

# 건강보험정책의 현황과 과제

*National Health Insurance Policy and  
Its Challenges*



신현웅 한국보건사회연구원 연구위원  
여지영 한국보건사회연구원 전문연구원

2015년은 건강보험정책 추진의 중요한 도약의 시기가 될 전망이다. 건강보험 보장성 강화정책이 차질 없이 추진되고 있는 가운데, 의료보장 사각지대 해소를 위한 촘촘한 의료안전망 구축이 요구되고 있으며, 건강보험 보험료 부과체계의 성공적 개편, 국고지원의 한시적 특례 기간 만료 등 안정적 재원기반 확보를 위한 정책 대응이 시급한 실정이다. 또한 최근 4년간의 진료비 지출 증가 둔화 현상이 일시적 현상인지, 향후 지속될 것인지에 대한 객관적인 판단에 따른 진료비 지출 구조 합리화 정책 수립이 요구되고 있다. 이와 같은 2015년에 예견되는 건강보험 여건 변화 등을 고려하여, 본 소고는 지속가능한 의료안전망으로서의 건강보험체계 역할이 강화되길 기대하며 건강보험정책 부문의 3대 정책 과제를 제안하고자 한다.

## 1. 들어가며

새 정부 출범이후 지난 2년감이 건강보험 분야의 “내실화의 시기”였다면, 2015년은 “도약의 시기”가 될 전망이다. 2013년 출범한 새정부는 ‘보장성 강화를 통한 의료비 부담 완화 및 의료체계 효율화를 통한 지속가능성 제고’를 주요 국정과제 중의 하나로 선정하였다. 그리고 지난 2년간 4대 중증질환 급여확대, 3대 비급여 개선 등의 보장성 강화정책과 함께 보험료 부과체계 개편, 수가 및 지불제도 개선 등의 건강보험재정 효율화 정책들을 논의 또는 추진하여 왔다. 이를 통해, 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 개선, 본인부담 상한선 개

선 등 보장성 강화정책이 계획에 따라 차질 없이 추진되어 왔으며, 건강보험 재정은 4년 연속 흑자 기조를 유지하는 성과를 달성하였다. 반면, 보험료 부과체계 개편, 수가 및 지불제도 개선 등 건강보험 재정 효율화 정책은 여전히 논의수준에 머물러 있는 실정이다.

건강보험 체계의 주된 쟁점은, 의료안전망으로서 건강보험 역할을 강화하는 동시에, 어떻게 제도의 지속가능성을 확보할 것인가의 문제로 귀착된다. 따라서 2015년에 직면하고 있는 건강보험 여건 등을 고려하여, 본 소고는 2015년 건강보험 분야의 목표를 “지속가능한 의료안전망으로서의 건강보험체계 구축”으로 삼고, 저소득층 중심의 촘촘한 의료안전망, 건강보험의 안정적 재원확보, 건강

보험의 효율적·합리적 지출구조 구축의 정책현안을 중심으로 2015년에 추진되어야 할 정책과제를 제시해보고자 한다.

## 2. 저소득층 중심의 보장성 강화

### 1) 현황 및 문제점

새정부 출범 이후, 지난 2년간 의료보장성 강화정책은 계획에 따라 차질 없이 추진되어 왔다. 2015년에도 단계적 계획에 따라, 4대 중증질환 비급여 200여개 항목이 새로 건강보험 급여로 전환될 계획이며, 선택진료 의사 비율은 80%에서 65%까지로 축소, 상급종합병원의 일반병상 의무 확보비율은 50%에서 70%이상으로 확대될 예정이다. 또한 2015년 부터 포괄간호서비스 시범사업을 기존 예산지원 방식에서 건강보험 수가지원방식으로 전환하여 건강보험 내로 제도화해 나갈 예정이다. 특히, 2015년부터는 「생애주기 건강보험 보장성 5개년 계획('14~18)」에 따라 고위험 임신부에 대한 진료비 경감부터 말기암환자 호스피스 완화의료까지 연령대별로 필수 의료서비스에 대한 보장성이 확대될 전망이다.

하지만 최근의 지속적인 보장성 강화정책에도 불구하고 오히려 건강보험 보장률은 3년 연속 하락하고 있는 실정이다. 이는 신의료기술 발달, 공급자의 새로운 비급여 창출 등으로 인한 비급여본인 부담률 증가에 기인하고 있다. 이러한 높은 환자본인부담에 대응해 다양한 의료비 지원사업이 추진 중에 있으나 각 사업별 재원, 대상자, 지원범위 등이 상이하며, 분절적으로 관리·운영되고 있어 사업간 누락, 중복, 단절의 비효율 문제가 제기되고 있다. 건강보험 보장성 강화정책의 효과가 증대되기 위해서 무엇보다 국민이 실질적으로 체감하는 의료비 부담을 완화하여 의료사각지대 발생에 선도적으로 대응해 나갈 필요가 있다. 특히, 높은 의료비 부담은 상대적으로 의료비 부담능력이 저조하고, 건강수준이 취약한 저소득층에 기증될 가능성이 높은 만큼 향후 저소득층 중심의 촘촘한 의료안전망 구축이 요구된다.

### 2) 정책과제

- (1) 환자중심 통합의료서비스와 연계한 건강보험 내 본인부담 경감대상자 확대

표 1. 연도별 건강보험 보장률

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
건강보험 보장률	64.5%	65.0%	62.6%	65.0%	63.6%	63.0%	62.5%
법정보인 부담률	22.1%	21.3%	21.9%	21.3%	20.6%	20.0%	20.3%
비급여본인 부담률	13.4%	13.7%	15.5%	13.7%	15.8%	17.0%	17.2%

자료: 서남규 등(2014). 2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

건강보험 제도 내에서 소득하위 5~10%의 저소득층을 대상으로 건강보험 본인부담률을 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. 따라서 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 보장성 확대 정책에 대한 건강보험 역할을 강화할 수 있는 긍정적인 측면이 있다.

이 때, 본인부담 경감으로 인한 의료이용자의 도덕적 해이를 방지하고, 정책적 효과를 극대화 하기 위해 본인부담을 경감해 주는 대신 “환자중심 통합의료서비스(PCMH, ACO, CCO 등)” 등 새롭게 부각되고 있는 의료전달체계 시범사업과 연계하는

방식을 추가적으로 고려해볼 수 있다. 이러한 제도를 통해 저소득층은 본인부담 경감으로 필수 의료 이용에 대한 접근성을 향상시키는 동시에, 공급자로부터 포괄적·지속적인 건강관리를 제공 받을 수 있으며, 정부는 새로운 의료전달체계 모형을 도입할 수 있는 기전을 마련함으로써 안정적 제도의 정착률을 이끌어 낼 수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다. 향후 이러한 제도 대상을 소득하위 10~20%, 노인, 아동, 장애인 등 의료취약계층 중심으로 확대하여 본인부담 경감의 혜택을 받는 대신 “환자중심 통합의료서비스(PCMH, ACO, CCO 등)” 등에 참여하는 것을 자율적으로 선택하는 방식으로 제도를 확대해 나갈 수 있다.

## (2) 재난적 의료비 지원 사업의 지속적 추진 및 확대

2013년 정부가 발표한 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 제도개선을 위한 정책 대안 마련 및

표 2. 현행 건강보험 및 의료급여 본인 부담률

구 분		1종	2종	건강보험	건강보험의 50% 경감
외래	의원	1,000원	1,000원	30%	15%
	병원	1,500원	15%	40%	20%
	종합병원	1,500원	15%	50%	25%
	상급종합병원	2,000원	15%	진찰료+60%	$\frac{\text{진찰료}}{2} + 30\%$
입원		무료	10%	20%	10%
약국		500원	500원	30%	15%

주: 요양기관 종별로 대표적인 본인부담률만 제시하였음.

시행까지의 소요시간을 고려하여 한시적 보완대책으로 “재난적 의료비 지원사업”이 도입되었다(2013년 7월). 재난적 의료비 지원사업은 암질환, 희귀난치성질환, 심장질환, 뇌혈관질환의 4대 중증질환자가 있는 저소득 가구의 과도한 의료비 부담 완화를 위해 본인부담금 일부를 지원해 주는 제도로, 2014년부터는 중증화상질환자까지 지원대상을 확대하였다.

재난적 의료비 지원사업은 기존 의료비 지원사업과 비교해 다음의 2가지 측면에서 정책적으로 중요한 의의가 있다.

첫째, 재난적 의료비 지원사업은 공공-민간 통합 의료비 지원사업의 기반을 마련하였다. 재난적 의료비 지원사업의 재원은 공적재원과 민간재원의 매칭펀드로 구성된다. 의료안전망의 일차적 책임은 물론 국가에 있지만, 공적부분이 충족시키지 못한 부분을 중심으로 민간부분의 보완적 역할 수행의 필요성도 여전히 존재하고 있다. 이러한 측면에서, 재난적 의료비 지원사업은 의료비 지원의 탄력적 대응이 요구되는 부분을 중심으로 민간의료비 지원을 활성화 할 수 있는 새로운 모형을 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

둘째, 재난적 의료비 지원사업은 지원범위, 지원상한금액, 지원횟수 등 지원수준 측면에서 충분한 보장성을 담보한다. 기존 대부분의 국가 의료비 지원사업은 법정 본인부담으로 지원범위를 한정하고 있으며, 지원한도가 낮아 실질적 의료비 부담에 제약이 있어왔다. 또한 지원횟수도 제한이 있어 의료비 지원 혜택이 단발적으로 이루어졌다. 하지만 재난적 의료비 지원사업은 비급여를 포함해 환자가 실제로 부담하는 의료비 모두를 지원범위로 포함하고 있으며, 동일질환에 대해서도 재입원한 경우

횟수 제한 없이 2,000만원 한도 내에서 의료비를 지원하고 있다. 이와 같이 재난적 의료비 지원사업은 수혜자의 의료비 부담 완화에 실질적으로 도움이 되는 의료비 지원사업 모형을 제시하였다는데 의의가 있다.

이러한 의의 및 성과를 고려했을 때, 2015년까지 한시적으로 운영할 예정인 재난적 의료비 지원사업의 지속적 추진을 위한 노력이 무엇보다 요구된다. 또한 현재 5대 중증질환에 한정되어 있는 지원대상 범위를 치매, 폐색전증, 수술 없는 뇌내출혈 등 다른 고액 진료비 질환까지 확대해 나갈 필요가 있으며, 이를 위한 보다 안정적인 재원확보 기반 마련 및 재원규모 확대가 필요할 것이다.

### (3) 의료비 지원사업의 재정립을 통한 통합적 운영체계 구축

현재 의료비 지원사업은 재원, 대상자, 지원범위 등이 상이하며, 분절적으로 관리·운영되고 있어 사업 간 누락, 중복, 단절의 비효율 문제가 제기되고 있다. 또한 현재 의료비 지원사업의 대상이 주로 암질환, 희귀난치성질환과 같은 정부의 보장성 강화정책 대상 질환으로 향후 해당 질환의 보장률이 개선될 경우 의료비 지원사업에 소요되는 재원이 단계적으로 감소할 여지가 있다. 이러한 정책적 환경을 고려해 현재 의료비 지원사업을 체계적·통합적으로 재정립할 필요가 있다.

먼저, 단기적으로 4대 중증질환 보장성 강화정책으로 감소한 의료비 지원 사업의 예산을 중심으로 의료비 지원사업 재정을 단계적으로 통합해 나가야 한다. 이를 통해 제공자가 아닌 수혜자 중심의 재정지원 기전을 구축하고 의료비 지원사업이

보다 촘촘한 의료안전망으로서의 역할을 수행할 수 있는 기틀을 마련해야 한다. 또한 중장기적으로 통합재정의 일원화된 관리·운영을 위해서 국가 의료비 지원사업 수혜자 및 지원금 지급 내역 등을 일괄적으로 관리할 수 있는 통합 DB를 구축해 나가야 한다. 이를 통해 의료비 지원사업의 전달체계를 일원화하고, 제도의 효율성 및 효과성을 개선할 수 있을 것이다. 그리고 만약, 재난적 의료비 지원사업이 계속적으로 추진될 경우, 재난적 의료비 지원사업 모델을 기반으로 한 사업 연계를 통해 질환 중심이 아닌 환자의 의료비 부담능력을 기준으로 대상자를 선정하는 방식으로 의료비 지원 사업을

통합적으로 운영해 나갈 수 있다. 이를 통해 의료비 지원사업이 명실상부한 3차 의료안전망으로서 역할을 수행할 수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다.

### 3. 건강보험의 안정적 재원확보

#### 1) 현황 및 문제점

건강보험재정은 2011년부터 2014년까지 지난

표 3. 연도별 건강보험 재정추이

(단위 : 억원)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년 <sup>1)</sup>	최근9년 (‘06~‘14)	최근3년 (‘12~‘14)
수입	223,876	252,697	289,079	311,817	335,605	379,774	418,192	451,733	484,992	10.1	7.7
보험료 수입	182,567	212,530	244,384	259,352	281,650	323,995	358,535	386,117	412,083	10.7	7.2
정부 지원금	38,362	36,718	40,779	48,100	49,753	51,697	55,053	60,179	65,956	7.0	9.5
국고 지원금	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123	42,129	44,980	50,193	55,765	8.7	11.3
담배 부담금	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	9,568	10,073	9,986	10,191	0.7	0.6
기타	2,948	3,449	3,916	4,365	4,202	4,082	4,604	5,437	6,953	11.3	22.9
지출	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	436,793	8.7	6.1
보험급여비	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890	376,318	402,723	422,793	8.8	6.0
관리운영비	8,966	9,734	9,841	9,724	11,077	11,040	11,387	12,117	14,000	5.7	10.9
당기수지	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	36,446	48,199	-	-
누적수지	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	130,402	-	-

주: 1) 2014년 건강보험 재정 자료는 상반기 자료 등을 활용한 추정치

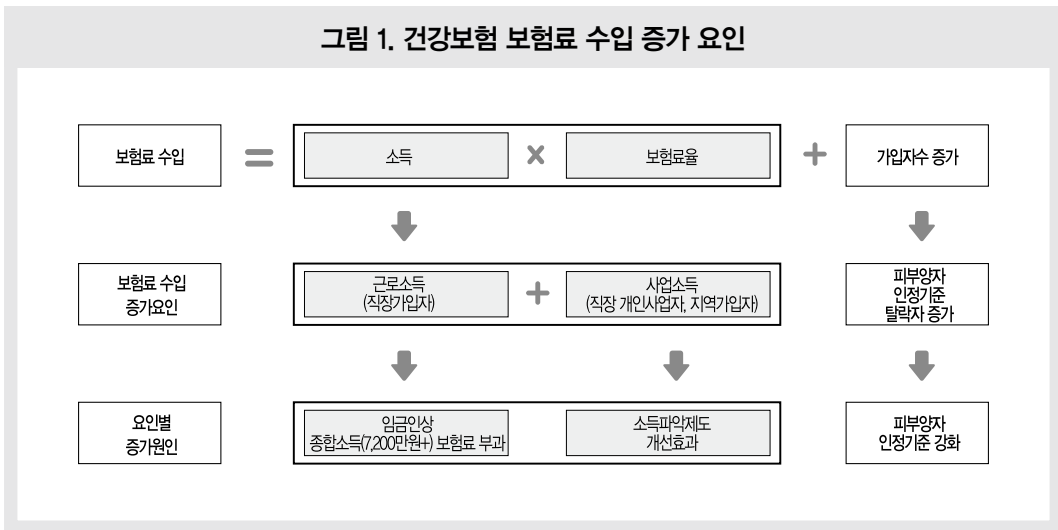
4년간 당기수지 흑자를 기록하고 있으며, 현재 누적흑자가 12조를 넘어설 전망이다. 건강보험 당기수지는 당기 수입과 당기 지출 간의 차이로 산출되는데, 2014년 전년 대비 건강보험 재정 수입은 7.4% 증가한 반면, 재정 지출은 5.2% 증가하여 건강보험 재정수입 증가율이 건강보험 재정지출 증가율을 상회하면서 당기 흑자를 기록하였다. 수입 측면에서의 재정 흑자요인은 부과소득 기반 확대, 피부양자 인정기준 강화 등으로 인한 보험료 수입 증가로 설명될 수 있다.

건강보험 재원은 크게 보험료 수입과 정부지원금으로 구분된다. 이 중 건강보험 보험료 수입은 소득과 보험료율의 곱에 가입자수 증가분을 더한 값으로 산출된다. 최근 근로소득 및 사업소득 등 부과기반 확대 및 기여수준 증가로 보험료 수입 기반이 증가하는 추이를 보이고 있다. 먼저 임금인상 등으로 직장가입자의 근로소득 기반이 증대되었으며, 2012년 9월부터 시행된 종합소득 7,200만원

이상 직장가입자 건강보험료 별도 부과를 통해 직장가입자 보험료 부과 대상 소득이 확대되었다. 또한 현금영수증 제도, 신용카드 소득공제, 전자세금계산서 제도, 금융정보분석원(FIU)법 개정, 정규(적격)증빙제도, 성실신고확인제도 등 소득과약 제도 개선 효과에 따라 사업소득의 소득 파악률이 향상되었다. 이를 통해 직장가입자 중 개인사업자(사업소득에 보험료 부과)의 소득과약 개선에 따른 보험료 부과 소득이 증가하였으며, 지역가입자 중 무소득 세대 비율 감소 및 소득과약 개선에 따른 부과대상 소득이 증가하는 성과가 있었다. 2013년 6월부터는 연금소득 등 4천만원 초과 피부양자를 지역가입자로 전환하는 등 지속적 피부양자 인정기준 강화 정책에 따른 피부양자 인정기준 탈락자가 증가하면서 고소득 피부양자 무임승차 방지효과가 강화되고 있다.

최근의 이러한 보험료 수입 기반의 확대로 건강보험 재원이 안정적으로 확보되고 있지만, 현재의

그림 1. 건강보험 보험료 수입 증가 요인



근로소득에 대한 의존도가 높은 건강보험 재원구조를 개선하지 않을 경우, 경기침체 등으로 부과반이 악화되면 보험료 수입만으로는 제도의 지속 가능성을 위한 재정적 안정성을 담보할 수 없게 된다. 따라서 보험료 부과체계의 개선과 더불어 국고 지원의 안정적 확보 및 지원방식 개선 등을 통해 건강보험 재원기반을 확대하기 위한 지속적 노력이 요구된다.

## 2) 정책과제

### (1) 소득중심의 건강보험 부과체계 단일화

건강보험의 안정적 재원확보 측면에서 보험료 부과체계 개선은 현재 근로소득 중심으로 되어 있는 부과체계를 근로소득 이외에 종합소득 및 양도, 퇴직소득 등으로 부과요소를 확대해 가는 것이다. 그리고 현재 소득이 있는 피부양자의 경우 발생된 소득에 보험료를 부과하여 추가재원을 확보할 필요가 있다. 또한 사업소득 중심의 자영업자들의 경우는 신고소득의 과소신고, 필요경비의 과다계상 등을 방지하여 실질적인 소득과약률을 높여 보험료 부과기반을 확대해 가야 한다.

건강보험료 부과체계 개선은 재원확보 측면 뿐만 아니라 불합리한 현행 부과체계의 개선이 시급히 필요하다. 현재 보험료 부과체계의 문제점은 퇴직하여 실질소득이 감소하였는데도 오히려 보험료가 높아지는 문제, 보험료 부과체계가 너무 복잡하다는 문제, 이러한 원인으로 인해 1년에 약 6,000만건에 다다른 민원발생 문제 등이 있다. 또한 보험료를 탈루하기 위한 위장취업, 위장 창업 등의 문제와 현행 피부양자 인정기준으로 인한 무임승

차 문제 등이 있을 수 있다. 기타 문제점으로는 지역가입자의 소득 재산 등급표의 역진성, 이중 부과 문제 그리고 직장가입자 중 근로의 소득이 7,201만원인 경우는 월 보험료가 약 18만원을 내는 반면 7,199만원은 0원인 경우 등의 문제점 등이 있다.

이러한 문제들의 근본적인 원인은 크게 두 가지로 첫째는 소득과약의 한계 등으로 인해 지역가입자에게 재산, 자동차, 성·연령에 보험료를 부과하는 것이다. 둘째는 직장가입자는 사업장에서 발생한 근로소득에만 보험료를 부과하고, 근로의 소득에는 보험료를 부과하지 않는 것, 그리고 소득이 있음에도 불구하고 피부양자로 등재되어 보험료를 내고 있지 않다는 것이다.

이러한 원인을 모두 해소 할 수 있는 방안은 재산, 자동차에 보험료를 부과하지 않고 모든 소득에 보험료를 부과하는 '소득 기준 단일보험료 부과체계'로 개편하는 것이다. 이를 위해 2013년 7월부터 건강보험료 부과체계 개선기획단에서 논의를 하였으며, 2014년 9월에 중간결과를 발표하였다. 기획단의 기본 의견은 소득중심의 단일보험료 부과체계를 지향하고 있으며, 소득의 경우 우선 정기적으로 발생하는 종합소득부터 확대하되, 분리과세소득이나 양도, 퇴직소득의 경우는 조금 더 검토를 통해 확대해 가는 것으로 되어 있다. 이럴 경우 재산, 자동차, 성·연령에 부과되던 보험료를 부과하지 않아 발생하는 부족분에 대해서는 당분간 재산에 대한 보험료를 부과되 점진적으로 재산도 부과요소에서 제외하는 것으로 하였다.

아직도 일부에서 지역 자영업자의 경우 현금거래가 많은 업종 중심으로 소득과약이 되지 않아 고소득 자영업자가 보험료를 탈루하는 경우가 있는

반면 월 100만원 수준의 저임금 근로자는 월 약 6만원의 보험료를 내는 부과액의 형평성 문제를 제기하고 있다.

하지만 이러한 소득과약으로 인한 문제 보다 현재 보험료 부과체계가 안고 있는 문제들이 더욱 크기 때문에 조속한 보험료 부과체계 개편이 있어야 할 것으로 판단된다.

이러한 부과체계 단일화를 통해 소득·재산이 많은 지역가입자가 위장취업 등으로 보험료를 탈루하는 경우나, 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 있을 것으로 기대된다.

(2) 건강보험 국고지원의 당위성

현재 국고지원 규모는 “보험료 예상수입의 20%”로 규정되어 있지만, 실제 지원규모는 2007년 17.1%에서 2013년 14.9%로 지속적으로 감소하고 있으며, 2014년에는 16.0% 정도 수준에 머무를 전망이다. 건강보험 재원을 근로소득 중심의 보험료에 전적으로 의존할 경우 경기침체 등으로 인해 부과기반이 약해질 수 있어 건강보험 재정의 안정성을 담보할 수 없게 된다. 따라서 소득세 성격의 보험료에 대한 건강보험 재정에 대해 의존도를 높이는 대신 정부 지원금인 국고지원의 규모를 실제 보험료 수입의 20% 수준으로 유지하기 위한 노력이 요구되고 있다.

국고지원은 1989년 지역건강보험이 도입되면서 건강보험 제도의 안정적 운영에 지대한 공헌을 하여왔다. 특히 2001년 건강보험 재정위기 당시의 적극적인 국고지원은 건강보험 재정을 빠른 시일

표 4. 연도별 국고지원 규모 및 보험료 수입 대비 비율

(단위: 조원)

구분	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
보험료수입	21.7	25	26.2	28.5	32.9	36.4	39.0	41.2
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
정부지원금	3.7	4.0	4.7	4.9	5.0	5.3	5.8	6.6
	17.1%	16.0%	17.9%	17.2%	15.2%	14.6%	14.9%	16.0%
국고지원금	2.7	3.0	3.7	3.8	4.1	4.3	4.8	5.6
	12.4%	12.0%	14.1%	13.3%	12.5%	11.8%	12.3%	13.6%
담배부담금	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
	4.6%	4.0%	3.8%	3.9%	3.0%	2.7%	2.6%	2.4%

자료: 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 각년도



안에 안정화하는 데 크게 기여하였으며, 사회보험 성격인 건강보험제도에서의 “국가의 책임 및 역할”을 확인할 수 있는 주요 계기가 되었다. 2016년은 국고지원의 한시적 특례 기간이 만료되는 시점으로 국고지원의 필요성 및 당위성 확보를 위한 논리 개발 및 근거 마련이 필요한 시점이다. 또한 새로운 국고지원방식의 대안을 마련하고 현재 국고지원에 대한 기간을 매년 5년간 한시적인 특례로 규정된 부분을 폐지하고, 안정적으로 계속적 국고지원을 할 수 있는 안정적 법적 근거를 마련하는 등 건강보험의 안정적 재원기반으로서의 국고지원의 역할을 보장하기 위한 선제적 대응체계 마련이 요구된다.

## 4. 진료비 지출구조의 합리화

### 1) 현황 및 문제점

2001년 건강보험 통합이후, 당기 적자와 흑자를 반복하던 건강보험 재정은 2011년 이후 4년 연속 당기 흑자를 기록하고 있다. 건강보험 급여비 증가율은 2010년을 기점으로 둔화되어, 기존 10%를 크게 상회하던 증가율이 10% 미만으로 하락하였다. 이러한 최근의 진료비 지출 증가 둔화요인을 다음의 몇 가지 측면에서 설명해 볼 수 있다. 첫째, 고령화로 인한 노인인구수 증가는 여전히 진료비 증가를 견인하는 주요 요인이지만, 건강하고 고령화, 노인장기요양보험 확대 등으로 인한 “노인인구당 진료비”증가율 둔화가 노인진료비 증가 둔화에 기여하고 있다. 둘째, 전체 진료비의 약 12.0%를 차지하고 있는 암질환의 경우 2000년 이후 매년 지속적으로 증가하던 발생률이 2012년 기점으로 감소하였으며, 과거 “개복수술”위주의 수술방식이 최근 복강경 수술과 같은 “최소침습수술”방식으로 전환되면서 수술당당 입내원일수가 감소하고 있다. 셋째, 황사 관측일수 감소, 대기오염 농도 감소, 위생수준 향상 등으로 인해 계절적·환경적 요

그림 2. 연도별 급여비 지출 규모 및 증가율



자료: 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 각년도

인에 따른 진료비 증가가 둔화되고 있다. 넷째, 건강검진 수검률 확대, 고혈압·당뇨병 등 건강관리 증진, 만성질환관리 향상에 따른 관련 진료비 증가가 둔화되고 있다. 다섯째, 약가인하, 지불제도의 다양화·포괄화, 재정누수 사전 예방효과 등의 제도 도입의 재정절감 효과가 나타나고 있다. 여섯째, 2009년 상급종합병원 외래 본인부담 인상, 2011년 약가 본인부담 차등제 도입, 2012년 만성질환 관리제 도입 등의 정책적 개입을 통해 상급종합병원·종합병원에서 상대적으로 의료비 부담이 낮은 병·의원급으로 외래 환자가 이동하는 경향을 보이고 있다.

현재 진료비 증가 둔화에 의해 축적된 건강보험 누적적립금을 둘러싸고 건강보험 보험료 인하 및 보장성 강화를 위한 국민들의 요구와 수가인상에 대한 의료공급자의 요구가 확대되고 있다. 하지만

중장기적인 재정 예측이 불가능한 상태에서 보장성 강화, 수가 인상 등의 막대한 재정이 투입되는 정책은 기준선 자체를 인상시켜 계속적으로 기준선 이상으로 지출이 증가할 수밖에 없는 구조를 고착화시킴에 따라 도입을 위한 신중한 판단이 요구된다. 따라서 이러한 진료비 증가 둔화 현상이 단기적 현상인지 중장기적으로 유지될 것인지에 대한 심도 있는 분석을 통해 이에 대응한 진료비 지출구조 합리화 정책을 수립할 필요가 있다.

## 2) 정책과제

### (1) 재정관리시스템 구축을 통한 건강보험재정 모니터링

최근 고령화·만성질환 증가에 따른 진료비 급증에 대한 우려와 진료비 지출 변동폭 확대로 인해

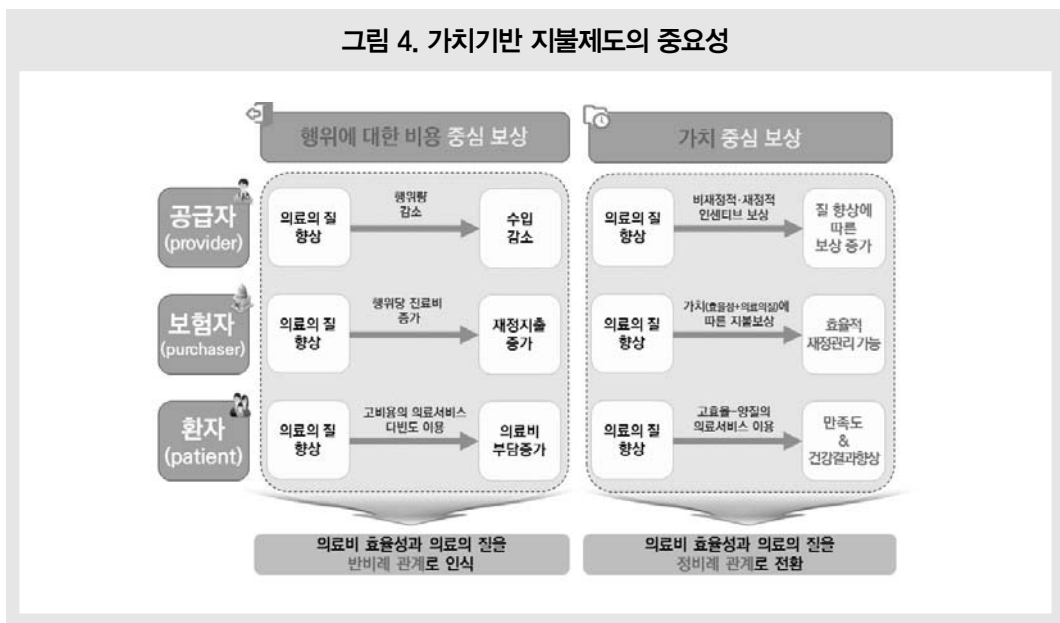
그림 3. 건강보험 재정관리시스템 구축의 필요성 및 접근방법 개선



선도적 건강보험 재정관리의 필요성이 대두되고 있다. 특히, 4년 연속 건강보험 재정 흑자 기조가 유지됨에 따라 이러한 진료비 증가 둔화 현상이, 일시적 현상인지, 향후 지속될 것인지의 판단을 위한 근거자료 산출이 중요한 정책과제가 되고 있다. 하지만 기존의 진료비 지출요인 분석방법은 건강보험 변동시점과 인지시점 간의 시간차(time lag), 거시적 차원의 분석으로 인한 변동요인 식별 제약 등의 문제가 지적되어 왔다. 이러한 한계를 보완하기 위해 건강보험 재정 변동요인의 신속한 인지, 변동요인 설명력 제고, 진료비 지출 예측모델의 정확성 등이 담보된 건강보험 재정관리 운영이 요구되고 있다. 이를 위해 진료비 지출 모니터링, 진료비 지출 예측, 지출패턴의 이상징후 감지, 전문가 패널 등의 기능을 탑재한 “건강보험 재정관리시스템(가칭)”을 구축할 필요가 있다.

건강보험 재정관리시스템은 정량적 분석과 정성적 분석의 2단계를 통해 운영될 수 있다. 먼저 건강보험 재정 변동요인의 신속한 인지를 위해, 월 단위 건강보험 진료비 예측치 대비 실적치 차이를 활용하여 진료비의 이상 변동 포인트를 찾아내고, 하부단위 요인별 변동치 구성비율 분석을 통해 이에 영향을 미치는 요인을 식별한다. 이러한 정량적 분석을 통해 산출된 근거자료를 기반으로 “건강보험 재정 전문가 패널(가칭)”과의 지문을 통해 정량적 분석에서 설명되지 못한 진료비 지출 변동요인을 정성적 방법으로 추가적으로 탐색할 수 있다. 이러한 건강보험 재정관리시스템 구축을 통해 진료비 지출 변동지점을 신속하게 파악하고, 진료비 변동요인의 식별 및 설명을 용이하게 할 수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다.

그림 4. 가치기반 지불제도의 중요성



(2) 가치기반 성과보상 지불제 도입 및 확대

현재 우리나라의 건강보험 진료비 지불제도는 상대가치점수와 환산지수를 통해 산출된 행위별 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 문제점을 극복하기 위해 의료비 효율성과 의료의 질을 동시에 향상시키는 가치기반 성과보상 지불제도로의 패러다임 전환이 필요하다.

행위별 수가제 중심의 지불제도는 결과적으로 지불제도를 둘러싼 각 이해당사자들에게 의료비 효율성과 의료의 질을 반비례 관계로 인식하게 하고 있다. 양적중심의 보상체계에서 공급자는 의료의 질 향상을 위해 의료제공량을 감소시킴으로써 수입이 감소할 위험에 직면하게 되며, 보험자는 의료의 질 향상을 위해 의료행위에 투입되는 비용이

커지면서 재정지출이 증가할 위험이 있다. 그리고 환자의 경우 제공받는 의료의 질 향상을 위해 고비용의 의료서비스를 다빈도 이용함으로써 의료비 부담이 증가할 우려가 있다.

반면 가치중심 보상체계에서는 의료비 효율성과 의료의 질을 정비례 관계로 인식하게 할 기전이 작동한다. 예를 들어, 공급자는 의료의 질이 향상될 경우 비재정적·재정적 인센티브로 인해 수입이 증가하게 되며, 보험자는 가치에 따른(의료의 질+의료비 효율성) 지불보상으로 효율적 재정관리 운용이 가능해진다. 그리고 환자의 경우 고품질-양질의 의료서비스를 제공받음으로써 건강수준이 향상될 수 있을 것이다.

(3) 건강보험과 민간보험 간의 합리적 발전 방안 검토

2003년 8월 손해보험사만 취급하였던 실손형 민간의료보험에 대해 생명보험사의 단체보험 허용을 시작으로, 2005년 8월부터는 개인보험까지 허

그림 5. 실손형 민간의료보험과 건강보험 간의 연관성

	정액형 민간의료보험	실손형 민간의료보험
보험금 지급 발생 시점	진병 발생시	의료 이용시
급여지급 방식	정액보상방식 (계약한 정액 보험금 지급)	손실보상방식 (의료비의 일정비율을 보험금으로 지급)
환자 도덕적 해이 유발효과	유인 적음	유인 많음
공급자 유인수요 유발효과	유인 적음	유인 많음
건강보험과의 연관성	적음 (건강보험의 공백 보완)	많음 (건강보험과의 직접적 관계 형성)

용이 확장됨에 따라 실손형 민간의료보험의 시장 규모가 크게 확대되고 있다. 정액형 보험과는 달리 실손형 보험은 건강보험의 본인부담금에 연동되어 있어 민간의료보험과 건강보험 상호 간 재정에 직접적인 영향을 미치는 구조를 가지고 있다.

현재 건강보험의 보충적 성격으로서 실손형 민간의료보험의 활성화를 통해 의료서비스의 질을 개선하고 의료비 증가를 통제할 수 있다는 주장과, 건강보험 보장률이 정체되어 있는 상황에서 민간 의료보험의 무분별한 확대는 건강보험의 기능을 위축시키고, 건강보험 재정을 악화시킬 가능성이 있다는 주장이 상충되는 등 국민건강보험과 민간 보험 간의 합리적 역할 설정이 이루어지지 않고 있는 실정이다. 더욱이 현재 이를 객관적으로 입증할 만한 정확한 분석이 이루어지고 있지 않음에 따라,

이와 관련된 정책수립의 근거자료 확보에 제약이 있다. 따라서 향후 건강보험과 민간보험 간의 객관적이고 정확한 상호연관성 및 영향력 규명을 통해, 포괄적 건강보험체계 내에서 건강보험과 민간보험의 역할을 정립하고, 건강보험의 급여범위 및 급여수준 변동과 연계한 실손형 보험의 적정 급여수준 범위를 정립하는 매커니즘을 마련하는 등 합리적 발전방안을 모색해 나갈 필요가 있겠다.

## 5. 나가며

2015년은 새 정부가 들어선지 3년째 접어드는 시점으로 지난 2년간 정부가 추진했던 건강보험

표 5. 2015년 건강보험 부문의 주요쟁점 및 정책과제

구분	주요쟁점	개선방향
의료 보장성	-계획에 따라 차질 없이 추진 중에 있으나, 4대 중증질환 중심으로 국민 체감도 저하 -의료비 지원사업 단절, 중복, 누락 등의 비효율 개선요구	-저소득층 중심의 촘촘한 의료안전망 구축 · 환자중심 통합의료와 연계한 건강보험 내 본인부담 경감 · 재난적 의료비 지원사업 연장 및 확대 · 의료비 지원사업 활성화 및 재구조
건강보험 재원	-건강보험 보험료 부과체계 개편 등 주요 정책이 논의 단계에서 정체 -2016년에 만료되는 국고지원에 대비한 논의 구조 활성화 요구	-건강보험의 안정적 재원확보 기반 구축 · 소득중심의 건강보험 부과체계 단일화 · 국고지원의 당위성 확보
진료비 지출	-최근 진료비 증가 둔화 현상이 일시적 현상인지, 지속될 것인지에 대한 판단 필요 -4년 연속 진료비 증가 둔화 지속으로, 상대적 정책 우선순위 하락	-건강보험의 효율적·합리적 지출구조 구축 · 건강보험재정관리 시스템(가칭) 도입 · 가치기반 지불제도 도입 및 확대 · 건강보험과 민간보험의 합리적 발전방안 정립

정책의 효과 및 한계를 파악하고, 향후 3년간 건강보험정책 분야의 목표 달성을 위해 박차를 가해야 하는 중요한 시기이다. 지난 2년간 차질 없이 추진되고 있는 보장성 강화정책과 더불어 앞으로는 국민이 체감하는 실질적 의료비 부담완화를 위한 촘촘한 의료안전망 구축에 대한 경주가 요구되고 있다. 의료안전망을 보다 촘촘히 구축해 나가기 위해서는 무엇보다 안정적 재원확보 및 지출구조 합리화를 통한 건강보험 재정의 효율화가 근간이 되어야 한다. 물론 최근 4년간 건강보험 재정의 흑자 기조가 유지되고 있지만, 고령화·만성질환 증가에 따른 의료수요 증가, 보장성에 대한 국민적 욕구 증대, 의료공급자의 적정 수가인상 요구 등 진료비

지출 증가요인이 산재되어 있어 향후 지속적 건강보험 재정의 흑자기조 유지는 확신할 수 없는 상황이다.

본 소고는 이러한 정책적 여건을 고려하여, 2015년 건강보험 분야의 목표를 “지속가능한 의료안전망으로서의 건강보험체계 구축”으로 삼고, 저소득층 중심의 촘촘한 의료안전망, 건강보험의 안정적 재원확보, 건강보험의 효율적·합리적 지출구조 마련을 위한 주요 정책과제를 제시하였다. 2015년에는 이러한 정책과제의 성공적 수행을 통해 의료안전망으로서의 건강보험체계의 역할이 더욱 강화될 수 있는 도약의 기틀이 마련될 수 있길 기대해본다. ■