

제1절: 의료보장의 원리와 특성

1. 의료보장이란?

의료보장이란 단어는 소득보장이란 단어와 짝을 이루는 것으로 이 두 개는 사회보장 제도의 2대 기능을 의미하는 것이다. 의료보장을 쉽게 풀어 설명하면 질병, 사고 등의 예방과 치료 등과 관련된 보건, 의료 서비스와 이러한 서비스 비용에 대한 지출의 보상제도(예를 들면 질병보험)와 상병기간 동안의 소득의 보전을 위한 급여체계를 의미한다.

의료보장의 방법으로 다음 두 가지가 대표적이다.

1)사회보험 방식 2)국민보건서비스 방식(NHS)

의료보장의 테두리 내에서 제공되는 서비스의 종류에는 현금급여(상병수당)와 의료서비스가 있으며, 이 두 가지는 하나의 제도 내에서 운영되는 경우도 있고 두 개의 독립된 제도들에서 따로 운영되는 경우도 있다.(사회보험 방식을 취하는 대부분의 서구 복지국가들)

2) 질병문제와 사회보장

원시사회에서 질병은 주술가나 성직자에 의해 치유될 수 있는 것으로 인식되었다. 자본주의적 산업화는 자유업으로서 의사와 의료전문직의 성립과 시장원리에 기초한 의료욕구의 해결방식을 체계화하였다. 개인 클리닉과 사설 병원들이 만들어졌고 이곳에서 이루어지는 의료서비스는 이용자 부담의 유상의료 원칙에 따라 제공되었다. 그러나 이러한 욕구의 자유주의적 해결방식은 사회부조리의 문제와 질병, 사고들과 관련된 계층 간, 계급 간 불평등 현상을 낳고 이들을 더욱 가중시켰다. 사회적 부조리의 예를 들면 다음과 같다.

1960년대 우리 한국 사회에는 돈이 없어서 병원에 가지 못하고 그냥 죽음을 기다려야 하는 사람들이 상당 수 있었다. 또한 어떤 임산부는 재정보증인을 구하지 못하여 병원 문전에서 거부되고, 결국 아무런 의료적 보호나 서비스가 없는 상태에서 출산을 감행하다 죽음을 맞이하는 경우도 있었다. 계층 간의 불평등 문제는 소득수준과 건강상태의 관계를 분석하면 나타나는데, 지금까지 밝혀진 바로는 의료보장이 잘된 서구 복지국가들에 비해 그렇지 못한 복지 후진국들의 계층 간 건강상태의 격차는 크게 나타나고 있다.(유아사망률, 노후기대수명, 질병 이환률 등등) 또한 빠르게 증가하는 의료비 부담을 개인에게 맡기면 병원 문턱은 그만큼 높아지며, 본인 또는 가구원의 질병으로 인하여 파산하는 경우가 나타난다. 의료분야에 있어서의 의료보장(제도 또는 정책)은 이러한 부조리나 문제점을 해결해 주게 된다. 따라서 현대 사회에 있어서 의료욕구의 공공적 해결방식 즉 의료보장 체계의 확립과 운영은, 다소간의 문제나 결함에도 불구하고 선진복지국가들은 물론 제 3세계 국가들에서도 확대되고 있는 추세이다.

3) 의료보장 제도의 발전과정

최초의 사회보험: 1883년 독일의 질병보험법; 질병 보상 문제에 대한 첫 국가의 대응

그러나 가입대상자 범위가 산업체 근로자 들, 그중에서도 일정 소득(연간 2천 마르크 이하) 노동자들에게로 의무 가입이 제한되어 있었다.

전국적으로 단일한 의료보험법은 세계 최초로 영국에서 1911년 국민보험법에 나타나게 된다. 모든 노동자들의 강제가입 규정함.

NHS 방식(의료서비스에 있어서 보편적 서비스 방식)¹⁾의 도입; 나라 내에 거주하는 모든 사람들에게 의료보장 혜택 제공하는 방식임.

1926년 소련/ 1938년 뉴질랜드/1946년 영국

NHS 제도 적용국가: 영국, 뉴질랜드, 덴마크, 이탈리아, 포르투갈, 스웨덴

1) 의무교육의 경우처럼 국가가 모든 국민을 상대로 제공하는 공공서비스로서 무상의료 서비스방식을 말함.

우리나라는 의료서비스 비용 보상에 있어서 사회보험 방식을 채택하고 있음: 독일과 프랑스 유럽 대륙 국가들과 흡사. 영국, 스웨덴, 덴마크, 이탈리아 등과 다름.

1970년 대 복지국가 위기 이후 의료보장 제도의 개혁의 방향: 본인 부담금의 인상, 의료 공급(서비스 남용 등) 통제 등의 조치 강화됨.

2. 의료보장의 구성요소

1) 급여형태와 급여수준

(1) 현금급여

소득대체율: 오스트리아, 노르웨이 100%

브라질 91%, 독일, 네덜란드, 핀란드 70%, 포르투갈 65%,

벨기에, 일본, 멕시코 55%, 프랑스, 이탈리아 50%

현금급여기간은 나라마다 다양하다. 첫째, 특정 기간 동안 일정한 급여일 수 보장해주는 방식(독일 3년 동안 78주, 프랑스 3년 동안 360일, 스위스 900일 동안 720일 등 다양)

둘째, 자격요건을 채운 상병자에게 연속해서 급여를 받을 수 있는 급여 상한일수를 규정하는 방법(포르투갈 1095일, 오스트리아, 멕시코, 네덜란드, 영국 52주, 캐나다 50주, 벨기에 1년, 스페인 200일, 이탈리아 180일, 일본 6개월 등)

(2) 의료서비스

서비스 비용 보상 방식

*행위별 수가제(fee for services): 서비스 건당 가격을 매겨 보상하는 방식으로 장점은 보다 많은 서비스 제공의 인센티브를 제공한다는 점: 단점은 과잉진료에 의한 비용 상승 우려

다른 방식은 *인두제(capitation)로서 이것은 의사가 담당하는 환자 수에 따라 서비스비용이 지불되는 방식임.

행위 별 수가제를 채택하고 있는 나라: 한국, 벨기에, 독일, 프랑스 등

담당 환자 수에 따른 보상 방식: 이탈리아, 네덜란드

덴마크의 경우 : 혼합방식 채택(28%는 담당환자 수에 따라 서비스 비용보상, 63%는 제공서비스에 의해 비용보상)

지구상에 존재하는 의료보장 체계의 분류: 네 가지 종류로 대별됨.

1) 전통적 질병보험체도를 가진 나라: 독일, 오스트리아, 벨기에, 네덜란드 등(조합방식)

2) 전 국민 단일 의료보험 유형: 이 유형은 사회보험 제도로 의료보장을 운영하지만 첫 번째와는 달리 고용상태를 중심으로 조직되는 것이 아니라 전국적으로 통일된 의료보험 체계를 이룩하고 있으며 피용자집단은 물론 전체 거주자를 대상으로 의료보험이 운영된다. 대표적인 나라로 한국, 캐나다, 프랑스, 핀란드, 노르웨이, 스페인 등을 들 수 있음.

3) NHS를 원형으로 하는 보편주의적 서비스 유형: 대체로 이에 해당되는 국가에서도 현금급여체계는 다양하게 나타나는데 사회보험 방식을 채택하는 국가 (영국, 이탈리아, 스웨덴, 포르투갈), 공공부조를 이용하는 국가(호주, 뉴질랜드), 의료서비스와 마찬가지로 보편주의적 서비스 방식으로 지급하는 국가(덴마크) 등 다양하게 나타나고 있음.

4) 국가의료보장체계 대신 광범위한 민간보험으로 의료보장을 운영하는 민간보험 형 의료보험유형: 미국은 공공부조와 민간보험으로 운영하는 나라로 여기에 속하며²⁾, 스위스의 경우 의료서비스가 강제로 가입해야 되는 강제

2) 미국은 오바마 대통령의 선거공약에서 의료보험 도입을 제한한 바 있고 최근 오바마 정부가 제한한 의료보험

보험 이지만 광범위한 민간보험을 이용하고 있음.

표 주요국 의료보장제도의 관리체계

국가	제도유형	재원방식	행정실무 담당기관
호주	현금급여: 공공부조의 료서비스:NHS방식	조세방식	국가기구(의료보험 위원회)
오스트리아	사회보험	보험료방식	9개 지역기금, 10개 사업장 기금. 5개 특별기금(철도, 광산 등)
벨기에	사회보험	보험료방식	사회보장사무소: 징수업무 약100공인 조합, 5개전국노조, 철도,공공부분기금
브라질	사회보험	보험료방식	국가기구 (SUS:UnlimitedSystem of Health)
덴마크	보편적서비스(현금급여) NHS방식(의료서비스)	조세방식	지방정부
핀란드	사회보험	보험료방식	국가기구(사회보험청)
프랑스	사회보험	보험료방식	노사로 구성된 정부기구(bipartite governing body: 전국 질병보험기금)
독일	사회보험	보험료방식	각 질병기금
이탈리아	사회보험(현금급여) NHS방식(의료서비스)	보험료방식 조세방식	질병급여: 전국 사회보험청 의료서비스:20개 지방보건기구
일본	사회보험	보험료방식	1815개 건강보험조합(피용자, 자영자) 자영자: 각 市町村
멕시코	사회보험	보험료방식	국가기구(사회보험청)
네덜란드	사회보험	보험료방식	국가기구(사회보험은행)
뉴질랜드	공공부조(현금급여) NHS방식(의료서비스)	조세방식	소득지원청(Income Support Service, ISS:현금급여)지방보건국(의료서비스)
노르웨이	사회보험	보험료방식	국가기구(전국보험청)
포르투갈	사회보험(현금급여) NHS방식(의료서비스)	보험료방식 조세방식	국가기구(지방사회보장센터, 지방보건 국)
스페인	사회보험	보험료방식	국가기구(전국사회보험청)
스웨덴	사회보험(현금급여) NHS방식(의료서비스)	보험료방식 조세방식	전국사회보험청(현금급여) 전국보건복지청(의료서비스)
스위스	임의가입(현금급여) 강제보험(의료서비스)	보험료방식	144개 공인조합과 민간보험회사
영국	사회보험(현금급여) NHS방식(의료서비스)	보험료방식 조세방식	현금급여: 사회보장성 의료서비스: 보건의료성

자료: U.S. Department of Health and Human Services(1997)

3. 의료보장 제도와 건강

법안이 의회를 통과함에 따라 앞으로 점진적으로 공공의료보장 체계로 전환될 것임.

선진 복지국가들의 GDP 대비 의료지출 비율은 최고 12%(미국)로부터 최저 6.1%(영국) 사이에 분포되어 있다. 보건의료비 지출 중 공공에서 지출되는 비율이 가장 낮은 나라는 미국(44.1%)이며, 민간보험을 주로 이용하는 스위스(68%)의 경우 공공부분의 비중이 낮게 나타나고 있다. 그 외의 서구 복지국가들의 공공 의료지출 비율은 대개 70% 수준(프랑스, 네덜란드, 독일 등)의 국가들, 그리고 노르웨이(94.6%)와 핀란드(83.6%) 등이 사회보험 적용국가들이며, 보편적 서비스형 국가들의 경우에는 이탈리아(77.3%)로부터 영국(85.2%), 스웨덴(89.5%)로 다양하게 나타나고 있음.(이인재외, 185면 재인용)

이 네 가지 유형들 중에서 어느 유형이 가장 좋으냐는 질문에 답하기는 쉬운 것이 아님. 그러나 일반적으로 첫째 즉 보편주의형 의료서비스형이 국민들의 접근성, 저소득층의 서비스 이용 용이성(평등) 등 장점이 있으나 서비스 효율성에서 사회보험 유형보다 다소 떨어진다는 비판도 있다.

전체 보건의료지출에서 차지하는 공공의료비 지출이 높은 국가일수록 총 보건의료비가 떨어지는 경향이 있다는 점:

대체로 공공부분에서 차지하는 보건의료비 지출이 높은 국가일수록 기대수명과 영아사망률에서 개선된 수치를 보여주는 경향이 있음.

제2절: 국민건강보험

1. 적용대상

우리나라 의료보험은 1977년 출발당시 500인 이상 사업장 근로자들을 의무가입 대상으로하여 출발함. 그 후 1979년 300인 이상 기업체, 1981년부터 100인 이상 사업장 1982년 16인 이상 사업장, 1988년7월부터 5인 이상 사업장 근로자들로 적용대상을 확대함.

1988년 1월 농어촌 지역주민을 위한 의료보험 실시.

1989년 7월 도시지역 의료보험 실시

가입자 규모(2010년 기준)직장인 약 2,775만 명, 공직자(공교) 약 464만 명, 지역주민 약 1,652만 명(전체 가입자수 4,891만명, 전체 가입율 96.7%)

2. 의료보험(건강보험) 관리운영과 의료보험 통합논쟁

의료보험 관리운영방식은 통합방식과 조합방식으로 나눌 수 있는데, 우리나라 의료보험이 시작된 1977년 관리운영방식은 조합방식이었음.(지역조합 227개, 직장조합 145개)으로 분리 운영됨. 1999년 1월 6일 건강보험의 완전통합을 골자로 한 국민건강보험법이 통과됨에 따라 조합방식으로부터 통합방식으로 관리운영 방식이 바뀌게 됨.

현재 우리나라의 의료보험(건강보험)관리운영 주체는 공법상의 기구인 국민건강보험공단이며 통합방식임.

의료보험 통합논쟁이란 의료보험의 관리운영방식을 둘러싸고 정부와 정당, 학계와 시민단체에서 벌인 논쟁을 말하는데 1차와 2차 통합논쟁으로 나누어 볼 수 있다. 1차 논쟁은 1980년대 초부터 1980년 대 후반까지 1단계 논쟁에서는 주로 보건복지부(당시 보건사회부)의 관료들과 학계(사회복지학계와 보건학계)가 논쟁을 주도함. 2차 논쟁은 1980년대 후반에서부터 1999년 통합 관리운영체계가 형성될 때까지 존재한 논쟁으로서 이때는 주로 농민단체(카톨릭 농민회와 기독교 농민회)와 시민단체(인도주의실천 의사협의회, 건강사회를 위한 약사회, 지역의료보험조합 등)가 통합론에 합류하여 논쟁을 전개하였다.

통합주의와 조합주의 진영의 주장 요약(출처: 이준영, 사회보장론 213면)

	조합방식	통합방식
관리운영 효율성	알뜰한 보험재정 관리, 관료 제도 단점 보완	사무관리비의 절약
운영의 민주성	주민참여 가능	관료적 통제
재정균형, 자립	국가재정중립	지역의보 지원 증가
소속감, 공동체 의식	집단공동체 의식	조합은 임의 조직 사회보험에 부적절
소득과약	자영자 소득과약	
소득재분배	소규모 재분배(재정조정)	범위확대(국민 계층 간)
의료인과의 관계	대등한 관계	공단(조합)의 위상강화

1997년 11월 18일(김영삼 정부) 공무원과 사립학교 교직원 의료보험관리공단과 지역건강보험을 통합하는 것을 골자로 한 국민건강보험법 국회통과 (1차 통합법), 1997년 12월 김대중 대통령 당선- 통합 작업을 위한 건강보험 통합 추진기획단 구성(1998년 3월)

1999년 1월6일 직장의료보험까지 국민건강보험에 통합한 국민건강보험법이 제정됨(2차 통합법)

2000년 7월 1일 단일보험관리자인 건강보험공단으로 출범

2차에 걸친 의료보험 통합론쟁은 보건학계, 사회복지학계 등 의료보장 관련 학계 내의 논의를 활성화하였고, 언론, 매스컴을 통한 보도와 논평이 의료보험에 대한 국민의 관심을 고조시킴. 이러한 관심은 의료보험 발전의 밑거름으로 작용함.

3. 급여

건강보험 급여는 현물급여/ 현금급여 중에서 전자 즉 현물급여 중심이다.

현물급여로는 요양급여, 분만급여, 건강진단, 현금급여인 요양비, 분만비, 본인부담 보상금제 등이 있다.

요양급여는 피보험자 및 피부양자의 질병 또는 보상에 대하여 요양기관에서 실시하는 현물급여임. 보험자가 부담하는 급여일수의 제한은 없음(2000년 이전에는 제한이 있었으나 2000년부터는 제한이 철폐됨)

분만급여는 현물급여로서 분만에 관련된 제반 의료적 개입과 기타 부수적인 서비스 등에 대한 급여를 말함.

요양비는 피보험자 또는 피부양자가 긴급 기타 부득이한 사유로 요양기관 이외의 의료기관이나 약국 등에서 요양을 받을 때 요양급여에 해당하는 금액을 지급하는 것임. 건강진단은 사무직 종사자의 경우 2년에 1회, 기타 피보험자는 1년에 1회 실시하는 현물급여임.

4. 보험료

우리나라 건강보험 보험료 부과체계는 직장근로자와 지역가입자 들 간에 다른 부과체계가 적용되고 있다.

직장근로자의 보험료는 소득비례보험료로서 보험료율은 표준보수월액의 5.64% (2011년 기준)이다. 이 보험료를 본인과 사용자가 각각 반반씩 부담한다.(공무원의 경우에는 정부가 절반부담, 사립학교교직원인 경우에는 본인, 학교, 정부가 각각 5:3:2 비율로 나누어 부담한다.)

지역주민의 보험료 산정방식은 가입자 소득(70등급), 재산(전월세 50등급, 자동차 포함 7등급), 생활수준 및 경제활동(30등급) 등을 넣어 산정함.

5. 진료비 본인부담제

본인부담제는 의료보험에서 나타나는 현상으로 서구 복지국가에서도 시행중인 나라가 많을 정도로 일반화되어 있는 현상의 하나이다. 외부에 알려진 본인 부담제 목적은 의료의 과소비나 남진을 예방하는 것으로 알려져 있으나 보다 절실한 목적은 의료보험 재정상의 수지 불균형현상을 바로 잡으려하는 의도에서 비롯되는 것임.

우리나라 건강보험제도의 본인부담은 입원과 외래를 합해 41.6%로 세계최고 수준이다. 외래의 경우, 종합병원인 경우 진료비의 50%, 병원의 경우 40%, 의원은 30% 수준의 본인부담제가 적용된다. 지나치게 높은 본인부담제는 의료보험의 필요성에 의문을 제기하게 하고 그 존립의 정당성을 약화시키므로 장기적으로 의료보험 발전에 걸림돌로 작용할 위험이 크다.

표2 국민의료비 지출대비 본인부담률(2003년 기준)

순위	국가	본인부담(%)	순위	국가	본인부담
1	멕시코	50.5	11	뉴질랜드	15.7
2	그리스	46.5	12	노르웨이	15.5
3	한국	41.9	13	캐나다	14.9
4	스위스	31.5	14	미국	14.1
5	스페인	23.7	15	슬로바키아	11.7
6	OECD 평균	20.8	16	독일	10.4
7	이탈리아	20.7	17	프랑스	10.0
8	핀란드	19.0	18	체코	8.4
9	아이슬란드	16.5	19	네덜란드	7.8
10	덴마크	15.8			

출처: 국민건강보험공단(2005). "OECD Health Data 2005를 통해본 한국의 의료현실". 이준영, <<사회보장론>>, 221면에서 재인용.

6. 진료비 억제대책

1) 진료비 상승의 배경

OECD 발표에 따르면 2003년도 우리나라의 GDP 대비 국민의료비 지출(1991년 대비 27.3%)은 OECD 평균 증가율(24.6%)보다 높게 나타남으로써 향후 의료비 지출이 현저하게 증가할 가능성을 보여주고 있다.

의료비 지출 증가의 원인은, 우선 공급측면에서 보면 새로운 의료기술이나 신약개발에 따른 의료비 증가, 의사들의 진료행위 증가 등이 원인이 된다. 수요측면에서 보면, 인구 고령화로 의료수요가 증가하고 생활환경의 악화로 질병률이 높아지는 것 등이 원인으로 작용한다. 또한 환자들이 의료를 더 많이 이용하려는 행태가 의료비 지출 증가의 원인이 되기도 한다.

공급측면에서 의료기술 발전은 불가피한 것이므로 이것을 사회에서 적절한 방법으로 수용해야 한다. 그러나 남진에 따른 의료비 증가는 도덕적 해이에 따른 결과이므로 억제되어야 마땅하다. 수요측면에서 인구고령화 등 환경변화에 따른 의료비 증가는 수용되어야 하지만 환자의 도덕적 해이에 따른 의료비 증가는 억제되어야 마땅하다.

2) 진료비 지불제도

(1) 행위별 수가제(fee for services)

행위별 수가제는 의사의 의료행위 수에 따라 그에게 진료비를 제공하는 방법인데, 이 방법은 의사가 자신의 수입을 늘리기 위해 과도한 진료를 하여도 이를 제지할 방법이 없다는 것이 단점으로 지적된다.

(2) 포괄수가제

이것은 진료행위를 집단적으로 묶어 계산하는 방법으로 여기에는 인두제(즉 환자 1인당 진료비를 미리 정하여 지불하는 방식)와 질병 종류별 액수지불 방식인 포괄수가제(Diagnosis Related Group)가 있다. 이들은 행위별 수가제를 적용하는 의료보장 제도의 지출 통제의 방법으로 동원되고 서구 복지국가들에서 사용하는 의료비 지불방식으로서 우리나라에서는 일부 질병 군을 대상으로 한 DRG제도가 도입, 시행되고 있다.

(3) 총액 예산제

이것은 지불할 진료비 총액을 사전에 정해놓는 지불방식으로서 행위별 수가제나 포괄수가제의 약점을 보완하면서 의료비 지출효과가 있는 것으로 서구 복지국가들에서 도입, 시행하고 있는 나라들이 많다. 보험을 관리하는

측(보험관리자 혹은 보험자)과 진료를 제공하는 의사집단의 대표 간에 지불될 의료비 총액을 사전에 합의함으로써 과도한 진료비 상승 현상을 사전에 예방할 수 있는 효과가 있다.

(4)노인의료비 억제대책

일반적으로 65세 이상 노인은 1인당 의료비가 젊은 연령층의 3-4배에 달하는 것으로 보고되고 있다. 서구 복지 국가들에서는 안락사문제가 사회적 차원의 관심의 초점이 되고 있다.노인환자의 유언에 따라 안락사를 도와준 의사가 구속되는 일 등을 둘러싸고 법정공방. 대체적인 추세는 소극적 안락사를 인정하는 경향임. 우리나라도 이와 비슷함.(뇌사판정을 받은 환자에게 인공호흡기 부착을 의무화하지 않음)

노인 의료비 지출억제의 방법으로 급여를 제한하지는 의견이 있지만 실행되지는 않고 있음.

(5)의료수첨제

개인별 진료 및 입원 사항을 기록하고 동일한 질병에 대한 진료 횟수에 제한을 둬.

의료비 지출 증가 억제의 한 방법. 우리나라에서는 실시되지 않고 있음.

7. 민간 건강보험의 문제

2005년 5월 17일 정부 규제개혁위원회는 특실입원비, MRI 촬영비용 등 건강보험 급여 항목에서 제외되는 일부 고가 의료서비스를 싼 가격으로 제공하기 위해 민간의료보험의 도입이 필요하다는 입장을 천명한 바 있음. 그러나 민간건강보험은 고가 의료서비스를 보험으로 커버하는 장점이 있지만, 국민 건강보험에 비해서 보험료가 높아 저소득층에게는 기회가 제한될 수 밖에 없게 될 것이며, 또한 건강보험과 병존하면서 이것의 급여를 보완토록하면 민간보험 가입자에게 본인부담분까지를 보험으로 커버토록 함으로써 그의 의료비 부담을 경감시키는 효과가 있을지 모르지만 장기적으로는 민간보험의 존재가 공공 건강보험 급여의 본인부담 비율을 늘리거나 또는 그것의 경감을 위한 사회적 노력을 약화 또는 무산시킴으로써 결과적으로 의료이용자들 중 저소득층의 의료비 부담을 증가시킬 위험이 있으므로 도입과 시행에 신중한 접근이 필요하다. 이러한 방법보다는 현재 낮은 수준의 보험료 부담수준(소득의 4-6%)을 선진복지국가 수준(10-20%)에 근접시키는 점진적인 방법을 동원하여 본인부담금 수준을 낮추고 보험급여 상의 내실을 기해야만 국민건강보험에 대한 국민의 지지를 보다 확고히 할 수 있다고 본다.

8. 앞으로의 과제

의료비의 폭발적 증가속도와 재장적자의 증가 등의 문제 해결이 시급하다.

2001년 6월 정부는 국민건강보험 재정안정 종합대책을 내 놓았다. 그 내용을 살펴보면 지역 건강보험에 대한 정부지원의 확대(지출의 50%), 보험료 징수노력과 경영합리화(공단), 급여기준 합리화 및 적정진료(의약계), 급여에 상응한 적정부담(가입자)을 목표로 다양한 대책을 내 놓은 바 있다. 다행히 수지율 100.1%(2002년)을 고비로 하락을 계속하여 2005년에는 89.7% 수준까지 많이 호전되었으나 2006년에는 다시 95.8%로 크게 악화 되었다.

국민의료비 증가도 큰 문제의 하나이다. 1985년 GDP의 4.65%에서 1998년에는 7.02%로 급증하였다. 이 수치는 서구 복지국가의 수준(GDP의 약 10%)에 비해서는 낮은 것이지만 빠른 증가속도를 감안하면 이에 대한 특단의 대책이 필요한 시점이다. 본인부담금의 증액, 진료일수와 급여범위의 축소 등 수급자 권리를 제한하는 방법보다는 그것은 그대로 두거나 더욱 완화하는 조치를 취하면서 서구 복지국가들의 노력에서 볼 수 있는 공공부문의 확대, 진료비 인두제, 총액계약제, 포괄 수가제 등의 실시를 통한 집합적인 비용통제방법을 강화시킬 필요가 있다고 본다.

또한 진료비 심사제도의 합리화를 통한 의료비 지출의 통제도 강화할 필요가 있다. 구체적으로는 현재 독립된 기구(심사평가원)로 있으면서 의사들의 배타적인 권한으로 되어 있는 진료비 심사 기능을 국민건강보험 공단으로

이관하고 심사 과정에 공단의 의사가 반영토록하는 방법으로의 전환이 검토될 필요가 있다. 이와 관련하여 프랑스 예를 보면 진료비 심사기능은 보험자인 중앙 의료보험 금고 내에 설치된 심사위원회의 고유 기능으로 되어 있고, 심사위원으로 참여하는 의사들 중에는 의사단체 대표들 뿐 아니라 중앙 의료보험 금고가 직접 운영하는 병원의 의사들이 위원으로 참여한다. 이는 우리도 고려해 볼만한 제도라고 생각된다.