

# 의료보험 도입 30년의 성과와 한계, 그리고 새로운 과제

## 30 Years of Korean Health Insurance – Its Success, Failure, and Future Directions –



신 영 수 | Young Soo Shin, MD

서울의대 의료관리학교실

Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine

J Korean Med Assoc 2007; 50(7): 568 - 571

### Abstract

At the juncture of celebrating the 30-year anniversary of Korean Health Insurance (KHI), which has been introduced since 1977, this paper reviews a brief history of KHI development, and its impacts on the health and the health care system in Korea. It took only 12 years that KHI had accomplished the total coverage of Korean population. The remarkable success of KHI can be compared with other OECD countries which had taken some 30 years to over 100 years to establish the total coverage of the population. In the year of 2005, Korean people enjoyed 14.1 times of ambulatory visits in a year, which is one of the highest levels in OECD countries. Life expectancy at birth and the infant mortality rate in Korea in 2005 both surpassed the average figures of the OECD countries. The main reason for the success of KHI can be delineated with the three characteristics in KHI development ; low premiums, low benefits, and low fee-schedule charges. However, these three characteristics of KHI, which had been the key for the rapid development of the system, have become tremendous drawbacks for the secure development of KHI. The dissatisfaction and discontent of health care providers are ever increasing. The population is reluctant to pay more premiums though it seems essential for the better care coverage. The health care system has been heavily distorted toward high technology-oriented expensive care. There should be several factors seriously tackled for the secure development of KHI in the future. The Korean society is anticipating an unprecedentedly rapid increase of the elderly population. The consumers' expectation toward higher quality of care is ever increasing. The growth rate of Korean economy is lower than it used to be. All these factors critically affect sustainable development of KHI in the future.

**Keywords :** Korean Health Insurance (KHI); Low premiums; Low benefits; Low fee-schedule Charges; Sustainable development of KHI.

**핵심용어 :** 한국의료보험; 저 부담; 저 급여; 저 수가; 지속 가능한 발전

1977년 직장의료보험으로 출발한 우리나라 의료보험이 올해로 한 세대를 마감하고 새로운 세대를 맞이하고 있다. 지난 30년 동안 의료보험이 쌓아온 성과는 적지 않다. 의료보장의 절대적 수준만을 놓고 보면 아직도 주요 선진국들에 비해 한참 뒤쳐지는 것도 사실이지만, 그 어느 국가에 비할 수 없을 만큼 빠른 속도로 제도 발전을 이루어 온 것 역시 부인할 수 없다. 그러나 우리나라 경제가 압축 고도성장으로 국민의 삶을 윤택하게 만든 동시에 의도적 혹은 비의도적으로 부작용을 야기했던 것처럼 그동안 의료보험도 압축 고도성장을 통하여 수 많은 한계와 문제점을 노정해 왔다. 더불어 최근 급속한 의료환경의 변화는 의료보험이 극복해야 할 숱한 새로운 과제들을 던지고 있다.

앞으로도 계승 발전시켜야 할 우리나라 의료보험의 성과는 무엇이고, 해결해야 할 의료보험의 한계와 문제점은 무엇인가? 그리고 격변하는 의료환경을 의료보험은 어떻게 헤쳐 나가야 할 것인가? 이런 질문을 생각하며 의료보험 도입 30년을 회고하고 미래를 가늠해 보고자 한다.

## 의료보험 도입 30년의 성과

지난 30년 사이에 우리나라 의료보험이 달성한 가장 큰 성과는 세계에서 유례를 찾을 수 없을 정도로 가장 단기간에 전국민 의료보험을 달성했다는 사실이다. 1883년 세계 최초로 국가 주도의 의료보험제도를 도입하기 시작한 독일이 전국민 의료보험을 달성하기까지는 무려 100여년(1883~1988)이 소요되었다. 가까운 일본의 경우에도 전국민 의료보험을 달성하는 데 36년(1922~1958)이 걸렸다. 이에 반해 우리나라는 1966년 의료보험법 제정을 기준으로 할 경우에는 26년, 1977년 직장의료보험 실시를 기준으로 할 경우에는 불과 12년만에 전국민 의료보험을 달성하였다.

이같은 의료보험 적용 대상의 급속한 확대는 국민의 의료 접근성을 크게 향상시켰음은 주지의 사실이다. 1975년 한국개발연구원의 보고서에 따르면, 당시 질환자들 중에서 어떤 의료서비스도 이용하지 못하는 비율이 전국적으로 40%에 이르는 실정이었다. 이들이 의료서비스를 이용하지 못했던 이유의 대부분은 경제적 문제 때문이었다. 그러나 30년

이 지난 2005년 국민 1인 평균 연간 외래 이용회수는 14.1회로서 OECD 국가들 중에서도 최상위 몇 개 국가에 속하여 오히려 의료서비스의 과용을 우려하는 수준으로 국민의 의료이용량이 획기적으로 증가했다.

국민의 의료이용량 증가를 반영하듯 국민의 건강수준도 크게 향상되었다. 출생시 기대수명, 영아사망률 등을 기준으로 볼 때, 1970년대에는 선진국들과 비교하는 것이 부끄러울 정도로 그 격차가 컸지만 오늘날에는 건강수준의 격차를 찾아볼 수 없거나 오히려 선진국들의 평균을 상회하는 결과를 보이고 있다. 물론 국민의 건강수준 향상에 의료보험만이 기여한 것은 아니다. 선행 연구들에 따르면, 의료서비스가 국민 건강에 영향을 미치는 기여도는 10~25%에 불과한 것으로 알려져 있다. 그러나 이들 연구의 대부분은 의료서비스에 대한 접근성 문제가 상당 부분 해소된 선진국에서 이루어진 것들이다. 따라서 기본적인 의료접근성조차 확보되지 않았었던 우리나라의 경우에는 의료보험이 건강수준 향상에 미친 기여도가 선행 연구들의 결과 값을 크게 상회할 것으로 추정된다.

의료보험의 확대는 의료공급의 양적, 질적 확대를 뒷받침하였다. 1974년 전국 병원의 평균 병상이용률은 57.4%, 의사 1명이 하루에 진료하는 환자의 수는 9.6명에 불과했다. 경제적 장벽으로 인해 의료서비스에 대한 수요가 실제 구매로 이어지지 못했던 것이다. 의료보험의 확대로 의료서비스 이용에 대한 경제적 장벽이 완화되면서 의료서비스에 대한 수요가 실제 구매로 이어졌고 이는 병의원이 양적, 질적으로 팽창하는 중요한 기반이 되었다.

## 의료보험 도입 30년의 한계

의료보험 도입 30년의 무시하지 못할 성과에도 불구하고 底부담-底급여-底수가 구조로부터 야기된 숱한 문제점들은 앞으로 의료보험이 극복해야 할 중요한 과제이다. 우리나라 의료보험의 3底 구조는 제도 확산을 촉진시키는 데는 분명하게 기여했다. 그러나 의료보험이 성숙 단계에 접어들어 오늘날에 이르러서는 의료보험의 혁신과 발전을 가로막는 심각한 질곡으로 작용하고 있다.



底부담에 익숙한 국민들은 단돈 몇 천원의 의료보험료 인상에도 매우 민감하게 반응하고 있다. 더 심각한 문제는 대다수 국민들이 의료보험료를 더 낼 수 있는 경제적 부담 능력을 갖추고 있지만 의료보험료 인상에는 한결같이 부정적인 태도를 보인다는 점이다. 피보험자의 보험료를 기본 재원으로 하는 사회보험의 원리를 감안할 때, 보험료 부담에 인색한 국민들의 일반 정서는 의료보험의 정상적 발전을 저해하는 중요한 요인으로 작용하고 있다.

충분하지 못한 의료보험의 보장성도 큰 문제이다. 국민소득 증대, 건강에 대한 사회적 관심과 국민의 기대수준 상승 등으로 인해 의료보험에 대한 국민의 요구가 하루가 다르게 늘고 있다. 그러나 현행 의료보험은 질병으로 인한 가계 파탄을 예방하는 사회적 안전망의 역할로서 아직 미흡한 점이 많다. 사정이 이렇다 보니 의료보험에 대한 국민의 불만과 불신은 커지고, 결과적으로 의료보험료 인상에도 인색하게 된다. 그리고 이는 의료보험의 보장성 확대를 지연시키는 일종의 악순환으로 이어지게 되는 것이다.

의료보험은 현금급여 위주의 연금보험과는 달리 의료서비스라는 현물급여를 피보험자에게 제공하는 사회보장제도이다. 보험자와 피보험자로 구성되는 연금보험의 2자 관계와는 달리 의료보험에서는 보험자, 피보험자, 그리고 현물급여를 생산하는 의료공급자의 3자 관계가 성립된다. 즉 보험자가 피보험자에게 제공하는 혜택은 장제비 등의 일부 현금급여를 제외하고는 전적으로 의료공급자에 의해 생산된다. 따라서 의료보험의 성과는 의료공급체계의 성과에 의해 좌우된다고 봐도 과언이 아니다. 그러나 현행 의료보험은 의료공급체계의 성과를 향상시키는 데 그다지 적절하지 않은 구조를 갖추고 있다. 우선은 만성적인 底수가 문제를 지적할 수 있다. 底수가에 대한 의료공급자의 문제제기를 더 많은 돈을 벌 수 있게 해달라는 이기주의적인 주장으로 단순하게 내몰 일이 아니다. 底수는 박리다매식의 진료와 의료서비스의 과잉 제공, 그리고 비급여 진료의 팽창 등과 같은 의료공급자의 일탈을 구조적으로 부추긴다. 그리고 이런 일탈의 피해는 결국 의료공급자와 환자가 함께 짊어지게 된다. 따라서 底수가에 대한 문제제기는 더 이상 ‘비정상’이 아니라 ‘정상’에 의거해서 ‘정상적인’ 환자 진료를 하길

원하는 호소로 받아들일 필요가 있다.

이와 함께 제도적 결함으로부터 야기된 국민 불만이 환자와 직접 대면하는 의료공급자에게 전가되는 구조도 문제 지적이 되어야 한다. 의료공급자와 환자가 맺는 관계의 형식과 내용은 의료공급자가 좌지우지할 수 있는 것이 아니라 제도적으로 결정된 것이다. 그러나 일반 국민의 입장에서 의료공급자의 행동 이면에 존재하는 제도를 인식하기란 사실상 불가능하다. 따라서 의료공급자로부터 야기된 불만과 제도적 결함으로부터 야기된 불만이 혼재된 채 환자 자신의 눈앞에 보이는 의료공급자에게 이 모든 것들을 쏟아내고 있는 것이다. 그리고 그 와중에 국민과 의료공급자의 신뢰관계는 훼손되어 간다. 국민과 의료공급자 간의 불신과 갈등의 증폭은 의료공급체계의 성과를 훼손하고, 이는 의료보험의 성과에 부정적 영향을 미친다. 국민과 의료공급자 간의 우호적 관계가 정립될 수 있는 환경 조성은 의료보험의 성과 향상을 위해서도 매우 중요하다는 사실을 간과해서는 안 된다.

## 새로운 의료보험 30년의 과제

우리나라 국민의료비는 2000년 이후 연 평균 10% 이상의 증가율을 보이고 있다. 이런 추세라면 2004년 5.5% 수준이던 GDP 대비 국민의료비 비율이 오래지 않아 7%대를 넘어설 것으로 예상된다. 이와 더불어 세계 그 어느 국가보다 빠르게 진행되고 있는 인구 고령화도 큰 부담이다. 건강보험통계에 따르면 65세 이상 노인인구의 일인당 의료비 지출은 젊은 인구에 비해 4배 이상 높은 것으로 나타났다. 노인 인구가 대규모로 양산되고 이에 반비례해 생산가능 인구가 급속히 줄어들기 시작하는 2020년 이후의 우리 사회가 과중한 의료비 부담을 감당할 수 있을지 걱정이 앞선다. 인구 고령화와 생활습관의 서구화로 인한 각종 만성질환의 증가도 의료보험의 새로운 역할을 요구하고 있다. 과거 급성질환의 시대에 효과적이었던 치료 위주의 서비스 제공으로는 만성질환의 시대를 슬기롭게 헤쳐 나갈 수 없다. 하루가 멀다하고 등장하는 신의료기술을 의료보험이 어떻게 수용할지도 중요한 의제이다. 국민건강 향상과 국내 의료서비스의

기술 경쟁력 제고를 위해서는 신의료기술의 개발과 활용을 등한시 할 수 없다. 그러나 신의료기술의 대부분은 기존 의료기술을 대체하는 것이 아니라 보완하는 성격을 가지고 있으며 치료기술보다는 진단기술에 치중하는 경향이 있기 때문에 국민의료비의 적정화 측면에서는 부정적인 영향을 미칠 수 있는 것도 사실이다. 이와 아울러 정보통신기술의 발전으로 인한 e-health 영역의 확장에 대한 검토도 늦출 수 없다.

이상의 사안들을 고려할 때 향후 의료보험의 화두는 ‘지속 가능성’으로 집약된다. 양적으로 늘어나고 질적으로 한층 다양해질 국민의 요구를 충족시키면서도 제도를 건실하게 유지할 수 있는 방안을 찾는 것이 의료보험의 최우선 과제가 될 수 밖에 없다.

‘지속 가능성’이라는 의료보험의 화두는 의료공급자에게도 시사하는 바가 크다. 해묵은 주제인 底수가와 의사-환자 간의 신뢰 회복 문제의 해법이 지금까지와는 달라질 필요가 있다는 점에서 그렇다. 앞으로 지금까지 해왔던 방식의 노력을 배가한다 하더라도 획기적인 수가인상이 이루어질 수 있을지 장담할 수 없다. 또한 수 많은 서비스 항목의 수가를 하나 하나 올리는 방식으로는 어느 세월에 底수가 구조를 개선할 수 있을지 알 수 없는 일이다. 이보다는 보험자와의 지속 가능한 관계, 환자 혹은 국민과의 지속 가능한 관계 정립에 보다 많은 노력을 할애할 필요가 있다. 현재 수가제도와 인상방식이 지속 가능한 관계로 발전시키는 데 적합한

방식인지, 아니면 어떠한 방식이 의료인의 권위와 자율성을 최대로 확보하면서 동시에 환자와의 관계 형성에 우호적인 ‘진료환경’을 만드는 데 더 효과적일 수 있을지 깊은 통찰이 필요하다. 앞으로 누가 제기하는 주장이든 간에 ‘지속 가능성’을 고려하지 않은 것이라면 그 주장은 사회적 공감과 설득력을 얻기 힘들 것이다.

이미 잘 알고 있는 것처럼 의료보험의 정책결정 구조와 과정이 매우 복잡해졌다. 어느 한 집단의 일방적 주장이나 의지만으로 그 집단에게 유리한 정책 결정을 이끌어 낼 수 있는 상황도 아니다. 이해 당사자 간의 합의와 동의의 중요성이 한층 강조될 것이다. 이해관계가 충돌하기도 하는 주체들 간의 합의와 동의는 매우 어려운 과정이기도 하다. 그러나 때로는 난제를 쉽게 해결할 수 있는 첩경이기도 하다. 어쩌면 우리 시대의 ‘솔로몬의 지혜’는 ‘합의와 동의’일지도 모른다.

지속 가능한 의료보험에 대한 이해 당사자 간의 합의와 동의가 순조롭게 이루어진다면 지금까지의 30년보다 더 나은 새로운 30년을 기대할 수도 있을 것이다. 그러나 이런 과정의 의미를 과소평가하거나 노력을 게을리 한다면 모두에게 고단하고 힘든, 차라리 과거가 더 나은 암울한 30년을 맞이하게 될 수도 있다.

의료보험의 새로운 30년을 시작하는 지금, 우리의 지혜를 모아 슬기로운 선택을 해야 할 것이다.