

보장성 강화와 상병수당 도입 필요성



신기철 교수
숭실대학교 정보통계보험수리학과

Key Point	<input checked="" type="checkbox"/> 요양기간 중의 상실소득을 보장하는 상병수당 혹은 법정유급병가 도입
	<input checked="" type="checkbox"/> 비급여 신의료기술 및 신약에 대한 적절한 통제
	<input checked="" type="checkbox"/> 실효성 있는 표준진료지침 마련과 준수

Key Word 상병수당, 법정유급병가, 신의료기술, 표준진료지침

1. 들어가며

정부는 2017년 8월 9일 국민건강보험의 보장성 강화대책을 발표하였고 현재까지 계획대로 추진하고 있다. 이날 문재인대통령은 발표한 내용 중에 “보장률이 낮다 보니 가구당 건강보험료가 매월 9만원인데 반해, 민간 의료보험료 지출이 28만원에 달합니다”고 언급하였다.

그렇다면 보장성이 강화된 만큼 국민들도 민간 의료보험 가입필요성을 예전보다 덜 느끼고 지출하는 보험료도 줄어들고 있을까? 보험업법상 제3보험의 판매실적을 통해 가구당 민간의료보험 월평균 보험료가 줄어들었는지 간접적으로 추정해 볼 수 있다. 제3보험은 상해·질병·간병보험을 일컫는 말로 민간 의료보험으로 부른다. 손해보험협회 월간손해보험통계에 따르면 제3보험의 보험료 수입은 2017년 1~4월간 월평균 3조 8,192억원이었다. 그런데 보장성 강화가 상당히 진전된 2019년 1~4월 기준 월평균 3조 9,791억원으로 2017년 1~4월 평균에 비해 4.2% 늘어났다. 이는 보장성이 강화되는데도 민간 의료보험 수요가 감소하지 않고 있음을 반증한다.

금융당국에서는 과거에 질병을 앓았던 자도 가입할 수 있는 유병자 실손보험을 도입하

였다(금융위원회 보도자료, 2018.3.30.). 또한 기업체에서는 단체실손보험에 가입했다가 그런 보험이 없는 다른 직장으로 이직하거나 퇴직할 때 계약심사를 하지 않고 개인실손보험으로 전환할 수 있도록 하는 조치¹⁾도 취하였다(금융위원회 보도자료, 2018.11.29.). 한편으로 노인전용실손보험도 판매되고 있다.

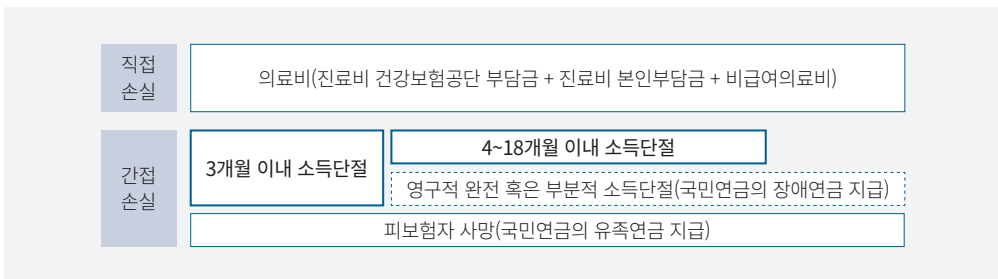
보장성이 대폭 강화되는데도 노인전용실손보험을 가입할 정도로 민간 의료보험의 판매가 늘어나는 이유는 세 가지로 유추해 볼 수 있다. 첫째는 가장 상병으로 요양을 하게 되었을 때 상실된 소득을 보장해 주는 법정유급병가나 상병수당제도가 없다. 둘째는 삶의 질 향상을 위한 비급여의료서비스가 급증하고 있다. 셋째는 행위별 수가제도를 시행하면서 진료지침의 구속력이 약하다. 아래에서는 건강보험의 보장성 강화가 민간 의료보험에 미치는 영향을 살펴보고, 위에서 제시한 3가지 원인에 대해 OECD 회원국의 사례와 비교를 통해 살펴보고자 한다.

2. 보장성 강화의 효과를 실감하지 못하는 몇 가지 이유

가. 건강보험 보장성 강화가 민간 의료보험에 미치는 영향

1) 상병이 발생 시 경제적 손실과 공적·민간 보험의 부담

상병이 발생하면 직접 손실인 의료비를 부담해야 한다. 게다가 가계를 책임지는 가장인 피보험자가 장기요양을 하거나 장애가 발생하면 간접 손실로 소득상실을 겪게 된다. 아래 [그림 1]에서와 같이 3개월 이내에 상병이 완치된다면 대부분 직장에 복귀할 수 있어 소득이 일시적으로 단절되어도 큰 어려움은 없을 것이다. 그러나 4개월 이상 요양을 하면 완전하게 혹은 부분적으로 소득이 단절된다. 물론 상병이 발생한 이후 단기간 내에 사망할 수도 있고, 영구적인 장애가 발생할 수도 있다.



[그림 1] 상병 발생으로 인한 직·간접 손실

1) 실손보험을 가입하거나 계약을 전환할 때 과거병력, 건강상태 등을 파악하여 가입을 거부하거나 보험료를 할증할 수 있도록 하고 있으나 이 과정을 생략하도록 행정지도 했다는 것은 그만큼 소비자의 수요가 많기 때문으로 보인다.

직접 손실인 의료비는 국민건강보험에서 보장한다. 간접 손실인 18개월 이내의 소득단절에 대해서는 일반적으로 사회보험에서 보장하는 상병수당이나 기업의 법정유급병가와 같은 사회안전망으로 해결할 수 있다. 18개월 이내에 장애가 확정되거나 18개월까지 완치가 되지 않았을 때는 그 시점의 신체 장애 정도를 판정하여 장애연금을 지급한다. 그리고 피보험자가 사망했을 때는 유족연금을 지급한다. 장애연금이나 유족연금은 대부분의 국가에서 사회보장연금보험(old age, disability and survivors pension)에서 보장한다. 상병수당, 장애연금 및 유족연금과 같은 공적 보장이 취약할 때는 민간 의료보험이나 생명보험 등이 이를 보완한다.

2) 민간 의료보험의 구성

민간 의료보험은 보험금 산정방식에 따라 실손보험과 정액보험으로 구분된다. 실손보험은 본인이 부담한 의료비를 보장한다. 정액보험은 본인부담 의료비와 관계없이 가입할 때 정한 보험금을 지급한다. 입원 1일당 정해진 금액을 지급하는 상품은 입원일당보험, 암이나 심근경색 등 특정 질병으로 진단받거나 수술받을 때 일시금 형태로 지급하는 것은 진단비보험 및 수술비보험이라 한다. 또한 1~3급 장애로 확정되었을 때 정해진 기간 동안 매월 보험금을 지급하는 형태는 장애연금보험으로 부른다. 대부분 사망보험을 주된 계약으로 하며, 가입자가 필요에 따라 선택하여 가입할 수 있는 특별약관의 형태로 판매한다.

그런데 공보험에서는 상병수당을 보장하지 않고 기업의 유급병가기간은 평균 0.9개월에 불과하다(신기철, 2011). 게다가 2018년 1급 장애자에게 지급한 월평균 장애연금은 61.3만원으로, 우리나라 2인 가구 중위소득 291만원²⁾의 절반보다 적다. 따라서 국민건강보험의 보장률이 100%가 되어도 가장이 장기요양이 필요한 암, 심근경색 등 중증상병에 걸리고 장애가 발생한다면 중산층도 극빈층으로 전락할 수 있다.

3) 보장성 강화정책이 민간 의료보험에 미치는 영향

보장성 강화정책이 민간 의료보험에 미치는 영향을 실손보험과 정액보험으로 구분해서 살펴보자. 실손보험은 보장성이 강화되면 지급보험금이 줄어든다. 그러나 중증질환의 보장성이 강화되는데 다른 부분의 비급여의료비가 늘어나면 보험금이 늘어날 수 있다.

정액보험 가입자는 보장성 강화로 이익이 커질 수 있다. 암진단비 5,000만원을 지급하는 암보험을 가입했는데 보장성 강화로 본인부담금이 3,000만원에서 500만원으로 줄어들었다고 가정하자. 보장성 강화 이전에는 5,000만원의 보험금을 받아 3,000만원의 본인부담금을 납입하기 때문에 2,000만원의 보험차익이 발생했다. 보장성 강화로 본인부담금이 500만원으로 줄어들면 4,500만원의 보험차익이 발생한다. 가장에게 보험차익이 발생했다

2) 2019년 보건복지부가 고시한 2인 가구의 기준 중위소득이다.

면 압으로 요양을 받는 기간 상실된 소득을 보장하는 상병수당의 역할을 할 수 있다. 반면 학생, 퇴직자 등 직업이 없는 가입자가 받았다면 상실소득이 없기 때문에 이 금액으로 의학적 필요 이상의 의료서비스를 받으려 할 수 있다. 신기철과 권혁성(2014)이 2013년 1~9월 까지 9개월간 20개 상병으로 입원했던 98만명을 대상으로 분석한 결과 정액보험 가입자는 비가입자보다 평균 33% 입원기간이 길었다.

종합적으로 보면 보장성이 강화되어도 구속력있는 표준진료지침이 적용되지 않는다면 민간 의료보험 가입자의 도덕적해이는 늘어날 것으로 보인다. 실손보험은 양질의 서비스를 받으려는 의도로 가입하기 때문에 어느 정도의 도덕적해이는 불가피하다. 정액보험은 보장성이 강화될수록 보험차익이 늘어나기 때문에 의료서비스를 더 많이 이용하여 건강보험 재정에 부정적 영향을 미칠 수 있다.

나. 상병수당제도의 국제 비교와 정액 민간 의료보험

2018년 1월 기준 미국과 우리나라를 제외한 34개 OECD 회원국이 요양 기간 중의 상실 소득을 법정유급병가나 사회보험의 상병수당 형태로 보장한다(ISSA, 2018). 미국은 유급병가를 기업의 임의복지제도로 활용하는데 2018년 미국 노동부가 조사한 자료³⁾에 따르면 민간기업 정규직의 82%가 유급병가의 혜택을 받고 있다. 아울러 2012년 코네티컷주를 시작으로 현재 11개주(인구기준 32%)에서 법정유급병가를 도입하였으며, 지속적으로 늘어나고 있다. 결국 OECD 회원국 중 상병수당이나 법정유급병가가 없는 나라는 우리나라뿐이다.

상병수당을 제공하는 기간은 34개 나라 모두에서 26주 이상이며, 처음 2~12주 정도는 기업의 법정유급병가로 보장한다. 법정유급병가기간 중에는 대부분 기본급의 100%를 지급하며, 사회보험에서 지급하는 기간에는 50~100%까지 보장한다. 상실소득보장제도가 충실하기 때문에 OECD 다른 회원국에서는 우리와 같은 정액보험의 역할은 미미하다. 미국, 스위스 및 영국에서는 기업의 유급병가 자원마련을 위해 민간 보험회사에 소득보상보험(disability income insurance)을 가입하기도 한다.

문재인 대통령은 2017년 8월 9일 발표에서 “빈곤층으로 떨어진 가장 큰 이유 중 첫 번째가 실직이었고, 두 번째가 의료비 부담”이라는 내용을 강조했다. 가장의 장기요양은 실직과 의료비 부담이 동시에 발생하는 가장 치명적인 위협이다. 앞에서 언급하였듯이 우리나라는 사회안전망에 의한 법정유급병가나 상병수당이 없다. 이를 보완하기 위해 정액보험이 과다할 정도로 발달하였다. 앞으로도 법정유급병가나 상병수당이 도입되지 않으면 정액보험 가입은 줄어들지 않을 것이다.

3) <https://www.bls.gov/news.release/pdf/ebs2.pdf>, Employee Benefits in the United States(검색일자 2019.8.30.)

다. 삶의 질 향상을 위한 비급여의료서비스의 급증

정부가 의료산업을 차세대성장산업으로 집중·육성하면서 각종 신약은 물론 삶의 질을 향상할 수 있는 다양한 신의료기술이 확산되고 있다. 이런 신의료기술은 비용효과성이 입증될 때까지는 건강보험에서 보장하지 않는 비급여의료서비스로 운영한다. 결국 소비자들은 본인부담 의료비로 인식하기 때문에 중증질환에 대한 보장성이 강화되어도 실손보험의 필요성은 여전하다. 두 가지 예를 들어 보자.⁴⁾ 백내장 수술은 현재 포괄수가제를 적용하고 있어서 환자는 큰 의료비 부담 없이 밝은 세상을 되찾을 수 있다. 그런데 백내장 수술을 하면서 Superflex, Lentistoric 등 다초점인공수정체를 삽입하면 훨씬 더 선명한 시야를 확보할 수 있으며, 양쪽 눈을 시술하면 약 500~700만원이 든다고 한다.

대부분의 노인들은 허리, 목, 다리 등 근골격계에 퇴행성질환이 있다. 과거에는 주로 정형외과에서 물리치료를 받거나 한의원에서 침을 맞아 통증을 해결했으며, 상태가 악화되면 수술을 받아야만 했다. 현재는 척추전문병원 또는 신경외과에서 신경근차단술, 프롤로치료, 저온고주파 수핵성형술, 비침습무통증신호요법 등 다양한 비수술치료법이 개발되어 있다. 게다가 긴장된 근육을 풀어주어 통증을 완화시키고 기능을 회복시켜주는 도수치료도 확산되고 있다. 이런 치료법들은 삶의 질을 향상시키는 신의료기술이지만 노인들이 부담하기 힘든 비급여서비스가 많아서 실손보험으로 보장받으려는 수요가 늘어나고 있다.

비급여 신의료기술은 OECD 회원국에서는 제한적으로 허용된다. 예를 들면 일본은 일정한 조건을 충족한 병원과 의사가 후생성에 신고해야만 신의료기술을 제공할 수 있다. 또한 표준진료지침이 엄격하게 적용되므로 공급자 유인수요는 없다고 한다(Sakurai, 2006). 다만, 만성질환자의 의료이용량은 의사 밀도가 높은 지역이 낮은 지역보다 상대적으로 높다고 한다(Sekimoto, 2015).

라. 행위별 수가제도하에서 표준진료지침의 실효성 미흡

2019년 7월 15일자 한국일보에는 “병원 수익도구로 전락한 인센티브제”라는 기사가 있다. 이 기사에 따르면 국·공립병원도 인센티브제를 실시한다고 한다. 인센티브제는 선의의 경쟁을 유발하여 의료기술의 발전을 가져오는 중요한 수단이다. 그러나 높은 인센티브를 받기 위해 피검사, CT, MRI 등 수익성이 높은 검사들을 반복적으로 하거나 비급여의료서비스를 권한다고 한다. 기사에는 “자궁내근종이나 만성염증 등의 치료에 150~200만원의 비용이 소요되는 복강경수술로 충분한데 1,000만원대가 소요되는 로봇수술을 권하기도

4) 보험회사의 실손보험 보험금 지급 담당자 다섯 명에게 전화로 문의한 대표적 사례이다.

한다”는 내용이 있다.

이런 부작용은 행위별 수가제를 적용하면서 실효성있는 표준진료지침이 없는 현재의 의료진달체계에서는 해결하기 어려우며, 모든 비용이 환자들에게 전가되므로 실손보험 가입의 필요성을 더 크게 느낄 수밖에 없다.

사회보험제도를 적용하며, 노인인구 비중이 높은 오스트리아, 프랑스, 독일, 룩셈부르크, 네덜란드 및 일본과 사례를 비교해 보면, 유럽연합에 속한 OECD 회원국 대부분은 1990~2000년대를 거치면서 재정의 지속가능성을 위해 큰 폭의 건강보험 개혁을 추진했다. 예를 들면 이들 국가에서는 (표 1)과 같이 표준진료지침을 도입해서 의료공급자 유인수요를 최소화하고, 병원에 대해 포괄수가제 혹은 총액예산제를 도입하였다.

일본은 아직도 의료기관 모두 행위별수가제를 적용하지만, 정부가 정한 표준진료지침이 엄격하게 지켜지는 것으로 알려져 있다. 이런 개혁에도 불구하고 근로자와 사용자가 부담하는 건강보험료율은 월급여 대비 10%를 넘고 있으며, 비교 대상 모든 국가에서 정부가 재정지원을 통해 보험료 인상을 억제하고 있다. 예를 들면 룩셈부르크의 건강보험료는 근로자·사용자 합해서 급여의 7.5%이지만, 정부가 실제 의료비의 40%를 일반재정에서 지원한다. 일본도 지역의료보험조합 의료비 지출액의 50%를 정부가 부담한다.

(표 1) 주요 국가의 표준진료지침과 의료공급자 보수체계 비교

구 분	표준진료지침	의료공급자 보수지급방식		건강보험 보험료율		
		1차 진료의	병원(급성질환)	근로자	사용자	합계
오스트리아	적용	수당+행위별수가	포괄수가	3.78	3.87	7.65
프랑스	적용	행위별수가	총액예산+포괄수가	-	13.3	13.3
독 일	적용	행위별수가 점수	총액예산+포괄수가	8.3	7.3	15.6
룩셈부르크	적용	행위별수가	총액예산+포괄수가	4.45	3.05	7.5
네덜란드	적용	봉급제	총액예산	5.65	6.90	12.55
일 본	적용	행위별수가	행위별수가	5.0	5.0	10.0

주: 비교대상 6개 나라 모두 정부의 일반재정 지원이 있다.

자료: ISSA(2018), Thomson et al.(2009)

3. 나가며

건강보험의 보장성이 강화되어도 민간 의료보험의 보험료는 지속적으로 증가되고 있으며, 홈쇼핑채널이나 보험회사 홈페이지의 민간 의료보험 설명내용을 보면 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’가 과연 실현될 수 있는가 하는 의문이 생긴다. 이는 상병수당이라는 가장 중요한 사회안전망이 없고 비급여의료서비스가 급증하는 가운데 행위별 수가제하에서 진

료지침의 실효성이 적어서 발생하는 문제이다.

연령별 1인당 평균진료비가 2017년과 동일하고 2030년까지 인구구조만 변화하는 것으로 가정하여 앞으로 건강보험이 적용되는 총진료비를 추정해 보면 2017년 75조 3천억원에서 2030년 91조 4천억원으로 연평균 2.0%씩 증가한다. 이는 2017년 13.4%였던 65세 이상 인구가 2030년에 24.5%로 증가하여 전체 진료비 중 차지하는 비율이 40.0%에서 58.4%로 대폭 늘어나기 때문이다.

인구 고령화로 인한 건강보험 재정의 어려움은 유럽연합이나 일본이 겪은 것보다 훨씬 빠른 속도로 우리에게 다가오고 있다. 유럽연합은 1990~2000년 사이에 대대적인 건강보험 개혁을 하면서 ‘이해 관계자 모두를 만족시킬 수 있는 개혁방안은 없다(No magic bullet)’는 사실을 절감했다(Thomson et al., 2009). OECD 회원국의 과거 경험에 비추어 보장성 강화의 실효성을 높이기 위한 우선 과제는 건강보험에서 상병수당을 도입하거나 기업의 유급병가를 의무화하는 등 가장의 요양기간 중 상실소득에 대한 보장제도를 도입해야 한다. 상병수당제도의 도입방향에 따라 민간 의료보험에 대한 준비를 하면서 고령화 과정을 이미 겪은 OECD 회원국의 사례를 참고하여 의료전달체계 전반에 대한 개혁을 추진해야 한다. ❧

참고문헌

- 국민건강보험공단. 국민건강보험통계연보 2018. 2019
- 금융위원회. 4월부터 유병력자 실손의료보험이 출시되고 실손의료보험 끼워팔기가 금지됩니다. 금융위원회 보도자료 (2018.3.30.).
- 금융위원회. ‘18.12월 1일부터 단체실손의료보험과 개인실손의료보험간 연계제도가 시행됩니다. 금융위원회 보도자료 (2018.11.29.).
- 손해보험협회. 월간손해보험통계 2017년 1월 2019년 6월.
- 신기철. 상병소득보장제도 충실화방안 연구. 한국사회보장학회 2011; 27(1): 133-156.
- 신기철, 권혁성. 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구. 한국사회보장학회 2014; 30(3): 121-149.
- Sakurai H. Advanced Medical Technology and Health Insurance in Japan. JMAJ, vol 49(1), 2006.
- ISSA(International Social Security Association). International Social Security Programs throughout the World. 2018.
- Sekimoto M. Supplier Induced Demand for Chronic Disease Care in Japan. Value in Health Regional Issues vol 6, 2015.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing Health Care in the European Union. 2009.
- <https://www.bls.gov/news.release/pdf/ebs2.pdf>, Employee Benefits in the United States(검색일자 2019.8.30.).
- <https://www1.president.go.kr/articles/446> 건강보험 보장성 강화정책 발표(검색일자 2019.8.30.).