

# 보편적 건강보장 실현을 위한 성과와 과제



권순만 교수  
서울대학교 보건대학원

## 1. 들어가며

최근 공표된 SDG(Sustainable Development Goal)에서도 나타났듯이 전국민건강보장(Universal Health Coverage, UHC)은 보건의료 분야의 핵심적인 개발 의제로 합의되었다. UHC는 단순히 보건의료 부문의 자원체계를 도입 정착하는 것만이 아니라 양질의 보건의료서비스에 대한 접근을 보장하기 위한 보건의료체계의 제반 혁신을 의미하는 포괄적인 개념이다. 예를 들어 건강보장제도가 도입된다고 하더라도 서비스제공체계, 인력, 의약품 등이 제대로 갖추어지지 않는다면 국민들이 양질의 보건의료서비스를 이용할 수 없으니 전국민건강보장을 달성할 수 없는 것이다.

저소득국가의 보건의료체계 특히 건강보장체계는 과중한 본인부담금, 분절된 체계, 낭비와 비효율성, 정부의 정책적 의지와 기술적 역량 부족 등의 복합적 문제를 안고 있다. 이들 나라에서 공공병원은 이론적으로는 무료로 서비스를 제공한다고 하지만 현실적으로는 다양한 형태의 비공식본인부담금이 존재하고, 또 공공의료기관에는 의약품이 제대로 구비되어 있지 않기 때문에 환자들이 의약품에 대해 많은 비용을 지불해야 한다. 그 결과 질병이 있어도 보건의료서비스를 이용하지 못하거나, 보건의료서비스를 이용하더라도 과도한 의료비가 발생하거나 그로 인해 가난하게 되는 사례(impoverishment)들이 많이 발생하고 있다. 본고에서는 UHC 실현을 위한 성과와 과제를 자원 조달, 자원의 풀링(pooling), 급여제도(benefits coverage), 진료비지불제도, 서비스제공체계와 인력, 거버넌스(governance) 차원에서 살펴보고자 한다.

## 2. 자원 조달

대부분의 저소득국가에서 전체 GDP 중 보건의료비용이 차지하는 비중은 매우 낮다. 예를 들어 미얀마와 라오스의 경우 보건의료비용이 전체 GDP의 2%에 미치지 못한다[그림 1]. 과연 적절한 보건의료비 지출의 규모가 GDP의 몇 %인가에 대해서는 정답이 없지만, 위 두 나라는 전체 보건의료비용의 규모를 더 높이는 노력이 필요할 것이다.

단순히 보건의료비의 총 규모만이 중요한 것이 아니라 보건의료 재원의 구성, 구체적으로 공적 자원(즉 조세 혹은 사회보험(공공보험)과 민간자원(본인부담금, 민간보험)의 상대적 비중도 매우 중요하다. 대부분의 저소득국가에서는 민간보험의 역할이 제한적이므로 민간보건의료의 대부분은 환자본인부담금으로 구성된다. 따라서 공적재원의 비중이 낮을수록(본인부담의 비중이 높을수록) 보건의료에 대한 접근성은 제한될 수밖에 없다. [그림 1]에 제시된 국가들의 경우 태국과 부탄을 제외하면 대부분의 국가에서 공적재원의 비중이 전체 보건의료비용의 절반을 넘지 않는다.

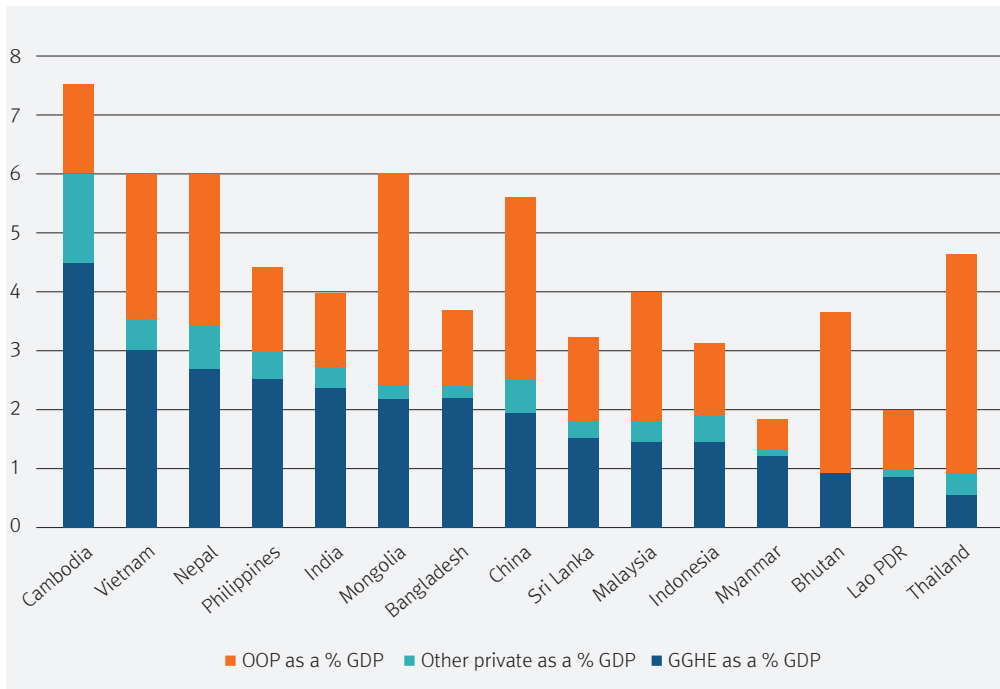


그림 1. 건강보장 재원의 규모와 구성 (GDP중 %), 2013

자료: WHO Global Health Expenditure database, 2015.

나아가 공적재원의 경우에도 조세와 사회보험 중 어느 재원이 더 큰 역할을 할 것인가가 중요한 과제이다. 최근 많은 저소득국가에서 공공건강보험제도를 도입하고 있는데, 보험료를 활용해 국가의 재정부담을 줄일 수 있다는 기대 역시 중요한 역할을 하고 있다. 그리고 건강보험조직을 구매자(purchaser)로 활용함으로써 기존 공공병원체계의 개혁을 꾀하는 것 역시 중요한 목적 중의 하나이다. 하지만 빈곤층이 국민의 30-40%를 초과하는 많은 저소득국가들의 현실을 고려하면 순수하게 보험료에 기반한 제도는 성공할 가능성이 현실적으로 낮다. 베트남이나 필리핀의 경우를 보면 비공식부문(informal sector) 근로자에 대한 건강보험의 확대는 진전이 매우 더디다. 그렇다고 순수하게 조세에 기반한 제도 역시 현실성이 낮다. 많은 저소득 국가에서는 기본적으로 소득세 체계가 제대로 갖추어져 있지 않다. 또 소득세가 그리 누진적이지도 않고 전체 조세에서 소득세의 비중이 낮은 결과, 조세에 기반한 건강보장제도가 갖는 장점인 (재원조달의) 형평성이 실제로는 높지 않다. 또 공공의료체계가 상당 부분 제대로 작동하고 있지 않아서, 조세에 기반해 예산을 공공병원에 배정해 주고 공공병원이 효과적으로 서비스를 제공하는 이른바 공급측기반 재원체계 (supply-side financing)의 효과성 또한 낮다(Kwon, 2011).

따라서 저소득국가에서는 조세와 보험을 결합한 건강보장체계가 효과적인 대안이다 (Kutzin, et al., 2009). 그런 의미에서 태국의 제도는 많은 교훈을 주고 있는데, 이는 주된 재원은 조세이지만 제도의 운영은 보험제도의 구매 기능을 활용하고 있다는 점이다. 즉 공식부문 근로자를 제외한 빈곤층과 비공식부문에 대해 정부가 보험료를 납부(즉 전액 보조) 해주고 보험자가 구매자로서 역할을 수행한다. 공공병원의 주된 재원은 조세이지만 이것이 공공병원에 대한 직접 예산 배분의 형태가 아니라 보험자를 통해 공공병원에 지불되는 것이다. 최근 건강보험을 빠르게 확대하고 있는 중국의 비결 역시 자영자 건강보험료에 대한 정부의 보조로 볼 수 있다(Tang, 2014).

### 3. 재원의 풀링 (Resource Pooling)

일반적으로 다수의 보장제도로 이루어진 보건의료체계는 효율성과 형평성에 있어 한계를 가진다. 건강보장제도가 다수인 경우 각기 다른 보장체계별로 다른 급여체계와 다른 보험료 체계를 가지고 있어서 제도간 형평성의 문제가 발생할 수 있다. 또 복수의 보장체계에서는 관리운영비용이 높아지고 위험분산(risk pooling)의 효율성이 낮으며 의료공급자에 대한 협상력이 낮아질 가능성이 높다. 따라서 보장제도간의 통합을 추진하는 것이 국제적

추세이며, 최근 인도네시아는 기존의 건강보험자들을 통합하여 단일 보험자인 BPJS를 출범한 바 있다(Harimurti, et. al., 2013). 하지만 제도의 초기에는 다수의 보험자로 시작하는 것이 제도의 확산에 더 효과적일 수도 있으므로 다수의 보험자로 시작한다면 보험자 간 보험료와 급여의 차이를 최소화하는 것이 바람직하다. 한국의 사례에서 보듯이 제도간 차이가 적을수록 추후 제도 통합의 가능성이 훨씬 높다(Kwon, 2015).

건강보장제도의 혜택을 받는 인구의 규모를 키우는 것이 재원의 풀링이라는 차원에서도 유리하다. 사회보험 방식을 통한 건강보장제도에서는 전통적으로 근로자들을 우선적으로 커버하고 이를 점진적으로 자영자나 비공식 부문으로 확대하는 방식을 택하였다. 하지만 저소득국가에서는 직장근로자에서 시작해 점진적으로 자영자로 확대하는 방식은 큰 한계를 가진다. 한국, 일본, 대만과 같이 빠른 경제성장에 힘입어 빈곤층과 비공식근로 부문이 감소한 경우와는 달리, 경제성장이 정체되고 비공식부문이 매우 큰 많은 저소득국가에서 비공식부문 근로자에 대해 보험료를 거두어 성공적으로 건강보험을 확대한 사례는 드물다(Kwon, 2009). 오히려 가용한 자원을 빈곤층과 비공식 부문에 우선적으로 배분하는 방식이 재원풀링에 있어서 형평성과 효율성을 높일수 있을 것이다.

## 4. 급여제도

건강보장제도의 급여는 보장성(financial protection)과 제도의 지속가능성(financial sustainability)을 결정짓는 중요한 요소이다. 급여가 너무 제한적이면 보장성이 낮아서 건강보장제도 본연의 목적을 달성할 수 없지만, 급여가 너무 광범위하면 제도의 재정에 있어 지속가능성이 낮아질 수 있다. 필리핀의 경우 건강보험 가입률이 70-80%에 이르지만 보장성은 30%에 머무르고 있는데 이는 급여의 범위가 제한적이어서 환자의 경제적 부담이 여전히 높기 때문이다(Romualdez Jr., et al., 2011). 우리나라 역시 건강보험의 낮은 보장성이 중요한 정책과제인데, 최근 암보장성 강화정책에 의해 급여가 확대된 결과 의료이용과 의료비용지출의 형평성이 증대된 것으로 나타났다(Kim and Kwon, 2014; 2015).

최근 신약과 신의료기술이 빠르게 도입되면서 의료비용을 높이고 있어서, 여러 나라에서는 경제성평가와 같이 명시적인 의사결정기준을 통해 비용과 효과를 평가하여 급여를 결정하는 경향이 늘어가고 있다. 하지만 많은 저소득국가에서는 아직도 급여의 범위가 사전에 명시적으로 정해지기 보다는 사후적으로 혹은 의료제공 과정에서 상황에 따라 정해지는 경우가 많이 존재한다. 객관적인 기준에 근거해 투명한 정책결정과정을 통해 급여를 결정

하기 위해서는 저소득국가의 기술적 역량과 정책적 의지가 필요할 것이다.

## 5. 진료비지불제도

의료공급자에 대한 진료비지불제도는 보건의료서비스의 질 그리고 보건의료비용을 결정짓는 매우 중요한 요소이다. 행위별수가제는 공급자로 하여금 의료서비스의 양과 강도를 높이는 유인을 제공하므로 비효율적이다. 비용-효과적인 진료비지불제도를 도입한다면 전국민건강보장의 목표를 더 빠르게 달성할 수 있고 건강보장제도의 지속가능성이 더 높아질 것이다.

아시아의 몇몇 나라들은 이미 행위별수가제 대신 진단명에 기준한 포괄수가제(Case-based Payment System)를 도입하였으며 여러 저소득국가에서도 포괄수가제에 많은 관심을 가지고 있다(Kwon and Shon, 2015). 조세형 건강보장제도를 가진 나라에서는 기존의 병원예산배분 체계가 병원간의 비용차이를 제대로 반영하지 못하면서 생기는 자원배분의 불형평성을 줄이기 위해 포괄수가제를 도입하고 있는 반면, 행위별수가제를 근간으로 했던 나라들에서는 의료비용절감과 의료자원배분의 효율성을 높이는 것을 주목적으로 포괄수가제를 도입하고 있다. 저소득국가들의 경우 포괄수가제를 도입하기 위해서는 진단분류와 원가회계 등의 체계를 유지할 수 있는 기술적 역량 역시 필요하다. 그리고 민간 의료공급자가 다수를 이루고 있는 나라에서는 포괄수가제 도입에 반대하는 공급자들의 저항을 효과적으로 극복하는 정치적 전략이 필요할 것이다.

## 6. 서비스 제공체계와 인력

아무리 건강보장제도가 갖추어졌다 하더라도 보건의료서비스를 제공하는 인력과 시설이 잘 작동하지 않으면 UHC의 목표는 달성되기 어렵다. 이러한 의미에서 일차보건의료(primary health care)의 중요성은 더욱 커진다. 일차보건의료체계가 잘 갖추어지면 보건소나 의원이 양질의 서비스를 제공하여 불필요한 병원급 의료기관이나 고도의 전문화된 의료서비스를 이용할 필요가 없어서, 의료체계의 비용-효과성이 높아지고 이는 지속가능한 전국민건강보장제도의 바탕이 될 것이다.

반면 일차보건의료서비스의 질이 낮다면, 건강보장제도의 확대에 따라 경제적 부담이 감소하게 될 경우 국민들은 일차의료서비스를 외면하고 대신 병원급 고가의 전문화된 의료

서비스를 이용하려 할 것이다. 문지기(gate-keeping) 역할 강화와 의료전달체계의 정착, 일차보건의료서비스의 질 향상이 이루어지지 않으면, 건강보장제도의 확대는 병원중심의 고비용 의료체계를 고착화할 수도 있다(Kwon, Lee and Kim, 2015). 일차보건의료체계를 강화하여 국가 보건체계의 비용-효과성이 높아진다면 전국민건강보장을 더 빨리 달성할 수 있고 나아가 달성된 UHC의 지속가능성도 높아질 것이다.

## 7. 거버넌스

건강보장체계의 거버넌스(governance) 역시 UHC의 성과를 결정하는 핵심적인 요소인데, 예를 들어 건강보장체계를 담당하는 정부 부처의 역할이 어떻게 규정되느냐는 매우 중요한 정책 이슈이다. 병원의 대부분이 공공병원인 국가에서는 공공병원 관련 정책을 담당하는 보건부가 의료서비스제공자의 역할을 수행한다. 이 경우 보건부가 서비스구매자(purchaser)인 건강보장제도까지 주관하는 경우 공공병원 서비스에 대해 합리적인 구매 의사결정을 하기 어려울 수 있어서, 타 부처(예, 노동부/사회보장부)가 건강보장제도를 주관하면서 의료서비스의 제공과 구매를 분리시키는 경우도 많다.

과거 사회주의였던 국가에서는(예, 중국, 몽고, 베트남, 라오스, 캄보디아) 노동/사회보장부(혹 사회보장청)와 보건부 간 건강보장체계 거버넌스에 있어서 갈등이 생기곤 한다. 근로자에 대한 건강보장체계는 노동부에서 그리고 비공식부문에 대한 건강보장은 보건부에서 담당하거나 또는 사회보장청이 모든 건강보장제도를 주관하기 때문이다(Somanathan, Dao, and Tien, 2013; Tsilaajav, et al., 2014). 경우에 따라서는 지나친 지방분권화가 중앙정부 차원의 통합적인 건강보장정책에 장애가 되기도 한다. 다른 대안으로는 공공병원에게 재정적 자율성(financial autonomy)을 부여해서 보건부가 가진 의료서비스제공의 역할을 줄여주고 대신 보건부가 건강보장제도를 담당하는 것인데, 이 경우 공공병원이 공공성이 아닌 수익성을 추구할 가능성에 대해 유의하여야 한다.

UHC 관련 정책결정과정의 거버넌스 역시 중요한 과제이다. 이러한 정책과정이 관료나 의료전문가/서비스제공자에 의해 독점되기 보다는, 다양한 이해관계자와 국민의 참여가 높아져서 정책의 투명성과 책무성(accountability)이 담보되어야 한다. 급여결정에 있어서도 앞서 논의한 바와 같이 과학적 근거가 중요하지만, 그와 동시에 우선순위 결정을 위한 가치판단 역시 중요하다. 예를 들어 높은 수준의 편익을 소수의 환자(예, 희귀난치성 질환)에게 줄지, 낮은 수준의 편익을 많은 환자들에게 주는 급여를 선택할지 결정하기 위해서는

과학적 근거만이 아닌 사회적 가치의 판단이 필요하다. 보건의료부문의 전문가가 객관적인 근거(evidence)를 제공하지만 이에 기초해 가치(value)를 판단할 때에는 일반 시민들이 참여하는 것이 바람직하다. 나아가 이러한 국민참여는 건강보장정책에 대한 국민의 수용성을 높이고 필요시 추가적인 재원조달(예, 보험료)도 더 용이하게 할 수 있다(Oh, Ko, Alley and Kwon, 2015).

## 8. 나가며

UHC는 한 국가의 보건의료체계를 강화하고 개발과 빈곤퇴치를 위해 핵심적인 역할을 할 것으로 기대된다. 이러한 UHC를 단기간에 달성하는 것은 매우 어렵다. 점진적인 개혁을 통해 조금씩 전국민건강보장의 최종 목표에 다가갈 수 있을 것이다. 따라서 각 국가마다 고유한 환경을 고려하여 그 나라의 상황에 가장 효과적인 전략을 채택하여야 할 것이고 이러한 과정에서 정치적 역량과 의지는 매우 중요하다.

또 UHC의 달성은 인구노령화라는 새로운 도전에도 대응할 수 있어야 한다. 고소득국가뿐 아니라 여러 중/저소득국가에 있어서도 평균수명이 증가하고 출산률이 낮아지면서 인구의 고령화를 경험하고 있다. 인구고령화에 의해 만성질환의 유병률이 높아지면서 저소득국가에서는 전통적으로 도전을 야기해온 전염성질환과 함께 만성질환의 문제를 모두 해결해야 하는 상황이다. 또 인구고령화는 노인의 보건의료서비스 뿐 아니라 장기요양서비스(long-term care)에 대한 접근성도 높여야 하는 과제를 안게 되었다.

최근 저소득국가들의 UHC 달성을 위해 다양한 지원 방안이 국제적으로 매우 활발하게 논의되고 있다. 다자(multi-lateral)기구 뿐 아니라 여러 나라들이 개별적으로 양자(bilateral)원조기구를 통해 UHC 관련 개발원조에 적극적으로 참여하고 있다. 중요한 것은 한 나라의 UHC 정책은 그 나라의 보건의료뿐 아니라 역사, 문화, 정치, 경제, 사회적 상황에 매우 밀접하게 관련되어 있다는 점이다. 따라서 어떤 UHC 정책이 효과적인지는 해당 국가의 상황에 따라 다르므로, UHC 정책개발을 지원하는 과정에서도 특정 선진국이나 특정 제도에 대한 집착은 버려야 한다. 공적원조를 통한 정책지원의 목적은 특정 제도를 이식하는 것이 아니며, 그 나라의 현실에 맞는 제도를 지원하는 것이기 때문이다.❧

## 참고문헌

- Harimurti, P., E. Pambudi, A. Pigazzini, and A. Tandon, The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor, World Bank, 2013.
- Kim, Sujin and Soonman Kwon, "The Effect of Extension of Benefit Coverage for Cancer Patients on Health Care Utilization across Different Income Groups in South Korea," *International Journal of Health Care Finance and Economics* (14:2), 2014, 161-177.
- Kim, Sujin and Soonman Kwon, "Impact of the Policy of Expanding Benefit Coverage for Cancer Patients on Catastrophic Health Expenditure across Different Income Groups in South Korea" *Social Science and Medicine* 138, 2015, 241-247.
- Kwon, Soonman, "Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage," *Health Policy and Planning* (24:1), 2009, 63-71.
- Kwon, Soonman, "Health Care Financing in Asia: Key Issues and Challenges," *Asia-Pacific Journal of Public Health* 23:5, 2011, 651-661.
- Kwon, Soonman, *Merger of Statutory Health Insurance Funds in the Republic of Korea*, Health Systems Governance and Financing, WHO, Geneva, 2015.
- Kwon, Soonman, Tae-jin Lee and Chang-yup Kim, *Republic of Korea Health System Review*, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
- Kwon, Soonman and Changwoo Shon, "Implementation experience with DRG-based payments," in P. Annear and D. Huntington, edit, *Case-based Payment Systems for Hospital Funding in Asia: An investigation of current status and future directions*, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 2015, 54-81.
- Kutzin, J., et al., "Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzsta," *Bulletin of the World Health Organization*, 2009. 87(7): p. 549-554.
- Oh, Juhwan, Young Ko, AB Alley, and Soonman Kwon, "Participation of the Lay Public in Decision-making for Benefit Coverage of National Health Insurance in South Korea," *Health Systems and Reform*, 1:1, 2015, 61-72.
- Romualdez Jr., A.G., et al., *The Phillippines Health System Review*. Health Systems in Transition, 2011
- Somanathan, A., H.L. Dao, and T.V. Tien, *Integrating the poor into universal health coverage in Vietnam*. World Bank, 2013.
- Tang, S., *Developing More Equitable and Efficient Health Insurance in China*. 2014.
- Tsilaajav, T., et al., *Mongolia health system review*. Health Systems in Transition, 2014. 3(2): p. 184.