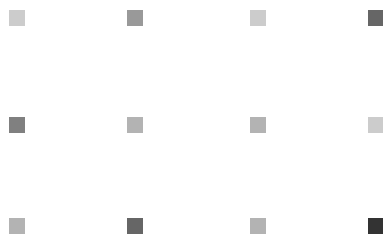


특 집

건강보험본인부담제 논의

- 건강보험 본인부담제 현황과 개선방향
- 외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점
- 민간보험을 활용한 국민건강보험 본인부담제 보완방안



특 집

건강보험 본인부담제 현황과 개선방향



글·최 병 호

한국보건사회연구원 연구위원

1. 머리말

현행 건강보험은 경증질환(소액진료)에 대한 보장성은 비교적 충실한 반면 중증질환(고액진료)에 대한 환자 본인부담이 과중하여 보장성에 취약한 구조적 문제점을 안고 있다는 비판이 지속적으로 제기되고 있다. 이는 사회보험으로써 건강보험 본연의 위험분산기능을 제대로 발휘하지 못하고 있음을 의미한다. 이에 최근 복지부는 환자부담을 경감하기 위하여 6개월간 법정본인부담 진료비가 300만원을 초과할 경우 그 초과분을 보험자가 부담하는 제도를 입법에

고하였다.

건강보험제도를 시행하는 국가들중에서 우리나라는 비교적 높은 수준의 본인부담을 유지하고 있는데, 이는 지불제도로써 행위별수가제를 고수하는 데에서 원인을 찾을 수 있다. 행위별수가제 하에서는 의료공급자들의 진료량을 통제하기보다는 환자들의 의료수요를 통제함으로써 진료비를 통제하려 하므로 높은 본인부담에 의존하려는 유인이 강하다. 물론 한정된 재원 때문에 불가피하게 보험급여를 제한할 수밖에 없어 본인부담을 높게 유지하여 왔던 것이 가장 큰 이유이다. 그러나 이러한 제약 속에서도

질병위험의 보장성을 강화하는 방향으로 환자의 본인부담구조를 조정할 필요가 있는 것이다.

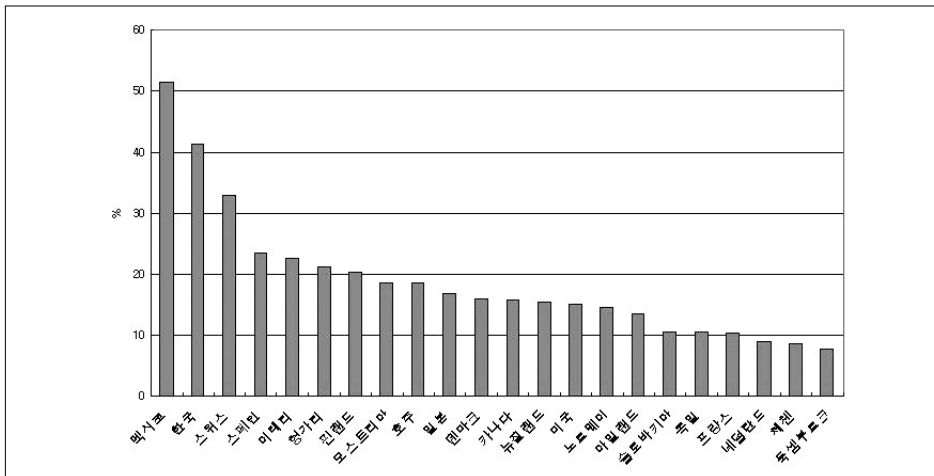
2. 본인부담제의 현황

가. 종의료비중 높은 가계본인부담

우리나라 건강보험이 보장성 측면에 있어서 취약하다는 사실은 OECD 국가들과 비교해 보았을 때 전체 국민의료비중 가계부분의 지출(out-of-pocket payment)이 높다는 사실에서 여

실히 드러난다. <그림 1>과 같이 국민의료비 중에서 가계부분의 지출이 차지하는 비중은 2000년 41.3%로서 OECD 국가 중 멕시코 다음으로 높은 수치를 보이고 있다. 이렇게 높은 본인부담은 민간이 주도적으로 의료시스템을 운영해 왔던 역사적인 산물이며, 재원의 제약 하에서 전국민 건강보험이라는 접근성 확보에 정책적인 역량이 투입되어 왔던 것과 맥을 같이 한다. 따라서 건강보험의 역사가 오래되고 전통적으로 의료의 공공성에 기반을 둔 선진국과 직접 비교하기에는 무리가 있다.

<그림1> OECD 국가들의 국민의료비 중 가계부분 지출(out-of-pocket) 비중(2000)



資料: OECD, Health Data 2003.

나. 건강보험의 외래본인부담

건강보험이 처음 시작된 1977년의 의원급의 본인부담제도는 진료비에 일정비율을 본인이 부담하는 정률제 방식으로 시작하였으나, 1986

년부터는 본인일부 부담금의 정액제를 도입하였다. 이때의 정액제는 본인부담을 강화하기 위한 정책수단이였다. 이후 정액과 정률의 혼합방식이 정착되면서 본인부담금제도는 여러 차례 개정을 거듭하면서 정액제는 오히려 본인부담

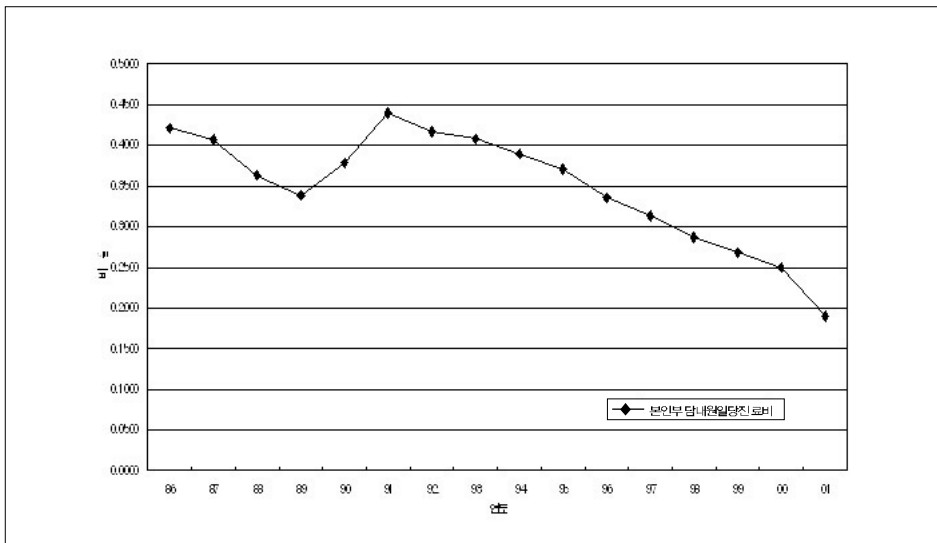
을 경감하는 수단으로 변화하였다. 특히 의약분업을 계기로 환자의 본인부담 과중을 우려하여 2000. 7월과 2001. 1월 두 차례에 걸쳐 본인부담을 경감하였는데, 주로 정액부담수준을 낮추었

다. 이에 따라 의원급의 방문일당 정액본인부담이 방문일당 진료비에서 차지하는 비중을 보면 1991년 이후로 지속적으로 감소 추세에 있음을 알 수 있다.

<표 1> 외래 방문당 법정본인부담금

의료기관종별		본인부담 내역
의원		진료비 15,000원 이하 본인부담 3,000원 진료비 15,000원 초과시 본인부담 30%
병원	종합전문요양기관	진찰료+진찰료 제외 진료비의 50%
	종합병원	진료비의 50%
	병원	진료비의 40%
약국		약제비 10,000원 이하 본인부담 1,500원 약제비 10,000원 초과시 본인부담 30%

<그림 2> 의원급 방문일당 정액본인부담 대 일당진료비 비중의 변화

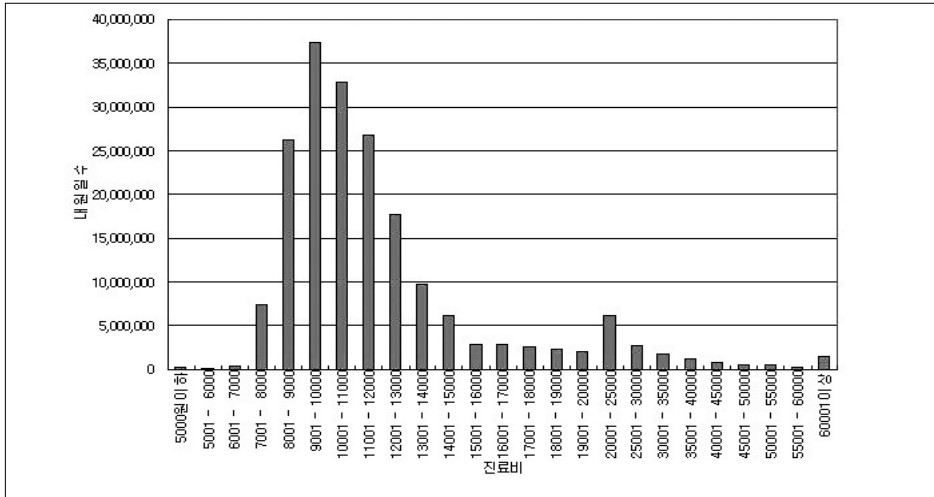


한편 의료기관종별로 진료비의 분포를 살펴 보면, 의원의 경우 대부분의 방문당 진료비가 1만5천원 이하에 속하고 있어 본인부담이 정액 3천원이 된다. 이는 접근도에서 거의 문제가 없다고 볼 수 있다. 약국의 경우에도 약제비가 1

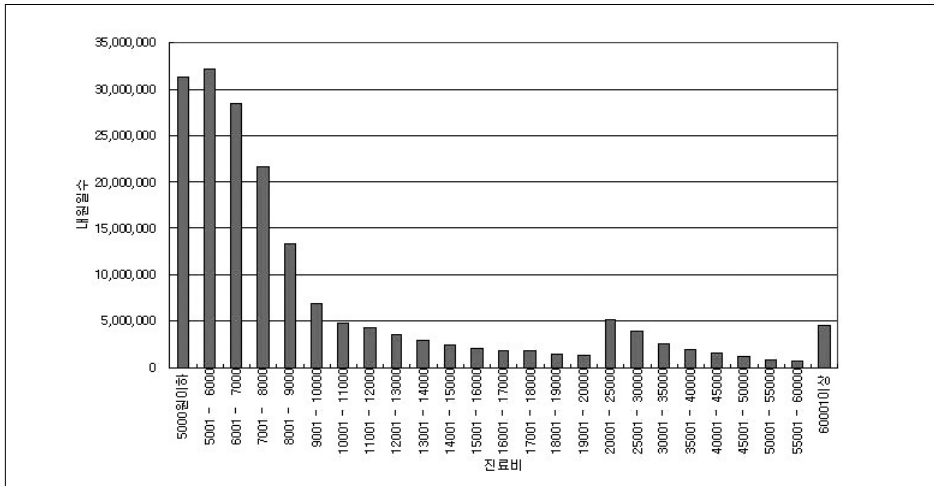
만원 이하가 대부분이었고 1,500원의 정액부담으로 족하다. 따라서 동네의원을 방문할 때에 의원과 약국에서의 본인부담은 대체로 4500원 정도로 그친다.

그런데 전문종합병원과 종합병원의 경우 본

<그림 3> 의원 내원일당 진료비수준별 내원일수 분포



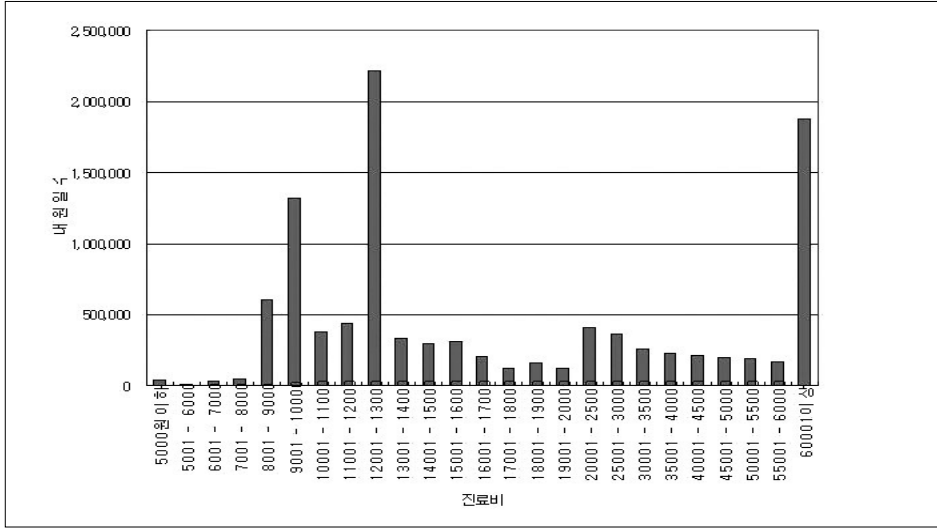
<그림 4> 약국 내원일당 진료비수준별 내원일수 분포



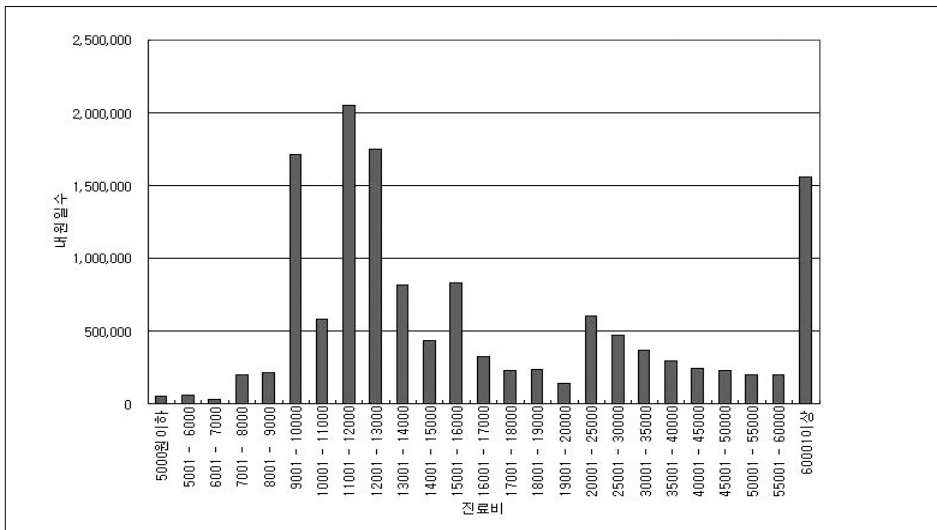
인부담이 높음에도 불구하고 1만5천원 이하의 진료비구간이 상당부분을 차지하고 있다는 사실은 소비자들이 가격보다는 의료의 질을 중요시

하고 있음을 보여준다. 만약 소액외래진료를 의 원급으로 유도하기 위해서는 보다 강력한 본인 부담제인 Deductible의 도입을 검토할 수 있다.

<그림 5> 내원일당 진료비 수준별 내원일수 분포(중합전문요양기관)



<그림 6> 내원일당 진료비 수준별 내원일수 분포(중합병원)



다. 건강보험의 입원 본인부담

건당진료비가 비교적 고액에 해당한다고 판단되는 건당진료비 100만원 이상건은 2001년 기준으로 약 973,229건으로 추정되며, 이는 전체 입원진료건 중 27.78%에 해당되며, 100만원 이

상 진료건에 대한 분포와 평균진료비는 <표 2>와 같다. 법정본인부담이 100만원 이상 되는 진료비 500만원 이상 건수는 전체건수의 4.59%에 해당한다. 평균본인부담이 100만원 이상의 경우 비급여 본인부담까지 합산하면 환자의 본인부담은 매우 과중할 것으로 추산된다.

<표 2> 입원건당 진료비 분포(2001년)

(단위: 건, %, 만원)

진료비 (만원)	진료건수	구성비	평균진료비	평균본인부담
100~200	525,140	53.96	1,371,817	284,388
200~300	157,372	16.17	2,433,481	506,475
300~500	129,896	13.35	3,850,497	798,026
500~700	72,858	7.49	5,927,772	1,214,196
700~1,000	45,973	4.72	8,230,605	1,684,646
1,000~1,500	28,478	2.93	12,016,024	2,450,598
1,500~2,000	7,472	0.77	17,082,068	3,490,230
2,000 이상	6,040	0.62	28,645,835	5,809,021
합 계	973,229	100.00	-	-

주: 1) 청구기준 진료건에 대해, 동일인에 대하여 주상병명이 같은 경우는 하나의 건으로 간주하여 합산하여 계산하였고, 이를 전체 진료건수로 확장하여 추정하였음.

현재 입원진료비가 30일간 기준으로 본인부담이 120만원(즉 진료비 600만원)을 초과하는 경우, 120만원 초과분의 50%를 환자에게 보상

하는 고액진료비 본인부담금 보상제도를 실시하고 있지만 여전히 고액진료비의 경우 부담에 상한이 없다. 그 외 난치성 질환자중 평균진료

비가 높고, 일상생활의 유지가 어려운 특정 질환자에 대해 외래진료시 본인부담률을 20%(입원 본인부담률)를 적용(현재 대상질환은 11개)하고 있다.

라. 본인부담에 대한 인식조사

보건사회연구원에서 지난 2001년에 본인부담금에 대한 인식을 조사한 결과에 따르면, 첫째, 암과 같은 중한 질병에 걸렸을 때 진료비 본인부담을 줄여주고 감기와 같은 아주 가벼운 질병에 대해서는 진료비를 더 부담하는 방안에 대하여 52.4%가 찬성하였고, 36%가 반대하여 긍정적인 대답이 우세하였다.

두 번째로 의원과 약국 방문때의 정액부담금 3,000원과 1,500원에 대해 '싼 편이다'는 의견이 7.7%이고 '적당하다'는 의견이 53.3%로 그다지 부담스럽지 않은 것으로 나타났다. 세 번째로 중증질환의 보장성 강화를 위한 재원 마련에 대하여 '본인부담을 높이는 것이 좋겠다'는 의견이 70.0%이고 '보험료를 인상하는 것이 좋겠다'는 응답이 30.0%로 나타나 보험기능보다는 수익자부담을 더 선호하고 있다.

3. 본인부담제 개선방향

본인부담제 개선의 기본방향은 <그림 7>과 같이 본인부담의 구조를 조정하는 세 가지 정책 방향을 제안한다. 첫째, 중증질환에 대한 의료보장을 강화하고, 경증질환에 대해서는 가입자의 의료비 부담을 강화한다. 즉 질병발생에 대한

고위험(major risk)에 대해서는 보험자가 위험을 떠안고, 낮은 위험(minor risk)에 대해서는 가입자가 위험을 떠안는 방향으로 의료비부담의 배분을 조정한다.

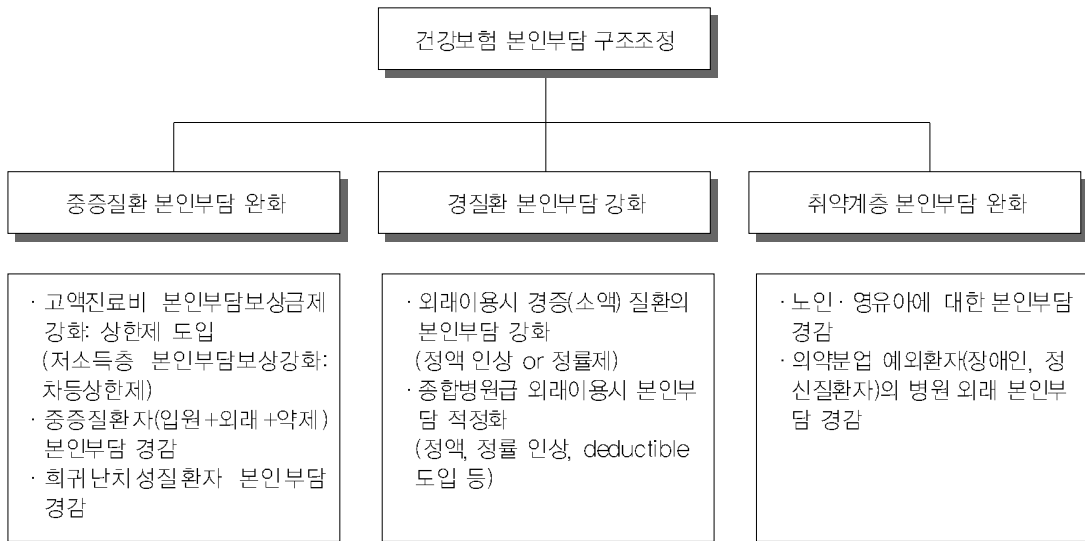
진료비크기 순서에 따른 의료위험의 발생빈도(진료건수)는 <그림 8>과 같이 진료비가 소액일수록 발생빈도가 크고 고액으로 갈수록 발생빈도는 줄어든다. 그림의 그림자 부분이 현행 본인부담구조를 나타내는데, 이런 구조를 <그림 9>로 전환하려는 방향이 본인부담의 구조조정 의 대강이 된다.

즉, 소액진료부문에서 정액부담 수준을 좀 더 인상하고(혹은 정율 인상), 비교적 소액진료에 대한 본인부담을 좀더 강화하면서 고액진료로 갈수록(즉, 중증도가 심해질수록) 본인부담을 줄여나간다.

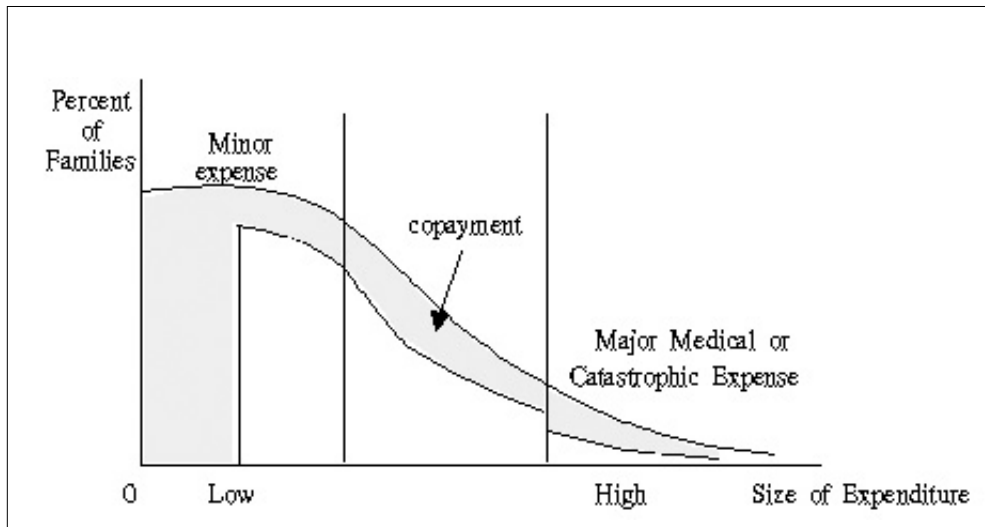
둘째, 의료전달체계를 강화하는 방향으로 의료비의 본인부담 정도를 조정한다. 가벼운 외래 질환에 대해서는 종합병원 및 3차 병원이용시 환자 본인부담을 강화함으로써 이용을 억제하도록 유도하고, 외래진료는 1차 의료기관을 이용하도록 유도한다.

셋째, 상기 두 가지 원칙을 적용할 때에 부담능력이 떨어지는 취약계층은 의료접근성에 상당한 제약을 받게 되므로 이들 계층의 의료접근성을 보장하기 위한 형평성 차원의 보완대책이 필요하다. 즉 65세 이상 노인계층이나 저소득층, 장애인 등에 대해 본인부담을 낮추어 줌으로써 의료혜택의 문턱을 낮추어 준다.

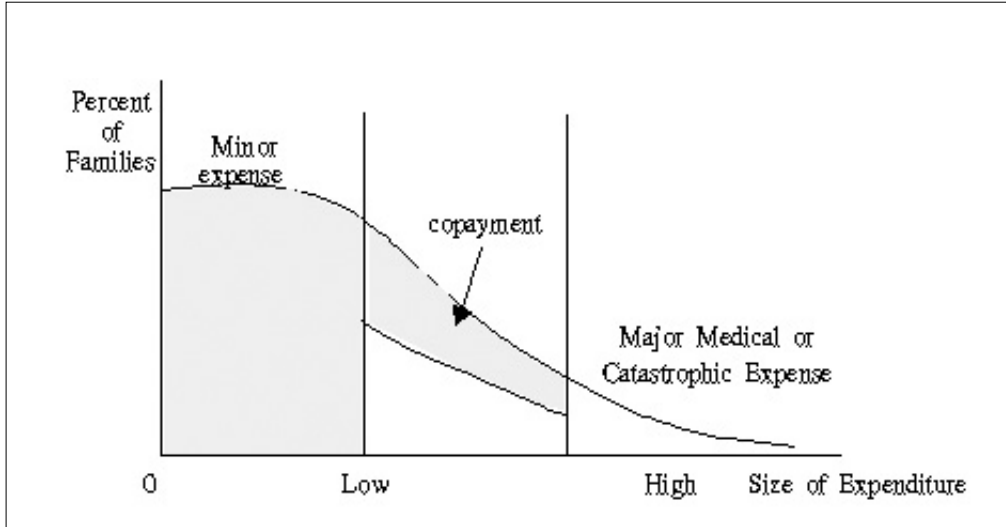
<그림 7> 건강보험 본인부담제 개선방향



<그림 8> 건강보험의 현행 본인부담 구조



<그림 9> 건강보험 본인부담 구조의 개편



이러한 개선방향에 따라 중증질환에 대한 보장성을 강화하기 위하여 최근 정부는 6개월 합산진료비가 300만원을 초과하는 경우 보험자가 전액부담하도록 하고, 150만원을 초과하는 경우 보험자가 50%를 환급하도록 하는 제도를 7월부터 시행하도록 방침을 정하였다. 특히 진료비 합산범위를 입원진료비 외에 외래진료비 및 약제비까지 포함함으로써 환자를 폭넓게 보호하고 입원·외래간 왜곡현상도 억제되도록 하였다. 이에 따라 종전의 본인부담보상제 대상자는 8만5천명('02년 실적)이었으나 24만8천명('04년 예상)으로 늘어나는 효과를 기대하고 있다.

2004년도 예상소요재정은 1730억원으로 추산하고 있다. 이중 법정본인부담금 300만원을 초

과하는 경우는 총 3만8천명, 초과액은 489억원으로 파악하고 있다. 이러한 본인부담상한제의 내용은 시행과정에서 나타나는 효과와 부작용을 모니터링하면서 계속 수정·보완되어야 할 것이다. 바람직한 것은 개인이 아닌 가계단위로 연간 본인부담액이 가계수입의 일정율(예, 5%)을 초과하지 않도록 하는 것이지만 행정적인 실행가능성을 고려하여야 할 것이다. 특히 정신질환자나 희귀난치성질환자 등 특수질환자의 비용부담을 완화하는 특례가 필요할 것이고, 이에 소요되는 재원은 보험재원이 아닌 국고와 민간기부금을 통한 의료구호기금의 설립이 필요할 것이다.

한편 외래 본인부담의 조정이 동시에 이루어


저야 할 것이다. 의원급과 약국의 경우 30% 정도를 본인부담으로 이행하거나, 정액부담을 의료 접근성을 크게 저해하지 않는 정도로 현실화시킬 필요가 있다. 다만, 외래 방문이 잦은 영·유아나 취약노인에 대해 경감조치가 있어야 할 것이다. 병원급의 경우 단순한 질환으로 인한 방문을 억제하기 위하여 소액의 경우 deductible의 도입을 검토할 수 있다.

4. 맺는 말

이상과 같이 제시한 본인부담제의 개선효과를 예상하면, 중증고액질환은 가격비탄력적이므로 본인부담이 인하되더라도 이용량에는 큰 변화가 초래되지는 않을 것으로 기대한다. 반면 외래는 가격탄력적이어서 본인부담 인상이 이용량을 억제할 가능성이 있어 진료비 증가세가 주춤해지는 대신 재정절감이 기대보다 적어질 수 있다.

외래 본인부담을 강화함에 있어서 정액이나 정률을 조정하는 현행 틀을 유지하는 대신 다른 대안도 검토할 필요가 있다. 가입자와 피부양자간 본인부담에 차등을 두거나, 약제비의 경우 의약품 등급에 따라 본인부담률에 차등을 둘 수 있다. 즉 필수적인 전문의약품은 보장을 강화하고, 비교적 비필수적인 의약품은 본인부담을 강화하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

마지막으로 보장성을 강화하기 위하여 환자측의 유인구조를 이용하는 본인부담조정 외에

공급자측의 유인구조를 이용하는 지불제도의 개편이나 managed care와 같은 의료관리방식의 전환에 대한 심도있는 연구가 필요하리라 생각한다.  2004