

# 사회보장정책 분석 V (건강)



# 사회보장정책 분석 V

【건강】

2020. 6.

---

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 보고서발간심의위원회의 심의 (2020. 5. 25.)를 거쳐 발간되었습니다.

---

# 발 간 사

우리나라는 저출산·고령화 등 인구구조 변화와 4차 산업혁명 등에 따른 산업구조 변화로 인해 사회보장정책의 역할이 확대되고 있습니다. 향후 이러한 사회·경제적 변화는 지속될 것으로 전망되기 때문에 보다 효과적인 사회보장정책 추진이 요구되는 실정입니다.

정부는 「사회보장기본법」에 따라 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키기 위한 목적으로 다양한 사회보장정책을 추진하고 있습니다. 정부가 2019년 수립한 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」에서는 고용·교육, 소득, 건강, 사회서비스 등 4개 핵심 분야에 12대 중점 추진과제를 제시하고, 5년 간 332.1조원의 재정 투자를 계획하는 등 사회보장제도의 보완 및 강화를 추진하고 있습니다.

총 7권으로 구성된 본 보고서는 이러한 상황을 고려하여 현재 우리 정부가 추진하고 있는 사회보장정책의 현황을 살펴보고, 그 개선방향을 논의하고자 하였습니다. 제1권 총괄권에서는 사회보장 전반에 걸친 주요 쟁점을 검토하고, 재정의 지속가능성, 대상의 포괄성, 전달체계의 효율성, 사업의 효과성 등으로 정리하여 제시하였습니다. 제2권부터 제7권까지는 소득보장, 고용, 사회서비스, 건강, 주거 및 교육의 각 분야에서 추진되고 있는 사회보장사업에 대한 집행 과정과 성과를 보다 구체적으로 분석하여 개선과제를 도출하고자 하였습니다.

본 보고서가 보다 나은 사회보장정책 마련을 향한 의원님들의 의정활동에 유용한 자료로 활용되기를 바라며, 향후에도 국회예산정책처는 전문적이고 객관적인 분석을 통해 의원님들의 의정활동을 적극 지원하겠습니다.

2020년 6월

국회예산정책처장 이 중 후



# 차 례

# CONTENTS

## 요 약 / 1

### I. 개 요 / 1

- 1. 분석 배경 및 목적 ..... 1
- 2. 분석 대상 및 범위 ..... 2

### II. 현 황 / 4

- 1. 개 요 ..... 4
- 2. 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고 ..... 5
  - 가. 주요 사업 및 예산 현황 ..... 5
  - 나. 관련 대책 ..... 12
- 3. 필수의료 보장 ..... 18
  - 가. 주요사업 및 예산 현황 ..... 18
  - 나. 관련대책 ..... 21
- 4. 예방적 건강관리체계 구축 ..... 25
  - 가. 주요사업 및 예산 현황 ..... 25
  - 나. 관련대책 ..... 27



### III. 주요 쟁점 분석 / 29

1. 총괄 .....	29
가. 의료비지출 증가 속도 관리 필요 .....	29
나. 상급종합병원 쏠림 현상 해소 필요 .....	33
다. 의사·간호사·의료장비 등 보건의료자원에 대한 체계적인 관리 필요 .....	39
라. 「보건의료기본법」에 따른 보건의료발전계획 수립 필요 .....	56
2. 재정의 지속가능성 .....	58
가. 건강보험의 재정의 지속가능성을 위한 목표설정 및 구체적인 관리 방안 마련 필요 ..	58
나. 건강보험 국고지원에 대한 합리적 편성기준 필요 .....	65
다. 의료급여 사업의 재정지출 증가에 대한 고려 부족 .....	68
3. 대상의 포괄성(사각지대) .....	70
가. 의료서비스 이용의 사각지대 해소 대책의 보완 .....	70
나. 의료급여수급권자의 건강검진 사각지대 .....	80
4. 전달체계의 효율성 .....	83
가. 요양기관 부당청구 개선을 위한 제도개선 필요 .....	83
나. 의료비 지원 사업의 지원기준 정비 .....	86
다. 요양병원 관리 필요 .....	89
5. 사업의 효과성 .....	92
가. 건강보험료 고액상습체납자 인적사항 공개제도의 실효성 확보 필요 .....	92
나. 건강검진 수검률 제고를 위한 제도개선 필요 .....	95

## 요약

### I. 개요

#### □ 분석배경 및 목적

- 건강권은 「대한민국헌법」에서 보장하는 국민의 권리로, 국민이 인간다운 삶을 영위하기 위한 기본권임
- 의료서비스와 의료시스템은 세계적으로 우수한 것으로 평가받고 있으나 의료비 지출의 빠른 증가 속도, 대형병원 쏠림 현상, 지역별 의료서비스 격차 등 해소해야 할 난제들이 있음
- 국민의 건강권 보장을 위한 정부의 사회보장정책들이 사각지대 없이 보편적으로 제공되고, 부정수급 없이 효율적으로 관리되고 있으며, 소득이나 지역, 질환 등에 따라 차별없이 시행되고 있는지 점검하고자 하며, 건강권 보장을 위한 제도들이 미래에도 지속가능할 수 있도록 재정건전성도 함께 검토함

#### □ 분석대상 및 범위

- 2019년에 발표한 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」의 추진 과제와 관련 정부 정책 및 사업을 포함하고, 과제목록 기준으로 하되 의료급여사업, 건강검진제도 등 건강관련 일부 정책들이 빠진 경우가 있어 이를 포함함
- 사회보장제도는 일반적으로 현금성 또는 현물성 급여 중심으로 논의되나, 의료서비스의 대부분이 민간에 의해 공급되어 의료기관 공급 불균형, 질 저하 등을 예방 및 관리하기 위한 사업들도 중요하므로, 국민의 보편적 의료서비스 이용을 보장하기 위한 각종 정책과 인프라 구축 등의 사업을 포함함
- 분석내용은 재정의 지속가능성과 대상의 포괄성, 전달체계의 효율성, 사업의 효과성을 중심으로 살펴봄

## II. 현황

### □ 개요

- 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」에서 건강분야 과제로 분류하고 있는 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고, 필수의료 보장, 예방적 건강관리체계 구축을 토대로 주요 제도 및 사업, 예산현황을 살펴봄
  - ① 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고 영역에서는 국민이 아플 때 부담없이 의료기관을 이용할 수 있도록 구축된 의료서비스와 관련된 사업인 건강보험과 의료급여, 의료비지원 사업 등이 포함
  - ② 필수의료보장은 민간중심의 공급체계로 의료기관 공급이 원활하지 않은 영역(질환 또는 지역 등)을 보완하기 위한 정책영역으로, 공공보건 의료확충, 응급의료체계 운영 지원, 국립병원 운영, 질병관리본부 지원(감염병관리) 사업이 있음
  - ③ 예방적 건강관리체계 구축은 국민의 건강증진을 목적으로 하는 정책영역으로, 지자체 보건소의 건강증진사업 지원과 금연사업 등을 추진하는 국민건강생활실천 사업을 들 수 있음

[건강분야 주요 사회보장사업 현황]

정책영역	관련 사업	비고
건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고	건강보험	사회보험
	의료급여	공공부조
	의료비지원 사업	의료서비스
	보건의료서비스 지원	의료서비스 질 관리 등
필수의료 보장	공공보건의료확충	인프라확충 등
	응급의료체계 운영 지원	인프라확충 등
	질병관리본부 지원	감염병예방 및 관리 등
	국립병원(9개)	의료서비스
예방적 건강관리체계 구축	국민건강생활실천	건강관리서비스, 인프라확충 등

자료: 국회예산정책처 작성

- 건강분야 사회보장정책 예산은 중앙정부 재정과 건강보험 재정을 포함하여 2020년 기준 86조 9,422억원임
  - 중앙정부 재정 20조 7,334억원, 건강보험재정 76조 6,641억원이며, 중앙정부에서 건강보험 재정으로 지원하는 정부지원금(10조 4,553억원)을 제외하고 합산한 규모임

[건강분야 사회보장사업 예산 현황]

(단위: 억원, %)

정책 영역	관련 사업	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
							(B-A)/A	연평균
건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고	건강보험 정부지원금	80,449	78,491	82,153	90,134	104,553	13.1	6.1
	의료급여	48,192	52,427	53,732	64,374	70,038	8.8	9.8
	의료비지원 사업	1,366	1,257	822	1,180	1,070	△9.3	△5.9
	보건의료서비스 지원 사업	471	678	677	779	822	5.5	14.9
	소계(a)	130,478	132,853	137,385	156,467	176,482	12.8	7.8
필수 의료 보장	공공보건의료확충	3,150	3,137	3,535	4,552	9,186	101.8	30.7
	응급의료체계 운영 지원	2,309	2,199	2,292	2,320	6,362	174.2	28.8
	질병관리본부 지원	6,089	5,937	6,354	6,749	8,423	24.8	8.5
	국립병원(9개)	1,841	1,795	1,910	1,977	2,097	6.1	3.3
	소계(b)	13,389	13,068	14,091	15,598	26,067	67.1	18.1
예방적 건강관리 체계구축	국민건강생활실천	4,074	4,134	4,167	4,519	4,776	5.7	4.1
	학교밖청소년 건강검진	4	7	7	8	8	0.0	18.9
	소계(c)	4,078	4,141	4,175	4,527	4,784	5.7	4.1
건강보험 재정(d)		526,339	572,913	622,937	708,886	766,641	8.1	9.9
합계1(a+b+c)		147,945	150,062	155,650	176,592	207,334	17.4	8.8
합계2(a+b+c+d)		593,835	644,484	696,434	795,344	869,422	9.3	10.0

주: 1. 추정기준(2020년은 4월 30일 기준). 다만, 건강보험 재정은 2016~2019년 현금흐름(실집행), 2020년 국민건강보험공단 예산서 기준  
 2. 건강보험 정부지원금은 건강보험재정의 수입으로 산정되는 정부 사업들임(건강보험가입자지원, 차상위계층지원, 공무원교원국가부담금보험료)  
 3. 합계1은 중앙정부 재정만을 합산한 금액이고, 합계2는 정부재정 외로 운영되는 건강보험재정까지 포함한 금액으로, 중복되는 건강보험 정부지원금(2020년 기준 10조 4,553억원)을 제외하고 산정함

자료: 국회예산정책처 작성

- 정부는 개별법에 따른 법정계획과 현안 대응을 위한 대책을 발표하고 있음
  - 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고 정책영역과 관련한 주요계획 및 대책으로는 2017년 8월에 발표한 2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책(2017.8.)과 「국민건강보험법」에 따른 법정계획인 건강보험 종합계획(2019.5.), 상급종합병원 쏠림현상 해소를 위한 의료전달체계 개선 단기대책(2019.9.) 등이 있음
  - 필수의료보장 정책영역과 관련한 주요계획 및 대책으로는 개별법에 따른 법정계획인 공공보건의료 기본계획, 응급의료 기본계획, 감염병 예방관리 기본계획 등과, 현안 대응을 위해 최근 발표한 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.), 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.), 응급의료체계 개선 방향(2020.1.) 등이 있음
  - 예방적 건강관리체계 구축 정책영역에서는 법정계획인 국민건강증진 종합계획, 국가건강검진 종합계획 등이 있음

[건강분야 주요 계획 및 대책]

정책영역	주요 계획 및 대책	근거법률
건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고	2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책(2017.8.)	현안 대응
	제1차 건강보험 종합계획(2019~2023)(2019.5.)	국민건강보험법
	의료전달체계 개선 단기대책(2019.9.)	현안 대응
필수의료 보장	제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020) (2016.3.)	공공보건의료에 관한 법률
	2018~2022년 응급의료 기본계획 (2018.12.)	응급의료에 관한 법률
	제2차 감염병 예방관리 기본계획(2018~2022) (2018.6.)	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
	공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.)	현안 대응
	믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책 (2019.11.)	현안 대응
	응급의료체계 개선 방향(2020.1.)	현안 대응
예방적 건강관리체계 구축	제4차 국민건강증진 종합계획(2016~2020)(2015.12.)	국민건강증진법
	제2차 국가건강검진 종합계획(2016~2020)(2016.7.)	건강검진기본법

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재구성

### Ⅲ. 주요 쟁점 분석

#### 가. 총괄

##### □ 의료비지출 증가 속도 관리 필요

- 우리나라의 GDP대비 경상의료비<sup>1)</sup> 지출 비중은 8.1%로 OECD 평균 8.8%보다 낮으나, 증가속도가 빨라 수년 내로 OECD 평균을 초과할 것으로 예상
  - 2009~2018년 동안 우리나라의 GDP대비 의료비 지출은 6.1%에서 8.1%로 2.0%p 상승하였으나, OECD 국가의 평균은 8.7~8.8% 내외로 유지
- 경상의료비 지출의 48%가 사회건강보험(건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험)에 의한 지출이라는 점에서, 경상의료비 지출의 증가는 국민들의 보험료 부담 증가로 이어지므로 정부는 의료비 지출의 관리를 통해 증가 속도를 조절할 필요

##### □ 상급종합병원 쏠림 현상 해소 필요

- 보장성강화 정책으로 건강보험보장률은 최근 증가하였으나, 의원급의 보장률은 감소하고 병원급은 여전히 낮은 수준으로 나타나고 있음
- 정부는 중증질환 중심의 보장성 강화로 상급종합병원의 보장률이 상대적으로 크게 개선되었다고 해명하고 있으나, 중증질환뿐 아니라 일반진료에서도 보장성이 강화되었으며, 이는 상급종합병원의 쏠림현상으로 나타나고 있음
- 이와같이 경증환자까지도 상급종합병원에 집중되는 문제는 병원급과 의원급의 수입확보를 위한 비급여 진료를 확대시키는 원인으로 지적되고 있음
  - 의원급 의료기관의 기관당 급여실적(건강보험공단에서 지급하는 급여비)은 최근 10년 동안 GDP 증가율(5.1%)보다 낮은 4.4%로 증가하여 수익성이 악화됨. 그리고 일반병원과 의원급 의료기관의 2009~2018년 비급여본인부담률은 일반병원은 20.4%에서 34.1%로, 의원급은 8.5%에서 22.8%로 증가하여 의료비 중 비급여의 비중이 증가함

1) 경상의료비(Current Health Expenditure)는 국민 전체가 1년간 보건의료재화와 서비스를 구매하는데 지출한 최종소비를 의미한다. 이는 개인의료서비스와 집합보건의료서비스(예방 및 공중보건사업, 보건행정관리)에 대한 정부·의무가입제도 재원과 민간재원을 모두 포함한다.

[요양기관 종별 급여실적 : 2009~2018]

(단위: 억원, %)

요양기관	2009	2018	연평균증가율
상급종합	56,323	107,313	7.4
종합병원	52,940	98,197	7.1
일반병원	32,565	52,845	5.5
요양병원	16,108	42,257	11.3
의원	74,820	115,551	4.9
(의원당 급여비)	2.77	3.64	3.1
GDP(국내총생산)(조원)	1,205	1,893	5.1

주: 의원급 의료기관 수는 2009년 27,027개소, 2018년 31,718개소임

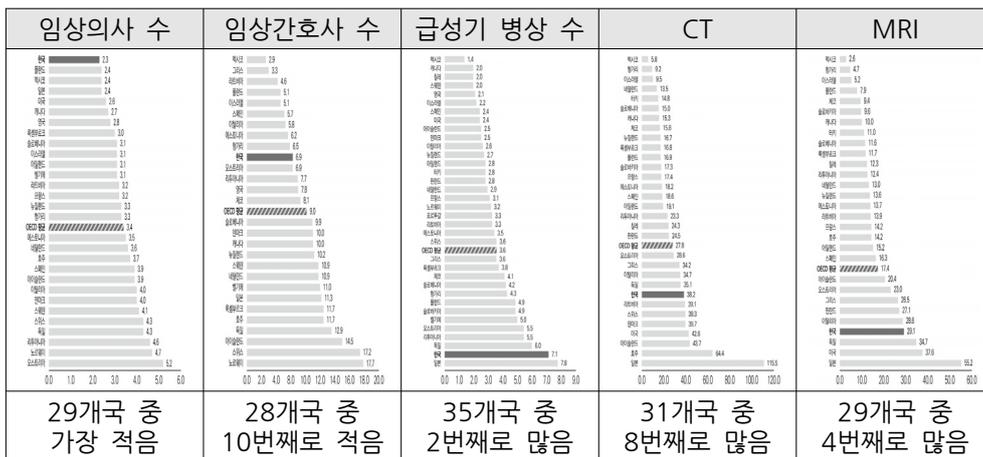
자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2009 건강보험통계연보」 및 「2018 건강보험통계연보」

- 보장성 강화 정책으로 상급병원 쏠림현상과 의원급의 비급여 진료 확대 등의 풍선효과가 나타나지 않도록 의료전달체계 확립, 비급여 진료에 대한 관리 강화 필요
  - 2019년 9월에 발표한 「의료전달체계 개선 단기대책」의 이행과 함께, 의료는 필요성이나 적정성을 일반 국민들이 검증하기 어려운 영역이므로 적절한 의학적 기준에 따라 진료가 이루어지도록 관리체계를 구축할 필요

□ 의사·간호사·의료장비 등 보건의료자원에 대한 체계적인 관리 필요

- OECD 국가와 비교해서 우리나라는 인구 대비 병상, 의료장비 비중은 높고, 의사나 간호사 등 의료인력은 낮은 수준

[의사, 간호사, 병상수, 의료장비 등 의료자원 현황]



주: 1. 진한색은 한국, 빛금은 OECD 평균임

2. 의사, 간호사, 병상은 인구 1,000명당, 의료장비는 인구 100만명당

- 중소도시 및 농어촌 소재 병원과 필수 공공의료에 대한 의사 부족 문제를 해소하기 위한 정부 대책 및 사업 추진 실적이 부진하므로 개선 필요
  - 인구 천명당 활동의사 수는 전국적으로는 2.0명이나, 지역별로 보면 0.9~3.1명으로 지역별 편차가 있고, 일부 지역에서는 산부인과를 비롯하여 필수의료서비스로 분류되는 내과, 외과, 소아과 진료과목이 없는 지역이 존재하는 등 지역간 의료불균형이 존재
  - 정부는 2011년부터 분만산부인과 설치 지원 사업을 실시하고 있으나 2019년에도 분만취약지역이 33곳 남아있고, 2019년에 병원 모집을 위한 공고를 4차례 실시하는 등 병원 모집도 쉽지 않은 상황<sup>2)</sup>. 권역외상센터의 경우 전담전문의 채용의 어려움으로 매년 운용인력 목표에 미달
  - 지역 간 의료불균형과 필수 공공의료의 의사 부족 문제를 해소하기 위하여 국립공공보건의료대학 설립, 공중보건장학제도 등을 추진하고 있으나, 국립공공보건의료대학 설립은 법률안 제정이 의료계 반대 등으로 지연되고 있고, 공중보건장학제도의 경우 2019년부터 재추진<sup>3)</sup>하고 있으나 20명 모집에 8명만 응시·선발되는 등 실적 부진
  - 일부 지역의 필수의료 부족, 의사 인력이 적은 지역일수록 인건비가 높고 치료가 가능한 사망률이 높은 경향<sup>4)</sup>, 전문의 공급 정책의 시차<sup>5)</sup> 문제, 그리고 최근 코로나19 사태를 겪으면서 공공의료에 대한 국민적 관심 증가 등을 고려할 때 국립공공보건의료대학 설립의 경우 이해관계자와 합의점을 조속히 도출하여 의사수급 문제를 해소할 필요가 있음. 또한 공중보건장학제도는 일반적인 장학금과 학자금대출제도가 보편화된 상황에서 지방의 무근무 유인 효과가 낮을 것으로 보이므로 차별화 방안을 마련할 필요

2) 산부인과 외에 필수의료서비스로 분류되는 소아청소년과의 경우에도 해당 진료과목이 없는 지역이 25개 지역으로 조사되었다.

3) 1977년부터 1996년까지 운영되었으나, 공중보건지사 제도 신설 등으로 제도의 실효성이 낮아지면서 1996년 이후로 장학생 선발이 중단되었고, 최근 지역간 의료 격차 해소, 공공보건의료 강화를 위해 2019년 재추진되었다.

4) 신현웅, “보건의료정책 현황과 과제 : 지속가능성 확보를 중심으로”, 「보건복지포럼(2020.1)」, 한국보건사회연구원

5) 의과대학(원)에 입학하여 의사 자격을 갖기 위해서는 최소 4년이 필요하고, 전문의 자격을 갖기 위해서는 약 9년(대학원 4년, 인턴 1년, 레지던트 4년)이 소요되므로 전문의 공급 정책은 최소 9년의 시차가 발생한다.

[지역간 의료격차 해소 및 필수공공의료 확보를 위한 정부 정책 실시 현황]

사업명	추진현황
분만산부인과 설치 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2011년부터 실시</li> <li>• 분만취약지 현황: 2016년 37곳, 2017년 34곳, 2019년 33곳</li> <li>• 2019년 병원 모집에 4차례 공고</li> </ul>
권역외상센터 설치 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전담전문의 채용 부진</li> <li>• 2017년 목표 282.7명, 실적 179명, 2018년 목표 283.2명, 실적 175명, 2019년 목표 270.6명, 실적 186명 (목표인원은 월별 채용계획을 반영함에 따라 소수점으로 나타남)</li> </ul>
국립공공보건대학 설립	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관련 법률안 제정 지연 (20대 국회에서 5개 법률 제·개정이 발의되었으나 임기만으로 폐기(2020.5.29.)되었고, 21대 국회에서 2020년 6월 현재 1개 법률안이 발의(2020.6.5.)됨)</li> </ul>
공중보건장학제도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2019년부터 재추진</li> <li>• 20명 모집에 8명 응시</li> </ul>

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 재구성

- 고령의 의사 증가에 대한 대책 준비 필요
  - 수명의 증가로 인구고령화와 함께 고령의사도 증가하고 있으며, 활동의사(요양기관 등록 의사) 중 65세 이상 의사는 2012년 4,165명에서 2019년 7,849명으로 증가하였고, 80세 이상 활동의사 수도 2012년 400명에서 2019년 824명으로 두 배 이상 증가
  - 고령의 의사는 경험이 많다는 장점이 있으나, 일반적으로 의사는 고도의 의학지식을 필요로 하는 직업이고, 국민의 건강과 생명에 직결된 일을 하고 있다는 점에서 보수교육을 강화하고 검증시스템을 도입할 필요

[활동의사의 연령별 현황 : 5세 단위]

(단위: 명, %)

연령별	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
활동의사 수	87,551	92,031	94,637	97,004	100,052	102,172	104,745	107,588	3.0
- 65세 이상	4,165	4,536	5,061	5,385	5,704	6,349	7,023	7,849	9.5
- 80세 이상	400	447	534	589	656	695	748	824	10.9

주: 활동의사는 「국민건강보험법」 제43조에 의한 요양기관현황 신고 기준으로 상근, 비상근, 기타 포함(치과의사, 한의사 제외)

자료: 건강보험심사평가원

- 활동간호사가 부족한 상황이므로, 간호인력 수급문제 해소를 위한 다각적 방안을 모색할 필요
  - 활동간호사 수가 증가하고는 있으나 지방에서는 여전히 간호사가 부족하고<sup>6)</sup>, 병원과 보건소 등 요양기관 뿐 아니라 정부의 각종 사업에서도 간호사 수요가 확대되고 있음
  - 정부는 2015년부터 유희간호사 취업지원 사업을 실시하고 있으나 부족한 간호인력 확보에는 제한적임. 따라서 의사와 마찬가지로 지방의료기관 근무 조건을 전제로 한 장학금 지원 및 대학입학, 간호 수가 조정 등 다각적 방안을 모색할 필요
- 병상의 과다 공급은 의료서비스 과다 이용을 유인할 원인이 되므로 병상 공급을 체계적으로 관리할 필요
  - 일반적으로 병상수와 의료서비스 이용은 양의 상관관계가 있는 것으로 연구·보고되고 있으며, 실제로 병상수가 급격히 증가하고 있는 요양병원의 경우 최근 10년 동안(2010~2019년) 병상수의 증가와 함께 경증환자 입원비율이 증가(5.0%→11.8%)하고, 입원기간이 증가(147일→174일)한 것으로 나타남
  - 병상의 과다공급은 투자비용에 대한 수익실현을 위해 환자에게 과잉진료의 유인이 되므로, 정부차원에서 효율적인 의료자원 활용을 위한 정책이 시행될 필요가 있으며, 병상 공급 관리 방안을 마련할 필요

6) 예를 들어 간병비 부담 완화를 위해 도입된 간호간병통합서비스의 경우 간호간병통합서비스를 제공하는 의료기관, 병상수는 연도별로 매년 확대되고 있고, 이용환자수도 지속적으로 증가하고 있으나, 광역시에 비해 일반 도 지역은 의료기관 참여율이나 참여병상 수가 상대적으로 낮은 것으로 나타나고 있다. 병상수 기준으로 10% 미만 참여율을 보이는 지역은 광주, 강원, 충남, 전북, 전남, 경남, 제주로 조사되었다.

- 특수의료장비의 무분별한 도입을 제한하기 위한 특수의료장비 공동활용제도에 대한 관리가 부실하였고, 최근 보장성 강화로 특수의료장비를 활용한 검사가 급증하고 있으므로 특수의료장비 도입 및 과도한 검사 제한을 위한 방안을 검토할 필요
  - 감사원 실태조사결과, 1개 의료기관이 특수의료장비를 설치하고자 하는 의료기관에 중복적으로 공동활용동의서를 해준 사례가 다수 발견되는 등 관리 부실
  - 근본적으로 의료기관이 고가의 특수의료장비를 설치하고자 하는 이유가 수익성이 있기 때문이며, 따라서 검사 수가 등이 높은 것은 아닌지 적정 수가 검토 필요
- 「보건의료기본법」에 따른 보건의료발전계획 수립 필요
  - 「보건의료기본법」은 보건의료와 관련한 다른 법률에 우선하는 법률의 위상을 가지는 기본법으로, 「보건의료기본법」은 “보건의료발전계획”을 5년마다 수립할 것을 규정하고 있음
  - 그러나 “보건의료발전계획”은 2000년 법률 제정 이후 한번도 수립된 적이 없음
    - “보건의료발전계획”에는 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책도 포함되어 있어 앞서 논의한 병상 과다 공급의 문제도 “보건의료발전계획”을 통해 관리 가능함

---

7) 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」은 MRI등 특수의료장비에 대하여 200병상 이상인 의료기관에 한하여 설치할 수 있다고 규정하고 있으며, 다만, 예외적으로 다른 의료기관의 공동활용을 받아 공동활용에 동의한 의료기관과 함께 병상수가 200병상이면 설치할 수 있다고 규정하고 있다.

## 나. 재정의 지속가능성

### □ 건강보험의 재정의 지속가능성을 위한 목표설정 및 구체적인 관리 방안 마련 필요

- 건강보험 재정의 지출규모는 고령화 등으로 더욱 증가하고, 2026년경 건강보험료를 법정 상한선(8%) 도달, 생산가능인구 감소로 보험료 수입은 감소할 것으로 전망되는 등 건강보험재정의 지속가능성을 담보하기 어려운 것으로 예상
  - 최근 10년 건강보험 재정(지출기준)의 증가 속도는 연평균 증가율 8.0%로, 정부총지출 연평균 증가율 4.4%보다 2배 가량 빠르고, 보장성 강화 대책으로 건강보험 재정의 지출규모는 더욱 커질 것으로 전망됨
  - 최근 건강보험 재정 지출 증가는 의료이용량 증가와 함께 보장성강화로 기존의 비급여가 급여로 편입되면서 증가
  - 건강보험 재정지출이 증가하면서, 2018년부터 당기수지 적자로 전환하였고, 2019년에는 적자규모가 더욱 커짐(2018년 1,778억원, 2019년 2조 8,243억원 적자)

[건강보험재정 현황]

(단위: 억원, %)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
수입(A)	335,604	379,774	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643
(증가율)		13.2	10.1	8.0	7.4	8.0	6.3	4.1	7.1	9.6
지출(B)	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886
(증가율)		7.2	3.8	7.0	5.7	9.8	9.1	8.8	8.7	13.8
당기수지(A-B)	△12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243
누적수지	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712

주: 현금흐름 기준(실집행액 기준)

자료: 보건복지부

- 정부는 건강보험보장률 70% 도달을 목표로 보장성 강화를 지속적으로 추진하고 있는데, 이와 함께 건강보험 재정의 지속가능성 확보를 위해 건강보험 재정의 적정 규모에 대한 목표를 설정하여 운영할 필요가 있으며, 지출관리 및 수입확보 대책을 준비할 필요

□ 건강보험 국고지원에 대한 합리적 편성기준 필요

- 보험료 예상수입액의 14%를 지원하는 정부지원금(일반회계)은 ‘지원 규모 조정’에 따른 감액조정으로, 매년 14%에 미달하고 지원 비율도 일정하지 않아 예측가능성이 떨어지므로 합리적인 편성기준을 마련하여 운영할 필요
  - 지원규모 조정은 일정한 기준이 없으며 2016년 7,040억원, 2017년 1조 3,485억원, 2018년 2조 539억원, 2019년 2조 1,352억원, 2020년 1조 8,801억원으로 매년 차이가 있고, 보험료 예상수입액과 비교하더라도 정부지원금(일반회계) 지원 비율은 최근 5년 동안 10.2~12.3% 범위에서 증감을 반복하고 있음

[건강보험 가입자 지원(일반회계) 예산안 구성]

(단위: 백만원, %)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020
(A)보험료 예상수입액(억원)	421,733	444,440	533,209	578,154	639,260
(B)보험료 예상수입액의 14% (=A×0.14)	5,904,265	6,222,160	7,464,926	8,094,156	8,949,640
(C)과징금 예상수입액의 50%	5,775	9,177	9,132	13,154	13,065
(D)지원규모 조정	△704,003	△1,348,537	△2,053,949	△2,135,233	△1,880,092
(E)최종(=B+C+D)	5,206,037	4,882,800	5,420,109	5,972,077	7,082,613
(F)보험료 예상수입액 대비 비율(=E/A)	12.3	11.0	10.2	10.3	11.1
(G)보험료수입액 대비 비율	11.0	9.7	9.7	10.1	- <sup>1)</sup>

주: 1. 예산안 편성 기준이며, ‘보험료수입액 대비 비율’은 결산 결과 최종 지원비율임

1) 2020년 6월 현재 보험료 수입액 결산이 확정되지 않았으므로 산출되지 않음

자료: 보건복지부

□ 의료급여 사업의 재정지출 증가에 대한 고려 부족

- 의료급여도 건강보험과 유사한 수준으로 지출규모가 증가할 것으로 예상되나, 국가재정운용계획에는 이를 반영하지 못하여 과소전망된 바, 합리적인 지출전망과 함께 의료비 지출 관리 방안을 모색할 필요
  - 의료급여는 건강보험료를 부담하기 어려운 저소득층을 위한 공공부조 제도로, 보험료부담이 없을 뿐 병원에서 동일한 의료서비스를 받을 경우 소요되는 총 경비(의료비)나 보장성 등은 거의 유사

- 그러나 건강보험의 경우 2019년에 발표한 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」에 따르면 2018~2023년 동안 연평균 8.7% 증가할 것으로 전망하고 있는데, 의료급여는 「2019~2023년 국가재정운용계획」에서 2019~2023년 지출전망을 연평균 4.9%로 제시하고 있어 2배 가까이 차이가 발생

[의료급여 지출 전망]

(단위: 억원, %)

구 분	2019		2020	2021	2022	2023	연평균 증가율
	본예산	추경					
의료급여	63,915	64,374	70,038	72,940	75,128	77,382	4.9
(증가율)			9.6	4.1	3.0	3.0	

주: 증가율 및 연평균증가율(2019-2023)은 본예산 기준  
 자료: 대한민국 정부, 「2019~2023년 국가재정운용계획」, 2019.

[건강보험 재정전망]

(단위: 억원, %)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022	2023	연평균 증가율
수입	621,159	676,612	739,725	807,305	869,823	934,545	8.5
지출	622,937	708,248	767,000	817,984	886,700	943,226	8.7
(증가율)		13.7	8.3	6.6	8.4	6.4	

주: 1. 2018년은 현금흐름 기준(실제 지급 기준), 2019년부터 전망치  
 2. 보험료율 : 2022년까지 3.49%, 2023년은 3.2% 적용  
 3. 정부지원액 : 2019~2023년 모두 7조 8,732억원(2019년 보험료수입 대비 13.6%)  
 4. 수가인상률 : 2019~2023년 모두 2.37% 적용  
 5. 연평균증가율은 2018~2023  
 자료: 보건복지부, 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」, 2019.4.

## 다. 대상의 포괄성(사각지대)

### □ 의료서비스 이용의 사각지대 해소 대책의 보완

- 건강보험료 장기체납자 중 실질적으로 납부능력이 없는 가구에 대해서는 납부능력을 심사하여 보험료 지원 또는 의료급여 제도 편입 등을 검토할 필요
  - 건강보험 지역가입자 중 급여제한 요건이 되는 6개월 이상 보험료 장기체납자는 185만세대로, 지역가입자 세대수 794만 세대의 23.3%
  - 건강보험공단은 체납된 보험료를 징수할 가능성이 없다고 인정되는 경우 결손처분하고 있으며, 최근 3년(2017~2019년) 결손처분을 받은 가구 중 15.9%가 2회 이상 중복적으로 결손처분을 받은 가구로 나타남. 이는 납부능력 부족으로 체납된 건강보험료를 결손처분하여도 다시 건강보험료가 체납되고 있음을 의미
  - 건강보험료를 체납하더라도 의료 이용을 제한받는 것은 아니나, 급여 환수 조치에 대한 우려로 의료 이용을 기피하는 경향이 있는 것으로 연구 보고되고, 건강보험제도는 가입자 간 상호연대를 바탕으로 보험료를 부담하고 이를 보험급여에 사용된다는 점에서 체납세대를 방치하는 것은 보험료를 성실히 납부하는 사람들에게 비용이 전가되는 문제도 있음
- 저소득층일수록 재난적의료비 발생률이 높고 재난적의료비 발생 가구의 의료비 지출 수준이 가계 지출의 70%에 달하므로, 최근 불용되고 있는 재난적의료비 지원 사업을 적극적으로 집행할 필요
  - 재난적의료비 지원 사업은 보건복지부 일반회계와 기획재정부의 복권기금, 국민건강보험공단의 건강보험재정에서 공동 부담
  - 재원별 실적집행실적을 보면, 2018년에는 기획재정부 복권기금 33.8%, 건강보험재정 5.9%, 사회복지공동모금회 28.8%에 불과하였고, 2019년은 보건복지부 일반회계는 100% 집행되었으나, 기획재정부 복권기금은 56.0%, 건강보험재정은 30.4%만 실적집행됨

[재난적의료비 지원 사업 자원별 실적] (단위: 백만원, %)

연도	구분	일반회계	복권기금	건강보험재정	사회복지 공동모금회	합 계
2018	예산	0	35,662	104,800	10,000	150,462
	실집행	0	12,057	6,158	2,883	21,098
	실집행률	0	<b>33.8</b>	<b>5.9</b>	<b>28.8</b>	14.0
2019	예산	3,946	35,662	10,000	0	49,608
	실집행	3,946	19,969	3,035	0	26,950
	실집행률	<b>100.0</b>	<b>60.0</b>	<b>30.4</b>	0	54.3

자료: 보건복지부

□ 의료급여수급권자의 건강검진 사각지대

- 65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진은 지방이양사무로 지자체에서 주관하고 있으나, 검진을 실시하고 있는 지자체는 2019년 8월 기준 228개 자치단체<sup>8)</sup> 중 64개소에 불과하므로, 국민건강보험공단에 위탁하도록 독려하거나 지방이양사무에서 제외하는 방안 등을 고려할 필요
  - 65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진을 제외하고, 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 각종 건강검진은 국민건강보험공단에서 실시함에 따라 종합 관리되고 있음. 일례로 국민건강보험공단은 “건강검진통계연보”를 매년 작성·발간하고 있는데 동 자료에는 65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진 통계자료는 빠져있음

[건강검진 실시 주체]

	영유아건강검진	학생(초중고)	일반건강검진	암검진
건강보험 가입자 및 피부양자	공단	교육부	공단	공단
의료급여 수급권자	지자체 (공단위탁)	(학교밖 청소년은 여성가족부에서 공단으로 위탁)	만19~만64세 : 지자체(공단수탁) <b>만65세 이상 : 지자체 직접 실시</b>	지자체 (공단위탁)

주: 공단(국민건강보험공단)

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 제작됨

8) 226개 기초자치단체, 제주특별자치도, 세종특별자치시

## 라. 전달체계의 효율성

### □ 요양기관 부당청구 개선을 위한 제도개선 필요

- 건강보험 급여의 요양기관 부당청구 개선을 위한 현지조사 실시 결과 매년 80% 내외의 높은 비율로 부당청구가 적발되고 있으므로, 부당청구 관리 강화 방안 모색, 사전모니터링 및 교육 실시, 행정처분의 실효성 검토 등 필요
  - 보건복지부와 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원은 국민권익위원회, 검찰, 감사원 등 대외기관의 의뢰, 민원제보, 심사과정이나 진료내역통보 등의 과정에서 부당청구가 의심이 되는 기관에 대해 현지조사를 실시
  - 현지조사 대상 요양기관은 전체 요양기관 약 9만 5천여개소(2019년 기준) 중 연 800~1,000개소 수준으로 전체 요양기관의 약 1% 수준
  - 현지조사 결과 최근 4년 동안 부당청구 적발 비율은 2016년 90.3%, 2017년 88.4%, 2018년 76.0%, 2019년 84.9%로 높은 비율로 부당청구 기관이 확인되고 있음

[2016~2019년 현지조사 실시 및 제재조치 현황]

(단위: 개소, %)

조사 연도	대상기관수			부당 기관수 (B)	부당기관 비율 (B/A)	총 부당금액 (억원)	행정처분(기관수)			
	계	조사 기관수 (A)	미실시 기관수				업무 정지	과징금	부당 이득금 만 환수	처분 절차중
2016	813	813	0	734	90.3	370	305	221	207	1
2017	823	816	7	721	88.4	260	192	195	303	31
2018	1,050	1,040	10	790	76.0	358	101	131	246	312
2019	983	976	7	829	84.9	335	7	-	10	812

주: 1. 2020년 2월 기준

2. 정산심사 및 행정처분과정에서 변동될 수 있음

3. 미실시 기관 사유 : 대표자 부재, 대표자 질병, 휴·폐업 기관

자료: 보건복지부

### □ 의료비 지원 사업의 지원기준 정비

- 성인암 의료비 지원 사업의 경우 건강보험료를 기준으로 지원대상자를 선정하나, 건강보험료가 개인의 자산까지 모두 반영하는 것은 아니어서 고액자산가도 지원받을 수 있으므로 건강보험료만으로 지원대상자를 선정하는 방법은 재검토할 필요

- 감사원 「차상위계층 지원 사업 추진실태(2018.12)」보고서에 따르면, 건강보험료 방식에 따라 기준 중위소득 50%이하로 판정된 343만여 가구의 재산보유 규모를 분석한 결과 토지·건물·주택 등 부동산을 2억원 이상보유한 가구가 35만 가구(전체 가구 수 대비 10.5%), 최대 1,530억원 상당의 자산을 보유한 가구(직장가입자)도 ‘기준중위소득 50% 이하’로 판정

□ 요양병원 관리 필요

- 요양병원의 병상수는 최근 10년 동안 3배 가량 증가하였는데, 과도한 병상수는 불필요한 의료비를 유발할 수 있으므로 병상수급 등 관리 방안 모색 필요
  - 요양병원의 병상수는 2010년 11.2만 병상에서 2019년 30.3만 병상으로 연평균 11.7%로 증가하였으며, 같은 기간 노인인구의 연평균 증가율 4.3%보다 빠른 속도로 증가
  - 최근 10년(2010~2019년) 요양병원 연간 입원환자 수는 연평균 10.1%로 증가하였으며, 경증환자 비율이 증가(5.0%→11.8%)함. 경증환자 비율 증가에도 평균입원기간도 증가(147일→174일)함

[요양병원 입원환자 현황(2010~2019년)]

(단위: 천명, 일, 억원)

구분	2010	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
연간 입원환자 수 <sup>1)</sup>	220	414	428	440	456	523	<b>10.1</b>
- 경증환자 <sup>2)</sup>	11	39	46	50	54	62	21.2
(비중)	<b>5.0</b>	9.4	10.7	11.4	11.8	<b>11.8</b>	
- 중증환자	209	374	383	390	402	462	9.2
(비중)	95.0	90.6	89.3	88.6	88.2	88.2	
평균 입원 기간 <sup>3)</sup>	<b>147</b>	174	177	177	176	<b>174</b>	1.9
급여비지급 <sup>4)</sup>	13,074	31,638	35,125	38,374	41,222	43,162	14.2
건강보험재정 총 급여비 <sup>5)</sup>	337,965	457,299	508,907	546,249	616,695		7.8

주: 건강보험 심사결정기준 (출처 : 건강보험심사평가원)

1) 한 환자가 여러 분류군으로 변동이 있는 경우 경증과 중증환자에 각각 적용되어 중복 있음

2) 경증환자는 선택입원군 (2019.11. 이전 신체기능저하군), 그 외는 중증환자

3) 평균입원기간 = (연간 총 내원일수)/(연간 입원환자 수)

4) 급여비지급 = 보험자부담금(국민건강보험공단 부담금)

5) 2019년도 건강보험재정 총 급여비는 7월경 산출 가능 (출처 : 국민건강보험공단)

자료: 보건복지부

## 마. 사업의 효과성

### □ 건강보험료 고액·상습체납자 인적사항 공개제도의 실효성 확보 필요

- 건강보험료 고액·상습체납자의 보험료 자진납부를 유도하기 위해 인적사항 공개제도를 실시하고 있으나, 인적공개에도 보험료 자진납부율은 높지 않아 추가적인 실효성 확보 방안을 마련할 필요
  - 고액·상습체납자수는 매년 증가(2016년 5,629건 → 2017년 8,260건 → 2018년 10,115건)하고 있으며, 2019년 공개대상 중 38.4%가 2018년에도 공개되었던 가입자 또는 사업장
  - 2015년 인적사항공개 건 중 4년이 경과한 2020년 2월 10일 기준으로 징수율은 건수기준 52.2%, 금액기준 19.8%에 불과하고, 건수기준에 비해 금액기준의 징수율이 낮아 고액의 체납 건이 징수되지 못함을 보여줌
  - 국세의 경우 출국금지 등 다양한 제재조치를 적용하는데 건강보험도 고액·상습 체납자에 대해서는 국세체납에 경우를 준용하는 방안을 고려해볼 수 있을 것임

[고액·상습체납자 인적사항공개 대상자 징수현황]

(단위: 건, 억원, %)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
대상	3,173	646	4,745	948	5,629	1,293	8,260	1,749	10,115	2,284
실적	1,657	128	2,452	139	2,510	154	3,328	122	2,288	48
비율	52.22	19.81	51.68	14.66	44.59	11.91	40.29	6.98	22.62	2.10

주: 2020.2.10.기준  
자료: 국민건강보험공단

□ 건강검진 수검률 제고를 위한 제도개선 필요

- 직장가입자에 비하여 지역가입자와 의료급여수급권자의 수검률이 저조한데, 이는 건강검진 시 유급휴가를 보장받는 건강보험 직장가입자와 달리 생계를 포기하고 건강검진을 받아야 해서 수검률이 저조한 것으로 추정되므로, 휴일검진 실시 등 제도적 개선이 필요
  - 일반건강검진의 수검률(검진대상자 대비 수검자 비율)은 2019년 기준 직장가입자(72.7%), 지역가입자(55.2%), 의료급여수급권자(34.8%) 순으로 나타남. 이러한 경향은 연령대별로 비교해도 동일함
  - 가입자와 피부양자의 수검률(2018년 기준<sup>9)</sup>)을 비교해보면, 직장가입자의 수검률은 85.7%로 피부양자 수검률 70.5%보다 높은 반면, 지역가입자의 수검률은 60.6%로 세대원의 수검률 65.6%보다 낮음

[일반건강검진 수검률]

(단위: %)

구 분	2017	2018	2019
건강보험가입자	78.5	77.0	68.3
(직장)	83.3	81.6	72.7
(지역)	62.8	62.3	55.2
의료급여수급권자	42.4	41.9	34.8

주 1. 2019.12.31.기준으로 2019년도 수검자는 검진비용 청구 중으로 변동될 수 있음

2. 의료급여수급권자 일반검진 대상은 만 64세까지임

자료: 국민건강보험공단

[가입자(세대주) 및 피부양자(세대원) 수검률 비교(2018년 기준)]

(단위: %)

구 분	합 계	가입자	피부양자
직장	81.6	85.7	70.5
지역	62.3	60.6	65.6

자료: 국민건강보험공단, 「2018 건강검진 통계연보」, 2019.12.

9) 2019년은 검진비용 청구 중으로 변동가능성이 있어 2018년으로 비교하였다.



## 1 분석배경 및 목적

건강권은 「대한민국헌법」<sup>1)</sup>에서 보장하는 국민의 권리로, 국민이 인간다운 삶을 영위하기 위한 기본권이라 할 수 있다. 이러한 건강권을 보장하기 위하여 정부는 모든 국민들이 질병 등에 대하여 의료서비스를 받을 수 있도록 건강보험과 의료급여제도 등을 운영하고 있으며, 이 외에도 공공보건의료, 감염병관리 등 보건의료정책과 건강관리 등 국민건강증진정책, 의료비지원 정책 및 식품·의약품안전관리정책 등을 실시하고 있다.

「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」에서도 건강분야를 포함하고 있으며, 건강보험 보장성 강화, 필수의료 공급, 사전예방적 건강관리 체계 구축을 주요 과제로 하고 있다.

우리나라의 의료서비스와 의료시스템은 세계적으로 우수한 것으로 평가받고 있다. 그러나 의료비 지출의 빠른 증가 속도, 대형병원 쏠림 현상, 지역별 의료서비스 격차 등 의료시스템의 지속가능성과 의료이용의 형평성을 저해하는 요인도 공존하고 있어 이러한 난제들을 해소하기 위한 정책이 추진될 필요가 있다.

본 보고서는 국민의 건강권 보장을 위한 정부의 사회보장 정책들이 사각지대 없이 보편적으로 제공되고, 부정수급 없이 효율적으로 관리되고 있으며, 소득이나 지역, 질환 등에 따라 차별없이 시행되고 있는지 점검해보고자 한다. 또한 이러한 제도들이 미래에도 지속가능할 수 있도록 재정건전성도 함께 검토해본다.

1) 「대한민국헌법」 제36조 ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

분석대상은 2019년에 발표한 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」의 추진 과제와 관련 정부 정책 및 사업을 포함한다.

「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」의 건강분야 과제는 1) 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고 2) 필수의료 보장 3) 예방적 건강관리체계 구축 등 3가지 과제로 구성되어 있으며, 과제목록 기준으로 하위 의료급여사업, 건강검진제도 등 건강관련 일부 정책들이 빠진 경우가 있어 이를 포함하였다. 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」의 과제 목록은 해당 기간 동안 확대하거나 개선하고자 하는 정책이나 과제를 중심으로 나열되어 있어, 지속적으로 추진해오고 있는 정책이나 사업들은 제외된 경우가 있어 이러한 정책 및 사업들도 포함하였다.

또한 본 보고서는 현금성 또는 현물성 급여 중심의 사회보장사업 뿐 아니라 국민의 보편적 의료서비스 이용을 보장하기 위한 각종 정책과 인프라 구축 등의 사업을 포함한다. 민간중심의 의료서비스 제공 체계로 인해 발생하는 질환별·지역별 의료불균형 해소를 위한 사업도 사회보장사업의 일환으로 보았으며, 예를 들어 권역외상센터 설치 및 운영 지원 사업도 건강분야 사회보장사업으로 분류하였다.<sup>2)</sup>

다만, 노인장기요양사업과 산재보험(요양급여)의 경우 보건분야에 포함<sup>3)</sup>하기도 하나, 각각 ‘사회서비스 분야’와 ‘고용 분야’ 보고서에서 별도로 다루고 있으므로 본 보고서의 분석대상에서 제외하였다.

분석내용은 재정의 지속가능성과 대상의 포괄성, 전달체계의 효율성, 사업의 효과성을 중심으로 살펴보았다. 총괄적으로 의료비 지출 수준과 의료기관 종별 건강보험보장률, 의료자원 정책에 대해 살펴보고, 재정의 지속가능성 측면에서는 건강보험 재정의 전망과 준비사항을, 대상의 포괄성 측면에서 사각지대를, 전달체계의 효율성 측면에서 부정·부당수급 및 사업관리의 효율성을, 사업의 효과성 측면에서 사업의 실효성 및 효과성 제고 방안을 검토하였다.

2) 정부에서 관리하는 제2차 사회보장기본계획에 따른 2019년 시행계획 과제별 예산 현황에도 인프라 구축 및 운영 지원 예산이 포함되어 있다.

3) OECD 공공사회복지지출(SOCX)은 9대 정책영역(노령·유족·근로무능력·보건·가족·적극적 노동시장·실업·주거·기타)으로 구분하고 있으며, 보건 정책영역에는 건강보험과 노인장기요양보험, 의료급여, 산재보험(요양급여), 보건의료, 공공보건의료확충 등을 포함하고 있다.

[제2차 사회보장 기본계획 건강분야 과제 목록]

과제명	세부과제
1. 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고	
건강보험 보장성 강화 및 비급여의 단계적 급여화	① 치료에 필요한 비급여 건강보험 적용 및 관리강화 ② 의료비 부담의 형평성 제고 ③ 건강보험과 민간의료보험 연계
건강보장의 지속가능성 제고	① 다양한 지불제도 도입 추진 ② 일차의료의 기능 강화
2. 필수의료 보장	
지역 간 필수의료 격차 해소	① 권역·지역 책임의료체계 마련 ② 국립 공공의과대학(원) 설립추진
생명과 직결된 필수 중증 의료 제공 강화	① 지역별 응급이송 체계구축 ② 응급의료기관 종별 기능 강화 ③ 외상전문인력 수련기관 확대 ④ 심뇌혈관질환 안전망 구축
빈틈없는 감염병 예방·감사·대응체계구축	① 법정 감염병분류체계 개편 대비 위기대응체계 고도화 ② 한국형 원헬스(One health)기반 협력체계 구축
건강취약계층의 의료서비스 확대	① 분만 취약지 지원강화, 어린이 공공전문진료센터 지정·지원 ② 장애인 건강 주치의 도입, 장애인화 검진기관 확대 ③ 국가유공자 의료·요양서비스 확대
3. 예방적 건강관리체계 구축	
건강증진 인프라 확충	① 건강생활지원센터 확충 ② 방문건강관리 체계 구축
건강위해요인 관리	① 금연 대책 강화 ② 음주폐해 예방 및 중독관리 대응체계 강화 ③ 비만관리 종합대책 이행 ④ 환경오염피해 구제 강화
정신건강 및 자살 예방 관리 체계 구축	① 지역별 정신건강인프라 확충, 선도 사업모델 개발 및 지원 ② 자살시도자 등 고위험군 집중관리

자료: 관계부처 합동, 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」, 2019.

1 개요

「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」은 건강분야를 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고, 필수의료 보장, 예방적 건강관리체계 구축 등 3가지 과제로 구분하고 있으며, 본 보고서도 동 구성을 토대로 주요 제도 및 사업들을 살펴보고 있다.

건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고는 국민이 질병 등에 대하여 부담없이 의료기관을 이용할 수 있도록 구축된 의료서비스와 관련된 정책영역으로, 사회보험의 원리로 운영되는 건강보험과, 저소득층을 위한 공공부조인 의료급여, 의료비 부담 경감을 위한 의료비지원 사업 등이 있다. 필수의료 보장은 민간중심의 공급체계로 의료기관 공급이 원활하지 않은 영역(질환 또는 지역 등)을 보완하기 위한 정책영역으로, 공공보건의료확충, 응급의료체계 운영 지원, 국립병원 운영, 질병관리본부 지원(감염병관리) 사업이 있다. 예방적 건강관리체계 구축은 국민의 건강증진을 목적으로 하는 정책영역으로, 지자체 보건소의 건강증진사업 지원과 금연사업 등을 추진하는 국민건강생활실천이 있다.

[2020년 건강 분야 사회보장사업 지출규모 및 주요 사업]

(단위: 억원)

분야	2020추경	주요 사업
건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고	176,482 (838,570)	건강보험 <sup>1)</sup> , 의료급여, 의료비 지원, 보건의료서비스 지원
필수의료보장	26,067	공공보건의료확충, 응급의료체계 운영 지원 질병관리본부 지원, 국립병원(9개)
예방적 건강관리체계 구축	4,784	국민건강생활실천
소계	207,334 (869,422)	

주: 1) 건강보험재정은 정부재정에 포함되지 않고 국민건강보험공단 회계로 운영되며, 정부재정에  
는 정부지원금 등만 포함됨. 2020년 기준 건강보험 재정규모는 76조 6,641억원이며, 건강보  
험관련 정부 재정사업은 10조 4,553억원임

1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 괄호는 정부재정 외로 운영되는 건강보험재정을 합한 규모임

자료: 국회예산정책처 작성

## 가. 주요 사업 및 예산 현황

## (1) 건강보험

건강보험은 생활상의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하기 위한 제도로, 보험의 원리를 이용하여 의료비 지출부담을 건강보험가입자 모두에게 분산시켜 국민생활의 안정을 도모하기 위한 사회보장제도이다. 1963년 「의료보험법」의 제정으로 도입되었으며, 1989년 7월 1일부터 보험료 부담 능력이 없는 저소득층과 일부 대상자를 제외<sup>4)</sup>하고 전국민이 건강보험에 가입되어 있다.

2019년말 기준 건강보험 적용 인구는 5,288만명<sup>5)</sup>으로, 의료급여수급권자를 포함한 의료보장인구의 97.2%가 건강보험에 가입되어 있다.<sup>6)</sup>

[건강보험 가입자 현황]

(단위: 천명, %)

구 분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
의료보장	51,169 (100.0)	51,448 (100.0)	51,757 (100.0)	52,034 (100.0)	52,273 (100.0)	52,427 (100.0)	52,557 (100.0)	52,880 (100.0)
건강보험	49,662 (97.1)	49,990 (97.2)	50,316 (97.2)	50,490 (97.0)	50,763 (97.1)	50,941 (97.2)	51,072 (97.2)	51,391 (97.2)
- 직 장	34,106	35,006	35,602	36,225	36,675	36,899	36,990	37,227
- 지 역	15,556	14,984	14,715	14,265	14,089	14,042	14,082	14,164
의료급여	1,507 (2.9)	1,459 (2.8)	1,441 (2.8)	1,544 (3.0)	1,509 (2.9)	1,486 (2.8)	1,485 (2.8)	1,489 (2.8)

자료: 국민건강보험공단, 「2019 건강보험 주요통계」, 2020.5.

- 4) 보험료 부담 능력이 없거나 「독립유공자에우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 적용받는 사람은 의료급여제도를 통해 의료보장을 받고 있다.
- 5) 재외국민 및 외국인 124만명 포함(재외국민 27,064명(직장 17,089명, 지역 9,975명)과 외국인 1,212,475명(직장 697,234명, 지역 515,241명))
- 6) 우리나라는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여를 통해 국내에 거주하는 전 국민의 의료보장을 포괄하고 있으며, 의료급여제도는 절대빈곤층 등을 위한 의료보장제도로 국가재정으로 의료비를 부담한다. 2019년말 기준 의료급여수급권자 수는 149만명이다.

건강보험재정은 국민(건강보험가입자)이 부담하는 건강보험료와 정부지원금을 통해 조성되며, 건강보험가입자와 피부양자가 이용하는 의료서비스에 대한 급여비 지출과 사업수행기관인 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 관리운영비 등에 사용된다. 건강보험 재정규모는 2019년 실제 지급된 금액 기준으로 70조 8,886억원이며, 이는 2019년 정부 총지출(469.6조원)과 비교하면 15.1%에 해당하는 규모이다.<sup>7)</sup>

[건강보험재정 현황]

(단위: 억원, %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
수입(A)	335,604	379,774	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643
- 보험료수입	281,650	323,995	358,535	386,117	412,404	440,476	473,065	500,099	536,415	587,428
- 정부지원	48,614	50,362	53,507	58,072	63,221	70,974	70,974	67,839	70,802	77,803
- 기타	5,340	5,417	6,150	7,544	9,399	12,559	13,156	12,052	13,942	15,412
지출(B)	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886
- 급여비	336,835	361,890	376,318	402,723	424,939	465,009	510,541	555,374	605,896	690,429
- 관리운영비등	11,764	11,876	11,717	12,564	14,216	17,272	15,798	17,539	17,041	18,457
당기수지(A-B)	△12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243
누적수지	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712
보험료율 (인상률)	5.33 (4.9)	5.64 (5.9)	5.80 (2.8)	5.89 (1.6)	5.99 (1.7)	6.07 (1.35)	6.12 (0.9)	6.12 (0)	6.24 (2.04)	6.46 (3.49)

- 주: 1. 현금흐름 기준(실집행액 기준)  
 2. 정부지원은 법정부담금(일반회계 및 국민건강증진기금) 및 과정금 지원액임  
 3. 보험료율은 직장가입자 기준이며, 2020년 보험료율(인상률)은 6.67%(3.20%)임  
 4. 2010~2019년 연평균증가율은 수입 8.2%, 지출 8.2%, 정부지원 5.4%임

자료: 보건복지부

7) 건강보험 재정규모는 국민연금 등 다른 사회보험과 비교해도 지출규모가 가장 크다.

[사회보험 지출규모(2019년 결산 기준)]

(단위: 조원)

	공적연금				고용보험	산재보험	건강보험	노인장기 요양보험
	국민연금	공무원연금	사학연금	군인연금				
지출규모	23.5	16.9	4.7	3.4	14.0	6.4	70.9	8.2

주: 지출규모는 사업비와 관리운영비를 합한 금액으로 여유자금 운용규모를 제외한 금액임  
 자료: 각 부처 제출자료(국회예산정책처, 「2020 대한민국 재정(2020.6.)」, pp. 208~209 재인용)

건강보험 재정은 국민연금, 공무원연금, 군인연금, 사학연금, 고용보험, 산재보험이 「국가재정법」에 따른 기금<sup>8)</sup>으로 운용되는 것과 달리, 노인장기요양보험과 함께 사업관리기관인 국민건강보험공단 회계로 운영되며 정부재정에 포함되지 않는다. 다만, 「국민건강보험법」과 「국민건강증진법」에 따른 정부지원금(보험료 예상수입액의 20%)인 건강보험가입자 지원 사업<sup>9)</sup>과 차상위계층 의료비 부담 경감을 위한 차상위계층 지원 사업<sup>10)</sup>, 공무원 및 사립학교 교원에 대한 사용자부담금인 공무원 교원 국가부담금보험료 사업<sup>11)</sup>이 정부 재정사업으로 편성되어 있다.

이들 재정사업들의 2020년도 예산 현황을 살펴보면, 건강보험가입자 지원 사업은 전년 대비 17.2% 증가한 9조 2,283억원이고, 차상위계층 지원 사업은 전년 대비 12.7% 증가한 3,387억원이며, 공무원교원 국가부담금보험료 사업은 전년 대비 5.8% 증가한 8,883억원이다.

[건강보험 관련 정부 재정사업 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증감	
						(B-A)/A	연평균 증가율
건강보험 가입자 지원	5,206,037	4,882,800	5,200,109	5,972,077	7,348,164	23.0	9.0
일반회계	5,206,037	4,882,800	5,200,109	5,972,077	7,348,164	23.0	9.0
기금	1,891,409	1,993,577	1,973,148	1,901,082	1,880,092	△1.1	△0.1
소계	7,097,446	6,876,377	7,173,257	7,873,159	9,228,256	17.2	6.8
차상위계층 지원	259,330	268,357	273,241	300,460	338,745	12.7	6.9
공무원교원 국가부담금보험료	688,145	704,326	768,806	839,765	888,312	5.8	6.6
소 계	8,044,921	7,849,060	8,215,304	9,013,384	10,455,313	13.1	6.1

주: 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)  
자료: 디지털예산회계시스템

- 8) 정부재정은 회계(일반회계, 특별회계)와 기금으로 구분할 수 있으며, 기금은 특정한 목적을 위하여 특정한 자금을 신축적으로 운용할 필요가 있을 때 법률을 근거로 설치된다.
- 9) 일반회계 14%, 국민건강증진기금 6%(단, 담배부담금 예상수입액의 65% 상한)
- 10) 의료급여 수급권자에서 건강보험 가입자로 전환된 차상위계층의 본인부담 증가분 등을 국고로 지원하는 사업으로, 희귀난치성·중증질환자, 6개월 이상 치료를 받고 있거나 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동 중 세대 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하이고, 부양요건을 충족하는 자에 대해 본인부담금을 경감하여 주고, 지역가입자 보험료를 지원한다.
- 11) 「국민건강보험법」 제76조에 따라 국가공무원에 대해서는 국가가 사용자로써 50%를 부담하고, 사립학교 교원에 대해서는 국가가 20%를 부담(본인 50%, 사립학교 설립·운영자 30%)한다

## (2) 의료급여<sup>12)</sup>

의료급여제도는 생활 유지 능력이 없거나 경제 능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 의료 서비스를 제공하는 제도로, 저소득층 의료보장을 통해 건강 증진과 복지 향상을 목적으로 하는 사회보장제도이다. 의료급여는 「국민기초생활보장법」에 따른 7종의 급여<sup>13)</sup> 중 하나로, 중위소득 40% 이하이거나 국가유공자 등 타법에 의해 의료급여수급권자로 선정되면, 건강보험가입자에 비해 상대적으로 저렴한 비용으로 의료서비스를 이용할 수 있다. 2019년말 기준 의료급여수급권자는 149만명이다.

의료급여 사업의 예산은 2020년 기준 7.0조원으로 2016~2020년 동안 연평균 9.8%로 증가하였다. 의료급여 사업은 정부재정(국비와 지방비)<sup>14)</sup>으로 운영되며, 가입자가 부담하는 보험료로 운영되는 건강보험과 차이가 있다.

[의료급여 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증감	
						(B-A)/A	연평균 증가율
의료급여 사업	4,819,221	5,242,742	5,373,249	6,437,402	7,003,762	8.8	9.8

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 2018년 예비비 2,335억원, 2019년 예비비 3,210억원 및 전용 1,200억원은 미포함

자료: 보건복지부

## (3) 의료비지원 사업

정부는 취약계층이나 특정질환에 대하여 의료비 지원 사업을 실시하고 있다. 차상위계층, 장애인 등 취약계층을 대상으로 하는 의료비 지원 사업이 있고, 희귀질환자 의료비 지원, 미숙아 및 선천성이상아 등 영유아 의료비 지원 등 특정 질환에 대하여 지원하는 사업<sup>15)</sup>이 있다.

12) 보건복지부에서 발간한 「2018 보건복지백서(2019.8.)」의 내용을 중심으로 정리하였다.

13) ①생계급여 ②주거급여 ③의료급여 ④교육급여 ⑤해산급여 ⑥장제급여 ⑦자활급여

14) 지방비를 포함한 2020년 예산규모는 9.3조원이다.

15) 특정질환에 대하여 의료비를 지원하더라도 대부분 소득수준이 일정 기준 이하일 경우 지원한다.

동 기준에 따른 의료비 지원 사업의 2020년 예산 규모는 5,221억원으로, 2016~2020년 동안 연평균 3.8%로 증가하였다.

[주요 의료비지원 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
재난적의료비 지원	27,500	34,751	140,462	49,608	53,493	7.8	18.1
차상위계층 지원	259,330	268,357	273,241	300,460	338,745	12.7	6.9
암환자 지원	21,640	23,044	22,801	31,423	23,523	△25.1	2.1
희귀질환자 지원	31,621	31,621	31,967	35,470	35,440	△0.1	2.9
장애인 의료비 지원	35,774	27,575	23,072	43,524	36,366	16.4	0.4
고위험 임산부 지원	4,051	4,051	4,051	4,051	4,984	23.0	5.3
난임부부 지원	51,404	63,953	7,012	20,734	20,972	1.1	△20.1
미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원	17,837	12,355	12,451	10,111	8,626	△14.7	△16.6
선천성대사이상 검사 및 환아관리							
선천성 난청검사 및 보청기 지원							
취학전 아동 실명 예방							
소 계	449,157	465,707	515,057	495,381	522,149	5.4	3.8

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 재난적의료비 지원은 보건복지부 일반회계, 기획재정부 복권기금, 건강보험재정 3개 사업임  
(2018년까지 사회복지공동모금회에서도 지원하였으나, 정부재정에 포함되지 않으므로 제외함)

3. 차상위계층 지원은 건강보험재정 중 정부지원금에도 포함되어 있음

4. 보건복지부 의료비 지원 사업을 중심으로 정리

자료: 보건복지부

### ① 차상위계층 지원

차상위계층 지원 사업은 차상위계층<sup>16)</sup> 중 희귀난치성·중증질환자, 만성질환자(6개월 이상의 치료가 필요한 사람), 18세 미만 아동에게 의료비 본인부담금을 의료급여수급권자 수준으로 경감해 주기 위한 의료비지원 사업이다.

동 사업은 2004년 전후로 의료비 부담에 따른 생활고를 비관한 각종 사건이 연이어 발생하면서 제도적으로 차상위계층을 보호할 필요성이 제기되었고, 2004년 12월부터 의료비부담이 큰 일부 차상위계층에게 의료급여를 제공하는 정책이 시행되었다. 그러나 의료급여 지출이 급격히 증가하면서 2008년부터 이들을 다시 건강보험가입자로 전환하고 대신에 기존의 본인부담금 수준을 유지할 수 있도록 진료비 차액분(의료급여와 건강보험 사이의 본인부담차액)을 국고에서 지원하기로 하면서 시작되었다.

2019년말 기준 차상위계층 지원 사업 대상자 수는 총 27.0만명으로, 희귀난치성질환자 및 중증질환자가 2.8만명, 만성질환자, 13.4만명, 18세미만 아동이 10.8만명이고, 2020년 기준 예산규모는 3,387억원으로 의료비지원 사업 중 가장 높은 비중을 차지하고 있다.

[차상위계층 지원 사업 대상자의 본인부담금 수준]

구분	대상자 수	본인부담금	
		차상위계층	건강보험가입자
희귀난치성질환자 중증질환자	27,676명	없음	희귀난치성질환자 : 10% 중증질환자 5% (입원·외래 동일)
만성질환자	134,270명	14%	입원 : 20% 외래 : 30~60%
18세 미만 아동	108,302명	14%	입원 : 20% 외래 : 30~60%
합 계	270,248명		

주: 대상자 수는 2019년말 기준

자료: 보건복지부

16) 차상위계층이란 기초생활보장수급권자에 해당하지 아니하는 계층으로 소득인정액이 중위소득의 100분의 50이하인 사람을 말한다.(「국민기초생활보장법」 제2조(정의))

## ② 재난적의료비 지원

재난적의료비 지원 사업은 중증 질병, 부상 등으로 발생하는 가구 소득수준 대비 막대한 의료비 부담을 덜어 주기 위해 재난적의료비를 지원하여 의료이용의 접근성을 높임으로써 사회보장을 증진하고 국민건강 보호를 목적으로 한다.<sup>17)</sup> 2013년 8월 4대 중증질환에 한하여 한시적 시범사업이 실시되었고, 2018년 1월 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제정(시행 2018.7월)으로 제도화되었다. 2018년 1월부터 모든 질환으로 확대되었고, 지원금액도 연간 2천만원에서 3천만원으로 상향 조정되었다.

재난적의료비 지원 사업은 현재 보건복지부 일반회계, 기획재정부 복권기금, 건강보험재정에서 재원을 분담하고 있다. 2016년까지는 기획재정부의 복권기금과 사회복지공동모금회의 재원으로 지원하였고, 2017년부터는 건강보험재정이 투입되었고, 2019년부터는 보건복지부 일반회계 재원도 투입되고 있으며, 사회복지공동모금회 재원은 제외되었다.<sup>18)</sup>

2020년도 재난적의료비 지원 사업의 예산 총액은 535억원이다.

[재난적의료비 지원 사업 현황]

(단위: 백만원, %)

재원	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
보건복지부 일반회계	0	0	0	3,946	3,919	△0.7	△0.7
기획재정부 복권기금	27,500	17,751	35,662	35,662	32,096	△10.0	3.9
건강보험 재정	0	17,000	104,800	10,000	17,478	74.8	0.9
(사회복지공동모금회)	(27,500)	(17,751)	(10,000)	0	0	-	△39.7
합 계	27,500	34,751	140,462	49,608	53,493	7.8	18.1
(사회복지공동모금회 포함)	(55,000)	(52,502)	(150,462)	(49,608)	(53,493)	(7.8)	(△0.7)

주: 1. 추정기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 사회복지공동모금회는 정부재정에 포함되지 않으므로 괄호로 표시함

자료: 디지털예산회계시스템

17) 「재난적의료비 지원에 관한 법률」

제1조(목적) 이 법은 소득수준에 비하여 과도한 의료비 지출로 경제적 어려움을 겪는 국민들에게 의료비의 일부를 지원하여 의료이용의 접근성을 높임으로써 사회보장을 증진하고 국민건강 보호에 이바지함을 목적으로 한다.

18) 사회복지공동모금회 지원은 민간재원으로 정부재정에 포함되지 않는다.

#### (4) 보건의료서비스 지원

보건의료서비스 지원 사업은 의료인력 양성, 의료기관 인증, 의료분쟁 조정 등을 통해 보건의료서비스의 지속가능성 제고 및 질 향상을 목적으로 한다. 주요 사업으로는 의료인력 양성 및 적정 수급관리, 의료기관안전 및 질 관리, 한국의료분쟁조정중재원 지원 사업 등이 있다.

2020년도 예산은 822억원으로 최근 5년 동안 연평균 14.9%로 증가하였다.

[보건의료서비스 지원 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
보건의료서비스 지원 (프로그램)	47,120	67,848	67,726	77,932	82,198	5.5	14.9
의료인력 양성 및 적정 수급관리	8,546	10,398	16,170	24,937	29,260	17.3	36.0
의료기관안전 및 질 관리	3,799	6,803	8,014	13,361	8,581	△35.8	22.6
한국의료분쟁조정중재원 지원	10,001	11,100	13,288	14,653	15,562	6.2	11.7

주: 1. 추정기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 보건의료서비스 지원 사업은 프로그램 단위의 사업(세부사업 수 10개)이고, 주요사업은 세부 사업 단위임

자료: 보건복지부

#### 나. 관련 대책

주요 대책으로는 2017년 8월에 발표한 「2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책」과 2019년 5월에 발표한 「제1차 건강보험 종합계획(2019~2023)」, 2019년 9월에 발표한 「의료전달체계 개선 단기 대책」을 들 수 있다.

[건강보험 관련 주요 대책]

주요대책	주요내용
2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책 (2017.8.)	건강보험 혜택 확대를 위해 보장성 강화를 추진해 왔으나, 국민들이 체감하는 정책효과가 미흡하여 대책 발표 - (주요내용) 미용 성형을 제외한 의학적 비급여 전면 급여화, 노인·아동·여성·장애인 등 의료취약계층 본인부담 경감, 본인부담 상한제 개선 및 재난적의료비 지원 확대 등 의료안정망 강화
제1차 건강보험 종합계획 (2019~2023) (2019.5)	「국민건강보험법」에 따른 종합계획으로 2017년 8월에 발표한 「2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책」을 계승하고 있음 - (주요내용) 국민 의료부담 경감을 위한 보장성 확대, 일차의료 강화 등 의료제공체계 개선, 합리적 적정 수가 보상, 제도 지속가능성 확보를 위한 재정관리 강화 등
의료전달체계 개선 단기대책 (2019.9)	상급종합병원의 기능에 맞지 않는 환자 증가 문제 해소를 위한 의료전달체계 개선 단기대책 마련 - (주요내용) 상급종합병원이 중증환자 위주로 진료토록 평가·보상체계 개선, 적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰·회송 활성화, 환자의 적정 의료이용 유도, 지역 의료해결 역량 제고 및 신뢰 기반 구축 등

자료: 보건복지부

(1) 2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책(2017.8.)

정부는 2017년 8월 9일 미용·성형 등을 제외한 모든 비급여를 건강보험이 보장하는 것을 주요내용으로 하는 「2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책」(이하 보장성 강화 대책)을 발표하였다. 정부는 그간 건강보험 혜택을 확대하기 위해 보장성 강화를 지속적으로 추진<sup>19)</sup>해왔으나, 건강보험보장률이 지난 10년간 60% 초반에

19) 정부는 건강보험의 보장성을 체계적으로 강화하기 위하여 2005년부터 4~5년 단위로 중장기 계획을 수립·운영하여 왔으며, 2017년에 발표한 「건강보험 보장성 강화 대책」은 대통령 공약 등 국정과제를 중심으로 보장성 강화 대책을 별도로 수립한 것이다.

[건강보험 보장성 강화 계획]

2005. 7	2009. 6	2015. 2	2017. 8
2005~2008년 중기 보장성 강화 계획(1차)	2009~2013년 중기 보장성 강화 계획(2차)	2014~2018년 중기 보장성 강화 계획(3차)	2017~2022년 보장성 강화 대책

서 정체되어 있는 등 국민이 체감하는 정책효과가 미흡한 것이 이번 대책을 발표하게 된 배경이라고 설명하고 있다.

「2017~2022년 건강보험 보장성 강화 대책」은 현재도 진행 중에 있으며, 대책 발표 이후 약 2년 동안 추진실적을 살펴보면, 선택진료비 폐지(2018.1)와 상급병실(2·3인실) 급여화, 취약계층 본인부담 경감, 본인부담 상한제 개선, 재난적의료비 지원 확대(2019.7)는 완료되었고, 간호간병통합서비스 확대, 의학적 비급여의 급여화 등은 진행 중(2022년 완료 예정)<sup>20)</sup>에 있다.

[건강보험 보장성 강화 대책의 계획 대비 추진 실적]

구분		추진 현황	비고
비급여의 급여화	3대 비급여 해소	선택진료비 폐지('18.1월)	완료
		상급병실(2·3인실) 급여화(~'19)	완료
		간호간병 통합서비스 확대(~'22)	추진중
	의학적 비급여 급여화	초음파 급여화(~'21)	추진중
		MRI 급여화(~'21)	추진중
		등재기준 비급여 급여화(~'22)	추진중
	치과·한방·약제(~'22)	추진중	
의료 취약계층 본인부담 경감	취약계층 본인부담 경감	노인(치매검사 급여화, 중증치매·틀니·임플란트 본인부담경감, 노인외래정액제 개선 등)	완료
		아동(입원진료비 본인부담률 5%로 경감 등)	완료
		여성(검사, 마취, 약제 등 난임치료기술 보험적용)	완료
		장애인(보장구 급여 단계적 확대)(~'22)	추진중
의료 안전망 강화	본인부담 상한제 개선	소득 하위 50% 연간 건강보험 의료비 본인부담상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하	완료
	긴급 위기지원	재난적의료비 지원에 관한 법률 제정 및 대상자 확대(연간 최대 3천만원까지 지원)	완료

자료: 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획」, 2019.7.2.

20) 간, 담낭 등 상복부 초음파는 2018년 4월부터, 콩팥 등 하복부·비뇨기 초음파는 2019년 2월부터 건강보험이 적용되는 등 질환별로 단계별로 확대 중에 있다.

## (2) 제1차 건강보험 종합계획(2019~2023)(2019.5.)

국민건강보험 종합계획은 건강보험의 건전한 운영을 위해 5년 단위로 수립되는 종합계획으로, 2016년 「국민건강보험법」<sup>21)</sup> 개정 후 2019년 5월에 처음 발표되었다. 건강보험 정책의 기본목표 및 추진방향, 보장성 강화의 추진계획 및 방법, 중장기 재정 전망 및 운영, 보험료 부과체계에 관한 사항 등 건강보험 운영과 관련된 모든 사항을 망라한 종합계획으로, 향후 5년 동안 건강보험이 어떤 식으로 운영될지를 보여준다.

2019년 5월에 발표된 제1차 국민건강보험종합계획은 2017년 8월에 발표된 보장성 강화 대책을 포괄하면서, 급여 확대(보장성 강화)뿐 아니라 건강보험료 부과체계, 의료전달체계까지 앞으로의 운영 방향을 보여주고 있다.

주요 내용을 살펴보면, ①보장성 강화를 통한 의료비 부담 경감, ②통합적 의료제공 체계 구축, ③1차의료 강화 및 의료기관 기능 정립, ④합리적인 적정수가 보상 방안 마련, ⑤건강보험 지속가능성 제고 등 5가지로 요약된다.

---

21) 「국민건강보험법」

제3조의2(국민건강보험종합계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 이 법에 따른 건강보험(이하 "건강보험"이라 한다)의 건전한 운영을 위하여 제4조에 따른 건강보험정책심의위원회(이하 이 조에서 "건강보험정책심의위원회"라 한다)의 심의를 거쳐 5년마다 국민건강보험종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 수립하여야 한다. 수립된 종합계획을 변경할 때도 또한 같다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 건강보험정책의 기본목표 및 추진방향
2. 건강보험 보장성 강화의 추진계획 및 추진방법
3. 건강보험의 중장기 재정 전망 및 운영
4. 보험료 부과체계에 관한 사항
5. 요양급여비용에 관한 사항
6. 건강증진 사업에 관한 사항
7. 취약계층 지원에 관한 사항
8. 건강보험에 관한 통계 및 정보의 관리에 관한 사항
9. 그 밖에 건강보험의 개선을 위하여 필요한 사항으로 대통령령으로 정하는 사항

[제1차 국민건강보험 종합계획 주요 내용]

추진방향	주요내용
보장성 강화를 통한 의료비 부담 경감	<ul style="list-style-type: none"> <li>비급여의 급여화 등 건강보험 보장성 강화 대책(17~22)의 차질 없는 추진</li> <li>영유아, 난임부부, 저소득층에 대한 보장성 강화 추가</li> </ul>
통합적 의료제공 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>입원부터 퇴원, 재가 복귀까지 연계하는 통합서비스 제공</li> <li>거동불편 환자에 대한 방문 의료 도입</li> </ul>
일차의료 강화 및 의료기관 기능 정립	<ul style="list-style-type: none"> <li>대형병원이 중증환자 위주로 진료하도록 수가제도 마련</li> <li>대형병원이 경증환자를 동네의원에 적극 회송하고, 정보를 교류할 수 있는 체계 마련</li> <li>경증환자 및 만성질환 관리를 일차의료기관 중심으로 개편</li> </ul>
합리적인 적정수가 보상 방안 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>분만·수술·응급의료·외상 분야의 기반 확충을 위한 보상 강화</li> <li>주기적 점검을 통한 의료수가 간 불균형 해소 등 체계 정비</li> <li>행위별 수가제도 외 다양한 수가제도 시범적용</li> </ul>
건강보험 지속가능성 제고	<p>&lt;수입 측면&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>현행 한시적인 지원 방식 및 적정 지원규모 재검토</li> <li>보험료 인상을 과거 10년간 평균 보험료율 인상률 수준(연평균 3.2%)으로 관리</li> </ul> <p>&lt;지출 측면&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험 가입자의 합리적 의료이용 관리</li> <li>보험급여 재평가를 통한 급여체계 정비 강화</li> <li>불법 사무장병원 근절 등 보험급여 사후관리 강화</li> </ul>

자료: 「제1차 국민건강보험종합계획(2019.5.1.)」을 바탕으로 제작성

국민건강보험 종합계획은 앞서 살펴본 바와 같이 향후 5년(2019~2023년)간의 재정전망을 포함하고 있으며, 동 자료에 따르면 2023년에는 재정규모가 94.3조원에 이를 것으로 전망된다.

[건강보험 재정전망]

(단위: 억원)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
총수입	621,159	676,612	739,725	807,305	869,823	934,545
총지출	622,937	708,248	767,000	817,984	886,700	943,226
당기수지	△1,778	△31,636	△27,275	△10,679	△16,877	△8,681
누적수지	205,955	174,319	147,044	136,365	119,488	110,807

주: 2019년도 기준 수입과 지출변수를 토대로 한 재정전망임

자료: 보건복지부, 「제1차 국민건강보험종합계획」, 2019.5.1.

### (3) 의료전달체계 개선 단기대책(2019.9)

정부는 수도권 상급종합병원으로의 환자 집중을 해소하기 위해 「의료전달체계 개선 단기대책」을 발표하였다. 의료제공 및 이용 현황 분석결과 지난 10년간 상급종합병원 중심으로 의료이용이 증가해 온 가운데, 상급종합병원의 고유기능과 맞지 않는 외래·경증진료가 여전히 계속되고 있는 것으로 나타나, 각 의료기관들이 종류별 기능에 맞는 의료를 제공하고 환자는 합리적인 선택을 할 수 있도록 의료전달체계 정립을 추진한다고 밝히고 있다.

주요내용은 상급종합병원 지정기준과 수가 개선, 병의원에서 상급종합병원 의뢰제도 개선, 상급종합병원의 경증환자 회송 기준 마련, 비용체계 합리화, 지역의료체계 강화 등으로, 동 대책들을 통해 상급종합병원에 집중되는 환자를 분산시키고자 한다. 그리고 2020년 12월경에는 의료자원 적정 관리체계 등을 포함한 중장기 의료전달체계 개편 방안을 발표할 계획이다.

[의료전달체계 개선 단기대책 주요 내용]

단기대책	방향	주요내용
(상급종합병원) 중증환자를 충실히 진료할 수 있는 여건 확립	중증진료는 유리 경증진료는 불리	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 상급종합병원 지정기준 개선</li> <li>○ 의료기관 보상체계(수가) 개선, 상급종합병원 명칭 변경</li> </ul>
(병원·의원→상급종합병원·종합병원) 환자가 적정한 의료기관을 이용하도록 의뢰 내실화	꼭 필요한 환자만 내원하도록 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 의사 판단에 따른 직접 의뢰 확산</li> <li>○ 상급종합병원으로 집중되는 의뢰를 분산</li> </ul>
(상급종합병원→병의원) 경증환자는 동네병원으로 회송하여 적정 관리 강화	환자를 돌려보낼 유인·여건 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 적정한 회송기준 마련</li> <li>○ 의료기관 및 환자 참여 유도</li> </ul>
(적정의료 이용) 적정의료 이용을 위한 다양한 기전 확립	이용절차 강화 및 적정 비용부담 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 적정기관 이용시 편익이 늘도록 비용체계 합리화</li> <li>○ 적정 의료이용에 대한 안내 강화</li> </ul>
(지역의료 강화) 지역 내에서 안심하고 치료받는 여건 조성	지역 의료체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지역내 지역우수병원(가칭) 지정·육성, 일차 의료기능 강화</li> <li>○ 필수의료 연계체계 마련</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「의료전달체계 개선 단기대책」, 2019.9.

### 가. 주요사업 및 예산 현황<sup>2)</sup>

필수의료보장을 위한 사업으로는 공공보건의료확충, 응급의료체계 운영 지원, 질병관리본부 지원, 국립병원 사업이 있다.

#### (1) 공공보건의료확충 사업

공공보건의료확충 사업은 원활한 필수의료서비스 공급을 위하여 공공보건의료 인프라를 확충하는 사업으로, 32개의 세부사업으로 구성되어 있다. 주요사업으로는 지방의료원 및 적십자병원 기능보강 등을 지원하는 지역거점병원 공공성강화 사업과 소아과, 산부인과 등 필수의료가 없는 지역에 병원 설치를 지원하는 의료취약지 지원 사업, 국립공공보건의료대학설립 등을 내용으로 하는 취약지 등 전문의료인력 양성 사업 등이 있다.

공공보건의료확충 사업의 2020년도 예산은 9,186억원으로, 코로나19에 대응하기 위해 감염병 대응 지원체계 구축 및 운영 사업이 2020년 제1차 추가경정예산에 신규로 편성되면서 대폭 증가하였다.

[공공보건의료확충 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
공공보건의료확충(프로그램)	314,952	313,702	353,461	455,166	918,576	101.8	30.7
지역거점병원공공성강화	66,001	57,628	63,273	113,449	163,920	44.5	25.5
의료취약지 지원	6,393	13,313	9,834	12,530	13,330	6.4	20.2
취약지 등 전문의료인력 양성	0	0	0	546	1,201	120.0	-
감염병 대응 지원체계 구축 및 운영	0	0	0	0	398,225	순증	-

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 공공보건의료확충은 프로그램 단위의 사업(세부사업 수 32개)이고, 주요사업은 세부사업 단위임

3. 취약지 등 전문의료인력 양성 사업은 2019년 신규사업임

자료: 보건복지부

22) 주요 사업들은 정부의 프로그램 예산 체계(분야-부문-프로그램-단위사업-세부사업)에서 가급적 프로그램 기준으로 분류하였다.

## (2) 응급의료체계 운영 지원

응급의료체계 운영 지원 사업은 응급질환에 대한 전문진료체계 구축 및 24시간 진료 가능한 응급실 환경 조성을 통한 응급의료 질적 향상을 목적으로 한다. 응급의료체계 운영 지원 사업은 22개의 세부사업으로 구성되어 있으며, 주요사업으로는 취약지 응급실 운영기관에 운영 적자 보조금을 지원하는 취약지역 응급실 응급의료기관 육성 지원 사업과, 응급의료기관 서비스 질적 수준 개선을 위해 평가 후보조금을 지원하는 응급의료기관지원발전프로그램, 권역외상센터에 운영비 등을 지원하는 중증외상 전문진료체계 구축 사업 등이 있다.

2020년도 예산은 6,362억원으로 코로나19로 인한 피해의료기관 경영안정화를 위한 의료기관 용자 사업 4,000억원이 2020년 제1차 추가경정예산을 통해 신규로 편성되면서 예산규모가 크게 증가하였다.

[응급의료체계 운영 지원 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
응급의료체계 운영 지원(프로그램)	230,937	219,879	229,176	232,031	636,170	174.2	28.8
취약지역 응급의료기관 육성	29,768	27,985	25,705	25,008	25,008	0.0	△4.3
응급의료기관지원발전프로그램	34,351	32,046	28,866	28,578	29,185	2.1	△4.0
중증외상 전문진료체계 구축	44,304	43,960	60,144	64,578	61,463	△4.8	8.5
의료기관 용자	0	0	0	0	400,000	순증	-

주: 1. 추정기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 응급의료체계 운영 지원은 프로그램 단위의 사업이(세부사업 수 22개)고, 주요사업은 세부사업 단위임

자료: 보건복지부

## (3) 질병관리본부 지원

질병관리본부는 감염병 및 각종 질병에 관한 방역·조사·검역·시험·연구 및 장기이식관리에 관한 사무를 담당하는 기관으로 보건복지부 소속기관이다. 질병관리본부 지원 사업은 감염병 예방 및 관리 등 질병관리본부에서 추진하는 사업들을 포

관하고 있으며, 45개 세부사업으로 구성되어 있다. 주요사업으로는 공향·항만 등의 검역관리 사업과 무료 예방접종 실시를 위한 국가예방접종 실시 사업, 결핵퇴치를 목표로 결핵환자 관리 및 치료비를 지원하는 국가결핵예방 사업, 시도감염병관리지원단에 운영비를 지원하고 감염병 관리 가이드라인 개발 사업 등이 있다.

2020년도 예산은 8,423억원으로, 질병관리본부 지원 사업도 2020년 코로나19 대응 예산이 제1차 추가경정예산을 통해 증액되면서 전년대비 24.8% 증가한 것으로 나타난다.

[질병관리본부 지원 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
질병관리본부 지원(프로그램)	608,942	593,701	635,375	674,866	842,343	24.8	8.4
검역관리	12,327	8,152	8,662	9,350	10,011	7.1	△5.1
국가예방접종실시	278,672	314,253	342,068	328,367	338,751	3.2	5.0
국가결핵예방	39,308	41,201	34,346	44,677	46,356	3.8	4.2
신종감염병 위기상황 종합 관리	-	13,299	12,938	4,254	118,447	2,684.4	107.3

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 질병관리본부 지원은 프로그램 단위의 사업(세부사업 수 45개)이고, 주요사업은 세부사업 단위임

3. 신종감염병 위기상황 종합 관리 사업은 2017년 신규 사업임

자료: 보건복지부

#### (4) 국립병원 운영<sup>23)</sup>

정부는 민간부문에서 운영을 꺼려하는 결핵병원과 정신병원, 소록도병원, 국립 재활원을 보건복지부 소속기관으로 두고 직접 운영하고 있다. 결핵병원으로 국립목포병원과 국립마산병원 등 2개 병원과 정신병원으로 국립정신건강센터와 국립나주병원, 국립부곡병원, 국립춘천병원, 국립공주병원 등 5개 병원, 재활병원으로 국립재활원, 한센인의 진료·요양·복지 및 자활 지원을 목적으로 하는 소록도병원 등 총 9개 병원을 운영하고 있다.

23) 국공립병원으로 교육부의 국립대학병원, 경찰청의 경찰병원, 국가보훈처의 보훈병원 등도 있으나, 국립대학병원은 공공의료를 위한 사업이기 전에 의학발전을 목적으로 한다는 점에서 제외하였고, 이 외에 경찰병원, 보훈병원 등은 특정계층을 지원하는 사업이라는 점에서 제외하였다.

9개 국립병원 중 소록도병원만 보건복지부 일반회계를 재원으로 하고, 나머지 8개 국립병원은 책임운영기관특별회계로 운영된다. 9개 국립병원의 2020년도 예산은 2,097억원으로 최근 5년 동안 연평균 3.3%로 증가하였다.

[국립병원 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
국립정신건강센터	54,428	33,818	37,493	39,465	40,151	1.7	△7.3
국립나주병원	18,897	19,237	20,162	20,591	20,697	0.5	2.3
국립부곡병원	16,679	17,226	19,213	19,167	19,787	3.2	4.4
국립춘천병원	12,301	13,027	14,330	14,377	14,559	1.3	4.3
국립공주병원	14,531	14,609	15,360	15,435	15,841	2.6	2.2
국립마산병원	11,730	23,524	19,129	19,095	19,489	2.1	13.5
국립목포병원	9,610	9,924	10,986	13,099	11,618	△11.3	4.9
국립재활원	38,374	39,586	46,071	47,417	58,976	24.4	11.3
소록도병원	7,500	8,500	8,221	9,021	8,534	△5.4	3.3
합 계	184,050	179,451	190,965	197,667	209,652	6.1	3.3

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 각각은 프로그램 단위의 사업임

자료: 보건복지부

## 나. 관련대책

필수의료 보장과 관련된 주요 기본계획으로는 공공보건의료 기본계획, 응급의료 기본계획, 감염병 예방 및 관리 기본계획이 있다. 이와는 별도로 현안 등에 대응하기 위해 최근 발표된 대책으로는 공공보건의료 발전 종합대책(2018.10.1.), 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.11.), 응급의료체계 개선 방향(2020.1.17.)이 있다.

[필수의료 보장 관련 주요 기본계획]

기본계획	주요내용
공공보건의료 기본계획	「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 법정 계획 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)(2016.3.) 주요 내용 - 응급의료 등 의료취약지 감소, 대학설치를 통한 전문의료인력 양성, 감염병 전문병원 등 전문치료체계 구축, 권역외상센터 확충 및 의료비 부담 완화, 의료비 지원 확대 등
응급의료 기본계획	「응급의료에 관한 법률」에 따른 법정 계획 2018~2022년 응급의료 기본계획(2018.12.) 주요 내용 - 전문인력 확충, 119구급대 적정 병원 이송률 제고, 권역 지역응급센터·지역응급기관 역할 분담 마련, 취약·재난 응급의료 지원 강화 등
감염병 예방 및 관리 기본계획	「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 법정 계획 제2차 감염병 예방관리 기본계획(2018~2022)(2018.6.) 주요 내용 - 질병관리본부에 긴급상황실 및 민관 즉각대응팀 확대 운영, 중앙 및 지역의 감염병 대응조직을 강화, 대규모 환자발생에 대비한 전문병원 지정·운영, 역학조사관 등 전문 인력 확충, 백신개발·자금률 향상 위한 공공백신개발·지원센터 구축 등

자료: 각 기본계획을 바탕으로 정리

[필수의료 보장 관련 주요 현안대응 대책]

대책	주요내용
공공보건의료 발전 종합대책 (2018.10.)	새 정부 출범 이후 포용국가 실현을 위한 의료 공공성 강화를 위한 대책임 - (주요내용) 권역/지역책임의료기관 지정, 퇴원 후 돌봄 연계 체계 마련, 시도·소방청·권역센터 협업 강화를 통해 지역별 이송시간 단축 등
믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책 (2019.11.)	지역간 의료불균형 문제를 해소하기 위해 대책 발표 - (주요내용) 지역우수병원 지정·육성, 전문병원 활성화, 의료자원 부족지역 공공병원 신·증축 및 기능보강, 지역의료 인력 양성·확충, 지역·권역책임의료기관 지정 등
응급의료체계 개선 방향 (2020.1.)	‘환자와 지역중심의 응급의료체계 구축’을 위한 사회적 논의 필요성이 제기되어 응급의료 기본계획과 현장 제기 이슈 중심으로 정책수단 검토 - (주요내용) 현장이송단계, 병원단계, 응급의료기반 등 3대 분야에 24시간 응급상담서비스, 응급환자 골든타임 확보 등 11개 개선과제를 마련

자료: 각 대책 자료를 바탕으로 정리

### (1) 공공보건 의료 기본계획

「공공보건 의료 기본계획」은 「공공보건 의료에 관한 법률」에 따른 법정 계획으로 5년마다 수립된다. 2016년 3월에 처음으로 수립·발표되었다.

「제1차 공공보건 의료 기본계획(2016~2020)」은 1)지역간 균형잡힌 공공보건 의료 제공체계 구축 2)필수 분야에 보건 의료 서비스 적정 공급 3)취약계층에 대한 의료안정망 강화 4)공공보건 의료 지원기반 확충 및 서비스 질 제고 5)공공의료기관 운영 효율성 제고 등 5가지 추진전략에 따라 세부과제를 제시하고 있다. 주요 내용으로는 응급 의료 등 의료취약지 감소, 대학설치를 통한 전문 의료인력 양성, 감염병 전문 병원 등 전문 치료체계 구축, 권역 외상센터 확충 및 의료비 부담 완화, 의료비 지원 확대 등이다.

### (2) 응급 의료 기본계획

「응급 의료 기본계획」은 「응급 의료에 관한 법률」에 따라 5년마다 수립되는 법정 계획이다. 최근의 응급 의료 기본계획은 2018년 12월에 발표된 「2018~2022년 응급 의료 기본계획」으로 제3차 계획이다. 현장이송 단계, 응급실 단계, 전문 진료 단계, 응급 의료 기반 등 4개 영역으로 구분하여 추진 과제 제시하고 있다. 골든타임 내 적정 병원 이송으로 중증 응급 환자 사망률은 줄이고, 응급 의료 서비스의 신뢰도는 높이는 것을 목표로 하고 있다. 주요 내용으로는 전문 인력 확충, 119 구급대 적정 병원 이송률 제고, 권역 지역 응급 센터·지역 응급 기관 역할 분담 마련, 취약·재난 응급 의료 지원 강화 등이 있다.

### (3) 감염병 예방 관리 기본계획

「감염병 예방 관리 기본계획」은 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따라 5년마다 수립되는 법정 계획이다. 2018년 6월 발표된 「제2차 감염병 예방 관리 기본계획(2018~2022)」이 가장 최근에 수립된 계획이다.

1) 감염병 위기 대응 체계 고도화 2) 한국형 원헬스(one health) 협력 체계 구축 3)

- 24) 예방 가능한 외상 사망률 (15) 30.5% → (22) 23.0%  
급성 심근경색 사망률 (16) 9.2% → (22) 7.5%  
뇌졸중(허혈성/출혈성) 사망률 (16) 3.7%/15.6% → (22) 3.2%/14.0%  
응급 의료 서비스 신뢰도 (17) 46.4% → (22) 55.0%

감염병 대응 인프라 확충 및 기술개발 4)감염병 유형별 맞춤형 대응전략 수립 등 4 가지 추진방향을 가지고 세부과제를 제시하고 있으며, 주요 내용으로는 질병관리본부에 긴급상황실 및 민관 즉각대응팀 확대 운영, 중앙 및 지역의 감염병 대응조직을 강화, 대규모 환자발생에 대비한 전문병원 지정·운영, 역학조사관 등 전문인력 확충, 백신개발·자금률 향상 위한 공공백신개발·지원센터 구축 등이다.

#### (4) 현안 대응 대책

최근에 현안 해소를 위해 발표된 대책으로는 공공보건의로 발전 종합대책(2019.10.), 민고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.), 응급의료체계 개선 방향(2020.1.)이 있다.

공공보건의로 발전 종합대책(2018.10.)은 새 정부 출범 이후 포용국가 실현을 위한 의료 공공성 강화를 위한 대책으로, 필수중증의료 국가 책임 강화, 산모·어린이·장애인 의료서비스 확대, 지역공동체 기반의 건강관리 체계 강화를 핵심목표로 한다. 지역격차 해소, 필수의료 강화, 인력양성, 거버넌스 구축 등 4대 분야에 12대 과제를 정하고 있다. 권역/지역책임의료기관 지정, 퇴원 후 돌봄 연계 체계 마련, 시도·소방청·권역센터 협업 강화를 통해 지역별 이송시간 단축 등이 있다.

민고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.)은 지역간 의료 불균형으로 건강격차 발생, 서울·수도권 환자 쏠림 문제 등을 해소하기 위한 대책으로 지역우수병원 지정·육성, 전문병원 활성화, 의료자원 부족지역 공공병원 신·증축 및 기능보강, 지역의료 인력 양성·확충, 지역·권역책임의료기관 지정 등을 주요내용으로 한다.

응급의료체계 개선 방향(2020.1.)은 중앙응급의료센터장 사망(2019.2월)을 계기로 ‘환자와 지역중심의 응급의료체계 구축’을 위한 사회적 논의 필요성이 제기되어 응급의료 기본계획과 현장 제기 이슈 중심으로 정책수단을 검토하였다고 밝히고 있다. 현장이송단계, 병원단계, 응급의료기반 등 3대 분야에 24시간 응급상담서비스, 응급환자 골든타임 확보 등 11개 개선과제가 담겨져 있다.

### 가. 주요사업 및 예산 현황

예방적 건강관리 체계 구축을 위한 사업으로는 보건복지부의 건강생활실천 사업(프로그램)이 있다.

#### (1) 국민건강생활실천

국민건강생활실천 사업은 22개의 세부사업으로 구성되어 있으며, 주요사업으로는 지자체 보건소의 건강증진 사업 지원(지역사회 통합건강증진사업), 국가금연지원 서비스, 국가건강검진사업 운영 등이 있다.

2020년도 예산은 4,776억원으로 최근 5년 동안 연평균 4.0%로 증가하였다.

[국민건강생활실천 사업 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균 증가율
국민건강생활실천(프로그램)	407,437	413,375	416,725	451,863	477,557	5.7	4.0
지역사회 통합건강증진사업	85,394	87,431	66,167	66,940	67,524	0.9	△5.7
국가금연지원서비스	136,507	146,787	143,787	135,973	121,976	△10.3	△2.8
국가건강검진사업운영	7,055	6,677	7,688	10,419	9,301	△10.7	7.2

주: 1. 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 국민건강생활실천 사업은 프로그램 단위의 사업(세부사업 수 22개)이고, 주요사업은 세부사업 단위임

자료: 보건복지부

## (2) 국가건강검진사업

건강검진 관련 사업들은 여러 부처와 사업들에 포함되어 있어 별도로 정리하였다.

건강검진사업은 국민건강보험공단에서 건강보험 가입자를 대상으로 실시하는 건강검진사업(일반+암+영유아)과, 보건복지부에서 의료급여수급권자를 대상으로 실시하는 국가건강검진사업과 암검진 사업, 교육부에서 초·중·고등학생을 대상으로 실시하는 학생 건강검진, 여성가족부에서 학교밖 청소년 대상으로 실시하는 건강검진 사업이 있다. 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진 사업은 건강보험 재정을 재원으로 하고, 교육부의 학생 건강검진은 교육청 재원으로, 보건복지부와 여성가족부 사업만 중앙정부 재정사업이다.

각 지방교육청에서 실시하여 정확한 예산규모를 산정하기 어려운 학생건강검진을 제외하고, 나머지 건강검진 사업의 2020년도 예산은 1조 8,625억원으로, 이 중 건강보험재정으로 운영되는 건강검진 사업이 1조 8,025억원으로 96.8%를 차지한다.

[건강검진 사업 및 연도별 예산 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						B-A	연평균
건강검진사업 (건강보험 재정)	1,378,735	1,497,269	1,556,179	1,661,705	1,802,500	8.5	6.9
국가건강검진사업 운영 (보건복지부)	7,055	6,677	7,688	10,419	9,301	△10.7	7.2
암검진 (보건복지부)	18,019	20,391	23,700	38,834	49,871	28.4	29.0
학교밖 청소년 건강검진 (여성가족부)	392	732	732	832	832	0.0	20.7
소계	1,404,201	1,525,069	1,588,299	1,711,790	1,862,504	8.8	7.3

주: 1. 건강보험재정의 건강검진사업은 2016~2019는 결산기준, 2020년은 예산기준, 보건복지부 및 여성가족부 사업은 추경기준(2020년은 4월 30일 기준)

2. 국가건강검진사업 운영(보건복지부)은 국민건강생활실천(프로그램) 내 세부사업임

3. 암검진은 공공보건의료확충(프로그램) 내 국가암관리사업(세부사업)의 내역사업임

4. 학교밖 청소년 건강검진은 청소년사회안전망 구축(세부사업)의 내역사업임

자료: 디지털예산회계시스템, 국민건강보험공단

[건강검진 현황]

구분	일반건강검진	암검진	영유아 건강검진	학생건강검진 학교밖청소년 건강검진
목적	성인의 심뇌혈관질환(고혈압·당뇨병)의 예방 및 조기 발견	암의 조기 발견과 치료	발달과 성장이상 등의 조기발견	청소년의 성장 이상의 조기발견과 건강 증진 도모
대상	건강보험가입자와 피부양자, 의료급여수급권자	건강보험가입자와 피부양자, 의료급여수급권자	6세미만 유아	초·중·고등학생 및 학교밖청소년
내용	이상지질혈증(콜레스테롤), B형간염, 골밀도, 정신건강, 흉부방사선검사, 혈압, 구강검진 등	위암/유방암(40세 이상), 대장암(50세 이상), 자궁경부암(20세 이상), 간암(40세 이상 고위험군), 폐암(54~74세 중 고위험군)	시력, 신체계측, 발달평가, 구강검진 등 총 7회 검진 실시	(초·중·고등학생) 간염, 당뇨, 비노기계질환, 정신건강, 혈압, 비만도 등 (학교밖청소년) 일반검진 및 C형간염, 매독
재원	· 건강보험가입자 : 건강보험재정 · 의료급여수급권자 : 지자체 및 보건복지부(국고보조)			교육부 및 여성가족부

자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 정리

나. 관련대책

예방적 건강관리체계 구축과 관련한 주요 계획 및 대책을 살펴보면, 국민건강증진종합계획과 국가건강검진 종합계획이 있다.

[예방적 건강관리체계 구축 관련 종합계획]

주요대책	주요내용
국민건강증진 종합계획	「국민건강증진법」에 따른 법정 계획 (주요내용) 건강생활실천 확산, 예방중심의 상병 관리, 안전 환경 보전, 인구집단별 건강관리, 사업체계의 확충과 효과적 관리 등
국가건강검진 종합계획	「건강검진기본법」에 따른 법정 계획 (주요내용) 수요자가 만족하는 편리한 검진, 정확하고 효과적인 서비스 제공, 국가건강검진 추진기반 강화

자료: 보건복지부

### **(1) 국민건강증진종합계획**

국민건강증진종합계획은 「국민건강증진법」에 따라 5년 마다 수립되는 법정 계획으로, 2015년 12월에 「제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)」이 수립·발표되었다. 「제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)」은 건강수명 연장과 건강수명 형평성 제고를 목표로 건강생활실천 확산, 예방중심의 상병 관리, 안전 환경 보건, 인구집단별 건강관리, 사업체계의 확충과 효과적 관리를 주요 과제로 하고 있다.

### **(2) 국가건강검진 종합계획**

국가건강검진 종합계획은 「건강검진기본법」에 따른 법정 계획으로 5년 마다 수립되며, 2016년 7월에 「제2차 (2016~2020년) 국가건강검진 종합계획」이 수립되었다. 「제2차 (2016~2020년) 국가건강검진 종합계획」은 일반검진 확진검사 실시율을 38%에서 70%로 높이고, 건강위험군에 대한 건강관리서비스 실시율을 6.6%에서 30%로, 고혈압 치료율 62.3%에서 70%로, 당뇨병 치료율을 63%에서 70%로 높이는 것을 목표로 하고 있다. 이를 위해 병의원을 통한 확진검사 확대, 건강취약계층 지원 확대, 암검진 확대, 검진 성과평가체계 구축 등을 주요 과제로 하고 있다.

### 가. 의료비지출 증가 속도 관리 필요

우리나라의 GDP대비 경상의료비(이하 의료비)<sup>25)</sup> 지출 비중은 8.1%로 OECD 평균 8.8%보다 낮으나 증가속도가 OECD 국가 중 가장 빠르고, 수년 내로 OECD 평균을 초과할 것으로 예상되므로, 의료비 지출 증가 속도를 관리할 필요가 있다.

우리나라의 GDP 대비 의료비 지출(2018년 기준)은 8.1%로 OECD 평균 8.8%보다 낮음에도, 기대수명과 암 사망률 등 건강지표가 우수하여 비용 효과적인 의료 체계가 구축된 것으로 평가된다.

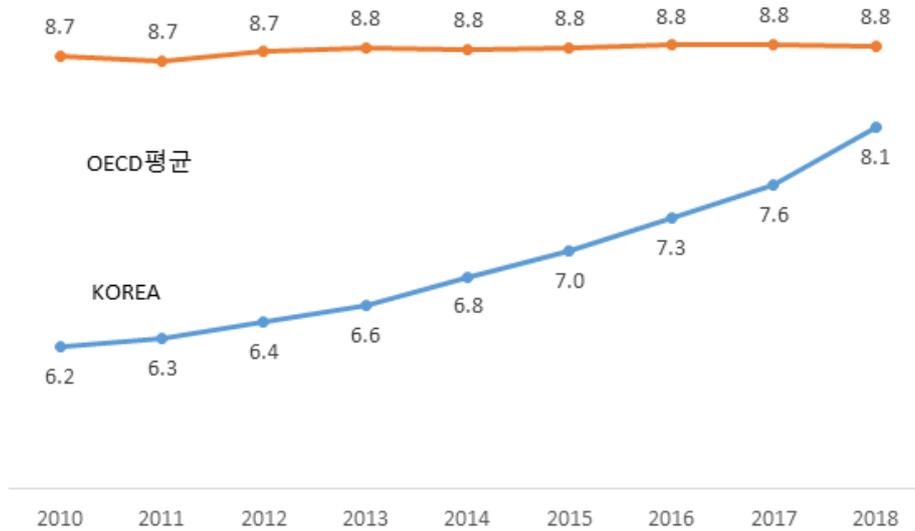
그러나 GDP대비 의료비 지출 비중(8.1%)은 OECD 평균(8.8%)에 비하여 낮은 편이나, 증가속도가 빨라 수년대로 OECD 평균보다 높아질 것으로 예상된다.<sup>26)</sup> 최근들어 증가속도가 빨라지고 있는데 2016년과 2017년에 각각 0.3%p, 2018년에는 0.5%p가 증가하였다.

이러한 의료비 지출의 빠른 증가는 OECD 다른 국가들의 의료비 지출의 증가가 둔화되고 있는 것과 차이가 있다. 2009~2018년 동안 우리나라의 GDP대비 의료비 지출은 6.1%에서 8.1%로 2.0%p 상승하였으나, OECD 국가의 평균은 8.7~8.8% 내외로 유지되고 있다.

25) 경상의료비(Current Health Expenditure)는 국민 전체가 1년간 보건의료재화와 서비스를 구매하는데 지출한 최종소비를 의미한다. 이는 개인의료서비스와 집합보건의료서비스(예방 및 공중보건 사업, 보건행정관리)에 대한 정부·의무가입제도 재원과 민간재원을 모두 포함한다.

26) 매년 비율이 증가한다는 것은 GDP성장률(경제성장률)보다 의료비 증가율이 높다는 뜻으로 볼 수 있다.

[국내총생산(GDP) 대비 의료비 지출 비율(%)]



자료: OECD Health Statistics 2019 (<https://stats.oecd.org/>)

OECD국가의 GDP 대비 의료비 지출 비중을 보면, 우리나라는 36개국 중 22 번째로 낮은 수준으로 볼 수 있으나 2009년~2018년 기간 동안 연평균 증가율은 3.2%로 가장 높다. 두 번째로 높은 나라인 스웨덴의 경우 연평균 증가율이 2.4%이 나, GDP 대비 의료비 비중은 2009년 8.9%에서 2013년 11.1%로 증가 후 현재까지 11% 수준을 유지하고 있다.

그리고 우리나라와 마찬가지로 의료보장체계를 사회보험방식으로 운영하는 국가들, 즉, 벨기에, 프랑스, 독일, 일본, 네덜란드는 GDP 대비 의료비 지출 비중이 6%에서 8%까지 상승하는데 약 20년이 소요되었으나,<sup>27)</sup> 우리나라는 10년도 안되어서 8%를 넘어섰다는 점도 우리나라의 의료비 지출이 빠르게 증가하고 있음을 보여 준다.

27) 정형선 외, 「2018년 경상의료비 및 국민보건계정」, 보건행정학회지 2019 ; Vol.29 No.2, 206-219.

[국내총생산(GDP) 대비 경상의료비 비율(%) 및 증가율]

(단위: %)

국가명	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	증가율 (09-18)	연평균 증가율
United States	16.3	16.4	16.4	16.3	16.3	16.4	16.7	17.1	17.1	16.9	3.8	0.4
Switzerland	10.8	10.7	10.8	11.1	11.3	11.5	11.9	12.2	12.3	12.2	12.7	1.3
Germany	11.1	11.0	10.7	10.8	10.9	11.0	11.1	11.1	11.2	11.2	0.8	0.1
France	11.3	11.2	11.2	11.3	11.4	11.6	11.5	11.5	11.3	11.2	△1.1	△0.1
<b>Sweden</b>	8.9	8.5	10.7	10.9	11.1	11.1	11.0	11.0	11.0	11.0	<b>23.5</b>	<b>2.4</b>
Japan	9.1	9.2	10.6	10.8	10.8	10.8	10.9	10.8	10.9	10.9	20.5	2.1
Canada	10.8	10.7	10.4	10.4	10.3	10.1	10.6	10.8	10.7	10.7	△0.2	0.0
Denmark	10.7	10.3	10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	10.1	10.5	△1.9	△0.2
Belgium	10.1	10.0	10.1	10.3	10.4	10.4	10.3	10.3	10.3	10.4	2.3	0.3
Austria	10.2	10.2	10.0	10.2	10.3	10.4	10.4	10.4	10.4	10.3	1.0	0.1
Norway	9.1	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	10.1	10.5	10.4	10.2	12.3	1.3
Netherlands	10.0	10.2	10.2	10.5	10.6	10.6	10.3	10.3	10.1	9.9	△0.5	△0.1
United Kingdom	8.5	8.4	8.4	8.3	9.8	9.8	9.7	9.7	9.6	9.8	15.2	1.6
NewZealand	9.6	9.6	9.5	9.7	9.4	9.4	9.3	9.3	9.1	9.3	△2.9	△0.3
Australia	8.6	8.4	8.5	8.7	8.8	9.0	9.3	9.2	9.2	9.3	8.0	0.9
Portugal	9.9	9.8	9.5	9.3	9.1	9.0	9.0	9.0	9.0	9.1	△7.9	△0.9
Finland	8.9	8.9	9.0	9.3	9.5	9.5	9.7	9.4	9.2	9.1	2.3	0.3
Chile	7.8	6.8	6.8	7.0	7.4	7.8	8.3	8.5	9.0	8.9	14.0	1.5
Spain	9.0	9.0	9.1	9.1	9.0	9.0	9.1	9.0	8.9	8.9	△1.4	△0.2
Italy	9.0	9.0	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	8.9	8.8	8.8	△1.8	△0.2
<b>OECD 평균</b>	8.8	8.7	8.7	8.7	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	△0.5	△0.1
Iceland	8.9	8.5	8.3	8.2	8.2	8.3	8.1	8.2	8.3	8.3	△6.0	△0.7
<b>Korea</b>	6.1	6.2	6.3	6.4	6.6	6.8	7.0	7.3	7.6	8.1	<b>33.0</b>	<b>3.2</b>
Slovenia	8.6	8.6	8.6	8.8	8.8	8.5	8.5	8.5	8.2	7.9	△7.2	△0.8
Greece	9.5	9.6	9.1	8.9	8.4	8.0	8.1	8.3	8.0	7.8	△17.1	△2.1
Czech Republic	7.3	6.9	7.0	7.0	7.8	7.7	7.2	7.2	7.2	7.5	3.0	0.3
Israel	7.1	7.0	7.0	7.1	7.1	7.1	7.1	7.3	7.4	7.5	5.6	0.6
Ireland	10.5	10.5	10.7	10.7	10.3	9.7	7.3	7.4	7.2	7.1	△32.3	△4.2
Lithuania	7.4	6.8	6.5	6.3	6.1	6.2	6.5	6.6	6.5	6.8	△7.5	△0.9
Slovak Republic	8.0	7.8	7.4	7.6	7.5	6.9	6.8	7.0	6.7	6.7	△15.4	△1.8
Hungary	7.2	7.5	7.5	7.5	7.3	7.1	7.0	7.1	6.9	6.6	△9.0	△1.0
Estonia	6.5	6.3	5.8	5.8	6.0	6.1	6.4	6.5	6.4	6.4	△1.4	△0.2
Poland	6.6	6.4	6.2	6.2	6.4	6.2	6.3	6.5	6.5	6.3	△4.5	△0.5
Latvia	6.2	6.1	5.6	5.4	5.4	5.5	5.7	6.2	6.0	5.9	△4.7	△0.5
Mexico	6.1	6.0	5.7	5.8	5.9	5.6	5.8	5.5	5.5	5.5	△11.0	△1.3
Luxembourg	7.3	7.0	6.1	6.6	5.7	5.6	5.5	5.5	5.5	5.4	△26.3	△3.3
Turkey	5.5	5.1	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	4.3	4.2	4.2	△24.6	△3.1

주: 각 국가의 순서는 2018년 GDP 대비 의료비 비율로 정렬함

자료: OECD Health Statistics 2019 (<https://stats.oecd.org/>)

이러한 빠른 의료비 지출의 증가는 의료비에 대한 가계의 직접부담뿐 아니라 국민들이 부담하는 보험료의 증가로 이어지므로 정부는 가계의 부담이 급증하지 않도록 의료비 지출 증가 속도를 관리할 필요가 있다.

경상의료비 구성을 보면 경상의료비는 정부·의무가입제도와 임의가입제도, 가계직접부담으로 구분할 수 있다. 정부·의무가입제도는 정부지출(주로 의료급여)과 의무가입건강보험으로 구분되며, 의무가입건강보험은 건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험으로 구성된 사회건강보험과 자동차보험으로 구성된 민간건강보험으로 구분된다. 임의가입제도는 민간보험(실비보험 등)을, 가계직접부담은 의료기관 이용 시 비급여본인부담금과 법정본인부담금을 의미한다. 2018년 기준 우리나라 경상의료비는 144.4조원인데, 이 중 사회건강보험(건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험)에 의한 지출이 69.3조원으로 48.0%를 차지하고 있다.

[재원별 경상의료비 지출규모]

(단위: 백만원, %)

재원		경상의료비	비중	
정부·의무가입제도	소계	86,301,494	59.8	
	정부	14,965,401	10.4	
	의무가입 건강보험	소계	71,336,094	49.4
		사회건강보험	<b>69,292,909</b>	<b>48.0</b>
민간건강보험	2,043,185	1.4		
임의가입제도		10,656,053	7.4	
가계직접부담	소계	47,434,750	32.9	
	비급여본인부담	28,871,287	20.0	
	법정본인부담	18,563,464	12.9	
합계		144,392,297	100.0	

주: 1. 의무가입보험 중 사회보험은 건강보험, 노인장기요양보험, 산재보험 급여지출을 말함

2. 의무보험가입 중 민간보험은 자동차보험을 말함

자료: 보건복지부, 「국민보건계정 통계정보보고서」, 2019.12., kosis 국가통계포털

[경상의료비 및 GDP대비 경상의료비 비중]

(단위: 조원, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
경상의료비	70.1	78.7	83.9	88.7	94.0	101.4	110.2	120.3	131.6	144.4
GDP대비 비중	6.1	6.2	6.3	6.4	6.6	6.8	7.0	7.3	7.6	8.1

자료: kosis 국가통계포털

사회건강보험을 구성하는 건강보험과 노인장기요양보험, 산재보험은 국민들이 부담하는 보험료로 운영되는 사회보험으로, 이들 보험들은 지출이 증가하면 보험료 인상을 통해 재원을 충당하는 구조이다. 특히 사회건강보험의 높은 비중을 차지하는 건강보험의 경우 최근 의료비 지출 증가와 함께 건강보험료는 계속 인상되어왔으며, 건강보험료율은 2018년 2.04%, 2019년에 3.49%, 2020년에는 3.20%가 인상되었다.

따라서 정부는 국민들의 부담이 급증하지 않도록 점점 빨라지는 의료비 지출의 증가속도를 관리할 필요가 있으며, 경상의료비 지출의 증가는 정부 정책 뿐 아니라 사회문화적 영향 등 여러 요인이 있으므로, 이러한 요인들을 종합적으로 고려하여 정책을 수립하여야 할 것이다.

#### **나. 상급종합병원 쏠림 현상 해소 필요**

건강보험보장률은 최근 증가하였으나 의원급의 보장률은 감소하고 병원급은 여전히 낮은 수준이며, 이는 상급종합병원 쏠림현상, 의원급의 비급여 진료 증가 등으로 나타나고 있으므로, 의료전달체계의 확립과 비급여 진료에 대한 관리를 강화할 필요가 있다.

정부는 의료비부담 완화를 위해 건강보험 보장성 강화(급여 확대 및 본인부담금 인하 정책)를 지속적으로 추진하고 있다. 보장성확대에도 건강보험보장률이 60% 초반에 머무르고 있었으나, 최근 다소 증가한 것으로 나타나고 있다. 국민건강보험공단에서 2019년 12월에 발표한 「2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사」에 따르면 2018년 건강보험보장률은 63.8%로 2017년 62.7%에 비하여 1.1%p 상승하였다.

[건강보험보장률 및 본인부담률 추이]

(단위: %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
건강보험보장률(A)	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
본인부담률(B+C)	17.5	36.4	37.0	37.5	38.0	36.8	36.6	37.4	37.3	36.2
- 법정 본인부담률(B)	21.3	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6
- 비급여 본인부담률(C)	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6
전체 의료비(A+B+C)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

주: 1. 건강보험보장률 : 전체 의료비 중 건강보험공단 부담금이 차지하는 비율

$$\left( = \frac{\text{공단부담금}}{\text{공단부담금} + \text{법정본인부담금} + \text{비급여본인부담금}} \right)$$

2. 법정 본인부담률 : 의료비 중 급여비 본인부담금이 차지하는 비율

3. 비급여 본인부담률 : 전체 의료비 중 비급여 의료비(비급여 본인부담금)가 차지하는 비율

자료: 국민건강보험공단, 「2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2019.12.

그러나 의료기관 종별로 보면 2018년 건강보험보장률은 대부분 상승하였으나, 의원급과 한의원에서 각각 60.3%에서 57.9%로, 56.1%에서 52.7%로 감소한 것으로 나타나고 있다. 그리고 병원급의 건강보험보장률은 2018년 기준 48.0%로, 2017년 47.1%에 비해 0.9%p 증가하였으나, 2009~2018년 기간 동안 비교해보면 2009년 59.2%에서 2018년 48.0%로 11.2%p 감소하였다.

[요양기관 종별 건강보험보장률]

(단위: %)

종별	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
건강보험보장률	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
상급종합병원	56.0	56.4	56.0	57.4	57.3	59.7	61.8	62.9	65.1	68.7
종합병원	60.3	58.0	61.4	58.7	61.3	61.2	61.7	62.4	63.8	65.2
<b>병원</b>	<b>59.2</b>	<b>57.3</b>	<b>54.8</b>	<b>51.6</b>	<b>49.8</b>	<b>53.7</b>	<b>50.0</b>	<b>47.8</b>	<b>47.1</b>	<b>48.0</b>
요양병원	65.7	74.0	72.8	74.8	72.7	72.4	74.1	71.0	69.2	69.7
<b>의원</b>	<b>70.3</b>	<b>65.6</b>	<b>62.7</b>	<b>64.4</b>	<b>61.3</b>	<b>63.4</b>	<b>65.5</b>	<b>62.1</b>	<b>60.3</b>	<b>57.9</b>
치과병원	30.7	25.5	21.7	22.4	25.4	21.3	19.8	16.4	18.9	23.4
치과의원	37.4	35.5	40.3	29.9	35.4	29.9	31.9	30.8	31.7	34.9
한방병원	38.2	37.4	32.3	37.8	30.8	36.7	35.3	33.3	31.4	34.9
한의원	62.6	54.3	49.7	54.9	52.7	53.2	47.2	53.9	56.1	52.7
약국	70.2	71.6	71.0	69.7	69.8	69.0	69.1	69.3	69.5	69.4

자료: 국민건강보험공단, 「2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 2019.12.

상급종합병원의 건강보험장률이 상대적으로 크게 개선되었는데, 2017년 65.1%에서 2018년 68.7%로 3.6%p 증가하였다. 이는 중증질환을 중심으로 보장성을 강화함에 따라 중증질환자가 많은 상급종합병원의 보장률이 더 많이 개선되었기 때문이다. 그리고 중증질환 중심의 보장성 강화로 1인당 중증 고액진료비 상위 30개 또는 50개 질환의 건강보험보장률은 80% 수준에 이르렀다. 이러한 의료비 부담이 높은 중증질환 중심의 보장성강화는 바람직한 방향이라 할 수 있다.

[연도별 1인당 중증·고액 진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험보장률]

(단위: %)

연도	상위 30위			상위 50위		
	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률
2018	81.2	10.5	8.3	78.9	13.0	8.1
2017	79.7	10.3	10.0	77.8	13.0	9.2
2016	77.3	11.2	11.5	76.6	13.2	10.2
2015	77.9	12.4	9.7	76.6	13.5	9.9
2014	77.4	11.3	11.3	75.6	12.4	12.0

자료: 국민건강보험공단, 「건강보험환자 진료비 실태조사」, 각 연도

그러나 중증질환 뿐 아니라 일반 진료에서도 보장성이 강화되었으며, 이는 상급종합병원의 쏠림현상으로 나타나고 있다. 최근 10년 외래 진료실적을 보면, 전체적으로 22.4%가 증가하였으나 상급종합병원은 65.8% 증가하여 3배 가량의 높은 증가율을 보이고 있다.

[의료기관 종별 이용실적]

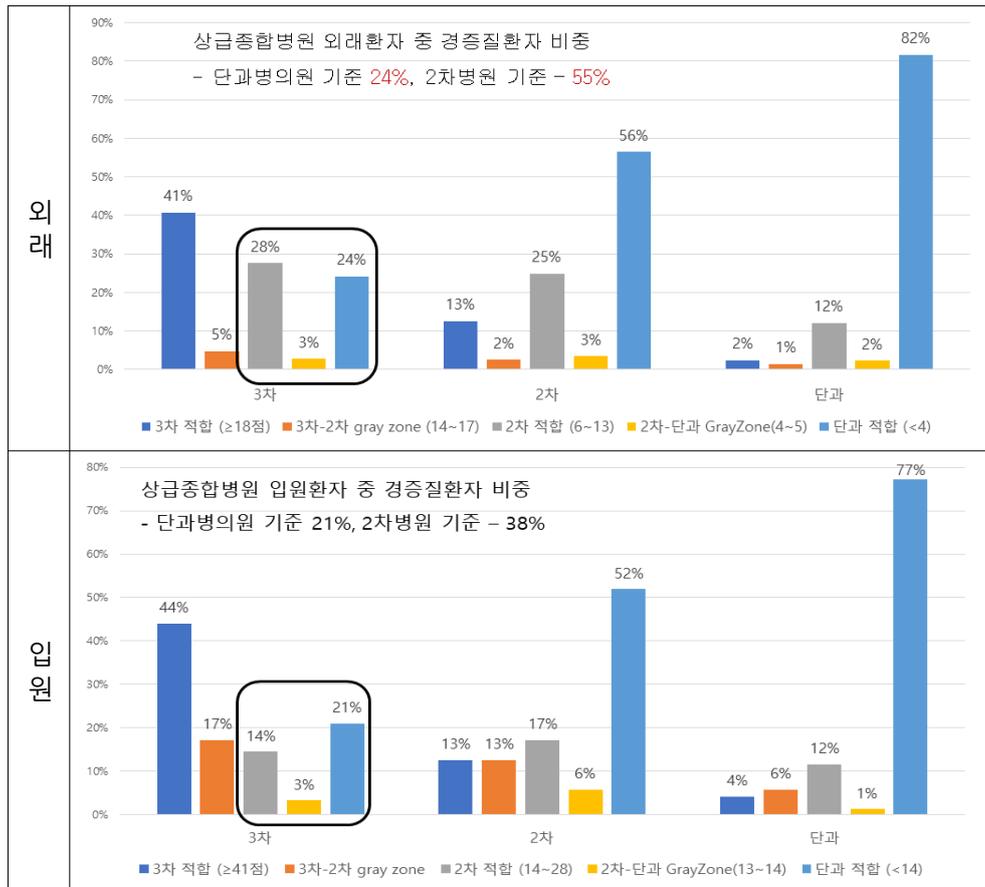
(단위: 만일, %)

종별	외래내원일수			입원일수		
	2008	2018	증가율	2008	2018	증가율
전체	61,614	75,439	22.4	9,287	10,031	8.0
상급종합	2,532	4,199	65.8	1,382	1,675	21.2
종합병원	4,788	7,211	50.6	2,754	3,188	15.8
일반병원	4,215	7,000	66.1	3,872	4,399	13.6
의원	50,078	57,029	13.9	1,279	769	△39.9

자료: 보건복지부

의료기관 유형별 기능 적합 질환 진료 분포를 보면, 3차병원(상급종합병원)의 외래 환자 중 55%가 1~2차 병원에 적합한 경증질환자였고, 입원환자 중에서는 38%가 1~2차 병원에 적합한 경증질환자로 나타나고 있다.

[의료기관 유형별 기능 적합 질환 진료 분포]



- 주: 1. 진료범위와 난이도를 고려하여 의료기관을 1차(단과)~3차로 재분류하였으며, 3차는 상급종합병원과 일부 종합병원이 포함되었고, 2차는 종합병원과 일반병원, 1차(단과)는 단과 일반병원 및 의원급 의료기관임
2. 각 질병별로 중증도를 고려하여 진료유형점수를 산정하고, 진료유형점수의 평균의 95% 신뢰구간을 기준으로 3차, 2차, 1차(단과) 의료기관 각각에서 진료하는 것이 적합한 질환을 분류함. 군집들의 95% 신뢰구간 사이의 점수는 gray zone으로 분류함 (입원의 경우 1,195개 DRG(diagnosis related group, 질병군)에 대해 점수를 산정하였고, 예를 들어 37점 이상은 3차 적합 질환, 28점 초과~37점 미만은 3-2차 gray zone로 분류함)
- 자료: 건강보험심사평가원·서울대학교산학협력단, 「상급종합병원 지정·평가 체계 개선 연구」, 2019.5.

이와같이 경증환자까지도 상급종합병원에 집중되는 문제는 병원급과 의원급의 수입확보를 위한 비급여 진료를 확대시키는 원인으로 지적되고 있다.

2009~2018년 동안 의원급에 지급된 급여비 지출 총액은 연평균 6.4% 증가하였으나, 의료기관 당으로 보면 연평균 4.4%가 증가하였다. 이는 우리나라 GDP 증가율 5.1%에 미치지 못하며, 의원급 의료기관의 급여비 수입은 물가수준에 비해 감소하였음을 보여준다. 즉, 의원급 의료기관의 수익성이 악화되었음을 알 수 있다.

[요양기관 종별 급여실적 : 2009~2018]

(단위: 억원, %)

종별	2009	2018	연평균증가율
상급종합	47,267	107,313	9.5
종합병원	41,398	98,197	10.1
일반병원	25,614	52,845	8.4
요양병원	9,790	42,257	17.6
의원	<b>66,391</b>	<b>115,551</b>	<b>6.4</b>
(의원당 급여비)	<b>2.46</b>	<b>3.64</b>	<b>4.4</b>
GDP(국내총생산)(조원)	<b>1,205</b>	<b>1,893</b>	<b>5.1</b>

주: 의원급 의료기관 수는 2009년 27,027개소, 2018년 31,718개소임

자료: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 「2009건강보험통계연보」 및 「2018 건강보험통계연보」

그리고 2009~2018년 요양기관별 비급여본인부담률을 비교해보면, 건강보험보장률이 감소한 일반병원과 의원의 경우, 비급여 본인부담률이 일반병원은 20.4%에서 34.1%로, 의원급은 8.5%에서 22.8%로 증가하여 의료비 중 비급여의 비중이 증가하였다.

[요양기관 종별 건강보험보장률 : 2009~2018]

(단위: %)

종별	2009			2018		
	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률
상급종합	56.0	17.8	26.2	68.7	19.6	11.7
종합병원	60.3	24.5	15.2	65.2	21.8	13.0
<b>일반병원</b>	59.2	20.4	<b>20.4</b>	48.0	17.9	<b>34.1</b>
요양병원	65.7	24.4	9.9	69.7	20.8	9.5
<b>의원</b>	70.3	21.2	<b>8.5</b>	57.9	19.3	<b>22.8</b>

자료: 국민건강보험공단, 「건강보험환자 진료비 실태조사», 각 연도

이상의 실태를 고려할 때, 정부는 보장성 강화 정책으로 상급종합병원 쏠림 현상, 의원급과 병원급의 급여수익 악화 및 비급여 진료 확대 등의 풍선효과가 나타나지 않도록 의료전달체계를 확립하고 비급여 진료에 대한 관리를 강화할 필요가 있다.

2019년 9월 정부는 상급종합병원 쏠림 문제를 해소하기 위해 「의료전달체계 개선 단기대책」을 발표한 바 있으므로 대책 이행에 만전을 기하고, 의료는 전문성으로 인하여 일반 국민들이 치료 등의 필요성이나 적정성을 검증하기 어려운 영역이고 의원급과 병원급의 비급여 진료는 수액주사(일명 마늘주사)와 도수치료에 의한 비중이 높은 것으로 추정되고 있으므로, 이와같은 진료가 적절한 의학적 기준에 따라 이루어지도록 관리체계를 구축하는 등 비급여 진료에 대한 관리를 강화할 필요가 있다.<sup>28)29)</sup>

28) 급여에 대해서는 건강보험심사평가원에서 진료의 적정성 등을 심사하나 비급여는 이러한 심사절차가 없다.

29) 신현웅(2020)은 「보건의료정책 현황과 과제 : 지속가능성 확보를 중심으로」에서 비급여 관리방안을 인프라구축단계, 관리기반단계, 제도단계로 구분하여 정책과제를 제시하고 있다. 인프라구축단계에서는 비급여 목록화 및 코드 표준화를 통한 비급여 관리 기반 마련을, 관리기반 단계에서는 비급여에 대한 환자의 선택권 강화 및 관리의 사각지대 해소를, 제도 단계에서는 실손보험과 연계한 비급여 관리 강화를 제안하고 있다.

#### 다. 의사·간호사·의료장비 등 보건의료자원에 대한 체계적인 관리 필요

OECD 국가와 비교해서 인구 1,000명당 병상, 의료장비 비중은 높고, 의사나 간호사 등 의료인력은 낮은 수준으로 의료의 질 향상을 위해 보건의료자원에 대한 체계적인 관리가 필요하다.

의료자원은 의사, 간호사 등 인적자원과 의료기관과 병상, 의료장비 등 물적자원으로 구분할 수 있다. OECD 국가와 비교할 때 우리나라 의료자원 현황을 살펴보면, 임상 의사(한 의사 포함, 인구 1,000명당)의 경우 OECD 평균은 3.4명이나, 우리나라는 2.3명으로 29개국 중 가장 적다. 임상 간호인력(간호사 및 간호조무사, 인구 1,000명당)은 OECD 평균은 9.0명이나, 우리나라는 6.9명으로 28개국 중 10번째로 적은 것으로 나타났다. 다만 임상 간호인력의 경우 2012년 4.8명에서 2017년 6.9명으로 증가율은 높은 편이다.

반면에 병상과 의료장비를 보면, 총 병원의 병상수(인구 1,000명당)는 OECD는 4.7개이나, 우리나라는 12.3개로 OECD 평균 대비 2.5배 이상 많으며, 36개국 중 일본 다음으로 많다. 병상의 경우 2012년과 2017년을 비교할 때, OECD 평균은 감소한 것과 반대로 우리나라는 증가하였다. 의료장비 중 하나인 MRI(인구 100만명당)의 경우 OECD 평균은 17.4개이나, 우리나라는 29.1개로 29개국 중 일본, 미국, 독일 다음으로 네 번째로 많은 것으로 나타났다. 종합적으로 우리나라의 의료자원은 OECD 국가와 비교해서 의사, 간호사 등 인적자원은 낮은 수준이고, 병상, 의료장비 등 물적자원은 상대적으로 많은 편이라 할 수 있다.

[의사, 간호사, 병상, 의료장비 등 의료자원 현황]

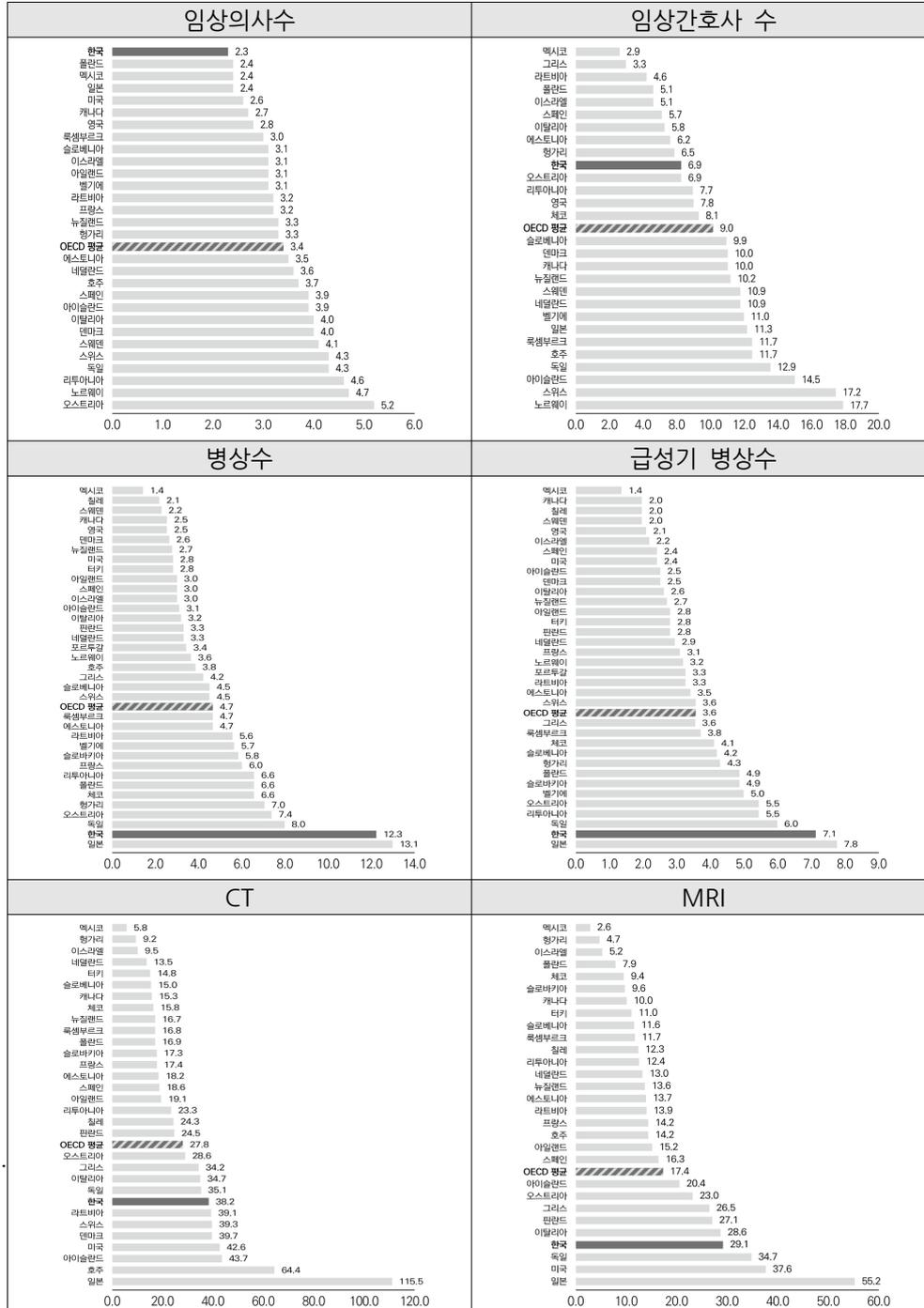
의료자원	2012		2017		비고
	한국	OECD평균	한국	OECD평균	
의사	2.1	3.2	2.3	3.4	29개국 중 가장 적음
간호사	4.8	8.7	6.9	9.0	28개국 중 10번째로 적음
병상	10.3	4.9	12.3	4.7	36개국 중 2번째로 많음
- 급성기 병상	7.0	3.8	7.1	3.8	35개국 중 2번째로 많음
의료장비(CT)	36.9	24.8	38.2	27.8	31개국 중 8번째로 많음
의료장비(MRI)	23.4	13.9	29.1	17.4	29개국 중 4번째로 많음

주: 1. 의사, 간호사, 병상은 인구 1,000명당, 의료장비는 인구 100만명당

2. 급성기 치료: 생명이나 정상적 기능을 위협하는 질병의 증상 완화, 질병이나 부상의 통증의 감소, 부상이나 질병의 합병증 및 악화 방지 등을 주요 목적으로 제공하는 의료서비스

자료: 보건복지부, 「OECD Health Statistics 2019」, 2019 (원출처 : OECD Health Statistics 2019)

[의사, 간호사, 병상수, 의료장비 등 의료자원 현황]



주: 진한색은 한국, 빛금은 OECD 평균임

자료: 보건복지부, 「OECD Health Statistics 2019」, 2019.(원출처 : OECD Health Statistics 2019)

이와 같이 의사, 간호사 등 의료인력의 적은 투입으로 의료비가 다른 나라에 비해 상대적으로 낮게 유지되고 있다는 평가도 있으나, 국민 1인당 연간 진료횟수와 환자 1인당 병원 전체 평균 재원일수가 다른 나라에 비해 많음을 감안할 때, 의사 1인당 진료건수와 돌봄 환자 수는 더욱 증가하게 되어 면담시간이 감소하는 등 의료의 질을 보장하기 어렵게 된다. 인구 천명당 의사수와 국민1인당 외래진료 횟수 자료를 활용하여 의사 1인당 외래진료 횟수를 산출해보면, 우리나라는 의사 1인당 외래진료 횟수가 연간 7천건으로 OECD 평균 2천건 보다 3배 이상 많다.

[의사 1인당 외래진료 횟수]

구 분	한국	OECD평균	단위
국민 1인당 외래진료 횟수(A)	16.6	7.1	회
인구 천명당 의사 수(B)	2.3	3.4	명
의사 1인당 외래진료 횟수(A/B)	7.2	2.1	천건

주: 인구천명당 의사수와 국민1인당 외래진료 횟수 자료를 활용하여 산출

자료: 보건복지부, 「OECD Health Statistics 2019」, 2019. (원출처 : OECD Health Statistics 2019)

우리나라는 의료서비스 공급이 대부분 민간에게 맡겨져 있고, 정부는 건강보험 제도를 통해 의료서비스 이용에 대한 부담을 사회보험의 방식으로 분담하고 있다. 따라서 정부는 이러한 의료서비스 공급이 시장원리로 과소 또는 과다하게 공급되지 않도록 관리할 필요가 있다.

이하에서는 세부적으로 의사, 간호사의 공급부족과 병상, 의료장비의 과다 공급으로 발생하는 문제점을 살펴보았다. 본 장에서는 의료자원별로 발생하는 문제점과 개선방안을 모색하였고, 재정의 지속가능성, 사각지대, 전달체계에서도 각각의 문제가 의료자원과 연계되어 지적될 수 있다.

**첫째, 지방병원 및 필수 공공의료에 대한 의사 부족 문제가 발생하고 있고, 이를 해소하기 위한 정부 대책 및 관련 사업 추진 실적이 부진한 측면이 있으므로 개선이 필요하다.**

현재 우리나라는 지역별, 전문과목별 의사 수의 불균형 문제가 나타나고 있으며, 인구 천명당 활동의사 수는 전국적으로는 2.0명이나, 지역별로 보면 서울은 3.1

명이나, 세종 0.9명, 경북 1.4명, 울산 및 충남 1.5명으로 일부 지역은 서울의 절반에도 미치지 못한다.

[시도별 인구천명당 활동의사 수]

(단위: 명, %)

시도	활동의사 수	인구	인구 천명당 활동의사 수
서울	30,359	9,729,107	3.1
부산	8,008	3,413,841	2.4
대구	5,908	2,438,031	2.4
인천	5,071	2,957,026	1.7
광주	3,658	1,456,468	2.5
대전	3,726	1,474,870	2.5
<b>울산</b>	<b>1,754</b>	<b>1,148,019</b>	<b>1.5</b>
<b>세종</b>	<b>302</b>	<b>340,575</b>	<b>0.9</b>
경기	21,210	13,239,666	1.6
강원	2,719	1,541,502	1.8
충북	2,529	1,600,007	1.6
<b>충남</b>	<b>3,198</b>	<b>2,123,709</b>	<b>1.5</b>
전북	3,689	1,818,917	2.0
전남	3,128	1,868,745	1.7
<b>경북</b>	<b>3,662</b>	<b>2,665,836</b>	<b>1.4</b>
경남	5,532	3,362,553	1.6
제주	1,175	670,989	1.8
전국	105,628	51,849,861	2.0

주: 1. 2019년말 기준, 행정구역별 인구수는 주민등록인구 기준

2. 활동의사 수는 「국민건강보험법」 제43조에 의한 요양기관 현황신고 기준

자료: 건강보험심사평가원(활동의사 수), 통계청(행정구역별 인구수)

시군구별로 보면 인구 당 의사 수의 편차는 더 크게 나타나며, 일부 지역에서는 산부인과를 비롯하여 필수의료서비스로 분류되는 내과, 외과, 소아과 진료과목이 없는 지역이 존재한다.

보건복지부는 의사 및 병원의 지역, 전문과목의 불균형 문제를 시설바인건바·운영비 등 각종 지원을 통해 해소하고자 하나 이와 같은 지원에도 문제가 해소되지 않고 있다. 2011년부터 분만산부인과가 없는 지역<sup>30)</sup>에 분만산부인과 설치 시 시설

30) 분만취약지 선정기준은 기준①②를 동시에 충족하는 지역을 말한다.(출처 : 보건복지부, 「2019년 분만취약지 지원 사업 안내」, 2018.12.)

기준① 60분내 분만의료이용율 30% 미만

- 60분내 이동가능한 의료기관을 이용한 분만건수/관내 총 분만의료이용건수

기준② 60분 내 분만 가능한 의료기관에 접근이 불가능한 인구비율 30%이상

- 60분내 분만가능한 의료기관에 접근이 불가능한 가임여성인구수/관내 총 가임여성인구수

장비비와 운영비를 지원하는 사업을 실시<sup>31)</sup>하고 있으나, 분만취약지 수는 2016년 37곳, 2017년 34곳, 2019년 33곳으로 해소되지 않고 있고, 2019년에 병원 모집을 위한 공고를 4차례 실시하는 등 병원 모집도 쉽지 않은 상황이다. 산부인과 외에 필수의료서비스로 분류되는 소아청소년과의 경우에도 해당 진료과목이 없는 지역이 25개 지역<sup>32)</sup>으로 조사되었다. 권역외상센터의 경우 전담전문의 채용의 어려움으로 매년 운용인력 목표에 미달하고 있다.<sup>33)</sup>

최근 보건복지부는 지역 간 의료불균형과 필수 공공의료의 의사 부족 문제를 해소하고자 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.)」을 발표하고, 국립공공보건의료대학 설립, 공중보건장학제도 도입<sup>34)</sup> 등을 추진하고 있다. 그러나 국립공공보건의료대학 설립은 20대 국회에서 제출된 관련 법률안이 의료계 반대 등으로 의결되지 못하고 임기만료로 폐기되는 등 지연되고 있고<sup>35)36)</sup>, 공중보건장학제도의

31) 1차년도에는 시설장비비 10억원과 운영비 2.5억원(6개월분)을 지원하고, 2차년도부터 연간 5억원의 운영비를 지원한다. 2019년 기준 분만취약지 지원 사업에 선정되어 지원받고 있는 병원은 22개소이다.

32) 출처 : 보건복지부, 「2019년 의료취약지 지원 사업 안내」, 2018.12.

33) 2017년 목표 282.7명, 실적 179명, 2018년 목표 283.2명, 실적 175명, 2019년 목표 270.6명, 실적 186명 (목표인원은 월별 채용계획을 반영함에 따라 소수점으로 나타남)

34) 1977년부터 1996년까지 운영되었으나, 공중보건의사 제도 신설 등으로 제도의 실효성이 낮아지면서 1996년 이후로 장학생 선발이 중단되었고, 최근 지역간 의료 격차 해소, 공공보건의료 강화를 위해 2019년 재추진되었다.

35) 관련하여 20대 국회에서 총 5개 법률 제·개정이 발의되었으나 임기만료로 폐기(2020.5.29.)되었고, 2020년 6월 현재 21대 국회에서 1개 법률안이 발의(2020.6.5.)되었다.

구분	의안 번호	법률명	구분	대표발의 (발의일자)	의결결과
20대 국회	789	국립보건의료대학 및 국립보건의료대학병원의 설치·운영에 관한 법률	제정	이정현의원 ('16.07.11.)	임기만료 폐기
	2083	국공립공공의료전담 의과대학 및 국공립공공의료전담 의과대학병원의 설치·운영 등에 관한 법률	제정	박홍근의원 ('16.09.02.)	임기만료 폐기
	11414	공공보건의료에 관한 법률	일부개정	기동민의원 ('18.01.16.)	임기만료 폐기
	12276	공공보건의료에 관한 법률	일부개정	이용호의원 ('18.03.02.)	임기만료 폐기
	15720	국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률	제정	김태년의원 ('18.09.21.)	임기만료 폐기
21대 국회	198	국립공공보건의료대학 설립 및 운영에 관한 법률	제정	이용호의원 ('20.06.05.)	-

자료: 국회의안정보시스템

경우 2019년부터 실시하고 있으나 20명 모집에 8명만 응시·선발되는 등 실적이 부진한 상황이다.

[취약지 등 전문의료인력 양성 사업]

구분	국립보건의료대학설립	공중보건장학제도
내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4년제 국립대학법인(고등교육법상 대학원대학), 학비 전액 국고지원으로 공공의료 특성화 교육 및 졸업 후 의료취약지<sup>1)</sup> 의무 복무(10년)</li> <li>- 대학은 남원시에 위치, 임상실습 교육은 국립중앙의료원(서울)을 비롯한 전국의 지방의료원, 국립병원 등을 활용하여 순환 교육 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 졸업 후 2년~5년간 공공보건의료 업무에 종사할 것을 조건으로 의대생 대상 장학금 지원</li> <li>- 1인당 연간 장학금액 : 2,040만원 (등록금 12백만원, 생활비 8.4백만원)</li> </ul>
경과	(‘18.4.11) 당정협의 후 ‘국립공공의료대학(원)’ 설립 발표 (‘18.9.21) 「국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안」 발의(김태년의원 대표발의) (‘19.11.27~28) 국회 법안소위 상정, 의료계 반대, 여·야 이견 등으로 상임위 계류 (‘20.5.29) 20대 국회 임기만료로 법안 폐기 (‘20.6.05) 「국립공공보건의료대학 설립 및 운영에 관한 법률」 발의(이용호의원 대표발의)	(1977년) 공중보건장학제도 운영 (1996년) 장학생 선발 중단 (2019년) 재추진 20명 모집에 8명 응시
예산	2019년 : 300백만원(기본조사설계비) 2020년 : 955백만원(실시설계비)	2019년 : 246백만원(20명) 2020년 : 246백만원(20명)

주: 1) 의료취약지 : 필수의료인력이 부족한 공공의료기관 중심으로 배치(질병관리본부 역학조사관, 보건소·보건의료원, 지방의료원, 국립정신병원, 국립결핵병원 등)

자료: 보건복지부 2020년도 예산안 설명자료 및 제출자료를 바탕으로 재구성

36) 외부 지적사항 및 평가(출처 : 보건복지부 2020년도 예산안 사업설명자료)

- 대한의사협회(2018) : 비용이 과다 소요되는 공공의대 신설보다, 기존 의과대학에 정원을 배분하여 공공의료 특성화 교육하는 방안을 검토할 것
- 전국보건의료노조(2018) 공공의료대학원 설립을 계기로 지역의료 격차를 해결하고, 공공의료의 안정적으로 운영될 수 있도록 기틀을 마련할 수 있을 것
- 윤일규의원(2018) 국립중앙의료원의 교육병원 역할수행에 부정적이며, 기존 의대를 활용하는 것이 바람직하다는 입장

한편, 최근 의사의 업무 영역이 진료뿐 아니라 연구까지 확대되고 있는데, 보건복지부는 진료영역에서 축적된 지식을 연구 및 사업화로 연결될 수 있도록 2013년부터 연구중심병원 육성 정책을 실시하고 있다. 동 정책에 따라 진료를 보지 않는 연구전담의사와 연구업무 비중이 30%이상인 연구참여 임상 의사가 약 1,900명에 이른다.<sup>37)</sup> 보건산업육성정책 외에도 「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률(2016. 12. 23. 시행)」 제정으로 주당 평균 93.9시간(레지던트 1년차 기준)<sup>38)</sup> 수준이었던 전공의 근무시간이 주 80시간으로 제한됨에 따라 입원전담전문의 도입 등 의사 수요는 증가하고 있다.

한국보건사회연구원은 「2017년 주요 보건의료인력 중장기 수급전망」에서 2030년에 의사 수는 7,646명이 부족할 것으로 추계하고 있다.<sup>39)</sup> 의과대학(원)에 입학하여 의사 자격을 갖기 위해서는 최소 4년이 필요하고, 전문의 자격을 갖기 위해서는 약 9년(대학원 4년, 인턴 1년, 레지던트 4년)이 소요되므로 전문의 공급 정책은 최소 9년의 시차가 발생한다. 따라서 의사수요에 대한 대비를 위해서는 지금부터 의과대학 입학정원을 확대하는 등 정책결정이 필요하다.<sup>40)</sup>

37) 2018년 기준 연구전담의사 169명, 연구참여임상의사 1,714명(출처 : 보건복지부 2020년도 예산안 사업설명자료)

38) 한국병원경영연구소, 「전공의 수련환경 개선과제와 지원체계 구축방안」, 2014.

39) 보건복지부 보도자료(2017.5.2.) 재인용

40) 현재 의과대학 정원은 2007년 이후로 3,058명으로 동결되어 왔고, 인구 10만명당 의학계열 졸업자는 7.6명으로 OECD평균 12.6명보다 5.0명 적다.

[의과대학 정원 현황(단위 : 명)]

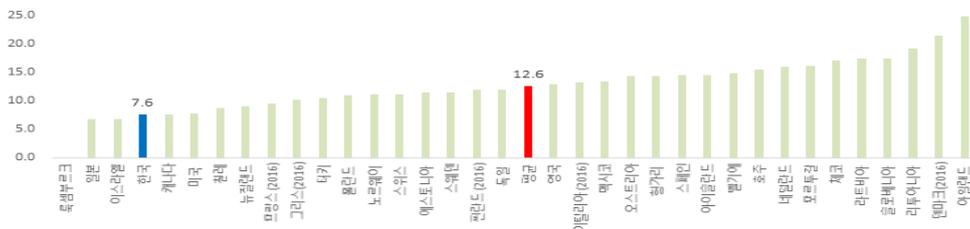
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
의과대학 정원 <sup>1)</sup>	3,058	3,058	3,058	3,058	3,058	3,058	3,058	3,058	3,009 <sup>2)</sup>	3,058

주: 1) 정원 외 입학 제외

2) 2018년 서남대 폐교에 따라 의대 정원 일시적으로 49명 감소

자료: 보건복지부

[의학계열 졸업자 수(2017년 기준)]



주: 룩셈부르크는 의과대학이 없으며, 의사를 비롯한 보건의료 인력은 주로 해외에서 졸업장(자격증)을 취득해 옴  
 자료: 보건복지부, 「OECD Health Statistics 2019」, 2019. (원출처 : OECD Health Statistics 2019)

일부 지역에서 필수의료이 부족하며, 의사 인력이 적은 지역일수록 인건비가 높고 치료가능한 사망률이 높은 경향을 보이고 있으며<sup>41)</sup>, 전문의 공급 정책이 최소 9년의 시차가 발생한다는 점, 그리고 최근 코로나19 사태를 겪으면서 공공의료에 대한 국민적 관심이 증가하고 있는 상황 등을 고려할 때 국립공공보건의료대학 설립의 경우 이해관계자와 합의점을 조속히 도출하여 의사수급 문제를 해소할 필요가 있다. 또한 공중보건장학제도는 일반적인 장학금 및 학자금 대출 제도가 보편화된 상황에서 현재의 공중보건장학제도를 통해 지방 의무근무를 유인할 가능성이 낮은 것으로 보여 차별화 방안을 마련할 필요가 있다. 아울러 연구의사 확대, 입원전담전문 의 제도 도입, 해외환자 유치 등 의료 및 의사 수요가 증가하고 있으므로 이에 대해 대응책을 준비할 필요가 있다.<sup>42)</sup>

**둘째, 고령의 의사가 증가하고 있고, 의사면허는 기한이 없다는 점에서 진료능력 등을 검증할 수 있는 시스템을 구축하는 등 증가하는 고령의사에 대한 대책을 준비할 필요가 있다.**

2019년말 기준 활동 중인 의사 수는 10.8만명으로, 연령별로 구분할 때 65세 이상 의사는 7,849명으로 7.2% 수준이다. 수명의 증가로 인구고령화와 함께 고령의사도 증가하고 있는데, 65세 이상 활동의사 수는 2012년 4,165명에서 2019년 7,849명으로 증가하였고, 80세 이상 활동의사 수도 2012년 400명에서 2019년 824명으로 두 배 이상 증가하였다. 그리고 고령의사의 증가는 앞으로 더욱 심화될 것으로 예상된다.

41) 신현웅, “보건의료정책 현황과 과제 : 지속가능성 확보를 중심으로”, 「보건복지포럼(2020.1)」, 한국보건사회연구원

42) 김 윤(2020)은 「바람직한 보건의료정책 방향(국회에산정책처에서 전문가 자문 의뢰)」에서 필수의료인력 확충을 통한 지역화 방안으로 시도별 부족인력만큼 ‘지역의료인력정원’으로 증원하고, 해당지역 의과대학 등 교육기관에 추가증원 배정하여, 별도 트랙으로 선발, 대학교육비용 및 수련비용 지원, 수련 후 일정기간 해당지역 의료인력 부족분야 근무 조건을 부여하는 방안을 제시하고 있다. 신현웅(2020)은 “보건의료정책 현황과 과제 : 지속가능성 확보를 중심으로”에서 ①지역의사선발제, ②한시적 의과대학 입학정원 확대(외상외과 등 일부 전문과에 대해 입학 시전부터 별도 의학과 입학 정원 확대), ③정보기술(IT), 바이오기술(BT) 전공자를 대상으로 비임상 의사 양성하고 별도의 의사면허를 부여하는 기초의과대학원 증설방안 등을 제안하고 있다.

[활동의사의 연령별 현황 : 5세 단위]

(단위: 명)

연령별	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
활동의사 수	87,551	92,031	94,637	97,004	100,052	102,172	104,745	107,588
- 65세 이상	4,165	4,536	5,061	5,385	5,704	6,349	7,023	7,849
- 80세 이상	400	447	534	589	656	695	748	824
[연령별]								
만20세~24세	127	114	112	127	147	140	117	123
만25세~29세	8,189	8,329	7,874	7,455	7,291	7,071	7,306	7,579
만30세~34세	14,592	15,822	15,518	15,087	14,582	13,815	12,962	12,482
만35세~39세	14,161	14,907	15,790	16,394	17,192	17,892	18,356	17,861
만40세~44세	14,740	14,488	14,066	13,943	14,066	14,510	15,065	15,982
만45세~49세	13,483	13,657	13,995	14,282	14,912	14,664	14,449	14,107
만50세~54세	8,783	10,182	11,556	12,630	13,065	13,445	13,579	13,977
만55세~59세	5,811	6,061	6,402	6,880	7,743	8,661	10,017	11,414
만60세~64세	3,500	3,935	4,263	4,821	5,350	5,625	5,871	6,214
만65세~69세	1,772	2,056	2,419	2,617	2,751	3,138	3,543	3,892
만70세~74세	1,193	1,159	1,215	1,303	1,396	1,565	1,821	2,168
만75세~79세	800	874	893	876	901	951	911	965
만80세~84세	278	316	390	443	501	524	565	588
만85세~89세	101	96	103	115	120	138	155	199
만90세~94세	19	32	39	25	29	27	24	31
만95세~99세	2	3	2	6	6	6	4	6
만100세 이상	0	0	0	0	0	0	0	0

주: 활동의사는 「국민건강보험법」 제43조에 의한 요양기관현황 신고 기준으로 상근, 비상근, 기타 포함(치과의사, 한의사 제외)

자료: 건강보험심사평가원

대학병원의 경우 교수정년에 따라 65세에 퇴직하나, 일반적으로 의사면허는 정년이 없어 본인이 희망할 경우 다른 의료기관에서 취업하거나 개원이 가능하다. 그 결과 고령의사는 주로 요양병원과 의원급에서 활동하고 있는 것으로 나타난다.

[종별, 연령별 활동의사 현황]

(단위: 명, %)

연령별	소계	상급 종합 병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소	한방 병원
[인원]												
만20세~24세	160	108	41	3	1	1	-	-	-	5	-	-
만25세~29세	160	108	41	3	1	1	-	-	-	5	-	-
만30세~34세	10,195	5,694	2,833	155	68	214	-	25	-	965	-	5
만35세~39세	15,235	6,444	4,143	1,285	338	1,664	5	95	-	947	-	27

(단위: 명, %)

연령별	소계	상급 종합 병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소	한방 병원
만35세~39세	19,510	4,502	5,200	2,584	855	6,160	23	18	-	73	1	44
만40세~44세	16,713	2,397	3,922	2,292	777	7,234	3	4	-	6	-	51
만45세~49세	14,752	2,031	2,839	1,767	648	7,375	6	-	-	9	-	38
만50세~54세	14,563	1,455	2,387	1,596	685	8,263	7	6	-	25	-	42
만55세~59세	11,844	1,256	1,481	1,091	618	7,220	4	9	-	31	-	42
만60세~64세	6,450	867	830	500	507	3,640	-	1	-	15	-	31
만65세~69세	4,056	222	484	361	565	2,301	4	6	-	10	-	42
만70세~74세	2,222	35	227	197	526	1,120	-	3	-	26	-	32
만75세~79세	986	10	74	85	366	403	2	-	-	6	-	21
만80세~84세	595	1	26	33	237	276	-	-	-	-	-	15
만85세~89세	200	-	12	8	75	100	-	-	-	-	-	5
만90세~94세	31	-	-	3	8	20	-	-	-	-	-	-
만95세~99세	6	-	-	1	1	4	-	-	-	-	-	-
만100세 이상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
계	117,518	25,022	24,499	11,961	6,275	45,995	54	167	-	2118	1	395
<b>[연령별 활동의료기관 비중]</b>												
만20세~24세	100.0	67.5	25.6	1.9	0.6	0.6				3.1		
만25세~29세	100.0	55.9	27.8	1.5	0.7	2.1		0.2		9.5		0.0
만30세~34세	100.0	42.3	27.2	8.4	2.2	10.9	0.0	0.6		6.2		0.2
만35세~39세	100.0	23.1	26.7	13.2	4.4	31.6	0.1	0.1		0.4		0.2
만40세~44세	100.0	14.3	23.5	13.7	4.6	43.3	0.0	0.0		0.0		0.3
만45세~49세	100.0	13.8	19.2	12.0	4.4	50.0	0.0			0.1		0.3
만50세~54세	100.0	10.0	16.4	11.0	4.7	56.7	0.0	0.0		0.2		0.3
만55세~59세	100.0	10.6	12.5	9.2	5.2	61.0	0.0	0.1		0.3		0.4
만60세~64세	100.0	13.4	12.9	7.8	7.9	56.4		0.0		0.2		0.5
만65세~69세	100.0	5.5	11.9	8.9	<b>13.9</b>	<b>56.7</b>	0.1	0.1		0.2		1.0
만70세~74세	100.0	1.6	10.2	8.9	<b>23.7</b>	<b>50.4</b>		0.1		1.2		1.4
만75세~79세	100.0	1.0	7.5	8.6	<b>37.1</b>	<b>40.9</b>	0.2			0.6		2.1
만80세~84세	100.0	0.2	4.4	5.5	<b>39.8</b>	<b>46.4</b>						2.5
만85세~89세	100.0		6.0	4.0	<b>37.5</b>	<b>50.0</b>						2.5
만90세~94세	100.0			9.7	<b>25.8</b>	<b>64.5</b>						
만95세~99세	100.0			16.7	<b>16.7</b>	<b>66.7</b>						
만100세 이상												
계	100.0	21.3	20.8	10.2	5.3	39.1	0.0	0.1		1.8	0.0	0.3

주: 1. 2019년말 기준, 활동의사는 「국민건강보험법」 제43조에 의한 요양기관현황 신고 기준으로 상급, 비상급, 기타 포함(치과의사, 한의사 제외)

2. 여러 요양기관에 중복하여 근무하는 경우 복수로 산출

자료: 건강보험심사평가원

고령의 의사는 경험이 많다는 장점이 있으나, 일반적으로 의사는 고도의 의학 지식을 필요로 하는 직업이고, 국민의 건강과 생명에 직결된 일을 하고 있다는 점에서 검증시스템을 도입할 필요가 있다. 특히 고령의 의사가 요양병원에 많이 근무하는 것은 수술 등을 필요로 하지 않는 요양병원의 특성에 기인한 측면도 있으나, 요양병원의 질적 관리 측면에서 필요하다고 생각된다. 현재는 의사 면허를 받고 나면 3년마다 갱신하여야 하나, 연간 8점(8시간)의 보수교육만 받으면 되고, 사이버 강의도 운영하고 있어 의사의 자격을 검증하는데 한계가 있다.

또한 의사 면허에 대한 검증시스템이 필요한 이유는 고령의 의사의 경우 실제 진료가 불가능하다라도 의사면허 대여의 유혹이 있을 수 있다는 점이다. 현재 의사 면허 대여<sup>43)</sup>는 불법이며 면허취소 사유에 해당한다. 최근 5년(2015~2020.2월말) 동안 개인의료기관에 면허를 대여하여 적발된 의료인은 300명으로, 연령별로 구분해 보면 50대가 91명으로 가장 많았고, 다음으로 70대가 75명, 40대가 63명, 60대가 58명, 30대 이하가 13명으로 조사되었다. 의사면허자 수 대비 비중으로 보면, 70대 이상이 0.7%로 가장 높고, 다음이 60대로 0.5%이다.

43) 「의료법」은 의사면허를 대여하거나 대여받는 경우, 알선까지도 5년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처한다고 규정하고 있다

「의료법」

제4조의3(의료인의 면허 대여 금지 등) ① 의료인은 제5조(의사·치과의사 및 한의사를 말한다), 제6조(조산사를 말한다) 및 제7조(간호사를 말한다)에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.

② 누구든지 제5조부터 제7조까지에 따라 받은 면허를 대여받아서는 아니 되며, 면허 대여를 알선하여서도 아니 된다.

제65조(면허 취소와 재교부) ①보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우에는 그 면허를 취소할 수 있다. 다만, 제1호의 경우에는 면허를 취소하여야 한다.

4. 제4조의3제1항을 위반하여 면허를 대여한 경우

제87조의2(벌칙) ① 생략

②다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제4조의3제1항을 위반하여 면허를 대여한 사람

1의2. 제4조의3제2항을 위반하여 면허를 대여받거나 면허 대여를 알선한 사람

[최근 5년 의사면허 대여자 적발 현황 : 연령별 구분]

(단위: 명, %)

출생년도	면허대여자(A)	의사면허자 수(B)	비중(A/B)
합 계	300	126,724	0.2
50년 이전(70대 이상)	75	11,397	0.7
51년~60년 (60대)	58	12,358	0.5
61년~70년 (50대)	91	27,596	0.3
71년~80년 (40대)	63	32,639	0.2
81년 이후 (30대 이하)	13	42,734	0.0

주: 1. 2020.2.29. 기준

2. 약국, 법인 제외, 2015년 이후 개인의료기관 면허대여 의료인 수

자료: 국민건강보험공단

고령의사의 증가, 의사 직업의 전문성과 중요성, 병원의 질적 관리 등을 고려할 때, 의사면허에 대한 전문성을 검증할 수 있는 절차를 마련하고 보수교육을 강화할 필요가 있다.

셋째, 간호사 부족으로 간호간병통합서비스 확대에 어려움을 겪는 등 활동간호사가 부족한 상황이므로, 간호인력 수급문제 해소를 위한 다각적 방안을 모색할 필요가 있다.

인구 1천명당 간호사 비율은 2019년 기준 8.0명이나, 실제 간호사 면허를 소지하고 있으나 요양기관에서 근무하는 활동비율은 높지 않아, 요양기관에 근무하는 활동간호사 비율은 이보다 낮은 수준이다. 의사의 경우 면허소지자 대비 요양기관 활동 비율이 83.4%이나, 간호사는 51.9%<sup>44)</sup>이며, 따라서 활동의사나 간호사 기준으로, 인구 천명당 비율은 의사 2.0명, 간호사 4.2명으로 낮아진다. 다만 활동간호사 수가 매년 증가하는 점은 긍정적이라 할 수 있다.

44) 한국보건사회연구원의 「2017년 주요 보건의료인력 증장기 수급전망」에 따르면, 간호사의 직업활동률(의료기관 + 비의료기관)은 70.7%로 추정된다. (출처 : 보건복지부 보도자료(2017.5.2.) 재인용)

[간호사 요양기관 활동 비율]

(단위: 명, %)

구분		2015	2016	2017	2018	2019
인구 수		51,529,338	51,696,216	51,778,544	51,826,059	51,849,861
의사	면허자(A) (인구천명당)	115,976 (2.3)	118,696 (2.3)	121,571 (2.3)	123,106 (2.4)	126,684 (2.4)
	활동의사(B) (인구천명당)	95,076 (1.8)	97,713 (1.9)	100,241 (1.9)	102,471 (2.0)	105,628 <b>(2.0)</b>
	비율(C)	82.0	82.3	82.5	83.2	<b>83.4</b>
간호사	면허자(A) (인구천명당)	338,629 (6.6)	355,772 (6.9)	374,990 (7.2)	394,662 (7.6)	414,924 (8.0)
	활동간호사(B) (인구천명당)	158,247 <b>(3.1)</b>	179,989 <b>(3.5)</b>	185,853 <b>(3.6)</b>	195,314 <b>(3.8)</b>	215,293 <b>(4.2)</b>
	비율(C)	46.7	50.6	49.6	49.5	<b>51.9</b>

주: 1. 인구는 연도말 주민등록 기준

2. 활동의사 및 간호사는 국민건강보험법 제43조에 의한 요양기관현황 신고 기준으로 상근, 비상근, 기타 포함

자료: 보건복지부(면허소시자), 건강보험심사평가원(활동의사 및 간호사)

그러나 지방에서는 여전히 간호사가 부족한 상황이고, 병원과 보건소 등 요양기관 뿐 아니라 정부의 각종 사업에서도 간호사 수요가 확대됨에 따라 활동간호사 수는 부족한 것으로 나타나고 있다.

예를 들어 간병비 부담 완화를 위해 도입된 간호간병통합서비스<sup>45)</sup>의 경우 간호간병통합서비스를 제공하는 의료기관, 병상수는 연도별로 매년 확대되고 있고, 이용환자수도 지속적으로 증가하고 있으나, 광역시에 비해 일반 도 지역은 의료기관 참여율이나 참여병상 수가 상대적으로 낮은 것으로 나타나고 있다. 병상수 기준으로 10% 미만 참여율을 보이는 지역은 광주, 강원, 충남, 전북, 전남, 경남, 제주로 조사되었다.

또한 일부 공공의료기관에서도 간호간병통합서비스에 참여하지 못하고 있는데, 93개 공공의료기관 중 11개 병원이 참여하지 못하고 있으며 미참여 사유를 보면 대부분 간호인력 수급 문제를 들고 있다.

45) 간호간병통합서비스란 간병인과 보호자 등의 병실상주를 제한하고 전문 간호인력 등이 입원서비스를 포괄적으로 제공하는 서비스로, 보장성 강화 대책의 3대 비급여(선택진료, 상급병실, 간병비) 해소 대책 중 하나이다.

[간호간병통합서비스 지역별 참여 현황]

(단위: 개소, 병상, %)

시도	기관수			병상수		
	모수(A)	지정(B)	참여율(B/A)	모수(A)	지정(B)	참여율(B/A)
서울	255	95	37.3	44,510	9,080	20.4
부산	156	61	39.1	24,032	5,008	20.8
대구	105	50	47.6	16,011	3,203	20.0
인천	68	34	50.0	11,437	4,539	39.7
광주	89	20	22.5	12,692	1,034	<b>8.1</b>
대전	48	25	52.1	7,837	2,110	26.9
울산	42	8	19.0	5,386	807	15.0
경기	294	94	32.0	43,457	9,065	20.9
강원	45	9	20.0	7,880	661	<b>8.4</b>
충북	42	14	33.3	6,909	893	12.9
충남	54	10	18.5	7,581	720	<b>9.5</b>
전북	78	13	16.7	11,581	801	<b>6.9</b>
전남	93	17	18.3	14,607	1,068	<b>7.3</b>
경북	69	28	40.6	10,952	1,880	17.2
경남	138	27	19.6	20,851	1,493	<b>7.2</b>
제주	12	5	41.7	2,634	177	<b>6.7</b>
계	1,588	510	32.1	248,357	42,539	17.1

주: 1. 모수는 2018.9월 기준, 지정은 2019.8월 기준

2. 모수는 간호·간병통합서비스가 가능한 병원급 이상 기관(요양병원·정신병원·군병원·치과병원·한방병원·입원 실적이 없는 병원·30병상 미만 병원 등 제외)을 통계목적으로 집계한 수

자료: 보건복지부

보건복지부는 간호인력 확보를 위해 2015년부터 유희간호사 취업지원 사업<sup>46)</sup>을 실시하고 있으나 여전히 간호사는 부족하고, 특히 지방일수록 간호사 채용에 어려움을 겪고 있는 등 부족한 간호인력을 확보에는 제한적이다. 따라서 의사와 마찬가지로 지방의료기관 근무 조건을 전제로 한 장학금 지원 및 대학입학, 간호 수가 조정 등 다각적 방안을 모색할 필요가 있다.

46) 2015년 추경사업으로 처음 도입되었다.

넷째, 병상의 과다 공급은 의료서비스 과다 이용을 유인할 원인이 되므로 병상 공급을 체계적으로 관리할 필요가 있다.

우리나라의 인구 천명당 병상 수는 12.3개로 OECD 평균 4.7개보다 2.5배 이상 많으며, 35개국 중 일본 다음으로 많다. 2012년과 2017년을 비교할 때, OECD 평균은 병상수가 감소한 것과 달리 우리나라는 증가하였다.

병상수가 많은 것은 의료 과다 이용으로 연결될 우려가 있다. 최근 보건복지부와 건강보험심사평가원이 공동 발간한 「2017년 기준 보건의료 질 통계」(2018.11.)에 따르면 지역간 만성질환 입원율 차이를 설명하는 요인 분석 결과<sup>47)</sup>, 만성질환으로 인한 입원율은 노인 인구가 많을수록 증가하고, 의사 수와 요양기관 수, 요양기관 병상수와 같은 의료자원의 수가 많을수록 만성질환 입원율이 증가하는 것으로 나타났다. 동 보고서는 만성질환에 한정된 경우기는 하나 일반적으로 의료자원과 의료서비스 이용률은 양의 상관관계가 있는 것으로 분석된다. 2018년 건강보험심사평가원 심사평가연구소에서 발간한 「의료이용을 고려한 지역별 필요병상 추계(2018)」에서도 노인인구와 병상이 많을수록 입원율이 높아지는 관련성이 있는 것으로 보고하였다. 이와같이 일반적으로 병상수와 의료서비스 이용은 양의 상관관계가 있는 것으로 연구·보고되고 있다.

실제로 병상수가 급격히 증가하고 있는 요양병원의 경우 최근 10년 동안(2010~2019년) 병상수의 증가와 함께 경증환자 입원비율이 증가(5.0%→11.8%)하고, 입원기간이 증가(147일→174일)한 것으로 나타났다.<sup>48)</sup>

의료는 정보의 비대칭성이 있는 전문분야로 환자는 치료의 필요성에 대해 의사보다 잘 알지 못하고, 병상 확대 및 과다공급은 투자비용에 대한 수익실현을 위해 환자에게 과잉진료의 유인이 될 수 있다. 그러므로 정부차원에서 효율적인 의료자원 활용을 위한 정책이 시행될 필요가 있으며, 병상 공급 관리 방안을 마련할 필요가 있다.<sup>49)</sup>

47) 한국의 고혈압, 당뇨병 등으로 인한 입원율은 OECD 평균의 2배 수준으로, 높은 입원율을 설명하기 위한 계량적 분석을 수행하였다.

48) 자세한 내용은 4다. 요양병원 관리 필요 참조(pp. 89.~91.)

49) 김 윤(2020)은 「바람직한 보건의료정책 방향(국회예산정책처에서 전문가 자문 의뢰)」에서 병상공급규제 방안으로 지역병상총량제, 신설병원 병상기준 조정과 함께 재정지원으로 병원을 300병상 기준으로 기능 분화하고, 입원취약지의 경우 300병상급 병원 확충 지원 또는 공공병원 설립 등을 제안하고 있다.

다섯째, 특수의료장비의 무분별한 도입을 제한하기 위한 특수의료장비 공동활용제도에 대한 관리가 부실하였고, 최근 보장성 강화로 특수의료장비를 활용한 검사가 급증하고 있으므로 특수의료장비 도입 및 과도한 검사 제한을 위한 제도 도입을 검토할 필요가 있다.

특수의료장비란 MRI, CT, 유방촬영용장치 등 보건복지부 장관이 정하는 3종의 장비<sup>50)</sup>를 말하며, 우리나라 의료기관이 보유하고 있는 MRI와 CT는 2019년 기준 1,656대와 2,049대로 최근 10년 동안 각각 연평균 5.9%, 1.8%로 증가해왔다.

[특수의료장비 연도별 현황]

(단위: 대)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
MRI	985	1,062	1,173	1,228	1,294	1,340	1,425	1,496	1,553	1,656	5.9%
CT	1,743	1,787	1,854	1,891	1,870	1,889	1,937	1,964	1,991	2,049	1.8%

자료: 건강보험심사평가원

3종의 특수의료장비는 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」의 적용을 받는다. 동 규칙에 따라 특수의료장비를 설치하기 위해서는 시군구에 등록하여야 하고, 또한 인력 및 시설기준 등 설치인정기준에 맞게 설치·운영하여야 한다. 예를 들어 MRI의 경우 영상의학과 전문의와 방사선사를 전속으로 보유하고 있어야 하며, 200병상 이상인 의료기관에 한하여 설치할 수 있다. 다만, 예외적으로 다른 의료기관의 공동활용을 받아 공동활용에 동의한 의료기관과 합계 병상수가 200병상 이면 설치할 수 있다.

[공급 적정화 정책]

공급적정화정책		내 용
병상 공급 규제	지역병상총량제	시도별 및 병상유형별 병상공급 규제 (유형) 급성 : 3차, 2차, 단과병의원/아성급/장기요양
	신설병원병상기준	(예시) 종합병원 : 현재 100병상 → 300병상 이상 병원 : 현재 30병상 → 100병상 이상
재정지원	기능 분화·전환	300병상 이하 기능전환 : 진료기능에 연계한 수가 인센티브 300병상 이상 기능분화 : 응급, 심뇌혈관, 어린이 병원 등
	입원취약지 병원설립투자	300병상급 후보 병원이 있는 경우 - 확충 지원 300병상급 후보 병원이 없는 경우 - 공공병원 신축

자료: 김 윤(2020), 「바람직한 보건의료정책 방향(국회예산정책처에서 전문가 자문 의뢰)」

50) 보건복지부장관이 정하는 3종에는 포함되지 않지만, 특수의료장비로 혈관조영장치, 체외충격파쇄석기(ESWL), 양전자방출단층촬영장치(PET), 양전자방출전산화단층촬영장치(PET-CT) 등이 있다.

[특수의료장비 설치 및 운영 기준]

구 분	자기공명영상 촬영장치 (MRI)	전산화단층 촬영장치 (CT)
운용인력 기준	영상의학과 전문의 전속 1명 이상 방사선사 전속 1명 이상	영상의학과 전문의 비전속 1명 이상 방사선사 전속 1명 이상
시설기준	1) 200병상 이상 의료기관 2) 다른 의료기관에 공동활용 동의를 받아 합계 200병상 이상 시 (공동활용에 동의한 의료기관은 둘 이상의 의료기관에 중복으로 동의할 수 없음)	1) 200병상 이상 의료기관 또는 종합 병원 2) 다른 의료기관에 공동활용 동의를 받아 합계 200병상 이상 시 (공동활용에 동의한 의료기관은 둘 이상의 의료기관에 중복으로 동의할 수 없음) 3) 다만 군지역 또는 인구가 10만명 이하인 시지역은 100병상을 기준으로 함
장비 현황	2019년말 기준 1,656대	2019년말 기준 2,049대

주: 유방촬영용장치의 운용인력기준은 영상의학과 전문의 및 방사선사 각각 비전속 1명 이상이고, 시설기준은 없음

자료: 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 별표 1과 건강보험심사평가원 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 재작성

이러한 공동활용제도의 경우, 최근의 감사원 감사 결과<sup>51)</sup>에 따르면 공동활용에 대한 동의는 둘 이상의 의료기관에 중복하여 할 수 없도록 규정하고 있으나, 서울시 3개 구와 경기도 3개 시에 대한 표본 조사 결과, 중복적으로 공동활용동의를 해 준 의료기관으로부터 동의를 받아 특수의료장비를 설치한 기관들이 다수 발견되었다. CT의 경우 공동활용동의를 받아 설치한 의료기관은 105개소로, 이 중 26개소(24.8%)가 공동활용동의를 2개 이상 기관에 해 준 의료기관이 포함되어 있었고, MRI는 123개 의료기관 중 33개소(26.8%)가 중복 동의한 의료기관이 포함되어 있었다.<sup>52)</sup>

51) 감사원, 「보건복지부 기관운영감사 감사보고서」, 2019.10.

52) 감사원에 따르면, MRI의 경우 서울특별시 3개 구 중 3개 이상 의료기관에 공동활용 중복 동의를 해 준 의료기관은 2개(강남구 소재)로 확인되었다.

이러한 결과는 관리부재 또는 미흡에 기인한 측면도 있지만, 근본적으로 의료기관이 고가의 특수의료장비를 설치하고자 하는 이유가 수익성이 나기 때문이며, 따라서 검사 수가 등이 높은 것은 아닌지 적정 수가를 검토할 필요가 있다.

최근 보장성 강화로 특수의료장비 이용에 대한 급여비가 급증하고, 보장성강화 대책 시 추정된 예상액보다 상회하는 등 특수의료장비를 활용한 검사가 급증<sup>53)</sup>하고 있으므로, 가이드라인을 마련하여 불필요한 검사가 이루어지지 않도록 관리할 필요가 있다.

## 라. 「보건의료기본법」에 따른 보건의료발전계획 수립 필요

「대한민국헌법」은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 명시하여 국민의 건강권을 보장하고 있다. 「보건의료기본법」<sup>54)</sup>은 좀 더 구체적으로 명시하고 있는데, 모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다라고 규정하고 있다.

헌법에서 명시하고 있는 국민의 건강권에 대해 명확하게 규정하고 있는 「보건의료기본법」은 보건의료에 관한 기본법으로 다른 법률에 우선하는 법률의 위상을 가진다.<sup>55)</sup>

「보건의료기본법」은 보건의료 발전의 기본목표와 추진방향, 보건의료 사업계획, 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책, 보건의료 효율화에 관한 시책 등을 포함한 ‘보건의료발전계획’을 5년 마다 수립할 것을 규정<sup>56)</sup>하고 있다. 그러나 2000년 법

53) 보건복지부는 뇌·뇌혈관 MRI 검사의 경우 2018년 10월부터 건강보험 적용 범위를 전면 확대하였으나, MRI 검사가 예상보다 과도하게 증가하고 의료 과·남용의 우려가 있어 환자 본인부담물 차등 적용, 복합촬영 수가 조정 등 보험기준 개선을 발표하였다. (보건복지부 보도참고자료, 「뇌·뇌혈관 MRI 검사 필수수요 중심으로 보험기준 개선」, 2020.2.6.)

54) 「보건의료기본법」 제10조(건강권 등) ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.  
② 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

55) 「보건의료기본법」 제9조(다른 법률과의 관계) 보건의료에 관한 법률을 제정하거나 개정할 때에는 이 법에 부합되도록 하여야 한다.

제정 이후 보건의료발전계획은 한번도 수립되지 못하고 있다. 보건복지부는 공공보건, 건강보험 등 분야별로 기본계획(또는 종합계획)을 발표하고, 문제 발생 시 현안 대응 대책을 발표하고 있으나, 보건의료 전반을 포괄하는 계획은 수립하지 않고 있는 것이다. 예를 들어 앞서 논의한 병상의 과다 공급의 문제도 보건의료발전계획이 수립된다면 '지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책'도 마련되어 정부의 관리가 이루어질 수 있을 것이다.

따라서 정부는 각 분야별 계획(대책)의 정책적 지향점인 보건의료정책의 기본 방향을 정하는 등 보건의료 정책의 상위법인 「보건의료기본법」에 규정된 '보건의료발전계획'을 수립하여야 할 것이다.

56) 「보건의료기본법」

제15조(보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.

② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 보건의료 발전의 기본 목표 및 그 추진 방향
2. 주요 보건의료사업계획 및 그 추진 방법
3. 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
4. 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책
5. 보건의료의 제공 및 이용체계 등 보건의료의 효율화에 관한 시책
6. 중앙행정기관 간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정
7. 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획
8. 보건의료 통계 및 그 정보의 관리 방안
9. 그 밖에 보건의료 발전을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항

### 가. 건강보험의 재정의 지속가능성을 위한 목표설정 및 구체적인 관리 방안 마련 필요

우리나라의 의료비지출은 빠른 속도로 증가하고 있으며, OECD 국가와 비교할 때 2018년 기준 GDP 대비 의료비 지출 비중은 8.1%로 OECD 평균 8.8% 대비 낮은 수준이나, 빠른 증가속도로 2~3년 내로 OECD 평균을 넘어설 것으로 전망되고 있다.

우리나라 보건의료 정책 중 가장 중요한 건강보험의 경우도 지출규모가 빠른 속도로 증가하고 있는데, 최근 10년(2010~2019년) 건강보험 재정(지출기준)의 증가속도는 연평균 증가율 8.2%로, 정부총지출 연평균 증가율 6.2%보다 빠른 것으로 나타나고 있다.

[건강보험 재정과 정부총지출 비교]

(단위: 조원, %)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
건강보험(A)	34.9	37.4	38.8	41.5	43.9	48.2	52.6	57.3	62.3	70.9	8.2%
정부총지출(B)	282.8	304.4	323.3	337.7	347.9	372.0	384.9	406.6	434.1	485.1	6.2%
비중(A/B)	12.3	12.3	12.0	12.3	12.6	13.0	13.7	14.1	14.4	14.6	

주: 결산기준(현금흐름기준)

자료: 보건복지부, 국회예산정책처 재정경제통계시스템(<https://www.nabostats.go.kr/>)

특히 최근에 빠르게 증가하고 있는데, 실제 지급된 현금흐름을 기준으로 건강보험 지출규모를 보면, 2011~2018년은 전년대비 3.8~9.8%의 증가율을 보였으나, 2019년에는 13.8%가 증가하였다. 그리고 건강보험 재정수지는 2018년부터 당기수지 적자로 전환되었으며, 2018년에는 당기수지 적자규모가 1,778억원이었으나, 2019년에는 2조 8,243억원으로 적자규모가 증가하였다.

[건강보험재정 현황]

(단위: 억원, %)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
수입(A)	335,604	379,774	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643
(증가율)		13.2	10.1	8.0	7.4	8.0	6.3	4.1	7.1	9.6
지출(B)	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886
(증가율)		7.2	3.8	7.0	5.7	9.8	9.1	8.8	8.7	13.8
당기수지(A-B)	△12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243
누적수지	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712

주: 1. 현금흐름 기준(실집행액 기준)

2. 2010~2019년 연평균증가율은 수입 8.2%, 지출 8.2%, 정부지원 5.4%임

자료: 보건복지부

이러한 최근의 빠른 지출 증가는 의료이용량의 증가와 함께 보장성강화로 기존의 비급여가 급여로 전환되면서 건강보험 재정지출이 증가하여 발생한 것으로 보인다. 국민건강보험공단에서 발표한 「2019 건강보험 주요통계(2020.4.)」에 따르면, 2013~2018년 동안 입내원일수 증가율은 2% 수준<sup>57)</sup>이었으나, 2019년에는 전년대비 3.3% 증가하였고, 급여일 증가율은 2015년까지는 3~4%를 유지하였으나, 2016년부터 5~6%대로 증가하였다. 그리고 급여비 증가율은 매년 2015년까지는 7.0% 이하였으나, 2016년 11.5%, 2017년 7.2%, 2018년 13.0%, 2019년 11.2%로 최근들어 높은 증가율을 보이고 있다.

[입내원일수, 급여일수, 급여비의 증가율]

(단위: %)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
입내원일수 증가율	1.8	2.0	0.2	3.2	1.1	1.9	3.3
급여일 증가율	4.1	3.7	3.2	6.4	5.0	5.6	6.5
급여비 증가율	6.8	6.7	6.5	11.5	7.2	13.0	11.2

주 1. 지급기준, 입내원일수는 약국의 처방조제 제외

2. 증가율 : 전년 대비 증감률

자료: 국민건강보험공단, 「2019 건강보험 주요통계」, 2020.4.

57) 2016년은 2015년 메르스 사태로 입내원일수가 0.2%만 증가하여 상대적으로 높게 나타난다.

보장성 강화 대책으로 건강보험 재정의 지출규모는 더욱 커질 것으로 예상되는데,<sup>58)</sup> 국회예산정책처의 장기재정전망<sup>59)</sup>에 따르면 2050년 기준 건강보험 재정규모는 229조원에 이르고, 정부지원금(일반회계+국민건강증진기금)은 2050년에 27.3조원에 달할 것으로 전망된다.<sup>60)61)</sup>

**첫째, 건강보험 재정의 지속가능성을 위해 보건복지부는 건강보험 재정의 적정 규모에 대한 목표를 설정하여 운영할 필요가 있다.**

건강보험은 국민이 부담하는 보험료를 재원으로 보험급여비를 지출하는 보험의 원리로 운영된다. 또한 당해연도 지출규모를 예상하고 수입을 계획하는 양출제입(量出制入)의 원리로 운영되는 단기보험이다. 이는 2020년도에 건강보험 급여비와 운영비 등의 지출규모를 전망하고, 필요한 수입을 확보하기 위해 건강보험료를 올릴 것을 결정하는 구조이다. 따라서 건강보험 지출규모가 증가하면 건강보험료를 통해 재원을 충당할 수 있다.

최근 건강보험 급여비 지출의 증가로 건강보험료는 매년 인상되어 왔는데, 2017년에는 동결되었으나 2018년, 2019년, 2020년에는 각각 2.04%, 3.49%, 3.20%씩 인상되었다.

[연도별 건강보험료율 및 인상률 현황]

(단위: %)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
건강보험료율	5.89	5.99	6.07	6.12	6.12	6.24	6.46	6.67
(인상률)	(1.6)	(1.7)	(1.35)	(0.9)	(-)	(2.04)	(3.49)	(3.20)

자료: 보건복지부

58) 국민건강보험 종합계획에 있는 2023년까지 재정전망 자료에 따르면, 2019~2023년 건강보험 지출 규모의 연평균 증가율은 8.7%이다.

59) 국회예산정책처, 「2019~2050년 NABO 장기 재정전망」, 2018.12.

60) 2050년 정부총지출은 1,014.5조원으로 전망하고 있다.

61) 전망치는 2019년 불변가격으로, 경상가격으로 전망할 경우 금액은 더 커질 수 있다.

그러나 「국민건강보험법」<sup>62)</sup>은 건강보험료가 무한정 상승하는 것을 방지하기 위하여 보험료율의 상한을 정하고 있는데 현재는 8%로 정하고 있다. 그러나 2020년 인상률과 같이 매년 3.2%로 인상할 경우<sup>63)</sup> 2026년에는 건강보험료율 상한인 8%를 초과하여 8.05%에 이를 것으로 예상된다.

[매년 3.2% 인상 시 연도별 건강보험료율 추정 결과: 2019~2026년]

(단위: %)

구 분	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
건강보험료율	6.46	6.67	6.88	7.10	7.33	7.56	7.80	8.05
(인상률)	3.49	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2

주: 2019년과 2020년 건강보험료율 및 인상률은 확정보험료율과 인상률임  
 자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

건강보험료율이 법정상한선 8%에 도달하게 되면, 이후에는 법률을 개정을 하지 않는 한 건강보험의 수입은 소득증가율 수준으로 밖에 확보할 수 없다.<sup>64)</sup> 따라서 2026년 이후가 되면, 의료비 지출은 보장성 강화와 노인인구 증가 등으로 지속적으로 증가<sup>65)</sup>하는 상황에서 수입 증가는 둔화되어 건강보험 재정의 지속가능성을 담보하기 어려운 상황이 될 것으로 예상된다.

현재 보건복지부는 건강보험보장률 제고를 위한 목표(현재 60% 초반에서 70% 진입)만 가지고 있고, 건강보험 재정의 적정 규모에 대한 목표가 부재한 상황이다. 즉, GDP 대비 어느 수준인지, 또는 정부 지출규모의 어느 수준이 적정 규모인지에 대한 목표를 가지고 있지 않다.

62) 「국민건강보험법」 제73조(보험료율 등) ① 직장가입자의 보험료율은 1천분의 80의 범위에서 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정한다.

63) 정부는 「제1차 건강보험 종합계획」에서 2023년까지 3.49% 인상을 전제로 재정전망을 제시하였으나, 2020년 건강보험료율은 건강보험정책심의회회의 심의 결과 3.2% 인상으로 결정되었기 때문에, 2021년 이후의 보험료율 인상률을 3.2%로 가정하였다.

64) 8% 상한을 정하고 있는 「국민건강보험법」을 개정을 통해 보험료 수입을 확대할 수 있으나, 보험료율의 상한의 개정은 보험료율 인상이 지속되는 것을 의미하고 이는 국민 부담이 지속적으로 증가하는 것을 의미하므로, 쉽지 않을 것으로 예상된다.

65) 2018년 기준 노인 1인당 연평균 진료비는 457만원으로, 전체 1인당 연평균진료비 153만원의 3배 수준이다.



신현웅 외(2019)<sup>66)</sup> 연구에서 외래 방문 과다 이용자(연간 70일 이상)의 유형을 분석한 결과, 외래 과다 이용자의 상당수가 물리치료 이용자인 것으로 나타났으며, 물리치료 과다 이용자를 대상으로 질적 분석(인터뷰 등) 결과, 물리치료에 대해 병원에서 치료를 받는 것으로 인식하기보다는 통증완화를 위해 습관적으로 마사지를 받는 행위 정보로 인식하는 경향이 높았다.

따라서 의료서비스 이용이 과다하게 발생하는 영역이나 환자에 대해서는 합리적 의료이용을 유도하기 위해 급여기준 조정, 본인부담금 인상 등의 보완 대책이 마련될 필요가 있다.

**셋째, 건강보험료를 상한선 도달로 건강보험료 수입이 정체되는 문제도 있지만, 저출산으로 생산연령인구가 감소하고 따라서 보험료 부담 주체의 인구 감소로 건강보험 재정 수입은 감소할 것으로 예상되므로 보험료 재원 확보 방안을 준비할 필요가 있다.**

고령화로 인한 의료비 증가로 지출도 증가하지만, 저출산으로 인해 생산가능인구가 감소하고 따라서 건강보험료 부담 주체인 가입자 수가 줄어들 것으로 예상된다. 통계청의 장래인구추계에 따르면 생산연령인구 비중은 2017년 3,757만명이었으나, 2030년에는 3,395만명, 2060년에는 2,058명으로 감소하는 것으로 전망되며, 따라서 건강보험료 부담주체인 가입자 수는 감소할 것이다.<sup>67)</sup>

---

66) 신현웅, “보건의료정책 현황과 과제 : 지속가능성 확보를 중심으로”, 「보건복지포럼(2020.1)」, 한국보건사회연구원

67) 건강보험료는 소득에 기반하여 보험료를 부과하므로, 직장가입자수, 보수월액, 보험료율에 의해 전체 건강보험 수입 규모가 산정되는데, 지속적인 저출산으로 인한 생산연령인구의 감소는 건강보험료 부담 주체가 감소하여 보험료수입이 감소하게 된다.

[장래인구추계 : 생산연령인구(15~64세) 및 고령인구(65세 이상)]

(단위: 천명, %)

구 분	2017	2018	2019	2020	2030	2040	2050	2060	2067
생산연령인구 (15~64세)	<b>37,572</b>	37,645	37,590	37,358	<b>33,947</b>	28,649	24,487	<b>20,578</b>	17,842
- 구성비	73.2	72.9	72.7	72.1	65.4	56.4	51.2	48.0	45.4
고령인구 (65세 이상)	7,066	7,372	7,685	8,125	12,980	17,224	19,007	18,815	18,271
- 구성비	13.8	14.3	14.9	15.7	25.0	33.9	39.8	43.9	46.5

주: 중위 추계(기본 추계: 출산율-중위 / 기대수명-중위 / 국제순이동-중위)

자료: 통계청 주요 연령계층별 추계인구(생산연령인구, 고령인구 등) / 전국

이러한 건강보험료 부담 주체인 가입자 수의 감소는 국민들이 부담하는 보험료 수입에 상당수 의존(건강보험재정 수입의 80% 이상)하는 건강보험 재정의 수입의 감소로 이어져 건강보험 재정에 부정적 영향을 미칠 것으로 보인다.

따라서 정부는 향후 예상되는 수입 감소에 대해 재원확보 방안을 선제적으로 준비함으로써 건강보험제도의 지속가능성을 확보할 필요가 있다.

## 나. 건강보험 국고지원에 대한 합리적 편성기준 필요

보험료 예상수입액의 14%를 지원하는 정부지원금(일반회계)은 지원 규모 조정에 따른 감액조정으로, 매년 14%에 미달하고 지원 비율도 일정하지 않아 예측가능성이 떨어지므로 합리적인 편성기준을 마련하여 운영할 필요가 있다.

정부는 건강보험 재정의 안정적 운영을 위하여 「국민건강보험법」과 「국민건강증진법」에 따라 보험료 예상수입액의 14%를 일반회계에서, 보험료 예상수입액의 6%를 국민건강증진기금에서 건강보험 재정으로 지원하고 있다.<sup>68)</sup>

건강보험 가입자 지원(일반회계) 사업은 보험료 예상수입액의 14%와 과징금 예상수입액의 50%로 구성되며, 이 중 보험료 예상수입액의 14% 산정방법은 전년도 및 당해연도 보험료율 인상률과 가입자 수 증가율과 보수월액 증가율을 반영하여 차년도 보험료 예상수입액을 구하고, 여기에 14%를 곱하여 산출된다.

정부는 이렇게 산출된 금액에서 한정된 재원을 효율적으로 배분한다는 취지로 ‘지원규모 조정’이라는 명목으로 일정부분 감액하여 최종 예산안을 편성하고 있다. 이러한 지원규모 조정 규모는 일정한 기준이 없으며 2016년 7,040억원, 2017년 1조 3,485억원, 2018년 2조 539억원, 2019년 2조 1,352억원, 2020년 1조 8,801억원으로 매년 차이가 있고, 보험료 예상수입액과 비교하더라도 정부지원금(일반회계) 지원 비율은 최근 5년 동안 10.2~12.3% 범위에서 증감을 반복하고 있다.

68) 「국민건강보험법」

제108조(보험재정에 대한 정부지원) ① 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.

② 공단은 「국민건강증진법」에서 정하는 바에 따라 같은 법에 따른 국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다.

「국민건강증진법」 부칙 <법률 제6619호, 2002. 1. 19.>

②(기금사용의 한시적 특례) 보건복지부장관은 제25조제1항의 규정에 불구하고 2022년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 동법 제108조제4항의 용도에 사용하도록 동법에 따른 국민건강보험공단에 지원한다. 다만, 그 지원금액은 당해연도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없다.

[건강보험 가입자 지원(일반회계) 예산안 구성]

(단위: 백만원, %)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020
(A)보험료 예상수입액(억원)	421,733	444,440	533,209	578,154	639,260
(B)보험료 예상수입액의 14% (=A×0.14)	5,904,265	6,222,160	7,464,926	8,094,156	8,949,640
(C)과징금 예상수입액의 50%	5,775	9,177	9,132	13,154	13,065
(D)지원규모 조정	△704,003	△1,348,537	△2,053,949	△2,135,233	△1,880,092
(E)최종(=B+C+D)	5,206,037	4,882,800	5,420,109	5,972,077	7,082,613
(F)보험료 예상수입액 대비 비율(=E/A)	12.3	11.0	10.2	10.3	11.1
(G)보험료수입액 대비 비율	11.0	9.7	9.7	10.1	- <sup>1)</sup>

주: 1. 예산안 편성 기준이며, '보험료수입액 대비 비율'은 결산 결과 최종 지원비율임

1) 2020년 6월 현재 보험료 수입액 결산이 확정되지 않았으므로 산출되지 않음

자료: 보건복지부

이러한 지원 방식은 정부의 재정여건에 따라 정부지원금 규모가 유동적이며, 재정당국의 재량이 과도하게 개입되는 측면이 있다. 또한 건강보험 재정 측면에서 보면 정부지원금이 일관성 없이 지원되고 있다고 할 수 있다.

건강보험 재정은 향후 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 가운데, 정부지원금 또한 예측가능한 범위에서 지원될 수 있도록 합리적인 편성기준을 마련하여 일관성 있는 지원이 이루어질 필요가 있다.<sup>69)</sup>

69) 참고로 국민건강증진기금에서 지원하는 정부지원금(이하 기금 지원금) 규모는 「국민건강증진법」에 따라 건강보험료 예상수입액의 6%이나, 단서조항에 의해 담배부담금 예상수입액의 65%로 상한이 정해져 있다. 현재 국민건강증진기금에서 지원하는 정부지원금은 65% 상한의 적용을 받아 보험료 예상수입액의 6%에는 미달하고 있다.

[국민건강증진기금의 건강보험 정부지원금 현황]

(단위: 억원, %)

구 분	2016결산	2017결산	2018결산	2019결산	2020예산
지원액	18,914	19,011	18,801	18,082	18,801
지원율	4.0	3.8	3.5	3.1	2.9

주: 지원율은 보험료예상수입액 대비 기금 지원금 비율

자료: 보건복지부

### [참고] 건강보험 국고지원의 연혁

건강보험 재정에 대한 정부지원은 농어촌 지역의료보험이 실시된 1988년 956억원의 규모로 시작되었다. 이는 사회보험에 대한 인식이 희박한 당시에 제도의 정착을 뒷받침하고, 보험료 부담능력이 낮은 농어민의 보험료 부담을 국가가 일부 지원한다는 취지에 기원을 둔다. 이 후 정부지원액은 1989년 2,205억원, 1990년 3,639억원으로 점점 증가하여 1998년에는 1조원을 상회하게 되었고, 2000년 이전(구)의료보험에 대한 국고지원은 지역의료보험 재정의 1/2 정도를 국가가 부담하는 선에서 이루어졌다.<sup>70)</sup>

2000년대 들어 건강보험 재정이 악화되고, 조직과 재정이 통합되는 변화를 겪으면서 국고지원의 틀도 바뀌게 되었다. 2002년 「국민건강보험재정건전화특별법」(이하 특별법)을 제정하면서 2002~2006년 동안 지역가입자의 건강보험 급여로 지급할 금액의 50% 상당을 정부(일반회계 35%, 국민건강증진기금 15%)에서 지원하는 것으로 변경되었고, 기존에 일반회계에서만 지원하였으나 담배부담금을 재원으로 하는 국민건강증진기금의 지원이 추가되었다.

한시법인 특별법은 2006년 12월 31일에 종료되고, 2006년 개정된 「국민건강보험법」과 「국민건강증진법」에 따라 국고지원은 2011년까지로 연장되었으며 국고지원 규모는 보험료예상수입액의 20%(일반회계 14%, 국민건강증진기금 6%)로 수정되었다. 그리고 2011년으로 규정된 한시조항은 2016년으로 연장되었고, 2016년에 다시 2017년까지로 연장되었으며, 2017년에는 2022년까지 연장하는 것으로 개정되었다.

#### [국고지원 연혁]

- 1988년 농어촌 지역의료보험 확대와 함께 지역의료보험 재정 50% 명목으로 국고 지원 시작
- 2002년 국민건강보험재정건전화 특별법 제정으로 법제화(2006년까지 한시법)
- 2006년 특별법 만료에 따라 국민건강보험법에 명시(2011년까지 한시지원)
- 2011년 2016년까지로 연장
- 2016년 2017년까지로 연장
- 2017년 2022년까지로 연장

70) 국회예산정책처, 「2010회계연도 결산 중점 분석 III」, 139~140쪽, 2011.7

#### 다. 의료급여 사업의 재정지출 증가에 대한 고려 부족

의료급여도 건강보험과 유사한 수준으로 지출규모가 증가할 것으로 예상되나, 국가재정운용계획에는 이를 반영하지 못하여 과소전망된 바, 합리적인 지출전망과 함께 의료비 지출 관리 방안을 모색할 필요가 있다.

국가재정운용계획은 향후 5년간의 재정운용방향을 보여주는 자료로, 정부가 국회에 예산안 제출시 함께 제출되는 예산안 첨부서류이다. 「2019~2023년 국가재정운용계획」은 2020년도 정부 예산안 지출 시 2019년 확정예산과 2020년 정부가 편성한 예산안을 기준으로, 2023년까지의 재정계획이 첨부되어있다.

「2019~2023년 국가재정운용계획」에서 제시하고 있는 의료급여의 2019~2023년 지출전망은 연평균 4.9%로 제시하고 있다. 2020년 예산은 9.6% 증가하고, 2021년 4.1%, 2022년과 2023년은 각각 3.0% 증가하는 것으로 전망하고 있다.<sup>71)</sup>

[의료급여 지출 전망]

(단위: 억원, %)

구 분	2019		2020	2021	2022	2023	연평균 증가율
	본예산	추경					
의료급여	63,915	64,374	70,038	72,940	75,128	77,382	4.9
(증가율)			9.6	4.1	3.0	3.0	

주: 증가율 및 연평균증가율(2019-2023)은 본예산 기준  
자료: 대한민국 정부, 「2019~2023년 국가재정운용계획」, 2019.

의료급여는 건강보험료를 부담하기 어려운 저소득층을 위한 공공부조제도로, 보험료부담이 없을 뿐 병원에서 동일한 의료서비스를 받을 경우 소요되는 총 경비(의료비)나 보장성 등은 거의 유사하다. 즉, 건강보험이 보장성을 강화하여 기존의 비급여를 급여로 전환할 경우, 의료급여에서도 동일하게 적용하고 있다.

그러나 의료급여 지출 전망과 건강보험의 재정전망은 지출 증가율에 차이가 있는 것으로 파악되었다. 건강보험의 경우 2019년에 발표한 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」에 따르면, 2018~2023년 동안 연평균 8.7% 증가할 것으로 전망하고 있는데, 이는 의료급여 지출 전망 4.9%와 2배 가까이 차이가 있다.

71) 2020년 예산은 급여비 미지급금분 1,087억원을 추가로 반영하면서 전년대비 9.6%라는 높은 증가율을 보이고 있다.

[건강보험 재정전망]

(단위: 억원, %)

구분	2018	2019	2020	2021	2022	2023	연평균 증가율
수입	621,159	676,612	739,725	807,305	869,823	934,545	8.5
지출	622,937	708,248	767,000	817,984	886,700	943,226	8.7
(증가율)		13.7	8.3	6.6	8.4	6.4	

- 주: 1. 2018년은 현금흐름 기준(실제 지급 기준), 2019년부터 전망치  
 2. 보험료율 : 2022년까지 3.49%, 2023년은 3.2% 적용  
 3. 정부지원액 : 2019~2023년 모두 7조 8,732억원(2019년 보험료수입 대비 13.6%)  
 4. 수가인상률 : 2019~2023년 모두 2.37% 적용  
 5. 연평균증가율은 2018~2023  
 자료: 보건복지부, 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」, 2019.4.

건강보험이 선제적으로 대응하고, 의료급여가 이를 따라가는 구조임을 감안할 때 보장성 강화 부분을 고려하지 못하였거나 과소하게 평가하여 의료급여의 지출 전망에 오차가 있었던 것으로 보인다.

실제로 의료급여는 매년 예산 부족으로 미지급금이 발생하고 있고, 추경편성이거나 예비비 사용 등을 통해 미지급금 일부를 충당하고 있는데, 이는 재정지출 증가에 대한 예측의 정확성이 부족했음을 방증한다고 볼 수 있다.

[의료급여 미지급금 및 추경·예비비·이전용 현황]

(단위: 억원)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
미지급금	834	290	2,941	4,386	8,696	2,380
- 국고	537	168	2,258	3,334	6,695	1,898
- 지방비	297	122	683	1,052	2,000	482
추경증액	0	537	968	4,436	266	459
예비비 및 이전용	0	0	0	0	2,335	4,410

자료: 보건복지부

전망을 하는 이유가 미래의 상황을 예측하여 사전에 준비하기 위한 것임을 고려할 때, 의료급여사업의 경우 합리적인 지출전망과 함께 의료비 지출 관리 방안을 모색할 필요가 있다.

### 가. 의료서비스 이용의 사각지대 해소 대책의 보완

우리나라는 건강보험과 의료급여제도를 통해 전국민 의료보장제도를 실시하고 있으며, 의료비 부담으로 가계가 파탄되는 경우를 방지하기 위하여 본인부담금 상한 제도와 재난적의료비 지원 제도를 실시하고 있다. 따라서 제도설계상으로는 사각지대가 없어야 하나, 건강보험료를 장기간 체납할 경우 급여지급이 제한되고, 본인부담 상한제에도 불구하고 급여에 포함되지 않는 비급여 부담으로 실제 환자가 부담하는 의료비(본인부담금) 부담으로 의료서비스 이용에 어려움을 겪는 경우도 있다.

이하에서는 자격측면, 이용측면으로 구분하여 사각지대를 살펴보았다. 자격측면에서는 보험료 체납자 현황을 중심으로 살펴보고, 이용측면에서 이용은 우리나라 재난적의료비 실태와 2013년 8월부터 도입된 재난적의료비 지원 사업의 성과에 대해 살펴보았다.

첫째, 2019년 6월부터 생계형체납자 해소를 위해 일정 기준을 만족하는 대상자에게는 급여제한 등의 조치에서 제외하고 있으나, 이는 근본적인 대안이라고 보기 어려우므로 보험료지원, 의료급여수급권자 확대 등 실질적인 사각지대 해소 방안을 마련할 필요가 있다.

건강보험은 의료급여수급권자를 제외한 전국민을 대상으로 가입자격이 주어지므로 법적으로는 사각지대가 없으나, 현실적으로 보험료 체납, 행려, 주민등록 말소 등으로 인한 사각지대가 존재하고 있다.

건강보험료 체납은 지역가입자는 세대기준으로, 직장가입자는 사업장 기준으로 납부주체를 기준으로 관리되고 있다. 최근 5년 건강보험료 체납 현황을 보면, 지역가입자는 2015년 435만 세대, 3.4조원에서 2019년 389만 세대, 3.2조원으로 감소추세에 있다. 반면에 사업장은 2015년 41만 개소 1.3조원에서 2019년 44만 개소, 1.8조원으로 증가하였다.

[건강보험료 체납 현황]

(단위: 천세대, 천개소, 억원)

구 분		2015	2016	2017	2018	2019
합계	건수	4,758	4,584	4,569	4,454	4,326
	체납액	47,211	48,119	49,737	50,109	49,562
지역 (세대)	세대수	4,352	4,168	4,132	4,013	3,889
	체납액	33,843	33,898	34,140	33,205	31,692
직장 (사업장)	사업장수	406	416	437	441	437
	체납액	13,367	14,221	15,596	16,904	17,870

주: 1. 1개월 이상 체납자 현황

2. 체납건수와 체납액은 각 연도말 기준 현황이며, 당해연도에 새롭게 발생한 체납실적이 아니라 누계 개념임

자료: 국민건강보험공단

「국민건강보험법」은 6회 이상 건강보험료를 납부하지 않은 경우에는 체납보험료를 전액 납부할 때까지 건강보험의 혜택을 받을 수 없도록 규정하고 있으며, 따라서 6개월 이상 체납할 경우 급여의 제한<sup>72)</sup>을 받을 수 있다.

다만, 건강보험료 납부주체가 지역가입자는 세대주이므로 체납 시 해당 세대가 급여제한을 받게 되나, 직장가입자는 납부주체가 사업장이므로 사업장이 체납하더라도 근로자는 건강보험 급여제한을 받지 않는다.<sup>73)</sup> 따라서 이하에서는 지역가입자 중심으로 체납현황을 살펴본다.

2019년말 기준으로 6개월 이상 체납한 지역가입자는 185만세대로, 지역가입자 세대수 794만세대의 23.3%에 이른다.

72) 체납자에 대한 급여제한은 요양기관(병원 등)에서 진료를 받지 못하게 사전에 제한하는 것이 아니라, 일단 보험급여 후 사후에 급여제한 기간 중 진료비를 부당이득금으로 환수하는 조치를 말한다. 다만, 납부능력이 있는 고소득·재산자는 성실납부자와의 형평성 유지를 위해 병원 접수 단계에서 급여제한 후 보험료 완납 시 진료비를 환급하는 사전급여제한을 두고 있다.

[체납자 급여제한 제도]

- 건강보험료를 6회 이상 체납한 가입자 및 피부양자에 대하여 공단이 ① 급여제한 사전통지(배달증명)를 실시하고, 급여제한 통지 이후 진료를 받은 사실이 있을 경우 ② 진료사실을 통지(일반우편)하고, 2월의 납부기한까지도 체납보험료를 납부하지 아니하면 공단에서 부담한 보험급여비용을 ③ 부당이득금으로 환수(다만, 재산 및 소득이 없거나, 연 100만원 미만이면 보험급여제한을 제외)

73) 다만, 사업장 납부주체(일반적으로 사장 또는 소유주)는 본인의 귀책사유로 체납한 것이므로 급여제한을 적용 받는다.

[지역가입자의 체납기간별 건강보험료 체납 현황(2019년 기준)]

(단위: 천세대, %, 억원)

구 분	합 계	5개월 이하	6개월 이상			
			소계	6-12개월	13-24개월	25개월 이상
체납세대수	3,889	2,038	<b>1,852</b>	573	438	841
(비중)	(49.0)	(25.7)	<b>(23.3)</b>	(7.2)	(5.5)	(10.6)
체납액	31,692	3,445	28,247	3,315	4,024	20,908

주: 1. 2019년말 기준

2. 지역가입자는 7,937천세대, 13,757천명임

자료: 국민건강보험공단

지역가입자 보험료를 기준으로 소득 10분위로 구분해서 보면,<sup>74)75)</sup> 소득이 낮을수록 체납자 수가 많은 것으로 나타나, 저소득층일수록 보험료는 낮지만 보험료 납부부담이 큰 것으로 볼 수 있다.

[지역가입자 체납세대의 소득분위 분포(2018년 기준)]

(단위: 원, 세대, %)

소득 분위	가입세대 (천세대) (A)	분위별 최대보험료	체납세대					소 계 (B)	비중	가입세대 대비 (B/A)
			6~12개월	13~24개월	25개월 이상					
1~3분위	805	14,820	189,230	157,911	414,622	761,763	38.0	31.5		
4분위	805	27,490	106,034	92,217	208,552	<b>406,803</b>	20.3	50.5		
5분위	805	51,460	98,368	76,482	143,766	<b>318,616</b>	15.9	39.6		
6분위	805	77,890	69,939	48,520	73,743	<b>192,202</b>	9.6	23.9		
7분위	805	109,430	53,389	33,090	41,243	<b>127,722</b>	6.4	15.9		
8분위	805	150,300	42,589	24,270	25,240	<b>92,099</b>	4.6	11.4		
9분위	805	217,940	34,474	17,114	15,200	<b>66,788</b>	3.3	8.3		
10분위	805	3,096,570	25,111	9,645	6,236	<b>40,992</b>	2.0	5.1		
합 계	8,053		619,134	459,249	928,602	2,006,985	100.0	24.9		

주 1. 전체 지역가입자 세대수를 10으로 나누어 각 분위별 세대수를 구하고, 각 분위별 최대보험료를 산출한 다음, 각 구간 보험료에 해당하는 체납세대를 산출함. 1분위에서 10분위로 갈수록 고소득임

2. 최저보험료인 13,100원에 많은 세대수가 집중되어 있고, 2~3분위에 걸쳐져 있어 1~3분위를 통합하여 제시함(13,100원 이하인 세대는 보험료 경감 세대임)

3. 1~3분위 구간은 정부에서 보험료를 지원하는 “차상위계층 지원 사업”의 지원대상자(26만명)이 포함되어 있어 체납세대 비중이 상대적으로 낮음

자료: 국민건강보험공단

74) 전체 지역가입자 세대수를 10분위로 구분해서 각 분위별 세대수를 구하고, 각 분위별 최대보험료를 산출한 다음, 각 구간 보험료에 해당하는 체납세대를 산출하였다.

75) 자료상의 한계로 2018년 체납세대를 기준으로 소득분위별로 분류하였다.

최근 국회는 「국민건강보험법」(2018.12.11. 개정)과 동법 시행령 개정(2019.6.11. 개정)으로 생계형 건강보험료 체납자를 위한 급여제한 기준을 완화하였는데, 동 개정으로 미성년자, 65세 이상, 장애인의 경우 소득 및 재산이 일정 금액(100만원) 미만일 경우 6회 이상 체납 시에도 급여제한을 적용받지 않는다.

[국민건강보험법 및 동법 시행령 개정 내용]

국민건강보험법 제53조제3항	국민건강보험법 시행령 제26조제3항
<p>제53조(급여의 제한)</p> <p>③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. <u>다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.</u> &lt;개정 2018. 12. 11.&gt;</p> <p>1. 제69조제4항제2호에 따른 소득월액 보험료</p> <p>2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료</p>	<p>제26조 (급여의 제한) ③ 법 제53조제3항 각 호 외의 부분 단서에서 “대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우”란 다음 각 호의 요건을 모두 충족한 경우를 말한다. 이 경우 소득은 제41조제1항에 따른 소득을 말하고, 재산은 제42조제3항제1호에 따른 재산을 말한다. &lt;신설 2019. 6. 11.&gt;</p> <p>1. 법 제53조제3항제2호의 보험료를 체납한 가입자가 속한 세대의 소득이 100만원 미만이고, 그 세대의 재산에 대한 「지방세법」 제10조에 따른 과세표준(이하 “과세표준”이라 한다)이 100만원 미만일 것. <u>다만, 가입자가 미성년자, 65세 이상인 사람 또는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인인 경우에는 그 소득 및 재산에 대한 과세표준이 각각 공단이 정하는 금액 미만일 것</u></p> <p>2. 법 제53조제3항제2호의 보험료를 체납한 가입자가 「소득세법」 제168조제1항에 따른 사업자등록을 한 사업에서 발생하는 소득이 없을 것</p>

이러한 조치로 급여 제한자가 2019년에 크게 감소하였다. 세대기준으로, 급여제한 세대는 2015년 108만 세대에서 2018년 83만 세대로 단계적으로 감소하고 있었으나, 2019년에는 36만 세대로 전년대비 절반 이상이 감소하였다.

[급여 제한자 현황]

(단위: 천세대, 천명, %)

구분	연도	전체			지역			직장		
		적용 인구	급여 제한	비율	적용 인구	급여 제한	비율	적용 인구	급여 제한	비율
세대	2015	23,413	1,077	4.60	7,653	1,041	13.60	15,760	36	0.23
	2016	23,997	1,009	4.20	7,659	969	12.65	16,338	40	0.24
	2017	23,370	897	3.84	6,540	854	13.06	16,830	43	0.26
	2018	24,157	830	3.44	6,678	780	11.68	17,479	50	0.29
	2019	25,080	359	1.43	6,957	332	4.77	18,123	27	0.15
인구	2015	50,490	1,429	2.83	14,265	1,381	9.68	36,225	48	0.13
	2016	50,763	1,312	2.58	14,088	1,261	8.95	36,675	51	0.14
	2017	50,941	1,082	2.12	14,042	1,031	7.34	36,899	51	0.14
	2018	51,072	989	1.94	14,082	932	6.62	36,990	57	0.15
	2019	51,391	435	0.85	14,164	404	2.85	37,227	31	0.08

주: 연도말 기준

자료: 국민건강보험공단

그러나 이러한 정책은 생계형 체납자의 사각지대 완화라는 측면에서 바람직하나, 근본적인 해결책으로 보기 어렵다. 건강보험이 체납되었다고 해서 당장 의료 이용을 할 수 없는 것은 아니나 급여 환수 조치에 대한 우려 때문에 의료 이용을 기피하는 경향이 있는 것으로 연구 보고되고 있다.<sup>76)</sup>

국민건강보험공단은 해외이주, 경제적 빈곤, 만성질환 장애인, 미성년·노령, 의료급여수급권자로 전환, 파산 등의 사유가 발생할 때, 소득금액 100만원 이하, 재산과표 450만원 이하이면 심의를 통해 결손처분하고 있다. 결손처분 사유가 다양하나, 기본적으로 소득, 재산기준을 만족하여야 하고 사유도 대부분이 경제적 빈곤, 파산 등으로 경제적 어려움이 있는 경우에 결손처분하고 있다.<sup>77)78)</sup>

76) 한국보건사회연구원, 「포용복지와 건강정책의 방향」, 보건복지포럼, 2019.12.

77) 2019년에는 지역가입자 체납자 중 20만 건에 대해 총 1,696억원을 결손처분하였다.

[최근 5년간 지역가입자 건강보험료 결손처분 현황]

(단위: 건, 백만원)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
건수	44,198	73,976	344,868	148,121	199,243
금액	33,568	43,256	67,091	118,549	169,583

주: 2017년도 미성년자 납부의무 면제(287,254건 5,114백만원) 포함

자료: 국민건강보험공단

[지역가입자 결손처분 기준 및 사유]

결손처분 기준	결손처분 사유
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 소득금액 100만원 이하, 재산과표 450만원 이하</li> <li>○ 결손처분 신청 전분기까지의 체납보험료, 연체금, 체납처분비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 소멸시효 완성, 해외이주, 경제적 빈곤, 만성질환, 장애인, 미성년·노령, 의료급여, 사망, 행방불명, 특수시설수용, 개인파산, 입양, 차상위, 장기출국 등</li> </ul>

자료: 국민건강보험공단

국민건강보험공단은 연간 4회 정도의 결손처분여부를 심의·의결하는데, 최근 3년(2017~2019년) 결손처분 현황자료를 바탕으로, 2회 이상 중복적으로 결손처분을 받는 경우가 있는 지 분석한 결과, 15.9%가 2회 이상 중복적으로 결손처분 받은 것으로 나타났다. 즉, 체납된 건강보험료에 대한 납부능력 부족으로 결손처분하여도, 다시 건강보험료가 체납되고 있는 사례가 발생하고 있다.

[최근 3년간(2017년 ~ 2019년) 중복 결손처분 현황]

(단위: 세대, 억원)

구분	계	1회	2회	3회	4회 이상
건수	404,978 (100%)	340,828 (84.1%)	50,675 (12.5%)	13,263 (3.3%)	212 (0.1%)
금액	3,500 (100%)	2,831 (80.9%)	530 (15.1%)	137 (3.9%)	2 (0.1%)

주 1. 2017년도(지역) 미성년 납부의무 면제(287,254건, 5,114백만원) 제외

2. 승인일자 동일 건은 1회로 간주

자료: 국민건강보험공단

이러한 체납된 건강보험료의 반복된 결손처분은 이러한 세대는 실질적으로 건강보험료 납부 능력이 없다고 보는 것이 타당할 것이다. 그리고 건강보험제도는 가입자 간 상호연대를 바탕으로 보험료를 부담하고 이를 보험급여에 사용된다는 점에서 체납세대를 방치하는 것은 보험료를 성실히 납부하는 사람들에게 비용이 전가되는 문제도 있다. 그러므로 보험료조차 부담하기 어려운 세대는 보험료 지원, 의료급여제도로 편입 등의 방안을 고려할 필요가 있다.

78) 건강보험료 체납 시 납부독촉, 압류예고, 압류통지, 공매 등의 절차가 이루어지고, 그럼에도 보험료 납부 가능성이 없다고 판단될 경우 결손처분하고 있다.

둘째, 저소득층일수록 재난적의료비 발생률이 높고 재난적의료비 발생 가구의 의료비 지출 수준이 가계 지출의 70%에 달하므로, 최근 불용되고 있는 재난적의료비 지원 사업을 적극적으로 집행함으로써 재난적의료비 발생 가구를 적극적으로 보호할 필요가 있다.

재난적의료비(Catastrophic health expenditure)<sup>79)</sup>는 의료비 지출이 가구의 지불 능력에 대하여 일정 비율 이상일 때를 말하며, WHO(세계보건기구)에서는 지불 능력(식료품 외의 소비지출의 개념) 대비 의료비 지출이 40% 이상인 가구를 재난적 의료비 발생가구로 정의하고 있다

국민건강보험공단의 「2017년 한국의료패널 심층분석보고서」에 따르면, 우리나라의 재난적의료비 발생률은 2013년 4.39%에서 2017년 3.74%로 감소하고 있다. 그러나 소득분위별로 보면 1분위는 재난적의료비 발생률이 감소하고 있기는 하나 10%이상의 가구가 재난적의료비를 경험하는 것으로 나타나고 있다.

[연도별 소득분위별 재난적의료비 발생가구 비율]

(단위: %)

소득분위	2013	2014	2015	2016	2017
재난적의료비 발생률	4.39	4.28	4.38	4.08	3.74
- 1분위	12.86	12.98	13.21	11.87	10.57
- 2분위	5.65	5.21	5.59	5.35	4.75
- 3분위	1.97	1.64	1.79	2.22	1.80
- 4분위	0.27	0.49	0.56	0.73	0.37
- 5분위	0.22	0.45	0.43	0.06	0.58

주: 발생기준 40%(가계소득 중 의료비 지출이 40% 이상)

자료: 국민건강보험공단, 「2017년 한국의료패널 심층분석보고서」, 2019.12.

또한 재난적의료비 부담의 강도를 보면, 가계소득의 40% 이상을 의료비로 지출하는 가구들은 2017년에 평균 76.91%를 의료비로 지출한 것으로 나타나고 있으며, 2014년 79.56%에서 2015년에 66.59%로 감소하였다가 2016년 67.32%, 2017년에 76.91%로 다시 증가하였다. 즉, 재난적의료비가 발생한 가구들은 70% 이상을 의료비에 지출하고 있는 것이다.

79) 또는 과부담 의료비라고도 한다.

[재난적의료비 발생가구의 의료비지출 비중]

(단위: %)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017
재난적의료비 발생가구의 의료비지출 비중	72.37	79.56	66.59	67.32	76.91

주: 발생기준 40%(가계소득 중 의료비 지출이 40% 이상)

자료: 국민건강보험공단, 「2017년 한국의료패널 심층분석보고서」, 2019.12.

한편, 정부는 의료비 부담으로 미충족 의료가 발생하거나, 이러한 재난적의료비 발생 가구의 의료비 부담 완화를 위해 “재난적의료비 지원 사업”을 실시하고 있다. 재난적의료비 지원 사업은 기준중위소득 100% 이하(소득 하위 50%)<sup>80)81)</sup> 가구를 대상으로 하며, 1회 입원에 따른 의료비(법정 본인부담, 비급여 및 예비·선별급여 본인부담)가 가구의 연소득 대비 15% 초과 시<sup>82)</sup> 비급여 등 본인부담금을 최대 3,000만원까지 지원한다.

80) 중위소득 100%는 4인 가족 기준 월소득액이 4,797,000원인 경우를 말하며, 건강보험료 기준으로는 직장가입자 16만 5,070원, 지역가입자 16만 6,370원이다.(2020년 기준)

81) 기준중위소득 100~200%의 경우 연소득 대비 의료비 부담 비율(20% 초과)을 고려하여 개별심사를 통해 지원하고 있다.

82) 기초생활수급자와 차상위계층은 100만원 초과시, 기준중위소득 50%이하는 200만원 초과시 지원한다.

[재난적의료비 지원 사업 지원 내용]

구 분	내 용
대상질환	모든 질환(2018.1~) (2017년까지는 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환 등 4대 중증질환)
소득 및 재산기준	소득기준과 재산기준 모두 충족해야 함 (소득기준) 기준중위소득 100% 이하(소득 하위 50%) - 기준중위소득 100~200%의 경우 연소득 대비 의료비 부담 비율(20% 초과)을 고려하여 개별심사를 통해 지원 (재산기준) 주택, 건물, 토지 등 재산 합산액이 5억4천만원 이하 - 「지방세법」 제110조에 따른 재산세 과세표준인 재산과표액 기준
의료비지원	* 1회 입원에 따른 의료비 부담액(법정 본인부담, 비급여 및 예비·선별급여 본인부담) (기초생활수급자) 100만원 초과시 (차상위계층) 100만원 초과시 (기준중위소득 50% 이하) 200만원 초과시 (중위소득 100% 이하) 연소득 15% 초과 시 (중위소득 200% 이하) 연소득 20% 초과 시 개별심사
기타	기준을 다소 못 미치거나 초과하더라도 지원이 필요한 사례의 경우 실무위원회에서 개별심사를 통해 지원
지원금액	연간 2,000만원 (개별심사를 통해 3,000만원까지 지원 가능)

주: 중위소득 100%는 4인 가족 기준 월소득액이 4,797,000원인 경우를 말하며, 건강보험료 기준으로는 직장가입자 16만 5,070원, 지역가입자 16만 6,370원임(2020년 기준)

자료: 국민건강보험공단

그러나 재난적의료비 지원 사업은 매년 편성된 예산을 모두 집행하지 못하고 불용되고 있다. 재난적의료비 지원 사업은 보건복지부 일반회계와 기획재정부의 복권기금, 국민건강보험공단의 건강보험 재정에서 공동 부담하고 있는데, 2018년과 2019년 집행실적을 보면, 2018년에는 기획재정부 복권기금 실집행률은 33.8%, 건강보험재정은 5.9%, 사회복지공동모금회는 28.8%에 불과하였고, 2019년은 보건복지부 일반회계는 100% 집행되었으나, 기획재정부 복권기금은 56%, 건강보험재정은 30.4%만 실집행되었다.

[재난적의료비 지원 사업 자원별 실적]

(단위: 백만원, %)

연도	일반회계			복권기금			건강보험재정			사회복지공동모금회			실집행 합계
	예산	실집행	실집행률	예산	실집행	실집행률	예산	실집행	실집행률	예산	실집행	실집행률	
2013	30,000	15,931	53.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,931
2014	0	0	0	30,000	29,937	99.8	0	0	0	30,000	28,999	96.7	58,936
2015	0	0	0	30,000	29,901	99.7	0	0	0	30,000	29,961	99.9	59,862
2016	0	0	0	27,500	27,320	99.3	0	0	0	27,500	17,772	64.6	45,092
2017	0	0	0	17,751	17,693	99.7	17,000	45	0.3	17,751	15,011	84.6	32,749
2018	0	0	0	35,662	12,057	33.8	104,800	6,158	5.9	10,000	2,883	28.8	21,098
2019	3,946	3,946	100.0	35,662	19,969	56.0	10,000	3,035	30.4	0	0	0	26,950
2020	3,919	-	-	32,096	-	-	17,478	-	-	0	-	-	-

자료: 보건복지부

보장성 강화의 지속적 추진으로 연도별 실적행액이 2015년 599억원을 정점으로 2019년에는 270억원으로 감소한 측면도 있으나, 앞서 살펴본바와 같이 저소득층의 재난적의료비 발생률이 10%가 넘고, 재난적의료비가 발생한 가구의 의료비 지출은 70%에 달한다는 점을 감안할 때, 대상가구 발굴 노력 및 재난적의료비 지원 사업의 지원 대상이나 소득기준 완화, 홍보 등의 조치가 필요할 것으로 보인다.

[참고] 재난적의료비 지원 실적

(단위: 건, 백만원, %)

구 분		지급				
		건수		금액		
'18년	계	8,687	100.0	21,044	100.0	
	질환별	중증질환(6개 질환)	5,592	64.4	15,384	73.1
		중증질환 외의 질환	3,095	35.6	5,660	26.9
		의료급여, 차상위	3,706	42.7	6,006	28.5
	소득 수준별	기준중위소득 50%이하	1,733	19.9	3,540	16.8
		기준중위소득 50%초과 85%이하	2,637	30.3	8,136	38.7
		기준중위소득 85%초과 100%이하	450	5.2	2,271	10.8
		기준중위소득 100%초과 200%이하	161	1.9	1,091	5.2
'19년	계	11,142	100.0	25,912	100.0	
	질환별	중증질환(6개 질환)	5,313	47.7	15,144	58.4
		중증질환 외의 질환	5,829	52.3	10,768	41.6
		의료급여, 차상위	4,148	37.2	6,455	24.9
	소득 수준별	기준중위소득 50%이하	2,616	23.5	5,237	20.2
		기준중위소득 50%초과 85%이하	2,944	26.4	7,848	30.3
		기준중위소득 85%초과 100%이하	726	6.5	2,267	8.8
		기준중위소득 100%초과 200%이하	708	6.4	4,105	15.8

자료: 국민건강보험공단

## 나. 의료급여수급권자의 건강검진 사각지대

65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진은 지방이양사무로 지자체에서 주관하고 있으나, 상당수의 지자체가 건강검진을 실시하고 있지 않으므로 개선할 필요가 있다.

정부는 만성질환, 암 등의 조기 발견을 위해 건강검진 체도를 운영하고 있다. 건강보험가입자는 국민건강보험공단에서 주관하고, 의료급여수급권자는 지자체 소관으로, 국민건강보험공단에 위탁 운영되고 있다. 다만, 초중고등학생의 경우, 「학교보건법」<sup>83)</sup>에 따라 교육부에서 주관하고 있고, 65세 이상 의료급여수급권자는 「노인복지법」<sup>84)</sup>에 따라 지자체에서 주관하고 있다.<sup>85)</sup>

[건강검진 실시 주체]

구 분	영유아 건강검진	학생건강검진 (초중고)	일반 건강검진	암검진
건강보험 가입자 및 피부양자	공단	교육부	공단	공단
의료급여 수급권자	지자체 (공단위탁)	(학교밖 청소년은 여성가족부에서 공단으로 위탁)	만19~만64세 : 지자체(공단수탁) <b>만65세 이상 : 지자체 직접 실시</b>	지자체 (공단위탁)

주: 공단(국민건강보험공단)

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

### 83) 「학교보건법」

제7조(건강검사 등) ① 학교의 장은 학생과 교직원에 대하여 건강검사를 하여야 한다. 다만, 교직원에 대한 건강검사는 「국민건강보험법」 제52에 따른 건강검진으로 갈음할 수 있다.

② ~ ⑦ 생략

### 84) 「노인복지법」

제27조(건강진단 등) ① 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 65세 이상의 자에 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있다. 이 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 성별 다빈도질환 등을 반영하여야 한다.

② 국가 또는 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 건강진단 결과 필요하다고 인정한 때에는 그 건강진단을 받은 자에 대하여 필요한 지도를 하여야 한다.

85) 「보조금 관리에 관한 법률 시행령」 [별표 1](85. 노인건강진단)에 따라 보조금 지급 제외 사업에 해당하여, 의료급여수급권자의 일반건강검진, 영유아건강검진 등은 보건복지부에서 국고보조사업으로 예산을 지원하고 있으나, 65세 이상 의료급여수급권자의 건강검진 비용은 보조금 지원이 없다.

그러나 65세 이상 의료급여수급권자의 건강검진을 실시하고 있는 지자체는 2019년 8월 기준 228개 자치단체(226개 기초자치단체, 제주특별자치도, 세종특별자치시) 중 64개소에 불과한 것으로 조사되었다.

[65세 이상 의료급여수급권자 건강검진 실시 현황]

(단위: 개소)

시도	자치단체수	2015	2016	2017	2018	2019
합계	228	105	90	58	57	64
서울	25	17	0	0	0	0
부산	16	4	4	4	4	4
대구	8	8	8	0	0	0
인천	10	9	10	10	10	9
광주	5	5	5	5	5	5
대전	5	5	5	5	5	5
울산	5	1	0	0	0	0
세종	1	0	0	0	0	0
경기	31	1	1	1	1	2
강원	18	8	9	7	6	6
충북	11	0	0	0	0	0
충남	15	2	2	2	2	2
전북	14	14	14	14	14	14
전남	22	22	22	0	1	2
경북	23	0	0	0	0	0
경남	18	8	9	9	8	14
제주	1	1	1	1	1	1

주: 226개 기초자치단체와 제주특별자치도 및 세종특별자치시 포함  
 자료: 보건복지부

또한 건강보험가입자와 65세 미만 의료급여수급권자는 국민건강보험공단에서 자체실시 또는 위탁운영 됨에 따라 수검률, 검진결과 등의 자료를 보유하고 있으나, 65세 이상 의료급여수급권자의 건강검진은 보건복지부에서 국민건강보험공단으로 위탁한 생애전환기건강검진<sup>86)</sup>에 대해서만 국민건강보험공단에서 관리하고, 일반건강검진에 대해서는 관리되지 않고 있다. 일례로 국민건강보험공단은 전국민 보건지

86) 생애전환기건강검진은 진찰·상담, 신체계측, 시력·청력검사와 성, 연령별 주기에 따라 골밀도, 인지기능장애, 정신건강검사 및 생활습관평가를 실시하는 검진을 말한다.

표를 도출하여 각종 보건사회 연구의 기초자료를 제공하고, 검진 사후관리를 통하여 국민건강증진 등 보건의료 향상을 위한 방향을 제시하고자 “건강검진통계연보”를 매년 작성·발간하고 있는데, 동 자료에는 65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진 통계자료는 작성되어 있지 않다.

건강검진제도가 질환의 예방 및 조기발견을 목적으로 하고, 저소득층일수록, 노인일수록 건강상태가 좋지 않다는 점을 감안할 때<sup>87)</sup>, 65세 이상 의료급여수급권자의 건강검진제도는 보완될 필요가 있다. 65세 미만 및 영유아 의료급여수급권자의 건강검진의 주관이 지자체이나 국민건강보험공단에 위탁하고 있듯이, 65세 이상 의료급여수급권자의 일반건강검진도 국민건강보험공단에 위탁하도록 독려하거나, 지방이양사무로 규정되어 있어 지자체에 국고보조금을 지급하지 못하므로 지방이양사무에서 제외하는 방안 등을 고려해볼 수 있을 것이다.

---

87) 한국보건사회연구원의 「2016년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」(2018.12)에 따르면 65세 이상 연령대의 95.3%가 1개 이상의 질환을 앓고 있고, 연간 가구 소득 5분위 중 1분위에서 특히 높은 수준을 보이고 있다.

### 가. 요양기관 부당청구 개선을 위한 제도개선 필요

의료서비스에서 부정수급이라고 하면, 국적상실, 이민출국, 주민등록말소 등의 비적격자가 건강보험 혜택을 받는 경우<sup>88)</sup>와 의료기관이 환자가 입원한 것처럼 진료 기록을 거짓으로 작성, 진료횟수를 부풀리는 등의 거짓으로 요양급여 비용을 청구하는 경우<sup>89)</sup>를 들 수 있다. 전자는 건강보험가입자 즉, 국민이 부정수급을 하는 경우이고, 후자는 병원이나 약국 등 의료서비스 제공기관이 부정수급(부당청구)을 하는 경우이다.

부적격자는 본인확인절차 강화, 부적격자 의료서비스 이용에 대한 급여 미지급 등을 통해 관리하고, 거짓·과다 청구에 대해서는 단속 등을 통해 면허취소·업무정지 등의 처분이 가능하다.

요양기관 부당청구 개선을 위해 매년 현지조사를 실시하고 있으나 매년 조사 대상 요양기관 중 80% 내외의 높은 비율로 부당청구 확인 및 업무정지 처분이 이루어지고 있으므로, 부당청구 관리 강화 방안 모색, 사전모니터링 및 교육 실시, 행정처분의 실효성 검토 등을 통해 부당청구 기관이 감소되도록 제도개선이 필요하다.

보건복지부와 국민건강보험공단(이하 공단), 건강보험심사평가원(이하 심평원)은 국민권익위원회, 검찰, 감사원 등 대외기관의 의뢰, 민원제보, 심사과정이나 진료 내역통보 등의 과정에서 부당청구 의심이 되는 기관에 대해 현지조사를 실시하고

88) 「국민건강보험법」

제12조(건강보험증) ⑥ 누구든지 건강보험증이나 신분증명서를 양도 또는 대여를 받거나 그 밖에 이를 부정하게 사용하여 보험급여를 받아서는 아니 된다.

제115조(벌칙) ③ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받거나 타인으로 하여금 보험급여를 받게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다

89) 「국민건강보험법」

제98조(업무정지) ① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우

있다. 보건복지부는 현지조사를 수행하기 위한 조사기관수, 조사인력, 조사일시 및 기간 등에 대한 전반적인 조사계획을 수립하여 공단과 심평원의 지원을 받아 현지 조사를 관장한다. 심평원은 대상기관 선정, 조사실시, 정산심사, 행정처분, 의견청취 및 사후관리 등 보건복지부 현지조사의 제반업무를 지원하고, 공단은 급여사후관리(자격·인력확인 등) 등을 위한 현지조사 업무를 지원한다.

현지조사 후 거짓 또는 부당청구 요양기관에 대해서는 부당금액 등에 따라 부당금액 환수, 업무정지 또는 과징금 처분 등의 행정처분이 이루어지고, 거짓청구에 대해서는 자격정지, 형사고발, 명단공표 등의 추가제재가 실시된다.

[거짓부당청구 요양기관 행정처분 제도]

(단위: 건, 억원, %)

행정처분 제도		내용
거짓부당청구 행위에 대한 행정처분	부당이득 환수	요양기관이 거짓·부당하게 청구한 부당이득금 전액 환수
	업무정지	월평균 부당금액과 부당 비율에 의거 최고 1년 이내 업무 정지
	과징금	업무정지처분 대상기관은 일정한 사유가 있는 경우 업무 정지에 갈음하여 과징금 신청 가능
거짓청구행위에 대한 추가 제재	자격정지	의료관계 행정처분 규칙에 의거 10개월 이내의 면허자격 정지
	형사고발	거짓으로 요양급여비용을 청구한 자에 대해, 보건복지부장관 명의로 형사고발(형법 제347조 사기죄) ※거짓청구금액 750만원 또는 거짓청구비율 10% 이상인 기관
	명단공표	거짓청구금액이 1,500만 원 이상 또는 거짓청구금액 비율이 20% 이상일 경우 복지부, 심평원, 공단 및 해당 지자체 홈페이지 등에 요양기관 명단 공표

자료: 보건복지부 보도자료, 「건강보험 거짓청구 요양기관 11개소 명단 공표」, 2020.1.20.

현지조사 대상기관은 민원제보 등 부당청구 확인결과 행정처분 이상 등으로 조사 의뢰가 있거나, 부당청구감지시스템에서 선정되거나, 심사과정에서 부당 청구가 의심되는 기관으로 선정된다. 2016~2019년 현지조사 실시현황을 살펴보면 현지조사 대상 요양기관은 전체 요양기관 약 9만 5천여개소(2019년 기준) 중 연 800~1,000개소 수준으로, 전체 요양기관의 약 1% 범위에서 현지조사가 이루어지고

있다.<sup>90)</sup> 그리고 현지조사 실시기관 중 80% 내외가 부당청구가 적발되었으며, 적발 비율은 2016년 90.3%, 2017년 88.4%, 2018년 76.0%, 2019년 84.9%로 매년 유사한 비율로 나타난다. 2019년의 경우 976개 기관을 대상으로 현지조사를 실시하였고, 이 중 829개(84.9%) 기관이 부당청구가 적발되었으며, 업무정지, 과징금, 부당이득금 환수 등의 행정처분이 이루어지고 있다.

[2016~2019년 현지조사 실시 및 제재조치 현황]

(단위: 개소, %)

조사 연도	대상기관수			부당 기관수 (B)	부당 기관 비율 (B/A)	총 부당금액 (억원)	행정처분(기관수)			
	계	조사 기관수 (A)	미실시 기관수				업무 정지	과징금	부당 이득금 만 환수	처분 절차중
2016	813	813	0	734	90.3	370	305	221	207	1
2017	823	816	7	721	88.4	260	192	195	303	31
2018	1,050	1,040	10	790	76.0	358	101	131	246	312
2019	983	976	7	829	84.9	335	7	-	10	812

주: 1. 2020년 2월 기준

2. 정산심사 및 행정처분과정에서 변동될 수 있음

3. 미실시 기관 사유 : 대표자 부재, 대표자 질병, 휴폐업 기관

자료: 보건복지부

이와 같이 매년 현지조사 실시와 업무정지 처분에도 매년 조사기관 대비 80% 내외의 높은 비율로 부당청구 기관이 적발되고 있는데, 민원제보나 부당청구감지시스템 등을 통해 대상기관을 선정하고 있다고 하더라도 적발비율이 높다고 할 수 있다.

따라서 정부는 부당청구가 근절될 수 있도록 부당청구 관리 강화 방안 모색과 함께, 단순 오류나 실수 등에 의한 부당청구 발생을 줄이기 위한 사전모니터링 및 교육 실시를 병행하는 방안을 검토할 필요가 있으며, 또한 의도적 부당청구의 문제를 줄이기 위해 행정처분의 실효성도 검토할 필요가 있다.

90) 현지조사 대상 의료기관 수는 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 등에서 조사가 필요하다고 보건복지부에 의뢰한 기관 수에 따라 정해진다.

## 나. 의료비 지원 사업의 지원기준 정비

보건복지부는 일부 특정질환에 대하여 본인부담금을 지원하는 의료비 지원 사업을 실시하고 있다. 소아암과 5대 암종<sup>91)</sup> 성인암 및 폐암, 133종의 희귀난치성질환 등<sup>92)</sup>에 대하여 법정본인부담금 또는 비급여를 포함한 본인부담금 일부를 지원하고 있다. 동 사업들은 지자체 보조사업으로, 각 지자체의 보건소에 신청 후 대상자로 선정되면 지급한 의료비 일부를 통장으로 입금받는다.

한편, 정부는 모든 질환에 대해 일정 수준 이상으로 의료비가 지출될 경우 최대 3천만원까지 지원하는 재난적의료비 지원 사업을 실시하고 있다. 2013년 8월 처음 도입될 때에는 4대 중증질환에 한하여 한시적 시범사업으로 도입되었으나 2018년 1월부터는 모든 질환으로 확대되었다. 재난적의료비 지원 사업은 기준중위소득 100% 이하(소득 하위 50%)가구를 대상으로 연소득 15% 초과 시 급여·비급여 상관없이 본인부담금을 최대 3천만원까지 지원한다.<sup>93)</sup> 재난적의료비 지원 사업은 국민건강보험공단에서 실시하고 있다.

---

91) 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암

92) 이 외에도 미숙아 및 선천성이상아, 고위험임산부, 난임부부 지원 등의 사업도 있다.

93) 자세한 내용은 p.11, pp. 77.~78.참조

[주요 의료비 지원 사업 비교]

구 분	암환자		희귀질환자	재난적의료비
	소아암	성인암		
지원 질환	전체 암종	·건강보험가입자 : 5대 암종 및 폐암 ·의료급여수급권자 : 전체 암종	133종 희귀질환	모든 질환
지원 대상	·의료급여수급권자 ·중위소득 120% 미만의 건강보험 가입자	2019년 건강보험료 (직장가입자 96,000 원 이하, 지역가입 자 97,000원 이하)	의료급여수급권 자 및 중위소득 의 120% 미만의 건강보험가입자	중위소득 100% 이하 연소득 15% 초과 시 (개별심사를 통해 중위소득 200%이 하도 지원)
지원 내용 및 금액	지원금 : 2,000만원 (백혈병 또는 조혈모 세포이식 3,000만원) * 본인일부부담금· 비급여 본인부 담금 구분 없음	건강보험가입자 : 본인부담금 200만원 의료급여수급권자 : 본인부담금 120만 원, 비급여본인부 담금 100만원	법정본인부담금 10%, 간병비(월 30만원), 보장구 구입비, 특수식 이구입비	연 2천만원 (법정 본인부담, 비 급여 및 예비·선별 급여 본인부담) * 개별심사를 통 해 최대 3천만 원까지 가능
시행 주체	지자체	지자체	지자체	국민건강보험공단
사업 시작	2002년	2005년	2001년	2018년 (2013년 시범사업 (4대 중증질환))
지원 기간	최대 18세까지	최대 3년간 연속		매년

주: 5대 암종은 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암  
자료: 보건복지부

일부 의료비 지원 사업은 건강보험료를 기준으로 지원대상자를 선정하나, 건강보험료가 개인의 자산까지 모두 반영하는 것은 아니어서 고액자산가도 지원받을 수 있으므로, 건강보험료만으로 지원대상자를 선정하는 방법은 재검토할 필요가 있다.

성인암 의료비 지원 사업의 경우 부과된 건강보험료를 기준으로 의료비 지원 대상여부를 선정하고 있다. 건강보험료를 기준으로 지원대상자를 선정하는 것은 절차상 간단한 방법이나, 건강보험료가 개인 또는 가구의 경제적 능력을 반영하지 못한다는 점에서 건강보험료를 기준으로 지원 여부를 결정하는 것은 실제 의료비 부

담 능력을 반영하지 못하는 한계가 있다. 직장가입자의 경우 재산과 상관없이 소득만으로 건강보험료가 산정되기 때문에 재산이 많더라도 소득이 적을 경우 지원대상에 포함될 수 있다.

감사원의 「차상위계층 지원 사업 추진실태(2018.12)」 보고서에 따르면, 건강보험료 방식에 따라 기준 중위소득 50% 이하<sup>94)</sup>로 판정된 343만여 가구의 재산 보유 규모를 분석한 결과, 토지·건물·주택 등 부동산(재산과표액 기준)을 2억 원 이상 보유한 가구가 35만 가구(전체 가구 수 대비 10.5%)로 조사되었고, 최대 1,530억원 상당의 자산을 보유한 직장가입자 가구까지 ‘기준중위소득’의 50% 이하로 판정되었다. 이는 건강보험료만으로 지원대상자를 결정할 경우 고액의 자산가도 지원받을 수 있음을 의미한다.

[건강보험료 판정기준에 따른 기준 중위소득 50%이하인 집단의 재산보유 내역]

(단위: 가구, %, 명)

구분	계	5천만원 미만	5천만원 이상 ~1억원 미만	1억원 이상 ~2억원 미만	2억원 이상 ~3억원 미만	3억원 이상 ~5억원 미만	5억원 이상 ~10억원 미만	10억원 이상
가구	3,364,135	2,153,724	457,315	400,669	149,750	112,812	65,464	24,401
비율	100.0	64.0	13.6	11.9	4.5	3.4	1.9	0.7
인원	10,069,746	5,765,546	1,548,328	1,435,919	562,883	430,289	245,222	81,562
비율	100.0	57.3	15.4	14.2	5.6	4.3	2.4	0.8

주: 1. 2015년 건강보험료 판정기준 산출에 사용된 가구 중 기준 중위소득 50%이하로 판정되는 자의 2014년 11월 재산세 과표액을 건강보험공단으로부터 받아 분석함  
 2. 재산이 확인되지 않은 국민건강보험가입자 73,691가구, 215,907명은 제외함  
 자료: 감사원, 「차상위계층 지원 사업 추진실태」, 2018.12. (원출처 : 보건복지부)

따라서 건강보험료를 기준으로 지원대상자를 선발하는 방법은 고액 자산가가 혜택을 받을 가능성이 있으므로 자산까지 포함하여 소득수준을 파악하여 지원대상자를 선정하는 방향으로 개선할 필요가 있다.

94) 정부는 차상위계층으로 중위소득 50% 이하로 보고 있다. 2020년 4인 가구 기준 중위소득은 월 475만원(1인가구는 176만원)이며, 중위소득 50%는 4인 가구 기준 월237만원 이하이다.

#### 다. 요양병원 관리 필요

요양병원의 병상수는 최근 10년 동안 3배 가량 증가하였는데, 과도한 병상수는 불필요한 의료비를 유발할 가능성이 있는 것으로 보고되고 있으므로 병상 수급 관리 방안을 모색할 필요가 있다.

OECD 국가와 비교할 때, 우리나라 의료기관 병상수는 인구 천명당 7.1개로 OECD평균 3.8개에 비하여 2배 가량 높은 편이며, OECD국가 35개국 중 일본 다음으로 두 번째로 많다.

[의사, 간호사, 병상, 의료장비 등 의료자원 현황]

의료자원	2012		2017		비고
	한국	OECD평균	한국	OECD평균	
의사	2.1	3.2	2.3	3.4	30개국 중 가장 적음
간호사	4.8	8.7	6.9	9.0	28개국 중 10번째로 적음
병상	10.3	4.9	12.3	4.7	35개국 중 2번째로 많음
- 급성기 병상	7.0	3.8	7.1	3.8	35개국 중 2번째로 많음
의료장비(CT)	36.9	24.8	38.2	27.8	31개국 중 8번째로 많음
의료장비(MRI)	23.4	13.9	29.1	17.4	29개국 중 4번째로 많음

주: 1. 의사, 간호사, 병상은 인구 1,000명당, 의료장비는 인구 100만명당

2. 급성기 치료: 생명이나 정상적 기능을 위협하는 질병의 증상 완화, 질병이나 부상의 통증의 감소, 부상이나 질병의 합병증 및 악화 방지 등을 주요 목적으로 제공하는 의료서비스

자료: 보건복지부, 「OECD Health Statistics 2019」, 2019.

인구 대비 높은 병상수 비율에도 불구하고, 최근 10년 동안 병상수는 꾸준히 증가하여 왔는데, 2010년 54만 병상에서 2019년 70만 병상으로 연평균 3.0% 증가하였다. 의료기관별로 보면, 병원이나 의원 등은 병상수가 감소하였으나, 요양병원의 급증(연평균 11.7% 증가)으로 전체적으로 병상수가 증가한 것으로 나타난다.

[연도별·종별 병상수 현황]

(단위: 병상)

종별	2010 (A)	2015	2016	2017	2018	2019 (B)	증감	연평균 증가율
상급종합병원	41,596	45,204	45,702	46,188	44,814	45,081	3,485	0.9%
종합병원	93,774	101,599	103,106	103,972	107,290	107,896	14,122	1.6%
병원	182,739	191,546	191,683	169,421	165,302	162,547	△20,192	△1.3%
<b>요양병원</b>	<b>112,160</b>	<b>237,669</b>	<b>255,021</b>	<b>289,227</b>	<b>302,929</b>	<b>302,840</b>	<b>190,680</b>	<b>11.7%</b>
의원	97,823	78,378	75,338	68,888	62,863	57,325	△40,498	△5.8%
치과병원	269	280	267	263	262	452	183	5.9%
치과의원	43	58	80	94	95	103	60	10.2%
조산원	116	67	39	36	38	30	△86	△14.0%
보건의료원	457	366	365	375	349	341	△116	△3.2%
보건소	0	0	0	0	0	0	0	-
보건지소	1	0	0	0	1	0	△1	-
보건진료소	0	0	0	0	0	0	0	-
한방병원	10,000	16,501	17,979	20,182	20,038	22,734	12,734	9.6%
한의원	2,227	2,978	2,920	3,098	3,368	4,119	1,892	7.1%
합계	541,205	674,646	692,500	701,744	707,349	703,468	162,263	3.0%

주: 2019년말 기준

자료: 건강보험심사평가원

요양병원은 노인성질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자를 입원대상으로 하는 병원을 말한다.<sup>95)</sup> 요양병원의 병상 수는 노인인구의 증가로 증가한 측면도 있으나, 노인인구의 증가보다 빠른 속도로 증가하여 왔다. 2010~2019년 10년 동안 65세 이상 인구는 연평균 4.3% 증가<sup>96)</sup>한데 비해, 요양병원의 병상수는 11.7%로 증가하였다.

95) 「의료법 시행규칙」

제36조(요양병원의 운영) ① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다. <개정 2010. 1. 29.>

1. 노인성 질환자
2. 만성질환자
3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자

96) 65세 이상 노인인구(출처 : KOSIS 국가통계포털) : 2010년 5,506,352명 → 2019년 8,026,915명

요양병원의 병상수 증가와 함께 요양병원의 경증환자 비율이 2010년 5.0%에서 2019년 11.8%로 증가하였다. 그리고 경증환자 비율이 증가하였음에도 평균입원기간은 2010년 147일에서 2019년 174일로 증가하였다.

[요양병원 입원환자 현황(2010~2019년)]

(단위: 천명, 일, 억원)

구분	2010	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
연간 입원환자 수 <sup>1)</sup>	220	414	428	440	456	523	<b>10.1</b>
- 경증환자 <sup>2)</sup>	11	39	46	50	54	62	21.2
(비중)	5.0	9.4	10.7	11.4	11.8	11.8	
- 중증환자	209	374	383	390	402	462	9.2
(비중)	95.0	90.6	89.3	88.6	88.2	88.2	
평균 입원 기간 <sup>3)</sup>	<b>147</b>	174	177	177	176	<b>174</b>	1.9
급여비지급 <sup>4)</sup>	13,074	31,638	35,125	38,374	41,222	43,162	14.2
건강보험재정 총 급여비 <sup>5)</sup>	337,965	457,299	508,907	546,249	616,695		7.8

주: 건강보험 심사결정기준 (출처 : 건강보험심사평가원)

- 1) 한 환자가 여러 분류군으로 변동이 있는 경우 경증과 중증환자에 각각 적용되어 중복 있음
- 2) 경증환자는 선택입원군 (2019.11. 이전 신체기능저하군), 그 외는 중증환자
- 3) 평균입원기간 = (연간 총 내원일수)/(연간 입원환자 수)
- 4) 급여비지급 = 보험자부담금(국민건강보험공단 부담금)
- 5) 2019년도 건강보험재정 총 급여비는 7월경 산출 가능 (출처 : 국민건강보험공단)

자료: 보건복지부

앞서 언급한 바와 같이 병상수와 의료서비스 이용 간은 관련성이 있는 것으로 보고되고 있으며, 따라서 과도한 병상수는 불필요한 의료서비스 수요를 야기할 우려가 있고, 이는 건강보험 재정의 지속가능성에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 그러므로 정부는 요양병원 병상수의 적정 수요량을 파악하는 등 요양병원을 체계적으로 관리할 필요가 있다.

### 가. 건강보험료 고액·상습체납자 인적사항 공개제도의 실효성 확보 필요

건강보험료 고액·상습체납자의 보험료 자진납부를 유도하기 위한 인적사항 공개제도가 실시되고 있으나, 인적공개에도 보험료 자진납부율은 높지 않아 추가적인 실효성 확보 방안을 마련할 필요가 있다.

국민건강보험공단은 건강보험료를 체납한 고액·상습체납자의 인적사항을 국민건강보험공단 홈페이지에 공개하고 있다. 이는 고액·상습체납자의 도덕적 해이를 방지하고, 보험료 자진납부를 유도하여 보험재정의 안정성을 강화하기 위한 제도이다. 「국민건강보험법」에 따라 2년이 경과한 체납액이 1천만원 이상인 지역가입자와 사업장이 대상이다.

2019년 고액·상습체납으로 신상공개 대상자는 1만 115명으로, 금액은 2,284억 원에 이른다. 체납금액은 1천만원 이상에서 3천만원 미만이 8,552건으로 가장 많으나, 1억원 이상 체납건도 187건에 이른다.

[건강보험료 고액·상습체납 공개자 현황]

(단위: 건, 억원, %)

구 분	2017		2018(A)		2019(B)		전년대비 증감(B-A)	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
소계	5,629	1,293	8,260	1,749	<b>10,115</b>	<b>2,284</b>	22.5	30.6
지역가입자	2,136	294	3,722	500	4,323	594	16.1	18.8
개인사업장	842	219	2,044	488	2,486	618	21.6	26.6
법인사업장	2,651	780	2,494	761	3,306	1,073	32.6	41.0

주: 고액·상습체납자 공개자 현황은 매년 연초에 대상자를 선정하고, 연말에 공표함  
자료: 국민건강보험공단

[건강보험료 고액·상습체납 공개자 금액별 현황]

(단위: 명, %)

구 분	2018	2019	증가율
합 계	8,260	10,115	22.5
1천만원 이상 ~ 3천만원 미만	7,081	<b>8,552</b>	20.8
3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	715	939	31.3
5천만원 이상 ~ 1억원 미만	349	437	25.2
1억원 이상 ~ 5억원 미만	115	<b>185</b>	60.9
5억원 이상 ~ 10억원 미만	0	<b>2</b>	100.0
10억원 이상 ~ 20억원 미만	0	0	
20억원 초과	0	0	

자료: 국민건강보험공단

보험료 자진납부를 유도하기 위하여 인적사항 공개 제도를 운영하고 있으나 인적사항 공개에도 고액·상습체납자수는 매년 증가하고, 보험료를 여전히 체납하는 경우가 다수 있는 것으로 조사되었다. 최근 3년 고액·상습체납자 건수와 금액을 보면 매년 증가하고 있는데, 2017년 5,629건, 1,293억원이었으나, 2018년에는 8,260건, 1,749억원, 2019년에는 1만 115건 2,284억원으로 매년 증가하고 있다. 또한 2019년 공개대상 중 전년도(2018년도) 공개자 현황을 보면, 38.4%가 전년도에도 공개되었던 가입자 또는 사업장으로 조사되었다.

[2019년 공개대상 중 전년도 공개자 비율]

(단위: 건, 억원, %)

구 분	2019년 공개대상		2019년 공개대상 중 2018년 공개자			
	건수(A)	금액(B)	건수(C)	C/A	금액(D)	D/B
소계	10,115	2,284	3,886	<b>38.4</b>	1,069	46.8
지역가입자	4,323	594	1,292	29.9	195	32.8
개인사업장	2,486	618	1,035	41.6	280	45.3
법인사업장	3,306	1,072	1,559	47.2	594	55.4

자료: 국민건강보험공단

징수율을 보면, 2015년 인적사항공개 대상 3,173건 646억원 중 2020년 2월 10일 기준 징수실적은 1,657건, 128억원으로 건수 기준으로 52.22%와 금액기준 19.81%의 징수율을 보이고 있다. 인적사항공개 후 4년이 지나도 징수율은 50%에 불과하고 금액기준으로는 20%에도 미치지 못한다.

[고액·상습체납자 인적사항공개 대상자 징수현황]

(단위: 건, 억원, %)

구 분	2015		2016		2017		2018		2019	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
대상	3,173	646	4,745	948	5,629	1,293	8,260	1,749	10,115	2,284
실적	1,657	128	2,452	139	2,510	154	3,328	122	2,288	48
비율	52.22	19.81	51.68	14.66	44.59	11.91	40.29	6.98	22.62	2.10

주: 2020.2.10.기준

자료: 국민건강보험공단

금액기준 징수율이 건수기준 징수율이 비에 낮다는 것은 상대적으로 체납금액이 적은 대상이 징수되고, 고액의 체납 건은 징수되지 못했음을 보여주며, 이러한 경향은 2015~2019년 동일한 양상을 보인다.

이와같이 인적사항 공개에도 불구하고 고액·상습체납자 문제가 해소되지 않고 있고, 공개대상자 중에서도 공개 후 상대적으로 고액의 체납자의 징수율이 더 저조하다는 점에서 보다 강력한 제재조치를 마련하여 성실한 보험납부자를 보호할 필요가 있다. 국세의 경우 출국금지 등 다양한 제재조치를 적용하는데 건강보험도 고의적 고액·상습 체납자에 대해서는 국세체납에 경우를 준용하는 방안을 고려해볼 수 있을 것이다.

## 나. 건강검진 수검률 제고를 위한 제도개선 필요

직장가입자에 비하여 지역가입자와 의료급여수급권자의 수검률이 저조한데, 이는 건강검진 시 유급휴가를 보장받는 건강보험 직장가입자와 달리 생계를 포기하고 건강검진을 받아야 해서 수검률이 저조한 것으로 추정되므로, 휴일검진 실시 등 제도적 개선이 필요하다.

최근 3년 일반건강검진의 수검률(검진대상자 대비 수검자 비율)을 보면, 건강보험가입자 중 직장가입자는 72.7~83.3%이나, 지역가입자는 55.2~62.8%로 약 20%p가 낮고, 의료급여수급권자는 34.8~42.4%로 지역가입자 보다도 약 20%p가 낮다. 직장가입자, 지역가입자, 의료급여수급권자의 수검률 경향은 연령대별로 비교해도 동일하다.

[일반건강검진 수검률]

(단위: %)

구 분	연도	계	~20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
건강보험 가입자	2019	68.3	58.2	65.8	70.6	71.9	75.0	71.3	44.1
	2018	77.0	85.8	80.7	77.4	81.1	78.8	72.4	43.6
	2017	78.5	88.8	83.7	78.1	77.7	80.3	73.6	45.5
(직장)	2019	72.7	62.1	71.9	76.2	77.8	78.5	72.6	45.1
	2018	81.6	87.8	84.7	83.3	82.7	81.8	73.4	44.3
	2017	83.3	90.7	88.1	84.2	83.7	83.4	74.7	46.2
(지역)	2019	55.2	33.6	37.0	53.9	57.2	68.2	68.4	41.9
	2018	62.3	42.7	40.9	60.3	61.8	72.8	70.3	41.8
	2017	62.8	46.4	44.1	59.9	63.4	73.5	70.9	43.6
의료급여 수급권자	2019	34.8	17.5	26.2	37.9	38.6	42.2	-	-
	2018	41.9	22.0	28.9	43.0	43.0	47.2	-	-
	2017	42.4	18.6	27.6	43.6	44.5	48.2	-	-

주 1. 2019.12.31.기준으로 2019년도 수검자는 검진비용 청구 중으로 변동될 수 있음

2. 의료급여수급권자 일반검진 대상은 만 64세까지임

자료: 국민건강보험공단

이러한 수검률의 차이는 직장가입자의 경우 건강검진 시 직장에서 유급휴가를 보장받으나, 지역가입자와 의료급여수급권자는 본인의 생계를 포기하고 검진을 받

으러 가야하기 때문인 것으로 추정된다. 가입자와 피부양자의 수검률(2018년 기준<sup>97)</sup>)을 비교해보면, 직장가입자는 가입자의 수검률 85.7%로 피부양자의 수검률 70.5%보다 높은 반면, 지역가입자는 가입자 수검률이 60.6%로 세대원의 수검률 65.6% 보다 낮다.

[가입자(세대주) 및 피부양자(세대원) 수검률 비교(2018년 기준)]

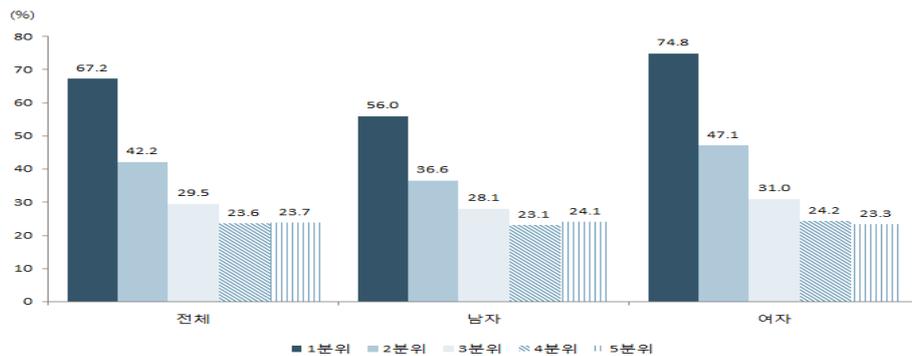
(단위: %)

구 분	합 계	가입자	피부양자
직장	81.6	<b>85.7</b>	70.5
지역	62.3	60.6	<b>65.6</b>

자료: 국민건강보험공단, 「2018 건강검진 통계연보」, 2019.12.

한국보건사회연구원의 「2016년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」(2018.12)에 따르면 소득분위가 낮을수록 당뇨병, 고혈압 등 만성질환 유병률이 높은 것으로 나타나, 상대적으로 소득수준이 낮은 의료급여수급권자와 지역가입자의 건강보험 수검률을 제고하는 것은 이들의 질병을 조기 발견하고 치료함으로써 건강 격차를 해소하는 방안이 될 수 있다.

[18세 이상 성인 가구원의 소득 분위별 주요 만성질환 유병률(2016년)]



자료: 한국보건사회연구원, 「2016년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」, 2018.12.

따라서 정부는 의료급여수급권자 및 지역가입자의 건강검진 수검률 제고를 위해, 출장검진, 휴일검진 실시 등 제도적으로 개선할 필요가 있다.

97) 2019년은 검진비용 청구 증으로 변동가능성이 있어 2018년으로 비교하였다.

## 집 필

총괄 | 김 일 권 예산분석실장

심 의 | 서 세 옥 사업평가심의관  
공 춘 택 예산분석총괄과장  
신 은 호 산업예산분석과장  
김 태 규 사회예산분석과장  
이 종 구 행정예산분석과장  
전 용 수 경제산업사업평가과장  
정 석 배 사회행정사업평가과장  
이 동 훈 공공기관평가과장

작 성 | 김 태 은 예산분석관

지 원 | 양 희 열 행정실무원

### 사회보장정책 분석V(건강)

---

발간일 2020년 6월  
발행인 이종후 국회예산정책처장  
편 집 예산분석실 사회행정사업평가과  
발행처 **국회예산정책처**  
서울특별시 영등포구 의사당대로 1  
(tel 02·2070·3114)  
인쇄처 (주)디자인여백플러스

---

이 책은 국회예산정책처 홈페이지([www.nabo.go.kr](http://www.nabo.go.kr))에서  
보실 수 있습니다.

---

ISBN 978-89-6073-269-8 93350

© 국회예산정책처, 2020



**nabO**STATS  
재정경제통계시스템  
[www.nabostats.go.kr](http://www.nabostats.go.kr)



**건전한재정  
희망한미래**



(07223)서울특별시 영등포구 의사당대로 1  
Tel. 02-2070-3114 [www.nabo.go.kr](http://www.nabo.go.kr)

발 간 등 록 번 호  
31-9700487-001805-01