

# 건강보험과 의료급여



**발표 : 정 형선**

연세대학교 보건행정학과 교수  
(보건행정학회 회장)

# 발표순서



## 01 논의의 배경



## 02 비수급빈곤층의 의료이용 실태분석



## 03 단기적 대안



## 04 중장기적 지향



# 1. 논의의 배경



# 당장의 고민: 생계급여 부양의무자 기준 폐지 시의 대비

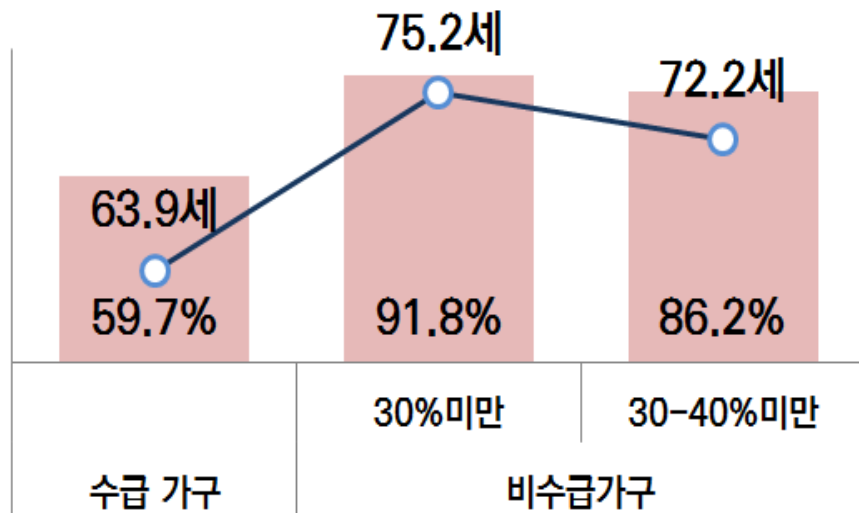


✓ 생계급여 부양의무자 기준 폐지 시 새로이 선정될 생계급여 수급자에 대한 방안 필요

➡ 비수급가구는 80~90%가 노인, 8%가 장애인, 5%가 아동 등 의료 필요도가 높은 가구로 구성되어 있어 의료급여 지원이 필요한 상황

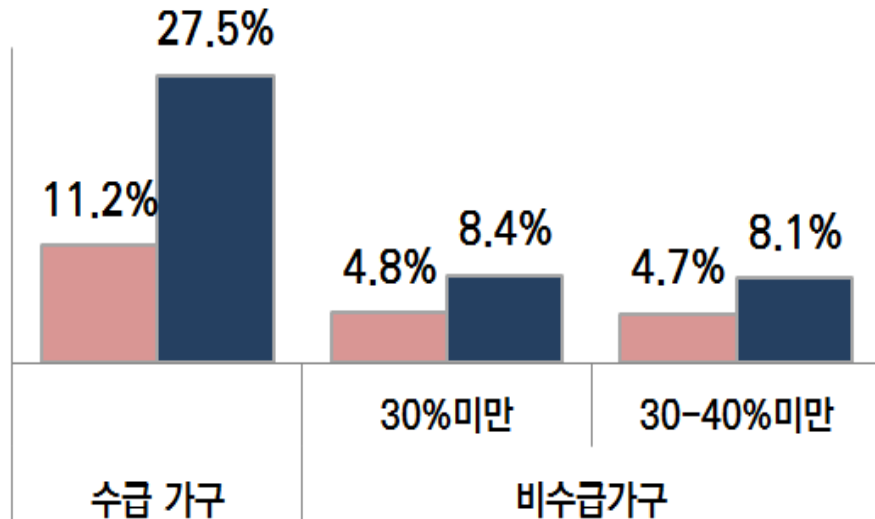
## 노인가구 및 가구주 평균연령

■ 노인포함 가구비율    ○ 가구주 나이



## 아동가구 및 장애인가구

■ 아동    ■ 장애인

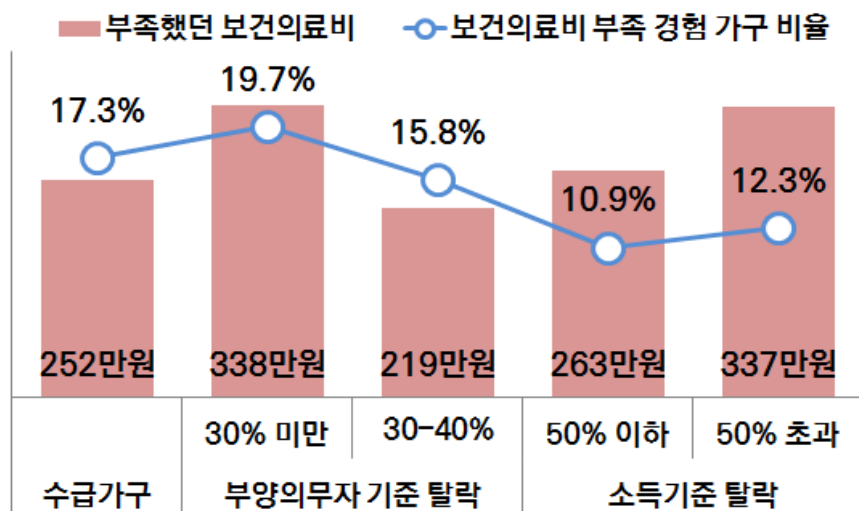


자료: 한국보건사회연구원, 「2015년 복지욕구조사」, 원자료(심층)

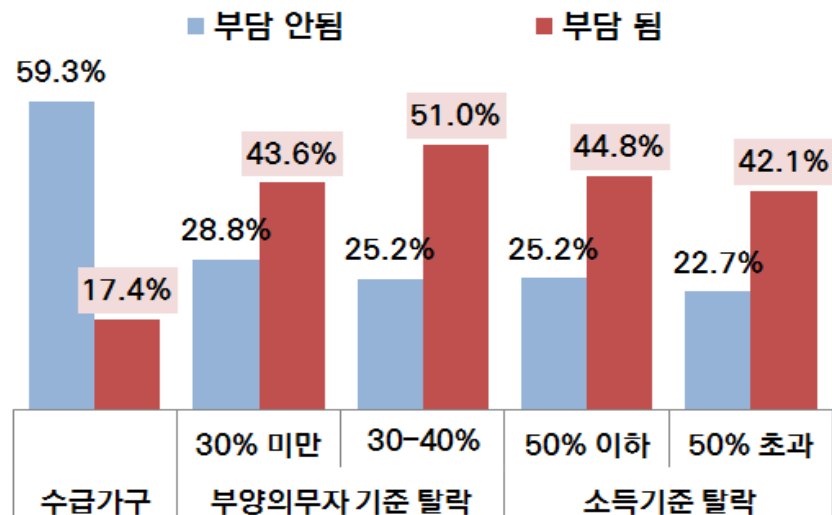


- ✓ 또한 저소득 가구에서 의료급여 수급 여부에 따른 의료비 부담 및 의료 접근성 격차가 존재하고 있는 상황
- ➡ 보건의료비 부족경험 가구 비율은, 수급가구 17.3%보다 부양의무자 기준으로 탈락한 소득 기준 30%미만 가구가 19.7%로 더 높은 상황
- ➡ 보건의료비가 부담이 된다는 응답도, 수급가구 17.4%보다, 부양의무 기준, 소득 기준으로 탈락한 가구에서 42.1~51.0%로 크게 높은 상황

### 보건의료비 부족 경험 비중



### 보건의료비가 부담된 가구의 비중





✓ 그간 의료급여 제도는 사회안전망의 한 축으로서의 역할을 해왔으나, 현행 제도는 **빈곤인구 규모에 비해 의료급여 수급권자가 적다**는 문제점이 제기됨

➡ 소득 및 재산을 모두 고려한 소득인정액이 **기준 중위소득 40% 이하**에 해당하더라도, **부양의 무자가 있거나 의료요구가 제대로 반영되지 못하는** 데에 기인

### 비수급 빈곤층 규모 추이

구분	'03년 기준 1차 조사	'06년 기준 2차 조사	'10년 기준 3차 조사 <sup>1)</sup>	'14년 기준 4차 조사	'15년 기준 5차 조사
비수급	177만 명 (85만 가구)	103만 명 (53만 가구)	117만 명 (66만 가구)	118만 명 (71만 가구)	93만 명 (63만 가구)
최저생계비 ~120%	86만 명 (35만 가구)	67만 명 (29만 가구)	68만 명 (36만 가구)	85만 명 <sup>2)</sup> (45만 가구)	51만 명 <sup>2)</sup> (30만 가구)
계 (차상위)	263만 명 (120만 가구)	170만 명 (82만 가구)	185만 명 (102만 가구)	203만 명 (116만 가구)	144만 명 (93만 가구)

주: 1) '03년, '06년, '10년은 최저생계비, '14년 실태조사 중위소득, '15년 기준 중위소득 기준

2) '14년, '15년은 중위소득 40~50% 기준



✓ 비수급 빈곤층을 모두 의료급여제도로 포함하는 것은 연간 추정 국비 2-3조원의 막대한 재정부담을 가져오게 되는 바, 저소득층 의료 접근성과 보장성 강화, 합리적 의료이용 관리방안을 마련하는 것이 필요

➡ 국가 전체의 재정부담 및 대상자 인식 등을 고려하여 건강보험과 의료급여 두 제도의 효율적 연계 · 융합을 통한 지원 및 자원분담(국고-건강보험재정) 방안을 마련할 필요

### 기초생활보장 부양의무자 기준 완화 순서 (예시)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
추진 계획	노인·중증 장애인 포함 부양의무자 가구 기준 적용 제외	부양의무자 일반재산 환산율 인하 (4.17%→1.04%)	주거급여 부양의무자 기준 폐지	청년가구주 등 부양비 부과율 10%로 완화	소득 하위 70% 이하 취약계층 포함 부양의무자 가구 기준 적용 제외

# 장기적 고려: 공적부조 방식의 의료급여제도를 건강보험제도에 흡수



## ✓ 현재 한국은 선진 각국의 일반적인 모습과 다른 제도 운영

- 산업화된 국가 중에서 **건강보험과 의료급여의 2원적 시스템**으로 관리하는 국가는 우리나라를 제외하고는 일본 밖에 없음.
- 일본은 수천개의 보험자가 건강보험의 재정을 조달하고 제도를 관리하므로 공적부조 대상자를 건강보험대상자와 함께 관리하기 힘들다, 우리나라는 **단일보험자 방식**으로 관리하면서 **의료급여를 분리 운영하는 유일한 국가**임.

## ✓ 별도의 제도 운영의 실익에 대한 의심

- 어려운 계층을 별도의 공적부조제도로 관리할 경우, 수급자가 **건강보험 적용자와의 차별**을 불편해 하는 경우가 생김 (반대로 안심하는 경우도 있음).
- 저소득계층을 공적부조방식으로 별도 관리하든 건강보험으로 보편 적용하면서 보험료를 보조하여 주는 방식을 취하든 이들에 대한 **의료보장 재정은 정부가 부담하게 되므로**, 이들 저소득층을 굳이 별도의 제도로 운영할 필요가 없음  
⇒ 제도를 분리하여 운영할 경우가 단일 관리에 비하여 불필요한 **운영비 더 소요**
- 기초생활보장제도의 다른 급여는 현금으로 주어지기 때문에 사전에 책정된 예산과 지출이 거의 일치할 수 있으나, **현물급여인 의료급여는 책정된 예산에 비하여 의료이용을 많이 하면 예산과 집행의 불일치로 예산 당국인 기재부와 사업 당국인 복지부가 서로 충돌**



## (참고) 주요국의 저소득층 의료보장제도

국가	공공부조제도	보험료 지원	본인부담 지원		
			본인부담면제	본인부담상한제	의료비 지원
독일	없음	장기실업자	18세미만	의료비 과부담자 만성질환자	-
프랑스	없음	저소득층	저소득층	없음	저소득층
일본	의료부조	실업자	-	소득수준과 연령수준을 반영한 고액진료자	-
싱가포르	Medifund	저소득층	-	-	-
네덜란드	없음	저소득층	18세미만	없음 (deductible 상한제)	저소득층
미국	Medicaid Medicare	-	-	-	-

# 분석의 단계



## 1단계

### ① 비수급 빈곤층의 의료이용 실태분석

비수급 빈곤층 정의

의료이용  
비용 부담 수준

과소/과다  
의료이용 행태

문헌 분석자료 활용

청구 데이터 및 행정 데이터 분석 등

## 2단계

### ② 저소득층 기초의료보장체계 구축 대안 도출 및 장단점 검토

전체를  
의료급여 자격 부여  
**대안1**

선택적으로  
의료급여 자격 부여  
**대안2**

전체를  
건강보험 자격 부여  
**대안3**

#### 각 대안의 장단점 분석

재원부담의 적정성  
(국민의 조세 부담수준 등)

제도운영의 효율성  
(관리운영 비용 등)

저소득층 의료보장의 적정성  
(저소득층 정의 및 비율 등)



## 3단계

### ③ 제도 개편 방안 제시

단계적 추진 방안 제시

중장기적 지향성 제시



외국사례 고찰



전문가의견수렴



국민선호도 확인

저소득층 기초의료보장 체계 마련을 위한 장단기 구축방안 제시를 통해  
저소득층 의료보장 강화 및 제도운영의 효율성 제고

## 2. 비수급빈곤층의 의료이용 실태분석



# 비수급빈곤층의 의료이용실태 분석방법



1단계  
대상자 현황

비수급 빈곤층 **정의** 및  
비수급 빈곤층 대상자 **현황**과 **특성** 분석

2단계  
의료이용 형태

비수급 빈곤층의 **의료이용 형태** 및  
보험료, 의료비 등 의료이용 **비용 부담수준** 분석

3단계  
과소/과다이용 형태

비수급 빈곤층의 의료 필요도 대비  
**과다/과소 의료이용** 현황 및 요인 분석

Who

비수급빈곤층의  
특성 분석

How

비수급빈곤층의  
의료이용 특성 분석

Why

비수급 빈곤층  
대상자 분석  
(Who)

비수급 빈곤층  
이용행태 분석  
(How)

과소/과다이용  
형태 및 요인 분석  
(Why)

비수급빈곤층의 특성 분석을 통해  
비수급빈곤층의 기초의료보장체계 구축을 위한 근거 마련

# 1단계: 비수급빈곤층 대상자 특성 분석



✓ **(대상자 현황) 비수급빈곤층을 정의**하여 인구학적 특성 및 지역별 분포 등 현황 분석

➡ 현재 소득·재산(소득인정액)은 의료급여 수급자 선정기준 이하이나 부양의무자 기준 적용에 따라 의료급여 혜택에서 배제된 **비수급 빈곤층(사각지대)** 현황 분석

\* (부양의무자 기준) 수급자는 ①부양의무자가 없거나, ②부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나, ③부양을 받을 수 없는 자이어야 함.

➡ 단, 분석 대상자인 비수급 빈곤층의 의료이용 및 의료비 지출 정보를 확보 할 수 있는 자료가 제한되어 있어 **건강보험 빅데이터를 활용하여 비수급 빈곤층을 정의**하여야 함..

## 2015년 국민생활실태조사

구분	수급가구	비수급 가구(부양의무자 기준 탈락)	
		30% 미만	30-40%
대상자수 (가구수)	144만명 (87만 가구)	93만명 (63만 가구)	



✓ 국민건강보험공단 빅데이터를 활용하여 **비수급 빈곤층을 정의**하고 그 특성을 분석

➡ 분석 대상인 비수급 빈곤층을 의료급여 수급권자, 전체 건강보험환자와 비교

(정의)  
비수급빈곤층

보험료 하위  
5%  
건강보험가입자  
(가입자 기준 약 150만명)

의료급여  
수급권자

의료급여  
1종, 2종

차상위 본인부담  
경감대상자

차상위계층  
본인부담  
경감 대상자

전체  
건강보험환자

전체  
지역가입자 및  
직장가입자

현황 및 일반적 특성 분석



## 비수급 빈곤층 추출 (예시)

(참고) 2015년 국민생활실태조사

비수급 가구(부양의무자 기준 탈락)

30% 미만

30-40%

93만명  
(63만 가구)

건강보험가입자

52,426,625명

보험료 분위 10%

3,589,566명

보험료 분위 5%

1,841,139명

지역가입자

425,147명

직장가입자

1,415,992명

세대주

257,120명

세대원

168,027명

가입자

802,329명

피부양자

613,663명

## 2단계: 의료이용 양태 분석 (예시)



✓ **(대상자 현황)** 의료급여수급권자를 주된 비교 대상으로 하기 위해 보험료 하위 5%에 해당하는 가입자 184만명을 연도별 비수급빈곤층으로 간주하여 분석한 경우

### 2017년 보험료 하위 5% 가입자 및 의료급여 수급권자 현황

(단위: 명, 세대)

가입자구분			성별		
			남성	여성	합계
비수급 빈곤층 (보험료 하위 5%)	지역가입자	소계	145,342	279,805	425,147
		가입자	94,109	163,011	257,120
		피부양자	51,233	116,794	168,027
	직장가입자	소계	604,418	811,574	1,415,992
		세대주	301,497	500,832	802,329
		세대원	302,921	310,742	613,663
	의료급여 수급권자	소계	671,843	827,317	1,499,160
세대주		488,839	558,387	1,047,226	
세대원		183,004	268,930	451,934	



✓ (내원·요양·처방일수) 분석 결과, 보험료 하위 5%에 해당하는 지역가입자와 의료급여 수급권자의 평균 입내원 일수가 유사한 수준임.

## 2017년 내원·요양·처방 일수 현황 분석 결과

(단위: 일)

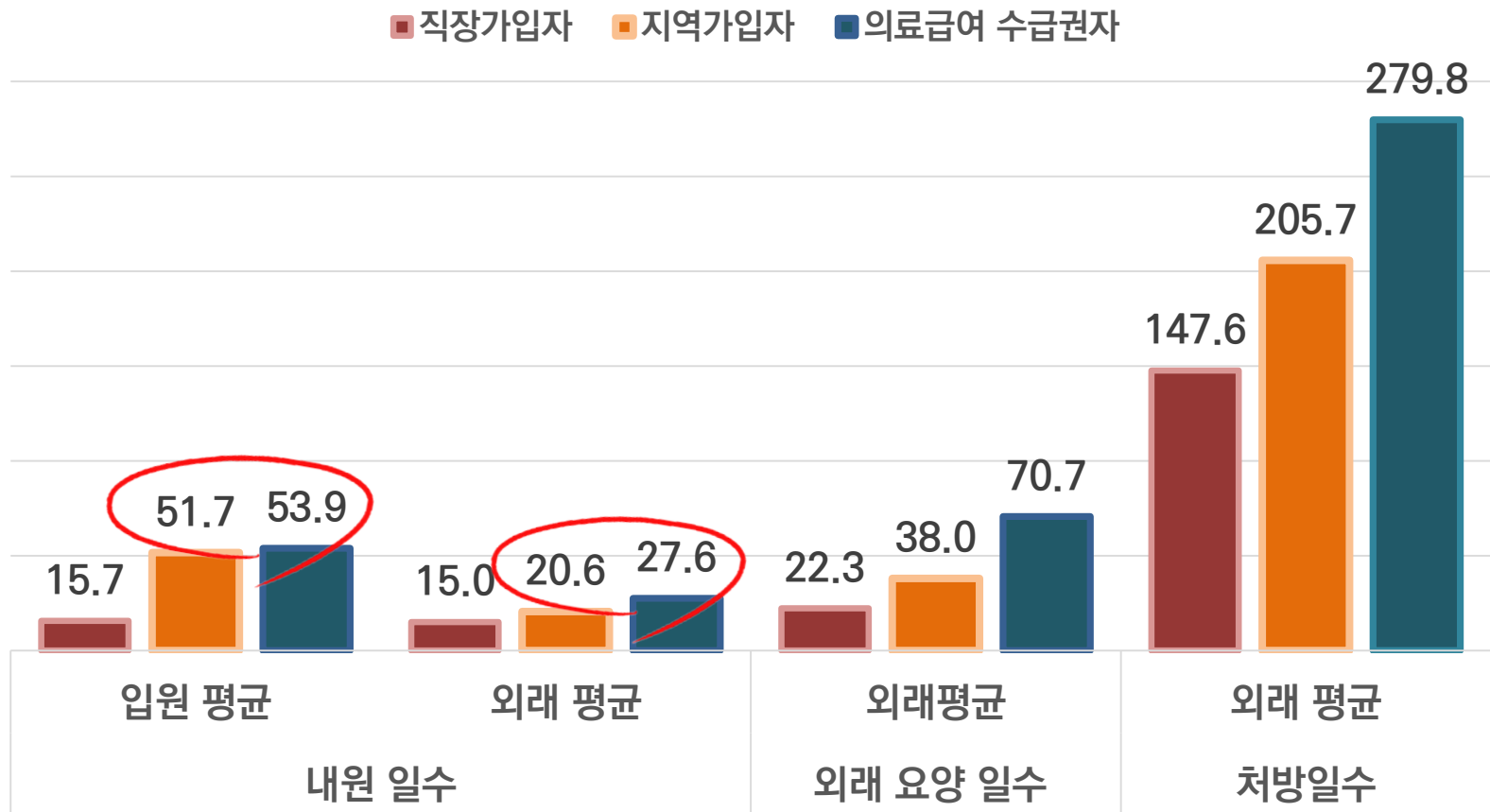
가입자 구분	입·내원 일수		외래 요양 일수 평균	처방 일수	
	입원 평균	외래 평균		입원 평균	외래 평균
지역가입자	51.7	20.6	38.0	0.7	205.7
직장가입자	15.7	15.0	22.3	0.5	147.6
의료급여 수급권자	53.9	27.6	70.7	1.0	279.8

주) 외과 입원 외래 기준



✓ (내원·요양·처방일수) 비수급빈곤층의 연령·성별, 상병별, 요양기관 종별, 지역별로 내원 일수 및 급여(요양)일수 분석

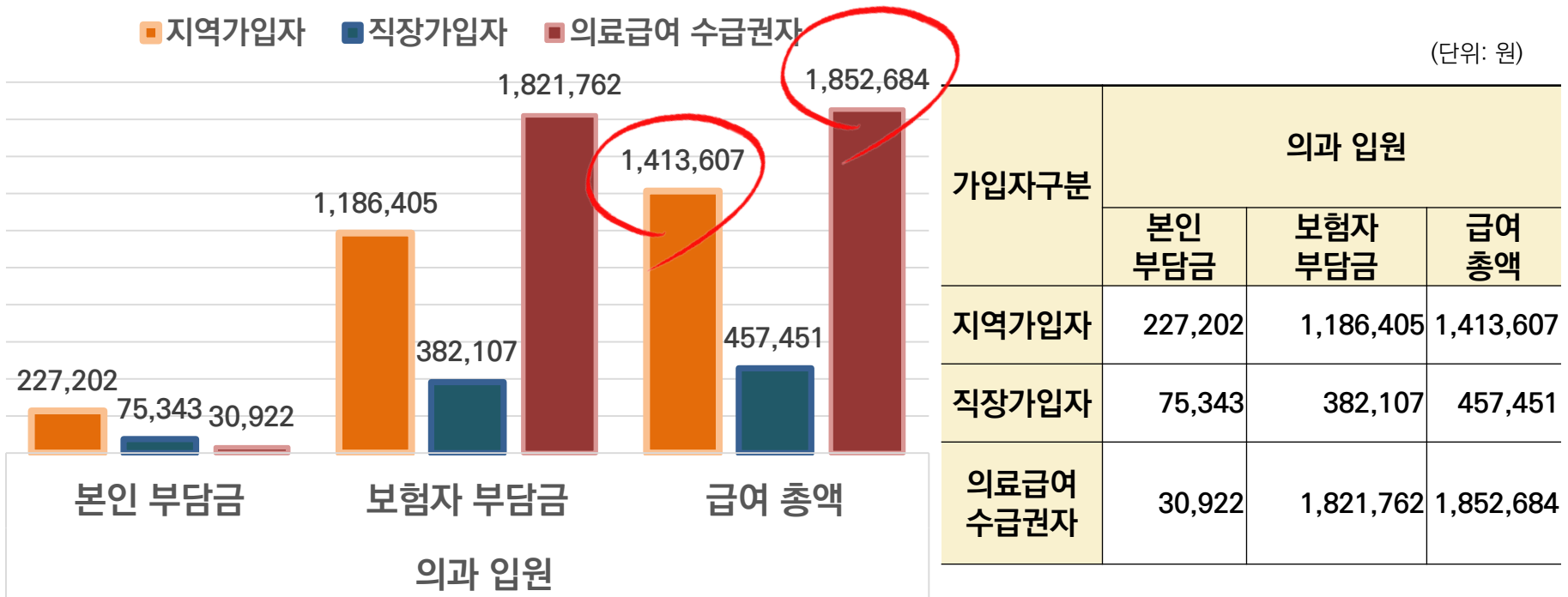
2017년 내원·요양·처방일수 현황 분석 결과





✓ (입원 의료비 규모) 의과 기준 1인당 입원의료비는 보험료 하위 5% 지역가입자가 직장가입자보다 월등히 높아 의료급여수급권자에 더 근접하고 있음.

## 2017년 의과 기준 1인당 입원의료비



### 3. 단기적 대안



# 저소득층 기초의료보장체계 구축 대안 검토

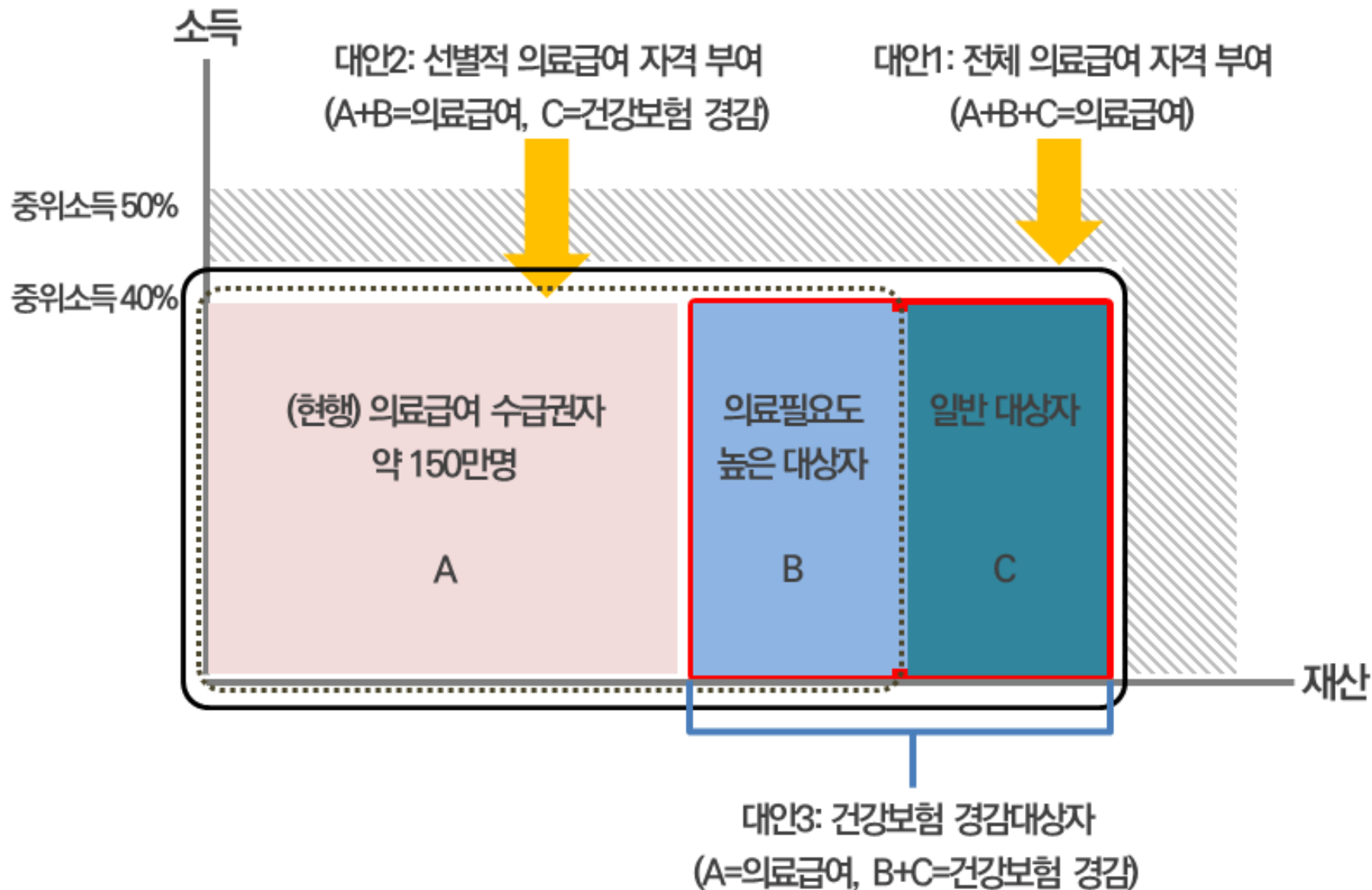


✓ 부양의무자 기준 완화를 통한 대상자 확대 방안은 **기초생활수급과 대상자 연계, 의료보장 자격 유형**에 따라 크게 **3가지 대안**으로 검토하는 것이 가능

➡ **재원부담의 적정성, 제도운영의 효율성, 저소득층 의료보장 적정성** 등의 측면에서 **각 대안별 장단점을 검토**하여 현실가능한 저소득층 기초의료보장체계 구축 대안을 제시

## 저소득층 기초의료보장체계 구축 대안 검토

연도	기초생활수급과 연계		의료보장 자격		법 개정 필요
	전체	선별	의료 급여	건강 보험	
대안1: 의료급여 자격 부여	●	-	●	-	-
대안2: 선택적 의료급여 자격 부여		●	●	-	●
대안3: 건강보험 자격 부여	●	-	-	●	●



# [대안①] 전체 의료급여 자격 부여



## ✓ 전체 부양의무자 기준 완화 대상자에게 의료급여 자격을 부여하는 대안

“현행 제도와와의 정합성 확보 및 더 많은 대상자에게 혜택부여 가능”

- 현행 의료급여 제도 수급권자 자격기준과 동일한 기준을 적용하므로 **추가적인 법개정이 불필요**
- 의료급여 제도는 도입 이후 **전국민의 약 3%에 머무는** 상황이므로, 대상자를 확대하여 **더 많은 국민에게 혜택**을 줄 수 있다는 측면에서 장점



## 장점

“수급권자 급증에 따른 예산 확보 및 제도의 지속가능성 문제”

- 의료급여 수급권자가 급증함에 따라 **추가적인 예산 확보(국고+지방비)**가 필요
- 상대적으로 **낮은 본인부담**으로 의료 이용량이 많은 의료급여 수급권자가 증가하면서 **재정의 지속가능성 문제**가 대두될 가능성



## 단점

# [대안②] 선별적 의료급여 자격 부여



- ✓ 부양의무자 개선에 따라 확대된 기초생활수급권자 중 **의료필요도가 높은 집단(예: 노인, 아동, 장애인 등)**을 **선별**하여 **의료급여 자격**을 부여하고, 일반집단은 건강보험 본인부담경감 대상자로 전환(예: 차상위본인부담경감대상자)

“맞춤형 급여 체계 개편에 대응하여  
의료급여 특성 반영 가능”

- **생계·주거·의료·교육 급여별 선정기준을 다층화**하여 보장수준을 현실화하기 위해 도입된 맞춤형급여체계 개편방안에 대응하여 **의료적 필요도를 기준으로 대상자를 선별**할 수 있다는 장점



## 장점

“보편적 확대가 아닌  
선별적 확대에 따른 반발 우려”

- 의료급여 수급권자 선정기준에 관한 **현행법 개정 필요**
- 부양의무자 개선에 따른 전체 대상자가 아닌 대상자를 축소하여 적용함으로 **시민단체 등의 반발 우려**
- 건강보험과 일반회계 간 **재정 조달 문제**



## 단점



- ✓ (고려사항) 차상위 계층을 건강보험 경감대상자로 전환 시, **현행 차상위 계층 의료비 지원사업 대상자와 다르게 보험료를 제외한 본인부담만 국고에서 지원**하고 보험료는 현재와 같이 건강보험 재원으로 조달

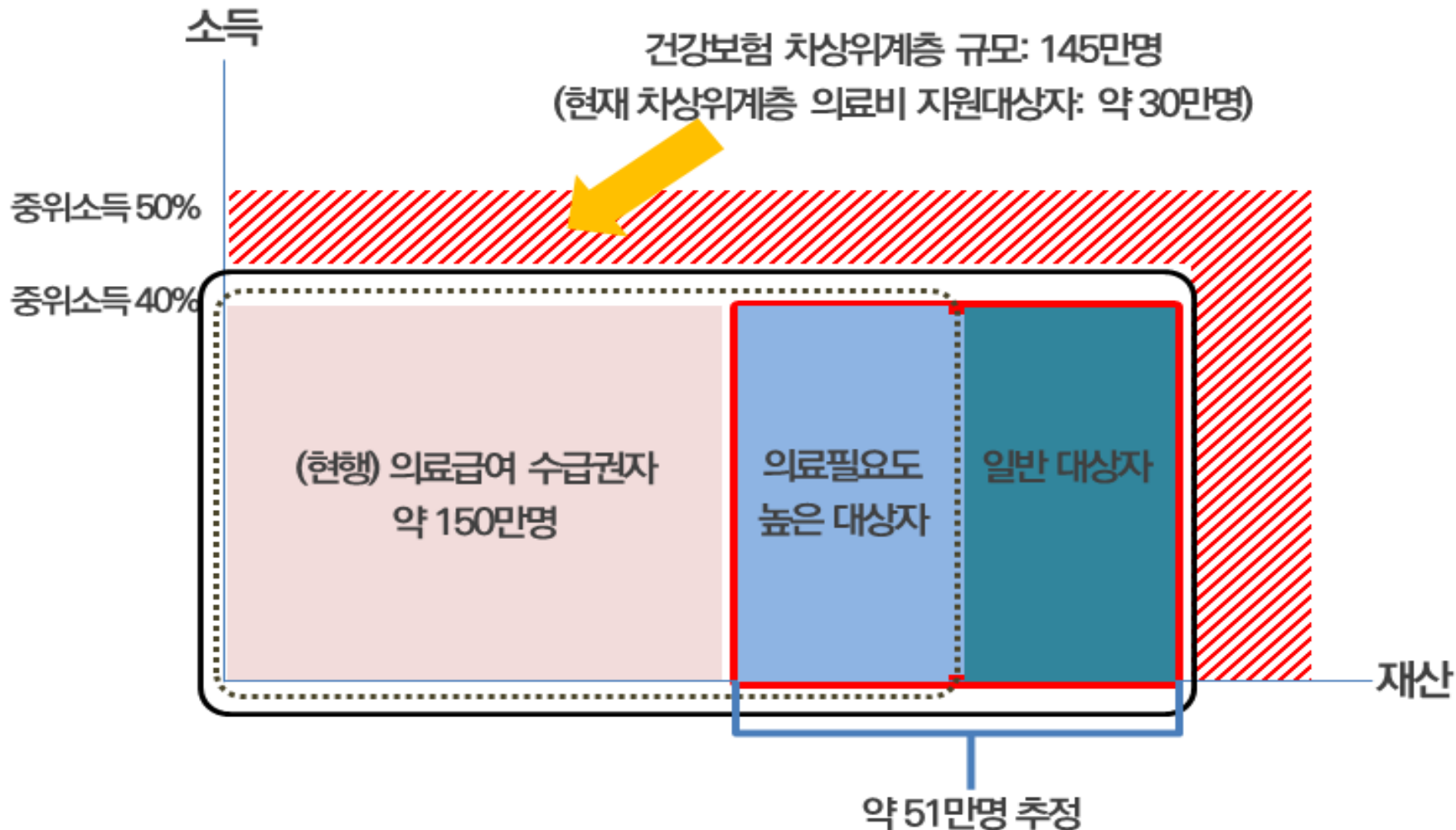
### 현행 건강보험 차상위 의료비 지원사업 내용

구분	보험료	급여비	본인부담
현행 차상위계층 의료비 지원사업	국고지원	건강보험재원	국고지원
추가 건강보험 본인부담경감 대상자	건강보험재원	건강보험재원	국고지원

# [참고] 차상위 본인부담 경감제도



- ✓ '16년 기준 건강보험 차상위 계층은 145만명으로 추정, 이 중 약 30만명(20.7%)이 차상위계층 본인부담 경감 지원 대상자



# [대안③] 건강보험 경감대상자 자격 부여



- ✓ 부양의무자 개선에 따라 확대된 **전체 기초생활수급권자**를 건강보험 본인부담경감 대상자로 자격 전환

“대규모 국고지원 없이 비수급 빈곤층에 대한 의료지원 확대 가능”

- **현행 의료급여와 건강보험 체계를 유지** 하면서 더 많은 비수급빈곤층에게 건강보험 제도 내에서 의료지원을 확대함에 따라 **대규모 국고 투입 없이 기초의료 보장 확대가 가능**



## 장점

“비수급빈곤층에 대한 건강보험과 국가 간 역할정립 문제”

- 중장기적으로 **비수급빈곤층에 대한 의료 보장에 대한 책임**을 국가 역할로 확대할 것인지 건강보험 역할로 확대할 것인지에 대한 방향성 설정이 필요
- **자격, 자원조달, 관리체계** 등에 대한 현실적 대안 마련을 위한 **심층적 논의가 추가적으로 필요**

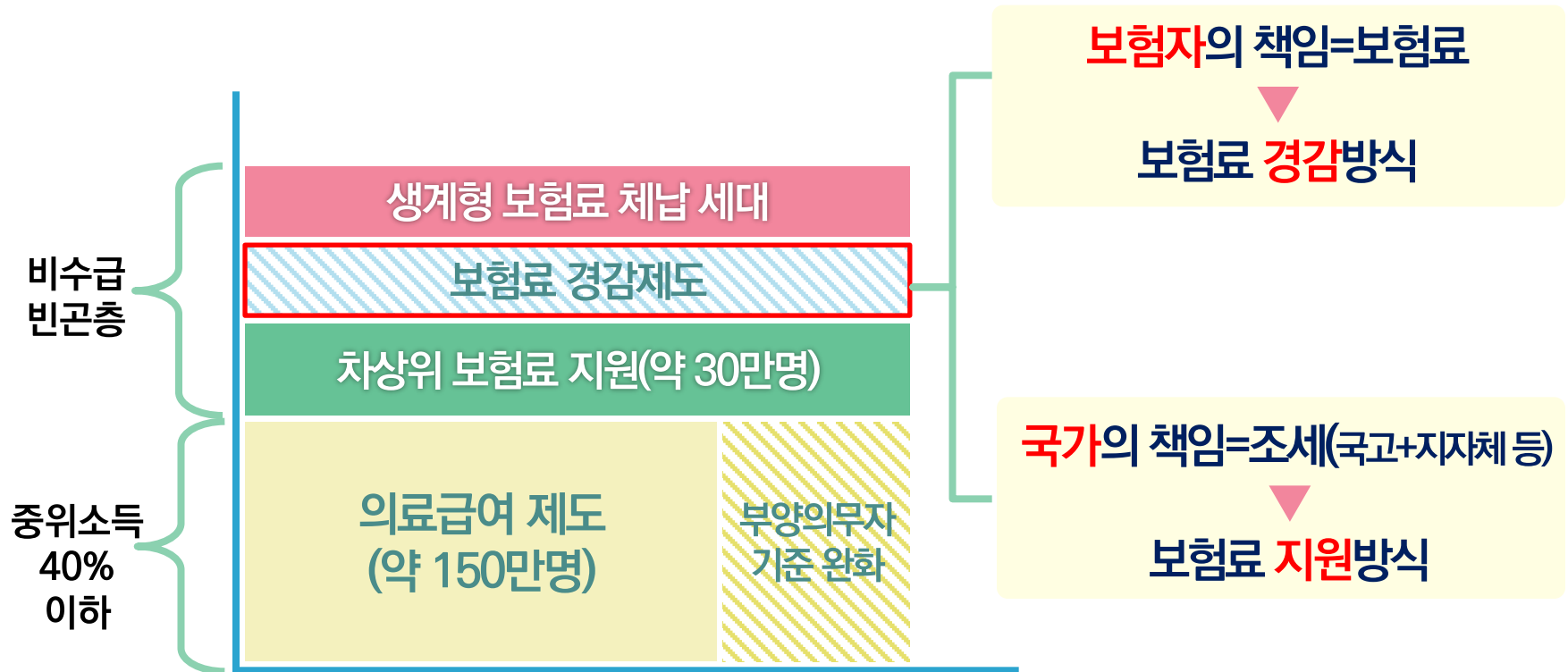


## 단점



- ✓ **취약계층 의료보장 역할에 대한 보험자와 국가의 역할 정립과도 관련이 되어있는 문제로 비수급빈곤층의 의료보장 가입 보호 책임과 관련하여 건강보험과 국가의 역할에 대한 포괄적 검토가 필요**

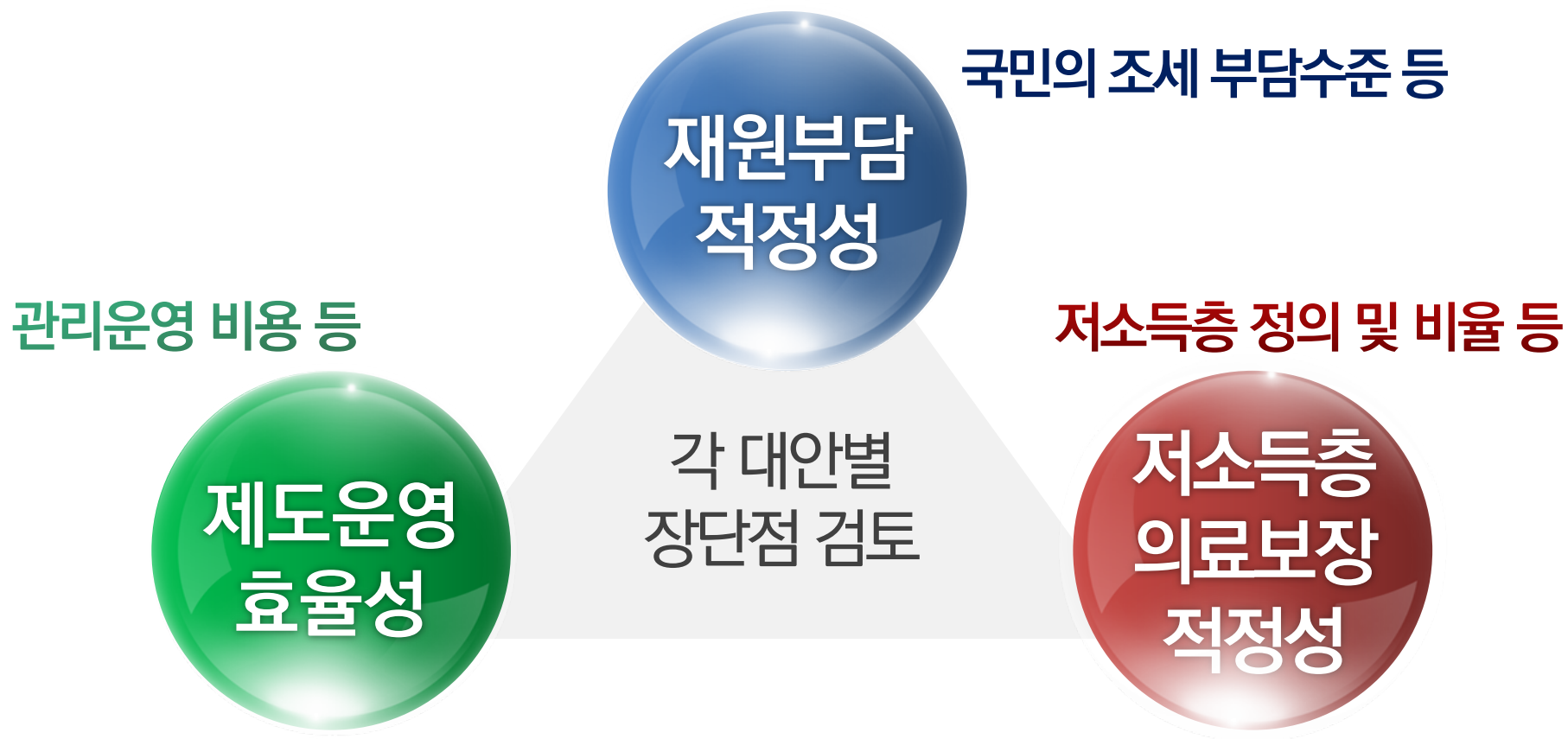
## 비수급 빈곤층의 의료보장 역할



# 각 대안별 장단점 검토



- ✓ 저소득층 기초의료보장체계 구축 대안에 대한 장단점을 **재원부담 적정성, 제도운영 효율성, 저소득층 의료보장 적정성** 등의 측면에서 검토



## 4. 중장기적 지향



# 1. 검토사항



- ✓ 현재 전국민건강보험제도가 통합적으로 운영되고 있으며, 건강보험 제도의 보장성이 지속적으로 확대되고 있는 점, 그리고 특히 2015년 맞춤형 개별급여 제도가 도입된 점 등을 종합적으로 고려했을 때 저소득층 의료보장을 따로 구분하여 운영하는 것이 타당한지에 대한 재검토가 필요

구분	건강보험	의료급여
제도의 특성	사회보험제도 근로능력이 있는 사람을 위한 제도	공적부조제도 근로능력이 없는 사람을 원조하는 제도
대상	모든 국민 강제가입	저소득층 등 일부계층 (본인신청필요)
자산조사	불필요	필요
급여수준	보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여(수지균등원칙)	재산 상태 및 필요도에 따라 조정
수가체계	-	건강보험수가의 100%산정 요양기관 종별가산율 차이 존재
재원조달	보험료, 국고지원금 등	정부의 일반조세(중앙과 지방부담)
보험료	소득 수준에 따른 차등 부과	-
관리주체	국민건강보험공단	기초자치단체(시군구)



- ✓ **통합적으로 운영하는 방식의 장단점에 대한 심층적 검토와 충분한 의견수렴을 통해 중장기적으로 적합한 방향을 설정해 나가는 것이 필요**

## 통합방안의 장단점에 대한 논의

장점	고려사항
<p>1) <b>관리의 효율성</b>: 두가지 체계로 별도로 운영되고 있는 두 가지체계의 통합을 통해 관리비용 등 효율성 제고 가능</p> <p>2) <b>보편성 원칙 제고</b>: 모든 국민들을 동일한 운영원칙을 가지는 하나의 건강보장체계 하에 둌으로써 사회보장 정신에 충실</p> <p>3) <b>선협국의 방향성과 부합</b>: 사회보험 국가의 저소득층 의료보장 제도 운영 및 개선방향성과 일치</p>	<p>1) <b>저소득층 의료보장 약화에 대한 우려</b>: 사회부조에서 사회보험으로 전환함에 따라 저소득층에 대한 특수성이 무시되면서 일시적으로 저소득층의 의료보장 약화될 우려</p> <p>2) <b>저소득층 규모의 적정성</b>: 통합 시 저소득층의 규모를 얼마나 할 것인지가 중요한 정책적 이슈로 제기될 전망</p>



## 제도발전 과 정측면

’77년 의료보호법 제정 당시  
사회적 성격으로  
“의료보호제도”를 활용

건강보험 제도 확대 및 안정기 이후 의료보호와 건  
강보험 간 역할정립 논의가 대두되었지만, 건강보험  
의 높은 본인부담과 제도적 한계(조합주의, 통합이후  
재정파탄 등) 등으로 현행 체계 유지  
⇒ **소득중심 보험료부과방식** 개편이 선행요건

## 법적· 원칙적 측면

공공부조는  
1) 자산조사 기반원칙,  
2) 보충성 원리 적용

공공부조는 기여를 하지 않고 급여를 받는 것으로 급  
여를 받고자 하는 자가 자신의 상황이 곤란하다는 증  
거를 가지고 있어야 하며 보충적인 성격의 최후안전  
망으로 작동하는 것이 원칙  
⇒ 건강보험제도의 **소득중심 보험료부과방식** 개편  
이 제도 통합의 선행요건

## 외국사례 비교측면

다수 선험국에서는  
건강보험 체계 내에서  
저소득층 의료지원을  
보장하는 구조

- 현재 단일보험체계를 가진 국가들은 공적부조  
형태의 의료비 지원을 줄이고, 취약계층에 대해  
사회보험 내에서 본인부담을 경감 또는 면제하  
는 방식으로 운영
- 일본은 다보험자의 복잡한 구조상 의료보호제도  
를 흡수하기 어려운 상황

## 2. 중장기적 지향



✓ 중장기적으로는 건강보험에서 **소득중심 보험료부과체계가 달성되는 시점에서 의료급여를 건강보험에 통합**하여 동일한 건강보장 체계내의 **단일한 체계로 운영하는 방식을 지향함**

- 어려운 계층을 별도의 공적부조제도로 관리할 경우, 수급자에게 낙인을 주고 **건강보험 적용자와의 차별**을 초래함  
⇒ 건강보험 제도 속에서 **보험료와 본인부담을 면제, 경감함으로써 해결**
- 저소득계층을 공적부조방식으로 별도 관리하든 건강보험으로 보편 적용하면서 보험료를 보조하여 주는 방식을 취하든 이들에 대한 **의료보장 재정은 정부가 부담**하게 되므로, 이들 저소득층을 굳이 별도의 제도로 운영할 필요가 없음
- 관심과 전문성이 떨어지는 시군구가 보장기관으로 됨에 따라, 실제적인 운영은 공단과 심평원을 통해 이루어져 **행적적 낭비 발생**
- 기초생활보장제도의 다른 급여는 현금으로 주어지기 때문에 사전에 책정된 예산과 지출이 거의 일치할 수 있으나, **현물급여인 의료급여는 책정된 예산에 비하여 의료이용을 많이 하면 예산과 집행의 불일치로 예산 당국인 기재부와 사업 당국인 복지부가 서로 충돌**

감사합니다

