

건강보험보장률에 대한 평가 및 정책 대안

Evaluation of current policy on health insurance
coverage rate and policy alternatives



정형선 교수
연세대학교 보건행정학과

- Key Points**
- ☑ 비필수적인 비급여를 제외한 ‘병행 보장률’ 지표나, 취약계층이나 특정 정책집단을 대상으로 한 ‘세부 보장률’ 지표를 통해 건강보험 보장성 강화정책의 효과를 다양한 측면에서 파악 필요
 - ☑ 비급여항목이 치료적 성격이 있고 효과가 인정된다면 가능한 급여권에 끌어들이어 공적인 모니터링 기전 하에 두어야 함
 - ☑ 법정본인부담률은 치료적 성격의 정도에 따라 50%, 80% 등 다양하게 설정해서, ‘비용 의식적’ 의료이용행태를 갖게 해야 함
 - ☑ 신규 판매되는 실손형 민영보험 상품은 ‘비급여본인부담’만을 대상으로 하고 법정본인부담은 금지하여 실손보험료를 낮추도록 해야 함

- Key Words** 건강보험보장률, 비급여항목, 법정본인부담, 비급여의 급여화, 실손보험
health insurance coverage rate, non-covered items, co-payment, covering of non-covered items, loss insurance

1. 들어가며

의료비에서 건강보험제도가 지불해주는 돈의 비중을 가리키는 전체 ‘건강보험보장률’은 그 개념이 단순명료하고 국민의 생활과 직결되기 때문에 대선공약과 정당 매니페스토(Manifesto)에서 빠지지 않는 주요 지표다. 그만큼 정치 레벨의 용어가 되어있다. 어느 정당은 70%를 달성하겠다고, 어느 대통령 후보는 80%를 달성하겠다고 공약(公約)했다. 그리고 그 이행을 위해 수조 원의 자금을 퍼부었다. 하지만 보장률은 모든 정부에서 예외 없이 정체 상태에 머물렀다. 그야말로 공약(空約)으로 끝났다. 정당에 관계없이 모두 같았다. 정권을 어느 정당이 잡든 정치적 공방의 주객이 바뀔 뿐 내용은 대동소이했다.

의료보장 확대를 위한 막대한 자금이 투입됨에도 보장률이 높아지지 않는 현상과 관련해서는 두 가지 쟁점이 뒤따른다. 첫째는 현재의 전체 건강보험보장률 지표가 과연 적절한 것인가 하는 것이다. 잘 설계된 ‘건강보험보장률’ 지표가 우리 건강보험의 보장률 수준을 확인하는 데 개선을 가져올 수 있다. 둘째는 ‘비급여의 풍선효과’ 현상을 포함해서 국민의 부담이 줄지 않고 있는 상황에 대한 정책 대안이 무엇인가 하는 것이다. 건강보험 급여가 확대되는데 보장률이 안 오른다는 것은 비급여가 늘어났다는 것과 같은 얘기이므로, 어찌 보면 ‘비급여의 풍선효과’는 ‘보장률 정체의 원인’을 넘어 ‘보장률 정체 그 자체’라고 해도 과언이 아니다. 심각한 상황이다. 급여액도 늘어나고 비급여액도 늘어난다는 것은 결국 급여를 위한 보험료 부담과 비급여를 위한 가계직접부담 모두가 늘고 있다는 것이다. 이는 보장성 강화정책이 원래의 정책목표와는 다르게 작동하고 있다는 것을 의미한다. 국민의 의료비 부담은 줄이지 못하면서, 의료제공자의 수입만 늘리는 방향으로 작동한 것이다. 대책이 필요하다.

2. 보장성 강화의 평가 지표

가. 건강보험 진료비 실태조사에 따른 ‘건강보험보장률’

보장성 강화정책이 본격화한 것은 참여정부 시절인 2005년 6월에 ‘건강보험 보장성 강화 로드맵(2005~2008)’이 발표되면서다.¹⁾ 동 계획은 고액 중증질환의 부담을 줄이는 데 방점을 두었다. 건강보험 보장률 지표를 처음으로 공식화하고 이를 2013년까지 70% 이상으로 올리겠다는 목표가 제시됐지만, 2005년 시작 시점에 61.8%이던 보장률이 2008년 62.6%에 그쳤다.

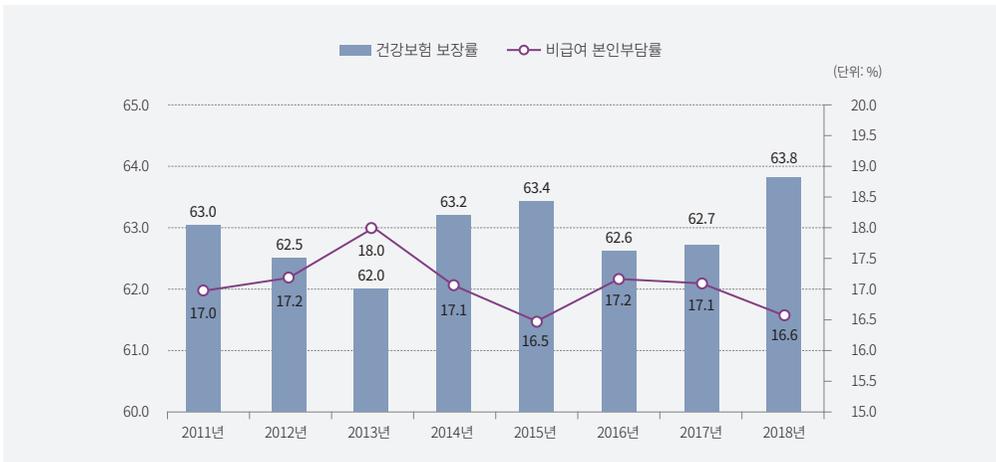
이명박 정부에서 추진된 ‘2차 건강보험 중기 보장성 강화계획(2009~2013)’은 특히 저출산 등 사회 환경 변화에 적극적으로 대응하는 데 방점을 두었다. 건강보험 보장률을 2013년까지 80%로 끌어올리겠다는 목표가 설정되었지만, 2008년 62.2%에서 2012년 62.5%로 정체가 되었다.

박근혜 정부에서 추진된 ‘3차 건강보험 중기 보장성 강화계획(2014~2018)’은 ‘선별급여’를 도입하고, 선택진료비, 상급병실료, 간병비를 3대 비급여로 규정하여 대책을 추진한 것이 특징이다. 건강보험 보장률을 68%까지 올리겠다는 목표가 설정되었으나, 2012년 62.5%에서 2016년 62.6%로 제자리걸음을 했다.

1) 동 계획에 뒤이어 4~5년 단위로 집중 분야를 선정하여 보장성 강화 로드맵을 제시하는 계획이 계속되었고, 2005년의 로드맵은 ‘1차 보장성 강화 계획’으로 불리게 되었다.

문재인케어는 ‘비급여의 전면 급여화’를 내세우며 보장성 강화를 특히 강조했다. 건강보험 보장률 지표는 70%까지 올리겠다는 공약이 다시 설정되었다. 2017년의 보장률은 62.7%였는데 2018년은 63.8%였다. 이전의 보장률 정체에 비하면 1년의 변화로는 꽤 크다. 그렇다면 과연 2022년까지 70% 공약이 달성될 수 있을 것인가? 늘어나는 비급여의 추세로 보나, 신규 투입되는 재원의 규모로 보나 향후 몇 년 내로 70%까지 보장률이 오를 것 같지는 않다.

2005년 이후 지금까지 건강보험진료비 실태조사에 따른 ‘건강보험보장률’ 지표가 발표되고 있다. 2018년 건강보험 보장률은 63.8%로 2010년 이후 가장 높지만, 2011년 63.0%에 비해 0.8%p의 차이밖에 나지 않는다는 것을 볼 때 이 지표가 그동안 추진된 보장성 강화정책의 성과를 제대로 보여주고 있는지 의문을 갖지 않을 수 없다[그림1].



[그림 1] 2011~2018년 건강보험 보장률과 비급여 본인부담률

자료: 서남규. 건강보험환자 진료비 실태조사. 2020.

보장률 지표의 크기와 변화는 의료비 부담에 대한 환자의 체감도를 반영할 수 있어야 한다.²⁾ 국민건강보험공단은 최근 비급여 상세내역 자료로 분류한 비급여 항목을 적용한 다양한 보장성 지표의 산출 방안을 제시했다(서남규, 2020). 필수적인 비급여를 제외한 ‘병행 보장률’ 지표나(표 1) 취약계층이나 특정 정책집단을 대상으로 한 ‘세부 보장률’ 지표가 그것이다(표 2). 이를 통해 건강보험 보장성 강화정책의 효과를 다양한 측면에서 파악하겠다는 것이다. 물론 기존의 ‘건강보험보장률’ 지표는 계속 제시되어 일관성을 유지하는 시계열적 비교가 가능케 해야 한다.

2) 정형선(2004)은 보장률지표에 관한 이론적 고찰과 실증적 결과를 동시에 보여준 첫 학술지 논문으로, 2002년 우리나라 ‘건강보험 실효급여율’은 52.4%라는 결과를 제시했다. 이는 2005년 이후의 건강보험보장률 산출의 이론적 배경이 되었다.

(표 1) '병행 보장률' 지표에 포함되는 비급여 유형(예시)

진료유형	발생유형	세부항목	現보장률	세부보장률 예시
행위	기준비급여	검사료, 영상진단 및 방사선 치료 등		
	등재비급여	치과행위, 이학요법료 등		
		도수치료		
	선택비급여	행위(치과보철 65세 이상)		
		행위(한방) 영양주사(급여병행)		
치료재료	기준비급여	드레싱 품목류, 혈액 및 용액 주입용류		
	등재비급여	굴절조정용 재료 등		
	선택비급여	수술 및 검사용 치료재료		
의약품	기준비급여	신경계, 대사성 의약품 등		
	선택비급여	신경계, 대사성 의약품, 한방 약제 등 영양주사(급여병행)		
병실	제도비급여	상급병실(1인실, 1인실 제외)		
기타	제도비급여	제증명수수료 등		
現보장률에서 제외	선택비급여	영양주사 미용/성형, 예방, 치과보철(65세 미만, 기타) ¹⁾ 등		

주: 1) 진료유형 중 보장구, 간병비, 보호자 식대, 입원관련물품 등 치료외적인 부수적인 기타 항목
 자료: 발생유형 및 진료유형은 '2018년도 비급여 상세내역조사' 분석결과를 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' <별표2. 비급여 대상>을 기준으로 분류함.
 기준비급여: 치료횟수, 치료기간, 적응증 등 급여기준에서 규정한 인정기준 외에 비급여로 적용되는 항목
 등재비급여: 안전하고 유효하며 의학적으로 필요하나 비용효과성 등 진료상 경제성이 불분명한 항목
 제도비급여: 진료과정에서 발생하는 비의료적 서비스 항목
 선택비급여: 진료목적이 미용, 성형, 건강검진 등 치료 이외 목적인 항목

(표 2) 보장성 강화정책의 평가를 위한 보장성 지표의 다양화

구분	현재	지표 세분화(안)
공급자	<ul style="list-style-type: none"> • 요양기관종별 • 진료형태(입원·외래) • 주요 진료과목 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 요양기관종별 • 진료형태(입원·외래) • 주요 진료과목 등 • 신포괄수가제 참여기관 • 공공병원 지정기관 등
수요자	<ul style="list-style-type: none"> • 성·연령 × 진료형태/진료과목 • 소득계층(직장/지역가입자) 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 성·연령 × 진료형태/진료과목 • 소득계층(직장/지역가입자) 등 • 아동/청소년/여성/노인/저소득층 등
질환	<ul style="list-style-type: none"> • 1인당 중증·고액진료비 주요 질환 • 4대 중증질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 1인당 중증·고액진료비 주요 질환 • 4대 중증질환 • 100대 경증질환/52대 경증질환 • 만성질환/중증질환 외 만성질환 • 응급의료 • 감염병 등
정책		<ul style="list-style-type: none"> • 가계파탄방지 정책에 대한 국민의료비 절감효과 분석 등

나. 경상의료비에서의 공공재원과 가계직접부담의 비중

2018년 전체 경상의료비는 143.2조 원으로 GDP 대비 7.5%이다. 공공재원은 59.9%인 85.8조 원이고, 의료이용 단계에서의 '가계직접부담'은 32.5%인 46.5조 원이다. 보건계정 체계(System of Health Accounts)에서 가계직접부담(out of pocket)은 사회보험이나 공적으로 제공되는 항목에 대한 '법정본인부담금(cost sharing)'과 나머지인 '법정 외(外) 본인부담금(out of pocket excluding cost sharing)'으로 나뉘는데, 전자는 우리나라 2018년 경상의료비의 13.3%인 19.0조 원, 후자는 경상의료비의 19.2%인 27.5조 원이다.

전체 경상의료비에서 가계직접부담이 차지하는 비중은 2001년 39.2%에서 2018년 32.5%로 6.7%p 감소했다. 대부분은 전반 10년의 변화이며 2010년대의 변화는 미미했다. 가계직접부담의 감소에 대한 기여도를 보면, 보험료, 세금 등에 의한 공공재원의 비중은 1.5%p 증가하여 가계직접부담 비중 감소에 22.4% 기여한 데 불과하나, 실손보험의 비중은 5.2%p 증가하여 가계직접부담 비중 감소에 77.6% 기여했다. 가계직접부담을 실손보험이 대체한 것이다. 가계는 실손보험료라는 사전적인 지불을 늘려서 의료이용 단계에서의 부담을 줄였다. 지불능력과 관계없이 같은 금액을 지불하는 실손보험료의 성격을 고려한다면, 가계직접부담의 감소가 저소득층 가계의 부담 완화로 연결되지 않았음을 직감할 수 있다. 실손보험은 사전지불(pre-payment) 재원이라는 점에서 의료이용 단계에서 가계의 부담을 줄이는 역할은 하지만, 결국은 형평성을 고려하지 않는 민간재원 보험료를 통해 지불된 가계부담이라는 점에서는 보장성의 강화로 해석되는 데 일정한 한계가 있다.

3. 정책 대안

우리나라와 같이 민간이 90% 이상을 차지하는 의료제공체계에서 전체 건강보험보장률을 너무 높게 설정하고 이를 달성하겠다고 하는 것은 현실에 맞지 않을 수 있다. 우리나라는 의료의 제공을 민간 투자에 의존한다. 민간이 투자분에 대해 수익률을 높이려는 것은 자연스럽다. 그렇다고 사회보험을 통해 공적으로 조달한 자금이 민간의 수익 증대에 여과 없이 투입되게 할 수는 없다. 의료제공자의 수익추구 행태에 대한 실효성 있는 대응 수단은 '의료의 이용자가 비용의식을 갖는 것'이다. 이것이 본인부담이다. 본인부담이 낮아서 의료이용이 필요 이상으로 늘면 결국 건보재정의 부담이 커지고 이는 다시 보험료 인상의 부담이 되어 국민에게 부담이 돌아온다. 국민의 의료비 부담은 '본인부담'만이 아니고 '보험료' 부담도 있다. 본인부담률은 낮추는 것이 능사가 아닌 것이다.

첫째, 비급여항목이 치료적 성격이 있고 효과가 인정된다면 가능한 급여권에 끌어들여 공적인 모니터링 기전 하에 두어야 한다. 문재인케어가 강조하는 '비급여의 전면 급여화'는

이를 강조한 것으로 해석된다. 다만, 선택적 성격이 크고 적정 가격이 확인되지 않은 비급여항목은 급여화 이전의 일정 기간 시장의 가격 조정 기능에 맡겨두는 것이 필요하다.

둘째, 법정본인부담률은 낮추는 것만이 능사가 아니라는 점을 분명히 인식하고 정책에 녹여내야 한다. 환자의 '선택적 성격'이 있거나 '의료의 필수성이 떨어지는' 의료서비스에 대해서는 급여권으로 끌어들이더라도 환자의 본인부담률을 높게 설정할 수 있다. 이 역할을 하는 것이 소위 '선별급여'와 '예비급여'다. 이들은 '급여화 이전'의 단계가 아니고, '급여'의 한 유형이다. 본인부담률은, 입원 20%, 외래 30~60%라고 하는 틀에 얽매이지 않고, 치료적 성격의 정도에 따라 50%, 80% 등을 포함하여 다양하게 설정해서, '비용의식적' 의료이용행태를 갖게 하자는 정책이다. 선택의 여지 없이 받아야 하는 중증질환의 치료는 5%, 10%의 낮은 '산정특례' 본인부담률을 설정하듯이, '예비급여'는 높은 본인부담률을 설정하여 본인부담 정책의 실효성을 높이기 위한 것이다.³⁾ 아울러, 공적으로 설정한 가격에 대해서는 일정 본인부담률을 적용하되, 그 이상의 부분은 환자가 전액 부담하는 '참조가격제'도 활용될 필요가 있다. 모두 본인부담을 통해 '환자'가 비용을 의식하면서 선택하고 '의료제공자'도 환자의 부담을 의식하면서 선택을 권하게 하자는 제도다. 급여권으로 흡수해서 본인부담률을 낮추어도 다른 비급여가 그만큼 추가되거나 인상되어 결국 환자가 부담하는 수준이 유지되는 소위 '비급여 풍선효과'가 현실인 상황에 대처하는 방안이다.

셋째, 신규 판매되는 실손형⁴⁾ 민영보험 상품은 '비급여본인부담'만을 대상으로 하도록 해야 한다. 현재처럼 실손형 민영보험이 '법정본인부담'을 보험금 지급의 대상으로 하면 건강보험 본인부담률의 기능을 무력화시키기 때문이다. 비급여본인부담만을 대상으로 하게 되면 국민은 보험료가 낮은 실손형 상품을 구입할 수 있어서 실손보험료의 부담이 줄게 될 것이다. 민영보험이 상병수당의 기능을 해주기를 원한다면 이는 실손형이 아닌 정액형 상품으로 판매하도록 하면 된다. 우리나라와 같이 전국민을 공보험이 1차적으로 커버하는 상황에서는, 민영보험은 2차적이고 보충적인 역할에 머물러야 한다. 앞으로 건강보험에 상병수당이 도입되게 된다면 사실 민영보험은 '공적 역할'이 거의 없어지므로, 본래의 '사적 영역'에서 상품 판매에 주력하면 된다. 공보험인 건강보험에서 의료행위의 치료성 정도에 따라 법정본인부담률을 달리하고 있는데, 민영보험이 그 본인부담을 대부분 상환해주어 건강보험의 실효 본인부담률을 동일하게 10%로 낮추어버리는 상황은 문제가 아닐 수 없다. 의료제공을 민간 제공자에게 맡기고 있는데, 그나마 환자의 비용의식마저 없어지게 되면 의

3) 이러한 의미에서 '산정특례'나 '예비급여'라는 명칭은 불필요하거나 오해의 소지가 있다.

4) 보험업법 제2조에서 실손형은 '손해의 보상'을 하는 것으로, 정액형은 '약정한 급여'를 제공하는 것으로 규정하고 있다. 정액형은 암, 급성심근경색 등 약관에서 정한 상병으로 진단받았을 때 일정 금액을 제공하는 것이고, 실손형은 실제로 의료이용을 한 것을 확인하고 이를 보상하는 것이다. 입원 또는 수술을 했을 때 약정된 금액으로 지불을 해주는 상품이 꽤 많이 거래되고 있는데, 이는 '실손형'과 '정액형'의 두 성격을 동시에 가지고 있다. 보험업계에서는 이를 '정액형'으로 부르고 있다. 하지만 강학상으로 보면 '실손형'에 해당한다. 실제로 발생한 의료비를 일부 보상하는 것이기 때문이다.

료오남용과 이에 따른 의료비 팽창은 막을 길이 없다. 이미 우리는 매일 이러한 상황을 목도하고 있다. 민영보험의 보험료는 지불능력과 관계없이 일정 금액을 낸다. 민영보험의 잘못된 보험상품이 가입자의 실손보험료를 높이는 것에 그치지 않고, 공보험의 보험료까지도 인상하게 만드는 현재의 상황은 개선되어야 한다.

4. 나가며

건강보험은 의료제공자에게 의료수입을 위한 자원조달을 안정적으로 확보해주고 있다. 건강보험료가 급격히 늘어왔고 보험재정이 커졌다는 것은 의료제공자의 건강보험 급여항목에서의 수입이 그만큼 많아졌음을 의미한다. 비급여항목에 대한 공공부문의 관여와 제약은 의료의 안전성과 효과성을 확보하기 위한 것이다. 의료제공자에게 ‘면허제도를 통해 주어진 배타적 권한’은 이러한 ‘공적 관리와 제약 부과’의 당위성과 동전 양면의 관계에 있다.

의료비는 제공되는 의료에 대한 대가로 지불되는 것으로 제공자에게는 수입이 되지만 지불자에게는 경제적 부담이 된다. 그런데 다른 일반 재화나 서비스와는 달리 상당 부분이 공적재원을 통해서 마련된다. 가계가 평상시에 부담한 ‘보험료를 통해 조성된 건강보험재정’이나 ‘세금을 재원으로 한 정부지출’이 그것이다. 그리고 나머지의 대부분은 의료이용 시에 가계가 직접 부담한다. 이 가계직접부담은 공적재원에 비해서 경제적 부담능력에 대한 고려가 충분치 않아⁵⁾, 저소득 가계에는 큰 부담이 된다. 정부가 나서서 보장성 강화대책을 진행하는 이유가 여기에 있다.

건강보험료가 지불능력에 따라 부과된다고 해서, 소득이 높은 낮은 납부하는 입장에서 부담이 없는 것은 아니다. 2000년대 전반만 해도 소득의 4%가 안 되던 보험료율이 지금은 7%에 근접해 있다. 큰 증가다. 보험료율 인상 억제도 우리 건강보험의 주요 과제 중의 하나다. 그렇다면 건강보험이 앞으로 지향해야 할 방향은 명확하다. 전체 의료비의 두 자릿수 급팽창을 제어해서 국민의 부담을 줄여야 한다. 이를 위해 비급여부담을 줄이고 법정본인부담률을 다양화하고 적정 수준으로 유지해야 한다. 건강보험 보장성 강화 정책은 이에 맞게 재설정되어야 한다. ✕

5) 본인부담상한제와 같은 예외는 있다.

참고문헌

서남규. 건강보험 보장률의 함의와 시사점. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 건강보장 ISSUE&VIEW. 2020.
정형선. 의료보장성 및 의료보장의 실효급여율에 관한 연구. 보건경제연구. 2004;10(1):95-112.