

건강보험 보장성의 쟁점과 과제

'건강보험하나로' 논의 등을 중심으로

National Assembly Research Service



현안보고서 Vol. 96

-사회통합 정책과제 시리즈 Ⅲ-

<사회안전망 진단>

건강보험 보장성의 쟁점과 과제

- '건강보험하나로' 논의 등을 중심으로 -

김주경(보건복지여성팀 입법조사관)

2010. 10. 25.



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

요 약

국민건강보험공단 「진료비 본인부담 실태조사」에 의하면 우리나라 건강보험의 보장성 수준은 2008년 기준 건강보험 급여율은 62.2%이며, OECD 자료에 의하면 국민의료비 지출 중 공공재원 비율이 동년 기준 55.3%로 OECD 평균 72.2%보다 낮은 편이다.

한편 2005년에 수립한 「보장성 강화 방안」에 이어 현재 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획('09~'13)」이 추진되고 있다. 제1차 보장성 강화 계획은 2008년까지 급여율을 71.5%까지 끌어올리겠다는 목표를 달성하지 못했다고 평가되고 있다. 「보장성 강화 방안」 추진 이후 건강보험재정이 적자 상태에 이르렀으며, 향후 상당한 규모의 재정 투입이 수반되어야 할 제2차 계획 실행을 강하게 밀어붙이고 있음에도 불구하고 국민들이 체감하는 보장성 수준은 낮은 것으로 보고되어 왔다. 건강보험 적용이 되지 않는 비급여 항목이 너무 많고, 중증질환에 의해 고액의 진료비가 발생한 경우 대부분이 비급여항목에 의한 것이므로 환자본인이 부담해야 하는 비용이 여전히 많기 때문이다.

이러한 가운데 2010년 보건의료정책과 관련하여 국민들의 입에 가장 많이 오르내리고 이목을 집중시킨 것 중 하나가 여러 시민사회단체가 연합하여 추진하고 있는 ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’ 시민운동일 것이다. 건강보험료를 월평균 11,000원씩 더 내서 건강보험 재정을 늘리고 이를 통해 무료에 가까운 수준으로 건강보험의 보장성을 높이자는 것이 이 시민운동의 요지이다.

‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’는 ‘11,000원’이라는 수치의 객관적 근거와 산출 타당성을 두고 세간의 시선을 집중시켰으며, 이례적으로 보험료를 더 많이 내겠다고 제안하고 있다는 점에서도 관심을 끌었다.

그동안 시민사회단체들을 중심으로 논의되어 온 건강보험 보장성 강화를

둘러싼 건강보험제도와 관련된 의료개혁 방안들이 ‘건강보험 하나로’ 슬로건 아래 응축되었으며, 최근 야 3당(민주당, 민주노동당, 진보신당)의 정책 안에 공식적으로 반영되었다. ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’ 시민운동이 각 당의 정책 안에 수용되어 ‘건강보험 보장성 90%’, ‘건강보험 하나로 무상의료 실현’, ‘건강보험 하나로 모든 병원비를, 100만원의 개혁’ 등 정치적으로 의제화된 것이다.

‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’ 시민운동과 각 당의 보장성 강화 정책은 공통적으로 진료비 지불보상 방식에서의 개선(지출부문에서의 개혁)과 민간의료보험에 대한 관리 규제를 내용으로 담고 있다. 또한 현행 본인부담금 상한 기준보다 낮은 ‘100만원’을 상한선으로 제시함으로써 고액중증질환에 대한 부담을 낮출 것을 제안하고 있다.

건강보험 보장성 강화 논의는 야3당의 보건의료정책 내에 흡수되어 정치권 내에서 의제화 되는 과정에서 그 내용이 서로 수렴되어 보험료 인상 등 비용 분담을 통한 재정 확충과 행위별 수가제 중심의 지불제도를 개선하지 않고는 보장성 제고가 근본적으로 어렵다는데 인식의 합일점을 만들어냈다. 여당 역시 토론회를 개최하는 등 건강보험 보장성 강화와 관련된 논의를 ‘친서민정책’의 일환으로 수용하기 위한 움직임을 보이고 있다.

건강보험료 부담에 있어서 사용자(고용주)와 국가의 책임을 보다 강화하는 것이 선결되어야 하는데 가입자가 보험료를 더 내겠다고 먼저 제안했다는 점과 관련하여 비판적인 입장도 있지만, 역설적으로 보다 많은 보험료를 감수하더라도 건강보험의 보장성을 높이기를 원하는 국민들의 요구에 대한 반증이라고 볼 수 있다.

최근 활발하게 진행된 건강보험 보장성 강화를 둘러싼 논의는, 수많은 의료서비스들 중에서 건강보험의 적용을 받는 항목을 늘리는 ‘급여율 제고’를 위한 논쟁에 그치지 않고 우리나라 의료체계가 안고 있는 문제점들을 진단하

는데 있어서 문제 인식의 틀과 관점, 가치들을 재확인하는 장을 만들어 냈다고 평가할 수 있다. 또한 현재 추진되고 있는 보장성 강화 정책의 한계를 짚어보고 향후 추진되어야 할 정책의 방향을 제시하는데 기여하였다고 할 수 있다.

향후 보장성 강화 논의는 재원조달과 관련하여 가입자와 사용자 및 정부 부담의 비율을 어떤 수준으로 재조정하고 각 부담 주체의 책임을 담보할 수 있도록 법적 근거를 확보하는데 보다 집중되어야 할 것이다. 또한 민간의료보험에 대한 관리가 필요하다는 원론적 수준에 그친 논의를 발전시켜 나아가야 할 것이다. 아울러 보장성 강화 논의가 지출 부문에 집중됨에 따라 6개월 이상 보험료를 내지 못하여 보험적용을 받지 못하는 170만 명의 이른 바 ‘생계형 체납자’들의 자격 회복과 관련된 보장성 정책이 사회안전망의 재구축과 관련하여 보다 심도 있게 다루어져야 할 것이다.

차 례

□ 요약

I. 서론 / 1

II. 건강보험 보장성 관련 현황 / 4

- 1. 보장성 수준 4
- 2. 정부의 보장성 강화 정책 6
- 3. 건강보험 재정 현황 및 전망 13
 - 가. 현황 13
 - 나. 전망 14

III. 건강보험 보장성 강화 관련 문제점 / 16

- 1. 보장성 강화 정책의 한계 16
 - 가. 계량적 목표 중심 16
 - 나. 특정 질환별 급여 확대에 적용 인구 제한 17
 - 다. 급여 항목 선정의 원칙 미비 17
 - 라. 필수의료 우선급여 원칙에서 벗어남 19
- 2. 수입 부족 관련 요인 19
 - 가. 재원 총량의 부족 19
 - 나. 낮은 보험료율과 국고지원 미흡 20
- 3. 지출 확대 요인의 상존 23
 - 가. 병상 과잉 및 민간 주도형 공급 23
 - 나. 행위별수가제 24
 - 다. 의료전달체계 내 1차 의료 기능 미약 26

IV. 건강보험 보장성 강화 논의 / 29

1. 논의의 지형과 각 계의 입장	29
가. 진보/보수 진영의 대립	29
나. 진보 진영의 주장	30
다. 정부의 보장성 강화 정책	37
라. 여당의 입장	38
마. 의료계의 입장	39
2. 보장성 강화 논의의 정치적 의제화	41
가. 목표 설정과 전략	42
나. 수입 확충	44
다. 지출 절감	45
라. 관리·감독 및 정책결정	47
3. 한계점	48
가. 보험료 인상의 타당성 부족	49
나. 자격 제한 취약계층 보호 미흡	50
다. 정부부담의 적정 수준 미확립	50
라. 민간의료보험 관리·감독 수단 결여	51

V. 입법 및 정책 과제 / 53

1. 국고지원 확충의 근거 마련	53
2. 비용 절감적 진료비 지불방식 설계	54

□ 참고문헌

표 차례

[표 1] OECD 국가의 국민의료비 지출 중 공공 재원 비율	6
[표 2] 2005~2008년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용	8
[표 3] 2009년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용	10
[표 4] 2010년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용	11
[표 5] 향후 보장성 강화를 위한 급여확대 내용	12
[표 6] 2010년 건강보험 재정 상태	13
[표 7] 건강보험 재정 수지 예측(2010~2030)	15
[표 8] OECD 국가의 보험료율 추정치*	20
[표 9] 연도별 정부 지원액	22
[표 10] 요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액 기준	36
[표 11] 건강보험 보장성 강화 관련 야3당의 입장(이하 같은 표)	43

그림 차례

[그림 1] 우리나라 건강보험 보장률	5
[그림 2] 보장성 강화계획의 재원투입계획과 추진전략	7

I. 서론

- 올해 초부터 시민사회단체들을 중심으로 논의되어 온 건강보험 보장성) 강화를 둘러싼 건강보험 개혁 방안들이 최근 야 3당(민주당, 민주노동당, 진보신당)의 정책안에 반영되고 있음
- 시민단체들은 ‘건강보험료 11,000원 인상으로 보장성 90% 실현’, ‘모든 병원비는 건강보험 하나로’, ‘무상의료’ 등을 슬로건으로 내세우며 건강보험 개혁을 제시하여 왔음
- 건강보험 보장성 강화에 대한 사회적 관심이 고조됨에 따라 야당들은 시민단체의 의견을 반영하여 당론을 정하고 공식적으로 표명하기 시작함
- 건강보험 보장성 강화와 관련한 논의들이 시민사회와 정치권 내에서 급물살을 타고 확산되는 이유는, 정부가 건강보험 보장성 강화 정책을 수립·추진하고 있음에도 불구하고 질병으로 인한 의료비 가계 과부담²⁾으로부터 보호하는 건강보험의 보장성 기능이 여전히 취약할 뿐만 아니

- 1) 건강보험의 보장성 개념에는, ‘전체 인구 중 건강보험 적용대상자의 범위’와 ‘의료 이용 시 발생하는 비용 중 건강보험이 보장하는 수준’이라는 두 가지 의미가 있는 바, 현재 우리나라의 경우 전국민건강보험이 시행되고 있기 때문에 적용대상자의 범위와 관련한 문제는 없으므로 후자의 의미로 보장성을 언급하는 것이 일반적임. 이 때 보장성은 건강보험의 급여 범위(scope of benefit)와 급여하는 서비스에 대한 급여수준(level of coverage)의 조합으로 설명할 수 있으며 보장률로 계량화하여 평가됨
- 2) 세계보건기구는 보건의료지출 비용(의료비와 보험료)을 그 가계의 지불능력(총 소비지출 중 식료품비 제외)으로 나눈 값이 40%를 넘는 경우를 ‘과부담상태(catastrophic status)’라고 정의하고 있으며, 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득 중 의료비(치료비용과 건강보험료)로 15% 이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고한 바 있음

- 라3) ‘보장성 강화’라는 목적을 달성하기 위한 근본적인 논의들이 빠져 있어 앞으로도 획기적으로 개선되기 어렵다는 전망 때문임
- 2005년에 수립한 「보장성 강화 방안」에 이어 현재 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획(‘09~’13)」이 추진되고 있음
 - 우리나라의 경우 2009년 기준 국민의료비 지출 중 공적 재원 비율은 55.7%로 그리스, 멕시코, 미국과 더불어 OECD 회원국 중 최하위 그룹에 속함
 - 정부는 계획 수립 당시인 2005년에 2008년까지 급여율을 71.5%까지 끌어올리겠다는 목표를 제시한 바 있으나, 2008년 기준으로 62.2%에 그쳤음
 - 또한 정부는 지난 9월 16일에 의료안전망 강화를 ‘친서민 정책’ 7대 도전과제 중 하나로 제시하고 그 취지를 ‘재난적 의료비로 인한 서민생활의 어려움을 덜어주기 위함’이라고 발표한 바, 이는 건강보험의 보장성 기능을 강화하겠다는 것임
- 본 보고서는 정치적 현안으로 의제화 되고 있는 보장성 강화 논의의 근본 원인을 파악하고 해법을 탐색하기 위하여 현 단계 우리나라 건강보험의 보장성 수준 현황과 2005년 이후 지금까지 추진해 온 정부의 보장성 강화 정책을 살펴보고 문제점을 확인한 후, 정치적 의제로 떠오르고 있는 보장성 강화를 위한 정책 대안들에 대한 비교·분석·평가를 통해 시사점과 입법 및 정책과제를 도출하고자 하였음

3) 2006년에는 전 국민의 약 22.06%가 소득의 10% 이상을 보건의료비로 지출하는 것으로 나타났는데 1분위의 경우 50.94%가 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하는 의료비 과부담 가구로 나타났음(신영석, 「저소득층 건강보장전략」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2009. p82.)

- OECD 회원국과 비교하여 우리나라 보장성 수준을 파악하고, 보장성 강화를 실현하기 위해 반드시 뒷받침되어야 할 보험재정 현황에 대해서 검토함
- 정부의 1, 2차 보장성 강화 방안이 추진되고 있음에도 불구하고 건강보험 보장성 강화 정책의 필요성에 대하여 폭넓은 국민적 지지가 형성된 이유가 무엇인지 파악함
- 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 대안들은 우리나라 건강보험체도가 안고 있는 근본적인 문제점들에 대한 인식의 틀과 해법을 각각 달리 하고 있는 바, 이러한 차이점들을 비교·분석함
- 건강보험 보장성 수준의 목표치, 보장성 강화를 위한 접근 방안, 재정확충방안(보험재정 수입 부문 개선방안), 보험재정 지출구조 개선 방안, 의료민영화에 대한 입장, 건강보험 체납자 등 차상위계층에 대한 대책, 민간의료보험에 대한 입장 등으로 나누어 비교함
- 시민사회단체를 중심으로 제기되어 정치권 내 의제로 자리매김하고 있는 건강보험 보장성 강화를 위한 대안들은, 보장성 지표의 개선 방안을 제시하는데 그치지 않고, 보다 근본적인 건강보험 제도 개혁을 제시하고 있는 바, 그 내용을 살펴봄
- 1989년 전국민 건강보험제도 도입 후 20년이 경과된 현 시점에서 건강보험제도의 일차적 기능이라 할 수 있는 보장성 강화를 둘러싼 논의가 그 어느 때보다 활발하게 진행되고 있는 사회 현상의 함의와 시사점을 확인하고 향후 정책 및 입법과제를 도출하고자 하였음

II. 건강보험 보장성 관련 현황

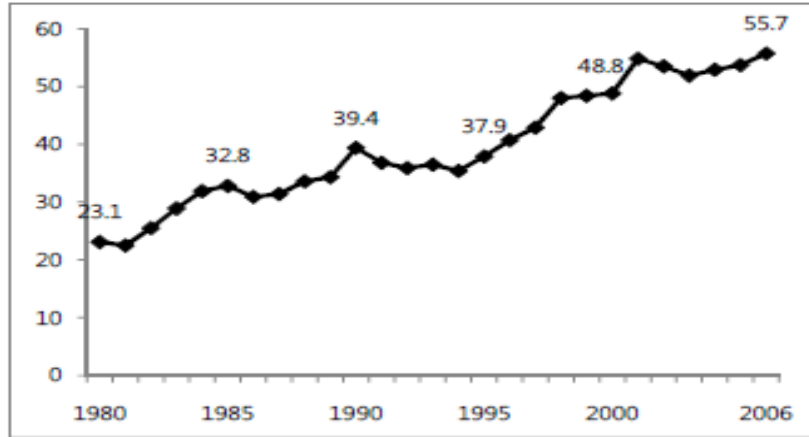
1. 보장성 수준

- 국민건강보험공단 등 국내 자료를 통해 건강보험 보장성 수준을 살펴보면 다음과 같음
 - 국민건강보험공단이 매년 실시하는 「진료비 본인부담 실태조사」에 의하면 우리나라 건강보험 보장률(급여율)⁴⁾ 수준은 2006년 64.3%, 2007년 64.6%, 2008년 62.2%임
 - 한편 각 국의 보건계정(Health Accounts)을 비교 연구하는 전문가들은 우리나라 건강보험 보장률을 2007년 기준 55.8%라고 평가하고 있어⁵⁾ 동년 기준 국민건강보험공단의 수치와는 약 8.8%포인트 차이가 있음
 - 급여율에서의 이 같은 차이는 산정방식에서 분모인 총의료비를 어떻게 집계하느냐에 의해 발생하는 것임
- 한편, 국제 비교를 위한 보장률 지표인 OECD Health Data를 통해 보장성 수준을 평가하면, 2006년 기준 55.7%로 앞서 보건계정 전문가들이 제시한 2007년 기준 55.8%와 거의 일치하고 있음

4) 건강보험 급여율(=건강보험 보장률): 비급여를 포함한 총진료비 중 건강보험에서 부담하는 부담 비율

5) 학계 전문가들은 분모인 총의료비를 집계하는 과정에서 산재 치료비나 약국 일 반약까지 포함시키는 선진국과는 달리 이러한 항목을 분모에서 빠뜨렸기 때문에 국민건강보험공단 발표 보장률이 과다하게 산정되었다고 평가하고 있음

[그림 1] 우리나라 건강보험 보장률



자료: OECD, 2009 OECD Health Data, 2009.

○ 건강보험 보장률은 각 국의 보건의료제도가 다르므로 국가간 비교를 직접적으로 하기는 어렵지만, 공공의료비 비중(건강보험, 의료급여, 산재보험 등 포함)을 간접 지표로 하여 비교하면 우리나라의 보장률 수준은 낮은 편임

- 우리나라의 국민의료비 지출 중 공공재원 비율은 55.3%(2008년 기준)로 OECD 주요 국가들의 평균 공공재원 비율 72.2%나 유럽 선진국의 80%를 상회하는 수준과 비교하여 매우 낮은 편임⁶⁾
- 우리나라는 미국(46.5%), 그리스(42.8%), 멕시코(44.2%)와 더불어 OECD국가 중 국민의료비 지출 중 공공재원 비율이 가장 낮은 그룹으로 분류됨

6) 국가별로 의료제도 상의 차이가 크기 때문에 우리나라의 건강보험급여율과 OECD 국가의 총의료비 중 공공재원에 의한 지출은 국제비교를 하기에 적당하지 않은 개념이며, OECD의 보장성이란 기본적으로 설비투자 등 자본비용을 포함한 총국민의료비에서 공적재원이 부담하는 비율로서, 우리가 비교하는 건강보험 급여율과는 다른 개념임(정형선, 2004)

[표 1] OECD 국가의 국민의료비 지출 중 공공 자원 비율

영국	일본	프랑스	독일	미국	한국	OECD평균
82.6	81.9	77.8	76.8	46.5	55.3	72.2

주: 2008년 기준(미국은 2006년)

자료: OECD, 2010 OECD Health Data, 2010.

2. 정부의 보장성 강화 정책

- 우리나라에서는 1977년 상시근로자 500인 이상 사업장 대상, 적용인구 320만명으로 의료보험제도가 시작되어 1989년에 전국민건강보험으로 적용인구를 확대한 바, 제도도입부터 이 시기까지는 적용인구 확대가 보장성 강화 정책의 중심이었다고 평가할 수 있음
- 건강보험통합도 보장성 강화의 일환으로 평가할 수 있는 바, 이전까지 수백 개로 나누어져 운영되던 의료보험조합들이 2000년 국민건강보험공단 내로 완전 통합되어 재정수지가 열악한 조합의 위험이 보정되는 효과를 얻고 조합 간 재정격차에 의해 하향평준화한 보험급여 수준을 끌어올릴 수 있는 기반이 마련되었기 때문임
- 1998.10.1 지역의료보험(227개 조합)과 공·교의료보험이 통합되고 국민의료보험관리공단이 출범하였으며, 2000년 국민의료보험관리공단과 직장조합(139개 조합)이 통합됨
- 보장성 강화 정책이 국가보건의료계획의 주요 주제로 등장한 것은 2005년 무렵임
- 논의의 배경은 의료비가 많이 드는 중병(고액중증질환)에 걸릴 경우 경

제적 위험으로부터 충분히 보호받을 수 없다는 문제의식 때문이었으며, 이는 우리나라 건강보험의 가장 큰 취약점으로 지적되었음

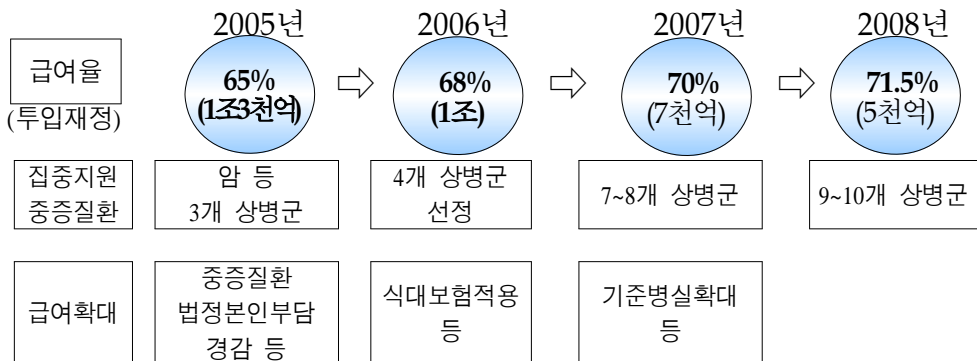
- 건강보험이 단지 의료비 할인제도가 아니라 진정한 보험으로서의 기능을 수행하기 위해서는 고액중증질환이 가져올 충격으로부터의 보호기능이 강화되어야 한다는 것이 보편적인 인식임

□ 정부는 2008년까지 3조 5천억원을 투입하여 건강보험의 보장성 수준을 선진국 평균 수준인 70%로, 장기적으로는 80% 수준으로 끌어올린다는 것을 정책목표로 설정한 「보장성 강화 방안」을 2005년에 제시하였음([그림 2]참조)

- 중증질환자를 대상으로 본인부담률을 인하하고 비급여항목을 급여로 전환하는 한편, 전 국민을 대상으로 MRI 등의 급여를 확대하는 이원화된 접근을 통해 보장성 강화 추진 방향을 제시한 바 있으며, 현재까지 이러한 접근법을 기조로 정책을 시행하고 있음

□ 2005년 「보장성 강화 방안」의 급여율 확대 정책 내용 및 급여 범위의 변화는 [그림 2] 및 [표 2]와 같음

[그림 2] 보장성 강화계획의 자원투입계획과 추진전략



자료: 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화 방안」, 2005.

- 2005년 「보장성 강화 방안」계획에 따라 [표 2]와 같이 건강보험이 적용되는 급여항목 확대가 이루어짐

[표 2] 2005~2008년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용

시행일자	급여확대 항목
2005.1.	<ul style="list-style-type: none"> • MRI(자기공명영상), • 자연분만 본인부담면제, • 정신질환 외래 본인부담 경감(30~50% → 20%), • 미숙아지원(본인부담면제), • 인공와우에 보험급여 시작함
2005.4.	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대
2005.5.	<ul style="list-style-type: none"> • 골다공증 치료제 급여기간연장(90일 → 180일)
2005.8.	<ul style="list-style-type: none"> • 100/100 전액부담 행위, 치료재료 등 483항목 본인일부부담으로 전환
2005.9.	<ul style="list-style-type: none"> • 암 등 고액중증질환 보장성 강화를 위해 법정본인부담 인하(20% → 10%), 의료적 비급여를 급여로 전환함
2005.12.	<ul style="list-style-type: none"> • 제픽스, 헵세라 기준완화
2006.1.	<ul style="list-style-type: none"> • 만6세미만 입원아동 본인부담금 면제, • 장기이식수술 급여전환(간,심장,폐,췌장), • 특정 암 건강검진 본인부담을 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%, 자궁경부암 면제) • 교도소수용자(급여정지 → 급여인정)
2006.6.	<ul style="list-style-type: none"> • 중증질환(암,심장,뇌질환) PET(양전자단층촬영) 건강보험 적용 • 식대 급여 전환 적용(본인부담률 20%)
2006.11.	<ul style="list-style-type: none"> • 만성폐쇄성폐질환 환자 재가 산소치료 건강보험 적용 • 영양기관 외 출산 영양비(현금급여) 인상 (7만원 → 25만원)
2007.6.1.	<ul style="list-style-type: none"> • 중증환자 부담경감(희귀난치성질환자 지원, 화상진료 및 전문재활 치료 활성화) • 화상진료 및 전문재활치료 활성화(수가조정 증) • 장애인임산부 진료활성화(진료수가 상향 조정 등)

시행일자	급여확대 항목
	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환에 의한 자살시도 및 본인 과실 교통사고 환자 건강보험 적용 6세미만 아동의 외래 진료 부담 경감 등 본인부담액 제도변경
2007.7.1.	<ul style="list-style-type: none"> 본인부담액상한선 인하(6개월 300만원 → 200만원)
2008.1.1	<ul style="list-style-type: none"> 6세미만 아동의 입원 법정본인부담율 10%(이전 0%)로 조정(단, 신생아는 본인부담면제) 입원환자 식대 본인부담율 50%(이전 20%)로 조정(일반, 중증질환, 6세미만, 자연분만 등 포함) 장제비 폐지(현행 제25조 삭제)
2008.5.1	<ul style="list-style-type: none"> 방사성 옥소치료실(수가상향 인상)
2008.6.1	<ul style="list-style-type: none"> 희귀난치질환 특정기호 확대
2008.12.15	<ul style="list-style-type: none"> 산전진찰 바우처 제도 도입 실시(20만원 지원)

자료: 국민건강보험공단, 『2010 1분기 건강보험 통계』, 2010.

- 이 기간 중에 고가진단장비로 인식되어 온 MRI(자기공명영상) 및 고가 치료장비인 PET(양전자단층촬영)에 대하여 보험이 적용되고 암 등 중증 질환자의 부담을 경감하는 방향으로 보장성 강화가 추진되었음
- 「보장성 강화 방안」 시행 후 암환자 급여율이 2004년 49.6%에서 2008년 69.8%로 개선됨
- 현재 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획('09~'13)」이 수립되어 추진 중이며, 주요 내용은 다음과 같음
 - ‘질병의 위협으로부터 국민을 보호하는 건강보험’을 목표로 ①중증·고액 질환자 및 저소득·취약계층 등의 진료비 부담 지속적 경감, ②진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여 전환, ③저출산 등 사회환경 변화에 적극 대응하는 방향으로 추진되는 것이 2차 계획의 특징이라고 밝힘

- 「건강보험 보장성 강화 계획('09~'13년)」이 순조롭게 추진되면 암환자 보장률은 '07년 71.5%에서 '13년 80%로, 500만원 이상 고액진료비 보장률은 '07년 67.6%에서 '13년 85%로 강화될 것으로 예상됨
- 「건강보험 보장성 강화 계획('09~'13년)」을 실현하기 위해서는 3.1조원의 추가적인 보험재정 확보가 필요함
- 2009년에 본인부담상한제의 소득수준별 차등화 및 중증질환자의 본인부담금 경감 등으로 6,100억원의 보장성강화 예산이 추가로 소요됨

[표 3] 2009년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용

시행일자	급여확대 항목	소요 비용
2009.1.1.	• 소득 수준별 본인부담 상한제 실시 (소득 50%이하 계층 200만원, 소득 50~80% 계층 300만원, 상위 20% 계층 400만원)	1,800억원
2009.7.1.	• 희귀난치성질환자(138개 질환) 입원과 외래 본인부담 경감(20% → 10%로)	1,400억원
	• 종합전문병원 외래 본인부담률 인상(50% → 60%)	—
2009.12.1.	• 아동 충치예방을 위한 치아 홈메우기(6세~14세 아동 대상)	1,300억원
	• 한방물리치료 보험급여 적용	300억원
	• 암환자의 입원 및 외래 본인부담 경감(10% → 5%)	1,300억원

자료: 국민건강보험공단, 『2010 1분기 건강보험 통계』, 2010.
한국보건사회연구원, 「건강보험재정 전망과 정책과제」, 『보건복지 Issue & Focus』, 2009.

- 2010년은 MRI 급여 확대와 암 등 고액 진료비 부담 완화 등으로 6,510억원이 추가 소요될 예정임)

7) 한국보건사회연구원, 「건강보험재정 전망과 정책과제」, 『보건복지 Issue & Focus』, 2009

[표 4] 2010년 보장성 강화를 위한 급여확대 내용

보장성 확대항목	현행	확대내용	시행시기
심장질환· 뇌혈관질환 본인부담 경감	입원 및 외래 본인부담률 10%	본인부담률을 5%로 경감	'10년1월
결핵환자 본인부담률 경감	다재내성결핵 등 일부만 본인부담률 10%로 경감	결핵 전체에 대해 본인부담률 10%로 경감	'10년1월
치료재료 급여전환	전액본인부담	치료·수술에 사용되는 절삭기류 등 급여전환	'10년1월
임신출산진료비 지원	20만원 지원	30만원	'10년4월
중증화상 본인부담률 경감	일반환자와 동일하게 입원 20%, 외래30~60%	중증질환군에 포함하여 입원 및 외래 본인부담률을 5%로 경감	'10년7월
항암제	<ul style="list-style-type: none"> · 2종이상 항암제 병용시 저렴한 항암제는 본인부담 · 다발성골수종, 유방암 치료제 급여제한 	<ul style="list-style-type: none"> · 2이상 항암제 병용시 저렴한 항암제도 보험적용 · 다발성골수종, 유방암 치료제 급여확대 	'10년10월
희귀난치 치료제	<ul style="list-style-type: none"> · B형간염치료제: 투약기준·기간제한 및 병용투여 불인정 · TNF-α억제제: 급여기간제한 및 중증건선급여불인정 · 에리스로포이에틴주사제 	<ul style="list-style-type: none"> · B형간염치료제: 급여제한기간삭제 및 제픽스내성시 헵세라정과 병용투여기간 삭제 · TNF-α억제제: 기간제한삭제 및 중증건선 급여인정 · 에리스로포이에틴주사제: 급여대상확대 	'10년10월
장애인보장구 및 소모품	<ul style="list-style-type: none"> · 전동스쿠터·휠체어: 지체·뇌병변장애인 급여 · 소모품: 배터리 비급여 	<ul style="list-style-type: none"> · 전동스쿠터·휠체어: 심장·호흡기장애 급여확대 · 소모품: 배터리 보험적용 	'10년10월
MRI 보험급여 확대	암, 뇌양성 종양 및 뇌혈관질환 보험급여	<ul style="list-style-type: none"> · 척추 및 관절질환에 대한 보험급여 확대 - 척추: 염증성척추병증, 척추골절, 강직성척추염 - 관절: 외상으로 인한 급성 혈관절증, 골수염, 화농성관절염, 무릎관절·인대의 손상 	'10년10월

자료: 보건복지부, 「대통령업무보고 2010년 주요 사업 참고자료」, 2010.

[표 5] 향후 보장성 강화를 위한 급여확대 내용

보장성 확대 항목	현행	확대내용	적용 인구	시행 시기
치료재료 급여전환	치료·수술에 사용되는 비급여 치료재료	· 1단계: 봉합재료, 지혈재료, 절삭재료 등 · 2단계: 급여우선순위, 기등 제품목과 형평 고려 확대	—	'10년 ~ '11년
출산진료비 지원	20만원 지원	단계적으로 50만원으로 확대	60만명	'10년 ~ '12년
골다공증 치료제	급여기간 제한(6개월) 및 급여대상 환자 제한	급여기간 및 급여대상 환자 확대(6개월→1년, Tscore -3→-2.5)	58만명	'11년
당뇨치료제 및 소아당뇨 관리 소모품	· 당뇨치료제: 2종까지 급여인정 · 소아당뇨관리소모품: 비급여	· 당뇨치료제:급여인정 약제 확대(2종 → 3종) · 소아당뇨관리소모품: 자가혈당측정에 사용되는 시험지(strip) 보험적용	4만명	'11년
노인틀니 보험적용	비급여	75세 이상, 50% 본인부담, 5년간 1회 보험적용	52만명	'12년
초음파검사	비급여	보험적용	430만명	'13년
골관절염 치료제	65세이상 급여인정	급여대상 확대 (65세 이상 → 60세이상)	68만명	'13년
소아선천성 질환	저작운동장애등 일상생활개선목적인 경우 1차 수술만 급여	3회까지 보험급여인정	0.5만명	'13년
치석제거	치주질환 치료·처치 동반하는 경우 급여	예방 목적을 제외한 치주질환을 유발하는 치석제거 보험적용	690만명	'13년

자료: 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화 계획('09~'13년)」, 건강보험정책심의위원회 보고자료, 2009.

3. 건강보험 재정 현황 및 전망

가. 현황

- 건강보험 재정 현황을 살펴보면, 2010년 1~8월 건강보험 재정수지가 2,965억 원의 적자를 기록함
 - 7월 3,416억 원 적자발생에 이어 8월에도 2,117억 원의 적자가 발생함
 - 적자 발생의 주요인으로는 8월까지의 보장성강화 연 2,220억 원 및 보험급여비 상한제 사후정산 등의 영향(전년도 동기 대비 1,474억 원 상승)으로 총 지출은 계속 증가되는 반면, 총 수입은 국고지원금 등의 상반기 조기수납으로 7월 이후부터 월평균 약 1,600억 원씩 감소된 영향 때문인 것으로 분석됨

- 9~12월에는 추가적인 보장성강화(항암제 급여확대 등 4항목, 연 4,280억 원 소요예상) 등 지출증가에 따른 수지불균형이 심화되면서 매월 약 2~3천억 원의 적자가 발생할 것으로 보여 연말에는 큰 폭의 재정 적자가 불가피할 것으로 예상됨

[표 6] 2010년 건강보험 재정 상태

(단위: 억원)

구 분	'09.1~8월		'10.1~8월		증감	
	계	8월	계	8월	금액	(비율)
총수입(A)	213,698	26,041	227,350	27,366	13,652	(6.4)
총지출(B)	203,613	25,174	230,315	29,483	26,702	(13.1)
수지차(A-B)	10,085	△867	△2,965	△2,117	-	-

주: 현금흐름 기준

자료: 국민건강보험공단, 「2010.1~8월 건강보험 재정현황」, 2010.

나. 전망

- 국민의료비는 '05년 48조원에서 '15년 164조로 10년 사이에 3.4배 증가할 것으로 전망됨⁸⁾
 - GDP 대비 국민의료비 비율: '05년 5.9% → '10년 7.1% → '15년 9.3%
- '15년까지 보장률 70% 수준에 도달하는 것을 목표로 할 경우, 건강보장 지출은 '05년 21조에서 '15년 80조로 10년 사이에 3.8배 증가할 것으로 전망됨
 - 인구 고령화와 만성질환에 대한 대응 수준, 의학기술의 급속한 발전과 국민의 기대수준 상승으로 인해 건강보장 지출은 더욱 증가할 수도 있음
- 건강보험 보장률 수준을 제고하기 위해서는 보험재정 지출이 늘어날 수밖에 없으며 이에 따라 보험료 인상과 국고지원 증액이 불가피할 것임
 - 2005년 기준 4.77%인 보험료율을 '15년까지 매년 평균 6.9%를 인상하여 '15년 소득 기준 보험료율이 8.13%에 이르러도 약 3조원 규모인 현행 국고지원액이 '15년에는 13조원으로 증액되어야 당기수지를 중립적으로 유지할 수 있음
- 건강보험 재정 수지 예측⁹⁾
 - 최근 연구에 따르면, 고령화는 OECD가 추정하는 고령화 비율과 같이

8) 건강보장미래전략위원회, 「건강보장 미래전략」, 공청회자료집, 2007

9) 김정식 외, 「건강보험 장기재정 추계」, 건강보험 재정 안정을 위한 정책과제 심포지엄, 2010. pp14~34.

진행되는 반면에 건강보험료율과 국고지원율은 현재 수준을 유지한다고 가정할 때의 건강보험재정 적자 규모를 예측한 결과, 2030년에 재정적자가 66.2조원에 이를 것으로 예상됨([표 7])

- 수입은 건강보험료율 5.33%, 국고지원율 14%로 고정하여 추계함
- 고령화율은 2030년에 24.3%, 급여비 총당율은 50%로 가정함

[표 7] 건강보험 재정 수지 예측(2010~2030)

(단위: 조원)

연도	수입(A)	지출(B)	재정적자 (B-A)	연도	수입(A)	지출(B)	재정적자 (B-A)
2010	33.1	33.8	0.7	2021	58.1	77.0	18.9
2011	35.0	36.2	1.2	2022	61.0	83.3	22.3
2012	36.9	39.0	2.1	2023	63.9	90.0	26.1
2013	39.2	42.1	2.9	2024	66.8	97.3	30.5
2014	41.5	45.6	4.1	2025	70.2	105.5	35.3
2015	43.8	48.8	5.0	2026	73.0	113.7	40.7
2016	46.1	52.7	6.6	2027	75.8	122.8	47.0
2017	48.2	56.5	8.3	2028	79.2	131.9	52.7
2018	50.5	60.9	10.4	2029	82.3	141.9	59.6
2019	53.1	65.8	12.7	2030	86.0	152.2	66.2
2020	55.6	71.1	15.5	-	-	-	-

자료: 김정식 외, 「건강보험 장기재정 추계», 건강보험 재정 안정을 위한 정책과제 심포지엄, 2010. pp14~34.

III. 건강보험 보장성 강화 관련 문제점

1. 보장성 강화 정책의 한계

가. 계량적 목표 중심¹⁰⁾

- 2005년부터 추진되고 있는 보장성 강화계획은 OECD 평균 보장률 70%라는 수치상의 목표를 빠른 시간 내에 달성하는 것을 최우선 목표로 하고 있기 때문에, 신중하게 결정되지 못했다는 비판에 직면하고 있음
- 우리나라에서는 건강보험의 급여가 어느 정도의 위험을 막아주는가라는 의미인 ‘건강보험 급여율’을 가장 중요한 지표로 사용하고 있지만, 표는 국가별로 의료제도 상의 차이가 크기 때문에 이 지표를 통해 국제비교를 하는 것은 적당하지 않다고 지적되어 있음
 - 법정 급여되는 항목들의 총진료비 중 보험재정으로 지원되는 의료비 비율로 보장률을 산출하는 경우, 현실에서 상당한 크기의 비급여 부문이 상존하며 지속적으로 새로운 비급여 항목이 창출되는 실정임을 고려할 때 보장률 70%를 달성했다하더라도 의료이용자가 체감하는 보장성 수준은 여전히 낮을 수 있음
- 보다 근본적인 문제는 현재 건강보험 제도가 질병으로 인한 경제적 충격으로부터의 보호기능이 약하다는 것이므로, 치료비 중 고액의 진료비 부담을 줄여주는 것이 적절한 정책 수단일 것임

10) 윤희숙, 「보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점」, 『KDI정책포럼 제178호』, 2007.

나. 특정 질환별 급여 확대에 적용 인구 제한

- 2005년 수립된 정부의 보장성 확대 정책은 진료비 부담이 큰 질환을 선별하여 해당 질환자에 집중적인 지원을 하는 방식으로 추진되고 있는 바, 급여 확대 질환으로 선정된 환자 군 내의 의료비 편차와 선정되지 않은 질환자 중 고액진료비 부담자를 고려하지 않은 방식임
- 같은 진단명의 환자라도 환자마다 치료비 부담액에서 큰 편차가 있으며 평균적으로 진료비 부담이 적은 질환이라 판단되어 보장성 확대 정책에서 제외된 질환의 환자라 할지라도 고액의 진료비를 부담하는 경우가 일부 있기 때문에, 질환별로 급여 확대를 하는 방식은 합리적이라 하기 어려움
 - 2005년 보장성 강화계획의 내용은 특정 질환 환자들을 모두 보조함으로써 특정 질환 환자들의 평균부담을 낮추고 질병비용 분포 전체를 낮추도록 설계됨
 - 지원 대상인 특정 질환 외 다른 질환 환자 중 고액부담자들은 혜택을 받지 못하는 데 반해 특정 질환 환자라는 이유로 저액부담자도 보장성 강화의 혜택을 받게 되는 문제가 발생함
- 보장성 강화정책의 근본 목적이 질병으로 인한 경제적 타격으로부터 환자들을 보호하는 것이라는 점을 고려하면, 특정 질환의 보유 여부와 상관없이 의료비 부담이 일정 수준 이상인지를 기준으로 대상을 선정하는 것이 보다 타당할 것임

다. 급여 항목 선정의 원칙 미비

- 1, 2차 보장성 확대 계획에 포함된 급여 확대 항목들이 선정된 원칙이

무엇인지 설명되지 않고 있음

- 급여 우선순위를 정하는 원칙이 없으며 어떤 기준으로 선정되었는지도 불분명함
 - 기존 비급여영역의 항목들을 급여영역으로 전환함에 있어 가장 필요한 기준인 ‘어디까지 공적으로 보장해야 하는가’를 판단하기 위하여 필수적인 의료인지, 선택적 의료인지 여부를 고려하여 결정했어야 함에도 불구하고, 2005년 보장성 강화계획의 개별 조치들은 이러한 측면의 보편적인 지지를 얻기 어려운 내용을 담고 있음
 - 일례로 차액병실료가 필수적 의료서비스라고 주장하기는 어려움
 - 식대의 경우도 치료식이 아닌 경우 환자의 식사를 ‘치료’의 개념으로 보아야 할 것인가를 두고 이견이 있을 수 있으며, 중증환자의 경우 식사를 못하는 경우가 많기 때문에 중증환자 진료비 우선 경감의 원칙에서 볼 때도 식대를 급여화하는 것은 설득력이 낮음
 - 유럽 국가들의 경우, 치료의 의학적 유효성과 안전성 같은 기준 외에도 사회적 연대성, 서비스 제공의 긴급성, 비용 대비 효과성 등을 급여결정 기준으로 정하고 있음
- 건강보험의 보장성 확대는 건강보험의 가입자인 의료소비자의 입장이 반영되거나 질병 이환에 따른 경제적 부담을 해소하기 위한 정책적 판단이 우선 되었다기보다는 건강보험재정 수준을 먼저 고려하고 재정형편에 따라 서비스 항목을 추가적으로 늘리는 등의 방식을 채택한 것으로 평가되고 있음

라. 필수의료 우선급여 원칙에서 벗어남

- 보장성 강화 정책의 기본 방향 중 하나는 국민들이 이용하는 의료서비스 가운데 필수의료서비스를 우선적으로 보장하는 것이어야 하며, 이를 위해서는 건강보험 가입자의 지불능력이나 보험자의 재정상태와 관계없이 우선적으로 보장되어야 할 서비스 항목들이 선별되어야 함
- 매년 건강보험 재정의 형편을 고려하여 몇 가지 서비스를 급여범위에 포함시켜 보험적용 급여 항목을 늘려가는 현재의 방법은 부적절함
- 선진국의 경우, 필수의료 서비스 군(群)에 포함시킬 서비스들을 선정하기 위한 원칙을 먼저 정하고 이러한 원칙에 따라 급여할 서비스 범위가 정해지면 필수의료를 충족시키기 위하여 요구되는 자원의 양에 맞추어 재정을 확보하고 있음
- 우리나라는 한번 급여영역에 포함된 서비스가 비급여로 바뀐 예를 찾아볼 수 없으며 의료기술의 발전 속도와 대체가능한 기술들을 고려할 때, 이미 급여되고 있는 서비스라 하더라도 계속 급여하는 것이 타당한지 재검토가 필요함

2. 수입 부족 관련 요인

가. 재원 총량의 부족

- 2008년 기준으로 건강보험 재정이 보험급여 적용을 받는 서비스 항목 총 진료비의 62.2% 만을 충당하는 수준으로 이는 지출 규모에 비해 재원 총량이 부족하다고 할 수 있으며, 재원의 절대적인 크기가 작다는 점이

보장성 강화를 추진하는데 걸림돌로 작용할 수 있음

- 총 의료비 41.05조원 중에서 25.55조원이 건강보험 재정으로 충당됨

나. 낮은 보험료율과 국고지원 미흡

(1) 낮은 보험료율

- 건강보험료율 5.33%는 OECD 회원국가들과 비교하면 낮은 수준이며, 이로 인해 ‘저부담 저급여’ 체제가 유지되고 있음
- 현재 건강보험료율은 노인장기요양보험료를 포함하여 5.33%이며, 직장가입자의 경우 이 중 50%를 사용자가 부담하고 있음

[표 8] OECD 국가의 보험료율 추정치*

(단위: %)

프랑스	독일	네덜란드	일본	미국	한국	OECD평균
11.1	10.3	9.7	8.1	15.7	6.4	9.5

주: 1) 보험료율은 (총건강비용지출/소득)으로 추정한 수치임
 2) 2007년 기준

자료: OECD, 2010 OECD Health Data, 2010.

김정식 외, 「건강보험 장기재정 추계」, 2010 건강보험 재정안정을 위한 정책과제 심포지엄, 2010, pp.17~20.

- 사회보험방식으로 건강보장제도를 운영하고 있는 주요 국가들의 보험료율이 10% 내외임을 고려할 때, ‘적정부담 적정급여’를 목표로 보험료율 제고를 검토할 필요가 있음

(2) 정부 지원 미흡

- 국고지원금을 비롯한 정부지원의 추진 경위는 다음과 같음
 - 2002년 「국민건강보험재정건전화특별법」(’06년 한시법) 제정으로 지역 가입자 급여비 등 지출의 50%를 국고지원하기로 법제화함
 - 일반회계 40%, 증진기금 10% → ’05년부터 일반회계 35%, 건강증진기금 15%
 - 2006년 특별법의 효력기간이 만료됨에 따라 특별법의 내용을 「국민건강보험법」에 수정반영하여 ’11년까지 보험료 예상수입의 20%를 국고지원(일반회계 14%, 건강증진기금 6%) 하기로 함
- 「국민건강보험법」은 2006년부터 보험료 수입의 14%를 국고 지원하는 것으로 규정하고 있으며(제92조 제1항), 국민건강보험공단은 「국민건강증진법」이 정하는 바에 따라 동법에 국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다고 규정하고 있음(제92조 제2항)
 - 제92조(보험재정에 대한 정부지원) 제1항은 “국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.”고 명시하고 있음
 - 제92조(보험재정에 대한 정부지원) 제2항은 “공단은 「국민건강증진법」이 정하는 바에 따라 동법에 따른 국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다.”고 명시하고 있음
 - 이 조는 구「국민건강보험법」(2006.12.30 일부개정 법률 제8153호) 부칙 제2조의 규정에 의하여 2011년 12월 31일까지 유효함

- 한편, 「국민건강증진법」부칙 제2항(기금의 한시적 특례)은 “보건복지부장관은 제25조제1항의 규정에 불구하고 2011년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 동법 제92조제4항 용도에 사용하도록 동법에 따른 국민건강보험공단에 지원한다. 다만, 그 지원금액은 당해연도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없다.”고 명시하고 있음
- 법 개정 후 보험료 수입 중 정부지원금(국고 지원금+건강증진기금 지원금)이 법정 지원율 20%를 충족하지 못해 왔음
 - 2007년 17.1%, 2008년 16.5%, 2009년 18.5%임

[표 9] 연도별 정부 지원액

(단위: 조원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
수입	9.5	11.6	13.9	16.8	18.6	20.3	22.4	25.3	28.9	31.2
보험료	8.0	9.0	10.9	13.4	15.1	16.6	18.6	21.6	24.8	25.9
정부지원	1.6	2.6	3.0	3.4	3.5	3.7	3.8	3.7	4.1	4.8
국고	1.6	2.6	2.6	2.8	2.9	2.8	2.9	2.7	3.1	3.8
건강증진기금	0.0	0.0	0.4	0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
지출	10.5	14.1	14.7	15.7	17.0	19.2	22.5	25.6	27.5	31.2
재정수지	110.6	120.7	105.5	93.6	91.6	94.2	100.3	101.1	95.3	100.0

주: 현금수지 기준

자료: 보건복지부(국민건강보험공단자료), 2010. e-나라지표 <http://www.index.go.kr>

- 사회보험방식의 의료보장제도를 운영하는 국가들의 경우 국고 지원율은 나라마다 다르지만, 국가 주도로 사회보험이 발전한 사례 중 국가 책임

을 강조하고 있는 일본과 대만의 사례를 눈여겨볼 필요가 있음

- 일본과 대만은 보험료 수입의 30% 가량을 지원함
- 보험료 부담에서 사용자와 보험가입자인 피용자의 부담 비율이 반드시 50:50으로 정해져야 한다는 원칙이 있는 것은 아니므로 이와 관련해서도 다른 나라의 사례를 참고할 필요가 있음
- 프랑스는 94:6, 대만은 70:30으로 사용자 부담이 높고, 일본과 독일은 우리와 동일함

3. 지출 확대 요인의 상존

가. 병상 과잉 및 민간 주도형 공급

- 우리나라 의료공급체계는 민간 중심으로 구성되어 있으며 전체적으로는 병상이 과잉 공급되어 민간 의료기관 간의 경쟁이 치열한 상황이므로 의료기관이 경영수지를 맞추기 위해서는 새로운 비급여 서비스를 개발하게 되므로 보장성 지표는 좀처럼 개선되기 어려움
- 공공병상 점유율은 OECD 회원국과 비교할 때 매우 낮은 수준이며 미국, 일본 등 공공병상 비율이 낮은 국가와 비교할 때에도 1/3 수준임
- 2007년 말 기준 공공보건의료기관은 총 3,611개소, 45,149병상임
 - 병원 138개소, 보건기관 3,473개소 (보건소 251 보건지소 1,314 보건진료소 1,908)
 - 2007년 기준 공공병원의 병상 점유율은 10.0% 수준임
 - ◆ 정신병원, 결핵병원, 나병원 등 특수목적 병상을 제외하면 일반병상

점유율은 8.4% 수준으로 더 낮아짐

- 우리나라 의료공급체계는 급성기 병상¹¹⁾을 갖춘 종합병원 중심으로 구성되어 있어 질병 중증도와 치료기술의 난이도가 높지 않아도 요양기관 중별 가산율이 적용되는 급성기 병상을 이용하게 되므로 보험재정이 지불해야 하는 금액이 그만큼 커진다고 할 수 있음
- 우리나라의 경우 인구 1,000명당 급성기병상수는 6.8로 독일(6.2)이나 프랑스(3.7), 영국(2.2)보다 많음¹²⁾
- 또한 인구 1,000명당 병상 수가 9.3으로, OECD 평균 5.4를 초과하고 있어 전반적으로도 공급과잉 상태임

나. 행위별수가제

- 행위별수가제는 공급자가 진료량을 늘리도록 하는 유인(incentive)이 있는 지불방식으로 건강보험재정 지출을 확대시키는 경향이 있음
- 행위별수가제(fee-for-service)는 말 그대로 각종 검사와 의료행위 각각에 가격을 책정하여 진료비를 산정하는 방식이므로 제공되는 서비스 단위 별로 수가(요금)가 책정되기 때문에 진료의 절대량이 늘어나는 구조임
- 이로 인해 의사가 진료량을 늘릴수록 의사(의료기관)의 소득(수익)이 커지게 되어 불필요한 의료까지 과잉 제공하는 경향을 낳고, 이는 결국 건강보험 재정지출을 증가시키는 요인으로 작용함

11) 급성기 병상이란, 중증환자를 위한 난이도 높은 의료기술과 첨단 장비를 갖추어 가능한 짧은 입원기간 동안 고가의 서비스를 제공하는 역할을 하는 입원시설을 말함

12) OECD, *Health Data 2008*, 2009.

- 게다가 상당한 비중의 비급여 영역이 상존하는 현재의 급여구조 하에서 공급자들은 비급여 서비스를 개발하여 공급자 내에서 차별적 지위를 획득하고자 하며 이를 통해 의료기관의 수익을 높이고자 하게 됨
- 정부가 특정 서비스에 대하여 건강보험에서 급여함으로써 보장성을 높이면 의료기관은 다음과 같은 방식으로 대응함
 - 새로이 보험적용을 받게 된 해당 서비스를 ‘박리다매’ 방식으로 제공함
 - 보험적용되는 서비스와 유사한 비급여 서비스를 개발하거나 신의료기술, 고가의료장비 등을 동원하여 새로운 비급여 서비스를 개발함
- 건강보험 보장성 지표가 향상되기 위해서는 비급여 영역의 서비스들에 대하여 건강보험을 적용할 수 있어야 하고 재정적 여력이 있어야 하는바, 행위별 수가제로 인하여 보험재정 지출이 팽창하고 있으므로 보장성 확대 정책을 원활히 추진하기 어려움
- 노인인구의 증가와 소득증가에 따른 자연 증가분 외에도 민간 중심 공급체계와 행위별 수가제 등으로 인하여 국민의료비의 증가 속도가 매우 빠르기 때문에 보장성 항목이 늘어나더라도 보장률은 감소, 둔화 추세를 보이게 됨
- 2008년 기준 국민의료비 지출액은 66조7천억원으로 전년 대비 7.9%나 증가했으며 2003년 이후 5년간 연평균 12.3%의 증가세를 유지하고 있음
- 건강보험 지출 규모가 매년 10% 이상씩 증가하는 것은 고령화와 만성질환, 소득수준 향상에 따른 의료이용 증가 등 자연증가분에 비용 유발적 지출 구조와 민간중심 의료공급체계가 함께 작용하였기 때문임

다. 의료전달체계 내 1차 의료 기능 미약

- 의료 전달체계(delivery system)는 단순히 환자 의뢰 및 후송체계(referral system)만을 의미하는 것이 아니라 제한된 의료자원의 합리적 배분과 시스템 전체의 효율성을 높이기 위해 의료자원을 조직하는 것임
- 질병 중증도에 맞는 의료기관을 이용하게 함으로써 적정 진료가 적시에 적정 전문가에 의하여 적소에서 제공되게 하기 위하여 마련된 제도임
- 1차 의료는 의료전달체계의 관문(entry point)으로 일상적인 건강문제로 의료 전문가와 최초의 접촉이 이루어지는 지점이며, 여기서 예방서비스와 조기진단 및 조기 치료가 제공되어야 함¹³⁾
- 또한 질병 위중도에 따라 상급기관으로 의뢰하고 동시에 환자에 대한 정보가 전달체계 내에서 원활히 흐를 수 있도록 지원해야 함
- 1차 의료 서비스는 지역주민 또는 환자의 전반적인 건강상태를 살펴보기 위하여 제공되는 것으로, 전문성보다는 포괄성이 있어야 하며 연속성을 가지는 것이 중요함
 - 1차 의료 영역에서 ‘단골의사’, ‘전담의사’, ‘주치의’ 등의 역할을 담당하는 ‘문지기(gate keeper)’가 있어야 한다고 주장하는 이유가 바로 여기에 있음

13) 미국 의료연구소(IOM, 1994)에 의하면 1차 의료는 “통합적이고 접근 가능한 보건의료 서비스로서 환자와의 지속적인 동반 관계 하에서 대부분의 건강요구를 해결해주고, 가족과 지역사회 내에서 활동하는 임상 의사에 의해 제공되는 것”으로 정의되며, 바람직한 1차 의료의 속성으로 최초 접촉(First Contact), 접근성(Accessibility), 포괄성(Comprehensiveness), 조정성(Coordination), 지속성(Continuity), 통합성(Integration), 책임성(Accountability), 가족 및 지역사회 지향성(Family and Community Context) 등이 있음

- 전문가들은 현재 우리나라 일차 의료부문은 ‘기능실조(functional failure)’ 상태에 있으며 2차, 3차 병원이 그들의 고유한 기능을 수행하지 못하는 ‘동반기능실조(double functional failure)’로 이어지고 있다고 진단하고 있음
- 현행 의료전달체계는 공식적인 환자 의뢰체도가 있음에도 상당수 국민들이 대형의료기관을 선호하여 1차 의료기관에서 받아야할 진료를 2차, 3차 의료기관에서 받고 있음
 - 3차 의료기관을 이용하기 위한 절차로서 1차 의료기관을 이용하는 경향이 있어 전반적으로 질병 위중도와 상관없이 3차 기관을 과도하게 이용하고 있음
 - 응급실과 가정의학과를 통해 3차 병원에 직접 접근하는 것이 허용되고 있음
- 1차 의료 부문에서 이미 진료과목별로 전문화된 의료기관들을 환자가 판단하고 선택하여 이용함에 따라 진료 정보는 분절적이고 공유되지 않으며 총체적인 건강상태를 관리해주는 역할을 하는 곳이 없음
 - 특정 질병에 대한 의료수준은 높지만 포괄적인 건강관리에 취약함
- 따라서 1차 의료가 제 역할을 담당하지 못하면 예방 부문이 취약해지는 것은 물론 건강보험 재정에도 악영향을 미침
- 문지기 기능을 하는 1차 의료 강화에 초점을 두어 의료전달체계를 개편해야 하며, 이에 대한 대안으로 주치의제 시행이 거론되는 것은 이러한 맥락에서임
- 1차 의료가 제 역할을 할 수 있도록 공급자 내 구조를 개편하여 의료전달체계가 정상적으로 작동되게 함으로써 자원 이용에서의 효율성을 높

이고 장기적으로 건강보험재정을 보호하고자 함

- 주치의제 도입을 위해서는 전달체계 내 합리적 구조조정이 요구되는 바, 예컨대 2, 3차 의료기관의 외래서비스를 제한하고, 1차 의료기관은 입원서비스를 제한하는 방식 등으로 의료전달체계 내 전반적인 구조조정을 검토할 필요가 제기되고 있음
 - 구체적인 예로 진료 수가 조정을 통해 3차 병원은 입원 중심의 기관으로, 1차 의료기관은 주치의에 의한 외래 중심의 진료기관으로 기능을 분화시키는 방안이 대안으로 제시되어 왔음
 - ◆ 우리나라의 경우 의원도 병원도 모두 입원 및 외래를 가지고 있어 기능이 상호보완적인 것이 아니라 중복적임

IV. 건강보험 보장성 강화 논의

1. 논의의 지형과 각 계의 입장

- 보장성 강화 정책과 관련하여 시민사회에서 본격적인 논의가 이루어진 것은 1994년에 “의료보험통합일원화 및 보험적용확대를 위한 범국민연대회의”가 발족하면서부터임
- 2000년 의약분업 이후 건강형평성 개선과 보장성 강화 정책에 대한 논의가 더욱 활발해짐
- 한편, 의약분업 이후로 대한의사협회를 중심으로 정부의 의료의 공공성 강화와 관련된 의료정책에 대응하여 시장원리의 도입과 진료영역에서의 자율성 및 의료체계의 효율성에 대한 주장이 본격화 되었으며 의료계 내에 보수단체가 형성됨¹⁴⁾

가. 진보/보수 진영의 대립

- 진보 진영¹⁵⁾의 주장
 - 진보 진영은 건강보험재정 통합과 의약분업의 성과에도 불구하고 민간보험시장이 급성장하고 민간주도형 공급구조가 개선되지 않는 등 근본

14) 김용익, 「한국 보건의료체계의 모순적 구조와 보건의료 ‘개혁’의 충돌」, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 강의자료, 2010.

15) 보건의료체계 및 의료서비스의 주요 가치를 형평성과 공공성 실현에 두고 우리나라 의료체계가 이러한 가치에 부합되기 위해서 근본적인 개혁을 필요로 한다는 입장에 있으며 수요자 중심적인 정책마인드를 가지는 것을 본 보고서에서 임의로 ‘진보’라고 정의하였음

적인 의료개혁이 이루어지지 않아 건강보험이 사회안전망으로서 제기능을 하지 못하고 있다고 진단함

- 새로운 돌파구로 ‘획기적인 보장성 강화’와 ‘공공의료체계 확충’을 정책 대안으로 제시하고 있음

□ 보수 진영¹⁶⁾의 시각

○ 보수 진영은, 우리나라 의료시스템의 근본적인 문제점이 건강보험제도 도입 때 제도 시행에 급급하여 ‘저수가 정책’을 무리하게 추진하였고 정부가 과도하게 관여해 온 결과, 의료 현장에서 과잉진료를 비롯한 갖가지 진료왜곡 현상이 파생되었다고 진단하고 있음

- 게다가 이미 급성기 병상이 과잉 공급되어 있어 의료시장 내 경쟁이 치열하기 때문에 진료량을 늘리고 비보험진료를 확대하는 것만으로는 저수가에 의한 진료왜곡이 해결되지 않는다고 인식하고 있음
- 따라서 의료법인 허용, 민간의료보험 확대, 외국인 환자 유치, 고부가가치를 창출하는 의료산업에 대한 지원 및 새로운 의료시장 개척 등을 해법으로 제시하고 있음

나. 진보 진영의 주장

□ 2005년 민주노동당이 선거공약으로 제시한 ‘무상의료’ 정책은 다음과 같음¹⁷⁾¹⁸⁾

16) 형평성과 공공성 못지않게 시장원리에 의한 효율성을 실현하는 것이 보건의료체계가 달성해야 하는 중요한 가치 중 하나라고 인식하는 입장으로, 주로 공급자 중심적인 정책마인드를 가지는 경우를 본 보고서에서 임의로 ‘보수’라고 정의하였음

- 본인부담금을 축소하고 궁극적으로 무상의료를 실현할 것을 공약함
 - 일단 모든 비급여서비스를 급여범위에 포함시킨 후 적정한 가격을 책정하는 동시에 이 부담을 공단과 환자가 나누어 부담함으로써 환자의 부담을 축소시키는 방안임
 - 경제적으로 큰 부담을 주는 선택진료비, 상급병실차액, 의치보철 등이 급여에서 제외되고 있어 보장성 수준에 대한 국민체감도가 낮은 것임
- 고액 중증질환으로 의료비가 아무리 과다하게 나올지라도 6개월 300만원까지만 부담하도록 300만원을 본인부담금 상한선으로 설정함
 - 일부 취약계층에 대해서는 본인부담을 완전 폐지하고, 동일 세대 내에 여러 환자가 발생하였을 경우에 대한 보완 방안을 강구함

□ ‘건강보험 하나로’ 논의의 등장

- 2009년 출범한 시민단체 ‘의료민영화 저지와 건강보험 보장성 강화를 위한 범국민운동본부’에서 추진해 온 보장성 강화 시민운동이 2010년 ‘11,000원의 기적’, ‘병원비 걱정 없는 보편적 복지국가’를 내걸고 본격화되고 있음
- 건강보험료 11,000원 인상으로 선진국 수준의 보장성을 실현하자는 의미의 구호들이 ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’로 정리·승계됨

□ 본인부담 상한제의 상한선 인하, ‘100만원의 개혁’ 등장

- 본인부담 의료비 부담금을 연간 100만원 이하로 낮추는 것을 전면내

17) 민주노동당 정책위원회, 「무상의료 로드맵에 따른 재정 추계 및 재원조달 방안 연구」, 2005.

18) 임준, 「국민건강의 위기, 시장인가 무상의료인가?」, 민주노동당주최 무상의료·무상교육실현 공동토론회자료집, 2005.

세워 보장성 강화 시민운동을 추진해야 한다는 주장이 등장하여 진보진영 내에서 지지기반을 넓혀가고 있음

(1) 2005년 민주노동당의 무상의료 공약

- ‘무상의료’란, 본인 부담의 축소 혹은 폐지라는 좁은 의미가 아니라 우리나라 보건의료 체계 전반에 걸친 개혁내용을 포괄하는 정책 대안임
 - 과도한 비용 지불을 유발하는 행위별 수가제와 민간 의료기관 중심 체계를 바꾸지 않고서는 “국가, 기업 혹은 국민이 감당할 수 있는 적절한 수준의 의료비 지불을 통한 최선의 건강 획득 혹은 유지”라는 보건의료 체계의 목적을 달성할 수가 없다는 인식을 전제로 하고 있음
- ‘건강보험 보장성 100%’, ‘무상의료’로 표출되는 정책대안은 필수적 의료에 대한 보험급여율 제고와 아울러 우리나라 보건의료체도가 안고 있는 구조적 문제점들에 대한 근본적인 개혁 구상을 담고 있음
 - 무상의료 개념은, 재원조달 측면에 국한할 경우 보건의료 이용에서의 이용자의 경제적 장벽을 완전하게 제거하는 의미로 이해될 수 있으므로, 협의의 개념으로 해석할 때¹⁹⁾ 구체적으로는 건강보험 및 의료급여 제도(저소득층에 대한 의료공공부조)의 보장성 강화를 뜻함
 - 우리나라 건강보험이 과연 보장률 100%, 90% 같은 계량적 목표를 실현할 수 있느냐를 두고 갑론을박할 문제는 아님

19) 무상의료를 의료의 공공성 실현 같은 광의의 개념으로 이해하기도 하는데 이 경우 무상의료 도입은 경제적 지원 또는 재원조달(건강보험, 의료급여)에 국한되는 것이 아니라 보건의료서비스 제공체계의 공공적 개편을 포함한 보건의료 체계의 전면적 개편 방안을 포괄하는 개념이 됨

- ‘보장성 100%’란, 치료를 위해 의학적으로 필수라고 판단되며 대체가 능하지 않은 의료서비스 群(Guaranteed Health Care Package)에 포함된 항목은 모두 보험재정에서 보조해주어야 한다는 의미임
- 건강보험 비급여의 보험급여화, 학령전(7세미만) 아동 및 임산부의 본인 부담 폐지, 의료급여 대상자 본인부담 폐지 및 건강보험료 하위 10% 가입자의 본인부담금 폐지를 단계적으로 진행하여 궁극적으로는 모든 계층의 본인부담 전면 폐지하는 방안을 제시함
- 진료비 보수지불방식에서도 개혁안을 제시하였는데 1단계로 공공의료기관에 대해서는 총액계약제 및 인두제를 실시하고 민간의료기관과는 사회적 협약방식의 수가 계약제로 시작하여 총액계약제로 이행하는 모형을 제시함
- 보험료부담에서의 소득누진제를 제안함
- 2005년 민주노동당의 ‘무상의료 정책’은 시민사회단체가 제기한 ‘건강보험 하나로’ 정책과 결합하여 2010년 ‘건강보험 하나로 무상의료 실현’으로 변모함

(2) ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’

- ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’는 2010년 초부터 발의되었던 ‘건강보험료 11,000원 인상으로 보장성 100%’와 같은 맥락의 정책 대안으로 필수적 의료에 대한 보험급여율 제고와 아울러 우리나라 보건의료제도가 안고 있는 구조적 문제점들에 대한 근본적인 개혁을 담고 있음
- 가속화하고 있는 ‘의료민영화’를 저지하고 의료의 공공성을 회복시켜야

한다는 점을 강조하고 있으며, 보험료 부담자인 시민이 보장성 제고를 위해 스스로 비용을 분담함으로써 재정에 대한 책임감을 높이자는 의미가 있음

○ 이러한 의미에서 국민 1인당 월 평균 보험료 11,000원 인상 방안을 제시하였음

- 이는 보험료 6조 2,000억원을 추가시키는 것으로 이에 따라 기업과 정부의 지원금이 각각 3조 6,000억원, 2조 7,000억원 증가되므로 총 12조 4,000억원의 재원이 늘어날 것으로 예측됨

○ 국민 1인당 월평균 보험료 11,000원은 2010년 상반기 기준 직장가입자 1인당 월평균보험료의 37.2%에 해당하는 금액이며, 지역가입자 1인당 월평균보험료의 33.5%에 해당하는 금액임²⁰⁾

□ 대체 불가능한 필수의료의 경우, 모두 보험재정에서 보조해주는 것을 보장성 강화의 기본 원칙으로 삼아야 한다고 주장함

□ 노인인구의 증가, 만성질환 유병률 증가, 평균수명의 증가, 의료기술의 발달 등 국민의료비 지출 확대 요인이 보험재정에 지속적으로 압박을 가하고 있으며 이러한 압박이 향후 더 심화될 것으로 예측되기 때문에, 보험재정을 보호하고 보장성 확대를 위한 근본적 처방으로 ‘행위별수가제’를 폐지하는 개혁안을 동시에 제시하고 있음

○ ‘행위별 수가제(fee-for-service)’를 근간으로 의사의 진료에 대하여 보험자가 보상하는 방식(진료비보수지불방식)을 개혁하지 않는 한 건강보험

20) 국민건강보험공단 『2010년 상반기 건강보험주요통계』에 의하면 가입자당 보험료는 직장가입자의 경우 월평균 7만6,069원, 지역가입자는 세대당 6만9,440원을 부담했으며 적용인구를 감안하면 각각 1인당 2만9,589원과 1인당 3만 2,850원을 부담했음

재정은 안정화되기 어렵고 따라서 보장성을 강화하기 어렵다고 진단함

- 행위별수가제 하에서는 서비스 양의 증가가 의료기관의 수익과 직결되므로 의료공급자는 서비스 양을 늘리는 경향이 있으며 이는 건강보험재정 안정을 위협하는 근본적인 원인으로 작용한다고 인식함
- 또한 일정 크기의 비급여 부문이 상존하는 구조에서는 건강보험의 적용을 받지 않는 신의료기술 및 장비의 개발과 도입이 촉진되는 경향이 있으며 의료기관은 건강보험 적용 대상이 아닌 서비스를 보다 많이 제공하고자 함
- 의료민영화 저지와 건강보험보장성 강화라는 대의명분과 목적에 보다 충실하고자 ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로’를 표방한 것으로 판단됨²¹⁾

(3) ‘100만원의 개혁’

- 2010년 7월 시민단체를 회원으로 하는 ‘건강권 보장과 의료 공공성 강화를 위한 희망연대’(약칭 건강연대)에서 현행 본인부담상한제의 상한선이 여전히 높기 때문에 이를 연간 100만원 수준으로 낮추어야 비로소 건강보험의 보장성 수준을 높일 수 있다는 논리에 의해 ‘100만원의 개혁’을 제시함
- 아무리 큰 병에 걸려도 100만원을 초과하는 금액은 건강보험공단에서 부담하는 ‘의료비 상한제 100만원’과 ‘모든 의료비를 건강보험으로’ 해

21) ‘보험료 11,000원 인상’을 전면에 부각시킴으로써 안게 되는 부담, 즉 대중영합주의적 발의라는 비난과 ‘11,000원’이라는 계량적 수치의 불안정성에 따른 부담을 덜고자 한 것으로 보임

결하자는 것을 목표로 함

- 중증환자들의 고액 진료비로 인한 가계 부담을 덜고자 2004년 7월부터 ‘본인부담금 상한제’를 실시하고 있음
- 2009년 4월부터는 보험료 부담 수준에 따라 연간 200~400만원으로 차등적으로 운영하고 있음
- 본인이 연간 부담한 비용(보험급여 중 본인부담금)의 총액(국민건강보험법 별표2 제4호에 따른 금액은 제외한다)이 「국민건강보험법」시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우 그 초과금액을 공단이 부담하도록 함

[표 10] 요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액 기준

구 분	본인부담상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액을 넘지 아니하는 경우	200만원
2) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액을 넘지 아니하는 경우	300만원
3) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액을 넘는 경우	400만원

자료: 「국민건강보험법」 시행령 별표3

- 건강보험이 적용되지 않는 비급여항목을 포함하여 환자본인부담금을 산정하여야 한다고 주장함
- 현행 방식은 MRI 촬영금액 일부, 선택진료비, 상급병실료, 비급여 의약품비 등 전액 본인부담금인 비급여항목을 제외하고 건강보험 적용이 되는 항목만으로 진료비를 산정하므로 실효성이 낮다는 문제가 있기 때문임
- 이 제안에는 사회보장세를 신설하여 1,000대 기업의 매출액에 0.5% 부

과, 의약품광고비에 10% 부과, 보험료에 1%를 부과하고 건강위해세(담배 및 35도 이상 주류)를 더하여 건강보험 재정을 확충하는 방안과 노인급여비의 50%를 국고에서 지원하는 것이 포함되어 있음

- 보험재정 지출구조의 개편과 관련하여 총액예산제 및 약제비 적정화 방안, 주치의 등록제 등을 제시하고 있으며 이와 동시에 의료민영화 저지를 추진해야 한다는 내용을 담고 있음

다. 정부의 보장성 강화 정책²²⁾

- 2010년 9월 16일 「친서민 7대 도전과제」중 하나로 ‘의료안전망 강화’를 제시하였으며, 정책 추진 방향은 다음과 같음
 - 저소득 취약계층에 대한 건강보험 사각지대 해소방안 강구
 - 저소득 계층에 대한 중증질환 의료비 지원이나 대납(代納)사업 검토
 - 비급여 항목의 급여확대 방안 검토
 - 납부 능력에 부합하는 보험료 부과체계 개선 방안 마련
- 저소득층에 대한 건강보험 보장성 강화를 주요 내용으로 하고 있으며 구체적인 사항은 다음과 같음
 - 의료안전망 강화를 추진해야 하는 이유
 - 우리나라의 가계직접부담 의료비비율은 약 35%수준('07)으로 OECD 회원국(평균 18.5%) 중 최고 수준이며, 건강보험 재정 증가 및 의료급

22) 보건복지부, 「서민희망의 열쇠, 현장에서 찾는다!」, 보도자료 2010.9.15일자; 「친서민 7대 도전과제」, 보도참고자료

여 제도에도 불구하고 비급여 증가 및 보험료 체납세대 등으로 의료보장의 사각지대가 존재함

- ◆ OECD도 본인부담 과중을 지적하고, 공공지출 확대를 권고하고 있음('10.6, 한국경제보고서)
- 재난적 의료비 지출(Catastrophic Health Expenditure)을 경험한 가구²³⁾가 '07년 기준으로 2.7%(영국의 40배, 미국의 3배 이상)에 달함
- '10년 7월 현재 6개월 이상 보험료를 체납한 지역가입자는 약 153만 세대임
- 「제2차 건강보험 보장성 강화계획('09~'13)」에 따라 급여 대상 항목을 지속적으로 확대하고, 비급여 항목의 급여 확대 방안을 검토해야 함
 - '10년 10월에 항암제·희귀난치치료제·MRI 보험급여 확대 예정임
 - '11~'13년에는 노인틀니·초음파검사·치석제거 보험적용, 출산진료비 확대 등이 예정되어 있음
- 건강보험료 부담의 사회적 형평성 제고를 위해 납부 능력에 부합하는 보험료 부과체계 개선 방안을 마련해야 함
 - 저소득 취약계층에 대한 건강보험 사각지대 해소방안을 강구해야 함
 - 저소득 계층에 대한 중증질환 의료비 지원이나 대불사업 검토해야 함
 - ◆ 대만 건강보험의 구제기금(일시적으로 빈곤에 처할 수 있는 실업자 등에게 국가가 건강보험료와 진료비를 1년간 무이자로 융자하고 분할 상환하도록 대부)을 참고할 필요가 있음

라. 여당의 입장

23) 세계보건기구(WHO)의 정의에 따르면, 보건의료 지출이 가처분소득의 40% 이상 차지하는 가구를 말함

- 시민사회단체의 ‘건강보험 하나로’ 운동을 야 3당이 보건의료 분야 핵심 정책으로 구체화 하고 있는 반면, 한나라당의 경우 최근까지 입장을 정하지 못하고 있다가 지난 9월 16일에 ‘서민의료대책위원회’가 주최가 되어 토론회를 개최하였음
- 한나라당은 ‘서민정책특별위원회’ 및 ‘서민의료대책위원회’를 구성하고 서민의료복지증진을 위한 중요한 정책과제로 건강보험 보장성 강화 문제를 다루겠다고 표명함²⁴⁾²⁵⁾
- 친서민 정책을 집권 후반기 국정기조로 설정하고 건강보험 건전화와 보장성 강화, 의료사각지대 해소, 공공의료 활성화, 의료급여체계 개선을 위한 중장기 과제를 선정하는 노력을 현장 중심으로 추진하겠다는 방향을 제시함

마. 의료계의 입장

- 보험료 인상으로 건강보험 보장성을 90%까지 확대하자는 진보학계와 시민단체의 주장에 대하여 “건강보험 하나로 운동에 대한 대한의사협회 입장”이라는 내부 보고서를 통해 “현실성이 없다”는 결론을 내린 것으로 알려짐²⁶⁾

24) 한나라당 서민정책특위 서민의료대책위원회, 「서민의료복지 증진을 위한 국민 건강보험 보장성 강화 방안 토론회 자료집」, 2010.

25) 토론회의 주요 연자 및 토론자는 보장성 강화 정책 관련 전문가와 시민단체의 대표로 구성되었으며, 보장성 강화 논의의 전반적인 흐름을 청취하고자 개최한 것으로 보임

26) 음성준, 2010, 「건강보험료 1만1천원 더 내 모든 진료보장 반대」, 『데일리메디』, 2010년 7월 26일자

- 대한의사협회는 ‘건강보험 하나로’ 시민운동에 반대하는 이유로 다음과 같은 점들을 거론함
 - ‘건강보험 하나로’ 논의는, 현재 73.9% 수준에 불과한 비현실적 수가로 인하여 비급여가 발생하고 있다는 근본적 문제를 간과하고 있음
 - 총액계약제로 전환하는 것을 필연으로 설정하고 지불 구조 개혁을 논의할 것이 아니라, 의료계의 소득 보장을 전제로 논의되어야 할 것임
 - 현재 국고지원금도 제대로 부담하지 않아 미지급액을 발생시킨 정부나 중소기업 또는 대기업이 보험료 인상에 따라 추가되는 재정 부담을 감당하기 어려울 것이며, 이러한 부담은 결국 기업의 고용위축과 조세 부담으로 돌아갈 것으로 예상됨
 - 의료행위의 적정성에 대하여 건강보험심사평가원이 심사하며 심사를 통과해야만 급여비를 지급받는 상황이므로, ‘과잉진료’는 억제되고 있음
 - 건강보험공단 단일보험자 체제가 강화되면 의료 공급자와 소비자 모두 선택권의 제한을 받게 되는 문제가 있음
- 단일보험자 체제가 가지는 문제점에 대해서는 지난 2009년에도 대한의사협회 및 일부 보건의료계 전문가들이 다음과 같은 논리로 거론한 바 있으며²⁷⁾²⁸⁾, 이를 참고하여 ‘건강보험 하나로’에 대한 의료계의 입장일부를 파악할 수 있을 것임
 - 인구고령화 등 수요와 비용의 폭등에 대비하여 국민건강보험 단일보험 체제를 벗어나 다변화된 의료욕구에 맞추어 경쟁하는 체제로 가야함
 - 제한된 경쟁이라도 있는 것이 공단 독점체제 보다는 낫다는 논리이며,

27) 2009년 전국민 건강보험 20주년 기념 학술대회

28) 허현아, 2009, 「단일보험 쪼개자…경쟁도입 찬반 팽팽」, 『데일리팜』, 2010년 6월 29일자

건강보험공단 지사를 분할하여 보험료과 보장성(급여수준)을 지사별로 경쟁하도록 하고 공급자나 수요자에게 선택권을 보장할 수 있을 것임

2. 보장성 강화 논의의 정치적 의제화

- 최근 건강보험 개혁 방안과 관련된 시민사회의 논의에 대한 사회적 관심이 높아지면서 야당에서 각자의 입장을 정하기 위한 논의가 진행되고 있음
- 2010년 상반기부터 “의료민영화저지 및 건강보험 보장성 강화를 위한 범국민운동본부”(이하 범국민운동본부)를 중심으로 진행된 논의가 정치권으로 확산되고 있는 중으로 보임
- 앞서 살펴본 ‘건강보험 보장성 강화를 중심으로 한 건강보험 대개혁’ 추진을 위한 세 가지 논점들, 즉 ‘무상의료 정책’의 기본 철학과 관점, ‘보험료 11,000원 인상으로 모든 병원비를 건강보험 하나로’, ‘본인부담금 상한제’ 등이 야 3당의 정치적 의제로 다듬어지고 서로 수렴되는 양상을 보이고 있음
- ‘건강보험 보장성 강화를 중심으로 한 건강보험 대개혁’ 추진을 위한 주요 야 3당(민주당, 민주노동당, 진보신당)의 입장을 비교·분석하고 특정을 살펴보고자 함²⁹⁾
- 검토에 사용한 주요 문건은 각 당 입장이라 할 수 있는 다음 자료임
 - 민주당 : 보장성 강화 추진기획단 기획토론회(3차) 발표문 「건강보험

29) 의료민영화저지 및 보장성강화를 위한 범국민운동본부 정책기획위원회, 「건강보험 대개혁 방안에 관한 야3당의 입장 분석」, 2010.9

개혁과 향후과제」(9월1일)

- 민주노동당 : 중앙위원회 보고 자료 (9월 4일)
- 진보신당 : 진보신당 토론회 자료집 (8월 31일)
- “의료민영화 저지, 건강보험 대개혁 촉구 대토론회”(9월 2일) 자료집에 포함된 야 3당 국회의원 토론자의 발표 내용
- 비교·분석의 주요 내용은 다음과 같음
 - 건강보험 보장성의 목표와 핵심 내용
 - ◆ 보장성 강화 목표, 내용, 건강보험 비급여 개선 방안 등
 - 건강보험 수입 구조 개혁
 - ◆ 수입원, 건강보험료 선제적 인상, 목적세 도입, 정부부담 개선 등
 - 건강보험 지출 구조 개혁
 - ◆ 총액예산제 등 진료비 보수 지불방식의 개선, 주치의제 도입 등 전 달체계 개선
 - 기타 의료민영화에 대한 입장 및 건강보험 정책결정 구조개선 관련

가. 목표 설정과 전략

- 건강보험 보장성 강화 방안에 대해서는 3당의 입장이 크게 다르지 않으며 보장성 목표에 대해서는 ‘국민부담 의료비 상한 100만원’과 ‘건강보험 보장률 90%’라는 표현으로 수렴되어 이에 대한 전반적인 동의가 형성된 것으로 보임
- ‘의료비 본인부담금 100만원 상한’은 모두 다 언급함

- 민주당과 진보신당은 입원과 외래의 건강보험 보장률에 차이를 두어 목표를 설정하고 있음

[표 11] 건강보험 보장성 강화 관련 야3당의 입장(이하 같은 표)

	민주당	민주노동당	진보신당
목표 및 캐치프레이즈	<ul style="list-style-type: none"> • 2015년까지 입원 보장률 90%, 외래 보장률 60~70%, 본인부담률 10% • 본인부담 상한제 100만원 	<ul style="list-style-type: none"> • “건강보험 하나로 모든 병원비를 해결”, “본인부담 상한 100만원” 실현 • ‘본인부담 상한 100만원’을 당론으로 확정 	<ul style="list-style-type: none"> • “모든 국민에게 의료비 부담 상한제 도입”: 100만원의 개혁 • 건강보험 보장성을 전체적으로 80% 이상 • 간병서비스 급여화 등 입원치료는 90% 까지
접근방안	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여의 전면 급여화 • 임의비급여(급여 기준 초과, 별도산정 불가), 법정비급여(치료, 검사, 재료)의 우선 급여화 • 간병서비스 건강보험 급여화, 상병수당 지급 • 서비스 항목에 따라 급여율을 조정 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료서비스 전면 급여화 • 간병서비스 건강보험 급여화, 선택진료비 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> • 필수의료행위에 대한 건강보험 전면 적용 • 실질적인 네거티브리스트로 전환 • 간병서비스 급여화

자료: 조사자 정리

- 건강보험 보장성 강화의 범위를 민주당과 민주노동당은 비급여의 급여화를 추진해야 한다고 제시하고 있으며, 진보신당의 경우 필수의료행위에 한하여 건강보험 전면 적용으로 제시함
- 간병서비스의 건강보험 급여화는 3당 모두 언급하고 있음

나. 수입 확충

- 건강보험 수입구조 개혁 방안의 경우 건강보험료 인상, 건강보험료 부과 대상의 확대, 정부부담 확대 등이 우선적으로 고려할 수 있는 재원 확보 방안이라는데 대체로 동의함
- 건강보험 수입부문 개혁과 관련하여 민주당과 민주노동당 모두 ‘건강보험료 11,000원 인상’과 관련한 표현을 사용하지 않고 있으며, 진보신당도 이 표현의 가변성을 고려하여 ‘+ α ’를 표기함
 - 건강보험료의 인상에 대해서는 3당 모두 동의하고 있으나 보험료 인상부터 하지는 ‘선제적 인상’이 필요하다는 주장에 대해서는 3당 모두 언급하지 않음
- 정부부담액에 대해 민주노동당은 구체적으로 30%를 제시하였으며 진보신당은 구체적 비율을 명시하지 않았고, 민주당은 언급하지 않음
- ‘사회복지세 도입’과 같은 목적세에 대하여 진보신당만 언급하고 있음
- 피부양자로 편입되어 보험료를 내지 않고 있는 사람들 중 보험료 납부능력이 있는 경우를 발굴하여 피보험자로 전환함으로써 보험료 부과 대상층을 넓히는 방안에 대하여 민주당과 진보신당이 언급함

([표 11] 계속)

	민주당	민주노동당	진보신당
건강보험 수입부문 개혁	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험료 인상, 보험료 부과 기준 개선 • 연금소득, 금융소득 등에 보험료 부과 • 담배 이외에 주류, 화석연료, 제약사 등에 세금부과 가능 • 정부부담에 대한 언급은 없으나 정부부담액 정산제는 찬성 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험료 인상 • 직장가입자의 사용자, 피용자 보험료 부담 비율 조정 • 보험료 상한선 폐지, 소득비례 누진을 적용 • 정부부담액 증액(20% → 30%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 확충 : 11,000원 + α • 보험료 부과 대상 확대, 피부양자 보험료 부과체계 개선 • 직장가입자 사용자 부담률 인상 • 국고지원율 증대, 사회복지세 도입 등 새로운 세원 발굴

다. 지출 절감

- 건강보험지출구조 개혁과 관련하여 서비스 양의 조절을 위하여 병상총량제 부활을 야 3당이 공통적으로 제시하고 있음
- 또한 총액예산제와 전국민 주치의제도 실행에 대해 공통적으로 주장하고 있음
- 민주당이 제안한 ‘의료서비스의 질’과 연계한 내용은 다른 당에서 제안하지 않은 내용임
 - 의료서비스에 대하여 질과 비용평가를 하여 비용은 낮고 질이 높은 서비스에 대해서는 진료비를 가산하여 지급하고 비용은 높고 질은 낮은 진료비에 대해서는 감액하여 지급하는 방안임
- 민주당은 ‘환자의 선택권 확대’를 제안하고 있음
 - 의료기관이 제공하는 서비스 및 제공자의 질 및 진료비 정보를 공개한

다는 전제 하에, 양질의 저비용 의료기관을 선택하면 본인부담률을 낮추어 주자는 제안임

- 또한 스스로 건강관리를 잘 하는 사람들에 대하여 보상하는 방안으로 self-care 마일리지를 제안함

([표 11] 계속)

	민주당	민주노동당	진보신당
건강보험 지출구조 개혁	<ul style="list-style-type: none"> • 의료서비스 질 평가에 기반한 지출구조 구축 • 총액계약제, DRG³⁰⁾, 단골의사제 도입 추진 • 지역병상총량제 도입, 신규 영세 민간병원 진입장벽, 의료법인 명퇴 한시 적용 • 1차 의료 강화, 공공 의료 강화 • 의료정보 공개 및 소비자 선택권 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역별 병상총량제 부활 • 총액예산제 도입 • 전국민 주치의제 도입 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원은 포괄수가제 도입, 공공병원은 총액예산제 도입 • 약제비 적정화: 선별 등재제도 도입, 약제비 정상화 • 전국민 주치의제 도입 • 급성기 병상 공급 과잉 해소: 지역별 병상총량제 시행 • 보건(지)소부터 공공 보건 의료 확충 • 민간의료기관 공공성 확대: 지역거점병원 도입, 적정인력 확보, 보험수가 개편

30) 진단명 기준 환자군이라 번역되는 DRG(Diagnosis related groups)는 모든 입원 환자들을 환자특성 및 진료특성에 따라 임상적인 진료내용과 자원의 소모량이 유사하도록 분류한 입원환자 질병분류체계임. DRG분류체계에서는 모든 입원 환자들이 주진단명 및 기타 진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류되는데 이 때 하나의 입원환자 분류군을 DRG라고 부름. DRG에 의한 진료비 지불방식은 동일 진단명의 환자에게 표준화된 의료서비스를 제공하기로 하고 일정액의 진료비를 책정하는 것으로 포괄수가제라고도 함

라. 관리·감독 및 정책결정

- 민간의료보험의 규제에 대한 필요성은 모두 동의하고 있음
 - 이 점에서 정부와 야당 및 시민단체 간에 입장 차이가 확연한 바, 정부는 기왕에 있는 민간보험이 공보험인 국민건강보험의 공백을 적극적으로 보완하게 하자는 쪽으로 정책방향을 제시한 바 있음
 - 야 3당은 민간의료보험에 대한 관리와 규제가 필요하다는 입장임
- 야 3당 모두 보장성 강화를 중심으로 한 건강보험 대개혁의 방향이 ‘의료민영화 저지’와 연계되어 있다고 공통적으로 인식하고 있음
 - 민간의료보험 관리규제를 언급하고 있으나, 관리감독부처를 어디로 할 것인가와 제3자 지불방식 등을 제안하는 등 입장의 차이가 있음
 - 건강보험정책심의위원회에 대한 언급은 없음
 - 건강보험료 체납자에 대한 대응에서도 각 당의 입장이 다름

([표 11] 계속)

	민주당	민주노동당	진보신당
의료민영화 저지 활동과의 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 정기국회에서 정부의 의료민영화에 강경 대응 • 영리병원 관련 법률, 의료법, 의료채권법, 건강관리서비스법 등 대폭 수정하지 않으면 통과가 어려울 것임 따라서 의료민영화 저지와 함께 건강보험 보장성 강화 운동 추진 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료민영화 저지 활동과 함께 건강보험 보장성 강화운동 추진 • 보건의료 대안 운동 추진 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료민영화 관련 법안이 의료비 폭등으로 이어질 것으로 보고 법안 폐기 운동 추진

	민주당	민주노동당	진보신당
정책결정, 민간의료 보험 관리, 건강보험료 체납자 등	<ul style="list-style-type: none"> · ‘건강보험재정운영위원회’를 ‘가입자위원회’로 전환: 규모 확대, 보험료 결정권 · 민간의료보험에 대한 관리감독을 복지부에, 제3자 지불방식 도입 · 건강보험료 체납자 해소: 무이자대출 등 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강보험가입자위원회 구성하고 역할 강화 · 민간의료보험에 대한 관리규제 · 건강보험료 체납자 급여제한 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> · (가칭)「건강보험 대개혁 특별법」 제정 추진

3. 한계점

- 보장성 강화를 둘러싼 논의는, 수많은 의료서비스들 중에서 건강보험의 적용을 받는 항목을 늘리는 ‘급여율 제고’를 위한 논쟁에 그치지 않고 우리나라 의료체계가 안고 있는 문제점들을 진단하는데 있어서의 문제 인식의 틀과 관점, 가치들을 재확인하는 장을 만들어 냈음
- 첫째, 보장성 강화를 추진하기 위해서는 재정이 담보되어야 하므로 현재 보다는 많은 보험료를 부담해야 한다는 점이며, 이에 대한 국민적 동의를 이끌어내려고 하였음
- 둘째, 본인부담금 상한제를 하향조정하여 이용자 부담을 낮추고, 비급여 영역의 서비스들을 단계적으로 급여영역에 모두 포함시키는 방안을 실질적인 보장률 제고 달성 전략으로 제시함
- 셋째, 현행의 행위별수가제를 개선하지 않고는 보장성 강화가 어려울 것이라는 문제 인식을 공유하고 지불보상방식 개혁이 보다 근본적인 해법임을 제시하고 있음

- 최근 보장성 강화 논의가 현재 의료체계가 안고 있는 근본적인 문제들의 연원을 바라보는 시각을 제공하고 우리나라 건강보험 및 의료제도에 요구되는 개혁의 범위와 처방을 제시하는데 기여했음에도 불구하고, 이 논의는 다음과 같은 몇 가지 한계를 노정하고 있다고 생각함

가. 보험료 인상의 타당성 부족

- 가장 근본적으로는 보장성 강화 문제에 대한 해법이 보험료 인상이나 라는 의문을 제기할 수 있음
 - 현재 보장성 강화와 관련된 근본적인 문제는 보험료율이 낮은 것도 문제지만 행위별수가제에 의해 진료비를 지불하는 것과 의료전달체계가 제대로 작동되지 않음으로 인해 보험재정 지출이 증가하는 구조적인 요인에서 기인하는 바, 보험료 인상만으로 보장성 강화를 이룰 수 없다는 반론이 가능할 것임
 - 일차 의료를 경유하여 질병 중증도에 따라 3차 종합병원으로 의뢰 되도록 의료전달체계가 확립되어야 하며, 따라서 1차 의료 기능의 활성화 방안 등을 먼저 검토해야 할 것임
 - 국고지원을 상향조정이나 목적세 도입 등을 통해 건강보험 재정확충이 가능함에도 불구하고 보험료 인상을 선제적으로 내세울 필요가 있는가가 반론으로 제기되고 있음
 - 1인당 평균 보험료 11,000원 인상이 가계와 기업에 주는 부담이 매우 크며, 보험료 인상 37.2%(직장가입자 기준)라고 환언하여 주장할 때 과연 국민적 동의를 얻을 수 있겠는가를 의문으로 제기할 수 있을 것임

나. 자격 제한 취약계층 보호 미흡

- 급여확대 영역에 지나치게 무게중심을 둠에 따라 보험료 부담 능력이 없다고 판단되는 의료급여 차상위계층 등 피보험자 자격 유지가 어려운 계층의 보장성 문제를 상대적으로 소홀히 다루고 있어 이를 보완해야 할 것임
- ‘보험료 인상 11,000원’은 부담능력이 있는 가입자를 전제로 한 접근방식임
- 보험료 체납 등으로 급여 자격에서 제한을 받고 있는 의료급여 수급권 차상위 계층을 비롯한 저소득 지역가입자의 보장성 문제가 시급히 해결되어야 함에도 불구하고 급여확대를 중심으로 보장성 논의가 진행됨에 따라 보험료 장기 체납에 의해 기본적인 의료에 대한 접근성에서 제한을 받고 있는 저소득층에 대한 보호 방안이 적극적으로 강구되지 못한 측면이 있음
- 건강보험이 보장성 기능을 한다는 의미는, 보험급여를 받을 수 있는 자격을 가진 적용인구의 측면에서도 고려해야 하는 바, 체납 등으로 의료이용에 제약을 받고 있는 의료급여 적용 차상위계층은 건강보험 제도에 편입되어 있지만 사실상 의료보장 사각지대에 놓여있기 때문임

다. 정부부담의 적정 수준 미확립

- 보장성 강화를 위해서는 건강보험재정 안정화가 전제되어야 하므로, 향후 건강보험 재정에 대한 정부부담 수준을 어디까지 끌어올려야 할 것인지에 대해 보다 심층적인 논의로 진척되어야 할 것임

- 국고지원을 20%(「국민건강보험법」에 근거하여 일반회계 14%, 건강증진기금 6%)가 적정 수준인지, 선진국의 사례 등을 검토할 필요가 있음
 - 서유럽 선진국의 경우, 지역 및 질병급고의 자율성을 중시하는 전통이 강하에도 불구하고 건강보험재정의 25% 이상을 정부에서 지원함³¹⁾
- 보장성 강화를 위해서는 보험료 인상과 더불어 국고지원의 현행 기준인 14%를 상향 조정할 필요가 제기되고 있으며 이러한 지원의 합리적 근거를 마련해야 할 것임
- 지금까지 국고지원의 상당부분을 건강증진기금으로부터 충당해 왔으나 이는 2011년까지의 한시적인 지원이므로 향후 이 부분에 상당하는 재원을 어떻게 조달할 것인지에 대한 방안이 강구되어야 함
- 인구고령화가 급격히 진행됨에 따라 보험료 기여(contribution) 계층과 급여(benefit) 혜택 계층이 일치하지 않고 있어 사회보험 원리 중 하나인 ‘기여에 대한 대가로서의 급여’ 원칙을 고수하기 어려운 실정이므로, 건강보험제도의 지속가능성을 고려할 때 정부의 책임 부분을 높여야 함

라. 민간의료보험 관리·감독 수단 결여

- 건강보험의 보장성 취약으로 인해 급성장한 민간의료보험에 대한 관리·감독과 규제의 논리적 근거가 보장성 강화 논의에서 결여되어 있으므로 이를 확보해야 함
- 민간의료보험에 대한 관리와 규제, 소비자 피해 구제 및 보호를 위한 법률안의 제정을 검토할 필요가 제기되고 있음

31) 박윤형, 「건강보험 재정운용 국가예산지원을 강화해야 한다」, 『의료정책포럼』, 2010, pp.2~7.

- 생명보험협회 『Fact Book 2008』과 손해보험협회 통계월보에 따르면 민간의료보험의 지난해 시장규모는 보험료 수입규모를 기준으로 약 12조원에 이르러 2007년 기준 국민건강보험료 수입(정부 부담금 제외) 25억원의 절반에 이르는 규모임
 - ◆ 민간의료보험 12조원은 생명보험이 약 8억 2000억원, 손해보험 약 3조 8000억원으로 구성됨³²⁾
- 결론적으로, 최근의 보장성 강화 논의는 공보험 기능 강화에 대한 시민 사회단체의 요구가 ‘건강보험 하나로’로 압축·표출된 것으로, 사회보험이 제 기능을 하지 못하여 발생한 시스템 전체의 비효율을 줄이자는 여론으로 해석할 수 있음
- 국민건강보험공단 건강보험정책연구원의 『건강보험 체납자 관리개선을 위한 실태조사 연구』보고서에 따르면 건강보험료를 6개월 이상 체납한 지역가입자의 55.3%가 민간보험에 가입하고 있는 것으로 파악되어, 의무가입 방식의 건강보험료 체납이 있는 저소득가구임에도 불구하고 민간보험에 가입함으로써 자발적으로 보험료에 대한 이중부담을 지고 있는 것을 알 수 있음
 - 2009년 6~7월 체납세대 3천278가구에 대해 설문조사를 실시한 결과 1천813(55.3%)가구가 민간보험에 가입하고 있다고 응답함
 - 민간보험에 가입한 체납가구들은 평균 2.5건에 가입해 월평균 민간보험료 19만원을 내는 것으로 조사됨

32) 생명보험사들은 주로 '사망시 얼마라는 식으로 일정액으로 보험금을 지급하는 '정액형 보험'을 판매해 왔고 손해보험업계는 주로 실제 피해액을 조사하고 피해가 발생한 책임을 나누어 그만큼을 지급하는 '실손형 보험'(자동차보험이 대표적인 예임)을 판매해왔으며, 최근 실손형 보험시장이 연평균 30%씩 성장하고 있는 추세임

V. 입법 및 정책 과제

1. 국고지원 확충의 근거 마련

- 먼저 2011년까지는 현행 법정 정부지원금 비율인 20%를 준수하여야 할 것임
- 2011년까지 한시적으로 당해 연도 보험료 예상수입액의 6%를 국민건강증진기금에서 지원받은 것을 포함하여 정부지원금 규모를 20%로 정하고 있으나 실상 20%가 지원된 적은 거의 없었음
 - 2010년 기준으로 건강보험 총 수입은 36조 3,341억 원이며 이 중 정부지원금은 13.7%임(국고지원금 3조 9,122억 원, 국민건강증진기금 지원금 1조 631억 원)
 - 건강증진기금에서 지원된 금액을 제외하면 10.8%에 불과함
- 그동안 건강보험 재정 수입의 3~4.6%를 차지했던 담배판매에 의한 기금(국민건강증진기금)에서 보조되던 지원금이 2011년을 끝으로 소멸되므로 2011년 이후에 대한 대응이 필요함
- 건강보험 보장성 확대에 대한 사회적 요구가 증가되고 있으며 급속한 고령화 등을 고려할 때 보험료율의 증가만으로 대처하기는 어려울 것으로 전망되므로 현행 국고지원을 14% 기준을 상향조정하는 것이 불가피함
- 보험재정 적자가 예측되고 있으며 보장성 강화 정책을 계획대로 추진하기 어려울 것으로 전망되기 때문에 국고지원에 대한 전향적인 검토가 요구되고 있음

- 국고지원 비율의 타당한 수준은 별도로 존재하는 것이 아니라 의료보장 체도를 운영하는 그 사회의 실정에 따라 제도의 지속가능성을 위해 재정수지의 균형을 담보할 수 있는 정도에서 결정되는 것이기 때문임
- 농·어민 및 자영업자를 가입자에 포함하여 전국민 건강보험으로 확대하던 시점의 국고지원 근거는, 직장가입자의 경우 사용자 측 보험료 부담분이 있는 반면 지역가입자의 경우 사용자 부담분을 지불할 주체가 없으므로 국가가 지역가입자 보험료에 상응하는 금액을 지원할 수 밖에 없다는 논리였음
- 건강보험통합 및 의약분업으로 인한 재정수지 적자에 대비하고자 2002년 「국민건강보험재정건전화특별법」을 설치하여 '06년까지 한시적으로 지역가입자 급여비 등에 소요되는 지출의 50%를 국고에서 지원했음
- 2007년부터 2011년까지는 국고에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 14/100에 상당하는 금액을 공단에 지원하고, 국민건강증진기금에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 6/100에 상당하는 금액을 지원하되 지원 금액이 당해 연도 부담금 예상수입액의 65/100을 초과하지 않도록 정하였음

2. 비용 절감적 진료비 지불방식 설계

- 건강보험재정과 관련하여 제도 설계 당시부터 재정보호 요인과 악화 요인이 공존하고 있음
- '77년 건강보험제도 도입 당시 관행수가의 절반 수준으로 보험수가를 책정하여 저수가정책을 유지해 것이나 본인부담률을 높게 둔 점, 진료

비 심사를 세밀하게 하는 점('09년 기준 약 12억 8천만 건을 심사함) 등은 건강보험재정을 보호하는 효과가 있음

- 반면 서비스 제공에 대한 대가를 의료기관에 지불할 때 ‘행위별 수가제’에 근거하여 보상해주도록 한 바, 이 방식은 서비스 제공량을 늘리는 경향이 있어 보험재정을 악화시키는 요인으로 작용해 옴
 - 행위별 수가제는 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하도록 하는 제도로 시장원리에 가장 근접한 진료비 지불보상제도로 평가되고 있음
 - 의료인이 제공한 시술 내용에 따라 가격을 정하여 의료비를 지급하는 것으로 전문의의 치료방식에 적합하며 의료인이 가장 선호하는 방식이기도 함
- ‘모든 병원비를 건강보험 하나로’ 시민운동과 정치권 내에서 의제화되고 있는 보장성 강화를 위한 논의들에는, ‘행위별 수가제(fee-for-service)’를 근간으로 의사의 진료에 대하여 보험자가 보상하는 방식(진료비보수지불 방식)을 개혁하지 않는 한 건강보험재정은 안정화되기 어렵고, 따라서 보장성 수준을 높이는 것도 요원하다는 공통된 인식이 포함되어 있음
 - 행위별수가제 하에서는 서비스 양의 증가가 의료기관의 수익과 직결되기 때문에 의료공급자는 서비스 양을 늘리는 경향이 있으며, 이것이 건강보험재정 안정을 위협하는 근본적인 원인으로 작용한다는 관점임
 - 또한 일정 크기의 비급여 부문이 상존하는 구조에서는 건강보험의 적용을 받지 않는 신의료기술 및 장비의 개발과 도입이 촉진되는 경향이 있으며 의료기관은 건강보험 적용 대상이 아닌 서비스를 보다 많이 제공할 동기를 갖게 된다는 논리임

- 진료비지불방식의 특성으로 인해 근본적으로 임의비급여 등 비급여 행위가 지속적으로 확대·창출되고 있다는 것을 감안한다면 급여범위 확대는 상대적으로 제한적일 수밖에 없다는 인식이 있음
- 게다가 행위별수가제는 수가 책정을 위한 상대가치평가체계 운영, 청구 및 심사, 지급 및 현지실사 등 복잡하고 방대한 관리시스템을 수반케 한다는 평가를 받고 있음
- 노인인구의 증가, 만성질환 유병률의 증가, 평균수명의 증가, 의료기술의 발달 등 국민의료비 지출 확대 요인이 보험재정에 지속적으로 압박을 가하고 있으며 이러한 압박이 향후 더 심화될 것으로 예측되기 때문에, 보험재정을 보호하고 보장성 확대를 위한 근본적 처방으로 행위별수가제를 폐지하는 개혁안을 동시에 제시하고 있음
- 포괄수가제 확대와 총액계약제 도입 등이 거론되고 있는 바, 적극적인 검토가 필요한 시점임
- 포괄수가제는 치료행위 단위로 가격을 책정한 행위별수가제와는 달리 예컨대 진단명 등을 기준으로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도로, 의료비용의 사전예측이 가능하므로 장기입원에 대한 인센티브를 제거할 수 있으며, 의료서비스의 남용을 억제할 수 있음
- 현재 포괄수가제로서 DRG(진단별 환자 그룹; Diagnosis related Groups) 방식은 1997년부터 3년간 시범사업을 거쳐 2002년 7월부터 7개 입원 진단군에 한정하여 원하는 의료기관에만 적용하고 있으며, 일당제는 보건기관과 의료급여 정신과질환, 노인장기요양 입소시설 등에 한정해서 적용하고 있음
- 총액계약제는 보험자 측과 의사단체 간에 국민에게 제공되는 의료서비

스에 대한 연간 진료비를 총액으로 계약하여 지급하는 방식임

- 의료공급자와 보험자의 협상에 의해 전체 예산의 크기만을 결정하고 전체 예산을 개별 공급자에게 구체적으로 배분하는 것은 공급자 단체가 책임지는 방식으로 운용할 수 있음
 - 진료의 가격과 양을 동시에 통제 및 조정함으로써 진료비 지출 증가속도를 조절하고 예측을 가능하게 하는 측면이 있음
 - ◆ 의료기관별로 연간 진료비를 예산으로 지급하고, 예산 범위 내에서 의료기관이 진료비를 충당하는 방식을 총액계약제와 구분하여 총액 예산제라고 함
- 의료공급자의 입장에서는 행위별수가제 자체에 문제가 있기 보다는 낮은 수가로 인해 진료량을 늘리지 않을 수 없는 현실을 바로 잡아야 한다고 논리를 펴는 반면, 보험자 입장에서는 현재의 행위별수가제로는 재정적인 지속가능성을 담보하기 어렵고 진료 행태에서의 왜곡이 초래되기 때문에 지불보상 방식을 개선해야 한다고 주장하므로, 이러한 인식의 차이를 좁힐 수 있는 대안을 모색해야 할 것임

참고문헌

- 건강보장미래전략위원회, 「건강보장 미래전략」, 2007.
- 국민건강보험공단, 『2010년 상반기 건강보험주요통계』, 2010.
- 김용익, 「한국 보건의료체계의 모순적 구조와 보건의료 ‘개혁’의 충돌」, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 강의자료, 2010.
- 김윤, 「건강보험 개혁과 향후 과제」, 민주당 보장성 강화 추진기획단, 2010.
- 김정식 외, 「건강보험 장기재정 추계」, 건강보험 재정 안정을 위한 정책과제 심포지엄, 2010. pp14~34.
- 김정희, 「우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화」, 『건강보험포럼』, 2004년 가을호, pp.34~49.
- 김진수 외, 『건강보험 중·장기 재정전망과 정책과제-2008~2030-』, 국민건강보험공단, 2007.
- 민주노동당 정책위원회, 「무상의료 로드맵에 따른 재정 추계 및 재원조달 방안 연구」, 2005.
- 박윤희, 「건강보험 재정운용 국가예산지원을 강화해야 한다」, 『의료정책포럼』, 2010, pp2~7.
- 보건의료단체연합, 「주요 3당의 보건의료분야 정책평가」, 2006.
- 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화방안」, 2005.
- 보건복지부, 「제2차 건강보험 보장성 강화 계획('09~'13)」, 2009.
- 보건복지부, 「서민희망의 열쇠, 현장에서 찾는다!」, 보도자료 2010.9.15일자; 「친서민 7대 도전과제」, 보도참고자료, pp.4~8.
- 서승환 외, 「건강보험 장기재정 추계」, 『2010 건강보험 재정안정을 위한 정책과제 심포지엄』, 2010, pp.17~20.
- 시민건강증진연구소, 「건강보험료 체납자 급여제한, 차상위계층 건강권 침해 실태와 개선 방향」, 2008.

- 신영석, 「저소득층 건강보장전략」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2009. p82.
- 윤희숙, 「보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점」, 『KDI정책포럼 제178호』, 2007.
- 음성준, 2010, 「건강보험료 1만1천원 더 내 모든 진료보장 반대」, 『데일리메디』, 2010년 7월 26일자
- 이상이, 2010, 「‘건강보험 하나로’ 제대로 비판해야」, 『레디앙』, 2010년 8월 30일자
- 임준, 「국민건강의 위기, 시장인가 무상의료인가?」, 민주노동당주최, 『무상의료·무상교육실현 공동토론회자료집』, 2005.
- 정기택, 「효율적 의료보장체계 구축을 위한 민영건강보험 활성화방안」, 2006.
- 정형선, 「의료보장성 및 의료보장 실효급여율에 관한 연구」, 『보건경제와 정책연구』, 제10권 제1호, 2004.
- 최병호, 신윤정, 『국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 한국보건사회연구원, 「건강보험재정 전망과 정책과제」, 『보건복지 Issue & Focus』, 2009.
- 한나라당 서민정책특위 서민의료대책위원회, 「서민의료복지 증진을 위한 국민건강보험 보장성 강화 방안 토론회 자료집」, 2010.
- 허순임, 「건강보험 보장성 확보를 위한 정책과제」, 『보건복지포럼』, 2008. pp.22~24.
- 허현아, 2009, 「단일보험 쪼개자...경쟁도입 찬반 팽팽」, 『데일리팜』, 2010년 6월 29일자
- 홍헌호, 2010, 「행위별수가 대신 총액예산제 도입해야」, 『프레시안』, 2010년 7월 6일자

건강세상네트워크 <http://konkang21.or.kr>

(사)복지국가소사이어티 <http://www.welfarestate.net>

e-나라지표 www.index.go.kr

사회민주주의연대 <http://www.sdpnet.org/index.php>

현안보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제1호	태안기름누출사건에 따른 국가 위기대응태세점검 및 향후대책	2007.12.18.	김종연 최준영
제2호	국제지명표준화 관점에서 바라본 독도표기문제 및 대응방안	2008. 7.31.	김종연 최준영
제3호	인터넷 실명제 쟁점	2008. 8.28.	김여라
제4호	한·미 방위비 분담의 현황과 쟁점	2008. 8.28.	김영일 신종호
제5호	국민연금과 직영연금 간 가입기간 연계제도	2008.10. 6.	원시연
제6호	2008 미국 대선의 주요 이슈와 우리나라에 대한 시사점	2008.10. 8.	김준 외 7인
제7호	미국의 대북제재현황과 테러지원국 지정 해제의 영향	2008.10.15.	이승현
제8호	지방행정체제 개편의 쟁점과 입법부의 과제	2008.10.31.	하혜영 외 6인
제9호	오바마시대 개막의 의의와 시사점	2008.11. 6.	김준 외 7인
제10호	자전거 이용 활성화를 위한 관련 법률 검토 및 쟁점 분석	2008.12. 8.	박준환
제11호	군경력 가산점제 재도입 논의의 쟁점	2008.12.10.	조규범
제12호	쇠고기 수입위생조건 국회심의규정의 검토 및 개정방향	2008.12.11.	정민정 김남영
제13호	사이버공간에서의 이용자 보호와 인터넷서비스제공자의 역할	2008.12.11.	이유주
제14호	인터넷 전화와 번호이동제도의 현황과 발전방향	2008.12.11.	박 철
제15호	선진국형 식품안전관리체계 마련 방안	2008.12.12.	김준 배민식
제16호	공무원연금제도 개혁논의와 주요 쟁점	2008.12.22.	원시연
제17호	주식 공매도 현황 및 개선방안	2008.12.29.	박충렬

호 수	제 목	발간일	집필진
제18호	기초보장 급여체계의 개선 : 개별급여 방식을 중심으로	2008.12.30.	유해미
제19호	국가대표선수 은퇴 후 진로 강화를 위한 지원체계의 현황 및 발전방향	2009. 1. 7.	김신애
제20호	국회 및 주요국 의회의 질서유지제도	2009. 2. 6.	전진영
제21호	선상투표제도 도입관련 쟁점 및 시사점	2009. 2.20.	김종갑 외 3인
제22호	강제철거에서의 주거권 보호를 위한 입법적 개선방향	2009. 2.23.	조규범
제23호	신·재생에너지 의무할당제 도입관련 쟁점분석	2009. 4. 1.	유재국
제24호	「교통사고처리특례법」일부 위헌 판결에 따른 영향분석 및 후속조치 검토	2009. 4. 1.	박준환
제25호	정치자금 소액기부의 현황과 활성화 방안	2009. 4.14.	조만수
제26호	헌법재판소 변형결정의 기속력에 관한 입법개선방향	2009. 4.16.	김선화
제27호	대량살상무기확산방지구상(PSI)의 현황과 쟁점	2009. 5.11.	정민정
제28호	영리병원 도입 논의 및 정책과제	2009. 5.15.	이만우
제29호	일자리 나누기 정책의 개선과제	2009. 6. 2.	정종선
제30호	LED 조명산업의 현황과 지원정책의 개선방향	2009. 6.30.	유재국 이상은
제31호	금융채무불이행자 현황 및 지원정책의 개선방향	2009. 7. 9.	임동춘 주규준
제32호	존엄사 입법화의 쟁점과 과제	2009. 8.13.	이만우 조규범
제33호	온라인상 불법저작물 대책 및 개선방향	2009. 8.21.	나채식
제34호	전화금융사기(보이스피싱) 대응책의 현황 및 개선방안	2009. 8.21.	이유주
제35호	일본의 정권교체 그 의미와 시사점	2009. 9. 3.	이현출

호 수	제 목	발간일	집필진
제36호	북한 황강댐 방류에 대한 국제법적 고찰	2009. 9.22.	정민정 김상욱
제37호	미국하원의 발언관련 규범	2009. 9.28.	전진영
제38호	법률명 약칭 법제화 방안	2009. 9.28.	김남영
제39호	저출산 대응 주요정책의 현황 및 과제	2009.10.15.	유해미
제40호	신종플루의 대유행(Pandemic) 및 정책대응	2009.10.16.	이만우 허종호
제41호	대규모 소매점에 대한 규제: 쟁점과 대안	2009.10.20.	박충렬 정민정
제42호	석면 관련 법제의 개선방안: 현황, 문제점, 해외 사례를 중심으로	2009.10.21.	김 준 최준영
제43호	희유(稀有)금속자원 재활용의 문제점과 개선방안	2009.10.27.	김경민 신가은
제44호	입학사정관제의 바람직한 운영을 위한 제언 - 미국입학사정관제의 시사점 -	2009.11.10.	정환규
제45호	국회 인사청문제도의 현황과 개선방안	2009.11.12.	전진영 김선화 이현출
제46호	고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토	2009.11.20.	원시연
제47호	방송광고판매 경쟁체제 도입과 쟁점	2009.11.27.	김여라
제48호	‘7.7 DDoS 사고’ 대응의 문제점과 재발방지 방안	2009.12. 1.	배성훈
제49호	한-인도 CEPA의 인력유입효과 제고방안	2009.12. 3.	정민정
제50호	퇴직공직자 취업제한제도의 현황과 개선방안	2009.12. 9.	박영원
제51호	일·가정 양립정책의 문제점과 개선방안	2009.12.10.	조주은
제52호	와이브로(WiBro)사업의 현황과 발전 방향	2009.12.15.	김유향
제53호	수입수산물 안전관리의 문제점과 개선방향	2009.12.16.	장영주

호 수	제 목	발간일	집필진
제54호	경찰의 주취자 보호·관리제도 개선방안	2009.12.17.	하혜영 유규영
제55호	버스준공영제 시행에 따른 지방자치단체의 재정 부담과 과제	2009.12.18.	박준환
제56호	미국의회의 입법과정과 우리 국회에 대한 시사점	2009.12.22.	전진영
제57호	조선산업의 현황과 정책 과제	2009.12.23.	전은경 이상은 김봉주
제58호	오바마 정부의 비핵화 정책과 북핵문제	2009.12.24.	김영일 유웅조
제59호	교통단속시스템 무력화 장비의 사용실태와 입법적 과제	2009.12.28.	유규영 하혜영
제60호	육우산업의 현황과 정책과제	2009.12.30.	배민식
제61호	고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토	2009.12.30.	이만우
제62호	프랑스 소재 외규장각 도서의 국내반환 방안	2010. 1.20.	정민정 유의정
제63호	다태아 지원정책의 문제점과 개선방안	2010. 1.28.	김주경 조주은
제64호	저출산·고령사회 극복을 위한 이민정책의 개선 과제	2010. 2. 1.	유의정
제65호	고령자 일자리 정책의 현황과 개선 방향	2010. 2. 3.	김 준
제66호	칠레 우파 대통령 탄생의 배경과 의미	2010. 2. 5.	김영일 이현출
제67호	콘텐츠정책의 평가와 주요국 사례비교	2010. 2.10.	김유향 최준영
제68호	애니메이션 산업의 현황 및 발전방향	2010. 2.11.	나채식
제69호	게임콘텐츠의 현황 및 육성 방안	2010. 2.17.	김신애
제70호	방송콘텐츠 현황 및 육성방안	2010. 2.22.	김여라
제71호	모바일 오픈마켓을 활용한 모바일 콘텐츠시장 활성화 방안	2010. 3. 2.	이유주

호 수	제 목	발간일	집필진
제72호	WTO/DDA 수산보조금 협상 대응방안 - 어업용 면세유를 중심으로 -	2010. 3. 3.	정민정 장영주 김경민
제73호	콘텐츠 산업 경쟁력 강화를 위한 과제	2010. 3. 9.	전은경 유재국 김봉주
제74호	미국하원의 선물 및 여행관련 윤리규정과 우리나라 회에 대한 시사점	2010. 4.14.	전진영
제75호	지방자치단체의 행정인력 현황과 개선방안	2010. 5. 3.	하혜영 박영원
제76호	지방자치단체 민간이전경비의 문제점과 개선방안	2010. 5. 3.	유의정
제77호	지방자치단체 사회복지재정 현황 및 개선방안	2010. 5. 3.	이유주
제78호	지방의회의 재정 감독권 강화방안	2010. 5. 3.	이정진
제79호	지방재정 건전성 강화를 위한 감사체계의 개선방향	2010. 5. 3.	조규범
제80호	지방재정위기관리제도의 문제점 및 개선방안	2010. 5. 3.	권아영 임언선
제81호	G20 정상회의의 발전과 주요 과제	2010. 5.17.	김영일 유용초
제82호	목표인구 과다설정에 기초한 지역개발사업 추진의 문제점과 대응과제	2010. 5.18.	장경석 유재국
제83호	아동수당제도 도입 시 쟁점 및 정책과제	2010. 5.24.	유해미
제84호	2010 영국총선의 분석과 향후 전망	2010. 6. 7.	김영일 이정진 김 지
제85호	고령사회를 대비한 고령운전자의 교통안전대책	2010. 6.11.	박준환
제86호	주요국의 무상급식 현황 및 시사점	2010. 6.15.	이덕남 한지호
제87호	글로벌 금융위기 이후 국제금융질서 개편 과제	2010. 6.28.	원종현
제88호	고령사회에 대응한 식품산업의 과제	2010. 7.29.	장영주 김봉주

호 수	제 목	발간일	집필진
제89호	양육 미혼모 관련 정책 현황과 개선방안	2010. 7.29.	조주은
제90호	발암성물질 관리체계 개선방안	2010. 8. 6.	김경민 이동영
제91호	청소년 건강증진정책의 문제점과 개선방안 - 학교보건 서비스, 행정체계 및 자원 검토 -	2010. 8.25.	이만우 허종호
제92호	하도급거래 공정화제도에 대한 검토	2010.10. 4.	이건호
제93호	국가 정보보호 정책현황과 개선방안	2010.10.20.	배성훈
제94호	2010년 세법개정 주요 쟁점	2010.10.21.	전완희 허원
제95호	장기미처리법률안의 해결방안	2010.10.22.	정대영 김미숙 박영원 전완희 이정은

현안보고서 제96호

발 간 일 2010년 10월 25일
발 행 심지연
편 집 사회문화조사실 보건복지여성팀
기획관리관 기획협력팀
발 행 처 국회입법조사처
서울특별시 영등포구 의사당로 1
TEL 02 · 788 · 4524
인 쇄 경성문화사 (TEL 02 · 786 · 2999)

1. 이 책자를 허가 받지 않고 복제하거나 전재해서는 안 됩니다.
 2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
 3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 'NARS 발간물'에 게시되어 있습니다.
-

ISSN 2005-3215

발간등록번호 31-9735029-000641-14

© 국회입법조사처, 2010

현안보고서 제96호
건강보험 보장성의 쟁점과 과제
'건강보험하나로' 논의 등을 중심으로

National Assembly Research Service