

건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제 (학계)



정형선 교수
연세대학교 보건행정학과

1. 들어가며

WHO(2008)는 의료제도의 보장성(public coverage)을 강화하는 세 가지 길을 논하고 있다. 첫째, 급여의 넓이(breadth) 즉 사회보장인구의 비율을 확대하는 것 둘째, 급여의 깊이(depth) 즉 사회보장 급여 서비스 범위를 확대하는 것 셋째, 급여의 높이(height) 즉 사회보장의 단위 서비스 당 상환율을 확대하는 것이 그것이다. 이러한 세 개의 축으로 이루어진 상자가 전체 의료비 상자에서 차지하는 비중이 바로 ‘보장률(public coverage rate)’이 된다.

1989년 전국민의료보험의 달성으로 이미 우리의 건강보험은 급여의 넓이는 완성이 되었다. 하지만 급여일수와 급여항목은 제한되어 있었고(급여의 깊이의 부족), 급여항목의 경우에도 본인부담율은 50% 정도로 아주 높게 설정되어 있었다(급여의 높이의 부족). 이와 같은 낮은 급여 수준은 건강보험제도의 도입 과정에서 재정 부담을 줄이고 빠른 제도 정착을 가능하게 했지만, 한편으로 의료에 대한 접근성이 가계의 지불능력에 크게 의존하고 특히 저소득층이 과부담의료비에 쉽게 노출되는 결과를 초래했다.

이러한 문제에 대한 인식은 한국의 지속적인 경제성장과 함께 건강보험 급여의 깊이와 높이를 확대하기 위한 일련의 진전을 이루는 동인이 되었다. 2000년까지는 급여일수 제한 제거, 그 이후 최근까지는 급여범위의 확대와 본인부담의 경감이 주된 개혁의 내용이자 목표였다. 앞의 두 가지가 급여의 깊이에 해당하고, 마지막 것이 급여의 높이에 해당한다. 그런데 오랜 기간 급여의 확대가 계속됨에 따라 대부분의 필수 의료서비스는 급여의 대상으로 되었

고 이에 따라 급여 확대의 주안점이 조금씩 변하고 있다. 박근혜 정부에 들어서면서 국정과제의 이행 과정에서 정립되어 추진되고 있는 소위 '선별급여'제도는 그러한 상황의 변화를 보여주고 있다.

본고는 1990년대 이후의 보장성 강화 정책의 특징을 개관하고 그 성과를 논하되, 특히 박근혜 정부에서의 보장성 강화정책의 성과와 과제에 비중을 두고 다룬다.

2. 보장성 강화(급여 확대) 정책에서의 시대별 주안점

가. 급여 기간(일수)의 확대: 1990년대

1970~80년대에 걸쳐서 건강보험의 가입자가 확대되고 1989년에 전국민건강보험은 달성되었지만, 아직도 '급여기간 합산 연간 180일'이라는 소위 '요양급여일수 상한제도'가 적용되고 있었다. 이에 대한 개혁 요구가 끊임없이 제기되었고, 마침내 1995년부터는 모든 가입자의 제한일수가 210일로 늘어났고, 그 후 매년 한 달씩 늘어나서 1996년 240일, 1997년 270일, 1998년 300일, 1999년 330일이 되었다. 2000년에는 제한일수가 365일로 늘고 2001년에는 기간 제한이 없어졌다. 하지만, 건강보험재정 문제로 2002년부터 연간 급여일수를 다시 365일까지로 제한하기도 했지만 2006년부터는 다시 기간 제한이 없어져 오늘에 이르고 있다.

나. 급여 항목의 확대: 1980년대~2010년대

보험급여 항목의 확대는 의료보험 도입, 확대의 전 과정에서 꾸준히 추진되었다. 1987년 한방 그리고 1989년 약국에서 의료보험이 적용된 것도 같은 맥락에서 볼 수 있다. 1990년대에 들어서서는 신의료기술, 신약, 신소재치료재료가 계속해서 개발되고 이들에 대한 국민들의 요구가 증가함에 따라 보험급여의 범위가 계속 확대되었다. 2000년에는 40세 이상 가입자 및 피부양자에게 건강검진이 실시되었으며, 산전 진찰이 급여범위에 포함되었다. 2002년에는 만성질환관리료가 신설되었다. 2004년에는 감마나이프 수술이 보험급여 항목으로 포함되었다. 2005년에는 MRI, 미주신경자극기, 인공와우 등이 급여 대상이 되었고, 2006년부터는 장기이식수술이 급여 대상이 되었으며, 입원환자 식대에 보험이 적용되었다.

2010년대에도 MRI(2010), 초음파(2013)와 같은 사회적 요구가 높은 고가 서비스에 대해서도, 암·심뇌혈관질환 등 중증질환부터 단계적으로 보험 적용이 확대되었고, 장애인 보

장구(2010)에 대한 급여가 확대되었으며, 세기변조방사선치료(2011)와 양성자치료(2011) 등에 보험이 적용되었고, 임·출산진료비 지원비(2012)가 20만원에서 50만원(다태아 70만원)으로 확대되었다. 한방 분야에서는 한방물리요법(2009), 치과 분야에서는 치아홈메우기(2009), 노인틀니(2012), 치석제거(2013)에 대한 보험 적용이 이루어졌다.

다. 본인부담의 완화: 2000년대

1991년에 만성신부전증, 혈우병환자의 입원 본인부담률이 경감된 사례가 없는 것은 아니지만 본인부담률 인하 정책은 대체로 2000년대에 들어와서 활발하게 진행되었다. 2001년에는 암, 파킨슨병 등 희귀난치성 질환의 외래 본인부담률이 20%로 인하되었고, 암환자 62개 희귀질환자의 외래진료비에 대한 경감조치가 적용되었다. 2005년에는 암 등 고액중증질환의 법정본인부담이 20%에서 10%로 경감되었다. 2009년~2010년에 걸쳐서 암, 심장·뇌혈관질환의 본인부담이 10%에서 5%로 추가 경감되었고 중증화상(본인부담 5%)과 결핵(본인부담 10%)이 산정특례 상병군으로 추가되었다.

일찍이 1980년부터도 ‘본인부담보상금제도’가 존재했지만 2004년에는 본인부담액이 일정 기간 동안 일정액을 초과하는 경우 초과금액을 상환해 주게 됨으로써 본격적인 ‘본인부담액상한제’가 실시되게 되었다. 상한금액은 소득 수준에 따라 차별적으로 적용하여, 보험료 하위 50%는 연간 200만원, 중위 30%는 300만원, 상위 20%는 400만원이었다. 2014년에는 소득 구간을 120만원~500만원으로 확대하고 7단계로 세분화하였다.

2013년 8월에는 하위 20% 저소득층을 대상으로 2천만원 한도 내에서 본인부담금의 규모에 따라 최대 70%까지 지원해 주는 ‘중증질환 재난적 의료비 지원사업’이 한시적 사업으로 시행되었다.

라. 본인부담률 차등화를 통한 급여 항목의 확대: 최근의 변화

정부는 2013년 ‘4대 중증질환 보장성 강화’ 차원에서 기존의 비급여 항목을 급여권으로 끌어들이되 그 성격에 따라 본인부담을 기존의 급여 항목보다 높게 설정할 수 있도록 하고, 이를 소위 ‘선별급여’로 명명했다. 이는 그간 학계에서 요구되던 급여 확대 전략으로서의 ‘본인부담률 차등 적용방식’(정형선, 2011b)을 제도화한 것이다. 환자의 요구가 큰 비급여 항목을 건강보험 급여체제로 편입함으로써 환자의 부담을 완화시키고, 한편으로 서비스의 모니터링과 지속적 관리가 가능해질 것이라는 점이 강조되었다. 선별급여는 급여화에 목적이 있는 만

금 본인부담상한은 당분간 적용 대상 외로 한다. 한 가지 우려는, 정부가 이러한 ‘본인부담률 차등 적용’ 방식을 ‘선별급여’로 명명하면서 ‘보편복지’를 주장하는 일부 시민단체가 이를 ‘선별 복지’와 혼동하는 경향이 있다는 점이다. ‘급여 확대’를 위한 제도가 ‘급여 제한’을 위한 제도로 오해되어서는 안될 것이다.

사실 본인부담률을 입원이나 외래의 일반적인 본인부담률에 비해서 높게 설정하는 ‘본인 부담 차등 적용’의 전통이 기왕에 없는 것은 아니었다. 1990년 본인이 희망할 경우 ‘특정 암’ 검사를 포함한 검진을 건강보험의 급여 대상으로 하되 50%를 본인이 부담하게 한 것이나, 2008년 식대 본인부담률을 50%로 정한 것이 그 예가 된다.

2014년 현재 소위 ‘선별급여’의 대상은, 척수강내 약물주입펌프이식술, 비승인 조혈모세포이식, 일시적 혈관폐쇄용 치료재료(이상 본인부담 50%), I-123 FP-CIT 뇌 단일광자단층촬영, F-18 플루오리드 뼈 양전자단층촬영, F-18 FP-CIT 뇌 양전자단층촬영, 카메라 내장형 캡슐내시경검사, 부정맥의 냉각도자절제술 치료재료, FLO WIRE(이상 본인부담 80%), 무탐침정위기법, 초음파 전파절삭기 (이상 본인부담 50% 또는 80%) 등 11개 항목이다. 2015년에는 유방재건술, 경피적대동맥판막삽입술(TAVI) 등이 추가된다. 이들 항목은 3년마다 재평가를 해서 비용효과성이 입증되거나 사회적 수요가 큰 항목은 본인부담을 일반 급여 항목(소위 ‘필수급여’)으로 전환하는 것으로 되어 있다.

3. 보장성 강화 정책의 평가

최근의 보장성 강화정책은 기존의 보장성 강화정책에 비해 첫째, 본인부담 차등화를 통해서 급여 확대의 가능성을 높였다는 점 둘째, 소위 ‘3대 비급여’라는 난제를 정면으로 다루고 있다는 점에서 높이 평가된다.

가. 성과 평가의 한계

보장성 강화 정책의 성과는 그러한 정책의 시행 결과로 필수의료에 대한 접근성이 높아졌는지, 그러한 접근성의 향상이 사회의 각 계층 사이에 골고루 이루어졌는지, 그러한 접근성의 향상으로 최종적인 목표인 건강 수준의 향상이 이루어졌는지, 그러한 건강 수준의 향상이 각 계층에게 골고루 이루어졌는지, 그리고 보장성 강화를 위한 재원조달이 사회 각 구성원의 지불능력에 맞게 이루어졌는지 등 다양한 관점에서 측정이 가능할 것이다. 사실 의료제도가 정책의 성과를 제대로 평가하기 위해서는 투입된 자원으로 달성할 수 있는 기대 가능치를 산출

하고 이것에 비해 실제로 달성한 정도를 측정해야만 한다(WHO, 2000).

하지만 그러한 성과 평가를 위한 정보를 확보하는 것은 쉽지 않다. 건강보험 급여의 증가는 의료 접근성의 향상을 의미할 가능성이 크지만, '필요한 의료'에 대한 접근성이 얼마나 높아졌는지는 쉽게 판단하기 어렵고, 더욱이 그것이 계층 간에 형평성 있게 이루어졌는지 판단하기도 쉽지 않다. '건강'의 향상이 보장성 강화와 얼마나 연관성을 갖는지는 더더욱 입증하기가 어려워진다. 특히 최근의 보장성 강화 정책이 국민의 건강 향상으로 연결되는 데는 어느 정도의 시간이 필요할 것이다.

급여항목이 추가되거나 기존의 급여 항목의 본인부담이 낮아지면 의료 이용은 증가하는 것이 정상이다. 최근의 실증 분석은 의료비 부담의 완화와 함께 의료 이용의 증가가 있음을 제시하고 있지만, 재난적 의료비 지출 경험 및 의료이용의 형평성에 관해서는 상반된 결과를 보이고 있다(최정규 등, 2011). 또한 암 등 고소득층에서 의료이용이 많은 점(김진희 등, 2011)을 고려할 때, 4대 중증질환 중심의 보장성 강화는 형평성 면에서 한계를 보이게 된다(김윤, 2014).

나. 급여의 확대와 공공재원의 비중

여기서는 가장 알기 쉬운, 그렇지만 직접적인 파악이 가능한 보장률의 변화를 중심으로 살펴본다. 그나마 의료비는 다양한 자원투입의 '가중합'으로서의 의미가 큰 데다가, 상대적으로 다양한 세부 정보의 수집이 가능하기 때문에 성과 평가를 위한 활용도가 높다.

그림 1에서 보듯이 우리나라의 '전체 경상의료비(Current Health Expenditure)에서 차지하는 공공재원의 비중'은 1980년 19.8%에서 1990년 39.1%, 2010년 58.0%까지 급격히 늘어났다. 그렇지만 2010년대에 들어선 이후에는 2010년 58.0%에서 2011년 57.2%, 2012년 56.3%, 2013년 55.9%로 낮아지고 있다.

건강보험이 도입된 1977년 이후부터 전국민건강보험이 달성된 직후인 1990년까지는 인구보장의 확대에 주력했던 시기로 이를 통해서 의료비에서 공공재원의 비중이 급격히 늘어났다(breadth of coverage). 1990년대에도 공공재원이 두 자리 수 증가율을 계속한 것은 급여일수 및 급여대상서비스의 확대를 통한 것이었다(depth of coverage). 2000년대에 들어서면서 공공재원 비중의 증가는 의약분업의 여파로 2001년 잠깐 급격한 증가가 있었던 것을 제외하고는 소강상태에 들어섰다. 2000년대 초기에는 건강보험 재정 위기에 따른 정부재원의 증가와 건강보험 보장성 강화 대책으로 그나마 완만한 증가가 있었으나, 2010년대에 들어서서는 감소세로 돌아선 것이다.

주지하는 바와 같이 한국의 건강보험 재정에서 공공재원의 비중은 국제비교 측면에서도 낮다. OECD 국가의 경상의료비 공공재원 비중의 평균은 73%에 달했다. 의료공급을 민간에 의존하고 있고, 민간의 영리적 투자를 사실상 용인하고 있는 우리의 의료제도의 특성상 공공재원의 비중이 OECD 국가의 평균 수준까지 올라가는 것은 가능하지 않을 것이다. 하지만 공공재원의 비중이 OECD 국가의 평균에 비해 20%p 가까이 낮고, 그럼에도 최근 더 낮아지고 있는 것은 우려할 만한 상황이다.

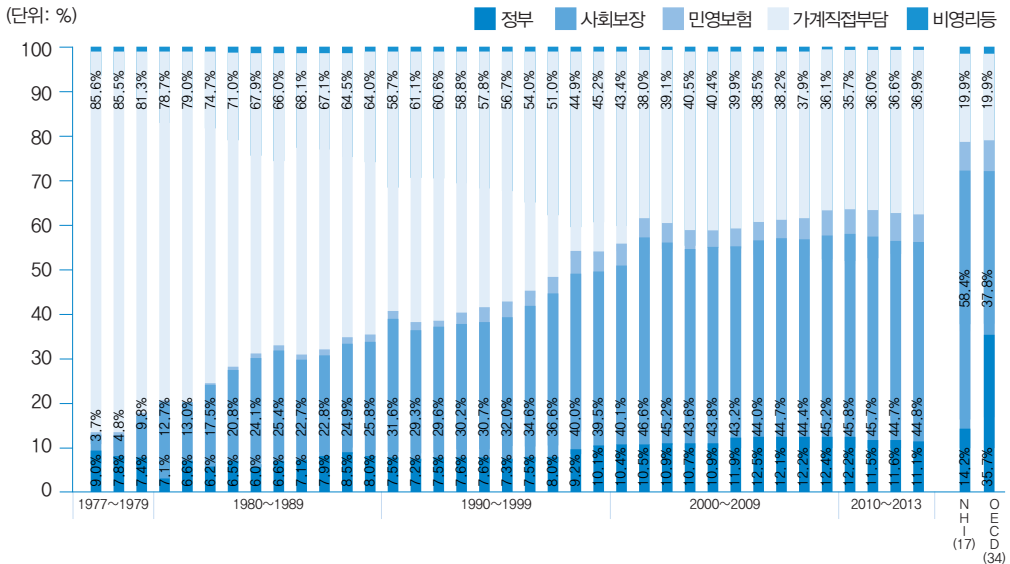


그림 1. 전체 경상의료비(Current Health Expenditure)에서 차지하는 공공재원 비중의 추이 및 OECD 평균과의 비교

주 : OECD(34)는 전체 OECD 34개 국가의 평균, 'NHI(17)'는 그 중에서 사회보험료를 주된 재원으로 하는 17개 국가의 평균을 가리킴

자료 : Jeong(2011)을 최근의 자료로 업데이트함.

경상의료비에는 공중보건이나 건강증진을 위한 지출 그리고 행정관리비용도 포함된다. 따라서 이들을 제외한 소위 '개인의료비(personal health expenditure)' 즉, 의료서비스나 재화를 위한 지출에 국한해서 보는 것이 우리가 감각적으로 느끼는 의료비 지출의 재원 구성을 파악하는데 도움이 된다.

그림 2는 '건강보험 일반요양기관에서의 보장률(공공재원 비중)'을 업데이트한 것이다. 여기서 '건강보험 일반요양기관'이라 함은 건강보험 적용 요양기관 중에서 치과병의원, 한방병의원을 제외한 것이다. 이들은 성격상 상당 부분을 본인부담 재원에 의존하고 있는 요양기관이기 때문이다. 따라서 정형선(2004; 2005; 2006; 2008; 2010; 2011a)에서 제시된 다

양한 보장률 지표 중에서 건강보험공단의 '건강보험보장률'에 가장 유사한 지표이다(정형선, 2011a).

건강보험에서의 '보장률'의 변화는, 지표에 따라 정도의 차이는 있지만, 앞에서 살펴본 '경상의료비에서의 공공재원 비중'의 추이와 대동소이하다. 경상의료비의 대부분을 건강보험 의료비가 차지하고 있기 때문이다. 다만, 그림 2가 확인해주는 것은 2000년대 들어선 이후, 그리고 보장성 강화대책이 공식적인 정책 목표가 되어 강력히 추진되고 있는 2005년 이후에도 보장률이 계속 정체 상태에 머물고 있는 것은 급여의 확대와 함께 비급여의 급격한 증가가 동시에 진행되기 때문이라는 점이다. 2005년 16.6조원이던 건강보험급여액이 2014년 39.0조원으로 3배 가까이 늘었는데, 비급여본인부담도 6.8조원에서 16.4조원으로 비슷한 증가 속도를 보였다. 여기서의 비급여는 최근 급격히 늘어나고 있는 '미용과 성형'을 위한 지출은 제외된 것인데도 그렇다.

2013년의 경우 전년 대비 보험자부담은 2.1조 늘었으나, 비급여본인부담이 1.5조 증가함에 따라 보장률이 58.9%에서 58.3%로 크게 떨어졌다. 비급여에 대한 관리가 방치되고 있는 한 급여의 확대는 '밑 빠진 독의 물 붓기'가 되고 있으며, 역으로 비급여의 확산 방지가 보장성 대책의 핵심임을 알 수 있다. 2014년은, 잠정 추계치이기는 하지만, 보험자부담의 증가(2.3조원)가 커서 보장률의 감소가 둔화되었다. 하지만, 이것이 최근 진행이 되고 있는 3대 비급여 관리대책의 효과인지를 파악하기 위해서는 조금 더 면밀한 분석과 시간의 경과를 필요로 한다.

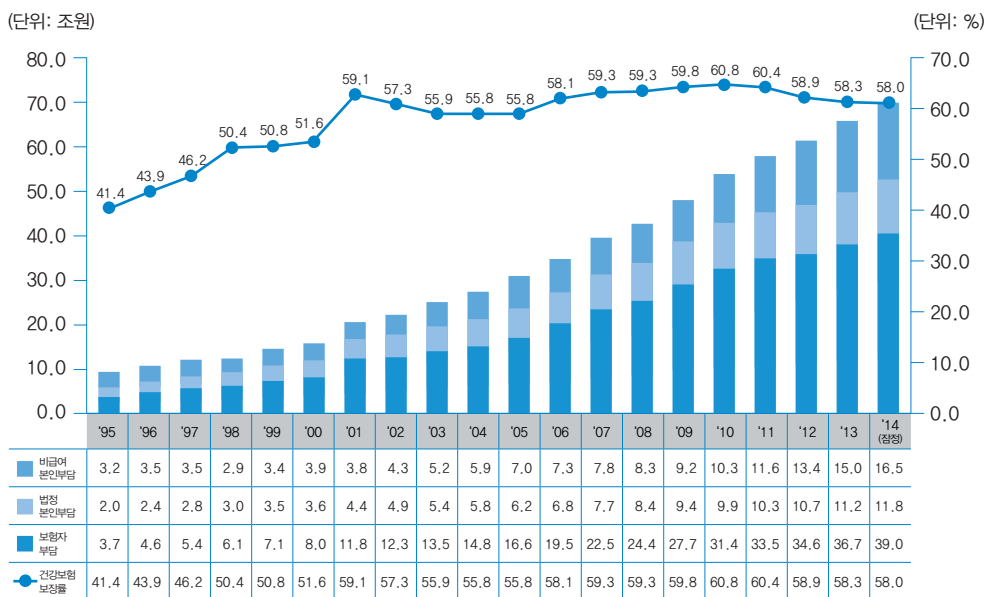


그림 2. 건강보험 일반요양기관에서의 공공재원 비중, 1995-2014년

4. 나가며

박근혜 정부는 국정과제로 「4대 중증질환 보장」, 「3대 비급여 개선」, 「노인 임플란트(틀니) 급여화」, 「본인부담상한제 개선」을 선정하여 추진하고 있다. 4대 중증질환 보장성 강화 계획은 2013년 10월에 확정되어 2016년까지 진행되고, 3대 비급여 개선 계획은 2014년 3월에 수립되어 선택진료와 상급병상 관련 계획은 2017년까지, 간병비는 다음 정부까지 진행이 되며, 노인 임플란트도 2014년 8월부터 건강보험이 적용되어 2016년까지 단계적으로 확대된다. 이러한 과제의 실행계획 및 재정소요를 반영해서 만들어진 것이 「2014~2018 건강보험 증기보장성 강화 계획」이다. 박근혜 정부의 보장성 강화는 미완의 정책이며, 실현의 과정에 있다. 그 성공 여부는 이들이 원래의 의도대로 진행되는지에 달려 있다. 다음과 같은 점을 유의해야 한다.

첫째, 선별급여 항목의 확대가 기존의 비급여 항목에 대한 가격 보장의 수단으로 오작동하지 않도록 지속적인 모니터링과 분석을 해야 한다. 또한 모니터링 결과에 따라 가격을 조정할 수 있는 기전이 마련되고 작동되어야 한다. 비급여로 남아있으면 시장의 기전에 따라 가격이 인하될 수 있었는데, 오히려 건강보험에서 선별급여함에 따라 가격인하가 이루어지지 않게 되는 결과가 되어서는 안되기 때문이다.

둘째, 본인부담 차등방식에 따른 보장항목의 확대 방식은 4대 중증질환이나 특정질환에 국한하지 않고 전체질환에 대해서 같은 원칙이 적용되도록 해야 한다. 질병에 따른 급여 우선순위의 설정보다는 금전적 부담의 정도에 따른 급여 우선순위 설정이 보다 합리적이기 때문이다.

셋째, '선택진료비의 폐지'가 흐지부지 되어서 나중에 다시 다른 이름의 동일 제도로 살아 남지 않도록 철저히 모니터링해야 한다. 선택진료비를 폐지하는 대신에 광범위한 수가 인상이 있었음을 잊어서는 안 된다.

넷째, 일반병상의 확대 또한 철저히 모니터링하고 계획대로 진행되도록 해야 한다. 이 또한 일반병상 수가의 인상을 대가로 한 정책 변화임을 잊어서는 안 된다.

다섯째, 포괄간호서비스에 의한 간병은 우리 의료제도와 건강보험제도의 업그레이드를 의미하는 바, 정권을 넘어서는 지속적인 제도 개선을 이루어야 한다. 이를 실현하기 위해서는 국민의료비가 급증할 것이고 국민들도 의료비의 증가를 감수하게 된다. 박근혜 정부에서는 시범사업의 부분적 확대만을 이루고 본격적인 확대는 차기 정부로 미루어져 있다. 간호인력의 확충 등이 수반되어야 하는 장기적 과업이니만큼 정권을 넘어서 이해와 지지가 요구된다. 🌐

참고문헌

- 김윤. 4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가. 대한의사협회지 2014; 57(3)198-203.
- 김진희, 김경주, 박종혁. 암환자의 소득수준과 의료이용의 관련성. 보건행정학회지 2011; 21(3): 397-413.
- 정형선. 보장성 강화정책에 대한 평가 및 제언. 임상보험의학회지. 2011b; 6(1): 6-17.
- 정형선. 보장성 논의와 보장률의 국제비교. HIRA정책동향, 2011a; 5(2): 17-27.
- 정형선. 의료보장성/건강보험급여율의 개념, 산출방법 및 결과. HIRA정책동향. 2008; 2(3): 6-19.
- 정형선. 의료보장성 및 의료보장 실효급여율에 관한 연구. 보건경제와 정책연구. 2004; 10(1): 95-112.
- 정형선. 의료보장성지표의 재구성과 2003년 지표의 생산. 보건경제와 정책연구. 2005; 11(1): 141-153.
- 정형선, 신봉구. 건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가간 차이. 한국사회보장학회지 2006; 22(4): 27-48.
- 정형선, 정영호, 이해중, 신의철. 건강보험 보장성 지표 개발 연구. 서울: 국민건강보험공단; 2010.
- 최정규, 정형선, 신정우, 여지영. 보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향. 보건행정학회지 2011; 21(2): 159-178.
- Jeong, Hyoung-Sun. Korea's National Health Insurance-Lessons From The Past Three Decades. Health Affairs. 2011; 30(1): 136-144.
- WHO. World Health Report- Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000.
- WHO. World Health Report: primary Health Care. World Health Organization. 2008