

보장성 강화정책에 대한 평가 및 제언

종설

정형선

연세대학교 보건행정학과

시작하며

‘의료보장’은 ‘국민의 의료서비스 이용을 위한 경제적 부담을 덜어주는 것’으로 정의된다(정형선, 2005). 건강을 보장하지는 못하더라도 최소한 건강을 유지하는데 필요한 의료서비스는 받을 수 있게 해주자는 것이다. 그렇게 하자면 의료서비스가 충분히 공급되고 접근성이 높아야 하는데, 의료보장은 금전적 접근성에 초점을 둔다. 보장성이란 의료보장을 통한 경제적 부담의 완화 정도를 의미하며, 이런 점에서 건강보험제도와 의료급여/보호제도의 발전 과정은 보장성의 확대 과정으로 이해할 수 있다. 우리의 건강보험은 1977년 500인 이상 사업장에 적용되면서 시작된 이후 지금까지 보장성을 높여왔다. 1977년부터 1989년까지는 보장성의 세 가지 요소(WHO, 2008) 중에서 보장인구의 확대(broadening of coverage)에 주력한 기간이었다면, 전국민의료보험이 달성된 1989년 이후는 보장수준의 확대를 위해 보장 항목을 늘이고(deepening of coverage) 본인부담을 낮추는(heightening of coverage) 기간이었다(Fig. 1).

전국민의료보장을 달성하고 있는 우리의 경우도 사실 의료보장의 깊이는 깊지 않고 높이는 높지 않다. 아직도 저부담-저급여의 초기 전략이 충분히 수정되지 못하고 있는 것이다. 이러한 상황 하에서 건강보험의 보장성의 확대는 그 자체로 정당성을 부여받고 있다. 2005년 발표된 중증질환에 대한 보장성 강화대책은 저급여의 문제점을 분명히 적시하고 이에 대한 해결을 정책아젠더로 설정하여 해결 의지를 보여주었다는 점에서 큰 의미를 지닌다. 본고에서는 1977년 사회보험으로서의 의료보험제도가 시작된 이후 최근까지 급여확대가 이루어진 과정을 요약하고, 그러한 확대 정책이 가지는 의미를 분석한 뒤, 결과를 평가하고 대안을 모색해보고자 한다.

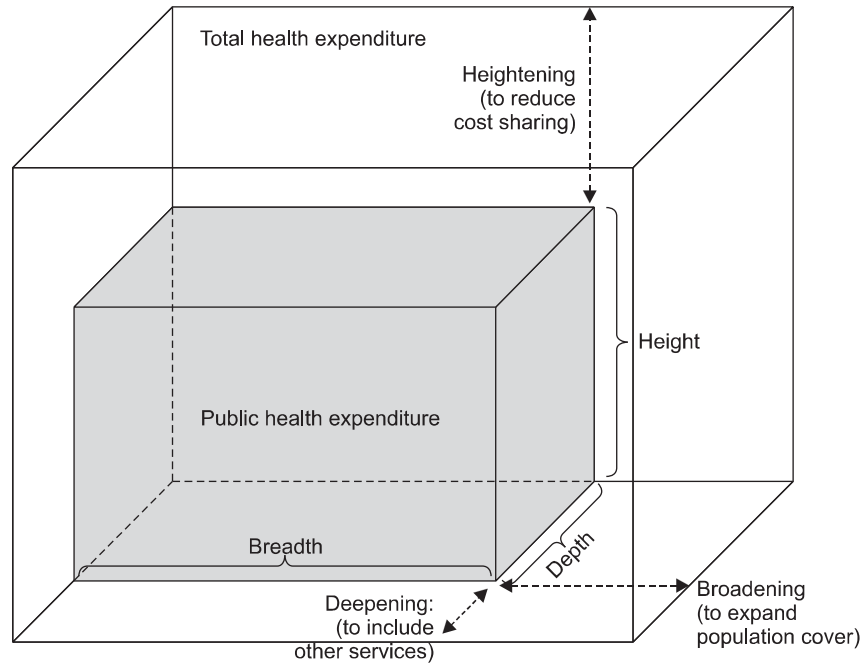


Fig. 1. 보장성 확대의 세 가지 전략. 출처: Jeong (2010), WHO (2008)을 수정.

보장성 강화정책의 전개

1. 급여기간의 확대

의료보험제도가 시작된 1977년에는 폐결핵 이외에는 평생의 급여기간이 180일로 제한되었다. 1981년부터는 이러한 제한이 조금 완화되어 ‘동일상병에 평생 180일’ 이내까지 급여되는 것으로 바뀌었다. 1985년에는 이 제한도 풀렸지만, 대신 ‘급여기간 합산 연간 180일’이라는 제한이 설정되었다. 그 후 1993년까지 이 제한이 유지되었지만, 다양한 예외를 추가적으로 인정함으로써 사실상 보험 급여의 확대가 진행되었다. 예를 들어, 1988년에는 보험자 부담 요양급여비가 30만원 미만일 경우에는 그 금액에 달할 때까지 급여기간이 연장되게 되었다. 1990년에는 만성신부전증환자의 내복약제와 신장이식 수술 후의 거부반응 억제제는 제한일수 산정에서 제외되었다. 1994년에는 65세 이상의 노인은 급여기간 제한이 210일로 연장되었다.

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 모든 가입자에게 기간제한이 없어졌다. 하지만, 건강보험재정 문제로 2002년부터는 연간 급여일수를 다시 365일까지로 제한했다. 2006년 1월 이 제한은 다시 철폐되었으며, 이에 앞서 1996년에는 65세 이상, 장애인, 국가유공자의 요양급여기간 제한이 없어졌다.

2. 급여범위의 확대

의료보험이 도입, 확대되는 과정에서 보험급여기간 연장과 함께 보험급여범위의 확대도 꾸준히 추진되었다. 1987년에는 한방 분야에 의료보험이 적용되기 시작했고, 1989년에는 약국에도 의료보험이 적용되었다. 1990년부터는 검진에도 의료보험이 적용되기 시작하여, 본인이 희망할 경우 '특정암' 검사를 포함한 검진비용의 50%를 의료보험에서 부담했다. 1991년에는 만성신부전증, 혈우병환자의 입원 본인부담률이 경감되었다. 1992년에는 40세 미만에 대한 골수이식이 보험급여의 대상이 되었다. 1993년에는 외용약의 급여가 1회 4일분에서 1회 6일분으로 확대되었고, 복강 내시경 수술이 보험급여의 대상에 포함되었고, 백내장수술시의 인공수정체가 급여항목으로 확대되었다.

그 뒤로도 신의료기술, 신약, 신소재치료재료가 계속해서 개발되고 이들에 대한 국민들의 요구가 증가함에 따라 보험급여의 범위가 계속 확대되었다. 1995년에는 내시경하 미세추간판 절제술이, 1996년에는 CT가 보험급여항목으로 포함되었다. 고가의료장비인 CT와 MRI는 의료보험제도 도입 당시에는 거의 보급되지 않았으나, 1990년대를 넘어서면서 공급과 수요가 동시에 급증하게 된 것이다. 다만 이들 고급장비에 대해 보험급여가 적용되는 적응증, 회수 등은 제한되어 있다. 1997년에는 지체장애인용 지팡이, 시각장애인용 안경, 청각장애인용 보청기, 인공후두 등 장애인에 대한 보장구가 급여의 대상이 되어, 보험에서 정한 상한액 범위 내에서 구입비용의 80%까지 지원이 되게 되었다. 1997년부터 1999년 사이에 「단일광자 전산화단층촬영검사(SPECT)」, 「자가 조혈모세포 이식술」, 「경피적 혈관내 스텐트 삽입술」, 「의학 영상저장 및 전송 시스템(PACS)을 이용한 치료비용」 등 약 100여 항목이 보험급여로 인정되었다. 1999년부터는 의약품관리료 및 '임상병리검사종합검증료'가 신설되었다. 그리고 장애인용 상하의지, 보조기, 의안 등과 콘택트렌즈 등으로 보험급여품목이 확대되었다.

2000년에는 65세 이상의 본인부담금이 경감되고, 40세 이상 가입자 및 피부양자에게 건강검진이 실시되었으며, 산전진찰이 급여범위에 포함되었다. 2001년에는 본인부담금이 매 30일간 120만원을 넘었을 경우 그 넘는 금액의 50%를 건강보험에서 환급해주는 '본인부담보상금제도'가 실시되었다. 2002년에는 만성질환관리료가 신설되었다.

3. 참여정부 및 이명박정부의 보장성 강화정책

참여정부가 들어서면서 보장성 강화정책은 가속화되었는데, 2004년에는 본인부담액이 일정 기간 동안 일정액을 초과하는 경우 초과금액을 상환해주는 '본인부담액상한제'가 실시되었다. 상한금액은 보험료 하위 50%는 연간 200만원, 중위 30% 300만원, 상위 20% 400만원으로, 소득수준별 차별화 개념이 도입되었다(2007년에는 상한액을 보험료 수준과 상관없이 6개월간 200만원으로 변경되었다가, 2009년에는 다시 소득수준별 차별화 방식으로 환원됨). 암, 파킨슨병 등 62개 희귀난치성 질환에 따른 의료비의 본인부담률이 입원 본인부담률 수준인 20%로 인하되었고(산정특례), 감마나이프 수술이 보험급여 항목으로 포함되었다. 2005년에는 MRI, 미주신경자극기, 인공와우 등이 급여 대상이 되었고, 분만의 본인부담이 면제되게 되었으며, 정신질환 외래본인부담이 20%로 낮아졌다.

2005년 중증질환에 대한 보장성 강화정책이 발표되고 9월부터는 암 및 고액중증질환(심장, 뇌혈관질환)의 법정본인부담이 20%에서 10%로 경감되었다. 2006년 1월에는 요양급여일수 제한이 철폐되었고, 만 6세 미만 입원아동 본인부담금이 면제되었으며(2008년 10% 본인부담률로 환원), 장기이식 수술(간, 심장, 폐, 췌장)이 급여 대상이 되었고, 특정 암(위암, 유방암, 대장암, 간암) 건강검진 본인부담률이 20%로 경감되었다. 또한 5대암(자궁경부암, 위암, 유방암, 대장암, 간암) 무료 검진대상자가 보험료 기준 하위 50%로 확대되었다. 2007년 6월에는 입원환자 식대에도 입원 본인부담률인 20%가 적용되었고(2008년 50%로 상향 조정), 중증질환 PET에도 건강보험이 적용되었다. 7월에는 본인부담 상한제도 확대되었고, 8월에는 만 6세 미만 외래본인부담도 성인의 70% 수준으로 경감되었으며, 11월에는 영유아 무료 건강검진도 도입되었다.

이러한 보장성 강화정책은 정권의 경계를 넘어 이명박 정부에서도 정책목표가 되어 있다. 2008년 6월에는 희귀난치성질환의 특정기호가 확대되었으며, 12월에는 백혈병골수이식의 급여기준이 확대되었고, 산전진찰바우처제도(20만원)가 실시되었다. 2009년 7월에는 만성신부전증이나 류마티스관절염 등 난치성환자의 본인부담률이 10%로 인하되었고, 희귀난치성질환자(138개질환) 입원과 외래 본인부담률도 10%로 인하되었다. 12월에는 아동 충치예방을 위한 치아 홈메우기와 한방물리치료에 보험이 적용되었으며, 암환자의 본인부담률도 5%로 낮아졌다.

보장성 강화정책에 대한 평가

보장성 강화정책에 대한 평가는 여러 가지 관점에서 이루어질 수 있겠지만 본고에서는 다음의 두 가지를 중점적으로 살펴본다. 첫째는 보장성 강화정책의 우선순위가 맞게 설정되었는가 하는 것이고,

둘째는 보장성 강화정책의 결과 보장률이 올라갔거나 개별 가구의 부담이 줄어들었는가 하는 것이다.

1. 우선순위 설정의 원칙과 접근방법

흔히 보장성 강화에 원칙과 기준이 없다고 비판한다. 그동안 이러한 원칙을 정하기 위한 시도가 국내의 연구에서도 반복되어왔지만(정형선 외, 2004; 최숙자 외, 2005; 조정숙, 2005) 모두 여러 가지 원칙을 나열하는데 그치고 있다. 이는 필수의료서비스의 확정이나 보장성 확대의 우선순위가 몇 가지의 원칙에 따라 기계적으로 이루어질 수 없음을 반증한다. 각국의 다양한 보장성우선순위 설정의 원칙들을 조사하여 제시하고 있는 정형선 외(2004)는 이러한 원칙들이 기계적으로 적용될 수 있는 성격의 것이 아님을 보여주고 있다. 최근의 연구들은 우선순위 설정 절차의 투명성, 과정의 공정성과 책임성을 강조하는 경향을 보인다(Daniels, 2008; 권순만 외, 2007).

급여의 우선순위는 다양한 방식으로 시현된다. 전국민건강보험 하의 지금도 전국민이 동일한 의료비 부담을 하고 있지 않으며, 개별 국민의 처한 상황에 따라서 의료비 부담은 다양하게 결정되는 것이다. 같은 건강보험 환자에 대해서 입원 20%, 외래 30~60%, 약제비 30~50%로 본인부담률이 달리 설정되어 있는데 이는 우리의 건강보험이 이러한 의료의 기능 간에 우선순위를 달리하고 있음을 보여준다.

급여 확대의 순서를 정하는 방법에는 급여항목별 접근방식, 질환(상병)별 접근방식, 대상자별 접근방식 등이 있다. '급여항목'별 접근방식은 앞에서 살펴본 바와 같이 우리 건강보험의 급여확대 과정에서 가장 흔히 사용된 방식이었다. 복강 내시경 수술이나 CT, MRI, 초음파 검사 등의 신기술을 급여항목으로 포함한다든지, 백내장수술시의 인공수정체나 심혈관시술을 위한 약물처리 스텐트처럼 새로운 치료재료가 급여항목으로 포함되는 것이 그 예다. 1993년에 외용약의 급여가 1회 4일분에서 1회 6일분으로 확대된 경우처럼 급여심사기준이 완화되면서 급여확대가 생기는 경우도 이에 포함된다. '질환'별 접근방식은 특정질환에 대해 일괄적으로 본인부담을 특별 취급하는 경우이다. 이러한 접근방식은 암, 심혈관질환에 대한 2005년의 보장성 대책에서 본격적으로 도입된 것으로 이해된다. 하지만 1991년에 만성신부전증, 혈우병환자의 입원 본인부담률이 경감된 경우처럼 '질환'에 따른 본인부담 혜택의 사례는 그 이전에도 찾아볼 수 있다. '대상자'별 접근방식은 인구·경제사회적 그룹별로 본인부담을 달리하는 방식이다. 노인들에 대해서 본인부담 정액구간을 설정한다든가, 6세 미만 소아에 대해 입원 본인부담률을 10%로 낮추고 외래 본인부담률을 경감한다든가, 저소득자에 대해 본인부담상한액을 낮추어준다든가 하는 것이 그것이다. 1996년 65세 이상, 장애인, 국가유공자의 요양급여기간 제한이 없어진 것도 그러한 경우가 된다.

이러한 급여항목별, 질환별, 대상자별 접근방식은 혼합적으로 사용되게 된다. 엄밀히는 이들 조건

이 공통적으로 적용되는 대상 별로 급여의 수준이 정해지게 되며, 정해진 항목이나 질환이나 대상자의 본인부담률을 어느 수준으로 하는지가 급여 우선순위 시현의 핵심적인 방식이고 실질적인 위력을 발휘한다. 예를 들어, 2005년의 중증질환 보장성 대책은 심장질환이라는 '질환' 중에서 개심수술이라는 수술 '항목'에 대해 모든 '대상자'의 본인부담률을 10%로 낮추었다. 1992년에 40세 미만에 대한 골수이식이 보험급여된 것도 급여항목별 접근방식과 대상자별 접근방법이 혼합적으로 사용된 예가 된다.

현실적으로는 급여항목 간의, 질환 간의, 대상자 간의 우선순위를 어떤 기준으로 누가 결정할 것인가가 문제가 된다. 원칙이나 기준에 대한 합의가 이루어져 있지 않고, 또한 일의적으로 정하기도 힘든 상황에서 문제는 더욱 복잡해진다. 현재 급여 여부에 대한 결정은 행위전문위원회, 약제급여전문위원회 등의 판단을 근거로 하여 건강보험정책심의위원회에서 최종적으로 이루어진다. 하지만 일관된 원칙에 의해서 결정되고 있지는 않은 것 같다.

2005년 6월의 중증질환 보장성 대책을 필두로 질환에 대한 예외적인 본인부담률 인하 방식이 공식화하였다. 하지만 이는 질환 간의 형평성 문제를 야기하고 있다. 의료보장이라는 것이 경제적 부담의 완화를 의미하는 것이라고 볼 때 특정 질환에 대해서 특단의 대우를 하게 되면 질환군 선정의 이유에 대한 시비가 계속될 수밖에 없다. 특정 환자에 대한 인기영합적 정책을 통해 정치적 지지자를 확보할 수는 있지만 이를 통해 혜택의 기회를 놓치는 계층의 불만도 생기게 된다. 일단 주어진 특혜는 회수되기 힘들고 오히려 혜택이 더 심화되는 경향까지 보인다. 암에 대한 본인부담 인하정책시 정해졌던 등록 후 5년간이라는 제한도 강행하기 힘들어지고 본인부담률은 10%에서 5%로 다시 낮아졌다.

2. 보장성 수준의 변화

'의료보장'은 '국민의 의료서비스 이용을 위한 경제적 부담을 덜어주는 것'으로 정의되는만큼, 보장성 수준을 평가하기 위한 지표로는 '이용 단계의 의료비 중에서 의료보장제도가 지불하는 부담이 몇 %가 되는지'를 보여주는 급여율(협회의 보장성지표)이 주로 사용된다. 하지만, '과한(catastrophic) 의료비 지출이 발생한 가구가 전체 가구의 몇 %에 해당하는지'를 보여주는 '과부담의료비 발생률'도 그 중요성을 인정받고 있다. 또한 동태적인 측면에서, 빈곤선보다 높은 소득 수준에 있다가 과다한 의료비 지출로 빈곤가구로 전락한 가구의 비율을 나타내는 '빈곤화가구비율(impoverishment rate)' 또한 의료보장성을 확인하는 구체적인 정책지표로 활용 가능하다. '과부담의료비 발생률' 지표나 '빈곤화가구비율(impoverishment rate)' 지표는 현재 다양한 조사자료를 근거로 학문적 수준에서 상이한 수치들이 발표되어 있을 뿐, 정부나 공단이 공식적으로 발표하고 있지는 않다.

Fig. 1은 정형선 외(2010)¹에서 제시된 건강보험보장률/급여율의 경시적 변화를 보여준다. '전체 요양기관'의 건강보험보장률은 1995년 37.6%, 1996년 40.7%, 1997년 43.5%, 1998년 48.0%, 1999년 49.2%로 조금씩 증가하다가 2001년에는 55.5%로 대폭 증가했고, 그 뒤 약간 낮아져서 2002년 53.7%, 2003년 52.8%, 2004년 52.6%에 머물렀으나, 2005년 보장성강화대책의 영향으로 2006년에는 54.6%로 급격히 늘어난 뒤, 2007년 56.1%, 2008년 56.3%, 2009년 57.3%로 상승세를 유지하고 있다. 2001년의 급증은 의약분업, 2002년의 하락은 전년도 보험재정 적자에 따른 재정 긴축책의 결과이다. Fig. 2의 아래 표에서 제시되어 있듯이, 건강보험급여액은 2005년 18.3조원에서 2006년 21.4조원, 2007년 24.5조원, 2008년 26.4조원, 2009년 29.9조원으로 빠르게 증가해왔다. 즉, 2005년 이후의 보장성 확대 노력은 분명히 확인된다. 다만, 비급여본인부담의 지속적인 증가로 인해 보장률/급여율 지표는 완만한 상승에 그치고 있는 것이다.

건강보험공단 조사에 의하면, Table 1에서 보듯이, 저소득층에 대한 보장률이 고소득층보다 높았

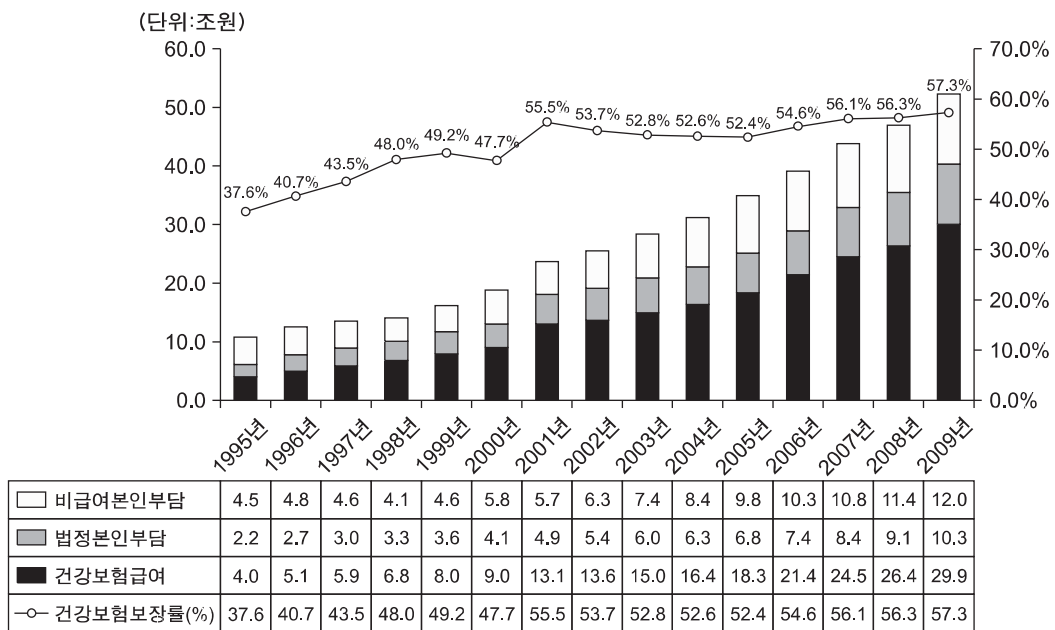


Fig. 2. 전체요양기관 건강보험보장률의 연도별 추이. 출처: 정형선 외(2010).

1 국민건강보험공단에서는 건강보험급여율 지표를 발표해왔으나 이러한 기존의 건강보험보장률/급여율이 한계를 지니고 있다는 인식 하에 일관성 있는 건강보험보장률/급여율 지표를 산출하고자 수행된 국민건강보험공단의 연구용역 보고서이다.

Table 1. 소득계층별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분		2006	2007	2008
직장 가입자	1분위	58.1	60.9	57.0
	2분위	58.2	59.6	55.7
	3분위	58.0	59.8	57.3
	4분위	57.0	60.4	56.0
	5분위	57.5	59.8	56.8
	6분위	58.3	59.4	56.5
	7분위	57.5	59.3	56.2
	8분위	58.0	58.4	55.8
	9분위	56.5	58.3	55.5
	10분위	55.7	53.3	53.8
지역 가입자	1분위	61.2	63.1	61.8
	2분위	60.4	60.9	58.5
	3분위	59.9	62.3	58.2
	4분위	60.6	62.5	59.7
	5분위	60.3	62.6	59.2
	6분위	59.9	62.0	59.6
	7분위	59.6	60.7	57.0
	8분위	57.3	60.5	57.2
	9분위	56.7	59.0	56.0
	10분위	54.7	55.2	53.8

출처: 김정희 외(2008) 및 최기춘 외(2009).

다. 고소득층의 비급여 이용이 큰 것도 한 가지 이유가 된다. 2006~2008년 사이의 변화를 보면, 2007년에는 전년에 비해 저소득층의 보장률이 증가되고 고소득층의 보장률이 감소되었으나, 2008년에는 저소득층의 보장률이 뚜렷이 감소되었음을 알 수 있다.

‘과부담의료비 발생률’은 ‘과한(catastrophic) 의료비 지출이 발생한 가구가 전체 가구의 몇 %에 해당하는지’를 보여주기 때문에 과부담 수준의 역치(10%, 20%, 30%, 40%)에 따라 다양한 결과가 나올 수 있다. 복지패널자료를 이용하여 2005년과 2007년의 과부담의료비 발생률의 변화를 분석한 최정규 외(근간)에 의하면, 역치수준 10%의 경우 저소득가구와 일반가구 모두 과부담의료비 발생률이 늘었고, 20%의 경우 저소득가구는 줄고 일반가구는 늘었으며, 30%의 경우 모두 줄었다. 또한 만성질환자 보유가구는 과부담의료비 발생률이 유의하게 줄었고, 중질질환자 보유가구는 특히 저소득가구에서 유의하게 증가했다. 이는 본인부담상한제가 2007년부터 소득에 무관하게 적용되기 시작한 것과도 관계가 있는 것으로 분석되었다.

향후의 발전방향

1. 질환별 우선순위 방식에서 탈피해야 함

혜택을 보는 질환을 사전적으로 설정해서 이에 대해 일괄적인 특혜를 주는 방식이 확대되는 것은 바람직하지 않다. 그러한 질환이 환자의 부담을 너무 높이기 때문에 문제가 된다면 부담의 크기에 따라 부담의 완화 정도를 높이는 방식을 사용하면 된다. 어떤 질환이기 때문에 특별히 취급해야 하는 것이 아니고 그 질환이 특별히 경제적 부담을 높이기 때문에 이를 완화하는 것이어야 한다.

대신에 본인부담상한제를 잘 활용해야 한다. 법정본인부담을 중심으로 이루어져 있는 현행 본인부담상한제의 한계를 보완하려면 다음에 살펴볼 비급여 항목의 급여화 작업을 가속화해야 한다. 급여항목이 확대되면 본인부담상한제도를 위한 보험재정의 부담도 커지게 되므로 급여 항목의 필수성 정도에 따라 상한액에의 반영 가중치를 달리 하는 등 제도의 정교화도 병행되어야 한다. 이를 진행하면서 차츰 질환별 특혜방식을 줄여가야 할 것이다.

보장성 강화가 의료비의 본인부담을 줄이기 위한 것이라면, 같은 비용 수준에 대해서 더 큰 부담을 느끼는 사람들을 '대상자'로 하여 이들의 본인부담을 낮추어주는 것이 보험재정의 효율성을 극대화하는 것이다. 문제는 이들을 특정화하는 것이 행정적으로 가능해야 한다는 점이다. 현재 시행되고 있는 본인부담상한제의 상한액을 보험료 수준별로 차등화하는 방식은 일견 타당한 것으로 보이지만, 이 정책의 성공 여부는 소득의 대리변수로 사용되고 있는 보험료가 얼마나 실제의 소득 수준을 반영할 수 있는지에 달려 있다. 지역가입자의 보험료가 실제의 소득보다 낮게 된 경우 그 가입자는 보험료 부담만 낮아지는 것이 아니고 소득별로 차등화된 본인부담상한제에서도 혜택을 누리게 되는데, 이는 성실히 소득이 신고된 다른 지역가입자나 직장가입자의 부담으로 전가되기 때문이다.

노인, 장애인 등은 행정적으로 구분하기가 비교적 쉬운 우선순위의 '대상자'가 된다. 물론 이들 중에서도 경제적으로 부담능력이 낮은 사람들을 구별해 내어 본인부담률의 경감 대상으로 하는 것이 바람직하지만, 이를 위해서는 이들을 선별해 내는 것이 행정적으로 용이하든가 낙인 등 다른 문제를 야기하지 않아야 할 것이다. 임산부, 아동에 대해 본인부담을 경감해주는 것도 의미 있는 정책이다. 이들이 모두 경제적 취약계층이어서보다는 어린이가 미래를 위한 사회투자라는 점에서 의미를 가진다.

2. 급여항목을 확대하고 비급여 관리를 강화해야 함

우리 건강보험은 '행위'에 대한 이론적인 급여원칙으로서 네거티브 방식을 선언하고 있지만, 현실

적인 수가형식으로는 포지티브 방식을 사용하고 있다. 의사의 행위가 실제로 건강보험의 급여 대상이 되려면 급여목록에 올라서 점수를 부여받아야 한다. 이런 점에서 사실상으로는 포지티브 방식이다. 적용되는 원칙과 적용되는 형식의 이와 같은 괴리에서 임의비급여를 둘러싼 논란이 생기고 있다. 비급여목록에 있지 않는 모든 의료행위를 급여의 대상으로 하거나(네거티브방식) 급여목록에 있는 의료행위만을 급여의 대상으로 해야(포지티브방식) 모든 의료행위가 급여 대상이든지 아니든지 분명히 구분이 될 것인데 두 가지 방식이 동시에 적용되면서 간극이 생기고 이것이 임의비급여 문제가 되어 있는 것이다. 급여원칙에 벗어나지 않은 모든 행위를 급여의 대상으로 하는 것은 보험재정이 감당하기 힘들 것이다. 실제로도 네거티브 방식은 '행위'에서 엄격히 적용되고 있지 않다. 따라서 네거티브 방식은 '가능한 급여화를 위해 노력하는' 선언적의미로 사용해야 한다. 즉, 포지티브 리스트에 들어있지 않은 모든 행위를 '임의비급여'로 규정하고 불법화하는 방식은 지양해야 한다.

임의비급여 진료는 우리 건강보험 급여에 있어서 아킬레스 건으로 남아있다. 급여기준을 초과하는 항목이거나 별도 산정이 불가능한 치료재료이지만 의사가 필요하다고 판단하고 환자가 원하는 경우가 흔히 발생하고 있다. 이에 대해서는 일의적인 판단을 하기 힘들다. 의료현장의 다양성을 무시하고 모두 금지하기도 어렵고, 그렇다고 해서 이들 행위를 모두 인정해서 급여 대상으로 하거나 환자의 부담에 맡기거나 하기도 어렵다. 신의료기술 중에서 의사의 행위에 대한 평가 체계가 2007년 이후 도입된 바, '근거창출 조건부급여제도'(한국보건의료연구원, 2010)를 통해 신의료기술의 수용절차에 유연성을 부여해야 할 것이다. 반면에 제도 도입 이전에 인정된 기술의 급여기준에 대해서도 상시적인 재검토가 있어야 하고, 의사들이 개별상황을 신고하여 인정받을 수 있는 절차가 마련되어야 한다.

동시에 법정비급여에 대한 관리를 강화해야 한다. 앞에서 보았듯이 보장성을 높이기 위한 정책은 꾸준히 시행되어왔지만 비급여서비스도 계속 늘어나고 있다. 의료법 제45조는 비급여 진료비용을 고지, 게시하도록 규정하고 있지만, 비급여의 항목 중에는 명칭이 각양각색이거나 세분화 정도가 다양해서 현황을 파악하기 힘든 것이 많아 그만큼 관리가 어렵다. 예를 들어 MRI도 부위별로 가격을 정하는 경우도 있고 구분하지 않고 정하는 경우도 있다. 대표적인 비급여인 상급병상의 경우 병실차액은 2007년 공단 조사시 의료기관 종별에 따라 50,000~155,000원, 지역에 따라 44,000~153,000원까지 다양했다. 법정비급여 항목을 표준화하고 이러한 표준화된 항목별로 진료비를 신고하며 더 나아가서는 그 이용량까지 신고하도록 개선해 나가야 한다. 비급여 진료를 제공할 경우에는 그러한 취지, 대체 가능한 급여대상 서비스와의 비교 내용 등을 의료인이 환자에게 설명하고 동의를 구하는 절차를 제도화하여야 한다. 환자들은 모든 비급여 진료비 내역을 확인할 수 있어야 한다.

3. 본인부담률의 차등 적용방식(100분의 90, 80, 70 등)을 적극 활용해야 함

급여 항목을 확대함에 있어서 본인부담률을 차등화하는 방식이 적극적으로 활용되어야 한다. 본인부담률을 차등화하는 것은 이미 우리의 건보 급여정책에 보편화되어 있다. 입원과 외래와 약제비의 본인부담률이 다르게 설정되어 있는 것이 대표적인 예이다. 이런 점에서 비급여 항목을 선별해서 급여화하는 작업은 결국 본인부담의 차등화를 위한 판단의 과정이 되어야 한다. 이러한 판단에 일의적인 기준이 사용되긴 힘들다. 필수성, 응급성, 효율성, 효과성, 재정예의 영향 등이 종합적으로 고려되어야 한다. 예를 들어, 간병서비스는 입원에 당연히 수반되는 것으로 지급과 같이 계속 건강보험의 영역 외에 두어서는 입원서비스의 정상화를 기하기 힘들다. 간병서비스 자체를 입원서비스에서 별도로 구분해서 취급하는 자체가 잘못된 것이지만 이는 우리의 현실이고 오래된 관행이다. 간병비를 건강보험의 대상으로 하고 급여화하는 것은 시급한 과제이다. 하지만 이를 급여화하면서 입원의 본인부담률인 20% 본인부담률을 적용하는 것은 보험재정이 허락지 않는다. 그렇다고 과거의 100분의 100처럼 건강보험 가격만을 설정하고 보험재정에서 전혀 부담하지 않는 것도 문제가 된다. 따라서 처음에는 보험에서 가격을 설정하고 본인부담률을 90%로 하다가(100분의 90: 10%만을 보험재정에서 부담) 차츰 낮추어가는 방식이 보다 현실적이다.

이러한 본인부담률의 차등화는 의약품에 적용될 때 더 실효성이 크다. 의약품의 경우 이미 2006년말부터 포지티브 방식이 적용되기 시작했기 때문에 급여 적용 여부에 대한 판단에서부터 돈의 가치(value for money)가 고려된다. 현재 일단 급여로 결정된 의약품에 대해서는 입원 시의 의약품은 20%, 외래 처방에 의한 의약품은 30%라는 상대적으로 낮은 본인부담률이 적용되고 있다. 외래서비스보다 의약품에 보험재정이 우선순위를 더 높게 부여하고 있는 것이다. 이는 의약품보다 의료서비스를 급여 우선순위에서 앞에 두는 선진 외국의 경향과 다르다(정형선 외, 2011). 이런 점에서 최근 상급종합병원과 종합병원 처방 경증질환 약제비에 대한 본인부담을 높이기로 한 건정심의 결정은 의료서비스와 의약품의 본인부담률 역전 현상에 대한 시정의 의미가 있다. 또한 프랑스 등 외국의 사례에서 보듯이 의약품의 필수성 정도, 치료효과성 등에 따라 본인부담률을 차등화하여야 한다.

마치며

건강보험의 급여 확대를 위한 시도는 계속되어왔지만, 건강보험 보장성 강화정책이 구체적인 아젠더로 제시되고 추진된 것은 주지하는 바와 같이 2005년의 중증질환에 대한 보장성 강화대책에서부터이다. 이는 2007년까지 건강보험 보장률을 70%로 올리겠다는 것이 참여정부 출범 후의 공식적

인 공약집인 ‘참여복지5개년계획’에 올라와있었기 때문일 것이다.

자유주의 학자들은 참여정부의 보장성 강화정책을 선심성 정책으로 비난하기도 했다. 하지만 이 명박 정부에서도 이러한 정책기조는 계속되고 있다. 이를 보고 이들은 다시 ‘보건의료분야는 아직도 참여정부의 틀을 벗어나지 못하고 있다’고 불만을 표시하기도 한다. 그렇지만 이러한 불만은 보건의료 분야의 특수성에 대한 간과나 관료의 기본적인 성향에 대한 오해에 기인한다. 보건의료 분야는 기본적으로 자유시장적 접근에 한계가 있는 분야이다. 자유시장적 기조를 유지하고 있는 미국의 의료제도가 오히려 아주 예외적인 제도로 분류되고, ‘의료무제도(medical non-system)’로 불릴 정도로 안 좋은 평가를 받고 있는 점이 이를 웅변한다. 물론 보건의료에도 자유시장적 접근이 보다 효율적인 부분도 많고 이러한 분야는 자유시장의 장점을 살려야 한다. 의약품이나 의료기기 등의 산업에 이러한 측면이 강하다. 하지만 의료(medical care)의 주류는 서비스이고 의료서비스는 자유시장적 접근으로는 해결할 수 없는 경우가 오히려 일반적이다.

우리나라는 의료의 공급은 전적으로 민간에 맡기면서 수요는 건강보험과 의료급여라는 공공의료 보장제도를 통해 충족하는 의료제도를 가지고 있다(Jeong, 2011). 즉, 의료의 공급은 비교적 자유시장적 요소를 많이 가미하고 있지만, 이렇게 공급된 서비스에 대한 가격 수준과 이용수준은 공보험제도를 통해서 조절된다. 우리의 건강보험제도는 제도 도입 12년만인 1989년에 전국민의료보장을 달성하는 성과를 거두었다. 하지만 아직도 건강보험이 제공하는 급여수준은 OECD 국가의 평균에 훨씬 못 미치고 있다(정형선 외, 2011). 굳이 OECD 평균까지 갈 필요는 없다고 하더라도 지금의 수준은 너무 낮다. 2005년 이후의 보장성 강화정책은 이러한 현실 인식에서 출발한 것이다.

본고에서 제시한 급여확대 정책에 대한 평가와 제언은 다양한 평가와 대안 중의 하나일 뿐이다. 향후 보다 충실한 평가와 제안이 계속되어 우리의 건강보험의 발전에 기여하기를 기대한다.

참고문헌

1. 권순만, 김진현, 김정희, 오주환, 주은선. 건강보험 보장성 수준 및 달성전략. 서울대학교 보건대학원. 2007
2. 김정희, 정현진, 이호용. 건강보험 급여구조 개편방안 연구. 국민건강보험공단
3. 정형선, 김주경, 이규식, 신의철. 건강보험 기본급여의 우선순위. 보건행정학회지 2004;14:34-57
4. 정형선. 의료보장성 지표의 재구성 및 2003 지표의 생산. 보건경제·정책연구 2005;11:141-53
5. 정형선, 정영호, 이해중, 신의철. 건강보험 보장성 지표 개발 연구. 국민건강보험공단, 2010
6. 정형선, 신정우. 보장성 논의와 보장률의 국제비교. 건강보험심사평가원 2011;5:17-27
7. 조정숙. 보험급여 확대항목 선정을 위한 우선순위 설정: AHP 기법 적용. 연세대학교 석사학위논문,