



4대 중증질환 보장강화에 따른 실손의료보험료 인하 타당성 검토

조용운 연구위원

요약

- 2013년 6월 보건복지부가 4대 중증질환에 대한 국민건강보험의 보장강화 계획을 발표한 이후 실손의료보험료를 인하해야 한다는 주장이 제기되어 왔음.
- 국민건강보험은 지속적으로 보장을 강화해 왔으나 국민건강보험 보장률은 62.5% 수준에 머물러 있고 비급여진료비는 오히려 증가 추세에 있음.
 - 결과적으로 비급여진료비를 보장하는 실손의료보험은 보험료 수입보다 보험금 지급이 지속적으로 크게 나타나고 있어 손해보험산업의 경우 최근 4년간 누적적자가 1.4조 원에 이룸.
- 실손의료보험은 국민건강보험의 보장정책 변화와 이에 따른 의료시장의 행동변화가 종합적으로 고려될 수 있도록 하기 위하여 전년도의 보험료 수입과 보험금 지급의 비율을 반영하여 보험료를 산출하고 있음.
 - 보험금 지급률의 변화는 소비자 행동 변화는 물론이고 실손의료보험 내외부적 요인으로 인한 환경변화를 종합적으로 반영하고 있음.
- 국민건강보험이 중증질환을 대상으로 비급여에 대한 보장을 확대하더라도 의료공급자의 이윤극대화 행동으로 인하여 총액 기준 비급여진료비는 변화하지 않을 수 있음.
 - 4대 중증질환의 보장강화는 급여범위의 확대를 의미하므로 보장강화 이후 의료공급자는 규제 없는 타 질환의 비급여진료비를 증가시킬 수 있음.
 - 의료공급자는 4대 중증질환의 비급여 항목을 신규로 개발할 가능성이 있음.
 - 일본, 독일, 미국 사례에서 부분적 규제가 해당 의료비를 낮출 수 있지만 의료공급자의 이윤극대화 행동 때문에 전체 의료비까지 낮출 수 있는 것이 아님을 확인할 수 있음.
- 의료공급자는 특정질환의 비급여 범위 축소로 인한 이윤 손실을 보전하기 위해 이 외의 질환을 대상으로 이윤을 극대화 하려 할 것이므로 실손의료보험료를 조정할 때 특정질환만을 고려하기 보다는 기존과 같이 종합적 시장 변화를 고려하는 것이 합리적일 것임.
 - 특정질환의 보장강화에 따른 비급여 감소액을 산출하여 별도로 실손의료보험료에 반영하는 방법은 시장의 행동을 종합적으로 반영하기에 적절하지 않음.

1. 검토배경



- 2013년 6월 보건복지부가 4대 중증질환에 대한 국민건강보험의 보장성 강화 계획을 발표¹⁾한 이후 실손의료보험료를 인하해야 한다는 주장이 제기되어 왔음.
 - 보장성 강화계획은 4대 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)에 대해 그동안 보장하지 않았던 MRI, PET 등을 보장하겠다는 것임.
 - 그리고 3대 비급여대상 의료서비스(선택진료비, 상급병실료, 간병비) 보장을 강화하여 중증질환자에 대한 실질적 보장 강화가 이루어질 수 있도록 하겠다는 것임.

- 이러한 주장의 타당성을 평가하기 위해서는 먼저 보장강화에 따른 보장률 변화 및 시장 행태 변화를 고찰할 필요가 있음.
 - 보장강화는 다른 조건이 일정하다면 국민건강보험 보장률을 상승시키고 국민건강보험이 보장하지 않는 부분을 보장하는 실손의료보험 보험금 지급률을 낮추기 때문에 보험회사는 실손의료보험료를 인하할 유인이 발생함.
 - 보장대상 의료서비스의 확대를 통한 보장강화는 가격과 양이 규제되지 않는 의료서비스가 규제 대상으로 전환됨을 의미하므로 이윤극대화를 추구하는 의료공급자의 행태에 변화가 있을 수 있음.

- 본고는 국민건강보험 보장률과 의료공급시장의 행태를 종합적으로 고찰하는 한편, 특정질병의 보장강화를 실손의료보험료에 반영하는 것이 타당한지를 검토하고자 함.

1) 자료: 보건복지부 보도자료(2013. 6. 26).

2. 국민건강보험 보장강화 정책과 실손의료보험 지급률 현황

가. 국민건강보험 보장강화 정책

■ 국민건강보험은 지속적으로 본인일부부담률을 조정하면서 보장을 강화해 왔음.

- 입원의 경우 2005년 이후 중증환자의 본인일부부담을 낮추어 보장을 강화해 왔음.
 - 입원본인일부부담률은 1979년부터 기본적으로 모든 환자에게 20%²⁾임.

〈표 1〉 입원본인일부부담률 예외

시행일	내용	본인부담	비고
2005.1.1	자연분만, 조산아, 저체중출생아, 신생아 집중치료실 환자	면제	출산장려
2005.9.1	암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2009.12.1	암환자	5%	
2010.1.1	뇌혈관질환자, 심장질환자	5%	
2006.1.1	6세 미만 소아	면제	출산장려 및 아동의료비용 경감
2008.1.1		10%	도덕적 해이로 본인부담률 상향조정
2009.7.1	희귀난치질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2010.7.1	중증화상 환자	5%	중증환자 의료비부담 경감

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr).

- 외래의 경우에도 2005년 이후 중증환자의 본인부담이 낮게 산정되도록 하고 있음.
 - 외래본인일부부담률은 모든 환자에게 요양기관의 규모가 클수록 그리고 동지역에서 본인부담금이 크게 산정되도록 설계되어 있음.
 - 의원급은 모든 지역에서 30%임.
 - 병원급은 동지역 40%, 읍면지역 35%임.
 - 종합병원급은 동지역 50%, 읍면지역 45%임.
 - 상급종합병원은 모든 지역에서 '진찰료+(요양급여비용 총액-진찰료)×0.6'임.

2) 상급종합병원에서 일반입원실 및 정신과폐쇄병실의 4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한하여 30%임.

〈표 2〉 외래본인일부부담률 예외

시행일	내용	본인부담	비고
1983.10	인공신장투석 또는 복막관류술 본인부담 경감을 시작으로 산정특례제도 시작	20%	이후 2010년 1월까지 총 163개 질환으로 증가 중증환자 보장성 강화
2009.7.1	희귀난치질환자	10%	
2005.9.1	암환자	10%	
2009.12.1	암환자	5%	
2010.7.1	중증화상환자	5%	

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr).

■ 국민건강보험은 보장하지 않던 비급여대상 의료서비스를 급여대상으로 전환해 나가고 있음.

- 우선적으로 4대 중증질환에 대한 건강보험급여를 필수급여, 선별급여, 비급여로 분류하고 필수 의료서비스를 2013년 후반부터 2016년까지 급여대상화 할 계획임.
- 2017년부터 단계적으로 다른 질환으로 확대할 계획임.

〈표 3〉 4대 중증질환에 대한 의료서비스 분류

구분	개요	예
필수급여	<ul style="list-style-type: none"> • 4대 중증 치료를 위해 꼭 필요한 의료서비스 • 본인일부부담금은 5~10% 	<ul style="list-style-type: none"> • 기존에 암, 뇌, 척추질환에만 적용되던 MRI 검사를 심장질환에까지 확대 • 생존률 개선 효과가 큰 고가 항암제, 희귀난치성질환 치료제, 수술시 사용되는 치료재료도 건강보험을 적용
선별급여	<ul style="list-style-type: none"> • 비용대비 치료효과는 낮으나 수요가 높은 최신의료는 '건강보험에서 일부 비용을 지원' • 의료기술에 따라 일정부분(예:50~80%)을 본인이 부담(본인부담상한제 적용 배제) • 3년마다 선별급여대상을 재평가하여 필수급여로 전환하거나 본인부담률을 조정 • 신의료기술은 심사 후 급여화 	<ul style="list-style-type: none"> • 카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등
비급여	<ul style="list-style-type: none"> • 치료와 무관한 의료서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • 미용성형 등

자료: 보건복지부 보도자료(2013. 6. 26).

■ 국민건강보험은 2014년 하반기부터 3대 비급여대상 의료서비스에 대한 보장을 강화할 계획임.

〈표 4〉 3대 비급여 보장강화 계획

선택진료	상급병실	간병
<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 하반기 선택진료 환자부담을 35% 줄임. • 2017년부터 현행 선택진료제는 건강보험 전문진료의사 가산방식으로 전환됨. • 2015~2016년에 병원별로 80%까지 들 수 있는 선택의사에 대한 기준이 병원 내 진료과목별로 30%만 들 수 있도록 제한됨. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 하반기 4인실까지 건강보험 적용 • 2015년 상급종합병원은 일반 병상비율을 현행 50%에서 70%까지 확대함. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014년 33개 공공병원에서 포괄간호서비스 시범사업 시행. • 2015~2017년 지방, 공공병원 중심으로 확대함. • 2018년부터 수도권, 대형병원으로 확대함. • 2015년부터 건강보험 적용함.

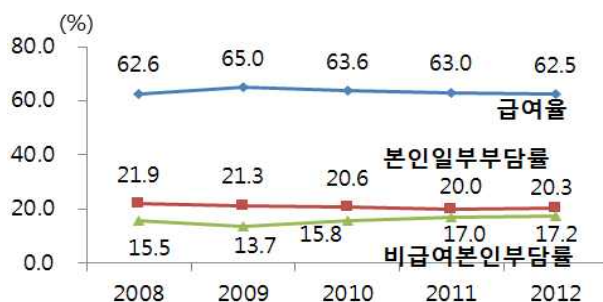
자료: 보건복지부 보도자료(2014. 2. 10).

나. 국민건강보험 급여율 및 실손의료보험 지급률 추이

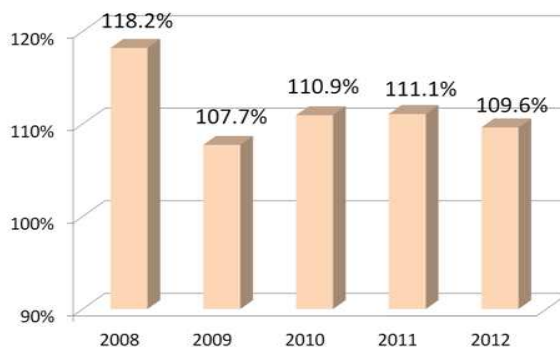
■ 최근 5년간 보장강화에도 불구하고 국민건강보험의 급여율(= 급여÷(급여+본인일부부담+비급여))은 제자리에 머물러 있고, 국민건강보험이 보장하지 않는 비급여대상 의료서비스 부분의 진료비는 증가 추세를 보여 왔음.

- 2012년 급여율은 62.5%로 2008년과 차이가 없음.
- 2012년 비급여본인부담률은 17.2%로 2008년 15.5%보다 상승하였음.

〈그림 1〉 국민건강보험 진료비 구성비 추이³⁾



〈그림 2〉 실손의료보험 지급률 추이⁴⁾



3) 서남규·이옥희·강태욱·태윤희·서수라·안수지·이혜정(2013), 『2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

4) 여기서 지급률=지급보험금/위험보험료, 자료; 조용운(2014), 『보험동향 - 봄호』, 보험연구원.

■ 비급여를 보장하는 실손의료보험의 경우 비급여의 증가 추세로 인하여 지속적으로 보험료 수입보다 보험금 지급이 크게 나타나고 있음.

- 2012년 보험금 지급률은 109.6%로 나타나 수입보다 지급이 약 10% 많게 발생하였음.
- 손해보험산업의 경우 지난 4년간 총 실손의료보험에서 약 1.4조 원의 누적 적자가 발생하였음.

〈표 5〉 손해보험산업 실손의료보험 위험률차 손해 현황(FY기준)

(단위: 억 원)

2009년	2010년	2011년	2012년	계
△1,696	△3,035	△4,436	△5,239	△14,406

자료: 손해보험협회.

- 보험회사는 실손의료보험료 산출 시 전년도 보험금 지급률과 국민건강보험의 보장강화와 의료시장의 행동 변화를 종합적으로 보험료에 반영하고 있으나 비급여가 증가 추세에 있기 때문에 손실이 발생하고 있음.

3. 비급여 증가 원인 및 해외사례



가. 비급여 증가 원인

■ 비급여가 증가하고 있는 것은 비급여대상 의료서비스에 대한 가격산정의 자율성에 기인하는 면이 있음.

- 비급여대상 의료서비스에 대한 가격은 지방자치단체에 요양기관이 신고한 가격으로 결정(일반수가제)되고 있어 규제되고 있지 않다고 할 수 있음.
- 결과적으로 비급여대상 의료서비스 가격은 요양기관별로 매우 다르게 나타나고 있음.
 - 한국소비자원에 따르면 갑상선초음파검사의 경우 가장 높은 가격을 설정한 요양기관과 가장 낮은 요양기관의 가격 차이가 5.9배에 이룸.⁵⁾

5) 한국소비자원(2011), 『‘비급여 진료비용 등 고지’ 시행실태 및 소비자 활용도 조사』.

■ 이와 함께 비급여대상 의료서비스 공급에 대한 요양기관의 자율성이 보장되어 있기 때문임.

- 요양기관은 비급여대상 의료행위의 종류를 여러 가지로 늘릴 수 있고, 비급여대상 고가의 신약 및 치료재료, 신의료기술을 과잉공급할 가능성이 있음.
- 요양기관은 급여대상 의료서비스 공급이 가능한 경우에도 비급여대상 의료서비스를 공급할 가능성이 있음.

■ 결과적으로, 국민건강보험은 급여대상에 대한 의료서비스 양 및 가격 규제에만 치중하고 비급여대상에 대해서는 규제를 하고 있지 않아 요양기관이 이윤극대화 행동이 용이한 대상인 비급여진료를 증가시키고 있다고 할 수 있음.

- 국민건강보험이 보장을 강화하더라도 비급여가 증가하기 때문에 보장률은 상승하지 않고 있음.
- 비급여를 보장하는 실손의료보험의 보험금 지급률은 국민건강보험이 보장을 강화하더라도 높은 수준에 머물러 있게 됨.

나. 해외사례

■ 일본은 공적 보험의 가격규제로 1980~1993년 동안 의약품 가격이 60% 하락하였음에도 불구하고, 총 의약품 지출은 59% 증가하였음.⁶⁾

- 이는 처방전 발행 수 및 규제되지 않는 고가 의약품 공급이 늘어났기 때문임.

■ 독일의 공적 보험 의약품 가격 및 예산 규제는 의약품 지출을 감소시켰으나 전문의 진료 및 병원 입원을 10% 증가시켰음.

- 의료공급자들이 수입을 유지하기 위해 의료서비스 시장의 다른 부분으로 수입원을 전환한 것임.

■ 미국의 New Hampshire Medicaid Program의 경우 환자당 의약품 월 처방전 수가 3개로 제한(배급제)된 이후 의약품 사용이 35% 감소하였으나 요양병원 입원은 두 배로 증가되었고, 의약품 제한이 해제된 이후에는 요양병원 입원이 줄어들었음.

6) William Orzechowski and Robert C. Walker(2000), "Dose of Reality: How Drug Price Controls Would Hurt Americans", Policy Paper, No. 125, NATIONAL TAXPAYERS UNION FOUNDATION.

- 특정 부분의 의료서비스 배급제로 인해 총진료비는 오히려 증가할 수 있는 것임.
- 우리나라의 경우도 급여부분의 통제로 인해 규제없는 비급여진료비가 증가함에 따라 국민의 총의료비는 줄어들지 않고 있는 것임.
 - 4대 중증질환의 비급여대상에 대한 보장강화의 경우 규제대상이 아니었다가 규제 대상이 되는 것을 의미하므로 의료공급자는 이윤극대화 행동에 제한을 받게 됨.
 - 의료공급자는 그 외의 부분에서 이윤을 보전하려 할 것이므로 총 비급여진료비는 줄어들지 않을 가능성이 있음.

4. 시사점



- 의료서비스 공급시장에서 의료공급자들이 이윤에 따라 행동하는 시장 원리가 작동하고 있다는 점이 실손의료보험료 정책에 반영되어야 할 것임.
 - 의료공급자들이 비급여진료비를 증가시키는 행동은 이윤극대화를 위한 합리적 행동임.
 - 이러한 합리적 행동은 다른 조건이 변화하지 않는다면 지속될 것임.
 - 실제로 이윤극대화 행동이 용이한 비급여대상 의료서비스가 증가 추세를 보이고 있음.
- 국민건강보험이 4대 중증질환의 보장을 강화하더라도 의료공급자의 이윤극대화 행동에 따라 총액 기준으로 비급여진료비는 줄어들지 않을 수 있어 실손의료보험료에 대한 영향은 불투명함.
 - 4대 중증질환의 보장강화는 해당부분의 규제강화를 의미하므로 4대 중증질환의 보장강화 이후 규제가 없는 타 질환의 비급여진료비가 증가할 수 있음.
 - 의료공급자는 4대 중증질환의 비급여 항목을 신규로 개발할 가능성이 있음.
 - 백내장 수술이 포괄수가제 항목이 된 이후(2012. 7월), 요양기관이 급여대상인 일반렌즈 대신 비급여대상인 다초점 렌즈로 시술함.

- 의료공급자의 이윤극대화 행동은 전체 상해 및 질병에 대해서 일어날 것이므로 실손의료보험료를 산출할 때 특정질병만을 고려하기 보다는 기존의 방법과 같이 시장변화를 종합적으로 고려하는 것이 합리적일 것임.
- 특정질병의 보장강화에 따른 비급여 감소액을 산출하여 별도로 실손의료보험료에 반영하는 방법은 시장의 행동을 적절히 반영하지 못함. **kiri**