

## 건강보험 부과체계 개편 최근 논의 및 시사점

**(현황)** 소득중심 건강보험부과체계 개편안은 야권 3당의 주도로 논의가 지속되었으며, 복지부도 이를 수용

- 지난 4·13 총선에서 여당 및 야권 3당은 건강보험 부과체계 개편안에 동의하였으며, 특히 야권 3당은 소득중심 부과체계 개편안을 지지
- 건보공단에서는 '12년 소득중심부과체계 개편효과에 대한 시뮬레이션 결과를 발표하였으며, 그 연장선에서 야권 3당 및 정부의 개편안이 마련
- 복지부는 지난 1월 23일 공청회를 통해 단계별 소득중심 부과체계 개편안을 제안하고, 의견수렴을 통해 법 개정 추진을 계획

**(쟁점)** 소득중심 부과체계 개편방향, 단계적 개편안(정부), 재정 및 보험료율 변화 등의 면밀한 검토 필요

- (방향의 타당성) 2000년 7월 국민건강보험공단을 설립하면서 '소득'단일 기준으로 보험료를 부과하도록 국민건강보험법에 규정
- (단계적 개편안) 제도의 복잡성 증가, 3단계 개정의 현실적 어려움 등을 이유로 학계 및 시민사회 전문가들은 반대 입장 견지
- (재정 및 보험료율 변화) 정부안은 재정감소가 우려되나(보험료율 유지), 야당안은 재정의 유지 및 보험료율 인하의 가능성 존재

**(시사점)** 경기도의 지원조례 제·개정 및 수지상등(收支相等)의 원칙에 따른 보험료율 산정을 중앙정부에 건의

- 시군별(기초) 지원 조례의 제·개정 및 도(道)차원의 재정지원을 위한 조례 정비 필요
- 수지상등 원칙에 따른 국고지원금은 '재난적 의료비'지출 가구에 대한 지원금으로 활용하는 것이 바람직  
(\*적정보험료 추정 시, 약 5.55%로 현 보험료율에 비해 0.57%p 낮음)
- 부과체계 개편 논의와 함께 지출구조 개편에 대한 논의가 개정안 발의 등 진행되고 있는 점을 고려하여 후속조치(연구) 필요

### CONTENTS

- I. 건강보험 부과체계 개편의 논의과정 및 기본내용
- II. 개편(안)의 주요쟁점
- III. 경기도 대응 방안

# I. 건강보험 부과체계 개편의 논의과정 및 기본내용

## □ 4.13 총선(2016년) 정당별 공약

- 지난 2016년 4월 13일 20대 국회의원선거에서 각 정당은 건강보험 부과체계 개편에 대하여 새누리당과 야권 3당은 건강보험료 부과체계 개혁을 공약으로 제시
  - 현행 건강보험료 부과체계 하 지역가입자의 평가소득제는 지역가입자에게 과도한 건강보험료를 부담하고 있어, 건강보험료 부과체계의 형평성 문제가 있다는 점에서는 공감대 형성
  - 그러나 새누리당은 지역가입자의 평가소득을 폐지하고, 저소득층의 건강보험료 인하를 제시한 반면, 야권 3당은 소득 중심의 건강보험 부과체계 개편을 제시(세부사항은 정당별 차이 존재)

〈표 1〉 4.13 총선 정당별 공약

	새누리당	더불어민주당	국민의당	정의당
현실 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직장 및 지역으로 나뉘어진 보험료 부과기준으로 인해 형평성 논란이 지속</li> <li>• 저소득 지역가입자의 보험료 과부담, 고소득 직장가입자 및 피부양자의 건강보험 무임승차 문제 등 개선 필요</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복잡하고 불합리한 부과체계로 불공평한 보험료 문제가 국민적 불만을 야기</li> <li>• 박근혜 정부 국정과제였던 '건강보험 부과체계개편'이 '부자들 눈치보기'로 인해 결국 백지화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험료 부과기준이 직장(보수)과 지역(소득, 재산, 자동차 등)으로 이원화되어 있어 발생하는 불공정한 부과체계는 개편 필요</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역가입자는 소득(능력)에 비해 건강보험료를 과다 부담</li> <li>• 고소득자는 소득(능력)에 비해 건강보험료를 과소 부담</li> </ul>
공약	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 평가소득 폐지, 최저보험료 도입 및 생계형 자동차 보험료 면제</li> <li>• 서민층의 재산에 대한 보험료는 중장기 로드맵을 마련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성별, 연령, 자동차 기준과 같은 불합리한 기준을 폐지</li> <li>• 양도, 상속, 증여 등 모든 소득에 대한 부과기준을 마련해 각자의 부담능력에 맞도록 형평성 도모</li> <li>• 직장가입자와 피부양자 기준 강화로 소득이 있는 피부양자의 무임승차 문제 해결</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소득중심의 건강보험료 부과체계로 혁신</li> <li>• 금융소득 2천만원이하 금융소득자에 대해서도 건강보험료 징수</li> <li>• 직장가입자 피부양자 기준 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험료를 소득(능력)에 따른 부과체계로 전면 개편, 모든 가입자의 모든 소득에 건강보험료 부과</li> <li>• 지역가입자의 성연령, 재산, 자동차 기준 폐지</li> <li>• 모든 소득의 범위에 연 336만원 이상의 종합소득, 양도소득, 상속 증여소득 포함</li> </ul>

## □ 2017년 1월 23일 정부 개편안의 주요내용

- 보건복지부는 지역가입자 소득추정방식, 피부양자, 직장가입자 보수 외 소득 등 직장-지역 간 건강보험제도의 형평성 문제를 해결하기 위해 건강보험료의 단계적 소득중심 부과체계 개편안을 공청회(1월 23일)를 통해 발표
  - (지역가입자) 평가소득(성·연령, 소득, 재산, 자동차), 재산, 자동차 보험료를 부과하는 17년 전 기준을 유지하고 있으며, 재산과 자동차는 이중 부과 문제가 제기
  - (피부양자) 직장가입자의 피부양자 기준이 느슨하여 건보료를 납부하기에 충분한 소득과 재산을 보유하고 있음에도 피부양자 등록을 통해 건보료를 부과하지 않는 문제 발생
  - (직장가입자) 보수 외 고액의 이자·배당·임대소득이 있어도 연간 7,200만원 이하의 경우 소득 보험료를 부과하지 않고, 7,200만원 기준으로 보험료 절벽현상<sup>1)</sup>이 발생
- 보건복지부는 '소득일원화 개편'에 대해서는 공감하나, 소득 파악·부과 기준의 상이성 등을 이유로 소득파악과 연계하여 소득 보험료 비중을 높이는 단계적 개편안을 채택
  - 정부는 개편안을 통해 지역가입자 606만 세대(80%)가 월 평균 4.6만원(50%)의 보험료 인하혜택이 있을 것으로 전망

### [건강보험 부과체계 개편 정부안 주요 내용]

- 기본방향
  - 서민 부담을 줄이고 형평을 높이는 건강보험료 부과체계
  - 소득 파악과 연계, 소득 비중을 높이는 3단계 개편 추진
    - \* 지역가입자 소득 보험료 비중 : (현행) 30% → (3단계) 60% (↑ 2배)
    - \* 전체 소득 보험료 비중 : (현행) 87% → (3단계) 95%
- 지역가입자
  - 성·연령 등에도 부과하는 「평가소득」 보험료 17년만에 폐지, 최저보험료 기준 적용
    - \* 예로 송파 세 모녀의 경우 월 4.8만원 → 1.3만원으로 감소(1,2단계) 후 1.7만원(3단계)
  - 재산·자동차 부과 단계적 축소
    - \* 재산: 시가 1억원 이하, 1억 7천 이하 전세는 보험료 미부과(3단계)
    - \* 자동차: (1단계) 1,600cc이하 소형차 폐지 → (3단계) 4천만원 이상에만 부과
  - 지역가입자 80%, 보험료 △50% 인하(3단계)
    - \* (1단계) 583만 세대, △2만원/월 → (3단계) 606만 세대, △4.6만원/월
- 피부양자
  - 고소득·고재산 피부양자는 지역가입자로 단계적 전환
    - \* 소득: (현행) 연소득 최대 1.2억 → (1단계) 3,400만 → (3단계) 2,000만원 초과
    - \* 재산: (현행) 과표 9억 → (1단계) 5.4억 → (3단계) 3.6억 & 연소득 1천만원 초과
- 직장가입자
  - 월급 외 고소득 직장인, 단계적 부과 확대
    - \* (현행) 연 7,200만원 → (1단계) 3,400만원 → (3단계) 2,000만원 초과
  - 대다수 직장인 보험료는 변동 없음 (1단계 99% → 3단계 98%)

1) 보수 외 소득이 7,200만원 이하이면 보험료 0원, 7,201만원인 경우 월 18만원 보험료 부과

## II. 개편(안)의 주요쟁점

### 1 소득중심의 보험료 부과체계는 바람직한가?

#### □ 건강보험은 직장가입자와 지역가입자간 보험료 산정기준이 상이하어 보험료 부과기준의 형평성 문제가 발생

- 직장과 지역의 재정이 통합되었음에도 불구하고, 부과소득 범위, 지역가입자 소득 추정 등에서 형평성과 공정성의 문제 발생
  - 직장소득자는 근로소득만 부과(보수월액×보험료율('15년 기준 6.07%, 1/2씩 부담))하는데 비해,
  - 지역가입자는 연간소득 500만원을 기준으로 초과세대와 이하세대로 구분하여 보험료를 부과(보험료부과점수×점수당 금액('15년 기준 178원))하여 3원화된 체계를 구성
    - ⇒ 500만원 초과세대: 소득, 재산, 자동차를 기준으로 부과
    - ⇒ 500만원 미만세대: 생활수준 및 경제활동참가율(성·연령, 재산, 자동차로 평가)과 재산·자동차를 기준으로 부과
    - ⇒ 보험료 부과점수: 생활수준 및 경제활동참가율(성·연령, 재산, 자동차), 소득(근로, 연금, 농업, 종합소득), 재산(주택, 건물, 토지, 선박, 항공기, 전·월세), 자동차(배기량, 사용연수)으로 구성
  - 특히, 지역가입자의 보험료는 소득·재산·생활수준 및 경제활동 참가율 등이 반영된 추정소득을 기반으로 보험료부과점수를 기준으로 산정
  - 그러나 성·연령 반영에 따른 불형평성, 재산·자동차의 이중반영 및 비중 과다 등으로 인해 소득추정의 합리성과 국민들의 신뢰 부족
    - ⇒ 자동차와 재산은 생활수준 점수에도 포함되어 있으며, 재산과표는 전월세도 포함

〈표 2〉 지역가입자 보험료 부과점수 산정 및 보험료 결정방식

부과요소별 등급구분	산정방법(점수합산)	보험료 결정
① 소득등급별 점수(75등급)	• 연소득 500만원 이하세대 (②+③+④) • 연소득 500만원 초과세대 (①+②+③)	보험료 부과점수 결정 ↓ 보험료부과점수×점수당 금액
② 재산등급별 점수(50등급)		
③ 자동차등급별 점수 (7등급, 28구간)		
④ 생활수준 및 경제활동참가율 등급점수(30등급)		

- 이로 인해 직장과 지역의 자격변동 시, 보험료 부담능력의 적절한 반영이 힘들어 보험료 차이가 크게 발생
- 근로소득만 있는 직장가입자와 근로소득 외에 다른 소득이 있는 가입자간에 보험료 부담의 불형평성 발생

#### □ 이에 2000년 건보공단 설립시 법률에 규정된 바와 같이 '소득' 중심의 단일 기준으로 보험료를 부과하는 것은 바람직

- 법률에 소득중심 부과체계를 규정하였음에도 현실적 여건을 이유로 과거의 부과기준을 적용하여 14년간 운영하여 왔으나, 법 규정에 따라 소득중심 부과체계 운영이 바람직함

- 2000년 7월 건보공단을 설립 시 '소득' 단일 기준으로 보험료를 부과하도록 국민건강보험법에 규정
- 지역자의 소득파악의 문제, 전산 정보화 수준 등의 이유로 2003년 7월부터 본래 부과기준을 적용하여 운영
- 그러나 전산망의 확대, 소득파악률의 제고 등 14년 전에 비해 환경적 여건이 매우 성숙

- 또한 건보공단에서는 '12년 소득중심부과체계 개편효과에 대한 시뮬레이션 결과를 발표하여 개편안에 대한 정책적 효과성이 높음을 입증

### 2 야당의 개편안과 정부안의 차이는 무엇인가?

#### □ 정부안과 야권 3당은 소득중심의 건강보험 부과체계 개편안에 대해서는 동의하나, 정부안은 3단계에 걸친 단계적 적용을 제시

- 복지부는 직장·지역 구분 없는 '소득일원화 개편'이 가장 이상적이라는 부분에 대해서는 공감하나, 가입자간 형평성, 수용가능성, 지속가능성을 이유로 단계적 개편안을 제시
  - (가입자간 형평성) 직장·지역가입자간 소득 파악의 차이, 보수(근로소득) 및 사업소득 간 부과 기준 상이, 소득보유자와 자산보유자간 차이 등을 이유로 소득파악 개선 상황과 연계한 단계적 개편안 제시
  - (수용가능성) 피부양자에서 지역가입자로 전환 시 보험료 신규 부담, 직장가입자의 보수 외 소득에 대한 보험료 부과시 직장가입자에 대한 과도한 부담을 이유로 보험료 인상자 수, 인상 폭을 고려한 단계적 개편
  - (지속가능성) 평가소득 폐지로 인한 재정손실, 피부양자 폐지 및 일용근로소득, 퇴직금에 대한 보험료 부과에 따른 고령층·일용근로자·실직자 부담 증가를 고려해 재정소요 연차적 분산을 고려
- 그러나 공청회에 참석한 국회 보건복지위원회 소속 야당 국회의원들은 소득 중심 단일 부과체계 개편 원칙을 강조
  - 이원화된 부과체계의 불형평성 논란을 끝내기 위해서는 소득에 비례한 보험료 부과를 원칙으로 해야 하며, 소득파악의 한계성이 개혁을 미루는 이유가 될 수 없음을 주장
  - 2015년 건보로 관련 민원 6천700만 건은 대부분 서민에게 과도한 보험료 부과와 관련된 것으로 소득 일원화 부과체계 도입이 시급한데 정부안은 속도가 느리다고 지적

〈표 3〉 건강보험 부과체계 정부(안)과 야 3당(안) 비교

구분	정부안	민주당	국민의당	정의당
보험료율	6.12%	6.12%	5.185%	4.87%
최저보험료	17,120원(3단계)	3,590원	3,204원	8,560원
피부양자자격	연소득 2,000만원 이하(3단계)	폐지	폐지	연소득 336만원 이하
일용근로소득	미부과	부과	부과	부과
보수 외 소득 보험료 부과	연소득 2,000만원 초과(3단계)	0원 초과	0원 초과	0원초과

**3 부과체계 개편안에 따른 재정 및 보험료율 변화는 무엇인가?**

□ 민주당의 안은 개편에 따른 총재정의 변화는 없으며(정부부담-국고 추가지원금 1.78조원 증가), 보험료율은 1.27%p 인하

- 현 16% 수준의 국고지원금의 규모를 법정지원의무인 20% 수준으로 인상할 경우 추가 국고지원액의 규모는 1.78조원으로 0.36조원 증가 예상
  - 현행 법률은 건강보험 재정에 대한 국고지원금을 20%로 규정하고 있으나, 실제로는 16% 수준인 1.42조원에 불과함
  - 이에 법정지원의무인 20%를 맞추기 위해서는 추가적으로 0.36조원의 국고 추가지원금이 소요될 예정
- 보험료 수준은 모든 소득에 대해 동일보험료율을 적용하여 건강보험료를 부과할 경우 건강보험 재정유지를 위한 건강보험료율은 '15년 기준 6.07%에서 4.792%로 1.27%p인하 가능
  - 보수(근로소득), 사업, 이자, 배당, 연금, 기타, 퇴직, 양도, 상속, 증여소득과 소득세법상 분리 과세되는 2천만 원 이하 금융소득, 일용 근로소득, 연금소득, 기타소득을 모두 포함
  - 정부의 보험재정에 대한 법정지원의무(20%)이행과 분리 및 분류과세 소득의 보험료 반영률을 타 종합소득과 동일하게(100%) 적용하게 되면, 보험료율은 '15년 기준 6.07%에서 4.792% 내외로 인하 예상
  - \*법정지원의무(20%): 국고지원금(14%), 담배부담금(6%)

〈그림 1〉 민주당 개편안에 따른 재정 변화

		개정 전	개정 후
총재정 (①+②)		51조 6,846억 (100%)	51조 6,906억 (100%)
보험료 (①)	직장보수 월액보험료	36.72조 (71.0%)	36.98조 (71.5%)
	직장가입자 소득월액 보험료	2,352억 (0.5%)	5.39조 (10.4%)
	지역보험료	7.38조 (14.3%)	1,839억 (0.4%)
	직장가입자 소득월액 보험료	18.30조 (35.4%)	36.98조 (71.5%)
국고지원금 (②)	국고지원금 100분의 20	7.35조 (14.2%)	7.35조 (14.2%)
	보험재정 국고지원금	5.57조 (10.8%)	5.57조 (10.8%)
	담배부담금	1.52조 (2.9%)	1.52조 (2.9%)
	차상위지원금	2.646억 (0.5%)	2.646억 (0.5%)
	국고지원 추가	1.78조 (3.4%)	1.78조 (3.4%)
장기요양 보험료	2.88조	2.88조	보험료의 6.55%

□ 정부안은 개편에 따라 0.91조원(1단계)~2.31조원(3단계)로 재정이 축소될 것으로 전망하며, 보험료율은 현재 수준 유지

- 지역가입자의 평가소득제 폐지로 인해 건강보험 재정의 감소폭은 피부양자의 지역가입자 전환, 직장가입자 보수 외 소득에 대한 보험료 부과 등의 상승을 상회하여 전체적으로 총재정 감소 예측
  - 지역가입자의 평가소득제 폐지에 따라 1.28조원(1단계)~3.1조원(3단계)의 재정감소가 예상되는 반면, 피부양자의 지역가입자 전환(0.15조원~0.43조원), 직장가입자 추가 보험료(0.22조원~0.36조원)의 증가에 그쳐 총재정은 감소
- 보험료율은 현재 수준을 유지하는 것으로 가정하고 있음

〈표 4〉 건강보험 부과체계 정부안에 따른 재정변화

재정소요	1단계	2단계	3단계
현행대비 총 재정 변동(연간)	△9,089억원	△18,407억원	△23,108억원
		(1단계 대비 △9,318억원)	(2단계 대비 △4,701억원)
지역가입자	△12,780억원	△24,211억원	△30,982억원
피부양자(지역가입자로 전환)	+1,486억원	+3,038억원	+4,290억원
직장가입자	+2,205억원	+2,766억원	+3,584억원

**4 정부안에 대한 학계 등의 반응은 어떠한가?**

□ 학계 및 시민사회의 전문가들은 소득중심 부과체계 개편안에 대해서는 동의하나, 단계별 개편안에 대해서는 문제를 제기

- 전문가들도 공청회에서 정부안에 대하여 부과체계의 복잡성, 3년 주기 3단계 개편안의 현실성 문제를 제기하며 비판적 입장을 견지
  - 김재진(조세연구원)은 현행 부과체계가 너무 복잡하여 국민들이 이해하기 어렵고, 소득을 중심으로 단순화해야 함에도 3단계를 거쳐도 형평성 목표에 도달하지 못하는 문제가 잔존함을 지적
  - 김진현(경실련) 정부의 3년 주기 3단계 개편안은 현실적으로 제도를 3번이나 바꾸기 어렵기 때문에 바로 3단계로 진행하는 것이 현실적이라고 지적
- 건강보험료 개편안에 대하여 “급히 먹으면 체한다 현실고려형” vs “가다 만 중도포기형”이라는 의견 대립을 보이고 있음
  - 윤석명(한국보건사회연구원 연구위원)은 정부 개편안이 취약한 집단에 대해 우선적으로 배려한다는 차원에서 나름대로 의미가 있으나, 소득 중심으로만 건보료가 책정되는 경우 발생할 수 있는 재정 누수 현상은 또 다른 형평성 문제를 일으킬 수 있다고 지적
  - 김종명(내가 만드는 복지국가 의료팀장)은 정부 안 중에서 가장 큰 문제로 피부양자들의 무임승차, 직장가입자의 근로 외 소득에 대해 여전히 관대한 점을 지적하였으며 여전히 남아 있는 불공평한 건보료 부과체계에 대해 정부가 추가적 형평성 제고 방안을 제시하지 않았음을 지적

### III. 경기도 대응 방안

#### 1 건강보험료 지원 조례 제·개정을 통한 지원 확대

##### □ 시군별(기초) 지원 조례의 제·개정 및 도(道)차원에서 재정지원을 위한 조례 정비 필요

- 건강보험료 부과체계 개편안이 시행될 경우 현재 조례로 시행 중인 저소득층 건강보험료 지원 제도의 개편이 필요
  - 현재 경기도 31개 시군 중 14개에서는 저소득층을 위한 건강보험료 지원제도를 운영 중에 있으나, 부과체계 개편에 따라 최저보험료 기준의 변화에 따라 지원금액, 대상자 선정 등의 조례 개정이 필요(\*1만원→1.3만원)
  - 조례가 제정되지 않은 17개 시군의 경우 신속한 조례제정을 통해 저소득층 도민에 대한 지원이 필요

〈표 5〉 경기도 31개 시군 건강보험료 지원 조례 유무

시군	조례 유무	시군	조례 유무	시군	조례 유무
가평군	X	성남시	0	용인시	X
고양시	X	수원시	X	의왕시	0
과천시	X	시흥시	X	의정부시	X
광명시	0	안산시	0	이천시	X
광주시	0	안성시	0	파주시	X
구리시	0	안양시	0	평택시	X
군포시	0	양주시	X	포천시	X
김포시	X	양평군	0	하남시	0
남양주시	X	여주시	0	화성시	0
동두천시	X	연천군	X	총 14개 시군 시행	
부천시	0	오산시	X		

〈표 6〉 경기도 14개 시군 건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례 제정 현황

시군	조례명	최초시행일	최근개정일
광명시	광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례	2008. 07. 01.	2015.11. 05.
광주시	광주시 차상위계층 국민건강보험료 · 장기요양보험료 지원 조례	2006. 06. 01.	2015. 09. 24.
구리시	구리시 차상위계층 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례	2008. 01. 01.	2015. 04. 20.
군포시	군포시 취약계층 국민건강보험료 등 지원에 관한 조례	2010. 01. 01.	2015. 12. 31.
부천시	부천시 저소득세대 국민건강보험료 지원에 관한 조례	2009. 07. 01.	-
성남시	성남시 저소득세대 국민건강보험료 지원에 관한 조례	2010. 01. 01.	2016. 06. 20.
안산시	안산시 저소득층 국민건강보험료 · 장기요양보험료 지원에 관한 조례	2008. 01. 01.	2011. 06. 18.
안성시	안성시 차상위계층 국민건강보험료 지원 조례	2009. 01. 01.	2011. 12. 29.
안양시	안양시 저소득 취약계층 국민건강보험료 · 노인장기요양보험료 지원에 관한 조례	2012. 10. 12.	2012. 10. 12.
양평군	양평군 저소득 주민 건강보험료 등 지원 조례	2013. 06. 03.	-
여주시	여주시 저소득주민 국민건강보험료 지원 조례	2015. 07. 01.	2015. 07. 27.
의왕시	의왕시 저소득세대 국민건강보험료 등 지원에 관한 조례	2010. 10. 1.	2010. 4. 6.
하남시	하남시 저소득 틈새계층 국민건강보험료 지원 조례	2007. 10. 1.	2013. 6. 7.
화성시	화성시 차상위 계층 국민건강보험료 지원 조례	2007. 7. 1.	2016. 5. 31.

〈표 7〉 경기도 14개 시군 건강보험료 및 장기요양보험료 지원 예산 현황

시군	부서	예산액(백만원)
광명시	복지돌봄국, 사회복지과	74.8
광주시	복지교육국, 복지정책과	15
구리시	주민생활국, 주민생활지원과	6
군포시	복지국, 사회복지과	18
부천시	복지국, 복지정책과	132
성남시	복지보건국, 장애인복지과	298
안산시	복지문화국, 사회복지과	11.4
안성시	행정복지국, 사회복지과	31.2
안양시	복지문화국, 복지정책과	70
양평군	문화복지국, 주민복지과	22
여주시	안전행정복지국, 복지정책과	24
의왕시	시민서비스국, 희망복지과	20
하남시	주민지원국, 주민생활지원과	60.4
화성시	복지국, 복지정책과	3
합 계		786

자료: 각 시군별 2017년도 예산서 세출예산사업명세서

- 경기도는 기 시행중인 「경기도 저소득 노인가구 국민건강보험료 지원」조례 개정을 통해 대상자의 확대 및 시군의 재정부담을 고려한 분담비율의 조정방안을 적극 추진
  - 「경기도 지방보조금 관리 조례」제21조에 의거 저소득 노인으로 대상자를 한정하고 있으며, 도비 보조비율은 10%~90%(기준보조율 및 차등보조율 적용)로 규정하고 있으나,
  - 도민의 기본적 의료혜택임을 감안하여 대상자를 노인에서 저소득으로 확대하고, 도비/시군비 균등 부담으로 개정 필요
    - ⇒ 경상북도의 경우 「경상북도 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례」를 통해 대상자를 저소득층 전체로 하고 있으며, 도비/시군비 분담비율은 1:1로 규정
    - ⇒ 대구광역시는 「대구광역시 저소득시민 국민건강보험료 지원에 관한 조례」를 통해 대상자를 저소득 시민 전체로 하고 있으며, 보험료 지원 예산은 전액 대구광역시가 부담
- 복지부 부과체계 개편안에 따른 최저보험료 미달가구(경기도 전체 208,884가구)에 대하여 최저보험료 1.3만원(1단계)을 지급
  - 경기도 최저보험료 미달 가구(원)수 추정방식 (건강보험통계 활용)
    - ⇒ 직장가입자 수: 보수월액 280,000원 미만의 직장가입자 중 일부가 대상자로 편입될 수 있으나, 가입자 수가 미미하여 고려하지 않음
    - ⇒ 지역가입자 수: 건강보험료 총 수입 연 1,000만원 이하 세대(소득 하위 3분위이하 세대)비율(12.78%) × 가중치 (전국 대비 경기도 지역가입세대 평균 보험료 비율) 0.92 × 경기도 지역가입 세대수(177.6만 가구) = 208,884가구
  - \* 기 지원 저소득 노인가구 제외, 18개 시군 지원대상자 포함
- 제도시행에 따라 향후 4년간 656.7억원(도비 : 197억 원, 시군비 : 459.7억 원)의 재정이 소요될 것으로 추정

〈표 8〉 건강보험료 및 장기요양보험료 지원에 따른 연차별 소요예산

구분	2017년	2018년	2019년	2020년	총계(백만원)
합계	16,418	16,418	16,418	16,418	65,672
국비	-	-	-	-	-
도비	4,925	4,925	4,925	4,925	19,700
시비	11,493	11,493	11,493	11,493	45,972
기타	-	-	-	-	-

- 전국적으로 재난적 의료비 가구는 총 16.2만명으로 추정되나, 경기도의 대상자에 대한 조사는 이루어지지 않고 있어, 현황 파악을 위해 건강보험공단과 연계를 통한 조사 필요
  - 건강보험과 관련한 데이터는 개인정보에 관한 것으로 건강보험공단 및 사회보장정보원을 통해 얻을 수 있는 방법이 전무(全無)
  - 현재 건강보험정책연구원에서 재난적 의료비 가구에 대한 연구를 통해 전국민에 대한 추정치를 발표하고 있어, 연구원과의 협의를 통해 경기도의 재난적 의료비 가구 규모를 파악할 필요가 있음
  - 이를 통해 정책대상자의 규모를 확인하고, 추가적인 경기도 차원의 지원책을 마련할 근거로 활용

**2 건강보험료 부과체계 개편의 새로운 대안 제시**

**□ 소득중심 부과체계 개편과 더불어 수지상등원칙에 따른 보험료율을 개정하고, 국고지원금은 ‘재난적 의료비’ 지출 가구 지원에 활용 건의**

- 소득중심 부과체계 개편안은 보험의 3대원칙 중 가입자 동등대우의 원칙을 충족하기 때문에 합리적인 것으로 판단되나, 수지상등의 원칙(收支相等의 原則)에 따른 보험료율 산정이 필요
  - 보험의 3대원칙은 수지상등의 원칙, 확률 및 대수의 원칙, 가입자 동등대우의 원칙이며,
  - 확률 및 대수의 원칙은 현 건강보험체계가 전국민을 대상으로 하는 강제가입식이므로 충족
  - 수지상등의 원칙은 국고지원금을 고려하지 않고, 수지균형을 맞출 수 있는 보험료율 산정
- 건강보험의 보험적 성격을 강화하는 것을 기본방향으로 설정하고, 수지상등을 통한 건강보험 재정 안정화 및 지속가능성을 확보할 수 있는 방향으로의 개편이 필요
  - 더민주의 안은 국고지원금을 재정의 20%로 설정하고 있으나, 인구의 고령화 및 의료비 증가추이를 고려할 때 향후 국가재정의 큰 부담으로 작용할 것임
  - 수지상등의 원칙을 충족시키기 위해서는 더민주의 개편안에 비해 보험료율이 높아져야 함
- 적정보험료를 추정하면, 약 5.55%로 더민주의 안보다는 0.76%p 높으나, 현 보험료(15년 기준)에 비하면 0.57%p 낮은 수준임

- 현 국고지원금이 없다는 것을 가정하였을 경우, 현 수준의 총 재정을 유지하기 위해서는 소득보험료율은 5.55%에 이를 것으로 추정됨
- 보험료 부과체계 개편시 프랑스와 대만은 각 0.75%p, 0.26%p 보험료를 인하하였던 점을 고려하면, 0.57%p는 적절한 수준으로 판단
- 현행 국고지원금은 희귀난치성 질환 또는 만성질환자 등의 ‘재난적 의료비’ 지출 가구에 대한 지원금으로 활용되는 것이 바람직
  - 건강보험 보장률은 2009년 65.0%를 정점으로 2010년 63.6%, 2014년 63.2%으로 2009년보다 오히려 감소한 반면, ‘재난적 의료비’ 지출 가구는 2011년 16.0%에서 2013년 19.3%로 증가(\* OECD 평균 78%)
  - 현 치료비 지원정책은 긴급의료비지원, 중증질환 재난적 의료비 한시적 지원, 희귀난치성질환자 의료비 지원 등이 시행되고 있으나,
  - 지원액의 상한선(2천만 원 범위 내에서 입원 및 외래 진료를 합하여 180일까지 지원)이 낮다는 문제와 대상 기준이 중위소득 80%이하로 한정되어 있다는 점에서 확대 필요
  - 현 국고지원금 중 담배부담금(1.52조원)은 현재의 포괄적 지원방식보다는 사용금연치료 등에 제한적으로 활용될 필요가 있음
  - 단 차상위지원금은 현재 수준을 유지하는 것이 바람직

**□ 재난적 의료비 가구에 대한 지원 정책 분석 결과 정책적 효과성이 높음**

- 중앙정부는 「중증질환 재난적 의료비 지원사업과 「본인부담금 상한제」를 통해 재난적 의료비 가구에 대한 지원을 시행하고 있으며, 의료비 경감과 보장성 강화에 효과성이 높은 것으로 나타남
  - 2013년 8월부터 「중증질환 재난적 의료비 지원사업」을 통해 저소득층을 대상으로 4대 중증질환과 중증화상의 제한적 질환에 대해 한시적 지원을 수행
    - \* 저소득층 기준: 2016년 기준으로 의료급여 수급권자, 중위소득의 80% 이하(소득기준 I), 중위소득의 120%(소득기준 II)로 규정
  - 산정특례제도를 통해 4대 중증질환자에 대하여 「'05~'08 제1차 건강보험 보장성 강화계획」, 「'09~'13 제2차 건강보험 보장성 강화계획」을 통해 전국민을 대상으로 본인부담상한제를 실시·개선
  - 사업 지원 대상자의 보장률은 73.2% → 82.2%로 9%p 증가했으며, 의료비 부담률은 101.2% → 53.5%로 절반수준으로 감소하여 정책의 효과성이 매우 높은 것으로 나타남

〈표 9〉 2014년 중증질환 사업대상자와 비대상자의 연간 진료비와 보장률<sup>1</sup>

소득분위		사업대상자 (N=16,231)		사업비대상자 (N=4,438,921)		전체 (N=4,455,152)	
		백만원	%	백만원	%	백만원	%
I <sup>2</sup>	총 진료비 I	574,912	100.0	15,071,757	100.0	15,646,668	100.0
	공단부담금	403,478	70.2	11,388,681	75.6	11,792,159	75.4
	환자본인부담금	171,434	29.8	3,683,076	24.4	3,854,510	24.6
	- 법정	51,356	(30.0)	1,530,212	(41.5)	1,581,568	(41.0)
	- 비급여	120,077	(70.0)	2,152,864	(58.5)	2,272,942	(59.0)
	보장률 I	70.2		75.6		75.4	
II <sup>3</sup>	총 진료비 II	574,912	100.0	15,071,757	100.0	15,646,668	100.0
	공단부담금	420,748	73.2	11,599,485	77.0	12,020,234	76.8
	환자본인부담금	154,163	26.8	3,472,271	23.0	3,626,435	23.2
	- 법정	34,086	(22.1)	1,319,407	(38.0)	1,353,493	(37.3)
	- 비급여	120,077	(77.9)	2,152,864	(62.0)	2,272,942	(62.7)
	보장률 II	73.2		77.0		76.8	
III <sup>4</sup>	총 진료비 III	574,912	100.0	15,071,757	100.0	15,646,668	100.0
	공단부담금	472,521	82.2	11,599,485	77.0	12,072,007	77.2
	환자본인부담금	102,390	17.8	3,472,271	23.0	3,574,661	22.8
	- 법정	33,327	(32.5)	1,319,407	(38.0)	1,352,734	(37.8)
	- 비급여	69,063	(67.5)	2,152,864	(62.0)	2,221,927	(62.2)
	보장률 III	82.2		77.0		77.2	

주1: 보장률 = (공단부담금/공단부담금+법정보인부담금+비급여본인부담금)×100  
 주2: 본인부담상한제와 중증질환 재난적 의료비 지원사업 적용 전  
 주3: 본인부담상한제 적용 후, 중증질환 재난적 의료비 지원사업 적용 전  
 주4: 본인부담상한제와 중증질환 재난적 의료비 지원사업 적용 후

〈표 10〉 상한제와 사업적용 전·후, 2014년 사업대상자의 의료비부담률

소득분위	가구수 (세대)	상한제와 사업적용 전		상한제 적용 후 사업적용 전		사업적용 후		
		본인부담 의료비(원) <sup>2</sup>	의료비 부담률 <sup>3</sup>	본인부담 의료비(원) <sup>2</sup>	의료비 부담률 <sup>3</sup>	본인부담 의료비(원) <sup>2</sup>	의료비 부담률 <sup>3</sup>	
전체	16,231	7,312,053	108.0	6,961,416	101.2	3,765,938	53.5	
의료급여	5,281	5,526,460	90.2	5,362,182	87.3	2,869,939	47.1	
차상위	1,151	7,327,704	192.9	6,912,165	180.0	3,839,907	100.1	
건강보험(계)	9,799	8,273,877	106.0	7,830,299	98.1	4,240,797	50.9	
건강 보험	1(lowest)	1,518	7,203,405	298.5	6,547,672	267.7	3,225,783	132.8
	2	1,165	7,097,589	120.2	6,653,351	112.7	3,394,841	57.1
	3	1,122	6,966,441	88.3	6,525,715	82.9	3,365,331	42.8
	4	1,201	7,481,898	77.2	7,176,737	74.1	3,797,130	39.2
	5	1,237	8,068,154	63.7	7,629,903	60.2	4,113,350	32.5
소득 10 분위	6	1,185	8,624,828	54.4	8,290,010	52.4	4,540,843	28.8
	7	1,010	9,968,515	51.1	9,467,636	48.7	5,383,645	27.7
	8	747	10,546,619	46.9	10,065,984	44.7	5,837,885	25.9
	9	435	10,968,910	39.2	10,698,825	38.2	6,320,033	22.5
	10(highest)	179	12,142,500	30.8	11,858,808	30.1	7,633,225	19.4

주1: 건강보험의 소득10분위는 건강보험가입 사업대상자 중 차상위계층을 제외하고 직장과 지역 가입자 건강보험료의 보험료 10분위를 기준으로 매칭하였음  
 주2: 본인부담 의료비는 보험료와 (법정+비급여)본인부담금의 합이며, 비급여 본인부담금은 사업대상자의 실제값을 사용하였음  
 주3: 의료비 부담률(%) = 가구 연간 본인부담의료비/가구 연평균소득×100

□ 건강보험정책연구원은 지난 2월 22일 토론회를 통해 재난적 의료비 지원사업의 확대 방안을 발표

- 건강보험정책연구원은 토론회를 통해 재난적 의료비 가구에 대한 소득분위별 정의를 새롭게 하고, 이에 대한 지원방안(대상자, 소요재정액 추계 등)을 논의
  - 재난적 의료비 가구에 대한 정의는 기관, 연구자간 상이하나 일반적으로 WHO(2000)의 '소득대비 의료비 지출이 40%를 초과 가구'의 기준을 일반적으로 활용(아래 표 참조)

〈표 11〉 재난적 의료비 기준에 대한 국외 선행연구 요약

자료원	기준
Wyszewinaski(1986)	의료비가 연 가구소득의 15%를 초과하는 경우
Berki(1986) Stiglitz(1998)	의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준이 위험 받을 수준(연 가구소득의 10% 초과)
세계보건기구(2000) Murray 등(2003) Xu 등(2003)	가구의 본인부담 의료비지출(직접의료비+건강보험료)이 지불능력(총소비지출-식품비)의 40%를 초과하는 경우
Feldstein(1971) Wagstaff 등(2003) Waters 등(2004) Devadasan 등(2005) Limwattananon 등(2007)	가구의 본인부담 의료비지출(직접의료비+건강보험료)이 연소득(총소비지출)의 10%를 초과하는 경우
Banthin 등(2008)	가구의 연간 본인부담 의료비지출(직접의료비+건강보험료)이 연소득(세후소득)의 10%를 초과하는 경우(저소득층의 경우 5%를 초과하는 경우)
미국 국회예산처(1997)	가구의 연소득 중 본인부담 의료비지출(직접의료비+건강보험료)이 15%를 초과하는 경우

- 그러나 이 기준은 우리나라의 현실과는 맞지 않기 때문에 연구원은 소득분위 1~3분위는 소득의 20% 이상, 4~8분위는 소득의 30% 이상, 9~10분위는 소득의 40% 이상을 의료비로 지출하였을 경우 재난적 의료비 가구로 정의

〈표 12〉 소득분위별 재난적 의료비 가구 정의

소득분위	소득 대비 의료비 부담 비율
1-3	20% 이상
4-8	30% 이상
9-10	40% 이상

자료: 건강보험정책연구원(2017) 건강보장정책토론회 자료집

- 재난적 의료비 가구에 대한 재정의를 통해 16.3만명이 정책의 대상자가 되며, 추가적으로 소요되는 예산은 총 2,319억원으로 추정

〈표 13〉 전국민 재난적 의료비 제도지원기준에 따른 대상자 수 및 소요재정<sup>1</sup>

(단위: 명, 백만원)

구분		2014년 현행사업	제도화	±변화	
계	대상자수	16,231	162,832	+146,601	
	소요재정	51,773	283,678	+231,905	
의료급여	대상자수	5,281	70,552	+65,271	
	소요재정	13,149	89,672	+76,523	
차상위 <sup>2</sup>	대상자수	1,151	20,824	+19,673	
	소요재정	3,533	25,917	+22,384	
건보 소계	대상자수	9,799	71,456	+61,657	
	소요재정	35,091	168,088	+132,997	
분위 / 소득 10분위	1	대상자수	1,518	33,895	+32,377
		소요재정	5,039	56,867	+51,828
	2	대상자수	1,165	15,111	+13,946
		소요재정	3,796	31,994	+28,198
	3	대상자수	1,122	10,986	+9,864
		소요재정	3,540	26,034	+22,494
	4	대상자수	1,201	3,784	+2,583
		소요재정	4,052	13,323	+9,271
	5	대상자수	1,237	2,880	+1,643
		소요재정	4,339	11,698	+7,359
	6	대상자수	1,185	2,096	+911
		소요재정	4,439	10,352	+5,913
	7	대상자수	1,010	1,424	+414
		소요재정	4,092	8,152	+4,059
	8	대상자수	747	1,010	+263
		소요재정	3,137	6,647	+3,510
	9	대상자수	435	222	-213
		소요재정	1,900	2,365	+464
	10	대상자수	179	48	-131
		소요재정	755	657	-99

주1: 환자본인부담 의료비가 재난적 의료비 지원기준 초과시, 법정본인부담금에 본인부담상한제를 적용한 후, 나머지 환자본인부담금의 50%를 지원하는 방안(단, 단일주상병 연속입원일수 90일까지 혹은 2천만원 상한까지 지원함)  
 주2: 사업의 실제 차상위와 의료차상위를 대상으로 포함하며 이를 제외한 차상위계층은 자격확인이 불가능하여 건강보험으로 포함

□ **현 지원정책은 한시적·제한적으로 안정성·포괄성·보장성 강화를 목적으로 확대될 필요가 높음**

- 현 중증질환 재난적 의료비 지원사업은 복권기금과 민간기부금을 통해 한시적으로 재원을 마련하고 있어, 안정성과 지속성 및 대상자의 한정성의 문제를 가지고 있음
  - 건강보험의 일반 재정이 아닌 복권기금과 민간기부금(공동모금회 등)을 재원으로 하고 있어, 안정적이고 지속적인 예산 투입의 한계가 존재
  - 18대 대통령선거에서 여당이 새누리당과 박근혜 대통령은 공약으로 4대 중증질환 진료비 전액 국가부담을 제시하고, 구체적인 내용으로 2016년까지 단계적으로 4대 중증질환 진료비의 100%를 보장하는 것을 제시하였음

- 그러나 당선 이후 복지부는 건강보험 보장률을 80% 수준으로 할 것을 제시하여 공약이 제대로 이행되고 있지 못함
- 토론회에 참석한 유원섭 교수에 의하면 고액의료비 발생 가입자의 급격한 증가, 정채된 건강보험 보장률 등으로 인해 재난적 의료비 가구에 대한 보장성 강화는 매우 중요한 과제를 지적
- 또한 김원식 교수는 4대 질병에 대한 보장성 강화는 다른 재난적 질병에 대한 차별이 존재하므로, 난치성·만성적 질환의 경우에도 보장 강화가 필요함을 주장
- 따라서 미지원 국고지원금(4%, 1.76조원)을 통해 예산의 안정성·지속성을 강화하고, 4대 질병군 제한 폐지를 통해 보장성 강화를 적극 추진
  - 사업추진을 위한 예산은 현 민주당의 방안과 같이 국고지원금을 재정으로 활용하여 가입자의 보험료를 경감하는 방향이 아니라,
  - 보험료 수준은 유지한 채, 미 지원되고 있는 국고지원금을 활용하여 정책의 효과성이 입증된 재난적 의료비 가구에 대한 지원 확대를 통해 건강보험의 보장성을 강화하는 방향으로 추진

**3 (후속조치) 건강보험 지출체계 개편에 대한 논의 필요**

□ **건강보험 부과체계 뿐 아니라 최근 지출부분(수가, 진료비 지급방식, 포괄적 의료수가제 등)에 대한 개편논의가 개정안 발의 등을 통해 진행되고 있어, 이에 대한 후속조치(연구)가 필요**

- 대한병원협회 등을 중심으로 병원경영수지 악화 및 이로 인한 의사·간호사들의 업무강도 증가, 수가인상의 억제 지속 등을 이유로 건강보험 수가 인상을 주장
  - 2016년 5월 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회 등은 건강보험공단과의 토론회에서 합리적인 수가협상 논의를 요구하며, 수가 동결 또는 낮은 인상으로 인한 병원경영 등의 어려움을 지적
  - 토론회에서 협회 등은 건강보험 재정운영위원회에 공급자단체 참여, 밴딩 폭의 조정, 전문의약품에 대한 수수료 및 불용약 손실, 간호관리료 등의 개선을 요구
- 바른정당 박인숙(송파갑)의원은 노인외래정액제의 정률제 전환 등이 담긴 건강보험법개정안을 지난 1월 31일 발의
  - 현행 법령은 65세 이상 노인이 의원급 의료기관에서 외래진료를 받을 때 요양급여비용 총액이 1만5000원을 넘지 않으면 1500원의 정액(정액제)만 부담하도록 정하고 있음(금액 초과시 총액의 30% 정률 부담)
  - 그러나 의료수가는 매년 인상되나 정률제가 적용되는 기준(1.5만원)이 너무 낮아 적용대상이 제한적이고, 초과금액에 대한 본인부담률이 높음
  - 이에 따라 노인들의 현실적 의료비 경감을 위해 의미가 퇴색된 정액제를 일괄적으로 정률제로 전환하고 본인부담금 부담률을 낮추는 개정안이 발의
  - 일본에서는 70세 이상의 고령자에 대한 외래진료비 자기부담금 상한액을 설정·운영 중에 있어, 정액제 對 정률제 논의와 함께 취약계층(노인, 아동) 자기부담금 상한액 제도 도입의 필요성도 나타남



- 2012년 포괄수가제(2002년 시행)의 전국 병·의원 적용확대가 시행되었으나, 4개과 7개 질병군에 한정하고 있고, 의료의 질 저하 등의 문제점들이 지적됨에 따라 개편 논의가 나타남
  - \* 참고) 질병군별(DRG, Diagnosis Related Group) 포괄수가제도란 4개 진료과·7개 질병군으로 병원에 입원할 경우 퇴원할 때까지의 진료 받은 진찰, 검사, 수술, 주사, 투약 등 진료의 종류나 양에 관계없이 요양기관종별(종합병원, 병원, 의원) 및 입원일수별로 미리 정해진 일정액의 진료비만을 부담하는 제도
  - \* 참고) 4개 진료과 7개 질병군: ① 안과: 백내장수술(수정체 수술) ② 이비인후과: 편도수술 및 아데노이드 수술 ③ 외과: 항문수술(치질 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술(충수절제술) ④ 산부인과: 제왕절개 분만, 자궁 및 자궁부속기(난소, 난관 등) 수술(악성종양 제외) 등
- 건강보험 심사평가원도 2016년 10월 국정감사에서 포괄수가 산출 기준이 현재 임상 현장에서 활용되는 의료기술을 쫓아가지 못한다는 점을 고려, 포괄수가제의 개선을 위해 질병군전문평가위원회를 운영 중