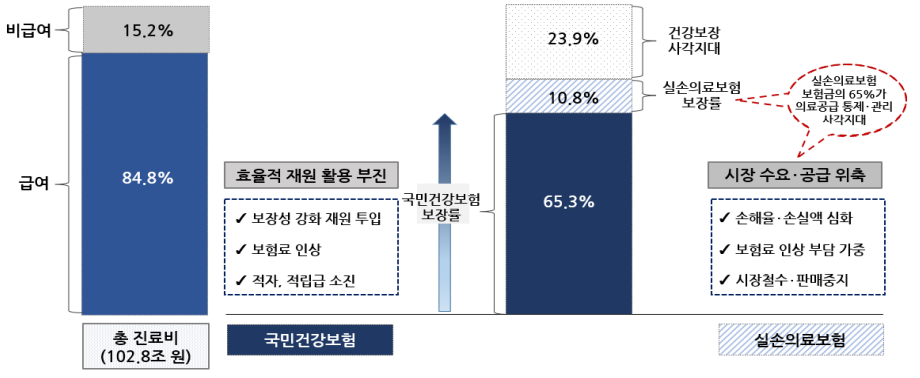
Ⅱ 문제 제기

1. 국민의료비 보장

○ 우리나라의 2020년 총 진료비는 102.8조 원[1]으로, 공·사 건강보험의 보장률은 약 76%로 추정됨

- 의료공급의 통계집적과 심사를 거치는 급여와 그렇지 않은 비급여의 구성비는 84.8:15.2임
- 국민건강보험은 급여를 대상으로 총 진료비의 65.3%(67.1조 원)를 보장함
- 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 10.8%(11.1조 원)를 보장함
  - 국민건강보험과 실손의료보험 모두 보장하지 않는 사각지대는 23.9%(24.6조 원)임

〈그림 Ⅱ-1〉 우리나라 공·사 건강보험 보장 현황(2020년)



가. 국민건강보험의 효율적 재원 활용 부진

○ 정부는 2005년부터 4차에 걸쳐 건강보험 보장성 강화 정책을 지속적으로 시행해 옴

- 1~3차 건강보험 보장성 강화 정책은 본인부담 경감, 본인부담상한제 소득수준별 적용, 취약계층 의료지원 강화, 4대 중증질환 보장항목 확대와 3대 비급여 개선 등을 주요 내용으로 추진됨

1) 총 진료비(102.8조 원)는 급여공단부담금(67.1조 원), 급여본인부담금(20.1조 원), 비급여(15.6조 원)으로 구성됨

• 최근 문재인 케어(4차)에서는 건강보험 보장률 제고를 위해 '비급여의 급여화'가 적극적으로 추진됨
  - 모든 의학적 비급여를 단기간 내 급여화하여 의료비 증가 및 환자 부담의 주요 원인인 비급여를 관리 영역인 급여로 편입시킴으로써 정책의 효과를 제고하고자 함(정성희·이태열·김유미 2018)

〈표 Ⅱ-1〉 건강보험 보장성 강화 정책의 주요 내용과 재정소요액

강화정책	주요내용	재정소요액
1차 (2005~2008년)	• 고액 중증질환 본인부담 경감(20% → 10%) • 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등	3.5조 원
2차 (2009~2013년)	• 암, 심장·뇌혈관질환 본인부담 추가 경감(10% → 5%) • 고가서비스(MRI, 초음파) 보험 적용 등	3.1조 원
3차 (2014~2018년)	• 고액 비급여 해소 및 관리, 취약계층 의료지원 강화 • 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선 등	7.4조 원
문재인 케어 (2018~2022년)	• 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여주의 실질적 해소 • 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제, 의료 사회안전망 강화	6.6조 원

주: 3대 비급여는 선택진료비, 상급병실료, 간병비임
자료: 정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정(2022)을 참고하여 재작성함

○ **그러나 건강보험 보장성 강화 정책은 투입된 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 평가됨**

• 2005~2020년까지 총 20조 원 이상의 건강보험 재원이 투입되었으나, 정책의 평가지표인 건강보험 보장률[2]은 60% 중반대에 정체되어 있음(정성희·김경선·문혜정·홍보배 2022)
  - 문재인 케어 시행으로 건강보험 보장률이 2017년 62.7%에서 2020년 65.3%로 개선되는 성과를 보였으나, 정책의 최종 목표인 2022년 70% 달성은 어려운 것으로 평가됨
• 의료기관 종별 건강보험 보장률은 상급·종합병원에서는 개선되는 추세이나, 비급여 의존도가 높은 의원의 경우 오히려 위축되는 모습임
  - 상급종합병원(의원) 보장률: 2017년 65.1%(60.3) → 2020년 70%(59.6)로 4.9%p(0.7) 증가(감소)

○ **한편, 정부의 꾸준한 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 비급여의 지속적인 증가는 건강보험 재정의 효율적 사용에 장애 요인으로 작용하고 있음**

• '비급여의 급여화' 과정에서 여전히 비급여로 남아있는 항목의 과다 공급 현상이 발생하였으며, 급여화한 항목에서도 심사 부실 등으로 불필요한 재정이 소요됨
  - 우리나라와 같이 의료비 지불방식으로 행위별수가제가 널리 적용되는 국가의 경우 '비급여의 급여화' 정책이 의료공급자의 유인수요 가능성을 높여, 그 결과 건강보험의 보장 강화 효과가 미진할 수 있음(Delattre and Dormont 2003)

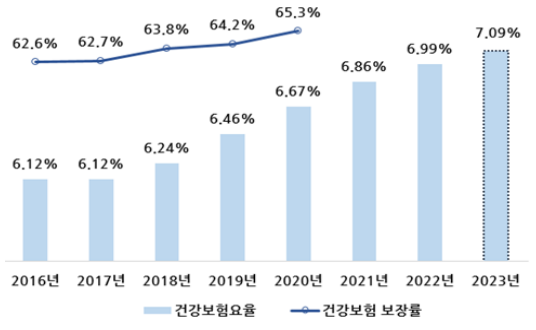
2) 건강보험 보장률은 총 진료비 중에서 국민건강보험에서 부담(급여공단부담금)하는 비율을 의미함

- 문재인 케어 시행에 따른 급여화 항목 중 뇌 MRI(자기공명영상) 등 건강보험 보장 확대 항목의 심사 부실로 급여가 과다 지출됨(감사원 2022)

• 국민건강보험의 보험료는 매년 2% 이상 인상되어 왔으나, 2018~2020년 동안 적자를 기록함
- 2021년은 코로나19로 의료이용 감소에 따른 재정지출 증가 둔화 영향으로 흑자로 전환됨

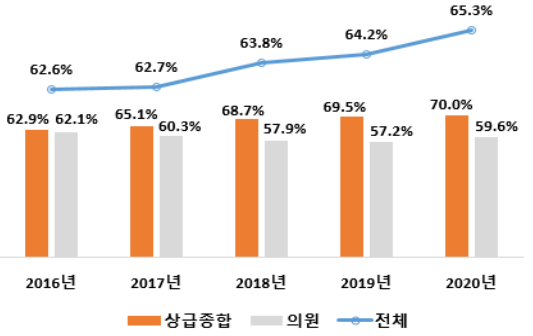
• 향후 지출이 수입을 상회할 것으로 예상되고 있어, 건강보험 적립금이 빠르게 소진될 것으로 우려됨
- 2021~2030년 국민건강보험 수입과 지출의 예상 연평균 증가율은 7.2%, 8.1%로, 2025년에 국민건강보험 적립금이 고갈될 것으로 예상됨

〈그림 Ⅱ-2〉 국민건강보험 보장률과 건강보험요율 추이



자료: 보건복지부 보도자료(2022. 8. 29), "2023년 건강보험료율 1.49% 인상 결정(2018년 이후 최저치)"; 국민건강보험 보도자료(2021. 12. 30), "202년 건강보험 보장률 전년 대비 1.1%p 증가한 65.3%"

〈그림 Ⅱ-3〉 의료기관 종별 건강보험 보장률 추이



자료: 국민건강보험(2020. 12)

나. 실손의료보험의 수요·공급 위축

○ 실손의료보험은 2009년 표준화 이후 지속적인 제도 개선 및 상품구조 개편을 실시해 왔으나, 위험손해율[3]과 합산비율[4]이 모두 100%를 상회하면서 공급과 수요에 심각한 우려가 제기되고 있음

• 주요 상품구조 개편은 2009년 10월 보장내용을 표준화한 2세대 상품 출시, 2017년 4월 3대 비급여 특약을 분리한 3세대 상품 출시, 2021년 7월 급여·비급여의 주계약·특약 분리 및 비급여 보험료 할인·할증을 도입한 4세대 상품 출시 등이 있음

• 공급측면에서는 최근 5년(2017~2021년)간 보험회사의 실손의료보험 손실액은 4조 원(위험손실액 11조 원) 이상으로 공급의 지속가능성에 우려가 되는 상황임
- 2017~2022년 동안 10개 보험회사가 실손의료보험시장에서 철수하는 등 최근 공급이 빠르게 위축됨

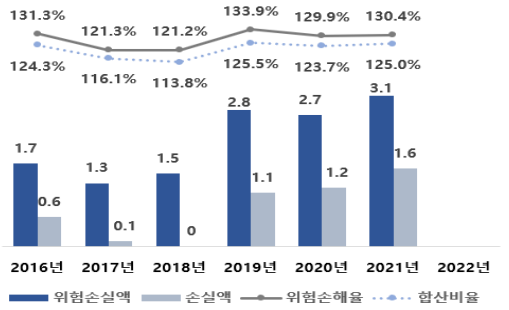
3) 위험손해율 = 지급보험금 / 위험보험료

4) 합산비율 = (지급보험금 + 실제사업비) / (위험보험료 + 부가보험료(예정사업비))

• 수요측면에서는 매년 두 자릿수의 높은 보험료 인상으로 인한 실손가입자의 부담 가중으로 보험의 가용성도 악화되고 있음

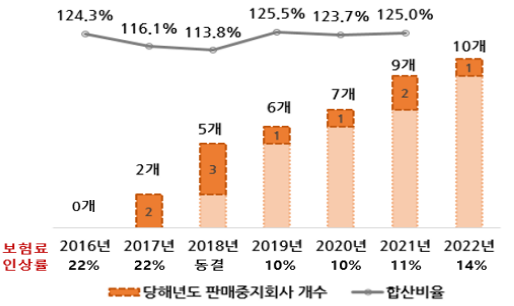
〈그림 Ⅱ-4〉 실손의료보험 운영 현황

(단위: 조 원)



주: 1) 위험손실액 = 지급보험금 - 위험보험료
2) 손실액 = (지급보험금 + 실제사업비) - (위험보험료 + 부가보험료)

자료: 보험회사 업무보고서



자료: 보험회사 업무보고서

○ 현재 수준이 유지될 경우 실손의료보험의 향후 5년 동안 누적 위험손실액[5]은 약 30조 원으로 추정되며, 10년 이내 시장 정상화를 위해서는 매년 17%의 보험료 인상이 요구됨

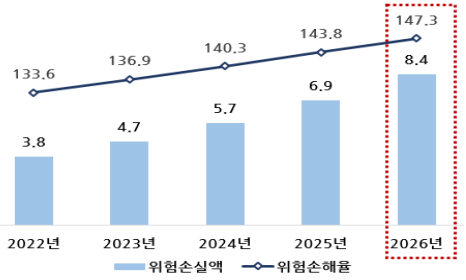
• 최근 3년(2018~2021년) 실손의료보험 지급보험금의 증가율 14.7%가 위험보험료의 증가율 11.9%를 상회함에 따라, 현재 수준이 유지될 경우 향후 5년 동안 누적 위험손실액은 약 30조 원으로 추정됨

• 실손의료보험시장의 정상화를 위해서는 위험손해율이 100% 이내로 유지되어야 하는데, 지급보험금이 현재 수준으로 증가(14.7%)할 경우 5년 이내 정상화를 위해서는 매년 21%의 보험료 인상이 불가피함

〈그림 Ⅱ-5〉 실손의료보험 위험손해율 및 위험손실액 전망

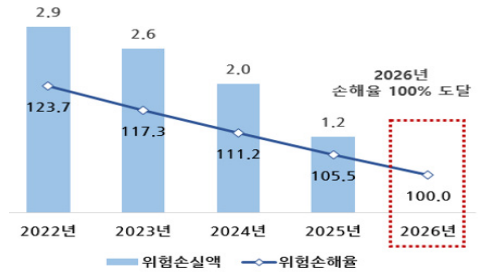
(단위: %, 조 원)

현재 수준 유지



주: 연평균 증가율은 위험보험료 11.9%, 지급보험금 14.7%임

5년 내 정상화



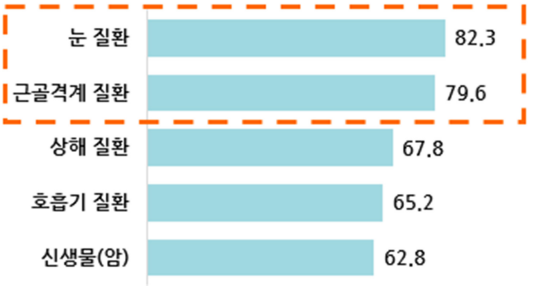
주: 연평균 증가율은 위험보험료 21.0%, 지급보험금 14.7%임

5) 2022~2031년 동안 발생한 위험손실액(지급보험금 - 위험보험료)의 누적 금액임

○ 특히, 건강보험 보장성 강화가 실손의료보험의 손해율 인하로 이어질 것이라는 예상과 달리, 일부 비급여에서 과도한 가격 인상이나 일시적인 진료량 증가 등으로 손해율 및 손실액은 오히려 증가해 옴

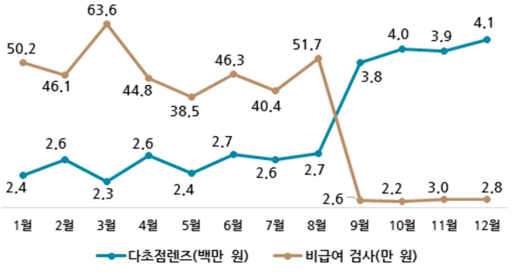
- 실손의료보험 보험금 청구는 비급여 의존도가 높은 근골격계·안과 질환 및 의원에 집중됨
  - 전체 실손 청구금에 비급여 비중은 약 65%이나, 근골격계 79.6%, 안과 82.3%, 의원 80%임
- 일례로 2020년 9월 백내장수술의 비급여 검사비 급여화 이후, 실손보험금 청구에서 다초점렌즈 가격이 일시에 급등함

〈그림 Ⅱ-6〉 비급여 비율이 높은 상위 5개 질병대분류



자료: 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022)

〈그림 Ⅱ-7〉 2020년 다초점렌즈 관련 청구



자료: 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022)

2. 노인장기요양 시설·기반 미흡

○ 노인장기요양 시설에 대한 수요에 비해 양질의 서비스 공급은 부족한 실정임

- 노인장기요양보험 급여 인정자 수가 급증하고, 코로나19에 따라 다인실 요양시설이 기피되면서 양질의 요양서비스 수요가 확대되었음
  - 2021년 기준 노인장기요양 인정자 수는 2020년(85만 8천 명) 대비 11.2% 증가한 95만 4천 명으로, 65세 이상 노인인구의 11.2%에 해당함
- 그러나 장기요양 공급 지정기관 수는 증가하는 장기요양 수요에 미치지 못하고, 영세 개인사업자 비중이 높아 양질의 서비스 제공에 한계를 보임[6]
  - 2022년 1분기 기준 장기 요양기관은 시설급여기관(입소 시설) 6,032개, 재가급여기관 20,884개(주야간보호 4,922개)로 증가추세를 보이기는 하나, 보건복지부가 추계한 필요 요양기관 수에는 미치지 못함[7]

---

6) 금융위원회 보도자료 별첨자료(2021. 7. 16), "KB 골든라이프케어, "국내요양서비스 활성화를 위한 논의 자료""

7) 보건복지부는 장기요양 수급 대상자 증가 등에 따라 2022년까지 요양시설 6,999개, 주야간보호기관 5,020개가 필요할 것으로 전망하였음

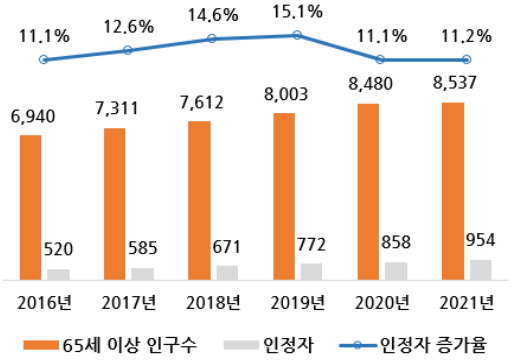
- 장기요양 운영기관 주체는 기관 평가 점수가 가장 낮은 개인사업자가 75.5%를 차지하고, 요양시설 규모도 서비스 품질이 낮은 30인 미만 기관의 비중이 69.0%를 차지함

• 토지/건축비 등의 초기 투자비용이 높은 대도시의 경우 요양시설 공급 부족 문제가 더 심각함

- 대도시의 요양시설 충족률은 서울 55.4%, 부산 55.9%, 울산 83.2%로 수요 대비 공급이 부족한 반면, 지방의 경우에는 100%가 넘어 지역별 공급 편차가 존재함[8)]

〈그림 Ⅱ-8〉 노인장기요양보험 급여 인정자 추이

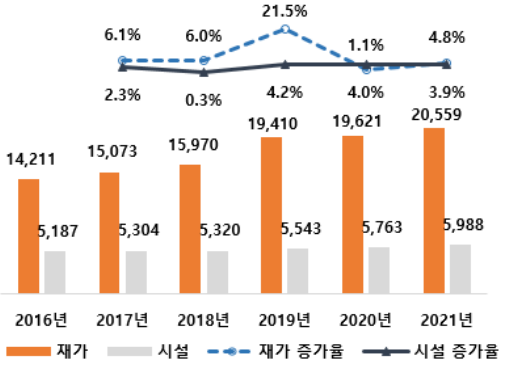
(단위: 천 명, %)



자료: 국민건강보험(2021)

〈그림 Ⅱ-9〉 유형별 장기요양기관 수 추이

(단위: 개, %)



자료: 국민건강보험 홈페이지, "장기요양기관 현황"

○ 한편 대규모 요양시설에 대한 규제 등으로 민영기관인 보험산업이 요양산업에 참여하는 데 제약이 존재함(강성호·김혜란 2019)

• 소규모 요양시설은 완화된 설치기준이 적용되어 잦은 신설 및 폐업이 발생하고 요양 시장에서의 강제 퇴출이 쉽지 않기 때문에 서비스 질 관리가 어려움(선우덕 2015)

• 현행법상 10인 이상 요양시설은 시설소유와 경영자가 동일인이어야 함에 따른 초기 시설 투자 부담이 존재하므로, 규제 완화에 대한 필요성이 지적됨

- 토지가격이 높은 도심이 지방보다 초기 투자부담이 더 크기 때문에 요양서비스 수요가 많은 수도권에서 양질의 서비스 공급이 더 어려움

8) 금융위원회 보도자료(2021. 7. 16), "보험사의 요양서비스 사업 진출로 어르신들게 양질의 요양서비스를 제공하겠습니다"