정책토론회

# 건강보험 하나로
# 병원비 걱정없는 사회를!

진보신당

# 건강보험 하나로
# 병원비 걱정없는 사회를!

## – 건강보험 개혁, 어떻게 할 것인가 –

**일시** 2010년 8월 31일(화) 오후 2시 **장소** 국회 의정관 101호
**주최** 의료민영화저지 및 건강보험하나로 특별위원회 • 국회의원 조승수
**후원** 상상연구소

## 진 행 순 서

14:00~14:10 • 인사말
**노회찬** 대표, **조승수** 의원

14:10~14:40 • 주제발표
**김종명** 위원장(진보신당 건강위원회)

14:40~15:30 • 지정토론
**안기종** 대표(한국백혈병환우회)
**임동수** 정책실장(민주노총)
**이 혁** 보험이사(대한의사협회)
**정영호** 보험부회장(대한중소병원협의회)
**신영석** 실장(보건사회연구원 사회보험연구실)
**오건호** 공동운영위원장(건강보험하나로시민회의)

15:30~16:00 • 종합토론

주 · 제 · 발 · 표

# 건강보험 하나로
# 병원비 걱정없는 사회를

## 건강보험 개혁, 어떻게 할 것인가

김종명 진보신당 건강위원장

# Ⅰ 들어가며

우리나라의 사회보장제도 중 건강보험은 국민들에게 가장 친숙한 제도이자 높은 지지를 받는 제도입니다. 특히, 올해는 국민건강보험 통합 10주년인 해입니다. 하지만 현재 건강보험은 안팎으로 위기를 맞고 있습니다.

먼저 건강보험 보장성이 2007년 64.6%로 정점에 달한 후 2008년 62.2%로 다시 하락했습니다. 이명박 정부가 보장성 강화 정책을 적극 시행하지 않는 가운데 신의료기술 도입 등으로 비급여 항목이 늘고 있습니다. 반면, 국민의료비와 함께 건강보험 재정은 급격하게 팽창하고 있습니다.

게다가 정부의 의료민영화 정책으로 인해 건강보험의 입지가 갈수록 좁아지고 있습니다. 예방과 건강증진과 같은 필수적인 보건의료서비스를 건강보험이 책임지지 못하고 있고, 최근에는 이를 아예 시장에 맡기는「건강관리서비스법」제정까지 추진되고 있습니다.

의료민영화의 종착점은 민영의료보험 활성화와 영리병원 허용이 될 것입니다. 이렇게 되면 공적 보험인 건강보험제도가 무너지고 민영의료보험이 득세하면서, 의료기관들은 소위 돈벌이 진료에 더욱 매진하는 상황이 될 것입니다. 결국 의료의 공공성은 사라지고 영리성이 극대화되면서 국민들의 의료비 부담이 늘고 건강 양극화는 심화될 것입니다.

지난 지방선거에서 무상급식이 주요 이슈로 부각되면서 국민들의 보편적 복지에 대한 인식이 높아진 것이 확인되었습니다. 최근에는 건강보험 하나로 모든 병원비를 해결하자는 주장이 주목을 받고 있습니다.

건강보험의 보장성 강화에 대한 국민적 공감대는 이미 폭넓게 형성되어 있습니다. 하지만 역대 정부는 보장성 강화와 구조적 개혁을 일관되게 추진하지 않았습니다. 이같은 건강보험의 취약성이야말로 민영의료보험 팽창과 의료 민영화 흐름의 근원입니다.

건강보험 대개혁은 외면할 수 없는 과제입니다. 건강보험을 튼튼하게 하면 국민들의 의료비 부담이 줄어듭니다. 의료비 불안 때문에 어쩔수 없이 민영의료보험에 가입할 필요가 없습니다. 또 의료기관의 영리 행위를 억제하고 공적 기능을 확장시킴으로써 보건의료 개혁의 출발점이 될 것입니다.

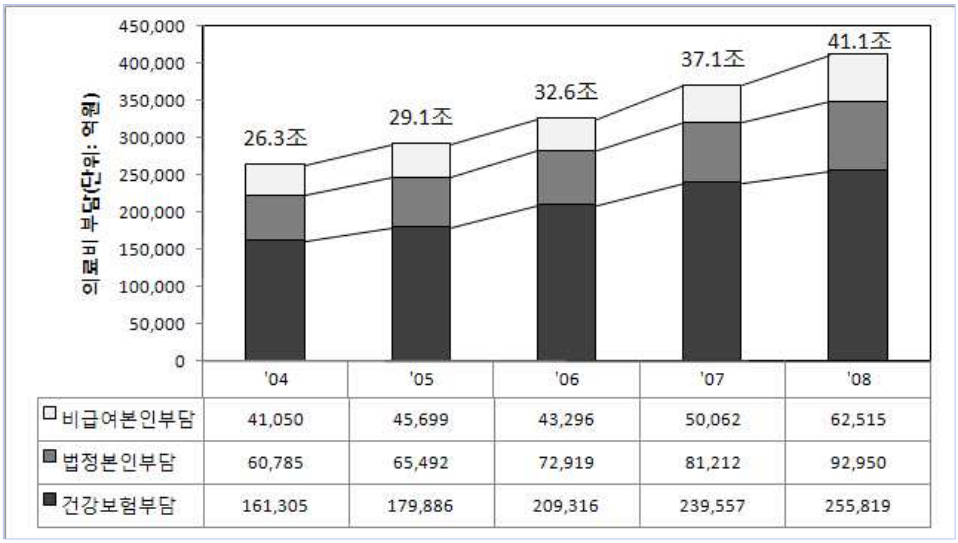
# II 건강보험의 현황과 문제점

## 1. 건강보험의 현황

### 가. 건강보험 지출 및 국민의료비의 급팽창

■ 2004년 건강보험의 급여비 부담은 16조원 → 2008년에는 26조원
- 최근 5년간 증가 추세면 2015년 63조원, 2020년 118.6조원 추정

■ 한편, 국민들이 직접 지출하는 본인부담금(법정+비급여 본인부담금)도 급증하고 있음
- 2004년 11조원에서 2008년 15.5조원으로 증가

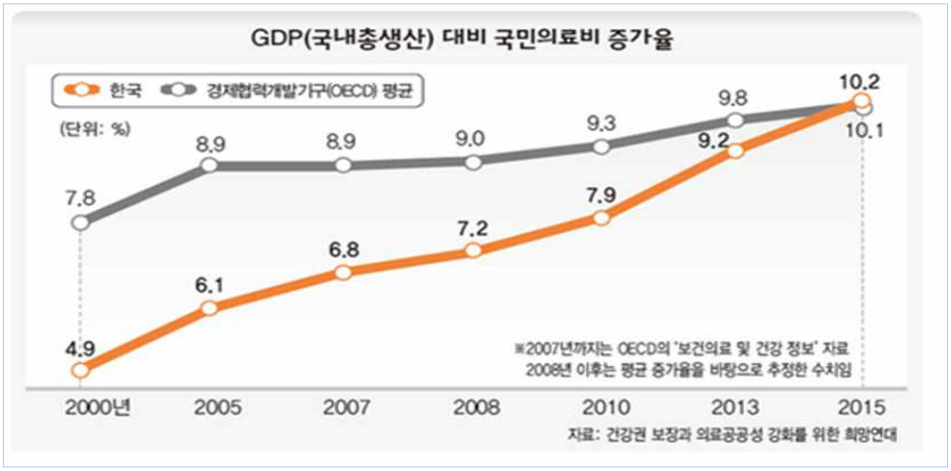



| | '04 | '05 | '06 | '07 | '08 |
|---|---|---|---|---|---|
| 비급여본인부담 | 41,050 | 45,699 | 43,296 | 50,062 | 62,515 |
| 법정본인부담 | 60,785 | 65,492 | 72,919 | 81,212 | 92,950 |
| 건강보험부담 | 161,305 | 179,886 | 209,316 | 239,557 | 255,819 |

※ 국민건강보험공단의 각 연도별 〈본인부담 실태조사 결과〉 재분석

■ GDP 대비 국민 의료비는 향후 OECD 수준에 근접할 것으로 예상됨

• 낭비적 지출 요인을 해결하지 않는다면 OECD 평균을 넘어설 것




■ 따라서 건강보험의 보장성을 확대하기 위해 건강보험 재원을 대폭 확충해야 함. 동시에 국민 의료비의 급격한 증가를 막고, OECD 수준 이내로 적정화하기 위한 지출구조 및 의료공급체계를 개편할 필요가 있음

## 나. 재정 지출은 증가하는데도 여전히 취약한 보장성

■ 2008년 현재 건강보험 보장성은 62.2%에 불과해 OECD 가입국 건강보장제도의 평균적인 보장률인 80%대 후반에 비해 턱없이 부족한 상황임

- 특히, 고액 진료가 많은 종합전문병원의 보장성이 55%로 매우 취약

| 구 분 | 종합전문 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 약국 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 건강보험 보장률(%) | 55.0 | 58.9 | 53.1 | 66.3 | 70.1 | 62.2 |
| 법정 본인부담률(%) | 17.9 | 20.9 | 20.0 | 22.2 | 27.9 | 22.6 |
| 비급여본인부담률(%) | 27.1 | 20.2 | 26.9 | 11.5 | 2.0 | 15.2 |

※ 2008년 요양기관종별 본인부담 현황

- 상급병원을 중심으로 보장성이 낮은 이유는 건강보험이 적용되지 않는 특진료, 상급병실료, 초음파, MRI 등 비급여 항목이 많기 때문임.

■ 이에 따라 의료비 부담이 가계의 지불능력을 초과하여 생계에 지장을 받는 국민이 약 900만명임

- 과부담 의료비 지출 가구(가처분소득의 10% 이상)가 10~15% : 인구 대비 19%
- 파국적 의료비 지출 가구(가처분소득의 40% 이상)가 2000년 이후 지속 증가 : 2000년 1.78%→ 2005년 2.51%
- 빈곤층의 경우 약 8~15%가 경제적인 이유로 치료를 못받는 상황

■ 하지만 앞으로도 건강보험 보장성은 더 떨어질 것으로 전망됨

- 2007년 64.6%로 정점을 찍은 후 2008년 62.2%로 감소
- 이명박 정부 들어 별다른 보장성 강화 조치가 이루어지지 않음

## 다. 취약한 건강보험 → 민영의료보험 팽창 → 국민들은 이중부담

### ① 민영의료보험의 급격한 팽창

■ 2003년부터 2008년 사이에 민영의료보험의 시장 규모는 2배 가까이 급증해, 2008년 전체 수입보험료가 12조에 이르는 것으로 추산됨

- 특히, 실손형 보험이 급증한 것은 건강보험이 제 역할을 못한 탓

| 연 도 | 정액형 보험 | | 실손형보험 | | 전체 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 수입보험료 | 증가 | 수입보험료 | 증가 | 수입보험료 | 증가 |
| 2003년 | 55,102 | 100 | 8,351 | 100 | 63,453 | 100 |
| 2005년 | 72,648 | 131.8 | 12,317 | 147.5 | 84,965 | 133.9 |
| 2007년 | 90,146 | 163.6 | 21,732 | 260.2 | 111,878 | 176.3 |
| 2008년 | 95,000 | 172.4 | 25,000 | 299.4 | 120,000 | 189.1 |

※ 이상이 외(2009), [국민건강보험의 재정확충 및 보장성강화를 위한 전략개발 연구]

- 이를 건강보험 재정으로 돌릴 경우 보장성을 90%까지 확대 가능

■ '2008년 한국의료패널 기초분석보고서'에 따르면, 조사 대상 가구의 76%가 민영의료보험에 가입, 가구당 평균 3.38개에 달함

- 가구당 월 평균 민영의료보험료는 17만 2,831원이고, 종신 및 연금보험의 특약가입을 포함할 경우 26만 9717원
- 가구당 월 평균 건강보험 보험료(2008년 기준) 8만원의 2~3배 수준

### ② 의료비 부담만 가중시키는 민영의료보험

■ 국민들은 건강보험만으로 의료비 해결이 안되어 민영의료보험에 가입함

- KDI의 〈민영의료보험가입과 의료이용의 현황〉을 보면 소득 수준에

따라 가입률 차이가 크게 나타나지 않고 있음. 건강보험의 취약성으로 인한 의료비 불안 때문으로 볼 수 있음.

(단위: %)

| | | 직장 가입자 전체 | 보수월액 규모(단위: 만원) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0< ≦100 | 100< ≦200 | 200< ≦300 | 300< ≦500 | 500< |
| 민간의료보험 전체 | | 66.0 | 60.8 | 67.7 | 69.0 | 66.0 | 63.2 |
| 유형별 | 실손형 | 26.7 | 23.8 | 28.2 | 27.8 | 26.2 | 26.2 |
| | 정액형 | 64.0 | 59.0 | 65.8 | 67.2 | 63.9 | 60.2 |
| | 실손+정액형 | 24.8 | 22.0 | 26.4 | 26.0 | 24.1 | 23.2 |

주: 전체 406,751명 중 직장가입자는 208,220명이며, 각 보수월액 규모별 표본 수는 보수월액 규모가 낮은 구간부터 37,381명(18%), 61,921명(29.7%), 43,864명(21.1%), 50,426명(24.2%), 14,628명(7%)임.

※ KDI(2008), [민영의료보험의 가입과 의료 이용의 현황]

■ 주 연령층은 30~40대로 근로소득이 없는 65세 이상은 가입률이 급격히 하락하는 전형적인 단물빨기(cream skimming) 현상이 나타남

- 보험 기능 보다 이윤 창출을 목적으로 하기 때문에 질병위험이 높은 노인층보다는 질병위험이 낮은 계층 위주로 선별적으로 가입자 유치

(단위: %)

| | | 전체 | 연령 구분 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0~18 | 19~29 | 30~39 | 40~49 | 50~64 | 65~70 |
| 민간의료보험 가입률 | | 63.7 | 59.5 | 62.6 | 77.4 | 74.2 | 54.5 | 17.4 |
| 유형별 가입률 | 실손형 | 26.1 | 25.8 | 26.7 | 32.3 | 30.0 | 18.4 | 4.6 |
| | 정액형 | 62.0 | 58.3 | 60.5 | 75.7 | 72.3 | 52.1 | 16.0 |
| | 실손+정액형 | 24.3 | 24.7 | 24.7 | 30.6 | 28.2 | 16.0 | 3.2 |

주: 1) 전체 406,751명 중 연령 구분별 표본 수는 낮은 연령그룹부터 105,791명(26%), 74,782명(18.4%), 77,917명(19.2%), 73,147명(18%), 59,102명(14.5%), 그리고 16,012명(3.9%)임.
2) '실손+정액형'이란 두 가지 유형의 보험에 모두 가입한 경우.

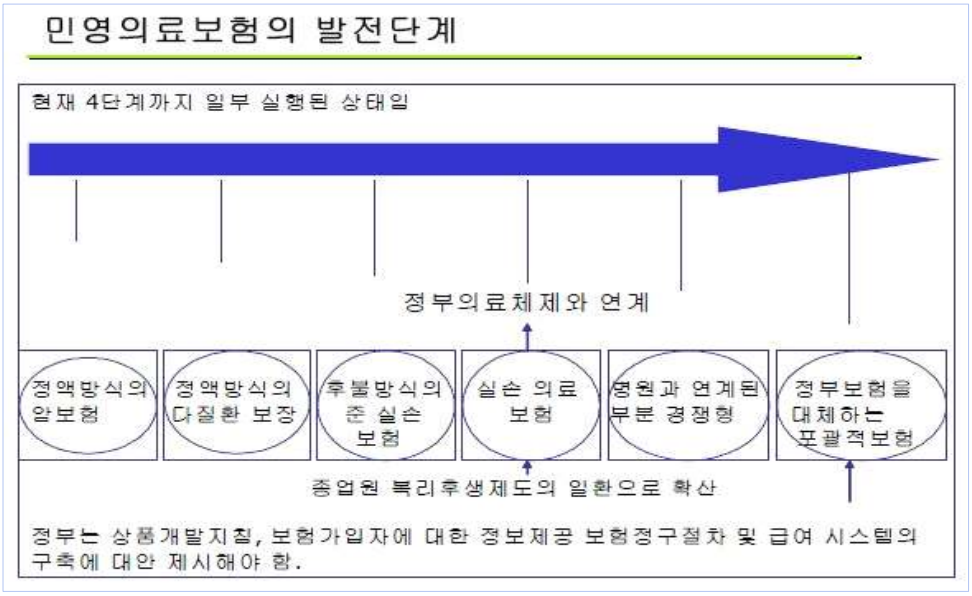
■ 결국, 민영의료보험은 취약한 건강보험의 의료비 불안을 해소하지는 못

하고 있으며, 건강보험료를 주로 부담하고 있는 근로계층에게 값비싼 민영의료보험에 이중으로 부담시켜 가계 부담만 가중시키고 있음

### ③ 건강보험을 대체하려는 민영의료보험

■ 민영의료보험은 양적 팽창과 함께 건강보험의 지위를 위협하는 수준으로 질적 도약을 추구함

- 삼성생명의 전략 보고서에 따르면 현재는 실손형 의료보험의 4단계




■ 현재 국회에 개인질병 정보를 열람할 수 있도록 하는 법안[1]과 민영의료보험의 제3자 지급과 비급여 비용의 심사/평가를 허용해주는 법안[2]이 추진되고 있음

- 민영의료보험이 현재 4단계에서 5단계로 도약할 수 있게 하는 법안

1) 한나라당 공성진 의원이 대표 발의한「보험업법」개정안
2) 민주당 이성남, 최영희 의원이 발의를 추진중인「민영의료보험의 보험금 청구 및 지급에 관한 법률」제정안

- 건강보험처럼 의료기관에 대한 진료비 직불제도와 진료비 심사제도 도입이 골자
  : 건강보험 심사평가원은 급여 진료비만 심사하나 민영의료보험은 비급여까지 심사 → 건강보험과 대등한 능력을 갖춘 후 결국 건강보험을 대체하는 미국식 의료시스템

## 2. 건강보험제도의 구조적 문제

### 가. 건강보험의 수입 및 지출 구조

■ 2008년 기준 건강보험 재정은 국민부담 건강보험료 53%, 사용주부담 건강보험료 33%, 국고지원 14%로 조달됨
- 직장가입자 보험료율은 5.33%(2010년), 자가부담 보험료율은 2.67%

■ 이렇게 조달된 재원은 2008년 의료기관 총 진료비의 62.2%만을 담당하고 있어 총량에 있어 부족하다고 할 수 있음
- 총 의료비 41.1조원 중 건강보험부담 25.5조원, 비급여를 포함한 본인부담 15.5조원

■ 건강보험 재정이 매년 10% 이상씩 증가하는 것은 고령화와 만성질환으로 인한 의료이용의 증가, 소득수준 향상에 따른 의료이용 증가 등 자연증가분이 기본 요인임. 여기에 비용 유발적인 지출 구조와 민간중심의 의료공급체계가 함께 작용
- 향후 재정조달체계와 의료공급체계 개편은 국민의료비 적정화를 위한 핵심 문제

## 나. 건강보험 재정 조달의 문제점

### ① 낮은 보험료율, 보험료 부과대상의 형평성 부족

■ 직장가입자 기준 건강보험료율 5.33%인 반면 사회보험방식으로 건강보장제도를 운영하고 있는 나라들의 보험료율은 통상 10% 내외 수준임

- '적정부담 적정급여' 가 아니라 '저부담 저급여' 체제를 유지

주요 국가별 건강보험 현황 (단위:%)

| 나라 | 보험 관리 | 보험료율 (2008년) | GDP대비 국민의료비 비중 | GDP대비 국민의료비 연 평균 증가율 (2003~2007) | 보장률 | 지불제도 | 민간의료보험 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 독일 | AOK 등 각 조합 | 14.2 | 10.4 | -0.94 | 86.9 | 총액계약제 기반<br>· 외래:행위별수가제<br>· 입원:포괄수가제 | 비영리법인으로 지급률이 높음 (약 85~90%)<br>이익이 주목적이 아님 |
| 스웨덴 | 지방 자치단체 | 조세 방식 | 9.1 | -0.81 | 84.1 | 총액계약제 기반<br>· 외래:인두제<br>· 입원:포괄수가제 | 최상류층 (인구의 5%미만) 정도가 가입 |
| 프랑스 | CNAMTS (프랑스 건보공단) | 13.5 | 11.0 | 0.23 | 93.2 | 총액계약제 기반<br>· 행위별 수가제, 포괄수가제 병행 | 비영리법인으로 지급률이 높음 (약 85~90%)<br>이익이 주목적이 아님 |
| 대만 | 전민건강 보험국 | 8.1 | 6.1 | -0.49 | - | 총액계약제 기반<br>· 외래:행위별수가제<br>· 입원:포괄수가제 | - |
| 한국 | 국민건강 보험공단 | 5.08 | 6.8 | 4.9 | 64.3 | 행위별수가제 | 영리목적인 만큼 지급률이 70%내외로 낮음 (국민건강보험은 180%) |
| OECD 평균 | | | 8.9 | 1.5 | 81.7 | 총액계약제를 기반으로 국가별 특성에 맞는 지불제도 운영 | 공보험의 보장성이 높아 민간의료보험 역할 제한적 |

※ 경향신문(2010.7), 각국의 건강보장제도 현황

■ 보험료 부과 대상에서 연금, 금융, 양도 소득 등은 제외되어 형평성에 문제가 있으며 재원 확충 기반이 확대되지도 못함

### ② 취약한 국고 지원과 사용주 부담

■ 「국민건강보험법」은 2007년부터 보험료 수입의 20%를 국고 지원하는

것으로 규정하고 있음. 그러나 예상 수입을 보수적으로 추정해 지원함으로써 실제 지원액은 20%에 미달하고 있음

- 보험료 총 수입 중 정부지원(국고지원금+담배부담금) 비율 지속 하락 : 2006년 21.0 %, 2007년 17.3%, 2008년 16.7%, 2009년 18.5%

| 구 분 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 누계 (억원) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 법정지원액(A) | 35,263 | 37,185 | 38,510 | 40,922 | 45,161 | 48,877 | 48,877 | 51,870 | 346,665 |
| 실제지원액(B) | 30,139 | 34,238 | 34,830 | 36,940 | 38,362 | 36,718 | 40,279 | 48,100 | 299,606 |
| 과부족액(A-B) | 5,124 | 2,947 | 3,680 | 3,974 | 6,799 | 5,788 | 8,598 | 3,770 | 40,680 |

※ 2002~2008년은 건강보험공단 국정감사 제출자료, 2009년은 재정현황으로 추계

■ 조세 방식이 아닌 보험 방식을 취하고 국가들의 국고 지원율은 나라마다 다름. 일본과 대만은 보험료 수입의 30% 가량을 지원하는 반면, 독일은 국고지원이 거의 없음

- 일본과 대만처럼 국가 주도로 사회보험이 발전한 경우 국가 책임이 강조된다는 측면을 고려하면, 우리나라의 국고 지원률은 저조

■ 사용자와 노동자의 보험료 분담 비율이 50:50으로 기업의 부담률 증대가 필요함

- 프랑스는 94:6, 대만은 70:30으로 사용자 부담이 높고, 일본과 독일은 우리와 동일

## 다. 건강보험 재정 지출의 문제점

### ① 행위별 수가제로 진료량 통제는 사실상 불가능

■ 행위별 수가제는 의료기관에 서비스 공급량을 늘리도록 유인하는 낭비

적 지불제도임

- 1990년대 중반부터 DRG 포괄수가제도 시범사업 등 대안 검토
- 2009년 건강보험 가입자 단체에 의해 총액계약제 도입 요구 본격화
- DRG 포괄수가제는 14년째 시범사업, 실질적인 진전은 부재

### ② 광범위한 비급여로 인해 가격 통제에 한계

■ 의료공급자들이 비급여 서비스를 무제한적으로 개발해 환자에게 제공할 수 있도록 허용함

- 역대 정부는 일부 비급여 항목을 선별 급여화해 보장성 강화
- 의료기관은 유사한 비급여 서비스로 전환하거나 신의료기술, 고가의료장비 등 새로운 비급여 서비스를 개발하는 방식으로 대응

### ③ 높은 약제비 비중에도 관리대책 포기

■ 건강보험 지출 중 약제비는 약 30%로 OECD 국가의 10~15%에 비해 과다함. 지난 정부에서 약제비 적정화 방안을 수립하였으나, 실제 시행은 지지부진한 상태임

## 3. 건강보험과 의료공급체계의 문제

### 가. 공공의료기관의 절대적 취약성

■ 우리나라 의료공급체계는 민간 중심으로 공공기관의 비중이 매우 낮음

- 2007년 말 기준 공공보건의료기관은 총 3,611개소, 45,149병상

병원 138개소, 보건기관 3,473개소 (보건소 251 보건지소 1,314 보건진료소 1,908)

■ 공공병상 점유율은 OECD 회원국과 비교할 때 매우 낮은 수준이며 미국, 일본 등 공공병상 비율이 낮은 국가와 비교할 때에도 1/3 수준임
- 2007년 기준 공공병원의 병상 점유율은 10.0% 수준
- 정신병원, 결핵병원, 나병원 등 특수목적 병상을 제외한 일반병상 점유율은 8.4% 수준

## 나. 민간의료기관의 급증과 전달체계 붕괴

■ 의료기관의 양적 팽창이 지속되고 있으며, 이로 인해 경쟁이 격화됨
- OECD Health Data에 따르면, 급성기 병상수는 1990년대 후반에 OECD 평균을 넘어섰으며 이후에도 가파른 증가세 지속
- 연도별 병상수요 추계 결과에 따르면, 2000년대 초반부터 급성기 병상의 공급 과잉

■ 의료전달체계 붕괴 → 불필요한 의료비 증가 → 건강보험 재정도 악화
- 1차 의료기관은 외래 방문횟수를 불필요하게 늘리는 부작용 초래
- 2,3차 의료기관이 1차 기관의 역할까지 수행하면서 의료비 지출 증가

## 다. 수도권병원, 대형병원 위주로 의료 양극화

■ 의료기관간 경쟁 심화 → 대형병원으로 환자 집중 → 의료기관 양극화
- 종합전문요양기관과 종합병원의 수입에서 외래 비중이 지속 증가, 반면 병원과 의원급 의료기관은 지속 감소

- 종합전문요양기관과 종합병원의 내원일수 증가, 반면 병원과 의원급 의료기관은 감소 추세

■ 종합전문요양기관과 종합병원의 기관당 건강보험 급여비 수입은 연평균 15.4%, 15.9%의 증가율을 보이는데 반해, 병원과 의원급 의료기관은 6.3%, 3.9% 수준임

- 종합전문병원과 종합병원의 외래수입은 연평균 21.0%, 17.2% 증가 반면, 병원과 의원급 의료기관은 - 0.2%, 3.0%

■ 의료기관간 격차 확대와 계층화의 영향이 가장 두드러지게 나타난 결과가 바로 '수도권 대형 병원으로의 환자 쏠림' 현상임

- 더 심각한 문제는 이 같은 환자 쏠림 현상을 억제할 정책 수단이 취약

## 라. 민간의료기관의 영리성 심화

■ 의료기관의 사적 지배 구조, 무제한적인 양적 팽창과 경쟁 격화, 공공의료기관의 취약성 등이 결합되면서 영리 추구가 날로 심화되고 있음

■ 행위별 수가제와 광범위한 비급여 허용은 의료공급자의 서비스 공급량 증가와 대형병원의 적극적인 환자 유치를 경제적으로 뒷받침함

■ 건강보험 재정체계의 공공성이 의료공급체계의 영리성을 제어하는 것이 아니라, 의료공급체계의 영리성이 건강보험 재정체계의 공공성을 압박하는 형국임

# Ⅲ 진보신당의 건강보험 대개혁 방안

※ 진보신당의 전체 보건의료 개혁 로드맵 중 건강보험을 위주로 제시함

## 정책 대안 : 건강보험 하나로 모든 병원비 걱정 끝

### 1. 제안 배경

- 국민들이 의료비 고통으로부터 벗어날 수 있는 '무상의료' 현실화
- 국민들의 동의를 바탕으로 보장성 강화와 재정 확충을 동시 추진
- 건강보험 개혁을 시작으로 보건의료 대개혁으로 나아가는 전기 마련

### 2. 세부 과제

#### 가. 건강보험 보장성 강화 : 100만원의 개혁

**① 모든 국민에게 의료비 부담 상한제 도입**

- 소득 수준에 상관없이 1인당 의료비 지출은 연 100만원까지만 부담
- 질병으로 인한 위험 분산과 경제적 충격으로부터 보호라는 사회보장제도의 본래 목적을 실현

### ② 필수 의료행위는 건강보험 전면 적용

- “치료를 위해 의학적으로 필수적이라고 판단되며 대체 가능하지 않은 의료서비스 군의 경우 원칙적으로 건강보험 적용”
- 「국민건강보험법」상의 형식적인 네거티브 리스트 → 실질적인 네거티브 리스트로 전환 (미용 성형 등 일부 항목만 제외)

### ③ OECD 수준의 건강보험 보장성 달성

- 건강보험 보장성을 전체적으로 80% 이상 달성
- 간병서비스 급여화 등 의료비 부담이 큰 입원 치료는 90%까지 달성

**〈건강보험 보장성 강화 및 저소득층 보험료 지원 방안 예시〉**

| 구분 | 세부 내용 | 소요 재정 |
|---|---|---|
| 건강보험 보장성 강화 | 비급여를 포함한 입원진료 보장률 90%<br>입원과 외래 본인부담 상한 연간 100만원 | 6.2조원 |
| | 간병서비스 제공[1] 및 간호인력 확충 | 3조원 |
| | 치과진료 보장성 향상(노인틀니[2], 치석제거) | 1.8조원 |
| 저소득층 및 중소 영세사업장 보험료 지원 | 최하위 5% 보험료 면제<br>하위 5~15% 보험료 대출[3] | 8천억원 |
| | 중소 영세사업장 사용자 부담 보험료 지원[4] | 4천억원 |
| 합계 | | 12조2천억원 |

1) 상급종합병원 병상의 50%, 종합병원과 병원 병상의 30%를 ‘보호자 없는 병실’로 우선 운영하고, 단계적으로 전체 병상으로 확대
2) 노인 틀니는 우선 70세 이상, 5년 1회 급여 제공하며, 단계적으로 대상 연령과 급여 적용 기간을 낮춤
3) 절대빈곤층에 해당하는 건강보험 가입자 최하위 5%는 보험료를 전액 면제하고, 상대빈곤층에 해당하는 하위 5~15%의 1/4이 건강보험료 대출 프로그램을 이용할 경우

4) 종업원 300인 미만 중소기업의 신청을 받아, 재정 상태가 열악한 기업에 대해서는 사용자 부담분의 50%를 지원. 300인 미만 중소기업의 10%가 지원을 받을 경우

## 나. 건강보험 재정 확충 : 1만1천원의 기적 + α

### ① 고보장을 위한 보험료 적정부담

- '저부담 저보장' 에서 '적정부담 고보장' 으로 전환에 대한 동의 형성
- 국민들의 보험료 부담이 증가한 만큼 국고 지원과 사업주 부담 확대
- 국고지원 사후 정산제도 도입 등 정부 책임 강화 및 과거 국고지원 부족분에 대한 조치

### ② 취약계층은 보험료 감면, 고소득층은 추가 부담

- 저소득층에 대한 보험료 면제 및 대부 프로그램 확대
- 중소영세사업장은 사용자 부담 보험료에 대한 지원
- 보험료 부과대상을 종합소득으로 확대, 피부양자 보험료 부과체계 개선
  - 직장가입자 보험료 부과대상을 종합소득으로 확대할 경우 상위 9.4%를 대상으로 연간 2조 8,567억원의 수입 증가
  - 직장가입자 피부양자 중 상위 5%에 대해 지역가입자와 동일한 보험료 부과기준을 적용할 경우 연간 8,965억원의 보험료 추가 수입 (국민건강보험공단, 2010)

### ③ 국고 지원율 및 사업주 부담률 증대

- 향후 국민들의 지속적인 보험료 증가에 대한 부담 최소화
- 의료비 지출 증가 추세 및 보장성 강화 지속 확대 등을 감안할 때 현재 재원구조의 근본적 변화 필요
- 단기적으로 국고지원율 증대 → 사회복지세 도입 등 새로운 세원 발굴

〈국고지원 비율 조정에 따른 국민들의 추가적인 보험료 부담 예시〉

| 구 분 | | 국고지원 비율 | |
|---|---|---|---|
| | | 보험료 수입의 20%[1] | 보험료 수입의 30% |
| 재원 주체별 추가 부담액 | 국민 부담 | 6.2조원 | 4.3조원 |
| | 기업 부담 | 3.6조원 | 2.5조원 |
| | 국고 지원 | 2.7조원 | 5.7조원 |
| 국민부담 추가 보험료[2] | 1인당 월 평균 | 1만 1천원 | 8천원 |
| | 가구당 월 평균 | 2만 8천원 | 1만 9천원 |

1) 현행 국고지원은 예상 보험료 수입의 20%, 실제 보험료 수입을 기준으로 할 경우에는 16~17% 수준

2) 여기서 제시된 수치는 전체 국민의 평균치임. 건강보험료는 소득 수준에 따라 정률 부과되기 때문에 실제로 추가 부담하는 보험료는 소득 수준에 따라 차이가 있음. 소득 수준별 가구당 월평균 추가 보험료는 최하위 5% 계층은 약 5천원, 최상위 5% 계층은 약 10만원 수준

## 다. 건강보험 지출 개혁 : 행동 對 행동 전략

### ① 보장성 강화와 동시 추진 과제 1 – 진료비 지불제도 개혁

- 입원진료는 포괄수가제 도입 + 공공병원은 총액예산제 도입의 결합
  - 비용유발 방식 → 비용절감 방식 전환에 따른 공급자 저항
  - 지불제도 개편 및 보장성 강화는 전체 총액기준 재정중립 보장
- 새로운 제도 시행을 위한 기술적 기반 마련 + 의료공급자와 합의 도출 (수가 조정)

### ② 보장성 강화와 동시 추진 과제 2 – 약제비 적정화

■ 이미 의약품 선별 등재제도를 시행하고 있으나 의지 부족

■ 엄격한 선별 등재제도 및 약제비 정상화 실행

## 라. 의료공급체계 개혁 : 건강보험 개혁과 연동

### ① 전국민 주치의제 도입

■ 주치의제에 대한 부정확하고 왜곡된 인식 개선

- 현재 공급자 통제책으로만 이해, 의료공급자 공무원화에 대한 우려

■ 강제적 방식보다는 국민과 의료공급자가 수용할 수 있는 방식으로 추진

- 의료공급자간 과당 출혈경쟁 해소, 적정 진료에 대한 적정한 보상 → 환자에 대한 의사 본연의 역할에 충실 → 국민에게는 양질의 포괄적인 일차의료서비스 제공

### ② 급성기 병상의 공급 과잉 해소

■ 현재 우리나라 급성기 병상수는 OECD 평균의 2배를 초과

- 상급병원과 수도권(대도시) 병원에 대한 쏠림 현상으로 양극화 초래
- CT, MRI와 같은 고가 장비도 최고 수준으로 공급

■ 의료기관 설립에 대한 규제 + 이를 뒷받침하는 지역병상 총량제 시행

- 병상공급 과잉지역은 공급 규제, 부족한 지역은 공급 허가

### ③ 보건(지)소부터 공공보건의료기관 확충

■ 지역간 의료격차 해소와 의료전달체계 개혁을 위해서는 공공이 중요

■ 국민들의 지지가 높은 보건소와 도시형 보건지소부터 우선적으로 확충

■ 지역별로 병상수 공급이 부족한 지역의 경우 공공병원을 설립

- 현재 경영난을 겪고 있는 민간 중소병원 등을 인수하는 방식

④ 민간의료기관의 공공성 강화

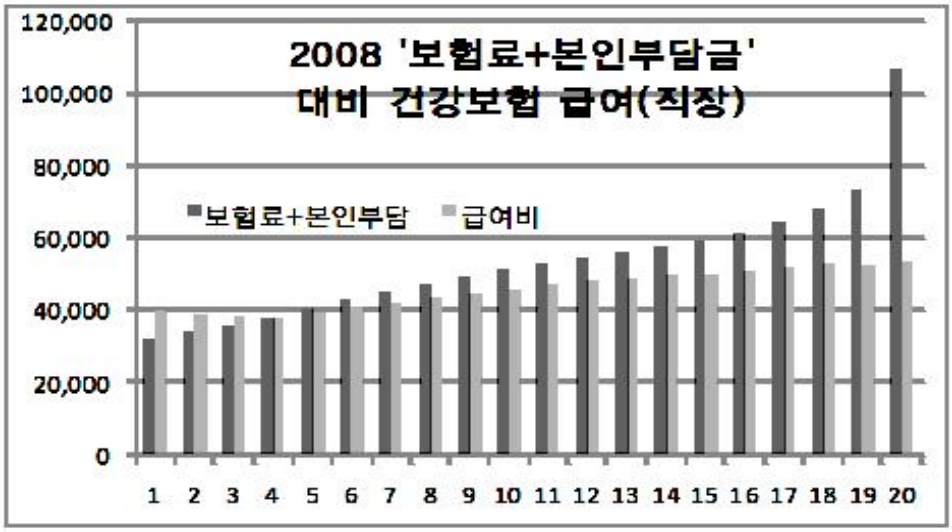
■ 기존 민간 중심 의료공급체계의 영리성 + 의료 민영화에 따른 영리병원 전면화 우려
  • 의료기관의 부대사업을 확대하는 정책은 이러한 경향을 가속화
■ 지역 거점 병원을 지정하고 공익적 기능을 수행하는데 대한 재정 지원
  • 민간의료기관 지배구조를 공익성을 강화한 '공공의료법인' 으로 전환 유도 및 지역 병상 총량제 도입
■ 건강보험만으로 의료기관 운영이 가능할 수 있도록 보험 수가제도 개편
  • 양질의 의료서비스를 제공해 줄 수 있도록 적정 의료인력 확충 지원

## 3. 기대 효과

### 가. 의료비 불안 해소, 계층간 연대 효과

■ 건강보험 보장성을 확대하면 사회연대 효과를 극대화시킬 수 있음
  • 2008년 직장가입자 기준 최하위 5%의 월 평균 보험료는 7,900원이며, 최상위 계층 5%의 월 평균 보험료는 74,000원으로 약 10배 차이
  • 급여비 혜택은 최하위층 39,700원, 최상위층은 53,600원으로 비슷

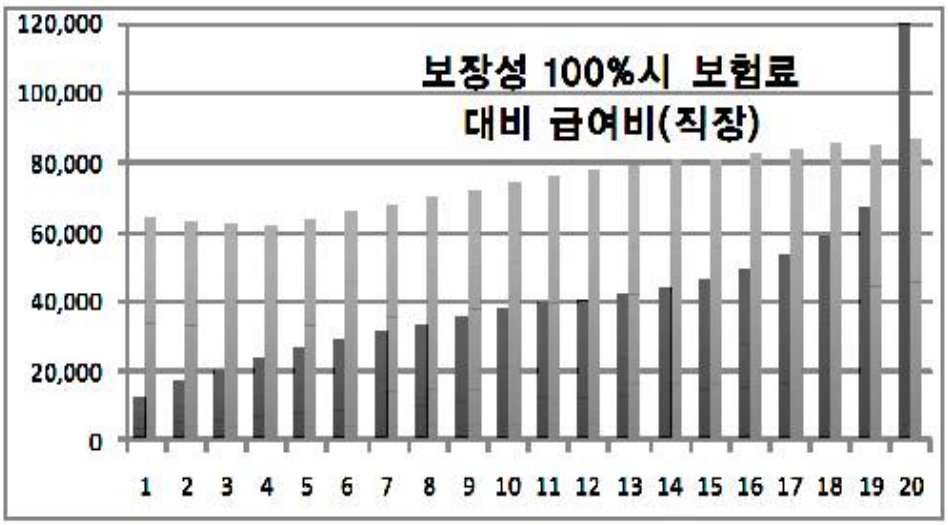
■ 하지만 2008년 보장률 62.2%을 감안하면 사회연대 효과는 반감됨
  • 의료비 부담은 건강보험료+본인부담(법정, 비급여)으로 구성, 보장성 62.2%시 본인부담금 37.8%는 소득에 상관없이 일률적으로 부담
  • 이를 바탕으로 재구성 해보면 최하위 5%의 개인 의료비(보험료+ 본인부담)는 평균 32,000원이며 건강보험의 급여 혜택은 3,9700원




※ 국민건강보험공단(2010) 「2008년 보험료 대비 건강보험 급여비 분석」을 재분석

■ 건강보험 보장성을 100%로 확대할 경우 계층간 재분배 효과는 극대화

- 최하위 5%의 개인 의료비 부담은 현재 3,2000원에서 12,700원(보험료는 인상되나 본인부담은 감소)으로 60%이상 감소
- 급여 혜택은 현재 39,700원에서 63,800원으로 증가




※ 현행 보험료 수입 구조를 인정한 상태에서 보험료만 61% 인상하는 것으로 가정. 건강보험 보장성을 100%로 가정 시 국민이 부담하는 의료비는 보험료로만 구성

## 나. 민영의료보험 필요 없어, 가계 부담 감소

■ 건강보험으로 모든 병원비를 해결하게 된다면 가구당 17만원[3]에 이르는 민영의료보험에 의지할 필요가 없어 가계부담은 더욱 감소할 것임

**국민건강보험 vs 민영의료보험**

**건강보험**

기본적으로 연대의 원리가 작동함. 건강보험 재원은 국가가 보험료수입의 20%를 지원하고, 기업주와 노동자는 50대 50 비중으로 보험료를 부담하도록 되어 있음. 보험료는 소득에 따라 정률로 부과하고 있어 재분배 기능을 갖고 있음. 또, 가족 내에 건강보험 가입자가 있으면 피부양자는 보험료를 내지 않더라도 건강보험의 혜택을 공유함. 즉, 보험료를 낼 때에는 소득이 많을수록 더 내고, 급여를 받을 때는 아픈 만큼, 즉 필요에 따라 급여를 받는 것임

**민영의료보험**

기본적으로 연대의 원리가 아니라 이윤의 논리에 따라 작동함. 민영의료보험의 보험료와 보장성은 개인의 건강 위험률과 보험 상품 설계에 따라 결정되고 있음. 나이가 많을수록, 질병 위험이 높을수록 더 많은 보험료를 책정하고 있으며, 이미 질환을 가진 경우 가입이 원천적으로 제외되거나 계약한 혜택을 다 받지 못하는 경우가 여전함. 피부양자가 모두 혜택을 받는 건강보험과 달리 민영의료보험은 가입한 개인만 보장을 받을 수 있음. 보장수준이 높은 보험일수록 비싸며, 상대적으로 싼 보험상품은 그 혜택도 적음. 민영의료보험의 보험료 대비 급여율은 대략 60~80% 안팎으로 알려져 있어 건강보험의 급여율 177%에 비하면 절반에도 못 미침

3) '2008년 한국의료패널 기초조사' 결과 민영의료보험 가입가구당 월 평균 민영의료보험료임, 종신 및 연금보험의 특약 형태를 포함할 경우, 민영의료보험 가입가구당 월 평균 민영 보험료는 27만원에 이름

# 입법 제안 : (가칭) 건강보험 대개혁 특별법

## 1. 제안 배경

- 진보신당이 제안하는 건강보험 대개혁은 부분적인 보험료 조정, 보장성 강화 등 연례적인 수준을 뛰어넘음
- 기존 건강보험공단의 재정운영위원회나 건강보험정책심의위원회는 사회적 합의를 이끌어내는데 한계가 있어 새로운 기구 필요
- 건강보험이 정치 상황과 재정 여건에 따라 요동치지 않도록 법제화
  ex) 식량자급률 법제화, 행정체계개편 특별법 등

## 2. 세부 과제

### 가. 건강보험 보장성에 대한 명확한 목표 설정

- 역대 정부는 보장성 강화를 단기 재정 여건에 따라 임의적으로 결정
  - 2006~2008년 입원환자 식대와 6세미만 소아에 대한 보장성을 확대했다가 다시 축소한 사례 등
- 건강보험 강화와 의료 민영화란 서로 상충하는 정책을 추진
  - 광범위한 비급여 항목을 유지, 특정 질병을 중심으로 보장성 강화
- 보장성 목표를 법제화해 국민적 합의 도출 및 일관된 정책 추진 가능

### 나. 국민-국가-공급자간 새로운 합의기구 신설

- 그동안 국민들은 보험료를 성실 납부하면서도 가입자로서의 적극적인 권리 주장에 한계

- 법률적으로 건강보험공단이 보험자이나 책임에 상응하는 권한 미흡 (국고지원의 법적 기준에 미달하는데도 속수무책)

■ 정책 결정에서 직접 당사자인 공급자가 실질적 권한 행사, 반면 가입자의 참여는 미흡

■ 건강보험 개혁을 수행할 범국민적 기구 구성 → 제도 안착 후 상설기구화, 기능 재정립

### 다. 재정수입-재정지출-의료공급 동시개혁의 안전판

■ 국민의 추가부담이 실질적인 보장성 확대와 지출-공급 구조 개혁으로 이어지도록 법적 장치 마련

■ 특별법 형태로 입법화함으로써 광범위한 사회적 합의를 끌어내고 동시 추진 과제들을 중장기적으로 일관되게 추진

■ 특별법에 기본 사항을 명시하고 개별법에 구체화하는 단계적 접근

## Ⅳ 마치며

건강보험 개혁를 시작으로 보건의료 대개혁을 완수하기 위해서는 국민들의 폭넓은 지지와 참여가 필요합니다. 건강보험 보장성 강화는 국민들이 확장된 복지를 경험하게 함으로써 우리사회가 보편적 복지가 꽃피우는 사회연대 국가로 나아가는 동력이 될 것으로 판단됩니다.

진보신당은 앞으로 '건강보험 하나로 병원비 걱정없는 사회' 를 만들자는 대원칙에 동의하는 분들과 함께 할 것입니다.

지 · 정 · 토 · 론

# 건강보험 하나로
# 병원비 걱정없는 사회를

## 건강보험 개혁, 어떻게 할 것인가

**안기종** 대표(한국백혈병환우회)
**임동수** 정책실장(민주노총)
**이 혁** 보험이사(대한의사협회)
**정영호** 보험부회장(대한중소병원협의회)
**신영석** 실장(보건사회연구원 사회보험연구실)
**오건호** 공동운영위원장(건강보험하나로시민회의)

# 안기종 대표 한국백혈병환우회

# 임동수 정책실장 민주노총

## 1. 들어가며

- 올해는 의료보험이 통합된 지 10년째를 맞이하는 역사적인 해.
- 비교적 짧은 기간 내에 모든 국민이 하나의 제도로 묶여 사회적 위험을 골고루 나눠 부담하며 연대하는 '통합일원형의 공적건강보험 체계'를 구축한 것.
- 그러나 건강보험제도가 보다 든든한 국민의 버팀목으로 자리매김하기 위해서는 제도 내·외적으로 많은 과제를 안고 있음.
- 최근 건강보험 개혁에 대한 다양한 논의가 진행되고 있는데, 오늘 토론회가 진보진영의 '무상의료' 요구를 선언적 수준에서 대안적 지위로, 그리고 구체적인 활동으로 거듭날 수 있는 소중한 계기가 되기를 희망함.

## 2. 또 다른 10년을 위한 건강보험 정책방향

- "모든 의료비를 건강보험으로" 하기 위해 낮은 건강보험 보장성을 8~90% 수준까지 강화하자는 것은 그동안 핵심과제이자 공동목표. 지난 통합운동이 지녔던 전 국민 건강권 실현과 연대의 정신을 완성하는 것. 또한 보편적 복지를 구축하기 위한 선도적 의제가 될 수 있음.

- 특히 건강보험 보장성 강화는 그동안 낮은 보장성 틈새에서 터줏대감 노릇하며 급속히 팽창해 온 민간의료보험에 대한 의존을 줄일 수 있는 정공법.
- 보장성 확대를 통한 국민건강보험 강화는 민간의료보험 활성화 등 의료시장화라는 신자유주의 공세에 대응하는 든든한 '항체' 로서의 역할을 충실히 수행해낼 것임.

### 1) 진보진영도 제도의 지속가능성에 기반 한 전략적 대응 필요.

- 발제문에서 언급한 것처럼, 진료비 급증문제는 진보진영이 미리 대비해야하는 또 다른 위기.
- 지난 5년간 급여비는 평균 12.8% 증가.
- OECD(2009)에 따르면 2015년에 우리나라 국민의료비가 GDP대비 10.02%로 OECD평균(10.02%)을 추월하게 되고, 2024년에는 16.08%로 현재의 미국과 같은 수준이 됨.
- 특히, 공적 사회보험의 위기는 '재정' 문제를 구실삼은 '정치적 공세에 따른 위기' 임을 감안할 필요. 실제 건강보험 재정이 악화될 때 정부는 급여 축소하는 방식으로 개악 진행한 역사적 경험 존재.
- 90% 보장성 강화를 위해서는 중장기적 전망 속에서 지속가능성에 기반해야.

### 2) 낭비적 지출은 줄이고, 수입은 다양하게.

- 90%까지 보장성을 강화하기 위해서는 많은 재원이 필요.
- 연대방식에 운영되는 '보험료' 가 그 중심적인 역할을 수행할 것임. 그러나 보험료 인상 수입만으로 감당하는 것은 한계가 있으며, 특히 국민이 낸 소중한 보험료가 보장성 강화로 다시 국민에게 돌아오는 선순환 구조를 마련하는 것이 중요함.

- 예컨대, 지난 2004년부터 2008년까지 매년 평균 5.3% 보험료 인상으로 9조 3천억의 보험재정이 증가했지만, 급여율은 0.9%만 증가.
- 불가피한 지출도 있지만, 불필요한 지출도 존재하기 때문임(교묘히 양산되는 비급여, 낭비적이고 왜곡된 지불구조와 의료공급체계[4], 불합리와 불법으로 가득 찬 약가거품 문제[5] 등)
- 수입에 있어서도 보험료 수입에서 국고가 차지하는 비율은 지속적으로 하락하고 있음(2001년 29.6%, 2002년 27.6%에서 2008년 16.1%, 2009년 17.9%)

## 3. 진보신당의 건강보험 대개혁방안에 대한 총평

### 1) 정책 방향에 대한 의견

- 건강보험 보장성을 80% 이상 달성하기 위해 필수적인 의료행위를 건강보험에 전면 적용 하자는 방안에 대해 동의. 이렇게 될 경우, 의료비 본인부담상한제가 실질적으로 작동할 수 있을 것임( '100만원의 개혁 달성)
- 이와 함께 의료공급체계 개혁과 지출개혁(진료비 지불제도, 약제비 적정화)을 동시 추진과제로 제출하고 있음. 이러한 제도개선과제가 함께 병행돼야 지속가능한 보장성 강화가 가능할 것임.
- 책임 있는 대안정당이라면 이를 위한 구체적 재원확보방안을 제시하는 것이 필수. 진보신당에서는 ① 고보장을 위한 보험료 적정부담 ② 취약

---

4) 연간 의사 1인당 진료건수 OECD 1위(평균의 약 2.9배), 고급의료장비의 경쟁적 설치, 인구천명당 병상 수 OECD 2위(OECD Health Data 2009 : 91~95)

5) 약제비는 건강보험 총 진료비의 29.5%. OECD 평균 17.9%와 비교할 수 없을 정도로 높은 비중. 약제비 증가율은 선진국에 비해 2배 이상(OECD Health Data 2009 : 167)

계층 보험료 감면 및 고소득층 추가부담(부과대상 및 체계 개편) ③ 국고지원율 및 사업주 부담률 증대 등을 제시하고 있음.

- 국고지원 정산(현행 20% 준수)과 10% 인상안(보험료 수입 30%) 등 2가지 안에 따라 필요 보험료 인상분을 정리한 것인데, 보다 섬세하고 구체적인 접근이 필요하다고 판단됨. 예컨대, 정산규정은 이미 관련 개정안이 국회 계류 중이고, 특히 국민건강증진기금에서의 국고지원이 2011년 법 시효·만료될 예정이여서 대체입법이 필요한 상황임을 감안해 보다 구체적인 방안을 마련해 개입해야.

### 2) 추진 방향에 대한 의견

- 중요한 것은 '어떤 정치적 과정과 실천을 통해 이런 목표를 달성할 것인가' 임.
- 진보신당은 목표 보장성을 분명히 하면서 재정수입-재정지출-의료공급을 동시 개혁하는 것을 목표로 하고, 이를 추진하기 위해 국민-국가-공급자간 새로운 합의기구 신설해 개혁과제를 조정, 합의 및 이행 점검하는 것을 기본방향으로 설정하고 있는 것으로 판단됨.
- 아울러 이에 대한 총괄적이고 일관된 추진을 담보하기 위해 '(가칭) 건강보험 대개혁 특별법' 을 입법화하는 것을 핵심으로 삼고 있음.
- 다양한 이해관계가 상충되는 의료분야의 특성상, 사회적 합의를 이루기 위해서는 보다 섬세한 계획과 준비가 필요할 것으로 생각됨.
- 특히 이명박 정부가 이런 사회적 합의를 수용할만한 정책방향과 의지를 지니지 않고 있다는 점과[6], 2012년 대선시기를 겨냥한 진보정당의 전략적 의제선점 및 실천을 고려한 계획이 함께 고민되어야 할 것으로 판

6) ▷의료민영화 추진, ▷ 목표보장성 계획 및 제도개선 의지부재. ▷ 친 공급자 정책 추진(환산지수인상과정, 약제비 절감정책의 후퇴, 흉부외과, 산부인과 수가인상 등) ▷ 건강보험을 포함해 복지정책 관련 주요 정부위원회에서 진보·개혁적인 시민사회단체(참여연대, 경실련, 건강세상네트워크 등) 방출시키며 배제 등

단함.

- 앞으로 '아파도 병원비 걱정 없는 사회' 를 위해 보다 긴밀한 논의와 공동의 실천을 함께 해나갈 수 있기를 기대함.

# 이혁 보험이사 대한의사협회

# 정영호 보험부회장 대한중소병원협의회

**신영석 실장** 보건사회연구원 사회보험연구실

# 오건호 공동운영위원장

모든 병원비를 국민건강보험 하나로 시민회의

www.newjinbo.org