

건강보험 보장성 강화 정책 평가

김상우



건강보험 보장성 강화 정책 평가

사업평가 16-08 (통권 358호)

건강보험 보장성 강화 정책 평가

총 괄 | 고기석 사업평가국장

기획·조정 | 김수옥 사회사업평가과장

작 성 | 김상우 사회사업평가과 사업평가관

지 원 | 유선주 사회사업평가과 행정실무원

박선영 사회사업평가과 자료분석지원요원

「사업평가 보고서」는 국가 주요사업에 대한 종합적이고 체계적인 평가를 통하여 주요 정책 및 사업에 대한 문제점을 진단하고 개선방안을 모색함으로써, 국회의 예산 및 법안 심사와 의제 설정을 실효성 있게 지원하기 위한 것입니다.

문 의 : 사업평가국 사회사업평가과 | 02) 788-3782 | peb2@assembly.go.kr

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)를 통하여 보실 수 있습니다.

건강보험 보장성 강화 정책 평가

김상우

2016. 6

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 「보고서발간심의위원회」의 심의(2016. 6. 7.)를 거쳐 발간되었습니다.

발간사

우리나라의 건강보험은 일반회계에서 지원하는 의료급여 대상자를 제외하면 전 국민을 적용 대상으로 하지만, 건강보험 급여비로 의료비 지출의 63%만을 충당하고 있어서 보장성은 여전히 미흡한 실정입니다. 정부는 2005년부터 이러한 문제점을 개선하기 위하여 3차에 걸쳐 건강보험 중기보장성 강화 계획을 추진하고 있습니다.

본 보고서는 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」이 건강보험의 효과성과 질환 및 계층간 형평성에 미치는 영향을 분석하고 개선방안을 도출하였습니다.

평가 결과, 특정 항목을 급여화하는 4대 중증질환 보장 강화 대책은 다른 비급여가 증가하는 풍선효과 때문에 건강보험 보장성 강화 효과가 미흡하고, 기타 중증질환 및 만성질환과의 형평성에 저해되는 문제점이 있음이 드러났습니다. 대표적인 취약계층 대책인 본인부담상한제 단계 세분화는 비급여를 제외한 법정본인부담금에 국한된 것으로 저소득층 가구의 의료비 과부담을 예방하는 데는 한계가 있으며, 기타 취약계층 대책을 위한 투자 규모도 미미한 것으로 나타났습니다. 기존 재정사업을 건강보험 사업으로 전환한 사업의 경우 차상위계층의 부담 증가에 대한 보완책이 필요하고, 본인부담이 50~80%인 선택급여 도입, 분만 전후 상급병실 입원료 50% 지원 사업 등은 저소득층의 이용 촉진 효과보다는 중산층 이상의 의료비 지출 절감 효과가 커서 의료서비스 양극화를 심화시킬 수 있다는 점이 우려됩니다.

따라서 향후 정부는 비급여에 대한 모니터링 및 관리를 철저히 하고, 이를 전제로 의학적 비급여까지 단계적으로 포함하는 포괄적 본인부담상한제를 도입하여 실질적으로 건강보험의 보장성을 강화할 필요가 있습니다. 이를 통해 국민들의 민간의료보험 가입 부담을 줄이고 과부담 의료비로 인한 생활수준 하락을 방지할 수 있을 것입니다. 또한 보장성 강화 재원 마련을 위해서는 부담능력 비례 원칙에 맞도록 보험료 부과체계를 개편함으로써 계층간 형평성을 제고하여야 할 것입니다.

본 평가보고서가 건강보험제도에 관심을 가지고 계신 국회의원님들의 의정활동에 기여할 뿐만 아니라, 이에 대한 보다 심층적인 평가와 분석이 수행되는 계기가 될 수 있기를 기대합니다.

2016년 6월

국회예산정책처장 김준기

요 약

- 정부의 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」이 건강보험의 효과성과 질환간·계층간 형평성에 미치는 영향을 분석하고 개선방안을 도출함.
 - 건강보험의 2015년 수입은 정부지원액 7조 974억원을 포함하여 총 52조 4,008억원이고, 지출은 총 48조 2,281억원임.
- 정부의 3대 비급여 개선 노력은 성과를 나타내고 있으나, 4대 중증질환 보장 강화 대책은 풍선효과에 의해서 실질적인 건강보험 보장성 강화 효과가 미흡하고, 질환 및 계층간 형평성 측면에서 문제가 있음.
 - 2013~2014년 동안 4대 중증질환 관련 125개 항목을 급여화하였음에도 2014년의 4대 중증질환 보장률은 77.7%로 2012년 대비 변동이 없음.
 - 의료패널 분석 결과, 기타 중증질환자 보유 가구의 평균 의료비 부담액이 4대 중증질환자 보유 가구와 유사하거나 오히려 큰 것으로 추정되는데, 기타 중증질환과 저소득층에서 유병률이 높은 만성질환에 대한 대책은 미흡함.
- ※ 풍선효과 : 비급여 항목이 급여로 전환됨으로 인해 병원 수익이 줄어드는 부분을 보전하기 위하여 새로운 비급여 항목을 창출하는 현상을 의미함.
- 본인부담상한제 강화 대책은 법정본인부담금에 국한된 것으로 재난적 의료비(Catastrophic health expenditure) 발생을 예방하는 데 한계가 있음.
 - 의료패널 분석 결과, 현행 본인부담상한제 적용 대상자는 전체의 1.05%에 불과하고, 환급 적용을 받은 가구도 연평균 407만원의 의료비를 부담함.
- 저소득층 대상 재정사업에서 건강보험 사업으로 전환한 경우, 차상위계층의 부담 증가에 대한 대책이 미흡하고, 분만 전후 상급병실 입원료 50% 지원 등 저소득층보다 중산층 이상에 혜택이 큰 대책이 다수임.
- 비급여에 대한 모니터링 및 관리를 강화하고, 이를 전제로 의학적 비급여까지 포함한 포괄적 본인부담상한제를 재정여건에 맞춰 단계적으로 도입할 필요가 있음.
 - 이를 통해 실질적으로 건강보험의 보장성을 강화함으로써, 연간 24조원이 넘는 민간의료보험 가입 비용 감소 및 질환간·계층간 형평성 제고를 기대할 수 있음.
- 풍선효과를 근본적으로 예방하기 위해서는 포괄수가제 확대 등을 통해 행위별수가제의 단점인 과잉진료 가능성을 억제할 필요가 있음.
- 부담능력 비례 원칙에 부합하는 보험료 부과체계 개편을 통한 계층간 형평성 제고 및 적정부담·적정급여 체계로의 전환이 필요함.
 - 직장·지역가입자 구분 없이 종합소득으로 보험료 부과기준을 단일화하고, 건강보험료 체납자에 대해 소득·재산 조사를 거쳐 보험료를 면제해주는 등 의료서비스 소외 계층에 대한 대책을 병행하는 것을 검토할 필요가 있음.

1. 평가 개요

- 우리나라의 건강보험은 적용 대상이 전 국민으로 확대되었으나, OECD 평균에 비하여 보장률이 약 18%p 낮고, 중증질환 중심 보장성 강화로 인하여 질환간·계층간 형평성이 미흡하다는 문제점이 지적되어 있음.
- 본 평가보고서는 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」에 포함된 주요 대책들이 실질적인 보장성 강화와 질환·계층간 형평성 제고에 기여할 수 있는지를 평가함.

2. 건강보험제도의 개요 및 현황

- 건강보험제도는 사회보험형 보건의료체계로서, 형평성 있는 비용부담과 적정한 보험급여 제공을 통해 국민들의 의료비 과다 지출로 인한 생활수준 하락 위험을 분산하고, 소득을 재분배하며, 궁극적으로 국민건강 및 사회보장 증진을 도모함.
- 건강보험의 2015년 수입은 정부지원액 7조 974억원을 포함하여 총 52조 4,008억원이고, 지출은 총 48조 2,281억원으로 재정수지는 4조 1,728억원의 흑자를 기록함.
 - 2001~2015년 동안 건강보험 수입은 약 5.0배, 지출은 약 3.4배 증가하였으며, 2015년도까지의 누적 재정수지는 16조 9,800억원의 흑자임.
- 정부는 2015년 2월에 “모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상”을 목표로 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」을 수립함.
 - 동 계획은 “생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장”, “고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입”, “취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화” 등 3대 기본 방향, 12개 분야, 32개 세부과제로 구성되어 있음.

3. 쟁점별 실태분석 및 평가

가. 4대 중증질환 중심 보장 강화 정책 평가

- 2013~2014년 동안 4대 중증질환의 보장성 강화를 위해 총 125개 항목을 급여화하였음에도 2014년의 4대 중증질환 보장률은 77.7%로 2012년 대비 변동이 없음.
 - 선택진료비 축소에 의해 비급여가 줄어드는 효과가 있었으나, 주사료, 처치 및 수술료, 영상진단 및 방사선치료료 등은 커지는 풍선효과가 나타남.
- 4대 중증질환에 국한된 질환별·항목별 보장 강화 정책은 기타 질환으로 과중한 의료비 부담을 안게 되는 국민을 보호할 수 없다는 한계가 있음.
 - 의료패널 분석 결과, 2013년도에 외래 진료를 받은 환자를 보유한 가구들 중에 4대 중증질환자 보유 가구는 평균 119만원을 부담한 반면, 기타 중증질환자 보유 가구는 이 보다 많은 127만원을 부담함.
 - 입원 치료의 경우, 4대 중증질환자 보유 가구는 평균 265만원을 부담하는데, 기타 중증질환자 보유 가구도 평균 255만원을 부담함.
- 저소득층일수록 유병률이 높은 만성질환에 대한 관리 및 보장성 강화 대책이 미흡한데, 이것은 계층간 형평성을 저해할 수 있음.
 - 의료패널 분석 결과, 소득 1분위의 고혈압, 당뇨 유병률이 소득 10분위에 비하여 3.2배, 3.7배 높고, 만성질환자가 있는 저소득가구는 의료비 부담이 크게 증가하는 것으로 나타났는데, 중기보장성 강화계획에서 고혈압, 당뇨 등 만성질환 대책에 대한 재정 투자액은 전체의 0.9~1.2% 수준임.
- 선별급여 제도가 4대 중증질환 관련 신의료기술 등에만 시행되고 있어서 50~80%의 본인부담을 감당할 수 있는 중산층 이상만 혜택을 받는 부작용이 우려됨.

나. 3대 비급여 대책 평가

- 선택진료비를 축소하는 대신 시행되는 ‘전문진료의사 가산’ 제도는 명칭만 바뀔 뿐 선택진료비가 그대로 유지되는 것 아니냐는 우려가 있고, 의료질향상분담금 제도는 우수한 의료기관에 대한 수가 보상을 통해 의료서비스의 질 향상을 도모한다는 취지를 달성하는 데는 미흡함.
- 상급병실료 개편이 실효성을 거두기 위해서는 일반병상 비중을 80%까지 확보할 필요가 있다는 지적이 있으며, 격리실 등 특수병상의 건강보험 적용 범위를 확대할 필요가 있음.
- 포괄간호서비스는 환자 및 보호자의 만족도가 높으나, 간호 인력의 대도시 지역 쏠림 현상으로 수도권 및 부산광역시에 편중되어 시행되고 있음.
 - 병원 내 보육시설 설치·운영 등을 통해 일과 가정 양립이 가능하도록 함으로써 유휴인력을 노동 시장으로 유도하고, 임금 현실화, 시간제간호인력 활성화 등 근무환경을 개선함으로써 지방 중소병원 간호사의 이·퇴직을 감소시켜야 함.
 - 이를 위해 중소병원의 시설개선 및 인력충원에 대한 지원을 확대하고, 수가 수준이 적절한 지 지속적으로 모니터링하여 조정해 나갈 필요가 있음.

다. 본인부담상한제 강화 대책 평가

- 현행 본인부담상한제는 3대 비급여 뿐만 아니라 의학적 비급여를 모두 제외한 법정본인부담금에 대해서만 적용되는 제도이기 때문에, 취약계층 및 사회적 약자의 과중한 의료비 부담을 방지하는 데는 한계가 있음.
- 한국의료패널 분석에 의하면, 현행 본인부담상한제 적용 대상자는 전체의 1.05%에 불과하고, 동 제도의 적용을 받아 환급을 받은 가구도 지불능력의 41.9%인 평균 407만원의 의료비를 부담함.
 - 재난적 의료비(지불능력 중 의료비 비중 40% 초과)를 경험한 가구 중 71.4%가 본인부담상한제 적용 이후에도 여전히 재난적 의료비 수준을 벗어나지 못함.

- 독일, 벨기에, 스웨덴 등 세계적 추세에 따라 비급여까지 포함한 전체 의료비 부담액이 일정 한도를 초과하지 않도록 하는 본인부담상한제의 도입을 고려할 수 있음.
- 의료패널 분석에 따르면, 소득 10분위별로 평균 지불능력의 40% 또는 20%를 초과하는 의료비를 환급해주는 포괄적 본인부담상한제를 적용할 경우 각각 1조 4,157억원, 4조 276억원의 재정이 필요한 것으로 추계됨.

라. 기타 대책 평가

- 중기보장성 강화계획의 과제들 중에는 기존 재정사업에서 예산을 통해 지원하던 것을 수가 신설 및 조정으로 전환하였거나, 저소득층을 대상으로 지원하던 것을 확대 적용한 사례가 10개에 이름.
- 건강보험재정사업으로 전환하는 경우 일부 본인부담금이 발생하게 되는데, ‘난임부부 시술비 지원사업’, ‘선천성대사이상검사 및 환아관리’ 등 대부분의 경우 저소득층의 부담 증가에 대한 대책이 미정임.
- 의료패널 분석에 따르면, 분만 전후 상급병실 입원료 50% 지원, 치아홈 메우기 등의 대책은 저소득층의 이용 촉진 효과보다는 중산층 이상의 의료비 지출 절감 효과가 큰 것으로 추정됨.

4. 정책적 시사점

가. 포괄적 본인부담상한제 도입

- 항목별 및 질병별 접근 패러다임에서 재난적 의료비 발생을 예방하는 패러다임으로의 전환을 위해 의학적 비급여까지 포함한 포괄적 본인부담상한제의 적용을 고려해 볼 필요가 있음.
- 비급여의 성격을 의학적으로 필요한 비급여와 호화·고급 비급여로 구분한 후, 1차적으로 의학적으로 필요한 비급여를 최대한 급여화하고, 2차적으로 호화·고급 비급여를 제외한 모든 비급여까지 포함한 포괄적 본인부담상한제를 단계적으로 도입함.

- 정부는 의학적으로 반드시 필요치 않은 새로운 비급여로 인한 재정 부담의 증가를 예방하기 위하여 비급여에 대한 모니터링과 관리를 강화함.
- 포괄적 본인부담상한제를 통해 민간의료보험 가입의 필요성을 감소시킴으로써 국민들의 부담을 줄이고 건강보험의 실질적 보장성을 강화하는 효과를 기대할 수 있음.
- 건강보험의 보장성 부족에 대비하기 위하여 전 가구의 75% 이상이 민간의료보험에 가입하며, 보험료로 연간 24조원 이상을 지출하는 것으로 추정됨.
 - － 민간의료보험은 연령이 높아지고 질병 경력이 있는 경우 보험료가 크게 상승하기 때문에 의료비 부담이 큰 노령층, 저소득층, 장애인 등의 취약 계층은 보험에 가입하거나 유지하기 어려워 혜택을 받기 어려움.

나. 행위별수가제 보완

- 풍선효과를 근본적으로 예방하고 과잉진료의 가능성을 억제하기 위해서는 의료서비스의 유형별로 포괄수가제 등의 지불방식을 보완적으로 활용하는 혼합지불방식이 바람직함.
- 외래는 만성질환, 노인성 질환을 중심으로 주치의제 방식을 도입하고, 진찰료나 간단한 검사, 처치 등의 기본 서비스에 대해서는 인두제 방식을 도입함.
- 입원은 포괄수가제를 점진적으로 확대하되 포괄수가제 적용에 한계가 있는 부분은 일본처럼 행위별수가제로 일부 보완함.

다. 적정부담-적정급여 체계로의 전환

- 건강보험의 보장성을 실질적으로 강화하면서 동시에 지속가능성을 유지하기 위해서는 적정부담-적정급여 체계로의 전환이 필요함.
- 부담능력에 비례한 부과원칙에 따른 보험료 부과체계를 확립하여 보험료 부담의 형평성과 공정성을 강화하고, 보장성 강화로 민간의료보험 가입 필요성을 감소시킴으로써 건강보험료 인상을 설득할 필요가 있음.

- 장기적으로 직장가입자와 지역가입자의 구분 없이 종합소득으로 보험료 부과 기준을 단일화하는 것이 필요함.
- 건강보험료 체납자에 대해 소득·재산 조사를 거쳐 보험료를 면제해주는 등 의료서비스 소외 계층에 대한 대책을 병행하는 것을 검토할 필요가 있음.

라. 의료서비스 질과 효율성 향상

- 국민이 필요할 때 적절한 비용으로 질 좋은 의료서비스를 받도록 보장하는 것이 실질적 보장성 강화라는 점에서, 의료서비스 보장 범위의 확대뿐만 아니라 질과 효율성을 향상시키는 것이 중요함.
- 의료질향상분담금 제도가 우수한 의료기관에 대한 수가 보상을 통해 의료서비스의 질 향상을 도모한다는 본래의 취지를 달성할 수 있도록 평가지표 및 평가방법 개발에 보다 힘써야 할 것임.

차 례

I. 평가 개요 / 1

1. 평가 배경 및 목적	1
2. 평가 대상 및 방법	2
3. 주요 쟁점	4

II. 건강보험제도의 개요 및 현황 / 7

1. 건강보험제도의 목적 및 내용	7
2. 건강보험제도의 추진체계	7
3. 건강보험 재정수지 현황	8
4. 건강보험 보장성 강화 정책 현황	10

III. 쟁점별 실태분석 및 평가 / 17

1. 4대 중증질환 중심 보장 강화 정책 평가	17
가. 항목별 및 질병별 보장 강화 접근의 한계	17
나. 저소득층에서 유병률 높은 만성질환의 관리 및 보장성 강화 미흡	25
다. 선별급여 도입에 따른 의료서비스 양극화 심화	27
2. 3대 비급여 대책 평가	31
가. 선택진료비 축소 및 상급병실료 개편에 따른 제도 보완 필요	32
나. 포괄간호서비스 확대를 위한 기반 조성 필요	33
3. 본인부담상한제 강화 대책 평가	39
가. 본인부담상한제 단계 세분화의 성과와 한계	39
나. 본인부담상한제 해외 사례 및 시사점	43
다. 본인부담상한제 강화 방안 및 재정소요 추정	44
4. 기타 대책 평가	50
가. 건강보험재정 전환 사업의 저소득층 부담 증가 대책 미흡	50
나. 기타 세부과제의 취약계층에 대한 고려 미흡	54

IV. 정책적 시사점 및 결론 / 57

1. 정책적 시사점	57
가. 포괄적 본인부담상한제 도입	57
나. 행위별수가제 보완	59
다. 적정부담-적정급여 체계로의 전환	61
2. 결론	63

부 록 / 67

참고문헌 / 77

표 차례

[표 1] 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」의 기본방향 및 과제분야	3
[표 2] 2013년도 의료패널 소득분위별 가구당 평균 소득 및 의료비 부담액	5
[표 3] 가구 생활비 분위에 따른 재난적 의료비 발생가구 비중(2010~2013)	6
[표 4] 건강보험 재정수지 현황: 2001~2014년	9
[표 5] 건강보험 보장성 강화 정책 추진 현황	11
[표 6] 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획의 과제 및 소요재정	14
[표 7] 건강보험 보장률 현황	17
[표 8] 법정 본인부담률 및 비급여 본인부담률 현황	18
[표 9] 연도별 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률	19
[표 10] 연도별 4대 중증질환 전체 및 질환별 비급여 본인부담 세부항목별 구성비	20
[표 11] 2011년~2014년 요양기관 종별 비급여 본인부담 세부항목별 구성비 : 암질환	21
[표 12] 질환별 외래 평균 의료비 부담액	22
[표 13] 질환별 입원 평균 의료비 부담액	23
[표 14] 가구소득 분위별 만성질환자 현황	26
[표 15] 선택급여 항목 명세	29
[표 16] 연간미치료자의 미치료이유(병의원): 소득수준별	30
[표 17] 포괄간호서비스 연도별 추진계획	34
[표 18] 포괄간호서비스 적용 병원 현황(2016.4.30. 기준)	37
[표 19] 본인부담상한제 등급 세분화(2014년 1월 시행)	40
[표 20] 2014년 본인부담상한제 적용 결과	41
[표 21] 포괄적 본인부담상한제 적용 시 소요 재정	46
[표 22] 민간의료보험 신규 가입 이유	47
[표 23] 소득분위별 민간의료보험 가입률 추이	48
[표 24] 가입자 특성별 민간의료보험 가입률(2008~2013년)	49
[표 25] 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획 관련 재정사업	51
[표 26] 주요 국가 건강보험료율 비교(2008년 기준)	61
[부표 1] 포괄간호서비스 지정 병원	67
[부표 2] 본인부담상한제 적용 대상 및 결과(2013년 의료패널)	71

그림 차례

[그림 1] 우리나라 건강보험 운영 체계	8
[그림 2] 4대 중증질환 보장 강화 개념도	12
[그림 3] 포괄간호서비스 시범사업 만족도	35
[그림 4] 포괄간호서비스 주위 권고 의향(만족도)	35

I. 평가 개요

1. 평가 배경 및 목적

소득 수준의 향상과 급속한 고령화 및 만성질환의 증가¹⁾ 등의 환경 변화에 따라 국민들의 의료에 대한 수요가 크게 증가하고 있다. 이에 따라 의료서비스를 공급하고 소요 재원을 조달하는 보건의료체계의 중요성이 커지고 있다. 건강보험제도는 사회보험형 보건의료체계로서, 형평성 있는 비용부담과 적절한 보험급여 제공을 통해 국민들의 의료비 과다 지출로 인한 생활수준 하락 위험을 분산하고, 소득을 재분배하며, 궁극적으로 국민건강 및 사회보장 증진을 도모한다. 우리나라의 건강보험 제도는 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 도시 근로자에게 의료보험을 제공하면서 본격적으로 출범하였다. 1989년에는 도시자영업자까지 지역의료보험을 확대 실시함에 따라 전 국민 건강보험제도가 확립되었으며, 2000년 직장 및 지역의료보험의 통합을 통해 단일보험체계를 구축하였다.²⁾

이렇게 건강보험제도의 적용 대상이 전 국민으로 확대되었으나, 건강보험 급여비로 의료비 지출을 충당하는 비율인 건강보험의 보장성은 미흡하다는 문제점이 지적되어 왔다. 이에 따라 정부는 건강보험의 보장성을 확대하기 위해 「제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005~2008년)」과 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009~2013년)」을 통해 “암 등 중증질환의 본인부담 경감” 조치를 포함한 여러 가지 사업을 추진하였다. 그러나 우리나라의 건강보험은 OECD 선진국들과 비교할 때 여전히 보장성이 낮은 실정이다. 2013년 기준으로 우리나라의 전체 개인의료비 지출액 중에서 공공재원이 충당하는 비중³⁾은 약 55.9%로서 OECD 평균 72.7%보다 약 18%p 낮다. 더구나 건강보험공단의 “건강보험환자 진료비 실태조사” 결과에 의하면

1) 육류 소비 증가 등 생활습관의 서구화, 운동 부족, 노령 인구의 증가 등으로 고혈압, 당뇨 등 만성질환이 급격히 증가하고 있다.

2) 이은경, “우리나라 건강보험제도에 관한 고찰”, 「재정포럼」 제167호(2010. 5), 33쪽.

3) ‘보건의료재화와 서비스의 최종 소비’에 해당하는 경상의료비에서 ‘보건행정’ 및 ‘공중위생’ 지출을 제외한 개인의료비를 기준으로 국가별 보장률을 비교한 것이다. 건강보험공단이 발표하는 우리나라의 2014년도 기준 건강보험 보장률은 63.2%인데, 여기에는 치과 보철, 한방 침약 등이 제외되어 있어서 국제 비교 시 사용하기 어렵다.

건강보험의 보장률은 2009~2013년 동안 65.0%에서 62.0%로 오히려 3.0%p 하락한 것으로 나타났다.

건강보험의 보장성이 미흡할 뿐만 아니라 우리나라는 재원조달, 서비스 이용, 서비스의 질 등 보건의료의 전반적인 영역에서 사회경제적 불평등이 나타나고 있다. 재원조달의 가장 큰 부분을 차지하는 건강보험료 부과체계가 역진성을 보여주는데, 보험료 상한선 설정, 소득이 아닌 표준소득에 대한 보험료 부과, 지역가입자 소득 파악의 어려움 등이 원인이라고 할 수 있다.⁴⁾ 의료서비스 이용 측면에서도, 높은 본인부담금과 광범위한 비급여로 인해 경제적 접근성이 저해되고 있다. 가처분 소득(지불능력)의 40% 이상을 의료비로 지출하는 것을 재난적 의료비(Catastrophic health expenditure)라고 하는데, 2013년도에 전체 가구의 4.39%, 소득이 낮은 생활비 1분위 가구의 12.86%가 재난적 의료비를 지출하는 것으로 추정되었다. 이로 인해 필요한 의료 이용이 억제될 뿐만 아니라 가계를 빈곤에 빠지게 해서, 질병과 빈곤의 악순환을 겪게 된다. 소득 수준에 따라 4대 대형병원, 상급종합병원 등 양질의 의료기관에 대한 접근성에서 차이가 난다는 점에서 의료서비스 질 측면의 형평성도 높지 않다고 볼 수 있다.

정부는 이러한 문제점과 한계를 극복하기 위하여 2015년 2월 세 번째 중기계획으로 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」을 발표하였다. 본 평가보고서는 동 계획이 건강보험의 보장성을 강화하고, 형평성을 제고하는 방향으로 추진되고 있는지를 평가하였다.

2. 평가 대상 및 방법

본 평가보고서는 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획(2015.2.)」을 구성하고 있는 건강보험 보장성 강화 대책들을 평가 대상으로 한다.

동 계획은 “모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상”을 목표로 수립되었으며, 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장, 고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입, 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화 등 3대 기본방향과 12개 과제분야로 구성되어 있다.

4) 조홍준, “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황”, 「대한의사협회지」, 2013년 봄, 56(3)

[표 1] 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」의 기본방향 및 과제분야

기본방향	과제분야
Ⅰ. 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 강화	1. 건강한 임신과 출산 환경 조성
	2. 선천성 기형 및 신생아에 대한 의료지원 확대
	3. 건강한 미래를 위한 청소년·청장년 핵심질병 조기 관리
	4. 국민 생명을 보호하기 위한 안전 관련 의료의 보장 강화
	5. 고액 중증질환에 대한 두터운 보장으로 의료비 안심
	6. 건강한 노년과 존엄한 죽음을 위한 지원 강화
Ⅱ. 고액 비급여의 적극 해소 및 증가 억제에 위한 관리체계 도입	1. 중증환자부담이 큰 3대 비급여의 해소와 건강보험적용
	2. 의료비 부담이 큰 고가검사의 보험적용 확대
	3. 비급여의 합리적 관리를 위한 공적관리기반 강화
Ⅲ. 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화	1. 장애인에 대한 보장구 지원을 내실있게 강화
	2. 필수 재가치료에 대한 건강보험 지원 확대
	3. 저소득층과 취약지에 대한 건강보험 지원 강화

자료: 보건복지부 보도자료(2015. 2. 3.) 바탕으로 국회예산정책처에서 재정리

관련 논문, 연구보고서 등 선행연구에 대한 문헌조사와 한국의료패널조사⁵⁾, 건강보험 진료비 실태조사 등 각종 통계 자료 분석을 통해 중기보장성 강화계획이 소득계층별 의료비 부담에 어떤 영향을 미치는 지를 평가하였다.

한국의료패널조사는 연간 소득을 기준으로 소득분위를 나누어 세대별 의료비 지출 내역을 상세히 조사하고 있다. 그러나 현재 2008년부터 2013년까지의 자료만 공개되었기 때문에 동 자료를 이용하여 2014~2018년을 대상으로 하는 중기보장성 강화계획의 사후 효과를 분석하는 것은 어렵다. 따라서 본 평가보고서는 2008~2013년 의료패널 자료에 나타난 의료비 지출 내역과 중기보장성 강화계획의 대책들과의 연관성을 파악한 후,⁶⁾ 동 계획이 수행되었을 때 소득계층별 의료비 지출이

5) 한국의료패널조사는 2008년부터 국민건강보험과 한국보건사회연구원이 컨소시엄을 구성하여 전국적으로 진행되고 있는 가구 조사이다. 한국의료패널은 정부 승인 지정통계조사로서 전국의 약 7천여 가구, 2만여 명의 가구원에 대하여 사회경제적 특성과 연간 응급·입원·외래 보건의료 이용 행태와 의료비 지출수준, 일반의약품 복용, 민간의료보험 가입내용, 건강수준 및 건강행태 등을 포괄하는 조사내용을 담고 있다. 동 조사는 2008년부터 매년 동일한 가구를 방문하여 조사원이 면접조사를 하는 방법으로 진행되고 있으며, 가계부 기입방식을 병행하고 있다. 가구 내에서 연중 발생하게 되는 입원, 응급, 외래서비스 이용 또는 의약품 이용에 대해서 기억을 보조할 수 있는 장치로 기장방식(diary method)을 도입하였다. 표본추출 방식은 확률비례 2단계 층화집락 추출로서 표본추출틀은 2005년 인구주택총조사 90% 전수자료를 이용하였고, 층화변수로는 지역(16개 시도), 동부 및 읍면부(2개)를 사용하였다.(건강보험정책연구원, 「2015년 한국의료패널 심층 분석보고서-보건의료지표를 중심으로 살펴 본 한국보건제도-」, 2015.12.)

어떻게 달라질 가능성이 있는지 분석함으로써 정책의 방향성을 평가하는 것을 목적으로 하였다. 이는 건강보험 보장성 강화가 세대별(또는 세대원별) 평균 의료비 지출액에 어느 정도 영향을 미칠 지를 추정한 것으로서 보장성 강화로 인하여 발생할 수 있는 의료서비스 수요의 변화는 고려하지 않았다.

3. 주요 쟁점

본 평가보고서는 우리나라의 건강보험 보장성 강화 정책이 국민들의 의료비 과다 지출로 인한 생활수준 하락 위험을 분산하고, 소득을 재분배함으로써 국민건강 및 사회보장 증진을 도모한다는 건강보험의 목적을 달성하는 데 기여하고 있는가를 주요 쟁점으로 한다.

2013년도 한국의료패널조사 자료 분석 결과에 따르면, 소득계층간에 의료비 부담이 차지하는 비중에서 큰 차이를 보이고 있다. 소득 1분위 계층 가구들의 연간 의료비 부담액은 법정본인부담금과 비급여 본인부담금을 합산하여 평균 88만 2,000 원으로, 의료비 비중이 소득의 약 17.9%를 차지하는 반면, 소득 10분위 계층 가구들의 의료비 부담액은 평균 119만 4,000원으로 소득의 약 2.5%로 나타난다. 이것은 소득 10분위가 1분위에 비하여 연간 소득이 약 11.7배 많은 데 비하여, 의료비 부담액은 약 1.6배에 지나지 않기 때문이다. 특히 소득 1분위와 10분위의 가구당 평균 법정본인부담금은 각각 42만 5,000원과 42만 6,000원으로 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 저소득층일수록 의료비로 인한 재정적인 부담이 점점 높아진다는 것을 보여준다.

6) 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」에 포함된 다양한 대책들과 의료패널의 의료비 지출 내역을 매칭시키는 것이 가장 큰 어려움이었다. 보다 상세한 의료비 지출 내역을 보여주는 건강보험 DB 자료를 이용하는 것을 고려하였으나, 동 자료는 소득분위가 나누어져 있지 않고 무엇보다 비급여 의료비 지출 자료가 누락되어 있기 때문에 이용할 수 없었다.

[표 2] 2013년도 의료패널 소득분위별 가구당 평균 소득 및 의료비 부담액

(단위 : 개, 천원)

가구소득 10분위	가구동등화 평균 소득		평균 연간 의료비 본인부담액				의료비 비중 (B/A)
	표본 수	연간 소득(A)	표본 수	법정	비급여	소계(B)	
1	724	4,919	688	425	456	882	17.9%
2	723	8,122	709	465	577	1,042	12.8%
3	724	11,115	709	483	655	1,138	10.2%
4	724	14,204	699	485	694	1,179	8.3%
5	722	17,473	699	429	730	1,159	6.6%
6	729	20,797	708	469	788	1,258	6.0%
7	720	24,579	695	419	754	1,173	4.8%
8	723	28,941	694	484	908	1,393	4.8%
9	721	35,777	706	407	881	1,288	3.6%
10	723	57,491	690	426	998	1,424	2.5%
계(평균)	7,233	22,331	6,997	449	744	1,194	5.3%

자료 : 2013년 한국의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

이렇게 저소득층으로 갈수록 소득에서 차지하는 의료비의 비중이 증가하기 때문에 재난적 의료비⁷⁾도 저소득층 가구에서 많이 발생하게 된다.⁸⁾ 의료패널 분석에 의하면, 2013년도 재난적 의료비 발생가구는 전체 가구의 4.39%인데, 소득이 가장 적은 생활비 1분위⁹⁾ 가구들 중에서는 12.86%로 비중이 증가한다. 2011년 기준으로 재난적 의료비 발생가구는 총 73만 2,000가구로 추정되는데, 이 중에서 생활비 1~2분위가 전체의 82.7%를 차지하는 것으로 분석되었다.¹⁰⁾ 특히 생활비 1분위의 재난적 의료비 발생가구의 비중이 2010~2013년 동안 계속 증가해 온 것을 알 수 있다.

7) 재난적 의료비에 대한 WHO의 정의에 따라 지불능력(식료품 외의 소비지출) 대비 의료비 지출이 40% 이상인 가구로 정의하였다.

8) 서남규 외, 「재난적 의료비 발생가구에 대한 심층연구」, 건강보험정책연구원, 2015.7.

9) 가구 생활비(총 소비지출)를 가구규모를 보정한 후 가중치를 고려한 5분위로 나눈 것이다.

10) 보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 28쪽, 2015. 2.

[표 3] 가구 생활비 분위에 따른 재난적 의료비 발생가구 비중(2010~2013)

(단위: %)

연도	생활비 5분위					전체
	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	
2010	11.05	4.29	1.78	0.93	0.18	3.68
2011	12.13	4.75	2.42	1.05	0.39	4.23
2012	12.45	2.69	1.66	0.7	0.12	3.76
2013	12.86	5.65	1.97	0.27	0.22	4.39

자료 : 서남규 외, 「재난적 의료비 발생가구에 대한 심층연구」, 건강보험정책연구원, 2015.7.

정부도 2005~2013년에 걸쳐 시행된 1, 2차 건강보험 보장성 강화계획이 중증질환 중심 보장성 강화로 인하여 특정질환 또는 특정계층에 혜택이 집중되어 질환·계층간 형평성을 저해하고 상대적 박탈감을 초래하는 문제점이 나타났음을 인정하고 있다.¹¹⁾ 이를 보완하기 위하여 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」에서는 “취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화”를 3대 기본방향 중의 하나로 설정하였다.

이에 따라 본 보고서는 동 계획에 포함된 주요 대책들¹²⁾이 건강보험의 실질적 보장성 강화와 질환계층간 형평성 제고, 특히 취약계층의 의료비 과부담 문제 개선에 기여할 수 있는지에 초점을 맞추어 다음과 같은 주제들을 분석·평가하였다.

첫째, 4대 중증질환 보장 강화 대책은 의료비 부담을 실질적으로 줄여줄 수 있는지, 여타 중증질환과의 질환간 형평성과 소득계층간 어떤 영향을 미치는 지를 분석한다. 둘째, 소득분위를 7단계로 세분화하여 강화된 본인부담상한제가 재난적 의료비 발생의 예방에 얼마나 효과적인가 평가한다. 셋째, 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여 개선 대책이 소기의 목적을 달성하기 위해서는 어떤 요건들을 충족시켜야 하는지 검토한다. 넷째, 동 계획의 기타 대책들이 차상위계층을 포함한 취약계층의 의료비 부담 경감에 대하여 충분히 고려하고 있는지 분석한다.

11) 보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 21쪽, 2015.2.

12) 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」의 총 재정투입액 7.6~7.9조원 중에서 4대 중증질환 보장 강화, 본인부담상한제 강화, 3대 비급여 개선 등 세 가지 대책에 대한 재정 소요액이 약 5.8조원을 차지한다.([표 6] 참조)

II. 건강보험제도의 개요 및 현황

1. 건강보험제도의 목적 및 내용

건강보험제도는 위험분산, 소득재분배, 형평성 있는 비용부담과 적절한 보험급여 제공을 통해 국민의 의료서비스 이용 기회를 보장함으로써 국민건강 및 사회보장 증진을 도모하는 것을 목적으로 한다. 보건의료체계는 재원조달방식과 의료공급 유형에 따라 사회보험형, 국영의료형, 민간보험형의 세 가지 형태로 분류할 수 있는데, 우리나라는 독일, 프랑스, 일본 등과 같은 사회보험제도를 채택하고 있다.

우리나라의 건강보험은 강제가입을 원칙으로 하며, 적용대상은 2012년을 기준으로 전 국민의 97.0%¹³⁾이고 직장가입자¹⁴⁾와 지역가입자로 나뉜다. 건강보험료는 소득 및 부담능력에 따라 차등부담¹⁵⁾하지만 보험급여는 균등하게 제공받는다. 나머지 3.0%는 대부분 의료급여 대상자¹⁶⁾이다.

2. 건강보험제도의 추진체계

우리나라 건강보험의 운영 체계는 다음 [그림 1]과 같다. 국민건강보험공단이 국민과 기업의 보험료와 정부의 국고지원을 받아 재원을 마련한다. 국민이 의료서비스를 이용하면 총진료비의 일정 부분(본인부담금)을 의료기관에 지불하고¹⁷⁾ 나머지는 국민건강보험공단에서 건강보험심사평가원의 심의를 거쳐 의료기관에 지불하게 된다.¹⁸⁾

13) 외국인을 포함할 경우 건강보험 적용대상은 97.1%가 된다.

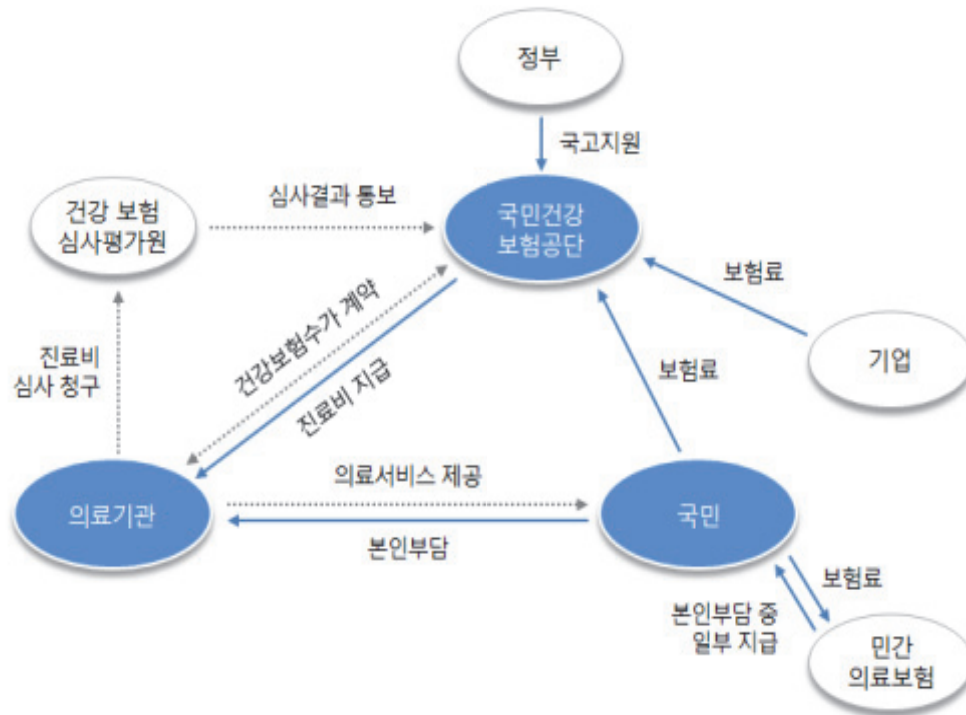
14) 일반근로자, 공무원, 교직원

15) 2015년 기준으로 직장가입자의 경우, 보수월액 × 보험료율(6.07% = 근로자 3.035% + 사용자 3.035%), 지역가입자의 경우 소득, 재산, 생활수준 등을 고려하여 계산한 보험료 부과점수에 점수당 단가인 178원을 곱한다.

16) 의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 수단이 되는 사회보장제도이다. 의료급여제도의 지원대상자는 다음과 같다. ① 국민기초생활보장수급자 ② 의료급여법에 의한 수급권자 : 행려환자 ③ 타 법률에 의한 수급권자 : 이재민, 의사상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 노숙인 등

17) 민간의료보험을 구입했을 경우에는 이 부분을 민간보험회사에서 지불하기도 한다.

[그림 1] 우리나라 건강보험 운영 체계



자료: 국회예산정책처, 「건강보험 사업 평가」, 2013. 10.

3. 건강보험 재정수지 현황

2001~2015년 동안의 건강보험 재정수지 현황은 다음 [표 4]와 같다. 동 기간 동안 수입은 약 5.0배, 지출은 약 3.4배 증가하였다.

2015년도의 수입은 총 45조 3,034억원인데¹⁹⁾ 보험료 수입이 44조 476억원 (97.2%)으로 대부분을 차지한다. 보건의복지부의 ‘차상위계층 지원’사업에 의한 차상위지원 수입은 2,889억원(0.6%)이다. 기타수입은 총 9,669억원(2.1%)으로 임대사업 수입, 의료사업수입,²⁰⁾ 보조금수입, 사업외수입, 타기관수입계정 등이 포함된다.

18) 이은경, “우리나라 건강보험제도에 관한 고찰”, 「재정포럼」 제167호(2010. 5), 34쪽

19) 정부지원 7조 974억원을 제외한 금액이다.

20) 일산병원 운영에 따른 수입이다.

[표 4] 건강보험 재정수지 현황: 2001~2015년

(단위: 억원)

	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
수입(A)	90,173	166,377	185,514	215,979	248,817	264,989	286,991	329,413	364,685	393,661	421,803	453,034
보험료	88,516	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,680	323,995	358,535	386,117	412,404	440,476
기타수입	1,657	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,202	4,082	4,604	5,437	6,664	9,669
차상위지원					517	1,272	1,139	1,335	1,546	2,107	2,735	2,889
법정 정부지원(B)	26,250	36,948	38,362	36,718	40,262	46,828	48,614	50,361	53,507	58,072	63,221	70,974
일반회계	26,250	27,695	28,698	27,042	30,023	36,566	37,983	40,794	43,434	48,086	53,030	55,789
건강증진기금	-	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,631	9,567	10,073	9,986	10,191	15,185
지출(C)	140,511	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281
보험급여비	132,447	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	376,318	402,723	424,939	465,009
관리운영비	7,101	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,077	11,040	11,387	12,117	13,753	16,773
기타지출	963	380	764	196	623	664	687	836	330	447	463	499
당기수지 (A-C)	-50,338	-25,160	-39,109	-39,565	-26,595	-46,860	-61,608	-44,353	-23,350	-21,626	-17,352	-29,247
정부지원 후 당기수지 (A+B-C)	-24,088	11,788	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728
누적 재정수지	-18,109	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800

주: 1. 현금흐름 기준

2. 일반회계 가입자지원에 과징금지원액 포함

(2009년 42억원, 2010년 54억원, 2011년 79억원, 2012년 75억원, 2013년 78억, 2014년 72억)

3. 2002년, 2006년 및 2007년 기금지원액은 담배부담금 수입 감소에 따른 실지원액 반영

(2002년 △1,064억원, 2006년 △1,048억원, 2007년 △563억원)

자료: 보건복지부 제출자료(2016. 6.)

2015년도의 지출은 총 48조 2,281억원인데, 보험급여비 46조 5,009억원(96.4%), 관리운영비 1조 6,773억원(3.5%), 기타지출 499억원(0.1%)으로 구성된다. 정부지원액 수입을 제외한 2015년도 당기수지는 2조 9,247억원의 적자이지만, 정부지원액 수입을 포함할 경우 4조 1,728억원의 흑자를 기록하였으며, 2015년도까지의 누적 재정수지는 16조 9,800억원의 흑자인 것으로 나타난다.

4. 건강보험 보장성 강화 정책 현황

정부는 건강보험 재정을 고려하여 보장성 강화 대책 간에 우선순위를 설정하기 위한 중기 보장성 강화 계획을 추진해왔다.²¹⁾ 「제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005-2008)」에 따라 2005년부터 암 등 고액중증질환의 법정본인부담이 20%에서 10%로 경감되었으며, 2006년부터는 만 6세미만 입원아동 본인부담금이 면제되고, 특정 암 건강검진 본인부담률이 경감되었으며, 장기이식수술과 식대가 급여화되었고, 5대암(자궁경부암, 위암, 유방암, 대장암, 간암) 무료 검진대상자가 보험료 하위 50%로 확대되었다.

2009년부터는 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009-2013)」에 따라 중증·고액질환자 및 저소득·취약계층 등의 진료비 부담 지속적 경감, 진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여 전환, 저출산 등 사회환경 변화에 적극 대응하는 방향으로 보장성 강화 정책을 추진하였다.

21) 「국민건강보험법」 개정(법률 제13985호, 2016.2.3. 공포)에 의하여 제3조의2 규정을 통해 5년 주기로 국민건강보험종합계획을 수립하도록 의무화되었고, 동조 제2항제2호에서 건강보험 보장성 강화의 추진계획 및 추진방법을 종합계획에 포함시키도록 명시하고 있다.

[표 5] 건강보험 보장성 강화 정책 추진 현황

	주요 내용
제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005-2008)	- 암 등 고액중증질환의 법정본인부담 20%→10% - 2006년부터 만 6세미만 입원아동 본인부담금 면제 - 특정 암 건강검진 본인부담률 경감 - 장기이식수술과 식대 급여화 - 5대암(자궁경부암, 위암, 유방암, 대장암, 간암) 무료 검진대상자 보험료 하위 50%로 확대
제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009-2013)	- 중증·고액질환자 및 저소득·취약계층 등의 진료비 부담 지속적 경감 - 진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여 전환 - 저출산 등 사회환경 변화에 적극 대응
4대 중증질환 ²²⁾ 보장성 강화 계획	- 심장질환에 대한 MRI검사, 고가 항암제 및 방사선 치료에 건강보험 적용(필수급여) - 카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등 비필수적 최신 의료서비스도 건강보험에서 일부 지원(선별급여) - 선택 진료비, 상급병실료, 간병비 등 비급여에 대해 2013년말까지 환자부담 완화를 위한 제도개선안 마련 - 4대 중증 질환부터 건강보험을 우선 확대하고 다른 질환에 대해서는 2017년부터 단계적으로 확대
2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획	- 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 - 고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입 - 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화 ※ 총 32개 세부과제 중 4대 중증질환, 3대 비급여 등 7개 과제는 국정과제에 포함되어 2014년부터 실행 중이며, 기타 25개 과제는 2015~2018년 단계적 추진

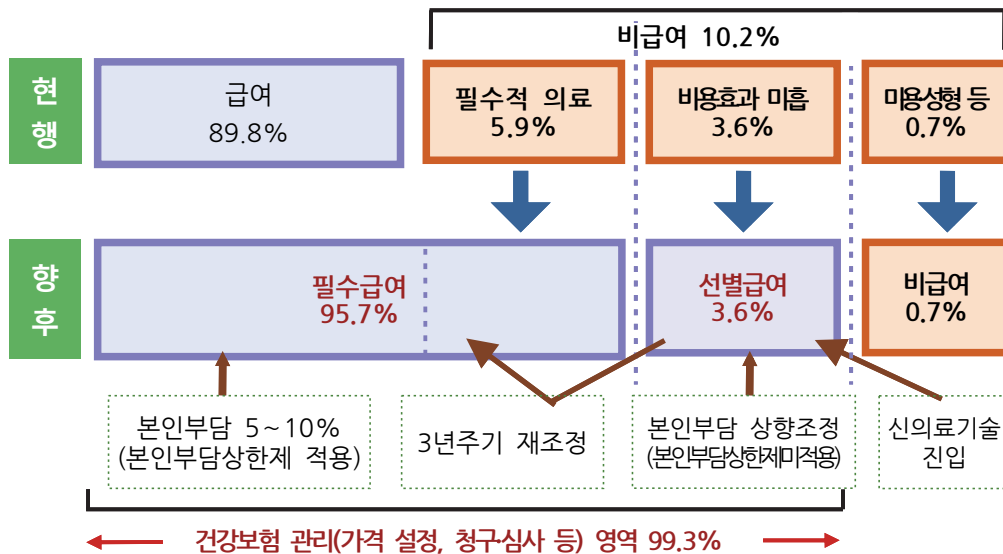
자료: 국회예산정책처에서 정리

22) 암질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환

정부는 2013년 6월 26일 제2차 사회보장위원회²³⁾에서 4대 중증질환의 치료에 필수적인 의료서비스는 2016년까지 100% 건강보험을 적용한다는 국정과제를 이행하기 위하여 「4대 중증질환 보장강화 계획(이하 ‘보장강화 계획’)」을 확정하였다.

정부의 보장강화 계획은 다음과 같은 내용을 포함하고 있다. 첫째, 심장질환에 대한 MRI검사, 고가 항암제 및 방사선 치료에도 건강보험을 적용한다. 이를 ‘필수급여’로 분류하며, 필수급여 위주로 의료 이용시 법정 본인부담금은 5~10%이다. 둘째, 카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등 비필수적 최신 의료서비스도 건강보험에서 일부를 지원한다. 이를 ‘선별 급여’라고 부르고, 의료기술에 따라 일정부분(예:50~80%)을 본인이 부담하며, 3년마다 선별급여대상을 재평가하여 필수급여로 전환하거나 본인부담률을 조정한다. 셋째, 선택 진료비, 상급병실료, 간병비 등 비급여에 대해 2013년말까지 환자부담 완화를 위한 제도개선안을 마련한다. 넷째, 건강보험 재정상황을 고려해 4대 중증 질환부터 건강보험을 우선 확대하고 다른 질환에 대해서는 2017년부터 단계적으로 확대한다.

[그림 2] 4대 중증질환 보장 강화 개념도



주: 비급여 비율 10.2%는 선택진료비와 상급병실료차액을 제외한 수치로서, 건강보험공단의 「진료비 실태조사」 결과와는 차이가 있음.

자료: 보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 2015. 2.

23) 국무총리를 위원장으로 기획재정부·보건복지부 등 14개 부처 장관과 복지·보건·고용·경제 등 사회 각 분야의 민간위원 15명 등 총 30명으로 구성된다.

정부는 2015년 2월에 “모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상”을 목표로 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」을 수립하였다. 동 계획은 “생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장”, “고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입”, “취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화” 등 3대 기본 방향, 12개 분야, 32개 세부과제로 구성되어 있다.

[표 6] 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획의 과제 및 소요재정

과제분야	세부과제명	소요재정(억원)	
		하한	상한
1. 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 강화		34,895	38,066
1. 건강한 임신과 출산 환경 조성	의료비 부담이 없도록, 임신·출산보험적용 강화	1,811	2,375
	고위험 임신부에 대해서는 특히 더 지원 강화	229	229
	난임 가정의 성공적인 임신·출산을 위한 지원 강화	563	856
	분만 취약지역의 의료공급기반 확충 및 의료비 지원	100	100
	소계	2,703	3,560
2. 선천성기형 및 신생아에 대한 의료지원 확대	선천성 기형 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대	1,008	1,215
	신생아 집중치료에 소요되는 의료비 부담 완화	144	170
	소계	1,152	1,385
3. 건강한 미래를 위한 청소년·청장년 핵심질환 조기 관리	초기 충치치료를 위한 치과 치료의 보장성 강화	1,535	1,613
	효과적인 만성질환 관리를 위한 의료 지원 강화	651	873
	정신질환 초기 관리를 위한 건강보험 보장 확대	1,289	1,289
	병적 고도비만의 수술치료 건강보험 적용	90	90
	소계	3,565	3,865
4. 국민 생명을 보호하기 위한 안전 관련 의료의 보장 강화	중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화	234	831
	결핵 박멸을 위한 치료비 전액 건강보험 지원	176	176
	환자 안전을 위한 치료재료의 의료보장 강화	600	600
	소계	1,010	1,607
5. 고액 중증질환에 대한 두터운 보장으로 의료비 안심	4대중증질환 필수의료 건강보험적용(국정과제)	18,879	18,879
	척추 및 관절 질환에 대한 건강보험 보장 강화	2,049	2,097
	장기이식 및 중증화상에 대한 건강보험 보장 강화	324	324
	소계	21,252	21,300

과제분야	세부과제명	소요재정(억원)	
		하한	상한
6. 건강한 노년과 존엄한 죽음을 위한 지원 강화	65세이상 노인틀니·임플란트 보험적용(국정과제)	4,500	5,250
	치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대	164	164
	호스피스·완화의료건강보험적용	549	935
	소계	5,213	6,349
II. 고액 비급여의 적극 해소 및 증가 억제를 위한 관리체계 도입		25,391	25,391
1. 중증환자 부담이 큰 3대비급여의 해소와 건강보험 적용(국정과제)	(선택진료) 선택진료비를 폐지하고 모두 건강보험 적용	15,300	15,300
	(상급병실) 4인실까지 보험 적용하고, 일반병상 70% 이상 확충	3,100	3,100
	(간병비) 포괄간호서비스 도입 및 건강보험 적용	5,930	5,930
	소계	24,330	24,330
2. 의료비 부담이 큰 고가검사의 보험 적용 확대	임산부, 간질환 등에 대한 초음파 검사 보험 확대	1,061	1,061
	척추관절질환에 대한 MRI 검사 보험 확대	-	-
	소계	1,061	1,061
3. 비급여의 합리적 관리를 위한 공적관리 기반강화 (국정과제)	비급여 의료비용 고지체계 강화 및 정보 공개 확대	-	-
	4대 중증질환을 중심으로 선별급여 제도의 도입 및 운용	-	-
	소계	-	-
III. 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화		15,598	15,729
1. 장애인에 대한 보장구 지원을 내실있게 강화	장애인 보장구의 확대 및 기준 개선 등 지원 강화	501	592
	장애인 보장구의 지원원칙 확립 및 지원방식 개선	39	39
	소계	540	631
2. 필수 재가치료에 대한 건강보험 지원 확대	휴대용 산소치료, 재가 호흡보조기 등 요양비 적용 확대	326	326
	재가치료 지원을 위한 건강보험 지원체계 개선	-	-
	소계	326	326
3. 저소득층과 취약지에 대한 건강보험 지원 강화	본인부담 상한제를 소득계층에 보다 비례하여 지원 강화	14,722	14,722
	필수의료 취약지에 대한 건강보험 지원체계 개발	10	50
	소계	14,732	14,772
총계		75,884	79,186

자료: 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획(2015. 2.)」을 바탕으로 국회예산정책처에서 산정

동 계획은 정부가 주요 국정과제로 추진해 온 4대 중증질환 보장강화, 3대 비급여 대책 등을 7개 세부과제²⁴⁾로 분류하여 포함하고 있다. 4대 중증질환 보장 강화 계획은 2016년까지 진행된다. 한편 3대 비급여 개선 계획은 2014년 3월에 수립되었는데 선택진료와 상급병상 관련 계획은 2017년까지, 간병비는 2018년 이후까지 진행될 예정이다. 노인 임플란트도 2014년 8월부터 건강보험이 적용되어 2016년까지 단계적으로 확대된다. 기타 25개 과제는 2015~2018년 동안 단계적으로 추진될 예정이다.

동 계획의 각 과제별 소요재정 예측을 기초로 총 재정투자액을 집계한 결과, 2014~2018년 동안 총 7.6~7.9조원의 재정이 투입될 것으로 추계되었다. 이 중에서 “4대 중증질환 필수의료 건강보험 적용”에 1.9조원, “3대 비급여 해소와 건강보험 적용”에 2.5조원, “본인부담상한제 강화”에 1.5조원 등 총 5.8조원이 투입될 예정이다.

24) 4대 중증질환 보장강화 및 선별급여 도입, 3대 비급여(선택진료비·상급병실료·간병비) 제도개선, 노인 임플란트 건강보험 적용, 본인부담상한제 개선 등

III. 쟁점별 실태분석 및 평가

1. 4대 중증질환 중심 보장 강화 정책 평가

가. 항목별 및 질병별 보장 강화 접근의 한계

2005년 정부는 2008년까지 3조 5천억원을 투입하여 당시 61.8%였던 건강보험 보장률을 선진국 수준인 70%로, 장기적으로는 80% 수준으로 끌어올리는 것을 목표로 한 「제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005-2008)」을 발표하였다. 그러나 목표연도인 2008년 공단 발표 건강보험 보장률은 62.6%에 그치는 것으로 나타났다. 2009년부터는 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009-2013)」을 추진하였으나, [표 7]에서 볼 수 있는 바와 같이 건강보험 보장률²⁵⁾은 2009년의 65.0%를 정점으로 2013년에 오히려 62.0%까지 하락하였다.²⁶⁾ 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획」이 추진되고 있는 2014년도에는 63.2%로 1.2%p 상승하였다.

[표 7] 건강보험 보장률 현황

연도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
건강보험 보장률(%)	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2015.12.

정부가 보장성 확대를 위해 상당한 재원을 투입하였음에도 건강보험의 보장률이 정체를 보이고 있는 중요한 원인 중의 하나는 비급여 항목의 증가이다. 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」에 의하면, 2009년부터 2013년 동안 법정 본인부담률은 21.3%에서 20.0%로 1.3%p 감소한 반면, 비급여 본인부담률은 13.7%에서 18.0%로 4.3%p 증가한 것으로 나타난다([표 8] 참조).

25) 이 수치는 본인부담상한제 환급금, 임신출산 지원금 등 현금지급을 포함한 수치이다.

26) 건강보험공단이 발표하는 건강보험 보장률은 치과 보철, 한방 첩약 등이 제외되어 있어서 국제 비교 시 사용하기 어렵다. 2012년도 기준 우리나라의 전체 개인의료비 지출액(보건의료재화와 서비스의 최종 소비)에 해당하는 경상의료비에서 ‘보건행정’ 및 ‘공중위생’ 지출을 제외) 중에서 공공재원이 충당하는 비중은 54.5%로서 OECD 평균 72.3%보다 약 18%p 낮은 수준이다. 동 비율도 2010년도에 56.6%를 기록한 이후 점차 하락하고 있는 추세이다.

[표 8] 법정 본인부담률 및 비급여 본인부담률 현황

연 도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
법정 본인부담률(%)	21.9	21.3	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7
비급여 본인부담률(%)	15.5	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2015.12.

이것은 건강보험 보장성 강화 정책이 우선적으로 급여화해야 할 항목을 정하여 급여화하고, 일부 질병에 대해 급여율을 높이는 방식의 항목별 및 질병별 접근을 따라 온 결과라고 볼 수 있다. 특정 질병 및 항목에 대한 급여가 확대된 반면, 이보다 빠른 속도로 여타 비급여 진료비가 증가되는 이른바 풍선효과²⁷⁾가 발생하였음을 보여준다.

「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획」은 그 동안 많은 전문가들이 문제를 지적해왔음에도 불구하고 4대 중증질환에 대한 보장성 강화에 중점을 둔 정책 기조를 유지하고 있으며,²⁸⁾ 항목별·질병별 접근을 그대로 따르고 있다. 2013~2016년 동안 총 2조 2,679억원을 투입하여 4대 중증질환 관련 628개 항목을 급여화한다는 계획을 추진하고 있다. 이 계획에 따라 2013~2014년에 4대 중증질환 보장성 강화를 위해 약제 73개 항목, 행위(영상진단, 처치 및 수술료 등) 39개 항목, 치료재료 13개 항목 등 총 125개 항목을 급여화하였다.²⁹⁾ 그러나 이와 같이 4대 중증질환에 집중적인 투자를 하고 있음에도 4대 중증질환의 건강보험 보장률은 거의 상승하지 않은 것으로 나타났다. 2014년의 4대 중증질환 전체 보장률은 77.7%로 2012년 대비 변동이 없고, 암질환 보장률은 72.6%로 2012년 대비 1.5%p 감소하였다.³⁰⁾ 또한 후술하는 바와 같이 선택진료비가 크게 축소되었음에도 2014년도의 4대 중증질환 비급여 본인부담률 14.7%로 2012년 대비 0.9%p 감소하는 데 그쳤다.

27) 비급여 항목이 급여로 전환됨으로 인해 수익이 줄어드는 부분을 보전하기 위하여 새로운 비급여 항목을 창출하는 효과를 의미한다. 결국, 전체 비급여 부분은 줄어들지 않게 된다.

28) 3대 비급여에 대한 대책을 제외한 세부 과제별 재정 소요액을 기준으로 할 때 4대 중증질환에 대한 투자액이 50% 이상을 점하고 있다.

29) 2015년에도 4대 중증질환 258개 항목에 대하여 급여를 확대하였다.

30) 이와 같은 변화는 표준오차를 고려할 경우 통계적으로 유의미하다고 보기 어렵다.

[표 9] 연도별 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2011년			2012년			2013년			2014년		
	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
전체	76.2 (2.0)	6.2 (1.4)	17.6 (2.1)	77.7 (1.9)	6.7 (1.5)	15.6 (1.5)	77.5 (4.2)	7.2 (3.6)	15.3 (1.7)	77.7 (3.0)	7.6 (1.8)	14.7 (2.4)
암질환	72.6 (2.0)	5.8 (0.9)	21.6 (2.5)	74.1 (1.6)	6.2 (0.8)	19.7 (1.2)	72.7 (2.0)	6.7 (1.2)	20.6 (1.8)	72.6 (4.6)	7.5 (3.3)	19.9 (2.6)
뇌혈관 질환	70.2 (3.6)	7.1 (1.5)	22.7 (3.7)	73.8 (3.2)	5.7 (2.3)	20.5 (5.1)	74.4 (6.0)	6.3 (5.9)	19.3 (1.3)	76.3 (1.6)	6.6 (1.0)	17.1 (2.0)
심장 질환	73.5 (1.6)	5.3 (1.1)	21.1 (2.1)	74.8 (1.2)	5.1 (0.5)	20.1 (1.3)	78.0 (1.5)	5.6 (0.5)	16.4 (1.4)	78.2 (3.0)	5.7 (0.3)	16.1 (2.9)
희귀 난치성 질환	84.9 (1.6)	7.2 (0.5)	7.9 (1.6)	85.3 (1.4)	8.0 (0.9)	6.6 (1.5)	86.1 (1.0)	8.6 (0.5)	5.3 (1.0)	86.2 (1.5)	8.3 (0.9)	5.5 (1.3)

주 : ()는 표준오차

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2015.12.

연도별 4대 중증질환 비급여 본인부담 세부항목별 구성비를 분석해 보면 풍선 효과가 나타나고 있음을 확인할 수 있다. 선택진료비 축소에 따라 선택진료비가 전체 비급여에서 차지하는 비중이 2013년의 35.9%에서 2014년에는 23.6%로 크게 감소한 반면, 주사료, 처치 및 수술료 등의 비중은 크게 증가하였다. 선택진료비 축소로 인한 비급여 감소 효과는 명확히 나타나지만, 여타 4대 중증질환 보장성 강화 대책의 효과는 미흡함을 알 수 있다.

[표 10] 연도별 4대 중증질환 전체 및 질환별 비급여 본인부담 세부항목별 구성비
(단위: %)

연도	질환별	병 실 차 액	선 택 진 료 비	식 대	투 약 및 조 제 료	주 사 료	처 치 및 수 술 료	검 사 료	치 료 재 료 대	영 상 진 단 및 방 사 선 치 료 료	CT	MRI	초 음 파	원 외 처 방	그 외
2014년	전체	17.0 (5.4)	23.6 (2.6)	0.3 (0.1)	2.2 (0.7)	12.5 (7.7)	10.2 (2.6)	6.0 (0.8)	12.5 (2.7)	2.5 (0.6)	0.1 (0.0)	1.1 (0.2)	4.6 (0.6)	1.9 (0.5)	5.4 (2.2)
	암질환	18.1 (5.9)	22.0 (3.2)	0.3 (0.1)	2.5 (0.8)	15.5 (9.5)	9.8 (2.7)	5.4 (1.1)	12.4 (3.1)	2.5 (0.8)	0.1 (0.0)	0.6 (0.1)	4.2 (0.8)	1.6 (0.9)	5.0 (2.2)
	뇌혈관 질환	13.0 (6.4)	28.5 (1.9)	0.4 (0.1)	1.4 (0.4)	7.9 (1.9)	6.4 (1.1)	4.2 (0.6)	18.4 (4.1)	4.0 (1.3)	0.0 (0.0)	3.4 (0.7)	7.4 (0.7)	0.0 (0.6)	4.9 (0.7)
	심장 질환	10.2 (3.3)	37.5 (4.8)	0.1 (0.0)	0.6 (0.1)	1.3 (0.6)	18.1 (8.5)	3.5 (0.5)	16.0 (4.9)	3.4 (1.7)	0.0 (0.0)	1.6 (0.4)	6.5 (0.4)	0.0 (0.1)	1.2 (0.6)
	희귀 난치성 질환	17.1 (5.4)	21.4 (2.4)	0.4 (0.1)	1.9 (0.4)	4.4 (0.7)	8.0 (4.2)	12.1 (1.6)	9.0 (4.1)	1.2 (0.4)	0.1 (0.0)	2.9 (0.5)	4.8 (0.5)	5.5 (0.6)	11.3 (4.4)
2013년	전체	17.6 (2.7)	35.9 (2.0)	0.3 (0.0)	2.0 (0.2)	7.6 (1.6)	6.0 (1.5)	6.1 (0.6)	10.1 (1.1)	2.3 (0.6)	0.1 (0.0)	1.0 (0.2)	3.7 (0.6)	1.0 (0.6)	6.3 (1.5)
	암질환	19.3 (3.3)	34.8 (2.6)	0.3 (0.1)	2.1 (0.3)	8.3 (2.2)	6.7 (1.9)	5.6 (0.7)	10.4 (1.4)	1.1 (0.4)	0.1 (0.1)	0.5 (0.1)	3.4 (0.7)	1.1 (0.9)	6.3 (2.0)
	뇌혈관 질환	8.6 (2.9)	37.5 (2.7)	0.2 (0.1)	2.2 (0.4)	8.9 (2.3)	7.3 (2.8)	3.0 (0.5)	12.5 (3.3)	7.4 (1.7)	0.2 (0.1)	1.7 (0.6)	5.1 (0.9)	0.0 (0.0)	5.2 (1.4)
	심장 질환	7.9 (1.6)	52.0 (2.0)	0.1 (0.0)	0.4 (0.1)	1.5 (0.8)	2.0 (0.7)	4.2 (0.7)	12.0 (2.7)	12.4 (2.6)	0.0 (0.0)	1.0 (0.3)	5.3 (0.7)	0.0 (0.5)	1.2 (0.5)
	희귀 난치성 질환	17.3 (3.0)	30.2 (1.8)	0.4 (0.1)	2.8 (0.6)	7.3 (1.3)	4.0 (0.8)	12.2 (0.6)	5.6 (0.7)	0.5 (0.1)	0.1 (0.0)	3.4 (0.9)	4.4 (0.6)	1.3 (0.3)	10.5 (1.9)

주 : ()는 표준오차

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2015.12.

4대 중증질환 비급여 본인부담에서 나타나는 풍선효과는 요양기관 종별 비급여 본인부담 구성에서 더욱 분명히 나타난다. 암질환에 대한 요양기관 종별 비급여 본인부담 세부항목별 구성비를 보면, 선택진료비의 비중이 줄어드는 반면 주사료, 처치 및 수술료, 영상진단 및 방사선치료료의 비중이 커진 것을 볼 수 있다. 특히 병원급의 경우 영상진단 및 방사선치료료의 비중이 2013년의 8.9%에서 2014년에는 27.9%로 급증하였다.

[표 11] 2011년~2014년 요양기관 종별 비급여 본인부담 세부항목별 구성비 : 암질환
(단위: %)

연도	질환 별	병실 차액	선택 진료비	식대	투약 및 조제료	주사 료	처치 및 수술료	검사 료	치료 재료대	영상 진단 및 방사선 치료료	CT	MRI	초음파	원외 처방	그 외
2014 년	전체	18.1 (5.9)	22.0 (3.2)	0.3 (0.1)	2.5 (0.8)	15.5 (9.5)	9.8 (2.7)	5.4 (1.1)	12.4 (3.1)	2.5 (0.8)	0.1 (0.0)	0.6 (0.1)	4.2 (0.8)	1.6 (0.9)	5.0 (2.2)
	상급 종합	23.1 (5.7)	28.5 (3.6)	0.2 (0.1)	1.9 (0.4)	3.7 (1.0)	10.3 (1.8)	6.8 (0.3)	11.9 (1.6)	2.4 (0.3)	0.0 (0.0)	0.8 (0.1)	5.1 (0.3)	2.1 (0.6)	3.3 (2.1)
	종합 병원	20.1 (3.2)	26.6 (5.4)	0.7 (0.1)	2.2 (0.7)	10.1 (3.5)	6.4 (3.0)	7.2 (0.9)	12.3 (1.8)	1.4 (0.5)	0.3 (0.2)	0.8 (0.2)	6.2 (0.9)	2.0 (1.3)	3.6 (1.7)
	병원	18.0 (6.2)	9.2 (5.3)	1.2 (0.4)	2.0 (1.4)	27.2 (6.4)	0.5 (0.3)	5.0 (1.9)	1.4 (1.0)	27.9 (5.4)	0.1 (0.1)	0.8 (0.3)	2.0 (0.5)	-	4.8 (2.1)
2013 년	전체	19.3 (3.3)	34.8 (2.6)	0.3 (0.1)	2.1 (0.3)	8.3 (2.2)	6.7 (1.9)	5.6 (0.7)	10.4 (1.4)	1.1 (0.4)	0.1 (0.1)	0.5 (0.1)	3.4 (0.7)	1.1 (0.9)	6.3 (2.0)
	상급 종합	15.6 (3.2)	39.5 (1.3)	0.2 (0.0)	2.1 (0.4)	6.2 (2.0)	7.2 (2.3)	6.5 (0.6)	12.0 (2.0)	1.2 (0.5)	0.1 (0.1)	0.6 (0.1)	3.6 (1.0)	1.2 (1.7)	3.9 (1.4)
	종합 병원	23.3 (2.1)	36.6 (3.7)	0.7 (0.1)	1.9 (0.6)	6.1 (1.7)	8.2 (3.7)	4.8 (0.8)	10.4 (3.6)	0.5 (0.3)	0.1 (0.1)	0.4 (0.2)	4.0 (0.9)	1.0 (1.2)	1.8 (0.7)
	병원	21.2 (8.0)	18.1 (7.5)	0.7 (0.4)	2.5 (2.1)	19.6 (1.4)	3.6 (3.3)	3.3 (0.6)	1.7 (1.3)	8.9 (3.7)	0.1 (0.0)	1.0 (0.9)	2.5 (1.2)	0.1 (0.2)	16.7 (4.1)

주 : ()는 표준오차

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사», 2015.12.

4대 중증질환 보장 강화 정책은 이와 같이 실질적인 보장성 강화 효과가 미흡할 뿐만 아니라, 형평성 면에서도 한계를 안고 있다. 보장성 강화의 중요한 목적은 과중한 의료비 부담으로부터 국민을 보호하는 것인데, 질환별 접근은 이러한 목적을 달성하는 데 효과적이지 않기 때문이다.

2013년도 의료패널 자료를 기초로 4대 중증질환과 기타 중증질환³¹⁾, 비중증질환³²⁾으로 구분하여 가구당 연평균 의료비 부담액을 분석한 결과, 기타 중증질환자 보유 가구의 의료비 부담액이 4대 중증질환자 보유 가구와 유사하거나 오히려 더 큰 것으로 추정되었다.

[표 12] 질환별 외래 평균 의료비 부담액

(단위 : 개, 원)

	법정본인부담		비급여		약제비	
	가구수	부담액	가구수	부담액	가구수	부담액
비중증질환	2,665	182,837	2,663	425,730	2,649	116,101
4대 중증질환	3,205	337,663	3,205	511,120	3,184	344,935
기타 중증질환	2,259	376,448	2,259	552,822	2,244	341,224

자료 : 2013년 의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

2013년도에 외래 진료를 받은 환자를 보유한 가구들의 평균 의료비 부담액을 분석한 결과, 기타 중증질환자 보유 가구는 127만 494원을, 4대 중증질환자 보유 가구는 평균 119만 3,718원을, 비중증질환자 보유 가구는 72만 4,669원을 부담한 것으로 나타났다. 법정본인부담금과 비급여 본인부담금 모두 기타 중증질환자 보유 가구가 가장 부담이 크고, 다음이 4대 중증질환자 보유 가구이며, 비중증질환자 보유 가구는 가장 부담이 작다. 약제비의 경우만 4대 중증질환자 보유 가구가 기타

31) 중증질환에 대한 명확한 정의는 존재하지 않기 때문에, 폐혈증, 특정감염성 및 기생충성 질환(브루셀라증, 나병 등), 급성 회백수염(소아마비), 인체 면역결핍 바이러스질환, 각종 정신 및 행동 장애, 신경계통의 질환(알츠하이머병), 뇌성마비, 눈 및 눈부속기의 질환(실명 및 저시력), 순환기계통의 질환(급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장 질환), 심장판막증, 승모판협착, 죽상경화증, 소화기계통의 질환(독성 간질환, 염증성 간질환, 간경화, 간의 고름집), 근육골격통 및 결합조직의 질환(관절염, 요추 및 추간판장애) 등을 편의상 '기타 중증질환'에 포함시켰다.(김대환, "건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안", 「보험금융연구」 제26권 제2호(2015.5)의 정의를 인용함)

32) 4대 중증질환과 기타 중증질환에 포함되지 않는 기타 질환을 모두 포함한다.

중증질환자 보유 가구보다 약간 부담이 큰 것으로 나타났다. 외래 진료를 받은 경우, 기타 중증질환자 보유 가구가 4대 중증질환자 보유 가구보다 숫자는 적지만,³³⁾ 가구당 평균 의료비 부담은 더 크다는 것을 알 수 있다.

[표 13] 질환별 입원 평균 의료비 부담액

(단위 : 개, 원)

	법정본인부담		비급여		약제비	
	가구수	부담액	가구수	부담액	가구수	부담액
비중증질환	1,310	518,269	1,303	682,211	49	12,177
4대 중증질환	261	770,590	260	1,850,726	10	28,163
기타 중증질환	138	951,338	137	1,588,656	6	6,498

자료 : 2013년 의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

2013년도에 입원 진료를 받은 환자를 보유한 가구들의 평균 의료비 부담액을 분석한 결과, 4대 중증질환자 보유 가구는 평균 264만 9,479원을, 기타 중증질환자³⁴⁾ 보유 가구는 254만 6,492원을, 비중증질환자 보유 가구는 121만 2,657원을 부담한 것으로 나타났다. 법정본인부담금은 기타 중증질환자 보유 가구가 가장 부담이 크고, 다음이 4대 중증질환자 보유 가구이며, 비중증질환자 보유 가구는 가장 부담이 작다. 비급여 본인부담금은 4대 중증질환자 보유 가구가 가장 부담이 크고, 다음이 기타 중증질환자 보유 가구이며, 비중증질환자 보유 가구는 가장 부담이 작다.³⁵⁾ 법정본인부담금의 경우 기타 중증질환자 보유 가구의 부담액이 4대 중증질환자 보유 가구의 부담액에 비하여 연평균 18만원 높은 것으로 나타났는데, 이것은 4대 중증질환의 경우 산정특례에 의해 본인부담액이 5~10%의 적용을 받기 때문인 것으로 추정된다.

33) 일부 가구는 4대 중증질환자와 기타 중증질환자를 모두 보유한 것으로 나타났다.

34) 중증질환에 대한 명확한 정의는 존재하지 않기 때문에, 폐혈증, 특정감염성 및 기생충성 질환(브루셀라증, 나병 등), 급성 회백수염(소아마비), 인체 면역결핍 바이러스질환, 각종 정신 및 행동 장애, 신경계통의 질환(알츠하이머병), 뇌성마비, 눈 및 눈부속기의 질환(실명 및 저시력), 순환기계통의 질환(급성 류마티스열, 만성 류마티스 심장 질환), 심장판막증, 승모판협착, 죽상경화증, 소화기계통의 질환(독성 간질환, 염증성 간질환, 간경화, 간의 고름집), 근육골격통 및 결합조직의 질환(관절염, 요추 및 추간판장애) 등을 편의상 ‘기타 중증질환’에 포함시켰다.(김대환, “건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안”, 『보험금융연구』 제26권 제2호(2015.5)의 정의를 인용함)

35) ANOVA 분석 결과, 표본수가 작은 약제비를 제외하고 법정본인부담금과 비급여 본인부담금의 질환별 부담액 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

입원 진료를 받은 경우, 기타 중증질환자 보유 가구와 4대 중증질환자 보유 가구에 비하여 숫자는 52.9% 정도이지만, 가구당 평균 의료비 부담액은 약 10만원 정도 낮은 254만원에 이른다는 것을 알 수 있다.³⁶⁾ 또한 4대 중증질환에 대한 보장 강화 정책으로 법정본인부담금은 낮아졌지만,³⁷⁾ 높은 비급여 본인부담금으로 인하여 여전히 총 의료비 부담액은 비중증질환자 보유 가구보다 2.2배 정도 높은 것으로 나타났다. 이것은 앞서 2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사에서 4대 중증질환에 대한 보장 강화 정책에도 불구하고 4대 중증질환의 보장률이 유의미하게 증가되지 않은 것과 일맥상통하는 결과라고 볼 수 있다.

4대 중증질환이 아닌 다른 중증질환으로 인해 상당한 의료비 부담을 경험하거나 가계파탄을 경험하고 있는 가구들이 존재한다는 실증분석 결과가 있다. 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환에 걸릴 경우 의료비가 각각 120.0%, 215.2%, 130.8%, 72.6% 증가하는데, 다른 중증질환에 걸릴 경우에도 151.2% 증가하여 4대 중증질환자에 못지않은 비용부담이 발생하는 것으로 분석되어졌다.³⁸⁾ 2013년 의료패널 분석에 따르면, 재난적 의료비를 경험한 가구들 중에서 4대 중증질환자 보유 가구가 188개 가구인 반면, 기타 중증질환자 보유 가구도 140개 가구인 것으로 나타난다.³⁹⁾

이러한 분석 결과에서 나타나는 바와 같이, 4대 중증질환 보장 강화 정책은 법정본인부담을 줄이는 데는 어느 정도 성과를 보이는 반면, 비급여 본인부담 의료비는 여전히 높음을 알 수 있다. 또한 기타 중증질환의 경우 빈도수는 4대 중증질환보다 적지만 가구 중에 이러한 질환을 앓고 있는 환자가 있는 경우 법정본인부담과 비급여 모두 큰 부담을 줄 가능성이 크다는 것을 알 수 있다. 따라서 현재와 같은 4대 중증질환에 국한된 항목별 급여범위 확대는 과중한 의료비 부담을 줄여주는 데 한계가 있을 뿐만 아니라 질환별 보험급여의 형평성을 충족하지 못한다. 특히 4대 중증질환 보장 강화 정책은 저소득층에 집중되어 있는 재난적 의료비 발생을 예방

36) 4대 중증질환자 보유 가구와 기타 중증질환자 보유 가구만을 비교한 ANOVA 분석 결과, 법정 본인부담금은 기타 중증질환자 보유 가구의 의료비 부담이 통계적으로 유의미하게 높고, 비급여 본인부담금은 4대 중증질환자 보유 가구의 의료비 부담이 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

37) 4대 중증질환자 보유 가구와 비중증질환자 보유 가구만을 비교한 ANOVA 분석 결과, 법정본인부담금 차이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

38) 김대환, “건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안”, 『보험금융연구』 제26권 제2호(2015.5)

39) 전체 샘플 가구수는 7,059가구이고, 재난적 의료비 경험 가구들 중에는 외래에서 4대 중증질환과 기타 중증질환으로 모두 진료를 받은 가구들도 포함되어 있다.

하는 데도 한계가 있으며, 따라서 소득계층간 보험급여의 형평성을 개선하는 효과는 미미할 것으로 예상된다. 극단적으로 고소득층의 4대 중증질환자는 보장성 강화의 혜택을 보지만 저소득층의 기타 질환자는 혜택을 볼 수 없기 때문이다.

더불어 암환자의 사망 1년 동안의 의료이용을 분석한 연구에 의하면, 교육수준이 낮을수록 4대 대형병원⁴⁰⁾과 서울소재 3차병원 입원률이 현저하게 낮게 나타났다. 또한 소득수준과 암환자의 의료이용에 관한 다른 연구에서는 소득수준이 낮을수록 4대 대형병원 입원률이 낮게 나타났다.⁴¹⁾ 소득수준이 낮은 집단은 소득수준이 높은 집단에 비해 의료서비스의 질이 좋고 수술 건수가 많은 이와 같은 대형병원을 이용하는 확률이 낮기 때문에 4대 중증질환 보장성 강화의 혜택을 누리는 데도 불리한 형편이라고 볼 수 있다.

나. 저소득층에서 유병률 높은 만성질환의 관리 및 보장성 강화 미흡

「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획」에 “효과적인 만성질환⁴²⁾ 관리를 위한 의료 지원 강화” 과제가 포함되어 있으나, 만성질환 자가관리를 위한 지원강화, 만성질환 약제의 급여기준 확대, 지역사회 일차의료 시범사업 실시 및 제도화 등의 세부방안은 지엽적인 대책에 그치고 있으며 재정 투자액 규모도 총 신규 재정소요액 7조 4,360억원의 0.9~1.2%에 불과한 651~873억원 정도이다.

특히 고소득층에 비하여 저소득층으로 갈수록 고혈압과 당뇨 환자의 비율이 증가한다는 점에 주목할 필요가 있다. 2013년 의료패널 자료에 의하면, 가구소득 10분위 가구의 고혈압 유병자 비율이 14.5%인 반면, 소득이 감소할수록 그 비율이 증가하여 1분위 가구는 고혈압 유병자 비율이 46.4%로 약 3.2배에 이른다. 또한 가구소득 10분위 가구의 당뇨 유병자 비율이 4.7%인 반면, 1분위 가구는 당뇨 유병자 비율이 17.3%로 약 3.7배 높은 것으로 나타났다.

40) 서울대병원, 세브란스병원, 삼성서울병원, 서울아산병원

41) 조홍준, “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황”, 「대한의사협회지」, 2013년 봄, 56(3), 187~188쪽

42) 만성질환은 ‘경과가 길고 저절로 낫지 않으며, 완치가 어려운 질환’으로 정의할 수 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 만성질환을 감염성 질환에 대비되는 개념으로 비감염성질환으로 표현하고 있다.(박윤희, “만성질환 관리전략”, 「대한의사협회지」, 제57권 제10호, 2014.10.10.에서 인용)

[표 14] 가구소득 분위별 만성질환자 현황

(단위 : 명, %)

가구소득 분위	고혈압		당뇨		30세이상 총 가구원수 (C)
	유병자(B)	비율(A/C)	유병자(B)	비율(B/C)	
1	510	46.4%	190	17.3%	1,099
2	482	39.6%	189	15.5%	1,216
3	422	31.1%	163	12.0%	1,357
4	397	27.6%	136	9.5%	1,437
5	352	23.2%	123	8.1%	1,517
6	330	21.0%	117	7.4%	1,573
7	272	17.6%	116	7.5%	1,546
8	295	18.6%	100	6.3%	1,584
9	251	15.7%	87	5.4%	1,603
10	232	14.5%	75	4.7%	1,603
계	3,543	24.4%	1,296	8.9%	14,543

자료 : 의료패널(2013년) 자료 기초로 국회예산정책처 분석

만성질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 관한 연구⁴³⁾ 결과를 보면, 2007년도에 만성질환자가 없는 저소득가구는 지불능력 대비 의료비 비중이 3.5%인 반면, 만성질환자가 있는 저소득가구의 경우는 15.3%로 크게 상승하는 것으로 나타났다. 동 연구에서 중증질환자가 있는 저소득가구의 경우 지불능력 대비 의료비 비중이 21.6%로 나타난 점을 고려할 때,⁴⁴⁾ 만성질환이 중증질환 못지않게 저소득층의 의료비 부담에 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 고혈압과 당뇨는 질환 자체로 인한 의료비도 있지만, 만성신부전 등 진료비 부담이 큰 다양한 합병증을 유발한다는 점에서 의료비 부담에 큰 영향을 미치게 된다.⁴⁵⁾ 이러한 결과는 만성질환에 대한 관리와 보장성이 미흡할 경우 저소득층의 의료비 부담이 커질 수 있음을 보여준다.

43) 최정규 외, “보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향”, 「보건행정학회지」 제21권 제2호, 2011.

44) 중증질환자가 없는 저소득가구의 지불능력 대비 의료비 비중은 12.4%이다.

45) 예를 들어, 고혈압은 관상동맥 질환과 뇌졸중의 주요 위험 인자이며, 합병증으로는 심부전, 말초혈관 질환, 신장 손상, 망막 출혈, 시야 결손 등이 있다.

세계보건기구(WHO)도 만성질환 관리를 위해 각국의 보건의료체계 개편을 권고하고 있다. 1차 의료를 강화하여 만성질환 예방과 관리의 중심으로 구축하고, 의료기관을 중심으로 보건기구, 시민단체 등이 같이 참여하는 거버넌스를 구축하며, 담배·술 등에 세금을 높여 재원을 마련하고, 관리지침과 같은 기술적 지원체계를 개발하고 등록 및 정보체계를 구축하며, 만성질환관리법 등 제도적 뒷받침이 필요하다는 점을 강조하고 있다. 우리나라도 2008년부터 고혈압, 당뇨병 등록관리사업을 시작하였으나, 건강증진기금에서 65세 이상 노인에게 진료비와 약값을 감면해 주고 의원에 약간의 등록비를 지원하는 데 그치고 있다. 사업의 중심을 지역사회 1차 의료기관인 동네의원을 중심으로 구축하고, 건강증진기금과 담배세 등의 재원을 이용하여 만성질환 관리와 보장성 강화를 위한 투자를 늘려야 할 것이다.⁴⁶⁾

다. 선별급여 도입에 따른 의료서비스 양극화 심화

정부는 4대 중증질환 보장성 강화 차원에서 기존의 비급여 항목을 급여권으로 끌어들이고 그 성격에 따라 본인부담을 기존의 급여 항목보다 높게 설정할 수 있도록 하는 선별급여라는 새로운 제도를 도입하였다. 기존 비급여 의료서비스 중 의학적 효과와 경제성이 좋은 것은 필수의료로 분류하여 기존과 같은 낮은 본인부담률(5~10%)을 적용하는 반면, 경제성이 낮거나 불분명한 것은 선별급여로 분류하여 높은 본인부담률(50~80%)을 적용하는 것이다.

선별급여 제도를 도입한 것은 기존의 항목별 급여범위 확대전략이 풍선효과로 인해 건강보험 보장률을 높이는 데 효과적이지 못했기 때문이다. 이것은 학계에서 요구되던 급여 확대 전략으로서의 ‘본인부담률 차등 적용방식’을 제도화한 것이라고 볼 수 있다.⁴⁷⁾ 선별급여를 도입함으로써 법률적으로는 성형수술처럼 명백한 비필수 의료를 제외한 모든 의학적 비급여를 전면적으로 급여화하는 것이 가능해졌다는 점에서 의미가 있다. 이를 전면적으로 도입할 경우 비급여 진료비가 빠르게 늘어나는 것을 근원적으로 차단할 수 있을 것으로 기대된다.

그러나 현행 선별급여 제도는 4대 중증질환에 한정되어 실시되고 있으며, 2014년과 2015년 각각 13개 항목 등 총 26개 항목이 지정되었다. 이 중에는 양전자단층

46) 박윤형, “만성질환 관리전략”, 『대한의사협회지』 제57권 제10호, 2014.10.10.

47) 정형선, “건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제(학계)”, 『HIRA 정책동향』 제9권 3호(2015년 5/6월), 2015.5.1.

촬영(PET)과 같이 의학적 효과와 경제성이 입증되었지만 건강보험 급여에 포함시킬 경우 재정지출 규모가 커서 비급여로 분류되어 있던 것도 있고, 초음파 절삭기 등 위급성, 중증도가 높은 질환을 대상으로 하여 사회적 요구도가 크거나 환자와 의료인의 편의성을 높일 수 있는 의료서비스가 포함되어 있다.

[표 15] 선택급여 항목 명세

종류	항목	구분	본인 부담률(%)
행위	척수강내 약물주입술	비급여→급여(선별)	50
행위	F-18 플루오리드 뼈 양전자단층촬영	비급여→급여(선별)	80
행위	캡슐내시경	비급여→급여(일부선별)	80
행위	F-18 FP-CIT 뇌 양전자단층촬영	비급여→급여(선별)	80
행위	I-123 FP-CIT 뇌 단일광자단층촬영	비급여→급여(선별)	80
치료재료	(관혈적)부정맥의 냉각도자절제술(cryo ablation probe)	비급여→급여(선별)	80
행위	비승인 조혈모세포이식	기준확대(선별)	50
치료재료	전파 초음파 절삭기(내시경하)	비급여→급여(선별)	50/80
치료재료	flo wire	비급여→급여(선별)	80
행위	신경계수술을 위한 수술중 CT무탐침정위기법	비급여→급여(선별)	50/80
행위	신경계수술을 위한 무탐침정위기법	비급여→급여(선별)	50/80
행위	이비인후과영역수술을 위한 무탐침정위기법	비급여→급여(선별)	50/80
치료재료	일시적 혈관폐쇄용 기구	기준확대(선별)	50
행위	유방재건술(유륜-유두재건술, 유방교정술)	비급여→급여(선별)	50
행위	뇌자기파 지도화검사(자발 뇌활동 자기검사)	비급여→급여(선별)	80
행위	유발 뇌자기파 기능적지도화검사(뇌자기 기능적 지도화)	비급여→급여(선별)	80
치료재료	초음파 전파 절삭기(1회용-관혈적)	비급여→급여(선별)	80

종류	항목	구분	본인 부담률(%)
행위	경피적대동맥판삽입술(TAVI, 신의료)	비급여→급여(조건부선별)	80
행위	C-11 메치오닌 양전자단층촬영(PET)	비급여→급여(선별)	80
치료재료	흉골접합용 기구	비급여→급여(선별)	50
치료재료	중재적시술시 사용되는 색전적출용 CATHETER 등	비급여→급여(일부선별)	80
치료재료	혈관 중재적 시술 후 지혈용 재료	비급여→급여(기준선별)	80
치료재료	요관 금속스텐트	비급여→급여(선별)	80
치료재료	흉부지지대(chest cardiac)	비급여→급여(선별)	50
치료재료	흉부지지대(갑상선내시경수술용)	비급여→급여(선별)	50
치료재료	경요도적(TRANSURETHRAL) 조직 절제 및 응고용 전극	비급여→급여(선별) 재사용50, 일회용80	50,80

자료 : 보건복지부 제출(2016.4.)

그런데 선별급여 제도는 높은 50~80%의 본인부담률 때문에 중소득층 이상의 이용은 증가하는 반면 저소득층은 해당 의료서비스를 이용하지 못하는 의료서비스의 양극화 현상을 심화시킬 수 있고, 결국 보험급여의 소득계층 간 형평성에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 높다.⁴⁸⁾

저소득층은 의료비 부담액이 가처분 소득에서 차지하는 비중이 크기 때문에 의료서비스에 대한 수요가 경제적 비용에 민감할 수밖에 없다. 2013년 국민건강통계에 따르면, 저소득층은 의료기관에 가고 싶음에도 경제적 이유로 인하여 치료를 포기하는 경우가 많은 것으로 나타난다. 소득수준 “하”의 경우 연간미치료자⁴⁹⁾ 중에서 경제적 이유로 인한 미치료자의 비중이 44.6%로 소득수준 “상”의 경우 (13.9%)보다 3.1배 높다.

48) 김윤, “4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가”, 「대한의사협회지」 2014.3.;57(3)

49) 만 19세 이상의 사람들 중에서 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 자들을 의미한다.

[표 16] 연간미치료자의 미치료이유(병의원): 소득수준별

(단위: %)

		n	경제적 문제		예약이 힘들어서		교통 불편		이용시간 없음		기다리기를 싫어서		가벼운 증상		기타	
			분율	표준 오차	분율	표준 오차	분율	표준 오차	분율	표준 오차	분율	표준 오차	분율	표준 오차	분율	표준 오차
전체	19세 이상	706	26.6	(2.1)	2.0	(0.7)*	4.8	(0.9)	29.9	(2.0)	4.8	(0.9)	22.5	(2.0)	9.4	(1.3)
소득 수준	하	195	44.6	(4.4)	1.3	(0.9)**	4.7	(1.4)*	21.3	(3.3)	1.7	(0.8)*	17.7	(3.2)	8.7	(2.4)*
	중하	186	27.5	(3.5)	0.5	(0.5)**	2.7	(1.1)*	30.3	(3.9)	4.8	(2.0)*	25.6	(4.1)	8.6	(2.2)*
	중상	180	19.1	(3.1)	2.0	(1.0)*	5.4	(2.0)*	35.1	(3.7)	6.5	(2.3)*	20.5	(3.0)	11.4	(2.7)
	상	141	13.9	(3.7)*	4.4	(2.3)**	6.8	(2.4)*	34.1	(4.5)	6.3	(2.4)*	26.4	(4.3)	8.2	(2.5)*

주: 1. 소득수준: 월가구균등화소득(월가구소득/√가구원수)을 성별·연령별(5세단위) 사분위로 분류
 2. 표준오차에 붙은 *는 변동계수(coefficient of variation) 25-50%, **는 변동계수 50%이상을 의미함. 변동계수는 표준편차를 평균값으로 나눈 것으로 평균값이 다른 데이터 간의 퍼진 정도를 비교할 때 사용함.

자료: 보건복지부, 「2013 국민건강통계」, 2014. 12.

이렇게 경제적 문제가 저소득층의 의료서비스 이용 행태에 큰 영향을 준다는 결과는 저소득층의 경우는 50~80%에 이르는 본인부담을 감당하기 어려워서 선별급여 제도 도입에도 불구하고 해당 의료서비스 이용을 포기할 수 있음을 보여준다. 반면 중산층 이상의 경우 선별급여 제도의 도입으로 기존의 비급여 항목에 대하여 일부 지원이 이루어지고 가격이 통제됨으로써 해당 의료서비스에 대한 수요가 증가하고, 이로 인한 혜택을 누릴 수 있다. 결국 비급여 항목의 급여화로 본인 부담을

경감한다는 선별급여 제도 도입의 취지와는 무관하게 동 제도가 의료서비스 이용의 양극화 현상을 심화시키고, 보험급여의 소득계층간 형평성에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있다는 것이다.

정부가 풍선효과를 방지하기 위해 도입한 선별급여 제도가 효과를 나타내기 위해서는 적용 범위를 확대하는 것과 더불어 난이도가 높은 신의료기술이 안전하고 효과적으로 시행될 수 있도록 일정한 조건을 갖춘 병원과 의사만 시술할 수 있도록 하는 제도도 필요하다.⁵⁰⁾ 2015년 6월부터 경피적 대동맥판삽입(TAVI) 1항목에 대하여 이러한 취지를 가지고 있는 “조건부 선별급여” 제도를 시행하고 있다.⁵¹⁾ 또한 응급이 아닌 고가시술은 의학적으로 꼭 필요한 환자에게만 시술될 수 있도록 보장하는 사전승인제도가 필요하다.⁵²⁾

이러한 제도의 확립을 전제로 선별급여 제도가 형평성을 저해하지 않도록 본인부담상한제에 선별급여까지 포함시키는 등 저소득층을 위한 지원책을 마련해야 할 것이다. 또한 선별급여 제도는 4대 중증질환에 국한되지 않고 전체 질환에 대해서 같은 원칙이 적용되도록 해야 한다.

2. 3대 비급여 대책 평가

정부는 3대 비급여 문제를 개선하기 위하여 고액 비급여를 적극 해소하고, 불필요한 비급여의 증가를 억제하는 관리체계를 도입하는 방향의 세부과제를 추진하고 있다.⁵³⁾ 동 계획에 따르면, 선택진료비를 2017년까지 단계적으로 축소·폐지하고, 일반 병상을 확충하며, 포괄간호서비스⁵⁴⁾에 대한 건강보험 적용을 2018년까지 전국 병원으로 확대하는 것으로 되어 있다.

50) 김윤, “의료서비스의 가치 극대화를 통한 건강보험의 보장성 강화와 지속가능성 제고”, 「HIRA 정책동향」 제7권 5호, 2013.

51) 「국민건강보험법」 개정(제13985호, 2017.3.23. 시행)을 통해 법적 근거를 마련하였다.

제42조의2 (요양기관의 선별급여 실시에 관한 관리)제42조제1항에도 불구하고, 선별급여 중 자료의 축적 또는 의료 이용의 관리가 필요한 경우에는 보건복지부장관이 해당 선별급여의 실시 조건을 사전에 정하여 이를 충족하는 요양기관만이 해당 선별급여를 실시할 수 있다.

52) 김윤, “의료서비스의 가치 극대화를 통한 건강보험의 보장성 강화와 지속가능성 제고”, 「HIRA 정책동향」 제7권 5호, 2013.

53) 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획(2015. 2.)」 참조

54) 개정된 의료법(2015.2.9, 시행 2016.9.30)에 따라 ‘간호·간병통합서비스’로 명칭이 변경되어 2016년 사업지침 및 홍보자료 등에는 변경된 명칭을 사용 중이다.

가. 선택진료비 축소 및 상급병실료 개편에 따른 제도 보완 필요

선택진료비는 2017년까지 폐지하고 모두 건강보험을 적용할 계획이다. 2014년은 선택진료비를 진료항목별 20~100%에서 15~50%로 축소함으로써 평균 35% 축소하고, 2015~2016년에는 선택의사 지정 비율을 병원별 80%에서 진료과목별 30%로 축소하며, 2017년에는 나머지 33% 선택의사의 비급여 선택진료비에 대해서도 건강보험을 적용하는 것이다. 상급병실료는 4~5인실에 대해서도 건강보험을 적용하여 일반병상으로 확대하고, 상급종합병원 등의 일반병상 의무 확보 비율을 50%에서 70%로 상향 조정하였다.

정부는 선택진료비 축소에 의하여 2014년도 선택진료비 총 규모가 연간 1조 4,365억원에서 8,931억원으로 약 38% 감소하고, 상급병실 개편에 의해 입원료 본인 부담이 총 1조 1,772억원에서 9,879억원으로 약 16% 감소한 것으로 분석하고 있다.⁵⁵⁾ 앞서 언급한 바와 같이 「2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사」에서도 비급여 본인부담금에서 선택진료비와 상급병실료의 비중이 감소한 것으로 나타났다. 또한 2014년 비급여 본인부담률이 17.1%로 0.9%p 감소하였고, 건강보험 보장률은 63.2%로 2013년에 비해 1.2%p 상승한 것으로 나타났는데, 이것도 선택진료비 축소 등의 영향이 큰 것으로 분석된다. 이와 같이 선택진료비 축소 및 상급병실료 개편은 비급여 감소와 이를 통한 보장성 강화에 어느정도 기여한 것으로 평가된다.

그런데 정부는 선택진료비 축소에 따라 감소되는 병원의 수익 약 1.5조원 중 1/3은 수술 및 처치 수가 인상으로 해소하고, 1/3은 의료질평가 결과에 따라 진료비를 가산하는 의료질향상분담금 제도를 통해 보완해주며, 나머지 1/3은 ‘전문진료의사 가산’으로 명칭이 변경되어 남게 된다. ‘전문진료의사 가산’ 제도는 진료과 단위로 의사숫자의 1/3까지 전문진료의사로 지정할 수 있도록 하는 것인데, 동일한 진료과, 예를 들어 정형외과 내에도 척추, 허리, 골반 등 세부 전문 분야가 나누어져 있다는 점에서 선택권을 보장해주는 효과는 기대하기 어렵다는 문제점이 지적되고 있다. 수술 및 처치 수가를 인상해 주는 것을 전제로 폐지를 추진하고 있는 선택진료비 제도가 전문진료의사 가산제로 명칭만 바뀔 뿐 그대로 유지되는 것 아니냐는 우려가 있다.⁵⁶⁾ 정부는 이를 반영하여, 추후 전문진료의사 가산제가 국민의 선

55) 보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 136쪽, 2015. 2.

56) 진료과별로 누구를 전문진료의사로 지정할 것인가 때문에 첨예한 의견 대립이 발생하는 문제도 있다고 한다.(김윤, 국회예산정책처 전문가 간담회, 2016.4.26.)

택권을 보장해준다는 취지에 맞게 설계되도록 해야 할 것이다.⁵⁷⁾

의료질향상분담금 제도는 우수한 의료기관에 대한 수가 보상을 통해 의료서비스의 질 향상을 도모한다는 취지를 가지고 있지만, 선택진료비 축소로 인한 병원의 수익 감소를 보완해주는 데 초점을 맞추다보니 이러한 취지를 달성하는 데는 미흡한 실정이다. 선택진료비 축소로 인한 손실을 가장 근접하게 메워주기 위하여, 상대평가에 의해 1~6등급으로 나눈 후 1~5등급에 대해서는 가산해주고 6등급은 등급외로 가산해주지 않는 것으로 설계되었는데,⁵⁸⁾ 등급간 간격과 가산 수가 등이 기형적인 형태로 운영되고 있다. 의료기관의 질 향상을 유도하기 위해서는 상대평가를 절대평가 방식으로 바꿀 필요가 있다. 상대평가는 평가결과의 불확실성 때문에 병원의 질 향상 동기를 효과적으로 유도하지 못하고, 경쟁을 유발하기 때문에 병원 간 지식과 경험을 공유하기 어렵게 만드는 문제점이 있다.⁵⁹⁾ 각 등급별 간격 및 지원 수가도 조정할 필요가 있다. 또한 합리적인 의료기관 평가를 위해서는 체계적인 새로운 평가지표 개발을 위해 연구가 필요하다.⁶⁰⁾

정부는 상급병실료 개편으로 인한 수익 감소를 보완해주기 위하여 격리실, 신생아실, 낮병동 입원료를 인상하고, 중환자실 및 준중환자실, 무균치료실, 납차폐특수치료실 등 입원료 수가를 인상해 주었다. 그런데 상급병실료 대책이 실효성을 달성하기 위해서는 일반병상 비중을 80%까지 확보할 필요가 있다는 지적이 있다.⁶¹⁾ 현재 상급종합, 종합 병원의 일반병상 확보 의무를 70%로 하고 있는데, 이를 보완하기 위해서는 격리실 등 특수병상의 건강보험 적용 범위를 확대할 필요가 있다.

나. 포괄간호서비스 확대를 위한 기반 조성 필요

정부는 간병비 부담을 줄이기 위해 2018년까지 포괄간호서비스 제도를 전체 병원으로 확대한다는 계획인데, 동 제도가 정부의 계획대로 추진되기 위해서는 향후 포괄간호수가의 인상과 유휴간호인력 채용 정책 확대 등 더욱 강한 추진 의지가 필요할 것으로 보인다.

57) 보건복지부는 전문진료의사 가산제 도입모형 마련을 위한 연구의 착수를 준비 중이라고 한다.

58) 재정 부담이 없는 방식(Budget Neutral)으로 시행되고 있다.

59) 김윤, “의료질향상분담금 무엇을 평가해서 어떻게 보상할 것인가?”, 「병원」 통권 356호(2015년 7/8월), 2015.7.1

60) 보건복지부는 의료질향상분담금의 평가 지표 및 수가 산정 모형(등급 및 가산수준 등)을 대폭 개편하여 2016년 9월부터 실행할 예정이라고 한다.

61) 김윤, 병협 KHA 글로벌 의료정책 포럼 발제자료(2013.7)

동 제도는 사적 간병부담 해소 및 간병의 질 향상을 위하여 간호사·간호보조인력 등 팀간호체계로 간병을 포함한 포괄간호서비스를 제공하는 것인데, 포괄간호서비스에 대한 수가를 마련하여 건강보험을 적용하는 것으로 계획되어 있다. 간호인력 충원 여건을 고려하여 2015~2017년 동안 병원 자율에 의해 지방 중소병원에 대하여 건강보험을 적용하고, 2018년 이후에는 전체 병원으로 건강보험 적용을 확대한다.

[표 17] 포괄간호서비스 연도별 추진계획

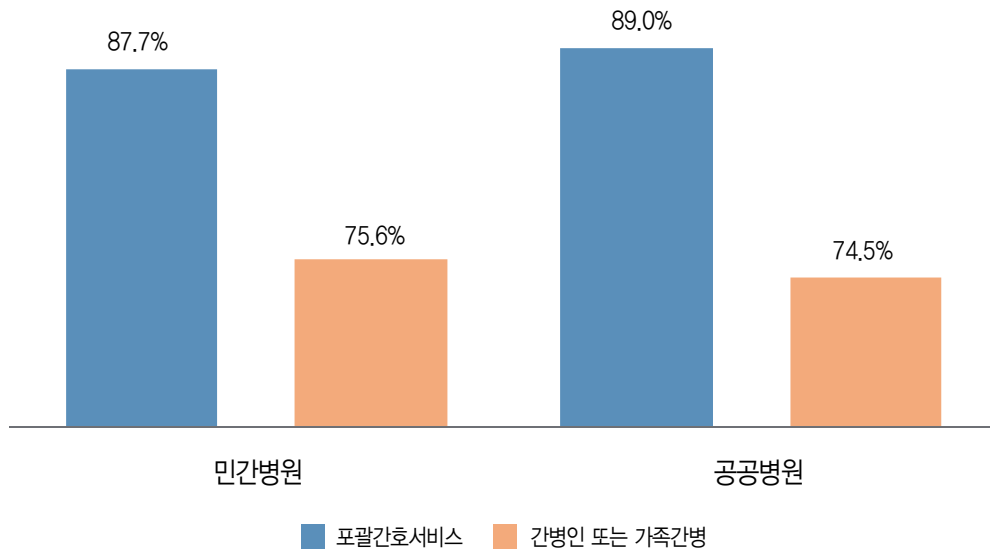
	2014년	2015~2017년	2018년 이후
추진단계	국고 시범사업	건강보험 적용(병원 자율)	건강보험 적용 확대
대상병원	공공병원 등	지방 중소병원	전체 병원
규모	190억원(국비)	4,800억원	940억원

자료: 보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 2015. 2.

2013년 10월부터 2014년 10월 사이에 수행된 시범사업에 대한 만족도 조사 결과에 따르면,⁶²⁾ 민간병원과 공공병원에서 수행된 포괄간호서비스 시범사업에 대한 만족도가 각각 87.7%, 89.0%로, 간병인 또는 가족간병이 이루어진 병동에 비해 시범병동이 간호서비스에 대한 만족도가 10%p 이상 높은 것으로 나타난다([그림 3] 참조). 또한 강하게 권고하겠다는 응답이 43.5%, 권고하겠다는 응답이 41.6%로 나오는 등 환자의 85% 이상이 포괄간호서비스 시행 병동을 다시 이용하고 싶으며, 주위에 입원을 권고하겠다고 답변하였다([그림 4] 참조).

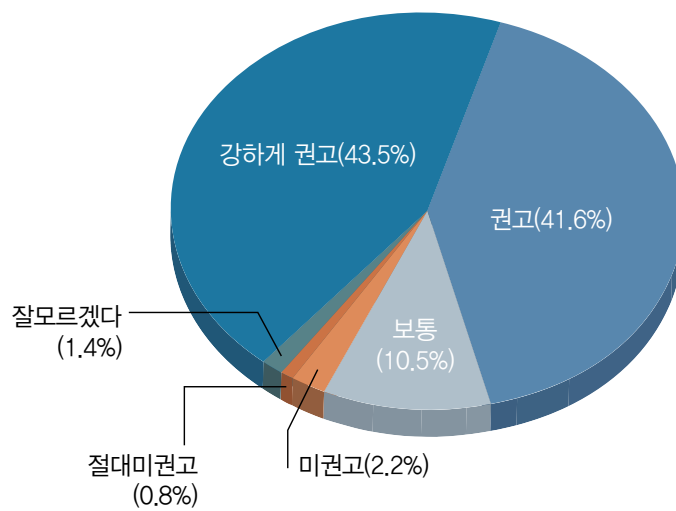
62) 보건복지부, 「포괄간호서비스 시범사업 기술지원 및 모니터링 연구」, 고려대학교, 2014.

[그림 3] 포괄간호서비스 시범사업 만족도



자료: 보건복지부 제출자료(2015. 5.)

[그림 4] 포괄간호서비스 주위 권고 의향(만족도)



자료: 보건복지부 제출자료(2015. 5.)

동 연구⁶³⁾ 결과에 따르면, 간호사의 주기적 모니터링으로 욕창 및 낙상이 감소하였고,⁶⁴⁾ 간호인력 확대배치로 팀 단위의 간호서비스 제공 여건이 조성되어, 근무 강도 및 초과근무가 감소하고 직무만족도가 증가하였다.

이와 같이 포괄간호서비스 시범사업에 대하여 서비스 이용자와 공급자 모두 긍정적인 평가를 하고 있으나, 포괄간호서비스를 제공하고 있는 병원은 지역별로 편중되어 있는 것으로 나타났다. 2015년 4월 현재, 포괄간호서비스 적용 병원은 민간병원 118개소, 공공병원 30개소 등 총 148개소이다([표 18] 참조). 포괄간호서비스를 적용하고 있는 민간병원 118개소 중에서 서울, 인천, 경기 등 수도권과 부산광역시에 83개소(70.3%)가 위치하고 있다. 경기도를 제외한 도지역 전체를 통틀어 동 서비스를 제공하고 있는 병원은 21개소에 불과하고, 제주도에선 지정된 민간병원이 없는 실정이다. 또한 포괄간호서비스 지정 병원 중에서 동 서비스를 제공하는 병동이 적은 비중을 차지하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 지정 병원의 총 병상 대비 포괄간호서비스 병상의 비율은 28.8%인데, 울산광역시, 충청북도, 전라남도, 전라북도, 제주특별자치도의 지정 병원의 경우 20% 미만의 비중을 보인다. 이런 점들을 고려할 때, 아직까지 동 서비스가 실질적으로 확대되고 있다고 볼 수는 없다.

63) 보건복지부, 「포괄간호서비스 시범사업 기술지원 및 모니터링 연구」, 고려대학교, 2014.

64) 1,000명당 낙상 발생 건수가 비시범병동 4.4건, 시범병동 3.6건으로 약 19% 감소하였고, 1,000명당 욕창 발생 건수가 비시범병동 5.4건, 시범병동 1.4건으로 약 75% 감소하였다.

[표 18] 포괄간호서비스 적용 병원 현황(2016. 4. 30. 기준)

(단위 : 개)

지역	지정 병원 수			지정 병원 내 병상 수		
	민간	공공	계	총 병상	포괄간호병상	비율(%)
서울	18	4	22	4,433	2,023	45.6
부산	18	1	19	4,799	1,250	26.0
인천	13	1	14	5,123	1,818	35.5
대구	4	1	5	740	313	42.3
대전	6	0	6	1,968	395	20.1
광주	3	1	4	767	218	28.4
울산	1	0	1	246	40	16.3
세종	0	0	0	0	0	-
경기	34	5	39	9,943	2,822	28.4
강원	1	2	3	524	105	20.0
충남	2	4	6	1,351	316	23.4
충북	2	2	4	1,589	172	10.8
전남	5	2	7	1,833	264	14.4
전북	3	1	4	1,351	236	17.5
경남	3	2	5	912	319	35.0
경북	5	3	8	2,115	601	28.4
제주	0	1	1	195	30	15.4
합계	118	30	148	37,889	10,922	28.8

자료: 보건복지부 제출자료(2016. 5.)를 기초로 국회예산정책처 작성

이렇게 포괄간호서비스 적용 병원이 지역적으로 편중되고 실질적으로 확대되지 못하는 현상은 간호 인력 수급의 지역적 불균형과 관련이 있다. 포괄간호서비스 2차 시범사업 결과 간호인력 채용률이 50%에 불과하고, 2014년에 시범사업을 하겠다고 표명한 지방병원 중에서 7개소가 계획한 인력을 확보하지 못하여 시범사업을 시행하지 못한 것으로 나타났다.⁶⁵⁾ 2015년도부터 포괄간호 수가⁶⁶⁾ 적용 금액이 평

균입원료에서 32~81% 증가한 6만5,000원~8만3,300원으로 결정되었음에도⁶⁷⁾ 지방 병원의 경우 간호 인력 추가 확보 및 근무 시간 조정에 따른 인건비 부담으로 인하여 신청하지 못하는 병원이 많다. 포괄간호서비스가 메르스 사태 이후 수도권 병원까지 확대되면서 시행 병원의 숫자는 많이 증가하였으나, 여전히 지방병원들의 참여는 저조한 상황이다.

이러한 문제점을 개선하고 포괄간호서비스의 확대 및 정착을 위해서는 무엇보다 간호 인력의 적정공급 방안을 모색할 필요가 있다.

우리나라의 활동 간호사수는 OECD 평균과 비교하여 낮은 수준이다. 간호사수 대비 입원 환자수는 일본 1:7명, 영국 1:8.6명인데 비해 한국은 1:15~20명이고,⁶⁸⁾ 급성기 병상수 대비 간호사수는 OECD 국가 평균 1.1명과 비교하면 우리나라는 0.32명에 불과하다.⁶⁹⁾

한국형환자분류도구(KPCS-1)⁷⁰⁾를 이용한 간호인력 수요추정 결과,⁷¹⁾ 포괄간호 서비스를 적용하기 위해서는 상급종합병원 7,307명, 종합병원 1만 3,262명, 병원 2만 7,513명 등 총 4만 8,082명의 간호사가 추가로 필요한 것으로 추계되었다. 간호 보조인력(간호조무사)도 3만 30명이 추가로 필요하다.⁷²⁾

앞서 언급한 바와 같이 우리나라는 특히 간호 인력이 대도시 지역과 상급종합병원으로 쏠리는 현상이 심하여 중소병원, 지방에서의 간호사 부족이 심각하다. 그런데 상급종합병원 간호사의 이직 사유 중에는 결혼, 출산 및 육아 등이, 종합병원

65) 이용균, 「포괄간호서비스제도 도입의 정책과제」, KIHIM 정책리포트 23호, 한국병원경영연구원, 2015.

66) 기존 입원료 대신 의학관리료, 병원관리료, 포괄간호료 등에 5% 가산을 부여하는 ‘포괄간호 병동입원료’ 개념을 도입하였으며, 입원일수에 따른 체감제가 포함돼 16~30일까지의 입원료는 원가의 90%로, 31일째부터는 85%로 산정되었다. 또한 내과·정신질환자·만8세 미만 소아는 중별 최저 입원료의 5%를 해당 입원료에 가산하고, 0~6시 사이 입원 혹은 18~24시 사이에 퇴원 시 입원료의 50%가 별도로 산정되었다.

67) 국민건강보험공단, ‘포괄서비스 건강보험 수가 시범사업 설명회’ 자료(2014.11.21.)

68) OECD Health Data(2013), [이용균, 「포괄간호서비스제도 도입의 정책과제」, KIHIM 정책리포트 23호, 한국병원경영연구원, 2015.]에서 재인용

69) 안형식·김현정, “입원환자에 대한 포괄간호서비스 제도 도입을 위한 과제”, 「병원경영·정책연구」 제4권 1호(2015년 1월), 6~16쪽, 한국병원경영연구원, 2015.1.15

70) 일반병동 환자를 대상으로 환자를 분류하고 이에 대한 간호시간 환산지수를 개발하였다.

71) 안형식·김현정, “입원환자에 대한 포괄간호서비스 제도 도입을 위한 과제”, 「병원경영·정책연구」 제4권 1호(2015년 1월), 6~16쪽, 한국병원경영연구원, 2015.1.15

72) 간병 업무의 성격상 간호조무사의 고용 확대가 필요한데, 간호사들은 간병 업무를 수행하는 것을 싫어하면서도 간호조무사 고용 확대에는 반대하는 입장이다.(김윤, 국회예산정책처 전문가 간담회, 2016.4.26.)

과 병원급의 경우 타병원으로의 이직이 가장 중요한 것으로 나타난다.⁷³⁾ 따라서 간호 인력의 공급 확대도 중요하지만, 간호사의 이직을 감소시키고 전체 간호인력의 40%에 달하는 유휴인력⁷⁴⁾을 노동 시장으로 유도하는 정책을 보다 적극적으로 추진하는 것이 필요하다. 중소병원 간호사의 이직 및 퇴직을 감소시키기 위해서는 임금 현실화, 업무 부담 경감 등 근무환경 개선이 필요할 것이다. 유휴인력의 활용을 위해서는 일과 가정 양립을 위한 병원 내 보육시설 설치·운영 지원, 유휴간호사 채용 의료기관에 대한 인센티브 지급 등을 고려할 수 있다.⁷⁵⁾

또한 포괄간호서비스를 적용함에 따른 추가 간호 인력 고용을 위해서는 중소병원을 위한 수가 보전 등 재정 확보 방안이 필요할 것으로 판단된다. 포괄간호서비스를 위해 추가로 필요한 인건비, 관리비를 추정한 결과, 2013년 기준으로 상급종합병원 4,123억원, 종합병원 7,634억원, 병원 1조 2,972억원 등 총 2조 4,729억원으로 추계되었다.⁷⁶⁾ 정부는 지방 중소병원이 자율적으로 포괄간호서비스를 적용토록 하는 데 2015~2017년 동안 4,800억원을, 2018년 이후 전체 병원으로 확대하는 데 940억원의 재정을 투입할 계획인데, 포괄간호서비스의 정착을 위해서는 포괄간호수가 현실화 등 재원 확보 방안에 대한 재검토가 필요할 것이다.

3. 본인부담상한제 강화 대책 평가

가. 본인부담상한제 단계 세분화의 성과와 한계

「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획」에서 “취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화”를 위한 추진방안의 중심은 본인부담 상한제 세분화 방안이다. 제2장 [표 6]에서 볼 수 있는 바와 같이 본인부담상한제를 제외하고는 취약계층 대책으로 장애인에 대한 보장구 지원 강화, 휴대용 산소치료, 재가 호흡보조기 지원 확대 등 극히 국한된 항목에 대한 투자 계획만을 포함하고 있다. 이들 대책을 위한 재정 소요

73) 안형식·김현정, “입원환자에 대한 포괄간호서비스 제도 도입을 위한 과제”, 「병원경영·정책연구」 제4권 1호(2015년 1월), 6~16쪽, 한국병원경영연구원, 2015.1.15.

74) 출산 및 육아를 위해 취업을 포기했거나 직장을 그만 둔 간호인력들이 많은 비중을 차지한다.

75) 보건복지부는 “간호인력 지원센터”를 운영함으로써 이러한 문제를 개선할 계획이다.

76) 안형식·김현정, “입원환자에 대한 포괄간호서비스 제도 도입을 위한 과제”, 「병원경영·정책연구」 제4권 1호(2015년 1월), 6~16쪽, 한국병원경영연구원, 2015.1.15.

액 규모도 876~1,007억원으로 총 신규 재정소요액 7조 5,884억원~7조 9,186억원⁷⁷⁾의 1.2~1.3%에 불과한 미미한 수준이다.

정부는 저소득층에 대한 건강보험 지원을 강화하기 위하여 2014년 1월부터 본인부담상한제를 기존의 3단계에서 7단계로 세분함으로써 다음 [표 19]와 같이 저소득층(1~3분위)의 상한액을 낮추고 고소득자(10분위)는 상한액을 높였다. 정부는 본인부담상한제의 등급을 세분화하기 위하여 2014~2017년 동안 2,900억원, 3,298억원, 4,262억원, 4,262억원 등 총 1조 4,722억원의 재정을 추가로 투입할 계획이다. 이와 같은 재정 투입 규모를 볼 때 본인부담상한제가 정부의 취약계층 대책에서 가장 중요한 비중을 차지하고 있다고 볼 수 있다.

[표 19] 본인부담상한제 등급 세분화(2014년 1월 시행)

소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2013년	200만원(하위 50%)			300만원(중위 30%)		400만원(상위 20%)	
2014년	120만원	150만원	200만원	250만원	300만원	400만원	500만원

주 : 2015년부터 매년 본인부담상한액에 전국소비자물가지수변동율을 적용하여 산출

정부의 발표에 따르면, 2014년도 의료비에 대한 본인부담상한제 적용 결과 47만 9,000명이 8,706억원의 혜택을 받은 것으로 나타났다.⁷⁸⁾ 2013년도와 비교할 때, 대상자는 16만 2,345명(51.2%), 환급액은 1,932억원(28.5%) 증가된 수치이다.⁷⁹⁾ ([표 20] 참조) 특히 7단계로 세분화됨에 따라 혜택을 보게 된 1~3분위와 6~7분위에 서 대상자와 환급액 모두 크게 증가한 반면, 10분위는 감소한 것을 볼 수 있다. 이것은 동 제도가 저소득층의 의료비 부담을 경감해 준다는 취지에 부합하는 결과이다.

77) 총 재정소요액은 국회예산정책처가 보건복지부의 중기보장성 강화 계획 보고서의 세부과제별 소요재정(상한 및 하한)을 기초로 합산한 것으로 보건복지부의 총 재정소요액 7조 4,360억원과 약간의 차이를 보인다.

78) 보건복지부, 보도자료(2015.8.11.)

79) 2014년도의 환급액 증가분 1,932억원은 당초 계획과 비교할 때 약 968억원 미달하는 금액이다.

[표 20] 2014년 본인부담상한제 적용 결과

(단위 : 명, 억원)

구분 분위	대상자			환급액		
	2013	2014	증감	2013	2014	증감
계	316,967 (100%)	479,312 (100%)	162,345 (51.2)	6,774 (100%)	8,706 (100%)	1,932 (28.5)
1분위 (120만원)	39,620 (13%)	101,882 (21%)	62,262 (157.1)	811 (12%)	1,427 (16%)	616 (76.0)
2~3분위 (150만원)	59,205 (19%)	112,111 (24%)	52,906 (89.4)	1,050 (16%)	1,568 (18%)	518 (49.3)
4~5분위 (200만원)	76,637 (24%)	90,262 (19%)	13,625 (17.8)	1,385 (20%)	1,626 (19%)	241 (17.4)
6~7분위 (250만원)	47,687 (15%)	77,401 (16%)	29,714 (62.3)	1,128 (17%)	1,644 (19%)	516 (45.7)
8분위 (300만원)	29,838 (9%)	34,324 (7%)	4,486 (15.0)	724 (11%)	829 (10%)	105 (14.5)
9분위 (400만원)	26,922 (8%)	30,296 (6%)	3,374 (12.5)	691 (10%)	799 (9%)	108 (15.6)
10분위 (500만원)	37,058 (12%)	33,036 (7%)	△4,022 (△10.9)	985 (14%)	813 (9%)	△172 (△17.5)

자료 : 보건복지부, 보도자료(2015.8.11.)

그러나 현행 본인부담 상한제는 기본적으로 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여 뿐만 아니라 진료에 필수적인 의학적 비급여 본인부담금을 모두 제외한 법정 본인부담금에 대해서만 적용하는 제도이다.⁸⁰⁾ 따라서 동 제도는 취약계층 및 사회적 약자에 대한 정책으로서 소기의 성과를 기대하는 데는 한계가 있다.

2013년도 의료패널 자료를 이용하여 본인부담상한제 적용에 따른 의료비 부담 경감 효과를 추정해 보았다. 의료패널의 소득 10분위 분류⁸¹⁾를 기초로 각 분위별

80) 금번 중기보장성 강화계획에서 도입된 선별급여 제도에 따른 50~80%의 법정 본인부담금은 현행 본인부담 상한제의 적용 대상에서 제외된다.

본인부담상한액을 초과하는 환급액을 산출한 결과, 본인부담상한제의 7단계 세분화로 인하여 3단계 적용 시보다 적용 대상자는 113명에서 168명으로 약 48.7% 증가하였고, 환급액은 1억 6,289만원에서 2억 1,976만원으로 약 34.9% 증가하는 것으로 나타났다. 이것은 정부가 발표한 2013년도와 2014년도 본인부담상한제 적용 결과와 유사한 경향을 보이고 있다.

그러나 본인부담상한제 적용 대상자 168명은 의료패널 전체 표본 1만 6,001명의 1.05%에 지나지 않는다.⁸²⁾ 의료비 과부담 문제가 심각한 소득 1~3분위의 경우에도 본인부담상한제 적용 대상자가 각각 4.34%, 2.64%, 1.95%인 것으로 나타났다.

또한 본인부담상한제에 의하여 환급을 받은 168명의 환급 후 최종 직접부담의료비가 평균 407만원에 이르는 것으로 나타났다. 환급 후에도 직접부담의료비가 지불능력⁸³⁾에서 차지하는 비중이 평균 41.9%에 이른다. 적용 대상 가구 167개⁸⁴⁾ 중에서 재난적 의료비 발생가구는 91개인데, 그 중에서 본인부담상한제 적용 후에도 65개(71.4%) 가구는 재난적 의료비 발생가구를 벗어나지 못하는 것으로 나타났다. 법정본인부담금의 최고 한도를 120~500만원으로 하는 본인부담상한제를 적용받았음에도 불구하고 이보다 훨씬 많은 비급여 본인부담금으로 인하여 과중한 의료비를 부담하게 됨을 보여준다. 특히 소득1~3분위에 속하는 적용 대상 109명의 경우에도 최종 직접부담의료비가 평균 327만원으로 추정되었다. 이들은 본인부담상한제에 의한 환급 이후에도 직접부담의료비가 지불능력⁸⁵⁾에서 차지하는 비중이 평균 47.3%에 이른다.

이와 같은 의료패널 분석 결과는 건강보험 중기보장성강화 계획의 취약계층 대책의 근간을 이루는 본인부담상한제 강화 대책이 적용 대상 범위가 극히 일부에 한정되어 있을 뿐만 아니라, 적용 대상이 된다고 하더라도 비급여 본인부담금을 제외하고 있기 때문에 의료비 과부담 문제를 개선하기에는 미흡하다는 것을 보여준다.

81) 의료패널의 경우 가구별 연간 총소득을 가구원의 제공근으로 나누어 도출한 “가구 균등화 소득”을 기준으로 소득 10분위를 분류한 것으로, 건강보험 보험료를 기준으로 분류하고 있는 본인부담상한제와는 차이가 있을 수 있다.

82) 2014년 기준 건강보험 적용인구 50,316,384명 중 본인부담 환급을 받은 적용 대상자는 479,312명(0.1%)으로 거의 유사한 비율을 보인다.(출처 : 건강보험통계연보)

83) 연간 생활비에서 식료품비(외식비 제외)를 차감한 금액이다.

84) 168명의 적용 대상자 중 2명이 동일 가구에 속하는 가구원이기 때문이다.

85) 연간 생활비에서 식료품비(외식비 제외)를 차감한 금액이다.

나. 본인부담상한제 해외 사례 및 시사점

각국은 국민들의 과중한 의료비 부담을 방지하기 위하여 본인부담상한제를 실시하고 있다.⁸⁶⁾

스웨덴은 외래 진료 시 1,100 SEK(146,025원)⁸⁷⁾의 상한액을 초과하면 진료비를 면제하고 있고, 입원비에 대해 1일 100 SEK(13,275원)의 상한금액을 설정하고 있으며, 의약품비는 12개월간 2,200 SEK(292,050원)의 상한액을 설정하고 있다.

일본은 70세 이상과 미만의 두 그룹으로 나누고 각각의 그룹을 소득분위별로 다시 나누어 1개월 본인부담상한액을 차등화하고 있다. 예를 들어 70세 미만 저소득자⁸⁸⁾의 경우 35,400 ¥(330,636원)⁸⁹⁾, 70세 이상 저소득자는 15,000 ¥(140,100원)⁹⁰⁾ 또는 24,600 ¥(229,764원)⁹¹⁾의 1개월 본인부담상한액의 적용을 받는다. 1인 1회의 본인부담으로는 상한제 지급대상이 아니더라도 복수의 본인부담이나 동일 세대에 있는 다른 사람(동일 의료보험에 가입되어 있는 경우에 한함)의 본인부담액을 1개월 단위로 합산하여, 이 합산액이 본인부담상한액을 넘으면 본인부담액이 면제된다. 단, 70세 미만의 경우에는 21,000 ¥(196,140원) 이상의 본인부담만 합산된다.

독일은 한 해 본인부담금이 상한액(연소득의 2%)에 도달하였을 경우에는 질병금고에 신고하면 당해 연도 말까지 본인부담금이 부과되지 않으며, 만성질환자의 경우에는 본인부담액이 연간 총소득(가족, 즉 배우자 및 자녀의 수입도 고려)의 1%를 넘을 경우 이에 대한 금액을 질병금고에 보상 청구할 수 있다.

벨기에는 소득에 따라 본인부담상한액이 차등 적용하고 있는데, 가구 순과세소득이 17,780.16€(22,687,484원)⁹²⁾ 이하일 경우 본인부담상한액이 450€(574,200원)이다. 그 외에도 연령, 질병상태, 취업상태 등 다양한 기준에 의해 본인부담상한액이 산정되는데, 예를 들어 19세 미만의 상한액은 가구소득에 상관없이 항상 650 €(829,400원)이고, 본인부담경감 대상자의 상한액은 450€(574,200원)이다. 만성질환자의 경우에도 2년 연속 본인부담금이 450€(574,200원)를 초과한 경우 소득에 관계

86) 이하 외국 본인부담상한제 사례는 「국민건강보험공단, 본인부담상한제 제도개선 영향분석 및 정책방안, 2015.12.」 73~104쪽을 인용하였다.

87) 1 SEK=132.75원 적용, SEK(스웨덴 크로나)

88) 주민세비과세자

89) 1 ¥=9.34원 적용

90) 연금수입만 있는 경우(연금수급액 80,000 ¥(747,200원) 이하 및 총소득이 없는 자)

91) 그 외의 저소득자

92) 1€=1,276원 적용

없이 3년째부터 가구 내 상한액이 100€(127,600원) 경감된다.

대만의 상한제는 외래진료의 경우 적용되지 않고, 입원의 경우 급성기 병상 30일 이내 입원 또는 장기병상 180일 이내 입원 시에는 적용되어 이 기간 내에 본인 부담상한액(동일 상병 33,000 TWD(1,213,410원)⁹³⁾, 연간 누적 56,000 TWD(2,059,120원))을 초과한 금액은 면제된다. 상한액에 비급여 진료비는 포함되지 않는다.

우리나라와 유사하게 비급여 진료비를 상한액에서 제외하고 있는 대만을 제외하고는 대부분의 국가들이 국민들의 전체 의료비 부담액이 일정 한도를 초과하지 않도록 하는 본인부담상한제를 시행하고 있음을 알 수 있다. 특히 독일, 벨기에 등은 만성질환자에 대하여 본인부담상한액을 더욱 경감해주는 제도를 가지고 있다.

다. 본인부담상한제 강화 방안 및 재정소요 추정

이러한 세계적 추세에 맞춰서 우리나라의 본인부담상한제를 강화해야 한다는 주장이 여러 전문가들에 의해 제기되어왔다.

보건복지부는 현재 비급여 의료로 분류되어 있지만 기능상 치료에 필요한 중요한 비급여 의료들을 점차 급여화하는 방법으로 정부의 관리체계에 포함함으로써 본인부담상한제의 실효성을 제고하자는 입장이다. 선택급여 또는 본인부담차등 형태로 급여화한 후 이를 본인부담상한제에 포함시키는 방안을 제안하기도 한다.⁹⁴⁾ 소득수준을 고려하지 않고 특정 질병을 중심으로만 건강보험의 보장률을 확대하고 있는 산정특례제도를 폐지하고 소득수준별로 보장률을 차등화하고 있는 ‘본인부담상한제’로 통합할 필요가 있다는 주장도 있다.⁹⁵⁾ 또한 비급여까지 포함한 의료비 부담액 전체에 대하여 현행 소득분위별 7단계 상한액을 적용하는 본인부담상한제를 제안하며, 이에 따른 재정 소요액을 추정한 연구가 있다.⁹⁶⁾

여기서는 2013년도 의료패널 자료를 이용하여 소득 10분위별로 법정본인부담금과 비급여 본인부담금을 모두 합산한 의료비 부담액이 지불능력의 40% 또는 20%로 정하는 상한액을 넘을 경우 환급해주는 본인부담상한제(이하 ‘포괄적 본인부

93) 1 TWD=36.77원 적용, TWD(신 타이완 달러)

94) 정형선, 국회예산정책처 전문가 포럼, 2016.5.27

95) 김대환, “건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안”, 「보험금융연구」 제26권 제2호(2015.5)

96) 송은철·신영진, “재난적 의료비 예방을 위한 포괄적 의료비 상한제: 비용 추계를 통한 적용 가능성 중심으로”, 「보건사회연구」 35(2), 2015

담상한제)를 시행하는 것을 가정하고, 그에 따른 소요 재정을 추계해 보았다. 재난적 의료비 발생을 최소화하는 데 초점을 맞춘 제도라고 할 수 있다.

WHO의 재난적 의료비 정의를 반영하여 분위별 평균 연간 생활비에서 평균 식비⁹⁷⁾를 제외한 지불능력을 구한 후 동 금액의 40% 또는 20%에 해당하는 각 분위별 재난적 의료비 기준금액을 본인부담상한액으로 정하였다.⁹⁸⁾ 각 가구별로 의료비 부담액(법정본인부담금과 비급여 본인부담금 합산액)이 40% 또는 20% 기준금액(상한액)을 초과하는 경우 초과분을 환급해준다는 가정 하에 환급액을 구한 후 이것을 소득분위별로 합산한 것이 패널합산액이다. 이를 다시 통계청의 장래가구추계 자료의 2013년도 총 가구수인 1,820만 6,328가구로 환산하여 전체가구 환급액을 추정하였다.

각 분위별 평균 지불능력의 40%를 상한액으로 하여 이를 초과하는 금액을 환급해주는 포괄적 본인부담상한제를 적용할 경우는 1조 4,157억원의 재정이 필요한 것으로 추계되었다. 소득 1~3분위 저소득층에게 총 환급액의 76.3%인 1조 808억원이 돌아가는 반면, 소득 4~7분위 중소득층에게는 14.6%인 2,072억원, 소득 8~10분위 고소득층에게는 9.0%인 1,277억원이 각각 환급된다.

각 분위별 평균 지불능력의 20%를 초과하는 금액을 환급해줄 경우는 4조 276억원의 재정이 필요한 것으로 추계되었다. 소득 1~3분위 저소득층에게 총 환급액의 58.8%인 2조 3,674억원이 돌아가는 반면, 소득 4~7분위 중소득층에게는 27.9%인 1조 1,253억원, 소득 8~10분위 고소득층에게는 13.3%인 5,349억원이 환급된다. 지불능력의 20%를 상한액을 했을 경우가 과중한 의료비 부담을 보다 확실하게 경감해 줄 수 있을 뿐만 아니라, 대략 소득분위별로 지불능력⁹⁹⁾에 역비례하게 혜택이 돌아가는 것으로 나타난다. 예를 들어 소득 1분위의 지불능력보다 소득 10분위의 지불능력이 약 9.2배 많은 반면, 환급액은 소득 1분위의 환급액이 소득 10분위의 환급액보다 약 8.9배 많다.

97) 한국의료패널의 식료품비가 외식비를 포함하고 있기 때문에 가계동향조사 자료로부터 외식비를 제외한 식비가 총 식료품비에서 차지하는 비율을 구한 후 이를 의료패널의 식료품비에 곱하여 외식비를 제외한 식비를 구하였다.

98) 각 분위별 생활비와 식비의 평균은 직전 1~2년의 통계를 이용하여 산출한다.

99) 가처분 소득과 유사한 의미를 가진다고 할 수 있다.

[표 21] 포괄적 본인부담상한제 적용 시 소요 재정

(단위 : 천원)

소득 분위	40% 기준금액	분위별 환급액		20% 기준금액	분위별 환급액	
		패널합산	전체가구합산		패널합산	전체가구합산
1	2,113	206,389	532,310,551	1,056	364,930	941,215,752
2	3,412	140,981	363,612,267	1,706	319,784	824,774,648
3	5,046	71,684	184,884,763	2,523	233,180	601,411,057
4	6,579	47,857	123,431,914	3,289	175,816	453,457,914
5	8,396	14,448	37,264,129	4,198	116,806	301,260,723
6	9,836	17,116	44,144,764	4,918	94,901	244,764,280
7	11,168	902	2,326,242	5,584	48,789	125,835,861
8	12,818	32,361	83,463,428	6,409	101,026	260,562,838
9	15,065	12,433	32,066,610	7,533	65,169	168,080,709
10	19,475	4,715	12,159,895	9,738	41,192	106,239,830
계		548,885	1,415,664,564		1,561,592	4,027,603,612

자료 : 2013년도 의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

이러한 추정 결과는 포괄적 본인부담상한제 적용에 따라 의료서비스 이용량이 증가하는 효과를 고려하지 않고 있다는 한계가 있다. 의료서비스 수요의 가격 탄력성에 대해서는 다양한 의견이 있기 때문에, 실제로 포괄적 본인부담상한제를 시행하였을 때 얼마나 의료서비스 이용량이 증가할 지에 대해서는 심층적인 분석이 필요할 것이다.

그러나 현재 민간의료보험 가입을 위해 지출하는 비용을 고려할 때 포괄적 본인부담상한제는 충분히 타당성을 가지는 것으로 판단된다. 우리나라 전 가구의 75% 이상이 민간의료보험에 가입하고 있으며,¹⁰⁰⁾ 대부분의 민간의료보험 가입자들이 과중한 의료비 부담, 즉 재난적 의료비 발생에 대한 두려움과 건강보험의 보장

100) 2008~2013년 한국의료패널

성 부족 때문에 민간의료보험에 가입하는 것으로 나타났다.¹⁰¹⁾ 민간의료보험에 가입하는 이유를 묻는 질문에 대하여 ‘불의의 질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해(46.31%)’라고 응답한 사람이 가장 많고, 그 다음이 ‘국민건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서(35.48%)’로, 전체의 81.8%를 차지한다.

[표 22] 민간의료보험 신규 가입 이유

민간의료보험 신규 가입 이유	%
국민건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서	35.48
불의의 질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해	46.31
본인의 건강상태가 좋지 않다고 생각해서	1.07
고급 의료서비스를 받기 위해	7.86
보험설계사의 권유에 못 이겨서	7.38
기 타	1.90

자료: 정영호, 한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태, 보건복지 Issue & Focus 제70호(2011.2)

민간의료보험에 일반질병보험, 암보험, 상해보험, 간병보험, 종신/연금보험 내의 의료특약 등을 포함할 경우, 가구당 월평균 민간의료보험 보험료 지출액이 약 23만 2,000원에 이른다는 연구 결과가 있다.¹⁰²⁾ 여기서 종신/연금보험을 제외할 경우¹⁰³⁾ 가구당 월평균 민간의료보험 보험료 지출액은 약 11만 3,280원이 된다. 이를 2013년도 총 가구수인 1,820만 6,328가구로 환산해 보면, 한 해동안 약 24조 7,490억원을 민간의료보험을 위해 지출하고 있는 것으로 추정된다.¹⁰⁴⁾

그런데 민간의료보험은 질병 발병률 등을 고려하여 보험료를 산정하기 때문에 연령이 높아지고 질병 경력이 있는 경우 보험료가 크게 상승하게 된다. 따라서 건강보험의 보장성 부족을 보완하는 의료안전망의 필요성이 상대적으로 더욱 크다고

101) 정영호, “한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태”, 「보건복지 Issue & Focus」 제70호, 2011.2.

102) 서남규 외, 「2010년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」, 건강보험정책연구원, 2012.12.

103) 종신/연금보험은 의료특약에 의해 보험료가 상승하지만 보험료 전체가 의료 보장을 위한 것이라고 볼 수는 없다. 의료특약을 위해 상승된 보험료를 분리할 수 없기 때문에 제외하였다.

104) 국민보건계정에 따르면, 실손 보험의 규모가 연간 약 7조원인 것으로 나타난다.

볼 수 있는 노령층, 저소득층, 장애인 등의 취약계층은 민간의료보험에 가입하거나 유지하기 어려워¹⁰⁵⁾ 혜택을 받지 못할 수 있다.

2008~2013년 의료패널 자료를 이용한 분석 결과, 실제로 저소득층, 노인, 장애인 등 취약계층의 민간의료보험 가입률이 상대적으로 낮은 수준인 것으로 나타났으며, 이러한 양상은 점차 더욱 심화되고 있다.

[표 23] 소득분위별 민간의료보험 가입률 추이

(단위 : %)

소득분위	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	35.4	34.8	32.2	31.5	31.7	25.5
2	49.3	48.4	54.0	51.8	49.1	48.9
3	65.2	68.5	70.9	68.5	70.5	65.7
4	78.0	75.7	79.9	78.4	79.7	75.7
5	81.9	82.7	84.4	85.8	83.9	81.0
6	88.7	89.3	90.6	90.8	90.2	87.1
7	90.7	92.0	92.9	92.1	93.2	89.9
8	93.8	94.4	94.5	96.2	94.3	92.3
9	92.5	94.6	96.1	96.0	96.7	92.5
10	90.9	94.0	92.6	93.7	95.9	92.9
계	76.8	77.5	78.8	78.5	78.5	75.1
1/10분위차	55.5	59.2	60.4	62.2	64.3	67.4

자료 : 2008~2013년 한국의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

가구 소득분위별 민간의료보험 가입 현황을 보면, 2008년도에 소득이 가장 높은 10분위 가구의 민간의료보험 가입률이 90.9%인 반면, 소득이 감소할수록 가입률이 크게 감소하여 소득 1분위 가구는 35.4%로 소득 최상-최하 분위간 가입률 격차가 55.5%p에 이른다. 이 격차는 점차 늘어나서, 2013년도에는 소득 10분위 가구는 민간의료보험 가입률이 92.9%인 반면, 소득 1분위 가구는 25.5%에 불과하여 소득 최상-최하단계간 격차가 67.4%p로 더욱 벌어진 것으로 나타난다.

105) 아예 보험 약관에 의해 가입 자체가 불가능한 경우도 비일비재한 실정이다.

가입자 연령별, 장애유무별 민간의료보험 가입률을 보면, 70세 이상 고령층의 가입률은 2008~2013년 동안 꾸준히 증가하고 있으나 여전히 낮은 상태이다. 2013년도의 0~69세 가입률 평균이 78.8%인 반면, 70~79세의 가입비율은 25.3%이고 80세 이상은 5.6%에 그치고 있다. 또한 2013년도에 비장애인의 경우 72.8%가 하나 이상의 민간의료보험에 가입하고 있는 반면, 장애인의 경우에는 39.5%만 민간의료보험에 가입되어 있는 것으로 나타난다.([표 24] 참조)

[표 24] 가입자 특성별 민간의료보험 가입률(2008~2013년)

(단위 : %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013
연령	10세미만	82.5	83.5	90.7	90.3	89.3	86.5
	10~19세	71.2	72.7	81.6	83.3	85.0	82.1
	20~29세	65.4	66.7	73.1	72.5	73.5	72.3
	30~39세	79.6	80.0	85.5	85.5	84.1	80.5
	40~49세	79.5	80.5	85.8	85.5	85.6	83.6
	50~59세	74.3	76.6	81.6	82.1	83.9	82.2
	60~69세	46.6	50.3	58.8	61.9	65.3	62.6
	70~79세	12.0	15.3	20.3	23.1	26.4	25.3
	80세 이상	1.3	1.5	2.2	2.8	5.1	5.6
장애유무	없음	69.0	69.7	75.3	75.4	75.4	72.8
	있음	34.0	33.6	38.7	40.0	41.1	39.5

자료: 2008~2013 한국의료패널 자료를 기초로 국회예산정책처 분석

이와 같이 민간의료보험은 사회적 취약계층이라고 할 수 있는 저소득층, 노령층 및 장애인들의 가입률이 저조한 것으로 나타났다. 즉, 이러한 취약계층에 대해서는 민간의료보험이 예측치 못한 질병에 의해 발생하는 과도한 의료비 지출에 대비하는 의료안전망 역할을 충분히 할 수 있을 것으로 기대하기 어렵다. 따라서 정부는 민간의료보험 시장이 건전하게 유지되도록 함으로써 그것이 가지는 보완적인 순기능을 살려나가되, 국가 전체, 특히 취약계층에 대한 공적 건강보험의 보장성을 강화함으로써 전체적인 국민 의료복지의 향상을 도모할 수 있는 세심한 정책 설계에 주력하여야 한다.

이와 관련, 포괄적 본인부담상한제를 시행하여 건강보험의 보장성을 강화하고 재난적 의료비 발생을 최소화한다면, 취약계층의 민간의료보험 의존도를 상대적으로 줄여줄 수 있을 것이다. 또한 이를 통해 국민의 총 의료비 부담을 경감해줄 수 있다면 건강보험료 인상을 통해 포괄적 본인부담상한제의 재원을 마련하는 것을 설득할 수 있을 것이고, 이것이 적정부담-적정급여로의 전환을 위한 계기가 될 수 있을 것으로 기대한다.

4. 기타 대책 평가

가. 건강보험재정 전환 사업의 저소득층 부담 증가 대책 미흡

생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장을 위한 19개 과제를 검토한 결과, 이미 관련 재정사업들에서 예산을 통해 지원하던 것을 수가 신설 및 조정으로 전환하였거나, 저소득층을 대상으로 지원하던 것을 확대 적용한 사례가 10개에 이른다. 이 경우 건강보험이 보장하는 범위는 늘어나지만 실질적으로 국민의 의료복지를 강화하는 효과는 미흡할 수 있다. 또한 건강보험재정사업으로 전환하는 경우 일부 본인부담금이 발생하게 되는데, 대부분의 경우 저소득층의 부담 증가에 대한 대책이 미정이라는 문제점이 있다.

보건복지부에 따르면, 건강보험 중기보장성 강화 계획 세부항목은 건강보험 확대 요구조사 등 사전준비과정을 거쳐 13차례의 건강보험정책심의위원회 소위원회에서 보장성 강화에 대한 사회적 요구를 종합적으로 검토하여 세부항목 과제를 최종적으로 선정하였고, 그간의 보장성 강화가 특정질환 또는 특정계층에 편중되었던 문제점과, 지나치게 사후적 치료 중심이었다는 문제를 해소하기 위하여 생애주기별 핵심적인 건강문제 중심으로 접근하였으며, 질병의 예방-치료-말기까지의 전 과정에서 가장 핵심적인 건강문제를 발굴하고 이에 대한 보장성을 강화하고자 하였다고 한다.

그러나 실제적으로는 기존에 보건복지부에서 수행해오던 재정사업을 건강보험에 의해 지원되는 사업으로 전환한 경우가 많은 것으로 보인다. 모자보건사업, 고위험 산모·신생아 지원사업, 구강건강관리사업, 노인건강관리사업, 장애인보조기구지원/장애인의료비지원사업 등이 이러한 사례에 해당한다.

[표 25] 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획 관련 재정사업

과제분야	과제번호	과제명	세부방안	관련 재정사업
건강한 임신과 출산 환경 조성	1-1-2	고위험 임신부에 대해서는 특히 더 지원 강화	고위험 임신부의 입원 진료비 경감	모자보건사업
			고위험산모에 특화된 의료체계 도입 및 건강보험 지원	모자보건사업
			청소년산모의 초기위기임신 상담서비스 보험 적용	
	1-1-3	난임 가정의 성공적인 임신·출산을 위한 지원 강화	난임치료 시술비 및 시술 제반비용 건강보험 적용	모자보건사업
	1-1-4	분만 취약지역의 의료공급기반 확충 및 의료비 지원	임신,출산진료비 20만원 추가 지원, 분만수가, 야간분만 수가 등 관련 수가 개선	분만취약지 지원 사업
선천성기형 및 신생아에 대한 의료지원 확대	1-2-1	선천성 기형 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대	신생아 난청 선별검사 급여 확대 신생아 선천성대사이상 선별검사 급여 확대	영유아사전예방 적건강관리
	1-2-2	신생아 집중치료에 소요되는 의료비 부담 완화	초음파, 치료재료, 주사제 등 보험 확대, 전문시설 확충 위한 수가 및 보험기준 체계 보완	
건강한 미래를 위한 청소년· 청장년 핵심질병 조기 관리	1-3-2	효과적인 만성질환 관리를 위한 의료 지원 강화	만성질환 자가관리를 위한 지원강화	주요만성질환에 방관리
			만성질환 약제의 급여기준 확대	
			지역사회 일차의료 시범사업 실시 및 제도화	
국민 생명을 보호하기 위한 안전 관련 의료의 보장 강화	1-4-1	중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화	권역외상센터 17개소 설치, 권역응급의료센터 41개소로 확충(21개소 추가)	취약지역 응급의료기관 육성,중증외상 전문진료체계 구축
	1-4-2	결핵 박멸을 위한 치료비 전액 건강보험 지원	진료비 전액 건강보험 지원(본인부담 면제)	국가결핵사업
고액 중증질환에 대한 두터운 보장으로 의료비 안심	1-5-1	4대중증질환필수의료건 강보험적용(국정과제)	고가의 비급여 항암제 및 희귀난치성질환 치료제 보험 적용, 수술 및 치료 부담 완화, MRI, PET 등 고가 검사 비용 부담 완화	암환자지원 사업

과제분야	과제번호	과제명	세부방안	관련 재정사업
건강한 노년과 존엄한 죽음을 위한 지원 강화	1-6-1	65세이상노인틀니·임플란트보험적용(국정과제)		구강건강관리
	1-6-2	치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대	신경인지기능검사 등 비급여 치매검사 급여 전환 의약품 보험범위 확대	노인건강관리
	1-6-3	호스피스·완화의료건강보험적용		호스피스완화의료 활성화 대책(2013. 10.)
장애인에 대한 보장구 지원을 내실있게 강화	3-1-1	장애인 보장구의 확대 및 기준 개선 등 지원 강화	품목 확대 기준 개선 본인부담 경감	장애인보조기구 지원/장애인의료비지원

자료: [보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 2015. 2.]을 바탕으로 국회예산정책처에서 재정리

[표 25]와 같이 “생애주기별 핵심적인 건강문제”에 포함되는 전체 19개 세부과제 중에서 10개 과제가 기존 보건복지부 사업의 내용과 유사한 것으로 나타난다.¹⁰⁶⁾ 예를 들면, “고위험 임신부에 대해서는 특히 더 지원 강화(1-1-2)”과제에 포함되는 세부방안인 고위험 임신부의 입원 진료비 경감, 고위험산모에 특화된 의료체계 도입 및 건강보험 지원, 청소년산모의 초기위기임신 상담서비스 보험 적용 등은 보건복지부가 “모자보건사업”으로 수행해온 사업 내용과 거의 유사하다. “선천성 기형 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대(1-2-1)”과제에 포함되는 세부방안인 신생아 난청 선별검사 급여 확대, 신생아 선천성대사이상 선별검사 급여 확대 등은 “영유아 사전 예방적 건강관리” 사업에서 수행하고 있다. “중증외상 및 응급의료 대응체계를 위한 건강보험 지원 강화(1-4-1)”과제에 포함되어 있는 세부방안인 권역외상센터 17개소 설치, 권역응급의료센터 41개소로의 확충(21개소 추가)은 응급의료기금에 의해 수행되는 “취약지역 응급의료기관 육성”, “중증외상 전문진료체계 구축”사업을 연장한 것으로 볼 수 있으며, “신생아 집중치료에 소요되는 의료비 부담 완화(1-2-2)”과제도 응급의료기금의 “고위험 산모·신생아 지원”사업과 유사한 내용을 포함하고 있다.

106) 6개 과제분야 모두 보건복지부에서 수행하고 있는 사업들과 관련되어 있다.

그 밖에 “결핵 박멸을 위한 치료비 전액 건강보험 지원(1-4-2)”, “치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대(1-6-2)”, “65세 이상 노인 틀니·임플란트 보험 적용(1-6-1)” 과제 등도 국민건강기금에 의해 수행되어 온 “국가결핵예방”, “노인건강관리”, “구강건강관리”사업의 내용을 전환·확대한 것으로 판단된다.¹⁰⁷⁾

보건복지부는 중기보장성 강화계획에 따라 일부 저소득층에게 한정되어 지원되던 의료서비스가 보편적으로 적용됨으로써 발생하는 본인부담금은 의료급여환자의 경우 대부분 국고에서 지원되며, 차상위의 경우 「국민건강보험법」 시행령 별표2 (요양급여 비용중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액) 3호 라¹⁰⁸⁾에 의하여 감면하고 있다고 답변하였다.

그러나 동 조항은 “희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 “희귀난치성질환등”이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있

107) 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화를 위한 “장애인 보장구의 확대 및 기준 개선 등 지원 강화(3-1-1)”과제도 보건복지부에서 수행 중인 “장애인보조기구 지원”사업의 내용과 중복된다.

108) 라. 「의료급여법 시행령」 제3조제2항제1호라목에 따라 고시되는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 “희귀난치성질환등”이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 “희귀난치성질환자등”이라 한다) 중 희귀난치성질환자등이 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 “소득인정액”이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제6조제2항에 따라 공표되는 최저생계비의 100분의 120 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 “부양의무자”라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인부담액 경감 인정 신청을 하여 그 경감 인정을 받은 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득 인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

- 1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
- 2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목 또는 나목1)에도 해당하거나 마목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자로서 희귀난치성질환등 외의 질환을 가진 사람이 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.
- 3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 75세 이상 노인이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 75세 이상 노인이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 75세 이상 노인이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 75세 이상 노인이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30

거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동” 중에서 차상위계층에 해당하는 환자들에게 적용되는 것이다. 저소득층을 대상으로 한 예산사업을 건강보험재정 사업으로 전환한 사례라고 할 수 있는 「모자보건사업」 중의 ‘난임부부 시술비 지원사업’, 「영유아사전예방적건강관리」 중의 ‘난청조기진단’ 및 ‘선천성대상이상검사 및 환아관리’, 「고위험 산모·신생아 지원」사업 중의 ‘미숙아·선천성이상아 의료비 지원’, 「노인건강관리」사업 중의 ‘치매 검진사업’의 대상자들 중에는 동 조항의 혜택을 받을 수 없는 환자들도 있다. 예를 들면, ‘난임부부 시술비 지원사업’ 또는 ‘치매 검진사업’의 대상자들은 대부분 「국민건강보험법」 시행령 별표2의 적용 대상자가 아니다. 또한 ‘난청조기진단’, ‘선천성대상이상검사 및 환아관리’ 및 ‘미숙아·선천성이상아 의료비 지원’사업과 같이 18세 미만의 아동으로서 동 조항에 의해 혜택을 받는다고 하더라도 20~30%의 본인부담금을 환자가 부담하여야 한다.

그럼에도 불구하고 보건복지부는 ‘난임부부 시술비 지원사업’, ‘선천성대상이상검사 및 환아관리’, ‘미숙아·선천성이상아 의료비 지원’, ‘치매 검진사업’ 등의 예산사업의 향후 추진방향에 대해 결정된 바 없다고 답변하였고, ‘난청조기진단’사업의 경우는 건강보험 급여전환 시 발생하는 본인부담금을 지원하는 등의 방향을 검토중이라고 한다. 저소득층의 의료비 부담이 증가하지 않도록 가시적인 대책을 수립할 필요가 있다.

나. 기타 세부과제의 취약계층에 대한 고려 미흡

뿐만 아니라 의료패널 분석에 따르면, 「I. 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수 의료 보장 강화」에 포함된 세부과제들 중에도 저소득층보다는 중상류층에게 많은 혜택이 돌아가는 경우가 다수 있는 것으로 나타났다.

“의료비 부담이 없도록, 임신·출산보험적용 강화”과제의 경우, 제왕절개 분만시 입원비 본인부담을 20%에서 5~10%로 낮추고,¹⁰⁹⁾ 임신부 초음파검사에 대해 건강보험을 적용하며, 분만 전후 일정기간 동안 상급병실 입원료의 50%를 건강보험에서 지원하는 대책이 포함되어 있다. 이 세부과제를 위하여 1,811~2,375억원의 재정이 소요된다.

109) 제왕절개 수술 후 통증조절(통증자가조절법, PCA)을 위한 수기로, 약제, 재료비에 대해 건강보험을 적용한다.

의료패널 자료에 의하면, 제왕절개 수술 후 법정본인부담금과 비급여를 합산한 본인부담금은 소득분위 8~10분위에 속하는 고소득층에서만 발생하는 것으로 나타났다. 이것은 고소득층에서 제왕절개 수술 후 통증조절(통증자가조절법, PCA), 상급병실 등 본인부담이 발생하는 서비스를 많이 이용해왔기 때문인 것으로 보인다. 이러한 경향은 출산시 특실, 1인실 등 상급병실을 이용한 경우에서도 나타난다. 2013년도에 소득4~7분위 가구 중에서 35개 가구가, 8~10분위 가구 중에서 31개 가구가 상급병실을 이용한 반면, 저소득층으로 볼 수 있는 1~3분위 가구 중에서는 9개 가구만이 상급병실을 이용하였다. 2012년도에도 4~7분위 19개 가구, 8~10분위 26개 가구가 상급병실을 이용한 반면, 1~3분위의 경우 8개 가구만이 상급병실을 이용하였다. 건강보험 적용에 따라 상급병실 입원료의 50%가 지원될 경우 중산층 이상의 상급병실 이용이 늘어날 가능성이 있지만, 50%의 본인부담 때문에 저소득층이 특실, 1인실 등의 상급병실을 이용하기는 어려울 것이다.

임산부 초음파검사의 경우도 8~10분위 90개 가구, 4~7분위 87개 가구가 이용한 반면, 1~3분위의 경우 17개 가구만이 이용하였다.¹¹⁰⁾ 역시 건강보험 적용으로 인하여 저소득층이 임산부 초음파검사를 더 많이 이용할 수 있도록 하는 긍정적인 효과도 있겠지만, 상대적으로 중산층 이상의 의료비 부담을 절감시키는 효과가 더욱 클 것으로 예상된다.

“치과치료 보장성 강화”과제의 경우, 2017년부터 치아홈메우기의 본인부담을 30%에서 10%로 감면 또는 면제하고, 우선 12세 이하에 대하여 광중합형 복합레진 충전치료를 2018년부터 건강보험에서 지원할 예정이다. 이 세부과제를 위하여 1,535~1,613억원의 재정이 소요된다.

의료패널 자료에 의하면, 18세 이하 치아홈메우기의 경우 4~7분위 40가구, 8~10분위 28가구가 시술을 받은 반면 1~3분위의 경우 10개 가구만이 시술을 받았다.¹¹¹⁾ 본인부담을 30%에서 10%로 감면해 주는 것으로는 저소득층의 치아홈메우기 시술 이용 가능성을 높여주는 효과보다는 중산층 이상의 의료비 지출을 절감해 주는 효과가 더욱 클 것으로 추정된다.

110) 소득 분위별 차이 중에서 일정 부분은 가입자 및 피부양자수, 연령 등 구성비율의 차이에서 발생할 수 있다. 편의상 20~40대 여성을 가입 여성으로 볼 때, 2013년 의료패널조사에서 소득 8~10분위의 가입 여성이 1~3분위에 비하여 3.4배 많은 것으로 나타난다.

111) 소득 분위별 차이 중에서 일정 부분은 가입자 및 피부양자수, 연령 등 구성비율의 차이에서 발생할 수 있다. 2013년 의료패널조사에서 소득 8~10분위의 10대 이하 총 가구원수가 1~3분위에 비하여 2.3배 많은 것으로 나타난다.

IV. 정책적 시사점 및 결론

1. 정책적 시사점

가. 포괄적 본인부담상한제 도입

국민들의 전반적인 의료복지 수준을 향상시키기 위해서는 가계 소득 중 많은 부분을 의료비로 지출하여 빈곤의 악순환을 겪고 있는 국민들에 대한 지원 제도가 필요하다. 정부는 2005년부터 3차에 걸친 중기 보장성 강화계획에서 일관되어 온 항목별 및 질병별 접근 패러다임에서 재난적 의료비 부담을 겪고 있는 가정들에게 실질적인 도움이 될 수 있는 패러다임으로 전환하여야 한다. 우리나라의 본인부담상한제는 비급여를 제외한 법정본인부담금만을 대상으로 하고 있기 때문에 재난적 의료비 발생을 예방하는 데 한계가 있다.

따라서 우리나라도 주요 선진국의 사례와 같이 비급여까지 포함한 전체 의료비 부담액에 대하여 적용하는 포괄적 본인부담상한제의 시행을 고려해 볼 필요가 있다. 그런데 다양한 비급여 항목들 중에는 급여화할 가치가 적은 항목들이 상당수 포함되어 있고, 더불어 비급여 가격이 임의로 설정될 수 있기 때문에 이것을 본인부담상한제의 대상으로 하기 어려운 측면이 있다는 문제가 있다.¹¹²⁾

따라서 포괄적 본인부담상한제가 성공적으로 정착하기 위해서는 다음 두 가지 조건이 충족되어야 한다.

첫째, 비급여의 성격을 의학적으로 필요한 비급여와 호화·고급 비급여로 구분하는 것이 필요하다. 이를 기반으로 1차적으로 초음파, MRI, PET 등 의학적으로 필요한 비급여를 최대한 급여 범위로 들어올 수 있도록 하고, 2차적으로 미용·성형 등 호화·고급 비급여로 구분된 것을 제외한 모든 비급여 본인부담금까지 포함하여 포괄적 본인부담상한제를 도입하는 것이다.

둘째, 정부는 의학적으로 반드시 필요치 않은 새로운 비급여로 인한 재정 부담

112) 이러한 이유 때문에 비급여를 1단계로 급여권으로 끌어들이되 본인부담을 차등화하는 소위 ‘선별급여’ 방식 내지 ‘본인부담차등화’ 방식을 선행하고, 이들을 일정 부분 상한제의 대상으로 포함해가는 방식이 더 전략적일 수 있다는 전문가의 의견이 있다.

의 증가를 예방하기 위하여 비급여에 대한 모니터링과 관리를 강화해야 한다. 비급여 모니터링 및 관리를 위해서는 일본에서 시행 중인 “혼합진료금지¹¹³⁾”, “특정지정병원¹¹⁴⁾” 제도 등을 도입하거나, 비급여를 시행할 때 환자 및 보호자에게 정보를 제공하고 동의를 받도록 하는 강력한 규제를 시행하는 것을 고려할 필요가 있다.

비급여를 포함한 포괄적 본인부담상한제를 시행할 경우 재정이 과다하게 소요될 것이라는 우려가 제기될 수 있다. 그러나 이 제도를 도입할 경우 정부¹¹⁵⁾로 하여금 비급여에 대한 모니터링과 관리를 강화하도록 함으로써 불합리한 비급여 가격 부과로 인한 본인부담금 증가를 억제하는 효과도 기대할 수 있을 것이다. 또한 항목별 및 질병별 접근은 모든 국민들을 대상으로 하는 반면, 재난적 의료비 예방에 중점을 둔 접근은 저소득층과 고액의 진료비가 소요되는 질병을 앓는 중소득층이 대상이 되므로 이를 해결하는 재원 규모도 훨씬 작을 것으로 예측된다는 주장이 있다.¹¹⁶⁾

본 보고서에서 소득 10분위별로 법정본인부담금과 비급여 본인부담금을 합산한 의료비 부담액에 대하여 적용하는 포괄적 본인부담상한제를 가정하고 소요재정을 추계한 결과, 각 소득분위별 평균 지불능력의 40%를 상한액으로 하여 이를 초과하는 금액을 환급해주는 경우는 1조 4,157억원, 평균 지불능력의 20%를 초과하는 금액을 환급해줄 경우는 4조 276억원의 재정이 필요한 것으로 나타났다. 이것은 포괄적 본인부담상한제 적용에 따라 의료서비스 이용량이 증가하는 효과를 고려하지 않은 것으로, 의료서비스 수요의 가격 탄력성에 따라서 실제 소요 재정은 이보다 훨씬 커질 것으로 추정된다.

그러나 선행연구를 통해 우리나라 전 가구의 75% 이상이 민간의료보험에 가입하고, 가입자들 중에서 약 82%가 과중한 의료비 부담에 대한 두려움과 건강보험의 보장성 부족 때문에 민간의료보험에 가입하는 것으로 나타났으며, 앞서 3장의 분석을 통해 연간 총 민간의료보험료 지출액이 24조원을 초과하는 것으로 추정되었다. 포괄적 본인부담상한제를 시행하여 건강보험의 보장성을 강화함으로써 민간의

113) 비급여 시술과 급여 시술을 동시에 할 수 없도록 규제하는 제도임. 비급여 시술을 할 경우는 입원, 검사 등 모든 항목을 비급여로 처리해야 한다.

114) 비급여 시술을 할 수 있는 병원과 시술 항목을 지정하는 제도이다. 난이도가 높은 신의료기술이 안전하고 효과적으로 시행될 수 있도록 일정한 조건을 갖춘 병원과 의사만 시술할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 병원에서는 혼합진료금지 규정이 적용되지 않음.

115) 건강보험심사평가원이 실질적으로 비급여 모니터링과 관리 업무를 수행할 것이다.

116) 박은철, “정부의 중기 보장성 강화계획에 대한 생각”, 「병원」 통권 356호(2015년 7/8월), 2015.7.1

료보험 가입의 필요성을 감소시킬 수 있다면, 민간의료보험료 지출을 줄일 수 있게 되고, 재원 마련을 위해 건강보험료를 인상하는 것도 설득할 수 있을 것이다.

나. 행위별수가제 보완

풍선효과를 근본적으로 예방하기 위해서는 포괄수가 제도 확대 등의 행위별수가제 보완이 필요하다.¹¹⁷⁾ 현재 우리나라의 진료비 지불제도는 행위별수가제(Fee for Service)¹¹⁸⁾를 근간으로 하고 있다. 7개 질병 군¹¹⁹⁾에 대해서 포괄수가제(DRG)¹²⁰⁾가 적용되고 있고, 일부 공립병원을 중심으로 신포괄수가제¹²¹⁾가 시범 적용되고 있으며, 요양병원에 대해서는 일당정액제가 적용되고 있다.

행위별수가제는 적극적 진료에의 유인 제공, 지불정확성 제고, 신의료기술의 발전 유도 등의 장점에도 불구하고 진료비를 통제하지 못한다는 근원적 문제점을 안고 있다. 행위별수가제는 어떤 서비스를 몇 건 제공했느냐에 따라 보상을 받는 제도이다. 따라서 실제의 비용에 비하여 수가가 높게 책정된 서비스는 과다 제공될 가능성이 있고, 역으로 실제의 비용에 비하여 상대적으로 수가가 낮게 책정된 서비스는 효과가 있는 진료라고 하더라도 기피될 수 있다.

행위별수가제 하에서는 비급여가 급여화되면서 가격이 인하되면, 그로 인한 수

117) 국회예산정책처가 실시한 전문가 의식 조사 결과에서 약 68.8%의 전문가들이 포괄수가제를 현행 보다 크게 확대해야 한다는 의견을 제시하였다.(김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 66쪽, 2013.10)

118) 서비스행위별 가격은 단위행위의 상대가치와 상대가치 점당 단가로 구성된다. 상대가치 점수는 ‘요양급여에 소요되는 시간·노력 등의 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것’이다. 상대가치 점당 단가는 “환산지수”라는 이름으로 매년 연말에 결정된다.

119) 제왕절개분만·자궁 및 자궁부속기 수술(산부인과), 백내장수술(안과), 맹장염수술·치질수술·서혜 및 대퇴부 탈장수술(일반외과), 편도 및 아데노이드 수술(이비인후과) 등 7개 질병군이 여기에 해당한다.

120) DRG(Diagnosis Related Group)는 개별적이고 서로 다른 많은 환자들을 유사한 특성을 갖는 제한된 수의 그룹으로 묶는 환자분류체계 중의 하나이다. DRG지불방식은 이와 같은 DRG분류체계를 활용한 진료비 지불방식을 말하는 것으로, 우리나라에서는 기존의 행위별수가제에 대한 대안으로 행위들을 포괄하여 지불한다는 의미에서 이를 ‘포괄수가제’로 통용하고 있다. 엄격한 의미의 포괄지불방식(bundled payment system)은 일당포괄, 진단군별포괄, 인두포괄 등 행위별수가제 이외의 대부분의 지불방식을 지칭하는 일반 용어에 해당하며, DRG는 그 중의 하나일 뿐이다.

121) 기존수가에 기준 재원일수 대비 초과 재원일수에 일당진료비를 더하고, 10만원 이상 고가수술에 대해서 행위별 진료비를 추가하며, 포괄수가제와 행위별수가제간 진료비 차이가 200만원을 초과하는 경우 초과분에 대해 별도 보상하는 형태이다.

익 감소분을 보전하기 위하여 신의료기술 등 다른 비급여를 증가시키는 풍선효과가 발생할 수 있다. 그러한 사례 중의 하나가 심장 혈관이 막히는 경우 시행하는 스텐트 기술이다. 혈관 이식 수술을 해야 하는 경우에도 비급여 항목인 스텐트 기술을 남용되고 있어서, 5~10년 후에 다시 혈관 이식 수술을 하는 사례도 있고, 흉부외과 전공의에 대한 수요가 적은 부작용까지 가져오고 있다고 한다.¹²²⁾ MRI, 로봇수술 등이 남용되고 있는 것도 유사한 사례라고 할 수 있다.

현행 행위별수가제가 내포하고 있는 이와 같은 문제점을 개선하기 위해서는 일정 수준의 서비스 질을 담보하는 범위 내에서 의료서비스의 유형별로 과잉진료의 가능성을 억제하기 위한 지불방식을 보완적으로 활용하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

입원에 대해서는 포괄수가제를 점진적으로 확대하되, 포괄수가제 적용에 한계가 있는 부분은 일본처럼 행위별수가제로 일부 보완하는 방안을 고려할 수 있다. 즉 지출상한(Expenditure Cap)개념을 도입하여 목표치 초과여부에 따라 가격을 사후적으로 조정하는 것이다. 이에 대하여 현행 실포괄수가제와 유사하게 수술 및 처치와 같은 행위료는 행위별수가 방식, 치료 재료와 약은 포괄수가 방식으로 하는 것이 좋다는 전문가의 의견이 있다. 이렇게 하면 행위료는 공급량을 늘리기 어렵기 때문에 포괄수가에서 제외되더라도 진료비 증가 효과가 크지 않을 것이라고 한다. 입원료 산정 방식 등 실포괄수가제 적용 과정에서 나타난 문제점들을 검토한 후 행위별수가 방식의 단점을 보완할 수 있는 방안을 찾아야 할 것이다.

외래는 만성질환과 노인성 질환을 중심으로 주치의제 방식의 도입을 고려할 수 있다.¹²³⁾ 또한 진찰료나 간단한 검사, 처치 등의 기본 서비스는 인두제 형태로 지불하고, 이외의 고가 서비스에 대해서는 행위별 보상을 유지하는 것을 검토할 수 있을 것이다.¹²⁴⁾ 이에 대하여 인두제 방식은 기존 행위별수가 방식으로 보상하기 어려운 지속적인 환자관리서비스에 적용하는 것이 바람직하다는 전문가의 의견이 있다. 진찰과 검사, 처치에 인두제 방식을 적용하면 사실상 영국식 인두제에 가까운

122) 김윤, 국회예산정책처 전문가 간담회, 2016.4.26.

123) 보건복지부는 질환별 주치의 제도는 주치의 제도의 본질에서 벗어나는 것으로 수용하기 어려우며, 그간 많은 논의에도 주치의제도 도입에 실패했던 상황에 대한 고민과 구체적인 실행방안 없이 대안으로 제시하는 것은 바람직하지 않다는 입장이다.

124) 다빈도, 경증 질환에 대한 일차수준의 서비스에 대하여 인두제 방식으로 보상하고, 중증 첨단 전문기술이나 부가적 서비스에 대해서는 행위별수가제를 병행하여 시행하는 방식이 영국을 포함한 대부분의 나라들에서 실시하고 있는 방식이다.

체도가 되는데, 이는 우리나라 동네의원이 가지고 있는 1차 진료 역량으로는 감당하기 어렵다는 것이다.¹²⁵⁾ 그러나 우리나라와 같이 1차 의료가 취약하고 대형병원과 중소병원, 병원과 의원이 서로 경쟁하는 의료체계가 보건의료서비스의 불평등을 악화시키는 요인이 된다는 연구 결과가 있다.¹²⁶⁾ 한 국가의 1차 의료가 강하면 전반적인 건강 수준이 좋아지고 건강불평등도 줄어든다는 것이다. 정부의 중기보장성 강화계획에는 1차 의료 강화를 위해 “1차 의료 지원 센터”를 운영한다는 대책이 포함되어 있을 뿐이다. 저소득층에서 유병률이 높은 고혈압, 당뇨 등 만성질환의 관리가 미흡한 현실을 고려할 때, 주치의제, 인두제를 포함하여 1차 의료를 강화하기 위한 구체적인 방안을 보다 적극적으로 추진해야 할 것이다.

다. 적정부담-적정급여 체계로의 전환

우리나라의 건강보험은 지금까지 저부담-저급여 구조를 유지해왔다고 할 수 있다. 2013년 기준으로 우리나라의 전체 개인의료비 지출액 중에서 공공재원이 부담하는 비중¹²⁷⁾은 약 55.9%로서 OECD 평균 72.7%보다 약 18%p 낮는데, [표 26]과 같이 주요 국가의 건강보험료율을 비교하여 우리나라의 건강보험료율이 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 건강보험의 보장성을 실질적으로 강화하면서 동시에 지속가능성을 유지하기 위해서는 적정부담-적정급여 체계로의 전환이 필요하다.

[표 26] 주요 국가 건강보험료율 비교(2008년 기준)

(단위 : %)

	영국	프랑스	독일	대만	일본	한국
고용주	11.9	13.1	7.0	4.55	4.25	2.54
비고용자	10.0	6.2	7.0	4.55	4.25	2.54
계	21.9	19.3	14.0	9.10	8.50	5.08

주 : 2016년도 한국의 건강보험료율은 6.12%(고용주, 비고용자 각각 3.06%)임.

자료 : 건강보험정책연구원, 「외국의 건강보험제도」, 2009.

125) 의사협회 등이 크게 반대할 가능성이 높다는 점도 언급하였다.

126) 조홍준, “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황”, 「대한의사협회지」, 2013년 봄, 56(3) 190쪽

127) ‘보건의료재화와 서비스의 최종 소비’에 해당하는 경상의료비에서 ‘보건행정’ 및 ‘공중위생’ 지출을 제외한 개인의료비를 기준으로 국가별 보장률을 비교한 것이다. 건강보험공단이 발표하는 우리나라의 2014년도 기준 건강보험 보장률은 63.2%인데, 여기에는 치과 보철, 한방 첩약 등이 제외되어 있어서 국제 비교 시 사용하기 어렵다.

적정부담-적정급여 체계로의 전환을 위해서는 보험료율 인상이 필요한데, 보험료율 인상에는 저항이 따를 수밖에 없다. 건강보험료율 인상을 설득하기 위해서는, 포괄적 본인부담상한제과 같이 건강보험의 실질적 보장성을 강화하는 정책과 더불어, 부담능력에 따른 납부원칙에 부합하는 보험료 부과체계 개편이 필요하다. 우리나라의 건강보험료 부과체계에 대하여 지속적으로 직장가입자와 지역가입자간의 형평성, 소득 및 재산 대비 보험료 부담의 역진성 등에 대한 비판이 제기되어왔기 때문이다. 보험료 부과의 핵심 요소인 소득범위가 지역 간 상이하고,¹²⁸⁾ 피부양자 인정 범위 및 재산자동차 반영 등에서 지역가입자가 불리하며, 소득금액 및 재산 대비 보험료 비율이 심각하게 역진적인 구조로 설계되어 있는¹²⁹⁾ 문제 등이 지적되고 있다.

이와 같이 보험료 부담에 대한 형평성 논란이 많은 불합리한 현행 보험료 부과체계로는 향후에 늘어나는 재원을 조달하기 어렵고, 보장성 확대 등에 한계가 있을 수밖에 없다. 보험료 부담의 형평성과 공정성을 강화함으로써 국민적 수용성을 향상시키고, 건강보험제도의 지속가능성과 보장성 강화를 동시에 도모할 수 있다.

이를 위해서는 직장가입자와 지역가입자의 구분 없이 종합소득으로 보험료 부과기준을 단일화하는 것이 필요하다. 직장가입자와 지역의 건강보험 재정이 통합되어 모든 가입자가 같은 기준으로 재정을 사용함에도 불구하고, 직장가입자와 지역가입자간 보험료 부과체계가 상이하여 보험료 부과소득 범위가 다르고 지역가입자 소득 추정 방법에도 여러 가지 비합리적 요인이 있어서 형평성과 공정성에 많은 문제를 야기하고 있기 때문이다. 국회예산정책처가 실시한 「건강보험 보장성 강화 정책 및 제도개선에 관한 전문가 의식 조사」에서도 종합소득을 기준으로 한 건강보험 보험료 부과체계 일원화 방안을 추진하는 것에 대하여 어떻게 생각하는지 묻는 질문에 대

128) 현재 직장가입자의 보험료는 근로를 대가로 제공받은 보수, 즉 근로소득에 정률의 보험료율을 곱하여 산정되는 반면, 연간 과세소득이 500만원을 초과하는 지역가입자의 경우 사업, 임대, 근로, 연금, 이자, 배당, 기타소득 등을 포함하는 종합소득을 중심으로 보험료가 산정되고 그 외의 지역가입자에게는 재산과 자동차, 성·연령을 고려한 경제활동 참가율 등의 평가소득을 기준으로 보험료가 부과되고 있다.

129) 지역가입자의 경우, 소득 등급별 보험료 산정에 있어서 최저 1등급(500만원 초과 - 600만원 이하)에 속하는 지역가입자에 비하여 최고 75등급(4억9,900만원 초과)에 속하는 지역가입자는 연간 소득이 99.8배 높은데 보험료는 최저 1등급에 비하여 30.6배에 불과하다. 재산 등급별 보험료 산정에 있어서도 최저 1등급(100만원 초과 - 450만원 이하)에 속하는 지역가입자에 비하여 최고 50등급(30억원 초과)에 속하는 지역가입자는 재산이 95.2배 많은데도 보험료는 1등급에 비하여 29.3배에 불과하다.

해 66.7%인 12명의 응답자가 시의 적절하다고 답변했다. 나머지 6명의 응답자도 개편 방향에는 동의하나 아직 시기상조라는 의견을 보였다.¹³⁰⁾

보험료 부담의 형평성 강화와 함께 의료서비스로부터 소외될 수 있는 취약계층에 대한 대책도 필요하다. 취약계층을 대상으로 보험료 면제 제도를 시행하는 것을 검토할 필요가 있다. 일례로 400~500만명에 이르는 보험료 체납자 중에서 많은 부분이 저소득층인데, 이들은 보험료를 내지 못해서 건강보험의 적용을 받지 못하고 있다. 정부가 적절한 소득·재산 조사를 한 후 이들의 보험료를 부담해주는 제도를 시행할 경우, 본인 부담은 일정부분 남아 있기 때문에 의료급여 제도보다 재정 부담을 줄이면서도 취약계층을 보호하는 효과를 기대할 수 있을 것이다.

2. 결론

우리나라의 건강보험제도는 1977년 본격적으로 출범한 이후 빠른 속도로 발전하여 2000년에는 전 국민을 대상으로 하는 단일 보험체계를 구축하였다. 의료급여 대상자 3%를 제외한 97% 이상의 국민이 건강보험에 가입되어 있어서 사실상 건강보험의 적용 대상 측면에서 더 이상 개선될 여지가 없다고 볼 수 있다. 그러나 우리나라의 전체 개인의료비 지출액 중에서 공공재원이 충당하는 비중은 2013년 현재 약 55.9%로서 OECD 평균 72.7%보다 약 18%p 낮은 수준이다. 국민의 의료서비스 이용 기회를 보장한다는 측면에서 건강보험의 보장성을 강화해야 한다는 사회적 공감대가 형성되고 있으며, 2013년 출범한 박근혜 정부도 “4대 중증질환에 대한 100% 보장” 등의 국정과제를 이행하기 위한 대책을 추진하고 있다.

정부는 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 암 등 중증질환에 대한 보장성을 강화하는 데 주안점을 둔 정책을 추진해왔는데, 이러한 질환별 접근방법은 질환 간의 형평성 측면에서 문제가 있고 비급여의 증가로 인하여 실질적인 보장성을 제고하는 데도 한계가 있는 것으로 나타났다. 정부도 2005~2013년에 걸쳐 시행된 1, 2차 건강보험 보장성 강화계획에 대한 평가에서 중증질환 중심 보장성 강화로 인하여 특정질환 또는 특정계층에 혜택이 집중되어 질환·계층간 형평성을 저해하고 상대적 박탈감을 초래하는 문제점이 나타났음과 보장성이 정체 또는 하락하고 있음을 인정하고 있다.

130) 김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 69쪽, 2013.10.

이러한 문제점은 국회예산정책처의 전문가 의식 조사¹³¹⁾와 본 보고서의 의료패널 분석 결과에서도 공통적으로 나타나고 있다.

정부의 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획」은 아직 진행 중이기 때문에 최종 성과를 평가하기에는 이른 측면이 있다. 따라서 본 보고서는 선행연구에 대한 문헌조사와 전문가 면담, 그리고 건강보험공단의 각종 통계 자료 및 의료패널조사에 대한 분석을 기초로 정책의 방향성과 중간 성과에 대하여 평가하였다.

무엇보다 정부의 중기보장성 강화계획은 그 동안 많은 전문가들의 문제점 지적에도 불구하고, 4대 중증질환의 보장성 강화에 중점을 둔 정책 기조와 항목별·질병별 접근을 그대로 유지하고 있다. 2013~2016년 동안 총 2조 2,679억원을 투입하여 4대 중증질환 관련 628개 항목을 급여화한다는 계획을 추진하고 있다. 그런데 이 계획에 따라 2013~2014년 동안 125개 항목을 급여화했음에도 최근 발표된 2014년도 진료비 실태조사 결과에 따르면 4대 중증질환의 보장률이 2012년 대비 변동이 없는 것으로 나타났다. 암질환의 경우 2012년의 74.1%에서 2014년에 72.6%로 오히려 보장률이 감소하였다.¹³²⁾ 정부가 2013년부터 국정과제로 추진해 온 4대 중증질환 보장 강화 대책은 효과가 나타나지 않는 반면, 국회예산정책처의 지적¹³³⁾ 등 사회적 요구 때문에 부수적으로 추진한 3대 비급여 개선 대책은 보장성 강화에 어느 정도 기여하고 있는 것으로 나타났다.

이렇게 4대 중증질환에 국한된 항목별 보장성 강화 정책이 보장률 제고 효과를 달성하지 못하는 것은 비급여를 급여로 전환하는 과정에서 또 다른 비급여를 양산하는 풍선효과¹³⁴⁾가 발생하기 때문이다. 비급여가 급여화될 때 일반적으로 가격이 인하되는데, 그 수가가 원가 이상이라고 하더라도 기존에 비급여일 때 얻었던 초과 수익을 통하여 병원의 수입을 보전해 왔기 때문에 병원은 그로 인한 수익 감소분을 보전하기 위하여 다른 비급여를 증가시키게 되는 것이다.¹³⁵⁾ 정부는 풍선효과에 대한 해결방안으로 선별급여를 도입하였다. 이 제도는 미용·성형 등을 제외한 의학적 비급여를 급여화하고 본인부담율을 차등화함으로써 비급여 항목에 대한 임의적 가격 책정으로 인한 부담 증가와 불필요한 남용으로 인한 비효율을 줄일 수

131) 김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 2013.10

132) 표준오차를 고려할 경우 이러한 변동은 통계적으로 유의미하다고 볼 수는 없다.

133) 김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 2013.10

134) 급여로 전환됨으로 인해 수익이 줄어드는 부분을 보전하기 위하여 새로운 비급여 항목을 창출하는 것을 말한다. 결국, 전체 비급여 부분은 줄어들기 어렵게 된다.

135) 예를 들어 특정 항암제가 급여화되면 병원들이 유사한 효능을 가지고 있으면서 비급여 항목인 여타 항암제를 보다 많이 이용하는 것이다.

있다는 장점을 가지고 있다. 그러나 현재까지 4대 중증질환에 한정하여 26개 항목에 대해서만 시행하고 있기 때문에 그 효과가 미미한 것으로 나타났다.

건강보험의 보장성을 강화하고 형평성을 제고하기 위해서는 항목별 및 질병별 접근 패러다임에서 벗어나 재난적 의료비 부담을 겪고 있는 가정들에게 실질적인 도움이 될 수 있는 정책을 추진하여야 한다. 이를 위해 비급여까지 포함한 포괄적 본인부담상한제의 도입을 검토하고, 풍선효과를 근본적으로 예방하기 위해 포괄수가 제도 확대 등을 통해 행위별수가제를 보완할 필요가 있다. 궁극적으로 모든 국민들의 건강 및 사회보장을 증진한다는 건강보험의 목적을 달성하기 위해서는 부담 능력에 비례하는 보험료 부과체계 개편을 통해 적정부담-적정급여 체계로 전환하는 것이 필요하다고 생각한다.

이와 같은 보장성 강화 및 형평성 제고를 위해서는 의료서비스의 질과 효율성 향상도 동반되어야 한다. 실질적인 의료 보장은 국민이 필요할 때 적절한 비용 뿐 아니라 질 좋은 의료서비스를 받도록 보장하는 것이기 때문이다. 즉 같은 질에서 최소의 비용을, 같은 비용에서 최대의 건강결과를 기대할 수 있는 의료시스템을 구축하여야 하는 것이다.¹³⁶⁾ 이를 위해서 심평원이 ‘전략적 구매자’로서의 역할을 수행하는 것이 중요하다. 첫째, 보다 효과적이고 경제적인 의료서비스에 대해서만 건강보험을 적용하는 급여 관리가 이루어져야 한다. 둘째, 의학적으로 효과적인 서비스가 필요한 환자에게 제공되도록 하는 심사와 평가가 필요하다. 이와 관련하여 심평원은 불요불급한 비급여 항목이 늘어나서 보장성을 낮추는 풍선효과의 예방을 위해 새로운 비급여에 대한 모니터링을 강화할 필요가 있다. 셋째, 의료 질과 효율성이 높은 병원 및 의사와 계약하고 더 많이 보상하는 계약 및 성과지불 체계를 통해 효율성 제고와 행태 변화를 유도하는 것이 필요하다.¹³⁷⁾

이와 관련하여 이미 도입된 의료질향상분담금 제도가 우수한 의료기관에 대한 수가 보상을 통해 의료서비스의 질 향상을 도모한다는 본래의 취지를 달성할 수 있기를 기대한다. 이를 위해서는 의료질향상분담금의 설계를 선택진료비 수입 손실을 보상하는 데 주안점을 둔 상대평가 방식에서 절대평가 방식으로 전환해야 하며, 평가지표 및 평가방법 개발에 의한 합리적인 평가와 함께 질과 효율성 제고를 유도하는 인센티브 제공이 필요할 것이다.

136) 김희정, “의료의 질 향상을 위한 국가적 접근”, 「보건복지포럼」, 2013.8.

137) 김윤, “4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가”, 「대한의사협회지」 57(3), 2014. 3.

부 록

[부표 1] 포괄간호서비스 지정 병원

(단위 : 개, %)

지자체 명	종별	요양기관명	병상수		
			총병상	포괄간호	비율
서울	종합	삼육서울병원	404	192	47.5
서울	종합	부민병원	193	193	100.0
서울	종합	미즈메디병원	94	29	30.9
서울	종합	(의)제일의료재단제일병원	278	137	49.3
서울	종합	베스티안병원	99	28	28.3
서울	종합	명지성모병원	228	35	15.4
서울	종합	의료법인청구성심병원	191	40	20.9
서울	종합	을지대학교을지병원	551	46	8.3
서울	종합	서울성심병원	222	60	27.0
서울	종합	서울특별시서울의료원	539	397	73.7
서울	종합	국립중앙의료원	382	80	20.9
서울	종합	서울적십자병원	255	100	39.2
서울	종합	서울특별시동부병원	195	103	52.8
서울	병원	목동힘찬병원	169	169	100.0
서울	병원	바로선병원	78	33	42.3
서울	병원	하나이비인후과병원	33	33	100.0
서울	병원	서울송도병원	166	82	49.4
서울	병원	대항병원	102	33	32.4
서울	병원	한솔병원	80	59	73.8
서울	병원	서울척병원	98	98	100.0
서울	병원	더본병원	46	46	100.0
서울	병원	담소유병원	30	30	100.0
부산	종합	온종합병원	446	57	12.8
부산	종합	(의)은성의료재단좋은강안병원	420	58	13.8
부산	종합	삼육부산병원	256	43	16.8
부산	종합	(의)인당의료재단부민병원	380	212	55.8
부산	종합	(의)은성의료재단좋은삼선병원	400	40	10.0
부산	종합	대동병원	416	36	8.7
부산	종합	의료법인인당의료재단해운대부민병원	231	120	51.9
부산	종합	영도병원	248	40	16.1
부산	종합	좋은문화병원	257	48	18.7

지자체 명	종별	요양기관명	병상수		
			총병상	포괄간호	비율
부산	종합	부산광역시의료원	486	20	4.1
부산	병원	(의)고려의료재단부산고려병원	201	201	100.0
부산	병원	화명일신기독교병원(재)한.호기독교선교회	138	55	39.9
부산	병원	한양류마디병원	200	98	49.0
부산	병원	세바른병원	30	30	100.0
부산	병원	효성시티병원	176	35	19.9
부산	병원	(의)상원의료재단부산힘찬병원	137	54	39.4
부산	병원	동래성모병원	67	21	31.3
부산	병원	부산항운병원	98	29	29.6
부산	병원	부산본병원	212	53	25.0
대구	종합	대구의료원	320	40	12.5
대구	병원	한가람병원	34	34	100.0
대구	병원	대구참조은병원	108	41	38.0
대구	병원	보광병원	140	112	80.0
대구	병원	더열린병원	138	86	62.3
인천	종합	현대유비스병원	323	117	36.2
인천	종합	(의)인천사랑병원	318	43	13.5
인천	종합	(의)인성의료재단한림병원	400	299	74.8
인천	종합	(의)성수의료재단인천백병원	234	61	26.1
인천	종합	(의)나사렛의료재단나사렛국제병원	348	59	17.0
인천	종합	검단탑병원	275	193	70.2
인천	종합	부평세림병원	268	42	15.7
인천	종합	의료법인루가의료재단나은병원	358	55	15.4
인천	종합	인천광역시의료원	226	140	61.9
인천	상급	인하대학교병원	782	505	64.6
인천	상급	길병원	1,241	101	8.1
인천	병원	상원의료재단부평힘찬병원	172	115	66.9
인천	병원	인천힘찬병원	135	45	33.3
인천	병원	의료법인한길의료재단한길안과병원	43	43	100.0
광주	종합	서광병원	184	59	32.1
광주	종합	KS병원	198	39	19.7
광주	병원	해피뷰병원	209	84	40.2
광주	병원	빛고을전남대학교병원	176	36	20.5
대전	종합	(학)건양학원건양대학교병원	756	54	7.1
대전	종합	학교법인을지학원을지대학교병원	755	36	4.8
대전	병원	대전우리병원	149	149	100.0
대전	병원	세우리병원	144	89	61.8
대전	병원	베스티안우송병원	74	24	32.4
대전	병원	가톨릭병원	90	43	47.8
울산	종합	의료법인송은의료재단울산시티병원	246	40	16.3

지자체 명	종별	요양기관명	병상수		
			총병상	포괄간호	비율
경기	종합	세종병원	284	259	91.2
경기	종합	대아의료재단한도병원	400	50	12.5
경기	종합	(의)인봉의료재단뉴고려병원	233	150	64.4
경기	종합	(의)백송의료재단굿모닝병원	314	53	16.9
경기	종합	(의)석경의료재단센트럴병원	254	50	19.7
경기	종합	(의)대인의료재단다니엘종합병원	231	42	18.2
경기	종합	(의)영문의료재단다보스병원	241	42	17.4
경기	종합	가톨릭대학교부천성모병원	526	35	6.7
경기	종합	(의)우리의료재단김포우리병원	394	39	9.9
경기	종합	시화병원	228	32	14.0
경기	종합	동의성단원병원	271	60	22.1
경기	종합	(의)명지의료재단명지병원	544	70	12.9
경기	종합	차의과대학교분당차병원	763	80	10.5
경기	종합	원광대학교의과대학산본병원	285	49	17.2
경기	종합	강남병원	278	44	15.8
경기	종합	남양주한양병원	280	50	17.9
경기	종합	인제대학교일산백병원	520	44	8.5
경기	종합	동국대학교일산불교병원	572	100	17.5
경기	종합	의료법인녹산의료재단동수원병원	369	34	9.2
경기	종합	(의)박애의료재단박애병원	228	47	20.6
경기	종합	국민건강보험공단일산병원	650	513	78.9
경기	종합	경기도의료원수원병원	148	92	62.2
경기	종합	경기도의료원의정부병원	153	72	47.1
경기	종합	경기도의료원포천병원	146	42	28.8
경기	종합	경기도의료원이천병원	125	51	40.8
경기	병원	수원월스기념병원	127	127	100.0
경기	병원	안양월스기념병원	80	40	50.0
경기	병원	서울나우병원	65	36	55.4
경기	병원	동탄시티병원	61	61	100.0
경기	병원	예송병원	193	46	23.8
경기	병원	백성병원	194	35	18.0
경기	병원	바른세상병원	122	44	36.1
경기	병원	바른마디병원	30	30	100.0
경기	병원	나누리수원병원	118	32	27.1
경기	병원	부천우리병원	97	27	27.8
경기	병원	광명새움병원	60	31	51.7
경기	병원	(의)장산의료재단이춘택병원	164	109	66.5
경기	병원	의료법인성베드로병원	125	34	27.2
경기	병원	서울척병원	70	70	100.0

지자체 명	종별	요양기관명	병상수		
			총병상	포괄간호	비율
강원	종합	속초보광병원	190	25	13.2
강원	종합	강원도삼척의료원	114	36	31.6
강원	종합	강원도원주의료원	220	44	20.0
충북	종합	건국대학교충주병원	396	43	10.9
충북	종합	충청북도청주의료원	317	42	13.2
충북	종합	충청북도충주의료원	280	49	17.5
충북	상급	충북대학교병원	596	38	6.4
충남	종합	(의)영서의료재단천안충무병원	338	39	11.5
충남	종합	충청남도공주의료원	219	56	25.6
충남	종합	충청남도천안의료원	190	65	34.2
충남	종합	충청남도서산의료원	231	48	20.8
충남	종합	충청남도홍성의료원	287	47	16.4
충남	병원	천안우리병원	86	61	70.9
전북	종합	대자인병원	418	65	15.6
전북	종합	(의)대산의료재단익산병원	288	36	12.5
전북	종합	(의)영경의료재단전주병원	270	35	13.0
전북	종합	전라북도군산의료원	375	100	26.7
전남	종합	목포중앙병원	360	30	8.3
전남	종합	목포한국병원	495	32	6.5
전남	종합	여수전남병원	281	20	7.1
전남	종합	목포시의료원	299	50	16.7
전남	병원	순천하나병원	181	45	24.9
전남	병원	의료법인인성의료재단함평성심병원	37	37	100.0
전남	병원	전라남도순천의료원	180	50	27.8
경북	종합	(의)한성재단포항세명기독병원	618	331	53.6
경북	종합	영남대학교의과대학부속영천병원	188	42	22.3
경북	종합	의료법인동춘의료재단문경제일병원	440	43	9.8
경북	종합	경상북도김천의료원	270	46	17.0
경북	종합	경상북도포항의료원	174	30	17.2
경북	종합	상주적십자병원	215	55	25.6
경북	병원	새천년병원	114	24	21.1
경북	병원	(의)영제의료재단영남제일병원	96	30	31.3
경남	종합	(의)대우의료재단대우병원	229	44	19.2
경남	종합	진주고려병원	240	43	17.9
경남	종합	경상남도마산의료원	224	104	46.4
경남	병원	(의)상원의료재단창원힘찬병원	123	82	66.7
경남	병원	거창적십자병원	96	46	47.9
제주	종합	제주특별자치도서귀포의료원	195	30	15.4

[부표 2] 본인부담상한제 적용 대상 및 결과(2013년 의료패널)

(단위: 만 원, %)

소득 분위 (10분위)	연간 생활비	가계동향조사 비율 적용 식료품비	지불 능력	법정본인 부담금	환급액	비급여 본인 부담금	가계최종 부담 의료비	최종 의료비 비중
4	1,560	259	1,301	242	42	379	579	44.5
8	4,680	322	4,358	1,887	1,587	1,546	1,846	42.3
8	4,320	650	3,670	404	104	381	681	18.5
4	2,040	259	1,781	318	118	203	403	22.6
6	1,800	275	1,525	268	18	76	326	21.4
1	720	182	538	1,290	1,170	477	597	111.0
3	960	258	702	371	221	234	384	54.8
5	2,640	138	2,502	267	67	287	487	19.5
4	1,080	130	950	212	12	299	502	52.9
2	708	147	561	190	40	44	194	34.6
7	3,600	524	3,076	288	38	34	292	9.5
1	600	273	327	228	108	5	125	38.1
1	720	182	538	154	34	2	122	22.6
3	1,200	323	877	151	1	139	366	41.8
8	2,400	260	2,140	379	79	216	516	24.1
7	3,600	546	3,054	510	260	447	697	22.8
3	1,560	388	1,172	355	205	67	217	18.5
2	780	184	596	333	183	72	222	37.3
2	912	147	765	174	24	247	397	51.9
3	1,956	258	1,698	182	32	1	151	8.9
6	3,600	459	3,141	320	70	396	679	21.6
2	1,320	294	1,026	155	5	15	165	16.1
3	1,392	323	1,069	241	91	7	157	14.6
2	900	220	680	307	157	253	403	59.3
1	420	91	329	141	21	169	289	87.9
2	1,200	294	906	190	40	131	281	31.0
1	720	182	538	357	237	172	292	54.2
2	1,200	220	980	151	1	471	621	63.4
1	528	182	346	471	351	285	405	116.9
1	1,200	318	882	131	11	103	223	25.2
5	2,400	321	2,079	202	2	356	556	26.8
6	2,760	229	2,531	303	53	288	549	21.7
1	840	273	567	194	74	289	409	72.1

소득 분위 (10분위)	연간 생활비	가계동향조사 비율 적용 식료품비	지불 능력	법정본인 부담금	환급액	비급여 본인 부담금	가계최종 부담 의료비	최종 의료비 비중
8	3,600	303	3,297	352	52	364	682	20.7
4	2,400	311	2,089	214	14	764	964	46.2
1	600	136	464	196	76	105	225	48.5
7	3,000	655	2,345	413	163	137	387	16.5
1	840	182	658	127	7	185	305	46.3
4	1,872	104	1,768	244	44	445	646	36.5
3	1,800	388	1,412	179	29	329	479	33.9
5	1,560	229	1,331	207	7	256	456	34.3
2	1,800	331	1,469	350	200	303	454	30.9
4	1,800	259	1,541	614	414	309	516	33.5
1	1,200	273	927	208	88	329	459	49.5
1	2,400	454	1,946	238	118	607	727	37.4
3	3,000	484	2,516	319	169	247	399	15.9
8	5,040	866	4,174	416	116	297	601	14.4
2	960	220	740	172	22	7	158	21.4
1	960	273	687	292	172	247	376	54.6
6	3,564	505	3,059	397	147	807	1,067	34.9
2	840	184	656	304	154	7	157	24.0
5	2,400	321	2,079	233	33	30	230	11.1
2	1,200	220	980	195	45	32	182	18.6
2	960	147	813	173	23	282	432	53.1
1	480	182	298	475	355	333	453	151.9
1	600	182	418	260	140	384	504	120.5
10	3,000	404	2,596	1,163	663	1,163	1,666	64.2
2	720	147	573	278	128	140	290	50.6
1	960	273	687	142	22	233	353	51.4
2	1,200	294	906	345	195	414	564	62.3
2	720	220	500	220	70	87	237	47.5
3	960	129	831	216	66	132	303	36.5
3	1,704	323	1,381	285	135	123	273	19.8
3	960	129	831	366	216	168	318	38.3
1	708	136	572	197	77	2	122	21.3
1	360	91	269	291	171	1	121	45.0
3	1,200	194	1,006	210	60	93	259	25.7
4	1,800	104	1,696	259	59	236	436	25.7

소득 분위 (10분위)	연간 생활비	가계동향조사 비율 적용 식료품비	지불 능력	법정본인 부담금	환급액	비급여 본인 부담금	가계최종 부담 의료비	최종 의료비 비중
2	720	220	500	242	92	334	484	96.8
2	600	147	453	190	40	78	243	53.5
3	1,200	258	942	239	89	62	212	22.5
1	960	363	597	174	54	2	122	20.4
2	1,200	367	833	190	40	10	160	19.3
1	600	227	373	155	35	52	180	48.2
1	600	136	464	303	183	15	135	29.1
6	1,800	229	1,571	255	5	1	251	16.0
2	1,200	220	980	199	49	51	201	20.6
1	408	91	317	131	11	42	162	51.0
2	1,200	220	980	164	14	77	227	23.2
7	2,400	349	2,051	308	58	412	662	32.3
1	600	182	418	127	7	41	161	38.5
3	1,200	194	1,006	262	112	549	699	69.5
1	588	182	406	218	98	85	205	50.6
3	960	258	702	163	13	111	261	37.1
1	1,200	273	927	337	217	212	332	35.8
3	480	194	286	214	64	257	407	142.4
1	720	136	584	616	496	76	196	33.6
2	600	147	453	164	14	118	268	59.2
1	852	227	625	285	165	85	212	33.9
2	1,044	147	897	207	57	298	448	49.9
2	720	147	573	222	72	159	309	53.9
2	1,260	220	1,040	491	341	379	529	50.9
1	780	136	644	170	50	13	133	20.6
1	720	227	493	126	6	210	330	66.9
3	1,200	258	942	192	42	105	255	27.1
1	1,200	227	973	339	219	51	171	17.6
1	1,200	227	973	140	20	60	180	18.5
5	2,520	459	2,061	209	9	336	536	26.0
8	4,200	433	3,767	563	263	69	369	9.8
4	1,308	259	1,049	206	6	147	347	33.1
6	2,400	321	2,079	747	497	356	608	29.2
2	1,200	294	906	151	1	216	366	40.4
1	480	91	389	179	59	199	319	82.1

소득 분위 (10분위)	연간 생활비	가계동향조사 비율 적용 식료품비	지불 능력	법정본인 부담금	환급액	비급여 본인 부담금	가계최종 부담 의료비	최종 의료비 비중
5	360	69	291	244	44	399	599	205.6
1	720	227	493	138	18	79	199	40.4
4	1,908	414	1,494	230	30	0	200	13.4
6	3,000	275	2,725	266	16	137	387	14.2
3	1,200	194	1,006	275	125	265	415	41.2
4	960	155	805	266	66	831	1,031	128.2
5	1,800	229	1,571	431	231	391	591	37.6
2	900	147	753	1,327	1,177	404	554	73.5
1	780	136	644	249	129	98	229	35.6
5	1,680	183	1,497	206	6	257	457	30.5
1	600	182	418	320	200	284	404	96.6
6	3,600	367	3,233	370	120	337	587	18.2
4	1,200	155	1,045	278	78	214	440	42.2
9	4,200	322	3,878	682	282	487	887	22.9
2	960	220	740	307	157	182	332	44.8
4	2,160	414	1,746	289	89	10	210	12.0
1	600	182	418	121	1	48	168	40.1
3	1,200	129	1,071	175	25	11	161	15.0
1	840	273	567	243	123	605	725	127.8
2	1,188	367	821	385	235	32	183	22.2
2	708	147	561	368	218	83	233	41.5
3	1,200	323	877	364	214	942	1,127	128.5
3	1,740	323	1,417	461	311	776	926	65.3
1	600	136	464	171	51	130	250	53.9
5	2,400	229	2,171	270	70	40	240	11.1
6	3,600	367	3,233	270	20	301	551	17.0
1	600	182	418	161	41	75	197	47.2
6	1,800	229	1,571	413	163	350	600	38.2
2	840	220	620	159	9	223	373	60.2
4	2,880	259	2,621	245	45	109	309	11.8
3	1,200	226	974	183	33	981	1,131	116.1
4	1,560	259	1,301	453	253	3	203	15.6
8	3,000	347	2,653	537	237	341	641	24.2
1	1,800	545	1,255	199	79	115	235	18.8
5	2,400	367	2,033	218	18	429	643	31.6

소득 분위 (10분위)	연간 생활비	가계동향조사 비율 적용 식료품비	지불 능력	법정본인 부담금	환급액	비급여 본인 부담금	가계최종 부담 의료비	최종 의료비 비중
6	1,200	138	1,062	281	31	70	320	30.2
8	3,600	217	3,383	512	212	10	312	9.2
4	1,800	311	1,489	284	84	328	531	35.6
2	960	147	813	512	362	563	713	87.7
3	1,200	129	1,071	158	8	223	373	34.8
4	1,800	311	1,489	207	7	235	435	29.2
7	3,480	437	3,043	260	10	84	335	11.0
7	2,400	218	2,182	599	349	509	759	34.8
4	960	155	805	549	349	82	282	35.0
1	600	91	509	125	5	3	123	24.1
1	900	182	718	255	135	22	142	19.7
1	600	182	418	167	47	24	144	34.5
1	600	91	509	221	101	113	233	45.7
5	2,400	459	1,941	259	59	10	210	10.8
2	960	73	887	195	45	39	189	21.3
3	960	194	766	217	67	37	187	24.5
5	1,800	138	1,662	217	17	288	513	30.9
3	600	32	568	213	63	244	394	69.3
3	960	194	766	255	105	33	183	23.9
2	1,200	294	906	537	387	1,006	1,156	127.5
3	1,200	194	1,006	201	51	68	218	21.6
2	960	147	813	291	141	190	340	41.8
3	1,200	388	812	175	25	59	209	25.7
1	840	182	658	240	120	17	137	20.8
3	1,680	388	1,292	332	182	449	599	46.4
6	2,220	321	1,899	309	59	292	542	28.5
4	2,160	389	1,771	561	361	760	1,018	57.5
4	600	78	522	264	64	81	296	56.6
3	1,200	194	1,006	340	190	84	234	23.2
1	1,440	454	986	146	26	31	154	15.6
평균	1,503	252	1,251	303	131	231	407	41.9

참고문헌

- 김대환, “건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안”, 「보험금융연구」 제26권 제2호, 2015.5.
- 김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 2013.10
- 김윤, “4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가”, 「대한의사협회지」 제57권 제3호, 2014.3.
- _____, “의료서비스의 가치 극대화를 통한 건강보험의 보장성 강화와 지속가능성 제고”, 「HIRA 정책동향」 제7권 5호, 2013.
- _____, “의료질향상분담금 무엇을 평가해서 어떻게 보상할 것인가?”, 「병원」 통권 356호 (2015년 7/8월), 2015.7.1
- _____, 병협 KHA 글로벌 의료정책 포럼 발제자료, 2013.7
- 김희정, “의료의 질 향상을 위한 국가적 접근”, 「보건복지포럼」, 2013.8.
- 박윤희, “만성질환 관리전략”, 「대한의사협회지」 제57권 제10호, 2014.10.10.
- 박은철, “정부의 중기 보장성 강화계획에 대한 생각”, 「병원」 통권 356호(2015년 7/8월), 2015.7.1
- 서남규 외, 「재난적 의료비 발생가구에 대한 심층연구」, 건강보험정책연구원, 2015.7.
- 서남규 외, 「2010년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」, 건강보험정책연구원, 2012.12.
- 송은철·신영전, “재난적 의료비 예방을 위한 포괄적 의료비 상한제: 비용 추계를 통한 적용 가능성을 중심으로”, 「보건사회연구」 35(2), 2015
- 안형식·김현정, “입원환자에 대한 포괄간호서비스 제도 도입을 위한 과제”, 「병원경영·정책 연구」 제4권 1호(2015년 1월), 한국병원경영연구원, 2015.1.15
- 이용균, 「포괄간호서비스제도 도입의 정책과제」, KIHM 정책리포트 23호, 한국병원경영연구원, 2015.
- 이은경, “우리나라 건강보험제도에 관한 고찰”, 「재정포럼」 제167호, 2010. 5
- 정영호, “한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태”, 「보건복지 Issue & Focus」 제70호, 2011.2
- 정형선, “건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제(학계)”, 「HIRA 정책동향」 제9권 3호 (2015년 5/6월), 2015.5.1.
- 조흥준, “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황”, 「대한의사협회지」, 2013년 봄, 56(3)

최정규 외, “보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향”, 『보건행정학회지』 제21권 제2호, 2011

국민건강보험공단, ‘포괄서비스 건강보험 수가 시범사업 설명회’ 자료, 2014.11.21.

건강보험정책연구원, 「2015년 한국의료패널 심층분석보고서-보건의료지표를 중심으로 살펴본 한국보건제도-」, 2015.12.

보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 2015. 2

_____, 「포괄간호서비스 시범사업 기술지원 및 모니터링 연구」, 고려대학교, 2014.

OECD Health Data(2013) <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>

사업평가 16-08

건강보험 보장성 강화 정책 평가

발간일 2016년 6월 14일

발행인 김준기 국회예산정책처장

편 집 사업평가국 사회사업평가과

발행처 **국회예산정책처**

서울특별시 영등포구 의사당대로 1
(tel 02·2070·3114)

인쇄처 유월애 (tel 02·859·2278)

내용에 관한 문의는 국회예산정책처 사회사업평가과로
연락해주시기 바랍니다. (tel 02·788·3782)

ISBN 978-89-6073-906-2 93350

© 국회예산정책처, 2016

나라살림 지킴이
나라정책 길잡이

