

이슈보고서

2023

01

노후 의료비 재원 마련을 위한 사전적립제도 현황

김규동·정원석·강윤지

본 보고서에 수록된 내용은 집필자 개인의 의견이며 우리원의 공식 의견이 아님을
밝혀 둔다.

목 차

• 요약	1
I. 서론	2
1. 연구 배경	2
2. 연구 내용	7
II. 의료비 적립제도 해외 사례	9
1. 싱가포르 의료저축계좌	9
2. 미국의 건강저축계좌	12
III. 국내 노후 의료비 적립제도 도입 검토	19
1. 공적 의료보장의 대체 기능으로서 의료저축계좌 도입 검토	19
2. 민영보험 역할 강화 측면에서 의료비 사전적립제도 도입 추진	22
IV. 의료비 인출제도 도입 및 현황	32
1. 의료비 인출제도 도입	32
2. 의료비 인출제도 이용 현황	34
3. 연금저축 의료비 인출제도의 한계	35
V. 결론	38
• 참고문헌	39

표 차례

〈표 I-1〉 연령구간별 건강보험 보장률	3
〈표 I-2〉 연령구간별 1인당 의료비(2021년)	5
〈표 II-1〉 싱가포르 의료저축계좌의 구성	12
〈표 II-2〉 미국 건강저축계좌(HSA) 적격 고액공제건강보험(HDHP)의 조건(2022년)	13
〈표 II-3〉 미국 건강저축계좌(HSA)의 구성	14
〈표 II-4〉 건강저축계좌·고액공제건강보험 가입 근로자의 연간 평균 보험료 및 적립금	18
〈표 III-1〉 의료저축계좌 도입 모델(2001년 검토 내용)	21
〈표 III-2〉 의료저축계좌 효과에 대한 의견	22
〈표 III-3〉 노후 의료비 총당보험 가입 내용	26
〈표 IV-1〉 연금저축계좌당 연금 수령액 현황(2021년)	36
〈표 IV-2〉 연금소득 원천징수 신고 현황(2021년)	36

그림 차례

〈그림 I-1〉 평균수명과 건강수명 비교(2010~2019년)	3
〈그림 I-2〉 건강보험 총 진료비 중 노인 진료비 비중	4
〈그림 I-3〉 연도별 노인인구 진료비 지출(2009~2020년)	4
〈그림 II-1〉 연령 구간별 건강저축계좌(HSA) 운용 현황(2021년)	16
〈그림 II-2〉 연령 구간별 건강저축계좌(HSA) 평균 적립액(2021년)	16
〈그림 II-3〉 건강저축계좌(HSA)의 기본구조(직장 제공 시)	17
〈그림 III-1〉 실손의료보험의 보험료 상승에 따른 적립금 변화 예시	25
〈그림 III-2〉 노후 의료비 충당보험 적립금 인출 구조	26
〈그림 III-3〉 의료저축계좌의 운영체계	30
〈그림 III-4〉 연금계좌 체계 개정방안	31
〈그림 IV-1〉 (가칭) 연금 의료비 저축 도해	33
〈그림 IV-2〉 연금저축 연금 수령 형태 및 기간 현황(2021년)	37

고령화로 인해 노후 의료비 부족 문제가 발생할 수 있지만, 이에 대한 준비는 미흡한 실정이다. 국민건강보험 재정건전성에 대한 우려가 커지고 있는 상황에서 국민건강보험 보장을 강화에는 한계가 있을 수 있고, 민영건강보험은 가입심사와 높은 보험료로 인해 노후 의료비 대책으로는 한계가 있다.

싱가포르의 의료저축계좌(Medical Savings Account)와 미국의 건강저축계좌(Health Savings Account)는 개인과 고용주가 사전에 소득의 일정 부분을 적립하여 미래에 발생할 의료비로 활용할 수 있도록 하는 의료비 사전적립제도이다. 이 제도들은 저비용 의료비는 가입자들이 본인의 계좌에서 지불하고 고비용 의료비는 별도의 보험상품을 통해 보장함으로써, 건강보험에서 흔히 발생하는 의료 과다 이용과 같은 도덕적 해이를 방지하고 효율성을 개선할 수 있다는 장점이 있다.

국내에서는 2012~2013년에 노후 의료비 보장을 위해 이와 유사한 노후 의료비 총당보험과 노후 의료비 저축보험(의료비계좌) 도입을 검토한 적이 있다. 노후 의료비 총당보험은 노후실손의료보험과 연계하여 운영할 수 있는 상품으로, 소액 의료비는 본인의 적립금에서 지급하고 고액 입원 의료비는 노후실손의료보험에서 보장하는 형태이다. 노후 의료비 저축보험은 노후 의료비를 위해 사전적립하는 계좌로, 연금저축처럼 세제 혜택을 부여할 수 있고 노후실손의료보험과 연계할 수 있는 방안이 제시되었다. 그러나 이러한 상품들 대신 연금저축 의료비 인출제도가 2014년에 도입되었는데, 노후에 연금저축 적립액에서 의료비 목적으로 인출할 경우 연금소득세가 적용되어 세부담을 완화하도록 한 제도이다.

그러나 개인별 연금저축 적립액이 많지 않고 연금 수령기간이 짧기 때문에, 연금저축 의료비 인출제도를 통해 의료비 재원을 확보하기에는 한계가 있고, 활용 사례도 찾아보기 어렵다. 따라서 연금저축 의료비 인출제도를 잘 활용할 수 있는 방안을 모색하는 등 노후 의료비 자원 마련을 위한 대책 강구가 필요하다고 판단된다.

1. 연구 배경

가. 고령화와 노후 건강

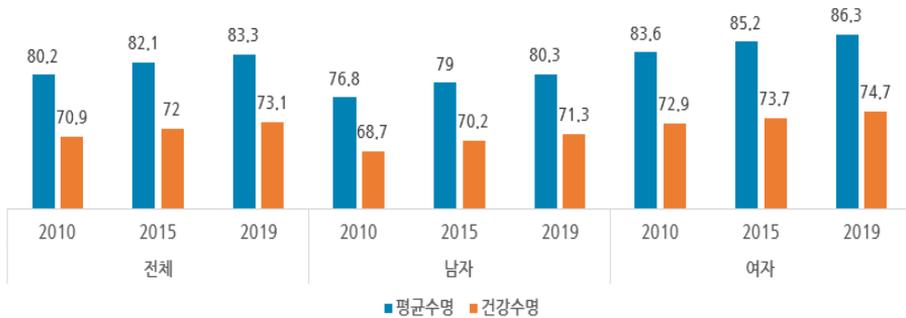
고령화로 인해 발생할 수 있는 가장 큰 사회적인 문제는 노후 소득과 노후 의료비 부족이다. 노후 소득을 사전에 준비하기 위한 국민연금제도는 낮은 소득대체율과 재정건전성 문제로 최근 사회적인 우려를 낳고 있지만, 퇴직연금과 개인연금으로 연결되는 노후 소득보장 3층 구조를 통해 노후 소득 준비에 개인들의 관심이 증가하고 있다. 그에 비해, 국민건강보험제도가 비교적 잘 갖추어져 있는 우리나라에서 개인의 노후 의료비 준비에 대한 관심은 상대적으로 적은 것 같다. 이는 건강보험제도 및 의료 서비스에 대한 접근성이 좋은 우리나라에서 중증 질환을 제외하고 소득 활동을 하는 30~50대가 의료비에 대한 부담을 크게 느끼지 못하기 때문일 것이다.

그러나 고령화의 진행과 노인인구의 증가는 노후 건강과 의료비에 대한 부담을 증가시키게 되는데, 정부의 부담뿐만 아니라 개인의 부담도 같이 증가하게 된다. 평균수명만큼 건강수명이 증가하지 못해 평균수명과 건강수명의 차이는 벌어지고 있는데,¹⁾ 평균수명과 건강수명의 차이 증가는 노인 의료비 증가로 이어지게 된다. 2019년 기준 평균수명은 83.3세(남자 80.3세, 여자 86.3세), 건강수명은 73.1세(남자 71.3세, 여자 74.7세)로 약 10.2세의 차이가 발생하였는데, 10년 전과 비교하면 차이가 0.9세(2010년 9.3세→2015년 10.1세→2019년 10.2세) 더 벌어진 것이다. 이처럼 건강하지 않은 노후 기간의 증가는 고령층의 삶의 질 저하와 의료비 부담 증가로 이어질 수 있기 때문에, 노후 소득 못지않게 노후 의료비 준비에 관심을 가져야 한다.

1) 질병관리청(2022)

〈그림 I-1〉 평균수명과 건강수명 비교(2010~2019년)

(단위: 세)



자료: 질병관리청(2022)

나. 노후 의료비에 대한 경제적 부담 증가

국민건강보험 보장률은 더디기는 하지만 전반적으로 증가 추세에 있으며, 고령자들의 보장률이 젊은 연령대에 비해 더 높다. 5세 이하의 영유아와 18세 이하의 아동층을 제외하면, 연령이 높을수록 국민건강보험의 보장률은 높은 것으로 확인된다. 특히 85세 이상과 75~84세 고령층의 국민건강보험 보장률은 2021년 77.7%와 72.9%로, 45~64세의 58.0%와 65~74세의 66.4%에 비해서 월등히 높는데,²⁾ 고령자들이 젊은 연령대에 비해 국민건강보험의 보장을 잘 받고 있다고 보인다.

〈표 I-1〉 연령구간별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
0~5세	64.8	66.8	69.3	69.4	70.8	71.0
6~18세	52.9	54.0	54.4	57.4	54.6	54.9
19~44세	51.6	52.7	53.4	54.1	55.7	53.8
45~64세	56.5	56.5	57.6	57.5	59.3	58.0
65~74세	66.6	65.6	67.2	67.8	67.9	66.4
75~84세	71.0	70.7	72.1	72.5	73.1	72.9
85세 이상	75.6	74.9	75.5	76.0	77.5	77.7

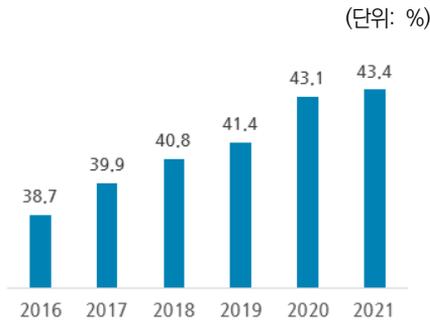
자료: 국민건강보험공단, 「건강보험환자 진료비 실태조사 결과」, 각 년도

2) 국민건강보험공단(2022d)

그러나 노인 의료비 증가 추세는 국민건강보험 통계에서 확연히 드러난다. 65세 이상 인구의 건강보험 진료비는 2021년에 40조 6,129억 원으로 전체 의료비의 43.4%를 차지하고 있는데, 5년 전인 2016년의 38.7%에 비해 4.7%p 증가하였다. 노인인구 증가로 노인 총 진료비가 증가하는 것은 자연스러운 현상이라고 생각할 수 있지만, 노인인구 1인당 연평균 진료비가 전체 인구에 비해 월등히 높다는 점에서 노인 의료비 문제는 간과될 수 없다.

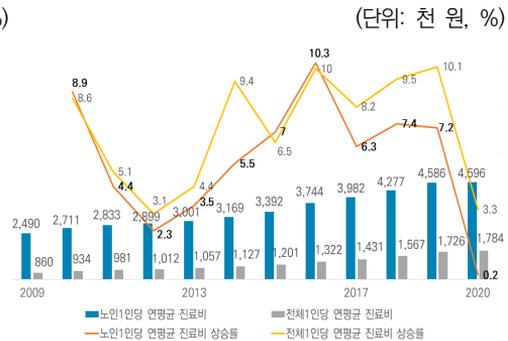
전체 인구의 1인당 연평균 진료비는 2021년에 186만 원 수준이었지만, 65세 이상 인구의 1인당 연평균 진료비는 497만 원 수준으로 약 2.67배 수준이다.³⁾ 과거 10년간(2010~2020년) 65세 이상 인구의 1인당 연평균 진료비 증가율은 5.4%로, 전체 인구의 1인당 연평균 진료비 증가율 6.7%에 비해 낮았다. 그러나 증가액은 188만 원으로 전체 인구 1인당 진료비 증가액 85만 원보다 1백만 원 이상 더 많이 증가하였다. 고령층의 1인당 본인부담 의료비도 젊은 연령층에 비해 월등히 높다는 것을 확인할 수 있는데, 60세 이후에 의료비 부담이 급증하여 은퇴 이후에 경제적인 부담을 가중시킬 것으로 보인다. 특히, 국민건강보험 재정이 2028년에 고갈될 수 있다는 경고가 나오는 상황에서 건강보험 보장성 강화 정책이 지속적으로 추진될 수 있을지에 대해서도 의문을 제기할 수 있기 때문에, 고령층의 의료비 지출 부담이 더 커질 수 있다고 예상할 수 있다.⁴⁾

〈그림 I-2〉 건강보험 총 진료비 중 노인 진료비 비중



자료: 국민건강보험공단(2022a)

〈그림 I-3〉 연도별 노인인구 진료비 지출(2009~2020년)



자료: 국민건강보험공단(2022b)

3) 국민건강보험공단(2022c)의 급여실적 통계(Table III-6)와 적용인구(Table I-3-1)를 이용하여 1인당 진료비를 산출함

4) 2021년 건강보험 보장률은 64.5%로 2020년에 비해 0.8%p 감소함; 국민건강보험공단 보도자료(2023. 1. 10), "2021년 건강보험 보장률 64.5%(전년 대비 -0.8%p)"

〈표 I-2〉 연령구간별 1인당 의료비(2021년)

(단위: 천 원)

구분	급여항목 진료비		1인당 본인부담금 (비급여 포함)
	1인당 진료비	1인당 본인부담금	
0세	2,717	77	-
1~4세	1,064	176	-
5~9세	710	190	-
10~14세	579	165	-
15~19세	558	156	-
20~24세	621	181	378
25~29세	748	212	461
30~34세	972	260	611
35~39세	1,041	283	651
40~44세	1,111	308	690
45~49세	1,288	348	680
50~54세	1,593	423	848
55~59세	2,024	528	1,084
60~64세	2,629	674	1,415
65~69세	3,688	888	1,417
70~74세	4,628	1,084	1,793
75~79세	5,537	1,277	1,584
80~84세	6,390	1,465	1,831
85세 이상	7,529	1,784	1,649

주: 국민건강보험공단(2022c)의 급여실적 통계(Table III-6)와 적용인구(Table I-3-1)를 이용하여 1인당 진료비를 산출하였으며, 연령구간별 건강보험 보장률을 적용하여 비급여 포함 1인당 본인부담금을 추정하였음
 자료: 국민건강보험공단(2022c); 국민건강보험공단(2022d)

국민연금 및 사적연금 수급으로 노인소득은 계속 증가할 것으로 보인다. 노인 빈곤율도 감소하는 등 전반적인 노인 소득 지표는 개선되고 있지만, 66세 이상 인구의 상대적 빈곤율은 OECD국가 중에서 가장 높은 수준(43.2%)을 보이고 있다.⁵⁾ 2020년 기준 연령별 연간 소득을 보면, 60대는 1,673만 원, 70대는 1,168만 원, 80대는 824만 원으로, 노후 의료비를 감당하기에는 충분하지 않은 수준이라는 것을 확인할 수 있다.⁶⁾ 국민연금 재정건전

5) OECD(2022); 상대적 빈곤율은 2019년 기준임

6) 한국고용정보원(2020)

성뿐만 아니라 국민건강보험의 재정건전성도 문제로 지적되고 있는 상황에서, 오히려 보장성이 약화될 경우 노인의 의료비에 대한 경제적 부담은 더욱 심화될 수밖에 없을 것이다. 국민건강보험의 재정이 전반적으로 약화되는 상황에서도 고령층만 보장성을 강화한다면, 노인 의료비를 젊은 세대가 부담한다는 세대간 갈등으로 번질 우려도 있다.

다. 노인인구의 민영건강보험 가입

노인 의료비는 국민건강보험 외에 실손의료보험 등 민영의료보험을 통해서 감당할 수도 있다. 그리고 생명보험 및 손해보험 회사들이 판매 중인 건강보험은 80세 이후에도 가입이 가능하거나, 90세 이후까지 보장이 가능한 보험상품도 있다. 그러나 이는 가입이나 보장이 가능한 최대 연령을 의미할 뿐, 대다수의 고령층이 이러한 민영건강보험에 가입하여 보장을 받을 수 있다는 의미는 아니다. 가입심사에서 가입이 거절될 수도 있으며, 가입이 가능하다고 하더라도 높은 보험료 때문에 경제적 부담이 의료비 이상으로 발생할 수도 있다. 또한, 가입자의 의료 이용에 대한 도덕적 해이로 인해 계속 증가하는 보험금 지급은 보험료 인상을 부추기게 되는데, 현재 판매 중인 민영건강보험상품을 노후 의료비의 해결책으로 보기에 한계는 있다. 최근 5년간 노인 대상 민영건강보험 가입을 저해하는 요인들을 살펴본 연구에 의하면, 고령자들은 나이, 저소득, 저학력, 만성질환 등으로 인해 민영건강보험 가입에 어려움을 겪고 있었고,⁷⁾ 이러한 요인들로 인해 노인의 민영건강보험 가입률은 전체 연령대에 비해 현저히 낮게 나타나고 있다. 한국의료패널 심층분석 보고서에 의하면, 연령별 민간의료보험 가입 현황은 2017년 기준 60대는 77%, 70대 이상은 31.6%로 나타났다.⁸⁾

과거에 이미 가입한 건강보험이라고 하더라도 보험료를 주기적으로 갱신하는 상품은 향후 보험료 인상의 가능성이 매우 높다. 과거에 가입했던 비갱신형 보험상품은 보장기간이 80대에 종료되는 경우가 많은데, 평균수명이 계속 증가하는 추세에서 보장공백이 발생할 가능성이 매우 높다. 따라서 민영건강보험에 이미 가입하였거나 신규로 가입할 예정이라고 하더라도, 노인 의료비 증가로 인한 개인의 경제적 부담 증가는 피할 수 없을 것으로 보인다.

7) 최형심(2021)

8) 문성웅 외(2019)

라. 노인 의료비 대책 마련의 필요성

증가하는 노후 의료비는 국가, 보험회사 및 개인에게 모두 부담이 될 수 있으며, 더 늦기 전에 노후 의료비에 대한 대책 마련이 필요할 것으로 보인다. 고령자에 대한 국민건강보험 보장률을 대폭 인상시킬 수도 있으며, 실손의료보험처럼 민영의료보험을 이용하여 노후에 발생하는 의료비를 보장할 수도 있다. 그러나 국민건강보험 보장률을 고령자에 대해 서만 대폭 인상할 경우, 의료비 부담의 세대 간 전이로 인한 세대 간 불평등 문제가 불거질 수 있으며, 고령자의 의료비 증가에 대한 정확한 예측이 어려운 상황에서 초고령자의 민영건강보험 보장 확대가 쉽지 않을 것으로 보인다.

국민건강보험의 보장률 인상과 민영건강보험 보장 확대가 모두 어렵다면, 공적연금을 보완하기 위해 사전연금에 가입하듯이 국민건강보험이나 민영건강보험을 보완하기 위해 개인의 의료비를 사전에 적립하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 의료비 사전적립제도는 싱가포르에서 도입한 의료저축계좌(Medical Savings Account)와 미국에서 운영 중인 건강저축계좌(Health Savings Account)가 유사한 목적을 가지고 있는 제도라고 생각된다.

우리나라에서도 2000년에 정부 차원에서 국민건강보험 재정 강화 목적으로 의료저축계좌 도입을 검토한 적이 있으며, 2012~2013년에는 보험산업 차원에서 개인의 의료보장 강화를 위해 노후 의료비 사전적립제도 도입을 추진한 적이 있다. 그러나 의료저축계좌 도입은 이루어지지 않았고, 연금저축 재원을 의료비로 활용할 수 있는 연금저축 의료비 인출제도가 2014년에 도입되었다.

2. 연구 내용

본 연구에서는 해외 의료비 사전적립제도와 국내에서 도입이 검토되었던 내용, 현재 운용 중인 제도 등 국내외 노후 의료비 사전적립제도 현황을 조사하고자 한다. 해외의 의료비 사전적립제도로는 싱가포르와 미국의 사례가 있다. 국내에서도 이와 유사한 보험상품 및 의료저축계좌 도입을 검토했던 사례가 있으며, 2014년 도입된 연금저축 의료비 인출제도가 운용 중이다.

II장에서는 싱가포르와 미국에서 도입한 의료비 사전적립제도에 대해 간단히 조사하고,

그 기본적인 운영원리에 대해서 알아본다. Ⅲ장에서는 우리나라에서 정부가 2000년에 도입을 검토하였던 내용과 2012~2013년에 보험산업이 도입을 추진하였던 내용을 조사하여, 당시 사회적으로 논의되었던 제도의 장단점에 대해 알아본다. Ⅳ장에서는 노후 의료비로 사용할 수 있도록 2014년에 도입되어 시행 중인 연금저축 의료비 인출제도 내용과 효과에 대해서 검토한다. 마지막으로 Ⅴ장에서는 노후 의료비 사전적립을 위한 향후 과제를 제시하는 것으로 본 연구를 마무리하고자 한다.

II

의료비 적립제도 해외 사례⁹⁾

1. 싱가포르 의료저축계좌

가. 개요

싱가포르의 의료저축계좌(Medical Savings Accounts; MSA)는 공공의료 지출을 효율적으로 관리하기 위한 방안으로, 1984년에 세계 최초로 도입된 제도이다. 싱가포르는 1953년 영국 식민정부 하에서 중앙공제기금조례 34호(Central Provident Fund Ordinance 34 of 1953)에 의해 사회보장제도를 처음 도입하였는데, 1984년에 제도 개정을 통해 CPF 기여금의 일부를 이용하여 의료비를 사전에 적립할 수 있는 메디세이브(Medisave)를 도입하였다.¹⁰⁾ 메디세이브는 1983년 국민건강계획의 권고사항을 반영한 것으로, 의료서비스를 위해 가구 단위의 더 높은 비용 부담을 확립하고, 공공재정을 저소득층을 위한 안전망으로 제한하며, 의료 서비스 제공자 사이에 더 큰 경쟁을 유도하는 것을 목적으로 하였다.¹¹⁾

의료저축계좌는 개인의 의료비는 개인이 책임진다는 시장경제원리에 기초한 제도인데, 우리나라와 달리 전 국민을 대상으로 하는 국가 의료보장 체계가 없는 싱가포르에서 의료비용을 개인이 체계적으로 부담하도록 하는 것을 목적으로 만들어진 제도이다. ① 개인에게 발생한 비용은 스스로 부담하고, ② 각 연령 세대가 부담할 당대의 지출을 스스로 해결하여 다음 세대로 미루지 않으며, ③ 정부는 인구 집단 간 소득 이전을 최소화하는 것을 기본원칙으로 한다.¹²⁾

의료저축계좌는 여러 가지 프로그램으로 구성되어 있는데, 싱가포르 의료 보장의 기본을 이루는 프로그램은 앞에서 설명한 메디세이브로, 경증질환의 입원, 만성질환, 고액 외래

9) 본 장에서 조사하는 싱가포르와 미국의 의료비 사전적립제도는 노후 의료비만을 목적으로 하지는 않음. 다만 전반적인 제도에 대해 조사함으로써, 향후 국내에서 노후 의료비 사전적립제도를 도입할 경우 참고하고자 함

10) AXCO(2023a)

11) Thomson(2008)

12) 김소윤(2007)

진료 비용을 조달한다. 이 외에 장기입원을 요하는 중증질환자의 고액치료비용을 조달하기 위한 건강보험제도인 메디실드 라이프(Medishield Life), 저소득층을 지원하기 위한 메디펀드(Medifund), 중증장애, 노인성 질환 등 장기요양 위험을 보장하는 장기간병보험인 엘더실드(Eldershiield)와 케어실드 라이프(Careshiield Life)가 싱가포르 의료보장 체계를 이루고 있다.¹³⁾ 저소득층을 위한 메디펀드를 제외하면, 메디세이브를 근간으로 하고 개별 의료보험을 통해 고액 의료비나 중증장애를 보장하는 구조로 되어 있다. 메디세이브를 통해 최대한 자본시장의 원리를 따르고 있지만, 의무보험인 메디실드 라이프와 케어실드 라이프를 통해 공공의료보장의 성격을 충분히 가지고 있다고 보여진다.

나. 세부 내용¹⁴⁾

메디세이브 제정은 미래의 의료비를 사전에 조달하기 위한 의무적 저축제정이다. 기여금은 CPF를 통해, 근로자의 경우 급여의 8~10.5%, 연간 순이익이 6천 싱가포르 달러를 초과하는 자영업자의 경우 4~10.5%가 매월 납입된다. 메디세이브 제정은 의료비뿐만 아니라 메디실드 라이프 및 케어실드 라이프 보험료 납부를 위해서 사용할 수 있기 때문에, 싱가포르 의료보장의 근간을 이루는 제도라고 할 수 있다. 메디세이브에서 사용할 수 있는 의료비는 비교적 저비용 의료비로 ① 의사 진료비, ② 수술·치료·검사·의약품·재활 서비스·의료 용품·임플란트 및 보철물에 대한 입원 환자 비용 및 병동 비용, ③ 투석·화학 요법 및 방사선 요법과 같은 고비용의 특정 외래 치료 비용, ④ 당뇨병·고혈압·천식·정신분열증 또는 치매와 같은 만성질환 치료 비용 등으로 제한된다.

메디실드 라이프는 고비용 의료서비스를 보장할 수 있도록 설계된 입원 환자 공공 보험 제도로, 메디세이브가 소진되는 위험을 줄여준다. 메디실드 라이프는 1990년에 도입된 메디실드가 2015년 11월 1일부터 MediShield Life Scheme Act 2015에 따라 개선된 제도이다. 메디실드는 일부 가입 및 보장을 제한하고 있어 민영보험의 원리가 적용되었지만, 메디실드 라이프는 의무보험으로 평생 기준으로 보장을 강화했으며, 기왕증(Pre-existing conditions)이 있는 사람들도 가입할 수 있도록 하였다. 기존에 있던 평생 청구 한도(30만 SGD)도 없애 공공보험의 성격을 강화하였다. 2022년 3월 1일 기준 메디실드 라이프의 연간 보험료는

13) AXCO(2023a)

14) AXCO(2023a)와 싱가포르 Ministry of Health(<https://www.careshiieldlife.gov.sg/faqs/eldershiield.html>) 자료를 참고함

145 SGD(20세 미만)부터 2,055 SGD(90세 이상)에 달한다. 가입자의 의료비 부담비(Coinsurance)는 의료비 발생 금액에 따라 3%에서 10%로 다양한데, 의료비가 5천 SGD를 초과하면 낮은 부담비율이 적용된다.

메디펀드는 1993년에 도입된 제도로, 보조금이 지급되어 할인된 의료비조차도 지불할 능력이 되지 않는 저소득층을 지원하기 위한 기금(Endowment fund)이다. 인구 고령화에 대응하여 Medifund Silver가 2007년에 설립되었으며, 젊은이들을 지원하기 위해 Medifund Junior가 2013년에 추가되었다.

엘더실드는 2002년에 도입된 중증장애 보험으로 장기요양이 필요한 사람들에게 기본적인 재정 지원을 한다. 메디세이브 계정을 가지고 있는 싱가포르 국민이나 영주권 소지자가 40세가 되면 자동으로 가입하게 된다. 플랜은 Eldershiield 300과 Eldershiield 400이 있는데, 중증장애 상태가 되었을 때에 월 300 SGD를 60개월간 지급(Eldershiield 300)하거나 월 400 SGD를 72개월간 지급(Eldershiield 400)하는 제도이다.

케어실드 라이프도 엘더실드와 마찬가지로 중증장애 보험 제도로, 2020년에 도입되어 엘더실드를 대체하였으며 2021년부터는 비영리 기반으로 정부가 운영하고 있다. 1979년 이전 출생자들은 선택적으로 가입할 수 있지만, 1980년 이후 출생자들은 제도 도입 시 또는 30세가 되었을 때에 자동으로 가입되고 탈퇴할 수 없다. 보험금은 엘더실드보다 더 강화되었는데, 중증장애에 해당되어 보험금 지급 대상이 되면 2020년 기준으로 매월 600 SGD를 장애가 지속되는 동안 받게 된다. 보험금은 67세에 도달할 때까지 매년 2%씩 인상된다. 중증장애는 최소 3가지 일상생활활동(ADL)을 실행하는 데 도움이 필요한 상태로 정의된다. 보험료는 연령과 성별에 따라 결정되는데, 2025년까지는 매년 2%씩 인상되며, 저소득 가구에는 최대 30%까지 보조금이 지급된다.

〈표 II-1〉 싱가포르 의료저축계좌의 구성

구분		보장내용	
기본 의료 보장	메디세이브 (Medisave)	<ul style="list-style-type: none"> • 저비용 의료비 보장 • 가입자와 가족의 외래, 입원, 수술 등 비교적 제한적인 비용에만 사용 가능 	
중증질환 보장	메디실드 라이프 (Medishield Life)	<ul style="list-style-type: none"> • 고비용 의료서비스를 보장할 수 있는 공공보험 	
저소득층 보장	메디펀드 (Medifund)	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득층 지원을 위한 기금 • 고령자를 위한 Medifund Silver와 젊은이를 위한 Medifund Junior가 별도 설립됨 	
중증장애 보장(정액)	엘더실드 (Eldershield)	장기요양 수당을 지급하는 중증장애 보험	<ul style="list-style-type: none"> • 가입: 2020년 이전에 40세가 된 경우 자동 가입 • 보장: 중증장애 시 월 300 SGD를 5년(또는 월 400 SGD를 6년) 지급
	케어실드 라이프 (Careshield Life)		<ul style="list-style-type: none"> • 1979년 이전 출생자: 선택적 가입, 중증장애 시 가입 불가 • 1980년 이후 출생자: 2020년 10월 1일 또는 30세가 되었을 때에 의무 가입 • 보장: 중증장애 시 월 정액(2020년 기준 600 SGD, 이후 매년 2% 인상)을 중증장애 지속 시까지 계속 지급

자료: AXCO(2023a) 내용을 정리함

2. 미국의 건강저축계좌

가. 개요

미국의 건강저축계좌(Health Savings Accounts; HSA) 모델은 고액공제건강보험 플랜 (High Deductible Health Plans; HDHP)과 결합하여 운영되는 것으로, 보험(HDHP)의 공제 한도 이하에서 발생하는 비용을 지불하는데 사용되는 전용 저축계좌이다. HDHP는 2022년 기준으로 1,400 USD(개인보장) 또는 2,800 USD(가족보장)의 최소 공제액 (Deductible)을 가진 보험을 말한다. HSA 적격 HDHP는 최소 공제액 외에도 최대 자기부담금(Out-of-pocket maximum)이 있는데, 2022년 기준으로 개인보장은 연간 7,050

USD, 가족보장은 연간 14,100 USD이다.¹⁵⁾ HSA는 사전에 정해진 기간 의료 지출에 사용한 뒤 잔여액에 대해서는 비의료 관련 비용으로 사용할 수도 있다. 이 모델은 의료서비스가 필요할 때 필요한 자금을 이용할 수 있게 하면서도 의료서비스 이용을 절감할 수 있도록 하는 인센티브를 제공한다.

〈표 II-2〉 미국 건강저축계좌(HSA) 적격 고액공제건강보험(HDHP)의 조건(2022년)

(단위: USD)

구분	개인보장	가족보장
최소 공제액 (Deductible)	1,400	2,800
연간 최대 자기부담금 (Out-of-pocket expense)	7,050	14,100

자료: Kaiser Family Foundation(2022)

미국에서는 1970년대 중반부터 이 모델에 대한 관심과 실험이 작은 규모로 시작되었는데, 2002년 재무부는 건강관리를 위해 적립된 계좌에 대한 고용주의 기여금은 근로자에 대한 과세소득이 아니며, 그러한 계좌에서 사용되지 않은 자금은 매년 이월할 수 있다고 발표하였다. 2003년에는 메디케어 현대화법(Title XII of the 2003 Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act) 개정으로 고액공제건강보험 플랜(HDHP)과 결합된 건강저축계좌(HSA)에 세금 인센티브를 제공하게 되었다. 건강저축계좌가 직장 건강보험 프로그램으로 운영되는 경우 건강저축계좌에 대한 소유권은 근로자에게 있으며, 한 직장에서 다른 직장으로 이전할 수 있다. 건강저축계좌를 공공 의료보험 프로그램과 연계한 사례들도 있는데 일부 주에서는 메디케이드에 건강저축계좌 기능을 포함할 수 있도록 하였고, 메디케어 수급자들은 전통적인 메디케어 프로그램 대신 건강저축계좌를 선택할 수 있는 옵션이 추가되기도 하였다.¹⁶⁾

건강저축계좌에 대한 기여금은 건강저축계좌 적립액에 대한 이자와 마찬가지로 비과세이며, 건강저축계좌에서 인출되는 적격 의료비(본인과 가족의 진료비나 약제비 등)도 비과

15) 2022년 기준으로 HDHP의 평균 공제액(Deductible)은 2,458 USD(개인보장)과 4,533 USD(가족보장)이며, 평균 최대 자기부담금(Out-of-pocket maximum)은 4,422 USD(개인보장)임(Kaiser Family Foundation 2022)

16) 메디케어 대체 프로그램은 저축계좌와 고액공제건강보험이 결합된 형태로, Centers for Medicare and Medicaid Services는 매년 저축계좌에 일정액을 납입함(Glied, Ly and Brown 2020)

세이다. 그러나 65세 이전에 비의료 목적으로 인출하는 경우에는 소득세 외에도 20%의 가산세가 부과된다. 그 해에 사용되지 않은 건강저축계좌 적립액은 다음 해로 이월된다. 건강저축계좌에 대한 연간 최대 납입액은 매년 변동이 있는데, 2022년 기준으로 개인보장은 3,650 USD(2021년에는 3,600 USD), 가족보장은 7,300 USD(2021년에는 7,200 USD)이다.¹⁷⁾

〈표 II-3〉 미국 건강저축계좌(HSA)의 구성

구분	내용	제도의 성격
건강저축계좌 (Health Savings Accounts)	<ul style="list-style-type: none"> • 고액공제의료보험 가입자가 개설 • 은퇴 전: 고액공제의료보험의 본인부담금에 사용 • 은퇴 후: 공적 건강보험료 및 본인부담금, 장기요양보험료, 기타 의료비 등에 사용 가능 	개인 의료비의 생애 분산
고액공제건강보험 (High Deductible Health Plan)	<ul style="list-style-type: none"> • 본인 부담금을 높게 설정함으로써, 상대적으로 낮은 보험료 산출 가능 • 개인부담 상한제: 연간 기준으로 본인부담금 이상은 보험에서 보장 • 건강저축계좌와 같이 가입하거나 단독 가입 가능 	위험단체 내 분산

자료: 이경희(2013)

나. 효과

건강저축계좌 도입 당시 예상되었던 긍정적인 효과는 서비스 이용자를 더 큰 비용에 노출 시킴으로써 의료 지출을 줄이고 해당 지출의 효율성을 개선할 수 있다는 점이었고, 부정적인 효과로는 높은 공제액 때문에 가입자들의 예방적 의료 이용이 급감할 수 있다는 점이었다. 그러나 예방적 의료 이용의 감소 우려는 자기부담금 대상 의료 이용에서 예방적 의료 이용을 제외함으로써 해소되었는데, 여기에는 정기건강검진, 영유아 및 아동을 대상으로 하는 정기검진, 예방 접종, 금연 프로그램, 대장 내시경 중 용종 제거 및 만성 질환에 대한 처방약 등이 포함되었다. 따라서 대부분의 예방 의료 서비스는 보험을 적용받을 수 있게 되었다.¹⁸⁾

이러한 플랜 설계는 실제 의료 이용에 많은 영향을 미친 것으로 조사되는데, PPO 가입자

17) AXCO(2023b)

18) Glied(2008)

들에 비해서 의료 이용면에서 여러 가지 긍정적인 점들이 발견되었다. 먼저 건강저축계좌 가입자들은 PPO 가입자들에 비해 건강에 대한 관심이 더 많았는데, 의료비용 정보를 온라인으로 조사한 횟수가 PPO 가입자보다 3배 더 많았다. 당뇨병과 같은 일부 만성질환에 대해서는 사전 검사를 받는 비율이 PPO 가입자들보다 더 높았으며, 더 많은 예방 관리 서비스를 이용하는 것으로 조사되었다. 또한 비일상적인 1차 진료 의사(Primary Care Physician) 방문 횟수가 약 15% 적었고, 전체 의료비용이 9% 낮게 발생하는 등, 전반적으로 비용 측면에서도 더 효율적이었다.¹⁹⁾

그러나 이러한 긍정적인 효과들이 저소득층에서는 발생하지 않을 수 있고, 오히려 저소득층의 의료 서비스 접근을 방해하고 미국 의료시장이 직면하고 있는 문제들을 악화시킬 수도 있다고 우려된다. 저소득층이 감당할 수 없는 비용 부담은 필요한 치료에 대한 접근을 감소시킬 수 있고 어떤 경우에는 건강 악화로 이어질 수도 있는데, 건강상의 이유로 의료 이용을 결정할 때 저소득층의 비용·편익에 대한 판단이 달라질 수 있기 때문이다.²⁰⁾

다. 건강저축계좌 운용 현황

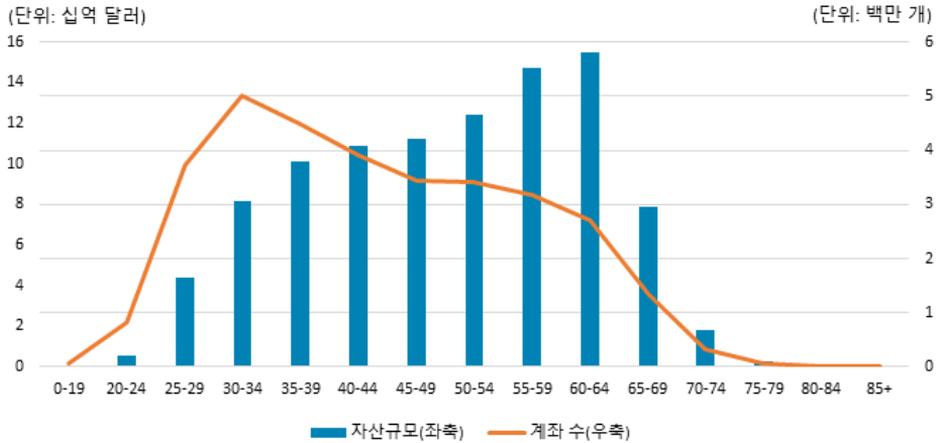
건강저축계좌 투자 및 자문 기관인 Devenir에 의하면, 2021년 12월 31일 기준으로 3,251만 개 이상의 건강저축계좌가 개설되어 있고, 6,736만 명 이상이 건강저축계좌에 의해 보장받고 있다. 약 1억 8천만 명 정도가 민영건강보험 시장에서 보장받고 있다고 추정되므로, 약 1/3 정도가 건강저축계좌에 의해 보장받는다고 볼 수 있다. 계좌 수 기준으로는 30대가 가장 많이 가입하였지만, 적립액은 50~60대가 가장 많다. 연령별 평균 적립액은 60대가 가장 많으며, 이후 급감하는 형태를 보이고 있다.²¹⁾

19) AHIP(2011)

20) Hoffman and Tolbert(2006)

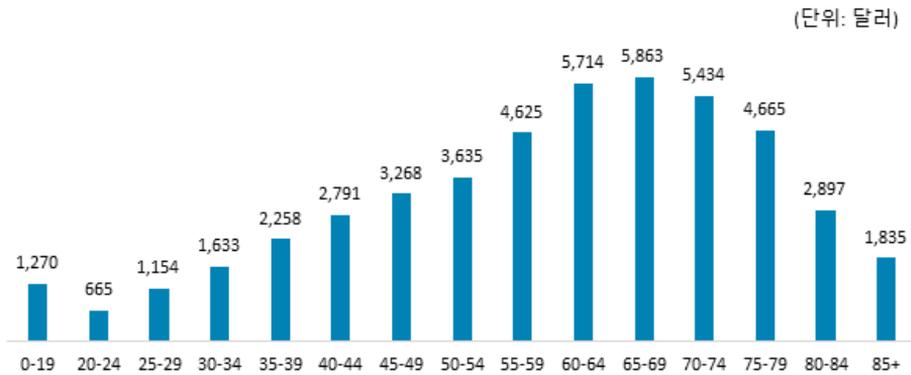
21) Devenir(2022)

〈그림 II-1〉 연령 구간별 건강저축계좌(HSA) 운용 현황(2021년)



자료: Devenir(2022)

〈그림 II-2〉 연령 구간별 건강저축계좌(HSA) 평균 적립액(2021년)

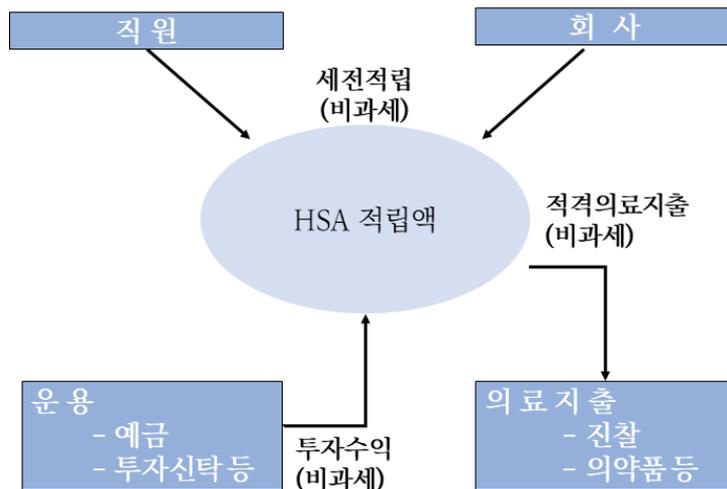


자료: Devenir(2022)

건강저축계좌 및 고액공제건강보험은 개인이 직접 가입할 수도 있고 기업의 근로자 복리후생 프로그램으로 운영될 수도 있는데, 어떠한 경우이든 건강저축계좌에 대한 소유권은 개인이 가지게 된다. 미국의 건강보험이 근로자 복리후생 프로그램으로 운영되는 경우가 대부분이다 보니 건강저축계좌와 고액공제건강보험 역시 기업의 프로그램으로 운영되는 경우가 많다. 이 경우에 근로자와 회사가 같이 건강저축계좌 적립금을 납입하는 것이 일

반적이다. 그러나 회사가 적립금을 부담하지 않는 경우도 있는데, 건강저축계좌·고액공제건강보험을 운영하는 회사 중에서 약 20% 정도는 회사가 기여금을 부담하지 않는다.²²⁾ 건강저축계좌 납입금에 대해서는 과세되지 않으며, 65세 이전에 비과세 적용을 받을 수 있는 인출은 적격 의료 지출로 한정된다. 65세 이후에는 다른 용도로 사용하더라도 가산세가 부과되지 않고 소득세만 부과된다. 건강저축계좌는 고액공제건강보험과 연계하여 운영되므로, 보험을 제공하는 보험회사와 은행이 제휴하는 경우가 많다.²³⁾

〈그림 II-3〉 건강저축계좌(HSA)의 기본구조(직장 제공 시)



자료: 금융연구원(2007)의 그림을 재구성함

건강보험 프로그램을 운영하는 직장 중에서 약 25% 정도가 건강저축계좌·고액공제건강보험을 운영하고 있는데, 직장의 규모가 클수록 그 비율은 높은 것으로 조사된다.²⁴⁾ 2022년 기준으로 건강저축계좌·고액공제건강보험에 납입하는 연간 평균 보험료와 납입액은 개인보장 7,849 USD, 가족보장 22,304 USD로 조사되고 있는데, 이는 적립 옵션이 없는 건강보험 플랜에 비해 약간 적은 수준이다.

22) Kaiser Family Foundation(2022)

23) 금융연구원(2007)

24) Kaiser Family Foundation(2022)에 의하면, 2022년 기준으로 HSA 운영 비율이 종업원 3인 이상 200인 미만인 경우에는 24%, 200인 이상인 경우에는 51%로 조사됨

〈표 II-4〉 건강저축계좌·고액공제건강보험 가입 근로자의 연간 평균 보험료 및 적립금

(단위: USD)

구분	개인보장		가족보장	
	HSA/HDHP	비적립 플랜	HSA/HDHP	비적립 플랜
연간 보험료	7,170	8,162	21,079	23,003
근로자의 보험료 부담	1,078	1,405	5,188	6,410
기업의 보험료 부담	6,092	6,757	15,891	16,593
기업의 HSA 기여금	648	-	1,117	-
전체 기업 부담	6,774	6,757	17,149	16,593
전체 연간 비용	7,849	8,162	22,304	23,003

주: 자료 집계 및 평균 산출방식으로 인해 전체 합계가 세부 항목의 합과 다를 수 있음
 자료: Kaiser Family Foundation(2022)

기업의 건강저축계좌에 대한 평균 기여금이 개인보장은 648 USD, 가족보장은 1,117 USD인데, 이는 기업의 규모에 따라 2배 정도 차이가 발생한다. 종업원 수가 3명 이상 200명 미만인 소규모 기업의 건강저축계좌 기여금은 1,114 USD(개인보장)와 1,681 USD(가족보장)인 반면, 종업원 수가 200명 이상인 대규모 기업의 건강저축계좌 기여금은 529 USD(개인보장)와 973 USD(가족보장)에 불과하다.²⁵⁾

25) 기업의 보험료 부담과 근로자의 보험료 부담은 기업의 규모에 따라 거의 차이가 없음(Kaiser Family Foundation 2022)

1. 공적 의료보장의 대체 기능으로서 의료저축계좌 도입 검토²⁶⁾

가. 정부의 의료저축계좌 도입 검토

2000년에 접어들면서 국민건강보험 재정 부실에 대한 우려가 증가하였는데, 국민건강보험의 통합과 의약분업을 주요 원인으로 꼽고 있다. 국민건강보험 통합으로 가입자의 소득 재분배 기능은 향상되었으나 개별 조합 단위로 이루어지던 진료비 통제 기능이 제대로 역할을 하지 못하였고, 보험료 조정 기능이 제한을 받으면서 보험료를 적기에 인상하지 못하게 되었다. 또한 의약분업 후 너무 단기에 의료보험 수가를 올리면서 의료보험 재정 상황은 악화되었다. 2000년 1조 원 이상의 수지 적자가 발생하였고, 2001년에는 적립금이 고갈될 수 있다고 전망되기도 하였다.²⁷⁾

이에 정부는 국민건강보험 재정 건전화를 위해 국민건강보험의 기능을 줄이면서 줄어드는 기능을 대체할 수 있도록 의료저축계좌 도입을 검토하였다. 보건복지부는 ‘2001년도 주요업무계획’에서 국민건강보험의 근본적인 적자구조 개선을 위해 의료저축계좌를 소액진료비 본인부담제(Deductible)와 함께 도입하는 방안을 검토할 예정이라고 발표하였다.²⁸⁾ 의료저축계좌와 소액진료비 본인부담제는 의료시장에서 개인의 책임을 강화하는 것으로, 당시 정부가 의료보장의 공공성을 줄이고 시장원리를 강화하려고 한 것으로 보인다. 그러나 정부는 제도 도입 검토의 목적이 의료시장에서 발생하는 비효율성을 줄이는 것이므로 개인의 부담이 늘어나는 일은 없을 것이라고 설명하였다. 당시 국회 보건복지위원회 회의록에는 국민의 추가 부담 없이 기존 국민건강보험료의 일부를 개인별 의료저축계좌에 적립하고 가벼운 질환은 의료저축계좌에서 치료비를 지급하도록 하는 것이라는 내용이 담

26) 2000년 이후 국내 도입이 검토되었던 제도의 명칭은 의료저축계좌, 건강저축계좌, 노후 의료비저축보험 등 다양 한데, 본 연구에서는 의료저축계좌로 통일하여 사용함. 다만, 싱가포르와 미국에서 이미 시행하고 있는 제도의 명 칭은 그대로 사용함

27) 이만우(2001)

28) 보건복지부 보도자료(2001), “2001년도 주요 업무계획”

겨 있다. 경미한 질환은 가급적 평소 건강관리를 통해 관리하여 의료남용(濫受診)을 자제하도록 유도하고, 중증질환에 대한 건강보험의 보장성을 높이고자 하는 것이므로 국민 부담이 증가하지는 않을 것이라는 뜻이다.²⁹⁾

정부가 구체적인 도입 모델을 발표하지는 않았지만, 국민건강보험공단 및 국회도서관 입법전자정보실 자료에는 비교적 구체적인 의료저축계좌의 도입 모델을 언급하고 있다.³⁰⁾ 이만우(2001)의 설명에 의하면, 보험료의 70%는 의료저축계좌에 적립되어 노후 의료비 위주로 사용될 수 있고 경제주체들이 의료비용의 절감 인센티브를 가지게 된다. 나머지 보험료의 30%는 순수한 의미의 보험에 사용되는데, 당시 재난적 의료비에 취약했던 국민건강보험이 ‘중병보험(Catastrophic insurance)’ 형태로 변화되는 것을 의미한다. 이처럼 의료보험계좌를 두 개의 형태로 분리하여 운영함으로써 위험의 분산 효과를 이루면서 도덕적 해이의 문제를 해결할 수 있다고 설명한다. 특이한 점은 30% 보험료로 가입하는 의료보험은 선택적으로 가입하는 것으로 민영의료보험으로 대체될 수 있다고 설명하는데, 이는 당시에 논란이 되었던 의료민영화를 의미하는 것으로 해석될 여지가 충분해 보인다.

또한, 이만우(2001)는 국민건강보험공단의 자료를 인용하여 의료저축계좌의 운영 모델을 비교적 자세히 설명하고 있는데, 제도 도입 시 총 급여비의 최소 20% 이상이 절감될 수 있다는 점과 저비용 환자의 부담은 늘어나지만 고비용 환자들의 부담이 줄어들어 의료보험 본래 취지에 부합한다는 점 등을 긍정적으로 설명하고 있다. 이러한 점을 비추어 보면, 당시 정부에서 구체적인 도입 방안을 제시하지는 않았지만 국민건강보험의 기능을 일부 대체할 수 있는 제도로써 의료저축계좌의 도입을 면밀히 검토했던 것으로 보인다.³¹⁾

29) 보건복지위원회(2001)

30) 신영석(2001); 이만우(2001)

31) 이만우(2001)는 의료저축계좌의 긍정적인 효과 외에도, 저소득자의 무보험 문제, 역선택 문제, 그리고 장기적으로 의료 지출이 증가하고 중증질환 발생이 증가할 우려가 있다는 부정적인 효과에 대해서도 언급하고 있음. 그러나 전반적으로 부정적 효과보다는 긍정적 효과와 도입 모델을 중점적으로 설명하고 있음

〈표 III-1〉 의료저축계좌 도입 모델(2001년 검토 내용)

구분	적용 내용	재원체계
외래	<ul style="list-style-type: none"> • 2만 원 이하 → 전액 본인부담 • 2만 원 초과~10만 원 이하 → 의료저축계좌 • 10만 원 초과 → 사회보험(본인부담률: 20%) • 저소득층 → 공공부조 	<ul style="list-style-type: none"> • 소득의 일정률을 의료저축계좌 및 사회보험료로 징수 • 의료저축계좌 적립금 중 일정률(10%)을 공동계좌로 관리
입원	<ul style="list-style-type: none"> • 1백만 원 이하 → 의료저축계좌 • 1백만 원 초과 → 사회보험(본인부담률: 20%) • 저소득층 → 공공부조 	

자료: 이만우(2001)에서 신영석(2001)을 재인용함

나. 의료저축계좌 도입에 대한 사회적 인식

의료저축계좌 도입으로 개인의 부담이 증가하지는 않을 것이라는 정부의 설명에도 불구하고 의료저축계좌 도입 검토 발표는 사회적으로 큰 논란을 일으켰고, 저소득층이나 노인과 같은 사회적 약자들에게 큰 부담이 될 것이라는 견해가 지배적이었다. 참여연대는 건강보험의 일차적인 과제가 보장성 강화에 있으나, 의료저축계좌 및 소액진료비 본인부담제는 의료 이용이 많은 저소득층과 노인에게 불리한 제도이므로 의료 이용의 형평성을 저해하는 결과를 낼 것이라고 주장하였다.³²⁾ 이처럼 사회보장 측면에서 국민건강보험의 역할을 강조한 논평이 있는 반면, 객관적인 관점에서 의료저축계좌 도입의 장단점을 비교한 분석도 있다.

이만우(2001)는 의료남용을 제어함으로써 국민건강보험 재정 건전화에 기여할 수 있다는 긍정적인 면을 강조하였으나 이후에 수행된 연구에서는 우리나라 의료 현실에서는 적합하지 않다는 주장이 있었다. 먼저 의료저축계좌의 가장 큰 장점인 의료비용의 감소와 관련하여 우리나라에서는 다른 결과가 예측된다는 연구가 있다. 공공의료 중심인 싱가포르에서는 의료저축계좌의 정착으로 의료비용이 감소하는 긍정적인 효과가 있었지만, 우리나라에서는 의료 서비스 공급자가 비용을 상승시키는 구조이고 의료환경이 전혀 다르기 때문에 의료저축계좌를 도입하더라도 의료비용이 줄어들 것이라는 논리가 성립되지 않을 수 있다는 주장이 그것이다. 또한, 소액진료비가 발생하는 진료에 대해서는 환자 본인이 직접 의료비를 지급하므로 행정비용이 감소한다는 긍정적인 효과에 대해서 상반된 주장

32) 참여연대(2001)

을 하기도 하였는데, 개인의 자금 활용도가 현저히 감소하고 시행 과정에서도 여러 사회 문제(관리업무 부담, 행정비용 증가, 세금 문제, 연말정산, 인출 후 타용도 전용 등)로 인해 긍정 효과보다 부정 효과가 더 클 것이라는 평가가 있었다.³³⁾ 결국 정부의 제도 도입에 대한 구체적인 경과 설명 없이 의료저축계좌의 도입 검토는 더 이상 진행되지 않고 끝나게 된다.

〈표 III-2〉 의료저축계좌 효과에 대한 의견

구분	긍정 효과	부정 효과
의료비용	의료서비스를 신중하게 이용하므로 비용 절감 효과	불필요하고 비효율적인 의료 서비스 이용 가능
의료 접근성	비급여 항목에 대한 접근성 증가	잔고가 부족한 사람들은 의료 접근성 감소
의료의 질	정보를 갖춘 소비자 증가하고 의료기관 간 경쟁 유발 및 소비자 권익 향상	소비자 정보는 제한적이므로, 의료의 질 개선에 효과는 제한적임
관리비용	소비자가 직접 비용을 지불하므로 전반적인 행정비용 감소	본인이 직접 지불한 비용을 증명해야 하므로 오히려 관리비용 증가

자료: 신영석 외(2008)

2. 민영보험 역할 강화 측면에서 의료비 사전적립제도 도입 추진

가. 노후 의료비에 대한 보험업계의 관심 증가

보험업계에서 노후 의료비 준비를 위한 새로운 제도 도입을 본격적으로 검토하고 추진한 시기는 2010년 이후이다. 당시 보험업계가 노후 의료비 사전 준비에 관심을 가진 데에는 몇 가지 원인을 꼽아볼 수 있다. 첫째, 노후 소득과 관련해서는 국민연금, 퇴직연금, 개인 연금이 3층 보장 제도로 정착되어가는 단계였으나, 노후 의료비에 대해서는 국민건강보험 외에는 뚜렷한 대책이 없었다는 점을 들 수 있다. 노후 소득 준비가 완전히 이루어졌다고 볼 수는 없었지만 노후 소득 3층 보장체계를 통해 노후 소득을 사전에 준비할 수 있는 틀은 갖추어졌다고 볼 수 있다. 그러나 노후 의료비에 대한 사회적인 준비는 거의 없는 상

33) 윤희숙 외(2005); 서울대학교 보건대학원(2008)

태었고, 건강보험 보장률이나 재정 건전화와 관련한 과제는 해결되지 않은 상태였다.

둘째, 국민건강보험이 고령층에게 충분한 보장을 제공할 수 있을지에 대해 의문이 제기되는 상황이었다. 국민건강보험은 고령화로 인해 재정지출 증가가 예상되는 상황이고, 재정 안전성 및 지속가능성 측면에서 고령층에 대한 보장성 강화가 충분히 이루어질 수 있을지에 대한 우려도 있었다. 건강하지 않은 노후수명(평균수명-건강수명)이 증가하게 되면, 노후 소득보다 노후 의료비 문제가 더 큰 사회적 부담이 될 수 있다는 우려도 있었다. 이에 노후 의료비에 대한 걱정은 커질 수밖에 없는 상황이었고, 대책 마련 필요성이 제기되었다.

셋째, 노인인구의 의료비에 대한 연구가 진행되면서,³⁴⁾ 노후 의료비 예측이 보다 구체화되었다. 분석 방법에 따라 다소 차이는 있지만, 정영호 외(2011)는 65세 생존자의 1인당 생애 의료비를 남자 9,090만 원, 여자 7,700만 원으로 추정하였고, 조용운(2011)은 65세 생존자 1인당 생애 본인부담금을 4,080만 원으로 추정하였다. 보험업계에서는 물가상승을 고려하여 30년 후 65세가 되는 젊은 세대는 1억 원 정도의 의료비를 부담하게 될 것이라고 추정하기도 하였다.

넷째, 증가하는 노후 의료비를 민영건강보험 가입을 통해 해결할 수 있는지에 대해서 논의되었으나 이에 대한 명확한 해법을 찾기 어려웠다. 실손의료보험이 표준화되고 가입자가 증가하고 있었지만 노인인구에 대해서는 여전히 가입이 제한되고 있었다. 고령자들은 실손의료보험 대상자가 아닌 경우가 많았고, 유병자보험이 활성화되지 않은 시기였으므로 기왕증이 있는 경우는 가입이 제한되었다. 이미 실손의료보험에 가입된 경우라고 하더라도 대부분 갱신형 상품에 가입하였기 때문에 퇴직 후에도 보험료 부담은 계속 발생하게 되고, 나이가 들면서 보험료가 인상되면 그 부담이 심해지고 계약을 유지하지 못할 수도 있다는 우려가 있었다. 예를 들어, 50세에 실손의료보험에 가입했다고 하더라도 30년 후 보험료는 연령 상승에 따른 상승분만 반영할 경우 약 5배로 인상되고, 의료비 상승분과 연령 상승분을 모두 반영할 경우에는 약 13배로 인상될 수 있다고 예측된 사례도 있었다.³⁵⁾

34) 정영호·고숙자(2009), 정영호·변루나·고숙자(2011), 조용운(2011); 2010년 전후로 생애의료비에 대한 연구가 진행되면서, 65세 이상 노인인구의 의료비 사전 준비에 대한 필요성이 사회적으로 부각되기 시작하였음

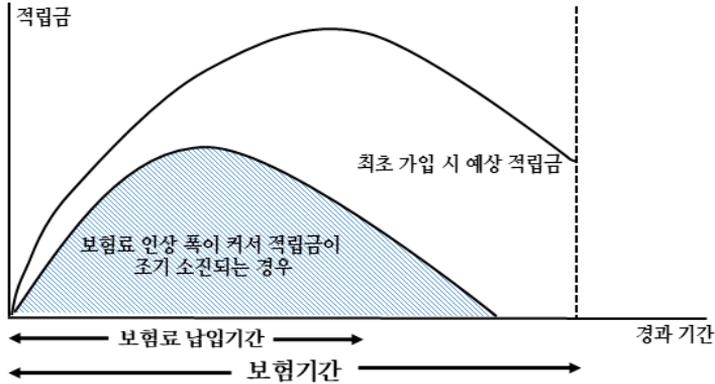
35) 손해보험협회가 2011년에 추정한 예시에 따르면, 50세에 실손의료보험의 월 보험료가 2만 3천 원인 반면, 연령 증가분만 반영 시 80세에는 12만 원, 갱신주기 3년마다 의료비 상승분(10%)과 연령 상승분 반영 시에는 30만 원으로 인상될 것으로 예측하였음

이러한 사회적인 관심 변화와 보험산업의 신상품 개발 및 신시장 개척 의지가 맞물리면서 보험산업은 노후 의료비 대책을 위한 구체적인 방안을 검토하게 되었다. 검토하였던 도입 방안은 크게 두 가지로 구분될 수 있는데, 하나는 민영건강보험의 체계 안에서 사전에 충분한 적립을 통해 노후에 필요한 금액을 보험으로 전환할 수 있는 형태의 보험상품 도입이고, 또 다른 방안은 싱가포르와 미국에서 운영되고 있는 의료저축계좌에 세제 혜택을 부여하여 도입하는 방안이었다.

나. 노후 의료비 총당보험 도입 추진

노후 의료비 총당보험은 실손의료보험과 연계하여 운영할 수 있는 상품 모델로, 당시에는 실손의료보험 가입이 원활하지 않았던 고령자를 보장 대상에 포함시키고, 고령자의 실손의료보험 보험료를 사전에 적립함으로써 노후에 보험료 부담을 완화시키기 위한 방안으로 검토되었다. 실손의료보험은 갱신형 상품으로 갱신이 될 때마다 연령 상승과 손해를 상승을 반영하여 보험료를 조정하게 되는데, 예상보다 보험료 인상 폭이 큰 경우에는 소득이 없는 노후에 계약자가 갱신 보험료를 감당하지 못해서 계약이 해지되는 문제가 발생할 수 있기 때문이다. 당시에는 실손의료보험이 장기손해보험의 특약으로 판매되었고, 갱신보험료 상승에 따른 보험료 인상을 최소화하기 위하여 납입보험료에는 적립보험료가 포함되어 있었는데, 보험료 인상 폭이 예상보다 크게 되면 적립금이 조기에 소진될 수 있고 계약자는 추가로 보험료를 납입해야 하는 문제가 발생할 우려가 있었다. 단기납인 경우에는 보험료를 납입 완료한 이후에 적립금 부족 상황이 발생할 수 있는데, 계약자가 보험료 납입 완료 후에 적립금 부족을 이유로 보험료 추가 납입을 요구받게 되면 민원이 발생할 수 있게 된다.

〈그림 III-1〉 실손의료보험의 보험료 상승에 따른 적립금 변화 예시



1) 상품 내용

보험업계는 실손의료보험의 한계를 보완하고 고령자의 노후 의료비 부담을 완화하기 위하여, 노후 의료비 충당보험 개발을 검토하였다. 노후 의료비 충당보험에서 보장하는 노후 의료비는 고액 입원 의료비와 소액 의료비로 구분된다. 고액 입원 의료비는 가입자가 사전에 설정한 지급기준금액(예: 100만 원, 200만 원, 300만 원 등)을 초과하는 입원 의료비이고, 지급기준금액보다 적은 입원 의료비와 통원 의료비가 소액 의료비에 해당된다.

60세 이전에 실손의료보험에 가입한 가입자는 60세 이후에 실손의료비 보장을 노후 의료비 보장으로 변경할 수 있는데, 노후 의료비 보장이 개시되기 이전까지 실손의료비 보험료에 더해서 노후 의료비 충당보험 보험료를 납입하게 된다. 노후 의료비 충당보험 보험료는 노후 의료비 보장이 개시되는 시점에 목표금액(노후 의료비 충당금 가입금액)이 적립될 수 있도록 산출되고, 계약자는 노후 의료비 보장이 개시되기 전에 정해진 보험료 납입을 완료한다.³⁶⁾ 60세 이후에 노후 의료비 보장이 개시되면 노후 의료비 중에서 고액 입원 의료비는 고액 입원 의료비 보장에서 보험금을 지급하고, 소액 의료비 보장에서는 이보다 적은 입원 의료비와 통원 의료비, 그리고 고액 입원 의료비 보장의 보험료가 지급되는 형태이다. 소액 의료비 계정은 위험보장 계정이 아니라 사전 납입한 노후 의료비 충당보험 보험료가 적립되는 저축계정이다. 적립금이 남아 있는 상태에서 가입자가 사망 등의 이유로 계약이 해지될 경우 적립금은 반환된다.

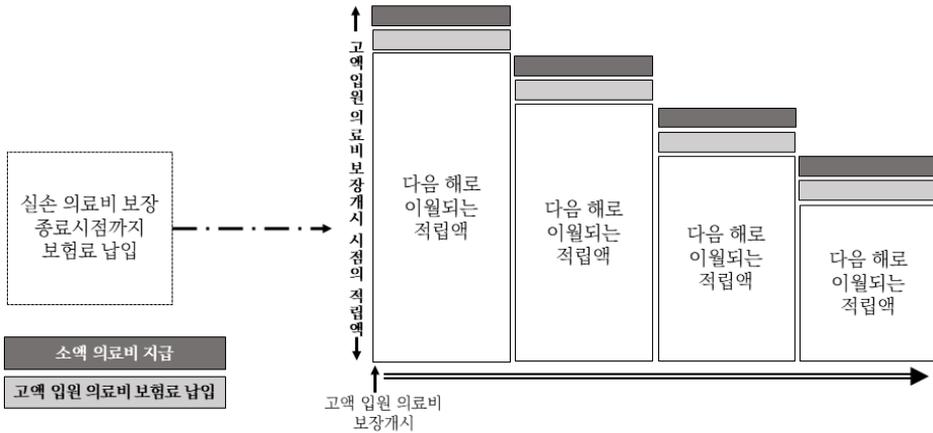
36) 노후 의료비 충당금 가입금액은 3천만 원, 5천만 원, 1억 원으로 구분되었음

〈표 Ⅲ-3〉 노후 의료비 총당보험 가입 내용

구분	보장 내용	보험기간	보험료 납입기간
고액 입원 의료비	본인 부담 입원 의료비가 지급기준금액 이상일 경우 입원 의료비를 지급	실손 의료비 보장 종료시점부터 사망 시까지	실손 의료비 보장 종료시점부터 사망 시까지
소액 의료비	본인 부담 입원 의료비가 지급기준금액 미만일 경우 입원 의료비 및 통원 의료비를 지급		실손 의료비 보장 가입시점부터 실손 의료비 보장 종료시점까지 (전기납의 경우)

자료: 손해보험협회

〈그림 Ⅲ-2〉 노후 의료비 총당보험 적립금 인출 구조



2) 상품 도입 검토

노후 의료비 총당보험은 미국의 고액공제건강보험(HDHP)과 함께 사용되도록 고안된 건강저축계좌와 유사한 형태를 가진다. 고액 입원 의료비 보장은 고액공제건강보험에 해당하고, 건강저축계좌가 소액 의료비 계정에 해당한다고 볼 수 있다. 가입자가 노후 의료비를 사전에 준비하는 것을 목적으로 하더라도 저축성 상품에 가입하는 경우에는 적립액을 노후 의료비보다 생활비 등을 목적으로 전용할 수 있는데, 노후 의료비 총당보험은 건강저축계정 형태로 실손의료보험과 연계하여 의료 목적으로만 사용할 수 있도록 했다는 점

에서 다른 저축성 금융상품과 차별화된다. 노후 의료비 충당보험의 소액 의료비는 적립계 정에서 인출되는 구조이므로 의료비 지출에 대한 개인들의 책임 의식 강화를 통해서 불필요한 의료 이용이 줄어들 수 있고, 실손의료보험에서 발생할 수 있는 도덕적 해이 문제가 통제될 수 있을 것으로 예상되었다. 이는 고령층의 보험료 부담 완화로 이어져, 노후 의료비를 보장하는 민영건강보험의 지속성이 강화되는 효과를 가져올 것으로 기대되었다.

보험업계는 이처럼 노후 의료비 충당보험의 장점을 강조하며 도입을 적극적으로 추진하였으나, 다음과 같은 몇 가지 제한사항으로 인해 도입에는 실패하였다. 첫째, 의료비 목적이외에는 적립금 인출이 제한되는 상품에 가입을 독려하기 위해서는 세제 혜택이 필수적이지만, 정부는 세제 혜택 제공에 긍정적이지 않았다. 당시는 보장성보험과 연금저축 납입액에 대한 세제 혜택을 저소득자에게 유리하도록 소득공제에서 세액공제로 변경을 검토하던 시기로, 정부가 보험가입자에게 추가적인 세제 혜택을 부여하는 것에 부정적이었던 것으로 볼 수 있다.

둘째, 고소득층으로부터 건강보험료 재원을 확충하여 저소득층을 지원하는 국민건강보험 정책 기조에 부합하지 않는 상품이기 때문이었다. 노후 의료비 충당보험은 젊은 시기에 노후 의료비를 미리 적립하고 60세 이후에 의료비로 인출하는 상품인데, 이러한 보험에 가입할 수 있는 사람은 경제적으로 여유가 있는 사람이다. 40세에 노후 의료비 충당금 가입금액 1억 원에 가입하는 경우, 납입기간(10~20년)에 따라 월 납입 보험료는 30만 원에서 50만 원(연 360만 원에서 600만 원) 정도로 산출되었는데, 이는 현재 근로소득자의 연금저축 평균 납입액을 상회하는 금액이다. 정부는 경제적인 여유가 있는 사람들에게 혜택을 제공하면서 보험상품 가입을 권장하기보다는 국민건강보험 보장성을 확대하는데 재정을 투입하는 것이 더 바람직하다고 생각한 것으로 보인다.

셋째, 금융업권 간 이해관계 상충 가능성이 있었다. 싱가포르(의료저축계좌)나 미국(건강저축계좌)처럼 제도를 도입한다면 보험회사뿐만 아니라 증권회사나 은행에서도 상품을 취급할 수 있지만, 노후 의료비 충당보험은 보험상품으로 보험회사만 취급할 수 있는 상품이다. 그리고 실손의료보험 판매가 많았던 손해보험회사들은 노후 의료비 충당보험 도입에 적극적이었던 것에 비해, 생명보험회사들은 적극적이지 않았다. 오히려 생명보험회사들은 노후 의료비 충당보험에 세제 혜택이 부여될 경우, 생명보험회사들이 주력 판매하고 있는 다른 보험상품에 대한 세제 혜택이 축소될 수 있다는 점을 우려한 것으로 보인다.

넷째, 노후 의료비 충당보험도 소액 의료비와 고액 입원 의료비 보험료가 예상보다 많이

발생할 경우, 적립금이 조기에 소진될 수 있다는 문제가 여전히 해소되지 않았다는 것이다. 앞에서 실손의료보험의 갱신보험료가 예상보다 많이 인상될 경우, 적립금이 조기에 소진되어 보험료 납입이 완료된 계약에서도 계약자가 추가로 보험료를 납부해야 하는 상황이 발생할 수 있다고 언급하였다. 노후 의료비 총당보험은 실손의료보험보다 적립금 규모가 더 크지만, 고액 입원 의료비 보장 보험료와 소액 의료비가 적립금에서 인출되므로 실손의료보험과 마찬가지로 적립금 소진 문제는 해소되지 않았다.

다. 의료저축계좌 도입 추진³⁷⁾

노후 의료비 총당보험은 사전에 노후 의료비를 적립할 수 있는 새로운 형태의 보험상품을 도입하는 방안으로, 손해보험회사 외 다른 금융권에서 큰 관심을 보이지 않았다. 그러나 의료저축계좌는 연금저축과 연계할 수 있는 방안이었는데, 손해보험회사 외에도 생명보험회사, 은행 및 증권회사 등 금융권 전반에 걸쳐서 판매가 가능한 상품이었다. 고령자를 대상으로 하는 새로운 형태의 실손의료보험인 노후실손의료보험과 의료저축계좌를 연계하는 방안이 검토되었기 때문에 보험회사가 가장 많은 관심을 보이기는 했지만, 연금저축처럼 전 금융권에서 판매가 가능한 상품이라는 점에서 금융 업권간에 이해 충돌은 크지 않았다고 본다.

의료저축계좌는 적립금을 의료비 목적으로 인출하고, 납입액과 의료비 인출액에 대해서 세제 혜택을 부여한다는 점에서 싱가포르나 미국의 제도와 큰 차이는 없다고 볼 수 있다. 그러나 싱가포르나 미국은 적립기에도 의료비로 인출할 수 있으나, 의료저축계좌는 노후에만 의료비로 인출할 수 있다는 점에서 차이가 있다. 물론 노후에 비해 젊은 시기에는 의료비가 상대적으로 적게 발생한다는 점에서 싱가포르나 미국도 노후 의료비에 중점을 두고 있다고 볼 수 있지만, 국민건강보험 제도가 비교적 잘 운영되고 있는 우리나라에 비해 국가 의료보장 체계가 미흡한 싱가포르와 미국에서 의료저축계좌의 역할에는 분명히 큰 차이가 있다. 의료저축계좌 도입 방안은 2013년 상반기까지 검토되었는데, 2013년 6월 20일 보험연구원 주최로 「노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입방안」 공청회를 개최하면서 구체적인 방안이 제시되었다.

37) 당시에는 노후 의료비 저축보험이라는 명칭으로 도입이 검토되었음. 본 연구에서는 명칭을 의료저축계좌로 통일함

1) 상품 내용

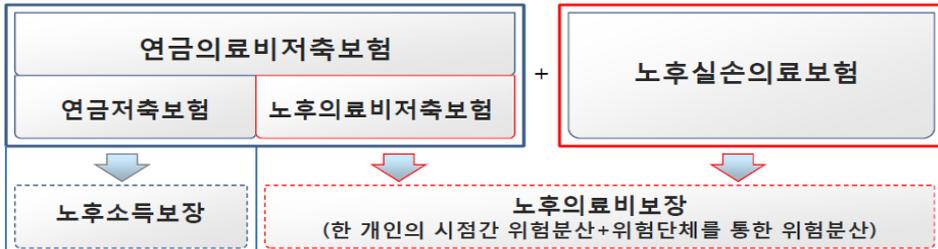
이경희(2013)는 노후 의료비를 목적으로 적립하는 의료저축계좌를 도입하여, 노후 소득을 위해 적립하는 연금저축과 함께 연금의료비저축보험이라는 큰 틀에서 관리할 수 있는 방안을 제시하였다. 또한, 싱가포르의 메디살드 라이프나 미국의 고액공제건강보험과 유사한 역할을 할 수 있는 초기 자기부담금(공제)이 큰 노후실손의료보험을 의료저축계좌와 연계할 수 있는 방안을 제시하였다. 우리나라에는 국가의료보장체계인 국민건강보험이 있기 때문에, 노후실손의료보험의 역할이 싱가포르의 메디살드 라이프나 미국의 고액공제건강보험과 동일하다고 볼 수는 없다. 그러나 제2의 국민건강보험이라고 불리는 실손의료보험의 고령자 가입률이 낮은 상황에서 의료저축계좌와 노후실손의료보험의 조합을 이용하여 고령인구의 실손의료보험 가입을 확대한다면, 노후 의료보장에 큰 역할을 할 수 있을 것으로 기대하였다.

의료저축계좌의 활용 방안은 싱가포르나 미국과 상당히 유사하였다. 가입자는 의료저축계좌의 적립액을 본인의 의료비로 사용할 수 있으며, 노후실손의료보험에 가입한 경우에는 자기부담금과 보험료로 사용할 수 있는 방안이 제시되었다. 의료저축계좌 적립금을 노후실손의료보험의 보험료로 사용할 수 있도록 한 것은 싱가포르에서 메디세이브 적립금을 메디살드 라이프와 케어살드 라이프의 보험료 재원으로 사용할 수 있도록 한 모델을 반영한 것으로 보인다. 은퇴가 임박한 베이비붐 세대는 의료저축계좌 적립액이 충분하지 않을 수 있으므로, 자신이 보유한 연금저축계좌의 적립액 중 일부를 의료저축계좌로 이전할 수 있도록 하였다. 이 방안은 의료저축계좌에서 의료비 목적으로 인출하면 소득세가 부과되지 않도록 제안한 방안을 활용할 수 있도록 배려한 것으로, 연금저축계좌에서 의료비 목적으로 인출할 경우 연금소득세가 부과되는 것에 비해 가입자에게 유리한 방안이었다.

의료저축계좌의 이점은 크게 두 가지로 정리될 수 있다. 첫째, 본인부담금을 높게 설정함으로써 실손의료보험에서 흔하게 나타나고 있는 과잉 의료 이용을 차단하고 보험료를 낮출 수 있다. 보험료 인하를 통해 소득이 적은 고령층의 보험료 부담이 완화될 수 있는 것이다. 65세 이후에 실손의료보험에 가입하려 할 때에 가입거절되는 경우가 흔한데, 이는 만성질환 등으로 인해 의료 이용이 빈번해지고 도덕적 해이 통제가 어렵기 때문이다. 노후실손의료보험은 자기부담금을 높게 설정함으로써 일상적으로 발생할 수 있는 만성질환 의료비를 보장 대상에서 제외하고, 의료 이용에 대한 도덕적 해이를 방지하며, 보험료 측면에서 고령층의 가입여력을 높이는 효과를 가져올 수 있다.

둘째, 노후에 중증질환 등으로 인해 고액 의료비가 지속적으로 발생할 수 있는데, 의료저축계좌에만 가입한 경우에는 적립금이 조기 소진될 가능성이 있다. 노후실손의료보험은 적립계좌인 의료저축계좌와 달리 위험분산 기능이 있는 보장성 보험상품이므로, 고액 의료비 발생으로 인한 부담을 줄일 수 있다.

〈그림 III-3〉 의료저축계좌의 운영체계



주: 2013년 「노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입방안」 공청회에서 제안된 방안임
 자료: 이경희(2013)

2) 세제 혜택 검토

의료저축계좌 가입과 납입을 통해 노후의 안정적이고 합리적인 의료 이용을 권장하기 위해서는 납입액에 대한 세제 혜택이 가장 효과적인 방법이라고 할 수 있다. 도입 검토 당시에도 의료저축계좌 가입을 권장하기 위하여 납입액과 의료비 인출액에 세제 혜택을 부여하는 방안이 논의되었다. 당시 공청회에서는 소득세법상 연금계좌의 범위에 퇴직연금 계좌와 연금저축계좌뿐만 아니라, 의료비계좌 신설 방안이 제시되었다. 우선, 적립 단계에서 납입액에 대해 세제 혜택을 부여하고, 인출 단계에서도 의료비 목적으로 인출 시에는 세제 혜택을 부여하는 방안이었다.³⁸⁾

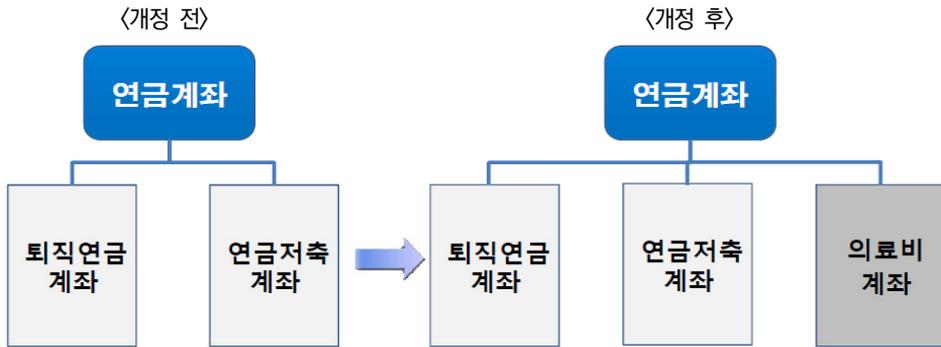
공청회에서는 적립기에 세제 혜택을 부여하는 납입액 한도나 인출기에 의료비 인출 시 적용하는 소득세율에 대해서는 구체적으로 언급하지 않았다. 다만, 납입액에 대해 세제 혜택을 부여한 후에 의료비 인출 시 과세하지 않는 것이 이중 혜택을 부여하는 것이라고 설명하고 있고, 이런 이유로 인해 낮은 소득세를 부과하는 방안을 제시하고 있다.³⁹⁾ 그러나

38) 당시에는 연금저축 납입액에 대해 세액공제가 아니라 소득공제 혜택이 부여되고 있었기 때문에, 의료비계좌 납입액에 대해서도 소득공제 혜택을 부여할 것을 제안하였음

39) 조용운(2013)

현행 소득세법은 소득의 3%를 초과하여 발생하는 의료비에 대해서는 세액공제를 부여하고 있는데, 고령자의 연금소득에 대한 세율은 이보다 낮다. 따라서 의료비 인출 시 일정한 조건을 충족하는 의료비에 대해서는 비과세로 하는 방안도 가능할 것으로 보인다.

〈그림 III-4〉 연금계좌 체계 개정방안



주: 2013년 「노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입방안」 공청회에서 제안된 방안임
 자료: 이경희(2013)

IV

의료비 인출제도 도입 및 현황

1. 의료비 인출제도 도입

가. 계획 발표

2013년 6월에 보험연구원이 「노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입방안」 공청회를 개최한 후에, 금융위원회와 금융감독원은 연금저축에 의료비 인출 기능을 부가한(가칭) ‘연금 의료비 저축’ 제도 도입 계획을 발표하였다.⁴⁰⁾ 금융당국이 발표한 내용은 공청회에서 제안된 제도에 비해 대폭 축소된 것이었는데, 연금저축에 노후 의료비 목적으로 인출이 가능하도록 하였을 뿐, 노후 의료비 목적으로 추가 적립을 유도하는 내용을 담고 있지는 않았다. 금융당국도 노후 의료비 보장을 위한 제도 마련에 대한 필요성은 인식하고 있었지만, 공청회 내용처럼 세제 혜택을 부여하면서 의료저축계좌를 도입하기에는 준비가 미흡했다고 판단한 것으로 보인다.

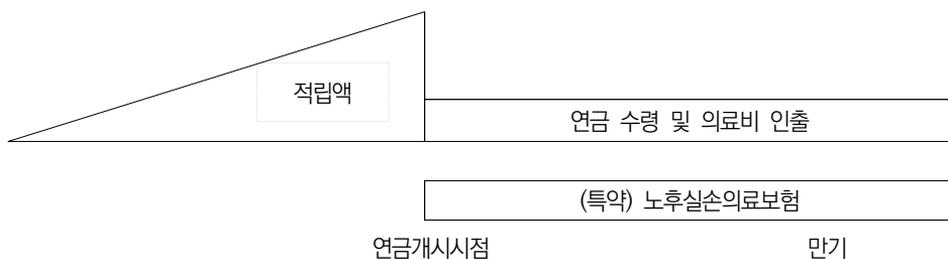
우선, 세제 혜택을 추가로 부여하는 의료저축계좌를 도입하려면 정부 재정의 투입 확대가 필요하지만, 비용 및 효과에 대한 충분한 검토가 이루어지지 않았기 때문에 공청회에서 제안한 방안이 실현되기에는 준비가 미흡했다고 볼 수 있다. 그리고 연금저축과 마찬가지로 의료저축계좌는 납입기에 경제적인 여유가 조금이라도 있는 계층이 활용할 수 있는 제도인데, 납입액과 인출액에 세제 혜택을 부여한다면 사회 특정 계층에게만 혜택이 돌아간다는 불만이 생길 수 있다. 이에 금융당국은 당시 개인연금 가입 및 활용이 저조한 상황에서 연금저축의 노후보장 기능을 강화하여 개인연금을 활성화하려는 계획의 하나로, 의료비 인출 기능을 연금저축에 부가하는 계획을 발표하였다.

금융당국의 발표 내용을 보면, 금융당국은 별도의 의료저축계좌 도입을 계획하지는 않았지만 공청회에서 제기되었던 노후 의료비에 대한 여러 가지 문제점과 제도 마련에 대한 방향성에는 공감하였던 것으로 보인다. 금융당국은 노후 의료비를 적극적으로 준비할 수

40) 금융위원회·금융감독원 보도자료(2013. 8. 6), “개인연금 활성화 방안”

있는 제도적 지원이 필요하다는 점과 소비자가 고액 의료비 등 고비용 지출에 대비할 수 있도록 연금저축보험에 실손의료보험 특약을 제공하는 방안의 검토 필요성에 공감하였다. 특히, 고액 의료비 보장 중심으로 자기부담금을 상향하고 급여와 비급여 보장금액을 차등화하는 등 의료 이용에서 흔히 발생하는 도덕적 해이를 줄이고 합리적으로 의료 서비스를 이용할 수 있는 노후실손의료보험 상품 개발에 긍정적인 입장을 밝힘으로써 공청회에서 발표된 내용의 방향성에 대해서는 금융당국도 공감한다는 것을 확인할 수 있었다.

〈그림 IV-1〉 (가칭) 연금 의료비 저축 도해



연금개시전(예: 65세 이전)	연금개시 이후(예: 65세 이후)
연금 의료비 저축 재원 납입	연금액 수령 및 의료비 인출 (고액 의료비는 노후실손의료보험으로 보장)

자료: 금융위원회·금융감독원 보도자료(2013. 8. 6), “개인연금 활성화 방안”

나. 도입

기획재정부는 2014년 1월 24일, 연금계좌에서 의료 목적으로 인출하는 금액에 대해서는 연금소득세 적용 연금 수령 한도(당시 연 600만 원)를 초과하더라도 연금 수령으로 인정하여, 연금소득으로 과세(연 3~5%)할 수 있도록 소득세법 시행령 개정 계획을 발표하였다.⁴¹⁾ 일시적으로 고액의 의료비가 발생하여 연금소득세 적용이 가능한 한도를 초과하여 연금을 인출하더라도 종합소득세 적용을 피할 수 있게 하여 노인복지를 강화하도록 한 것이다. 다만, 의료비로 인정받기 위해서는 가입자가 보유한 전체 금융기관 연금계좌 중 한 계좌에 한정하여 의료비 인출 전용계좌를 개설하도록 하였다. 기획재정부는 공고 제

41) 기획재정부 보도자료(2014. 1. 24), “2013년 세법개정 후속 시행령 개정”

2014-11호(2014. 1. 24)에서 ‘소득세법 시행령 일부개정령안 입법예고’를 하였고, 소득세법 시행령은 2014년 2월 21일 시행되었다.

소득세법 시행령 개정 전에도 부득이한 사유가 있는 경우에는 연금저축계좌에서 중도 인출이 가능하였고, 부득이한 사유에는 “3개월 이상의 요양이 필요한 경우”가 포함되어 있어 제한적으로 의료비 목적 인출도 가능하였다. 그러나 소득세법 시행령 개정을 통해 55세 이후에는 성형 및 미용 등의 원인을 제외한 대부분의 의료비 지출에 대해서 연금소득세를 과세하도록 함으로써 연금소득자들의 의료비 인출에 대한 세부담을 완화할 수 있도록 하였다.⁴²⁾

2. 의료비 인출제도 이용 현황

연금저축 의료비 인출제도가 잘 활용되고 있는지를 확인하기 위해서는 의료비 인출 사례를 찾아볼 필요가 있다. 그러나 의료비 인출제도가 도입된 지 거의 10년이 경과하였지만 동 제도의 이용 사례는 찾아보기 어렵다. 우선, 연금저축 의료비 인출 현황에 대한 조사와 관련 통계 집적이 전혀 이루어지고 있지 않다. 연금저축 가입자들도 이에 대해 충분히 알고 있지 못한 것으로 보이며, 정부 차원과 금융기관 차원에서 제도 홍보도 이루어지고 있지 않다. 특히, 연금저축을 판매·운용하고 있는 금융기관은 의료비 인출 제도를 홍보하여 가입자들로 하여금 예정보다 조기에 적립액을 인출할 수 있도록 할 유인이 전혀 없다.

의료비 인출제도 이용 현황을 조사하기 위하여 연금저축을 판매하고 있는 금융기관 중에서 대형 생명보험회사와 손해보험회사 8개사를 확인한 결과, 연금저축 의료비 인출을 위한 의료비 계좌 개설 사례는 단 한 건만 확인되었다. 이는 의료비 인출제도가 도입되었지만 제대로 활용되고 있지 못하다는 점을 보여주고 있다. 이처럼 활용되고 있지 못한 이유는 홍보가 부족할 뿐만 아니라, 아직은 연금저축의 적립액이 노후 의료비 재원으로 사용되기에는 충분하지 못하기 때문이라고 볼 수 있다.

42) 의료비 인정 범위는 연말정산에서 의료비로 인정하는 범위와 동일하고(소득세법 시행령 제118조의5 제1항 및 제2항) 인출 과정도 단순하기 때문에, 연금저축계좌의 적립액이 충분하다면 노후 의료비로 활용하는 데에는 전혀 문제가 없음

3. 연금저축 의료비 인출제도의 한계

의료비 인출제도는 연금저축에서 의료비 목적으로 인출할 경우 연금소득세를 적용하도록 함으로써, 의료비 지출로 인한 연금 가입자의 세부담을 완화할 수 있다는 점에서 유익하게 활용될 수 있다. 그러나 의료비 인출제도가 충분히 활용되기 위해서는 가입자의 연금저축 적립액이 충분하고 연금을 장기간 수령한다는 조건이 충족되어야 한다. 그러나 현재 연금저축 가입자들의 연금 수령액은 평균적으로 매우 적고, 연금 수령 기간도 짧기 때문에 연금저축을 노후 의료비로 활용하기에는 한계가 너무 많다고 판단된다. 현재 소득 활동을 하며 연금을 납입하는 가입자들도 충분한 연금을 납입하지 않고 있는 실정이다.

가. 연금 수령액

연금저축 의료비 인출제도가 충분히 이용되고 있지 못한 가장 큰 원인으로는 연금저축의 연간 연금 수령액의 부족을 들 수 있다. 연금 수령액이 크지 않기 때문에 의료비로 활용되기에 부족한 것이다. 금융감독원이 2022년에 발표한 「2021년 연금저축 현황」에 따르면, 계좌당 연간 연금 수령액은 평균 295만 원 수준으로 월 25만 원 정도인데, 노후 소득 재원으로 사용하기에도 부족한 수준이다. 수령금액 단위별로는 2백만 원 이하가 53.3%, 2백만 원 초과 5백만 원 이하가 29.3%, 5백만 원 초과 1천 2백만 원 이하가 15.4%, 1천 2백만 원 초과가 2.1%를 차지하고 있다.⁴³⁾

신탁이나 펀드가 보험에 비해 연간 수령액이 높게 나타나고 있는데, 이는 생명보험회사가 종신연금을 제공하고 있고 연금 수령 기간이 상대적으로 장기이므로, 연금 수령액이 작게 산출되기 때문이라고 판단된다.

43) 금융감독원 보도자료(2022. 4. 12), “2021년 연금저축 현황 및 시사점”

〈표 IV-1〉 연금저축계좌당 연금 수령액 현황(2021년)

(단위: 억 원, 천 건, 백만 원)

구분	연간 수령액		수령 계약 수		계약당 수령액	
	'20년	'21년	'20년	'21년	'20년	'21년
보험	25,192	29,044	1,039	1,193	242	243
신탁	5,676	5,956	92	101	617	591
펀드	4,458	5,371	74	74	606	723
합계	35,326	40,371	1,205	1,368	293	295

자료: 금융감독원 보도자료(2022. 4. 12), “2021년 연금저축 현황 및 시사점”

〈표 IV-2〉에서는 연금저축뿐만 아니라 연금소득세가 적용되는 개인퇴직연금계좌(IRP)를 포함한 연간 연금 수령액을 보여주는데, 이를 보더라도 개인연금 소득이 충분하지 않다는 점을 확인할 수 있다. 국세통계연보에 의하면 2021년에 연금 수령액이 5백만 원 이하인 경우가 전체의 71.8%로, 사적연금을 통해 노후 소득과 노후 의료비를 감당할 수 있는 퇴직자의 비중은 매우 낮을 것으로 보인다.⁴⁴⁾

〈표 IV-2〉 연금소득 원천징수 신고 현황(2021년)

(단위: 명, %, 백만 원)

연금소득 지급액	인원	비중	총 지급액
1백만 원 이하	145,478	21.5	74,825
2백만 원 이하	118,245	17.5	180,808
3백만 원 이하	94,340	14.0	233,696
4백만 원 이하	80,036	11.9	279,058
5백만 원 이하	46,407	6.9	205,435
7백만 원 이하	55,581	8.2	338,262
1천만 원 이하	82,824	12.3	666,835
1천 2백만 원 이하	18,130	2.7	199,370
2천만 원 이하	14,190	2.1	212,622
2천만 원 초과	19,941	3.0	1,233,020

주: 『국세통계연보』 4-4-7 「거주자의 연금계좌 원천징수 신고 현황」을 인용하였으며, 연금소득세가 적용된 연금소득 현황으로, 연금소득세 적용 조건을 충족하지 않아서 기타소득세나 종합소득세가 적용된 연금소득은 포함되지 않았음

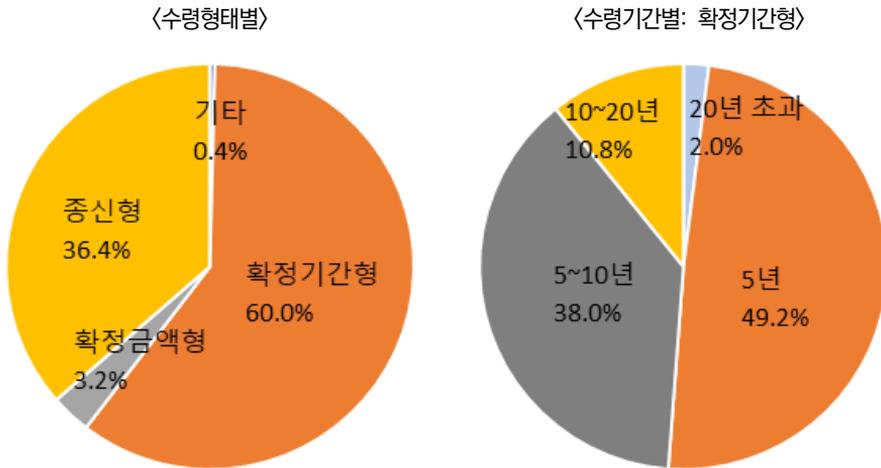
자료: 국세청(2022)

44) 국세청(2022)

나. 연금 수령기간

연금저축 적립액을 노후 의료비 재원으로 사용할 수 있는지를 판단하기 위해서는 연금 수령액뿐만 아니라, 연금 수령기간도 고려해야 한다. 금융감독원(2022)에 의하면, 연금저축의 연금 수령기간은 증가하고 있는데, 이 점은 긍정적으로 평가할 수 있다. 그러나 연금저축 적립액을 노후 의료비 재원으로 사용할 만큼 연금을 충분히 장기간 수령하고 있다고 볼 수는 없다. 종신형의 비중은 2019년 32.7%에서 2021년 36.4%로 증가하였고, 확정기간형 중에서 연금 수령기간이 10년을 초과하는 비중도 2019년 10.7%에서 2021년 12.8%로 증가하였다.⁴⁵⁾ 그러나 55~60세에 은퇴 후 개인연금을 수령할 경우, 연금 인출이 최소 25년에서 30년은 유지되어야 노후 의료비 재원으로 충분히 활용 가능하다는 점을 감안하면, 현재 연금저축 의료비 인출제도가 노후 의료비 재원 확보를 위한 제도로서 활용되기에는 한계가 있다고 보인다.

〈그림 IV-2〉 연금저축 연금 수령 형태 및 기간 현황(2021년)



자료: 금융감독원 보도자료(2022. 4. 12), “2021년 연금저축 현황 및 시사점”

45) 금융감독원 보도자료(2022. 4. 12), “2021년 연금저축 현황 및 시사점”

국가 의료보장 체계가 미흡한 싱가포르나 미국에 비해서, 우리나라에서는 개인의 의료비용에 대한 부담이 상대적으로 크지 않으므로, 노후 의료비 사전적립제도의 활용이 제한적인 것은 사실이다. 그럼에도 불구하고 노후 의료비는 노후 소득이 충분히 확보되지 않은 상황에서 본인에게 큰 부담이 될 수 있다. 특히, 80대 고령자는 의료비로 인한 경제적 부담이 더 커질 수 있는데, 80대에는 60~70대에 비해서 의료비 규모가 훨씬 더 크고 공적연금을 제외한 대부분의 사적연금 수령도 80세 이전에 종료되는 경우가 많기 때문이다. 또한, 국민건강보험 재정 고갈에 대한 우려가 나오는 상황에서 고령층의 건강보험 보장률을 더 강화하지 못한다면 고령층은 의료비 부담을 공적연금이나 개인 자산으로 충당해야 하고, 이는 노후 생활에 부담이 될 수 있다.

10여 년 전에는 노후 의료비 재원 마련을 위해 의료저축계좌나 유사한 형태의 보험상품 도입을 검토하였다. 그러나 여러 가지 제한사항으로 인해 도입되지 못하였으며, 아직은 노후 의료비 재원 마련을 위해 별도의 사전적립제도 도입 필요성에 대한 사회적 공감대가 충분히 형성되지 않은 상황이다. 2014년 정부 당국은 연금저축 의료비 인출제도를 도입하였지만 연금저축 의료비 인출제도는 노후 의료비를 충분히 부담하고 있다고 보기 어렵다. 의료비 인출제도가 충분히 활용되고 있지 못한 이유로는 홍보 부족과 재원 부족을 들 수 있을 것이다.

노후 의료비는 본인이 부담하지 못하면 다른 가족이나 사회가 부담하게 되고, 이는 노후 의료비가 젊은 세대로 전이되거나 사회적 부담이 가중되는 결과를 낳을 수 있다. 따라서 연금저축 의료비 인출제도를 잘 활용할 수 있는 방안을 모색하는 등 노후 의료비 재원 마련을 위한 대책 강구가 필요하다고 판단된다. 의료저축계좌 도입을 위한 여건이 마련되어 있지 않다면, 연금저축 의료비 인출제도에 대한 홍보를 확대하고 의료비 목적으로 연금저축을 충분히 적립할 수 있도록 유도함으로써 노후 의료비 재원 마련에 미리 대비할 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단(2022a), 『2021 건강보험주요통계』
_____ (2022b), 『2022 만성질환 현황과 이슈』
_____ (2022c), 『2021 건강보험 통계연보』
_____ (2022d), 『건강보험환자 진료비 실태조사 결과』
- 국세청(2022), 『2022 국세통계연보』
- 금융연구원(2007), 「미국의 의료적립제좌 도입 및 금융기관의 대응」, 『주간 금융브리핑』, 제16권 24호
- 김소윤(2007), 「의료저축제도에 대한 고찰」, 『의료정책포럼』, 5(4), pp. 71~75
- 문성웅·강태욱·오하린·서남규·김성식(2019), 『2017년 한국의료패널 심층분석보고서: 건강보험 보장성 및 민간의료보험 중심으로』, 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 보건복지위원회(2001. 2. 19), 「제218회 국회 보건복지위원회 회의록」
- 서울대학교 보건대학원(2008), 『한국의 의료보장체계 선진화 방안』, 기획재정부 연구용역 보고서
- 신영석(2001), 「국민건강보험의 재정안정화 방안」, 『건강보험동향』
- 신영석·신현웅·황도경·이준영·김진수(2008), 『국민건강보험제도의 체계개편 방안』, 한국보건사회연구원 연구보고서
- 윤희숙·권순만·송미숙·이태진·정우진(2005), 『인구 고령화와 보건·의료』, 한국개발연구원
- 이경희(2013), 「노후의료비 대비를 위한 제도적 지원」, 노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입 방안 공청회 자료
- 이만우(2001), 「의료보험 재정의 위기와 의료저축제도(MSA)」, 입법정보 제3호
- 정영호·고숙자(2009), 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원
- 정영호·변루나·고숙자(2011), 「우리나라의 생애의료비 분포 추정」, 『보건사회연구』, 31(1), pp. 194~216
- 조용운(2011), 「생애환자의료비 추정을 통한 노인의료비 분석」, 『보험금융연구』, 22(2), pp. 27~51
- _____ (2013), 「보험측면의 노후의료비상품 도입 및 관리방안」, 노후의료비 보장을 위한

보험상품 도입 방안 공청회 자료

- 질병관리청(2022), 『2022 만성질환 현황과 이슈: 만성질환 Fact book』
- 참여연대(2001), 「의료저축제도와 소액진료비 본인부담제 도입에 대한 논평」
- 최형심(2021), 「한국 노인대상 민간의료보험에 관한 선행연구 고찰」, 『한국산학기술학회 논문지』, 22(4), pp. 75~82
- 한국고용정보원(2020), 『고령화연구패널조사』

AHIP(2011), “Health Savings Accounts and Account-Based Health Plans: Research Highlights”

AXCO(2023a), “Life and Benefits Insurance Market Reports: Singapore”

_____(2023b), “Life and Benefits Insurance Market Reports: United States”

Devenir(2022), “Devenir Research: 2021 Devenir & HSA Council Demographic Survey”

Glied, Sherry(2008), “Health savings accounts in the United States”, *Euro Observer*, Volume 10 Number 4, pp. 5~6

Glied, Sherry A., Dan P. Ly and Lawrence D. Brown(2020), “Health Savings Account in the United States of America”, *Private Health Insurance: History, Politics and Performance* ed. Sarah Thomson, Anna Sagan and Elias Mossialos, Cambridge University Press, pp. 525~551

Hoffman, Catherine, and Jennifer Tolbert(2006), “Health Savings Accounts and High Deductible Health Plans: Are They An Option for Low-Income Families?”, The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Kaiser Family Foundation

Kaiser Family Foundation(2022), “2022 Employer Health Benefits Survey”

OECD(2022), “Social and Welfare Statistics”

Thomson, Sarah(2008), “Medical Savings Accounts: Can They Improve Health System Performance in Europe?”

Ministry of Health(<https://www.careshieldlife.gov.sg/faqs/eldersshield.html>)

도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)

저자약력

김규동 미국 템플대학교 경영학 박사 (리스크관리와 보험) / 연구위원
E-mail : gyudong.kim@kiri.or.kr

정원석 Indiana University 경제학 박사 / 연구위원
E-mail : originalstone@kiri.or.kr

강윤지 인하대학교 미디어커뮤니케이션학 박사 / 연구원
E-mail : yoonji34@kiri.or.kr

이슈보고서 2023-01

노후 의료비 재원 마련을 위한 사전적립제도 현황

발행일 2023년 5월
발행인 안철경
발행처 보험연구원
주소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩
인쇄소 고려씨엔피

ISBN 979-11-93021-06-4
979-11-89741-37-2(세트)