

1. 개요[편집]

국민건강보험, 줄여서 건보(健保)는 한국의 사회보장제도(social insurance)의 하나로, 공공 의료보험(public health care)에 속한다. (해당 제도에 대한 전반적인 설명과 타국의 의료 보험 제도는 의료보험 문서를 참조.) 모든 제도가 그러하듯 단점도 있지만[1], 그만큼 국민에게 큰 혜택을 주는 제도이고, 이런 장점 덕분에 국민건강보험은 지금도 각광받는 사회보장제도 중 하나로 남아있다.

적용근거는 국민건강보험법에 따르며, 보건복지부 산하 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 운영한다. 건강보험료 납입과 지출의 재정관리는 국민건강보험공단이 하고 의료기관 관리 및 진료비 심사는 건강보험심사평가원(심평원)에서 맡고 있다. 본래부터 이전 의료보험조합의 역할은 통합된 건강보험공단이 가지고, 이전 의료보험조합연합회의 심사 권한은 심사평가원이 이어 받은 것이다.

2023년 기준 행위별 수가제를 중심으로 포괄수가제가 가미된 방식으로 의료수가를 결정하는 중이다.

2. 역사[편집]

요약해서 설명하자면 1963년 의료보험법에 따른 임의가입을 기반으로 한 의료보험조합 제도가 도입되었으나 역선택의 문제로[2]인해 막대한 지자체 예산 및 국가예산이 투입된 청십자의료보험조합[3]만 성공하였을 뿐 의료보험조합제도가 제대로 운영되지 못했다.[4] 이후 1977년 일부인원[5]을 대상으로 한 강제가입을 기반으로 한 의료보험조합제도가 시작되었고, 지역별, 직능별, 사업장별을 기준으로 하여 점차 대상범위가 확대되었다. 1989년 노태우 정부 당시 대선공약으로 걸었던 전국민을 대상으로 하는 의료보험이 완성[6]되었으나 건강보험조합 통합에 대해서는 노태우 대통령의 거부권[7] 발동으로 무산되었다.# 이후 개별의료보험조합으로 운영되는 것을 2000년 김대중 정부 시절 건강보험조합을 통합해 재원 문제를 마무리하며 국민건강보험공단으로 대표되는 현재의 골격을 완성하였다. 국민건강보험이 정착하는 과정에서는 정부관료, 의사 그리고 시민사회단체 등의 지속적인 노력[8]도 있었다. 여기 뉴스타파 링크에도 나와 있듯이 초기의 재원은 대부분 재벌이 부담했다.[9] 6,70년대 현재와 같은 건강보험 최빈국에서 급속도로 경제 발전을 지속하여서 재원 마련이 가능했던 점 또한 무시할 수가 없다.[10] 모든 복지가 그렇듯 돈이 없다면 불가능하다. 이후 자세한 내용은 의료보험연합회에서 발간한 "의료보험의 발자취"를 기반으로 작성하였음을 알린다.

2.1. 1990년대 이전[편집]

의료보험에 대한 논의는 1948년 정부수립 직후부터 존재하였으나, 1950년 6.25전쟁으로 인하여 의료보험보다는 재난민 구제를 중심으로 운영되게 되었다. 국내 최초의 의료보험은 사단법인 부산노동병원[11]이다. 이 부산노동병원은 일종의 조합의 형식으로 운영되어 일정액의 회비를 내고 회원증을 교부하였고, 회원증이 있는 환자를 대상으로 진료를 진행하였다. 그러나 질병이 있을 때에는 회비를 납부하고, 건강할 때에는 회비를 내지 않는 역선택의 문제가 있었다. 하지만 이 노동병원의 독특한 회원제 중심의 진료사업은 행정기관의 별다른 지원 없이 병원자체의 발상으로 이루어진 것으로 한국 최초의 의료 사보험의 형태였다. 이후 부산노동병원은 한국노동병원으로 확대되었다.[12]

지금의 전국민을 대상으로 하는 의료보험에 대한 최초 논의는 1959년 10월 보건사회부 의정국 산하 "건강보험제도 도입을 위한 연구회"라는 모임에서 시작되었다. 이 연구회의 목적은 당시 문제가 됐던 무의면[13] 문제를 해결하기 위함이었다. 이 연구를 위해서 당시 연구회는 주한 미국, 영국, 필리핀 대사관 등 다양한 참고자료를 수집하여 연구를 진행하였다. 1960-61년 사이 다양한 연구보고서가 나왔다. 그 중에서 1961년 연세대 의과대학 양재모 교수의 연구보고서 "사회보장제도 창시에 관한 건의"는 한국 최초의 구체적인 의료보험계획이라는 점에서 큰 의의가 있다. 1960년 1월 2일부터 ~ 4월 28일까지 약 4개월간 세계보건기구, 국제노동기구, 스위스, 서독, 영국, 노르웨이, 핀란드, 덴마크, 중화민국, 일본을 순방하여 각국의 사회보장제도, 특히 의료보장제도를 연구 시찰한 후 건의서를 정부에 제출한 경험이 있어, 이 안이 주로 유럽식 보험제도를 기반으로 했다. 다만 당시 정치적 혼란 속에서 시행되지는 못하였다.

구제적인 내용으로는 한국의 여건상 장기보험보다는 질병, 산재, 분만 등 단기보험 중심으로 전개되어야 한다고 하였으며, 전국민을 대상으로는 어려우므로 공무원과 광공업계 생산업체 종업원을 대상으로 하되 우선 서울과 탄광지대인 장성 한두지역부터 실시하는 시범사업을 제의하였다. 또한 보건사회부에서 추진하는 것이 아니라 상공부, 문교부, 내무부, 부흥부, 재무부, 입법부, 학계로 이루어진 사회보장심의회에서 추진되어야 한다고 하였다. 운영은 정부 감독하의 반관반민 단체에서 담당하되 의료보험, 산재보험 등 모든 사회보험사고를 망라하여 운영함이 바람직하다고 했으며, 그 이유로는 각 보험사고의 경계설정이 곤란하다는 점을 들고 있다. 보험급여는 일반의를 보험의로 정한 다음 피보험자가 각자 선택한 보험의에 등록케하고 피보험자수에 따라 인두제로 진료보수를 지급하는 방안을 건의하면서 행위별 수가제는 과잉진료의 위험 등 부작용이 많음을 누누이 강조했다. 또 전문의 이용은 일반의의 추천으로 병원급 이상에서만 이루어져야 한다고 했다.

이후 1962년 당시 사회보장에 대한 국민적 여론을 의식한 군사정부는 사회보장심의위원회를 설립하였고, 이 위원회를 중심으로 의료보험에 대한 논의가 다시 진행되었다. 그래서 기존의 연구결과와 일본의 건강보험법을 참고하여 초안을 작성하였다. 당시 법안은 전국민 대상 가입이 아니라 최초의 부산노동병원에서 도입한 건강보험조합의 형태를 각 사업장별로 강제하는 형식을 띄었다. 구체적으로는 지역 또는 사업장 단위로 의료보험조합을 설립하고 조합이 지정한 병원에서 진료를 받는 형태였다. 재원은 조합원들이 내는 회비가 정부보조금으로 마련하기로 하였다. 실효성 확보를 위해 500인 이상의 사업장에는 강제조합설립, 미만 사업장은 임의조합설립한다고 구상하였다. 하지만 이 초안은 당시에 최빈국이던 경제 상황 때문에 자원 부족 문제가 컸고 정책결정자들에게는 경제성장의 장애가 될 것이라는 인식이 컸기에 일괄 임의가입형태로 수정된다.[14] 그 결과 의료보험법이 유명무실하게 된다.

당연히 당시 보건 당국자들도 이에 대해서 인식하고 있었기에 어떻게 해서든 이 제도를 살리기 위해서 경주하게 된다. 당시 보건사회부 지방의정과와 사회보장심의위원회는 다양한 후보사업장과 접촉하여 의료보험조합을 설립을 위한 설득에 나섰지만 인식부족, 보험료에 대한 부담감, 임의가입 등 제도적 장치 미흡으로 각 사업장에서 수용하지 않았다. 이 와중에서 바로 종로구에 위치한 현대병원을 중심으로, 시사문화사, 풍진산업사, 소사신앙촌제사공사, 삼흥실업, 고려와사공업, 대한중석 서울제련소 7개 사업장이 의료보험법에 따른 공동조합형태의 조합을 설립하고자 제안한 것이다. 이것이 1965년 4월 23일 설립인가를 받은 제1호 의료보험조합인 중앙의료보험조합이었다.

그러나 중앙의료보험조합은 성공하지 못했다. 가장 큰 문제는 가입자들의 납부거부였다. 구체적으로 중앙의료보험조합은 현대병원과 영등포연합병원을 보험의료기관으로 지정하고 1965년 5월 1일부터 업무를 진행하였다. 5월 동안 급여실적은 입원 1건, 외래 111건, 수술 1건, 분만 1건이었고 급여비는 161,600원이었다. 보건사회부는 국고 33,640원을 지급하였으나, 사업주와 보험가입자가 보험료 납부에 대한 미온적인 태도를 보여줌에 따라 6월 이후 사업비 부족으로 급여지급이 중단되었다. 보건사회부는 제1호 조합의 상징성이 있기에 어떻게 해서든 이를 살리기 위해서 노력하였다. 조합정비 지시와 지도를 하고, 8월 26일 제2차 사업비 30,276원을 지급하였다. 하지만 조합은 상호불신과 비협조의 늪에서 헤어 나오지 못하였고 결국 보건사회부는 1965년 11월 29일 보건사회부 공고 제1394호로 중앙의료보험조합의 설립인가를 취소하고 말았다. 이후 의료보험법에 설립되는 조합은 호남비료의료보험조합, 복명흑연광업소의료보험조합, 대한석유공사의료보험조합, 협

성의료보험조합 등 4개 조합이 전부였다. 초기 의료보험조합의 운영실패의 원인은 인식 부족, 통계부족, 의료기관의 지정이나 수가 그리고 보험료 등에 있어서 현실적 배려의 부족, 연금과 산재보험 등 관련제도와 의료보험제도의 한계 등이 있었다. 그 중에서 인식부족이 가장 큰 요인으로 지목되었다. 가입자들이 보험료를 납부하는 것에 대해서 불신했기에 이를 개선하는 것이 가장 시급한 문제였다. 보건사회부는 계간지 또는 광고를 통해 의료보험에 대한 인식을 개선하고자 하였다.

1968년 무너진 의료보험에 희망이 등장하게 되는데, 의인 장기려 박사가 운영했던 것으로 유명한 청십자의료보험조합 이었다.[15] 부산청십자의료보험조합은 1968년 시작된 순수한 민간의료보험으로서 1970년 1차 개정법에 자영자 임의의료보험조합 설립근거가 마련된 이후 자영자조합이 출현하는데 선구적 역할을 하였다.

청십자의료보험조합은 임의의료보험조합으로 가입비와 소득수준에 관계없이 인두제를 택하였다. 본인부담율이 초기에는 20%였으나 이후 30%로 상승했으며, 다시 20%로 재조정되었다. 외래진료는 처음에는 무료로 시작하였으나 1974~77년에는 정액제로 전환되었고, 78년부터는 40% 정율제로 바뀌었는데 해산되기 수년전부터 각종 제도를 거의 강제의료보험의 수준에까지 근접시켰다. 초기 수년 동안은 보험재정 악화로 곤경을 겪기도 하였으나 1975년 이후 정착단계에 들어섰다. 1988년 해산될 때까지 비교적 건실한 재정상태를 유지하였다. 이러한 재정상태에는 1969년부터 개시되어 1985년까지 1억 규모를 넘어선 국고지원이 적지않은 보탬이 되었고 다른 임의조합에서는 볼 수 없는 부산직할시의 지방비 지원이 보험료 지원 형식으로 이루어졌기 때문이다.[16] 임의가입 의료보험의 고질적인 병폐인 역선택의 문제는 청십자의료보험조합에서도 문제가 되었다. 이에 대해서 조합은 가입전 질환에 대한 급여제한과 수급 대기기간(6개월에서 1년)을 설정, 고가 의료이용의 제한 등이 대표적인 것이었다. 또한 청십자조합은 청십자소식을 통해 독특한 선전홍보체계를 수립하여 임의가입에 뒤따르는 미비점에 대처하고자 하였다.

부산청십자의료보험협동조합의 어느정도 성공은 이른바 청십자운동의 확산으로 나타나게 되었다. 첫 사례는 청십자한국의료협동조합이었다. 하지만 서울은 의료보험조합에 대한 신뢰도가 낮아 성공하기 힘들었다. 하지만 언론의 부산청십자의료보험조합의 성공에 대한 대대적인 보도와 함께, 청십자운동이 진행되게 된다. 1972년 광주를 비롯하여 전국에 청십자운동이 확산되었다. 하지만 일부는 시도에 그치거나 해산되었고, 몇몇만 남아 전국민의료보험이 실시될 때까지 유지되었다. 대부분이 해산되었으나 남은 일부는 정부가 1977년 정식 의료보험사업을 실시할 때까지 공백기를 메워주는 역할을 하였다.

1977년에는 피용자의료보험으로 강제보험이 처음으로 시작되었다. 당시에는 주로 500인 이상의 대기업과 같은 일부 인원을 대상으로 선별적인 의료보험으로 진행되었다. 진료수가기준과 요양급여기준도 이와 맞추어 제정되었다. 그러나 진료수가기준은 민간 의료체제로 발전되어 왔고, 의료경제도 시장경제의 큰 테두리 안에서 이루어졌음에 따라 진료수가 책정작업이 개시될 당시의 소위 관행수가는 의료기관의 임의성에 방치되어 있었다. 이러한 관행수가체제 아래서는 전국적 규모의 일괄적 의료보험 실시는 기대할 수 없는 것이었다. 그동안 임의의료보험이 기대수준 이하에서 담보할 수 밖에 없었던 주요 원인의 하나였다.

보건사회부는 수가제도를 결정함에 있어서 인두제, 포괄수가제, 행위별수가제 중 어느 방식을 택할 것이냐 하는 문제에 관하여 의료단체의 의견을 물어 의료단체가 원하는 방안을 택하기로 의협과 약속하였기에 수가제도는 거의 논란의 여지 없이 행위별 수가제로 귀결되었다. 행위별 수가제는 당시로서는 관행수가제도를 큰 단절이 없이 의료보장제도로 연결시킬 수 있는 거의 유일한 방안이었기 때문이었다.

수가문제는 1976년 2월부터 보건사회부 의정국에서 검토되기 시작하였다. 대한의학협회는 이에 동년 7월 5일 "의료수가기준 책정을 위한 관행수가 조사보고서"를 제출하였다.[17] 그러나 이 보고서에는 보건사회부가 원하는 구체적인 수가안과는 거리가 멀었고 의협도 구체적인 수가안을 제출하는 것에 대해서는 의향도 방안도 없었기 때문에 결국 의협에 대한 기대를 포기하고 의정국을 중심으로 직접 수가제정 작업에 착수하였다.

하지만 자료의 방대함과 이해관계 조정으로 시일이 계속 지연되자 의정국의 작업결과에 따라 총 413개 항목에 걸쳐 관행수가보다 20% 정도 낮은 비교적 간단한 형태로 먼저 시행되었다. 의료보호수가는 당시 국립의료원과 시도립병원 수가의 중간선을 택했고, 100 병상 이상의 기관과 100 병상 이하의 기관으로 나누어 차등된 수가를 적용하였다. 의료보호수가는 만 1년간 적용되다가 1년 후 1978년 그사이에 고시된 의료보험수가를 70% 선에서 활용하게 되었다.

이후 복지연금국을 중심으로 하는 수가작업이 진행되었는데, 여기에는 당시 의협회장, 병협회장이 참여하고 11개 중요의료기관(국립의료원, 서울대학교병원, 연세의료원, 가톨릭의대성모병원, 적십자병원, 고려병원, 한양대부속병원, 순천향병원, 백병원, 필동성심병원,

을지병원)의 의료수입내역을 모두 조사했는데 당시 수입의 구성은 기술행위료 47.31%, 진찰료 1.49%, 투약주사료 32.86%, 입원료 18.34%였다. 또한 기타 파악된 사항으로는 다음과 같다.