

건강보험 기본급여의 우선순위

정형선[‡], 김주경, 이규식, 신의철^{*}
연세대학교 보건행정학과, 가톨릭의대예방의학교실^{*}

<Abstract>

Priority-setting in Expanding the Basic Benefit Package in Korean Health Insurance Scheme

Hyoung-Sun Jeong[‡], Jukyeong Kim, Kyu Sik Lee, Euichul Shin^{*}
Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University,
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Catholic University of Korea^{}*

Universal health insurance normally requires a basic benefit package, whose design intersects with almost all other aspects of the health insurance debate. Despite its central importance, basic benefit package has not received the analysis it deserves in Korea.

The issue of how to decide which health services should be delivered and to whom has been a matter for consistent policy debate. Many industrialized countries observed in this study have been dealing explicitly or implicitly with the basic benefit package. The methods vary from having a specific positive list of services (Bismarkian countries) to the use of guidelines (Beveridgian countries).

The purpose of this paper is to form the underlying principles and process for determining what is included or left out by getting accurate and representative responses from health-related personnel. Mail survey is used. Economic burden for treatment, seriousness of disease and urgency of treatment are ranked at the first three priorities. Services that had been suspended because of financial crisis in health insurance scheme

* 접수 : 2004년 3월 26일, 심사완료 : 2004년 5월 21일

‡ 교신저자 : 정형선, 연세대학교 보건행정학과(033-760-2343, jeonghs@dragon.yonsei.ac.kr)

in 2001 were selected as items which should firstly be expanded into coverage. Diagnostic test against heart disease and vaccination were also selected as items which should additionally belong to the list of covered services.

Key Words : Basic Benefit Package, Guaranteed Health Care Package (GHCP), priority-setting, principles and guideline, criteria

I. 서 론

1. 연구 배경

건강보험은 질병으로 인한 경제적 손실의 위험으로부터 피보험자 개개인을 보호하는 것을 목적으로 하며, 이를 위해서는 필요적 보건의료가 보장되어야 한다. 건강보험급여의 범위와 수준은 건강보험의 본래적 기능이라 할 수 있는 이러한 ‘보장성’을 결정한다는 점에서 건강보험제도의 핵심에 해당한다. 인구고령화에 따른 질병패턴의 변화, 그리고 의료기술의 발전은 건강보험 급여구조의 끊임없는 변화를 요구하지만 보험재정은 그러한 변화 요구를 제약한다.

이러한 보험재정의 제약은 보험급여의 최적 구성(적정 급여)이 필요함을 의미한다. 여기서 적정급여는 급여항목이 상병구조에 부합해야 하고 진료비에 대한 부담이 의료서비스에 대한 접근성을 제약하지 않는 수준이 되는 것을 의미한다. 하지만, 현행 건강보험의 급여내용은 출생에서 사망까지의 생애 주기별로 건강증진, 예방, 진단, 치료, 재활을 포함하는 연속성을 확보하기에는 불충분하고 급여수준은 선진 각국에 비해 낮다.

국내의 선행 연구들은 현행 급여체계의 문제점으로 첫째, 보험 급여의 충실도와 보장성이 낮은 점 둘째, 큰 질병(catastrophic disease)에 걸렸을 때 보험으로서의 기능을 수행하지 못하여 가계를 경제적 파탄에 이르게 하는 점 셋째, 예방보다는 치료 중심의 급여체제로 편성되어 있는 점 등을 공통적으로 지적하고 있다. 이는 우리의 급여서비스 항목이 전반적으로 확대되어야 하고 기본급여 체계가 재구성되어야 함을 의미한다. 정형선·이재현(2003)은 의약분업을 전후로 공공의료비의 비중이 커지고 우리 의료제도의 보장성이 강화되었지만 이러한 보장성의 강화가 중증질환보다는 약제비를 중심으로 한 경증 질환에서 주로 일어나고 있음을 보여주고 있다. 이는 급여의 우선순위의 관점에서 볼 때 문제가 아닐 수 없다.

서구국가들에서도 보건의료부문에 대한 자원배분이 합목적적인 절차와 기준에 따라서 이루어져 온 것은 아니다. 오히려 전문가들의 직관과 경험에 기초해서 관행적으로 급여가 이루어져

왔다고 보는 것이 더 정확한 진단일 것이다. 그러나 1980년대 이후부터 일부 서구 국가들에서 제한된 자원을 보다 효과적으로 사용하기 위한 노력의 일환으로 보건의료서비스의 우선순위 설정(priority setting or rationing)에 대한 논의가 활발해지기 시작하였다(배상수, 2001).

2. 연구목적

본 연구는 우리나라 건강보험 급여의 최적 구성을 위한 개선방안을 제시하는데 목적을 두었다. 이를 위해 먼저 선진국에서 공보험 내지 의료보장제도가 기본급여서비스의 설정을 어떤 방식으로 하고 어떠한 서비스를 급여범위로 하고 있는지를 살펴보고, 다음으로는 이러한 고찰결과를 바탕으로 의견조사 설문지를 개발하여 국내 제반 의료 관련 집단의 의견을 조사하였다. 이렇게 함으로써 향후 건강보험 기본급여 우선순위의 원칙을 제시하고 급여 확대시 대상 항목의 선정에 도움을 주고자 하였다.

II. 선행연구 및 연구방법

1. 선행연구

Cumming(1994)은 뉴질랜드에 있어서 핵심서비스를 정하기 위한 우선순위 설정 작업의 진행을 소개하면서 기본급여서비스를 규정하는 방식을 첫째, 급여되는 서비스의 범위를 개괄적으로 정하는 방식(broadly defining)¹⁾ 둘째, 기준항목을 설정하는 방식(criteria setting)²⁾ 셋째, 가이드라인이나 기술평가 방식(guideline/technical assessment)³⁾ 넷째, 공식 또는 모델을 사용하는 방식(formulae or model)⁴⁾ 다섯째, 프로그램예산 및 한계분석적 접근방식(resource

1) 개괄적 규정 방식은 급여되는 서비스의 범위를 개괄적으로 정하는 것으로 예산배분 결정은 정치인과 관리자에게, 그리고 치료에 대한 결정은 의료인과 환자에게 맡기는 방식이다. 이 방식은 융통성이 있기 때문에 다양한 니드를 충족시키는 것이 가능한 장점이 있는 반면에, 의료인이 제공하는 서비스가 모두 유효 또는 적절하다고는 할 수 없다는 점에서 한계가 있다.

2) 기준항목 설정 방식은 필수서비스를 정하는 일정한 '기준항목(criteria)'을 분명히 해놓음으로써, 어떤 서비스가 핵심서비스가 되어야 할지 결정하기 위한 사회의 가치를 확인하는 방식이다. 이 방식은 기회비용이 얼마나 되는지를 분명히 하지 않고 우선순위에 대해 대중의 견해를 반영하는 것은 문제가 있으며, 결국 충족되지 못하는 대중의 기대만 부풀릴 수 있다는 단점이 있다.

3) 가이드라인/기술평가방식은 무작위임상시험의 결과 등에 근거해서 의료인이나 환자에게 특정 치료나 서비스가 유효한 상황/조건이 무엇인지를 알려주는 것으로 지역사회 선호를 포함하지 않고 대중과의 협의를 거치지 않는 것이 일반적이다.

4) 경제성 공식/모델방식은 질조정된 순위표(QALY league table)를 사용해서 최고의 서비스 믹스에 대한 결정을 한다든지, 비용-효과연구를 통해 특정 건강 목표나 결과를 달성하기 위한 최적인 방안을 분석한다든지

shifts)⁵⁾으로 유형화했다. 서구 선진국을 비롯한 여러 나라들은 이러한 5가지 접근방식 중 어느 한 가지를 사용하기 보다는 여러 가지 방식을 혼합한 형태로 사용하고 있다. 기본급여서비스의 객관적인 우선순위를 정하기 위해서는 인구집단의 질병 및 사망에 대한 자료, 질병 및 사망에 따른 보건의료지출의 크기와 지출에 따른 편익의 크기, 의료기술의 비용-효과 등에 대한 방대한 자료가 있어야 하는데, 이러한 정보가 체계적으로 갖추어지지 않았기 때문일 것이다. 특히 경제성 평가는 특정한 단일 프로젝트에 초점에 맞추어지는 경향이 있어서 (Barker and Green 1996) 위의 세 번째에서 다섯 번째에 이르는 세 가지 접근방식의 어느 한가지만으로는 기본급여의 범위를 결정하기에 무리가 있다.

이러한 현실적 제약 때문에 1980년대 이후 서구 선진국에서 기준항목 설정 방식을 중심으로 우선순위에 대한 논의를 해왔고 이와 관련된 연구는 각국별로 다양하게 이루어져 있다. Lønning Committee(1997)는 노르웨이에서 1985년부터 우선순위 설정에 적용되어온 질병의 심각성, 치료에 대한 기회의 균등, 대기시간, 비용, 질병에 대한 환자개인의 책임 등 5가지 기본 원칙에 대해 논하고 있다. Oregon Health Services Commission(2003)은 미국 오레곤주에서 메디케이드 급여 우선순위를 정하기 위한 두 단계 즉, 사망을 예방하는데 있어서의 효과성이나 질병으로 인해 일생동안 치러야할 평균비용의 크기에 따라 순위를 정하는 단계와 공청회와 지역사회 간담회에서 표출된 사회적 가치를 반영한 12개 범주의 주관적 기준 (Subjective Criteria)에 따라 순위를 정하는 단계를 상세히 기술하고 있다.

영국의 경우 의료 필요도와 형평성이라는 확고한 원칙이 수립되어 있음에도 불구하고 1990년대부터 우선순위에 대한 논의가 다시 시작되었다. New(1997)는 특정 서비스에 대해 NHS가 제공할 책임이 있는지를 결정함에 있어서 첫째, 서비스가 근본적으로 중요한 것인지 둘째, 의료 필요도(needs)의 본질에 대해 사용자와 공급자 간에 정보 불균형이 있는 것인지 셋째, 의료 필요도 발생에서 불확실성이 있는 것인지로 구분되는 세 가지 기준에 따라야 한다고 주장하고 있다.

Harrison과 Hunter(1994)는 효과성(effectiveness), 동일한 질병상태에 대한 치료를 비교할 때의 비용-효과성(cost-effectiveness), 서로 다른 질병 상태를 비교할 때의 비용-효용분석(cost-utility analysis), 사회를 단결시키고 교화하는데 영향을 미치는 의학적 시도(social solidarity), 선별 없이 선착순으로 제공하는 것(no selection), 생존과 신체적 건강에 대한 필

하는 것이다.

5) 프로그램예산 및 한계분석 방식은 현재의 자원배분상태에서 출발해서 새로운 변화가 가져올 비용 및 편익을 밝혀내는 것으로 자원이전의 우선순위를 분명히 함으로써 한정된 보건의료 예산의 범위 내에서 자원을 더욱 효율적으로 배분할 수 있도록 하는데 이 때 한정된 예산의 범위 안에서 이루어지는 trade-offs를 대중과의 협의 과정을 추가하여 반영할 수 있다.

요(need), 형평성(equity)등의 7 가지를 자원배분을 위한 가치판단의 기준(criteria)으로 제시하였다.

국내의 선행연구 중에서 건강보험 기본급여를 합리적으로 재구성하는데 지침이 될 만한 이론적 근거를 고찰한 연구나 건강보험급여 범위를 결정하는데 적용할 우선순위 설정을 다룬 것은 드물다. 배상수(2001)는 국가보건정책의 목표설정과 보건의료서비스의 우선순위를 관련지어 다루고 있는 바, 국가종합보건계획이 보다 근거 중심적으로 접근된 우선순위에 입각하여 만들어져야 한다고 주장하고 있다. 동 연구는 1998년에서 1999년 사이에 우리나라 정부에서 발표한 종합적 보건의료계획의 수립과정과 중점관리 보건문제의 선정기준 등에 대해 비판적으로 검토하고, 1980년대 이후 서구 국가들이 경험한 사례를 예시함으로써 국가보건목표설정의 합리성을 높이기 위한 방편으로 우선순위 설정을 활용할 것과 절차적 공정성의 필요를 강조하였다.

구체적인 서비스 항목들에 대한 우선순위 연구로는 김용익 외(2000)가 있는 바, 동 연구에서는 의료보험 및 보건정책 전문가 15인으로 구성된 패널을 대상으로 보험급여 확대의 우선순위에 관한 델파이 연구를 수행하였으며, 전국 20대 이상 남녀 1,000명을 대상으로 보험급여 확대 우선순위에 대한 전화설문조사를 실시하였다. 동 연구에서는 1999년 당시의 건강보험 비급여 항목 중 급여확대가 필요하다고 판단되는 20개 서비스 항목을 선정하여 전문가 집단으로 하여금 우선순위를 정하도록 했으며, 일반인에 대해서는 그 중 7개 항목만 조사하였다. 동 연구에서 급여확대 우선순위에 대한 델파이조사 최종결과는 ①예방접종, ②초음파, ③가정간호, ④회수가 제한된 재료 및 약제, ⑤65세 노인의치(틀니 포함)의 순이었고, 일반인을 대상으로 한 전화설문조사 결과는 ①MRI, ②초음파, ③예방접종, ④병실차액, ⑤한방첩약의 순이었다.

김용익 외(2000)는 건강보험의 급여범위 확대를 전제로 어떤 서비스부터 급여범위에 포함되어야 할지를 조사하면서 각각의 서비스들을 급여화할 때 소요될 보험재정 부담을 제시함으로써 델파이조사에 응하는 전문가들의 판단을 돕고 있다. 동 연구는 또한 우리나라 건강보험의 급여범위가 제한적이기 때문에 당분간은 급여범위를 확대하는 방향으로 정책결정이 이루어질 것이라는 점에서 실제 적용이 가능한 대안을 제시하고 있다. 그러나 동 연구에서는 급여항목의 우선순위 결정에 앞서 급여여부를 결정하는 기준에 대해서는 논의하고 있지 않으며, 전문가와 일반인들에게 서로 다른 비급여서비스 항목을 제시하고 우선순위를 정하도록 함으로써 집단 간 의견비교를 할 기회를 놓친 점이 아쉬움으로 남는다. 또한 급여확대에 따라 불가피하게 이루어져야 할 재원 확보 방안에 대해서도 다루고 있지 않다. 본 연구에서는 설문조사 항목에서 이러한 점들을 보완하였다.

우리나라에서 이와 같이 기본급여서비스 범위의 결정을 위한 우선순위 내지 기준에 대해

사회적 합의를 도출하는 연구가 부족한 것은 지금까지의 건강보험 급여정책이 정책 담당자들의 직관이나 그때그때의 재정형편을 고려하여 즉흥적으로 결정되어왔음을 반증한다. 하지만 급여내용이 복잡해지고 신의료기술이 날이 다르게 개발되고 있는 시점에서 더 이상 이러한 방식을 계속하는 것은 무리가 있는 것으로 보인다. 사회의 보다 다양한 전문분야의 의견을 반영한 우선순위의 기준을 마련하는 것이 시급하다. 이러한 우선순위는 앞으로 합리적 의료자원의 배분을 위한 지침으로도 활용 가능할 것이다.

2. 연구방법

건강보험의 기본급여를 구성하는 필수서비스에 어떤 것들이 포함되어야 하는가를 정하기 위해서는 먼저 이러한 결정을 위한 기준(Principles/Standards/Criteria)이 확립되어야 한다. 본 연구에서는 이러한 기준을 정하기 위해 외국의 사례를 고찰하고 국내 의료관련 종사자들의 의견을 알아보았다.

외국의 사례는 각종 저널, 정부백서, 각국의 위원회보고서, OECD·EU·WHO 등의 보고서 등을 참조하여 의료제도 유형별 기본급여서비스의 규정방식의 차이를 파악하고 베버리지형 국가에 있어서의 기본급여 우선순위와 비스마르크형 국가에 있어서의 기본급여패키지의 내용을 정리하였다.

의견조사를 위해서는 우선 기존의 문헌과 자료를 참고하여 선진국에서 흔히 사용되는 기준을 확인하고 연구진의 수차례에 걸친 토론 내용과 자문 교수 및 임상전문가들의 의견을 반영하여 설문을 구성했다. 본 연구는 건강보험 급여패키지를 급여확대에 초점을 두어서 개선해야할지 급여내용의 재구성에 초점을 두어서 개선해야 할지에 대한 논의도 필요하다고 보고 이를 포함한 설문항목을 구성하였다. 이에 따라 작성된 설문은 첫째, 건강보험 급여구조 개선 방향(건강보험의 재원확대 여부 및 급여구조 개편 여부), 둘째, 건강보험 기본급여 구성을 위한 평가기준의 우선순위(중요도) 셋째, 건강보험 급여확대 항목의 우선순위였다.

본 연구의 설문은 보건의료 분야에 대한 지식이 없이는 응답하기 어려운 내용으로 구성되어 있기 때문에 일반인은 그 대상으로 하지 않고, 보건의료 분야와 관련된 집단을 표본으로 하여 조사 대상자를 추출 하였다. 이는 급여여부의 타당성을 판단하거나 기본급여를 구성하는 우선순위를 정함에 있어 어느 정도 전문적인 지식이 있는 집단의 의견이 별도로 도출될 필요가 있다는 판단에 따른 것이다. 또한 보다 구체적으로는 대상자가 속해 있는 집단의 특성에 따라 응답 결과에 차이가 있을 것이라는 가정 하에 표본추출 전에 미리 보건의료분야 관련자를 첫째, 의료서비스 제공에 직접 관여하는 임상종사자(의사, 간호사, 치과의사, 한의사 등), 둘째, 정책에 대한 이론적 접근을 제시하리라 기대되는 학계(보건의료 관련 정책 연구

교수 및 예방의학교수), 셋째, 정책관련 관료나 복지부 출입기자 등 일반 국민의 입장에 민감한 그룹, 넷째, 진료지원업무를 담당하는 병원관리직 종사자, 다섯째, 보건의료정책에 대한 기초 지식이 있으면서 동시에 정책결정에 대해 직접적인 이해관계가 없는 보건관련학과 대학생 등 몇 개의 그룹으로 나누었다. 최종 선정된 설문대상자는 모두 894명이었다.

선정된 대상자를 소집단별로 나누어 보면 임상 131명, 학계 78명, 정책관료나 복지부 출입기자 등 115명, 병원관리직 439명, 대학생 131명이었다. 학계의 경우 표본추출의 대상이 되는 관련분야 교수집단의 인구규모 자체가 많지 않아 상대적으로 표본 수가 작을 수밖에 없었다. 병원관리직의 경우 우편조사를 실시하면서 표본으로 선정된 해당 의료기관의 행정관련부서 중 특정한 부서를 선별할 수 없어 표본 수가 커졌고, 관련 학회 회원명부 등을 이용할 수 있었으나 조사규모가 커지는 제한점이 있어 의료기관을 표집단위로 하였다.

조사방법은 원칙적으로 우편조사를 이용하였으나 회수율을 높이기 위해 학생의 경우 본 연구의 보조원들이 직접 배부하여 대상자가 각 문항에 대해 직접 읽고 작성하는 자기기입방식을 사용했다. 설문조사 기간은 2003년 11월 8일부터 12월 24일 사이였다. 설문대상 894명 중에서 423명이 의견을 제시하였는데 (전체응답률 47.3%), 이들 중 통계분석에 사용할 수 없는 5명의 응답결과는 제외하였다. 소집단별 응답율은 우편조사를 실시한 임상, 학계, 정책관료나 복지부 출입기자 등, 병원관리직이 각각 27.8%, 42.3%, 23.5%, 41.3%이었으며 면대면(face to face) 조사를 실시한 대학생의 경우 100.0%이었다. 동일한 조사 방법을 사용했음에도 불구하고 임상이나 정책관료 및 복지부 출입기자 집단에 비해 학계의 응답률이 상대적으로 높았던 것은 본 연구에 대한 관심정도나 의견조사에 참여한 경험상의 차이에 기인한 것으로 보이며, 병원관계자의 응답률이 높았던 것은 배포 및 회수 과정에서 단순한 우송방식만을 사용한 것이 아니고 중간연락책에게 회수우송을 의뢰한데 기인한다.

본 연구에서 보건의료분야 관련 집단의 의견이 고르게 반영되도록 설문 대상자를 추출하였음에도 불구하고 학계의 경우 표본추출 대상이 되는 집단의 크기가 원래부터 작은 점, 설문지 회수방식에 있어 소집단간에 차이가 있는 점, 집단간에 의견조사 내용에 대한 관심도가 다른 점 때문에 집단간의 응답율이 다르게 나왔다. 따라서 전체의 의견을 파악하기 위한 분석의 경우에는 집단별 응답율에 따라 가중치를 두어 보정하는 절차를 취했다. 건강보험 재정급여구조 개선방안과 관련한 문항들에 대해서는 기술통계 기법을, '건강보험 기본급여 결정을 위한 평가기준 중요도' 문항은 10점 만점으로 측정되는 연속변수이므로 모수적 통계기법을, '건강보험 급여 확대 항목의 카테고리별 우선순위' 문항은 비모수적 통계기법을 각각 적용하여 분석하였으며, 자료의 정리와 분석에는 SPSS 11.0 for windows 통계패키지를 사용하였다.

III. 연구결과 및 고찰

1. 외국의 사례에 대한 고찰

기본급여서비스는 대체로 ‘개인에게 부담 내지 책임을 지우지 않고 국가나 사회가 제공하도록 되어 있는 의료서비스’를 지칭하는 것이나, 서구 각국에서 사용하는 용어는 기본급여(Basic Benefit Package), 의료보장패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package), 표준급여패키지(Standard Package of Benefits), 핵심서비스(Core Service), 필요서비스(Necessary Service) 등으로 다양하다. National Economic Research Associates(1993)는 Basic Benefit Package 또는 GHCP라는 용어를 사용하면서 이를 ‘모든 국민에게 지불능력과 관계없이 치료서비스가 제공되어야 하는 의료적 상태(조건)의 목록’(a list of medical conditions, treatment of which are made available to all citizens regardless of their ability to pay)이라고 규정하고 있다.

1) 의료제도 유형별 기본급여서비스의 규정방식

베버리지형(조세방식) 국가들은 필요서비스를 급여하는 것을 원칙으로 하면서 이를 구체화하기 위한 기준이나 가이드라인을 정하는 방식을 취하며, 비스마르크형(사회보험방식) 국가들은 대체로 의료법이나 수가표에 구체적인 급여 항목을 나열하고 있다.

첫째, 영국, 뉴질랜드(현행), 캐나다와 같은 단일지불자(single-payer) 보건의료체계를 가진 국가의 경우는 보편적 기본급여서비스 패키지를 보장하는 방식이 자연스럽게기 때문에 필요서비스를 급여하는 것을 원칙으로 하면서 그러한 원칙을 구체화하기 위한 기준을 어떻게 규정하는지에 초점이 모아진다. 따라서 구체적인 급여항목은 나열하지 않는 것이 일반적이다.

영국보건부는 임상적 효과성에 따라 핵심서비스(core services)에 대한 국가적 리스트를 구축하는 안을 명시적으로 거부한 바 있다(UK Department of Health, 1995). 이러한 거부의 이유는 NHS의 특정 치료 제공 여부는 환자 개개인의 상황, 질환의 위중도, 편익의 가능성에 따라 결정되어야 한다는 것이었다. 뉴질랜드 국가보건위원회(과거의 CSC 및 현재의 NHC)도 우선순위목록을 작성하는 방안을 채택하지 않았다(National Advisory Committee, 1993). 이는 오레곤주와 같이 특정 치료 결과(outcome)의 중증도나 잠재적 편익의 평균에 따라 순위를 매기고, 일정 라인 밑은 급여하지 않는 방식 하에서는, 서비스를 받았다면 평균 이상의 편익을 얻었을 사람이 오히려 서비스를 받지 못하는 경우가 생기게 된다는 것이 주된 논거이었다(Cumming, 1994).

둘째, 프랑스, 독일, 네덜란드, 일본과 같은 사회보험방식의 다지불자제도(multiple-payer

schemes) 보건의료체계에서도 보편적 기본급여패키지가 존재한다. 이들은 대체로 구체적인 급여 항목을 정하는 방식을 취하고 있으며(positive list), 구체적인 급여항목을 정하는 경우에도 독일처럼 의료법에 규정하는 경우도 있고, 일본처럼 수가표를 가지는 경우도 있다.

이들 국가의 비영리형(not-for-profit) 지불자들은 모든 피보험자에게 개개인의 건강상태와 관계없이 GHCP를 제공해야 한다. 다만, 이런 경우 특정 질병금고나 조합이 특정 인구집단의 리스크를 과중하게 부담하는 경우가 생기게 되는데 이에 대한 대응방식으로는 독일이나 일본처럼 기금(조합) 간에 서로 다른 보험료율이 적용되도록 하고 동시에 보다 근본적인 차이에 대해서는 보험재정조정사업 등을 통해 형평성을 유지하는 방식이 있는가 하면, 프랑스나 네덜란드에서처럼 모든 기금에서 동일한 보험료율을 적용하도록 하되 구성원(risk profile)에 따라 각 기금에 보상을 해주는 방식이 있다. 독일은 일부 화이트칼라가 한개 이상의 법정 질병금고에 가입할 수 있지만 모든 사람이 하나의 질병금고에는 속해야 한다는 조건 때문에 보편성이 확보된다. 즉, 기본급여서비스에 대한 권리도 유지하면서 개별적 선택을 할 수 있다.

셋째, 미국과 같은 민영의 다보험자 경쟁방식 하에서는 보편적인 기본급여서비스를 패키지로 보장하는 방식이 어울리지 않는다. 민영보험제도의 경우 개개인의 리스크가 각기 다르기 때문에 가입자의 연령과 병력에 따라 개인을 분류하게 되나, 이러한 접근법은 지불능력과 관계없이 보편적이고 동일한 서비스를 제공한다는 ‘기본급여’의 사고방식과 맞지 않기 때문이다. 실제로 경쟁하는 영리형(for-profit) 지불자 사이에 공통의 ‘기본급여’를 제공하도록 하는 제도는 현재 존재하지 않는 것으로 보인다. 다만, 메디케이드나 메디케어와 같이 공적인 재원으로 지불되는 경우는 기본급여의 개념이 통하게 되는데 오레곤주의 우선순위목록이 대표적인 예가 된다(Blumstein, 1997).

이상에서 살펴본 서구 국가의 일반적인 의료보장제도의 유형과 기본급여서비스에 대한 규정을 관련지어볼 때, 우리나라 건강보험제도는 사회보험의 형태를 띠고 있지만 여타 사회보험국가와는 구별되는 특징을 가지고 있음을 알 수 있다. 사회보험형 국가들은 복수의 건강보험금고가 지불자로서 기능하고 있고 따라서 이러한 다양한 지불자의 급여 내용 중에서 기본적으로 제공되어야 할 항목을 정함으로써 ‘보장성’을 유지할 필요가 생기게 된다. 이는 ‘법정급여’ 형태로 나타나며 개별 금고별로 추가적으로 제공할 수 있는 소위 ‘부가급여’와 구분되게 되는 것이 일반적이다. 하지만 우리나라의 경우 건강보험 통합으로 단일보험자 체제가 되어 있기 때문에 법정급여와 부가급여의 구분이 의미가 없다.

우리나라의 급여규정방식은 급여대상을 정하는 원칙을 명시하기보다는 비급여대상을 제외한 일체의 사항을 급여대상으로 한다고 규정하는 형태를 취한다. 따라서 흔히 이러한 외견상의 규정형태를 보고 우리나라의 급여규정이 네거티브방식(negative list)을 취하는 것으로 생각하는 경우가 많으나, 실제로 요양급여기준규칙 제8조2항은 이러한 급여대상을 급여목록표

로 정하여 고시하도록 규정함으로써 사실상은 포지티브방식(positive list)을 취하고 있는 것에 주의할 필요가 있다. 즉, 우리나라의 급여규정방식은 네거티브목록을 포함한 포지티브방식이다.

2) 베버리지형 국가에 있어서의 기본급여 우선순위의 기준

베버리지형 국가들은 비스마르크형 국가와는 달리 구체적인 급여항목을 나열하지 않고, 필요서비스를 정하기 위한 기준이나 가이드라인을 가지는 것이 일반적임은 앞에서 살펴본 바와 같다. 이러한 기준은 명시적 형태를 취할 수도 있고 묵시적 형태를 취하는 경우도 있다. 표 1은 베버리지형 의료보장제도를 중심으로 이들 나라에서 기본급여 우선순위를 결정을 위해 채택한 기준들을 예시한 것이다. 또한 다보험자 방식으로 운영되는 비스마르크형 의료보장체계를 가진 나라이지만 베버리지형 의료보장체계의 국가들에서 사용하는 우선순위 기준을 정하여 둬으로써 질병급고들 간의 급여차이를 줄이고자 하고 있는 네덜란드와 미국 옐콘 주의 메디케이드처럼 공공부조 형태로 의료서비스를 급여하는 경우에 사용하는 우선순위를 참고하도록 하였다.

3) 비스마르크형 국가에 있어서의 기본급여 항목

표 2는 비스마르크형 국가에 있어서 기본급여로 제공되고 있는 항목을 정리한 것이다. 우리나라에서는 예방서비스에 해당하는 항목이 거의 비급여대상인데 반해, 여타 선진각국에서는 이미 건강검진, 암검진, 예방접종과 같은 예방서비스에 대한 급여가 일반화되어 있음을 알 수 있다.

2. 의견조사의 결과 및 고찰

본 연구의 설문조사에 의견을 제시한 참여자는 총 423명으로 아래 표 3과 같이 구성되어 있다. 의사, 치과의사, 한의사, 간호사 등 직접 임상을 하고 있는 응답자가 전체 응답자의 9.2%. 보건정책학, 보건경제학, 보건행정학 등 보건학 관련 교수들이 전체 응답자의 7.8%. 기타 복지부 관료 등이 6.4%, 대학생이 31.0%, 병원관리직 종사자가 44.4%이었다. 연구방법에서 언급한 바와 같이, 응답자의 인구사회학적 특성 집단의 구성비에서 차이가 있으므로 의견조사결과의 분석에 있어서 전체 응답결과를 집계할 때는 집단별 구성비의 차이를 보정함으로써 전체의 결과가 일부 집단의 의견에 지배되지 않도록 하였다. 그리고 응답자의 특성을 알 수 없는 5개 case는 분석에서 제외하였다.

<표 1>

국가별 기본급여 우선순위의 기준

우선순위 설정을 위한 기준	
노르웨이 (1997)	<ul style="list-style-type: none"> - 질병의 심각성 - 치료의 효과성 - 치료의 비용효과성
스웨덴 (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - 인간의 존엄성, 니드 또는 사회적 연대성, 효율성 등을 우선순위 설정의 윤리적 기본 원칙으로 하여 정치.행정적 측면과 임상적 측면에서의 접근법을 5개 범주의 가이드라인으로 만들 I. 생명 위협적 급성 질환 및 치료받지 않으면 영구적 장애나 조기사망의 원인이 될 질병의 치료, 심각한 만성질환에 대한 치료, 말기환자의 동통 완화치료, 자율성이 제한된 사람에 대한 케어 II. 편익성이 보고된 바 있는 예방, 개인적인 예방 및 재활서비스로 care의 일부분을 구성하지 않는 기술적인 도움을 제공하는 것 III. 덜 심각한 급성 및 만성질환 치료 IV. 경계선 상의 환례 (Borderline cases). V. 질병 또는 손상 이외의 이유로 인한 케어
캐나다	<ul style="list-style-type: none"> - 의료의 질(효과성, 적절성, 효율성, 환자의 수용성과 안전성) - 윤리적(공정성, 연령, 생활양식, 인지된 환자 vs 통계적 환자, 무용성) - 경제성(비용효과분석)
영국 (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - 지불능력에 관계없이 임상적 필요에 기초하여 제공되는 형평성 - 임상적 효과성과 자원(조세)의 적정사용을 담보할 수 있는 효율성 - 환자 개인의 need를 만족시킴. 환자의 needs 변화와 의학지식의 발달에 대한 반응성 (responsiveness)
네덜란드 (1992)	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회적 관점에서의 필수성 - 효과성 - 효율성 - 질병에 대한 개인의 책임 정도
미국 오레곤 메디케어 (1991)	<ul style="list-style-type: none"> - 대중의 가치와 의학적 효과성에 대한 위원회의 판단을 근거로 17개의 서비스 카테고리리를 만들었으며, 17개 범주는 필수서비스군(9개), 중요서비스군(4개), 특정인에게 는 가치가 있는 서비스군(4개)의 셋으로 구분할 수 있음. 17개 범주 구분 기준으로 사용된 것은 - 사망을 예방하고 완전한 회복을 보장하는 정도 - 산과의료 - 완전한 회복을 기대하지는 못하나 사망을 예방하는 정도 - 동통의 경감 등 환자의 관점에서 증상을 완화할 수 있는 치료(삶의 질)

출처 : - 노르웨이 : Lønning Committee(1997)
 - 스웨덴 : Swedish Parliamentary Priorities Commission (1995)
 - 캐나다: Deber R. (1995), <<http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/ issuesm/deber1.htm>>
 및 <<http://www.nfh.hcsc.gc.ca/publicat/issuesm/ deber2.htm>> (20 January 2002).
 - 영국 : HMSO (1995) - 네덜란드 : Dunning Committee (1992)
 - 미국 오레곤주 : Oregon health Services Commission (1991)

<표 2> 국가별 기본급여 항목

	프랑스	독일	네덜란드	일본	한국
현물급여	- 치료(진찰, 처치, 수술), 입원, 보철을 포함한 치과진료, 간호, 약제, 환자 이송, 온천요법, 재활 등 - 질병금고간 급여 내용에 차이가 없음	- 법정급여: 치료, 입원, 간호, 질병예방, 조기진단, 치과, 약제, 가정간호, 환자이송 등 거의 모든 항목 급여 - 부가급여는 질병금고 정관에 따라 차이가 있음	- 치료, 입원, 간호, 질병예방, 조기진단, 치과, 약제, 의료용구, 재활 등 거의 모든 항목 급여 (일반의료비제도ZFW) - 장기요양재활, 정신보건, 가정간호, 예방접종은 특별의료비제도AWBZ에서 급여	- 치료, 요양, 입원시 식대, 약제, 방문간호, 이송, 고액진료, 출산, 장제에 대해 법정급여	- 진찰, 처치, 입원, 검사, 간호, 수술, 약제, 치료재료, 재활, 장제에 대해 법정급여
건강검진	- 특정질병 확진을 목적으로 하는 경우와 저소득층인 경우 급여.	- 신생아질환 및 대사장애 진단검사, 아동건강검진 및 예방적 치과서비스, 학령기 신체발달검진 - 35세 이상 2년에 1회 건강검진심혈관질환·신장질환당뇨병 진단 - 임신 중 건강검진	- 예방사업의 주체가 지방자치단체이므로 지역에 따른 차이 있으며, 건강검진은 보험급여되지 않음.	- 정부관장건보의 경우 일반중합검진 현물급여	- 산전진찰
예방 암검진	- 유방암검진	- 20세 이상 여성 부인과검진 및 유방암검진 - 44세 이상 남성 암조기발견 급여청구권	- 유방암, 자궁암 검진	- 40세 이상 피보험자 및 배우자 자궁경부암, 대장암	-
치과	- 청소년 무료 구강 위생 시범사업 중	- 17세 이하인 경우와 예방적 치치인 경우	- 예방을 위한 서비스 - 5~17세 불소도포		- 치아홈메우기 사업 : 농어촌 지역 및 도시 지역 저소득층 대상
예방 접종	- 노인-인플루엔자 접종 - 소아-홍역, 풍진, 불거리	- 법정급여되지 않고 질병금고 정관에 따름	- 영유아정기예방접종	- 노인-인플루엔자 무료접종	-
고액진료 비에 대한 방안 (본인부 담상한규 정 등)	- 입원진료 및 중증 질환에 대해 상한제(연간 200EUR) - 특정질환(암, 당뇨)의 검사비는 본인 부담 면제	- 소득수준에 따라 차등적용되는 본인부담 상한제 (가압자 보수의 2%, 장기만성질환자 수입의 1%) - 저소득층, 만성질환자, 임산부는 본인부담 면제	- 본인부담금 상한 월 1,631 EUR('01기준)	- 일정기간, 동일 의료기관에서의 본인부담금에 대해 소득수준에 따른 상이한 상한선 설정 - 고액요양비 산정 기준액: ·일반인: 63,600엔 + (의료비- 318,000엔)의 1% ·고소득자: 121,800엔 + (의료비- 609,000엔)의 1% ·저소득자: 35,400엔	- 동일상병으로 6개월간 입원한 보험적용 진료비 본인부담금이 300만원 초과한 경우 초과금액을 환급

출처 : - 프랑스 CNAMTS <<http://www.cnamt.fr/ass/prev/basdprev2.htm/>> 등

- 독일 Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999) 등
- 네덜란드 Schrijvers AJP (1997)
- 일본 厚生統計協會 (2001) 등

<표 3> 의견조사 응답자 구분 (단위 : 명, %)

응답자 구분	빈도	백분율
임상	39	9.2
학계	33	7.8
복지부 관료·기자	27	6.4
대학생	131	31.0
병원관리직	188	44.4
무응답	5	1.2
합 계	423	100.0

1) 평가기준의 우선순위(중요도)

건강보험 기본급여패키지를 구성할 때 각각의 서비스를 급여범위에 포함시킬 것인지 포함시키지 않을 것인지를 평가하는데 적용할 기준(Criteria) 13개를 중요도에 따라 10점 만점의 점수를 부여하게 한 결과, 표 4에서 보듯이 ①치료로 인한 개인의 경제적 부담이 큼(8.26), ②질병의 중증도가 큼(8.15), ③즉각적인 치료를 요하는 응급성이 큼(7.89), ④질병으로 인한 후유장애의 심각성이 큼(7.77), ⑤질병 발생율 및 유병율이 높음(7.53) 등의 항목이 높은 점수를 받았다. 현행 급여여부 결정 기준인 ‘치료의 의학적 효과성’과 ‘치료의 안전성’의 중요도는 각각 6.67과 6.00의 점수로 평가되어 7위와 10위에 그치고 있다.

이러한 결과는 건강보험 급여대상이나 급여수준을 설정함에 있어서 질병으로 인한 치료에 소요되는 비용이 개인에게 가하는 경제적 부담의 크기와 질병 자체의 특성을 우선적으로 고려해야 한다는 점 즉, 이러한 서비스를 중심으로 기본급여패키지가 조정되어야 한다는 것을 보여주고 있다. 중증질환의 대부분이 진료비도 고액이라는 점을 상기할 때, 이러한 결과는 결국 고액진료비를 요하는 중증질환에 대한 보장성이 미약한 현행 건강보험의 급여체계에 대한 문제제기인 것으로 해석할 수 있다. 이는 최병호(2003)의 의견조사에서 ‘감기와 같은 경증 질환에 대한 급여 중심에서 중증질환에 대한 급여 중심으로의 전환’에 대한 지지가 높았던 것과 맥을 같이 한다.

표 4는 또한 응답자 특성에 따라 평균점수가 통계적으로 유의한 차이가 나타나는지 알아보기 위한 분산분석(ANOVA) 결과도 보여주고 있다. ‘즉각적인 치료를 요하는 응급성이 큼’ 항목에 대한 응답이 그룹 간에 뚜렷한 차이를 보였으며, ‘질병의 중증도가 높음’, ‘질병으로

<표 4> 급여여부 평가기준에 대한 중요도점수

급여여부 평가기준	평균 점수					그룹 차이 검정		
	임상	학계	복지부 관리 등	대학생	병원 관리직	전체 ⁺	F값	p value
치료에 대한 개인의 경제 부담이 큼	7.44	8.61	9.12	8.73	7.93	8.26	1.00	.41
질병의 중증도가 높음	8.29	8.91	8.62	7.91	8.19	8.15	3.12	.02*
즉각적인 치료를 요하는 응급성이 큼	8.87	9.19	7.77	7.89	7.77	7.89	5.64	.00**
질병으로 인한 후유장애의 심각성이 큼	7.92	8.55	7.88	7.52	7.83	7.77	2.50	.04*
질병 발생률 및 유병률이 높음	7.38	6.76	7.31	8.14	7.26	7.53	.84	.50
치료의 효율성 즉, 비용 대비 효과가 큼	7.69	7.53	7.12	6.95	6.79	6.91	2.31	.06
치료의 의학적 효과성이 큼	7.33	6.82	6.31	6.74	6.63	6.67	1.51	.20
치료의 대체가능성이 높지 않음	6.49	6.309	6.889	6.279	5.94	6.12	1.72	.14
치료의 안전성이 높음	6.00	5.91	5.31	6.23	5.93	6.00	1.15	.33
질병 발생에 대한 개인의 책임이 크지 않음	5.77	6.097	6.58	5.83	5.64	5.77	1.21	.31
공중의 관심이 높음	5.33	5.91	6.35	5.96	5.50	5.70	1.90	.11
보험급여시 보험재정에 대한 부담이 크지 않음	5.15	5.00	6.08	5.47	5.28	5.36	1.06	.37
치료의 수단적 지역적 변이가 크지 않음	4.41	5.09	5.62	5.52	5.02	5.20	3.34	.01*

* 집단별 응답률 차이를 보정한 결과치임

** p value < .01

* p value < .05

인한 후유장애의 심각성이 큼, '치료수단 분포의 지역적 변이가 크지 않음' 등도 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

급여결정 기준 '즉각적인 치료를 요하는 응급성이 큼' 항목에 대해서 임상중사자, 학계는 평균 9.0에 가까운 높은 점수를 주었으며, 특히 학계는 9.19의 매우 높은 중요도 점수를 주어 다른 그룹들과 차이를 보였다. 한편 보건복지부 관료, 대학생, 병원관리자들은 7.8점 정도의 점수를 주어 이 항목의 중요도에 대해 의견 차이를 보였다. '질병의 중증도가 높음' 항목의 중요도에 대해서는 학계가 8.91로 가장 높은 점수를 주었고 그 다음으로 보건복지부 관료. 기자들이 8.62점을 주어 이들 두 그룹이 다른 그룹과 차이를 보였다. '질병으로 인한 후유장애의 심각성이 큼' 항목의 중요도 역시 학계 그룹에서 평균 8.55점을 주어 가장 높았으며, 나머지 그룹에서는 7.5~7.9점 정도를 주어 대조를 이루었다. '치료수단 분포의 지역적 변이가 크지 않음'의 중요도 점수를 가장 높게 준 것은 보건복지부 관료.기자과 대학생 그룹으로 5.5점을 상회했다. 반면 임상중사자들은 4.41의 가장 낮은 점수를 주었다.

2) 보험급여 확대항목의 우선순위

건강보험 급여 범위가 현재 수준보다 확대된다고 가정할 때 우선적으로 보험적용을 받아야 하는 10개의 추가서비스 목록에 우선순위를 부여하라는 설문 의 응답결과는 순위검정에 적합한 비모수적 통계기법을 적용하였으며, 모수적 통계기법의 평균에 해당하는 값은 평균순위 (Mean Rank)로 나타내었다.

조사 결과 표 5에서 보는 바와 같이, '한시적 비급여 대상 중 8개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 어느 정도 부담이 있는 경우' 및 '한시적 비급여 대상 중 4개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 대한 부담이 과중한 경우'가 1, 2위를 형성했고, '예방적 서비스 중 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우', '업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 선천성 기형', 및 '업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 심리적 고통을 주는 질환'이 그 다음의 우선순위 그룹을 형성했다(Friedman Test에 의한 순위검정 결과 $\chi^2 = 1085.48$, 유의확률 $p = .000$)

집단별로 순위 결정에 차이가 있는지를 알기 위하여 Kruskal-Wallis Test를 시행한 결과, '한시적 비급여 대상 중 8개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 어느 정도 부담이 있는 경우', '예방적 서비스 중 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우', '업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 심리적 고통을 주는 질환'은 집단별로 매우 뚜렷한 차이를 보였으며, '한시적 비급여 대상 중 4개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 대한 부담이 과중한 경우', '신체의 필수기능 개선을 목적으로 하는 치료법 중 보편적으로 사용되는 대체 가능한 방법이 있는 경우', '보조생식술(체내외 인공수정)에서도 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 5> 건강보험 급여 확대 항목 카테고리의 우선순위

보험급여 확대 카테고리	평균 순위						그룹 차이 검정	
	임상	학계	복지부 관리등	대학생	병원 관리직	전체 ⁺	χ^2	p value
한시적 비급여 대상 중 4개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 대한 부담이 과중한 경우	4.69	2.97	2.96	2.89	3.17	3.09	9.97	.04*
한시적 비급여 대상 중 8개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 어느 정도 부담이 있는 경우	3.93	2.17	2.04	3.12	3.23	3.12	15.35	.00**
업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 선천성 기형	4.44	5.47	4.08	4.50	4.42	4.47	7.41	.12
예방적 서비스 중 질병부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우	3.34	3.77	4.54	4.90	4.87	4.79	19.86	.00**
업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 심리적 고통을 주는 질환	4.88	6.40	5.04	4.60	4.96	4.90	15.47	.00**
신체의 필수기능 개선을 목적으로 하는 치료법 중 보편적으로 사용되는 대체 가능한 방법이 있는 경우	6.14	6.70	6.75	5.53	6.32	6.09	10.45	.03*
등록장애인에게 급여되는 경우를 제외한 보장구	6.24	6.80	6.38	6.12	6.51	6.38	2.43	.66
보조생식술(체내외 인공수정)	7.51	7.93	8.00	7.67	6.76	7.18	11.53	.02*
입원기간 중 처방식이	6.60	5.97	7.13	7.36	7.23	7.21	8.81	.07
한방물리요법 또는 한방첩약 및 기성한의서의 처방 등을 근거로 한 한방 생약제제	7.26	6.83	8.08	8.31	7.53	7.78	8.26	.08

* 집단별 응답률 차이를 보정한 결과치임

** p value < .01

* p value < .05

‘한시적 비급여 대상 중 8개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 어느 정도 부담이 있는 경우’에 대하여 복지부 관리 등은 2.04의 가장 높은 순위를 준 반면 임상 종사자들은 3.93의 순위를 주었다. 한편 임상 종사자들이 가장 높은 순위를 준 카테고리는 ‘예방적 서비스 중 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우’인 반면 이 카테고리에 대하여 대학생과 병원관리자 그룹은 상대적으로 낮은 순위를 부여하여 차이를 보였다. ‘한시적 비급여 대상 중 4개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 대한 부담이 과중한 경우’에 대해서도 복지부 관리 등이 높은 순위를 준 반면 임상종사자들은 응답자 집단 중 가장 낮은 순위를 주어 대조를 이루었다.

‘업무 또는 일상생활에 지장을 주지 않는 경우 중 심리적 고통을 주는 질환’과 ‘신체의 필수기능 개선을 목적으로 하는 치료법 중 보편적으로 사용되는 대체 가능한 방법이 있는 경우’에 대해서 대학생이 다른 응답자 그룹들보다 높은 순위를 주었으며 ‘보조생식술(체내외 인공수정)’에서는 병원관리직 종사자들이 다른 응답자 그룹보다는 높은 순위를 주었다.

위의 결과는 의약분업제도 시행 직후 보험재정의 악화에 따라 2002.1.1부터 2003.12.31까지 한시적으로 급여대상 외로 된 항목은 향후 우선적으로 급여가 되어야 한다는 견해가 지배적임을 보여주고 있다. 급여확대 우선순위 2위로 선정된 ‘보험재정에 어느 정도 부담이 있어서’ 한시적으로 급여 대상에서 제외되었던 항목에는 심장질환에 대한 검사와 치료가 상당수 포함되어 있다. 이러한 결과에 비추어, 그리고 심장질환이 2002년도 사망원인에 있어서 암, 뇌혈관질환에 이어 3위를 차지하고 있는 것에서도 보듯이, 심장질환에 대한 급여의 확대와 적절한 대처는 우리 국민의 사망 예방에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

김용익 외(2000)의 『건강보험 재정설계 연구』와 본 연구는 의견조사 목적과 방법, 대상자 선정방식과 설문문항의 구성에서 상이한 부분이 많아 단순비교하기는 곤란하나, 급여확대 우선순위에서 높은 점수를 얻은 서비스 항목들은 두 연구 사이에 대체로 일치하고 있다. 본 연구에서 급여 우선순위 1위인 카테고리 ‘한시적 비급여 대상 중 4개 항목으로, 급여의 필요성은 인정되나 보험재정에 대한 부담이 과중한 경우’에 김용익 외(2000)의 일반인 전화조사에서 1,2위였던 MRI와 초음파가 포함되며, 동 연구에서 한방첩약의 급여확대 우선순위가 당시 비급여 서비스 7개중 5위로 낮게 나왔는데, 본 연구에서도 ‘한방첩약’이 가장 낮은 순위의 카테고리인 ‘한방물리요법 또는 한방첩약 및 기성한의사의 처방 등을 근거로 한 한방 생약제제’에 포함되고 있었다.

본 연구에서 ‘예방적 서비스 중 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우’ 카테고리에 해당하는 서비스는 4위로 비교적 높은 우선순위를 받았다. 특히 임상 종사자들은 동 카테고리의 우선순위에 대해 1위를 주었다. 국가보건서비스(NHS) 하의 국가는 물론이고 독일, 프랑스, 일본 등 우리와 마찬가지로 사회보험 체계 하에 있는 국가들의 경우도 대부분

예방서비스를 중시하여 급여 대상으로 하고 있는 것은 표 2에서 본 바와 같다. 우리나라에서도 건강보험제도 도입 초기부터 예방접종의 포함 필요성이 계속 논의되어 왔으나 한정된 자원과 행위별수가제 하에서 우려되는 도덕적 해이와 과잉 공급에 대한 우려로 급여가 지연되어 왔다. 하지만 본 의견조사 결과에서도 나타나듯이 ‘예방서비스’의 급여는 더 이상 미루어서는 안 될 시점에 와 있는 것으로 판단된다.

3) 건강보험 급여구조 개선방안에 대한 종합적 의견

건강보험 급여구조 개선방안 전반에 대한 질문에서, 급여의 우선순위를 재조정해야 한다는 응답(표 6에서 B 및 C)은 77.8%로 나타났다. 응답자의 48.6%가 보험재정을 늘여서 추가적으로 급여항목을 확대하면서 우선순위를 재조정할 것을, 29.2%가 현재의 재정수준을 유지하면서 급여항목의 우선순위만을 재조정할 것을 지지하였다.

급여항목을 확대해야 한다는 응답(표 6에서 A 및 B)은 69.9%이었다. 48.6%는 추가적으로 급여항목을 확대하되 우선순위도 재조정할 것에 응답한 반면, 21.3%는 추가적으로 급여항목을 확대하되 우선순위 조정에 의한 기존 항목의 탈락 등은 원치 않는다고 응답하였다.

<표 6> 건강보험 급여의 개선 방안 (단위 : %)

	임상	학계	복지부 관료·기자	대학생	병원 관리자	합계
A. 재정수준을 늘려서 추가적으로 급여항목을 확대	25.6	19.4	19.2	20.6	21.5	21.26
B. 재정수준을 늘여서 급여항목을 확대하되, 우선순위 재조정	48.8	58.1	38.5	49.6	47.9	48.58
C. 재정수준을 현행대로 유지하면서 급여항목의 우선순위를 달리함	25.6	22.5	42.3	29.8	25.8	29.20
D. 현행 보험급여 수준과 항목을 유지함	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	0.96
합 계	100.0	100.0	100	100.0	100.0	100.0

이를 응답자 그룹별로 살펴보면, 보건복지부 관료 및 기자 그룹을 제외한 나머지 그룹들 모두 4가지 안 중에서 재정수준을 높여서 급여항목을 확대하되 우선순위도 재조정하자는 B안에 대하여 가장 높은 지지율을 보였으며, 특히 학계로 분류된 그룹에서 B안에 대한 지지율이 가장 높아 58.1%였다. 한편 보건복지부 관료 등은 보험 재정수준은 현행대로 유지하면서 급여항목의 우선순위만 달리하자는 C안에 대하여 높은 지지율을 보였다.

건강보험 급여개선 방안을 A 또는 B로 응답한 사람들에게는 보험재정 확대시의 재원확보 방안에 대해서도 답하도록 하였다. 응답자의 36.9%가 담배에 부과하는 건강증진부담금을 인상하는 것을 선택하였으며 35.9%가 건강보험료 인상을 선택하여 이 두 가지 안에 대한 의견이 거의 같은 수준으로 다수를 차지하고 있었다. 응답자의 19.0%는 사회보장세 신설을 선택하였으며 기타 재원을 강구해야 한다는 의견이 8.2%를 차지하였다(표 7). 건강보험 재정 확대시 재원조달 방안에 대한 의견에서도 응답자 그룹별로 차이를 보였다. 임상 종사자와 학계, 보건복지부 관료 등은 건강보험료율의 인상에 가장 많이 답한 반면, 대학생과 병원관리자들은 건강증진부담금 인상에 높은 비율로 답하여 대조를 이루었다(Pearson Chi-Square=178.5, p value=.00). 앞의 결과와 연계해 볼 때 복지부 관료 등은 재정확대에는 소극적이나 보험확대시에는 보험료 인상을 선호함을 알 수 있었다.

<표 7> 건강보험 재정 확대시 재원조달 방안 (단위 : %)

	임상	학계	복지부 관료·기자	대학생	병원 관리자	합계
건강보험료율의 인상	60.7	45.8	42.9	17.6	12.6	35.9
건강증진부담금 인상	21.4	33.4	14.3	68.1	47.2	36.9
사회보장세 신설	10.7	8.3	35.7	12.1	28.4	19.0
기타재원	7.2	12.5	7.1	2.2	11.8	8.2
합 계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

건강보험료 인상을 선택한 응답자들에게는 적정보험료율을 제시하도록 한 결과 평균 5.75%(응답률 차이 보정)까지 인상되어야 한다는 응답을 얻었다(표 8). 또한 5%라고 응답한 경우가 전체의 46.9%(응답률 차이 보정)를 차지했다.

의견조사의 결과에 비추어 볼 때, 우리나라 건강보험의 급여범위를 확대해야 하며 이에 따른 보험재정 확충은 불가피하다는 인식이 지배적이고 이러한 급여의 확대와 병행하여 급여항목의 우선순위도 재구성해야 한다는 요구가 높음을 확인할 수 있었다. 특히 보험료율의 인

상은 불가피하다는 시각이 주류를 이루는 것으로 보이나, 이는 박종연(2003)에서 조사된 일반인들의 견해와는 상이한 것이어서 사회적 합의의 도출을 위한 추가적이고 지속적인 논의를 요하는 것으로 판단된다.

<표 8> 건강 보험료율 인상에 대한 의견 (단위 : 명)

	평균	중위수	최빈값	범위	표준편차	총 응답자
보험료율	5.75*	5	5	4.2-10.0	1.35	54

* 집단별 응답률 차이를 보정한 결과치임

그 외에 기타 재원조달방안을 택한 응답자에게 개방형 질문으로 기타 방안을 제시하도록 한 문항에서 간접세를 통한 재원조달 방안, 고소득자를 보험에서 제외시켜 교차 보조하는 방안, 공익 복권 발행으로 재원을 확보하는 방안, 국고 보조 대폭 확대 방안, 자영업종사자의 과세표준 현실화에 의한 재원확충, 건강보험관리공단의 경영합리화와 보험재정운영에서의 효율성 제고를 통한 재정절감분을 보험급여 범위에 충당하는 방안 등 다양한 의견이 제시되어 추가재원의 확보 방안에 대해서도 추가적 논의가 필요함을 알 수 있었다.

IV. 정책적 제언

우리의 현행 건강보험 급여수준은 선진국의 표준에 비추어 볼 때 대단히 미흡하다. 정형선(2003)에 의하면 2001년 우리나라 국민의료비에 있어서의 공공재원의 비율은 의약분업 이후 50%를 넘어선 것으로 나타났다. 이는 하지만 OECD의 표준에 비추어 아직도 상당히 낮은 편에 속한다. 건강보험이 의료보장제도로서의 제 역할을 수행하기 위해서는 급여가 지속적으로 확대되어야 한다. 급여의 확대는 급여서비스 항목의 확대(비급여서비스 항목의 축소)와 급여율(급여수준)의 제고를 모두 포괄하는데, 한시적비급여 등 비급여 항목이 지나치게 많은 현재의 상황 하에서는 정책적 주안점을 우선적으로 전자인 급여항목의 확대에 두어야 할 것으로 사료된다.

건강보험 급여의 확대를 위한 추가적 재원으로는 보험료 인상, 건강증진부담금 인상, 증세 등이 고려될 수 있다. 현재의 보험료 수준 역시 선진국의 표준에 비추어 역시 낮은 수준이다. 본 연구에서 조사된 바, 보건의료 분야에 대한 기본적인 이해와 관심을 가진 대상자의 의견에 비추어볼 때 급여의 보장성 강화를 위해서는 앞으로 건강보험료의 인상이 불가피하

다는 판단이다. 담뱃값에 추가적으로 부과되는 건강증진부담금은 어떤 형태로든 의료의 보장성 강화를 위한 사업에 사용되어야 할 것이며, 주류 등 기타 건강과 관련이 있는 재화에 대한 건강증진부담금도 적극적으로 검토되어야 한다.

하지만, 이러한 재원의 확대에는 한계가 있고, 설령 재원의 확대가 가능하다 하더라도 이는 효율적 사용이 전제되어야 하므로, 급여서비스의 확대를 위해서는 이를 선별적으로 하기 위한 우선순위 내지 판단기준의 설정이 선행되어야 한다. 또한 사안별로 이러한 원칙을 적용하는 기전이 확립되어야 한다. 외국의 사례를 종합할 때 건강보험을 위하여 마련한 돈을 지출하는데 있어 질병의 특성, 급여서비스의 의학적 효과성, 개인의 경제적 부담의 어느 것에 우선순위를 높게 두어야 할지가 쟁점이 되고 있다. 설문조사 결과는 우리나라의 의료관련 인사들의 경우 질병 치료비용에 대한 개인의 경제적 부담, 그리고 급여 항목과 관련된 질병의 특성(위중도, 응급성, 후유장애의 정도 등)을 건강보험 급여대상이나 급여수준 설정에 있어서 우선적으로 고려해야 한다고 여기고 있음을 보여주고 있다.

이러한 결과를 고려할 때, 의약분업제도 시행 직후 보험재정의 악화에 따라 한시적으로 급여대상 외로 된 항목은 시급히 급여 영역에 포함되어야 할 것으로 판단된다.

초음파영상, 자기공명진단검사(MRI), 치과 광중합형복합레진충전 및 광중합형글래스아이노머시멘트충전 등은 아직 그 비용-효과성에 대한 분명한 연구결과가 나와 있지는 않으나, 재정적 한계를 고려한 우선적 대안으로는 이러한 고비용의 치료를 급여대상으로 시급히 전환하되 당분간은 본인부담 비율을 기존의 급여항목보다는 높게 한다든지 급여액의 상한을 설정하는 방식을 생각할 수 있다. 효과성과 경제적 부담을 함께 고려한 대안이 시급히 요구된다.

예방접종은 현재 비급여대상으로 되어 있는 바, 선진국의 사례검토에서 보나 의견조사의 응답결과에서 보나 시급히 급여 대상이 되어야 할 것이다. 장기적 관점에서 볼 때 치료서비스 중심으로 급여패키지를 구성하는 것보다는 효과성이 입증된 예방서비스를 적절히 혼합하는 것이 더 비용절약적이 될 수 있다. 적절한 예방이 치료보다 개인 또는 사회에 훨씬 적은 비용을 가져다준다는 것이 대체적인 견해이다(OECD, 2004). 다만, 예방서비스를 급여범위에 포함할 경우 이에 수반해서 생길 소비자와 공급자의 도덕적 해이와 이에 따른 의료비 증가를 막기 위해서는, 각 예방서비스의 임상적인 유효성에 대한 객관적 평가는 물론 인구집단을 대상으로 한 경제성 평가가 수반되어야 한다(이석구 등, 2003).

기본급여 우선순위는 필요서비스에 대한 국민의 보편적 접근성을 높이고 이를 재정적으로 보장하겠다고 하는 취지에서 시도될 때, 그리고 이러한 접근성 제고를 통해 사회 구성원의 의료이용상의 형평성을 높이겠다고 할 때 의미가 있는 것이며 비용절감 자체를 위한 시도는 우선순위의 왜곡을 가져오게 됨에 주의할 필요가 있다. 우리나라 건강보험의 경우, 그동안

보험의 재정여건이 변할 때 급여대상 서비스의 범위를 조정할지 공급자에 대한 상환가격을 변동시킬지에 대해 일정한 원칙이 있기보다는 그때그때의 상황에 따라 즉흥적으로 결정된 경향이 있다. 이로 인해 공급자의 입장에서는 보험재정에 여유가 생겨도 소비자에게 급여해주는 의료서비스 범위의 증가 수준에 비해 공급자에게 상환되는 급여액 수준의 증가가 상대적으로 작았다는 불만이, 반면에 소비자의 입장에서는, ‘한시적비급여’의 경우처럼, 급여되어야 할 서비스가 급여되지 않는데 대한 불만이 생기게 된다. 이러한 점에서 의료서비스의 내용에 대한 과학적 측정, 평가를 통해 서비스 가격수준의 합의를 이루고 보건의료재정의 수준이 변하면 급여서비스의 범위가 우선적으로 변동의 대상이 될 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다.

마지막으로 기본급여의 우선순위 설정 작업은 과학적인 방법뿐만 아니라 민주적인 절차에 의해 이루어져야 함을 강조한다. 우선순위의 설정은 이해관계의 충돌을 초래하게 된다. 보건의료는 어떤 분야보다도 객관성과 윤리성이 강조되고 있기 때문에 그만큼 투명한 절차가 요구되게 된다. 본 연구에서 살펴본 서구 각국은 설문을 통한 의견조사, focus group의 활용, 시민배심원제도, 공청회, 인터넷 등을 활용한(Burles, 2000) 절차의 투명성에도 유의하고 있었다.

참 고 문 헌

- 김용익, 이평수, 조홍준. 건강보험 재정설계 연구. 서울 : 국민건강보험공단;2000.
- 박종연, 한만호, 김재연, 서남규. 건강보험제도 발전을 위한 국민 인식도 조사연구. 서울 : 국민건강보험공단;2003.
- 배상수. 근거 중심 보건의료정책 수립: 보건의료서비스의 우선순위결정과 보건목표 설정. 건강보장연구 2001;통권(4)
- 이석구, 신의철, 이무식. 무료예방접종사업의 효율적 추진을 위한 업무개발과 정보관리 방안 연구. 서울 : 국립보건원;2003
- 정형선, 이재현. OECD 기준에 따른 국민의료비의 추계를 통해 본 의약분업 전후 우리나라 의료비의 구조변화. 보건경제연구 2003;19(2).
- 최병호, 신윤정, 신현웅. 질병위험 보장성 강화를 위한 건강보험 본인부담 구조조정 방안. 서울 : 한국보건사회연구원;2003.
- 건강보험연구센터. OECD 국가의 의료보장제도, 서울;건강보험연구센터;2003.
- 국민건강보험공단. 건강검진·암검사 사례연구-해외출장보고서-. 서울;국민건강보험공단;2003.
- 厚生統計協會. 保険と年金の動向. 2001

- Barker C, Green M. Opening the debates on DALYs. *Health Policy and Planning* 1996;11:179-183.
- Blumstein JF. The Oregon experiment: the role of cost-benefit analysis in the allocation of medicaid funds. *Social Science and Medicine*, 1997;45(4):545-554.
- Burls A. Public participation in public health decision cited from Bradley DP, Burds DA. *Ethics in Public and Community Health*, Routledge(NY):2000.
- CNAMTS <<http://www.cnamts.fr/ass/prev/basdprev2.htm/>>
- Cumming J. Core services and priority-setting: the New Zealand experience. *Health Policy* 1994;29:41-60.
- Deber R, et al., The public/private mix in health care, parts 1 and 2. Ottawa: national forum on health. 1995. <<http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/issuesm/deber1.htm/>> and <<http://www.nfh.hcsc.gc.ca/publicat/issuesm/deber2.htm/>> (20 January 2002).
- Dunning Committee(Government Committee on Choices in Health Care). Government committee on choices in health care. 1992.
- Harrison S, Hunter, DJ. Rationing health care. 1994.
- HMSO(DOH). Priority setting. 1995.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 1999.
- Locock L. International perspectives on priority-setting in health care cited from Bradley DP, Burds DA. *Ethics in Public and Community Health*. Routledge(NY):2000.
- Lønning Committee(NUU). Setting Priority Again. 1997.
- National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. Core services. Wellington. (1993c)1994/95.
- New B. Defining a package of health care services the NHS is responsible for: the case for. *British Medical Journal* 1997;314:503-505.
- Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services: a report to the governor legislature. 1991.
- Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services: a report to the governor and the 72nd oregon legislative assembly. 2003.
- OECD. Towards high-performing health system. Paris:OECD;2004.
- Schrijvers AJP. Health and health care in the Netherlands. Utrecht:De Tijdstroom;1997.

Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care: ethics, economy, implementation. 1995.

UK Department of Health. Government response to the first report of the health committee, Session 1994-95 Priority Setting. London:HMS;1995.