

정책 2007-05

건강보험 적정 보장성 확보방안

허순임

신호성 강민아

김태일 김창보

한국보건사회연구원

머 리 말

우리나라 건강보험은 질병으로 인해 발생할 수 있는 경제적 위험을 경감하기 위한 제도로, 사회연대에 바탕을 둔 재원조달 방식의 사회보험이며 올해로 30년의 역사를 가지게 되었다. 그 동안 보험 가입대상을 전 국민으로 확대하고 보험재정의 통합이라는 발전을 이루었으나, 의료비 부담으로 인한 경제적 위험을 줄이는 역할에 있어서는 아직까지 취약함을 보이고 있다.

건강보험의 부족한 보장성을 개선하기 위한 본격적인 논의가 시작되고 구체적인 정책이 시행된 것은 2003년 이후로 볼 수 있다. 최근 몇 년간 정부의 적극적인 노력에도 불구하고 기대했던 수준의 보장성 개선을 이루어내지 못한 데는 여러 가지 문제가 있겠지만, 건강보험 보장성 문제를 파악하고 정책을 수립하는 데 있어서 치밀함이 부족했던 점을 들 수 있다. 보장성의 계량적인 목표를 달성하고자 하는 노력도 중요하지만, 보다 중요한 것은 보장성 개선을 어떤 방향에서 어떤 내용으로 채워나갈 것인가에 대한 논의라고 할 수 있다.

본 연구에서는 건강보험 보장성 문제를 좀 더 구체적이고 깊이 있게 이해하고 지금까지 추진된 정책에 대한 평가를 통해 향후 지속적인 보장성 개선정책을 수립하기 위한 대안을 찾고자 하였으며 구체적으로는 세 부분에 대한 문제의식으로 접근하였다. 첫째, 건강보험이 급여하지 않는 비용의 발생구조를 파악하고 관련된 이론적 고찰을 통해 “환자가 부담하는 비용이 어디에서 발생하며, 그 비용이 합리적이고 타당한가?”를 검토하였다. 둘째, 건강보험의 보장수준을 평가하였다. 국가 수준에서의 평균적인 보장성 평가와 더불어 실제 가계의 의료비 부담을 파악하고, 실질적

인 가계의 의료비 부담을 개선할 수 있는 방안을 찾고자 하였다. 셋째, 제한된 자원으로 건강보험 보장성 개선을 추진하기 위해서는 우선순위 결정 방식을 사용하게 되며, 여기에는 사회적 합의에 바탕을 둔 의사결정이 중요하다. 본 연구에서는 향후 보장성 개선 정책 결정에 있어서도 중요성이 강조되는 사회적 합의를 이끌어낼 수 있는 방안을 찾고자 하였다. 이와 함께 그 동안 추진되었던 건강보험 보장성 개선정책에 대한 평가를 통해 미흡한 점을 살펴보고 향후 과제를 도출하였다.

본 연구는 허순임 부연구위원의 책임 하에 원내의 신호성 부연구위원, 이화여대 강민아 교수, 고려대 김태일 교수, 시민건강증진연구소 김창보 연구위원이 함께 진행하였다. 본 연구에 대해 처음부터 끝까지 검토해 주시고 유익한 의견을 주신 이태진 교수, 강길원 교수, 최상은 교수와 본원의 정영호 연구위원과 신현웅 부연구위원께 감사 را 포함한다.

본 연구에서 제기한 건강보험 보장성에 대한 문제와 개선방안 및 향후 정책 과제들에 대한 풍성한 논의를 통해 앞으로 지속적인 건강보험 보장성 개선을 위한 정책수립에 기여할 수 있기를 기대한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 그들이 속한 기관의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2007년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

Abstract	13
요 약	15
제1장 서 론	33
제1절 연구의 필요성과 목적	33
제2절 기존 연구와의 차별성	35
제3절 연구내용 및 연구방법	37
제1부 건강보험 보장성 현황과 정책에 대한 평가	39
제2장 건강보험 보장성에 대한 이론적 고찰과 개념 정리	39
제1절 건강보험 보장의 의미	40
제2절 건강보험의 보장성 개념 정리	41
제3절 효과적 보장(Effective Coverage)의 개념	55
제3장 우리나라 건강보험 보장성 현황	65
제1절 환자본인부담 발생 구조 파악	65
제2절 우리나라 건강보험의 급여수준	78
제3절 효과적 보장에 대한 사례	93
제4장 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가	109
제1절 건강보험 보장성 개선 논의의 역사적 과정	109
제2절 정책적 접근을 위한 개념에 대한 비판적 검토	120

제3절 최근 건강보험 보장성 개선의 접근방식에 대한 정리	123
제4절 건강보험 보장성 개선을 위한 정책결정 방식에 대한 평가	138
제5절 평가 및 소결	148
제2부 건강보험 보장성 개선 방안	155
제5장 환자본인부담 발생구조에 대한 개선	155
제1절 급여서비스에 대한 법정본인부담	156
제2절 비급여서비스	158
제3절 소결	163
제6장 소득 계층별 가계 의료비 부담 개선	166
제1절 소득 계층별 가계 의료비 지출 분석의 필요성	166
제2절 분석 자료와 방법	167
제3절 분석결과	176
제4절 연구의 시사점과 정책 대안	193
제7장 보장성 개선을 위한 정책결정 방식의 합리화	201
제1절 보장성 개선을 위한 사회적 합의의 필요성	201
제2절 보장성 개선을 위한 사회적 합의에 대한 사례 연구	205
제8장 결론 및 정책과제	249
참고문헌	255
[부록 1]	263
[부록 2]	269
[부록 3]	272

표 목 차

〈표 2- 1〉 의료보장의 종류와 포괄범위	58
〈표 2- 2〉 멕시코 효과적 보장 평가를 위한 의료서비스 목록	64
〈표 3- 1〉 의료기관종별 외래진료비 본인부담	68
〈표 3- 2〉 비급여 항목별 구성비	72
〈표 3- 3〉 선택진료 항목과 추가비용의 산정기준	72
〈표 3- 4〉 선택진료비의 규모	73
〈표 3- 5〉 비급여 진료비 중 상급병실료의 비중	74
〈표 3- 6〉 상급병실료에 대한 규정의 변화	76
〈표 3- 7〉 OECD 평균과 우리나라 총 의료비 및 GDP 규모의 추이: 1985-2005	80
〈표 3- 8〉 OECD 평균과 우리나라의 총 의료비와 총 개인의료비 비교	81
〈표 3- 9〉 의료비에 대한 재원별 지출	82
〈표 3-10〉 OECD 국가의 의료비 재원조달, 2005년	83
〈표 3-11〉 SHA 구성과 재원 구분	85
〈표 3-12〉 가계 부담에 대한 세부 분류	87
〈표 3-13〉 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사 표본기관 수 및 분석대상 기관수	90
〈표 3-14〉 요양기관별 건강보험진료비 규모, 2005	90
〈표 3-15〉 SHA 방식과 본인부담조사의 건강보험 급여율 비교	92
〈표 3-17〉 SHA 방식과 본인부담조사의 입원 및 외래의 건강보험 급여율 비교	93
〈표 3-18〉 자궁경부암에 대한 효과적 보장	101

〈표 3-19〉	관절염 여부와 설문과의 상관관계	103
〈표 3-20〉	지역별 관절염 유병율 및 치료율(2005)	104
〈표 3-21〉	고혈압 관련인자 (2단계 최소자승법 결과)	105
〈표 3-22〉	지역별 고혈압 인구 및 효과적 보장	106
〈표 4- 1〉	우리나라 건강보험 보장성 개선 논의의 시기적 구분	111
〈표 4- 2〉	2000년 이전 의료보험 급여확대 변천내용	112
〈표 4- 3〉	2001년 건강보험 재정안정대책에 포함된 보장성 관련 내용	115
〈표 4- 4〉	2004~2006년 건강보험 급여확대 내용	118
〈표 4- 5〉	건강보험 보장성 개선의 정책 접근 방법	122
〈표 4- 6〉	서비스 항목별 접근법의 급여확대 사례	124
〈표 4- 7〉	보험급여 확대 우선순위에 관한 전문가 및 일반인 의견 비교	124
〈표 4- 8〉	2004년 의사협회의 보험급여 확대 우선순위	126
〈표 4- 9〉	2004년 가입자단체의 보험급여확대 우선순위	126
〈표 4-10〉	건강보험 보장성 개선을 목적으로 한 본인부담제 변경 사례	128
〈표 4-11〉	보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 건강보험 보장성 개선 사례	130
〈표 4-12〉	암 환자의 환자부담금의 구성	131
〈표 4-13〉	질병군별 접근 방법 사례	133
〈표 4-14〉	급여확대 우선상병 순위	134
〈표 4-15〉	비급여에 대한 확대 방안 비교	136
〈표 4-16〉	2000년 이후 건강보험 보장성 개선 접근방법	137
〈표 4-17〉	건강보험 급여 우선순위 기준	143
〈표 4-18〉	외국의 우선순위 설정 관련 가치 및 원칙	145
〈표 6- 1〉	2005년도 전국가계조사의 조사개월 수	168
〈표 6- 2〉	2005년도 전국가계조사의 보건의료비 항목의 구성	171
〈표 6- 3〉	2005년 자료의 기초 통계	177

〈표 6- 4〉	소득 계층별 월 평균 가계지출액의 추이	178
〈표 6- 5〉	소득 계층별 월 평균 의료비 지출액의 추이	179
〈표 6- 6〉	소득 계층별 월 평균 의료비 지출액의 추이	179
〈표 6- 7〉	가계지출 중 의료비지출비중	181
〈표 6- 8〉	가계지출 중 의료비지출비중	181
〈표 6- 9〉	전체 평균 대비 소득계층별 의료비지출액 비중(의료비 1 기준)	184
〈표 6-10〉	소득계층별 의료비지출액의 변이계수	185
〈표 6-11〉	의료비 과부담 가구 비율(의료비1 기준)	186
〈표 6-12〉	월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구, 2005년	188
〈표 6-13〉	가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비 지출 가구	190
〈표 6-14〉	병의원 진료비의 소득계층별 본인부담금의 구성	191
〈표 6-15〉	소득계층별 미충족 의료 경험도 분석	193
〈표 6-16〉	본인부담 상한제의 시나리오	195
〈표 6-17〉	하위 40% 미만 소득계층의 의료비 분포	198
〈표 6-18〉	하위 40% 이상 소득계층의 의료비 분포	198
〈표 6-19〉	시나리오1에서의 재정부담 변화	199
〈표 6-20〉	시나리오2에 의한 재정부담 변화	199
〈표 6-21〉	시나리오3에 의한 재정부담 변화	200
〈표 7- 1〉	대표적인 시민참여 모델	204
〈표 7- 2〉	FGI 참여자의 선정 기준 및 선정 방법	211
〈표 7- 3〉	FGI 참여자 구성	212
〈표 7- 4〉	각 문항별 중요성에 대한 응답	214
〈표 7- 5〉	각 문항별 정부지출에 대한 의견	215
〈표 7- 6〉	각 문항별 ‘건강보험이 적용되지 않는 진료가 많다’에 대한 의견	216
〈표 7- 7〉	한국의 의료서비스 제도에 대한 의견	216
〈표 7- 8〉	건강보험 재정 확충방안에 대한 의견	222

〈표 7- 9〉	각 문항별 보험료 형평성에 대한 의견	224
〈표 7-10〉	보장성 개선을 위한 우선순위 선정 기준 및 원칙	234
〈표 7-11〉	보장성 개선을 위한 우선순위 결정 방법 및 주체	238

그림 목차

[그림 2-1]	의료보험으로 인한 소득효과와 가격효과	48
[그림 2-2]	후생손실의 차이	49
[그림 2-3]	건강보험 환자의 의료비 구성	53
[그림 2-4]	의료체계의 평가 모형	57
[그림 2-5]	효과적 보장 개념도	59
[그림 2-6]	의료에 대한 필요와 의료이용	60
[그림 2-7]	의료이용에 영향을 미치는 요소	61
[그림 3-1]	자궁경부암검사(2년간) 지역별 효과적 보장 분포	101
[그림 3-2]	지역별 인구수, 고혈압환자비율 및 효과적 보장	107
[그림 4-1]	건강보험 보장률 추이	119
[그림 4-2]	2008년까지의 건강보험 보장성 강화전략	120
[그림 6-1]	소득 1분위 가계지출 및 의료비지출의 추이	180
[그림 6-2]	소득 10분위 가계지출 및 의료비지출의 추이	180
[그림 6-3]	소득에 따른 상한제의 차등 적용 방식	195
[그림 7-1]	연구 대상자	228

부록 표목차

〈부록표 1-1〉 계층별 기본 통계	265
〈부록표 1-2〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율	265
〈부록표 1-3〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율	266
〈부록표 1-4〉 계층별 기본 통계	268
〈부록표 1-5〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율	268
〈부록표 2-1〉 소득계층별 의료비 지출 행태	269
〈부록표 2-2〉 소득계층별 의료비 과다지출 가구 비율	270
〈부록표 2-3〉 소득계층별 의료비 세부 항목 비중(한약 및 한방 제외)	271

Abstract

After compulsory health insurance was introduced to industrial workers for companies with 500 employees or more in 1977, it was incrementally extended until it covered the entire population in 1989. Although providing universal coverage for health care, National Health Insurance(NHI), for the whole population is remarkable achievement, the issue of limited benefit coverage of NHI is at the core of national debate over how to improve coverage rate.

This study aims to address key issues with regard to limited benefit coverage of NHI and relevant policy issues in three folds: 1) to identify the sources of out-of-pocket costs for health care, i.e. cost-sharing for covered health services and uncovered services; 2) to examine the level of coverage of NHI on average and actual financial burden of household health expenditure by income level; 3) to investigate ways to improve priority-setting decision making process for the expansion of benefit package through better mechanisms to achieve social consensus and accountability. In addition, we evaluated implemented policies and debates regarding improvement of benefit coverage of NHI.

Study findings indicate three policy implications and needs for further research as below.

First, uncovered services should be primarily considered to improve benefit coverage in terms of legitimacy of costs and solutions along with characteristics of the uncovered services. Also clear link between the benefit

package and the level of cost sharing in the system should be explored on the basis of theoretical and empirical evidence.

Second, findings suggest that differential catastrophic coverage depending on income levels may help to relieve financial burden since burden of household health expenditures differ by ability to pay.

Third, the most critical prerequisites for priority-setting decision making process to expand benefit coverage of NHI are to garner social consensus on principles and rules for expanding benefits, and to make more transparent mechanism that encourages active participation of stakeholder and informed participation on the basis of scientific evidence.

요 약

I. 서 론

1. 연구의 필요성과 목적

□ 본 연구는 건강보험 보장성 문제를 좀 더 구체적이고 깊이 있게 이해하고, 지금까지 추진된 정책에 대한 평가를 통해 향후의 정책 대안을 찾고자 함. 구체적인 목적으로는,

- 건강보험 보장성에 대한 개념과 지표에 대한 정리가 필요함 .
- 건강보험의 보장성 현황을 파악하여 보장성 개선의 필요성을 도출함.
- 건강보험 제도가 도입된 이후 30년 동안 추진된 보장성 개선 정책에 대한 평가를 통하여 향후 정책 수립에 있어서 보완할 점을 찾고자 함.
- 앞서 파악한 문제를 중심으로 개선 방안을 도출하고자 하였으며, 주요 논의 내용은 환자본인부담비용 구조의 개선과 가계의 의료비 부담을 경감하는 정책 방안과 정책 결정방식에 대한 개선방안을 포함함.

2. 선행 연구와의 차별성

선행 연구에서는 건강보험 보장성 문제 중 일부분에 초점을 맞추어 문제를 포괄적으로 파악하지 못하였거나, 혹은 반대로 거시적인 목표는 제시하였으나 개선을 위한 구체적인 내용을 제시하지 못한 한계가 있음.

□ 본 연구는 건강보험 보장성 문제를 환자본인부담이 발생하는 구조와 환자본인부담 수준으로 구분하고 현황을 파악하여 문제를 보다 구체화함.

- 그 동안의 연구와 정책 수립이 주로 평균적인 환자본인부담 수준에 맞추어져 있었고, 본인부담 항목 중 일부분에 대한 논의가 분절적으로 이루어졌던 것을 보다 종합적으로 살펴보기 위한 시도라 할 수 있음.

3. 연구내용 및 연구방법

- 본 연구의 내용은 모두 8장으로 구성되며 크게 두 부분으로 나누어짐.
- 제 1부는 건강보험 보장성 현황과 정책에 대한 내용이며, 제2장부터 제4장까지 해당됨.
 - 제2장에서는 건강보험 보장성에 대한 개념의 정의와 지표를 정리하였고, 구체적으로는 환자본인부담 비용의 구조를 파악하고 본인부담 수준(또는 보장수준)을 정리하였고, 비용 중심의 지표가 아닌 효과적 보장의 개념도 소개하였음.
 - 제3장에서는 제2장에서 정리된 개념을 바탕으로 우리나라 건강보험 보장성 현황을 파악하였고, 여기서는 특히 환자본인부담 중 비급여서비스 비용의 성격과 문제점을 구체적으로 파악하였음.
 - 제4장에서는 건강보험이 도입된 후 30년 동안 진행된 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가를 통해 한계점을 파악하고 향후의 정책수립에 있어서 개선할 점을 도출하였음.
 - 제 2부는 건강보험 보장성 개선방안을 찾는 데 중점을 두고 있고, 제5장부터 제7장까지 포함됨.
 - 제5장에서는 환자본인부담 발생구조에 대한 개선방안을 법정본인부담과 비급여서비스 비용에 대해 검토하였고, 주요 고려사항은 비용의 특성과 문제점에 맞는 정책방안을 도출하는 것임.
 - 제6장에서는 실증 연구를 통해 소득 수준에 대한 의료비 부담의 문제를 파악하여 소득 수준에 따른 의료비 경감 방안의 필요

성을 제시하고 적용 가능한 방안을 모색하였음.

- 제7장에서는 보장성 개선과 관련한 정책 결정방식에 있어서 개선할 사항을 살펴봄.

– 마지막으로 8장에서는 결론 및 정책적 함의와 향후 과제를 논하였음.

□ 연구방법은 크게 문헌연구와 원자료 및 2차 자료 분석으로 이루어짐.

- 제2장의 건강보험 보장성의 개념 정리와 이론적 배경에서는 문헌고찰의 방법이 활용되었음.
- 제3장의 건강보험 보장성 현황 파악을 위하여 국제 비교 부분에서는 2차 자료인 OECD Health Data를 활용하였고, 선행 연구의 결과를 취합하여 비교 검토하였으며, 법령 등의 규정을 참고하였음.
- 제4장의 기존 건강보험 보장성 관련 정책에 대한 평가를 위해 정부의 공개회의 자료와 법개정 자료 등을 고찰하였음.
- 제5장에서는 환자본인부담에 대한 개선방안을 찾기 위해 정부의 발표 자료와 토론회 자료 등을 참고하였음.
- 제6장에서는 원자료를 활용하여 과거 20년 동안의 소득 계층별 가계의 의료비 부담에 대한 추이를 살펴보고, 추가로 의료에 대한 접근성 문제를 파악하기 위해 미 충족 의료에 대한 경험을 분석하였음.
- 제7장에서는 정책 결정수단으로 활용될 수 있는 사회적 합의를 효과적으로 이끌어낼 수 있는 방안을 시도해보고자 심층면접조사(Focus Group Interview)를 활용한 사례연구를 실시하였음.

제1부 건강보험 보장성 현황과 정책에 대한 평가

II. 건강보험 보장성에 대한 이론적 고찰과 개념 정리

1. 건강보험 보장의 의미

- 의료보장제도의 목적은 국민의 건강을 유지하고 증진하는 데 있으며, 우리나라 건강보험도 이를 추구함.
- 의료보장제도의 취지를 축소해서 본다면, 질병으로 인해 발생하는 의료비 부담을 경감하는 것으로 의료보장제도가 궁극적으로 추구하는 목적을 달성하기 위한 필요조건으로서 의미를 가짐.
- 의료보장 제도가 발달한 나라들의 보장성 논의와 달리 우리나라 건강보험 보장성 개선정책은 급여를 늘려나가기 위한 논의라는 차이가 있음.

2. 건강보험 보장성 개념 정리

- 환자본인부담 발생 구조에 대한 이해
 - 급여범위의 문제: 비급여서비스의 문제가 중요함.
 - 급여서비스 환자본인부담(법정보인부담)에 대한 이론적 고찰
 - Arrow(1963)과 Pauly(1968)가 주장한 도덕적 해이 문제가 법정 본인부담에 대한 이론적 근거임
 - 이는 의료보험으로 인하여 불필요하게 늘어나는 의료이용을 말하며, 이는 가격효과(price effect)로 인한 후생손실을 의미함.
 - 그러나 중대질환에 이 이론을 적용하는 데는 적절하지 않고, 의사-환자 관계에 따라 이에 대한 이해가 달라질 수 있음.

- Nyman(1999; 2004)은 의료보험으로 인해 의료이용이 늘어나는 것을 가격효과(price effect)와 소득효과(income effect)로 나누어 파악할 것을 제안하였고, 이에 따르면 도덕적 해이로 인한 후생 손실이 전통적인 이론에 의한 추정보다 작음.
- 국내 건강보험 정책변화의 근거로 도덕적 해이가 언급되고 있으나, 이에 대한 국내 논의와 연구는 빈약하며 건강보험 급여수준의 문제, 국내 환자-의사 관계 등을 고려할 때 신중함이 필요함. 또한 전통적 이론의 한계를 보완하기 위해 새로운 이론을 근거로 한 실증연구가 필요함.

□ 급여수준

- 의료비 중 건강보험 급여비의 비율로 나타내며, 환자본인부담 비율과 상반되는 개념임.
- 의료비 지출의 가계 부담
 - 가입자의 입장에서 실질적인 부담을 평가할 수 있는 지표임.

3. 효과적 보장(Effective coverage)의 개념

- WHO에서 제안한 개념으로 보건의료체계의 성취도를 측정할 수 있는 중간 목표에 해당됨.
- 의료에 대한 필요, 의료이용, 의료의 질 등을 포괄할 수 있는 개념임.

Ⅲ. 우리나라 건강보험 보장성 현황

1. 환자본인부담 발생 구조의 파악

□ 법정본인부담

- 최근 보장성 개선 정책 시행으로 일부 질병과 대상 인구에 따라 법정본인부담이 조정됨.
- 법정본인부담 구조와 그 수준의 적절성에 대한 검토가 부족함.

□ 비급여서비스에 대한 본인부담

- 법정비급여
 - 선택진료비와 상급병실료가 대표적임.
 - 두 비용 모두 합리성이 문제가 됨.
- 임의비급여
 - 급여/비급여 목록에 등재되어 있지 않은 신의료기술, 요양급여 기준을 초과한 경우, 별도로 수가 산정이 불가능한 경우, 식약청의 허가사항을 초과하여 사용한 경우(off-label use), 심사삭감에 따른 임의비급여에 으로 구분됨. 이들 각각의 성격과 문제가 그 성격이 다르므로 대응방안도 다르게 접근해야 함.

2. 우리나라 건강보험의 급여수준

□ 우리나라 국민의료비 규모의 추이

- 우리나라 국민의료비 규모는 OECD 국가 평균에 미치지 못하지만, 평균 증가율은 더 높음.
- 국민의료비에 대한 공공재원 지출은 OECD 평균보다 훨씬 낮음.

- 특히 환자본인부담은 가장 높은 수준임.

□ 건강보험 보장성 지표에 대한 국내 연구

- SHA 방식으로 산출한 연구와 환자본인부담 조사를 통해 산출한 연구가 있음.
- 두 가지 방식의 연구결과가 다른 것은 연구방법이 다르기 때문으로 해석됨.
- 각 방법의 장점과 한계점을 파악하여 보완할 필요가 있음.

3. 효과적 보장에 대한 사례

□ 효과적 보장에 대한 개념을 국내 전국 대표 자료인 국민건강영양조사를 활용하여 분석하였음.

- 적용된 예는 규범적 의료서비스로 자궁경부암 검사, 복합증상에 대한 처치로서 관절염, 성취도 조사가 가능한 의료서비스로 고혈압을 대상으로 하였음.

□ 효과적 보장은 본 연구의 주요 논점인 의료비에 대한 재원조달의 문제를 포함하지 않는 한계를 가지지만, 의료보장제도가 궁극적으로 추구하는 건강증진을 어느 정도 성취했는지 평가하는 종합지표로서 의미를 가지므로, 향후 적절한 자료 수집을 통해 발전시킬 필요가 있음.

IV. 건강보험 보장성 개선정책에 대한 평가

1. 건강보험 보장성 개선 논의의 역사적 과정

□ 건강보험 도입 후 초기(1977-1988년)에는 가입자 확대에 치중함.

- 1989-1999년의 다보험자 관리체계에서는 보장성 개선 논의는 주요 의제로 선정되지 못하였고, 건강보험 재정 통합과 의약분업이 정책과제였음.
- 건강보험 재정 통합 후 2000-2003년은 재정적자 문제로 보장성 개선 논의가 활발하지 못하였음.
- 건강보험이 흑자로 전환된 후 2004년부터 현재까지 보장성 개선에 대한 본격적인 논의가 이루어져, 정부는 구체적인 건강보험 보장수준에 대한 목표와 세부적인 정책방안을 제시하였음.

2. 정책적 접근을 위한 개념에 대한 비판적 검토

- 최근 보장성 논의에서 중요한 의제였던 건강보험 급여확대는 비급여 서비스 항목을 건강보험 급여로 전환하는 것을 의미하며, 보장성을 개선하기 위한 하나의 접근방법에 불과함.
- 행위별수가제 하에서 비급여서비스 관리 방안은 중요한 건강보험 보장성 개선의 과제로 다루어져야 함.
- 임의비급여는 현재 요양급여기준에 입각하여 '금지'되어 있는 것으로 정책목표상 '0'을 지향해야 함.

3. 최근 건강보험 보장성 개선의 접근방식에 대한 정리

- 서비스 항목별 접근법
- 본인부담에 대한 개선

보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 접근

질병군별 접근법

비급여 일괄급여 접근법

4. 건강보험 보장성 개선을 위한 정책결정 방식에 대한 평가

우선순위 설정방식의 개요

- 합의된 원칙이나 기준에 의거하여 보건의료서비스의 상대적 중요도나 가치를 평가하는 과정으로 할당(rationing)과 구분됨.
- 우선순위 설정의 수준은 다양할 수 있음.
- 우선순위 설정 방법에서 중요한 것은 원칙과 기준을 합당하게 세우는 것임.

향후 국내 정책에서 우선순위 설정방식에 있어서 고려할 사항은 우선순위에 대한 대원칙을 정하고, 우선순위 설정을 위한 근거 기준을 명확히 하는 것이 필요하며, 이 방식을 적용할 서비스의 범위를 정하는 것임.

5. 평가 및 소결

최근 정부의 적극적인 참여와 구체적인 목표 제시에도 불구하고 기대했던 효과를 얻지 못함.

- 보장 수준의 목표를 수치로 제시하는 것은 실질적인 정책 동력이 되지 못하며, 보장성 개선을 위한 원칙과 기준을 세우는 것이 중요함.
- 건강보험 재정에 따라 정책의 방향이 흔들린 점은 향후에도 지속적

이고 일관된 정책을 추진하는 데 걸림돌이 될 수 있음을 시사함.

- 비급여서비스에 대한 관리가 정책 과제로 포함되지 않았음.
- 보장성 개선을 위한 사회적 합의가 미흡했음.

□ 향후 보장성 개선의 방향

- 고액진료비에 대한 보장성 개선을 우선 과제로 채택해야 함.
- 비급여서비스에 대한 관리 방안을 마련해야 함.

제2부 건강보험 보장성 개선 방안

V. 환자본인부담 발생구조에 대한 개선

1. 법정본인부담

□ 급여구조의 개선

- 다양한 방식의 본인부담을 적용할 수 있으며, 그 수준과 방식의 조합을 진료영역별로 검토하는 것이 필요함.
- 최근의 정책변화에서도 알 수 있듯이 법정본인부담에 대한 이론적 검토와 구체적인 실증연구가 필요함.

2. 비급여서비스

□ 앞서 파악한대로 비급여서비스 비용의 성격과 문제에 따라 접근하는 것이 필요함.

- 선택진료비는 비용의 필요성을 인정하면서 합리화하는 방안과, 이 비용의 실질적인 기능이 병원 수입보전이므로 이를 수가산정에 흡

수하는 방안이 있음.

- 상급병실료는 비용 부과 기준을 개선하여 비용을 합리화하는 것이 필요하며, 병실의 분포를 환자의 수요에 맞게 갖추고, 환자가 본인 부담 비용을 고려하여 병실을 선택할 수 있도록 하여야 함. 장기적으로는 진료행태(입원과 재원기간에 대한 결정)와 연관된 부분이므로, 진료행태를 합리화하고 급여체계를 개선하는 방안으로 접근해야 효과적일 것임.
- 임의비급여에 해당하는 다섯 가지 경우가 서로 다른 특성이 있으므로 대응책도 구분되어야 함.
 - 가장 중요한 부분은 허가사항을 초과하여 사용하는 약제에 대한 것으로 식약청의 허가정책(또는 기준)과 건강보험 급여정책이 부합할 수 있는 방안을 찾아야 함.
 - 신의료기술은 급여의 적정성을 평가할 수 있는 체계를 갖추는 것이 중요함.
 - 나머지 부분은 심사기준의 투명성 확보와 환자에 대한 진료비 상담, 수가산정 개선 등을 통해 해결할 수 있는 부분임.

VI. 가계의 의료비 부담 경감을 위한 개선방안

1. 소득 계층별 가계 의료비 지출 분석의 필요성

- 건강보험의 낮은 보장성으로 인해 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나, 또는 필요한 의료 서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪을 수 있다는 점에 대하여 실증연구를 통해 현황을 파악할 필요성이 있음.

- 이 문제는 소득수준에 따라 그 심각성이 다를 것이므로 소득 계층별 의료비 부담에 대한 분석이 중요함.

2. 분석 자료와 방법

□ 분석 자료

- 가계 의료비 부담의 추이를 파악하기 위해 1985, 1990, 2000, 2005년도 (도시)가계조사 자료를 사용하였음.
- 의료에 대한 미 충족 경험을 분석하기 위해 국민건강영양조사 2005년 자료를 사용하였음.

□ 분석 방법

- 의료비 지출의 정의
 - 제2장에서 정의한 건강보험 보장수준을 산출할 때 사용하는 의료비로 정의함: 의료비지출1 = (한약+양약+조제약)+(보건의료용품기구)+(한방진료비+병원외래진료비+병원입원치료비+치과진료비)
 - 추가로, 보다 좁은 의미의 의료비(의료비지출2)를 의료비지출1에서 한약과 보건의료용품을 제외한 비용으로 정의함.
- 소득계층의 구분
 - 2005년을 제외하고 전체 가구에 대한 소득 자료가 제공되지 않아 가계지출을 소득의 대리변수로 사용하였으며, 소득계층을 구분하기 위해서는 가구규모에 따른 차이를 보정하였음.

□ 분석 결과

- 과거 20년 동안 저소득계층의 의료 접근성은 절대적 평가에서 뿐만

아니라 다른 계층 대비 상대적으로도 계속 향상되어 왔음.

- 저소득계층의 의료접근성이 개선됨에 따라 저소득계층의 소득 대비 의료비지출 비중도 절대적·상대적으로 계속 높아져 왔음.
- 그 결과 저소득계층의 의료접근성은 계속 향상되어 왔음에도 불구하고 경제적 부담으로 인한 미 충족 의료 비중의 상당한 수준인 것으로 판단됨.
- 소득계층별 의료비 과부담 가구의 비율을 보면, 저소득계층에서 많이 발생하며 월 평균 50만원 이상의 고액 의료비를 부담하는 가구도 저소득층에서 많이 발생하였음.
 - 이 의료비 부담 중 본인부담 상한제 적용에서 제외되는 비급여 본인부담금의 비중이 높기 때문에 본인부담 상한제의 효과는 제한적임.

□ 정책적 함의

- 연구결과가 제공하는 정책적 함의로 중요한 점은, 우선 저소득계층을 목표로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다는 것임.
- 저소득계층에 대한 본인부담 상한선을 차등 적용하는 방안을 검토한 결과, 소득수준에 따라 점진적 감소 방식이 단절적 방식에 비하여 공정성과 형평성 측면에서 더 우월하였음. 특히 우리나라와 같이 소득의 투명성에 대한 불신이 높은 상황에서는 더욱 그러할 것임.

VII. 보장성 개선을 위한 정책결정 방식에 대한 개선

1. 보장성 개선을 위한 사회적 합의의 필요성

- 사회적 자원이 충분하지 못한 상황에서는 자원사용에 대한 우선순위를 정하는 것이 필요함.
- 건강보험 정책은 다양한 집단의 이해관계가 얽혀 있어 사회적 합의를 도출하는 것이 중요함.
- 과거 정부 주도의 정책 추진에 대한 반발의 경험 등을 통해 참여와 합의에 의한 의사결정의 중요성이 강조됨.

2. 보장성 개선을 위한 사회적 합의에 대한 사례 연구

- 포커스 그룹 실시의 목적 및 필요성
 - 그동안 건강보험 보장성 개선의 구체적 실현을 관한 의견조사를 위해 주로 설문조사를 실시한 연구가 몇 차례 있었음.
 - 그러나 보장성 개선에 관한 다양한 정부정책은 매우 복잡하고 전문적인 사안이기 때문에 응답자들은 설문주제에 대해 관심도가 낮거나 지식수준이 매우 저조한 상태에서 설문조사에 응할 수 있어 그 결과를 사회적 합의로 보기 어려운 점이 있음.
 - 이러한 문제점을 개선하기 위한 대응방안의 하나로서, 본 연구에서는 공통적인 특징(성별, 연령, 지역, 사회경제적 특성 등)을 공유하는 특성을 가진 6~9명의 참여자들이 정해진 주제를 중심으로 자유로이 의견을 나누게 하여 연구 질문에 대한 답을 찾아가는 포커스 그룹 인터뷰(이하 FGI) 방식을 적용하여 보장성 개선에 대한 사회적 합의의 방안을 모색해 보기로 함.
- 연구방법
 - 단순히 참여자들의 의견을 조사하는 것에서 나아가 참여자 사이의

다양한 의견과 인지정도를 파악해보고, 다른 참여자와의 상호작용(논쟁, 토론 등)을 통해서 이러한 의견과 인지수준이 어떻게 변화하는지를 고찰하며, 최종적으로 어떠한 의견을 형성하는지를 파악하고자 함.

– 주요한 연구 문제는

- 각 집단별 건강보험 보장성과 관련된 인식 차이 비교
- 보장성 개선의 우선순위에 대한 집단 간 인식차이 파악
- 재원마련 방안에 대한 집단 간 인식차이 파악
- 보장성 개선, 재정안정, 형평성 등 상반되는 가치에 대한 파악
- 집단별 의견형성 과정의 차이를 비교하여 보장성 관련방안을 찾기 위한 사회적 합의 과정의 모색

– 연구범위 및 토의 내용

- 건강보험 보장성(적용범위)에 대한 인지도나 태도, 보장성 개선의 우선순위, 공공보험의 역할에 대한 가치체계 등의 세 부분에 대해서 참여자들이 어떻게 인지하고 어떤 과정을 통해서 의견을 형성하는지에 관해 논의하였음. 또한 참여자들 사이의 논의를 통해서 의견이 변화하는 과정을 관찰하고 이러한 변화의 이유에 주목하여 살펴보았음.

□ 주요결과 및 함의

- FGI 참여자들은 질병치료에 대한 사회적 책임을 인정하고 있었으나 소수의 참여자의 경우 질병치료를 개인이 부담해야 된다고 하기도 하였음.
- 질병치료에 대한 사회적 책임과 개인책임이라는 상반된 입장들은 개인 내에 공존하는 가치관의 딜레마이기도 하며 동시에 어느 사회

에든 병행하여 존재하는 상반된 가치관이자 문화임.

- 건강보험제도의 역할이나 보장성 개선의 필요성에 관한 태도 형성은 질병에 대한 경험여부가 중요한 영향을 미치는 것으로 보임.
- 따라서 사회적 논의의 장을 통해 이러한 경험의 공유가 이루어지는 것 또한 중요할 것임.
- 세부적인 목표 즉 보장성 개선의 수준이나, 보장성 개선을 위한 구체적인 방법에 관한 논의에 있어서는 참여자들이 다른 사람들의 의견이나 새로이 주어진 정보에 의하여 자신들의 의견을 변화하고 나아가 서로의 의견을 모아 합의를 이루고자 노력하는 경향을 나타내는 것을 알 수 있었음.
- 정책적 함의로는
 - 건강보험 보장성을 개선하는 데 있어서 합의가 필요한 부분과 협상이 필요한 부분을 구분해야 할 것임.
 - 원활한 의사소통에 기반한 성공적인 합의가 이루어지기 위해서는 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 우선 이루어져야 함.
 - 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력이 필요함.

VIII. 결론 및 정책과제

- 우리나라 건강보험 보장성은 취약하며, 본인부담 발생구조에서 비급여 서비스에 대한 비용이 과도하고, 비용의 합리성이 미흡함.
- 정책과제
 - 환자본인부담 비용의 발생구조에 있어서 먼저 비급여서비스에 대한 개선 방안이 마련되어야 함.
 - 각 항목의 성격과 문제가 다르기 때문에 이에 대응하는 적절한 방안을 찾는 것이 중요하며,
 - 그 방향은 비용을 합리화하는 부분과 건강보험 급여체계 안으로 흡수하는 것을 함께 고려하여야 함.
 - 또한, 장기적으로는 진료비 지불제도와 연계하여 검토하고 의사의 진료행태를 합리화하는 속에서 개선되어야 할 것임.
 - 법정본인부담에 대해서는
 - 이 비용에 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 함.
 - 또한 전반적인 법정본인부담 구조와 수준에 대한 검토와 진료 영역별(즉, 입원, 외래, 의약품) 법정본인부담 구조의 설계에 대한 연구가 필요할 것임.
 - 가계의 의료비 부담을 실질적으로 경감하기 위해서는 본인부담 상한제를 소득계층별로 차등 적용하는 방안이 고려되어야 함. 이 방안은 질병으로 인한 건강보험 가입자의 실질적인 부담을 줄이는 데 효과적이고, 따라서 보장성 개선에 기여하는 바가 클 것임.

- 건강보험 정책 결정방식에 대한 개선으로 사회적 합의의 중요성이 강조됨.
 - 보장성 개선 정책과 관련하여, 사회적 합의가 필요한 부분은 보장성 개선에 대한 원칙과 기준을 정하는 부분이 될 것이며, 이를 위해 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 이루어져야 하고, 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력과 함께 정책 형성 단계에서부터 국민과의 의사소통 통로를 원활히 하는 것이 필요함.

제1장 서론

제1절 연구의 필요성과 목적

건강보험은 질병으로 인한 경제적 부담을 경감하여 의료에 대한 접근성을 높임으로써, 의료에 대한 필요가 있을 때 적절한 이용을 통해 국민의 건강을 유지 및 증진하는 데 기여하는 의료보장제도이다. 우리나라 건강보험 제도는 1977년 500인 이상 기업 근로자를 대상으로 처음 도입된 이후 가입 대상이 지속적으로 확대되어 1989년 전 국민을 대상으로 의료보장을 제공하게 되었다. 이와 같이 수혜 대상에 대한 제도의 보편성을 확보하는 성과를 이뤘음에도 불구하고, 질병으로 인한 경제적 위험으로부터 보호하는 건강보험의 역할이 충분하지 못한 부분의 문제가 지속적으로 제기되어 왔다. 이는 제도가 저 부담-저 급여 체계로 출발하였기 때문에 애초부터 안고 있는 문제이며, 제도 시행 후 30년 동안의 과정을 돌아보면 초창기에는 가입자 범위를 확대하는 데 치중하였고, 중반에는 건강보험 재정 통합문제와 의약분업이라는 정책 의제가 주요 논의사항이었으며, 최근에 와서야 정책 현안으로 논의되기 시작하여 정책적 노력이 집중되지 못한 이유에서 비롯되는 것이기도 하다.

2003년 건강보험재정이 안정된 이후 정부는 ‘참여복지 5개년 계획’을 발표하면서 건강보험 보장성 개선을 위한 정책수립에 적극적인 의지를 표명하였고, 2008년까지 70%의 보장성 확보라는 목표 제시와 함께 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 파악하

고 개선정책을 수립하는 데 있어서 치밀한 준비가 부족했던 점을 들 수 있다. 또한, 수치상의 정책 목표는 제시되었으나 보장성 개선을 위한 원칙과 기준에 대한 검토가 미흡하여 정책을 추진하는 데 있어서 일관성과 지속성을 확보하지 못한 점을 들 수 있다. 이와 함께 보장성 개선은 의료서비스 전달체계와 진료비 지불방식 등 보장성에 대한 정책 내에서 해결하기 힘든 다른 영역의 문제와 결부되어 있기 때문에 정책의 효과가 충분히 나타나기 힘든 면도 있다.

본 연구는 건강보험 보장성 개선 정책이 향후 지속적으로 추진되어야 하는 과제라는 인식 하에, 이 문제를 좀 더 구체적이고 깊이 있게 이해하고 지금까지 추진된 정책에 대한 평가를 통해 향후의 정책 대안을 찾고자 하는 필요성에서 실시되었다. 본 연구의 필요성을 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 건강보험 보장성에 대한 개념과 지표에 대한 정리가 필요하다. 현재 사용되는 건강보험 보장성은 의료비 대비 건강보험의 급여비로 정의되는 급여율로 정의되는데 이는 한 국가 또는 특정 진료영역의 평균적인 보장성 수준의 문제를 파악하는 데 유용하지만, 구체적으로 어떤 부분에서 문제가 발생하는가를 파악하는 데는 제한점이 있다. 따라서 본 연구에서는 기존의 개념에 추가로 건강보험이 급여하지 않고 환자가 부담하는 비용에 대한 구조를 파악하는 것이 중요하다고 보았으며, 환자가 부담하는 비용을 건강보험 급여서비스에 대한 본인부담(즉, 법정본인부담)과 급여되지 않는 서비스(이하 비급여서비스라 함)에 대한 비용으로 구분하여 파악하였다. 이를 이해하는 것이 중요한 이유는 발생하는 비용의 성격이 어떠한 것이며, 합리적인 비용인지 평가하여 향후 구체적인 정책 대안을 수립하는 데 도움을 줄 수 있기 때문이다. 둘째, 건강보험의 보장성 현황을 파악하여 보장성 개선의 필요성을 도출하는 것을 목적으로 한다. 앞서 보장성 개념 부분에서 언급한 바와 같이, 환자부담의 발생구조에 대한 현황을 법정본인부담

과 비급여서비스 비용을 구분하여 파악하는 것이 필요하다. 특히, 비급여서비스 비용의 특성과 문제점에 대해 구체적으로 검토하였으며 이를 국내 환경의 특수성 내에서 이해하는 것이 필요하다. 또한, 국제 비교 차원에서의 보장성 평가와 국내 연구를 통해 파악된 건강보험 보장성 지표를 살펴보았다.

셋째, 건강보험 제도가 도입된 이후 30년 동안 추진된 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가를 통하여 향후 정책 수립에 있어서 보완할 점을 찾고자 하였다. 평가는 정책의 내용에 대한 부분과 정책 결정방식에 대한 부분을 포함하였다.

넷째, 앞서 파악한 문제를 중심으로 개선 방안을 도출하고자 하였으며, 주요 논의 내용은 환자본인부담비용 구조의 개선, 가계의 의료비 부담을 경감하는 정책, 정책 결정방식에 대한 개선방안을 포함하였다.

제2절 기존 연구와의 차별성

건강보험 보장성과 관련한 선행 연구를 살펴보면, 1980년대와 1990년대에 걸쳐 법정본인부담에 대한 연구가 많았으며 주로 정액 또는 정률 본인부담에 따른 의료이용의 변화를 분석하여 가격탄력성을 추정하는 데 초점을 두었다(이규식 1985; 최인미 1988; 노인철 외 1989; 정기택 1993). 이후 최병호 외(1997)는 본인부담 실태와 급여체계 개편방안을 검토하였고, 최병호(1999)는 건강보험 도입의 후생손실을 추정하면서 질환의 중증도에 따라 본인부담을 차등화 하여 후생손실을 최소화하자고 제안하였다. 또한, 최병호 외(2000)는 외래 본인부담의 상향조정을 통하여 고액 입원진료비에 대한 보장성을 강화하고 급여범위를 확대하는 방안을 제시하였다. 최병호 외(2003)는 후속 연구를 통하여 중증질환에 대한 의료보장을 강화하는 대신 경증질환에 대해서는 가입자의 부담을 늘리도록 하고, 65세 이상

의 노인과 0-4세의 소아에 대한 본인부담을 낮추는 방안을 제안하였다. 이 연구들은 주로 법정본인부담에 대한 내용에 초점을 맞추어 부담의 증가/감소에 따른 의료이용의 변화를 분석하거나 법정본인부담의 차등화를 검토한 것이었다. 물론 건강보험 정책에 있어 법정본인부담에 대한 검토가 중요하지만, 이와 함께 반드시 고려되어야 하는 비급여서비스에 대한 비용 부분이 포함되어 있지 않기 때문에 보장성 문제를 포괄적으로 파악하는 데는 한계가 있다.

한편, 건강보험 보장 수준을 추정한 연구로는 OECD의 의료비 산출 방식을 사용한 연구와(정형선 2004; 정형선 2005; 정형선과 신봉구(2006) 의료기관을 대상으로 본인부담 진료비 실태조사를 통해 산출한 연구가 있다(김정희 외 2005; 2006). 보장성의 계량적인 지표를 구하는 두 가지 방식의 차이와 장·단점이 있지만, 이 연구 결과들은 최근 정부가 추진한 보장성 개선 정책을 위한 기초 현황 자료를 제공하고 있어 의의가 있으며, 어떤 결과 값을 보더라도 건강보험 보장성이 취약하다는 공통된 결론을 내릴 수 있다.

한편, 양봉민 외(2006)의 최근 연구에서는 건강보험 보장 지표를 정리하고, 거시적인 정책 목표인 건강보험의 목표 보장률을 추정하였다.

이상에서 살펴본 기존 연구에서는 건강보험 보장성 문제 중 일부분에 초점을 맞추어 문제를 포괄적으로 파악하지 못하였거나, 혹은 반대로 거시적인 목표는 제시하였으나 구체적으로 어떤 내용을 담아야 하는 지 제시하지 못해 정책 대안을 제시하는 데 한계가 있다.

본 연구는 건강보험 보장성 문제를 환자본인부담이 발생하는 구조와 환자 본인부담 수준으로 구분하고 현황을 파악하여 문제를 보다 구체화하였다. 이는 그 동안의 연구와 정책 수립이 주로 평균적인 환자본인부담 수준에 맞추어져 있었고, 본인부담 항목 중 일부분에 대한 논의가 분절적으로 이루어졌던 것을 보다 종합적으로 살펴보기 위한 시도라 할 수 있다. 또한, 그 동안

정부가 추진했던 건강보험 정책에 대한 평가를 통해 앞으로의 과제를 도출하고, 구체적인 개선 방안은 환자본인부담 발생 구조의 측면, 의료비 부담을 경감하는 측면, 정책결정 방식에 대한 개선방향으로 구분하여 검토하였다.

제3절 연구내용 및 연구방법

1. 연구내용

본 연구는 모두 8장으로 구성되며 크게 두 부분으로 나누어진다. 제1부는 건강보험 보장성 현황과 정책에 대한 내용이며, 제2장부터 제4장까지 해당된다. 제2장에서는 건강보험 보장성에 대한 개념의 정의와 지표를 정리하였으며, 구체적으로는 환자본인부담 비용의 구조를 파악하고 본인부담 수준(또는 보장수준)을 정의하였다. 또한, 법정본인부담에 대한 기존의 이론적 검토를 통하여 국내 보장성 개선 정책에 주는 함의를 파악하였다. 제3장에서는 제2장에서 정리된 개념을 바탕으로 우리나라 건강보험 보장성 현황을 파악하였고, 이 부분에서는 환자본인부담 발생구조에서 특히 비급여서비스 비용의 성격과 문제점을 구체적으로 파악하였다. 또한, 국제 비교를 통한 보장 수준의 파악과 함께 국내 선행 연구 결과를 자세하게 제시하였다. 제4장에서는 건강보험이 도입된 후 30년 동안 진행된 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가를 통해 한계점을 파악하고 향후의 정책수립에 있어서 개선할 점을 도출하였다.

제2부는 건강보험 보장성 개선방안을 찾는 데 중점을 두고 있고, 제5장부터 제7장까지 포함된다. 제5장에서는 환자본인부담 발생구조에 대한 개선방안을 법정본인부담과 비급여서비스 비용에 대해 검토하였다. 여기서 중요하게 고려할 사항은 비용의 특성과 문제점에 맞는 정책방안을 도출하는 것이다. 제6장에서는 가계의 의료비 부담을 경감할 수 있는 방안을 찾고자 하며, 실증 연구를 통해 소득 계층별 대한 의료비 부담의 문제

를 파악하여 소득 수준에 따른 의료비 경감 방안의 필요성을 제시하고 적용 가능한 방안을 모색하였고, 시나리오별로 재정부담의 변화를 추정하였다. 제7장에서는 보장성 개선과 관련한 정책 결정방식에 있어서 개선할 사항을 살펴보고, 특히 최근 주요 정책 결정방식으로 활용되었던 우선순위 결정방식을 개선하고자 사회적 합의를 적절히 끌어내기 위한 방안을 모색해 보았다.

마지막으로 제8장에서는 결론 및 정책적 함의와 향후 과제를 논하였다. 본 연구는 건강보험 보장성에 대한 거시적인 접근보다는 구조적인 문제와 실제 가계 의료비 부담의 문제에 초점을 맞추고 정책 결정방식에 대한 논의를 포함하고 있어 보다 구체적인 정책과제를 도출할 수 있을 것으로 기대된다.

2. 연구방법

본 연구의 방법은 크게 문헌연구와 원 자료 및 2차 자료 분석으로 이루어진다. 제2장의 건강보험 보장성의 개념 정리와 이론적 배경에서는 문헌고찰의 방법이 활용되었고, 제3장의 건강보험 보장성 현황 파악을 위해서 국제 비교 부분에서는 2차 자료인 OECD Health Data를 활용하였고, 선행 연구를 비교 검토하였으며, 법령 등의 규정을 참고하였다. 제4장의 기존 건강보험 보장성 관련 정책에 대한 평가부분에서도 정부의 공개회의 자료와 법개정 자료 등을 고찰하였다. 제6장에서는 원 자료를 활용하여 과거 20년 동안의 소득 계층별 가계의 의료비 부담에 대한 추이를 살펴보고, 추가로 의료에 대한 접근성 문제를 파악하기 위해 미 충족 의료에 대한 경험을 분석하였다. 제7장에서는 정책 결정에 있어서 중요한 사회적 합의를 효과적으로 이끌어낼 수 있는 방안을 시도해보고자 심층면접조사(Focus Group Interview)를 활용한 사례연구를 실시하였다. 원 자료를 활용한 제6장과 제7장에 대한 연구방법은 해당 장에 구체적으로 기술하였다.

제1부 건강보험 보장성 현황과 정책에 대한 평가

제2장 건강보험 보장성에 대한 이론적 고찰과 개념 정리

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 수준을 나타내는 건강보험 급여율의 의미이다. 이는 다시 말해 건강보험이 급여하는 범위(scope of benefit)와 급여수준(coverage rate 또는 level of coverage로 표현함)을 조합한 개념으로 설명할 수 있다. 우리나라는 1989년부터 의료급여 대상자를 제외한 모든 국민이 건강보험에 가입되어 있기 때문에(2006년 기준, 96.5%), 실질적으로 전 국민에 대한 의료보장이 제공되고 있어 적용 대상의 범위에 대한 문제는 없다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 건강보험 보장성의 두 번째 의미에 대해 논의를 집중하기로 한다.

본 장에서는 건강보험 보장의 의미와 개념을 정리한다. 건강보험 보장을 이해하기 위해서는 환자본인부담에 대한 발생구조와 급여수준에 대한 개념정리가 필요하다. 다음으로 의료비용 중심의 논의에서 보다 확대된 개념으로 ‘효과적 보장’에 대한 내용도 포함한다.

제1절 건강보험 보장의 의미

각 나라에서 의료보장제도를 운영하는 이유는 국민의 건강을 유지하고 증진하는 것을 목적으로 하고 있으며, 우리나라도 이와 유사한 목적을 추구하고 있다¹⁾. 의료보장제도에 대한 긍정적인 평가는 제도가 표방한 목적에 얼마나 부합하는지를 판단하는 것이 되겠지만, 건강에 영향을 주는 여러 가지 요인을 고려하여야 하는 어려움 때문에 의료보장제도의 기여를 분리해 내기란 쉽지 않다. 의료보장제도의 취지를 축소해서 본다면 질병으로 인해 발생하는 의료비 부담을 경감하는 것이 중요한 목적이므로, 건강보험이 의료서비스에 대한 재원조달을 담당하는 정도는 의료보장제도가 궁극적으로 추구하는 목적을 달성하기 위한 필요조건으로서 의미를 가진다.

한편, 사회보험으로서의 건강보험은 사회연대의 원칙에 따라 사회구성원이 재원부담을 공유하는 역할과 의료이용에 따른 재정적 부담을 덜어주는 역할에 충실할 때 그 의의를 가진다. 본 장에서는 건강보험의 두 번째 역할에 논의의 초점을 맞추고 있다. 국가 단위에서 건강보험 보장성의 문제는 의료비용에 대한 공공보험의 지출을 의미하며, 이는 단지 “얼마?”의 문제가 아니라 다른 영역에 사회자원을 투입하는 것과 비교하여 비용 및 효과를 평가하여 “얼마만큼의 비용이 타당한가?”를 결정하는 공공예산에 대한 일반적인 논의에 해당한다(Savedoff, 2007). 국가 단위의 자원배분 문제에서 보자면 ‘보건의료에 얼마의 예산을 배분할 것인가’ 또는 ‘전체 의료비 중 공공재원에서 어느 정도를 책임질 것인가’에 대한 결정이 필요하고, 좀 더 세부적으로는 구체적으로 ‘공공보험이 어떤 서비스를 어느 정도의 수준에서 책임질 것인가’ 또는 ‘어떤 환자집단 또는 인구집단에 대

1) 국민건강보험법 제 1조에 “이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다”고 목적을 밝히고 있다.

해 우선적으로 자원을 배분할 것인가' 등 여러 가지 결정 사항이 있다.

의료보장제도가 발달한 국가에서 논의하는 건강보험의 보장성과 국내의 논의는 그 맥락에 차이가 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 정책³⁾을 시도하고 있다.

이와는 달리 국내 건강보험 보장성에 대한 논의는 건강보험이 의료비에 대한 환자의 재정부담을 덜어주는 역할이 불충분한 점을 개선하고자 하는 노력에 초점을 맞춘 것이다. 따라서 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책은 급여를 늘려나가는 방향에서의 논의이며, 여기에는 여러 국가가 이미 경험한 국민 의료비 상승의 문제를 고려하여야 지속적인 의료보장을 제공할 수 있을 것이다.

제2절 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. 급여 범위는 전체 의료서비스 중 건강보험이 무엇을 급여하는 가를 의미하며, 급여

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) 미국에서는 관리의료를 중심으로 다양한 급여패키지가 개발되어(급여수준이 낮고 보험료가싼 경우와 급여수준이 높고 보험료가 비싼 상품 사이에 다양한 수준의 패키지를 개발) 시장을 세분화하고 있어 보험가입자 사이의 상호보조 기능은 줄어들고 있다고 평가된다(Robinson, 2002)

수준은 의료비용 중 건강보험이 부담하는 정도를 나타낸다. 지금까지 우리나라에서 논의된 보장성 개념은 두 측면을 구분하지 않고, 의료이용 시 발생한 비용에 대해 건강보험이 보장하는 수준으로 정의되어 왔다. 물론 이 지표가 건강보험 보장의 두 측면을 포함하고 건강보험의 성과 지표를 정량적으로 보여주기 때문에 유용하지만, 건강보험 보장성 개선 정책과 연결해서 생각한다면 내용적으로는 환자본인부담 부분과 급여범위에 대한 검토가 함께 이루어지는 것이 타당할 것이다. 왜냐하면, 환자가 얼마의 비용을 부담하는가를 평가하는 것도 중요하지만, 그 비용을 발생시키는 구조가 합당한가에 대한 논의가 수반되어야 향후 개선책을 찾는 데 도움이 될 것이 때문이다. 이는 넓은 범위를 포괄하는 패키지에 급여수준을 낮게 가져갈 것이냐, 또는 좁은 범위의 급여에 대해 보장수준을 높이는 것으로 건강보험의 역할을 상징할 것인가라는 질문과도 연계되는 것이기도 하다.

이와 같은 맥락에서 건강보험 보장성 개념을 환자본인부담 비용발생 구조에 대한 이해와 급여수준에 대해 정리하였다.

1. 환자본인부담 발생 구조에 대한 이해

가. 급여범위의 문제

환자본인부담은 두 가지로 구분할 수 있다. 즉, 급여서비스에 대한 법정본인부담과 급여되지 않는 서비스에 대한 환자본인부담이다. 이는 일반적으로 급여 패키지의 내용에 대한 문제, 즉 급여 패키지에 ‘의학적으로 필요한 의료서비스가 어느 정도 포함되어 있는가?’, 로 급여패키지에 특정 급여 또는 서비스가 부족한지 평가하여 환자가 부담하는 의료비 중 비급여서비스가 기여하는 정도를 알 수 있다. 급여패키지와 관련해서 평가에서 고려할 사항(또는 제한점)으로는 첫째 적절한 급여패키지에 대한 결정, 둘째 치료방법이나 표준 치료의 변화를 얼마나 적절히 반영할 수 있는

가?, 셋째 실제 서비스에 대한 접근성(예. 지역 간의 편차 또는 의료자원 부족 등)이 제기된다.

적절한 급여패키지는 적정 수준의 의료에 대한 이해와 동의가 있어야 하지만 실제로는 동의에 이르기 쉽지 않다. 의학적으로 필수적인 서비스가 가장 명백한 기준이 될 수 있지만, 이에 대한 동의를 얻기란 매우 어렵기 때문이다. 필수적 의료서비스를 정하는 데 있어서 어려움은 측정의 문제도 있지만, 또한 공정성의 문제도 있다. 즉, 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. 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.

이와 같이 급여범위의 문제(즉, 비급여 서비스)와 관련하여 다른 나라에서는 외래의약품, 치과진료 등 넓은 범위의 진료영역을 비급여로 두는 것과 달리, 우리나라는 특정 서비스 영역의 문제이기 보다는 제공되는 의료서비스의 구성요소의 일부로 포함되어 있는 특성이 있다. 예를 들어, 뇌경색 치료에 사용되는 치료재료가 급여에 포함되지 않는다는든지, 폐렴으로 입원한 경우 건강보험이 적용되는 기준 병실을 이용하지 못한 경우(즉,

상급병실을 이용)에 해당하는 비급여서비스 등 일련의 의료적 처치에 포함되어 있는 경우가 많아 내용적으로 차이가 있다. 이에 대한 현황과 문제점은 제3장에서 다루고 있다.

나. 급여서비스 환자본인부담에 대한 이론적 고찰

결정된 급여패키지 내에서는, 급여서비스에 대한 환자본인부담(즉 법정 본인부담, cost-sharing) 수준과⁴⁾ 법정본인부담의 구조를 설계하는 것이 중요하다. 법정본인부담의 구조는 환자에게 어떤 방식의 본인부담을 부과할 것인가의 문제로, 초기비용을 환자가 모두 부담하게 하는 방법(deductible), 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 의료진 달체제와 진료행태, 진료비의 특성 등 여러 요소가 고려되어야 한다.

법정본인부담은 미국을 중심으로 발전된 전통적인 보험이론인 도덕적 해이(moral hazard) 이론에 바탕을 두고 있다. 본 절에서는 환자본인부담에 대한 전통적인 이론과 새로운 이론을 소개하고, 국내 건강보험 보장성 논의에 주는 시사점을 살펴본다.

1) 도덕적 해이에 대한 전통적 이론

건강보험에 대한 여러 가지 이론적 틀을 제공한 Arrow(1963)는 일반적

4) 예컨대, RNAD Health Insurance Experiment에서는 25%의 환자본인부담이 적절한 것으로 제안하였다.

인 보험에서의 도덕적 해이(moral hazard)가 의료영역에서도 나타날 수 있다고 제안하였고, 이를 계승한 Pauly(1968)는 건강보험이 의료서비스의 과다 사용을 초래할 수 있고 가치가 낮은 서비스의 과다사용은 비효율적이므로 “도덕적 해이에 의한 후생 손실(moral hazard welfare loss)”을 유발한다고 주장하였다. 이 이론은 건강보험으로 인한 후생 손실을 줄이기 위해 환자의 비용의식을 높이기 위해 본인부담을 부과하는 것이 필요하다는 근거를 제공하여 후생 손실에 대한 환자 개인의 책임을 강조하고 있다. 1960년대 이후 미국의 국민 의료비가 급격히 상승하였고(GDP 대비 의료비 비중은 1960년 4.4%에서 2000년 11%로 증가)⁵⁾, 의료서비스를 비효율적으로 과다하게 사용하는 것이 이러한 의료비 상승에 기여할 수 있다고 가정하는 경제학자들이 이 이론을 지지하였다. 또한, 많은 경제학자들에게 전통적인 보험이론에 대한 실증결과를 제공한 RAND Health Insurance Experiment(이하 RAND HIE)의 연구결과에 따르면, 초기 환자부담이 많은 형태(high-deductible)의 의료보험 가입자는 환자부담이 없는 보험 가입자보다 25-30% 적게 서비스를 이용하는 것으로 나타났다⁶⁾. 이후 Pauly(1983)는 “중대질환에 대한 도덕적 해이에 관한 이론과 실증 연구 및 정책분석은 발전되지 못하였고, 도덕적 해이 이론은 정기적인 의사방문(routine physician’s visits), 의약품 처방, 치과진료 등에만 적용되었다”고 밝히고 있다.

미국에서 1970년대와 1980년대에 도덕적 해이 이론을 바탕으로 한 환자본인부담정책이 정책입안자들에게 호응을 얻었으나, 이에 대한 비판자들은 환자본인부담이 없는 것이 건강성장에 긍정적인 영향을 준다는 점을 주장했다. Brook 외(1983)의 연구에서 고혈압 환자 중 무상의료를 제공받은 그룹이 본인부담(high deductible)이 있는 경우에 비해 더 좋은 건강성

5) 이 기간 동안 미국 인구의 보험가입률은 45%에서 83%로 늘어났다.

6) 그러나 RAND HIE가 보건의료에서 환자본인부담(cost-sharing)의 역할에 대한 의문을 충분히 해결하지는 못하였다.

과(health outcome)를 나타냈고, 이와 유사한 결과를 얻은 여러 연구들이 있었다. 적은 금액의 본인부담 조차도 저소득층에게는 종종 치료를 하지 못하거나 치료지연, 투약을 건너뛰거나, 이러한 결과로 응급실 이용과 예방 가능한 입원이 증가하는 등 부정적인 결과가 나타났다(Nelson 외 1985; Bloom 외 1985; Soumerai 외 1987; Soumerai 외 2004). Goldman 외(2004)의 연구에서도 천식과 당뇨에 대한 처방약 사용이 줄어들자 응급실 이용이 17% 증가하였고 재원기간이 10% 증가하였다는 결과를 얻었다.

전통적인 이론과 관련하여 고려해야 할 두 가지 사항은 다음과 같다. 첫째, 도덕적 해이에 대한 전통적 이론의 단초를 제공했던 Arrow(1963)가 지적한 바와 같이 “건강보험의 다양한 형태에 있어서 환자-의사 관계에 따라 도덕적 해이 문제가 달라질 수 있다”는 점이다. 환자-의사 관계가 중요한 이유는 의료이용에 대한 의사결정권이 대부분 의사에게 있다면, 환자가 의료에 대한 비용의식이 낮아 발생하는 불필요한 의료이용(즉, 도덕적 해이)이 생길 가능성이 낮고, 이런 환경에서는 환자본인부담이 도덕적 해이에 대한 해결책으로서 유용한가에 대한 의문이 제기될 수 있다.

둘째, Arrow(1963)와 Pauly(1983)가 공통적으로 인정했듯이 중대질환에 대한 의료적 처치와 입원 및 수술 등에 대한 환자의 수요와 의료이용의 결정이 일반진료와는 달리 도덕적 해이가 나타날 소지가 적어 논의에서 구분될 필요가 있다.

2) 도덕적 해이(moral hazard)에 대한 새로운 이론

앞서 언급한 바와 같이, 중대질환을 치료하기 위한 의료적 처치(예, 간 이식 수술, coronary bypass surgery 등)에 대해서는 도덕적 해이를 적용하기 어려운 점이 있으나, 대부분의 보건경제학자들은 환자본인부담 정책을 수립할 때 이러한 구분을 하지 않고 전통적인 이론을 사용하고 있다.

전통적인 이론에 따르면 건강보험이 제공하는 가격효과(price effect)에

의해 의료이용에 있어서 후생손실이 발생한다고 설명한 반면, Nyman(1999; 2004)은 전통적인 이론과 달리 건강보험을 제공할 경우 가격 효과와 소득효과가 함께 발생하여 Pauly(1968)가 제안한 후생손실보다 적다고 주장하였다. 두 이론의 차이는 결국 환자본인부담 정책을 비롯한 보건의료정책 전반에 걸쳐 다른 함의를 제공하게 된다.

Nyman이 설명한 건강보험으로 인한 후생손실의 추정을 아래에 정리하였다. 뒤에 설명되는 바와 같이, Nyman은 도덕적 해이로 인한 후생손실을 측정하기 위해 Marshall의 수요이론을 사용하는 문제를 지적하고 있다.

다음 내용은 Nyman(1999)의 이론을 정리한 것이다

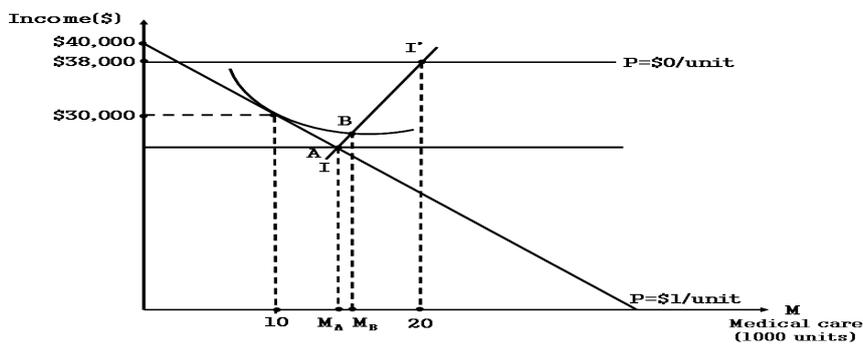
10,000명으로 구성된 집단의 의료에 대한 선호가 같고, 소득이 \$40,000로 동일하며, 보험료는 \$2,000인 경우를 가정하자. 이 집단의 질병발생 확률은 1/10이고, 질병발생 확률은 보험자 또는 보험가입자에 의해 영향을 받지 않는다(즉, exogenous).

보험이 없다면, 환자가 이용하는 의료비가 \$10,000이고 나머지 \$30,000이 다른 재화나 서비스에 사용할 수 있는 소득으로 남는다. 이 때 의료 1단위의 가격이 \$1이면 환자는 10,000단위를 구매한 것으로 해석할 수 있다. 만약 의료보험이 의료 1단위 가격을 \$0으로 만든다면(즉, 의료가격을 모두 지불), 보험에 가입한 환자는 20,000단위의 의료를 구매할 수 있다. 따라서 건강보험 가입자가 아프면 건강한 가입자들로부터 \$18,000(의료비 \$20,000 - 보험료 \$2,000)의 소득을 이전받은 것으로 해석할 수 있다.

보험가입자가 \$20,000의 의료를 사용하면 미 가입자에 비해 \$10,000을 더 사용하는 것이고, 이 추가의 의료이용을 도덕적 해이로 보는 것이 전통적 이론인데 이는 보건의료가 소득과 무관하다는 가정 하에 성립된다. 만약 의료에 대한 수요가 소득과 관계가 있다면, \$10,000에 해당하는 추가의 의료이용은 \$18,000의 소득이전으로 설명된다. 소득이전에 의한 의료이용의 증가는 후생손실에서 제외되어야 하는데, 왜냐하면 한 개인이 얻은

소득(이 경우 \$18,000)은 건강한 가입자들의 소득손실(\$2,000의 보험료)과 같기 때문이다.

[그림 2-1] 의료보험으로 인한 소득효과와 가격효과



I · I': income expansion path

가격효과(price effect) = $M_A - 10,000$

소득효과(income effect) = $20000 - M_A$

소득이전 금액의 크기는 질병발생확률(가격과 무관하게 외생적으로 결정됨)에 따라 다르다. 질병발생 확률이 낮으면 소득이전이 커지고, 그 크기에 따라 의료이용량이 달라질 것이다. 소득이전에 의해 결정되는 도덕적 해이 부분(질병발생 확률이 1보다 작은 경우)은 후생 손실에서 제외되어야 한다.

또한, 후생손실을 추정하는 데 있어서의 차이를 설명하면 다음과 같다. 전통적인 이론은 의료수요에 대한 Marshallian 가격탄력성을 사용하는 반면 Nyman은 Slutsky의 방정식을 사용한다.

Slutsky의 방정식:

$$\xi = \eta + \alpha e$$

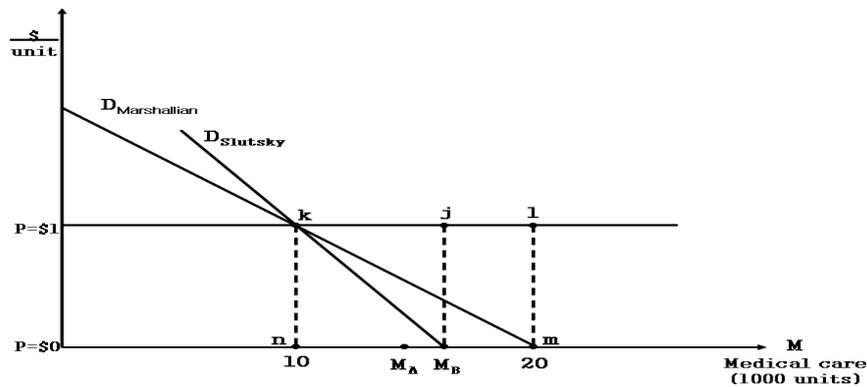
ξ: Slutsky의 가격탄력성

- η: Marshallian 가격탄력성
- α: 가구소득 중 의료비 비중
- ε: 의료비에 대한 소득탄력성

즉, Slutsky의 가격탄력성은 Marshallian 가격탄력성에 가구의 의료비 비중과 의료비에 대한 소득탄력성의 곱을 더한 값이다. 따라서 후생손실에는 차이가 나타난다. 예를 들어 Manning과 Marquis(1996)가 RAND HIE로부터 추정한 Marshallian 가격탄력성(η) -0.18과 소득탄력성(ε)과 1997년의 가구소득 중 의료비 비중 0.16을 대입하여 계산하면 Slutsky의 가격탄력성(ξ)은 -0.15이다. 이 결과는 Marshallian 가격탄력성(η=-0.18)이 건강보험에 대한 순수 가격효과를 적어도 20% 과대평가했다는 것을 의미한다.

또한, 위의 식에서 알 수 있듯이 가구의 의료비 비중(α)이 클수록, 의료비에 대한 소득탄력성(ε)이 클수록 ξ는 더욱 커지며, 따라서 후생손실도 작아진다. 즉 동일한 소득탄력성이라면 저소득층일수록 건강보험에 의한 후생손실이 작을 수 있다. 위에서 설명한 후생손실의 크기의 차이를 그림으로 나타내면 다음과 같다.

[그림 2-2] 후생손실의 차이



Marshallian 가격탄력성($D_{\text{Marshallian}}$)에 따른 후생손실은 $k\text{lm}(\$5,000)$ 이고, Slutsky 가격탄력성에 따른 후생손실은 $MA - 10,000$ 에 대응하는 D_{Slutsky} 의 윗부분에 해당된다.

3) 국내 정책 논의에 주는 시사점

국내 건강보험 환자본인부담 관련 정책 논의에서도 환자의 도덕적 해이 문제는 자주 거론된다. 2003년 이후 건강보험 보장성을 확대하는 정책이 추진되면서, 환자본인부담 경감 조치 후 나타나는(또는 나타날 소지가 있는) 의료이용의 증가를 환자의 도덕적 해이로 설명하는 경향이 있다. 최근의 예로는 2008년 1월부터 실시되는 본인부담 정책의 변화를 들 수 있다. 즉, 2006년 1월부터 6세 미만 아동의 입원에 대해 환자본인부담⁷⁾을 면제하였고 2006년 6월부터 실시된 식대 급여를 실시하였으나, 2008년 1월부터 6세 미만 아동의 입원에 대해서는 10%의 본인부담을 부과하고 식대는 일반식의 경우 20% 본인부담에서 50%로 늘리기로 하였다⁸⁾. 이러한 정책변화의 근거로 도덕적 해이가 언급되었으나, 이와 관련된 이론적 검토나 실증연구는 없는 실정이다. 앞서 고찰하였듯이, 이 두 가지 본인부담 정책의 예는 모두 입원환자에 해당되므로 의사의 결정권이 많이 작용하여 환자의 도덕적 해이의 문제로 간주하기에는 신중함이 필요하다.

전반적으로 의료이용에 있어서의 도덕적 해이에 대한 국내 논의와 연구는 빈약하다고 할 수 있으며, 향후 환자본인부담 정책 수립과 평가에 있어서 이러한 논의가 중요한 이유는 다음과 같다.

첫째, 도덕적 해이 이론은 법정본인부담 정책의 이론적 근거로 제시되는 이론이기 때문에 우리나라 상황에 적용하기에 적합한지 면밀히 검토되어야 한다. 우리나라 건강보험은 저부담-저급여 체계로 출발하였기 때문

7) 법정본인부담을 말한다.

8) 건강보험정책심의위원회 회의 자료(2007. 10. 23)

에 보장수준이 낮은 문제가 계속 지적되어 왔다. 전 국민 건강보험을 제공하여 의료에 대한 접근성이 높아진 것은 사실이지만, 여전히 의료에 대한 수요가 충족되지 못하고 있고 주된 이유가 경제적 부담이라는 사실을 고려하면(허순임, 2007), 환자본인부담 경감으로 인해 늘어나는 의료이용 중 상당 부분은 미 충족 의료수요가 해결된 것으로 볼 수 있다.

둘째, 법정본인부담 정책의 변화(경감 혹은 증가) 후 나타나는 의료이용의 결과를 평가함에 있어서 도덕적 해이로 인한 후생손실을 제대로 평가하는 것은 향후 건강보험 정책 수립에 있어 매우 중요하다. 이 점에 있어서 Arrow(1963)와 Pauly(1983)가 제안하였듯이 중증질환 치료와 입원 및 수술 등에 이 이론을 적용하는 것은 타당하지 않을 수 있기 때문에, 국내 정책 수립과정과 시행된 정책 평가에서 이러한 고려가 필요하지만 실제 논의는 부족하였다고 평가할 수 있다.

셋째, Nyman(1999)이 제안한 바와 같이 도덕적 해이로 인한 후생손실을 평가함에 있어서 건강보험에 의한 가격효과와 소득효과를 구분하여 진정한 의미의 도덕적 해이에 해당하는 가격효과에 의한 의료이용 증가에 따른 후생손실을 밝히는 노력이 필요하다.

넷째, 이 이론은 의료이용에 있어 환자(소비자)의 수요와 의사결정에 바탕을 둔 것이므로 의료 영역에서는 제한점을 가질 수밖에 없다. 이미 Arrow(1963)가 지적하였듯이 환자-의사 관계에서 의료이용에 대한 결정 주체를 고려하여 평가해야 하며, 우리나라와 같이 행위보상방식으로 의료서비스에 대한 지불이 이루어지는 경우 의료이용과 의사의 수입이 직접적으로 연결되기 때문에 의료이용 결과를 환자의 책임으로 돌리는 것은 적절치 않은 면이 있어 이론의 한계를 충분히 고려하여야 한다.

요컨대, 의료보장제도가 발달한 서구 국가들이 포괄적인 의료보장을 제공함으로써 발생하는 의료이용 증가의 문제를 설명하는 이론으로 제기된 도덕적 해이 이론을 불충분한 급여로 출발하여 이를 늘려나가야 하는

과제를 안고 있는 국내 상황에 적용하는 데는 신중함이 필요하다. 또한, 의료의 특성상 제공자의 결정과 영향이 크고, 국내 여건이 다른 나라에 비해 더 의료제공자의 영향이 클 수 있음에도 불구하고, 의료이용에 대한 환자의 의사결정에 초점을 맞춘 이 이론의 한계를 고려해야 한다. 따라서 앞으로 정책 수립과정과 정책 평가에 있어서 도덕적 해이에 의한 후생손실에 대해 보다 종합적인 시각으로 평가하는 노력이 필요하다.

2. 급여수준

급여수준은 의료이용으로 발생하는 비용 중 건강보험이 부담하는 수준을 평가하는 급여율의 개념으로 보장성을 정량적으로 나타내는 지표이다. 바꾸어 말하면, 의료비 중 환자부담의 수준이 얼마인지 나타내며, 건강보험 가입자의 입장에서는 이 지표가 주는 의미가 더 직접적이고 중요할 수 있다. 급여수준과 관련된 중요한 질문은 다음과 같다.

- 환자본인부담이 개인 또는 가족 소득의 일정비율(%)을 초과하는가?
- 필수의료에 대한 환자부담이 개인 또는 가족 소득의 일정비율(%)을 초과하는가?
- 비용 때문에 필요한 의료서비스를 받지 못한 경우가 있는가?

그러나 이 지표의 제한점으로 지적되는 것은 첫째, 적정 수준의 환자부담에 대한 정의가 필요하다는 점이다. 이는 필수의료에 대한 지불능력에 대한 것으로, 단순히 소득에 대한 X%라는 식의 설정은 적정성을 논하기에 부족함이 있다. 예컨대, 본인부담 의료비가 소득 대비 10%라고 할 때 부유층이 가지는 부담과 저소득층이 가지는 부담이 다를 것이기 때문이다.

둘째, 필수의료에 대한 환자부담을 평가할 때 필수의료급여에 대한 정의가 필요하다. 이 지표는 건강보험의 급여범위와 연관된 것으로, 필수의료에 대한 환자본인부담 수준이 가지는 의미는 중요하지만 앞서 지적하였듯이 필수의료에 대한 정의를 내리기 어려운 문제를 가지고 있다. 관련된 정책 의제로는 ‘발생확률이 낮은 고비용 질환에 대한 급여에 치중하는 것이 타당한가? 또는 자주 발생하는 질병치료를 급여하는 것이 바람직한가?’라는 건강보험의 역할에 대한 문제를 들 수 있다.

셋째, 건강보험이 의료에 대한 접근성을 보장하는 것이 일차적인 역할임에도 불구하고 환자본인부담이 높아(즉, 보장성이 낮아) 필요한 의료서비스를 받지 못한다면 원래의 취지를 살리지 못하는 것이므로 의료에 대한 접근성을 어느 정도 향상시키는 지 함께 평가되어야 한다.

가. 의료비 중 환자본인부담 비율

이 지표의 측정을 위해서는 먼저 건강보험의 보장 대상인 의료비의 범위와 항목을 명확히 하는 것이 중요하다. 환자들이 부담하고 있는 의료비를 <그림 2-3>과 같이 설명할 수 있고⁹⁾ ‘건강보험 보장률’은 다음 식과 같이 표현될 것이다.

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

[그림 2-3] 건강보험 환자의 의료비 구성

9) 전체 국민 의료비에는 미용성형, 한방 보약 등이 포함될 수 있으나, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환에 사용되는 의료서비스와 재화는 건강보험 요양급여대상에서 제외될 수 있다.

<건강보험 급여> (a)	법정 비급여 (c)	임의 비급여 (d)
(건강보험 법정본인부담(b))		

이와 같이 건강보험의 보장성 측정지표를 정의할 때, 중요한 것은 항목 c와 d, 즉 건강보험 비급여 진료비의 규모를 올바르게 파악하는 것이다. 건강보험 급여비(a)와 법정본인 부담금(b)은 건강보험 급여 자료로부터 거의 완벽하게 측정할 수 있으나, c와 d 항목은 대표성을 가지는 자료를 구하기 어렵다. 현재, 비급여 진료비를 파악하는 방법은 요양기관 또는 소비자로부터 얻는 방법이 있으나, 각각의 제한점이 있다.

나. 의료비 지출의 가계 부담

보험가입자의 입장에서는 거시적인 지표로서의 보장률보다는 환자본인 부담의 실질적인 부담의 정도를 파악하는 것이 중요하다. 의료비 부담과 관련하여 중요한 사항은 가계 또는 개인의 지불능력 대비 의료비 지출로서, 소득수준에 따라 부담이 다르다는 점이다. 예컨대, 건강보험의 급여수준이 높지 않더라도 전반적으로 소득이 높으면 실질적인 가계부담은 크지 않을 수 있다. 그러나 소득의 차이가 존재한다면, 소득 대비 10%의 환자본인부담이라고 하더라도 고소득층이 가지는 부담과 저소득층의 부담은 다를 것이다.

또한, 의료비 부담에서 특히 중요한 개념은 과부담 의료비 지출(catastrophic health expenditure)로서 단지 중증질환으로 인한 고액의 치료비용으로서의 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. 2002; Berki 1986; 이원영 2005).

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(Farley 1985; Short와 Bantlin 1995; Shearer 2000; Collins 외 2005), WHO는 지불능력¹⁰⁾ 대비 의료비의 비중이 40% 이상인 경우를 과부담 지출로 정의하였다(Xu et al. 2003). 국내 연구로는 WHO의 정의를 사용한 연구가 세 편 있다 (이태진 외 2003; 이원영 2005; 양봉민 외 2006).

과부담 의료비에 대한 기준은 각 나라의 보건의료정책 목표에 따라 다르게 정의될 수 있고, 이에 대한 정책 대응도 다를 것이다. 예컨대, 소득 수준에 따라 부담의 의미가 다르다는 점을 고려하여 소득 수준에 따른 의료비 부담 경감 정책을 고려할 수 있고, 이러한 방향 설정은 각 사회의 가치판단 속에서 이루어질 것이다.

제3절 효과적 보장(Effective Coverage)의 개념

위에서 살펴본 건강보험 보장은 의료비용에 대한 보장을 말하는 것으로 비용 중심의 개념이다. 본 절에서는 의료비용 부담의 경감이라는 건강보험의 역할에서 한 걸음 더 나아가 의료에 대한 필요와 의료이용에 따른

10) 지불능력은 가구 총 소비지출에서 식료품비를 기본 생계비로 규정하고 이를 제외한 금액으로 정의할 수 있다.

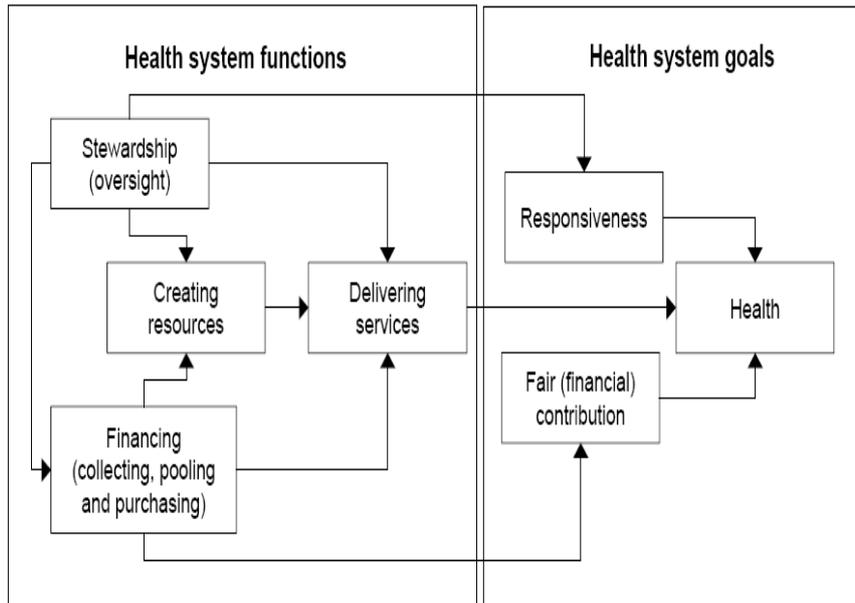
성과까지 포괄하여 평가하는 효과적 보장의 개념을 소개한다. 이는 의료 보장 체계의 성과를 종합적으로 평가하기 위한 시도라 할 수 있다. 효과적 보장의 개념이 등장한 배경과 의미를 살펴보면 아래와 같다.

WHO는 2000년 "World Health Report 2000"에서 발표한 보건의료 체계의 목적 및 기능을 명확히 하기 위하여 중간단계 목표를 도입하였다. 효과적 의료보장(effective coverage)¹¹⁾은 의료체계의 성취도를 측정하는 중간 목표(intermediate goal)의 하나로 상정되었다.

효과적 보장의 개념은 의료에 대한 접근성, 특정 의료서비스에 대한 필요(need), 의료이용, 특정 의료서비스 보장(coverage)에 대한 내용을 포괄하며, 이들의 상호연관성 및 관계를 명확히 하는 것이 중요하다. 뿐만 아니라 이 개념은 의료의 질까지 포괄하므로 한 나라의 건강 체계나 특정 건강 프로그램의 효과를 평가하는 수직적·수평적 접근방법간의 차이를 줄이는 틀을 제공할 수 있는 장점을 가진다.

11) effective coverage의 우리말 용어에 대한 다각도의 검토가 있었다. effective의 한글 표현이 실효, 유효, 실제, 효과 등으로 번역될 수 있고 coverage 또한 보장, 적용범위로 해석이 가능하나 두 단어의 조합으로 본래의 의미에 가장 근접한 표현은 효과적 보장으로 정하였다.

[그림 2-4] 의료체계의 평가 모형



출처: 세계보건기구. World Health Report 2000

의료서비스나 건강 프로그램의 제공에 대한 접근성에 대한 많은 연구가 있으나, 제한점으로 연구의 초점이 수요자 중심 혹은 공급자 중심적인 방식으로 실시되거나 보건의료체계 전체에 작용하는 제한요소(예, 특정 인력의 부족)가 고려되지 않은 점이 지적되었다(Shengelia 외 2005). 의료서비스에 대한 연구 중 수요자에 초점을 맞춘 연구는 주로 수요자의 효용 함수를 극대화하는 연구 틀을 사용하였고, 가격이나 의료보장 정도, 인지된 필요를 중심으로 이루어졌다. 그러나 의료서비스 전체가 아니라 개별 의료서비스에 주목하거나, 실질적인 필요(true need)와 인지된 필요(perceived need)를 구분하는 연구는 제한적이고, 특히 이들 간의 차이에 따른 효과를 측정하는 연구는 거의 없었다(Shengelia 외 2005).

한편, 의료서비스 이용에서 공급자 요인에 초점을 맞춘 연구에서는 소

비자가 공급자를 선택하는 데 영향을 미치는 요소를 파악하지 못하였고, 제공된 의료서비스의 질을 반영하는 연구는 제한적으로 이루어졌다 (Shengelia 외 2005). 이러한 기존 연구의 제한점을 개선할 수 있는 개념이 효과적 보장이며, 이를 설명하는 영역은 크게 의료이용과 의료의 질로 나눌 수 있다. 이를 설명하기에 앞서 의료보장의 범주를 살펴보기로 한다.

1. 의료보장의 범주

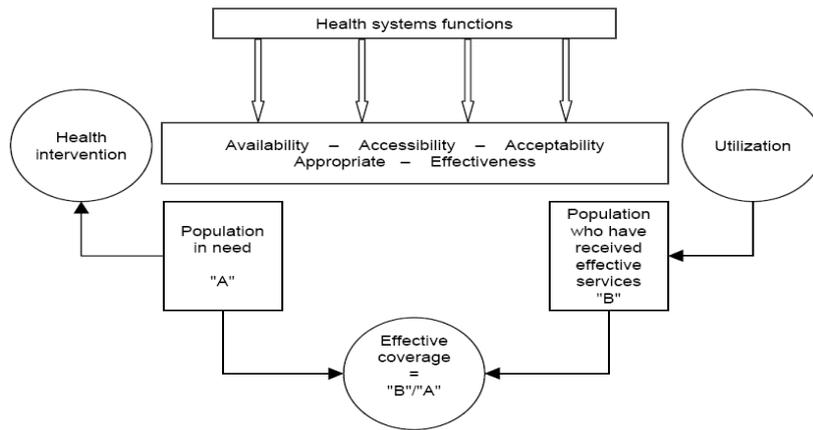
Thomas(1984)는 의료보장의 범주를 아래의 <표 2-1>과 같이 나누고 있는데, 의료에 대한 접근성을 설명하는 데 유용하며 서비스 제공을 가로막는 주요 이슈에 대한 정책적 대안을 제공하는데 효과적이다.

<표 2-1> 의료보장의 종류와 포괄범위

의료보장범주	개념 및 정의
가용보장 (availability coverage)	국가의 이용가능 자원의 종류(의료인력수, 병상수, 의료기술 수준 등)와 양에 따른 의료서비스 제공 범위를 표현하는 것으로 의료(건강)보장 계층구조의 가장 낮은 곳에 위치한다.
접근 보장 (accessibility coverage)	이용가능한 자원의 접근정도에 따른 서비스 제공 정도를 측정하는 것으로 의료자원과의 거리, 이동수단, 이동시간 등이 중요변수가 된다.
수용가능 보장 (acceptability coverage)	사용가능 자원이 있고 접근성이 보장된다고 하더라도 사회경제적 위치에 따라 이용이 불가능할 수 있다. 소득, 성별, 건강에 대한 신념이나 가치관, 문화적 차이 등이 이 범주에 속하는 주요 변수이고 변수의 영향에 따라 의료(건강) 서비스의 제공범위가 결정된다.
접촉 보장 (contact coverage)	의료진과의 첫 번째 접촉의 수준을 측정하는 것이다. 이는 질병에 따라서는 단 한번의 접촉만으로 예방이 가능할 뿐만 아니라 의료이용에 있어서 첫접촉(first contact)이 중요하기 때문이다.
효과적 보장 (effective coverage)	의료보장의 범주 중 가장 높은 수준의 영역으로 분모에 해당하는 인구집단 대비 효과적인 처치(intervention)를 받은 인구 비율을 측정한다. 접근성(Access), 의료이용(Utilization), 효과성(Effectiveness)이 중요하게 고려된다.

본 절에서 소개하는 효과적 보장은 [그림 2-5]에서와 같이 개인이 의료 서비스를 이용함으로써 얻게 되는 기준치(threshold) 이상의 건강증진(health gain)이 주어지는 의료이용으로 정의할 수 있다. 이때 건강증진은 WHO에서 제시한 건강기대여명(healthy life expectancy)으로 측정한다.

[그림 2-5] 효과적 보장 개념도



2. 개인의 입장에서 본 효과적 보장의 주요 영역(Domain)

효과적 보장은 실질적인 의료필요를 가진 개인이 한나라의 의료 시스템으로부터 받을 수 있는 최대한의 건강증진으로 개인의 입장에서 다음의 식으로 표현될 수 있다.

$$EC_{ij} = Q_{ij} U_{ij} | N_{ij} = 1 \quad (1)$$

여기서 Q_{ij} 는 개인(i)이 이용할 수 있는 의료공급자의 의료서비스(j) 제 공을 통해 기대되는 의료의 질이며, U_{ij} 개인(i)이 필요한 의료서비스(j)를 얻을 수 있는 최대한의 의료서비스 이용 확률이고, $N_{ij} = 1$ 의료서비스 (j)에 대한 개인(i)의 실질적인 필요(true need)이다.

효과적 의료보장의 개념에서의 필요(need)는 실질적인 필요(true need)의 개념으로 인지된 필요(perceived need)와 구별하여 사용한다. 아래의 2×2 도표에서 나타난 것처럼 의료이용이 이루어진 상황 하에서 실질적인 필요 (A)는 인지된 필요(B)와 구별되며 효과적 보장이 주목하는 것은 실질적인 필요이다.

[그림 2-6] 의료에 대한 필요와 의료이용

인지된 필요

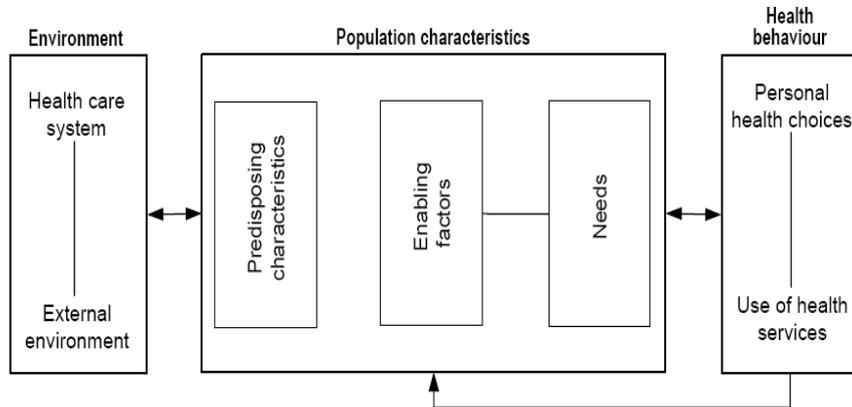
의료이용 (Utilization)	예	True Need (A)	불필요한 의료이용 (B)
	아니오	Unmet Need (C)	No need No use (D)

가. 의료이용(Utilization)

의료이용에 영향을 미치는 요인과 이들 간의 관계는 아래 [그림 2-7]과

같이 정리할 수 있다(Aday와 Anderson 1974; Anderson 1995). 이는 의료소비자의 개별적 특성인 인구학적 요소와 의료에 대한 필요, 의료이용을 가능하게 하는 요인과 더불어 개인을 둘러싸고 있는 의료체계/환경과 보건 의식 및 행태가 개인의 의료이용에 어떻게 연관되어 있는 지 보여준다.

[그림 2-7] 의료이용에 영향을 미치는 요소



Source: Phillips K.A., Morrison K.R., et al. 1998

나. 의료의 질

의료의 질은 개인단위 수준에서 측정되며, 원래의 의미는 제공된 의료서비스가 바람직한 결과를 주는 지 평가하는 것이다. 효과적 보장에서 의미하는 의료의 질, 즉 의료서비스의 효과성(effectiveness)은 유효할 것으로 판단되는 의료서비스의 제공여부 및 의료체계의 노력(health system's effort)과 환자의 순응도(patient's compliance)를 포괄한다.

$$Q_{ij} = \frac{\sum_{k=1}^n HG_{ijk} U_{ijk}}{\sum_{k=1}^n U_{ijk} HG_{ijk} | P_k = P_k^{\max}} \quad (2)$$

식 (2)에서 사용된 효과적 보장의 개념에 포함되는 의료의 질은 개인(i) 이 의료공급자(k)의 의료서비스(j)로부터 얻을 수 있는 건강증진(HG) 정도를 의미하는데, 개별 의료공급자의 의료지식 및 질¹²⁾은 의료공급자가 발휘할 수 있는 최대한의 성취도($HG_{ijk} | P_k = P_k^{\max}$) 중에서 실제로(actual) 얻을 수 있는 건강증진(HG_{ijk})의 비($\frac{HG_{ijk}}{HG_{ijk} | P_k = P_k^{\max}}$)를 의미한다.

다. 의료서비스의 효과적 보장 지수 산출

$$EC_j = \frac{\sum_{i=1}^n EC_{ij} HG_{ij} \Pr(N_{ij} = 1)}{\sum_{i=1}^n HG_{ij} \Pr(N_{ij} = 1)} \quad (3)$$

식 (3)은 한 나라 또는 특정 지역에 대해 의료(건강)서비스 범주(j)별로 산출하는 효과적 보장 지표로 개개인의 효과적 보장을 합산한 것이다. 여기에 개인의 실질필요(true need) 확률과 예상되어지는 건강증진 정도가 반영된다. 이를 위하여 우선 대상자와 의료(건강)서비스에 대한 명확한 정의가 필요하다. 이는 정책의 우선순위나 가용 자료의 유무에 따라 효과적 보장 지수 산출에 포함될 수 있는 보장의 범위를 결정하는데 활용될 수 있다.

이 지수를 산출하기 위해서는 인구 내 하위집단간의 비교를 위하여 직접/간접 방식의 표준화가 필요하다. 효과적 보장의 분자를 결정하는 요소를 표준화하는 방법은 나이, 성별, 기타 개인적 특성 등을 고려한 표준화(adjustment)가 있고, 때로는 자료의 신뢰성을 높이기 위해 건강프로그램의 효과를 측정하기 위한 과정 자체를 표준화하기도 한다.

측정 가능한 의료서비스들의 효과적 보장을 묶어 단일지표로 환산하는

12) 개별 공급자의 의료서비스에 대한 technical quality를 의미한다.

것은 개념적으로 인구집단의 잠재적 필요가 주어진 상태 하에서 의료체계가 제공할 수 있는 최대 건강증진에 대한 잠재적 건강증진의 비로 정의될 수 있다. 이를 식으로 표현하면 다음과 같다.

$$EC = \frac{\sum_{j=1}^n EC_j HG_j | P_k = P_k^{\max} \quad \forall k=1, \dots, n}{\sum_{j=1}^n HG_j | P_k = P_k^{\max} \quad \forall k=1, \dots, n} \quad (4)$$

여기서 k의 범주가 1,...,n인 것은 효과적 보장범주에 포함되는 의료(건강) 서비스에 따라 의료진의 최대 성취도 발휘 확률도 달라지기 때문이다. 효과적 보장이 50%이면 의료체계가 보장할 수 있는 최대 건강증진 중 단지 50%의 건강증진을 기대할 수 있는 것으로 해석되며, 이는 개별 의료서비스의 효과적 보장을 가중 합계한 것이다. 예를 들어, 감기예방접종의 효과적 보장이 100%이나 0.5년의 건강증진(건강생활년 healthy life year)이 기대되고, 항 레트로바이러스(anti-retroviral) 치료의 10%의 효과적 보장과 4년의 건강생활년을 보장한다고 할 때, 이 둘을 종합한 효과적 보장은 20%¹³⁾가 된다.

3. 효과적 보장 지수 산출에 포함되는 의료서비스 종류(멕시코의 예)

일반적으로 효과적 보장 지수 산출에 포함되는 의료서비스의 종류는 면역, 암 검진, 결핵, HIV, 당뇨병, 우울증, 고혈압, 협심증(Angina Pectoris)이다. 효과적 보장에 관한 연구가 많이 진행된 멕시코의 경우 우리나라의 국민건강영양조사에 해당하는 2005-2006 ENSANut¹⁴⁾를 이용하여 주(state)별로 산출한 효과적 보장의 의료(건강)서비스 범주와 각 서비스에 대한

13) $EC = (1 \times 0.5 + 0.1 \times 4) / (0.5 + 4) = 0.2$

14) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2006 의 약자로 47,695가구 206,700명의 개인을 대상으로 조사가 진행되었으며 각주(state)별 대표값 측정이 가능하도록 설계되었다.

범주 정의는 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 멕시코 효과적 보장 평가를 위한 의료서비스 목록

Intervention	Definition
Effective coverage of measles	% of children 1-4 that have antibodies against measles
Coverage of DPT3	% of children 1-4 that have been vaccinated with DPT3
Coverage of BCG	% of children 1-4 that have been vaccinated against BCG
Coverage of breast cancer screening	% of women 40-69 that had a mammography in the last 3 years
Coverage of cervical cancer screening	% of women 18-69 who had a pelvic exam in the last 3 years
Coverage of antenatal care	% of women that had 4 or more checks and tests during last pregnancy with trained health personnel
Coverage of skilled birth attendance	% of women that had their last birth attended in hospital
Coverage of treatment of premature newborns	death rate among newborns 30-34 weeks of gestational age
Coverage of treatment of diarrhea	% of children under five that received ORS or more liquids during last episode of diarrhea in the last month
Coverage of treatment of ARI	% of children under five for which advice was sought from a health personnel in the last episode of fever/cough/pneumonia in the last month
Coverage of treatment of depression	% of people who received treatment for depression in the previous 2 weeks among adults
Effective coverage of treatment of vision disorders	% of people who need glasses that have glasses that solve their vision problems
Coverage of treatment of diabetes	% of people with high blood sugar that received treatment
Effective coverage of treatment of hypertension	% of people with high blood pressure that received appropriate treatment

자료: Effective Coverage in Mexico: Measurement strategies. workshop on health system coverage, efficiency and comparative risk assessment for priority setting in Mexico.

제3장 우리나라 건강보험 보장성 현황

제1절 환자본인부담 발생 구조 파악

전술한 바와 같이, 의료 이용 시 환자가 부담하는 비용(out-of-pocket spending)은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 첫째 건강보험이 적용되는 서비스(즉, 급여서비스)에 대해 의료비용의 일부를 환자가 부담하는 법정 본인부담과, 둘째 건강보험이 적용되지 않는 비급여서비스에 대해 환자가 전액을 부담하는 비용이다. 본 절에서는 우리나라 건강보험에 있어서 두 가지 환자본인부담의 성격과 문제점을 중심으로 논의한다.

1. 법정본인부담

건강보험 법정본인부담에 대해서는, 국민건강보험법 시행령에 “요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률과 부담액”을 아래와 같이 규정하고 있다. 이는 일반적인 규정이며, 최근 보장성 개선 정책의 시행으로 일부 질환 또는 집단에 대해서는 본인부담이 다르게 적용되고 있다. 예컨대, 2005년 9월부터 암, 심장질환, 뇌혈관질환의 중증질환에 대해서는 입원 진료비의 100분의 10을 부담한다. 외래진료의 경우, 2007년 7월 국민건강보험법 시행령 개정을 통해 의원 외래진료와 약국에 대해 정액부담과 정률부담을 함께 적용하던 것을 30% 정률부담으로 변경하였고(2007년 8월 1일 시행), 6세 미만 아동의 외래진료는 21%의 부담(즉, 성인 본인부담의 70% 수준)하고, 65세 이상 노인에게는 정액부담(의원 1500원, 약국 1200원)을 유지하는 것으로 정하였다.

한편, 과도한 법정본인부담으로 인한 가계의 부담을 덜어주기 위한 본

인부담액 상한제가 2004년 7월에 도입되어 6개월 동안의 진료비가 300만을 초과하면 본인부담이 면제되며, 2007년 8월부터는 상한제 적용선이 6개월간 200만원으로 완화되었다.

법정본인부담에 대한 가장 최근의 제도변화는 2008년 1월부터 입원환자의 식대에 대한 법정본인부담을 모든 입원환자에 대해 50%로 높이고¹⁵⁾, 6세 미만에 대한 입원에 대해 10%의 본인부담을 추가한 조치이다.

이와 같이, 종래에는 전체 인구에 대해 일률적으로 적용하던 법정본인부담을 질병의 종류(즉, 중증질환)나 인구집단(6세 미만 소아 또는 노인)에 따라 부담의 차이를 두고 있으며, 또한 입원환자라 하더라도 일부 급여항목(예, 식대)에 대해서는 입원진료 전반과는 다른 부담률을 적용하고 있다. 이러한 차등부담 적용은 최근 추진한 정부의 보장성 개선정책의 결과이다. 일부 본인부담 정책은 단기간 내에 바뀌어 정책의 일관성이 결여된 문제가 있고, 이는 정부의 건강보험 보장성 개선에 대한 의지가 뚜렷하지 않음을 반증하는 것이기도 하다. 이에 해당하는 대표적인 사례가 보장성을 개선하고자 시행했던 6세 미만 소아에 대한 법정본인부담 면제와 비급여이던 식대를 급여로 전환한 후, 두 정책 모두 짧은 시행기간을 거쳐 환자부담을 늘리는 방향으로 선회한 것으로 그 정책효과를 충분히 검토한 결정이기 보다는 보험재정 안정화에 초점을 맞춘 것으로 보인다. 건강보험 보장성 개선 정책에 있어서 보험재정이 가장 큰 고려사항이라면, 앞으로 건강보험 보장성 개선을 위한 원칙을 세우고 일관성 있게 정책하는 데 걸림돌이 될 수 있음을 시사한다.

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

국민건강보험법 시행령 [별표 2]

요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액(제22조제1항관련)

1. 요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담액은 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액에 제3호의 규정에 의하여 산정한 금액을 합한 금액
가. 입원진료(나목 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우를 제외한다) 및 만성신부전증환자 등 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 처방전에 의하여 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 요양급여비용총액(제3호가목에 해당되는 비용은 제외한다. 이 호에서 같다)의 100분의 20
나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우

〈표 3-1〉 의료기관종별 외래진료비 본인부담

기관종별	소재지	요양급여비용 총액에 관한 조건	환자구분	본인부담액
종합전문 요양기관	모든 지역		일반환자	진찰료총액+(요양급여비용총액-진찰료총액)×50/100
			의약분업 예외환자	진찰료총액+(요양급여비용 총액-약가총액-진찰료총액)×50/100+약가총액×30/100
종합병원	동지역		일반환자	요양급여비용총액×50/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)×50/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	요양급여비용총액이 보건복지 부령이 정하는 금액을 초과하 는 경우	일반환자	요양급여비용총액×45/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)×45/100+약가총액×30/100
		요양급여비용총액이 보건복지 부령이 정하는 금액을 초과하 지 아니하는 경우		보건복지부령이 정하는 금액
병원, 치과병 원, 한방병원, 요양병원	동지역		일반환자	요양급여비용총액×40/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)×40/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	요양급여비용총액이 보건복지 부령이 정하는 금액을 초과하 는 경우	일반환자	요양급여비용총액×35/100
			의약분업 예외환자	(요양급여비용총액-약가총액)×35/100+약가총액×30/100
		요양급여비용총액이 보건복지 부령이 정하는 금액을 초과하 지 아니하는 경우		보건복지부령이 정하는 금액
의원, 치과의원, 한 의원, 보건의료원 보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역	요양급여비용총액이 보건복지 부령이 정하는 금액을 초과하 는 경우		요양급여비용총액×30/100

(비고)

1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"라 함은 「약사법」 제21조제5항제3호 중 정신분열증 또는 조울증 등으로 인하여 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자, 동항제4호 중 「전염병예방법」에 의한 제1종 전염병환자, 동항제8호 및 제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가 목의 규정에 의하여 요양급여비용총액의 100분의 20을 적용받는 자를 제

외한다.

2. 위 표에서 “약가총액”이라 함은 약제비 총액에서 의약품관리료, 조제·복약지도료 및 주사료를 제외한 금액을 말한다.

3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료의 경우의 요양급여비용총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액에 한한다.

2. 비급여서비스에 대한 본인부담

국민건강보험법에 정의한 보험급여의 범위는 다음과 같이 포괄적이지만(국민건강보험법 제 39조 ①항), 행위보상방식의 지불제도를 운영하고 있기 때문에 의료서비스를 구성하는 각 요소로 분리되어 있다는 것이 특징이다.

- 진찰·검사
- 약제·치료재료의 지급
- 처치·수술 기타의 치료
- 예방·재활
- 입원
- 간호
- 이송

환자를 진료하는 데는 진찰·검사가 필요하고, 처치·수술 기타의 치료가 제공되며 그 과정에 약제·치료재료가 사용되므로 통합적인 일련의 과정으로 의료서비스가 제공되지만 각 요소별로 비급여서비스가 포함되어 있는 경우가 많다. 이 문제는 건강보험 진료비 급여가 행위보상방식의 지불제도에서 출발하는 것으로 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 낭비적이며, 이 중 일부가 급여로 전환되더라도 전체적인 보장성 개선에 기여하는 바가 크지 않을 수 있고, 그 효과를 명확하게 평가하기 쉽지 않다.

한편, 요양급여의 방법·절차·범위·상한에 대한 기준을 복지부령으로 정하도록 되어 있고(동법 제 39조 ②항), 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환과 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 급여대상에서 제외할 수 있다(동법 제 39조 ③항). 여기서 논의의 초점은 급여대상에서 제외되는 경우인데, 요양급여기준규칙 [별표 2]에 비 급여 대상을 구체적으로 정해 놓고 있다.

○ 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 건강보험급여 원리에 부합하지 않는 경우: 상급병실료, 보험급여 이외의 보장구(보청기, 안경, 콘택트렌즈 등), 보조생식술, 친자확인진단. 치과 보철, 선택진료, 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술, 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
- ⑤ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우(한방 물리요법, 한방생약제제)

비급여서비스는 법정비급여와 임의비급여로 나눌 수 있다. 위의 비급여대상 중 ①, ②, ③, ⑤와 ④항 중 ‘상급병실료, 보험급여 이외의 보장구, 보조생식술, 친자확인진단, 치과 보철, 선택진료’는 법정비급여 항목이다. 이 중 환자의 부담이 큰 항목은 선택진료비와 상급병실료이다.

임의비급여는 건강보험법령에서 법정본인부담 또는 비급여로 인정할 경우 이외에 환자로부터 비용을 받는 것을 통칭한다. 비급여서비스에 대한 논의에서 그 비용의 성격이나 환자부담이 과중하다는 면에서 문제로 지적되는 것은 법정비급여중 상급병실료와 선택진료비를 들 수 있고, 임의비급여 문제로 압축된다. 이들은 요양급여대상 질환·진료·예방진료의 모든 의료적 처치의 한 요소로 포함될 수 있기 때문에, 실제로 환자가 비급여서비스를 선택하거나 배제하기 힘든 실정이다. 특히 행위보상방식의 지불체계 하에서는 의료제공자가 전문가로서의 판단에 의한 사용뿐만 아니라 수익성을 고려하여 비급여서비스를 사용할 유인이 있기 때문에, 지불체계의 개선을 통해 이 문제를 해결해야 하는 것이 불가피한 측면이 있다.

아래에 상급병실료와 선택진료비로 대표되는 법정비급여와 임의비급여 문제를 정리하였다.

가. 법정비급여

전술하였듯이 법정비급여 중 환자의 부담이 큰 항목은 선택진료비와 상급병실료이다. 김정희 외(2006)의 연구에 따르면, 입원의 경우 선택진료비와 상급병실료가 전체 비급여서비스 비용의 약 40%를 차지하였다. 외래 전체적으로는 검사와 초음파가 주요 비급여 항목이었으나 종합전문병원과 종합병원은 선택진료비가 약 20%를 차지해 중요한 비용발생원이었다.

〈표 3-2〉 비급여 항목별 구성비

구 분	입원		외래	
	2004	2005	2004	2005
병실차액	23.5	22.6	-	-
선택진료비	13.1	17.6	3.2	5.1
식대 ¹⁾	20.7	19.8	-	-
검사	5.2	4.6	18.8	23.1
초음파	11.0	5.2	24.4	19.3
기타	26.5	30.2	53.6	52.5

출처: 김정희 외(2006) 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사.

주 1) 식대는 2006년 6월부터 급여항목으로 바뀌었음.

1) 선택진료비

의료법 제 37조 2의 규정에 의하여 선택진료에 관한 규칙을 두어 선택진료를 위한 의료인력의 자격요건과 범위, 선택진료 항목 및 추가비용 산정기준 등에 대해 규정하고 있다. 환자에게 부과할 수 있는 선택진료 항목은 의료서비스 전반에 해당되며, 부과규모는 20-100%까지 다양하다.

〈표 3-3〉 선택진료 항목과 추가비용의 산정기준

진료항목	추가비용(수가 기준액 대비)
진찰	55% 이내
의학관리	입원료의 20% 이내
검사	50% 이내
영상진단 및 방사선치료	영상진단은 25% 이내, 방사선치료는 50% 이내, 방사선 혈관촬영은 100% 이내
마취	100% 이내
정신요법	50% 이내(심층분석은 100% 이내)
처치·수술	100% 이내
침구 및 부황	100% 이내

자료: 선택진료에 관한 규칙

선택진료비의 규모는 약 4,000억원에 이르며, 전체 진료비 중 약 6%에 해당할 정도로 크다. 특히 종합전문요양기관은 8%에 근접하는 규모로 의료기관의 수입에 크게 기여하고 있다.

〈표 3-4〉 선택진료비의 규모

의료기관	선택진료비 규모	전체진료비 중 선택진료비 비율
전문종합요양기관	3,494억원	7.7%
종합병원	783억원	5.1%
병원	91억원	4.5%
전체	4,368억원	5.8%

자료: 보건복지부(2004년 기준). 한겨레 21 “병원의 기묘한 신발명품, 선택진료비”(2007. 7. 10)에서 재인용

선택진료비는 모두 환자가 부담해야 하기 때문에 건강보험 보장성 개선을 위해서는 반드시 해결해야 할 문제이며, 이에 대해서는 두 가지 논점을 정리할 필요가 있다. 첫째, 선택진료비가 타당한 비용인가? 둘째 이 비용을 건강보험에서 해결하는 것이 맞는가? 두 질문에 대한 답을 구하기 위해서는 우선 다른 나라에는 존재하지 않는 형태의 비용인 선택진료비가 부과된 배경과 특성을 이해하고 개선책을 찾는 것이 필요하다.

선택진료제의 도입은 의사비용 보상 차원에서 실시된 1963년의 특진규정에서 출발하였다. 이후 특진규정이 1991년 지정진료제도로 수정되고, 수차례의 논의를 거쳐 2003년 의료법에 선택진료제도를 규정하여 현재에 이르고 있다. 따라서 이 제도의 문구상의 의미인 ‘환자의 편익을 위한 질 높은 의사를 선택함¹⁶⁾’을 충실히 뒷받침하지 못하고 있다. 선택진료를 통해 환자의 권익이 높아지려면 의사에 대한 질 평가가 체계적으로 이루어져야 하고, 진정한 ‘선택’을 위한 환경이 마련되어야 한다. 현행 규정에

16) 이는 의료계가 해석하는 선택진료의 의미이기도 하나, 실제로는 병원수입 보전을 위해 의약분업 당시 강하게 주장하여 정부가 받아들였기 때문에 여전히 수입보전 기능에 중심이 가 있다.

따르면, 선택진료를 지정할 수 있는 자격과 범위를 ① 전문의 자격인정을 받은 후 10년이 경과한 의사, ② 대학병원 조교수 이상, ③ 면허취득 후 15년이 경과한 치과의사 및 한의사로 규정하고 있고, 재직 의사의 80%까지 허용하게 하여 실제로는 대부분의 의사가 선택진료 자격을 갖추고 있어 ‘선택’이 무의미한 상황이다. 이런 점에서 환자가 지불하는 비용이 합리적이려면 비용이 부과될 수 있는 자격과 범위에 대한 조정하여 환자가 질 높은 의사를 선택할 수 있는 제도적 장치가 뒷받침되어야 한다.

다음으로, 선택진료비를 공공보험에서 부담하는 것이 타당인가에 대한 물음에 대해서는 이 비용의 성격에 따라 달라질 것이다. 즉, 선택진료비가 병원수입을 보전하는 기능을 한다고 보는 실질적인 의미, 또는 문구상의 의미인 선택을 통한 환자의 권익신장이다. 이러한 성격규정에 따라 정책 대안도 달라질 것이며, 이는 제5장에서 다루기로 한다.

2) 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 비용으로 대형병원일수록 심하다(<표 3-5> 참조).

〈표 3-5〉 비급여 진료비 중 상급병실료의 비중

구분	2004	2005
전체	23.5	22.6
종합전문	28.8	24.1
종합병원	23.4	18.1
병원	22.3	18.1
의원	9.2	40.3
한방병원	17.1	18.8

출처: 김정희 외(2006) 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사.

상급병실료의 문제 역시 이 비용이 합당하게 발생하고 있는 지에 대한 검토가 필요하다. 현재 요양급여기준규칙 별표[2]의 규정에 따르면, 전체 병상¹⁷⁾ 중 건강보험 급여를 적용받는 기본 입원료만을 산정하는 병상을 50% 이상 확보하여 운영하는 경우는 상급병실료를 받을 수 있도록 하여 그 기준이 모호하다. 즉, 종래에는 급여 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. 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. 병원의 병상 규모에 따른 병실 분포 자료가 확보되어 있지 않아 실제 어느 정도의 문제를 가지고 있는 지 판단하기 어려우나 앞서 지적한 문제의 소지는 충분히 있어 보인다. 더구나 급여를 심사하는 과정에서 이러한 부분을 구체적으로 검토하기 어렵기 때문에 비용이 합당하게 지출되고 있는지 알기 어렵다. 아래에 정리한 상급병실료에 대한 규정의 변화를 보면 병원의 입장에서는 그 기준이 지속적으로 완화되어 왔음을 알 수 있다. 앞서 지적한 바와 같이 2004년의 기준 개정으로 그 기준의 모호하게 설정되어 있는 점은 개선할 필요가 있다고 판단된다.

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

〈표 3-6〉 상급병실료에 대한 규정의 변화

일시	규정	주요 내용
1978.12.18	보건사회부 고시 제54호	—입원병실은 일반환자용인 대중적인 일반병실(기준병실) —기준병실료와 상급병실료와의 차액은 피보험자가 부담 —요양기관이 자체병실의 사정 또는 기준병실의 만원으로 인하여 피보험자가 상급병실에 입원하게 된 경우, 기준병실료와 상급병실료와의 차액 불인정.
1982.5.25	보건사회부 고시 제82-26회	—요양기관은 허가병상수의 50%이상을 기준병상으로 확보하여야 함. —상급병실이란 기준병실보다 시설 및 비품이 현저히 우수하고 사회통념상 상급병실로 인정할 수 있는 경우에 한함. —요양기관은 상급병실료와 기준병실의 1일 차액을 확인한 본인승낙서를 받아야 함. —요양기관의 자체병실 사정 또는 만원으로 인한 상급병실 입원시 차액 불인정
1983.9.16	보건사회부 고시 제83-31회	—의료법의 입원실 시설기준에 적합하지 아니한 경우, 상급병실 불인정
1989.6.21	보건사회부 고시 제89-30호	—병상수의 50%이상을 기준병상으로 확보 —요양기관이 환자치료상 필요로 상급병실로 입원시킨 경우, 상급병실료 차액 불인정
1994.7.28	보건사회부 고시 제94-36호	—병상수의 50%이상의 기준병상으로 확보, 단, 신고병상이 10병상이하인 의원은 제외 —환자치료 상 필요로 하여 격리병실 입원시킨 경우, 상급병실료 차액 불인정
1997.8.30	보건복지부 고시 제1997-58호	—요양기관의 환자치료상 필요로 격리병실 입원시, 상급병실료 차액 불인정
1999.11.15	보건복지부 고시 제1999-31호	—허가받거나 신고한 병상수의 50%이상 일반병상 확보 —상급병상은 5인 이하를 수용하는 병실로서 입원실 면적이 의료법령에 의한 시설규모 이상, 시설 및 비품이 현저히 우수
2000.6.30	보건복지부령 제158호 ‘국민건강보험요양급여의기준에관한규칙’	—6인 이상의 가입자 등이 입원할 수 있는 병상을 50% 이상 확보한 요양기관에서 5인 이하 상급병상 운영시 상급병실료 받을 수 있음.
2004.12.31	‘국민건강보험요양급여의기준에관한규칙’	—허가받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 일반병상을 50% 이상 확보한 경우, 5인 이하의 상급병상 운영, 상급병실료 차액 인정 —일반병상 비율 산정에 대한 병실 기준을 없앴.

출처: 건강세상네트워크. 「병실료 급여확대를 위한 공동기자회견문」 (2007. 8. 30)

나. 임의비급여

모든 합법적인 의료행위와 치료재료는 급여 또는 비급여로 구분하여 법령이나 고시로 규정하고 있다¹⁸⁾. 따라서 급여 또는 비급여 목록에 속하지 않는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료는 불법적인 것으로 간주되는 임의비급여로 칭하며, 심사삭감이나 급여기준 또는 허가사항 초과도 포함한다.

보건복지부에서 분류한 임의비급여를 정리하면 다음과 같다.

- 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)
- 요양급여기준을 초과하여 사용한 경우
- 별도산정 불가에 따른 임의비급여: 행위수가에 포함된 치료재료나 약제에 대해 별도로 비용을 부담하게 하는 경우(예. 골수검사바늘은 골수검사료에 비용이 포함되어 있음)
- 식약청 허가사항 초과하여 사용한 경우(off-label use)
- 심사삭감에 따른 임의비급여

이와 같이 임의비급여의 종류가 다양하며, 각각 그 성격이 다르다. 보건복지부가 최근 발표한 임의비급여 해결방안에 따르면¹⁹⁾, 앞으로 의학적 근거와 타당성에 기초한 경우 환자에게 비용을 받을 수 있도록 규정을 바꾸고, 장기적으로는 포괄수가제를 통해 해결할 계획이라고 밝혔다. 다섯 가지의 임의비급여 중 가장 문제가 되는 것은 허가사항을 초과한 약제 사용

18) 급여와 비급여 목록이 각각 개정 고시되므로 positive 또는 negative 목록이라고 규정하기 어렵다.

19) 보건복지부 보도자료. 2007. 12. 12.

(off-label use)과 급여 또는 비급여로 분류되기 전 상태의 신의료기술이다. 허가사항 초과 사용은 대부분 의약품에 해당되는 것으로, 의료현장에서의 필요성과 식약청의 허가요건 사이에 부합되는 방향을 찾아야 할 것이다. 신의료기술 중 경제성 및 급여적정성이 불분명한 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료에 대해서는 판단의 근거를 충분히 확보할 수 있는 방안을 찾고, 그 과정에서 환자에게 비용을 부담시키는 것을 최소화할 수 있는 조치를 취해야 할 것이다. 그 외에 급여기준 초과나 심사삭감에 대해서는 사례심사와 진료비에 대한 전담 심사를 통해 개선하고, 별도산정 불가에 해당하는 경우는 수가산정 개선 차원에서 해결하면 될 것이다.

임의비급여의 문제는 의료서비스를 제공(또는 이용)하는 상황에서는 해당 경우를 따로 분리하여 결정하기 어렵고, 질병이 위중할수록 그러하다. 예컨대, 말기 암 환자에 대해 시도할 수 있는 처치가 별로 없는 경우를 가정하면, 의료진이 원하는 항암제가 급여기준을 초과하거나 식약청의 허가를 받지 않았다 하더라도 치료를 받아들이게 될 것이다. 상대적으로 신의료기술은 대체 가능한 처치 또는 재료가 있는 경우가 많으므로 의료진과 환자의 선택을 위한 자료를 축적한 뒤 결정하는 체계를 만들어 해결하는 것이 바람직하다. 임의비급여에 대한 정책방안은 복지부의 개선방안을 중심으로 제5장에서 구체적으로 다루기로 한다.

제2절 우리나라 건강보험의 급여수준

제2장에서 설명한 바와 같이, 건강보험 급여수준을 나타내는 지표는 건강보험 급여율 개념의 보장률이다. 건강보험 보장률에 대해 구체적으로 정리하기 전에 먼저 거시지표로서 우리나라 국민의료비 규모의 추이와 재원조달 현황을 살펴보고, 다음으로 우리나라 건강보험 보장률 현황에 대한 국내 연구결과를 제시한다.

1. 우리나라 국민의료비 규모의 추이

국민의료비(또는 총 의료비)의 규모와 이에 대한 재원조달 현황을 국제 비교를 통해 살펴보는 것은 상대적인 평가를 통해 우리나라의 문제를 짐작할 수 있게 한다. 의료비에 대한 국제비교를 위해서는 OECD 보건계정에서 산출하는 통계를 주로 사용하며, 의료비를 두 가지로 구분하여 각각에 대한 공공재원 지출의 비중으로 보장수준을 평가한다. 첫째 국민 총 의료비에 대한 공공재원 지출 비중으로, 이 때 총 의료비는 예방 및 공중보건지출, 행정관리비용, 국가의 의료시설투자 등을 모두 포함하는 개념이다. 둘째 개인의료비의 개념으로, 국민이 직접 제공받은 의료서비스에 대한 비용을 말한다.

보장성 현황을 논하기에 앞서 우선 총 의료비 규모와 GDP 규모를 비교하면, 우리나라와 전체 OECD 국가가 공통적으로 총 의료비 증가가 GDP 증가보다 높다는 점을 알 수 있다(<표 3-7> 참조). 1995년-2005년 사이의 우리나라 총 의료비의 평균 증가율과 GDP의 평균 증가율은 각각 9.5%와 6.7%로, OECD 전체 평균에 있어서 두 지표(각각 5.6%와 4.8%)의 차이보다 크다는 것을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고, 눈여겨볼 것은 1인당 GDP 규모에 있어서 OECD 평균과 한국의 차이가 현격히 줄어든 반면(2005년 기준으로 한국은 OECD 평균 대비 73.3%로 수준임), 의료비 규모는 OECD 평균에 비해 절반에 미치지 못하는 수준(46.9%)이다. GDP 대비 총 의료비의 비중은 2005년 기준으로 OECD 평균이 9.1%인 반면, 우리나라는 6%로 차이를 보이고 있다.

총 의료비에는 예방 및 공중보건, 보건행정 비용 등 집단의료비가 포함되어 있어, 개인이 의료를 이용할 때 실제로 발생하는 직접적인 비용보다는 넓은 개념이므로, 보장성 논의와 관련지어 본다면 개인의료비가 더 의미가 있을 수 있다.

〈표 3-7〉 OECD 평균과 우리나라 총 의료비 및 GDP 규모의 추이:
1985-2005

연도	총 의료비 (per Capita)			GDP (per Capita)			GDP 대비 총 의료비(%)	
	한국(a)	OECD 평균(b)	a/b	한국(c)	OECD 평균(d)	c/d	한국	OECD 평균
1985	187	928	20.2%	4,643	12,937	35.9%	4	6.8
1990	356	1,198	29.7%	8,203	16,399	50.0%	4.3	6.9
1995	531	1,538	34.5%	12,818	18,831	68.1%	4.1	7.5
1996	594	1,614	36.8%	13,843	19,659	70.4%	4.3	7.7
1997	622	1,646	37.8%	14,592	20,616	70.8%	4.3	7.6
1998	583	1,737	33.6%	13,644	21,391	63.8%	4.3	7.8
1999	695	1,847	37.6%	15,047	22,471	67.0%	4.6	8.0
2000	780	1,982	39.3%	16,344	24,086	67.9%	4.8	8.0
2001	932	2,130	43.8%	17,253	25,007	69.0%	5.4	8.2
2002	977	2,294	42.6%	18,453	26,036	70.9%	5.3	8.6
2003	1,051	2,471	42.5%	19,335	27,042	71.5%	5.4	8.9
2004	1,138	2,632	43.2%	20,723	28,575	72.5%	5.5	9.0
2005	1,318	2,810	46.9%	22,098	30,149	73.3%	6	9.1
1995-2005 평균 증가율	9.5%	6.7%		5.6%	4.8%			

자료: OECD Health Data 2007, 재구성

우리나라 총 의료비와 총 개인의료비(personal health expenditure)를 비교하면, 총 개인의료비의 증가율이 총 의료비보다 약간 높는데 주목해야 할 점은 각각에 대한 공공재원의 지출이 차이가 OECD 평균보다 크다는 것이다. 2000년까지 총 개인의료비에 대한 공공재원 지출 비중이 3-4% 정도 낮다가 그 이후에는 약간 낮은 수준이다. 한편, OECD 평균 보면 총 의료비와 총 개인의료비에 대한 공공재원 지출 비중이 거의 차이가 없고, 1985년부터 2005년까지 의료비에 대한 공공지출의 비중은 OECD 평균 72-74% 수준에서 안정적으로 유지되고 있음을 알 수 있다. 의료비 중 공공재원의 지출이 50% 미만인 한국, 미국, 멕시코, 그리스를 제외하면 평균값은 77.5%(2005년 기준)까지 올라가게 된다.

〈표 3-8〉 OECD 평균과 우리나라의 총 의료비와 총 개인의료비 비교

연 도	한국				OECD 평균			
	의료비 규모(US\$PPP)		공공재원 지출(%)		의료비 규모(US\$PPP)		공공재원 지출(%)	
	1인당 총 의료비	1인당 총 개인의료비	총 의료비	총 개인의료비	1인당 총 의료비	1인당 총 개인의료비	총 의료비	총 개인의료비
1985	187	165	30.0	26.4	928	953	73.2	74.1
1990	356	319	36.6	32.3	1,198	1,276	72.7	72.5
1995	531	467	35.7	32.9	1,538	1,703	72.2	71.3
1996	594	520	38.9	35.1	1,614	1,790	68.6	71.1
1997	622	540	41.4	37.9	1,646	1,869	72.9	70.7
1998	583	518	46.6	42.8	1,737	1,898	72.4	71.2
1999	695	609	46.9	44.2	1,847	1,755	72.2	72.0
2000	780	690	46.8	44.6	1,982	1,862	71.9	71.5
2001	932	831	53.0	52.0	2,130	2,064	72.5	72.5
2002	977	869	51.6	50.6	2,294	2,157	72.7	72.6
2003	1,051	935	51.9	51.3	2,471	2,316	73.2	72.1
2004	1,138	1,016	52.6	52.2	2,632	2,448	72.7	72.3
2005	1,318	1,175	53.0	52.4	2,810	2,624	72.7	72.2
1995-2005 평균증가율	9.5%	9.7%			6.7%	6.1%		

자료: OECD Health Data 2007, 재구성

2. 의료비 지출의 자원조달에 대한 국제 비교

의료비에 대한 자원조달을 비교하면 우리나라의 의료보장이 취약함이 확연히 드러난다. 의료비에 대한 공공재원 지출이 OECD 평균에 비해 훨씬 낮은 뿐만 아니라, 민간지출의 내용에서 차이를 보이고 있다. 우리나라는 민간재원 지출 중 환자본인부담의 비율이 낮아지고 있고 2000년 이후로 40% 미만으로 떨어지긴 하였으나, OECD 평균에 비하면 여전히 매우 높다(2005년 기준 우리나라 37.7%, OECD 평균 19.5%). 2005년 기준으로 국가별 비교를 보면 우리나라의 환자본인부담 비율이 가장 높게 나타나, 전 국민 의료보장제도를 실시하고 있음에도 불구하고 보장수준이 취약하

여 건강보험의 역할이 제대로 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다. 한편 우리나라의 의료비에 대한 재원 중 민간의료보험의 지출비중이 높지 않은 것으로 나타나지만, 이는 대표성을 가지는 자료가 확보되지 않았기 때문에 과소 추계되었을 가능성이 있다. 보고된 통계를 OECD 평균과 비교하면 민간의료보험에 의한 지출이 낮게 보이지만, 의료보장에 있어서 민간 의료보험에 대한 의존도가 가장 높은 미국을 제외한 OECD 평균은 2005년 기준으로 4.7%이므로, 우리나라의 3.4%와 아주 큰 차이는 아니라고 볼 수 있다.

〈표 3-9〉 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: OCED Health Data 2007, 재구성

의료비 재원조달에 대해 OECD 국가 간의 비교를 통해 우리나라의 본인부담 비중(2005년 기준 37.7%)이 멕시코(51.2%) 다음으로 높다는 것을 알 수 있다. 멕시코는 전 국민 의료보장체계가 갖추어지지 않았음을 감안한다면 우리나라가 가장 높다고 볼 수 있다. 스위스(30.5%)와 폴란드

(26.1%), 헝가리(24%)를 제외하면, 대부분의 국가에서 본인부담 비중이 20% 내외이다.

〈표 3-10〉 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
Mean	72.7	27.2	19.5	6.3	2.5

주: 1) 2004년 자료임

2) 2002년 자료임

한편, 민간의료보험에 대한 의존도가 높은 미국(36.6%)과 네덜란드(19%)를 제외하면 민간의료보험의 지출비중이 10%를 초과하거나 근접하

는 국가는 캐나다(12.9%)와 프랑스(12.5%), 독일(9.2%), 스위스(8.8%)이고, 나머지는 5% 내외에 불과하여 우리나라와 큰 차이가 없다.

요컨대, 일부 국가를 제외한 대부분의 OECD 국가는 의료비 재원조달에 있어서 민간의료보험의 역할이 제한적이며 본인부담률도 낮아 공공지출이 주된 재원임을 알 수 있다.

3. 건강보험 보장성 현황에 대한 국내 연구

건강보험의 의료보장 수준에 대해 논의가 활발해진 것은 전 국민 의료보험과 보험재정 통합이 완료된 2000년 이후이다. 실질적으로는 건강보험 통합 이후 맞은 재정적자의 위기가 해소된 2003년 이후 보장성개선이 정책 의제로 잡히면서 보장수준에 대한 평가가 본격적으로 이루어졌다. 현재 국내에서 사용되는 건강보험 보장성 수준을 산출하는 방식은 두 가지이다. 첫째, OECD 보건계정체계(System of Health Account, 이하 SHA)에 따라 산출된 의료비중 공공재원 지출 비중이다. 통일된 SHA 방식으로 산출된 의료비 자료는 국제비교에 유리하기 때문에 상대적인 평가에 유용하다. 둘째, 2004년부터 국민건강보험공단에서 산출하고 있는 ‘건강보험환자의 본인부담 진료비’이다. 각 방식에 대한 내용과 장·단점을 파악하기로 한다.

가. SHA 방식

1) 의료비 항목

SHA 방식으로 파악하는 의료비지출에 대해 아래의 표에 정리하였다. 이는 한 국가가 보건의료와 관련하여 지출하는 모든 내용을 파악하는 것을 목적으로 하며, 재원별로 자세하게 파악하고 있다. SHA 의료비 항목 중 건강보험 보장성과 관련된 지출은 HC1HC2(치료 및 재활), 일부의

HC3(장기요양서비스), 각종 검사와 진단을 포괄하는 HC4(보조서비스), 외래환자에게 사용되는 의약품과 의료용품이 해당된다.

〈표 3-11〉 SHA 구성과 자원 구분

구분	서비스 구분		자원						HF3: 기타
			HF1: 정부		HF2: 민간				
			HF11: 정부	HF12: 사회 보장	HF21: 민간사회보험	HF22: 민간보험	HF23: 가계부담	HF24: 비영리단체	
개인 의료비	HC1HC2: 치료 및 재활	HC11HC21: 입원							
		HC12HC22: Day cases							
		HC13HC23: 외래							
		HC14HC24: 가정 치료 및 가정 재활							
	HC3: 장기요양 서비스	HC31: 입원							
		HC33: 재가 (home care)							
	HC4: 보조서비스								
HC5: 외래환자에 대한 의료상품	HC51: 의약품 및 의료용품								
	HC52: 의료용구 ¹⁾								
집단 의료비	HC6: 예방 및 공중보건								
	HC7: 보건행정 및 의료보험								
HC9: 기타(구분 안됨)									
총 의료비: HC1-HC9									
HCR1: 자본형성									

주: 1) 의료용구: Therapeutic appliances and other medical durables

HC3(장기요양서비스)의 일부가 적용되는 이유는 아래의 항목 중 우리나라의 장기요양 서비스 부분은 파악이 충분히 되고 있지 않기 때문이다. 왜냐하면, 우리나라는 아직 장기요양서비스 시설이 충분하지 않기 때문에 병원에 장기간 입원하는 환자가 많아 실제 내용상으로는 장기요양에 해당

되지만 지출이 잡히는 부분은 HC1HC2(치료 및 재활)에 해당될 수 있고, 정부가 설립하여 운영하는 일부 장기요양시설 외에는 장기요양시설을 이용하는 환자의 비용을 파악하는 것이 어렵기 때문이다.

2) 의료비에 대한 자원

건강보험 보장성을 파악하기 위해서는 의료비에 대한 자원별 분류가 중요하다. OECD에서는 공공지출과 민간지출을 구분하고, 각각에 대해 자세히 파악하고 있다. 의료에 대한 보장성을 평가하기 위해서는 민간지출 중 민간의료보험에 의한 지출과 가계 부담을 구분하여 가계 부담을 정확히 파악하는 것이 필요하다. 민간의료보험에 의한 보장을 해석하는 데 있어서 가입자가 보험료를 내기 때문에 가계의 부담으로 볼 수도 있으나, 민간의료보험에 대한 세제혜택 또는 근로자의 경우 고용주가 보험료의 일부를 부담하는 경우가 있어 실제 어느 정도의 가계 부담을 주는 지 파악하기 어렵다. 또한, 본 연구에서 초점을 두고 있는 의료보장이라는 측면에서 볼 때, 중요한 것은 발생한 의료비 지출에 대해 환자가 얼마의 부담을 감당해야 하는 지 파악하는 것이므로 이 부분에 논의를 집중하기로 한다.

가계 부담을 좀 더 세부적으로 살펴보면, 공공이든 민간이든 제공되는 의료보장 패키지 내에서의 본인부담(cost-sharing)이 있고, 그 외의 비급여 서비스에 대한 본인부담이 있다. 우리나라의 민간의료보험은 의료서비스 이용에 대해 각각 급여하는 실손 보상형 보험보다는 질병 발생 시 일정 금액을 급여하는 현금급여 형태가 대부분이기 때문에, 민간의료보험에서 발생하는 급여서비스에 대한 본인부담(cost-sharing)은 미약할 것이다. 따라서 가계부담은 공공 의료보장의 본인부담(cost-sharing)과 그 외의 본인부담(HF231, 즉 비급여서비스에 대한 부담)으로 구성된다고 볼 수 있고, 이는 건강보험 보장성을 파악하는 데 있어서 가장 중요한 지표이다.

〈표 3-12〉 가계 부담에 대한 세부 분류

HF23: 가계부담 (household out-of-pocket)	HF231	cost-sharing을 제외한 본인부담(out-of-pocket)
	HF231-5	공공의료보장의 cost-sharing
	HF236-7	민간의료보험의 cost-sharing
	HF239	기타 cost-sharing

3) 연구 자료

SHA 방식으로 의료비와 가계 부담을 파악한 연구로는 정형선(2004; 2005) 정형선과 신봉구(2006)가 대표적이다. 국내 의료보장을 파악하기 위해 SHA 중 개인의료비(personal health expenditure)의 개념이 적합하다고 제안하였다(정형선 2005; 정형선과 신봉구 2006).

이 연구들에 의료비 지출과 재원을 파악하기 위해 사용한 자료는 다음과 같다. 건강보험 급여 서비스에 대한 비용과 환자부담을 파악하기 위해 건강보험통계연보, 의료급여통계연보, 산재보험통계연보를 사용하였고, 의료비에 대한 가계 부담을 파악하기 위해 통계청의 ‘(도시)가계조사²⁰⁾’를 활용하였고, 국민건강조사를 보충적으로 활용하여 서비스 영역별(예, 입원, 외래, 의약품 등) 의료비를 파악하였다. 또한, 민간재원 중 민간의료보험에 대한 자료는 전국 단위의 자료가 없기 때문에 보험개발원의 내부자료를 활용하였다.

이와 같이 출처가 다른 여러 가지 자료를 활용하였기 때문에, 조사방식과 표본이 다른 자료들을 연계하는 과정에서 추정의 정확성이 떨어질 수 있다. 특히 비급여 진료비에 대한 파악이 제대로 이루어지기 힘들기 때문에 건강보

20) 2003년 이전에는 도시가계를 대상으로 조사하였으나, 2003년부터는 농·어촌 가구를 포함하였다.

험 보장성 개선 정책수립을 위한 구체적인 자료의 뒷받침이 아쉬운 측면이다.

나. 건강보험환자의 본인부담 진료비

건강보험 보장성 개선이 보건정책의 주요 의제로 채택된 이후, 국민건강보험공단에서는 2004년부터 매년 건강보험환자의 본인부담 진료비를 파악하여 건강보험 보장성에 대한 평가를 실시하고 있다. 현재까지 세 번의 조사가 연속적으로 이루어졌으며, 정부가 공식적으로 발표하는 보장성 지표로 사용되고 있다.

1) 조사범위

건강보험환자의 본인부담조사의 조사대상자는 건강진단이나 성형수술, 보철, 첩약 등의 비급여 진료만을 목적으로 의료기관을 이용한 환자는 제외하였다(김정희 외 2006). 이는 건강보험 급여원칙에서 벗어나는 부분을 제외한 것이므로 문제가 없다고 생각된다. 그러나 이러한 조사대상의 제한은 서비스영역에 따라서는 현황을 파악하는 데 문제가 있을 것으로 보인다. 예컨대 치과서비스의 경우는 보철이나 치아교정 등이 급여원칙에서 제외되어 있으나, 이러한 서비스와 급여영역에 속하는 치료(예, 충치치료)가 함께 제공되는 경우가 많기 때문에 조사에서 제외되는 문제가 있고, 또한 이러한 환자들이 평가대상에서 제외된다면 실제 많은 비용이 발생하는 서비스가 제외됨으로써 보장률이 과대평가되는 문제가 있을 수 있다.

2) 조사방법

조사 표본은 요양기관을 층화계통추출법을 사용하여 지역, 병상규모, 병원특성을 고려하고, 의원의 경우 진료과목별 특성을 고려하여 선정하였다. 표본으로 선정된 의료기관에 2005년 12월 한 달 동안 방문한 환자의 의료비 내역을 조사하였다. 조사내용에 있어서 급여영역과 비급여 항목에

대한 조사가 이루어져 본인부담의 구성에 대한 정확한 파악이 이루어졌고, 상병별 및 의료기관 종류별 본인부담 현황을 파악할 수 있어 자료의 활용도가 높지만 몇 가지 단점을 가진다. 첫째, 앞서 언급한 바와 같이 건강보험 급여원칙을 벗어나는 서비스를 이용한 환자를 조사대상에서 제외함으로써 보장률 산출에 오류가 있을 수 있다. 이 문제가 발생할 수 있는 영역이 치과와 한방이며 이 영역에 대한 보장률의 과대평가가 우려된다. 둘째, 조사표를 요양기관이 작성하도록 하여 진료비 보고의 정확성에 문제가 있을 수 있다. 특히 비급여서비스에 대한 축소보고의 우려가 있기 때문에 보완책이 필요할 것으로 보인다. 또한 조사표에 포함된 비급여 항목 이외의 내용에 대해서는 파악할 수 없기 때문에 보장률이 과대 추계될 위험이 있다. 셋째, 의료기관 별로 표본 추출률이 차이가 많다. 특히 치과 병원과 치과의원, 한방병원, 한의원의 표본수와 분석건수가 상대적으로 작아 자료의 대표성에 대한 우려가 있다(<표 3-13> 참조).

요양기관 종별건강보험진료비 크기를 비교해 보더라도 표본이 의원에 많이 편중되어 있음을 알 수 있고, 치과의원과 한의원, 약국의 표본과 분석건수가 적다고 할 수 있다(<표 3-14> 참조).

〈표 3-13〉 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사 표본기관 수 및
분석대상 기관수

구분	모집단 수 (개소)	표본 수 (개소)	표본 추출률(%)	분석기관수 (개소)	분석건수	Strata
계	48,416	618	1.3	450	1,411,821 (100%)	-
종합전문	42	4	9.5	3	209,013 (14.8%)	-
종합병원	244	21	8.6	15	291,860 (20.6%)	300병상 이상/미만, 지역
병원	946	70	7.4	54	132,661 (9.4%)	급성/노인 병상, 지역
의원	16,282	344	2.1	265	577,131 (40.9%)	병상 유무, 진료과목
치과병원	82	4	1.2	3	2,900 (0.2%)	-
치과의원	7,576	59	0.8	21	8,026 (0.6%)	지역
한방병원	127	10	7.9	8	17,711 (1.3%)	지역
한의원	7,162	50	0.7	32	30,581 (2.2%)	지역
약국	15,955	56	0.7	32	141,938 (10.0%)	지역

출처: 김정희 외(2006). 『2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사』

〈표 3-14〉 영양기관별 건강보험진료비 규모, 2005

구분	진료비 규모(천원)	총 진료비 대비 비율
계	24,796,775,728	100%
종합전문	3,512,588,619	14.2%
종합병원	3,487,909,373	14.1%
병원	1,881,706,234	7.6%
의원	6,633,161,529	26.8%
치과병원	43,041,247	0.2%
치과의원	984,442,019	4.0%
한방병원	82,706,640	0.3%
한의원	1,003,087,661	4.0%
약국	7,033,330,867	28.4%
기타	134,801,539	0.5%

출처: 건강보험통계연보(2005).

4. 국내 연구 결과의 비교

앞서 설명한 바와 같이 SHA 방식의 의료비 산출과 재원별 파약을 통해 보장률을 산출한 정형선의 연구(2006)와 건강보험환자의 본인부담 진료비 조사(김정희 외 2006)를 통해 얻은 결과를 비교하면 다음과 같다.

전체 건강보험 보장률을 보면, SHA 방식으로 산출된 결과가 본인부담 조사결과보다 약 10% 낮으며, 비급여 본인부담 비율이 훨씬 높다. 또한, 본인부담 조사에서는 2004년에 비해 2005년의 건강보험 보장률이 증가하였으나, SHA 방식의 산출결과에서는 동일한 보장률을 나타냈다. 2004년과 2005년에 걸쳐 보장성 개선을 위한 여러 가지 정책을 시행하였기 때문에 2005년의 보장률이 높아졌을 것으로 기대하였으나 SHA 방식의 산출에서는 그 효과가 나타나지 않았다.

두 결과치의 차이에 대한 이유를 찾기 위해 요양기관 유형별 급여율의 차이를 살펴보았다. 보장률의 차이가 가장 큰 요양기관은 약국으로 무려 약 20% point의 차이를 나타내고 있다. 이와 같이 약국의 보장률이 큰 차이를 보이는 이유는 SHA의 약국 비용에 한방보약과 비 처방약(즉, OTC)이 포함되었기 때문이다. 본인부담조사에서는 처방을 위한 의료기관 이용은 조사대상에서 제외시켰고 OTC도 포함하지 않았기 때문에 결과가 큰 차이를 보일 수밖에 없다. 한방보약을 제외하더라도 OTC에는 금연을 돕는 life-style 계통의 의약품이나 예방을 목적으로 하는 의약품 또는 비타민과 건강보조식품 등이 포함될 수 있기 때문에 보장률 산출에 포함하는 범위에 대해 충분한 논의를 거쳐 지표를 산출해야 할 것이다.

병원 및 의원 진료비에 대한 본인부담에 있어서도 연구결과가 차이가 있지만 2005년에는 근접하는 값을 보였다. 흥미로운 것은 병원의 경우 SHA 방식에서는 비급여 본인부담이 늘어난 반면 본인부담조사에서는 현저히 줄었고, 의원의 경우는 반대로 SHA 방식에서는 비급여 본인부담이

줄고 본인부담조사에서는 늘어났다는 점이다.

〈표 3-15〉 SHA 방식과 본인부담조사의 건강보험 급여율 비교

구분	2004		2005	
	SHA 방식	본인부담조사	SHA 방식	본인부담조사
전체 급여율	51.9%	61.3%	51.9%	61.8%
법정본인부담	20.0%	23.1%	19.8%	22.5%
비급여 본인부담	28.1%	15.6%	28.3%	15.7%

〈표 3-16〉 SHA 방식과 본인부담조사의 요양기관 유형별 건강보험 급여율 비교

구분		2004		2005	
		SHA 방식	본인부담조사	SHA 방식	본인부담조사
병원	전체	57.2%	48.2%	56.4%	55.9%
	법정본인부담	23.1	21.8	22.1	19.8
	비급여 본인부담	19.7	30.0	21.5	24.3
의원	전체	65.3%	64.1%	65.5%	63.1%
	법정본인부담	24.7	22.8	24.8	22.8
	비급여 본인부담	10.0	13.1	9.7	14.0
약국	전체	53.1%	73.0%	54.4%	70.8%
	법정본인부담	20.0	25.0	20.6	26.5
	비급여 본인부담	26.8	2.0	25.0	2.7

입원에 대한 보장률에 있어서 차이점은 SHA 방식의 보장률이 본인부담조사보다 높다는 점과, 2004년과 2005년 사이의 변화 양상이 다르다는 점이다. 즉, SHA 방식에서는 2005년의 입원 보장률이 2004년에 비해 줄어든 반면, 본인부담조사에서는 늘어났다. 두 방식 모두 법정본인부담이 줄어들었으나 SHA 방식에서는 비급여 본인부담이 16.9%에서 21.3%로 크게 증가한 반면 본인부담조사에서는 거의 변화가 없었다는 점이 차이이다.

외래의 경우는 입원과 반대로 본인부담조사의 보장률이 높았는데, 이는 SHA 방식에서 비급여 본인부담의 비중이 높았기 때문이다. 본인부담 조사에서는 2004년에 비해 2005년의 보장률이 개선된 반면, SHA 방식에서는 변화가 없었다. 본인부담조사에서는 비급여 본인부담이 줄어들어 보장률 개선에 기여한 것으로 나타났다.

〈표 3-17〉 SHA 방식과 본인부담조사의 입원 및 외래의 건강보험 급여율 비교

구 분		2004		2005	
		SHA 방식	본인부담조사	SHA 방식	본인부담조사
입 원	전체	66.0%	54.9%	63.1%	57.5%
	법정본인부담	17.1	16.4	15.6	14.0
	비급여 본인부담	16.9	28.7	21.3	28.6
외 래	전체	47.6%	56.9%	47.6%	58.4%
	법정본인부담	22.0	26.0	22.0	25.8
	비급여 본인부담	30.4	17.1	30.5	15.8

제3절 효과적 보장에 대한 사례

본 절에서는 제 2장에서 소개한 효과적 보장의 개념을 현 시점에서 이용 가능한 자료를 활용하여 우리나라에 적용할 수 있는 지 검토해 보고자 한다. 현재 논의되고 있는 건강보험 보장성 개념에 새로운 측면에서의 평가가 더해져 논의를 풍부하게 할 것으로 기대한다.

1. 연구의 개요

한 나라의 의료체계를 효과적 보장의 관점에서 평가하기 위한 기본적인 방향이 세계보건기구에서 제안된 이후 이론적인 측면에서 많은 발전이 있

었으나 아직도 논의 중에 있으며²¹⁾(Tandon 외 2007) 실제 적용은 미약한 부분이 많다. 개인 수준에서의 의료이용과 의료필요, 이용 가능한 의료의 질 자료를 활용하여 한 나라의 의료체계를 효과적 보장의 측면에서 평가한다는 긍정적인 관점에도 불구하고 아직 이를 뒷받침 할 자료가 부족하기 때문이다. 따라서 모든 건강/의료서비스를 포괄하기보다는 나라별로 핵심적 의미를 가지는 의료(건강) 정책이나, 가용자료가 존재하는 의료(건강) 정책을 중심으로 효과적 보장에 대한 평가가 이루어진다. 우리나라에서 실험적으로 효과적 보장을 평가하기 위하여 4개의 의료(건강) 서비스 범주 중 규범적 의료서비스인 자궁경부암검사, 복합증상처치에서 우울증, 성취도 조사가 가능한 의료서비스 영역인 고혈압관리에 대한 효과적 보장을 살펴본다. 본 연구를 위하여 사용된 개인수준의 국가대표자료는 광역단위 통계생산이 가능하게 설계된 2005년 국민건강영양조사 자료이다.

2. 연구의 틀

효과적 보장에 대한 모니터링은 적어도 3가지의 서로 상관된 문제에 대한 명확한 조작적 정의와 산술적 계산과정이 필요하다. 첫째 특정 의료서비스가 필요한 인구집단에 대한 명확한 범주설정, 둘째 의료(건강) 서비스를 제공받은 후 건강증진(health gain)의 변화를 측정 가능한 산술적 수치로 변환하는 문제, 셋째 사후적으로 측정된 서비스 제공에 대한 정보를 이용하여 사전에(ex ante) 특정 의료서비스를 이용할 수는 확률 계산 등이 이에 해당 된다²²⁾.

21) Ajay Tandon, Bakuti Shengelia, Somnath Chatterji, And Christopher J. Murray. On Measuring Effective Coverage Using Household Survey Data. 2007 6th World Congress in Copenhagen, Denmark

22) Effective Coverage in Mexico: Measurement strategies. workshop on health system coverage, efficiency and comparative risk assessment for priority setting in mexico.

가. 규범적 의료서비스

규범적 의료서비스는 보편적 측면에서 의료서비스 이용 효과를 가질 것이라고 판단되는 의료서비스 범주를 말한다. 의료서비스에 대한 실질 필요(true need)는 나이, 성별, 또는 특정 사건의 발생(예, 임신 등)에 의해 규범적으로 인정되어 효과적 보장의 평가는 주로 의료이용, 또는 의료의 질(효과)에 보다 집중된다. 이 범주에 드는 의료서비스는 소아의 예방 접종, 비타민 A 섭취, 자궁경부암/유방암 검사, 미성숙아에 대한 의료처치, 출산 전 처치(prenatal care) 등이다.

규범적으로 정의되는 효과적 보장은 인구집단 대비 해당 의료서비스를 받은 인구수의 비율로 산출된다. 멕시코에서 적용된 자궁경부암 검사의 조작적 정의는 18-69세의 여성들 중 지난 3년동안 골반 검사(pelvic examination)를 받은 적이 있는 여성의 비율이다. 골반검사와 함께 Pap smear 검사를 동시에 수행한 여성의 비율이 동시에 사용되기도 하는데 이는 좀 더 보수적인 측면에서 효과적 보장을 측정하기 위함이다. 그러나 이런 방식의 계산법은 자궁경부암 검사가 자궁경부암으로 인한 사망을 줄였는지에 대한 효과와 결부되지 못하는 단점이 있다.

미성숙아 관리서비스와 관련된 효과적 보장 지수는 다음 식과 같다.

$$EC = \frac{CDR_{30-34weeks}^{max} - CDR_{30-34weeks}^{observed}}{CDR_{30-34weeks}^{max} - CDR_{30-34weeks}^{min}} \quad (5)$$

$$CDR_{30-34weeks} = \frac{\text{임신 30-34주 사이에 사망한 태아의 수}}{\text{임신 30-34주 태아의 수}} \quad (6)$$

여기서 $CDR_{30-34weeks}^{max}$ 는 25%로 상정하는데 이 수치는 태아에 대한 효과적인 처치가 존재하지 않던 1950년대 선진국에서 경험 수치이다.

$CDR_{30-34weeksg,a}^{min}$ 는 2%로 설정한다. 이는 현대 미국에서 기록하고 있는 미숙아 사망률이다. $CDR_{30-34weeksg,a}^{observed}$ 수치는 독립적으로 측정되어야 한다. 미숙아 사망률과 같은 자료는 관련 부처를 통해 얻을 수 있을 것으로 예상된다. 그러나 이 통계의 지역적 대표성 문제는 여전히 다른 차원에서 고려될 필요가 있다.

나. 단일증상에 대한 처치

단일증상에 대한 처치는 사고나 특정 위험 요소의 발현 등에 따른 의료서비스 범주를 말한다. 설사, 급성 기도감염 등에 대한 처치가 이 범주에 속하는 의료서비스가 된다.

이 범주에 속하는 질병들은 실질필요(효과적 보장의 분모에 해당하는 인구집단)를 측정하는데 어려움이 있다. 환자 보호자의 보고에 의존해야 하는 자료의 특성상 실질필요를 가진 인구집단의 크기를 측정하기가 어려우며 우리나라는 광역단위 수준에서도 대표성이 인정되는 자료가 수집되지 못하기 경우에 더욱 그러할 것이다. 따라서 정확한 측정을 위해 우선적으로 지역 대표성을 가진 샘플자료의 개발이 요구된다. 국민건강영양조사와 같은 대표성을 가진 자료를 이용하는 경우에도 여전히 어려움이 존재하는데 특정 질병에 대한 구체적 처치 내용을 확인할 수가 없기 때문에 (의료/건강) 서비스 이용에 대한 효과 검정이 어렵기 때문에) 이를 대체할 대리지표를 제공할 수 있는 자료가 필요하게 된다.

다. 복합증상에 대한 처치

일반적으로 건강상의 문제는 단일 증상이 아니라 복합적 증상의 발현에 의해 발생하기 때문에, 측정도구가 중요한 문제로 부각되고 환자의 의료서비스에 대한 실질필요는 확률로 계산된다. 따라서 실질 필요에 대한 평가는

측정도구에 의존하며 표준적인 기준(gold standard, 즉 객관적인 검사나 임상 검사 등)이 존재하면 정확성이 보장된다. 임상진단검사 방법이 모든 대상 인구에게 적용되기가 어렵기 때문에 다문항 증상 측정 설문이 일반적으로 이용된다. 이 범주에 속하는 의료서비스는 협심증, 관절염, 우울증 등이다.

다문항 설문지 결과와 이전 연구에서 확인되거나 혹은 연구자의 주관적 판단에 따른 초기값을(prior) 적용하여 베이지안 사후확률(질병 유병율)을 계산할 수 있다. 베이지안 조건부 사후확률 식은 다음과 같이 표현된다.

$$P(\text{Model}|\text{Data}) = \frac{P(\text{Data}|\text{Model})P(\text{Model})}{P(\text{Data})} \quad (7)$$

베이즈 추론은 모수를 확률변수로 가정하고 관찰된 자료를 조건으로 하는 조건부 추론을 이용한다. 베이즈 추론에서 우리가 알고자하는 모수의 사후분포 $P(\text{Model}|\text{Data})$ 는 사건이 일어날 사전분포(prior probability)와 자료수집이 이루어진 후 모형에 기반한 자료의 우도 $P(\text{Data}|\text{Model})$ 의 곱에 비례하는 관계를 가진다. 식 (7)의 분모 $P(\text{Data})$ 는 모수의 사후분포확률이 0과 1사이의 값을 가지도록 조정하는 정규상수(normalizing constant)이다. 다문항 설문지를 이용한 질병에 걸릴 확률 $P(\text{Model}|\text{Data})$, 즉 $P(D^+|Q_{1k}, \dots, Q_{ik})$ 는 질병의 유병율(초기값) $P(D^+)$ 과 질병을 가진 응답자에서 나타나는 positive 다문항 설문응답 $P(Q^+|D^+)$ 질병을 가지지 않은 사람에서 나타날 수 있는 positive 설문응답 $P(Q^+|D^-)$ 의 정보를 이용하여 다음과 같은 베이지안 조건부 확률식을 이용하여 계산할 수 있다.

$$P(D^+|Q_{1k}, \dots, Q_{ik}) = \frac{\Pi P(Q_{ik}|D^+) P(D^+)}{P(D^+) \Pi P(Q_{ik}|D^+) + (1 - P(D^+)) \Pi P(Q_{ik}|D^-)} \quad (8)$$

라. 성취도 조사가 가능한 의료서비스

바이오마크(biomarker)나 성취도 조사가 가능한 의료서비스로 의료서비스에 대한 실질필요나 처치후 의료서비스의 질에 대한 측정을 위해 바이오마크 자료가 사용가능한 의료서비스를 말한다. 주로 고혈압, 당뇨 등과 같은 주요 만성질환의 관리에 적합한 서비스이다.

단순히 서비스를 이용한 사람에 대한 정보뿐만이 아니라 제공된 서비스의 효과(effectiveness)를 측정할 수 있는 자료를 이용하여 의료에 대한 필요와 제공된 서비스의 질 측정을 수행한다. 임상시험이 아닌 비실험(non-experimental) 조건하에서 통계적 기법을 이용하여 제공 서비스의 효과를 검정한다. 의료서비스의 효과를 측정하기 위하여 서비스를 제공한 경우와 제공하지 않은 경우와의 결과치를 비교하는 방법이 동원된다. 본 연구에서는 고혈압 프로그램의 효과 유무를 가지고 효과적 보장을 측정한다.

$$treat_i = \alpha_0 + \beta_0 X_{\text{진단여부}_i} + \varepsilon \quad (9)$$

$$sbp_i = \alpha + \beta X_i + \gamma treat_i + \mu_i$$

수축기 혈압(sbp_i)은 고혈압 조절 프로그램의 이용($treat_i$) 여부와 개인의 인구학적, 의학적 병력, 행동조절 여부 등의 변수(X_i)와 y 절편(α) 및 모형오차(μ_i)의 식으로 표현된다. 고혈압 조절여부에 따라 수축기혈압(고혈압조절 프로그램의 효과적 측정할 수 있는 성취도 지표)의 변화가 있는지를 회귀방정식을 이용하여 살펴보는 것이다.

식 (9)를 전통적인 최소자승(Ordinary Least Square, 이하 OLS) 방식으로 추론하면 통계적 문제가 발생하게 되는데, 이는 고혈압 조절프로그램의 변수와 수축기혈압변수가 동시에 사용됨으로 인한 내생성(endogeneity)의 문제이다. 즉, 고혈압 프로그램 참여여부 변수($treat_i$)는 개인의 수축기

혈압(sbp_i)에 의해 결정될 뿐만 아니라 또한 수축기 혈압은 $treat_i$ 변수에 의해서도 결정되기 때문이다. 따라서 내생성을 나타내는 변수($treat_i$)와 부분적으로 상호 연관되어 있지만 sbp_i 나 관측되지 않은 변수(omitted variables)와 상호연관이 없는 도구변수(instrument variable)를 이용하여 이 문제를 해결할 필요가 있다. 본 연구에서는 의사의 고혈압 진단여부를 사용하였다.

고혈압 프로그램의 이용여부와 수축기 혈압을 측정하여 서비스 이용 전 후의 혈압변화를 개인별로 기록하고, 개인기록을 종합하여 지역의 고혈압 관리 프로그램의 효과적 보장을 평가할 수 있다. 고혈압 프로그램의 효과적 보장은 다음과 같다.

$$EC_h = 1 - \frac{\sum_i (SBP_{Oi} - 140)}{\sum_i (SBP_{BTi} - 140)} = \frac{\sum_i (SBP_{BTi} - SBP_{Oi})}{\sum_i (SBP_{BTi} - 140)} \quad (10)$$

SBP_{BTi} 는 고혈압프로그램 참가 전 수축기 혈압(before treatment SBP)을 SBP_{Oi} 는 고혈압프로그램 서비스 이용 후 수축기 혈압(observed SBP)를 나타낸다.

3. 연구자료

본 연구에서 측정하려는 효과적 보장은 2005년 국민건강영양조사를 이용하여 산출하였다. 2005년 국민건강영양조사의 조사 모집단은 2000년 인구주택총조사에서 사용한 일반조사구 24만 6천여 개로 구성된다. 전체 가구수는 1,480만 가구로 구성되어 있으며, 2000년과 2005년 인구구조의 차이는 가중치를 이용하여 보정하였다(한국보건사회연구원, 2006).

국민건강영양조사의 1차 추출단위(primary sampling unit)인 표본조사구 추출방식은 층화집락계통추출법이다. 표본배분을 위해서 지역층(7개 광역시, 경기, 강원, 충청, 전라, 경상, 제주 등 6개 도)의 행정구역(동/읍·면)과

주거종류(아파트/일반주택)로 층화한 후, 각 층의 모집단 조사구 수에 비례하도록 배분한 후 계통추출법으로 표본조사구를 추출하였다. 표본가구는 각 표본조사구에서 계통추출방식으로 20~26가구씩 선정하였다. 최종적으로 표본규모는 건강면접조사의 경우 600개 표본조사구에서 13,345 가구(전체 600개 조사구 내 가구 수의 약 1/3)를 조사대상으로 선정하였으며, 이중 조사가 완료된 가구는 총 12,001가구로 조사완료율은 89.9%이다(한국보건사회연구원, 2006).

본 연구에서는 4가지 의료서비스 범주별로 자료의 이용가능성을 중심으로 하나의 대표 서비스를 정하였다. 규범적 의료서비스의 경우 자궁경부암 진단(pap smear 검사)을 대상으로 하였다. 단일증상처치의 경우 효과적인 보장의 분모에 해당하는 실질 필요를 가진 인구수를 측정할 수 없어 분석에 포함되지 않았다. 복합증상처치로서 관절염, 성취도 조사가 가능한 의료서비스로서 고혈압이 고려되었다. 고혈압에 대한 효과적인 보장을 측정하기 위하여 회귀방정식에 사용된 변수는 수축기혈압, 나이, 성별, 음주, 흡연여부, 체질량지수(body mass index), 고혈압 가족력이 포함되었다.

4. 연구결과

가. 규범적 의료서비스

자궁경부암 검사의 효과적인 보장 범주는 19-69세 여성을 대상으로 지난 2년 이내 자궁경부암 검사를 받은 적이 있는지를 조사한 것이다. 이를 식으로 표현하면 다음과 같다.

자궁경부암에 대한 효과적인 보장 =

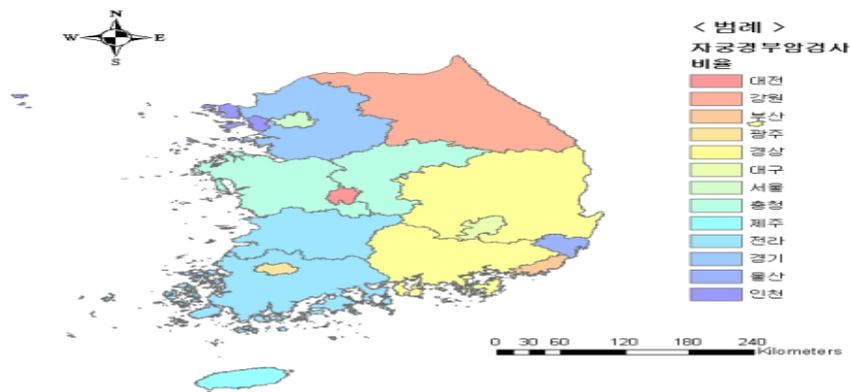
$$\frac{\text{지난 2년 이내 자궁경부암 검사를 받은 19-69세 여성}}{\text{19-69세 여성 전체}}$$

2005년 국민건강영양조사를 이용하여 자궁경부암의 효과적 보장을 광역시도별로 측정하면 <표 3-18>과 [그림 3-1]과 같다. 대전, 강원, 부산, 광주가 낮은 편에 속하고 전라, 경기, 울산, 인천이 자궁경부암검사의 효과적 보장 비율이 높은 지역으로 분류되었다.

<표 3-18> 자궁경부암에 대한 효과적 보장

순위	지역	16-69세 대상인구	자궁경부암 검사인구	효과적 보장 비율
16	대전	498,027	154,963	0.311153
15	강원	496,092	164,973	0.332546
14	부산	1,331,443	445,478	0.334583
14	광주	491,337	172,132	0.350334
12	경상	1,919,982	749,857	0.390554
10	대구	906,776	357,738	0.394516
9	서울	3,709,035	1,474,671	0.397589
8	충청	1,116,804	445,171	0.398611
6	제주	175,646	70,367	0.400618
5	전라	1,186,095	499,305	0.420966
3	경기	3,643,818	1,633,087	0.44818
2	울산	364,816	175,494	0.481048
1	인천	888,840	428,987	0.482637

[그림 3-1] 자궁경부암검사(2년간) 지역별 효과적 보장 분포



나. 복합증상에 대한 처치

2005년 국민건강영양조사에서 관절염에 관한 설문항목은 “지난 1년간 관절주위의 통증, 뻣뻣함 혹은 부종을 경험한 적이 있습니까?”와 “지난 1달 중에서 관절주위에 통증 뻣뻣함 혹은 부종을 몇일이나 경험하였습니까?” 2가지이다. 인구집단을 대상으로 관절염(류마티스)의 확률적 진단에 영어권에서 가장 일반적으로 사용되는 설문은 Spector 등이 보고한 “1개월 이상 무릎(혹은 고관절, 손가락) 관절 주변으로 통증, 부종 혹은 뻣뻣함을 느낀 적이 한번이라도 있었습니까?”이다. 반면, 아시아 지역에서 가장 많이 사용되는 관절염 설문은 COPCORD 설문이다(김현아, 2000). 우리나라 관절염 유병률은 1995년 4.7%, 1998년 9.28%, 2001년 8.88%, 2005년 11.61%로 1998년을 예외적인이긴 하지만 전반적으로 증가하는 양상을 보인다(보건복지부, 2006).

2005년 국민건강영양조사의 관절염 지표는 월간 관절염 증상경험일수이다. 관절염을 한번이라도 앓은 적이 있는 사람의 지난 1개월간 증상이 있었던 일수를 산출하는 것으로 미국의 NHIS(National Health Interview Survey)가 지난 한달(30일) 동안 관절염 증상(통증, 뻣뻣함, 혹은 쭉심(aching))을 경험하였는지 여부를 묻는 것과 차이가 있다²³⁾.

23) 우리나라 질문이 증상일수를 묻는 것에 반해 미국의 것은 30일 동안 증상이 있었는지를 질문하고 있다. 미국의 NHANES(National Health and Nutrition Examination Survey)의 경우 지난 일년간 관절염 증상을 앓았는지 확인 한 후 지난 한달 동안 대부분의 날(days)도 같은 증상을 앓았는지 여부로 관절염을 확인한다. 미국 주정부 단위로 실시하는 BRFSS(Behavioral Risk Factor Surveillance System)도 NHIS와 같은 질문항이다.

<표 3-19> 관절염 여부와 설문과의 상관관계

			관절염 여부		합 계
			아니오(D-)	예(D+)	
2005년 국민건강 영양조사	설문 응답	아니오 (Q-)	3,058	179	3,237
			94.47	5.53	100
			99.03	53.29	94.59
		예 (Q+)	30	148	178
			16.85	83.15	100
			0.97	45.26	5.21
	합 계		3,088	327	3,415
			90.42	9.58	100
			100	100	100
2001년 국민건강 영양조사	설문 응답	아니오 (Q-)	2,547	184	2,731
			93.26	6.74	100
			42.45	32.74	41.62
		예 (Q+)	3,453	378	3,831
			90.13	9.87	100
			57.55	67.26	58.38
	합 계		6,000	562	6,562
			91.44	8.56	100
			100	100	100

2005년 국민건강영양조사의 10% 자료와 2001년 국민건강영양조사를 이용하여 관절염 여부와 관절염 설문 응답과의 상관관계를 조사하였다. 관절염의 효과적 보장을 계산하기 위한 기초자료는 <표 3-19>에 나타난 바와 같이 2001년 국민건강영양조사 $P(Q^+|D^-) = 0.5755$ 과 특이도(specificity)는 0.4245로 나타났으며 민감도(sensitivity)인 $P(Q^+|D^+)$ 는 0.6726로 계산되었다. 한편 $P(D^+)$ 는 2001년도 국민건강영양조사의 조사를 바탕으로 한 유병률은 8.88%로 추정되었다. 식(8)에 따른 설문지 근거 관절염의 사후 이환율(유병율)을 계산하며 베이지안 추론²⁴⁾에 의한 지역별 관절염 유병율과 치료율은 다음 표와 같다

24) 베이지안 추론은 윈벅스(WinBugs)를 이용하였다. 초기 시험 sampling 값(burn in) 으로 1000회를 시행한 후 5,000 시행으로 추론 값을 얻었다.

〈표 3-20〉 지역별 관절염 유병율 및 치료율(2005)

지역	유병율(A)		치료율(B)		효과적 보장(B/A)	
	%	순위	%	순위	크기	순위
대전	11.5	5	10.1	2	0.8799	1
광주	8.1	10	5.7	6	0.7122	2
경상	12.6	4	8.5	4	0.6730	3
전라	16.3	1	10.7	1	0.6556	4
부산	8.8	8	5.6	7	0.6398	5
충청	13.4	3	8.3	5	0.6204	6
경기	7.4	11	4.5	11	0.6060	7
강원	14.3	2	8.6	3	0.6027	8
울산	7.2	13	4.1	13	0.5738	9
인천	7.3	12	4.1	12	0.5665	10
서울	8.5	9	4.7	10	0.5471	11
대구	10.4	7	5.6	8	0.5413	12
제주	11.1	6	5.5	9	0.4950	13

대전의 경우 관절염 유병율은 11.5%로 5위이지만 절대적 크기에서 치료율이 전국 2위조사되어 유병율 대비 치료율 순위에서 1위를 차지하였다. 반면, 제주의 경우 유병율은 11.1%로 대전과 유사하지만 치료율이 저조하여 유병율 대비 치료율에서 최하위인 13위에 그쳤다. 대전과 광주 등 일부 대도시 지역의 관절염 효과적 보장은 전국 상위권을 차지하지만 서울, 대구 인천, 울산 등은 유병율 대비 치료율인 효과적 보장에서 상대적으로 저조한 것으로 조사되었다.

다. 성취도 조사가 가능한 의료서비스

이 영역에 속하는 의료서비스 중 본 연구에서 효과적 보장을 계산한 것은 고혈압 조절 프로그램이다. 앞서 설명한 바와 같이 고혈압 조절 프로그램의 내생성(endogeneity) 때문에 2단계 최소지승법(two stage least squares) 방법을 사용하여 프로그램 이용한 경우와 이용하지 않은 경우의 고혈압 조절정도를 측정한다. 결과 해

식의 편리를 위하여 나이는 집단평균 나이로 BMI 지수는 25로 이동한 값을 사용하였다. 흡연여부는 현재 담배를 피우는 사람으로 국한 하였으며, 음주는 한달에 1번 이상 음주하는 경우를 음주로 정의하였다. 고혈압 가족력의 경우 부모형제 중 단 한사람이라도 고혈압이 있는 경우 가족력이 있는 것으로 판단하였다.

2단계 최소자승법을 적용한 결과 모든 변수의 회귀계수 값이 예상한 결과대로 나타났다. 나이, 음주여부, 흡연여부, BMI 지수, 고혈압 가족력은 모두 혈압상승에 양의 영향을 보이며 성별(여자)의 경우 남자에 비해 수축기 혈압이 낮은 것으로 조사되었다. 그러나 흡연의 경우 회귀계수 값의 통계적 유의성이 관찰되지 않았다. 조사대상의 평균나이(34.2세)에 음주와 흡연을 하지 않으며 BMI 지수가 25이고 고혈압 가족력이 없는 남자의 평균 수축기 혈압은 122.3이며 동일한 조건의 여자인 경우 116.6의 수축기 혈압을 가지는 것으로 조사되었다. 치료여부가 수축기 혈압조절에 상당한 영향을 미쳐 치료를 하지 않는 경우와 비교하여 16.17 mmHg 낮은 것으로 나타났다. 나이가 10세 증가할수록 수축기 혈압에 미치는 영향은 3.80 mmHg이다.

〈표 3-21〉 고혈압 관련인자 (2단계 최소자승법 결과)

변수	회귀계수값	t-value	p-value	95% CI	
치료여부	16.17	22.63	0.000	14.77	17.58
나이	0.38	32.95	0.000	0.36	0.40
성별(여자)	-5.63	-13.76	0.000	-6.44	-4.83
음주여부	1.70	4.20	0.000	0.91	2.49
흡연여부	0.58	1.15	0.251	0.41	-1.56
BMI 지수	0.84	16.05	0.000	0.74	0.94
고혈압 가족력	1.04	2.60	0.009	0.25	1.82
y 절편	122.27	149.96	0.000	120.68	123.87

식 (10)을 이용하여 우리나라 전체와 광역 시도별 고혈압 조절 프로그램의 효과적 보장을 계산하여보았다. 식(10)의 SBP_{BTi} 는 고혈압프로그램

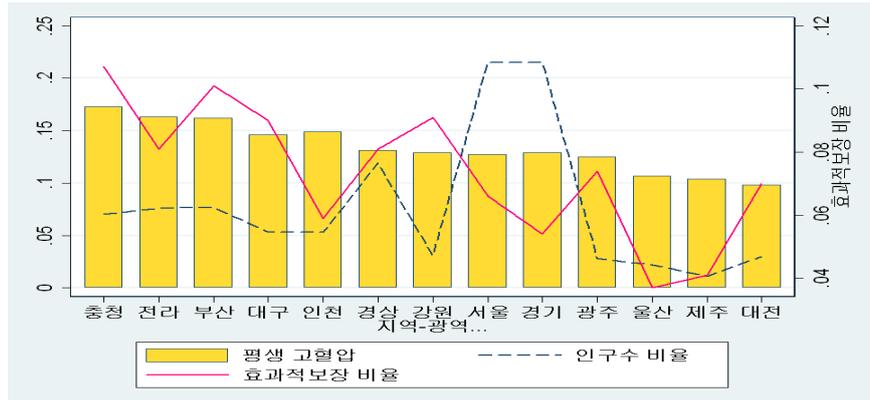
참가 전 수축기 혈압(before treatment SBP)으로 현재의 수축기 혈압에서 치료효과로 인한 혈압조절(16.17 mmHg)량을 제외한 것을 사용하며 SBP_{oi} 는 고혈압프로그램 서비스 이용 후 수축기 혈압(observed SBP)을 나타낸다. 우리나라 전체적으로 고혈압 조절프로그램의 효과적 보장은 7.34%이며 광역단위로 조사할 경우 3.67%-10.68%까지 분포하였다. 참고로 멕시코의 경우 국가전체 고혈압관리 효과적 보장은 16%이며 10-25%의 범주에 걸쳐 분포하고 있는 것으로 나타났다.

<표 3-22>는 지역별 성인인구와 고혈압관리대상자들의 분포를 나타낸다. 평생고혈압 환자비율이 지역인구의 9.8% - 17.3%에 분포하고 조사시점 전 1년 이후 고혈압환자의 분포는 9.8% - 16.2%에 걸쳐 나타났다. 효과적 보장 비율이 높은 지역은 지역의 고혈압 환자 비율이 높음에도 불구하고 상대적으로 고혈압관리 효과적 보장이 높은 것으로 조사되었다.

〈표 3-22〉 지역별 고혈압 인구 및 효과적 보장

순위	지역	지역인구		평생고혈압		지난 1년간 고혈압		효과적 보장 비율
		인구수	비율	인구수	비율	인구수	비율	
1	충청	2,572,192	0.070	444,607	0.173	417,359	0.162	10.68%
2	부산	2,822,095	0.077	458,492	0.162	423,450	0.150	10.14%
3	강원	1,134,568	0.031	145,944	0.129	139,864	0.123	9.09%
4	대구	1,928,443	0.053	280,896	0.146	276,949	0.144	9.03%
5	전라	2,796,994	0.076	454,959	0.163	430,823	0.154	8.13%
6	경상	4,364,166	0.119	570,184	0.131	563,823	0.129	8.09%
7	광주	1,042,515	0.028	130,730	0.125	119,211	0.114	7.43%
8	대전	1,082,375	0.030	105,935	0.098	105,935	0.098	6.98%
9	서울	7,859,900	0.215	994,280	0.127	961,808	0.122	6.64%
10	인천	1,926,666	0.053	286,123	0.149	275,194	0.143	5.91%
11	경기	7,877,873	0.215	1,019,625	0.129	948,822	0.120	5.45%
12	제주	394,547	0.011	41,124	0.104	39,522	0.100	4.06%
13	울산	790,661	0.022	84,568	0.107	84,568	0.107	3.67%
	합계	36,592,995		5,017,466		4,787,326		

[그림 3-2] 지역별 인구수, 고혈압환자비율 및 효과적 보장



5. 소결

의료정책은 개별 프로그램 또는 보건의료체계 전체적으로 국민에 대한 책임과 지도·감독(stewardship)을 증진시키는데 초점이 주어져야 한다. 효과적 보장은 서비스 공급측면, 제공된 서비스의 질, 필요 서비스에 대한 요구의 측면에서 특정 의료/건강 프로그램이 국민의 건강증진 향상에 얼마나 기여하고, 의료보장 체계가 얼마나 잘 작동하고 있는지에 대한 종합적 평가를 가능케 하는 개념적인 틀을 제공한다. 이런 점에서 효과적 보장은 의료 프로그램의 수행정도를 결과와 효율성의 측면에서 평가하여 자원 배분에 있어 주요한 기준이 될 수 있다. 그러나 효과적 보장을 모니터링 하는 시스템을 만드는 데는 다음의 중요한 4가지 측면에서 해결이 필요함을 보여준다. 첫째, 특정 의료/건강 프로그램에 대한 필요(need)를 전체 인구에 대해 측정할 필요가 있다. WHO의 World Health Service 조사(WHS)는 특정 증상에 따른 의료이용과 특정 증상에 대한 다문항 설문을 통해 특정 질병에 대한 의료서비스 필요를 확률적²⁵⁾으로 계산이 가능하게 한다. 그러

25) 베이지안 조건부 확률 계산 방식에 따라 특정 질병의 초기 유병률(기존 연구를 통해 알려진)

나 우리나라의 경우 WHS에서 제외되어 있을 뿐만 아니라 인구전체 필요수요를 측정할 수 있는 자료가 없다. 둘째, 의료서비스를 이용하는 개인의 입장에서 본 의료의 질을 측정하기 위하여 특정 의료인 집단을 통해 얻을 수 있는 건강증진의 기대치에 대한 정보가 필요하다. 건강증진에 대한 기대치는 비용 효과분석의 일부로서 조사되고 측정되어 왔으나, 보다 포괄적인 자료 수집은 이루어지지 않고 있다.

셋째, 의료서비스의 가격, 의료기관(공급자)과의 거리, 공급자의 반응성 또는 기술적 의료의 질 등이 효과적 보장에 미치는 영향을 파악할 필요가 있다. 즉, 의료의 질과 의료이용에 영향을 미치는 수요자의 특성과 공급자 특성을 포함하는 조사가 필요하다. 이는 단순히 수요자가 선택한 공급자들만의 자료가 아니라 특정 서비스에 관련된 모든 공급자에 대한 자료이어야 한다. 넷째, 효과적 보장을 측정하기 위하여, 사건이 발생된 후 사건에 영향을 미친 사전 요인을 파악할 수 있는 정보를 제공할 수 있는 코호트 형태의 자료가 필요하다.

본 연구에서 소개한 효과적 의료보장을 측정하는 방법은 재원부담을 누가 하느냐의 문제는 직접적으로 포괄하고 있지 못한 한계를 가진다. 그러나 효과적 보장이 의료에 대한 필요가 있는 경우에 대해 건강증진을 가져오는 의료이용을 측정하고 있기 때문에 다양한 이유로 인한 의료이용의 제한이 내포되어 있다고 볼 수 있다. 또한 의료이용과 의료의 질 및 의료이용 후의 건강 증진을 평가하는 종합적인 평가 지표로서 의미를 가질 수 있기 때문에 의료체계에 대한 전체적인 평가를 할 수 있고, 전체적인 비용을 고려하면 효율성에 대한 평가도 가능하다는 장점이 있으므로, 향후 이에 대한 국내 연구가 활성화 된다면 유용한 정책적 함의를 제공할 것이다.

과 수집된 자료를 바탕으로 인구집단의 특정 의료서비스에 필요정도를 사후조건부 확률을 계산할 수 있다.

제4장 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가

제1절 건강보험 보장성 개선 논의의 역사적 과정

우리나라 건강보험의 역사는 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장을 대상으로 시작되지만, 1989년까지는 ‘전 국민 의료보험 실시’를 중심으로 의제가 형성되어 보장성 개선과 관련한 논의는 상대적으로 소홀히 되어 왔다. 1989년 전 국민 의료보험이 실시된 이후에야 의료보험 보장수준에 대한 평가와 문제제기, 대안에 대한 논의가 활발히 진행될 수 있었다. 이와 같은 점에서 우리나라 의료보장의 역사 속에서 보장성 개선정책에 대한 평가는 1989년 이후가 될 수밖에 없다.

그러나 1989년 이후에도 건강보험 보장성 개선에 대한 논의를 한 시기로 묶어 놓고 평가하기 어렵다. 건강보험 보장성 개선 정책은 시대적 상황에 따라 상당히 다르게 진행되었기 때문이다. 1989년 이후부터 1999년까지는 전국적으로 수백 개에 이르는 보험자²⁶⁾로 나뉘어져 건강보험이 관리·운영되고 있었다. 하지만 여러 조합 간 재정의 불균형은 사실상 보험급여를 확대하는데 실질적인 걸림돌로 작용할 수밖에 없었다. 즉 급여확대는 재정이 가장 어려운 조합이 감당할 수 있는 범위 안에서 추진될 수밖에 없는 한계가 있었는데, 이를 두고 ‘하향평준화’라는 표현이 사용되기도 했다. 다른 한편, 당시에는 건강보험의 관리운영방식을 놓고 ‘단일보험자 방식’과 ‘다보험자 방식’의 대립과 갈등이 발생하였던 상황도 ‘건강보험 보장성 개선’이 주요 국가 정책 의제로 채택되지 못하게 했던 환경적 요

26) 전국민의료보험이 실시된 직후인 1990년에는 409개의 조합으로 나뉘어져 있었으나 본격적인 통합이 이루어지기 직전인 1997년 연말에는 공교공단 1개, 직장조합 145개, 지역조합 227개로 총 373의 조합이 있었다.

인으로 볼 수 있다.

하지만 단일보험자의 출현으로 보험급여의 ‘하향평준화’의 근거는 사라졌음에도 불구하고 건강보험 보장성 개선에 대한 정책적 논의가 곧바로 활발하게 진행될 수는 없었던 이유는 ‘건강보험 재정적자’라는 상황이 발생하였기 때문이다. 당시 건강보험 재정적자의 원인에 대한 논란의 진위를 불문하더라도, 재정적자를 극복해야 한다는 사회적 심리는 건강보험 보장성 개선에 대한 논의를 ‘비현실적’인 것으로 몰아가는 분위기를 만들기에 충분했다. 건강보험 재정이 적자라고 해서 ‘보장성 개선’ 논의가 불가능하며, ‘보장성 개선’보다 ‘재정적자 해소’가 우선적인 정책적 목표로 설정되었던 것은 논리적 근거가 충분하다고 볼 수 없다. 하지만 당시 상황에서는 건강보험 재정적자가 구조적 원인에서 출발하며 자칫 만성적 적자가 발생할 수도 있다는 우려(김창엽 2001)와 이전 20년 가까운 논쟁의 결과로 통합된 단일보험자가 출범부터 위기를 맞이했다는 의식이 등장하여 보장성 개선에 대한 논의는 활발하게 이루어지지 못하였다.

이와 같은 분위기가 점차 바뀌어가기 시작했던 것은 2003년부터 건강보험 당기수지가 흑자로 전환되고 2004년 말 건강보험 누적수지마저 흑자로 전환되어 마침내 건강보험 재정적자가 해소되는 시점부터였다. 시민사회단체들은 건강보험 재정 흑자가 국민들이 낸 보험료로 이루어진 것인 만큼, 급여확대로 국민들에게 되돌려주어야 한다는 입장²⁷⁾을 내세웠고, 정부는 건강보험 보장성 80%가 노무현 대통령의 공약 사항이었다는 점에서 구체적 논의가 진전될 수 있었다²⁸⁾. 그 결과 2004년부터 현재에 이르기까지 건강보험 보장성 개선과 관련한 논의는 우리나라 건강보험 30년 역사상 가장 활발하게 이루어지고 있다.

27) 건강세상네트워크, 민주노총 등 건강보험 가입자를 대표할 여러 시민사회단체들은 2004년말 건강보험정책심의위원회를 앞두고 건강보험 급여확대를 요구하는 성명서를 발표했다.

28) 그 결과 2004년 12월 6일 건강보험정책심의위원회에서는 2005년 건강보험 수가 및 보험료율 결정과 더불어 2005년에 1조 5천억원 상당의 보험급여 확대를 추진하기로 결정했다.

〈표 4-1〉 우리나라 건강보험 보장성 개선 논의의 시기적 구분

시기 구분	시대적 배경과 특징
1989 ~ 1999년	관리방식 논쟁이 보장성 개선 논의를 압도하던 시기 - 1989년 7월 전국민의료보험 실시 - 진료일수 확대, CT 등 일부 보험급여 확대 추진
2000 ~ 2004년	건강보험 ‘재정적자’로 보장성 개선 논의가 이루어지지 못한 시기 - 2000년 의약분업 도입, 국민건강보험 출범 - 2001년 건강보험 재정위기 - 2001년 건강보험 재정건전화 계획 수립, 특별법 제정 - 스켈링 등 일부 보험급여 축소 - 2003년부터 건강보험 재정 당기수지 흑자 - 2004년말 건강보험 재정 누적수지 흑자
2005 ~ 현재	재정 흑자를 배경으로 활발한 보장성 개선 논의가 되는 시기 - 2004년 12월 건강보험정책심의위원회에서 2005년 1조 5천억원 규모의 급여확대 추진하기로 결정 - 질병별 접근 등 보장성 개선을 위한 다양한 접근방식 논의 - 건강보험 보장성 관련 지표의 정립과 측정

1. 다보험자 관리체계에서의 보장성 개선 논의(1989~1999년)

1989년 전 국민 의료보험이 실시된 이후 단일보험자가 출범했던 2000년 직전까지 우리나라 의료보험은 여러 조합으로 나뉘어 관리되고 있었다. 이 시기에 의료보험 관리방식을 둘러싼 논쟁이 치열하게 전개되는 상황이었지만, 그렇다고 해서 이 때 건강보험 급여확대가 이루어지지 못했던 것은 아니다. 1987년 한방의료보험 도입, 1989년 약국의료보험 도입 등과 같이 전 국민 의료보험으로 확대되는 것과 함께 의료보험의 기반을 형성하기 위한 급여확대 조치가 이루어졌다. 한편, 1992년 골수이식, 1993년 백내장수술시 인공수정체, 1996년 CT, 1998년 자가조혈모세포이식술 등에 대한 보험급여가 이루어졌으며, 장애인 보장구에 대해서도 보험급여가 시작되었다(각각 1997년과 1999).

하지만 당시 보장성 개선의 가장 큰 정책적 의제는 ‘연간 요양급여일수 제한’을 확대하는 것이었다. 의료보험 출범 이후 1981년 동일한 상병

에 대하여 평생 동안 180일 이상 진료를 받을 수 없게 제한했던 것을 1984년 상병에 대한 구분 없이 연간 180일 이상의 진료를 받을 수 없도록 제한하는 조치로 개선되었다. 하지만 요양급여일수 제한은 2000년까지 20년 동안 존속했던 정책이었다.

〈표 4-2〉 2000년 이전 의료보험 급여확대 변천내용

연도	변천 내용
1981. 4. 4.	- 요양급여기간을 동일한 상병에 대하여 180일(평생 개념) 적용
1983. 10. 1.	- 자궁내장치, 불임수술 급여
1984. 12. 31.	- 상병구분 없이 연간 180일 진료일수 제한 (폐결핵은 제외)
1987. 2. 1.	- 한방의료보험 도입
1988. 2. 15.	- 요양급여일수 제한 연장 규정 신설 (연간 180일 초과해도 요양급여비용 30만원까지 허용)
1989. 7. 1.	- 만성신부전증 환자 요양급여기간 산정 특례
1989. 10. 1.	- 약국의료보험 도입
1991. 7. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 45만원으로 조정
1992. 10. 1.	- 골수이식 보험급여
1993. 3. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 55만원으로 조정 - 백내장 수술시 인공수정체 보험급여
1994. 8. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 조정 65세 미만 피보험자 65만원, 65세 이상 피보험자 80만원, 장애인 150만원
1995. 4. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 90만원으로 조정 장애인과 국가유공자 160만원으로 조정
1995. 6. 30.	- 연간 요양급여일수 180일에서 210일로 연장
1996. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 210일에서 240일로 연장 - 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 120만원으로 조정 - 65세 이상, 장애인, 국가유공자, 폐결핵환자 등 요양급여일수 제한 폐지 - CT 보험급여 실시
1997. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 240일에서 270일로 연장 - 골수이식 급여대상 확대 - 장애인보장구(상한액 범위 구입비 80% 지원, 지팡이, 보청기 등)
1997. 9. 1.	- 단일광자전산화단층촬영법 검사 보험급여
1998. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 270일에서 300일로 연장
1998. 4. 1.	- 자가조혈모세포이식술 보험급여
1999. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 300일에서 330일로 연장
1999. 10. 10.	- 장애인보장구 보험급여 품목 확대(의지, 보조기, 콘택트렌즈, 의안 등)
2000. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 300일에서 365일로 연장
2000. 7. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 폐지 - 산전진찰 보험급여

연간 진료일수를 제한하는 정책은 특히 장기치료가 필요한 중증질환이나 희귀질환, 노인성질환 등의 환자들에게 상당한 부담이 되었다. 따라서 ‘진료일수 제한’을 완화하라는 요구가 의료보험 보장성 개선에서 핵심적인 내용으로 되는 것은 당연한 것이었다. 정부는 이와 같은 요구를 수용하여 1995년부터 단계적으로 확대하는 조치를 시행하였고 2000년 7월 국민건강보험 실시와 함께 진료일수 제한 조치를 완전 폐지하였다²⁹⁾.

이상에서 살펴본 바와 같이 당시 보험 보장성과 관련된 논의는 매우 제한된 범위에서 진행되었다. 연간 요양급여일수 제한의 기간과 대상자, 상한액 등과 관련하여, 점진적인 방식으로 오랜 시간을 두고 서서히 개선해 온 특징을 볼 수 있다. 이러한 특징은 무엇보다도 당시 의료보험이 여러 조합으로 나뉘어 분산·관리되고 있었던 것에 기인한다. 각 조합마다 재정상황이 달라 가장 열악한 조합의 수준에서 감당할만한 보장성 개선 정책으로 추진할 수밖에 없었던 것이다.

이 점은 당시 의료보험의 통합 일원화를 주장하던 근거로 제기되었다. 당시 의료보험 관리의 통합일원화를 주장하던 측은 보험재정이 분산 관리되는 방식에서는 각 조합의 재정상황에 따라 급여수준이 하향 평준화될 수밖에 없다는 점을 지적하며 ‘보장성’이 개선되기 위해서는 관리방식이 통합 일원화되는 것이 전제되어야 한다고 하였다. 1992년 당시 우리나라 의료보장제도는 전국적으로 421개의 조합으로 분산·관리되고 있어 포괄적 보건의료서비스 제공이 불가능하며, 조직 관리운영에서 규모의 경제를 상실했고, 의료보험 조합 간의 재정적 격차를 줄이는 것이 구조적으로 불가능하여 사실상 의료보험 보장성 수준이 하향 평준화될 수밖에 없으며 의료보험 관리방식의 통합 일원화가 대안이라고 주장하였다³⁰⁾. 반면, 통합을

29) 그 후 2001년 건강보험 재정위기가 발생하자 정부는 다시 연간진료일수를 365일로 제한하는 방안을 도입하여 시행하다가 2006년 1월에 이를 폐지하였다.

30) 건강사회를 위한 보건의료인 연대회의(1992), 『건강사회를 위한 보건의료』, 실천문화사

반대하고 다보험자 방식의 관리운영체계를 옹호했던 측은 보험자별로 보험료 수준과 보장수준이 다를 수 있으며, 이것이 조합의 원리이자 보험료 인상의 동기로 작용할 것이라는 입장을 기본으로 하고 각 조합마다 일정한 수준의 재정을 내놓고 재분배하여 조합별 재정격차를 줄이기 위한 ‘재정균등화사업’을 통해 보완하자고 주장하였다(이규식 2002).

이렇듯 격렬했던 의료보험 통합에 대한 논쟁 속에서 정부는 ‘목표보장률’조차 정책적 목표로 제시하기 어려웠고, 보장성 개선을 위한 접근방법과 계획이 구체적으로 논의되지 못했던 것은 물론이었다.

2. 통합 건강보험의 재정 적자 시기에서의 보장성 개선 논의 (2000~2003년)

2000년 7월 통합 건강보험이 출범하자마자 2001년 봄 건강보험 재정적자 위기를 맞이했다. 2001년 건강보험 당기수지가 4조원 가량의 적자³¹⁾가 발생할 것이라는 점이 사회적인 위기의식을 불러왔고, 건강보험 재정위기가 발생하자 정부는 즉각 이에 대한 대책을 발표했다. 그 내용은 「국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」이라는 이름으로 2001년 5월 발표되었다. 보험재정 위기에 대한 대처가 급선무였던 탓에 이 안에는 건강보험 보장성 부분은 오히려 후퇴한 내용이 포함되어 있었다. 예컨대, 치석제거술은 2000년 통합 건강보험 출범과 함께 급여 확대된 서비스였으나 건강보험 재정위기를 맞이하면서 ‘치주질환 전단계에서의 시술’에만 보험급여를 인정하는 것으로 대폭 축소되었다³²⁾. 또한 전반적인 외래

31) 보건복지부는 2001년 5월 「국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」에서 2001년 당기수지 적자를 4조 1,978억원으로 추정했다. 지역 재정에서 1조 8,045억원, 직장 2조 3,933억원이 발생할 것으로 예상했는데 당시 건강보험 적립금이 9,189억원을 포함한다면 순적자는 3조 2,789억원이 될 것으로 보았다.

32) 이와 관련하여 치과의사협회와 건강사회를위한치과의사회 등은 치석제거의 보험급여 축소가 오히려 장기적으로는 보험지출을 증가시킬 것을 주장하며 이와 같은 조치를 반대했다.

본인부담금을 인상하여 국민의 부담은 증가하였다. 일부 희귀난치질환에 대한 외래 본인부담을 낮추어주기는 했지만, 전반적인 부담은 증가하여 건강보험 보장성을 악화시키는 요인이 되었다³³⁾.

〈표 4-3〉 2001년 건강보험 재정안정대책에 포함된 보장성 관련 내용

분 야	세 부 내 용
급여서비스 축소	- 치석제거(스케일링)는 치주질환 수술의 전단계로만 한정 - 신경차단술, 물리치료, 한방관절강내침술 보험기준 강화
외래 본인부담 인상	- 의원급 : 진료비 15,000원 이하 2,200원 → 3,000원 약 국 : 약제비 10,000원 이하 1,000원 → 1,500원
본인부담 경감	- 백혈병 등 소아암, 만성신부전증, 혈우병, 고셔병, 근육병, 장기이식환자 외래 본인부담 20%로 경감

자료 : 보건복지부(2001)에서 재구성

이처럼 건강보험 재정적자의 상황에서는 ‘건강보험 재정적자 해소’가 최우선적인 정책과제로 부각되면서 건강보험 보장성 개선을 위한 논의는 위축되었다. 시민사회단체들도 재정건전화대책 중에서 국민의 부담이 크다는 지적을 할 뿐, 보장성 개선을 위한 요구는 적극적으로 주장하지 못하였다.

하지만 이 시기동안 건강보험 보장성 개선을 위한 계기는 서서히 형성되고 있었다. 2002년 대통령 선거에서 당선된 노무현 후보는 ‘건강보험 보장성 80%’를 공약으로 내걸며 새 정부의 의지를 표현했다. 이는 건강보험 재정적자로 인해 늦추어지기는 했으나 2005년 보건복지부는 건강보험 보장성 개선을 위한 로드맵을 제시한 것으로 구체화되었다.

33) 보건복지부는 이와 같은 외래 본인부담 변경으로 연간 4,229억원의 재정절감 효과를 기대했다. 그만큼의 부담은 국민들에게 전가된 것이다.

이 시기에 건강보험 보장성 개선을 위한 우선과제를 선정하기 위한 연구도 진행되었다. 김용익 외(2000)는 전문가를 대상으로 한 델파이 조사와 국민을 대상으로 한 설문조사를 통하여 급여확대 우선순위와 이에 따른 소요재원을 추계하여 제시하였다. 또한 이 보고서에서 건강보험 본인부담 상한제에 대한 세부방안과 이에 따른 소요액을 추계하여 제시함으로써 2004년 7월 건강보험 본인부담상한제 시행의 발판을 마련하기도 했다.

3. 건강보험 흑자 시기의 보장성 개선 논의 (2004~현재)

우리나라 건강보험 역사상 보장성 개선에 대한 논의가 가장 활발히 진행되었던 시기는 2004년부터 현재까지라고 할 수 있다. 보건복지부는 2005년부터 2007년까지 보장성 확대분이 연간 1조 9천억원 규모에 달하여 전체 현물급여비 24조원(2007년 기준)의 약 8% 규모³⁴⁾라고 밝히고 있어 최근 수년간 보험급여 확대가 집중적으로 이루어졌음을 알 수 있다. 2004년부터 2006년까지 이루어진 보험급여 확대 항목은 <표 4-4>에 정리하였다.

이처럼 건강보험 보장성 개선이 활발히 추진된 배경은 건강보험 재정 적자가 예상보다 빠른 시간에 극복되어 흑자재정으로 전환되었기 때문이다. 건강보험 재정은 2003년 1조원이 넘는 흑자를 냈고, 2004년에는 1조 5천억원 흑자로 사상 최고를 기록하였다. 이로써 2004년말 건강보험 재정은 누적수지 적자까지 모두 해소하게 되었다. 이는 진료비 심사 강화, 약제비 절감, 본인부담 인상 등 건강보험 재정지출을 강력하게 억제하는 한편, 보험료 인상을 매년 7~9%씩 인상하고 소득있는 피부양자에 대해 보험료를 부과하는 등 수입을 확대한 결과였다.

이렇듯 건강보험 재정 흑자를 배경으로 활발히 추진된 건강보험 보장

34) 2007년 제13차 건강보험정책심의위원회 회의자료, 2007. 10. 23.

성 개선정책과 관련하여 여러 가지 특징이 나타났다. 첫째, 건강보험 보장성 개선을 위한 다양한 방법이 시도되었다. 서비스 항목별로 급여확대를 추진하거나 본인부담률을 낮추는 기존의 방식과 함께 보장수준을 우선적으로 개선할 질병의 우선순위를 결정하여 접근하는 방식이 시도되었으며, 시민사회에서는 환자의 입장에서 비용의 크기가 큰 이른바 3대 비급여(식대, 상급병실료 차액, 선택진료비)의 해결을 촉구하는 주장(김창보 2005)과 함께 현재 비급여로 시행되고 있는 여러 서비스 항목에 대하여 평가하고 일괄 급여화하되 급여율을 조정하여 단계적으로 보장성을 개선하자는 주장도 제기되었다. 이와 같은 다양한 접근방법에 대한 논의는 별도로 뒤에서 다룰 것이다.

〈표 4-4〉 2004~2006년 건강보험 급여확대 내용

시행일자	급여확대 항목	예산지출 (연도)	실제지출 (연도)
2004. 7. 1.	건강보험 본인부담상한제 시행	1,327억원 (2005)	623억원 (2005)
2004. 8. 9.	항암제 투여기간 확대(6차 → 9차) 선천성 면역결핍질환의 주사제 급여 확대 만성 B형 간염환자 약제 투여 기준 확대	954억원 (2005) 27억원 (2005) 347억원 (2005)	- - -
2005. 1. 1.	MRI 보험 급여 자연분만시 본인부담 면제 정신질환 외래 본인부담 경감 (30~50% → 20%) 미숙아 지원(본인부담 면제) 연골무형성증 급여기준 확대 인도사이아닌그린 검사 보험급여 희귀난치성 질환 외래 본인부담 경감	2,290억원 (2005) 210억원 (2005) 226억원 (2005) 120억원 (2005) 11억원 (2005) 14억원 (2005) 24억원 (2005)	1,006억원 (2006) 305억원 (2006) 194억원 (2006) 97억원 (2005) - 4억원 (2006) 12억원 (2005)
2005. 1. 15.	두개강내 신경자극기 미주신경자극기 인공와우 보험급여 조혈모세포수집용 키트 보험급여	28억원 (2005) 6억원 (2005) 115억원 (2005) 23억원 (2005)	34억원 (2006) 4억원 (2006) 43억원 (2006) 23억원 (2006)
2005. 2.	성장호르몬 주사제 급여확대	13억원 (2005)	0.1억원 (2006)
2005. 4. 22.	장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대	145억원 (2005)	247억원 (2006)
2005. 5. 10.	만성신부전환자 조절제 급여기준 완화 골다공증 치료제 급여기간 연장 (90일 → 180일)	62억원 (2005) 388억원 (2005)	30억원 (2006) 164억원 (2006)
2005. 9. 1.	의약품업 예외경감(장애인 등) 암 보장성 강화	146억원 (2005) 5,700억원 (2005)	199억원 (2006) 3,819억원 (2006)
2005. 7. 1.	1차 급여기준 개선(치료재료, 약제)	400억원 (2005)	197억원 (2006)
2005. 9. 15.	2차 급여기준 확대(행위, 치료재료)		
2005. 10. 17.	희귀난치성질환 약제 급여 확대	165억원 (2005)	20억원 (2006)
2005. 11. 1.	중증류마티스관절염 엔브렐주사제 급여확대	46억원 (2005)	46억원 (2006)
2005. 12. 15.	만성 B형 간염치료제 급여기준 확대	196억원 (2005)	77억원 (2006)
2006. 1. 1.	특정암 검사 본인부담 경감 간장, 췌장, 폐 등 장기이식시 적출술 희귀난치질환 확대(9종) 소아, 무이 보험급여 만 6세 미만 입원아동 본인부담 면제	192억원 (2006) 50억원 (2006) 12억원 (2006) 15억원 (2006) 1,100억원 (2006)	450억원 (2006) 66억원 (2006) - 3억원 (2006) 540억원 (2006)
2005. 9. 1.	뇌혈관, 심장질환자 본인부담경감 (1차)	761억원 (2006)	491억원 (2006)
2006. 1. 1.	뇌혈관, 심장질환자 본인부담경감 (2차)		
2005. 8. 1.	100/100 보험급여 (1차)	567억원 (2006)	1,199억원 (2006)
2006. 1. 1.	100/100 보험급여 (2차)		
2006. 6. 1.	입원환자 식대 보험급여 PET 검사 내시경 수술 치료재료	5,000억원 (2006) 630억원 (2006) 430억원 (2006)	2,086억원 (2006) 162억원 (2006) 135억원 (2006)
2006. 11.	가정에서 산소치료 보험급여 출산요양비 인상 (7.1만원 → 25만원)	100억원 (2006) 3억원 (2006)	0.3억원 (2006) -

자료: 건강보험정책심의위원회 2003~2006 회의자료, 보건복지부 보도자료, 국회제출 자료 등

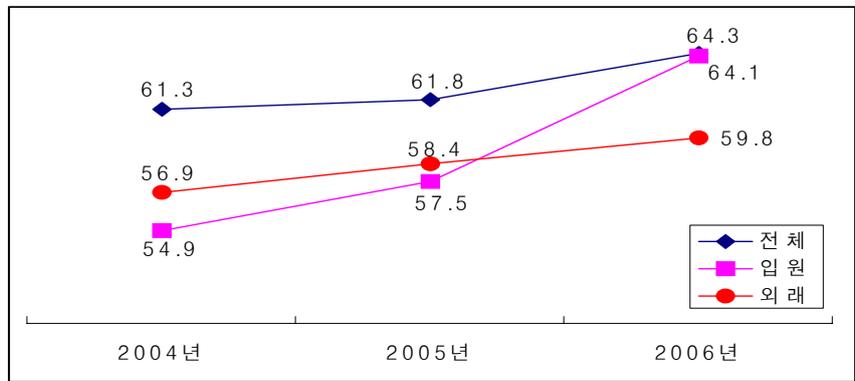
둘째, 건강보험 보장성과 관련한 개념 정의와 지표에 대한 정리, 그리고 이러한 지표를 측정하기 위한 논의가 활발하게 이루어졌다. 정형선

(2004)은 의료보장성 지표를 국민의료비 대비 공공의료비 비율, 국민의료비에서의 보장성, 4대 의료보장제도의 실효급여율, 건강보험 실효급여율의 4가지로 구분하여 제시하였으며, 양봉민 외(2006)는 ‘건강보험 급여율’과 ‘건강보험 보장률’을 구분할 것을 제안하였다.

$$\begin{aligned} \text{건강보험 보장률} &= \text{건강보험급여비} / \text{총의료비} (\text{비급여 포함}) \\ \text{건강보험 급여율} &= \text{건강보험급여비} / \text{건강보험진료비} \end{aligned}$$

한편, 국민건강보험공단을 중심으로 이와 같은 지표를 측정하기 위한 조사가 이루어졌다. 조사 결과 전체적으로는 2004년 61.3%에서 2006년 64.3%로 소폭 개선되었다. 그러나 입원과 외래로 분류해 보면 입원에서 같은 기간 동안 54.9%에서 64.1%로 10%p 가량 높아졌다.

[그림 4-1] 건강보험 보장률 추이

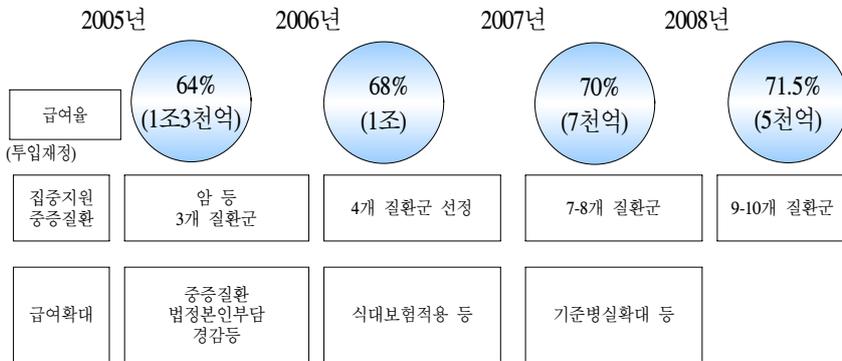


자료: 건강보험정책심의회위원회 회의자료(2007)를 근거로 재작성

셋째, 건강보험 보장성 개선에 있어서 정부가 ‘목표보장률’과 ‘단계적 실현방안(로드맵)’을 제시한 것은 건강보험 역사상 처음 있는 일이었다. 2005년 보건복지부는 ‘건강보험 보장성 강화방안’을 통해 정책적으로 추

진할 목표보장률과 단계적 실현방안을 제시했다. 이 계획에서는 2008년 건강보험 보장률을 71.5% 수준으로 향상시키는 것을 목표로 하고 있다. 이와 같은 목표를 제시하고 실현방안을 제시한 것은 비록 그 달성여부를 떠나 본격적으로 건강보험 보장성 개선이 추진되었고, 정부가 적극적인 의지를 보였다는 점에서 긍정적이라고 할 수 있다.

[그림 4-2] 2008년까지의 건강보험 보장성 강화전략



자료: 보건복지부(2005)

제2절 정책적 접근을 위한 개념에 대한 비판적 검토

앞서 제시한 [그림 2-3]에서 살펴본 바와 같이 환자가 부담하는 비용은 건강보험 법정본인부담(b), 법정비급여(c), 임의비급여(d)이다. 이와 같은 비용 구조 속에서 건강보험 보장률을 개선하기 위한 접근방법은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 비급여 서비스(c, d)가 감소하여 건강보험 적용(a, b)이 늘어나는 방법이다. 이때 법정비급여(c) 항목을 급여로 전환하거나, 신의료기술 등을 포함하는 임의비급여(d)가 건강보험 급여로 전환될 수 있다. 이와 같은 방식을 통해 건강보험 보장성을 개선하는 방법을 ‘건강보험 급여 확대’라

고 표현되어 왔다.

둘째, 건강보험 법정본인부담률을 낮추는 방법이다. 이는 분모인 총의료비가 증가하지 않는 상황에서 건강보험 법정본인부담(b)이 감소하는 대신 급여분(a)가 증가함으로써 건강보험 보장률이 개선될 수 있다. 이에 해당하는 정책으로 6세 미만 아동의 입원에 대한 법정본인부담금을 면제, 암 등 중증질환의 본인부담률 경감, 건강보험 본인부담상한제 등을 들 수 있다.

셋째, 비급여 관리를 통해 비급여 비용(c, d)의 크기가 감소하거나 정체하도록 하는 방법이다. 이는 분모가 감소하거나 정체되도록 관리하는 것을 의미하는데, 법정비급여(c)는 재평가를 통하여 안전성, 유효성, 의학적 타당성이 입증될 경우 적극적으로 급여에 포함시켜야 한다. 반면, 임의비급여(d)의 경우 환자에게 비용을 부과할 수 없는 부분이라는 점에서 관리 및 정책적으로 ‘0(零)’을 지향해야 한다.

특히 비급여 관리의 문제는 행위별수가제를 채택하고 있는 우리나라의 상황에서 보장성 개선을 위한 필수적 정책일수밖에 없다. 건강보험 급여 확대를 통해 급여분(a)이 증가하더라도 비급여(c+d)의 증가속도가 빠를 경우 보장성 개선의 정책목표 달성에 실패할 수 있기 때문이다. 이런 점에서 ‘비급여 관리’는 행위별수가제 하에서는 건강보험 보장성 개선의 중요한 접근방법이어야 한다.

〈표 4-5〉 건강보험 보장성 개선의 정책 접근 방법

구 분	내 용
급여서비스 확대	- c, d의 감소 → (a+b)의 확대 - 법정 비급여의 급여화 (c의 감소) - 신의료기술의 급여화 (d의 감소) ※ 안정성, 유효성, 효과성, 경제성이 입증된 서비스에 한함.
법정보인부담률 인하	- b의 감소 / (a+b) 일정 - 특정 대상, 질환에 대한 본인부담 경감, 본인부담상한제.
비급여 관리 강화	- c는 비급여 재평가를 통해 안전성, 유효성, 의학적 타당성이 입증되면 적극적으로 급여화 추진 - d는 금지되어 있으므로 관리상 '0'을 지향해야 함. - 행위별 수가제에서 중요한 건강보험 보장성 개선 정책 - 급여확대를 추진하더라도 a가 증가하는 속도보다 c+d가 증가하는 속도가 빠를 경우 '보장성 개선' 정책 실패

이와 같은 점에서 기존 연구에서는 보장성 개선 방법으로 '급여확대'와 '본인부담률 인하'를 중심으로 논의하고 '비급여 관리'를 소홀히 취급해왔던 점이 지적되어야 한다³⁵⁾. 특히 행위별수가제 하에서 의료서비스 공급자의 입장에서 비급여서비스 개발에 대한 유인이 작용하고 있음이 현실적으로 드러나고 있는 상황³⁶⁾에서 '비급여 관리'는 건강보험 보장성 개선의 중요한 과제이다.

이상의 논의를 통해 건강보험 보장성 개선에 접근하기 위한 개념에 대해 다음과 같은 시사점을 정리할 수 있다.

첫째, 건강보험 보장성 개선은 '건강보험 급여확대'와 개념상 구분해야 한다. 건강보험 급여확대는 보장성을 개선하기 위한 하나의 접근방법이며, 비급여서비스 항목을 건강보험 급여화하는 것을 의미한다.

35) 최근 연구인 양봉민 등(2006)의 연구에서도 '급여확대'와 '본인부담률 조정'을 건강보험 보장성 개선으로 논의하였으나 '비급여 관리'는 보장성 개선을 위한 정책으로 다루지 않았다.

36) 2007년 4월 이비인후과개원의협의회에서 개최한 임상토론회에서 비급여 부분 진료영역을 확대하기 위한 논의가 공공연히 진행되었던 사례가 대표적이라고 할 수 있다.

둘째, 행위별수가제 하에서 비급여서비스 관리 방안은 중요한 건강보험 보장성 개선의 과제로 다루어져야 한다.

셋째, 임의비급여는 현재 요양급여기준에 입각하여 ‘금지’되어 있는 것으로 정책목표상 ‘0’을 지향해야 한다. 이는 건강보험 보장성 개선을 위한 정책에서 중요한 원칙이어야 한다.

제3절 최근 건강보험 보장성 개선의 접근방식에 대한 정리

1. 서비스 항목별 접근법

서비스 항목별 접근법은 비급여 서비스 항목이나 신의료기술 등의 항목을 나열하고 이들 가운데 보험급여로 포괄해야 할 것에 대하여 우선순위를 정해 급여확대를 추진하는 방법으로 현재까지 가장 일반적으로 사용되었던 방식이다. 이와 같은 서비스 항목별 접근은 건강보험 급여서비스 대상에 대하여 적용 대상이나 사용량 등을 확대·인정하는 방식과 건강보험 비급여 서비스 항목을 급여화하는 두가지 방식으로 구분될 수 있다. 건강보험 급여서비스에 대한 적용 대상·용량을 확대하는 것은 주로 약제와 주사제를 대상으로 이루어졌으며 2004년 8월 항암제 투여를 6차까지 건강보험 급여로 인정하던 것을 9차까지 확대한 것이 대표적인 사례로 볼 수 있다.

〈표 4-6〉 서비스 항목별 접근법의 급여확대 사례

급여 서비스 항목의 대상·용량 확대	비급여서비스 항목의 급여화
- 기존 급여서비스 항목 대상 - 약제, 주사제 대상	- 기존 비급여 서비스 항목 대상 - 진단·검사장비 및 치료재료 등 대상
2004. 8. - 항암제 투여용량 확대(6차 → 9차) - 선천성 면역결핍질환 주사제 급여 확대 - 만성B형 간염환자 약제 투여기준 확대	2005. 1. - MRI 보험 급여 - 인도사이아닌그린검사 보험급여 - 인공와우, 조혈모세포수집용키트 등 급여
2005. 5. - 만성신부전환자 조혈제 급여기준 완화 - 골다공증 치료제 급여기간 연장	2006. 6. - PET 검사 급여화 - 내시경 수술 치료재료 급여화
2005. 11. - 류마티스관절염 엔브렐주사 급여확대	

이와 같은 방식은 건강보험의 관리방식이 통합되는 시점을 전후로 해서 본격적으로 논의되기 시작했다. 당시 서비스 항목별 접근법으로 보장성 개선 논의를 진행했던 연구는 김용익 외(2000)의 연구가 유일하다. 이 연구에서는 전문가 패널과 일반 국민을 대상으로 한 설문조사 방식으로 여러 비급여 항목중 우선적이어야 하는 항목을 조사하여 결과를 제시하였다. 그러나 이 연구는 우선순위를 결정하는 원칙과 기준에 대한 논의는 하지 않았기 때문에 대체로 ‘시급성’과 ‘중요성’을 기준으로 평가되었을 것이라는 한계를 지니고 있다.

〈표 4-7〉 보험급여 확대 우선순위에 관한 전문가 및 일반인 의견 비교

전문가 패널		순위	일반인 설문	
순위 평균	보험급여 항목		보험급여 항목	비율(%)
3.2	예방접종	1	MRI	42.8
3.4	초음파	2	초음파	14.2
3.6	가정간호	3	예방접종	11.4
4.4	회수제한 약제·재료	4	병실차액	9.4
6.5	노인의치	5	한방첩약	8.8

자료 : 김용익 외(2000)

한편, 2004년 말 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서 2005년 건강보험 급여확대 항목과 우선순위를 결정하는 과정에서 ‘서비스 항목별 접근법’은 또 다시 등장하였다. 당시 복지부는 의협 등 공급자단체의 의견과 가입자단체의 의견을 조사³⁷⁾하였는데 그 결과는 상당한 차이를 보였다.

당시 의사협회는 저출산 대책, 항암제 등 약제급여 확대 등을 우선적인 급여확대 항목으로 선택하였으나 MRI 급여적용에 있어서는 우선순위에서 최하위로 평가했던 반면, 가입자단체들은 본인부담상한제 개선, 100/100급여 개선, MRI 등을 우선적인 급여확대 항목으로 선택하였다(<표 4-8> 참조). 이와 같은 차이는 각자의 입장에서 우선순위를 판단하는 기준으로 ‘정책목표’를 두었으나 그 판단이 서로 달랐기 때문이다. 의사협회의 경우 저출산 대책, 약제급여 확대, 100/100급여 폐지 등을 정책목표로 두었으나 가입자단체의 입장에서는 중증 고액환자에 대한 보장성 강화와 저소득층, 노인, 장애인 등에 대한 보장성 개선을 주요하게 판단했기 때문에 해석할 수 있다³⁸⁾

37) 2004년말 건정심에서 공급자단체와 가입자단체의 의견을 조사했으나 공급자단체의 경우 의사협회와 약사회만 의견을 제시하였고 병원협회, 치과 의사협회는 의견을 제출하지 않았다. 반면 가입자단체의 경우 민주노총, 경실련, 참여연대, 건강세상네트워크, 의료연대회의 등 시민사회단체들의 의견을 조율하여 단일한 의견을 제출한 바 있다.

38) 가입자단체는 고액환자에 대한 보장성 강화 방안으로 ‘본인부담상한제 개선’을 가장 우선적인 순위에 두었고, 사회적 약자에 대한 본인부담경감 역시 높은 우선순위로 두어 제기하였다.

<표 4-8> 2004년 의사협회의 보험급여 확대 우선순위

순 위	구분	추진과제
1	저출산 대책	자연분만 본인부담 면제, 풍진검사, 선천성 기형아 검사, 미숙아 치료시 본인부담 면제 및 약제 급여
2	약제 급여 확대	항암제 투여기간 확대, 선천성면역결핍질환의 주사제 급여 확대, 만성 B형 간염환자 약제 투여기준 확대
3	100/100 급여로 전환	100/100 항목 급여로 전환
4	사회활동 보장 내용	안면화상 급여확대, 인공와우 급여, 정신질환자 외래 본인부담 경감, 의약분업 예외 경감, 장애인보장구 기준 개선, 연골무형성증 급여기준 확대, 소이증 급여 등
5	희귀난치질환 본인부담 경감	희귀난치질환 본인부담 산정 특례 확대
6	장기이식환자 급여 확대	간장, 췌장, 심장, 폐 등 장기이식시 적출술 및 이식술료 급여
7	약제급여 확대	골다골증 치료제 급여기간 연장, 유방암환자 주사제 일부부담, 만성신부전환자의 조혈제 급여기준 완화 등
8	한시적 비급여의 급여 전환	MRI, 인도사이아닌그린검사

자료: 건강보험정책심의위원회 자료를 토대로 재구성

<표 4-9> 2004년 가입자단체의 보험급여확대 우선순위

순위	급여확대 내용	소요액	추진연도
1	본인부담상한제 개선	5,000억원	2005년 (20,500억원)
2	100/100 급여의 일반 급여화	2,000억원	
3	MRI 급여화	4,500억원	
4	저소득층, 장애인, 정신질환자 외래 본인부담 경감	2,000억원	
5	노인의치	5,500억원	
6	치아우식증 예방 (불소도포, 차이홈메우기)	500억원	
7	영유아 예방접종	1,000억원	
8	입원환자 식대	4,000억원	2006년 이후
9	병실료(2인실까지 급여 확대)	7,500억원	
10	초음파	14,000억원	
:			

자료: 건강보험정책심의위원회 2004년 회의 자료

그러나 서비스 항목별 접근이 방법론상 익숙하다는 장점에도 불구하고 다음과 같은 단점이 지적되어 다른 접근방법을 고려하게 하는 현실적인 이유가 되고 있다.

첫째, 급여항목 각각에 대한 급여조건과 수가를 결정하는 과정에서 상당한 시간과 비용이 소요된다는 점이다. 특히 2004년말 건강보험정책심의 위원회에서 MRI의 보험급여 범위와 수가를 결정하는데 있어서 보건복지부와 공급자, 가입자 간의 논란이 치열하게 전개되었는데, 이는 서비스 항목별 급여확대 방식에 대한 회의가 커지는 계기가 되었다.

둘째, 현재 우리나라 건강보험 보장수준으로 볼 때 향후 상당한 규모의 급여확대가 지속적으로 추진되어야 하는데 서비스 항목별 접근법이 타당하지 않다는 문제가 제기되고 있다. 보장성을 개선하는데 있어서 효율성이 떨어지는 방법이라는 지적 때문이다.

셋째, 항목별 급여확대 접근법에서 ‘우선순위’에 대한 결정이 불가피하지만, 가입자와 공급자 간의 우선순위 결정 기준을 합의하기 어려울 뿐만 아니라 조정도 쉽지 않다는 문제가 있다. 이는 보험급여 기준 및 수가 뿐만 아니라 우선순위에 대한 합의의 문제도 풀어야만 하는 복잡성을 갖고 있기 때문이다.

이런 문제로 인하여 서비스 항목별 접근에 대한 대안을 찾아야 할 필요성이 제기되고 있다. 하지만 비급여서비스의 급여전환에 대한 필요성과 한정된 자원을 활용하여 보장성 개선을 추진해야 하는 상황에서는 향후에도 이 방식이 활용될 것으로 예상할 수 있다.

2. 본인부담에 대한 개선

서비스 항목별 접근법과 함께 사용된 본인부담률 개선은 건강보험 보장성을 높이기 위한 방법으로 전체 혹은 특정 대상에게 본인부담률을 인하하는 방법이라고 할 수 있다. 이와 관련한 사례로는 2004년 7월 건강보험 본인부담상한제 도입, 2005년 1월 자연분만 시 본인부담금 면제와 정신질환자 외래 본인부담률을 20%로 경감, 2005년 9월 암, 심혈관, 뇌혈관 질환의 본인부담률 10%로 경감, 2006년 1월 만 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제, 특정 암 검사 본인부담 경감 조치를 들 수 있다.

〈표 4-10〉 건강보험 보장성 개선을 목적으로 한 본인부담제 변경 사례

시행일자	사례 내용
2004. 7. 1.	건강보험 본인부담상한제 시행 (6개월 300만원)
2005. 1. 1.	자연분만 본인부담 면제
2005. 9. 1.	암, 심혈관, 뇌혈관 질환자 본인부담 경감 (입원, 외래, 약국 모두 10%)
2006. 1. 1.	만 6세 미만 입원아동 본인부담 면제 5대 암 검사 본인부담 경감
2007. 7. 1.	건강보험 본인부담상한제 개선 (6개월 200만원)

이중 건강보험 본인부담상한제는 고액환자에게 보험급여 혜택을 확대 하며, 이를 건강보험 구조적으로 가능하도록 하자는 취지에서 2002년 노무현 대통령의 선거공약으로 채택되었고 2003년말부터 2004년 상반기 논의 를 거쳐 시행되었다. 하지만 건강보험 본인부담상한제는 다음 측면에서 그 실효성에 대한 의문이 제기된다.

첫째, 비급여 비용이 전체 환자부담액의 40% 내외를 차지하고 있는 상 황에서 비급여로 인한 환자부담액을 제외하고 법정본인부담금으로 한정하 여 상한제를 시행하게 될 경우 환자의 실제 경제적 부담을 낮추는 데는 한 계가 있다는 점이다. 이는 건강보험 급여확대로 인하여 비급여가 감소하게 되면 자연스럽게 본인부담상한제가 실효성을 높일 수 있게 될 것이지만 빠 른 시일내 실효성을 거두기 어렵다는 문제는 해결할 수 없었다.

둘째, 기준에 대한 문제이다. 기간을 6개월을 단위로 하였고, 상한액이 300만원이었다. 이는 결국 연간으로 따지자면 비급여를 제외하더라도 600 만원을 환자가 부담해야 한다는 것인데 이 기준만 보더라도 너무 높다는 비판이었다. 이에 대한 보완으로 2007년 7월부터 6개월에 200만원으로 낮 아졌지만 연간 400만원까지는 전액 환자의 부담으로 적용된다는 점에서 여전히 비판의 대상이 되고 있다.

셋째, 지불가능성을 고려하여 소득수준에 따라 상한선을 설정하지 않

아 형평성에 어긋난다는 문제였다. 저소득층의 경우 상한제 혜택을 받을 만큼 지불능력이 갖추어지지 않으면 결국 본인부담상한제의 혜택은 상대적으로 중산층 이상에게 집중될 수 있다는 점이다. 이와 관련하여 일본이나 독일처럼 소득수준에 따라 상한선의 차등을 두는 것을 고려할 필요가 있다.

한편, 특정 인구집단에게 본인부담금을 경감하는 조치에 대해서도 문제가 제기되었다. 6세 미만 아동과 암·심혈관·뇌혈관질환에 대하여 본인부담금을 면제하거나 경감하는 조치는 형평성에 맞지 않는다는 지적이다.

전체 인구집단을 대상으로 보장성을 개선하기 위하여 ‘본인부담률 경감’ 방법을 사용하는 것도 고려해야 할 점이 있다. 아직도 비급여로 인한 환자 부담이 적지 않은 상황에서 건강보험 본인부담률 경감을 시행한다면 단기적으로는 보장성 개선 효과가 나타나지만, 비급여서비스가 감소한 것이 아니기 때문에 장기적으로 그 효과는 지속되기 어렵기 때문이다³⁹⁾. 따라서 본인부담률 경감에 사용할 재원을 비급여서비스의 급여화에 사용하는 것이 보장성 개선 효과를 위해 효율적 사용이라고 평가될 수 있다.

하지만 정부가 이와 같은 본인부담 경감조치를 자주 사용했던 까닭은 비급여서비스의 급여 전환 보다 정책 결정 과정이 수월하고 가시적 효과를 누릴 수 있기 때문인 것으로 해석할 수 있다. 물론, 고액환자에게 보장수준을 높이는 방향으로 건강보험 재정운영의 구조를 변화시키려는 의미에서 추진한 ‘본인부담상한제’는 이와 같은 평가에서 제외될 것이다.

한편, 2007년 말 건정심은 6세 미만 아동의 입원 본인부담금을 면제했던 조치를 2008년부터 10% 부과하기로 결정했다. 이는 예상보다 지출규모가 크고 외래 치료가 가능한 아동에 대해 입원을 유도하는 등 ‘도덕적 해이’가 발생한다는 점이 지적되었다. 그러나 2005년말 보건복지부는 2006년 1월 1일부터 6세 미만 아동의 입원 본인부담금을 면제할 경우 2006년

39) 고액환자의 보장수준을 개선하기 위한 목적에서 시행한 ‘본인부담상한제’는 해당되지 않는다.

에 1,100억원의 지출을 예상했지만, 실제로는 540억원의 지출이 발생했다⁴⁰⁾.

이러한 점에서 보면 법정본인부담률의 조정은 보장성 확대의 손쉬운 방법으로 활용될 뿐만 아니라 건강보험 재정상황에 따라 가장 손쉬운 보장성 후퇴정책으로 선택될 가능성이 높다는 점을 의미한다고 하겠다.

3. 보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 접근법

이 접근방법은 환자들이 직접 부담하는 비용을 놓고 가장 많은 환자들에게 부담되면서 동시에 비용의 크기가 큰 항목을 우선적으로 보험급여해야 한다는 주장으로, 서비스 항목별 접근법의 한 방법으로 다루어질 수도 있다. 그러나 서비스 항목별 접근법과 다른 점은 ① 급여확대의 혜택이 얼마나 많은 국민들에게 보편적인가, ② 급여확대로 인한 환자들의 비용 절감 효과가 얼마나 큰가를 우선순위의 선정기준으로 제시했다는 것이다.

〈표 4-11〉 보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 건강보험 보장성 개선 사례

시행일자	사례 내용
2006. 6. 1.	입원환자 식대 보험급여 실시
2007. 1. 1.	상급병실료 차액 보험급여화 예정 (※ 미실시)

이는 시민사회로부터 제기된 것(김창보 2005)으로 전체 환자부담액중 40% 이상을 차지하고 있는 ‘3대 비급여(식대, 상급병실료 차액, 선택진료비)’에 대한 해결을 우선적인 보장성 개선 과제로 제기했다. 환자들이 직접 부담하는 의료비의 구성을 살펴보면 암 환자의 경우 법정본인부담금이 24%, 비급여가 76%인데, 이중 직접적 진료와 관련이 없는 선택진료비, 식

40) 건강보험정책심의위원회 회의자료 (2007년 10월 23일)

대, 병실료차액은 전체 환자 부담액의 39%를 차지하고 있어 상당한 부담이 되고 있었다(<표 4-12>참조). 이처럼 직접적 진료와 관련이 없는 비급여의 비용은 거의 모든 입원환자에게 부담이 되고 있는 만큼 ‘3대 비급여’를 우선적으로 급여화 해야 한다고 주장(김창보와 황민호 2005)하였고, 이는 받아들여졌다.

<표 4-12> 암 환자의 환자부담금의 구성

법정 본인 부담	비급여					계
	소계	직접적 진료와 관련된 부분 (약, 검사 등)	직접적 진료와 관련없는 부분			
			선택진료비	식대	병실료차액	
0.24	0.76	(0.37)	(0.15)	(0.05)	(0.19)	1.00

자료: 보건복지부(2005)

보건복지부는 그해 6월 입원환자 식대는 2006년부터, 상급병실료 차액은 2007년부터 보험급여화하겠다는 입장을 밝혔고, 이에 따라 2006년 6월부터 입원환자 식대가 급여로 전환되었다. 이중 식대가 먼저 보험급여화가 된 이유는 재정부담의 크기가 가장 작다는 점을 포함하여 정부의 입장에서 3대 비급여 중에서 가장 접근이 쉬운 것으로 판단했기 때문이다⁴¹⁾.

이처럼 보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 보장성 개선 방법은 환자들의 부담을 실질적으로 경감시키는데 가장 직접적인 효과를 가져올 수 있으며, 이는 곧바로 ‘건강보험 보장률’ 지표로 표현될 수 있을 것으로 예상되었다. 그러나 현실에서 식대 보험급여화에 대한 평가를 둘러싼 논의가 2007년에 등장하였다. 이는 요양기관의 반발로부터 나오기는 했지만, 우선순위와 관련하여 일부 학자들과 시민사회에서도 문제가 제기되었다.

이와 관련하여 김진현(2007)은 ‘비급여 항목을 급여로 전환할 때에는

41) ‘선택진료비’는 보험급여화 계획에서 제외되었는데 의료전달체계 등 여타의 의료정책과 관련성 때문에 접근이 쉽지 않다는 판단에 따른 것이었다.

의료적 서비스부터 급여화하고, 비의료적인 것은 하순위에 두는 것이 합리적인 순서'라고 지적하면서 보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 접근법에 문제를 제기했다. 하지만 의료적 서비스부터 급여화를 우선적으로 하는 것이 합리적이라는 근거는 제시하지 않아 논의가 더 이상 진행되지 못했다.

반면, 입원환자 식대의 보험급여화 자체가 문제가 아니라 정책을 실행하는 데 있어서 행정적인 문제로 보아야 한다는 평가도 제기되었다⁴²⁾. 환자의 입장에서 식대는 의료비 부담이 큰 항목 중 하나였기 때문에 보험 급여화는 필요했다고 인정하지만, 정부가 수가를 결정하기 위한 원가조사 과정과 관리감독을 소홀히 한 것, 치료식이 필요한 환자를 제외한 일반 환자에 대하여 병원에서 제공하는 식사 이외의 식사를 사실상 허용하지 않고 있는 현실적 상황⁴³⁾ 등이 정부 정책의 실패를 불러온 것이기 때문에 입원환자 식대 수가를 신뢰할 수 있는 자료를 바탕으로 결정하고 관리감독을 철저히 하는 등 보완조치가 뒤따라야만 식대 보험급여화에 대한 정책 실패를 극복할 수 있다는 점을 지적하였다.

이처럼 보편성과 비용의 크기를 기준으로 한 접근법은 현재 평가에 있어서 논란의 대상이 되었지만, 건강보험 보장성 개선에 있어서 중요한 정책적 과제를 제기했다는 의미가 있다. 이처럼 비급여가 커져있는 상황에서 3대 비급여 문제를 해결하지 않으면 건강보험 보장률 80%에 접근할 수 없다는 것이 명백해졌기 때문이다. 이러한 인식이 정부로 하여금 입원환자 식대와 상급병실료 차액을 보험급여화하겠다는 입장으로 반영하게 된 계기가 되었다.

42) 건강세상네트워크 논평(2007. 8. 23.)

43) 치료식이 필요하지 않은 일반 입원환자들의 경우 병원에서 제공하는 식사를 하지 않고 다른 식사를 선택할 수 있도록 하는 것이 병원이 제공하는 식사와 경쟁을 형성하여 식대의 비용을 적절히 유지하면서 질을 보장할 수 있는 환경을 제공할 것이라는 점에서 입원환자의 식사 선택권은 의미가 있었다.

4. 질병군별 접근 방법

질병군별 접근방법은 서비스 항목별 접근법의 단점을 보완하기 위하여 우선적으로 보장수준을 개선해야 할 질병군을 선정하는 방법으로 도입되었다. 그 결과 2005년 9월부터 암, 심혈관, 뇌혈관 질환에 대한 보장수준을 개선하고, 2006년 1월부터 폐·심장 등 장기이식수술에 대하여 건강보험을 적용하기로 하는 조치로 이어졌다. 구체적으로는 법정본인부담금을 낮추고 PET 등 일부 비급여 서비스를 특정 질병의 환자들에게는 급여로 인정하는 등의 방법이 사용되었다.

〈표 4-13〉 질병군별 접근 방법 사례

시행일자	사례 내용
2005. 9. 1.	암, 심혈관, 뇌혈관질환에 대한 보장성 개선
2006. 1. 1.	폐, 심장 등 장기이식수술에 대한 건강보험 적용

2005년 6월 보건복지부가 발표한 건강보험 보장성 강화 로드맵에서는 집중 지원해야 할 중증질환을 선정하되, 2005년에는 3개 질환, 2006년에는 4개, 2007년에는 7~8개, 2008년에는 9~10개 질환으로 확대하겠다고 밝혔다. 한편, 보장수준을 개선할 질병을 우선적으로 선정하기 위한 방법으로 2005년 건강보험공단은 계층분석적방법(AHP ; Analytic Hierarchy Process)을 사용하였는데 그 결과 평가기준으로 본인부담금의 크기, 위급성, 치료효과성, 국민적 수용성, 비용효과성, 해당상병의 환자수가 선정되었고 이러한 기준에 입각하여 급여확대 우선상병 순위가 결정되었다(최숙자와 김정희 2005). 그 결과는 다음의 표와 같다.

〈표 4-14〉 급여확대 우선상병 순위

순위	질병군	순위	질병군
1	여성생식기계 악성신생물	13	결핵
2	소화기관의 악성신생물	14	만성신부전
3	백혈병	15	전립선의 악성신생물
4	호흡기계 악성신생물	16	속발성 악성신생물
5	비호치킨림프종	17	정신병
6	간, 췌장, 담도계의 악성신생물	18	기타 무형성 빈혈
7	순환기계 선천성 기형	19	방광의 악성신생물
8	기타 부위의 악성 신생물	20	선천성 응고인자 이상
9	주요심장질환	21	주요 혈관질환
10	신생아 관련 질환	22	수두증 및 뇌의 장애
11	뇌혈관질환	23	선천성 대사이상병증
12	갑상선의 악성신생물	24	화상

자료 : 최숙자와 김정희(2005)

하지만 이와 같은 질병군 접근방법을 통한 보장성 개선 정책은 한계를 드러냈다. 이는 다음과 같다.

첫째, 암, 심혈관질환, 뇌혈관질환에 대한 보장성 개선 이후 후속의 질병군을 결정하는 것이 쉽지 않았다. 앞의 표에서 결과를 살펴보다도 그 다음 질병은 결핵, 정신질환 등을 꼽을 수 있는데 이러한 질병에 대해 본인부담금을 낮추는 것이 사회적 공감대를 형성할 수 있는가의 문제가 있었다. 또한 희귀난치질환의 경우 이미 본인부담금 산정특례의 대상이 되고 있다는 점에서 후속의 질병군을 결정하는데 제외될 수밖에 없었다. 결국 추가로 선정할 질병군을 찾지 못하는 한계에 부딪혔다.

둘째, 다른 질병과의 형평성 문제(김진현 2007)가 제기되었다. 이러한 형평성 문제를 해결하기 위해서는 질병군별로 접근하는 방식보다는 환자가 부담하는 의료비의 크기를 기준으로 접근하는 것이 필요하다는 문제의식이었다.

셋째, 질병의 양상과 치료방법 등이 시대의 변화에 따라 달라질 수 있

으므로 이와 같은 질병별 접근법이 보장성 개선의 주요 방식이 되기에는 근본적 한계를 포함하고 있다.

이와 같은 한계로 인하여 질병군별 접근방법은 더 이상 활용되고 있지 않다. 그러나 특정 질병을 선정하는 것이 아니라 질병의 위중도나 생명의 위급성 등을 기준으로 활용하는 것은 고려해 볼 만 하다.

5. 비급여 일괄급여 접근법

이 접근법은 시민사회에서 제기된 것으로 실제 정부 정책으로는 채택되지 않았다. 비급여 일괄급여 접근법은 현재 건강보험 법정비급여와 임의비급여 서비스에 대하여 재평가하여 안전성, 유효성, 효과성 등 기본적인 기준을 통과하지 못하는 최소한의 비급여(negative list)를 제외한 나머지 서비스 항목 모두를 일괄 급여화하되, 재정적 상황을 고려하여 이런 서비스 항목에 대한 보험급여율을 10%에서 시작하여 점차 높여 나가 보장수준을 개선하자는 제안이었다. 이는 서비스 항목별 접근에 대한 평가와 대안을 제시하는 한편, 비급여 서비스 항목에 대한 행정적 관리가 이루어지지 못했던 상황을 반영한 주장이었다.

비급여 일괄급여 방식은 비급여 항목에 대하여 우선순위를 결정할 필요없이 일괄적인 급여를 추진할 수 있으며, 건강보험 본인부담상한제의 실효성을 개선할 수 있다는 장점이 있다고 평가될 수 있다. 그러나 모든 비급여 서비스에 대해 보험수가를 일괄 산정해야 하는 현실적 문제로 인하여 행정상 쉽지 않고 시간이 필요하다는 점이 결정적인 단점으로 지적되었다. 그러나 비급여 문제를 일괄 해결하고 중장기적인 건강보험 보장성 개선 방안을 ‘급여율’을 중심으로 변경하자는 점에서 일부 연구자들은 이를 긍정적으로 평가하고 있다(김진현 2007).

앞서 비급여서비스의 특성과 문제점을 살펴보았듯이 각 비용의 성격과 문제가 다르기 때문에 일괄적인 접근은 타당하지 않을 수 있다. 또한 보

다 중요한 문제로는 설사 현 시점(혹은 특정 시점)에서 일괄 적으로 급여 전환을 하더라도 신의료기술의 발전에 따른 지속적인 비급여서비스 창출이 가능하기 때문에 한계를 가질 수밖에 없다.

〈표 4-15〉 비급여에 대한 확대 방안 비교

구분	서비스 항목별 접근법	비급여 일괄 급여 접근법
내용	비급여 항목중 급여로 전환할 항목의 우선순위를 결정하여 건강보험 재정이 가능한 범위 안에서 순차적으로 급여화하는 방식	건강보험 급여원리에 부합하는 모든 비급여 항목을 급여범위 안에 포괄하고 급여율을 조정하는 방식으로 급여확대에 접근
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 급여확대 항목이 선명히 부각됨. - 국민의 관심을 집중시킬 수 있어 국민의 요구와 반응이 커짐. - 행정관리에서 급여율 조정방식에 비해 부담이 적음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 우선순위 결정 없이 포괄적 급여 확대 가능 - 급여확대 항목, 우선순위를 둘러싼 논란의 여지가 없음. - 포괄적 급여 확대에 따라 국민의 만족도 개선 효과 있음. - 행정관리상 수월해짐. <ul style="list-style-type: none"> · 전반적인 건강보험 급여율 관리 쉬움 · 모든 서비스 행위량 측정 가능 · 수가 적정성 논의 가능 · ‘급여율 - 보험료’ 연동 가능
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 전반적인 급여율 개선에 오랜 시간이 걸림. - 특정 서비스 항목에 대하여 공급자의 반대 가능성 있음. 논란 가능성. - 재정 상황에 따라 급여확대 항목수 제한될 수 있음. - 우선순위에 대한 논란 가능성 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 재정상황에 따라 급여율 개선에 영향 - 행정관리에서 항목별 접근방식에 비해 부담이 큼. - 모든 비급여 항목에 대한 수가를 결정해야 하는 등 행정적 준비상 시간 필요
기타	<ul style="list-style-type: none"> - 기존 접근 방식 - 2005년에는 항목별 접근방식으로 추진 	<ul style="list-style-type: none"> - 제도 개선 없이 본인부담상한제 효과 발생 - 시행 전후의 재정증립을 원칙으로 수가 결정

자료: 김창보(2005)

〈표 4-16〉 2000년 이후 건강보험 보장성 개선 접근방법

접근 방법	내 용	사 례
서비스 항목별 접근법	<ul style="list-style-type: none"> - 비급여 서비스 항목중 급여서비스로 전환 - 우선순위 고려 - 개별항목마다 급여조건 및 수가 결정해야 함. - 공급자의 반발 - 급여확대 방식으로는 비용이 큰 단점 - 급여확대 보다는 급여서비스 항목중 비급여 항목을 선정하는 방식으로 적용하도록 	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제 투여기간 6차에서 9차로 급여확대(2004) - MRI 급여화 등(2005)
‘보편성’과 ‘비용의 크기’를 기준으로 한 접근법	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 환자에 일반적이라는 ‘보편성’과 ‘비용의 크기’를 기준으로 한 접근법. - 상급병실료, 식대, 선택진료비가 실제 환자 의료비에 큰 부담이 되고 있는 사실에 기인 - 비의료서비스 관련 의료비 해결 - 의학적 판단기준이 고려되지 않는 문제, 그러나 환자 비용 기준에서는 효과적 - 건보 보장률 개선에 큰 기여 가능 (지표 개선 효과 뚜렷) 	<ul style="list-style-type: none"> - 식대 급여화(2006)
질병군별 접근법	<ul style="list-style-type: none"> - 질병군별로 차별적 급여확대, 본인부담률 인하 - 우선순위 고려 - 개별 서비스 항목이 아니라 질병단위로 서비스 항목 package로 접근되는 장점 있음. - 질병 특성이 반영된 급여 기준 설정 가능 - 비용을 기준으로 급여확대하는 것과 비교됨. 보편성 보다는 차별성이 두드러짐. - 비적용 질병군 환자들의 반발 가능성 - 암, 심혈관, 뇌혈관질환 이후 추가적으로 적용할 질병군을 찾지 못하고 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 회귀난치질환 본인부담 산정특례 - 암, 심혈관, 뇌혈관 질환군에 대한 보장성 개선 등(2005)
비급여 일괄 급여 접근법	<ul style="list-style-type: none"> - 시민사회 제안 방안 - 현재 의료현장에서 시행되고 있는 모든 비급여 서비스 항목에 대해 평가를 통해 급여로 인정 → 일괄 급여화 - 건보 재정 부담으로 건강보험 보장률을 10%(환자부담 90%)로부터 시작하여 단계적 확대 - 본인부담상한제 실효성 발휘 가능 - 수가가정성 논의 가능 - 비급여에 대한 행정관리 강화 가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민사회 제안 (김창보(2005))
본인부담률 접근법	<ul style="list-style-type: none"> - 보편적 대상 또는 특정 대상에게 건강보험 법정본인부담률을 인하하거나 면제함. - 비급여 관리방안이 병행되어야 효과적 - 비적용 대상자 반발 가능성 (예 : 노인, 차상위) 	<ul style="list-style-type: none"> - 본인부담상한제(2004) - 암 등 중증질환 본인부담률 인하(2005) - 6세 미만 아동 입원 본인부담 면제(2006)

제4절 건강보험 보장성 개선을 위한 정책결정 방식에 대한 평가

2004년 이후 본격적으로 진행된 건강보험 보장성 개선을 위한 주요 정책 결정수단은 우선순위 설정방식이었다. 본 절에서는 우선순위 설정방식에 대한 개요를 설명하고, 이와 관련된 국내연구와 외국의 사례를 고찰하고, 향후 우선순위 설정방식에 있어서 고려할 사항을 살펴본다.

1. 우선순위 설정방식의 개요

가. 개념

우선순위 설정(priority setting)은 배급 또는 할당 (rationing)과 혼용되어 동일한 개념으로 사용되기도 하지만(Ham 2003; Coulter 2000; Klein 1998) 김주경(2004)은 Haddorn과 Brook (1991)과 Bethwaite와 McCaw(2000)의 문헌에 근거하여 다음과 같이 구분하여 설명하고 있다. 우선순위 설정은 "합의된 원칙이나 기준에 의거하여 보건의료서비스나 프로그램의 상대적인 중요도나 가치를 평가하는 과정"인 반면, 할당 (rationing)은 "우선순위 설정의 한 형태"로서 자원 배분측면 중에서 주로 서비스 제공을 감소하기 위해 급여범위를 제한하는 것, 즉, 이 개념에서는 '우선순위에 따라 서비스를 고정시켜 할당하거나 삭감한다'는 의미가 보다 강조된다. 이러한 할당은 우선순위설정 결과로 이루어질 수도 있으나 명백한 우선순위 없이 묵시적으로 이루어질 수도 있다.

선진국의 우선순위 설정은 대부분의 경우 재원의 절약을 위한 목적으로 사용되어 할당(rationing)의 측면에서 접근되어 이 두 개념간의 구분이 반드시 중요하지 않으나 우리나라의 경우 우선순위 설정이 할당의 개념이 아닌 자원제공의 확대를 위한 목적으로 이루어져왔기 때문에 자원제공의 감소라는 측면에서의 할당과는 구분되는 개념이라고 할 수 있다.

사회보험제도와 같이 공적으로 재원을 조달하여 의료보장을 실시하는 국가에서는 일반적으로 의료보장패키지 (HCP: Health Care Package)를 정하여 ‘지불능력과 관계없이 모든 국민이 이용할 수 있는 의료적 상태와 처치 목록’을 정하고 있다 (김주경 2004). 사회보험 체계에서의 이러한 급여패키지는 사실상 단순히 보험에서 제공되는 의료서비스나 진료의 항목을 나열하는 것에서 나아가 한 국가의 의료보장체계가 어떠한 수준과 범위의 보장성을 국민들에게 담보하고 있는가를 나타내주는 척도라고 할 수 있다. 급여 항목에 대한 본인 부담이 아무리 줄어들더라도 비급여 항목에 대한 부담이 크다면 질병발생으로 인한 경제적 위험의 제거라는 취지가 달성되기 어렵기 때문에 급여항목의 확장은 보장성 강화에 있어서 매우 중요한 방안으로 인식되어 있다.

급여패키지 범위의 확장이나 조정은 ‘한정된 의료자원의 배분’에 관한 의사결정 문제로서 어떠한 순서나 원칙에 따라 급여범위 확대나 조정의 우선순위를 정하는지는 국민 건강 향상이라는 궁극적인 목적 달성 외에도 의료비 지출에 대한 예측 등 다양한 측면에서 매우 중요한 정책결정사항이라고 할 수 있다. 특히 의료비 지출이 급격히 증가하는 서구 선진국에서는 이러한 우선순위의 결정을 자원할당의 문제와 연결하여 활발한 연구가 있어 왔다 (Ham 2003; Coulter 2000; Klein 1998 등을 참조할 것).

한편, 우선순위 설정은 어느 국가에서나 제한된 자원을 효과적으로 사용하기 위해 배분할 필요성에서 출발한다. 이러한 기본 취지는 동일하지만, 국내에서의 우선순위 논의는 외국에서 일반적으로 논의된 내용이나 접근방법에 있어서 약간의 차이가 있다. 무엇보다도 가장 두드러진 차이점으로는 국내에서의 우선순위 설정의 논의는 급여범위의 확대를 위한 것인 반면, 우선순위 설정방식을 적용한 외국의 사례는 대부분 의료비가 국가 재정에 미치는 영향을 고려하여 급여를 제한하기 위한 수단으로 활용되었다. 이러한 차이점은 우선순위 설정에 관한 정책결정에 있어서 국내와 외국의 사례에

서 상당한 차이를 보여준다(Kang과 Reich 2007).

나. 우선순위 설정의 수준

우선순위 설정의 수준은 학자들마다 약간의 차이가 있다. 우선, Hall(1997)의 경우 그 수준을 우선순위 설정 대상에 따라 macro(의료서비스와 다른 재화간의 배분), intermediate(의료서비스나 품목간의 배분), micro(임상 의사에 의한 개인 환자에게 대한 배분) 수준으로 보았으나, Klein(1998)이나 Coulter(2000)는 우선순위 설정에 관한 결정자에 따라 macro(정치인의 결정), meso(지역질병금고 등의 결정), micro(임상 의사 개인의 결정)로 나누어 보고 있다. 이러한 우선순위 설정수준에 관한 분류를 종합, 요약하면 다음과 같이 구분될 수 있다.

- ① 의료재화와 다른 재화에 관한 계정 간의 배분
- ② 지역간 배분
- ③ 특정 의료서비스나 재화에 대한 배분
- ④ 환자집단에 대한 배분
- ⑤ 개인환자에 대한 배분

이상 외(2006)의 연구에서는 우선순위 설정에 대한 국내 논의가 주로 중범위에 해당되는 의료서비스나 품목간의 배분에 관한 것으로 제시하고 있다. 이는 국내에서의 논의가 거시적 차원이나 미시적 차원에 대해서는 아직 활발히 이루어지지 않았음을 의미한다. 국가 재정 배분이라는 거시적 차원에서의 자원배분에 대한 논의도 사실상 국민적인 합의가 선행되어야 하는 중요한 논의사항이라고 할 수 있다. 한편, 미시적 수준에서 임상 의사들의 우선순위 설정에 대해서는 의료적 전문성과 자율성에 관한 부분으로서 그동안 거의 논의되어 오지 않았으나 외국에서 이러한 사항에 대한 활발한 논의를 참고할 때 향후 논의의 필요성이 제기된다.

다. 우선순위 설정 방법

우선순위를 설정하는 방법은 다양하나 크게 경제학적 접근과 사회적 가치나 합의에 근거하는 제도적 접근으로 대별될 수 있다. 우선, 경제학적 접근은 우선순위 설정의 근거로 비용효과성이나 효율성을 측정하는 과학 기술적 자료를 사용하여 각 서비스 항목이나 품목의 중요성을 결정하는 방법을 의미한다. 이때 우선순위 내용을 정하는 데 있어서 많은 국가에서는 우선순위 설정 원칙에도 포함되는 효과성, 효율성, 형평성 등을 수치화 하여 비교와 선택의 근거로 사용한다. 경제학적 접근의 우선순위 설정을 위해서 그동안 QALY나 DALY, 비용효과성이나 비용편익분석의 계산 등 다양하고 복잡한 계산방법들이 발달되어 왔다. 이러한 경제학적 접근은 우선순위 설정에 명확한 기준을 제시해준다는 명확한 장점에도 불구하고, 1) 경제성평가 방법론상의 한계, 2) 형평성 등의 주요 가치의 수치화 어려움, 3) 이러한 우선순위 설정의 중요한 배경인 정치적, 제도적 환경에서 비롯되는 다양한 어려움에 충분히 대처하지 못한다는 등의 이유로 비판받고 있으며 많은 학자들이 경제학적 접근에만 의존하여 우선순위가 설정되는 것의 위험성을 경고하고 있다.

예를 들어, Hauck 외(2004)는 경제학적 접근방법이 1) 사회의 다양한 가치와 관점을 충분히 반영하지 못하고 있으며, 2) 이러한 수리적 접근법은 다른 상황에 대한 일반화가 어렵고, 3) 대상 집단에 따라 적용이 달라져야 되며, 4) 수리적 계산의 결과는 사실상은 의도와 달리 '불확실'할 수 있으며, 5) 시간적 개념 (신기술이나 의료서비스가 처음 도입된 시기와 널리 전파된 시간간의 차이)을 충분히 반영하지 못하고, 6) 대개 한 개의 프로그램이나 서비스에 대한 평가를 실시하게 됨으로써 다른 프로그램과의 상호작용이나 새로운 프로그램을 시작하는 데 소요되는 추가적 비용 등 다양한 상황에 대해 충분히 고려하고 있지 못하다는 점들을 들어 경제학

적 접근법의 한계점을 지적하였다.

학자들의 이러한 경고는 결국 한정된 자원의 배분을 위한 우선순위 설정이 결국 가치판단의 문제이며 나아가 정치적인 결정이라는 주장에 귀착하게 한다(Klein 1998). 예를 들어, Holm(1998)은 보건의료시스템의 목적이 복잡적이고 매우 다양한 측면을 포함한 반면 경제학적 접근은 단선적인 수리적 계산에 의존하게 되어 그러한 다양한 측면을 충분히 반영하지 못한다는 점에서 문제가 있음을 지적하고 있다. 나아가, 다양한 상황을 모두 포함하는 단일적인 해결책을 만들어내고자 하는 기존의 우선순위 방식은 적절하지 못하며 오히려 우선순위의 설정을 위한 절차와 과정을 체계화함으로써 각 사회나 상황에 따라 다른 조건이나 가치기준에 맞추어 적절한 절차와 과정을 통해 만들어지는 우선순위가 정당성을 갖게 된다고 주장하고 있다. 제한된 자원 내에서 건강보험 보장성 개선을 위한 정책을 수립함에 있어 우선순위 설정은 앞으로도 불가피한 문제가 될 것이다.

2. 우선순위 설정에 관한 국내 연구

그동안 국내에서의 우선순위 설정에 관한 논문들은 이러한 5 가지 이슈를 포괄적으로 제시하기 보다는 이 중에서 일부에 국한하여 연구가 이루어져왔다. 건강보험 급여의 우선순위 설정과 관련된 국내의 논의는 크게 두 가지 내용을 담고 있다. 첫째는 우선순위에 대한 기준과 원칙을 정하는 것이고, 둘째는 급여확대를 위한 우선 적용 항목(예: 진료 서비스나 기술적용)이나 대상(예: 인구집단)에 관한 것이다. 이와 관련된 국내의 기존 연구를 정리하면 <표 4-17>과 같다. 이 연구들에서 우선순위 설정 방식이나 우선순위 설정의 근거, 결정주체 등 실제로 우선순위 설정의 방법에 관한 직접적인 논점들은 거의 다루어지지 않았다고 할 수 있다.

〈표 4-17〉 건강보험 급여 우선순위 기준

구 분	김용익 외 ⁴⁴⁾ , 2000		박종연 외 ⁴⁵⁾ , 2003		정형선 외 ⁴⁶⁾ , 2004		김주경 ⁴⁷⁾ , 2005		조정숙 ⁴⁸⁾ , 2005	최숙자 외 ⁴⁹⁾ (2006)
조사대상	의료보험 및 보건정책 전문가 15인	전국 20대 이상 남녀 1,000명	전문가	일반국민 1,000명	전문가	의료관계자	전문가	의료관계자	전문가, 의료관계자, 정부, 시민단체	가입자 대표 및 시민단체 10명, 임상의학 전문가 10명, 예방의학 및 보건전문가 10명
조사방법	텔파이연구	전화설문조사	설문조사	설문조사	설문조사	설문조사	설문조사	설문조사	AHP 방식	AHP 방식
조사내용	서비스 항목		서비스 항목		우선순위 설정 원칙		우선순위 설정 원칙		우선순위 설정 원칙	우선순위 설정 원칙
1위	예방접종	MRI	MRI	MRI	응급성	질병의 위중도	응급성	개인의 경제적 부담	질병의 위중도	환자본인부담액의 크기
2위	초음파	초음파	초음파	초음파	질병의 위중도	개인의 경제적 부담	개인의 경제적 부담	질병의 위중도	위급성	질병의 위급성
3위	가정간호	예방접종	치과보철	노인의치	개인의 경제적 부담	응급성	질병의 위중도	응급성	후유장애 심각성	치료효과성

44) 김용익, 이평수, 조홍준, 김창엽, 김선민, 김윤 등. (2000). 건강보험재정설계연구. 서울:국민의료보험관리공단.

45) 박종연 외(2003), 『건강보험발전을 위한 국민인식도 조사』, 건강보험연구센터;

46) 정형선 외(2004). 『국민건강보험 내실화를 위한 기본급여영역에 관한 연구』 국민건강보험공단.

구 분	김용익 외, 2000		박종연 외, 2003		정형선 외, 2004		김주경, 2005		조정숙, 2005	최숙자 외 (2006)
4위	회수가 제한된 재료 및 약제	병실차액	예방접종	치아홈메우기	후유장애 심각성	후유장애 심각성	후유장애 심각성	후유장애 심각성	안전성 · 치료효과성	국민적 수용성
5위	65세 노인의치 (틀니 포함)	한방첩약	노인틀니	지정진료비(특진)	효율성	질병환자수 (발생율/유병율)	효율성	질병환자수 (발생율/유병율)	치료에 대한 경제적 부담	경제성
6위	MRI		건강상담	예방접종	질병발생에 대한 개인의 책임	효율성	질병환자수 (발생율/유병율)	효율성	비용효과성	해당 상병의 환자수
7위	건강상담		호스피스	한방첩 약	질병환자수 (발생율/유병율)	의학적 효과성	의학적 효과성	의학적 효과성	질병환자수 (발생율/유병율)	
8위	불소도포		치아홈메우기	건강상담	대체가능성	대체가능성	질병발생에 대한 개인의 책임	대체가능성	대체가능성	

47) 김주경(2005). 『건강보험 급여확대의 우선순위 설정에 대한 연구』 연세대학교 박사학위논문.

48) 조정숙(2005). 『보험급여 확대 항목 선정을 위한 우선순위 설정: AHP기법 적용』 연세대학교 석사학위논문

49) 최숙자, 고수경, 김정희, 이상이 (2006) 보건행정학회지 16(1):73-94.

3. 우선순위 설정에 대한 해외 사례

한편, 우선순위 설정방식을 활용한 외국의 사례를 보면 우선순위 관련 원칙을 규정하고 있고 일부 국가에서는 우선순위를 정하는 방법론상의 원칙도 제시하고 있다(<표 4-18> 참조). 이러한 원칙은 각 국가가 추구하는 가치와 의료보장제도를 통해 실현하고자 하는 목표가 구체적인 형태로 실현되어 나타난 것으로 볼 수 있다.

<표 4-18> 외국의 우선순위 설정 관련 가치 및 원칙

구분	가치 및 원칙	네덜란드	스웨덴	영국	미국 Oregon 주	캐나다	뉴질랜드	핀란드
우선순위에 포함되는 가치	인간존엄, 환자존엄		○					○
	욕구와 연대책임		○					
	삶의 질				○			
	사회에 미치는 영향				○			
	예방				○			
	형평성	○		○			○	○
	효과성, 효율성		○	○	○		○	
	수용성						○	
	자율성							○
방법론	반응성			○				
	명시성	○						
	전문가 의견과 사회적 가치 결합	○						
	타당성					○		
	공공성					○		
	개정과 합의					○		
법적 집행					○			

자료: 송현중 외(2007). 『주요 국가의 보건의료 우선순위와 정책적 함의』 건강보험심사평가원.

이러한 원칙 하에서 우선순위의 내용을 정하게 되는데, 그 유형은 대략 세 가지로 구분할 수 있다. 첫째 급여패키지에 포함되는 보건의료서비스나 품목(예: MRI, 예방접종 서비스 등), 질병 (예: 심장병, 암 등)나 인구

집단 (예: 노인 또는 6세이하 아동, 장애인)의 리스트를 규정하는 유형, 둘째 필수 보건의료서비스를 정하는 유형, 셋째, 자세한 서비스 항목보다는 서비스의 광범위한 범주를 정하는 경우이다.

4. 향후 우선순위 설정방식의 고려사항

앞으로 건강보험 보장성 개선을 위한 정책수단으로 우선순위 설정방식을 사용하려면 이 방식에 대해 좀 더 깊이 있는 검토가 필요할 것으로 보인다. 이를 정리하면, 첫째 우선순위 설정에 있어서 현재와 같은 부분적인 접근, (즉, 주어진 상황에 따라 질병별, 대상집단별, 또는 서비스 항목별로 추가해나가는) 방식에서 벗어나 보다 장기적이고 근본적인 계획과 접근방향이 설정될 필요가 있다. 이에 따라 우선순위 설정의 원칙과 기준, 정책 적용 범위를 정하는 것이 필요하다. 둘째 우선순위 설정에 관한 의사결정 방법에 대한 보다 근본적인 논의와 개선이 필요하다.

가. 우선순위 설정에 대한 포괄적이고 장기적 접근

앞서 살펴본 바와 같이, 건강보험의 보장성이 낮은 이유는 비급여 서비스의 비중이 높기 때문이다. 따라서 비급여 서비스의 보험급여 확대는 시급하고 반드시 필요한 것이지만, 늘어나는 의료수요와 행위별 보상방식 하에서는 단기간에 달성되기 어려운 목표이다. 급여확대를 위해 우선순위 선정방식을 보다 종합적, 장기적으로 접근하기 위해 중요하게 고려되어야 할 사항은 다음 세 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 우선순위에 대한 대원칙을 정하는 것이다. 이는 건강보험을 통해 추구할 목표와 연계되어야 하며, 보편적인 가치를 부여하여야 할 것이다. 많은 국가에서 포함하고 있는 형평성, 효율성 및 효과성을 기본 원칙으로 고려할 수 있으며, 이러한 원칙은 보험정책의 다른 측면(예, 진료비 지불

제도 개선)에서도 함께 논의되는 것이 필요할 것이다.

둘째, 우선순위 설정을 위한 근거 기준을 명확히 하는 것이 필요하다. 국외의 연구에서 경제학적 접근에 대한 한계점이 지적되고, 보다 광범위한 사회문화적, 정치적 요소의 고려가 필요함이 강조되었음에도 불구하고, 우선순위 설정은 과학적, 합리적 자료에서 출발되어야 함을 부인할 수 없다. 즉, 경제학적 접근만으로 우선순위 설정이 이루어지는 것은 바람직하지도, 가능하지도 않지만 이러한 결정이 순전히 정치적, 시대상황적 요소에 의해 결정되는 것은 더욱 심각한 문제가 아닐수 없다. 우선순위 결정 대상이 되는 인구집단, 신기술 및 각종 의료서비스와 품목에 대한 과학적이고 체계적인 자료수집 및 평가가 선행되어야 하며 (그들의 불확실성에도 불구하고) 이러한 자료에 근거하여 사회적 합의를 이루어야 하는 것이 적절할 것이다. 이러한 자료수집을 체계적이고 합리적으로 실행할 수 있는 기관의 설립이 필요하다고 본다.

셋째, 우선순위 설정방식을 적용할 서비스 범위를 정하는 것이다. 지금까지는 비급여 서비스 항목을 급여로 전환하는 것에 초점을 맞추었으나, 이 방식을 지속적으로 적용하기에는 급여항목 각각에 대한 급여조건과 수가를 결정하는 과정에서 상당한 시간과 비용이 소요될 것이다. 또한, 가입자와 공급자 사이에 합의를 도출하기가 어려운 복잡성을 가지고 있다. 더욱이 행위보상방식의 지불체계를 유지하는 상황에서 개별 항목을 급여로 전환하더라도 기대하는 보장성 개선 효과가 나타나지 않을 수도 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해 향후 우선순위 적용범위를 더 넓은 범주로 묶는 방안을 고려해 볼 수 있다. 예컨대, 스웨덴과 같이 의료서비스에 대한 필요를 위급성과 중증도를 중심으로 순위를 정하는 것을 고려할 수 있다.

나. 우선순위 설정 방법

우선순위 설정은 관련 이해당사자들 사이에 갈등과 긴장이 수반되는

의사결정 과정이다. 건강보험 급여확대를 위한 우선순위 설정을 위한 합의도출은 그 과정과 결과에 있어 미흡한 점이 많다. 이를 개선하기 위해서는 첫째 우선순위 설정 방법에 대한 원칙이 제시되어야 한다. 즉, 방법의 명시성과 타당성 이의신청 또는 의견제시 절차의 확보 등에 대한 원칙을 정하여, 사회적 합의를 기반으로 우선순위 선정이 이루어질 수 있도록 한다.

둘째 전문성과 투명성의 문제를 개선해야 한다. 비급여 서비스를 급여 서비스로 전환하는 데 있어 중요한 판단기준은 임상적 효과와 안전성 및 비용효과성이다. 따라서 의사결정기구는 일정 수준의 전문성을 갖추어 그 판단에 대한 신뢰와 절차상의 투명성을 확보해야 한다. 건강보험정책심의 위원회나 의료행위전문평가위원회는 기술의 비용효과성과 보험재정에 미치는 영향을 충분히 검토하고, 이러한 평가가 독립적이고 객관적으로 이루어질 수 있도록 해야 한다. 셋째, 의료자원의 분배에 관한 우선순위 설정은 전문가나 정책결정자들만의 결정사항이 아니다. 이러한 분배결정의 수혜자인 국민과 환자 및 여러 이해관계자들에게 정확한 정보를 전달하고 이에 대한 충분한 논의를 바탕으로 하여 사회적 합의가 형성될 때 이러한 우선순위는 사회적 책임성과 합리성을 담보할 수 있으리라고 본다.

제5절 평가 및 소결

1. 2000년 이후 건강보험 보장성 개선에 대한 총평

건강보험이 단일보험자로 출범한 2000년 이후 보장성 개선 논의는 곧바로 이어지지 못했다. 보험재정 적자를 해결하는 것이 보장성 개선보다 더욱 중요한 과제로 제기된 것이다. 이와 같은 분위기에서 오히려 보장성은 축소·후퇴되는 경향까지 나타났고, 국민은 매년 7% 이상의 높은 보험료를 인상을 감내해야만 했다.

이후 건강보험 재정이 호전되면서 2004년부터 건강보험 보장성 개선 논의가 활발하게 진행되었다. 양적, 질적 차원에서 보장성 논의는 발전된 모습을 띠었다. 가장 특징적인 것은 보장수준에 대하여 ‘목표보장률’이 제시되고 동시에 이를 달성하기 위한 단계적 실행방안(로드맵)도 정부에 의해 제출되었던 것으로 볼 수 있다. 또한 건강보험 보장률에 대한 개념정의와 더불어 이를 표현할 지표를 다듬고 측정하기 위한 논의와 조사가 뒤따랐다. 여기에 보장성 개선을 위한 다양한 접근방법이 적용되었다. 이와 같은 성과는 건강보험 30년 역사상 가장 활발하게 보장성 개선에 대한 논의가 이루어졌던 시기로 평가될 수 있을 것이다.

그러나 새로운 문제도 제기되었다. 가장 큰 문제는 그동안의 노력에 비해 보장수준의 개선이 효과적으로 추진되지 못했다는 점이다. 보장성 개선을 위해 투입된 비용에 비해 보장수준의 개선은 크게 나아지지 못한 것이다. 이는 보장성 개선을 급여확대와 본인부담률 조정을 중심으로 접근했던 관점을 벗어나 비급여서비스 관리까지 포괄적으로 접근하지 않으면 안 된다는 교훈을 남겨주고 있다. 또한 이 시기에 건강보험 보장성 개선을 위한 공급자, 가입자 간의 사회적 합의의 경험이 없다는 점은 가장 아쉬운 평가의 지점으로 남게 되었다.

2. 보장성 개선 접근방법에 대한 평가

가. 목표보장률

목표보장률은 2004년 보장성 개선에 대한 논의가 본격화되면서 사용되기 시작한 표현이었다. 이는 목표를 분명히 한다는 의미 이외에도 보장성 개선에 보험료 인상이 불가피하다는 점에서 국민적 동의를 끌어내기 위해 긍정적이었고 반드시 필요했던 개념이었다.

그러나 책임성과 일관성이 유지되면서 국민을 설득해야 할 ‘목표보장

를'은 상황에 따라 수정·변경되어 국민들에게 제시되었다. 2002년 대통령 선거에서 당선자인 노무현 후보는 건강보험 보장률 80%를 목표로 제시하였으나 인수위원회 시절 70%로 조정되었다. 그리고 이는 2005년 6월 '건강보험 보장성 강화 방안'을 통해 2008년까지 71.5%를 목표로 제시하는 것으로 구체화되었다. 그러나 1년 뒤인 2006년 8월 정부보고서인 '비전 2030'에서 건강보험 보장률은 2017년까지 72%, 2030년까지 85%를 목표로 다시 변경되었다.

물론 이와 같은 정책목표는 구체적 경험과 평가를 통해 수정될 수 있다. 그러나 목표보장률을 수립한 구체적 근거와 실행 가능한 접근방법을 평가하면서 설득력있게 제시되어야 했다. 노무현 정부 기간 동안 목표보장률이 변경된 구체적 이유는 세부적으로 설명되지 못했다. 결국 이와 같은 과정은 '목표보장률'에 대한 사회적 불신을 불러왔다. 정치적 구호일 뿐, 정책적 목표가 아니라는 인식이 확대된 것이다. 이는 향후 건강보험 보장성 개선을 위한 정부의 노력에서 극복되어야 할 문제가 되었으며, 설득력을 갖추지 못하고 정부의 의지로 뒷받침되지 못하는 '목표보장률'은 이러한 점에서 얼마나 위험한 것인가를 경험하게 되었다.

나. 단계적 실행방안

'목표보장률'의 제시와 함께 정부는 단계적 실행방안(로드맵)을 제시하였다. 2008년까지 중단기적 계획을 제시하였는데, 이러한 계획은 건강보험 역사상 최초로 정부에 의해 작성된 것으로 의미가 컸다.

그러나 이 방안은 우선 치밀함이 떨어지는 문제를 안고 있었다. 건강보험 재정의 전반적 상황을 고려한 속에서의 계획이라기보다 매해 급여확대할 서비스 목록을 시간표처럼 작성한 것에 불과했다. 일정별 계획이 실행되어 예상했던 보장률이 현실로 표현될 수 있도록 하기 위한 전반적 관리 계획이 부족했다. 비급여 관리에 대한 계획이 누락된 것이 가장 대표

적인 예가 될 수 있다.

한편, 그마저도 계획된 것을 실행하지 못했던 점도 중요한 평가 지점이다. 보장성 개선을 위한 중점질환 선정에 있어서 암·심혈관질환·뇌혈관질환을 제외하고는 선정하지 못했고, 2007년 시행하겠다고던 상급병실료차액의 보험급여화 역시 진행되지 못했다.

이러한 경험은 가입자와 공급자 모두의 불만을 사고 있다. 이는 향후 또 다른 로드맵을 작성하고 합의하는데 긍정적인 영향을 미치기 어려울 것이다.

다. 건강보험 재정상황에 대한 의존성

2000년 국민건강보험으로 출범한 이후 현재까지 건강보험 보장성 개선 정책은 거시적 정책 목표와 원칙, 계획이 없었다. 앞서 언급한 바와 같이 구호성에 그친 ‘목표보장률’과 부실한 내용이지만 그나마 2005년 처음 제시된 단계적 실행방안이 전부였다.

2005년 1조 5천억원 규모의 건강보험 보장성 개선 규모를 결정했던 건강보험정책심의위원회에서도 중장기적 계획과 방향 속에서 보장성 개선 계획을 수립하기 보다는 재정상황을 근거로 규모를 결정하는데만 집중하였다. 보장성 개선을 위한 접근방법, 중장기적 계획 수립 등에 대한 세부 논의가 이루어지지 못했다. 이는 정부, 공급자, 가입자 대표 모두 보장성 개선에 대한 논의를 진행할 준비가 되지 못했음을 반영한 결과였다.

이처럼 준비되지 못한 상황에서의 논의는 급여확대 규모와 단기적 급여확대방안에 집중되었고, 이마저도 오래가지 못해 사회적 피로감을 낳기 시작했다. 2006년 식대 보험급여화가 시작되면서 요양기관의 반발이 커졌고 건강보험 재정이 다시 당기수지 적자가 예상되자 보험급여 확대 분위기는 급격히 냉각되었다.

결국 건강보험 보장성 개선에 대한 원칙과 방법, 중장기적 계획에 대

한 사회적 합의를 이끌지 못한 상황에서는 건강보험 재정여건에 따라 정책이 영향을 받을 수밖에 없다는 점을 경험하게 되었다.

라. 진료비 지불제도와 건강보험 보장성의 연계 부족

역사상 가장 활발한 보장성 개선 논의가 이루어졌지만, 진료비 지불제도와 연계에서 보장성 개선에 관한 구체적 논의가 진척되지 못했던 점은 보장성 논의가 협소하게 이루어졌음을 반증하는 것이다. 급여확대 항목에 대해 진지하고 실천적인 논의가 이루어졌던 것에 반해 진료비 지불제도와 연계는 구체적 논의가 거의 없었다. 여러 연구자들이 이에 대해 언급하였지만 선언적인 명시였을 뿐, 더 이상 진전된 논의로 나아가지 못했다. 이는 행위별수가제에서 급여확대가 보장성 개선이라는 정책적 목표를 달성하기 위해 진료비 지불제도 개선이 불가피함을 경험적으로 확인시켜준 계기가 되었다.

마. 비급여서비스 관리에 대한 논의 부족

행위별수가제 하에서 보장성을 개선하기 위해서는 ‘비급여 관리’가 필수적이다. 그러나 이에 대한 논의 역시 소홀히 다루어져왔다. 보장성 개선 논의가 활발했던 2004년 이후 현재까지 정부는 이에 대한 세부적 논의를 거의 다루지 못했다. 비급여에 대한 논의는 보장성 개선 논의와 긴밀하게 연결된 것이라기보다 상관없이 2006년말 백혈병 환자들이 집단적으로 진료비 확인신청을 통해 임의비급여 문제가 의제로 떠오르며 논의하고 있는 정도에 불과했다. 2007년 12월에 복지부가 선택진료비와 임의비급여 문제에 대해 개선방안을 발표하였으나 보장성 개선을 위한 정책의 일환으로 다루어진 것은 아니다.

바. 보장성 개선을 위한 사회적 합의의 부족

2003년 이후 보장성 개선은 주로 정부의 주도로 안이 만들어졌고 이에 대하여 공급자와 가입자의 의견과 입장이 난무할 뿐이었다. 물론 공급자와 가입자들이 보장성 개선에 대한 안을 제시할 만큼 준비가 되어 있지 못했다는 점에서 책임을 나눌 수 있겠으나, 보장성 개선의 목표와 로드맵, 우선순위에 대한 합의가 이루어지지 못한 점은 향후 보장성 개선에 있어서 방법론의 개발과 상관없이 ‘결정’의 단계에서 쉽지 않은 상황을 예고한다고 볼 수 있다. 이런 점에서 공급자와 가입자, 정부 간에 보장성 개선을 위한 원칙을 서로 교류하기 위한 노력부터 시작해야 할 것이다.

사회적 합의의 중요성이 강조되는 것은 보장성 개선을 위한 주요 정책 결정수단인 우선순위 설정방식을 보다 합리적으로 운영하기 위해서이다.

3. 향후 보장성 개선의 방향

가. 고액진료비에 대한 보장성 개선

고액진료비에 대한 보장성 개선을 우선적인 과제로 해야 한다. 이는 본인부담상한제의 개선을 통해 이루어질 수밖에 없을 것이다. 특히 본인부담상한제에 사용되는 재정의 비율은 우리나라 건강보험 재정분배의 특징을 보여주는 것이라는 점에서 전체 요양급여비용중 고액진료환자를 위한 급여비로 어느 정도의 비율을 사용하는 것이 적절한 것인가에 대한 판단을 먼저 하고 그에 맞추어 제도를 개선하는 방향으로 나아가는 것이 바람직할 것이다. 이는 특정 질병 중심의 접근보다 그 적용범위가 넓고 공평하다는 면에서 장점을 가진다.

나. 비급여서비스에 대한 관리에 대한 고려

2004년부터 현재까지의 보장성 개선 논의를 평가하는 가운데 가장 중요한 교훈이라고 할 수 있다. 보장성 개선을 위해서는 비급여서비스 비용 각각에 대한 개선책을 찾아야 하며, 나아가 행위보상방식 하에서의 한계를 극복하기 위해서 진료비 지불제도와 연계하여 구체적인 논의가 진행되어야 한다.

제2부 건강보험 보장성 개선 방안

제5장부터 제7장까지는 건강보험 보장성 개선 방안을 모색하는 내용이다. 제5장은 환자본인부담 발생구조에서의 개선방안을 찾고, 제6장은 가계의 의료비 부담을 경감할 수 있는 방안, 제7장은 정책결정 수단으로서 중요한 우선순위 설정방식의 바탕이 되는 사회적 합의를 도출하기 위한 개선방안을 찾는 것을 내용으로 담고 있다.

제5장 환자본인부담 발생구조에 대한 개선

본 장에서는 건강보험 환자본인부담 발생구조에 대한 개선책을 찾고자 하며, 이는 제2장과 제3장에서 건강보험 보장성 문제를 환자본인부담비용 발생구조에서 이해한 것과 맥을 같이 한다. 즉, 환자본인부담 수준 자체도 중요하지만, 이를 발생시키는 원인이 어디에 있는 지 파악하는 것이 향후 정책방안을 마련하기 위한 방향을 제시하는 데 중요하다고 생각된다. 급여서비스의 법정본인부담과 비급여서비스로 나누어 접근하고, 내용은 앞으로 개선책 마련을 위한 과제도출에 초점을 맞추었다.

제1절 급여서비스에 대한 법정본인부담

1. 급여구조의 개선

2006년 건강보험 법정본인부담률은 26.3%에 해당하며, 입원 17.3%, 외래 29.8%, 약국 27.4%로 입원에 대한 급여율이 가장 높다⁵⁰). 건강보험 급여서비스에 대한 법정본인부담은 정률부담방식(co-insurance)을 적용하고 있으며 입원과 외래 및 약국에 대해 부담률의 차이가 있고, 외래진료는 의료기관 종별 간에 차이를 두고 있다. 이러한 정률부담방식이 합리적인 것인지 검토가 필요하고, 급여구조에 대한 보다 심도 있는 연구를 통해 정액부담(copayment), 일정 금액까지 전액 환자부담(deductible)을 조합할 여지가 있는 지 살펴보아야 한다. 또한, 입원, 외래, 약국에 대한 급여구조를 달리 운영하는 방식도 고려할 수 있다. 왜냐하면 진료영역별 특성과 비용의 성격이 다르기 때문이다. 이는 본 연구의 범위를 벗어나므로 후속 연구과제로 남긴다.

2. 법정본인부담 정책에 대한 시사점과 과제

우선 지적할 수 있는 문제는 법정본인부담을 낮추는 정책과 반대로 부담을 늘리는 정책이 모두 보험재정 상황에 따라 결정되었다는 점이다. 물론 보험재정 안정과 보장성 개선은 매우 밀접한 사안이지만, 보험재정이 보장성 개선 정책의 충분조건이 되어서는 곤란하다. 보장성 개선은 앞으로 지속적으로 추진해 나가야 하는 정책과제이고, 인구의 고령화로 의료에 대한 수요는 계속 증가할 수밖에 없는 상황에서 보험재정에 맞춘 정책 추진은 그 방향의 일관성이나 목표설정이 가변적으로 되기 때문이다.

중대 상병에 대한 법정본인부담 경감과 6세 미만 아동의 입원에 대한

50) 건강보험통계연보 2006 참조.

법정본인부담 면제 등 일련의 보장성 개선 정책이 흑자 보험재정에서 출발한 정책이었던 것에 반해, 보험재정 안정화를 위한 정책들도 함께 추진되었다. 즉, 2007년 8월 1일부터 의원 외래진료와 약국의 본인부담을 30% 정률부담으로 변경하였는데, 주된 이유는 건강보험재정 안정을 도모하고, 정률부담방식을 통해 확보하는 재원을 상한제 개선과 6세 미만 아동의 외래 본인부담을 낮추는데(성인의 70%를 부과) 사용하기 위한 것이었다. 이러한 정책 결정은 건강보험의 역할이나 보장성 개선에 대한 장기적인 추진 방향을 가지고 세부 정책이 결정되지 않는 문제를 나타내고 있다. 즉, 궁극적으로 건강보험의 역할을 고비용 질환에 대한 보장으로 설정한다면, 가입자와 제공자와 함께 합의하는 속에서 진료비 패턴이나 질병양상을 고려하여 향후 소요될 건강보험재정에 대한 추계까지 포함하여 정책수립이 이루어져야 할 것이다.

같은 맥락에서 정책결정에 있어 명확한 근거와 논리가 부족한 사례는 2008년 1월 1일부터 시행하는 본인부담정책 변화이다. 정부는 2006년 1월 1일부터 6세 미만 아동의 입원에 대한 법정본인부담을 면제하였고, 같은 해 6월 1일부터 입원환자의 식대를 급여서비스로 전환하여 20%의 본인부담을 부과하였으나, 2008년 1월 1일부터 6세 미만 아동의 입원에 대해서는 10%, 식대는 50%의 본인부담을 부과하기로 결정하였다. 이러한 정책 변화에 대한 근거로 2006년 실시된 두 가지 본인부담경감 정책 시행 후 의료이용이 늘어 환자의 도덕적 해이 문제가 거론되었고, 다른 중요한 요소는 이러한 의료이용 증가에 따른 보험재정 문제였다.

법정본인부담 정책과 관련하여 앞으로 고려되어야 하는 부분은 도덕적 해이로 인한 후생손실 부분에 대한 종합적인 평가이다. 제2장과 제3장에서 지적한 바와 같이 도덕적 해이 이론에 대한 한계를 인지하고, 후생손실에 대한 추정도 보다 신중하게 접근하는 것이 요구된다.

제2절 비급여서비스

1. 법정 비급여서비스

가. 선택진료비

최근 보건복지부는 선택진료제도에 대한 개선안을 발표하였고⁵¹⁾, 실질적인 환자의 의사선택권 보장과 효과적인 관리체계 마련을 정책목표로 설정하고 있다. 그 내용은 환자의 선택이 제대로 이루어지고 있지 않은 문제를 개선하고자 첫째 선택진료의사의 80% 범위에 실제 임상진료가 가능한 의사만을 지정하도록 하고, 둘째 진료과목별로 최소한 1인 이상의 비선택진료의사를 두도록 하며, 셋째 진료지원과목(예, 영상의학과)에 대해 병원이 일방적으로 포괄적인 선택진료를 제공하던 문제를 개선하여 환자가 하여금 선택 또는 비선택 여부를 결정하고 선택진료시 2-3명의 선택진료의사를 정할 수 있도록 하였다.

그러나 이 개선안의 내용은 이 비용에 대한 환자부담을 어떻게 줄일 것인가에 대한 내용이 포함되어 있지 않으므로 건강보험 보장성 개선을 염두에 둔 정책이 아니며, 환자의 ‘선택’을 개선하는 측면에서도 미약하다. 제3장에서 제기한 바와 같이 선택진료비에 대해서는 두 가지 정책 방향을 생각할 수 있다. 첫째, 환자의 합리적인 선택이 가능하도록(즉, 선택진료 비용에 부합하는 적절한 ‘선택’을 할 수 있도록) 의사에 대한 질 평가에 따른 선택이 가능하도록 제도를 만드는 것이다⁵²⁾. 이 경우 비용의 합리성은 개선될 수 있으나, 환자의 선택에 대해 공공보험이 부담하는 것은 보편성을 추구하는 공공보험의 원리에 부합하지 않으므로 환자본인부

51) 복지부 보도자료 2007. 12. 12

52) 제시된 안에 따라 임상 의사 대비 80%까지 선택진료의사를 둘 수 있고, 진료과목당 최소 1인의 비선택의사를 둔다는 것은 질 높은 의사에게 진료받기 위해 추가의 비용을 내는 선택의 의미에 부합하기 어려운 조건이다.

담을 부여하게 될 것이므로 환자본인부담 경감에 기여하는 정도는 한계가 있다.

두 번째 방안은 선택진료비가 병원수입을 보전하는 것이 실질적인 역할이므로, 이 비용을 수가산정에 흡수하는 것이다. 의료계는 이 방안에 대한 검토나 의견교환을 배제하고 정부의 관리(또는 간섭)를 받는 의미로만 받아들이는 것으로 보이며, 시민단체에서는 복지부의 개선안 발표 후 선택진료제도 폐지를 주장하고 있어 입장 차이가 뚜렷하다. 업무의 난이도, 의사의 숙련정도, 자원 활용 정도를 반영하는 상대가치수가 체계에 선택진료비를 흡수할 수 있는 기전이 있다고 판단되며, 선택진료가 종합병원과 종합전문병원에서 비중이 높기 때문에 종별 가산과 유형별 수가계약에 반영하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 이 방안은 환자의 부담을 없앨 수 있으므로 보장성 개선에 기여하는 바가 크겠지만 의료계의 반발이 거셀 것으로 예상되므로 정부가 의료계를 설득하는 노력과 의지가 필요하다.

요약하면, 현행 선택진료제도 하에서는 왜곡된 ‘선택’이 이루어지고 있으므로 이를 합리화하여 비용을 줄이는 것이 최소한의 정책적 요구이다. 건강보험 보장을 개선하는 측면에서 더 바람직한 것은 이 비용을 수가산정에 흡수하여 환자본인부담을 경감하는 방향으로 추진하는 정책이 될 것이다.

나. 상급병실료

상급병실료 문제 역시 비용의 합리성이 결여되어 있다는 점을 지적할 수 있다. 현재는 전체 병상의 50% 이상이 보험급여가 적용되는 기준 병상이라면 상급병실료를 부과할 수 있도록 되어 있으나, 이는 환자의 입장에서 합리적인 선택을 하기 힘들고 보험자의 입장에서 기준 병상에 대한 급여 청구가 합당하게 이루어지는 지 판단하기 모호한 부분이 있다. 따라

서 병실의 분포를 환자의 수요에 맞게 갖추고, 환자가 본인부담 비용을 고려하여 병실을 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다. 보다 장기적으로는 이 항목에 대한 지출이 진료행태(입원과 재원기간에 대한 결정)와 연관된 부분이므로, 진료행태를 합리화하고 지불제도를 개선하는 방안으로 접근해야 효과적일 것이다.

2. 임의비급여

제3장에서 정리한대로 임의비급여에 해당하는 다섯 가지 경우가 각 성격이 다르기 때문에 정책대응을 달리해야 할 것이다. 보건복지부는 2007년 12월에 “임의비급여 해결 및 포괄수가 모형개발” 안을 발표하였다. 아래에 정부의 개선안과 최근 논의를 중심으로 임의비급여 내용을 구분하여 검토하고, 앞으로 개선할 부분에 대해 고찰하기로 한다.

가. 신의료기술

빠르게 발전하는 신의료기술에 대한 평가와 관리는 바람직한 의료행위를 유도하고, 의료비용을 합리화하기 위해 필요하며, 신의료기술 사용이 늘어남에 따라 건강보험의 급여대상으로서의 적합성을 평가해야 할 필요가 더욱 커지고 있다. 제3장에서 설명한 바와 같이, 급여 또는 비급여 목록에 포함되지 않은 신의료기술은 임의비급여로 분류되므로 원칙적으로 의료기관이 환자에게 비용을 부과할 수 없다. 앞으로 임의비급여로 분류될 신의료기술이 계속 증가할 것으로 전망되며, 이에 대한 체계적이고 적절한 관리는 환자를 보호하고, 의료행위를 개선하며, 이에 대한 비용을 합리적으로 지출하는 데 기여할 것이다. 신의료기술에 대한 평가는 우선 유효성·안전성을 평가하고⁵³⁾, 이를 통과한 경우 경제성 및 건강보험 급여 적

53) 2006년 10월 신의료기술의 평가규정이 포함된 의료법이 개정되어, 신의료기술에 대한 유효

정성을 판단하여 급여 또는 비급여로 분류하게 된다. 유효성·안전성에 대한 일차평가를 통과하지 못하면 이는 당연히 불법적 처치로 취급된다. 문제는 유효성·안전성 기준을 통과하였으나 경제성 및 건강보험 급여 적정성을 평가하기에 자료가 부족하여 판단하기 어려운 경우 임의비급여로 분류되는 부분을 개선할 필요가 있다. 이에 대한 대책으로 정부에서는 이 경우를 “한시적 신의료”로 분류하여 이를 실시할 수 있는 적절한 의료기관을 선정하여 임상결과 등 평가자료를 확보하여 급여 적정성을 평가하도록 하는 제도를 시행하기 위한 방안을 준비 중이다⁵⁴⁾.

나. 허가범위를 벗어난 사용(off-label use)

이는 식약청의 허가사항을 벗어난 약제의 사용을 말하여, 임의비급여에서 차지하는 비중으로 보나 내용상의 중요성으로 보나 개선책이 가장 시급하게 요구되는 부분이다. 약제는 식약청의 유효성·안전성 기준을 통과하여야 사용할 수 있고, 이미 허가된 경우도 새로운 적응증을 추가하려면 그 부분에 대해 허가기준을 통과해야 한다. 그럼에도 불구하고, 의료현장에서는 허가범위를 벗어나 약제를 사용하는 경우가 있으며 특히 질병이 위중한 경우에 그러하다. 최근 발표한 정부의 개선안은 대체약제가 없는 경우 ‘의학적 근거⁵⁵⁾’를 제시하면 우선 사용할 수 있도록 인정하였다. 대체약제가 있음에도 사용하고자 할 때는, “대체약제를 사용하였으나 효과가 미흡한 경우”, “대체약제보다 비용효과적인 경우” 등의 사유를 제시

성·안전성은 의료법에서, 경제성 및 급여적정성은 국민건강보험법에서 결정하는 체계로 정비하게 되었다. 법개정 전에는 ‘의료행위전문평가위원회’에서 모든 평가를 담당했다.

54) 이에 대한 논의를 위해 한시적 신의료제도 도입을 위한 심포지엄(2007. 3. 31)을 심평원 주관으로 개최하였다.

55) 의학적 근거는 교과서, 임상진료지침, 임상 효과에 대한 공인된 학술지 게재, 미국 등 해외 허가사항 등을 통해 확인한다(보건복지부 보도자료 “임의비급여 해결 및 포괄수가 모형개발”. 2007. 12. 12)

하도록 하였다. 또한, 허가범위 초과사용이 불가피한 경우 1년 단위로 급여전환을 검토하기로 하였다.

요약하면 임상적 필요성을 우위에 두어 일반적인 약제의 허가절차를 적용하지 않고 사용할 수 있도록 허용하는 것이다. 그러나 보편적으로 적용하는 약제의 유효성·안전성에 대한 평가기준을 동등하게 적용하지 않는 형평의 문제가 고려되어야 하고, 기존의 허가사항에 적응증을 추가하기 위해서는 임상결과를 제출해야 하는 부담을 가지고 있는 제약회사로서는 이 제도를 활용하여 보다 빠르고 용이하게 약제 사용 확대를 얻을 수 있는 기회로 삼을 수 있다는 점에서 위험 요소가 있다.

약제의 적응증을 추가하기 위해서는 임상결과가 필요하므로, 허가절차상에서 행해야 하는 임상시험과정 중에 약제사용이 가능하도록 하는 방안이 더 타당할 것이다. 즉, 건강보험 급여정책과 식약청의 허가기준이 부합할 수 있도록 제도적 절차를 마련하는 것이 필요할 것이다.

다. 심사삭감, 급여기준 초과, 별도산정불가

별도산정불가에 해당하는 재료 등의 임의비급여는 수가산정에서 포함하거나 비급여 또는 급여전환으로 해결할 수 있고, 심사삭감과 급여기준 초과는 심사기준의 투명화와 진료비에 대한 환자상담제도 운영 등으로 개선될 여지가 있다.

라. 포괄수가 모형개발과 임의비급여 개선

급여체계 개선을 위해 검토하고 있는 포괄수가제(diagnosis-related group) 모형은 진단군별로 치료에 포함되는 행위·검사·처치·약제·치료재료 등을 포괄하여 급여하는 방식이다⁵⁶⁾. 이 지불방식이 임의비급여 문제 해결에 어느

56) 현재 7개 진단군에 대해 의료기관의 자발적 참여를 원칙으로 실시하고 있으나, 이를 확대해야 한다는 주장이 계속 제기되고 있다.

정도는 기여할 수 있으나, 이는 주로 심사삭감, 급여기준 초과, 별도산정불가의 경우에 해당될 것이다. 왜냐하면, 이들의 경우는 사용근거는 명확히 있으나 급여기준을 초과하는 문제에 해당되는 것이기 때문이다. 반면에 사용근거가 불충분한 신의료기술이나 허가사항 초과(off-label use)의 경우는 포괄수가제에서도 해결하기 어려운 부분으로, 위에서 제시된 안을 발전시키는 노력은 여전히 필요할 것으로 보인다. 따라서 포괄수가제가 임의비급여를 개선하는 방안처럼 제시되는 것은 적절하지 않은 측면이 있으므로 그 한계를 명확히 하고 접근해야 할 것이다.

제3절 소결

본 장에서는 환자본인부담이 발생하는 구조에 대한 개선을 살펴보았다. 먼저 환자본인부담을 구성하고 있는 급여서비스에 대한 법정본인부담과 비급여서비스의 성격이 다르므로, 서로 다른 접근방식을 시도해야 하며, 건강보험 보장과 관련된 과제에서 급여범위의 문제가 중요하므로 비급여서비스에 대한 개선을 위한 정책 대안을 마련하는 것이 시급하다.

급여서비스에 대한 법정본인부담은 어떤 방식의 환자부담을 부과하는 것이 타당한 급여구조를 가지는 지, 또한 이를 진료영역별로 설계할 필요가 있는 지에 대한 검토하는 것이 필요하다. 이는 본 연구의 범위를 벗어나는 것으로 후속 과제로 남긴다. 또한 지금까지 본인부담률을 개선하는 정책들이 보험재정 상태에 따라 흔들린 측면이 있어 일관된 방향을 가지는 정책 수립이 필요하다.

비급여서비스 문제는 환자본인부담에서 차지하는 비중이 크다는 점에서도 중요하고, 효과적인 개선방안이 제시되지 않으면, 일부를 급여로 전환하더라도 보장성 지표상의 개선은 얻기 힘들 것이다. 비급여서비스는 법정비급여와 임의비급여로 구분되며, 법정비급여 중 환자부담에서 중요

한 항목은 선택진료비와 상급병실료를 들 수 있고, 임의비급여는 다시 다섯 가지로 구분할 수 있다. 비급여서비스 개선방안에서 중요한 점은 이들 각각의 성격과 내포하고 있는 문제가 다르기 때문에 일괄적인 접근은 효과적이지 않을 수 있다는 것이다.

선택진료비에 대해서는 먼저 이 비용의 필요성을 인정하면서⁵⁷⁾ 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 선택진료비의 실질적인 기능이 병원 수입보전이므로 이를 수가산정에 흡수하는 방안이 있다. 이 방법은 환자부담을 없애게 되므로 건강보험 보장성 개선에 기여하는 바가 다를 것이지만 의료계의 반발이 클 것으로 예상되므로, 의료계와 심도 있는 논의를 거쳐 실행방안을 찾아야 할 것이다.

상급병실료도 비용 부과 기준을 개선하여 비용을 합리화하는 것이 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 경우가 서로 다른 특성이 있으므로 대응책도 구분되어야 한다. 가장 중요하고 어려운 부분은 허가사항을 초과하여 사용하는 약제에 대한 것으로 식약청의 허가정책(또는 기준)과 건강보험 급여정책이 부합할 수 있는 방안을 찾아야 한다. 신의료기술은 급여의 적정성을 평가할 수 있는 체계를 갖추도록 제도를 만들어야 하고, 나머지 부분은 심사기준의 투명성 확보와 환자에 대한 진료비 상담, 수가

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

산정 개선 등을 통해 해결할 수 있는 부분이다.

장기적으로 급여체계 개선과 비급여서비스 개선이 연계되어 논의되어야 하지만, 급여체계 개선이 위에서 살펴본 비급여서비스 문제를 모두 해결할 수 없기 때문에 이에 대한 한계를 명확히 하고 정책을 수립하는 것이 필요하다.

제6장 소득 계층별 가계 의료비 부담 개선

제1절 소득 계층별 가계 의료비 지출 분석의 필요성

본 장에서는 소득 계층별 본인부담 의료비 지출 현황을 가계단위에서 분석한다. 건강보험의 보장성 수준이 문제가 되는 것은, 보장성이 낮을 경우 가계의 과중한 의료비 부담을 초래할 수 있으며, 이로 인하여 필요한 의료서비스를 받지 못하거나, 또는 필요한 의료 서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪게 될 수 있기 때문이다.⁵⁸⁾ 두 경우 모두 사회보험으로서의 건강보험의 목적 달성을 저해한다.

그런데 건강보험의 낮은 보장성(혹은 높은 본인부담 수준)으로 인한 경제적 부담의 정도는 소득 계층에 따라 다를 것이다. 고소득계층은 본인부담액이 많더라도 필요한 의료 서비스를 이용하는 데 큰 문제가 없을 것이며, 의료비로 인하여 경제적 위험을 겪게 되는 경우도 드물 것이다. 이에 반해 저소득계층은 높은 본인부담이 필요한 의료이용을 제한하거나, 경제적 곤란을 겪게 할 경우가 훨씬 많을 것이다. 이와 같이 건강보험의 보장성이 문제가 되는 것은 고소득 계층보다는 저소득 계층이므로, 건강보험 보장성 문제를 파악하고 대안을 제시하는 데 있어서 소득계층별 차이에 대한 고려가 이루어져야 한다.

이러한 취지에 따라 본 장에서는 소득 계층별로 건강보험 보장의 차이를 분석하려고 하며, 구체적으로 가구소득 계층별 의료비 부담을 시계열

58) 물론 실제로는 이 둘이 명확하게 구분되지 않을 것이다. 예를 들어 중증질환으로 인하여 본인부담액이 클 경우, 가계에 부담은 되더라도 여력이 될 때까지는 의료 이용을 할 것이며, 그 정도를 초과하는 경우는 이용에 제약을 받을 것이다. 따라서 의료 이용의 제약과 가계의 경제적 부담이 동시에 발생할 것이다.

적으로 파악하고, 미충족 의료 경험도를 분석한다. 본 장의 분석의 목적은 우리나라 건강보험의 낮은 보장성이 안고 있는 문제 - 즉, 보장성이 낮을 경우 ①필요한 의료 서비스를 받지 못하거나, 또는 ②필요한 의료 서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪을 수 있다는 것 - 에 대하여 실증연구를 통해 현황을 파악하는 데 있다. 소득 계층별 의료비 부담 수준을 파악하는 것은 ②의 상황을 파악하기 위한 것이며, ②의 분석 결과가 ①의 상황도 간접적으로 짐작하게 해 줄 수 있다. 하지만 보다 직접적으로 ①의 상황을 알려면 미충족 의료경험, 즉 경제적 부담으로 인하여 필요한 의료 서비스를 받지 못한 경험이 있는가를 파악하는 것이 유용하므로, 소득 계층별 미충족 의료 경험도 추가하여 분석한다.

제2절 분석 자료와 방법

1. 분석 자료

본 연구의 주된 분석 자료는 1985, 1990, 1995, 2000, 2005년도 가계조사 자료이다. 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.

이 조사는 2인 이상 가구를 대상으로 하며, 1개월간 가구의 수입과 지출 내역을 조사한다. 매월 조사 개시 전에 조사표(가계부)를 조사대상 가구에 배부하여 가구에서 매일 매일의 수입과 지출에 관한 금액과 품목명을 직접 가계부에 기입하는 가계부 기장방식에 의한 조사를 실시하고 있다.

이와 같은 월별 조사는 1년 동안 동일 가구에 대하여 매월 행하는 것을

원칙으로 한다. 즉 동일 가구를 12개월 동안 반복하여 조사하도록 되어 있다. 그러나 이사 등으로 인한 표본의 상실 또는 조사대상 가구가 매일 매일의 가계수입과 지출을 빠짐없이 기록해야 한다는 조사상의 어려움으로 인해 12개월 자료를 모두 획득할 수 있는 경우는 많지 않다. 예를 들어서 2005년의 경우 조사개월 수의 분포는 다음과 같다.

〈표 6-1〉 2005년도 전국가계조사의 조사개월 수

조사개월 수	가구 수	비율(%)
1	813	7.15
2	1,108	9.75
3	839	7.38
4	416	3.66
5	605	5.32
6	867	7.63
7	639	5.62
8	311	2.74
9	600	5.28
10	798	7.02
11	525	4.62
12	3,846	33.83
전체	11,367	100

〈표 6-1〉에서 알 수 있는 바와 같이 2005년도 조사에 포함된 총 11,367 가구 중 12개월 동안 지속적으로 조사된 가구는 전체의 1/3 정도이다. 그리고 3개월 이하만 조사된 가구도 30% 가까이 되어서 가구마다 조사개월 수의 편차가 크다는 것을 알 수 있다.

기존에 (도시)가계조사 자료를 이용하여 가구의 의료비 부담 현황을 분석한 연구(이원영 2004; 이태진 외 2003)는 월별 조사를 분석 단위로 하여, 동일한 가구가 12개월 동안 조사되면 12개의 표본으로서 분석에 포함되었다. 이 경우 표본 간에 독립성 가정에 위배된다는 문제도 있지만, 더 큰 문

제는 월별 조사를 분석 단위로 할 경우와 연간 조사를 분석단위로 할 경우 의료비 지출 비중이 다르게 나온다는 점이다. 예를 들면 월별 조사를 분석 단위로 할 경우는 연간 조사를 분석단위로 할 경우에 비하여 과부담 의료비 지출 가구 수를 과대추정할 수 있다(과부담 의료비 지출 가구란 기초생활필품비를 제외한 소비지출에서의 의료비 지출 비중이 40%를 넘는 가구를 의미한다).⁵⁹⁾ 예를 들어, 1년 중에 한 번 14일간 입원한 경우에 입원일이 포함된 달의 월 소비지출에서의 의료비 지출 비중은 매우 크게 나올 수 있지만, 1년을 기준으로 해서 연간 소비지출에서의 의료비 지출 비중을 계산하면 월 단위의 비중보다 훨씬 작을 것이다. 즉, 의료비를 제외한 소비지출 비중이 매월 100만원이며, 14일간의 입원비용은 100만원이고, 그 밖의 의료비 지출은 없다고 가정하면, 입원일이 포함된 달의 소비지출에서의 의료비 지출 비중은 50%인 반면, 나머지 달은 0%이고 연간 의료비 지출 비중은 7.7%이다. 따라서 월 단위 자료를 사용할 경우에는 12개월 중 한 번은 과부담 가구에 해당하지만 연간자료를 기준으로 할 경우는 전혀 과부담 가구에 해당되지 않는다. 따라서 연간자료를 사용하여 분석하는 것이 더 타당하다고 보이며, 가계의 의료비부담을 분석한 외국의 연구에서도 연간자료를 기준으로 하고 있다(Xu 외 2003; Xu 외 2007).

그런데 <표 6-1>을 보면 12개월 모두 조사에 참여한 가구는 전체 가구의 33.8%에 불과하다. 따라서 이들만을 대상으로 할 경우 표본의 손실이 상당히 크다. 이 문제를 개선하기 위해 본 연구에서는 12개월 모두 조사에 참여한 가구 대신에, 1년 중 6개월 이상 조사에 참여한 가구들로 대상을 확장하였고(이는 전체표본의 2/3(66.7%)에 해당한다), 각 가구별 월평균 자료를 산출하여 분석에 사용하였다(따라서 최하 6개월 평균에서 최고 12개월 평균이 된다) 기존 연구와 차이를 보이고 있다. 참고로 6개월 이상 조사된 가구를 포함한 대상으로 분석한 결과와 월별 자료를 사용한 분석결

59) 물론 경우에 따라서는 과소추정할 수도 있다. 그러나 이런 경우는 많지 않을 것이다.

과를 비교하기 위하여, 2005년도 자료를 두 방법으로 분석하여 그 결과를 [부록1]에 제시하고 있다.

한편, 미 충족 의료 경험을 분석하기 위해 제3기 국민건강영양조사(2005) 자료를 사용하였다. 국민건강영양조사는 1998년도에 첫 조사가 이루어졌으며, 3년 주기로 조사가 이루어져서 2005년도에 세 번째 조사가 이루어졌다. 이는 국민의 전반적인 건강과 영양 상태 및 그 추이에 대한 통계 산출을 목적으로 하는 전국 단위의 조사로, 2005년 4-6월 동안 약 3개월에 걸쳐 실시된 것이다. 조사 대상은 약 4,000가구이며, 개인 수는 34,152명이다. 이 중에서 본 연구의 분석 대상은 만 19세 이상 성인이다.

2. 분석 방법

가. 의료비 지출의 정의

건강보험 보장성의 소득계층별 차이를 파악하기 위하여, 소득계층별 가계의 의료비 지출 수준을 분석하는 것이 주요 내용이다. 따라서 분석 대상인 가계의 ‘의료비’ 지출은 제2장에서 논의한 의료비 개념과 부합하는 것으로, 법정본인부담과 비급여서비스로 구성되는 환자본인부담을 말한다([그림 2-3] 참조).

건강보험 법정본인부담금은 건강보험 급여 자료로부터 거의 정확하게 측정할 수 있으나, 건강보험 비급여서비스에 대한 비용을 올바르게 파악하는 것은 어려움이 있다. 비급여 본인부담금을 파악하는 방법은 요양기관으로부터 자료를 얻는 방법과 소비자로부터 얻는 방법으로 구분할 수 있다. 요양기관으로부터 자료를 얻는 방법의 경우는 요양기관이 비급여 의료비를 축소 신고할 가능성이 있는데, 이는 곧 건강보험의 보장성을 실제보다 과대 추정할 수 있음을 의미한다. 소비자로부터 얻는 방법의 경우 이용할 수 있는 자료는 전국가계조사(구 도시가계조사) 자료와 국민건강

영양조사 자료가 있는데, 두 자료 모두 의료비 항목을 구체적으로 구분하지 않기 때문에 대부분의 응답자가 어떤 서비스가 비급여에 해당하는지 알지 못한다⁶⁰). 의료비 조사에서 발생할 수 있는 다른 어려움은 성형시술이나 건강식품과 같이 의료적 필요를 위해 지출하지 않은 경우도 의료비에 포함할 가능성이 있다는 점이다. 또한, 국민건강영양조사와 같이 회고(recall) 응답에 의존하게 되면 자료의 정확성이 다소 떨어진다.

본 연구에서 사용한 통계청의 가계조사 자료의 의료비 구성 항목을 보면 다음과 같다(<표 6-2> 참조). 의료비 지출은 이 항목들에 대한 지출을 가계부 방식으로 기입하여 금액을 정확하게 조사하였으나 법정본인부담과 비급여서비스에 대한 비용이 구분되지 않아 분석에 한계를 가진다.

<표 6-2> 2005년도 전국가계조사의 보건의료비 항목의 구성

중분류	소분류
의약품	인삼, 한약, 양약, 조제약
보건의료용품기구	보건의료용소모품, 안경, 콘택트렌즈, 기타보건의료기구
보건의료서비스	한방진료비, 병원외래진료비, 병원입원치료비, 치과진료비 산후조리원, 기타보건의료서비스

<표 6-2>에 제시된 보건의료비 중 의료적 필요에 지출한 비용을 사용하여 분석해야 하는데, 가령 인삼과 산후조리원은 포함되지 않아야 한다. 하지만 한약과 보건의료용품의 경우, 일부는 의료적 필요에 해당할 것이며 일부는 그렇지 않을 것이다. 이에 따라 본 연구에서는 의료비 지출을 두 가지로 정의한다.

□의료비지출1

60) 실제 조사에서 구체적인 비급여 항목을 제시한다고 해도 응답자가 이해하지 못할 가능성이 높다.

$$\begin{aligned}
 &= (\text{의약품-인삼}) + \\
 &\quad (\text{보건의료용품기구}) + \\
 &\quad (\text{보건의료서비스-산후조리원-기타보건의료서비스}) \\
 &= (\text{한약+양약+조제약}) + \\
 &\quad (\text{보건의료용품기구}) + \\
 &\quad (\text{한방진료비+병원외래진료비+병원입원치료비+치과진료비})
 \end{aligned}$$

□의료비지출2

$$\begin{aligned}
 &= \text{의료비지출1} - \text{한약} - \text{보건의료용품기구} \\
 &= (\text{양약+조제약}) + (\text{한방진료비+병원외래진료비+병원입원치료비+치과진료비})
 \end{aligned}$$

의료비지출1은 <표 6-2>에 제시된 보건의료비 항목 중에서 인삼, 산후조리원, 기타보건의료서비스 항목만을 제외한 것이고, 의료비지출2는 의료비지출1에서 한약과 보건의료용품기구(보건의료용소모품, 안경, 콘택트렌즈, 기타보건의료기구) 항목을 제외한 것이다.⁶¹⁾

나. 소득계층의 구분

소득계층에 따른 의료비 부담 현황을 파악하기 위해서는 가구 소득을 기준으로 소득계층을 구분하는 것이 원칙이나, 2003년 이전의 도시가계조사 자료에서는 비근로자가구의 소득 자료가 공개되어 있지 않다. 이 제한점 때문에 2003년 이전 자료를 사용한 기존 연구들에서는 소득 자료 대신에 지출 자료를 대리변수로 사용하였으며(양봉민 외 2006; 이원영 2004; 이태진 외 2003), 본 연구에서도 마찬가지로 방식을 취한다. 즉 가계지출을 소득의 대리변수로 사용하여 10분위로 구분하여 분석하였다.

61) 양약 항목 중에도 비타민이나 금연보조제 등 의료적 필요에 지출하지 않은 것이 있을 것이므로, 의료비지출2의 경우 의약품 중 조제약만을 포함하는 것이 좀 더 타당할 수도 있다. 그러나 2003년 이전 조사에서는 양약과 조제약이 구분되어 있지 않다. 따라서 시계열적 일관성을 위해서는 양약을 포함할 수밖에 없었다.

가계지출은 의료비를 제외한 것을 사용하였다. 왜냐하면 의료비가 포함될 경우 입원 등으로 많은 의료비를 지출한 가구는 실제 소득 능력과 상관없이 높은 소득계층에 포함되는 경우가 발생하기 때문이다. 이는 소득계층 구분에 오차가 발생하는 것을 의미 할뿐만 아니라, 고소득계층의 의료비지출 수준을 실제보다 과다 추정하게 한다. 예를 들어, 실제 소득은 하위계층에 속하지만 큰 사고를 당하여 고액의 의료비를 지출한 가계(이를 위하여 친지들에게서 돈을 빌렸을 것이다)의 경우 소비지출액 중에서 의료비지출의 비중이 높아지는 것은 물론이지만, 소비지출액이 소득의 대리변수로 사용되면 실제 소득 규모에 비해 높게 분류되는 오류가 발생할 소지가 있다. 즉 중증질환으로 인하여 과대한 의료비를 지출한 가계는 자연히 실제 소득계층보다 상위소득계층으로 구분되며, 동시에 과대의료비 지출 가계로 구분된다. 이에 따라 상위소득계층의 과대의료비 지출 가계 비중은 실제보다 크게 나타나게 된다.

양봉민 외(2006)는 2004년도 (도시)가계조사 자료를 이용하여 소득계층별 의료비 과부담 가구를 추정하였는데, 소득계층 구분을 위한 소득의 대리 지표로 소비지출액을 사용한 경우와 건강보험료를 사용한 경우를 각각 분석하였다. 분석결과를 보면, 소비지출액을 소득의 대리 지표로 한 경우 최상위 계층의 과부담의료비 지출 가구의 비율이 최하위 계층 다음으로 높았으며, 나머지 계층들과는 현격한 격차를 보였다. 이에 비하여 건강보험료를 소득의 대리 지표로 한 경우에는 소득이 낮을수록 과부담의료비 가구의 비율이 증가하는 것으로 나타났다.

계층 구분에서는 가구 규모에 따른 차이를 보정하기 위하여, 원래의 가계지출을 가족 수의 제곱근으로 나누어 준 값을 기준으로 하였다.

$$(\text{계층구분을 위한 보정소득(소비)} = \frac{\text{원래의 소득(소비)}}{\sqrt{\text{가족 수}}})$$

한편, 2005년도 자료의 경우는 비근로자가구에 대해서도 소득자료가 제공된다. 따라서 2005년도에 대해서는 소득계층별 구분에 의한 분석을 별도로 실시하여 그 결과를 [부록 2]에 제시하고 있다.

다. 소득계층별 의료비 지출액, 과부담 의료비, 미충족 의료 경험의 측정

앞에서 언급한 바와 같이 건강보험의 낮은 보장성(즉, 높은 본인 부담률)이 문제가 되는 것은, 이것이 가계의 과중한 의료비 부담을 초래할 수 있으며, 이로 인하여 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 필요한 의료 서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪게 할 수 있기 때문이다. 즉 보장성 수준이 낮더라도 각 가구의 경제적 능력이 충분하여 스스로 높은 의료비를 부담하는 데 어려움을 겪지 않는다면, 보장성이 낮다고 해서 문제가 될 이유는 없다. 따라서 낮은 보장성이 실제로 얼마나 문제가 되는가를 파악하기 위해서는, 이로 인하여 의료이용에 어려움을 겪는 지 혹은 경제적 부담의 정도를 파악하는 것이 필요하다.

본 연구에서 분석하는 소득계층별 의료비 지출액은 소득계층별로 의료이용에 어려움을 겪는 정도를 간접적으로 짐작하게 해 준다. 의료비 지출액을 C , 의료 이용량(예. 의료기관 방문횟수)을 Q , 의료 이용의 단위 비용(예. 1회 방문 시 비용)을 P 라고 하면, $C = P \times Q$ 의 관계가 성립하며, C 의 증가는 P 또는 Q 의 증가를 의미한다. 본 연구에서 이를 구분하여 밝히기는 어려우나, 의료기술의 발전과 의료수가의 인상 등으로 P 의 증가가 분명 존재하지만, 의료비지출의 증가는 Q 의 증가를 간접적으로 보여줄 수 있다.

소득계층별 의료비 부담과 의료이용에 있어서의 어려움을 파악하기 위해서는 의료비 지출액만으로는 한계가 있으므로, 다음과 같은 두 지표의 분석을 추가한다. 하나는 소득계층별 의료비 과부담 가구를 파악하는 것

으로, 통상 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40% 이상인 경우를 ‘과부담 의료비 지출 가구’로 파악한 선행연구(이태진 외 2003; 이원영 2005; 양봉민 외 2006; Xu 외 2003; Xu 외 2007)의 정의를 따른다. 이러한 과부담가구 현상은 의료비 지출로 인하여 경제적 어려움을 겪는 정도를 보여주는 한 지표가 될 수 있을 것이다.

$$\text{과부담가구} = \frac{\text{의료비지출}}{(\text{소비지출} - \text{식료품비})} > 0.4 \text{인 가구}$$

과부담가구의 정의는 위의 방법대로 소비지출을 기준으로 할 수도 있고, 소득 대비 의료비 비중을 사용할 수도 있다. 본 연구에서 사용하는 (도시)가계조사자료가 모든 조사대상에 대한 소득 자료를 제공하지 못하기 때문에 소비지출을 기준으로 파악하는 방법을 사용한다. Xu 외(2003)는 각 가구의 실제 식료품비 대신에 중위 10% 가구(즉 식료품비 지출액이 45-55분위에 해당하는 가구)의 식료품비를 사용하였다. 이는 가장 기초적인 필수재 지출액은 소득계층에 상관없이 동일해야 한다고 가정하는 것으로, 국제비교 연구를 하기에 유리한 점이 있다. 그러나 본 연구에서는 각 가구의 의료비 부담 정도를 파악하려면, 각 가구의 실제 필수재 지출액을 차감하는 것이 더 타당하다고 판단하여 실제 식료품비를 사용하였다.

소득계층별 의료 이용의 어려움을 파악하는 방법으로 소득계층별 미충족 의료 경험을 분석하였고, 이를 위해 개인의 미충족 의료 경험에 대한 설문을 포함하고 있는 2005년도 국민건강영양조사 자료를 사용하였다⁶²⁾. 설문내용은 “지난 1년 간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있습니까?”로 미치료 경험을 묻은 다음, 이 질문에 ‘예’라고 응답한 사람들을 대상으로 두 번째 항목에서 미 치료 경험의 이유를 묻고 있

62) 이는 1998년과 2001년 조사에서는 없었던 것으로 2005년도 조사에서 새롭게 추가된 항목이다.

다. 즉 “치료를 받지 못하거나 늦게 받은 주된 이유는 무엇입니까?” 라고 묻고 있으며, 이에 대한 응답으로는 1) 경제적 이유, 2) 의료기관이 너무 멀어서, 3) 보호자가 직장을 비울 수 없어서, 4) 학업 때문에, 5) 아이 봐줄 사람이 없어서, 6) 증상이 가벼워서, 7) 기타의 7가지가 제시되고 있다.

건강보험 보장성과 관련하여 의미 있는 것은 경제적 부담으로 인한 미충족 의료 경험이다. 따라서 미치료 경험이 있다고 응답한 사람들 중에서 그 이유를 ‘경제적 이유’라고 답변한 사람들을 미충족 의료 경험자로 정의하고, 소득계층별로 비율을 측정하였다.⁶³⁾

제3절 분석결과

1. 소득계층별 의료비 지출 현황

우선 1985-2005년 사이에 소득계층별 의료비 지출이 어떻게 변화해 왔는가를 보기 위하여, 1985년, 1990년, 1995년, 2000년, 2005년의 5개 연도 자료를 분석하였다. 전국가계조사(구 도시가계조사)는 2003년부터는 농어촌을 포함한 전국적인 조사를 하고 있으나, 2003년 이전에는 도시지역만을 대상으로 조사가 이루어졌다. 시계열 분석의 일관성을 유지하기 위하여 2005년도 자료에서 도시지역만을 분석에 포함하였다.

표본의 특성에 대한 기초 통계가 <표 6-3>에 제시되어 있다. 지면 관계상 2005년도 자료에 대한 것만 제시하였다. 소득 계층별 가구원 수를 보면 최하위 계층인 1분위의 가구원 수가 다른 계층에 비하여 두드러지게 작으며 가구주 연령은 눈에 띄게 많다는 것을 알 수 있다. 나머지 계층에서는 가구원 수와 가구주 연령이 많지만 대체로 유사하다. 가계지출에서

63) 참고로 미치료 경험의 이유에 대한 응답 결과를 보면, ‘경제적 이유’가 51.4%로 가장 많으며, 그 다음이 ‘보호자가 직장을 비울 수 없어서’ 32.1%였다. 세 번째는 ‘학업 때문에’로 4.3%였다

의료비지출을 제외한 후 계층구분을 하였기 때문에, 상위 계층일수록 가계지출액과 비의료 소비지출액이 더 많은 것은 당연하다. 의료비 지출도 상위계층일수록 더 많지만, 가계지출액이나 비의료 소비지출액에 비하여 하위계층과의 차이가 크지 않은 것을 알 수 있다.

〈표 6-3〉 2005년 자료의 기초 통계

(단위: 명, 세, 천원)

	가구원 수	가구주 연령	월 평균 가계지출액	월 평균 의료비지출 ¹	월 평균 비의료소비지출액
1분위	2.9	54	880.2	72.5	544.3
2분위	3.3	47	1324.9	81.3	832.3
3분위	3.4	45	1618.3	77.0	1012.0
4분위	3.5	44	1870.0	78.7	1179.5
5분위	3.5	44	2097.6	87.1	1311.8
6분위	3.5	44	2362.5	94.0	1488.0
7분위	3.6	44	2669.0	96.1	1675.4
8분위	3.5	44	3033.9	111.8	1897.6
9분위	3.5	45	3603.7	122.6	2261.1
10분위	3.4	47	5274.0	152.7	3183.3
전체평균	3.4	45.9	2473.7	97.4	1538.7
10분위/1분위			6.0	2.1	5.8

(표본 수: 6,257)

<표 6-4>에는 소득 계층별 월 평균 가계지출액의 추이를 제시하였다. CPI로 2005년 불변가격을 환산한 값을 비교하였을 때, 1985 대비 2005년의 전체 평균 가계지출액은 2.8배 증가하였고, 20년 동안 평균 증가율은 31.7%였다. 한편, 상위 소득계층은 하위 소득계층 보다 약 6배 높은 가계지출액을 나타냈으며(10분위/1분위), 이는 20년 동안 거의 유사하게 유지되었다. 상위 소득계층과 하위 소득계층의 가계지출액 평균 증가율은 약 28%로 거의 같고 두 계층의 소득의 차이가 약 6배로 유지되며, 2005년 소득 1분위의 가계지출액은 100만원에 미치지 못하는 반면 소득 10분위는 500만원을 넘기 때문에 생활의 질적인 차이가 매우 크다는 것을 알 수 있

다. 이는 가계지출을 기준으로 하기 때문에 하위소득과 상위소득의 차이가 안정적으로 나타나지만, 소득을 기준으로 할 때는 2000년 이후 소득계층 간 차이가 커지고 있어(강신욱 외 2006; 여유진 외 2005) 소득 계층 간 지불 잠재력의 차이는 더 커졌다고 볼 수 있다.

〈표 6-4〉 소득 계층별 월 평균 가계지출액의 추이

(단위: 원)

	1985 (n=3,854)	1990 (n=3,972)	1995 (n=4,689)	2000 (n=5,288)	2005 (n=6,257)
1분위	348,174	580,491	762,684	832,447	880,220
2분위	469,238	772,654	1,085,433	1,208,989	1,324,909
3분위	540,713	887,514	1,301,535	1,422,355	1,618,267
4분위	612,233	1,015,227	1,466,625	1,614,812	1,870,018
5분위	678,063	1,135,618	1,644,302	1,833,708	2,097,560
6분위	771,137	1,259,396	1,824,548	2,064,835	2,362,471
7분위	875,923	1,445,019	2,102,596	2,329,462	2,668,950
8분위	1,023,239	1,698,458	2,426,476	2,661,379	3,033,949
9분위	1,267,507	2,114,149	2,919,295	3,178,170	3,603,693
10분위	2,100,476	3,455,905	4,233,409	4,689,002	5,274,022
전체평균	868,920	1,436,907	1,976,949	2,183,837	2,473,726
10분위/1분위	6.03	5.95	5.55	5.63	5.99

주: 1) 소비자물가지수(CPI)로 2005년 불변가격으로 환산

〈표 6-5〉와 〈표 6-6〉에는 소득 계층별 의료비지출이 제시되어 있다. 의료비지출 1(넓은 의미의 의료비지출)가 의료비지출 2(좁은 의미의 의료비지출)보다 약 30%로 높게 나타났고, 두 의료비의 차이는 상위 소득계층이 하위 소득계층보다 크게 나타나 고소득층에서 한약과 보건의료용품 등에 대한 지출이 더 많음을 알 수 있다. 소득계층 간 의료비 지출 규모의 차이(10분위/1분위)는 지난 20년 동안 줄어들었으며, 의료비지출 1에 있어서 소득계층 간의 차이가 의료비지출 2보다 약간 크게 나타나 상위 소득계층

이 건강보조식품 또는 의료용구 등 부가적인 지출이 더 많은 것을 짐작할 수 있다.

〈표 6-5〉 소득 계층별 월 평균 의료비 지출액의 추이

(의료비지출1 기준, 단위: 원)

	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	21,636	35,569	57,002	60,843	72,455
2분위	31,171	42,966	56,694	61,536	81,316
3분위	30,896	44,346	65,403	58,995	76,994
4분위	32,248	52,942	63,956	66,611	78,708
5분위	39,703	52,732	64,564	77,962	87,087
6분위	39,552	58,297	79,719	81,903	94,014
7분위	46,247	72,634	88,402	84,479	96,108
8분위	54,362	69,770	95,781	90,755	111,800
9분위	41,312	83,866	103,127	101,471	122,649
10분위	74,142	104,438	118,495	119,862	152,734
전체평균	43,651	61,766	79,320	80,446	97,394
10분위/1분위	3.43	2.94	2.08	1.97	2.11

주: 소비자물가지수(CPI)로 2005년 불변가격으로 환산

〈표 6-6〉 소득 계층별 월 평균 의료비 지출액의 추이

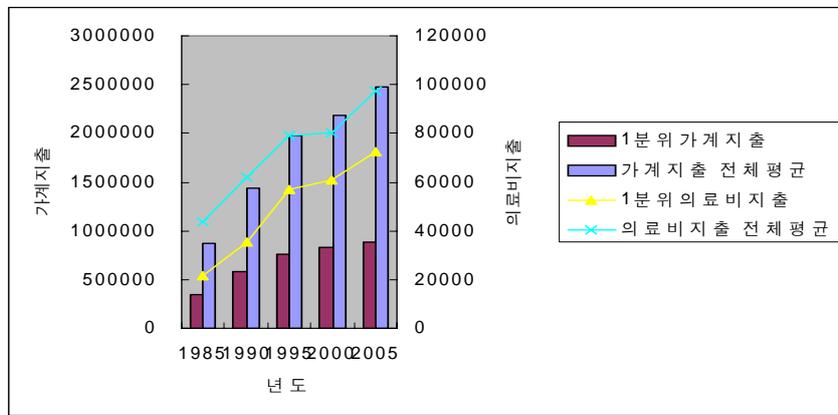
(의료비지출2 기준, 단위: 원)

	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	18,659	29,095	45,411	49,487	62,446
2분위	24,645	32,390	45,277	48,931	65,982
3분위	24,553	33,342	48,258	46,931	62,216
4분위	26,231	39,741	46,335	54,594	62,064
5분위	31,450	37,928	46,594	59,612	68,977
6분위	30,600	41,316	57,661	65,200	73,968
7분위	36,441	52,485	61,837	63,887	74,659
8분위	40,610	45,704	62,552	67,831	84,980
9분위	48,680	53,599	70,833	74,480	97,440
10분위	51,601	60,252	76,098	84,833	116,891
전체평균	33,351	42,589	56,088	61,581	76,967
10분위/1분위	2.77	2.07	1.68	1.71	1.87

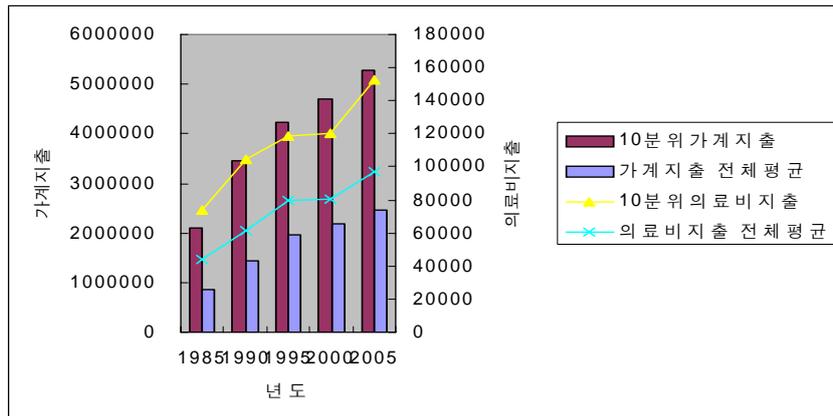
주: 소비자물가지수(CPI)로 2005년 불변가격으로 환산함

전체 평균 가계지출보다 최하위 소득계층(1분위) 가계지출의 증가가 완만한 반면, 의료비지출은 비슷한 양상을 나타냈다([그림 6-1] 참조). 한편, 최상위 소득계층(10분위)는 가계지출과 의료비 지출 모두 전체 평균보다 높은 증가를 나타냈다([그림 6-2] 참조).

[그림 6-1] 소득 1분위 가계지출 및 의료비지출의 추이



[그림 6-2] 소득 10분위 가계지출 및 의료비지출의 추이



<표 6-7>과 <표 6-8>에 가계지출 중 의료비지출의 비중이 제시되어 있고, 의료비지출액의 경우와 마찬가지로 대체적인 추세는 <표 6-7>과 <표 6-8>이 거의 동일하다. 따라서 이하에서 이루어지는 해석은 의료비지출 1을 대상으로 한 <표 6-7>을 기준으로 하겠다.

<표 6-7> 가계지출 중 의료비지출비중
(의료비지출1 기준 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
전체평균	5.04	4.53	4.30	4.04	4.36

<표 6-8> 가계지출 중 의료비지출비중
(의료비지출2 기준 단위: %)

	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	4.70	4.46	5.36	5.66	6.96
2분위	4.69	3.98	3.88	3.85	4.69
3분위	4.29	3.62	3.60	3.22	3.66
4분위	4.12	3.62	3.07	3.23	3.13
5분위	4.20	3.25	2.74	3.07	3.13
6분위	3.84	3.16	3.00	3.07	3.02
7분위	3.88	3.53	2.86	2.58	2.69
8분위	3.73	2.67	2.45	2.48	2.71
9분위	3.52	2.49	2.33	2.25	2.62
10분위	2.44	1.85	1.78	1.81	2.17
전체평균	3.94	3.26	3.11	3.12	3.48

우선 전체가구에 대한 가계지출 중 의료비 비중의 변화를 보면, 1985년부터 2000년까지는 계속 감소하는 추세를 보이다가 2005년에 다시 증가하였음을 알 수 있다. 1985년에 5.04%였던 것이 2000년에는 4.04%로 감소하였으나, 2005년에는 4.36%로서 2000년에 비하여 0.32%가 증가하였다.

다수의 연구들에서 건강보험의 보장성이 최근으로 올수록 계속 높아지고 있음을 보임에도 불구하고(김정희 외 2006; 정형선과 신봉구 2006), 가계지출에서 차지하는 의료비 지출의 비중이 최근에 더 높아졌다는 것은 흥미로운 현상이다. 물론, 건강보험의 보장성이 확대되더라도 가계 의료비 지출 비중은 증가할 수 있으나, 건강보험의 보장성 확대의 목적이 가계의 의료비 부담을 덜어 주는 데 있음을 감안하면, 가계 의료비 지출 비중의 증가는 건강보험 보장성 확대가 충분히 이루어지지 못하였음을 보여준다고도 해석될 수 있을 것이다.

전체 가구⁶⁴⁾의 평균적인 경향보다 더 관심이 있고 정책적으로 더 중요한 것은 소득계층별 추이이다. 의료비 지출액이 가계에 부담되는 정도가 소득 계층에 따라 다르게 나타난다면, 건강보험 보장의 효과가 소득수준에 따라 다르다는 의미이기 때문이다.

<표 6-7>을 보면 대부분의 소득 계층에서 의료비 지출 비중은 1985-2000년 기간에 감소하였으나, 최하위 계층(1분위)은 오히려 의료비 지출 비중이 증가하였음을 알 수 있다. 또한, 2000-2005년 기간 동안 의료비 지출 비중이 모든 계층에서 증가한 것은 공통적인 결과이지만, 최하위 계층의 증가 정도가 나머지 계층들에 비하여 더 높음을 알 수 있다. 이에 따라 최하위 계층과 나머지 계층 간의 의료비 부담의 차이는 최근으로 올수록 더 벌어졌다. 예를 들면, 1985년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중이 5.33%이며 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 3.24%였다. 그런데 10년 뒤인 1995년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중은 6.63%로 1985년에 비

64) 엄밀하게는 도시가구를 말한다.

하여 1.3%P 증가한 데 비하여 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.56%로 오히려 0.68%P가 증가하였다. 그리고 다시 10년 뒤인 2005년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중은 7.58%로 1995년에 비하여 0.95%P가 증가하였으나 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.55%로서 10년 전과 유사하였다(정확하게는 0.01%P 증가).

지난 20년간 최하위 계층의 소득(가계지출) 대비 의료비 지출 비중은 계속 증가하였으며, 나머지 계층과 비교할 때 증가 정도가 크다는 것이 이 계층의 소득(가계지출)이 그 기간 동안 감소하지 않았다면, 이 계층이 과거에 비하여 (절대적 혹은 상대적으로) 더 많은 의료를 이용하게 되었다는 것을 의미한다. 앞의 <표 6-3>에서 살펴본 바와 같이, 지난 20년 동안 최하위 소득계층의 가계지출이 증가하였으므로, 이 계층의 의료비 지출의 비중이 증가한 것은 의료 접근성 향상이라는 면에서 긍정적으로 해석할 수 있을 것이다. 이 시기 동안 전 국민 의료보험제도와 의약분업 시행 등 의료이용 전반에 걸쳐 영향을 주는 환경변화를 고려하면 이러한 해석에 무리가 없을 것이다. 이를 좀 더 명확하게 뒷받침하는 결과는 <표 6-9>로, 이 표에는 각 계층의 의료비지출액을 전체 평균 의료비지출액으로 나눈 값이 제시되어 있다. 예를 들어, 1985년의 1분위 계층의 0.5라는 통계는 1985년의 1분위 계층의 의료비 지출액인 8,593원을 전 계층 평균 의료비지출액인 17,337원으로 나눈 값이다.

〈표 6-9〉 전체 평균 대비 소득계층별 의료비지출액 비중(의료비 1 기준)

	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	0.50	0.58	0.72	0.76	0.88
2분위	0.71	0.70	0.71	0.76	0.80
3분위	0.71	0.72	0.82	0.73	0.81
4분위	0.74	0.86	0.81	0.83	0.82
5분위	0.91	0.85	0.81	0.97	0.91
6분위	0.91	0.94	1.01	1.02	0.93
7분위	1.06	1.18	1.11	1.05	0.96
8분위	1.25	1.13	1.21	1.13	1.16
9분위	1.52	1.36	1.30	1.26	1.20
10분위	1.70	1.69	1.49	1.49	1.53

이 표에 제시된 계층별 평균 대비 의료비 지출액 비중의 1985-2005 기간 동안의 변화 양상은 저소득계층의 상대적 의료접근성이 계속 상승해 왔음을 보여 준다. 예를 들면 1분위계층의 평균 대비 의료비 비중은 1985년에 0.50 인데 2005년에는 0.88로 증가하였다. 이에 비하여 10분위 계층은 1985년에 1.70인데 2005년에는 1.53으로 감소하였다. 전체적으로 보면 1, 2, 3, 4분위 계층은 1985년에 비하여 2005년의 비중이 더 높으며, 5, 6분위 계층은 유사하고, 7, 8, 9, 10분위 계층은 감소하였다. 따라서 소득계층별 의료접근성 격차는 1985-2005 기간 동안 감소해 왔음을 알 수 있다. 이 기간 동안의 의료 서비스의 가격상승은 소득계층에 상관없이 적용되므로, 고소득층이 값비싼 의료를 더 이용했다고 하더라도 저소득층의 의료이용량이 늘어난 것으로 해석할 수 있다.

소득계층에 따른 의료접근성 격차가 1985-2005 기간 동안 감소해 왔음은 각 연도별로 소득계층별 의료비지출액의 변이계수를 비교하면 더욱 분명하게 알 수 있다. 각 연도별 변이계수를 나타낸 <표 6-10>를 보면, 소득계층별 의료비지출액의 변이계수는 1985-2005 기간 동안 계속 작아졌으며, 따라서 소득계층에 따른 의료접근성 격차는 계속 감소해 왔음을 알 수 있다.

〈표 6-10〉 소득계층별 의료비지출액의 변이계수

1985	1990	1995	2000	2005
38.5%	34.2%	27.0%	24.6%	23.3%

이와 같이 저소득 계층의 의료이용이 상대적으로 더 많이 증가하여 소득 계층에 따른 의료 접근성 격차가 감소했다는 것 자체는 의료보장의 목적에 비추어 바람직한 일이라고 평가할 수 있다. 하지만, 이는 그만큼 저소득 계층의 의료비 부담액이 증가하였다는 것을 의미하고⁶⁵⁾, 저소득계층의 의료비 비중 증가 정도가 다른 계층에 비하여 높다는 것은, 저소득계층에서 의료비지출 이외의 부분에 타격을 줄 수 있음을 의미한다. 정리하면, 상위소득계층보다 의료비 부담이 높은 저소득계층에 대한 건강보험의 보장성 개선이 필요함을 시사한다.

2. 소득계층별 의료비 과부담 가구 비율

소득계층별 의료비 과부담 가구의 비율은 의료비가 가계에 주는 부담을 보다 명확하게 보여줄 수 있다. 이에 대한 분석 결과는 <표 6-11>에 제시되어 있다.

먼저 전체 평균을 보면 전 국민 의료보험이 실시되기 이전인 1985년 (16인 이상 사업장만 적용)에는 의료비 과부담 가구 비율이 1.45%였으나, 전 국민 의료보험이 실시된 이후인 1990년에는 0.43%로 대폭 감소하였다가 2005년에 1.05%로 다시 증가하였음을 알 수 있다.

최하위계층인 1분위 계층을 보면 1990년에 감소하였다가, 이후 증가한 것은 전체 평균과 유사하지만 증가 속도와 양상에서는 상당히 차이가 있

65) 저소득계층의 의료비 부담의 증가가 감당할 수 있는 수준인지에 대해서는 확신하기 어렵고, 제시된 의료비 비중의 증가로 이 문제가 과거보다 얼마나 더 심각해졌는지 해석하기에는 어려움이 있다.

음을 알 수 있다. 최하위계층의 2005년도 과부담가구 비율은 6.24%로서 1985년에 비하여 두 배 정도가 되며, 전체 평균에 비해서는 약 6배나 된다. 1985년에는 1분위계층의 과부담 가구 비율이 전체 평균에 비하여 2.5 배 정도였으나, 1990년에는 4배 정도로 벌어졌으며, 1995년에는 다시 6.5배 정도로 벌어지고 이후에는 비슷한 정도의 격차를 보이고 있다.

〈표 6-11〉 의료비 과부담 가구 비율(의료비1 기준)

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	-	-	-	-	-
전체평균	1.45	0.43	0.70	0.66	1.05

한편 6분위 이상의 과부담 가구 비율 해석에서는 표본 수의 제약으로 인하여 1, 2가구 차이가 의미 있는 비율 차이로 보일 수 있음에 유의해야 한다. 1990년의 0.25, 1995년의 0.21, 2000년의 0.19, 2005년의 0.16은 모두 1가구를 나타낸다. 따라서 1990-2005년 기간 동안 6분위 이상 계층에서는 과부담 가구 표본 수가 0-2가구 사이이며, 이는 의미 있는 차이라고 하기 어렵다. 그러므로 1990년부터 이후 기간에서 6분위 이상 계층의 과부담 가구 비율 해석은 이 계층들에서는 과부담가구가 거의 없다고 해석하는 것이 보다 타당할 것이다. 즉 과부담 가구는 중하위 계층의 문제이다.

<표 6-11>에 제시된 의료비 과부담가구 비율은 각 가구의 소비 지출액

에 대한 상대적인 비율이다. 따라서 같은 과부담 가구 비율이라도 저소득 계층에서의 의료비 지출 절대액과 고소득계층에서의 의료비 지출 절대액은 크게 다르다. 이와 같은 소비지출(혹은 소득) 대비 상대적인 부담 수준을 비교 파악하는 것도 의미가 있지만, 다른 한편 의료비 지출의 절대액 수준을 비교 파악하는 것, 즉 통상 높은 의료비라고 인정되는 절대적 기준을 설정한 후 이를 초과하는 가구에 대하여 분석하는 것은 고액 의료비 부담 가구가 실제로 얼마의 의료비를 부담하는지 알 수 있게 한다.

<표 6-8>는 의료비(의료비지출2 기준)를 월평균 50만원 이상 지출하는 가구를 나타내고 있다. 월평균 50만원이 중요한 이유는 2004년 중반부터 시행 중인 ‘본인부담 상한제’와의 관련성 때문이다. ‘본인부담 상한제’는 6개월간 법정본인부담금이 300만원을 넘는 경우에, 그 이상의 환자본인부담을 면해주는 제도이다⁶⁶⁾. 본 연구는 6개월 이상 기간에 대한 월평균 자료를 분석하였으므로, 월평균 50만원 이상 의료비를 지출한 가구는 대부분 6개월간 300만원 이상 지출한 가구에 해당할 것이다. 50만원 이상의 의료비 지출 가구를 추정할 때는 의료비 지출 2를 기준으로 하였는데, 그 이유는 이것이 의료비 지출 1보다는 의료적 필요에 대한 비용으로 간주하는데 더 타당하다고 보았기 때문이다.

66) 2007년 8월 1일부터 상한제 금액이 6개월간 200만으로 조정되었다. 본 연구에서 분석한 자료는 2005년 자료이기 때문에 변경되기 전 상한제 적용 금액인 300만원 기준으로 살펴보았다.

〈표 6-12〉 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구, 2005년

분위	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.9%(12가구)	48.7%
2분위	1.8%(11가구)	35.3%
3분위	1.0%(6가구)	29.6%
4분위	0.8%(5가구)	25.8%
5분위	0.6%(4가구)	27.5%
6분위	1.0%(6가구)	24.9%
7분위	1.0%(6가구)	21.3%
8분위	1.3%(8가구)	21.1%
9분위	2.4%(15가구)	17.1%
10분위	2.6%(16가구)	11.3%
전체	1.4%(89가구)	25.5%

<표 6-12>를 보면 월평균 50만원 이상(6개월에 300만원 이상)을 지출하는 가구의 비중이 1분위와 2분위에서 평균보다 높다가 3분위부터 대폭 감소한 이후 9, 10분위에서 다시 증가함을 알 수 있다. 1, 2분위는 최하위 소득 계층임에도 불구하고 3-8분위 계층보다 월 50만원 이상 의료비 지출 가구가 더 많다는 것은 그만큼 이들 계층의 의료 필요도가 더 크기 때문일 것이다. 일반적으로 건강상태와 소득 수준은 비례해서, 소득 수준이 낮을수록 건강 상태는 안 좋은 것으로 알려져 있다. 특히 1분위 소득계층에는 <표 6-3>에 제시된 바와 같이 다른 계층에 비하여 고령자가 많이 포함되어 있기 때문에 건강상태가 좋지 않고 소득도 낮기 때문에 이층의 부담을 가지고 있음을 짐작할 수 있다.

상대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여 주는 <표 6-11>과 절대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여 주는 <표 6-12>이 시사하는 바를 다각도로 해석할 수 있겠으나, 본인부담상한제와 관련한 시사점에 대하여 논의하고자 한다. 이는 본인부담상한제가 지나친 의료비 부담을 방지함으로써 경제적 제약으로 인한 미충족 의료를 줄이고, 가계의 경제적 부담을 완화하기 위한 대표적인 제도이기 때문이다.

우선 <표 6-12>에서 알 수 있는 것은 본인부담 상한제의 적용 대상에 해당하는 6개월간 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구는 실제 본인부담 상한제에서 적용인구로 추산한 규모에 비하여 훨씬 많다는 점이다. 건강보험공단의 연구 결과인 김정희 외(2005)에 따르면 2005년도 본인부담 상한제 적용대상 인구는 최대 7만명 미만인 것으로 추정되었다.

그런데 <표 6-12>에서는 전체 가구의 1.63%인 것으로 추정되어, 건강보험 적용 대상 가구 수(대략 1,400만 가구)를 적용하면 대략 19만 6천 가구 정도 되므로 1가구 당 대상 인원을 1명으로만 잡아도 19만6천명이 된다.

이러한 차이가 나타나는 이유는, 우선 <표 6-12>의 분석은 가구 의료비 전체를 기준으로 한 것이지만 ‘본인 부담 상한제’ 적용 대상자는 개인별 의료비를 기준으로 했기 때문일 수 있다. 즉 한 가구당 평균 3.4명이 있으므로 가구의료비 전체가 아닌 개인 당 의료비를 기준으로 하면 <표 6-12>의 비율은 더 작아질 것이다. 그러나 어떤 가구의 의료비가 평균보다 특별히 많이 지출되는 것은 대부분 가구 구성원 중 한 명이 중증 질병을 앓기 때문일 것이며, 모든 구성원이 고르게 평균보다 많은 지출을 하기 때문은 아닐 것이다. 이를 감안하면 가구 의료비 전체가 아닌 개인당 의료비를 기준으로 한다고 해도 <표 6-12>의 결과가 크게 달라질 것 같지는 않다.

가령 개인의 6개월간 의료비지출이 300만원 이상인 경우에 그 개인이 속한 가구의 나머지 구성원들은 각 가구 계층의 평균 의료비 지출액만큼을 지출한다고 가정하면(실제로는 그보다 적은 경우가 훨씬 많을 것이다), <표 6-12>는 다음의 <표 6-13>과 같이 바뀌는데, 이는 가구 구성원 중 1인의 6개월 의료비 지출이 300만원 이상인 경우를 보여 주는 셈이 된다.

〈표 6-13〉 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비 지출 가구

분위	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.4%(9가구)	53.2%
2분위	1.3%(8가구)	36.3%
3분위	0.6%(4가구)	33.2%
4분위	0.5%(3가구)	29.5%
5분위	0.5%(3가구)	30.5%
6분위	0.6%(4가구)	26.9%
7분위	0.8%(5가구)	22.1%
8분위	1.0%(6가구)	23.9%
9분위	1.9%(12가구)	17.9%
10분위	2.2%(14가구)	11.9%
전체	1.1%(68가구)	26.8%

<표 6-13>을 기준으로 할 때 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비를 지출한 가구 수는 15만 8천 가구 정도가 된다. <표 6-12>를 기준으로 한 19만 6천 가구보다는 상당히 감소하였지만 여전히 건강보험공단의 추정인원(최대 7만명)보다는 훨씬 많다. 이 차이는 본 연구에서 분석한 의료비 지출은 법정본인부담과 비급여서비스에 대한 부담을 합친 것인데 반해 본인부담 상한제는 법정본인부담만 대상으로 하기 때문이다.

우리나라의 본인부담금 중에서는 건강보험 비급여 진료비가 상당 부분을 차지하고 있는 것으로 알려져 있다. 이를 파악하기 위하여 병·의원 진료비의 소득계층별 본인부담금의 구성 비율을 살펴보았다(<표 6-14> 참조). 이 표에서 소득계층은 건강보험료를 기준으로 구분한 것이며, 원래 표에는 지역과 직장이 각각 구분되어 있으나 논의의 편리를 위하여 둘을 통합(각 계층별로 단순 평균하였음) 한 것이다. 이들을 구분하든 합하든 내용에는 거의 차이가 없다.

〈표 6-14〉 병의원 진료비의 소득계층별 본인부담금의 구성

소득계층	법정본인부담금	비급여 본인부담금
1분위	44.8%	55.2%
2분위	44.9%	55.1%
3분위	43.6%	56.4%
4분위	45.5%	54.5%
5분위	44.1%	55.9%
6분위	43.1%	56.9%
7분위	41.8%	58.2%
8분위	41.6%	58.4%
9분위	42.5%	57.5%
10분위	38.7%	61.3%
평균	43.7%	56.9%

자료출처: 건강보험공단 내부자료(2007)

비록 약국에 대한 것이 제외되어 있기는 하지만(약국은 병의원에 비하여 법정본인부담금의 비율이 높은 것으로 알려져 있음), 본인부담 상한제의 주된 대상이 되는 것은 병의원 진료비라는 것을 감안하면 <표 6-14>를 통하여 법정본인부담금만을 대상으로 하는 본인부담 상한제가 상당히 제한적인 효과만을 가질 수밖에 없는 이유를 충분히 알 수 있다. 이 표에 제시된 통계의 원자료는 김정희 외(2006)의 연구에서 사용한 것과 동일한데, 전술한 바와 같이 이 연구는 비급여 본인부담금의 범위에 해당하는 의료비 항목의 범위를 좁게 제한하였으며, 의료기관이 제출한 자료에 의존하고 있어서 의료 기관이 축소 보고했을 가능성이 있다. 따라서 이 연구에서 추정된 비급여 본인부담금액은 실제보다 작을 것이다. 그럼에도 불구하고 병의원의 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금의 비율이 1:1.3(=43.7:56.9)으로 나타났다는 것은 전체 본인부담금 중에서 비급여 본인 부담금의 비중이 매우 높다는 것을 보여 준다.

한편, 소득계층별로 비교하면 소득이 상승할수록 비급여 본인부담금의 비중이 높아지는 경향이 있지만, 소득계층 간의 차이는 크지 않다. 즉, 전

체 평균이 56.9%인데 저소득계층에서 55%를 넘고 있어 가계조사 자료 분석 결과에서 6개월간 300만원 이상 부담하는 가구 수와 김정희 외(2005)의 연구에서 추정한 본인부담상한제 대상 가구 수가 거의 유사하다는 것을 알 수 있다.

3. 소득계층별 미충족 의료 경험 분석

미충족 의료 경험은 제3기 국민건강영양조사(2005) 자료를 사용하여 분석하였다. <표 6-15>는 소득 계층별 미치료 경험에 대한 기술통계를 보여준다. 본 연구에서 관심을 갖는 미치료 경험은 경제적 이유, 즉 소득의 제약으로 인한 미치료 경험이다. <표 6-15>를 보면 경제적 원인에 기인한 미치료 경험은 소득계층별로 큰 차이가 있으며, 소득 수준과 미치료 경험은 뚜렷한 반비례 관계가 있음을 알 수 있다. 특히, 1분위 계층은 전체 응답자의 26%가 경제적 이유로 인한 미치료 경험이 있는 것으로 나타나서, 다른 계층에 비하여 그 비율이 현격히 높음을 알 수 있다.

요약하면, 미치료 경험에 대한 통계는 소득 제약으로 인하여 적절한 의료를 제공받지 못하는 경우가 상당한 수준이며, 소득 계층별로 의료 접근성의 차이가 상당히 존재한다는 것을 보여준다.

〈표 6-15〉 소득계층별 미충족 의료 경험도 분석

소 득	전체 응답자 (유무)	‘유 경험’ 응답자 (전체 대비 비율: %)	경제적 원인 응답자		
			N	전체 응답자 대비 비율(%)	‘유 경험’ 응답자 대비 비율(%)
1분위	2,212	722 (32.6)	576	26.0	79.8
2분위	2,247	578 (25.7)	425	18.9	73.5
3분위	2,115	435 (20.6)	274	13.0	63.0
4분위	2,190	408 (18.6)	196	8.9	48.0
5분위	2,123	367 (17.3)	156	7.3	42.5
6분위	2,220	375 (16.9)	162	7.3	43.2
7분위	2,079	314 (15.1)	116	5.6	36.9
8분위	2,284	303 (13.3)	67	2.9	22.1
9분위	2,102	281 (13.4)	60	2.9	21.4
10분위	2,076	225 (10.8)	27	1.3	12.0
전체표본	21,648	4,008 (18.5)	2,059	9.5	51.4

제4절 연구의 시사점과 정책 대안

본 연구의 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

과거 20년 동안 저소득계층의 의료 접근성은 절대적 평가에서 뿐만 아니라 다른 계층 대비 상대적으로도 계속 향상되어 왔다. 저소득계층의 의료접근성이 개선됨에 따라 저소득계층의 소득 대비 의료비지출 비중은 절대적으로, 그리고 다른 계층에 비해 상대적으로 계속 높아져 왔다. 그 결과 저소득계층의 의료접근성은 계속 향상되어 왔음에도 불구하고, 이와 함께 의료비에 대한 부담도 커졌으며, 저소득계층에서는 경제적 부담으로 인한 미충족 의료 비중의 상당한 수준인 것으로 판단된다.

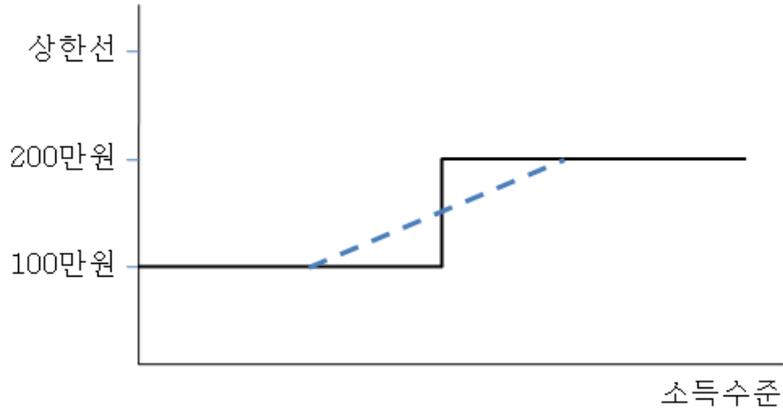
소득계층별 의료비 과부담 가구의 비율을 보면 저소득계층에서 많이 발생하며 월 평균 50만원 이상의 고액 의료비를 부담하는 가구도 저소득층에서 많이 발생하였다. 이 의료비 부담 중 본인부담 상한제 적용에서 제외되는 비급여 본인부담금의 비중이 높기 때문에 본인부담 상한제의 효

과는 제한적이다.

본 장의 연구결과가 제공하는 정책적 함의로 중요한 점은, 우선 저소득계층을 목표로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다는 것이다. 여러 번 지적하였듯이 건강보험 보장성 문제는 저소득계층에서 더욱 심각하다. 따라서 건강보험 보장성 향상을 위하여 동일한 재원을 사용할 경우, 저소득계층의 혜택이 더 큰 정책이 그렇지 않은 정책에 비하여 더 높은 효과를 가질 것이다.

저소득계층의 혜택을 크게 하는 방안의 하나로서 소득수준에 따른 본인부담 상한제의 차등 적용을 생각해볼 수 있다. 현행 본인부담 상한제의 상한선은 6개월간 200만원의 의료비 지출인데, 이를 저소득계층에 대해서는 더 낮추자는 것이다. 단, 차등 적용의 방법은 상한선이 소득수준에 따라 점진적으로 감소하는 슬라이딩 방식이 적절할 것으로 판단된다. 즉 소득수준이 일정 수준(가령 상위 70%) 이상은 200만원, 그 미만은 100만원처럼 단절적으로 설계하는 것보다는 200만원과 100만원 사이에 일정 구간을 두고 점진적으로 상한선이 낮아지게 하자는 것이다. 가령 하위 30% 이상은 200만원, 하위 10% 미만은 100만원으로 하되 그 사이 계층에 대해서는 소득에 비례하여 상한선을 낮출 수 있을 것이다. 상한선을 점진적으로 하는 방식과 단절적으로 하는 방식의 의미는 다음의 [그림 6-3]를 보면 명확히 이해할 수 있을 것이다. 물론 이 그림에서 점선이 점진적 증가 방식을 의미하며, 실선이 단절적 방식을 의미한다. 점진적인 방식의 경우 점선의 양쪽 끝부분에서는 단절적 방식과 동일하다.

[그림 6-3] 소득에 따른 상한제의 차등 적용 방식



참고로 소득 수준에 따라 본인부담 상한제를 차등 적용할 경우 현행 제도(소득수준에 상관없이 무조건 200만원)에 비하여 추가적인 재원이 얼마나 소요될 것인지에 대한 분석을 실행하기로 한다. 이를 위하여 세 가지 시나리오를 만들고, 각각의 경우에 현행 제도에 비하여 얼마나 혜택 계층과 재정부담이 달라지는가를 보기로 한다. 이 시나리오는 다음의 <표 6-16>과 같다.

<표 6-16> 본인부담 상한제의 시나리오

구분	상한 적용 개념
현행 제도	소득수준에 상관없이 200만원
시나리오 1	소득수준 하위 40% 이상은 240만원, 하위 10% 미만은 120만원이며 그 사이 계층은 소득에 비례하여 상한선 감소
시나리오 2	소득수준 하위 40% 이상은 200만원, 하위 20% 미만은 100만원이며 그 사이 계층은 소득에 비례하여 상한선 감소
시나리오 3	소득수준 하위 30% 이상은 200만원, 그 미만은 120만원

시나리오1은 현행제도에 비하여 상위계층은 혜택을 덜 받고, 하위계층은 더 받는 방식이다. 현행제도와 시나리오1 중에서 어느 쪽이 더 많은 재원이 소요될 것인지는 실제 자료를 이용하여 분석을 해 봐야 알 수 있다. 시나리오2와 시나리오3은 현행제도에 비하여 상위계층은 변함이 없지만 하위계층은 혜택을 더 받게 되므로, 현행제도에 비하여 재원 소요는 더 많다. 시나리오2와 시나리오3의 차이는 시나리오2는 소득수준에 따라 점진적으로 감소하는 방식인데 비하여 시나리오3은 단절적으로 감소하는 방식이다. 시나리오2의 경우 소득수준 하위 40% 미만 계층부터 상한선이 감소하는 데 비하여 시나리오3의 경우는 소득수준 하위 30% 미만일 경우만 상한선이 감소한다. 따라서 하위 30%와 40% 사이에 속하는 계층은 시나리오2에서 혜택을 더 보게 된다. 시나리오2의 경우 하위 20% 미만 계층에 대한 상한선이 100만원인데 비하여 시나리오3의 경우는 상한선이 120만원이다. 따라서 하위 20% 미만 계층은 시나리오2에서 더 큰 혜택을 본다. 이처럼 소득계층에 따라 시나리오2에서 더 큰 혜택을 보기도 하고 시나리오3에서 더 큰 혜택을 보기도 하기 때문에 어느 방식에서 더 많은 재원이 소요될 것인지는 실제 자료를 이용하여 분석을 해 봐야 알 수 있다.

다음으로 각각의 시나리오를 시행할 때, 현행 제도에 비하여 재정이 얼마나 더 소요되는가, 그리고 얼마나 많은 사람이 혜택을 볼 것인지를 추정하며, 다만 자료의 제약으로 인하여 이를 정확하게 추정할 수는 없으며, 단지 몇 가지 가정 하에 대체적인 크기를 짐작하는 수준의 추정밖에 이루어질 수 없음을 미리 밝혀둔다.

분석을 위한 가정들은 다음과 같다.

첫째, 본인부담금 중에서 법정본인부담금과 비급여 본인부담금의 비율은 50%로 가정한다. <표 6-14>를 보면 법정본인부담금과 비급여 본인부담금의 비율은 43.7:56.9 정도이다. 그러나 이는 병의원진료비에 대한 것이며 약제비는 제외되어 있다. 그런데 약제비의 경우는 법정본인부담금의 비율이 비

급여 본인부담금보다 더 높은 것으로 알려져 있다. 따라서 정확한 비율은 알 수 없으나 이를 감안하여 50:50으로 가정한 것이다.

둘째, 하위 40% 이상과 하위 40% 미만 계층의 의료비 분포는 각각 동일한 것으로 가정한다. 의료비 분포는 소득계층에 따라 다르다. 따라서 원칙적으로는 각 계층별로 각각의 의료비 분포를 산출해서 분석에 적용해야 한다. 그러나 6개월에 200만원 혹은 100만원 이상 법정본인부담금을 지출하는 가계는 많지 않기 때문에, 각 소득계층별로 구분하여 의료비 분포를 구할 경우 자료수가 부족해진다. 이에 따라 여러 계층을 통합하여 의료비 분포를 산출한다.

셋째, 의료비 고액 지출 환자는 가구당 1인으로 가정하며, 나머지 가구원은 대략 평균적인 의료비를 지출하고 그 수는 2인으로 가정한다.

소득수준에 따라 상한액이 점진적으로 증가하는 경우는 원칙적으로 [그림 6-3]의 점선과 같은 경사면을 갖는 것, 즉 소득과 본인부담상한액이 정비례하는 경우를 의미한다. 그러나 계산의 편의를 위하여 소득분위별로 계단식으로 증가하는 것을 가정한다.

이상의 가정에 따라 재정 소요액을 산출하기 위한 자료들을 표로 제시하면 다음과 같다. <표 6-17>은 하위 40% 미만 소득계층의 의료비 분포이며, <표 6-18>은 하위 40% 이상 소득계층의 의료비 분포이다.

〈표 6-17〉 하위 40% 미만 소득계층의 의료비 분포

법정본인부담금 지출액 구간 (고액환자 1인기준)	비율(%)	누적비율(%)	6개월간 법정본인부담금 (고액환자 1인기준)
100만원이하	97.99	97.99	39.6 천원
100만원초과 120만원 이하	0.23	98.22	1,044.5 천원
120만원초과 133.3만원 이하	0.33	98.55	1,189.9 천원
133.3만원초과 160만원 이하	0.53	99.08	1,460.7 천원
160만원초과 166.7만원 이하	0.03	99.11	1,636.2 천원
166.7만원초과 200만원 이하	0.46	99.57	1,820.6 천원
200만원 초과	0.43	100	3,558.9 천원

〈표 6-18〉 하위 40% 이상 소득계층의 의료비 분포

6개월간 법정본인부담금 지출액 구간(고액환자 1인기준)	비율(%)	누적비율(%)	6개월간 법정본인부담금 (고액환자 1인기준)
200만원이하	99.54	99.54	118.1 천원
200만원초과 240만원 이하	0.2	99.74	2,173.3 천원
240만원 초과	0.26	100	3,684.4 천원

□ 시나리오1에 의한 재정부담 변화

시나리오1을 시행한다고 가정했을 때, 현행 제도와 비교한 재정부담의 변화는 다음과 같다. 하위 40% 이상의 경우 현행 제도의 상한선은 200만원인데, 시나리오1에서는 240만원이다. 따라서 현행제도에 비하여 200만원-240만원 구간에 속하는 사람들은 혜택을 보지 못한다. 이 구간에 속하는 가구는 0.2%이며, 평균 법정본인부담금은 2,173.3천원이다. 즉 가구당 173.3천원 정도 혜택이 감소하므로, 현행 제도보다 173.3천원이 감소하게 된다.

한편, 소득이 하위 30% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 160만원-200만원인 계층과 소득이 하위 20% 미만이면서 6개월간 법정본

인부담금 지출이 120만원-160만원인 계층, 소득이 하위 10% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 100만원-120만원인 계층은 현행 제도에 비하여 혜택을 보게 된다.

〈표 6-19〉 시나리오1에서의 재정부담 변화

현행보다 부담 감소분	840만(전체가구의 60%)×0.002×173.3천원=29,114백만원
현행보다 부담 증가분	420만(전체가구의 30%)×(0.0003×363.8천원+0.0046×179.4천원) =39,244백만원 280만(전체가구의 20%)×(0.0053×539.3천원+0.0033×710.1천원) =145,645백만원 140만(전체가구의 10%)×(0.0023×955.5천원) =30,767백만원
증가분-감소분	186,542백만원

□ 시나리오2에 의한 재정부담 변화

시나리오2의 경우, 현행 제도에 비하여 혜택을 보는 계층은 소득이 하위 40% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 166.7만원-200만원인 계층, 소득이 하위 30% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 133.3만원-166.7만원인 계층, 소득이 하위 20% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 100만원-133.3만원인 계층이다. 이러한 혜택 증가로 인한 재정 증가분을 계산하면 다음의 표와 같다.

〈표 6-20〉 시나리오2에 의한 재정부담 변화

현행보다 부담 증가분	560만(전체가구의 40%)×(0.0046×179.4천원)=46,213백만원 420만(전체가구의 30%)×(0.0053×539.3천원+0.0003×363.8천원) =124,632백만원 280만(전체가구의 20%)×(0.0023×955.5천원+0.0033×710.1천원) =127,147백만원 총 증가액=297,993백만원
----------------	--

□ 시나리오3에 의한 재정부담 변화

현행제도에 비하여 혜택을 보는 계층은 소득이 하위 30% 미만이면서 6개월간 법정본인부담금 지출이 100만원-200만원인 계층이다. 이러한 혜택 증가로 인한 재정 증가분을 계산하면 다음의 표와 같다.

〈표 6-21〉 시나리오3에 의한 재정부담 변화

현행보다 부담 증가분	$420\text{만}(\text{전체가구의}30\%)\times(0.0046\times 179.4\text{천원}+0.0003\times 363.8\text{천원}+0.0053\times 539.3\text{천원}+0.0033\times 710.1\text{천원})=257,712\text{백만원}$
----------------	--

시나리오2와 시나리오3을 비교하면, 시나리오2의 경우가 좀 더 많은 재정이 소요되지만, 큰 차이는 없고, 시나리오3의 내용을 다소 수정한다면 - 가령 상한선 감소가 시작되는 소득 수준을 조금 낮춘다든가 혹은 상한선 감소가 멈추는 소득수준을 조금 낮춘다든가 - 시나리오3과 동일한 재정을 사용하면서, 혜택계층을 범위를 넓히거나 혹은 최하계층의 혜택 크기를 더 크게 하는 것이 얼마든지 가능하다.

정리하면, 점진적 감소 방식은 단절적 방식에 비하여 공정성과 형평성 측면에서 더 우월하다. 특히 우리나라와 같이 소득의 투명성에 대한 불신이 높은 상황에서는 더욱 그러할 것이다.

본 연구를 통해 얻을 수 있는 다른 정책적 함의는 비급여 의료 항목에 대한 관리의 필요성이다. 본인부담 상한제의 상한선을 아무리 낮추더라도 상한제 적용 대상에서 제외되는 비급여 본인부담금액이 크다면 과중한 의료비 부담의 경감 효과는 제한적일 수밖에 없다. 따라서 과중한 의료비 부담을 막기 위해서는 비급여 의료 항목에 대한 통제가 필요하다는 것을 알 수 있다.

제7장 보장성 개선을 위한 정책결정 방식의 합리화

제1절 보장성 개선을 위한 사회적 합의의 필요성

4장에서 살펴본 바와 같이, 2003년 이후 보건복지부에서는 건강보험의 보장성 개선을 위한 일련의 계획을 발표하고 급여범위의 확장뿐만 아니라 본인부담금 상한제 완화, 집단별 보장성 개선 등 다양한 정책을 추진하여 왔다. 보장성 개선을 위한 정부의 적극적인 정책방안 마련은 긍정적으로 볼 수 있으나, 한정된 재원 내에서 건강보험의 보장성을 개선하기 위한 자원이용의 확장에 대해 그 필요성이나 범위, 원칙과 진행절차에 대해 사회적인 합의가 충분히 이루어지지 않은 것에 대한 문제점을 지적할 수 있다. 향후 가속화될 고령화와 함께 의료기술의 발전에 따라 의료이용량의 증가와 의료비 재원부족이 예상되는 상황에서 이를 충당하기 위한 보험료의 상승이나 사회적 자원의 재배치가 필요한 시점에서 다양한 이해 관계자들 간의 사회적 합의를 도출해내는 것은 향후 이러한 정책 추진의 정당성 확보와 함께 성공적인 실행을 위해서 반드시 이루어져야하는 선행과제라고 할 수 있다.

건강보험제도는 의사와 병원을 포함한 의료서비스 공급자 및 의약품이나 의료기기 등을 제공하는 의료산업, 복지부나 노동부, 경제부처 등 관련 정부부처, 보험가입자(피보험자)인 국민과 단일보험자인 국민건강보험공단 및 새로이 등장하는 민간의료보험회사 등 다양한 집단과의 이해관계가 얽혀있는 정책형성의 장이다. 이러한 이유로 한국의 건강보험제도는 비교적 짧은 역사에도 불구하고 적지 않은 정책변화를 겪어왔으며 그 중 일부 정책결정은 그야말로 범국가적인 진통의 과정을 겪으며 형성되어왔다.

과거 정책결정은 대개 정부 주도적이고 기술 관료적이며 폐쇄적인 정책결정방식이었다. 즉, 과거 건강보험제도에 관한 대부분의 정책결정에 있어서 지금까지의 정부는 중요한 정보를 독점하고, 기술적이거나 행정적인 편의, 또는 정치적인 이유에 의거하여 일방적인 의사결정을 내리며 정책결정에 대한 의지를 관철해왔다. 우리나라 건강보험 체계는 단일 보험자에 의해 운영되는 반면, 의료공급은 민간에 주도되고 상당 부분의 재원부담도 민간에 의해 조달되고 있다. 따라서 전국을 포괄하는 규제 정책의 수립을 용이하게 할 수 있으나, 의료공급자의 반발이 강할 수 있기 때문에 정책결정 과정에 있어서 공급자나 보험가입자 등의 순응 확보가 중요하며 사회적 합의에 기초한 의사결정이 이루어지지 않는 경우 불순응의 부작용들이 심각하게 나타날 수 있다. 주요 의료정책의 하나였던 의약분업 과정에서 나타난 파업·시위나 보험료 인상에 대한 국민의 저항 등이 이러한 사례가 될 수 있다.

건강보험 정책의 집행 과정에서 공급자나 보험 가입자의 순응 확보가 어렵다는 것은 곧 정책이 실효성을 가지려면 보다 활성화된 합의과정이 필수적임을 의미한다. 그리고 이를 위해서는 건강 보험 정책의 의사결정 구조에서 가입자는 물론, 공급자 및 모든 이해관계자를 참여시켜서 합의를 이끌 수 있도록 하는 게 중요하다. 이러한 참여와 합의에 의한 의사결정 구조의 설계는 의사결정에서 참여적 거버넌스를 강조하는 최근의 행정 추세와도 부합한다. 최근 행정학 분야에서 활발히 논의되어 왔던 뉴 거버넌스(New Governance) 개념에서는 정부역할이나 책임의 범위, 그리고 바람직한 정책결정 방법에 대한 인식의 변화를 강조하고 있다(Clark 2004; Newman 2004). 이는 소수에 의해서 폐쇄적, 상명 하달식으로 이루어져왔던 방식에서 벗어나 다양한 이해관계자들이 대화, 협상, 조정을 통한 타협이나 동의의 의사소통의 방식으로 정책결정에 적극적으로 참여하는 것을 의미한다.

현재 해외에서 정책결정에 관한 사회적 합의를 형성하기 위해 활용되는 대표적인 시민 참여 모델로는 시민투표, 공청회/청문회의, 여론조사, 규제협상, 합의회의, 시민배심원/시민패널, 시민자문위원회, 포커스 그룹 등을 들 수 있는데, 이들의 특징은 각각 다음의 표와 같이 간략하게 정리될 수 있다(이영희 2002).

<표 7-1>에 제시된 모델 중에서 규제협상, 합의회의, 시민배심원/시민패널, 시민자문위원회 및 포커스 그룹은 국민투표, 공청회, 청문회 등과 같은 전통적인 참여방식에 비해 주어진 사안에 대한 상당한 전문지식과 이해가 필요한 방법으로서 시민참여가 숙의적인 과정(*deliberative process*)을 통해 이루어지도록 고안되어 있다(Bohman과 Rehg 1997). 이 중 여론조사는 대규모의 표본을 이용한 단기간적인 의견수렴이며 따라서 어떤 표본이 선택되었는가와 이들이 문제에 대한 보유한 인지도 및 이해도가 매우 중요하다고 할 수 있다. 여론조사를 위한 소요기간은 일회적인 전화조사인 경우 며칠의 실시 기간만이 소요된다. 대부분의 여론조사는 수행기간을 단축하기 위해 전화나 면접조사로 시행되며 다양한 질문들이 포함 가능하며, 사안에 대한 시민들의 인지도나 태도에 대한 정보수집의 용도로 많이 사용되고 있다.

〈표 7-1〉 대표적인 시민참여 모델

참여모델	참여자들의 특성	소요기간	특징/메커니즘	
소극적 - 수동적 참여	시민 투표	<ul style="list-style-type: none"> 투표계획, 공고, 실시하는 시간만 필요 시민투표 전 별도의 논의와 홍보가 필요할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 두 가지 선택지 중 하나의 투표 선택 모든 참여자는 동일한 영향력을 갖고 최종 결과는 정책적 구속력을 가짐 	
	공청회 청문회	<ul style="list-style-type: none"> 관심 있는 시민들이 참여 공간크기에 따라 참여자 수가 제한될 수 있음 진정한 참여자는 발표를 하는 전문가와 정치인들에 국한될 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 주중, 근무시간에 열릴 경우 참여자 제한 공개포럼에서 관련기관이 발표 시민들은 의견을 피력할 수 있으나 결과에 직접적으로 영향을 주지 못함 	
	여론 조사	<ul style="list-style-type: none"> 대규모의 표본을 이용한 단기간적인 의견수렴 표본선택의 문제와 표본의 문제에 대한 인지도 및 이해도가 중요함 	<ul style="list-style-type: none"> 일회 실시할 경우 며칠의 실시시간만 소요됨 	<ul style="list-style-type: none"> 전혀나 면접조사로 시행 다양한 질문들이 포함 시민들의 인지도나 태도에 대한 정보수집 용도로 사용 가능함
적극적 - 능동적 참여	규제 협상	<ul style="list-style-type: none"> 이해당사자들을 대표하는 소수가 참여 시민대표의 참여 가능성 	<ul style="list-style-type: none"> 최종기간을 사전에 설정하는 것이 필요 보통 4-8개월 소요 	<ul style="list-style-type: none"> 이해당사자 대표들과 주관기관의 교섭위원회에서 협상 특정문제에 대한 합의필요
	합의 회의	<ul style="list-style-type: none"> 가능한 한 일반시민을 대표할 수 있음 해당사안에 대한 사전적 편견이 없는 시민 자원자 10-16명 정도를 선택 	<ul style="list-style-type: none"> 시민 패널에게 주제에 관한 정보를 제공하기 위한 사전 설명과 강의필요 본회의 3일정도 소요 	<ul style="list-style-type: none"> 시민 패널이 간사의 도움을 받아 작성한 질문을 전문가들에게 제시 개방회의. 핵심질문에 대한 결론은 보고서나 기자회견을 통해 발표됨
	시민 배심원	<ul style="list-style-type: none"> 일반적으로 독립된 주관기관이 무작위로 선발한 12-24명의 일반 시민으로 구성됨 	<ul style="list-style-type: none"> 준비기간은 통상 3-4개월 정도 소요되고 일반적으로 4일에서 5일 정도의 회의 	<ul style="list-style-type: none"> 문제의 설정, 배심원 선발, 배심과정 (숙의과정), 정책권고안 발표, 자체평가의 과정으로 구성
	시민 자문 위원회	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 집단과 공동체의 시각들을 대변할 수 있도록 20-25명의 시민집단을 무작위로 선발 	<ul style="list-style-type: none"> 수개월에 걸쳐 준비 시민참여 회의는 4-5일 정도 소요됨 	<ul style="list-style-type: none"> 목적은 쟁점사안에 대해 시민의 자문을 구하는 것 한 주제에 대해 수차례의 회의를 개최하므로 최종 시민참가자의 수는 많을 때 수백명에 이를 수 있음
	포커스 그룹	<ul style="list-style-type: none"> 시민의 대표로 구성된 5-8명의 소집단 복수의 그룹이 구성될 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 통상 2시간 정도의 회의를 일회, 또는 수차례 반복 	<ul style="list-style-type: none"> 사안에 대해 자유토론이나 시나리오에 따라 토론 시민들의 의견과 인지도를 파악하는 데 유용

자료: 이영희(2002)를 수정·보완함.

최근 우리나라에서도 정책 결정 과정에서 주민 참여의 방안으로 공청회, 시민합의, 포커스 그룹, 주민투표와 여론조사 등 다양한 방법이 시도되고 있다. 정책에 대한 최종적인 결정을 위해서는 주민투표나 여론조사 등과 같이 개인의 의견이나 행동의도에 대해서 명확한 찬성과 반대의 결정을 끌어낼 수 있는 조사 방식이 유용할 수 있다(Morgan 1994: 137). 그러나, 효율성이라는 명확한 장점에도 불구하고, 성급하게 시행된 주민투표와 여론조사는 시민의 의사표현을 투표의 합계로 정의하는 즉흥적 합산 결정방식(Aggregative democracy)에 머무르게 한다는 지적을 피하기 어렵다(Gutmann & Thompson 2004). 즉, 합산 민주주의는 여론조사나 투표와 같이 상대적으로 손쉬운 과정을 통해 쟁점 사안에 대해 확실한 결론을 도출해 낼 수 있다는 장점이 있으나 자칫 순간적이고 표면적인 의견만을 조사하게 되어 정책 결정에 관련된 다양한 갈등 요인들을 의사 결정에 충분히 반영되지 못하는 한계를 가지고 있다. 그리고 무엇보다도 집합적 의사결정(collective decision-making)이 내려져야 하는 순간에서도 이러한 결정을 정당화하는 과정과 근거로서 다양한 의견을 수렴하고 참여자간에 정보를 제공하고 논의할 수 있도록 하는 의견 교환의 과정이 필요한 것이다(하연섭 외 2006). 이러한 의미에서 시민합의나 FGI와 같은 접근방법은 정책 형성을 위한 의견수렴의 중요한 방법 중의 하나로서 작동할 수 있다.

제2절 보장성 개선을 위한 사회적 합의에 대한 사례 연구

1. 포커스 그룹 실시의 목적 및 필요성

그동안 건강보험 보장성 개선의 구체적 실현을 관한 의견조사를 위해 전문가, 보건복지부 공무원, 의사 등 다양한 집단에 대한 설문조사를 실시한 연구가 몇 차례 있었다. 이러한 연구들은 다양한 이해관계자들이 보

장성과 관련해서 어떠한 인식을 가지고 있으며, 보장성 개선의 우선순위 책정과 재원마련 방안, 그리고 보건의료 정책과 관련된 가치판단에 관한 문제들(보장성 개선, 재정안정, 형평성 등)을 어떻게 인지하고 있는지 파악할 수 있는 자료를 제공한다. 이러한 자료가 유용함에도 불구하고, 보장성 개선에 관한 다양한 정부정책은 실상 매우 복잡하고 전문적인 사안으로서 이러한 사안에 대해서 응답자들은 설문주제에 대해 관심도가 낮거나 지식수준이 매우 저조한 상태에서 설문조사에 응할 수 있다. 문제는 이와 같이 주어진 사안에 대해 적절한 의견이나 태도를 형성하지 않은 상태에서 실시된 설문조사는 그 사안에 대한 응답자들의 지속적인 인식이나 태도를 정확하게 측정했다기보다, 설문조사가 실시되는 당시의 여러 가지 즉흥적인 요소에 의해서 좌우되어 단기적이고 한시적인 태도가 조사될 수 있다. 따라서 이러한 상황에서 이루어진 설문조사 결과는 그 정확성에 의문을 가지게 되며, 나아가 국민의 삶에 직접적인 영향을 미치는 정책결정 도구로서 그 유용성에 의문이 제기될 수 있을 것이다.

이러한 문제점을 개선하기 위한 대응방안의 하나로서, 본 연구에서는 공통적인 특징(성별, 연령, 지역, 사회경제적 특성 등)을 공유하는 특성을 가진 6~9명의 참여자들이 한 자리에 모여 정해진 주제를 중심으로 자유로이 의견을 나누게 하고 그러한 의견교환을 관찰함으로써 연구 질문에 대한 답을 찾아가는 포커스 그룹 인터뷰(이하 FGI) 방식을 적용하여 보장성 개선에 대한 사회적 합의의 방안을 모색해보고자 하였다. FGI와 같은 질적 연구의 경우 참여자들이 집단토의와 정보교환, 의견교류 등의 과정을 거쳐서 사안에 대한 추가적인 정보를 습득할 수 있고 그에 따라 각자 자신의 의견을 결정할 수 있는 기회가 제공된다(Morgan 1993/1994; 김성재 외 1999). 따라서 집단적 맥락에서 참여자들이 어떻게 정보를 습득하고 주어진 정책현안에 대한 의견을 형성하는 지를 파악할 수 있다.

2. 연구 방법

본 연구에서는 단순히 참여자들의 의견을 조사하는 것에서 나아가 참여자 사이의 다양한 의견과 인지정도를 파악해보고, 다른 참여자와의 상호작용(논쟁, 토론 등)을 통해서 이러한 의견과 인지수준이 어떻게 변화하는지를 고찰하며, 최종적으로 어떠한 의견을 형성하는지를 파악하고자 한다. 즉, 집단적 상황에서 참여자간의 상호작용이 허용되는 FGI를 통하여 실제로 사람들이 어떠한 과정을 거쳐서 의견을 형성, 변화하게 되는지를 고찰하고자 하며, 실제 그들이 그러한 결론에 도달하는데 사용한 주요 논거나 이유 등이 무엇인지를 파악한다. 또한, 실제 의견 형성과정을 통해 보장성 관련방안을 모색하기 위한 사회적 합의과정을 살펴볼 수 있을 것이다. 한편, 사람들이 자신이 속한 사회·경제적 배경이나 과거 경험, 문화적 성향 등에 따라서 매우 다양한 의견을 가질 수 있기에, 이 연구에서는 크게 일반인, 환자/보호자집단, 의료인, 공단/심평원 관련자의 4개 집단으로 나누어 각 집단별 인식차이와 의견형성 과정의 차이를 비교 분석하고자 한다.

FGI 실시의 주요한 연구 문제는 아래와 같다.

- 각 집단별 건강보험 보장성과 관련된 인식 차이 비교
- 보장성 개선의 우선순위에 대한 집단 간 인식차이 파악
- 재원마련 방안에 대한 집단 간 인식차이 파악
- 보장성 개선, 재정안정, 형평성 등 상반되는 가치에 대한 파악
- 집단별 의견형성 과정의 차이를 비교하여 보장성 관련방안을 찾기 위한 사회적 합의 과정의 모색

따라서 보장성 개선이나 건강보험에 관해서 다양한 의견을 가지고 있는 참여자들 사이의 토론을 통해서 의견을 형성해가는 과정을 파악할 수 있으며, 최종적으로 참여자들이 어떠한 결정을 내리는지를 파악할 수 있다. FGI는 참여자들이 집단 상황에서 특정 주제에 대한 태도나 의견을 어떻게 형성하고 변화시키려는가를 고찰하는 것을 목적으로 하는 연구에 사용되며 특히, 단순하고 표면적인 설문조사 형식에서는 찾아낼 수 없는 참여자들의 내면적인 태도를 보다 깊이 있는 논의를 통해 측정할 수 있다. 또한, 평소 사람들이 잘 모르는 주제나 이슈 등과 관련하여 참여자들의 심층적인 인지나 의견형성 과정을 살펴보는 데 유용한 방법이라고 할 수 있다. 따라서 보장성 개선과 관련하여 사람들 사이의 다양한 의견과 경험을 파악하며, 실제 집단토론과 상호작용을 통해 우선순위를 설정하는 과정에서 사람들의 의견이 어떻게 형성되고 변화하는지를 파악할 수 있다. 이러한 과정을 통해서 보장성 개선과 관련된 사회적 합의방법의 가능성을 타진해 보고자 한다.

가. 연구 범위

본 연구에서 FGI를 통해 논의한 범위는 1) 건강보험 보장성(적용범위)에 대한 인지도나 태도, 2) 보장성 개선의 우선순위, 3) 공공보험의 역할에 대한 가치체계 등의 3 부분에 대해서 참여자들이 어떻게 인지하고 어떤 과정을 통해서 의견을 형성하는지에 관해 논의하였다. 또한 참여자들 사이의 논의를 통해서 의견이 변화하는 과정을 관찰하고 이러한 변화의 이유에 주목하여 살펴보았다. 이와 함께 참여자들이 자신의 의견을 결정한 이유와 근거들이 무엇인지, 실제 우선순위 설정과정에서 정책결정자는 누가 되어야 하는지 등의 내용을 중심으로 논의를 진행하였다. 이와 함께 각각의 참여자들에게 자신의 입장 이외에도 정부, 일반국민, 환자 및 보호자, 의료인의 입장에서 각각 판단이나 선택이 달라지는지, 달라진다면

그 이유는 무엇인지 등을 파악하고자 한다. 예를 들어, 환자 및 보호자 집단의 경우에 각각의 질문에 대해서 정부 측 입장과 일반국민의 입장 그리고 의료인의 입장이라고 가정한다면, 선택이 달라지는지 그 선택이 달라지는 이유는 무엇인지 살펴보고자 하였다.

나. 토의 내용

논의 내용은 크게 세 부분으로 구성되며, 1) 건강보험 보장성(적용범위)에 대한 인지도나 태도, 2) 보장성 개선의 우선순위 선정에 적용되는 기준 및 가치체계, 3) 보장성 개선 결정 주체 및 방법으로 나누어서 살펴보고자 하였다.

- 1) 건강보험 보장성(적용범위)에 대한 인지도와 태도에서는 각 개인별 그리고 각 집단별 보장성의 의미와 필요성, 개인적 경험 등을 살펴보고자 하였다.
- 2) 보장성 개선의 우선순위와 관련된 문제에서는 실제 사람들이 어떠한 가치판단에 근거하여 우선순위가 결정되어야 된다고 생각하는 지를 논의하고 이러한 가치판단이 자신의 우선순위 설정과 관련해서 어떤 영향을 미치는지를 파악하고자 하였다. 상반된 가치에 대한 논의에서는 보장성(구체적으로 적용범위)과 관련하여 여러 가지 상충되는 가치들에 대해서 참여자들이 어떠한 의견을 가지고 있고 실제 우선순위를 설정하는 과정에서 보장성 개선, 재정 안정, 형평성 등 상반되는 가치에 대해 주요한 판단 기준으로 인지하는지 등을 파악하고자 하였다. 또한 다른 참여자들과의 상호작용(토론)을 통해서 의견을 형성하거나 변경하는 과정을 살펴보고 최종적으로 어떤 기준을 가지고 우선순위를 설정하는지를 파악하고자 하였다.
- 3) 보장성 개선 결정 주체 및 방법에 관해서는 다음과 같은 질문에 대해 논의하였다.

- ① 보장성 개선에 대한 의사결정의 주체는 누가 되어야 하는 가?
- ② 보장성 개선에 대한 의사결정은 어떠한 방식으로 이루어져야 하는가?

다. 연구 대상 선정

건강보험 보장성 개선과 관련하여 기존 연구들은 전문가들을 대상으로 의견을 수렴하거나 설문방식의 조사를 통해 몇 가지 기준이나 우선순위 등을 연구하였으나, 일반인이나 환자/보호자를 참여시켜 그들의 의견을 수렴한 연구는 많지 않다. 그러나 실제 보장성 개선이라는 측면에는 다양한 가치들이 서로 충돌할 수 있으며 사람들의 의견 또한 자신의 사회적 위치나 경험 등에 따라서 달라질 수밖에 없다. 더욱이 어떠한 방식으로 보장성을 개선할 것인가를 판단할 수 있는 합의된 기준이나 규칙은 없으며, 건강보험의 보장성은 재원의 효과적인 사용과 더불어 피보험자들의 만족도를 높일 수 있어야 하고 그들이 진정으로 원하는 요구를 파악하여 우선적으로 실시하는 것이 필요하다는 점에서 논의과정에 건강보험 가입자들의 의견 수렴이 필요하다. 전문가들뿐만 아니라 건강보험 가입자들의 의견과 생각을 조사해보고 그들 사이의 토론과 상호 작용을 통해 도출한 기준을 적용하여 실제로 보장성 개선과 관련된 우선순위를 설정해봄으로써 하나의 사회적 합의를 위한 방안으로 활용 가능할 것으로 보인다.

본 연구의 FGI는 크게 전문가 집단(의료인 집단, 보험공단/심평원 집단)과 일반인 집단(일반인 집단, 환자/보호자 집단)의 2 부분 4개 집단으로 구성하여 실시되었으며, 참여자는 35세 이상~65세 미만의 남녀로 제한하고 각 집단별 구성기준은 아래와 같다.

<표 7-2> FGI 참여자의 선정 기준 및 선정 방법

구 분	일반인 집단		전문가 집단	
	일반인	환자/보호자	의료인	공단/심평원
선정 기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강보험에 관심이 있는 사람 ○ 가족 중 중증환자가 없는 사람 ○ 결혼 유무와 자녀 유무를 고려하여 선정 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 과거나 현재 병을 앓았던 경험이 있는 사람 ○ 과거나 현재 아픈 가족원을 돌본 경험이 있는 환자 보호자나 그 가족 구성원들 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 다양한 진료과의 개업의 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 과거나 현재 건강보험 보장성과 관련된 업무를 담당했던 사람
선정 방법	<ul style="list-style-type: none"> ○ 성별과 연령을 고려한 유의추출 ○ 전문조사업체에 참여자 확보와 관련된 자문을 구하여 선정(인터넷 광고를 통해서 참여자를 소개받음) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 성별과 연령을 고려한 유의추출 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 참여요청 공문을 발송하고 방문하여 참여를 부탁함 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 관련 담당자 섭외

참여자는 전체 38명 중에서 남성이 14명, 여성이 24명이었고 30대가 9명, 40대가 8명, 50대가 5명이었다. 이들의 혼인 상태를 보면 미혼이 6명, 유배우가 28명, 사별 2명과 무응답 2명으로 나타났으며, 대체로 배우자와 아이가 있는 가구의 참여자가 많았다. FGI 참여자에 대한 자세한 현황은 <표 7-3>에 제시되어 있다.

〈표 7-3〉 FGI 참여자 구성

	집단1(환자 보호자)	집단2(의사1)	집단3(보험공단)	집단4(일반인)	집단5(심평원)	집단6(의사2)
고려 사항	가구원 중 환자 유무, 환자보호자 (병원비 부담 경험)	개원의(경기지역), 진료과 고려	보장성 관련 업무 담당자	연령 및 성별, 가구소득, 지역(서울지역) 고려	보장성 관련 업무 담당자	개원의(서울지역), 진료과 고려
참여 인원	10명	8명	4명	8명	2명	10명
FGI 횟수	1회	1회	1회	1회	1회	1회
날 짜	8월23일, 오후 5시	8월29일, 저녁7시	9월3일, 오전 10시	9월3일, 저녁 7시	9월5일, 오전10시	9월7일, 저녁 7시
장 소	환자복지센터	지역 회의장	공단	이화여대	심평원	지역 회의장
FGI 전 간단한 설문	- 건강보험과 관련된 기본적인 태도 및 인지도 (보장성, 형평, 재원방식 등등에 대한 일반적인 의견 논의)					
	- 가구 구성원 중 중증질환 혹은 만성질환자 유무와 간병경험, 질병 치료 기간과 환자와의 관계	- 개원 시기, 개업형태(단독/공동), 간호 인력 수, 미치료 환자 유무와 그 이유	- 주요 업무 내용, 낮은 건강 보험 만족도 이유	- 민영 보험 가입여부, 가구 구성원 중 만성 질환자 유무 등	- 주요 업무 내용, 낮은 건강 보험 만족도 이유	- 개원 시기, 개업형태(단독/공동), 간호인력 수, 미치료 환자 유무와 그 이유
	- 민영 보험 가입여부	- 지역의 의료시설과 환자 치료의 문제점 등				- 지역의 의료시설과 환자치료의 문제점 등
토의 진행 순서와 내용 토의 내용	- 건강보험 보장성에 대해 어떻게 생각하는 지?					
	- 비급여 및 환자 부담에 대한 의견 및 인지도					
	- 중증 질환군 선정과 우선 순위 설정					
	- 보장성 개선 방안(재원 마련, 급여 확대 등과 관련된 논의 진행)					
	- 의료진, 정부, 일반 국민, 환자/보호자 등 타 입장에서 우선순위 설정과 보장성 개선방안에 대한 논의					
- 토의 후 의견 변화 혹은 의견이 변하지 않은 이유 탐색						
- 그러한 의견 변화가 무엇 때문이었는지 그리고 변화하지 않았다면 그 이유 또한 무엇인지 파악						
- 최종적으로 도달한 결론이 무엇인지, 그러한 결론을 이끌어내기까지의 과정 탐색						

3. 주요 연구 결과

□ 참여자의 특성

이 연구의 포커스 그룹 논의에 참석한 참여자들의 민영보험 가입률은 높은 편이었다. 참석자 38명 중 무응답 1명을 제외하고 총 5명만이 민영보험에 가입하고 있지 않았으며 32명은 민영보험에 가입하고 있었으며, 가입개수도 참여자에 따라 매우 다양하게 나타났다. 대부분의 참여자가 1~2개나 4개 정도의 민영보험에 가입하고 있었으며, 6개에 가입하고 있는 참여자도 1명 있는 것으로 나타났다.

가. 건강보험 제도에 관한 일반적 의견

FGI 논의 전 건강보험제도에 대한 참여자들의 인지도 및 의견에 대한 배경지식을 수집하고자 실시된 간략한 설문조사의 결과를 요약하면 다음과 같다. 사회적 이슈 중의 하나로서 보건의료의 중요성에 관한 질문에 대해서 응답자들은 경제발전, 보건의료제공, 노인생활유지, 국가안보, 범죄통제, 실업억제 그리고 환경보호의 총 7 가지 항목에 대해 거의 모든 사안이 ‘매우 중요하다’거나 ‘중요하다’로 응답하였으나, 이 중에서 보건의료제공 항목에서 ‘매우 중요하다’는 응답이 가장 높게 나타났다.

〈표 7-4〉 각 문항별 중요성에 대한 응답

(단위: 명)

		매우 중요하다	중요하다	별로 중요하지 않다	무응답
중요성	경제발전	19	17	1	1
	보건의료제공	23	13	1	1
	노인생활 유지	16	20	-	2
	국가안보	14	19	4	1
	범죄통제	16	18	3	1
	실업억제	17	20	-	1
	환경보호	18	18	1	1

보건 의료에 관한 정부 지출에 대한 의견에 대해 대부분의 응답자들은 보건 분야에 대한 지출을 ‘훨씬 늘려야 한다’고 응답하였으며 그 다음으로 교육과 환경 분야에 대한 지출을 늘려야 한다는 의견이 제시되었다. 그리고 ‘훨씬 줄여야 한다’는 응답은 국방 분야에서 가장 높게 나타났다. 한편 이러한 응답 양상은 집단에 따라 차이를 보여, 환자/보호자 집단의 경우 대부분이 보건 분야에 대한 지출을 늘려야 한다는 쪽의 의견을 제시했으며, 일반인 집단에서는 보건 분야에 대한 지출을 지금과 같거나 오히려 조금 줄여야 한다는 의견을 제시하였다.

〈표 7-5〉 각 문항별 정부지출에 대한 의견

(단위: 명)

		훨씬 늘려야	늘려야	지금처럼	줄여야	훨씬 줄여야	무응답
정부 지출 부분	환경	9	22	5	-	-	2
	보건	17	13	4	2	-	2
	치안	4	15	15	1	-	3
	교육	10	12	13	1	-	3
	국방	1	9	18	4	4	2
	노인연금	6	19	10	1	-	2
	실업수당	1	13	12	9	1	2
	문화예술	2	12	18	4	1	1

한편, 일반인 집단의 경우 필요할 때 의료서비스를 받지 못할 수 있는 가능성에 대해 염려하는 양상을 보였다. ‘심각한 질병 시 필요한 의료서비스를 못 받을 수도 있다’, ‘중병에 걸렸을 때 비용으로 인해 의료서비스를 못 받을 수도 있다’, ‘부모나 배우자가 중병일 때, 장기요양서비스를 못 받을 수도 있다’, ‘갑자기 아플 때, 새벽이나 공휴일에 응급처치를 못 받을 수도 있다’라는 질문에 대해서 일반인 집단과 환자/보호자 집단 중 상당수가 ‘매우 걱정 된다’, 또는 ‘약간 걱정 된다’는 응답을 하였다. 특히 비용문제와 장기요양과 관련해서는 환자/보호자 집단이 일반인 집단에 비해 ‘매우 걱정 된다’는 응답이 높게 나타났는데, 이는 환자 또는 보호자로서의 경험 때문으로 보인다.

환자/보호자와 일반인 집단은 의료비 부담수준과 관련하여 다수가 ‘가계에 큰 부담이 되거나’, ‘부담이 된다’고 응답하였다. 해당 응답자 18명 중 14명의 응답자가 의료비가 부담이 된다고 응답한 반면, 4명은 ‘감당할 수 있거나 부담이 되지 않는다’고 응답했다. 마찬가지로 외래, 입원, 약값과 관련된 부담에 대해서도 일반인 집단보다 환자/보호자 집단에서 부담

을 더 크게 느끼는 것으로 나타났다. 전체적으로 약값에 대한 건강보험의 적용이 가장 잘 되고 있는 것으로 인식하고 있었고, 입원에 대한 건강보험의 적용이 가장 취약한 것으로 인식하고 있었다.

〈표 7-6〉 각 문항별 '건강보험이 적용되지 않는 진료가 많다'에 대한 의견
(단위: 명)

		매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	무응답
건강보험 적용정도	외래	8	12	15	1	2
	입원	9	14	11	2	2
	약값	3	9	21	3	2

보험제도에 대한 종합적인 평가에 있어서는 현재 시스템에 대한 대대적인 수정을 요구하는 의견이 빈번하게 나타났고, 이러한 의견은 집단별 차이를 보이지는 않았다.

〈표 7-7〉 한국의 의료서비스 제도에 대한 의견
(단위: 명)

문 항	응답자수
전반적으로 잘 작동되며, 약간의 수정으로 개선이 가능하다	9
현재 의료시스템의 장점이 있으나, 대대적인 수정이 필요하다	19
문제가 너무 많아서 완전히 새로 만들어야 한다	4
무응답	6

나. 건강보험 제도에 대한 인지도

일반적으로 건강보험제도에 대한 인지도는 높지 않았다. 특히, 일반인 집단은 건강보험 제도나 보장성 개선에 대한 인지도가 매우 낮았으며, 전문가 집단이라고 할 수 있는 의사들의 경우에도 건강보험제도의 구체적인 내용에 관해서는 정확히 알지 못하고 혼재된 인식을 가지고 있었다.

"사실 보험에 대해서는 전혀 모르고 있습니다... 집사람이 알아서 하니깐 잘 모르구요." (일반인)

"그런데 저도 사실은 건강보험에 대해서 막연하게만 알고 있었지 깊이 있게는 잘 모르고 있거든요." (일반인)

"건강보험 이게 국민의료보험은 아니죠?" (일반인)

"보장성 개선이 결국에는 비용을 덜 내는 거. 그런데 정확하게 와 닿지가 않아요." (환자/보호자)

환자/보호자의 경우 급여시스템이나 보장성에 대한 일반적인 지식이나 정보는 일반국민보다는 상대적으로 높았다. 그러나 환자/보호자도 구체적인 서비스나 치료 항목의 비급여와 급여의 구분에 대해서는 잘 모르고 있으며, 자신이나 가족의 질병외의 사안에 대해서는 잘 알지 못하여 부분적인 지식을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이러한 사항에 대해 공단/심평원 관계자들은 우려를 표명하고, 보다 많은 정보제공의 필요성을 강조하였다.

영수증이라든가 통신비라든가 치료대 이래 가지고 총비용이 이렇게 영수증에 나오기는 나와요. 그런데 치료로 입원하는 경우에는 주사비 받고 뭐도 붙이고 거즈도 붙이고 이런 데 다 비용이 들어가는데 그런 게 일일이 어떤 게 비급여이고 급여인지 환자가 절대 세세하게 MRI 같이 몇 십만원 들고 이런 거라든가 큰 거 이외에는 영수증 봐서는 환자가 알 수가 없죠. 잘 된 건지 안 된 건지. (환자/보호자)

이제 국민들이 바라는 거는 보험료 인상하는 거는 반대하고 합의점을 찾는 거니까 그것도 문제가 되고 그 다음에서 급여에서

비급여 비중이 많이 차지하고 있는 데도 불구하고 그 동안 건강보험이 반쪽짜리 보험이다 보니까 비급여가 더 좋은 거로 인식하고 있는데 비급여가 보통은 대체법이 있는 상태에서도 이제 비용 효과성에서 그런 게 없어서 비급여로 돌아가는 것이 많은데 비급여가 무조건 좋다고 생각하는 국민들에 인식을 빨리 바로 잡아야지 ... 선택할 수 있는 그런 길이 있어야 되는데 그 길이 없는 것 같아요.
(공단/심평원 관계자)

설문조사 결과에 의하면, 일반인과 환자보호자 18명 중 급여와 비급여의 인지와 관련하여 ‘알고 있다’는 응답이 12명, ‘모른다’는 응답이 6명으로 나타나 급여와 비급여의 차이를 인지하지 못하는 사람이 적지 않았다. 더욱이 환자/보호자가 아닌 일반인 집단의 경우 이러한 현상이 더욱 심각하여 참여자중 두 사람을 제외하고는 급여와 비급여의 차이를 거의 알지 못했다. 의사집단의 경우에도 보장성 이슈와 환자본인부담금 문제에 대해 명확히 이해하지 못하고 있는 경우가 종종 있었으며, 보장성 개선이 본인들의 경제적 이해관계와 어떻게 연관되어 있는 지에 대해 혼동하거나 명확히 이해하지 못하는 것을 알 수 있었다.

다. 보장성 개선에 대한 의견

1) 질병치료에 대한 사회적 책임

건강보험 제도의 역할에 관한 의견은 다음과 같이 나타났다. 우선, 질병 치료에 대해 ‘개인책임’ 및 ‘사회적 책임’ 여부를 묻는 질문에 대해 환자/보호자, 일반국민, 의료진 집단 모두 대체로 ‘사회적 책임’을 강조하는 경향이 우세하게 나타났다. 단, 흥미로운 사실 중의 하나는 일반인 집단에서 질병 치료가 ‘개인 책임’이라고 응답한 사람이 다른 집단에 비해 조금 더 많다는 점이다.

"질병도 사회적으로 다 같이 책임을 질 수 있다면 굉장히 살기 좋은 나라가 되지 않을까 그런 생각이 들어요." (일반인)

"자기 형편이 여의치가 않다면 그거는 국가에서 나라에서 어느 정도는 보조를 해줘야 된다고 생각하고 있습니다."(일반인)

"이제 계속 먼 미래를 생각을 해볼 때 저희 세대로 노년기가 얼마 남지 않았는데 그때는 아무래도 병원 갈 일도 많을 거고 또 의료 보험 혜택을 받아야 할 일이 많을 수밖에 없잖아요. 그런 거를 생각해 볼 때는 공동체적인 그런 생각이 드는 거는 사실인 것 같아요." (일반인)

반면, 개인 책임에 대해 주장하는 의견은 다음과 같이 피력되고 있다.

"자기 건강은 본인이 책임을 져야 된다고 생각합니다. 평상시에 운동도 열심히 하고....어차피 본인 건강은 태어날 때부터 본인한테 주어진 거니까 본인이 책임을 져야 된다고 생각합니다." (일반인)

"그래서 1차적인 모든 책임은 개인한테 있습니다. 돈도 마찬가지로입니다. 돈도 물론 의료보장 제도가 약간 있기는 하지만 의료보험 천원을 내든 3천원을 내든 진료비에 30%를 내든 본인이 가서 일단 어느 정도는 해야 되고 그래서 하여튼 1차적인 거는 개인한테 있다고 봅니다."(의사)

"요즘 말하는 생활습관 병이라고 하는 거 그런 병들에 있어서는 본인에 책임도 있는 거고 그런 부분은 조금 부담을 더 지워야 되지 않겠느냐" (의사)

한편, 의료비 보장 수준과 관련해서 70~80%정도 수준의 보장수준이 적절하다는 응답이 많았고 100% 보장을 해야 한다는 의견도 있었다. 100% 다 보장을 해야 된다는 의견도 4명이나 되었는데, 환자/보호자 집단에서 1명, 일반인 집단에서 3명으로 나와 일반인 집단에서 100% 의료비 보장과 관련된 주장이 많았다.

" 100% (되어야 된다고 선택) 했어요. (보장성 개선가) 100% 다 하게 되면 민간보험 같은 거는 안 들잖아요."

진행자: "그러면 우리나라는 완전히 무상 의료, 즉 병원을 공짜로 간다는 말씀이신지?"

"요금(보험료)을 좀 더 내더라도 그렇게 했으면 좋겠어요. 지금이 만약에 5만원을 낸다 할 경우 조금 더 올려서 하면서 100%를 다 보장 받았으면 좋겠다는 거죠. "

"(하지만) 지금도 많이 내잖아요? 그러면 돈을 더 걷을 텐데."

"저도 100% 했어요.... 예. 복지 국가죠." (일반인)

그러나 환자/보호자 집단이나 의료인의 경우 도덕적 해이의 이유를 들어 100% 보장에 대해서는 거의 찬성하지 않았고 대략 70~80%의 보장성이 적합한 것으로 의견을 제시하였다. 100% 보장에 관한 일반인들의 이러한 의견은 건강보험제도의 작동, 특히 도덕적 해이와 같은 현상의 발생에 대한 낮은 인지도 및 건강보험제도 자체에 관한 미흡한 관심에서 기인한 것으로 보인다.

2) 도덕적 해이에 대한 우려

환자나 보호자의 경우 개인이 전부 부담할 수 없는 중한 질병에 대한 공동 책임을 인정하면서도 한편으로는 도덕적 해이 가능성에 대해 큰 우려를 표명하면서 이에 대한 제도적 장치가 필요함을 오히려 강조하는 것을 볼 수 있었다.

"저도 잘 모르는 상태에서라면 이왕이면 100% 하는 게 좋죠. 병원 가서 무상이 되면 좋은데요, 보험 재정이라는 게 한정 되어 있고 100%로 조정을 해 준다면 좀 무분별하게 진료 행위가 좀 많아지지 않을까 싶기도 하구요. 말하자면 한번 가도 되는 병원을 두세 번 가

서 필요 없는 검사까지 불필요한 차원에서 여러 번 할 수도 있고 그러다 보면 보험 재정이 낭비되는 측면도 어느 정도 있을 거구요. (환자/보호자)

“저희 어머니께서 중풍을 1급 장애를 앓고 계시거든요. 그런데 현재 저희 집에 와 계시는데 날이면 날마다 공짜니까 병원에 가시기를 원하는 거예요. 조금만 다리나 조금 중기 나셔도 나는 병원에 가야 된다. 데려다 달라. 제가 퇴근하고 가면 나 병원에 가야 된다. 안 가서 힘들다. 자꾸 그런 의식이 있어요” (환자/보호자)

“저는 한 60-70%가 적절하다고 보구요. 너무 많이 주면 모랄헤저드가 항상 나오게 되어 있으니 자꾸 의료보호 환자들이 자꾸 이용하듯이 사람이 이제 너무 의존적이 되면 오히려 병 치료에도 도움이 되지 않은 면이 있기 때문에 어느 정도는 한계를 두고 자기가 원하는 게 의료보험 진료에 영역인지 꼭 필요한 영역인지에 따라서 어느 정도 사정화 해서 확실하게 분류를 하는 게 필요하다고 생각하구요.” (의사)

한편, 도덕적 해이에 대한 우려는 환자/보호자 집단과 의사집단에서 빈번하게 제기되었으나 일반인 그룹에서는 심각하게 논의되지 않았다.

3) 보장성 개선 자원 조달 방안

건강보험 재정 확충방안에 대한 참석자들의 의견은 아래와 같다. 전체를 종합하면 1순위로 선택한 방법으로 ‘건강보험료를 인상’하자는 의견이 많이 나왔는데, 이는 환자/보호자 집단의 참석자 10명 중 7명이 여기에 응답했기 때문으로 보인다. 실제로 일반인집단의 경우에는 ‘담배의 건강 증진 부담금 인상’에 가장 많이 응답했으며, 의료집단 1의 경우에는 ‘국가예산 축소’와 ‘세금인상’을, 의료집단 2는 ‘개인의 추가부담’과 ‘세금인상’에 더 많이 응답하였다. 이처럼 동일한 의사집단임에도 불구하고 실제 재정 확충방안에 대한 의견이 다른 것은 FGI에 참석한 사람들 사이의 논의의 방향이나 그 결과와 관련된 것으로 보인다.

“저도 담배 값 올려서 좀 덜 필을 수 있도록 그렇게 하는 것도 괜찮다는 생각이 들어요. 그리고 2순위는 국방 교육 이런 곳에서 조금 지출을 줄이고 건강 쪽에 조금 투자를 할 수 있으면 좋겠어요. 세금은 그만 올리구요.” (일반인)

〈표 7-8〉 건강보험 재정 확충방안에 대한 의견

(단위: 명)

응답	1순위	2순위
병의원을 이용하는 개인 환자들이 개별적으로 추가 부담한다	4	2
민간건강보험을 통해 추가 부담한다	3	1
담배에 부과되는 건강증진부담금의 인상한다	8	8
의료보장 지원을 늘리기 위해 국가예산의 다른 부분 축소	5	9
건강보험료율 인상하여 국민 모두가 부담한다	10	10
사회보장제 신설 등을 통해 국민이 납부하는 세금을 인상한다	6	5
무응답	2	3

보험료 인상에 대해서는 환자/보호자의 동의가 가장 빈도가 높으며, 일반인의 경우 동의하지 않거나 약간의 인상만 허용하였다.

“보험료는 좀 올려야 될 것 같아요. ...그러니까 내가 될 수도 있고 내 가족이 될 수도 있고 문제는 ... 병에 걸려요. 나이 들고 죽을 때까지 병은 걸리거든요. 그때는 생각을 안 하는 거고 내가 혜택을 못 받는 거는 그만큼 내가 건강하고 남들보다 풍요롭고 건강하고 그런 마인드를 가지면 괜찮은데 대부분은 내가 혜택을 못 보니까 아깝다. 그런 인식이 많이 박혀 있기 때문에 인식을 전환할 수 있는 캠페인이라 할지 그런 게 국민들한테 그런 마인드가 심어질 수 있는 그런 거를 자꾸 세뇌를 시켜야 될 것 같아요. 그런 쪽으로 해야지 국민들이 그렇게 세뇌되고 그러면 그게 옳바르다고 생각을 하는 거고 저희가 질서를 지키면 좋은 거고 안 지키면 안 좋은 거라고 알고 있지 않아요. 그런 식으로 인식이 박히면 좋을 것 같아요.” (환자/보호자)

일반인의 경우 보험료 인상에 대해서 다른 그룹보다 반대의 의견이 강하였다. 일반인들 중에는 만일 “민간보험이 필요 없을 정도로 보장성이 강화된다”면 보험료를 10%까지 올려도 된다고 생각한 참석자도 있었으나

일반적으로 민간보험의 장점 (현금 상환 보장, 공평성의 가치 보장)을 열거하며 보험료 인상이 이중부담이 된다고 생각하였다.

“저희 같은 경우는 그렇게 큰 병원에 안 가기 때문에 그래서 그런지 건강보험료 내는 금액이 만만치 않거든요. 그 금액이 어떻게 보면 상당히 아깝다 라는 생각을 하고 저희 같은 경우는 일반 민영보험에서도 그 정도 금액이면 지금 현재 내가 받고 있는 서비스 정도는 가능하지 않겠느냐? 이거는 국가에서 하는 건데도 불구하고 상당히 많은 금액이 나가니까...”(일반인)

“지금 내려야 되요. ...간단한 거 말고 암이라든가 기본적으로 우리가 밖에서 암보험이라든가 그런 중요한 건강보험을 많이 들지 않습니까? 그런 보험 정도만 해 주면 된다고 생각하거든요. 국민의료보험에서... 꼭 필요한 것만. 다른 거야 감기나 뭐 해 주는 거는 진짜 개인적으로 의료보험에서 혜택을 안줘도 자기가 개인적으로 해도 관계가 없으니까.” (일반인)

보험료 인상에 대한 이러한 불만은 보험료 부과에 있어서 직장가입자와 지역가입자간의 비형평성에 대한 불만과 연결되어 있는 것으로 보였다.

“아깝죠. 한 달에 한 10만원 정도 내는 것 같은데요. 아직까지는 큰 혜택을 못 받아봤기 때문에 아깝다는 생각이 들더라고요. 그 이 유가 특히나 봉급쟁이들은 너무 투명하게 그거를 내잖아요. 그런 반면에 사업하고 하는 사람들은 일정하게 정해져 있는 거 이상으로 수입이 있을 때도 그 사람들은 내지 않기 때문에 봉급쟁이들이 많이 손해를 본다는 생각이 많이 들더라고요.” (일반인 E)

“좀 문제가 되는 게 뭐냐 하면 이렇게 보면 자영업을 하시는 분들은 소득이 드러나지가 않잖아요. 그런 분들이 내는 보험료가 더 적고 공무원들은 모든 게 다 드러나기 때문에 거기에 비한 버는 것과 소득과 재산과 그런 거를 다 통틀어서 보험료가 딱 적용이 되는데 자영업을 하는 사람들은보험공단에서 조사를 해서 적당한 보험료를 받았는지 걱정하고 모든 국민이 똑같은 혜택을 받아야 된다고 생각을 해요.”(환자/보호자)

설문조사의 결과도 유사하다. 보험료의 형평성과 관련해서는 보험료 부과체계가 형평하지 않다는 의견이 많았으며, 이러한 경향은 집단에 상관없이 거의 비슷한 응답양상을 보였다. 더욱이 ‘우리 가족이 내는 보험료는 높은 편이다’에 대해서는 ‘그렇다’는 응답이 더욱 높은 것으로 나타났다.

〈표 7-9〉 각 문항별 보험료 형평성에 대한 의견

(단위: 명)

	매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	무응답
전체적으로 건강보험료는 형평하게 부과되고 있다	1	10	20	5	2
지난 1년간 납부한 보험료가 가계에 부담을 주었다	3	10	19	3	2
우리가족이 내는 보험료는 높은 편이다	8	12	12	4	2

한편, 다수의 일반인들은 보장성 개선이 전제되고 이에 대한 신뢰를 확보할 수 있다면 보험료 인상이 가능할 것으로 얘기하였다.

“암이다 이런 중병에 걸렸을 때도 국가에서 보장이 잘 되고 그런 수준까지가 된다면 조금 올려도 관계는 없는데 지금 우리 현 의료보험 수준을 가지고는 올린다는 거는 나쁘다고 생각을 하거든요.” (일반인)

“지금 들고 있는 민영보험 안 들어도 될 만큼 커버가 된다면 10% 정도까지는 괜찮을 것 같아요.”(일반인)

“그거는 내라는 대로 내는데요. 국가에서 책정한 대로 내죠. 보장만 많이 해 주면.” (일반인)

“민간보험 안 해도 될 것 같으면 민간보험 쪽에 나가는 암보험이니 무슨 보험이니 들어가지 않을 것 같으면 그거에 관련한 해당 보험료를 이쪽으로 총당을 시킨다고 하면 다르겠죠.” (일반인)

“만약에 건강보험이 제대로 되면 민간보험이 필요가 없거든요. 그러면 그 민간보험이 지금 저 같은 경우는 한 20만원 가까이 들어가요. 건강보험료 저 안 내요. 저는 실직자로 있기 때문에 그런데 그 10만원 질병 .. 나오잖아요. 솔직히 건강보험 그거로 되면 일반 보험료 안 내도 되요. 그러면 그것보다 금액도 줄어 들고 더 큰 혜택을 볼 수 있는 거죠. 저는 그 쪽이 더 낫다고 보거든요. 일반 사보험은 어쩔 수 없이 지금은 건강보험 몫으로 사보험 드는 거지만 사보험이 저는 필요 없이 건강보험으로 뭐든지 다 된다고 그러면 사보험 안 들죠.”(환자/보호자)

라. 보장성 개선을 위한 우선순위 선정 기준 및 원칙

1) 선택적 보장성 개선 선호

참석자들의 대부분은 보장성 개선에 있어서 일괄적인 확대에 대한 우려를 표명하고 우선순위 선정을 보다 많이 선호하는 경향을 보였다. 즉, 보장성 개선 방법과 관련해서 ‘보편적 확대’와 ‘우선순위를 정해 결정하는 순차적 확대’라는 두 가지 방안에 대해서 대체로 ‘우선순위 설정’ 방식을 선호하는 것으로 나타났다. 흥미로운 점으로 필수 의료서비스와 고급(선택적) 서비스의 구분과 경증 및 중증 질환에 대한 보장성 개선 구분이 중요함을 강조하는 참여자가 다수 있었다.

“저는 중증이 있을 때 하고 일반 경증이 있을 때 하고 생각을 조금 다르게 했거든요.”(환자/보호자)

“자기가 아팠으면 그만큼 자기가 부담해야 되는 부분은 분명히 있어야 된다고 생각을 하고 80% 수준이면 지금도 중증 환자는 10% 본인 부담금 하는 데 있지만 중증은 좀 더 많은 혜택을 줬으면 좋겠어요. 특정한 희귀질환 난치성 같은 경우 아예 0% 이렇게 해서 그 급여 부분만 혜택을 주지 말고 비급여 부분이라든지 선택 진료비까지 해서 정말 희귀성 난치질환자들은 돈이 없어서 치료를 못 받고 잘못 되는 경우가 없도록.” (환자/보호자)

“개인이 직접 본인들이 챙겨야 될 질병에 걸렸을 때는 솔직히 전적으로 개인이 책임을 져야 된다고 보는데 선천적인 질병이나 희귀

병이나 아니면 의료비가 많이 들어가는 암이나 아니면 치매 노인들 이런 거 같은 경우에는 솔직히 개인이 책임을 지기에는 너무나 큰 부담과 시간과 노력이 들어가기 때문에 그런 거를 생각하면 좀 더 사회적 책임이 좀 더 무게가 있지 않을까 라는 생각이 들어서 저는 2번(사회적 책임)을 선택을 했습니다.” (일반인)

“중병 그야말로 절대 절명에 그런 질환에 대해서는 국가가 100% 관여할수록 좋은 거죠. 올라갈수록 좋은 거죠. 그런데 예를 들어 한 의원에 보약이라든지. 이런 거에서 많이 지출한다는 거는 .. 없거든요. 당연히 그거는 떨어져야죠. 그거는 신뢰성에 문제잖아요.”(의사)

“예를 들어서 감기나 이런 거는 진짜 본인들이 알아서, 그거는 관리를 잘못 했을 수도 있는 거고, 그러면 비용 많이 들어가고 암이라든지 그런 것들에 부분에 있어서는 십시일반 해야 되지 않나 하는 생각도 물론 듭니다.” (의사)

보장성 개선에 주된 목적이 경제적인 어떤 부담을 느끼는 사람들은 그거를 경감시켜 주는 목적...경증 환자라든지 진료비 부담이 적게 드는 거 그런 거에 돈을 쓰다 보면 정작에 백혈병 환자라할지 한 달에 몇 십만원 들어가는 경우가 있기 때문에 우선순위를 정해서 집단별로 그렇게 해야 된다고 생각합니다.(공단관계자)

한편, 공단 관계자는 2가지의 방식이 적절히 균형을 이루어 추진되어야 한다는 의견을 제시하였다.

저는 그 두 개가 다 동시에 진행이 되어야 된다고 생각을 하거든요. 왜냐하면 아직 급여가 당연히 되어야 되는데도 안 되고 있는 법정 비급여들이 많이 있기 때문에 나올 때마다 그때그때 평가를 해서 포함을 시키고중증 환자들한테 포커싱이 되는 그런 정책들도 동시에 시행을 해야 된다고 보거든요. 그러니까 저는 법정 비급여에 확대 그리고 중증 질환자를 보호할 수 있는 상한제라든가 사회적 취약 계층을 중심으로 좀 더 이렇게 할 수 있는 그런 것들이 동시에 되어야지 미미한 그런 1차원적인 보장성 개선 정책은 바람직하지 않다고 봐요. 그래서 이런 두 가지로 나누어서 대답을 하기가 아주 어렵다 (공단/심평원 관계자).

또한, 단순히 질병의 종류뿐 만 아니라 동일한 질병에서도 질병의 진행 단계에 따라 치료비 부담이 달라지는 것에 대해 지적하는 참여자도 있었다.

“저는 이렇게 순위를 매겼는데요. 단순히 질병명만 가지고 매겼는데 굉장히 불공평하다고 봐요. 왜냐하면 예를 들어서 1순위는 여성생식기 암에서 조기에 발견할 수도 있고 말기에 발견할 수도 있는 거구요. 훨씬 떨어지는 방광암에서 이것도 역시 그렇게 되는데 단순히 질병명만 가지고서 보험 급여를 제어하는 거는 아닌 것 같아요. 환자의 상태라든가 증증도가 다 참작이 되어야지 예를 들어서 자궁암 0기에서 발견이 됐으면 이거는 완치율이 굉장히 높거든요. 그리고 말기에서 발견되면 이거는 완치된다고 보기 어렵잖아요. 그런데도 불구하고 여성이기 때문에 급여 1순위가 이게 훨씬 더 급여가 많이 되어서 치료가 잘 되는 쪽으로 몰아가고 결과가 말기에 발견됐음에도 불구하고 급여대가 걸리기 때문에 치료가 미진해서 사망에 이르게 되면 굉장히 불공평하다고 봐요.”

의사들의 경우, 필수적인 치료의 경우 공동부담을 하는 것이 맞지만 고급서비스와 관련된 치료의 경우 개인이 부담해야 된다는 점에 대해 강조하는 참여자가 많았다.

“질병 치료에 대한 비용은 지금처럼 공통으로 보험제도 같은 공통적인 거에서 부담을 해야겠지만 ... 고급서비스를 선택하는 것까지는 사회에서 해 줄 필요는 없다는 거죠.. 그런데 일반적인 치료비용은 사회보험적인 제도 하에서 해야 되지 않을까 생각합니다.” (의사)

“그럴 때 그 비급여라는 의미가 그러니까 대학병원에 입원했는데 1인실로 갔기 때문에 발생하는 비급여냐? 아니면 레이저로 내가 피부를 곱게 하기 위해서 치료를 받는 그런 것을 비급여를 거기에 포함시키느냐 하는 얘기를 그거를 명확하게 하고서 얘기가 진행이 되어야 될 것 같아요? 전자죠? 그러니까 내 병을 정말 치료하기 위해서 입원을 했는데 지금 식대도 다 보험으로 되기는 하지만 1인실이라든지 뭔가 거기에 또 필요한 무슨 약재라든지 이런 것이 해당 안 되는 것 그런 것 때문에 그렇다는 거죠?”(의사)

“어떤 미용이나 관련되어 있는 노화방지 이런 부분은 보장에 의미는 저는 부여하기는 어렵다고 봅니다.”(의사)

따라서 일괄적인 비용부담 경과보다는 사회적 책임이 적용되는 이유를 정하고 이러한 항목이나 집단에 대해 건강보험 제도적인 지원이 이루어져야 함을 강조하였다.

2) 취약 집단에 대한 보장성 개선 우선순위 적용

건강보험이 우선적으로 지원해야할 대상에 대해 의료인들과 일반인들은 ‘경제적으로 부담이 되는 집단’을 가장 우선적으로 지원해주어야 한다고 한 반면, 환자/보호자의 경우에는 ‘생명의 위협을 받는 집단’을 가장 우선적으로 지원해주어야 한다고 응답했다. 한편, 보다 구체적인 사례를 들어 우선순위 결정의 기준을 논의한 경우 이러한 지원 기준과는 다른 선택을 하는 양상을 보였다. 토의를 위해 제시된 사례는 다음과 같다.⁶⁷⁾

[그림 7-1] 연구 대상자

사례 A	사례 B
<ul style="list-style-type: none"> ■ 가난해서 건강보험료도 체납할 정도인 가정의 선천성 혈우병 환자 (3세) ■ 장 수술 후 출혈 때문에 혈우병 지정 의료 시설인 A병원에 입원 ■ 약 100일간의 혈액응고 주사제 치료로 18억 8천만 원의 진료비 발생 ■ 즉각적인 치료를 받지 않으면 생명을 잃게 됨 ■ 치료비로 인한 본인부담금 (건강보험에서 부담한 비용 제외) 1천만 원 체납 ■ 고가의 치료에도 불구하고 (현재의 의술로는) 완치불가능하고 재발 가능성이 있고 그때마다 생명연장을 위한 치료비 필요 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 위암 수술 대기 중인 40, 50대 기혼남성 환자 200명 ■ 대부분 가족의 생계를 책임지던 가장들이고 직장의 중견간부로서 재직 중 발병하여 휴직 ■ 발병 전까지 과도한 음주와 흡연을 즐겼고 운동 등의 건강관리는 소홀히 함 ■ 수술을 받을 경우 완치 확률이 높음 ■ 수술 후 건강에 해로운 과거의 나쁜 습관을 고친다면, 추후 재발할 가능성도 낮음
<p>* 혈우병 환자(사례 A)의 치료비로 지출될 금액으로 위암환자 200여명 (사례 B)의 수술비를 충당할 수 있음</p>	

67) 다음은 서남규 외 (2006)의 연구에서 인용된 사례이다.

매우 큰 비용이 소요되는 난치병 어린이 환자 1명(사례 A)과 가족의 생계를 책임지는 가장인 암 환자 200명(사례 B)에 대한 지원 중에서, 거의 모든 참여자들은 200명을 지원해줘야 한다는 의견을 제시했다. 흥미롭게도 예상과는 달리 환자/보호자 집단에서는 단 1명만이 사례 A에 지원해 주어야 한다고 응답했을 뿐, 나머지 참여자는 사례 B를 지원해야 한다고 응답하였다. 일반인들의 경우에는 다른 집단과 약간의 응답 차이를 보이는데 사례 A와 사례 B를 지원해줘야 한다는 응답이 각각 3명으로 동일하게 나타났으며, ‘신의 영역이라서 선택할 수 없다’는 답을 선택한 참석자도 2명으로 나타났다.

주목할 부분은 응답자들이 이러한 선택을 하게 된 이유들이다. 이러한 사례 선택의 이유를 기존 연구에서 제시하고 있는 우선순위 선정 원칙과 기준으로 적용하여 살펴보면 다음과 같다. 참여자들의 우선순위 선정 기준은 크게 ‘다수에 대한 혜택/ 치료의 효과성/ 의학적 필요성/개인책임/ 경제적 부담의 정도’로 나누어서 살펴볼 수 있다.

(1) 다수에 대한 혜택 기준

보장성 개선의 우선순위 선정에 관한 토론에서는 압도적으로 많은 수의 참여자들이 사례 B, 즉, 많은 수의 환자를 치료하는 것을 우선으로 선택하였다. 이 때 이와 같은 결정을 내린 다양한 근거로서 기존문헌에서 제기된 이유들이 거의 모두 거론되었으나, 특히 다수에 대한 혜택과 치료의 효과성여부에 대해 가장 중요하다는 반응을 보였다. 또한, 예상과는 달리 환자/보호자 집단에서도 소수의 중증환자를 지원하기보다는 다수의 이익을 최대화하는 원칙을 더 중요하게 생각하는 것으로 나타났다.

“저는 상황을 떠나서 제가 이 A라는 부모라고 생각하면 저도 저한테 투자를 하는 거는 안 맞다고 생각을 해요. 왜냐하면 맨 마지막에 완치 불가능하다고 했거든요. 제 자식이 만약에 그래도 저는 저한

테 지원해 주는 것보다 2번에 지원을 해 주는 게 낫다고 생각을 해요. 제 자식이 지금 이 혈우병 환자라고 가정을 했을 때 그것보다 현실적인 저는 마음이 아프지만 내가 지원은 못 받겠지만 나머지 200명이 살 수 있다면 이게 더 올바른 방법이지 아닐까 해요. 저도 지금 애가 셋이거든요.” (환자/보호자)

“만약에 여기에 맨 밑에 이게 완치가 가능하다고 했다면 사례 A도 굉장히 중요할 수가 있는데 이게 완치 불가능하다고 분명히 나와 있거든요. 이거는 밑 빠진 독에 물붓기라고 표현을 하잖아요. 이거는 맞지 않다고 생각을 해요.” (환자/보호자)

“사례 B(위암환자 200명 치료)에 해당되는 사람을 예를 들어서 지원을 포기했다고 했을 경우에는 이 사람들이 사회에 미치는 영향이 오히려 이 A 사례 (혈우병 환자 1인)에 비하면 월등히 높을 거라는 얘기입니다.” (일반인)

“사회보장 제도라는 것은 단순히 어떤 소수를 물론 배제하는 것은 아니지만 다수에 의해서 다수가 움직여야 되는 거거든요.” (일반인)

“2번(위암환자 200명)이요. 파급 효과가 있기 때문에 40대 가장이 무너지면 그로부터 무너지는 사례가 너무 많습니다. 그래서 한명 너무 잔인하지만 한 명 희생하고 200명 살리면 파장 한 800명 사는 거거든요.”

(2) 치료 효과성의 기준

치료 효과성의 기준을 중시하는 참여자도 다수 있었으며 다음과 같이 말한다.

“저는 1명이고 200명이니까 200명인 B비를 선택을 했는데요(다수의 혜택 기준). 또 A는 수술을 해도 희망이 없는 경우이고 B는 수술하면 살 수 있다고 이렇게 했잖아요(치료효과성 기준). 그리고 또 40대 50대 분들이 흡연은 그렇지 않지만 음주는 또 직장 때문에 먹는 경우도 참 많더라고요. 그런 것도 감안을 했구요(개인책임 면제). 일단 A 어린이는 살기가 힘들다고 하니까 거기서 조금 희망이 없는 것 같아요(치료효과성 기준). (일반인)

“그런데 수술을 해도 살 희망이 별로 없다고 하는 것을 보니까 희망적인 곳으로 옮겼어요(치료효과성 기준).”(일반인)

“A가 비용이 많이 들어도 완치가 가능하다는 전제가 있었다면 그 쪽으로 많이 갔을지 모르겠는데 완치가 불가능하고 재발이 만약에 됐을 때 생명 연장을 위해서만(치료효과성) 200명에 대한 그 보험금이 그 한 사람한테 치우친다는 거는 저는 많이 불합리하다고 생각을 합니다. 현실적으로 봤을 때 합리적으로 봤을 때는 200명에 사례 B에 더 지원을 하는 게 더 낫지 않을까 그렇게 생각을 합니다(다수혜택 기준).” (일반인)

“A는 치료에 의미가 물론 인도적으로 보면 마음은 아프지만 의미가 없다고 봐요. 세 살 때부터 이 혈우병 환자는 사회복귀 능력이 없어요. 영원히. 이 사람 사회에 나올 수도 없어요. 그러기 때문에 치료의 의미가 없는 거예요. 식물인간 잡고 있는 거나 똑같은 거거든요.”(의사)

(3) 의학적 필요 기준

필요 기준'에서는 위급성과 생명의 귀중성에 대한 논의가 있었다. 여기서 위급성 기준은 재정이 한정된 상태에서 누구에게 먼저 지원을 제공해 줄 것이냐 관련하여 생명의 위험(위급성)이 중요하다고 보는 관점이다. 다음과 같이 얘기되고 있다.

“정말 생명을 위하는 정책이라면 큰 대외 목적이 돈을 어떻게 분배적으로 효율적으로 분배하느냐가 목적이 아니라 생명을 우선으로 하는 것이 목적이라면 국가가 빚을 지더라도 전부 다 살려줘야 되요. 제약 회사나 병원에게 빚을 지더라도 살려서 나중에 그거는 총당하면 되잖아요. 분명히 방법이 있는데 나중에 세금을 지금 우리 세금...투명하게 쓰인다면 얼마든지 커버가 될 수 있으리라고 저는 봐요.” (일반인)

“우선순위를 하는 거로 얘기를 한다고 그러면 일단은 둘 중에 누가 더 위급한 상황이나고 봤을 때 사례 A가 더 위급해 보이기 때문에...그런데 이 사람은 이게 없으면 이 사람 생명 자체를 포기해야 되는 거잖아요. 그러니까 이게 더 위급한 상황이겠죠. 그래서 우선순위를 준다면 이쪽에 두는 게 좋지 않겠나.” (환자/보호자)

“일단 예를 들어서 1번 경우에는 정신적 경제적으로 환자가족들이 감당하기에는 너무 큰 부담되는 질병이나 장애잖아요.”

그러나, 대체로 참석자들은 위급정보보다는 치료(완치)가능성을 보다 중시 하였으며 특히 일반인들의 경우에는 이러한 경향이 두드러지게 나타났다. 같은 맥락에서 "중증 질환과 경증 질환에 대한 보장이 구분되어야 한다"는 주장, "의료적 치료와 비의료적 치료가 구분되어야 한다"는 주장 등이 제시되었다. 이와 같은 구분은 모든 부분에 대한 보장성 개선 대신 생명과 관련되거나 치료와 관련된 부분에만 지원을 해주자는 의미로 의료적 치료 이외의 부분에 대해서 본인의 책임을 더 강조하자는 의미로 해석된다. 또한, 단순히 보장성을 일괄적으로 몇 % 수준까지 인상하는 것이 아니라, 중증과 경증의 차이에 따라서 다르게 보장해주어야 한다는 논의가 제시되었다.

(4) 개인 책임 기준

개인의 책임에 대해 강조하는 기준에서는 질병 치료에 대한 개인의 책임을 강조하는 기준과 의료 보장성이 확대될 경우 도덕적 해이 발생의 문제를 염려하는 것으로 나누어서 살펴볼 수 있었다. 질병치료 비용을 공적 보험으로 100% 보장 시 보험재정에 부담이 될 것에 대한 문제와 무분별한 진료행위에 대한 염려가 이러한 개인책임 기준에 대한 강조로 나타난 것으로 보인다.

그러나 매우 흥미로운 사항은 일반적으로는 건강에 대한 개인의 책임을 강조하면서도 막상 흡연과 음주로 인해서 위암에 걸렸다는 사람들에게 대해서는 치료를 해줘야한다는 입장을 보이는 점이다.

진행자: “과도한 음주와 흡연을 즐겼고 운동 등에 건강관리를 소홀히 (한 게 문제가 되지는 않는지?)”

“그런데 이 분은 그전부터 간부였으면 굉장한 스트레스와 어떤 접대나 이런 게 굉장히 많았을 거 아니에요. 그러니까 본인이 그런 거를 즐기기 위해서 아니라 자기 생활을 하기 위해서 처자식이 있고 가정에 생활을 위해서 이렇게 한 거잖아요.”(환자/보호자)

흡연과 음주가 우리 사회에서는 개인의 자발적인 선택이라기보다는 직장에서 껴야 되는 피치 못할 사회적 문화로 간주되고 있는 일로 어쩔 수 없다는 입장으로, 이러한 건강치 못한 행동에 대한 개인의 책임이 중요하기는 하지만 사회적 스트레스, 특히 일과 관련된 스트레스 및 행위로 발생된 질병으로 규명하면서 비교적 관대한 입장을 보였다. 이는 한국의 경우 발전국가로서 노동 중심 사회이자 가부장적인 성격의 사회이기 때문으로 보인다.

(5) 경제적 부담의 정도 기준

환자가 질병치료를 감당할 만한 경제적 능력이 없는 경우, 즉 경제적 부담 정도를 기준으로 결정되어야 된다고 응답한 참여자도 있었다.

“사례 B에서 이 가정에 형편을 봤는데 대부분 가족 생계를 책임지만 지던 가장이고 직장인 중견 간부로서 재직 중에 발병하여 휴직을 했다고 했는데 이거는 어느 정도 이 위암 정도면 자기 돈으로 치료할 수 있는 정도에 경제적인 능력이 있지 않겠나 싶어서 1번을 선택을 했구요. 그리고 이 3세 아동 같은 경우는 집안이 굉장히 가난하잖아요. 그런데 우리가 아무리 치료 안 된다고 그러더라도 부모 입장에서 그 아이를 죽게 내버려둔다는 거는 너무 잔인한 일이잖아요. 그래서 저는 A로 선택을 했거든요.” (환자/보호자)

〈표 7-10〉 보장성 개선을 위한 우선순위 선정 기준 및 원칙

치료의 효과성 기준	치료(완치) 가능성	<ul style="list-style-type: none"> - 이게 완치 불가능하다고 분명히 나와 있거든요(환자&보호자) - 완치가 불가능하고(일반인) - 살 가능성이 높아서요(의사1) - 그러기 때문에 치료의 의미가 없는 거예요(의사2)
	의료 서비스와 비 의료서비스의 구분	<ul style="list-style-type: none"> - 실제로 좀 점 빼주고 하는 것까지 그거를 갖다가 보장을 해 준다는 것 자체가 보장성 개선이라는 얘기 자체는 솔직히 말이 안 된다고(의사1)
	중증과 경증의 구분	<ul style="list-style-type: none"> - 생명에는 분명히 평등이 아니라 중·경증이 있거든요(환자&보호자) - 경증으로 인해서 사람 생명이 위협해지거나 그러지는 않거든요(환자&보호자)
다수에 대한 혜택	다수의 원칙	<ul style="list-style-type: none"> - 재정에 있어서 소수보다는 다수에 대한 혜택도 중요한 부분(환자&보호자) - 인원이 일단은 많고(환자&보호자) - 다수에 관련한 문제이기 때문에(일반인) - 최대 다수의 최대 행복(의사1)
의학적 필요 기준	생명의 귀중성	<ul style="list-style-type: none"> - 인간 생명의 가치를 논할 수밖에 없어요. (의사)
	위급성	<ul style="list-style-type: none"> - 사례 A가 더 위급해 보이기 때문에(환자&보호자)
개인 책임 기준	도덕적 해이	<ul style="list-style-type: none"> - 좀 무분별하게 진료 행위가 좀 많아지지 않을까 (환자&보호자) - 너무 많이 주면 모랄 헤저드가 항상 나오게 되어 있으니까(의사2) - 병원을 찾는 게 좀 더 순위위 지니까 병원을 자주 찾을 것(의사2)
	개인 책임	<ul style="list-style-type: none"> - 자기 건강은 본인이 책임을 져야 된다(일반인) - 아픈 거는 자기 책임이잖아요.(의사1)
경제적 부담 기준	재정적 부담	<ul style="list-style-type: none"> - 중산층 하위 층은 이게 비용이 커지면 단계가 딱딱 줄어들고 빈곤층으로 추락하고(환자&보호자) - 본인에 부담이 많이 되는 그런 병 같은 경우엔 80%가 아니라 100%로 가는 게(일반인) - 돈이 없어서 자기가 아파도 치료를 못 받는 사람은 그 사람은 그 사회 전체에 끼칩니다. 그러기 때문에 그 사람은 또 국가에서 이중으로 보장을 해줘야 된다고(의사1) - 최소한 돈 때문에 병으로 죽는 사람 없게 그거를 국가에서 확실히 해줘야 되는 거라고 생각(의사2)

마. 보장성 개선 우선순위 결정 방법 및 주체

합의에 이르기 위한 의사소통과 참여의 중요성에 대해서는 소속집단에 관계없이 참석자 모두가 공감하였으나, 결정 방법에 대해서는 보다 구체적인 논의가 필요하다고 얘기하였다. 일반적으로 정책 최종 결정에 대해서는 전문가의 의견을 수용하는 태도를 보였다. 각 항목에 대해서 의사결정 주체를 묻는 질문에 대해서 참석자들은 치료항목의 결정과 우선적으로 지원할 질병 항목에 대해서는 ‘의사집단’으로 응답하는 사람이 많았으며, 건강 보험료 인상 수준에 대해서는 ‘보건 분야 전문 학자(9명 응답)’와 ‘정부(8명 응답)’라고 응답한 사람들이 많았다.

우선순위 결정 주체와 관련해서는 크게 두 가지 입장으로 나누어서 살펴볼 수 있다. 하나는 정부나 전문가의 의견을 그대로 수용하겠다는 입장과 보다 다양한 의견들이 제시될 수 있도록 다양한 집단의 참여가 보장되어야 한다는 것이다.

1) 정부나 전문가의 의견 수용

일부 참여자는 지금까지처럼 결정해온 방식을 그대로 수용하겠다는 입장을 표명하면서 여기에는 어차피 개인의 의견이나 다른 의견들은 채택되지 않을 것이라는 부정적인 입장이 내재되어 있음을 알 수 있다. 또한 지금까지 최종결정은 언제나 정부가 해왔기 때문에 마지막에는 결국 정부가 결정을 하게 될 것이고 국민들은 수용할 수밖에 없다는 입장도 포함되어 있었다. 이러한 최종 결정자에 대한 순응은 정책결정과 집행에 있어서 정부를 전적으로 신뢰하지는 않지만 최종적으로는 정부의 의사결정에 따르겠다는 의사로 표명되었다. 그러나 최종결정을 내리기 전 여러 의견을 수렴하는 과정이 필요함이 피력되었다.

“주관하는 곳에서 책임을 지고 결정을 하는 게 가장 지금 상황에서는 가장 그게 공정하지 않을까. 보건복지부가 잘 한다는 건 아닌데요. 지금 현 상태에서 왜냐하면 일반 시민에 입장을 명확하게 정말 시민단체가 나서서 저쪽에 그러면 이 시민단체가 모든 국민을 대표한다 라고 인정을 해 주는 그런 거라면 또 모르겠는데 그런 게 되는 것도 아니고 일반 국민이라면 일반 국민 중에 또 그런 입장을 가진 일부도 있을 것이고 그렇게 되면 그 일부에 사람들이 외치는 평가 기준이랑은 또 편향되어 있을 거니까 그런 의견을 다 수렴을 해서 정부에서 결정을 해야 될 것 같아요.” (환자/보호자)

한편, 일반인과 환자/보호자과는 달리 의료인의 경우에는 약간 다른 입장을 보이기도 하였다. 이는 정부에 대한 의료인들의 불만(불신)이 더 높기 때문으로 보인다. 참여자들은 정부에 의지하는 경향을 보였고 또한 전문가로서 의료인에 대한 기대도 보이지만 이러한 권한 양도에 대한 제한 조건이 제시되었다. 한편, 일반시민들 중에는 직접적으로 참여하는 것을 꺼리는 사람도 있었다. 이는 의료분야는 매우 전문성이 요구되는 분야이고 그러한 분야의 전문가인 의료인의 입장에 적극적으로 수용해왔던 기존의 관행이 실제 의료분야에 대한 일반인들의 참여를 제한하는 인식적 장치가 되는 것으로 해석할 수도 있다.

“그렇죠. 저희가 이거 통계를 다 내리는 사람들도 아니고 전문가 그룹 말에 따라야죠.”(일반인)

“저도 (처음에는) 의사 선생님이라고 생각을 했는데요. 그 집단에 따라서 틀릴 것 같으니까요. 보건복지부에서 확실하게 다 의견을 수렴해 가지고 전문가들이 하는 게 나올 것 같네요.”(일반인)

“(보험료 인상에 관해서는) 전문성도 있고 그리고 보건복지 정책 기관이나 그쪽에 학자도 있기 때문에 모든 어떤 의료기관이라든가 아니면 공단에 거기에 있는 자료를 다 보고 분석을 하시고 결정을 내리신다고 저는 신뢰를 하고 있거든요.”(일반인)

2) 다양한 집단 의견의 반영

우선순위 결정에 있어서 다양한 집단의 의견이 반영되어야 한다는 입장으로 정책전문가, 시민단체, 일반시민이 참여해야 한다는 의견이 있었다. 특히 일반인 참석자 중에서 일반시민이 참여해야한다는 의견을 제시한 사람이 있었으나, 대체적으로 일반시민의 참여에 대해서는 매우 소극적인 입장을 보였고, 일반시민의 참여에 대해서도 반대하는 의견이 제시되기도 하였다.

"저는 1번(국민이 결정)이요...충분히 사전교육을 시키고 나서 여론수렴하는 방법은 이제 차후에 결정하면 되니까요. 그런데 주체는 국민이 해야 된다고 생각합니다." (일반인)

"경험이 많은 사람들이 어차피 보험 내는 사람들이기 때문에 또 환자수라든가 비용이라든가 다 골고루 섞여 있는 그런 집단이잖아요. 그러니까 가장 정확하게 반영이 될 것 같아요. 의사나 공무원 집단은 이해관계가 너무 앞서구요. 그러기 때문에 객관성이 좀 떨어질 것 같아요."(일반인)

"그러니까 (의견수렴) 방법론에 대해서는 2차적인 얘기구요. 주체가 국민이 되어야 된다는 거를 먼저 말씀을 드리고 결정을 하는 방법론은 그 다음에 토의를 해야 되는 거죠." (일반인)

한편, 공단/심평원 관계자는 다음과 같은 의견을 제시하였다.

당연히 정부겠죠. 최종 결정은. 그런데 이제 주로 어떤 재원이 부족한 경우에 치료나 환자집단 어떤 치료 항목 쪽은 의사 의료진 쪽으로 왜냐하면 전문적인 지식이 있어야 될 것 같고 그렇다면 같은 비용에서 시급성 같은 것도 따져야 되니까 질병도 마찬가지로 어떤 질병이 필수 질병이고 환자의 생명이나 재원을 투입해야 될 시급성이 있는지 이런 것들은 의학적인 판단이 필요할 것 같고 어떤 환자 집단을 선정해야 되는 그런 쪽에서 보면 아무래도 보건복지 정책 쪽 이런 사회 경제적인 사회현상까지 반영을 해야 되니까 이런 거는 정책을 하시는 분들이 필요한 것 같고 임상 수준에 관한 결정은 보장에서 해야 된다고 보거든요. 왜냐하면 국민들하고 다음에 의료계 쪽

그 다음에 정부 이런 의견을 다 받아서 어차피 수입과 지출을 관장하는 곳이기 때문에 과거 추세라든가 미래에 나갈 거를 생각을 해서 공단 쪽에서 결정하는 게 낫지 않을까 저는 개인적으로 그렇게 생각해요. (공단/심평원 관계자)

〈표 7-11〉 보장성 개선을 위한 우선순위 결정 방법 및 주체

전문가나 정부의 결정 수용	소극적 수용	- 어차피 마지막 결정권은 보건복지부에 있는 거고(환자&보호자) - 지금은 수용을 할 수밖에 없는 상황 같거든요(일반인) - 전문 지식도 없고 따라야죠. (일반인)
	정부에 대한 기대	- 그런 의견을 다 수렴을 해서 정부에서 결정을 해야 될 것 같아요(환자&보호자) - 보건복지부가 곧 정부니까 보건복지부가 전문성이 있으니까 거기에서 집행하는 게 좋다(일반) - 당연히 정부겠죠(공단)
	전문가 결정	- 질병항목에 대해서 일반인들이 잘 모르기 때문에 의사들이 결정을 해야 된다고 생각(환자&보호자) - 대충 치료비가 얼마고 치료 기간이 얼마 정도 걸리고 이런 쪽은 훨씬 더 의사들이 잘 알지 않겠어요.(일반인) - 우선권에서는 의사들에 그것을 담당하고 있는 의사가 우선권이구요(의사) - 정책 전문가들한테 맡겨야 된다고 생각(의사)
시민을 포함한 다양한 의견 수렴의 필요	시민 단체	- 시민단체들이 조금 더 노고를 거쳐서 판단을 할 수 있지 않겠느냐(공단) - 시민단체-국민의 의견을 대변(일반인)
	시민	- 그것은 이제 쉽게 설명을 하면 충분히 사전교육을 시키고 나서 여론 수렴하는 방법은 이제 차후에 결정하면 되니까요. 그런데 주체는 국민이 해야 된다고 생각(일반인)

바. 보장성 개선에 대한 기타 의견

기타 참여자들의 논의는 다음과 같이 정리될 수 있다.

1) 입장간의 딜레마

건강보험의 역할에 대한 의사결정이 가치관의 문제와 연결되고 자신들이 본래 추구하는 가치와 현실적인 상황과 부합되지 않는 상황에서 참여

자들은 종종 상충적인 입장의 딜레마를 표명하였다. 특히 사례 A와 사례 B간의 선택에서 대부분의 참여자들은 개인적 입장과 사회 공익적 입장 간의 차이에 대한 딜레마를 표명하였고 특히 의사집단이나 환자/보호자 집단의 경우 의견의 일관성이나 명확성이 결여되는 상황으로 나타나기도 하였다.

“저는 마음으로는 A가 맞는 것 같은데요. 현실적으로는 B가 많지 않을까...정말 이 아이는 그냥 죽으라는 얘기잖아요. 하지만 이거는 보험 재정에서 봤을 때는 물론 위급한 상황도 중요하지만 이 위암은 200명이라고 봤을 때 이거는 그냥 마음 적으로는 의사가 A는 다른 쪽으로 보험이 아닌 다른 쪽으로 지원하는 방향을 택하는 게 맞는 게 아닌가 재정에 있어서 소수보다는 다수에 대한 혜택도 중요한 부분이라고 생각을 하거든요. 그렇기 때문에 B로 했어요.” (환자/보호자)

2) 주제에 대한 낮은 인지도

논의가 시작될 때 대부분의 참여자들은 건강보험제도에 관한 인지도가 낮았고 세부적인 사항이나 개념에 대해서는 매우 생소하게 받아들였다. 이는 의료분야에 대한 관심 자체가 낮았기 때문일 뿐만 아니라 실제로 자신이 경험하지 않은 일에 대해서 평소에도 잘 생각해보지 않았기 때문으로 보인다. 더욱이 일반인들의 경우에는 경제적 문제와 관련된 부분에서만 활발하게 의견을 제시할 뿐, 실제 치료와 관련된 기준에서는 이해가 낮고 적절한 의견을 제시하지 못하였다. 이러한 경향은 의료진에게서도 비슷하게 발견되었다. 의료진의 경우 환자/보호자들보다 오히려 한정된 견해나 지식을 제시하였고, 대부분 수가나 비급여 부분에 대한 쪽에 관심이 많고 그 외의 세부적인 사항에 대해서는 정확히 이해하지 못하고 있는 것으로 보였다.

3) 낮은 신뢰감

한편, 참여자들 간에 매우 빈번하게 되는 이슈로는 정책 결정자 및 집행자, 그리고 치료를 담당하는 의사에 대한 신뢰 부족이었다. 일반적으로 정책 결정에 있어서 전문가들이 담당하는 것이 가장 바람직한 것으로 제시하고는 있지만, 이들이 자신들의 이익을 보장해주고 대변해주리라는 기대나 신뢰는 크지 않아 보였다. 건강보험료 책정이나 보장성 개선에 관한 일반적인 실무에 있어서는 국민건강보험공단이 필요한 자료와 집행력을 가지고 있어서 이러한 정책결정을 담당해야 되는 기관이라고 생각하지만, 자신들의 이익을 대변해주고 의견을 충분히 반영해주리라고 기대하지는 않고 있는 듯 보였다.

더군다나 비급여를 다 없애 줄 테니 보험료를 2배를 내라. 그렇게 하면 너희들 암보험 넣지 말고 집에 암보험 낼 돈으로 공보험에 투자하면 우리가 비급여를 없애 주겠다 라고 한다면 대부분 다 반대할뿐 더러 일단 신뢰의 문제도 있죠. 정부를 믿지 못하니까 그 동안에 여러 가지 정책에 대해서 시민단체도 시민이 믿지 못하니까 그 시민단체나 이런 데 보면 전문가들이기 때문에 그렇게 보험료 올리는 거에 대해서 그다지 반대를 안 하는데 일반 국민들을 설득하기에는 문제가 있지 않나. (공단/심평원 관계자)

국민들도 마찬가지로. 보험료를 2배로 내라. 그러면 비급여를 없애겠다. 그러면 국민들도 그거를 못 믿는다는 거죠. 정부를. 그러니까 문제는 어떤 사회적 합의나 그런 것보다 신뢰 관계가 구축이 안 됐기 때문에 그런 것 같습니다. (공단/심평원 관계자)

특히, 이러한 신뢰 부재의 문제는 의사집단에서 잘 드러났다.

"가장 그래도 어떻게 보면 소외 되고 가장 피해를 많이 보고 있는 집단이 의사가 아닌가?" (의사)

"저는 우리나라에서 의사들이 느끼는 저 부분에 보험에 대한 의료보험에 대한 느낌은 아마 그런 배신감 같은 것이 아닌가 생각이

들구요. 그런 배신감이 한 20년 가까이 이렇게 누적되어 오다 보니까 대부분에 의사들은 이제는 거의 체념화 되어 있는 그런 정서가 아닌가 그런 생각을 합니다.” (의사)

“그러니까 우리는 이렇게 토의를 하고 올리지만 정책자가 딱 A B C D 1 2 3 4 딱 정하면 그 다음에는 하소연해도 바뀌지도 않고....그냥 일방적으로 다 해놓고 의사는 맨 날 데모하면 뭐해요. 아무 것도 해결되는 것도 없는데 그래서 지금 좋은 방법으로 하고 있는 것이기는 한데 사실은 의구심도 듭니다. 이게 진짜 우리가 이렇게 시간을 내서 토론을 하는데 저쪽 놈이 이렇게 생각하고 있으면 아 이거 아니야. 그냥 A B C D가 원래대로 맞아. 그렇게 해 버리면 그 다음에는 아무 것도 아니라는 얘기죠. 우리나라에 가장 큰 문제는 그거죠.” (의사)

“정말 의료보험료를 알아서 그거를 관리하고 지출하는 데서 정말 필요한 환자는 관리비라든가 이런 의료보험공단이라든가 심평원이라든가 각각 그 다음에 의료보험공단을 운영하고 있는 병원이라든가 그런 데 새어 나가고 있는 그런 비용을 먼저 생각해 보는 게 순서가 아닐까 생각합니다.” (의사)

이와 같이 의사집단은 우리나라 보건정책 결정사태에 대해 피해의식이 큰 반면 공단이나 심평원 관계자들은 의사집단의 집단이익 추구로 인한 왜곡된 현상이 발생하는 것에 보다 많은 우려를 표명하였다.

4) 형평성에 관한 우려와 불만

일반인들이나 환자/보호자들도 건강보험제도 자체의 중요성을 인지하고 있었으며 보장성 개선의 필요성에 대해 모두 합의하고 있었으나, 건강보험의 역할수행이나 보장성의 충분성에 대해서는 불만과 불신이 적지 않았다. 특히, 보험료 부과와 형평성과 징수된 보험료의 사용에 관해 불신을 표명하였다. 수가를 적정화하고 급여를 확대하는 방안에 대해서는 아래와 같이 불가능하다거나 신뢰하지 않는 반응을 보였다.

"(건강 보험에 대해) 믿음이 안 가죠."(일반인)

진행자: "왜 그렇죠? 어떤 부분이 믿음이 안 가시는 거예요?"

"확신이 없으니까 개인 보험을 드는 거죠."(일반인)

"제 친구 아들 같은 경우에도 골수암 그런 정도 되니까 하루에 약값만 보통 5-6만원씩 들어가더라구요. 그거는 건강보험에서 안 되거든요. 그러니까 그런 것 때문에 보험을 개인적으로 들겠죠." (일반인)

"제 개인적인 사건인데 국민건강보험에서 지금까지 기존에 해줬던 거는 싸구려들 감기라거나 ... (그런데) 어떤 큰돈이 액수가 들어가는 부분에서 뭐라고 해야 되나 액수가 많은 암이라든가 치아라든가 이런 거에 대해서는 국가에서 일체 외면을 하다가 민간 업체들이 생명보험 같은 게 들어오니까 지금 다시 손을 쓰는 것 같은데 기존에 인식이 국가에서 해 주는 거는 싸구려만 해 준다. 이게 아마 국민들의 생각이 거의 다 많이 인식 되어 있어서 그런 것 같고..." (일반인)

5) 민영의료보험에 관한 의견

한편, 이 연구의 FGI에 참석한 대부분의 참여자들은 민영보험 가입이 매우 보편적이었다. 이는 우선 자신들이나 가족이 중한 병에 걸리게 되었을 때 공공 보험의 역할 및 보장성에 대한 낮은 신뢰와도 연결되어 있으며, 민영보험에 대한 정확한 정보의 부족, 주위 친지의 권유가 주요 가입동기였다.

"한 두 개씩은 다 들었죠." (일반인)

"그러니까 이중 지출이죠." (일반인)

"일반 국민들이 그래서 일반 사보험에다가 암보험을, 집에서 거의 암보험 안 든 사람 없다고 보거든요. 저희도 지금 식구가 여덟 식구인데 여덟 식구가 다 암보험 들어가고 있거든요. 그런 거로 따지면 가정 경제에서 그런 보험료가 만만치 않거든요."(환자/보호자)

"민간보험이 너무 약하지 않나요. 우리나라는? 나는 민간보험을 좀더 활성화 해 가지고."(의사)

대부분의 참석자들은 민영보험에 대해 긍정적인 태도를 표명하였는 데 그 이유로는 만기시 환급, 짧은 납입기간과 긴 보장기간 등을 들었다.

“그런데 민간보험료도 만기 시 타는 게 있어요. 그런 거는 좀 괜찮다고 생각을 해요.”(일반인)

“혜택이 정부에서 주는 것보다 민간 보험이 더 좋으니까.”(일반인)

진행자: “왜 좋다고 생각하시죠?”

“우선은 납입하는 기간이 있잖아요. 솔직히 정부에 내는 의료보험은 직장인 같으면 내가 25세에 입사를 해서 55세에 나가면 30년을 내야 되지만 민간보험 같은 경우 암보험 같은 경우는 최대 10년 하지만 80까지 보장을 받고 짧으면 5년만 납입을 해도 그 정도 혜택을 받을 수 있으니까 기간에 대비해서 납입하는 거에 비해서.”(일반인)

“이거를 하다가 만약에 암에 걸렸다. 그럴 때는 또 이 돈을 내지 않는 거예요. 건강보험료를 내지를 않는다고요. 그런 게 있기 때문에 들어 놓고 있어요.”(일반인)

“그런데 국민의료보험 같은 경우는 전체로 해 가지고 상 하 전체 없이 그냥 전 국민을 상대로 하다 보니까 많이 내는 사람이 의례히 손해라고 생각을 많이 하는 거죠. 국민 전체로 해 가지고 소득이 천 차만별이잖아요. 그것을 전체 통합적으로 똑같이 보장을 해 주니까 그런데 의료보험은 개인보험은 내가 내는 것만큼 내가 보장을 받는 거구요.”(일반인)

“그러니까 목돈 마련도 되고 그렇다고 완벽하게 돌려받는 거는 아니지만 저축이라고 생각을 해요.” (일반인)

“그거는 건강보험만으로는 치료가 안 된다고 생각을 하는 거죠.”(환자/보호자)

“사람들의 인식이죠. 그리고 사보험은 거의 내가 냈던 만큼 100%는 아니지만 또 환불을 다시 받으니까.”(환자/보호자)

한편, 다음과 같이 민간보험에 대한 우려를 표명하는 의견도 있었다.

“질병 가지고는 이게 거의 로또 개념으로 되어 있대요. 의료보험에 서는 치료비를 보험 혜택을 받고 이쪽(민영보험)에서도 받고.” (의사)

“(민영보험금 수령을 위해서 진찰기록을 삭제해달라고 하는 경우가) 많습니다.”

“그런 경우는 상당히 많죠.”

“많이 옵니다.”

“아예 진단명 바꿔 달라는 사람도 있는데.” (의사)

6) 정책결정 참여에 대한 요구

참석자들은 처음 이 논의에 참여했을 때와 달리 건강보험 보장성 개선 문제의 중요성을 인지하고 이러한 정책 사안에 대해 자신들에게 보다 많은 정보가 제공되고 자신들의 의견이 반영되기를 희망하였다.

“결론부터 말씀드리면 (보험료를) 올리는데 찬성이예요. 5-6% 까지도. 그런데 이왕이면 누진세 같은 것을 정확하게 적용을 해서 총당을 해서 한 다음에 그래도 안 된다 라는 것을 객관적으로 증명하고 공감대를 형성을 한 다음에 높이자고 해야지 그냥 이런 단순 자료만 놓고 올리자고 그러면 거부감이 나는 게 사실이거든요. 이제 올리기는 올려야 되겠다 라는 생각은 들어요.” (일반인)

“(우선순위는) 질병마다 틀리겠죠. .. 사회적 합의를 통해서 그 순위는 정할 수가 있다고 생각합니다.” (환자/보호자)

“예, 모두가 합의하지는 않을 것 같아요. 그렇지만 어느 정도 합의로 처리될 것 같다는 생각이죠.(환자/보호자)

진행자: “왜 어렵다고 생각하세요?”

“굉장히 어려울 것 같아요. 왜냐하면 어떤 환자보다 어떤 환자가 더 중증 질환자다. 이렇게 얘기할 수 있는 게 명확치가 않다는 하나의 문제가 있구요. 치료로 제외 되는 약값이라든지 특수 ..가 있는데 그거와 관련된 입원 진단비를 다 자기가 감당하는 환자가 급하다고 얘기할 거고 이런 것들을 정리하는 과정이 굉장히 쉽지 않을 것 같아요.” (환자/보호자)

진행자: 다른 분들은 어떻게 생각하세요?

“그렇지만 쉽지는 않아도 반드시 해야 되는 일이잖아요.“ (환자/보호자)

“어렸을 때부터 초등학교 때부터 건강보험에 대해서 교육을 좀 시켜야 된다고 생각해요.” (환자/보호자)

한편, 의사협회가 일반 의사들의 의견을 반영하는가라는 질문에 대해서도 의협은 이익집단으로서 의사의 이익을 대변하지만 일반의사와 의협은 다르다는 인식을 보이기도 하여서 대표성에 대한 의문이 제기되기도 하였다. 즉, 정책결정시에 의사집단의 의견이 제대로 반영되지 않는다는 의견 뿐만 아니라 실제로 현장에 있는 자신들의 이야기가 반영되지 않는다고 느끼고 있는 것을 알 수 있었다. 이러한 의견은 일반인들이나 환자/보호자들이 시민으로서, 또는 보험가입자로서의 자신들의 이익을 시민단체나 건강보험공단이 적절하게 반영해주지 못한다고 보는 것과 유사한 양상이다.

4. 소결

전반적으로 논의를 종합해 볼 때, FGI 참여자들은 질병치료에 대한 사회적 책임을 인정하고 있었으나 소수의 참여자의 경우 질병치료를 개인이 부담해야 된다고 하기도 하였다. 질병치료에 대한 사회적 책임과 개인책임이라는 상반된 입장들은 개인 내에 공존하는 가치관의 딜레마이기도 하며 동시에 어느 사회에든 병행하여 존재하는 상반된 가치관이자 문화이다. 한편, 건강보험제도의 역할이나 보장성 개선의 필요성에 관한 태도 형성은 질병에 대한 경험여부가 중요한 영향을 미치는 것으로 보였다. 즉, 참여자 자신이나 가족이 중증질환을 경험해본 경우 질병의 치료가 개인책임에 국한될 수 없고 사회적 공동책임이라는 가치관을 형성하게 되는 것을 알 수 있었다. 따라서 사회적 논의의 장을 통해 이러한 경험의 공유가 이루어지는 것 또한 중요한 것이다. 즉, 이러한 가치관의 공존을 해결 불

가능한 대립의 양상으로 이해할 필요는 없다. 오히려 꾸준한 대화와 공론의 장을 통한 정보의 공유, 활발한 의사소통을 통해 사회적 합의를 이루어가는 것이 얼마나 중요함을 강조하는 구체적인 증거라고 할 수 있다.

이 연구에서도 보장성 개선의 세부적인 목표 즉 보장성 개선의 수준이나, 보장성 개선을 위한 구체적인 방법에 관한 논의에 있어서는 참여자들이 다른 사람들의 의견이나 새로이 주어진 정보에 의하여 자신들의 의견을 변화하고 나아가 서로의 의견을 모아 합의를 이루고자 노력하는 경향을 나타내는 것을 알 수 있었다. 특히, 논의에 참여하기 전 이러한 문제에 대해 큰 관심과 지식이 없었던 사람들도 논의가 진행됨에 따라 이 사안에 대한 중요성을 인지하고 이러한 정책결정에 대해 깊은 관심을 보이고 이해하고자 노력하며 자신들의 의견을 피력하고자 노력하는 모습을 볼 수 있었다. 비록 본 연구에서 수행한 FGI에 참여한 대상이 소그룹이고, 한정된 시간동안 논의를 거쳤기 때문에 제한점이 있긴 하지만, 연구결과를 통해 본인이 가지고 있는 가치관이 쉽게 변하지 않고 비교적 동질의 구성원으로 이루어진 입단에서도 합의가 쉽지 않다는 것을 알 수 있다.

아직까지 우리나라 건강보험제도의 운영 및 정책변화에 관한 의사결정 구조 및 방식은 이와 같이 사회적 합의를 이루기 위한 적극적인 의사소통에 기반하고 있지 못하다. 대부분의 의사소통은 형식적인 단계에서 그치고 있으며 국민에 대한 의사소통에 대한 관심과 노력은 매우 저조하다. 사실상, 건강보험수가, 비급여 관리 및 급여범위의 변화, 보장률의 강화 등에 관련된 정책논의는 그러한 정책결정이 공급자인 의료서비스 전달자들뿐만 아니라 실제로는 보험가입자인 국민들의 복지나 건강, 그리고 경제적인 상태에 지대한 영향을 미치는 데에도 불구하고 그러한 사안들은 전문적이고 기술적인 것으로 간주되어 대부분의 결정들이 정책관료들의 선에서 결정되고 공지되며 가장 실제적인 대상자인 국민의 의견은 거의 반영되지 않는 양상을 반복하고 있다.

대립되는 가치관이 공존하고 이러한 가치관에 기반한 태도나 의견의 변화가 쉽지 않다면, 향후 건강보험정책에 관한 거버넌스는 어떠한 방향으로 개선되어야 하는가? 첫째, 건강보험 보장성을 개선하는 데 있어서 합의가 필요한 부분과 협상이 필요한 부분을 구분해야 할 것이다. 이는 보장성 개선 정책에 있어서 결정의 수준과도 관련이 있다. 즉, 보장성 개선을 위한 정책의 기초를 정하는 기본 원칙에 대해서는 사회적 합의를 이루는 것이 필요하고, 이러한 원칙 하에 세부적인 정책결정은 관련 주체들 간에 협상을 통해 이루어질 수 있다. 예컨대, 형평성이 기본 원칙으로 채택된다면 소득수준에 따른 환자본인부담 경감 정책에 대한 논의의 필요성에는 모두 공감한 상태에서 그 수준과 방법에 대한 결정을 협상방식으로 진행할 수도 있을 것이다. 연구의 제한점을 가지고 있으나, 소규모 그룹을 대상으로 실시할 FGI의 결과에서 알 수 있듯이 보장성 개선과 관련하여 급여항목의 확대의 우선순위나 특정 항목(혹은 질병)에 대한 본인부담 수준의 구체적인 결정에 대해 각각 사회적 합의를 이끌어 내기란 매우 어려울 수 있기 때문이다.

둘째, 원활한 의사소통에 기반한 성공적인 합의가 이루어지기 위해서는 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 우선 이루어져야 한다. 이러한 기구는 현재의 건정심을 재정비하는 노력 또는 나아가 보다 혁신적인 제도의 도입이 이루어져야 할 것이다. 무엇보다도 이러한 기구는 단순히 소수의 이해관계집단의 대표자들 간의 협상이 아닌 보다 다양한 집단과 국민전체의 의견을 수렴하고 반영하는 기체로서의 역할을 수행해야 할 것이다.

셋째, 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력이 필요하다. 예를 들어, 보장성 개선을 위한 우선순위 선정, 재정확충을 위한 보험수가와 보험료율의 결정 등을 위해서는 정확한 의료비지출과 보험재정의 추계 등에 대한 객관적이고 정확한 자료가 제시되고 이에 근거하여 대안이 개발되어야 하는 데, 실제로 지금

까지는 참여자간에 서로 다른 기준에 의해 각자 실시된 연구에 따르는 다른 결과가 제시되고 있어서 서로 다른 안을 제시하는 근거로 활용되고 있어 오히려 갈등을 증폭시키는 역할만 하고 있다.

한편, 정책 형성 단계에서부터 국민과의 의사소통 통로를 원활히 하는 것도 중요한 과제이다. 사실상 건강보험정책의 가장 중요한 이해당사자는 일반 국민이다. 그러나 지금까지의 건강보험정책의 의사결정과정을 돌이켜 보면 국민에 대한 의사소통이 간과되어 왔고, 이러한 관행은 결과적으로 사회보험에 대한 국민들의 이해와 사회적 합의의 부재라는 현상을 가져왔다고 할 수 있다. 정부 관료나 전문가의 독점적인 정책결정 방식이 과거의 전형적인 유형으로서 목과될 수 있었던 것은 그 동안 경제개발 성과로 인해 고조된 정부에 대한 국민의 신뢰와 사회보장보다는 급속한 경제성장에 대한 사회적 관심 집중(Kwon, 1999)으로 가능할 수 있었다. 그러나 다양한 정책참여자의 다양화와 정보의 공개화, 복지에 대한 수요와 관심의 증가 등의 추세를 보전대, 경제성장에 대한 일방적인 신뢰와 우선순위의 양상은 변화할 것이며 이에 대한 국민의 정책적인 관심과 참여의 요구는 증가하게 될 것이다.

복지부가 2005년부터 본격적으로 시행한 일련의 보장성 개선 정책을 통해 질병으로 인한 경제부담 경감에 기여하고 있다. 한편, 2008년에 5천억의 재정이 투입되는 등 향후 보험재정에의 부담이 과중해지면 선진국에서 이미 경험한 바와 같이 보험급여의 할당(rationing)을 비롯한 절감이나 축소가 필요하게 될 수도 있다(윤희숙 2007). 이러한 상황을 고려할 때, 사회보험의 역할과 급여범위, 그 중요성과 한계에 대해서 국민적인 이해와 합의가 지금부터 이루어진다고 하더라도 결코 이르지 않다고 할 수 있다. 정책의 수혜자인 국민들에게 민감한 영향을 미치는 정책 중의 하나인 건강보험정책의 실효성을 증가시키고 불필요한 사회적 논쟁을 감소시키기 위해서는 무엇보다도 일반국민에 대한 적극적인 정보공개, 참여의 기회 확장 및 의사소통의 기회를 대폭 다양화할 필요가 있을 것이다.

제8장 결론 및 정책과제

본 연구에서는 우리나라 건강보험 보장성의 문제를 파악하고 개선 방안을 찾고자 하였다. 이를 위해 건강보험 보장성의 문제를 환자본인부담 비용이 발생하는 구조적 측면과 환자본인부담 비용의 수준이라는 측면에서 파악하였다. 먼저 법정본인부담에 대해서는, 이에 대한 이론적 근거가 되는 도덕적 해이에 대한 국내 논의가 제한적임을 지적하였다. 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 또한 환자-의사의 관계를 고려해야 할 필요성 등 이 이론이 가지는 한계를 이해하는 것이 중요하다. 또한 도덕적 해이 이론을 적용하는 경우에도 전통적인 이론에서 추정하는 후생손실이 과다 추정될 가능성에 대해 입증한 새로운 이론을 논의하는 것이 필요하다. 이는 법정본인부담 부분에 대한 정책수립 단계나 정책 실행 후 평가에서 부담을 완화할 경우에 변화되는 의료이용에 대한 해석에서 중요한 의미를 가진다. 아울러 전반적인 법정본인부담 구조와 수준에 대한 검토와 진료 영역별(즉, 입원, 외래, 의약품) 법정본인부담 구조의 설계에 대한 연구가 필요할 것이다.

비급여서비스 문제는 환자본인부담에서 차지하는 비중이 크다는 점에서도 중요하고, 이 중 일부를 급여로 전환하더라도 보장성 지표상의 개선은 얻기 힘들 것이기 때문에 효과적인 개선방안이 꼭 필요한 부분이다. 비급여서비스는 법정비급여와 임의비급여로 구분되며, 임의비급여는 다시 다섯 가지로 구분된다. 비급여서비스 개선방안에서 중요한 점은 이들 각각의 성격과 내포하고 있는 문제가 다르기 때문에 일괄적인 접근은 효과

적이지 않을 수 있다는 것이다.

먼저, 선택진료비에 대해서는 먼저 이 비용의 필요성이 인정된다면⁶⁸⁾ 비용의 취지에 맞도록 제도를 합리적으로 개선해야 하며, 이 경우 비용의 성격상 공공보험에서 급여하기에는 부적절한 면이 있어 환자부담으로 남게 되면 보장성 개선에 대한 기여는 제한적일 수밖에 없다. 다른 접근으로는, 현재 선택진료비의 실질적인 기능이 병원 수입보전이므로 이를 수가산정에 흡수하는 방안이 있다. 이 방법은 환자부담을 없애게 되므로 건강보험 보장성 개선에 기여하는 바가 크겠지만 의료계의 강한 반발이 있을 것으로 예상되므로 의료계와 심도 있는 논의를 통하여 방안을 찾아야 할 것이다.

상급병실료 역시 일차적으로는 비용의 불합리성을 개선해야 한다. 즉, 현재는 전체 병상의 50% 이상이 보험급여가 적용되는 기준 병상이라면 상급병실료를 부과할 수 있도록 되어 있으나, 이는 환자의 입장에서 합리적인 선택을 하기 힘들고 보험자의 입장에서도 기준 병상에 대한 급여 청구가 합당하게 이루어지는 지 판단하기 모호한 부분이 있다. 따라서 병실의 분포를 환자의 수요에 맞게 갖추고, 환자가 본인부담 비용을 고려하여 병실을 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다. 보다 장기적으로 보면 이 문제는 진료행태(입원과 재원기간에 대한 결정)와 연관되어 있으므로 진료행태를 합리화하고 지불제도를 개선하는 방안으로 접근해야 효과적일 것이다.

임의비급여에 해당하는 다섯 가지 경우가 서로 다른 특성이 있으므로 대응책도 구분되어야 한다. 가장 중요하고 어려운 부분은 허가사항을 초과하여 사용하는 약제에 대한 것으로 식약청의 허가정책(또는 기준)과 건강보험 급여정책이 부합할 수 있는 방안을 찾아야 한다. 신의료기술은 급

68) 앞서 밝힌 바와 같이 여기서는 환자가 우수한 의사를 선택하여 진료 받는 것에 대한 필요성을 말하며, 이에 대해서는 별도의 논의가 필요할 것이다.

여의 적정성을 평가할 수 있는 체계를 갖추도록 제도를 만들어야 하고, 나머지 부분은 심사기준의 투명성 확보와 환자에 대한 진료비 상담, 수가 산정 개선 등을 통해 해결할 수 있는 부분이다.

장기적으로는 비급여서비스의 문제를 지불제도 개선과 연계하여 논의하여야 하지만, 지불제도의 개선이 위에서 살펴본 비급여서비스 문제를 모두 해결할 수는 없기 때문에 이를 구분하여 정책을 수립하는 것이 필요하다.

우리나라 건강보험의 급여수준을 파악하기 위하여 OECD Health Data 를 이용한 국제 비교를 한 결과 전체 의료비 대비 공공지출에 대한 비율 또는 개인 의료비 대비 환자본인부담 비율을 보았을 때 상대적으로 매우 취약함을 알 수 있다. 개인 의료비에 대해 법정본인부담과 비급여서비스 비용을 구체적으로 파악한 국내 연구결과에서도 2005년 기준으로 61.8%의 급여율을 보이고 있어 그 수준이 미약함을 알 수 있고, 여기서 지적된 중요한 문제는 비급여서비스의 비중이 높다는 점이다.

건강보험 도입 이후 실시된 보장성 개선 정책에 대해 정리하면, 건강보험 재정 통합 이전에는 급여일수의 확대 등 일부 개선이 있었으나, 가입 대상 확대와 건강보험 재정 통합의 논의가 주를 이루었다. 보장성 개선에 대한 논의가 본격적으로 진행된 것은 2003년 건강보험 재정이 흑자로 전환된 이후이며, 정부는 건강보험 보장수준에 대한 목표치를 제시하였고 단계적인 실행방안을 마련하는 의욕을 보였다는 점을 긍정적으로 평가할 수 있다. 이 시기에 보장성 개선을 위해 다양한 접근방식이 시도되었다. 즉, 서비스 항목별 접근, 법정본인부담에 대한 개선, 보편성과 비용의 크기를 중심으로 한 접근, 질병군별 접근 방법 등이다. 이러한 노력에도 불구하고 지금까지 나타난 결과를 보면 보장수준의 개선이 기대에 미치지 못하였는데, 그 원인은 보장성 개선을 급여확대와 본인부담률 조정으로 단순화하여 접근하였고 비급여서비스에 대한 관리방안을 포함하지

못한 정책이었기 때문으로 해석된다. 또한 건강보험 재정상황에 따라 보장성 개선 정책이 흔들렸다는 점을 지적할 수 있으며, 건강보험 보장성 개선에 대한 원칙과 기준을 정립하지 못한 상태에서 추진되는 정책은 건강보험 재정여건에 따라 영향을 받을 수밖에 없기 때문에 앞으로 뚜렷한 목표와 방향을 가지고 지속적으로 정책을 추진하기 위해서는 개선되어야 할 부분이다. 더불어, 이 시기에 시행된 정책을 결정함에 있어서 중요한 정책 결정방식으로 활용되었던 우선순위 설정방식에 있어서도 포괄적이고 장기적인 접근이 이루어지지 못하였다. 이를 개선하기 위해서는 원칙과 기준을 명확히 하고 설정 방법의 공정성과 전문성을 확보하기 위한 노력이 필요하며, 이에 대해서는 사회적 합의를 이끌어 내는 노력이 필요하다.

건강보험 보장성이 충분하지 않으면 필요한 의료서비스를 이용하지 못하거나 이용하더라도 경제적 위험에 직면할 수 있다는 점에서 문제가 된다. 1985년부터 2005년까지 소득 계층별 가계 의료비 부담의 추이를 살펴보고 2005년의 경제적 부담으로 인한 미 충족 의료의 경험을 분석한 결과, 저소득계층의 의료접근성은 계속 향상되어 왔음에도 불구하고, 여전히 저소득계층에서의 경제적 부담으로 인한 미 충족 의료 비중의 상당한 수준인 것으로 나타났다. 소득계층별 의료비 과부담 가구의 비율을 보면, 저소득계층에서 많이 발생하며 월 평균 50만원 이상의 고액 의료비를 부담하는 가구도 저소득층에서 많이 발생하였다. 의료비 부담 중 본인부담 비급여 본인부담금의 비중이 높기 때문에 본인부담 상한제의 효과는 제한적이다. 이러한 연구결과가 제공하는 정책적 함의는 우선 저소득계층을 목표로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다는 것이다. 건강보험 보장성 문제는 저소득계층에서 더욱 심각하므로, 건강보험 보장성 향상을 위하여 동일한 재원을 사용할 경우, 저소득계층의 혜택이 더 큰 정책이 그렇지 않은 정책에 비하여 더 높은 효과를 가질 것이다. 구체적인 방안으로는 본인부담 상한제를 저소득층에 차등 적용하는 정책을 고려할 수 있으며,

시나리오 별로 재정부담을 추계한 결과 일정 소득분위(예, 하위 30%)에 대해 단절적인 방식으로 본인부담 상한선을 낮추는 것보다는 점진적 감소 방식을 사용하는 것이 더 많은 부담을 하지 않으면서도 공정성과 형평성 측면에서 더 우월한 것으로 판단된다. 특히 우리나라와 같이 소득의 투명성에 대한 불신이 높은 상황에서는 더욱 그러할 것이다.

건강보험 정책 결정방식에 있어서 사회적 합의는 매우 중요하다. 그 이유는 건강보험 정책이 보건정책에 있어서 차지하는 중요성이 크고, 다양한 집단의 이해가 얽혀 있기 때문이다. 과거 정부 주도 하에 일방적으로 추진되었던 정책 결정방식은 관련 주체들의 반발을 가져왔으며, 의료 제공자가 민간영역에 치우쳐 있는 국내 의료환경과 시민의 참여 욕구가 증가하는 가운데 과거의 방식은 한계를 가질 수밖에 없다. 건강보험 정책 결정에 있어서 사회적 합의가 필요한 부분은 특히 자원배분의 우선순위를 정하는 문제에 있어서 중요하다. 사회적 합의를 이끌어내는 방안을 시도해 본 FGI 사례 연구 결과 얻을 수 있는 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 건강보험 보장성을 개선하는 데 있어서 합의가 필요한 부분과 협상이 필요한 부분을 구분해야 할 것이다. 즉, 보장성 개선을 위한 정책의 기초를 정하는 기본 원칙에 대해서는 사회적 합의를 이루는 것이 필요하고, 이러한 원칙 하에 세부적인 정책결정은 관련 주체들 간에 협상을 통해 이루어질 수 있다. 둘째, 원활한 의사소통에 기반한 성공적인 합의가 이루어지기 위해서는 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 우선 이루어져야 한다. 이러한 기구는 단순히 소수의 이해관계집단의 대표자들 간의 협상이 아닌 보다 다양한 집단과 국민전체의 의견을 수렴하고 반영하는 기체로서의 역할을 수행해야 할 것이다. 셋째, 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력이 필요하다. 또한, 정책 형성 단계에서부터 국민과의 의사소통 통로를 원활히 하는 것도 중요한 과제이다.

건강보험 보장성 개선을 위한 정책과제를 요약하면, 첫째 환자본인부담 비용의 발생구조에 있어서 먼저 비급여서비스에 대한 개선 방안이 마련되어야 한다. 본 연구에서 살펴본 바와 같이 각 항목의 성격과 문제가 다르기 때문에 이에 대응하는 적절한 방안을 찾는 것이 중요하며, 그 방향은 비용을 합리화하는 부분과 건강보험 체계 안으로 흡수하는 것을 함께 고려하여야 한다. 또한, 장기적으로는 진료비 지불제도와 연계하여 검토하고 의사의 진료행태를 합리화하는 속에서 개선되어야 할 것이다. 다음으로 법정본인부담에 대해서는 이 비용에 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. 또한 전반적인 법정본인부담 구조와 수준에 대한 검토와 진료 영역별(즉, 입원, 외래, 의약품) 법정본인부담 구조의 설계에 대한 연구가 필요할 것이다.

둘째, 가계의 의료비 부담을 실질적으로 경감하기 위해서는 본인부담 상한제를 소득계층별로 차등 적용하는 방안이 고려되어야 한다. 이 방안은 질병으로 인한 건강보험 가입자의 실질적인 부담을 줄이는 데 효과적이고, 따라서 보장성 개선에 기여하는 바가 클 것이다.

셋째, 건강보험 정책 결정방식에 대한 개선으로 사회적 합의의 중요성이 강조된다. 보장성 개선 정책과 관련하여, 사회적 합의가 필요한 부분은 보장성 개선에 대한 원칙과 기준을 정하는 부분이 될 것이며, 이를 위해 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 이루어져야 하고, 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력과 함께 정책 형성 단계에서부터 국민과의 의사소통 통로를 원활히 하는 것이 필요하다.

참고문헌

- 강신욱·신영석·이태진·강은정 외. (2006) 『사회양극화의 실태와 정책과제』 한국보건사회연구원.
- 건강보험정책심의위원회 회의자료 (2003~2007년)
- 건강사회를 위한 보건의료인 연대회의. (1992) 『건강사회를 위한 보건의료』 실천문화사
- 김성재·김후자·이경자·이선옥. (1999) 『포커스 그룹 연구 방법』 현문사.
- 김용익 외. (2000) 『건강보험 재정설계 연구』 서울대학교의과대학
- 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.
- 김주경 (2004) 『건강보험급여확대의 우선순위 선정에 관한 연구』 연세대학교 박사학위 논문.
- 김진현. (2007) 건강보장의 과제 : 보장성 강화. 건강보험포럼 6(2) 여름호: 37-59
- 김창보·황민호. (2005) 『건강보험 비급여, 어떻게 해결할 것인가?』 의료연대회의 정책토론회 자료집. 2005. 5.

- 김창보. (2005) 『우리나라 건강보험 보장성 강화방안, 건강보험보장성 강화 어떻게 할 것인가』 의료연대회의 정책토론회 자료집. 2005. 1.
- 김창엽. (2001) 『건강보험 재정건전화 방안 모색』 국회 사회보건복지위원회 토론회 발표문. 2001. 12. 17.
- 노인철·김수춘·이충섭·한혜경. (1989) 『건강보험본인부담제에 관한 연구』 한국인구보건연구원.
- 문옥륜 외. (1997) 『한국의료보험론』, 신광
- 보건복지부. (2007) ‘건강보험 미래전략’ 토론회 자료집
 _____ 건강보험 보장성 강화 계획. 2005. 4.
 _____ 국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책. 2001. 5.
 _____ 보도자료(2006년 5월 10일, 4월 11일, 2005년 12월 6일)
- 송현중 외. (2007) 『주요 국가의 보건의료 우선순위와 정책적 함의』 건강보험심사평가원.
- 양봉민·김진현·이태진·김윤희·김정희·최숙자. (2006) 『건강보험의 목표보장률 및 실현방안』 서울대학교 보건대학원.
- 여유진·김미곤·김태완·양시현·최현수. (2005) 『빈곤과 불평등의 동향 및 요인 분해』 한국보건사회연구원.
- 윤희숙. (2007) 보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점. KDI 정책포럼 178:1-14.
- 이규식. (2002) 『의료보장과 의료체계』 계축.
- 이규식. (1985) 의료수요의 가격 및 소득탄력도 - 직장 및 공·교건강보험 적용자의 외래수요에 관하여. 인구보건논집 제5권 제2호.
- 이영희. (2002) 『과학기술·환경·시민참여』 한올아카데미.

- 이상이·서남규·이용갑·문성웅. (2006) 『사회적 합의에 기반한 의료자원 우선 순위에 관한 연구』 국민건강보험공단.
- 이원영. (2005) 도시가계 의료비 지출의 형평성. 보건행정학회지 15(1):30-56.
- 이태진·양봉민·권순만·오주환·이수형. (2003) 보건의료 비용 지출의 형평성. 보건경제연구 9(2).
- 정기택. (1993) Medical institution and diagnosis-specific analysis of demand for medical care in Korea. 사회보장연구 제9권.
- 정형선·신봉구. (2006) 건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가 간 차이. 사회보장연구 22(4):27-48.
- 정형선. (2005) 의료보장성 지표의 재구성 과 2003년 지표의 생산. 보건경제와 정책연구11(1):141-153.
- 정형선. (2004) 의료보장성 및 의료보장의 실효급여율에 관한 연구, 보건경제와 정책연구10(1).
- 최병호, 노인철, 신종각, 이상영. (1997) 『건강보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안』 한국보건사회연구원.
- 최병호·노인철·신현웅. (2000) 『의료보험의 보장성 강화를 위한 진료비부담의 구조개편에 관한 연구』 한국보건사회연구원.
- 최병호·신운정·신현웅 (2003) 『질병위험 보장성 강화를 위한 건강보험 본인부담 구조조정방안』 한국보건사회연구원.
- 최숙자·김정희. (2005) AHP 기법을 활용한 급여확대 우선상병 순위 설정, 건강보험포럼, 제4권2호, 2005년 여름호, 112-129.
- 최숙자·고수경·김정희·이상이. (2006) 계층화분석법(AHP)을 이용한 건강보험 급여확대 상병 우선순위 결정. 보건행정학회지 16(1):73-94.

- 최인미. (1988) 『외래진료비 본인일부부담제 변화에 따른 외래의료이용 비교 분석』 서울대학교 보건대학원. 석사학위논문.
- 하연섭, 주재현, 강민아, 나태준, 장지호. (2006) 『사회의사결정구조개선방안』 대통령자문정책기획자문위원회 보고서.
- 허순임. (2007) 우리나라 성인의 미 충족 의료현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 제 3회 한국보건경제정책·보건행정·병원경영학회 공동학술대회.
- 한국보건사회연구원. (2006) 『국민건강영양조사 제3기(2005) 성인이환』
- Aday LA, Andersen R. (1974) A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 9(3):208-220.
- Andersen RM. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1-10.
- Arrow KJ. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*:941-973.
- Berki SE. (1986) A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs* 5:139-145.
- Bethwaite J, McCaw S. (2000) Overview of the Health Funding Authority Decision Making Framework. New Zealand Health Funding Authority.
- Bloom BS, Jacobs J. (1985) Cost effects of restricting cost effective therapy. *Med Care* 23:872-879.
- Bohman J, Rehg W. (1997) *Essays on Reason and Politics: Deliberative Democracy*. Cambridge, MA: The MIT press.
- Brook RH, et al. (1983) Does free care improve adult's health? Results from a randomized trial. *New Eng. J. of Medicine* 309:1426-1434.

- Clark J. (2004) Governing the welfare: Systems, subjects and states. In: Clark J, editor. Changing welfare changing states: New directions in social policy. London: Sage Publications.
- 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.
- Coulter A. (2000) The Global Challenge Health Care Rationing. McGraw-Hill/Open University Press, UK.
- Farley P. (1985) Who are the underinsured? Milbank Memorial Fund Quarterly - Health and Society 63(3):476-503.
- Goldman DP et al. (2004) Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. JAMA 291:2344-2350.
- Gutmann A, Thompson. D. (2004) Why Deliberative Democracy? Princeton: Princeton University Press.
- Haddorn DC, Brook RH. (1991) The Health care resource allocation debate: Defining our terms. The Journal of the American Medical Association 266:3328-3331
- Hall W. (1997) Making Medical Spending Decision: The Law, Ethics, & Economics of Rationing Mechanism. Oxford University Press, UK.
- Ham C. (2003) Reasonable Rationing. McGraw-Hill/Open University Press, UK.
- Harvard University Initiative for Global Health. (2006) Effective Coverage in Mexico: Measurement Strategies.
- Hauck K. Smith P.C. Goddard M. (2004) The Economics of Priority Setting for Health Care: A literature review. The World Bank.

- Kang, Minah & Reich, Michael. (2007). Priority-setting in the Korea National Insurance Benefit Package expansion. Presented at 30 Years of Korea National Health Insurance: Celebrating Past Achievements, Planning for the Future. International Symposium Celebrating the 30th Anniversary of the Korea National Health Insurance.
- 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.
- Klein R. (1998) Puzzling out priorities: why we must acknowledge that rationing is a political process. *British Medical Journal* 317:959-960
- Manning W, Marquis M. (1996) Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics* 15:609-640.
- Morgan, David L. (1993) *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Thousand Oaks, CA: Sage
- _____, (1994) Seeking diagnosis for a family member with Alzheimer's disease. Presented at Annu. Meet. Am. Sociol. Assoc., Los Angeles, CA.
- Nelson AA, Reeder CE, Dickson M. (1985) The effect of a Medicaid drug co-payment program on the utilization and cost of prescription services. *Med Care* 23:872-879.
- Newman J. (2004) Modernizing the State: A new style of governance? In: Lewis J, Surender R, editors. *Welfare State Change: Towards a Third Way?* London: Oxford University Press.
- Nyman JA. (1999) The economics of moral hazard revisited. *J Health Economics* 18:811-824.

- Nyman JA. (2004) Is "moral hazard" inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Affairs* 23(5):194-199.
- Pauly MV. (1968) The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review* 58(3).
- Pauly MV. (1983) More on moral hazard. *J of Health Economics* 2(1):83.
- Penchansky R, Thomas JW. (1981) The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 19(2):127-40
- Phillips K.A., Morrison K.R., Andersen R., Aday L.A. (1998) Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research* 33(3 Pt 1):571-596.
- Robinson JC. (2002) Renewed emphasis on consumer cost sharing in health insurance benefit design. *Health Affairs Web Exclusive*: W139-W154.
- Savedoff WD. (2007) What should a country spend on health care? *Health Affairs* 26; 962-970.
- Shearer G. (2000) The health care divide: Unfair financial burdens. <http://www.consumerunion.org/health/divide/divide.htm>.
- Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray C. (2005) Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science and Medicine* 61:97-109.
- Short P, Banthin J. (1995) New estimates of the underinsured younger than 65 years. *The Journal of the American Medical Association* 274(16):1302-6.
- Soumerai SB et al. (1987) Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid: Effects on therapy, cost and equity. *New Eng. J Med*

317:550-556.

Soumerai SB et al. (2004) Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *New Eng. J Med* 325:1072-1077.

Tandon A, Shengelia B, Chatterji S, Murray CJ. (2007) On Measuring Effective Coverage Using Household Survey Data. 2007 6th World Congress in Copenhagen, Denmark

Thomas JW, Penchansky R. (1984) Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care* 22(6):553-568.

Xu K, Evans DB, Kawabate K, et al. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362: 111-117.

Xu K, Evans DB, Carrin G, et al. (2007) Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs* 26(4):972-983.

[부록 1]

**‘6개월 이상 응답가구 월평균 자료(본 연구)’를
사용한 경우와 ‘전체 가구 월별자료(기존 연구)’를
사용한 경우의 결과 비교**

본 연구에서는 가계조사 원자료를 사용하되, 6개월 이상 응답한 가구만을 대상으로 하고 각 가구의 월평균 소득과 소비를 계산하여 사용하였다. 그러나 기존 연구는 대부분 전체 자료를 사용하고, 각 가구의 월별 정보를 이용하고 있다. 이러한 방법의 차이에 따라 본 연구와 기존연구의 결과에는 차이가 발생할 것이다.

전술하였듯이, 월 단위 자료보다는 6-12개월의 자료의 평균을 사용하는 것이 방법론적으로 좀 더 타당할 것이다. 그런데 기존 연구와 본 연구는 ① 1개월 단위의 소득과 소비 기준(기존연구) vs. 6-12개월 평균 소득과 소비 기준(본 연구)이라는 차이 이외에 ② 전체 자료 사용 (기존연구) vs. 6개월 이상 응답 가구 자료만 사용(본 연구)라는 차이에 의해서도 결과의 차이가 발생할 수 있다.

따라서 기존연구와 본 연구의 결과 차이가 어떤 원인에 의하여 발생하는가, 혹은 6개월 이상 응답한 가구만을 대상으로 하는 것이 전체 가구를 대상으로 하는 것과 결과에 어떤 차이를 얻을 수 있는가 등을 확인할 필요가 있다.

이를 위하여 본 연구에서는 다음과 같은 분석을 시행하였다.

- A) 가계조사 전체 자료를 이용하여 월별자료 기준으로 분석을 수행한다(기존 연구 방법).
- B) 월별자료를 기준으로 분석을 하되, 6개월 이상 응답한 가구만을 대상으로 한다.

본 연구의 방법을 C)라고 하면(즉, 6개월 이상 응답 가구만을 대상으로 6-12개월 월 평균 소득과 소비 자료 기준), 본 연구와 기존연구의 결과 차이는 다음과 같이 분해할 수 있을 것이다.

$$C-A = (C-B) + (B-A)$$

(C-B)는 ① 1개월의 소득과 소비 기준(기존연구) vs. 6-12개월 평균 소득과 소비 기준이라는 방법론의 차이 때문에 발생하는 것이며, (B-A)는 ② 전체 자료 사용 vs. 6개월 이상 응답이라는 표본의 차이 때문에 발생하는 것이다.

1. 6개월 이상 조사에 응한 표본을 대상으로 월 단위 기준으로 분석

<부록표 1-1> 계층별 기본 통계가 제시되어 있다. 6개월 이상에 대하여 월평균 자료를 이용하여 분석한 본문 <표 6-3>와 비교하면, 전체를 기준으로 할 때는 별 다른 차이가 없음을 알 수 있다. 다만 각 계층별로 비교하면, 가계지출액과 비의료 소비지출액은 본문 <표 6-3>의 결과와 제법 차이가 있는 계층들이 존재한다. 월 단위 자료를 기준으로 한 <부록표 1-1>의 값이 평균을 적용한 경우보다(<표 6-3> 참조) 1분위 계층의 경우는 더 작으며, 10계층의 경우는 더 크다. 이는 본문 <표 6-3>의 경우는 6-12개월 간의 평균을 사용하였기 때문에 월별 자료에 비하여 변이 (variation)가 작기 때문에 발생한 결과이다.

〈부록표 1-1〉 계층별 기본 통계(월별자료, 단위: 명, 세, 천원)

소비기준	가족 수	가구주연령	가계지출액	비의료소비지출액
1분위	2.8	56.3	676.3	416.0
2분위	3.2	48.0	1,113.4	677.7
3분위	3.4	45.7	1,398.3	852.5
4분위	3.4	45.0	1,646.3	998.7
5분위	3.5	44.5	1,904.5	1,164.1
6분위	3.5	44.1	2,185.4	1,340.3
7분위	3.5	44.3	2,497.5	1,527.9
8분위	3.5	44.4	2,898.3	1,773.5
9분위	3.5	44.5	3,546.4	2,189.6
10분위	3.3	46.5	6,249.0	4,024.0
전체평균	3.4	46.3	2,411.6	1,496.4
표본수	80,495			

다음으로 <부록표 1-2>에는 의료비지출액, 가계지출 중의 의료비 비중, 의료비 과부담가구 비율이 제시되어 있다. 이와 대응되는 본문의 자료는 다수의 표에 분산되어 있다. 비교의 편의를 위하여 다수의 표에 분산되어 있는 자료를 모아서 <부록표 1-3>으로 함께 제시한다.

〈부록표 1-2〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율(월별자료, 단위: 천원, %)

소비기준	의료비지출1	의료비지출2	의료비지출 비중1	의료비지출 비중2	과부담 의료비 가구비율(의료비 1)
1분위	86,449	76,145	9.10	7.93	10.41
2분위	82,494	68,711	5.51	4.43	4.26
3분위	79,721	64,323	4.52	3.54	2.86
4분위	80,451	63,661	4.02	3.09	2.41
5분위	82,123	65,394	3.57	2.78	1.79
6분위	93,981	73,129	3.57	2.70	1.81
7분위	95,388	73,078	3.27	2.44	1.53
8분위	99,963	76,521	3.02	2.26	1.32
9분위	118,122	92,650	2.87	2.18	1.21
10분위	145,648	113,163	2.29	1.73	1.12
전체 평균	96,434	76,677	4.17	3.31	2.87
표본수	80,495				

〈부록표 1-3〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율(평균자료, 단위: 천원)

소비기준	의료비지출1	의료비지출2	의료비지출비중1	의료비지출비중2	과부담가구비율
1분위	72,455	62,446	8.09	6.96	6.24
2분위	81,316	65,982	5.82	4.69	2.08
3분위	76,994	62,216	4.55	3.66	0.64
4분위	78,708	62,064	4	3.13	0.32
5분위	87,087	68,977	3.97	3.13	0.64
6분위	94,014	73,968	3.85	3.02	0.16
7분위	96,108	74,659	3.49	2.69	0.16
8분위	111,800	84,980	3.59	2.71	0.32
9분위	122,649	97,440	3.32	2.62	-
10분위	152,734	116,891	2.87	2.17	-
평균	97,394	76,967	4.36	3.48	1.05
표본수	6,257				

<부록표 1-2>와 <부록표 1-3>을 비교하면 상당히 흥미 있는 차이를 발견할 수 있다. 먼저 의료비지출의 절대 금액은 두 표에서 큰 차이가 없음을 알 수 있다. 그리고 의료비 비중은 월별자료를 기준으로 한 <부록표 1-2>가 평균을 기준으로 한 <부록표 1-3>에 비하여 분산이 작게 - 즉 하위계층의 의료비비중은 월별 기준에서 더 높고, 상위계층의 의료비비중은 평균 기준에서 더 높음 - 나타나고 있으나 두 표 사이에 두드러진 차이는 없다.

그런데 과부담가구 비율을 보면 <부록표 1-2>가 <부록표 1-3>에 비하여 과부담가구 비율이 상당히 높게 나타나고 있음을 알 수 있다. 전체 평균의 경우 <부록표 1-2>에서는 과부담가구 비율이 2.88였으나, <부록표 1-3>에서는 각각 1.05로 나타나서 2배 이상의 차이가 있고 이와 같은 차이는 고소득계층에서 더욱 심하다는 것을 알 수 있다. 즉, 월 단위를 기준으로 할 경우에는 평균을 기준으로 할 때보다 과부담가구 비율을 높게 추정하게 됨을 알 수 있다. 또한 고소득계층일수록 이러한 차이가 매우 큰데, 이는 월별 자료를 분석할 경우에는 상대적으로 고소득계층에서 과부

담가구 비율이 더 높음을 의미하고 결과적으로국 과부담가구 비율의 소득 계층별 격차를 과소 추정할 위험이 있음을 알 수 있다.

2. 전국가계조사 전체 자료를 이용한 월 단위 기준의 분석(기존 연구의 방법)

<부록표 1-4> 및 <부록표 1-5>는 <부록표 1-1> 및 <부록표 1-2>와 동일한 분석을 전국가계조사 전체 자료를 이용하여 분석한 것이다. 즉 <부록표 1-1> 및 <부록표 1-2>는 6개월 이상 응답한 가구만을 대상으로 매월을 기준으로 분석한 것임에 비하여 <부록표 1-4> 및 <부록표 1-5>는 전체 표본을 대상으로 매월을 기준으로 분석한 것이다. 따라서 <부록표 1-4> 및 <부록표 1-5>의 분석에서는 <부록표 1-4> 및 <부록표 1-5>에 비하여 표본 수가 증가하였다.

그런데 <부록표 1-4> 및 <부록표 1-5>의 결과는 각각 대응되는 <부록표 1-1> 및 <부록표 1-2>의 결과와 상당히 유사하다. 따라서 기존의 연구 방법(전체 표본 이용, 매월 기준)과 본 연구의 방법(6개월 이상 응답가구만 사용, 월평균 기준)의 차이에 따른 결과의 차이는 주로 매월 기준과 월평균 기준이라는 차이에 의하여 발생한 것이며, 전체 표본 사용 대비 6개월 이상 응답가구 사용이라는 차이에 의해서는 별 다른 차이가 발생하지 않았음을 알 수 있다.

〈부록표 1-4〉 계층별 기본 통계(전체 표본, 단위: 명, 세, 천원)

소비기준	가족 수	가구주연령	가계지출액	비의료소비지출액
1분위	2.7	56.2	670.5	413.8
2분위	3.2	48.0	1,103.3	672.8
3분위	3.4	45.7	1,388.6	847.8
4분위	3.4	45.0	1,638.6	997.9
5분위	3.5	44.4	1,892.6	1,159.6
6분위	3.5	44.0	2,174.5	1,335.6
7분위	3.5	44.1	2,486.1	1,523.2
8분위	3.5	44.3	2,891.4	1,772.0
9분위	3.5	44.4	3,536.6	2,186.6
10분위	3.3	46.4	6,263.4	4,037.1
전체평균	3.4	46.3	2,404.6	1,494.7
표본수	87,705			

〈부록표 1-5〉 계층별 의료지출과 과부담가구 비율(월별자료, 단위: 천원, %)

소비기준	의료비지출1	의료비지출2	의료비지출 비중1	의료비지출 비중2	과부담 의료비가구 비율(의료비1 기준)
1분위	86,981	76,749	9.14%	7.95%	10.50%
2분위	80,976	67,179	5.48%	4.40%	4.20%
3분위	78,903	63,625	4.51%	3.53%	2.88%
4분위	83,698	66,784	4.09%	3.15%	2.49%
5분위	81,082	64,099	3.57%	2.76%	1.65%
6분위	93,431	72,887	3.57%	2.71%	1.85%
7분위	94,450	72,394	3.26%	2.44%	1.54%
8분위	100,255	77,139	3.03%	2.28%	1.37%
9분위	119,443	93,623	2.90%	2.21%	1.25%
10분위	142,807	110,515	2.25%	1.69%	1.06%
전체평균	96,203	76,500	4.18%	3.31%	2.88%
표본수	87,705				

[부록 2]

2005년도 자료에 대한 소득계층별 의료비 지출 행태 분석

2005년도 전국가계조사의 경우 모든 가구에 대한 소득이 제공되어 있다. 따라서 2005년도 자료에 대해서는 별도로 소득(경상소득 기준)으로 10분위 계층을 구분하여 의료비 지출 행태를 비교하였다. 그 결과는 다음과 같다.

〈부록표 2-1〉 소득계층별 의료비 지출 행태(단위: 원)

소득계층	의료비1	의료비2	소득대비 의료비1의 비중	소득 대비 의료비2의 비중
1분위	74,213	61,823	91.0%	74.9%
2분위	78,720	64,402	6.2%	5.1%
3분위	91,075	73,861	5.5%	4.5%
4분위	79,230	63,160	3.9%	3.1%
5분위	99,995	79,512	4.2%	3.4%
6분위	88,937	70,038	3.2%	2.5%
7분위	97,686	76,592	3.1%	2.4%
8분위	108,399	83,918	3.0%	2.3%
9분위	118,570	91,258	2.8%	2.1%
10분위	137,044	105,064	2.2%	1.7%
전체평균	97,394	76,967	12.4%	10.1%
표본수	6,257			

<부록표 2-1>을 보면 소득대비 의료비 지출 비중은 소비 대비 의료비 지출 비중과 (특히 최하위 소득계층의 경우) 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 이는 저소득계층의 경우 입원 등으로 큰 몫의 의료비지출이 이루어질

경우에, 소득을 초과하는 경우가 발생하기 때문이다. 반면에 소비 대비 비중의 경우는, 의료비 지출 자체가 소비에 포함되므로, 아무리 의료비지출이 크더라도 100%를 초과하지는 않는다.

<부록표 2-2> 소득계층별 의료비 과다지출 가구 비율

소득계층	과부담가구1	과부담가구2	과부담가구1-1	과부담가구1-2
1분위	3.84%	3.36%	25.60%	21.44%
2분위	2.08%	1.60%	8.95%	6.71%
3분위	1.92%	1.44%	7.19%	5.59%
4분위	0.80%	0.48%	3.84%	3.20%
5분위	0.80%	0.80%	4.15%	2.88%
6분위	0.64%	0.48%	1.92%	1.92%
7분위	0.32%	0.32%	2.08%	1.76%
8분위	0.16%	0.16%	1.28%	1.12%
9분위	-	-	0.64%	0.48%
10분위	-	-	0.16%	-
전체평균	1.05%	0.86%	5.58%	4.51%
표본수	6,257			

과부담가구1은 의료비지출1을 기준으로 식료품비를 제외한 소비지출액 중의 의료비지출 비중이 40% 이상인 가구의 비율이며, 과부담가구2는 의료비지출2를 기준으로 식료품비를 제외한 소비지출액 중의 의료비지출 비중이 40% 이상인 가구의 비율이다.

과부담가구1-1은 의료비지출1을 기준으로 경상소득 중의 의료비지출 비중이 15% 이상인 가구의 비율이며, 과부담가구2는 의료비지출2를 기준으로 경상소득 중의 의료비지출 비중이 15% 이상인 가구의 비율이다.

소득을 기준으로 할 경우는 소비를 기준으로 할 경우에 비하여 과부담 가구 비율이 크게 증가하며, 이는 저소득계층에서 더욱 두드러진다는 것을 알 수 있다.

한편 다음의 <부록표 2-3>에는 소득계층별 의료비 세부 항목 비중이 제시되어 있다. 세부항목 비중은 (본문에 제시된) 소비를 기준으로 계층

구분을 한 경우와 큰 차이는 없음을 알 수 있다.

〈부록표 2-3〉 소득계층별 의료비 세부 항목 비중(한약 및 한방 제외)

소득계층	약제비	외래	입원	치과	계
1분위	40.67%	41.18%	8.50%	9.65%	100%
2분위	38.18%	42.62%	8.89%	10.32%	100%
3분위	35.06%	42.58%	9.10%	13.26%	100%
4분위	36.38%	42.38%	6.98%	14.26%	100%
5분위	33.38%	41.92%	9.64%	15.06%	100%
6분위	33.71%	43.63%	6.53%	16.13%	100%
7분위	34.66%	42.09%	6.76%	16.49%	100%
8분위	33.11%	42.69%	7.54%	16.66%	100%
9분위	29.88%	43.20%	6.94%	19.98%	100%
10분위	31.04%	39.43%	7.72%	21.81%	100%
전체평균	34.60%	42.17%	7.86%	15.37%	100%

[부록 3]

FGI 토의용 질문지

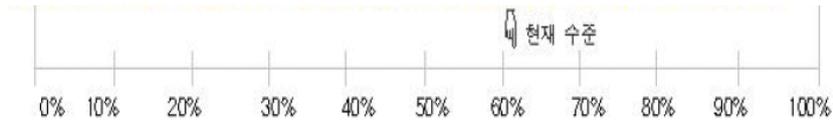
1. 귀하는 다음 두 문장 중 어떤 것이 귀하의 평소 생각과 보다 일치한다고 생각하십니까?

- ① 질병치료는 개인의 책임이다 (국민 개인의 의료비용을 조달할 책임은 개인에게 있다)
- ② 질병치료는 사회적 책임이다. (건강은 국민의 기본적인 권리이므로 국민의 건강, 증진, 회복시킬 책임은 사회구성원이 나누어 져야 한다)

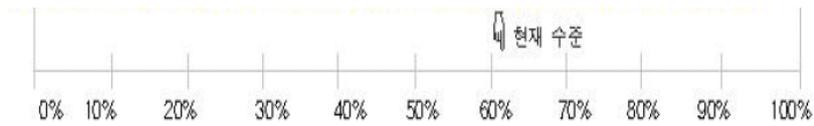
==> 혹시, 토의 후에 귀하의 의견이 변화하였으면 이곳에 표시해 주십시오.

- ① 질병치료는 개인의 책임이다 (국민 개인의 의료비용을 조달할 책임은 개인에게 있다)
- ② 질병치료는 사회적 책임이다. (건강은 국민의 기본적인 권리이므로 국민의 건강, 증진, 회복시킬 책임은 사회구성원이 나누어 져야 한다)

2. 2007년 현재 국민건강보험은 전체 의료비의 약 63% 정도를 보장해 주고 있습니다. 나머지 37%는 환자 본인이 직접 부담했거나 민간의료보험을 통해 지불되었습니다. 귀하는 향후 국민건강보험이 대략 몇 %정도를 보장해주는 것이 바람직하다고 생각하십니까?



==> 혹시, 토의 후에 귀하의 의견이 변화하였으면 이곳에 표시해 주십시오.



3. 다음은 보장성 강화에 대한 상반된 의견입니다. 귀하는 다음 두 문장 중 어떤 것이 귀하의 평소 생각과 보다 일치한다고 생각하십니까?

- ① 전 국민에게 일괄적으로 혜택이 가도록 확대되어야 한다 (예: 식대, 본인부담금 인하, 본인부담 상한제 등)
- ② 우선순위(집단별, 항목별, 대상별 등)를 정해서 순차적으로 확대해간다

==> 혹시, 토의 후에 귀하의 의견이 변화하였으면 이곳에 표시해 주십시오.

- ① 전 국민에게 일괄적으로 혜택이 가도록 확대되어야 한다 (예: 식대, 본인부담금 인하등)
- ② 우선순위(집단별, 항목별 등)를 정해서 순차적으로 확대해간다

4. 다음에 제시된 2 유형의 환자(들)의 사례를 보시고 아래의 질문에 답해 주십시오.

사례 A	사례 B
<ul style="list-style-type: none"> ■ 가난해서 건강보험료도 체납할 정도인 가정의 선천성 혈우병 환자 (3세) ■ 장 수술 후 출혈 때문에 혈우병 지정 의료 시설인 A병원에 입원 ■ 약 100일간의 혈액응고 주사제 치료로 18억 8천만 원의 진료비 발생 ■ 즉각적인 치료를 받지 않으면 생명을 잃게 됨 ■ 치료비로 인한 본인부담금 (건강보험에서 부담한 비용 제외) 1천만 원 체납 ■ 고가의 치료에도 불구하고 (현재의 의술로는) 완치불가능하고 재발 가능성이 있고 그때마다 생명연장을 위한 치료비 필요 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 위암 수술 대기 중인 40, 50대 기혼 남성 환자 200명 ■ 대부분 가족의 생계를 책임지던 가장들이고 직장의 중견간부로서 재직 중 발병하여 휴직 ■ 발병 전까지 과도한 음주와 흡연을 즐겼고 운동 등의 건강관리는 소홀히 함 ■ 수술을 받을 경우 완치 확률이 높음 ■ 수술 후 건강에 해로운 과거의 나쁜 습관을 고친다면, 추후 재발할 가능성도 낮음

* 혈우병 환자(사례 A)의 치료비로 지출될 금액으로 위암환자 200여명 (사례 B)의 수술비를 충당할 수 있음

보험재정의 악화로 위의 사례들 중 하나만을 지원해야 한다면 귀하는 공공보험의 재정으로 누구를 우선적으로 지원해야한다고 생각하십니까?

- ① 사례 A: 우선 3살난 혈우병 환자부터 지원한다
- ② 사례 B: 우선 200명의 위암환자들을 위한 수술비로 지원해야 한다.
- ③ 이런 문제에 대한 결정은 신의 영역이다. 차라리 동전을 던져서 결정해야 한다.

==> 혹시, 토의 후에 귀하의 의견이 변화하였으면 이곳에 표시해 주십시오.

- ① 사례 A: 우선 3살난 혈우병 환자부터 지원한다
- ② 사례 B: 우선 200명의 위암환자들을 위한 수술비로 지원해야 한다.
- ③ 이런 문제에 대한 결정은 신의 영역이다. 차라리 동전을 던져서 결정해야 한다.

5. 다음 중 공공보험이 우선적으로 지원해야 할 항목은 무엇이라고 생각하십니까? 중요하게 생각되는 순서대로 2 가지만 골라주십시오.

토의 전

1순위	2순위

토의 후

1순위	2순위

- 1) 정신적, 경제적으로 환자가족들이 감당하기에 **너무 큰 부담이 되는 질병**이나 장애
 예: 정신질환, 신체장애, 치매와 같은 노인성 질환, 당뇨병 등 만성질환
- 2) 가족이 없는 환자나 의료혜택을 제대로 받지 못하는 **소외계층**에게 무료진료 제공
 예: 소년소녀가장, 독거노인, 산간/도서지역주민, 의료급여 대상자
- 3) 비용이 많이 들고 치료효과는 낮으나 **생명의 위협을 받는 위급한** 환자
 예: 혈우병, 신장투석, 항암치료, 박테리아 감염 등 즉각적 치료 요구 등
- 4) **모든 국민이 혜택을** 받을 수 있도록 일괄적으로 의료비 부담을 줄이는 방안

예: 의료비부담 상한제, 특진비, 병실료와 식대, 보험료 인하, 출산비용

- 5) 국가적 차원의 건강수준을 향상하기 위해 **치료효과**가 큰 질병부터 우선적 지원

예: 치료를 통해 더 건강하게 오랫동안 살아갈 수 있는 사람지원
희귀한 질병보다는 다수의 국민이 걸리는 질병 지원
치료비가 덜 드는 다수의 환자들부터 지원
건강검진, 예방접종, 전염병 예방 등 보건사업 지원

- 6. 최근 인구의 고령화, 의료기술의 발전 및 의료수요의 증가로 인해 국민들의 의료비 지출이 급증하고 있지만 건강보험 재정만으로는 이를 충족하기 어려울 수 있습니다. 귀하는 다음 중 추가적인 재원을 마련하기 위한 여러 방안 중 어떤 것을 가장 선호하십니까? 2개를 순서대로 골라주십시오.

토의 전

1순위	2순위

토의 후

1순위	2순위

- 1) 병의원을 이용하는 개인 환자들이 개별적으로 추가 부담한다
- 2) 민간의료보험을 통해 추가 부담한다
- 3) 담배에 부과되는 건강증진부담금의 인상한다
- 4) 의료보장 지원을 늘리기 위해 국가예산의 다른 부분 축소 (예: 교육, 국방, 산업, 경제)
- 5) 건강보험료를 인상하여 국민모두가 부담한다
- 6) 사회보장세 신설 등을 통해 국민이 납부하는 세금을 인상한다

7. 다음과 같은 사항에 대한 결정을 아래의 집단 중 누가 결정해야 된다고 생각하십니까?

1. 보험료를 지불하는 일반국민
2. 공익을 대표하는 시민단체
3. 치료를 책임지고 있는 의사
4. 보건복지 정책 전문가인 학자
5. 국민의료 전반을 주관하는 정부(보건복지부)
6. 건강보험을 관리하는 건강보험공단
7. 국민전체를 대표하는 국회의원

A) 건강보험재원이 부족한 경우 우선적으로 지원할 **치료항목**(예: MRI, 식대, 예방접종)을 선별해야 한다면 그 우선순위에 대한 결정

토의 전: () 토의 후: ()

B) 건강보험재원이 부족한 경우 우선적으로 지원할 **환자집단**(예: 유아, 노인, 빈곤층 등)을 선별해야 한다면 그 우선순위에 대한 결정

토의 전: () 토의 후: ()

C) 건강보험재원이 부족한 경우 우선적으로 지원할 **질병**(예: 암, 심장질환, 당뇨병, 정신질환 등)을 선별해야 한다면 그 우선순위에 대한 결정

토의 전: () 토의 후: ()

D) 건강보험료 인상 수준에 관한 결정

토의 전: () 토의 후: ()

