

국민건강보험의 급여 확충과 재원조달방안

1. 머리말

금년 7월에 출범하는 국민건강보험은 법 제1조에서 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다”고 규정함으로써 포괄적인 서비스를 제공할 것을 시사하고 있다. 그러나 이러한 입법 취지와는 달리 현행의 의료보험제도가 안고 있는 근본적인 문제점은 그리 간단하지 않다. 더군다나 최근의 진료비 증가추세를 볼 때에 급여 확충을 위한 보험료 수입 확대 및 국고지원금의 대폭 상향조정 같은 추가적인 재원 마련이 그다지 여유롭지 못하다. 또한 금년 7월부터 의약분업의 시행으로 또 다른 추가재원이 필요할 것이란 관측이 일반적이고 보면 보험재정은 더욱 압박을 받을 수밖에 없다. 이러한 구조적 한계속에서



崔秉浩

한국보건사회연구원 부연구위원

보험급여 확충 및 의료보장 강화라는 진정한 의미의 국민건강보험을 실현하기 위해서는 보다 구조적인 접근방법이 필요할 것이다. 따라서 본고에서는 현행 의료보험의 급여범위와 본인부담실태를 분석한 이후에, 포괄적 서비스의 제공이라는 국민건강보험법의 취지에 맞는 급여범위 확대와 아울러 고액 진료비나 특정 요보호 계층에 대한 본인부담 경감을 위한 단계적인 추진 방안을 제시하고, 각 방안의 도입에 따른 추가적인 재원소요분을 추정하는 한편, 이의 해결을 위한 필요재원조달방안도 함께 제시하고자 한다.

2. 현행 의료보험의 급여범위와 본인부담실태

의료보험의 급여범위는 의료보험이 적용되지 않는 비급여 본인부담과 급여범위에 속하지만 환자 본인이 일부 부담하여야 하는 법정본인부담을 제외한 부분이다. 여기서 비급여 본인부담은 요양급여 기준에 비급여로 명시된 정당비급여와 요양급여 기준에 명시되지 않은 임의비급여를 포함하고 있다.

그 동안 급여범위는 꾸준히 확대되어 왔다. 우선 보험혜택을 받는 급여기간은 제도초기에 동일 상병에 대해 연간 180일까지만 급여를 해주었으나, 1985년에 동일 상병이란 제한없이 연간 180일로 연장하여 실시하였다. 1995년에 210일로 확대하였고, 이후 매년 30일씩 급여기간을 연장하여 2000년에는 급여기간 제한을 완전히 폐지하였다. 그 외 1996년부터 CT를 보험급여 대상으로 포함하였고, 기타 신기술에 대한 보험급여 확대와 한방급여의 확대 등을 들 수 있다. 1997년부터는 장애인의 보장구인 지체장애인용 지팡이, 시각장애인용 저시력보조기(안경, 돋보기, 망원경), 청각장애인용 보청기, 언어장애인용 전기후두를 보험급여로 인정하고, 1998년부터는 지체장애인용 휠체어, 목발, 시각장애인용 흰지팡이를 보험급여에 포함하였으며, 1999년부터는 지체장애인용 의지, 보조기와 시각장애인용 의안, 콘택트렌즈를 보험급여에 포함하였다.

국민의료보험관리공단의 자료(수진내역통보제)를 이용하여¹⁾, 보험급여율과 본인부담률을 연도별로 추정한 결과는 [그림 1] 및 [그림 2]와 같다. 환자 본인부담률은 감소하는 추세에 있고, 보험급여율은 증가하는 추세를 보이고

1) 분석에 이용된 자료는 환자가 본인부담이 많다고 이의를 제기한 진료건을 대상으로 조사한 자료이므로 자료로서의 대표성에 한계를 지니고 있으며, 이의신청건 가운데 입원 진료 가 많이 반영된 점을 주의해야 한다.

있다. 외래의 경우 1995년 62%이던 환자 본인부담비율이 1999년에는 50.5%로 11.5% 포인트 감소하였다. 입원의 경우도 1995년 45.8%이던 본인부담률이 1999년에는 38.6%로 7.2% 포인트 감소하였다.

그림 1. 의료보험급여와 본인부담비중 추정(입원)

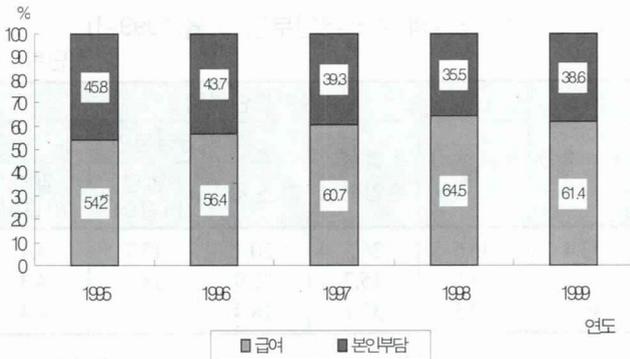
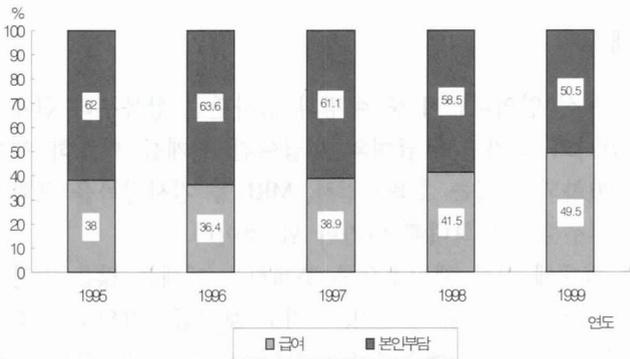


그림 2. 의료보험급여와 본인부담비중 추정(외래)



환자 본인부담률은 외래의 경우 1995년 62%에서 1999년에는 50.5%로, 입원의 경우 1995년 45.8%에서 1999년에는 38.6%로 감소하는 추세에 있고, 보험급여율은 증가하는 추세를 보이고 있다.

1999년의 경우를 좀 더 구체적으로 보면 <표 1>과 같다. 평균 본인부담률은 46.6%로 나타났으며, 그 중 외래 본인부담은 50.5%, 입원 본인부담은 38.6%로 외래 본인부담이 높다. 총진료비 가운데 법정본인부담은 26.5%이고, 비급여 본인부담은 20.1%이었다. 비급여 가운데 법정비급여가

15.7%, 임의비급여가 4.4%로 추정되었다. 법정비급여 항목 중에서는 병실료 차액, 지정진료료와 식대가 전체의 62.7%로서 상당 부분을 차지하고 있다.

특히 치과와 한방은 비급여가 각각 91.2%와 53.6%로 나타났다. 이는 치과의 경우 예방을 위한 목적으로 치석제거술이라든지 보철 등 비급여진료가 많기 때문으로 보여지며, 한방의 경우는 침약, 한방의료보험기준 처방 이외의 처방약품, 한방물리치료 등이 비급여항목이기 때문으로 풀이된다.

표 1. 총진료비 중 보험급여와 환자본인부담 비율(1999년)

(단위: %)

구 분	총진료비	보험급여	환자본인부담				
			계	법정 본인부담	비급여본인부담		
					소계	법정 비급여 ¹⁾	임의 비급여
총계	100.0	53.4	46.6	26.5	20.1	15.7	4.4
입원	100.0	61.4	38.6	15.7	22.9	18.6	4.3
외래	100.0	49.5	50.5	32.1	18.4	14.0	4.4

주: 1) 법정비급여의 백분율은 식대 15%, 병실차액 26.4%, 지정진료 21.3%, MRI 3.1%, 초음파 8.5% 등임.

3. 국민건강보험의 급여 확충과 소요재원

1) 급여범위의 확대

급여범위의 확대는 우선 임의비급여 중 예방과 검사관련 항목부터 단계적으로 급여범위에 포함시켜 나가면서 급여와 비급여간 한계를 명료히 해야 할 것이다. 그리고 보편화되어 있는 초음파검사, MRI 등 검사항목을 포함시키고, 한방과 치과진료 부문으로 확대해 나가야 할 것이다.

이러한 보험급여의 확대에 따른 재정소요를 추계하는 데에는 많은 가정이 필요하다. 보험수가를 어떻게 책정할 것인지, 그리고 보험급여범위로 포함될 때에 진료량이 얼마나 증가할지를 예측하여야 한다. 추계의 단순화를 위해 일정한 가정을 도입하였다. 진료항목별 비보험 수가가 보험수가로 전환되는 과정에서 수가수준이 하향조정 됨으로써 진료비규모가 감소하게 되고, 그 대신 본인부담이 적어짐으로써 이용량이 늘어나 진료비규모가 증가한다고 보자. 본 추계에서는 진료비규모의 증가분과 감소분이 같다고 가정하였다. 이러한 추리에 근거한 비급여 항목을 급여로 전환하는 경우의 재정소요규모

는 <표 2>와 같다. 본 추계는 국민의료보험공단의 수진내역신고 자료의 분석결과를 기초로 계산되었다. 그런데 수진내역 자료는 대표성에 한계를 안고 있기 때문에 일부 진료항목의 경우 왜곡되어 있을 가능성이 크다. 따라서 일부 항목은 최병호 외(1996)²⁾의 자료를 이용하였다.

표 2. 비급여 항목을 보험급여로 전환하는 경우
재정소요추계(1999년)

(단위: %, 억원)

비급여항목		비급여진료비의 항목별 비중	보험급여로 전환시 보험재정소요
법 정 비급여	식 대	12.1	3,607
	병실차액	21.6	6,439
	MRI	2.5	745(900)
	초 음 파	6.9	2,057(8,400)
	지정진료	17.5	5,217
부당징수		5.5	1,640
임 의 비급여	투 약	1.5	447
	주 사	3.1	924
	마 취	0.4	119
	물리치료	0.1	30
	처치수술	2.3	686
	검 사	1.5	447
	방 사 선	1.6	477
	기 타	4.3	1,282
소 계		14.8	4,412(3,860)
비급여 기타		19.1	5,694
합 계		100.0	29,812(35,758)

급여범위의 확대는
우선 임의비급여 중
예방과 검사관련
항목부터 단계적으로
급여범위에 포함시켜
나가면서 급여와
비급여간 한계를
명료히 해야 할 것이다.

주: 1) 국민의료보험관리공단의 수진내역신고자료 분석결과를 이용하여 총진료비 중 비급여진료비 비중(20.1%)을 전체 진료비로 확대하였을 때에 비급여진료비 규모는 2조 9812억원이 되고, 이 금액을 비급여항목별 비중에 따라 배분하였음.

2) ()안의 숫자는 최병호 외(1996년)에 의한 추계치로서 1999년으로 환산 추정한 것임. 단, 임의비급여 수치는 임의비급여 중 급여범위로 포함하여야 할 부분임.

2) 최병호 외, 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안』, 한국보건사회연구원, 1997.

보험급여범위는 <표 3>과 같이 3단계로 나누어 추진할 것을 검토한다. 1 단계는 임의비급여 중 약제와 처치수술에 관련한 항목, 그리고 예방 및 검사 관련 항목을 급여화한다. 2단계는 나머지 임의비급여 항목을 급여범위에 포함시키고, 초음파와 MRI를 급여화하도록 한다. 3단계는 한약제제와 한방 물리치료, 그리고 치과진료 중 보험급여가 요청되는 부분을 급여화한다. 이러한 급여 확대에 따른 총재정소요분은 1999년 기준으로 1조 5400억원으로 대략 추정되었다. 그러나 급여범위에 포함시키는 과정에서 본인부담률을 어떻게 정하느냐에 따라 보험재정 소요분은 유동적이다. 예컨대, 비급여 중 진료료와 무관한 편의 서비스와 숙박, 지정진료 등을 제외한 부분은 보험급여 범위로 포함시키되, 항목에 따라 본인부담률을 신중적으로 조정하는 방안을 검토하여야 할 것이다.

보험재정 소요분 추계에 있어서 고려하여야 할 점은 첫째, DRG 지불제도를 전국적으로 도입할 경우 DRG 내에서는 임의비급여를 허용하지 않기 때문에 입원진료에서 발생하는 임의비급여의 상당 부분이 DRG 수가에 흡수될 것이다. 그리고 일부 비급여항목도 DRG에 흡수될 것이다. 둘째, 의약품업에 따라 주사제와 투약과 관련한 임의비급여 부분이 상당히 사라질 것이다. 그러한 주사제와 투약은 약국에서의 보험급여로 흡수될 가능성이 있다.

표 3. 보험급여범위의 단계적 확대와 소요재원

	1단계	2단계	3단계
급여항목	- 임의비급여의 25% (약제·처치수술관련) - 임의비급여의 30% (예방 및 검사관련)	- 초음파, MRI - 임의비급여의 45%	- 한약제제 및 한방물리치료 - 치과 진료 ²⁾
소요재정 ¹⁾	2130억원	1조 3170억원	1조 5400억원

주: 1) 1999년 기준 고정가격을 적용

2) 치과진료는 65세 이상 노인외치, 불소도포, 치아홈메우기에 소요되는 재정(건강연대, 「국민건강권 확보를 위한 2001년 보건의료주요예산요구」, 2000.에서 추정)

2) 고액진료비에 대한 본인부담금 보상 강화

고액진료비에 대한 본인부담금의 보상을 강화함으로써 실질적인 급여를 확충하는 방안이다. 즉, 고액진료에 대한 보상률을 높이면서 본인부담을 경

감하고, 일정 금액 이상은 본인부담을 하지 않는 상한을 둔다.

현재 30일간 진료비 발생기준으로 법정본인부담이 100만원 초과시 초과분의 50%를 보상하고 있다.³⁾ 이를 진료건당 기준으로 변경하고 건당 법정본인부담금이 100만원 초과시, 초과분의 75%를 보상하되 200만원을 초과하지 않도록 상한을 설정한다. 그 외 100만원 초과분 전액을 보상하는 방안도 검토할 수 있다. 이에 따른 재정소요분은 1안에 따를 때에 1193억원이며, 2안에 따를 때에는 1530억원으로 추정된다.

표 4. 고액진료비의 본인부담금보상안

현 재	개 선 안
- 법정본인부담금이 100만원 초과시 초과분의 50% 보상 ※ 30일간 진료비 발생기준	1안) 법정본인부담금이 100만원 초과시 초과분의 75%를 보상 단, 상한은 200만원임. ※ 건당 진료비 발생기준 2안) 법정 본인부담금 100만원 초과분에 대해 전액 보상

고액진료에 대한 보상률을 높이면서 본인부담을 경감하고, 일정 금액 이상은 본인부담을 하지 않는 상한을 두어 실질적인 급여를 확충하도록 한다.

3) 노인 및 영유아에 대한 본인부담 경감

현재 의원급의 외래진료비 정액 본인부담금 3,200원을 70세 이상 노인에게 대해 2,100원으로 경감해 주고 있다. 이를 65세 이상 노인으로 확대하고, 0~4세의 영유아를 경감대상에 포함하는 방안이다. 이에 따르면 1100~1200억원이 소요될 것으로 추계된다.

3) 현재 고액진료비 본인부담금 보상금제도는 지역가입자와 공교 가입자의 경우 법정본인부담금이 30일에 걸쳐 100만원을 초과하는 경우 초과금액의 50%를 보상하여 주고 있다. 직장조합은 50만원을 초과하는 경우 초과분에 대해 조합별로 50~100%(피보험자와 피부양자에 따라서도 차등)를 보상하고 있다.

4) 기타 보험재정 소요증가 전망

상기 급여 확충 외에 보험재정의 증가분을 계상하는 데에 고려하여야 할 사항은 다음과 같다. 첫째, 수진율의 자연 증가와 노인인구의 증가에 따라 추가적인 진료비가 발생할 것이다. 둘째, 의약분업에 따라 보험재정이 추가로 소요된다고 관측된다.⁴⁾ 셋째, DRG 지불제도의 실시로 보험재정이 증가할 것으로 전망된다. 시범사업 평가결과⁵⁾, 사업시행 이전과 비교하여 보험자부담 증가분은 1차사업에서 7.5%, 2차사업에서 15.5%, 3차사업에서 28.7%였다. 그러나 2001년 1월 전면 시행시 전체 보험재정소요분은 쉽게 예측하기는 어렵다.

4. 급여 확충에 따른 자원조달방안

보험급여가 확충되고, 수진율 증가와 노인인구 증가, 그리고 의약분업 및 DRG 지불제도의 도입으로 보험재정이 늘어날 것이다. 보험재정의 증가에 따른 자원조달을 위해서는 획기적인 조치가 필요하다.

1) 보험료 수입의 확충과 국고지원금의 증대

보험재정을 확보하기 위해서는 1차적으로 보험료를 인상하지 않을 수 없다. 2000년 7월부터 보험료산정기준 보수범위를 확대하여 직장근로자의 보험료율은 2.8%이며, 공무원·교원은 3.4%이다. 2001년 1월부터는 직장교공·교의 보험료율은 약 3%로 일치될 것으로 판단된다. 따라서 보험료율 3%는 보험재정 확대에 따라 적정수준으로 인상되어야 한다. 이와 병행하여 지역가입자의 보험료도 인상되어야 한다. 한편 직장가입자의 피부양자로서 자영소득이 있는 경우에는 현재 보험료가 면제되고 있다. 부담능력이 있으면서 보험혜택에 무임승차하는 적용대상자에 대해서 보험료를 부과하여야 한다.

그런데 보험료의 인상은 그동안의 경험에 비추어 진료비 증가속도를 따라잡지 못하였고, 상당한 저항에 봉착하였다. 따라서 국고지원금의 확대가 불가피할 것이다. 국민의 입장에서는 보험료나 조세나 부담이란 측면에서는 같

4) 정우진·박혜경(1998)에 의하면 3700억~1조 500억원이 소요될 것으로 전망된다(정우진·박혜경, 『의약분업 실시에 대비한 적정 의사처방료 및 약사조제로 산정 연구』, 한국보건사회연구원, 1998).

5) 서울대학교 의료관리학교실·한국보건산업진흥원, 「질병군별 포괄수가제도 시범사업 종합평가 세미나」, 2000. 6. 7.

기 때문에 비교적 납부저항이 적은 쪽을 선택하는 편이 나을 것이다. 그러나 정부예산의 배분과정에서 건강보험 국고지원금을 대폭 늘려주는 것은 쉽지 않을 전망이다. 따라서 목적세로서 '건강세'를 신설하여 추가 재원을 확보하는 방안을 검토하여야 한다. 건강세는 담배, 주류, 휘발유 등 건강에 위대한 영향을 미치는 대상에게 부가세(sur-tax) 형태로 부과할 것을 검토한다.⁶⁾

2) 진료비 본인부담 조정에 의한 추가재원 확보

진료비 본인부담이 그 동안 감소되어 왔는 바, 일부 본인부담을 인상함으로써 보험재정을 절감하는 방안이다. 본인부담 조정의 방향은 외래 진료비에 대해 병원급은 Deductible을 도입하여 본인부담을 강화하고, 의원급은 소액 정액진료비의 인상폭을 현실화한다. 다만, 의약분업 시행으로 인하여 의료기관과 약국을 이 중 방문함에 따른 환자의 이중부담을 고려하여, 1단계에서는 의원에서의 본인부담을 가볍게 함으로써 의원에 대한 접근성을 강화하고, 약국에서의 본인부담을 적절한 수준으로 조정한다. 의약분업이 어느 정도 정착되는 2단계에서 외래에 대한 본인부담의 구조조정을 단행하도록 한다.

본고에서는 의원급에 대해 본인부담 인상폭을 두 가지 대안으로 제안하였다. 1안에 의할 때에 약 3400억원, 2안에 따를 때에는 약 2600억의 재정이 절감될 것으로 예상된다.

5. 맺는 말

국민건강보험은 출범과 동시에 여러 가지 도전과 불확실성에 처하고 있다. 의약분업의 도입은 보험재정을 증대

보험급여가 확충되고, 수진율과 노인인구 증가, 그리고 의약분업 및 DRG 지불제도의 도입으로 보험재정이 늘어날 것이므로 재원조달을 위해서는 획기적인 조치가 필요하다.

6) 1998년 기준으로 주세, 교통세(휘발유, 경유), 담배소비세의 세수입은 10조 9천억원이다. 여기에 20%의 부가세로서 2조 2천억을 확보할 수 있다. 건강세 수입은 건강보험 국고지원금 및 공공보건 등에 활용될 수 있다.

표 5. 진료비 본인부담의 조정안

	현 재	개선 1안	개선 2안
의원	진료비 12,000원까지	- 1단계 • 의원 2,400원(진료비 9,000원 이하)	- 1단계 • 의원 2,000원(9,000원 이하)
약국	3,200원 정액 plus 12,000원 초과시 진료비의 30%	• 약국 800원(약제비 3,000원 이하) - 2단계 • 의원 3,600원(진료비 12,000원 이하) • 약국 1,200원(약제비 4,000원 이하) ※ 각 금액 초과시 진료비의 30%	• 약국 1,000원(3,500원 이하) - 2단계 • 의원 3,000원(10,000원 이하) • 약국 1,500원(5,000원 이하) ※ 각 금액 초과시 진료비의 30%
병원급	진찰료 ¹⁾ + 진찰료제외 진료비의 40%(병원), 55%(종합병원)	Deductible을 도입(초진, 재진의 구분 폐지) • 병원: 진료비 1만원까지 본인부담 + 초과분의 40% • 종합병원: 진료비 2만원까지 본인부담 + 초과분의 55% • 3차: 진료비 3만원까지 본인부담 + 초과분의 60% 단, 병원 처방 약제비에 대한 약국 본인부담은 의원급과 동일한 법칙 적용	

주: 1) 진찰료는 초진 7,400원, 재진 3,700원임.

시킬 것으로 예상되고 있고, 2001년 DRG 지불제 전면 실시 역시 보험재정을 증가시킬 것이다. 또한 의료계의 수가 인상 압력은 계속 될 것이다. 건강보험이 지향하는 포괄적인 급여서비스 제공은 수진율 증가 추세 및 고령화와 맞물려 급여비의 대폭 증가를 요구한다. 반면에, 재원 확보를 위한 보험료의 인상이나 국고지원금의 증액은 그다지 낙관적이지 않다. 이러한 모든 변화들이 보험재정에 어떠한 영향을 미칠 것인지 예측하기가 극히 불확실한 상황이다.

국민건강보험이 전국민의 건강보장을 위한 사회보장제도로서 확고한 뿌리를 내리기 위해서는 획기적인 돌파구가 마련되어야 한다. 우선 정부내에서 확실한 재원을 마련하기 위한 합의가 이루어져야 한다. 국민들은 보험급여가 충실하게 이루어지는 보상으로 보험료의 인상에 동의하여야 한다. 의료계는 경영 합리화와 투명화를 통하여 진료비 억제에 노력하여야 한다. 건강보험공단과 심사평가원은 대국민 서비스기관으로서 서비스의 질 향상과 보험료수입의 확보에 노력하여야 하며, 진료비 심사와 의료의 질을 감시하는데에 최선을 다하여야 한다. 