



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

행정학 석사 학위논문

한국 국민건강보험제도의 문제점과
개선방안에 관한 연구

2017 년 8 월

신라대학교 일반대학원

행정학과 보건행정전공

응원화이튀장

행정학 석사 학위논문

한국 국민건강보험제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구

지도교수 이 희 태

이 논문을 행정학 석사 학위논문으로 제출함

2017 년 6 월

신라대학교 일반대학원

행정학과 보건행정전공

응원화이튀장

응원화이튀장의 행정학 석사 학위논문을 인준함

2017년 6월

위 원 장 김 대 원



위 원 서 미 란



위 원 이 희 태



신라대학교 일반대학원

한국 국민건강보험제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구

응원화이튀장

신라대학교 대학원
행정학과 보건행정전공

본 연구는 한국건강보험제도의 현황과 문제점을 분석하고 이를 기초로 한국보험제도의 바람직한 발전 방안을 모색하는데 목적을 두었다. 이를 위해 본 연구에서는 건강보험에 관한 일반이론과 한국건강보험제도의 발전과정, 한국건강보험제도의 주요내용, 한국건강보험제도의 주요 문제점을 분석하였다.

본 연구결과에 따르면 한국건강보험제도는 보험료부가체계상 직장가입자와 지역가입자간 보험료 부담의 형평성이 결여되어 있고, 국민기초생활보장에서 제외되는 비수급 빈곤층 즉 차상위계층의 의료보장이 상대적으로 미흡하며, 최근 의료비의 지속적 증가와 고령화 현상의 심화 등으로 인해 보험료 수입보다 지출이 지속적으로 늘어나는 현상으로 인해 보험재정의 안정성이 결여되어 있는 것으로 나타났다. 또한 한국건강보험제도는 보험료 부담에 있어 소득 재분배효과가 미흡하고, 보험급여구조상 비급여가 많아 포괄적 서비스 제공에 있어 상당한 한계를 가지고 있는 것으로 나타났다.

그리고 위와 같은 문제점을 개선하기 위한 방안으로 다음과 같은 것을 제시하였다. 첫째, 현재 직장소득자와 지역소득자간에 보험료부과체계상 발생하는 형평성문제를 해결하기 위해서는 직장가입자와 지역가입자를 통합한 단일부과체계를 구축하

여야 한다.

둘째, 의료보장의 혜택을 전 국민이 충실히 보장받기 위해서는 보험료부담에 따른 의료서비스 혜택의 차별화를 해소하는 것이 무엇보다 중요하다. 이를 위해 보험료부담의 문제를 안고 있는 계층 특히, 차상위 계층에 대한 보험료부담을 줄일 수 있는 다양한 지원체계의 확립이 무엇보다 필요하다.

셋째, 한국국민건강보험제도가 국민의 건강유지와 증진이라는 본래적 기능을 안정적이고 충실히 수행하기 위해서는 무엇보다 재정적 안정화가 확립되어야 한다. 이를 위해 보험료수가의 현실적 반영, 안정적인 기금운영, 장기고액채납자에 대한 효과적이고 체계적인 관리 등이 필요하다.

넷째, 한국건강보험제도의 가장 큰 문제점으로 지적되고 있는 소득재분배 효과를 증진할수 있도록 고소득자에 대한 보험료 부담률을 높이고 상대적으로 저소득층 및 소득취약계층에 대한 보험료 부담을 줄일 수 있는 제도적장치가 필요하다. 끝으로 비보험급여를 가능한 최대한 급여화하고 상급병실제도를 현실에 맞게 개선할 필요가 있다.

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구의 방법 및 범위	2
제2장 이론적 고찰	3
제1절 건강보험제도의 의의와 기능	3
1. 건강보험제도의 의의와 특성	3
2. 건강보험 제도의 목적과 기능	9
제2절 건강보험제도의 유형	13
1. 사회보험 방식	14
2. 국민보건서비스방식	15
제3장 한국 건강보험제도의 발전과정과 주요내용	18
제1절 한국 건강보험제도의 발전과정	18
제2절 한국 건강보험제도의 주요내용	20
1. 건강보험의 관리운영 체계	20

2. 적용대상	21
3. 보험급여	23
4. 보험료	29
 제4장 한국 건강보험제도의 문제점과 개선방안	32
 제1절 한국 건강보험제도의 문제점	32
1. 보험료 부과체계의 형평성 결여	32
2. 의료보장의 사각지대 실태 발생	33
3. 재정안정화 미확립	35
4. 소득재분배 효과 미흡	36
5. 보험급여 구조상의 문제	38
 제2절 한국 건강보험제도의 개선방안	41
1. 보험료 부과체계의 형평성 제고	41
2. 의료보장의 사각지대 해소	42
3. 재정 안정화 확립	44
4. 소득재분배 효과 제고	45
5. 보험급여 구조개선	46
 제5장 결 론	48
 참고문헌	50
 Abstract	54

<표 목차>

<표 1> 사회보험과 민간보험의 비교	8
<표 2> 사회보험방식과 국민보건서비스방식 비교	16
<표 3> 건강보험제도의 연혁	19
<표 4> 건강보험 대상자 적용 현황	23
<표 5> 급여의 종류	24
<표 6> 연도별 건강보험 적용인구 현황	25
<표 7> 연도별 요양급여비용 현황	26
<표 8> 2010~2016 년 세대당 보험료 5 분위별 보험료 대비 급여비 현황	37
<표 9> 2016 년 질환별 세대당 월보험료 대비 급여비	40

<그림 목차>

<그림 1> 국민건강보험 관리운영 체계	21
-----------------------------	----

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

오늘날 경제발전에 따라 소득수준이 향상되고 지속적인 의료 발달로 인간의 평균수명이 연장되면서 국민의 건강유지 및 증진에 대한 관심이 증가함에 따라 사회보험인 국민건강보험제도에 대한 관심 또한 증대되고 있다. 건강보험제도는 개인에 대한 의료를 개인이 아닌 국가가 사회보장의 차원에서 해결하려는 노력의 일환으로 나타난 제도이다. 또한 생활기반을 같이하는 사회집단의 구성원 간 또는 노동자나 사용자의 각출에 의한 기금을 토대로 가입자와 그 가족이 질병의 치료나 예방, 건강증진에 드는 경비를 지출해줌으로써 경제적 어려움을 덜어주는 제도 이다(최아름, 2006: 1).

건강보험은 질병, 부상, 분만, 사망 등의 사고에 대한 의료서비스를 제공하는 한편 사회적 연대에 입각하여 공동으로 비용을 부담하여 모든 사람에게 의료서비스를 보장하여 건강하고 문화적인 생활을 영위하도록 하는 것을 목적으로 한다(안홍순, 2012: 367). 건강보험 비용부담은 형편에 따라 공평하게 부담하는 것으로 주로 소득이나 능력에 비례하여 부담하게 되며, 집단구성원 상호간의 사회적 연대성에 의하여 그 기능이 발휘된다. 또한 보험급여 측면에서는 가입자 모두에게 필요한 기본적 의료를 적정한 수준까지 보장함으로써 그들의 의료문제를 해결하고 누구에게나 균등하게 적정수준의 급여를 제공하기 위한 의료보장제도 이다(임근남, 2008: 2-3).

한국에서는 1977 년부터 건강보험제도를 실시해 오고 있으며, 한국의 국민건강보험제도는 관리체계 측면에서 세계 최고 수준이라고 할 정도로 선진화되어 있다. 그러나 한국 국민건강보험제도는 부과체계, 안정적인 기금관리, 부담과 편익의 형평성 등의 측면에서 해결해야 할 과제를 안고 있는 것도 사실이다. 특히,

한국은 세계에서 그 유례를 찾아볼 도수 없을 정도로 급속한 고령화를 경험하고 있고, 고령사회가 지속될수록 의료비 지출에 대한 부담은 증가할 것으로 예측된다는 점에서 국민건강보험제도의 효과적 운영의 문제는 매우 중요한 과제로 부각하고 있다.

이러한 맥락에서 본 연구는 한국 국민건강보험제도의 현황과 문제점을 고찰하고, 이를 기초로 한국 국민건강보험제도의 바람직한 개선 방안을 모색하는 데 목적을 두고 있다,

제 2 절 연구의 방법 및 범위

본 연구는 한국 국민건강보험제도의 주요 내용과 현황, 문제점을 살펴보고 이를 기초로 한국건강보험제도의 개선방안을 모색하는데 목적을 두고 있다. 이러한 연구 목적을 충실히 달성하기 위해서는 다양한 연구방법 중 문헌적 연구방법이 적절할 것으로 판단된다. Lang 과 Heiss 에 따르면 문헌연구방법은 연구문제를 구체적으로 한정시킬 수 있고, 연구문제의 해결을 위한 새로운 접근방법을 알 수 있으며, 조사설계에 있어서의 잘못을 피할 수 있고, 연구수행에 관한 새로운 아이디어를 찾을 수 있으며, 새로운 자료원에 접할 수 있는 장점(남궁근, 2001: 144)을 가지고 있다. 이러한 장점이 본 연구의 목적인 건강보험제도의 현황, 문제점을 도출하고 개선방안을 모색하는데 가장 적합한 연구방법이다.

따라서 본 연구에서는 건강보험에 관한 국내외의 다양한 선행연구 및 한국건강보험제도 역사에 관한 자료, 국민건강보험법을 비롯한 국민건강보험에 관한 주요 법률 자료, 각종 통계자료 등을 활용하고자 한다. 이러한 자료들을 바탕으로 건강보험의 의의와 특성, 건강보험제도의 목적과 기능, 건강보험제도의 유형, 한국건강보험제도의 도입배경과 발전과정, 한국건강보험제도의 주요 내용, 등을 고찰하고자 한다. 더불어 한국건강보험제도의 문제점과 개선방안을 제시하는 방향으로 연구하고자 한다.

제 2 장 이론적 고찰

제 1 절 건강보험제도의 의의와 기능

1. 건강보험제도의 의의와 특성

1) 건강보험제도의 의의

세계보건기구는 “건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 것만을 지칭하는 것이 아니라, 신체적·정신적·사회적으로 완전히 행복한 상태에 놓여 있는 것을 말한다”고 정의하고 있다. 즉, 소극적 의미의 건강은 육체적으로나 정신적으로 질병이나 이상이 없이 개인적으로 정상적인 생활을 영위할 수 있는 신체 상태를 의미하며, 적극적 의미에서는 개인의 사회에 대한 의존 경향이 커짐에 따라 개인이 사회생활을 정상적으로 영위할 수 있는 상태를 포함한다(최아름, 2006: 4).

적극적 차원에서의 사회에 대한 의존이라 함은 정부가 개인의 건강에 대해 관심을 가지고 건강이 유지될 수 있도록 제도적 차원에서의 지원이 필요함을 의미한다. 가장 대표적인 사례가 건강보험제도이다.

일반적으로 건강보험이란 질병, 부상, 분만, 사망 등에 대하여 보험방식에 의거 가입자들이 평소에 보험료를 내어 기금화 하였다가 보험사고가 발생할 경우 보험급여를 해주는 제도이다. 즉, 건강보험은 질병, 부상이라는 불확실한 위험의 발생과 분만, 사망 등으로 인하여 개별가계가 일시에 과다한 의료비를 지출함에 따라 겪게 되는 어려움을 덜어 주기 위해 보험가입자에게 보험료를 각출하여 보험급여를 함으로써 국민의 경제적 부담을 덜어 주고 건강을 유지·향상시켜주는

제도이다(김병환 외, 2011: 64).

건강보험제도는 일상생활에서 발생하는 우연한 질병이나 부상으로 인하여 일시에 고액의 진료비가 소요되어 가계가 파탄되는 것을 방지하기 위하여, 보험원리에 의거 국민들이 평소에 보험료를 낸 것을 보험자인 국민건강보험공단이 관리 운영하다가 국민들이 의료를 이용할 경우 보험급여를 제공함으로써 국민 상호간에 위험을 분담하고 의료서비스를 제공하는 사회보장제도이다(조미란, 2009: 14). 또한 국가의 개입으로 국민의 기본적인 의료문제를 해결함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진을 꾀하고 국민의 건강과 가계를 보호하며, 더 나아가 사회공동의 연대책임을 통하여 소득재분배와 사회적 연대를 강화하여 사회통합을 이루고자 하는 제도이다(이찬미, 2007: 9).

이러한 건강보험제도를 의료중심으로 보는 사람들은 보건의료라는 측면을 강조하고, 보험이라는 측면을 강조하는 사람들은 이 제도가 사보험과 같다고 본다. 또한 보험재정에 중점을 두는 사람들은 이 제도가 갖는 경제라는 측면을 강조하기도 한다(고현신, 2001: 13).

한국의 경우 1999년 국민건강법이 제정되기 이전에는 의료보험이라는 용어를 사용하였는데 이때의 ‘의료’라는 개념에는 질병을 치료하는 것은 물론 상병·부상을 예방하고 건강을 증진하는 적극적인 개념으로 파악하는 것이라 볼 수 있다. 그러다 국민의 건강증진과 유지라는 측면이 강조되면서 1999년부터 국민건강보험법(1999.2.8 제정)을 제정하여 건강보험이란 용어를 사용하고 있다(문상식·김명중, 2015: 74).

2) 건강보험제도의 특성

건강보험제도는 국가 및 사회적 차원에서 개인에 대한 의료를 해결하고자 제도화한 것으로, 생활기반을 같이하는 사회집단의 구성원 간 또는 노동자나 사용자의 각출에 의한 기금을 토대로 가입자와 그 가족이 질병의 치료나 예방,

건강증진에 드는 경비를 지출해 줌으로써 경제적 어려움을 덜어주려는 사회적 제도이다(최아름, 2006: 5). 이러한 점에서 건강보험제도는 다른 보험과는 상이한 특성을 지니고 있으며, 그 주요특성을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 강제적용

법률에 의한 강제가입으로 일정한 법적 요건이 충족되면 본인의 의사에 관계없이 강제적용 된다. 만약 건강보험 가입여부를 자율에 맡길 경우 건강보험이 필요한 사람들만 건강보험에 가입을 하고 상대적으로 필요성이 약한 사람들은 건강보험에 가입하지 않는 현상이 발생하게 되기 때문에 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 국민건강보험제도의 목적 실현이 어렵게 된다.

즉, 질병위험이 큰 사람만 역으로 보험에 가입할 경우 보험재정이 파탄되어 건강보험 운영이 불가능하며 이는 역선택에 의하여 보험재정의 파탄을 막아 국민건강보험제도의 원활한 운영을 도모하고 상호위험분산을 통하여 균등한 의료서비스를 제공하고자 하는 정책목표를 달성하기 위함이다(박상철, 2006:10).

즉, 직장가입자의 경우 원천징수를 통해 적용 하고 있고, 지역가입자의 경우 의료보험 가입을 의무화하도록 하여 전 국민이 의료보험의 혜택을 받을 수 있도록 하고 있다.

(2) 형평부과

의료보험의 형평부과는 의료보험료의 부담에 있어 의료보험가입자 모두에 대해 형평하게 즉, 부담능력에 따른 보험료의 차등부과를 의미한다. 사보험은 급여의 내용, 위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하지만 사회보험 방식인 건강 보험에서는 사회적인 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하려는 것이 목적이므로 소득수준 등 보험료 부담능력에 따라 차등적으로

부담한다(김현주, 2003: 11).

즉, 사보험은 계약내용 혹은 보장내용에 따라 부과금액이 달리하여 부담하지만 의료보험은 의료보험 가입자의 부담능력, 직장가입자의 경우 월급여, 지역가입자의 경우 소득, 재산 등에 근거하여 부담능력에 따라 달리 부과되고 있다.

(3) 보험급여의 균등한 수혜

사보험은 보험료 부과수준, 계약기간 및 내용에 따라 차등급여를 받지만 사회보험은 보험료 부과수준에 관계없이 관계법령에 의하여 균등하게 보험급여가 이루어진다(김현주, 2003: 11). 의료보험의 급여의 경우 법에 정해진 대로 누구나 같은 혜택을 받도록 되어 있다. 이는 부담능력에 따라 의료보험비를 차이 나게 부담하나, 그 혜택에 있어서는 차이를 두지 않아 사회보험의 성격을 가지고 있다.

(4) 보험료 납부의 강제성

보험료 납부의 의무성을 가진다. 가입이 강제적이라는 점에서 국민건강보험제도의 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게는 보험료 납부의 의무가 주어지며, 피보험자에게는 보험료징수의 강제성이 주어진다(박상철, 2006: 11).

이는 소득이 있는 성인 국민은 모두 의료보험에 의무적으로 가입하도록 하고 있기 때문에 보험료 납부에 있어 강제성이 없으면, 재정적 문제로 인해 의료보험제도를 지속적으로 운영해 나갈 수 없기 때문이다.

만일 보험료 납부의 강제성이 없다면 보험료 납부를 거부하는 사람들이 늘어나게 되고 이는 의료보험 운영을 위한 기금의 고갈 문제 등으로 의료보험제도 원래의 목적을 달성 할 수 없게 될 수 있다.

(5) 수익자 부담 원칙

사회보험은 보험재정의 조달의 조달을 위해 반드시 보험대상자의 일정한 기여를 전제로 한다. 건강보험도 사회보험이므로 가입자인 피보험자가 보험료를 부담하여야 한다는 것이다.

즉, 의료보험의 혜택을 보기 위해서는 최소한의 비용이 지불되어야 하고, 이 비용의 지불자는 의료보험의 혜택을 보는 피보험자여야 한다는 것을 의미하는 것이다. 현재 직장건강보험조합, 공무원 및 사립학교교직원 피보험자 등의 경우에 사용자 또는 국가가 일정부분 부담하는 것은 사용자와 근로자가 공히 직·간접적인 이해관계가 있는데서 기인된 것이며 사용자의 일방적인 보조로 보아서는 안 된다(문상식·김명중, 2015: 74).

(6) 기여금적 성격

건강보험 보험료는 납부한 보험료의 크기에 따라 반대급부인 보험급여를 청구할 수 없기 때문에 사회기여금적 성격을 띄게 된다. 자신이 건강하여 보험혜택을 받지 않았다면 이는 다른 아픈 사람을 위하여 쓰여 지게 된다. 따라서 건강보험의 보험료는 기여금적 성격이 적용되어야 한다.

첫째, 보험료는 부담자의 경제적 부담능력에 따라 부과하는 것이 원칙이다. 이를 보험료 부과와 공평성의 원칙이라 한다. 국제노동기구의 사회보험과 관련된 기준에서 피보험자가 납부하는 보험료를 과중한 부담없이 납부할 수 있어야 하며 사용자는 근로자의 보험료 일부 또는 전부를 부담하여야 하고, 생계비 이하의 저소득자에게는 보험료를 부과해서는 안 되도록 되어 있다.

둘째, 보험료는 재정수지가 균형을 이루도록 부과되어야 한다. 다시 말하면 수입과 지출이 같아져야 한다는 보험수지상등의 원칙에 따라 부과되어야 한다. 보

험료는 보험급여비용을 비롯한 제 비용을 충당할 수 있어야 하며 급여비용의 증가나 수입의 감소에 대비한 준비금이 적립되어야 한다(강신목, 2016: 127).

이는 소득이 많은 사람이 많은 부담을 하고, 소득이 적은 사람보다 상대적으로 적은 혜택을 보게 되지만, 민주주의 사회에서의 소득재분배의 차원에서 이해되어야 하는 부분이다.

(7) 발생주의 원칙

의료보험에 있어서 보험급여의 수급권은 고용계약이나 지역적인 선정으로 형성되는 전속권이며 그 확인행위 이전에도 이미 보험급여수급의 자격이 있는 것으로 간주된다. 현실적인 권리행사는 의료보험 실시이후 확인에 의해 가능하지만 근본적으로 확인행위 이전에 자격이 취득되었다고 보아야 한다. 따라서 의료보험 대상자 자격의 취득과 상실은 발생주의에 입각하고 있는 것이다(강창렬 외, 2006: 478).

이상의 사회보험의 기본 원칙들은 <표 1> 과 같이 민간보험과의 차이점을 간략하게 비교해 보면 그 내용이 분명해진다.

<표 1> 사회보험과 민간보험의 비교

구분	사회보험	민간보험
제도의 목적	최저생계보장 또는 기본적인 의료보장	개인적 필요에 따른 보장
보험가입	강제 가입	임의 가입
부양성	국가 또는 사회부양성	없음
보험보호대상	질병, 분만, 산재, 노령, 실업	발생 위험률을 알 수 있는 모든 위험
수급권	법적 수급권	계약적 수급권
독점/경쟁	정부 및 공공기관 독점	자유경쟁
공동부담여부	공동부담의 원칙	본인부담주의

재원부담	능력비례부담	능력무관(동액부담)
보험료 부담방식	주로 정률제	주로 정액제
보험료 수준	위험을 상당 이하 율	위험을 비례율(경험율)
보험자의 위험선택	할 수 없음	할 수 있음
급여수준	균등 급여	차등 급여(기여비례 보상)
인플레이션 대책	가능	취약
보험사고 대상	주로 인보험	주로 물보험
성격	집단보험	개별보험

출처: 문옥륜 외(1990) 한국의료보험론 ; 이부용, 2007: 7-8 재인용

사회보험인 의료보험과 민간보험과의 차이를 보면, 목적, 가입의 강제성, 재원 부담, 보험료 수준 등에서 많은 차이점을 보이고 있다. 이러한 내용을 정리하면, 사회보험인 의료보험의 경우 사회적 약자들 배려하고, 모든 국민들이 혜택을 받을 수 있는 반면 민간보험의 경우 개인의 필요에 따라 가입하고 혜택을 보는 개인적인 성격이 강하다. 그리고 재원의 부담에 있어서도 의료보험의 경우 공동 부담하지만 민간보험의 경우 개인이 부담한다. 그리고 가장 큰 차이는 사회보험인 의료보험의 경우는 정부 및 공공기관이 독점할 수 있으나 민간보험의 경우 시장의 원리에 따라 자유경쟁이 이루어지는 차이점 등이 있다.

2. 건강보험제도의 목적과 기능

1) 건강보험제도의 목적

건강보험은 소득보장과 더불어 사회전체가 모든 국민에게 마련해 주는 포괄적 사회보장제도 중 하나로 소득보장과 함께 사회보장제도의 2대 지주라 할 수 있다. 이러한 건강보험은 국민의 질병, 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과

출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다고 규정하고 있다(이부용, 2007: 5).

건강보험제도의 목적을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 국가가 개입하여 국민의 기본적인 의료문제를 해결하고 개별가계가 일시에 겪게 되는 의료비의 과중부담을 방지하기 위하여 국가가 개입하여 국민건강과 생활의 안정을 도모한다.

둘째, 사회보험이라는 기술원리를 통하여 개인의 위험을 보험가입자 전원에게 분산하여 능력에 따라 보험료를 부담하고 개별부담에 관계없이 필요에 따라 균등한 급여를 받게 함으로써 질병 발생 시 가계에 지워지는 경제적 부담을 경감시켜 주는 소득재분배 기능을 수행한다.

셋째, 국민의 의료비용을 사회연대성의 원리에 따라 공동체적으로 해결하기 위해 형편이 나은 사람이 어려운 사람을, 건강한 사람이 병든 사람을 도와 의료문제를 공동으로 해결하는 나눔의 정신과 사회공동의 연대책임으로 위험분산과 소득재분배를 통하여 모든 사람이 골고루 잘 살 수 있는 사회를 만드는 사회통합을 이루기 위한 것으로 나타낼 수 있다(박상철, 2006: 6).

2) 건강보험의 필요성

(1) 과중한 의료비 부담의 경감

현대 사회는 의료기술의 발달 등으로 인해 인간의 기대수명이 늘어나고 있고, 잘 알지 못했던 많은 질병들도 발견하게 되었다. 질병치료를 위해 고가의 많은 장비들이 필요하고 자본주의 시장경제하에 두면, 개개인의 건강에도 빈익빈 부익부의 현상이 일어날 수 있다. 이는 국가차원에서 해결해야할 문제로 인식되고 있다. 즉, 국가적 차원에서 개개인의 건강을 유지하는데 정부가 개입해 이 문제

를 해결하기를 바라고 있다. 이를 위해 사회보험의 성격으로 건강보험제도가 도입되었다.

건강보험은 질병이나 상해 등으로 일시에 많은 의료비 부담으로 발생할 수 있는 경제적 위험을 사회적으로 부담하려는데 목적을 두고 있다. 의료기술이 발달하고 인구의 고령화와 그에 따른 만성질환의 지속적 증가는 궁극적으로 엄청난 의료비 상승을 가져오게 된다. 건강보험은 위험분산 기능을 통하여 질병 등으로 인한 일시에 과중한 경제적 부담을 줄여 줄 수 있다.

(2) 국민 간 균등한 의료혜택

건강보험제도는 국민들 간 균등한 의료혜택을 줄 수 있도록 하는 사회서비스 중 하나이다. 즉, 국민 개개인은 지역, 직업, 연령 등에 따른 경제적인 차이로 의료서비스를 제대로 받지 못하는 계층이 생겨난다. 이러한 계층 간 의료수혜의 불평등이 존재하면 사회적 불만의 원인이 될 수 있고, 이러한 불만은 사회전체의 악영향을 미칠 수 있다. 따라서 국가는 사회구성원 모두에게 골고루 의료서비스의 혜택을 누릴 수 있도록 하고, 의료이용의 접근성을 높이기 위해서는 건강보험의 실시가 필요하다(김병환 외, 2011: 65).

(3) 국민의 건강권 실현

개개인이 아프지 아니하고 건강을 유지하기 필요하다면 치료를 받을 수 있는 것은 개인의 기본적인 권리 중 하나이다. 현대사회는 보건의료를 제 4의 생필품으로 인정하고 있으며, 보건의료서비스는 국민이 마땅히 누려야 할 기본적 생존권의 하나로 인식되고 있다. 따라서 국민의 건강권을 실현하기 위해서는 건강보험 실시의 필요성이 더욱 커지고(김병환 외, 2011: 65)이에 국가적 차원에서 해결해야 될 문제이다. 따라서 국민의 건강권을 보호하고 실현하기 위한 기본적

제도로써 건강보험제도가 필요하다.

3) 건강보험제도의 기능

(1) 건강보험제도의 사회연대성

건강보험은 국민의 의료비문제를 해결해 줌으로써 국민의 건강과 가계를 보호하는 제도로써, 전 국민을 당연적용 대상으로 하는 사회보험 방식을 채택하고 있고, 국가 또는 개인의 책임이 아닌 사회공동의 연대책임을 활용하여 소득재분배기능과 위험분산의 효과를 거두고자 하며, 이를 통하여 사회적 연대를 강화하여 사회통합을 이루는 것이다(남경엽, 2011: 7). 즉, 건강보험제도를 통해 구성원들의 기본적 의료보장, 구성원들 간의 위화감 감소 등의 효과를 가져올 수 있다. 이는 곧 사회 구성원들의 연대를 통한 공동책임으로 인실 할 수 있도록 하는 제도이다.

(2) 소득재분배 기능의 수행

질병은 개인의 소득을 저하시키는 요인으로 작용하고 열악한 경제적 상황은 안정적인 생활을 저해하여 궁극적으로는 건강한 생활을 하는데 부정적인 영향을 미치게 된다. 따라서 건강보험은 각 개인의 경제적 능력에 따른 일정한 부담으로 재원을 조성하고 개별부담과 관계없이 필요에 따라 균등한 급여를 받음으로써 질병 발생 시 가계의 경제적 부담을 경감시켜주는 소득재분배 기능을 수행하고 있다.

(3) 형평한 비용부담과 적절한 보험급여

건강보험의 비용 부담은 각자의 소득과 능력에 비례하여 공평하게 부담하게 되며, 집단구성원 상호간의 사회적 연대성에 의하여 그 기능이 발휘되고, 보험급여 측면에서 피보험대상자 모두에게 필요한 기본적 의료를 적절한 수준까지 보장함으로써 그들의 의료문제를 해결하고 누구에게나 균등하게 적정수준의 급여를 제공한다(남경엽, 2011: 7).

(4) 위험분산 기능의 수행

사회보험이라는 기술원리를 통하여 개인의 위험을 보험가입자 전원에게 분산하여 전 국민을 당연 대상자로 함으로써, 많은 인원을 집단화하여 위험을 분산하며, 개개인의 부담을 경감하는 기능과 미리 적은 돈을 각출하여 뚝으로써 위험을 시간적으로 분산하는 기능도 겸하여 수행하고 있다(김현주, 2003: 11).

제 2 절 건강보험제도의 유형

주요국의 의료보장제도는 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 즉 독일, 프랑스, 일본 등과 같은 사회보험방식과 영국, 스웨덴, 이탈리아와 같은 국가보건서비스방식이다. 의료보장제도의 유형은 그 나라의 보건의료체계의 성격을 결정짓는 가장 중요한 요소이다. 이는 의료보장의 유형에 따라 국가, 국민, 의료공급자간의 역학관계가 달라지며 국가개입정도, 시장기능의 정도 등이 달라지기 때문이다. 일반적으로 의료보장제도는 사회보험방식과 국민보건서비스방식으로 분류할 수 있다(문상식·김명중, 2015: 35).

1. 사회보험방식

산업이 발달하면서 상호부조의 제도적 정착으로 보험의 대중적 토대가 마련되었으며 오늘날 대부분의 국가에서는 정치적·사회적 배경 등으로 국가차원의 보장보험이 있다(이찬미, 2007:13). 보험을 통해 의료를 보장하고, 사회적으로 어떤 동질성을 갖는 국민이 보험집단을 형성하여 보험료를 각출함으로써 질병으로 인한 경제적 손실을 방지하고자 한 것이다. 노동자를 중심으로 보험집단이 형성되었으나 점차 그 적용이 국민 전체로 확대되어 오늘에 이르고 있다(이찬미, 2007:13).

사회보험방식은 국가의 의료보장에 대한 책임을 기본으로 하고 있지만, 의료비에 대한 국민의 자기 책임의식을 일정부분 인정하는 체계로, 정부기관이 아닌 보험자가 보험료로써 재원을 마련하여 의료를 보장하는 방식으로 독일의 비스마르크가 창시하여 비스마르크 방식이라고도 한다(조미란, 2009: 6).

이는 보험 원리에 의해 1차적으로 국민의 보험료에 의해 재원을 조달하고 국가는 2차적 지원과 후견과 지도기능을 수행함에 따라 국민의 1차적 부담의무가 전제된 비용 의식적 제도이며 국민의 정부 의존심을 최소화할 수 있으며, 관리체계는 민간 자율기구 중심의 자치적 운영을 근간으로 의료의 사유화를 전제로 의료공급자가 국민과 보험자간에서 보험급여를 대행하는 방식이다(문광기, 2006: 6). 따라서 강제적으로 보험에 가입하게 하고 의료행위는 개별의료기관에 의해 공급되어 그 비용이 공적 의료보험을 통해서 이루어진다(이찬미, 2007: 13-14).

사회보험방식은 독일, 일본, 프랑스, 한국 등이 그 대표적인 국가이다. 한국은 선진국에 비해 약 100년 내지 50년 뒤진 1977년부터 의료보험제도를 시작하면서 독일과 일본에서 발달한 사회보험방식에서의 강제보험을 모방하여 의료보험 제도를 도입하였다.

강제적 사회방식은 다시 조합방식과 통합방식으로 나뉘는데 조합방식이란

사회보험이 관리하는 각종 위험을 보장기능별로 혹은 직능별로 분리하여 관리하는 형태이고, 통합방식이란 사회보험관리 운영을 하나의 관리운영 체계 하에서 노령, 질병, 재해, 실업 등 각종 사회적 위험을 일관적으로 관리하는 방식이 있다(사공진·김용하, 2000:15; 이대홍 2006: 12 재인용). 미국은 전국민을 대상으로는 건강보험을 실행하지 않으나 65세 이상의 고령자를 대상으로 하는 Medicare 와 65세미만의 저소득층과 장애인을 위한 Medicaid 제도가 있다(문재우 외, 2011: 367).

2. 국민보건서비스 방식

국민보건서비스방식은 ‘국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다.’는 관점에서 정부가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민을 대상으로 질병예방에서부터 재활에 이르는 포괄적인 보건 서비스를 국가가 공급하는 제도를 말하며, 정부가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 무상으로 제공하는 국가의 직접적인 의료권장 방식으로 일명 베버리지 방식이라고 하며, 영국, 스웨덴, 이탈리아 등이 대표적인 국가이다(백현영, 2013: 6).

국민보건서비스방식을 채택하고 있는 나라에서는 소득수준에 관계없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장하며, 정부가 관리주체로서 의료공급이 공공화되어 의료비 증가에 대한 통제가 강하게 나타난다. 또한 조세제도를 통한 재원조달은 비교적 소득재분배효과가 강하다는 장점이 있는 반면, 의료의 사회화가 상대적으로 의료의 질을 저하시키며 조세에 의한 의료비 지원조달에 많은 어려움이 있어 정부의 과다한 복지비용 부담이 문제가 되고 있다(이찬미, 2007:14).

영국은 베버리지 보고에 근거하여 1948년 제정된 국민보건서비스법에 의해 대부분의 병원을 국유화하였고 의료의 사회화를 이룩하였다. 스웨덴에서는 2차

세계대전 후 의료공영제를 실시하여 공비를 중심으로 한 재원을 마련하였으며, 이를 통해 전 국민에게 국민건강보험제도를 실시하며, 주요 재원이 중앙정부의 일반재정이지만 지방정부재정, 사회보험료 그리고 기타 재원에서도 일부 충당이 된다. 예로 영국의 국민보건서비스방식 경우 1980년대 재원조달을 보면 중앙정부재정이 81%, 사회보험료 16%, 환자의 본인 일부 부담이 3%로 구성되어 있다(문상식·김명중, 2015: 33).

이상에서 살펴본 바와 같이 사회보험방식과 국민보건서비스방식은 <표 2>와 같은 측면에서 상호 비교된다.

<표 2> 사회보험방식과 국민보건서비스방식 비교

구분	사회보험방식	국민보건서비스방식
①기본이념	-의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임의식 견지 (국민의 정부의존 최소화)	-국민의료비에 대한 국가책임견지(국민의 정부의존 심화)
②적용대상 관리	-국민을 임금소득자, 공무원, 자영업자 등으로 구분 관리(국민자는 별도 구분), 보험료 납부자만 적용대상	-전 국민을 일괄 적용 (집단구분 없음) 전 국민이 적용대상
③재원조달	-보험료 -일부 국고지원	-정부 일반조세
④진료보수 산정방법	-행위별수가제 또는 총액 계약제 등	-일반 개원의는 인두제, 병원급은 의사 봉급제
⑤관리기구	-보험자	-정부기관(사회보장청 등)
⑥채택국가	-독일, 프랑스, 네덜란드, 일본, 대만, 한국 등	-영국, 스웨덴, 이탈리아, 호주, 뉴질랜드 등
⑦국민 의료비	-의료비 억제기능 취약	-의료비 통제효과가 강함

⑧보험료 형평성	<ul style="list-style-type: none"> -보험자내 보험료 부과의 구체적 형평성 확보기능 -보험자가 다수일 경우 보험자간 재정 분균형 발생 우려 	<ul style="list-style-type: none"> -조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과 강함(선진국) (단, 조세체계가 선진화되지 않는 경우 소득역진 초래)
⑨의료 서비스	<ul style="list-style-type: none"> -상대적으로 양질의 의료제공 -첨단의료기술 	<ul style="list-style-type: none"> 입원대기 환자 급증 대기 기간 장기화 개원의의 입원의뢰 남발 -사보험 가입경향증가로 국민의 이중 부담 초래
연대의식	<ul style="list-style-type: none"> -가입자간 연대의식 강화 	<ul style="list-style-type: none"> -가입자간 연대의식 희박
관리운영	<ul style="list-style-type: none"> 보험자 중심 자율운영 (대표기구를) 통한 가입자의 조합운영 참여 보장) -직접관리운영비 소요(보험료 징수 등) 	<ul style="list-style-type: none"> -정부기관 직접관리 (가입자의 운영참여 배제) -직접관리 운영비 부분적 축소 (보험료 징수비용이 조세관리 비용으로 전가)

출처: 국민건강보험공단, 건강보험제도 교육용교재, 2004: 5; 이찬미, 2007: 15 재인용

제 3 장 한국 건강보험제도의 발전과정과 주요내용

제 1 절 한국 건강보험제도의 발전과정

한국은 사회보장에 관한 연구를 1959년 당시 보건사회부 의정국 주관하에 조직되었던 ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’의 발족을 그 효시로 볼 수 있으며, 1960년 이후 보건사회부와 대한의학협회를 중심으로 의료보험 실시에 관한 논의가 활발하게 진행되었다. 그 이후 5.16 군사쿠데타 직후 전면 개정된 제3공화국 헌법 제31조에 사회보장의 증진과 국민보건향상에 관한 국가의 보호 조항을 신설하면서 의료보험제도의 실시에 관한 문제가 본격적으로 거론되었다(이대홍, 2006: 6).

이후 1965년 직장인을 중심으로 시범적으로 실시되었으나 강제성이 배제되어 질병발생의 위험이 높거나 의료비 지출능력이 부족한 사람들만 가입하여 집단에 위험분산이라는 효과를 거두지 못하였다(강창렬 외, 2006: 478). 그리고 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 한보 직장의료보험이 처음으로 실시되었고, 이후 1979년에는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 의한 공무원 및 사립학교 교직원과 직장의료보험의 확대로 300인 이상 사업장 근로자, 1988년 농어촌 지역의료보험, 1989년 도시 자영자를 대상으로 한 지역의료보험이 실시되면서 전 국민 의료보험시대를 맞게 되었다. 1987년 2월부터는 한방의료보험이 실시되었으며 1989년 10월부터는 약국의료보험이 실시되었다. 또한 1998년 10월부터는 공·교의료보험과 지역의료보험이 통합되었으나 1998년 12월 국민건강보험법이 제정됨에 따라 2000년 7월부터는 직장의료보험까지 통합된 국민건강보험이 실시되고 있다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 한국건강보험의 발전과정을 임의보험사업기(1963~1977), 사회보험확장기(1977~1989), 전국민의료보험기(1989~1999) 및 통합

의료보험기(2000~)로 나누고자 한다.

첫째, 임의보험사업기에는 한국종합화학, 봉명흑연광업소 등의 피용자조합과 부산청십자 등의 자영자조합이 임의의료보험조합으로 설립되어 운영되었으며, 서울청십자나 대한청십자 등의 정부 미인가 의료 협동조합이 운영되기도 했다.

둘째, 사회보험확장기는 직장의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원의료보험이 확대과정을 겪는 시기였다. 한편 지역의료보험이 시범사업으로 적용되던 시기이기도 하다. 또 이 시기는 임의설립에 의한 당연적용의 방식을 채택한 직장의료보험이 전국 또는 시·도 단위로 적용이 되기도 했다.

셋째, 1988년 1월 1일 농·어촌지역주민 의료보험 전면 실시와 1989년 7월 1일 도시지역주민 의료보험의 전면 실시를 통해 명실상부하게 전국민의료보험기에 접어들었다.

넷째, 통합의료보험기는 1단계로 지역의료보험조합과 공무원·교직원의료보험 관리공단을 통합하는 국민의료보험법의 1998년 10월 1일의 시행을 거쳐 1999년 2월 8일 단일보험자에 의해 통합·운영되도록 한 국민건강보험법의 제정으로 완성되었다. 이법에 의해 결국 국민의료보험법은 폐지되었다(조형원, 2015: 39).

한국의 국민건강보험제도의 변천과정 및 연혁을 살펴보면 아래 <표 3>과 같다.

<표 3> 건강보험제도의 연혁

일 시	변천 내용
1963. 12. 16.	의료보험법 제정(법률 제1623호)
1977. 7. 1.	500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시(486개 조합설립)
1979. 1. 1.	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시
1981. 1. 1.	100인 이상 사업장 의료보험 적용 확대
1988. 1. 1.	농어촌 지역의료보험 확대실시

1988. 7. 1.	5인 이상 사업장 의료보험적용확대
1989. 7. 1.	도시지역의료보험 실시→ 전국민 의료보험 실현
1997. 12. 31.	국민의료보험법 제정(법률 제5488호)
1998. 10. 1.	지역의료보험조합(227개 조합)과 공·교 의료보험관리공단 통합 →국민의료보험관리공단 출범
1999. 2. 8.	국민건강보험법 제정(법률 제5854호)
2000. 7.1.	국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합(139개) 통합 →국민건강보험공단 출범(의료보험 완전통합)
2001. 7. 1.	5인 미만 사업장 근로자 직장가입자 편입
2002. 1.	국민건강보험재정건전화특별법 제정
2003. 7. 1.	직장재정과 지역재정 통합(실질적인 건강보험 통합)
2005. 7. 1.	노인장기요양보험 시범사업실시
2007. 4. 1.	노인장기요양보험법 제정(법률 제8403호)
2008. 7. 1.	노인장기요양보험 실시
2011. 1. 1.	사회보험 징수통합(건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험)

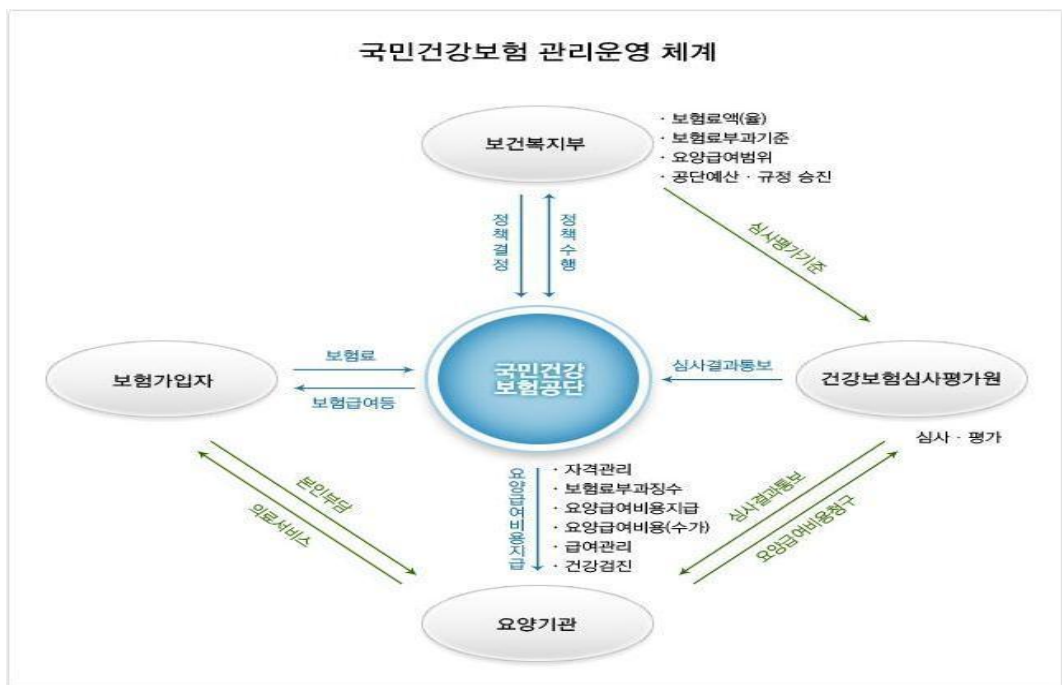
출처: 국민건강보험공단(2015)근거로 재구성, <http://www.nhis.or.kr/검색일> 2016. 11. 16.

제 2 절 한국 건강보험제도 주요내용

1. 건강보험의 관리운영 체계

국민건강보험은 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 의하여 관리 운영되고 있다. 보건복지부는 건강보험의 관장자로서 건강보험관련 정책을

결정하고 건강보험업무 전반을 총괄하고 있다. 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 자격관련, 보험료의 부과·징수·보험급여비용지급 등의 업무를 수행하고 있다. 그리고 건강보험심사평가원은 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하여 공단이 지급할 비용을 확정하고 있다. 요양기관은 가입자에 대한 의료서비스를 제공하고 서비스 비용은 공단과 계약으로 정한다. 한국 국민건강보험 관리운영체계를 종합적으로 도식화하면 <그림 1> 과 같다(문상식 외, 2015: 437).



출처: 문상식 외(2015), 438.

<그림 1> 국민건강보험 관리운영 체계

2. 적용대상

국민건강보험법(제 5 조)에는 건강보험 적용대상자를 “국내에 거주하는 국민은 이 법에 따른 건강보험(이하 “건강보험”이라 한다)의 가입자(이하 “가입자”라 한

다) 또는 피부양자가 된다.”라고 규정하고 있으며 구체적인 적용대상은 <표 4>와 같다. 그러나 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람, 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의하여 의료보호를 받는 사람은 국민건강보험대상에서 제외된다. 그리고 건강보험의 가입자는 직장가입자 및 지역가입자로 구분하며, 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원은 직장가입자가 되며, 직장가입자 및 그 피부양자를 제외한 농어촌 주민, 도시자영업자 등은 지역가입자가 된다(국민건강보험법, 2017: 3).

또한 공·교 건강보험은 공무원 및 사립교원 건강보험법에 의하여 공무원, 군인, 사립학교 교직원과 그 부양가족을 적용대상으로 하고 있다. 건강보험 대상자는 피보험자와 부양자로 나뉜다. 피부양자제도는 피보험자를 보다 합리적으로 보호하고 사회보장의 증진이라는 건강보험의 목적을 달성하기 위하여 피보험자와 일정한 경제적, 가족적인 생활관계에 있는 자에 대하여도 사회보험에 의한 급여를 받을 수 있도록 보장한 것이다(박상철, 2006: 22).

피부양자는 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수나 소득이 없는 자로 직장가입자의 배우자, 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다), 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계존속을 포함한다)과 그 배우자, 직장가입자의 형제·자매 등이며 피부양자가 되기 위해서는 2가지 인정요건, 즉 부양요건과 소득요건을 동시에 갖추고 있어야 한다. 외국인 및 재외국민을 포함한다.

건강보험의 자격 취득 시기는 국내에 거주하게 된 날에 직장가입자 또는 지역가입자를 말하며 수급권자이었던 사람은 그 대상자에서 제외된 날, 직장가입자의 피부양자이었던 사람은 그 자격을 잃은 날, 유공자 등 의료보호대상자이었던 사람은 그 대상자에서 제외된 날이며, 자격의 상실 시기는 사망한 날의 다음 날, 국적을 잃은 날의 다음 날, 국내에 거주하지 아니하게 된 날의 다음 날, 직장 가입자의 피부양자가 된 날, 수급권자가 된 날, 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자가 되어 건강보험의 적용배제신청을 한 날이 된다.

<표 4> 건강보험 대상자 적용 현황

구분	직 장 가 입 자		지역가입자
	일반근로자사업장	공교사업장	
가입자	직장근로자 및 가족	공무원교직원 및 가족	
피부양자	직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수나 소득이 없는 자 ① 직장가입자의 배우자 ② 직장가입자의 직계존속 ③ 직장가입자의 직계비속 ④ 직장가입자의 형제자매		직장가입자 및 그 피부양자를 제외한 농어촌 주민, 도시자영업자

3. 보험급여

건강보험은 국민을 질병과 부상의 고통으로부터 보호하기 위한 제도이다. 즉 보험급여는 건강보험의 적용을 받는 가입자 및 피부양자의 질병부상에 대한 예방·진단·치료·재활 등을 실시하고, 출산사망 및 건강증진에 대하여 실시하는 일체의 현물 또는 현금급여를 말한다(문상식·김명중, 2015: 138).

1) 보험급여의 종류

보험급여는 당연히 지급하도록 정해진 법정급여와 공단의 자율과 임의로 지급할 수 있는 부가급여로 나눌 수 있으며 또한 현물급여와 현금급여로 나누어진다. 현물급여는 요양기관(병원 등)등으로부터 본인이 직접 제공 받는 의료 서비스 일체를 말하며 현금급여는 가입자 및 피부양자의 신청에 의하여 공단에서

현금으로 지급하는 것을 말한다. 급여 형태에 따른 급여의 종류는 <표 5>와 같다(박상철, 2006: 25).

<표 5> 급여의 종류

급여형태	급여종류	지급대상	비고
현물급여	요양급여 건강검진	가입자 및 피부양자 가입자 및 피부양자	법정급여 법정급여
현금급여	요양비/출산비 장애인보장구급여비 본인부담상한액 임산, 출산진료비	가입자 및 피부양자 등록한 장애인 가입자 및 피부양자 직장 및 지역가입자(행한 자) 임신한 가입자 또는 피부양자	법정급여 부가급여 부가급여 부가급여

2) 보험급여의 현황

500 인 이상 사업장 근로자를 대상으로 건강보험을 도입한 1977년에는 총인구의 8.8%인 320 만명에 불과하였지만, 전 국민 건강보험이 도입된 1989년에는 3,992 만명으로 증가하였고, 2015년에는 5,049 만명이 건강보험 적용을 받고 있다. 직장가입자 1 인당 부양률은 1977 년 1.65 명이었으며 2015년에는 1.30 명이였다. 건강보험 사업장수는 1977 년 7,523 개소에 불과하였으나 2015년에는 1,465,354 개소로 대폭 증가하였다(문상식·김명중, 2015: 99).

한국은 1989 년 7 월 1 일부터 전 국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료급여에 의하여 의료보장을 받고 있다. 한국건강보험의 적용인구는 <표 6>에 나타난 바와 같이 2016 년 12 월 현재 전 국민의 약 97%인 50,763 천 명이 국민건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 나머지 약 3%인 1,271 천 명이

기초생활보장대상자 등으로 의료급여제도에 편입되어 있다. 따라서 한국은 모든 국민이 의료보장의 혜택을 받고 있다고 할 수 있다(문상식·김명중, 2015: 90).

<표 6> 연도별 건강보험 적용인구 현황

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016
의료보장		50,908,646	51,169,141	51,448,491	51,757,146	52,034,424	52,272,755
건강보험		49,299,165	49,662,097	49,989,620	50,316,384	50,490,157	50,763,283
직장	적용인구	33,256,574	34,106,034	35,005,695	35,601,802	36,224,766	36,674,739
	부양율(명)	1.48	1.44	1.40	1.35	1.30	1.24
지역	가입자	11,809,642	12,388,338	12,991,261	13,659,796	14,265,735	14,088,544
	부양율(명)	1.15	1.12	1.08	1.04	1.01	0.99
의료급여		1,609,481	1,507,044	1,458,871	1,440,762	1,544,267	1,509,472
사업장(천개소)		1,068	1,150	1,243	1,325	1,465	1,557

출처: 보건산업통계 khiss.go.kr

3) 요양급여

건강보험가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 요양급여를 실시한다. 요양급여는 1 단계 요양급여와 2 단계 요양급여로 구분하며, 가입자는 1 단계 요양급여를 받은 후 2 단계 요양급여를 받아야 한다. 1 단계 요양급여는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여를 말하며, 2 단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다.

다음 해당하는 경우에는 상급종합병원에서 1 단계 요양급여를 받을 수 있다.

「응급의료에 관한 법률」 제 2 조 제 1 호에 해당하는 응급환자인 경우; 분만의 경우; 치과에서 요양급여를 받는 경우; 「장애인복지법」 제 32 조에 따른 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우; 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우; 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우; 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우이다. 가입자 등이 상급종합병원에서 2 단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 별지 제 4 호서식의 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서와 함께 제출하여 한다.

그리고 보건복지부장관은 「약사법」 제 47 조 제 2 항의 위반과 관련된 제 41 조 제 1 항 제 2 호의 약제에 대하여는 1 년의 범위에서 기간을 정하여 요양급여의 적용을 정지할 수 있고, 제 1 항에 따라 적용이 정지되었던 약제가 다시 제 1 항에 따른 정지의 대상이 된 경우에는 총 정지 기간, 위반 정도 등을 고려하여 요양급여에서 제외할 수 있다. 그리고 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료 효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우에는 예비적인 요양급여인 선별급여로 지정하여 실시할 수 있다(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 2017: 1).

<표 7>에 나타난 바와 같이 연평균 요양급여는 내원일수의 경우 2.55%, 요양급여비용은 7.47%, 급여비는 7.73% 증가하고 있다.

<표 7> 연도별 요양급여비용 현황

(단위: 천일; 억원; %)

구 분		2010 년	2011 년	2012 년	2013 년	2014 년	2015 년	연평균 증가율
총계	내원일수	1,369,920	1,395,637	1,445,126	1,446,387	1,476,961	1,474,260	2.55
	요양급여 비용	436,570	460,760	482,349	507,426	545,275	580,170	7.47

		급여비	326,264	345,038	361,000	380,272	409,323	434,518	7.73
의료기관	계	내원일수	904,609	922,291	955,972	965,235	989,074	989,597	2.89
		요양급여비용	321,623	339,950	364,094	388,738	420,270	449,220	8.44
		급여비	242,841	257,435	275,551	294,370	318,771	339,765	8.71
	입원	내원일수	103,766	107,951	115,610	123,220	130,075	133,863	6.81
		요양급여비용	144,926	153,312	164,391	177,279	190,576	207,099	9.50
		급여비	118,654	125,736	134,480	145,019	156,039	169,420	9.76
	외래	내원일수	800,842	814,340	840,363	842,015	858,999	855,734	2.38
		요양급여비용	176,696	186,638	199,703	211,459	229,694	242,121	7.60
		급여비	124,187	131,699	141,070	149,351	162,723	170,345	7.73
약국		방문일수	465,311	473,346	489,154	481,152	487,887	484,663	1.89
		요양급여비용	114,948	120,810	118,255	118,688	125,055	130,950	4.60
		급여비	83,423	87,603	85,450	85,902	90,552	94,753	4.71

출처: 보건산업통계 khiss.go.kr

4) 요양비

공단은 가입자나 피부양자가 보건복지부령으로 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이 아닌 장소에서 출산한 경우에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가입자나 피부양자에게 요양비로 지급한다. 그리고 긴급, 기타 부득이한 사유는 다음과 같다. 요양기관을 이용할 수 없거나 요양기관이 없는 경우, 만성신부전증 환자가 의사의 처방전에 의하여 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 요양기관 이외의 의약품판매업소에서 구입 사용한 경우, 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료처방전에 의하여 보건복지부장관이 고시하는 방법으로 가정에서 산소치료를 받는 경우, 제 1 형 당뇨병환자가 의사의 처방전에 따라 혈당검사에

사용되는 소모성 재료를 요양기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입, 사용한 경우, 선천성 신경인성 방광환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 요양기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입, 사용한 경우이다. 그리고 요양기관과 유사한 기능을 수행하는 기관으로 보건복지부령이 정하는 기관에는 요양기관에서 제외된 의료기관, 부당한 방법으로 보험자, 가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하여 업무정지처분기간 중인 요양기관, 만성신부전증환자 중 복막투석으로 요양급여를 받고 있는 자에게 직접 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 요양기관외의 의약품판매업소 등을 말한다. 요양비의 지급금액은 질병부상 등의 경우에는 요양급여비용에 상당하는 금액으로 본인부담액을 제외한 금액을 말하며, 출산의 경우에는 250,000 원을 지급한다(국민건강보험법, 2017: 17).

5) 건강검진

공단은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다(국민건강보험법, 2017: 17). 건강검진은 일반건강검진, 암검진 및 영·유아건강검진으로 구분하여 실시한다. 일반건강검진은 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자, 암검진은 「암관리법 시행령」 <별표 1>의 암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등에 해당하는 사람, 영·유아건강검진은 6세 미만의 가입자 및 피부양자를 말한다. 건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대해서는 1년에 1회 실시한다. 다만, 암검진은 「암관리법 시행령」에서 정한 바에 따르며, 영유아건강검진은 영유아의 나이 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 검진주기와 검진횟수를 다르게 할 수 있다(국민건강보험법 시행령, 2017: 11).

6) 부가급여

임신·출산 진료비에 따라 부가급여를 실시할 수 있다. 임신·출산 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 제 24 조에 따라 지정된 요양기관에서 받는 임신과 출산에 관련된 진료에 드는 비용으로 하고, 그 지급액은 구분에 따른 금액의 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다. 하나의 태아를 임신한 경우 50 만원, 둘 이상의 태아를 임신한 경우 90 만원으로 한다. 위의 지급액에도 불구하고 임신한 가입자 또는 피부양자가 임신·출산에 관련된 진료를 받기 어려운 지역에 있는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 경우에는 보건복지부장관이 고시하는 금액을 더한 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액을 지급한다. 그리고 임신한 가입자 또는 피부양자가 보험급여가 제한되거나 정지된 경우에는 부가급여를 실시하지 아니한다(국민건강보험법 시행령, 2017: 10).

4. 보험료

공단은 건강보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 보험료의 납부의무자로부터 다음과 같이 부과한다. 가입자의 자격을 취득한 날이 속하는 달의 다음 달부터 가입자의 자격을 잃은 날의 전날이 속하는 달까지 징수한다. 다만, 가입자의 자격을 매월 1 일에 취득한 경우에는 그 달부터 징수한다. 보험료를 징수할 때 가입자의 자격이 변동된 경우에는 변동된 날이 속하는 달의 보험료는 변동되기 전의 자격을 기준으로 징수한다. 다만, 가입자의 자격이 매월 1 일에 변동된 경우에는 변동된 자격을 기준으로 징수한다.

직장가입자의 월별 보험료액은 산정한 보수월액에 보험료율을 곱하여 얻은 금액에 다른 보험료율의 100 분의 50 을 곱하여 얻은 금액, 지역가입자의 월별 보험료액은 세대 단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 보

험료부과점수당 금액을 곱한 금액으로 한다.

직장가입자의 보수월액은 직장가입자가 지급 보수를 기준으로 하여 산정하되, 대통령령으로 정하는 기준에 따라 상한과 하한을 정할 수 있다. 휴직이나 그 밖의 사유로 보수의 전부 또는 일부가 지급되지 아니하는 가입자(이하 "휴직자등"이라 한다)의 보수월액보험료는 해당 사유가 생기기 전 달의 보수월액을 기준으로 산정한다. 소득월액은 보수월액의 산정에 포함된 보수를 제외한 직장가입자의 소득(이하 "보수외소득"이라 한다)이 대통령령으로 정하는 금액을 초과하는 경우 보수외소득을 기준으로 하여 산정하되, 대통령령으로 정하는 기준에 따라 상한을 정할 수 있다.

보험료부과점수는 지역가입자의 소득·재산·생활수준·경제활동참가율 등을 고려하여 정하되, 대통령령으로 정하는 기준에 따라 상한과 하한을 정할 수 있다. 보험료부과점수의 산정방법과 산정기준을 정할 때 법령에 따라 재산권의 행사가 제한되는 재산에 대하여는 다른 재산과 달리 정할 수 있다.

보험료부과점수의 산정방법·산정기준 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 공단은 직장가입자가 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우, 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우에 해당하면 그 가입자의 보험료를 면제한다. 다만, 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우 직장가입자의 경우에는 국내에 거주하는 피부양자가 없을 때에만 보험료를 면제한다. 지역가입자가 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우, 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우에 해당하면 그 가입자가 속한 세대의 보험료를 산정할 때 그 가입자의 보험료부과점수를 제외한다. 보험료의 면제나 보험료의 산정에서 제외되는 보험료부과점수에 대하여는 급여정지 사유가 생긴 날이 속하는 달의 다음 달부터 사유가 없어진 날이 속하는 달까지 적용한다. 다만, 급여정지 사유가 매월 1일에 없어진 경우에는 그 달의 보험료를 면제하지 아니하거나 보험료의 산정에서 보험료부과점수를 제외하지 아니한다.

그리고 섬·벽지(僻地)·농어촌 등 대통령령으로 정하는 지역에 거주하는 사

람, 65 세 이상인 사람, 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인, 휴직자, 생활이 어렵거나 천재지변 등의 사유로 보험료를 경감할 필요가 있다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자에 해당하는 가입자 중 보건복지부령으로 정하는 가입자에 대하여는 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료의 일부를 경감할 수 있다.

직장가입자의 보수월액보험료는 직장가입자가 보험료액의 100 분의 50 씩 부담한다. 다만, 직장가입자가 교직원으로서 사립학교에 근무하는 교원이면 보험료액은 그 직장가입자가 100 분의 50 을, 근로자가 소속되어 있는 사업장의 사업주, 공무원이 소속되어 있는 기관의 장으로서 대통령령으로 정하는 사람, 교직원이 소속되어 있는 사립학교를 설립·운영하는 자에 해당하는 사용자가 100 분의 30 을, 국가가 100 분의 20 을 각각 부담한다. 그리고 직장가입자의 보험료는 보수월액보험료는 사용자. 이 경우 사업장의 사용자가 2 명 이상인 때에는 그 사업장의 사용자는 해당 직장가입자의 보험료를 연대하여 납부하고 보수월액보험료는 직장가입자가 납부한다.

지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다. 다만, 소득·생활수준·경제활동참가율 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다. 사용자는 보수월액보험료 중 직장가입자가 부담하여야 하는 그 달의 보험료액을 그 보수에서 공제하여 납부하여야 한다. 이 경우 직장가입자에게 공제액을 알려야 한다 (국민건강보험법, 2017: 22).

제 4 장 한국 건강보험제도의 문제점과 개선방안

제 1 절 한국 건강보험제도의 문제점

1. 보험료 부과체계의 형평성 결여

한국건강보험의 부과체계를 보면 직장가입자와 지역가입자로 구분되어 있다. 직장가입자는 급여를 기준으로 일정 비율의 건강보험료를 근로자와 근로자를 고용하고 있는 사업체가 각각 50%씩 부담하는 체계이다. 그리고 직장가입자는 보험료를 급여에서 원천징수하고 있기 때문에 보험료 체납의 문제도 거의 발생하지 않는다. 반면에 지역가입자의 경우는 재산적 가치 즉, 이자소득, 자동차, 세대원수, 배당소득, 기타 사업소득 등을 종합적으로 고려하고 보험료를 부과하고 있지만 실제 부담능력에 따른 보험료 부과가 이루어지고 있지는 않다. 그리고 지역가입자의 경우 본인이 100% 부담하고 있어, 보험료를 체납하는 경우도 많이 존재하고, 건강보험료 부과 정도에 대해서도 불만을 나타내고 있다.

직장가입자는 원천징수로 이루어지기에 본인의 소득을 감출 수도 없는데 반해 지역가입자들은 소득을 줄이고, 여러 가지 편법들을 사용하는데 대해 불만을 가지고 있다. 반대로 지역가입자들은 직장가입자들은 그들이 받는 급여기준만을 적용하고 있어, 실제 직장가입자 개인의 재산적 가치는 적용되지 않는 것에 대해서 비판하고 더불어 본인들의 재산적 가치에 비해 직장가입자보다 보험료가 과하다고 불만을 표출하기도 한다. 실제 퇴직을 하거나 실업을 하게 되면 실직소득이 줄었지만, 지역가입자로 전환하게 되면 이전 직장가입 보험료가 오히려 올라가게 되는 경우가 있다. 이처럼 직장가입자는 지역가입자에 대해 지역가입자는 직장가입자에 대해 서로 상대적인 불만들이 존재하고 있다.

직장가입자는 보험료 부과대상 소득의 협소 및 피부양자제도, 지역가입자의 경우는 부과대상에서 재산 및 자동차 비중의 과당 등이 불공평을 유발하고 있다. 특히 지역가입자의 소득과약율의 한계 때문에 불가피하게 상이한 부과기준을 적용하고 있으나 소득 과약율이 1989년 23%에서 2010년 44%까지 현저하게 개선된 이후에도 여전히 과거의 틀을 유지하고 있어 불공평이 가중되어 나타나고 있다.

동일인이 직장에서 지역으로 전환되면 본인부담 보험료가 23% 인상되고 지역에서 직장으로 전환되면 본인부담보험료가 53%인하되어 국민이 체감하는 불공평이 제도적 불공평보다 크게 나타나고 있다(김희숙, 2016: 15-16). 실제 이러한 불공평성 때문에 퇴직 또는 실직후 지역가입자로 전환되어야 함에도 불구하고 직장가입자로 위장취업 동기를 제공하고 있고, 이러한 사례들이 많이 나타나고 있다. 이는 건강보험 부과체계에 대해서 국민적 수용성이 낮음을 나타내는 것이다.

2. 의료보장의 사각지대 실태 발생

의료보장 사각지대에 대해서 그 범위에 대해서 연구자들에 따라 그 범위를 좁게 해석하기도 하고 광범위하게 해석하기도 한다. 신현웅(2009)은 의료보장의 사각지대를 ‘의료이 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층’으로 좁은 의미에서 정의하고 있다.

반면에 정형선(2004)은 의료보장의 사각지대를 ‘미충족 의료수요를 가지고 있는 계층’라고 폭넓게 규정하고 있다. 그리고 신영석 외(2005)와 이준영(2005)는 의료보장의 사각지대를 자격적 측면과 급여적 측면으로 구분하여 의료보장 사각지역을 설명하고 있다. 이는 연구의 목적에 따라 접근방법이 다를 뿐이지 의료

보장의 사각지대가 발생하고 그 문제점을 인식하는데 있어서는 동일한 관점들을 가지고 있다.

의료보장 사각지대는 크게 적용 대상의 사각지대, 급여수준의 사각지대, 접근성의 사각지대로 크게 3 가지 정도로 유형화 시킬 수 있다.

먼저 적용대상의 사각지대는 건강보험료 체납자가 여기에 해당된다¹. 자격적 측면에서 3 개월 이상 건강보험료를 체납한 경우 보험급여를 제한하는 규정(국민건강보험법 제 48 조와 시행령 제 27 조)에 근거하여 급여를 제한받는 대상이 된다. 그리고 행려, 가출, 주민등록 말소자, 이주노동자와 같이 실제 배제되기 쉬운 사람들이 대상에 포함된다.

둘째, 급여의 사각지대는 급여수준에 있어서 부족한 보장성과 과도한 본인부담으로 인하여 의료이용의 제한을 받는 의료 사각지대를 뜻하는 것으로, 높은 본인부담금으로 인해 미충족 의료가 발생하는 차상위 계층과 의료급여 수급권자 중에서도 만성, 희귀난치성 질환자 등이 여기에 해당된다.

셋째, 접근성의 제한으로 인한 사각지대는 의료 자원의 불평등으로 인해 지리적 사각지대를 겪는 경우를 들 수 있다. 또한 개인적 차원에서 진료비 지불능력의 제한으로 인해 의료서비스로부터 접근이 멀어지는 경우도(이주원, 2009: 43-44) 이에 해당된다고 볼 수 있다.

이러한 의료보장 사각지대가 존재함에도 현실적으로 파악이 곤란하다. 하지만 이러한 사각지대가 늘어나면 한국의료보장의 효용성이 떨어지게 된다. 그리고 이러한 사각지대 중에 보험료를 체납하여 급여를 제한 받거나 의료비용이 어려워 의료보장의 사각지대에 놓이는 한계계층이 현실적으로 존재하고 있고 최근의 경제위기는 이러한 체납세대 증가(신현웅, 2009: 9)될 것이라는 선행연구들도 있다.

¹ 건강보험공단의 조사에 따르면 2008년부터 2013년 6월까지 2회 이상 결손처분을 받은 가구는 총 5,663세대로 3회 결손처분을 받은 가구는 186가구, 4회 결손 처분을 받은 가구는 16가구 등으로 나타났다(김태환, 2014: 83).

3. 재정안정화 미확립

한국의 건강보험의 재정전망을 보면, 2009년 대비 2050년에는 GDP 대비 현물급여비가 2.71~18.81% 증가될 것으로 예측되며, 연도별 GDP 대비 건강보험지출 비중은 2020년 5.24~7.13%, 2050년 5.64~21.74%로 전망되고 있으며, 금액으로 보면, 2020년 건강보험 지출은 78~93조 원, 2050년에는 161~623조 원에 이를 것으로 전망되며, 추계된 비용을 충당하기 위해서는 2020년 8.21~9.73%, 2050년 9.9~38.17%의 보험료율이 필요할 것으로 예상되고 있다(이규식, 2012: 260). 이렇게 많은 건강보험 지출이 예상됨에도 불구하고 아직 여기에 대한 대비를 하지 못하고 있는 실정이다.

한국의 건강보험 재정은 2003년부터 한시적 재정건전화 특별법 등으로 인해 재정불안정 문제가 상당히 해소되었다. 하지만 한시적인 특별법과 담배부담금 등에 의존하는 데는 한계가 있다. 더불어 의료서비스 하나하나에 가격을 매기는 행위별 수가제는 의료비용의 상승을 가져오는 요인으로 작용하고 이는 재정안정화에 영향을 미치는 요인으로 지적되고 있다.

한국이 의료보장부문에 투입하는 재원이 규모가 비슷한 경제수준을 가진 나라들에 비해 부족한지 아닌지에 대해서는 논란들이 존재하고 있다. 그러나 전체 지출 중 공공부문이 차지하는 비율을 국가별로 비교해 보면 OECD 평균이 73.0%인데 비해 한국은 54.9%(2007)로 멕시코, 미국 다음으로 가장 낮은 수치를 보이고 있다(OECD, 2009). 그리고 국내 총생산대비 보건의료비의 비율은 6.3%로 OECD 평균 8.9%(2007)에 비해 매우 낮다. 이런 상태에서 다른 나라에 비해 국가재정에 미치는 의료보장비의 부담이 커서 한국 정부가 의료보장부문에 추가적인 공공재원을 투입하기 어렵다는 주장은 설득력이 떨어진다. 더욱이 1인당 연 의료비가 1,688 USD로 OECD 평균 2,984 USD에 비해 매우 낮은 상황에서 단위 의료서비스의 가격이 높아 이를 보장하기 어려운 상태라고 보기 어렵다(신영전, 2010: 109-110). 이러한 재정적인 측면에서 보면 아직 공공재원을 투입할

여지는 있다고 보여 진다. 어떠한 정책이든 재정적 측면에서 문제점이 있으면 그 정책은 실패할 확률이 매우 높을 수 밖에 없다. 따라서 재정적 안정화가 우선적으로 선행되어야 할 것이다.

4. 소득재분배 효과 미흡

사회보험이 사보험과 다른 가장 중요한 특징이 가입자들 사이에 어느 정도 소득재분배가 이루어진다는 것이다. 즉, 건강보험의 경우 직장가입자든 지역가입자든 자신의 소득이나 재산에 따라 보험료를 납부하고, 건강상의 위험이 발생했을 때 보험료 부담의 정도와 관계없이 보험급여를 수급 받는다. 이때, 보험가입자들 사이에 직접적 혹은 간접적으로 소득재분배 효과를 가져 온다. 즉, 고소득자와 많은 재산을 가진 자는 높은 비율의 기여와 낮은 비율의 급여율, 저소득자는 낮은 수준의 기여와 높은 비율의 급여가 제공되어 지기 때문에 계층 간의 소득재분배가 나타나게 된다.

건강보험은 개인의 소득에 비례하여 보험료가 산정되지만, 보험급여의 수급은 보험료 납부 금액의 많고 적음에 관계없이 질병이 발생한 모든 가입자 또는 피부양자에게 동일한 양과 질의 현물급여가 지급되기 때문에 사회보험 중에서 소득재분배 효과가 가장 두드러지게 나타난다(김태환, 2010: 14). 또한 직장가입자의 경우 보험료의 50%를 사업자가 부담하기 때문에 사업자와 근로자간의 간접적인 소득 재분배효과가 있다. 그리고 보험료의 전액을 본인이 부담하기 어려운 피부험자(예컨대 기초생활 수급자, 농어민 등)를 위하여 국가가 보험료를 보조하는 경감제도를 두고 있어 소득재분배 효과가 나타난다.

2017년 보건복지부 보도자료에 따르면 2016년 세대 당 월평균 104,062 원을 보험료로 부담하고 183,961 원의 보험급여를 받아 보험료부담 대비 1.8 배의 혜택을 보는 것으로 나타났다. 전체 세대를 보험료 순으로 최하위부터 최상위까지 5개 구간으로 균등하여 각 구간별 평균 보험료 및 진료비로 5분위 분석을 하면, 보험료 하위 20% 세대(1분위)는 월평균 26,697 원을 보험료로 부담하고,

140,599 원을 보험급여로 받아 보험료부담 대비 건강보험 혜택이 5.27 배이고, 보험료 상위 20% 세대(5분위)는 1.13 배로 나타났다.

<표 8>에서 보면 2010 년과 2016 년을 비교해 보면 전체세대에서는 오히려 보험료 대비 급여비에서 1 분위 저소득층이 상대적으로 혜택을 덜 받는 것, 즉 소득재분배효과가 시간이 지날 수 록 줄어드는 것으로 나타났으나, 지역가입자에서 보면 1 분위 저소득층이 8.40 배에서 12.79 배로 소득재분배 효과 어느 정도 있는 것으로 나타났다. 하지만 직장가입자의 경우는 1 분위 저소득층에서는 2010 년 4.41 배에서 4.02 배로 오히려 줄어들어 소득재분배 효과가 줄어드는 것으로 볼 수 있다. 이는 지역가입자 저소득층에 많은 혜택이 돌아가는 것으로 나타났다(보건복지부, 2017).

<표 8> 2010~2016 년 세대당 보험료 5 분위별 보험료 대비 급여비 현황

(단위 : 배)

구 분		2010 년	2011 년	2012 년	2013 년	2014 년	2015 년	2016 년
전체 세대	전체	1.87	1.80	1.69	1.72	1.68	1.69	1.77
	1 분위	5.36	5.26	5.08	5.13	5.10	5.06	5.27
	2 분위	2.87	2.77	2.61	2.65	2.60	2.58	2.68
	3 분위	2.25	2.17	2.02	2.05	2.01	2.01	2.09
	4 분위	1.82	1.75	1.63	1.65	1.61	1.61	1.69
	5 분위	1.20	1.15	1.08	1.11	1.07	1.08	1.13
지역 세대	전체	1.64	1.62	1.54	1.61	1.61	1.64	1.76
	1 분위	8.40	8.63	9.10	10.19	11.19	11.68	12.79
	2 분위	3.18	3.19	3.12	3.36	3.50	3.53	3.77
	3 분위	2.12	2.11	2.01	2.08	2.13	2.14	2.26
	4 분위	1.47	1.44	1.34	1.39	1.36	1.38	1.47
	5 분위	0.97	0.94	0.88	0.91	0.89	0.90	0.97
직장 가입자	전체	2.03	1.91	1.78	1.79	1.72	1.71	1.77
	1 분위	4.41	4.30	4.05	4.02	3.93	3.89	4.02
	2 분위	2.72	2.58	2.40	2.39	2.31	2.29	2.36
	3 분위	2.33	2.21	2.03	2.03	1.95	1.95	2.01
	4 분위	2.08	1.97	1.83	1.82	1.75	1.73	1.81
	5 분위	1.39	1.29	1.21	1.23	1.17	1.17	1.21

출처: 보건복지부 2017. 6. 15, 보도자료

주 1. 1 년간 자격변동이 없는 보험료부담 대비 급여비 분석 대상(2016 년은 1,695 만 세대)

2. 보험료 대비 급여비= 월 세대당 급여비/월 세대당 보험료

의료보험제도의 경우 소득재분배 효과가 다른 사회보험보다 높은 것은 사실이다. 하지만 제도상의 문제점으로 기대하는 만큼의 많은 효과를 가져 오지 못하고 있다. 직장가입자의 경우 보수 보수월액에 대한 상하한선을 설정하여 28 만원이하 소득자에 대한 보험료 산정의 형평성이 제한되고 있으며, 상한선을 설정함으로써 고 소득자에 대한 건강보험료를 6,549 만원 이상 납부하고 있지 않으며, 지역가입자의 경우 부과요소별 점수표에 최고점수 이상 또는 이하 자는 동일 보험료를 납부하는 부과체제로 이루어져있어 사회보험 취지에 따른 소득재분배 역할에 역행하고 있는 부분들도 존재하고 있다.

5. 보험급여 구조상의 문제

건강보험의 구조상의 문제점으로는 비급여의 증가로 인한 포괄적 서비스를 제공하는데 있어서의 한계점, 그리고 선택진료, 상급병실제 운영으로 사회보험의 최소원칙이 지켜지지 않아 의료비 증가를 가져온다. 또한 소수의 인구에 의한 보험진료비 과다 사용으로 관리상의 문제점을 보험 급여 구조상의 문제점으로 볼 수 있다.

첫째, 비급여의 증가로 인한 건강보험에 있어 구조상의 문제점은 비급여의 증가는 개인의 부담을 가중시키고, 건강보험 재정의 한계로 더 많은 서비스를 제공할 수 있음에도 불구하고 비급여로 인해 확대하지 못하는 것이다.

급여비가 급증하는 원인으로 건강보험의 보장성 강화를 들 수 있지만 다른 나라에 비해 높은 의료기관 방문횟수, 긴 재원일수, 유명무실화된 의료전달체계, 비용 효과적이지 못한 지불제도 등을 들 수 있다(김정희·정현진·이호용, 2008: 15)). 보장성 강화로 인해 급여비가 급증하는 것은 좋은 현상이나, 실제 내용면에서 보면 많은 비급여 서비스로 인해 더 많은 서비스를 제공할 수 있음에도 불구하고 그렇지 못하다면 보장성 강화적 측면에서 보면 문제점이 될 수 있다.

건강보험급여는 크게 보험급여 서비스와 비급여서비스로 나누어지는데 2012년 1월 진료행위에서 683종(100/100 2종, 한시적 비급여 1종 포함)의 비급여가 존재하고 있고(급여 7,255종), 치료재료에서는 1,682종의 비급여가 존재하고 있으며(급여 15,520종), 의약품에서는 13,814종의 법정 급여외의 모든 의약품은 비급여로 되어 있다(이규식, 2012: 262).

이 외에도 선택진료제와 상급병실료 등 다양한 비급여가 존재한다. 이러한 비급여서비스의 종류가 다양해지고 비급여가 늘어나면 재정적이 측면에서도 부담이 커지게 되고, 개개인이 부담하는 비용도 증가하게 된다.

결국 비급여 서비스는 대형병원에서 고가의 장비를 사용하는 서비스 제공과 맞물려 의료비 증가의 큰 요인으로 작용하고 있다. 더불어 대형병원과 중소병원의 경영수지에 영향을 미치는 결과로 작용하여 병원의 양극화 현상을 가져 오게 된다. 이러한 결과는 통계적으로도 확인 되고 있는데 1999년-2009년간 근로자들의 보험료율은 무려 42.1%가 인상된 반면에 보장성은 겨우 16.5%만 향상 되었다(이규식, 2013: 206-307).

둘째, 사회보험의 급여원칙의 하나는 최소수준의 보장이다. 하지만 선택진료, 상급병실제도를 운영함으로써 의료비 증가를 가져오는 요인으로 작용하고 있다.

선택진료 제도란 특정 전문의 진료를 지정 받기 위한 제도로 건강보험의 최소보장원칙이나 보편적적용의 원칙에 부합되지 못한다. 또한 상급병실제도를 운영하여 역시 사회보험의 최소보장 원칙을 벗어나고 있다. 사회의료보험에서 1인실 또는 2인실의 이용은 의사가 환자 진료의 목적에 부합하다고 판단될 경우에 추가비용 부담 없이 이용하는 것이 원칙이나 그렇지 않을 경우는, 자비부담병상으로 하여 이러한 병실을 이용하기를 희망하는 환자에게는 진료비 전액을 본인이 부담케 하여야 한다.

셋째, 소수의 인구에 의한 보험진료비 과다 사용문제이다. 소수의 인구가 보험진료비를 과다 사용하는 것을 관리하지 못하는 문제도 있다. 2009년 건강보험통계에 따르면 4.4%의 고액사용자가 보험진료비의 47.0%를 사용하였다(이규식, 2013: 262). 이들은 혈우병과 같은 주로 특수 질환자들로서 1인당 연간 진료비

사용액이 1 억 원 이상을 사용하는 경우도 흔하게 발견된다(이규식, 2013: 307).

2017 년 6 월 보건복지부 자료인 <표 9>를 보면 희귀병의 경우 보험료대급여비를 보면 1 분위(하위 20%)가 17.1 배로 가장 높음을 알 수 있다. 그리고 표에서 보듯이 하위 20% 세대, 중증질환자 세대일수록 의료보험 혜택이 높음을 알 수 있다. 보건복지부 보도 자료에 따르면 보험료 부담보다 급여혜택이 10 배 이상인 세대는 872 만 9 천세대로 4.9% 차지하는 것으로 나타나고 있다.

의료보험제도는 많은 사람에게 그 혜택이 돌아가도록 하는 것이 원칙이다. 따라서 어느 특정된 소수 인구들에게 많은 혜택이 돌아가는 것은 형평성의 문제가 제기 될 수 있고, 또는 이는 재정상의 문제점도 야기할 수 있는 문제점을 안고 있다. 따라서 보장성 강화의 효과를 더욱 높이고 필요한 재원을 충당하기 위해서는 낭비적인 요인들을 찾아내고 관리할 수 있는 대안들이 필요하다.

<표 9> 2016 년 질환별 세대당 월보험료 대비 급여비

(단위: 원, 배)

구 분		전체	암	심장	뇌혈관	희귀	52개 경증
계 (평균)	급여비	183,961	384,333	834,755	798,182	421,210	43,393
	보험료대급여비	1.8	3.7	8.0	7.7	4.1	0.4
1 분위 (하위 20%)	급여비	140,599	372,593	820,941	777,329	457,602	34,200
	보험료대급여비	5.3	14.0	30.8	29.1	17.1	1.3
5 분위 (상위 20%)	급여비	272,041	367,065	831,291	787,694	405,760	57,320
	보험료대급여비	1.1	1.5	3.5	3.3	1.7	0.2
1 분위 / 5 분위 보험료대 급여비 비율		4.8	9.3	8.8	8.8	10.1	6.5

출처: 보건복지부 2017. 6. 15, 보도자료

주) 세대당 월보험료 104,062 원

제 2 절 한국 건강보험제도의 개선방안

1. 보험료 부과체계의 형평성 제고

건강보험 부과체계와 관련하여 직장가입자와 지역가입자 사이의 형평성 문제는 지속적으로 나타나고 있는 문제점이다. 이를 해결하기 위해서 가장 확실한 방법은 단일 통합 보험료부과체계를 적용하는 것이다. 하지만 이것은 재정적 부담으로 현실적인 난관에 부딪히고 있다. 이러한 내용들은 선행연구에서도 확인할 수 있다.

이대홍(2006)은 직장, 지역소득자간 소득을 기준으로 부과체계를 일원화 하는 것은 지역소득자의 소득 파악률과 파악소득수준이 낮은 상황에서 현실적으로 곤란하며 소득파악의 개선을 위해서는 현황 조세제도의 획기적인 개혁이 필요한데, 이러한 획기적인 개선은 장기간 소요될 전망이다. 장기간 소득 파악률이 현실화되기 어렵다는 전제에서 이미 정착단계에 있는 현행 지역소득자 부과체계를 전가입자에게 공통적인 부과기준으로 활용하는 것이 바람직하라고 주장한다.

또한 이은경(2014)은 건강보험의 올바른 부과체계 개편을 위해서는

- ① 국고부담확대와 이를 담보할 수 있는 조세구조 정상화(부자증세)
- ② 기업의 건강보험 부담비율 제고
- ③ 고소득층 소득의 정확한 파악과 정당한 부과가 선행되어야 지역과 직장 가입자의 형평성과 비효율이 개선될 수 있다고 주장한다.

2013년 7월에 보건복지부는 건강보험료 부과체계 개선기획단을 구성하여 중장기적으로 소득중심의 보험료 부과체계로의 개편 등 건강보험료 부담의 형평성 제고를 위한 보험료 부과체계 개선방안에 대해 논의를 진행해 왔다. 드디어 정부는 건강보험의 형평성 제고를 위해 지역가입자의 건강보험료 부담을 덜어주고, 고소득자의 부담은 강화하기 위해 개편안을 2017년 3월 정부와 국회가 개편방안에 대해 잠정 합의하고 발표하였다. 그 주요 내용을 정리하면 다음과 같

다.

건강보험료 부과체계 개편 방안을 2 단계 과정으로 진행기로 한 수정안에 따라 2018 년 7 월 1 단계를 4 년간 시행하고 이어 2022 년 7 월 최종 단계가 시행될 예정이다. 그리고 부과 체계 개편으로 소득 외에 성·연령, 재산, 자동차 등으로 추정한 '평가소득' 보험료가 폐지되고 자동차 보험료 부과기준이 바뀐다.

이에 따라 지역가입자의 보험료는 인하되지만, 직장인의 피부양자로 등록해 건강보험료를 내지 않던 35 만명이 건강보험료를 새로 내야 한다(보건복지부, 2017). 지금까지 직장가입자는 부모와 자녀, 형제, 자매까지 피부양자로 등록할 수 있었는데, 2018 년부터는 직장가입자 피부양자 중 합산소득이 3400 만원을 넘는 경우, 가입자의 형제·자매인 경우 피부양자 대상에서 제외하기로 했다. 다만 65 세 이상 노인·장애인·30 세 미만이면 소득·재산 기준을 초과하지 않는 경우 피 부양 자격이 유지된다. 피부양자에서 탈락해 지역가입자로 전환될 경우 1 단계 개편 기간에 보험료를 30% 경감해주기로 했다(보건복지부, 2017).

앞으로 시행될 건강보험료 체계는 앞서 이야기 한 대로 직장가입자와 지역가입자를 단일 통합체제로 전환하는 것은 아니지만, 직장인의 형제, 자매의 피부양자의 지역가입자로의 전환, 지역가입자의 보험료는 인하되는 효과로 인해 어느 정도의 형평성은 제고될 수 있게 되었다. 하지만 앞으로 더 체계적인 소극보험료 부과기반을 마련하기 위한 노력은 지속되어야 할 것이다.

2. 의료보장의 사각지대 해소

국민건강보험의 사각지대는 보험료 체납한 경우 건강보험 급여의 제한을 받기 때문에 생기는 문제가 제일 크다. 이를 해결할 가장 좋은 방법은 이들 중에 정말 어려운 형편 때문에 건강보험료 연체할 경우에 이를 면제해 주는 것이 좋은 방법이다. 따라서 현행 보험료 면제기준을 합리적으로 수정하여 기준을 확대하

는 것이 필요하다. 이를 위해서는 체납자들에 대한 유형을 정확하게 파악되어야 한다. 이는 재정적 부담을 최소화 하면서 꼭 필요한 사람에게 보험료 지원할 수 있는 기본적 자료가 된다. 이러한 자료를 바탕으로 사각지대에 놓인 생계형 체납자를 정확히 구분하여 그에 따른 지원방안을 강구할 필요가 있다.

건강보험료 지원은 지방자치단체에서 실시하고 있는 보험료 지원사업을 활성화 할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 특히 지자체 조례 제정을 통해 저소득층 건강보험료 지원을 확보하도록 지방자치단체가 조례를 제정할 경우 인센티브 제공 방안 등이 필요할 것으로 보여 진다.

그리고 자격측면에서 수급자가 소득 증가로 차상위 계층에 진입한 경우, 일정 기간 동안은 수급자와 동일한 의료보장 수준을 유지 하는 방안 마련이 필요하다(신현웅, 2008: 14-15). 그리고 보험료를 6 회 이상 체납한 경우에 건강보험 혜택을 이용하지 못하게 하는 규정도 빈곤 체납세대들의 경우에는 혜택을 받을 수 있도록 예외규정을 두어야 할 것이다.

이러한 급여제한제도는 그 취지와는 달리, 경제적 부담능력이 거의 없는 자들에게 보험료를 부과함으로써 체납자를 양산하여 의료보장의 사각지대로 내모는 제도가 되고 있기 때문이다(김태환, 2014: 120-121). 만약 재정문제로 당장 개정이 어렵다면 체납세대에 속하는 미성년자, 만성질환자, 장애인, 임산부, 중증질환자, 응급환자 등에 대해서이라도 우선 적용될 수 있도록 하여 최소한 체납으로 인하여 치료를 주저하는 동안 시간이 경과하여 중병으로 발전하는 일은 없도록 해야 할 것이다(김태환, 2014: 120-121). 하지만 이때 체납자만 지원할 경우 보험료 납부에 있어 도덕적 해이가 발생할 우려가 있으므로 일정보험료 이하 저소득층 전체세대에 대해 보험료를 지원하는 방안이 적절할 것으로 판단된다(김태환, 2014: 120-121).

장기적으로 저소득층에 대해서는 보험료를 인하하거나 전체세대에 대해 보험료를 지원하는 방안이 필요하지만 단기적으로 먼저 우리 사회에서 의료보험 사각지대에 있는 대상들을 찾는 것이 더 중요할 수 있다. 의료보험 보편성의 원칙

에 맞게 우리사회에 소외되어 있는 의료보험 사각지대에 있는 대상들을 찾고 이를 지원할 수 있도록 각 지방자치단체와 중앙정부가 협력하여야 하는 것이 가장 시급한 문제로 보여진다.

3. 재정 안정화 확립

의료보험의 목적중 하나가 의료서비스에 있어서 ‘가치’를 높인다는 것이다. 이는 의료서비스의 ‘질’과 ‘비용’ 두 가지 모두에서의 개선을 의미한다, 즉, 환자가 받는 서비스의 적절성 증대, 의학적 실수의 감소, 의료비의 감소 등이 ‘질’과 관련된 문제이고 서비스에 대한 접근가능성은 비용과 관련된 문제이다(정영호·고숙자·장익현, 2010: 51-53).

이러한 두 가치를 실현하기 위해서는 현재의 지불시스템으로 두 가치를 모두 달성하기는 힘들다. 현재 의료비 지불 시스템은 의료공급자로 하여금 더 많은 사람에게 더 많은 의료서비스를 제공하면 수익이 더 많이 발생하는 유인 구조를 제공하고 있기 때문에 의료비 증가를 더욱 부채질하기에 비용이 증가할 수밖에 없는 구조이다. 이러한 구조에서는 더욱더 재정 안정화가 필수적이다.

재정 안정화를 위해서는 많은 연구자들이 제시하고 있는 방안들을 먼저 살펴보면, 재정건전화 특별법의 한시적 성격을 폐지하여 현재의 국고지원과 국민건강증진기금의 지원을 안정적으로 구조화하는 것, 수가인상을 통한 재정 건정성을 확보하는 것, 수가제도의 개선, 건강보험 재정관리 시스템을 정비 등의 많은 방안들을 제시해 오고 있다. 이러한 방안들 중 많은 부분 실제 어떻게 하면 재정을 확충할 수 있는지에 대한 방안들이 많다. 근본적으로 재정책충이 재정 안정화에 기여 하는 가장 좋은 방법이기 는 하나 더 중요한 것은 내부에서 어떻게 재정이 잘 못 사용되고 있는지도 중요하다고 보여 진다. 따라서 부정적인 방법으로 인한 의료비 지급이 잘못되고 있는지에 대한 심사기능의 강화, 아주 경미

한 병에 대해서도 과도한 진료비 청구 등 도덕적 해이에 대해서도 관심을 가질 필요가 있다. 더불어 의료보험의 거대한 재정을 효율적으로 관리 운영하기 평가 체계를 갖추고 지속적인 관심을 갖는 것도 중요하다고 판단된다.

4. 소득재분배 효과 제고

의료보험에서 계층 간 소득재분배 효과는 지역과 직장 모두의 보험료부담, 급여비를 십분위 배분율로 볼 때 보험료 부담은 저소득계층이 낮게 부담하는 반면, 급여비는 높게 혜택을 보고 있어, 고소득자가 부담한 보험료가 저소득계층의 급여비로 이전되는 결과를 파악할 수 있다. 2017년 보건복지부 보도 자료에 따르면 적용인구 1인당 보험료 부담 대비 급여비 경우 1인당 월평균 45,748 원 보험료 부담, 80,874 원 급여 혜택을 받는 것으로 나타났다. 그 중 하위 20%대 상자(1분위)는 1인당 월평균 18,130 원 보험료를 부담하고 82,190 원 급여를 받아 4.53 배, 상위 20% 대상자(5분위)는 월평균 85,345 원 보험료를 부담하고 86,667 원을 급여로 받아 1.02 배의 건강보험 혜택을 받음으로 해서 소득재분배 효과를 확인할 수 있다(보건복지부, 2017).

앞서 소득재분배에 관한 논의에서 실제로 1분위 저소득층일수록 지역가입자일수록 많은 혜택을 보고 있는 것으로 나타났다. 이는 수직적 소득재분배의 측면이 강하다. 그리고 어느 정도 소득재분배가 이루어지는 것이 적정한지 혹은 과한지에 대한 기준이 존재하지 않는다. 따라서 의료보험에서의 소득재분배의 정도에 대한 사회적 합의가 도출되는 것이 우선적 과제로 보이고, 그에 따라 소득재분배 효과에 대해 논의 하는 것이 타당할 것으로 보인다.

5. 보험급여 구조 개선

앞서 건강보험의 구조상의 문제점으로 비급여의 증가, 선택진료, 상급병실제 운영, 소수의 인구에 의한 보험진료비 과다 사용을 보험급여 구조상의 문제점으로 지적하였다.

먼저 비급여의 증가로 의료비 증가를 줄이기 위해서는 현재 비급여서비스의 항목을 줄이는 방안이다. 현재 복지적 차원에서 접근하여 어르신들의 틀니, 임플란트 등 급여화 하는 서비스들이 늘어나고 있는 추세이다. 이는 하루아침에 비급여서비스를 급여서비스로 전환하기는 힘들다. 따라서 다양한 의견수렴을 통해 단계적 비급여서비스를 급여 서비스로 전환할 필요가 있어 보인다.

둘째, 선택진료의 문제점 개선을 위해서는 선택진료에 대해서는 제한적 허용을 추진할 필요가 있다. 기본적으로 선택진료는 본인부담 특례로 전환하여 관리하고, 상급병원과 중소병원의 차이를 두는 것이 바람직 한 방법으로 보여 진다. 중소병원에는 선택진료를 현행과 같이 유지하고 상급종합병원에서의 선택진료는 장기적으로 폐지하는 것이 방안이 될 수 있다.

셋째, 상급병실 운영의 문제이다. 상급병실 운영은 병원의 경영과 직결되어 있기 때문에 일시에 상급병실운영체도를 폐지할 경우 의료기관 운영에 많은 어려움을 주게 된다. 따라서 상급병실 문제는 점진적으로 해결해야 한다. 우선 1인실은 자비부담 병실로 전환하여 이 병실 이용자는 진료비 전액을 본인이 부담토록 하고, 2-4인실에 대해서는 점진적으로 기준병실로 바꾸거나, 병실료를 전부 건강보험급여로 하되 본인 부담을 현재의 20%에서 30-40%로 상향조정하도록 해야 한다(이규식, 2013: 346-348). 상급병실제도는 건강보험급여의 최소수준의 원칙에 부합하지 못하는 비급여에 속하기 때문에 지속적으로 개선되어야 한다.

넷째, 소수에 의한 보험 진료비 과다사용 문제이다. 앞에서 제시된 <표 9> 2016년 질환별 세대당 월보험료 대비 급여비를 보면 전체 세대별 보험료부담

대비 급여비는 1.8 배인데 심장질환자가 있는 세대는 8.0 배, 뇌혈관질환 7.7 배, 희귀질환 4.1 배, 암질환 3.7 배, 경증질환 0.4 배 혜택을 받아 4 대 중증질환에 대해서는 전 분위 에서 혜택을 많이 받은 것으로 나타났고, 보험료 하위 20% 세대의 암질환 보험료 대비 급여비는 14.0 배이고 보험료 상위 20% 세대는 1.5 배로 저소득 중증질환일수록 더 많은 혜택으로 보는 것으로 나타났다. 특히 희귀병에 의한 1 분위 저소득층에서는 심장질환 30.8 배, 희귀질환 17.1 배로 가장 많은 비율을 차지하고 있다. 따라서 희귀질환의 경우는 사회보험인 건강보험방식으로 대응하는 것보다는 국가적 차원에서 보다 적극적으로 지원하는 것이 바람직하다.

제 5 장 결 론

본 연구는 한국건강보험제도의 현황과 문제점을 분석하고 이를 기초로 한국보험제도의 바람직한 발전방안을 모색하는데 목적을 두었다. 이를 위해 본 연구에서는 건강보험에 관한 일반이론과 한국건강보험제도의 발전과정, 한국건강보험제도의 주요내용, 한국건강보험제도의 주요 문제점을 분석하였다. 본 연구결과에 따르면 한국건강보험제도는 보험료부가체계상 직장가입자와 지역가입자간 보험료 부담 후 형평성이 결여되어 있고, 국민기초생활보장에서 제외되는 비수급 빈곤층 즉 차상위계층의 의료보장이 상대적으로 미흡하며, 최근 의료비의 지속적 증가와 고령화 현상의 심화 등으로 인해 보험료 수입보다 지출이 지속적으로 늘어나는 현상으로 인해 보험제정의 안정성이 결여되어 있는 것으로 나타났다. 또한 한국건강보험제도는 보험료 부담에 있어 소득 재분배효과가 미흡하고 보험금 청구조상 비급여가 많아 포괄적 서비스제공에 있어 상당한 한계를 가지고 있는 것으로 나타났다.

그리고 위와 같은 문제점을 개선하기 위한 방안으로 다음과 같은 것을 제시하였다. 첫째, 현재 직장소득자와 지역소득자간에 보험료부과체계상 발생하는 형평성문제를 해결하기 위해서는 직장가입자와 지역가입자를 통합한 단일부과체계를 구축하여야 한다.

둘째, 의료보장의 혜택을 전 국민이 충실히 보장받기 위해서는 보험료부담에 따른 의료서비스 혜택의 차별화를 해소하는 것이 무엇보다 중요하다. 이를 위해 보험료부담의 문제를 안고 있는 계층 특히, 차상위 계층에 대한 보험료부담을 줄일 수 있는 다양한 지원체계의 확립이 무엇보다 필요하다.

셋째, 한국국민건강보험제도가 국민의 건강유지와 증진이라는 본래적 기능을 안정적이고 충실히 수행하기 위해서는 무엇보다 재정의 안정화가 확립되어야 한다. 이를 위해 보험료수가의 현실적 반영, 안정적인 기금운영, 장기고액채납자에

대한 효과적이고 체계적인 관리 등이 필요하다. 넷째, 한국건강보험제도의 가장 큰 문제점으로 지적되고 있는 소득재분배 효과를 증진할 수 있도록 고소득자에 대한 보험료 부담률을 높이고 상대적으로 저소득층 및 소득취약계층에 대한 보험료 부담을 줄일 수 있는 제도적장치가 필요하다. 끝으로 비보험급여를 가능한 최대한 급여화하고 상급병실제도를 현실에 맞게 개선할 필요가 있다.

한국국민건강보험제도는 세계최고 수준이라는 높은 평가를 받고 있는 것처럼 관리체계, 부과체계, 급여체계 등 전체적으로 우수하다는데 이의를 제기하기 어려운 것도 사실이다. 특히, 한국국민건강보험제도는 짧은 역사에도 불구하고 국민 건강에 대한 사회적 책임을 확보하고 이를 통해 국민들의 건강유지와 증진에 많은 기여를 하고 있다는 점에서 한국건강보험제도가 국민의 건강하고 안정적인 생활을 보장할 수 있는 제도로 발전할 수 있도록 지속적이고 체계적인 노력이 뒷받침되어야 할 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

1) 단행본

- 강신목 외 (2016). 「건강보험의 이론과 실제」. 서울: 계축문화사.
- 강창렬 외 (2006). 「병원행정학 이해」. 서울: 현문사.
- 김병환 외 (2011). 「건강보험의 이론과 실제」. 서울: 계축문화사.
- 문상식·김명중 (2015). 「국민건강보험론」. 서울: 보문각.
- 문재우 외 (2011). 「보건행정학」. 서울: 계축문화사.
- 안홍순 (2012). 「사회복지정책론」. 고양: 공동체.
- 정영호 외 (2010). 「의료재정 안정화 방안」. 서울: 대명.

2) 논문

- 고현신 (2001). 「국민건강보험의 제도분석과 발전방향에 관한 연구」. 숙명여자대학교 정책대학원 석사학위논문.
- 김순영 (2004). 「국민건강보험의 문제점 및 개선방안」. 청주대학교 사회복지행정대학원 석사학위논문.
- 김정희·정현진·이호용 (2008). 「건강보험 급여구조 개편방안 연구」. 국민건강보험공단 연구보고서.
- 김주경 (2016). 「합리적 건강보험료 부담 방안」. 국회입법조사처.
- 김태환 (2014). 「사회보험 급여의 사각지대 해소방안에 관한 연구」. 동국대학

교 대학원 박사학위논문.

김현주 (2003). 「우리나라 국민건강보험제정의 개선방안에 관한 연구」. 조선대학교 교육대학원 석사학위논문.

김호윤 (2015). 「국민건강보험 통합정책 변동과정 연구」. 명지대학교 대학원 박사학위논문.

김희숙 (2016). 「건강보험료 부과체계 개선의지의 영향요인- 계획 행동이론을 기반으로」. 인제대학교 보건대학원 석사학위논문.

남경엽 (2011). 「건강보험 보장성 강화가 병원 경영 성과에 미치는 영향에 관한 연구」. 경희대학교 대학원 박사학위논문.

남선모 (2013). 「국민건강보험법의 개정 및 제도개선에 관한 연구」. 세명대학교 법학대학원 박사학위논문.

박상철 (2006). 「국민건강보험제도의 개선방안에 관한 연구」. 관동대학교 경영행정대학원 석사학위논문.

신영석 외 (2005). 「의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안」. 한국보건사회 연구원 연구보고서.

신영전 (2010). 글로벌 경제위기와 의료보장의 사각지대. 「한국사회정책」, 17(1): 95-127.

신현웅 (2009). 의료보장 사각지대 현황 및 해소방안. 「보건복지포럼」, 2009년 9월호.

유승선 (2006). 「국민건강보험제도와 민영건강보험 제도간의 발전방안」. 한국외국어대학교 경영대학원 석사학위논문.

이규식 (2013). 「건강보험제도 및 의료공급체계의 발전을 위한 과제」. 연세대학교 보건대학원 박사학위논문.

이대홍 (2006). 「국민건강보험 부과체계의 문제점 및 개선방안」. 동국대학교 사회과학대학원 석사학위논문.

이상태 (2010). 「한국의 건강보험 재정 건전성 확보방안에 관한 연구」. 연세대

학교 경제대학원 석사학위논문.

이옥인 (2008). 「건강보험료 부과체계의 형평성에 관한 연구」. 중앙대학교 행정대학원 석사학위논문.

이준영 (2005). 사회적 안전망으로서 건강보험의 역할. 「건강보험포럼」. 4(3): .2-15.

이찬미 (2007). 「국민건강보험 보장성 개선방안에 관한 연구」. 성균관대학교 무역대학원 석사학위논문.

임근남 (2008). 「건강보험료 부담의 형평성과 소득재분배에 관한 연구」. 한양대학교 행정자치대학원 석사학위논문.

정규선 (2005). 「국민건강보험의 발전적 방안에 관한 연구-재정·급여·운영 주체를 중심으로」. 경상대학교 행정대학원 석사학위논문.

정재욱 (2014). 「지역 및 직장가입자의 부담능력에 따른 건강보험료 부담의 형평성 변화 - 주이카크와니 지수와 수정 카크와니 지수중심으로 연구」. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

정형선 (2004). 「의료보장 사각지대. 국민건강보험발전을 위한 논의과제」. 국민건강보험발전위원회.

조미란 (2009). 「국민건강보험제도의 변화에 따른 병원경영전략에 관한 연구」. 경산대학교 경영대학원 석사학위논문.

조형원 (2015). 「국민건강보험법의 발전과정과 법정정책 과제」. 상지대학교 보건과학대학원 박사학위논문.

최아름 (2006). 「국민건강보험제도의 평가와 개선방안에 관한 연구」. 성균관대학교 대학원 석사학위논문.

3) 기타

보건복지부 (2017. 3 .23). 보도자료: 건강보험료 부과체계 개편 최종단계.

보건복지부 (2017. 6. 15). 보도자료: 「2016 년 보험료 부담 대비 급여비 현황 분석」 결과.

정재철 (2012). 「건강보험료 부과체계의 문제점과 개선방안」. 민주정책연구원.

OECD, 2009, Health data.

OECD, 2009, Health at a glance.

http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2017/03/23/.

ABSTRACT

A Study on the Problems and Improvement of National Health Insurance System in Korea

By Nguyen Hoai Thuy Trang

Department of Public Administration

Graduate School, Silla University

The purpose of this study is to analyze the current status and problems of the Korea health insurance system and find out desirable development measures for the system. In order to achieve this purpose, the study analyzed general theories on health insurance and development processes, main content and major problems of Korea health insurance system.

According to the study results, there is lack of equity in the health insurance system premium burden between workers and local subscribers. The exemption based on poverty which seeks to guarantee citizens basic living conditions through a medical security system is relatively insufficient within the income hierarchies. The current continuous rise in medical expenses and rapid ageing population phenomenon and the rise in expenditure than premium income generated has created lack of financial stability in the health insurance system. Also, the premium burden in the Korea health insurance system show that there is insufficient income redistribution effect and considerable limitation in provision of comprehensive services due to many non-payments caused by the insurance

payment structure.

The following suggestions were made in order to solve the enumerated problems. First, in order to resolve the problem of equity that arises from additional premium schemes between working income earners and local subscribers, a single premium imposition scheme should be established to integrate the workers and local subscribers payment schemes.

Second, it is of utmost importance to eliminate differences in medical service benefits based on premium burden to ensure that the entire citizens receive real medical security benefit. It is important to provide various support in order to resolve the premium burden problem especially to reduced the burden in the income hierarchy.

Third, it is of utmost importance to establish financial stability in order for the Korea health insurance system to fulfill its original function of maintaining and promoting citizens health in faithful and stable manner. It is necessary to reflect on actual amount of insurance premium, operate stable funding and effectively and systematically manage long-term high delinquents.

Fourth, in order to solve the lack of income redistribution effect which is the biggest problem of the Korea health insurance system, institutional measures are needed to increase the premium burden on high income earners and reduce the premium burden on relatively low income earners.

Finally, it is necessary to provide as much of the uninsured benefits as possible and in reality improve the advanced ward system.