

건강보험 보장성 확보를 위한 정책 과제

Policy Issues on the Limited Coverage of the National Health Insurance



허순임 한국보건사회연구원 부연구위원

건강보험 보장성을 개선하기 위한 정책적 접근을 위해서는 환자본인부담 수준(즉 보장수준)과 환자본인부담 비용이 발생하는 구조적 측면의 문제를 파악하여 정책과제를 도출하는 것이 필요하다. 건강보험 보장성이 낮을 경우 가계의 과중한 의료비 부담을 초래하며, 특히 지불능력이 낮은 저소득계층에서 심각한 문제가 된다. 본 연구를 통해 저소득계층의 의료비 부담이 고소득계층에 비해 크다는 것을 알 수 있으며, 이를 개선하기 위해서는 저소득계층의 의료비부담을 덜어주는 정책이 필요하다. 환자본인부담 발생 구조에 대한 개선방안은 법정본인부담금과 비급여서비스에 대해 문제의 특성을 구분해서 접근하는 것이 필요하다. 두 측면에 대한 실행 정책을 결정함에 있어 보험재정에 좌우되기 보다는 건강보험 보장성 개선을 위한 목표와 원칙을 분명히 세우는 것이 지속적인 제도의 발전을 위해 필요하며, 장기적으로는 급여체계를 바꾸는 노력이 수반되어야 정책 효과를 얻을 수 있을 것이다.

1. 서론

우리나라는 질병으로 인해 발생할 수 있는 경제적 위험에 대비하기 위해 사회연대에 기초하여 재원을 조달하는 사회보험 방식의 건강보험 제도를 운영하고 있다. 1977년 500인 이상 기업 근로자를 대상으로 처음 도입된 이후 지속적으로 가입대상을 확대하여 1989년 전 국민을 대상으로 의료보장을 제공하게 되었다. 수혜 대상에 대한 제도의 보편성을 확보하는 성과를 이룬 반면에, 질병으로 인한 경제적 위험으로부터 보호하는 건강보험의 역할이 충분하지 못한 부분의 문제는 아직 해결해야 할 과제로 남아있다.

이는 저부담-저급여 체계로 출발한 건강보험의 태생적 한계에서 비롯되어 그 구조를 바꾸는 것이 어렵고, 그 동안 건강보험의 주요 정책의제는 수혜대상의 보편화와 다보험자를 단일 보험자로 통합하는 문제였기 때문에 보장성 개선이 논의의 중심에 있기 어려웠다.

2000년 건강보험이 단일 재정으로 통합된 다음 2001년 재정적자를 겪은 후, 2003년 건강보험재정이 안정된 뒤에야 비로소 보장성에 대한 논의가 활발하게 되었다. 2004년 정부는 '참여복지 5개년 계획'을 발표하면서 건강보험 보장성 개선을 위한 정책수립에 적극적인 의지를 표명하였고, 2008년까지 70%의 보장성 확보라는

목표를 제시하고 구체적인 실행방안을 모색하였으며 이 중 일부는 제도로 시행되었다. 이러한 노력에도 불구하고 기대했던 수준의 건강보험 보장성 개선에는 미치지 못하였다. 여기에는 여러 가지 원인이 있겠지만, 우선 보장성 문제를 파악하고 개선정책을 수립하는 데 있어서 치밀한 준비가 부족했고, 수치상의 정책 목표는 제시되었으나 보장성 개선을 위한 원칙과 기준에 대한 충분한 논의와 합의를 이루어내지 못하였기 때문에 정책을 추진하는 데 있어서 일관성과 지속성을 확보하지 못한 점을 들 수 있다. 이와 함께 의료서비스 전달체계와 진료비 지불방식 등 보장성 정책 논의에서 해결하기 힘든 다른 영역의 문제가 개선되지 않고는 보장성 개선이 제한적일 수밖에 없는 측면도 있다.

효과적인 건강보험 보장성 개선을 위해서는 세 측면이 고려되어야 한다. 첫째, 보장성과 관련하여 무엇이 문제인지 정확히 파악해야 적절한 정책 대안을 찾는 것이 가능하다. 둘째, 지속적인 정책 추진을 위해서 보장성 개선을 위한 원칙을 세우는 것이다. 건강보험제도는 여러 주체가 관련되어 있기 때문에 사회적 합의를 통해 정책을 실현하는 것이 필요하며, 이를 위해 원칙을 확립하는 것이 중요하다. 셋째, 보장성 정책과 관련 있는 다른 정책 영역과 연계하여 논의해야 한다. 건강보험제도의 성과지표라고 할 수 있는 보장성은 제도를 구성하는 여러 측면과 맞물려 있기 때문에, 이를 종합적으로 고려하지 않으면 부분적이거나 제한적인 개선을 얻을 수 있을 뿐이다.

본 연구에서는 첫 번째 문제에 초점을 맞추었으며, 논의 중에 두 번째와 세 번째 문제를 간략하게 언급하였다.

2. 건강보험 보장성에 대한 개념

1) 건강보험 보장성의 의미

건강보험 보장성은 다음 두 가지 의미로 정리할 수 있다. 첫째, 건강보험 적용인구의 범위(즉, 전체 인구 중 건강보험 적용대상자의 비중)이다. 둘째, 의료이용 시 발생하는 비용 중 건강보험이 보장하는 수준의 의미이다. 우리나라는 1989년부터 의료급여 대상자¹⁾를 제외한 모든 국민이 건강보험에 가입되어 있기 때문에(2006년 기준, 96.5%), 실질적으로 전 국민에 대한 의료보장이 제공되고 있어 적용대상의 범위에 대한 문제는 없다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 건강보험 보장성의 두 번째 의미에 대해 논의를 집중하기로 한다.

구체적인 개념 정리에 앞서 의료보장제도가 발달한 국가에서의 보장성 개선과 국내 논의의 차이를 지적할 필요가 있다. 의료보장제도가 발달한 국가에서는 국민의료비 상승 문제를 해결하기 위한 방안으로 그동안 낮은 환자부담을 부과한(또는 부과하지 않는) 포괄적인 의료보장으로부터 급여서비스에 대한 환자본인부담을 증가(혹은 부여)하거나²⁾ 급여패키지에 변화를 주는 정책을 시도하고 있다. 이와는 달리 국내 건

1) 의료급여 대상자에게 제공되는 서비스 범위나 내용은 건강보험 가입자와 같고, 환자본인부담은 더 낮게 책정된다.

건강보험 보장성에 대한 논의는 건강보험이 의료비에 대한 환자의 재정부담을 덜어주는 역할이 불충분한 점을 개선하고자 하는 노력에 초점을 맞춘 것이다.

2) 건강보험의 보장성 개념 정리

의료비에 대한 건강보험의 보장성은 건강보험의 급여범위(scope of benefit)와 급여하는 서비스에 대한 급여수준(level of coverage)의 조합으로 설명될 수 있으며, 일반적으로 보장률로 계량화하여 평가한다. 급여범위는 전체 의료서비스 중 건강보험이 무엇을 급여하는가를 의미하며, 급여수준은 급여서비스에 대한 비용 중 건강보험이 부담하는 정도를 나타낸다. 의료서비스 비용에 대해 건강보험이 보장하는 수준으로 정의되는 지표가 급여범위와 급여서비스에 대한 급여수준을 포함하고 건강보험의 성과를 정량적으로 보여주기 때문에 유용하지만, 건강보험 보장성 개선 정책과 연결해서 생각한다면 내용적으로는 급여서비스에 대한 환자본인부담 부분과 급여범위에 대한 검토가 함께 이루어지는 것이 타당할 것이다. 왜냐하면, 환자가 얼마의 비용을 부담하는가를 평가하는 것도 중요하지만, 그비용을 발생시키는 구조가 합당한가에 대한 논의가 수반되어야 향후 개선책을 찾는 데 도움이 될 것이기 때문이다. 이는 넓은 범위

를 포괄하는 패키지에 급여수준을 낮게 가져갈 것이나, 또는 좁은 범위의 급여에 대해 보장수준을 높이는 것으로 건강보험의 역할을 상징할 것인가라는 질문과도 연계되는 것이기도 하다.

(1) 건강보험의 보장수준

건강보험의 보장수준은 의료이용으로 발생하는 비용 중 건강보험이 부담하는 수준을 의미하며 보장성을 정량적으로 나타내는 지표이다. 이를 달리 표현하면, 의료비 중 환자부담의 수준을 말하며 건강보험 가입자의 입장에서는 이 지표가 주는 의미가 더 직접적이고 중요할 수 있다. 그러나 전체 평균의 의미로서의 건강보험 보장률(또는 환자본인부담률)은 환자가 가지는 부담을 구체적으로 나타내기에는 한계가 있다. 동일한 수준의 보장률이라 하더라도 환자의 지불능력에 따라 그 부담의 정도가 다르기 때문에 가계의 지불능력(즉 소득) 대비 의료비 부담을 파악하는 것이 필요하다.

가) 의료비 중 환자본인부담 비율

이 지표의 측정을 위해서는 먼저 건강보험의 보장 대상인 의료비의 범위와 항목을 명확히 하는 것이 중요하다.³⁾ 환자가 부담하는 의료비를 [그림 1]과 같이 설명할 수 있고 '건강보험 보

장률'은 다음 식과 같이 표현될 수 있다.

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{a}{a+b+c+d} = 1 - \frac{b+c+d}{a+b+c+d}$$

그림 1. 건강보험 환자의 의료비 구성

〈건강보험 급여〉 (a)	법정 비급여 (c)	임의 비급여 (d)

이와 같이 건강보험의 보장성 지표를 정의할 때, 중요한 것은 항목 c와 d, 즉 건강보험 비급여 진료비의 규모를 올바르게 파악하는 것이다. 급여서비스에 대한 비용은 건강보험 급여비(a)와 환자부담금(b)(즉 법정본인부담금)은 건강보험 급여 자료로부터 거의 완벽하게 측정할 수 있으나, c와 d 항목은 대표성을 가지는 자료를 구하기 어렵다.

나) 의료비 지출의 가계 부담

보험가입자의 입장에서는 거시적인 지표로

서의 보장률보다는 체감하는 환자본인부담의 수준을 파악하는 것이 중요하다. 건강보험의 보장성 수준이 문제가 되는 것은 보장성이 낮은 경우 가계의 과중한 의료비 부담을 초래할 수 있으며, 이로 인하여 필요한 의료서비스를 받지 못하거나 또는 의료서비스를 이용한다 하더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪게 될 수 있기 때문이다. 따라서 가계의 지불능력(즉 소득) 대비 의료비 지출을 파악하는 것이 필요하다.

가계 의료비 부담에서 중요한 개념은 과부담 의료비 지출(catastrophic health expenditure)로서, 이는 단지 중증질환으로 인한 고액의 치료 비용으로서의 의미만이 아니라 한 가계의 기본적인 생계비 혹은 총 효용에 기여하는 다른 재화나 서비스의 평균적인 소비지출을 줄여야 하는 상황을 나타내는 넓은 의미로 해석된다(Kawabata et al. 2002⁴⁾; Berki 1986⁵⁾; 이원영 2005⁶⁾).

과부담 의료비 지출에 대한 기준은 표준화되어 있지 않고 다양하게 정의될 수 있다. 미국에서는 연간 가구소득 대비 10%를 초과할 때 과부담 의료비로 정의한 연구가 많으며(Short와 Banthin 1995⁷⁾; Shearer 2000⁸⁾; Collins 외 2005⁹⁾), WHO는 지불능력¹⁰⁾ 대비 의료비의 비중이 40% 이상인 경우를 과부담 지출로 정의하였다(Xu et al. 2003¹¹⁾). 국내 연구로는 WHO의 정의를 사용한 연구가 있다(이태진 외 2003¹²⁾;

2) 예컨대, 독일은 2004년 환자본인부담을 늘리는 SHI 현대화법을 시행한 바 있고, 미국은 비중이 높은 관리의료 형태의 보험에서 환자본인부담을 늘리고 있으며 높은 deductible을 두는 의료저축계정(MSA) 도입에 대한 논의가 있다.

3) 건강보험이 현재 급여하고 있지 않더라도, 규범적 의미에서 급여 범위에 포함할 수 있는 의료비에 해당한다. 전체 국민 의료비에는 미용성형, 한방 보약 등이 포함될 수 있으나, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환에 사용되는 의료서비스와 재화는 건강보험 급여대상에서 제외될 수 있다.

4) Kawabata K, Xy K, Carrin G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. Bulletin of World Health Organization, 80(8):612. 이원영(2004)에서 재인용.

5) Berki SE. (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. Health Affairs, 5:139~145.

6) 이원영(2005). 도시가계 의료비 지출의 형평성. 보건행정학회지, 15(1):30~56.

7) Short P, Banthin J. (1995). New estimates of the underinsured younger than 65 years. The Journal of the America Medical Association, 274(16):1302~6.

이원영 2005; 양봉민 외 2006¹³⁾). 과부담 의료비에 대한 기준은 각 나라의 보건의료정책 목표에 따라 다르게 정의될 수 있고, 이에 대한 정책적 대응도 다를 것이다.

(2) 환자본인부담 발생 구조에 대한 이해

이상에서 살펴본 바와 같이 의료비에 대한 환자본인부담의 수준은 건강보험 보장성을 나타내는 핵심지표이다. 이를 정확하게 측정하는 것과 함께 중요하게 고려되어야 하는 것이 환자본인부담을 발생시키는 구조이다. 환자가 부담하는 비용이 어떻게 발생하며, 어떤 특성과 문제를 가지고 있는 지 제대로 파악하고 대처하는 노력이 있어야 보장성을 개선할 수 있을 것이기 때문이다.

가) 급여범위의 문제

환자본인부담은 급여 서비스에 대한 법정 본인부담과 급여되지 않는 서비스에 대한 비용으

로 구분된다. 우선 급여범위에 속하는 서비스에 대해서는 ‘의학적으로 필요한 의료서비스가 어느 정도 포함되어 있는가?’를 평가하는 것이 필요하다. 적절한 급여패키지는 의학적으로 필수적인 서비스를 포함하는 것으로 정의될 수 있지만 이에 대한 동의를 얻기란 매우 어렵다. 예를 들어, 아픈 사람의 경우에는 건강상태를 회복하게 하는 모든 의료서비스가 포함되어야 한다고 생각하는 반면, 건강상태가 좋은 경우는 그 상태를 유지하게 하는 의료서비스가 필수적이라고 생각할 수 있다. 또한 급여대상에 따라 필수적 의료서비스는 상대적인 개념이 될 수 있다. 예컨대, 미국 메디케어 프로그램은 2005년까지 외래 처방약에 대한 급여를 제공하지 않아 문제로 지적되었다. 이 경우 프로그램 대상자가 노인이 아닌 젊은 성인이었다면 급여패키지의 적합성에 대한 문제 제기가 상대적으로 미약할 수도 있다.¹⁴⁾

이와 같이 급여범위의 문제(즉, 비급여서비스)를 살펴보면 다른 나라에서는 외래 처방의약품, 치과진료 등 특정 진료영역을 비급여로 두

는 것과 달리, 우리나라는 제공되는 의료서비스의 구성요소의 일부로 포함되어 있는 특성이 있다. 예를 들어, 뇌경색 치료에 사용되는 치료재료가 급여에 포함되지 않는다는지, 폐렴으로 입원한 경우 건강보험이 적용되는 기준 병실을 이용하지 못한 경우(즉, 상급병실 이용)에 해당하는 비급여서비스 등 일련의 의료적 처치의 일부이기 때문에 각각에 대해 개별적인 대응이 불가피한 면이 있다.

나) 급여서비스에 대한 환자본인부담

결정된 급여패키지 내에서는, 급여서비스에 대한 법정본인부담 수준과, 법정본인부담의 구조가 중요하다. 법정본인부담의 구조는 환자에게 어떤 방식의 본인부담을 부과할 것인가의 문제로, 초기비용을 환자가 모두 부담하게 하는 방법(deductible), 방문 시 고정금액을 부과하는 방법(copayment), 진료비용의 일정 비율을 부담하게 하는 방법(co-insurance) 등 다양하며, 이들 중 하나를 택하거나 복합적으로 사용할 수 있다. 이와 함께 본인부담이 일정 수준을 넘을 경우 부담을 면제하는 정책(catastrophic coverage 즉 본인부담 상한제), 또는 반대로 일정 수준의 진료비까지만 보험에서 급여하고 그 이상은 전액 환자가 부담하는 형태(coverage cap)를 병행하기도 한다. 이러한 법정본인부담 구조는 입원·외래·의약품에 대해 각기 다른 형태로 설계하기도 하며, 여기에는 의료전달체

계 및 진료행태, 진료비의 특성 등 여러 요소가 고려되어야 한다.

3. 건강보험 보장성 현황과 문제점

1) 건강보험의 보장수준

현재 건강보험 보장수준에 대한 통계는 두 가지가 사용되고 있다. 하나는 OECD 보건계정체계(System of Health Account, 이하 SHA) 개념으로 집계한 의료비에 대한 공공재원 지출 비중으로 공공보험을 통한 의료보장 수준을 알 수 있으며 국제비교를 위해 유용하다. 다른 하나는 건강보험공단에서 2004년부터 매년 실시하고 있는 ‘건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사’¹⁵⁾에서 산출하는 건강보험 보장률이다. 두 통계가 서로 다른 개념과 조사방법으로 산출되므로 각각의 특성과 장단점을 고려하여 사용하는 것이 필요하다. 그러나 어느 통계를 사용하든 건강보험 보장성이 취약하다는 결론은 공통적으로 얻을 수 있다.

(1) 의료비 중 공공재원 지출의 비중

의료비에 대한 재원조달을 살펴보면 우리나라의 의료보장이 취약함이 확연히 드러난다. 2005년 기준으로 의료비에 대한 공공재원 지출

8) Shearer G. (2000). The health care divide: Unfair financial burdens. <http://www.consumerunion.org/health/divide/divide.htm>.
 9) Collins SR, Schoen C, Doty MM, et al. (2005). Paying more for less: Older adults in the individual insurance market. The Commonwealth Fund, Task Force on the Future of Health Insurance. Issue Brief publication #841.
 10) 지불능력은 가구 총 소비지출에서 식료품비를 기본 생계비로 규정하고 이를 제외한 금액으로 정의할 수 있다.
 11) Xu K, Evans DB, Kawabate K, et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362: 111~117.
 12) 이태진·양봉민·권순만·오주환·이수형(2003). 보건의료 비용 지출의 형평성. *보건경제연구*, 9(2).
 13) 양봉민·김진현·이태진 외(2006). 건강보험의 목표보장률 및 실현방안. 서울대학교 보건대학원.
 14) 또는 같은 문제가 시대적 환경에 따라 달리 판단될 수 있다. 미국 메디케어 프로그램이 제공되기 시작한 1965년부터 1980년대 이전까지는 의학적 치료에서 의약품 사용이 차지하는 비중이 작았기 때문에 외래 처방약에 대한 급여가 포함되지 않은 것이 필수적 의료서비스의 문제로 인식되지 않다가, 의약품이 중요한 역할을 하기 시작하면서 급여에 꼭 포함되어야 할 내용으로 인식된 측면도 있다.

15) 이 조사에서 건강보험 급여서비스가 전혀 포함되지 않는 의료이용자는 분석에서 제외된다. 따라서 비급여서비스가 많은 치과나 한방 영역의 이용이 상당부분 배제되어 있을 가능성이 높다.

은 53%로 OECD 평균 72.7%에 비해 훨씬 낮을 뿐만 아니라, 민간지출의 내용에서도 차이를 보이고 있다(표 1 참조). 우리나라는 민간재원 지출 중 환자본인 부담의 비율이 2005년 기준으로 37.7%로 OECD 평균 19.5%에 비해 매우 높고, 전 국민 의료보장제도를 실시하고 있는 국가 중에서는 가장 높다(표 2 참조).¹⁵⁾ 한편 우리나라의 의료비 재원 중 민간의료보험의 지출비율을 OECD 평균과 비교하면 낮게 보이지만(각각 3.4%, 6.3%), 민간의료보험에 대한 의존도가 가장 높은 미국을 제외한 OECD 평균은 2005년

기준으로 4.7%이므로 큰 차이는 아니라고 볼 수 있다(표 2 참조).

(2) 건강보험 환자의 본인부담 수준

2003년 이후 보장성 개선이 건강보험정책의 주요 의제로 잡히면서 보장수준을 파악하기 위한 구체적인 노력의 일환으로 2004년부터 매년 국민건강보험공단에서는 ‘건강보험환자의 본인부담 진료비’를 조사하고 있다.

표 1. 의료비에 대한 재원별 지출

연도	한국					OECD 평균				
	공공	민간전체	환자 본인부담	PHI	기타민간	공공	민간전체	환자 본인부담	PHI	기타민간
1985	30.0	70.0	59.3	-	10.7	73.2	26.8	19.9	6.5	0.4
1990	36.6	63.4	57.5	-	5.9	72.7	27.3	18.9	6.9	1.5
1995	35.7	64.3	54.9	2.1	7.3	72.2	27.8	21.0	6.5	0.3
1996	38.9	61.1	52.9	2.1	6.1	72.0	28.0	20.4	6.6	1.0
1997	41.4	58.6	49.6	2.5	6.5	72.9	27.1	20.0	6.3	0.9
1998	46.6	53.4	45.6	3.4	4.4	72.4	27.6	19.8	6.7	1.1
1999	46.9	53.1	44.4	3.0	5.7	72.2	27.8	19.9	6.5	1.4
2000	46.8	53.2	43.6	4.1	5.5	71.9	28.1	20.0	6.5	1.6
2001	53.0	47.0	38.3	3.3	5.4	72.5	27.5	19.5	6.6	1.4
2002	51.6	48.4	39.7	3.2	5.5	72.7	27.3	19.2	6.3	1.7
2003	51.9	48.1	38.4	3.6	6.1	73.2	26.8	18.8	6.4	1.6
2004	52.6	47.4	38.1	3.4	5.9	72.7	27.3	19.2	6.5	1.6
2005	53.0	47.0	37.7	3.4	5.9	72.7	27.2	19.5	6.3	1.4

자료: OECD Health Data 2007, 재구성.

15) 이 조사에서 건강보험 급여서비스가 전혀 포함되지 않는 의료이용자는 분석에서 제외된다. 따라서 비급여서비스가 많은 치과나 한방 영역의 이용이 상당부분 배제되어 있을 가능성이 높다.

16) 수치상으로는 멕시코가 51.2%로 가장 높지만, 전 국민 의료보장제도가 실시되지 않고 있다.

표 2. OECD 국가의 의료비 재원조달, 2005년

국가	공공	민간전체	본인부담	민간의료보험	기타 민간
Australia ¹⁾	67.5	32.5	20.1	6.7	5.7
Austria	75.7	24.3	16.4	5.2	2.7
Belgium	72.3	27	21.2	5.1	0.7
Canada	70.3	29.7	14.5	12.9	2.3
Czech Republic	88.6	11.4	10.9	0.2	0.3
Denmark	84.1	15.9	14.3	1.5	0.1
Finland	77.8	22.2	17.8	2.3	2.1
France	79.8	20.2	6.9	12.5	0.8
Germany	76.9	23.1	13.1	9.2	0.8
Greece	42.8	57.2	-	-	-
Hungary ¹⁾	70.5	29.5	24	1.1	4.4
Iceland	82.5	17.5	17.5	0	0.0
Ireland	78	22	13.4	7.0	1.6
Italy	76.6	23.4	20.3	0.9	2.2
Japan ¹⁾	81.7	18.3	15.3	2.4	0.6
Korea	53	47	37.7	3.4	5.9
Luxembourg	90.7	9.3	6.6	1.8	0.9
Mexico	45.5	54.5	51.2	3.3	0.0
Netherlands ²⁾	62.5	37.5	7.8	19.0	10.7
New Zealand	77.4	22.6	16.8	4.7	1.1
Norway	83.6	16.4	15.7		0.7
Poland	69.3	30.6	26.1	0.6	3.9
Portugal	72.3	27.7	22.1	4.1	1.5
Slovak Republic	74.4	25.6	22.6		3.0
Spain	71.4	28.6	20.9	6.4	1.3
Sweden	84.6	15.4	-	-	-
Switzerland	59.7	40.3	30.5	8.8	1.0
Turkey	71.4	28.6	19.9		8.7
United Kingdom	87.1	12.9	-	-	-
United States	45.1	54.9	13.1	36.6	5.2
OECD 평균	72.7	27.2	19.5	6.3	2.5

주: 1) 2004년 자료임.
2) 2002년 자료임.

표 3. 건강보험 환자의 본인부담 추이

(단위: %)

구분	전체			입원			외래		
	건강보험 급여	법정 본인부담	비급여 본인부담	건강보험 급여	법정 본인부담	비급여 본인부담	건강보험 급여	법정 본인부담	비급여 본인부담
2004	61.3	23.1	15.6	54.9	16.4	28.7	56.9	26.0	17.1
2005	61.8	22.5	15.7	57.5	14.0	28.6	58.4	25.8	15.8
2006	64.3	22.4	13.3	64.1	14.2	21.7	59.8	25.4	14.8

자료: 김정희 외(2004; 2005; 2006). 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사.¹⁷⁾

<표 3>을 통해 2004~2006년 사이에 건강보험 보장성은 개선되고 있고, 특히 입원의 건강보험 급여수준이 개선되었음을 알 수 있다. 이는 중대질환 입원에 대한 본인부담 경감, 입원 환자의 식대 급여 전환, 6세 미만 소아 입원의 법정본인부담 면제 등 주요 보장성 개선 정책이 입원 부분에 집중된 결과로 해석할 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 자료에 따라 수치의 차이가 있으나 우리나라 건강보험의 보장수준이 낮다는 것을 확인할 수 있다.

(3) 가계의 의료비 부담

건강보험의 낮은 보장성(또는 높은 본인부담 수준)으로 인한 경제적 부담의 정도는 소득계층에 따라 다를 것이다. 환자본인부담이 문제가 되는 것은 지불능력이 없는 저소득계층이므로

보장성 문제를 파악하고 대안을 제시하는 데 있어서 소득계층별 차이에 대한 고려가 이루어져야 한다.

소득계층별 의료비 지출이 어떻게 변화해 왔는가를 보기 위하여 1985년, 1990년, 1995년, 2000년, 2005년의 5개 연도 통계청 (도시)가계조사자료¹⁸⁾를 분석한 결과 과거 20년 동안 저소득계층의 소득 대비 의료비지출비중은 절대적으로, 그리고 다른 계층에 비해 상대적으로 계속 높아져 왔다. 이것은 한편으로 저소득계층의 의료접근성이 계속 향상되어 왔다는 것을 의미하지만, 다른 한편으로 의료비에 대한 부담도 커졌다는 것을 나타낸다. 하위 10% 소득계층에서는 경제적 부담으로 인한 미 충족 의료 경험 이 있는 경우가 26%로 상위 10% 소득계층의 1.3%와 비교하면 큰 차이를 보여 저소득계층의 경제적 장벽이 크다는 것을 알 수 있다.¹⁹⁾

17) 김정희·정종찬·김성욱(2004). 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단.
김정희·이진경·주원석(2005). 본인부담상한제 소요재정 추계 및 개선 방안 연구. 국민건강보험공단.
김정희·정종찬·이호용·최숙자·이진경(2006). 2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사. 국민건강보험공단.
18) 가계조사는 1942년부터 시작되었으며, 1963년 통계청이 조사를 담당하면서부터 체계화되었다. 2002년까지는 도시 지역만을 대상으로 하였으나, 2003년부터는 읍면 지역 비농가가구까지 조사 대상 지역을 확장하였다. 이에 따라 명칭도 2003년 이전에는 도시가계조사였으나 2003년부터는 전국가계조사로 바뀌었다.

표 4. 가계지출 중 의료비 지출 비중

(단위: %)

	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	5.48	5.46	6.89	7.10	8.09
2분위	5.96	5.26	4.92	4.88	5.82
3분위	5.38	4.83	4.88	4.05	4.55
4분위	5.06	4.85	4.23	3.98	4.00
5분위	5.32	4.49	3.80	4.06	3.97
6분위	4.95	4.43	4.18	3.88	3.85
7분위	4.96	4.89	4.10	3.45	3.49
8분위	4.93	4.05	3.79	3.35	3.59
9분위	4.83	3.87	3.43	3.07	3.32
10분위	3.51	3.16	2.76	2.57	2.87
전체 평균	5.04	4.53	4.30	4.04	4.36

또한 저소득계층에서 소득계층별 의료비 과부담 가구(식료품비를 제외한 소비지출 중 의료비 비중이 40%를 초과하는 경우로 정의)의 비율이 높다. 가계의 의료비 부담 중 본인부담 상한제 적용에서 제외되는 비급여서비스의 비중이 높기 때문에 본인부담 상한제의 효과는 제한적이다.

위의 연구결과가 제공하는 정책적 함의로 중요한 점은, 우선 저소득계층을 목표로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다는 것이다. 건강보험의 낮은 보장성 문제는 고소득계층보다 저소득계층에서 심각하기 때문에 따라서 건강보험 보장성 향상을 위하여 동일한 재원을 사용할 경우 저소득계층에 대한 혜택이 더 큰 정책이 그렇지 않은 정책에 비하여 더 높은 효과를 가질 것이다.

19) 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보(2007). 건강보험 적정 보장성 확보방안. 한국보건사회연구원.

2) 환자본인부담 발생 구조

(1) 급여서비스에 대한 법정본인부담

건강보험 법정본인부담에 대해서는 국민건강보험법 시행령에 “요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률과 부담액”을 규정하고 있으며, 최근 보장성 개선 정책의 시행으로 일부 질환 또는 집단에 대해서는 일반 규정과 다르게 본인부담이 적용되고 있다. 예컨대, 입원진료에 대한 일반적인 본인부담 수준은 진료비의 20%이지만, 2005년 9월부터 암, 심장질환, 뇌혈관 질환의 중증질환에 대해서는 입원 진료비의 10%를 부과한다. 의원 외래진료의 경우 30% 정률부담을 적용하지만(2007년 8월 1일 시행), 6세 미만 아동에 대한 부담은 진료비의 21%(즉,

표 5. 의료비 과부담 가구 비율

(단위: %)

분위	1985 (n=3,854)	1990 (n=3,972)	1995 (n=4,689)	2000 (n=5,288)	2005 (n=6,257)
1분위	3.64	1.76	4.70	3.60	6.24
2분위	2.34	0.76	1.28	0.95	2.08
3분위	2.07	0.25	0.21	0.76	0.64
4분위	1.04	1.01	0.21	0.57	0.32
5분위	1.82	0.25	-	-	0.64
6분위	0.78	0.25	0.21	0.19	0.16
7분위	1.30	-	-	0.38	0.16
8분위	0.26	-	0.21	0.19	0.32
9분위	1.30	-	0.21	-	-
10분위	-	-	-	-	-
전체 평균	1.45	0.43	0.70	0.66	1.05

성인 본인부담의 70% 수준)하고, 65세 이상 노인에게는 정액부담(의원 1500원, 약국 1200원)을 적용하고 있다.²⁰⁾

한편, 과도한 법정본인부담으로 인한 가계의 부담을 덜어주기 위한 본인부담액 상한제가 2004년 7월에 도입되어 6개월 동안의 진료비가 300만원을 초과하면 본인부담이 면제되었으며, 2007년 8월부터는 상한제 적용선이 6개월간 200만원으로 완화되었다.

종래에는 전체 인구에 대해 일률적으로 적용하던 법정본인부담을 보장성 개선 정책이 실시된 후 질병의 종류(즉, 중증질환)나 인구집단(6세 미만 소아 또는 노인)에 따라 부담의 차이를

두고 있다. 그러나 일부의 본인부담 개선 정책은 시행된 지 얼마 지나지 않아 다시 환자부담을 늘리는 방향으로 선회하여 정책의 일관성이 부족함을 드러내었다. 대표적인 사례로 2008년 1월부터 입원환자의 식대에 대한 법정본인부담을 모든 입원환자에 대해 50%로 높이고,²¹⁾ 6세 미만에 대한 입원에 대해 10%의 본인부담을 추가한 조치를 들 수 있다. 이는 정부의 건강보험 보장성 개선에 대한 의지가 뚜렷하지 않음을 반증하는 것이며, 정책효과를 충분히 검토한 결정이라기보다는 보험재정 안정화에 초점을 맞춘 것으로 보인다. 건강보험 보장성 개선 정책에 있어서 보험재정이 가장 큰 고려사항이라면, 앞

20) 외래진료에 대한 환자본인부담은 요양기관종별로 차이가 있다. 종합전문기관은 (진찰료총액+(요양급여비용 총액-진찰료총액)×50/100), 종합병원은 (요양급여비용 총액×50/100), 병원은 (요양급여비용 총액×40/100)이다. 종합전문기관은 모든 지역에 동일한 수식이 적용되지만, 종합병원과 병원은 동지역과 읍·면지역이 다르며 본고에서 제시한 것은 동지역에 대한 것이다.

21) 입원환자의 식대가 급여항목에 포함된 것은 2006년 6월 1일부터이고, 이 때 본인부담률은 20%로 책정되었다.

으로 건강보험 보장성 개선을 위한 원칙을 세우고 일관성 있게 정책을 추진하는 데 걸림돌이 될 수 있음을 시사한다.

또한, 법정본인부담에 대한 이론적 근거가 되는 도덕적 해이에 대한 국내 논의가 제한적이라는 점을 문제로 지적할 수 있다. 저부담-저급여로 출발한 건강보험의 특성상 법정본인부담과 의료이용의 관계를 도덕적 해이의 틀로 이해하는 데는 문제가 있으며, 이 이론을 적용할 수 있는 영역이 외래 중심의 경증질환에 국한되고 (Arrow 1963²²⁾; Pauly 1983²³⁾) 또한 환자-의사의 관계를 고려해야 할 필요성 등이 이론이 가지는 한계를 이해하는 것이 중요하다. 이는 법정본인부담 부분에 대한 정책수립 단계나 정책 실행 후 평가에서 부담을 완화할 경우에 변화되는 의료이용에 대한 해석에서 중요한 의미를 가진다.

(2) 비급여서비스에 대한 본인부담

국민건강보험법에 정의한 보험급여의 범위는 포괄적이지만²⁴⁾ 개별 서비스 항목을 살펴보면 내용적으로는 포괄적이지 않다. 즉, 환자를 진료하는 데는 진찰·검사가 필요하고, 처치·수술 기타의 치료가 제공되며 그 과정에 약제·치료재료가 사용되는 일련의 과정에서 이들 각 요소별로 비급여서비스가 포함될 수 있는 것이다. 이는 건강보험 진료비 급여가 행위보상방식

의 지불제도와 관련이 있으며 비급여서비스에 대한 개선을 어렵게 만드는 구조적인 문제이다. 예를 들어, 환자에게 제공하는 일련의 서비스에 포함된 비급여 검사, 치료재료, 처치나 수술에 대한 급여 전환을 고려하면, 그 필요성과 비용에 대한 논의를 거치는 과정을 각각 거쳐야 하기 때문에 시간과 노력이 많이 들어가기 때문에 낭비적이며²⁵⁾, 이 중 일부가 급여로 전환되더라도 전체적인 보장성 개선에 기여하는 바가 크지 않을 수 있고, 그 효과를 명확하게 평가하기 쉽지 않다.

요양급여기준규칙 [별표 2]에 비급여 대상을 아래와 같이 구체적으로 정해 놓고 있다. 비급여는 특정 질환이나 진료영역을 급여에서 제외하는 것과 ①, ②, ③, ⑤, 급여되는 질환에 사용되더라도 급여에서 제외되는 항목(④)을 포함한다.

○비 급여대상

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환
- ② 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시되는 진료
- ③ 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 예방진료
- ④ 보험급여 시 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 건강보험급여원리에 부합하지 않는 경우: 상급병실료, 보험급여 이외

22) Arrow KJ. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review: 941~973.

23) Pauly MV. (1983). More on moral hazard. J of Health Economics, 2(1):83.

24) 건강보험의 급여범위는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송을 포함하고 있어 포괄적이다.

25) MRI와 입원환자 식대 급여 전환 과정에서 이를 경험하였다.

의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술, 친자확인진단. 치과 보철, 선택진료, 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술, 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

⑤ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우(한방물리요법, 한방생약제제)

건강보험 보장성 개선과 관련하여 중요한 것은 ④이며, 이를 법정비급여와 임의비급여로 나눌 수 있다. '상급병실료, 보험급여 이외의 보장구, 보조생식술, 친자확인진단, 치과 보철, 선택진료'는 법정비급여 항목이다. 임의비급여는 건강보험법령에서 법정 본인부담 또는 비급여로 인정한 경우 이외에 환자로부터 비용을 받는 것을 통칭한다.

비급여서비스에 대한 논의에서 그 비용의 성격이나 환자부담이 과중하다는 면에서 중요하게 다루는 항목은 법정비급여서비스 중 선택진료비와 상급병실료, 그리고 임의비급여이다.

가) 선택진료비

선택진료비에 대해서는 두 가지 논점을 정리

할 필요가 있다. 첫째, 현재 지불되고 있는 선택진료비가 타당한 비용인가? 둘째 이 비용을 건강보험에서 급여하는 것이 맞는가? 현재 재직의사의 80%까지 선택진료비를 받을 수 있게 하여 실제로는 대부분의 의사가 선택진료 자격을 갖추고 있어 '선택'이 무의미한 상황이다.²⁶⁾ 이 항목에 대한 비용이 합리적이려면 비용이 부과될 수 있는 자격과 범위를 조정하여 환자가 질 높은 의사를 선택할 수 있는 제도적 장치가 뒷받침되어야 한다. 두 번째로 이 비용을 건강보험 급여영역에 포함하는 것이 적절한가에 대한 문제는 환자의 부담이 크다는 점에서는 급여로 전환하는 것이 바람직할 수 있으나, 환자가 추가의 비용을 지불하여 일반적인 진료가 아닌 것을 선택을 하는 원래의 의미로 보자면 보편적인 급여로 포함하는 것은 타당하지 않은 면이 있다.

나) 상급병실료

상급병실료는 환자가 보다 나은 환경에서 치료받기 위해 스스로 선택하던지 또는 기준병실의 부족으로 환자가 어쩔 수 없이 건강보험이 적용되지 않는 상급병실에 입원할 수밖에 없는 상황에서 발생하는 비용이다.

상급병실료의 문제 역시 이 비용이 합당하게 발생하고 있는 지에 대한 검토가 필요하다. 현재 요양급여기준규칙 별표[2]의 규정에 따르면, 전체 병상²⁷⁾ 중 건강보험 급여를 적용받는

기본 입원료만을 산정하는 병상을 50% 이상 확보하여 운영하는 경우는 상급병실료를 받을 수 있도록 하여 그 기준이 모호하다. 종래에는 급여가 적용되는 병실을 6인실로 정하여 환자가 명확히 구분할 수 있었으나, 현재 규정에 따르면 6인실이 많은 병원의 경우(예컨대 70%) 같은 6인실에 입원해도 일부는 급여를 적용받고 다른 일부는 급여 적용이 되지 않을 수 있다.²⁸⁾

이 비용의 성격도 선택진료비와 마찬가지로 보편적인 급여로 포함하는 것은 타당하지 않은 면이 있으며, 비용을 합리적으로 발생되도록 하는 것이 중요하다.

다) 임의비급여

급여 또는 비급여 목록에 속하지 않는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료는 임의비급여로 분류하며, 심사삭감이나 급여기준 또는 허가사항 초과도 해당된다. 보건복지가족부에서 구체적으로 분류한 내용을 정리하면 다음과 같다.

- ① 항목의 임의비급여: 급여 또는 비급여 목록에 등재되어 있지 않은 행위 및 치료재료에 대해 환자에게 비용을 부담하게 하는 경우. 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술과 진료상의 경제성이 불분명한 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료 이하 신의료기술
- ② 요양급여기준을 초과하여 사용한 경우

③ 별도산정 불가에 따른 임의비급여: 행위수가에 포함된 치료재료나 약제에 대해 별도로 비용을 부담하게 하는 경우(예. 골수검사바늘은 골수검사료에 비용이 포함되어 있음)

④ 식약청 허가사항 초과하여 사용한 경우(off-label use)

⑤ 심사삭감에 따른 임의비급여
위의 5 가지 중 특히 중요한 것은 식약청의 허가사항을 초과하여 사용한 약제의 경우(off-label use)이다. 세부 내용에서 알 수 있듯이 임의비급여의 내용과 성격이 다르기 때문에 일괄적인 개선방안을 찾기 어렵고 각각에 대한 대응책을 찾는 것이 필요하다.

4. 건강보험 보장성에 대한 개선 방안

1) 가계의 의료비 부담에 대한 개선 정책

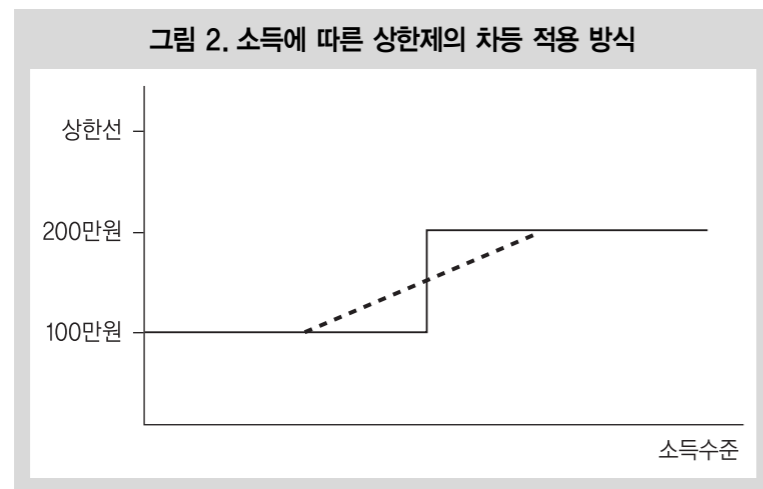
앞서 살펴본 바와 같이, 건강보험 보장성이 낮을 경우 저소득계층의 부담이 문제가 되므로 이 계층에 대한 보장수준을 높이는 방안을 고려하여야 한다. 구체적으로는 소득수준에 따른 본인부담 상한제의 차등 적용을 생각해볼 수 있다. 현행 본인부담 상한제의 상한선은 소득에 상관없이 6개월간 200만원의 의료비 지출인데, 소득수준에 따라 상한선을 달리 적용하자는 것

26) 선택진료제의 도입은 의사비용 보상 차원에서 실시된 1963년의 특진규정에서 출발하였다. 이후 특진규정이 1991년 지정진료제로 수정되고, 수 차례의 논의를 거쳐 2003년 의료법에 선택진료제도를 규정하여 현재에 이르렀으며 이 비용은 의사의 수입보전 역할이 크다.

27) 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소 입원치료를 위한 입원병상은 제외한다.

28) 한편 6인실이 50% 확보되었다고 하더라도, 나머지 병실이 대부분 1~2인실이라면 6인실이 모두 사용되고 있는 경우에 환자는 어쩔 수 없이 1~2인실을 이용해야 하므로 과도한 비용을 지불해야 한다.

이다. 단, 차등 적용의 방법은 상한선이 소득수준에 따라 점진적으로 감소하는 슬라이딩 방식이 적절할 것으로 판단된다. 즉 소득수준이 일정 수준(가령 하위 30%) 이상은 200만원, 그 미만은 100만원처럼 단절적으로 설계하는 것보다는 200만원과 100만원 사이에 일정 구간을 두고 점진적으로 상한선이 낮아지게 하는 것이다. 상한선을 점진적으로 하는 방식과 단절적으로 하는 방식의 의미는 다음의 [그림 2]를 보면 명확히 이해할 수 있다. 이 그림에서 점선이 점진적 증가 방식을 의미하고 실선이 단절적 방식을 의미하며, 점진적인 방식의 경우 점선의 양



쪽 끝부분에서는 단절적 방식과 동일하다. 점진적 방식을 사용하면 같은 규모의 재원을 들이면서도 저소득층의 혜택을 늘릴 수 있기 때문에 환자의 실질적인 부담을 덜어주는 효과가 개선될 수 있다.

2) 환자본인부담 발생구조에 대한 개선

(1) 급여서비스에 대한 법정본인부담

법정본인부담 정책의 문제로 지적할 수 있는 것은 보험재정 상황에 따라 정책이 결정되었다는 점이다. 물론 보장성 개선을 위해서는 보험재정 안정이 중요하지만, 보험재정이 보장성 개선 정책의 충분조건이 되어서는 곤란하다. 보험재정 상황에 맞추어 보장성 개선을 추진하는 것은 단기적인 대응이 될 수밖에 없으며, 인구고령화와 신의료기술의 도입이 지속되는 상황에서 보장성에 대한 목표를 제시하고 장기적으로 정책을 추진하는 데 걸림돌이 될 것이다.

둘째, 지금까지 법정본인부담에 대한 완화를 위해 시행된 정책은 중대질환을 가진 환자나 소아 등 특정 집단 중심이었다. 이러한 시도는 기본적으로 분절적인 접근이며, 어떤 집단을 우선적으로 보장할 것인지 합리적으로 결정하기 어렵다. 건강보험의 전반적인 보장성이 낮다는 점을 고려하면, 보다 보편적인 접근으로 상한제 적용 수준을 낮추는 것이 합리적인 개선책으로 생각된다.

셋째, 법정본인부담에 대한 이론적 근거로 사용되는 도덕적 해이에 대한 이론적, 실증적 검토

가 필요하다. 저부담-저급여로 출발하여 보장성이 낮은 건강보험의 특성상 법정본인부담과 의료이용의 관계를 도덕적 해이의 틀로 이해하는 것이 타당한지 깊이 있게 고민하여야 하며, 이와 관련한 실증연구도 뒷받침 되어야 한다.

아울러 전반적인 법정본인부담 구조와 수준에 대한 검토와 진료 영역별(즉, 입원, 외래, 의약품) 법정본인부담 구조의 설계에 대한 연구가 필요할 것이다.

(2) 비급여서비스

비급여서비스 문제는 환자본인부담에서 차지하는 비중이 크기 때문에 이에 대한 개선이 없으면 보장성이 향상되기 어렵다. 비급여서비스는 법정비급여와 임의비급여로 구분되며, 법정비급여 중 환자부담에서 중요한 항목은 선택진료비와 상급병실료를 들 수 있고, 임의비급여는 다시 다섯 가지로 구분할 수 있다. 비급여서비스 개선방안에서 고려할 점은 이들의 특성과 내포하고 있는 문제가 각각 다르기 때문에 일괄적인 접근은 효과적이지 않을 것이며 문제의 성격에 맞게 대책을 세우는 것이 필요하다는 것이다.

선택진료비에 대해서는 먼저 이 비용의 필요성을 인정하면서²⁹⁾ 합리화하는 방안을 생각할 수 있는데, 이 경우 비용의 성격상 공공보험에서 급여하기에는 부적절한 면이 있어 환자부담으로 남게 되어 보장성 개선에 대한 기여는 제한적일 수밖에 없다. 다른 접근으로는, 현재 선

택진료비의 실질적인 기능이 병원 수입보전이므로 이를 수가산정에 흡수하는 방안이 있다. 이 방법은 환자부담을 없애게 되므로 건강보험 보장성 개선에 기여하는 바가 클 것이지만 의료계의 반발이 예상되므로, 의료계와 심도 있는 논의를 거쳐 실행방안을 찾아야 할 것이다.

상급병실료도 우선 비용 부과 기준을 개선하여 비용을 합리화하는 노력이 필요하다. 또한, 병실의 분포를 환자의 수요에 맞게 갖추고, 환자가 본인부담 비용을 고려하여 병실을 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다. 장기적으로는 진료행태(입원과 재원기간에 대한 결정)와 연관된 부분이므로, 진료행태를 합리화하고 급여체계를 개선하는 방안으로 접근해야 효과적일 것이다.

임의비급여에 해당하는 다섯 가지 경우의 특성이 다르므로 대응책도 구분되어야 한다. 가장 중요하고 어려운 부분은 허가사항을 초과하여 사용하는 약제(off-label use)로, 식약청의 허가 정책(또는 기준)과 건강보험 급여정책이 부합할 수 있는 방안을 찾는 것이 필요하다. 신의료기술은 급여의 적정성을 평가할 수 있는 체계를 갖추도록 제도를 만들어야 하고, 나머지 부분은 심사기준의 투명성 확보와 환자에 대한 진료비 상담, 수가산정 개선 등을 통해 해결할 수 있는 부분이다.

비급여서비스의 비용 자체에 대한 합리화나 급여전환과 더불어 장기적으로는 비급여서비스를 제공할 유인을 제한하는 지불제도의 개선이 연계되어 논의되어야 보장성 개선에 기여할

29) 여기서 말하는 필요성은 현재의 병원 수입보전 기능이 아니라, 환자가 우수한 의사를 선택하여 진료 받는 것에 대한 필요성을 말한다.

수 있을 것이다.

5. 결론 및 정책과제

본 연구에서는 우리나라 건강보험 보장성의 문제를 파악하고 개선 방안을 찾고자 하였다. 구체적으로는 보장성 개념을 이해하고, 건강보험 보장성의 문제를 환자본인부담 수준(즉 보장 수준)과 환자본인부담 비용이 발생하는 구조적 측면에서 파악하여 정책과제를 도출하고자 하였다.

우리나라는 의료비 대비 공공지출에 대한 비중이 2008년 기준으로 53%로 OECD 국가 중 매우 낮고, 개인 의료비에 대해 법정본인부담과 비급여서비스 비용을 구체적으로 파악한 국내 연구결과에서도 2006년 기준으로 63.4%의 보장률을 보이고 있어 그 수준이 미약함을 알 수 있다.

건강보험 보장성이 낮을 경우 가계의 과중한 의료비 부담을 초래하며, 특히 저소득층에서 심각한 문제가 된다. 본 연구를 통해 저소득층의 의료비 부담이 고소득층에 비해 크다는 것을 알 수 있으며, 이를 개선하기 위해서는 저소득층의 의료비부담을 덜어 주는 정책이 필요하다. 구체적인 방안으로 본인부담 상한제 적용 금액을 소득수준에 따라 다르게 적용하는 정책을 고려할 수 있다.

한편 환자본인부담 발생 구조에 대한 문제를 이해하고 개선방안을 찾아야 하며, 법정본인부담금과 비급여서비스에 대한 방안을 구분해서 접근하는 것이 필요하다. 그 동안 실시된 법정

본인부담에 대한 완화 정책의 경험을 통해 알 수 있듯이 보험재정이 정책을 결정하는 주요 근거가 되는 것 보다는 건강보험 보장성 개선을 위한 목표와 원칙을 분명히 세우는 것이 장기적인 제도의 발전을 위해 필요한 일이다. 이에 대해서는 충분한 논의를 통한 사회적 합의가 있어야 할 것이다.

향후 법정본인부담 완화 정책은 일부 질병이나 특정 집단에 집중하기 보다는 보편적인 부담 완화를 위해 본인부담상한제의 개선(즉 상한적용금액을 낮춤)을 우선적으로 검토하는 것이 필요하다. 또한, 법정본인부담에 대한 이론적 근거가 되는 도덕적 해이로 인한 후생손실에 대해 보다 심층적인 검토가 필요하고 향후 실증연구를 통해 국내 상황에서 이 이론을 적용한 정책 변화나 정책 평가가 합당한 것인지 논의되어야 한다. 아울러 전반적인 법정본인부담 구조와 수준에 대한 검토와 함께 진료 영역별(즉, 입원, 외래, 의약품) 법정본인부담 구조의 설계에 대한 연구가 필요할 것이다.

건강보험 보장성을 개선하기 위해서는 환자본인부담의 상당 부분을 차지하고 있는 비급여 서비스에 대한 개선 방안이 마련되어야 한다. 본 연구에서 살펴본 바와 같이 비급여서비스 각 항목의 성격과 문제가 다르기 때문에 이에 대응하는 적절한 방안을 찾는 것이 중요하며, 그 방향은 크게 비용을 합리화하는 부분과 건강보험 체계 안으로 흡수하는 것으로 나누어 생각할 수 있다.

장기적으로 법정본인부담과 비급여서비스의 문제를 효과적으로 개선하기 위해서는 행위보상방식의 급여체계를 합리적으로 바꾸는 정책과 연계하여야 할 것이다. 