

CEO Report

새정부의 보험산업 정책(Ⅱ)
: 국민건강보험 본인부담경감제
정책에 대한 평가

2013. 1

김대환 · 이상우

CEO Report는 보험산업과 관련된 현안과제를 집중 분석하여 보험회사 최고경영자의 의사결정에 도움을 드리고자 작성되었습니다.

CONTENTS

요 약	1
I. 검토배경	4
II. 건강보험 관련 공약의 주요 내용	6
1. 저소득층 및 중산층의 환자 본인부담 의료비 경감	6
2. 4대 중증질환 진료비 전액 국가부담	8
III. 본인부담 경감제 정책의 평가와 과제 ...	10
1. 본인부담상한제	10
2. 산정특례제	14
IV. 본인부담 경감제와 보험산업	19
1. 우리나라 의료비 보장체계	19
2. 보험산업에의 영향	20
V. 총평 및 제안	25
참고문헌	29

요 약

- 제18대 대선에서 승리한 새누리당의 정강에는 본인부담경감제의 개편을 통해 국민건강보험의 보장률을 강화하는 정책들이 포함됨.
 - 그동안 정부는 국민건강보험의 보장률을 확대하기 위해 많은 노력을 하였으며, 본인부담경감제가 보장성 강화를 위한 도구로 활용되었음.
 - 본인부담경감제의 중심축으로 소득계층별로 보장률을 차등화한 본인부담상한제가 있으며, 질환별로 보장률을 차등화한 산정특례제가 있음.
 - 새누리당은 현 본인부담상한제하에서도 저소득층 및 중산층이 소득수준에 비해 높은 의료비를 부담하고 있다고 판단하고, 기준소득을 세분화하는 동시에 상한금액을 하향조정하는 정책을 제시함.
 - 또한 고액의 의료비가 소요되는 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성 질환에 대해 무상의료를 제시함.
- 공사건강보험의 사각지대에 방치된 저소득 및 고위험계층에 대한 국민건강보험의 보장률 강화정책은 바람직하지만 실행과정에서 많은 부작용 및 어려움이 발생할 것으로 예상됨.
 - 본인부담경감제의 개편안이 현실화될 경우 취약계층의 의료비 부담은 상당히 경감될 수 있을 것임.

- 하지만 의료수요에 따른 본인부담이 필요 이상으로 경감될 경우에는 의료이용 및 공급이 증가하여 국민건강보험의 재정악화를 초래하고 결국 경제성장에도 부담으로 작용할 것임.
- 또한 본인부담경감제의 개편안을 현실화시키기 위한 추가재원은 고령인구의 증가에 따라 급증하는 반면 자원마련은 생산가능인구의 감소로 쉽지 않을 것임.
- 뿐만 아니라 실행과정에서 다양한 이해관계자의 극심한 반대에 직면할 가능성이 높을 것으로 예상됨.

■ 본인부담경감제 개편안이 현실화 되더라도 민영건강보험의 전반적인 유용성에는 큰 영향이 없을 것으로 판단됨.

- 본인부담상한제의 상한금액이 대폭 하향 조정될 경우 실손의료보험에 가입할 필요성이 경감될 수 있으나 실손의료보험에 미치는 궁극적인 영향은 크지 않을 것임.
 - 특히, 저소득층에 대한 본인부담상한제의 상한금액이 감소할수록 저소득층을 위한 단독상품의 메리트는 감소할 것임.
 - 다만, 저소득층의 실손의료보험 가입률이 현재도 높지 않으며 급여의료에만 국한되어 적용되기 때문에 실손의료보험의 가입률에 미치는 영향은 크지 않을 것임.
- 산정특례제에 적용되는 질환은 수많은 질환 중 4개에 불과하기 때문에 산정특례제의 개편안이 현실화되더라도 실손의료보험의 가입유인에는 큰 변화가 없을 것임.
- 본인부담경감제의 개편으로 국민건강보험의 보장률이 확대될 경우 실손

의료보험의 보험금 및 보험료가 감소하여 장기적으로는 가입유인이 오히려 증가할 가능성도 있음.

- 다만, 산정특례제의 개편안이 현실화될 경우 중증질환으로 인한 고액의 의료비를 보장하는 정액형 건강보험의 필요성이 상대적으로 감소하게 될 것임.
- 하지만 정액형 건강보험의 중요한 기능이 의료비 보장과 더불어 소득상실리스크의 보장임을 감안할 때 정액형 건강보험에 대한 국민들의 의존도는 큰 변화가 없을 것임.

■ 취약계층의 의료비 보장을 위한 정부의 역할 강화 정책은 높이 평가될 수 있겠지만 보다 체계적이고 장기적인 의료비 보장체계의 마련이 필요함.

- 현 본인부담상한제 및 산정특례제 모두 급여의료에만 적용되고 있기 때문에 비급여의료를 관리하지 않고 개편안을 실행할 경우 ‘밑 빠진 독에 물 붓기’와 같은 보험료만 급증하는 결과를 초래할 것임.
- 본인부담상한제는 산정특례제의 기능을 포함하고 있기 때문에 현 본인부담상한제의 한계점을 개선하는 반면 산정특례제의 폐지를 고려할 필요가 있음.
- 또한 암과 같은 중증질환이나 만성질환은 산정특례제를 통해 의료비를 보장하려는 노력보다는 발병률 자체를 경감시키려는 정부의 역할이 중요함.
- 인구고령화에 따른 재정문제의 현실을 고려해 공사건강보험 간 역할체계를 재정립하면서 필요시 낮은 보험료로 민영건강보험을 통해 의료비 보장의 혜택을 누릴 수 있는 환경마련이 필요함.
- 특히, 본인부담상한제 개편에 앞서 공사건강보험 간 진료비 정산체계를 마련하여 실손의료보험의 보험료 인하를 유도해야 함.

I. 검토배경

- 제18대 대선에서 승리한 새누리당은 대선 당시 “세상을 바꾸는 약속 책임 있는 변화”라는 캐치프레이즈(Catchphrase) 하에 국민행복을 위한 10대 공약을 제시함.
 - 국민행복 10대 공약은 중산층 70% 재건을 기본 목표로 제시되었으며, 정당(Platforms)에는 주제별, 성별, 연령별로 다양한 정책안이 제시되었음.
- 정강에는 건강보험과 관련한 많은 정책들이 포함되어 있으며, 그 중 본인부담경감제가 주를 이루고 있음.
 - 그동안 정부는 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위해 많은 노력을 하였으며, 본인부담경감제가 보장성 강화 정책의 중요한 도구로 활용됨.
 - 본인부담경감제의 중심축으로 소득계층별로 보장률¹⁾을 차등화한 본인부담액 상한제(이하 ‘본인부담상한제’라 함)가 질환별로 보장률을 차등화한 본인일부부담금 산정특례제(이하 ‘산정특례제’라 함)가 활용되어 왔음.
 - 새정부도 국민들의 의료비 부담을 경감시키기 위해 본인부담상한제와 산정특례제의 실효성을 강화하는데 초점을 두고 있음.

1) 총진료비 대비 국민건강보험 부담률($\frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{국민건강보험 급여비} + \text{법정본인부담} + \text{비급여본인부담}}$)

- 국민건강보험 보장률 강화를 위한 새정부의 정책들이 현실화 될 경우 공사건강보험에 적지 않은 변화를 초래할 수 있을 것으로 판단됨.
 - 본인부담경감제의 개편은 국민건강보험뿐만 아니라 국민건강보험을 보완·보충하고 있는 민영건강보험에도 적지 않은 영향을 줄 수 있음.
 - 하지만 새정부의 정책들이 현실화되기 위해서는 많은 선결과제들이 고려되어야 할 것이며 실행과정에서 많은 논란이 있을 것으로 판단됨.
- 이에 본고는 새정부의 정책공약 중 건강보험과 관련된 공약을 평가하고 보험산업에 미치는 영향을 분석하고자 함.
 - 아울러 건강보험 관련 정책들의 한계점을 분석하고 동 정책들이 현실화되기 위해서 추가적으로 고려되어야 할 과제를 제시하고자 함.²⁾

2) 이기형·정인영(2012, 12)은 국민건강보험과 관련한 새정부의 정책안이 보험산업에 미치는 영향을 기술하고 있으나, 본 보고서는 정책안을 평가하는 내용이 주를 이루며 보험산업에 미치는 영향을 구체화하고 보완하였음.

Ⅱ. 건강보험 관련 공약의 주요 내용

1. 저소득층 및 중산층의 환자 본인부담 의료비 경감 : 본인 부담상한제

가. 본인부담상한제 현황

- 국민건강보험은 저소득 및 중산층의 의료비 부담을 완화하기 위해 소득계층별로 보장률을 차등화 하는 제도를 시행 중
 - 저소득층의 고액진료비 부담을 완화하기 위해 1979년 본인부담금 보상금제를 도입하여 법정본인부담액이 매 30일간에 120만 원을 초과한 경우 초과한 금액의 50/100을 면제
 - 하지만 본인부담금 보상금제는 실제혜택이 소액이고 본인이 부담하는 의료비에 대한 상한액이 없어 가계의 의료비 지출 보전에는 한계가 있어 본인부담상한제를 도입함.
 - 2009년부터 보험료 수준을 기준으로 소득계층 하위 50%는 200만 원, 중위 30%는 300만 원, 상위 20%는 400만 원을 본인부담상한제의 상한 금액으로 설정하고 이상의 의료비에 대해서는 국민건강보험이 보장

표 II-1 본인부담상한제 적용시기와 내용

제도	시기	내용
본인부담액 보상금	2002. 1. 1	매 30일간에 120만 원을 초과한 금액의 50%
신 본인부담액 보상금	2004. 7. 1	(보상금과 상한제 혼용) • 매 6월간 120만 원 초과 300만 원 이하 금액의 50% • 매 6월간 300만 원을 초과하는 경우 상한제
본인부담상한제	2007. 7. 1	• 보상금 폐지 • 상한제 금액을 6개월에 200만 원 이상 으로 하향 조정
상한제 차등적용	2009. 1. 1	보험료 수준에 따라 상한액을 200, 300, 400만 원으로 조정

나. 공약

■ 본인부담상한제가 도입되었음에도 불구하고 저소득계층 및 중산층 경우는 소득수준에 비해 높은 의료비를 부담하고 있어 기준소득을 10등급으로 세분화함.

- 최하위 계층부터 50만 원, 100만 원, 200만 원, 250만 원, 300만 원, 350만 원, 400만 원, 450만 원, 500만 원의 상한금액을 설정함.
- 기준소득을 10분위로 세분화할 경우 현행의 기준소득에 비해 67만 명이 추가로 의료비 경감혜택을 받을 것으로 예상됨.

■ 기준소득을 10등급으로 구분하는 종합계획을 마련하고 소요재원을 충당하는 방안을 2013년에 수립할 계획임.

- 건강보험정책심의위원회의 심의 의결을 추진하고 「건강보험법시행령」을 개정할 예정

2. 4대 중증질환 진료비 전액 국가부담 : 산정특례제

가. 산정특례제 현황

■ 국민건강보험은 고액의 의료비로 인한 가계파탄을 방지하기 위해 중증질환에 대해 국민의 의료비를 경감시키기 위한 산정특례제를 시행 중

- 대상 질환에는 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환이 포함되며, 이러한 중증질환에 대해서는 본인부담률을 지속적으로 완화해 왔음.
- 암, 뇌혈관질환, 심장질환의 경우 2005년 9월부터 본인부담률을 10%로 인하한 이후 2009년 12월에는 5%로 재인하함.

표 II-2 산정특례제 현황

구분	암	뇌혈관질환	심장질환	희귀난치성
시행시기	2009. 12	2009. 12	2009. 12	2009. 7
특례기간	5년	최대 30일 (입원)	최대 30일 (입원)	5년
본인부담률	5% (05. 9~09. 11 까지 10%)	5% (05. 9~09. 11 까지 10%)	5% (05. 9~09. 11 까지 10%)	10% (05. 7 이전 20%)

나. 공약

■ 우리나라의 경우 국민의료비 중 자비부담이 높은 편이며, 특히 중증질환은 환자가 전액 부담해야 하는 비급여의료비가 많은 상황

- 4대 중증질환인 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환에 대해서는 급여의료뿐만 아니라 비급여의료까지 포함한 총 진료비를 전액 국민건강보험으로 보장

- 4대 중증질환에 대한 국민건강보험의 보장률을 점진적으로 확대하여 2016년에는 건강보험 보장률을 100%로까지 확대
 - 현재 75% 수준인 4대 중증질환의 보장률을 2013년 85%, 2014년 90%, 2015년 95%, 2016년 100%로 점진적 확대 예정

Ⅲ. 본인부담 경감제 정책의 평가와 과제

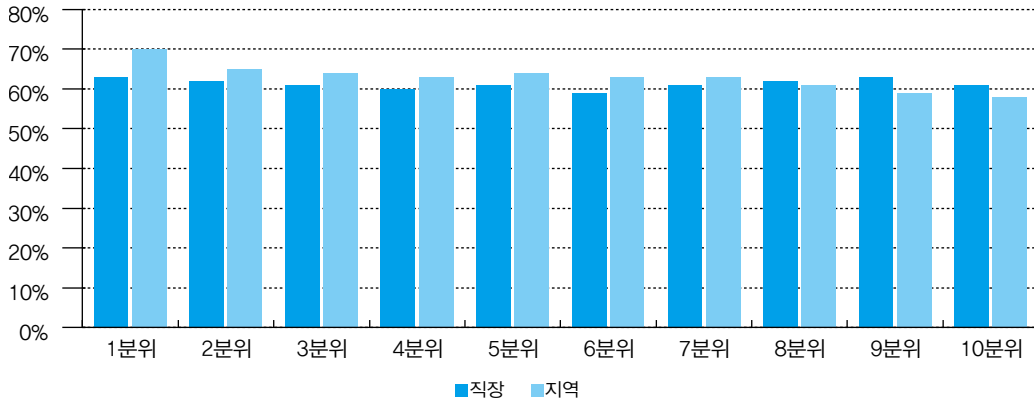
1. 본인부담상한제

가. 평가

- 우리나라의 경우 소득계층별로 국민건강보험의 보장률 차이가 크지 않음.
 - 소득이 가장 낮은 1분위부터 가장 높은 10분위까지 소득계층별 국민건강보험의 보장률은 대동소이한 상황
 - 지역가입자의 경우 직장가입자에 비해 소득계층별로 보장률 차이가 상대적으로 크지만 그 차이가 여전히 크지 않고,
 - 국민건강보험의 적용인구 중 직장가입자가 대부분³⁾이고 지역가입자는 정확한 소득파악이 이루어지지 않고 있음을 감안할 때 소득계층별 국민건강보험의 보장률 차이가 현저하다고 할 수 없음.

3) 2010년 기준으로 50,581명 중 직장가입자는 64%에 달함.

그림 Ⅲ-1 소득계층별 국민건강보험의 보장률



자료: 박민정 외(2011. 12), 『2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 국민건강보험공단 및 건강보험정책연구원.

■ 본인부담상한제의 실효성을 제고하여 저소득층의 의료비 부담을 완화하려는 새정부의 정책방향은 높이 평가될 수 있음.

- 현 본인부담상한제는 기준소득이 세분화되지 못해 저소득층의 의료비 부담이 고소득층과 크게 차별되지 못했음.
- 실제로 본인부담액 상한제를 적용한 이후에도 국민건강보험의 보장률은 크게 차이가 없는 상황임.

표 Ⅲ-1 본인부담상한제 적용 전후 국민건강보험 보장률 추이

연도	본인부담상한제 적용 전	본인부담상한제 적용 후
2006년	65.2	64.5
2007년	64.4	64.6
2008년	62.0	62.2
2009년	63.6	64.4
2010년	62.7	64.6

자료: 박민정 외(2011. 12), 『2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 국민건강보험공단 및 건강보험정책연구원.

- 저소득층에 대한 혜택이 과도하게 집중된다는 지적이 있겠지만 사회보험의 사회적 적합성(Social Adequacy) 측면에서 바람직한 변화로 평가될 수 있음.
- 저소득층의 경우 보험료도 낮은 동시에 보장률에 대한 혜택까지 집중되어 중복혜택에 따른 소득계층별 형평성 문제가 지적될 수 있음.
- 하지만 저소득층은 보험료가 낮더라도 보장률에 대한 차등화제도가 없을 경우 과도한 의료비가 가계파탄을 야기할 수 3.5 있기 때문에 보장률 측면에서도 차등화 하는 것이 바람직함.
- 뿐만 아니라 국민건강보험의 소득계층별 보장률 차등화 정책은 소득재 분배라는 사회보험제도의 사회적 적합성에 부합함.
- 독일의 경우도 공적건강보험의 보험료가 소득수준에 따라 상이하며, 심지어 본인부담상한액 기준을 소득의 일정한 비율인 정률제 방식으로 운영하고 있음.

나. 과제

- 상한금액을 하향조정하더라도 본인부담액 상한제가 실효성을 확보하기 위해서는 비급여의료의 관리가 선행될 필요가 있음.
- 현 본인부담액 상한제의 경우 실효성이 높지 않은 이유는 기준소득이 세 분화되지 못한 문제도 있지만, 동 제도의 적용 범위가 급여의료에 한정되어 적용되고 있기 때문임.
- 총 의료비 중 비급여의료의 비중이 높은 상황에서 상한금액을 하향 조정하더라도 고소득층에 비해 건강상태가 좋지 않은 저소득층의 의료비 부담은 크게 경감되지 않을 것임.

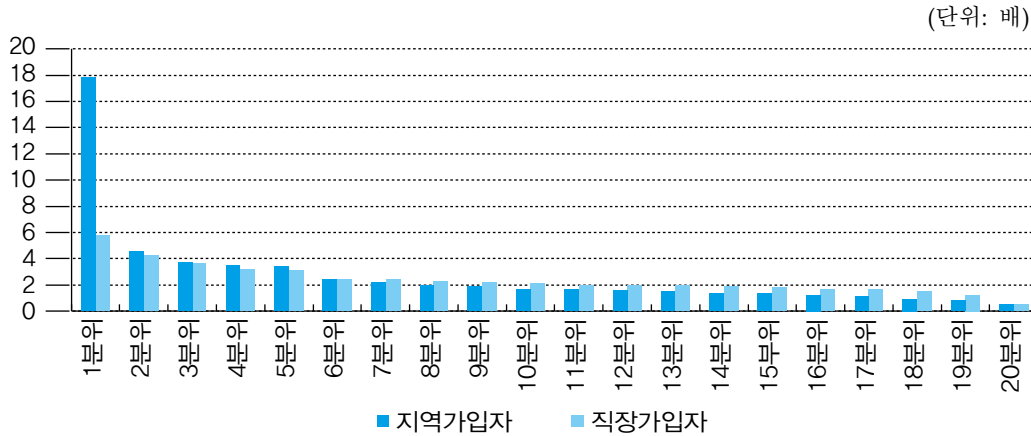
■ 국민의 의료비 부담을 경감시키려는 새정부의 노력은 바람직하지만 의료비에 대한 부담수준에 대해서는 신중하게 결정할 필요가 있음.

- 의료이용에 대한 자비부담이 감소할수록 환자의 도덕적 해이(Moral Hazard) 및 의료기관의 유인수요로 인한 의료비 증가가 국민건강보험의 재정악화를 초래하고 경제성장에도 부담으로 작용할 수 있음.
- 특히, 소득이 낮을수록 의료이용에 대한 기회비용도 낮아 보장률 강화에 따른 도덕적 해이는 고소득층보다 저소득층에서 높을 수 있음.
- 그러므로 국민건강보험의 보장률을 강화하되 의료비 부담이 너무 과소하지 않도록 본인부담상한제의 상한금액 설정에 신중할 필요가 있음.

■ 국민건강보험의 소득계층별 보장률 차이를 강화하더라도 충분한 사회적 합의에 근거하여 이루어질 필요가 있음.

- 소득계층별로 상이한 보장률을 실현하는 것이 사회보험제도의 사회적 적합성에 부합한다 하더라도 보장률이 과도하게 상이할 경우 형평성 문제는 여전히 논란이 될 것임.
- 저소득층의 경우 보험료 부담 대비 급여액 비중이 상당히 높아 보험료 부과단계에서 이미 소득계층별로 상당한 차이가 발생하고 있기 때문임.
 - 지역가입자의 경우 하위 1분위 계층은 1인당 월평균 5,344원을 보험료로 부담하고 급여로 95,014원을 받아 보험료 부담 대비 급여액이 17.8배인 반면, 20분위는 급여액보다 오히려 보험료 부담이 높은 상황
 - 직장가입자의 경우 1분위는 보험료 대비 급여액이 5.9배에 달하는 반면 20분위는 0.8배에 불과

그림 Ⅲ-2 소득계층별 1인당 월 보험료 대비 급여



자료: 국민건강보험공단 및 건강보험정책연구원(2011. 5), 「2010년 보험료부담 대비 급여비 현황 분석」.

2. 산정특례제

가. 평가

- 산정특례제에 포함된 4대 중증질환은 대표적으로 고액의 의료비가 소요될 뿐만 아니라 장기간의 치료가 요구되는 질병

- 2010년 암환자는 948,336명이며 진료비는 2조 3,955억 원에 달함.
- 뇌혈관 및 심장질환으로 인한 진료비는 각각 1조 2,558억 원, 8,975억 원이 소요됨.⁴⁾

- 새누리당의 공약이 현실화될 경우 재난적 의료비로 인한 가계파탄과 같은 부작용은 상당히 감소될 수 있을 것으로 기대됨.

4) 국민건강보험(2011. 12. 29), 「2010년 건강보험통계연보」, 보도자료, 희귀난치성질환에 대한 통계는 부재함.

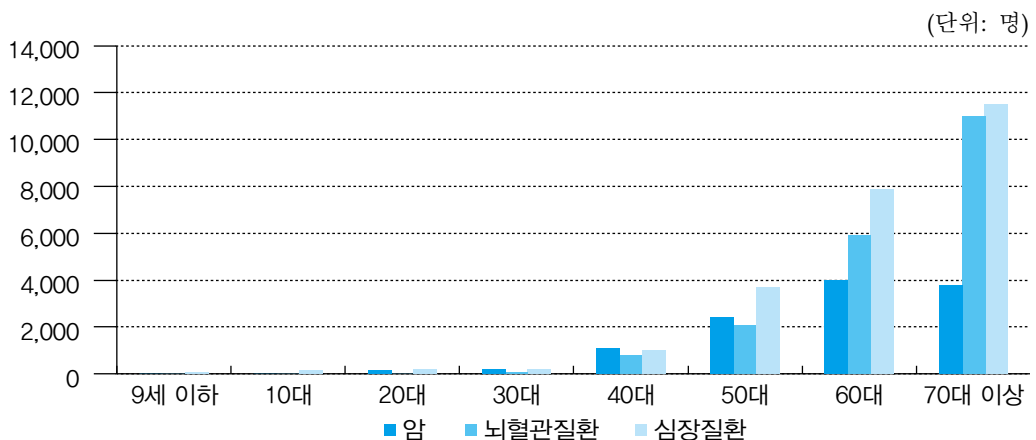
- 새누리당의 공약은 궁극적으로 중증질환에 대한 완전한 무상의료를 의미함.
- 중증질환에 대한 무상의료는 가계의 의료비 부담을 완화하고, 나아가 의료접근성을 제고시켜 사망률까지 개선되는 효과를 기대할 수 있을 것임.

나. 과제

■ 중증질환에 대한 무상의료를 실현하기 위해 소요될 재정에 대한 장기적이고 합리적인 시각이 필요함.

- 100% 보장률을 실현하기 위해 필요한 재정에 대해 대선 전 후보자 간 논쟁이 많았으나 단기적인 필요 재원보다는 장기적인 필요 재정을 고려하는 시각이 필요함.
 - 연령이 증가함에 따라 중증질환 발병률도 급증하는 구조로 향후 급속한 고령인구 증가로 중증질환자도 빠르게 증가할 것임.

그림 Ⅲ-3 연령대별 인구 10만명당 중대질병 진료인원



주: 중대질병 진료인원으로 실제 발병률과는 차이가 있음.

자료: 국민건강보험공단(2011.12.29), 「2010년 건강보험통계연보」, 보도자료.

국민건강보험공단(2011. 12), 『2010년 건강보험통계연보』.

- 암의 경우만 하더라도 진료비가 매년 급증하여 무상의료를 실현하기 위한 추가 재원은 지속적으로 증가할 것임.
 - 2010년 암 진료비 2조 2,955억 원에 대한 국민건강보험의 급여율⁵⁾은 93.0%에 달하지만 보장률이 69.0%에 불과해 암에 대한 무상의료를 위해 7,116억 원의 재정이 추가로 필요했음.⁶⁾
 - 불과 1년 뒤인 2011년에는 암 진료비가 무려 65% 증가한 3조 9,666억 원에 달해 1조 2,297억 원의 추가 재정이 필요한 상황⁷⁾
- 중증질환자가 증가하지 않더라도 의료비에 대한 본인부담이 감소할 경우 의료접근성이 강화되어 진료비 및 추가 재원은 더욱 증가할 수 있음.
 - 2005년 산정특례제가 도입된 이후 해당 중증질환으로 인한 진료비가 크게 증가하였고, 중증도가 유사하지만 산정특례제의 대상이 아닌 질환에 비해서도 증가율이 높았음.⁸⁾
 - 중증질환에 대한 무상의료가 실현될 경우 진료비의 증가로 새누리당이 추산한 금액보다 많은 재정이 소요될 것으로 예상됨.

■ 산정특례제에 포함된 중증질환에 대한 무상의료를 시행하기 이전 비급여 진료비와 진료적정성에 대한 관리체계 마련이 선행되어야 함.

- 현 산정특례제는 급여의료에만 국한되어 적용되기 때문에 보험료와 재정투입을 증가시켜 급여율을 인상하더라도 국민의 의료비 부담은 감소하지 않고 있음.

5) 급여의료로 인한 진료비 대비 국민건강보험 부담률($\frac{\text{국민건강보험 급여비}}{\text{국민건강보험 급여비} + \text{법정본인부담}}$)

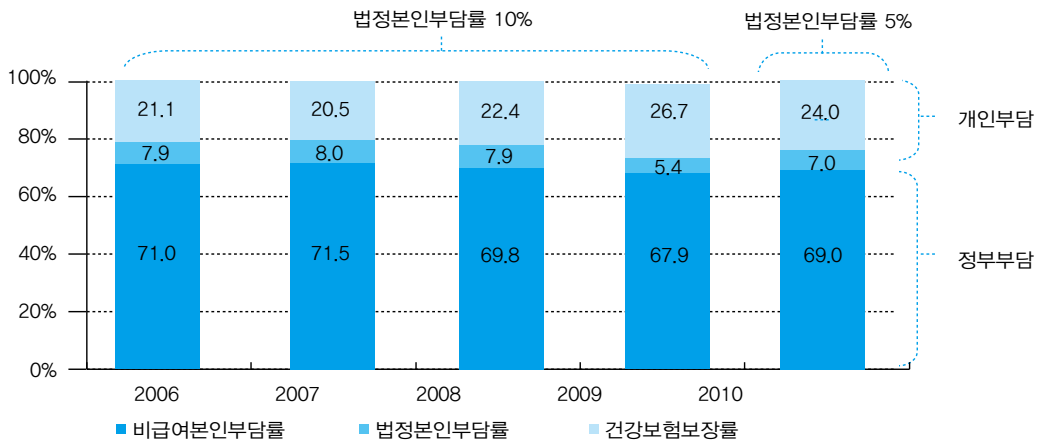
6) 국민건강보험공단은 가중치를 적용하지 않는 보장률과 가중치를 적용한 보장률을 산출하는데 가중치를 적용하지 않는 보장률의 활용이 일반적으로 본 연구에서도 가중치를 적용하지 않는 보장률을 활용하였으며, 가중치 적용 여부에 관계없이 큰 차이가 없음.

7) 보장률을 2010년과 동일한 69.0%로 가정.

8) 구체적인 내용은 건강보험정책연구원(2011. 11)을 참고.

- 법정본인부담률이 10%였던 2006~2009년 동안 비급여 의료비가 지속적으로 증가하여 국민건강보험의 보장률은 오히려 감소함.
- 법정본인부담률이 5%로 대폭 인하한 이후에도 2010년 국민건강보험의 보장률은 크게 개선되지 않음.

그림 Ⅲ-4 암 진료비에 대한 법정본인부담률 변화와 자비부담 추이



자료: 박민정 외(2011. 12), 『2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 국민건강보험 및 건강보험정책연구원.

- 결국 비급여의료를 관리하지 않은 상황에서 중증질환에 대한 무상의료를 실행할 경우 의료비 부담은 경감되겠지만 보험료 부담은 급증할 것임.
- 중증질환에 대한 무상의료 정책은 질환 간 형평성 문제, 사회적 적합성 문제 및 본인부담제와의 기능 중복문제로 재고될 필요성이 있음.
- 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환 이외에도 고액의 의료비와 장기간 치료가 요구되는 질환들이 존재하기 때문에 질환자들 간 형평성 문제가 제기될 것임.

- 산정특례제는 저소득층과 고소득층 모두에게도 동일한 혜택을 제공하고 있어 사회적 적합성이 전혀 고려되지 않음.
- 무엇보다 본인부담상한제가 산정특례제의 기능을 포괄하고 있어 두 제도를 병행할 필요성에 대해 재고할 필요가 있음.

Ⅳ. 본인부담 경감제와 보험산업

1. 우리나라 의료비 보장체계

■ 건강보험은 일상생활 과정에서 우연한 질병이나 부상으로 인하여 발생하는 의료비와 소득상실리스크를 보장함.

- 국민건강보험은 국민들이 평소에 낸 보험료를 기금화 하였다가 보험사고가 발생한 경우 의료비를 보장하는 가장 기초적인 사회안전망 역할을 하고 있음.
 - 이밖에도 취약계층의 의료비를 보장하기 위한 공적부조 방식의 의료급여제도와 사회적 연대원리에 의해 일상생활이 곤란한 노인⁹⁾을 위해 노인장기요양보험이 운용되고 있음.

그림 Ⅳ-1 공사건강보험 체계



9) 65세 이상 노인과 65세 미만이지만 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 등 노인성 질환을 가진 사람이 적용 대상임.

- 실손의료보험은 급여의료 중 국민건강보험이 부담하는 부분을 제외한 법정 본인부담분과 국민건강보험이 전혀 보장하지 않는 비급여의료 중 법정 비급여를 실비로 보장함으로써 국민건강보험을 보완·보충하고 있음.
 - 실손의료보험은 발생빈도가 높고 비교적 소액의 의료비를 보장하기 위한 상품임.

그림 IV-2 국민건강보험과 실손의료보험의 보장체계

〈급여의료〉		〈비급여의료〉
국민건강보험(공단) 부담분	법정비급여 본인부담분(민영)	임의비급여 본인부담분 (자비)
법정본인부담분(민영)		

- 정액형 건강보험은 실손의료보험과 달리 발생빈도가 비교적 낮지만 고액의 의료비가 소요되는 중증질환으로 인한 의료비를 보장하는 동시에 소득상실리스크를 보장함.

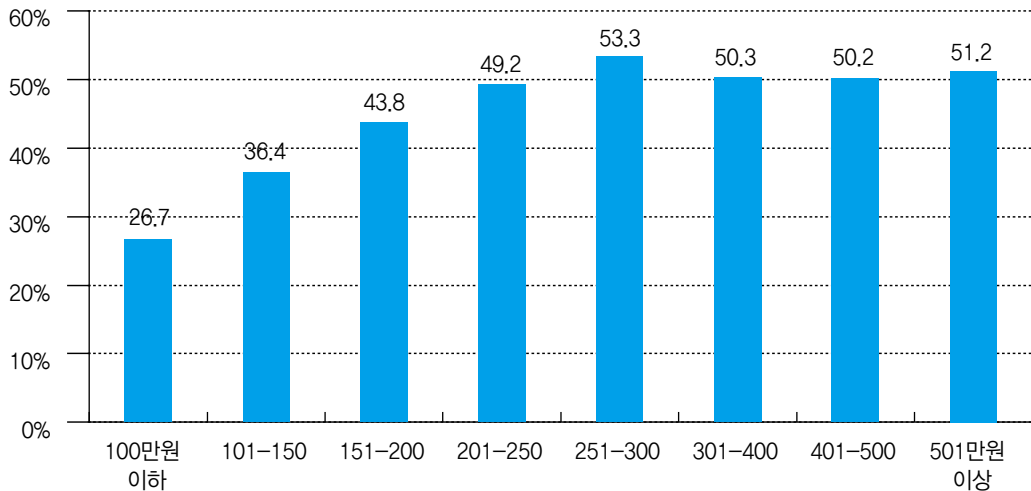
2. 보험산업에의 영향

가. 실손의료보험

- 본인부담상한제의 개편은 실손의료보험보다 단독상품에 더 큰 영향을 미칠 것으로 예상되나 궁극적인 영향은 크지 않을 것으로 예상됨.
- 기준소득이 더욱 세분화되고 상한금액이 대폭 하향 조정될 경우 실손의료보험에 가입할 필요성이 경감하게 됨.

- 특히, 저소득층을 위한 단독상품의 실효성이 상대적으로 크게 감소할 수 있음.
 - 2013년 초부터 저소득층의 의료비를 보장하기 위한 수단으로 의료비를 실비로 보장하는 기능만 분리시킨 1~2만 원대의 저렴한 단독상품이 출시된 상황
- 다만, 저소득계층의 실손의료보험 가입률은 높지 않기 때문에 단독상품 가입유인의 감소가 전체 건강보험시장규모에 미치는 영향은 크지 않을 것임.

그림 IV-3 가구의 소득수준별 실손의료보험 가입률



주: 전국 성인남녀 3,000명 중(보험연구원 설문조사, 2012. 8) 실손의료보험 가입자 1,422명 대상.

- 무엇보다 상한금액이 하향 조정되더라도 본인부담상한제는 여전히 급여의료에만 적용될 예정이기 때문에 비급여의료를 보장하는 실손의료보험의 전반적인 유용성에는 큰 영향이 없을 것임.
- 산정특례제의 개편안이 현실화되더라도 실손의료보험의 가입률에 미치는 영향은 미미할 것으로 예상됨.

- 산정특례제에 포함되는 질환은 수많은 질환 중 4개에 불과하기 때문에 보장질환이 광범위한 실손의료보험에의 가입 유인은 유지될 것임.
- 또한 인구고령화에 따른 국민건강보험의 재정문제로 인해 산정특례제가 다른 질병으로까지 확대되기는 현실적으로 쉽지 않을 것으로 예상됨.

■ 본인부담한제와 산정특례제의 개편은 실손의료보험의 보험료를 인하시켜 단기적으로는 시장규모를 축소시킬 수 있으나, 장기적으로는 실손의료보험에의 접근성을 제고시킬 수 있음.

- 동 제도들은 궁극적으로 국민건강보험의 보장률을 인상시키는 것으로 국민건강보험을 보완·보충하는 실손의료보험의 보험금이 감소하게 됨.
- 보험금 감소는 결국 보험료 인하를 통해 실손의료보험시장의 규모를 감소시킬 수 있음.
- 장기적으로는 본인부담경감제의 개편으로 국민건강보험의 보장률이 증가할 경우 실손의료보험의 보험료가 감소하여 가입유인이 오히려 증가할 것으로 판단됨.

나. 정액형 건강보험

■ 본인부담경감제를 통한 국민건강보험의 보장률 확대는 중증질환들로 인한 고액의 의료비 부담을 완화시키기 때문에 정액형 건강보험에 가입할 유인이 감소할 수 있음.

- 정액형 건강보험의 주요 기능 중 하나는 중증질환으로 인한 고액의 의료비를 보장하는 것임.
- 그러므로 중증질환으로 인한 의료비를 전액 보장하는 산정특례제 개편

이 정액형 건강보험에 직접적인 영향을 줄 수 있음.

- 중증질환으로 인한 고액의 의료비를 국민건강보험이 모두 보장할 경우 정액형 건강보험의 필요성이 상대적으로 감소할 수 있음.

■ 정액형 건강보험의 중요한 기능이 의료비 보장과 더불어 소득상실리스크의 보장임을 감안할 때 본인부담경감제 개편이 정액형 건강보험에 미치는 영향은 궁극적으로 크지 않을 것임.

- 우리나라 국민들은 자살과 운수사고를 제외하고는 대부분 중증질환으로 인해 사망하고 있는 실정
- 특히, 산정특례제의 개편은 사망률이 가장 높은 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 집중되어 있음.

표 IV-1 2011년 10대 사망원인

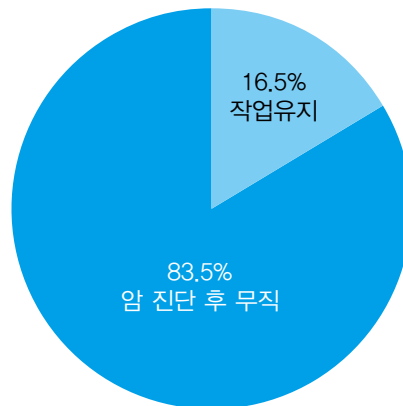
(단위: 인구 10만 명당, 명, %)

사망원인	사망자 수	구성비	사망률
악성신생물(암)	71,579	27.8	142.8
뇌혈관 질환	25,404	9.9	50.7
심장 질환	24,944	9.7	49.8
고의적자해(자살)	15,906	6.2	31.7
당뇨병	10,775	4.2	21.5
폐렴	8,606	3.3	17.2
만성하기도질환	6,959	2.7	13.9
간 질환	6,751	2.6	13.5
운수 사고	6,316	2.5	12.6
고혈압성 질환	5,038	2.0	10.1

자료: 통계청(2012. 9. 13), 「2011년 사망원인통계」.

- 산정특례제의 보장 대상인 중증질환의 공통점은 고액의 의료비 이외에 사망률이 높고 치료 이후에도 경제활동에 상당한 제약이 된다는 것임.
- 즉, 산정특례제의 개편으로 중증질환으로 인한 의료비 문제는 해결될 수 있으나 가구주의 사망 또는 경제활동의 제약으로 인한 소득상실리스크는 잔존하게 됨.
- 실제로 암환자의 경우 암 진단 후 직업을 유지하는 경우는 16.5%에 불과하여 소득상실로 인한 가구원의 생계가 위협받는 상황

그림 IV-4 암 진단 후 실직 여부



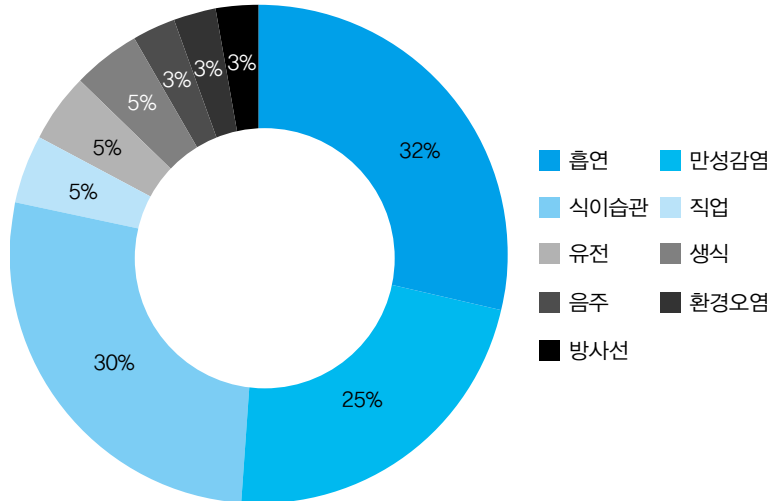
주: 진료비 지원을 받은 암환자 600명 중 암 진단 이전에 직장을 가진 261명 대상 설문조사.
 자료: 원희목 18대 국회의원(2010. 10), 「2010년 국가암관리사업 모니터링 조사」.



V. 총평 및 제안

- 우리나라 건강보험의 가장 큰 문제는 미흡한 공사건강보험 간 역할체계로 인해 정부의 실패와 시장의 실패가 공존하고 있다는 것임.
 - 우리나라의 경우 국민의료비 중 공공지출 비중이 높지 않은 동시에 민영 건강보험의 성장을 위한 정책적인 노력이 부족해 많은 계층이 공사건강보험의 사각지대에 방치되어 있음.
 - 특히, 저소득 및 고위험층에 대한 국민건강보험의 역할이 크지 않고 동 계층이 민영건강보험을 통해 의료비 보장혜택을 충분히 누리지 못하고 있음.
- 새정부의 본인부담경감제는 취약계층에 대한 정부의 역할을 확대한다는 점에서 매우 높이 평가될 수 있으나 보다 넓고 장기적인 접근이 필요함.
 - 그동안 공사건강보험의 사각지대에 방치되었던 취약계층에 대한 국민건강보험의 보장률을 강화하려는 본인부담상한제의 개편 방향성은 바람직함.
 - 다만, 본인부담상한제가 산정특례제의 기능을 포함하는 동시에 질환자 간 형평성문제로부터 자유롭고 사회적 적합성 차원에서도 바람직하기 때문에 산정특례제의 폐지를 고려할 필요가 있음.
 - 또한 암과 같은 중증질환이나 만성질환은 정부의 의료비 보장 역할보다는 발병률 자체를 경감시키는 예방의 역할이 중요함.

그림 V-1 암 발생의 주요 원인



자료: 국립암센터(2011), 「통계로 본 암 현황」.

- 고령자의 증가로 인한 필요재정 증가와 생산가능인구의 감소로 인한 재정충당의 어려움 등을 감안한 장기적인 재정추계와 함께 민영건강보험을 어떻게 활용할 것인지에 대한 고려가 필요함.

■ 새정부의 본인부담경감제가 현실화되기 위해서는 상당한 시간이 소요될 것으로 판단됨.

- 본인부담경감제가 실효성을 확보하기 위해서는 비급여의료의 관리체계가 마련되어야 하지만 평가기준, 수가, 코드 마련 등 상당한 준비시간이 필요할 것임.
- 뿐만 아니라 그 과정에서 다양한 이해관계자의 극심한 반대에 직면할 가능성이 높음.

- 의료기관 수익의 상당부분이 의료행위 당 원가보전률이 높은 비급여 의료¹⁰⁾에서 발생하고 있는 상황에서 정부가 비급여의료를 관리할 경우 의료계가 반대할 가능성이 높음.
- 우리나라 국민은 국민건강보험의 보장률 강화는 원하지만 보장률 강화를 위한 보험료 인상은 반대하는 뉘프(Not Out of My Pocket)현상이 만연함.

그림 V-2 국민건강보험의 적정보장률

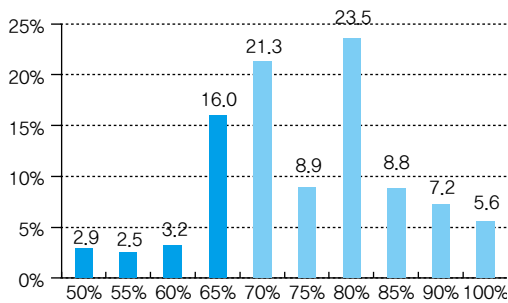
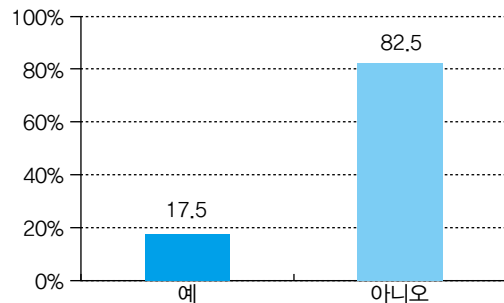


그림 V-3 보장률 강화 위한 보험료 인상에 대한 찬성 여부



자료: 1) 보험연구원(2012. 8), 전국 성인남녀 3,000명 대상 설문조사.
 2) 김대환(2012. 10. 19), 「인구고령화에 따른 공사건강보험의 역할 재정립」, 보험연구원 국제세미나.

■ 본인부담상한제의 개편과 함께 공사건강보험 간 의료비 정산체계의 마련도 선행되어야 할 과제임.

- 본인부담상한제로 인해 국민건강보험공단이 환급하는 진료비는 꾸준히 증가해 5,386억 원(2011년 기준)에 달함.

10) 건강보험심사평가원(2006. 12), 『상대가치점수 개정연구 보고서』.

표 V-1 본인부담상한제로 인한 환급 진료비

본인부담상한액	대상자(명)	지급액(억 원)
합계	282,221	5,386
200만 원(하위 50%)	162,244	2,685
300만 원(중위 30%)	67,797	1,446
400만 원(상위 20%)	52,180	1,255

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2012. 7. 11).

- 실손의료보험에 가입한 사람의 경우 보험회사로부터 본인이 부담한 의료비를 환급받는 동시에 국민건강보험으로부터 환급을 받아 초과이익이 발생
- 현재도 공사건강보험 간 진료비 정산체계가 마련되어 있지 않아 실손의료보험 가입자의 경우 초과이익이 발생하게 되고 보험료가 감소하지 않고 있음.
- 향후 새정부가 본인부담상한제의 상한금액을 인하하고 세분화 할 경우 공사건강보험 간 진료비 정산체계의 필요성은 더욱 증가하게 됨.
- 국민건강보험이 모든 의료비를 보장할 수 없는 현실을 감안할 때, 공사건강보험 간 진료비 정산체계를 신속히 마련하여 가능한 많은 국민이 낮은 보험료로 실손의료보험을 통해 의료비 보장혜택을 받을 수 있는 환경을 조성해야 함.

참고문헌

- 건강보험정책연구원(2012. 3), 『2011 건강보험 주요통계』.
- 건강보험심사평가원(2006. 12), 『상대가치점수 개정연구 보고서』.
- 국립암센터(2011), 『통계로 본 암 현황』.
- 국민건강보험공단·건강보험정책연구원(2011. 5), 「2010년 보험료부담 대비 급여비 현황 분석」.
- 국민건강보험공단(2011. 12. 29), 「보도자료(2010년 건강보험통계연보)」.
- 국민건강보험공단(2011. 12), 『2010년 건강보험통계연보』.
- 김대환(2012. 10. 19), 「인구고령화에 따른 공사건강보험의 역할 재정립」, 보험연구원 국제세미나.
- 박민정 외(2011. 12), 「2010년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 국민건강보험공단·건강보험정책연구원.
- 원희목(2010. 10), 「2010년 국가암관리사업 모니터링 조사」.
- 이기형 · 정인영(2012. 12), 『새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로』, CEO Report, 보험연구원.
- 통계청(2012. 9. 13), 「2011년 사망원인통계」.

저자약력

■ 김 대 환

University of California, Davis 보건경제학 박사
보험연구원 연구위원(고령화연구실 실장)
(E-mail : dhkim@kiri.or.kr)

■ 이 상 우

홍익대학교 금융보험학 박사과정 수료
보험연구원 수석연구원
(E-mail : swlee@kiri.or.kr)

CEO Report 2013-01

새정부의 보험산업 정책(Ⅱ) : 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가

발 행 일 2013년 1월
발 행 인 김 대 식
발 행 처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 여의도동 35-4
인 쇄 소 경성문화사
대표전화 786 - 2999

본 자료에 실린 내용에 대한 문의는 보험연구원 금융정책실
(☎3775-9014)로 연락하여 주십시오.

