



건강보험제도 발전방안 모색을 위한 공개토론회

건강·장기요양보험 제도 개선 분과위원회 논의 내용을 중심으로

건강보험제도 발전방안 모색을 위한 공개토론회

건강·장기요양보험 제도 개선 분과위원회 논의 내용을 중심으로

2021. 9. 29.(수) 14:00
경제사회노동위원회 대회의실



건강보험제도 발전방안 모색을 위한 공개토론회

건강·장기요양보험 제도개선 분과위원회 논의 내용을 중심으로

2021. 9. 29.(수) 14:00
경제사회노동위원회 7층 대회의실



건강보험제도 발전방안 모색을 위한 공개토론회

건강·장기요양보험 제도개선 분과위원회 논의 내용을 중심으로

개요

- 일시 : 2021. 9. 29.(수) 14:00
- 장소 : 경제사회노동위원회 대회의실

일정

시 간	내 용
14:00 ~ 14:10 (10분)	【인사말씀】 <ul style="list-style-type: none">• 개회사 : 문성현 경제사회노동위원회 위원장• 좌장 : 장지연 한국노동연구원 선임연구위원
14:10 ~ 15:20 (70분)	<ul style="list-style-type: none">• 발제<ul style="list-style-type: none">- 지속가능한 건강보험제도 마련을 위한 노사정 논의경과 및 주요쟁점<ul style="list-style-type: none">· 김진현 서울대학교 간호학과 교수- 건강보험 정책방향 - 경사노위 논의 주제를 중심으로 -<ul style="list-style-type: none">· 신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원
15:20 ~ 16:50 (90분)	<ul style="list-style-type: none">• 종합 토론<ul style="list-style-type: none">· 유정엽 한국노총 정책2본부장· 손석호 한국경총 사회정책팀장· 김 윤 서울대학교 의료관리학교실 교수· 윤석준 고려대학교 예방의학교실 교수· 장성인 연세대학교 예방의학교실 교수· 진영주 보건복지부 보험정책과장
16:50 ~ 17:00 (10분)	【최종 정리 및 마무리】

※ 토론회 순서 및 시간은 원활한 진행을 위해 변경될 수 있음.

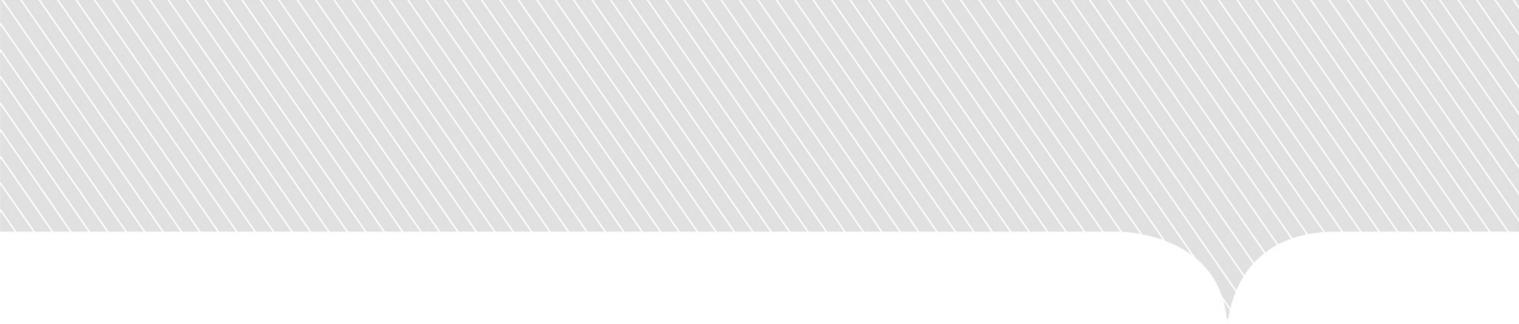
개회사

오늘 건강보험제도 발전방안 모색을 위한 토론회를 개최하게 되어 기쁘게 생각합니다. 무엇보다 우리 사회에 큰 영향을 미치고 있는 코로나19라는 긴 터널을 지나오면서 건강권 확보에 대한 국민적 요청이 증폭되고 있는 지금, 건강보험에 대해 논의하는 자리가 마련되어 뜻깊습니다.

우리나라 건강보험은 1963년 의료보험법 제정 및 1977년 500이상 사업장에 대한 직장의료 보험제도 실시 등 선진국에 비해 길지 않은 역사를 가지고 있습니다. 이처럼 짧은 기간 속에서도 우리나라 건강보험제도는 보장성 강화, 의료 인프라 확충 등 세계 어떤 나라에도 뒤지지 않을 정도의 빠른 성장을 보여온 것이 사실입니다. 문재인 정부에서도 ‘병원비 걱정없는 든든한 나라’라는 슬로건 하에 보장률을 높이고, 국민 의료비 부담을 완화시키기 위한 다양한 정책을 추진하고 있습니다.

큰 성장을 보여온 제도임에도 불구하고 건강보험은 사각지대에 대한 보장성 강화, 저출산 고령화로 인한 건강보험료 감소, 신의료기술에 따른 비급여 증가 등 앞으로도 해결해야 할 과제들이 산적해있는 상황입니다.

산적해 있는 과제 해결을 위해서는 보장성-재정지출관리-재원마련 등을 함께 놓고 검토해야하므로 쉽지 않은 상황입니다. 또한 건강보험은 직장 및 지역 가입자로 구성된 명실상부한 전 국민 사회보험으로써, 의료계를 중심으로 하는 공급자 및 정책을 담당하는 정부 등 다양한 참여자(가입자-공급자-정부 등)들이 존재하여 서로간의 의견을 조율하는 과정도 만만치 않아 보입니다.

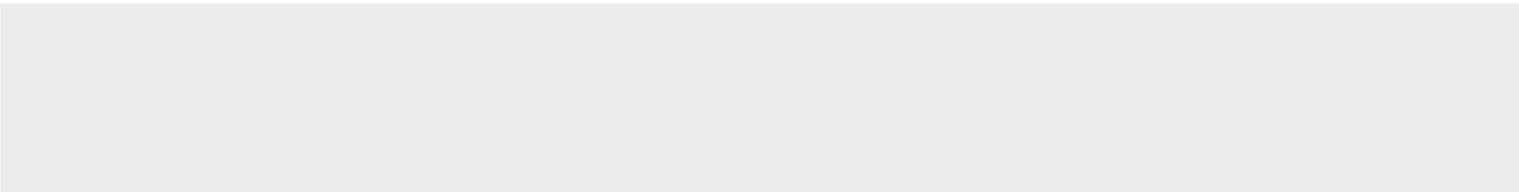


오늘 토론회는 이처럼 쉽지 않은 과제를 풀어보고자 노력했던 건강보험분과위원회의 논의경과를 설명하고 노사정 간 주요쟁점이 무엇이었는지를 공론화하는 자리입니다. 건강보험에 대한 노사정의 현 위치를 파악하고, 각 전문가들이 제안해주시는 정책방향 등을 담은 이번 토론회는 향후 건강보험제도와 관련한 논의의 중요한 출발점이 될 것입니다. 앞으로도 이해당사자들의 책임 있는 자세와 적극적인 참여가 지속되길 당부 드립니다.

본 토론회 좌장을 맡아주신 장지연 한국노동연구원 선임연구위원님, 발제를 맡아주신 김진현 서울대 교수님과 신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원님을 비롯해, 노사정 토론자 및 김윤 서울대 교수님·윤석준 고려대 교수님·장성인 연세대 교수님 등 전문가 토론자분들께 진심으로 감사드립니다.

2021년 9월 29일

경제사회노동위원회 위원장 **문 성 현**



Ⅰ 발제 Ⅰ

- **지속가능한 건강보험제도 마련을 위한 노사정 논의경과 및 쟁점**
 | 김진현 서울대학교 간호학과 교수 1
- **건강보험 정책방향**
 - 경사노위 논의 주제를 중심으로 -
 | 신영석 한국보건사회연구원 선임연구원 13

Ⅰ 종합토론 Ⅰ

- 토론① | **건강보험 제도개선을 위한 사회적 대화 관련 한국노총 의견**
 유정엽 한국노총 정책2본부장 31
- 토론② | **지속가능한 건강보험 정책방향**
 - 건강보험 제도개선을 위한 노사정 대화에 부처 -
 손석호 한국경총 사회정책팀장 39
- 토론③ | **건강보험제도의 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문**
 김 윤 서울대학교 의료관리학교실 교수 45
- 토론④ | **국민건강보험 정책방향 토론문**
 윤석준 고려대학교 예방의학교실 교수 49
- 토론⑤ | **건강보험제도의 주요 쟁점 및 발전방안 모색을 위한 토론회
 토론문**
 장성인 연세대학교 예방의학교실 교수 55
- 토론⑥ | **건강보험제도의 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문**
 진영주 보건복지부 보험정책과장 65



| 발제 1 |

지속가능한 건강보험제도 마련을 위한 노사정 논의경과 및 쟁점

- 김진현 서울대학교 간호학과 교수



지속가능한 건강보험제도 마련을 위한 노사정 논의경과 및 쟁점

김진현 | 서울대학교 간호학과 교수

I 논의 경과

- 2019년 3월에 작성된 건강보험제도개선기획단 검토(안)에 근거하여 논의 시작
- 2020년 6월~11월: 제1차~제8차 건강보험·장기요양보험 제도개선 분과위원회
- 2021년 1월~ 8월: 제1차~제6차 건강보험·장기요양보험 제도개선 분과위원회 간사회의
→ (2021년 8월 10일 제6차 간사회의) 합의안 없이 토론회를 개최하기로 결정

II 건강보험 쟁점과 대안

- 2021년 제6차 회의까지 논의된 주요 쟁점은 건강보험의 보장성, 재정지출관리, 재원조달, 거버넌스, 연계·협력 부문임
- 주요 쟁점에 대해 공익이 제시한 대안을 중심으로 노동자, 사용자, 정부, 전문가의 의견을 교환하고 조율하는 절차를 거쳤으나 노사정은 그동안 건강보험제도를 운영하면서 쟁점이 되어왔던 주요 정책과제에 대해 일부 선언적 의미의 정책방향에는 합의를 하였으나 실질적이고 구체적인 정책과제에 대해서는 합의에 이르지 못함

- 다만, 노사는 건강보험 비급여 진료비 관리기전의 도입, 의약품과 치료재료의 급여목록 재평가, 상대가치의 재정중립원칙 준수, 건강보험공단 재정운영위원회의 기능 회복, 재원조달방안의 다양화, 건강인센티브 도입, 국민중심 거버넌스, 건강보험료의 결정 절차, 공사보험 연계, 공공의료 기반 구축, 1차의료 주치의제 등에 의견 일치를 보임.

건강보험 주요 정책과제

과제	공약안의 주요 내용
보장성	보장성 확대 노력 지속 추진 보장성 측정, 관리 체계 마련 비급여 자료 제출 의무화와 실태파악 및 관리방안 마련
재정지출 관리	재정지출 합리화 약제비와 치료재료비의 목록 재평가 의약품과 치료재료의 건강보험 경쟁입찰 도입 총진료비 관리할 수 있는 지불제도 검토 상대가치제도의 재정중립원칙 유지 요양기관 당연지정제의 계약제 전환
재원조달	소득중심의 건강보험료 부과체계 강화 재원조달의 다양화 건강인센티브 제도의 도입 보험료율 법정 상한선 개정 검토
거버넌스	국민중심의 거버넌스 개편. 특히 실명제 회의록 공개 등 투명성 추진 건정심의 공익위원 선임방법 개선 심평원의 전문위원회 위원 구성에서 이해상충 관계 배제 건강보험공단 재정운영위원회의 기능 회복 건강보험료를 재정운영위원회 혹은 건정심에서 심의, 복지부 최종결정
연계와 협력	공공-민간보험, 직장·공중보건의료서비스 등 의료정보 연계 활용 사보험 상품에서 공보험의 법정 본인부담금 급여 제외 공공의료영역의 정책가산 적용 및 적정인력 확보 위한 보상기제 마련 공공병원 및 건강보험 직영병원 확충. 비급여없는 공공병원 시범운영 1차 의료기관 활성화 위해 1차 의료기관의 주치의제 도입 포스트 코로나 시대에 재택의료와 비대면 진료 체계를 구축

- 주요 쟁점별 공익(안)과 노사정의 입장을 구체적으로 정리하면 다음과 같음

1. 건강보험의 보장성

1-1. **(합의)** 국민 부담을 종합적으로 감안하여 건강보험 보장성 확대 노력을 지속 추진한다.

1-2. **(합의)** 국민의료비 수준과 보장성을 객관적으로 측정하고 관리할 수 있는 체계를 마련한다.

1-3. 비급여 관리

불필요한 비급여 진료가 확산되지 않도록 적정 관리기전을 마련한다. 급여와 비급여가 병용된 진료비 자료를 제출하도록 하여 비급여 실태를 파악하고 관리방안을 마련한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 건강보험의 지속적인 급여 확대에도 불구하고 보장률이 60%대 초반에서 정체되어 있는 것은 의사들이 새로운 비급여를 끊임없이 만들어 내면서 가격을 마음대로 책정해왔기 때문이다.
- 따라서 의료기관이 건강보험심사평가원에 진료비를 청구할 때 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 자료를 제출하도록 해야 비급여 진료비 실태를 정확하게 파악하고 대책을 세울 수 있음. 또 새로운 비급여 진료는 반드시 건강보험공단의 사전 승인을 받도록 해야 보장성 유지가 가능함.

2. 재정지출관리

2-1. **(합의)** 건강보험 정책 전반에 대한 재정지출 합리화가 추진되어야 하며, 이를 위한 국민적 합의 및 인식 공유 노력이 필요하다.

2-2. 약제비 관리

2-2-1. 약제비와 치료재료비 절감을 위해 임상적 유용성 및 비용-효과성 등을 기준으로 급여목록을 주기적으로 재평가하고, 합리적인 지출방안을 마련한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

2-2-2. 건강보험공단이 의약품과 치료재료 구입시, 경쟁입찰제도 등 다양한 재정 절감 방안을 장기적으로 검토한다. (노: 동의, 사: 경쟁입찰 반대, 정: 추후검토)

(노) 경쟁입찰 등 재정 절감 방안을 도입한다. (사) 경쟁입찰 반대

- 건강보험 급여 의약품 및 치료재료 중에서 치료효과가 비슷한데 가격 차이가 많이 나는 제품이 적지 않음.

※ 고혈압 치료제 중 약효는 비슷한데 가격이 30배 이상 차이 나는 경우

※ 1회용 수술용 칼의 보험 가격이 68만원

※ 원가가 5% 높는데 가격은 2배로 책정하는 경우

- 따라서 가격과 효과를 동시에 비교하여 상대적으로 비싼 제품은 건강보험에서 제외시켜 환자의 부담을 줄이고 보험재정을 절감해야 함

2-3. 진료비 지불제도 개선

현행 지불제도를 객관적으로 평가하고, 향후 총진료비를 효과적으로 관리할 수 있는 지불제도를 검토한다. (노: 반대, 사: 동의, 정: 동의)

(노) 지불제도 개선을 추진한다.

- 행위별 수가제, 포괄수가제, 실포괄수가제 등 현재 건강보험에서 의료기관에 진료비를 지불하는 방식은 의료기관의 과잉진료를 유발하는 요인이 있어 의료자원 배분의 효율성을 저해함
- 국민의 의료비 부담을 줄여주고, 건강보험 재정을 안정적으로 유지하기 위해서는 모든 선진국들이 시행하고 있는 총진료비 관리제도를 도입할 필요성 있음. 즉, 국가 전체적으로 1년에 지불가능한 총진료비를 사전에 확정해놓고, 그 범위 내에서 의료기관에 진료비를 지급하여 과잉진료를 원천적으로 억제하고, 의료기관에게도 진료의 자율성을 제공할 필요가 있음

2-4. 건강보험 상대가치 가산제도 보완

의료행위의 수가를 결정하는 행위료의 상대가치 가산제도를 재정중립원칙에 맞게 보완한다. 이를 위해 연중 상대가치를 변경하더라도, 수가 계약시 일괄 적용한다.

(노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 건강보험의 수가는 ‘수가=의료행위의 상대가치 점수×점당 가격’으로 산출되는데, 현행 건강보험법에 의하면 상대가치 점수는 고정시켜놓고, 점당 가격을 매년 의약계와 건강보험공단의 수가계약에 의해 결정하도록 되어 있음.
- 그런데 복지부는 매년 수가계약을 하고 난 후에 다시 상대가치 점수를 인상하여 사실상 수가를 두 번 인상하고 있는 바, 이를 금지해야 함. 즉, 특정 의료행위의 상대가치를 인상할 경우에는 다른 의료행위의 상대가치를 인하하여 전체 상대가치의 총점을 고정시켜 재정에 영향을 미치지 않게 해야 함

2-5. 요양기관 당연지정제의 계약제 전환

중장기적으로 요양기관 당연지정제를 계약제로 전환하여 요양기관의 의로서비스 질 향상 및 환자 안전을 도모한다. (노: 추후검토, 사: 삭제, 정: 반대)

- 선진국에서는 민간의료기관이 건강보험환자를 진료할 것인지에 대해 정부와 계약을 하는 제도를 운영하고 있어 의로서비스 질이 나쁜 불량 의료기관, 과잉진료를 하는 의료기관, 진료비를 부정허위 청구하는 의료기관 등을 계약에서 배제하고 있음.
- 그런데 우리나라는 모든 의료기관이 건강보험환자를 당연히 진료하게 되어있어서 과잉진료, 부당허위청구 등이 만연되어도 건강보험환자를 계속 진료할 수 있고, 환자에게 피해가 돌아가고 있음. 따라서 불량 의료기관을 퇴출할 수 있도록 계약제의 도입이 필요함

※ 독일, 대만 등

3. 재원조달

3-1. (합의) 건강보험료를 공정하게 부과하기 위해 개인소득 파악을 위한 다양한 방안을 강구하고, 소득중심 부과체계를 강화한다. 또한 지역가입자와 직장가입자 간 건강보험료 부담의 형평성을 개선한다.

3-2. 재원조달 방안의 다양화

국민건강보험의 재정안정화를 위해 국고지원의 정상화를 비롯해 건강증진부담금 비중 상향 등 재원조달 방안을 다양화한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 건강보험료의 과도한 인상은 사용자로 하여금 고용을 기피하게 하므로 OECD에서는 정부지원을 적정 수준으로 유지하도록 권고하고 있음.
- 정부지원의 안정적 확보를 위해 국고지원 약속(보험료 수입 예상액의 20%)을 지켜야 하고, 건강증진부담금에서 건강보험재정으로 지원하는 상한선을 현재의 65%에서 그 이상으로 상향 조정할 필요가 있음. 또한 건강에 나쁜 영향을 미치는 탄산음료, 주류 등에도 건강증진부담금 부과할 필요 있음.

3-3. 건강인센티브 제도 도입

(합의) 개인의 건강생활 실천 노력 및 건강개선 정도에 따라, 인센티브 도입을 검토한다.

3-4. 건강보험료율의 법정 상한선

건강보험료율의 법정 상한선 개정은 건강보험 보장률 확대, 비급여 관리 등과 함께 패키지로 논의되어야 한다. (노: 추후검토, 사: 삭제, 정: 추후검토)

(정) 건강보험료율의 법정 상한 도달 가능성을 고려하여, 법정 상한의 적정성에 대한 사회적 논의를 시작한다.

4. 거버넌스 개편

4-1. 국민 중심 개편

투명성, 신뢰성을 제고하기 위한 최적의 거버넌스를 강구한다. 특히 (실명제를 바탕으로 한) 회의록 공개 등 투명성 방안을 추진한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 지속가능한 건강보험제도를 유지하기 위해서 의사결정구조를 보험료를 부담하는 국민 중심으로 개편해야 하며, 국민의 알권리 보장을 위해 건강보험정책을 결정하는 위원회에 참여하는 위원의 명단과 회의록을 실명으로 공개하여 투명성과 신뢰성을 확보함.

※ 독일, 영국, 이탈리아 등 대부분의 선진국에서 시행

4-2. 건강보험정책심의위원회(건정심)

건정심 공익위원의 독립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임 방법을 개선한다.

(노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

(정) 건정심 위원 선임, 구조 개편 등은 경사노위 논의 등을 포함한 각계 의견 종합하여 건정심 내에서 결정 필요

- 현재 건정심의 공익위원 중 관계부처 당연직 위원 외에는 사실상 복지부가 임명하고 있으므로 이를 복지부의 영향력으로부터 자유로울 수 있는 선임방법으로 개선할 필요성 있음

※ 건정심의 공급자 대표는 지금까지 한번도 바뀐 적이 없으나 가입자 대표와 공익 대표는 복지부가 임의로 교체해왔음.

4-3. 건강보험심사평가원(심평원)

심평원의 각 분과위원회(전문평가위, 약제급여평가위, 급여평가위 등)는 이해상충 관계가 없는 자로 구성하도록 노력하며, 회의 참석자를 분명히 공개한다. 또한 회의록에 회의 참석자의 발언 포함 등 투명성 제고 방안을 마련한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 심평원의 각 분과위원회는 의료행위, 의약품, 치료재료에 대해 건강보험 급여 여부와 가격을 사실상 결정하고 있는데, 각 위원회에 참여하는 위원 중 대부분이 임상 현장에서 처방권을 가지고 있는 의료공급자여서 이해상충 관계에 있음.. 즉, 자신이 처방할 의약품과 치료재료의 가격을 자신이 결정하는 구조임. 이 때문에 위원회에서 적절한 가격 인하보다는 왜 가격을 인상을 해주지 않느냐는 이의제기가 일상적임
- 따라서 위원회의 위원구성을 선진국처럼 이해 상충관계가 없는 자들로 구성하고, 회의록을 실명으로 공개하여 의사결정의 투명성과 신뢰성을 확보할 필요가 있음

4-4. 재정위원회 기능 복원

건강보험료율 결정 권한을 현행 건강보험정책심의위원회에서 가입자와 공익으로 구성된 건강보험공단 재정운영위원회로 복원하여 재원조달에 대한 책임성 부여와 재정지출에 대한 견제 기능을 수행한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 반대)

- 2000년 국민건강보험 출범 당시 건강보험료는 국민건강보험공단 재정운영위원회에서 결정하였으나 재정적자 이후 재정건전화특별법에 의해 한시적으로 건정심에 결정하고 있음. 건정심에는 공급자대표가 참여하고 있으므로 건정심에서 건강보험료를 동시에 결정하는 것은 불합리하다는 것이 가입자 단체의 의견임
- 따라서 당초의 취지대로 건강보험료는 국민건강보험공단 재정운영위원회에서 결정하도록 복원하여 급여와 수가를 결정하는 건정심의 재정지출 기능을 견제할 필요가 있음

4-5. 건강보험료 결정

건강보험료는 국민건강보험공단 재정위원회에서 심의하고, 정부가 최종 결정한다.
(노: 동의, 사: 동의, 정: 반대)

5. 연계와 협력

5-1. 국민중심 의료전달체계 개편을 통한 의료 질 향상

(합의) 국민중심 의료전달체계 구축을 위해 공공-민간보험, 직장보건·공중보건·보건소·건강서비스 등 의료정보를 연계하여 활용할 수 있는 방안을 마련한다.

- 디지털혁명과 4차산업혁명에 직면하여 국민의 의료이용을 지원하고, 의료자원의 중복과 낭비를 줄이기 위하여 의료정보의 효과적 연계방안이 필요함

5-2. 공사 의료보험 관계

(합의) 국민의료비 경감 및 의료보장의 중복 문제를 개선하기 위해 공·사 의료보험 간의 상호보완적 역할을 설정하고, 이에 대한 법적 기반을 구축한다.

- 공보험의 의료납용을 억제하기 위해 법정 본인부담금을 설정해 놓았는데, 사보험이 이를 급여하게 되면 소비자의 비용의식이 사라지게 되어 의료납용이 발생하고, 결과적으로 공보험과 사보험 모두에게 재정적 악영향을 미침
- 따라서 사보험은 공보험의 법정 본인부담금을 제외하고, 비급여 영역을 중심으로 상품을 개발하여 공보험과 사보험이 상호보완적 역할로 상생할 수 있게 해야 함

5-3. 공공의료 기반 구축

5-3-1. (합의) 공공의료 강화 및 지역 간 의료격차 해소 등에 기여할 수 있도록 공공의료 영역의 정책가산 적용 및 적정 인력 확보를 위한 보상기제를 마련한다.

5-3-2. (공공병원 및 건강보험 직영병원 확충) 공공의료를 강화하고 건강보험 제도개선에 필요한 정책 병상을 확보하기 위하여 공공병원 및 건강보험 직영병원을 확충한다. 또한 비급여없는 공공병원 시범 운영을 추진한다. (노: 동의, 사: 반대, 정: 추후검토)

(사) 직영병원 반대

(정) 직영병원에 대해서 추후검토

5-4. 1차 의료기관 활성화

의료전달체계의 효율성을 제고하기 위하여 1차 의료기관을 활성화하고, 이를 위해 1차 의료기관의 주치의제 도입을 추진한다. (노: 동의, 사: 동의, 정: 추후검토)

- 경증환자는 자주 가는 동네의원에서 진료를 받고, 종합병원은 중증환자 중심으로 진료하는 것이 소비자의 의료비 부담을 줄이고 제한된 의료자원을 효율적으로 사용하는 것인데, 실제로는 많은 소비자들이 의료쇼핑과 대형병원으로 집중되고 있음.
- 따라서 가벼운 질환은 환자의 질병을 잘 알고 있는 동네의원을 주치의로 지정하여 이용하게 한다면 건강관리와 자원절약에 효과적임

5-5. 포스트 코로나 시대 의료체계

코로나 시대에 대응하여 만성질환자 관리 및 의료취약 거주지 격차 해소 등을 위해 재택의료와 비대면 진료 체계를 구축한다. (노: 반대, 사: 동의, 정: 동의)

(노) 비대면 진료 반대

- 코로나19를 경험하면서 격리환자를 수용한 생활치료센터와 의료기관 사이에 한정하여 비대면 진료를 시행하고 있으며, 현재까지 기술적으로 특별한 문제점이 발견되고 있지 않음.
- 코로나19 이후에도 이러한 비대면 진료의 확대 적용을 요구하는 의견이 있음. 그러나 다른 한편으로 이것이 이른 바 의료민영화의 단초가 될 수도 있고, 의료시장의 집중화를 가져올 수 있기 때문에 비대면 진료는 감염병 위기 등 특수한 상황에서만 허용해야 된다는 의견이 있음



| 발제 2 |

건강보험 정책방향

- 경사노위 논의 주제를 중심으로 -

- 신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원



건강보험 정책방향

- 경사노위 논의 주제를 중심으로 -

신영석 | 한국보건사회연구원 선임연구위원

경사노위 회의자료



건강보험 정책 방향

- 경사노위 논의 주제를 중심으로

2021. 09. 29

보건사회연구원
신영석

목차

- 1 보장성 확대
- 2 재원조달
- 3 지역 완결형 통합 연계의료 체계

경사노위 논의 주제

I . 보장성 확대

: 보장성 지표 검토, 비급여 관리방안, 혼합진료 금지

II . 재정관리

: 상대가치 보완, 당연지정제 전환, 지불제도 개선, 약제비 관리

III . 재원조달

: 부과 소득 범위, 보험료 부과 기반 기준, 국고지원, 기타 재원

IV . 거버넌스 개편

: 보험자와 서비스제공자, 정부간 협력 체계, 운영기관의 의사결정 및 기능

V . 연계 협력

: 포스트 코로나 시대 의료체계, 1차 의료기관 활성화, 공공의료 확충, 공사의료보험 연계, 국민중심 의료전달체계, 의료의 질 향상

발제를 위한 주제의 재편성

I. 보장성 확대

II. 재원조달

III. 지역 완결형 통합 연계의료 체계

: 재정관리 포함

IV. 거버넌스

: 건강보험만의 거버넌스가 가지고 있는 구조적 한계

— ① —

보장성 확대

01 보장성 확대 문재인 케어

KIHASA
한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

1. 문재인 케어란?

‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’

- 건강보험 보장률을 높여 가계의 병원비 부담을 낮추기 위한 국민 의료비 부담 완화 정책
 - 2022년까지 전 국민의 의료비 부담을 평균 18% 낮추는 ‘건강보험 보장성 강화 정책’ 발표
 - 환자의 부담이 큰 3대 비급여(특진·상급병실·간병)를 단계적으로 해결 방안
 - 소득수준에 비례한 연간 본인부담 상한액 적정관리, 취약계층(노인·아동·여성·장애인 등) 의료비 부담 완화, 재난적 의료비 지원 대상 확대 등 의료안전망 확대 제시

2. 문재인 케어 추진 배경

- 지속적인 건강보험 보장 적용 범위 확대에도 불구하고 보장률은 60% 초반에서 정체됨
- 전국민 건강보험이 있음에도, 한국 가계부담의료비는 OECD에서 높은 축에 속함
 - 2019년 기준, OECD 평균 가계직접부담의료비 20.3%, 한국 가계직접부담의료비 31.4%(OECD, 2020)
 - 높은 가계 직접부담의료비는 민간 의료보험 의존도를 높이게 됨
- 한국의 의료비 지출은 GDP대비 8%로 아직 OECD 평균(8.8%)에 비해 낮은 편이지만, 최근 빠른 속도(1.5%p)로 증가하고 있음
 - 한국 사회의 빠른 고령화 진행에 따라 가계직접부담 의료비 부담은 더욱 가속화될 것으로 추정됨
- 이러한 배경으로 건강보험 보장성 강화를 통해 비급여 영역을 줄임으로서 가계 부담을 줄이고자 추진함

01 보장성 확대 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향

KIHASA
한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

	박근혜 정부	문재인 정부	개선방향
3대비급여해소	3대 비급여 (선택진료비 해소)	2대 비급여 (상급병실 해소)	급성기 병원 간호간병통합서비스 → 거주장소별 맞춤형 국민의 간호간병부담 해소
비급여의 급여화	비급여 점진적 축소	비급여 완전히 해소	항목단위 해소 → 기관단위/환자단위의 포괄적 비급여 해소 병행
보장성 강화대상	4대 중증질환 중심 보장	질환 구분 없이 보편적 보장	질환 보장 → 건강관리, 요양·돌봄까지 공적보험 보장범위 확대
사후의료 안전망	본인부담상한제 (3단계→7단계)	본인부담상한제 (하위50% 상한선 인하)	비급여 제외 → 비급여 포함 (재정고려 세부기준 개선)
	재난적 의료비 시범사업	재난적 의료비 본 사업	저소득층 대상 → 대상자 확대

4차리에 걸친 보장성 강화 정책 이후 공백이 남아 있는 사각지대 집중 보장
(단, 보장성 강화는 지속적 재원조달 방안과 연계해서 범위와 속도를 설정하는 것이 필요)



01

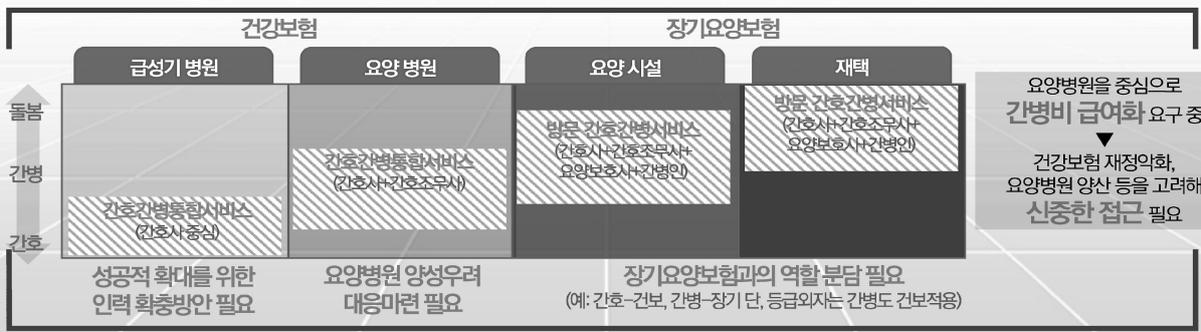
보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향

01 간호간병 서비스 부담 완화: 거주지 중심 접근

☑ **【현황】** 3대 비급여 중 간병부담 해소를 위해 간호간병통합서비스 도입했지만……



☑ **【개선방안】** 거주장소별 국민의 간호간병 부담 해소 방안(안)



01

보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향

01 간호간병 서비스 부담 완화: 기준 정립 필요



☑ **【주요쟁점】** 판정기준 및 병상기능 정립과 연계한 간호간병부담 완화 정책추진 검토 필요

구분	급성기 병원	요양병원	요양시설	재택	
치료	급성기	아급성기 (중간기요양병원)			건강보험 (간호간병통합서비스)
요양		요양 시설	요양시설		장기요양(시설급여) + 건강보험(방문간호지원)
재가			재가	재가	장기요양(재가급여) + 건강보험(방문간호지원)

병상기능 정립에 참여하는 병원에 대해서만 간호간병서비스를 지원하는 방안 검토 (예: 요양병원 중 아급성기 병원으로 전환하는 경우 완화형 간호간병통합서비스 참여 허용, 요양병원 중 요양시설로 전환하는 경우 건강보험에서 방문간호서비스 지원 등)



01

보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향



01 간호간병 서비스 부담 완화: 기준 정립 필요

☑ **【주요쟁점】** 판정기준 및 병상기능 정립과 연계한 간호간병부담 완화 정책추진 검토 필요

구분	급성기 병원	요양병원	요양시설	재택	
치료	급성기	아급성기 (중간기요양병원)			건강보험 (간호간병통합서비스)
요양		요양 시설	요양시설		장기요양(시설급여) + 건강보험(방문간호지원)
재가		재가	재가	재가	장기요양(재가급여) + 건강보험(방문간호지원)

병상기능 정립에 참여하는 병원에 대해서만 간호간병서비스를 지원하는 방안 검토
(예: 요양병원 중 아급성기 병원으로 전환하는 경우 완화형 간호간병통합서비스 참여 허용, 요양병원 중
요양시설로 전환하는 경우 건강보험에서 방문간호서비스 지원 등)

병상기능정립
불명확성
(급성기vs요양병원,
요양병원vs요양시설)

치료/요양
판정체계 상이
(등급판정 有: 장기요양,
못 받으면 요양병원)

노인의료돌봄을
들러싼 제도 불명확성
(건강보험vs
장기요양보험)

제공인력 간 지역갈등
(간호사vs간호조무사,
간호직vs요양간병직)

01

보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향



02 안전망 강화를 통한 의료비 부담 경감

☑ **【현황】** 보장성 강화 정책 수립 시, 본인부담상한제는 점진적으로 개선 중……다음 요구는?

급여	비급여				급여 본인부담을 넘어 “모든 의료비”에 대한 국민의료비 부담 완화 측면에서 본인부담상한제 적용 범위 개선 검토 도덕적 해이, 재정부담 등을 고려하여 세부기준 개선, 타 제도와의 연계방안 검토
	예비급여	선택급여	잔존 비급여	현재 본인부담상한제 적용 범위	
	기준비급여 등재비급여			본인부담상한제 적용여부 및 우선순위 검토	

☑ **【개선방안】** 사후 의료안전망 강화: 전체 의료비, 전체 국민으로 보장 확대

국민이 부담하는 총 의료비 측면에서 비급여 포함 본인부담상한제 개선검토

- 대인1 (약 2조원 소요) 본인부담상한제 개선
 - 비급여 유형별 반영률 차등
 - 의학적 비급여 중심으로 적용
 - 비급여 상한금액 설정
 - 요양병원 상한제 기준 강화

대인2 (예산 496억 총 집행 270억원) 재난적 의료비 지원 확대

- 본인부담상한제 개선이 어려울 시, 대안으로 **재난적 의료비 확대방안 검토**
- 적용 대상자 확대(저소득→전국민)
- 지원금액 개선(1인당 상한금액 확대)
- 신청주의 방식 개선(의료기관과 연계)
- 재난적 의료비사업 규모 확대(약 2조원)

현재 본인부담상한제 개선에 따른 의료비 부담완화 혜택이 **실손보험**에게 돌아가는 상황으로 비급여 포함시 **실손보험과의 관계정립** 선행 필요 (실손보험 급여지급시, 본인부담상한제 제외하고 지급 중)

(예시)	급여	비급여			
		예비급여	선택 급여	잔존 비급여	
반영율	100%	예: 30%	예: 50%	예: 20%	
상한금액	상한없음	상한있음 (예: 1인당 5천만원) 요양병원 제외			

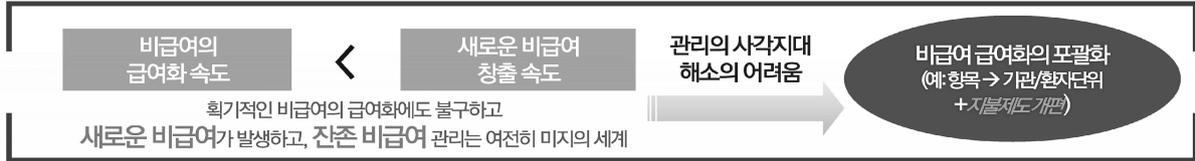


01

보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향

03 비급여 부담 없는 병원 단계적 확충

☑ **【현황】** 현재의 비급여의 급여화는 항목단위로 추진 → 관리의 누락항목 발생 가능성 높



☑ **【개선방안】** 비급여 부담 없는 병원 확충방안(안)

【대안1】 비급여 없는 병원 시범사업 도입

건강보험 100% 적용

의료비 걱정없이 안심하고 이용할 수 있는 병원 제공

비급여없는 병원

공급자

비급여없이 충분히 운영가능한 병원모델 제시

1~2개 공공병원 대상 시범사업 (예: 공단일산병원(신포괄11년차), NMC 등)

【대안2】 신포괄병원(+전문병원) 확대 확대

비급여 관리기전 강화

민간병원 신포괄 도입전후

17년 하반기 (도입 전)	12.4%
18년 하반기 (도입 후)	5.7%

비급여없는 병원 시범사업 추진이 어려운 경우 신포괄의 비급여 관리기전을 강화하여 신포괄 확대

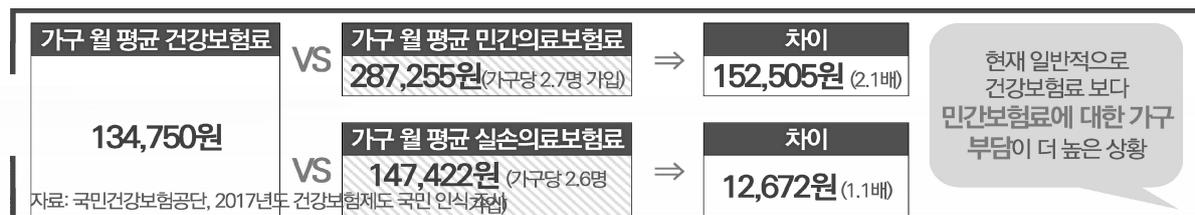
01

보장성 확대: 문재인 케어 이후의 보장성 강화 정책 방향

04 건강보험플러스 도입을 통한 보험료 부담 감소 및 혜택



☑ **【현황】** 국민은 건강보험료 뿐만 아니라 민간보험료로 인한 보험료 부담이 큰 상황



☑ **【개선방안】** 공적보험 보장범위 확대: 건강보험플러스 도입(건강보험 하나로)

건강관리	치료		요양/간병
	급여	비급여	
민간보험 신규진입(가)	공적건강보험	민간(실손보험 중심)	민간(장래보험 중심)
공적건강보험 현물서비스 제공	비급여의 급여화 + 실손보험 상품 개선	공적건강보험 현물서비스 제공	

국민의 (공적+민간) 보험료 부담 경감 + 혜택 범위 확대

원하는 국민을 대상으로 건강보험 플러스 가입 (건강보험 플러스는 치료 외 건강관리, 요양/간병 등에 대한 현물서비스를 제공)

차대보험 보유계약 건수

2017년	293.4만건
2018년	310.4만건
2019년	462.4만건

4~50대 월 보험료 평균 5만원

간병/건강관리 등 민간보험료 부담 증가

보험사 건강관리 서비스 상품 및 찬반 논란

보험상품	특징	월 보험료
바이탈리티결착임보험	암보험 가입자에게 목표 달성사보인트지급, 보험료 10% 할인 등	6만원
라이프케어 이증신보험		1만원

국민건강증진 - 의료비 지출 절감 등 효율성 개선
찬성 - 건강분야 고용증대 및 부가가치 창출, 수출증대

반대 - 전문성 결여, 공공성 저해 및 의료민영화 빌미, 환자 개인정보 유출 및 악용 우려, 의료계 수입 저하

— 2 —

재원 조달

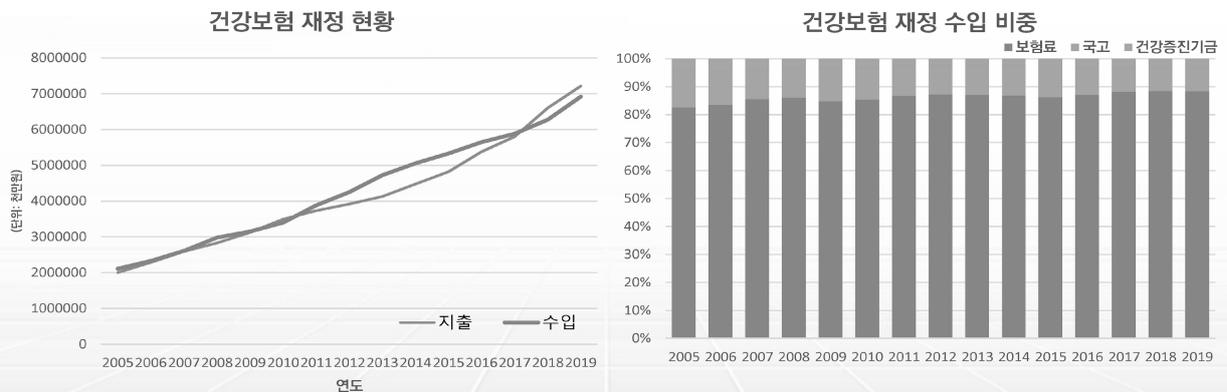
02

재원 조달

재원조달

: 건강보험 재정 현황

1. 건강보험 재정 현황 및 재정 수입 비중



- 건강보험 재정 수입과 지출은 꾸준히 증가하는 추세임
- 2010년, 2018년 이후부터 지출이 수입을 넘어선 재정 적자상태를 보이고 있음
- 인구 고령화, 건강보험 보장성 강화 등으로 향후 지속적으로 재정 지출이 증가할 것으로 추정됨
- 건강보험 재정 정비 및 확충이 필요함

출처: KOSIS 연도별 건강보험 재정 현황

02 재원 조달 재원조달

: 건강보험 재정 현황

2. 보험료 부과 기준 개편

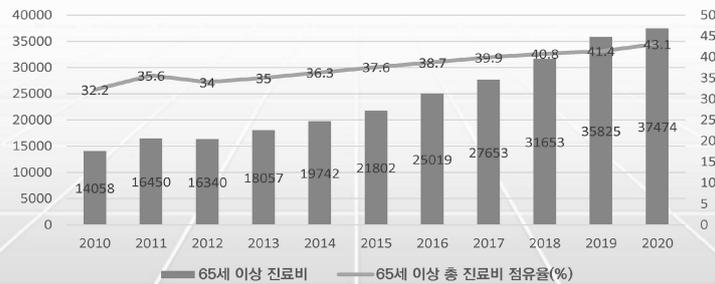
- 보건복지부에 따르면 2022년 보험료 부과 기준 2차 개편으로 보험료 수입이 감소할 것으로 예상함

3. 보장성 강화 정책으로 인한 지출 증가

- 2022년까지 보장률 70%를 목표로 하는 보장성 강화 정책으로 건강보험 재정 급증 우려
- 2022년 대선의 새로운 공약으로 재정 지출 증가 전망

4. 인구 고령화로 인한 지출 증가

65세 이상 진료비



- 2020년 기준 65세 이상 건강보험 진료비는 매년 증가하고 있으며, 전체 의료비의 43.1%를 차지함

02 재원 조달 건강보험료 부과 기준 개선을 통한 신규부과 재원 조달

: 부과소득 범위 확대 방안

1. 부과 기준 정교화 및 부과 대상 확대 : 부과 대상자 엄밀화

- 고소득 대상자의 보험료 부과 누락 방지
 - 직장가입자 중 보수 외 소득 부과 기준을 낮추어 부과 대상자 확대
 - 부양자의 소득 및 재산 기준을 낮추어 자립능력이 있는 피부양자를 지역가입자로 전환

2. 부과 기반 확대

- (직장가입자 보수의 소득 부과 강화) 부담능력에 비례하여 부담한다는 원칙에 의거 근로소득 외 소득에 대한 부과 강화
- (보수 외 소득 부과기준 소득액 인하) 보수 외 소득이 연 3,400만원 초과시에만 보험료를 부과하던 방식에서 2단계 개편 시, 연 소득 2000만원으로 기준소득액을 인하함.
- (보수 외 소득에 대한 공제방식 도입) 보수 외 소득에 대한 보험료율을 현행 50%에서 100%로 인상하고, 보험료 부과방식을 초과 방식에서 공제방식으로 전환함.

3. 부과 소득의 범위를 단계적으로 확대

- 단기적으로는 건강보험공단이 확보하고 있는 자료원 내에서 종합과세소득의 부과 범위 늘림.
- 장기적으로는 소득별 특성을 감안하여 부과 소득의 범위를 확대함. (프랑스의 CSG 방식 참조)

02

재원 조달

건강보험료 부과 기준 개선을 통한 신규부과 재원 조달

: 부과소득 범위 확대 방안



보험료 부과 소득역진성을 야기하는 재산 및 자동차 기준의 부과 기반 축소

※ 소득 유형 및 현행 보험료 부과 소득 범위

종합과세소득 ▪ 사업소득 ▪ 근로소득 ▪ 금융(이자, 배당)소득 ▪ 공적연금소득 ▪ 기타소득	분리과세소득 ▪ 3개월 이하 일용근로소득 ▪ 2천만원 이하 금융소득 ▪ 1.2천만원 이하 사적연금소득 ▪ 3백만원 이하 기타소득	분류과세소득 ▪ 퇴직소득 ▪ 양도소득	비과세 소득	상속, 증여	미신고 소득 (탈루 소득)
보험료 부과		보험료 미부과			
건강보험공단 자료원 확보		건강보험공단 자료원 미확보			
건강보험법령상 건보료 부과대상			건강보험법령상 건보료 미 부과대상		
소득세법				상속세 및 증여세법	
국세청 신고(파악된 소득)					
실질 소득					

자료: 신현웅 외(2017), [그림 5-53] 및 [그림 5-54] 재구성

02

재원 조달

안정적 국고지원

: 국고지원 확대 필요



1. 형평성 측면,

- 중산층 이하의 계층은 세금 대비 보험료 부담이 높은 반면 고소득층은 작게 부담하는 문제를 가지고 있음.
- 따라서 보험료 인상보다 세금을 통한 국고지원의 증가가 형평성의 측면에서 바람직함.

※ 가구 소득수준에 따른 가구별 월평균 세금 및 소득세, 건강보험료(2016)

	가구 경상소득 10분위									
	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위
세금	2.59	1.58	2.76	3.29	12.79	12.08	17.28	22.93	95.89	
건강보험료	5.58	2.44	4.23	4.43	10.93	10.43	12.39	16.04	25.23	
세금대비 보험료 비율(배)	2.15	1.54	1.53	1.35	0.85	0.86	0.72	0.7	0.26	

주1) 가구 소득수준 10분위는 가구 경상소득을 10분위로 분류, 2) 세금은 종합소득세, 종합부동산세, 갑근세, 재산세, 자동차세, 환경개선부담금, 주민세, 취득세 등을 포함(법인세 등 사업용도의 세금은 제외)
 자료: 한국보건사회연구원, 한국복지패널(2017) 분석 결과

2. 고용과 경제 성장 측면,

- 보험료에 대한 지속적인 의존은 고용과 성장을 저해할 수 있음(OECD 2008, Wagstaff 2009).
 - 성장친화적 접근을 위해 세금을 통해 부담을 분산해야 할 필요성이 있음.
 - 사회보험에 대한 의존은 정규고용을 8-10% 낮추고 전체 고용은 5-6% 낮추는 것으로 나타남.
- 부가가치세와 같은 간접세의 경우 소득세나 사회보험 같은 직접세보다 고용에 대한 부정적인 영향이 적음.



02 재원 조달 안정적 국고지원

: 국고지원 확대 필요

3. 국고지원 관련 쟁점

- (한시적 지원기간) 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」에서는 건강보험 재정에 대한 정부지원 기한을 2022년 12월 31일까지로 규정함. 최근 한시적 지원기간을 지속적으로 연장하고 있으나 이와 같은 연장은 임시방편일 뿐임.
- (지원 근거 모호) 「국민건강보험법」제108조 제1항 ‘예산의 범위에서’와 제2항 ‘국민건강증진기금에서 자금을 지원 받을 수 있다’ 문구는 강제성이 없어 지원하지 않아도 된다는 해석이 가능함.
- (지원 기준 산정의 문제) 정부지원금 산출 기준이 되는 예상보험료가 실제보험료 대비 지속적으로 과소추계됨.
- (건강증진기금 재원 활용의 한계) 건강증진기금의 65% 범위 내에서 지원할 수 있도록 법문화되어 있어, 보험 재정 규모가 커짐에 따라 건강증진기금이 법정 지원액 규모를 맞추기는 현실적으로 불가능함(신영석 외, 2015, p.30).
- (부족 지원액에 대한 정산절차 부재) 정부지원 규모가 지속적으로 보험료 수입의 20%에 미달하나, 부족 지원금에 대한 정산절차의 부재로 2007년부터 2017년 현재까지 약 18조원 이상의 미지급금이 발생함.
- (건강보험 재정 규모에 연동된 국고지원) 건강보험 재정 규모가 급격히 증가하고 있고 향후 고령화 등을 감안하면 국고지원 규모가 지속적으로 건강보험 지출 증가 속도에 맞추어 증가하기에는 한계가 있음.
- (적정 규모 논의 필요) 현재의 지원 기준을 명확하게 재정리함은 물론 근본적으로 그 지원 규모의 적정수준에 대해서 고찰해야 함.



02 재원 조달 안정적 국고지원

: 국고지원 확대 필요

4. 안정적인 국고지원 체계 구축 방안

[국고지원 규모 설정 원칙]

- 국가 사회보장제도 운영의 궁극적 책임 감당
- 건강보험의 재정적 지속가능성 제고
- 국가의 재정건전성 유지
- 기업의 국제경쟁력 제고 및 일자리 창출

대안 1: 현행 지원체계를 유지하되 불분명한 규정을 명백하게 하고 한시 지원규정 삭제

- ‘해당연도의 보험료 예상 수입액’을 전전년도 보험료 수입의 20%(일반회계 13%, 건강증진기금 2%, 목적세 5%)로 변경하여 불확실성 제거
- 한시 규정을 폐지함으로써 보험재정의 예측가능성 제고

대안 2: 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 중장기적으로 부족한 재원은 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충

02 **재원 조달** **안정적 국고지원**

: 국고지원 확대 필요

4. 안정적인 국고지원 체계 구축 방안

국고지원 대안별 장단점 비교

구분	내용	장점	단점
대안1	현행 지원체계를 유지하되 불분명한 규정을 명백하게 하고 한시지원규정 삭제	<ul style="list-style-type: none"> 국고지원의 안정적 확보를 통해 건강보험 재정안전성 제고 피보험자의 보험료 부담액에 큰 차이 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 국고지원에 대한 사용자 불분명 현행기준을 유지함으로써 편의적인 발상이라는 비난 가능
대안2	일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 부족한 재원은 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충	<ul style="list-style-type: none"> 국가의 재정건전성 확보 보험운영은 보험가입자 책임의 원리에 부합 	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 재정안정에 어려움 노정 간접세 방식에 대한 비판 가능

02 **재원 조달** **신규 재원 확보의 우선순위**

1. 국고지원규모의 명확화

- 국민연금 보험료율(9%)와 유사해지는 2030년까지는 전전년도 보험료 수입의 20%를 지원 유지
- 그 이후에는 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율에 연동하여 지원
 - 대부분의 선진국에서 건강보험 보험료율과 국민연금 보험료율이 거의 비슷함. 국가 사회보장제도 운영의 궁극적 책임 감당

2. 보험료율 인상

- 2022년 기준 6.99%인 보험료율을 국민의 부담 능력 범위 이내(OECD 국가의 평균 관점에서)로 판단되는 2025년까지는 보험료율조정을 통해 재원 확보
 - 건보공단 예측에 의하면 문케어 이후 추가보장성이 없다고 가정할 경우, 2024년 건강보험 보험료율은 약 7.59%로 추정됨
- 그 이후에는 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율에 연동하여 지원

3. 보험료 부과기반 확대

- 근로소득 외에 여타 소득(금융소득, 양도소득, 임대소득 등)도 보험료 부과 기반에 포함
 - 근로소득에 대한 부과는 사용자, 피용자에게 현행처럼 50%씩 부과하되 보험료율이 9%를 초과하는 시점부터는 사용자에 대한 부과 비율을 고정시키고 피용자는 근로소득 외 나머지 소득에 대한 보험료를 본인 100% 부담 (외국의 사례에서도 고용의 유지 및 창출, 국제경쟁력 제고 차원에서 일정율 이상에서는 사용자의 보험료 부담 고정)

4. 기타 재원 확보 방안 강구

- 2025년 이후 국민부담율, 인구구조, 경제성장 등을 반영하여 새로운 재원을 모색할 필요
 - 보험료율 9.0%, 부과기반 확대 등이 완료된 후에도 건강보험 재정은 계속 증가할 것이기 때문에 또 다른 재원확대 방안이 필요함. (지출 억제를 위한 의료공급 체계 전환 필요)

3

지역 완결형 통합 연계의료체계

03 지역완결형 통합 연계의료 체계 지역 사회 중심 보건의료체계

① 보건의료시스템의 균형

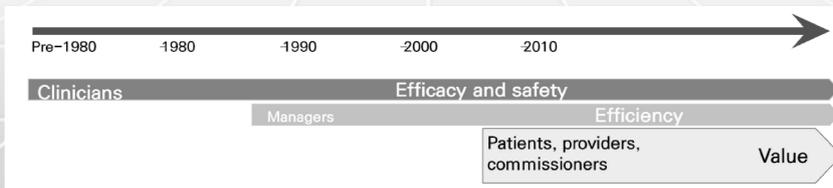


② 가치기반 보건의료체계 구축

➢ 의료의 질을 높이고 비용부담은 낮춤 (Policy Mix of Quality Max and Cost Min.)



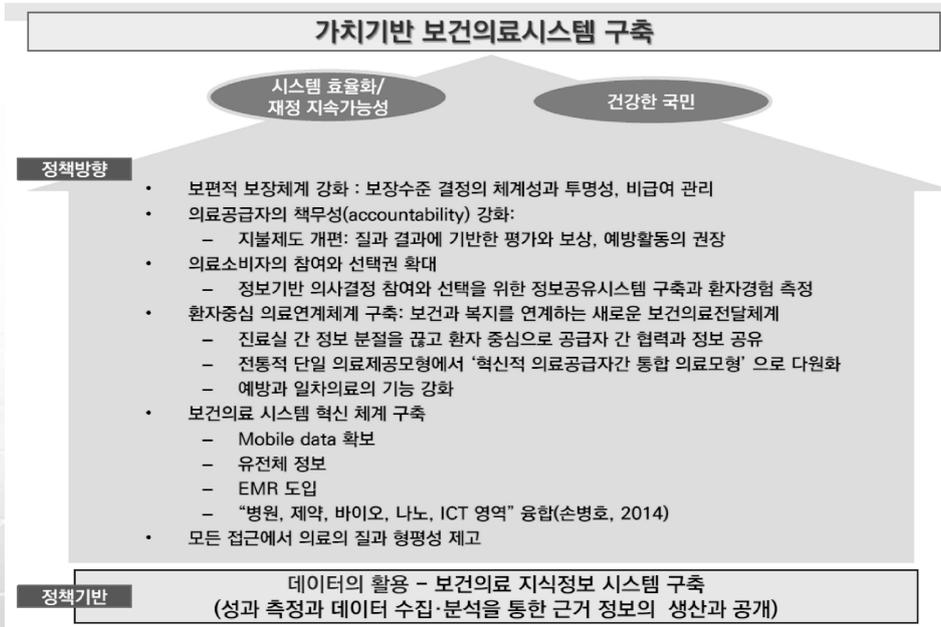
③ 보건의료체계의 흐름



03 지역완결형 통합 연계의료 체계

지역 사회 중심 보건의료체계

④ 보건의료체계 방향



03 지역완결형 통합 연계의료 체계

지역 사회 중심 보건의료체계

⑤ 지역 중심 ICT를 활용한 의료기관간 연계·협력 모형

가. 제도 실행의 원칙

1. 지역 완결형
 - 최고 중증(암 등)질환을 제외한 모든 질환에 대해 지역단위에서 대처할 수 있는 체계 구축
2. Value(Cost & Quality) 극대화
 - Medical Home(지역책임병원) 지정을 통한 최적화된 서비스 공급 및 이용으로 비용 효과적인 전달체계 구축
 - Medical Home은 의뢰(상종으로) 및 회송(지역내 의원급으로)의 책임 역할 수행
 - 지역책임병원을 포함한 지역내 네트워크 단위에서 질을 측정할 수 있는 기전 마련 : 의료의 질평가 지원금의 일부를 네트워크 단위 평가를 통해 인센티브형식으로 지원함으로써 질 확보
3. 지속가능성
 - 초기 투자 이후 방치가 아니라 지역책임병원 중심 네트워크 방식이 지속 가능할 수 있는 체계 마련 : 권역내 상급병원과의 인력 교류, 보상체계 등
4. 관리운영의 용이성
 - 네트워크내 진료정보교류 체계 마련
 - 지역책임병원을 중심으로 실시간 진료정보 등을 교류할 수 있는 체계 마련
 - 네트워크 내 기관간 정보 공유 인프라에 대한 비용은 보험자가 부담
 - 동시에 중앙관리조직(공단 또는 심평원)과의 상시 정보교류 채널 가동
 - 의뢰 및 회송 등 주요 사안에 대한 네트워크 내 의사결정기구 마련
 - 인력, 시설, 장비 등 최소 기준을 맞추기 위해 추가 소요되는 비용의 일정비율은 보험자가 부담



03 지역완결형 통합 연계의료 체계 지역 사회 중심 보건의료체계

⑤ 지역 중심 ICT를 활용한 의료기관간 연계·협력 모형

나. 연계·협력 모형(안)

1. 70개 진료권 단위에서 필수의료(중증, 응급 등)를 제공할 수 있는 시설, 장비, 인력을 갖춘 네트워크(2차 포괄병원 포함 중소병원, 의원 등) 구성 : 2차 포괄병원이 Medical Home 역할 담당
 - 기준을 갖춘 2차 포괄병원을 지역책임병원(지역단위에서 심혈관, 뇌혈관 포함 필수의료 서비스 제공을 할 수 있는 병원)으로의 역할 부여
 - 중증응급센터, 지역심뇌혈관 질환 센터, 신생아 집중치료센터는 의무적으로 네트워크에 포함 : 여건에 따라 센터 중 한 곳이 Medical Home 역할 가능
2. 진료권별 최소 Requirement(시설, 인력, 장비)를 갖춘 네트워크에게 모두 자격을 부여하되 필수의료에 대한 최소 기준은 네트워크가 부담 가능 : A 네트워크가 중증 및 응급을 담당하고 B 네트워크가 고위험 분만, 모자 등 담당
 - 3년 단위 평가를 통해 지역책임병원 기능에 대한 자격 유지 여부 재 판단
 - 네트워크 내 소속기관들도 개별적 평가를 통해 네트워크 소속 여부를 재 판단
3. 두 종류 환자에 대해 서비스 공급
 - 네트워크내에서 평생건강관리서비스를 받고자 하는 사람들(장애인, 고령인 등) 대상 네트워크 가입자로 편성
 - 네트워크에 가입한 대상자 : 가입자는 네트워크 내 의원급에 가입자 거주지에 따라 배분 => 만성관리제 사업을 해당지역에서는 흡수 통합
 - 일반 환자 : 현행 방식에 준용하여 서비스 공급



03 지역완결형 통합 연계의료 체계 지역 사회 중심 보건의료체계

⑤ 지역 중심 ICT를 활용한 의료기관간 연계·협력 모형

나. 연계·협력 모형(안)

4. 서비스 공급 방식
 - 4-1) 네트워크 임의 가입자 대상 : 일상의 건강을 네트워크가 관리하되 지난 3년간 평균 진료비에 물가 인상을 반영한 Lump-Sum 비용의 50%를 사전에 제공(인프라 구축 등에 활용할 수 있음.)하되 청구시에는 나머지 50% 비용 보상(청구는 네트워크내 Medical Home 역할을 하는 책임 병원이 담당)
 - Medical Home 역할을 하는 기관이 서비스 이용량에 따라 기관 간 비용 배분 : 초기에는 행위별 보상기전을 적용하되 중장기적으로 위험에 대해 공동책임, 인센티브에 대해 공동 향유 방향으로 접근
 - 예방, 치료, 요양 서비스에 대한 배분은 Medical Home에서 담당
 - 상급병원에 의뢰시 발생비용은 지역책임기관이 부담
 - 1년 단위 네트워크 간 평가를 통해 인센티브 제공
 - 가입자들의 식이, 운동 등 일상생활 관련 Mobile data를 네트워크 플랫폼에서 수집하고 이들에 대한 일상 건강가이드 제공(중장기적으로 스마트 홈 등 ICT 환경변화에 따라 서비스 제공 수준 변화 가능) : 별도의 보상
 - 4-2) 일반환자에 대한 서비스 : 현행 방식을 유지하되 필요에 따라 원격진료 포함 네트워크 내에서 의뢰 및 회송
 - 보상수준은 현행 방식을 준용하되 의뢰 및 회송에 대한 보상 강화
 - 4-3) 진료정보교류 인프라 확충 : 네트워크내 EMR, Mobile data 등이 교류될 수 있는 인프라 확충에 소요되는 비용은 보험자가 부담

03 지역완결형 통합 연계의료 체계

지역 사회 중심 보건의료체계

⑤ 지역 중심 ICT를 활용한 의료기관간 연계·협력 모형

나. 연계·협력 모형(안)

5. 유인체계

- **지역 책임 네트워크** : 지역의료이용율과 의료의 질(의료의 질평가 지원금의 일부) 지표를 활용하여 인센티브 추가 제공
 - Network 가입자 대상 Value(단위 비용, 의료의 질 지표, 비급여 정도 등) 기준 추가 인센티브 구조 설계 별도
- 네트워크 가입자에게는 본인부담율(약제비 포함) 일부 인하 또는 확대된 종합검진권 부여 등

6. 교육 등

- 권역내 상급종합병원(국립대 병원 및 희망 기관)과 인력(의사, 간호사 등) 교류
- 전공의에 대한 공동 수련 환경 조성
 - 전공의 교육에 대한 별도 비용 제공

7. 관리운영

- 네트워크 내 보상 배분, 상급종합병원 등에 환자 이송, 의뢰 및 회송 등 관련 Committee 구성
- Committee가 의료의 질, 서비스 제공량, 의뢰 회송 등에 관한 Peer Review 역할 수행
- 소멸지역(가임기 여성의 인구가 65세 고령인구의 50% 미만)의 경우 이동서비스 등을 통해 사각지대 최소화
- 향후 예측되지 않은 대규모 감염병 도래에 대비하여 국가는 위기단계에 따라 차출할 수 있는 병상 및 인력에 대해 사전적으로 네트워크와 계약(보상 수준도 사전에 계약)

— 감사합니다 —



| 종합토론 1 |

건강보험 제도개선을 위한 사회적 대화 관련 한국노총 의견

- 유정엽 한국노총 정책2본부장



건강보험 제도개선을 위한 사회적 대화 관련 한국노총 의견

유정엽 | 한국노총 정책2본부장

1. 제언

- 경제사회노동위원회 차원의 지속가능한 건강보험제도 개선을 위한 사회적 논의는 2018년 하반기부터 논의를 시작하여 2019년 3월 건강보험제도개선기획단 합의문 검토(안), 이를 토대로 2020년 하반기부터 2012년 8월까지 재논의를 진행한 건강보험·장기요양보험 제도개선 분과위원회 활동으로 요약할 수 있음.
- 논의의 주요 쟁점은 건강보험의 보장성, 재정지출관리, 재원조달, 거버넌스, 건강보험 연계·협력 관련한 것으로써, 노사는 건강보험 비급여 진료비 관리기전의 도입, 의약품과 치료재료의 급여목록 재평가, 상대가치의 재정중립원칙 준수, 건강보험공단 재정운영 위원회의 기능 회복, 재원조달방안의 다양화, 건강인센티브 도입, 국민중심 거버넌스, 건강보험료의 결정 절차, 공사보험 연계, 공공의료 기반 구축, 1차의료 주치의제 등에 의견 일치를 봄.
 - 반면 정부는 국민의료비 부담경감을 위한 건강보험 비급여 진료비 관리기전의 도입, 의약품과 치료재료의 급여목록 재평가, 상대가치의 재정중립원칙 준수, 국민 중심의 건강보험 거버넌스 개편, 건강보험공단 재정운영위원회의 기능 회복 등 핵심적인 제도개혁 방안에 대해서 반대 입장을 고수함.

- 정부의 반대 이유는 공급자단체의 입장이 반영되지 않음, 건정심 논의 필요, 주된 가입자 대표인 노사대표가 중심인 사회적 대화 논의를 기피하거나 무시하는 태도로 일관함.
- 정부의 사회적 대화 경시 태도는 코로나19 고용위기 극복을 위한 노사정협약¹⁾ 중 “공공의료인프라 확충, 의대정원 확대 및 공공의대 설립” 등의 사회적 합의를 하고도 1개월도 지나지 않아 의료계의 집단반발에 굴복하여 공공의료 확대정책의 포기선언 수준의 또다른 합의를 한 것이 그 대표적인 사례임.
- 전체 건강보험 재정의 대부분을 부담하고 있는 가입자들이 건강보험 제도운영에 있어 그에 상응하는 참여와 권한이 보장되지 못하는 현실임.
 - 특히 건강보험료 법정 상한 8%에 달하는 2025년 전후하여 보험료 수준과 보장성 강화, 급여결정 등 가입자 중심의 거버넌스 개편이 되지 않는 한 건강보험제도 운영에 대한 사회적 논의 역시 성과를 기대하기 어려울 것임.

II. 건강보험 제도개선 방향 관련 쟁점별 논의평가

1. 건강보험 보장성

□ 논의방향

- 건강보험 보장성 확대를 통한 국민의 의료비 부담 경감
- 한국의 빠른 인구고령화, 만성질환의 증가, 비급여증가 등 가계직접부담의료비 부담 증가 요인 분석, 보장성 확대(비급여의 급여화) 우선순위, 비급여관리통제, 건강보험 사각지대 해소
- 지속적인 건강보험 적용범위 확대에도 보장률 정체 원인 해소
- 목표 보장성 수준을 객관적 측정, 관리하는 체계 마련

1) 2020년 7월 28일, 코로나19 위기 극복을 위한 노사정 협약

□ 논의결과의 평가

- 지속적인 보장성 확대 노력, 객관적 보장성 지표평가 및 관리체계 마련, 특히 비급여의 관리·통제방안의 구체화에 노사공익의 접근, 정부는 구체화 반대
- 불필요한 비급여 진료가 확산되지 않도록 비급여 정보 인프라를 구축하고 비급여 포함 총진료비 자료 의무제출 의무화, 보험자의 사전 승인없는 비급여금지, 신규 비급여 통제제도(예시: 혼합진료 금지, 비급여 가격고시) 등 체계적인 관리방안 마련 필요
- 보장성 확대가 필요한 급여영역, 서비스항목, 본인부담수준 등 우선순위 관련 논의, 건강보험 사각지대 해소 등에 대한 논의 미흡

2. 재정지출 관리

□ 논의방향

- 보장성 확대로 인한 지속적인 의료비 지출 증가와 재정부담의 한계를 고려하여 안정적인 재정운영방안 마련
- 건강보험 정책전방에 대한 재정지출 합리화(지불제도 개선, 건강보험 상대가치 가산제 등 수가제도, 약제비 관리, 요양기관 당연지정제 등에 대한 재검토 필요성)

□ 논의결과의 평가

- 지불제도 개선 : 급여비 총량관리를 위한 지불제도 개선 필요성에도 “향후 총진료비를 효과적으로 관리할 수 있는 지불제도를 검토한다”는 원론적 수준의 내용에도 정부는 동의하지 못함.
- 진료비의 총액관리를 위한 위한 총액계약제 도입 검토 필요
- 행위료의 상대가치 가산제도를 재정중립의 원칙에 맞게 보완, 연중 상대가치를 변경 하더라도 수가계약시 일괄 적용해야 된다는 노사공익의 접근, 정부는 공급자단체의 입장을 운운하며 반대 입장 고수

- 약제비와 치료재료비 절감을 위해 임상적 유용성 및 비용-효과성 등을 기준으로 급여 목록을 주기적으로 재평가하고, 합리적인 지출방안을 마련해야 한다는 원칙적 방향도 수용하지 못한 정부의 입장에 의구심
- 건강보험공단이 의약품과 치료재료 구입시, 경쟁입찰제도 등 다양한 재정 절감 방안을 마련해야 한다는 방향성에 대해서도 재정지출 관리를 위한 공단의 당연한 역할임에도 의견접근이 되지 못한 것은 유감임.
- 요양기관 당연지정제를 계약제로 전환하여 요양기관의 의료서비스 질 향상을 도모하는 것도 향후 적극 필요

3. 재원조달(적정부담)

□ 논의방향

- 건강보험료의 공정한 부과를 위한 소득중심의 부과체계 강화, 보험료 부담의 형평성 제고, 안정적인 국고지원 체계마련 및 국고지원 확대, 건강증진부담금 비중 상향 등 재원조달 다양성 확보

□ 논의결과 평가

- 안정적인 국고지원 체계마련 및 국고지원 확대에는 노사정 모두 공감, 건강증진부담금 지원 상한선을 65%에서 80%로 상향 조정 등 국고지원 확대 필요성에 노사 공감, 정부는 재정당국의 입장으로 반대
- 정부는 건강보험료 법적 상한선에 대한 논의를 시작하는 문제에 주로 관심
- 가입자의 사회보험료 부담은 보험료율 증가, 소득, 재산증가와 함께 가중되어온 반면 국고지원 수준은 상대적으로 정체, 지원기준의 모호성 문제, 소득중심의 부과체계 강화, 법령에 명시된 건강보험료 예상수입 20% 수준을 전년도 보험료 수입의 20%로 개편, 한시 지원규정 삭제(OECD 보험료 인상보다 국고지원 권고, 사업장 가입자의 보험료 인상에 다른 고용기피현상 방지)

- 건강보험료 법적상한선에 대한 논의는 보장성 확대, 비급여 관리방안, 지출구조 개혁 등 선행조치와 함께 가입자 중심의 사회적 논의에 대한 정부의 태도변화가 전제되어야 함.

4. 건강보험 거버넌스

□ 논의방향

- 건강보험 가입자가 전체 재정의 86%(약 50조원)을 부담하고 있지만, 건강보험제도 운영에서 가입자는 그에 상응하는 권한을 가지지 못하고 있음.
- 건강보험료 법정 상한 8%에 달하는 2025년 전후하여 보험료 수준과 보장성 강화, 급여결정 등 건강보험제도 운영에 있어서 가입자 중심의 거버넌스 개편이 전제되지 않는 논의는 사실상 어려움

□ 논의결과 평가

● 사회안전망위 건강보험제도개선기획단

- 건정심은 그간 건강보험정책을 결정하는 사회적 합의기구의 역할을 제대로 하지 못하고 있다는 비판을 받아왔고, 보건복지부의 영향력이 너무 커서 건정심이 절차적 정당성을 정당화하는 기제로 활용되고 있다는 비판까지 받고 있는 상황임.
- 건정심이 사회적 합의기구로서 역할을 하기 위해서는 건정심 위원 구성과 선임절차, 운영과정에서 보건복지부의 권한을 줄이고 합의에 기반한 의사결정이 이뤄지도록 해야 함.

가입자의 대표성이 개선될 수 있도록 위원 구성을 개선하고, 공익위원을 중립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임 방법을 개선한다.

● 사회안전망위 건강보험제도 분과위원회

건정심 공익위원의 중립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임방법을 개선한다.
 심평원의 각 분과위원회(전문평가위, 약제급여평가위, 급여평가위 등)는 이해상충 관계가 없는 자로 구성하도록 노력하며, 회의 참석자를 분명히 공개한다. 또한 회의록에 회의 참석자의 발언 포함 등 투명성 제고 방안을 마련한다.

과제	공익안의 주요 내용	노	사	정
거버넌스	국민중심의 거버넌스 개편. 특히 실명제 회의록 공개 등 투명성 추진	동의	동의	추후 검토
	건정심의 공익위원 선임방법 개선	동의	동의	삭제
	심평원의 전문위원회 위원구성에서 이해상충 관계배제	동의	동의	삭제
	건강보험공단 재정운영위원회의 기능 회복	동의	동의	반대
	건강보험료를 재정운영위원회 심의 혹은 건정심에서 심의, 복지부 최종결정	(재정위) 동의	(재정위) 동의	반대

※ 노총 정리 자료임.

□ 노동계 입장

- 건정심은 가입자 대표성이 제고될 수 있도록 위원구성을 개선하고, 공익위원의 중립성을 보장하기 위해 공익위원의 선임방법을 개선해야 함.
- 건강보험심사평가원(심평원)의 경우 급여결정의 투명성과 공정성을 제고할 수 있도록 심평원의 각 분과위원회(전문평가위, 약제급여평가위, 급여평가위 등)는 이해상충 관계가 없는 공익대표와 가입자대표로 구성해야 하며, 분과위원회의 기술적 전문성을 보완하기 위해 분야별로 전문가로 구성된 자문위원회를 두는 방안을 검토해야 함.
- 건강보험료를 결정 권한을 현행 건강보험정책심의위원회에서 가입자-공익으로 구성된 건강보험공단 재정운영위원회로 복원하여 재원조달에 대한 책임성 부여와 재정지출에 대한 견지 기능을 수행하도록 해야 함. <끝>



| 종합토론 2 |

지속가능한 건강보험 정책방향

- 건강보험 제도개선을 위한 노사정 대화에 부쳐 -

- 손석호 한국경총 사회정책팀장



지속가능한 건강보험 정책방향 - 건강보험 제도개선을 위한 노사정 대화에 부처 -

손석호 | 한국경총 사회정책팀장

☑ 의료비 부담과 보험료 부담을 종합 감안한 지속가능 건강보험 정책 필요

- 지금의 건강보험 정책방향은 미용과 성형을 제외한 모든 비급여의 급여화를 목표로 한 양적 보장성 확대 중심
- 보장성을 강화할수록 비급여가 양산되는 구조적 한계로 인해 보장률 수치는 보장성 확대를 계속적으로 추진해 온 역대 정부에서도 증감이 반복되는 별개 지표에 불과
- 누군가에게 혜택을 주려면 다른 누군가로부터 돈을 걷어야 하는 바, 지금의 보장성 강화는 의료비 부담 완화만을 명분으로 국민의 보험료 부담을 강요하는 구조가 고착화
- 지금과 같이 ‘많이 내고 더 많이 쓰는 방식’의 건강보험 정책 하에서 보험료율만 계속적으로 올리는 방식은 지속가능하지 않아 재정조달의 한계를 야기
- 비급여를 전면 급여화하는 양적 보장성 확대보다는 의료의 다양성, 국민의 선택 가능성, 신의료기술 발전 등 시장 원리를 고려해 일정 부분 비급여를 인정하는 가운데, 재정 한계를 고려해 중증질환 위주 질적 보장성 확대로 공보험의 역할 강화 필요

☑ 의약품과 치료재료의 건강보험 경쟁입찰 도입 반대

- 우리나라는 A7 국가와 비교할 때 정부와 건강보험공단이 단일 공보험 시장에서의 우월적 지위를 효과적으로 이용함으로써 제약사와의 약가 협상을 원만하게 수행하는 중

- 신약 등 의약품은 독과점적 시장으로서 경쟁입찰을 제도화할 경우 가격담합이 우려되는 바, 보험재정 손실은 물론 행정 손실 등 유무형의 부작용 초래

☑️ **요양기관 당연지정제의 계약제 전환은 신중한 접근 필요**

- 계약제 전환 시 경쟁 우위를 유지할 수 있는 일부 병원만 건강보험제도에서 이탈할 것이기 때문에 국민들이 우려할 만큼 의료공백은 일어나지 뿐더러 시장 경쟁을 자극하여 오히려 의료서비스 수준을 높여나가게 될 것이라는 점에서는 경영제도 공감함.
- 다만, 전체 건강보험 재정과 이미 임계점에 다다른 국민부담을 고려해 볼 때 과도한 의료이용으로 의료비 증가가 우려되고, 또한 일부 이탈 병원과 비교해 나머지 병의원이 집단행동을 통해 수가인상을 요구할 개연성이 높아 수가협상이 더욱 난항을 겪게 된다는 측면에서 신중한 접근이 필요하다고 봄.

☑️ **건강보험정책심의위원회의 투명성 제고 필요**

- 국민연금기금운용위원회의 경우 완전한 실명제 회의록 공개가 이루어지고 있는 반면, 같은 복지부 소관인 건강보험정책심의위원회는 국민의 삶과 밀접한 의사결정을 하면서도 회의록이 형식적·개괄적으로만 작성될 뿐 실명제 공개는 전혀 이루어지지 않음.
- 익명성 속에 위원들은 각 이해단체 이익만 대변해 국민 대표 위원회 역할이 제대로 작동되지 않고 있으며, 국민의 알 권리도 충족시키지 못하고 있음.

☑️ **보험료율 법정 상한선 개정 검토 반대**

- 지난 9.13 장기요양보험위원회가 내년도 건강보험료에 부가 징수할 장기요양보험료율을 12.27%(올해 11.52% 대비 6.51% 인상)로 결정하면서, 장기요양보험료를 포함한 사실상의 건강보험료율은 7.85%로 법정 상한인 8%에 육박
- 정권이 바뀔 때마다 저마다 보장성 확대를 내세워 준조세인 보험료율의 지속적인 상승을 허용한다면, 과연 법정상한을 둘 이유가 어디에 있는지 의문

☑ 직영병원 확충 반대

- 전국 단일 수가를 적용하는 현 상황과 보험자병원 수를 아무리 늘려도 원가 차이가 크지 않은 현실을 고려할 때 ‘합리적 수가체계 구축’이라는 정책 목적은 일산병원 하나로 이미 충족된다고 볼 수 있음.
- 정부·지자체 책임인 공공병원 확충을 보험자병원으로 대체하는 것은 전국민 보험료로 특정 지역 병원을 짓자는 것으로, 이를 허용할 경우 무분별한 정치 공약을 양산함으로써 건보재정 악화 초래

☑ 비대면 진료체계 허용 등 의료서비스산업 규제완화 필요

- 스마트헬스케어 산업 육성과 코로나19와 같은 대규모 감염병 사태에서 효과적 진료수단으로 확인된 비대면 진료체계는 의료비 절감과 생산유발 위해서라도 진입규제 완화 필요

<끝>



| 종합토론 3 |

건강보험제도의 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문

- 김 윤 서울대학교 의료관리학교실 교수





| 종합토론 4 |

국민건강보험 정책방향 토론문

- 윤석준 고려대학교 예방의학교실 교수



국민건강보험 정책방향 토론문

윤석준 | 고려대학교 예방의학교실 교수

○ 보장성

- 우선적으로 보장성 확대와 관련된 정책목표 _문재인 케어의 경우 건강보험 보장률 70%, 박근혜 정부의 경우 건강보험 보장률 80%_ 지표를 재정비할 필요가 있음.
- 현재의 건강보험 보장률의 분모에는 예를 들어 제 증명 수수료, 도수 치료, 수액 주사 등 필수적인 의료서비스로 판단하기에는 모호한 부분이 일정 부분 차지하고 있음.
- 특히 이러한 모호한 부분은 실손의료보험 가입자와 공급자 양 측의 도덕적 해이와 맞물려 조정되기 어려운 기전을 갖고 있음.
- 산정특례에 해당하는 상대적으로 중증의 의료서비스에 대해서는 70% 이상의 보장률을 나타내고 있는 것으로 보아 소위 ‘필수적 의료서비스’의 범위 설정과 그에 따른 지표 적용을 놓고 그간 역대 정부마다 진행해 왔던 건강보험 보장성에 대한 재평가가 필요해 보임

○ 재정지출 관리

- 대한민국 건강보험제도의 ‘아킬레스 건’은 수가로 표현되는 가격조절기능은 어느 정도 갖추고 있으나 의료이용의 양을 조절할 기전을 갖추고 있지 못하다는 점임.
- 매년 8~10% 의료비가 증가하고 있는 상황은 OECD 국가들과 비교해서도 지나치게 가파르다고 판단됨.

- 이러한 상황에서 수가 구조 역시 단골의사에 의한 상담진료 보다는 ‘검사’나 ‘진단’에 따라 수익 발생이 유리한 악순환을 제공하고 있음.
- 상대가치점수 조정 기전에 따라 이 악순환을 일부 완화시키고는 있으나 조정 주기가 불규칙한 점 등을 고려할 때 ‘환산지수’에도 건강보험 보상 범주에 따라 차등화 된 조정 기전을 갖출 필요가 있어 보임

○ 재원조달

- 차기 정부 또는 차차기 정부에서 건강보험료 상한을 8.0% 로 묶어 놓은 국민건강보험법은 현재의 증가 추세로 보아 개정이 불가피해 보임.
- 재원조달에서 국가 조세(목적세 포함)가 차지하는 비율, 건강보험료 부과 기준, 기타 재원의 발굴 등의 주제는 근본적인 재논의에 돌입해야 할 것임.
- 현재의 건강보험법상 보험료 예상 수입의 20%로 명시한 조세 부담은 보다 명확하게 조문을 수정할 필요가 있음.
- ‘후기고령자 의료비에 대한 국가책임’ 정도가 보다 명료한 한 방법이 될 수 있을 것으로 판단됨.

○ 거버넌스

- 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)와 재정운영위원회의 역할에 대한 재정립, 건정심 공익위원의 국회 관련 상임위 동의, 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 국제협력· 연구소 운영· 빅데이터 관리 공동 운영체계 구축 등이 현재 필요한 조정 기능으로 판단됨.
- 건강보험 당연지정제 폐지는 조심스럽지만 시도해 볼 수 있는 정책 옵션으로 판단됨.

○ 연계와 협력

- ICT를 보다 적극적으로 활용한 의료전달체계 개편을 전제로 한국형 ACO 모형 적용을 적극적으로 고려해 볼 필요가 있음.
- 연계와 협력을 위한 의료소비자와 의료공급자(특히 상급종합병원)에 대한 인센티브와 디스인센티브를 보다 명확히 구분한 세밀한 정책 설계가 요구됨.



| 종합토론 5 |

건강보험제도의 주요 쟁점 및 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문

- 장성인 연세대학교 예방의학교실 교수



건강보험제도의 주요 쟁점 및 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문

장성인 | 연세대학교 예방의학교실 교수

국민건강보험제도가 우리나라의 주된 건강보장제도인 것은 명백하나, 건강보험제도는 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위한 건강보장의 수단 중 하나이므로, 주객전도되어 건강보험제도 자체의 지속 존립이나 확대가 목적으로써 논의되는 것을 주의해야 함을 먼저 환기하고자 합니다. 그러므로 건강보험의 지속가능을 위해 논의되었던 쟁점들이지만, 국민건강보장을 향상 또는 지속가능하도록 하는 것을 목적으로 하여 건강보험제도에 대한 의견을 드리겠습니다.

1. 건강보험의 보장성

합의된 내용 중 “보장성을 객관적으로 측정”해야 한다는 것에 동의합니다. 지금과 같이 전체 의료비 중에 건강보험으로 보장되는 금액을 보장성으로 하는 것은 의료비가 증가하는 상황에서 보장율을 올리기 어려운 구조일 뿐 만 아니라, 재정적 위기 상황에서는 자칫 실제 보장 향상 보다 수치적 목표 달성에 매몰되기 쉽습니다. 사회보장으로써 건강보장율을 판단한다면, 단순히 비용을 적용한 수치 보다는 실제 우리국민의 의료이용 접근과 그 양질의 결과를 국가가 얼마나 가능하도록 하는지를 반영할 수 있는 지표를 만들어, 과거와의 비교나 국가간의 비교로 국가의 의료보장이 개선되는지, 부족하지 않은지를 판단하는데 활용해야 할 것입니다.

2. 재정지출관리

보건의료에서 재정은 지속가능성을 담당하고 있습니다. 의료에 대한 접근성 및 의료의 질을 높이는 것은 기본적으로 지출과 비례하며 그렇기때문에 재정의 안정성과는 개념적으로 반비례의 관계에 있습니다. 지속할 수 없는 보건의료는 존재할 수 없으므로 재정의 안정성은 당연히 매우 중요하지만, 보건의료체계의 목적은 접근성과 의료의 질에 있습니다. 그러므로 국민이 기대 또는 합의한 수준의 접근성과 질에 따른 지출을 하는 것이 당연하나, 부득이 재정이 따르지 못한다면 그에 맞추어 접근성과 질을 낮추는 것에 대해 국민의 동의를 받는 것이 자연스럽습니다(painful cost control, 고통 감수 비용 통제). 이런 관계를 생각할 때, 재정지출은 다음 두 가지로 구분할 수 있습니다. 보건의료에 대한 접근성 및 질 변화와 비례하는 의료비 지출과 접근성 및 질 변화와 비례하지 않는 의료비 지출입니다. 재정지출을 관리하고자 할 때 이 두가지를 구분하여 의도할 필요가 있습니다. 전자의 재정지출 관리는 국민의 동의가 필요한 것이고 후자의 재정지출 관리는 효율성을 높이는 것인데, 효율성을 제고하기는 어렵고 국민에게 동의 받는 것은 정치적 부담이 있기에, 지출의 효율성을 높인다고 하며 국민의 동의 없는 고통 감수 비용 통제를 하기 쉽기 때문입니다. 특히 지금처럼 고령화로 인한 의료비 증가가 예상될 때에는 효율성의 제고를 달성하더라도 그 효과가 상대적으로 미미할 것으로 예상되기 때문에, 그런 유혹 또는 착오에 빠지기 쉽습니다. 두 가지는 보통 명확하게 분리되지 않고 복합되어 있으나 재정지출관리의 의도는 분리가 가능하므로, 시행하고자 하는 재정지출 관리의 의도가 효율성을 높이는 재정지출관리인지 검토해볼 필요가 있습니다. 고령화로 인해 필요에 따라 높아지는 의료비는 재정지출관리의 대상이 아닌 국민 동의의 대상입니다.

A. 진료비지불제도 개선

재정지출관리에서 진료비지불제도의 변경을 제안하는 것은, 현행의 행위별수가제에서 좀 더 큰 묶음의 bundled payment와 그에 따른 performance 내지 Quality 또는 value 기반 지불로의 변화를 제시하는 것 같습니다. 작은 지불 단위는 빈도를 늘리기 좋고 이는 공급자의 수익창출에 유리하여 비효율적 재정지출 구조를 갖는다는 논리에서 기인합니다. 그러나

지불 단위에 따른 지불 제도는 중립적이고 각자의 특징이 있을 뿐입니다. 지불을 특정 크기로 묶을 때, 자연스러운 현상은 묶은 단위는 늘어나려고 하고, 묶음 안의 내용은 줄어들려고 한다는 것입니다. 작게 묶으면 묶음이 늘어나긴 쉬우나 묶음 안의 내용의 줄어들기 어렵고, 크게 묶으면 묶음이 늘어나긴 어려우나 묶음 안의 내용이 줄어들기 쉽습니다. 그래서, 작은 지불단위는 그 빈도가 늘어나기 쉬워 재정적 예측가능성이 낮으나 대신 부족할 것에 대한 염려는 적습니다. 반면 큰 지불단위는 그 빈도가 늘어나기 어려워 재정적 예측가능성은 높으나 그 안에 제공되는 내용의 부족할 것에 대한 염려가 큼니다. 그러므로 작은 단위 지불은 질에대한 관리보다 양(=재정)에 대한 관리를 해야 하는 것이고, 큰 단위 지불은 양에 대한 관리보다 질에 대한 관리를 해야 합니다. 질이나 가치 기반 지불이 그런 관리입니다. 서로의 특성이 반대방향이기 때문에 관리해야 하는 것도 반대 방향이 됩니다.

지출을 비교하고자 한다면, 동등한 수준의 질을 제공하는데 지출되는 크기를 비교해야 할 것입니다. 동등한 수준의 질을 제공하고자 한다면, 큰 묶음 지불제도의 지출과 그 질 향상 관리 비용이 행위별수가제로 인한 지출과 그 빈도 관리비용보다 많다고 확신하기는 어렵습니다. 오히려 다음 세가지 이유에서 행위별수가제와 양 관리를 하는 것이 더 유리하지 않을까 생각합니다.

첫째로 우리는 양 관리에 대한 경험과 노하우가 있지만, 질 관리에 대한 경험은 상대적으로 미천합니다. 또한 질 관리가 양 관리보다 쉽다고 하기도 어렵습니다. 오히려 양은 눈에 잘 보이고 질은 눈에 잘 보이지 않기 때문에 더 관리하기 어려울 것으로 생각됩니다.

둘째는 지출의 효율이 작은 지불단위에서 더 높기 때문입니다. 큰 지불로 묶을수록 묶음 안에서의 비효율이 발생하거나 필요에 대한 미충족이 발생합니다. 작은 단위일수록 필요에 맞춘 지출을 할 수 있습니다. 다만 작은 단위일수록 행정적 비용이 많이 발생할 수 있습니다. 그렇기 때문에 DRG의 장점 중 하나는 적은 행정비용 이었습니다. 그러나 전산이 발전한 지금은 이런 DRG의 장점은 줄어들고 행위별 수가제의 단점은 보완되었다고 보아야 합니다.

셋째는 오히려 큰 지불단위보다 작은 지불단위가 의료자원 사용에 대한 국가적 관리에 유리하다는 것입니다. 원래 큰 단위 지불을 한다는 것은, 크게 지불 하고 그 내용에 대해서는 파악도, 관여도 하지 않는 것입니다. 정확히는 그렇게 할 수 없거나 할 필요가 없기 때문에

크게 지불을 하는 것 입니다. 질(결과)에 기반에 지불하더라도 많은 공급자는 질에 대한 편차가 생길 것인데, 국가가 이를 표준화 하기 위한 직접적인 노력을 포기하지 않을 것이라면 결국 과정과 자원 사용에 대한 관리를 해야 하고, 그것에는 작은 지불단위가 유리 합니다.

우리나라보다 큰 단위의 지불제도를 사용하는 나라들이 우리나라보다 의료비 재정 지출이 작은 지도 생각해 볼 점입니다.

작은 묶음의 지불제도에서 공급자가 수익창출위해 비정상적으로 공급을 유도하기 때문에 큰 지불 단위로 변경해야 한다는 논리는, 같은 공급자라면 큰 지불단위에서는 수익창출을 위해 지불단위 내 의료제공을 비정상적으로 줄일 것이기 때문에 작은 지불 단위로 유지해야 한다는 논리와 다르지 않습니다.

3. 자원 조달

A. 방안 다양화

건강보험의 재원을 다양화 하는 방안의 검토는 국고지원의 범위에서 검토되는듯 한데, 재정의 위기가 충분히 크다면 비급여에 대한 건강보험 분담금 등의 국고 이외의 방안도 모색해볼 필요가 있습니다. 국고지원이든 그 외 재원이든, 건강보험의 재원으로 이어지는 연관성을 가져야 할 것입니다.

단순히 일정부분을 국고지원으로 조달한다는 방안보다는, 특정 세원의 조세를 건보재원으로 지원한다고 구체적인 지정하는 것을 검토해야 합니다. 특정 세원은 의료비가 상승함에 따라 연동되어 상승할 수 있는 세원이어야 늘어나는 의료비에 대한 안정적 지원이 가능할 것입니다. 예를 들어 좁은 범위로는, 의료비의 지출과 관련된 사업장의 조세 부분이나, 관련 업무에 종사하는 근로자의 소득세 등에 대해 건보재원으로 지원토록 연결할 수 있다면, 늘어나는 의료비에 대한 연관성과 비례성을 확보할 수 있을 것입니다. 더 범위를 확대하여, 의료 산업, 보험 등 관련이 있을 수 있는 분야에도 적용할 수 있을것이며, 이런 경우 재원의 확대를 위해서도 관련 제도적 정비를 지원할 수도 있을 것입니다.

건강보험료의 국민 저항 중 수입과 지출이 일치하지 않는 점에 대한 것이 있습니다. 소득에 부과하는 보험료이기에 의료이용이 적은 소득계층이 많은 납부를 하지만, 주 지출 계층은 소득은 적고 대신 누적된 소득인 자산이 많을 가능성이 높습니다. 자산에 대해 보험료를 부과하는 것은 더 많은 논란이 있을 대안이나, 이미 자산에 부과되는 세금을 건강보험 재원으로 연결시킨다면 이런 논란은 적을 것입니다. 예를 들어 상속세의 일부를 건강보험 재원으로 한다면, 사망 전 의료비가 높은 것과 맞물려 어느 정도의 설득력을 가질 수 있을 것입니다.

다만, 어떤 형식의 국고지원 확대가 되든, 확대되는 국고지원에 따라 재원을 운영하는 거버넌스가 같이 변화해야 할 것입니다.

B. 건강보험료를 법정상한선 논의

의료비 지출이 고령화와 비례하여 늘어날 것으로 예측됩니다. 건강보험료 이외의 재원을 확대한다 하더라도 지금의 보험료율 상한 내에서 감당하는 것은 불가능 할 것으로 보입니다. 건강보험의 가입자 뿐 만 아니라 국회를 통한 일반 국민의 직접적 영향을 감당하기 위해서는, 더 다양한 방안에 대해 투명하게 설명하고 이해와 합의를 미리 준비해야 할 것입니다. 지금과 같은 구조에서 보장 수준을 유지하면서 필요한 보험료율과 보장수준을 높이면서 필요한 보험료율, 보장 낮출 수 밖에 없는 보험료율 등 다양한 정보를 제공하도록 노력해야 하고, 건강보험을 확대하는 것뿐 만 아니라 축소 하는 경우, 또는 개혁에 가까운 대대적 구조 변경에 대해서도 선입견 없이 다양한 방안을 탐색해야 할 것입니다.

4. 거버넌스 개편

A. 투명성, 건강보험정책심의위원회 구성

건강보험정책심의위원회의 권한의 크기와 의결하는 내용, 의결의 영향 등 역할을 고려할 때, 건강보험정책심의위원회 회의록 공개 등의 투명성은 반드시 개선되어야 합니다. 중요하고 복잡한 결정이기에 공개에 대한 부작용을 우려하겠지만, 그렇기에 오히려 투명하여야 합리적 의사결정이 이루어 질 수 있고, 이를 통해 신뢰를 높일 수 있습니다.

건정심의 구성은 공익위원 뿐만 아니라 가입자와 공급자의 구성이나 선정 역시 문제가 없는 것은 아닐 것이나, 공익위원의 선임 방법만을 개선하고자 한다면 정부기관을 제외한 공익위원 4인에 대해 가입자와 공급자가 추천한 전문가 중 정부에서 선임하는 것이 좀 더 중립성을 확보할 수 있을 것으로 생각됩니다.

투명성 제고를 위한 회의록 공개나, 위원 선임 방식에 대한 개선은 건정심 내부에서 자발적으로 개선되기는 어려운 일이라 생각됩니다.

B. 재정위원회 보험료 결정 기능 복원

보험료율의 결정이 가입자와 보험자 사이의 일이라 가입자와 공익위원으로 구성된 재정위에서 보험료율 결정해야 한다면, 같은 논리로 수가협상은 보험자와 공급자 사이에서만 최종적으로 이루어져야 한다고 하지 않을까 생각됩니다. 재정지출에 대한 견제 기능을 위한 검토이나 보험료율과 수가인상율이 정해지는 시기에 따라 다른 결과가 될 것입니다.

5. 연계와 협력

A. 공공의료 기반구축

공공적 의료자원의 범위를 국공립 기관으로 축소하지 않고 우리나라의 모든 의료자원을 공공적 의료자원으로 인식하고 활용할 것을 고민해야 합니다. 특히 국공설립의 의료자원에 대한 지원이나 가산등은 건강보험의 발전 방안 내용으로 논의될 내용이 아니라 국가의 의료보장측면에서 논의되어야 할 주제인데, 국민의료보장 관점에서 국가 전체 자원의 효율적인 활용 방안을 모색하고, 그 방법 중 하나로 특정 자원에 대한 고민을 하는 것이 타당합니다.

B. 공공병원

국공설립 병원이 대국민 경쟁력과 효율성을 갖출 수 있도록 하여 설립목적에 따른 역할을 지속할 수 있도록 해야 합니다. 국공설립 병원을 취지에 맞으면서도 가장 효율적으로 운영할

수 있는 운영구조를 탐색할 필요가 있습니다. 현재 국공립 병원에 서울대병원이나 민간 위탁운영 등 다양한 시도를 하여 경쟁력과 효율성을 갖춘 공공병원의 모델을 개발하고 그에 따라 확충 등의 구조적 확대를 진행하는 것이 타당할것 입니다.

C. 주치의제 도입

주치의제 라는 것은 디테일에 따라 천차만별일수 있습니다. 다양한 게이트키퍼의 강도와 국민의 수용성 등을 충분히 테스트하여 진행해야 할 것입니다. 어떤 형태의 주치의제가 되든지 1차 의료기관이 경쟁력을 높이도록 지원해줄 필요가 있다고 봅니다.

D. 재택, 비대면 진료

고전적 대면진료에 대한 대체적 효과와 미충족 의료에 대한 추가적 효과에 대해 구분해서 고민해야 합니다. 두 가지 효과가 모두 있을 것이고 어느 것이 누구에게 더 많을지에 대해 근거를 갖고 논의하는 것이 좋겠지만, 근거 만드는 작업부터 어려움이 있다면, 유사한 다른 경우에 견주어 판단하는 것도 좋겠습니다. 교육에 비교해 보면, 코로나 전부터도 인터넷 강의 등 비대면 강의가 선택적으로 이루어지다가, 코로나 이후 전체 교육에 대한 강제적 대체의 경험을 하였습니다. 선택적 시절의 비대면 교육은 분명 추가적 효과를 통한 교육 기회의 확대한 것 같습니다. 교육과 의료가 같지는 않지만 교육도 국민이 인식하는 중요성과 보편성, 필요성이 큰 것을 감안할 때, 비대면 의료도 선택적 옵션이 생긴다면 긍정적인 면이 더 많지 않을까 생각합니다.

6. 건강보험 정책방향

미래의 의료비 규모는 과거와 비교할 수 없게 커질 것입니다. 젊고 빠른 경제성장률을 가졌던 시기의 건강보험은 미래에는 맞지 않을 것이고, 건강보험이 직접 모든 의료를 보장 하려는 것은 여러가지 한계가 있을 것입니다. 의료를 보장하는 여러 자원을 활성화하고 효율적으로 관리하는 역할이, 의료가 일부 소수 대상에 대한 시혜적 복지가 아닌 주요 인구 계층의 일상적 생활이 될 미래 대한민국에서의 건강보험의 역할 일 것입니다.



| 종합토론 6 |

건강보험제도의 발전방안 모색을 위한 토론회 토론문

- 진영주 보건복지부 보험정책과장



건강보험제도 발전방안 모색을 위한 공개토론회

건강·장기요양보험 제도개선 분과위원회
논의 내용을 중심으로

| 발 행 처 | 경제사회노동위원회

서울특별시 종로구 새문안로 82
에스타워 8층

| 전 화 | 02) 721-7147

| 홈페이지 | <http://www.eslc.go.kr/>

| 편집·인쇄 | 동광문화사 ☎ 02) 503-5165
