

통일 한국 건강보장제도의 구상

정형선*, 신현웅, 이규식, 이금순
(연세대학교 보건행정학과 교수,
보건사회연구원 연구위원,
(사) 건강복지연구원 원장
통일연구원 선임연구위원)

정치적, 법적 통일이 성립된다면 통일 건강보장제도는 어떤 모습이 되어야 할 것인가? 그리고 이를 어떻게 만들어 가야 할 것인가? 최소한 이에 대한 그림은 그려놓아야 할 것이다. 준비하고 있어도 제대로 이행하는데 어려움이 많을 텐데, 준비 없이 맞이했을 때 그 결과가 좋을 리 없다. 본 연구는 이러한 필요에서 시작되었다.

본 연구는 바람직한 통일 건강보장제도를 구상하고, 이를 달성하기 위해서 「회복 지원 단계」, 「제도 접근 단계」 및 「통일제도 단계」의 이행 단계별로 취해야 할 전략을 짜기 위한 것이다. 최종적인 「통일제도 단계」에서 통일 한국이 가지게 될 건강보장제도에 대한 구상이 제시된다. 이를 이루기 위해서는 다양한 제도 구성요소별로 많은 변화가 선행되어야 한다. 준비 여하에 따라서 통일정부의 수립과 함께 달성될 수도 있고, 통일정부 수립 후 수십 년이 걸려도 못 이룰 수 있다. 본 연구가 제시한 통일 건강보장제도와 단계별 이행 전략은 상당 부분이 우리의 건강보장제도가 지향할 방향과 전략이기도 하다.

핵심용어: 통일, 건강보장제도, 단계별 이행, 북한

* 교신저자 | 정형선
연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수

I. 시작하며

동서독 통일은 분단 한국에 큰 의미를 갖는다. 첫째, 북한에게 공산주의 이념의 몰락, 그리고 열악한 상품이라도 사주던 경제적 지원 세력의 몰락을 의미한다. 베를린 장벽의 붕괴 이후 동구권 국가들이 하나 둘씩 몰락의 길을 걷게 되었기 때문이다. 둘째, 체제통합의 전례가 생겼다. 예상치 못한 시점에 상황이 발생해서 미처 이것저것 따지기 어려울 정도의 짧은 시간에 급속도로 상황의 변화가 전개되었다. 베를린장벽 붕괴부터 통일독일 정부의 수립까지 정확히 1년밖에 안 걸렸다. 이는 특히 북한의 정치정서와 대내외 대응 자세에 많은 영향을 미치게 된 것으로 보인다.

독일이 통일을 이룬 시점의 상황에 비해 지금 남과 북은 너무도 이질화 되어 있다. 정치, 경제, 사회, 문화 뿐 아니라 언어와 신체도 달라져 가고 있다. 급격한 흡수통일이 남과 북 모두에 재앙을 초래할 가능성이 커졌다고 보는 사람들이 많아졌다. 더욱이 건강보장제도 단기간에 틀을 짚어내듯이 만들어지는 것이 아니다. 준비가 필요하다. 급격히 엄습해 오는 통일이 되었든 착실히 만들어지는 통일이 되었든, 준비 없이는 좋은 결과를 얻을 수 없다.

정치적, 법적 통일이 다가 온다면 남과 북의 건강보장은 어떻게 될 것인가? 통일 건강보장제도는 어떤 모습이 되어야 할 것인가? 이를 어떻게 만들어 가야 할 것인가? 최소한 이에 대한 그림은 그려놓아야 할 것이 아닌

가? 본 연구는 이러한 필요성에서 시작되었다. 본고의 짧은 지면에 그러한 연구 작업의 과정과 내용과 결과를 모두 담을 수는 없다. 여기서는 본 연구 중 핵심에 해당되는 내용을 소개한다.¹⁾

II. 북한의 보건의료체계

해방 이후 1950년대까지 남한이 빈곤과 질병에서 벗어나지 못하고 있는 사이, 북한은 계획경제 하에서, 최소한 외견상으로는, 무상치료제를 선언하고 확대하고 있었다. 1960년대에서 1980년대에 걸쳐, 남한은 경제발전을 기반으로 의료보장의 틀을 잡았고, 북한은 예방의학과 주체의학을 강조했다. 하지만, 1970년대에 드러나기 시작했던 공산계획경제의 모순은 1980년대에는 극명하게 나타났고 마침내 1990년대에 들어서 동구권의 몰락을 가져왔다. 1990년대 이후 지금까지 북한은 ‘고난의 행군’과 ‘주체의학의 붕괴’의 시대를 보내고 있다.

북한에서 의료보장은 특별한 의미를 지닌다. 원칙적으로라도 ‘건강권’의 확보를 강조하고 있는 점은 남과 북이 공통적이지만, 공산주의 경제체제에서 ‘필요에 따른 배급’을 위한 목표생산량을 달성하려면 건강한 노동력이 요구되고 이를 확보하기 위한 의료보장의 역할이 그만큼 강조되기 때문이다. 북한 당국이 비현실적일 수도 있는 ‘완전하고 전반적인 무상치료제’를 초기부터 주창하고 그 실현을

1) 자세한 내용은 정형선 외(2014)를 참고.

약속하게 된 배경도 여기에 있다. 예방의학과 포괄적 서비스의 제공 그리고 호담당의사제를 중심으로 한 1차의료도 같은 맥락에서 강조되어 왔다.

1. 무상치료제

무상치료제는 글자 그대로 ‘보건의료서비스를 인민들에게 무상으로 제공하는 것’을 의미한다. 사회주의체제의 일환으로 채택되어 북한 의료보장제도의 기본 축을 이룬다. 세부적으로는 「무상치료제」, 「전반적 무상치료제」, 「완전하고 전반적인 무상치료제」로의 변화를 거쳤다(김석향, 2008). 1946년에 제시된 「무상치료제」는 노동자, 사무원 등 ‘사회보험법’의 대상자에게 주어지는 무상치료제였다. 1953년 제시된 「전반적 무상치료제」는 개인농업자와 개인상공업자를 제외한 모든 주민에게 적용하는 것이었다. 하지만 아직 외래환자의 약값은 유상이고, 사회보험대상자와 일반 환자를 구분하고 있었다. 1960년 최고인민회의에서 선포된 「완전하고 전반적인 무상치료제」는 이러한 제약마저 없애겠다는 것이었다. 1980년의 「인민보건법」 제2장 제9조는 이를 법제화하고 있다.

1980-90년대에 소련을 비롯한 공산권 국가들이 몰락하고 북한 내부적으로도 경제난과 자연재해가 계속되면서 북한 사회 전반에 물자의 부족이 심각해졌다. 이것이 의료자원의 부족으로 연결되면서 무상치료제는 실효성을 잃게 된다. 국가공급에 의존하던 북한의 보건의료산업은 무너지기 시작했고 이에 따라 보건의료시설이 낙후되고, 의료장비, 의약

품, 의료소모품의 부족이 심각해졌으며, 이는 다시 감염성 질환의 만연과 영유아사망률 및 모성사망률의 증가로 이어졌다.

경제난이 무상치료제의 붕괴를 가속화시키기는 했지만, 「완전하고 전반적인 무상치료제」는 사실상 그 자체가 실현될 수 없는 제도이었다. 대부분의 인민이 치료를 위해 비공식적인 본인부담을 하고 약은 장마당에서 구입해왔다. 돈을 내고 받으려 해도, 시설과 약품이 부족해 치료를 제대로 받지 못하는 것이 현실이다. 이에 불구하고 1998년 채택된 조선민주주의 인민공화국 헌법 제56조는 여전히 「국가는 전반적 무상치료제를 공고 발전시키며 의사담당구역제와 예방의학제도를 강화하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다」고 규정하고 있다.

2. 호담당의사제

「호담당의사제」(초기의 「의사구역담당제」)는 의사별로 일정 수의 주민을 담당하여 포괄적인 의료서비스를 제공하고 건강을 관리하는 것이다. 소위 ‘주치의 제도’에 해당한다. 이는 중국의 ‘맨발의 의사(bare-foot doctor)와 비슷한 1차 보건의료 제도의 기능을 하는 것이다. 의사는 찾아오는 환자를 진료할 뿐만 아니라 직접 담당구역에 가서 보건교육, 소독, 예방접종 및 신체검사, 건강검진 등 포괄적인 의료서비스를 제공하도록 되어 있다.

「호담당의사제」는 1967년부터 각 시·군에 도입되었다. 원칙적으로 출생 후 14세까지는 소아과 담당의사가, 성인이 되면 내과

의사가 담당한다. 의사 1인당 100-400여 가구, 약 500-700여명을 담당하는 것으로 되어 있지만, 실제로는 의사 1명이 1,200여명(도시) 내지 1,500여명(농촌)의 주민들을 책임진 대박상민, 2013). ‘직장 담당제 유형’과 ‘거주지 담당제 유형’으로 구분되고, 직장을 가진 주민은 두 유형을 모두 이용할 수 있다.

3. 주체의학: 예방의학적 방침 및 고려 의학 병용

북한은 인민경제의 주체화, 현대화, 과학화를 통해 사회주의 경제도대를 강화하며 주민의 생활수준을 높인다는 목표 하에 ‘주체의학’을 강조해왔다. 예방의학, 1차의료, 포괄적 서비스를 강조하고 고려의학의 병용을 일상화 한 것이 이와 관련된다.

「예방의학적 방침」은 1966년10월 김일성의 담화 “사회주의 의학은 예방의학이다”에서 세부 내용이 정리되었다. 위생방역체계를 정비하고, 위생선전계몽교양사업을 강화하며, 산업보건사업을 강력히 전개한다는 것이다. 1980년의 「인민보건법」도 제3장에서 예방의학적 방침을 시행하기 위한 구체적인 원칙과 실천 사항을 제시하고 있다. 위생방역소 주관으로 각급 병원 및 진료소를 통해 예방보건사업을 전개하고, 특히 ‘위생월간’, ‘민족면역의 날’을 정해서 대대적인 예방접종 및 보건교육 등을 실시한다(윤석용, 2011).

이론적, 이념적으로 주체의학을 표방하지만 실제로는 전기부족과 의료자원 부족 등으로 지금도 결핵이 만연하고 장티푸스, 홍역 등이 유행하는 것을 보면 이러한 예방체계가 제대로 기능하고 있는 것 같지 않다.

III. 통일 건강보장제도의 구상 및 단계별 구축안

‘협회의 건강보장제도’는 ‘의료제공체계’와 구분되는 개념이다. 제공되는 의료서비스를 이용하기 위해 필요한 재원의 조달과 그러한 이용의 적정성을 보장하기 위한 사회적 기전에 관한 것이다(이규식, 2002). 반면에, ‘광의의 건강보장제도’는 의료제공체계를 포함한다. 의료제공체계가 제대로 서지 않고서는 건강보장이 이루어지기 힘들다는 관점이다. 본고에서는 후자의 입장에서 의료제공체계와 ‘협회의 건강보장제도’를 함께 논한다.

북한은 무상의료를 지향하고는 있으나 제대로 된 치료가 제공되지 못하는 상황에 있다. 남한은 전국민을 대상으로 필수의료 이용에 따른 경제적 부담을 덜어주는 건강보험제도를 가지지만, 세부적으로 들어가면 문제점도 많다. 의료의 제공을 민간에 전적으로 맡기다보니 상업화된 의료를 용인하게 되고 이로 인해 분절적 의료제공의 폐해를 피할 수 없게 된다. OECD 평균의 두 배를 넘는 병상수와 넘치는 고가 검사 장비 그리고 이것이 행위별수가제와 결합해서 만들어 내는 과잉영상진단검사는 그 일면이다.

통일 건강보장제도의 모습은 다양한 버전이 가능하다. 여기서는 남북의 현재의 제도를 감안해서 장점을 취하고 단점을 보완하는 차원에서의 구상을 제시한다. 이를 위한 기본 방향을 먼저 정하고, 단계별 구축방안을 제시한다.

1. 통일 건강보장제도 구축의 기본 방향과 단계

1) 기본 방향

현재의 남북한 건강보장체계는 너무도 이질적이어서 상호 접점을 찾기 힘들다. 그만큼 통일 건강보장제도를 구상함에 있어서 신중한 접근을 요한다.

첫째, 남과 북의 장점을 조화한 제도를 만들어야 한다. 남한은 소위 보편적 의료보장(UHC: universal health coverage)의 3가지 요소(World Health Organization, 2010) 중 가장 중요한 인구보장(population coverage)을 오래 전에 달성했다. 북한은 호담당의사제를 기반으로 예방의학과 1차의료를 중시해왔다. 남한은 제한된 수의 우수한 전문의를 보유한 반면 북한은 한의학(고려의학)의 능력을 겸비한 1차의료 수준의 의사들이 양산된다. 본고는 양쪽의 장점을 살리고 단점을 보완하는 방안을 제시할 것이다.

둘째, 단계적 접근이 요구된다. 70년 분단의 세월 동안 두 사회는 극심한 차이를 갖게 되었다. 통일을 위해서는 충격 흡수의 과도가 필요하다. 그 기간은 짧을수록 좋지만, 너무 서둘러서도 안 된다. 남북 간의 협의와 치밀한 계획이 선행되어야 한다. 3-4배의 경제력 차이를 보이던 서독과 동독은 막대한 통일 비용을 지불했음에도 통일 과정에서 갈등과 혼선을 피하지는 못했다(Wrobel, 2010). 경제력 면에서만 30-40배의 차이를 보이는 남북 사이에는 그만큼 더 많은 조정의 과정이 요구된다. 본고는 단계 별로 어떠한 목표와

전략이 필요한지를 다루게 될 것이다.

셋째, 공공성을 지향하면서 효율적이고 지속가능한 보건의료체계를 구축해야 한다. 보건의료는 인간의 기본권에 해당한다. 이를 보장할 책임은 국가에 있다. 서구에서는 역사적으로 보건의료를 국민의 기본권으로 간주하는 사고방식이 형성되어 왔으며, 이는 전 세계적으로 공감대를 얻고 있다. 남한에서는 최근 신의료기술의 발달과 함께 비급여가 일반화되고 확대되면서 의료의 상업화가 가속화되고 있다. 기본권으로서의 의료가 소홀히 되는 경향을 보인다. 비급여의 확산은 건강보험제도의 비효율을 높이고 제도의 지속가능성을 해한다. 본고는 공공성을 지향하면서도 효율성 높은 통일 건강보장제도를 제시할 것이다.

2) 구축 단계

남북의 통일은 ‘평화적’으로 이루어져야 하며 ‘합의’에 의해야 한다. 정치적, 법률적인 ‘통일 정부’는 급속도로 만들어질 수도 있고 오랜 시간의 논의 끝에 이루어질 수도 있다. 하지만, 건강보장제도와 같은 사회제도들은 변화를 위해서 많은 시간과 인내를 요한다. 법으로 아무리 좋은 제도를 만들어 놓아도 제반 여건이 따라오지 않으면 법 따로 현실 따로 된다. 통일 건강보장제도를 구상함에 있어서는 단계별 접근이 요구된다.

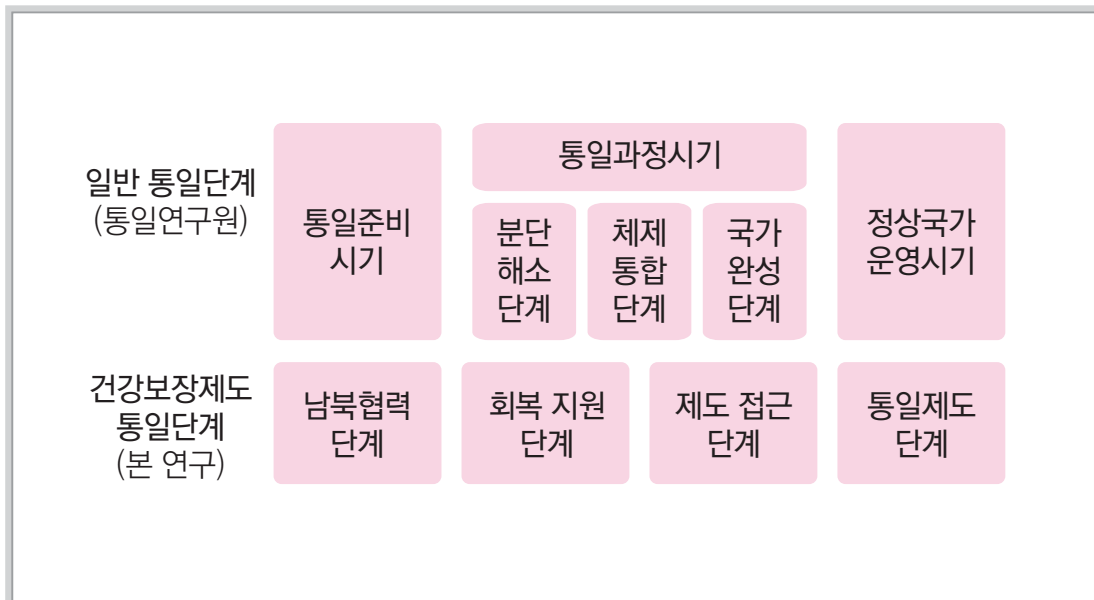
통일연구원(김구륜 외, 2012)은 통일의 전 과정을 「통일준비시기」, 「통일과정시기」, 「정상국가운영시기」의 3대 시기로 구분하고, 이 중 통일이 실질적으로 진행되는 「통일과정시기」를 다시 「분단해소단계」, 「체제통합단계」, 「국가완성단계」의 3대 단계로

구분하고 있다. 본 연구에서의 단계 구분은 ‘통일 건강보장제도’를 구축하기 위한 단계별 전략을 다루기 때문에 이러한 일반 통일론에서의 단계 구분과 반드시 일치하지는 않는다.

본 연구에서는 정치적으로 통일이 선언되었거나 통일정부가 들어서기 이전의 「남북협력 단계」, 통일 선언 이후 사실상 아직은 남과 북에 보건의료제공체계에 있어서 현격한 차이가 있어 북의 회복에 주안점을 두는 「회복 지원 단계」, 그 이후 통일적인 건강보장제도를 만들어 가는 「제도 접근 단계」, 그리고 마침내 남과 북이 구분 없이 동일한 건강보장제도를 가지는 「통일제도 단계」를 구분한다 [그림 1].

본고에서는 통일과정이 시작된 단계를 주요

논의 대상으로 하므로, 먼저 「회복 지원 단계」와 「제도 접근 단계」를 구분해서 논한 뒤 최종적으로 「통일제도 단계」를 제시한다. 본 연구에서는 각 단계별 예상 시기나 기간을 정하지 않는다. 한 단계가 단기간에 끝날 수도 있지만 수십 년이 걸릴 수도 있다. 그리고 각 단계가 두 부 자르듯이 분명하지도 않다. 연속적인 과정일 수도 있고 다양한 요소별로 혼합된 양상으로 나타날 수도 있다.



[그림 1] 통일 건강보장제도의 구축 단계

2. 통일 건강보장제도의 구상

남북이 통일된 건강보장제도를 갖기 위해서는 우선 북쪽의 제도가 무상치료 방식에서 건강보험 방식으로 일대 전환을 해야 한다. 보험료 부과를 통해 재원조달의 기전을 갖추어야 한다. 건강보험의 급여체계를 정상 궤도로 올려야 한다. 이를 위해서는 뒤에 보듯이 의료서비스의 제공체계가 갖추어져야 한다. 한편으로, 남쪽의 건강보험제도도 현재의 불합리한 부분을 개선해야 상호 수용 가능한 통일 건강보장제도가 성립될 것이다.

의료의 제공체계도 남북 모두 바뀌어 한다. 민간에게 대부분을 맡겨놓고 있는 남쪽과 모든 보건의료기관이 국가 소유인 북쪽 사이의 간극은 어마어마하다. 국가 소유의 의료기관 만으로는 향후 공급인프라를 구축하는데 한계가 있기 때문에 북한에서도 민간 소유의 의료기관을 점차 허용해나간다. 특히 개원의의 경우 그러하다. 소유관계의 변화는 많은 시간을 필요로 할 것이다.

1) 회복 지원 단계

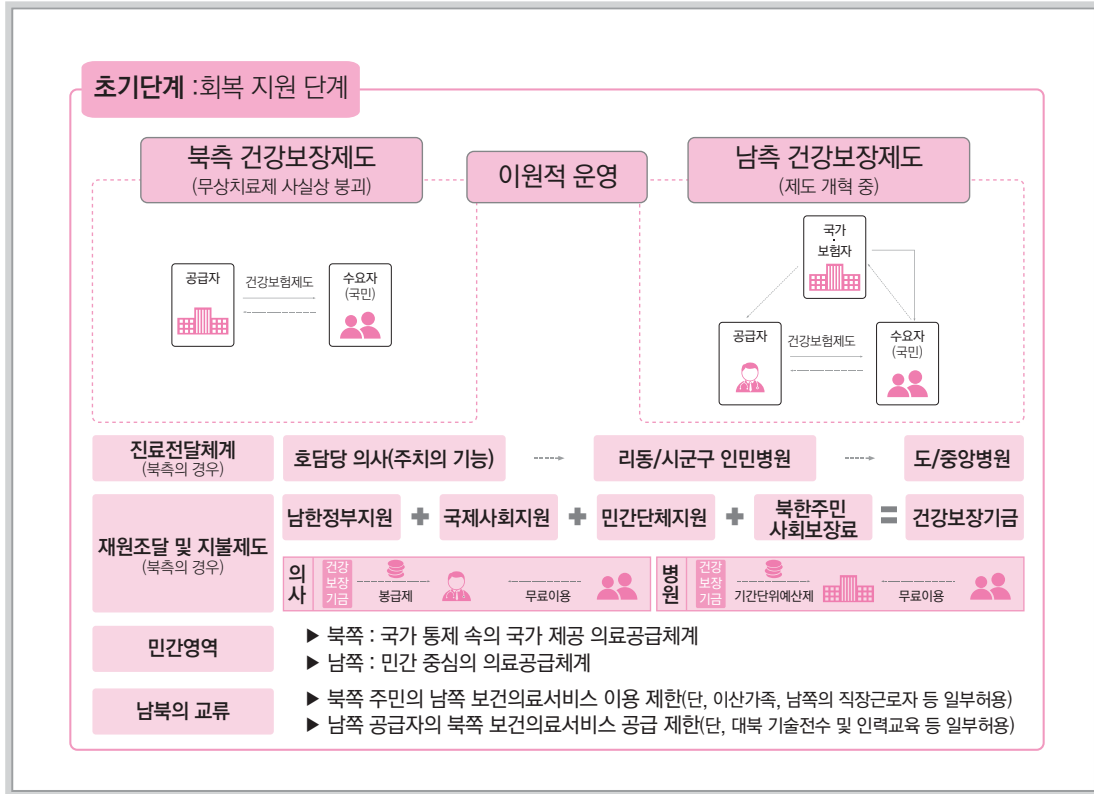
「회복 지원 단계」는 향후 통일의 과정에 들어가거나 정치적 통일이 선언되어서 북쪽의 건강보장의 정상화를 위한 과도기적 지원이 진행되는 단계다. 다만, 남측과 북측이 제도 변환을 하고 있는 단계이기 때문에 같은 단계 내에서도 어느 시점을 묘사하는지에 따라 내용은 달라질 수 있다. [그림 2]는 회복 지원의 대상이 되고 제도의 변화가 주로 일어나는 북측의 경우를 중심으로 묘사하고 있다.

초기단계에서는 아직 북쪽이 남쪽에 비해

의료자원과 물자의 제공이 원활하지 않고 전염병 등 보건위생 상태가 열악한 상태에 있다. 인프라가 일정 기간, 일정한 수준에 도달할 때까지 북쪽은 외부의 지원을 필요로 하게 된다. (가칭) ‘보건의료개발협력위원회’를 공식적 기구로 만들어 파트너들 간의 협력을 공식화하고 체계화할 필요가 있다. 남과 북의 주민의 왕래에는 아직 제약이 있고, 특히 환자의 교차 이용과 의료제공자의 교차 제공이, 응급상황에 의한 경우 등 외에는, 원칙적으로 허용되지 않는다.

북쪽의 영유아나 임산부 등 취약계층의 건강 회복을 위한 각종 물자 지원, 간염, 결핵, 말라리아 등 전염병의 구축과 확산 방지를 위한 백신 및 기초의약품 지원, 북한 보건의료기관의 시설과 장비 등 인프라의 기본 수준 복구 등이 우선적 목표다. 북쪽에 가칭 ‘건강보장기금’을 조성하여 과도기에서 주민의 기본적 의료를 충족시키기 위한 재원으로 사용할 필요가 있다. 남쪽 정부의 통일기금, 민간단체 모금 자금, 해외 지원, 기존의 (북측의) 사회보장료를 재원으로 한다. 남쪽의 지원은 무상을 원칙으로 하되, 필요시 북의 지하자원 내지 노동력을 대가로 해서 지원할 수도 있을 것이다.

이 단계에서는 북쪽에 보건의료의 기본 인프라를 갖추는데 우선순위가 높이기 때문에 건강보험의 확대는 비중이 떨어진다. 남쪽의 건강보험의 경우, 최소한 이 단계까지는 보험료 부과체계를 소득 중심으로 일원화 하는 작업이 상당한 진척을 보여야 한다.



[그림 2] 남북의 건강보장제도: 초기단계- 「회복 지원 단계」

2) 제도 접근 단계

「제도 접근 단계」는 ‘통일 건강보장제도’를 향해서 남과 북이 제도를 변화시켜 가는 단계다. 남쪽은 제도의 미세 조정이 필요한데 반해, 북쪽은 국가통제방식에서 사회보험방식으로 대대적인 전환이 요구된다. [그림 3]은 이러한 연속적 변화의 한 단면을 단순화시킨 것이며, 전 단계에 비해서 많은 변화를 해야 하는 북측의 경우를 중심으로 묘사한다.

북쪽의 경제 여건과 보건의료의 기본 인프라가

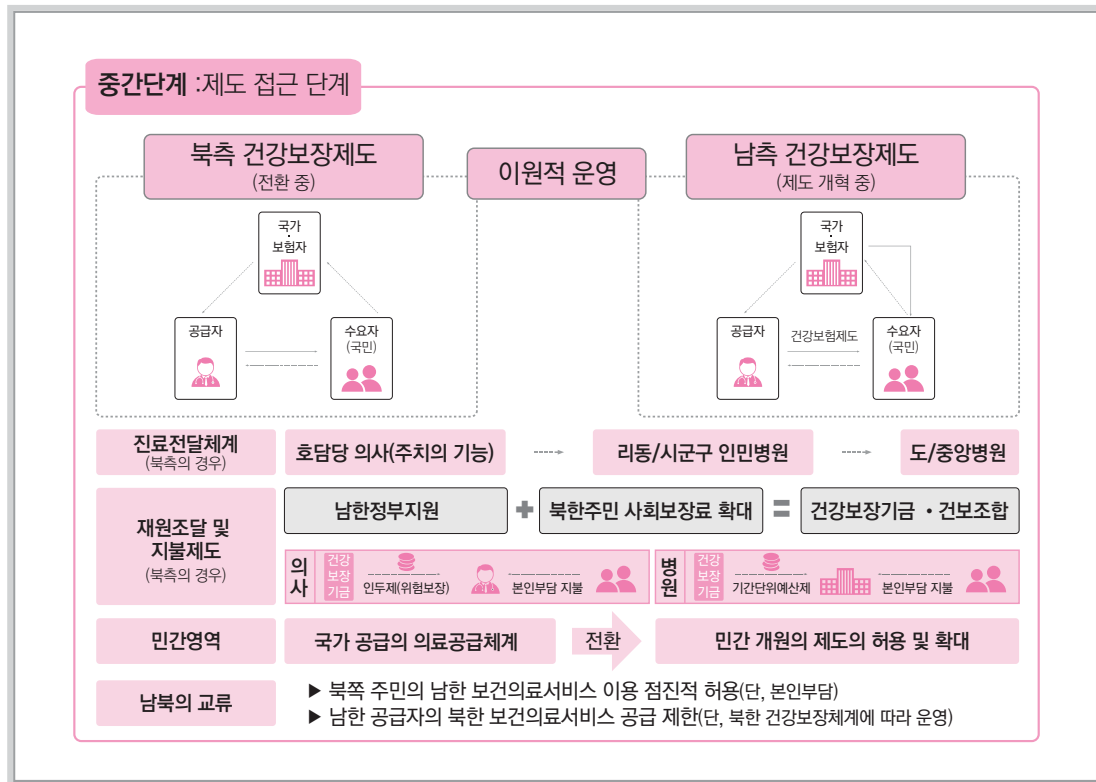
정상을 회복해 감에 따라, 남북 주민의 상호 의료 이용이 건강보험 간의 교차 급여를 중심으로 점진적으로 허용, 확대된다. 남북 간의 협진 및 이송 체계도 확대된다. 남북한 의사의 인력 교류도 점차 확대된다. 남과 북의 의료인력의 면허는 아직 개별적으로 인정되고 상대 지역에 근무하기 위해서는 별도의 허가 절차가 필요하지만, 상대 지역에서의 진료 인정되는 예외의 상황이 점차 확대된다.

북쪽에서는 안정된 직장으로부터 점진적으로 건강보험을 도입, 확대해 나간다. 비교적 균질화된 전체주의 사회이었기 때문에 일괄

적용이 오히려 쉬울 수 있을 것이다. 건강보험료 부과체계는 토지 등의 개인 소유가 허용되지 않던 체제이었음을 감안하여 처음부터 소득 중심의 단일부과체계를 지향한다. 보험료 부과 방식 등 기술적인 측면에서 남쪽의 경험을 활용한다. 완전한 제도 통합까지는 원칙적으로는 남과 북의 건강보험제도는 별개로 운영된다. 북의 건강보험제도의 도입이 확대되고 급여가 성숙되어 감에 따라 북의 건강보험 조합과 남의 건강보험공단 사이의 개별 협약에 따른 상호 급여도 점진적으로 허용될 수 있을 것이다. 남쪽의 건강보험도 소득일원화 부

과방식이 확립되고 지불방식도 정교화된 혼합형 지불방식으로 변화되어 있어야 한다.

북쪽 기존의 호담당의사제와 3-4 단계에 걸친 진료전달체계를 적극적으로 활용한다. 호담당의사제는 만성질환을 중심으로 한 주치의제도로 발전시킨다. 한편으로는 민간의료기관을 허용하고 민간에 의한 인프라 투자를 독려한다. 가칭 ‘건강보장기금’은 차츰 재원을 남측의 지원과 북측의 자체 조달에 국한하며 해외로부터의 지원은 줄여나간다. 그 역할도 건강보험의 확충을 위한 시드머니 정도에 그치고 보험료의 비중이 커짐에 따라 역할



[그림 3] 남북의 건강보장제도: 중간단계- 「제도 접근 단계」

을 줄여간다. 남쪽에서도 의료제공체계 면에서 많은 변화가 요구된다. 급성기 위주의 제공체계를 회복기와 유지기 기능을 뒷받침하는 체제로 바꾸어나간다. 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등의 인력을 확충하여 팀어프로치가 작동할 수 있도록 한다.

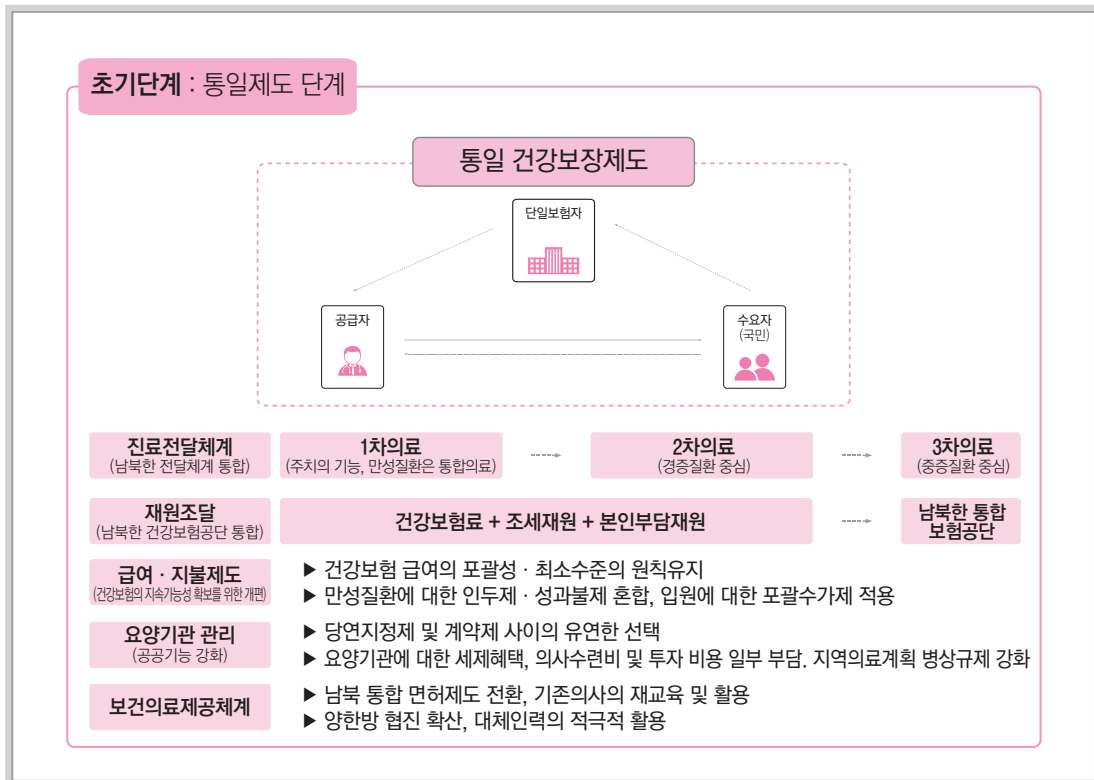
남북의 의학용어와 의과대학 교육과정을 통일시켜 간다. 이는 상대적으로 열악한 북쪽의 교육과정을 끌어올리고, 술기 위주의 남쪽의 의과교육을 재점검하는 계기가 될 것이다. 북의 의사급수제도 점진적으로 폐지하고 남

의 전공의/전문의 양성 체계를 점진적으로 이식한다.

3) 통일제도 단계

(1) 의료제공체계

남과 북 모두 인구고령화가 급속히 진행이 되고 만성질환의 비중이 커지고 있다. 만성질환은 대부분이 복합 상병이기 때문에 통합의료 모델을 요한다. 여러 전문 분야의 그리고 다 직종 간의 협동진료(care coordination)다. 북한의 호담당의사제와 왕진제도는 적극



[그림 4] 남북의 건강보장제도: 최종단계-「통일제도 단계」

활용되어야 한다. 의사가 일정 지역 주민의 건강을 담당하여 검사, 진단, 치료를 책임지는 이러한 방식을 만성질환의 관리에 적용할 수 있도록 한다.

급성기 질환 의료는 진료전달체계 하에서 제공되어야 한다. 이를 위해서는 지역의료계획 하에 의료자원이 지역 간에 균형 배치되도록 하고 의료공급의 왜곡과 쓸림을 막아야 한다. 급성기 병상이 과잉인 남쪽 지역은 병상의 기능별 재배치에 주력해야 할 것이고, 실효성 있는 병상이 부족한 북쪽 지역은 기존의 병상에 장비와 물자가 적절히 보완될 수 있는 방안을 강구해야 한다.

북한에서 고려의학을 모든 의사가 다룰 수 있고 적극적으로 활용하고 있듯이 양한방의 협진을 보다 확산시켜야 한다. 의사보조원(PA), 임상간호사 등을 대체 인력으로 적극적으로 활용하고 이를 통해서 의료인력의 공급 및 제도 운영의 유연성을 확보한다. 이는 북쪽 출신의 의사, 준의사, 준의 등이 활용될 공간을 넓히게 될 것이다. 북한에서는 전문 지식이 부족한 의사들이 많이 배출되어 있다. 하지만 이들을 수준별 재교육 등을 통해 적극적으로 활용하여야 통합 건강보험제도의 운영이 원활하게 될 것이며, 의료인력의 공급 부족 문제를 완화할 수 있을 것이다.

(2) 협의의 건강보장체계

통합 건강보장체계는 의료급여제도 내지 의료보호제도에 해당하는 제도를 별도로 두지는 않는다. 모든 국민은 건강보험제도에 의해서 커버되고, 취약계층은 보험료와 본인부담의 면제 또는 경감 조치를 통해 보호한다.

건강보험제도는 국가가 관장하되 국가의 위임을 받은 건강보험조직이 집행업무를 담당한다. 보험료 부과방식과 보험급여방식도 남북의 구분이 없어진다. 재원조달에 있어서의 공평 부담(fair financing)의 원칙과 보험급여에 있어서 포괄성과 최소수준(comprehensive services and national minimum)의 원칙을 유지하는 것이 중요하다.

① 재원조달

건강보험재정은 건강보험 보험료와 정부지원(조세)으로 이루어진다. 건강보험의 보험료 부과체계는 소득 중심의 단일 부과를 원칙으로 한다. 소득과악의 한계에 따른 보완책으로 정액의 최소보험료도 마련된다. 보험료는 모든 소득에 대하여 정률로 부과되며, 보험료율은 전국민에 대해 동일하게 유지한다. 일정 취약계층에 대해서는 보험료를 면제 또는 경감한다.

정부 재정은 취약계층의 보험료 지원에 사용된다. 현재 남한의 지원 수준은 보험료 수입의 20%에 못 미친다. 취약계층에 대한 부담을 건강보험제도에서 포괄하는 등 정부의 역할이 커지는 만큼 정부 재정을 보험료 수입의 30% 이상으로 높일 필요가 있다. 북쪽 지역에서 징수되는 보험료 수입이 충분치 못한 경우 정부 재정에서의 지원이 필요할 것이다.

② 보험급여

건강보험의 급여 내용은 전국민에게 동일하다. 보험급여의 포괄성 원칙을 준수하여, 안전성과 유효성이 입증되는 의료서비스는 보험급여에 포함시키는 것을 원칙으로 함으

로써 비급여의 무분별한 확산을 차단한다. 아울러, 최소수준 원칙을 유지함으로써 건강보험의 지속가능성을 확보한다. 즉, 필수 의료를 넘어서는 고급의료 내지 선택적 아메니티 서비스는 건강보험의 급여에서 제외하여 진료비 전액을 자비로 부담하도록 하고, 필수성이 약하지만 급여의 필요성이 인정되는 서비스는 본인부담을 높여서라도 급여의 대상으로 한다. 이를 통해 제도의 유연성과 반응성을 높인다.

③ 지불제도

건강보험의 지불제도로 어느 고정된 방식에 집착할 필요는 없다. 의료의 공급자와 수요자의 행태를 고려하여 지속적으로 개혁안을 설계하고 적용해야 할 것이다. 의원급(개원의) 내지 외래 부문의 경우, 만성질환은 인두방식과 성과불 방식을 혼합하여 의료제공자와 환자 사이의 윈-윈 상황을 만들어 가고, 급성기 질환은 행위별수가제와 총액계약방식이 결합된 지불방식을 통해 지불정확성을 높이면서도 필요 이상의 의료비 증가를 막는다.

병원 내지 입원 무문의 경우는 포괄수가방식을 원칙으로 하여 예외적 보상과 인센티브를 결합한다. 한국형 DRG 분류체계를 정비하여 재활의학이나 정신의학을 포함한 모든 입원 부문에 적용하되, 포괄 방식의 적용이 곤란한 성격이 있는 의료의 경우는 제외되는 개별 기준을 분명히 한다.

IV. 맺으며

무상치료를 내걸었던 북한의 보건의료체계는 치료의 제공 자체가 제 기능을 하지 못할 정도로 물자 부족의 어려움을 겪고 있다. 2014년 기대수명은 북한이 남자 65.8세, 여자 72.6세로 남한보다 남녀 공히 12.2세가 낮다. 1세미만(천명당) 영아사망률도 26명으로 남한의 2.4명의 10배를 상회한다. 1970년대까지만 해도 건강수준은 오히려 북한 주민이 높았던 것으로 알려져 있는데, 지금은 남쪽이 월등히 높아져 있는 것이다. 남한의 건강보장제도도, 전국민을 건강보장의 틀에 보호한다는 점에서는 성공적이었지만, 분절적인 의료제공체계와 상업화된 의료에 기인한 다양한 문제에 직면하고 있다.

본 연구에서는 바람직한 통일 건강보장제도를 구상하고, 이를 달성하기 위해서 이행 단계별로 취해야 할 전략을 짰다. 최종적인 「통일제도 단계」에서는 남과 북이 구분 없이 단일한 건강보장제도를 가지게 된다. 통합된 건강보장제도를 갖기 위해서는 제도를 구성하는 다양한 요소별로 많은 변화가 선행되어야 한다. 진행에 따라서는 통일정부의 수립 직후에 달성될 수도 있고, 수십 년이 걸려도 달성 못 할 수 있다.

본 연구가 제시한 통일 건강보장제도 그리고 단계별 이행 전략은 상당 부분이 비단 통일을 전제로 하지 않더라도 우리의 건강보장제도가 지향할 방향이기도 하다.

참고 문헌

- 김규륜 외. 선도형 통일의 경로와 과제. 통일 연구원. 2012.
- 김석향 외. 지속적인 협력과 발전을 통한 북한보건의료체계 발전 방안 연구. 이화여자대학교. 2008.
- 박상민 외. 북한 보건의료 백서. 서울대학교. 2013.
- 윤석용. 건강한 한반도를 위한 남북한 보건의료분야 협력 방안 모색: 2010 정기국회 국정감사 정책보고서. 대한민국국회. 2010.
- 이규식. 의료보장과 의료체계. 계축문화사. 2002.
- 정형선 외. 통일 한국 대비 건강보장제도 구축방안 연구. 국민건강보험공단. 2014.
- World Health Organization. World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. 2010.
- Wrobel, R. M. 독일 통일의 성과. (통일연구원. 독일 통일 20년과 한국의 통일대비.) KINU학술회의총서10-02. 2010.