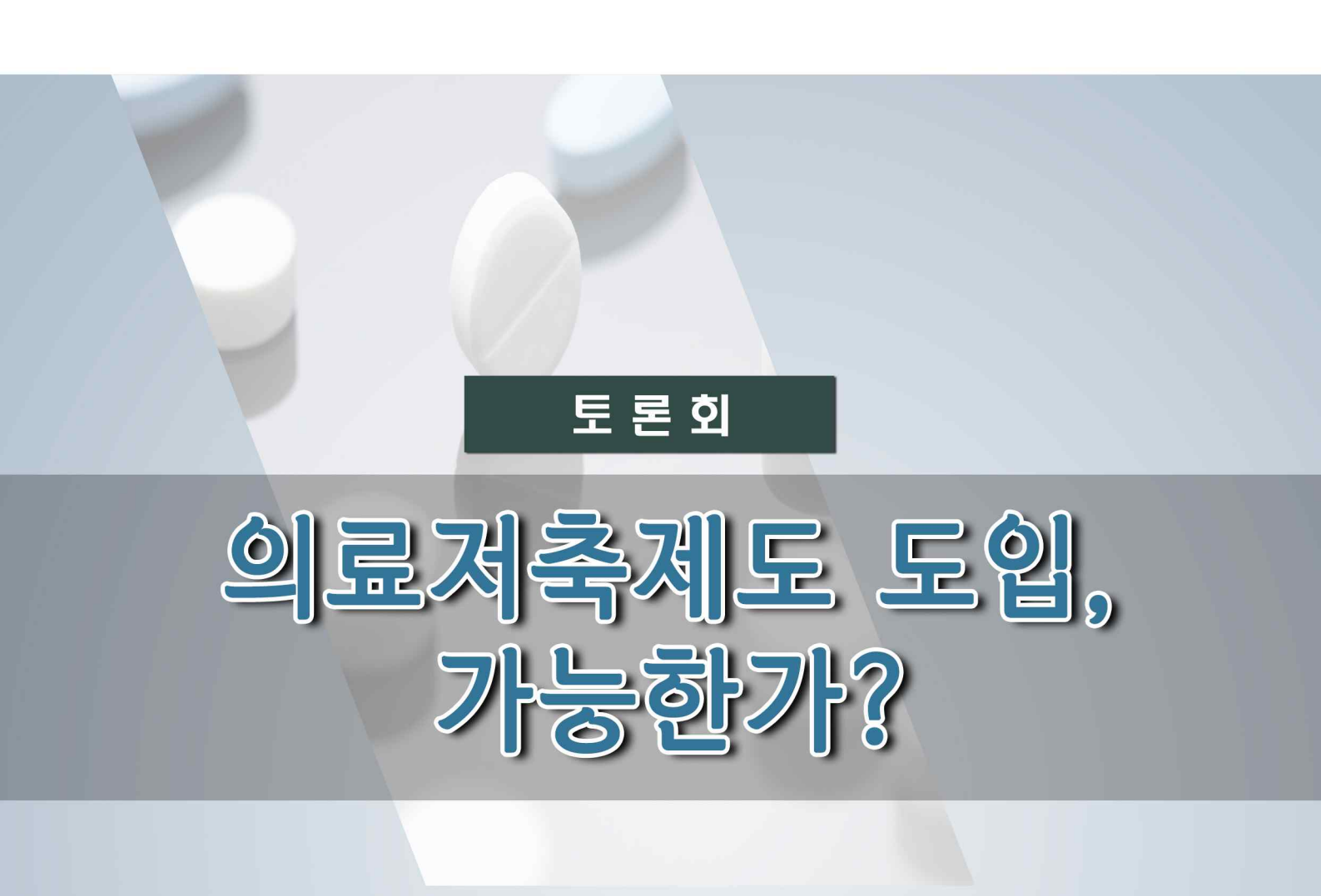
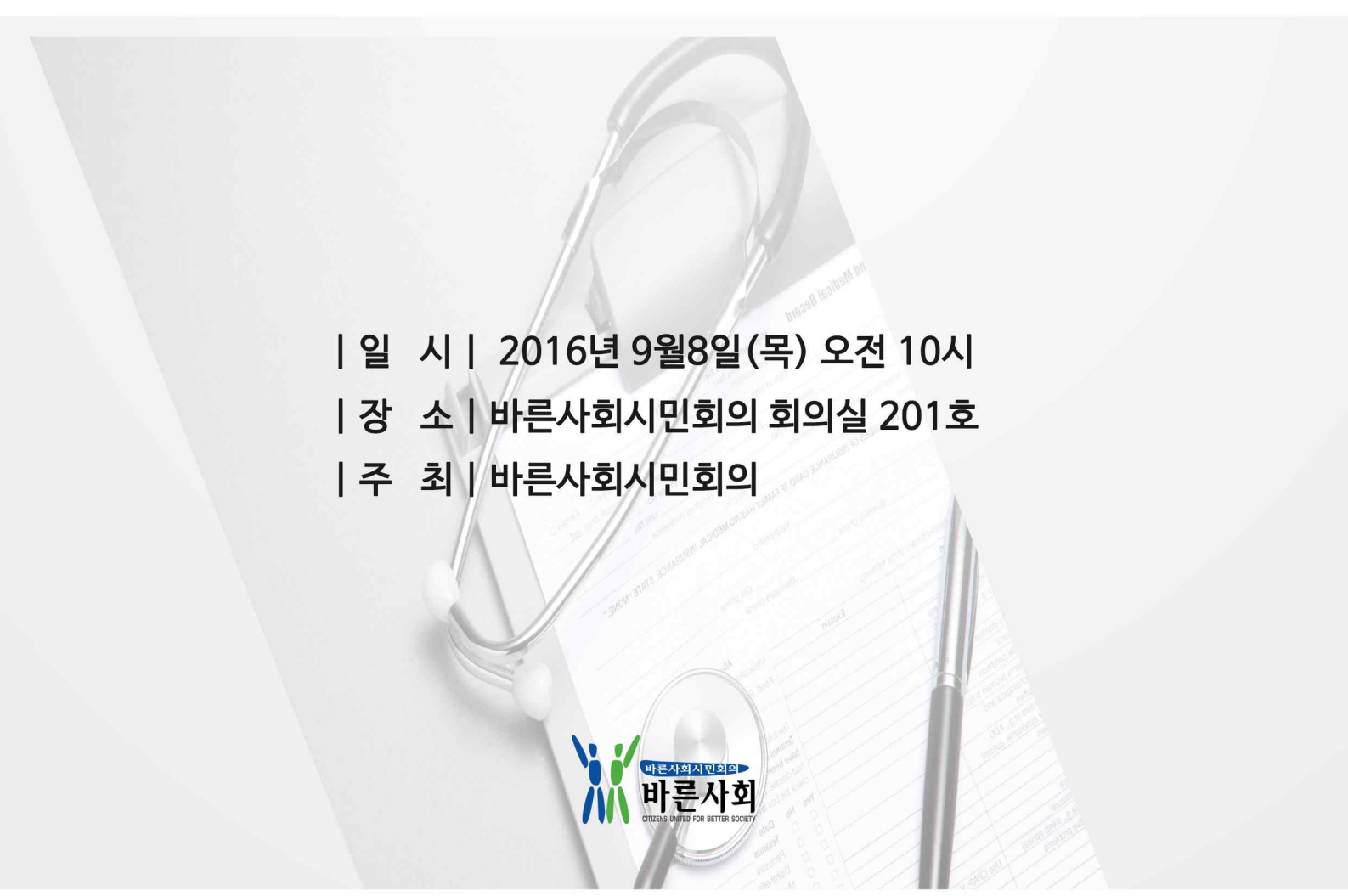




토론회

의료저축제도 도입, 가능한가?



| 일 시 | 2016년 9월8일(목) 오전 10시

| 장 소 | 바른사회시민회의 회의실 201호

| 주 최 | 바른사회시민회의



■———— 회 순 ————■

- 사 회

- 정 기 택 (경희대 교수)

- 주 제 발 표

- 임 금 자 (성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원)

- 토 론

- 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)
- 이 상 철 (한국경영자총협회 사회정책본부장)
- 정 성 희 (보험연구원 연구위원)
- 조 중 근 (가천대 겸임교수/한국지속가능기업연구회 회장)

- 질의·응답

- 폐 회



■———— 목 차 ————■

■ 주 제 발 표

이제는 의료저축제도 도입이 필요한 때

- 임 금 자 (성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원)

■ 토 론

의료저축제도 도입, 가능한가?(1)

- 김 원 식 (건국대 경제학과 교수)

의료저축제도 도입, 가능한가?(2)

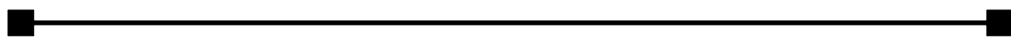
- 이 상 철 (한국경영자총협회 사회정책본부장)

의료저축계좌 도입 필요성과 고려사항

- 정 성 희 (보험연구원 연구위원)

의료저축제도 도입, 가능한가?(3)

- 조 중 근 (가천대 겸임교수/한국지속가능기업연구회 회장)



<정책토론회> 의료저축제도 도입, 가능한가?

주제발표

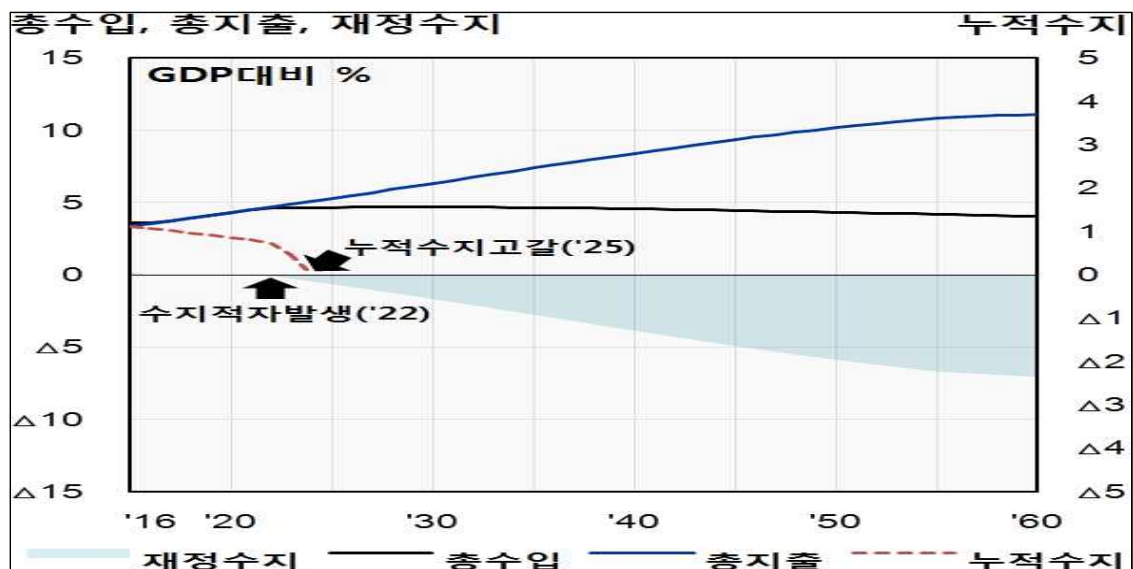
이제는 의료저축제도 도입이 필요한 때

임금자
성균관대 글로벌보험연금연구센터 객원연구원

1. 들어가는 말

정부는 지난 2015년 12월4일 발표한 「2060년 장기재정전망」에서 건강보험재정은 2016년에 최대 규모의 흑자를 기록한 후 2022년부터 적자를 기록하게 될 것이고 2025년이면 누적수지마저 고갈되는 사태에 직면하게 될 것으로 전망하였다.¹⁾

【그림1】 건강보험 장기재정 전망도



출처: 기획재정부, 「2060년 장기재정전망」, 2015

보험자인 국민건강보험공단의 건강보험재정 전망도 부정적이다. 2011년 연구에서 2020년에는 15조9155억 원, 2030년에는 47조7248억 원의 누적 적자를 예상하였다²⁾.

1) 기획재정부, 「2060년 장기재정전망」, p. 13, 2015. 12. 4.

2) 건강보험공단, 건보 중·장기 재정 추계, 2011.

정부와 보험자의 건강보험 재정적자 전망은 그 지속가능성에 대한 우려로 나타났다. 노인인구의 증가는 의료비 증가로 이어졌다(【표 1】, 【표 2】 참조). 의료수요도 증가하여 본인 부담 총 의료비가 증가추세에 있다.³⁾ 정부와 보험자의 우려가 근거가 없지 않다는 것을 알 수 있다.

그러나 의료비가 증가 추세이고 이로 인한 건강보험제도의 지속가능성에 대한 우려는 이미 오래전부터 있었다. 그럼에도 의료비 지출 증가 억제 정책은 포괄수가제 확대 등 공급자 통제 정책 외에는 마땅한 방안이 제시되지 않고 있다.⁴⁾ 수가지불제도의 개편을 통해 총 의료비의 증가를 어느 정도 약화시킬 수는 있지만, 그것도 단기에나 가능하고 국민의 요구수준과 공급자의 생존을 위한 수익 추구 등을 고려한다면 결국 또 다시 의료비 증가로 이어지게 될 것이다. 특히 현재의 낮은 보험료와 제3자 지불 방식, 무너진 의료전달체계 등은 의료소비자와 공급자 모두에게 비용에 대한 인식을 요구하지 않아 의료비는 계속적으로 증가하게 될 것이다.

【표1】 65세 이상 건강보험 적용인구

(단위: 천명, %)

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
전체	48,614	48,907	49,299	49,662	49,990	50,316	50,490
65세 이상 비율(%)	4,826 (9.9)	4,979 (10.2)	5,184 (10.5)	5,468 (11.0)	5,740 (11.5)	6,005 (11.9)	6,223 (12.3)

주: 각 년도말 기준

출처: 국민건강보험공단, 2015 건강보험주요통계

【표2】 건강보험 진료비와 65세 이상의 건강보험 진료비

(단위: 억원, %)

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
전체	393,390	436,283	462,379	478,392	509,552	543,170	579,593
65세미만	269,153	294,933	308,486	313,898	328,984	344,569	360,382
65세이상 비율(%)	124,236 (31.6)	141,350 (32.4)	153,893 (33.3)	164,494 (34.4)	180,568 (35.4)	198,601 (36.6)	219,210 (37.8)

주: 지급기준

출처: 국민건강보험공단, 2015 건강보험주요통계

3) 김상우, 건강보험 사업 평가, p.21, 2013.

4) 행위별수가제를 일부 포괄수가제로 전환한 것은 공급자들의 극심한 반발을 초래하였다.

의료비 증가로 인해 건강보험의 지속가능성이 위협하다면, 현재의 건강보험제도를 유지하면서 개선을 할 것인지 아니면 다른 의료보장시스템으로 전환시키는 것이 좋은지 등에 대한 논의가 당연히 있어야 한다. 현 제도의 개선이든 다른 의료보장시스템으로의 전환이든 지속가능한 제도를 찾아야 한다는 것은 물론이며, 이때 문제의 핵심은 현 제도든 변화된 제도든 의료비 증가를 억제할 수 있는 시스템이 되어야 한다는 것이다. 그래야만 지속가능하기 때문이다. 그러한 정책이나 대안이 있을까?

그 대안으로는 미국에서 채택하고 있는 소액진료비 본인부담(deductible)과 싱가포르에서 채택하고 있는 의료저축제도, 유럽 일부 국가에서 채택하고 있는 (의료저축제도는 아니지만 제3자 지불방식이 아닌) 소비자와 공급자간 직접 지불방법 등이 있을 수 있다. 소액진료비 본인부담(deductible)제도는 의료소비자가 스스로 본인부담 금액을 결정하는 것으로서, 일정 금액 이하의 본인부담 비용 지불이 어려운 소득계층은 필요한 의료이용조차 미루어 병을 악화시킬 우려가 있어 이를 도입하기에는 문제가 있다. 의료저축제도는 의료소비자 명의의 계좌에 정기적으로 저축을 통해 의료비를 충당하는 제도로서, 필요한 경우 의료비 지불에 큰 어려움이 없을 것으로 예상된다.

2. 의료저축제도

2.1 의료저축제도란?

1984년 싱가포르에서 만들어진 의료저축제도⁵⁾는 시장경제원리에 기초한 제도로서 국가의 무보조금을 목표로 한다. 구체적으로는 ①국민 각 개인이 자신의 비용을 스스로 부담하고 ②각 연령세대는 당대의 지출을 후손에게 전가하지 않고 자체적으로 해결하며 ③정부는 인구집단 간 소득이전을 최소화하도록 하는 것이다. 싱가포르에서는 이러한 제도를 통해 GDP 대비 의료비가 대폭 축소된 것으로 알려졌다.⁶⁾

이 의료저축제도는 저축성과 보험성 두 가지를 지닐 수 있다. 즉, 운영의 측면에서 의료저축제도의 틀 내에서 각자의 의료비를 부담하는 저축계정과 재난성 질환에 대비

5) 우리나라에서 의료저축제도를 논할 때 주로 싱가포르의 MSA(Medical Savings Accounts)를 의미하며, 의료저축제도 또는 의료저축계정(혹은 구좌)라는 용어로 사용되고 있다.

6) 김경혜, 의료저축제도, 2001.

하기 위한 사회적 연대 성격의 보험계정으로 구분할 수 있다. 전자는 각 개인에게 소유권이 있지만, 후자의 경우 각 개인은 그 소유권을 주장할 수 없다. 후자는 현재의 건강보험과 유사한 성격을 지닌다.

2.2 의료저축제도 운영의 예: 싱가포르

싱가포르는 국영 연금제도가 의료보험제도가 없다. 국민 각 개인이 연령에 따라 연 소득의 일정비율(6-8%)을 MSA에 저축하도록 강제하고 있을 뿐이다.⁷⁾ 싱가포르는 전체 병원의 약 80%가 국공립병원이다.

싱가포르의 의료저축제도는 강제저축제도이며 그 구조는 3층 구조로 되어 있다.

첫 번째는 소액 의료비 조달을 위한 목적의 Madisave Account로서 전 국민이 강제적으로 매월 소득의 일정비율(6-8%)을 자신의 저축계좌에 적립해야 한다. 적립된 저축계좌에서는 빈번하게 발생하는 질병이지만 건당 진료비가 고가(高價)가 아닌 의료비 지출을 위해 사용된다. 즉, 적립된 저축계좌는 고비용의 진료를 제외한 입원과 외래진료비를 지불하는데 사용되며, 지불할 수 있는 금액의 건별 한도는 정해져 있다. 허용된 지불 한도를 초과하는 금액은 환자가 직접 부담한다. Madisave 계좌에서 발생하는 이자소득은 비과세이다. 각 개인에게 소유권이 있는 Medisave 계좌는 도덕적 해이를 방지할 수 있고 노령화에 대비할 수 있는 장점이 있다. 다른 한편으로는 의료비가 비싼 질병에 대해서는 적절하게 대처할 수 없다는 단점도 있다.

두 번째는 Medisave의 단점을 보완하기 위해 고안된 것으로서 MediShield와 MediShield Plus가 있다. 중증의 장기 입원 치료비에 사용된다. MediShield는 강제 가입이 아니라고는 하지만 정부는 MediShield에 모든 국민이 가입할 것을 적극 권유하고 있으며, 실제 Madisave 가입자의 약 90%가 가입되어 있다.

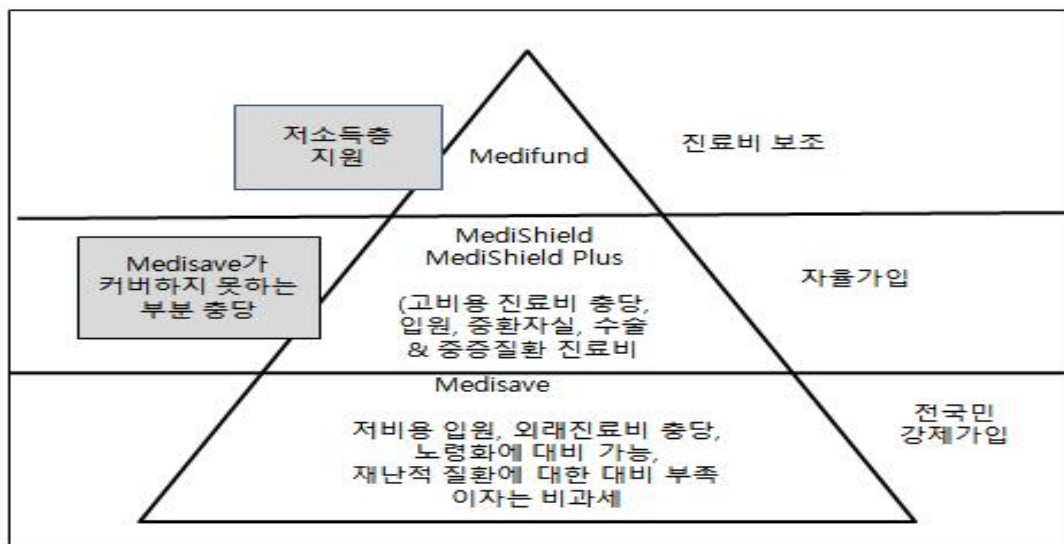
마지막으로 진료비를 부담할 수 없는 상황에 직면한 경우를 대비한 사회 안전망 형태로서 Medifund가 있다. 의료기관을 이용하고 진료비 지급이 어렵게 된 경우 Medifund에 보조금 신청이 가능하며 의료기관에서는 이를 심사하여 지급 여부를 결정한다. Medifund는 저소득층의 의료이용을 돕기 위한 것이다. Medifund에서 진료

7) 김경혜, 의료저축제도, 2001.

비 보조를 받기 위해서는 의료기관과 병실 이용에 엄격한 제한이 있다.

이렇게 싱가포르의 MSA(Medical Saving Account)는 개인저축제도인 Medisave(1984년 도입)와 민영의료보험제도인 Medishield(1990년 도입), 저소득층의 의료보장을 위한 Medifund(1994년 도입)의 3층 구조로 형성되어 있으며 그 근본은 시장경제의 원리와 개인의 책임을 강조한 것이라고 할 수 있다.

【그림2】 싱가포르 MSA 구조



국공립병원 또는 요양기관으로 인정받은 민간병원에서 치료받은 경우에 한하여 Medisave에서 의료비로 지출할 수 있다. 미래에 저축될 것으로 예상되는 금액을 미리 앞당겨 사용할 수 없고, 의료비 지불 사유 발생일 현재까지 저축된 금액의 한도 내에서만 지불 가능하다.⁸⁾ 적립된 금액은 가입자는 물론 그 부양가족의 의료비로도 사용할 수 있다.

우리나라가 의료비 급증을 우려하면서도 공급자 규제 외에는 달리 적절한 대응방안을 찾지 못하고 있는 반면, 싱가포르는 이미 이러한 문제를 인식하고 1984년에 의료법 개혁을 단행하였다. 그 핵심은 소득에 따른 의료이용의 차이를 인정한 것과 도덕적 해이를 방지하기 위해 개인부담률제도를 둔 것이다. 또한 저소득층을 위한 대책도 같이 마련하여 의료보장의 형평성과 효율성을 동시에 고려한 합리적인 제도로 운영하면서 기본적인 의료보장을 보장하고 있다.

8) 외래이지만 상대적으로 고액인 치료비이고 그 금액이 Medisave에서 지불할 수 있는 금액을 초과하는 경우에는 환자가 그 초과비용을 직접 부담한다.

3. 의료저축제도의 효과

의료저축제도가 갖는 장점으로서는 첫째, 제3자 지불방식에서 발생하는 도덕적 해이의 문제를 해결할 수 있고, 의료비 급증을 예방할 수 있다는 것이다. 제3자 지불방식에서는 의료비용을 주어진 기간 동안 가입자간 분산시킨다. 이러한 위험분산 방식은 큰 의료비가 발생하는 경우에는 대비할 수 있지만 가입자들의 도덕적 해이에는 대처할 수 없게 된다. 의료이용자가 의료비용 절감에 대한 동기가 없기 때문이다. 그러나 의료저축제도는 가입자 스스로 자신의 의료저축계좌에 대한 통제권이 있어 각자가 의료비용 절감에 대한 동기를 가질 수밖에 없다. 각자가 의료비에 대한 인식과 책임감을 갖게 되는 것이다. 이는 곧 의료이용자의 도덕적 해이를 방지할 수 있게 된다. 그리고 이는 의료비 절감으로 이어진다.

둘째, 노령화에 적절한 대비를 할 수 있다. 현재 우리나라의 보험료 부과방식에서는 노인인구의 증가는 일반적으로 총의료비 증가로 이어지고, 이는 다시 건강보험재정에 상당한 부담으로 작용한다. 반면에 싱가포르 방식의 의료저축제도는 국민 각 개인이 자신의 노후에 발생할 수 있는 의료비를 미리 저축하고, 이렇게 저축된 금액에서 노후의 의료비를 지불하게 함으로써 이러한 문제를 해결할 수 있게 된다.⁹⁾

셋째, 시장경제에 합당한 제도로써 경쟁을 통해 보다 효율적인 의료이용이 가능하다. 민간 보험사를 포함한 금융기관에게 의료저축계좌 유치를 개방하고 어디에 저축할 것인지는 가입자의 선택에 맡길 경우 가입자나 금융기관은 모두 효율적인 선택과 운영을 하게 될 것이다. 이는 의료이용의 효율성으로 이어지게 된다.

9) 싱가포르의 의료저축제도 도입의 가장 큰 이유 중 하나도 노령화에 대비하기 위함이었다. 이에 대해서는 권오성, 1999.

4. 우리나라에도 도입이 가능한가?

우리나라에서도 2000년을 전후하여 의료저축제도에 대한 논의가 활발했었다.¹⁰⁾ 의료비의 가파른 증가, 2000년대 초반의 건강보험재정 적자 등은 건강보험재정 위기상황에 대한 우려를 초래하였고, 그 해결 방안의 일환으로 싱가포르 방식의 의료저축제도가 제안되었던 것이다. 현재는 논의가 이어지지 않고 있다. 그렇다면 건강보험재정이 더 이상 위기 상황이 아니라는 것일까? 앞서 보았듯이 정부와 보험자의 전망에 따르면 그렇지 않다는 것이 분명하다. 그렇다면 현 제도의 대대적인 개선이든 아니면 의료저축제도의 도입이든 지속가능한 대안에 대한 논의를 이어가는 것이 타당하지 않을까?

건강보험재정이 조만간 적자를 기록하게 될 것이라는 정부나 보험자의 부정적인 재정전망이 아니더라도 현재의 제3자 지불방식으로는 언제든지 다시 재정위기에 처할 수 있다는 우려를 할 수밖에 없다. 제3자 지불방식 하에서는 의료공급자와 의료소비자의 낮은 비용인식과 도덕적 해이로 인해 의료비가 계속적으로 증가할 수밖에 없기 때문이다. 지속적인 건강보장을 위해서는 의료공급자와 의료소비자가 비용을 인식하면서도 동시에 위험분산의 효과가 있는 방향으로의 개선이 필요하다. 그 방안 중 하나가 의료저축제도이다. 그리고 약 17조 원이라는 적립금(2015년 말 기준)이 있는 지금이 이러한 개혁을 할 수 있는 적기이다.

【표3】 건강보험재정 현황

(단위: 억 원)

회계연도	총수입	총지출	당기수지	누적수지
2006	223,876	224,623	-747	11,798
2007	252,697	255,544	-2,847	8,951
2008	289,079	275,412	13,667	22,618
2009	311,817	311,849	-32	22,586
2010	335,605	348,599	-12,994	9,592
2011	379,774	373,766	6,008	15,600
2012	418,192	388,035	30,157	45,757
2013	451,733	415,287	36,446	82,203
2014	485,024	439,155	45,869	128,072
2015	524,009	482,281	41,728	169,800

주: 현금수지기준

출처 : 국회예산정책처(2016) p.184

10) 예를 들어 공급자 단체인 병원협회(2004. 8.), 직장이 건강보험료의 절반을 직접 부담 경제인 단체(전국경제인연합회, 2000. 12.), 시민단체(참여연대, 2001. 10.), 전문가(김소윤, 2007) 등이다.

우리나라에 의료저축제도를 도입해야 할 필요성은 다음과 같다.

4.1 재정위기 예방 방안으로서의 의료저축제도

우리나라는 건강보험 보장률이 낮은 수준이지만 저위험성 질환에 대한 보장의 범위는 넓고, 고위험성 질환에 대한 보장범위는 낮게 설계되어 있다. 이러한 건강보험의 구조는 의료비로 인한 가계파탄을 초래하기도 하는데, 특히 현재의 급여항목에는 포함되지 않은 고가(高價)의 질환에 대비하지 못한 경우에 그러하다.

이러한 시스템 하에서는 의료수요의 증가로 인한 보험진료비 증가로 재정악화가 나타날 가능성이 높을 수밖에 없다. 보험자가입자는 이미 보험료를 납부하고 있으니 의료이용을 쉽게 하고, 다른 한편으로는 보험료는 보험료대로 납부하면서도 고가의 질환에 대해서는 별도로 대비해야만 한다는 불만을 갖게 된다.

사회보험으로서 전국민 건강보험제도를 운영하고 있는 우리나라는 언제든지 건강보험재정이 악화될 수 있는 구조이면서도 가계는 의료비로 인해 파탄에 직면할 수 있는 모순적인 구조인 것이다. 이러한 문제를 개혁하지 않고는 보험료는 더 인상될 수밖에 없다. 이럴 경우 그렇지 않아도 높은 건강보험료 수준에 대한 불만¹¹⁾은 더욱 커지게 된다. 보험료의 대폭적인 인상은 극복하기 힘든 국민적 저항에 직면하게 될 것이다. 보험료 인상을 통한 재정악화 예방은 한계가 있을 수밖에 없다. 그렇다고 보장성이 대폭 확대될 것도 아니어서 가계는 추가적으로 높은 의료비(비보험)도 부담하게 되는 이중고를 겪게 될 것이다. 이것이 현행 건강보험의 문제이다. 새로운 방안이 모색되어야 하고, 그 방안의 일환으로서 의료저축제도의 도입을 제안한다. 그 방법은 다음과 같다.

【표4】 건강보험 보장률

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
보장률	65.0	62.7	63.0	62.5	62.0	63.2

(단위: %)

출처: www.index.go.kr

11) 임금자, 임선미, 박관준, 박윤희, 국민건강보험 보험료 수준 등에 관한 국민인식 조사, p.329, 2013

4.2 의료저축계좌와 보험계좌의 이원화된 제도

(1) 의료저축계좌

필수의료에 대비하여 의료비 의무저축제도를 도입한다. 전 국민은 의료저축계좌를 개설하도록 의무화하고, 이 계좌에 소득의 일정비율을 저축하도록 하며(가입자의 선택에 의해 그 이상도 저축이 가능하도록 하지만, 그 한도를 정하여 세금회피 목적의 저축이 되지 않도록 함), 필수의료에 해당되는 의료비 지출 목적 이외에는 지출할 수 없도록 한다. 단, 의료비로 지출할 수 있는 최대한도를 정한다. 이는 의료저축계좌에 잔액이 남아있지 않아 의료비 지불을 할 수 없는 경우에 대비하기 위함이다. 우리나라 국민은 평생 지출하는 의료비의 절반 이상을 65세 이후에 지출하는 것으로 나타나고 있는데(남: 50.5%, 여: 55.5%), 이런 의료 이용행태에도 대비해야 하기 때문이다.¹²⁾ 스스로 노령화에 대비하고, 스스로 도덕적 해이를 방지할 수 있도록 하자는 것이다. 의료저축계좌에 입·출금되는 내용은 가입자 스스로 언제든지 파악할 수 있도록 하여 비용을 인식하도록 한다. 진료비 지불도 환자가 자신의 계좌에서 직접 지불하도록 한다. 의료저축계좌에서 지출할 수 있는 의료비는 본인은 물론 가족의 치료비를 위한 지출도 가능하도록 한다(가족간 연대). 특히 의료저축계좌가 갖는 효과의 극대화를 위해 상속이 가능하도록 한다.

(2) 보험계좌

사람에 따라서는 일시에 많은 의료비를 지출해야 할 경우도 발생하고, 그 비용을 의료저축만으로는 충당할 수 없는 경우가 있을 수 있다. 즉, 개인이 자신의 의료비를 전적으로 책임질 수 없는 특수한 경우도 있을 수 있다는 것이다. 이러한 경우를 대비하여 의료저축계좌제도를 보완할 수 있도록 의료저축계좌에 저축하는 금액의 일정비율(예를 들어 의료저축금액의 10~20%)은 보험계좌로 공동 관리한다. 일종의 가입자간 위험분산이다(가입자간 연대). 가입자는 고가의 의료비가 소요되는 질병에 대해서는 보험계좌에 그 비용을 청구할 수 있도록 한다. 싱가포르와 달리 보험계좌도 의무가입 제도로 운영한다. 각 개인의 질병 특성에 따라 의료비 지출이 가능할 수 있도록 보험계좌는 여러 단계로 구성한다. 현재의 정부보조금과 건강증진기금 부담금제도를 유지하여 그 금액의 일부를 가입자간 연대의 특성이 있는 보험계좌에 지원한다.

12) 임달호 생애의료비 추정 및 특성 분석, 2013

4.3 저소득층을 위한 지원

의료저축계좌와 보험계좌를 통해서는 의료비를 지불할 수 없는 환자가 있을 수 있으며, 이들을 위한 지원방안이 필요하다. 현재의 의료급여환자 개념이다. 문제는 이들을 위한 자원마련이다. 현재의 국고지원제도나 건강증진기금 부담금 중 보험계좌에 지급된 금액을 제외한 금액으로 그 자원을 마련하도록 한다.

5. 나가며

의료저축제도는 건강보험재정이 악화될 때는 검토되었다가 재정이 안정되면 더 이상 논의되지 않는다. 40년 전에 도입된 건강보험제도가 이제는 개혁이 필요할 때라고 주장하면서도 보험료부과에 대한 가입자들의 불만이 높을 때는 고소득자에게 더 많은 보험료를 부과하는 것을 해결책으로 내놓았고, 진료비에 대해 불만이 많을 때는 공급자 규제정책을 내놓는 일을 반복하고 있을 뿐이다. 땀질식 처방에 불과하다. 40여년이 된 건강보험제도는 이제 시대에 맞게 전면 재설계할 필요가 있다. 의료보장시스템 재설계의 기본적 사고는 개별 이해당사자의 책임의식 강화가 되어야 한다. 그래야만 의료보장시스템의 지속가능성이 높다. 그리고 그 첫걸음은 의료저축제도 도입에 대한 검토가 될 수 있을 것이다. 보험급여비의 34.7%인 17조원이라는 적지 않은 금액이 적립(2015년말 기준)되어 있는 지금이 의료저축제도 도입을 포함한 의료보장제도의 전반적인 개혁을 할 수 있는 최적의 시기이다. 특히 의료저축제도는 비용에 대한 인식이 높아 현행 건강보험제도의 제3자 지불방식에서 흔히 발생하는 도덕적 해이를 방지하고 의료비 증가를 억제하는 장점이 있다. 의료저축제도는 노인인구의 증가로 인해 발생할 수 있는 의료비 증가와 젊은 세대의 과도한 의료비 부담의 문제에도 대비할 수 있는 장점도 있다. 국민 각 개인이 자신의 노년기 의료비를 생산가능 연령대에 미리 저축을 통해 대비할 수 있기 때문이다. 환자가 자신의 의료비를 자신의 의료저축계좌에서 직접 지불하기 때문에 제3자 지불방식에서 발생하는 행정비용을 줄일 수도 있다. 환자가 자신의 의료비 지출을 줄이려고 노력하게 될 것이고 건강에 대한 인식이 높아지고 의료를 소비하면서 보다 적극적으로 공급자에 대한 정보를 습득하려고 노력할 것이며, 이는 공급자의 경쟁을 유도하고 결국 환자에 대한 서비스 수준의 제고로 이어지게 될 것이다.

건강보험제도 운영 40년이다. 더 이상 과거의 철학을 고집하여 문제를 키워나갈 것이 아니라 시대에 맞게 개혁을 할 때도 되었다. 적립금은 17조원이 쌓여 있어 개혁이 가능하도록 재정적 기반도 조성되어 있다. 국민 각 개인의 선택과 책임을 강화할 수 있는 방안으로의 개혁이 필요하다. 그 방안의 일환으로서 의료저축제도의 도입에 대해 적극 검토할 것을 제안한다.

【참고문헌】

- 권오성, 의료비용분상의 새로운 패러다임 : 의료저축제도, 1999. 11. 4.
- 국민건강보험공단, 건강보험 중·장기 재정추계, 2011.
- 국회예산정책처, 2015회계연도 공공기관 결산 평가, 2016. 7. pp. 179-194.
- 기획재정부, 2060년 장기재정전망, 2015. 12. 4
- 김경혜, 의료저축제도(The MediSave Account), 2001. 2. 8. 병원신문
- 김상우, 건강보험 사업 평가, 2013. 10. 국회예산정책처
- 김소윤, 의료저축제도에 대한 고찰, 계간의료정책포럼 Vol.5, No. 4, pp. 71-75, 2007.
- 임금자, 임선미, 박관준, 박윤희, 국민건강보험 보험료 수준 등에 관한 국민인식 조사, 대한의사협회지, 2013 April; 56(4): 326-335,
- 임달호, 생애의료비 추정 및 특성 분석, 2013. 11. 18, 한국보건산업진흥원.

<정책토론회> 의료저축제도 도입, 가능한가?

토론

의료저축제도 도입, 가능한가? (1)

김 원 식
건국대 경제학과 교수

I. 의료비 현황

□ 고령화에 따른 의료비 부담이 증가하고 있고, 장기노인요양보험에 대한 비용 부담도 급증하고 있음.

- 정부의 보장성 강화 노력도 의료비 부담의 증가요인이 되고 있음.

□ 국민건강보험 재정 부담도 증가하면서 비용부담에 대한 갈등 심화됨.

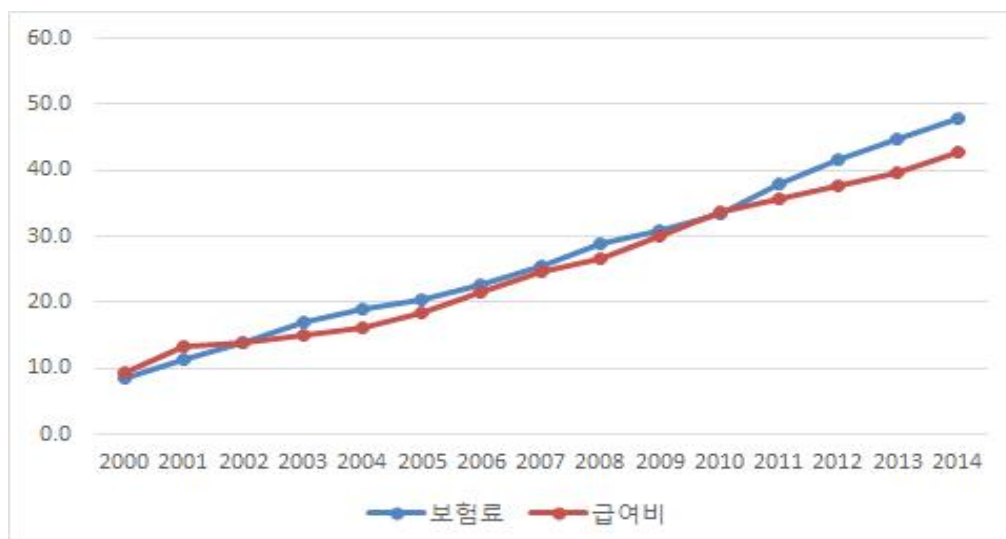
- 지역가입자의 보험료 부과체계의 형평성이 심화되고 있음. 주택, 자동차 등에 대한 보험료 부과 등으로 민원 급증하고 있음. 이는 지역가입자들이 고령화되는데 따른 것으로 보임.

- 젊은 세대의 보험료 부담은 늘고, 급여혜택은 고령자에게 집중되고 있음.

- 고소득층의 보험급여 혜택이 증가함으로써 소득계층간 형평성이 악화되고 있음.

【그림】 국민건강보험 급여비 지출 및 보험료 수입

단위: 조원



2. 의료저축제도의 평가

□ 통상적 의료저축계좌의 필요성은 세대 간, 소득계층 간 상호보조를 최소화시키는 가장 효율적인 제도임.

- 또한 의료저축계좌의 잔액은 상속이 가능하게 함으로써 저축성 상품으로의 효과를 기대할 수 있음. 의료저축계좌의 수익 혹은 상속에 대한 세제혜택이 필요함.

- 퇴직기간 동안 의료비를 충당할 수 있는 소득이 없는 점을 감안하면 노인의료비 문제를 해소할 수 있는 대안의 하나라고 봄.

□ 발제자는 필수의료에 대한 의무저축제도, 고액진료비에 대한 보험계좌제도를 주장하고 있음.

- 의무저축제도는 개인들의 도덕적 해이를 억제하는 효과가 있다고 봄. 그러나 경우에 따라서는 진료를 지연시키는 결과를 낳을 수 있음.

- 보험계좌제도는 현행 보험제도와 크게 다르지 않을 것으로 봄. 정부의 지원이나 건강증진기금의 부담금에 대한 대상을 고액진료로 국한시키는 것이 되어 바람직한 시도로 봄.

□ 보험료 부담/혹은 부과방식에 대한 논의와 함께 현행 제도의 연계방안 혹은 전환방안에 대한 검토가 필요함.

의료저축제도 도입, 가능한가? (2)

이 상 철
한국경영자총협회 사회정책본부장

■ 의료저축계좌(MSA)는 과잉진료, 소득축소 신고, 높은 의료비지출 등 현행 건강보험의 한계를 극복하는 대안으로서 충분히 검토해볼 만한 주제

○ 의료비 재원부담의 책임이 공동계정(건강보험)에서 개인계정(MSA)으로 전환됨으로써 개인의 불필요한 의료서비스 이용 억제 효과 기대

- 국민1인당 의사방문회수 : 韓 14.6회, OECD평균 6.7회
- 연간 입원일수 : 韓 16.5일, OECD평균 7.3일

○ 또한 개인의 현재부담이 미래의료비로 명확하게 확보되는 구조여서 현 건강보험의 소득축소 신고 및 보험료 납부 기피 등 부작용 해소 가능

- 現 건강보험의 직장가입자의 근로소득 파악률은 100%, 지역은 20~30%에 불과해 직역간 보험료 부담 형평 문제가 지속

○ 한편 급격한 고령화로 인한 국민의료비 지출을 통제하는 효과 기대

- MSA를 도입한 싱가포르의 영리병원 등 의료서비스시장을 통해 높은 국민소득(2012년 1인당GDP 약 5만 달러)을 실현하면서도 MSA를 통해 국민의료비 지출을 4% 수준으로 관리하는 것으로 확인

- * 싱가포르의 GDP 대비 국민의료비 부담 비중은 2010년 기준 4.0%로 OECD회원국 평균치인 9.5%의 절반 수준에 불과(보건산업진흥원, 2014)

■ 다만, 저소득층, 노인·영유아 등 취약계층의 의료접근권 제한 문제 및 이로 인한 사회적 반발은 부담

○ 다양한 부작용에도 불구하고, 우리나라 건강보험은 전 국민에게 낮은 본인부담 (20~30%)을 통해 양질의 의료서비스를 제공하는 것으로 평가

○ 이러한 상황에서 전면적인 MSA 도입은 납부능력이 없는 저소득층, 의료이용 빈도가 높은 고령자 및 영유아 등 취약계층 반발 불가피

- 의료저축계좌는 의료비 전액을 개인이 저축한 계좌(의료저축계좌/보험계좌)에서 직접 지불하고, 입출금 내역을 즉시 확인 가능함에 따라 비용부담의 급격한 증가, 의료이용의 급격한 감소 가능

○ 특히 노동시장에서 퇴직한 베이비붐세대 등 고령층은 MSA에 적립할 소득 확보가 어려우며, 영유아 가구는 의료비 부담이 높아져 출산율에 일부 부정적 영향 우려

■ 그러나 “의료서비스에 대한 개인책임”을 강화하는 동 제도의 기본취지를 現 건강보험에 반영할 필요

○ 단기적으로는 중증질환 중심의 급여체계 확립, 경증질환 본인부담 인상, 노인 외래정액제 개선 등 필요

○ 중장기적으로는 의료비 총량을 관리하는 차원에서 일정기간 시범사업을 통해 동 정책의 실효성을 평가하는 방안 검토

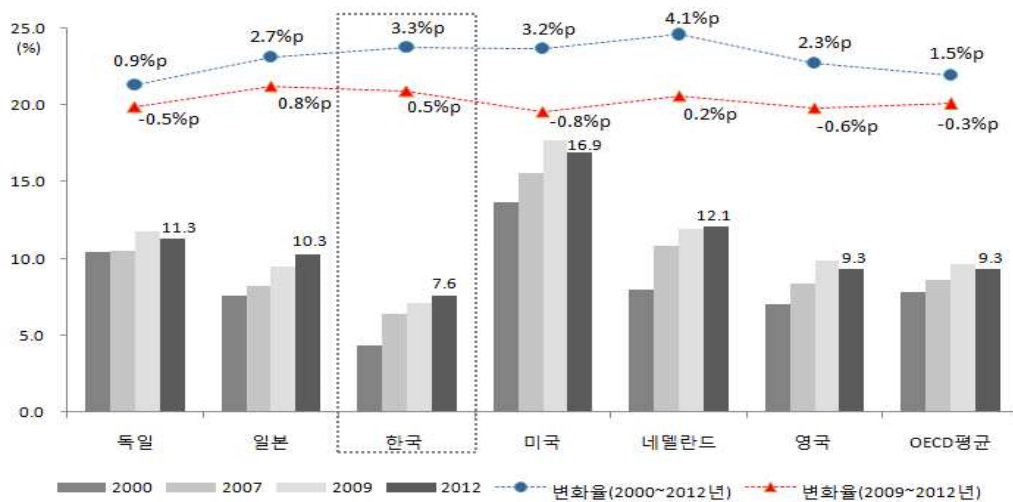
의료저축계좌 도입 필요성과 고려사항

정 성 희
보험연구원 연구위원

1. 의료저축계좌 도입 필요성

의료기술 발달, 경제 발전 등에 따른 기대수명 증가와 이에 따른 고령자 증가로 인해 우리나라의 국민의료비는 빠르게 증가하고 있다. 국민의료비 규모는 GDP대비 7.6%로 OECD국가 평균인 9.3%보다 낮은 수준이나, 지난 12년간의 변화율(상승폭)은 3.2%p로 이는 OECD 평균인 1.6%p보다 2배 정도 높다. 특히, 최근 3년간의 변화율을 보면 OECD 평균(-0.3%p) 및 대부분 국가에서 감소하였으나, 한국은 0.5%p로 이는 초고령 국가인 일본(0.8%p) 다음으로 높게 상승하였다.

【그림】 OECD 국가별 GDP대비 의료비 비율(2000-2012년)



출처: 정성희(2015)

우리나라 노인인구¹⁾은 2015년 12.3%로 전체 의료비 중 36.8%를 지출하고 있다. 즉, 인구 8명 중 1명의 노인이 전체 의료비의 1/3 이상을 지출하고 있어, 고령화 가속화에 따른 의료비 증가는 사회 문제로 제기되는 상황이다. 70세 이상 고령자의 1인당 진료비는 2015년 392만원으로 전체 1인당 진료비인 115만보다 3.4배 정도나 높은 수준이다.

개인의 전 생애의 의료비 중에서 절반 이상을 노후기간 동안 지출²⁾되는 구조이고 개인 소득에서 의료비가 차지하는 비중 또한 40대 5.4%인데 반해 60세 이상은 21.5%나 높게 차지하고 있는 것으로 고려해 볼 때, 별다른 소득이 없는 노후시기에 노인 인구의 의료비 부담은 앞으로 더욱 가중될 수밖에 없는 구조라고 할 것이다.

현재 노인 의료비는 공보험인 국민건강보험과 노인장기요양보험, 그리고 민영보험인 실손의료보험을 통해서 보장하고 있다. 현재 국민건강보험의 보장성 강화 정책으로 노인의 공보험 보장률이 2013년 67.5%에서 2014년 70.6%로 높아지긴 했지만, 경제활동기의 비교적 건강한 상태와 비교해 볼 때 절대적인 의료비 지출 규모가 커진 상황에서 비소득시기에 30% 정도는 적지 않은 부담이 될 수밖에 없다. 더욱이 70대 이상 전체 고령자 중에서 실손의료보험 가입률³⁾은 9.6%에 불과해 실상은 30% 정도를 고령자가 스스로 부담해야 하는 상황이라고 할 수 있다.

이와 같이 고령인구의 진료비가 증가하고 있는 상황에서 인구 고령화 진전에 따른 노후 의료비 부담 삼화에 대한 해결책을 모색해야 하는 시점이다. 하지만, 사회보험 방식으로 취업계층에 의존한 보험료 총당방식인 현재의 국민건강보험 체계로는 한계가 있으므로, 노후 의료비를 본인이 스스로 그리고 미리 대비할 수 있는 제도적 보완이 필요한 시점이다.

1) 노인인구를 65세 이상의 고령층으로 정의.
2) 임달호(2013), “생애의료비 추정 및 특성분석”.
3) 전 국민 가입률은 62%

2. 해외 의료저축계좌 도입사례와 시사점

의료저축계좌(MSA: Medical Savings Accounts)는 1984년 싱가포르를 시작으로, 1994년 남아프리카 공화국, 1995년 중국, 그리고 1996년 미국⁴⁾이 도입하여 운영 중에 있다.

MSA를 도입한 국가들을 보면 기본적으로 의료비 지출에 대한 개인의 책임을 강조하는 경향이 강한 국가들로, 의료비의 집단적인 책임을 강조하는 유럽에서는 MSA의 도입에 대한 반대 여론이 강한 상황이다. 이를 반영하듯, 의료비에 대한 집단적인 책임을 강조하는 국가들은 국민의료비의 정부부담비율이 높고, MSA 도입 국가들은 정부부담비율이 상대적으로 낮다.

【표1】 국가별 국민의료비 중 공공부담비율

영국	일본	프랑스	독일	한국	미국	중국	남아공	싱가포르
83.3%	83.2%	78.7%	76.3%	55.9%	48.2%	47%	40%	34%

주 : 영국, 일본, 프랑스, 독일, 한국은 2013년 기준, 중국, 남아공, 싱가포르는 2010년 기준

MSA는 일반적으로 국민 개개인의 의료소비에 대한 자기 책임을 강화하여 도덕적 해이 차단 및 의료 소비·비용을 통제하고, 의료저축계좌의 적립금 인출을 의료 서비스로 한정함으로써 미래 의료소비를 위한 추가 의료자원 확보를 도모하기 위한 목적으로 도입되었다. 전 국민 공적건강보험이 부재한 미국과 남아공의 경우는 세제혜택을 인센티브로 제공함으로써 무 보험자를 감소하기 위한 취지로 도입하였다.

전 국민 건강보험 제도를 운영하고 있는 우리나라에서 의료저축계좌의 도입이 필요한지, 필요하다면 어떠한 형태로 도입해야 하는지를 검토하기 위해서는 MSA 도입 국가의 사례 검토가 충분히 이루어질 필요가 있다.

4) 기존의 MSA를 대체하기 위해 고액공제 민영의료보험(HDHP)과 연계하는 형태로 HSA(Health Savings Account)를 2004년에 도입함.

(1) 싱가포르

싱가포르는 1984년 이전까지는 영국식민통지의 영향으로 국영 병원을 통해 의료서비스를 무상으로 공급하였다. 1984년에 의료비, 노후연금 등을 정부차원에서 보장하기 위해 가입이 의무화 되는 사회보장기금(CPF; Central Provident Fund)을 도입하면서, CPF내에 의료비 충당 목적의 의료저축계좌(MSA)을 설치하였다. 그리고 이후 중증질환이나 장기입원을 위한 Medishield를 1990년에 추가로 설치하였다. 또한, 중증장애로 인한 장기요양에 대비하기 위해 2002년에 Eldershield를 도입하고 이를 민간보험회사에서 운용토록 하고 있다.

연령별로 급여의 6~8%를 노·사 공동 부담하여 개인별 MSA 계좌에 의무 적립토록 하며, 자신과 직계 가족이 입원할 경우 인출하여 사용할 수 있다. 또한, 퇴직 후 의료비에 충당할 수 있도록 55세까지 최소 의료저축필요금(MRA; Medisave Requirement Amount, \$25,000)을 적립하도록 하고 있다.

【표2】 싱가포르의 의료저축계좌

프로그램	주요 특징	시작 시점
메디세이브	개인저축계좌 • 개인의 의료비지출 재원	1984년
메디실드	거대질병 의료보험 • 높은 공제액을 설정하여 재난적 성격의 질병만을 보장하는 보험형태 • 소비자의 도덕적 해이를 방지하여 의료지출을 감소시킴	1990년
메디세이브(자영업자)	MSA를 자영업자까지 확대	1992년
메디펀드	빈곤층을 위한 의료급여 • 사회보장적 성격	1993년
메디실드 플러스	메디실드의 급여범위 확대	1994년

출처: 조용운(2011)

(2) 미국

건강보험료 부담이 늘어나면서 이를 보완하기 위해 싱가포르의 제도를 근간으로 건강보험 가입자가 본인부담분 의료비를 충당하는 적립계좌인 MSA를 1996년에 도입하였다.

이후 2003년 메디케어 현대화법(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act)에 의해 기존의 MSA를 대체하는 HSA(Health Saving Accounts)를 도입하였다. HSA는 자기부담금액이 높은(\$1,100이상) 건강보험(HDHP: High Deductible Health Plan)과 결합된 세금우대 의료적립 계좌로서, 본인부담 의료비 충당 목적으로만 인출이 가능하다. 연간 \$5,600 (가족계약은 \$11,200)까지 적립 가능 하고 비과세혜택이 있다.

【표3】 미국의 의료저축계좌

	HSA(2003)	MSA(1996)
	사업장의 규모와 상관없이 피고용자가 가입	소기업 피고용자 및 자영업자를 위한 제도
자격	메디케어 비가입자	• 높은 공제의료보험을 제공하는 50인 미만 기업 피고용자 • 높은 공제의료보험 가입한 자영자
혜택	• 소득공제 • 고용자 기여분 소득공제 • 이자소득면세 • 의료비지출 소득공제 • 이직 시 이전 가능	좌동
적립자	• 피고용자와 고용자 • 자영업자 • 가족이나 타인이 대납가능	• 피고용자 • 자영업자 본인 • 피고용자와 고용자 동시 적립 불가
용도	• 의료보험 공제액에 대한 지출 • 다른 용도 사용은 소득세월에 포함되며 10% 가산세	• 의료보험 공제액에 대한 지출 • 의료보험 비급여비 • 다른 용도 사용 시 과세

출처: 조용운(2011)

(3) 중국 : 실패 사례

1998년 전체 도시 근로자를 대상으로 하는 건강보험(Urban Employee Basic Medical Insurance System)을 도입하면서 그 재원 마련의 수단으로 SRPF(City-wide social risk pooling fund)와 MSA를 도입하였다. MSA는 기존 도시 공무원 대상의 건강보험(GIS)과 공기업 근로자 대상의 건강보험(LIS)을 대체하여 전체 도시 근로자로 건강보험 대상자 확대가 도입 취지이다. 2006년 현재 MSA와 SRPF는 각각 중국 국민 의료비의 5.7%와 7.3% 정도 밖에 기여하지 못하고 있는 등 중국의 MSA 도입은 실패 사례로 평가되고 있다. 이에 대한 주요 원인으로는 가입이 강제되어 있지 않았고, 세제 혜택에도 불구하고 미국과 같은 자기부담분 상한이 없고 싱가포르의 Medifund와 같은 사회안전망의 부재한 것으로 평가되고 있다.

(4) 시사점

싱가포르와 중국의 경우 의료비가 상대적으로 소액인 외래 의료비에 한해서 사전에 본인계좌로 적립하였다가 인출하여 쓸 수 있도록 비상금(Individual Emergency Fund) 형태로 운용하도록 하고 있다. 퇴직시까지 일정금액 이상을 적립토록 하여 노후의 외래 의료비를 충당하도록 하고 있어, 외래의료 이용을 억제하고 세대내 및 세대간 재정 부담 전가를 예방하는 효과를 도모하고 있다.

미국은 MSA를 통해 공제 금액이 큰 건강보험(HDHP) 가입을 촉진시킴으로써 무보험자 감소 효과와 함께 노후의 본인부담 의료비를 사전에 스스로 적립하게 하는 효과를 지향하고 있다. 아울러, 건강보험(HDHP)의 공제 금액이 높기 때문에 건강 보험료가 상대적으로 저렴하고, 높은 공제 금액에 따라 과도한 의료 이용의 억제 효과도 있다.

3. 국내 도입시 검토 사항

국내 공적건강보험에 의료저축계좌를 도입을 검토함에 있어 대상을 전국민 혹은 직장가입 등 어디까지 할지 결정할 필요가 있다. 그리고 공보험에 도입이라 하더라도 강제 가입이외 자발적인 가입으로 할 경우 어떤 문제가 있을지도 생각할 필요가 있다. 예를 들어 자발적 가입의 경우 세제혜택을 통한 가입 유인이 충분한지에 대한 검토가 필요하다.

세제혜택으로는 적립금의 소득세, 적립금의 이자소득세, 적립금 인출시 소비세, 계좌간 이체시(부부 상속 포함) 양도 소득세·상속세 등에 대한 면제가 있을 수 있다.

점차 가중되는 노후 의료비 부담에 대한 민영부문의 역할을 강화할 필요가 있다는 점에서 공·사 보험이 연계하여 의료저축계좌를 운영할 필요도 있을 것이다.

또한, 적립금의 연간 한도, 계좌 적립금의 생애 상한 및 적립금의 용도 결정에서도 신중히 해야 할 것이고, 특히, 적립금의 용도는 일정 연령(60, 65세 등) 이전까지는 인출을 금지하거나 혹은 급여의 자기부담금 등으로 지급 용도를 한정할 필요가 있다. 의료저축계좌 도입의 목적이 국민 개개인이 (소득이 발생하지 않는) 자신의 노년기의 (노후로 인해 불가피하게 증가할 수밖에 없는) 의료비를 소득이 발생하는 경제 활동기간 동안 미리 저축을 통해 대비하자는 것이므로, 여기에 충실하기 위해서는 일정 연령 (고령기) 이하에서는 인출을 금지하거나 제한할 필요가 있기 때문이다.

의료저축계좌 적립금이 고갈될 것에 대비한 2차적인 재원확보 방안도 고려할 필요가 있다.

더불어, 의료저축계좌가 도입되면 의료비 지출에 대한 개인부담은 높아질 수밖에 없고 이는 공적건강보험의 보장성을 낮추는 결과로 이어지게 되므로, 이는 현재 정부가 추진 중인 공보험의 보장성 강화 정책의 효과를 상쇄시키게 되므로 정부의 종합적인 공보험 정책 방향 하에서 검토되어야 한다고 판단된다.

【표4】 국가별 의료저축계좌 비교와 검토 사항

항목	미국	싱가포르	중국	남아공	한국
취지	·보험가입자 확대 ·비용통제	·의료재원확보 ·의료통제	·비용통제 ·Risk Pooling확대	·과세회피수단	?
대상	·제한없음 (최초 MSA하에서는 개인 소규모사업장으로 한정)	·전국민	·도시 공기업 근로자	·민영보험가입자	?
가입방식	·자발적	·강제적	·강제적이거나 실효성 의문	·자발적	?
계좌 운영주체	·민간	·정부(CPF)	·사회보험청	·민간보험사	?
적립방식	·(\$3050/\$6150) 한도 내 자유적립	·상한(\$4만1000), 하한(\$1만4000)내 임금에 정률	·임금에 정률	·한도 내 자유적립 (도입초기 무제한 적립 허용)	?
기여주체	·개인 또는 기업	·개인과 기업	·개인과 기업	·개인	?
세제혜택	·상한 내에서 기여금과 이자에 대해 비과세	·기여금과 이자에 대해 비과세	·기여금과 이자에 대해 비과세	·상한 내에서 비과세	?
적립금 용도	·가입자와 가족의 적격 의료서비스나 Medicare보험료	·인출한도 내 가입자와 가족의 적격 의료서비스, 보충적 보험의 보험료	·가입자 본인의 의료서비스	·가입자 본인의 의료서비스	?
용도이외 인출	·가능하나 가세	·불가 (55세이후 최소적립금 초과분 인출 가능)	·불가	·가능하나 (인출금의 2/3만) 과세	?
민영 의료보험	·HDHP가입의무	·Medishield/Elde rlyshield 자발적 가입 (보험료 MSA로부터 인출허용)	·사회보험 강제	·결합형	?
의료재원 구조	·HSA +환자부담분 (Copay, Coinsurance)	·환자부담분 +Medisave +Medishield +Medifund	·MSA+환자부담분 +사회보험	·MSA +환자부담분 (Copay, Coinsurance) +Risk pooling	?

의료저축제도 도입, 가능한가? (3)

조 중 근

가천대 겸임교수/한국지속가능기업연구회 회장

가천대 겸임교수/한국지속가능기업연구회 회장

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]



바른사회시민회의

바른사회
CITIZENS UNITED FOR BETTER SOCIETY

서울시 중구 세종대로14길 38(북창동) 단암빌딩 별관 3층

Tel : 02-741-7660~2

Fax : 02-741-7663

<http://www.cubs.or.kr>