

건강보험 40년 성과와 과제

이 규 식
(연세대학교 보건행정학과 명예 교수)

순서

1 | 건강보험 40년의 성과

2 | 건강보험제도의 문제점

3 | 문제의 원인

4 | 건강보험제도의 구조 개혁

5 | 실행을 위한 전략

1. 건강보험 40년의 성과

첫째, 제도 도입 12년 만에 서유럽의 건강보험 선진국보다 빨리 전국민 적용(universal coverage)을 달성하였음.

둘째, 보험료 부과체계의 미비라는 한계가 있으나 보험재정을 통합하여 고령사회를 대비할 수 있게 하였음.

셋째, 의약분업을 실시하여 임의조제 방지에 기여하고 있음.

넷째, 적은 국민의료비('13년 기준 GDP의 6.9%)를 사용하면서 편리하고 값싸게 의료서비스를 이용할 수 있게 됨.

다섯째, 의료의 접근성이 용이하여 의료이용률이 높고, 이용의 형평성도 거의 완벽하게 이루고 있음.

여섯째, 의료기술에서 뛰어난 기술력과 IT를 접목하여 검사 결과를 빨리 알 수 있고, 병원에서의 대기 시간도 매우 짧은 장점이 있음.

일곱째, 국민건강수준이 OECD 국가와 비교할 때 상대적으로 양호함.

1. 건강보험 40년의 성과

<표 1> 주요국들의 외래진료 일수 및 평균재원일수 (2013)

	외래 진료 일수	1인당 병원재원일수	경상국민의료비/GDP(%)
일본	12.9('12)	30.6	10.2
한국	14.6	16.5	6.9
독일	9.9	9.1	11.0
OECD 평균	6.8	8.3	8.9
프랑스	6.4	10.1('12)	10.9
네덜란드	6.2	5.3('11)	11.1
미국	4.1('11)	6.1('11)	16.4
영국	5.0('11)	7.1	8.5
덴마크	4.6	4.3	10.4
스웨덴	2.9	5.8('12)	11.0

1. 건강보험 40년의 성과

<표 2> 소득계층간 의료이용의 집중지수 분석

	1998	2001	2005	2007	2010
2주간 외래이용	-0.0228	-0.1097	-0.0879	-0.0545	-0.1066
1년간 입원이용	-0.0564	-0.1857	-0.1212	-0.0251	-0.0944

<표 3> 주요 국가의 평균수명 및 영아 사망률

국가	평균수명('13)	건강수명('12)	영아사망률('13)
미국	78.8세	70세	6.0('12)
영국	81.1세	71세	3.8
스웨덴	82.0세	72세	2.7
독일	80.9세	71세	3.3
프랑스	82.3세	72세	3.6
일본	83.4세	75세	2.1
한국	81.8세	73세	3.0
OECD 평균	80.5세		4.1

2. 건강보험제도의 문제점

- 보험급여의 원칙인 포괄적인 급여와 최소수준 원칙을 지키지 못하여 다양한 비급여로 보험료를 인상하여도 보장성 개선이 매우 어려우며, 의료공급에 영리적 행태를 보임.
- 지역가입자에 대한 보험료 부과체계의 모순임 많은 문제를 나타내고 있음.
 - 생애재분배가 직장 피부양자로 될 때만 가능하여 재정통합의 효과가 제한되고 있음.
 - 지역가입자에게는 소득이 발생되지 않는 주거용 재산에 보험료를 부과하는 모순과 함께 부과점수표가 합리성이 없어 심한 역진성을 보임.
 - 보험료 부과체계의 모순을 피부양자 제도로 해결하려다 무임승차자인 피부양자가 지나치게 많음.

<표 4> 재산보험료 부과액의 모순 (2015년 기준)

등급	재산금액(만원)	구간 중앙값 (만원)	월 기대수익(원)		현재보험료 (원)	보험료/기대수익(%)	
			2% 적용	3% 적용		2% 적용	3% 적용
1	100~450	275	4,583	6,874	3,916	85.4	57.0
24	18,300~20,400	19,350	322,500	483,750	104,308	32.3	21.6
50	300,000 이상	300,000	5백만원	750만원	262,550	5.3	3.5

2. 건강보험제도의 문제점

<표 5> 연도별 직장가입자와 지역가입자 수

(단위:천명)

구분	1995	2000	2005	2010	2013	2015
직장(계)	21,559	22,404	27,233	32,384	35,005	36,225
가입자	7,166	7,268	9,746	12,764	14,606	15,760
피부양자	14,393	15,136	17,487	19,620	20,399	20,465
지역가입자	22,457	23,492	20,159	16,523	14,984	14,265
세대수	7,225	8,215	8,384	7,940	7,709	7,653

○ 건강보험에서 의료 구매자는 보험자인데, 구매자가 의료이용의 관리에 수동적인 역할만 하여 우리 국민들은 세계에서 의료이용도가 가장 높음.

- 이러한 높은 이용률은 고령사회에서 건강보험제도의 지속가능성을 위협하게 될 것임.

○ 환자에게 의료수가는 큰 의미가 없으나, 공급자에게 가격은 매우 중요함.

- 행위별수가제에서 가격이 원가에 미달하는 의료행위는 공급을 기피하여 서비스 공급을 왜곡 함.

- 행위료에 대한 낮은 수가로 1차 의료기 취약해지고, 검사나 고가장비 활용이 많아지는 문제가 있음.

- 낮은 수가를 비급여나 선택진료 등으로 원가 보전을 함에 따라 의료의 영리화라는 건강보험 원칙과 맞지 않는 문제가 일어나고 건강보험의 보장률을 낮추는 문제가 있음.

2. 건강보험제도의 문제점

- 의료공급체계가 1977년 보험제도 도입시의 급성질병 중심에서 벗어나지 못하여, 의료이용을 부추기고 있음에도 불구하고 환자의 필요도를 충족시키지 못하는 문제가 있음.
 - 급성질병에 부합하는 행위별수가제는 만성질병에 대응하는 통합의료와 같은 시도를 막고 있음.
 - 호스피스나 완화의료와 같은 서비스 공급은 겨우 준비하는 단계로 환자 요구도 대응에 미흡함.
- 1977년 당시의 병원중심의 의료공급의 틀은 고령화와 저성장경제 시대와는 부합하지 못하여 많은 문제를 야기하고 있음.
 - 고령화와 저성장시대 임에도 불구하고 병원중심 의료체계를 지속시켜 병상 수가 증가하고 장기입원이 늘어가는 문제가 있음.
 - 이러한 의료체계는 조만간 의료비 조달문제에 봉착하게 되어 건강보험이나 요양보험의 지속 가능성을 보장하기 어려울 것임.
- 비급여를 허용하면서 요양기관 당연지정제를 유지함에 따라 한 병원내에서 급여시장과 비급여시장을 병존시키는 비합리적 정책으로 많은 모순이 노출되고 있음.
 - 비급여시장 개설이 용이한 대형병원과 그렇지 못한 중소병원 간의 격차가 심화되고 있음.
 - 비급여에 대한 비용부담으로 인하여 민영보험의 확산을 초래하고 있음.
 - 당연지정제를 유지하는 일본은 비급여시장을 원천적으로 허용하지 않으며, 유럽의 대부분 국가들은 계약제를 통하여 급여시장과 비급여시장을 완전히 분리하고 있음.

2. 건강보험제도의 문제점

- 진료권과 환자의뢰체계(referral pathway)에 의한 의료 관리를 환자가 불편하다는 이유로 무력화시켜 의료의 지역간 편재와 의료이용의 증가라는 문제를 초래하고 있음.
 - 건강보험을 실시하는 대부분 국가에서 환자의 자유로운 의료 이용을 제한하는데 우리나라만 유독 자유로운 이용을 허용하고 있음.
- 입원환자에 대하여 의료에 관한 지식이 없는 가족/간병인에게 간병을 맡겨 환자안전이나 감염 관리에 취약성을 보이고 있음.
 - 간호·간병통합서비스는 간호보조인력의 활용의 제한으로 간호인력이 부족하여 가족 간병 문제는 쉽게 해결을 보지 못할 것으로 전망 됨.
- 유럽지역에서는 보험자의 적극적인 구매자 역할을 강조하는 개혁이 이루어지고 있으나 우리는 이러한 국제 동향과는 달리 보험자는 소극적 역할만 하고 있음.

2. 건강보험제도의 문제점

<표 6> GDP와 경상국민의료비의 구성

(단위:%)

	1998	2000	2005	2010	2014
경상국민의료비/GDP	3.8	4.0	5.0	6.4	7.1
정부+의무가입보험/경상국민의료비	52.4	54.0	57.1	59.1	56.5
건강보험재정/경상국민의료비	37.9	38.3	41.4	42.9	41.6
가계직접부담/경상국민의료비	45.1	43.6	40.1	36.0	36.8
민영보험재정/경상국민의료비	1.4	1.6	1.9	4.1	5.9

3. 문제의 원인

- 1977년 도입된 의료보험이 그 동안의 경제성장, 고령화, 만성질병 중심으로 환경이 바뀌어졌음에도 불구하고 정책의 경직성으로 인하여 필요한 구조 개혁을 하지 못하여 문제가 누적됨.
 - 유럽 국가들은 꾸준히 제도 개혁을 통하여 고령화와 저성장경제 시대를 대비하고 있음.
 - 우리는 2000년에 건강보험 통합을 하였지만, 통합에 부응하는 다른 개혁(보험료 부과체계, 급여관리, 반응성 제고 등)을 하지 못하여 많은 문제를 낳고 있음.
- 1977년 보험제도의 도입 이념을 기본권 보장에 두지 않고 시혜차원으로 함에 따라 문제가 쌓이게 되었음.
 - 시혜 차원에서 다룸에 따라 건강보험의료를 '공공성이 강한 사적재화'라는 시각을 견지하 보험급여의 기본원칙인 포괄적 급여와 최소수준원칙을 지키지 못하였음.
 - 건강보험을 기본권 보장이라는 이념으로 접근하였다면, 건강보험의료는 공공재(규범적 차원)가 되고 보험자의 적극적인 활동을 통하여 생산과 배분이 이루어졌을 것임.
- 건강보험을 통합한 이후에도 기본권 차원이 아니라 여전히 '공공성이 강한 사적재화'라는 시각을 견지하여 건강보험제도와 의료공급체계가 맞지 않는 정합성 문제를 야기하고 있음.
- 건강보험제도에서는 의료 구매자가 보험자임에도 불구하고 보험자의 구매기능을 자각하지 못하고 의료 이용을 환자의 선택에 맡기는 수요접근(demand approach)을 함에 따라 이용률이 세계 최고 수준이 되었음.
 - 의료이용을 환자에게 맡김에 따라 저소득층일수록 건강 관리를 생활습관의 개선보다는 의료에 의존하는 경향을 보이고 있음.

3. 문제의 원인

<표 7> 의료보장제도의 발전 단계

발전단계	1단계	2단계	3단계
기간	1880년대- 1940년대	2차 대전 종전- 1980년대	1990년대 이후
시대적 특징	산업혁명 이후 근로자 동요	경제성장(Golden age) 개인의 의료비 부담 문제	저성장 경제, 고령화 신자유주의와 의료개혁
지배적 이념	근로자 생활안정	기본권으로서의 의료보장	효율성, 형평성, 반응성
제도의 특징	상병수당 중심 동일위험군에 의한 질병금고 설립	의료서비스 중심 보편적 적용, 포괄적 급여 공영의료제(NHS, RHS) 등장	중앙금고를 통한 재정통합 보험자의 전략적 구매자 역할 통합의료등장, 지속가능성 강조 Semashko 모형 폐기와 SHI 도입(구 공산권 국가)
규제 전략	보험원리 · 수지상등원칙	command and control에 의한 직접적인 규제 전통행정학	steer and channel에 의한 구매 기능을 통한 규제 스튜어드십 강조

3. 문제의 원인

<표 8> 소득계층별 주요 국민건강통계 (2015)

(단위:%)

소득 계층	상	중상	중하	하
현재 흡연율	18.5	21.6	22.2	23.8
운동 실천율(걷기포함)	54.8	49.0	50.8	49.3
스트레스 인지율	30.0	30.6	28.9	34.7
건강검진 수검률	70.7	62.7	58.5	52.6
인플루엔자 예방접종률	38.0	33.4	35.0	33.0
연간 입원율	10.6	12.4	11.6	13.6
2주간 외래이용률	30.7	32.3	28.9	31.3
연간 미충족 의료	8.8	14.2	12.1	15.5

3. 문제의 원인

- 건강보험을 통합할 당시 자영자들의 평균소득이 근로자보다 다소 높아 소득중심의 단일보험료 부과체계 개발에 한계가 있어 2원화 체계가 되었는데, 정책의 경직성으로 오늘날까지 그대로 유지하여 건강보험제도 개혁을 가로막고 있음.
- 전 국민의 의료를 보장하는 국가로서 장기적인 의료계획이 없다 보니 의료정책에 많은 한계를 나타내고 있음.
 - 의료계획이 없으니 의료정책의 장기적인 발전전략도 수립하지 못하여 고령화 시대를 대비할 수 없도록 하는 문제가 있음.
 - 의료계획의 부재로 의료이용을 적절히 관리하지 못하여 과다이용이 되는 문제가 있음.
 - 의료계획이 없다 보니 의사수는 의과대 정원으로 통제되는데 병상수는 자유롭게 증가하여 의사부족 문제를 야기하는 등 의료자원 육성 간의 균형을 어렵게 함.
 - 의료의 장기적인 계획 부재는 민영보험의 성장과 국민의료비의 증가를 통제할 마땅한 전략도 세울 수 없게 함.

4. 건강보험제도의 구조 개혁

- 구조개혁을 위한 선행적인 조치는 건강보험의 이념을 헌법이 규정하는 기본권 개념으로 접근하는 것임.
 - 이렇게 될 때, 건강보험의료는 '공공성이 강한 사적인 재화'가 아니라 '(규범적) 공공재'가 될 것임.
 - 건강보험의료를 '공공성이 강한 사적 재화'로 인식하는 한 건강보험제도는 의료계와 같은 이해당사자들의 반발로 구조개혁을 어렵게 할 것임.
 - 정부부터 공공의료에 관한 인식을 바로 잡아야 할 것임.
 - . 공공의료를 공공병원이 생산한 의료로 이해하는 한 건강보험의 구조 개혁은 불가능함.
 - . 유럽에서 **공공의료란 publicly funded health care**로 명명되어 건강보험의료가 공공의료가 됨.
 - . 우리도 2012년에 개정한 공공보건의료에 관한 법률 제2조에서 공공보건의료를 '보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 **국민의 보편적인 의료 이용을 보장**하고 건강을 보호·증진하는 활동'이라 정의하고 있음.
 - . 이 정의에 가장 부합하는 의료는 바로 건강보험의료임. 법 정신과 다르게 공공병원이 생산한 의료를 공공의료로 간주하는 것은 잘못된 관행을 지키는 비합리적 자세임.
 - 일본 의료경제학자인 二木立 교수 '좋은 의료정책의 필요조건은 데이터·실증 연구가 아니라 좋은 가치관에 있으며, 일본은 헌법 25조의 생존권, 사회보장권에 근거하여 정책을 입안하기 때문'이라는 견해에 귀담을 필요가 있음.

4. 건강보험제도의 구조 개혁

- 기본권 보장을 위해서는 급여는 포괄적이어야 하며, 제공되는 서비스 수준은 우리가 지불할 수 있는 수준(national minimum)으로 되어야 할 것을 명확히 하여야 함.
 - 베버리지 보고서 para 9에서 '정부는 최소수준을 설정함에 있어서 그 이상을 희망하는 사람들의 자발적인 노력을 장려하고 이를 수용할 공간을 남겨두어야 함'을 주장.
- 앞의 내용을 지킨다면 건강보험의료는 필요도 접근에 의하여 생산이 되고 배분이 이루어질 것임.
 - 의료의 이용량도 소비자의 부담능력이 아니라 보험자의 구매 능력에 의하여 결정됨을 인식하여, 이에 부합하는 정책이 이루어져야 할 것임.
 - 보험자는 이용자의 필요도를 결정하고, 이에 맞추어 의료 이용이 가능토록 의료 이용에 대한 적절한 규제가 필요할 것임.
- 의료 이용을 규제하기 위해서는 1차 의료는 소비자의 선택에 맡기더라도, 병원급 이상의 의료이용에는 환자의료체계를 적용할 수 있는 정책이 다시 시도되어야 할 것임.
 - 지금까지 의료이용을 우리나라처럼 자유를 허용하던 일본도 2000년부터 규제를 하고 있음을 상기할 필요가 있음.
 - 입원 일수 단축을 위하여 입원 사전심사제도와 같은 규제정책이 필요함.

4. 건강보험제도의 구조 개혁

- 의료이용은 시장의 수요에 의존할 수 없으나 서비스 생산은 시장의 경쟁적인 자원을 사용하기 때문에 적절한 가격을 책정하여 필요한 이용을 보장하기 위한 서비스 공급이 왜곡되지 않도록 유의해야 함.
 - 서비스 가격은 경쟁적 자원 사용에 따른 기회비용이 보장되어야 공급이 원만해 질 것이며, 서비스의 질도 보장될 수 있을 것임.
 - 포괄적인 급여 원칙과 최소수준의 원칙을 지켜 보장률을 높여도, 의료이용을 적절히 관리한다면, 의료수가에 환자 안전 비용, 질 관리 비용, 감염관리비용 등을 반영하여 가격이 높아져도 건강보험재정이 증가하지 않을 것임.
 - 이렇게 될 때 환자들은 현재에 비하여 품질이 향상된 의료서비스를 이용하게 될 것임.
- 고령화 시대에 대비하여 의료공급을 병원 중심에서 지역사회 중심으로 전환시키도록 장기적인 정책이 이루어져야 함.
 - 유럽은 1980년대 이후 지역사회중심의 통합서비스(의료와 요양서비스의 통합) 공급체계로 전환이 이루어져 의료이용이 적절히 관리되고 있음.
 - 일본도 늦었지만 2012년부터 지역포괄케어를 도입하여 2025년까지「병원완결형」의료체계를「지역사회완결형」의료체계로 전환시키려는 노력을 하고 있음.
 - 최근 영국에서도 NHS의 지속가능성을 위협하는 요인의 하나로 병원 중심의 입원시스템으로 꼽고, 대책으로 의료와 사회서비스의 통합 제공을 강조하고 있음.

4. 건강보험제도의 구조 개혁

- 의료공급시스템을 바꾸기 위해서는 1차 의사에 대한 교육시스템부터 바꾸도록 하여야 하며, 1차 의료의 제공 방식을 1차 의료팀을 구성하여 의료와 돌봄서비스의 통합제공으로 전환시켜야 함.
 - 지역사회중심의 공급체계로 전환하기 위해서는 행위별수가제에서 1차 의료에 적합하게 포괄화하여야 함.
 - 초고령사회가 될수록 의사인력도 고령화되어 가용성이 떨어지기 때문에 의료체계를 전환시키지 못한다면 의사 부족이 심각해지는 문제까지 겹치게 될 것임.
- o 건강보험제도의 목표나 방향 설정, 그리고 보험자의 전략적인 구매자 역할과 같은 **스튜어드십/거버넌스 개념**을 확립하여야 함
- 유럽국가들은 1990년대 이후 의료개혁을 하면서 계층적 관료제의 전통 행정학에서 벗어나 새로운 행정학(New Public Management)의 개념으로 스텐어드십/거버넌스 개념을 확립하고 있음.
- o 건강보험제도의 운영 틀을 바꾸어 보험자의 전략적인 구매 기능을 살려 의료이용(외래 및 입원)을 적정화하고, 의료의 질을 향상시키고, 의료비를 적정 수준으로 관리할 수 있도록 해야 함.
- 보험자의 전략적인 구매자 기능을 확립하기 위한 대전제는 보험료 부과기준의 단일화임.

5. 실행을 위한 전략

- 건강보험 구조 개혁은 의료의 이념을 위시하여 공공의료에 대한 개념, 의학교육이나 의사훈련의 개혁, 의료서비스 공급의 틀 변화, 1차 의료의 혁신, 의료이용에 대한 관리, 의료와 돌봄서비스의 통합 제공, 혼합진료의 폐지 등등, 수 없이 많은 과제가 도사리고 있음.
- 구조개혁을 위하여 5년 정도의 단기 계획으로도 불가능하며 적어도 15년 정도의 장기전략이 마련되어야 가능할 것임.
 - 네덜란드는 1989년 Dekker 보고서 발간을 기점으로 15년 만인 2006년 완전히 새로운 제도로 개혁을 완료하였음.
 - 일본은 「지역완결형」의료체계로 전환하기 위하여 2012년 지역포괄케어를 시작하여 13년 후인 2025년에 완료할 것을 목표로 지역의료구상을 실행하고 있음.
 - 영국 상원 보고서는 NHS의 지속가능성을 위협하는 요인의 하나로 단기적인 성과주의(short-termism)를 들고 15-20년 앞을 내다보는 장기적인 전략 수립의 필요성을 강조하고 있음.
- 장기전략을 수립하기 위해서는 1990년대 서유럽 각국에서 이루어진 의료개혁의 사례에 대한 면밀한 검토가 필요함. 이러한 노력이 있어야 시행착오를 줄일 수 있을 것임.

감사합니다
