

# 건강보장정책의 현황과 과제

*Health Security and Policy Issues*



신현웅 한국보건사회연구원 연구위원  
여지영 한국보건사회연구원 연구위원

2013년 출범한 새정부는 '보장성 강화 및 지속가능성 제고'를 주요 국정과제로 선정하고 지난 1년간 보장성 강화정책과 함께 보험료 부과체계 개선, 수가 및 지불제도 개선 등의 건강보험재정 효율화 정책들을 논의 또는 추진하여 왔다. 의료비 부담 걱정 없는 안정적인 건강보장체계를 구축하기 위해서는 부과체계 개선을 통한 건강보험 재정의 안정적 확보와 미시적·거시적 진료비 관리방안 도입을 통한 건강보험 지출구조 합리화가 요구된다. 이러한 건강보험 재정 효율화 정책을 기반으로 지속가능한 보장성 강화정책을 확대하여 의료안전망으로서의 건강보장체계의 역할을 강화시켜 나가야 한다.

## 1. 들어가며

우리나라 건강보장체계와 관련된 주된 쟁점은 건강보험 보장성 강화에 대한 국민의 보편적 욕구에 효과적으로 대응하면서, 어떻게 효율적으로 재정을 안정화하여 제도의 지속가능성을 확보할 것인가의 문제로 귀착된다. 보장성 확대 목표는 건강보험 재정 지출 증가와 직결되는 만큼, 추가 재정 확대, 지출구조 개선 등의 재정효율화 목표와 함께 달성되어야 한다. 건강보험 재정은 2011년부터 3년 연속 흑자행진을 이어가고 있다. 하지만 누적적립금만으로 보장성 강화 정책을 추진하는 데는 한계가 있으며, 고령화로 인한 만성질환 증가, 보장성에 대한 국민적 욕구 증대, 의료공급자들의 적정한 수가 인

상 요구 등의 진료비 증가요인이 산재하여 향후 건강보험 재정 상태는 나빠질 가능성이 농후하다. 따라서 의료비 부담 걱정 없는 건강보장체계를 구축하기 위해서는 안정적 재원확보와 지출구조 합리화와 같은 건강보험 재정 효율화를 기반으로 한 의료 필요자 중심의 보장성 강화 정책이 요구된다.

2013년 출범한 새정부는 '보장성 강화를 통한 의료비 부담 완화 및 의료체계 효율화를 통한 지속가능성 제고'를 주요 국정과제 중의 하나로 선정하였다. 그리고 지난 1년간 4대 중증질환 급여확대, 3대 비급여 개선 등의 보장성 강화정책과 함께 보험료 부과체계 개선, 수가 및 지불제도 개선 등의 건강보험재정 효율화 정책들을 논의 또는 추진하여 왔다. 본 소고는 새정

부 출범 후 1년이 지난 현 시점에서, 지난 1년간 추진된 보장성 강화, 안정적 재원확보, 지출구조 합리화의 정책현안을 중심으로 건강보장 정책이슈들을 진단하고, 건강보장체계의 발전을 위해 2014년 추진되어야 할 정책과제들을 제시해보고자 한다.

## 2. 의료필요자 중심의 보장성 강화

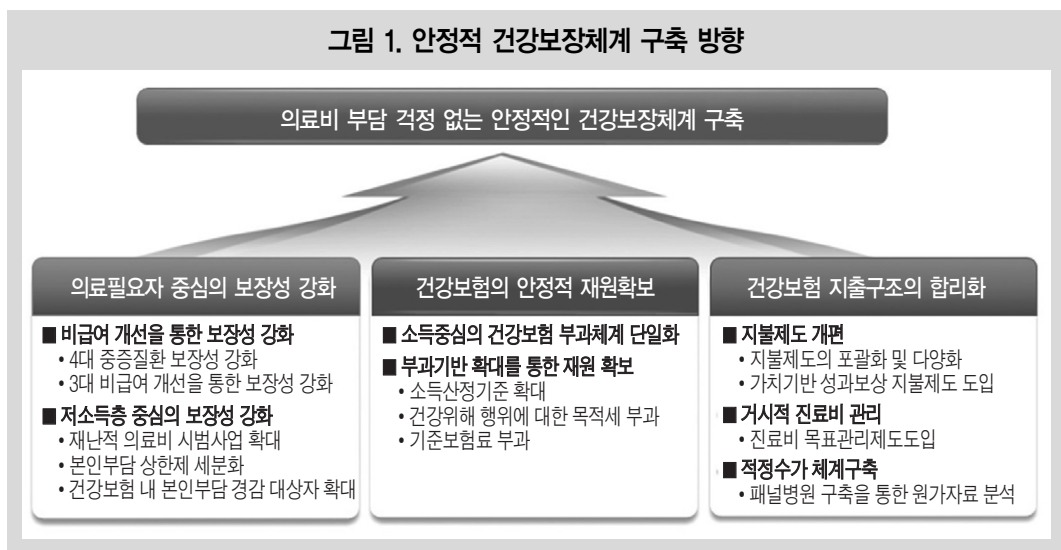
### 1) 정책현황

우리나라는 2005년 '제1차 건강보험 보장성 강화대책(2005~2008)', 2009년 '제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009~2013)'을 수립하여 본인부담 상한선 인하, 급여항목 확대, 본인부담 경감 등의 다양한 보장성 강화 정책을 추진하였다. 또한 2013년 출범한 새정부는 보장성

강화를 주요 국정과제 중의 하나로 선정하고 지난 1년간 다양한 보장성 강화정책을 추진하여 왔다.

먼저 4대 중증질환에 대한 보장성 강화를 위해 2013년 3월 「국민행복 의료기확단」을 신설하고, 6월 26일 4대 중증질환 보장성 강화 계획을 발표하였다. '4대 중증질환 보장성 강화 계획'은 치료효과성, 대체가능성, 비용부담의 국민적 수용 가능성, 사회적 요구도를 고려하여 4대 중증질환에 대한 건강보험급여를 필수급여, 선별급여, 비급여의 3개 영역으로 구분하여 급여화를 확대해 가는 것을 주요 원칙으로 하고 있다. 또한 3대 비급여 제도 개선을 위해 2013년 4월 「국민행복의료기확단」을 구성하고, 공개토론회를 개최하여 그동안 기획단에서 논의된 대안들에 대한 의견을 수렴하였다. 현재까지 상급병실과 선택진료의 2대 비급여 제도개선 방안이 발표되었으며, 간병부담 제도 개선을 위

그림 1. 안정적 건강보장체계 구축 방향



해서 보호자 없는 병원 시범사업을 추진 중에 있다.

2013년 8월 1일부터는 과도한 의료비 지출로 경제적 부담을 안고 있는 저소득층 중증질환자 가구의 가계재정 파탄을 방지하기 위해 중증질환 재난적 의료비 지원사업을 추진 중에 있다. 또한 2014년 1월부터 저소득층의 의료비 부담을 완화하기 위해 본인 부담 상한액을 기존 3단계에서 7단계로 세분화하여, 소득 최하위 1분위의 본인 부담 상한액은 200만원에서 120만원으로 낮추고, 소득 상위 10%의 본인 부담 상한액은 400만원에서 500만원으로 상향조정하였다.

## 2) 문제점

건강보험 보장성 강화정책이 꾸준히 추진되고 있지만 아직 해결해야 할 과제들이 많다. 특히, 비급여 본인부담 비율의 증가는 반드시 해결해야 하는 선결과제이다. 2005년 건강보험 보장성 강화대책 이후, 지속적으로 보장성 강화정책이 추진되면서 2010년까지 총 11.6조의 급여비가 보장성 강화정책에 투입되었다. 하지만 건강보험 보장률은 2006년 64.5%에서 2011년 63.0%로 오히려 하락하였다. 이는 법정본인 부

담률은 2006년 22.1%에서 2011년 20.0%로 약간 감소한 반면, 비급여본인 부담률은 2006년 13.4%에서 2011년 17.0%로 크게 증가한 것에 기인한다. 특히, 비급여 진료비는 모니터링 체계 미비로 실태파악 조차 제대로 이루어지지 않고 있는 실정이다. 이러한 비급여 진료비에 대한 관리감독체계 부재로 인해, 본인부담 비율과 본인부담 상한선 인하를 위해 막대한 재정을 투입함에도 불구하고, 가계의 의료비 부담은 가중되고, 건강보험 보장성 확대 목표 달성은 어려워지고 있다.

또한 본인부담 의료비는 가구의 지불능력에 의존하기 때문에 본인부담이 높을수록 그 부담은 의료서비스를 많이 이용하는 사람들에게 전가 될 가능성이 높는데, 저소득층은 질병의 수준이 더 심각하거나 보건의료의 요구가 더 큰 경향이 있어 이러한 부담은 고소득층보다 저소득층에 더 많이 전가되는 경향이 있다. 즉, 낮은 건강보험 보장률은 특히 저소득층의 의료서비스에 대한 접근성을 제한하고, 의료비 부담을 가중시킬 수 있으므로, 저소득층을 중심으로 보장성 강화 정책이 확대되어야 한다.

표 1. 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
건강보험 보장률	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0
법정본인 부담률	22.1	21.3	21.9	21.3	20.6	20.0
비급여본인 부담률	13.4	13.7	15.5	13.7	15.8	17.0

자료: 서남규 외(2012), 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

### 3) 개선과제

#### (1) 비급여 개선을 통한 보장성 강화 정책 확대

2011년 전체 본인부담 의료비 37.0%의 45.9%가 비급여 본인부담 의료비에 기인하고 있으며, 그 비중도 증가하고 있는 추세이다. 결국 본인부담 의료비 부담을 낮추기 위해서는 궁극적으로 비급여 항목의 급여화가 수반되어야 한다. 정부는 지난 1년간 비급여 제도 개선을 통한 보장성 강화를 위해 4대 중증질환 보장성 강화계획과 3대 비급여 제도 개선 방안을 추진하였다.

먼저 4대 중증질환 보장성 강화 계획을 통해 필수급여의 범위를 확대하였으며, 필수급여 이외의 의료 중에서도 의학적 필요성이 낮으나 환자 부담이 높은 고가의료, 임상근거 부족으로 비용효과 검증이 어려운 최신 의료, 치료효과 개선보다는 의료진 및 환자편의 증진 목적의 의료 등을 선별급여로 급여화하는 방안을 제시하였다. 또한 비급여 영역에 대한 관리를 강화하기 위해서 진료비 상세내역이 포함되도록 영수증 서식 개선, 핵심 비급여 진료의 정보공개 방식 표준화, 사전 환자 동의절차 강화 등의 보완적 방안을 제안하였다. 4대 중증질환을 대상으로 한 보장성 강화정책은 특히, 비급여 내역을 파악할 수 있다는 부분에서 매우 긍정적인 측면이 있다. 이러한 이점을 십분 활용하여, 4대 중증질환의 비급여 청구를 통한 비급여 현황파악 조사가 단순히 일회성에 그치는 것이 아니라, 비급여 진료비에 대한 체계적이고 상시적인 모니터링 시스템을 구축하는데 기반이 되어야 할 것이다.

또한 정부는 3대 비급여 제도 개선을 위해 상

급병실료와 선택진료제 개선 대안을 제시하였다. 먼저 상급병실료 개선을 위해 일반병상 확대를 핵심 대책으로 한 2가지 대안을 제안하였다. 일반병상 비율이 64.9%에 불과한 상급종합병원만을 제도개선 대상으로 하여, 의무적으로 확보해야 하는 일반병상 비율을 현행 50% 이상에서 75% 이상으로 상향 조정하는 방안과 전체 병원을 제도개선 대상으로 하여, 일반병상 기준을 현행 6인실에서 종별에 따라 종합병원과 병원급 이상은 4인실까지, 상급종합병원은 3인실까지, 빅5병원은 2인실까지 확대하는 방안이 제안되었다.

선택진료제 개선을 위해서는 선택진료제를 완전 폐지하여 의사선택 가산제 대신 병원 선택 가산제를 도입하는 방안과 검사·영상진단·마취와 같이 환자가 선택하기 어려운 항목을 선택진료 항목에서 제외하거나 선택진료의사 비율을 진료과별 50% 이내 등으로 하향 조정하여 선택진료제를 대폭 축소하는 방안이 제안되었다. 간병비 부분에 대해서는 현재 시범사업 중인 '보호자 없는 병원을 간호인력 수급문제 등을 감안, 단계적으로 제도화하는 방안을 검토 중에 있다.

정부가 제안한 정책대안들에 대한 공급자들의 입장을 충분히 인지하고, 제도 실행으로 인한 수익감소를 보존하는 방법을 함께 마련하여 가장 합리적인 대안을 선택할 수 있는 기반을 마련할 필요가 있다.

#### (2) 저소득층 중심의 보장성 강화정책 확대

정부는 2013년 8월 1일부터 중증질환자가 있

는 저소득 가구의 의료비 부담 경감을 위해 본인부담 의료비의 일부를 지원하는 재난적 의료비 지원사업을 한시적으로 시행하고 있으며, 저소득층의 의료비 부담 완화를 위해 본인부담 상한제를 3단계에서 7단계로 개선하였다. 이와 같은 정책추진을 통해 저소득층의 의료비 부담을 어느 정도 완화시킬 수 있다. 하지만 재난적 의료비 지원사업은 한시적인 사업이고, 본인부담 상한제는 사전에 의료비를 지불한 후, 사후적으로 정산을 받는 구조로 저소득층을 위한 보장성 강화에 한계를 가지고 있다.

이러한 문제를 보완하기 위하여, 의료급여 대상자 확대에 대한 예산상의 한계 등을 고려하여 건강보험 제도 내에서 소득하위 5~10%의 저소득층에게 건강보험 본인부담율을 50% 경감해주는 방안을 고려해볼 수 있다. 건강보험의 법정본인부담 수준이 건강보험 저소득층에게는 너무 높아 부담이 되고 있으며, 차상위 계층은 의료급여 대상자들에 비해 오히려 역차별을 받고 있는 실정이다. 이러한 제도를 통해 수급자는 본인부담 경감이라는 동일한 혜택을 누리면서도 의료급여라는 낙인을 없앨 수 있으며, 정부는 전체 진료비를 국가세금으로 지원하는 의료급여 대상자를 확대하지 않으면서 더 많은 대상자에게 의료비 부담을 완화해 줄 수 있고, 보험자는 건강보험 내 저소득층의 보장정책에 대한 건강보험 역할을 강화할 수 있는 긍정적인 측면이 있다.

또한 본인부담 경감으로 인한 과다 의료이용을 방지하고, 저소득층의 건강관리를 강화하기 위하여 본인부담을 경감해 주는 대신 단골의사제도에 참여시키는 방안을 고려해볼 수 있다.

이러한 ‘본인부담 경감 단골의사제’를 통해 저소득층의 건강을 체계적으로 관리하여 의료이용을 사전적으로 예방할 수 있을 뿐만 아니라, 의료이용시에 지불하는 본인부담 경감으로 필요한 의료이용에 대한 접근성을 향상시킬 수 있다. 즉, 저소득층의 건강을 책임질 단골의사로 인해 건강도 향상되고 본인부담도 경감 받는 일석이조의 효과가 기대된다. 또한 이러한 제도를 향후 소득하위 20~30%, 노인, 아동, 장애인 등 의료취약계층에게로 확대하여 본인부담 경감의 혜택을 받는 대신 단골의사제에 참여하는 것을 자율적으로 선택하게 할 수 있을 것이다. 더불어 이러한 본인부담 경감을 통한 단골의사제는 환자가 의료기관을 선정하여 전담의사로부터 포괄적·지속적인 관리를 받게 함으로써 불필요한 의료서비스 이용을 방지하여 거시적으로 진료비를 통제하는 기전이 될 수도 있다.

### 3. 건강보험의 안정적 재원확보

#### 1) 정책현황

우리나라 현행 건강보험료 부과체계는 크게 근로소득 중심의 직장가입자와 재산, 자동차 등에 보험료를 부과하는 지역가입자로 구분할 수 있다. 또한 직장가입자의 경우는 7,200만원 초과와 종합소득이 있는 대상자에게 추가보험료를 부과하고 있으며, 지역가입자의 경우는 종합소득 500만원을 기준으로 이원화 되어 있어 총 6원화된 부과체계로 세분화 되어있다. 그동안 이러한 부과체계의 다원화로 인해 자격에 따른

보험료 부과체계의 공정성 문제가 꾸준히 제기되어 왔다. 한편, 현재 건강보험 재정은 단기적 흑자상태를 유지하고 있지만 보장성 확대에 대한 국민적 욕구 증대, 정부의 지속적인 보장성 강화정책 추진, 수가 인상, 고령화로 인한 만성질환 증가 등으로 향후 진료비는 크게 증가할 전망이다. 따라서 현재의 근로소득 중심의 보험료 부과체계에서 벗어나 보험료 부과기반을 확대하고 재원의 다양화를 통한 재정의 안정화가 요구되는 실정이다.

새정부는 건강보험 지속가능성 제고를 국정과제로 선정하고 건강보험 부과체계 개선을 주요 추진계획에 포함하였다. 이에 2013년 7월 25일 「건강보험료 부과체계 개선 기획단」을 발족하고, 소득 중심 부과체계의 단계적 개편방안을 제안하였다. 2013년 6월부터 연금소득 등 4천만원 초과 피부양자를 지역가입자로 전환하였다. 2014년부터는 자동차 사용연수에 따른 보험료 부과 구간을 현행 4단계에서 5단계로 세분화하고, 12년 이상 15년 미만인 자동차는 보험료를 종전의 50% 부과, 15년 이상인 자동차는 보험료 부과 대상에서 제외하였으며, 건강보험 지역 가입자 중 주택을 소유하지 않은 전·월세 가구에 대한 보험료를 삭감하였다. 또한 안정적인 건강보험 재원확보를 위해 근로소득 이외에 부과대상 소득기반을 단계적으로 확대하는 방안을 검토 중에 있다.

## 2) 문제점

건강보험의 안정적 재원확보 측면에서 현재의 불합리한 부과체계는 재원조달의 어려움을

야기하고 결과적으로 보험재정을 악화시킬 수 있다. 현재의 건강보험 부과체계는 크게 자격, 부과요소, 소득산정기준에서 문제가 있다. 먼저 현재의 자격에 따른 상이한 보험료 부과기준은 보험료를 적게 내기 위한 불공정 행위를 유발하여 안정적 재원확보에 제약이 되고 있다. 소득·재산이 많은 자영업자가 고액의 지역보험료 부담을 회피하기 위하여 임의사업장을 개설하여 직장가입자 자격을 허위로 취득하거나 연금소득이 있는 사람이 직장가입자의 피부양자가 되어 보험료 부과대상에서 제외되고 있다. 이러한 무임승차 문제는 보험료 수입을 축소시켜 건강보험 재정을 악화시킬 수 있다.

또한 현재의 보험료 부과체계는 재산, 자동차 등 불합리한 요소에 보험료가 부과되는 반면, 소득이 있음에도 불구하고 보험료 부과대상에서 제외되는 문제가 있다. 1987년 보험료 부과체계 제도 설계 당시 소득자료 보유율은 10%에 그쳤지만, 현재는 소득자료 보유율이 78.7%에 이르고 있다. 특히, 2013년도 소득세법개정안에 따라 국세청의 과세정보 자료를 제공받을 수 있는 법적 근거가 마련되었으며, 소득신고 강화, 비용회계처리 체계화, 현금거래 투명성 등의 신정부의 지하경제 양성화 정책을 통해 향후 소득 파악은 더욱 용이해질 전망이다. 또한, 과거에는 자동차가 사치품으로 분류되었고, 주택보급률은 낮았기 때문에 부동산, 자동차, 가족수, 성, 연령 등 소득과 직접적 관련성이 낮은 요소를 기준으로 보험료를 산정하였다. 하지만 현재 자동차는 필수품이 되었으며, 주택보급률도 크게 높아졌지만, 보험료 부과체계는 이러한 사회·경제적 환경변화를 적절하게 반영하지 못하면

서, 부과요소의 적절성 문제가 제기되고 있다.

마지막으로 현재 보험료 부과대상이 되는 소득은 근로소득뿐으로, 직장가입자는 근로소득만을 기준으로 보험료를 부과하고 부동산 임대소득, 금융소득 등 고액의 종합소득은 보험료 부과대상에서 제외하고 있다. 현재의 근로소득 중심의 보험료 부과체계는 고용지표에 영향을 크게 받으며, 추가적 자원 확대에 제약이 있어 건강보험 재원의 안정성을 악화시킬 수 있다. 또한 근로자들의 근로의욕을 저하시키고, 고용주의 고용억제 요인으로 작용하며, 보험료 부과 공정성과 형평성을 저해할 수 있다. 이는 불형평성 문제 이외에도 보험료 부과대상 기반을 축소시켜 보험료 수입 증가를 제한하는 요인이 되고 있다.

### 3) 개선과제

건강보험의 안정적 재원확보를 위해서는 무엇보다 현재 직장·지역 가입자 및 피부양자로 다원화 되어 있는 불합리한 보험료 부과체계를 단일화해야 한다. 지역 간 상이한 보험료 부과체계는 자격 전환 시 보험료를 크게 감소시킬 수 있는 유인이 있어 보험료 부과를 회피하는 수단이 되고 있다. 근로소득 이외에 모든 소득에 보험료를 부과하여 소득을 기준으로 직장·지역 구분 없이 단일 보험료 부과체계를 구축하여 이러한 무임승차 문제를 개선해야 한다. 이를 위해 먼저 직장 가입자에게만 있는 피부양자 자격을 강화하고, 소득이 있는 피부양자를 보험자로 전환하여 궁극적으로 피부양자 제도를 폐지해 나가야 한다. 또한 지역가입자의 경우 재

산, 자동차, 생활수준 및 경제활동 참가율 기준을 단계적으로 축소시키고, 소득기준은 지속적으로 확대해 나가야 한다. 이를 통해 최종적으로 현재 직장·지역 간 및 피부양자로 다원화 되어 있는 보험료 부과자격을 단일화해야 한다.

이러한 부과체계 단일화를 통해 소득·재산이 많은 자영업자가 임의사업장을 개설하여 직장가입자가 되거나, 소득이 있는 사람이 직장가입자의 피부양자가 되어 보험료 부과대상에서 제외되는 문제가 개선되어 보험료 수입의 누수를 예방할 수 있다. 또한 이원화된 부과체계에 대한 민원발생을 감소시켜 민원처리와 관련된 관리행정비용을 절감할 수 있으며, 보험료 부과업무의 단순화로 관리운영비용을 절감하여 중장기적으로 건강보험 재원의 안정적 확보에 도움을 줄 수 있다.

보험료 부과체계 단일화를 위한 소득범위 확대 및 안정적 건강보험 재원확보 마련을 위해서는 다음과 같이 단계적으로 보험료 부과기반을 확대하고 다양화하여 보험료 수입을 증가시켜야 한다.

첫째, 근로소득 이외에 부과대상 소득기반을 단계적으로 확대해야 한다. 먼저 첫 번째 단계로 사업, 부동산 소득, 연금소득과 같이 정기적으로 발생하는 소득에 우선적으로 보험료를 부과하고, 두 번째 단계로 4,000만원이하 금융소득, 일용근로자 급여와 같이 종합소득과 분리되어 세금이 부과되는 분리과세 소득에 대해 보험료를 부과해야 한다. 그리고 세 번째 단계로 퇴직소득, 양도소득과 같은 일시적 소득으로 부과대상 소득기반을 확대해 나가야 한다.

둘째, 건강에 위해한 담배 및 주류에 대한 목

적세 부과를 검토해볼 수 있다. 흡연과 음주는 대표적인 질병발생 위험요인으로 막대한 진료비 지출 증가를 야기하고 있으며, 이를 소비하지 않고 있는 사람들의 건강에까지 부정적인 영향을 미치는 외부성이 존재한다. 이러한 담배와 주류 등의 건강위해 행위에 대한 보험료 부과를 통해 수익자 부담 원칙을 보험료 부과체계에 반영하고, 궁극적으로 건강위해 행위를 감소시켜 건강보험 재정 안정화에 긍정적인 영향을 줄 수 있다.

셋째, 최저보험료 개념의 기본보험료 도입을 고려해볼 수 있다. 직장가입자의 경우 28만원 이하의 소득이라 하더라도, 소득을 28만원으로 인정하고 최저보험료를 부과하고 있다. 보험원리상 가입자는 누구나 보험료를 부담해야 한다는 원칙을 고려하여, 지역가입자도 소득이 없다고 무조건 보험료를 부과하지 않을 것이 아니라 최저보험료 개념으로 기본보험료를 도입하여 소득과약 문제로 인한 무임승차 방지 및 보험료 부과의 공정성을 확보하고, 궁극적으로 건강보험 재원기반을 확대할 수 있다.

## 4. 진료비 지출구조의 합리화

### 1) 정책현황

새정부는 국정과제 중의 하나인 건강보험 지속가능성 제고를 위해 건강보험 진료비 지불체계의 포괄화를 주요 추진계획으로 선정하였다. 현재 우리나라의 건강보험 진료비 지불제도는 상대가치점수와 환산지수를 통해 산출된 행위

별 수가제를 기반으로 한다. 행위별 수가제는 의료행위, 치료재료, 약제 서비스 항목별로 가격을 책정하여 보상하는 방식으로, 진료량 증가로 인한 건강보험 재정의 위험을 보험자 또는 가입자가 부담하여 공급자 유인수요(Supplier induced demand)를 유발할 가능성이 높다.

이러한 행위별 수가제의 진료비 통제기전의 문제를 보완하기 위하여 포괄적 지불방식을 부분적으로 활용하고 있으며, 이는 더욱 확대될 전망이다. 7개 질환군 입원치료에 대한 포괄수가제(DRG)가 2012년 병의원급 의료기관에 의무 적용 되었고, 2013년 7월부터는 종합병원과 상급종합병원까지 확대되어 전체 의료기관에 당연적용 되고 있다. 또한 포괄수가제 확대를 위해 단가 10만원 이상인 의료행위, 치료재료, 약제 서비스에 대해서는 행위별 수가제를 적용하는 방식의 신포괄수가제 시범사업이 2009년부터 시작되어 2013년 현재 일산병원과 40개의 지역거점 공공병원에서 진행되고 있다. 또한 우리나라는 의료성과를 지불체계에 반영하기 위하여, 2007년 일부 상급의료기관을 대상으로 제왕절개분만과 급성심근경색의 2개 질환에 대해 가감지급사업(value incentive program, VIP)을 도입하였으며, 이후 2013년까지 총 10개 항목에 대해 가감지급사업을 추진하고 있다.

### 2) 문제점

진료비 지출구조의 합리화 측면에서 볼 때, 현재 우리나라의 건강보험 진료비 지불체계는 크게 3가지 문제점을 가지고 있다.

첫째, 현재의 행위별수가제는 의료서비스 제



표 2. 우리나라 진료비 지불제도 현황

구분		대상	내용
행위별 수가제		대부분의 병의원 서비스	행위, 치료재료, 약제별 산정
포괄적 지불방식	포괄수가제 (DRG)	전국 모든 의료기관(의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원)	7개 질병군 입원치료에 필요한 의료행위, 치료재료, 약제비용
	일당정액제	요양병원	입원진료
행위별+ 포괄	신포괄수가제 (시범사업)	공단 일산병원 +40개 지역거점 공공병원(지방의료원35개+적십자병원5개)	550개 질병군 (전체 입원환자의 약 95%)
성과지불 보상제도	가감지급사업	항목별 해당 의료기관	10개 항목

공량 및 의료의 질에 대한 관리 기전이 미흡하여 건강보험 제도의 지속가능성을 위협할 수 있다. 현재의 행위별 수가제는 진료량 증가에 따른 재정적 위험에 대해 공급자가 부담을 거의 공유하지 않는 구조로 의료서비스 제공량 증가를 통제하는 기전이 미흡한 실정이다. 또한 행위별 수가제는 진료성과와는 무관하게 진료비를 보상해주어 의료 결과와는 상관없이 편익 없는 의료를 과잉제공하거나, 효과가 있음에도 진료비 지불 항목에서 제외되거나 다른 행위들과 묶어서 지불하게 되는 경우 과소진료를 유발할 유인이 있다. 이와 같이 의료서비스 진료량과 의료의 질을 통제할 수 없는 현재의 지불방식은 건강보험 재정의 효율성을 담보하지 못하며, 진료비 증가요인에 능동적으로 대처하기 어렵다.

둘째, 우리나라 지불제도는 후향적 보상체계를 기반으로 하고 있어 사전에 진료비를 정확하게 예측하는 것이 어렵다. 2001~2012년의 우리나라 건강보험 연도별 당기수지는 2.4조원 적자에서 3.0조원 흑자에 이르기까지 변화폭이 매우 크며, 진료비가 매년 10% 이상 증가하고 있다.

하지만 현재의 지불체계에서는 진료비를 정확하게 예측할 수 없어, 건강보험 재정의 안정적 운영에 어려움이 있다.

셋째, 신뢰성 있는 원가자료가 제공되고 있지 않아 실제 원가를 반영한 적정 수준의 수가가 지불제도에 반영되지 못하고 있다. 적정 수가는 요양기관이 의료행위에 지출한 원가를 정확히 계산하여 책정하는 것이 합리적이다. 하지만 현행 원가계산은 대상이 되는 표본요양기관의 대표성 문제, 원가자료의 정확성 문제, 표준원가 부재 등으로 인해 신뢰성 문제가 제기되고 있어, 실제 원가를 반영한 적정 수준의 수가를 책정하지 못하고 있다. 이러한 원가에 대한 정확한 정보의 부재는 상대가치점수와 환산지수결정시 공급자와 보험자간 갈등을 야기하는 요소로 작용하고 있다. 또한, 의료공급자가 건강보험 저수가로 인한 적자위험에 대응하여 의료서비스 제공을 증가시키도록 유인하는 요인으로, 건강보험 재정의 비효율화 문제를 야기한다.

그림 2. 진료비 지출 구조의 합리화

	문제점	개선방안
미시적 진료비 관리	의료서비스 제공량 및 의료의 질 통제 미흡	진료비 보상체계 포괄화 및 가치기반 성과보상 지불제도 도입
거시적 진료비 관리	진료비 지출 예측 미흡	진료비 목표관리제 도입
적정수가 체계구축	실제 원가를 반영한 적정 수준의 수가 책정 미흡	패널병원 구축을 통한 원가자료 분석

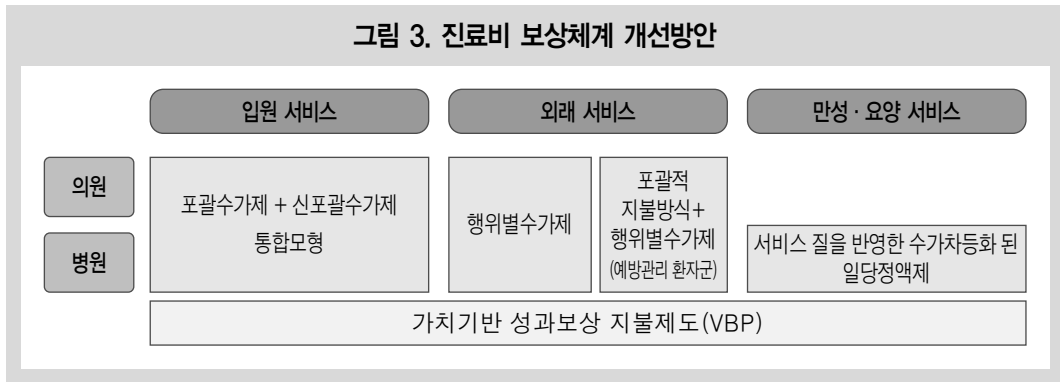
### 3) 개선과제

#### (1) 진료비 지불체계의 포괄화 및 가치기반 성과 보상 지불제 도입

현재 우리나라의 건강보험 진료비 지불제도는 크게 2가지 측면에서 개선이 필요하다.

첫째, 진료비 보상체계를 포괄화 및 다양화해야 한다. 입원 서비스에 대한 단계적 포괄수가제 확대를 통해 환자의 보장성을 강화하는 동시에 진료비 지출의 예측 가능성을 높일 수 있다. 현재 수행되고 있는 신포괄수가제 시범사업을 확대하고 사업모형을 보완하여, 최종적으로 포괄수가제와 신포괄수가제 통합모형을 도출하여 적용할 수 있다. 외래 서비스에 대해서는 현재의 행위별 수가제를 근간으로 하되, 일부 질병군 특성별로 적용 가능한 지불보상제도를 보완적으로 도입해야 한다. 예를 들어, 전문적 진료와 고가의 검사가 필요한 질병을 제외한 사전 예방과 지속적 관리가 요구되는 일부 환자군에 대해서는 행위별 수가제와 포괄적 지불방식을 병행하는 방안을 고려해볼 수 있다.

둘째, 의료의 성과를 반영한 성과보상지불제 도에서 더 나아가 의료의 성과 뿐만 아니라, 치료과정, 환자경험, 치료결과, 효율성 등의 가치를 반영한 가치기반 성과보상 지불제도(Value-based purchasing, VBP)를 도입해 나가야 한다. 행위별수가제는 환자에게 제공된 의료서비스 양을 기준으로 진료비를 보상하는 방식으로 의료의 질과 서비스 제공의 효율성을 반영하지 못한다. 이러한 문제점을 보완하기 위해 최근 선진국에서는 성과보상지불제도에서 더 나아가 가치기반 성과보상 지불제도 도입을 확대하고 있다. 가치기반 성과보상 지불제도는 의료공급자들의 개선된 성과와 공급자들에 대한 지불방법을 연결하는 것으로 의료공급자들이 의료의 비용과 질에 대해 책무를 가지게 하며 부적절한 진료를 줄이고 가장 적절하게 행동하고 있는 공급자를 규명하여 보상하는 것을 목적으로 한다. 가치기반 성과보상 지불제도의 도입은 장기적으로 지불제도 포괄화에 따른 의료의 질 저하 및 의료서비스 제공량 감소 문제를 보완할 수 있는 대안으로 지속적인 확대가 필요하다.



(2) 진료비 목표관리제 도입

진료비 지출의 예측가능성을 높이고 건강보험 재정의 안정적 운영을 위해서 중장기적으로 진료비 목표관리제를 도입해야 한다. 진료비 목표관리제(Targeted Healthcare Expenditure)는 진료비의 가격과 진료량을 통합하여 총량적인 개념의 수가계약(환산지수)을 하는 제도이다. 수가계약시 보험자와 공급자간 가격과 양을 통합하여 다음연도 목표진료비에 합의를 하고 이를 기준으로 다다음연도 환산지수를 결정하는 구조이다. 예를 들어 다음연도 실제진료비가 목표진료비 보다 높으면 수가를 인하하고, 낮으면 수가를 인상하는 구조로, 전년도 진료비에 일정 수준의 증가율을 적용한 목표진료비를 산정하고 목표진료비를 중심으로 다음연도의 수가를 결정한다. 진료비 목표관리제에서는 목표진료비를 어떻게 선정하는지가 중요한 요소이다. 단기적으로는 다음연도의 목표진료비를 산출하는 방식을 합의하는 구조로 하되, 일정기간 계산방식이 정착화 되면, 중장기적으로 일정 산식에 의해 자동적으로 산출하는 방안을 고려해 볼

수 있다. 이러한 진료비 목표관리제는 의료부문의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 가격규제가 의료서비스의 가격만을 통제하는 한계를 보완하고, 가격과 양을 동시에 관리함으로써 진료비 증가속도를 조절하는데 효과적으로 작동할 수 있다. 또한 사전에 지불할 진료비 규모를 사전에 결정하여 진료비 지출액에 대한 예측가능성을 증대시켜 궁극적으로 국가차원에서 진료비를 효과적으로 관리할 수 있는 기전을 마련해 준다.

(3) 패널병원 구축을 통한 원가자료 분석

적정 수준의 원가가 보전되지 않는 현재의 건강보험 저수가로 인해 의료공급자는 진료량과 진료빈도를 증가할 유인이 있으며, 보험자는 이러한 진료비 증가로 인한 재정부담의 우려로 수가를 인상하는 것을 주저하도록 하는 악순환이 반복되고 있다. 이에 원가수준을 반영하여 수가를 현실화하고, 건강보험 재정을 효율적으로 관리하기 위해서 신뢰성 있는 원가자료 분석을 통한 적정수가를 산출할 필요가

있다. 적정수가 산출을 위해서는 조사결과와 일반화가 가능한 대표성 있는 의료기관을 선정하여 주기적으로 원가조사를 수행할 패널병원을 구축하여 병원의 비용발생 현황 및 활동 정보를 안정적으로 수집해야 한다. 원가 패널병원 구축은 독일, 호주 등의 외국 사례를 참고하여, 원가시스템이 구축된 요양기관, 공공보건의료기관, 참여를 희망하는 요양기관을 중심으로 시범사업을 추진한 후, 단계적으로 참여대상을 확대해 나갈 필요가 있다. 특히, 패널병원 구축을 위해서는 요양기관의 적극적 참여가 중요한 만큼 요양기관의 참여를 유도하기 위해 요양기관의 입장을 충분히 고려한 적정 인센티브 방안 제시가 요구된다.

패널병원을 통해 수집된 객관적, 과학적, 체계적 원가자료를 지속적으로 분석함으로써 표준수가설정 및 수가수준의 주기적 조정이 가능해지고, 유형별 환산지수 계약 등 각종 보건의료정책 수립을 위한 의사결정의 기초자료로 활용할 수 있다. 특히, 향후 포괄수가제 확대 등 지불보상체계 개편이 예상되며, 노인틀니, 초음파 등 보장성 강화로 인한 추가적 수가개발이 지속적으로 요구됨에 따라 이러한 원가자료는 수가개발 및 수가조정에 능동적으로 대응할 수 있는 기반이 될 수 있다.

## 5. 맺음말

2014년은 새정부가 들어선지 1년이 지난 시점으로 작년 한해 동안 새정부가 추진했던 ‘보장성 강화를 통한 의료비 부담 완화 및 의료체

계 효율화를 통한 지속가능성 제고’ 방안 정책을 되돌아 보고 향후 4년간의 건강보험정책을 어떻게 가져가야 할 것인지 밑그림을 그려야 하는 중요한 시기이다. 본 소고는 새정부 출범 후 1년이 지난 현 시점에서, 지난 1년간 추진된 보장성 강화, 안정적 재원확보, 지출구조 합리화의 정책현안을 중심으로 건강보장 정책이슈들을 진단하고, 건강보장체계의 발전을 위해 2014년 추진되어야 할 정책과제들을 제시하였다.

2014년에 건강보험 목표를 “의료비 부담 걱정 없는 안정적인 건강보장체계 구축”으로 삼고, 이를 위해 의료필요자 중심의 보장성 강화 방안, 건강보험의 안정적 재원확보방안, 건강보험 지출구조의 합리화로 구분하여 대안들을 제시하였다. 따라서 올해는 이러한 대안들을 본격적으로 현실화 시킬 기반을 마련할 필요가 있으며, 더불어 현재 건강보장체계의 개선과제에 대한 지속적 논의를 통해 효과적인 정책 대안들을 꾸준히 제시해 나가야 할 것이다.

특히 원격진료 허용, 의료기관의 영리 자회사 설립 등으로 정부와 공급자간 갈등 고조, 수가인상의 압박, 보장성 강화 요구, 보험료 부과체계 단일화 등 최근의 주요 정책 현안들에 대해 정부, 공급자, 공단, 국민 모두가 함께 지혜를 모아야 할 때이다. 