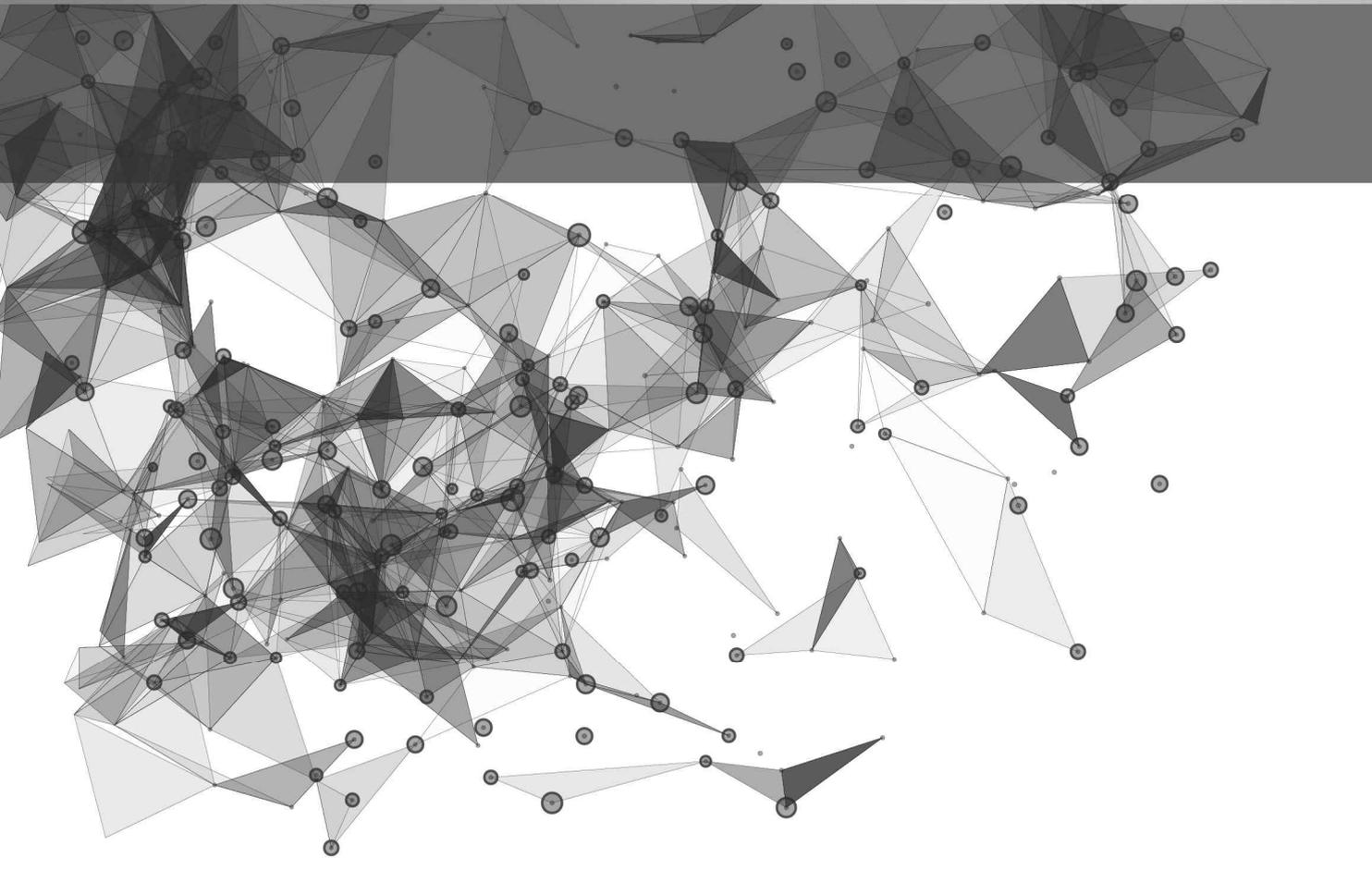


정부 건강보험 보장성 확대방안의 현황과 과제



김계현

의료정책연구소 연구위원
kh615@kma.org



I. 서론

2017년 8월 9일 대통령은 난치병으로 어려움을 겪고 있는 어린이와 청소년, 그 가족들이 있는 서울 성모병원을 찾아 건강보험 보장성 확대방안을 발표하였다. 국민의 건강과 생명을 지키는 것은 국가의 기본적인 책무라며 치료비의 많은 부분을 차지하는 비급여 문제를 우선 해결하고, 미용·성형 외의 것은 모두 건강보험을 적용하겠다고 밝혔다. 이후 윤곽을 드러낸 ‘건강보험 보장성 확대방안’ 일명 ‘문재인 케어’의 추진을 두고 많은 논란이 이어지고 있다.¹⁾

금번 대책은 크게 3가지로 비급여 해소 및 발생 차단, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리, 긴급 위기상황 지원 강화이다. 먼저 비급여 해소 및 발생 차단을 위한 세부 방안은 ① 모든 의학적 비급여는 건강보험으로 편입, ② 국민부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소, ③ 새로운 비급여 발생 차단이고, 개인의 의료비 부담 상한액 적정 관리를 위한 추진 방안은 ① 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화, ② 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정이다. 마지막으로 긴급 위기상황 지원강화를 위한 추진 방안은 ① 재난적 의료비 지원 제도화, ② 제도간 연계 강화이다.

건강보험 보장성 확대방안 발표에 대한 반응은 다양하지만, 가장 큰 우려는 기존의 ‘비급여 점진적 해소’에서 ‘비급여 완전 해소’로 전환한 일명 ‘비급여의 급여화’를 전면에 내세웠다는 점과 투입하겠다는 재원의 타당성 및 정확성, 정부의 일방적인 정책 발표라는 점이다. 이에 관련 전문가 단체, 학계에서도 우려의 목소리가 제기되었고, 국회 예산정책처도 금번 보장성 확대방안은 장기적인 재정 부담

을 초래하고, 국민부담도 증가한다는 측면에서 국회의 충분한 논의과정을 거쳐 결정될 수 있도록 관련 절차가 필요하다고 지적하였다.²⁾

이에 본 고에서는 정부의 건강보험 보장성 확대방안의 전반적인 내용을 살펴보고, 향후 과제를 검토하고자 한다.

II. 건강보험 보장성 확대방안의 내용

건강보험제도에서 보장성을 강화하는 것은 지속적으로 추진되어 온 정책방향이다. 그러나 정부는 이전과는 다른 건강보험 보장 패러다임 전환을 내세우면서, 이전 정부가 표방한 비급여의 ‘점진적 축소’를 ‘완전 해소’로, 기존 ‘4대 중증질환 중심의 보장’을 ‘질환 구분 없는 보편적 보장’으로 전환하였다. 특히 이를 위해 정부는 2022년까지 총 30.6조 원의 건강보험 재정을 투입할 계획이며, 재원은 국민건강보험법에서 규정하고 있는 국고지원 확대와 보험료 부과기반을 확대하겠다고 밝혔다. 건강보험 보장성 강화를 위한 세부 대책은 다음과 같다.

1. 비급여 해소 및 발생 차단

정부는 우리나라 건강보험 보장률이 개선되지 못하는 주요 원인은 보험 적용이 되지 않는 비급여 항목이 지속적으로 증가하기 때문이라고 보고, 미용·성형 등을 제외한 의학적 필요성이 있는 모든 비급여는 건강보험 급여 또는 예비급여 항목으로 편입한다는 계획이다. 예비급여 항목은 효과는 있

1) 이규식, 문재인 케어 성공을 위한 조건, 건정연 Issue Paper, 2018. 4. p.1.

2) 국회예산정책처, 2018년도 예산안 분석 종합, 2017. 10. p.8.

나 가격이 높아 비용효과성이 떨어지는 경우로 본인부담률을 30~90%로 차등하여 급여화하고, 3~5년 후 평가하여 급여, 예비급여, 비급여 여부를 결정한다. 또한 국민의 부담이 큰 3대 비급여(선택진료료, 상급병실료, 간병)에 대해서는 2018년까지 선택진료료를 완전히 폐지하고, 상급병실료는 단계적으로 급여 항목으로 전환하며, 간호·간병통합서비스 제공병상을 대폭 확대하여 간병 부담을 줄인다는 계획이다. 한편, 새로운 비급여의 발생을 차단하기 위해 신포괄수가제 적용 의료기관을 확대할 계획이다. 신포괄수가제는 기존 행위별수가제와 달리 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생한 진료비를 묶어서 미리 정해진 금액을 지불하는 방식으로 새로운 의료행위를 추가할 수 없는 구조로 비급여 총량을 관리하기에 효과적인 제도라는 것이다.

2. 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리

개인이 부담하는 의료비 부담을 줄이기 위한 방안으로는 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화방안과 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 개선이 추진된다.

취약계층 대상별로 먼저 노인의 경우 대통령의 공약사항이기도 했던 ‘치매국가책임제’를 뒷받침할 수 있도록 관련 검사들을 급여화하고 중증 치매 환자의 본인부담률을 낮춘다. 또한 노인들의 틀니와 치과임플란트의 본인부담률도 50%에서 30%로 인하한다.

아동·청소년 대상에서는 아동 입원진료비 본인부담 경감의 적용대상과 그 폭을 확대하여 기존 6세 미만 입원진료비에 적용하던 본인부담 10%를 15세 이하 5% 부담으로 경감하고, 어린이들을 위한 재활의료인프라를 확충한다.

여성을 대상으로는 만 44세 이하 여성에게 소득수준에 따라 정부 예산으로 지원하던 난임시술(인공수정, 체외수정)을 2017년 10월부터 건강보험에서 급여하고, 요구도가 높은 부인과 초음파는 모든 여성을 대상으로 건강보험 적용을 확대한다. 또한 장애인을 대상으로는 보조기 급여대상을 확대하고, 의료비 부담을 완화하기 위한 방안을 모색한다.

다음으로 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정을 위해 기존의 본인부담 상한제도를 개선하여 경제적 능력을 감안한 적정수준의 의료비를 부담하도록 소득 하위 50% 계층에 대한 건강보험 의료비 상한액을 연소득의 10% 수준을 인하할 예정이다.

3. 긴급 위기상황 지원 강화

긴급 위기상황에 대한 지원으로 재난적 의료비 지원제도를 확대하고 제도간 연계성을 강화한다. 중증질환에 대해 한시적으로 시행하던 재난적 의료비 지원 사업을 제도화하여 소득 하위 50%를 대상으로 모든 질환에 대하여 지원을 확대하고, 위기 상황에서 필요한 환자에게 다양한 의료비 지원 사업이 적절하게 지원될 수 있도록 공공·대형병원에 사회복지팀을 설치하여 퇴원 시에도 지역사회의 복지 자원과 연계될 수 있도록 한다.

한편 보장성 강화방안의 실효성 제고를 위한 병행과제로 의료전달체계 개편과 일차의료 강화, 안정적인 진료 환경 조성, 의료 질 개선 등을 추진한다고 밝히고, 비급여가 수익보전으로 활용됐던 현실을 감안하여, 의료계의 자발적 참여를 유도할 수 있도록 적정하게 수가를 보상하되, 전문인력 확충, 필수 의료 서비스(환자안전, 수술·분만·감염 등) 강화 등과 연계하여 추진한다는 계획을 밝혔다.

III. 정부 건강보험 보장성 확대방안의 쟁점

2,900여개의 치료재료, 700여개의 의료행위로 구성되어 있다.⁴⁾

1. 모든 의학적 비급여의 건강보험 편입의 문제

2) 비급여 전면 급여화의 문제

1) 비급여의 개념과 현황

건강보험제도의 보장성을 확대하기 위해서 비급여 항목 중 건강보험제도의 원리와 취지에 부합하는 의료행위(항목)들을 급여화 하는 것은 중요한 문제이다. 그러나 건강보험제도는 가입자의 보험료를 주요 재원으로 하고, 그 재원은 한정되어 있기에 급여화에는 명확한 원칙이 있어야 한다.

보험급여란 건강보험제도에서 건강보장을 실현하는 것으로 건강보험의 적용 대상항목을 의미한다. 현행 국민건강보험법에는 보험급여에서 제외되는 사항을 '비급여'로 규정하는데 여기에는 '업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 등, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위 등, 보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우와 건강보험급여 원리에 부합하지 않은 경우의 행위 등, 건강보험제도의 여건상 보험급여로 인정하기 어려운 경우 등'으로 규정되어 있다.³⁾ 즉, 현행 규정에 의해 비급여는 국민 의료보장 수단으로서의 건강보험제도 취지와 원리에 부합하지 않는 행위 등과 일부 여건상 보험급여로 인정하기 어려운 행위, 약제, 치료재료 등을 포함한다.

현행 규정상 그 기준은 '안전성, 유효성 및 경제성'의 부합 정도, 또는 이용 빈도, 비용 부담, 대체 기술과의 비교 효과, 사회적 요구 등이다. 그러나 현재 의학적 비급여 3,600여개 항목에는 건강보험 급여 영역으로 포함되기에는 유효성의 근거가 부족하거나 없는 행위도 있다. 허대석(2017) 연구에 의하면 비급여 행위 중 의학적 근거가 있다고 정부가 인정한 '등재 비급여' 행위 485개가 이미 선정되어 있고 우선적으로 예비급여가 진행될 예정인데, 이 중 내시경초음파, 수술 중 초음파 등은 근거가 있으나, 아직 근거가 충분하지 못한 것이 대부분이라는 지적이다.⁵⁾ 또한 비급여 항목은 당초 3,800여개라는 발표에서 일부 조정되어 3,600여개로 논의되고 있는데, 비급여는 그 현황과 규모를 파악하는 것 자체가 불가능한 것으로 비급여를 전면 급여화 한다는 것 자체가 현실성이 떨어지는 계획이라 할 수 있다.

2014년 연구에 의하면 비급여 유형은 항목 비급여(전체 중 21.9%), 기준 초과 비급여(32.7%), 법정 비급여(32.9%), 합의비급여(6.1%), 미분류 비급여(6.2%)로 크게 5가지 유형이고, 정부는 이 중 항목 비급여와 기준 초과 비급여를 의학적 비급여로 보아 급여로 전환하겠다는 것이며 법정비급여 부분도 폐지 또는 급여화 중에 있다. 특히 정부가 전환계획을 밝힌 의학적 비급여 항목은 약 3,600여개로

한편 비급여 제도의 운영은 건강보험재정 한계의 문제이기도 한데, 재정이 특별히 더 늘어날 여지가

3) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 보건복지부령 제515호 2017.9.1., 일부개정 [별표 2] 비급여대상

4) 손영래, 건강보험 보장성 강화정책 방향, HIRA 정책동향 제12권 1호, 2018. 2. p.12.

5) 허대석, 문재인 케어의 환상, 대한의사협회지 2017;60(12):936-939.

없는 상황에서 비급여의 전면 급여화에 대한 보다 현실적인 검토가 필요하다.

3) 비급여 발생 차단의 문제

비급여가 환자에게 부담이 되는 것이긴 하나 비급여 항목은 의료기술의 발달과 함께 자연스러운 것이다. 즉, 의료기술이 발달하면 새로운 의료행위 및 치료재료 등이 개발되는 것으로 현행 체계에서는 새로 개발된 의료기술은 신의료기술평가 절차를 통해 안전성과 유효성이 인정되면 임상현장에서 의료서비스로 제공될 수 있고, 일정 기준과 절차에 따라 급여 여부를 결정하게 된다.⁶⁾ 특히 안전성과 유효성이 인정된 신의료기술은 비급여로 의료현장에서 적용할 수 있고, 이러한 기전은 신의료기술 발전의 동력이 될 수 있다. 이로 인해 비급여 행위 발생 자체를 차단하는 것은 의료기술의 발전을 저해하는 결과를 초래할 수도 있다.

한편 우리나라에서 비급여 행위는 여러 가지 의미가 있다. 먼저 의료기관에 제공하는 건강보험의 보상수준이 낮아 그간 정부가 의료기관의 경영상의 보전을 위해 비급여를 일부 인정한 측면이 있다. 또한 한국의 급성기 의료(acute care)의 질이 최고 수준이 된 것은 비급여가 기여한 부분도 있다.⁷⁾ 이에 비급여를 부정적인 시각으로만 보는 것도 문제가 있다.

2. 예비급여제도의 문제

1) 선별급여제도와 차별성

정부는 비급여를 전면 급여화하는 과정에서 효과적이거나 가격이 높아 비용효과성이 떨어지는 비급여는 본인부담률을 30~90%로 차등하여 예비급여로 적용하고, 이후 평가를 통해 다시 급여, 예비급여, 비급여 여부를 결정하기로 하였다.

예비급여제도는 2014년 7월부터 도입된 선별급여제도와 유사하다. 선별급여제도는 4대 중증질환을 대상으로 기존 비용 대비 치료효과가 낮아 비급여로 결정된 의료기술 가운데 사회적 요구도가 높은 것을 건강보험 급여 영역으로 끌어들이고 필수 급여 항목보다 본인부담률을 50~80% 수준으로 높은 것이다. 당시 선별급여제도의 도입으로 기존에 급여, 비급여로 이분화되었던 급여결정이 급여, 선별급여, 비급여 3단계로 바뀌었으며, 선별급여로 지정된 진료항목에 대해서는 본인부담 상한제가 적용되지 않고, 3년 주기로 비용효과성을 재평가하여 향후 급여로 전환시킬지 검토하였다.⁸⁾ 그러나 의료기술이 평가를 거쳐 건강보험 급여로 등재되는 절차와 과정, 시간상의 문제 등으로 선별급여는 40여 개만 결정되었다.

2) 급여화 과정상의 절차

현재 정부는 약 3,600여개의 비급여 항목의 단계적 급여화 추진을 목표로 치료에 필수적인 의료는

6) 박종연, 의료기술의 평가와 급여결정 방향, 보건복지포럼, 2017. 6. p.4.

7) 박은철, 문재인 정부의 건강보험 보장성 강화대책, 보건행정학회지, 2017;27(3):191-198.

8) 조수진 외, 합리적 치료재료 보상을 위한 선별급여 확대방안, 건강보험심사평가원, 2015. 12. p.50.

모두 급여화하고, 비용효과성이 미흡한 경우 예비급여로 전환, 치료 필수성이 떨어지는 의료는 비급여로 존치한다는 방향을 밝혔다. 그러나 하나의 비급여 항목이 급여화되는 과정에서는 전문위원회를 구성하여 각 적응증 질환군을 분류하고, 각각의 임상진료지침과 적응증 기준, 경향분석 지표 등을 검토하여 설정한다. 이 기준을 적용한 후에는 일정기간 진료경향 분석을 통해 후속조치 유형별 대상을 선정하고, 이후에도 의료의 질 향상을 위한 조사와 컨설팅, 재정유인 제도 등을 논의해야 한다. 그러나 기존에 행위관련위원회, 급여관련위원회 등 각종 위원회의 논의를 위한 근거 작업, 위원회의 논의 및 결론 등에 걸린 물리적인 시간과 노력 등을 고려한다면 수많은 비급여의 급여화 과정이 5년 안에 가능할지 현실성에 대한 검토도 필요하다.⁹⁾ 또한 수많은 항목을 평가함에 있어 제대로 된 기술평가가 이루어 질 수 있을지에 대한 우려도 있다.

3. 3대 비급여 해소 및 새로운 비급여 발생 차단의 문제

3대 비급여의 건강보험 적용 확대의 정책도 이전 정부에서 확대되어 온 것이긴 하나, 환자의 부담을 낮추는 방향으로의 전환, 민간보험제도와와의 관계 등으로 인해 대형병원으로의 쏠림현상을 가속화 할 수 있다는 지적들이 있고, 실제로 그러한 현상들이 나타나고 있어 이에 대한 대책마련이 필요한 시점이다.

이 외에도 새로운 비급여 발생의 차단을 위해 정부는 신포괄수가제 적용 기관을 확대할 예정인데, 이는 아직 시범사업의 단계로 동 제도의 성과, 비용효과성

등이 명확하지 않은 상태이고, 질병군을 묶어 의료서비스가 적용됨에 따라 환자의 특성 및 중증도를 정확하게 반영하기 어려운 여러 가지 문제들이 있다. 이러한 상황에서 민간의료기관까지 무조건 확대하겠다는 일방적인 정책방안은 전면 재고될 필요가 있다.

4. 소요재정 문제

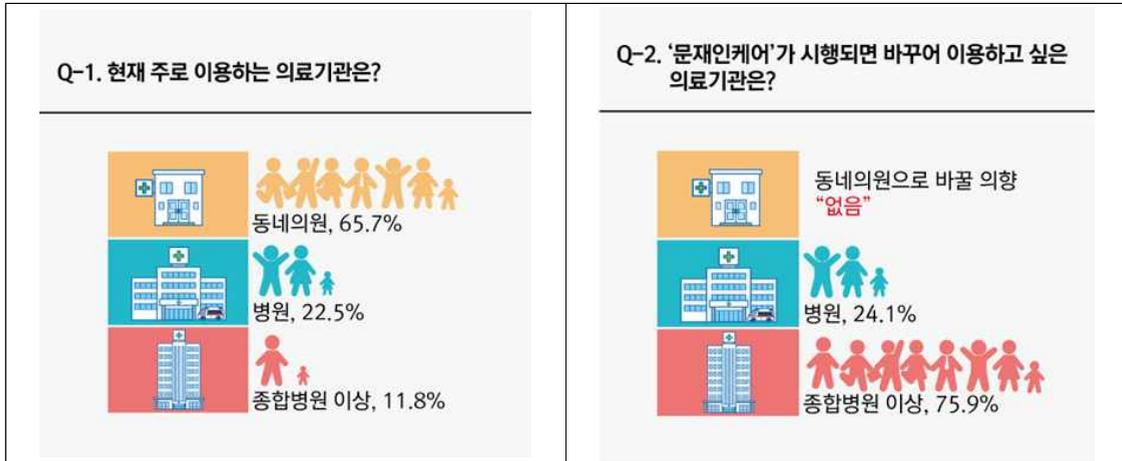
정부는 보장성 70%를 목표로 30.6조원의 재정을 투입할 계획이다. 여기에는 건보법에서 규정하고 있는 국고지원 확대와 20조 원 규모의 건강보험누적 흑자액을 감안하고 있으며, 국민들이 부담하는 보험료의 경우 통상적 수준(평균 3.2%)이면 가능하다는 설명이다. 정부는 보장성 확대를 위한 전체 재정규모는 밝혔으나, 세부 방안별 소요 재정에 대해서는 설명하지 않다가, 2017년 국정감사 과정에서 국회의원들의 요구에 의해 일부 공개되었고, 이후 국회예산정책처에서 발표한 보고서에 관련 재정추계 내용이 포함되었다.

이와 관련하여 의료정책연구소는 소요재정 과소 추계 우려를 표명하였으나 정부는 보도자료를 통해 의료정책연구소의 주장을 반박하고, 충분한 시뮬레이션 결과를 바탕으로 도출한 소요재정이며 다양한 정책적 수단을 통해 안정적으로 재정을 확보할 수 있다고 밝혔으나, 세부 항목에 대한 추계 내용을 투명하게 공개하지 않았다.¹⁰⁾

건강보험 보장성 확대와 관련된 소요재정의 문제는 제도의 지속가능성과 직결되는 문제로 정부는 소요재정의 세부 항목을 투명하게 공개하고 검증할 필요가 있다.

9) 김윤, 비급여의 급여전환 및 관리방안, 건강보험 보장성 강화와 의료체계 혁신포럼 발제자료, NECA, 2017. 11. 10.

10) 이후 토론회, 국정감사 과정에서 점차 공개되긴 하였음.



자료: 의료정책연구소 카드뉴스, 문재인 케어가 본격 시행된다면, 어떤 의료기관을 얼마나 이용할까요?, 2018. 5.

IV. 건강보험 보장성 확대 관련 국민대상 조사 주요결과

의료정책연구소는 건강보험 보장성 확대방안이 전면적으로 시행되기 전과 후의 의료기관 이용변화를 예측하고자 국민 1,000명을 대상으로 구조화된 설문지를 통해 대인면접조사를 실시하였으며,¹¹⁾ 주요결과는 다음과 같다.

먼저 조사대상자의 59.7%는 건강보험 보장성 확대 정책, 이른바 문재인 케어를 들어본 적이 없다고 응답함에 따라 정책에 대한 인지도가 낮았고, 해당 정책에 대한 평가는 긍정평가 비중(39.7%)이 부정평가와 판단보류 합 비중(55.1%)보다 낮았다. 이러한 가운데 조사대상자의 72.9%는 건강보험 보장성 확대를 위해 추가로 건강보험료를 내는 것은 반대한다고 응답하였다.

한편 비급여의 급여화로 보장성이 강화될 경우 비용 부담이 줄어든 환자들의 대형병원 쏠림현상이

심각해 질 수 있다는 우려에 따라 현재 주로 이용하는 의료기관이 어느 곳인지와 보장성이 강화된다면 바꾸고 싶은 의료기관의 유형을 조사하였는데, 다른 의료기관을 이용하겠다는 응답자 중 75.9%가 종합병원 이상(종합병원 54.1%, 상급종합병원 21.8%)을 이용할 것이라고 응답하였다. 즉, 현재 국민들은 동네의원(65.7%), 병원(22.5%), 종합병원급 이상(11.8%)을 주된 의료기관으로 이용하고 있으나, 보장성 확대방안이 본격적으로 시행된 후 다른 의료기관으로의 변경 의향은 의료기관 규모가 작을수록 높게 나타난 반면, 대형병원 이용자일수록 기존 의료기관을 그대로 이용하려는 의향이 강하게 나타났다. 이는 건강보험 보장성 확대방안 시행으로 인해 의료이용량이 늘어나고 대형병원으로의 쏠림현상이 나타날 수 있음을 보여주는 것으로 환자들의 합리적인 의료이용을 유도할 수 있는 정책방안의 필요성을 보여 주는 것이다.¹²⁾

11) 동 조사는 의료정책연구소가 여론조사 전문기관인 글로벌리서치에 의뢰해 지난 1월 16일부터 2월 6일까지 22일간 전국 만 19세 이상 성인 남녀 1,000명을 대상으로 실시하였으며, 95% 신뢰수준에서 표본오차 ±3.1%였음.

12) 김민경 외, 정부의 건강보험 보장성 확대방안에 따른 국민의 의료기관 이용 변화 조사, 의료정책연구소, 2018, 4.

V. 건강보험 보장성 강화를 위한 개선과제

1. 건강보험제도 보장성 확대의 방향성

건강보험제도에서 보장성이란 건강보험이 보장하는 수준 내지 정도를 의미하는 것으로, 연구자마다 다른 정의를 사용하기도 하지만,¹³⁾ 현재 가장 많이 통용되는 보장성, 보장률의 개념은 건강보험이 궁극적 보장해야 하는 진료비 즉, 전체 건강보험 의료비(보험자 부담분+본인 부담분)중 건강보험(보험자)이 부담하는 부분을 말한다. 정부가 목표로 제시한 보장성 70% 달성 역시 이를 기준으로 하고 있다.

1989년 전국민의료보험을 달성한 우리의 건강보험은 급여의 넓이는 완성되었으나, 급여 깊이의 부족, 급여 높이의 부족은 문제로 지적되고 있다.¹⁴⁾ 이에 따라 보장성을 확대해야 한다는 방향성은 그간 유지되어 왔으며, 관련 정책들도 지속적으로 확대되어 왔다.

건강보험제도에서 보장의 정도는 핵심사항에 해당하는 것으로 관련 정책을 설계함에 있어서는 환경의 변화, 건강보험제도가 처해 있는 상황 등을 면밀히 검토해야 한다. 현재 우리나라는 인구의 고령화에 따른 인구구조의 변화, 질병패턴의 변화, 새로운 의료기술의 개발 등이 동시에 이루어지고 있어 적정 보험급여의 범위와 수준은 계속적으로 재구성되어야 한다.

이와 더불어 우리나라의 국민건강보험은 사회보험으로 운영되는 것으로 이는 가입자의 보험료를 재원으로 미래에 직면할 위험(질병, 노령, 사망 등)에 대비하는 것이다. 사회보험으로써 국민건강보험제도를 운영하는 많은 국가들은 이러한 성격을

고려하여 보장성 확대를 위한 원칙을 설정하고 우선순위 항목을 정하는 것이다. 즉, 건강보험제도에서 보장의 정도는 핵심사항에 해당하는 것으로 한정된 자원과 재원 안에서 보장성을 확대하기 위해서는 건강보험이 보장해야 할 필수항목을 파악하여 우선적으로 보장하고, 그 우선순위를 정하기 위한 원칙과 방법론 등을 전문가들과 논의하고 합의할 필요가 있다.

2. 건강보험제도의 개선을 위한 고려사항

우리의 건강보험제도는 초기 전국민 보장을 위한 양적 확대를 위해 저부담-저급여-저수가 체제로 출발하였다. 사회보험의 형태인 건강보험제도는 형평성 있는 비용부담과 적정한 보험급여 제공을 통해 궁극적으로 국민건강 및 사회보장 증진을 도모해야 한다. 이에 정부는 보다 적극적으로 건강보험제도의 적정부담-적정급여-적정수가 체제 개편을 위해 노력해야 한다. 과거 이루어진 보장성 강화 계획에서도 정부는 새롭게 투입할 재원에 대한 약속을 이행하지 않았다.¹⁵⁾¹⁶⁾ 건강보험 보장성 강화를 위한 정부의 의지가 확고하다면 정부는 실질적인 재정 투입 규모 및 재정지원 확대를 선언할 필요가 있다. 또한 국민건강보험법에 규정된 건강보험 국고지원금이라도 먼저 확보하고, 이를 확대할 수 있는 방안을 모색해야 한다.

다음으로 건강보험제도 개선을 위한 장기 종합계획을 준비할 필요가 있다. 2016년 국민건강보험법 일부개정시 건강보험제도의 안정적 운영과 제도의

13) 전체 경상의료비에서 공공재원의 비중으로 설명하기도 하고, 건강보험 일반 요양기관에서의 공공재원 비중으로 설명하기도 함.

14) 정형선 외, 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구, 국민건강보험공단, 2004. p.25.

15) 전철수, 참여정부의 보장성 확대정책의 허와 실, 의료정책포럼 제5권 제3호, 의료정책연구소, 2007. p.10.

16) 정형선, 신정우, 보장성 논의와 보장률의 국제비교. HIRA 정책동향 제5권 제2호, 건강보험심사평가원, 2011. p.17-27.

예측가능성 확보를 위해 5년마다 제도 운영에 관한 중장기 계획을 수립하도록 규정하였다. 종합계획에는 건강보험정책의 기본 목표 및 추진방향, 보장성 강화 계획, 부과체계, 요양급여비용, 건강증진사업, 취약계층 지원, 건강보험제도의 중장기 재정전망 및 운영에 관한 내용이 포함된다(국민건강보험법 제3조의 2). 새 정부 출범에 맞추어 건강보험 보장성 확대방안이 발표되긴 하였으나, 이러한 법적 기반을 토대로 제도 운영 40년을 넘긴 건강보험제도의 종합계획 수립을 위한 논의의 장을 여는 것이 더 중요한 일이 될 수 있다. 이를 통해 현재 한국의 보건의료 현황을 정확히 평가하고, 장기적인 관점에서 정책의 방향과 비전을 설정해야 하며, 정책수단에 대해 전문가 및 국민적 합의를 이룰 수 있도록 노력해야 한다.

VI. 나가며

정부는 이전 정부와는 다른 건강보험 보장 패러다임 전환을 전면에 내세우며, 이전 정부의 비급여 ‘점진적 축소’라는 정책 방향을 ‘완전 해소’로 전환한다고 밝혔다. 비급여를 축소하면서 보장성을 강화하겠다는 방향성은 이전과 동일하나 이전 정부의 정책 방안과는 다른 방향의 패러다임 전환을 내세우다 보니, 비급여의 급여화가 ‘점진적’ 방안이 아닌 ‘완전 해소’, ‘전면 급여화’로 대표되었다.

이는 이전 정부와는 다른 프레임을 갖겠다는 상징적인 의미일 수 있으나, 결국 많은 갈등과 문제를 유발하게 되었다. 또한 비급여를 전면 급여화하면서 국민들의 부담을 덜어주기 위한 세부 대책들이 한국적 의료이용의 특성과 만났을 때 어떠한 부작용이 발생할지에 대한 고려가 부족하였다. 현재 한국의 의료소비자들은 약간의 비용부담 차이만 감수하면 의료기관 선택·이용에 제약이 없으며, 이미 이러한 의료이용 패턴이 몸에 배어 있다. 이러한 상황에서 기존의 비급여 항목들이 급여로 전환될 경우 그 이용량은 증가될 수 있다. 특히, 검토 중인 급여화 예정 항목에 고가의료서비스가 많다는 점을 감안한다면 보험급여 확대에 의해 증가할 의료이용량, 비용인식이 낮아진 환자들의 수도권 대형병원 쏠림현상이 더욱 심화될 수 있으나 이에 대한 대책은 전무하다.

마지막으로 금번 보장성 확대방안 발표에 대한 의료계의 가장 큰 우려는 정부의 발표가 일방적이었는 데 있다. 의료계의 협조가 필수적인 주요 정책들을 발표하면서 의료계의 의견을 수렴하거나 논의하는 과정 없이 일방적으로 발표하였다는 점에서 많은 우려가 있다. 정부는 정책결정과정에서 이해당사자들의 참여 및 논의 구조를 개선해야 하고, 특히 보건의료와 같은 전문분야에 있어서는 의료현장의 목소리를 담을 수 있도록 다양한 형태의 전문가 논의구조를 구상할 필요가 있다.