

【 주간 이슈 】

대형병원 외래이용 약제비 본인부담률 인상과 민영의료보험

이창우 연구위원

- 최근 들어 건강보험정책심의위원회는 대형병원의 경증 외래환자 집중현상을 완화하기 위하여 종합병원에 대한 약제비 본인부담률을 인상하기로 결정함.
 - 상급종합병원의 경우 현행 30%에서 50%로, 종합병원의 경우 현행 30%에서 40%로 인상
- 이러한 결정에 대해 의료비 절감과 의료자원의 효율적 배분을 위해 약제비 본인부담률 인상이 필요하다는 평가와 국민건강보험의 재정절감에 실효성이 떨어진다는 평가가 나오고 있음.
 - 정책당국은 지난 10년간 발생한 의료비 증가와 국민건강보험 재정악화의 주요 원인이 대형병원 쓸림현상이기 때문에 의료자원의 효율적 배분을 위해 필요하다는 입장
 - 소비자단체는 대형병원 이용자가 동네의원에서 다시 진료 받고 처방발급기관을 바꾸는 현상 등을 감안할 경우 실효성이 떨어질 것이라고 평가
- 이번 약제비 본인부담률 인상은 민영의료보험 가입자에 대한 정책당국의 정책적 고려가 충분히 이루어지지 않았기 때문에 기대하는 만큼의 효과가 나타나지 않을 수도 있음.
 - 실손형 민영의료보험은 국민건강보험의 본인부담금과 비급여를 담보하고 있으며 외래이용의 처방조제비도 보장내역에 포함시키고 있어 약제비 본인부담률 인상 결정이 민영의료보험가입자의 대형병원 쓸림에 크게 영향을 주지 않을 수도 있음.
- 민영의료보험은 국민건강보험의 정책적 변화에 직접적으로 영향을 받는 구조이므로 정책당국은 의료정책 변화에 따른 정책결정 시 민영의료보험을 통한 효과까지 고려할 필요가 있음.

1. 검토배경

- 2011년 3월 28일 건강보험정책심의위원회는 대형병원 경증 외래환자 집중 현상을 완화하기 위해 약제비 본인부담률을 인상하기로 결정
 - 대형병원의 경증 외래환자 집중을 막기 위하여 약제비에 대한 본인부담률을 상급종합병원의 경우 현행 30%에서 50%, 종합병원의 경우 40%로 인상함.

<표 1> 요양기관별 약제비 본인부담률 조정안

본인부담률 인상 대상	구분	약제비 본인부담률	
		현행	변경
경증상병 (의원의 다빈도 상병)	상급종합	30%	50%
	종합병원	30%	40%

주: 경증상병의 구체적인 범주는 의원의 다빈도 50개 내외 상병을 기준으로 병협, 의협 및 관련학회 등의 의견을 수렴하여 4월중에 확정하기로 함.

자료: 보건복지부, “대형병원 약값, 경증환자만 올리기로”, 보도자료, 2011.3.28.

- 대형병원 경증 외래환자의 약제비 본인부담률 조정안을 두고 의료자원의 효율적 배분을 위해 인상이 필요하다는 평가와 국민건강보험의 재정절감에 실질적으로 도움이 되지 않는다는 평가가 함께 제기되고 있음.
 - 정책당국은 지난 10년간 연평균 12%에 달하는 의료비 증가의 원인 중 하나로 상급병원 쏠림현상을 지적하고 있으며, 의료비 억제와 의료자원의 효율적 배분을 위해 대형병원의 약제비 본인부담률 인상이 불가피하다는 입장
 - 소비자단체는 대형병원 이용자가 동네의원에서 다시 진료 받고 처방발급기관을 바꾸는 현상 등을 고려할 때 인상정책의 실효성 부족과 의료접근성의 제한 가능성을 주장
- 대형병원에 대한 경증 외래환자의 약제비 본인부담률 인상으로 의료수요가 다소 감소할 수 있으나, 민영의료보험에 대한 고려부족으로 정책 실효성이 기대에 못 미칠 가능성이 있음.

- 기존 민영의료보험 가입자는 늘어난 본인부담금을 민영의료보험에서 보장 받을 수 있으므로 정책당국이 원하는 의료이용행태의 변화가 기대치에 미치지 못할 가능성이 있음.
- 이로 인해 대형병원에 대한 외래이용 쏠림현상이 크게 완화되지 않은 채, 국민 건강보험의 재정위험이 민영의료보험으로 전가될 수도 있음.

□ 본고는 민영의료보험에 대한 고려 없이 약제비 본인부담률 조정을 통한 대형병원 집중현상 완화정책이 현 의료체계에서 얼마만큼의 효과가 나타날지에 대한 의문을 제기하고자 함.

- 정책당국은 현 의료체계에서 민영의료보험이 의료비지출 재원의 한 축을 담당한다는 사실을 인지한다면 국민건강보험 정책이 민영의료보험을 통해 의료이용자들의 소비에 영향을 줄 수 있다는 점을 주지할 필요가 있음.

2. 의료비 증가와 대형병원 집중현상

□ 우리나라 국민의료비지출은 2008년 기준으로 66조원에 달하며 GDP 대비 6.5%의 비중을 차지하고 있음.

<표 2> 국민의료비지출 규모 추이

연도	국민의료비(조원)		GDP(조원)		GDP대비 의료비 비중	1인당 의료비 (천원)	1인당 GDP (천원)
	금액	증가율	금액	증가율			
1980	1.6	33.5%	39.1	22.0%	4.0%	41	1,026
1985	3.3	12.9%	85.7	12.0%	3.8%	80	2,100
1990	8.1	19.7%	191.4	20.7%	4.2%	189	4,464
1995	16.3	13.4%	409.7	17.1%	4.0%	362	9,085
2000	28.9	17.4%	603.2	9.9%	4.8%	614	12,833
2001	34.6	19.7%	651.4	8.0%	5.3%	730	13,755
2002	37.1	7.3%	720.5	10.6%	5.1%	779	15,130
2003	41.3	11.3%	767.1	6.5%	5.4%	862	16,029
2004	44.6	8.0%	826.9	7.8%	5.4%	928	17,213
2005	49.6	11.2%	865.2	4.6%	5.7%	1,030	17,974
2006	55.3	11.6%	908.7	5.0%	6.1%	1,145	18,816
2007	61.8	11.8%	975.0	7.3%	6.3%	1,276	20,121
2008	66.7	7.9%	1026.5	5.3%	6.5%	1,372	21,117
연평균 증가율							
'80년대	19.1%		17.3%		1.5%	17.6%	15.9%
'90년대	13.8%		13.2%		0.5%	12.7%	12.2%
'00년대	11.7%		7.2%		4.2%	11.2%	6.7%

자료: 보건복지부, 「2008년 국민의료비 및 국민보건계정」, 2010, p. 71 재구성

- GDP 대비 의료비 지출규모는 여타 OECD국가에 비해서 상대적으로 낮지만, 의료비 지출증가 속도는 최근 10년간 연평균 11.7%에 달함.
- 의료비지출 증가요인 중 하나로 대형병원 외래환자의 급격한 증가가 지목되고 있으며 이로 인해 효율적 자원배분에 대한 문제까지 제기되고 있음.
- 최근 요양기관종별 외래 내원일수를 살펴보면, 상급종합병원의 경우 그 증가율이 최근 5년 동안 평균 47.9%에 달한 반면, 의원외의 경우 평균 11.7%에 그침.

<표 3> 요양기관종별 외래 내원일수 증가율

(단위: 천일, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	증가율 (05-09)
상급종합	20,455	21,849	23,130	24,332	30,252	47.9
종합	36,155	37,928	40,135	43,755	45,989	27.2
병원	30,233	32,628	36,501	40,651	43,851	45.0
의원	440,560	458,166	463,021	466,491	492,300	11.7

자료: 보건복지부, “대형병원 약값, 경증환자만 올리기로”, 보도자료, 2011.3.28.

- 최근 5년간 진료비 증가율을 살펴보면 그 차이가 더욱 심한데, 의원외의 경우 증가율이 32.0%인 반면, 상급종합병원은 90.2%에 이릅니다.
- 또한 상급종합병원의 외래진료비 점유율은 10.7%에서 14.1%로 상승하였지만, 의원외의 외래진료비 점유율은 52.5%에서 47.9%로 하락함.

<표 4> 요양기관종별 외래 진료비 증가율

(단위: 억 원, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	증가율 (05-09)
상급종합	12,029	14,482	16,728	18,708	22,884	90.2
종합	12,766	14,806	16,660	18,979	20,751	62.5
병원	6,474	7,439	8,738	9,929	11,222	73.3
의원	59,017	64,974	68,669	71,492	77,904	32.0

자료: 보건복지부, “대형병원 약값, 경증환자만 올리기로”, 보도자료, 2011.3.28.

□ 외래환자의 대형병원 집중화 현상을 막기 위해 외래진료비의 본인부담률을 요양기관종별로 차등화하고 있음.

○ 현재 상급종합병원의 경우 본인부담액이 여타 요양기관보다 높으며 요양기관에 따라 본인부담률이 30~60%로 차등화됨.

<표 5> 현행 외래환자의 요양기관별 본인부담률 및 부담액

병원종류	소재지	현행 본인부담액
상급종합병원	모든 지역	진찰료총액 + (요양급여비용총액-진찰료총액)×60%
종합병원	동 지역	요양급여비용총액×50%
	읍,면 지역	요양급여비용총액×45%
병원급	동 지역	요양급여비용총액×40%
	읍,면 지역	요양급여비용총액×35%
의원급	65세이상	15,000원 이하 1,500원 15,000원 이상 요양급여비용총액×30%
	65세 미만	요양급여비용총액×30%
약국	동 지역	요양급여비용총액×30%
	65세이상, 10,000이하	1200원

주: 병원종류 중 보건기관과 의약분업예외지역에 해당하는 부분은 제외하였음.
 자료: 심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr/common/dummy.jsp?pgmid=HIRAA020401000000>)

□ 그러나 외래환자의 대형병원 집중현상이 크게 개선되지 않아 정책당국은 지속적으로 본인부담률을 높이고 있음.

- 보건복지부는 2009년 7월 대학병원 같은 상급종합병원의 외래진료 부담률을 50%에서 60%로 인상함.
- 이어서 상급종합병원의 본인부담률을 향후 70~80%로 인상하는 방안과 함께 일반 종합병원의 진찰료를 본인부담 항목으로 확대하는 방안을 검토 중임.
- 이렇게 되면 전국 317개 종합병원의 외래진료 시 초진비 14,940원을 환자본인이 전액 부담해야 함.

3. 약제비 본인부담률 인상을 통한 대형병원 외래이용 집중현상 억제의 문제점

- 외래이용 시 해당 의료기관이 제공한 의료서비스가 아니라 약 처방에 대한 가격 차별을 이용한 의료비 통제방식은 효과가 매우 적을 수 있음.
 - 대형병원의 외래이용과 처방이 하나의 패키지상품(bundle)이라는 전제하에서는 실효성이 있을 수 있음.
 - 외래이용과 처방이 하나의 상품구성이라면 요양기관 종별 간 상대가격을 변화시키는 정책으로 이해할 수 있음.
 - 하지만 대형병원의 외래이용으로 받은 처방전을 다른 종류의 의료기관에서도 동일한 처방전을 받을 수 있는 통로가 있다면 정책의 실효성이 기대수준에 미치지 못할 가능성이 존재
 - 이는 소비자단체가 가장 반대하는 이유 중 하나임.
- 보다 근본적인 문제는 정책당국의 의료정책 변경 시 민영의료보험의 역할에 대한 고려가 부족하다는 사실임.

<표 6> 국민의료비의 공·사보험 부담체계

구분	국민건강보험급여항목	국민건강보험비급여항목
국민건강보험지급	국민건강보험	민영건강보험/가계부담
본인부담	민영건강보험/가계부담	

- 현재 국민의료비는 공적보험인 국민건강보험과 사적보험인 민영건강보험이 상호 부담하고 있는 형태로 민영건강보험은 공적보험의 급여와 비급여의 변화에 따라 크게 영향을 받는 구조임.
- 민영건강보험은 국민건강보험의 본인부담금 부분과 비급여 부분에 대한 진료비용을 포괄적 방식으로 보장하고 있음.
- 또한 실손형 민영의료보험은 약제비 본인부담도 보장하고 있음.
 - 실손형 민영의료보험의 종합통원형, 상해통원형, 질병통원형은 처방전 1건당 본인부담금과 비급여 부분을 보장함.
 - 실손형 민영의료보험의 처방조제비 공제금액은 처방전 1건당 8,000원임.
 - 또한 실손형 민영의료보험의 가입이 이미 많이 진전되어 있음.

<표 7> 종합통원형, 상해통원형, 질병통원형

급여명칭	보상금액	
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인 부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 항목별 공제금액을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	회사는 피보험자가 질병 또는 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상함.
처방조제비	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인 부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 항목별 공제금액을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	

주: 1) 통원의료비(외래)의 의료기관별 공제금액은 의원 1만 원, 병원 1만5천원, 종합전문요양기관 2만원임.
 2) 통원의료비(처방조제비)의 공제금액은 처방전 1건당 8천원임.
 자료: 한국손해보험협회 홈페이지

<표 8> 가구규모별 민영의료보험 가입율 및 보험 가입건수

가구원 수	2008년		2009년	
	가입건수	가입률(%)	가입건수	가입률(%)
1인	0.80	40.48	0.86	42.91
2인	1.67	60.67	1.71	61.28
3인	3.41	84.10	3.63	85.83
4인	5.16	92.58	5.44	93.74
5인	5.46	91.80	5.78	93.32
6인이상	5.75	92.65	5.81	93.96
계	3.48	77.03	3.62	77.79

주: 1) 해약, 실효, 이전조사에서 누락된 보험은 제외하였음.
 2) 실손형과 정액형 민영의료보험이 모두 포함된 수치임.
 자료: 강성욱, “2008년 민간의료보험 시장 규모 추계”, 보건의료정책 포럼 발표자료, 한국보건사회연구원, 2011. 4.14에서 발췌

<표 9> 가구소득 분포에 따른 민간의료보험 가입률

	2008년	2009년
	민영의료보험 가입률	민영의료보험 가입률
999만원 이하	36.76%	37.59%
1,000만~1,999만원	66.89%	66.25%
2,000만~2,999만원	85.48%	84.03%
3,000만~3,999만원	93.07%	93.80%
4,000만~4,999만원	94.47%	94.97%
5,000만원 이상	93.79%	95.97%
계(평균)	77.03%	77.79%

주: 1) 가구소득이 모름/무응답인 경우 평균 값으로 대체하였음.
 2) 실손형과 정액형 민영의료보험이 모두 포함된 수치임.
 자료: 정영호 외, “한국의료패널의 개요와 주요결과(1)”, 2010년 제2회 한국의료패널 학술세미나 발표자료, 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2010. 12. 2에서 발췌

- 우리나라 가구 중 70% 이상이 민영의료보험에 가입한 것으로 나타나 민영의료보험의 역할이 미미한 수준으로 보기는 어려움.
 - 한국의료패널조사에 의한 2009년 민영의료보험의 가구가입률은 평균 77.8%에 이룸.
- 이러한 이유로 약제비 본인부담률 인상정책은 대형병원에 대한 외래이용 쓸림현상을 크게 완화시키기 보다는 소비자부담만 민영의료보험으로 전가시킬 가능성이 있음.
 - 국민건강보험 재정에서 약제비가 차지하는 비중은 약 30%에 이르는 가운데 민영의료보험으로 전가되는 약제비 부담 규모가 상당히 클 가능성이 있음.
 - 대형병원으로부터 처방받은 약물에 대한 본인부담률 인상이 경증상병에 한정적으로 적용됨.
 - 그러나 이러한 정책변화가 민영의료보험가입자의 대형병원 의료이용 행태에 크게 영향을 주지 않는다면, 국민건강보험의 약제비부담은 고스란히 민영의료보험으로 전가될 가능성이 크며 그 규모도 상당할 것으로 예상됨.

4. 결론

- 민영의료보험은 국민건강보험의 정책적 변화에 직접적으로 영향을 받는 구조이지만, 약제비 본인부담률 인상과 관련하여 정책당국은 민영의료보험시장의 역할을 크게 고려하지 않는 것으로 보임.
 - 의료관련 정책변화 시 민영의료보험의 역할로 인하여 정책목표의 실효성이 달라질 수 있음.
 - 따라서 의료관련 정책변화 시 의료시장의 경제주체로서 민영의료보험의 역할을 고려하여 정책효과를 판단하는 것이 중요함.
 - 국민의료비 절감이라는 대전제 하에서 국민건강보험과 민영의료보험이 서로 협조하는 체계가 필요함.
- 대형병원 약제비 본인부담률 인상조치가 민영의료보험의 손해율에 미칠 영향은 사실상 경미할 수도 있지만, 관련 법규리스크에 따른 보험회사의 경영 불안정성은 확대될 수 있음.

- 민영의료보험이 국민건강보험 급여항목의 본인부담분과 비급여 항목에 대한 실제 지출의료비를 보상함에 따라 국민건강보험 급여 변경에 따라 보험영업의 성과에 큰 차이가 발생할 가능성이 있음.
- 이러한 이유로 국민건강보험과 관련된 정책 변화는 민영건강보험의 법규리스크의 주요인으로 작용하는 만큼 민영의료보험은 정책당국과 긴밀한 협조체계를 구축하는 것이 바람직할 것으로 판단됨. KiRi