

참여연대, 무상의료운동본부,  
더불어민주당 국회의원  
정춘숙·강훈식·김민석·남인순·강선우·고영인·  
김원이·서영석·최종윤·최혜영, 정의당 국회의원 강은미

수 신 각 언론사 정치부·사회부  
발 신 참여연대 사회복지위원회 조희훈 간사 010-5051-0517 [welabtax@pspd.org](mailto:welabtax@pspd.org),  
무상의료운동본부 김재현 사무국장 010-7726-2792  
제 목 [보도자료] 윤석열 정부의 긴축기조에 따른 건강보험 보장성 정책 후퇴 문제점과 대응 방안  
모색 국회 토론회  
날 짜 2023. 01. 03. (총 8 쪽)

## 사 후 보 도 자 료

### “윤석열 정부의 긴축기조에 따른 건강보험 보장성 정책 후퇴 문제점과 대응 방안 모색” 국회 토론회 개최

일시/장소 : 2023. 01. 03.(화) 10:00, 국회의원회관 제1세미나실

#### 1. 취지

- 윤석열 정부는 지난 12월 초, 「건강보험 지속가능성 제고방안 및 필수의료 지원대책」(이하 지원대책)을 내놓으며, 건강보험의 지출을 통제해 재정의 건전성을 도모하고, 절감된 비용은 필수의료에 사용하겠다고 발표했습니다. 그러나 이는 사실상 국민들의 의료 이용을 제한하고, 재정지출 절감을 통해 민간병원을 지원하겠다는 것에 불과합니다. 이같은 정부의 지원대책은 긴축재정 기조하에 사회보험 지출을 최소화하려는 시도입니다.
- 또한 정부는 2023년 건강보험 국고지원 예산을 약속된 20%가 아닌 14.4% 수준으로 편성했습니다. 시민사회는 시민의 건강권 보장을 위해 건강보험 국고지원을 확대하고 한시적 지원 규정을 항구적 법제화 할 것을 요구했지만 정부와 여당의 반대로 국회에서 제대로 된 논의가 이루어지지 않았습니다. 게다가 여당은 건강보험을 기금화하는 내용의 국민건강보험법 개정안을 발의하기도 했습니다. 그러나 단기보험인 건강보험을 기금화하는 것은 제도의 정합성에 맞지 않으며, 건강보험 보장성 정책은 우선순위에서 배제한채 재정건전성만 운운한 것은 건강보험 제도 도입 취지에 맞지 않습니다.

- 우리나라는 건강보험 보장률이 OECD 국가 평균 80%에 한참 미치지 못하는 약 65% 수준에 불과해 여전히 국민들의 의료비 부담이 높은 상황입니다. 그런데도 정부는 국가책임은 나몰라라 하고, 시대에 역행하는 정책을 내놓고 있어 건강보험 후퇴가 우려됩니다. 이에 시민사회는 윤석열 정부의 건강보험 정책 문제점을 지적하고, 건강보험이 그 본래 목적인 국민들의 건강을 충분히 보장하는 방향으로 가기 위한 방안을 제시하는 토론회를 개최했습니다.

## 2. 주요내용

- 사회\_이찬진 변호사, 참여연대 사회복지위원회 실행위원
- 발제\_김윤 서울의대 의료관리학교실 교수
- **1) 건강보험은 재정위기인가?** 우리나라 건강보험 누적적립금은 20.2조 원(2021년 말 기준)으로 적정수준임. 건강보험공단과 기획재정부, 국회 예산정책처의 재정 추계는 비현실적인 가정을 한 것임. 2026년 건강보험료 법적상한선에 도달 후 2040년까지 보험료 인상하지 않고, 건강보험 수가 인상률과 진료비 증가율을 그대로 유지했을 때의 수치임. 건강보험료를 법정 상한 도달 시점은 2028~2030년으로 예상되고, 누적 적립금의 경우 기획재정부는 ‘2060년 장기재정전망’에서 2025년 고갈된다고 전망했지만 보건복지부는 2025년 15조 원 규모일 것으로 예상함. 국회 예정처는 보험료 인상률을 실제 인상률보다 약 2배 높게 예측하여 고갈 시점이 앞당겨질 것으로 얘기하고 있음. 그러나 역대 정부의 건강보험료 인상률은 과거 5년 기준 2.3%임. 현재 부과 기반 확대, 부동산 가격 증가 등으로 건강보험료를 증가보다 보험료 수입 증가율이 큰 상황임.
- **2) 건강보험 보장성 강화 정책은 재정위기? 그럴지 않음.** 우리나라의 초음파와 뇌 MRI 검사 중 남용 의심 진료비 규모는 2천억 원으로, 전체의 약 9%임. 건강보험 보장성이 높아져서 재정이 위기라고 할 수 없음.
- **3) 건강보험 재정 누수의 원인은 다음과 같음.** ① 병상 공급 과잉: 병상 공급이 늘면 입원할 필요가 없는 환자까지 입원하게 됨. OECD 수준의 병상수와 구조를 갖추게 되면, 우리나라 입원율이 서울 동남권 수준으로 낮아지게 될 것임. 전체 입원의 약 1/3이 감소하고, 2021년 기준 건강보험 입원진료비 35.4조 원 중 11.8조 원을 절감할 수 있음. ② 만성질환관리: 신규 만성질환자 거주지와 최빈 방문 의료기관 소재지의 소진료권 일치 여부에 따른 분석(5년동안의 의료비용 총액)에 따르면, 환자 거주지와 단골 의사 소재지의 소진료권이 일치할 때 고혈압 환자의 의료비용 총액이 적은 것으로 나타남. ③ 실손보험: 우리나라 민간의료보험 가입유형별 의료이용 현황을 분석해보면 비가입 12.9%, 정액형 33.3%, 실손형 15.5%, 정액형+실손형 38.4%임.

민간의료보험에 가입했을 때 건강보험 진료비 남용은 4.6조 원~10.1조 원으로 나타났고, 외래진료비는 12%, 입원진료비는 29%~5.8%가 증가하는 것을 확인할 수 있음.

- **4) 건강보험료 부과 형평성은?** 건강보험제도의 지속가능성은 보험료 부담의 공평성과 같음. 2022년 가구당 월평균 본인부담금 보험료는 지역가입자가 직장가입자의 1.58배임. 직장가입자는 고용주가 보험료의 절반을 부담하지만 지역가입자는 본인인 더 가입하는 구조임. 지역가입자는 여기에 더해 과소신고된 소득을 추정하겠다는 목적으로 재산에도 보험료가 매겨짐. (자료집 참조)통계를 바탕으로 시뮬레이션 해 본 결과 재산보험료가 전체보험료에서 차지하는 비율이 약 62%~90%임. 그러나 우리나라의 자영업자 소득파악률은 2017년 기준 이미 90%를 넘어섰음. 이로 인해 지역가입자에게 과도하게 보험료가 부과되는 문제가 발생하고 있음.
- **5) 건강보험 거버넌스는 어떻게 개선해야 하나?** 우리나라의 건강보험 정책 대부분을 결정하는 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)의 복지부의 과도한 영향력, 편향된 의제설정, 회의록과 안건 비공개 등 불투명한 운영 등 구성과 운영에서 문제가 지적되고 있음. 이에 가입자 권한이 강화된 건정심 개편이 요구되고 있음. 건정심 산하에 사무국을 두고 보건의료연구원 신의료기술평가위원회와 심평원의 급여평가위원회를 통합 운영하여 행위에 대한 승인과 급여결정을 하도록 해야 함. 과도한 급여 책정을 방지할 수 있음. 또한 위원 구성은 공급자 8인, 보험자 및 가입자 8인, 공익 4인, 투표권이 없는 시민·소비자·환자 대표 4인으로 구성을 재편해야 함.
- 토론1\_전진한 보건의료단체연합 정책국장
  - 윤석열 정부는 건강보험 보장성 강화정책이 재정 건전성을 위협한다고 주장하지만 우리나라는 국가가 지출하는 의료비의 GDP 대비 비율은 4.8%로 OECD 평균 6.6%에 크게 못 미치고, 환자 본인부담 의료비는 GDP 대비 3.3%로 OECD 평균 2.2%보다 1.5배 높음. 건강보험에 대한 국가 책임이 부족하다보니 우리나라는 건강보험 보장성이 61%로 OECD 평균 74%에 한참 못 미침. 최종 가계 소비 중 의료비 본인 부담 지출 비율 또한 5.3%로 OECD 국가 중 두 번째로 높으며 재난적 의료비 지출 가구도 7.5%로 OECD 평균 5.4%를 훨씬 상회하고 미국(7.4%)보다도 높음. 재정건전성을 이야기하며 긴축을 할 때가 아니라 공적 지출을 늘려 보장성을 강화해야 함.
  - 윤석열 정부는 낮은 의료비 본인부담으로 과다 의료이용 등 도덕적 해이가 발생했다고 주장함. 그러나 과잉진료는 공급자(의료인)의 도덕적 해이 때문임. 한국은 일인당 의사 진찰 건수가 OECD 국가 중 압도적 1위이며, OECD는 한국이 행위별수가제를 채택하기 때문에 이런 현상이 나타난다고 설명함. 한국은 95%가 민간병원인 의료체계가 구축되어있고 공공의료가 부실해 예방 등 일차보건의료 역할을 하지 못함.

한국은 인구당 병상 수가 OECD 평균의 3배이고, 병원들이 과잉진료로 이 병상들을 채우고 있음. 건강보험 보장성이 낮다보니 환자들은 과잉진료를 유발하는 주범인 실손보험에 의존함. 과잉진료 문제 해결을 위해서는 민간 공급자를 통제하고 민간의료보험의 성장을 억제해야 함. 그러나 정부는 이와는 반대의 정책을 내놓고 있음.

- 우리나라 건강보험 부담률을 OECD 평균과 비교하면, 노동자·자영업자·실업자 등 서민들이 OECD 평균만큼 부담하고 있는 반면 기업은 OECD 평균보다 1.7% 덜 부담하고 있음. 기업(사업주) 부담을 늘려야 함. 또한 한국은 건강보험에 대한 국고지원율이 20%에 불과하고 이마저도 한시적 규정이고, 20%의 지원비율도 제대로 지켜지지 않음. 국고지원을 상시 법제화하고 건강보험 재정의 최소 30% 이상을 국가가 책임지도록 해야 함. 또한 부자, 대기업에 대한 부담강화와 제대로 된 자산부과, 역진적인 건강보험료 상한 폐지로 건강보험 보장성을 강화해야 함.
- 우리나라 의사 수입은 노동자 평균의 5~6배이고, 외국의 2~3배임. 필수과의 의사 수입도 결코 낮지 않음. 2009년 흉부외과 수가를 2배 올렸으나 전공의 지원 기피 현상은 나아지지 않음. 수가 인상으로 병원은 수입을 얻고 환자의 의료비용은 올랐지만 전문의 고용을 늘리지 않았기 때문임. 단기적으로는 병원에 필수과 전문의 고용을 의무화하고 의사를 공공적으로 양성해서 지역과 필수과에 배치해야 함. 근본적으로 공공의료기관을 늘려야 함.
- 건강보험 축소는 민간의료보험 상품에 의존하라는 것과 다름아님. 이는 기업주들의 이해관계에 부합하는 것임. 또한 수가 인상은 의료비를 인상시켜 민간 병원 자본의 이윤을 확대하는 정책에 불과함. 정부는 민간보험사가 당뇨·고혈압 등의 관리를 직접 할 수 있게 하는 ‘비의료 건강관리서비스’ 시범사업을 하며 건강보험이 담당하는 일차의료를 민간보험 시장에 넘겨주는 정책을 시행할 것으로 보이고, 이는 곧 미국식 의료제도와 다르지 않아 우려가 됨.

● 토론2\_김흥수 공공운수노조 사회공공성위원장

- 윤석열 정부의 건강보험 지속가능성 제고 방안은 건강보험의 보장성을 민간 중심의 상업화된 의료 공급체계의 문제를 심화시키며 결과적으로 국민의 건강권을 심각하게 위협할 것으로 판단됨. 건강보험과 노인장기요양보험의 경우, 매년 재정 상황에 맞게 보험료율 산정을 하고 있기 때문에, 보험료율을 일정 수준으로 고정하거나 가정하는 것을 전제로 장기전망을 한다는 것 자체가 모순임. 여당에서 추진하고 있는 건강보험의 기금화 역시 단기보험 성격상 적합하지 않음.
- 민간 중심의 공급구조와 비용 유발적인 행위별 수가제가 건강보험 재정누수의 핵심 요인임. 의료 공급자의 도덕적 해이부터 해결해야 함. 또한 비급여의 점진적 축소 및

폐지가 필요하고, 급여내용과 비급여 진료내용을 섞어 진료할 수 없도록 해야 함.

실손보험에 대해서도 보험 상품, 비급여 가격, 급여기준, 보험료 등 계약 관련 규제를 강화하고 과도한 초과이윤과 비급여 진료비 인정 기준에 대한 관리를 강화해야 함.

- 낭비적 비용 통제를 위해서는 건강보험 주요 정책 결정 과정에 건강보험 보험료 부담과 의료서비스 이용 주체인 가입자(국민)의 정책 결정 참여를 강화하여 의사결정의 수용성 및 책임성을 높여야 함. 현재 건강보험 거버넌스는 건강보험정책심의위원회에 과도한 권한이 집중되어있음. 건정심의 보험료를 결정 및 상대가치점수·요양급여비용 상한 심의 기능을 재정운영위원회로 이관하여 기능을 확대하고, 건정심은 의견 상충시 조정 기능을 수행하는 사회적 합의기구로 위상을 정돈해야 함.
- 건강보험에 대한 국가책임 강화를 위해 **20%**의 국고 지원을 항구적 법제화 해야 함. 또한 건강보험에 대한 국가 책임과 기업 부담을 늘려야 함. 정부는 건강보험 공단 인력 감축을 예고했고, 고객센터 노동자들의 소속기관 전환도 계속해서 지연하고 있음. 정부는 인력 감축과 기능 축소·민영화를 중단하고 적정 인력 총원과 고객센터 직접고용을 책임있게 마무리 해야 함.

### ● 토론3\_유정엽 한국노총 정책2본부장

- 우리나라의 건강보험은 재정위기가 아님. 기재부의 건강보험 재정추계 근거와 가정은 현실과 맞지 않음. 지난 정부의 보장성 강화 정책으로 국민들은 실질적 혜택을 봄. 건강보험공단 자료에 의하면 건강보험 보장성 강화정책 수혜자가 **4,477만** 명에 달하고, 국민 **1인당** 평균 **47만** 원의 의료비 부담이 감소됨. 비급여 항목이 급여화되면서 많은 국민들이 빈곤층으로 전락하는 것을 방지했음. 정부는 극단적 사례를 들어 건강보험 보장성 강화 정책의 효과를 왜곡하고 있음.
- 의료전달체계가 민간의료 중심으로 구축됨에 따라 필수의료 포함 지역 간 공급 및 서비스의 질적 격차가 발생하고, 비효율적인 의료전달체계로 건강보험의 재정악화에 영향을 줌. 병상 공급의 축소와 적정화가 필요함. 또한 행위별 수가제로 인해 비급여 진료를 권유하는 것을 통제하기 위해 총액 계약제나 인두제 도입, 의료기관이 심평원에 진료비 청구 시 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 자료 제출하도록 의무화, 신규 비급여 진료는 건강보험공단의 사전 승인을 받도록 하는 등의 근본 대책이 필요함.
- 약제비와 치료재료비 절감을 위해서 임상적 유용성 및 비용·효과성 등을 기준으로 급여목록을 주기적 재평가하여 합리적 지출방안을 마련하고, 공단은 의약품, 치료재료 구입시 경쟁입찰제도 등 재정절감 방안 추진해야 함. 건강보험의 재정 안정화를 위해 국고지원 한시적 규정을 지속적 지원 가능하도록 정상화해야 함.
- 마지막으로 건강보험 정책 결정의 투명성, 신뢰성 제고 위해 국민 중심의 거버넌스 개편이 필요함. 위원회의 명단과 회의록을 공개하고 공익위원 선임절차 개선, 독립적

사무국 설치 등 개선이 필요함. 심평원의 분과위원회는 이해상충관계가 없는 자로 구성하고 명단과 회의록을 공개해야 함. 건강보험료율 결정 권한을 건정심에서 재정운영위원회로 이관해야 함.

● 토론4\_제갈현숙 한신대학교 강사

- 윤석열 정부는 건강보험에 대한 '재정 위기' 프레임을 유포하고 있음. 건강보험 재정은 2016년 이후 준비금의 규모가 20조 원을 돌파함. 이는 가입자의 건강보험 보장성 강화를 위해 지출해야 할 재정이 적극 사용되지 않고 있음을 의미함. 이를 언론이 검증 절차 없이 재정 위기라고 전달하고, 건강보험 보장성 축소를 위한 사회적 분위기가 형성됨. 우리나라의 GDP 대비 공공사회복지지출 비율은 12.2%로 OECD 평균 20.2%보다 낮은 수준(2019년 기준)임. GDP 대비 경상의료비는 OECD 평균이 9.7%인데 비해 한국은 8.4%, 경상의료비 중 정부·의무가입제도 비중은 OECD 평균 76.3%에 한참 못 미치는 62.6%, 우리나라의 가계 직접부담 비중은 OECD 평균 18.1%에 비해 상당히 높은 27.8%(2020년 기준)임.
- 국민건강보험법 제38조는 급여비용 총당에 지출할 현금이 부족할 경우 이를 보전할 목적으로 '준비금'을 규정함. 준비금은 적립이 목적이 아니라 특수한 상황에 대비하기 위한 것으로 적립금의 개념과 분명히 구분되어야 함. 기재부의 재정 안정화 조치로 준비금을 적립금으로 보유하도록 하는 것은 제도의 취지에 부합하지 않음.
- 건강보험 국고지원은 일몰제로 운영되고 있으나 영구적인 국고지원으로의 전환이 필요함. 또한 실질적 수준은 법에 명시된 20%보다 적은 약 14% 수준임. 국회입법조사처 또한 건강보험재정에 대한 정부 지원의 안정성과 지속가능성 확보 위한 국가의 법정 지원율 준비와 일몰제 폐지를 권고함. 정부는 사회부양비에 대한 노력이 필요하나 이제껏 지출통제에만 힘을 실었을 뿐, 미래와 공공의료 확보를 위한 재원을 마련하지 않음. 사회보험으로 건강보험제도를 운영하는 해외 국가에서는 이미 건강보험 재정지원을 위한 조세 개혁과 지원이 이루어짐.
- 건강보험은 비용의 일부를 부담하게 됨으로써 사회적 부양원리가 실현됨. 사회보험재정의 권리는 전적으로 노동자에게 귀속됨. 보험자는 가입자를 대표해야 하고 독립성이 확보되어야 함. 그렇기 때문에 국민건강보험공단은 건강보험제도 전반을 관리하고 운영하는 주체가 되어야 함. 가입자의 이해를 최대로 대변하며 공급자와의 협력도 유지할 수 있도록 해야 함. 현재 거의 모든 건강보험 급여평가 관련 정책이 가입자의 이해가 대변되지 못하고 있음. 재정지출 의사결정의 주체와 보험재정 관리 책임 주체가 이원화되어 있음. 가입자의 이해가 충분히 반영되어야 함.

● 토론5\_김사강 이주와인권연구소 연구위원

- 보건복지부는 건강보험 재정 누수 원인 중 하나로 ‘외국인의 무임승차’를 들며 배우자나 미성년 자녀를 제외한 외국인이 피부양자가 되려면 입국 후 6개월을 기다리도록 하겠다는 방안을 제시함. 그러나 2021년 말 기준, 내국인 피부양자는 17,891,856명인데 비해, 외국인 피부양자는 191,909명에 불과함. 직장가입자 1인당 피부양자 수도 내국인은 0.96명, 외국인은 0.4명으로 외국인이 내국인에 비해 절반 이상 적음. 건강보험 “무임승차자”인 직장가입자의 피부양자의 숫자는 크지 않은 것임. 외국인 피부양자 중 40% 이상은 내국인 피부양자임. 외국인 피부양자에 대한 제재가 시행된다면 그 영향을 받는 이들의 40% 이상은 내국인이 됨.
- 보건복지부는 지난 2018, 2019년 외국인의 건강보험 지역가입을 의무화하며 지역가입자의 자격 취득 시기를 입국 후 6개월로 연장함. 또한 소득 재산과 무관하게 전년도 평균 보험료를 부과하는 대상을 늘리고 세대원이 될 수 있는 가족의 범위를 배우자와 미성년자로 축소함. 외국인 직장가입자의 보험료 대비 급여 흑자는 지역가입자의 적자를 상쇄하고도 남음. 보건복지부의 차별적 정책에 따라 외국인 지역가입자의 보험료 부담은 크게 늘었음. 부모, 형제자매, 손자녀 등의 가족을 동일 세대로 인정받지 못해 별도의 세대로 가입해야 하는 경우가 늘었기 때문임.
- 외국인 건강보험 가입자가 전체 가입자의 3%도 채 되지 않지만 외국인 건강보험 재정기여는 외국인 지역가입 의무화 이전인 2017년 2천억 원대에서 2021년 5천억 원대로 크게 늘어남. 정부는 외국인을 희생양으로 내세워 건강보험제도의 근본적 문제를 호도하고 있음. 외국인의 연간 외래 이용률은 35%에도 미치지 못함. 건강보험 가입을 의무화하고 가입자의 기여금으로 재원을 마련하는 만큼 형성성과 공정성을 갖춰야 함. 외국인들에 대한 차별을 심화시켜 나가겠다는 지금과 같은 “개선” 방안은 건강보험의 지속가능성을 해치는 주범임.

- 토론6\_손호준 보건복지부 보험정책과장

- 이후 종합토론을 진행한 후 토론회를 마무리 함.

### 3. 개요

- 제목 : [국회토론회] 윤석열 정부의 긴축기조에 따른 건강보험 보장성 정책 후퇴 문제점과 대응 방안 모색
- 일시 및 장소 : 2023년 1월 3일(화) 오전 10시/국회의원회관 제1세미나실
- 공동주최 : 참여연대, 무상의료운동본부, 더불어민주당 국회의원 정춘숙·강훈식·김민석·남인순·강선우·고영인·김원이·서영석·최종윤·최혜영·정의당 국회의원 강은미
- 프로그램 개요
  - 사 회 : 이찬진(변호사, 참여연대 사회복지위원회 실행위원)

- 발 제 : 김 윤(서울대 의료관리학교실 교수)
- 토론1 : 전진한(보건의료단체연합 정책국장)
- 토론2 : 김흥수(공공운수노조 사회공공성 위원장)
- 토론3 : 유정엽(한국노총 정책2본부장)
- 토론4 : 제갈현숙(한신대 강사)
- 토론5 : 김사강(이주와인권연구소 연구위원)
- 토론6 : 손호준(보건복지부 보험정책과장)
- 문의 : 참여연대 사회복지위원회 02-723-5056, [welabtax@pspd.org](mailto:welabtax@pspd.org)

토론회자료집 [\[원문보기/다운로드\]](#)





2023.1.3.화요일 오전 19시, 윤석열 정부의 긴축기조에 따른 건강보험 보장성 정책 후퇴 문제점과 대응 방안 모색 토론회, 국회의원회관 제1세미나실<사진=참여연대>



2023.1.3.화요일 오전 19시, 윤석열 정부의 긴축기조에 따른 건강보험 보장성 정책 후퇴 문제점과 대응 방안 모색 토론회<사진=참여연대> 김윤 서울의대 의료관리학교실 교수