

# 건강보험 보장성 강화 및 지속가능성 제고 방안 연구

## A Study on Strengthening of Health Care Protection and Sustainability Plan

정용주

보건복지부 국립공주병원

Yong-Ju Jung(jyj1930@korea.kr)

### 요약

우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도의 저출산·고령화와 저성장·저금리의 시대에 적응해야 하는 직면해 처해 있다. 저출산, 고령화로 인하여 건강보험 재정수입 요인은 감소하고 있으며, 국민의 건강에 관한 관심, 고비용 의료기술 및 의약품의 개발은 건강보험 재정 지출은 증가하게 있다.

본 연구에서는 건강보험의 보장성 강화와 재정의 안정화, 의료의 형평성에 대하여 검토해보고자 한다. 첫째, 국내의 정책보고서, 국내외 문헌, 선행연구를 통해 건강보험의 현황과 한계를 파악하였다. 둘째, 외국의 건강보험정책인 재정 안정화 대책에 대하여 구분하여 검토하였다. 이 연구를 근거로 건강보험의 보장성 강화와 재정 안정화를 통하여 지속 가능한 건강보험을 유지하기 위해서는 현재 건강보험의 재정수입 구조를 혁신하여야 할 것이다. 또한, 정부지원금의 확대, 새로운 조세 수입을 발굴하여야 할 것이다. 진료비 지불제도, 의료전달체계를 개편하여 재정을 절감하는 정책도 필요할 것이다.

■ 중심어 : | 건강보험 보장성 | 건강보험 재정 | 정부지원금 | 보편적 건강 | 지속가능성 | 건강보험 정책 |

### Abstract

Korea is faced with the challenge of adapting to the world's fastest - growing low birthrate, aging society, and low growth with low interest rate era. With low fertility and aging population, the factors of financial income of health insurance are decreasing, and the increase of public interest in health, high cost medical technology and the development of medicine are leading to increase expenditure of health insurance.

In this study, I will examine the strengthen protection of health insurance, financial stabilization, and fairness of medical care.

First, the present status and limitations of health insurance were identified through domestic policy report, domestic and foreign literature, and precedent research. Second, the foreign health insurance policy measures to stabilize the finances were examined separately. Based on this study, in order to maintain sustainable health insurance through reinforcement and financial stabilization of health insurance, the current financial income structure of health insurance must be renovated. It will be necessary to expand government subsidies and discover new tax revenues.

In addition, a policy to save finances by reorganizing the medical bill payment system and medical delivery system will also be needed.

■ keyword : | Health Insurance Coverage | Health Insurance Finance | Government Subsidies | Universal Health Coverage | Sustainability | Health Insurance Policy |

## I. 서론

### 1. 연구 필요성과 배경

건강보험 보장성 강화를 위해서는 세계보건기구(WHO)가 제시하는 보편적 건강(UHC : Universal Health Coverage)의 차원은 대상 인구의 포괄성, 급여서비스 범위의 충분성, 비용부담 수준의 적정성을 동시에 충족시키는 접근이 필요하다. 의료보장성이란 국민의 의료비 지출 중에서 국가 또는 사회가 부담해 주는 정도라고 정의할 수 있으며<sup>[1]</sup>, 실제로 국가와 사회의 국민 의료비 부담 정도는 각 나라의 공적 의료보장제도를 통해서 확인할 수 있다<sup>[2]</sup>. 건강보험 제도는 위험 분산, 소득 재분배, 형평성 있는 비용부담과 적절한 보험 급여를 제공을 통해 국민에게 의료서비스에 대한 접근성을 높이고 이용 기회를 보장함으로써 국민 건강을 향상하고 사회 보장 증진을 도모하는 것을 목적으로 한다. 1977년 직장 의료보험을 시작으로 12년만인 1989년에 전 국민 의료보험을 달성하였는데 이는 전 세계 그 유례를 찾을 수 없는 단기간의 성과였다.

우리나라의 건강보험 제도는 전 국민을 대상으로 한 사회보험 방식을 취하며 단일한 보험자가 운영하는 국민건강보험방식으로 분류된다. 우리나라가 건강보험 제도 도입은 전 국민을 대상으로 한 강제적 방식의 사회보험 방식을 채택한 일본과는 같으나, 독일·프랑스와 같이 다수의 보험자 체계를 유지하는 점에서 우리와 차이가 있다. 우리나라의 건강보험은 가입이 의무화(강제 가입)되어 있으며, 전 국민의 97.0%에 적용이 되고 직장 가입자와 지역가입자로 나뉜다. 건강보험료는 소득 및 재산에 따라 다르게 부담하지만, 보험 급여는 같이 받는다. 나머지 3.0%는 의료급여 대상자로 정부 예산으로 급여를 받는다.

건강보험 가입대상을 전 국민으로 확대하고 보험 재정의 통합, 국고 지원을 통한 건강보험 재정 확립 등의 성과에도 불구하고 우리나라 건강보험의 보장성 취약한 문제가 줄곧 제시되었다. 보험 도입 후 초기에는 가입자 확대에 치중하였고, 1989~1999년의 다 보험자 관리체계에서는 건강보험 통합과 의약분업이, 건강보험 재정 통합 후 2000~2003년까지는 초유의 재정 적자로 보장성에 대한 논의가 활발하게 이루어지지 못하였

다. 건강보험이 흑자로 전환된 2004년부터 보장성에 대한 본격적인 논의가 추진되었으며 질병으로 인해 발생할 수 있는 경제적 위험을 낮추고 건강보험 보장성을 체계적으로 강화하기 위해 정부는 구체적인 목표와 세부적인 정책방안을 제시하게 되었고, 2005년부터는 「건강보험 증기보장성 강화계획」을 수립·운영하여 왔다. 이후보다 체계화된 것이 목표와 연도별 세부 계획을 담은 「'09~'13년 증기보장성 계획(5년)」을 수립·실행하였으며 주요 목적으로 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치성 질환) 보장, 3대 비급여(선택진료비, 상급병실료, 간병비) 개선, 노인 임플란트(틀니) 보험, 본인부담상한제 개선 등을 포함한 「'14~'18년 건강보험 증기보장성 강화계획」을 수립하고 실행에 주력하고 있다. 이러한 노력에도 불구하고 보장률은 최근 10년간 60%대에 정체하고 있다. 또한, 의료비가 소득수준의 40%를 넘는 재난적 의료비 발생률이 증가해왔기 때문에 국민이 체감하는 보장률은 더 미흡하다는 것이다.

문재인 대통령 취임 후 2017년 8월 9일 서울성모병원을 방문해 5년에 걸쳐 30조 6천억원 규모의 건강보험 적용 대상을 확대해 건강보험 보장률을 2017년 기준 62.7%에서 2022년 70%로 끌어 올리겠다고 발표했다. 정부는 그동안, 이 계획에 따라 선택진료비 폐지, 상급병실료 보험 확대, MRI·초음파 등에 대한 보험 적용 확대, 난임 여성이나 고위험 산모에 대한 혜택 확대, 치아 치료 건강보험 적용하여 2023년까지 점진적으로 보험 적용을 늘려나갈 계획이다

그러나, 우리나라는 가장 빠른 속도의 저출산·고령화와 저성장·저금리의 뉴노멀(New Normal) 시대에 적응해야 하는 과제에 직면해 있다. 저성장, 인구 고령화와 생산 가능 인구감소로 인하여 건강보험 재정수입 요인은 감소하다. 하지만, 예방적 의료서비스와 건강관리 서비스에 대한 수요가 증가하고, 고비용의 새로운 의료 기술 및 의약품의 출현, 건강보험 보장성에 대한 국민적, 정치적 압력이 커짐에 따라 건강보험 재정 지출 요인은 증가하고 있다. 저급여·저부담·저수가로 크게 나뉘는 현 건강보험 제도는 양적 성장에서 질적 성장으로

1 시대변화에 따라 새롭게 부상하는 표준으로, 위기 이후 5년~10년간 세계 경제를 특징짓는 현상. 저성장, 저소비, 높은 실업률, 고위험, 규제 강화 및 미 경제 역할 축소 등이 글로벌 경제위기 이후 세계 경제에 나타날 뉴-노멀로 논의되고 있음(시사·경제 용어사전, 기획재정부, 2010.11)

의 패러다임 전환을 요구하고 있다.

국민건강보험, 노인장기요양보험 등 사회보험 분야 재정 적자, 적립금 고갈 등의 문제가 제기되면서 재정의 지속가능성에 대한 우려가 제기되고 있다[3]. 따라서, 건강보험이 의료 안전망으로서 지속할 수 있는 체계를 구축하기 위해서는 첫째, 보편적 건강보장제도로서 건강보험의 보장성을 강화해 나가면서, 둘째, 제도의 지속가능성을 어떻게 확보해 나갈 것인지와 더불어 셋째, 의료의 사각지대를 해소하고 소득 간, 계층 간, 질환 간 의료의 형평성을 높여 나가는 것이 앞으로 우리가 해결해 나아가야 할 과제라고 할 것이다.

## 2. 연구 목적 및 범위

본 연구는 그간 정부, 국회, 국책연구기관에서 추진하여 온 건강보험 재정 안정화 및 보장성 강화, 의료 형평성 정책에 대한 주요 내용과 한계를 분석하고, 사회보험 방식의 건강보험 제도를 운용해 온 주요 외국국가 중 앞서 재정 적자 및 위기를 경험하고 의료 개혁을 통해 재정을 안정화하고 보장성과 형평성을 강화한 외국의 정책과 사례를 분석하여 정책적 시사점을 도출하고, 향후 우리나라에 적용할 수 있는 개선방안을 마련하고자 한다. 연구 범위는 다음과 같다.

첫째, 보장성 강화정책의 성과 및 한계 분석(건강보험 보장률, 국민 의료비 부담, 보장 내용)

둘째, 소득수준별 의료비 부담 및 의료 이용의 형평성 분석

셋째, 국민건강보험 재정 분석, 건강보험 현황 및 의료 이용과의 관계, 건강보험 보장성 정책

넷째, 주요 외국의 건강보험 주요 재원의 변화와 개혁 동향, 국가별 사례 및 정책 비교 분석하였다.

본 연구는 정부의 정책보고서를 비롯하여 국내외 문헌 및 선행연구를 통해 건강보험 정책의 현황과 한계를 파악하고 주요 외국의 건강보험 제도의 내용과 결과(효과) 분석을 통해 정책적 시사점을 도출하였다. 또한, 미래 당면한 문제에 선제적으로 대응할 수 있는 정책 방향을 제시하고 향후 적용할 수 있는 개선방안을 도출하고 가능한 전략 및 실행방안을 실시하였다.

## II. 우리나라의 건강보험 주요정책과 추진현황

### 1. 건강보험 보장성 강화정책

#### 1.1 건강보험 보장성 강화정책 주요 내용

세계보건기구(WHO)[4]가 정의하는 보장률은 보장인구 비율, 보장급여서비스 범위의 확대, 보장급여서비스 당 상환율 세 가지 요소가 전체의료비에서 차지하는 비중을 말한다. 건강보험의 목적은 질병으로 인한 경제적 부담을 낮추는 것 또는 경제적인 문제로 인하여 의료에의 접근성을 저해하는 것을 방지·감소시키는 것이다. 그러므로 보장성은 건강보험의 핵심적인 기능이다. 정부는 건강보험 재정을 고려하면서 보장성 강화 요구 간에 우선순위를 설정하기 위한 중기보장성 강화계획을 추진해왔고, 최근 국민건강보험법 개정에 따라 5년 주기로 국민건강보험종합계획 수립이 의무화되고, 건강보험 보장성 강화의 추진계획 및 추진방법을 종합계획에 포함하도록 명시하였다.

보장성 정책의 주요 내용은 외국의 경우 새로운 서비스·의료기술에 대한 급여 결정이 주된 수단인 반면 우리나라는 다른 나라에 비해 높은 수준인 첫째, 비급여 항목을 우선순위를 정하여 급여항목으로 포함하는 항목별 접근, 둘째, 중증고비용 질환을 우선 대상으로 하는 질병별 접근, 셋째, 저소득 계층의 의료비 경감을 위한 본인 부담상환제와 같은 비용적 접근, 넷째, 노인·저소득층장애인과 같은 사회경제적 취약계층이나 임신·부·아동과 같이 사회적 투자효율이 높은 인구집단에 대한 보장성을 강화하는 방식으로 보장성 강화정책을 추진하고 있다[5]. 대표적으로 국민건강보험의 보장성을 강화하는 방안인 질환 중심의 보장성 강화방안은 특정 질환 중심으로 의료비를 먼저 급여하는 방식으로 사회적으로 이슈화되는 몇 개의 질환을 우선하여 급여할 경우 정책실행에 대한 호응도를 높일 수 있다는 장점이 있다 [6].

우리나라의 최초 보장성 강화정책으로 2005년 제1차 건강보험 보장성 강화 대책(2005-2008)에서 보장성 우선 대상 중증질환 선정(암·심장·뇌혈관질환), 본인 부담 경감, 비급여 항목의 급여 전환, 식대 보험 급여

등을 추진, 2009년도 제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009-2013)에 따라 중증고액 질환자 및 저소득취약계층 등의 진료비 부담 지속적 경감, 진료비 부담이 큰 비급여 항목의 급여 전환, 저출산 등 사회 환경변화에 적극적으로 대응하는 방향으로 보장성 강화정책을 추진하였다[7]. 그리고 2016년까지 암·심장·뇌혈관·희귀난치질환 등 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스를 100% 건강보험 적용을 위해 4대 중증질환 보장 강화 계획을 수립했으며, 2015년도에 “모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강 수준 향상”을 목표로 2014~2018 건강보험 중기보장성 강화계획에서 생애주기별 건강문제에 대한 필수의료보장, 고액 비급여 감소 방안 및 증가억제 방안 마련, 취약계층 및 사회적 약자에 대한 의료지원 강화정책을 수립하였다(보건복지부, 2015). 한편, 정부는 2019년 5월 「제1차 국민건강보험종합계획」에서 기존에 발표한 「건강보험 보장성 강화대책」에 따른 금액에 「제1차 국민건강보험종합계획」에 따른 추가 소요 재정을 포함하여 2019년부터 2023년까지의 건강보험 추가 소요 재정을 41조 5,842억 원으로 제시한 바 있다[8].

표 1. 건강보험 보장성 강화정책 추진현황

정책	주요 내용
제1차 건강보험 보장성 강화대책 (05~08)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■(목표) 보장률 : '05년 61.3% → '08년 71.5%</li> <li>■(주요 내용) 암·심장·뇌혈관질환자 본인 부담 경감(20→10%), 장기이식 수술 및 식대 보험 급여, MRI 급여기준 확대, PET 보험 급여</li> <li>■자연분만 본인 부담 면제, 장애인 보장구 급여확대, 만 6세 미만 입원 본인 부담 면제, 5대 암 무료 검진대상자가 보험료 하위 50%로 확대</li> <li>■(성과) 보장성 확대('04년→'07년) - (원) 49.6%→71.5%, (고액진료) 49.0%→67.6%, (입원)54.9%→ 66.5</li> </ul>
제2차 건강보험보장성 강화계획 (09~13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■(목표) 보장률 : '09년 65.0% → '13년 80%</li> <li>■암·심장·뇌혈관질환자 본인 부담 추가 경감(10%→5%), 중증화상(5%), 결핵(10%) 선진 특례 확대</li> <li>■사회적 요구가 높은 고가서비스(MRI, 초음파) 보험 적용</li> <li>(암·심·뇌혈관질환 등 중증질환부터 확대)</li> <li>■본인부담상한제 소득수준별 적용(200~200~400만 원), 장애인 보장구</li> <li>■급여확대 등 취약계층 부담 완화</li> <li>■임신·출산진료비 지원 확대(20~50만원, 대태아 70만원), 소아 선천성질환</li> <li>■급여확대 등 출산 진화적 보장성 강화</li> <li>■치과(치석 제거, 노인 틀니, 치아 홈 매우기 등), 한방분야(물리요법) 보험 확대</li> </ul>
4대 중증질환 보장성 강화계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>■심장질환에 대한 MRI 검사, 고가 항암제 및 방사선 치료에 건강 보험 적용(필수 급여)</li> </ul>

(13.6.26)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■카메라 내장형 캡슐 내시경, 초음파 절삭기 등 비필수적 최신 의료 서비스도 건강보험 일부 지원(선별 급여), 3년마다 재평가</li> <li>■선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 비급여에 대해 '13년 말까지 환자 부담 완화를 위한 제도개선안 마련</li> <li>■4대 중증질환부터 건강보험을 우선 확대하고 다른 질환에 대해서는 '17년부터 단계적으로 확대</li> </ul>
건강보험 중기보장성 강화계획 (14~18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■임신·출산보험 적용 강화</li> <li>■선천성 기형(장애) 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대</li> <li>■초기 치주 치료를 위한 치과 치료 보장성 강화</li> <li>■정신질환 건강보험 확대 및 고도비만 수술치료 건강보험 적용</li> <li>■중증 외상 및 응급의료 건강보험 지원 강화</li> <li>■환자 안전을 위한 치료재료의 의료보장 강화</li> <li>■4대 중증질환, 척추 및 관절질환, 장기이식, 중증화상 건강보험 보장성 강화</li> <li>■노인 틀니·임플란트 보험 적용, 치매 조기진단 및 치료, 호스피스 완화의료</li> </ul>
문제인케어	<ul style="list-style-type: none"> <li>■임신·출산보험 적용 강화</li> <li>■선천성 기형(장애) 진단 및 치료에 대한 건강보험 보장 확대</li> <li>■초기 치주 치료를 위한 치과 치료 보장성 강화</li> </ul>

(자료) 2014~2018 중기보장성 강화계획 (보건복지부, 2015) 중 발췌하여 재작성

## 1.2 건강보험 보장률 정책

의료비용의 지급은 보험 급여가 되는 항목에 대해서는 보험자 부담분과 수요자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 정액 부담제(Co-payment)로 구성되며, 보험이 적용되지 않은 비급여 부분은 환자가 전액 부담하여야 한다. 전체 의료비용 중 건강보험공단이 지급하는 보험자부담분을 '건강보험 보장률'로 보장성의 주요 지표로 활용하고 있다.

연도별 건강보험 보장률 [표 2]을 살펴보면 1차('05~08년) 대책 수립 시 건강보험 보장률인 '06년 64.5%에서 소폭 상승·하락하다가 2차 대책이 수립된 '09년에 65.0%를 정점으로 오히려 하락하여 '13년도에는 62.0%였다가 3차「2014~2018 건강보험 중기보장성 계획」이 추진되고 있는 '15년도에 63.4%로 1.4%p 상승한 것으로 나타나고 있다. 하지만 다시 '17년 62.7%로 0.7%p 하락하였다.

표 2. 연도별 건강보험 보장률

(단위, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
건강보험 보장률	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7
법정 본인부담률	20.6	20.0	0.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2

비급여 본인부담률	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1
-----------	------	------	------	------	------	------	------	------

(자료출처) 국민건강보험공단, 2017년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2018.12

그러나, 중증고액질환 중심으로 2005년부터 정부가 보장성 강화정책을 꾸준히 추진한 결과, 2017년 국민건강보험공단에서 조사한 건강보험환자 진료비 실태조사에 연도별 1인당 고액진료 상위질환의 보장률은 2011년부터 2017년까지 건강보험 보장률은 75.5%에서 79.7%로 4.2% 상승하였고, 4대 중증질환 및 고액질환 보장률 또한 2010년부터 2017년 동안 76.1%에서 81.7%로 5.6% 상승하여 개선되는 부분도 있었으나, 여전히 전체 보장률은 60% 초반에서 정체되어 있어 보장성 강화 효과가 전체적으로 나타나지는 않고 있다.

정부가 보장성 확대를 위해 상당한 재원을 투입하였음에도 건강보험의 보장률이 정체를 보이는 중요한 원인 중의 하나는 비급여 항목의 증가로 볼 수 있다. 이는 건강보험 보장성 강화정책이 항목별·질병별 접근에 따라 특정 질병 및 항목에 대한 급여가 확대됐지만, 이보다 빠른 속도로 비급여 항목이 증가하는 풍선효과<sup>2</sup>가 발생하였음을 보여준다[9][10].

3대 비급여 해소를 위한 보장성 정책에 따라 선택진료비가 많이 감소(전체 비급여 중 '13년 35.9% → '14년 23.6%)하였음에도 주사료, 처치, 수술료 등의 비중이 증가하여 '14년 4대 중증질환의 비급여 본인부담률은 14.7%로 '12년 대비 0.9%p 소폭 감소하는 데 그쳤다. 이외에도 상급병실료도 일반 병상(2인실까지 보험 적용 확대)을 80%까지 확보할 필요가 있다. 간호간병통합서비스의 수도권 및 부산광역시 편중 문제, 본인부담상한제도 법정본인부담에만 적용됨에 따라 취약계층 및 사회적 약자의 과중한 의료비 부담을 방지하는 데는 한계가 있음이 지적되고 있다[9].

전체적인 건강보험 보장률이 60% 초반에 정체되어 있을 뿐 아니라 정부에서 보장성 강화정책으로 중점적으로 추진하고 있는 암 질환, 심장질환, 뇌혈관질환의 보장률도 개선되지 못하고 있어 보장성 강화정책의 실효성에 의문이 제기되는 것도 사실이다. 현재 4대 중증질환과 같이 특정 질병 및 항목을 중심으로 하는 보장

성 강화 방향은 전체 건강보험 재정 상황뿐 아니라 확대되고 있는 사보험과 연계성 등을 고려하여 더욱 큰 프레임에서 선제적이고 효율적인 방향으로 재정립되어야 할 필요성이 있다.

보장성 강화정책에도 불구하고 비급여 진료비의 빠른 증가는 건강보험 보장률을 정체시키고 있다. 비급여 본인부담률은 '09년 13.7%에서 '13년 18.0%로 증가하다 '17년 17.1%로 감소하는 것을 볼 수 있다. 강희정 [11]은 건강보험 보장성 강화정책으로 특정 질병 및 항목에 대한 급여가 확대됐지만, 이보다 빠른 속도로 비급여 항목이 증가하여 보장성 효과를 상쇄하고 있음을 보여주는데 보장성 강화의 실효성을 확보하기 위해서는 현재 건강보험 관리 밖에 있는 비급여 의료행위에 대한 보다 적극적인 관리가 필요하다.

비급여 항목에 대한 개인의 비용을 보전하기 위해 실손형 민간의료보험이 확대되고 있다. 우리나라의 가계 직접부담비(국민 의료비의 36.1%)는 2014년 기준 OECD의 두 배 이상(19.6%)인 것으로 나타났다[18]. 현재는 별개로 운영되고 있는 민간의료보험에 대해 비급여 항목에 대한 관리와 민간의료보험의 체계적으로 관리하고 이를 취약계층의 재난적 의료비를 지원하는 방안 등을 검토할 필요가 있다.

### 1.3 낮은 공공의료비, 높은 가계부담비

국가 간의 의료보장성을 비교하기 위한 가장 일반적인 지표는 국민의료 비중 공공재원의 비율이다. 우리나라 건강보험 보장수준은 OECD 국가들과 비교할 때에도 전반적인 보장성 수준은 여전히 미흡한 것으로 나타나고 있다. 국민 의료비 대비 공공의료비 비중은 2017년 기준 58.9%로 OECD 국가 평균 73.6%보다 훨씬 낮은 수준이며, 국민 의료비 대비 가계직접부담비 비중은 2017년 기준 33.7%로 OECD 국가 중 멕시코(44.0%) 다음으로 높은 수준이다[12].

2 비급여 항목이 급여로 전환됨으로 인해 수익이 줄어드는 부분을 보전하기 위하여 줄은 비급여 항목을 창출하는 효과를 의미, 결국 전체 비급여 부분은 줄어 들이 않게 됨.

표 3. 국민 의료비 대비 공공의료비 비중

(단위 %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017
한국	59.1	58.3	57.1	59.0	58.7	58.9	58.9
일본	81.9	83.7	83.9	84.3	84.6	84.9	84.1
독일	83.8	83.6	83.5	84.2	84.6	85.0	84.4
프랑스	78.1	78.1	78.2	78.4	78.7	78.6	83.4
영국	82.9	82.4	81.8	79.5	79.6	79.0	78.8
OECD	73.1	73.1	72.6	72.7	72.6	72.9	73.6

자료: OECD (2018), Health spending (indicator)  
 비교: 자본 형성(investment in health) 제외 경상 의료비 기준

더욱이 공공의료비 비중은 우리나라와 같이 사회보험 체계를 유지하고 있는 독일, 프랑스, 일본과 비교하면 현저히 낮고, 오히려 사보험 체계를 유지하고 있는 미국과 비슷한 수준이다. 그러나 미국과 비교했을 때도 실제 의료서비스를 이용하는 시점에서 가계가 직접 부담해야 하는 비용은 국민 의료비 대비 33.7%(2017 기준)로 미국의 세 배 이상(11.0%)인 것으로 나타난다[8]. 즉, 2005년부터 시행되고 있는 의료보장성 강화 프로그램에도 불구하고, 우리나라의 의료보장성은 다른 선진국들에 비해 여전히 취약하며, 질병 관련 비용부담으로부터 국민을 적절히 보호하지 못하고 있는 수준이다.

표 4. 국민 의료비 대비 가계직접부담비 비중

(단위 %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2017
한국	33.9	34.4	34.9	34.6	34.3	33.7
일본	14.4	14.0	13.9	13.9	13.9	12.8
독일	13.8	13.8	13.8	13.2	13.2	12.5
프랑스	7.5	6.7	6.5	6.3	6.3	9.4
영국	9.6	9.3	9.5	9.5	9.7	16.0
미국	11.8	11.7	11.6	11.5	11.0	11.0
OECD	19.3	19.1	19.3	19.4	19.6	20.4

자료: OECD (2018), Health spending (indicator)

## 2. 건강보험 재정 건전화

### 2.1 건강보험 재정수지 현황

2010~2018년 동안의 건강보험 재정수지 현황은 [표 5]와 같다. 2018년도의 수입은 총 62조 1천억 원인데 보험료 수입이 55조 원(88.5%), 정부지원금 7조 1천억 원(11.4%)으로 재원의 대부분을 차지한다.

2010~2018년간 정부지원금 포함 총수입은 약 1.8배, 지출은 약 1.7배 증가로 재정수지가 어느 정도 안정

화된 것으로 보인다. 보험료 수입은 8.5%의 연평균증가율을 보였으며, 정부지원금은 연평균 4.7%(일반회계의 국고지원금 4%, 담배부담금의 건강증진기금 7.1%), 증가한 것으로 나타났다.

표 5. 2013-2018 국민건강보험 재정수지 현황

(단위:조원.%)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018
수입	45.2	48.5	52.4	55.7	58	62.1
-보험료 수입	39.4	42.2	45.3	48.6	51.2	55
- 정부 지원	5.8	6.3	7.1	7.1	6.8	7.1
• 국고	4.8	5.3	5.6	5.2	4.9	5.2
• 국민증진기금	1	1	1.5	1.9	1.9	1.9
지출	41.5	43.9	48.2	52.6	57.3	62.3
-보험급여비	40.3	42.5	46.5	51.1	55.5	60.6
관리운영비	1.3	1.4	1.4	1.6	1.8	1.7
당기 수지	3.6	4.6	1.2	3.1	0.7	-0.2
누적 수지	8.2	12.8	17	20.1	20.8	20.6
수지율 (지출/수입)	91.9	87.6	92	94.4	98.8	100.3

출처 : 보건복지부 (국민건강보험공단 자료)

최근 우리나라 건강보험 재정은 흑자상태로 안정기에 들어선 것으로 보이지만, 중장기 재정전망을 살펴보면 건강보험 재정이 2016년 정점에 도달한 후에는 향후 10년 동안 지속해서 감소할 것으로 전망되고 있어 안심하기에는 이르다[12].

경제적 저성장과 높은 실업률은 사회보험제도의 근간이 되는 보험료 수입과 공적 지원의 재정기반을 약화한다. 아울러 건강보험재정에서 임금기반 보험료에 대한 높은 의존도는 고용과 성장을 저해할 수 있다. 우리나라는 임금소득 기반 보험료에 의존도가 상당히 높은 구조로 보험료 인상은 기업과 근로소득자의 부담을 가중해 기업의 경쟁력을 약화하고 임금소득 기반의 확장성을 억제하여 안정적 재원조달을 위협할 수 있다[13]. 하지만, 국고 지원을 제외하면 아직 재정수지는 적자상태로 재정의 안정성을 확보하기 어려운 실정이다.

인구 고령화에 따른 만성질환의 증가, 소득수준 향상에 따른 의료서비스에 대한 수요 증가, 과학기술발전에 따른 고가의 신의료기술 확대, 정부의 보장성 강화정책 등으로 향후 건강보험 재정 지출은 더욱 증가할 것으로 예상하는 반면, 경제침체에 따른 경기둔화와 저출산에 따른 생산가능인구의 감소로 향후 건강보험료 수입은 감소할 것으로 전망된다. 건강보험 재정은 2016년

에 사상 최대의 당기흑자를 기록(누적흑자는 2020년에 최대)한 후 2022년에 적자로 돌아서고 2025년에 고갈 될 것으로 추계한 바 있다[14].

## 2.2 건강보험료 등 재정수입 확보 노력

직장 가입자와 지역가입자로 이원화되어 있는 현행 건강보험료 부과체계는 형평성 논란을 계속 초래해왔다. 소득과악의 한계로 재산 및 자동차에 대해 보험료를 부과하는 지역가입자 부과체계는 국민적 저항에 직면해 있다. 또, 근로소득을 중심으로 하는 직장 가입자의 보험료 부과체계에서 지속적인 보험료의 인상은 근로자의 근로 의욕을 저하할 뿐만 아니라 고용주에게는 근로자에 대한 고용비용 증가로 이어져 고용억제를 유인하는 요인으로 작용할 수 있다[15]. 이런 건강보험 재정 수입구조에서는 지급과 같은 안정적인 안정화를 유지하기에는 한계가 있다. 하지만, 보험료는 여전히 매우 중요한 재원이므로 새로운 가입자를 발굴하거나, 아니면 국가의 지원 폭을 대폭 확대하거나 보험료율을 인상해야 한다. 정치적인 판단에 영향을 받지 않고 매년 적정 수준의 보험료 인상과 보험료 수입 이외의 추가 재원 확보 등이 필요하다. 보험료 외에 주요 재정 수입원인 정부지원금은 국고지원금과 담배수익에서 오는 건강증진기금으로 구성되어 있다. 2006. 12. 30에 「국민건강보험법」과 「국민건강증진법」을 개정하여 “2007년부터 그해 보험료 예상 수입액의 14%에 상당하는 금액을 국고에서, 6%에 상당하는 금액을 국민건강증진기금에서 지원하도록 하여 정부 지원액이 총 20%까지 지원할 수 있도록 규정하고 있다.

OECD 주요 국가들과 비교해 볼 때, 우리나라 건강보험료는 상대적으로 낮아 추후 다소 인상될 필요가 있으나, 보험료의 지속적 인상은 국민적 저항으로 쉽지 않은 형편이다.

표 6. 건강보험료를 비교

(단위:%)

한국			독일	프랑스	일본	대만	OECD
2018	2019	2020	14.9	13.6	9.96(16)	4.91(15)	8-15
6.24	6.46	6.67	(15)	(15)			

## 2.3 의료의 형평성 보장

### 2.3.1 의료의 형평성 수준

국민의 건강권 보장을 위한 의료의 형평성은 현대 국가의 중요한 목표이며 사회복지제도의 핵심적 가치이다. 2018년 국민건강통계에 의하면, 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생률은 최저소득층에서 3.6%로 최고소득층에서 0.3%에 비해 12배 높았다[16]. 통계청의 가계동향 조사 자료에서 산출한 과부담 의료비 가구에 속하는 인구비율은 최저소득층에서 53.9%로 최고소득층 10.5%에 비해 5배 높았으며, 재난적 의료비 부담 가구 비율은 최저소득층에서 6.8%로 최고소득층에서 0.2%에 비해 34배 높았다. 이처럼 경제적 이유는 의료 필요도가 높은 저소득층에 대한 재정 보호 기능을 감소시켜 의료 형평성을 악화시킬 잠재성이 높다 할 것이다[11]. 소득 간 격차는 건강 불평등과도 밀접하게 연결되어 있다. 일반적으로 소득이 감소할수록 건강 수준 및 삶의 질도 함께 감소하는 것으로 나타났다[10]. 또한, 만성질환자 보유가 구의 과부담 의료비 발생에 관한 연구 결과를 보면, 2007년도에 만성질환자가 없는 저소득가구는 지급능력 대비 의료비 비중이 3.5%지만, 만성질환자가 있는 저소득가구의 경우는 15.3%로 크게 상승하는 것으로 나타났다[17]. 중증질환자가 있는 저소득가구의 경우 지급능력 대비 의료비 비중이 21.6%로 나타나 저소득층의 의료비 부담에 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

1977년 건강보험이 도입되고 2005년부터 지속해서 보장성 강화대책을 추진해 오고 있음에도 불구하고 건강보험에서 의료가 필요하나 지급능력의 한계 등으로 여전히 필요한 서비스를 받지 못하는 사각지대가 존재한다. 저소득층의 의료서비스 이용률이 고소득 분위보다 높고 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 유병률이 높다. 그런데도 상급종합병원 등 높은 의료서비스에 대해서는 의료 이용을 위한 접근이 고소득층과 차별이 존재하고 있다. 단지 소득에 따라 의료서비스의 질적 수준이 결정된다면 의료 이용의 접근성을 완화하는 정책만으로는 부족하며, 저소득층의 의료비 부담을 보다 감소시키는 정책을 통해 소득계층별 의료 이용의 적격 차를 감소시키려는 보다 적극적인 정책이 필요함을 의미한다 [18].

2014 ~ 2018년 제3차 보장성 강화대책에는 취약계

층과 사회적 약자에 대한 보장성 강화를 포함하고 있다. 장애인에 대한 보장구 지원, 필수재가 치료에 대한 건강보험 지원 확대, 저소득층과 취약계층에 대한 건강보험 지원을 위해 본인부담상한제를 소득계층에 보다 비례하여 지원하고 있다. 2016년 기준 500명상 이상 종합병원이 없는 입원취약지 25곳, 2017년 기준 분만 취약지는 34개 시·군에 해당한다. 필수 의료취약지에 대한 건강보험 지원체계를 강화하는 하고 저소득층과 취약계층에 대한 의료 불평등이 개선되도록 지속적인 관리가 필요하다.

2.2.2 의료보장성 강화 정책과 의료 형평성 변화 추이  
보장성 강화정책이 시행된 이후에도 의료 이용 불평등은 여전히 존재하고 있다. 그러나 의료보장성 강화정책의 효과를 제대로 파악하기 위해서는 정책 시행 전후로 의료 형평성을 비교분석하는 것이 필요하다. 아직 이러한 연구가 제한적으로 수행되어 정확한 결론을 내릴 수는 없으나, 4대 중증질환 보장성 강화정책은 의료 불평등 개선에 일정 부분 긍정적 영향을 미친 것으로 보인다.

김수진과 권순만[19]은 2005년 실시된 암 환자에 대한 보장성 강화정책의 의료 형평성 관련 효과에서 2002~2010년 국민건강보험자료를 이용하여 암 환자군과 다른 중증질환군(간 질환 및 심 뇌혈관계 질환)의 소득계층별 3차 종합병원 이용률을 비교·분석하였다. 보장성 강화정책이 도입되기 전에도 저소득 암 환자군에서 3차 종합병원 외래 이용률 및 입원율이 모두 낮게 나타났다. 그러나 정책 도입 이후에는 다른 중증질환군에 비해 암 환자군에서, 특히 저소득 군에서 3차 종합병원 입원율이 증가하였다. 외래 이용률도 암 환자군에서 더 증가하였다. 또한, 국민건강보험공단에서 조사한 2017 건강보험환자 진료비 실태조사[20]에서 4대 중증질환의 건강보험 보장률은 2011년 76.2%, 2016년 80.3%, 2017년 81.7%로 전년 대비 1.4%p 증가했으나, 4대 중증질환을 제외한 질환의 보장률은 57.1%로 전반적으로 낮은 수준이며, 매년 하락하고 있는 것으로 나타나 대조를 보여 형평성에 문제가 있다.

표 7. 4대 중증질환 건강보험 보장률

(단위:%)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4대중증질환	76.2	77.7	77.5	77.7	79.9	80.3	81.7
나머지 질환	60.1	58.3	58.2	58.8	58.5	57.4	57.1

### III. 외국의 의료보장 정책 연구

우리나라와 같이 사회보험방식의 건강보험 제도를 운용하면서 재정 위기를 겪고 재정 안정화 정책을 추진한 독일, 프랑스, 일본, 대만을 중심으로 외국사례를 검토하였다. 1990년 전후 의료비 급증으로 재정 적자 또는 위기를 경험한 사회보험방식의 건강보험 제도를 운용하는 주요 국가들은 제도적 기본 틀을 유지하되, 재정수입구조에서 보험료 중심의 전통적 재정 수입구조를 변화하여 보험료 비중을 낮추고, 중앙정부의 국고보조 또는 지자체의 교부금 등 정부 지원을 늘리거나 목적세 또는 소비세 등 신규재원을 발굴확대하여 조세 비중을 점차 높여온 것으로 나타났다.

이처럼 재정수입구조의 변화를 추동한 주요 요인은 우리나라와 크게 다르지 않았는데 첫째, 인구 고령화에 따른 만성질환 및 요양비용의 증가 등으로 노인 의료비가 전체의료비 확대되고, 둘째, 제도적으로 의료서비스가 전 국민을 대상으로 하는 보편적 급여로 발전해감에 따라, 근로소득 중심으로 부과하는 보험료보다 부과기반이 더 넓은 조세가 사회적으로 공평하고 수용성이 높았다.

#### 1. 독일

##### 1.1. 건강보험 제도 개요

독일은 1883년에 세계 최초로 비스마르크(Bismarck)에 의해 「근로자 질병 보험법(Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter)」을 제정하여 공적 사회보험제도를 도입하였다. 2009년 이전까지는 일정 소득 이하의 국민은 공적 건강보험에 강제적으로 가입해야 하지만 일정 소득 이상의 국민과 공무원은 민간건강보험에 선택적으로 가입할 수 있었으나, 2009년부터는 전 국민 강제 가입 체계로 전환되



었다.

### 1.2 건강보험 재정수입 구조

공적 건강보험의 재원은 대부분 건강보험료(일반보험료, 추가보험료)와 연방(정부)보조금으로 구성된다. 2014년 기준 건강보험의 총수입(1,986억 유로) 중 일반보험료 수입이 약 93.3%(1,852억 유로)로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 연방보조금이 5.2%(104억 유로), 추가보험료 수입이 1.5%(30억 유로)의 비중을 차지하고 있다.

### 1.3 건강보험 재정 안정화 정책

건강보험 재정 안정화를 위해 2003년 보험료안정화법에서는 '평균 보험료율 14%로 고정', 2004년 공적 건강보험현대화법 '연방보조금의 도입', 2007년 공적 건강보험경쟁력 강화법 '건강기금의 도입을 통한 공보험의 경쟁 강화', '건강기금을 신설', 2009년 공적 건강보험 재정법 '일반보험료율의 인하 및 법정화', 2014년 공적 건강보험재정구조 및 질 발전법에서는 '0.9%의 특별보험료를 폐지', '소득과 연계시키는 정률의 추가보험료로 변경' 등의 주요 조치를 통하여 재정 안정화를 이루었다[21]. 추가보험료 납부로 인한 부담을 덜어 주기 위해 건강기금에 대한 연방보조금 외에도 2015년부터 추가보험료가 가입자의 근로소득의 2%를 초과하면 그 차액을 연방보조금으로 보상 주려는 사회적 조정(Sozial Ausgleich)을 추진하였으나, 정책은 실패하지 못하고 폐지하였다[22].

결론적으로 독일의 건강보험은 사회보장제도에서 가장 큰 역할을 담당하고 있다. 고용 시장의 악화와 인구 고령화 현상으로 인한 사회 보장 비용부담의 증가는 사회 정책적 패러다임의 전환을 끌어내고 있다. 건강보험을 인상을 억제하기 위한 정책을 도입하여 시행하였고, 현재도 진행 중이다. 건강보험에서의 보험료에 대한 재정 의존도는 여전히 높지만, 그 비중은 하락하고 있고, 일반회계에 의한 연방보조금은 늘어나고 있다. 공적 건강보험에 대한 영향력, 즉 정부에 의한 위험 분산 및 재정관리의 중앙집중화로 국가의 책임과 역할이 더욱 강화되는 방향으로 전개되고 있다[23].

## 2. 프랑스

### 2.1 건강보험 제도 개요

프랑스의 사회 보장은 건강보험, 연금보험, 산재보험, 가족수당 및 실업수당으로 구성되었다. 프랑스의 사회 보험제도는 '프랑스 사회보장계획(Le plan Francois desecuritesociale)'에 기초하여 입안된「1945년 10월 4일 법률명령(Ordonnance du 4 October 1945)」에 의해 확립되었다. 프랑스의 사회보장제도는 일반화의 원칙, 단일 관리조직의 원칙, 자율성 원칙 등 세 가지 원칙에 따라 전 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보장 제도를 확립하여, 전국적으로 일원화된 관리운영체제를 갖추고, 각 제도의 세부적 운영은 직업·직종·지역별로 각 사회적 위험에 대응하는 보험자들에게 맡겨 자율성을 부여하고 있다.

프랑스는 직업·직종에 따라 근로자, 공무원, 학생 등이 가입된 일반 체제(Regime general), 자영업자, 전문직 등이 가입된 자영업 체제(Regimes autotomies), 농업경영자, 농업종사자 등이 가입된 농업체제(Regime agricole)로 구분되어 있다.

프랑스 전체인구의 약 88.5%가 일반 체제에 가입되어 있으며 관리운영은 전국건강보험공단(CNAMTS)이 담당하고 있다. 자영업 체제에는 전체인구의 6.2%, 농업체제에는 전체인구의 5.3%가 가입되어 있다. 또한, 프랑스는 공적 건강보험에서 보장하지 못하는 의료비의 일부 또는 전부를 보장해주는 '보충보험(Assurances complementaires)' 제도를 운영하고 있다. 보충보험제도는 민영보험이지만, 전 국민의 약 94%가 가입하고 있다.

### 2.2 건강보험 재정수입 구조

공적 건강보험의 재원은 보험료, 사회보장분담금(Contribution Socials Generalisele, CSG), 사회보장목적세(les impost et taxes affected, ITAF)와 기타로 구분된다. 이 가운데 보험료와 사회보장분담금은 국민이 직접 부담하는 조세적 성격의 재원이고, 사회보장 목적세는 간접세로 부담하는 재원이다.

보험료율은 2006년부터 현재까지 13.64%로 근로자가 0.75%, 고용주가 12.89%를 부담한다. 사회보장분

담금의 부과 대상은 세법상 프랑스에 거주하는 모든 국민이며, 부과요소는 모든 소득이 해당한다. 경제 활동소득의 7.5%, 연금소득의 6.6%, 상병수당 및 실업수당의 6.2%, 자산소득 및 투자소득의 8.2%, 도박이익의 9.5%를 적용하여 징수하고 있다. 사회보장목적세(ITAF)는 1967년에 자동차 보험료에 처음으로 부과하기 시작해서 1983년부터 과세대상을 확대하여 담배 소비(1997년, 세율 6.39%), 알코올 소비(농도 25% 이상의 주류(10리터당 0.13유로) 및 혼합 음료(10리터당 0.23유로) 대상), 의약품 전문 도매(1996년, 연간매출의 1.4~2.7%), 의약품 광고, 제약회사 수익률(1999년), 의약품(2004년, 1%), 건강제품 광고(15%), 스톡옵션과 주식 무상분배(14%) 등에도 건강보험 재원으로 할당되는 부담금을 목적세로 부과하고 있다[24].

프랑스의 사회 보장 재원조달은 독립적인 법률로 규정하고 있으며, 정부에 의해 독점적으로 발의되어 의회의 의결에 거쳐 공포되며, 일반제도의 항목별 수입예측, 다양한 기금들의 내용 규정, 건강보험지출목표 및 하위 목표 결정, 범주별 담당 기관의 예산할당 등을 규정하고 있다[25].

### 2.3 건강보험 재정 안정화 정책

프랑스 공적 건강보험(일반 체제) 재정은 사회보장분담금과 사회보장목적세의 세율 인상 등과 같은 재정 안정화 노력에도 불구하고, 지출이 수입을 상회하여 만성적인 적자 상태를 지속하고 있다. 프랑스도 재정 적자가 사회 보장 및 의료 개혁의 가장 중요한 계기였다. 인구 고령화와 장기실업으로 인한 재정 적자 문제를 해결하기 위해 2000년대 이후 사회 보장 각 부문(연금, 건강보험, 가족수당 등)에 대한 국가개입이 강화되었고, 사회 보장 개혁안이 마련되었다. 2004년 정부는 사회보장분담금의 인상, 담뱃세의 의료보험으로 재정 이전, 기업의 분담금 인상, 대내적인 국가부채상환 기간 연장 등의 재정수입기반을 확대하려는 방안들을 제시하였다. 결론적으로 장기 불황 및 실업, 인구의 고령화 등으로 인한 건강보험 재정 적자는 기존의 재정 수입구조를 변화시키는 주요 요인으로 작동했다. 프랑스의 건강보험 재정수입의 주요 변화는 보험료 비중의 감소와 이에 따른 재원의 다양화라고 할 수 있다. (준)조세가 차지하는

비중이 증가했다. 사회보장분담금, 사회보장목적세 등 새로운 세제의 도입은 재정구조를 근본적으로 변화시켰다. 이는 근로소득 중심의 보험료 인상의 한계를 극복하는 중요한 정책으로 정착하였다[23].

## 3. 일본

### 3.1 건강보험 제도 개요

일본의 건강보험 제도는 직장 가입자를 대상으로 한 「건강보험법」이 1922년 제정된 후 1938년에는 지역가입자를 대상으로 「국민건강보험법」이 제정되었고, 1950년대에서 1960년대 초반에는 공무원, 사립학교 교직원 등 특수직역을 대상으로 확대되었고, 1961년에 비로소 전 국민 건강보험을 달성하였다. 일본은 전 국민을 대상으로 하는 강제적 방식의 건강보험 제도로 복수의 보험자를 가지고 있는 다 보험자 체계를 제도를 유지해 오고 있다. 보험자 수가 약 3,500개에 달하며, 이에 따라, 보험자별로 가입 자격과 보험료뿐만 아니라 보험급여, 상병수당, 출산 수당 등도 상이하다.

### 3.2 건강보험 재정수입 구조

일본 건강보험 제도의 제정은 피보험자의 보험료, 정부지원금(국고보조금, 중앙 및 도도부현 조정교부금, 시·정·촌 일반회계로부터 전입금), 보험자로부터의 각종 교부금(후기고령자교부금, 전기고령자교부금, 퇴직자교부금) 등으로 구성된다. 가장 큰 비중은 보험료 수입, 정부지원금(공비), 지방정부 지원금 순으로 차지하고 있다.

### 3.3 건강보험 재정 안정화 정책

일본에서 조합별 독립채산제 방식의 의료보험 재정 운영구조는 보험자별로 보험료율과 급여내용이 상이하여 구조적으로 재정적 불균형을 초래해왔다. 보험자 조합 간의 재정 불균형이 매우 큰 국민건강보험의 재정 안정화를 위해, 2010년과 2012년에 국민건강보험법 일부를 개정하여 한시적인 재정기반 강화대책(고액의료비 공동사업, 보험재정공동안정화사업, 보험지원제도)들을 2015년부터 지속해서 실시할 수 있도록 강화했고, 정률 국고 부담률을 2% 낮추는 대신 도도부현의

조정교부금을 2% 인상하는 등 재정운영에 대한 도도부현의 역할을 강화했다. 일본은 우리나라와 달리 다 보험자 체계지만 인구 고령화, 저성장, 비정규직증가 등 우리나라가 벤치마킹할 수 있는 좋은 사례가 된다. 일본의 의료보험에서 보험료는 여전히 가장 큰 비중을 차지하는 주요 재원이지만, 2000년대 이후 보험료 비중은 점차 낮아지고, 정부지원금 비중은 높아지고 있다 [26]. 특히, 가입자 중 저소득층과 고령자 경우에는 재정수입의 50% 이상을 정부지원금이 부담하고 있다. 1999년부터 소비세의 '사회 보장 목적 세화'가 이루어져서 소비세 수입의 56.2%가 기초연금, 노인 의료, 간호보험의 재원으로 충당되고 있으며, 2014년부터는 소비세율을 5%에서 8%로 인상하여 증세분을 저소득층 경감 및 지원사업 (보험기반안정제도, 보험지원제도)에 투입하고 있다[23].

## 4. 대만

### 4.1 건강보험 제도 개요

대만의 건강보험 제도는 1995년 기존 13개 보험제도를 통합하여 새롭게 구축한全民 건강보험 제도를 기반으로 하고 있다.全民 건강보험 제도는 전 국민을 대상으로 같은 의료서비스를 제공하는 정부 주도의 단일 보험제도이다. 보험재정은 가입자, 고용주, 정부가 공동 부담하는 보험료를 중심으로 구성되었다.

### 4.2 건강보험 재정수입 구조

대만全民건강보험의 재원은 크게 보험료, 정부지원금, 기타수입으로 구성된다. 보험료는 표준보험료(standard premiums)와 추가보험료(supplementary premiums)로 구분된다. 표준보험료는 가입자의 월 소득을 기준으로 보험료를 곱해서 산출하되, 직업(직종)군별로 가입자고용주정부가 부담하는 보험료 분담비율을 다르게 적용하고 있다. 표준보험료율은 추가보험료 도입 이전에는 5.17%였으나 추가보험료 도입 이후인 2013년부터 4.91%를 유지하고 있으며, 특이점 대만의 경우 다른 국가와 달리 피부양자에게도 보험료를 부과하고 있다. 또한, 취약한 건강보험의 수입기반을 안정화하고 가입자 간 실질소득에 따른 보험료 부담의 형

평성을 높이기 위해, 제2세대 건강보험 개혁을 통해 2013년부터 추가보험료(supplementary premium)를 새롭게 도입하였다. 즉, 기존 월 소득 이외 다른 소득이 발생하면 추가로 보험료를 더 내야 한다. 추가보험료가 부과되는 소득은 ① 월급의 4배를 초과하는 보너스, ② 주식배당금, ③ 이자소득, ④ 임대수익, ⑤ 건강보험에 등록된 직업 이외의 근로시간제 근로(part-time)를 통한 소득 ⑥ 특정 전문서비스 수입(원고료, 강의료, 도서·음반·드라마 등 제작에 따라 발생하는 부정기적 수입)의 6가지이다. 추가보험료는 가입자가 부담하며 추가보험료율은 2%이다[27].

보험료 이외에 정부지원금은 제2세대 건강보험 개혁을 통해 총수입(법정수입 제외)의 최소 36%를 정부가 부담(정부의 보험료 부담분+국고지원금 포함)하도록 규정함으로써 국가의 재정 책임을 명문화했다. 법정수입(statutory income)은 보험료와 정부지원금 이외의 기타수입으로 보험료연체수수료, 복권수입, 담배수익, 투자수익, 기타로 구성된다. 담배부담금은全民건강보험(70%), 암예방관리사업(5.5%), 의료서비스 질 향상(4%), 의료취약지 개선(2.5%), 희귀질환 의료비 보조(2%), 저소득층 보험료 지원(6%), 위험요인 예방사업(3%), 공중보건 및 사회복지증진(6%), 기타에 투입되고 있다.

### 4.3 건강보험 재정 안정화 정책

대만全民건강보험의 당기 수지는 2001년부터 2009년까지 적자였다가 2010년부터 흑자로 전환되었으며, 2012년부터 누적흑자를 유지하고 있다.全民건강보험 도입 이후 재정 적자가 지속하여 안정적 재정수입기반을 확보할 필요성이 대두됨에 따라, 건강보험재정의 지속가능성 제고를 위한 2013년부터 제2세대 건강보험 제도가 시행되었다.

건강보험 개혁을 위한 정책으로 추가보험료(supplementary premium) 제도를 도입하였다. 가장 핵심적인 부분은 건강보험 재정 건전성 강화와 제도운영의 투명성 증대 및 대중 참여 강화, 다양한 지급방식 도입을 통한 공평한 의료접근이었다. 정부지원금 명문화(연간 보험예산의 36%)로 정부의 역할을 명확히 하였고, 그간의 적자를 보충하기 위한 재정확충을 위한

보험료 부과 대상 확대와 보험료 부담의 형평성을 제고를 위해 실시되었다[28].

### 5. 주요국 건강보험 재정수입구조 비교

전통적으로 비스마르크(Bismarck) 방식의 사회보험 제도에서는 피보험자에게 부과한 보험료 수입이 가장 중요한 재원이다. 조세에 기반한 국고보조금 등의 정부 지원금은 보험료 납부가 어려운 취약계층이나 국가유공자 등 특정 집단에 국한하고 있어 그 규모가 크지 않다. 그러나 오늘날 사회보험제도는 건강보험의 기본 틀은 유지하되 재정 운용에 있어 베버리지(Beverage)적 요소를 도입·확대하기 시작했다. 의료비 급증에 따른 재정 위기를 경험한 국가들은 주요 재원이었던 보험료 비중을 낮추고 국고 지원을 늘리거나 목적세, 소비세 등 신규재원을 발굴, 확충하는 등 조세 비중을 늘리고 있다. 국가별로 다른 전략을 정책으로 사용하여 다른 특징을 보이지만 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해 재정 운용에 대한 국가의 책임과 역할을 더욱 강화하고 있다.

이러한 변화의 주요한 요인으로는 인구 사회학적 측면에서 인구 고령화에 따른 만성질환 및 요양비용의 증가 등으로 급증한 노인 의료비 증가가 전체의료비의 증가로 이어져 보험재정 위기를 초래하기 때문이다.

제도적 측면으로는 의료서비스가 전 국민을 대상으로 보편적 급여로 발전함에 따라 근로소득 중심으로 부

과하는 보험료보다 국가가 지원하는 조세가 사회적으로 공평하다고 하는 인식이 확산하고 있기 때문이다.

마지막으로, 경제적인 측면에서 장기적 경기불황에 따른 임금 정체, 비정규직 확산에 따른 보험료 수입의 한계에 직면했기 때문이다.

## IV. 결론

### 1. 연구 결과의 요약

우리나라 건강보험 제도는 1977년에 도입이 되기 시작하여 1989년 세계 최단기간에 전 국민 건강보험을 달성하였으며, OECD 국가 대비 낮은 의료비용으로 우수한 치료기술을 확보하고 있으나, 저부담-저급여 체계에서 시작한 건강보험은 OECD 국가 중에서도 공공의료비 비중이 작아 보장성이 취약하고, 건강보험 재정의 대부분은 보험료에 의존하고 있어 미래의 급증하는 수요에 대응하기에는 지속적인 재정 안정성이 확보되어 있지 않다. 건강보험은 질병으로 인한 경제적 부담을 낮추고 경제적 이유에 상관없이 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 것이 목적으로 보장성은 건강보험의 핵심적인 기능이다. 그러나 우리나라의 전체 개인 의료비 지출액 중에서 공공의료비가 차지하는 비중은 OECD 국가 평균 73.8%보다 훨씬 낮은 59.9% 수준이다[12].

표 8. 주요국 건강보험의 재정수입구조 변화 전략 비교

구분	독일	프랑스	일본	대만	한국
전략	재정 운용에 대한 중앙집중화	사회보장재정의 (준)조세 개체화	재정 운용에 대한 지역 광역화	정부 지원 규모의 확대	정부 지원의 투입 확대 (새로운 재원발굴 및 재정수입구조 개편)
내용	연방보조금과 건강기금의 도입 및 확대	사회보장분담금 및 목적세 도입·확대	중앙 및 지자체 특히, 도도부현의 역할 강화	정부 지원에 대한 법적 명문화	재정수입의 확대와 지출 절감
재정수입 구조	○건강보험료(94.8%) -일반보험료(93.3%) -추가보험료(1.5%) ○연방보조금(5.2%)	○건강보험료(48%) ○조세(50.7%) -사회보장분담금(35.3%) -사회보장목적세(15.4%) (음료소비세, 담배소비세 등 8종) ○기타(1.3%)	○건강보험료(48.8%) ○정부지원금(27.4%) -국고보조금 -중앙및도도부현교부금 -시정촌일반회계전입금 -교부금 ○기타(9.8%)	○건강보험료(71.4%) ○정부지원금(23.7%) ○기타수입(4.9%) -복권수입금 및 담배 부담금	○건강보험료(86.0%) ○정부 지원(14.0%) -정부 보조금(11.1%) -건강증진기금(2.9%)
보험료 부과체계	○ 근로자 -근로소득 × 14.6% (사용자, 근로자50% 부담) ○지역업자(전액 부담) -총소득액 × 14.6%	○근로소득 × 13.64% (근로자 : 0.75%, 고용주 : 12.89%)	○(표준보수월액+표준상여액) × 3~12% -대기업 : 9.218% ('19년 기준) -중소기업 : 10.0%	○표준보험료 -월 소득 × 4.91% (피부양자에게도 보험료 부과) ○추가보험료 : 2%	○직장 가입자 -보수월액 × 6.67% (사용자, 근로자50% 부담) ○지역가입자 -부과점수 × 195.8원
기준	2014년	2017년	2016년	2017년	2020년

국민의 의료서비스 이용 기회를 보장한다는 측면에서 건강보험의 보장성 강화해야 취지에 2013년 출범한 박근혜 정부도 4대 중증질환에 대한 100% 보장, 2017년 문재인 정부의 보장성 강화대책을 수행하고 있으나 오히려 보장률이 감소하여 정부의 보장성 강화대책에 대해 실효성이 제기되고 있다. 현재 보장성 대책은 미래의 수요에 선제적으로 대응하기보다는 현재의 보완적 의료서비스를 해결하는 방향으로 추진하다 보니 행위별 진료비제라는 지불제도 아래에서 풍선효과에 의한 비급여 확대로 인해 보장성 효과가 상쇄되고 있다.

보장성 강화정책이 실효성 있는 결과를 얻기 위해서는 우리 건강보험 제도의 원초적인 문제인 지불제도와 의료전달체계 등을 포함한 구조 조정이 함께 검토되어야 할 것이다.

또한, 건강보험의 관리영역 밖에 있는 비급여 항목에 대한 관리체계도 동시에 수립할 필요가 있다. 외국도 보장성을 확보하기 위해서는 지불제도 및 의료전달체계 개선, 약값 인하 등이 같이 고려되고 있다. 의료 형평성은 양극화 해소를 위해 외국은 대부분 본인부담상한제를 통해 보장성 정책을 운용하고 있다. 보장성 강화정책을 실효성 있게 지속해서 추진하기 위해서는 건강보험 재정과 연결되어 있어 지속 가능한 재정 안정화 확보와 새로운 재원 확보로 연결된다. 독일, 프랑스, 일본의 외국의 경우 공통적인 특징은 사회보험의 특성상 처음에는 정부의 개입을 최소화하고 보험자에게 자율성을 부여하였으나 점차 재정에 있어 정부의 역할을 강화하여 국고 지원이나 준조세 형태의 사회보장분담금, 사회보장목적세의 투입이 증가하여 보험료에 대한 수입 비중이 감소하고 있고, 사회보장목적세 대상을 확대(프랑스)하고 보험자에 대한 교부금 부과(일본), 추가보험료를 부과(대만)하는 등 재원을 확대해 나가고 있는 것으로 나타났다.

그러나, 우리나라의 경우 아직 정부에서 재정 안정화에 대한 정책이 미흡한 측면이 있다. 최근 건강보험 누적흑자 규모가 20조를 넘어서는 역사상 유례없는 재정 흑자를 보이나 국고지원금을 제외하면 아직 적자 상태이다. 지속 가능한 재정 안정화 체계를 구축해야 할 것이다. 우선 한시적으로 운영되고 있는 국고 지원 규정을 명확히 할 필요가 있으며, 지속해서 문제가 되는 직

장 가입자와 지역가입자 간의 보험료 부과체계를 개편하여 형평성을 높이고, 정확한 소득파악과 피부양자제도 개선을 통한 보험료 수입 확대도 시급하게 추진할 필요가 있다[29].

국민의 건강증진과 필요한 의료서비스에 선제적으로 대응하고 의료의 양극화를 해소하기 위해서는 2005년부터 추진했던 항목별·질환별 접근 방식이 아니라 저부담-저급여 체계, 지불제도, 의료전달체계 등 보장성을 상쇄하는 요소들을 함께 개선할 수 있도록 현행 건강보험체계를 전반적으로 개선하는 접근이 필요하며, 내실 있는 보장성 강화정책을 위해 반드시 전제되어야 할 재정 안정성 확보를 위한 일관된 정책 수립도 종합적으로 고려해야 한다.

정부의 단기 재정 여력은 낮지 않으나 중장기 재정의 지속가능성은 악화 예상되며 정부는 중장기 시계에서 다양한 재정 범위를 포함하는 재정전망을 시행하고 있으나 활용도가 낮고 체계적이지 못하다. 중기 재정 운용은 다년도지출 한도의 설정을 통해 적자 편향을 제어하고, 중기의 정책적 우선순위에 따른 전략적 재분배 등 재분배의 효율성을 제고 할 필요가 있다[3]. 해외 주요국의 경우 인구구조 변화 등 사회 환경변화에 따른 재정의 지속가능성 점검을 위해 장기 재정전망을 시행하고 있다. 또한, 장기 재정전망을 투명하게 공개하여 신뢰성을 확보하고 전망결과를 예산 및 정책 결정·집행에 활용하여 전망의 실효성을 확보해야 한다.

## 2. 제언

보장성의 실효성을 높이기 위해 현재의 항목별 및 질병별 접근 패러다임에서 재난적 의료비 발생을 예방하는 패러다임으로의 전환이 필요하고 의학적 비급여까지 포함한 포괄적 본인부담상한제의 적용을 고려해 볼 필요가 있다. 취약계층의 의료비용을 낮추는 데 바람직한 측면이 있으나 필요한 재원 마련을 위한 건강보험 재정확보와 더불어 재정 누수와 무분별한 의료 이용을 관리할 수 있는 지불제도와 의료전달체계와 같이 종합적인 검토와 더불어 재정 절감 대책이 필요하다. 외국의 사례에서도 볼 수 있듯이 보험료 수입 외의 재원을 확대해 나갈 필요가 있다. 보험료 인상에 대한 저항을

고려 외국의 경우 준조세 형태의 재원을 확대해 나가고 있어 우리나라도 현재 담배에 부여하고 있는 목적세(Sin Tax)의 범위를 확대해 나갈 필요가 있다. 프랑스의 경우 광범위하게 사회보장목적세를 부여하고 있고 재원에서 그 비중이 확대되고 있다. 하지만 간접세는 소득에 역진적이어서 저소득층에 불리한 점이 있으므로 우선으로는 보험료 부과체계의 불 형평성을 개선하고 충실한 소득과약, 피부양자 조건 강화 등을 통해 재원을 확대해 나가야 할 것이다. 건강보험 재정 건전성 확보를 위해서는 국민건강보험법에서 규정하고 있는 건강보험료율 8% 상한 규정에 대한 사회적 논의가 이루어져야 한다. 건강보험 재정의 지속가능성 제고를 위한 정부 지원 방식 및 적정지원금 규모에 대한 논의가 필요한 시점이다. 현행 국민건강보험법과 국민건강증진법에 따르면 정부는 매년 건강보험료 예상수입액의 14%를 국고에서, 6%를 건강증진기금에서 지원해야 한다. 그러나 실제로는 불명확한 규정(보험료 예상수입액, 상당하는 금액) 때문에 2007~2019년 국고 지원율은 15.3%에 그쳤고, 지난 13년간 국고 미지원액은 24조 7000억 원이 넘는다.

국회는 정부의 국고지원금 관련 조항을 명확한 문구로 개정하고 한시법으로 규정한 부칙을 삭제한 국민건강보험법과 국민건강증진법 법률 개정이 이루어져야 한다[30]. 보험료, 조세 외에도 외국의 경우는 개인이나 협회(Heart Foundation, Cancer Research 등) 기부금을 의료기술 향상을 위한 연구 개발 지원 및 저소득 취약계층의 의료비로 활용하고 있으므로 이에 대한 사회적 의견을 수렴해 볼 필요도 있다.

### 참 고 문 헌

- [1] M. I. Roemer, "National Health Systems Throughout the World," Annual Reviews, Vol.14, pp.335-353, 1993.
- [2] 정형선, *OECD 국가의 의료제도*, 보건복지부, 2004.
- [3] 홍수완, 양지숙, *장기 재정전망 현황 및 이슈 분석*, 감사연구원, 2019.
- [4] WHO, 2008, *World Report : Primary Health Care*, World Health Organization, WHO, 13
- [5] 권순만, 건강보험 보장성 강화방안, 2007년 추계학술대회, 한국행정학회, 2007.
- [6] 남경엽, 차재빈, 서상윤, "건강보험 보장성 강화가 병원 진료수익에 미치는 영향," 대한경영학회지, 제27권, 제6호, pp.817-834, 2014.
- [7] 보건복지부, *2014-2018 건강보험 증기보장성 강화계획*, 2015.
- [8] 보건복지부, *제1차 국민건강보험종합계획*, 2019.
- [9] 김상우, *건강보험 보장성 강화정책 평가*, 국회예산정책처, 2016.
- [10] 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, *한국의 건강 불평등*, 서울대학교출판문화원, 2015.
- [11] 강희정, "건강보험 제도의 현황과 정책과제," 보건복지포럼, 제231권, pp.15-30, 2016.
- [12] OECD, 2018, Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 26 October 2018)
- [13] 기획재정부, *2060년 장기재정전망*, 2015.
- [14] 이정면, 이수연, 조정완, 홍성민, *주요국 건강보험의 재정수입구조 변화에 관한 연구*, 국민건강보험 건강보험정책연구원, 2015.
- [15] 원윤희, "건강보험 신규재원 다양화 방안," 건강보험정책, 제12권, 제1호, pp.43-60, 2012.
- [16] 보건복지부, *2018 국민건강통계*, 2019.
- [17] 최정규, 정형선, 신정우, 여지영, "보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향," 보건행정학회지, 제21권, 제2호, pp.159-178, 2011.
- [18] 김도영, "소득수준별 보건의료서비스 이용 형평성 변화 분석," 사회과학연구, 제23권, 제3호, pp.105-125, 2012.
- [19] S. J. Kim and S. M. Kwon, "Has the National Health Insurance improved the inequality in the use of tertiary-care hospitals in Korea?," Health Policy, 제118권, 제3호, pp.377-385, 2014.
- [20] 국민건강보험공단, *2017 건강보험환자 진료비 실태조사*, 2018.
- [21] 임금자, *독일 건강보험 제도 개혁 주요 내용*, 의료정책연구소, 2013.
- [22] 류소영, *독일 건강보험 정부지원금 및 법정준비금*, 건강보험 해외통신원 동향보고, 2014.
- [23] 국민건강보험공단, *주요국 건강보험의 재정수입구조*

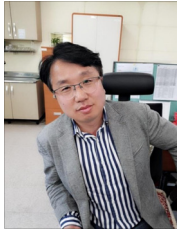
변화에 대한 연구, 2015.

- [24] 나병균, “1980년대 이후 프랑스 사회 보장의 개혁,” 사회보장연구, 제30권, 제3호, pp.59-89, 2014.
- [25] 고경환, 윤영진, 강병구, 김은경, 김태은, *복지정책의 지속가능성을 위한 재정정책: 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로*, 한국보건사회연구원, 2012.
- [26] 김도훈, 권진희, 유애정, 문용필, *주요국의 건강보험 제도 현황과 개혁 동향 : 제5권 일본*, 국민건강보험공단, 2014.
- [27] 정현진, 이정면, “대만의 건강보험제도 개혁 동향 및 시사점,” 건강보험정책, 제13권, 제1호, pp.210-224, 2014.
- [28] Michael S. Chen, *First Setback of NHIA*, 국민건강보험공단 통신원 격주 보고서, 2013.
- [29] 신영석, 이준영, 윤장호, *건강보험 보험료 부담의 공정성 제고 방안*, 한국보건사회연구원, 2011.
- [30] [http://www.ppomppu.co.kr/zboard/view.php?id=news\\_society&no=66978](http://www.ppomppu.co.kr/zboard/view.php?id=news_society&no=66978), 2020.11.10.

#### 저 자 소 개

정 용 주(Yong-Ju Jung)

정회원



- 2006년 2월 : 건양대학교 병원관리학과(병원경영학 석사)
- 2015년 2월 : 건양대학교 경영학과(경영학박사)
- 2005년 7월 ~ 현재 : 보건복지부 국립공주병원 주무관
- 2017년 3월 ~ 현재 : 국립공주대학교 보건행정학과 겸임교수

교 보건행정학과 겸임교수

〈관심분야〉 : 의료경영, 재무관리