

건강보험 보장성 강화를 위한 제안

정 형 선

연세대 보건행정학과 교수
jeonghs@yonsei.ac.kr



〈편집자주〉 지난 18대 대통령 선거 과정에서 문재인 후보의 ‘비급여 포함하여 100만원 이상 의료비 전액 무료’에 대해 박근혜 후보가 ‘4대 중증질환 진료비 전액 국가부담’으로 맞서는 등 건강보험 보장성 강화는 중요한 이슈로 부각되었지만, 양측 모두 전문가들로부터 현실적으로 무리한 공약으로 평가받고 있으며, 박근혜 정부 출범 이후 이 문제는 실천 여부와 함께 실현가능성의 논란이 계속 이어지고 있다. 이에 본지는 박근혜 정부가 취해야 할 건강보험 보장성 강화를 위한 현실적인 대안은 무엇인지 제시하고자 한다.

1. 시작하며

우리나라에서 건강보험의 보장성 수준 제고가 구체적인 정책의 목표로 제시되고, 이를 확인하기 위한 보장성 지표가 공식적으로, 산출되기 시작한 것은 참여정부 시절인 2005년의 ‘보장성 강화대책’을 전후해서 이다. 그 뒤로 보장성 수준을 높이는 것은 이미 정권을 초월한 과제가 되었다. 지향하는 보장 수준이나 이를 달성하기 위한 전략 면에서 당파 간의 차이는 있을 수 있지만, 건강보험의 보장성 수준을 높여야 한다는 점은 이명박 정부에서도 부정되지 않았다. 급여항목의 확대와 급여 수준의 향상은 사실 참여정부 이전에도, 건강보험의 도입 이래 계속 되는 정책 목표였다. 다만, 참여정부에서 보장성 확대를 정책 과제로 분명히 하고 구체적인 지표를 통해 목표치를 설정했다는 점이 큰 진전이었다. 하지만 그러한 목표가 거의 달성되지 못했다는 점은 참여정부나 이명박 정부나 매 한가지였다.

18대 대통령 선거 과정에서는 보장성에 관한 무리한 공약이 남발되었다. 먼저 문재인 후보 측에서는 ‘비급여 포함하여 100만원 이상 의료비 전액 무료’라고 하는 상상을 초월한 공약을 내세워서 기선을 제압하려 했다. 이것저것 수치를 들먹대면서 근거로 사용했지만, 의료보장과 의료비에 관한 전문가의 입장에서 볼 때 황당한 공약이었다. 목표 보장률은 처음에는 80% 수준을 얘기하다가 후에 학회 측에서 검증의 칼날을 들이대자 ‘70% 후반 수준’으로 수정하기도 했다. 처음에는 별다른 공약이 없던 박근혜 후보 측에서 장고 끝에 약속을 둔 것이 ‘4대 중증질환

“‘4대 중증질환 진료비 전액 국가부담’ 공약은 건강보험의 보장성 수준을 높이는 점에서는 긍정적이라고 할 수 있지만, 일부 상병을 사전적으로 규정한다는 점과 100% 보장이라는 한계를 지니고 있다.”

환 진료비 전액 국가부담’ 공약이었다. 목표 보장률은 처음에는 80% 수준으로 높게 제시되기도 했지만, 정식 공약집에서는 그러한 수치를 제시하지 않았다. 박근혜 정부도 무리한 공약으로 혼란을 겪고 있지만, 문재인 후보가 대통령이 되었다면 곤욕의 정도는 그 이상의 것이었을 것이다. 최소한 보건의료공약은 그러했다.

‘4대 중증질환 진료비 전액 국가부담’ 공약은 건강보험의 보장성 수준을 높이는 점에서는 긍정적이라고 할 수 있지만, 일부 상병을 사전적으로 규정한다는 점과 100% 보장이라는 두 가지 점에서 한계를 지닌 것이었다. 보장성 확대를 달성하기 위한 전략 면에서 대부분의 전문가들 사이에 이루어져왔던 공감 대와는 완전히 거꾸로 된 것이었다. 필자는 여러 지면을 통해서 이미 이러한 판단의 근거를 얘기했기 때문에 여기서는 언급을 피한다.¹⁾ 인수위원회가 발표한 국정과제는 다행히 공약의 잘못된 부분을 많이 바로 잡았다. 그럼에도 아직도 기존 공약의 자구에 얽매어서 필요한 방향으로의 수정이 이루어지지 못하고 있는 부분도 있고, 정작 필요한 부분이 오히려 부인되는 측면도 있다.

1) <http://www.snuhfund.com/webmail/20130107/23-hotissue.htm>

2. 보장성의 의미

보장성 수준이란 ‘의료비 중에서 환자나 그 가족이 아닌 제3자가 부담하는 금액의 비중’을 가리킨다. 이것을 높이는 것은 그만큼 가계가 직접 부담하는 부분이 줄어드는 것이다. 의료서비스 이용을 위한 재원의 최종 소스는 가계와 기업이지만, 가계의 직접 부담은 대부분 의료의 이용단계(point of care)에서 이루어지고 제3자의 부담은 가계나 기업의 사전 지불(prepayment)에 의해서 집적된(pooling) 돈에서 지불된다. 이용단계의 지불은 그 부담의 전액이 환자에게 부과된다는 점에서 높은 것은 바람직하지 않다. ‘전체 의료비 중에서 제3자에 의한 지불의 비중’을 의미하는 사전지불율(prepayment ratio)은 높아져야 하지만, 동 지표에는 민영보험에 의한 재원조달도 포함된다는 점에서 그러한 해석에 한계가 있게 된다. 민영보험은 공보험에 비해서 높은 보험료를 부담해야 하고, 위험회피적 가입을 기본으로 하는 점에서 민영보험에 의한 사전지불을 제외한 ‘공공재원비율(public share)’을 보장성 수준으로 인지하는 경우가 많다. ‘국민의료비의 공공재원 비중’, ‘건강보험보장률(건강보험급여율)’이 그 예가 된다.

국민건강보험공단은 2013년 2월 「2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사」 결과를 발표했다. 이 조사는 건강보험보장률을 파악하기 위해 2004년 이후 매년 실시되고 있다. 2011년도 건강보험보장률은 현금지급을 제외한 경우 62.0%로 2010년의 62.7%

보다 낮아진 것으로 나타났으며, 하락의 원인으로는 비급여 진료비의 증가가 지목되었다(표 1).

국민건강보험공단의 ‘건강보험보장률’은 지표의 분모에서 성형미용을 위한 지출 뿐 아니라, 일반의약품비, 틀니 등 치과보철비, 한방첩약, 본인부담상한제나 임신출산진료비 등의 현금지급, 건강검진비 등을 제외하고 있다. 성형미용을 위한 지출은 OECD의 기준(SHA 2011)에서도 ‘의료비’에서 제외되어 있듯이 처음부터 분모에서 제외하는 것이 큰 문제는 없지만, 기타 항목들의 경우는 향후 보장성의 확대에 따라 상당수가 급여의 대상으로 될 수 있기 때문에 이 지표의 기존의 정의를 고집할 경우 문제가 생긴다. 실제로 그동안 분모 자체에서 빠져 있던 틀니 등은 이미 급여화가 시작되어 있고 한방첩약도 일부나마 급여화의 가능성이 높아지고 있다. 1조원에 가까운 보험료를 투입하면서 가입자의 건강 향상을 위한 기반 형성에 큰 기여를 하고 있는 건강검진을 분모와 분자에서 빼 것 또한 한계점이다. <표 1>에서 보듯이 2013년의 발표부터 ‘본인부담상한제나 임신출산진료비 등의 현금지급’을 분모와 분자에 반영하여 지표를 수정하고, 이를 동시에 발표한 것은 진전이라고 할 수 있다.

3. 보장성 강화를 위한 제언

우리나라는 보장성 수준을 높이기 위한 WHO의 3가지 전략 즉, 인구확대, 급여항목의 확대, 급여율

【 표 1. 건강보험 보장률의 추이 】

건강보험 보장률	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
현금지급 포함	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0
현금지급 미포함	64.3	64.6	62.2	64.0	62.7	62.0

제고 중에서 가장 중요한 ‘인구보장성의 확대(widening)’는 이미 완벽에 가깝게 달성했다. 건강보험의 도입 이래 지금까지 두 번째인 급여항목의 확대(deepening)에 치중해왔고, 아직도 그 중요성은 유효하다. 각 급여항목의 급여율을 높이는(heightening) 세 번째 전략도 중요하지만 이보다는 두 번째 전략인 급여항목의 확대가 훨씬 더 국민 삶의 향상을 위한 임팩트가 크다.

박근혜정부의 인수위원회는 국정과제의 하나로 ‘4대 중증질환에 대해 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등을 제외하고 건강보험을 적용하는’ 안을 확정했다. 공약에서 제시되었던 ‘4대 중증질환의 전액보장’이 강행되지 않게 되었다는 점은 진전이지만, 아직도 이를 통해 ‘4대 중증질환의 건강보험보장률(비급여 포함)을 2016년까지 단계적으로 100%로 확대’하겠다는 문구를 고집하고 있는 점은 안타깝다. 여기서 놓쳐서는 안 되는 것이 있다. 간병비, 선택진료비, 상급병실료 등의 문제는 현 정부 내에서 진정한 제도 개선을 위한 단초라도 마련해야 한다는 점이다.

간병서비스의 급여화는 대단히 중요하고 그만큼 최우선의 정책 목표가 되어야 한다. ‘특정 질환의 전액 보장’이라는 불필요한 화두를 버리고, 전체 환자와 그 가족 나아가 전 국민이 겪고 있는 바로 이러한 문제의 해결을 위해 정부가 전력을 투구해야 한다. 의료기관에 입원한 환자에게 제공되는 서비스와 재화는 간병서비스를 구분할 것 없이 전체가 의료기관의 책임 하에 제공되어야 한다. 환자의 가족이 숙박을 같이 하고, 생활을 보조하는 후진적인 관행은 하루 빨리 없어져야 한다. 그렇다고 오랜 기간 형성되어 온 가족간병의 관행을 하루아침에 없앨 수는 없다. 그래서 필요한 것이 정부의 확고한 문제의식, 이를 해결하겠다는 의지의 표명, 해결을 위한 점진적

“간병서비스의 급여화는 대단히 중요한 만큼 최우선의 정책 목표가 되어야 한다. ‘특정 질환의 전액 보장’이라는 불필요한 화두를 버리고, 전체 환자와 전 국민이 겪고 있는 문제의 해결을 위해 정부가 전력을 투구해야 한다.”

전략의 채택, 구체적인 실행로드맵의 제시와 이행 등이다. 박근혜 정부에서는 이 중 일부만이라도 확실하게 하면 큰 성과다.

5년 임기에 전체를 달성할 수 없다. 일본도 1996년 소위 ‘부침간호(付添看護)의 금지’가 이루어지기까지 1950년대부터 시작된 다양한 시행착오가 있었고, 긴 세월을 걸친 간호수가체계의 변화가 선행되었던 점을 참고해야 한다. 무엇보다 고려해야 할 점은, 처음에는 10-20%를 부담해서라도 간병서비스를 급여화하는데 중점을 두고 (상기 WHO의 두 번째 전략), 점차적으로 본인부담을 낮추어가는 전략(세 번째 전략)을 취해야 한다는 점이다. 이렇게 해야 보험료의 급격한 증가 없이 급여화가 가능해진다. 가족친지는 간병을 위한 구속에서 벗어나서 보다 생산적인 일에 종사할 수 있을 것이고, 사회적으로는 간병서비스 제공을 위한 일자리도 많아질 것이다. 일단 급여화가 되면, 간병서비스에 대한 질 관리의 가능성이 높아진다. 이를 통해 국민의 진정한 어려움이 해결될 실마리가 풀릴 수 있을 것이다. 이것이 정부의 역할이다. 제대로 된 정책결정자라면 이러한 실마리를 풀기 시작하는 역할을 하는 영광을 누리려 해야 한다. 올바른 선택을 기대한다.

“인수위원회가 선정한 국정과제에서 ‘선택진료제’와 ‘상급병실료’의 제도개선을 통한 문제해결의 여지를 남겨놓고 있는 점은 다행이다. 현재의 선택진료제와 상급병실료는 어떠한 형태로는 대대적으로 수정되어야 한다. 단기적으로는 선택진료의사의 요건을 강화해서 선택진료비가 진정으로 선택에 따른 추가부담이 되도록 하고, 중장기적으로는 의료서비스의 성과에 따라 인센티브를 주는 방식으로 전환해야 한다.”

인수위원회가 선정한 국정과제에서 ‘선택진료제’와 ‘상급병실료’의 제도개선을 통한 문제해결의 여지를 남겨놓고 있는 점은 다행이다. 현재의 선택진료제와 상급병실료는 어떠한 형태로는 대대적으로 수정되어야 한다. 지난 몇 년간 환자단체에 의해서 제기되어온 ‘선택 없는 선택진료제’ 대한 불만은 더 이상 선택진료 의사 기준의 미세 조정과 같은 미봉책으로는 감당하기 어려운 수준이라는 것이 필자의 판단이다. 최근 환자단체는 ‘선택진료제 Out’을 외치는 운동을 펼치기 시작했고, 현직 의사협회장조차 현행 방식의 문제점을 지적하고 나섰다. 병원 관계자들은 선택진료비가 저수가의 보전을 위한 고육책이기 때문에 없앨 수 없다고 주장한다. 백번 양보해서 이를 인정한다고 하더라도 이를 이유로 소비자에게 ‘선택진료비’를 강요하는 것은 더 이상 어렵다. 소비자들은 선택의 여지가 없는 선택진료비를 내야하

기 때문에 상급의료기관을 이용할 때마다 무언가 속고 있다는 느낌을 감출 수 없어 한다. 고급 의료를 제공하고 있음에도 그렇지 않은 경우와 마찬가지로 무차별적으로 선택진료비를 받아야 하는 의료진이나, 선택의 여지없이 선택진료비라는 명목의 지불을 해야 하는 환자나 정신건강에 유익하지 않은 상황이다. 이는 단기간에 해결하기는 어렵다. 따라서 정부의 문제인식과 해결 의지의 표명, 대안의 제시, 대안 이행을 위한 로드맵의 제시와 이행의 순서에 따른 문제 해결 절차가 필요하다. 단기적으로는 선택진료의사의 요건을 강화해서 선택진료비가 진정으로 선택에 따른 추가부담이 되도록 하고, 중장기적으로는 그 재원을 의료서비스의 성과에 따라 인센티브를 주는 방식(P4P)으로 전환해야 한다. 대타협이 필요하다.

상급병실료의 부담도 대부분의 입원환자가 겪는 고통이다. 일반병상이 없어서 상급병상에 들어가야 함에도 상급병실료 차액을 전액 환자가 부담해야 하니 부당하다고 느낄 수밖에 없다. 일반병상 비율을 상향 조정해야 한다. 이를 위해 필요하다면 일반병실료의 상향 조정과 타협할 수도 있을 것이다. 국정과제에서 제도적 해결을 모색하겠다고 했으니 이를 기대한다.

국정과제에서는 공약사항인 ‘저소득층 및 중산층의 환자 본인부담의료비 경감’의 내용을 일부 수정해서 본인부담 상한액을 120만원~500만원의 7단계로 하기로 했다. 본인부담상한제는 상병중심의 보장성이 지닌 문제점을 해결하는 대안 중의 하나다. 하지만, 본인부담상한액을 낮추는 것이 능사는 아니다. 행정기술적으로 무리가 없는 범위 내에서 소득계층별로 상한액을 차등화하는 것이 더 중요하다. 더 나아가, 간병비, 상급병실료 등을 차등적 높은 본인부담을 적용해서 급여화하는 경우에, 본인부담상한제

는 오히려 이들 항목의 급여화에 장애가 될 수 있다. 본인부담상한제의 적용 비율을 법정본인부담의 성격에 따라 차등화 하는 방안 등 제도의 정교화를 도모할 필요가 생긴다.

‘어르신 임플란트 진료비 경감’ 공약 또한 국정과제에서는 ‘2014년 75세 이상, 2015년 70세 이상, 2016년 65세 이상에게 단계적으로 급여화’ 하는 것으로 바뀌었다. 이러한 기존 비급여항목의 급여화에서 주의해야 할 것은 앞에서 언급한 바, 기존의 건강보험보장률 지표를 수정하고 이를 통해 보장성 강화의 효과를 확인해야 한다는 점이다.

4. 마치며

박근혜 정부가 복지의 확대와 함께 보건의료분야에서 건강보험의 보장성을 높이겠다는 국정과제를 확정했고, 이를 통해 그동안 취약했던 보장 수준이 높아질 계기가 마련된 점은 긍정적이다. 이제는 이러한 분위기를 유지하면서 보장성 확대의 혜택이 국민에게 골고루 돌아갈 수 있게, 바라건대는 필요로 하는 사람에게 제대로 갈 수 있도록 하는 것이 주어진 과제다.

엔간히 공적 자금을 투입해서는 건강보험보장률 자체는 크게 높아지지 않는다. 분모가 되는 전체 건강보험 지출 자체가 워낙 크고, 급여의 확대에 따라

**“5년이라는 대통령 임기는
그리 길지 않다.
이 짧은 기간에 수십 년에 걸쳐서도
못해왔던 성과를 다 낼 수는 없다.
따라서 임기 내의 목표는
실현가능성을 중심으로 설정해서
이를 전략적으로 달성하는데
주력해야 한다.”**

새로운 비급여 지출이 늘어나기 때문이다. 따라서 평균적인 보장률 자체보다는 필요한 계층의 부담을 완화하는 방향으로의 전략적이고 목표지향적인(targeted) 자원 투입이 더 절실하다. 이는 본인부담상한제의 정교화, 필수성에 따른 본인부담률 차등화 등을 통해서 실현 가능한 것이지, 4대 중증질환과 같은 상병 중심의 우선적 보장에 의해서 실현되는 것이 아니다. 다행히 인수위가 확정된 국정과제에서 공약의 문제점은 어느 정도 수정되는 방향으로 정리가 되었다. 지금부터 필요한 것은 실천전략과 이행 노력이다. 5년이라는 대통령 임기는 그리 길지 않다. 이 짧은 기간에 수십 년에 걸쳐서도 못해왔던 성과를 다 낼 수는 없다. 따라서 이상적인 그림을 염두에 두지만 임기 내의 목표는 실현가능성을 중심으로 설정해서 이를 전략적으로 달성하는데 주력해야 한다.