

건강보험 재정의 현황과 정책과제



Current Issues and Policy Directions for
the National Health Insurance

이은경 | 한국조세재정연구원 연구위원

2018년은 문재인 정부의 보장성 강화 정책이 시작되며 제1차 건강보험 종합계획이 수립되는 역사적인 해이다. 이러한 정책적 요인뿐만 아니라 고령화, 소득 증대, 신의료기술 발달 등 의료서비스에 대한 수요가 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 가운데, 건강보험 재정의 지속가능성 제고 방안을 고민해야 할 것이다. 본고에서는 고령화와 보장성 강화 정책(문재인 케어)을 중심으로 건강보험 재정의 부담 요인을 살펴보고, 건강보험 재정에 미치는 영향과 재정건전성 확보를 위한 정책과제들을 논의하였다. 고령화에 따른 만성질환의 예방 및 관리 정책, 보장성 강화 정책이 유지되도록 하기 위해 수가체계, 지불제도 및 전달체계 개선을 제안하였다. 2018년 하반기 발표 예정인 제1차 건강보험 종합계획에 중장기 건강보험 재정 전망과 운영에 대한 내용이 포함되며, 이를 계기로 앞으로 정부와 다양한 전문가 그룹이 건강보험 재정건전성 제고를 위한 연구와 노력을 지속하기 기대한다.

1. 들어가며

건강보험은 보험료를 납부하고 질병 혹은 부상을 경험하였을 때, 필요한 의료서비스의 급여 혜택을 제공받는 사회보험이다. 민간보험과 달리 보장의 범위나 질병 위험의 정도에 따라 보험료가 차등 부과되지 않고 지불 능력(소득)에 비해

하여 보험료가 부과되며, 납부한 보험료 액수와 상관없이 동등한 급여 혜택을 보장받는다. 건강보험은 1977년 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 시작된 이후 빠른 속도로 확산되어 1989년 7월 전 국민 건강보험을 달성하였다. 2000년대 들어 단일 보험자로 제도와 재정을 통합하고 의약분업 등 제도적인 변화를 겪으면서 건강보

험 재정은 적자와 흑자를 반복하는 등 불안정한 모습을 보였다. 2000년대 말부터 미국발 경제위기의 여파로 의료서비스 수요 증가율이 둔화되고 건강보험 재정이 조금 안정되는 모습을 보이고는 있으나 고령화, 소득 증대, 신의료기술 발달, 보장성 강화 정책 등과 같이 건강보험 재정에 부담을 주는 요인은 산재해 있다.

건강보험 지출은 2016년 기준 52조 6000억 원인데, 이는 국내총생산(GDP) 대비 약 4%로 비교적 낮은 수준이지만, 2015년 정부가 발표한 ‘2060 장기재정전망’에 따르면 2060년에는 GDP 대비 10%를 상회할 것으로 전망된다. 또한 건강보험은 2022년부터 적자가 발생하기 시작하고, 2025년에는 누적수지가 고갈될 것으로 예측된다. 즉, 현재 건강보험 지출 수준은 높지 않지만 고령화 등 여러 요인에 의해 지출이 빠른 속도로 증가하고 있음을 시사한다.

본고에서는 건강보험 재정의 현황과 전망을 살펴보고, 재정의 부담 요인 및 대응 방안에 대해 논의할 것이다. 건강보험 재정의 부담 요인에는 여러 가지가 있지만, 본고에서는 노인 의료비 증가와 최근 보건의료 분야에서 가장 관심을 받고 있는 보장성 강화 정책을 논의하였다. 건강보험 재정의 지속가능성 제고는 건강보험제도 유지에 필수 불가결한 요소이지만, 막대한 의료비 부담 없이 필요한 의료서비스에 대한 급여 혜택을 제공하여 국민의 건강을 회복·유지하도록 돕는 의료안전망으로서의 역할도 제도 본연의 목적으로서 중요한 부분이다. 즉, 건강보험은 국민이 필요로 하는 의료서비스에 대한 보장 범위를 확대하

면서 재정의 건전성을 유지해야 하는 어려운 과제를 안고 있다.

2005년부터 1~3차 중기 보장성 강화 계획을 실시하였고, 2017년 출범한 문재인 정부는 2022년까지 보장률을 경제협력개발기구(OECD) 선진국 수준인 70%까지 높이겠다는 획기적인 보장성 강화 계획을 발표하였다. 그동안 국민들에게 부담이 되었던 모든 비급여(선택진료비, 상급병실료 등 포함)를 급여로 전환하여 실질적인 의료비 부담을 완화함으로써 국민의 삶의 질을 높이겠다는 것이다. 이러한 보장성 강화 계획은 최근 시행된 건강보험 정책 중 건강보험 재정에 가장 큰 영향을 줄 것이며, 전달체계 및 수가체계와 같은 제도 전반의 개혁이 요구되는 등 패러다임의 변화를 가져올 것이다.

2. 건강보험 재정 현황 및 전망

가. 건강보험 재정 현황

한국의 건강보험은 독일, 프랑스와 마찬가지로 사회보험 방식으로 운영되고 있다. 즉, 국민이 소득의 일정 부분을 건강보험료로 매월 납부하고, 질병으로 인해 의료서비스를 받을 때 건강보험 급여 혜택을 받는 것이다. 2016년 기준 건강보험 수입은 약 56조 원, 건강보험 지출은 약 53조 원이다. 건강보험 재원은 대부분 보험료로 충당되며(85% 정도) 나머지(15%)는 정부 지원금으로 보조받는다. 보험료는 매년 건강보험정책심의위원회(건정심)에서 결정된 보험료율(2018년 기

표 1. 건강보험료율 및 인상률 추이

(단위: %)

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
보험료율	5.08	5.33	5.64	5.80	5.89	5.99	6.07	6.12	6.12	6.24
인상률	0.0	4.9	5.9	2.8	1.6	1.7	1.35	0.9	0.0	2.04

자료: 보건복지부 보건복지부 보도자료 http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=341367&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%BA%B8%C7%E8%B7%E1에서 2018. 2. 9. 인출.

준, 6.24%)에 따라 소득 혹은 지불 능력에 비례하여 납부하게 되며, 보험료율은 매년 꾸준히 증가하는 추세이다. 그러나 국민건강보험법 제73조에 의거하면 보험료율은 8% 상한이 존재한다.

정부 지원금은 국민건강보험법 제108조에 의거하여 보험료 예상 수입의 20% 이내에서 결정

된다. 이때, 일반회계로부터의 지원은 14%, 국민건강증진기금으로부터의 지원은 6%로 구성된다. 2016년 기준 정부 지원금은 7조 4000억 원이며, 이는 국고(일반회계) 5조 5000억 원, 건강증진기금 1조 9000억 원으로 구성된다. 그런데 정부 지원금은 결정된 보험료 수입이 아니라 '예

표 2. 건강보험 재정 현황

(단위: 조 원, %)

	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
수입	28.9	31.2	33.6	38.0	42.0	45.2	48.5	52.4	55.7
- 보험료 등	24.8	26.5	28.7	32.4	35.9	38.6	41.2	44.0	47.3
- 정부 지원	4.1	4.7	4.9	5.1	5.5	6.0	6.6	7.4	7.4
· 국고	3.1	3.7	3.8	4.2	4.5	5.0	5.6	5.9	5.5
· 건강증진기금	1.0	1.0	1.1	0.9	1.0	1.0	1.0	1.5	1.9
지출	27.5	31.2	34.9	37.4	38.8	41.5	43.9	48.2	52.6
- 보험급여비 등	26.5	30.2	33.8	36.2	37.6	40.3	42.5	46.5	51.1
- 관리운영비	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	1.4	1.7	1.5
· 당기수지	1.4	0.0	-1.3	0.6	3.0	3.6	4.6	4.2	3.1
· 누적수지	2.3	2.3	1.0	1.6	4.6	8.2	12.8	17.0	20.1
수지율(지출/수입)	95.3	100.0	104.0	98.0	92.8	91.9	87.6	92.0	94.4

주: 현금수지 기준.

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단 자료, e-나라지표, http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763에서 2018. 2. 9. 인출.

상 수입의 20%로 정해지기 때문에 누가 어떻게 수입을 추계하느냐에 따라 달라질 수 있다. 예를 들면, 정부 지원의 주체인 기획재정부와, 건강보험제도를 운영하는 주무 부처(보건복지부)의 추계 방식에 따라 달라질 수 있고, 어느 시점에서 어떤 방법론으로 추계하느냐에 따라서도 달라질 수 있다. 그리고 보험료 실제 수입과 예상 수입에는 늘 차이가 발생하고, 대체로 실제 수입이 예상 수입보다 높기 때문에 실제 수입에 의거한 사후정산을 주장하는 그룹도 있다.

건강보험 지출은 2008년 27조 5000억 원에서 2016년에는 52조 6000억 원으로 2배가량 증가하였다. 건강보험 지출의 90% 이상은 보험급여비(의료공급자에 대한 보상)다. 건강보험 지출 추이를 살펴보면, 2000년대 말 미국발 경제위기 이후 지출 증가율이 감소하여 당기수지가 계속 흑자를 기록하고 있다. 2016년 건강보험 당기수지는 3조 1000억 원, 누적수지는 20조 1000억 원으로 사상 최대의 적립금이 누적되어 있고 이 중 일부는 2018~22년 보장성 강화 계획의 재원으로 사용될 예정이다.

나. 2018년 예산안 및 2017~2021 국가재정 운용계획

2018년 보건복지부 소관 세입 규모는 123조 1159억 원이고, 이 중 건강보험에 대한 정부 지원은 7조 1733억 원으로 2017년 6조 8764억 원 대비 4.3% 증가하였다. 일반회계에서 이전된 금액은 5조 2001억 원, 건강증진기금에서 이전된 금액은 1조 9731억 원(2018년 담배부담금 예상 수입의 65%)이다.

건강보험 가입자에 대한 정부 지원 7조 1733억 원 이외에 공무원·교원 국가부담금 보험료 7688억 원, 보험정책사업 6억 원, 건강보험분쟁 조정위원회 사무국 설치·운영 6억 4000만 원이 더해져 보건복지부의 건강보험 관련 2018년 예산은 총 7조 9434억 원(2017년 7조 5811억 원 대비 4.8% 증가)이다. 2017~2021 국가재정운용계획에 따르면 건강보험 분야에 대한 투자는 연평균 6.2%씩 증가하여 2021년에는 9조 638억 원에 이를 전망이다. 건강보험 지출 증가율 6.2%는 사회복지 분야 지출 증가율인 10.2%보

표 3. 2018 예산: 건강보험 국고 지원액

(단위: 억 원, %)

건보 가입자 지원	2017년 예산	2018년 예산	증감액	증감률
일반회계	4조 8828억 원	5조 2001억 원	3173억 원	6.5%
건강증진기금	1조 9936억 원	1조 9731억 원	-204억 원	-1.0%
총계	6조 8764억 원	7조 1733억 원	2969억 원	4.3%

자료: 보건복지부 (2018), 2018년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획, p. 41.

표 4. 보건·복지·고용 분야 투자 계획

(단위: 십억 원, %)

	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	연평균 증가율
보건·복지·고용	129,483	146,164	159,392	172,687	188,389	9.8
- 사회복지	119,127	135,237	147,731	160,401	175,432	10.2
- 보건	10,356	10,927	11,661	12,286	12,957	5.8
· 보건의료	2,341	2,390	2,689	2,769	2,831	4.9
· 건강보험	7,581	8,073	8,498	9,035	9,638	6.2
식품의약품안전	434	465	475	482	488	3.0

자료: 대한민국 정부 (2017), '17-'22년 국가재정운용계획, p. 55.

다는 낮지만 보건의료 분야 지출 증가율인 4.9% 보다는 높은 편이다.

다. 건강보험 재정 전망

건강보험 재정 전망에는 미시 시뮬레이션 모형, 조성법, 거시 모형을 이용한다(OECD, 2017). 미시 시뮬레이션 모형은 개인을 분석 단위로 하여 개인의 특성과 행태를 반영하기 때문에 방대한 데이터 작업이 필요하다. 캐나다의 국민건강모형(Population Health Model)이나 스웨덴의 복지서비스의 장기수요추정(Long-term demand for welfare service)에서 이용하였다. 거시 모형은 주요 변수들의 과거 추세에 기반하여 시계열 방식으로 추계하며, 분석 단위는 인구 전체이다. 데이터 작업은 간단하지만 시계열이 길고 단절이 없어야 하며, 주로 단기 및 중기(10년 이내) 추계에 적합하다. 호주

의 정부생산성모형(Government Productivity Commission Model)과 미국의 공보험 추계모형(Medicare and Medicaid Services Dynamic Computable GE Model)에서 사용되었다. 조성법은 미시 모형과 거시 모형의 중간 단계로 분석 단위는 인구의 하위 그룹, 예를 들면 성별·연령별 셀/코호트 단위이고, 하위 그룹에 대해 각각 지출 전망을 한 후 합하는 방식이다. 데이터 작업량이 많지 않지만 비교적 합리적인 결과를 도출할 수 있기 때문에 연구자들이 선호한다. 국제기구에서 많이 활용되며, EU(유럽연합) 모형과 OECD 모형이 조성법에 해당한다.

한국에서는 건강보험 재정 전망을 정부, 국민건강보험공단, 국회예산정책처, 국책연구기관 등에서 수행하고 있다. 수행 기관마다 각기 다른 전망 모형을 사용하고 있으며, 따라서 전망 결과에도 큰 차이가 있다.¹⁾ 국민건강보험공단(2011)

1) 건강보험 재정 추계의 다양한 방법론은 건강보험공단 보고서(2011)를 참조하기 바람.

은 주로 거시 모형으로 재정 추계를 시행해 왔으나 정부 및 국책연구기관은 데이터의 한계 등을 이유로 주로 조성법을 사용하고 있다. 조성법 중 EU 모형은 성별·연령별 인구와 해당 인구 그룹의 1인당 평균 급여비를 전망하고 두 값을 곱하여 비교적 간단하게 계산하는 방식이다. OECD 모형은 국민 의료비를 먼저 추계하고 이 중 공공의료비 지출 비중(보장성 70% 목표)을 곱한 후 공공의료비 중 건강보험 지출이 차지하는 비율(약 73%)을 곱하여 추출하는 방식이다. 따라서 국민 의료비 추계가 핵심인데, 국민 의료

비 건인 요인을 인구(사망자 비용, 생존자 비용), 소득, 잔차(신의료기술, 제도 및 정책 등) 효과로 구분하여 각각 추계하여 합한다. 이러한 방식으로 추계한 한국의 GDP 대비 공공의료비 비중은 2006~10년 평균 3.3%에서 2060년 7.0~10.9%까지 증가할 것으로 전망되었다(OECD, 2013). 이는 현재 OECD 평균이 5.5%에서 7.9~11.8%까지 증가하는 것과 비교해 볼 때, OECD 평균보다는 1%포인트 정도 낮지만 거의 비슷한 수준에 근접할 것으로 보인다.

표 5. 2060년 공공의료비 지출 전망

(단위: %)

	2006~10년 평균	비용 압박 시나리오	비용 절감 시나리오
한국	3.3	10.9	7.0
일본	6.1	12.5	8.6
프랑스	7.4	13.5	9.6
독일	7.3	13.5	9.6
OECD 평균	5.5	11.8	7.9

자료: OECD. (2013). "Public Spending on health and long-term care: a new set of projections," p. 36 (표 8).

3. 건강보험 재정 지출 증가 요인 및 정책과제

앞 절에서 살펴보았듯이 향후 건강보험 재정 지출 규모가 상당히 커질 것으로 예상되는 가운데, 건강보험 재정의 부담 요인을 살펴보고 대비해야 할 것이다. 이 장에서는 건강보험 재정 부

담을 증가시키는 주요 요인 중 인구적 요인(노인 의료비)과 정책적 요인(보장성 강화 정책)에 대해 논의하기로 한다. 후술하겠지만 이 두 가지 요인은 문재인 정부가 발표한 100대 국정과제와도 밀접한 관련이 있다.

표 6. 고령자 인구 및 진료비 추이

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
전체 인구(천 명)	49308	49554	49937	50200	50429	50747	51015	51246
65세 이상 인구(천 명) 비중(%)	5177 (10.5)	5366 (10.8)	5515 (11.0)	5767 (11.5)	6023 (11.9)	6277 (12.4)	6541 (12.8)	6763 (13.2)
고령자 진료비 비중(%)	30.5	31.6	32.2	33.3	34.5	35.5	36.8	38.0
노인 1인당 진료비(천 원)	2494	2769	2862	2933	3054	3223	3433	3811
전체 1인당 진료비(천 원)	811	853	935	971	1015	1084	1149	1274

주: 1) 진료비는 심사 실적 기준.

2) 고령자 1인당 진료비 = 65세 이상 진료비/65세 이상 건보 가입자 수.

3) 인구는 통계청의 장래인구추계 2016년 12월 버전.

자료: 통계청, 2017 고령자 통계, p.23.

가. 고령화 및 노인 의료비 증가

우리나라 전체 인구 중 65세 이상 노인인구 비중은 2009년 10.5%에서 2016년 13.2%로 꾸준히 증가하고 있다. 그런데 65세 이상 노인인구가 사용한 의료비 지출은 2009년 기준 전체 진료비의 3분의 1이고, 2016년에는 그 비중이 40%에 이른다. 2016년 기준 1인당 진료비 역시 전체 인구는 127만 원인 데 반해 노인인구는 381만 원

으로 3배 이상 높다.

통계청 2016년 인구 전망에 따르면, 2060년 노인인구 비중은 전체 인구의 44.3%를 차지할 것으로 예측된다. 인구의 절반 가까이가 노인인구로 편입되면 노인 의료비는 더욱 크게 증가할 것이다. 국민건강보험공단(2017)에 따르면, 노인 의료비는 2030년 91조 원으로 2015년 22조 원에 비해 4배 이상 증가하며, 1인당 노인 의료비도 2015년 357만 원에서 2030년 760만 원으

표 7. 노인 의료비 전망

	전체(조 원)	1인당(만 원)
2015년	22.2	357
2020년	35.6	459
2025년	58.0	591
2030년	91.3	760

자료: 국민건강보험공단, (2017), p. 80 (표 3-2-7).

로 2배 가까이 증가할 것으로 전망된다. 국민건강보험공단(2011)에 따르면 2030년 전체 건강보험 지출은 126조 원으로 전망되는데, <표 7>에서 제시한 2030년 노인 의료비가 91조 3000억 원이므로 이는 전체 건강보험 지출의 절반 이상이 노인 의료비에 투입될 수 있음을 의미한다.

이렇듯 65세 이상 노인인구의 의료비 지출이 증가하는 이유는 급성기 질환보다는 만성질환 유병률이 높기 때문이다. 2016년 65세 이상 노인의 외래 및 입원의 다빈도 상병을 살펴보면 대부분이 만성질환에 속한다. 예를 들면, 외래의 경우 고혈압, 당뇨병, 관절염, 입원의 경우 치매, 뇌혈관질환, 심장질환 등이 만성질환에 해당한다.

따라서 노인 의료비 급증을 막기 위해서는 만성질환의 예방 및 관리 정책이 강화되어야 할 것

이다. 현재 우리나라의 만성질환 예방 정책으로 보건복지부의 국가건강검진 사업, 국가예방접종 사업 등이 있지만 한국의 보건의료체계는 여전히 예방보다는 치료 중심으로 운영되고 있다. 그러나 만성질환 예방을 위해서는 건강한 생활습관(금연, 금주, 운동) 형성, 건강관리 프로그램 참여 등 일상의 노력부터 동네 의원을 통한 단골 주치의 제도 등과 같은 정부 차원의 노력에 이르기까지 광범위한 관심과 투자가 필요하다. 또한 만성질환이 발생하였을 때 꾸준히 관리하고 치료할 수 있도록 1차 의료기관에서 만성질환, 특히 노인성 만성질환을 전담하여 관리하도록 하고 그에 대한 보상을 수가에 반영하는 인센티브 시스템을 고민해야 할 것이다. 이뿐만 아니라 만성질환을 두 개 이상 보유한 복합성 만성질환에 대

표 8. 65세 이상 노인의 다빈도 상병 1~10위(입원 및 외래)

(단위: 억 원)

외래	상병명	진료비	급여비	입원	상병명	진료비	급여비
1	본태성 고혈압	13,850	10,029	1	노년백내장	2,611	2,094
2	치은염 및 치주질환	1,920	1,359	2	알츠하이머병에서의 치매	11,974	8,843
3	급성기관지염	1,615	1,260	3	상세불명 병원체의 폐렴	3,090	2,440
4	등통증	3,182	2,430	4	뇌경색증	7,282	5,620
5	무릎관절증	8,772	6,601	5	무릎관절증	4,558	3,575
6	위염 및 십이지장염	1,088	789	6	기타 척추병증	1,521	1,160
7	2형당뇨병	7,826	5,513	7	요추 및 골반의 골절	1,263	938
8	위-식도역류병	1,543	1,066	8	협심증	1,943	1,742
9	기타 척추병증	4,485	3,246	9	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	496	382
10	치아 및 지지구조의 기타장애	10,929	5,542	10	늑골, 흉골 및 흉추의 골절	972	725

자료: 건강보험통계연보 2016, 질병통계, p.630, p.633

한 치료 공조체계를 구축하고, 다학제적인 접근 방법으로 관리해야 할 것이다. 문재인 정부의 국정 과제에도 예방 중심 건강관리 지원과 지역사회 기반 의료체계 구축이 포함되었다. 예방 중심 건강관리 지원은 40대 이상 진단 바우처 도입 등 건강검진의 사후 관리를 강화하고 국가 예방접종의 보장성을 확대하는 것이다. 지역사회 기반 의료체계 구축은 1차 의료기관에서 만성질환을 관리하게 하고 대형병원은 중증질환 및 입원 진료를 전담하게 하여 더욱 효율적인 전달체계를

구축하는 것을 주 내용으로 한다. 이러한 예방 중심, 1차 의료기관 중심 관리 정책은 향후 만성질환으로 인한 노인 의료비 증가를 둔화시킬 효율적인 방안이다.

나. 건강보험 보장성 강화

현재 건강보험제도가 당면한 재정의 가장 큰 부담 요인으로는 보장성 확대 정책을 들 수 있다. 우리나라는 2005년부터 세 차례에 걸쳐 중기 보

표 9. 2018~22 보장성 강화 정책 중 취약계층 대상

대상	항목	현행	정책 시행 후						
노인	외래 본인부담금	- 1만 5000원까지 1500원 정액제 - 1만 5000원 초과 시 본인부담 30% 정률제	- 2만 원까지 본인부담 10% - 2만~2만 5000원: 20% - 2만 5000원 초과 시: 30%						
	치매	- 치매검사 비급여 - 중증치매환자 본인부담률 20~60%	- 치매검사(정밀 신경인지검사, MRI 등) 급여화 - 중증치매환자 본인부담률 10%						
	치과	- 틀니, 임플란트 본인부담률 50%	- 틀니, 임플란트 본인부담률 30%						
아동	입원 본인부담률	- 6세 미만 10%	- 15세 이하 5%						
여성	난임시술	- 소득 수준별 차등 지원	- 소득 수준 상관없이 급여화						
	부인과 초음파	- 4대 중증질환 확진 혹은 의심자만 급여	- 모든 여성 급여화						
장애인	장애인 보조기	- 욕창예방방식: 지체장애인 - 이동식 리프트: 척수, 뇌병변	- 뇌병변장애, 신경근육질환 추가						
저소득층	본인부담 상한액 (소득 하위 50%에 대해 상한액을 연 소득 10% 수준으로 인하)	소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
		2014년	120만원	150만원	200만원	250만원	300만원	400만원	500만원
		2017년	122만원	153만원	205만원	256만원	308만원	411만원	514만원
		▼		▼					
		2018년(개선)	80만원	100만원	150만원	현행유지			

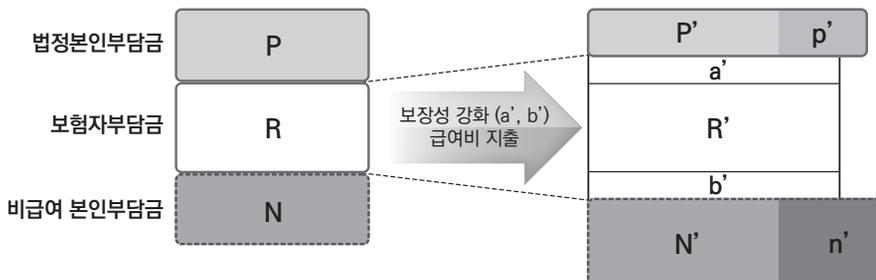
자료: 보건복지부 보도자료 (2017. 8. 5). "모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다." http://medicare1.nhis.or.kr/hongbo/static/html/minisite/sub/bj03_2.html에서 2017. 8. 30. 인출

장성 강화 계획을 발표하여 점진적으로 건강보험이 커버하는 범위를 확대하고 있다. 최근 문재인 정부는 국민의 의료비 부담을 낮추고 의료안전망 역할을 강화하고자 2018년 현재 보장률 63.4%에서 2022년까지 보장률 70% 확대를 목표로 하는 건강보험 보장성 강화 계획을 발표하였다. 이 계획의 주요 내용은 3대 비급여 부담 경감(선택진료제 폐지, 상급병실 단계적 급여화, 간병통합서비스 확대), 취약계층(노인, 아동, 여성, 장애인)의 본인부담 경감, 저소득층의 본인부담 상한액 감소 등이다. 보건복지부는 보장성 강화 계획에 따른 추가 재정 소요액이 2022년까지 30조 6000억 원이고, 재원 조달 방안으로 20조 원의 누적 적립금 활용, 국고 지원 확대, 보험료 부과 기반 확대, 보험료율 인상(과거 10년 평균인 3.2% 이내), 제도 개선 등을 추진하겠다고 발표하였다.

건강보험 보장성 강화 정책에 따르면 국민이

전액 부담했던 비급여를 급여 항목으로 전환하여 정부가 정한 가격(수가)에 의료서비스를 제공하게 된다. 따라서 국민의 의료비 부담은 감소하지만 보험자(정부) 부담은 증가하게 될 것이다. 그러나 기존 비급여 서비스 가격보다 급여화된 후 수가가 낮아진다면 공급자들이 수익 보전을 위해 다른 종류의 비급여를 창출하는 풍선 효과가 발생하게 되어 보장성 강화 계획이 반드시 국민의 의료비 부담 감소로 이어지지는 않을 수도 있다. 그러나 보장성 강화 계획은 필연적으로 보험자 부담금을 증가시킨다. 새롭게 신설되는 급여서비스의 보험자 부담(b'), 그리고 급여 중 본인부담률이 낮아지는 서비스의 본인부담금 경감분(a')만큼 보험자가 부담해야 하기 때문이다. 2018~22 문재인 케어의 경우 3대 비급여가 해소되면서 새롭게 급여로 들어오는 부분이 b'에 해당하고, 노인, 아동 등 원래 급여서비스 항목이었으나 환자 부담이 낮아진 항목에 대한 본인

그림 1. 보장성 강화 급여비 지출과 진료비의 구성 변화



자료: 건강보험공단(2012). 건강보험 보장성강화 이후 진료비 구성변화, p.15.

부담금 경감이 a'에 해당한다. 이때 급여화로 인해 국민이 체감하는 의료서비스 가격이 인하되어 발생하는 수요 증가 효과까지 반영한다면 보험자 부담금은 상당히 증가할 수 있다.

국회예산정책처(2017)는 시계열 방식을 사용하여 건강보험 보장성 강화 계획을 반영한 중기 재정 추계를 실시하였다. 현행 보장률을 유지할 경우 2022년 건강보험 지출은 82조 7000억 원으로 추계되지만, 보장성 강화 정책을 반영하면 2022년 건강보험 지출은 91조 원으로 약 8조 3000억 원의 추가 재정이 필요할 것으로 전망된다. 그러나 이미 발표된 보장성 강화 계획을 2023~27년에 반영하게 되면 지출 규모가 52조 5000억 원에 달할 것으로 예측되므로, 2022년 이후 중장기적 관점에서 건강보험 재정건전성을 확보하기 위한 방안이 필요할 것으로 보인다.

따라서 보장성 강화 계획을 실시하여 국민들의 의료비 부담을 완화하는 것은 좋지만 건강보험 재정이 큰 타격을 입을 수 있기 때문에 보장성 강화와 더불어 전달체계 및 수가체계 등과 같은

제도의 개선이 반드시 필요하다. 의료서비스 전달체계의 경우 수도권 대형병원으로의 쏠림 현상을 막기 위해서는 지역 거점 병원들의 질을 높여야 하고 인센티브 구조를 개편해야 할 것이다. 예를 들면, 동네 의원과 상급병원의 고유 역할을 설정하고, 예방 및 경증질환은 의원급에서 진료하고 중증질환 및 복합적 협진이 필요한 질환만 상급병원이 담당하도록 인센티브 구조를 설계해야 할 것이다. 이번 보장성 강화 계획은 전반적으로 비급여가 소멸되기 때문에 적정 수가 보전을 토대로 공급자가 질 높은 의료서비스를 제공할 인센티브를 포함하는 수가체계로의 개선이 병행되어야 할 것이다. 현재와 같은 양적 기반의 행위별 수가제를 지속하면 불필요한 의료서비스양만 늘리는 인센티브 구조가 작동하기 때문에 효율적인 재정 관리가 어렵다. 따라서 진료량을 기반으로 하는 행위별 수가제와 총액을 기반으로 하는 총액계약제, 그리고 성과를 기반으로 하는 가치 기반 지불제도가 혼합되어 한국 보건의료 실정에 맞는 새로운 지불제도(신포괄수가제 등) 고

표 10. 보장성 강화 계획을 반영한 건강보험 지출 추계 결과

(단위: 조 원)

	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년	2026년	2027년
보장성 강화	57.5	63.8	71.1	77.1	83.8	91.0	98.1	105.8	114.1	123.0	132.7
현행 보장률 유지	57.0	60.1	66.0	71.1	76.7	82.7	89.1	96.1	103.7	111.8	120.5
추가 지출	0.5	3.8	5.1	6.0	7.1	8.3	9.0	9.7	10.4	11.3	12.1
소계	2017~22년 소계: 30.8						2023~27년 소계: 52.5				

자료: 국회예산정책처(2017). 건강보험 보장성 강화대책 재정추계, p.37.

안 및 확대 적용이 반드시 수반되어야 할 것이다.

4. 나가며

건강보험은 국민연금과 더불어 사회보험 재정의 주요 구성 항목이다. 건강보험이 국가 재정의 범위에 포함되지 않기 때문에 재정 규모에 대한 중요성을 망각하기 쉽지만 2016년 건강보험 지출 52조 6000억 원은 2018년 예산 447조 2000억 원(국회 확정치)의 12%를 차지하며, 복지부 예산 63조 2000억 원의 83%에 해당한다. 또한 건강보험은 재량적 개입이 어려운 의무지출적 성격을 가지고 있어 향후 고령화, 소득 증가, 신의료기술 발달, 제도 및 정책의 변화 등이 진행되면 계속 증가할 가능성이 높다. 따라서 본고에서는 건강보험 재정의 지속가능성을 제고하기 위해 건강보험 재정의 현황 및 부담 요인을 파악하고 정책과제를 논의하였다.

우선 건강보험 수입 측면에서는 보험료율과 국고 증가가 불가피하다. 현재 한국의 보험료율은 6.24%(2018년 기준)로 선진국(OECD 평균 12% 내외)에 비해 상당히 낮은 수준이며, 따라서 국민건강보험법에 의거한 보험료율 8% 상한은 장기적으로 상향 조정해야 할 필요가 있다. 또한 국고 지원금 산출 방식이 현행 제도와 같이 보험료 예상 수입에 연동되는 경우, 보험료 수입 증가에 따라 자동적으로 국고 지원금도 증가할 것이다. 그러나 국가 재정 상황, 경제 상황 등에 따라 국가 재정 여력이 변동하면 예상 수입이라는 불확실한 전망치에 근거해서는 필요한 재정을 확

보하기 어려울 수 있다. 본문에서 논의하지는 않았지만 현재 논의 중인 건강보험 부과체계 개편을 통해 부과 기반을 근로소득 이외의 다양한 소득으로 확대하는 것은 보험료율 인상이나 국고 지원이 수반되지 않더라도 건강보험 재정 수입을 더 많이 확보할 수 있는 방안 중 하나이다.

건강보험 지출 측면에서는 인구적 요인(노인 의료비)과 정책적 요인(보장성 강화 정책)에 대해 논의하였다. 2060년 노인 인구가 전체 인구의 44%까지 증가하면 노인 의료비가 전체 의료비에서 차지하는 비율이 50% 이상으로 증가할 가능성이 높다. 따라서 노인 의료비 증가를 막기 위해서는 만성질환의 예방 및 관리체계를 강화하고, 수요자뿐만 아니라 공급자 측면에서도 이를 독려할 수 있는 인센티브를 수가에 반영해야 할 것이다. 중기 보장성 강화 정책은 2005년 이후 3번 시행되었으나 작년에 발표한 2018~22년 보장성 강화 정책은 모든 비급여를 급여화하는 획기적이고 가장 강력한 보장성 강화 정책이라고 할 수 있다. 보장성 강화 정책에 따라 새롭게 급여로 들어오는 서비스 항목 3800개의 수가를 정하고 이들에 대한 보험자 부담, 그리고 원래 급여에 포함되었으나 환자 부담률이 낮아지는 항목들에 대한 보험자 부담만큼 건강보험 재정이 더 증가할 것이다. 정부는 2022년까지 30조 6000억 원의 재정이 추가 소요될 것으로 예측하였지만 급여화되는 서비스의 수가 결정 및 그에 따른 의료 수요 변화, 병원 종별 의료이용 패턴, 공급자의 행태 변화 등에 따라 재정 소요액이 달라질 수 있다. 예를 들어 적정 수가를 산출할 때 마진

이 크게 잡히거나, 급여화되는 항목에 대한 환자의 수요가 급증하거나, 상급병원으로의 쏠림 현상이 심화되고 공급자들이 예상치 않았던 비급여를 창출할 수 있다면 보장성 강화 정책이 건강보험 재정에 미치는 영향은 예상보다 더 크게 나타날 수 있다. 따라서 보장성 강화 정책은 공급자에 대한 지불제도 개선 및 의료서비스 전달체계 효율화를 반드시 수반해야 실행 가능하다고 본다. 공급자에 대한 보상체계(지불제도)가 현재 행위별 수가제에서 포괄적 개념(신포괄수가제부터 가장 극단적으로는 총액계약제까지 점진적 고려)과 성과 베이스를 가미한 수가제로 전환되고, 1차 의료기관과 상급병원 간 역할 분담이 제대로 이루어져야 한다.

물론 건강보험 재정의 부담 요인뿐만 아니라 건강보험 재정에 긍정적인 영향을 미치는 요인들도 있다. 예를 들면, 건강한 고령화 현상이나 사망 직전 의료비 감소 등이 나타난다면, 노인인구가 증가해도 노인 의료비 증가는 우리가 우려하는 것보다 크지 않을 수 있다. 또한 건강에 대한 투자와 교육이 강화되고 예방 중심의 패러다임으로 변화한다면 보장성이 확대되더라도 의료이용량은 크게 증가하지 않을 수 있다.

그동안 건강보험 전반에 대한 비전과 전략을 제시한 종합계획은 부재하였다. 그러나 2016년 국민건강보험법이 개정 시행됨에 따라 제도의 건전한 운영을 위해 5년마다 건강보험 종합계획 수립을 의무화하였다. 종합계획에는 건강보험 정책의 기본 목표 및 추진 방향, 보장성 강화 계획, 부과체계, 그리고 건강보험의 중장기 재정 전

망 및 운영에 관한 내용이 포함되며 올 9월에 제 1차 건강보험 종합계획이 발표될 예정이다. 그동안 제도적 차원에서 건강보험 중장기 재정을 전망하고 점검하는 시스템이 부재하였으나, 종합계획에 따라 5년마다 중장기 재정 전망을 의무적으로 하게 된 것은 반가운 소식임은 틀림없다. 건강보험 종합계획에서 중장기 재정 전망을 시행하고 점검할 때, 복지부와 건강보험공단이 중심이 되겠지만 보건, 의료, 재정, 정책, 제도, 행정 등 다양한 전문가 풀을 구성하여 폭넓은 관점에서 논의가 진행되기를 바란다. 이러한 종합계획을 통해 중장기적으로 건강보험의 재정건전성이 제고되고, 미래의 환경 변화에 대비하여 좋은 정책과제들이 발굴되고, 아이디어들이 모아질길 기대한다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2011). 미래 환경변화에 따른 건강보험 중장기 재정추계 연구(연구보고서 2011-04).
- 국민건강보험공단. (2012). 건강보험 보장성 강화 이후 진료비 구성변화(연구보고서 2012-09).
- 국민건강보험공단. (2017). 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안. 건강복지정책연구원 용역.
- 국회예산정책처(NABO). (2012). 2012~2060년 장기 재정전망 및 분석.

국회예산정책처(NABO). (2017). 건강보험 보장성 강화대책 재정추계.

기획재정부. (2015). 2060 장기재정전망.

박일수, 이동현, 최재혁, 이수연, 최기춘. (2011). 미래 환경변화에 따른 건강보험 중장기 재정추계 연구. 건강보험공단.

원종욱, 성병찬, 장인수. (2016). ARIMAX 모형을 적용한 건강보험지출 장기전망. 보건경제와 정책연구, 22(2), 1-27.

전병목, 이은경. (2010). 사회보험 재정전망과 정책과제. 한국조세재정연구원.

OECD. (2017). *Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts*. by Marino A, et al. OECD Health Working Papers, No 95, OECD Publishing, Paris.

OECD. (2013). *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. OECD Economic policy papers, No. 06.