

# 건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제 (시민단체)



**김준현** 공동대표  
건강세상네트워크

## 1. 들어가며

건강보험은 우리나라 사회보장제도 중 지출 규모가 가장 크며 연령, 직종 구분 없이 전국민을 대상으로 하는 유일한 제도라는 점에서 보편성이 강조되는 영역이다. 건강보험의 실천적 결과물인 보장성은 건강보험의 존립이유이자 제도운영의 목적이기도 하다. 건강보험은 다른 사회보험과는 달리 현물급여를 중심으로 하고 있어 공급부문과 급여행위를 중심으로 한 별도의 관리운영방식이 요구되고 재정의 지속가능성도 중요한 고려 대상이다. 그러나 이러한 물리적, 재정적 관리요소들은 건강보험의 궁극적 목적인 보장성을 담보하기 위한 도구이자 수단이라고 보아야 한다.

국가가 관장하는 사회보험 방식의 의료보장제도를 도입하였지만 과연 건강보험이 국민들의 생존과 직결된 본질적인 물음에 제대로 반응하고 있는지는 의문이다. 건강보험 적용대상 가구 중 약 36.4%가 재난적 의료비 지출을 경험한 바 있고(임승지 등, 2013), 의료비 조달을 위해 전세비를 축소하거나 재산을 처분한 가구가 41만에 이르며(윤희숙, 2013), 가계부채 발생의 주된 요인이 의료비인 가구도 2007년 1.7%에서 2012년 5.7%로 증가되는 추세이다(서울특별시, 2013). 이러한 보고들을 보면 보건의료는 단순히 욕구 충족의 문제가 아니라 는 것이 분명해진다. 더군다나 의료비 부담은 일부 계층에 국한된 문제가 아니라 중산층의 몰락에도 원인을 제공하고 있어 극단으로 치닫는 계층 간 양극화를 부추기는 요인이기도 하다.

가계부채 위험국가로 분류될 정도로 일반 국민들의 가정형편은 바닥을 치고 있는데 비빌 언

덕이 마땅치 않다. 건강보험료를 성실하게 납부해도 보장성이 충분하지 않다보니 국민들은 민간보험 가입을 필수적으로 여긴다. 2011년 이래로 지금까지 건강보험은 당기후자를 달성하면서 누적후자액이 12조원을 육박하고 있다. 반면 같은 기간 보장성은 62%수준에서 답보상태를 면치 못했다. 건강보험 재정 중 국민들의 보험료수입 비중은 점차 증가하여 2012년 기준 85.7%까지 높아진 반면 정부지원금 비중은 2000년 이래로 지속적으로 하락 추이다. 재원조달에 있어 정부책임은 제한적인 반면 국민들의 기여책임은 강화되어 왔으나 보장성이 이에 상응할 만한 수준인지는 여전히 의문이다. 여기서는 국민의 관점에서 건강보험 보장성 정책을 평가하고 몇 가지 개선과제를 짚어보고자 한다.

## 2. 현 정부의 건강보험 보장성 진단

박근혜 정부 출범에 있어 견인차 역할을 한 공약이라면 단연 경제민주화와 기초연금 도입 등 복지공약을 들 수 있다. 그러나 실제 정책집행 과정에서는 재정논란을 가중시키거나 정책 내용이 변질되어 혼란이 야기되었다. 건강보험과 관련해서도 4대 중증질환 보장성 강화는 핵심 공약 중 하나였고 100% 국가책임을 전제로 하였으나, 실제로는 국고가 아닌 건강보험재정을 투입하였다. 건강보험재정 중 국고미납액은 지난 7년간 8조 4천억에 이른다.<sup>1)</sup> 만약 이를 소급적용했다면 해결될 수 있는 과제이다. 그러나 여전히 정부책임은 방기한 채 국민들 보험료 부담만 가중시킨 셈이다. 또한, 4대 중증질환 보장성 강화 정책은 보편적 접근이 아닌 상대적으로 특정질환을 우대하는 정책이라 다른 질환간의 보장성 격차 문제가 지적되어 왔다. 2011년 암질환 보장률은 78.9%, 뇌혈관질환이 79.1%, 심장질환이 79.5%로 전체 건강보험 환자의 보장률 62%보다 높은 특성을 보인다(임승지 등, 2012). 다분히 인지도가 높은 질환을 중심으로 정치적 홍보효과를 고려한 선별적 접근이었다고 볼 수 있다.

이전 정부에서 계획한 초음파 급여확대(2차 건강보험 보장성 강화 계획: 2009년~2013년)는 현 정부에서 대상범위를 4대 중증질환으로 국한하여 애초 계획되었던 대상 인구 430만명 중 271만명이 급여보장에서 이탈되는 결과를 초래했다. 또한 3대 비급여 제도개선 중 선택진료와 상급병실은 단계적으로 축소할 계획이나 개선효과는 제한적이다. 선택진료는 본질적으로 건강보험 급여행위임에도 불구하고 질적 격차가 발생한다는 것을 전제로 하며 환자들에게 관련 비용을 전가하는 방식이므로 건강보험원리에 맞지 않는 제도이다. 이 제도는 가산 비용 조정이나 별도의 수가보상책을 강구하여 급여권에 끌어들이기 보다는 전면 폐

1) 지난 7년간 정부가 지원해야 할 법정지원액은 41조8천억원인 반면 실제 지원액은 33조4천억원에 그쳤다(국제시민 디지털뉴스북, 건보 국고지원 지켜야: 건강보험 정부지원 교부 현황 분석 기사; 2015.2.2).

지가 대안이다. 상급병실은 4인실 급여를 시작으로 2015년까지 일반병상 비율을 확대하여 병실료 부담이 큰 상급종합병원의 경우 현재 59%에서 70%로 약 11%정도 늘어난다는 계획이다(보건복지부, 2014). 그러나 1·2인실을 위주로 한 빅5병원의 상급병상 점유율이 41% 수준임을 감안하면 개선효과는 약 1/4 정도에 불과하다. 더군다나 급여전환 병실 중 1인실은 제외하기로 원칙을 세웠고 상급종합병원 상급병상 중 3%에 불과한 4인실의 경우에도 급여전환에 따른 본인부담률을 30%까지 상향조정할 것을 고려한다면 실제 환자들이 체감하는 병실료 감소 효과는 크지 않을 것으로 보인다.

최근 정부는 건강보험 중기보장성 강화 계획을 발표하였다(보건복지부, 2015). 이미 확정된 국정과제인 4대 중증질환 및 선별급여 도입, 3대 비급여, 노인 임플란트, 본인부담상한제 개선 등 7개 과제까지 포괄하면 현 정부의 보장성 강화 플랜은 완성이 되는 셈이다. 2015년부터 추진될 신규과제 중심의 중기보장성 강화 정책은 3가지 기본방향(생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장강화, 비급여의 적극 해소 및 관리체계 도입, 취약계층 및 사회적 약자에 대한 보장성 강화)을 중심으로 총 32개 세부과제로 구성되어 있다. 재정소요는 향후 5년간 약 1조 3천억원~1조 5천억원 규모로 매년 평균 3,500여원의 신규재정이 소요된다고 한다.

중기 보장성 강화에서는 보장성 정책의 한계라고 볼 수 있는 질환, 연령별 급여율의 격차, 재난적 의료비 문제를 지적하면서 모든 국민을 포괄하는 형평적 접근을 정책골간으로 삼고 있다. 또한 국정과제를 포함하여 중기보장성 강화 계획이 완료되는 시점인 2018년에는 보장률이 현재 62.5%에서 68.0%로 진입하여 5.5% 이상 개선될 것으로 전망하였다. 사실 원칙은 2014년부터 시작되는 3차 보장성 계획이 마련됐어야 했고 5년 임기 중에 달성 가능한 목표 보장률도 제시됐어야 했다. 그러나 1년 뒤쳐지긴 했으나 개선 목표를 제시한 것은 의미가 있다고 판단된다. 다만 매년 약 1%의 보장률 개선이 정부가 언급한 대로 가계파탄을 유발하는 재난적 의료비 문제를 해결할 만한 수준인지는 의문이 든다. 공급자 보상 몫으로 귀결되는 환산지수 인상분만 고려해도 2008년 이래로 평균 2.0% 수준이며, 흑자국면인 2014년과 2015년은 이보다 다소 높은 2.3%를 달성한 것과 비교해 본다면 재정배분의 우선순위에서 보장성을 우선적으로 고려했다고는 보기 어렵다.

연령별 보장률 격차를 언급하면서 생애주기별 접근 방식을 채택하였지만, 그 내용 안에는 여전히 질환 및 항목별 접근방식이 주가 되고 있다. 보편성에 입각한 보장을 개선효과를 기대하기에는 거리가 있어 보이는데 주로 임신·출산, 만성질환, 외상, 정신질환, 충치치료 등이 대상이 되고 있다. 물론 생애주기에 따른 핵심적인 건강문제라고 볼 수도 있겠으나 건강문제 선정의 원칙이나 우선순위를 어떻게 설정하는가에 따라 대상 질환은 달라질 수 있는 문제이다. 근본적으로 선별적 급여 방식에서 벗어났다고는 보기 어렵다.

이번 보장성 강화 정책의 특이사항 중 하나는 공급자 인프라 확대비용과 수가인상에 따른 재정소요분을 보장성 지출 항목에 포함시켰다는 점이다. 수가 신설 및 인상(예: 산모·태아 집중치료실 수가 개발, 초기 위기임신 상담서비스 개발, 야간분만 수가 개선, 중환자실 가산, 정신과 상담료 인상 등)이나 인프라 확대(예: 응급환자 전용 중환자실 확대, 지역사회·일차 의료 시범사업 실시 등)는 본인부담금 인상 등 국민들의 비용부담으로 귀결되는 것으로, 정책 수행 경로를 달리 했어야 하고 국민적 합의도 필요한 사항이다. 국민들의 의료이용 접근성을 개선하기 위한 방안이라고 설명하고 있으나 그렇다면 인프라 확대 및 수가인상에 따른 사후관리나 패널티가 전제되어야 하는데 이 또한 분명하지 않다.

반면에 행위 항목별 본인부담금 감면 대책이나 비급여의 급여 전환 등은 의료비 감소로 연계된다는 측면에서 긍정적이다. 다만 허가기준을 초과하는 임의비급여 영역이나 신의료기술 등은 보장성을 명분으로 급여권으로 포괄하기에 용이한 항목들이므로 이에 대한 판단은 보다 신중해야 한다. 고도비만 수술치료 행위나 충치치료 목적의 광중합형 복합레진 급여화 등 시술 및 치료재료나 약제 급여기준 확대 등은 기존 급여영역에서 대체 가능 여부를 확인하고 급여 적정성을 판단하는 것이 우선되어야 한다. 오히려 안전성이나 비용효과성 측면에서 부적절한 행위에 환자들이 노출됨으로써 건강 및 재정상의 손실이 발생할 여지도 배제하기 어렵기 때문이다.

한편 국고부담 영역을 건강보험에 이전시키는 등 정부책임을 축소하는 방안들도 제시되고 있다. 보장성 대책 중 난임시술 지원, 결핵환자 본인부담금 지원이 이에 해당하는데, 저출산 문제와 결핵 퇴치는 국가적 차원에서 접근해야 하는 과제로 재원조달은 기금 및 국고부담을 통해 해결하는 것이 보다 적합하다. 저출산 문제나 결핵 퇴치는 단기간에 해결될 과제가 아니며, 장기적인 전망 하에 안정적인 재원확보가 담보되어야 할 사업이고, 또한 지속적인 지원확대와 재정지출 증가도 불가피한 사업으로 재원조달에 있어 보다 안정성을 담보할 수 있는 국고나 기금 방식이 더 타당하다고 볼 수 있다.

### 3. 보장성 개선 과제

건강보험 보장성은 최근 5년간 약 62%로 거의 제자리 상태이며, 공공재원 투입 비율로 비교하면 우리나라 보장성은 OECD 국가 평균에도 못 미치는 수준이다. 이미 진행되고 있는 국정과제를 포함하여 향후 4년간 진행될 중기보장성 강화 계획은 수혜대상자, 보장성 항목, 관리기전, 재정규모 등에 있어 실질적인 보장률 제고와 밀접하게 관련된 것이어야 한다. 또한, 보장성 개선의 근본적인 변화를 가져올 수 있도록 건강보험 제반구조도 이에 맞게 재설계될

필요가 있다. 이에 몇 가지 개선 방안을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 법정본인부담금 경감을 우선적으로 고려할 필요가 있다. 현재와 같이 행위항목이나 질환별 접근과 같은 선별적 방식으로는 전반적인 보장률 개선을 담보하기 어렵다. 비급여 문제를 해소하는 것이 핵심이나 단기적으로는 급여권 내에 법정본인부담금을 일괄적으로 인하는 방식을 채택할 수 있다. 법정본인부담금과 관련해서는 현재 본인부담금상한제가 있으나 이는 급여범위가 넓은 질환의 환자에게만 유리한 제도로서 형평성에 문제가 있다. 같은 중증 질환이라도 급여범위가 좁은 경우에는 상대적으로 본인부담금상한제에 적용되기 어렵다. 따라서 비급여를 포함하지 않을 바에는 본인부담금상한제는 의료비 경감에 제한적일 수밖에 없다. 만약 입원환자를 대상으로 법정본인부담금을 일괄적으로 낮출 경우 15% 본인부담률 적용 시 소요재정은 2012년 기준으로 7천 3백여원이 소요되며, 10%일 경우에는 1조 4천억원, 5%일 경우에는 2조 2천억원이 소요된다. 외래보다는 입원일 경우에 의료비 부담이 많으므로 입원환자를 대상으로 하되 접근방법이 단순하고 예측 가능한 목표를 세울 수 있다는 장점도 있다. 무엇보다 입원환자라면 질환 특성 없이 보장성을 담보할 수 있다는 이점이 있다.

둘째, 비급여 관리방안이 개선되어야 한다. 현재 비급여 관리 목적으로 선별급여 제도를 운영 중이나 이 제도와 관련해서는 논란이 많다. 선별급여는 건강보험 급여원리에는 부합하지 않는 비급여항목을 주 대상으로 하면서 특정항목을 선별해 건강보험에서 비용의 일부를 부담하는 제도이다. 선별급여가 비급여 행위 비용을 건강보험에서 부담하는 방식이므로 환자들의 의료비 부담을 감소시키는데 기여할 수 있고 가격규제도 가능하니 비급여 관리 측면에서 바람직한 대안처럼 보인다. 그러나 선별급여 항목에는 일정기간 근거창출을 전제로 하는 행위 항목도 있어 사실상 건강보험재정으로 임상시험을 허용하는 것과 같아 건강상의 위해와 비용부담의 위험성을 환자에게 전가할 여지가 있고, 급여 영역에서 선별급여의 대체 행위가 있는 경우 해당 행위의 상대가치점수는 인상하도록 하여 급여 행위간의 불균형을 초래할 가능성도 높다. 또한 사용량 통제 기전이 없어 공급자 유인 수요나 남용 부분도 통제하기 어렵다. 무엇보다 일정기간 근거창출을 못했을 경우 퇴출 경로가 없어 현존하는 비급여를 그대로 인정한 채 환자부담만 차등화하는 방식으로 운영될 가능성이 높다. 사실상 현재와 같은 방식이라면 비급여 항목 정리가 되지 않는다. 선별급여제도를 유지하겠다는 퇴출 근거를 마련하여 의료행위 범주에서 영구 삭제해야 하며, 기존 급여 행위 항목에 대한 재평가 기전도 도입할 필요성이 있다.

셋째, 정부지원금을 확대하고 쓰임새도 분명히 정할 필요가 있다. 저출산과 인구 고령화 문제를 감안하다면 실제 보험료 부담이 가능한 인구 계층은 점차 축소될 가능성이 있다. 인구 구조 변화를 감안하더라도 재원조달에 있어 정부지원금 비중은 점차 확대시킬 필요가 있으며

정부지원금의 사용 목적도 명시적으로 규정할 필요가 있다. 상대적으로 부담 능력이 떨어지는 저소득층 지역가입자의 보험료 면제 및 경감을 위해 사용하거나 더 나아가 급여비 지원까지도 검토할 필요가 있다. 또한, 2016년까지 예정된 건강보험의 국고지원 만기도래에 대비해야 한다. 우려스러운 점은 지난해 12월 정부가 발표한 '2015년 경제정책방향'에서는 "건강보험 재정지원 만기도래에 대비하여 재정지원 방식 등을 재점검"을 언급하고 있다는 점이다. 특히, 건강보험 재정흑자 국면이 국고지원 축소의 명분으로 작용할 여지도 배제하기 어려워 국고지원 근거조항 개정도 시급히 추진해야 할 과제이다.

넷째, 보장성 정책과 관련된 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 이 부분은 정부도 인지하고 있는 사항으로 현재 보장성 강화 계획 수립과 관련 규정이 없는 상태에서 보건복지부가 자체적으로 5년 단위의 보장성 계획을 수립하고 있는 상황이다(보건복지부, 2014). 이로 인해 보장성 강화 종합계획 수립 등에 대한 규정이 없는 상태에서 계획 수립의 의무성은 없고 계획의 수립 절차, 관리 및 평가 등에 있어 체계성과 일관성이 미흡하다는 지적은 타당하다. 다만, 근거 마련 시 보장성 강화에 투입될 재정 배분에 대해서도 일정부분 그 한도나 범위를 설정할 필요가 있다. 사회적으로 수용 가능한 최소한도를 설정하여 그 이하로 보장성 재원이 축소되지 않는 방법을 고려해 보아야 한다.

다섯째, 보장성 재정소요 추계에 따른 오류 방지와 사후관리 등 재정운영의 투명성을 제고해야 한다. 일례로 2009년~2012년 동안 수행된 보장성 강화 정책의 예산액은 약 1조 4천억원으로 추계되었으나 실제 지출 금액은 이보다 못 미치는 1조 3천억원에 이르는 것으로 예측되었다.<sup>2)</sup> 전체적으로 1천억원의 차이를 보이거나 항목별 예산 추계와 집행금액 간의 편차는 보다 심각한 것으로 파악되었다(예: 안면화상급여 6백억 과소 지출, 치아 홈메우기 보험급여 3백억 과소지출, B형 간염 치료제 5백억 과다지출 등). 기본적으로 재정추계의 오류에서 발생한 문제이나 이에 해당하는 금액을 국민들의 보험료로 충당되는 점을 감안하면 실제 미지급된 금액은 보장성에 재투입 하는 등 사후조치가 수행되어야 한다. 물론 재정소요금액은 추계이므로 실제집행과 차이가 발생할 수 있다. 문제는 이에 대한 사후조치 방안이 없다는 것이다. 재정운영의 신뢰성을 제고하기 위해서라도 적절한 대안이 마련되어야 한다.


## 4. 나가며

현재 건강보험 누적수지 흑자는 12조 6천억원으로 보고된다. 재원조달 측면에서 보면 건

2) 국민건강보험공단 내부 자료(2012년 기준)

강보험료 수입 증가율은 최근 5년간(2009년~2013년) 10.5% 증가하였다. 주된 요인은 건강보험료율 인상에 의한 것으로 2003년에는 3.9% 수준이었으나 2008년부터는 5%를 상회하고 있다. 2003년~2013년 동안 보험료율 인상률은 연평균 4.1%를 기록하고 있는데(보건복지부, 2014), 같은 기간에 가구소득 연평균 증가율(도시, 2인 가구 이상) 1.5%와 비교해 보면 약 2.7배 높은 수준이다. 보험료 증가가 적정수준을 넘어 국민들에게 고부담을 강제하는 상황이다. 반면에 2009년~2013년 동안 정부지원금 수입 증가율은 5.5%에 그쳤다. 보험료 수입증가율 10.5%에 비해 한참 못 미친다. 국민들의 입장에서 보면 공정하지 않은 재원조달 방식이다.

2011년부터 매년 지속되고 있는 당기수지 흑자는 보험료 수입 증가에 비해 급여비 증가(2009년~2013년 급여비 증가율은 약 7.5%임)가 낮은 것에 기인하며, 여기에는 입·내원일수가 주된 요인이었다. 2013년 기준 입·내원일수 증가율은 2%에도 못 미치는데 2009년 증가율이 약 8%였던 점을 감안하면 약 4배 가량 감소한 수치다. 국민들의 의료이용 접근성이 현저히 저하된 것에 주목해야 하며 급여비용 감소는 경제상황과 밀접하게 연관되어 있다는 보고다(현경래 등, 2013).

건강보험 흑자는 경제상황 악화 등의 요인으로 민간소비가 억제된 상황에서 의료이용 저하로 발생된 반사이득이라고 보아야 한다. 이 몫은 사실 국민들의 것이다. 정부는 2018년까지 추진할 보장성 강화 대책을 내놓았지만 매년 1% 정도의 보장률 개선 효과를 내다보았다. 이런 방식이라면 보장률 75%를 목표로 해도 10년 이상이 소요되는 셈이다. 실질적으로 의료비 절감을 체감할 수 있는 수준이 못된다. 건강보험운영은 보장성을 최우선과제로 두고 공급구조나 제반구조를 보다 효율적으로 운영할 필요가 있다. 재정은 수단이지 목적이 아니다. 국민들의 입장에서 보면 재원조달이나 재정배분 모두 공정하지가 않다. ‘고부담-저급여’로 요약되는 현재의 건강보험운영체계는 보장성을 중심으로 전면 재편되어야 한다. 

## 참고문헌

---

- 국제시민 디지털뉴스북. 건보 국고지원 지켜야: 건강보험 정부지원 교부 현황 분석 기사. 2015. 2. 2.
- 김상우. 건강보험사업평가. 서울:국회예산정책처; 2013.
- 보건복지부. 건강보험 중기보장성 강화 계획. 2015. 2. 3.
- 보건복지부. 2015년 건강보험료 1.35% 인상 결정 보도자료. 2014. 6. 19.
- 보건복지부. 3대 비급여 제도개선 방향 보도자료. 2014. 12. 10.
- 서울특별시. 2012년 서울서베이. 2013. 8. 7.
- 윤희숙. KDI 현안분석: 고령화를 준비하는 건강보험 정책의 방향. 한국개발연구원 2013.
- 임승지, 백수진, 김승희. 본인부담상한제와 산정특례자의 효율적 통합방안. 국민건강보험 건강보험정책연구소. 2012.
- 임승지, 김승희, 백종환, 김나영. 저소득층 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 개선방안. 국민건강보험 건강보험정책연구소. 2013.
- 현경래, 임연아, 이수연, 이동현, 최기춘. 경제상황 변화가 건강보험 급여비에 미치는 영향. 국민건강보험 건강보험정책연구소. 2013.