

KDI 현안분석

**건강보험 보장성 확대과정을 통해 본
건강보험 성과지표와 의사결정의 책무성 문제**

윤희숙 KDI 연구위원

1. 문제제기

□ 근래 건강보험 재정이 악화되고 있으나, 보장성 확대 정책은 건강보험 재정에 가장 직접적으로 영향을 미치는 정책수단임에도 불구하고 의사결정의 근거나 그 파급효과가 적절히 평가되지 않아 왔음.

○ 지출증가에는 인구구조의 변화, 소득증가, 행위별 수가제의 문제점, 정책적 요인 등 다양한 요인을 꼽을 수 있으나, 이 중 정책당국이 대부분 통제할 수 있는 것은 건강보험 급여 결정임.

○ 그러나 재정에 미치는 영향이 큼에도 불구하고, 급여 확대 정책이 보험 재정에 미치는 영향이나 실제적 편익이 그간 제대로 평가된 바 없으며 확대원칙도 공개되지 않고 있음.

○ 반면, 건강보험의 전반적 보장성을 높여야 한다는 주장은 정치적 구호로 강조되어 '의료비 충격으로부터의 보호'라는 본래 정책목표와의 관련성이 상실된 상태

□ 본고는 이러한 현상의 근거에 ①정책목표와 괴리된 성과지표의 사용 고착화, ②정부와 건강보험정책심의위원회(건강심) 관계가 모호하게 설정됨에 따른 의사결정의 책무성(accountability) 부재가 자리하고 있다는 판단 하에 문제점을 파악하고 개선방향을 제안하려 함.

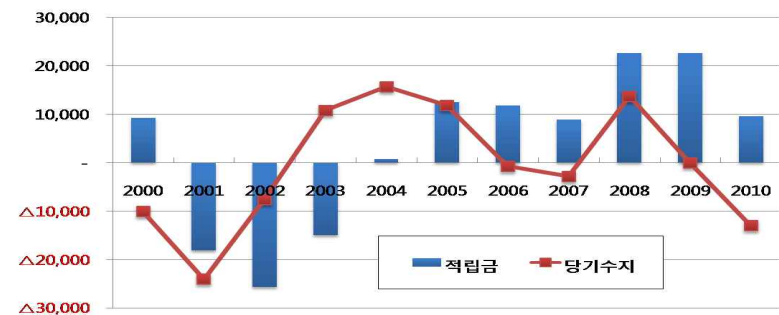
2. 건강보험 재정현황

□ 건강보험 당기수지는 근래 악화·호전을 반복하며 뚜렷한 경향성을 보이지 않으나, 외부자금 유입을 제외한 보험료 수입과 급여지출의 적자는 확대되는 추세

○ 2001년 건강보험 재정위기 이후 당기수지 변동은 ±2조 범위 내에서 변동하고 있으나(그림 1), 국고지원과 담배부담금을 제외한 당기수지는 2000년 이후 적자 상태 지속(표 1)

○ 2005년 이후 보험급여 증가율은 12.9%이나 보험료 수입 증가율은 10.9%에 그쳐 보험료 수입·급여지출간의 불균형은 최근 크게 악화, 2010년 5조 3천억원에 이룸.

[그림 1] 건강보험 당기수지 추이



자료: 보건복지부(2011).

□ 보장성 확대정책은 빠른 의료비 증가와 건강보험 재정수지 악화의 주요인이나, 정책결정의 근거나 성과 등을 공개하고 정책에 환류시키는 시스템은 부재한 상황

- 우리나라의 1인당 의료비 지출 증가율은 OECD 국가 중 두 번째로 높은 수준
- 정부가 건강보험 재정에 직접적인 영향을 미치는 통로인 보장성 확대정책은 직접적 급여비 증가효과와 함께 사용량 증가를 통한 간접적 영향도 큼.
- 그러나 어떤 원칙으로 급여가 결정되고, 각 결정이 재정에 미친 효과가 무엇인지 알려져 있지 않음.
- 이러한 문제는 건강보험 의사결정과정의 문제점에서 파생하는 만큼, 전반적인 책무성 보장 메커니즘(accountability arrangement)을 점검하고 개선방안을 모색할 필요

<표 1> 건강보험재정 추이

(단위: 조원, %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	연평균 증가율		
												00~10	05~10	
수입														
계	9.83	11.93	14.31	17.47	19.41	21.09	23.26	26.05	29.79	31.50	33.95	13.2	10.0	
(전년대비 증가율)		(21.4)	(19.9)	(22.1)	(11.1)	(8.7)	(10.3)	(12.0)	(14.3)	(5.8)	(7.8)			
보험료	7.23	8.86	10.93	13.74	15.58	16.93	18.81	21.73	24.97	26.17	28.46	14.7	10.9	
(전년대비 증가율)		(22.5)	(23.4)	(25.7)	(13.4)	(8.7)	(11.1)	(15.5)	(14.9)	(4.8)	(8.8)			
국고지원금	1.55	2.62	3.01	3.42	3.48	3.69	3.84	3.67	4.03	4.68	4.86	12.1	5.6	
담배부담금	-	-	0.44	0.64	0.63	0.93	0.97	0.97	1.02	1.03	1.06	11.7	2.8	
기 타	1.05	0.45	0.36	0.30	0.35	0.47	0.62	0.65	0.79	0.65	0.64	-4.9	6.3	
지출														
계	10.74	14.11	14.80	15.97	17.33	19.96	22.82	25.89	28.27	31.19	34.93	12.5	11.8	
(전년대비 증가율)		(31.3)	(4.9)	(7.9)	(8.5)	(15.3)	(14.2)	(13.5)	(9.2)	(10.3)	(12.0)			
보험급여비	9.29	13.20	13.82	14.89	16.26	18.39	21.59	24.56	26.65	30.04	33.75	13.8	12.9	
(전년대비 증가율)		(42.1)	(4.8)	(7.7)	(9.2)	(13.1)	(17.4)	(13.8)	(8.5)	(12.7)	(12.3)			
관리운영비	0.70	0.63	0.60	0.63	0.69	0.76	0.78	0.72	0.67	0.66	0.68	-0.3	-2.3	
기 타	0.76	0.28	0.38	0.44	0.37	0.83	0.45	0.61	0.95	0.49	0.50	-4.1	-9.5	
당기수지	-0.92	-2.18	-0.49	1.49	2.08	1.11	0.45	0.16	1.51	0.31	-0.98			
보험료수입-총지출	-3.52	-5.25	-3.87	-2.23	-1.75	-3.05	-4.01	-4.16	-3.30	-5.02	-6.47	6.3	16.2	
보험료수입-보험급여비	-2.06	-4.34	-2.90	-1.15	-0.69	-1.47	-2.78	-2.83	-1.68	-3.87	-5.29	9.9	29.3	

자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 2010 건강보험통계연보

3. 건강보험 급여 확대 과정 개괄과 문제점

가. 급여확대과정 개괄

□ 보장성 강화정책은 급여영역에서 질환이나 인구집단별로 본인부담을 경감하는 노력과, 특정항목을 비급여에서 급여영역으로 옮기는 노력으로 이원화되어 있음.

- 2004년 이후 인구집단별 본인부담 경감 내용은 암 등 고액중증질환 본인부담 인하, 전인구 대상 본인부담액 상한제 실시, 6세 미만 아동의 본인부담 인하, 희귀난치성 환자 본인부담 경감 등
- 급여영역확대조치는 그간 PET, 식대 보험 적용 등이 진행되었으며, 출산진료비 지원과 확대, 치아홈메우기, 한방물리요법, MRI(척추 및 관절 질환) 보험급여 확대, 노인틀니 보험적용 등 포함

□ 그간의 건강보험 급여확대과정은 성과지표의 적절성, 의사결정의 책무성(accountability: 결정에 대해 설명을 제공해야 할 책임)과 과학적 근거 측면에서 문제점을 노정해왔으며, 현재의 구조가 유지될 경우 향후의 결정 역시 단기적인 정치상황이나 이해단체 압력에 좌우될 가능성이 큼.

- 고액중증질환으로 인한 의료비 충격에서 국민을 보호한다는 목표를 표방하고 있음에도 불구하고, 사용되고 있는 보장성 지표는 경증질환을 포함한 전반적 비용부담율로 정책목표와 괴리
- 그간의 급여확대과정에서는 취약계층의 배려나 중증질환의 부담경감노력 외에도, 치석제거, 한방물리 등 논란의 여지가 큰 결정이나 대선공약을 구현하기 위한 졸속결정 역시 눈에 띈.
- 급여항목 결정의 적정성 논란에도 불구하고, 급여결정의 원칙에 대해 공개적으로 설명된 바 없어, 현재 건강보험 급여확대정책은 책무성이 결여되어 있다고 볼 수 있음.

- 급여확대가 건강보험 재정에 미치는 영향과 '의료비 충격으로부터의 보호' 목표에 기여한 정도 등의 성과를 평가하여 정책에 환류(feedback)하려는 시도를 찾기 어려움.

나. 보장성 지표의 문제점

□ 건강보험의 주된 성과지표로 고안되어 활용된 '보장성'지표는 건강보험의 근본적 목표에 대한 달성치를 표현하지 못하는 문제점을 가짐.

- 우리나라 건강보험의 당면 목표가 '예기치 못한 고액 의료비 발생 시 가계의 충격을 최소화하는 것'이라는 점에 대해서는 대체적인 동의가 이루어지고 있으며 정부와 공단의 정책목표로 명시되어 있음.
- 그러나 건강보험 보장성은 '의료서비스 이용 시 공적으로 부담하는 비용의 비율'로서 경증소액지출을 포함한 전체 지출 중 보험자 부담을 의미하는 지표이기 때문에 의료비 충격으로부터의 보호라는 목표를 달성했는지의 지표로는 적절하지 않음.

□ 또한 보장성지표는 각국의 제도 차이로 국제비교가 불가능함에도 불구하고 'OECD 평균 보장성 70%~80%'의 목표가 강조되면서 건강보험의 급여결정을 정치영역으로 이동시켜 실질적 내용을 모호하게 하는 부작용이 나타남.

- OECD 국가 중에는 의료서비스를 국가가 직접 공급하는 NHS(National Health Service)체제, 보편적 공보험인 NHI(National Health Insurance) 체제, 사회보험 체제(SHI; Social Health Insurance), 민간보험과 공보험의 구별이 약한 시스템 등이 섞여 있어 OECD 평균 보험급여율이라는 개념 자체가 정립되기 어려움.
- OECD 평균을 지칭하며 사용되는 지표는 'OECD 공공의료비 비중(국민의료비 중 공공재원의 비율)' 이나, 이는 건강보험 급여율에 매치되기 어려움.

- 공공의료비 비중은 <표 2> 중 $(A+B)/(A+B+C+D+E)$ 에 해당하는데, 이 중 공공재원은 건강보험 이외에 지출을 포함하고, 민간재원은 비의료적 성격의 서비스들을 포함하기 때문에 건강보험 급여비율과 관련이 크지 않음.

- 의료비 충격으로부터의 보호라는 실제의 목표와도, 다른 국가와의 비교지표로도 적절하지 않은 보장성지표는 그간 선거 공약으로 제시되어 다시 정책방향을 제약하는 악순환이 반복됨.

<표 2> 국민의료비의 지출구성과 재원조달

의료비 지출	A.건강보험 급여비 B.질병관리, 예방 등 공공보건지출	C.본인부담	D.비급여 (의료적)	E.비보험 등 기타 (성형, 보약, 건강식품 등)
재원	공공재원 (건강보험료, 조세)		민간재원 (본인부담금, 민간보험료, 기타)	

주: 1) 비급여는 의료적 비급여로서 임의 비급여 및 법정 비급여를 포함.
2) A~D는 의료기관 및 약국에서 지출된 의료비이며, E는 기타 의료비임.

다. 건강보험 의사결정과정의 문제점

□ 급여확대결정의 책무성 부재는 건강보험정책심의위원회(건정심)의 위상과 정부역할이 불분명한 구조적 문제를 반영

- 가입자 대표와 공익대표를 건정심에 포함시키고 의결권을 부여함으로써 계약관계에 기초한 보험자와 공급자간 협상이 아니라 정부의 입장에 도덕적 우위를 부여하여 그대로 관철시키는 구조
- 현재 가입자 대표(근로자대표, 사용자 대표, 시민단체 등 8인), 공급자 대표(8인), 공익대표(정부, 공단, 학계 등 8인)로 구성
- 국가의 책임 하에 결정돼야 할 많은 안건이 건정심을 통과하는 구조 속에서, 내려진 결정에 대해 설명하거나 책임지는 주체가 불명확하여 책무성 측면에서도 심각한 문제를 야기

- 이해그룹이 다수 포함된 건정심에서 급여확대에 대한 실질적 논의는 어렵기 때문에 정부안이 그대로 관철되나, 명목상 건정심을 통과했기 때문에 결정의 원칙이나 근거에 대한 설명 의무가 불명확

□ **책무성이 모호한 건강보험 의사결정 구조는 정부의 정책의지를 관철시키기에 유리한 반면, 재량 범위가 과다하여 단기적 정치상황에 손쉽게 이용되는 문제점을 보임.**

- 보장성확대정책은 그간 단기적 정치 상황에 좌우되고 재원의 효율적 사용이 이루어지지 않는다는 비판에 직면해왔음.
 - 일례로 2002년 대통령 선거 당시 공약으로 제시되었던 보장성 70% 목표를 신속히 달성하기 의료적 우선순위가 높지 않다고 인식된 식대, 병실료 등을 급여화하여 비판의 대상이 된 후, 식대보장률을 곧 다시 낮춘 바 있음.
- 건강보험혜택이 정치공약으로서 갖는 매력이 큰 상황에서 결정과정의 책무성이 개선되지 않은 한 이 문제는 향후로도 상존할 전망

□ **국가적 중요성을 갖는 결정과 보험자/공급자 협상에 남겨둘 사항을 구분하고, 입법과 정책과정을 통해 정해진 원칙과 규제들 속에서 보험자/공급자 협상 기구를 운영하는 것은 사회보험제도를 채택한 국가에서 강화되는 추세임.**

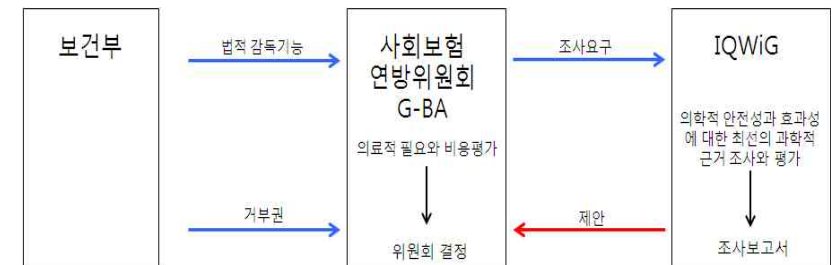
- 사회보험의 자율성이 높은 대표적 국가인 독일의 경우에도 예산상 한과 급여원칙, 보험료수준은 사회보험연방위원회(Federal Joint Committee, G-Ba)의 결정사항이 아니라 국가차원의 결정임.
 - 조합주의(Corporatism)에 기반한 독일은 협약 당사자만으로 해결할 수 없는 사안에 대해서만 국가가 개입하는 '보충성의 원칙(Subsidiarity Principle)'을 준수하는 대표적 국가로 꼽힘.

- 연방위원회는 보험자 대표, 공급자대표, 중립위원으로 구성되며, 2004년 이후 환자 대표를 포함시켰으나 의결권은 부여되지 않음.

- 사회보험연방위원회의 결정은 IQWiG(Institute for Quality and Efficiency in Health Care)가 생산한 과학적 근거에 입각해야 하며, 정부는 위원회 결정의 거부권, 근거자료 요구권을 가짐(그림 2).

- 전국민의 의료보장, 사회보험을 통한 재분배 등 국가적 목표의 중요성이 증가하면서, 정부는 ①재정운영과 ②근거기반 결정이라는 양측면에서 사회보험위원회에 대한 규제들을 강화하고 보험자/공급자 협의기구의 재량은 축소
- 사회보험을 채택하고 있는 국가들은 전국민에 영향을 미치는 사회정책적 결정으로서 보험자와 공급자 간 협약에 맡겨놓을 수 없는 문제와 사회보험 당사자간 협상으로 결정되어야 하는 문제를 수준별로 구분하여 책무성과 민주성을 보장하는 구조(표 3)

[그림 2] 독일 보건부와 사회보험연방위원회의 기능과 상호작용



자료: Keis and Busse(2012), From evidence assessments to coverage decisions? The case example of glinides in Germany, Health Policy.

<표 3> 의료서비스 급여목록(입원부문) 결정의 수준과 주체

국가	의사결정 수준과 주체
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 수준 (법률, 보험운영의 기본적 틀) • 보건부 (승인) • 사회보험협회 (구체적 서비스 포함/제외 여부) • 의료적 자문기구 (구체적 서비스 포함/제외에 관한 자문)
독일	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 수준 (법률, 보험운영의 기본적 틀) • 보건부 (승인) • 사회보험 연방위원회 (구체적 서비스 목록) • 병원 진료비 상환 관련 기구 결정 (연방위원회 내 병원분과의 보조 하에) • 진료수가 관련 결정 (DRG 목록) • 의사 (개별 병원 수준에서 서비스 우선순위)
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 수준 (법률, 보험운영의 기본적 틀) • 보건부 (시행령) • 진료수가 결정 기구 (DBC 체계) • 의사 (개별 병원 수준에서 서비스 우선순위)
잉글랜드	<ul style="list-style-type: none"> • 국가적 수준 (법률, 기본적 틀) • 보건부 (급여목록) • 일차의료트러스트 (서비스양과 상환수준에 관해 공급자와 협상)

자료: Schreyögg (2005), Defining the "health benefit basket" in nine European countries, European J. of Health Economics.

4. 개선방안

가. 보장성 지표의 재설정

□ 개념적인 문제점을 안고 급조됐을 뿐 아니라, 핵심적인 정책목표와 부합하지 않는 '건강보험 보장성' 개념 대신, '고액의료비 부담으로부터의 보호'라는 정책적 목표의 성과를 잘 나타낼 수 있는 '고액의료비용 급여율'을 핵심지표로 사용할 필요

○ 경증질환의 급여율을 낮추고 지출효율화를 추구하는 것 역시 주요한 목표인 상황에서 전체 급여율을 성과지표로 사용하는 것은 부적절할 뿐 아니라 정치적 의도로 남용될 여지가 지나치게 큼.

- 보장성 *% 확대는 선거철마다 각 정치세력들이 반복하는 공약

○ 일정규모 이상의 의료비 발생 시 보험자가 부담하는 급여율을 의미하는 '고액의료비 급여율'의 지표를 핵심지표로 활용하고, 기존 보장성 지표는 개별 질환의 급여율과 함께 보완적 지표로 병행 사용하는 것이 바람직

나. 정부와 건정심 역할의 재정립

□ 정부의 책임 하에 결정되어야 할 사항과 건정심에서 보험자와 공급자 간 협상에 의해 결정될 사항을 명시할 필요

○ 사회정책적으로 주요한 사안이라면 이해그룹이 대거 포함된 보험관련 협상기구에 맡기는 것이 적절치 않으며, 법률에 의거하여 행정부의 책임 하에 관련 결정이 내려져야 할 필요

- 보험지출상한, 보험료율, 급여포함원칙 등은 사회정책적 중요성이 크며, 사회복지의 근간인 건강보험을 유지하기 위한 핵심 결정인 만큼, 국가가 국민에게 책무성을 질 필요

○ (급여원칙과 과학적 근거에 기반한) 구체적 급여 포함 여부, 의료기관유형별 보수 등은 보험자와 사용자 간의 동등한 협상이 가능하도록 재설계된 건정심을 통하되, 정부가 정한 범위와 틀 내에서 이루어질 필요

□ 의사결정과정의 책무성과 민주성을 균형있게 추구하기 위해서는 의사결정수준과 주체에 따른 역할 범위를 재구조화한 법률 개정이 필요

○ 국민건강보험법(제4조)은 급여기준과 보험료율 등 보험운영의 기본틀에 해당하는 사항들과 함께 '그 외의 건강보험 관련 주요사항'까지 건정심을 통하도록 규정하고 있어 사실상 모든 주요 결정을 포함

○ 정부와 건정심의 역할을 분명히 하지 않은 것은 그간 정부의 의지를 용이하게 관철시키는 장치로 기능해왔으나, 책무성에 대한 사회적 요구가 높아질 뿐 아니라, 협약당사자들의 불만으로 건정심 개편 요구가 강화되어 있어 과거 운영방식이 지속되기 어려운 상황

- 그러나 투명성과 책무성에 대한 사회적 요구를 만족시키면서도 국가적 목표에 부응하며 건강보험을 운영하기 위해서는, 보험 당사자 간의 민주적 협상이 가능하도록 구조를 개편하는 것에 앞서 정부와 건정심의 역할 범위, 정부의 건정심 규제들을 법률로 확립할 필요

다. 급여원칙의 정립과 성과평가 의무 명시

□ 급여결정의 원칙은 보험제도가 사회 내에서 담당하는 역할과 공동체가 기반한 가치구조에 따라 달라지나, 국가 수준에서 사전적 원칙을 천명하고, 이를 준수하는 것을 통해 투명성과 정책의 안정성을 담보할 수 있음.

- 각국의 급여결정은 증상의 심각성과 비용편익을 중시하는 공통점을 보이는 한편, 다른 대안이 존재하거나 개인부담이 용이한 항목을 우선순위에서 배제하는지 등은 국가에 따라 큰 차이
 - 특히 비용효과성 기준의 포함 여부, 환자연령 고려 여부, 개인부담용이성 기준 등은 논란의 여지가 크기 때문에 심도 깊은 사회적 논의가 필요
- 단기적인 정치적 상황이나 이해관계에 따라 인기영합적인 결정들이 난립하지 않기 위해서는 각계의 의견을 청취하여 급여결정 원칙을 (입법이나 정부결정을 통해) 사전적으로 명시할 필요
- 건정심의 결정들이 이를 어떻게 반영했는지, 매 결정이 정책목표를 달성한 정도와 재정에 미친 효과가 무엇인지를 엄밀히 평가하여 공시하는 과정을 제도화할 필요

◆ 문의: 윤희숙 KDI 정책현안팀장, 재정·사회정책연구부 연구위원(02-958-4689)

※ 본 논문은 『KDI 경제동향(2012. 8)』 보고서에 수록되어 있습니다. 『KDI 경제동향』은 8월 8일(수) 오전 9시 30분에 배포될 예정입니다.