담	벨기에, 덴마크, 프랑스, 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 스페인
		환자에 대한 교육	영국, 네덜란드

자료 : 건강보험공단, 2001.

제 5 장 국민건강보험재정 안정화방안 모색

제 1 절 중·단기 방안

1. 보험료 징수율 제고 및 재원 조달의 안정적 확충

지금의 재정과탄에서 벗어나고 앞으로 지속될 급여비 증가추세에도 보험재정을 건전하게 운용하려면 재정수입을 적시 적정수준으로 확충할 수 있어야 한다. 재정수입의 안정적 확충을 위한 조건은 다름 아닌 보험료 인상과 징수율 제고, 국고지원 확대 및 기타 수입의 확충이다. 어느 경우든 모두 국민들의 부담으로 직결된다.

보험료 인상은 사회보험방식의 건강보험에서 수입 확충을 위해 불가피한 것이 사실이다. 그럼에도 통합추진과정에서 보험료를 적기에 적정수준으로 인상하기보다 준비금을 소진했다. 재정통합을 앞두고 보험자들이 보인 이러한 행태는 도덕적으로 비난받아 마땅하나, 통합후의 단일보험자인 공단도 똑같은 행태를 보였다.

보험자별로 보험료인상시기가 달랐던 분립체계에서는 보험료인상에 대한 불만과 민원이 지역적으로 시기적으로 분산되어 발생했으나, 적기 적정수준으로의 보험료 인상이 쉽지 않았다. 이에 비해 지역조합 통합 후인 1999년에 처음으로 단행된 보험료 인상은 전국적으로 68만여 건의 민원을 발생시켜 사회적인 이목을 끌었다. 또한 국회의원선거가 있었던 2000년에 보험료 인상은 없었다. 이를 보면 통합체계에서 보험료의 전국적인 일시인상은 국가적인 정치쟁점으로 부각될 것임을 알 수 있다.

의약분업의 시행으로 급여비 지출이 폭증한 2001년 초에도 지역보험료만 15% 인상했을 뿐이다. 같은 해 재정통합이 이루어진 직장의 경우 3.4%의 단일 보험요율을 적용함에 따라 직장가입자의 보험요율만 인상하고 공교가입자의 보험요율은 그대로 유지하였다. 그리고 보험료가 지나치

게 인상된 직장가입자들의 불만을 줄이기 위해 보험료를 감면해주었다. 이는 형평성 제고를 위해 재정을 통합했다는 논리와 정면으로 배치되는 것이기도 하다. 더욱이 재정위기 상황에서 급여비 지출이 폭증하고 있었음에도 그러한 조치를 취했고, 보험재정이 파탄에 빠진 2002년에도 보험료 인상은 당초 정부가 계획했던 9%가 아닌 6.7%에 그쳤다. 이를 보면 정부도 보험재정의 안정성보다 정치적 수용성을 중시하고 있음을 알 수 있다.

최근 단일보험자인 보험공단은 징수율을 높이기 위한 노력을 강화하고 있으나 구조적으로 한계가 있다. 재정운영 책임이 집중되어 있는 공단의 직원들이 책임을 다하지 않으면 징수율은 저하될 수밖에 없는 것이다. 특히 재정파탄 상황에서의 파업은 징수율 저하의 직접적인 이유가 되기도 하지만, 가입자들의 불신을 초래해 납부동기를 감퇴시키리라는 점이 더욱 우려된다.

지금까지 살펴본 바와 같이 분립체계보다 통합체계에서 적기 적정수준으로의 보험료 인상과 징수율 제고가 더 어려워질 것으로 전망된다. 더욱이 2003년 7월 직장가입자와 지역의 재정이 통합될 경우 보험료부담의 형평성을 둘러싼 갈등이 심화되어, 직장보험요율과 지역보험료의 인상율을 달리 적용하기는 어려울 것으로 보인다. 소득과악율이 저조한 지역가입자의 경우 보험료를 공평하게 부과할 수 있는 방안을 찾을 수 없어 적정수준의 보험료 인상이 쉽지 않다는 점은 누구나 인정할 것이다. 따라서 재정통합은 직장가입자의 보험요율마저 적정수준으로 인상하지 못하게 하는 요인으로 작용할 것이다.

결국 보험료부담의 형평성을 제고하지도 못하면서 보험료수입 확충마저 어렵게 하여 재정불안정을 심화시킬 가능성이 커 보이는 재정통합은 조세정의실현으로 보험료부담의 형평성을 확보할 수 있을 때까지 유보되는 것이 마땅하다. 보험재정의 분리운영으로 부담의 형평성에 대한 지역간 갈등을 피해야 직장보험요율을 적기에 적정 수준으로 인상할 수 있어 직장보험재정의 건전화도 가능해질 것이다.

보험료 인상이 쉽지 않은 지역보험재정은 징수율 제고와 더불어 국고지

원의 확대를 통해 안정화시켜야 할 것이다. 징수율 저하로 인한 보험료인상은 성실납부자의 부담을 늘려 형평성을 저해할 뿐 아니라, 이들의 반발을 불러 일으켜 징수율을 저하시킬 것이기 때문에, 징수율은 항상 높은 수준으로 유지되도록 해야 할 것이다.

앞으로 점차 확대될 것으로 전망되는 지역보험에 대한 국고지원은 부담능력이 취약한 가입자의 보험료 부담을 덜어주는데 사용되어야 할 것이다. 지금과 같이 부담능력과 무관하게 모든 세대에 지원하는 것은 분명 문제가 있다. 따라서 지원대상세대를 선정해 가입자당 정액을 국고에서 지원하고, 그만큼 부담이 경감된 것을 체감케 하여 보험료 자진납부 동기를 높임으로써 징수율을 제고해야 할 것이다.

보험재정의 분리운영은 정년 또는 건강문제로 인한 퇴직자의 급여비 부담을 직장에서 지역재정으로 전가시킬 수 있으므로, 국고지원과 함께 직장과 지역의 보험료 수입을 일정을 각출해 공동기금을 조성하고, 이를 노인급여비와 고액급여비에 사용해야 할 것이다. 특히 노인급여비는 앞으로 인구의 급속한 노령화에 따라 급증할 것이므로, 차세대의 부담을 덜어주기 위해 지금의 젊은 가입자들이 노인급여비 기금의 일부를 적립하도록 해야 할 것이다.

보험료인상뿐 아니라 어떤 재정확충방안도 지금과 같은 재정파탄 상황에서는 국민들의 반발을 불러일으킬 것으로 생각된다. 하지만 재정안정을 기하면서 건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 다양한 재정확충방안을 모색해 수입을 확충할 수 있어야 한다.

우선적으로 국민건강을 해치는 행위에 건강보험부담금을 부가해야 한다. 그 이유는 이들 행위가 원인이 되는 질병으로 인한 의료비용이 그러한 행위를 하지 않는 사람들에게 전가되는 것을 방지할 수 있기 때문이다. 이미 담배에는 건강보험부담금을 부가 징수하고 있으므로, 앞으로 주세와 교통세(표 5-1 참조)에 10%의 건강보험부담금을 부가 징수하면 연간 1조 원 이상의 보험재정을 확충할 수 있을 것이다.

<표 5-1> 건강 위해 상품 부과 소비세 징수 현황

(단위: 10 억원)

세 목	'97	'98	'99	'00
주 세	1,790	1,814	2,078	1,962
교 통 세	5,547	6,504	7,256	8,404
계	9,573	10,586	11,362	10,366

자료 : 국세청, 국세통계연보, 2001

현재 자산소득이나 자영소득을 정확하게 파악하지 못해 지역가입자의 보험료 부담의 형평성을 높이지 못하고 있다. 직장가입자들의 경우에도 근로소득에만 보험료를 부과하고 있어, 자산소득과 자영소득이 많을수록 보험료 실질 부담율은 낮아지고 있다. 따라서 원천 징수되는 금융(이자 및 배당)소득세에 건강보험부담금을 부가 징수하여 보험료 부담의 형평성을 높여야 할 것이다. 이들 소득세(표 5-2 참조)에 10%의 건강보험부담금으로 부가 징수하면 연간 5천억원이상의 보험재정을 확충할 수 있을 것이다.

또한 특별소비세(교육세는 과세물품에 따라 15-30%가 부가되고 있음)와 부가가치세에 건강보험부담금을 부가 징수하는 방안도 전향적으로 검토해야 한다. 특별소비세는 고소득자의 부담이 많으며 생활필수품에는 부가가치세가 면제되고 있으므로, 저소득자의 부담율은 고소득자에 비해 작을 것으로 생각된다. 그리고 신용카드사용액을 근거로 연간 일정 금액 이하의 건강보험부담금을 환불하는 제도를 두면 저소득자의 과중한 부담도 줄일 수 있을 것이다. 이들 세액(표 5-3 참조)에 10%의 건강보험부담금을 부가 징수하면, 절반을 환불해도 연간 1조원 이상의 보험재정을 확충할 수 있을 것이다.

<표 5-2> 이자소득세와 배당소득세 징수 현황

(단위: 10 억원)

세 목	'97	'98	'99	'00
이자소득세	3,825	7,274	6,055	4,524
배당소득세	274	311	466	650
계	4,099	7,585	6,521	5,174

자료 : 국세청, 국세통계연보, 2001

<표 5-3> 특별소비세와 부가가치세 징수 현황

(단위: 10 억원)

세 목	'97	'98	'99	'00
특별소비세	3,036	2,211	2,713	2,985
부가가치세	19,488	15,707	20,369	23,212
계	22,524	17,918	23,082	26,197

자료 : 국세청, 국세통계연보, 2001

2. 요양기관 계약제 시행

우리나라는 1977년 사회보험 방식의 의료보험제도를 실시하면서 당초에는 의료기관에게 요양기관 지정 신청권과 요양기관으로 지정된 경우 지정취소 신청권을 인정하여 의료기관의 자율성을 보장하고, 보험자가 의료기관이나 약국과 계약을 통해 지정하게끔 하였으나 1979년부터 요양취급기관을 보험자나 보험자단체가 지정하는 제도로 바뀌었다(연하청 등, 1983). 그러나 강제지정제가 위헌소지가 있다는 주장에 따라 1999년 2월에는 의료기관을 설립하면 당연히 의료보험 요양기관이 되는 당연지정제로 바뀌었다. 2000년 7월에 의료보험이 건강보험제도로 통합되면서 당연지정

제를 계약제로 바꾸어야 한다는 의견이 많이 개진되었으나 건강보험수가는 원칙적으로 보험자와 공급자단체가 계약하는 방향으로 개정되었지만 요양기관은 여전히 당연지정제가 계속 유지되고 있다. 그런데, 의협민주화추진본부는 건강보험 요양기관 당연지정제도는 ① 선택권의 박탈, ② 사유재산권의 과도한 침해, ③ 외형적 평등의 반 경제 질서성으로 인하여 기본권을 침해하고 있다고 주장하면서 2000년에 헌법소원을 제기하였다¹⁷⁾.

17) 2000년 8월 1일에 요양기관 당연지정제도를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조 제1항에 대해 헌법소원을 제기하였고, 당연지정제의 부작용으로 ① 선택권의 제한(보험급여로 인하여 제한되는 의료서비스) ② 진료비의 해외유출(일부 중상층 국민의 해외진료 현상) ③ 의학전공자들의 희망분야의 변화 및 투자의욕의 상실을 들고 있다. 그리고 건강보험 요양기관 당연지정제도가 폐지된다고 하여 전국민건강보험체제가 붕괴되는 것은 결코 아니며, 당연지정제도를 대신할 수 있는 합리적인 여러 가지 방안이 있는 만큼 현재의 당연지정제도가 우리나라 상황에서 선택의 여지가 없는 유일한 제도는 아닐 것이라 하였다. 결론적으로, 법규정의 변천과정이나 다른 나라의 입법례, 당연지정제가 기본적으로 최소한의 선택권을 박탈하고, 사유재산권을 과도하게 침해하며, 우리 헌법상 선언된 경제질서 원리에 반한다는 점 등의 법리적인 면, 당연지정제로 인하여 나타나는 여러 가지 부작용, 당연지정제 폐지시에도 건강보험 유지를 위한 여러 가지 대응방안이 가능하다는 점 등 현실적인 면에 비추어 모든 의료기관을 보험취급요양기관으로 강제할 명분은 없다고 하였다(황덕남, 2002). 이에 대해 헌법재판소 전원재판부(주심 김경일 재판관)는 2002년 10월 31일 건강보험법 제40조에 대해 '모든 의료기관을 의료보험 요양기관으로 강제 지정하는 제도는 직업 행사의 자유, 평등권을 침해한다'며 제기한 헌법소원 사건에서 재판관 7대 2 의견으로 합헌 결정을 냈다. 재판부는 결정문에서 "강제지정제는 요양급여에 필요한 의료기관을 확보하고 이를 통해 피보험자인 전 국민의 의료보험수급권을 보장하고자 하는 것으로, 우리의 의료기관 중 공공 의료기관이 약 10여%에 불과한 현실에서 민간의료기관을 의료보험체계에 강제로 동원하는 것이 의료보험의 시행을 위해 불가피하다는 현실적 인식에 기초하고 있는 것으로 보인다"고 밝혔다. 또 77년 계약지정제 때 요양기관들이 대거 지정을 기피하는 현상을 예로 들어, 위헌 결정이 날 경우 건강보험제도의 근간이 흔들릴 수 있음을 우려한 것으로 해석되며, 장차 공공시설이 충분히 확보되는 시점에서 계약지정제를 채택할 수 있음을 시사했다. 그리고 "요양기관 강제지정제는 의료인의 직업의 자유에 대한 포괄적 제한에도 불구하고 강제지정제의 범주 내에서도 직업행사의 자유를 고려하고 존중하는 여러 규정을 갖추고 있으므로 강제지정제는 최소 침해의 원칙에 위배되지 않는다"고 밝혔다. 재판부는 그러나 "근본적으로 강제지정제가 의료인의 기본권을 포괄적으로 제한하는 제도라는 점을 깊게 인식해 국가는 장기적 안목에서 공공의료기관을 확충하거나 보험급여율을 높이는 등의 다양한 방법을 통해 민간의료기관이 의료보험체계에 자발적으로 참여할 수 있는 환경 조성에 노력해야 한다"고 촉구했다. (1999헌바76, 2000헌마505, 병합)

자유경쟁시장에서 민간이 자본을 투자하여 설립한 의료기관을 정부에서 건강보험에 강제로 참여시키는 것은 정부규제의 표본이라 할 수 있다. 보험수가가 비합리적으로 책정되어 있는 데다 당연지정제도를 채택함으로써 의료공급자는 경쟁에 살아남기 위해 부정진료와 과잉진료(또는 과소진료)를 행하게 되면서 의료서비스의 왜곡현상이 나타나 국민들의 부담을 가중시키는 결과를 초래하게 된다. 또한, 급여기준이나 심사지침의 비합리적 부분 때문에 부적절한 진료가 행해지는 경향도 있다. 서구국가에서 강제적으로 요양기관을 지정하는 나라는 거의 찾아볼 수 없고, 우리보다 전 국민 의료보험을 늦게 달성한 대만도 계약제를 채택하고 있다.

국민의료의 정상화를 위하여 가장 시급한 과제는 의료관리의 방법을 바꾸어 의료 공급자들이 합리적인 대리인 기능을 할 수 있도록 계약제를 채택해야 한다. 요양기관 당연지정제도가 폐지되면 현재의 건강보험체계는 건강보험의 대상자인 국민은 당연 가입으로 변동이 없는 반면, 의료기관은 계약의 형식으로 요양기관이 될 것이며, 계약하지 않는 의료기관도 생겨날 것이다.

요양기관을 계약제로 전환할 경우 의료의 질 향상과 추가재원의 확보가 가능하게 된다. 정부는 의료서비스의 질 관리를 위하여 1995년부터 의료기관서비스 평가제도를 도입하였는데, 이 방법을 통한 질 관리는 수가가 통제되고 서비스의 내용이 심사되는 건강보험제도 내에서는 한계를 지닐 뿐 아니라 질 관리도 주로 구조적이거나 과정상의 관리에 그쳐 의료관리에 대한 비용만 증가시키게 된다. 보험요양기관 당연 지정제도는 모든 의료기관들을 제도의 틀 속에서 보호하는 결과를 초래하기 때문에 의료기관들은 질 향상을 위한 노력을 할 필요를 느끼지 못하게 된다. 그런데 계약제를 도입하게 되면 비계약병원은 수가를 자체적으로 책정하기 때문에 높은 수가와 함께 환자 확보를 위해 수준 높은 서비스를 제공할 수 있게 됨으로써 질 관리가 가능하게 된다. 또한 계약병원은 환자를 비계약병원으로 뺏기지 않기 위해 서비스 질 향상을 위해 노력할 수밖에 없다. 계약제 채택 후에 의료기관 신임제도를 통하여 보험자에게 신임을 얻지 못한 의료

기관은 계약에서 배제시키는 방안도 서비스의 질 향상에 도움이 될 수 있다. 서비스 질 향상은 결과적으로 의료 외유비도 절감시킬 수 있을 것이다 (이규식, 2002). 또한, 계약제는 보험재정을 절감할 수 있고 민간보험이 진출할 수 있는 길을 열 수 있다. 비계약병원을 이용하는 환자에게는 의료비 전액을 자비로 부담시키기 때문에 그만큼 보험재정을 절감시킬 수 있다. 비계약병원에 대한 의료비 부담이 늘게되면 자연스럽게 민간의료보험이 개발되어 사회보험의 틈새에 들어오게 될 것이다.

계약제를 채택할 경우 의료기관 단체와의 일괄계약보다는 의료기관 당사자간 계약방법을 도입해야만 경쟁을 강화시켜 소기의 목적을 달성할 수 있을 것이다¹⁸⁾. 계약기간은 1년이나 2년 단위로 하고, 계약내용에는 보험수가와 진료비지불방법, 진료비 심사기관 및 방법, 계약 위반시 벌칙 등 다양한 내용이 포함될 수 있다. 계약 요양기관에 대해서는 보험자가 신임제도를 실시하여 수준 낮은 의료기관이나 약국은 계약에서 제외할 수 있을 것이다. 비계약병원은 의료수가를 자율 책정하도록 허용하고 영리병원으로 정하여 세율을 일반 기업과 동일하게 처리하고, 진료비는 환자 본인이 전액 부담하게 된다. 건강보험공단과 협상으로 결정된 보험수가에 불만인 공급자에 대해서는 건강보험 제도권 안에서 공급행태의 파행을 통해 수지를 맞추도록 하지말고 자유롭게 일반환자를 볼 수 있도록 해야 한다.

18) 박은철(2002)은 계약제가 될 경우 보험자인 국민건강보험공단과 계약할 대상은 현재의 요양기관인 의료기관(의료기관, 약국, 보건소·보건의료원 및 보건지소, 보건진료소로 이하 의료기관이라 칭함) 과 각각 요양기관들의 진료의 주체가 되는 의사(의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 약사로 이하 의사라 칭함)가 계약의 주체가 될 수 있으며, 또한 개별 대상으로 할 것인가 또는 이들의 연합체로 할 것인가를 고려하여야 한다고 하였다. 그리고 공단과 계약할 단위를 ① 의료기관만으로 하는 방안 ② 의료기관과 의사들로 하는 방안 ③ 의료기관(또는 의사)으로 구분하여 계약하는 방안이 있을 수 있고, 계약자의 형태는 국민건강보험공단과 계약할 대상을 ① 개별 의료기관(또는 의사)으로 각각 계약하는 방안 ② 의료기관(또는 의사) 연합체로 계약하는 방안 ③ 의료기관의 종류별로 구분하여 개별 또는 단체로 계약하는 방안 등이 있다고 하였다. 그리고 환자진료 형태를 (1) 보험환자만을 진료하게 하는 방안 (2) 보험환자와 일반환자를 함께 진료하게 하는 방안을 검토해야 한다고 하였다. 이외 계약의 해지 또는 배제, 계약을 등을 검토하여야 하며, 보험대상자와 의료기관, 보험자간의 관계 등을 고려한 검토 및 연구의 필요성을 제시하였다.

계약제 하에서는 의료기관이 수가계약에서 유리한 위치를 차지하기 위하여 담합하는 경우가 초래될 수 있다. 모든 의료기관이 계약을 거부하여 요양기관이 되지 않음으로써 건강보험 존폐의 문제가 야기될 수 있는데, 이는 일종의 불공정 거래행위이기 때문에 정부에서는 이를 방지하기 위하여 철저한 감시체계를 구축해야 한다. 그리고 일정 기간 동안은 의료기관의 일정수준까지 계약을 하도록 하는 계약률에 대하여 대한의사협회 및 대한병원협회와 사전에 계약을 체결하는 방안도 검토할 수 있을 것이다. 보험공단과 계약한 요양기관이 청구하는 진료비는 제3자인 건강보험심사평가원이 심사하기보다는 보험자인 공단에서 심사하는 것이 더 바람직할 수 있다. 심사를 누가 담당할 것인가에 대한 내용도 계약사항이 될 수 있다. 계약제 하에서 건강보험심사평가원은 진료의 적정성 평가에 역량을 집중하고, 의료기관의 신임을 부여하는 권한을 가지도록 하여 신임을 획득하지 못한 의료기관은 계약에서 배제토록 하는 방법을 통해 질을 관리할 수 있을 것이다¹⁹⁾.

요양기관 계약제 도입과 관련하여 정부의 역할 정립이 필요하다. 보험수가는 단체계약이지만 요양기관 계약은 의료기관과 보험공단간의 개별적인 계약²⁰⁾이기 때문에 정부의 개입을 최소화해야 한다. 만약, 현재의 단일보험자에서 다보험자 방식으로 전환될 경우 의료기관이나 보험자가 담합하여 계약방식을 악용하게 되면 계약제의 실효성이 없어지기 때문에 정부는 의료기관이나 보험자들이 담합하는 행위에 대한 감시기능을 수행해야 한다.

19) 의료기관 신임제를 도입할 경우, 의사들의 질 향상을 위한 방안 중의 하나로 제기될 수 있는 의사 면허 주기적 갱신제, 진료의사 연령제한 등의 문제도 신임의 조건에 부가할 경우 자연스럽게 반영될 수 있을 것이다.

20) 수가계약과 요양기관계약 모두 종별 단체계약을 하는 방안도 검토될 수 있다. 이 경우 계약기관은 해당 공급자협회에서 지정하고 진료비 총액을 단체계약 할 수도 있을 것이다. 이 때 심사는 해당 협회의 자율에 맡겨둘 수 있지만, 의료기관의 서비스 질이나 진료적정성은 정부나 심사평가원에서 평가하고 기준에 미달할 경우 해당협회에 계약기관으로 지정하지 못하게 할 수 있을 것이다.

3. 국민건강보험관리 체계의 정비

건강보험 재정안정화를 위한 제도적 장치 외에 관리시스템의 개편을 통한 재정의 관리를 강화하는 노력 또한 매우 중요하다.

관리시스템의 개편으로는 현재 공단 본부 및 6개 지역본부에서 일괄하여 진료비를 지급하는 시스템을 변경할 것을 검토할 필요가 있다. 그 방안으로 공단 지사별로 FUND를 배정하여, 담당 지역가입자 및 직장가입자에 대한 진료비 발생을 관리하도록 하는 것이다.

각 지사의 담당 지역 및 직장가입자들의 질병발생확률(성, 연령 등)에 기초한 기대진료비규모를 산정하고, 이에 해당하는 FUND를 배정하여, 배정된 FUND범위 내에서 진료비를 지급하도록 하는 것이다. 이러한 FUND 관리를 위하여, 지사에게 일정한 권한을 부여하고 FUND 관리실적에 따라 인센티브를 제공하여야 한다.

그리고 또 한편으로는 재정수입확보를 위한 유인시스템이 있어야 할 것이다. 그 방안으로 지사별로 부담능력을 측정하는 지표를 개발하여 지사별 목표수입 규모를 할당함으로써 목표수입금을 징수할 수 있도록 유인하여야 한다. 이러한 재정지출 및 재정수입의 운영성과에 따라 연봉가산 및 특별 성과급을 지급하거나, 국내외 연수기회, 승진 가산점부여나 특별휴가 등 인센티브를 관리하여야 할 것이다.

한편 건강보험심사평가원은 요양기관별 표준진료비 평가·관리제를 도입하여 진료비에 대한 감독을 과학적으로 수행하여야 할 것이다. 요양기관의 진료비 청구액을 관찰하여 표준적인 진료비규모를 산정하고 표준진료비 규모에 근거하여 진료비를 관리하여야 한다. 즉, 진료비 발생에 영향을 미치는 변수들(연간 환자수, 환자의 인구 통계적 구성, 질병의 양태, 기관의 시설 및 인력구성 등)을 고려하여 표준진료비 크기를 산정하는 공식을 만들고, 이에 근거하여 진료비를 관리하여야 한다. 그리고 EDI 청구를 의무화하고 병원회계준칙을 확립하여 외부 공인회계사의 감사를 정례화 하여야 한다. 이와 함께 시설장비의 허가제 도입 및 의료인력과 병상수 통제

도 병행되어야 할 것으로 판단된다.

<표 5-4 > 연도별 지역의료보험 국고지원 현황

(단위 : 억원)

연 도	총재정	국고 50% 지원필요액	국고 실지원액	국고 지원율 (총재정대비)	국고지원 과부족액
88	1,729	865	946	54.7	81
89	4,369	2,184	2,206	50.4	22
90	10,079	5,040	3,639	36.1	△1,401
91	11,219	5,610	5,868	52.3	258
92	13,306	6,653	5,924	44.5	△729
93	15,748	7,874	6,381	40.5	△1,493
94	18,164	9,082	6,924	38.1	△2,158
95	23,122	11,561	7,553	32.7	△4,008
96	28,966	14,483	8,723	30.1	△5,760
97	33,534	16,767	9,954	29.7	△6,813
98	38,163	19,081	10,760	28.2	△8,321
99	44,604	22,302	11,656	26.1	△10,646
2000	50,765	25,382	13,225	26.0	△12,157
계	293,768	146,884	93,759	31.9	△53,125

자료 : 국민의료보험관리공단, “의보동향”, 2000.2월호, p.7

4. 약제비의 효율적 관리

약제비를 효율적 관리를 통하여 건강보험의 재정 안정화를 기할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 먼저 약가 조정과 의약품 유통질서 재정비가 필요하다.

즉, 적정 수준이상의 약가 마진에 대한 관리가 필요하며 현행 실거래가 제도로는 이에 대해 효과적으로 관리하기 어렵기 때문에 폐지하는 것이 타당하다. 그리고 대안적 노력으로 구매자로서 의료공급자의 교섭권한을

인정하되 거래의 투명성을 확보할 수 있는 보완장치를 마련할 필요가 있다.

둘째로는 약국수가 포괄화 및 조제료의 폐지가 필요하다.

조제일에 따라 달리 지급되는 조제료를 정액화하고 조제료 관련 수가(기본조제 기술료, 조제료, 복약지도료, 약국관리료, 의약품관리료 등 5개 항목)를 통합 운영하는 방안을 고려해볼 필요가 있다. 아울러 실제 존재하는 약가 마진을 인정하는 대신, 조제료를 폐지하는 방안도 함께 검토되어야 한다.

셋째로는 의사 처방약제의 효율화가 필요하다.

저가약 처방에 대해 의사에게 인센티브를 제공하는 방안이 모색되어야 하며 약제의 효능, 효과와 가격을 종합한 정보들을 의사들에게 지속적으로 제공하여 효과, 효능대비 효율적인 가격의 약제를 처방할 수 있도록 처방 행태를 유도할 필요가 있다.

넷째로는 일반 의약품 슈퍼판매 범위 확대 및 판매망을 확대할 필요가 있다.

일반 의약품에 대해선 슈퍼판매를 허용범위를 확대하거나 약사의 약국 개설 독점권을 완화할 경우, 의료소비자의 불편을 개선하고 가격경쟁을 통해 약가 효율화를 기대할 수 있다는 점에서 이들 정책시행을 적극적으로 검토할 필요가 있다.

5. 소액진료에 대한 환자본인부담 강화

1986년부터 시행되고 있는 소액외래진료비의 정액본인부담은 소비자의 도덕적 해이 가능성이 비교적 큰 소액 경증질환에 대한 비용의식을 고취시켜 불필요한 의료 서비스의 이용을 줄여 보험재정에 기여할 수 있을 것이다. 그 동안 정액본인부담은 매년 소득상승에 연동하여 인상되지 않았기 때문에 그 실효성이 없다고 판단된다.

따라서 경제적 부담이 상대적으로 적은 소액 경증질환에 대한 정액본

인부담을 강화할 필요가 있다.

장기적으로는 연간 누적 외래진료비의 일정액까지는 본인이 부담하고 그 일정액을 초과하는 금액에 대해서는 보험재정에서 지불하는 일종의 공제제도(Deductibles)를 도입하는 것을 적극 검토할 필요가 있을 것이다. 이 방안은 필요 이상의 의료기관 이용이나 의료 장보기라는 문제를 최소화하면서도 의료이용이 크게 위협받지 않는 것으로 알려져 있다. 물론 공제금액이 크게 부담스런 저소득층이나 장애인, 노인계층에 대해서는 공제액 감면 등의 보완책이 필요하다.

2001년 보건복지부는 2002년 상반기부터 일정 한도의 진료비를 전액 본인이 부담하는 '소액진료비제'가 도입하겠다고 대통령에게 보고한 바 있으나 아직 도입이 되고 있지 않은 실정이다.

제 2 절 장기 방안

1. 민간의료보험의 확대

가. 민간의료보험과 공적의료보험과의 관계 확립

민간의료보험이 크게 발전하기 위해서는 어떤 형태로든 공적의료보험과의 관계를 정립해야 한다. 이와 관련하여 가장 중요한 것은 대체제적인 관계인가, 보완제적인 관계인가 하는 점이다. 현재 이와 관련하여 공적의료보험과 민간의료보험이 어떤 관계로 정립되는 것이 바람직한가에 대해서는 논란의 여지가 많다.

먼저 공적의료보험과 민간의료보험의 관계가 보완적으로 정립될 경우에는 기본적으로 필수적인 의료서비스는 공적의료보험의 강제적용을 받게 하고 재원조달의 한계로 인하여 공적의료보험이 충족시키지 못하는 부분에 대해서는 소비자의 능력과 선호에 따라 다양한 민간의료보험을 선택하게 하는 것이다. 예를 들면, 공적의료보험의 급여대상이 되기 어려운 신기

술을 이용하는 고급의료와 같은 선택적 비보험 진료하든지, 내용별 비급여 항목을 설정하는 소위 임의 비급여 진료, 질병과 부상에 의한 소득의 상실을 보상하는 상병급여 및 공적의료보험 급여의 상한선을 넘어서는 부분이 민간의료보험의 주된 영역이 된다.

이러한 보완적 성격의 민간의료보험 활성화는 현행 건강보험제도의 기본구조를 크게 변경시키지 않고도 도입이 가능하며 의료보장의 형평성 문제나 정부의 의료체계 전반에 대한 조정능력의 약화를 최소화할 것이다. 특히 보충보험의 역할과 적용 범위 설정을 적절히 할 경우에는 공적의료보험의 재정안정에도 상당히 기여할 수 있다는 점에서 긍정적으로 평가된다. 그러나 이러한 경우 민간의료보험 가입자들은 공적의료보험에서 보상하는 의료서비스를 이전보다 더 많이 소비하게 될 가능성이 있다.

이에 반해 대체적 관계란 보험가입자가 보험료율과 급여 내용 및 수준 등의 제반 조건을 감안하여 공적의료보험과 민간의료보험자 중 선택하게 하는 방식을 말한다. 또한 제한적인 의미에서 일정소득 이상의 고소득층은 공적의료보험 적용에서 제외시킨 다음 민간의료보험에서 포괄적인 서비스를 제공하도록 하는 방식이 포함될 수 있다. 일반적으로 민간 의료보험의 도입이 대체적인 관계로 이루어 질 경우 의료 공급자의 입지가 훨씬 커질 것으로 예상된다. 대체형제도하에서 의료공급자는 민간의료보험 전문진료 기관이나 자비부담 병상제도를 통해 민간의료보험 환자를 대상으로 적정 이윤이 보장되는 일반의료수가를 적용함으로써 이윤증대를 추구할 수 있으며 이에 따라 왜곡된 진료 행태의 시정이 용이하고 의료발전을 위한 재투자를 통해서 새로운 의료기술의 보급과 의학 연구의 활성화 등의 긍정적인 파급효과가 기대된다. 반면에 민간의료보험의 가입자가 증가하고 포괄적인 의료서비스를 제고하게 되면 공적의료보험의 의료비 지출이 감소하겠지만 한편으로 국가 전체적인 의료비는 급등할 가능성이 높다고 할 수 있다. 즉 민간의료보험을 활성화함에 따라 공적의료보험과 민간의료보험의 지출이 어떻게 변화할 것인가는 민간 의료보험의 급여서비스 중 몇 퍼센트가 공적의료보험의 급여서비스와 대체재 관계에 있는가에 따라서

달라질 것이다. 다시 말해서 대체재 관계에 있는 서비스를 많이 포함할 수록 공적의료보험의 의료비 지출은 감소될 것이지만 국민전체 의료비 지출은 증가할 가능성이 높다고 볼 수 있다. 또한 앞서 언급한 의료이용에 있어 소득계층간 위화감, 보험가입자의 역선택 문제, 공적의료보험 환자로부터 민간의료보험환자로서 비용전가, 의료기관의 피보험자에 대한 차등 대우 및 정부의 의료체계에 대한 조정 능력 약화 등의 부작용이 보충형 의료보험제도에 비해 훨씬 더 심화 될 가능성이 클 것으로 지적된다. 결과적으로 두 가지 유형은 각기 장단점이 존재 하지만 현재와 같이 공적의료보험이 취약한 상황에서 민간의료보험이 공적의료보험과 경쟁적인 관계로 제도가 실행되면 부작용이 더 클 것이므로 현 단계에서는 기존의 공적의료보험을 보완하는 민간의료보험을 도입하는 것이 바람직하다고 판단된다.

나. 공적의료보험에 대한 재정비

공적의료보험과 민간의료보험간의 관계 설정과 더불어 정부가 공적의료보험의 급여범위와 수준을 재조정하는 것도 역시 중요하다고 판단된다. 사회전체의 후생을 극대화하기 위해서는 공적의료보험의 범위는 가능한 건강회복을 위한 필수적인 서비스와 비용 효과적인 서비스 중심으로 결정되어야 한다. 공적의료보험이 이러한 방향으로 급여될 경우 소비자들은 개인의 위험선호경향에 따라 민간의료보험을 구입할 것이며 그 결과 사회전체의 후생손실이 극소화된다는 것이다. 현재 우리나라 공적의료보험의 급여 범위나 수준은 상당히 제한적인 것으로 평가되고 있는 것으로 보이는데, 그 이유는 적용인구의 확대와 보험재정의 안정 측면에만 주력한 나머지 보험급여의 확충 문제는 정책적으로 중시되지 않았기 때문인 것으로 보여진다. 공적 보험의 보장성이 취약하다고 하더라도 현재와 같이 국민건강보험 급여 이외의 부분을 전액 본인부담 할 경우와 민간의료보험이 공적 보험의 취약 부분을 보완하여 보충적 보장체계를 갖추었을 경우를 비교해보면 그 의미는 분명히 차이가 있을 것이다.

공적의료보험의 적정급여의 한계를 설정하는 문제는 재원조달과 본인일

부부담, 수요자와 공급자의 도덕적 해이, 의료기관이 경영수지 및 국민의료비 등 국가 보건 의료체계에 미치는 영향이 크다는 점에서 중요할 것이다. 특히 공적의료보험의 급여대상이 되는 기본적이고 필수적인 서비스의 정의와 기준을 어떻게 설정하느냐에 따라 공적의료보험과 민간의료보험과의 역할분담 범위가 달라진다는 사실에도 유의할 필요가 있을 것이다.

따라서 민간의료보험의 도입 검토시 의료이용의 형평성과 효율성 및 의료서비스의 질적 측면에서 공적의료보험과 민간의료보험간의 관계를 종합적으로 고려하여 먼저 공적의료보험에서 보장되어야 할 기본적, 필수적 서비스에 대한 명확한 정의와 합리적인 선정기준 개발을 통해 적정 급여범위를 설정한 다음 이를 토대로 공적의료보험과 민간의료보험의 참여범위를 제시하는 방안이 강구되어야 할 것이다.

다. 정부의 정책적 의지

민간의료보험이 활성화되고 확산되려면 정부가 특정 계층의 민간보험 가입을 권장하거나 기업이 종업원 복지 향상을 위해서 보충보험을 구입하는 등 뚜렷한 계기가 있어야 할 것으로 보여진다. 민간의료보험을 활성화하기 위한 정부의 정책으로는 유인 대책과 규제 대책이 동시에 필요할 것이다. 거론될 수 있는 유인 수단으로는 보험료 세제 혜택, 질병정보의 제공을 통한 시장진입에 대한 위험을 감소시키는 방안이 있으며 규제 사항으로는 보험료 산정의 담합, 질병위험에 따른 선결가입, 난해한 보험 약관으로 야기될 수 있는 불공정 계약체결 등의 현상이 사전에 방지되어야 할 것이며 상품간 비교 용이한 표준화 지침이 필요할 것으로 판단된다. 여기에서 중요한 것은 민간의료보험의 유인 정책과 소비자 보호를 위한 규제 정책간 균형을 맞추어야 하며 유인과 규제가 적절히 균형을 이룰 때 민간보험시장의 도덕적 해이와 정보의 비대칭 문제를 완화시킬 수 있을 것이다.

2. 의약분업의 개선

의약분업은 보험재정을 악화시키고 병원경영에 악영향을 미쳤으며, 국민들의 의료이용에 불편을 가중시켰다. 그리고 의약분업을 실시하고 있는 어느 나라나 의약분업 때문에 의료비를 절감하였다는 증거도 없고, 오히려 이들 국가는 국민의료비 지출이 우리나라보다 높은 것도 사실이다. 특히 의약분업으로 의약품비리가 척결되었다는 증거는 더욱 없다. 그렇지만 우여곡절을 거친 후에 어렵사리 성사시킨 의약분업을 원인무효화 할 수는 없다. 현 단계에서 의약분업을 중단하고 원상으로 회귀하는 것은 또 다른 사회비용을 필요로 하기 때문이다.

그러나 문제가 있는 부분은 전향적으로 개선해 나가야 할 것이다.

첫째, 병원의 외래조제실 폐지는 병원의 경영난 가중차원에서 뿐 아니라 국민의료비의 증대로 보험재정을 악화시키고, 국민의 불편을 가중시켜 투약포기 현상까지 나타나고 있으며, 그리고 이 제도의 도입으로 기대했던 병원의 약제비 절감효과도 나타나지 않고 있기 때문에 병원에 대해서는 외래조제실을 인정하되 환자가 병원조제실과 약국 중에 선택할 수 있도록 해야 할 것이다²¹⁾.

둘째, 의약품 실거래가 상환제는 경쟁시장 원리에도 맞지 않고 보험재정안정효과 및 약가 절감효과도 없기 때문에 시장경쟁원리에 충실하게끔 의약품 유통마진을 인정하는 고시가제도로 전환해야 하고 의약품 조제료를 조정할 필요가 있다. 일반의약품이라도 의사처방으로 조제되는 의약품은 급여대상으로 하되 참조가격제의 일종인 본인부담 정액 방식의 도입을 검토할 필요가 있다²²⁾. 셋째, 의사의 조제행위, 약사의 임의조제행위와 의사와 약사의 담합행위를 근절하기 위한 감시 감독을 철저히 해 나가야 할

21) 환자에게 선택권을 부여할 경우, 원내조제와 원외조제에 대한 조제료와 본인부담 등에 차이를 두어 원외조제를 조장할 수 있도록 하여야 한다.

22) 이와함께 의약품별로 본인부담률을 조정하는 방안도 검토될 수 있을 것이다. 즉, 전문의약품이나 일반의약품 중 보험급여가 필요한 의약품은 본인부담을 낮추고, 중요도가 떨어지는 일반의약품에 대해서는 본인부담을 높이는 방안이 검토될 수도 있다.

것이다. 만약에 앞에서 언급한 요양기관 계약제가 이루어져 의료체계의 관리를 의료시장에서 보험자와 의료기관이 협상과 계약을 통하여 가격이나 진료조건 등을 결정한다면 의약분업 문제도 원상으로 회귀 없이 실행 가능할 수 있을 것이다.

3. 건강증진사업을 통한 재할 및 요양서비스 연계

현재 저부담 저급여의 한계를 넘어 적정부담 적정급여체계를 유지하기 위한 여러 가지 제도 및 다양한 프로그램의 개발이 필요한 시기이다. 또한 과거 의료보험의 조기정착을 위한 저부담 저급여 기조는 국민의 의료수요욕구의 증가와 맞물려 적정부담 적정급여로의 변화가 상당히 현실화되고 있다.

보험재정문제로 질병치료중심의 사업을 전개하였으나 건강한 삶을 영위하고자 하는 사회구성원의 욕구를 건강예방사업을 통하여 하나의 권리로 실현시켜주어야 만 진정한 건강보험의 의무라 할 수 있다. 현행 국민건강보험법 제1조23)에 충실함으로써 장기적인 관점에서 예방사업을 통하여 넓게는 진료비 발생을 줄이는 것이 하나의 보험재정안정화 방안이기도 한 것이다.

지금까지 우리나라 의료보험은 예방 및 건강증진에 대하여 상대적으로 소홀히 해온 것이 사실이다. 따라서, 미래의 질환을 예방하고 중증 및 만성화 가능성을 사전에 차단할 수 있는 예방 및 건강증진 프로그램을 확충하여 보험급여의 범주에 포함시켜야 할 것이다.

(1) 건강검진사업 확대

건강보험공단에서는 '80년부터 실시하고 있는 건강검진 사업²⁴⁾은 질병

23) 국민건강보험법 제1장 1조(목적)이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다.

24) 국민건강보험법 제47조 및 동법 시행령 제26조

의 조기발견과 조기치료에 역점을 두고 개선·발전시켜 왔으나 수검대상자들의 건강진단에 대한 이해 또는 인식부족에서 오는 편견과 다음과 같은 시행상의 문제점이 있다.

첫째, 수검대상자들의 다양한 연령층과 직종에 따라 내포된 위험인자에 대한 고려 없이 일률적인 검사항목을 적용하였고 둘째, 획일적으로 반복되는 정기검사를 실시하고 있으며 셋째, 검사결과 건강주의자나 질환이 있는 사람에 대한 조기 예방활동 및 조기치료를 적극적으로 이행하도록 하는 사후관리가 부족하다.

따라서 삶의 질 향상을 위한 보건교육과 질병예방 및 3차적 예방프로그램을 포함하는 종합적인 예방프로그램 개발이 필요하다. 이러한 종합적인 예방관리체계를 갖추기 위해서는 첫째, 현재 실시되고 있는 피보험자 건강검진 프로그램이 보다 내실 있는 예방의료서비스가 될 수 있도록 선진외국 건강진단 제도와 질병예방관리사업에 대한 실태를 파악하여 국내 건강진단사업의 제도 및 프로그램과 비교 분석하여 검진종목의 개발, 검진종목별 실시주기 등에 대한 연구가 지속적으로 추진되어야 할 것이다. 둘째, 적은 비용으로 비교적 큰 예방효과를 기대할 수 있는 보건교육을 한층 강화하고 발생률이 급격히 높아지고 있는 만성퇴행성질환의 예방을 중심으로 보건교육을 추진하며, 점차 그 대상을 확대하여야 할 것이다. 셋째, 장기계획을 수립하여 질병예방사업을 보다 체계적이고 상호 유기적으로 추진하기 위해서는 현행 의료기관에 위탁하여 치료 위주로 운영되고 있는 검진체계를 개선하여 전문적인 예방서비스를 직접 제공할 수 있는 방안을 강구함으로써 유질환자의 지속적인 사후관리와 질병의 중증진행을 미연에 방지하고 유질환자에 대한 조기치료를 유도하여 피보험대상자 질병 예방사업을 효과적으로 추진하는 방안을 적극 검토하는 것이 필요하다.

(2) 의존성 노인의 재활 및 요양서비스 연계

평균수명의 연장과 함께 출생률의 저하 등으로 인한 고령화 사회의 도래는 커다란 변화를 의미하고 있다. 전체 인구에서 노년층 인구가 차지하

는 비율이 급격히 증가하면서 여러 가지 중대한 사회적 문제들이 나타나게 되었는데, 그 가장 큰 문제는 노년층 인구의 증가가 사회전반에 놓여 있는 인프라 시설들의 변화나 개선을 요구하게 된다는 사실이다. 거동이 불편한 노인들의 증가에 따라 이들이 큰 어려움 없이 생활을 할 수 있도록 교통시설이나 도로 및 주택시설 등의 변화되어야 할 것이며, 노후의 여유 있는 시간을 위해 여가 시설이나 서비스의 확충도 필요할 것이다.

특히 급격한 인구의 노령화 현상으로 인하여 미충족 욕구를 지닌 의존성 노인의 절대 수 또한 증가할 것으로 예상된다. 이러한 의존성 노인 중에서 가족이나 사회에 대한 의존성이 가장 높은 노인이 바로 치매노인이다.

따라서 의료정책 차원에서, 고령화사회에 일어날 수 있는 일들에 대한 준비와 대책 마련이 조기에 보다 철저히 이루어지는 것이 요구된다.

1980년 이후 치매에 관한 역학연구에서 65세이상 노인의 치매유병률은 동서양을 막론하고 5-15%에 이르고 있는 것으로 나타나고 있다. 우리나라에서는 전국적인 치매유병률이 제시되지 않고 있어 정확한 치매노인 인구수를 추정할 수 없으나, 미국과 일본 등 이미 고령사회에 진입한 나라들에서 노인인구의 증가와 함께 치매노인의 절대 수가 증가한 점을 근거로 하여 볼 때, 우리나라에서도 앞으로 치매노인의 절대 수가 급격하게 증가할 것으로 예측된다.

치매는 다양한 원인에 의하여 발병하는 임상증후군이므로 치매의 유형에 따라 서비스의 차별화가 이루어져야 하는데, 건강한 성인과 노인을 위하여 예방을 중심으로 한 서비스를, 치료가능한 가역성 치매노인에게는 치료를 중심으로 한 서비스를, 비가역성 치매노인에게는 보호를 위주로 한 서비스를 제공하여야 한다. 따라서 노년기에 발생하기 쉬운 신체적, 혹은 정신적 부자유 현상에 대한 일반적 인식의 전환과 더불어 의료정책상의 발상전환 및 현실적 대안이 강구되어야 할 것으로 생각된다. 그러나 유감스럽게도 우리나라에서는 아직까지 노화와 관련된 부자유 현상은 물론이고 노령인구의 증가에 따른 사회적 구조의 변화 가능성, 혹은 필연성에 대

한 인식이 희박한 것으로 보인다.

이에 반해서 서구 고령화 사회에서는 노령인구의 증가와 더불어 노인들의 정신적 및 신체적 부자유가 일부 말기 노인들이 거쳐야 하는 ‘운명적’ 불행으로 접어들 수 없다는 인식이 정립되고 있다. 더욱이 노년인구의 증가는 현실적으로 소위 ‘퇴행성 만성질환’의 증가와 연결되고 있는데, ‘퇴행성 만성질환’이란 용어 자체가 곧 “질환” 즉 “질병”이라는 잘못된 인식에 편승될 수 있다. 흔히 말하는 ‘퇴행성 만성질환’이란 정신적 혹은 신체적 활동의 부자유와 장애를 통틀어 일컫는다고 볼 때, 이는 노인들 사이에서 가장 빈번히 발행할 수밖에 없을 것이다. 보통 이러한 장애는 단기적이기 보다는 장기적이기 때문에 그에 따른 비용도 만만치 않을 것이고, 상당수의 사람들은 개인적으로 그 비용을 충당할 수 없게 된다. 노화와 무관하게 개인이 스스로 해결할 수 없는 문제를 최소화하고, 그것이 현실적으로 나타났을 때 그에 대한 최소한의 대응책을 마련해주어야 하는 것이 바로 복지국가의 책임이라고 할 수 있다. 사회복지가 일찍부터 발달된 독일의 경우 기존의 복지 시스템으로는 노화와 관련된 정신적 및 신체적 부자유에 대한 정부 차원의 뒷받침에 더 이상 한계를 느껴 새로운 법적 제도 장치를 강구하였다. 그것이 바로 지난 20년에 걸친 긴 토론 끝에 기본의 연금보험, 의료보험, 실업보험, 재해보험에 이어 1995년부터 도입된 “제5의 사회보험”이라 불리는 「수발보험법」²⁵⁾이다.

1999년 현재 4년째에 접어든 수발보험법의 시행에 대한 비판의 목소리

25) 개인보험또는 수발보험으로 일컫는다. 독일이 사회보험제도 도입의 효시를 이룬 것처럼, 최근(1995.1.1)에 개호보험제도를 제일 먼저 도입하여 세계적으로 또 한번이 새로운 보험분야의 효시를 이루었다. 이 독일의 개호보험제도에 의하면, 재택개호에서는 개호필요성의 정도에 따라 ①월25시간~75시간의 개호서비스를 현물급여로 지급하거나, ②월40~1,300마르크의 개호수당을 현금 지급하는 방법을 선택할 수 있게 되어 있다. 그 밖에 개호를 담당하는 무직의 가족에 대해 취업자와 동일한 연금수급권을 보증하고(보험료는 개호보험이 지불한다), 개호노동에 대해 산재보험을 적용하도록 한다. 또한 개호하는 가족의 질병 및 휴가에 대해서는 개호를 대신할 다른 개호인을 고용할 수 있는 비용을 지급하도록 정하고 있다. 한편 시설입소자에 대해서는 개호의 상태에 따라 2,800~3,750마르크의 범위에서 개호비용을 지급하도록 정하고 있다. 이를 위한 재원조달을 위해 보험료는 1995년 1월부터 소득의 1%를 징수하고 다시 1년6개월 후에는 이를 1.7%로 인상하는 것으로 정하고 있다. 독일 의료보험의 보험료는 13%(일본8%)에 달하고 있어, 여기에 개호보험의 보험료가 추가되게 되었다.

도 없지 않지만, 일단 심각한 문제를 사회적으로 공론화하고 현실적 조치를 취하기 시작했다는 것은 우리에게 시사하는 바가 적지 않다고 생각된다. 비교적 충실한 사회복지제도가 정착된 독일에서도 이처럼 따로 법제화를 통하여 정신적 및 신체적 부자유 현상에 대한 대응을 하게 된 가장 기본적인 이유는 역시 노령인구의 증가와 그에 따른 사회적 비용부담의 증가에 있다고 할 수 있다. 따라서 정신적 부자유 현상이 반드시 노화와 관련된 것은 아닐지라도 노령화와 관련하여 그러한 현상의 심각성이 현실로 드러나고 있는 만큼 그에 대한 연구와 정책적 대안이 강구되어야 할 것이다(김근홍, 1999).

또한 치매노인의 장기수발에 따른 의료비와 간병비를 위해 독일의 수발보험 제도와 일본의 개호보험제도와 같이 의료보험 급여의 검토도 필요한 시점에 있다고 볼 수 있다. 그리고 방문간호서비스에 대한 보험급여 적용으로 재택진료를 활성화하려는 노력도 시급하다.

(3) 관련복지사업 및 연금제도와의 연계²⁶⁾

또한 앞으로의 건강보험사업은 현재와 같은 독립적 의료서비스 상태를 넘어서 전문사회사업 및 여타 관련 복지서비스의 점차적 확충에 따라 이러한 서비스 및 관련 보험급여사업과 밀접한 유기적 연결·협력 하에 통합적으로 조정·수행되는 포괄적 복지서비스의 일환으로 발전시켜 나가야 할 것이다.

앞으로 급속한 노령화·고령화에 따라 제반 장기보호서비스(long-term care services)에 대한 요구가 급증할 것이기 때문에 연금보험제도와 건강보험제도의 연관성을 잘 살펴 양 제도간에 협력방안을 강구하도록 하여야 한다. 가능한 한 장기입원이나 시설수용을 피하도록 하는 것이 세계적 추세이므로 양 보험제도에서 재정분담을 하여서 노인홈단지 내에 의료시설을 설치하고 병약한 재가노인에게 필요한 제반 개인적 서비스를 재가노인 보호를 함께 있어서는 의사, 간호사 및 기타 의료요원들에 의한 의료

26) 전국의료보험노동조합, “사회보험의 개혁과 노동조합의 과제”, 1999, p.80

서비스의 비용은 주로 건강보험측이 부담하도록 하고, 간병인, 가정부, 영양사 및 기타 개호인들의 비용은 연금보험 측과 복지부의 기여금으로 충당하도록 한다. 이러한 장기보호서비스는 여러 가지 서비스들로 이루어지므로 이러한 제반 서비스를 조정제공·관리할 사례관리자(case managers)가 의사와 별도로 요구됨으로 이러한 제도적·조직적 서비스체제를 마련하도록 하여야 할 것이다.

4. 개방병원 및 전문병원 활성화

우리나라 의료전달체계에서는 전문의의 개원이 허용되어 있는 데다 의료기관간에 기능분담이 되어있지 않고 협조체제도 갖추어져 있지 않아 자원의 중복투자로 비효율이 초래되고 진료의 연속성이 보장되기 어렵다는 것이 문제점으로 지적되어 왔다. 이로 인해 건강보험재정에도 좋지 않은 영향을 미치게 된다. 그래서 정부에서는 병원시설을 효율적으로 활용토록 하기 위해 2000년에 의료법을 개정하여 개방병원에 대한 법적 근거(제32조의 3)를 마련하였고, 개방병원을 확충하기 위해 2001년 5월부터 시범사업을 실시하는 등 노력을 경주하고 있다²⁷⁾.

개방병원(Attending System)이라 함은 병원에 고용되지 않은 지역사회의 개원의사가 병원의 의료시설·장비 및 인력을 이용하여 자신의 환자에게 의료서비스를 지속적으로 제공하는 의료전달체계를 말한다. 개방병원은 개원의사들이 CT, MRI 등 고가의료장비를 이용하여 정밀검사를 실시하거

27) 당초 시범사업은 30개 병원이 지정되었으나 2001년 5월과 6월의 운영실적 평가결과 18개 병원이 적극적이었는데, 이들 병원은 423명의 개원의와 계약하여 운영하고 있었고 진료수입을 올린 곳은 13개 병원이었다. 개방병원과 개원의에게는 활성화사업기간동안 개방병원 활성화사업 「시범기관」임을 표시할 수 있도록 허용하고 2002년도 의료인력 배치시 인턴 또는 가정의학과 전공의 1인을 추가배정하며, 도농통합지역의 국공립의료기관에는 공공보건의료기반확충자금, 민간의료기관에는 농특융자금을 우선 지원하는 등의 혜택을 주었다(보건복지부, 2001.9.11).

나 수술 또는 입원이 필요할 때 개방병원의 유휴 수술실과 입원실을 활용하여 환자를 치료하게 된다. 개방병원제도가 시행되면 환자의 입장에서는 개원의가 개방병원에 진료 접수 후 바로 검사 및 수술 등을 실시하므로 신속하게 서비스를 제공받게 되고, 필요한 검사와 진단만을 실시하게 되며, 의원과 병원을 거치면서 이루어지는 중복검사비용을 절감할 수 있고, 선택진료비 지불 없이 선택진료가 가능하며, 입원시 수술기간 동안만 개방병원을 활용하고 요양기간동안은 수가가 낮은 개원의 입원실을 이용하게 됨으로써 저렴한 의료비로 양질의 진료혜택을 받을 수 있다. 그리고 동네 의사로부터 진단, 수술, 요양에 이르는 포괄적인 의료서비스를 제공받으므로 체계적인 병력관리가 가능하다.

개원의사의 입장에서는 시설·장비 및 인력에 대한 투자비용을 대폭 절감하여 의원개설에 따르는 설비투자의 위험으로부터 해방되고, 입원실과 수술실 및 장비가 없는 사무실형 의원 개설이 가능하다. 또한, 지속적인 수술처치와 개방병원의 집담회 활동을 통해 진료능력 제고와 신기술 습득이 용이하며, 단골환자를 확보하여 진료과목별 주치의 역할이 가능하며, 개방병원의 진료서비스 제공으로 환자유치에 유리할 수 있다. 그리고 개방병원은 유휴병상과 장비 및 인력 등을 활용하여 수입이 증가되므로 병원수지 개선에 기여할 수 있으며, 개원의를 통해 미개설과목에 대한 진료서비스 제공이 가능하고, 국내 유명의사를 계약의로 위촉하게 되면 고품질 의료서비스 제공도 가능해 진다. 그리고 전속의와 개원의 간에 협진과 선의의 경쟁을 유도함으로써 전속의의 진료능력을 향상시켜 개방병원내 진료수준을 제고할 수 있으며, 개원의가 자신의 진료과목 이외의 환자를 개방병원에 회송하게 되므로 환자유치에도 유리할 수 있다.

개방병원은 1·2차 의료기관 중심의 효율적인 의료전달체계를 구축할 수 있고, 의료기관의 과잉·중복투자 방지로 국민의료비를 절감할 수 있으며, 의료인의 진료능력 향상으로 의료서비스의 질적 수준을 제고할 수 있다는 긍정적인 측면이 있다.

그러나 전문의의 개원이 용이해짐에 따라 전문의가 과다 배출되어 의사

인력 구조가 편중되는 문제가 발생할 수 있으며, 의료사고 발생시 환자와 개원의 간의 다툼 이외에 개방병원과 개원의 간에 다툼이 생길 수 있어 분쟁해결이 복잡·장기화되는 부작용²⁸⁾이 발생할 수 있는 부정적인 측면도 있을 수 있다(보건복지부, 2001.3).

그 뿐만 아니라 개방병원은 의료비 관리에 문제를 안겨 줄 수도 있다. 미국이나 캐나다의 경우 국민의료비의 비중이 어떤 선진국들보다도 높은데 그 이유 중의 하나가 대부분의 병원이 개방형 병원으로 되어 있어 의사인건비를 통제하기 어렵다는 점이다(Feldstein 1999). 실제 미국의 예를 들어보면 Medicare에서 병원 진료비는 DRGs 제도에 의하여 지불되지만 의사 인건비는 행위별수가에 의하여 지불되기 때문에 DRGs 제도가 의료비 통제에 큰 역할을 하지 못한다. 그리고 캐나다의 경우 병원에 대해서는 주 정부가 예산할당방식으로 진료비를 지불하지만 의사들에 대해서는 역시 행위별 수가에 의거하여 진료비를 지불하기 때문에 캐나다 역시 의료비 지출 수준이 높다.

따라서 우리나라에서도 개방형병원은 농어촌 지역과 같이 전문의를 구하기 어려운 지역에서는 권장될 만한 제도이지만 전국 단위로 실시하는 문제는 신중히 고려되어야 한다. 이 문제와 관련하여서 정부가 개방형 병원을 제도적으로 정착시키려 애쓰기보다는 시장에 맡겨 각 공급자가 자율적으로 개방형으로 전환하던 폐쇄형의 구조를 갖던 판단토록 하는 것이 타당할 것이다. 예컨대 대학병원의 경우는 병상가동률이 포화상태로서 개원의에게 입원실이나 수술실 등을 제공할 여력이 부족한 때문이기도 하다. 그리고 1차 의료가 정립되어 있지 않는 상황에서 개원의가 병원시설에 투자하지도 않고 병원에서 환자진료의 주도권을 잡는다는 자체를 병원설립

28) 2002.3.30일 의료법을 개정하면서 의료사고시 책임소재를 규정하였는데, 내용을 살펴보면 진료를 행한 개원의가 의료사고에 대한 1차적인 책임을 지되, 분쟁조정기구의 조사과정에서 개방병원 내 시설·장비 및 인력 등의 흠으로 판명된 경우에는 개방병원의 개설자에게 책임이 있는 것으로 하였다(법 제32조의3).

자나 경영자 입장에서 용인하기 어려울 수도 있다.

한편, 병원활성화방안을 제안할 때 중소병원들에 대해 전문병원으로 전환할 것을 건의하고 이에 대한 방안이 구체화되기도 하였다(새천년민주당, 1998; 보건복지부, 2001). 즉, 중소병원은 병원의 규모, 지역적 특성, 기능적 측면에서 각기 다양한 특성을 가지고 있는 만큼 특성에 따른 다양한 대책이 마련되어야 한다. 농어촌지역의 병원은 그 지역내 2차 진료를 담당할 수 있는 일반병상, 장기요양 및 회복기 진료를 담당하는 요양병상 병원으로 육성하고, 대도시 및 중소도시 병원은 2차진료와 특화된 전문치료를 담당하는 전문병원이나 장기요양이나 회복기 진료를 담당하는 요양병원으로 육성할 필요가 있다. 만약 요양기관이 계약제로 전환되고, 병원신임제도가 확립되면 이에 해당되는 병원은 생존을 위해 자율적으로 요양병원이나 전문병원으로 전환할 것으로 생각된다. 따라서 민간병원에 대해 전문병원으로 유인하는 정책은 불필요할 것으로 생각되고, 공공병원 특히, 시도립병원에 대해서는 전문병원화를 유도해 나가야 할 것이다.

5. 노인요양보험제도 도입

가. 노인의료비의 범위와 정의

노인의료비는 그 범위를 어떻게 정의하느냐에 따라 그 규모나 대처하는 방법상에 많은 차이가 나타날 것이다. 아래(그림 5-1)에서와 같이 노인의료비는 건강보험이나 의료보호에서 포괄하는 의료비외 의료 보장제도에서 제외되는 비보험·비보호 진료비를 포함할 것이다. 그리고 간병이나 수발 등 장기요양 부분에 있어서 일부는 건강보험이나 의료보호의 입원진료에서 실질적으로 제공되고 있는 부분이 있다. 그 외에 장기요양과 관련한 의료서비스 비용이나 복지서비스 비용은 대부분 민간부문에서 부담하고 있다고 보아야 할 것이다. 물론 그 중에는 공공복지시설에서 제공하는 장기요양서비스 비용이 일부 포함되기도 한다. 장기요양비용은 가정에서 부담하는 재택보호비용과 시설에서 부담하는 시설보호비용으로 구분할 수

있다.

건강보험진료비		비보험비보호 진료비	장기요양 (의료:재택)	장기요양 (복지:재택)
의료보호진료비			장기요양 (의료:재택)	장기요양 (복지:시설)
의 료 부 문			의료·복지부문	

주: ■ 부분은 건강보험 및 의료보호에서 제공하는 장기요양서비스 관련 진료비
(그림 5-1) 노인의료비의 범위

이러한 장기요양비용의 많은 부분이 국민의료비 추계에서 제외되고 있다. 그 이유는 간병이나 수발이 가족에 의해 제공되는 경우가 대부분이기 때문에 실질적으로는 의료비용이더라도 의료비로 인식하지 않기 때문이다. 그러나 향후 간병이나 수발이 요양병원이나 요양시설에 양보함이 도입되면 공식적인 공공비용으로 계상될 것이다. 따라서 노인의료비에 대한 정의를 내리기가 까다롭고, 그 규모를 산출하는 것 또한 힘든 일이다. 분명하게 예측되는 사실은 노인 질병이나 요양과 관련한 간접적이고 잠재적인 비용이 시간이 갈수록 직접적이고 공식적인 비용으로 계상될 것이라는 점이다. 그렇다면 넓은 의미의 노인 의료비가 전체 국민의료비의 증가를 주도할 것이고, 그 비중도 갈수록 증대할 것이므로 향후 누가 어떻게 비용을 부담하여야 할지 사회적으로 큰 논란거리가 될 수밖에 없다.

노인의료비의 부담을 살펴보면 (그림 5-2)와 같이, 건강보험의 적용 대상은 보험료로 부담하거나 법정본인부담에 의해 재원이 조달되고 보험적용이 되지 않은 비보험진료는 전액 본인이 부담한다. 의료보호의 재원은 대부분 조세에 의해 조달되고 일부 법정본인부담이 있다.

의료보호 역시 보호대상 밖의 비보호 진료비는 전액 본인이 부담하고 의료보호 역시 보호대상 밖의 비보호 진료비는 전액 본인이 부담하고 있다. 장기요양관련 비용은 저소득 노인에게 대한 공공시설수용비용은 정부가

부담하지만 대부분 민간부문에서 직접 현금형태의 비용을 부담하거나 가족의 간병이나 수발의 형태로 메우고 있다.

보험료 (건강보험)	법정 본인부담(건강보험)	비보험 비보호	현금부담혹은 간병·수발 서비스 (장기요양)
조세 (의료보호)	본인부담 (의료보호)	본인부담	조세 (장기요양시설)

(그림 5-2) 노인의료비의 부담구조

나. 노인 의료비의 추이와 전망

국민건강보험관리공단의 최근 연구자료(김창보, 2001)에 의하면 노인급여비는 2005년에 약4조원, 2010년에 약8조6천억원, 2015년에 약15조5천억원, 2020년에 약26조원에 이를 것으로 전망되어 매우 급격한 증가가 예상되고, 이러한 증가는 외래보다는 입원에서, 연령층으로 볼 때 75세 이상이 주도하고 있다. 특히 75세 이상 입원에 해당하는 급여비는 매우 빠르게 증가하여 전체 급여비 증가를 주도하고 있는 양상으로 나타났다. 이와 같은 결과는 중장기적으로 노인에 대한 대책이 입원 서비스 분야에서 수립되어야 하며, 특히 2005년 이후에는 75세 이상 노인인구가 대책수립의 중심대상이 되어야 할 것으로 논의되고 있다.

참고로 선진국의 노인의료비 추이를 관찰해보면 (표 5-5 참조), 국마다 편차가 있지만 노인인구와 노인의료비가 거의 비례적인 관계가 있음을 알 수 있다. 6개국 평균을 보면 65세 이상 노인비중은 6.7%이며, 노인의료비 비중은 38.9%이다. 따라서 우리나라도 향후 노령화될수록 노인의료비는 현재보다 더욱 빠른 속도로 증가할 것으로 보여진다.

<표 5-5> 선진국의 노인 인구비율과 의료비 비중 비교(1993)

(단위 : %)

국 가	0~64세		65세이상		75세이상	
	인구비율	의료비비중	인구비율	의료비비중	인구비율	의료비비중
미국	87.3	62.8	12.7	37.2	5.4	20.7
일본 ¹⁾	86.5	57.1	13.5	42.9	8.7	33.1
독일	84.9	67.7	15.1	32.3	6.5	16.5
프랑스 ²⁾	80.4	58.6	19.6	41.4	-	-
영국 ³⁾	84.4	58.0	15.6	42.0	6.8	27.1
스웨덴	82.5	62.2	17.5	37.8	8.1	21.4

주 : 1) 일본 : 35, 65+, 70+, 2) 프랑스 : 60~69+, 70, 3) 영국: 영연방 중 영국만 포함.GDP

자료 : OECD(1997)

노인장기요양보호정책기획단, 「노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구」, 2000.12.

다. 노인요양보험과 건강보험 재정

건강보험권에서의 입원환자 등 장기요양을 요하는 환자는 상대적에서의 진료비를 절감할 수 있으므로 건강보험료 중 일부는 장기요양보험료로 전환되어야 할 것으로 판단된다.

현재 입원하고 있지는 않지만 가정 내에서 간병이나 수발을 받고 있는 환자들 중 일부는 장기요양시설(병원, 병동, 시설)로 옮겨지고, 나머지는 계속 가정에서 요양을 받게 된다. 이 부분에서의 추가적인 보험급여비가 발생하고, 장기요양보험료를 추가로 가산할 필요가 있다.

건강보험 A1		장기요양보험 A3
의료급여 (국민기초생활보호대상자) B1		장기요양급여 B3

주: A1+A2 = 기존 건강보험 급여비

A2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 건강보험 급여비

A3 = 새로 추가되는 장기요양급여비(건강보험 적용대상자)

B1+B2 = 기존 의료급여제도의 급여비

B2 = 장기요양보호 도입으로 절감되는 의료급여비

B3 = 새로추가되는 장기요양급여비(의료급여 적용대상자)

(그림 5-3) 의료보장제도와 장기요양보호제도간 재정 구조

라. 노인요양보험제도 운영의 기본틀

노인요양보험제도는 다음과 같은 기본원칙에 입각하여 운영되어야 할 것이다.

첫째, 노인의료·요양비의 비용효과성을 제고한다. 다시 말하면 급성 병상에서의 의료비 낭비를 줄이도록 한다.

둘째, 수요자(대상자와 가족)의 서비스 선택을 존중한다.

셋째, 공공은 기초적 요양서비스 보장에 한정하되, 보충적 요양서비스는 민간의 선택에 맡기도록 한다.

넷째, 민간의 인프라를 최대한 활용하되, 정부는 무료요양시설 확충과 서비스 질을 감독하는 기능을 한다.

다섯째, 요양서비스 비용의 총액을 규제함으로써 과도한 비용증가를 제어하도록 한다.

또한 운영의 추진은 위와 같은 기본 운영틀하에서 다음과 같이 단계적으로 전략을 추진할 필요가 있다.

먼저, 준비단계로써 현행 시스템 하에서 노인요양을 사회적으로 수용하

도록 노력한다. 이 기간 동안 시범사업을 시행하여 요양서비스 제공을 위한 인프라를 점검하고 구축하도록 한다.

준비단계이후 1단계는 의료적 성격과 복지적 성격의 요양서비스로 이분화된 구조로 접근하도록 한다. 현재 요양관련 시설들이 의료법인과 복지법인으로 구분되어 있고, 그 기능상 상당한 차이를 보이고 있기 때문이다. 이 기간동안 의료적 성격의 요양서비스를 제공하기 위하여 건강보험 및 의료보호제도 내에 「요양계정」을 운영하도록 하고, 복지적 성격의 요양서비스는 별도의 제도로 운영하도록 한다.

2단계는 의료·복지의 통합적인 요양서비스를 제공하는 일분화된 구조로 개편한다. 다만, 건강보험제도로 분리하여 운영하도록 한다. 그러나 요양서비스 분야에서 사회보험방식과 공공부조방식을 통합한 방식으로 운영하는 방안도 적극 검토하여 완전한 일분화된 구조로 접근하는 것도 고려하여야 할 것이다.

한편 요양서비스 분야에서 공공과 민간의 역할을 구분하여야 할 것이다. 즉, 공적 장기요양보호와 사적 장기요양으로 접근한다. 공적보호란 기본적으로 필수적인 서비스에 대한 보호를 의미하며, 부담 가능한 재원을 감안하여야 한다. 사적 보호란 필수적인 서비스를 넘어서는 부가적인 서비스를 의미한다.

재원조달의 측면에서 공적 보호는 초기에는 조세재원을 중심으로 운영하다가 장기요양보호의 보편적인 보장이 필요한 시점에서 사회보험방식으로 운영하는 방안을 검토하여야 할 것이다.

사적 보호는 장기요양저축제도와 민간보험의 참여를 활용할 것을 검토하여야 할 것이다. 공적 요양보험에서도 공적 보호범위를 벗어난 요양 서비스 비용을 충당하기 위하여 임의가입의 장기요양저축제도를 운영하되, 40세 이상으로 제한하고 본인 명의로 가입하거나, 수혜대상자를 지정하여 가족이 가입 가능하도록 할 수 있다.

장기요양저축계정에 불입하는 보험료에 대해 소득공제를 허용하되 소득공제금액의 상한선(직장가입자는 소득대비 정율, 지역가입자는 정액)을

두어야 할 것이다. 저소득층이 장기요양저축제정에 가입하는 경우, 정부가 일정액을 지원하는 것이 필요하며, 지원 기준은 직장가입자는 일정소득(예, 월150만원) 미만자에 대해 소득금액 구간별로 일정액을 차등지원하고, 지역가입자는 일정 소득점수 미만자에 대해 구간별로 차등지원 하여야 한다. 장기요양저축제도의 운영주체는 건강보험공단이 되고, 독립계정으로 운영할 것을 검토한다. 장기요양저축으로 충당하지 못하는 고급서비스에 대해 민간보험의 참여를 유인하고, 세제상 혜택을 부여하되, 장기요양저축 보다는 작은 혜택을 주어야 한다.

마. 노인요양보험제도의 단계별 운영방안

(1) 준비단계

현행 시스템 하에서 노인요양을 사회적으로 수용하는 단계로써, 건강보험 가입자의 선택에 따라 임의 가입하는 요양보험을 시행할 것을 검토한다. 직장단위의 단체 보험이나 지역단위의 단체보험이 바람직한 방향으로 검토할 수 있을 것이다. 현행 사회서비스를 확충하는 조세재원을 중심으로 「장기요양기금」을 운영하고, 「장기요양기금」을 관리하는 「장기요양특별회계」를 신설한다. 지방자치단체의 재원 분담은 중앙 : 광역 : 기초간 분담비율을 70 : 20 : 10 하되, 자치단체의 재정상태를 고려하여 분담비율을 조정하여야 할 것이다.

공적 장기요양특별회계는 자본계정과 경상계정으로 구분하여 관리하여야 할 것이다. 자본계정을 장기요양시설 설립을 위한 직접투자 및 민간사업자에 대한 대여 및 자금회수를 위한 계정이 되며, 경상계정은 장기요양 보호를 위한 경상적인 경비를 지원하는 계정이다.

공적 장기요양보험제도가 시행될 경우, 건강보험제도와 독립된 형태로 운영하되, 관리운영은 건강보험의 틀 속에서 이루어지도록 하는 것이 비용을 절감할 수 있을 것이다. 이때 장기요양특별회계는 장기요양보험제도로 편입하되, 자본계정과 조세지원이 필요한 빈곤층에 대한 예산지원은 특별

회계로 계속 존속하여야 할 것이다.

조세 재원에 의한 장기요양제도 운영기간 동안에 기본적인 공공의 시설, 인력 등 인프라를 구축하고, 민간자원의 유인 메커니즘을 만들고, 보편적인 제도 도입을 위한 치밀한 준비 기간으로 활용하여야 할 것이다.

(2) 1단계 제도 운영 : 의료서비스와 복지서비스의 이원구조

건강보험과 의료보호제도 내에 「의료기금」과 「요양기금」으로 분리하여, 「요양기금」에서 모든 요양서비스를 관리한다.

요양서비스를 이원화하여, 기초요양서비스와 보충요양서비스로 구분한다. 기초요양서비스는 「요양기금」에서 제공하고, 보충요양서비스는 「보충요양기금」을 운영하되 가입자의 선택을 허용한다.

보충요양기금은 두 가지 형태의 재정방식을 검토한다.

첫째, 부과방식으로 보험료를 불입한 가입자가 요양대상자로 판정될 경우 일정한 요양비용을 지급하는 방식이다.

둘째, 의료저축방식으로 가입자본인(혹은 가족)명의의 보험료 적립에 의하여 노후의 추가적인 요양서비스 비용에 대비하도록 하는 방식이다.

저소득층이 보충요양기금에 가입하는 경우, 정부가 일정액을 지원하고, 기초요양 및 보충요양서비스로 충당하지 못하는 고급서비스에 대해 민간보험의 참여를 유인한다.

요양기금에 포함되는 대상자는 다음과 같다.

- ① 급성병원의 장기입원환자 중 요양대상자
- ② 요양시설 수용자 및 재가의료서비스 이용자중 의료서비스를 주로 받아야 할 요양대상자
- ③ 유료요양시설이나 가정 내에서 의료서비스를 받는 요양대상자

준비단계에서의 「장기요양특별회계」는 요양기금으로 편입하되, 자본계정은 특별회계로 계속 존속하도록 한다. 재원은 보험료 및 국고 지원으로 조달하되, 직장가입자는 노사 50%씩 부담하고, 지역가입은 일부 국고지원을 하도록 한다. 의료보호의 요양기금은 전액 국고 자격관리는 읍면동에서,

재정관리는 공단에서 담당하도록 한다.

기존의 노인복지서비스중 복지성격의 서비스(‘생활서비스’)는 계속 해서 기존의 재가복지서비스(가정봉사원, 주간·단기보호 등)혹은 양로시설에서 제공하도록 한다. 재원은 국고지원과 일부 본인부담을 혼용하도록 한다.

민간부문(유료요양시설이나 가정 내)에서 요양을 받는 대상자는 필요서비스의 유형에 따라 요양기금, 재가복지서비스, 민간요양보험 및 환자(가족)의 본인부담 등 대상자의 선택에 따르도록 한다.

(3) 2단계 제도 운영 : 의료와 복지의 통합 요양서비스 제공

1단계에서의 요양기금과 사회서비스(재가복지서비스)에서 제공하는 요양서비스를 통합하여 요양보험제도 및 요양보호제도를 창설한다 요양보험 제도는 보험료와 국고로 재원을 조달하고, 자격관리는 읍, 면, 동에서 재정 관리는 건강보험공단에서 담당하도록 한다.

바. 노인요양보험제도의 설계

(1) 가입자와 수혜자

가입자는 건강보험 가입자는 자동적으로 의무 가입하도록 하고, 수혜자는 수혜 대상을 단계적으로 확대한다. 앞서 요양보험제도 도입으로 적용대상자의 확대는 중증도를 기준으로 제시하였는데 확대의 우선순위 결정을 위한 기준은 다음 몇 가지를 고려할 수 있다.

첫째, 기능장애 정도 : 중증도

둘째, 기능장애 대상 : 장애종류(예, 치매, 중풍 등)

셋째, 시설수용 서비스 혹은 재가서비스

넷째, 수발가족의 유무와 형태 : 독거, 배우자(연령), 자녀

다섯째, 부담능력 : 본인의 경제력, 가족의 부양능력

(2) 재원

재원은 정부(중앙 및 지방자치단체)의 재정지원, 보험료 및 본인부담으로 구성할 수 있는데, 이들 3자간 부담비율은 시설보호 및 재가보호, 중증도별, 소득수준별로 달리 책정할 수 있다. 보험료 부담은 직장가입자는 근로자 50%, 사용자 50%로 하고, 지역가입자는 본인과 정부가 50%씩 부담하는 방안을 검토할 수 있다.

본인부담은 시설 유형별로 본인부담에 차등을 두는 방안을 검토할 수 있다. 시설의 등급에 따라 A급은 30%, B급은 20%, C급은 10%, D급은 무료 등으로 구분하고, 재택 서비스 유형별 본인부담은 A군 10%, B군 5%, C군은 무료 등으로 구분할 수 있다.

그러나 시설유형이 달라도 제공되는 서비스에는 차이가 없다면 시설유형별 본인부담 차등은 의미가 없을 수 있다. 다만, 제공되는 서비스마다 가격의 차이가 있기 때문에 이에 따른 총 본인부담액의 차이가 발생할 것이다.

(3) 공급자 지불 방식

시설서비스에 대한 지불방식과 재택서비스에 대한 지불방식으로 이 장기 요양서비스의 공급에 대한 점검이 필요하다. 요양시설로 갈 경우, 시설에 병상이 부족할 때에 대기자 명단에 속하게 되므로 급성병상에서 퇴원하기 전에 사전에 요양병상을 확보하여야 한다. 해당 병원에 병상을 확보하는 것이 가장 빠른 방법이 되나, 가정에서의 요양을 선택할 수도 있다. 다른 요양전문병원, 요양시설이나 타 병원 요양병동으로 옮길 경우 사전에 미리 확보하여야 할 것이다.

사. 노인요양보험제도 도입시 고려사항

장기요양보험제도는 다른 제도의 도입과 마찬가지로 관련 이해당사자들의 입장을 잘 고려하여야 성공적으로 도입이 가능할 것이다. 즉, 건강

보험재정 뿐 아니라 환자의 부담이나 공급자들의 수입, 3자가 균형을 이루어야 한다. 즉, 보험재정, 환자 본인부담, 병원 혹은 시설 경영자의 이윤, 삼자 모두 이득(3 WIN)을 보는 제도의 설계가 이루어져야 무리 없이 추진이 가능하다.

건강보험 재정의 절감 분이 장기요양보험의 재정부담 증가 분으로 이전하는 과정에서 전체적인 재정의 절감을 이루도록 하여야 한다. 이를 위해서는 급성병원에서의 보험수가 보다는 장기요양수가 낮아야 할 것이다. 그러나 장기요양수가 일당제 형태로 운영될 경우 입원 일수나 서비스일수가 늘어나 총액이 오히려 늘어날 우려가 있으므로 총액규모에 대한 통제 메커니즘이 필요할 것이다.

환자의 본인부담이 확연히 경감되기 위해서는 유사한 서비스의 경우 장기요양보험의 급여범위가 건강보험의 급여범위 보다 넓거나, 법정본인부담률이 보다 낮아야 한다. 본인부담이 실제 총액 면에서 절감되도록 제도의 설계가 이루어져야 하는 것은 보험재정의 절감과 같은 맥락에서 검토되어야 한다. 결국 전체적인 요양비용이 얼마나 절감되는지와 연계된다.

급성병원이 입원 환자를 퇴원 조치하거나 장기요양으로 전환 할 때의 병원의 수입 감소를 검토하여야 한다.

첫째, 급성병원의 병상 중 일부를 요양병동으로 전환하는 방안이다.

요양병동으로 환자를 이송하는 경우, 요양수가의 보상수준과 요양병동 운영에 소요되는 비용을 비교하게 된다. 비교할 때 급성병동에 커야 유인이 제공될 것이다.

이와 함께 환자의 진료서비스의 질도 빠지지 않도록 서비스의 질 관리 시스템이 구축되어야 한다. 요양병의 전문화가 급성병상에서의 서비스보다 더 나을 것으로 예상할 수 있다. 이 방안의 장점은 요양병동에서의 환자가 위급한 상황에 빠질 경우 급성병동에서의 신속한 지원이 가능하다는 것이다.

둘째, 급성병원의 가정방문간호 사업을 활성화하는 방안이다. 급성병원에서 퇴원 후 재택간호를 받는 경우 동 급성병원 소속 가정방문전담간호

사가 정기적으로 가정을 방문하여 필요한 조치를 취한다. 환자는 자신이 입원했던 병원 소속으로부터 가정간호를 받거나 다른 병원의 가정간호, 혹은 보건소의 가정방문 간호간에 선택이 가능하며 이때 종전의 입원 진료 기록을 제공해야 하는 문제가 있다. 보험 재 절감이나 본인부담 감소 등을 고려할 때에 보건소의 가정방문 간호업이나 의료복지시설에서의 방문요양 서비스의 활성화를 적극 검토하여야 한다. 그런데 환자에게 선택권을 부여하는 경우, 본인의 부담력이 비추어 본인부담이 낮은 서비스형태를 선택하게 되면 서비스의 형평성 문제가 제기될 것이다.

제 6 장 결 론

본 연구에서는 국민건강보험의 재정 현황을 살펴보고, 안정적인 재정관리를 위한 방안을 모색해보고자 하였다. 국민건강보험의 재정위기는 이미 1990년 중반부터 의료비 증가와 부담능력 증가간에 존재하는 괴리 때문에 발생하는 구조적인 문제가 중요한 원인을 제공하고 있었다. 그럼에도 불구하고 최근의 국민건강보험재정의 붕괴는 의약분업 관련 수가인상, 의료보험통합 등 몇 가지의 악재가 동시에 발생함으로써 나타난 결과라 할 수 있다.

보건복지부의 2002년 2월 4일 발표에 의하면 작년연말 기준 건강보험재정은 2조7000억원의 적자를 냈다. 이렇듯 국민건강보험 재정이 위기에 직면한 이유는 수입과 지출의 불균형으로 수년간 누적된 적자구조가 작용하고 있다고 볼 수 있다. 외국에 비해 현저히 낮은 의료보험율로 인한 수입의 감소와 의약분업 등 정책적 변화에 따른 보험진료비의 급격한 상승은 보험재정 수지균형에 한계가 있을 수밖에 없을 것이다.

의료보험 진료비는 소득수준 증가, 인구구조변화 등 사회·경제적 요인에 의해 지속적으로 증가하고 있으며, 1990년도에 2조9,419억원이었던 의료보험 진료비는 2000년도에 12조9,122억원으로 4.4배가 증가하였다, 건강보험급여비도 2000년도 9조321억원으로 '90년 총 현물급여비 1조9,314억 원보다 4.7배에 달하며, '99년보다는 15% 증가하였다. 또한, 2001년도 급여비는 13조5,707억원으로 2000년도에 비해 50%가 증가하였다. 약국급여비 또한 '99년도 2,007억원에서 2000년도에는 8,479억원으로 대폭 증가하였으며, 이는 2000년도 7월부터 실시한 의약분업으로 인한 약국청구가 증가하였기 때문인 것으로 보인다.

이에 따라 정부에서는 2001년 5월 31일 강력한 재정안정화 대책을 발표하고, 7월부터 시행에 들어갔다. 이러한 정부의 재정 안정화 조치에 힘입어 2001년에 8.7%의 실질적인 수가 인하효과를 거둔 것으로 평가하고

있다. 실제 2001년 약 3조3천억원의 차입이 예상되었으나 1조8,627억원의 차입에 그쳤다. 이렇듯, 정부의 재정안정화 대책은 수가의 실질적인 인하, 보험급여비 절감을 위한 다양한 조치, 보험료 징수율의 제고와 지역보험 국고지원금의 대폭 확충 및 담배부담금의 확보 등 가능한 모든 조치를 취하였다고 평가된다. 그러나, 보험재정을 조기에 정상화하기 위한 보자 과감한 조치가 취해지지 못한 점이 있다. 보험재정의 적자는 장기화될수록, 재원 확보의 획기적 조달은 어려워지면서 국고에 의존하려는 경향이 나타날 것이고, 의료비 증가를 제어하기 위한 조치는 꾸준히 시행하기 어려운 반면 요양기관들의 이윤 확보를 위한 노력들은 끊임없이 새롭고 다양한 형태로 나타날 것이다.

따라서 본 연구에서는 국민건강보험 재정안정화 방안으로 중·단기와 장기적 방안으로 나누어 살펴보았는데, 우선 중·단기적 방안은 다음과 같다.

첫째, 보험료 징수율 제고 및 재원 조달의 안정적 확충

보험료 인상이 쉽지 않은 지역보험재정은 징수율 제고와 더불어 국고지원의 확대를 통해 안정화시켜야 할 것이다. 징수율을 높이기 위한 하나의 방안으로는 지원대상세대를 선정해 가입자당 정액을 국고에서 지원하고, 그만큼 부담이 경감된 것을 체감케 하여 보험료 자진납부 동기를 높임으로써 징수율을 제고할 수 있을 것이다.

다음으로는 재원 조달의 안정적 확충을 위해 우선적으로 국민건강을 해치는 행위에 건강보험부담금을 부가해야 한다. 그 이유는 이들 행위가 원인이 되는 질병으로 인한 의료비용이 그러한 행위를 하지 않는 사람들에게 전가되는 것을 방지할 수 있기 때문이다. 또한 원천 징수되는 금융(이자 및 배당)소득세에 건강보험부담금을 부가 징수하여 보험료 부담의 형평성을 높이고, 특별소비세와 부가가치세에도 건강보험부담금을 부가 징수하는 방안도 전향적으로 검토해야 한다.

둘째, 요양기관 계약제 시행

요양기관을 계약제로 전환할 경우 의료의 질 향상과 추가재원의 확보가 가능하게 된다. 1995년부터 도입된 의료기관서비스 평가제도는 수가가 통제되고 서비스의 내용이 심사되는 건강보험제도 내에서는 한계를 지닐 뿐 아니라 질 관리도 주로 구조적이거나 과정상의 관리에 그쳐 의료관리에 대한 비용만 증가시키게 된다.

계약제를 도입하게 되면 비계약병원은 수가를 자체적으로 책정하기 때문에 높은 수가와 함께 환자 확보를 위해 수준 높은 서비스를 제공할 수 있게 됨으로써 질 관리가 가능하게 된다. 서비스 질 향상은 결과적으로 의료 외유비도 절감시킬 수 있을 것이다.

또한 비계약병원을 이용하는 환자에게는 의료비 전액을 자비로 부담시키기 때문에 그만큼 보험재정을 절감시킬 수 있다. 비계약병원에 대한 의료비 부담이 늘게되면 자연스럽게 민간의료보험이 개발되어 사회보험의 틈새에 들어오게 될 것이다.

셋째, 국민건강보험관리 시스템의 정비

관리시스템의 개편으로는 현재 공단 본부 및 6개 지역본부에서 일괄하여 진료비를 지급하는 시스템을 변경할 것을 검토할 필요가 있다. 그 방안으로 공단 지사별로 FUND를 배정하여, 담당 지역가입자 및 직장가입자에 대한 진료비 발생을 관리하도록 하는 것이다.

건강보험심사평가원은 요양기관별 표준진료비 평가·관리제를 도입하여 진료비에 대한 감독을 과학적으로 수행하여야 할 것이다.

넷째, 약제비의 효율적 관리

약제비를 효율적 관리를 통하여 건강보험의 재정 안정화를 기할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 먼저 약가조정과 의약품 유통질서 재정비가 필요하며, 약국수가 포괄화 및 조제료의 폐지 등도 필요할 것이다. 또한, 의사 처방약제의 효율화가 필요하고, 일반 의약품의 슈퍼판매 범위 확대

및 판매망을 확대할 필요도 있다.

다섯째, 소액진료에 대한 환자본인부담 강화

경제적 부담이 상대적으로 적은 소액 경증질환에 대한 정액본인부담을 강화할 필요가 있다.

장기적으로는 연간 누적 외래진료비의 일정액까지는 본인이 부담하고 그 일정액을 초과하는 금액에 대해서는 보험재정에서 지불하는 일종의 공제제도(Deductibles)를 도입하는 것을 적극 검토할 필요가 있을 것이다. 이 방안은 필요 이상의 의료기관 이용이나 의료 장보기라는 문제를 최소화하면서도 의료이용이 크게 위협받지 않는 것으로 알려져 있다. 물론 공제금액이 크게 부담스런 저소득층이나 장애인, 노인계층에 대해서는 공제액 감면 등의 보완책이 필요하다.

다음으로 장기적 방안은 아래와 같다.

첫째, 민간의료보험의 확대

공적의료보험과 민간의료보험의 관계를 보완적으로 정립하여 기본적으로 필수적인 의료서비스는 공적의료보험의 강제적용을 받게 하고 재원조달의 한계로 인하여 공적의료보험이 충족시키지 못하는 부분에 대해서는 소비자의 능력과 선호에 따라 다양한 민간의료보험을 선택하게 하는 것이다. 민간의료보험의 확대는 건강보험제도의 기본구조를 크게 변경시키지 않고도 도입이 가능하며 의료보장의 형평성 문제나 정부의 의료체계 전반에 대한 조정능력의 약화를 최소화할 것이다. 특히 보충보험의 역할과 적용 범위 설정을 적절히 할 경우에는 공적의료보험의 재정안정에도 상당히 기여할 수 있다는 점에서 긍정적으로 평가된다.

둘째, 의약분업의 개선

의약분업은 보험재정을 악화시키고 병원경영에 악영향을 미쳤으며, 국

민들의 의료이용에 불편을 가증시켰다. 그러나, 현 단계에서 의약분업을 중단하고 원상으로 회귀하는 것은 또 다른 사회비용을 필요로 하기 때문에 문제가 있는 부분을 전향적으로 개선해 나가야 할 것이 보다 효율적이다.

따라서, 우선적으로 병원의 외래조제실을 부활하여 병원의 경영난 해소와 국민의 불편 해소를 위해, 환자가 병원조제실과 약국 중에 선택할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한, 의약품 실거래가 상환제는 경쟁시장 원리에도 맞지 않고 보험재정안정효과 및 약가 절감효과도 없기 때문에 시장경쟁원리에 충실하게끔 의약품 유통마진을 인정하는 고시가제도로 전환해야 하고 의약품 조제료를 조정할 필요가 있다. 마지막으로 의사의 조제행위, 약사의 임의조제행위와 의사와 약사의 담합행위를 근절하기 위한 감시 감독을 철저히 해 나가야 할 것이다.

셋째, 건강증진사업을 통한 재활 및 요양서비스 연계

보험재정문제로 질병치료중심의 사업을 전개하였으나 건강한 삶을 영위하고자 하는 사회구성원의 욕구를 건강예방사업을 통하여 하나의 권리로 실현시켜주어야 만 진정한 건강보험의 의무라 할 수 있다. 현행 국민건강보험법 제1조에 충실함으로써 장기적인 관점에서 예방사업을 통하여 넓게는 진료비 발생을 줄이는 것이 하나의 보험재정안정화 방안이기도 한 것이다.

지금까지 우리나라 의료보험은 예방 및 건강증진에 대하여 상대적으로 소홀히 해온 것이 사실이다. 따라서, 미래의 질환을 예방하고 중증 및 만성화 가능성을 사전에 차단할 수 있는 예방 및 건강증진 프로그램을 확충하여 보험급여의 범주에 포함시켜야 할 것이다.

넷째, 개방병원 및 전문병원 활성화

개방병원은 1·2차 의료기관 중심의 효율적인 의료전달체계를 구축할 수 있고, 의료기관의 과잉·중복투자 방지로 국민의료비를 절감할 수 있으

며, 의료인의 진료능력 향상으로 의료서비스의 질적 수준을 제고할 수 있다는 긍정적인 측면이 있다.

중소병원은 병원의 규모, 지역적 특성, 기능적 측면에서 각기 다양한 특성을 가지고 있는 만큼 특성에 따른 다양한 대책이 마련되어야 한다. 농어촌지역의 병원은 그 지역 내 2차 진료를 담당할 수 있는 일반병상, 장기요양 및 회복기 진료를 담당하는 요양병상 병원으로 육성하고, 대도시 및 중소도시 병원은 2차 진료와 특화된 전문치료를 담당하는 전문병원이나 장기요양이나 회복기 진료를 담당하는 요양병원으로 육성할 필요가 있다.

다섯째, 노인요양보험제도의 도입

노인요양보험제도의 도입을 통해 급성병상에 입원해 있는 만성질환 노인을 요양병상으로 전환하고, 가정내에서 요양을 필요로 하는 중증노인에 대해 요양보호를 제공하여 중증장기요양 노인의 보호와 건강보험 재정의 효율적 운영을 지향할 필요가 있다.

이상에서와 같이 국민건강보험재정 안정화방안을 모색하여 보았는데, 제한된 자료로 인하여 분석에 한계가 있고, 이해당사자간의 복잡한 이해관계로 인해 모두가 공감할 수 있는 방안을 제시하는 데에는 한계가 있다. 따라서, 방안의 마련에 있어서는 하나의 체계적인 방안보다는 여러가지 방안을 제시하고자 하여, 깊이면에서 한계가 있음을 밝힌다.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

가. 단행본

- 국민건강보험공단, 「건강보험고액진료환자 분석」, 2001
- _____, 「재정운영위원회 참고자료」, 2000
- _____, 「의료보험진료비 증가요인 분석집」, 1999
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「건강보험 재정전망과 요양급여 변화추이」, 2001
- 권순홍·양봉민, 「의료보험제도의 개선을 위한 정책방안」, 한국개발연구원, 1990
- 김근홍, 「한·독 노인복지 이해」, 학문사, 1999
- 김용하 외, 「사회보험 관리 효율성 개선 방안」, 한국보건사회연구원, 1996
- 남세진, 「한국사회복지의 선택」, 나남출판, 1997
- 노인장기요양보호정책 기획단, 「노인장기요양보호의 종합대책 수립 방안 연구」, 2000
- 문옥륜, 「의료보장론」, 신광출판사, 2000
- 박종기, 「우리의 사회보장」, 의료보험 1985년 제 11호
- 보건복지부, 「보건정책과 내부자료」, 2001. 2
- _____, 「건강보험재정추이 전망과 안정대책」, 2001. 3
- _____, 「의약분업 실시에 따른 영향분석 설명자료」, 2000. 6.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 「1998년도 국민건강·영양조사 보고서」, 1999

- 신섭중, 「세계의 사회보장」, 유풍출판사, 1996
- 신현석 외, 「진료비 증가요인과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1999
- 의료보험연합회, 「'94 의료보험 통계연보」, 1995
- _____, 「결산자료」, 1998
- 이충섭, 「의료보험조합의 경영평가현황과 발전방향」, 한국보건사회연구원, 1995
- 전국의료노동조합, 「사회보험의 개혁과 노동조합의 과제」, 1999
- 정우진 외2인, “의약분업의 경제적 효과분석과 도입방안”, 한국보건사회연구원, 1997,
- 최병호, 「지역의료보험 국고지원방식의 평가와 개선방안」, 한국보건사회연구원, 1'995
- 통계청, 「장래인구추계」, 1996. 12
- _____, 「장래인구추계결과」, 2000. 11
- 한달선, 「의료보험 관리 운영체계와 보험재정」, 1996

나. 논문 및 기타 간행물

- 강성훈, “국민의료보험의 제도분석과 운영개선에 관한 연구”, 전주대학교 대학원, 석사학위논문, 1997
- 국민건강보험공단, 「1999 건강통계연보」, 제21호, 2000
- _____, 「의보동향」, 2000. 2월호
- _____, 「MSA무엇이며 어떻게 볼 것인가」, 건강보험공단, 건강보험, 2001. 3월호
- 고수경, “주요질환의 진료비 본인 부담 규모”, 건강보험동향 제30호, 2001. 11
- 권순원, “건강보험재정 안정화방안”, 대한병원협회지 271, 2001. 6
- 김경화, “의료보험제도의 합리적 운영방식에 관한 연구”, 성균관대학교 대학원, 석사학위논문, 1996

- 김기덕, “우리나라 실버타운의 개발방안에 관한 연구”, 성균관대학교 대학원 석사학위논문 1996
- 김참보, “건강보험 노인급여비 추계”, 최근 건강보험동향, 2001. 9월호
- 민병수, “우리나라 의료보험재정의 관리방안에 관한 연구”, 경희대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1994
- 박기범, “의료보험관리체계의 효율화 방안”, 동국대학교 대학원 석사학위논문, 1997
- 성낙도, “한국의 의료보험제도에 관한 연구”, 숭실대학교 대학원 석사학위논문, 1995
- 신영석, “건강보험재정운용의 틀 개편방안”, 한국보건사회연구원, 보건복지포럼 58, 2001. 8
- 안선희, “의보 급여 부담 청구 많다”, 한겨레신문, 2000.9.22
- 윤성태, “의료보험 재정조정사업의 합리적 개선방안에 관한 연구”, 연세대학교 대학원, 석사학위논문, 1996
- 윤정이, “한국 의료보험재정 건전화 방안에 관한 연구” 영남대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000
- 의료보험연합회, “‘95 의료보험통계연보”, 제18호, 1996
- 이찬표, “우리나라 의료보험제도에 관한 연구”, 경기대학교 대학원 석사학위논문, 1998
- 임상선, “한국의료보험제도의 현황과 발전방향 :의료보험통합의 문제점을 중심으로”, 인하대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999
- 조재국, “의약분업개선방안”, 「보건복지포럼」 2002. 2.
- 최병호, “건강보험재정의 문제점과 대응 방안”, 한국병원약사회, 병원약사회지 제18권 제2호, 2001. 6
- _____, “의료보험재정 안정화를 위한 재정조정방안”, 한국사회보장학회 사회보장연구 16 1997.12
- 최태웅, “의료보험 재정안정화 방안에 관한 연구” 부산대학교 행정대학원 석사학위논문, 1991

Hill, Michael, 「British Local Government's role in social welfare: the changing relationships between social care, social assistance and health care」, 한국토지행정학회논문집 6, 1997. 12

2. 외국문헌

Gaston V. Rimlinger, *Welfare Policy and industrialization in Europe, America and Russia*, John Wiley and Sons, 1971

George Charles Klein, *Law and the disordered : an exploration in mental health, law, and sociology*, Klein UMI Research Pr. 1988

International Labour Organization, *Introduction to Social Security*, Geneva, ILO, 1984

Saltman, R.B., J. Figueras and C. Sakellarides, *Critical Challenges for Health Care Perform in Europe*, Buckingham, 1999

Thompson K, *Introduction to the principles of Social security*, International Social security Association, 1982

ABSTRACT

A Study on Securing Financial Stability of National Health Insurance

Kim, Young-jo
Major in Social Welfare
Dept. of Welfare Administration
Graduate School of Public Administration
Hansung University

The purposes of this study are to pay attention to securing financial stability of the National Health Insurance, to suggest ground to prepare mid-term and long-term measurements for the National Health Insurance, and to make more proper policies that basically functions as efficient social security system.

In accordance, this study tried to suggest proper programs for securing financial stability of the National Health Insurance as follows.

Proper measures for securing financial stability of the National Health Insurance were classified into short-term plans, mid-term plans, and long-term plans. Above all, the short-term plans are as follows;

First, securing the fund by expanding the National Treasury.

The government should restore these grant-in-aids up to 50%, and legalize this regulation, also, execute it devotedly.

Second, maintenance of National Health Insurance management system.

Allocating FUND by public corporations' provincial governors, and managing occurrence of medical examination and treatment fees for provincial members and job-place members.

National Health Insurance appraiser need introduce the evaluation management system concerning standard medical examination and treatment fee by sanatorium system, and supervise medical examination and treatment fees scientifically.

Third, improvement of revenue source raising and payment system.

Reformation of payment & compensation system, enhancement of diagnosis and treatment fee examination functions, enhancement of patient charge rate in case of small sum, increase of insurance bill by stage corresponding to proper diagnosis and treatment fee levels.

Fourth, improvement of diagnosis and treatment fee appraisal system and executive & practical system.

The public corporation of National Health Insurance should be in charge of medical examination and treatment fees and sanatorium's practical works.

Next, the mid-term and the long-term plans are as follows;

First, introducing MSA(Medical Savings Accounts).

MSA should be introduced in three directions. The first way is introducing the public MSA that the public insurance system forces, the second method is introducing the deductiblic system for insignificant diseases & systematically inducing the private MSA toward patients' fees charged by the deductiblic system. Finally, the last way is to make an obligation in subscribing for MSA, to allow them to choose either public MSA or private MSA.

Second, expansion of the private medical insurance system.

The relationship between public medical insurance and private

medical insurance should be complimented. Basic and necessary medical services need be given by executing the public medical insurance forcefully, and patients need take other various private medical insurance benefits according to consumers' ability or preference at the part that the public medical insurance system cannot cover because of fund-raising limitations.

Third, establishment of connection between National Health Insurance and health-preservation & medical care system.

Securing the public medical systems, connecting rehabilitation & recruitment services and health-promotion works are necessary. In particular, for connecting rehabilitation services with recruitment services, expansion of health examination, connecting rehabilitation of aged persons depending on others with recruitment services, connecting related the public welfare works with the pension system are necessary.

Fourth, introducing aged persons' recruitment insurance system.

Through introducing aged persons' insurance system, acute patients should be transferred to recuperating beds, aged persons who need recuperation inside houses should take recruitment & protection. In other words, aged persons of serious diseases should have efficient care and protection by National Health Insurance.

As seen in the above, this report studied plans to secure the fund for National Health Insurance. But research materials were limited, so that the analysis was insufficient, moreover, it is difficult to propose the most proper measures that everyone can sympathize with. Therefore, preparing various measures is more efficient than making one plan, and limitations were found in studies' profundity.