

건강보험제도

[실태와 문제(이슈/쟁점), 개선 과제]

—



전북대학교
CHONBUK NATIONAL UNIVERSITY

건강보험제도의 실태와 문제(이슈/쟁점), 개선 과제	
2조	사회복지학과 202516254 강민영 사회복지학과 202525685 김현서 사회복지학과 202516818 유재강 사회복지학과 202517078 정혜령

목 차

I. 건강보험제도의 구성	[3]
1. 제도의 연혁	
(1) 제도의 기원과 해외 사례	
(2) 한국의 제도 연혁	
(3) 제도의 발전과 변화	
(4) 최근의 과제와 한계	
II. 건강보험제도의 주요 내용	[5]
1. 제도의 본질과 구조	
2. 보험급여 및 본인 부담 제도	
3. 진료보수 지불제도의 성과와 기여	
III. 건강보험제도의 역할/기능 및 성과	[7]
(1) 제도의 역할	
(2) 제도의 주요 기능	
(3) 대한민국 건강보험제도의 주요 성과	
IV. 건강보험제도의 문제점 및 이슈, 쟁점, 개선방안	[9]
1. 문제점 및 이슈	
2. 개선 과제	
V. 건강보험제도의 관련기관 현장 탐방	[11]
(1) 소감 및 평가	
VI. 참고 문헌	[14]

I. 건강보험제도의 구성 - 제도의 연혁

(1) 제도의 기원과 해외 사례

건강보험제도란 단순히 “아픈 이들을 돕는 제도”가 아닌, 산업화, 노동시장의 변화와 전쟁 이후 복지국가의 확산, 고령화와 같은 시대적인 배경 속에서 만들어졌다. 한국에선 세계적인 배경과는 달리 전 세계적으로 봐도 이례적인 속도의 경제성장 속 사회 통합의 필요가 있었기에 빠르게 펼쳐진 제도이다. 전 세계적으로는 ‘비스마르크(Bismarck)’의 독일식 사회보험과 ‘베버리지(Beveridge)’의 영국식 국가 보건 서비스가 두 개의 큰 축이 되었고, 한국은 독일식 사회보험을 기본으로 하지만 국가 주도의 통합과 보장성 확대를 거치며 독자적으로 발전하였다.

건강보험의 출발점은 19세기 산업혁명의 열기가 한창이었던 유럽이었다. 그 당시 유럽은 공장식 노동이 증가하고 산업재해와 질병의 위험이 커지며 노동자와 가족의 생계 불안을 완화하기 위한 사회보험이 필요했다. 이게 독일은 1883년 세계 최초의 법정 건강보험을 도입하였다. 이 제도는 노동자와 사용자(고용주) 즉 노사가 함께 보험료를 부담하는 방식이었고, 국가는 최소한의 규칙을 만들어주지만, 그 운영 자체는 비교적 자율적으로 맡기는 구조를 가지고 있었다.

20세기에 들어서 전쟁과 대공황을 겪으며 “건강 악화 등의 건강에 대한 책임이 개인의 책임만으로 간주할 수 없다”라는 인식이 커져 가기 시작했고, 1942년 영국의 베버리지 보고서와 1946년 무상의료와 국가 운영이라는 특징을 가진 영국 국가 보건 서비스 NHS(National Health Service) 법제화가 큰 전환점이 되었다. 이후에 전 세계의 많은 나라에서 독일식 사회보험과 영국식 조세 재정형 의료보장을 혼합하거나 변형하여, 국민 건강의 보편적 보장을 넓히는 방향으로 이동하였다.

(2) 한국의 제도 연혁

대한민국에서 건강보험에 대한 논의가 본격적으로 시작하게 된 시기는 다른 여타 유럽의 국가들의 이유와 비슷하게 1960년대 이후 ‘산업화’가 빠르게 진행되면서부터이다. 산업화에 따른 이촌향도 현상으로 도시의 임금 노동자들이 급격하게 증가하기 시작하고, 빈곤층의 의료보호 필요가 커져 갔지만, 당시 한국은 6.25 전쟁의 여파에서 회복하지 못한 상황이었기 때문에, 전 국민을 포괄할 수 있는 재정·행정 역량이 존재하지 않았다. 그래서 1963년 의료보험법이 제정되긴 했지만, 전 국민을 포괄하는 체계가 아닌, ‘300인 이상 사업장 조합의 임의 설립’이라는 수준에 그쳤다.

그렇다면 세계사적으로 보아도 한국의 이례적인 경제성장에 비해서 건강보험제도의 도입이 이례적으로 늦어진 이유는 무엇일까? 그 이유는 바로, 경제성장을 우선적으로 생각했던 정부의 전략과 연결이 된다. 한국은 개발도상국 체제에서 수출·산업화에 거의 모든 자원을 집중하였고, 의료보장은 경제성장이 어느 정도 이상의 궤도에 오른 후에 점진적으로 확대하는 방식이 더 현실적인 방안이라고 판단했었던 것이다. 이와 동시에 북한과의 체제 경쟁이나 사회보장 확대 요구, 노동자 보호의 필요성 등이 결합 되면서 1977년 직장 의료보험이 강제적으로 적용되기 시작하였다.

한국 건강보험의 첫걸음은 먼저 일하는 사람부터 포함 시키고 그 후에 지역과 자영업자까지 넓혀 전 국민 의료보험의 완성을 추구하는 단계적인 전략이었다. 1976년 전면 개정을 거쳐서

1977년 ‘500인 이상 사업장 근로자’에게 최초의 강제 의료보험 적용이 적용되었다. 이 이유는 대기업에 다니는 근로자들은 재정 징수 가능성이 높기 때문에 제도의 기반을 만들기 위함이다.

(3) 제도의 발전과 변화

한국의 건강보험의 확장은 매우 빠른 속도로 진행되었다. 1979년 공무원·사립학교 교직원으로 적용 대상이 확대되었고, 그 후에 더 작은 사업장으로 확대되었다. 이어서 1988년에는 농어촌 지역 의료보험이 시작되었고, 같은 해 5인 이상 사업장으로도 적용이 확대되었다. 1989년에는 도시지역 자영업자까지 포함되어 전 국민 의료보험이 완성되었다. 이러한 빠른 확장에 대해서 학술 연구는 한국의 건강보험 확대가 단순 행정 확장이 아닌, 당시 정치, 사회적 인 조건과 거시경제 환경 속에서 가능했다고 본다. 70~80년대 한국은 경제의 빠른 성장으로 세금 징수와 보험료를 확보하기에 충분했고, 동시에 제도의 사각지대에 존재했던 노동자, 농어민, 도시 자영업자의 의료보장 요구가 커지고 있었기 때문에 제도 확장이 가능했었다.

1990년대 후반부터는 건강보험의 핵심 쟁점이 전 국민을 포괄할 수 없었던 과거의 “누구를 넣어야 할까”에서 “어떻게 하나의 제도로 운영할 수 있을까”로 바뀌게 되었다. 1998년 공무원·사립학교교직원 의료보험과 지역 의료보험조합이 1차로 통합되었고, 2000년에는 국민 의료보험 관리공단과 직장 조합이 합쳐져 지금의 국민건강보험공단이 출범하였다. 이후 2003년엔 직장과 지역 가입자의 재정이 통합되게 되면서 실질적인 단일보험자 체계가 완성되었다.

(- 보건복지부 홈페이지> 정책> 건강보험 > 보험정책 > 연혁)

● 1963.12.16	의료보험법 제정	300인 이상 사업장 조합 임의가입	● 1989.10.	약국의료보험 실시
● 1976.12.22	의료보험법 전문개정		● 1998.10.	1차 조직통합
● 1977.1.	생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 실시			공무원·사립학교교직원의료보험 및 227개 지역의료보험조합 통합
● 1977.7.	500인 이상 사업장근로자 의료보험 실시	최초 강제 적용		▶ 국민의료보험 관리공단 업무개시
● 1979.1.	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시		● 2000.3.	보험자직영병원 개원
● 1979.7.	300인 이상 사업장까지 의료보험 확대		● 2000.7.	의료보험조직 완전통합
● 1981.7.	지역의료보험 1차 시범사업 실시	홍천, 옥구, 군위		국민의료보험관리공단 및 139개 직장조합 통합
● 1982.7.	지역의료보험 2차 시범사업 실시	강화, 보은, 목포		▶ 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 업무개시
● 1984.12.	의료보험 시범사업	청주, 장원	● 2002.1.	「국민건강보험재정건전화특별법」제정·시행
● 1987.2.	현방의료보험 전국 실시			건강보험정책심의위원회 설치, 보험재정에 대한 정부지원을 명시
● 1988.7.	5인 이상 사업장까지 의료보험 당연적용 확대		● 2003.7.	직장·지역 가입자 재정통합 운영
● 1988.1.	농·어촌지역의료보험 실시		● 2007.1.	「국민건강보험재정건전화특별법」안료(‘06.12.31)에 따른 해당 법령 근거 국민건강보험법 삽입 시행
● 1989.7.	도시지역의료보험 실시	제도도입 후 12년 만에 전 국민의료보험 실시	● 2008.7.	노인장기요양보험 실시
			● 2011.1.	4대 사회보험 징수통합
			● 2018.7.	소득 중심 보험료 부과체계 1단계 개편
			● 2022.9.	소득 중심 보험료 부과체계 2단계 개편

(4) 최근의 과제와 한계

전 국민 건강보험이 완성되었다고 해서 결점 없이 완벽한 제도라는 것은 아니다. 최근 건강보험의 가장 큰 과제는 ‘재정 지속가능성’이다. 현재 대한민국은 전체 주민등록 인구 대비 고령인구 비율이 21%를 상회하는 초고령사회에 진입하였다. 2050년에는 전체 인구 대비 고령인구의 비중이 40%를 넘어설 것으로 예상하고 있고, OECD 회원국 중 가장 고령 인구 비중이 큰 국가가 될 것으로 전망되는 나라이다. 이에 따라 자연스레 진료 이용량과 질병 관리 비용이 늘고있는 상황이고, 의료 기술의 발달로 인해 고가 치료가 증가하여 보험 지출 압력이

커지고 있는 상황이다. 추가로 저출산과 인구 감소라는 사회적 문제로 인해, 보험료 납부 인구의 기반이 점점 약해지고 있는 상황이기 때문에 재정 지속가능성 문제는 진지하게 생각해보아야 할 문제라고 생각한다.

또한 건강보험은 현재의 치료 중심 정책에서 예방·돌봄 정책에도 시선을 둘 필요가 있다. 고령사회에선 병을 고친다는 단순한 치료보다, 만성질환, 장기 요양, 감염병 등의 공중보건 위기에서도 대응할 수 있는 정책을 만들어 국민들의 삶에 더 깊이 파고들어서 국민들의 건강을 지킬 수 있는 인프라를 만들어야 할 것이다.

II. 건강보험제도의 주요 내용

1. 국민건강보험 제도의 본질과 거시경제적 구조

대한민국의 국민건강보험은 국민연금과 함께 국가 복지 정책의 양대 축을 형성하는 핵심적인 사회보장제도이다. 사회보장 정책학 및 복지국가론의 관점에서 건강보험 제도를 거시적으로 분석할 때 3대 핵심 요소가 존재하고 있는 것을 알 수 있다. 첫째는 제도의 재원 조달을 담당하는 '보험 재정'이며, 둘째는 피보험자에게 제공하는 복지 혜택의 범위를 규정하는 '보험급여'이고, 마지막 셋째는 의료 공급자에게 비용을 분배하고 지급하는 방식인 '진료비 지불제도(수가제도)'이다. 이 세 가지 요소가 어떻게 설계되고 어떻게 상호작용을 하느냐에 따라서 제도의 성격이 결정된다. 본래 한국의 건강보험은 도입 초기 단계에서 취약한 국가 재정 여력과 제도적 설계 능력의 미비라는 제약조건에 직면해 있었다. 이 때문에 국가가 재정을 전적으로 책임지는 방식이 아니라, 피보험자가 납부하는 보험료로 재원의 대부분을 충당하는 '자조 정신'과 '수익자 부담 원칙'에 의거하여 정부의 재정 지원이 거의 없는 민간 보험의 형태로 출발하였다. 그러나 경제 성장과 함께 제도가 단계적으로 확대되면서 1988년 농어촌 주민 및 도시 자영업자를 대상으로 한 지역 보험이 전격적으로 도입되었고, 이후 김대중 정부 들어 직장 보험과 지역 보험이 하나로 통합되면서 현재는 강력한 소득 재분배 기능을 갖춘 보편적 사회보험으로서 정착하였다.

2. 보험급여 및 본인부담 제도를 통한 사회안전망 구축

국민건강보험의 구체적인 혜택 내용을 규정하는 보험급여 체계는 도입 및 확대 과정에서 발생할 수 있는 정치 경제적 난관과 의료 격차라는 사회문제를 극복하기 위해 전략적이고 점진적인 접근을 취했다. 정부는 의료보험을 본격적으로 실시하기 이전, 자활 능력이 없는 극빈층과 저소득층을 위한 '의료급여' 제도를 국가 재정 자금으로 먼저 강화함으로써 최소한의 사회적 형평성에 대한 고려를 선행하였다. 이후 본 제도를 수립하고 확장할 때에는 피보험자의 지불 능력이 상대적으로 높은 대기업 종사자부터 시작하여 중소기업 종사자, 농어촌 주민, 도시 자영업자 순으로 확대하는 방식을 선택함으로써 제도 도입에 따른 현장의 혼란과 부작용을 최소화하였고, 결과적으로 전 국민에게 통일된 기준으로 혜택을 제공하는 '급여 일원화'를 조기에 달성하였다. 다만, 의료 서비스의 접근성이 높아짐에 따라 발생할 수 있는 무분별한 의료 이용의 남용과 피보험자 및 의료 공급자의 도덕적 해이를 방지하기 위하여, 제도 도입 초기부터 환자가 일정 비용을 직접 부담하게 하는 '본인 부담 제도'를 병행하여 실시하였다. 입원 진

료의 경우 1979년부터 환자의 본인부담률을 20%로 고정 지정하여 현재까지 유지해오고 있으며, 외래 진료비의 본인 부담 방법은 시대적 재정 상황과 의료 이용 행태에 따라 자주 변동되어 왔다. 정부는 이러한 본인 부담 제도로 인해 저소득층이나 취약계층의 의료비 부담이 증가하여 가계가 파산하는 사회문제를 방어하고 실질적인 보장성을 강화하고자, 2005년부터 본격적인 '보장성 강화계획'을 수립하여 시행하였다. 이를 통해 다양한 예외적 경감 조치들이 이루어졌으며, 특히 2013년 10월부터는 암과 같은 4대 중증질환에 대한 보장성을 획기적으로 높이기 위해 초음파 검사를 법정 급여 범위에 포함하는 등의 조치를 단행하였다. 또한 과도한 재난적 의료비 지출로 가계가 빈곤층으로 추락하는 것을 막기 위한 직접적인 제도적 안전장치로 '본인 부담 의료비 상한제'를 운영하고 있다. 환자가 연간 부담할 진료비의 상한액은 가입자가 납부하는 보험료 수준에 따라 총 7개 군으로 차등화하여 저소득층일수록 상한액을 낮춰주는 방식으로 분배적 형평성을 실현한다. 이와 함께 보험수가 자체에 병원의 자본비용이 포함되어 있는 제도의 특성을 고려하여, 자본비용의 합리적인 보상을 위해 의료기관의 규모에 따라 차등화된 정책을 실시하고 있다. 구체적으로는 의료기관의 크기에 따라 보험수가에 가산율을 차등 적용하고 있으며, 입원료의 기준이 되는 기준 병실료와 진찰료(2001년 7월 개정) 역시 의료기관의 규모와 크기에 따라 차등화하여 운영함으로써 보건의료 공급 체계의 안정성을 도모하고 있다.

3. 진료보수 지불제도의 성과와 거시경제적 기여

의료 공급자에게 건강보험 재원을 분배하는 진료보수 지불제도의 경우, 한국은 1977년 사회 의료 보험 제도를 처음 시작할 당시 일본에서의 진료보수를 지불하는 방식을 그대로 모방하여 점수제 방식의 행위별 수가제를 전면적으로 실시하였다. 여기서 행위별 수가제란, 의료기관이 행하는 치료와 검사 하나하나에 가격을 매겨 지급하는 방식으로, 우리나라 보건의료의 질적 수준과 기술을 단기간에 세계적 수준으로 끌어올리는 데는 크게 기여 하였으나, 공급자로 하여금 진료량을 늘리게 하여 과잉 진료를 유발하고 보험 재정의 지속 가능성을 위협하는 구조적 취약성을 내재하고 있었다. 이에 대응하여 한국 정부는 제도 도입 초기부터 보험수가 및 급여 항목의 가격에 대해 강력한 정부 차원의 단가 관리를 시행하였다. 이러한 철저한 수가 통제와 정부의 관리 역량은 정치적 포퓰리즘이나 도덕적 해이 속에서도 건강보험 재정의 안정을 이룩하고 지속가능성을 확보하는 핵심적인 기반이 되었다. 국민들이 저렴한 비용으로 고품질의 의료서비스를 상시적으로 소비할 수 있도록 만든 이 제도적 기반은 보건의료 시장에 안정적이고 지속적인 수요를 창출해 내었고, 이는 다시 의료 공급 능력의 확대로 이어지는 선순환 구조를 견인하였다. 결과적으로 한국의 건강보험은 복지 정책을 넘어 보건의료산업 전체의 발전을 이끄는 강력한 산업 정책적 역할까지 수행하게 된 것이다. 이렇게 지난 40여 년간 성공적으로 축적된 탄탄한 보건의료 인프라와 의료 접근성은 과거 코로나19 등 전 국가적인 감염병 보건 위기 상황에서 사회적 봉쇄 없이도 성공적인 방역을 이뤄낼 수 있었던 가장 결정적인 요인이자 밑거름으로 작용하였다. 결론적으로 대한민국의 국민건강보험은 양극화와 건강 불평등이라는 사회문제를 보편적 복지 제도로 해결해 나가는 동시에, 국가 거시경제의 안정과 보건의료산업의 성장을 동시에 달성한 매우 독창적이고 성공적인 정치 경제학적 사례 연구 과제로 평가받는다.

Ⅲ. 건강보험제도의 역할/기능 및 성과

(1) 제도의 역할

국민건강보험법 제1조에 명시된 바와 같이, 건강보험제도는 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강 증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민 보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.(법제처-국민건강보험법 제1조)

첫 번째로 가장 중요한 역할은, 사회적 위험의 분산 및 의료 접근성의 보장이 있다. 암과 같은 큰 병에 걸리게 되었을 때, 국가적인 보험 제도가 없다면 이런 거대한 치료비는 고스란히 개인의 비극이 된다. 그렇기 때문에, 건강보험은 평소에 국민들에게 조금씩 돈을 걷어서 거대한 재정을 만든 뒤, 크게 아플 때 그 돈으로 의료비를 메워주는 '위험 분산(Risk Sharing)' 역할을 한다. 이를 통해 소득 수준에 상관없이 누구든지 각자 필요한 시기에 알맞은 의료 지원 및 서비스를 받을 수 있도록 보장함으로써 보건의료의 사각지대를 해소한다.

다음으로는 가계 경제의 안정을 도모하는 역할을 한다. 중증질환이나 만성질환으로 인한 경제적 지출을 가계의 재난적 의료비라고 하는데, 건강보험은 이러한 재난적 의료비의 지출을 방지한다. 의료비로 인한 빈곤화를 막아줌으로써 국민들의 가처분 소득을 보호하고, 일상적인 생활에 전념할 수 있도록 견고한 안전망을 제공해 준다.

마지막으로, 국민들의 건강수명 연장 및 삶의 질 향상을 돕는 역할을 한다. 과거의 단순한 치료 중심의 수동적인 급여를 넘어 생애 주기별 국가건강검진, 영유아 검진, 만성질환 관리 등 다양한 부분의 영역을 건강보험에서 관리하고 있다. 선제적 예방 중심의 보건의료 서비스를 제공하여 질병의 조기 발견과 관리를 가능하게 하여 단순히 오래 사는 것을 넘어, 국민의 전체적인 건강한 상태의 신체 유지와 수명을 연장하는 데에 실질적으로 많은 기여를 한다.

(2) 제도의 주요 기능

건강보험은 사회보험의 방식을 채택하고 있으며, 민간 보험과 달리 법적으로 강제 가입과 소득 비례 부담을 원칙으로 하여 독특하고 강력한 사회경제적 기능을 수행한다.

- 소득 재분배 및 사회적 연대성 강화

민간 사보험은 아플 확률이 높으면 보험료를 더 내고, 돈을 많이 내야 혜택을 많이 받는다. 하지만 국민건강보험의 보험료는 개인의 소득 및 재산 등과 같은 지불 능력에 따라 형평성 있게 부과되는 반면에, 의료서비스(보험 급여)는 개인이 납부한 보험료의 금액과는 관계없이, 질병의 필요도에 따라서 평등하게 제공된다. 이 과정에서 고소득층에서 저소득층으로, 건강한

사람에서 질병이 있는 사람으로 소득과 위험이 이전되는 소득 재분배 기능이 강하게 작동하며, 이는 사회적 연대감을 높이고 사회 통합을 이루는 기반을 마련한다.

- 의료 시장의 효율적 관리 및 구매력 행사

국민건강보험공단은 단일 보험자로서 전체 국민의 돈이 모인 국가 기관이며, 그에 따른 엄청난 구매력을 가지고 있고, 전 국민을 대신하여 합리적인 의료서비스의 제공을 위해 의료공급자와 의료서비스의 가격 즉, 수가 협상을 진행한다. 또한, 건강보험심사평가원과의 유기적인 협력을 통해 의료기관이 청구한 진료비가 적정하게 청구되었는지 심사하고, 그들이 제공하는 의료서비스의 수준을 평가한다. 이를 통해 불필요한 과잉 진료를 억제하고 국가의 전체적인 보건 의료 재정의 효율성을 극대화한다.

- 국가 보건의료 빅데이터 구축 및 보건 산업 견인

건강보험공단은 전 국민의 자격 요건, 보험료 부과 내역, 진료 및 투약 기록, 건강검진 결과 등이 포함된 품질 높은 보건의료 빅데이터를 보유하고 있다. 이는 국가 방역 체계 고도화, 질병 원인 분석, 맞춤형 건강관리 서비스 개발의 원천이 되며, 국내 제약·바이오 및 의료기기 산업 등 미래 성장 동력의 연구개발을 지원하는 핵심적인 기반이 된다.

(3) 대한민국 건강보험제도의 주요 성과

대한민국의 건강보험제도는 전 세계 최단기간으로 전 국민 의료보장에 달성하였다. 1977년 500인 이상의 사업장을 대상으로 처음 도입이 된 이후, 단 12년 만인 1989년, 자영업자와 농어촌 국민을 포함한 전 국민 의료보장 체계를 완성했다. 이는 서구 선진국들이 수십 년에서 백 년 이상 걸린 과정을 압도적으로 단축한 사례로, 국제사회로부터 보편적 건강 보장의 모범적 롤모델로 평가받고 있다.

또 다른 성과로는, 주요 보건의료 지표의 비약적인 향상을 가지고 왔다는 것이 있다.

건강보험을 통한 높은 의료 접근성은 대한민국을 세계 최고의 건강 지표를 가진 국가로 탈바꿈시켰다. 저렴하지만 질 높은 의료서비스의 제공은 영아사망률 감소, OECD 국가들의 평균치를 상회하는 기대수명의 급격한 증가 등의 긍정적인 결과를 초래했다. 또한 암, 심뇌혈관 질환 등 중증질환에 대한 보장성 강화 정책을 지속 추진하여, 환자 본인부담률을 5% 수준으로 낮추는 등 중증 그들의 부담을 대폭 경감시켰다.

약 6년 전, 전 지구적으로 피해가 가장 극심했던 코로나19 사태 등과 같은 심각한 국가적 감염병 위기 상황에서도 건강보험제도가 중추적인 역할을 수행하였다. 감염병 진단 검사비와 격리·치료 비용을 건강보험의 재정에서 신속하게 전액 지원함으로써 국민이 비용에 대한 걱정 없이 검사와 치료를 받도록 유도했으며, 이는 초기 감염 확산을 차단하고 치명률을 낮추는 방역의 중추적인 기초 인프라로 작용하여 글로벌 보건 위기 대응의 핵심적인 역할을

하였다.

IV. 건강보험제도의 문제점 및 이슈, 개선 과제

1. 건강보험제도의 문제점 및 이슈

오늘날 우리나라의 건강보험 제도는 최근 초저출산 및 초고령화라는 급격한 인구 구조의 변화 속에서 심각한 재정적·구조적 지속가능성의 위기에 직면해 있다. 저출산으로 인한 생산연령 인구의 감소는 윗세대를 책임지는 보험료 수입의 감소를 야기함과 동시에, 고령층의 폭발적인 증가로 인한 의료 부분의 비용 지출은 감당할 수 없을 수준으로 증가하는 추세이다. 건강보험의 문제로는 대표적으로 두 가지를 이야기할 수 있는데 비형평성의 문제와 의료사각지대의 문제가 대표적이다. 대한민국의 국민은 건강보험의 부과체계를 본다면 지역 가입자와 직장 가입자로 나누어져 있다. 직장 가입자는 급여를 기준으로 건강보험료를 근로자와 기업체가 각각 50%씩 부담을 하는데, 직장 가입자는 보험료를 원천징수하므로 체납의 문제가 거의 발생하지 않는다. 이와 반대로, 지역 가입자는 소득과 집, 토지와 같은 재산을 모두 합산해 종합적 점수를 매겨 보험료를 산정하는데 이때 보험료는 100% 본인이 부담한다. 하지만 원천징수를 하는 기업 가입자와 달리 보험료 체납의 문제가 발생하는 비율이 상대적으로 높으며, 자신의 소득을 편법으로 줄여서 보험료 부담을 줄이는 등의 문제가 발생해 기업 가입자들은 이에 대해 불만을 가지고 있다. 더하여 지역 가입자는 기업 가입자는 보험료 산정 기준에 기업 가입자의 재산적 가치는 고려되지 않고 부과되는 것에 대해 비판을 한다. 이와 관련한 사례로는 2015년 ‘피부양자 무임승차’ 사례를 예시로 들 수 있다. ‘피부양자 무임승차’ 사례는 서울에 20억 값어치의 집을 가진 은퇴한 자산가임에도 불구하고 건강보험 제도의 기업 가입자인 자녀의 피부양자로 등록이 되어 건강보험료를 내지 않고 모든 의료혜택을 무상으로 제공 받은 사례이다. (서한기, 2015) 이를 통해 건강보험의 구조적인 모순과 비형평성 문제를 알 수 있다.

더하여, 건강보험에는 의료 사각지대가 존재한다. 가장 대표적인 의료 사각지대의 문제는 암이나 희귀 질환 같은 고가의 비급여 항목으로 인한 의료비 부담과 빈곤으로 인해 건강보험료를 체납해 발생하는 사각지대의 문제이다. 건강보험이 적용되지 않는 최신 치료제나 정밀 검사를 받는 환자들은 오롯이 비용을 모두 떠안게 되는데 건강보험제도가 있음에도 불구하고 막대한 의료비를 감당하지 못해 파산하는 현상이 발생하고 있다. 빈곤으로 인해 발생하는 의료사각지대 역시 심각하다. 실질적 소득이 없음에도 불구하고 복잡한 산정방식으로 보험료가 부과되고 만약 이가 6개월 이상 지속된다면 보험 급여 제한이나 통장 압류 등의 처분을 받는다. 이로 인해 빈곤한 취약 계층은 병을 방치하는 악순환이 반복될 수 있다. 이에 관한 사례로는 ‘송파 세 모녀 사건’이 존재한다. 이 사례는 당시 세 모녀 가구는 심각한 의료 위기에 직면해 있었다. 큰딸은 만성질환을 앓고 있었지만 고액의 의료비 부담으로 치료를 받지 못했고, 유일한 생계 부양자였던 어머니마저 부상으로 일을 그만두게 되면서 수입은 단절되었다. 실질 소득이 전혀 없는 상황이었지만, 당시 건강보험 부과체계는 이들의 성별, 나이, 지하 셋방의 월세 등을 기준으로 매달 약 5만 원의 보험료를 계속해서 부과했다. 머니투데이 보도에 따르면 이들은 아버지가 암으로 세상을 떠난 뒤 남겨진 빛과

만성질환으로 이미 극심한 생활고를 겪고 있었으나, 제도적 지원을 받지 못한 채 철저히 고립되어 있었다. (구경민, 2025) 결국 이 사건의 결말은 세 모녀가 전 재산이었던 70만원과 함께 "죄송합니다"라는 짧은 유서를 남기고 복지 공백 속에서 스스로 생을 마감하는 비극으로 끝이 났다. 결국 2014년 발생한 이 사건이 사회적 위험으로부터 국민을 보호해야 할 건강보험제도가 정작 취약계층을 어떻게 외면하는지 적나라하게 보여준 것이다.

2. 건강보험제도의 개선 과제

현행 국민건강보험제도는 가입자의 자격 유형에 따라 보험료를 산정하는 공식이 제각각 달라 국민 간의 심각한 형평성 문제를 야기하고 있다. 소득 파악이 투명한 직장 가입자는 오직 월급만을 기준으로 보험료를 내는 반면, 자영업자나 은퇴자 등이 속한 지역 가입자는 소득뿐만 아니라 집, 전세와 월세 보증금, 자동차 등을 복잡하게 반영하여 보험료가 산정되기 때문이다.

이와 같은 자격 간 불평등과 무임승차 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 우선 지역 가입자의 보험 체계의 보험료 부과 체계를 개선해야 한다. 이를 위해서는 평가 소득과 자동차를 대상으로 보험료를 부과하는 것을 폐지해야 한다. 기존의 지역 가입자 건강보험료 산정 방식은 소득이 투명하게 파악되지 않는다는 이유로 성별, 나이, 재산 등을 고려해 임의로 추정한 '평가 소득'과 보유한 '자동차'에 보험료를 부과해 왔다. 하지만 이는 소득이 없거나 경제적 능력이 부족한 저소득 계층에게 오히려 더 많은 보험료가 책정되는 역진성 문제를 발생시킬 가능성이 있다. 그러므로 실제 부담 능력에 맞지 않는 불합리한 기준인 평가 소득과 자동차 부과 체계를 전면 폐지하여, 생활에 필수적인 자산 때문에 생계형 저소득층이 부당한 보험료 부담을 떠안는 악순환을 끊어내야 한다. 다음으로 피부양자의 자격 소득요건을 개선해야 한다. 기존의 시스템에서는 저소득 프리랜서, 구직 중인 청년처럼 소득이 없거나 아주 적은 사람에게도 성별, 나이, 가구원 수 등을 따져 평가 소득을 매겼다. 더하여 회사에 다니는 직장 가입자와 똑같이 별거나 오히려 더 못 버는 지역 가입자는 복잡한 보험료 산정 방식 때문에 직장인 최저보험료보다 훨씬 많은 돈을 내야 했다. 그러므로 소득 종류에 따라 다르게 적용되던 피부양자 탈락 기준을, 이자·연금·배당 등 모든 종류의 소득을 똑같이 합산해서 공정하게 심사하도록 바뀌어야 한다. 즉, 가입자의 소득 종류와 상관없이 그들의 실질적인 부담 능력을 반영하여야 한다.

건강보험 제도가 전 국민을 아우르는 외형을 갖추었음에도 불구하고, 실제 의료 현장에서는 적절한 치료를 받지 못해 방치되는 심각한 의료 사각지대가 존재하고 있다. 특히 경제적 빈곤으로 인한 사각지대가 심각하다. 실직이나 사업 실패 등으로 생계 곤란에 처한 취약계층이 건강보험료를 장기 체납할 경우, 법적으로 건강보험 급여가 제한되어 아파도 병원에 가지 못하는 비극적인 복지의 사각지대에 놓이게 되는 것이다. 이러한 의료 사각지대를 해결하기 위해 우선 현행의 의료 보험료 면제 기준을 합리적 개선을 통해 확대하는 것이 필요하다. 국민건강보험의 의료 복지 사각지대는 보험료를 체납한 경우, 건강보험 급여의 제한을 받게 되기 때문에 일어나는 문제가 가장 크기 때문이다. 이를 위해 체납자 유형이 정확하게 분류되고 그러한 자료를 바탕으로 복지 사각지대에 놓인 생계형 체납자를 정확하게 구분하여 그에 따른 지원방안을 강구할 필요가 있다. 더하여 건강보험료 지원은 기

관이나 지자체에서 실시하고 있는 보험료 지원사업을 활성화할 수 있도록 지원해야 한다. 특히 지방자치단체의 조례 제정을 통하여 저소득층의 건강보험료 지원을 확보하도록 지방자치단체가 조례를 제정이 필요해 보여진다. 예를 들자면, 국민건강보험공단은 복지 사각 지대에 놓인 생계형 체납자를 구제하기 위해 각 지방자치단체가 조례를 제정하여 저소득층의 건강보험료를 대납·지원하는 사업을 활성화하도록 적극 유도하고 있다. 국민건강보험공단은 신용회복위원회와 만 39세 이하 취약 청년을 대상으로 체납된 건강보험료를 지원한다고 2026년 5월 14일 밝혔다. 이는 의료 이용의 제약과 신용위기의 이중고를 겪는 청년층의 자립을 지원하기 위한 목적에서 이뤄졌다. (강승지, 2026)

V. 건강보험제도의 관련기관 현장 탐방



(국민건강보험공단 전주 남부지사)

(1) 소감 및 평가

- 202516254 강민영 : 건강보험제도의 출발, 형성 배경, 지원 영역 등의 설명을 해당 기관에 직접 가서 들을 수 있어서 뜻깊었다. 건강보험제도가 강제적인 가입을 원칙으로 하는 만큼 전 국민으로부터 돈을 징수하기 때문에 일반인들은 입에 담아본 적도 없는 큰 액수의

돈이 국민건강보험공단에 의해 움직이고 있다는 사실을 알게 되었고, 신뢰를 바탕으로 운영되고 있는 공기업인 만큼 공단 직원들은 책임감과 사명감을 가지고 일을 해야겠다는 생각이 들었다. 이론으로만 배운 제도들이 실제로는 어떻게 운영되고 있는지가 수업만 들어서는 현실적으로 잘 와닿지는 않았었는데, 관련 업무를 하는 공간에 가서 현장에서 일을 하시는 현직자에게 이야기를 들으니 현재 우리나라의 실태는 어떤 상황인지, 어떤 문제점이 있고, 그로 인한 어려움은 무엇인지가 실감이 났다. 다양한 문제점이 있지만 그 중 특히 인상 깊었던 점이 있는데, 사무직에만 종사하시는 분들은 해당 직렬에 대한 근로 공급도 수요도 많지만, 행정 업무와 출장 업무를 동시에 소화해야 하고, 현장에 가서 지원 대상자들을 직접 만나고 관리해야 하는 복지 직렬에 종사하시는 분들은 늘어나는 복지 수요에 비해 인력이 턱없이 부족하고, 변화하는 사회에 현행 제도와 법률들이 부응하지 못하고 있다는 사실을 알게 된 후 우리나라가 복지 선진국이 되기에는 아직 부족한 면이 존재한다는 생각이 들었다. 그리고, 건강보험을 관리하고 운영할 뿐만 아니라 장기 요양 보험 제도까지 국민건강보험공단의 역할이라는 사실도 새롭게 알게 되었다. 장기 요양 보험 제도의 내용, 생성 배경, 지원 대상 선별부터 지원 규모 및 기간 책정 등의 모든 부분을 공단에서 관리한다는 것과 같은 정보를 얻을 수 있었다. 평소 노인복지에 관심이 많아, 건강보험과 장기 요양 보험과 같은 질병, 노인들과 관련한 제도에도 흥미가 있었는데 인터넷과 교재 등의 문헌 조사만 했을 뿐만 아니라 좋은 기회로 직접 탐방까지 다녀오게 되어 단순히 과제 제출만을 위한 일회성 지식이 아닌 활동이었다는 생각이 들었고, 이번 과제 활동이 인생 경험과 진로에 실질적으로 도움이 되어 큰 의미가 있었다.

- 202525685 김현서 : 이번 기관 방문을 통해 기관에서 하는 일을 직접 눈으로 보고 듣는 진귀한 경험이 된 것 같다. 특히, 통합형 돌봄에 대해 잘 와닿지 않았었는데, 기관에서 통합형 돌봄에 대한 설명을 들으며 통합형 돌봄 사업에 대해 더 자세히 알 수 있는 시간이 되었다. 통합형 돌봄의 큰 특징이자 장점인 가족 부담 감소 및 지역 사회에서 계속 지낼 수 있다는 장점이 있다. 이번 기회를 통해 건강보험제도의 개선점에 대해서도 조사할 수 있었는데, 지역 가입자와 기업 가입자 사이의 형평성 문제, 의료 사각지대 문제 등 여전히 개선이 필요한 부분이 남아있고 이와 관련된 이슈들역시 현저하게 존재한다는 것을 알 수 있었고, 그 문제들을 해결하기 위해 많은 노력이 필요할 것이라는 생각도 할 수 있는 시간이었다. 특히 수십억 원의 자산가가 피부양자라는 자격 덕분에 보험료를 전혀 내지 않는 반면, 소득이 없는 취약계층은 지역가입자라는 이유로 전·월세 보증금 때문에 보험료 폭탄을 맞고 생계형 체납자로 전락하는 현실은 매우 충격적이었다. 결국 건강보험이 소수만을 위한 서비스가 아니라 우리 사회 구성원 모두를 지켜주는 보편적인 시스템이 되기

위해서는 재산이나 자동차가 아니라 오직 '실제 소득'에만 보험료를 매기는 방식으로 공식이 꼭 통일되어야 한다는 생각이 들었다. 그래야 돈을 많이 버는 사람은 많이 내고, 어려운 사람은 덜 내면서 다 함께 평등하게 병원에 갈 수 있기 때문이다. 이번 과제는 단순히 건강보험의 이론만 외우는 것이 아니라, 복지 제도의 이면에 있는 불평등한 구조를 날카롭게 바라보는 눈을 기르는 좋은 계기가 되었다. 앞으로 사회복지를 더 공부하면서, 사회적 약자들이 돈 때문에 건강권을 위협받지 않고 모두가 인간다운 삶을 누릴 수 있는 정책적 대안을 고민하는 사람이 되고 싶었다.

- 202516818 유재강 : 건강보험공단이라는 이름을 들었을 때는 막연하게 건강보험료와 관련된 사무적인 일을 하는 좋은 직장이라고 생각했었다. 하지만 인터뷰를 진행했던 선생님분과 이야기해보고 나서 깨달은 점은 국민건강보험이 단순한 의료비 지원 제도를 넘어, '사회적 연대'와 '소득 재분배'라는 사회복지의 핵심 가치를 실현하는 복지국가의 토대를 위해서 없어서는 안될 공공기관중에 하나였다는 것이다. 인터뷰 내용중에는 재가복지에 대한 내용이 가장 인상깊었는데, 이유는 친할머니께서 재가복지 서비스를 아주 만족스럽게 이용하고 계시기도 하고, 이를 보고 어머니께서 재가복지센터를 만드셨기때문이다. 어머니께서 사회복지 서비스 중에서 특히 재가복지에 관심을 갖고계시고 나 역시 관심을 갖고있었기 때문에 건강보험공단에 견학을 오길 잘했다고 생각을 했었다. 인터뷰했던 선생님께서 건강보험공단이 생겨난 후의 장점에 대한 질문에 대답하시길, 직접 도움이 필요하신 어르신들의 집에 찾아가 도움을 드리는 재가복지를 통해서 어르신들의 보편적 삶을 사시는데 도움을 드리는 것이라고 하셨다. 이런 내용이 노인복지를 꿈꾸는 나로서는 가장 감명깊게 들었던 부분이다. 또한 노인장기요양보험의 방문요양에 관한 질문에 선생님께서는 중증 상태이신 1~2급 어르신들에게는 4시간 제한이 있었고, 3~5급 어르신들에게는 3시간의 제한이 있다는 점에서 오직 어르신들의 생계 유지를 위한 최소한의 시간을 산정하고 있다는 부분에서 서비스 내용 종류의 다양성이 필요하다고 하신 부분에 크게 공감했다. 이번 견학을 통해서 나는 노인복지를 실천하고싶은 마음이 더 강해졌다. 훗날 사회복지사가 되서 우리사회에서 사회복지사를 필요로 하는 상황에 나는 힘이 되는데까지 우리사회를 위해서 힘써야겠다고 생각하게되었고, 그에맞는 전문성을 길러야하겠다고 다짐하였다.

- 202517078 정혜령 : 이번 국민건강보험공단 현장 탐방은 사회보장론 수업 시간에 이론으로만 배웠던 건강보험 제도가 실제 우리 삶에서 어떻게 작동하고 있는지 직접 느껴볼 수 있는 유익한 시간이었다. 가장 먼저 건강보험 제도가 어떻게 처음 만들어졌는지 그 배경을 듣게 되었다. 과거 6·25 전쟁 직후에는 돈이 없으면 맹장이 터져도 당장 수술을

받지 못할 만큼 의료 환경이 열악했지만, 이러한 아픈 역사와 한계를 극복하고, 1989년 7월 1일에 마침내 전 국민 건강보험이 확대되면서 지금처럼 우리가 병원비 걱정을 덜고 살 수 있게 되었다는 점이 깊이 와닿았다. 또한, 이번 탐방은 사회보장론에서 배웠던 사회보장의 세 가지 축(사회보험, 공공부조, 사회서비스) 중에서도 사회보험의 개념을 확실하게 정리하는 계기가 되었다. 미래의 사회적 위험에 대비해 국가와 국민이 함께 재원을 마련하는 사회보험은, 민간에서 영리를 목적으로 운영하는 사보험과 달리 공적 영역에서 국민 전체의 삶을 보장한다는 점에서 차이가 있음을 알 수 있게 되었다. 특히 뇌출혈이나 심근경색 같은 큰 병에 걸렸을 때, 총진료비의 대부분을 공단에서 부담해 주어 환자 본인의 부담을 획기적으로 줄여주는 것을 미국의 의료 체계와 비교한 예시를 들으니 우리나라 건강보험 제도가 얼마나 우수한지 알게 되었고, 국가가 운영하는 공적 보험이 우리에게 왜 꼭 필요한 지 쉽게 이해할 수 있었다. 더불어 국민건강보험공단이 단순히 건강보험만 담당하는 게 아니라, 고령화 시대에 꼭 필요한 노인장기요양보험도 함께 운영하고 있다는 사실을 새로 알게 되었다. 특히 공단의 모든 사업은 오직 법에 근거해서만 수행될 수 있다는 점이 기억에 남는다. 자격부과, 부과, 징수, 보험급여 등으로 꼼꼼하게 나누어진 공단의 4대 핵심 업무 체계를 보면서, 전 국민의 건강을 지키고 사회보장을 지원하는 건강보험공단은 현장에서 얼마나 체계적이고 조직적으로 관리되고 있는지 배울 수 있었던 뜻깊은 경험이었다.

참고 문헌/자료

보건복지부 공식 홈페이지

김준경 (Joon-kyung Kim),and 김준일 (Jun Il Kim). "건강보험제도의 도입과 발전과정: 정치경제적 배경과 거시경제적 고찰." 한국경제포럼 14.3 (2021): 1-46.

이규식. "한·일 건강보험제도의 비교." 건강복지정책연구원 Issue Paper 12.1 (2014): 1-18.

법제처 - 국민건강보험법 제1조

김수진, 권순만. (2016). 건강보험료 부과체계 개편방안. 예산정책연구, 5(2), 41-65.

응원화이티장. "한국 국민건강보험제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구." 국내석사학위논문 신라대학교 일반대학원, 2017. 부산

서한기. (2015, 9, 24). 건강보험 형평성 논란…집 3채 갖고도 한푼 안내고 혜택. 연합뉴스.
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20150923110200017>

구경민. (2025.02.26.), 삶의 끝에서도 "죄송합니다"…마지막 월세 남기고 떠난 세모녀[뉴스속
오늘], 머니투데이
<https://www.mt.co.kr/society/2025/02/26/2025022510575943896>

강승지. (2026.05.14.). 건보공단·신용회복위, 5.5억 들여 취약 청년 체납 건보료 지원, 뉴스1
<https://www.news1.kr/bio/welfare-medical/6166549>