

건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제 (의료계)

최재욱 소장
고려대학교 보건대학원, 대한의사협회 의료정책연구소

이정찬 연구원
대한의사협회 의료정책연구소



1. 들어가며

1997년에 시작된 우리나라의 건강보험은 전 세계적으로 유례를 찾아보기 힘들 정도로 12년이라는 단기간에 전국민건강보험 체제를 달성하였다. 이를 계기로 국민들의 의료서비스에 대한 접근성이 확대되고 편의성이 대폭 향상되었을 뿐만 아니라 국민들의 건강과 의료서비스 기술이 발전하는데 크게 기여하였다.

그러나 제도 도입 초기부터 국민들의 건강보험 가입률을 높이고 가입저항을 줄이기 위해 보험료율을 낮게 부과함으로써 우리나라의 건강보험은 현재까지 자연스럽게 저부담-저급여 정책의 틀을 벗어나지 못하고 있는 상황이 되었다. 대부분의 사회보험제도를 구축하고 있는 국가에서 건강보험에 대한 국고지원이 이루어지고 있는 상황인데도 우리나라의 경우 이마저도 제대로 이루어지지 못했다.

또한 우리나라는 OECD 가입 국가들 중에서도 공공의료비 비중이 매우 낮은 국가 중에 하나인데, 이는 그만큼 우리나라 건강보험의 보장성이 낮고 국민들이 지출해야 하는 의료비 부담이 높음을 뒷받침하는 근거이다(이은경, 2013).

이러한 총체적 문제점들은 가입자인 국민들에게는 취약한 보장성 그리고 공급자들에게는 고질적인 저수가의 문제를 야기함으로써 결과적으로 건강보험제도는 국민과 공급자 그 어느 쪽도 만족시키지 못하는 제도로 전락하고 말았다. 더구나 최근 십수 년간 정치적 목적으로 남용되어온 각종 보장성 강화 관련 공약은 건강보험제도가 처한 이러한 문제점들을 더욱 어렵

계 하고 있는 상황이다.

보장성 강화와 관련된 논의는 보건의료시스템의 한축을 구성하는 의료 공급자들에게 있어서도 중요한 이슈이다. 왜냐하면 보장성 강화 정책이 시행되면서 비급여 항목의 순차적 급여전환에 따라 기존에는 정부나 보험자가 부담해야 할 비용의 일부가 공급자에게 전가되는 부분이 발생하게 되고 의료전달체계를 왜곡시킬 수 있다는 우려도 제기되고 있기 때문이다.

이에 본고에서는 그동안 정부에서 추진해왔던 보장성 강화 정책의 성과와 문제점들을 살펴보고 성공적인 보장성 강화 정책을 달성하기 위해 향후 실천되어야 하는 대안들을 고찰해 보고자 한다.

2. 보장성의 정의

일반적으로 보장성이란 ‘의료비 중에서 환자나 그 가족이 아닌 제3자가 부담하는 금액의 비중’이라 정의할 수 있으며, 이러한 제3자가 부담하는 금액의 비중을 높이는 만큼 보장성 수준은 개선된다(정형선, 2013). 한편 보장성 지표를 설정하고 그 수준을 정의하는데 있어 분모와 분자에 포함되는 비용의 범위에 따라 그 해석은 다양할 수도 있고, 각 국가가 처한 의료제도에 따라서도 다를 수 있다. 따라서 보장성이란 개념을 정확히 이해하고 보장성 수준을 향상하는 것은 단순한 작업이 아니다.

WHO(2010)에 의하면 “전국민 건강보장” 달성을 위한 보장성 강화 정책은 기금의 규모와 안정성 측면도 중요하지만, 건강보장 혜택을 받고 있는 인구의 비율, 급여항목의 범위, 급여율(본인부담률 축소) 간에 적절한 조합을 통한 지속적인 개선 측면이 더 중요할 수 있다고 언급한 바 있다. 결국 보장성 강화 정책은 해당 국가가 보유한 기금의 규모(current pooled funds)에 따라 이 세 가지 요소간의 적절한 트레이드오프(Trade-off)를 통해 수행되어야 한다는 것이다(그림 1).

그러나 보장성 강화 정책을 성공적으로 달성한 국가라 할지라도 환자의 의료서비스 이용 만족도가 항상 높은 것은 아니고(예: 대기시간) 발생한 의료비용 모두를 보험자나 국가가 대신 지불하지도 않으며, 가입자의 발생 가능한 도덕적 해이를 해소하기 위해 본인부담률이라는 제도를 병행하여 유지하고 있다(WHO, 2010).

결국 건강보험제도를 보유한 모든 국가들은 보장성 강화 정책 수행에 있어 한정된 기금 내에서 그들이 처한 상황에 맞게 구성원간 사회적 합의를 이끌어 각자의 상자를 각자의 방법으로 채워나가야 하는 것이 중요하다. 사회적 합의라 함은 정부(보험자), 국민(가입자), 공급자간의 적절한 의사소통을 의미한다.

한편 유럽과 같이 오랫동안 사회보장체제를 안정적으로 유지해온 국가들은 그림 1에서의 작은 파란색 상자가 큰 상자의 크기와 거의 일치하는 수준을 보이고 있다. 우리나라의 경우 현재 건강보장 혜택을 받는 인구 비율은 선진국과 비교하였을 때 우수한 편이라고 할 수 있겠지만, 급여항목의 범위를 확대하고 본인부담률을 낮춰 급여율을 확대하는 측면에 있어서는 앞으로 더 노력을 기울여야 하는 상황이라 볼 수 있겠다(정형선, 2013).

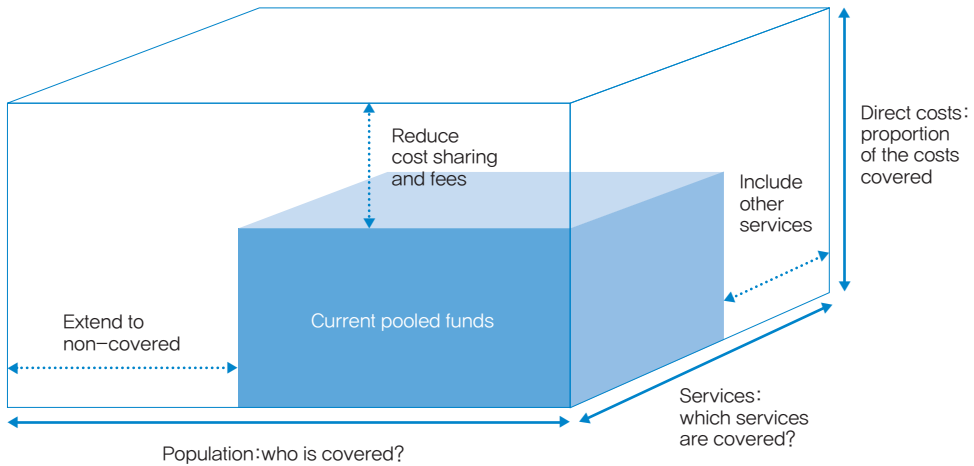


그림 1. Three dimensions to consider when moving towards universal coverage
자료 : WHO, 2010.

3. 보장성 강화 정책의 평가

가. 보장성 강화 정책의 기원

처음으로 보장성 강화 논의가 시작된 것은 2002년 대선에서 민주당 후보가 공약에 ‘보장률 80% 달성’이라는 목표를 세운 것에서 부터 유래한다. 정권 획득 이후 공약에 대한 구체적 이행 과정에서 80%라는 수치가 달성하기 어려운 수치임을 확인한 참여정부는 「참여복지 5개년 계획」을 통해 그 목표를 70%로 하향 조정하였다(정형선, 2011). 그러나 당시 참여정부에서는 이를 달성하기 위해 막대한 공공재원을 투입할 의지가 많지 않았다. 그런 와중에 2005년 6월 정부는 ‘보장성 강화 대책’을 발표하고 2008년까지 3조 5천억원을 투입하여 보장성 수준을 단기적으로는 선진국 평균 수준인 70%로 장기적으로는 80%까지 끌어올린다는 정책 목표를 수립하였다(김주경, 2010). 그 결과 2004년 61.3%이던 건강보험급여율은 2005년

61.8%, 2006년 64.3%, 2007년 64.6%까지 상향될 수 있었다. 당초 목표인 70%에는 이르지 못했지만 분명 일정부분 성과는 있었다(정형선, 2011). 그 이후에도 ‘무상의료’나 ‘건강보험하나로’라는 정치적 슬로건으로 건강보험 보장성 강화 계획이 당시 야당을 중심으로 지속적으로 논의되었고, 2012년 대선을 앞두고 여당과 야당에서 모두 경쟁적으로 보장성 강화 계획을 대선공약으로 제안하였다. 새 정부는 2013년 6월 4대 중증질환 보장성 강화 계획을 발표하고 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환 등 4개 질환을 모두 건강보험으로 해결하겠다는 정책을 발표하기에 이르렀다(대한의원협회, 2015).

나. 보장성 수준 현황

국내에서 활용할 수 있는 보장성 수준 통계에는 두 가지가 있다. 그 중 하나는 “OECD Health Data”를 활용하여 집계한 총의료비 중 공공의료비가 차지하는 재원의 비중을 활용하는 방법이고, 다른 하나는 국민건강보험공단에서 매년 실시하는 ‘건강보험환자 진료비 실태조사’를 활용하는 방법이다.

우리나라는 OECD 국가들 중에서도 공공의료비 비중이 매우 낮은 편에 속한다. 2011년 기준 우리나라의 총의료비 중 공공의료비가 차지하는 비중은 55.3%로 OECD 평균인 73.2%와 비교하여 보았을 때 매우 낮다(그림 2). 이는 곧 우리나라의 의료비 지출에 있어 가계 부담 규모가 크다는 사실을 의미한다. 실제로 2012년 기준 우리나라의 총의료비 중 가계 지출 비중은 35.9%로 OECD 평균인 19.0%보다 높은 상황이다.

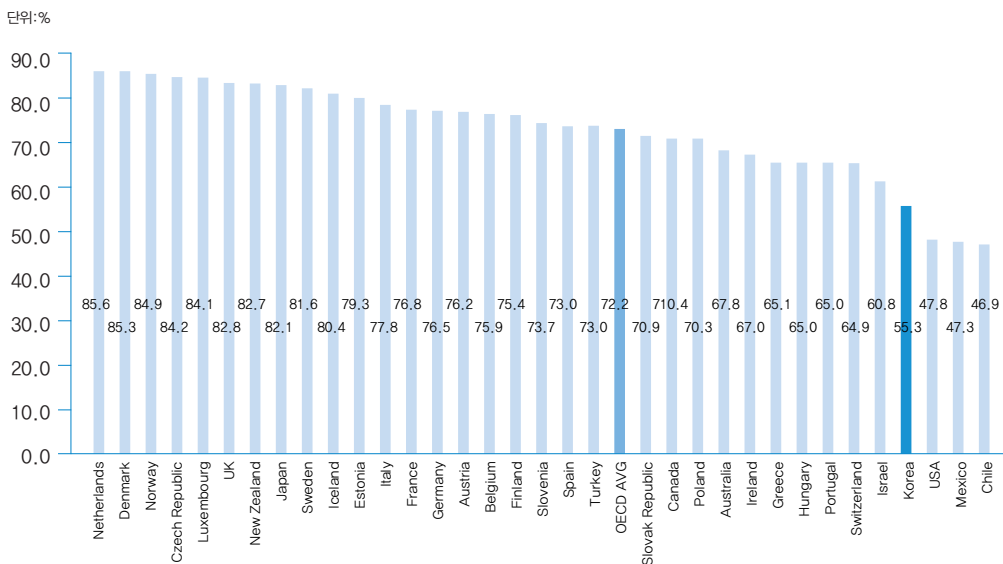


그림 2. 총의료비 대비 공공의료비 비중

자료: OECD Health Data, 2013.

2000년대 초반 보장성 강화가 건강보험정책의 주요 의제로 논의되기 시작하면서 우리나라의 건강보험 보장수준을 파악하기 위한 노력의 일환으로 2004년도부터 국민건강보험공단에서 건강보험 보장률(건강보험 급여율)을 발표하고 있다. 이를 분석하면 건강보험 보장률은 참여정부 시절까지 조금씩 상향되다가 2009년 이후 지속적인 하락세에 있으며, 2012년 기준 현재 보장률은 62.5%인 것을 알 수 있다(표 1). 주 이유는 건강보험의 법정본인부담률이 소폭 하락하고 있음에도 불구하고, 비급여본인부담률이 상승한 때문인 것으로 추정된다.

표 1. 연도별 건강보험환자 건강보험보장률 현황 (단위: %)

연도	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
건강보험보장률	61.3	61.8	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5
법정본인부담률	23.1	22.5	22.1	21.3	21.9	21.3	20.6	20.0	20.3
비급여본인부담률	15.6	15.7	13.4	13.7	15.5	13.7	15.8	17.0	17.2

주: 전체의료비 중 건강보험공단에서 부담하는 급여비가 차지하는 비율로서, 전체의료비에는 일반약, 성형, 미용목적의 보철비, 건강증진 목적의 참여비가 제외되고, 건강보험공단에서 부담하는 급여비에는 의료급여, 산업재해, 자동차보험 등이 제외됨.

자료: 국민건강보험공단, 2014.

다. 보장성 강화 적용 내역

2005년 보장성 강화 로드맵을 발표한 이후 정부에서는 급여율을 높이고 급여범위를 확대하는 정책을 지속적으로 추진해 왔다. 산정특례제도를 마련하여 당시 재난의료비의 주범이었던 암과 관련하여서 2005년 환자의 본인부담률을 20%에서 10%로 낮추었고, 2009년에는 이를 다시 5%로 경감하였다. 2010년까지 총 보장성 강화 정책에 소요된 재정 2조 9,916억 원 중 암과 관련하여 투입된 건강보험 재정은 25.8%를 차지하여 가장 높은 비중을 차지하였다(이옥희 등, 2012).

표 2. 연도별 보장성 확대 주요항목

시행시기	주요 보장성 확대 항목
2005년	· 암환자, 71개 희귀질환자 외래진료비 산정특례 · MRI, 암 등 고액중증질환(심장, 뇌혈관) 본인부담 10%
2006년	· 암검진 본인부담 인하(50% → 20%) 중증질환 PET 급여, 식대 급여
2007년	· 본인부담액 상한선 인하(6개월 300만원 → 200만원)
2008년	· 6세 미만 아동 입원 본인부담 10%, 산전진찰 바우처 도입
2009년	· 본인부담액 상한선 조정(소득 계층별 200만원, 300만원, 400만원 구분) · 암환자 본인부담 인하(10% → 5%)
2010년	· MRI 보험급여 확대(척추, 관절), 희귀난치 치료제 보험적용 · 심장질환· 뇌혈관질환 본인부담경감(10% → 5%) · 중증화상 본인부담률경감(20%, 30~50% → 5%)
2011년	· 골다공증 치료제 급여 확대, 항암제(넥사바정, 벨케이드) 급여 확대, 당뇨치료제 급여확대 및 소아당뇨 관리 소모품 지원, 장루·요루환자 재료대 요양비 지원
2012년	· 완전틀니(75세 이상), 임신출산진료비 지원확대(40만원 → 50만원)
2013년	· 초음파검사(4대 중증질환) · 부분틀니(75세 이상) 보험적용, 치석제거 급여확대
2014년	· 고가항암제, 희귀난치성질환 치료제, MRI, PET(4대 중증질환) · 3대 비급여(선택진료료, 상급병실료, 간병비) 개선 · 임플란트(75세 이상) 보험적용
2015년	· 고가항암제, 방사선치료, 고가수술, 심장·뇌수술 재료, 행위연계 수술재료 · 틀니와 임플란트(70세 이상) 보험적용
2016년 (예정)	· 치료방법 결정을 위한 유전자검사 보험적용 · 암환자 등의 교육 상담 보험적용

자료: 한국경영자총협회, 2014.

표 3. 4대 중증질환 보장성 확대 시 연도별 재정소요액

(단위: 억원)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	합계
소요재정 (신규투입)	3,000 (3,000)	9,300 (5,900)	18,000 (7,500)	27,900 (7,400)	31,700 (-)	89,900 (23,800)

자료: 보건복지부, 2013.

4. 문제점 및 개선방안

가. 정치도구로서의 이용 지양

앞서 살펴보았듯이 보장성 강화에 대한 첫 논의는 2002년 대선 당시 대통령 후보가 ‘보장률 80% 달성’이라는 공약을 내세운 것에서부터 유래되었다. 당시 이러한 구체적 수치 제시는 전문가들과 사전의 충분한 논의와 사회적 합의를 바탕으로 하지 않았고 선거캠프에 참여한 일부 전문가에 의해 도출되기 일쑤였다. 그로 인해 정권 획득 후에도 구체적 계획 이행 시 당초 세웠던 터무니없는 목표 수준으로 인해 혼란을 겪는 시행착오를 여러 차례 겪어왔다. 2012년 대선과 즈음하여도 ‘무상의료’, ‘건강보험하나로’ 등의 공약들이 난무하였고, 당시 대선에서 승리한 정권이 공약으로 내세웠던 ‘4대 중증질환 보장성 강화’ 정책은 2013년부터 지금까지 이행 중에 있다. 정부는 이를 위해 2017년까지 약 9조원이 투입될 것이라고 예상하고 있지만 그 이상이 되지 않으리라고는 누구도 장담할 수 없다. 이렇듯 엄청난 재정이 투입되는데 불구하고 매년 건강보험 보장률은 개선되고 있지 못하고 있다. 그 원인에는 비급여 비용의 상승폭이 크다는 의견이 지배적이다. 결과적으로 재정은 투입이 되는데 효과는 미비한 모양새다. 물론 국가정책들이 기획되고 결정되는데 있어 정치세력과 전혀 무관할 수만은 없다. 그렇지만 보장성 강화 정책은 정치적 선전물이 아닌 전문가들과 이해당사자들의 합의를 바탕으로 사전에 충분한 논의를 통해 계획되고 이행되어야 하는 중요한 사안임에 틀림없다.

나. 적용대상 방법 제고

우리나라는 2005년 본격적인 보장성 강화 정책 추진 이래로 적용대상이 주로 특정 중증질환자들에게만 집중되고 있는 경향이 강하다. 이는 보장성 확대 정책에서 제외된 질환을 앓고 있으면서 고액의 본인부담금을 지출하고 있는 환자들을 보호하지 못하는 한계점을 안고 있다. 이는 자칫 그림 2에서의 상자가 불균형한 직사각형 형태로 발전할 수 있게 하는 문제를 야기할 수도 있다. 전체 재난적 의료비 경험가구 중 4대 중증질환으로 인한 경우는 약 1/3에 불과하다는 통계도 있다. 이는 역설적으로 말하면 나머지 2/3는 보장성 강화의 혜택을 전혀 받지 못하고 있는 것이다(김윤, 2014). 보장성 강화 정책의 취지가 개인이나 가구에게 발생한 재난적 의료비로부터 보호하지는 것임을 감안한다면 보장체계를 질환명 기준이 아닌 질환이 발생한 가구의 의료비 기준으로 패러다임의 전환이 필요하다(보험미래포럼, 2012). 이러한 관점에서 2013년 8월부터 한시적으로 운영되고 있는 중증질환 재난적 의료비 지원사업과 본인

부담금상한제도는 더 발전시켜야 할 제도라 사료된다. 증증질환 재난적 의료비 지원사업은 소득 하위 20% 저소득층을 대상으로 2천만원 한도 내에서 본인부담금의 규모에 따라 최대 70% 까지 지원해 주는 제도로서 상대적으로 적은 예산으로 취약계층을 재난적 의료비로부터 보호할 수 있는 효율적인 제도이다. 한편 본인부담상한제는 2014년 7월부터 실시되고 있는 제도로서 질환에 상관없이 소득수준에 따라 법정본인부담금이 일정액을 초과하면 초과금액을 전액 보전해주는 제도이다(이은경, 2013).

다. 소득계층 간 혜택의 불평등 해소

2014년 국정감사에서 4대 증증질환 보장성 강화 정책의 수혜자가 소득분위 상위계층에 집중되어 형평성에 문제가 있다는 부분이 지적된 바 있다. 즉 2013년 7월부터 2014년 3월 까지 9개월간 4대 증증질환으로 총 159만 295명이 혜택을 받았는데 이 중 소득상위 10%의 고소득층이 17.3%를 차지한 반면 소득하위 10%의 저소득층은 7.6%에 불과하였다. 또한 소득상위 30%가 41.5%를 차지한 반면 소득하위 30%는 19.9%에 불과하였다(안철수 의원실, 2014). 보장성 강화가 4대 증증질환에만 한정된 경우 저소득층의 의료접근성이 고소득층보다 떨어진다는 것이다. 건강보험가입 암환자 소득수준과 의료이용과의 관련성을 분석한 연구에 의하면 소득수준이 높을수록 외래와 입원 모두에서 방문횟수와 진료비가 높음을 확인할 수 있다(김진희 등, 2011). 또한 우리나라의 저소득 계층의 재난적 의료비 발생확률은 고소득 계층에서보다 약 2배가 높다는 연구도 있다(손수인 등, 2010). 따라서 4대 증증질환으로 한정된 보장성 강화는 다른 질환으로 인해 재난적 의료비를 경험하는 저소득층의 의료비 부담을 덜어주지 못하는 오류를 낳을 수 있는 것이다(김윤, 2014). 이외에도 시간, 공간, 경제, 사회문화 모두에 걸쳐 보장성 강화 혜택의 접근성이 저해되는 대상자들에 대한 고려가 반드시 필요하겠다.

라. 정부의 국고지원 확대

보장성 강화 정책을 수행하기 위해서는 막대한 재정이 소요된다. 그러나 현재 이 모든 재원을 건강보험재정에 의존하고 있는 형국이다. 사회보험체계가 성숙한 선진국들의 경우 의료비 재원 마련을 위해 국고지원이 활발히 이루어지고 있다. 2015년 기준 우리나라의 보험료율은 6.07%로 사회보험방식으로 건강보험제도를 운영하고 있는 국가들이 10% 내외임을 고려하여 보았을 때 매우 낮은 편에 속한다(김주경, 2010). 보험료율도 낮고 국고지원도 없다면 보

장성 강화 정책은 지속적인 안정성을 담보할 수 없다. 최근까지 국고에서 보장성 강화 정책을 위해 지원한 바가 없었는데, 2014년에 처음으로 4대 중증질환 등 공약이행 예산으로 1,093 억원이 투입된 사례가 있다. 그러나 이는 4대 중증질환 보장성 확대를 위한 2014년 정부 추 계 재정소요액 9,300억원에 비하면 턱없이 부족한 액수이다(대한의원협회, 2015).

한편, 국민건강보험법 제108조에 의하면 건강보험 가입자의 급여비용과 운영비 지원을 통 해 건강보험재정 안정을 도모하고 전국민의 의료이용 보장성 강화를 위해 매년 건강보험료 예 상수입액의 14%를 국고에서 지원하고, 건강증진기금 담배 부담금 예상수입액의 65% 한도 내에서 건강보험료 예상수입의 6%를 건강증진기금에서 지원하도록 하는 등 총 20%를 국고 에서 부담, 지원토록 하고 있지만 실제로는 이보다 더 적은 금액이 지원되고 있는 실정이다. 이러한 상황에서 보장성 강화 정책을 확대 유지하기 위한 재원확보 방안으로 갬블링, 청량음 료, 패스트푸드 등에 부과하는 목적세를 도입하는 안까지도 모색할 필요가 있다. OECD에서 도 최근 우리나라의 건강보험 재정방식이 한계가 있으므로 점진적으로 조세 부분의 역할이 강 화될 필요가 있음을 역설한 바 있다.

마. 민간보험회사의 이익득 방지(책무성 강화)

보장성 강화 정책으로 실손의료보험회사가 얻는 반사적 이익이 2013년부터 2017년까지 5년간 건강보험에 투입되는 12조 7,960억원 중 2조 5,379억원이라고 추계한 보고가 있다. 또한 실손의료보험 가입자가 민간보험사에 납부하는 보험료 총액이 연간 4조 5,693억원인 사실을 감안할 때 민간보험사가 보장성 강화 정책 확대에 따라 연평균 최대 11.1%의 실손의 료보험료를 인하해야 한다는 보고도 있다(김용익 의원실, 2014). 민간보험회사의 실손의료 보험은 환자가 실제로 의료기관에 납부한 본인부담 의료비를 민간보험회사로 하여금 부담하 도록 되어 있다.

그러나 보장성 강화 정책에 따라 급여항목이 확대되고 급여율이 향상되면서 기존에는 민 간보험회사가 부담해야 할 비용들을 건강보험재정에서 부담하는 꼴이 되어 버렸다. 보험자와 정부는 민간보험회사로 하여금 일정 금액을 건강보험재정에 부담케 하는 책무성을 갖도록 하 는 방안을 강구해야 할 것이다.

바. 의료전달체계 왜곡 우려

보장성 강화 정책은 가입자의 의료비 부담을 덜어주는 긍정적 효과도 있지만, 한편으로는 대형병원으로 환자들이 쏠리는 문제점을 초래할 수도 있다. 특히 현재 보장성 강화 정책이 중

증질환 위주로 편성되어 있다 보니, 환자들은 의원급 의료기관 이용보다 대형병원을 이용할 가능성이 더 높다. 4대 중증질환 환자라도 수술과 입원치료 후에 지속관리가 요하는 경우 환자가 거주하는 지역사회의 일차의료기관에서 충분히 효과적인 사후관리가 가능하다. 즉 급성기가 아닌 아급성기나 만성기 상태에서는 보장성 강화 혜택을 받고 있는 환자의 일차의료기관으로의 적절한 회송이 될 수 있도록 제도적 지원이 뒷받침될 필요가 있다. 또한 현재 치료 중심의 보장성 강화 정책을 향후에는 예방 중심의 급여혜택을 확대함으로써 질병이 발생하기 이전부터 비용효과적인 관리가 될 수 있도록 되어야 한다.

사. 이해관계자의 충분한 의견수렴

지금까지의 보장성 관련 주요 정책들은 결정과정에서 투명성이 부족하고 공급자들과의 충분한 의사소통이 이루어지지 못했다는 지적들이 많았다. 보장성 강화 급여항목 선정에 대한 대원칙이 부재한 것 또한 큰 문제점이었다. 과거, 식대의 급여화로 인한 발생한 비판들이 이를 반증하는 좋은 사례이다. 유럽 국가들의 경우 치료의 의학적 유효성과 안정성과 같은 기준 이외에도 사회적 연대성, 서비스 제공의 긴급성, 비용 대비 효과성 등을 고려하여 필수 의료 선정 및 급여결정 기준으로 정하고 있다(김주경, 2010). 특히 보장성 강화 정책의 성공적 이행을 위해서는 의료공급자들의 협조가 그 어느 이해관계자보다 중요하다. 4대 중증질환에는 질환의 특성상 비급여항목이 다수 포함되어 있다. 단기간에 모든 항목을 급여화하고 급여율을 높이기 위해서는 재정적으로 부담이 따른다. 그로 인해 정부는 현재 의학적 효과는 우수하나 경제성이 낮은 비급여 항목을 선별급여제도를 통해 높은 본인부담률(50%~80%)을 부과하면서 점차 제도권으로 흡수하려는 시도를 하고 있다(김윤, 2014). 그러나 비급여 항목이 선별급여 혹은 급여화 되는 과정에서 공급자 입장에서는 기존의 관행수가를 보전 받지 못하는 경우가 많아 일정부분 손실을 부담하고 있다는 불만이 제기되고 있다. 따라서 보장성 강화 정책의 순항을 위해서는 공급자에 대한 합리적인 보상과 의사결정과정에서 이해관계자의 의견이 충분히 반영될 수 있는 구조의 마련이 반드시 필요하다.

5. 나가며

우리나라는 비록 전국민건강보장체제를 빨리 달성하였으나 제도 도입시부터 유지되어온 저부담-저급여-저수가 체제로 인해 아직까지도 양질의 의료서비스가 효율적으로 제공되지 못하게 하는 걸림돌로 작용하고 있다. 그동안 정부의 보장성 강화 정책은 정치적 포퓰리즘으

로 무분별하게 남용되어 왔다. 비록 보장성 강화 정책이 가입자의 혜택을 확대하였다는 측면에서 긍정적으로 평가받는 측면이 있지만, 이를 달성하기 위한 방법들에 있어 여러 가지 문제점들을 보여 왔다. 정부와 보험자는 급여확대에만 치중한 나머지 저부담 체제를 적정부담 체제로 전환하려는 노력을 게을리하였다. 물론 건강보험료 인상을 통한 재원확보도 중요하지만 건강보험재정에 대한 정부의 국고지원 역할을 강화하는 것이 선결되어야 하는데, 그동안 그렇지 못했다. 현재 특정 중증질환 위주로의 대상 선정은 가구 발생 의료비기준으로의 패러다임 전환이 반드시 필요하다. 더불어 저소득층이 보장성 혜택에서 불평등하게 소외되는 일은 없어야 할 것이다. 보장성 강화 정책으로 반사적 이득을 얻은 실손 민간보험사로부터 건강보험재정에 기여할 수 있는 책무를 개발하는 것 또한 보험자나 정부의 몫이다. 또한 보장성 강화 정책으로 인해 의료서비스의 수요가 대형병원으로 집중되는 현상을 미연에 방지하고 환자가 회복 후에 지역사회 일차의료기관으로의 회송을 통해 관리될 수 있는 기전이 마련되고, 앞으로는 치료 중심에서 예방 중심으로의 패러다임 전환이 이루어져야 한다. 무엇보다도 보장성수준 설정과 대상에 있어 사회적 합의를 통한 결정이 선결되어야 하며, 공급자들이 자발적으로 의사결정과정에 참여할 수 있는 여건이 구조적으로 마련되어야 보장성 강화 정책의 순항이 지속가능할 것이다. 🌐

참고문헌

- 국민건강보험공단. 암 등 4대 중증질환 대상자 및 1인당 고액진료비 상위 30위내 질환 건강보험 보장률 증가 보도자료. 2014. 2. 7.
- 국민건강보험공단, 보건복지부, 한국경영자총협회. 연도별 보장성 확대 주요항목. 2014.
- 김윤. 4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가. 대한의사협회지 2014; 57(3): 198-203.
- 김용익 의원실. 건강보험 확대에 따른 민간보험 반 나로' 논의 등을 중심으로. 국회입법조사처. 2010.
- 김주경. 건강보험 보장성의 쟁점과 과제: '건강보험하나로' 논의 등을 중심으로. 국회 입법조사처. 2010.
- 김진희, 김경주, 박종혁. 암환자의 소득수준과 의료이용의 관련성. 보건행정학회지 2011; 21(3): 397-413.
- 대한의원협회. 건강보험 재정누수 분석 보고서. 대한의원협회 2015.
- 보건복지부. 4대 중증질환 보장성 강화 관련 FAQ. 2013. 6. 27.
- 보건복지부. 4대 중증질환 보장성 확대 시 연도별 재정소요액. 2013.
- 보험미래포럼. 건강보험 진화와 미래. 서울:21세기북스:2012.
- 손수인, 신영선, 김창엽. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구 2010; 30(1): 92-110.
- 안철수 의원실. 4대 중증질환 보장성 강화 정책, 저소득보다 상위계층이 더 혜택봐 보도자료. 2014.10.14.
- 이옥희, 태윤희, 서수라, 서남규. 건강보험 보장성강화 이후 진료비 구성변화. 서울:건강보험정책연구원; 2012.
- 이은경. 4대 중증질환 보장성 확대 정책에 대한 소고. 재정포럼 2013; 210: 28-42.
- 정형선. 건강보험 보장성 강화를 위한 제안. 의료정책포럼 2013; 11(1): 8-13.
- 정형선, 신정우. 보장성 논의와 보장률의 국제비교. HIRA 정책동향 2011; 5(2): 17-27.
- 한국경영자총협회. 사회보험비용 국민부담 현황 및 개선과제. 서울; 한국경영자총협회: 2014.
- OECD. Health Data. 2013.
- WHO. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. 2010.