

< 훈련결과보고서 요약서 >

성 명	정 성 진	소 속	보건복지부
훈 련 국	미국	훈련기간	2019.07.23. ~ 2020.07.22
훈련기관	The City of St. Peters	보고서매수	111 매
훈련과제	가치기반 건강보험 혁신을 통한 국민 체감형 의료 질 향상 방안		
보고서제목	가치기반 건강보험 혁신을 통한 국민 체감형 의료 질 향상 방안		
내용요약	<p>1. 연구과제의 선정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 국민건강보험은 대한민국 국민들에게 제공되는 보건의료서비스에 관한 정책을 실현함에 있어 핵심적 요소 중 <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험 적용방식, 적용기준 등을 개선함으로써 의사(의료기관)등의 의료서비스 공급형태를 바꿀 수 있을 뿐만 아니라, 환자들의 의료서비스 이용행태까지 실질적으로 광범위하게 영향을 미칠 수 있음 ○ 특히, 단일 보험자 체계로 전 국민 의료보장을 실시하고 있는 우리나라에서 의료서비스에 대한 혁신은 결국 건강보험 제도의 혁신에 기반 할 수밖에 없는 것이 현실적 상황 ○ 국정과제를 통해 건강보험의 보장성을 양적으로 확대하는 한편 이를 통해 제공되는 의료서비스의 질적 제고 역시 건강보험의 지속가능성을 전제한 가 		

운데 건강보험의 역할로서 반드시 함께 고민되어야 할 요소

- 오로지 의료비 부담 경감을 목적으로 전 국민이 세금과 별개로 납부하는 건강보험료를 근간으로 하고 있으므로, 결국 한정된 재원을 가장 효율적으로 활용하여 가입자가 얻을 수 있는 혜택을 극대화하는 방향으로 추진되어야 하며, 이는 ‘양질의 의료 서비스 보장과 가치 있게 의료자원을 이용하도록 하는 거시적 효율성’으로 정리될 수 있음
- 건강보험 보장성 강화 대책이 문재인 정부 2년차를 맞이하여 본격 궤도에 진입하고 있는 단계로, 단순 양적 확대를 넘어 의료서비스의 질적 개선 효과를 국민들이 실감할 수 있는 방안을 보다 구체적으로 모색할 필요

2. 연구 필요성

- 건강보험 보장성 확대가 차질 없이 진행되어 의료서비스 보장수준이 일정 수준에 도달하게 되면, 궁극적으로 단순히 이를 양적으로 보장하는 것을 넘어서서 질적으로 높은 수준의 의료서비스 제공에 대한 요구가 뒤따를 것으로 예상
- 이에 따라, 신포괄수가 확대 등 건강보험의 지속 가능성을 담보할 수 있는 지불제도 개선에 대한 대안 제시가 정책적으로 지금보다 가시화 될 필요가 있으며,
- 이는 다양한 지불 제도를 운영하고 있는 선진국들의 사례를 실체적으로 폭넓게 파악하여, 이를 바탕

으로 면밀한 대안을 검토할 필요가 있음.

- 이는 국내에서 단순 문헌조사에 그쳐서는 안 되며, 해외 연수기관의 방대한 아카이브와 세계 최고 수준의 전문성을 갖춘 faculty와의 교류, 지도 등을 통해 관련 자료들을 조사·수집·분석·연구하는 한편,
- 다양한 국가에서 온 전 세계 보건 전문가들과 함께 문서화되지 못한 경험들을 공유하고 네트워크를 형성하여 향후 정책 추진 과정의 기반과 역량을 충실히 제고할 필요

3. 우리나라 건강보험제도 개요

□ 건강보험제도의 의의

- 우리의 건강보험은 질병 및 부상 등으로 부터 발생한 고액의 진료비로 가계의 부담을 막기 위해 평소에 보험료를 지급하고,
- 필요시 의료서비스를 제공 받을 수는 급여를 제공하는 건강보험공단의 운영 및 관리 형태의 사회보험으로서 보통의 사 보험과는 다르다.

□ 주요특징

- 건강보험제도는 목적 실현을 위해 법적 요건이 갖춰지면 건강보험에 의무적으로 가입하도록 의무가 부여된다. 고위험군 사람만 보험에 가입하고 일반 국민이 건강보험 가입을 기피할 수 방법이

있으면,

- 국민들 간의 위험분담과 의료비 상호해결이라는 건강보험제도의 목적 실현이 불가능하다.
- 건강보험은 사회적 합의를 토대로 의료비 문제 해결을 가장 중요한 목적으로 소득수준 등을 고려하여 보험료를 부과하며, 민간보험은 계약 내용에 포함된 보장범위, 질병위험의 정도에 따라 보험료가 부과된다.
- 건강보험은 관련법에 따라 균등하게 보험급여가 보험료 부담수준에 관계없이 이루어지며, 민간보험은 개인별로 보험료 수준과 계약내용에 따라 정해진다.

4. 미국 건강보험체계의 특징 및 문제점

□ 건강보험 논쟁의 시작

- 건강보험은 현대복지 국가의 중심적 프로그램 중 가장 중요한 요소로서 국민의 신체적 및 정신적 건강을 위해 국가가 개입하여 조장해 주는 제도이다.
 - 이러한 일반적 건강보험 정책에 대한 공공재 논리에도 불구하고 미국은 건강보험 예외주의 국가라고 할 수 있다.
- 미국의 건강보험은 국민 개개인의 선택에 맡기는 것으로 건강보험에 가입하는 것을 사적재로서 간주하며, 미국 사회는 개인을 중시하며 복지 책임을 국가보다는 개인에게 있다는 자조의 이념을 선호한다.

○ 이러한 문화적 배경에서 자국민의 생계 및 건강을 유지하기 위해 국가의 도움을 바라기 보다는 스스로 해결하기 위한 노력이 필요하다.

- 그럼에도 불구하고 건국 초부터 현재까지 미국의 지배적인 개인주의 문화 성향과 다르게 평등주의적 성향을 가진 미국인도 적지 않다. 이들의 시각에서 미국 내 약자를 보호하기 위한 필요한 조치로 정부의 주도하에 건강보험 개혁해야 한다고 주장한다.

□ 민간주도와 국가보완

○ 원칙적으로 미국에서 정부 역할은 시장이 제 기능을 제대로 하지 않는 영역에 한정된다. 이처럼 미국 정부의 역할은 단지 보완적이고 제한적이며 취약집단을 보호하고 그들이 불이익의 부담을 덜어 주는데 있다.

- 이와 같이 미국의 건강보험도 개인주의를 기본으로 둔 시장기제의 선호가 미국사회 주류를 이룬다.

○ 미국의 건강보험체계는 미국의 주요 특징인 연방제도 방식으로 국가가 주도적으로 단일체계를 구성하여 발전시키기 어려운 구조이다.

- 미국 정부형태는 통일성이 없고, 복잡한 전달체계로 복지체계를 준비하기 위해 연방정부가 나서기에 상당히 어려운 시스템이다.

- 전반적인 감독은 보건인력부의 책임이며, 협조 기관

은 공중보건국, 사회보장국 및 주보건부 등 이다. 이들 기관의 협조 아래 건강보험체도가 체계적으로 작동되고 있는 것처럼 보인다.

- 그러나 민간부분이 주도하는 건강보험체계에서 사실상 통일적인 건강보험체계의 접근방법은 존재하지 않는다.
- 미국에서는 우리처럼 건강보험이 법적으로 강제되어 있는 것도 아니고, 다양한 종류의 프로그램이 연방차원, 주차원에서 서로 분절되어 이질적으로 존재한다.

○ 국가 차원에서 보편적 건강보험체계를 갖추려는 시도는 있었지만, 여러 차례 실패를 거듭하면서 노동자를 대상으로 한 건강보험 틈새를 민간이 자발적으로 여러 프로그램을 개발함에 따라 미국은 자연스럽게 민간주도의 건강보험이 주류를 이루게 되었다.

○ 1965년에 만들어진 메디케어와 메디케이드가 미국 건강보험체계에서 중요한 역할을 하지만, 이미 민간주도의 건강보장체계 내에서 보완적인 역할을 할뿐이다.

□ 의료비용

○ 상대적으로 적은 의료혜택을 받으면서 많은 의료비를 지출하고 있는 미국은 프랑스, 독일 등 비교적 부유한 유럽국가들에 비해 2배 이상의 의료비를 지출하고 있다.

- 1960년에 미국의 의료비 지출은 GDP의 5.2% 수준이

었고, 30년 후 1990년에는 12.2%, 2000년에는 13.4% 정도를 차지하였다. 그리고 2008년에는 16%에 도달하였는데 OECD 평균보다 7%가 높았다. 평균은 9%이다.

- 미국 의료비가 급속히 상승하는 주된 이유는 MRI나 CT 이용건수가 높기도 하지만 근본적인 이유는 민간 부문이 주도하는 건강보험체계라고 할 수 있다.
- 미국의 과도한 의료비 지출과 급상승은 보험 미적용자에 대한 보험적용을 어렵게 하고, 가계를 파산시키는 주요 원인이며,
 - 기업의 경쟁력마저 떨어뜨리고 있다. 미국의 파산한 가정의 절반은 의료비로 인한 것이며, 중소기업의 도산 및 기업의 해외이전도 과도한 의료비 지출이 원인인 것으로 보인다.

□ 미국 의료의 질 문제

- 미국은 명예에 걸맞지 않게 의료의 질은 상당히 낮게 평가되고 있다. 의료비 지출은 세계에서 가장 많지만 이에 대응하는 의료서비스는 적절히 이루어지고 있지 않다.
 - 주요 건강지표라 할 수 있는 평균수명과 영아사망률에서 OECD 국가들 중에서 평균보다 많이 낮다.
 - 평균수명은 78.1세로 회원들 31개국 중에서 22위이며, 출생아 1,000명당 1세 미만이 사망은 6.7명으로 터키,

	<p>멕시코에 이어 상당히 높은 국가 중에 하나이다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 미국의 한 연구조사에 의하면 적절한 치료는 환자의 반정도만 받고 있다고 생각하고 있으며, 높은 수준의 의료서비스를 받기위해 민간건강보험에 가입되었지만 이것도 만족스럽지 못하다는 결과가 있다. ○ 미국 내 연간 400~500만 명의 환자들이 의료과실로 피해를 보고 있으며, 의약품 과실(drug error)과 병원 내 감염 등이 주요 원인으로 파악되고 있다. ○ 미국 내 병원의 약 25% 정도만 전자의무기록을 활용하는 등 의료과실을 줄일수 있는 컴퓨터의 이점을 보지 못하고 있다 ○ 미국인의 건강상태는 OECD 주요 국가들 중 낮은 수준이며 이를 개선하려면 종합적인 대책이 필요한데, 독과점 형태의 민간건강보험 제도에서 의약품 시장에서 가격 경쟁을 유도하며, ○ 메디케어 같은 공공건강보장제도의 운영비 비용을 절감하고 미국 제약회사와 정부가 의약품 가격 협상을 진행하여, 값싼 의약품을 수입하는 등 제도적으로 많은 보완을 해야 할 것이다. ○ 그리고 만성질환 예방관리 강화와 공중보건 의료서비스 확대를 이용해서 치료비 비용을 낮출 수 있는 방향으로 정책방향을 개선해야 할 것이다.
--	---

5. 미국 건강보험 과제와 전망

(1) 쟁점 및 극복과제

□ 제한적 성공

- 여전히 미국의 건강보험체계는 공공보험보다는 민간보험 체계 중심으로 이루어져 있고, 의료서비스가 사적재 성향이 강하여 이윤을 추구하는 시장 상황에서 자유롭지 않다.
- 강제가입 조항에도 불구하고 미국 전체인구의 5%는 미가입자가 존재할 여지가 있다. 상화에 따라서는 강제가입 조항으로 인해 민간보험사들에게 잠재적 고객을 몰아준 결과를 초래하기도 한다.
- 오바마 행정부는 단일 지급자 제도를 도입하려고 하지 않고, 합리적 방식과 비용으로 제도를 개선 하는 게 미국 문화에 더 적합하며 미국인들에게 건강보험 의료서비스를 제공하는 것이 더 현실성이 높다고 판단했다.
- 오바마 행정부는 목표 달성을 위해 시장에 기반을 활용하겠지만, 건강보장 수혜를 방지하도록 막는 등 민간 시장 세력의 뜻대로는 두지 않겠다는 것이다.
- 미국의 건강보험 개혁은 시장원리를 기반으로 한 거버넌스 차원에서 민간보험과 공공보험의 혼합 형태로 개선해 나가는 것이 미국적인 대안이다.

6. 건강보험 혁신을 통한 의료 질 향상 방안

(1) 우리의 과제

- 건강보험을 도입한지 40년이 지났고, 1989년에는 전 국민 건강보험을 시작했다. 1980년대 3.7%(1980년)의 국민의료비는 7.1(2016년)로 증가했다.
 - 또한 건강보험 급여비도 연평균 9%이상씩 증가하고 있으며, 국민이 직접 지급하는 보험료도 연평균 12.5% 증가하고 있는데 지난 2000년대 초 9조원에서 2016년에는 약 47조원이다.
- 그 결과 기대수명 및 영아사망률(영아사망률은 출생아 1,000명당 출생 후 1년 이내 사망한 영아의 수로, 국가의 보건복지 수준을 가늠할 수 있는 주요 지표 중 하나임) 등 우리의 보건환경은 눈에 띄게 낮아졌고, 우리의 우수한 의료보장체계의 결과라 하겠다. 그러나 우리가 자랑하는 건강보험 체계도 많은 문제점을 드러내고 있다.
- 1977년 건강보험제도 시작 이후 큰 틀에서의 변화는 없고 의료관련 기술의 변화에 따라 급여가 확대되고 보험수가 인상 등의 작은 변화 위주로 바뀌었다.
- 2000년 건강보험 보험자를 단일 형태 보험자로 합치고 의약분업을 시행하였으나, 건강보험제도 운영의 구조적 측면이나 급여를 제공하는 의료공급체계에서는 거의 변화가 없었던 것은 사실이다.

7. 결론

- 건강보험의 구조개혁은 쉽게 해결하기 어려운 구조로 많은 연구와 고민이 필요하다. 특히, 건강보험의 료의 이념을 다시 한 번 재정립 할 필요가 있다.
 - 지금까지의 시혜적 이념을 포기하고 우리 헌법에서 규정하고 있는 기본권 개념으로 접근해 볼 필요가 있다고 생각된다.
 - 즉 ‘공공성이 강한 사적 재화’가 아니라 ‘(규범적)공공재’가 될 것이다. 지금과 같이 건강보험료를 공공성이 강한 사적 재화로 생각하면 건강보험제도의 구조개혁은 어렵다.
- 기본권 보장을 위해서는 당연히 급여는 포괄적이고, 제공되는 의료서비스는 우리가 충분히 감당할 수 있는 수준이어야 한다. 그리고 건강보험에서 최소수준의 원칙이라고 하는 것은 그 나라 국민이 부담할 수 있는 수준의 의료서비스를 얘기한다.
 - 정부는 최소수준을 설정하고 그 이상을 희망하는 사람들을 위해서는 본인들이 스스로 노력해서 얻을 공간을 마련해야 한다.
 - 즉 급여의 포괄성과 최소수준원칙을 준수 하도록 하고 보다 나은 서비스, 특실이나 선택진료등을 원하는 이용자들에게는 진료비 전액을 본인이 부담하도록 하는 정책을 준비해야 할 것이다.

	<p>○ 의료의 이용도 소비자의 부담능력이 아니라 보험구매자의 능력에 의해 결정됨을 인식하여 이에 부합되는 정책이 만들어져야 할 것이다. 보험자는 이용자의 필요도를 활용하고,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이에 맞게 의료서비스 이용도 가능토록 하는 적절한 규제를 준비 해 둘 필요가 있다. <p>○ 고령화 시대를 맞이하여 의료공급체계를 병원 중심에서 지역사회 중심으로의 건강보험정책이 결국에는 이루어져야 할 것이다. 일부 유럽 국가에서는 이미 지역사회 중심의 통합서비스(의료와 요양서비스) 공급체계로 많이 전환되었다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일본도 2012년부터 지역포괄케어 도입으로 2025년까지 ‘병원완결형’ 의료체계를 ‘지역완결형’ 의료체계로 전환시키고자 준비 중이다. - 우리도 인구고령화 시대에 급성질환이 아닌 경우에는 비록 노인들이 병원입원보다는 가정에서 지역사회 중심의 의료서비스 체계로 공급을 해야 한다. - 일반 병원은 급성질환 중심의 질병에 한할 경우에만 이용토록 전문화시키고, 입원하여도 치료에 진전이 없는 만성질환을 갖는 환자는 퇴원토록 하고 가정에서 돌봄서비스 같은 의료서비스를 쉽게 받도록 하는 의료서비스 공급체계를 생각 해 볼 수 있다. <p>○ 건강보험제도 관리운영의 방식에도 새로운 변화가 필요하다. 제도 운영에는 보험자의 역할을 현재와 같이 의료기관이 청구한 의료비를 심사하고 지불하</p>
--	--

는 수동적 기능에서 벗어나도록 하고 의료의 질 향상뿐만 아니라 의료비를 적정수준으로 관리하는데 보험자의 능동적 역할이 가능하도록 제도적 보완이 필요하다.

- 의료이용의 시장은 수요에 의해 의존할 수 없으나, 의료서비스를 생산하는 시장의 경쟁적인 의료자원을 활용하기 때문에 적절한 가격을 책정하여 의료서비스 공급이 왜곡되지 않도록 해야 한다.
- 우리의 건강보험 제도는 초기 사회보험의 긍정적인 역할에도 불구하고 점차 재정악화와 보장성 후퇴에 비난을 받고 있어, 민간보험 시장이 가파르게 성장하고 있는 상황이다.
 - 한국적 문화에서 경쟁화 효율을 강조하는 미국의 시장 중심적 건강보험제도는 적절하지 않을 수 있다.
- 미국의 예에서 알 수 있듯 개인, 가계 및 기업의 의료비는 국민 경제에 상당한 영향을 미친다. 과도한 의료비 지출은 앞으로 한국사회의 경제 주체에도 상당한 파급효과를 가져올 것이다.
 - 따라서 의료비 지출 문제를 건강보험과 정부 부문에만 한정되는 문제로 남겨 두서는 안 되고 전 국민의 공감대를 바탕으로 의료비 지출의 효율성을 올리기 위해 진료비 보상제도와 보건의료체계 정비 등의 방안 마련을 준비해야 한다.
 - 진료비 보상제도의 개편은 간단한 문제는 아니다. 현실적으로 진료비 보상제도는 모든 의료 제공자의 이

해관계와 연관될 뿐만 아니라, 우리의 의료서비스 공급의 특성을 좌우하는 핵심요소이다.

- 진료비 보상제도의 개편은 사회적으로 새로운 체계에 대한 국민적 갈망을 해소하고 의료 질 향상의 전반적인 변화를 가능하게 할 것이다.

- 진료비 보상제도는 현재 진료비 보상의 대부분을 차지하는 행위별 보상은 어떤 행태로든 변형이 필요하다. 미국의 상황을 볼 때 입원이나 요양시설 입소의 경우 행위별 보상이 보편적인 제도가 아니고 다양한 대안이 개발, 적용되고 있으므로, 우리도 미국 메디케어의 일부에 한해서 적용되고 있는 의료비 지출 총액목표제도 도입 할만하다.

○ 미국의 건강보험체계의 기본적 이념인 개인의 책임 강화도 우리의 의료비나 의료 이용의 효율성을 위해 자주 거론되는 이념이다.

- 의료비나 의료 이용의 효율성을 높인다는 명목으로 자주 쟁점화 되고 있는 미국의 이론으로 미국의 의료보장체계의 핵심인 소비자 주도 보험의 영향이 곧 한국에도 영향을 미칠 것으로 이에 대한 대책이 필요하다.

- 한국의 의료보장체계의 기본구조는 분명히 ‘개인책임’ 체계이다. 이는 의료 문제의 대부분을 개인이 알아서 해결해야 함을 의미하며 자본주의 시장 구조에서 의료 상품등을 구매해야 함을 의미한다.

○ 미국 건강보험체계를 볼 때 시장중심의 의료보장체

계의 효율성을 달성하기는 어려워 보인다. 따라서 한국의 의료 질 향상을 위해서는 미국과는 반대로 공공 부문과 사회적 책임의 강화가 필요하다.

- 미국의 건강보험체계의 예를 보더라도 우리 국민의 의료보장이 충분한 보장성을 가지고, 의료비 부담으로 가계파탄을 막기 위해 건강보험의 보장성 확대 방향은 명백하다.
 - 현실적 어려움을 감안하더라도 건강보험과 의료급여에서 원칙적으로 급여 범위의 제한을 완전히 없애는 것을 목표로 해야 한다.
 - 구체적인 항목은 전문가뿐만 아니라 지역사회 주민이 참여하는 별도의 조직에서 결정하는 것이 바람직하다.
 - 진료비 총액에 대한 실제적인 본인 부담 상한선제 도입도 고려해 볼만 하다. 상한선 이상의 진료비는 전액 건강보험 혜택을 볼 수 있는 제도이며, 지나친 본인 부담을 막는 제도로 국제적인 추세이다.
- 미국의 건강보험체계는 많은 문제점을 안고 있다. 이 문제를 해결하기 위해 많은 정책들이 시도되고 있으며, 이와 관련된 많은 지식들이 우리에게 들어올 수 있다.
 - 그러나 우리는 우리 현실에 맞는 제도들을 엄밀한 검증을 통해 수입해야 하며, 미국에서 생산된 무분별한 정보를 걸러 내야 한다.

- 즉 우리의 상황에 맞는 자체적적인 제도 개발 등이 이루어져야 한다. 수많은 지식들이 우리의 건강보험체계가 안고 있는 모든 문제를 풀 수는 없지만, 더 발전된 제도로 발전시키기 위해서는 중요한 과제이다.
- 미국 건강보험정책사를 살펴 볼 때 건강보험정책 또한 정치적 입장 과 타이밍, 외부 변수에 대한 효과적 대응이 제도 개혁 혁신의 승패를 가른다는 것을 알 수 있다.
 - 이는 최근 건강보험개혁을 추진하고 있는 문재인 정부에도 시사 하는 바가 많다고 하겠다.
- 인구구조의 변화와 저출산 고령화에 따라 건강보험을 어떻게 변화시켜야하며 재정을 어떻게 충당할지는 모든 나라가 직면한 문제이다.
 - 정부 지출을 줄이기 위해 경제적 어려움을 겪고 있는 저소득층에 대한 보장을 축소하고 비용을 부담케 하는 것은 바람직한 길이 아니다.
 - 건강보험 재정 압박을 해소하고 인간의 건강권을 보장하기 위해 최선의 정책을 도출하기 위해 실증적 근거에 바탕을 둔 정책안과 여러 관점에서의 토론이 필요하다.