

건강보험 보장성 강화정책 방향



손영래 과장
보건복지부 건강보험정책국 예비급여과

1. 들어가며

2017년 8월 9일 문재인대통령은 후일 언론에서 ‘문재인케어’라고 명명하게 되는 「건강보험 보장성 강화대책」(이하 「대책」으로 명기)을 발표하였다. 이 날 발표한 대책은 이례적으로 대통령이 직접 발표한 정책이라는 점에서 보건복지부를 넘어 정권 전체의 중요한 아젠다로 자리매김하게 될 것을 시사하며 중요성이 부각되었다. 또한 그 내용에 있어서도 과거 정부의 보장성 정책과는 근본적인 방향에서 차별점을 드러내는 혁신적인 내용을 담고 있었다.

2. 보장성 강화대책의 핵심전략

대책의 가장 핵심적인 표제어는 ‘비급여의 급여화’라는 표현에 함축되어 있다. 대책은 건강보험 보장성을 실효적으로 강화하여 가계 의료비 부담을 줄이고, 의료비로 인한 가계 파탄을 방지한다는 목표를 제시하고 있다. 이러한 목표 달성을 위해 3가지의 핵심전략을 제시하고 있다(표 1).

표 1. '비급여의 급여화' 달성을 위한 3가지 핵심전략

<p>전략 1) 치료에 필요한 의학적 비급여는 2022년까지 모두 급여화한다.</p> <p>전략 2) 취약계층을 중심으로 본인부담 감면, 본인부담 상한제 강화 등 본인부담 의료비를 경감한다.</p> <p>전략 3) 이럼에도 발생할 수 있는 저소득층의 재난적 의료비 발생과 이로 인한 빈곤층 강화를 방지하기 위하여 재난적 의료비 지원제도를 도입한다.</p>
--

3가지 전략이 제시되어 있으나, 전략 간의 비중은 동등하지 않다. 가장 중요한 전략은 첫 번째 전략인 의학적 비급여의 급여화이며, 재정적 측면에서도 2/3 이상이 투입되는 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 그 외 두 번째, 세 번째 전략은 첫 번째 전략의 한계를 보완하기 위한 것으로, 재정 측면에서도 1/3 내외의 비중을 보유하고 있다. 대책은 비급여의 해소를 정조준하고 있는 셈이다.

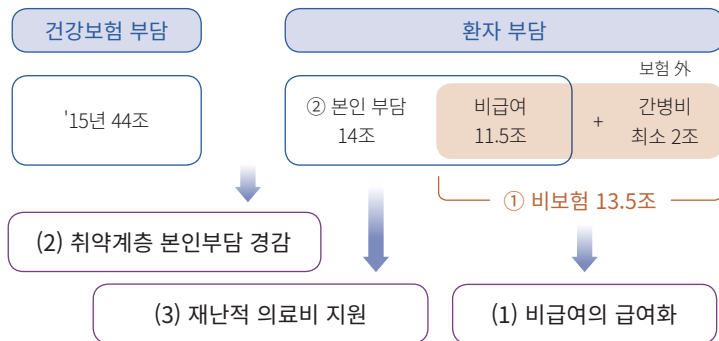


그림 1. 건강보험 보장성 대책의 3가지 전략

3. 전략의 배경 및 의미

2003년 건강보험 재정위기를 극복한 이후 지난 15여년 동안 역대 정부는 반복적으로 건강보험의 보장성 강화를 추진해 왔다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 건강보험 보장률은 60% 초반에서 정체되는 한계를 보여왔다. 2015년 기준 건강보험 보장률은 63%로 건강보험에서 지불하고 있는 의료비를 제외한 환자부담 의료비는 37%에 달한다. 이는 다시 법정 본인부담금 약 19%, 비급여 의료비 약 18% 등으로 구분할 수 있다.

지속적인 보장성 강화 노력에도 불구하고 보장률이 63%대를 벗어나지 못하는 가장 큰

이유는 비급여의 증가이다. 건강보험 재정을 투입하여 일부 비급여를 급여화하는 등 보장성을 강화하여도 비급여가 그 이상으로 빠르게 팽창하여 총 의료비 중 건강보험 지출 의료비의 비중은 변동이 없는 것이다. 학계에서 이른바 ‘풍선효과’라고 부르고 있는 비급여의 팽창과 이로 인한 보장률 정체는 원인은 급여와 비급여간의 증가속도 차이에서 기인한다. 대체적인 연구결과는 비급여 의료비의 증가속도가 건강보험 급여의료비의 증가속도보다 약 2배의 속도로 빠르게 증가한다고 분석하고 있다.

이러한 문제를 고려할 때 비급여를 점진적으로 급여화하는 기존의 보장성 강화전략의 한계는 분명하며 이를 답습할 경우 예정된 실패를 피하기 어렵다. 이를 극복하기 위해서 대책이 제시하는 새로운 접근방법이 바로 의학적 비급여의 급여화 전략이다. 즉, 의학적 비급여를 단기간에 걸쳐 2022년까지 전면적으로 급여화하는 한편, 새로운 비급여 발생을 억제하여 비급여를 해소하겠다는 전략이다. 이를 통해 풍선효과가 발생할 여지를 원천적으로 차단하겠다는 구상인 셈이다.

이러한 의학적 비급여의 급여화에 있어 중요한 방법론이 ‘예비급여’라는 새로운 제도의 도입이다. 의학적 비급여는 대부분 대체가능한 건강보험의 급여 의료에 비해 비용효과성이 미흡하여 급여화하지 못하는 의료이다. 다시 말해 현재 건강보험의 급여-비급여체계는 비용효과성이라는 기준을 중심으로 판정되고 있으며, 비용효과성이 우수한 의료는 급여로, 미흡한 의료는 비급여로 정해지는 것이다. 예비급여는 비용효과성이 떨어지더라도 치료에 필요한 의료에 대하여 본인부담률을 50~90%로 높게 설정하여 예비적으로 급여화하고 3~5년 후 재평가를 통해 급여-예비급여 적용을 재판단해보는 새로운 급여제도이다. 이 예비급여 제도의 도입으로 종전의 비용효과성을 기준으로 한 급여-비급여 2원화 체계가 이제 비용효과성과 치료필요성을 기준으로 급여-예비급여-비급여 3원화 체계로 변화하게 되는 것이다(그림2). 그리고 이 예비급여를 통해 비용효과성이 떨어지나 치료에 필요한 의학적 비급여를 급여화할 수 있게 된다.



부연하자면, 예비급여는 문재인정부에서 새롭게 도입되는 제도가 아니며 박근혜정부 때부터 도입되어 운영 중인 선별급여 제도의 발전형으로 이해되어야 한다. 복지부는 박근혜정부의 4대 중증질환 보장성 강화를 추진함에 있어 비용효과성이 떨어지는 비급여의 급여화를 위해 본인부담률을 상향화한 선별급여 제도를 도입하였고, 실제 30여 항목 이상의 료행위, 치료재료 등을 적용 중에 있다. 이러한 제도 도입 및 운영 사례의 경험이 축적되고 효과가 검증되며, 종전의 선별급여가 비급여의 급여화를 위한 방법론으로서 예비급여라는 제도로 확장된 것으로 볼 수 있을 것이다.

의학적 비급여의 급여화를 추진하여도 우리나라 건강보험의 법정 본인부담률이 상당히 높은 문제는 잔존하게 되며 이는 국민에게 부담으로 작용한다. 특히 예비급여를 적극적으로 운영하게 되면 비급여 부담은 감소하나 법정 본인부담금 부담은 소폭 커지게 되는 문제도 동반된다. 따라서, 이러한 한계를 극복하기 위하여 두 번째 전략인 취약계층의 본인부담금 경감이 등장하게 된다.

법정 본인부담금 전반을 낮추기에는 첫째 건강보험의 재정적 부담이 지나치게 커 급격한 보험료 인상 압박이 거세지게 되는 문제가 발생하고, 둘째 현재의 진료비 지불체계 및 의료전달체계에서 비급여 해소 및 본인부담금 감소라는 양 방향 개혁이 동시에 진행될 경우 의료 과납용, 전달체계 왜곡 등의 문제가 커질 우려가 있기에 저소득층을 비롯한 취약계층에 대한 본인부담금 경감을 우선 추진하는 것이다. 이러한 전략에 따라 소아입원, 중증치매, 노인 외래 등 취약계층의 본인부담금 부담을 경감해 주고, 저소득층의 본인부담상한제 상한액을 감소시키는 대책이 추진되며 대부분 과제를 2017년에 완료한 상태이다.

마지막으로 이러한 전략이 추진되더라도 건강보험의 보장률은 2015년 63%에서 2022년 70% 개선에 그치게 되어 주요 선진국의 80% 수준에는 못미치는 한계가 존재한다. 저소득층의 재난적 의료비 발생을 완전히 방지할 수는 없을 것으로 예측되며, 이런 한계를 고려하여 세 번째 전략인 저소득층에 대한 재난적 의료비 지원제도 도입이 추진된다. 의료비로 인한 저소득층의 가계 파탄을 방지하기 위해 최고 2천만원까지 의료비를 지원하는 제도를 2018년 1월부터 가동하게 되며, 이를 위한 법령 제정 등이 추진되고 있다.

두 번째, 세 번째 전략인 취약계층에 대한 본인부담 경감 및 재난적 의료비 지원사업 등의 주요과제들은 대부분 2017년 하반기에 추진되어 시행이 되었거나 제도 개선이 완료되었으며(표2 참고), 첫 번째 전략인 의학적 비급여의 급여화 전략만 향후 추진할 과제로 남아 있는 상태이다.

표 2. 취약계층 본인부담 경감 및 재난적 의료비 지원 추진 상황

구분	주요 내용	추진 상황
공통	<ul style="list-style-type: none"> • 본인부담상한제 개선 • 재난적 의료비 지원사업 확대 실시 	'18.1월 시행
노인	<ul style="list-style-type: none"> • 중증치매 본인부담률 인하(20~60%→10%) • 치매진단을 위한 신경인지검사 건강보험 적용 	'17.10월 시행
	<ul style="list-style-type: none"> • 틀니 본인부담률 인하(50%→30%) 	'17.11월 시행
	<ul style="list-style-type: none"> • 노인외래정액제 개선(의과, 한의, 치과, 약국) 	'18.1월 시행
여성	<ul style="list-style-type: none"> • 난임시술행위 표준화 및 필수 시술, 마취, 검사, 약제 등에 대해 건강보험 적용(본인부담 30%) 	'17.10월 시행
아동	<ul style="list-style-type: none"> • 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 인하(10~20% → 5%) 	'17.10월 시행
	<ul style="list-style-type: none"> • 18세 이하 치아홈메우기 본인부담률 인하(30~60% → 10%) 	'17.10월 시행

4. 의학적 비급여의 급여화 계획

1) 비급여 규모 추정

진료비 실태조사 및 비급여 상세조사 결과 등으로 분석한 2017년 기준 비급여 규모는 12.2조원으로 추정되며, 이 중 치과, 한방, 의약품(약국) 등을 제외한 의과 부문의 비급여는 7.3조원에 해당한다.

의과 부문 비급여 7.3조원 중 치료와 무관한 단순기능개선, 피로회복 등의 항목을 제외할 경우 해소가 필요한 비급여 규모는 약 5.7조원에 해당한다. 이는 다시 의학적 비급여 2.6조, MRI·초음파 2.2조, 선택진료·상급병실 9천억 등으로 분류할 수 있다. 의료기관 종별로는 병원 1.9조원, 상급종합 1.3조원, 종합병원 1.3조원, 의원 1.2조원 순으로 분포하며, 병원급 이상이 79%를 점유하고 있다.

표 3. 비급여 규모 및 해소 목표 (2017년 기준 추정)

구분	합계	해소 목표 비급여	의학적 비급여	MRI·초음파	선택진료·상급병실	비급여 존치*
의과	7조 3천억원	5조 7천억원	2조 6천억원	2조 2천억원	9천억원	1조 6천억원

* 비급여 존치는 제증명 수수료, 특실 및 1인실, 단순피로 회복 목적의 영양제 및 도수치료 등 치료와 무관한 항목임

2) 의학적 비급여의 급여화 계획

급여화 대상으로 검토하고 있는 의학적 비급여는 3,600개 의료행위 및 치료재료로서, 치료에 필요하여 급여화가 필요하다고 1차 검토된 결과이나 학회, 개원의사회 등 의료계의 의견수렴을 거쳐 조정이 이루어질 예정이기에 일부 변동의 가능성도 존재하다.

표 4. 의학적 비급여 항목수

구분	전체	등재비급여	기준비급여
합계	3,600여개	3,200여개	400여개
의료행위	700여개	400여개	300여개
치료재료	2,900여개	2,800여개	100여개

이러한 의학적 비급여에 대해서는 체감도 및 사회적 요구 등을 고려한 우선순위를 설정하고 2022년까지 단계적으로 급여화한다는 계획으로, 향후 5년간 의료취약계층, 중증질환, 척추·근골격계질환, 만성질환, 기타질환 순으로 급여화를 추진할 예정이다.

표 5. 연차별 추진 로드맵(안)

연도	주요분야·대상	질병예시	항목수
'18년	• 노인 아동 여성 등 의료취약계층 관련 질환	• 신경인지검사, 선천성 대사이상 선별검사 등	600여개
'19년	• 중증질환	• 다빈치로봇수술, 간섭유화 검사 등	240여개
'20년	• 척추·근골격계·통증 질환	• 추간판내 고주파 열치료 등	1,200여개
'21년	• 만성질환	• 알레르기, 당뇨검사 등	830여개
'22년	• 안/이비인후과질환 등	• 평형기능검사, 눈 계측 검사 등	270여개

이 과정에서 비용효과성이 떨어지는 비급여는 본인부담을 높여(50%~90%) 예비적으로 급여화하고, 3~5년후 평가하여 지속여부를 결정하게 된다. 또한 의료기술 발전에 따라 새로이 도입되는 의료행위는 최대한 급여 또는 예비급여로 편입하여 비급여 발생을 최소화하되, 필요한 신의료기술의 유입과 의료기술 발전이 원활하도록 지정 의료기관 시범 도입, 가격산정방식 개선 등 보완대책을 병행할 예정이다.

표 6. 예비급여 제도(안) 개요

- (본인부담률) 비용효과성에 따라 50% 또는 80% 본인부담률 적용, 경제성이 떨어져 예외적으로만 사용이 필요한 경우 90% 적용
- (심사 등 사후관리) 삭감위주의 심사보다는 모니터링을 통한 적정진료 유도, 비정상적 증가시 의학계와 협의하여 기준 등 설정 검토
- (재평가) 3~5년 주기로 재평가하여 필수급여 전환 또는 예비급여 유지, 수가 조정 등 결정, 안전성 유효성 미흡시 심층평가/탈락기전 도입

3) MRI · 초음파 급여화

MRI, 초음파는 건강보험 적용에 대한 국민적 요구가 높고 급여화에 따른 체감도가 큰 점을 감안하여 2018~2021년, 4년간에 걸쳐 급여화할 계획이다. 특히, 의학적 필요성은 높으나 재정부담 때문에 그동안 비급여로 제한되었던 점을 고려하여 본인부담률이 높은 예비급여보다는 필수적인 급여로 적용할 예정이다.

MRI는 체감도 및 재정소요를 고려하여 2018년 하반기 뇌·혈관 질환을 시작으로 2019년 복부·흉부 등, 2020~2021년 척추·근골격계 순으로 보험을 확대한다.

표 7. MRI 급여화 연차별 추진 로드맵(안)

구분	2018년	2019년	2020~2021년
대상	뇌(뇌, 해마), 혈관	두경부, 복부, 흉부, 전신, 특수	척추, 근골격계
비급여 해소규모	26.1 % (*17년 기준 2,100억원)	8.7 % (700억원)	65.2 % (5,400억원)

초음파는 급여화 이후 의료 이용량 예측이 어려운 점을 고려하여, 2018년 상반기(4월경) 상복부(간, 담도, 췌장 등) 초음파 보험 적용을 우선 실시한다. 이후 상복부 초음파 급여화 결과를 평가하여, 오남용 여부 평가 및 보완대책 마련 후 이용량 관리가 용이한 순으로 2021년까지 단계적으로 급여화할 예정이다.

표 8. 초음파 급여화 연차별 추진 로드맵(안)

구분	2018년	2019년	2020년
대상	상복부, 하복부	여성생식기, 심장	흉부, 두경부, 근골격, 비뇨생식기, 혈관
비급여 해소규모	17.6 % (*17년 기준 2,500억원)	37.3 % (5,300억원)	45.1 % (6,400억원)

4) 선택진료 폐지, 상급병실 급여화, 간호간병 급여화 등

선택진료, 상급병실, 간호간병 등은 중증질환자 치료과정에서 가장 큰 의료비 부담으로 작용하고 있다. 선택진료비는 2018년 1월부터 부담을 전면 해소하였고, 의료계와는 고도 의료행위, 의료질평가 지원금 등 수가 인상을 통해 보상을 실시한 바 있다.

상급병실에 대해서는 2018년 7월부터 2·3인실까지 건강보험 적용을 확대할 예정이며, 2019년 중 1인실 입원이 필요한 환자에 대한 제한적 보험 적용을 검토하게 된다. 이 과정에서 대형병원 쏠림, 불필요 입원 등 과도한 의료이용 방지를 위한 본인부담 차등화, 장기재원 관리 등 대책도 병행하게 될 것이다.

간호간병서비스는 2017년말 기준 전국 400개 병원(2.6만 병상) 참여 등 점진적으로 확대하고 있으나, 제공기관이 적어 체감 있는 서비스 제공에 한계가 발생하는 상황이다. 특히, 대형병원·대도시의 경우 참여 병원은 많으나 병상 비중이 미미한 문제가 있고, 지방과 중소 병원은 참여 자체가 저조한 문제점이 나타나고 있다. 이에 대하여 상급종합·종합 등 대형병원은 급성기 모형 중심으로, 지방 아급성기 병상은 보완모형을 개발하여 집중 확대하여 2022년까지 10만 병상을 달성하여 간호간병서비스가 필요한 모든 환자에게 서비스를 제공하고 경제적 부담을 완화시킬 계획이다. 이를 위해 현행 간호사 중심 모형은 급성기 병동에서 지속적으로 확대하되, 지방 중소병원의 아급성기 병동에 적합한 새로운 모형을 시범 도입할 계획으로 이해관계자 및 전문가 협의 등을 거치고 있는 중이다.

5. 적정수가 보장

비급여의 급여화 전략은 보장성 강화 전략이기도 하나, 의료체계 측면에서는 비급여 중심의 왜곡된 의료공급체계를 정상화하여 급여 중심으로 전환하려는 의료개혁 정책의 의미도 가지고 있다. 비급여를 획기적으로 급여화하되, 급여권의 수가를 인상하여 건강보험 급여만으로도 의료기관 운영이 가능하도록 정상화하자는 것이다.

대통령 수석보좌관 회의 발언(2017.12.11.) 중 ‘건강보험 보장성 강화의 핵심은 의학적으로 필요한 모든 진료를 건강보험으로 해결하자는 것입니다. 그러나 이는 의사들의 입장에서 건강보험의 수가로 병원을 운영해야 한다는 뜻임으로 의료수가체제도 합리적으로 개선하겠다는 것이 정부의 방침입니다.’

비급여가 크고 증가 속도가 급여에 비해 빠르다는 것은 의료공급자들이 비급여를 중요하게 활용하고 비급여에 대한 의존도가 크다는 것을 의미한다. 이러한 현상이 벌어지는 근본적인 이유는 건강보험 급여권의 수익이 충분하지 못하기 때문이다. 다시 말해 급여권의 수익만으로는 불충분하기에 비급여의 수익을 통해 이를 벌충하여 의료기관을 운영하고 있는 것이다.

건강보험 급여의 수가 수준에 대해서는 다양한 논쟁이 존재하고, 특히 급여수가의 원가보존율에 대해서는 연구결과마다 상당히 상이한 결과들을 보여주고 있어 객관적인 자료를 인용하기는 어렵다. 그러나 다수의 연구결과들은 급여 수가의 원가보존율이 불충분하여 급여권만으로는 의료기관의 의료수익 달성이 쉽지 않다는 결론을 제시하고 있으며, 이러한 결론이 사실일 가능성이 크다. 이에 따라 의료공급자들에게는 급여 수가에 비해 훨씬 비싸고 관리 통제를 받지 않는 비급여에서 벌어지는 초과수익이 중요하게 된다.

이러한 비급여 의존 진료는 여러 부문에서 심각한 의료 왜곡을 야기한다. 비용효과성이나 효과성이 떨어지는 비급여가 증가한다는 것은 진료 행태상 비효율적이거나 비합리적인 진료를 제공하게 되는 것을 의미하며, 이는 의사-환자 관계상 환자의 불신 초래와 신뢰관계 약화를 야기한다. 의료공급자나 환자 양자에게 모두 안좋은 결과로 작용하는 것이다. 정부나 보험자 측면에서도 전반적인 의료비가 비효율적으로 증가하고 보장률은 떨어지는 문제가 발생한다. 결론적으로, 비급여 의존의 심화는 의료공급자, 환자, 정부 모두에게 나쁘게 작용하며 전체 시스템이 비효율적으로 변화하는 문제구조를 양산한다.

금번 대책은 이러한 비급여를 건강보험 급여 또는 예비급여라는 관리체계 내로 편입시켜 획기적으로 줄이되, 사라지는 비급여 규모만큼 급여권 수가 수준을 인상하여 급여 수가 체계도 동시에 정상화하겠다는 전략을 내포하고 있다. 현재의 의료체계는 급여-비급여 수익을 합산한 적정 수익이라는 일종의 균형상태를 유지하고 있을 것이기에, 비급여를 해소하는 금액만큼 급여권의 수가를 인상하여 그 수익을 다 벌충한다면 종전까지의 수익 수준이 그대로 유지될 수 있다는 의도인 것이다. 비급여에 의존해서 수익을 확보하는 비정상적인 문제를 개선하여 정상적으로 급여권 수가만으로 의료기관 운영이 가능하도록 건강보험 수가수준을 개선하겠다는 의미이기도 하다.

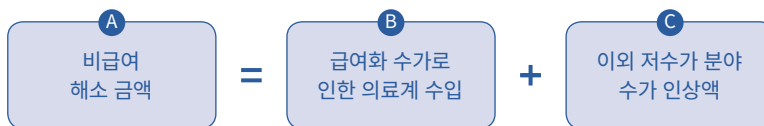


그림 3. 적정수가 보상 개념 : 비급여 해소와 급여 수가 인상의 병행

(그림 3)에서 표현한 대로 급여화 과정에서 의료기관의 손실이 발생하지 않도록 급여로 전환되는 비급여 총규모 만큼을 보전하는 것이 기본 방향으로, 비급여의 급여화 과정에서 발생하는 손실분은 기존 저평가된 수가 인상에 투입하여 적정수가를 달성할 예정이다. 특히, C 파트, 저수가 분야의 수가 인상은 보상수준이 낮은 인력, 의료 질 분야에 대한 수가 인상을 통해 양질의 의료 및 사람 중심 보상을 강화할 계획이다. 진찰, 입원 등의 기본진료, 수술·처치 등의 인력 중심 분야 등을 중점적으로 고려하며 수가 인상이 추진될 것이다.

급여 부분의 수가 인상을 통해 적정수가를 보장하는 것은 건강보험 보장성 대책에서 매우 중요한 과제이다.

지금까지의 보장성 정책에 있어서는 비급여 부문이 항상 존재한다는 전제 하에 정책이 추진되었고, 이에 따라 급여화 과정에서 일부 손실이 발생하더라도 의료공급자들은 비급여라는 완충지대를 활용하여 그 손실을 메꿀 수 있었다. 더 비싼 비급여의 개발과 양적 확대를 통해 손실을 벌충한 것이다. 그러나, 금번 대책의 비급여의 급여화가 충실히 전개된다면 이러한 완충지대가 사라지게 된다.

이러한 측면을 고려할 때 급여 수가를 적정수준으로 인상하는 것은 매우 중요하다. 급여 부분의 저수가 문제를 동시에 해결하지 않고 비급여의 급여화를 추진하는 것은 급여와 비급여 수익 간의 균형을 통해 수익을 달성하고 있는 현 의료공급체계의 수익 균형을 붕괴시키고 지속성을 약화시킬 것이다. 이럴 경우 수익 저하에 따른 의료기관의 도산이나 의료공급자의 격렬한 반발 등이 현실화 될 수 있는 것이다. 또한 건강보험에 대한 의료공급자의 불신을 격화시킬 우려도 존재한다. 따라서, 금번 기회에 보장성 강화와 함께 급여 수가를 통해 충분한 의료수익을 거둘 수 있는 정상적 의료체계로 이행하는 것은 반드시 함께 달성되어야 할 과제이다.

6. 기타 고려되어야 할 쟁점사항들

1) 재정소요 및 자원조달

금번 대책을 실행하기 위해서는 2022년까지 신규 재정 기준 6.5조, 누적 재정 기준 30.6조원이 소요될 것으로 추계된다. 이 추계는 실행계획을 구체화함에 따라 일부 변동이 있을 것으로 보여지나, 개략적인 규모가 크게 변화하지는 않을 것이다.

표 9. 연도별 투입재정

(단위: 억원)							
구분	총계	'17	'18	'19	'20	'21	'22
신규	65,635	4,834	32,018	9,658	6,915	6,305	5,905
누적	306,164	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441

재원조달은 우선 20조원(2016년 기준) 규모의 누적 적립금을 활용하고, 건강보험 국고지원 확대와 보험료 부과기반 확대 등을 통해 보험료 인상 요인을 최소화한다는 계획이다. 이에 따라 향후 5년간 필요한 보험료 인상을 최소화하여 과거 10년간(2007~2016년)의 평균 보험료 인상률인 3.2% 수준에서 유지할 계획이다. 이렇게 재정을 운용할 경우 2018년 누적적립금 10조 정도를 남기고 재원을 조달할 수 있을 것으로 분석되고 있다.

이러한 재정소요 및 재원조달 방안에 대해 의사협회 등은 비급여의 급여화에 필요한 재정 소요가 과소 예측되었고, 이에 따라 재원조달에 차질이 발생할 것이라는 문제를 제기하고 있다. 그러나, 이러한 문제 제기에 대하여 의료계는 객관적 근거를 제시하지 못하고 있어, 합리적 논의가 불가능한 상황이다.

이러한 상황에서 재정소요나 재원조달에 대한 논쟁을 하는 것은 지금 상황에서는 무의미해 보이며, 1~2년 정도 기간이 경과된 이후에 객관적인 자료 검증을 통해 확인하는 것이 더 타당해 보인다. 대책은 2022년까지의 장기계획으로 추진되며 재정도 향후 2~3년간은 견실한 구조를 유지하게 될 것이다. 따라서, 미래 재정 소요에 대하여 불확실한 논쟁을 지금 전개하기보다는 1년 정도 기간이 경과된 이후 결과를 두고 정부의 계획이 맞았는지 오차가 나는지 등을 확인하는 것이 훨씬 생산적일 것이다.

2) 도덕적 해이와 의료전달체계 왜곡

보장성이 강화되는 것에 따라 불필요한 의료이용이 증가되는 등 예기치 못한 부작용이 발생할 우려가 있다. 특히 비급여는 대형병원에서의 가격 장벽 역할도 일정 기능 수행하고 있었기에, 비급여 해소에 따라 대형병원 쏠림 현상이 가속화될 우려도 있다. 이러한 대형병원 쏠림은 OECD 국가에 비해 일차의료 영역과 큰 병원 간의 기능 분화가 미숙한 우리나라에서는 더욱 나쁜 결과로 나타나 의료전달체계 왜곡이 심화될 가능성도 존재한다.

따라서, 보장성 강화와 함께 불필요한 의료 과남용을 억제할 수 있는 합리적인 방안들과 의료전달체계의 기능 분화를 강화하고 유도할 수 있는 정책들이 함께 가동되어야 한다. 의료전달체계 개편은 쉽지 않은 과제이며, 의료공급자도 각각의 이해관계에 따라 의견이 통합되지 않기에 현재까지의 논의는 정체 양상을 띄고 있는 한계가 있다. 이러한 정책은 건

강보험 뿐 아니라 의료자원, 의료제공 및 이용에 대한 다양한 정책들이 조합된 정책 패키지로 정리되어야 효과적일 것이다. 따라서, 정부도 단기 대책과 중장기 대책을 구분하여 정책을 수립할 계획이며, 특히 의료전달체계와 관련해서는 단편적인 소수의 정책이나 단기간의 대책으로 접근하기보다는 종합적이고 중장기 관점을 가지고 정책들을 검토할 예정이다.

7. 나가며

「건강보험 보장성 강화대책」은 대한민국 보건의료체계에서 중대한 의미를 가진 정책으로 평가해야 한다. 이 대책은 단순히 건강보험 보장성을 강화시키는 한가지의 목적 뿐만 아니라 의료공급체계의 왜곡을 바로잡고 정상화하려는 목적, 의료전달체계 상의 기능을 재정립하는 계기로서의 기회 제공 등 한국 보건의료체계의 다방면에 걸쳐 복합적인 목표 달성과 변화를 유발하는 동력을 제공하고 있다. 따라서, 금번 대책이 실행되어 가며 어느 만큼의 근본적 변화를 이루어 낼 수 있을지에 따라 미래 10년 이상 기간 동안 한국 보건의료체계의 변화 양상을 좌우하게 될 것이다. 특히, 한국 보건의료체계를 둘러싼 여러 환경적 변화인 저출산고령화, 의료기술의 발전 양상, 경제구조 변화 등까지 고려할 때 지금 이 시기는 미래 환경에 대한 일종의 분기점으로서 중요성을 가지고 있으며, 이러한 측면에서도 금번 대책은 엄중한 중요성을 가지고 있다.

보건의료의 다양한 이해관계자들도 이번 기회를 바람직한 근본적 변화의 계기가 되도록 적극적으로 논의에 참여하고 관심을 가질 필요가 있으며, 학계를 중심으로 다양한 장소에서 향후 활발한 정책 논쟁과 논의가 전개될 것을 기대한다. X