

I. 사회보장제도

1. 의 의

가. 「사회보장」 개념의 등장과 전개

사회보장(social security, sozial sicherheit, sécurité social)의 개념과 그것을 구성하는 여러 제도가 구상되고 실시된 것은 역사적으로 보면 비교적 최근의 일이다. 사회보장이라는 용어가 법제도상의 명칭으로서 정식으로 사용된 것은 1935년 미국의 사회보장법(Social Security Act)이 효시이지만, 당시의 사회보장은 일부 노동자를 대상으로 한 노동자보험과 빈곤층을 대상으로 한 구제대책이 중심이었으며, 대부분의 국가에서 국민 각계각층을 대상으로 한 종합적인 생활보장으로서의 사회보장이 실시된 것은 제2차 세계대전이후라고 할 수 있다. 국제적으로는 제2차세계대전 중에 연합국측에서 만든 사회보장의 각종 구상과 추진계획이 향후 국제적 규모의 사회보장 정책의 본격적 실시 기반이 되었다.

1941년의 대서양헌장, 1942년의 ILO의 「사회보장으로의 길」, 1944년의 ILO의 필라델피아 선언과 소득보장권고(제67호), 사회보장의 모델을 제시한 영국의 비버리지(Beveridge) 보고서 「사회보험 및 관련서비스」(Social Insurance and Allied Services, 1942)등이 이에 해당된다. 특히 비버리지 보고서는 최저생활수준 보장을 권리로 규정하고 생존권을 처음으로 사회보장에 받아들여, 자산조사에 의한 차별감과 굴욕감을 당연한 것으로 여겨왔던 구빈법 사상을 근본적으로 전환시켰다. 또한 임금노동자에 한정된 적용대상의 범위를 전국민으로 확대한 것도 획기적이었다. 비버리지 보고서는 제2차 세계대전 후의 영국 사회보장제도 확립의 기초가 되었을 뿐만 아니라 세계적으로 사회보장의 기본원칙과 이념을 제공함으로써 각국의 사회보장제도의 확립에 큰 영향을 주었다.

사회보장이라는 개념은 본래 법률적인 개념은 아니며, 국민생활의 원조를 목표로 한 일정한 국가시책상의 목적 또는 그 같은 상태의 표현으로서, 그 정책목적을 실현하기 위하여 형성·통합된 여러 제도의 총칭이라 할 수 있다.

현재 사회보장 대상자의 범위와 실시방법 등은 국가나 지역 또는 시대에 따라 상당한 차이가 있지만, 그 목적하는 것은 거의 동일하여 「질병·부상·출산·노령·장해·사망·업무재해·실업·빈곤 등의 경우에 일정한 급여를 행하여 국민의 생활을 보장하는 것」으로 요약할 수 있다. 이 목적에 따라 현재 세계 대부분의 국가에서 다양한 시책이 전개되고 있으나, 종합적인 정부정책으로서 사회보장이 실시되고 있는 국가는 유럽의 선진국가들, 미국, 한국, 호주, 뉴질

랜드, 일본 및 아시아의 일부 국가 등으로 제한되어 있다. 개발도상에 있는 많은 국가에서는 사회보장이 이제 겨우 시작단계이거나 거의 실시되고 있지 않는 실정이다.

의료보장의 경우 우리나라와 독일, 프랑스, 일본 등은 강제사회보험방식을 기본으로 하고, 그 재원을 주로 근로자와 사용자가 부담하는 보험료로 조달(우리나라와 일본은 보험료 + 국고)하고 있으나, 영국에서는 조세를 재원으로 하는 국가보건서비스(NHS)라는 공적서비스 방식으로 전국민에 대하여 의료를 제공하고 있다. 미국의 경우에는 전국민을 대상으로 하는 우리나라와 같은 전국민보험제도는 존재하지 않으며, 메디케어(Medicare : 노인의료보험제도)과 메디케이드(Medicaid : 저소득층 의료보장제도)에 대해서만 공적의료보장을 실시하고 있다. 이와 같이 각국의 사회보장제도에는 공통성을 가지고 있는 부분도 있지만, 각국의 정치, 경제체제나 사회적·역사적 배경 등의 차이에 따라 제도의 골격이나 내용이 상당히 다르기 때문에 각국의 제도를 일률적으로 단순 비교하기는 어려운 것이 현실이다.

나. 사회보장의 정의

사회보장은 국민복지 증진을 위하여 그들의 생활에 위험이 발생하였을 때 사회적으로 보호하는 대응체계(사회안전망)를 가리키는 포괄적 용어로서 현대 자본주의 사회의 구조적 병폐, 즉 실업, 질병이나 부의 편재 기타 사회문제에 대하여 국가가 방임자적 위치를 벗어나 적극적 보호자로서 기능을 발휘함으로써 전체 국민의 인간다운 생활을 보장하려는데 그 취지가 있다. 건강한 생활을 보장하는 의료보장은 최저생활수준을 영위할 수 있는 경제생활을 보장하는 소득보장과 함께 사회보장의 중심을 이루고 있다. 사회보장에 대한 원래의 정의는 사회구성원들의 사회적 불안요소를 제거시켜서 안정된 생활을 하도록 하는 사회적 경제준비체제의 하나이다. 사회보장에 대한 개념정립을 위하여 우리나라 및 국제적으로 사용되고 있는 사회보장의 정의를 살펴보면 다음과 같다.

1) 우리나라 사회보장기본법(1995.12.30 법률 제5134호)

“사회보장”이라 함은 질병·장애·노령·실업·사망등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련복지제도를 말한다.

2) 영국 비버리지(Beveridge)보고서

“사회보장이란 실업, 질병 혹은 재해에 의하여 수입이 중단된 경우에 대처하기 위해서 또한, 노령에 의한 퇴직이나 본인이외의 사망에 의한 부양의 상실에 대처하기 위해서, 또는 출생·사망·결혼 등과 관련된 특별한 지출을 감당하기 위한 소득의 보장을 의미 한다.”

3) 국제노동기구(ILO)

“사회보장이란 사회구성원이 봉착하게 될 특정 위험에 대하여 원인 여하를 막론하고 궁핍에서 그 생활을 보호하기 위하여 소속사회가 일정한 기관을 통하여 부양성을 띤 급여를 제공하는 것이다.”

2. 우리나라의 사회보장제도

우리나라 헌법은 제34조제1항에서 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.”고 규정하고 있고, 동조제2항에서 “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다”고 규정하고 있으며, 동조 제5항에서는 “신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.”고 규정하여 우리나라가 복지사회를 지향함을 천명하고 있다.

복지사회는 국가가 모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저생활을 보장하고 국민 개개인의 생활수준을 향상시킬 수 있도록 제도와 여건이 갖추어져 있는 사회를 말한다고 할 것이다. 따라서 사회보장제도의 기본이념이 국민의 기본권 중 하나인 생존권의 법이념에 있으며, 국민이 인간다운 생활을 할 권리는 국가의 의무를 전제로 하고 있다고 할 수 있다.

우리나라에서는 1963년 11월 5일 법률 제1437호로 제정된 사회보장에관한법률에서 사회보장이란 용어가 등장한 이후, 1981년 제5공화국 헌법에서 “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.”라는 문구가 명시되었으며, 현행 사회보장제도는 사회보장기본법에 의거하여 특정 동종집단의 연대성을 기초로 조직·운영하는 사회보험제도와 국가의 연대성의 원리를 기초로 하는 공공부조제도, 국민의 정상적인 사회생활을 위해 제공되는 사회복지서비스제도 및 관련복지제도로 구성되어 있다.

가. 사회보험제도

사회보험은 보험의 기술을 이용하여 국민에게 발생할 수 있는 질병, 부상, 노령, 폐질, 실업, 분만, 사망 등 사회적 위험을 보호하기 위하여 법률의 규정으로 가입을 강제하고 보험료 부담을 의무화하여 보험급여를 실시하는 제도를 말한다. 사회보장기본법(제3조제2호)에는 “사회보험이라 함은 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의하여 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도를 말한다”라고 규정되어 있다.

생활에 위협을 가하는 사회적 위험에 대하여 1차적으로 기본적 경제보장 및 의료보장을 목적으로 하는 사회보험은 위험분산을 통하여 보험사고를 당한 사람과 그렇지 않은 사람 사이에, 또는 고소득자와 저소득자간에 일정한 소득 재분배효과가 나타나게 되며, 나아가 국가의 경제안정 및 사회연대의식을 촉진하는데 기여하고, 국민의 주인의식과 참여의식을 고취할 수 있는 장점이 있다.

사회보험의 대표적 제도적 장치로는 질병의 치료 및 예방 등을 위한 건강보험체계와 노후 생활안정을 위한 연금보험 체계, 실업 및 산업재해 등 근로관계 보호를 위한 보험체계를 들 수 있다. 현행법 중 국민건강보험법, 국민연금법, 공무원연금법, 사립학교교직원연금법, 군인연금법, 산업재해보상보험법, 고용보험법 등이 사회보험법 체계에 속한다.

나. 공공부조제도

공공부조는 극빈자, 장애인, 실업자 또는 저소득계층과 같이 스스로 생계를 유지할 수 없

는 계층의 국민을 그들이 자립할 때까지 국가의 재정으로 보호하여 주는 일종의 구빈제도를 말한다.

사회보장기본법(제3조제3호)에는 “공공부조라 함은 국가 및 지방자치단체의 책임하에 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도를 말한다.”고 규정하고 있다. 공공부조법 체계에는 국민기초생활보장법, 의료급여법 등이 있다.

<사회보험과 공공부조의 비교>

구 분	사회보험	공공부조
제도의 특성	근로능력이 있는 사람을 위한 제도	근로능력이 없는 사람을 원조하기 위한 제도
대 상	모든 강제가입자	저소득층 등 일부계층
자산조사	불필요	필요
재 원	주로 각출금(보험료), 국고지원금 등 지원	정부의 일반조세
권리성	권리로 인정	국가의 보호, stigma발생가능

다. 사회복지서비스제도

사회복지서비스는 군경, 전상자, 과부, 고아 등 특정인에 대하여 사회보장급여를 국가재정으로 실시하는 제도이다. 사회보장기본법(제3조제4호)에는 “사회복지서비스라 함은 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담·자활·직업소개 및 지도·사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도를 말한다”고 규정되어 있다.

사회복지서비스에 속하는 법체계에는 독립유공자예우및지원에관한법률, 국가유공자등예우및지원에관한법률,범죄피해자구조법 등이 있으며, 사회복지와 관련된 아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법, 모자보건법 등과 사회복지서비스제도에 속하는 법률이다.

라. 관련 복지제도

사회보장은 넓은 의미로서의 사회복지에 포함되는 개념이기 때문에 양자는 상호 밀접한 관련을 맺고 있다. 사회보장기본법(제3조제5호)에서는 “관련복지제도라 함은 보건·주거·교육·고용 등의 분야에서 인간다운 생활이 보장될 수 있도록 지원하는 각종 복지제도를 말한다”고 규정하고 있다.

이에 속하는 법체계는 공중위생관계법제(공해대책관련법, 전염병·결핵 등 예방대책법, 청소·상하수도 사업법, 지역보건 등), 주택관계법제(주택법·임대주택법 등), 노동 및 고용관계법제(최저임금법, 고령자·장애인·여성고용촉진법 등), 교육관계법제(특수교육·의무교육·사회교육 관련법), 환경관계법제 등이 있다.

이러한 우리나라의 사회보장제도와 관련하여 빼놓을 수 없는 개념은 사회안전망(Social Safety Net)에 관한 것이다. 흔히 사회보장제도, 사회복지제도와 동일한 의미로 사용되기도 하는 사회안전망은 실업, 질병, 노령, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치로서 국민연금, 의료보험, 고용보험 및 산재보험 등 4대 사회보험과 공공부조 및 서비스, 긴급복지지원제도 등을 포괄하는 말이다. 이러한 사회안전망의 목적은 모든 사회적 위험에 대한 ‘포괄성’과 사회구성원 모두에게 적용되는 ‘보편성’을 실현하고 ‘국민복지기본선(National Welfare Minimum)’을 보장하는 데에 있다. 즉, 주거·의료·생계·보호·보육·복지시설서비스 등 복지욕구 전반에 걸쳐 국가가 공적 사회보장제도를 통해 보장해 줄 수 있는 급여수준을 설정하는 것으로, 사회보험과 공적부조 및 사회복지서비스 부문에 있어서 일정수준 이하인 기존 제도의 급여를 기본적인 선으로 끌어올려야 한다는 것이다.

사회안전망	제 도	시 행
사회보험 (1차 안전망)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 연금보험 ○ 고용보험제도 ○ 건강보험제도 ○ 산업재해보상보험제도 	<ul style="list-style-type: none"> → 전 국민확대('99) → 1인 이상 사업장 확대('98) → 365일 급여확대('02) → 1인 이상 사업장 확대('00)
공공부조 (2차 안전망)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국민기초생활보장제도 ○ 경로연금 ○ 의료급여 등 	<ul style="list-style-type: none"> → 도입('00) → 구 노령수당에서 도입('98) → 차상위계층까지 확대('05)
긴급복지지원 (3차 안전망)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 위기상황에 처한 개인/가구에 금전 및 현물 지원 (선보호원칙하에 의료/생계·주거·기타 지원) 	<ul style="list-style-type: none"> → 도입 ('05)

<우리나라 사회안전망의 체계>

외환위기이후, 우리나라는 사회안전망의 제도적 틀을 구축하는 데 사회보장 정책의 주안점을 두어왔으며, 이를 통해 사회보험과 공적부조의 기본틀이 확립되었고, 대상자와 급여수준 등에서 외연적 확장이 이루어졌다. 현 단계는 복지부문의 외연적 확대를 상당부분 이론시점으로 향후 복지정책의 방향성과 정책수단간 우선순위를 정립해야 하는 필요성이 대두되고 있다.

기초보장 내실화와 전달체계의 효율화, 사회복지서비스의 강화, 사회보험 사각지대 해소와 재정건전화 등이 현재 상존하는 과제이며, 글로벌 경제환경에 따른 양극화 현상, 인구구조의 고령화와 저출산 경향 등 장/단기 위협요인에 대한 대응 역시 시급한 과제로 대두되고 있다.

특히, 의료보장의 확충을 위하여는 저소득취약계층의 의료보장성 강화를 추진하여 참여정부 출범 이후 의료급여 수급권자가 약 10만명 증가하였으며, 2종 수급자에 대한 본인부담보상제 및 상한제가 도입되었고, 법정 본인부담률도 20%에서 15%로 인하하였다. 또한, 차

상위층 중 의료보장이 시급한 만성·희귀성질환자(22천명)를 의료급여대상자로 포함(2004년)하고, 차상위층 11세 이하 아동(173천명), 입양아동(7천명)에 대한 의료급여를 확대(2005년)하여 의료 사각지대를 축소하였다.

현재 61%수준인 건강보험 보장성을 2008년까지 70%로 확대하겠다는 목표를 설정함에 따라 건강보험과 의료급여제도의 방향성 정립이 필요하고, 의료기관과 수급자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 매커니즘을 의료급여 제도에 내장할 필요성이 대두되고 있으며, 공공보건의료 확충을 위하여 2005년부터 2009년까지 4조 3천억원 규모를 투입하는 「공공보건의료확충 종합대책」을 수립하여 추진하고 있다.

II. 의료보장제도

1. 의료보장의 개념

의료보장은 의료수혜의 불평등 해소를 위한 사회적·국가적 노력으로서 예측할 수 없는 질병 발생 등에 대한 개인의 부담능력의 한계를 극복하고, 개인의 위험을 사회적·국가적 위험으로 인식하여 위험의 분산 및 상호부조를 제고하는 것이다. 의료보장은 질병으로 인한 수입중단에 대처하는 경제보장과 치료비 지출에 대비하는 의료비보장의 동시 역할을 한다. 최근에는 만성질환 구조로 상병구조가 바뀔에 따라 질병치료에서 한 단계 더 나아가 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 건강보장이라는 광의적인 개념이 등장했다.

사회보장이 사회적 위험으로 인한 소득상실에 대비하는 소득보장의 개념인데 반하여 의료보장은 질병이라는 사회적 위험에 대한 소득보장에서 한 걸음 더 나아가 의료비 보장(또는 의료서비스 제공)이라는 광의적인 개념이다.

2. 사회보장으로서의 의료보장

사회보장으로서의 의료보장이란 형평성 내지 사회적 연대라는 사회적인 의미를 만족시키는 개념이다. 사회적 연대란 소득이 높아 재정의 여유가 있는 사람이 소득이 낮은 사람에게, 그리고 질병 발생율이 낮은 사람이 높은 사람에게 교차 보조하는 것을 의미한다.

의료문제를 경쟁시장에 맡기면 사회적 연대를 충족시키기 어렵기 때문에 사회보장제도로서의 건강보험제도가 등장하게 된 것이다. 사회적 연대의 과정을 의료문제와 결부시키면 각 참여자는 의료서비스가 필요할 때 적절한 서비스를 받을 수 있다.

3. 의료보장제도의 특수성

의료서비스라는 현물을 급여로 하는 의료보장제도는 현금급여를 중심으로 하는 여타 사회

보장제도와 다른 특수성이 있다.

가. 기능상의 특성

의료보장제도가 다른 사회보장과 차이가 나는 것은 소득 재분배 기능을 하기가 어렵다는 것과 최저수준의 보장원칙을 지키기가 어렵다는 점이다. 건강보험의 급여가 주로 현물급여로 됨에 따라 사회보장의 기본 원리 중 가장 핵심적인 요소가 되는 최소보장원칙을 건강보험에서는 적용하기 어려운 문제가 있다.

따라서 건강보험은 최소보장의 원칙보다는 오히려 보건교육, 예방, 재활을 포함하는 포괄적 서비스로 국민의 건강을 보장하는 적정 급여수준이 보다 중요한 기준이 된다는 점에서 다른 사회보장제도와는 특성상 차이가 있다.

나. 급여 관리상의 특성

의료보장제도의 주 급여가 현물급여인 의료서비스가 된다. 따라서 다른 사회보장제도와 급여 관리 면에서 큰 차이가 있다. 의료보장의 급여 관리와 관련하여 의료서비스를 어떻게 제공하느냐는 전달체계(제공방법)에서의 과제, 서비스의 남용에 대한 억제 문제, 서비스를 제공하는 의료기관에 대한 진료보수를 어떻게 지급하느냐의 문제 등은 다른 사회보장제도에서는 찾아 볼 수 없는 과제이다.

1) 서비스 제공체계의 설계

의료보장의 주 급여대상이 현물급여인 의료서비스이므로 의료보장관리자(국가, 질병금고 또는 건강보험공단 등)의 입장에서는 피보험자에게 어떠한 방법으로 의료서비스를 손쉽게 제공하느냐는 문제로 고민하게 된다. 의료보장에서 서비스를 손쉽게 제공하기 위해서는 다음과 같은 조건이 지켜져야 한다. 첫째, 지리적으로 피보험자가 의료서비스를 제공하는 의료기관에 쉽게 접근할 수 있어야 한다. 둘째, 제공되는 서비스는 피보험자나 피부양자의 요구에 부합하는 내용이어야 한다. 셋째, 제공되는 서비스가 질적으로 만족스러워야 한다. 넷째, 서비스제공에 따른 비용이 피보험자가 부담할 수 있는 수준이어야 한다.

2) 현물급여와 남용문제

의료보장이 타 사회보장과 달리 의료서비스라는 현물을 제공함에 따라 서비스의 남용 또는 서비스의 과다 제공이라는 제도의 악용문제가 발생한다. 즉 의료보장제도가 도입되기 이전에는 모든 의료비를 각자가 직접 의료기관에 지불해야 되기 때문에 환자는 자신의 부담능력에 맞추어 필요한 서비스를 받았으며, 의료공급자는 환자의 부담능력을 감안하여 꼭 필요한 서비스만 제공케 된다. 그러나 의료보장제도가 도입되어 국가, 질병금고 또는 건강보험공단 등에서 의료비를 조달하여 의료기관에 간접적으로 지불하고 환자는 의료 이용 시 비용을 전혀 부담하지 않게 되면 환자는 비용인식이 사라져 의료의 남용문제(moral hazard)가 일어난다.

3) 현물급여와 진료비 지불제도

의료보장제도가 도입되기 이전에는 환자와 의료기관간에 직접 접촉에 의해 수가가 책정되고 이것을 환자는 의료기관에 지불하면 되었다. 그러나 의료보장제도를 실시함으로써 환자와 의료기관간의 직접 접촉방식이 아니라 환자인 피보험자는 평소에 보험료나 세금을 국가, 질병금고 또는 건강보험공단 등에 납부하고 병이 나면 의료기관에 가서 의료서비스를 제공받게 된다. 이때 의료기관은 환자에게 직접 진료를 받지 않고 대신 국가, 질병금고 또는 건강보험공단 등에 비용을 청구해서 받게 된다. 의료기관이 환자진료에 소요된 비용을 국가, 질병금고 또는 건강보험공단 등이 지불해 주는 것은 단순한 지불행위 같으나 이 방법에 따라 진료의 행태가 달라지고 의료비총액도 달라지는 등 진료비 지불제도는 급여 관리에 있어서 매우 중요한 역할을 한다. 현금급여가 아닌 현물급여로 인한 이러한 차이가 의료보장제도를 다른 사회보장제도와 구분 짓는 특징이 된다.

4. 의료보장제도의 발전과정

가. 보건의료의 역사적 개관

1) 원시시대

원시시대에는 위생에 대한 관념이 없었으며, 질병 치료 등에 대하여 미신에 근거하고 있었다.

2) 고대시대

고대시대에는 이미 위생에 대한 관념이 상당히 발전하여 있었다. 기원전 3000~1500년경 미노아인(Minoan)들과 기원전 3000~1000년의 크레타인(Cretan)들은 관개시설이나 화장실, 그리고 수세식 변소 시설을 건설하고 있었으며, 기원전 1000년경에 헤로도투스(Herodotus)가 남긴 기록에 의하면 기원전 1000년경 이집트인들은 모든 문명국가에서 가장 건강하다고 전하고 있다. 기원전 1500년경 히브리인들은 사상최초의 위생법전(Hyginic code)인 레비디쿠스(Leviticus) 법전을 제정, 신체의 청결 포함한 개인위생과 지역사회의 책임문제, 접촉성 질병의 확산방지, 나환자의 격리, 질병후의 가택소독, 야영지의 위행, 오물의 처리, 음료수와 식품의 보호, 모성위생 등 넓은 영역이 취급되었다.

고대 그리스 시대에 이르러서는 개인위생이 고도로 발전하였으나 환경위생문제 보다는 개인위생과 영양에 관심이 높았다. 이때는 약자, 병자 불구자가 정상적인 시민을 위해 무시되고 희생되었다. 또한 이 시대에는 히포크라테스(Hippocrates)가 등장 보건의료의 원칙은 미신적 현상이 아니라 합리적인 사상을 토대로 하여야 한다고 주장하여, 오늘날의 보건의료 발전에 초석이 되었다.

로마시대에는 행정기구와 도시공학이 발달 시대, 정기적인 인구조사 실시, 공해방지, 위험한 건물, 맹수, 악취 방지와 폐기물 처분, 도량형의 감독, 건축 허가 통제 등 정책, 공중목욕

탕과 수도관 시설, 오물제거 시설 발달하였으며, 당시의 수도시설과 하수시설은 현대 로마의 배수 및 오물수거체계와 함께 오늘날에도 사용되고 있다.

3) 중세시대

중세시대는 보건의료분야에 있어서도 암흑기였다. 이 시기에는 육체적 금욕을 행동규범으로 하였으며 목욕도 꺼리고, 더러운 의복을 그대로 입었으며, 음식물도 불품없었다. 질병은 죄를 진 사람에 대한 하느님의 징벌이라는 목적론적 기원설이 지배하여 육체보다는 정신이 질병의 원인이 된다는 사고에서 기도를 오히려 강조하였다. 또한 중세시대에는 회교 성지순례와 십자군 원정, 민족대이동으로 질병이 전 세계적으로 만연하게 되었다.

그러나, 르네상스 도래하면서 인간이성 회복되고 보건의료면에서도 암흑기에서 벗어나게 되었다. 중세말기에 이르러 나병, 인플루엔자, 드라코마, 음, 페스트 등의 일부 질환에 대한 감별이 이루어졌다.

4) 산업혁명

산업화로 개인의 자유와 노동자들의 생활은 희생되었다. 이시기에 체드윅(Chadwick)은 위생개혁 보고서에서 어린이들의 1/2이상이 일하기 시작한지 5년 이내 사망한다고 보고하고 있다. 가정에서의 위생상태는 엉망이었고, 천연두, 콜레라, 장티푸스, 결핵 등이 대유행하였으며, 장티푸스와 발진티푸스로 1년간 죽는 영국인의 수는 워터루 전투에서 죽은 사람 수의 2배라고 기록하고 있다. 이러한 불량한 위생상태가 노동력의 공급에 악영향을 미쳐 국가 번영을 저해하기 때문에 위생제도의 개혁이 강력하게 요구되었다. 바로 이러한 시대에 의료보장제도가 사회보장제도의 하나로 등장하게 된다.

5) 위생개혁

사회보험방식의 의료보장제도가 등장하는 시점을 전후하여 보건의료분야에는 큰 변화의 바람이 불었다. 이변이 바로 보건의료분야의 근대적인 혁명이라 할 수 있는 위생개혁이다. 1842년 영국의 체드윅(Chadwick)에 의한 위생개혁보고서 발표로 시작되었다. 1850년 미국의 샤텡(Shattuck)이 위생개혁보서서를 발표되었다. 이후 각국이 위생개혁을 단행함으로써 근대적인 보건의료시대가 열리게 되었다.

나. 사회건강보험제도 등장 이전의 의료보장

서구사회에서 의료보장제도가 등장하기 이전에도 질병이라는 위험에 대하여 공동대처하는 위험분산기능이 존재하고 있었다. 그리스 로마 시대에는 가난한 사람들의 건강문제 사회적으로 대처, 이들의 복지를 위한다기 보다는 시민들의 생활이 위협받지 않도록 격리하는 차원이었다. 중세 봉건시대에는 교회의 교구를 중심으로 빈민 구제 활동과 함께 의료문제도 빈민구제 차원에서 다루어졌다. 국가가 제도적으로 빈민들의 문제에 간여하기 시작한 것은 영국으로서 1601년 구빈법 제정이 그 효시가 된다. 교구가 빈자를 돌보도록 하면서 빈자나

노동자나 병든 자에게 현금급여를 주도록 하고, 아동 보호와 함께 청소년에게는 도제 제도 하에서 일터를 공급함으로써 빈곤 퇴치가 사회적 의무라는 원칙을 마련하였다. 그리고 직인 조합과 같은 우애조합의 형성되었는데 이러한 조합들은 조합원을 위한 공제활동(공적 구제 활동으로 보험기능과 유사)을 하고, 조합에 가입한 회원은 일정액의 기여금을 정기적으로 납부하고 이에 따른 권리로 병이 났을 경우 도움을 받았다. 산업화 가속으로 질병위험이 늘어나, 18세기 후반에서 19세기 초반에 이르는 시점에 같은 산업이나 지역에 있는 근로자나 농부들이 상호공제조합으로서 질병금고를 만들어갔다.

다. 사회건강보험제도의 도입

1) 도입배경

1883년 독일의 비스마르크는 세계 최초의 의료보장 제도인 건강보험을 도입 하였다. 독일에서 사회보험제도는 전혀 새롭게 고안된 제도라기보다는 기존에 존재하던 상호공제조합 금고가 발전되어 온 것이다.

2) 독일 의료보장의 형태

독일 의료보장은 저축, 복지, 기업가의 책임, 보험 원리 등 4가지 요소를 간직하고 있었다. 독일의 의료보장은 의료기술의 향상에 따라 변천되었다. 1880년대의 의료보장제도의 주 기여는 상병수당 중심이었으나 제2차 세계대전 이후 급격히 발전한 의료지식은 의료보장의 기능을 상병수당중심에서 의료비 보장, 특히 저소득층의 의료비문제에 관심을 갖게 하였다. 의료기술의 발전은 급성전염성 내지는 세균성 질환의 퇴치를 가능케 하였으나 반면에 병원이 진료의 중심이 됨으로서 건당 진료비를 증가시켜 국민들의 진료비를 늘어나는 결과를 초래하였다.

3) 독일 의료보장의 확산

1883년 독일에서 시작된 사회보험방식의 건강보험제도는 일정소득수준 이하의 저소득 근로자들을 대상으로 하여 질병에 따르는 비용을 보장하는 방식으로 시작하였다. 질병에 따르는 비용은 크게 두 가지로, 첫째는, 병으로 인하여 일을 못함으로써 임금이 상실을 보장하는 상병수당이며, 둘째는 질병 치료를 위한 의료비 보장이었다. 초기에는 상병수당이 건강보험의 대중을 이루었으나 점차 의료비 보장으로 중심이 바뀌어 갔다. 독일형의 건강보험제도는 이웃의 서구 제국으로 확산되어 나갔다. 오스트리아 1887년, 헝가리와 스웨덴은 1891년, 덴마크 1892년, 벨기에 1894년, 영국 1911년, 프랑스 1930년, 이태리 1942년, 핀란드 1963년으로 확산되었다. 아시아에서는 1926년 일본이 근로자에 대하여 건강보험제도를 도입한 이후 대만이 1950년, 우리나라는 1977년에 건강보험제도를 도입하여 오늘에 이르고 있다.

라. 영국의 사회건강보험의 등장

1) 배경

영국에서는 사회건강보험의 등장이 독일에 비하여 많이 늦었다. 이렇게 사회보험등장이 늦어진 이유는 사회제도적인 측면과 경제적인 측면이 있다.

(가) 우선 사회제도적인 측면에서 볼 때, 영국은 구빈법에 의하여 빈자에 대한 구제 장치 있어 사회보험과 같은 제도의 필요성을 상대적으로 느끼지 못하였다. 1388년 구민법이 제정되었고, 1536년 헨리 8세에 의하여 발전되었다. 1601년 엘리자베스 여왕 시대의 구빈법은 지방행정조직과 구빈행정을 일치시켰고 구빈을 위하여 국가가 지원하는 조치를 취하여 구빈제도가 효과적으로 작동될 수 있도록 체계화 하였다. 이 당시의 가난한 사람에 대한 국가 지원이라는 정신은 오늘날 모든 국민에 대하여 보건의료서비스는 국가의 일반재정으로 부담한다는 영국의 국민보건서비스(National Health Service)로 계승되었다. 또한 영국에서는 많은 길드조합, 직인조합 등의 동종 조합이 있었으며 이들 동종조합들이 조합원을 위하여 공제사업을 하고 있었기 때문에 보험과 같은 사회적인 장치의 필요성을 크게 느끼지 않았다.

(나) 경제적인 측면에서 보면 영국은 산업혁명이 가장 먼저 진행되어 자본주의 경제체도가 확립되어 정부의 개입보다는 자유방임에 의한 경제운용에 대한 신념이 강하였다. 그리고 자본주의 최 선진 국가로서 국민들의 생활이 비교적 안정되어 있어 사회보험과 같은 사회정책의 필요성을 크게 느끼지 못하여 독일에 비하여 사회보험제도의 고안이 늦었다.

2) 사회보험의 등장

영국에서는 1880년대 빈곤문제가 국가의 심장부를 자극할 정도로 사회문제화 되었다. 1886년 및 1887년 의 부스와 로운트리의 보고서에 의하면 특정 지역의 1/3에 해당하는 주민들이 빈곤선 이하에 속하고 런던시민의 약30%가 개인적인 자선으로는 구제되기 어려운 빈곤인구로 결론지어졌다. 1905년 집권한 자유당 정부는 노동쟁의법에 의한 파업권 인정 등 사회개혁정책의 하나로 1911년 강제건강보험과 실업보험을 내용으로 하는 국민보험법을 제정하였다.

3) 영국 국민보험의 특징

쥘지경의 영국형 사회보험은 비스마르크의 독일형 사회보험과 몇 가지 차이점 있었다. 먼저 보험료의 부과가 독일에서는 임금에 비례하는 비례 각출임에 비해 영국은 임금에 관계없는 균일각출(flat system)이었다. 두번째 차이점은 사회보험의 운영에 있어서 독일은 강제적이고 관료적이었던 반면에 영국은 자치 경영원칙의 유지하였다. 쥘지경은 기존의 우애조합이나 민영보험과의 대립을 우려하여 기존의 조합들이 건강보험을 취급코자 할 경우 이를 승인하여 인가하는 형식의 인가조합(approved society)을 통하여 국민건강보험을 자치적으로 운영토록 하였다. 세 번째 차이점은 독일의 사회보험에서는 볼 수 없었던 실업보험이 영국에서는 국민보험속에 포함시켰다는 것이다.

마. 영국 국민보건서비스(NHS) 제도의 등장

1) 배경

영국의 국민보건서비스 제도는 혁명적으로 생겨 난 것이 아니라 1911년의 국민보험법 계승하고 기존제도의 점진적인 발전의 결과이다. 영국의 의료는 빈곤의 구제라는 전통에 뿌리를 두고 있다. 1911년 입법된 국민건강보험은 중하위층의 저소득 근로자를 위한 것으로 14세 이상 인구의 약 1/2정도가 가입되었고 저소득자는 구법법에 의하여 여전히 보호를 받았다. 영국의 국민보험제도는 참가한 의사나 대상 근로자 모두에게 불만의 대상이었다. 참가 의사들의 불평은 낮은 수가, 즉 제공되는 서비스의 질에 관계없이 동일한 수가가 설정 최소한의 질만이 유지될 뿐이었음. 일반 근로자들의 불평은 국민건강보험의 형평성 문제 즉 건강보험조합을 인가 조합으로 함에 따라 건강한 근로자만 가입시키는 문제에 기인하다. 또 다른 문제는 보험적용 환자에 대한 서비스가 자비부담환자에 대한 서비스에 비해 질적으로 떨어진다는 일반 국민들의 믿음이다. 이러한 이유로 1920, 30년대에 걸쳐 영국에서는 국민보험제도에 대한 끊임없는 개혁 요구 있었다.

2) 1946년 NHS 입법화

1945년 집권한 노동당 정부의 보건부 장관 비번(Bevan)이 의사들을 설득 국민보건서비스 제도(NHS) 입법화 성공한다. 사회보험형태로 의료비의 재원을 조달하는 NHI제도가 아니라 국가의 일반재정으로 의료재정을 조달하는 NHS제도로 전환한 것이다.

3) 영국식 국민보건서비스의 확산

뉴질랜드가 1938년 처음 채택하였고, 1946년 영국이 시행하였으며, 그 뒤 이탈리아, 그리스, 스페인 그리고 남미에서는 니카라과가 국민보건서비스 제도를 채택하였다.

5. 의료보장의 유형

가. 의료보험방식(National Health Insurance)

보험방식을 이용한 의료보험방식은 비스마르크(Bismarck)형 의료보장제도라고 하는데, 개인의 기여를 기반으로 한 보험료를 주재원으로 하는 제도이다. 사회보험 재원의 낭비를 줄이기 위하여 수진시에 본인일부부담금을 부과하는 것이 특징이며 독일, 우리나라, 프랑스, 일본 등이 대표적인 국가이다.

나. 국가보건서비스(National Health Service)

일명 조세방식, 비버리지(Beveridge)형 의료제도라고 하며, 국민의 의료문제는 국가가 책

임제야한다는 관점에서 조세를 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 의료 보장방식이다. 의료기관의 상당부분이 사회화 내지 국유화(영국, 스웨덴, 이태리)되어 있고, 대체로 본인일부부담금의 비율이 적어서 무료의료(free medical care)를 지향하는 경우가 많다. 부담의 형평이라는 측면에서는 사회보험형보다 우수하지만, 의료의 질 저하 및 관리 운영상의 비효율이 나타날 수 있다.

<의료보험방식(NHI)과 국가보건서비스(NHS)방식의 비교>

구 분	의료보험방식(NHI)	국가보건서비스방식(NHS)
기 본 이 념	- 의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임 의식 견지(국민의 정부의존 최소화)	- 국민의료비에 대한 국가책임견지(국민의 정부의존 심화)
적 용 대 상 관 리	- 국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분 관리(극빈자는 별도 구분)	- 전국민을 일괄 적용(집단구분없음)
재 원 조 달	- 보험료, 일부 국고지원	- 정부 일반조세
진 료 보 수 산 정 방 법	- 행위별수가제 또는 총액 계약제 등	- 일반 개원의는 인두제, 행위별수가제 - 병원급은 의사 봉급제
관 리 기 구	- 보험자(조합 또는 금고)	- 정부기관(사회보장청 등)
채 택 국 가	- 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본 등	- 영국, 스웨덴, 이태리, 캐나다 등
국민의료비	- 의료비 억제기능 취약	- 의료비 통제효과가 강함
보 험 료 형 평 성	- 보험자내 보험료 부과의 구체적 형평성 가능 - 보험자가 다수일 경우 보험자간 재정불균형 발생우려	- 조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과 강함(선진국) (단, 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역진 초래)
의료서비스	- 상대적으로 양질의 의료제공 - 첨단의료기술 발전에 긍정적 영향	- 의료의 질 저하 초래 - 입원대기환자 급증 ·개원의의 입원의료 낭비
연 대 의 식	- 가입자간 연대의식 강함	- 가입자간 연대의식 희박
관 리 운 영	- 보험자중심 자율운영 (대표기구를 통한 가입자의 조합운영 참여보장) - 직접 관리운영비 소요 (보험료 징수 등)	- 정부기관 직접관리 (가입자의 운영참여 배제) - 직접 관리운영비 부분적 축소 (보험료 징수비용이 조세관리비용으로 전가)

참고문헌

1. 이규식 지음, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2002
2. 문옥륜 지음, 의료보장론, 신광출판사, 200
3. 찰스 노만드 지음, 서울대학교의과대학 율김, 의료보장의 기초이론, 한울, 1996

Ⅲ. 건강보험제도

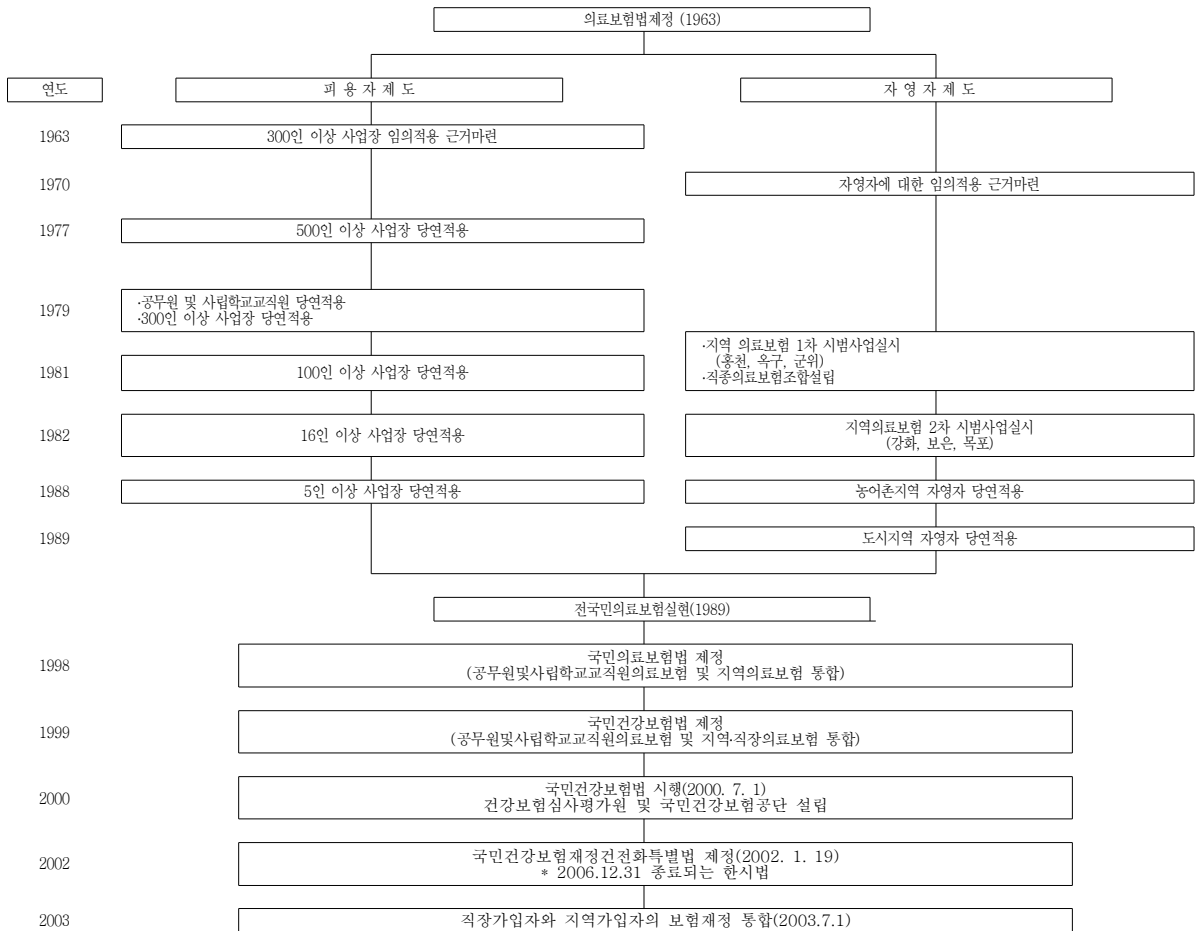
1. 목적 및 연혁

가. 목 적

국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다(국민건강보험법 제1조).

따라서, 건강보험제도는 의료비용뿐만 아니라 건강증진 및 예방서비스의 보장을 약속하므로 국민의 건강 그 자체를 보장하려는 보다 적극적인 개념이다.

나. 제도의 연혁



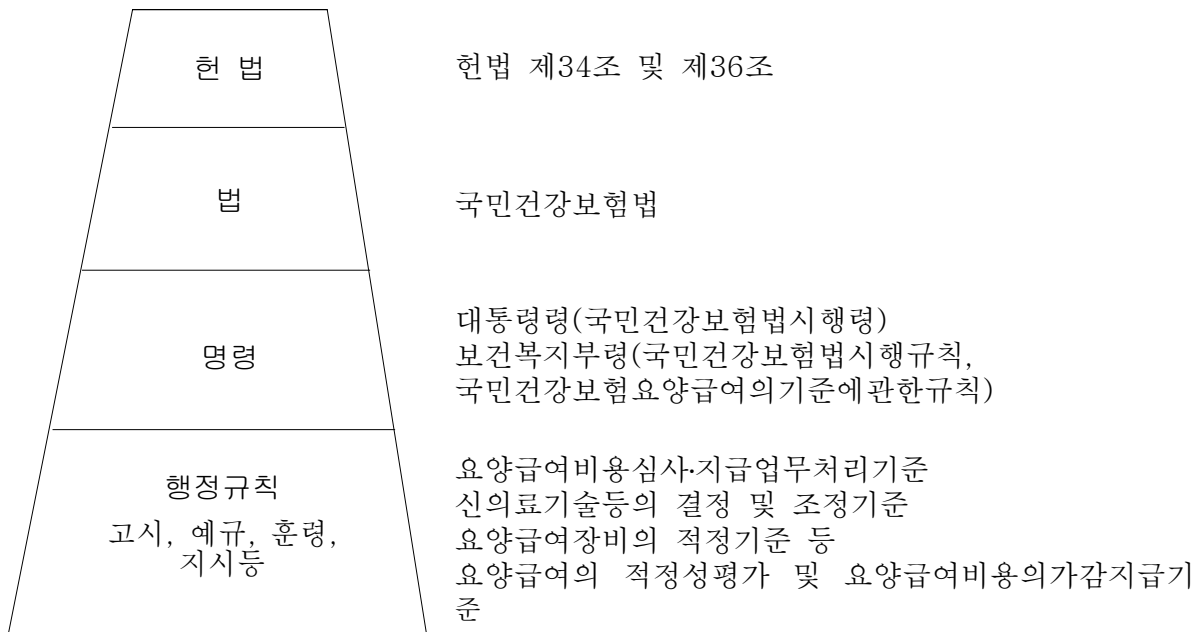
< 건강보험제도의 연혁 >

다. 근거법령의 체계

헌법 제34조(사회보장 등) 및 36조(국민보건)에서 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 이를 실현하기 위한 국가의 사회보장·사회복지증진에 노력할 의무 및 국민의 보건에 관한 국가의 보호를 규정하고 있다.

사회보장기본법에서 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의하여 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도로써 사회보험제도를 규정하고 있다.

국민건강보험법에 의하여 국민건강보험제도를 실시하고 있으며 건강보험의 실시목적, 관장부서, 적용대상 및 보험료 부담의무, 건강보험심사평가원 설립 및 권리구제 방법 등이 규정되어 있다.



< 건강보험관련 법령의 체계 >

2. 특 성

가. 강제적용

보험가입을 기피할 경우 국민상호간 위험부담을 통하여 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 건강보험제도의 목적 실현이 어렵다. 역으로 질병위험이 큰 사람만 보험에 가입할 경우 보험재정이 파탄되어 원활한 건강보험 운영이 불가능하게 된다.

나. 부담능력에 따른 보험료의 차등부담 (형평부과)

민간보험은 사법상의 법률관계에 따라 사적계약에 의하여 보험관계가 이루어지기 때문에 급여의 내용, 위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담 하지만, 사회보험방식인 건강보험에서는 사회적인 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하려는 것이 목적이므로 소득수준 등 보험료부담능력에 따라 차등적으로 부담한다.

다. 보험급여의 균등한 수혜

민간보험은 보험료 부과수준, 계약기간 및 내용에 따라 차등급여를 받지만 사회보험은 보험료부담수준에 관계없이 관계법령에 의하여 의료요구에 따라 보험급여가 이루어진다.

라. 보험료 납부의 강제성

가입이 강제적이라는 점에서 강제보험제도의 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게는 보험료 납부의 의무가 주어지며, 보험자에게는 보험료징수의 강제성이 부여된다.

마. 책임주체는 국가

사회보장제도인 건강보험은 민간보험과 달리 원칙적으로 국가가 설립하고, 운영·관리하는 것이다. 사회보장에 있어서 국민생활의 원조·보장정책·제도의 채택·실시여부는 국가의 본래적 임무이고 법적 책임이라는 점에서 건강보험의 대상, 범위, 내용이나 수준에 대하여도 전국민에 대하여 인간적인 생활수준을 보장할 책임은 국가에게 부여되어 있는 것이다. 즉, 건강보험은 종국적으로 국가가 국민의 생활에 강제적으로 개입하여 관여하게 된다는 점에서 국가가 건강보험을 국가에 의하여 관리 운영해야 할 필연성이 있다.

바. 단기보험

건강보험은 연금보험과는 달리 1년 단위의 회계연도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하며 지급조건과 지급액도 보험료 납입기간과는 상관이 없고 지급기간이 단기간에 이루어지는 보험이다.

3. 내 용

가. 건강보험과 의료보험

다보험자 방식으로 운영되고 있던 의료보험관리체계를 운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방·건강증진 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스를 제공

하여 국민건강의 향상을 도모하기 위하여 단일보험자로 통합운영하고 있다. 이를 위한 국민건강보험법이 1999년 2월 8일 제정되어 2000년 7월에 통합 건강보험제도가 탄생하였다. 의료보험이나 건강보험은 모두 질병 등의 발생을 보험방식으로 해결하는 제도로서 국민건강을 보호하기 위하여 요구되는 의료서비스를 국가나 사회가 사회보험의 원리를 동원하여 제도적으로 제공하는 것을 말한다. 다만 의료보험(Medical Insurance)은 상병 자체를 치료하는데 소요되는 비용이나 의료서비스를 제공하는 것을 내용으로 하는 의료비 보장에 가까운 개념이라면, 건강보험(Health Insurance)은 단순한 상병 등을 치료하는 것뿐만 아니라 질병·부상을 예방하고 건강증진을 도모하는 적극적인 방향의 개념이다.

나. 보험제정

건강보험의 재원은 보험료와 국고지원금 및 국민건강증진기금에서의 지원금, 기타 수입금으로 구분된다. 보험료는 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 분만, 사망 등의 보험사고에 대하여 보험급여의 실시에 필요한 재원을 충당하기 위하여 피보험자 및 사용자 등으로부터 징수하는 부담금을 말한다. 즉 건강보험사업에 소요되는 비용을 충당하기 위하여 보험자가 가입자로부터 각출하는 금액을 말한다.

다. 보험급여

보험급여란 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 현물 또는 현금의 형태로 제공하는 서비스를 말한다.

보험급여의 종류에는 현물급여 및 현금급여가 있다. 현물급여로서는 요양급여 및 건강검진이 있으며, 요양급여라 함은 가입자 및 피부양자에게 질병·부상이 발생하거나, 가입자 및 피부양자가 출산을 하게 되는 경우에 요양기관을 통하여 요양을 제공하게 되는 것을 말한다.

국민건강보험법상 요양급여에는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술·기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등이 포함된다. 이러한 요양급여의 경우 요양기관이 제공한 진료에 대한 댓가인 진료비 청구는 요양기관이 공단에 직접 하는 것이 아니라 요양기관이 심사평가원에 청구하도록 되어 있으며, 심사평가원은 진료비 심사후 그 결과를 각각 요양기관과 공단에 통보하고, 공단은 심사평가원에서 통보된 심사결과를 토대로 요양기관에 진료비를 지급하게 되는 심사·지급 절차가 있다.

건강검진은 자각증상이나 질병이 없는 상태에서 사전에 질병을 예방하는 건강예방행위로 질병에 걸릴 가능성이 있는 개인 또는 집단에 대하여 건강검진을 실시하여 질병을 조기 발견 및 치료함으로써 국민의료비를 절감하고 건강을 증진시키기 위한 예방보건사업이다.

1) 요양비(출산비 포함)

가입자 또는 피부양자가 긴급, 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관에서 제외되는 의료

기관 등에서 질병, 부상, 출산 등에 대하여 요양을 받거나 출산을 한 경우에 지급된다. 현재 요양비는 만성심부전증 환자에 대하여 약가기준액의 범위내에서 실구입비용의 80%를 지원하며, 출산비는 2006년 11월1일 이전 출생시 첫 번째 자녀의 경우 76,400원, 두 번째 이후 자녀에는 71,000원이 지급되며, 2006년 11월1일 이후 출생시 250,000원을 지급한다.

2) 장제비

가입자 또는 피부양자가 사망한 경우에 그 장제를 행한 자에게 지급하는 급여로서 250,000원이 지급된다.

3) 본인부담액보상금

본인부담액보상금제도는 병·의원에서 진료를 받고 납부한 법정 본인부담금이 30일에 120만원을 초과한 경우 그 초과금액의 50%를 보상하는 제도이다.

4) 본인부담상한제

본인부담상한제는 6월간 진료비를 합산하여 환자 법정본인부담금이 200만원을 넘는 경우, 초과진료비를 보험자가 전액 부담하는 제도를 말한다. 이는 고액·중증질환에 대한 건강보험의 보장성을 강화하여 가계파탄 등을 방지하는 등 가계의 어려움을 덜어주기 위한 목적으로 2004. 7. 1부터 시행되고 있는 제도이다.

5) 장애인보장구급여비

장애인보장구급여비는 장애인등록법에 의하여 등록된 장애인 가입자 및 피부양자에게 보장구에 대하여 보험급여가 실시되고 있다. 보장구 구입금액이 유형별 기준액 이내인 경우 실 구입액의 80%를, 보장구 구입금액이 유형별 기준액을 초과하는 경우 기준액의 80%를 지급한다.

라. 진료비 본인일부부담금

진료비 본인일부부담금제도란 가입자 및 피부양자가 요양기관에서 요양급여를 받은 경우에 그 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하는 제도이다. 여기에서의 본인일부부담금이란 요양급여기준에서 정한 요양급여범위에 해당하는 비용 중 본인이 부담하는 금액을 말하며, 환자가 요양기관에 실질적으로 납부하는 비용(흔히 말하는 임의 비급여비용)과는 다른 개념이다.

마. 관리기구

건강보험의 관리기구로서는 심사평가원과 공단이 있다. 심사평가원은 건강보험 가입자인 환자들이 요양기관에서 진료받은 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성에 대한 평가, 심

사 및 평가기준의 개발, 요양급여대상여부 확인, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여 비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무 등을 수행하고 있다. 특히 심사평가원이 수행하고 있는 심사, 평가업무외에 2002. 12. 18일 국민건강보험법이 개정되면서 신설된 「요양급여의 대상여부 확인 신청제도」(국민건강보험법 제43조의 2)는 의료 소비자인 국민들이 의료기관에서 진료받고 지불한 비용이 과다하다고 생각되거나, 비급여대상으로 진료받은 내역이 건강보험 적용대상에 해당되는지 여부가 궁금할 때 심사평가원에 확인을 신청하는 제도로 이 제도를 통하여 국민에게 되돌려 준 금액이 2006년에 약 21억 원에 이르고 있다.

공단은 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 기타 건강보험법에 의한 징수금의 부과·징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업, 보험급여비용의 지급, 자산의 관리·운영 및 증식사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육·훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 및 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무를 심사평가원과의 협조 및 보건복지부의 지도 감독하에 수행하고 있다.

IV. 참고사항

1. 의약분업제도

가. 개 요

1) 의 의

의약분업제도는 의약품을 전문가의 지도·감독이 필요한 전문의약품과 안전성이 확보된 일반의약품으로 분류하여 전문의약품은 소비자가 의사의 처방에 의하여 약국에서 조제투약 받을 수 있도록 하는 제도이다. 이 제도의 도입·시행으로 의사는 처방전을 발행하고 약사는 처방전에 따라서만 의약품을 조제토록 함으로써 의사와 약사의 역할을 명확히 하였고, 진료와 처방은 의사에게, 조제와 투약은 약사에게 각각 받음으로써 보다 전문적인 보건의료서비스 혜택을 받을 수 있게 되었다.

전 국민 건강보험제도가 실시됨으로 인하여 의약품 전달방식과 의료인과 약사간의 의약품 공급기능의 분화가 초래된 셈이다.

2) 의약분업제도의 기본원칙

의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방하고, 약사는 의사의 처방전에 의하여 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 하며, 의사는 또한 외래환자에 대하여 원외처방전을 발행하여야 하고, 약국의 약사만이 원외처방전에 의한 조제를 할 수 있다. 약국개설자는 의사의 처방전에 의하여 조제하는 경우를 제외하고는 전문의약품을 판매할 수 없으며, 종합감기약 등 처방이 필요없는 일반의약품은 의사의 처방전에 의하지 아니하고 판매할 수 있다.

3) 의약분업제도의 필요성

(가) 의약품 오남용 예방

- ① 의약분업이 목표로 하는 가장 중요한 편익의 하나로서 이 제도를 통해 약국에서의 임의조제나 단순 구입을 통해 의약품을 사용하는데 따르는 의약품 오남용을 감소시킬 수 있다.
- ② 약국에서의 임의조제나 단순구입을 통한 항생제, 주사제, 스테로이드제제 등의 사용이 제한되면서 이들 의약품의 전체적인 사용량을 감소시킨다.
- ③ 의사들의 처방이 공개되면서 의사가 항생제와 기타 의약품의 과도한 처방을 자제할 것이며, 이에 따라 의사의 처방을 통한 항생제 등의 사용량도 감소하는 효과가 있다.

(나) 의사와 약사 직역간 분업화에 따른 서비스 향상 및 환자의 알 권리 확대

- ① 의사와 약사간 직역간 분업화와 전문화가 이루어지고 의사의 처방전이 약사에게 공개되면서 의사는 가능한 한 적절한 처방을 내리려는 동기가 발생한다.
- ② 약사는 임의조제가 금지되면서 환자에 대한 약력관리 및 복약지도에 보다 많은 시간과 노력을 집중할 수 있게 됨으로써 소비자에 대한 의약서비스의 질이 향상될 수 있다.
- ③ 의사의 처방전이 공개되면서 전통적으로 의료시장의 특징으로 지적되고 있는 정보의 비대칭성(asymmetry)을 완화하고 환자의 정보 접근도를 제고하는 효과가 있다.

(다) 주요 질병의 조기 발견 및 지속적 건강관리

- ① 의약분업이 실시됨에 따라 약국에서 임의조제나 단순구입을 통해 의약품을 사용하던 환자들이 의료기관을 이용하게 됨으로써 전체적인 의료이용이 증가하지만,
- ② 이러한 의료이용의 증대는 이에 따른 직접적인 의료비 지출의 증가를 수반하는 반면, 중증질환의 조기발견과 만성질환자의 건강관리의 지속성을 증대시킨다는 편익을 발생시킬 수 있다.

(라) 제약산업의 발전 및 의약품 유통 개선

- ① 의료기관의 경우 약가마진 등 이윤동기가 사라짐으로써, 의사들이 의약품의 가격보다는 품질위주로 의약품을 선택하게 되고, 이에 따라 제약업체들이 의료기관에 대한 영업활동보다는 R&D 투자를 확대하는 등 제약산업 발전에 기여할 수 있다.
- ② 제약업체들이 광고관축을 축소하면서 약국들이 제약업체보다는 도매업체를 통해 의약품을 조달하는 등 의약품 유통체계가 정상화되는 데 기여할 수 있다.

4) 의약분업 실시에 따른 건강보험 여건 변화

가) 국 민

의약분업 시행초기에 환자는 의료기관과 약국을 이중으로 이용하게 됨에 따라 의료이용에 따른 번거로움, 교통비용, 이동시간 및 진료비 추가부담이 발생하여 불편을 호소하였다. 그러나 이제는 제도자체에 거의 적응하였으며, 장기적으로는 의약품 오남용 감소에 따른 약품비 감소, 의약품 오남용 예방에 따른 건강 증진 효과, 질병의 조기진단 및 치료에 따른 건강 증진, 처방내역 공개에 따른 환자의 알 권리 충족 등을 통한 국민건강 증진 효과가 기대된다.

나) 의료공급자

의사와 약사 모두 고유업무인 처방과 조제에 전념하게 됨에 따라 전문성을 높일 수 있으며, 의료기관내에서 외래환자를 위한 의약품을 취급하지 않기 때문에 의약품 구매 및 관리 등에 관련된 인건비 등의 비용을 절감할 수 있고, 약국에서 전문의약품을 구입하여 사용하던 환자들이 의료기관을 방문하는 횟수가 늘어나게 된다. 의사의 경우 처방전 발행과 그에 따른 진료내용 공개, 약사의 경우 처방전에 의하지 않는 직접조제의 금지로 의료기관 약국의 진료비 및 약제비 청구 방법이 크게 달라졌다. 이러한 의사와 약사의 전문영역에 대한 역할 조정과 절차의 조정으로 국민건강 증진을 기대할 수 있게 되었다.

다) 보험자

제도실시 초기에는 의사의 원외처방료 및 약사의 조제료 추가지급과 약국이용자의 의료기관 방문에 따른 진료비 추가지급 등으로 건강보험 재정이 증가되었으나 장기적으로 의약품 오남용의 예방에 따른 사회적 비용의 절감 및 약제비의 감소 등으로 재정절감에 기여할 것으로 기대된다.

라) 진료비심사기관(심사평가원)

의약분업시 현행 진료비 청구명세서가 진료비 부분과 약제비 부분으로 나뉘어져 진료비부분은 병·의원에서, 약제비 부분은 약국에서 심사평가원에 진료비(약제비)를 청구하게 되어 보험진료비(약제비) 심사물량이 크게 증가하게 되었다.

또한, 심사평가원은 의약분업 실시와 관련한 의약품사용평가시스템 구축, 의약품 거래내역 자료 및 청구내역 연계분석을 통한 의약분업 평가 및 위반사례 점검, 항생제, 주사제 사용량 점검 등 의약분업의 조속한 정착을 위한 다양한 활동을 전개하고 있다.

2. 진료비 지불제도

가. 의 의

진료비 지불제도란 의료보장제도하에서 보험자 또는 정부가 진료의 대가로 의료공급자에게 진료비를 지불하는 방식을 말한다. 일반적으로 지불제도는 의료의 질, 진료비용, 진료비 심사 및 관리방식에 영향을 미치게 된다.

나. 유 형

1) 행위별수가제 (fee for service)

행위별수가제는 의사가 실제로 제공한 의료서비스의 양에 따라 진료에 소요된 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고, 의사가 제공한 의료행위 하나하나마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지급하는 방식이다. 가장 보편적이고 시장접근적인 방법으로서 전문의의 치료 방식에 적합한 방식이다.

행위별수가제도는 전문의 제도와 아울러 의료인들의 의료장비 및 기술개발에 경쟁적인 유인책을 제공할 수 있기 때문에 의학기술의 발달, 현대 첨단과학기술을 응용한 고급의료 서비스의 개발에 유리하다.

2) 인두제(capitation)

인두제는 문자 그대로 의사가 맡고 있는 환자 수, 즉 자기의 환자가 될 가능성이 있는 일정지역의 주민 수에 해당하는 보수를 사전에 결정하여 지급받는 방식이다. 주민이 의사를 선택하고 등록을 마치면, 등록된 주민이 환자로서 해당 의사의 의료서비스를 받든지 안 받든지 간에 보험자 또는 국가로부터 각 등록된 환자 수에 따라 일정 수입을 지급 받게 된다. 인두제는 기본적으로 비교적 단순한 1차 보건의료에 흔히 적용되고, 의료전달체계의 확립이 선행되어야 하며, 영국의 일반가정의에게 적용되는 방식이다.

3) 봉급제(salary)

봉급제란 의료인들에게 그들 각자의 근무경력, 기술수준, 근무하는 의료기관의 종별 및 직책에 따라 보수수준을 결정하고 그에 따라 월 1회 또는 일정기간에 한 번씩 급여를 지급하는 방법을 말한다. 영국과 같은 국영의료체계의 병원급 의료기관의 근무의에게 주로 적용되는 방식이다.

4) 포괄수가제(case payment)

포괄수가제는 각각의 의료행위가 기준이 아니고, 건(case)별로 사전에 정해진 진료비를 지불하는 방식으로 질병군별로 미리 책정된 진료비를 지급하는 DRG (Diagnosis Related Groups)방식이 대표적이다. 미국에서 의료비의 급격한 상승을 억제하기 위하여 1983년부터 DRG에 기초를 둔 선불상환제도로 개발하여 연방정부가 운영하는 메디케어 환자의 진료비지급방식으로 사용되고 있다. 의료비용의 사전예측이 가능하며, 때문에 장기입원에 대한 인센티브를 제거할 수 있다.

5) 총액계약제(global budget)

일정 기간동안 공급자가 제공하는 의료서비스에 대한 총비용을 사전에 책정하여 지불하는 제도이다. 독일의 경우 보험자단체와 의사단체(보험협회)간에 국민에게 제공되는 외래 의료서비스에 대한 진료비 총액을 추계·협정한 후, 사전에 결정된 진료비총액을 의사단체에 지급하고 있으며, 대만에서도 총액계약방식을 채택하고 있다.

총액예산제는 예산의 전체적인 규모나 공급자간 배분규칙을 정함에 있어 공급자와의 협상에 중점을 두는 경우 총액계약제(독일의 외래부문), 정부나 보험자의 일방적인 규제에 의한 배분에 중점을 두는 경우 총액예산제(유럽의 병원부문)로 구분할 수 있다.

6) 일당진료비 방식(daily charge or per diem fee)

주로 병원의 입원진료에 적용되는 방식으로 투입자원이나 서비스강도의 차이를 두지 않고 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비총액이 결정되는 방식이다. 우리나라의 경우 요양병원수가에 진단명을 반영한 일당 정액제를 적용하고 있다.

< 진료비 지불방식의 장·단점 비교>

지불방식	장 점	단 점
행위별수가제 (fee for service)	<ul style="list-style-type: none"> ·환자에게 충분한 양질의 의료서비스 제공가능 ·신의료기술 및 신약개발 등에 기여 ·의료의 다양성이 반영될 수 있어 의사의료기관의 제도 수용성이 높음 	<ul style="list-style-type: none"> ·환자에게 많은 진료를 제공하면 할수록 의사 또는 의료기관의 수입이 늘어나게 되어 과잉진료, 과잉검사 등을 초래할 우려가 있음 ·과잉진료 및 지나친 신의료기술등의 적용으로 국민의료비 증가 우려 ·수가구조의 복잡성으로 청구오류, 부당청구 우려
포괄수가제 (case payment)	<ul style="list-style-type: none"> ·경영과 진료의 효율화 ·과잉진료, 의료서비스 오남용 억제 ·의료인과 심사기구나 보험자간의 마찰 감소 ·진료비청구방법의 간소화 ·진료비계산의 투명성 제고 	<ul style="list-style-type: none"> ·비용을 줄이기 위하여 서비스제공을 최소화하여 의료의 질적수준 저하와 환자와의 마찰 우려/조기퇴원 ·DRG코드조작으로 의료기관의 허위/부당청구 우려 ·의료의 다양성이 반영되지 않으므로 의료기관의 불만이 크고 제도수용성이 낮음
봉급제 (salary)	<ul style="list-style-type: none"> ·영국의 NHS와 같은 국영의료체계에서 적용 	<ul style="list-style-type: none"> ·개인적 경제적 동기가 적어 진료의 질을 높인다거나 효율성 제고 등의 열의가 낮음 ·관료화, 형식주의화, 경직화 등 우려, 진료의 질적 수준 저하
인두제 (capitation)	<ul style="list-style-type: none"> ·진료비 지불의 관리운영 편리 ·지출비용의 사전예측 가능 ·자기가 맡은 주민에 대한 예방의료, 공중보건, 개인위생 등에 노력 ·국민의료비 억제가능 	<ul style="list-style-type: none"> ·의사들의 과소진료 우려 ·고급의료, 최첨단 진료에 대한 경제적 유인책이 없어 신의료기술의 적용 지연 ·중증질환환자의 등록기피 발생우려
총액계약제 (global budget)	<ul style="list-style-type: none"> ·과잉진료.과잉청구의 시비가 줄어들게 됨 ·진료비 심사조정과 관련된 공급자불만이 감소됨 ·의료비지출의 사전예측이 가능하여 보험재정의 안정적 운영가능 ·의료공급자의 자율적 규제가능 	<ul style="list-style-type: none"> ·보험자 및 의사단체간 계약체결의 어려움 상존 ·전문과목별, 요양기관별로 진료비를 많이 배분받기 위한 갈등유발소지 ·신기술 개발 및 도입, 의료의 질 향상 동기가 저하되며, 의료의 질관리가 어려움(과소진료의 가능성)

<주요국의 진료비 지불방식 비교>

구 분	의 원 급	병 원 급
한 국	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 -일부 DRG실시
독 일	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 총액계약제 -보험자단체와 보험의협회가 진료비 총액을 연간계약하고 그 총액을 보험의협회에 일괄지불 -보험의협회에서 개개 의사에게 수가표를 기준으로 행위별수가제로 지불 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 입원비용 -특정의 요양에 대하여 건당 포괄수가제(DRG),특정요양비 제도 등 실시 ◦ 상기이외의 환자: 1일당 정액 진료비 (병원별 총액예산) ◦ 자본조달비용 -주정부 보조
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 선불상환방식에 의한 행위별수가제 (총액규제실시) -의사조합과의 전국협약을 통해 총액범위내의 외래진료비 지급 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 공적병원 -총액계약제(1984년 ~) ◦ 민간병원 -환자1일당 입원료로서 정액지불 (일부진료에 대한 포괄불제 실시)
일 본	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 - DRG 시범사업중
대 만	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 총액계약제 -치과외래('98.7), 한방(2000.7) -의과외래(2001.7), 병원(2002.7) ◦ 인두제, 포괄수가제 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 -일부 포괄수가제 실시
미 국	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행위별수가제 -진료보수표에 의거 상대가치수가 (RBRVS)방식으로 지불 ◦ 인두제 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ DRG
영 국	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 인두제 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 병원근무의는 공무원으로서 봉급제 ◦ 독립채산방식의 병원운영