

소득세제와 의료수요

2009. 12

전병목 · 성명재 · 신현웅 · 신영석

서 언

의료수요는 평균수명의 연장과 고령인구의 증가에 따라 향후 급속하게 늘어날 전망이다. 고령계층의 평균적인 의료수요가 다른 연령계층에 비해 높은 상황에서 고령인구의 증가는 의료비의 직접적인 증가를 유도하기 때문이다. 더구나 사회가 발전함에 따라 국민의 행복추구라는 관점에서 건강함을 담보하는 의료부문의 수요는 더욱 증가하게 될 것이다. 이러한 의료수요에 대해 우리나라는 현재까지 건강보험제도를 근간으로 전 국민에게 의료서비스를 제공하고 있다. 건강보험제도는 모든 국민들을 동일한 제도 속에 포함시킴으로써 건강관련 위험을 분산하여 개인별 부담을 줄일 수 있는 제도이다. 건강보험제도와 함께 정부는 소득세제의 의료비 소득공제를 통해 국민들의 의료비 부담을 줄이기 위해 노력하고 있다. 즉 근로소득의 일정비율(3%)을 초과하는 의료비 지출에 대해 소득공제를 허용함으로써 근로능력 유지라는 측면에서 지원하고 있다. 이러한 의료비 소득공제는 실질적으로 의료 지출에 대해 소득세를 납부하지 않도록 하는 것이다.

국민의 건강을 위해 도입한 건강보험제도와 의료비 공제제도 등은 의료비 부담경감에 기여하였으나 수요 증가로 장기적인 재정안정성에 문제가 있다. 이미 재정적자를 경험하고 있는 건강보험제도는 2000년대 초반 이후 지속적으로 보험료율을 인상하고 있다. 그럼에도 불구하고 지속적인 보장성 강화와 의료수요 증대로 건강보험의 재정상태는 적자를 면치 못하고 있으며 그 규모는 시간이 지남에 따라 더욱 증가할 것으로 예상된다. 그러나 의료수요를 통제하지 않은 수입확대 중심의 재정균형 회복은 불가능하다. 지출 증가에 대해서는 쉽게 동의할

수 있는 반면 수입 확대에 대해서는 전반적인 국민부담 등이 제약요인으로 작용할 것이기 때문이다. 그러므로 의료수요에 대한 적극적 관리가 향후 건강보험 등 의료관련 제도의 안정성 확보에 중요하다.

특히 소득세제에서 허용하고 있는 의료비 소득공제제도는 근로자의 의료비용 지원이라는 제도 도입 목적과 함께 근로자들이 직면하는 의료비용 가격을 하락시켜 의료수요를 증가시키는 부작용도 존재한다. 즉 의료비 소득공제로 인해 근로자가 체감하는 의료서비스의 가격은 한계세율만큼 낮아지고 이로 인해 의료수요 자체가 증가하게 되는 것이다. 이러한 문제점은 향후 막대한 의료비용 조달이 중요한 정책과제로 대두되는 현실에서 시급히 해결되어야 할 과제이다. 의료비용 부담 경감이라는 의료비 소득공제의 본래 목적을 최대한 유지하면서 제도로 인한 수요 증가 유인을 축소할 수 있는 대안의 도출이 중요하다.

본 보고서에서는 이러한 정책적 수요를 감안하여 먼저 의료비 소득공제제도로 인한 의료수요 변동 여부를 확인하기 위해 의료비 가격탄력성을 추정한다. 한국의 의료비 가격탄력성에 대한 연구는 거의 없어 가격탄력성의 추정 자체가 향후 의료관련 정책의 수립에 크게 기여할 수 있는 것이다. 또한 외국의 의료수요 억제정책을 살펴보고 가격탄력성 추정결과를 반영하여 우리나라에 적용가능한 의료비 소득공제제도의 개선방안을 검토한다. 검토된 제도 변경안은 제도로 인한 의료수요 증가유인을 억제하고 현행 의료비 소득공제의 형평성 문제를 완화하기 위한 방안이다.

본 보고서는 본원의 전병목 박사와 성명재 박사, 그리고 한국보건사회연구원의 신현웅·신영석 박사가 공동으로 집필하였다. 저자들은 원내 세미나 등을 통해 유익한 도움 말씀을 주신 원내 연구위원들과 외부 위원들, 그리고 마무리 단계에서 유익한 논평을 해주신 익명의 두 논평자에게 감사하고 있다. 또한 보고서 집필과정에서 자료수집과 분

석에 많은 도움을 준 이은경 주임연구원, 이준성 연구원과 자료와 원고 정리에 도움을 준 최달래 연구행정원에게도 감사의 마음을 전하고 있다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 견해이며 본 연구원의 공식견해를 반영한 것이 아님을 밝혀둔다.

2009년 12월

한국조세연구원

원장 원 윤 희

요약 및 정책시사점

의료비용은 향후 국가재정에 심각한 문제로 작용할 전망이다. 고령화와 함께 소득 증가에 따른 전반적인 의료수요 증가가 그 원인이다. 본 보고서에서는 건강보험제도와 함께 근로자의 의료비 부담 경감을 위해 운영되고 있는 의료비 소득공제제도의 개선방안을 검토한다. 의료비 소득공제가 근로자의 의료비 부담 경감이라는 도입 목적 이외에 실질가격 하락에 따른 수요 증가를 유도하기 때문이다.

주요 국가들의 납세자 의료비 지출에 대한 소득세적 고려는 각 국가별로 다르게 나타난다. 우리나라를 포함한 미국, 일본, 독일, 호주의 경우 모두 일정금액을 초과하는 의료비에 대해서 소득공제를 허용하고 있으나 영국, 프랑스는 소득공제를 허용하지 않고 있다. 의료비 공제기준의 설정은 노동능력 유지라는 차원에서 노동능력에 실제적인 영향을 미칠 수 있는 수준을 정한다는 의미와 함께 조세행정상의 편의도 달성할 수 있는 방법으로 많이 이용되고 있다. 미국, 일본, 독일, 우리나라의 소득공제 기준 금액은 소득금액으로 하고 있어 납세자의 소득수준에 따라 변동되지만, 호주의 경우 납세자의 소득수준과 무관하게 결정된다. 소득공제의 하한선과 함께 일본은 의료비 공제액의 한도를 연간 일정금액(2백만엔)으로 제한하고 있어 조세지원의 한도를 분명히 하고 있다. 이는 우리나라와 유사한 제도지만 우리나라의 경우 소득자 본인 및 65세 이상자에 대해서는 공제한도가 존재하지 않는다는 점에서 차이가 있다.

외국의 정책사례 분석에 따르면 의료수요자 가격과 연관된 정책은 공급부문 정책에 비해 상대적으로 많지 않다. 의료부문에 존재하는 정보의 비대칭성으로 인해 각국 정부는 의료공급자를 직접적

으로 통제하는 방식을 통해 지출 효율화를 추진하였기 때문이다. 이러한 공급자 통제정책은 기존의 의료보험 체계를 크게 변화시키지 않으면서 지출 효율화를 추구할 수 있는 방안이기도 하다. 소득세제와 의료수요의 관계성을 감안하여 수요 측면에서 고려해 볼 수 있는 대안은 의료저축제도, 진료비 후불상환제의 도입 등이다.

의료저축제도는 소득공제를 목표로 나타낼 수 있는 의료수요 증가를 효과적으로 통제하면서 의료비 소득공제의 목적인 근로능력 유지를 위한 비용지원을 달성할 수 있는 제도이다. 의료비 소득공제제도를 의료저축제도로 전환하는 것은 전반적인 의료체계에 큰 변화를 주지 않으면서 지출 효율화를 유도할 수 있는 방안이다. 특히 기존의 의료비 소득공제 혜택이 고소득층을 중심으로 많이 이용되었다는 점을 감안하면 일정한 소득공제 금액한도 내에서 의료저축계좌제로의 전환은 분배 효율성 제고에도 기여할 수 있다. 또한 기존 건강보험제도를 변경시키지 않고 소득세제의 부분수정방식을 취함으로써 전면적 도입에 따른 실효성 문제, 즉 의료서비스 이용료가 낮고 고용주와 함께 적립의무를 나눌 수 있는 고용근로자의 비중이 높아야 효과를 기대할 수 있다는 비판에서 자유로울 수 있다. 진료비 후불상환제는 개인의 비용지불시점 차이에 따른 수요변동 여부가 중요하므로 향후 개인의 의료수요탄력성 차이에 대한 많은 연구가 시행된 이후 그 효과성을 검토해 볼 수 있을 것이다.

가계조사 2004~2006년 자료를 통합하여 의료비 가격탄력성을 분석한 결과 전반적인 의료비 지출의 가격탄력성은 거의 0에 가까우며 통계적 유의성도 낮은 것으로 나타난다. 의료지출을 의료서비스, 의약품, 의료용품으로 나누어 분석하더라도 가격의 영향력은 통계적으로 유의하게 나타나지 않는다. 그 원인은 가격변화의 주원인인 의료비 소득공제를 통한 조세가격 변화가 소득공제의 문턱효과로 인해 일정계층에 대해서는 거의 나타나지 않기 때문이다.

가격 변화효과가 의료비 소득공제 계층에 집중되는 점을 감안하

여 의료서비스 가격 변화가 실질적으로 일어나는 계층, 즉 의료비 소득공제가 가능한 계층으로 분석대상을 한정할 경우에는 총의료비 지출의 가격탄력성이 $-0.16 \sim -0.22$ 수준에 이른다. 의료비 지출수준이 다시 조세가격을 변화시키는 내생성의 문제를 고려할 경우 탄력성은 -0.16 으로 이를 고려치 않을 때의 -0.22 보다 작다. 이는 내생성의 문제가 탄력성을 과대추정하는 방향으로 작용하고 있음을 보여준다. 가격탄력성의 크기는 미국, 캐나다 등을 대상으로 한 선행 연구들의 결과에서 나타나는 의료수요의 가격탄력성 $-0.2 \sim -0.5$ 의 낮은 영역에 해당하는 수치로 큰 차이를 보여주지는 않는다. 지출분야별 탄력성 크기를 살펴보면, 지출행위에 있어 개인의 결정권이 높은 의료서비스, 의료용품 등이 높게 나타나는 반면 의약품 지출은 가장 낮은 수준으로 추정된다.

이러한 추정결과는 의료비 지출 소득공제의 정책목적이 노동력의 손실 보완, 비용부담 경감 등에 있지만, 그와 함께 가격하락을 통한 의료수요 증가를 야기하고 있음을 보여준다. 의료비 순위에 따른 분석(Quantile Regression)에 따르면 조세가격에 대한 의료지출의 반응도 크기는 의료지출이 낮은 계층일수록 크게 나타나 의료비 소득공제제도가 상대적으로 건강상태가 양호한 계층의 의료지출을 증가시키는 데 기여하고 있음을 보여준다. 이는 의료비 소득공제를 위해 설정한 소득 3% 기준에 의한 것이다.

현행 의료비 소득공제제도의 개선방안으로 의료저축계좌제도와 세액공제제도를 정책대안으로 검토하였다. 분석 결과 현행 의료비 소득공제를 폐지하고 의료저축계좌 적립액에 대한 공제로 전환할 경우 세수중립적인 적립금 공제액은 납세자의 참여도에 따라 42만~50만원(100~80%) 수준에 이를 것으로 예상된다. 과표구간별 납세자당 세액감면 효과는 제도 전환으로 인해 평균 76.0~79.9% 감소하는 것으로 나타났다. 이는 약 4~5년간의 적립을 통해 현재와 같은 의료비 공제혜택을 평균적으로 누릴 수 있음을 보여준다.

소득계층간 지원 형평성은 1인당 세액감면효과 변화의 차이를 통해 살펴볼 수 있는데 과표 8,800만원 이상 계층의 세액감면 변화율은 -88.8~-90.6%로 4,600만원 이하 계층의 -74.2 ~ -78.3%보다 높은 수준으로 조세지원의 형평성이 현재보다 개선됨을 확인할 수 있다. 세액공제로의 전환시나리오도 형평성 측면에서 긍정적인 결과를 보여주는 것으로 나타났으나 여전히 의료지출 증가유인을 제거하지 못하는 단점이 있다. 또한 연간 운영으로 인해 공제혜택을 받을 수 있는 의료지출 수준이 낮아지는 점도 의료저축계좌와 차이가 있다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 정책방향을 제시할 수 있다.

단기적으로 기존의 의료비 소득공제제도를 변경시킬 수 없다면 의료비 소득공제대상의 조정이 필요하다. 우선, 납세자의 치료과정에서 민간보험을 통해 지불받는 보험금이 있는 경우, 이를 의료비 소득공제 금액에서 차감하지 않는 문제는 이중의 혜택이란 측면에서 보완할 필요가 있다. 이미 민간보험의 보험금을 통해 비용부담이 완화된 상태에서 다시 소득세에서 공제하는 것은 과도한 지원으로 볼 수 있기 때문이다. 두 번째로는 성형, 보약 등 치료목적 이외의 건강관련 비용 지출에 대한 소득공제 특례를 2009년 말로 종료할 필요가 있다. 의료업계의 소득과약을 목적으로 한시적으로 도입된 동 제도는 전반적인 거래 투명성이 높아짐에 따라 존재의 당위성이 떨어지기 때문이다. 세 번째로는 수요탄력성이 높은 의료용품에 대한 지출을 소득공제대상에서 제외하는 방안을 검토할 필요가 있다. 의료용품 지출은 대부분 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등으로 구성되어 치료의 목적이 존재하지만, 소비재적인 성격이 강하므로 기초공제의 범위에 포함되는 것으로 보는 것이 바람직하기 때문이다. 특히 동 부문 지출의 가격탄력성이 높아 의료비공제의 최저기준을 달성하기 위한 수단으로 사용될 여지도 충분하다.

중장기적으로 기존의 의료비공제제도가 야기하는 의료수요 증가

효과를 제거할 수 있는 방안이 필요하다. 유력한 방안으로 의료비 공제제도를 개인 의료저축계좌(HSA)로 전환하는 방안을 제안한다. 동 방안은 제도 도입으로 인한 의료수요 증가를 통제하면서 의료비 소득공제의 목적인 근로능력 유지를 위한 비용 지원이라는 목적을 달성할 수 있기 때문이다. 또한 기존의 의료체계에 변화를 주지 않고 의료비 소득공제제도가 갖는 지원의 형평성 문제도 일정부분 완화할 수 있는 방안이다.

목 차

I. 서 론	19
II. 의료수요와 공제제도	22
1. 의료수요 분석	22
가. 건강보험제도	22
나. 의료비 지출구조 분석	25
2. 진료비 증가추이	26
가. 진료비 증가추이 및 분석	26
3. 건강보험 재정추이 및 전망	29
가. 건강보험 재정추이	29
나. 중장기적 재정전망	33
4. 진료비의 분해	35
가. 적용인구	35
나. 적용인구 1인당 진료비	37
5. 진료비 증가요인 분석	39
6. 의료비 소득공제제도	49
III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책	55
1. 의료비 공제제도	55
가. 미국	55
나. 일본	59
다. 독일	61
라. 호주	64

마. 영국 및 프랑스	67
바. 소결	67
2. 의료비 지출 효율화 정책	70
가. 외국의 개혁 동향	71
나. 진료비 억제대책	89
다. 의료시스템 개편을 통한 비용 절감	109
라. 의료의 질 관리를 통한 진료비 절감	112
마. 소결	113
IV. 의료수요의 탄력성 추정	115
1. 선행연구	115
2. 자료	117
3. 모형 및 실증분석	118
가. 모형 및 자료구성	118
나. 분석 결과	121
다. 소득수준별 분석결과	131
라. 의료 지출 순위별 분석	136
마. Tobit 모형 분석	143
4. 소결	146
V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안	150
1. 의료저축계좌제도로의 전환	150
2. 세액공제제도로의 전환	154
가. 자료 현황	154
나. 분석방법과 의료비 지출 세액공제 전환 시나리오	157
다. 의료비 지출 세액공제 전환시의 예상효과:	
소득 변화효과	159
라. 의료비 지출 세액공제로 전환시의 예상효과:	

소득세 부담 변화효과	162
마. 의료비 지출 세액공제 전환시의 예상효과:	
소득세 과세자 비율 변화효과	173
바. 소득재분배 효과	175
3. 소 결	178
VI. 결론 및 정책시사점	181
참고문헌	187
부 록 1: 의료비 공제제도 개편의 효과	188
부 록 2: 의료지출 순위별 요인분석	190

표목차

〈표 II-1〉 직장가입자 건강보험료율 추이	24
〈표 II-2〉 지역보험료 산정 점수당 적용금액	24
〈표 II-3〉 건강보험 재정 및 적용현황	24
〈표 II-4〉 연도별 진료비와 GDP	27
〈표 II-5〉 진료비와 GDP 및 가격관련 변수들의 증가률	28
〈표 II-6〉 건강보험 재정 상세현황	30
〈표 II-7〉 건강보험 급여비 추이	31
〈표 II-8〉 건강보험 보험료 추이	32
〈표 II-9〉 건강보험 정부지원금 추이	33
〈표 II-10〉 건강보험 재정전망	34
〈표 II-11〉 연도별 적용인구와 구성비 변화추이	36
〈표 II-12〉 연도별 적용인구 1인당 진료비	37
〈표 II-13〉 연도별 적용인구 1인당 연간 입내원일수	38
〈표 II-14〉 연도별 적용인구 1인당 연간 진료일수	39
〈표 II-15〉 SGR 요소별 증가율	41
〈표 II-16〉 연도별 수진율	42
〈표 II-17〉 연도별 적용인구당 진료비	43
〈표 II-18〉 법과 제도에 의한 변화	44
〈표 II-19〉 연도별 SGR	44
〈표 II-20〉 요양기관 종별 입내원일수 추이	45
〈표 II-21〉 요양기관 종별 진료비 변화 추이	45
〈표 II-22〉 질병 소분류별 다빈도 상병 급여현황(외래)	46
〈표 II-23〉 질병 소분류별 다빈도 상병 급여현황(입원)	47

〈표 II-24〉 근로소득자 의료비 공제 현황	51
〈표 II-25〉 근로소득 수준별 의료비 소득공제 규모(2007)	52
〈표 II-26〉 근로소득자의 의료비 소득공제 신고 현황(2007)	53
〈표 III-1〉 의료비에 대한 공제여부 예시	56
〈표 III-2〉 적격장기치료서비스 보험료 공제대상 나이 및 한도	58
〈표 III-3〉 일본 건강보험제도의 의료비 부담률	61
〈표 III-4〉 비경상적 부담률	62
〈표 III-5〉 호주 건강보험료 소득공제율	66
〈표 III-6〉 사적의료보험법에 의한 공제액	66
〈표 III-7〉 각국의 의료비 소득세 공제액 산정방식	68
〈표 III-8〉 각 국가별 소득공제대상 의료지출 범위	69
〈표 III-9〉 미국의 연도별 의료비 규모와 GDP 대비 비중	72
〈표 III-10〉 자원 배분시 개인의 위험도 보정 예시	79
〈표 III-11〉 대만의全民 건강보험 의료비용 지급표준 점수 (2007년 7월 기준)	95
〈표 III-12〉 대만의 장기입원에 따른 본인부담 체증제	104
〈표 IV-1〉 분석 자료의 특성	120
〈표 IV-2〉 모든 샘플을 이용한 OLS분석	122
〈표 IV-3〉 의료비공제 가능 샘플만을 이용한 OLS분석	124
〈표 IV-4〉 의료비공제 시작 조세가격을 이용한 OLS분석	126
〈표 IV-5〉 추정방법에 따른 의료비 조세가격탄력성	128
〈표 IV-6〉 부분샘플-도구변수법 의료 지출 요인분석	129
〈표 IV-7〉 의료비 조세가격탄력성(도구변수-부분샘플 기준)	130
〈표 IV-8〉 10분위 의료지출 요인분석	132
〈표 IV-9〉 9분위 의료지출 요인분석	133
〈표 IV-10〉 8분위 의료지출 요인분석	134

〈표 IV-11〉 10분위별 의료 지출의 가격탄력성(부분샘플 기준) ·	135
〈표 IV-12〉 의료비 지출순위 분석의 조세가격 반응도 (부분샘플 기준)	137
〈표 IV-13〉 95%순위 의료지출 요인분석	138
〈표 IV-14〉 75%순위 의료지출 요인분석	139
〈표 IV-15〉 50%순위 의료지출 요인분석	140
〈표 IV-16〉 25%순위 의료지출 요인분석	141
〈표 IV-17〉 5%순위 의료지출 요인분석	142
〈표 IV-18〉 OLS 추정시 분석샘플 수의 비중	143
〈표 IV-19〉 Tobit 모형 분석결과	145
〈표 IV-20〉 의료비 조세가격탄력성(부분샘플 기준)	146
〈표 V-1〉 의료저축계좌제도 도입의 효과(42만원 한도)	152
〈표 V-2〉 의료저축계좌제도 도입의 효과(50만원 한도)	153
〈표 V-3〉 현행 의료비 지출 특별공제를 세수증립적 정액소득 공제로 전환할 경우의 효과	154
〈표 V-4〉 2010년의 예상 소득10분위별 소득·세부담 분포 (가계조사자료 기준)	156
〈표 V-5〉 소득10분위별 의료비 공제 개편의 소득 증감효과 (2010년 기준)	161
〈표 V-6〉 소득10분위별 의료비 공제 개편의 세부담 증감효과 ·	163
〈표 V-7〉 의료비 공제 개편시 과세자 비율 변화 효과 (2010년 기준)	175
〈표 V-8〉 의료비 공제 개편시 지니계수 및 변화효과 (2010년 기준)	177
〈부표 1-1〉 소득10분위별 의료비 공제 개편의 세부담 증감효과 ·	188
〈부표 2-1〉 10%순위 의료지출 요인분석	190

〈부표 2-2〉 20%순위 의료지출 요인분석	191
〈부표 2-3〉 30%순위 의료지출 요인분석	192
〈부표 2-4〉 40%순위 의료지출 요인분석	193
〈부표 2-5〉 50%순위 의료지출 요인분석	194
〈부표 2-6〉 60%순위 의료지출 요인분석	195
〈부표 2-7〉 70%순위 의료지출 요인분석	196
〈부표 2-8〉 80%순위 의료지출 요인분석	197
〈부표 2-9〉 90%순위 의료지출 요인분석	198

그림목차

[그림 II-1] 건강보험제도 연혁	23
[그림 II-2] 건강보험 연도별 재정수지 추이	31
[그림 II-3] 연도별 보험료 수입 및 보험급여비 증가추이	32
[그림 II-4] 의료비 소득공제제도의 효과	54
[그림 III-1] 미국의 연도별 의료비 규모와 GDP 대비 비중	72
[그림 III-2] 네덜란드 건강보험의 재원부담 구조(2008년)	80
[그림 V-1] 2010년의 예상 소득10분위별 소득·세부담 분포 (가계조사자료 기준)	155
[그림 V-2] 의료비 공제제도 개편시 총소득 변화효과	160
[그림 V-3] 의료비 공제제도 개편시 세부담 및 실효세율 변화 (소득변동 허용시)	163
[그림 V-4] 의료비 지출 특별공제의 효과(소득변동 허용시) ..	166
[그림 V-5] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과 (소득변동 허용·A11 기준)	168
[그림 V-6] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과 (소득변동 허용·A21 기준)	169
[그림 V-7] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과 (소득변동 허용·A31 기준)	169
[그림 V-8] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과 (소득변동 허용·A34 기준)	170
[그림 V-9] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과 (소득변동 허용·A41 기준)	171
[그림 V-10] 의료비 지출 특별공제제도 개편시 과세자 비율 영향 (소득변동 허용)	174
[그림 V-11] 의료비 공제제도 개편시 지니계수 변화효과 (소득변동 허용시)	177

I. 서론

우리나라 소득세 공제제도는 조세정책적 목적뿐만 아니라 다양한 다른 정책 목적을 달성하기 위해 시행되고 있다. 국민의 건강 유지라는 목적을 위해서 전 국민 건강보험제도라는 재정정책적 수단과 함께 의료비에 대한 소득세 공제를 허용하고 있다. 구체적으로 의료비 지출에 대한 소득세 공제는 실제 의료비 지출비용뿐만 아니라 민간의료보험 구입을 위한 보험료 지출도 공제를 허용하고 있다.

그러나 국민 건강보호를 위한 국가의 다양한 노력은 급격한 재정수요 증가를 야기하여 국가재정에 부담이 되고 있는 것도 현실이다. 현재 전 국민 의료혜택 제공을 위해 운영하고 있는 건강보험의 재정은 기본적으로 가입자 기여금을 통해 조달하는 것이 원칙이나 저소득층 등에 대한 다양한 지원정책으로 정부가 재원조달의 일정부분을 책임지고 있는데 그 규모는 2007년 기준 3.7조원 수준이다. 이는 근로자와 달리 재원의 일정부분을 담당하는 고용주가 없는 지역가입자를 위해 보조금으로 2.7조원(2007년), 담배소비에 대한 부담금 부과를 통해 지원하는 추가재원 1.0조원으로 구성되어 있다. 건강보험의 전체 재정규모는 보장성 확대, 수요 증대 등에 따라 급격히 상승하여 2007년 기준 지출액은 총 25.9조원에 이르고 있다. 재정규모의 증대로 건강보험료율도 지속적으로 인상되고 있어 국민부담도 증대되고 있다.

직접적인 정부지출과는 별도로 소득세 의료비 공제제도로 인한 세수 측면의 비용도 추가로 발생하고 있다. 의료비 소득공제 규모는 2007년 기준 3.7조원 수준에 이르고 있으며 소득공제 수혜층의 분포도 상대적으로 소득수준이 높은 상위 10% 소득자 공제규모가 1.2조원으로 전체의 3분의 1을 점하고 있다. 직접적인 의료비 지출공제 외에도

건강보험료 및 각종 민간의료보험 가입비용을 보험료 공제를 통해 지원하고 있어 실제로 정부가 국민의 건강 유지 등을 위해 지출하는 비용은 상당한 수준이라 할 수 있다.

향후에도 의료비 지출은 소득 증가와 고령화 등으로 인해 지속적으로 증가할 것이 예상되므로 건강보험제도, 소득세 공제제도 등을 통해 상당한 재정을 투입하고 있는 우리나라 재정의 부담요인으로 작용할 것이다. 구체적으로 경제발전이 따른 소득 증가로 의료수요가 지속적으로 증가할 것이라는 것은 의료비 전망을 연구한 많은 선행연구들에서 잘 나타나고 있다. 근로자들의 의료비 부담 완화를 위해 운영되고 있는 소득공제 혜택도 간접적인 의료서비스 가격하락을 야기하여 의료수요 증가에 기여할 것이다. 또한 영양 및 위생상태, 의료기술 등의 발달로 인한 평균수명 증가는 전반적인 의료수요 기간 및 품질의 증대를 유발하여 일생에 걸친 의료비 지출규모를 증가시키게 된다.

재정 측면에서 현행 전 국민 대상 건강보험제도는 보험이 갖는 모럴 해저드 문제와 보편적 서비스에 대한 요구로 인해 적극적인 지출규모 통제는 어려운 실정이다. 급증하는 재정수요를 해결하기 위해 건강보험 재원조달 범위 확대 등 공급 중심 정책대안이 주장되기도 하지만 수요 측면에 대한 적극적 고려가 충분하지 못한 상태에서 재정균형 회복에는 한계가 있다. 이는 최근 건강보험 재정균형을 위해 일정기간 적극적인 요율인상 정책을 시행하였음에도 불구하고, 재정흑자시 지속된 각종 지출확대 혹은 수요증대 정책으로 여전히 재정문제가 개선되지 못하고 있는 점에서 확인할 수 있다. 의료서비스에 대한 국가재정 부담을 완화하기 위해서는 기존의 적극적 지출통제 정책과 함께 수요 측면에 대한 정책적 노력을 기울일 필요가 있다. 공급 측면의 지출통제 정책은 잠재적 효과성이 높으나 형평성, 관리 가능성 등의 문제로 인해 실제 효과를 발휘하기 어려운 반면 수요 측면의 접근법은 가격기능을 통해 작용하므로 확실한 효과를 유도할 수 있기 때문이다.

그러므로 현행 건강보험제도의 지속가능성을 높이고 의료비 부담의

과도한 증가를 방지하기 위해 의료수요 행태를 분석하고 이를 반영한 대안의 모색이 필요하다. 의료수요에 대한 통제가 없는 정책은 재정부담 증가로 장기적으로 전 국민 건강보험의 틀을 유지하기 불가능하게 할 수 있기 때문이다. 의료비 결정의 중요한 요인으로 작용하는 소득 및 가격탄력성 등 수요행태를 분석하여 건강보험에 대한 조세지원의 유효성을 살펴보는 것이 중요하다. 실제 의료비 부담 경감 혹은 노동능력 유지비용에 대한 비과세라는 측면에서 허용하고 있는 의료비 소득공제의 경우 높은 소득세 면세자 비율(2006년 현재 근소득세 47.4%, 중소득세 37.5%, 국세통계연보)로 인해 그 혜택이 대부분 고소득층에 집중되는 문제가 있다. 이러한 공제 혜택의 집중문제는 의료비 소득공제의 형평성 문제와 함께 고소득층에 의료비 가격 인하 효과를 통한 의료수요 증가를 야기할 수 있음을 보여준다.

본 연구에서는 우리나라 의료수요에 대한 전반적인 행태분석을 기반으로 의료수요 변동요인을 분석한다. 이후 의료비에 대한 조세지원 효과를 살펴보고 조세가격의 변동에 따른 의료수요의 가격탄력성을 추정한다. 또한 외국의 의료비 통제제도를 살펴보고 우리나라 의료수요 통제를 위한 정책방안에 대한 효과분석을 실시한다. 마지막으로 이러한 분석결과를 바탕으로 정책 시사점을 도출한다. 구체적으로 수요탄력성 분석결과와 외국의 주요 의료수요 관리정책, 정책변경의 효과 등을 감안하여 우리나라 실정에 적합한 의료수요 관리정책을 제시하고자 한다.

II. 의료수요와 공제제도

1. 의료수요 분석

가. 건강보험제도

우리나라 건강보험제도는 1977년 건강보험법에 의거 질병 및 부상에 대한 예방, 진단치료, 재활과 출산, 사망, 건강증진을 목적으로 시행하고 있다. 현재 보건복지가족부의 관장하에 국민건강보험공단을 통해 운영되고 있다. 모든 국민에게 의료보장 혜택을 제공하는 전 국민 의료보험은 1989년 7월부터 실시되었으며 건강보험의 운영체제 또한 과거 집단별 보험자 독립채산방식에서 1998년 지역의료보험과 공무원·교직원의료보험을 통합하고 2000년에는 직장의료보험과 통합하여 단일조직으로 운영되고 있다.

건강보험제도의 재원조달시스템은 직장가입자와 지역가입자로 이원화되어 있다. 직장가입자의 보험료 부과대상은 보수총액이며 고용주가 없는 지역가입자의 경우, 낮은 소득과 악률을 반영하여 소득뿐만 아니라 재산, 성·연령, 경제활동참가 여부 등을 함께 고려하여 부과근거로 활용하고 있다. 보험료 부과요율은 2008년 기준 직장근로자의 경우 보수총액의 5.08%이며 지역가입자의 경우 재산 등을 반영한 부과요소별 점수당 148.9원을 적용하고 있다. 직장가입자의 보험료는 근로자와 사용자가 각각 50%씩 부담하고 있으며 사립학교 교직원의 경우 국가가 20%를 부담하고 있다. 반면 사용자가 없는 지역가입자의 경우 정부가 국고를 통해 40%를 부담하여 사업장가입자와의 균형을 취하고 있다.

II. 의료수요와 공제제도 23

건강보험 적용인구는 2007년 기준 47.7백만명으로 정부보조 의료급여 인구 약 1.8백만명을 제외한 전 국민에게 적용되고 있다. 전반적인 건강보험 재정은 2000년대 초반 적자를 보이다가 건강보험 재정 건전화 위한 지속적인 보험료율 인상으로 2003년부터 수지 흑자를 시현하고 있다. 2007년 총수입 26.0조원 중 보험료 수입이 21.7조원으로 대부분을 차지하고 정부보조금은 3.7조원 수준이다.

[그림 II-1] 건강보험제도 연혁



자료: 국민건강보험공단, 『건강보험제도 개요』

〈표 II-1〉 직장가입자 건강보험료율 추이

(단위: %)

	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
직장	3.19	3.03	3.75	2.8	3.4	3.63	3.94	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08
공·교	4.6	3.8	5.6	3.4								
부과 기준	기본급				표준보수						보수	

〈표 II-2〉 지역보험료 산정 점수당 적용금액

(단위: 원)

연 도	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
	금 액	금 액	금 액	금 액	금 액	금 액
점수당 금액	115.8	123.6	126.5	131.4	139.9	148.9

자료: 건강보험공단 홈페이지

〈표 II-3〉 건강보험 재정 및 적용현황

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
연평균 적용인구 (백만명)	40.0	45.9	46.1	46.5	47.0	47.3	47.4	47.4	47.7
총수입 (조원)	2.4	9.8	11.9	14.3	17.5	19.4	21.1	23.3	26.0
총지출 (조원)	2.2	10.7	14.1	14.8	16.0	17.3	20.0	22.8	26.0

주: 정부보조프로그램인 의료급여 적용인구 약 1.8백만명은 제외
 자료: 건강보험공단, 『건강보험통계연보』 2008.

건강보험의 총지출은 지속적으로 증가하고 있는데, 향후 개인 및 정부의 재정부담에 관한 정책 수립을 위해서는 의료비 지출의 결정요인에 대한 분석이 중요하다. 현재에도 건강보험의 보장성 확대의 문제는 중요한 정책적 이슈이며 향후 중요한 건강보험 지출 증가요인으로 작용할 것이기 때문이다.

나. 의료비 지출구조 분석

전 국민 건강보험이 시작되고 다음 해인 1990년도 건강보험진료비가 2조 9,419억원이었는데 5년후인 1995년에 6조 1,442억원으로 2배 이상 증가하였고, 이후 5년후인 2000년에는 12조 9,122억원으로 다시 2배 이상 증가하였다. 그리고 다시 5년후인 2005년에는 24조 8,615억원으로 거의 2배가 되어 매 5~6년을 주기로 진료비가 두배씩 커지고 있는 상황이며, 2008년에는 34조 8,457억원에 이르고 있다. 이 기간 동안 진료비는 연평균 14.72%의 증가율을 보였다.

이처럼 진료비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적 추세로 파악될 수 있다. 그러나 어느 정도의 증가율이, 얼마만큼의 비중이 바람직한가에 관한 객관적이고 절대적인 근거나 의견의 일치를 기대하기는 어렵다. 자원배분의 우선순위에 관한 의사결정은 시대적 여건의 산물인 경우가 대부분이다.

1998년 외환위기로 국민경제가 파탄지경에 이르고, 경제성장률이 마이너스를 기록하는 동안에도 건강보험 진료비의 증가 추세는 멈추지 않았고, 지난해 글로벌 경제위기를 맞아 마이너스 성장을 기록했지만 건강보험 진료비는 2008년 대비 2009년에 11.19%가 증가하였다.

이처럼 소득수준이 떨어져 부담능력은 줄어들어도 진료비는 줄지 않는다는 사실을 확인할 수 있고, 건강보험 진료비의 관리가 난제임을 보여주고 있다. 이 와중에서 진료비는 억제되어야 할 무엇이라는 인식이 확산되었다. 재정적 보전이 되지 않는 진료비 지출 증가는 당위성

여부를 떠나 유지가 불가능하다는 경제적 원인에서 출발하지만, 내면에는 다양한 형태와 다방면에 걸친 문제의식들이 혼재되어 있다.

보다 크고, 보다 고급스러운 의료기관으로 몰려드는 현상에 대한 우려와 부정적 인식, 불필요한 수진, 무지나 관행적인 의약품의 오남용, 공급자에 의해 유도된 의료수요(supplier-induced-demand) 문제, 불합리한 수가체제로 인한 파행적 진료 관행 그리고 그로 인한 국민건강의 불안, 병원의 경영여건 악화에 대한 제도적 보상요구, 법정 혹은 임의 비급여로 인해 건강보험의 실질적 보상 미흡에 관한 국민의 불만 등 제반 문제들이 진료비 증가 억제라는 과제와 연계되어 제기되고, 그 해결책을 기다리고 있다.

따라서 본절에서는 그 해결책을 모색하는 방안 중 하나로 진료비 지출의 현황과 진료비 지출의 결정요인은 무엇인지에 대해 고찰해 보고자 한다. 본절에서 제시하는 자료들은 비급여를 포함한 의료비 개념보다 좁은 영역인 건강보험 진료비에 한정하였는데 이는 분석자료의 한계에 기인하고 있다. 그리고 분석기간은 2000년 7월 의약분업 실시와 건강보험 통합 등 여러 가지 큰 변화가 있었기 때문에 최근 진료비 지출의 변화 등을 살펴보기 위해 2001년부터 2008년까지를 분석기간으로 설정하였다.

2. 진료비 증가추이

가. 진료비 증가추이 및 분석

진료비 증가에 관한 관심이 증가하는 것은 1998년 외환위기로 경기침체가 정점에 달했던 1998년도에도 증가추세가 꺾이지 않았고 2000년 의약분업 등으로 급증한 진료비는 건강보험 재정의 불안을 초래했다. 이후 2001년 재정안정대책 후에도 2008년까지 연평균 10.03% 진료비가 증가한 반면 국내총생산(GDP)은 동기간 연평균 6.67% 증가하

II. 의료수요와 공제제도 27

였다(〈표 II-4〉 참조). 지난해 경제의 악화로 건강보험 역사 이래 처음으로 보험료를 동결하여 보험료의 인상이 용이하지 않았다. 이는 곧바로 보험재정의 불안을 의미하는 것으로 이러한 추세가 지속된다면 건강보험제도의 지속가능성에 큰 문제가 발생할 수 있기 때문에 진료비 증가에 대한 분석과 관리방안 마련이 필요한 것이다.

진료비가 2001년에 17조 8,433억원으로 GDP에서 2.74%를 차지하던 것이 2008년에는 34조 8,457억원으로 3.40%를 차지하고 있다. 이는 평균 증가율에서 보는 바와 같이 진료비 증가속도가 GDP의 증가속도보다 빠르다는 것을 나타내고 있다.

〈표 II-4〉 연도별 진료비와 GDP

(단위: 억원, %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	평균 증가율
GDP (A)	6,514,153	7,205,390	7,671,137	8,268,927	8,652,409	9,087,438	9,750,130	10,239,377	
증가율		10.61	6.46	7.79	4.64	5.03	7.29	5.02	6.67
진료비 (B)	178,433	188,317	207,420	225,060	248,615	284,103	323,892	348,457	
증가율		5.54	10.14	8.50	10.47	14.27	14.01	7.58	10.03
B/A	2.74	2.61	2.70	2.72	2.87	3.13	3.32	3.40	

경상 국내총생산의 크기가 물가수준에 영향을 받듯이 진료비의 크기도 가격수준에 의해 영향을 받게 된다. 국내총생산의 연평균 증가율에서 물가상승률 2.96%를 제하면 실질성장률은 3.72%로 간주될 수 있다¹⁾. 마찬가지로 진료비의 연평균 증가율에서 수가수준 증가율을 제

1) 다음과 같은 논리구조가 적용된 결과이다.

$$E = PQ \text{에서}$$

$$\Rightarrow E + \Delta E = (P + \Delta P)(Q + \Delta Q) = PQ + Q\Delta P + P\Delta Q + \Delta P\Delta Q$$

하면 실질진료비의 증가율은 8.11%로 간주될 수 있다²⁾. ‘기여율’ 개념으로 물가 상승은 GDP 상승의 44.30%를 기여한 반면, 수가 상승은 진료비 상승의 19.15%만 기여하고 있다.

〈표 II-5〉 진료비와 GDP 및 가격관련 변수들의 증가률

(단위: %)

연도	GDP	물가수준	진료비	수가수준	입내원일수	진료일수
2002	10.61	-0.33	5.54	-2.90	3.58	8.88
2003	6.46	2.21	10.14	2.97	3.34	8.62
2004	7.79	6.07	8.50	2.65	2.19	8.84
2005	4.64	2.15	10.47	2.99	2.99	8.74
2006	5.03	0.90	14.27	3.50	4.40	9.48
2007	7.29	1.39	14.01	2.30	3.06	7.81
2008	5.02	8.60	7.58	1.94	1.64	6.67
평균 증가율	6.67	2.96	10.03	1.92	3.02	8.43

이로써 가격 증가보다 진료량의 증가가 진료비 증가에 더 기여하고 있다는 것을 알 수 있다. 이는 국내총생산 규모의 증가를 앞지르고 있음을 말해주며, 결국 명목가치와 실질가치 모두에서 진료비의 증가율

$$\Rightarrow \Delta E/E = \Delta P/P + \Delta Q/Q + \Delta P\Delta Q/E$$

여기에서 $\Delta P\Delta Q \approx 0$ 이라고 가정하면

$$\Rightarrow \Delta E/E \approx \Delta P/P + \Delta Q/Q$$

즉, 경상가격값(E)의 변화율은 가격변수(P)의 변화율과 실질변수(Q) 변화율의 합으로 간주할 수 있다.

- 2) 정확한 의미에서 의료보험 수가를 진료비에서의 가격수준으로 간주하기에는 무리가 따른다. 진료비를 구성하는 4대 요소인 기본진료료, 진료행위료, 약제비, 재료대 중 기본진료료와 진료행위료만이 수가의 영향을 받고, 약 40%를 상회하는 나머지 두 항목은 고시가와 협약가에 의해 영향을 받기 때문이다. 이러한 해석상의 제약을 염두에 두어야 한다.

은 GDP 성장률을 초과하고 있다는 사실을 알 수 있다.

또한 진료량의 증가를 접근성의 증가와 진료 강도의 증가로 구분하여 볼 수 있다. 접근성의 척도인 입내원일수의 증가율이 3.02%로 연평균 증가율 10.03%의 30% 수준에 머무르고 있다. 이는 진료비의 증가가 접근성보다는 진료의 강도(진료내용), 즉 입내원일당 진료비의 증가에 기인하는 것이었음을 말해주는 것이다. 그리고 방문일수에 투약일수를 포함한 진료일수의 증가가 평균 8.43%로 상당부분 약제비와 관련된 투약일수의 증가에 기인하는 것으로 추론해 볼 수 있다.

3. 건강보험 재정추이 및 전망

가. 건강보험 재정추이

의료비 지출을 통제하기 위한 방안 마련은 우리나라 건강보험의 지속가능성을 높이는 데 기여하는 바가 클 것이다. 따라서 현재 우리나라 건강보험의 지속가능성을 위한 재정추이와 향후 재정전망 등을 살펴봄으로써 의료비 지출의 억제 필요성 등을 살펴보고자 한다.

건강보험제도는 단기보험 성격상 매년 급여비 등 지출 규모를 예측하고, 이를 감당할 수 있도록 보험료 인상 및 국고 지원금 등 수입 확보를 통해 당기수지 균형을 유지하는 방식을 취하고 있다. 하지만 외부적 충격 등에 따른 상황 대처를 위해 일정액의 누적적립금을 유지하도록 하고 있다.

지난 10년간의 건강보험 재정추이를 살펴보면, 전체 재정 규모가 3배 정도 커져 있는 상황이다. 총수입의 경우는 2000년도 9.0조원에서 2003년에 16.8조원, 2009년에는 31.3조원이 예상되고 있으며, 총지출의 경우는 2000년도 10.0조원에서 2003년에 15.7조원, 2009년에는 30.0조원으로 예상된다.

건강보험 재정은 1997년 건강보험을 통합하겠다는 방침의 발표 이

후 여러 가지 원인으로 계속 적자가 발생하였으며, 2000년 7월 건보통합, 의약분업 실시 등으로 2001년 재정 파탄이 있어 누적적립금까지 완전히 적자로 돌아섰다.

2001년 재정 파탄 이후 다양한 재정안정대책을 시행하였으며 이로 인해 2004년 누적수지 흑자를 회복하였으나, 2006년과 2007년에 다시 단기적자가 발생하여 누적적립금이 감소하였다.

〈표 11-6〉 건강보험 재정 상세현황

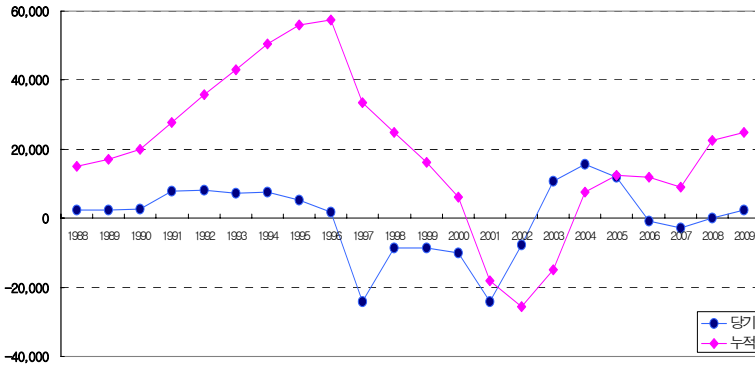
(단위: 억원)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2009년 8월기준	
수입	계	89,934	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	312,563	213,698
	보험료 등	74,407	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	264,262	177,639
	국고지원금	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	38,039	28,299
	담배부담금	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	7,760
지출	계	100,024	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	310,205	203,613
	보험급여비	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	299,714	196,420
	관리운영비 등	9,703	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,491	7,193
당기수지	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	2,359	10,085	
누적수지	5,979	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	24,977	32,703	

주: 현금흐름 수지에 의한 재정입.

최근 2008년도와 2009년 8월까지 단기흑자를 기록하여 2009년 8월 기준 약 3조 3천억원의 누적흑자를 기록하고 있다. 그러나 이러한 단기흑자는 2008년의 경우 경기침체로 인한 의료이용 자제나 일시적인 기후의 영향으로 보여지며, 2009년의 경우는 정부지원금 조기수납과 연말정산액 선수납 등에 기인하고 있어 2009년 말 기준으로 추정해 보면 2,359억원의 단기흑자와 2조 4,977억원의 누적흑자를 유지할 것으로 추정된다³⁾.

[그림 II-2] 건강보험 연도별 재정수지 추이



보험급여비의 증가추이는 지난 10년간 연평균 14.24% 늘어났다. 이는 2001년 재정안정화대책 시행('02~'04), 보장성 강화 시행('05~'07) 등의 외부효과를 제외하더라도 평균 12~13% 정도 증가하는 추세이다. 그리고 최근 5년간 평균도 12.78%로 지속적인 증가세를 보이고 있다.

<표 II-7> 건강보험 급여비 추이

(단위: 억원, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	10년 평균	5년 평균
급여비	90,418	131,654	136,696	150,278	164,293	183,659	214,392	245,614	264,948	299,714		
증가율	14.70	45.60	3.80	9.90	9.30	11.80	16.70	14.60	7.87	13.12	14.24	12.78

보험료 수입 증가도 지속적인 지출 증가세를 감당하기 위해 지난 10년간 연평균 15.57% 증가하였으며, 소득 증가 등으로 인한 증가분을

- 3) 2009년말 재정 추정방식은 보험급여비, 관리운영비, 보험료는 2008년 1~8월 기간 대비 2008년 연간진료비 비율로 추정하였으며, 국고지원금과 담배부담금은 올해 정부정책으로 조기수납 등으로 예측이 어려워 2009년 정부지원 예산액(4조 8,301억원)을 그대로 반영하였음.

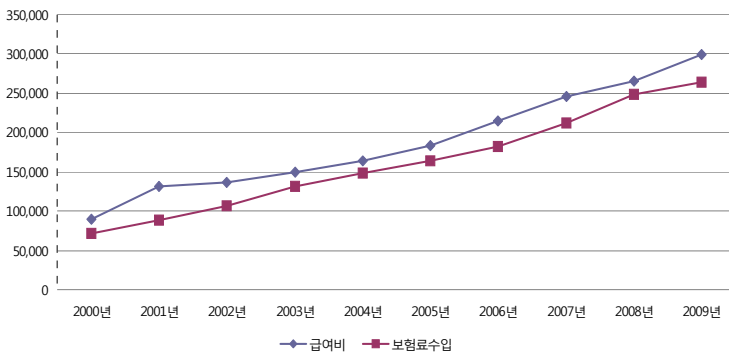
제외한 순수 보험료를 인상률도 매년 6~8% 수준을 유지하고 있다. 그러나 글로벌 경제위기 등으로 2009년에는 건강보험제도 도입 이후 처음으로 보험료를 인상을 동결하여 보험료 수입 증가에 한계를 드러냈다. 그리고 최근 5년간은 과거보다 낮은 12.18% 평균 증가율로 증가율이 둔화되고 있다.

〈표 II-8〉 건강보험 보험료 추이

(단위: 억원, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	10년 평균	5년 평균
보험료 수입	71,846	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,569	212,530	248,300	264,262		
증가율	17.70	23.20	20.30	23.80	12.90	10.20	11.40	16.40	16.83	6.43	15.57	12.18
보험료를 인상률		20	6.70	8.50	6.75	2.38	3.90	6.47	6.50	0.00		

[그림 II-3] 연도별 보험료 수입 및 보험급여비 증가추이



건강보험 수입 중 정부지원금인 국고와 건강증진기금은 2001년 재정위기 때 급격히 증가하였으나, 이후 증가세가 둔화되고 있다. 지난 10년간 국고지원금 인상률은 10.47%이지만 최근 5년간 평균은 5.89%

II. 의료수요와 공제제도 33

로 보험급여비 증가율에 미치지 못하고 있다. 그리고 담배부담금은 10년 평균 12.89%, 5년 평균 10.38% 증가하여 국고 증가율보다 증가율은 높았으나, 2011년까지 한시 지원하는 것으로 되어 있어 대안 마련이 필요한 상황이다.

〈표 II-9〉 건강보험 정부지원금 추이

(단위: 억원, %)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	10년 평균	5년 평균
국고 지원금	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	38,039		
증가율		69.06	-1.92	7.94	2.79	-3.05	3.62	-5.77	12.94	24.55	10.47	5.89
담배 부담금	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262		
증가율				46.77	-2.84	47.74	4.44	0.12	5.82	0.22	12.89	10.38

나. 중장기적 재정전망

본격적인 고령사회 진입, 고혈압, 당뇨 등 만성질환의 증가 등으로 12~13% 정도의 급여비 증가세는 앞으로도 계속될 전망이다. 더욱이 우리나라의 전체 국민의료비는 외국과 비교할 때 제일 낮은 수준으로서 앞으로 계속 늘어날 것으로 전망되므로 이에 따라 건강보험 지출도 계속 늘어날 수밖에 없는 상황이다.

이에 따라 2009년 약 30조원인 보험급여비는 별도의 보장성 확대 없이도 5년 뒤인 2012년에는 최소 53% 늘어난 46조원에 이를 것으로 예상(미래전략위원회 추정)하고 있다. 이에 따라 보험료율도 매년 평균 5% 이상 인상되어 보험료 수입증가율이 평균 12~14%를 유지할 수 있어야 한다. 하지만, 2009년 보험료율 동결에도 불구하고 내년도의 경제상황 등을 고려하면 보험료 인상이 쉽지 않다.

국고(일반회계) 및 건강증진기금 수입도 매년 12~13%씩 증액되어야 재정수지 균형을 유지할 수 있지만, 만약 국고가 증액되지 않으면 그 차액만큼 보험료를 인상해야 하는 부담이 있다. 특히 현재 정부가 적자 재정을 운영하는 현실에서 정부지원을 획기적으로 인상하기에는 한계가 있다. 또한 건강증진기금은 특별법으로 2011년까지 한시적으로 건강보험에 지원하도록 하고 있어 이에 대한 대안 마련이 필요한 시점이다.

이론적으로는 급여비 증가율을 6~7%대로 안정적으로 유지할 수 있다면 보험료율의 인상 없이도 재정 건전성 유지가 가능한데, 동 수준은 소득 증가 등 부과요소의 상승으로 자연적으로 보험료 수입이 늘어나는 비율이다. 따라서 건강보험의 지속가능한 건전성을 확보하기 위해서는 현재의 12~13% 수준인 급여비 증가율을 어떤 방법으로 낮게 유지할 것이냐가 관건이다.

〈표 II-10〉 건강보험 재정전망

(단위: GDP 대비 %)

	총수입	총지출	재정수지
2009	2.89	2.92	-0.03
2010	2.89	2.97	-0.08
2011	2.89	3.03	-0.14
2012	2.89	3.09	-0.20
2013	2.88	3.15	-0.27
2014	2.88	3.20	-0.32
2015	2.88	3.26	-0.38
2020	2.87	3.57	-0.70
2030	2.85	4.25	-1.40
2040	2.81	4.79	-1.98
2050	2.79	5.14	-2.35

자료: 박형수·전병목, 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, 한국조세연구원, 2009.

박형수·전병목(2009)에 따르면 우리나라 건강보험 재정은 향후 지속적인 재정수지 적자를 기록할 것으로 전망된다. 현재와 같은 보험료 및 국고지원금 수준(보험료 수입의 일정비율)이 유지된다는 가정하에서 재정지출 전망과 이에 따른 수지전망에서 GDP 대비 적자비율은 2050년 2.35%에 달한다. 건강보험의 지출규모도 GDP 대비 5.14%까지 증가할 것으로 전망되어 향후 의료지출 통제 및 이를 통한 건전성 유지 노력이 중요함을 보여준다.

4. 진료비의 분해

진료비는 다음과 같이 분해될 수 있다.

$$\text{진료비} = \text{적용인구} \times \text{적용인구 1인당 진료비}$$

가. 적용인구

진료비 규모를 결정하는 첫 번째 요소는 적용인구 수이다. 특히 건강보험이 확대 일로에 있을 때에 적용 대상인구의 확대는 진료비 절대규모가 증가하게 되는 일차적 요인이 된다. 그러나 1989년도에 전 국민 건강보험이 완성되었기 때문에 적용인구 수의 급격한 증가는 기대하기 어렵다. 다만 의료급여 대상자의 변동과 연동되는 정도라 할 수 있다.

따라서 적용인구 수 증가는 적용인구가 가지는 의미가 절대인구수에 있다기보다는 적용인구의 연령별 분포에 있다고 보아야 할 것이다. 개인별로 질병발생 위험요소(risk factor)를 계량화할 수 있는 모형이 없는 현 단계에서 연령은 질병발생 확률과 그에 소요되는 진료비 규모를 통계적으로 특징짓는 가장 설득력 있는 설명변수라 할 수 있다.

영·유아기의 빈번한 병원 출입과 그에 소요되는 상대적으로 낮은 진료비 규모, 노년기의 만성·퇴행성 질환의 다발과 그에 소요되는 상대적으로 높은 진료비 등을 감안할 때, 적용인구의 연령별 분포는 진

료비 규모를 결정짓는 중요한 요인이라고 할 수 있다. 특히 인구구조의 노령화 추이는 향후 진료비의 증가현상을 예측하는 결정적 근거가 될 수 있다.

다음 <표 II-11>에서는 연령군별 적용인구 수 및 상대빈도를 보여주고 있다. 전체 적용인구는 점진적으로 증가하고 있다. 그리고 적용인구의 절대수 증가뿐만 아니라 분포의 변화도 발견할 수 있다. 청소년층의 상대적 빈도 감소와 장노년층의 상대적 빈도 증가가 발견된다. 이러한 적용인구의 연령별 분포 변화를 극명하게 보여주는 것이 점차 장노년층의 비중이 점증할 것임을 시사하고 있다.

<표 II-11> 연도별 적용인구와 구성비 변화추이

(단위: 명, %)

구분	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
0세	448,675	0.98	444,850	0.92	440,428	0.90	405,336	0.82	408,989	0.83	465,813	0.94
1~4세	2,447,533	2.56	2,303,214	2.38	2,178,110	2.24	2,014,168	2.06	1,895,782	1.93	1,846,849	1.87
5~9세	3,492,066	3.74	3,424,449	3.63	3,328,172	3.50	3,259,766	3.40	3,139,390	3.26	2,953,600	3.04
10~19세	6,611,481	7.36	6,584,137	7.24	6,637,953	7.23	6,665,507	7.23	6,740,372	7.25	6,811,919	7.24
20~29세	8,140,963	9.79	8,024,117	9.51	7,844,509	9.21	7,717,886	8.98	7,611,094	8.82	7,461,124	8.55
30~39세	8,816,422	11.75	8,955,410	11.73	8,993,631	11.62	8,920,273	11.40	8,857,665	11.26	8,800,441	11.03
40~49세	7,852,893	11.86	8,139,976	12.08	8,342,269	12.20	8,440,435	12.18	8,497,204	12.17	8,602,222	12.11
50~59세	4,536,815	7.78	4,703,500	7.94	4,942,069	8.23	5,318,553	8.74	5,573,511	9.09	5,889,864	9.44
60~64세	2,014,032	3.74	2,043,933	3.75	2,030,473	3.69	2,009,809	3.62	1,971,711	3.54	1,967,436	3.48
65~69세	1,507,983	2.91	1,593,989	3.04	1,675,263	3.16	1,714,415	3.20	1,761,804	3.28	1,905,472	3.49
70~74세	1,002,224	1.99	1,056,420	2.08	1,128,256	2.20	1,217,871	2.35	1,286,539	2.47	1,365,639	2.59
75세 이상	1,208,928	2.45	1,282,577	2.57	1,359,702	2.71	1,439,598	2.85	1,494,166	2.95	1,602,009	3.12
전체	48,080,015	100.00	48,556,572	100.00	48,900,835	100.00	49,153,617	100.00	49,238,227	100.00	49,672,388	100.00

나. 적용인구 1인당 진료비

적용인구 1인당 진료비는 평균적 진료비 규모를 반영하는 수치라 할 수 있다. <표 II-12>에 따르면, 2001년도에 384,727원이었던 적용인구 1인당 진료비는 2008년도에는 723,545원으로 1.88배 증가하였다. 또한 급여비 및 법정 본인부담금도 거의 같은 정도로 증가하고 있다. 입원의 경우에는 95,588원에서 225,938원으로 2.36배 증가하였고, 외래의 경우에는 189,808원에서 299,336원으로 1.58배 증가하였으며, 약국은 99,331원에서 198,271원으로 0.5배 증가하여 입원진료비 증가율이 가장 높은 것으로 나타나고 있다.

<표 II-12> 연도별 적용인구 1인당 진료비

(단위: 원, %)

구분	전체		입원		외래		약국	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	384,727		95,588		189,808		99,331	
2002	403,598	4.91	98,475	3.02	197,428	4.02	107,695	8.42
2003	440,356	9.11	116,378	18.18	207,731	5.22	116,247	7.94
2004	475,092	7.89	125,959	8.23	218,343	5.11	130,790	12.51
2005	524,592	10.42	138,954	10.32	237,451	8.75	148,187	13.30
2006	599,252	14.23	165,582	19.16	264,171	11.25	169,499	14.38
2007	677,319	13.03	206,218	24.54	285,143	7.94	185,958	9.71
2008	723,545	6.82	225,938	9.56	299,336	4.98	198,271	6.62
평균 증가율		9.44		13.08		6.72		10.38

적용인구 1인당 진료실적을 연도별로 살펴보면 2005년을 기점으로 진료비의 궤적이 체증하는 것을 발견할 수 있다. 이는 정부의 다각적

인 급여범위의 확대가 그 해에 많이 이루어졌다는 점을 감안하면 당연한 결과로 이해될 수 있다.

적용인구 1인당 진료비는 2005년에 들어 급격히 증가하다가 2006년 말부터 시작된 건강보험 약제비 관리방안, 의료급여 혁신대책과 연계하여 식대 본인부담 인상, 6세 미만 아동 입원 본인부담 인상, 외래이용시 정률제 도입 등 본인부담 증가요인이 발생하여 2008년에는 증가세가 감소된 것으로 보여진다. 그리고 2008년 상반기 일시적으로 좋은 날씨로 인한 의료 이용량 감소와 경기침체로 인한 일시적인 의료 이용량 감소 등의 원인이 있었다.

이러한 현상은 입원의 경우는 식대 인상 등이 시작된 2008년에 증가율이 감소되는 반면 외래와 약국의 경우는 2006년말에 시작된 약제비 관리 등으로 2007년부터 감소하는 것을 알 수 있다. 적용인구 1인당 진료비의 지속적인 증가세는 입원의 경우 입원일수 증가에 의해 주도되고 있으며, 약국의 경우는 투약일수에 의해 주도되고 있다.

〈표 II-13〉 연도별 적용인구 1인당 연간 입내원일수

(단위: 일, %)

구분	전체		입원		외래		약국	
	입내원일수	증가율	입원일수	증가율	방문일수	증가율	방문일수	증가율
2001	21.55		0.93		12.15		8.47	
2002	22.19	2.97	0.96	3.60	12.93	6.41	8.30	-2.07
2003	22.71	2.34	1.09	13.49	13.54	4.76	8.08	-2.64
2004	23.08	1.63	1.13	3.20	13.74	1.43	8.21	1.68
2005	23.75	2.90	1.19	5.88	14.13	2.88	8.43	2.64
2006	24.79	4.38	1.32	10.92	14.69	3.92	8.78	4.19
2007	25.33	2.18	1.57	18.49	14.96	1.89	8.80	0.21
2008	25.57	0.95	1.74	10.90	15.01	0.31	8.82	0.19
평균 증가율		2.47		9.38		3.06		0.58

〈표 II-14〉 연도별 적용인구 1인당 연간 진료일수

(단위: 일, %)

구분	전체		입원		외래		약국	
	진료일	증가율	진료일	증가율	진료일	증가율	진료일	증가율
2001	63.36		1.43		16.76		45.17	
2002	68.56	8.21	1.47	2.84	16.88	0.77	50.21	11.16
2003	73.77	7.60	1.68	14.48	17.51	3.70	54.58	8.70
2004	79.84	8.23	1.75	4.07	18.03	2.96	60.06	10.04
2005	86.78	8.69	1.85	5.53	18.69	3.67	66.24	10.29
2006	94.97	9.44	2.02	9.07	19.68	5.32	73.27	10.61
2007	101.50	6.88	2.35	16.40	20.38	3.55	78.77	7.52
2008	107.50	5.91	2.56	9.33	20.68	1.45	84.26	6.96
평균 증가율		7.84		8.71		3.05		9.32

입원의 경우에는 입원일수가 등락을 보이거나 2006년 이후에서 지속적으로 10%의 증가를 보이고 있어 7년 평균 9.38% 증가하였으며, 투약일수를 포함한 진료일수 증가율이 8.71%로 나타나 대부분 투약일수보다 입원일수 증가에 기인하는 것으로 나타났다. 반면 약국의 경우는 방문일수 증가가 0.58%로 적게 증가한 반면 투약일수를 포함한 진료일수는 9.32%를 차지하고 있어 약국의 적용인구 1인당 진료비는 투약일수에 의한 증가로 보여진다. 이러한 현상이 2006년까지 10%의 높은 증가율을 보이다가 2006년 12월부터 실시된 건강보험 약제비 합리적 관리의 다양한 방안이 실시되어 증가추세가 감소하는 것을 알 수 있다.

5. 진료비 증가요인 분석

진료비 증가요인으로 일반적으로 제시되는 사항들은 수진율의 증가, 소득수준, 인구구조 변화, 인구 수 증가, 보험수가·보험급여 확대 등

이다. 특히 미국의 메디케어(medicare)에서 다음 해의 목표진료비를 선정하기 위해 사용하는 SGR(Sustainable Growth Rate)은 다음 해에 자연적으로 진료비가 증가할 수밖에 없는 요인들을 반영하여 진료비를 책정하는 것이다. 이는 건강보험이 지속적으로 유지되기 위한 진료비 증가 수준이 되는 척도가 되는 지표이다. 이러한 SGR을 구하기 위한 산식은 다음과 같다.

$$\text{SGR} = \text{의사수가 증가율} \times \text{대상자수 증가율} \times \text{인구구조 변화율(고령화)} \times 1\text{인당 실질 GDP 증가율} \times \text{법과 제도에 의한 변화율(보험급여 확대)}$$

의사수가 증가율은 Medical service 제공과 관련된 비용의 증가율을 의미하며, 대상자 수 증가율은 건강보험 적용 대상자 변화율이 된다. 인구구조 변화율은 인구고령화에 따른 진료 강도 변화율을 반영하는 것인데 5세 구간 연령별 1인당 진료비 변화에 의해 다음과 같이 산출될 수 있다.

$$\text{인구구조 변화율} = \frac{\sum_i \text{적용인구수}_{i,t} \times 1\text{인당진료비}_{i,t-1}}{\sum_i \text{적용인구수}_{i,t-1} \times 1\text{인당진료비}_{i,t-1}} \times \frac{\text{인구수}_{t-1}}{\text{인구수}_t}$$

(i = 5세 단위로 나눈 연령구간, t = 연도)

법과 제도에 의한 변화율은 급여 확대에 따른 진료비 증가율을 의미한다.

건강보험 수가 증가율은 실제 매년 건강보험공단과 공급자가 계약한 실질 수가 인상률로 2001년은 의약분업 등에 대한 보상으로 7.08%로 높게 인상을 하였으나, 2001년 재정위기로 인해 공급자도 고통분담 차원에서 2002년에 -2.9% 인하하는 것으로 하였다. 2003년 이후에는

거의 2%대의 수가 인상률을 보여 주고 있으며, 2006년의 3.5% 인상은 병원, 의원, 치과, 한의원 등 유형별 환산지수 계약을 전제로 가입자쪽에서 높게 인상한 것으로 예외적인 경우이다.

〈표 II-15〉 SGR 요소별 증가율

(단위: %)

	수가 증가율	대상자수 증가율	인구구조변화율	GDP 증가율
2001	7.08	0.87	2.03	3.39
2002	-0.29	0.41	1.61	6.91
2003	2.97	0.99	1.96	2.32
2004	2.65	0.71	1.23	4.36
2005	2.99	0.52	1.24	3.43
2006	3.50	0.17	1.07	5.00
2007	2.30	0.88	2.00	4.91
2008	1.94	0.66	1.79	2.35
2009	2.22	0.23	1.03	4.08

그런데 수가 인상률이 물가 상승률보다 낮게 책정이 되고 있어 공급자들의 불만을 야기하고 있으며, 최근 수가 계약방식 등에 대한 재개정 논의가 있다. 하지만 진료비는 가격의 증가와 공급량의 증가로 인해 상승하고 있기 때문에 진료비 증가율을 지속적으로 높아지고 있다. 따라서 공급량에 대한 통제가 없이 가격만을 통제하는 것으로는 진료비 증가를 억제하는 데는 한계가 있다.

건강보험 대상자 수 증가는 매년 평균적으로 0.6% 정도씩 꾸준히 증가하고 있으나, 증가율이 1%도 넘지 않아 진료비 증가에 큰 영향은 없는 것으로 보여진다.

반면 건강보험 대상자 수 증가보다 인구의 노령화로 인한 인구구조의 변화가 더 큰 영향을 미치고 있다. 인구구조 변화율은 1~2% 수준으로 증가하고 있는데 향후 인구 고령화와 만성질환이 증가할수록 더

큰 영향을 미칠 것으로 보여진다.

인구 고령화의 문제는 노령일수록 수진량이 절대적으로 많으면서 증가율도 높다는 데 있다. 다음 표에서 보는 바와 같이 전체 평균 수진율(건/명)이 16.56인 데 반해 75세 이상층은 23.96으로 1.45배가 높다.

〈표 II-16〉 연도별 수진율

(단위: 건/1,000명, 배)

구분	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
0세	15,947	2.13	33,222	2.26	32,461	2.17	31,363	2.04	33,765	2.10	21,254	1.28
1 ~ 4세	13,782	1.84	27,094	1.84	27,278	1.83	27,237	1.77	29,440	1.84	20,003	1.21
5 ~ 9세	8,716	1.16	14,733	1.00	14,592	0.98	14,633	0.95	16,039	1.00	9,994	0.60
10 ~ 19세	4,437	0.59	7,455	0.51	7,312	0.49	7,364	0.48	7,950	0.50	4,064	0.25
20 ~ 29세	4,389	0.59	7,713	0.52	7,850	0.53	7,997	0.52	8,359	0.52	5,070	0.31
30 ~ 39세	5,649	0.75	10,255	0.70	10,215	0.68	10,373	0.68	10,621	0.66	5,577	0.34
40 ~ 49세	6,743	0.90	13,177	0.90	13,276	0.89	13,654	0.89	13,873	0.86	5,512	0.33
50 ~ 59세	10,115	1.35	20,288	1.38	20,449	1.37	20,897	1.36	21,020	1.31	10,002	0.60
60 ~ 64세	12,263	1.64	26,707	1.82	27,289	1.83	28,107	1.83	28,960	1.81	15,713	0.95
65 ~ 69세	14,580	1.95	33,689	2.29	34,547	2.31	35,942	2.34	36,543	2.28	19,770	1.19
70 ~ 74세	15,352	2.05	37,463	2.55	38,604	2.59	39,979	2.60	40,819	2.54	23,459	1.42
75세 이상	12,347	1.65	31,971	2.17	33,965	2.28	36,592	2.38	39,001	2.43	23,962	1.45
전체	7,489	1.00	14,706	1.00	14,926	1.00	15,351	1.00	16,042	1.00	16,564	1.00

인구의 고령화는 진료량 이외에 적용인구당 진료비의 절대 규모나 증가율이 높게 나타나고 있다. 적용인구당 진료비가 연평균 723,545원 인 반면 75세 이상은 2,530,507원으로 나타났고 전체 평균 대비 3.50배로 매우 높다. 적용인구당 진료비는 진료량의 증가율과 진료단가의 증가율을 반영하는 것이다.

II. 의료수요와 공제제도 43

〈표 II-17〉 연도별 적용인구당 진료비

(단위: 천원/명, 배)

구분	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
0세	791	2.02	783	1.83	813	1.77	849	1.68	946	1.64	925	1.42	1,163	1.61
1 ~ 4세	533	1.36	528	1.24	550	1.19	583	1.15	639	1.11	686	1.05	742	1.03
5 ~ 9세	288	0.73	287	0.67	295	0.64	311	0.61	351	0.61	368	0.56	402	0.56
10 ~ 19세	80	0.21	82	0.19	85	0.18	90	0.18	102	0.18	109	0.17	119	0.16
20 ~ 29세	102	0.26	108	0.25	114	0.25	123	0.24	138	0.24	155	0.24	163	0.23
30 ~ 39세	135	0.35	142	0.33	150	0.33	161	0.32	178	0.31	196	0.30	210	0.29
40 ~ 49세	183	0.47	198	0.46	209	0.45	227	0.45	254	0.44	279	0.43	295	0.41
50 ~ 59세	317	0.81	342	0.80	361	0.79	386	0.76	439	0.76	482	0.74	515	0.71
60 ~ 64세	834	2.13	965	2.26	1,054	2.29	1,165	2.30	1,306	2.26	1,456	2.23	1,517	2.10
65 ~ 69세	1,000	2.55	1,127	2.64	1,229	2.67	1,379	2.73	1,556	2.70	1,715	2.63	2,008	2.78
70 ~ 74세	1,059	2.70	1,212	2.84	1,320	2.87	1,459	2.89	1,702	2.95	1,986	3.05	2,329	3.22
75세 이상	882	2.25	428	1.00	486	1.06	557	1.10	667	1.16	794	1.22	2,531	3.50
전체	392	1.00	427	1.00	460	1.00	506	1.00	577	1.00	652	1.00	724	1.00

법과 제도에 의한 변화율은 건강보험에서 보장성 확대 등으로 급여의 범위가 증가해서 발생하는 건강보험 진료비 증가분을 보정해 주는 것이다. 예를 들어 건강보험 내 급여가 아닌 비급여 항목이 급여로 전환되면 공급자 측면에서는 진료행위에 대한 수입은 변화가 없지만 건강보험권 안으로 들어오므로써 건강보험 진료비가 증가하여 수가에 영향을 줄 수 있어 이 부분을 보정하는 값이다.

이 법과 제도에 의한 변화율은 급여 확대가 병원급의 급여행위 증가에 기인하는지? 의원급 급여행위인지? 치과인지 등에 따라 달라질 수 있어 요양기관 중별로 살펴보는 것이 의미가 있다.

보험급여 확대는 2005년 건강보험 보장성 확대 계획에 따라 2006년과 2007년에 급여범위를 확대해서 2006년과 2007년이 변화율이 높고 나머지 연도는 크게 증가한 부분이 없다.

〈표 II-18〉 법과 제도에 의한 변화

(단위: 배)

	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
종합전문	1.0033	1.0272	1.0900	1.0360	1.0017	1.0051
종합병원	1.0033	1.0093	1.0427	1.0295	1.0011	1.0033
병원	1.0033	1.0152	1.0598	1.0690	1.0009	1.0027
의원	1.0033	1.0000	1.0076	1.0085	1.0007	1.0021
치과	1.0033	1.0000	1.0000	1.0001	1.0000	1.0000
한방	1.0033	1.0000	1.0044	1.0057	1.0000	1.0133
약국	1.0033	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

최종적으로 SGR을 계산하면 다음과 같다. 2009년의 경우 진료비가 7.73(약국)~9.16%(한방) 증가하는 것이 자연스러운 비용 증가율로 보인다. 진료비 증가율을 SGR 수준으로 통제하는 것이 적정하며 이보다 더 증가할 경우 그 원인에 대한 분석과 대책이 요구될 수 있다.

〈표 II-19〉 연도별 SGR

(단위: 배)

종별	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
종합전문	1.0942	1.1082	1.1977	1.1441	1.0709	1.0828
종합병원	1.0942	1.0889	1.1457	1.1369	1.0702	1.0808
병원	1.0942	1.0953	1.1645	1.1805	1.0700	1.0803
의원	1.0942	1.0789	1.1071	1.1137	1.0698	1.0795
치과	1.0942	1.0789	1.0988	1.1045	1.0691	1.0773
한방	1.0942	1.0789	1.1036	1.1106	1.0691	1.0916
약국	1.0942	1.0789	1.0988	1.1043	1.0691	1.0773

또 다른 진료비 증가요인으로 미국의 SGR 이외에 우리나라의 의료사항에서 특별한 부분은 의료이용량이 대형의료기관으로 집중현상이 있다는 것이다. 따라서 요양기관 종별로 의료이용을 살펴보면 다음과 같다.

II. 의료수요와 공제제도 45

〈표 II-20〉 요양기관 종별 입내원일수 추이

(단위: 천일, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	평균 증가율
종합전문 병원	소계	31,881	31,359	31,702	33,518	35,390	36,606	2.80
	입원	11,825	11,499	11,247	11,669	12,260	12,518	1.14
	외래	20,056	19,860	20,455	21,849	23,130	24,088	3.73
종합병원	소계	51,697	51,969	53,812	56,928	60,768	64,737	4.60
	입원	17,128	17,335	17,657	19,000	20,633	21,346	4.50
	외래	34,569	34,634	36,155	37,928	40,135	43,391	4.65
병원	소계	39,634	43,882	48,234	54,752	66,362	77,622	14.39
	입원	13,856	15,580	18,000	22,124	29,861	37,370	21.95
	외래	25,778	28,301	30,233	32,628	36,501	40,252	9.32
의원	소계	436,234	435,767	448,569	467,689	473,752	476,260	1.77
	입원	7,360	7,508	8,009	9,522	10,731	11,183	8.73
	외래	428,874	428,259	440,560	458,166	463,021	465,077	1.63

〈표 II-21〉 요양기관 종별 진료비 변화 추이

(단위: 백만원, %)

구분		2003	2004	2005	2006	2007	2008	평균 증가율
종합전문 병원	소계	3,033,236	3,216,253	3,512,589	4,194,126	4,855,099	5,267,487	11.67
	입원	2,039,616	2,149,805	2,309,668	2,745,888	3,182,306	3,419,003	10.88
	외래	993,621	1,066,448	1,202,921	1,448,238	1,672,793	1,848,484	13.22
종합병원	소계	2,907,303	3,140,983	3,487,909	4,116,763	4,844,470	5,270,960	12.64
	입원	1,879,870	2,030,226	2,211,296	2,636,129	3,178,561	3,392,924	12.54
	외래	1,027,432	1,110,758	1,276,613	1,480,634	1,665,909	1,878,037	12.82
병원	소계	1,407,615	1,620,502	1,881,706	2,391,180	3,202,717	3,889,091	22.54
	입원	899,918	1,043,155	1,234,289	1,647,246	2,328,946	2,906,980	26.43
	외래	507,697	577,347	647,418	743,934	873,771	982,111	14.11
의원	소계	5,959,819	6,110,975	6,633,162	7,387,768	7,908,181	8,225,773	6.66
	입원	622,035	665,573	731,431	890,384	1,041,239	1,096,068	12.00
	외래	5,337,784	5,445,402	5,901,730	6,497,384	6,866,941	7,129,705	5.96

우리나라 질환별로 외래 다빈도 상병 중 중요한 상병 10개와 입원 다빈도 상병 10개의 연도별 증가추세를 보면 당뇨병, 고혈압 등의 진료비 증가추세가 높은 것으로 나타나고 있다.

〈표 II-22〉 질병 소분류별 다빈도 상병 급여현황(외래)

(단위: 명, 일, 천원)

상병명	연도	진료실인원	내원일수	총진료비
E11 인슐린-비의존 성 당뇨병	2003	1,112,053	9,878,279	185,528,324
	2004	1,186,250	10,632,999	201,655,548
	2005	1,312,728	11,804,120	233,971,681
	2006	1,346,205	12,207,766	264,939,564
	2007	1,453,555	12,798,813	296,889,379
I10 본태성 (원발성) 고혈압	2003	2,814,915	23,828,554	278,652,183
	2004	3,097,570	27,002,173	321,519,572
	2005	3,432,702	30,143,484	376,179,351
	2006	3,692,261	32,438,146	432,692,461
	2007	3,997,260	33,757,794	476,718,952
J02 급성 인두염	2003	5,253,279	13,317,022	133,070,385
	2004	4,947,952	12,030,790	123,509,543
	2005	4,911,556	11,896,137	129,395,483
	2006	4,561,843	10,447,878	119,927,023
	2007	4,583,483	10,072,261	120,454,780
J03 급성 편도염	2003	7,857,508	20,794,483	212,690,902
	2004	8,600,890	22,985,294	237,719,266
	2005	8,988,283	24,625,310	266,585,613
	2006	7,998,579	19,977,917	232,000,720
	2007	8,175,066	19,749,990	239,322,488
J06 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	2003	6,100,972	15,903,677	157,337,316
	2004	5,719,566	14,265,649	145,929,626
	2005	5,661,956	13,956,047	149,752,766
	2006	5,645,095	13,407,186	150,757,583
	2007	6,017,811	13,742,574	160,334,959
J20 급성 기관지염	2003	7,534,390	25,080,124	248,322,033
	2004	7,794,466	24,878,944	252,056,867
	2005	8,436,452	27,148,117	289,943,550
	2006	9,168,612	29,892,403	338,391,317
	2007	9,604,697	30,274,392	355,591,942

〈표 II-22〉의 계속

상병명		연도	진료실인원	내원일수	총진료비
J45	천식	2003	1,970,403	9,345,729	133,330,808
		2004	2,072,685	9,679,230	140,660,793
		2005	2,239,140	10,362,687	157,812,634
		2006	2,283,717	10,415,495	168,827,689
		2007	2,235,943	9,373,485	163,311,835
K02	치아우식증	2003	5,537,382	11,716,084	245,164,890
		2004	5,401,341	11,198,666	240,423,532
		2005	5,349,825	10,842,316	239,421,228
		2006	5,260,384	10,378,476	235,149,368
		2007	5,368,282	10,033,063	232,635,629
K29	위염 및 십이지장염	2003	3,728,823	9,274,182	146,484,465
		2004	3,888,747	9,412,141	146,498,522
		2005	4,237,432	10,226,514	167,661,089
		2006	4,467,828	10,444,165	176,349,707
		2007	4,821,268	10,766,636	185,100,989
M17	부릐관절증	2003	1,421,741	10,350,640	222,766,566
		2004	1,524,380	11,373,497	251,997,205
		2005	1,662,209	12,589,715	298,088,477
		2006	1,799,900	14,272,119	388,088,977
		2007	1,984,962	15,937,121	492,718,868

〈표 II-23〉 질병 소분류별 다빈도 상병 급여현황(입원)

(단위: 명, 일, 천원)

상병명		연도	진료실인원	내원일수	총진료비
A09	감염성 기원으로 추정되는 설사 및 위장염	2003	87,869	408,743	32,057,118
		2004	100,796	469,918	38,117,349
		2005	101,535	480,659	40,596,985
		2006	114,761	569,143	52,242,884
		2007	117,024	607,501	60,412,099
K35	급성 충수염	2003	99,088	643,909	94,620,839
		2004	100,024	643,125	99,474,233
		2005	99,601	636,055	103,544,703
		2006	98,187	628,103	115,177,733
		2007	99,439	629,245	129,990,992

〈표 II-23〉의 계속

상병명		연도	진료실인원	내원일수	총진료비
H25	노인성 백내장	2003	116,807	217,797	132,924,668
		2004	135,676	242,459	159,798,020
		2005	146,169	250,483	176,415,740
		2006	156,829	260,979	197,194,006
		2007	174,051	280,414	226,545,288
I63 I	뇌경색(중)	2003	67,653	1,723,396	140,539,182
		2004	73,924	2,017,053	164,753,311
		2005	75,797	2,323,136	209,918,409
		2006	78,219	2,747,421	274,009,442
		2007	83,460	3,458,107	339,104,926
I10	본태성 (원발성) 고혈압	2003	28,086	548,084	15,427,986
		2004	29,876	624,715	17,687,327
		2005	30,820	699,647	20,587,943
		2006	33,523	869,999	31,860,805
		2007	37,714	1,093,180	45,420,379
J18	상세불명 병원체의 폐렴	2003	115,176	977,664	87,270,637
		2004	114,844	998,808	94,329,311
		2005	125,202	1,130,541	115,323,185
		2006	158,480	1,471,314	161,517,811
		2007	163,307	1,591,775	187,384,013
C16	위의 악성 신생물	2003	32,144	819,703	123,931,132
		2004	32,226	823,787	133,071,666
		2005	34,351	876,721	155,225,631
		2006	35,763	959,284	193,378,545
		2007	37,444	1,007,824	221,538,126
E11	인슐린- 비의존성 당뇨병	2003	46,376	815,789	52,631,999
		2004	48,878	890,228	55,421,638
		2005	51,949	1,028,488	62,619,066
		2006	54,346	1,154,742	77,945,444
		2007	58,430	1,357,118	94,109,143

〈표 II-23〉의 계속

상병명		연도	진료실인원	내원일수	총진료비
I84	치핵	2003	187,523	699,716	111,445,711
		2004	199,718	714,811	120,198,583
		2005	209,517	743,617	130,524,486
		2006	214,507	753,296	140,912,644
		2007	213,357	752,914	145,709,478
I20	협심증	2003	43,508	293,605	90,003,459
		2004	49,329	314,439	114,273,028
		2005	57,540	354,871	131,098,893
		2006	63,757	384,341	183,412,197
		2007	69,384	431,927	210,363,801

6. 의료비 소득공제제도

소득세제에 있어서도 근로자의 근로능력 유지라는 차원에서 의료비 지출에 대한 소득공제를 허용하고 있다. 6종류의 특별공제 중의 하나로 일괄적인 경비공제 형식인 표준공제제도와 선택적으로 운영되고 있다. 2007년 귀속소득 기준 특별공제 선택자는 640만명으로 표준공제 선택자 290만명보다 두 배 이상 수준으로 특별공제의 선택 비중이 높다.

의료비 소득공제는 기본적으로 근로소득자에게만 허용되며 그 범위도 기본공제 대상자에게 지급한 특정한 의료비로 한정된다. 구체적으로 근로소득자 본인, 65세 이상인 자 및 장애인을 위하여 지급한 의료비는 전액 소득공제하고 있으며 그 외 기본공제 대상자를 위해 지급한 의료비는 총급여액의 3%를 초과하는 금액으로 700만원을 상한으로 하고 있다.

소득세법 제52조(특별공제) 1항 3호 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다)를 위하여 지급한 대통령령이 정하는 의료비로서 다음 각목의 금액을 합산한 금액

가. 당해 거주자, 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 자 및 장애인을 위하여 지급한 의료비. 다만, 나목의 대상자의 의료비 금액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 차감한다.

나. 가목의 대상자를 제외한 기본공제대상자를 위하여 지급한 의료비로서 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액을 초과하는 금액. 다만, 당해 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 연 700만원으로 한다.

소득세법 시행령 제110조(의료비공제) ①법 제52조제1항제3호에서 “대통령령이 정하는 의료비”라 함은 당해 근로자가 직접 부담하는 다음 각호의 1에 해당하는 의료비를 말한다. <개정 1995.12.30, 1996.12.31, 2000.12.29, 2001.12.31, 2003.12.30, 2004.5.25, 2005.2.19, 2008.2.22>

1. 진찰·진료·질병예방을 위하여 「의료법」 제3조의 규정에 의한 의료기관에 지급하는 비용
 2. 치료·요양을 위하여 「약사법」 제2조의 규정에 의한 의약품(한약을 포함한다. 이하 같다)을 구입하고 지급하는 비용
 3. 장애인 보장구(「조세특례제한법 시행령」 제105조의 규정에 의한 보장구를 말한다) 및 의사·치과의사·한의사 등의 처방에 따라 의료기기(「의료기기법」 제2조제1항의 규정에 의한 의료기기를 말한다)를 직접 구입 또는 임차하기 위하여 지출한 비용
 4. 시력보정용 안경 또는 콘택트렌즈 구입을 위하여 지출한 비용으로서 법 제50조제1항의 규정에 의한 기본공제대상자(연령 및 소득금액의 제한을 받지 아니한다) 1인당 연 50만원 이내의 금액
 5. 보청기 구입을 위하여 지출한 비용
 6. 「노인장기요양보험법」 제40조제1항에 따라 실제 지출한 본인일부부담금
- ②제1항 각 호의 비용에는 2009년 12월 31일까지 지출한 미용·성형수술을 위한 비용 및 건강증진을 위한 의약품 구입비용을 포함한다. <개정 2002.12.30, 2007.2.28, 2008.2.22, 2009.2.4>

II. 의료수요와 공제제도 51

소득공제대상인 의료행위의 범위에는 일반적인 진찰·진료·질병예방의 비용, 치료, 요양을 위한 의약품 구입비, 의료기기, 안경, 보청기 구입 등을 포함하고 있다. 그 외 2009년말까지 한시적으로 건강보험 미적용 부분의 소득과약을 제고를 위해 미용·성형수술을 위한 비용 및 건강증진을 위한 의약품 구입비용을 공제대상에 포함하고 있다.

소득세 의료비공제제도의 운영 결과 그 규모는 2007년 기준 180만명, 3.7조원 수준으로 모든 근로소득자에게 적용되는 근로소득공제를 제외한 소득공제액의 4.1% 수준에 이르고 있다.

〈표 II-24〉 근로소득자 의료비 공제 현황

(단위: 백만명, 조원)

	2005		2006		2007	
	인원	금액	인원	금액	인원	금액
급여 총계	11.9	279.4	12.6	317.9	13.4	336.5
소득공제 총계	-	183.9	-	198.2	-	212.8
- 근소공제	11.9	107.6	12.6	115.0	13.3	123.5
- 기타소득공제(A)	-	76.2	10.1	83.1	10.7	89.3
· 의료비공제(B)	1.5	2.8	1.5	2.8	1.8	3.7
(B/A, %)		3.7	14.6	3.3	16.9	4.1

의료비 소득공제 구조를 살펴보면 1인당 공제규모는 평균 199만원으로 나타났으며, 이용자 소득수준별 공제규모는 큰 차이를 보여주고 있다. 소득 1천만원 이하 근로소득자의 평균 공제금액은 80만원 수준에 불과하나 5억원 초과 소득자의 경우 2,100만원으로 약 27배의 차이가 난다. 그 원인은 질병 발생확률의 차이와 함께 질병에 대한 의료서비스 수량 및 품질의 차이에 기인하는 것으로 보인다. 일반적으로 질병 발생확률은 소득이 높을수록 낮아진다는 점을 감안하면 이는 공제금액의 하락요인으로 작용하므로 고소득층일수록 의료서비스 수량 및

품질에 대한 수요가 높음을 보여준다.

소득구간 중간소득 대비 의료비 공제금액의 비율을 살펴보면 대체적으로 고소득층으로 갈수록 그 비중은 감소한다. 1천만원 이하 소득자의 경우 공제금액이 소득의 16.0% 수준에 달하나 소득 증가에 따라 점차 낮아져 2억~3억원구간 소득자의 경우 2.5% 수준에 불과하다. 다만 3억원을 초과하는 소득자의 경우, 그 비중이 소폭 증가하는 것으로 나타나는데 이는 그 대상자가 적은 이유와 함께 연령 등 소득수준과 연관관계를 가질 수 있는 요인들에 의한 것으로 판단된다.

〈표 II -25〉 근로소득 수준별 의료비 소득공제 규모(2007)

소득	인원(명)	공제금액 (백만원)	1인당금액 (천원)	소득대비 비중 ¹⁾ (%)
1천만원 이하	130,523	104,585	801	16.0
1천만~2천만원	379,393	482,039	1,271	8.5
2천만~4천만원	679,600	1,359,665	2,001	6.7
4천만~6천만원	281,269	791,949	2,816	5.6
6천만~8천만원	73,162	246,118	3,364	4.8
8천만원~1억원	22,470	87,750	3,905	4.3
1억~2억원	13,549	62,721	4,629	3.1
2억~3억원	756	4,810	6,362	2.5
3억~5억원	199	2,418	12,151	3.0
5억원 초과	55	1,174	21,345	3.0
합계	1,580,976	3,143,229	1,988	-

주: 1) 평균소득은 소득구간의 중간 값을 이용하였으며 5억원 초과 소득구간의 경우 소득구간 증가폭을 감안하여 중간값을 7억원으로 가정

자료: 국세청, 『2008 국세통계연보』, 2008.

근로소득자 중 의료비 소득공제 신청 비율을 살펴보면, 소득수준 4천만~6천만원 구간에서 가장 높은 31.3%의 신청률을 보여주며 2천

II. 의료수요와 공제제도 53

만~4천만원 구간도 이와 유사한 31.1% 신청률 수준을 보여준다. 즉, 중간소득 계층에서 의료비 소득공제를 많이 이용하고 있으며 소득이 감소하거나 늘어날 경우 이용률은 하락하고 있다. 이러한 결과는 소득 수준과 건강과는 양(+)의 상관관계를 갖는다는 경제적 직관과 대체로 부합하고 있다. 2천만원 이하 소득계층의 의료비 소득공제 신청률이 낮은 것은 이미 일정한 가구규모를 가정할 경우 면세점에 근접한 소득으로 특별공제 신청의 유인이 낮은 것이 요인일 수 있다. 또한 소득계약으로 의료비 지출을 늘리기 어려운 상황도 요인으로 작용할 수 있다.

〈표 II-26〉 근로소득자의 의료비 소득공제 신고 현황(2007)

(단위: 명, %)

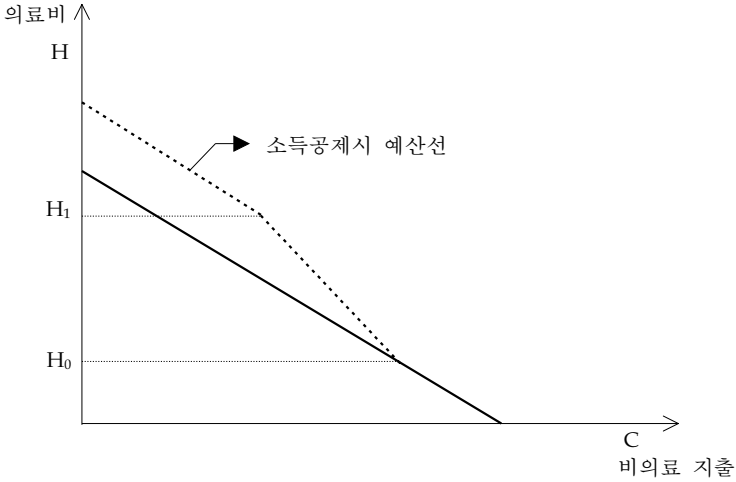
소득	근로소득자	의료비공제 신고자	의료비공제자 비율
1천만원이하	2,300,789	130,523	5.7
1~2천만원	1,911,202	379,393	19.9
2~4천만원	2,182,669	679,600	31.1
4~6천만원	898,832	281,269	31.3
6~8천만원	267,491	73,162	27.4
8천만원~1억	95,531	22,470	23.5
1억~2억원	75,946	13,549	17.8
2억~3억원	8,493	756	8.9
3억~5억원	4,405	199	4.5
5억원 초과	3,312	55	1.7
합계	7,748,670	1,580,976	20.4

자료: 국세청, 『2008 국세통계연보』, 2008.

의료비 소득공제제도의 도입은 소득세 납부의무가 있는 개인(가구)의 예산선을 상향조정하는 효과가 있다. 즉 의료비 소득공제가 시작되는 시점에서 한계소득세율의 기울기로 세후소득이 늘어나기 때문이다. 이러한 예산선의 변동은 개인의 무차별곡선과의 접점으로 규정되는 최적 소비구성을 바꾸게 된다. 일반적인 무차별 곡선의 특성을 감안할 때 의료비 소득공제는 의료비 지출을 늘리는 방향으로 작용하게 될 가

능성이 높다. 이러한 가능성은 실제 개인(혹은 가구)의 지출자료 분석을 통해 검증될 수 있다.

[그림 II-4] 의료비 소득공제제도의 효과



우리나라는 직접적인 의료비 지출액에 대한 소득공제와 함께 의료보험료 지출에 대한 공제도 허용하고 있다. 건강보험료, 생명보험료, 상해보험료 등은 특별공제의 형태로 공제되고 있으며 근로소득자에게만 적용되고 있다. 2007년 기준 보험료 공제규모는 11.8조원으로 580만 명이 신청하였으나 이에는 다른 형태의 각종 보험료도 포함되어 있어 의료보험료 지불액만을 구분해 낼 수는 없다.

Ⅲ. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책

1. 의료비 공제제도

가. 미국

1) 의료비 공제

미국의 의료비 소득세 공제제도는 항목별 공제(Itemized deduction)의 하나로서 공제대상 의료비 중 조정후 소득금액(Adjusted Gross Income: AGI)의 7.5%를 초과하는 금액만 세제혜택을 허용하고 있다⁴⁾. 소득금액의 일정기준을 초과하는 적격 의료비에 대하여 소득공제를 허용해 준다는 의미에서 우리나라와 같은 체제이나 공제금액에 대한 제한을 두고 있지 않다는 점에서 차이가 있다.

의료비 공제액

$$= \text{공제대상 의료비} - \text{조정후 소득금액(AGI)} \times 7.5\%$$

만약 보험사 등으로부터 수령한 의료비 보험금이 있는 경우 공제대상 의료비는 적격 의료비의 총합계에서 보험금을 차감하여 산정하게 된다.

소득공제가 되는 의료비는 본인, 배우자와 부양가족을 위해 질병 등의 치료를 위해 지출한 비용으로 다음과 같이 크게 네가지로 구분할 수 있다. 첫 번째는 진단(diagnosis), 치료(cure, treatment), 완화(mitigation),

4) IRC §213

질병의 예방을 위해 지출한 의료비(의약품 포함)를 대상으로 하며 일반적인 건강유지 비용은 공제대상에서 제외된다. 공제 가능한 진단비용으로 매년 정기검진 비용(annual physical examination), 임신검사 키트(pregnancy test kit)가 2009년에 새롭게 추가되었다⁵⁾. 공제대상 의약품(medicine and drugs)은 처방전이 있는 합법적인 의약품만 공제가 허용된다. 한편 단순한 성형수술비용은 소득공제되는 의료비에 해당되지 않고, 사고 및 재해 등으로 인한 외형손상 또는 선천성 기형(congenital deforming)으로 치료가 불가피한 경우에는 비용공제가 허용된다.

〈표 III-1〉 의료비에 대한 공제여부 예시

공제 가능 의료비	공제 불가 의료비
임신중절(Abortion)	성형수술비용
알코올중독치료비 또는 약물중독치료비	머리카락 이식비용(Hair Transplant)
인공수족(Artificial limb)	제모치료(Hair Removal)
임플란트(Artificial teeth)	미백시술비용(Teeth whitening)
경구피임약(Birth control pills)	영양보충제(Nutritional Supplement)
맹인견(Guide Dog) 유지관리비	헬스클럽 또는 다이어트 비용

자료: IRS, Publication 502, 2009.

한편 특이사항은 의료치료시설에 대한 자본적 지출액도 공제가능 의료비에 포함된다는 점이다. 주택에 별도로 의료치료장비(예로 수영장, 장애인리프트)를 설치하는 경우 공제대상 의료비는 의료치료장비

5) IRS, Publication502-Medical and Dental expenses, 2009.
<http://www.irs.gov/publications/p502/index.html>

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 57

의 취득원가에서 이로 인하여 증가된 주택의 공정가치를 차감하여 산정하게 된다⁶⁾.

의료서비스를 받기 위해 수반되는 교통여비도 공제대상에 포함된다. 실제 지출한 교통여비 또는 표준마일리지 적립법(standard mileage allowance)에 따라 산출된 비용을 공제받을 수 있다. 실제 발생한 교통여비를 의료비로 공제받기 위해서 납세자는 관련 증빙자료와 장부기장을 하여야 하며 표준마일리지 적립법은 이동 1마일당 27센트(2009년 현재)의 비용을 인정하고 있다. 한편 숙박비의 경우 1인당 50달러까지만 공제가능한 의료비로 인정하고 있다.

적격장기치료서비스(Qualified long-term care services)에 대한 대가도 공제대상 의료비에 포함된다. 적격장기치료서비스란 건강치료 전문가(licensed health care practitioner)의 처방에 의한 계획에 따라 만성질환자(chronically ill individual)에게 치료, 관리, 요양서비스를 제공하는 의료서비스를 말한다. 여기서 만성질환자는 기능장애로 인해 90일 이상 다른 사람의 도움 없이 두 가지 이상의 기본 활동(식사, 용변, 거동, 목욕, 의복, 자제)을 할 수 없는 자 또는 심각한 인지장애로 신변의 안전을 위해 중요한 보호감독이 필요로 하는 자로서 건강치료 전문가로부터 12개월 내에 확인을 받은 자로 규정하고 있다. 적격장기치료서비스 비용뿐만 아니라 이를 위한 보험료와 의료보험료도 공제대상이다. 다만 적격장기치료서비스에 대한 보험료 중 의료비공제를 받을 수 있는 금액은 나이에 따라 한정되어 규정하고 있다.

6) <사례> 의료목적으로 주택에 수영장 설치비용이 3만달러가 소요되었고 수영장 설치로 인해 주택의 가격이 2만달러의 가치상승이 있는 경우, 공제 가능 의료비는 1만달러(3만달러에서 가치상승분 2만달러 차감)가 된다.

〈표 III-2〉 적격장기치료서비스 보험료 공제대상 나이 및 한도

나이	의료비공제 가능 보험료
40세 이하	310달러
41세~50세	580달러
51세~60세	1,150달러
61세~70세	3,080달러
71세 이상	3,850달러

2) 의료보험

미국은 직접적인 의료비뿐만 아니라 입원, 진료, 치과, 콘택트렌즈의 교체, 의약품에 대한 의료서비스를 보장하는 보험 가입을 위한 보험료도 의료비 지출액으로 보아 의료비 공제가 가능하다. 의료비 지출액으로 인정되는 의료보험에는 Medicare B와 Medicare D의 보험료가 포함된다. Medicare B는 보험 가입자의 의사에 따라 가입되는 치료에 대한 의료보험이며 Medicare D는 보험가입자의 의사에 따라 가입되는 의약품에 대한 의료보험이다.

그러나 생명보험, 손해보험, 장애보험, 자동차종합보험 등의 보험과 질병 또는 상해로 일정기간 입원하는 경우 주(週)마다 일정금액을 보장받는 보험의 보험료에 대해서는 의료비 공제혜택이 주어지지 않는다. 또한 Medicare A에 해당하는 의료보험료도 의료비 공제대상에 포함되지 않는다. Medicare A는 사회보장(Social security) 또는 의료세(medicare tax)를 납부하는 공무원이 부담하는 보험료로 급여에서 원천징수되는 보험이다. 또한 고용주가 부담하는 건강보험료(employer-sponsored health insurance plan)도 근로자가 부담하는 의료비 지출액이 아니므로 의료비 공제대상에 포함되지 않는다.

자영업자 본인과 배우자 및 부양가족을 위해 부담하는 건강보험료

도 소득공제(self-employed health insurance deduction)⁷⁾가 허용된다. 보험료 공제액은 자영업자의 사업소득의 금액을 한도로 가능하고, 소득공제를 받고자 하는 납세의무자는 다른 가족 구성원이 가입한 보험의 보장범위에 포함되지 않아야 한다. 즉 자영업자인 납세의무자 A가 건강보험료를 부담하고 있고 납세의무자의 배우자 B가 다른 사업자 C의 종업원으로 근무하고 있는 경우 C가 근로자에 대한 건강보험료를 부담하고 건강보험료의 보장범위가 B의 가족에 미친 경우 A는 자영업자에 대한 건강보험료 소득공제를 받을 수 없게 된다.

나. 일본

1) 의료비 공제

일본의 의료비 소득세 공제제도는 200만엔의 한도 내에서 공제대상 의료비 지출액 중 종합소득금액(aggregate assessment income)의 5%(10만엔 한도)를 초과하는 금액으로 규정하고 있다⁸⁾. 일정 기준을 초과하는 지출액만을 의료비 공제대상으로 규정하고 있는 것은 우리나라의 제도와 유사하다. 일본의 경우 의료비 지출공제의 기준이 종합소득금액으로 우리나라 기준금액인 총급여액⁹⁾(성실사업자의 경우 사업소득¹⁰⁾)보다 넓게 규정하고 있지만 금액 한도를 10만엔으로 다시 규정하고 있다. 이러한 금액한도 규정은 일정수준 이상의 지출을 요하는 의료비에 대해 공제를 허용한다는 의미로 노동력의 유지라는 관점에서 도입된 것으로 판단된다. 그러나 최저한도를 규정함으로써 고소득층의 의료비 소득 규모가 커질 수 있어 조세지원의 혜택이 고소득층

7) IRC §164(l)(1)(b)

8) 소득세법 제73조

9) 소득세법 제52조 제1항 제3호

10) 조세특례제한법 제122조의 3, 동법 시행령 제117조의 3 : 세법개정으로 2008년부터 사업자에 대해서도 의료비 공제 허용

에 집중될 가능성이 있다.

구체적으로 종합소득금액에는 총소득금액(사업소득, 부동산소득, 이자소득, 배당소득, 근로소득, 양도소득, 일시소득, 잡소득)과 퇴직소득과 산림소득이 포함된다. 의료비 공제액은 일차적으로 총소득금액에서 우선 공제되고, 미공제 금액이 있는 경우에는 퇴직소득, 산림소득 순으로 공제하게 된다¹¹⁾.

의료비 공제액 = Min (A, B)

A: 공제대상 의료비 - Min(종합소득금액 × 5%, ₩100,000)

B: ₩2,000,000

소득공제대상이 되는 의료비는 세법¹²⁾에서 규정하고 있는 범위에서 본인 또는 생계를 같이하는 배우자, 기타 친족을 위해 지출한 비용을 의미한다. 여기에는 의사 또는 치과의사에 의한 진료 또는 치료비가 포함된다. 진료 또는 치료비에는 직접적으로 들어간 교통비와 병원 식대는 포함되지만 일상적인 검진비용은 제외하게 된다¹³⁾. 치료 또는 요양에 필요한 의약품의 구입비용, 병원, 진료소 또는 조산소(助産所)에서 제공하는 인적용역의 제공에 대한 지출도 포함된다. 진료소의 범위에는 간호보험법(介護保險法)에서 지정하는 간호노인복지시설을 포함한다¹⁴⁾. 그 외에도 마사지, 지압사, 침술사 등에 관한 법률¹⁵⁾에서 규정한 시술자 또는 유도정복사법¹⁶⁾에 의한 시술비용, 보건사, 간호사가 제공하는 요양비용, 조산사(助産師)에 의한 분만비용 등이 포함된다.

11) 소득세법 제87조 제2항

12) 소득세법 시행령 제207조

13) IBFD

14) 소득세법 시행규칙 제40조의 3

15) あん摩マツサージ指壓師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和二十二年法律第二百七号) 第三條之二

16) 又は柔道整復師法(昭和四十五年法律第十九号) 第二條第一項

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 61

한편 의료보험의 보장으로 인하여 보험금 수령액이 있는 경우, 공제 대상 의료비는 의료비 지출합계에서 보험금 수령액을 차감하여 산정하게 된다¹⁷⁾.

2) 의료보험

일본의 건강보험제도¹⁸⁾에 따라 근로자가 부담하는 건강보험료는 소득세법상 보험료공제로 전액 인정된다.¹⁹⁾ 근로자의 전년도 소득과 부양가족의 수에 따라 결정된 종업원건강보험료는 근로자와 고용주가 각각 50%씩 부담하며 근로자의 급여에서 매월 원천징수되고 있다. 의료비(치과진료 포함)에 대한 본인부담액은 30%이며, 부양가족에 대한 의료비 부담액은 연령에 따라 부담률이 달라지게 된다.²⁰⁾

〈표 III-3〉 일본 건강보험제도의 의료비 부담률

구분	의료비 부담률
본인	30%
부양가족	자녀가 3세 미만 : 20%
	3세 이상 69세 미만 : 30%

다. 독일

1) 의료비 공제

독일의 소득세제에서 납세의무자의 결혼 여부, 자녀의 수, 총소득의

17) CCH, Japan Master Tax Guide 2007/09, p121

18) 일본의 건강보험제도는 다음과 같이 2가지로 나누어 볼 수 있다.

① 근로자에 대한 건강보험·연금제도(shakai hoken)

② 실업자와 자영업자와 퇴직자에 대한 국민건강보험(kokumin kenko hoken), 국민연금(kokumin nenkin)

(<http://interac.generalunion.org/wp-content/uploads/2007/12/shakai-hoken.pdf>)

19) 소득세법 제74조

20) <http://www.sia.go.jp/e/ehi.html>

수준에 따라 법적으로 허용된 기준액을 초과하는 의료비는 비경상적 부담에 대한 공제(Aussergewöhnliche Belastung: 소득세법 제33-33b 조)항목으로 소득에서 차감하게 된다. 여기서 비경상적 부담이란 납세의무자가 본인과 동일한 자산 상태, 가족 상태, 소득 수준에 있는 다수의 납세의무자들보다 더 많은 지출을 해야 하는 불가피한 경우에 처한 경우를 의미하는 것으로 납세의무자의 신청을 조건으로 과세소득이 경감된다²¹⁾. 구체적으로 비경상적 부담에 대한 판단은 총소득의 백분율로 이루어지는데 1~7%로 규정하고 있다.

〈표 III-4〉 비경상적 부담률

(단위: 명, %)

기혼여부	자녀 수	총소득금액(특별공제 차감전)		
		15,340유로 이하	15,340유로 초과 51,130유로 이하	51,130유로 초과
미혼	none	5	6	7
기혼	none	4	5	6
미혼	1 또는 2	2	3	4
기혼	1 또는 2	2	3	4
미혼	3 이상	1	1	2
기혼	3 이상	1	1	2

자료: IBFD

의료비 지출액이 비경상적 부담액에 해당하는 경우, 비경상적 부담액을 초과하는 의료비 지출액이 공제액이 되며 별도의 금액 제한 규정은 없다. 일반적으로 소득수준이 낮은 납세의무자가 기혼이면서 부양하는 자녀의 수가 많을수록 소득 대비 의료비 불공제 비율(즉 비경상

21) 김유찬·이유향, 『주요국의 조세제도-독일』, 한국조세연구원,(2009). p. 71

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 63

적부담률)은 1%로 가장 낮고 소득수준이 높은 납세의무자가 미혼이면서 부양하는 자녀의 수가 없는 경우 소득 대비 의료비 불공제율은 7%로 가장 높다.

의료비 공제액

= 공제대상 의료비 - 특별공제 차감전 총소득금액× 비경상적 부담률*

* : 1%~7%

공제대상 의료비는 의사가 처방한 의약품, 진료 또는 치료비, 마사지, 의료서비스를 받기 위해 소요되는 교통비 등을 포함한다²²⁾. 현재 검토중인 세법개정안에 따르면 공제가 되지 않은 의료비용으로 의료보험이 기본적으로 제공하는 서비스를 넘어서는 항목(특진비용 또는 1인실 병실 사용료 등)을 규정하고 있다²³⁾. 의료보험의 급부대상에 해당하는 질병의 예방, 질병의 조기 발견, 치료를 위한 급부, 의학적 재활 치료, 치과질환의 예방 등의 항목은 세법상 공제대상이 될 것으로 예상된다.

2) 의료보험

독일에서 의무적으로 부담하는 건강보험료는 근로자의 경우 연간 1500유로(부부합산의 경우 3,000유로)를 한도로 소득공제가 허용된다²⁴⁾. 그 외 민간시장에서 판매되는 건강보험, 사고보험, 장애인 및 노

22) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch(V) Gesetzliche Krankenversicherung (사회보험법서 제 5권 법적 의료보험) 원문:

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (독일 연방 법무부 전자법전)

23) <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/122/1612254.pdf> p. 14(보험료 체계 개선에 대한 연방 정부의 법 초안 : 시민부담 경감법- 의료보험)

24) Einkommensteuergesetz §10(4) (소득세법 제10조 4항): 원문

http://www.gesetze-im-internet.de/estg/___10.html (독일 연방 법무부

인을 위한 보험, 실업보험과 유사한 사적보험에 불입하는 보험료는 연간 2,400유로를 한도로 소득공제를 허용하고 있다.

라. 호주

1) 의료비 공제(Medical expenses Rebate)

호주의 의료비 소득공제는 기준소득금액을 초과하는 순의료비 지출액의 20%로 규정되며 별도의 공제금액 한도는 존재하지 않는다²⁵⁾. 여기서 순의료비 지출액(net medical expense)은 적격 의료비 지출액에서 보험사로부터 수령한 보험금을 차감한 금액으로 정의된다. 기준소득금액은 우리나라, 미국, 일본 등과 달리 소득구간에 따라 변동되지 않고 고정적인 상수값으로 1,500호주달러이다. 이러한 고정 기준소득금액을 적용하는 것은 의료비 공제제도의 주목적인 노동능력의 유지비용에 대한 지원이라는 원칙이 강하게 적용된 것으로 판단된다.

의료비 공제액

$$= (\text{순의료비 지출액}^1) - \text{기준소득금액}^2) \times 20\%$$

주: 1) 적격 의료비 지출액 - 보험금 수령액

2) 기준소득금액은 1,500호주달러

의료비 소득공제가 인정되는 적격의료비는 본인과 배우자, 부양가족을 위해 지출한 비용으로 소득세법에서 다음과 같이 규정하고 있다²⁶⁾. 우선 질병 또는 수술을 위해 법률적으로 적격한 의사, 간호사, 약사에게 지급한 의료비용이 포함된다. 이 기준에 따르면 의료시술의

전자법진)

25) ITAA36 §159P

26) ITAA36 §159P(4)

혜택이 없는 단순한 성형수술 비용, 처방전이 없는 비타민 또는 건강 식품 구입 비용은 적격의료비로 분류되지 않는다. 다음으로 질병 또는 수술과 관련되어 병원, 노인요양시설(nursing home)에 지급하는 비용이다. 여기서 노인요양시설은 노인요양법(the Aged Care Act 1997)에 따라 승인된 곳이어야 하며, 요양시설에 입원하는 자도 노인요양법에서 규정하는 단계(1~7)에 해당되어야 하는 상세규정을 두고 있다.

또한 치과치료(dental treatment), 안과치료(optical treatment), 운동치료(therapeutic treatment)를 위해 지출한 비용도 포함된다. 안과 치료 비용이란 법률적으로 적격한 검안사(optometrist)와 시력 전문가(eye specialist)에게 지급한 비용을 의미하며 운동치료에는 물리치료(physiotherapy)²⁷⁾와 행동치료(behaviour therapy), 화술치료(speech therapy)가 포함되지만, 다이어트를 위한 음식치료는 해당되지 않는다. 그 외에도 인공수족, 보청기, 휠체어 등 의료 보조기구에 대한 구입 비용과 유지비용, 맹인 또는 반신불구와 같은 장애인 등에게 도움을 줄 수 있는 봉사자와 맹인견에 대한 유지비용 등이 공제대상 의료비에 포함된다. 다만 의료서비스를 받기 위해 지출되는 교통비와 숙박비는 공제대상 의료비에 해당되지 않는다.

2) 의료보험

호주에서 의료보험료를 부담하는 납세의무자는 의료보험료의 일정 부분을 소득공제²⁸⁾ 신청할 수 있다. 소득공제를 받는 경우 보험료 공제액은 사적의료보험(private health insurance)의 보험료 불입액 중 일정비율을 곱한 금액이 되며, 공제금액의 한도는 없다. 소득공제를 받기 위해서 개인은 ①적당한 사적의료 보험계약(appropriate private health insurance policy)에 의한 보험료를 납부하여야 하고, ②납부한

27) 마사지, 척추지압(chiropractic), 수영교습, 수족치료(chiropody) 등이 포함

28) ITAA97 Subdiv 61-H, §61-330~ §61-345

연도에 소득공제를 신청하여야 혜택을 받을 수 있다. 여기서 적절한 사적의료 보험계약이란 국민건강법(National Health Act 1953)에 따라 의료보험사업을 수행함에 있어 체결되는 보험계약을 의미한다. 소득공제대상인 사적의료 보험계약은 병원보장(hospital cover), 부수보장(Ancillary cover), 종합보장(Combined cover)의 3가지로 나누어지게 되며 보험료 공제율은 납세의무자의 연령에 따라 달라지는데 30%, 35%, 40%로 규정하고 있다.

〈표 III-5〉 호주 건강보험료 소득공제율

(단위: %)

보험계약자의 연령	보험료 소득공제율
65세 이하	30
65세 초과 70세 미만	35
70세 이상	40

자료: (http://www.ato.gov.au/individuals/content.asp?doc=/content/14882.htm&page=4#P21_2336)

한편 보험계약이 1999년 1월 전에 체결된 경우에는 사적의료보험촉진법(Private health Insurance Incentive Act 1998)에 따라 현 제도에 따른 소득공제금액과 이전 사적의료보험촉진법에 의한 공제액 중 큰 금액으로 적용할 수 있도록 예외규정을 두고 있다.

〈표 III-6〉 사적의료보험법에 의한 공제액

(단위: 호주달러)

가족구성	병원보장	부수보장	종합보장
부양가족이 3명 이상	350	100	450
자녀 1명과 다른 부양가족 1인 이상	350	100	450
자녀가 없는 부부	200	50	250
개인 1인	100	25	125

자료: CCH, Australian Master Tax Guide, 2007.

마. 영국 및 프랑스

주요 EU국가인 영국과 프랑스는 개인이 부담하는 의료비와 의료보험에 대하여 소득세 차원에서 소득공제 등의 지원을 허용하지 않고 있다²⁹⁾³⁰⁾.

바. 소결

1) 의료비 공제(medical expense deduction or rabate)

주요 국가들의 납세자 의료비 지출에 대한 소득세적 고려는 각 국가의 특성에 따라 다양한 방식을 보여주고 있다. 우리나라를 포함한 미국, 일본, 독일, 호주의 경우 모두 일정금액을 초과하는 의료비에 대해서만 공제를 허용하고 있다. 이는 노동능력의 유지라는 차원에서 노동능력에 실제적인 영향을 미칠 수 있는 수준을 정한다는 의미와 함께 조세행정상의 편의도 달성할 수 있는 방법으로 많이 이용되고 있다.

29) IBFD,UK.

1.8. Personal reliefs

1.8.1.2. Medical expenses

There is no deduction for medical costs or medical insurance incurred by an individual.

30) IBFD, France.

1.8. Personal reliefs

1.8.1. Deductions

1.8.1.2. Medical expenses

Medical expenses are not deductible. On the other hand, health care reimbursements covering medical expenses are not treated as taxable income.

1.8.1.3. Insurance premiums

Insurance premiums paid for health, life or pension insurance policies (other than into qualifying popular pensions savings plan - see 1.6.6.) are not deductible.

구체적인 기준금액의 설정에 있어서는 국가별로 차이를 보인다. 미국, 일본, 독일은 의료비 지출 소득공제 설정의 금액 기준을 산정하는 독립변수로 소득금액으로 하고 있어 납세자의 소득수준에 따라 변동되지만, 호주의 경우 납세자의 소득수준과 무관하게 결정되고 있다. 특히 일본의 경우에는 의료비 공제액의 한도를 연간 일정금액(200만엔)으로 제한하고 있어 조세지원의 한도를 분명히 하고 있다. 이는 우리나라와 유사한 제도이나 우리나라의 경우 소득자 본인 및 65세 이상자에 대해서는 공제한도가 존재하지 않는다는 점에서 차이가 있다.

〈표 III-7〉 각국의 의료비 소득세 공제액 산정방식

국가	의료비 공제액 산정방식	
미국	적격 의료비 ¹⁾ - 조정후 소득금액 × 7.5%	소득수준에 따라 변동 금액제한 없음
일본	적격 의료비 ¹⁾ - 종합소득금액 × 5%	소득수준에 따라 변동 금액제한 있음: 200만엔
독일	적격 의료비 ¹⁾ - 총소득금액 × (1~7%)	소득수준에 따라 변동 금액제한 없음
호주	(적격 의료비 ¹⁾ - 1,500호주달러) × 20%	변동성 없음 금액제한 없음
영국	공제불가	-
프랑스	공제불가	-

주: 1) 적격의료비는 공제대상 의료비 총합계액에서 보험금 수령액을 차감하여 산정

소득세 공제대상인 적격 의료비의 범위는 각 국가별로 차이가 있다. 전반적으로 소득공제가 가능한 적격의료비의 범위를 가장 넓게 인정

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 69

해주고 있는 국가는 미국으로 의료서비스를 받기 위해 수반되는 교통 여비와 의료시설에 대한 자본적 지출액과 보험료에 대해서도 의료비로 인정하고 있다.

인구 고령화로 지출수요가 증가하고 있는 노인전문요양시설(Nursing home) 등에 대해 지급하는 비용도 의료비공제를 허용하고 있다. 미국, 호주, 일본 등의 경우 노인전문요양시설 비용에 대해 비용공제 대상에 포함시키고 있다. 미국은 적격장기치료서비스(qualified long-term care services)에 대해서 보험을 구입할 때에도 구입비용에 대해 세제혜택을 주고 있다.

그러나 대부분의 나라에서 단순 미용 목적으로 시술하는 성형수술 비용에 대해서는 적격의료비용으로 인정하고 있지 않다.

우리나라에서 추가적으로 고려할 만한 요인은 민간의료보험 급여가 있는 경우이다. 이미 민간보험료에 대한 소득공제 혜택이 부여되고 있는 상황에서 민간보험 급여가 발생한다면 의료비 소득공제에서는 제외하는 것이 바람직할 것이다. 일본의 경우에도 민간보험급여를 공제대상 의료비에서 차감하여 적용하고 있다.

〈표 III-8〉 각 국가별 소득공제대상 의료지출 범위

국가	적격의료비의 범위				
	질병진단·치료비용	의약품	의료보조기구	교통, 숙박비	자본적 지출액
미국	○	○	○	○	○
일본	○	○	○	×	×
독일	○	○	○	○	×
호주	○	○	○	×	×
영국	×	×	×	×	×
프랑스	×	×	×	×	×

2) 의료보험(medical insurance, health insurance)

미국, 일본, 독일, 호주 모두 납세의무자가 부담하는 의료보험료(건강보험료)에 대하여 소득공제 혜택을 제공하고 있다. 미국과 일본의 경우 납세의무자가 부담하는 의료보험료에 대해 전액 소득공제를 허용하고, 독일과 호주는 일정금액을 한도로 소득공제를 허용하고 있다. 특히 미국의 경우 의료보험료에 대해서 의료비 지출액으로 보아 의료비 공제의 틀 안에 포함하고 있으며 의료보험료 공제에만 금액 제한을 하고 있지는 않다. 반면 독일 근로자의 경우 의료비 소득공제와 별도로 의료보험료 공제를 운영하며 연간 1,500유로(부부합산의 경우 3,000유로)로 상한을 두고 있다. 호주의 경우에도 별도의 의료보험 공제제도를 운영하고 있는데 연령에 따라 보험료불입액 중 일정비율(30%, 35%, 40%)을 한도로 공제를 허용하고 있다. 우리나라는 일본과 유사하게 의료보험에 대한 공제를 의료비용 공제와 별도로 운영하고 있다.

2. 의료비 지출 효율화 정책

건강보험의 역사가 오래된 선진 외국의 경우 역시 재정안정을 위한 대책을 마련하는 데에 부단한 노력을 하였다. 주로 진료비의 증가를 억제하는 데에 중점을 두었으며, 최근 증거에 근거한(evidence-based) 의료의 질 평가 쪽으로 선회하는 움직임이 시작되고 있다. 본장에서는 최근 주요국가의 의료보험 관련 개혁 동향을 소개하고 구체적으로 진료비 억제대책, 의료시스템 개편을 통한 비용 절감, 의료의 질 관리를 통한 진료비 절감 방안을 살펴본다.

가. 외국의 개혁 동향

1) 미국

가) 배경

미국은 최근 의료개혁 문제로 치열한 논쟁과정에 있다. 민간보험 중심의 자유시장주의적 의료체계를 가지고 있는 미국은 의료 사각지대 문제가 여전히 과제로 남아 있으면서 진료비는 폭등하는 반면 의료의 질은 OECD국가 중 하위에 위치하고 있는 등 의료관련 총체적 위기의 식으로 2008년 대통령 선거에서부터 주요 의제로 다루어져 왔다. 그 이후 오바마 대통령은 의료개혁을 제1의 국가 과제로 선정하여 개혁 실현을 위한 다각적인 방안을 모색중이다.

의료개혁의 배경은 다음과 같이 세 가지 측면에서 살펴볼 수 있다. 첫째, 의료 사각지대의 점증 문제이다. 2006년 기준 전 인구(약 3억명)의 약 15.6%에 해당하는 약 4,700만명이 무보험 상태에 놓여 있다. 1990년에는 약 3,100만명이 무보험 상태였으나 2000년에 약 4천만명으로 증가하였고, 2006년 현재 약 4,700만명으로 연평균 무보험자가 100만명 이상씩 증가하고 있다.

둘째, 의료의 효율성 저하 문제이다. 국민의료비가 GDP의 15.3%(2006년)로 세계에서 가장 높다. 국민 1인당 의료비 지출은 6,714달러(2006년 기준)로 OECD국가 중 가장 높은 것으로 나타났다. 1990년 7,170억달러이던 의료비 지출액이 2004년에는 약 2.5배 증가하여 약 1.9조달러에 도달하고 있다. 또한 의료비 부담으로 개인 및 기업 파산 등 사회문제가 야기되고 있다. 의료비 부담으로 매년 200만명이 파산하며, 이는 미국 전체 개인 파산자의 50%에 해당한다. 영세 사업장은 의료보험을 제공하지 못하거나, 의료비에 따른 파산 위험에 상시 노출되어 있다. 그 외 관리 비용의 급상승 및 누수 비용의 급증도 주요 과제로 부각하고 있다. 관리비가 의료비의 약 25%에 이르는 등 제도의 비효율이 존재하고 있다. 비효율적으로 누수되는 의료비용이 연간 500억달러에서

1천억달러에 이르는 것으로 추산되고 있다.

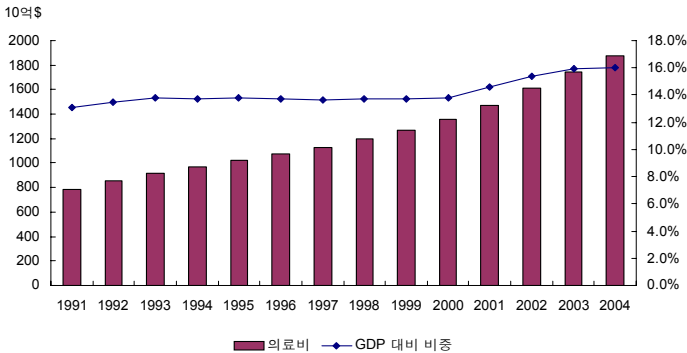
〈표 III-9〉 미국의 연도별 의료비 규모와 GDP 대비 비중

(단위: 10억달러, %)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
의료비	785	853	917	966	1,020	1,073	1,130	1,196	1,270	1,359	1,474	1,608	1,741	1,878
GDP 대비 비중	13.1	13.5	13.8	13.7	13.8	13.7	13.6	13.7	13.7	13.8	14.6	15.4	15.9	16.0

자료 : The Kaiser Family Foundation and HRET(2008). Employer Health Benefits 2008 Annual Survey.

[그림 III-1] 미국의 연도별 의료비 규모와 GDP 대비 비중



셋째, 의료의 질 저하 문제이다. 막대한 의료비 지출에도 불구하고 보건의료 지표는 낮다. 평균 수명은 OECD국가 중 24위, 1천명당 영아 사망률은 6.9명으로 28위에 머무르고 있다(OECD Health Data, 2008). 또한 전체 의료비용의 75% 이상이 고혈압, 당뇨, 심장병 등 만성질환에 사용되고 있으나 사전 예방적 공공보건을 위한 의료비용은 전체의 약 4%에 불과한 것으로 나타나고 있다.

나) 오바마 의료 개혁(안)의 내용

의료 개혁의 방향은 의료 지출의 효율성 제고, 의료의 접근성 향상, 예방의학 및 공공보건 강화에 초점이 맞추어져 있다. 개혁의 원칙으로는 의료비 상승의 억제, 건강보험과 진료 의사에 대한 국민의 선택권 보장, 모든 국민에게 양질의 적절한 의료보장 제공 등을 들 수 있다.

의료비 지출의 효율화를 위해 첫째, 경쟁 활성화를 통해 제약사 및 보험사의 과도한 이익을 억제하고자 한다. 의료시스템 개혁의 가장 큰 장애물로 제약사 및 보험사를 지목하고 오바마 대통령은 지난 10년간 개혁 저지에 10억달러를 사용했던 거대 제약사 및 보험사의 개혁 저항을 끝내겠다고 언급한 바 있다³¹⁾. 2000~2005년 중 총보험료는 8% 상승한 반면, 관리비 및 보험사 이윤을 포함한 간접비는 평균군 12.0%, 처방약 제비는 10.7% 증가했기 때문이다. 연방정부가 제약사와 가격협상하는 것을 금지했던 「2003 Medicare Modernization Act(MMA)」도 폐기할 것을 공언했다. 가격협상을 통해 300억달러의 비용 절감이 가능할 것으로 추산하고 있다. 미국의 약값은 캐나다, 영국, 프랑스 대비 약 50% 더 비싸며, 이를 통해 제약사가 과도한 초과이윤을 누리고 있다고 인식하고 있는 것이다. 연방정부가 제약회사를 상대로 가격을 협상하는 제도를 도입하여 제약회사의 고가 마케팅의 근원을 해소하고 소비자 부담을 완화하고자 하는 것이다. 이를 위해 복제약에 대한 메디케어, 메디케이드, 연방공무원보험 등의 지원을 확대하고, 복제약의 시장 진입을 방해하는 대형 제약사의 행위를 단속하며 미국 내에서 판매되고 있는 동일한 의약품의 해외 수입도 허용할 것을 고려하고 있다. 허가된 의약품 특허권을 가진 제조자 외의 제3자가 제3국에서 수입할 수 있도록 허용(병행수입제도 : Reimportation, Parallel import)하는 것을 의미한다.

의료보험거래소(NHIE: National Health Insurance Exchange)³²⁾를

31) www.barackobama.com

32) 기업 및 개인 단위 건강보험, Medicare, Medicaid, S-CHIP 등 건강보장

설립하여 보험사 간 경쟁을 촉진할 계획이다. 또한 보험회사의 불공정한 보험료 인상과 독점적 지위의 남용을 방지하고자 한다. 지난 10년간 400개 이상의 보험사 간 M&A를 통해 소수 대형회사 중심의 시장구조가 고착되면서 보험시장이 독과점화 경향을 보이고 있다. NHIE에서는 다수의 민간보험 상품 및 새롭게 마련할 공적 보험상품 중에서 선택할 수 있도록 설계되고 있다. 또한 모든 보험회사는 최소한의 보장내용을 제공해야 하며, 개인의 건강상태에 따라 보험료를 차등 적용해서는 안되는 것으로 법이 준비되고 있다.

IT 시스템 도입을 통해 비용절감 및 의료서비스의 효율성을 제고하고자 한다. 향후 5년간 Electronic Health IT System에 100억달러를 투자하여 전자의료정보체계 표준화 등 최첨단 의료정보체계를 구축하고자 한다. 모든 병·의원이 전자의료기록을 도입할 경우 입원일수 감소, 중복·불필요 검사 감소, 약품사용 최적화 등으로 비용절감을 예상할 수 있다. 메디케어에 참여하고 있는 의사가 전자기록시스템을 도입하면 환급금을 늘려주는 방안도 고려하고 있다. 신기술, 의료서비스 등의 비용·품질 비교연구 및 평가결과를 제공하기 위해 독립된 연구소를 설립하고 의료보험(Health Plan)사에는 보험료 중 환자 치료에 사용한 비용과 관리비 비중 자료를 공개하도록 요구할 예정이며 IT 시스템을 활용해 비도시 및 의료서비스 부족 지역에 의료서비스를 제공하는 유헤스 사업도 확대할 계획이다.

둘째, 오바마 의료 개혁은 전 국민 대상 의료의 접근성을 향상시키는 데 주안점을 두고 있다. 정부가 지원하는 공공보험을 확대해 의료보험 혜택을 받지 못하는 국민들에게 보험 혜택을 제공하고자 한다. 공공보험과 민간보험 간 경쟁을 유도하여 보험료를 인하함으로써 모든 국민에게 의료 접근성을 보장하고자 하는 것이다. NHIE를 통해 개인이 적절한 보험료로 보험에 가입할 수 있도록 여건을 조성하려는 것이다.

프로그램 적용을 받지 않는 개인 또는 영세 자영업자 등이 건강보험에 가입할 수 있도록 하는 프로그램이다.

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 75

NHIE에 가입하는 보험은 연방공무원보험에 준하는 보장내역을 제공하며, 현 질병 유무를 들어 보험가입을 거부할 수 없도록 설계하고 있다. 보험자는 평균 이상의 보험료 인상 시 비용 인상의 타당성을 증명해야 하고 NHIE는 각 보험사별 비용, 비용 사용 투명성 등의 차이를 평가하여 공시하도록 하고 있다. 既가입한 보험에 변동 없이 직장을 옮길 수 있으며, 보험자의 등록절차, 의료서비스 제공자의 서류업무 부담 등도 최소화해서 국민의 부담을 덜어주려는 것이다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

별도의 공공보험 플랜을 만들어 원하는 시민이 가입하도록 지원한다. 종업원에 대해 의료보험을 제공하지 않고 있는 대기업은 임금지출의 일정비율만큼 신설 공공보험에 기금납부를 의무화하되 소기업은 기금 납부대상에서 제외한다. 신설 공공보험에 가입하는 병원 및 서비스 사업자는 의료서비스의 질, 의료정보 시스템 및 관리비용 등이 기준에 맞는지를 NHIE에 보고해야 한다. 또한 세제혜택 및 보조금을 통해 저소득자, 개인 및 소기업의 보험가입을 지원하고 개인보험 가입자에게 세금공제 혜택을 제공한다. 'Small Business Health Tax Credit'을 신설하여 소기업의 의료비 지출이 일정금액을 초과 시, 의료비로 지출한 비용의 50%까지 환급하도록 하고 있다. 그 외에도 각종 사회안전망 기관의 역량을 확대하여 의료서비스 사각지대를 해소할 것을 제안하고 있다. 모든 어린이에게 의료보장을 제공하고, 부모의 의료보험에 가입할 수 있는 연령을 25세까지 연장할 계획이다. 2007년 10월 SCHIP의 보장대상을 400만명 추가하기 위해 350억달러의 예산을 배정하는 법률안이 부시의 거부권 행사로 무산된 바 있었으나 금번 개혁안에서는 메디케이드 및 SCHIP(어린이 대상 의료보장)의 보장대상을 전폭 확대하고자 한다.

셋째, 예방의학 및 공공보건을 강화하고자 계획하고 있다. NHIE를 통해 모든 필수적인 임상 예방서비스를 보험화하고자 한다. 대장암 검사는 모든 보험에서 의무화하고 메디케이드(Medicaid)는 대장암 및

유방암 사전 검사 시 본인부담금을 폐지하고 기타 보험도 본인부담금 수준을 최소화할 것을 제안하고 있다. 국립 유방암 및 자궁암 조기진단프로그램과 같은 저소득층 대상 암검사 프로그램을 지속 확대하며 에이즈, 말라리아, 결핵 등 감염성 질환의 예방·퇴치 프로그램도 활성화 계획을 가지고 있다. 미국 내 에이즈 퇴치를 위한 종합전략을 수립하고 저소득층 중 HIV(에이즈 바이러스) 감염자에 대한 보험적용 확대도 계획하고 있다. 그 외에 세계적인 감염성질환 퇴치활동에서 주도적 역할을 담당하고 건강증진 프로그램 및 사전예방활동을 강화하고자 한다. 이를 위해 금연, 학교·직장에서의 건강증진 프로그램 등 건강증진활동에 대한 보조금, 용자 또는 세금환급 등 다양한 증진책을 준비중에 있다.

다) 의료 개혁에 필요한 소요재원 조달 방안

이러한 의료 개혁에는 향후 10년간 약 1조달러가³³⁾ 필요할 것으로 예측되고 있다. 재원을 마련하기 위해 부유층 추가 과세, 예비기금(Reserve Fund) 창설, 그리고 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid)의 효율화 도모가 추진되고 있다.

의료비용의 구체적인 절감을 위해 진료기록의 전산화로 반복치료나 의료사고 축소 그리고 의료비 과다청구를 방지하고자 한다. 성분명(Generic)의약품 사용을 확대하고 병력이 있는 사람의 가입을 막는 민간 보험회사들의 횡포를 불법화하고, 메디케어 및 메디케이드의 부당 청구 근절책을 모색하고 있다. 또 가격 대비 효과가 높지 않은 서비스는 급여 범위에서 제외시킬 것을 모색하고 있다.

메디케어와 메디케이드의 낭비와 비효율을 절감하여 이 플랜에 소요되는 대부분의 재원을 마련하되 나머지 재원은 수천 만명의 신규 고객을 확보하게 될 보험사와 제약사들로부터 거둬들이는 수입에서 충

33) 프로그램 내용에 따라 약 6천억달러에서 1조 5천억달러까지 다양하게 제시되고 있음.

당할 계획이다. 그 외 의료보험 개혁을 통해 고가의 의료보험을 판매하는 보험사에 수수료를 부과하고, 방어적인 진료 형태가 의료비 증가에 일조하기 때문에 환자의 안전을 최우선으로 추구하면서도 의사가 진료에 전념할 수 있도록 보장하여 의료비를 절감하고자 계획하고 있다.

2) 네덜란드

가) 의료보장 체계

네덜란드 건강보험 체계는 3단계로 이루어져 있다. 제1영역은 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 의무적으로 가입하도록 되어 있는 보험이다. 재원은 보험료, 정부의 보조금 및 본인부담금으로 구성되어 있다.

제2영역은 급성질환 및 일반적 질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공을 위해 전 국민이 강제가입로 가입하도록 한 보험이다. 제2영역 보험은 2006년 이전에는 소득수준과 직종에 따라 공적보험(일정소득 이하), 공무원보험 그리고 민간보험(일정소득 초과)으로 구분되어 있었다. 하지만 2006년 개혁방안에 따라 관리를 모두 민간보험이 하도록 하였다. 그리고 정부는 저소득·취약계층에 대한 보건 의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금 지원을 하도록 하였다.

제3영역은 보충형 민간보험으로 제1, 2영역에서 급여하지 않는 치과, 고급의료, 성형 등을 위한 보험으로 가입은 자율적으로 하도록 하고 있다. 하지만 전 국민의 90% 이상 가입하고 있다.

나) 네덜란드 건강보험 개혁방향

개혁 전 네덜란드 건강보험은 소득, 건강, 연령, 고용상태에 따라 다층 구조로 이루어져 있었다. 따라서 소득, 건강상태, 고용주의 지원 등에 따라 보험료도 차등 부과되었다.

이러한 체계는 거시적인 관점에서 비용 억제에 성공한 것으로 평가

되었으나, 대기시간이 길고, 공급자들의 효율성이 저하되었다. 가입자들의 비용의식이 부족했으며, 가격에 상응하는 서비스를 제공하기 위한 인센티브가 미약하였다. 그리고 투명성이 부족하여 질 관리가 미흡했으며, 보험자에 대한 통제가 미약하여 고령자와 만성질환자 보호에 미흡한 부분이 많았다.

이를 극복하기 위해 네덜란드에서는 종전 공적인 체계 내에 있던 전통적인 보험을 사적인 조직인 민간보험에서 '경쟁'을 통해 관리하도록 함으로써 가격에 상응하는 서비스를 하도록 제도를 개혁하였다. 이러한 개혁을 통해 중앙정부가 제공을 주도하는 시스템보다 민간보험이 고령화, 만성질환자 증가, 의료기술 발달 등 미래환경에 효과적으로 대응할 것으로 기대하였다.

다) 건강보험(제2영역)의 개혁 내용

2006년 개혁 중 가장 핵심은 제2영역의 건강보험을 민간보험에 관리를 위탁하는 것이다. 전 국민을 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하고 정부는 표준급여의 범위, 의료서비스의 질 등 민간보험을 통제 관리하는 시스템으로 변경한 것이다. 따라서 민간보험사들은 급여, 서비스의 질(質), 보험료 등을 정부로부터 엄격한 통제를 받으며 보험상품을 판매하고 있다. 민간보험사는 가입자의 건강상태에 따라 보험료를 차등하거나 가입을 거부할 수 없도록 하였다. 그러나 정부에서 보험사에 재원을 배분할 때 정률보험료로 구성된 위험균등화 기금에서 가입자의 위험도(성, 연령, 질환 여부 등)를 고려하여 재원을 배분하고 있다.

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 79

<표 III-10> 자원 배분시 개인의 위험도 보정 예시

(단위: 유로/연)

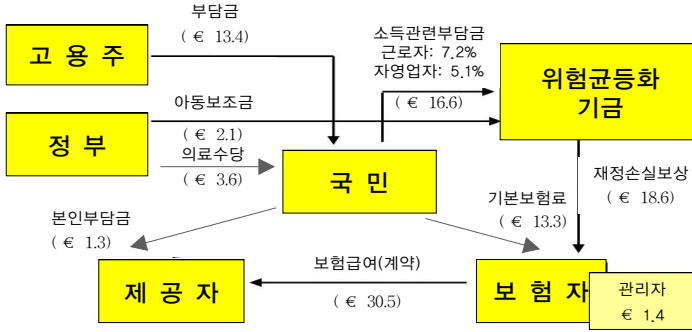
구 분	40세 여성(A) 장애급여 수혜자 사회경제적 수준 낮음 도시 지역 거주 PCG-당뇨-1 DCG-none	38세 남성(B) 정상 직업 사회경제적 수준 높음 쾌적한 거주지 PCG-none DCG-none
성별/연령	1,182	946
수입원	965	- 63
사회경제적 상태	51	- 67
지역	60	- 98
Pharma Cost Group(PCG)	3,117	- 213
Diagnosis Cost Group(DCG)	- 98	- 98
총비용	5,277	407
기본 보험료	- 970	- 970
위험보정 후 지불액	4,307	- 563

주: 위험균등화기금에서 (A)가 속한 민영보험사에게 4,307유로를 추가 지급하고, (B)가 속한 민영보험사에게는 563유로를 삭감하여 지급

네덜란드 제2영역 건강보험의 재원은 정액보험료(기본보험료), 정률보험료 및 정부국고부담으로 이루어져 있다. 정액보험료는 가입자가 매월 민간보험사에 직접 납부하는 기본보험료로서 전체 재원 중 약 45%를 차지하고 있다. 정률보험료는 소득에 따라 차등 부과하는 것으로 고용주와 가입자가 일정 비율로 국가가 운영하는 위험균등화기금에 납부하고 있으며, 전체 재원 중 약 50%를 차지하고 있다. 정부국고부담은 18세 미만 아동의 정액보험료를 국가가 대신 부담하는 것으로 위험균등화기금 구성에 사용하고 있고 전체 재원 중 5%를 차지하고 있다.

[그림 III-2] 네덜란드 건강보험의 자원부담 구조(2008년)

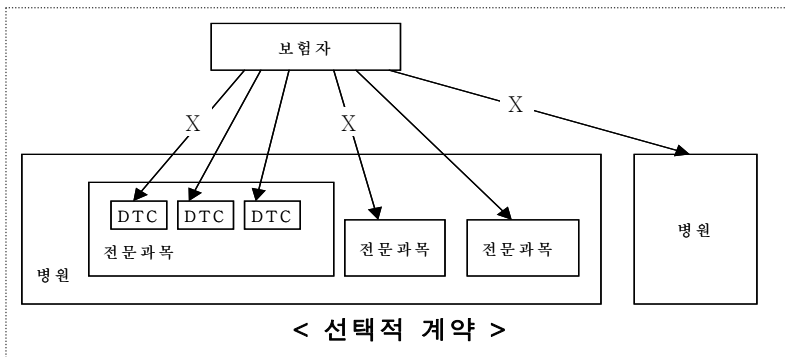
(단위: 억유로)



진료 공급은 기본적으로 보험사와 의료공급자 간 계약을 통해 결정되며, 보험자나 공급자 모두 계약을 거부할 수 있도록 되어 있다. 지불 제도는 병원·치과는 네덜란드형 수가제인 DTC에 의해 결정되고 가정의는 인두제를 적용하고 있다.

보험사와 공급자는 DTC 수가의 20% 범위 내에서 가격협상이 가능하도록 하였고 향후 70%까지 확대 적용할 예정이다.

1차의료는 가족의(일반의)가 gatekeeper 역할을 담당하고 있으며 2차의료(병원)은 가족의가 의뢰하는 경우만 병원진료가 가능하다.



의료 이용시 본인부담은 가입한 보험의 종류에 따라 본인부담을 설정하고 있으며 본인부담(deductible) 상한은 연간 150유로이다.

의료비 지출에 있어 불필요한 의료이용을 감소시키기 위해 1년간 의료이용이 없는 경우(진료비 미청구) 일정금액을 환급하는 제도를 운영하였으나 만성질환자에게 불리한 제도라는 지적 등에 따라 2008년에 폐지하였다.

그리고 민간보험사들은 가입자의 건강관리 및 위험도가 높은 환자의 예방을 통한 비용 절감을 유도하고 있다.

3) 독일

가) 2003 독일 의료보험 개혁

독일의 경우 2003년과 2007년 두 번에 걸쳐 의료보험 재정과 관련된 중요한 개혁을 단행하였다. 지금까지의 개혁들에서는 의료수요 억제를 위한 대책이 중심이었지만, 최근 두 번에 걸친 의료보험 개혁은 비용 억제대책 외에도 새로운 재정방식을 도입하여 재정안정을 모색하고 있다는 점이 특색이다.

독일에서는 2003년 사민당(SPD)이 기민당(CDU) 및 기사당(CSU)과 연합하여 다섯 번째 의료보험개혁을 단행하였다. 이 개혁은 보험료 상승으로 인한 인건비 부담이 국가경쟁력과 고용에 미치는 영향을 줄이기 위한 것이었다. 그래서 환자들의 본인부담 증가와 의료공급자에 대한 대책을 통해 의료비의 절감을 추진하는 한편, 보험료를 중심으로 하는 전통적 재원조달방식을 일부 수정하여 근로자와 국가의 재정적 책임을 강화하는 방향으로 전환하였다.

(1) 2003년 개혁의 배경

최근 독일은 전반적 사회개혁프로그램인 'Agenda 2010'의 주요한 분야로 제시된 의료보험의 개혁을 위해 이른바 의료보험현대화법

(GKVM)을 마련하였다. 이러한 독일 의료보험 개혁들의 배후에는 이른바 의료비의 폭발적 상승이 주요한 원인으로 작용하였다. 독일의 의료비 상승 역시 다른 나라들과 마찬가지로 주로 의료기술의 진보와 인구 노령화로 인해 초래되었다. 의료비의 과도한 상승으로 보험료율도 지속적으로 상승하여 1975년에 10.5%, 1995년에 13.5% 그리고 2002년에는 14%에 이르렀다. 이와 같은 상승추세는 심각한 우려를 낳고 있는데, 보험료율이 2040년에는 20%에 달할 것이며 최악의 경우에는 30%를 넘어설 가능성도 있다는 연구결과가 있을 정도이다.

보험료율 인상의 원인은 여러 가지인데, 첫째, 보험료부과 소득의 감소, 둘째, 비정규직의 증가로 인한 보험료 납부 근로자 수의 감소, 셋째, 실업수당 수급자에 대한 연방정부의 보험료 지원 삭감 등이다.

현실적으로는 큰 폭의 재정적자에도 불구하고 보험료를 무한정으로 인상할 수도 없었다. 독일의 의료비 지출은 GDP의 10.8%로 영국(6.7%), 오스트리아(8.2%) 그리고 네덜란드(8.6%) 등 다른 유럽 국가들보다 높은 편이기 때문이다. 보험료의 인상은 인건비를 상승시켜 실업의 증가를 초래한다는 견해가 있는데, 독일 정부는 사회보험료율을 1% 인상하게 되면 첫 해에 2만개의 일자리가 사라지고 2년 후에는 10만개에 달하는 일자리가 없어지는 것으로 추산하였다.

그런데 보험료 인상이 용이하지 않다고 해서 의료보험의 급여를 축소하여 환자들에게만 부담을 전가시킬 수도 없었다. 왜냐하면 이는 독일 의료보험에서 가장 중요한 원칙 중 하나로 지켜져 온 사회연대(solidarity)의 원칙에 위배되는 것이기 때문이다.

이러한 상황에서 의료보험의 재정을 근로자와 사용자만 부담하는 보험료를 위주로 하는 방식이 적절한 것인가 하는 근본적인 의문이 제기되었다. 그래서 사용자의 보험료는 일정액으로 제한하고 근로자의 보험료만 소득에 비례하도록 하자는 의견과 보험료를 가입자당 일정액으로 하자는 등의 다양한 의견들이 제시되었다.

(2) 2003 의료보험 재정 개혁의 주요 내용

연방보건부는 이러한 의견들을 반영하여 2단계로 구성된 의료보험 개혁안(2003)을 마련하였다. 개혁안의 제1단계에서는 라우터바흐교수의 의견이 주로 반영되었다고 볼 수 있다. 상병수당을 가입자 단독부담으로 전환하고, 경제 전반에 걸쳐 혜택이 돌아가는 급여는 조세로 부담하며, 본인부담 및 개원의 수수료를 높이고 그리고 연금에 대한 보험료 부과 등 단기적 절감조치들이 포함되었다. 제2단계는 장기적인 대책인데 뤼럽교수의 제안을 반영하여 보험료의 재원 자체를 변경하려는 계획이 포함되었다.

① '보험의 급여'에 대한 국고 보조

독일 의료보험의 경우 이른바 '보험의 급여'라고 하여 산모수당, 아동의 질병 시 상병수당의 지급 등을 제공하였다. 지금까지는 이러한 급여와 관련된 사회적 연대(solidarity)의 비용을 의료보험제도에 의해서만 부담해 왔었다.

그러나 그와 같은 급여들의 긍정적인 외부효과, 즉, 수혜자들에게 직접적인 편익이 되는 것은 물론이고, 출산율을 제고하고 생산인구의 수를 증가시켜 국민경제 전반에 혜택이 돌아간다는 것 등이 일반적으로 인식되었다. 따라서 2003년 의료보험현대화법에 따른 개혁에서는 이러한 급여가 국가경제 전반에 긍정적 영향을 미치기 때문에 향후에는 조세를 통해 재원을 조달하도록 변경되었다. 연방정부가 '보험의 급여'로 인한 비용을 분담하기 위해 매년 두 번씩 의료보험에 보조금을 지원하도록 되었다. 2004년에는 10억유로(약 1조 2천억원), 2005년에는 25억유로(약 3조원) 그리고 2006년에는 42억유로(약 5조원)를 지원하였다³⁴⁾.

'보험의 급여'의 비용을 국고보조로 전환함으로써 45억유로가 절감

34) 이준영, 「의료보험 재정에서의 국가 책임」, 『한국사회복지학』, 제57권 제4호, 2005b, p. 328.

될 것이며, 그 결과 보험료율이 0.4% 인하될 수 있을 것으로 기대된다. 여기에 필요한 재원 마련을 위해 담배세를 2004년 1월에 1갑당 40센트, 2004년 10월에 30센트, 그리고 9개월 후에 30센트를 인상하기로 계획하였다. 담배세는 보험재정의 확충이라는 효과 외에도 건강 증진효과가 있어 일석이조의 효과를 기대할 수 있다고 보았다. 문제는 담배세로 원하는 재원이 충분히 마련될 수 있을 것인가 하는 점과 가격경쟁에서 유리해진 외국산 담배의 판매량이 증가할 수 있다는 점이다.

② 연금자에 대한 보험료 징수

독일은 1960년대에 연금수급자 진료비의 90% 이상을 연금수급자 의료보험의 보험료 수입으로 충당했으나, 최근에는 그 비율이 40%에도 못 미치고 있기 때문에 의료보험 재정적자의 주요 요인이 되었다. 따라서 연금수급자가 연금 이외의 기타 소득이 있는 경우는 그것에 대해서도 보험료를 납부하도록 하였다. 보험료는 보험료 산정 상한선까지의 소득에 대해서만 납부할 의무가 있는데, 2003년에는 월소득 3,450 유로가 상한선이었다. 이를 통해 18억유로의 재정수입이 증가할 것으로 보았다.

③ 상병수당의 재원 변경

독일에서는 근로자가 질병으로 근로를 못하게 되면 6주까지는 사용자가 임금을 계속 지불하지만, 그 이후에는 의료보험에서 상병수당을 지불하여 질병으로 인한 소득의 결손을 보상하게 된다. 상병수당제도를 법정급여에서 제외하고 민간보험으로 전환하자는 의견은 질병금고들의 반대로 채택되지 않았다. 최근의 개혁에서는 상병수당을 받으려면 사전에 가입자가 0.5%의 보험료를 별도로 부담하도록 하였다. 이로써 그 동안 노·사가 공동으로 납부했던 일반보험료에서 상병수당 비용을 부담했던 것을 향후에는 가입자가 단독으로 부담하게 되었다.

상병수당에 소요되는 비용을 근로자가 단독으로 부담하게 되는 경

우 사용자는 71억유로를 절감할 수 있을 것으로 기대하였다. 그러나 이는 근로자와 사용자 간의 부담의 재분배일 뿐이며 의료보험의 실제적인 절감효과는 기대할 수 없다는 주장도 있었다.

나) 2007 독일 의료보험 재정 개혁

(1) 개요

최근 독일 연방의회에서 이른바 「의료보험 경쟁강화법(2007.2)」이 통과되었고, 연방 참의원에서 이것이 추인되었다. 이 개혁의 핵심적 내용은 다음과 같다.

- ① 전 국민의 의료보험 가입의무 시행
- ② 의료서비스의 개선
- ③ 공공 및 민간 의료보험 관리기구의 현대화
- ④ 건강기금의 도입을 중심으로 하는 의료보험 재정방식의 변화

첫째, 모든 독일 국민은 2007년 4월 1일부터 의료보험에 의무적으로 가입해야 한다. 2007년 현재 약 20만명이 보험에 가입하지 않고 있는데 이들은 대부분 고소득자로서 가입의무가 없는 사람들이다. 과거에 한번 공적 의료보험에 가입한 경우는 공적 의료보험에 복귀해야 하고, 민간보험에 가입하였던 사람의 경우는 민간보험에 가입해야 한다(그러나 이들도 2009년부터는 공적 의료보험에 가입해야 한다). 이 때 자신의 위험에 따라 보험료를 부과하지 않고 기본보험률(Standardtarif)에 따라 납입하면 된다.

둘째, 공공 및 민간 의료보험 관리기구의 현대화에 여러 가지 조치들이 포함되어 있다. 다양한 보험료율제를 가입자들이 자유롭게 선택하게 함으로써 질병금고 간의 경쟁을 강화시키려는 시도인데, 예를 들어 이른바 ‘가정의보험료율제’는 가입자가 가정의의 진료를 정기적으로 활용하는 경우 낮은 보험료율을 적용하는 것이다. 또는 ‘본인부담보

보험료율제'는 환자가 진료비의 일정 부분을 자신이 부담하는 것으로 선택하는 경우 낮은 보험료율을 적용하는 것 등이다.

셋째, 건강기금에 관한 것인데, 2009년부터 모든 의료보험 가입자는 동일한 보험료율을 부담한다. 이미 장기요양보험, 연금보험 그리고 실업보험 등에서는 단일의 보험료율이 적용되고 있다. 모든 질병금고는 근로자와 사용자의 보험료를 납입되는 당일에 건강기금으로 이체해야 한다. 2011년부터 사용자는 자신 고용하고 있는 모든 근로자에 대한 사회보험료들을 합산하여 하나의 질병금고에 납입하여야 한다.

질병금고가 재정적으로 건전하지 못한 경우 소속된 가입자들에게 최대 1%까지의 추가보험료를 징수할 수 있다. 이 경우 가입자는 그 질병금고를 떠나 다른 곳으로 소속을 변경할 수 있다. 사회부조 수급자, 사회복지시설 수용자로서 부분적으로 생계비를 받는 사람 그리고 낮은 연금으로 인해 국가의 지원을 받는 사람들에 대한 추가보험료는 스스로 부담하지 않고 기초보장을 담당하는 기관 또는 사회보장청(Sozialamt) 등이 부담한다. 장기실업자의 경우도 마찬가지이다.

(2) 2007년 재정 개혁의 주요 내용

재정과 관련된 주요 개혁 내용은 다음과 같은 세 가지이다.

- ㉠ 보험료율을 2007년 1월 1일부터 0.5% 인상
- ㉡ 아동에 대한 보험료는 조세수입에 의한 국고 지원으로 충당
- ㉢ 건강기금의 도입

우선, 2009년부터 독일 의료보험 재정을 이른바 '건강기금(Gesundheitsfonds)'을 중심으로 개편한다는 것이다. 건강기금은 사민당(SPD)과 기민당(CDU)·기사당(CSU)의 대연정에서 도입하기로 합의하였다. 보험료와 조세수입은 건강기금에 모아진 뒤 다시 개별 질병금고들에 배정된다. 따라서 각 질병금고들은 사회보험의 보험료를 징수하여 일단 사회보험청에 이체한다.

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 87

그리고 아동 의료보험료의 대납의 예와 같이 국가경제적으로 중요한 사업을 위해 조세수입으로 2008년에 15억유로(약 1조 9천억원) 그리고 2009년에 30억유로(약 3조 7천억원)를 지원하도록 하였다. 또한 임신 및 출산에 관련된 급여는 장기적으로 국민경제 전체에 혜택이 돌아가기 때문에 그 비용을 질병금고만이 부담하게 하는 것은 적절하지 않다고 판단하여, 질병금고가 그러한 급여를 제공하는 데 필요한 비용을 정부가 분담한다는 의미에서 2004년부터 실시되고 있다³⁵⁾.

질병금고들에 대한 건강기금의 배분에서는 각 질병금고 가입자들의 질병률이 반영된다. 질병금고들은 가입자 1인당 기본지원금과 연령 및 위험(건강상태)에 따른 조정지원금을 받는다. 이로써 각 질병금고들은 그들의 가입자들에게 진료를 보장하기 위해 필요로 하는 재원의 95% 정도를 확보하게 된다.

추가적인 보험료는 건강기금에서 배정받은 재원만으로는 충분하지 않은 질병금고에서 그들의 가입자들로부터 징수할 수 있게 된다. 이 추가적 보험료는 가입자가 단독으로 부담한다. 질병금고가 추가보험료를 부과하는 방법은 두 가지인데 그 중 하나를 선택할 수 있다. 첫째, 가입자들의 소득에 관계없이 최대 월 8유로까지 정액으로 부과하거나 또는 정액을 부과하는 경우는 소득의 1%까지 부과하는 것이다. 이 경우 가입자의 보험료 부과소득이 월 800유로 이하이면 추가보험료율이 1%를 넘게 된다.

그러나 추가보험료를 징수하는 경우와는 반대로, 만약 건강기금에서 받은 재원이 모든 비용을 지출하고도 남는 경우에는 가입자들에게 보험료를 환급한다.

가장 큰 변화 중 하나는 보험료 부과방식인데, 지금까지 가입자는 자신이 속한 조합별로 정하는 요율에 따라 한 가지의 보험료만을 납부

35) 이러한 비용의 부담을 위해 정부는 부가가치세를 16%에서 19%로 인상했고 그것이 의약품가격의 인상으로 이어져 다시 질병금고의 약제비 지출 증가를 초래하는 문제가 발생하였다.

하였는데 앞으로는 두 가지로 구분된 보험료를 납부하여야 한다. 첫째는 이른바 ‘일반보험료’인데 이는 모든 조합에 단일한 요율로 적용되는 보험료이다. 둘째는 이른바 ‘추가적 보험료’인데 각 조합별로 다르게 정할 수 있다.

이와 같이 보험료를 두 가지로 구분한 것은 사용자의 노동비용을 억제하려는 취지에서 시작된 것이라 볼 수 있다. 단일한 일반보험료는 고정된 요율로 하고 그 이외에 초과되는 비용은 추가적 보험료의 형태로 가입자들에게만 부담을 지우는 방식이다.

한편, 추가보험료 부과방식을 정액방식과 정률방식 중에서 선택 가능하도록 한 것은 실제로 보험료를 단일하게 묶으려는 시도에 효과적이지 않을 것이라는 시각도 있다. 즉, 질병금고들은 정액보다는 정률방식을 선호하여 고소득자들로부터 더 많은 보험료를 징수하려고 할 것이고 이로 인해 고소득자들은 다른 질병금고로 소속을 변경하려고 할 것이기 때문이다.

지금까지 질병금고에 따라 서로 상이하게 책정되던 보험료율은 모든 질병금고들에게 동일하게 적용되는 단일한 보험료율로 바뀌게 되는데, 단일 보험료율은 연방보건부가 결정한다. 최초로 2009년 1월1일부터 적용되는 단일 보험료율은 2008년 11월 1일에 책정하도록 법으로 정했다. 현재는 14.2%가 될 것으로 예상된다.

한편 많은 전문가들은 2009년에 의료보험의 지출을 고려해 볼 때 보험료율이 적어도 15% 또는 15.5% 정도까지 인상될 것으로 예측하고 있다. 향후 보험료율의 변화에 대한 이와 같은 부정적 예측은 의료보험과 관련된 여러 전문가위원회들의 일치된 견해에 근거한다³⁶⁾. 즉, 점차 근로소득은 국민소득에서 적은 부분을 차지하고 보험료를 부과할 수 있는 근로소득의 증가율이 높지 않다는 것이다. 또한 소득활동

36) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Rürup-Kommission, Herzog-Kommission

의 상당부분이 보험료를 부과할 수 없는 계층에서 이루어지고 있다는 점인데 고소득자로서 의료보험 가입의무가 면제되거나 저소득층으로 보험료를 납부할 수 없는 경우 등이 그렇다는 것이다. 이것은 독일 사회에서도 점차 근로소득의 양극화가 나타날 것이며, 근로소득보다는 임대소득이나 이자소득과 같은 기타 소득들의 비중이 높아지게 된다는 것을 의미한다.

그러나 2007년의 의료보험 개혁에서 이러한 문제의 원인들에 대처가 미흡하기 때문에 향후에 보험료 수입이 크게 증가할 수 없고 따라서 보험료율의 인상이 불가피하다는 것이 전문가들의 견해이다. 따라서 이번 2007년의 의료보험개혁에서도 의료보험 재정 압박의 근본적인 요인들이 제거되지는 못했다는 비판이 있다.

나. 진료비 억제대책

1). 의료공급자 통제: 의료행위(서비스) 비용 절감

가). 미국의 Medicare 진료비목표제³⁷⁾ : 지속가능한 목표진료비 증가률(SGR)

미국은 상대가치 체계가 기본적으로 행위별 수가제에 기초하고 있으므로 행위수가제의 비용 상승 경향을 통제하기 위하여 지속가능한 목표진료비 증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 추계하고, 이에 따라 환산지수(conversion factor)를 개정하여 메디케어(Medicare) 예산을 일정한도 내에서 조정하고 있다. 당초 의료비 상승을 억제하기 위하여 미국 정부는 의료량 통제기준(VPS: Volume Performance Standard)을 도입하였으나, 1997년 8월 법 개정(Balanced Budget Act

37) 동 내용은 미국의 의료재정관리청(HCFA)의 홈페이지(www.hcfa.gov)에서 주요 내용을 요약정리하였고, 이해가 어려운 부분은 HCFA의 실무담당자와의 e-mail 연락을 통하여 보완하였다.

of 1997)으로 VPS를 SGR로 대체하였다. 그리고 1999년에 개정된 법안(Balanced Budget Refinement Act of 1999)으로 현재의 SGR 개념이 수립되었다. SGR 목표진료비제도는 일년 단위로 진료비 목표를 정하는 VPS와는 달리 기준연도(1996년)부터 당해연도까지의 모든 연도의 목표진료비와 실제진료비를 각각 합산하여 비교를 통해 진료비 목표를 수립하는 누적(cumulative)개념이다.

진료비의 목표치를 정하고, 실제 발생한 진료비를 목표치에 접근시키기 위하여 상대가치점수의 환산지수(conversion factor)를 조정하는 것이 SGR 개념에 의한 수가통제 방식이다. 초기 목표진료비는 해당 연도의 실제 발생한 진료비로 산정하기로 법률로 정해져 있고, 초기 목표진료비가 수립된 다음 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 SGR의 증감률을 반영한다. SGR은 가중평균 의료비용 인상률, 적용대상자 증가율, 1인당 실질GDP 상승률, 법(제도) 변화에 따른 지출 증가율(예: 급여 확대) 등의 네 가지 요인을 합산하여 추정한다. 가중평균 의료비용 인상률은 의사가 의료서비스를 제공하는 요인들의 평균적인 가격 변화를 측정한 메디케어 경제지수(MEI: Medicare Economic Index)와 진찰에 필요한 실험실 검사(DLT: Diagnostic laboratory test) 비용 변화의 추정치를 합한다.

SGR을 토대로 환산지수를 추정하는 것은 메디케어 예산을 일정한 도 내에서 증감하기 위한 것이다. SGR에 의한 목표진료비가 실제진료비를 초과한다고 해서 진료비 급여를 보류한다는 것은 아니다. 다만, 목표진료비와 실제진료비의 비교를 반영하기 위해 환산지수의 변경을 나타내는 진료수가 산정기준율(fee schedule update)을 조정한다. 만약 실제진료비가 목표진료비를 초과하면 진료수가 산정기준율을 낮추고, 이와 반대로 실제진료비가 목표진료비보다 적으면 진료수가 산정기준율을 높게 된다. 특정연도의 진료수가 산정기준율을 정할 때 기준연도(1996년)부터 특정연도의 전 연도까지 누적된 목표진료비 및 실제진료비를 사용하여 계산한다.

나) 요양기관 계약제 도입

요양기관 계약제는 대부분의 선진국에서 실시되는 제도로서 의료서비스 제공자(요양기관이나 공급자)들에게 사회보험으로서의 건강보험을 강제화하지 않고, 보험자와의 계약에 의하여 서비스를 제공하도록 하는 것이다. 즉, 과잉·부당청구를 하거나 서비스 질이 낮은 기관(병원, 약국)을 보험자가 건강보험 지정기관에서 해지할 수 있고, 요양기관도 강제적으로 건강보험을 취급하지 않아도 되는 권리를 부여하는 것이다. 대부분의 선진국에서 공공의료기관은 공적의료보험을 취급하지 않을 수 없으며, 사적의료기관들은 정부나 보험자와의 계약에 의하여 진료하고 있다. 민간자본에 의하여 설립된 의료기관에 대해 국가가 사회보험에 의한 가격통제를 강제화하는 것에는 한계가 있다. 보험자와 요양기관 간의 쌍방 계약에 의해 의료서비스를 제공함으로써, 요양기관은 계약에서 해지되지 않도록 진료비용의 청구나 서비스의 질 향상에 주의를 기울이게 되고 보험자는 효율적으로 의료 공급자들을 관리할 수 있게된다.

독일의 경우 1997년에 의사 수는 282,737명이었으나 보험의³⁸⁾ 수는 114,955명(1996년 기준)이었다. 일본은 보험의료기관 및 약국, 보험 의사 및 약사를 지정함에 있어 개인지정방식과 기관지정방식을 병용하고 있다. 보험의료기관과 보험약국의 지정 유효기간은 6년이다.

다) 정년제 도입

독일은 증가하는 의사 수에 대처하여 1999년에 보험의 정년제를 도입하였고, 영국은 일반의 정년을 70세로 제한하였다.

라) 개원 규제

영국은 일반의(GP) 개원의 편제를 막기 위하여 '개원규제위원회'에

38) 保険醫란 보험자와 의사 간에 공보험에 의한 환자진료를 위한 계약을 맺은 의사를 말한다.

서 조정(개원 장려지역과 개원 규제지역으로 구분)하였다. 주민의 GP 등록이 전제조건이며 일반의 평균 등록환자 수는 1998년 1,866명이었다. 이러한 등록환자 수의 제한과 일정 지역 내에 과도한 일반의 개업을 규제함으로써 의료비의 상승을 억제하고자 하였다.

마) 의료지표제: 병상 및 고액의료기기 규제

프랑스는 의료지표제도를 통하여 의료공급의 확대를 규제함으로써 의료비를 억제하고 있다. 1970년부터 병원개혁법을 제정하여 고가장비의 설치허가제를 도입하였다. 내과계 및 외과계 병상 수는 인구 1천명당 1~2.2병상으로, 산과계 병상 수는 인구 1천명당 0.2~0.5병상으로 제한하였고, CT는 인구 11만당 1대, MRI는 인구 50만명당 1대로 제한하였다.

바) 보험행위급여 목록 재산정

독일은 치료수단의 경제성을 평가하여 비경제적인 치료행위는 보험급여에서 제외함으로써 불필요한 진료비의 낭비를 억제하고 서비스행위들의 비용 효과성을 제고하고자 하였다.

사) 보험료 수입 증가에 비례한 진료비 증가

독일은 진료비 억제를 위한 여러 가지 방안을 강구하면서, 보험료 수입 증가율에 따라 입원, 외래, 약제 등 각 분야의 비용 증가의 상한을 설정하는 방법을 도입하기도 하였다. 즉, 부담능력의 여력 내에서 지출을 제한하려는 '量入制出'의 원칙에 입각한다. 이는 현재 보험재정이 여의치 않은 우리의 상황에서도 보험료와 국고의 부담여력 내에서 진료비용의 규모를 통제하는 것을 검토할 수 있을 것이다.

아) 1일 진찰환자 수에 따른 진찰료 체감제

대만의 경우 1일 진료환자 수의 규모에 따라 진찰료를 차등 적용하

고 있다. 의약분업에 따라 조제하지 않는 의사와 직접 조제하는 의사를 구분하여 체감의 기준을 달리 적용하고 있다. 이는 환자 수가 증가할수록 평균비용이 감소할 것이라는 규모의 경제원칙을 적용한 것으로 해석할 수 있다. 그리고 진찰환자 수 규모에 따라 의사들의 수입격차가 커질 것이므로 의사들 간 수입격차를 줄여주는 효과가 있을 것이고, 과도하게 많은 환자들을 진료함으로써 진료의 질이 하락하는 것을 제어하는 효과도 있을 것이다. 반대로 1일 진료환자 수가 적은 기관에 대해서는 일부 체증제를 적용하고 있기도 하다. 그러나 의사의 능력에 따라 환자들이 선택하도록 하는 시장기능을 가격으로 규제하는 것은 옳지 않다는 비판도 제기되고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

초진과 재진 구분없이 하나의 진찰료로 구성되어 있는 대만은 개원 의는 외래환자 수에 따라 병원급은 공식에 따라 진찰료 수가를 결정한다. 외래의 경우 1일 외래 환자 51명에서 70명을 기준으로 71명 이상의 구간에는 체감제(71명~150명, 150명 이상으로 구분)를, 50명 이하의 구간(30명 이하, 31명~50명으로 구분)과 산간벽지에는 체증제를 적용하고 있다. 외래환자 51명에서 70명을 기준(100)으로 할 때, 30명 이하 기관에는 약 24.4%, 31명부터 50명 이하의 기관에는 약 19.5%를 체증하고, 71명 이상 150명 이하의 기관에는 약 29.3%를, 151명 이상의 기관에는 약 39.1%를 체감하여 적용하고 있다. 병원급의 경우 전년도 외래환자 수, 병상 수, 주치의 수에 따라 기준량을 정하고 초과 정도에 따라 차등수가를 적용한다. 구체적인 산식은 다음과 같다.

(1) 의학센터

$$[(\text{전년도 외래건수} \times 0.85 \div 270) \times 2/3 + (\text{응급} \cdot \text{만성질환 병상 수} \times 3.55) \times 1/6 + (\text{전임의사 수} \times 10.71) \times 1/6] \times 0.9$$

(2) 구역 병원

$$[(\text{전년도 외래건수} \times 0.85 \div 270) \times 2/3 + (\text{응급} \cdot \text{만성질환 병상 수} \times 2.60) \times 1/6 + (\text{전임의사 수} \times 15.24) \times 1/6] \times 0.9$$

(3) 지역구 의과대학 부속병원

$$(\text{전년도 외래건수} \times 0.85 \div 270) \times 1/3 + (\text{응급} \cdot \text{만성질환 병상 수} \times 3.6) \times 1/3 + (\text{전임주치의사 수} \times 40) \times 1/3$$

(4) 지역구 병원

$$(\text{응급병상 수} \times 4.0) \times 1/3 + (\text{전임의사 수} \times 45) \times 2/3$$

- 주: 1. 전년도 외래건수는 전전년도 7월~전년도 6월의 외래건수에서 응급진료, 신장투석, 만성질환 원외처방전, 재가치료, 정신질환 사회재활, 보건예방, 호스피스 재가보호, 외래 DRG, 산재질환, 65세 이상 독감감기 예방 접종 등 의료 건수는 제외하고 계산한다.
2. 응급·만성 병상은 전문건강보험 의료 서비스 기구(건강보험 적용 의료 기관)특약과 관리방법의 규정에 부합하여야 하며, 아울러 신장투석과 응급진료 입시 병상은 제외한다. 전임의사는 의사법의 규정에 부합하여야 하며, 아울러 치과의사와 중의사는 제외한다.
3. 응급병상 수와 전임의사 수는 중앙건강보험국(간략, 건보국)의 특약 의료기구 관리 서브 시스템(MA파일), 특약 의료 인원 관리 서브시스템(MB파일)에서 매월 1일에 등록된 자료를 기초로 하여 계산한다.

위와 같은 대만의 차등수가제는 다음과 같은 점에서 우리나라 차등수가제와 차이가 있다. 첫째, 체감제와 체증제가 동시에 적용되고 있는 것이다. 둘째 약국에는 적용되지 않는 반면 병원급 이상에 적용되고 있다. 셋째, 산간 벽지의 기관에 별도의 보상체계가 적용되고 있다.

〈표 III-11〉 대만의全民 건강보험 의료비용 지급표준 점수
(2007년 7월 기준)

	외래 진찰 종류	지급 점수	기준 ¹⁾ 대비 비율
30명 이하	처방 교부 특허약국 조제시	255	124.39
	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	285	139.02
	처방 없이 본원 조제	230	112.20
	만성질환 처방 없이 본원 조제	260	126.83
31명 이상 50명 이하	처방 교부 특허약국 조제시	245	119.51
	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	275	134.15
	처방 없이 본원 조제	220	107.32
51명 이상 70명 이하	만성질환 처방 없이 본원 조제	250	121.95
	처방 교부 특허약국 조제시	205	100.00
	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	235	114.63
71명 이상 150명 이하	처방 없이 본원 조제	180	87.80
	만성질환 처방 없이 본원 조제	210	102.44
	처방 교부 특허약국 조제시	145	70.73
151명 이상	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	175	85.37
	처방 없이 본원 조제	120	58.54
	만성질환 처방 없이 본원 조제	150	73.17
	처방 교부 특허약국 조제시	125	60.98
산간 벽지	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	155	75.61
	처방 없이 본원 조제	100	48.78
	만성질환 처방 없이 본원 조제	130	63.41
	처방 교부 특허약국 조제시	275	134.15
산간 벽지	만성질환 처방교부 특허약국 조제시	305	148.78
	처방 없이 본원 조제	250	121.95
	만성질환 처방 없이 본원 조제	280	136.59
	처방 교부 특허약국 조제시	275	134.15

주: 1) 기준 :51명 이상 70명 이하 중 처방교부 특허약국 조제

자) 의료기록('건강수첩')제도

프랑스에서 병력, 예방접종기록, 환자관리정보(진단, 검사, 투약 등)를 의원과 병원, 주치의 등이 환자의 건강수첩에 기록함으로써 불필요한 중복 진료를 억제할 수 있는 시스템이다.

그 절차는 의원 및 병원에서 환자의 의료정보를 주치의에게 송부하고, 주치의가 의료기록을 보험자에게 신고하고, 보험자가 의료기록을 인가한다. 따라서 주치의가 불필요한 의료 이용(특히 중복수진, 부적절한 입원)을 억제함과 동시에 긴급시 의료정보를 제공할 수 있다. 그러나 이 제도는 프랑스 고유의 개인주의와 사생활을 침해한다는 여론의 압력에 밀려 실패로 끝났다.

차) 개방병원제를 통한 의료자원의 효율적 활용

미국은 병원으로부터 독립된 개업 전문의가 병원과 계약을 맺어 의료기와 병상을 사용해 수술(치료)을 하고 입원 전, 퇴원 후에 환자의 통원치료를 돕는다. 따라서 개업의가 별도로 의료장비에 대한 막대한 투자비용을 아낄 수 있고, 고가장비에 대한 투자비용을 회수하기 위한 과잉 진료를 제어할 수 있다. 개방병원제는 전문의 중심의 우리나라의 의료시스템에 적극 도입을 검토할 만하다.

카) 부당진료비 청구 억제를 위한 조사 강화

미국은 메디케어 부정청구에 대항하기 위한 기금(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control Account)을 마련하였고, 동 기금은 보건복지성(DHHS)과 법무성(DOJ, FBI 포함)에 나누어져 있으며, FBI와 법무부는 다음 3가지 기능을 수행하고자 건강보험 부정에 관한 조사를 실시한다.

첫째, 예방(prevention) 기능이다.

- a) 의료공급자의 주소를 방문을 통해 확인하고, 새로 개업한 의료공급자의 청구패턴을 일정기간 동안 감시한다.
- b) 의료소비자에 대한 교육 강화: 의료공급자의 부당청구에 대한 교육을 실시하고, 부당청구에 취약한 계층(빈곤층 등)에게 중점 교육을 실시하고, 의료소비자에게 급여내역서를 신속하게 보내고 신중한 검토를 장려한다. 그리고 부당청구 적발이 의료 접근도를 낮추지 않는다는 사실을 주지시킨다.

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 97

- c) 파렴치한 의료공급자에게 고발 및 처벌에 대한 공포감을 조성한다.
 - d) 의료기관을 무작위로 직접 방문하여 조사함으로써 부당청구 적발에 대한 공포감을 조성한다.
 - e) 기습적인 세무조사를 시행한다.
 - f) 의료공급자 단체에 의한 자체적인 부당청구 적발을 장려한다.
- 둘째, 적발(detection) 기능이다.
- a) 소비자 역할 강조: 급여내역을 자세하게 기억하도록 장려한다.
 - b) 다중청구를 막기 위해 의료공급자에게 고유번호를 부과한다.
 - c) 의료보험자(민간 및 공공) 간에 정보를 공유하도록 한다.
- 셋째, 처벌(enforcement) 기능이다.
- a) 부당청구에 대한 처벌을 강화한다.
 - b) 부당청구를 범죄와 동일시하여 조사한다.

2) 의료공급자 통제:진료비 지출제도 개선

가) 병원 일당지불제와 건당지불제 도입

통상 병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 독일과 프랑스가 사용하였다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 환자 수에 비례한 예산제약에 의하여 비용을 적절하게 통제하려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련비용은 서비스 대가를 지불하도록 하였다. 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다. 일당지불제나 건당지불제 모두 예산상 제약과 투입비용을 절감하려는 유인을 제공하는 지불방식이다. 일당지불제가 보다 단순하고 예산제약을 강화하는 반면에 의료공급자가 질병 종류별로 자율적인 진료를 하는 데에는 제약이 많다고 볼 수 있다. 병원의 특성이나 입원환자들의 질병 양상에 따른 다양성을 포괄하기 위해서 건당지불제를 병용하는 것이 합당할 것이다.

현재 우리나라의 의료시스템은 전국의 요양기관 이용에 제한이 없고, 지역별, 요양기관 종별로 입원환자의 특성에 차이가 많아 일당지불방식을 탄력성 있게 차등 적용하는 방안을 도출하는 것이 쉽지 않을 것이다.

나) 개원의 총액계약제

프랑스의 경우 개원의에 대한 총액계약제는 1994년 전국 협약으로 진료비총액 증가율의 목표를 설정하였고, 이어 1996년에는 총액 증가율을 물가상승률 범위 내로 결정하였다. 그리고 1997년에는 총액 증가율이 목표치를 초과할 경우 의사가 의료비 반환을 하도록 규제하였으나, 개인별 의료비 초과분에 대해 전체가 연대책임을 지는 것은 위헌으로 판결되어 반환이 일어나지 않고 있다³⁹⁾.

독일은 각 질병금고가 주(州)보험협회와 총액 계약하고, 보험의 협회가 각 개원의에게 의료행위량(행위별 수가제에 기초)에 비례하여 배분한다. 총액의 인상률은 기본임금의 상승률 범위 내에서 억제하고, 행위 1점당 단가는 총액 진료비를 총청구 점수로 나누어 산출하여 정산한다.

개원의에 대한 총액계약제를 우리나라에 적용하는 경우, 우선 중소병원과 확연히 구분되는 개원을을 정의하여야 한다. 그러나 중소병원의 경영이 어려워져 한계선상에 있는 소규모 병원은 병상을 줄임으로써 의원으로 전환이 가능하므로 중소병원과 개원의원(혹은 집단개원의원) 간의 기능 분화가 쉽지 않다. 개원의들이 1차의료를 담당하는 선진국 의료체계와는 달리 대부분 전문의들이기 때문에 개원의협회가 발족하더라도 전문과목별 개원의에 대한 총액진료예산의 배분이 매우 복잡해질 것이고 전문과목별로 배분문제를 둘러싼 갈등이 표출될 것이다.

39) 프랑스는 국가적으로 의료보험 전체 지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분한다. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사 수와 의과대학생 수 등을 규제하고 있다.

다) 병원 총액예산제

프랑스는 먼저 공공병원에 대하여 전국 22개 지방병원청(ARH)이 지역 내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원은 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별 진료비자료(GHM: 프랑스식 DRG)를 ARH에 제출하고, ARH에서 타당성을 심사하며, GHM에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정하는 방식으로 운영한다.

다음으로 민간영리 및 비영리 병원에 대하여 의사진료비는 개원의 협약요금에 준하여 지불하고, 병원진료비는 ARH와 병원과의 개별계약에 의해 1일당 정액과 1일(회)당 포괄지불제를 병용한다.

우리나라의 경우 국공립병원에 대하여 예산제를 우선 도입할 것을 검토할 수 있으나, 국립대학병원과 지방공사 의료원은 민간병원과의 경쟁력에 있어서 상당한 차이가 있고 그 특성에도 차이가 있어 예산총액을 결정하는 것이 쉽지 않을 것이다. 그리고 환자의 공공병원 선택이 지역으로 제한이 되지 않고 전국적으로 이용에 제한이 없는 상황에서 차년도 예산을 계획하고 추후 정산하는 방법을 개발하는 것이 그다지 용이하지는 않을 것이다.

라) 포괄수가제의 도입

미국은 메디케어 입원환자에 대하여 진단명에 근거한 포괄수가제(DRG)를 도입하고 있고 외래에 대하여도 포괄수가제(APG) 도입을 서두르고 있다. 독일은 외과적 치료 패턴에 따른 통상 진료비에 근거(94종, 1998년)하여 포괄수가제를 도입하고 있다. 프랑스는 질병군별 진료비자료(GHM: 프랑스식 DRG)를 총액예산의 산정에 이용하는 방식을 사용하고 있다.

의료비 통제의 방안으로서 병원에 대해서는 DRG 시스템으로 이행하는 국가가 증가하고 있다. 왜냐하면 DRG에 의한 지불시스템이 행위별 수가제에 비해 보험자 대 개별 병원 간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 더욱 용이한 시스템이기 때문이다. 오스트리아와 이탈리아는

일당정액지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였다. 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있다. 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다(최병호, 2000).

마) 특수병원에 대한 적정비용기준(Reasonable Costs Basis) 지불방식(미국)

미국의 메디케어 입원의 경우 DRG에 근거한 선지불제도는 급성병원의 입원서비스에 중점을 두었기 때문에 모든 병원 및 서비스에 적용되지는 않았다. 정신병원, 재활병원, 정신 및 재활병동, 알코올·마약병동, 소아병동, 장기요양병원 등 특수병원에 대해서는 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, 1982)에 의한 지불방식의 적용을 받았다. 즉, 예산계약으로 인하여 기관 특성별로 실제 허용가능한 비용을 산정하여 지불보상에 일정한 상한을 두는 방식을 취하였다(최병호, 1999).

3) 의료공급자 통제: 약제비 절감

가) 약국 개설의 규제

독일 약국법은 약국을 개설하기 위해서는 일정기간 이상 근무한 약사의 경력을 요구한다. 미국의 경우에도 약국을 개업하기 전에 약사 면허를 취득한 후에 개원약국에서의 일정한 연수기간이 필요하다.

우리나라의 경우 의약분업이 시행된 만큼 약사 면허 취득 후에 의사의 처방전에 따라 환자들에게 조제하고 복약 지도를 하는 서비스의 내용에 상당한 변화가 발생하였고, 이에 상응하는 기술료를 보상하므로 개업하기 전에 일정한 연수가 필요하다. 특히 기존 개업 약사들에 대한 의무적인 연수와 자격을 강화할 필요가 있을 것이다. 건강보험을

취급할 수 있는 보험약사의 자격을 제한하는 것도 검토할 필요가 있다. 즉, 보험약사만이 의약분업에 의한 전문약을 조제할 수 있도록 하는 것이다.

나) 약제비 총액예산제

독일은 의사가 처방한 약제비가 예산총액을 초과할 경우, 일정 초과액까지는 보험의가 부담하고, 그 이상 초과분은 제약회사가 부담하도록 한다. 다만, 입원시 약제비는 입원비에 포함한다.

다) 의약품에 대한 규제

첫째, 의약품 기준가격제(reference pricing) 도입이다. 기준가격제란 각 약품별로 기준가격(reference price: 즉, 최고상한수준 maximum reimbursement level)을 정하여, 소매가와 기준가격 간의 차액을 소비자가 부담하도록 한다. 독일(1989), 네덜란드(1991), 스웨덴(1992), 덴마크(1993), 이탈리아(1996), 노르웨이에서 시행하고 있다. 독일은 1998년 전체 보험약제의 약 60%에 대해 적용하고, 그 외 약제는 목록(list)상 가격 기준으로 자유로운 판매가격을 적용한다(Mossialos, 1999)⁴⁰⁾.

둘째, 성분명(generic) 의약품의 대체조제 권장 및 가격경쟁(독일, 네덜란드, 영국)을 조장한다.

셋째, 약가의 규제방식은 국가별로 다양하다. 생산원가에 근거하여 통제하는 국가(오스트리아, 스페인), 자유가격과 기준가격(reference price)을 혼용하는 국가(덴마크, 독일), 약효에 근거하여 제약회사와의

40) 참조가격제의 기대효과는 보험약가의 인하로 재정이 절감되는 반면 소비자 본인부담이 증가할 것이다. 그런데 외국의 경우 약제비 전체 지출을 줄이는 효과는 단기적인 데에 그쳤다는 평가가 있다. 제약업체들이 참조가격에 포함되지 않는 약에 대한 시장점유율을 높이고 가격을 인상함으로써, 참조가격으로부터의 손실을 보충하고자 행동했기 때문이다. 독일의 경우 1991~92년간에 참조가격은 1.5% 하락하였으나, 참조가격 비적용 약가는 4.1% 인상되었다. 그리고 참조가격은 상품명 약가보다 평균적으로 30% 이하로 낮게 책정됨으로써, 성분약(generics) 시장의 신장이 기대되었으나 예상대로 되지 못하였다.

협상으로 가격을 산정하는 국가(프랑스), 협상가격과 기준가격을 혼용하는 국가(스웨덴)가 있고, 심지어는 약가 이윤을 통제하는 국가(영국)도 있다.

넷째, 보험약품 목록제를 시행한다. 약효가 확실치 않은 약품에 대해서는 상환대상에서 제외한다(프랑스, 1990). 다음으로 약품의 Positive List 제도를 도입하여 약효가 의심스러운 비경제적인 의약품은 급여목록에서 제외한다(독일). 네덜란드는 의약품 급여목록을 가격과 함께 고시하고, 비급여목록도 함께 제시하여 가격경쟁을 시키고, 의약품의 보험급여 범주 제한으로 의약품 지출을 억제하였다. 그러나 처방당 의약품의 종류가 늘어나 이 제도를 철회하였다.

4) 환자 본인부담제

가) OECD국가의 본인부담제

OECD국가들의 경우 본인부담제는 매우 다양한 형태를 띠고 있다. 각국의 질병위험을 보장하는 방식에 대한 사회정책 이념과 의료시장 발전의 역사에 따라 다양하게 전개되어 온 결과일 것이다.

대체로 입원의 경우 본인부담이 없거나 정액부담 등 본인부담을 낮게 책정하고 있다. 외래의 경우에는 상대적으로 본인이 일정하게 부담하도록 하고 있다. 특히 외래의 경우 일반의와 전문의로 구분하여 본인부담을 달리 적용하고 있으며 전문의의 외래진료에 대해 본인부담을 강화하는 성향이 있다. 대부분 의약분업을 실시하고 있기 때문에 약제비에 대한 본인부담의 형태는 더욱 다양하고 복잡하다. 약제비에 대한 본인부담은 약의 종류에 따라 본인부담비율에 차등을 두고 있는 것이 특징적이다.

우리와 유사한 의료보험 형태를 가진 일본의 경우 가입자와 피부양자의 자격에 따라 본인부담률을 달리 정하고 있고, 약제에 대해 외래 내복약과 외용약에 따라 본인부담을 달리하고 있는 것이 특징적이다.

그 외 사회보험방식에 의한 제도를 운영하는 국가들의 경우를 살펴보면 독일은 외래 본인부담이 없으나 약제에 대해 정액부담을 시행하고 있고, 입원에 대해 입원기간에 따른 정액을 부담시키고 있어 본인부담을 가급적 적게 하고 있다. 반면에 프랑스의 경우 외래 본인부담률을 25%로 상당히 높게 책정하고 있고, 약제에 대해서는 본인부담을 없애는 방식을 취하되 필수약품이 아닌 약제에 대해 본인부담률에 차등을 두고 있다. 또한 입원에 대해서도 정액에다 정률 20%를 혼합한 본인부담 형태를 갖고 있어 본인부담을 강화한 점이 독일과는 대비된다. 네덜란드의 경우 공보험이 전 국민의 70% 정도를 적용하는 상당히 제한적인 형태를 갖고 있는데, 공보험 가입자의 외래에 대해 본인부담이 없고 약제에 대해 정액부담을 하되 연간 부담의 상한액을 두고 있다. 입원에 대해서는 정액을 부담시키고 있다. 네덜란드는 공보험과 사보험을 공존시키면서 부담능력이 있는 계층에 대해서는 사보험에 의한 자기책임을 강조하고, 부담능력이 낮은 상당수의 계층에 대해서는 공보험 가입으로 본인부담을 낮게 가져가는 형태를 취하고 있다.

국가 의료서비스 방식을 취하고 있는 국가들을 살펴보자. 영국의 경우 외래와 입원의 본인부담이 없고, 약제에 대해서만 처방당 4~5불을 부담시키고 있다. 그런데 호주는 영국보다는 본인부담을 강화하였다. 입원의 경우 본인부담이 없으나 외래에 대해 일정한 진료비까지는 정액을 부담시키고 있다. 뉴질랜드 역시 입원에 대해 본인부담이 없으나 외래와 약제에 대해 본인부담을 지우고 있다.

나) 장기입원에 따른 본인부담 체증제

대만은 외래 환자 수 규모에 비례한 진찰료 체감제와 더불어 입원 환자에 대해 입원일수의 장기화에 따른 본인부담을 체증함으로써 장기입원을 억제하고 입원비용을 절감하고자 한다.

〈표 III-12〉 대만의 장기입원에 따른 본인부담 체증제

(단위: %)

급성병실		만성병실	
재원일수	본인부담률	재원일수	본인부담률
30일 이내	10	30일 이내	5
31~60일	20	31~90일	10
61일 이상	30	91~180일	20
		181일 이상	30

주: 급성병실의 본인부담금은 진료비 대비 약 5.9%임.

자료: 의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

다) 서비스 제외(delisting of services)

네덜란드는 1990년대 초반 보험재정의 안정을 도모하고자 몇 가지 서비스를 제외하였다. 17세 이상 성인의 치과서비스, 물리치료, 생체공학요법, 몇 가지 내과적 치료 등이다. 구체적으로 위암의 광범위한 수술, 하지 혈액순환 정지를 위한 전기자극, 관동맥 차단을 위한 엑시머 레이저, 중성구 결핍증 및 발열 환자에서의 호르몬 성장치료, 자살시도 환자 등은 보험 적용에서 제외하였다.

5) 가입자(환자)의 비용의식 제고

가) MSA(의료저축제도⁴¹⁾) 도입

의료저축제도는 의료보험료를 가족이나 본인 명의의 의료저축계좌에 적립하고, 저축계좌의 적립금에서 의료비를 충당하는 제도이다. 장래에 발생할지도 모르는 의료비에 대비하여 미리 저축하여 노후의 의료비 발생에 대비하는 측면이 강하다. 현재의 의료보험제도는 자신이 내는 보험료와 자신이 쓰는 의료비와는 전혀 무관하다. 따라서 자신이 병의원을 전혀 이용하지 않더라도 병의원을 이용하는 누군가를 위해

41) HSA(Health Saving Account)로 불리기도 한다.

III. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 105

서 보험료를 계속 내어야 한다. 반면 의료저축제도에서는 자신이 쓰는 의료비와 내는 보험료가 그대로 연결된다. 병의원을 이용하지 않아 적립되는 금액은 다른 용도로 활용이 가능하다.

싱가포르의 의료저축제도는 Medisave, Medishield, Medifund의 세 부분으로 구성되고 있다.

첫째, Medisave는 통상적인 입원 및 외래진료비용의 조달을 위한 목적에서 도입되었다. 보험료 불입액에 대해 세금이 면제되고, 적립금에 대해 시중은행 이자를 보장한다. 55세에 달하면 최소한의 적립금을 제외하고 인출하여 주택구입이나 학자금 등으로 활용이 가능하다.

둘째, Medishield와 Medishield Plus(Plan A, Plan B)(1990)제도로서 장기 입원을 요하는 중증질환에 대비한 사회보험방식이다. Deductible과 Co-insurance (20%)를 혼용한 본인부담방식을 채택하고 있다. 70세 이전에 가입하여 75세까지 급여가 보장되며, 본인이 가입하지 않겠다는 의사를 표시하지 않는 한 자동적으로 가입(Medisave 가입자의 78%가 가입)된다. 보험료는 연령이 올라갈수록 많아지지만(75세까지 보험료 불입), 소득수준에 무관한 정액으로서 Medisave에서 자동 인출된다.

셋째, Medifund(1993)는 가난한 계층에 대한 진료비 보조를 위하여 도입되었다. Medisave, Medishield, 정부 보조금 등으로도 의료비를 충당할 수 없을 때에 지원된다. 다만, 수혜자가 미리 정해져 있지는 않고, 병원 내의 의료복지요원들이 보조를 신청하는 사람들을 '병원 Medifund위원회'에 상정하여 위원회 결정에 따라 보조금 정도를 결정(신청자의 99%가 혜택)한다. 다만, 국공립의료기관에서만 진료를 받을 수 있다.

우리나라에 싱가포르식 의료저축제도를 도입하는 경우에는 의료환경에 있어서 차이가 있음을 유의하여야 한다. 우선 공공의료기반이 확충(병원급 이상 중 80%가 공공부문)되어 있다. 싱가포르는 공공의료기관에 대한 정부보조로 의료 이용료가 저렴하다. 공공병원의 C class는 80% 보조, B2 class(6병상)는 65% 보조, B1 class(3~4인 병상)는

20% 보조, A class 0% 보조를 받는다. 외래진료는 성인 50% 보조, 어린이/노인 75% 보조를 받는다. 비영리 복지기관(지역사회, 재택의료, 재택간호)에 운영비의 50% 보조, 자본비용의 90%를 지원함으로써 값싸게 이용하고 있다. 또한 높은 정규직 고용상태와 낮은 자영자 비율(8%)이 제도의 성공적 요인임을 간과할 수 없다. 특히 저축계좌와 의료기관 간 전산정보체계가 구축되어 신속한 처리(Medisave는 3일내, Medishield 는 7일내 지급)를 할 수 있는 인프라가 바탕이 되고 있다.

나) 진료비 후불상환제

프랑스는 의료기관이나 약국에 선(先)지불(수표⁴²)나 카드 후, 보험자로부터 후(後)상환하는 시스템이다. 단, 입원진료는 현물급여 방식이다. 이 방식에 따르면 환자의 입장에서는 자신의 예금계좌에서 직접 진료비가 빠져나가기 때문에 의료 이용을 비교적 자제하게 될 것이다. 물론 진료비 중 상당부분은 다시 보험자로부터 상환받겠지만 본인부담을 제외한 부분만 상환받기 때문에 비용에 민감해질 가능성이 있다. 의료기관의 입장에서는 환자로부터 직접 지불을 받기 때문에 자금운용 측면에서 여유가 있을 것이다. 그리고 환자의 지불능력을 어느 정도 감안하게 될 것이다.

우리나라의 경우 이 제도를 적용하기 위해서는 몇 가지 검토가 필요하다. 신용카드를 사용하지 않는 환자의 경우 직접 많은 현금을 준비하여야 하는 불편이 있다. 특히 저소득층의 경우 상당한 애로가 있을 것이다. 의료기관의 입장에서는 신용카드 사용 수수료문제를 다시 제기할 것이지만, 환자로부터 직접 진료비를 지급받는 편의성과 경제성 때문에 수수료문제를 제기하지 않을 수도 있다. 그리고 대부분 신용카드로 결제하게 되면 의료기관의 매출이 투명하게 드러나는 장점이 있는 동시에 제도 도입을 꺼려하는 움직임이 있을 것이다. 특히 급여와

42) 우리나라에서 통상 사용하는 현금과 다른없는 수표가 아닌 개인신용을 담보로 한 일종의 개인어음(personal check)의 형태일 것이다.

비급여 진료비를 분리하여 결제하기가 어려울 것이므로 비급여 진료비를 파악할 수 있을 것이다.

6) 예방 투자를 통한 비용 절감

독일은 예방서비스를 확대함으로써 장기적으로 비용을 절감하고자 하였다. 연령별로 볼 때에 첫째, 6세까지는 선천성심장질환, 감각기관장애, 신경장애 등 조기 발견을 위해 총 9번 검진을 하도록 한다. 둘째, 12세 미만 유아, 아동에 대해 치과 검진(유치원과 학교)을 한다. 셋째, 6세 이상 20세 미만에 대해 6개월에 1회씩 개별적인 치과진료를 제공한다. 넷째, 20세 이상 여성에 대해 자궁암 검진을 한다. 다섯째, 35세 이상 성인에 대해 2년마다 정기검진을 한다. 여섯째, 40세 이상 남성에 대해 전립선암을 검진한다.

7) 민간의료보험을 통한 공보험 비용 절감

선진국(독일, 프랑스, 네덜란드 등)은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 공보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로, 민간의료보험의 참여를 활성화하고 정부개입을 축소하였다.

가) 프랑스의 민간보험제도 확충

인구의 80% 이상이 본인부담분에 대한 민간 보충보험에 가입(가계의 35%는 개인가입, 49%는 고용주를 통한 단체가입)하고 있다. 질병·장애에 따른 소득 상실에 대해 사무직근로자는 보충적 민간보험에 가입하고, 통상 소득의 80%를 보장한다. 민간보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택이 주어지며, 1992년 기준으로 민간보험이 총의료비 지출의 11%를 차지하였다.

나) 이탈리아의 민간의료보험 참여 현황

국가의료서비스(NHS)를 근간으로 하고 있으나 공사 양 부문이 거의 반반씩 제공되며 민간부문은 공공부문과의 계약에 의해 제공되고 있다. 상당수의 국민들은 부가적인 민간보험에 가입하고 있으나 민간보험시장의 발전 정도는 낮은 편이다. 현재 의료보험시장의 이윤은 높지 않는데 과도한 가격경쟁이 주요인이다.

다) 스페인: 국가의료서비스와 HMO식 민간보험

사회보장제도에 의한 의무적인(compulsory) 의료보장하에 있으며, 민간부문은 공공시스템을 보완하는 보충적 역할을 수행하고 있다. 공보험의 재원조달은 사회보장 각출로부터 일반조세 형태로 전환하였는데 그 이유는 부유한 고소득층에게 더 많이 부담시키려는 것이다. 민간의 단체보험 상품은 공보험에 대한 대안으로서 거대 보험회사를 통해 제공한다. 공공부문 피용자들은 공·사보험 중 선택이 허용되며 국가가 보험료의 일부를 부담하며, 그들의 85%는 민간보험을 선택한다. 대부분의 보험자는 의사들이 소유하는 군소 지방회사들이며, 미국의 HMO(Health Maintenance Organizations)와 유사하다.

라) 일본

공보험에 정책적 우선순위를 두어 사보험의 역할은 다른 선진국에 비하여 소극적이다. 민간보험의 역할은 공보험에 포함되지 않는 비급여 부문의 비용을 담당하는 것으로 제한하고 있다. 보장대상은 차액병실료, 전담간호료 등 입원관련 비용과 본인부담분 검사비, 치료 및 수술비, 약제비 등이다. 1990년 기준 전체 의료비(20.6조엔) 중 환자 본인부담분이 차지하는 비율은 12.1%이었고, 본인부담분의 18%를 민간보험에서 지급하였다. 비록 부수적이기는 하지만 민간보험의 역할은 정부가 주도하는 공보험하에서 점차 늘어가는 추세이다.

Ⅲ. 외국의 의료비 공제제도와 지출 효율화 정책 109

마) 영국: 국가의료서비스와 민간보험

영국에서 판매되고 있는 건강관련 민간보험은 Private Medical Insurance (PMI), Permanent Health Insurance(PHI), Critical Illness Insurance(CII), Long Term Care Insurance(LTCI) 등의 4종류이다.

PMI는 순수한 민간의료비용보험으로서 급성질환으로 단기간 사립 병원이나 공공병원의 특실에 입원한 경우 병실료 및 의료비를 보상(약 650만명 적용)한다. PHI는 질병이나 사고 등의 재해로 인한 소득손실을 보상한다. CII는 암, 심장마비 등 치명적 질환에 걸린 경우 고액의 보험금을 일시불로 지급한다. LTCI는 스스로를 돌볼 능력이 없게 된 경우의 장기치료에 대한 지불이다.

보험가입자의 연령, 성, 건강상태에 따라 보험료를 차등부과하는 민간보험회사는 NHS 의료서비스의 보충적 역할을 한다. PMI를 구매하는 중요한 이유는 NHS 의료의 질 저하, 입원시 장기간 대기시간 등에 있다.

다. 의료시스템 개편을 통한 비용 절감

1) IC 카드 도입

프랑스는 의사의 IC 카드와 환자의 IC 카드를 의료기관에서 동시에 읽어 보험진료비청구의 전자화, 의료제공자간 정보공유, 정보의 투명성을 제고하고자 하였다. 이를 실현하기 위한 전제조건은 보험자와 의료기관, 약국 간 인트라넷을 구축하는 데에 있다.

2) 기금보유 일반의(GP Fund Holder)와 일차진료그룹(PCG)

영국은 1989년 NHS 개혁으로 일반의(GP)가 일정 예산(fund)을 가지고, 등록환자를 대리하여 병원과 계약을 맺고 환자에게 병원진료 서

비스를 제공하는 시스템을 도입하였다. 실제 지출이 예산을 초과하면 자격을 취소하는 벌칙(penalty)이 주어지므로 효율적인 병원과 계약하는 인센티브를 부여한다. 일반의(GP)의 85%가 GP fund holder(1998년)이었다. 그러나 블레어 정권하에서 1999년 4월부터 GP funder holder는 폐지되고, 일차진료그룹(Primary Care Group: PCG) 제도로 이행하였다.

일차진료그룹(PCG)이란 1997년 12월 노동당 블레어 정권의 'The New NHS' 이념에 기초하여, 지역에 GP funder holder가 없다면 의료 서비스에 불평등이 생긴다는 우려로 탄생하였다. 인구 10만명 정도의 지역을 단위로 그 지역의 임상 및 재정 책임을 담당하는 조직(PCG)을 구축(481개)하여 지역내 GP 약 50명과 보건부가 참여하여 조직한다.

3) 의료관리 대행서비스(PPM)와 조제약 관리서비스(PBM) 시스템

미국은 의료관리 대행서비스(Physician Practice Management) 시스템을 도입하여, 개업의를 대상으로 진료행위 외의 모든 간접업무를 대행함으로써 의사가 진료에만 전념하도록 하였다. 간접업무란 진료비 청구, 보험자(Managed care)와의 계약, 의료기기 및 재료의 구입 등 의원의 관리를 대행하는 것이다.

조제약 관리서비스(Pharmacy Benefit Management)는 PBM과 보험자 간에 계약을 체결하여 보험가입자에 대한 조제약 비용의 관리업무를 대행하고, 보험자, 약국, 의사, 제약회사 사이에서 다양한 업무를 수행한다. 대상업무의 예를 들면 다음과 같다.

- a) 약국에 대해서는 약제비 대행청구
- b) 보험자를 위해서는 약국에 대해 약가 할인 요구
- c) 보험자를 위해 의사 처방에 대한 평가, 감시, 부작용 방지를 목적으로 한 Disease Management 프로그램 작성, 증상별 최적조제부 작성, 동일 약효 의약품의 상호비교
- d) 제약회사를 위해 누적된 조제정보 제공

4) 보험료 징수비용 절감

미국과 스웨덴은 국세청을 통하여 사회보험료를 일괄 징수함으로써 관리비용을 절감하고 있다. 독일은 일선 의료보험조합이 사회보험료를 일괄 징수함으로써 사회보험 전체적인 관리비용을 절감하고 있다. 일본의 경우 지역보험의 경우 자치행정기관(시정촌)이 보험료를 징수함으로써 독립된 지역조합에서 징수하는 것보다는 비용이 절약된다고 보고 있다.

5) 진료비 심사·지불업무의 외부위탁(Outsourcing)

미국은 의료보험의 집행기관으로 의료재정청(HCFA)을 설립하였으며, HCFA는 진료비 심사 및 지불업무를 외부기관에 위탁하였다. 메디케어의 경우, 입원은 'Intermediary'(44곳), 외래는 'Carrier'(28곳)를 위탁심사기관으로 두고 있으며, 이들은 진료비청구서 접수, 심사 및 지불사무를 대행한다. 1차 심사는 컴퓨터로 수행하고 2차 심사는 수작업으로 한다. HCFA와의 계약은 입찰방식이고, 각 위탁심사기관은 전산 처리시스템의 개량, 지불기간 단축, 처리능력 향상, 수급자에 대한 정보제공 및 상담 등의 서비스 개선을 통해 경쟁한다.

6) 동료심사위원회(Peer Review Organization)

동료심사위원회(PRO) 역시 HCFA의 위탁을 받아 의료서비스 적절성, 이용시설의 타당성 및 의료의 질과 효율성을 심사한다. PRO는 진료비 청구 및 지불 관련 위탁심사기관인 'Intermediary'와 'Carrier'의 요구가 있는 경우에 분석하여 보고하며 그 외, 이용도 심사(UR: Utilization Review), 표준진료지침(CP: Critical Pathway) 등 프로그램 개발이나 예방의학 캠페인도 담당한다.

라. 의료의 질 관리를 통한 진료비 절감

1) 의료평가인증기구(ANAES, 1996) 설치

프랑스는 의료평가인증기구를 설치하여 의료의 질 관리와 더불어 의료비의 경제성 제고를 도모하고 있다. 첫째, 의료기관 평가로서 병원의 질 관리와 경쟁을 촉진한다. 둘째, 기술평가(신기술 보험적용시 기술평가)로서 진료행위목록을 작성하고 적정한 진료행위 수가안을 작성한다. 의료기기에 대한 평가를 통하여 적정가격을 산정한다. 셋째, 검진 등 공공보건에 대한 경제성을 평가한다. 넷째, 의료계획으로서 MRI 배치, 뇌수술 병원 선정, 고액의료에 대한 계획을 작성한다.

2) 의료지침(RMO: 'medical references')을 통한 적정 진료

프랑스는 의학적 견지에서 적절한 진료를 장려하기 위하여 의료직 종별로 진료행위와 약제에 관한 의료지침을 작성한다. 의료지침에서 이탈한 진료행위를 한 의사에게 수가를 삭감하거나 보험진료기관의 지정을 해지한다.

3) 환자의 권리 보장을 통한 의료의 질 확보

폴란드는 1991년에 현 의료기술이 허락하는 한도에서의 모든 의료 서비스를 받을 권리, 현 건강상태를 알 권리, 사생활과 존엄성의 권리, 죽음의 존엄성에 대한 권리 등을 부여하였다. 영국은 1992년 '환자의 헌장'(Patients' Charter) 제정하여 의료의 질을 향상시킬 수 있는 전국적, 지역적인 기준을 마련하였다. 핀란드는 1993년에 환자권리에 대한 법률을 제정하여 환자 민원 조사관(ombudsman)의 설립으로 환자 권리에 대한 집행사항들을 조언하고 불만사항의 보고, 보상금 신청 등을

도와주고 있다. 이탈리아는 ‘환자권리를 위한 법정’(Tribunal for Patients’ Rights)을 설립하여 자원한 평범한 시민으로 구성되어 의료 서비스의 질 모니터링, 보건행정에 있어서 보다 인간적인 방법을 위한 탄원, 환자의 불만사항 해소 등의 역할을 수행하고 있다.

마. 소결

선진국들은 고령화와 함께 지속적으로 증가하는 의료관련 재정의 안정성을 피하기 위해 의료지출의 효율화를 위해 노력하고 있다. 의료 지출 효율화를 위한 수단으로는 진료비 억제정책을 중심으로 의료시스템 개편, 의료의 질 관리 등을 추진하고 있다. 대표적인 효율화정책인 진료비 억제정책은 다시 의료공급자와 의료수요자 통제, 제도 개선으로 나누어질 수 있다. 의료공급자 통제를 통한 지출 효율화 정책은 다시 의료행위 비용 절감, 진료비 지불제도 개선, 약제비 절감 등으로 구성되며 의료수요자 통제 정책은 환자본인부담제, 가입자 비용의식 제고 등을 추진하고 있다. 그 외 제도 개선은 민간보험을 통한 공공보험의 비용절감 추진이다. 각종 정책사례 등에서 확인할 수 있는 것은 의료부문에 존재하는 정보의 비대칭성으로 인해 정부는 의료공급자에 대한 통제를 위해 많은 노력을 기울여왔음을 알 수 있다. 기존의 의료보험 체계를 유지하면서 지출 효율화를 추구할 수 있는 방안이기 때문이다.

본 보고서에서 주요한 분석대상으로 삼고 있는 소득세제와 연관이 있는 것은 의료수요자 측면의 가격관련 정책이다. 외국의 경우, 의료수요자의 가격과 연관된 정책은 본인부담제와 장기입원에 따른 본인부담 체증제, 의료저축제도, 진료비 후불상환제 등을 통해 의료수요 통제에 노력하고 있다. 다만 우리나라의 의료비 소득공제제도는 암묵적인 의료서비스 가격 인하를 유발하여 의료수요를 증가시키고 있다.

외국의 수요관리 사례와 우리나라 소득공제 현실 등을 감안할 때 의

료저축제도, 진료비 후불상환제의 도입을 검토할 만하다. 의료저축제도는 소득공제를 목표로 나타낼 수 있는 의료수요 증가를 효과적으로 통제하면서 의료비 소득공제의 목적인 근로능력 유지를 위한 비용지원을 달성할 수 있기 때문이다. 의료비 소득공제제도를 의료저축제도로 전환하는 것은 전반적인 의료체계에 큰 변화를 주지 않으면서 지출효율화를 유도할 수 있는 방안이다. 즉 전반적인 제도 개편이 야기할 수 있는 실효성의 문제, 즉 의료서비스 이용료가 낮아야 하며 고용주와 함께 적립의무를 나눌 수 있는 고용근로자의 비중이 높아야 한다는 조건을 회피할 수 있는 방안이다. 동 제도로의 전환을 위해서는 의료비 소득공제제도로 인한 의료지출 증가를 분석을 통해 입증하는 것이 필요하다.

진료비 후불상환제는 개인의 비용지불 시점 차이에 따른 수요변동 가능성이 중요한 고려요인이 되어야 할 것이다. 만약 개인의 가격탄력성이 실질적인 비용은 동일하더라도 비용지불과 환급 사이의 시차 존재로 인해 달라진다면 동 제도 도입이 바람직할 수 있다. 가격탄력성의 차이를 유발할 수 있는 요인은 개인이 직면할 수 있는 유동성 제약, 가격지불 시점의 심리적 요인 등이 포함될 수 있다. 동 제도의 도입을 위해서는 개인의 의료수요의 탄력성 차이에 대해 선행연구가 필요할 것으로 판단된다.

IV. 의료수요의 탄력성 추정

1. 선행연구

의료수요는 개인의 건강상태에 따른 필수적인 요인과 서비스 품질에 대한 재량적인 요인의 성격을 포괄하고 있다. 이러한 수요의 특성은 의료수요의 탄력성 추정에도 영향을 미치게 된다. 서비스 품질 등에 대한 재량적 성격이 강한 수요는 상대적으로 가격탄력성이 높을 수 있지만 건강상태에 따른 필수적 성격이 강한 항목은 가격탄력성이 낮아지게 된다. 그러나 실증분석에서 재량적 지출과 필수적 지출의 구분은 상당한 어려움을 지닌다. 필수적 지출로 구분할 수 있는 입원 치료비라 할지라도 입원실의 유형, 추가검사 혹은 검사방법의 선택 등의 요인들로 명확한 구분이 거의 불가능하기 때문이다. 이는 의료수요의 탄력성을 추정하는 선행연구에서 지출의 성격에 대한 큰 고려가 없었던 점에서 확인할 수 있으며 세계혜택과 관련해서는 더욱 그러하다⁴³⁾.

의료수요의 탄력성에 관한 선행연구는 세계혜택과 연관되어 많은 연구가 이루어졌으며 특히 현행 고용주 제공 의료보험제도의 변화 가능성을 염두에 두고 있는 미국을 중심으로 활발하게 이루어지고 있다. 전반적인 연구방향은 크게 세계혜택이 의료서비스 구매시점 가격을 낮출 때 나타나는 수요의 반응과 세계혜택이 구매시점이 아닌 소득세 신고시점에 주어질 때 나타나는 수요의 반응에 대한 연구로 나누어질 수 있다. 의료서비스 구매시점에 주어지는 가격보조(세계혜택 등)의

43) 개인별 질병유형별 수요를 이용한 경증 혹은 중증질환에서 차별화된 탄력성을 추정할 수 있겠지만 이러한 정보를 가진 공공자료는 현재 발견하기 어렵다.

수요 반응도는 Gruber(2001), Glied and Remler(2002), Gruber and Poterba(1996), Stabile(2001) 등에서 서베이 등을 통해 분석하였다. 그러나 서비스 구매시점과 세제혜택이 실현되는 시점에 차이가 있는 경우에 대한 수요탄력성 차이 존재 여부에 대한 연구는 많지 않았다.

구체적으로 의료서비스 구매시점에 제공하는 세제혜택의 사례로는 비교제되는 고용주 제공 의료보험, 민간의료보험 구입시 소득공제 등이다. 이러한 사례로는 Newhouse(1993), Gruber and Poterba(1996), Stabile(2001), Finkelstein(2001) 등을 들 수 있으며 추정된 의료수요의 가격탄력성은 $-0.2 \sim -0.7$ 수준이다. 우리나라의 경우에는 조세혜택의 관점에서 살펴본 연구는 없으며 김춘배 외(1995)에서 의료비 자기 부담비율에 대한 연도별 집계변수를 이용하여 $-0.1 \sim -0.6$ 의 탄력성을 제시하여 미국, 캐나다 등의 사례와 큰 차이를 보여주지 않는다. 그러나 의료비 지출시 개인부담률을 가격변수로 이용하였기 때문에 세제 등과 연동된 정확한 가격변수로 볼 수 없는 한계도 존재한다.

의료서비스 구매시점이 아닌 다른 시점에 세제혜택이 주어지는 경우에 대한 수요탄력성 연구는 새롭게 시도되고 있는 분야라고 할 수 있다. Long(2003)은 조세혜택의 시점과 의사결정사이에 상당한 시차가 존재하는 경우로 미국 대학교육에 대한 세제혜택 제공(HOPE and Lifetime Learning Tax Credit)이 대학진학률에 미친 영향을 분석하였다. Smart and Stabile(2003)은 캐나다 의료비 소득공제제도 변화를 통해 세제혜택으로 야기된 수요탄력성을 $-0.27 \sim -0.9$ 로 추정하였는데 이는 직접적인 지원제도에서 추정된 수요탄력성에서 크게 벗어나지 않는 수준이다. 한편 세제혜택의 시점 차이가 있는 제도에 대한 수요탄력성 추정은 개인의 유동성문제에 대한 검증도 될 수 있다. 즉 세제혜택의 시점 차이 여부에 따라 수요탄력성이 변화한다면 이는 비용 지불시점과 환불 시점의 차이로 야기되는 재원 불일치 혹은 유동성 문제가 원인이 될 수 있기 때문이다.

우리나라의 경우, 의료수요탄력성에 대한 연구는 의료가격과 의료

비 개인부담률 등의 부분적 변화 등으로 인해 가격변수를 정확히 정의하기 어려운 문제가 있어 드물었다. 특히 조세혜택의 제공이 의료수요에 미치는 영향에 대한 분석은 거의 없는 것으로 조사되어 연구의 필요성이 높은 분야라 할 수 있다.

2. 자료

의료수요의 가격탄력성 추정을 위해 가계조사 2004~2006년 기간자료를 이용하였다. 2005년 소득세율 1%포인트 인하로 가계가 직면하는 의료서비스 가격이 변화하였으므로 이를 통해 가격탄력성을 추정하기 위한 것이다. 구체적으로 가계조사자료의 가구구성 및 지출 등을 감안하여 소득세 한계세율을 도출하고 이를 바탕으로 의료비 공제에 따른 조세가격 변화가 야기하는 수요 변화를 추정하게 된다.

개인단위 소득세제를 운영하는 반면 소비지출은 가구단위로 이루어짐을 감안하여 의료비 소득공제는 부부 중 높은 근로소득을 가지는 개인에게 적용하는 것으로 가정하였다. 또한 근로소득자가 표준공제를 선택할 경우, 의료비 소득공제를 적용받을 수 없는 점을 고려하여 특별공제 중 고려 가능한 보험료, 교육비, 의료비공제의 합과 상호비교하여 공제를 선택하도록 구성하였다. 의료비의 지출은 다시 약제비, 의료기기 구입비, 의료서비스비 등으로 구분하여 각 지출항목별 수요탄력성을 추정할 수 있도록 하였다.

원시자료의 한계로 인해 의료비공제의 한도가 없는 소득자 본인 등과 다른 기본공제대상자들의 지출을 구분할 수 없어 모든 지출이 기타 기본공제대상자에게서 발생한 것으로 가정하였다.

3. 모형 및 실증분석

가. 모형 및 자료구성

모형에서 추정하는 의료수요의 가격 반응도는 기본적으로 단년도내 소득 및 각종 공제구조 차이에 따른 횡단면적인 변화와 함께 2005년 세율 인하로 인한 한계세율 차이에 기인하게 된다. 만약 자료가 패널의 형태라면 소득세율 인하의 효과를 통해 가격탄력성을 추정할 수 있지만 가계조사자료의 한계상 두 가지 요인이 공존하는 한계가 있다.

실증분석을 위해 제도 변화 전후인 2004~2006년 기간 가계조사자료를 Pooling하여 Smart and Stabile(2003)에서 사용된 모형을 추정하였다.

$$\ln(H_{i,t}) = \alpha + \beta(\text{tax price})_{i,t} + \delta X_{i,t} + \gamma P_t + \epsilon_{i,t}$$

이러한 모형은 개인의 효용극대화 문제에서 의료비 지출이 전체 소득과 의료비 가격 등의 함수로 유도될 수 있음에 기인한다.

구체적으로 종속변수($\ln(H_{i,t})$)는 의료비 지출의 대수값인데 이는 분포의 표준화를 위해 이용하였다. 이용되는 지출의 종류는 총의료비 지출과 함께 부분별로 약제비, 의료기기 구입비, 의료서비스 구입비로 나누어 살펴본다. 의료비에 대해 자연로그를 취함으로써 지출이 0인 경우에 관측치를 이용할 수 없게 되는 단점이 있으나 의료비 지출이 없는 가구는 전체 16,727가구 중 50가구에 불과하여 이로 인한 왜곡은 크지 않을 것으로 판단된다. 그러나 의료비를 부분별로 구분할 때에는 관측치 누락이 발생할 수 있는데 가장 관측치 누락이 크게 일어나는 경우는 의료용품 소비의 경우로서 2,318개(13.9%)까지 증가한다. 샘플규모 축소로 인한 문제를 해결하기 위해 추후 Tobit 모형을 이용하여 모형을 재추정하였다.

분석을 위해 모든 지출변수는 2000년 기준 가격으로 전환하였으며

조세가격은 개인별로 직면하는 (1-한계세율) $\times PM_t$ (의료물가지수)로 정의되며 $X_{i,t}$ 는 가구 및 개인의 특성변수이다. 개인의 소득세 한계세율을 추정함에 있어서는 부부 중 높은 근로소득을 가진 개인이 소득공제를 신청한다는 가정하에서 동 개인의 한계소득세율을 적용하였다. 가구 및 개인의 특성은 의료지출에 영향을 미치는 변수로 소득, 소득의 제곱, 연령, 연령의 제곱, 20세 미만 자녀 수, 60세 이상 고령자 수, 가구소비지출 등을 포함하고 있다. 조세가격에 포함되는 의료 소비자물가지수는 의료서비스, 의약품, 의료용품에 대해 제시되고 있는바, 각 항목에 맞게 적용하였으며 전체 의료비에 대한 가격변수로는 소비 비중이 높은 의료서비스 물가지수를 이용하였다.

그 외 의료지출의 중요한 결정요인의 하나인 개인의 건강상태를 고려하는 것이 필요하나, 본 분석에서는 자료상의 문제로 포함하지 않았다. 그러나 개인의 건강상태가 연령과 소득 등에 크게 영향을 받는 것임을 감안할 때는 연령, 소득변수 등을 통해 상당부분 포함될 수 있어 추정결과에 큰 문제를 야기하지는 않을 것이다.

가격탄력성의 추정에 있어 가구별로 계산된 조세가격은 의료비 지출이 증가함에 따라 감소하는 함수 $P_{i,t}(H_{i,t})$ 로 내생성의 문제가 존재한다. 즉 동일한 소득의 가구라 할지라도 의료비 공제 최저지출 수준을 충족할 경우에는 충족하지 않는 경우보다 낮은 조세가격을 지불하게 되어 지출 증가 유인으로 작용하는 것이다. 본 연구에서는 이러한 내생성의 문제를 극복하기 위해 두 가지 방안을 이용하였다. 첫 번째는 단순비교의 목적으로 의료비 소득공제를 신청할 수 있는 가구만 대상으로 분석하는 것이다. 이러한 분석을 통해 의료비 공제대상 가구의 지출행위 변화에 대해 이해가 가능할 것이나 전반적인 지출행태 파악에는 한계가 있다. 두 번째는 가구의 의료비공제가 허용되는 최초 1원 소비에 대한 조세가격으로 소득자가 의료비공제 하한선을 초과하는 시점에서 의료비를 1원 추가지출할 때 부담하는 조세가격을 이용한다. 조세가격은 가구의 지출 수준과는 독립적이며 실제 조세가격과는 유

사한 패턴을 갖는 도구변수로 기능하게 된다. 그러나 의료비 소득공제가 허용되지 않는 비근로소득자는 한계세율 0을 적용하여 소득세율 인하에도 불구하고 조세가격은 의료물가지수와 동일하게 된다.

〈표 IV-1〉 분석 자료의 특성

변수	평균값	최소값	최대값	중위값	표준편차
총의료비	1,035,086	0	84,193,450	637,233	1,575,023
약제비	238,036	0	47,421,715	142,060	466,136
의료용품비	102,198	0	5,298,308	44,603	200,310
의료서비스비	666,245	0	84,035,152	285,574	1,396,948
입원치료비	158,937	0	27,597,133	0	692,078
치과진료비	184,794	0	19,655,387	2,676	620,758
손해보험료	28,412	0	4,901,672	0	149,412
가구소득	29,234,046	0	308,328,278	26,262,007	18,246,080
가구주 연령	47	17	94	45	12
거주면적	20	3	92	19	7
가구소비지출	21,300,282	977,876	123,649,322	19,538,955	11,254,504
남성	0.8117	0	1.0000	1.00	0.3909
배우자 유무	0.8829	0	1.0000	1.00	0.3216
자녀 수	1.1532	0	5.0000	1.00	1.0260
노인 수	0.3357	0	5.0000	0.00	0.6419
조세가격1 (서비스)	95.5	63.6	102.7	96.6	7.2
조세가격1 (의료용품)	95.6	65.7	100.0	98.8	6.7
조세가격1 (의약품)	95.9	65.1	101.0	99.0	6.8
조세가격2 (서비스)	95.0	63.6	102.7	96.6	7.2
조세가격2 (의료용품)	95.0	65.7	100.0	98.8	6.7
조세가격2 (의약품)	95.4	65.1	101.0	99.0	6.8
표준공제	0.3243	0	1.0000	0.00	0.4681
가구규모	3.2821	1	9	3.25	1.1091

분석에 이용한 자료는 2004~2006년 가계조사자료로서 소득, 지출 등의 계절성을 감안하여 10개월 이상 보고된 자료만 이용하였다. 총 16,727개의 샘플로 구성되어 있으며 그 중 2004년 5,183개, 2005년 5,169개, 2006년 6,375개로 구성된다. 분석대상 자료의 기초통계량을 살펴보면 가구별 총의료비는 104만원 수준이며 부분별로는 의료서비스비가 67만원, 약제비가 24만원, 의료기기 구입비 10만원으로 구성되어 있다. 의료서비스에는 병원외래진료비, 입원치료비, 치과치료비 등으로 구성되어 있으며 의료용품에는 보청기, 안경, 콘택트렌즈 등이 포함되어 있다.

나. 분석 결과

우선 내생성의 문제를 고려하지 않고 모든 샘플을 이용한 일차분석에 따르면 전반적으로 직관에 부합하는 결과를 얻을 수 있었다. 가구 의료비 지출은 60세 이상 노인 수, 배우자 존재, 가구 소비지출 수준과 양(+)¹의 상관관계를 갖는 것으로 나타났으며 가격기능을 하는 조세지출과는 음(-)²의 유의미한 상관관계를 보여준다. 반면 가구소득과 가구소득의 제곱항의 영향은 통계적으로 유의한 경우도 있으나 그 크기는 매우 미미하게 나타난다. 가구주의 연령은 음(-)³의 유의미한 영향을 미치며 그 영향은 점차 감소(즉 연령제곱 항의 계수가 양(+))하는 것으로 나타나 근로가능기간(20~59세)의 의료 지출이 점차 감소함을 확인할 수 있다. 자녀 수의 경우 전체 의료비 지출에의 영향은 통계적으로 유의미하지 않지만 부분적으로는 유의미하게 나타났다. 즉 의약품 지출은 유의미하게 낮추는 요인으로 작용하지만 의료용품 지출은 증가시키는 요인으로 작용하였다. 이는 시력교정용 의료용품 수요가 자녀들에서 창출되기 때문이다. 반면 노인 수의 영향은 의료용품 지출은 낮추는 요인으로 작용하지만 의료서비스와 의약품 소비는 증가시키는 요인으로 작용하였다. 노인층의 의료수요는 안경 등 의료용품의

소비보다는 노화에 따른 질병치료관련 의료서비스 및 의약품 중심으로 증가하기 때문이다.

〈표 IV-2〉 모든 샘플을 이용한 OLS분석

	총 의료비 지출	의약품 지출	의료용품 지출	의료서비스 지출
조세가격 (의료서비스)	-0.011 (〈.0001)	-	-	-0.013 (〈.0001)
조세가격 (의약품)	-	-0.0082 (〈.0001)	-	-
조세가격 (의료용품)	-	-	-0.0040 (〈.0001)	-
가구소득	1.28E-09 (0.2531)	2.60E-09 (0.0556)	4.66E-09 (0.0030)	-5.67E-10 (0.7095)
가구소득 ²	-2.52E-17 (0.0058)	-3.04E-17 (0.0058)	-2.31E-17 (0.0637)	-3.03E-17 (0.0139)
가구주 연령	-0.0681 (〈.0001)	-0.0047 (0.4299)	-0.1216 (〈.0001)	-0.0842 (〈.0001)
가구주 연령 ²	0.0007 (〈.0001)	0.0002 (0.0006)	0.0011 (〈.0001)	0.0009 (〈.0001)
남성여부	-0.0378 (0.1021)	-0.0091 (0.7447)	0.0147 (0.6657)	0.0476 (0.1294)
배우자유무	0.2350 (〈.0001)	0.1855 (〈.0001)	0.1457 (0.0015)	0.2089 (〈.0001)
자녀수	-0.0048 (0.6027)	-0.0566 (〈.0001)	0.1564 (〈.0001)	-0.0146 (0.2377)
노인수	0.2428 (〈.0001)	0.3555 (〈.0001)	-0.0820 (0.0014)	0.2412 (〈.0001)
가구소비	3.90E-08 (〈.0001)	2.30E-08 (〈.0001)	2.81E-08 (〈.0001)	4.39E-08 (〈.0001)
상수	14.411 (〈.0001)	11.1547 (〈.0001)	13.2802 (〈.0001)	14.1448 (〈.0001)
Adj. R-squared	0.2628	0.1623	0.1351	0.1972
샘플 수	16,677	16,522	14,409	16,279

주: 1. 조세가격은 (1-한계세율) × 의료물가지수

2. () 안은 P-value

한편 의료비 지출은 조세가격에 유의미하게 반응하며 반응의 탄력성은 의료서비스가 가장 높고 의료용품 지출과 의약품 지출이 낮은 것으로 나타나 의료비 소득공제를 통한 의료비용 감소가 전반적인 의료 지출 증가를 유도하는 것으로 나타났다. 이에 비해 의료용품의 반응도는 상대적으로 매우 낮게 나타나 조세지원에 큰 영향을 받지 않는 것으로 나타난다. 이는 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등의 구입비로 구성된 의료용품 수요가 필수재에 가깝기 때문이다. 의약품 지출에 대한 가격의 영향도 유의미하나 그 수준은 매우 미미한 것으로 나타났다.

의료비 지출과 조세가격이 갖는 내생성이 추정치의 일치성에 문제를 야기할 수 있으므로 이를 보완하기 위해 우선 의료비 공제가 가능한(특별공제 선택) 샘플만을 구분하여 추정하였다. 이 방법은 전반적인 가구의 의료수요를 대표한다기보다는 의료비 공제를 신청한 가구의 수요패턴을 잘 반영한다고 할 수 있다. 그러므로 대상을 한정함에 따라 의료지출이 많은 계층에 대한 분석이 되며 Sample Selection의 문제는 존재하게 된다.

추정결과 조세가격에 대한 의료비 지출의 반응성은 내생성을 고려하지 않은 경우보다 상당히 낮아지나 방향성은 경제적 직관과 부합하게 나타난다. 통계적 유의성도 높게 나타나 조세가격의 변화에 따라 의료비 지출이 유의미하게 변동하고 있음을 확인할 수 있다. 다만 의료용품 지출의 경우, 조세가격 변화에 따른 지출 영향력의 수준이 매우 낮고 통계적 유의성도 없어 가격정책의 효과를 확인하기 어렵다. 다른 경제적 변수들의 영향 중 가구소득 변수는 영향의 방향이 반대로 전환된다. 즉 의료 지출 공제를 받고 있는 가구의 경우, 순수한 소득효과는 음(-)으로 나타나 소득수준에 따른 건강상태 등의 차이가 존재하는 것으로 판단된다. 그 외 가구소비, 가구주 연령, 자녀 수 및 노인 수 변수에 대한 추정결과는 이전의 결과와 유사한 방향성을 보여주고 있다.

〈표 IV-3〉 의료비공제 가능 샘플만을 이용한 OLS분석

	총 의료비 지출	의약품 지출	의료용품 지출	의료서비스 지출
조세가격 (의료서비스)	-0.0051 (〈.0001)			-0.0064 (〈.0001)
조세가격(의약품)	-	-0.0021 (0.0009)	-	-
조세가격 (의료용품)	-	-	-0.0003 (0.7178)	-
가구소득	-5.49E-09 (0.0007)	-5.24E-09 (0.0120)	-7.02E-1 0 (0.7330)	-8.64E-09 (0.0002)
가구소득 ²	1.01E-17 (0.4251)	5.56E-18 (0.7320)	-2.05E-1 8 (0.9126)	1.72E-17 (0.3370)
가구주 연령	-0.0864 (〈.0001)	0.0077 (0.4449)	-0.1402 (〈.0001)	-0.1225 (〈.0001)
가구주 연령 ²	0.0009 (〈.0001)	4.21E-05 (0.6988)	0.0012 (〈.0001)	0.0013 (〈.0001)
남성여부	-0.0389 (0.2204)	0.0234 (0.5662)	0.0784 (0.1112)	-0.0207 (0.6457)
배우자유무	0.1188 (0.0053)	0.1200 (0.0283)	0.1911 (0.0066)	0.1149 (0.0585)
자녀 수	-0.0310 (0.0047)	-0.0769 (〈.0001)	0.1190 (〈.0001)	-0.0147 (0.3451)
노인 수	0.1633 (〈.0001)	0.3351 (〈.0001)	-0.1124 (0.0006)	0.1317 (〈.0001)
가구소비	3.12E-08 (〈.0001)	2.21E-08 (〈.0001)	2.52E-08 (〈.0001)	3.57E-08 (〈.0001)
상수	15.1931 (〈.0001)	-11.1518 (〈.0001)	13.8560 (〈.0001)	15.3852 (〈.0001)
Adj. R-squared	0.1103	0.0814	0.1072	0.0728
샘플 수	9,300	9,251	8,547	9,208

주: 1. 조세가격은 (1-한계세율) × 의료물가지수

2. () 안은 P-value

내생성의 문제를 해결하는 동시에 이전의 자료 대표성의 문제를 보완하기 위해 공제가능 의료비 1원 지출시 적용되는 조세가격을 도구변수⁴⁴⁾로 이용하여 추정하였다. 공제가능 의료비 1원 지출시 조세가격은 가계의 의료비 지출행위와 독립적으로 결정되어 이전 분석에서 존재하는 내생성의 문제를 해결하는 방안이다.

조세가격의 도구변수를 이용할 경우 의료비 지출은 조세가격에 유의미한 반응을 보여주지 않았다. 변화의 방향성도 양(+)으로 나타나 경제적 직관에 부합하지 않았는데 이는 소득세를 부담하는 개인이 전체 근로자의 50% 수준으로 저소득층에서는 한계세율 변화 효과가 거의 없고 또한 의료비 지출의 상당부분이 건강상태에 따라 변화하기 때문이다. 또한 전 국민 건강보험제도로 인해 의료서비스의 품질에 큰 변화가 없는 것도 가격탄력성 추정을 어렵게 하는 요인으로 볼 수 있다. 의료용품 지출의 경우, 양(+)의 유의미한 방향성을 보였으나 그 수준이 미미하게 나타난다. 가구소득의 영향도 제한적으로 나타났으며 이차항의 경우 미미한 음(-)의 영향을 미치는 것으로 나타난다. 배우자의 존재는 가구의 의료비 지출을 유의미하게 증가시키는 요인으로 작용하였지만 가구주의 성별은 의료비 지출에 유의미한 영향을 미치지 못하였다. 가구주 연령의 경우, 의약품 지출을 제외한 총지출, 의료서비스 지출, 의료용품 지출을 유의미하게 감소시키는 요인으로 작용하였으며 감소 규모는 점차 줄어드는 것으로 분석된다.

한편 자녀 수의 경우 전반적으로 의료비 지출을 감소시키는 요인으

44) 전체 샘플에 대한 도구변수와 원조세가격변수와의 관계는 다음과 같다. 조세가격변수는 $tp1s$ (의료서비스), $tp1d$ (의약품), $tp1m$ (의료기기)이며 $tp2s(d,m)$ 은 도구변수임

$$tp1s = 41.35 + 0.525 * tp2s, \text{ Adj. } R - sq: 0.2834 \\ (102.76) (81.35)$$

$$tp1d = 41.55 + 0.523 * tp2d, \text{ Adj. } R - sq: 0.2825 \\ (103.2) (81.16)$$

$$tp1m = 41.41 + 0.522 * tp2m, \text{ Adj. } R - sq: 0.2819 \\ (103.39) (81.03)$$

로 작용하고 있으나 의료용품 지출은 증가시키는 요인이다.

〈표 IV-4〉 의료비공제 시작 조세가격을 이용한 OLS분석

	총의료비 지출	의약품 지출	의료용품 지출	의료서비스 지출
조세가격 (의료서비스)	0.0001 (0.4755)	-	-	0.0003 (0.4253)
조세가격(의약품)	-	6.61E-05 (0.8202)	-	-
조세가격 (의료용품)	-	-	0.0011 (0.0022)	-
가구소득	-1.67E-10 (0.8906)	1.57E-09 (0.2653)	3.12E-09 (0.0500)	-2.55E-09 (0.1152)
가구소득 ²	-3.48E-17 (0.0004)	-3.74E-17 (0.0010)	-2.13E-17 (0.0888)	-3.99E-17 (0.0022)
가구주 연령	-0.0514 (〈.0001)	0.0073 (0.2367)	-0.1130 (〈.0001)	-0.0632 (〈.0001)
가구주 연령 ²	0.0005 (〈.0001)	0.0001 (0.3268)	0.0009 (〈.0001)	0.0006 (〈.0001)
남성여부	-0.0353 (0.1539)	-0.0081 (0.7775)	0.0107 (0.7552)	0.0519 (0.1174)
배우자유무	0.3528 (〈.0001)	0.2662 (〈.0001)	0.1882 (〈.0001)	0.3413 (〈.0001)
자녀 수	-0.0184 (0.0589)	-0.0669 (〈.0001)	0.1493 (〈.0001)	-0.0334 (0.0104)
노인 수	0.2901 (〈.0001)	0.3886 (〈.0001)	-0.0636 (0.0136)	0.2951 (〈.0001)
가구소비	4.21E-08 (〈.0001)	3.02E-08 (〈.0001)	2.87E-08 (〈.0001)	4.74E-08 (〈.0001)
상수	13.2070 (〈.0001)	10.2865 (〈.0001)	12.7838 (0.0001)	12.7247 (〈.0001)
Adj. R-squared	0.1567	0.1170	0.1265	0.1073
샘플 수	16,677	16,522	14,409	16,279

주: 1. 조세가격은 (1-한계세율) × 의료물가지수

2. () 안은 P-value

IV. 의료수요의 탄력성 추정 127

의료용품 지출의 상당부분을 차지하는 안경, 콘택트렌즈의 수요층이 20세 미만 자녀를 중심으로 형성되어 있기 때문이다. 반면 가구 내 노인 수가 많아지면 고령으로 인한 병원방문 등 의료서비스 지출과 의약품 수요가 증가하게 되나 자녀 중심의 의료용품 수요는 상대적으로 감소한다. 의약품 지출의 반응도가 가장 높게 나타나, 고령화로 인해 의약품 지출수요가 가장 크게 증가함을 시사한다.

추정결과를 바탕으로 의료비 지출의 가격탄력성을 살펴보면 조세가격과 지출 간의 내생성을 감안하여 도구변수를 이용할 경우, 의료가격의 지출 영향은 통계적으로 유의미한 영향을 보여주지 않는다. 의료지출을 의료서비스, 의약품, 의료용품으로 나누어 보더라도 지출비중이 낮은 의료용품을 제외하고는 가격 영향력은 통계적으로 유의하지 않았다. 의약품 지출, 의료서비스 지출 등 전반적인 의료비 지출이 질병 등 건강상태에 따라 주로 결정되어 가격의 영향은 미미한 수준임을 의미할 수도 있다. 특히 전 국민 건강보험으로 인해 의료서비스의 질이 균일한 것도 가격에의 반응도가 낮은 한 요인으로 판단된다. 의료용품 수요의 경우 양(+)¹의 탄력성(0.06)을 보여주고 있어 경제적 직관과 배치되는 결과를 보여주는데 추후 추가적인 분석이 필요하다.

내생성을 고려하기 위해 분석대상을 의료비 소득공제가 가능한 소득자로 한정하였을 경우에는, 전반적인 의료비 지출의 가격탄력성이 -0.22에 이르는 것으로 나타났다. 의료비 소득공제 신청자의 경우, 조세가격의 변동에 의료비 지출이 유의미하게 변화하고 있어 소득공제가 의료비를 증가시키는 것을 확인할 수 있다. 분야별 탄력성의 크기를 살펴보면, 의료서비스 지출에 대한 탄력성이 -0.28로 가장 높게 나타나 외래 및 입원진료 서비스를 이용할 경우, 소득공제 적용가능 계층의 의료비 지출을 상대적으로 크게 늘리는 요인으로 작용한다. 반면 의약품 및 의료용품의 반응도는 상대적으로 낮게 나타나는데, 의약품의 경우 의사의 처방전에 의한 수요부문이 커 개인의 자율적 선택권이 크지 않기 때문이다. 의료용품의 경우에도 지출 항목인 보청기, 안경,

콘택트렌즈 등에 대한 추가적 지출에 대한 필요성 혹은 시급성이 떨어지기 때문이다. 또한 소득공제가 가능한 제한된 계층에 대해 추정된 가격탄력성 수준은 미국, 캐나다 등을 대상으로 한 선행연구들의 결과와도 유사한 수준으로 우리나라 의료수요가 다른 나라에 비해 큰 차이를 보여주지는 않는다.

〈표 IV-5〉 추정방법에 따른 의료비 조세가격탄력성

	전체샘플	부분샘플법	도구변수법
총의료비	-0.75***	-0.22***	0.01
- 의약품 지출	-0.56***	-0.09***	0.00
- 의료용품 지출	-0.27***	-0.01	0.06***
- 의료서비스 지출	-0.89***	-0.28***	0.02

주: ***, **, * 는 유의수준 1%, 5%, 10%에서 유의함을 의미.

한편 내생성을 극복하는 한 방법으로 의료비 소득공제를 신청한 가구만으로 분석대상을 한정한다 하더라도 누진적 소득세율구조로 인해 의료비 지출 증가에 따른 가격하락의 영향이 존재한다. 이를 회피하기 위해서는 도구변수를 이용하여야 하므로 의료비 소득공제가 가능한 계층의 의료비 지출을 도구변수를 이용해 회귀분석하였다. 분석결과 조세가격은 의료용품을 제외한 총의료비, 의약품 지출, 의료서비스 지출에 유의미한 영향을 미치고 있으며 그 방향성도 경제적 직관에 부합하였다. 즉 전체 가구를 대상으로 전반적인 의료비 지출이 의료 가격에 유의미하게 반응하지는 않았지만, 의료비 소득공제가 가능한 계층은 조세혜택이 의료수요에 유의미한 영향을 미치고 있다. 노동능력의 유지라는 측면에서 허용하고 있는 의료비 소득공제제도는 소비자가 직면하는 의료서비스 가격을 낮추어 의료수요를 증대시키고 있음을 보여준다.

〈표 IV-6〉 부분샘플-도구변수법 의료 지출 요인분석

	총의료비	약제비	의료용품	의료서비스
조세가격	-0.0037 (〈.0001)	-0.0012 (0.0440)	0.0001 (0.8863)	-0.0045 (〈0.0001)
가구소득	-7.65E-9 (〈.0001)	-6.54E-9 (0.0017)	-1.29E-9 (0.5968)	-1.15E-8 (〈.0001)
가구소득 ²	1.95E-17 (0.1244)	1.14E-17 (0.4846)	6.48E-19 (0.9723)	2.95E-17 (0.1011)
가구주 연령	-0.0864 (〈.0001)	0.0078 (0.4358)	-0.1400 (〈.0001)	-0.1224 (〈.0001)
가구주 연령 ²	0.0009 (〈.0001)	4.49E-5 (0.6801)	0.0012 (〈.0001)	0.0013 (〈.0001)
남성 여부	-0.0514 (0.1066)	0.0156 (0.7014)	0.0746 (0.1303)	-0.0370 (0.4118)
배우자 유무	0.1240 (0.0037)	0.1230 (0.0246)	0.1925 (0.0062)	0.1215 (0.0459)
자녀 수	-0.0324 (0.0032)	-0.0776 (〈.0001)	0.1188 (〈.0001)	-0.0165 (0.2907)
노인 수	0.1662 (〈.0001)	0.3368 (〈.0001)	-0.1116 (0.0006)	0.1354 (〈.0001)
가구소비	3.15E-8 (〈.0001)	2.22E-8 (〈.0001)	2.52E-8 (〈.0001)	3.60E-8 (〈.0001)
상수	15.1831 (〈.0001)	11.1424 (〈.0001)	13.8489 (〈.0001)	15.3694 (〈.0001)
Adj. R-squared	0.1055	0.0807	0.1072	0.0687
샘플 수	9,300	9,251	8,547	9,208

주: () 안은 P-value.

추정결과에 따르면 의료비 소득공제를 신청할 수 있는 가구의 총의료비 지출 가격탄력성은 -0.16으로 나타나 의료비 소득공제로 인한 의료비 지출 증가가 유의미하게 일어나고 있음을 보여준다. 지출부문별 가격탄력성은 외래 및 입원진료비 등을 포함한 의료서비스 지출이 -0.20으로 상대적으로 높은 수준으로 나타났다. 이는 의료비 소득공제

제도가 주로 가구의 외래진료비 및 입원진료비의 증가에 긍정적인 영향을 미쳐 총의료비를 증대시킴을 보여준다. 의약품 지출의 경우, 통계적으로 유의미한 영향을 미치나 탄력성은 -0.01 수준으로 의료서비스 지출에 비해 매우 낮은 수준이다. 이는 의약품 수요의 많은 부분이 외래 및 입원진료에 따른 처방전에 기인하기 때문으로 의약품 가격에 따른 수요변동의 여지가 크지 않기 때문이다.

반면 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등의 구매에 이용된 의료용품 지출의 경우, 가격탄력성 추정치는 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 의료용품 지출규모가 상대적으로 크지 않아 조세지원에 대한 가격반응의 수단으로 이용되기에는 한계가 있기 때문으로 판단된다.

도구변수를 이용하여 의료비 소득공제가 가능한 가구의 의료비 지출탄력성을 추정하였을 때는 도구변수를 이용하지 않았을 때보다 탄력성이 소폭 줄어들음을 알 수 있다. 즉 가격변수와 의료비 지출 간에 존재하는 내생성의 문제가 탄력성을 과대 추정함을 알 수 있다.

〈표 IV-7〉 의료비 조세가격탄력성(도구변수-부분샘플 기준)

	총의료비	의약품 지출	의료용품 지출	의료서비스 지출
탄력성	-0.16***	-0.05**	0.00	-0.20***

주: ***, **, * 는 유의수준 1%, 5%, 10%에서 유의함을 의미.

이러한 분석결과는 의료비 소득공제를 신청하는 가구의 경우, 조세 가격에 따라 의료비 지출 수준이 변화하고 있음을 보여준다. 즉 의료기관 방문 혹은 입원을 통해 의료서비스를 구매할 때, 의료비 소득공제를 감안하여 지출수준을 유의미하게 증가시키고 있다. 부문별로는 상대적으로 지출 비중이 높은 외래 및 입원진료비를 포함하고 있는 의료서비스의 가격탄력성이 의약품 및 의료용품 지출에 비해 높은 것으로 나타났다.

다. 소득수준별 분석결과

의료비 지출 결정모형이 소득수준에 따라 상당한 차이가 있거나 분석에서 고려되지 못한 요인들이 있을 경우에는, 전체 계층을 하나의 관계식을 통해 추정하기보다는 소득수준별로 구분하여 추정할 필요가 있다. 또한 의료비 소득공제가 고소득층을 중심으로 많이 이용되고 있다는 현실적인 상황도 소득수준별 가격탄력성의 격차 여부를 추가적으로 분석할 필요성을 높이고 있다.

소득수준별 가격탄력성의 추정을 위해서 전체 가구를 소득 10분위로 구분하였으며 조세가격변수는 내생성을 감안하여 의료비 소득공제 시작 시점의 한계세율을 이용하여 산정하였다.

전체 자료를 10분위로 나누어 분석한 결과⁴⁵⁾에 따르면, 소득계층별 구분에도 불구하고 전반적으로 총의료비와 세분화된 구분항목에 있어서 조세가격이 통계적으로 유의미한 반응을 보여주지 않았다. 이는 전체 샘플 분석결과와 일치하는 결과이다. 의료비 지출에 유의미한 변수는 가구 소비지출, 노인 수, 가구주 연령 등으로 소득계층에 따라 큰 변화없이 유의미한 영향력을 보여주고 있다.

반면 의료비 소득공제를 신청하는 가구로 샘플을 한정하여 분석해 보면, 총의료비 지출과 의료서비스 지출이 4분위 이상의 계층에서는 통계적으로 유의미하게 반응함을 알 수 있다. 상대적으로 지출규모가 큰 의료서비스 지출을 중심으로 1~3분위의 저소득층을 제외한 대부분의 계층에서 의료비소득공제제도가 지출 증가를 야기하고 있었다. 저소득층의 조세가격변수가 유의미하게 반응하지 않은 이유는 세부담이 매우 낮아 소득공제로 인한 실질적인 세부담 경감효과가 크지 않기 때문으로 판단된다. 그 외 약제비와 의료용품 지출의 경우에도 7분위 이상의 고소득층에서만 유의미하게 조세가격에 영향을 받았으나 그

45) 1분위 ~ 7분위에 대한 분석결과는 부록 참조.

이하 소득계층에서는 통계적 유의성을 발견하기 어렵다. 동 부분은 지출규모 자체가 적어 소득공제로 인한 세부담 감소효과가 적고 동시에 의사의 처방전 등을 필요로 하여 지출 증가의 자의성이 낮기 때문이다.

〈표 IV-8〉 10분위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.006 (0.5705)	-5.16E-06 (0.7234)	-0.0004 (0.8181)	5.00E-06 (0.7390)	-0.0038 (0.0071)	-3.70E-05 (0.0485)	-0.0039 (0.0618)	3.68E-08 (0.9985)
가구 소득	-3.08E-09 (0.4639)	-5.30E-09 (0.3284)	-3.84E-10 (0.9478)	-1.23E-08 -0.0218	-4.22E-09 (0.4490)	-9.62E-09 (0.1944)	-9.62E-09 (0.2373)	-1.31E-08 (0.0756)
가구 소득 ²	-3.36E-18 (0.8536)	6.12E-18 (0.7972)	-3.18E-17 (0.2158)	5.30E-17 -0.024	-5.55E-18 (0.8441)	1.80E-17 (0.6313)	1.20E-17 (0.7701)	5.22E-17 (0.1600)
가구주 연령	-0.0856 (0.0049)	0.0301 (0.4486)	-0.1580 (0.0002)	-0.0825 -0.0379	-0.0698 (0.0428)	0.0776 (0.0898)	-0.1682 (0.0008)	-0.0778 (0.0961)
가구주 연령 ²	0.0008 (0.0099)	-0.0004 (0.4015)	0.0016 (0.0004)	0.0006 -0.1373	0.0007 (0.0734)	-0.0009 (0.0751)	0.0018 (0.0014)	0.0005 (0.2841)
남성 여부	-0.1913 (0.0714)	0.0825 (0.5511)	-0.1948 (0.1914)	-0.2256 -0.1014	-0.1484 (0.2268)	0.2006 (0.2172)	-0.1696 (0.3413)	-0.1102 (0.4980)
배우자 유무	-0.0607 (0.7367)	-0.0688 (0.7703)	-0.1618 (0.5278)	0.5488 -0.0227	-0.2020 (0.3361)	-0.2622 (0.3455)	-0.0517 (0.8654)	0.5115 (0.0761)
자녀 수	-0.0198 (0.5073)	-0.0799 (0.0412)	-0.0283 (0.5045)	0.1324 -0.0007	-0.0339 (0.2934)	-0.1135 (0.0083)	0.0007 (0.9886)	0.1150 (0.0078)
노인 수	0.1365 (0.0097)	0.3712 (<.0001)	0.0776 (0.2973)	-0.0244 -0.7245	0.1357 (0.0154)	0.3432 (<.0001)	0.0867 (0.2867)	0.0038 (0.9602)
가구 소비	2.86E-08 (<.0001)	2.14E-08 (<.0001)	3.29E-08 (<.0001)	2.13E-08 (<.0001)	3.04E-08 (<.0001)	2.30E-08 (<.0001)	3.45E-08 (<.0001)	2.40E-08 (<.0001)
상수	15.2875 (<.0001)	11.0102 (<.0001)	16.0268 (<.0001)	12.9052 (<.0001)	15.3359 (<.0001)	10.5497 (<.0001)	16.6899 (<.0001)	12.8482 (<.0001)
Adj. R-squared	0.1228	0.0565	0.0848	0.0838	0.1325	0.0596	0.0831	0.0822

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-9〉 9분위 의료지출 요인분석

	전체 샘플				부분 샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0006 (0.5512)	1.80E-05 (0.1279)	0.0001 (0.9127)	-4.21E-06 (0.7334)	-0.0046 (0.0002)	-2.96E-05 (0.0582)	-0.0050 (0.0043)	-1.23E-05 (0.4726)
가구 소득	4.69E-07 (0.1285)	4.72E-07 (0.2231)	3.88E-07 (0.3631)	2.25E-07 (0.5740)	3.91E-07 (0.2268)	5.15E-07 (0.2137)	2.19E-07 (0.6378)	3.49E-07 (0.4317)
가구 소득 ²	-5.04E-15 (0.1251)	-5.01E-15 (0.2247)	-4.16E-15 (0.3598)	-2.49E-15 (0.5607)	-4.19E-15 (0.2246)	-5.44E-15 (0.2175)	-2.37E-15 (0.6331)	-3.72E-15 (0.4322)
가구주연 령	-0.0981 (0.0002)	0.0139 (0.6692)	-0.1620 ($<.0001$)	-0.2046 ($<.0001$)	-0.0887 (0.0032)	0.0596 (0.1211)	-0.1636 (0.0002)	-0.2556 ($<.0001$)
가구주 연령 ²	0.0010 (0.0009)	-0.0001 (0.6947)	0.0016 ($<.0001$)	0.0020 ($<.0001$)	0.0009 (0.0085)	-0.0006 (0.1479)	0.0017 (0.0005)	0.0026 ($<.0001$)
남성 여부	-0.1037 (0.2475)	-0.1221 (0.2806)	-0.0769 (0.5348)	0.0498 (0.6749)	-0.1192 (0.2791)	-0.1310 (0.3522)	-0.1551 (0.3267)	-0.0285 (0.8548)
배우자 유무	0.3609 (0.0230)	0.3078 (0.1251)	0.6756 (0.0025)	0.2721 (0.2202)	0.1887 (0.2969)	0.3075 (0.1837)	0.5338 (0.0399)	0.3243 (0.2437)
자녀 수	-0.0332 (0.2893)	-0.1039 (0.0084)	-0.0159 (0.7138)	0.0581 (0.1601)	-0.0347 (0.2951)	-0.1323 (0.0019)	0.0012 (0.9798)	0.0560 (0.2267)
노인 수	0.1830 (0.0015)	0.4342 ($<.0001$)	0.1207 (0.1283)	-0.0789 (0.2965)	0.1264 (0.0439)	0.4019 ($<.0001$)	0.0401 (0.6562)	-0.1023 (0.2394)
가구 소비	3.27E-08 ($<.0001$)	2.29E-08 ($<.0001$)	3.71E-08 ($<.0001$)	2.67E-08 ($<.0001$)	2.88E-08 ($<.0001$)	1.99E-08 ($<.0001$)	3.50E-08 ($<.0001$)	2.65E-08 ($<.0001$)
상수	3.8450 (0.5953)	-0.4501 (0.9605)	5.8939 (0.5563)	9.9388 (0.2920)	6.0673 (0.4248)	-2.0351 (0.8344)	10.4884 (0.3387)	8.0244 (0.4433)
Adj. R-squared	0.0916	0.0541	0.0679	0.0646	0.0922	0.0554	0.0672	0.0662

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-10〉 8분위 의료지출 요인분석

	전체 샘플				부분 샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0010 (0.2347)	-8.37E-06 (0.4301)	-0.0015 (0.2009)	3.42E-05 (0.0014)	-0.0045 (0.0003)	-3.25E-05 (0.0343)	-0.0058 (0.0006)	3.01E-05 (0.0646)
가구 소득	7.02E-07 (0.2515)	-2.10E-07 (0.7786)	9.10E-07 (0.2766)	-1.09E-06 (0.1404)	7.84E-07 (0.2435)	1.31E-07 (0.8761)	1.19E-06 (0.1960)	-6.91E-07 (0.4371)
가구 소득 ²	-8.96E-15 (0.2576)	2.58E-15 (0.7890)	-1.18E-14 (0.2774)	1.45E-14 (0.1299)	-1.02E-14 (0.2415)	-1.75E-15 (0.8721)	-1.54E-14 (0.1937)	9.19E-15 (0.4240)
가구주연 령	-0.11815 ($<.0001$)	-0.04001 (0.1894)	-0.1571 ($<.0001$)	-0.1374 ($<.0001$)	-0.1031 (0.0008)	-0.03333 (0.3847)	-0.12666 (0.0025)	-0.16343 (0.0001)
가구주 연령 ²	0.0012 ($<.0001$)	4.30E-04 (0.2057)	0.0016 ($<.0001$)	0.0013 (0.0002)	0.0011 (0.0026)	0.0004 (0.3977)	0.0013 (0.0080)	0.0016 (0.0012)
남성 여부	-0.1497 (0.1220)	-0.0920 (0.4338)	-0.0539 (0.6816)	-0.1373 (0.2449)	-0.0529 (0.6495)	0.0323 (0.8236)	-0.1038 (0.5117)	-0.0147 (0.9246)
배우자 유무	0.3654 (0.0072)	0.5484 (0.0009)	0.4853 (0.0096)	0.3008 (0.0883)	0.3685 (0.0170)	0.4620 (0.0163)	0.4716 (0.0285)	0.2857 (0.2167)
자녀 수	-0.0108 (0.7252)	-0.0834 (0.0262)	-0.0243 (0.5609)	0.1474 ($<.0001$)	-0.0333 (0.3196)	-0.0798 (0.0576)	-0.0546 (0.2321)	0.1463 (0.0012)
노인 수	0.2146 (0.0007)	0.3916 ($<.0001$)	0.1438 (0.0335)	0.1194 (0.1232)	0.2283 (0.0008)	0.4130 ($<.0001$)	0.1814 (0.0496)	0.1515 (0.0992)
가구 소비	3.61E-08 ($<.0001$)	2.73E-08 ($<.0001$)	4.17E-08 ($<.0001$)	2.09E-08 ($<.0001$)	3.29E-08 ($<.0001$)	2.45E-08 ($<.0001$)	3.86E-08 ($<.0001$)	2.03E-08 ($<.0001$)
상수	1.3366 (0.9098)	15.8615 (0.2706)	-2.6813 (0.8680)	33.8616 (0.0174)	0.0067 (0.9996)	9.3196 (0.5665)	-7.8969 (0.6561)	26.9519 (0.1170)
Adj. R-squared	0.0971	0.0587	0.0698	0.0812	0.0975	0.0571	0.0721	0.0692

주: () 안은 P-value.

IV. 의료수요의 탄력성 추정 135

의료비 소득공제를 이용하는 가구의 의료비 지출탄력성을 살펴보면, 전반적으로 소득수준이 높을수록 탄력성이 커지고 통계적으로 유의하게 나타남을 확인할 수 있다. 저소득계층에 포함되는 1, 3분위 계층의 가격탄력성은 통계적으로 유의하지 않았다. 중산층에 포함될 수 있는 4~7분위 계층의 가격탄력성은 10% 수준에서 유의한 것으로 나타난 반면 고소득층인 8~10분위는 대부분 1% 수준에서 유의하게 나타나 고소득층의 의료 지출이 가격에 유의미하게 반응함을 알 수 있다.

가격탄력성의 크기도 고소득층(8~10분위)은 -0.25~-0.32로 7분위 이하 계층의 -0.02~-0.19에 비해 크게 나타났다. 이는 고소득층의 의료비 지출이 소득공제로 인해 상대적으로 크게 증가하였음을 의미한다. 고소득층으로 갈수록 조세가격에 보다 민감하게 반응토록 하는 것은 현재 소득자 및 기본공제 대상자로서 65세 이상 고령자와 장애인에 대한 의료비 지출에 대해 한도없이 공제받을 수 있기 때문이다.

〈표 IV-11〉 10분위별 의료 지출의 가격탄력성(부분샘플 기준)

	총지출	의료서비스
1분위	-0.04	-0.02
2분위	-0.14***	-0.19***
3분위	-0.05	-0.18
4분위	-0.10*	-0.17**
5분위	-0.11*	-0.15*
6분위	-0.11*	-0.13*
7분위	-0.06	-0.10
8분위	-0.25***	-0.32***
9분위	-0.29***	-0.31***
10분위	-0.26***	-0.26*

주: ***, **, *는 1%, 5%, 10%수준에서 통계적으로 유의미함을 의미.

총지출과 의료서비스의 탄력성을 비교하면 이전 결과와 같이 의료서비스의 가격탄력성이 총지출보다 높게 나타난다. 각 개인 혹은 가구는 다양한 의료지출 항목 중 의료서비스의 구매에 있어 보다 탄력적으로 반응함을 의미한다. 이는 지출규모가 크고 병·의원의 방문 및 구매 의료서비스의 종류 결정 등에서 소비자가 상당한 결정권을 소유하고 있기 때문이다.

라. 의료 지출 순위별 분석

일반적인 회귀분석은 주어진 독립변수의 수준에서 종속변수의 평균적인 경향을 분석하는 것이다. 소득분위별 분석을 제외한 이전의 분석이 여기에 해당한다. 그러나 이러한 분석방법은 표본의 평균이 아닌 특정 순위의 행태를 분석하는 데는 한계가 있어 이를 반영할 수 있는 추정방법이 필요할 수 있다. 의료비 지출의 경우, 고소득층일수록 의료비 지출규모가 증가하고, 조세가격에 대한 탄력성도 크게 나타나 의료비 지출수준에 따른 요인분석이 필요하다.

이를 반영하여 본절에서는 의료비 지출 순위별 분석(Quantile Regression)을 통해 의료비 지출의 계층별 가격반응도를 추정한다. 이때 가격변수는 내생성을 반영한 소득공제 개시 시점의 한계세율을 이용하여 산정한 도구변수를 이용하였다.

전체 샘플을 이용한 의료비 지출 순위별 분석결과에 따르면, 전반적으로 통계적 유의성이 떨어지거나 조세가격에의 반응 방향성이 경제적 직관과 다르게 나타난다. 경제적 직관과 다른 방향성은 의료비 지출이 높은 계층에서 주로 나타나는데, 이는 동 계층의 건강상태가 양호하지 않아 조세가격의 영향이 나타날 여지가 크지 않을 수 있기 때문이다. 의료비 지출 수준이 상대적으로 낮은 계층에서 나타나는 낮은 통계적 유의성은 소득 대비 의료비 지출 수준이 낮거나 전반적으로 낮은 소득세 부담으로 인해 의료비 소득공제의 효과가 제한적일 때 나타난다.

IV. 의료수요의 탄력성 추정 137

의료비 소득공제가 가능한 계층만을 대상으로 분석한 부분샘플 결과에 따르면 95% 계층을 제외한 대부분의 소득수준에서 조세가격이 총의료비와 의료서비스 지출에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 의료비 소득공제로 인해 소비자가 직면하는 의료가격이 낮아질 경우, 총의료비와 의료서비스 지출이 유의미하게 증가하게 된다. 이는 의료비 지출 수준이 낮은 계층에서도 유의미한 영향을 미쳐 소득공제의 허용이 의료비 지출 수준과 관계없이 전반적인 지출 증대를 유도함을 알 수 있다. 의료비 지출이 높은 계층(95%)의 낮은 통계적 유의성은 취약한 건강상태로 인해 의료서비스에 대한 고려가 조세가격에 대한 고려를 압도하기 때문일 것으로 판단된다.

조세가격에 대한 의료비 지출의 반응도 크기도 의료비 지출이 낮은 계층이 크게 나타나 건강상태가 상대적으로 양호한 계층에서 조세가격에 따라 지출수준을 보다 탄력적으로 조정하였음을 알 수 있다. 이는 의료비 소득공제제도가 상대적으로 건강상태가 양호한 계층의 의료비 지출을 증가시키는 데 기여하고 있음을 보여준다. 이러한 현상의 원인은 의료비 소득공제에서 설정된 하한선을 들 수 있다. 의료비 지출수준이 낮은 계층의 경우, 소득공제를 위한 하한선, 즉 소득의 3% 수준을 넘기기 위해 의료수요를 증가시킬 필요가 있기 때문이다. 이 경우 지출수준에 따라 낮아지는 가격반응도에 대해 이해될 수 있다.

〈표 IV-12〉 의료비 지출순위 분석의 조세가격 반응도(부분샘플 기준)

	총의료비	약제비	의료서비스	의료용품
지출순위 5%	-0.0084***	-0.0025	-0.0063***	0.0010
지출순위 25%	-0.0047***	-0.0016	-0.0048***	0.0001
지출순위 50%	-0.0026***	-0.0008	-0.0050***	0.0013
지출순위 75%	-0.0017***	-0.0004	-0.0037***	0.0002
지출순위 95%	-0.0010	-0.0004	-0.0009	-0.0002

주: ***, **, *는 1%, 5%, 10%수준에서 통계적으로 유의미함을 의미.

〈표 IV-13〉 95%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0009 (0.003)	0.0010 (0.018)	0.0010 (0.052)	0.0019 (0.000)	-0.0010 (0.390)	-0.0004 (0.689)	-0.0009 (0.487)	-0.0002 (0.821)
가구 소득	-9.34E-09 (0.000)	2.00E-09 (0.483)	-8.88E-09 (0.001)	-2.35E-09 (0.190)	-7.59E-09 (0.016)	-6.22E-10 (0.728)	-1.08E-08 (0.003)	-6.11E-10 (0.845)
가구 소득 ²	-2.45E-18 (0.848)	-2.76E-17 (0.258)	-3.34E-17 (0.004)	5.84E-18 (0.602)	-7.73E-18 (0.791)	-5.14E-18 (0.666)	9.99E-18 (0.824)	-8.50E-18 (0.704)
가구주 연령	-0.0386 (0.000)	0.0106 (0.048)	-0.0280 (0.020)	-0.1632 (0.000)	-0.0581 (0.000)	0.0059 0.557	-0.0537 (0.000)	-0.1918 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0005 (0.000)	0.0000 (0.987)	0.0003 (0.012)	0.0016 (0.000)	0.0007 (0.000)	0.0000 (0.766)	0.0006 (0.000)	0.0020 (0.000)
남성 여부	-0.0455 (0.144)	-0.0396 (0.230)	0.0091 (0.874)	0.0340 (0.462)	-0.0144 (0.764)	0.0268 (0.509)	-0.0406 (0.514)	0.0601 (0.599)
배우자 유무	0.0930 (0.023)	0.0557 (0.199)	0.0154 (0.854)	0.2053 (0.018)	-0.0493 (0.620)	0.0960 (0.236)	-0.1250 (0.169)	0.1066 (0.437)
자녀 수	-0.1309 (0.000)	-0.0769 (0.000)	-0.1533 (0.000)	0.0059 (0.775)	-0.1308 (0.000)	-0.0811 (0.000)	-0.1313 (0.000)	-0.0072 (0.759)
노인 수	0.1556 (0.000)	0.2518 (0.000)	0.1534 (0.000)	0.0489 (0.243)	0.0921 (0.014)	0.2137 (0.000)	0.0627 (0.063)	0.0267 (0.356)
가구 소비	5.33E-08 (0.000)	2.88E-08 (0.000)	5.91E-08 (0.000)	2.48E-08 (0.000)	4.67E-08 (0.000)	2.06E-08 (0.000)	4.79E-08 (0.000)	2.07E-08 (0.000)
상수	14.7600 (0.000)	12.1994 (0.000)	14.2512 (0.000)	15.8232 (0.000)	15.5906 (0.000)	12.6683 (0.000)	15.4079 (0.000)	16.7556 (0.000)
Adj. R-squared	0.1025	0.0782	0.0759	0.0566	0.098	0.0572	0.0735	0.0458

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-14〉 75%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0007 (0.011)	0.0010 (0.003)	0.0005 (0.289)	0.0013 (0.000)	-0.0017 (0.005)	-0.0004 (0.556)	-0.0037 (0.000)	0.0002 (0.880)
가구 소득	-2.93E-09 (0.144)	3.51E-09 (0.117)	-4.45E-09 (0.003)	1.28E-10 (0.951)	-5.81E-09 (0.001)	8.46E-11 (0.960)	-6.06E-09 (0.010)	-1.98E-09 (0.453)
가구 소득 ²	-2.61E-17 (0.195)	-3.62E-17 (0.157)	-3.52E-17 (0.000)	7.33E-18 (0.667)	-5.36E-19 (0.963)	-1.41E-17 (0.380)	-1.16E-17 (0.514)	1.47E-17 (0.348)
가구주 연령	-0.0575 (0.000)	0.0114 (0.075)	-0.0633 (0.000)	-0.1705 (0.000)	-0.0807 (0.000)	0.0041 (0.691)	-0.0934 (0.000)	-0.2183 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0000 (0.931)	0.0006 (0.000)	0.0016 (0.000)	0.0009 (0.000)	0.0001 (0.540)	0.0010 (0.000)	0.0021 (0.000)
남성 여부	-0.0045 (0.906)	-0.0363 (0.380)	0.0448 (0.254)	0.0484 (0.265)	-0.0203 (0.658)	0.0060 (0.878)	-0.0143 (0.805)	0.1011 (0.126)
배우자 유무	0.2105 (0.000)	0.1047 (0.018)	0.2136 (0.000)	0.1316 (0.010)	0.0472 (0.246)	-0.0526 (0.319)	-0.0081 (0.916)	0.0804 (0.476)
자녀 수	-0.0665 (0.000)	-0.0888 (0.000)	-0.0836 (0.000)	0.0674 (0.000)	-0.0597 (0.000)	-0.0856 (0.000)	-0.0714 (0.000)	0.0521 (0.011)
노인 수	0.2332 (0.000)	0.2969 (0.000)	0.2083 (0.000)	0.0059 (0.833)	0.1222 (0.000)	0.2530 (0.000)	0.0935 (0.001)	-0.0488 (0.186)
가구 소비	4.31E-08 (0.000)	2.77E-08 (0.000)	5.12E-08 (0.000)	2.72E-08 (0.000)	3.25E-08 (0.000)	1.89E-08 (0.000)	3.94E-08 (0.000)	2.25E-08 (0.000)
상수	14.2861 (0.000)	11.3010 (0.000)	13.8375 (0.000)	15.1637 (0.000)	15.5362 (0.000)	12.1441 (0.000)	15.4534 (0.000)	16.6338 (0.000)
Adj. R-squared	0.0861	0.0730	0.0603	0.0626	0.0657	0.0517	0.0428	0.0609

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-15〉 50%순위 의료지출 요인분석

	전체 샘플				부분 샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0006 (0.032)	0.0005 (0.159)	0.0006 (0.122)	0.0011 (0.001)	-0.0026 (0.000)	-0.0008 (0.370)	-0.0050 (0.000)	0.0013 (0.154)
가구 소득	9.70E-10 (0.599)	4.19E-09 (0.155)	-1.49E-09 (0.465)	7.65E-09 (0.029)	-5.03E-09 (0.000)	-4.98E-09 (0.006)	-7.39E-09 (0.002)	-3.67E-09 (0.352)
가구 소득 ²	-3.96E-17 (0.014)	-6.01E-17 (0.073)	-3.35E-17 (0.000)	-6.93E-17 (0.062)	3.29E-18 (0.667)	1.27E-17 (0.388)	5.06E-18 (0.797)	1.16E-17 (0.691)
가구주 연령	-0.0577 (0.000)	0.0138 (0.050)	-0.0805 (0.000)	-0.1195 (0.000)	-0.0938 (0.000)	0.0097 (0.504)	-0.1214 (0.000)	-0.1747 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0000 (0.814)	0.0008 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0000 (0.784)	0.0012 (0.000)	0.0016 (0.000)
남성여부	0.0056 (0.863)	0.0535 (0.162)	0.0752 (0.097)	0.0456 (0.337)	-0.0592 (0.022)	0.0289 (0.524)	-0.0748 (0.084)	0.1595 (0.005)
배우자 유무	0.2988 (0.000)	0.2108 (0.000)	0.3239 (0.000)	0.1653 (0.005)	0.1051 (0.011)	-0.0327 (0.562)	0.1096 (0.169)	0.2036 (0.122)
자녀 수	-0.0449 (0.000)	-0.0930 (0.000)	-0.0523 (0.015)	0.1448 (0.000)	-0.0460 (0.001)	-0.0914 (0.000)	-0.0248 (0.099)	0.1221 (0.000)
노인 수	0.2703 (0.000)	0.3636 (0.000)	0.2683 (0.000)	-0.0085 (0.841)	0.1312 (0.000)	0.3107 (0.000)	0.1136 (0.000)	-0.0588 (0.073)
가구소비	3.93E-08 (0.000)	2.94E-08 (0.000)	4.59E-08 (0.000)	2.89E-08 (0.000)	2.80E-08 (0.000)	2.09E-08 (0.000)	3.57E-08 (0.000)	2.68E-08 (0.000)
상수	13.5393 (0.000)	10.2458 (0.000)	13.3078 (0.000)	12.9909 (0.000)	15.4705 (0.000)	11.3526 (0.000)	15.4906 (0.000)	14.6667 (0.000)
Adj. R-squared	0.0834	0.0717	0.0597	0.0675	0.0521	0.0488	0.0351	0.0630

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-16〉 25%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0002 (0.589)	-0.0008 (0.055)	0.0002 (0.837)	-0.0001 (0.883)	-0.0047 (0.000)	-0.0016 (0.171)	-0.0048 (0.000)	0.0001 (0.939)
가구 소득	7.11E-09 (0.020)	1.88E-09 (0.559)	-3.84E-10 (0.901)	1.51E-08 (0.000)	-6.94E-09 (0.001)	-1.01E-08 (0.001)	-1.41E-08 (0.000)	-4.17E-10 (0.923)
가구 소득 ²	-9.09E-17 (0.002)	-5.73E-17 (0.077)	-4.05E-17 (0.126)	-1.32E-16 (0.001)	2.30E-17 (0.037)	2.59E-17 (0.257)	4.96E-17 (0.105)	-2.43E-17 (0.537)
가구주 연령	-0.0591 (0.000)	0.0088 (0.298)	-0.0932 (0.000)	-0.0924 (0.000)	-0.0967 (0.000)	0.0121 (0.308)	-0.1368 (0.000)	-0.1274 (0.002)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0001 (0.324)	0.0009 (0.000)	0.0007 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0000 (0.864)	0.0013 (0.000)	0.0010 (0.029)
남성 여부	-0.0099 (0.801)	0.0326 (0.436)	0.1131 (0.047)	-0.0071 (0.918)	-0.0535 (0.105)	0.0510 (0.419)	0.0597 (0.343)	0.0945 (0.308)
배우자 유무	0.4446 (0.000)	0.4027 (0.000)	0.5451 (0.000)	0.1372 (0.111)	0.1333 (0.001)	0.2278 (0.026)	0.2638 (0.005)	0.3226 (0.000)
자녀 수	-0.0031 (0.841)	-0.0621 (0.001)	0.0002 (0.991)	0.2129 (0.000)	-0.0061 (0.717)	-0.0760 (0.000)	0.0124 (0.642)	0.2067 (0.000)
노인 수	0.3204 (0.000)	0.4633 (0.000)	0.3274 (0.000)	-0.1547 (0.010)	0.1890 (0.000)	0.4236 (0.000)	0.1882 (0.002)	-0.1443 (0.010)
가구소비	3.84E-08 (0.000)	3.12E-08 (0.000)	4.30E-08 (0.000)	2.98E-08 (0.000)	2.67E-08 (0.000)	2.23E-08 (0.000)	2.98E-08 (0.000)	2.79E-08 (0.000)
상수	12.6206 (0.000)	9.3149 (0.000)	12.4345 (0.000)	11.3615 (0.000)	15.0597 (0.000)	10.3000 (0.000)	15.0773 (0.000)	12.5721 (0.000)
Adj. R-squared	0.0830	0.0655	0.0571	0.0772	0.0505	0.0481	0.0357	0.0640

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-17〉 5%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0012 (0.110)	-0.0018 (0.002)	-0.0008 (0.371)	0.0005 (0.658)	-0.0084 (0.000)	-0.0025 (0.262)	-0.0063 (0.001)	0.0010 (0.682)
가구 소득	8.39E-09 (0.020)	-3.44E-09 (0.494)	2.24E-09 (0.690)	4.22E-09 (0.351)	-1.34E-08 (0.001)	-2.94E-08 (0.000)	-2.62E-08 (0.001)	-9.51E-09 (0.048)
가구 소득 ²	-9.71E-17 (0.002)	-5.04E-17 (0.318)	-9.01E-17 (0.209)	-1.45E-17 (0.730)	6.36E-17 (0.021)	1.19E-16 (0.006)	1.20E-16 (0.026)	5.94E-17 (0.007)
가구주 연령	-0.0526 (0.000)	-0.0260 (0.209)	-0.0542 (0.003)	-0.0780 (0.000)	-0.1138 (0.000)	0.0135 (0.646)	-0.1887 (0.000)	-0.0187 (0.558)
가구주 연령 ²	0.0005 (0.000)	0.0003 (0.127)	0.0005 (0.005)	0.0005 (0.019)	0.0012 (0.000)	-0.0001 (0.824)	0.0019 (0.000)	-0.0003 (0.442)
남성여부	-0.0651 (0.171)	-0.0760 (0.438)	0.0938 (0.253)	-0.0125 (0.904)	-0.0274 (0.746)	-0.0006 (0.996)	0.0489 (0.744)	-0.0030 (0.982)
배우자 유무	0.8033 (0.000)	0.5716 (0.000)	0.4758 (0.002)	0.2680 (0.015)	0.4118 (0.104)	0.3444 (0.023)	0.5411 (0.002)	0.4230 (0.000)
자녀 수	0.1059 (0.000)	0.0416 (0.259)	0.1142 (0.004)	0.2967 (0.000)	0.0478 (0.162)	-0.0849 (0.080)	0.0936 (0.034)	0.2192 (0.000)
노인 수	0.4854 (0.000)	0.5616 (0.000)	0.5341 (0.000)	-0.3094 (0.000)	0.3232 (0.000)	0.4733 (0.000)	0.2535 (0.003)	-0.3352 (0.000)
가구 소비	4.08E-08 (0.000)	3.75E-08 (0.000)	4.53E-08 (0.000)	2.60E-08 (0.000)	3.10E-08 (0.000)	3.48E-08 (0.000)	3.23E-08 (0.000)	2.74E-08 (0.000)
상수	10.7473 (0.000)	8.5532 (0.000)	9.6297 (0.000)	9.6778 (0.000)	14.2316 (0.000)	9.1655 (0.000)	14.5832 (0.000)	8.9808 (0.000)
Adj. R-squared	0.0975	0.0470	0.0556	0.1324	0.0634	0.0396	0.0438	0.1117

주: () 안은 P-value.

마. Tobit 모형 분석

Tobit 모형 분석은 분석자료의 Censoring이 발생할 때 이를 적절히 고려할 수 있는 방법이다. 즉 통상적인 회귀분석을 이용할 경우, 의료비 지출이 없는 가구를 분석할 수 없거나 분석에 포함하더라도 정확한 분석에 어려움이 있는 경우에 유용한 방법이다. 앞 절에서와 같이 의료비 지출 변수에 로그를 취한 OLS(Ordinary Least Square)를 이용할 경우, 의료비 지출액이 0원인 가구는 분석대상에서 제외되어 조세 가격에 대한 반응도 추정결과와의 일치성에 문제가 발생한다. 분석대상에서 제외되는 자료의 비중이 크지 않아 심각한 문제를 유발하지는 않을 것으로 판단되지만 이를 확인해 볼 필요가 있다. 앞 절의 분석에서 제외되는 자료의 비중은 총의료비의 경우 전체의 0.3%에 불과하나 의료용품 지출은 13.9%에 이르러 부문별 추정결과를 왜곡할 수 있다.

〈표 IV-18〉 OLS 추정시 분석샘플 수의 비중

(단위: 개, %)

	총의료비	약제비	의료서비스	의료용품
총샘플 수	16,727	16,727	16,727	16,727
분석샘플 수	16,677	16,522	16,279	14,409
(비중)	(99.7)	(98.8)	(97.3)	(86.1)

분석에서 제외되는 샘플을 포함하는 방법으로 종속변수를 로그 변환하지 않고 수준변수를 이용하는 방법도 있으나 의료비 지출이 내재된 건강변수의 함수라고 가정할 경우 여전히 한계를 지니게 된다. 즉 의료비 지출이 0 이상일 경우에만 관측되므로 그 이하 수준일 경우에 대한 관계식이 포함되지 않아 추정결과와의 일치성에 문제가 발생한다. 이러한 한계점을 반영하여 Tobit 모형을 이용하여 전반적인 의료비 지출을 분석하였다. 분석모형은 이전과 동일하게 구성되었으나 종속변수

의 로그 변환을 위해 모든 의료비 지출액에 1원을 더하였다.

전체 샘플에 대한 분석결과에 따르면 조세가격은 의료비 지출에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 추정계수의 방향성은 경제적 직관과 일치하게 나타났으나 통계적 유의성은 의료용품 지출을 제외하고는 낮은 수준이다. 이전의 추정결과에서 나타난 것과 유사한 결과로서 샘플의 탈락 혹은 의료비 지출과 관련된 내재된 건강변수와의 관계를 고려하지 못함으로 인한 효과는 크지 않았다. 이는 의료서비스의 가격이 소득세 공제를 통해 이루어지기 때문에 소득세 공제제도로 인한 가격변화 효과가 미미한 계층에 있어서는 그 상관관계를 포착하기 어렵기 때문이다.

이러한 점을 반영하여 분석대상을 의료비 소득공제 신청대상으로 한정된 분석은 보다 뚜렷한 결과를 보여준다. 이전 분석과 달리 총의료비 지출뿐만 아니라 3개의 부문별 지출도 조세가격에 통계적으로 유의미한 영향을 보여준다. 의료서비스 지출의 가격반응도가 가장 크게 추정되었으며 의료용품 지출, 총의료비 지출, 약제비 지출의 순으로 반응도가 낮아진다.

Tobit 모형을 통한 의료비 지출의 가격탄력성은 이전의 OLS_IV 추정에 비해 부문별 추정결과에 차이를 보여준다. 부문별 지출의 경우 지출수준 0으로 분석에서 제외되는 경우가 발생하기 때문이다. 가장 큰 변화를 보여주는 것은 의료용품 지출로 소득세 의료공제를 신청하는 가구의 의료용품 지출은 의료서비스 다음으로 높은 수준의 탄력성을 보여주어 소득공제를 위한 지출 증가를 확인할 수 있다. 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등의 구입은 다른 의료서비스에 비해 소비자의 의사결정권이 상당히 높아 상대적으로 높은 수준의 탄력성은 경제적 직관과도 부합한다. 가장 낮은 탄력성을 보여주는 지출부문은 의약품 지출로서 강화된 의사 처방전 제도 등으로 인해 개인의 제품 선택 여지가 크지 않고 지출금액도 상대적으로 소액이라 의료비 소득공제제도를 활용하는 수단으로는 한계가 있기 때문이다.

〈표 IV-19〉 Tobit 모형 분석결과

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세가격	-0.0002 (0.432)	-0.0005 (0.215)	-0.0008 (0.156)	-0.0024 (0.009)	-0.0037 (0.000)	-0.0018 (0.024)	-0.0059 (0.000)	-0.0046 (0.008)
가구소득	3.82e-10 (0.774)	1.19e-09 (0.548)	-1.91e-09 (0.486)	2.30e-08 (0.000)	-9.10e-09 (0.000)	-9.20e-09 (0.000)	-1.72e-08 (0.000)	8.82e-09 (0.132)
가구 소득 ²	-4.24e-17 (0.000)	-4.81e-17 (0.003)	-6.81e-17 (0.002)	-1.85e-16 (0.000)	2.71e-17 (0.041)	1.75e-17 (0.394)	4.42e-17 (0.084)	-5.36e-17 (0.240)
가구주 연령	-0.0590 (0.000)	-0.0030 (0.729)	-0.0914 (0.000)	-0.1113 (0.000)	-0.0850 (0.000)	0.0081 (0.525)	-0.1301 (0.000)	-0.0928 (0.001)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0002 (0.031)	0.0010 (0.000)	0.0003 (0.141)	0.0009 (0.000)	0.0000 (0.814)	0.0013 (0.000)	0.0001 (0.687)
남성 여부	-0.1248 (0.000)	-0.0951 (0.019)	-0.1597 (0.004)	-0.5590 (0.000)	-0.0569 (0.066)	-0.0192 (0.710)	-0.1317 (0.040)	-0.3509 (0.002)
배우자 유무	0.5290 (0.000)	0.5605 (0.000)	0.9680 (0.000)	2.0123 (0.000)	0.1680 (0.000)	0.2146 (0.002)	0.4108 (0.000)	1.7706 (0.000)
자녀 수	0.0139 (0.213)	-0.0391 (0.014)	0.0981 (0.000)	0.6530 (0.000)	-0.0254 (0.025)	-0.0700 (0.000)	0.0072 (0.744)	0.4907 (0.000)
노인 수	0.3062 (0.000)	0.4556 (0.000)	0.4507 (0.000)	-0.5129 (0.000)	0.1747 (0.000)	0.3874 (0.000)	0.2396 (0.000)	-0.4984 (0.000)
가구소비	4.53e-08 (0.000)	3.74e-08 (0.000)	6.28e-08 (0.000)	7.34e-08 (0.000)	3.22e-08 (0.000)	2.48e-08 (0.000)	4.30e-08 (0.000)	4.91e-08 (0.000)
상수	13.1380 (0.000)	9.9811 (0.000)	12.0574 (0.000)	9.8150 (0.000)	15.1268 (0.000)	11.0518 (0.000)	15.3155 (0.000)	10.9047 (0.000)
Adj. R-squared	0.0437	0.0226	0.0189	0.0523	0.0363	0.0169	0.0136	0.0365

주: () 안은 P-value.

〈표 IV-20〉 의료비 조세가격탄력성(부분샘플 기준)

	총의료비	의약품 지출	의료용품 지출	의료서비스 지출
OLS	-0.22***	-0.09***	-0.01	-0.28***
OLS_IV	-0.16***	-0.05**	0.00	-0.20***
Tobit_IV	-0.16***	-0.08**	-0.20***	-0.26***

주: ***, **, * 는 유의수준 1%, 5%, 10%에서 유의함을 의미

4. 소결

의료비 지출부담은 향후 국가재정정책의 중요한 과제로서 그 결정 메커니즘에 대한 면밀한 분석이 필요한 부문이다. 의료수요 증가의 원인은 크게 소득, 가격 등의 측면에서 살펴볼 수 있으나 소득세 공제제도와 관련 있는 가격 측면의 연구는 거의 없는 실정이다. 소득 측면의 연구는 장기 의료비 추계에서 많이 이용되었으나 가격 측면의 연구는 건강보험제도의 변화에 따른 개인부담률 변화, 다양한 부문별 제도개선에 따른 가격 변화 등을 하나의 지표로 표현하기 어려워 연구가 많지 않았다. 또한 소득세 공제제도를 통한 의료비 지원은 의료비 지급 시점에서의 지원이 아니므로 소비자의 행태 변화가 다르게 나타날 가능성이 있어 분석의 필요성이 높다. 명시적인 가격의 변화를 관찰하기 어려운 현실을 감안할 때 소득세율 변화 - 의료비 소득공제제도로 야기되는 암묵적인 의료서비스 가격 변화를 기준으로 의료비 지출의 변화를 확인할 수 있기 때문이다.

2004~2006년 가계조사자료를 통합하여 분석한 결과에 따르면 전반적인 의료비 지출의 가격탄력성은 거의 0에 가까우며 통계적 유의성도 낮은 것으로 나타난다. 의료비 지출을 의료서비스, 의약품, 의료용품으로 나누어 분석하더라도 가격의 영향력은 통계적으로 유의하게 나타

나지 않는다. 우선 고려될 수 있는 요인으로 의약품 지출, 의료서비스 지출 등 전반적인 의료비 지출이 질병 등 건강상태에 따라 주로 결정되어 가격의 영향이 크지 않을 수 있을 가능성이 있다. 두 번째로는 가격 변화의 주원인인 의료비 소득공제를 통한 조세가격 변화가 소득공제의 문턱효과로 인해 일정계층에 대해서는 거의 변화가 없을 수도 있다. 이 경우에는 실질적인 의료비 지출 변화의 가격효과를 추정하는 데 한계가 있게 된다. 그 외에도 전 국민 건강보험으로 인해 의료서비스의 질이 균일한 것도 소비자의 가격 반응도를 낮추는 요인으로 작용할 수 있다.

가격 변화를 야기하는 변수의 특성을 반영하여 의료서비스 가격 변화가 실질적으로 일어나는 계층, 즉 의료비 소득공제가 가능한 계층으로 분석대상을 한정할 경우에는 총의료비 지출의 가격탄력성이 $-0.16 \sim -0.22$ 수준에 이른다. 의료비 지출수준이 다시 조세가격을 변화시키는 내생성의 문제를 고려할 경우 탄력성은 -0.16 으로 이를 고려하지 않을 때 -0.22 보다 낮다. 이는 내생성의 문제가 탄력성을 과대 추정하는 방향으로 작용하고 있음을 보여준다. 이러한 결과는 미국, 캐나다 등을 대상으로 한 선행연구들의 결과에서 나타나는 의료수요의 가격탄력성 $-0.2 \sim -0.5$ 의 낮은 영역에 해당하는 수치로서 본 연구와 큰 차이를 보여주지는 않는다.

지출분야별 탄력성의 크기를 살펴보면, 지출행위에 있어 개인의 결정권이 높은 의료서비스, 의료용품 등이 높게 나타나는 반면 의약품 지출은 가장 낮은 수준으로 추정된다. 가장 낮은 탄력성을 보여주는 의약품 지출의 탄력성은 강화된 의사 처방전 제도 등으로 인해 개인의 제품 선택 여지가 크지 않고 지출금액도 상대적으로 소액이라 의료비 소득공제제도를 활용하는 수단으로는 한계가 있기 때문이다. Tobit 모형을 통해 탈락된 표본을 포함하였을 때, 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등의 구입비용을 포함하는 의료용품 지출의 탄력성은 상당히 높은 것으로 나타났다. 이는 동 분야의 지출이 다른 의료서비스에 비해 소비자 의사결정권이 높은 분야이기 때문으로 경제적 직관과도 부합한다.

기타 변수들 중 자녀 수의 경우에는 전체 의료비 지출을 감소시키며 부분별로 의약품 수요는 상대적으로 감소시키고 의료용품 수요는 증가시키는 효과를 보여준다. 반면 가구 내 노인 수가 많아지면 병원 방문 등 의료서비스 수요와 의약품 수요가 증가하며 안경 등 의료용품 수요는 상대적으로 감소하는 것으로 나타났다.

소득세율 인하로 실질적인 가격 변화가 일어난 의료비 소득공제 가능 계층에 대한 추정결과는 의료부문에 대한 가격정책이 외국과 유사한 수준에서 효과를 발휘할 수 있음을 시사한다. 비록 총의료비 가격 탄력성은 -0.16 수준으로 낮은 편이지만 의료비 소득공제제도의 변화로 개인들의 의료비 지출행태를 변화시킬 수 있을 것이다. 부분적으로는 개인의 선택 폭이 넓은 병원의 방문 여부, 입원시 입원실과 검사 유형의 선택 등을 포함하는 의료서비스와 의료용품의 가격탄력성이 상대적으로 높게 나타나 의료비 소득공제로 인해 동 부분의 수요가 증가하고 있음을 알 수 있다. 반면 개인의 선택권이 제한적인 의약품 지출의 경우 가격탄력성이 매우 낮아 소득공제의 영향은 제한적인 것으로 판단된다.

이러한 추정결과는 의료비 지출 소득공제의 목적이 노동력의 손실 보완, 비용부담 경감 등에 있지만, 그와 함께 가격하락을 통한 의료수요 증가를 야기하고 있음을 보여준다. 구체적으로 그 영향은 의료비 순위에 따른 분석(Quantile Regression) 결과를 통해 확인할 수 있다. 조세가격에 대한 의료비 지출의 반응도 크기는 의료비 지출이 낮은 계층일수록 크게 나타나 의료비 소득공제제도가 상대적으로 건강상태가 양호한 계층의 의료비 지출을 증가시키는 데 기여하고 있음을 보여준다. 이러한 현상의 원인은 의료비 소득공제에서 설정된 하한선으로 의료비 지출이 적은 계층이 소득공제를 받기 위해서는 공제 하한선, 즉 소득의 3% 수준을 넘기기 위해 의료수요를 증가시킬 필요가 있기 때문이다.

그러므로 의료비 소득공제의 도입 목적을 달성하면서 가격효과로

인한 의료수요 증대를 줄여줄 수 있는 대안의 모색이 중요하다. 한 가지 대안은 의료비 지출 수준과 의료비 공제 수준의 연계성을 제거하는 것이다. 이 경우 추가적인 소득공제를 위해 의료비 지출을 늘리려는 유인을 줄여줄 수 있다. 대안을 고려할 경우 나타날 수 있는 문제점은 의료비 지출과 공제와의 연계가 없어지므로 우발적 의료비 지출에 대한 비용부담 경감이라는 목적을 달성하기에는 단기적으로 어려울 수 있다. 이를 보완하기 위해서는 개인 의료저축계좌(HSA)⁴⁶⁾ 등을 통해 공제액을 적립하여 우발적인 의료비 지출에 대비할 수 있도록 하여야 할 것이다.

탄력성 추정의 한계로는 소득자 자신에 대한 지출과 다른 가구원에 대한 지출을 구분할 수 없다는 점과 기본공제 대상자 이외의 가구원에 대한 지출을 구분할 수 없는 점을 들 수 있다. 이러한 것은 향후 보다 정교한 자료를 이용할 경우, 개선될 수 있을 것으로 판단된다.

46) 의료저축계좌(HSA)에 대해 익명의 논평자는 이는 경증진료비의 감축에 유용하며 이를 도입하기 위해서는 중증진료비 지출을 감당할 수 있는 재난보험의 도입을 전제조건으로 제시하였다. 이는 타당한 지적이나 현재의 의료비 공제제도 역시 중증진료비에 대한 전적인 지원을 담당하지는 않으며 그 지원 수준도 자신의 한계세율에 의존한다. 기존의 의료비 공제제도의 HSA 전환은 소득공제를 통한 지원액에서는 큰 변화가 없고 수혜계층별 분포는 오히려 개선되는 효과가 있다. 무엇보다도 중증진료비 조달의 문제는 그 규모 등을 고려할 때 전체 의료비 지원구조에서 소규모 역할을 담당하는 소득공제 개편 과정에서보다 건강보험 가입자 부담률 등 보다 큰 차원에서 검토되어야 할 문제로 보인다.

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안

본장에서는 의료비 소득공제제도가 야기하는 의료수요 증가를 완화하고 의료비 지원제도의 형평성 제고를 위한 두 가지 정책대안에 대해 분석한다. 첫째는, 의료비 부담 경감이라는 제도의 목적을 달성하면서 의료수요 증가를 줄일 수 있는 방안인 의료저축계좌로의 전환이다. 제도 전환을 통해 의료수요 증가를 통제하면서 지원의 형평성도 제고할 수 있는 방안이라 할 수 있어 제도 전환에 따른 경제적 효과를 분석한다. 둘째는, 세액공제제도로의 전환이다. 이는 보다 형평성 개선에 초점을 둔 대안이다. 기존 의료비 소득공제의 소득수준 간 격차가 큰 점을 반영하여 소득수준(혹은 한계소득세율)에 따라 변화하지 않는 조세혜택을 부여하는 방안이라 할 수 있다. 다만 제도 전환에도 불구하고 공제제도로 인한 의료수요 증가 유인이 유지되는 한계는 있다.

1. 의료저축계좌제도로의 전환

의료저축계좌제도 도입의 본질은 매년 일정 한도 내에서 의료저축계좌에 대한 적립액에 대해 소득공제를 해줌으로써 불확실한 미래 의료비 지출 소요에 대비하는 것이다. 현행의 의료비 지출 특별공제제도를 의료저축계좌제도로 전환할 경우, 두 가지 측면에서 장점이 있다. 첫째, 소득공제가 야기하는 가격인하 효과로 의료수요가 증가하는 것을 줄일 수 있다. 국가적 관점에서 의료관련 재정수요가 급격히 증가하고 있다는 점을 감안할 때, 동 제도 도입으로 기존 의료비 소득공제가 야기하는 의도하지 않은 의료수요 증가를 효과적으로 억제할 수 있다. 이는 의료저축계좌에 대한 소득공제가 당연도 의료지출 수준과 관

계없이 결정되기 때문에 가능하다. 대신 각 소득자는 일정기간 동안의 적립액을 이용하여 불특정하게 발생하는 의료비 지출비용을 충당하게 된다. 즉 의료비 소득공제를 중기적 관점으로 확장함으로써 제도 설계로 인한 의료수요 증대유인을 제거하게 된다.

둘째는, 의료비공제의 혜택이 갖는 소득계층 간 편중성을 완화할 수 있다⁴⁷⁾. 현재 의료비 소득공제는 공제한도를 정하고 있으나 소득자 본인과 65세 이상 노인에 대해서는 한도가 없다. 이로 인해 소득수준이 높은 계층의 공제 집중 현상이 나타나는 문제가 있다. 특히 우리나라 소득세제에서 소득공제가 많은 비중을 차지하고 있어 소득이 낮은 계층의 의료비 공제제도 이용에는 그 한계가 뚜렷하다. 의료저축계좌로의 전환은 우선 일률적인 연간 소득공제 한도 설정으로 형평성을 제고할 수 있다. 또한 중하위 소득자의 경우에도 개인의 중기적 소득 변화에 따라 탄력적으로 공제액을 적립함으로써 실제적 공제효과를 높일 수 있는 장점이 있다.

현행 의료비 지출 특별공제를 폐지하고 의료저축계좌 적립액에 대한 공제로 전환할 경우 세수 중립적인 적립금 공제액은 42만~50만원 수준에 이를 것으로 예상된다. 2007년 귀속 소득자료를 이용하여 모든 과표 있는 근로소득자가 의료저축계좌에 한도액까지 적립할 것을 가정하면 납세자당 약 42만원의 소득공제가 요구되는 것으로 나타났다. 이 경우 과표구간별 납세자당 세액감면 효과는 제도 전환으로 인해 평균 79.9% 감소하는 것으로 나타났다. 이는 약 5년간의 적립을 통해 현재와 같은 의료비 공제 혜택을 평균적으로 누릴 수 있음을 보여준다. 즉 의료비의 대량지출이 5년보다 긴 시간차를 두고 일어나는 납세자는 상대적으로 유리하고 이보다 짧은 납세자는 현재보다 부담이 늘어날

47) HSA제도로의 전환의 경우에도 강제적립이 아닌 경우에는 소비여력이 부족한 저소득층의 참여가 저조할 수 있다. 그러나 이러한 경우에도 고소득층에 대한 혜택의 한도제한으로 현재 배분구조보다 개선될 것으로 보인다.

수 있음을 보여준다.

제도 변경으로 인한 소득계층간 지원규모 변화는 1인당 세액감면효과 변화의 차이를 통해 살펴볼 수 있는데 과표 8,800만원 이상 계층의 세액감면 변화율은 -90.6%로 4,600만원 이하 계층의 -78.3%보다 높은 수준으로 조세지원의 형평성이 현재보다 개선되었다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 V-1〉 의료저축계좌제도 도입의 효과(42만원 한도)

(단위: 명, 십억원, %)

	납세자수	의료비공제			의료저축계좌			1인당 감면액 변화(%)
		신청자	공제액	감면 세액	신청 예상자	공제액	감면 세액	
면세자	5,544,125	0	0	0	0	0	0	0.0
과세자	7,748,670	1,580,796	3,143	112	7,748,670	3,254	111	-79.9
~4,6천만원	7,391,991	1,518,659	2,942	87	7,391,991	3,105	91	-78.3
~8,8천만원	285,788	54,294	165	18	285,788	120	13	-86.2
8,8천만원~	70,891	8,023	36	8	70,891	30	7	-90.6

주: 의료저축계좌 도입시 신청예상자는 납세자의 100%로 가정하고 각 납세자는 공제액 한도 42만원을 적립하는 것으로 가정

자료: 국세통계연보(2008)을 바탕으로 저자가 계산

만약 의료저축계좌의 공제신청자가 전체 과세자의 80% 수준으로 예상할 경우에는 1인당 공제한도액은 50만원 수준으로 이 경우 1인당 세액감면 효과는 -76% 수준으로 변화하여 약 4년간의 적립을 통해 현재 수준의 의료비 공제혜택을 누릴 수 있게 된다. 소득계층간 형평성은 100% 신청예상의 경우보다 개선되는 결과를 보여준다.

〈표 V-2〉 의료저축계좌제도 도입의 효과(50만원 한도)

(단위: 명, 십억원, %)

	납세자수	의료저축계좌			1인당 감면액변화(%)
		신청예상자	공제액	감면세액	
면세자	5,544,125	0	0	0	0.0
과세자	7,748,670	6,198,936	3,099	106	-76.0
~4.6천만원	7,391,991	5,913,593	2,957	87	-74.2
~8.8천만원	285,788	228,630	114	12	-83.6
8.8천만원~	70,891	56,713	28	6	-88.8

주: 의료저축계좌 도입시 신청예상자는 납세자의 80%로 가정하고 각 납세자가 공제액 한도 50만원을 적립하는 것으로 가정
 자료: 국세통계연보(2008)을 바탕으로 저자가 계산

한편 국세통계연보 관련 자료가 가구의 소득상황을 반영하는 데 한계가 있다는 점을 반영하여 가계조사자료를 이용하여 의료비 지출 특별공제의 의료저축계좌 전환에 대한 효과를 분석하였다. 세수중립적인 전환 방안은 모든 개인들에게 339,445원씩 정액의 소득공제를 허용해 주는 방안으로 산정되어 이전의 국세청 자료기준과는 약 8만원 차이를 보여주고 있다. 세수중립적 개편방안이므로 전체 평균 세부담은 개편 전후에 아무런 변화가 없지만 소득계층별로는 세부담의 변화효과가 비대칭적이다. 1~7분위에서는 세부담이 가구당 평균 작게는 239원(1분위)에서 최대 5,687원(6분위)에 이를 정도로 세부담이 감소하지만 8~10분위에서는 가구당 평균 1,681~12,190원의 세부담이 증가하는 것으로 추정되었다. 이는 고소득층의 경우 의료비 지출액이 크게 증가하여 현행 세제하에서 특별공제를 적용받을 수 있는 지출액 규모가 크지만 대안에서는 인위적으로 의료비 소득공제액이 339,445원으로 제한되기 때문이다. 반면에 저소득층에서는 의료비 지출 특별공제를 적용받지 못하는 가구까지 소득공제를 허용받게 됨에 따라 세경감 혜택이 주어지기 때문이다.

〈표 V-3〉 현행 의료비 지출 특별공제를 세수중립적 정액소득공제로
전환할 경우의 효과

(단위: 원, 만원)

주민세 제외	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행 (원)	8,474	57,933	153,669	308,271	490,259	707,063	1,109,845	1,708,111	2,676,064	6,396,937	1,361,431
개편안 (원)	8,235	56,910	152,090	305,574	489,247	701,376	1,106,327	1,710,004	2,677,745	6,409,127	1,361,431
현행 (만원)	0.8	5.8	15.4	30.8	49	70.7	111	170.8	267.6	639.7	136.1
개편안 (만원)	0.8	5.7	15.2	30.6	48.9	70.1	110.6	171	267.8	640.9	136.1
주민세 포함	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행 (원)	9,321	63,727	169,036	339,098	539,285	777,769	1,220,829	1,878,922	2,943,670	7,036,630	1,497,574
개편안 (원)	9,059	62,601	167,299	336,131	538,171	771,514	1,216,960	1,881,004	2,945,519	7,050,040	1,497,574
현행 (만원)	0.9	6.4	16.9	33.9	53.9	77.8	122.1	187.9	294.4	703.7	149.8
개편안 (만원)	0.9	6.3	16.7	33.6	53.8	77.2	121.7	188.1	294.6	705	149.8

2. 세액공제제도로의 전환

가. 자료 현황

소득을 구성하는 항목은 매우 다양하다. 시장에서 노동과 자본의 공급을 통해 수취한 소득을 시장소득(market income)이라고 한다. 여기에 각종 이전소득을 합산한 소득을 총소득(gross income)이라고 하고, 총소득에서 각종 직접세와 사회보험료 등의 사회보장기여금을 차감한 소득은, 소득자의 임의대로 처분할 수 있는 소득이 되는 만큼 가처분소득(disposable income)이라고 한다.

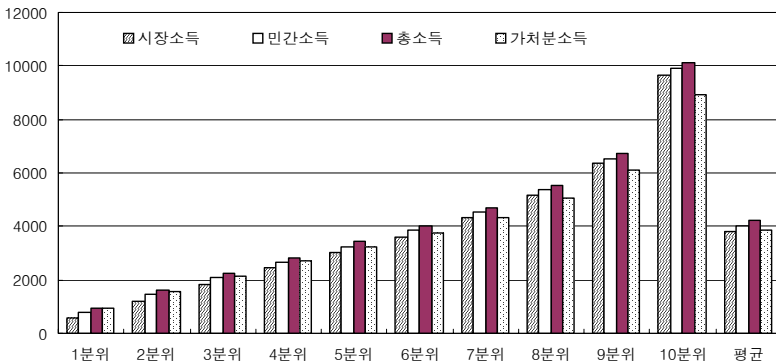
시장소득에서 가처분소득에 이르기까지 각종 합산 또는 차감항목에 대한 소득분위별 분포 및 가구당 전체평균 분포에 대해 본절에서는 통

계청의 가계조사자료를 사용하여 추정하였다. 본절에서는 아래에서 의료비 지출과 관련된 현행 소득세제의 공제제도를 개편하는 경우에 예상되는 효과를 추정함에 있어 2010년 기간을 상정하고 있다. 따라서 비교대상의 일관성을 유지하기 위해 각종 소득종류별 소득분포도 2010년을 기준으로 살펴본다. 불행히도 2010년은 미래 시점이기 때문에 2010년의 소득분포에 대한 정보는 현 시점에서 알 수 없다. 논의의 편의상 본절에서는 가장 최신자료인 2008년 가계조사자료를 이용하여 2008년의 모든 소득·소비지출 항목에 대해 2008~2009년과 2009~2010년 사이에 각각 2%와 5%의 비율로 증가한다고 가정하고 추정하였다. 추정결과는 다음의 [그림 V-1]와 <표 V-4>에서 보는 바와 같다.

가구당 시장소득은 평균 3,820.4만원이다. 가구당 평균 이전소득은 391.2만원에 이르러 이를 합산한 총소득은 4,211.6만원에 이른다. 여기에 가구당 평균 149.8만원의 소득세를 포함하여 각종 직접세를 포함하여 340.1만원을 차감하여 가처분소득은 3,871.5만원에 이른다. 시장소득에 비해서는 가구당 평균 51.1만원이 많다.

[그림 V-1] 2010년의 예상 소득10분위별 소득·세부담 분포(가계조사자료 기준)

(단위: 만원)



소득계층별로는 1~7분위가 이전소득이 직접세 부담보다 크기 때문에 가처분소득이 시장소득보다 크다. 1분위의 경우에는 가처분소득이 929.8만원으로 시장소득 571.5만원보다 358.3만원 많다. 5분위의 경우에는 가처분소득이 시장소득보다 183.5만원 많다. 이와 반대로 8~10분위는 시장소득이 가처분소득보다 더 크다. 이는 제세공과금 부담이 각종 수혜보다 더 크기 때문이다. 가장 소득수준이 높은 10분위의 경우에는 각종 세금부담이 1,212.9만원으로 이전소득 477.4만원보다 735.5만원 더 많다.

〈표 V-4〉 2010년의 예상 소득10분위별 소득·세부담 분포
(가계조사자료 기준)

(단위: 만원)

	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
시장소득	571.5	1175.5	1849.5	2465.6	3044.3	3607	4327.8	5172.5	6358.3	9633.6	3820.4
민간이전	197.9	263.9	251.7	198.5	202.2	246.6	195.8	226.9	176	264.3	222.4
민간소득	769.4	1439.4	2101.2	2664.1	3246.6	3853.6	4523.6	5399.4	6534.3	9897.9	4042.8
공적연금	25.7	67.6	62.3	104.8	100.4	99.6	102.3	83.9	120.3	174.5	94.2
기타사회보장	150.4	113.3	84.2	68.4	71.6	59.9	55.8	36.2	68.4	38.5	74.7
공적이전	176.1	180.8	146.5	173.2	172.1	159.6	158.1	120	188.8	213.1	168.8
이전소득	374	444.7	398.2	371.7	374.3	406.1	353.8	347	364.8	477.4	391.2
총소득	945.5	1620.2	2247.8	2837.3	3418.6	4013.1	4681.7	5519.4	6723.1	10111	4211.6
근로종합소득세	0.9	6.4	16.9	33.9	53.9	77.8	122.1	187.9	294.4	703.7	149.8
이자배당소득세	0.5	2.1	2.7	3.3	2	2.4	2.5	2.1	5.3	5.9	2.9
소득세	1.4	8.4	19.6	37.2	55.9	80.2	124.6	190	299.7	709.5	152.6
재산세	2.8	6.8	8.1	9.6	11.8	13	14.7	19.5	22.4	53.9	16.3
직접세	4.2	15.3	27.7	46.8	67.7	93.2	139.3	209.5	322.1	763.4	168.9
공적연금기여금	2.8	12.1	26.7	46.3	58	79.5	105.1	140.6	173.2	242.2	88.6
건강보험료	8.7	20.2	33.8	52	61.1	76.5	85.8	106.8	129.8	192	76.7
기타사회보장부담금	0.1	0.8	2.1	3.3	4	5.6	6.5	9.1	12.2	15.3	5.9
사회보장기여금	11.5	33.1	62.7	101.6	123.1	161.7	197.3	256.5	315.2	449.5	171.2
직접세	15.8	48.4	90.4	148.4	190.8	254.8	336.6	466.1	637.3	1212.9	340.1
가처분소득	929.8	1571.9	2157.3	2688.9	3227.8	3758.3	4345.0	5053.4	6085.8	8898.1	3871.5

주: 2008년 가계조사자료를 토대로 추정한 2010년의 예상 소득·조세 부담 예상 분포임. 2008~2009년과 2009~2010년 사이에 모든 개인 및 가구의 소득 및 세부담 항목의 명목가치가 비례적으로 각각 2%와 5% 상승하였다는 전제하에서 추정한 것임.

나. 분석방법과 의료비 지출 세액공제 전환 시나리오

노동공급의 변화는 임금률의 변화와 관계가 깊다는 것은 노동경제학 분야에서 널리 알려져 있는 사실이다. 임금률이란 각종 비용 등을 차감한 후 노동공급자들이 체감하게 되는 임금률로서, 각종 세금이나 사회보험료 및 임금 수취를 위해 함께 수반되는 각종 비용을 차감한 것을 지칭하는 것이 일반적이다.

본절에서 살펴볼 예정인 의료비 지출에 대한 소득공제제도를 세액공제제도로 전환할 경우 한계세율이 변화하게 되는 대부분의 노동공급자(근로소득자 및 사업소득자)들에 대한 노동공급이 영향을 받을 수 있다. 이런 효과가 발생한다면 제도 변화에 따라 과세대상소득 규모 자체가 변화할 수 있다. 본 연구에서는 세제 변화에 따라 야기되는 노동공급의 변화가 초래하는 과세대상 소득의 변화효과도 함께 분석하여 세제 변화 전후의 소득분배 구조 및 재분배 구조, 과세자 비율 변화 등을 분석한다.

노동공급의 변화에 다른 소득 변화 효과는 아래와 같이 표현할 수 있다. 가계조사자료에서는 노동공급 시간에 대한 정보가 없으므로, 노동공급탄력성과 임금의 소득탄력성을 이용하여 소득 변화 효과를 추정한다. 세전소득(Y)은 시간당 임금률(W)과 노동공급시간(L)의 곱으로 다음과 같이 표현할 수 있다.

$$Y = w \cdot L$$

노동공급에 대한 의사결정은 노동공급자가 체감하는 소득, 즉 세후 소득($DY = (1-t)w \cdot L$)을 기준으로 결정된다. 이 식의 양변에 자연대수를 취한 후, (자연대수) 임금을 미분하면 가처분소득과 임금률 사이에 아래와 같은 관계를 얻을 수 있다.

$$\frac{\partial \ln DY}{\partial \ln w} = 1 + \frac{\partial \ln L}{\partial \ln w} = 1 + \epsilon, \quad \epsilon: \text{노동공급의 임금탄력성}$$

이 때 $Y = (1-t)wL + twL$ 이므로, TY 를 세금(소득세)이라고 할 때 $\Delta Y = \Delta DY + \Delta TY$ 의 관계가 성립한다. 소득세율이 변화 ($t_1 \rightarrow t_2, t_2 < t_1$)할 경우 세전소득과 세후소득의 관계를 정리하면 다음과 같이 도출할 수 있다.

$$\begin{aligned} \Delta DY &= \{(t_1 - t_2) + (1 - t_2)\epsilon w^*\} Y_1, \quad \text{단, } w^*: \text{세후임금변화율} \\ \Delta TY &= \{(t_2 - t_1) + t_2\epsilon w^*\} Y_1 \\ \Delta Y &= \epsilon w^* Y_1 \end{aligned}$$

노동공급의 임금탄력성은 연구에 따라 상당히 큰 편차를 나타낸다. 본 연구에서는 최신자료를 이용하여 분석한 김현숙(2009)의 연구결과를 이용한다. 분석모형의 종류와 분석대상의 범위에 따라 임금탄력성 추정치가 다양한 값을 가지는데, 분석의 편의상, 본 연구에서는 중간값 중 하나인 0.10을 적용하기로 한다. 따라서 한계세율 변화시 소득 변화를 반영하여 소득세 부담을 재계산한다. 예를 들어 설명하면, 소득세율 인하시 직접효과로서 세수감소가 발생하지만 노동공급 증가 및 소득 증가를 통해 이차적인 세수 증가요인이 발생하여 세수감소 효과의 일부 또는 전부가 보전된다.

현행 의료비 지출 특별공제의 효과와, 현행의 소득공제제도를 세액 공제제도로 전환하는 경우에 예상되는 효과는 모의실험을 통해 분석한다. 분석시나리오는 아래와 같이 모두 10가지를 설정한다.

A00: 의료비지출 특별공제가 없다는 가상적인 상황

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 159

아래는 근로소득자 대상 의료비 지출 특별공제를 의료비 지출 세액 공제로 대체

세액공제율(: 공제세액 = 지출액 × 공제율)		세액공제 한도
A11:	100%	30만원
A12:	100%	50만원
A13:	100%	70만원
A21:	50%	30만원
A22:	50%	50만원
A23:	50%	70만원
A31:	20%	30만원
A32:	20%	50만원
A33:	20%	70만원
A34:	20%	5만원

아래는 의료비 지출 특별공제를 의료비 지출 세액공제로 대체하고 사업소득자에게도 적용을 확대

세액공제율(: 공제세액 = 지출액 × 공제율)		세액공제 한도
A41:	100%	30만원

다. 의료비 지출 세액공제 전환시의 예상효과: 소득 변화효과

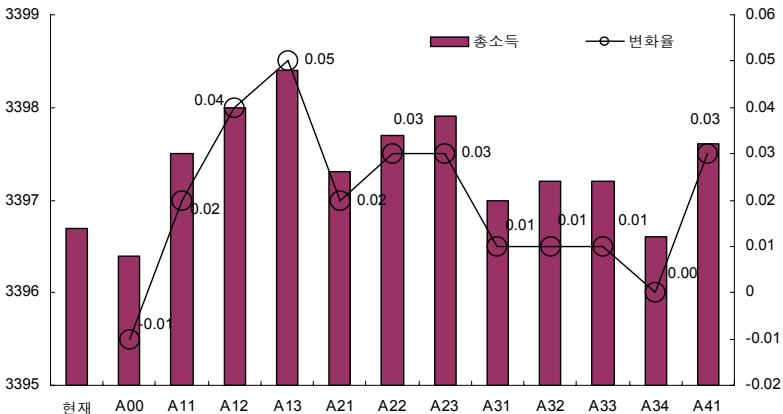
현행의 의료비 지출에 대한 특별공제의 효과, 또는 이를 세액공제로 전환하는 경우 크든 작든 노동공급에 영향을 미침으로써 소득에도 영향을 미친다. 현행 의료비 지출 특별공제제도는 공제요건이 충족되는 대부분의 경우 해당 지출액이 공제한도에 이르기 전까지 전액 소득공제되는 만큼 한계세율에 미치는 영향은 크지 않다. 따라서 노동공급에 미치는 영향도 크지 않다.

다항의 시나리오를 바탕으로 모의실험을 통해 분석해본 결과 의료비 지출 특별공제 및 세액공제제도로의 전환에 의한 소득 증감효과는 매우 미미한 것으로 분석되었다. 상기의 시나리오를 토대로 모의실험을 해본 결과, 대체로 가구당 평균 1만원 정도에 불과할 정도로 매우 미미하게 소득이 증가하였을 뿐이다.

먼저 현행 의료비 지출 특별공제의 효과를 살펴보자. 이는 의료비 지출 특별공제를 폐지(A00)하였을 경우의 효과를 거꾸로 해석하면 된다. A00의 경우에는 가구당 평균 시장소득이 3천원 정도 감소하는 효과를 나타낸다. 일반적으로 소득공제를 통해 소득세 부담이 경감되면 세후임금률이 상승하는 것으로 생각할 수 있기 때문이다. 현행 소득공제제도를 세액공제제도로 전환하는 경우에는 최소한 3천원 이상의 소득 변화효과가 예상된다. 이것과 비교해 볼 때 현행 제도는 소득 변화 측면에서는 효과가 매우 미미한 형태로 이루어져 있다고 할 수 있다.

[그림 V-2] 의료비 공제제도 개편시 총소득 변화효과

(단위: 만원, %)



V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 161

<표 V-5> 소득10분위별 의료비 공제 개편의 소득 증감효과(2010년 기준)

(단위: 만원, %)

	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현재	344.7	825.9	1456.6	2098.2	2682.1	3266.4	3943.2	4744.1	5895.1	8712.0	3396.7
A00	344.7	825.9	1456.5	2098.1	2681.8	3266.1	3942.5	4743.7	5894.7	8711.1	3396.4
A11	344.8	826.4	1457.4	2099.7	2683.8	3268.1	3944.1	4744.7	5895.5	8711.4	3397.5
A12	344.8	826.4	1457.4	2100.1	2684.4	3268.9	3945.6	4745.4	5896.4	8711.9	3398.0
A13	344.8	826.4	1457.4	2100.1	2684.7	3269.7	3946.5	4746.5	5897.2	8712.4	3398.4
A21	344.8	826.3	1457.2	2099.5	2683.5	3267.6	3943.9	4744.6	5895.5	8711.4	3397.3
A22	344.8	826.3	1457.2	2099.7	2683.9	3268	3945	4745.3	5896	8711.8	3397.7
A23	344.8	826.3	1457.2	2099.7	2684	3268.6	3945.4	4745.7	5896.4	8712	3397.9
A31	344.8	826.2	1457	2099.1	2682.9	3267.2	3943.5	4744.3	5895.2	8711.3	3397
A32	344.8	826.2	1457	2099.1	2683	3267.3	3944	4744.6	5895.3	8711.4	3397.2
A33	344.8	826.2	1457	2099.1	2683.1	3267.3	3944	4744.7	5895.4	8711.4	3397.2
A34	344.8	826.1	1456.7	2098.4	2682.1	3266.3	3942.8	4743.8	5894.8	8711.1	3396.6
A41	344.9	826.7	1457.7	2100.1	2683.9	3268.2	3944.2	4744.7	5895.6	8711.4	3397.6
증감액	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0	0	-0.1	-0.1	-0.3	-0.4	-0.6	-0.4	-0.4	-0.9	-0.3
A11	0.1	0.5	0.8	1.5	1.7	1.6	1	0.6	0.4	-0.6	0.8
A12	0.1	0.5	0.8	1.8	2.3	2.5	2.4	1.4	1.3	-0.1	1.3
A13	0.1	0.5	0.8	1.8	2.6	3.2	3.3	2.4	2.1	0.4	1.7
A21	0.1	0.4	0.6	1.2	1.4	1.2	0.7	0.5	0.4	-0.6	0.6
A22	0.1	0.4	0.6	1.5	1.8	1.6	1.9	1.2	0.9	-0.2	1
A23	0.1	0.4	0.6	1.5	1.9	2.1	2.2	1.6	1.3	0	1.2
A31	0.1	0.3	0.4	0.8	0.9	0.7	0.4	0.2	0.1	-0.7	0.3
A32	0.1	0.3	0.4	0.9	0.9	0.9	0.8	0.5	0.2	-0.5	0.5
A33	0.1	0.3	0.4	0.9	1	0.9	0.8	0.7	0.3	-0.5	0.5
A34	0.1	0.2	0.1	0.1	0	-0.1	-0.4	-0.3	-0.3	-0.9	-0.1
A41	0.2	0.8	1.2	1.8	1.8	1.7	1	0.6	0.5	-0.6	0.9
증감률	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0	0	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01	-0.02	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01
A11	0.03	0.06	0.06	0.07	0.06	0.05	0.02	0.01	0.01	-0.01	0.02
A12	0.03	0.06	0.06	0.09	0.09	0.07	0.06	0.03	0.02	0	0.04
A13	0.03	0.06	0.06	0.09	0.1	0.1	0.08	0.05	0.04	0	0.05
A21	0.03	0.05	0.04	0.06	0.05	0.04	0.02	0.01	0.01	-0.01	0.02
A22	0.03	0.05	0.04	0.07	0.07	0.05	0.05	0.03	0.02	0	0.03
A23	0.03	0.05	0.04	0.07	0.07	0.07	0.06	0.03	0.02	0	0.03
A31	0.03	0.04	0.03	0.04	0.03	0.02	0.01	0	0	-0.01	0.01
A32	0.03	0.04	0.03	0.04	0.04	0.03	0.02	0.01	0	-0.01	0.01
A33	0.03	0.04	0.03	0.04	0.04	0.03	0.02	0.01	0.01	-0.01	0.01
A34	0.03	0.02	0.01	0.01	0	0	-0.01	-0.01	0	-0.01	0
A41	0.07	0.1	0.08	0.09	0.07	0.05	0.03	0.01	0.01	-0.01	0.03

주: 2008년 가계조사자료를 토대로 추정된 2010년의 예상 소득·조세 부담 예상 분포임. 2008~2009년과 2009~2010년 사이에 모든 개인 및 가구의 소득 및 세부담 항목의 명목가치가 비례적으로 각각 2%와 5% 상승하였다는 전제하에서 추정한 것임.

의료비 소득공제를 세액공제로 전환하는 경우 노동공급 변화를 통한 소득 변화효과는, 다른 조건이 동일하다면, 공제율이 높아질수록 커지는 경향을 보인다. 또한 다른 조건이 동일할 때, 세액공제의 한도가 커질수록 소득 증가효과가 커지는 경향을 보인다([그림 V-5] 참조).

한 가지 특징적인 점은 소득공제를 세액공제로 전환하는 경우 9분위 이하에서는 소득이 대체로 증가하지만 10분위에서는 거의 예외없이 소득이 감소하였다는 것이다. 이는 세액공제로 전환하면서 최고소득층 중에서는 세액공제의 상한을 설정함에 따라 세경감 혜택이 축소되는 경우가 많으며, 그에 따라 오히려 세부담 증가에 따른 노동공급 감소효과가 상대적으로 크기 때문이라는 점을 시사해준다.

라. 의료비 지출 세액공제로 전환시의 예상효과: 소득세 부담 변화효과

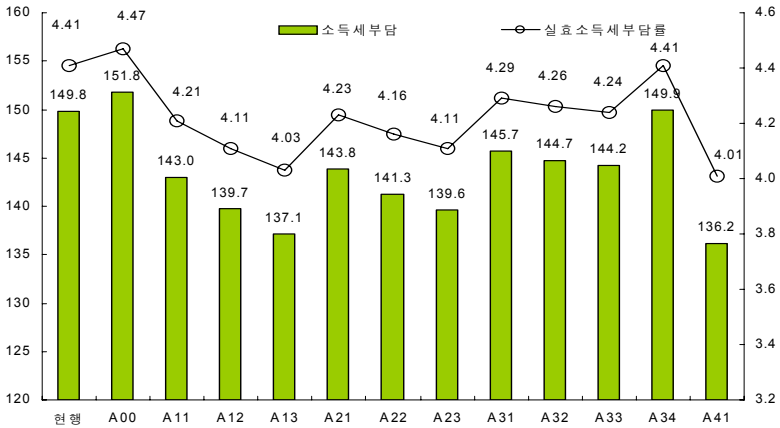
의료비 지출을 소득공제에서 세액공제로 전환하는 경우 세액공제율이나 세액공제 한도에 따라 소득 변화효과가 큰 차이를 보이지 않았다. 이는 노동공급의 임금탄력성이 낮기 때문이다. 아울러 한계세율의 변화율도 상대적으로 크지 않았기 때문이다.

그러나 소득공제를 세액공제로 전환하는 경우 소득세 부담의 감소효과는 소득 변화효과와 비교할 수 없을 정도로 큰 값을 가지는 것으로 추정되었다. 이는 소득공제에서 세액공제로의 개편이 세부담액을 직접적으로 감소시키기 때문이다.

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 163

[그림 V-3] 의료비 공제제도 개편시 세부담 및 실효세율 변화(소득변동 허용시)

(단위: 만원, %)



<표 V-6> 소득10분위별 의료비 공제 개편의 세부담 증감효과 (2010년 기준, 소득변동 가정)

(단위: 만원, %)

세부담	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행	0.9	6.4	16.9	33.9	53.9	77.8	122.1	187.9	294.4	703.7	149.8
A00	0.9	6.4	17.1	34.3	54.7	78.7	123.9	191.4	299	711.7	151.8
A11	0.9	5.5	14.5	30	48	70.2	112.4	176.1	280.9	691.8	143
A12	0.9	5.5	14.5	29.9	47.2	68.8	108.4	169.4	272	680.9	139.7
A13	0.9	5.5	14.5	29.9	47	68	105.5	164	264.6	671.3	137.1
A21	0.9	5.6	15.1	30.4	48.6	71.3	113.4	177.6	282.6	693.2	143.8
A22	0.9	5.6	15.1	30.3	48.2	70.4	110.4	172.4	275.8	684.5	141.3
A23	0.9	5.6	15.1	30.3	48.1	69.8	108.8	168.9	271.1	678	139.6
A31	0.9	5.8	15.7	31.3	50.1	73.4	116	180.9	286.5	697.1	145.7
A32	0.9	5.8	15.7	31.3	50	73.1	115	178.9	283.8	693	144.7
A33	0.9	5.8	15.7	31.3	49.9	73	114.6	177.9	282.2	690.5	144.2
A34	0.9	5.9	16.2	32.9	52.9	76.7	121.4	188.5	295.7	708.2	149.9
A41	0.2	2.6	9.2	23.4	38.9	61.3	102.8	167	272.6	684.1	136.2

〈표 V-6〉의 계속

증감액	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0	0.1	0.2	0.4	0.8	1	1.8	3.5	4.6	8	2
A11	-0.1	-0.9	-2.4	-3.9	-5.9	-7.6	-9.7	-11.8	-13.5	-11.9	-6.8
A12	-0.1	-0.9	-2.4	-4	-6.7	-9	-13.7	-18.5	-22.4	-22.8	-10
A13	-0.1	-0.9	-2.4	-4	-6.9	-9.8	-16.6	-23.9	-29.8	-32.3	-12.7
A21	-0.1	-0.7	-1.8	-3.5	-5.3	-6.5	-8.7	-10.3	-11.8	-10.4	-5.9
A22	-0.1	-0.7	-1.8	-3.6	-5.7	-7.4	-11.7	-15.5	-18.6	-19.1	-8.4
A23	-0.1	-0.7	-1.8	-3.6	-5.8	-8	-13.3	-19	-23.3	-25.7	-10.1
A31	-0.1	-0.5	-1.2	-2.6	-3.8	-4.3	-6.1	-7	-7.9	-6.5	-4
A32	-0.1	-0.5	-1.2	-2.6	-3.9	-4.7	-7.1	-9	-10.6	-10.7	-5
A33	-0.1	-0.5	-1.2	-2.6	-4	-4.8	-7.5	-9.9	-12.1	-13.2	-5.6
A34	-0.1	-0.4	-0.7	-1.1	-1	-1.1	-0.7	0.6	1.3	4.5	0.1
A41	-0.8	-3.8	-7.7	-10.5	-15	-16.5	-19.3	-20.9	-21.7	-19.5	-13.6
증감률	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0.84	1.19	1.35	1.09	1.48	1.21	1.46	1.81	1.55	1.13	1.34
A11	-9.01	-16.1	-16.24	-13.11	-12.4	-10.76	-8.59	-6.68	-4.8	-1.72	-4.72
A12	-9.01	-16.1	-16.27	-13.54	-14.17	-13.11	-12.64	-10.94	-8.22	-3.35	-7.19
A13	-9.01	-16.1	-16.27	-13.54	-14.65	-14.38	-15.75	-14.59	-11.25	-4.82	-9.24
A21	-8.89	-13.17	-12.27	-11.41	-10.93	-9.08	-7.7	-5.79	-4.18	-1.51	-4.11
A22	-8.89	-13.17	-12.27	-11.78	-11.78	-10.53	-10.58	-9	-6.74	-2.79	-5.96
A23	-8.89	-13.17	-12.27	-11.78	-12.01	-11.39	-12.22	-11.24	-8.6	-3.78	-7.25
A31	-8.27	-9.41	-7.68	-8.32	-7.6	-5.92	-5.26	-3.88	-2.74	-0.94	-2.75
A32	-8.27	-9.41	-7.68	-8.34	-7.88	-6.44	-6.17	-5.05	-3.73	-1.54	-3.49
A33	-8.27	-9.41	-7.68	-8.34	-8	-6.58	-6.53	-5.59	-4.3	-1.91	-3.88
A34	-8.27	-7.38	-4.12	-3.21	-1.96	-1.46	-0.54	0.3	0.44	0.64	0.09
A41	-49.82	-147.04	-83.99	-44.78	-38.67	-26.93	-18.78	-12.5	-7.97	-2.85	-9.97

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 165

〈표 V-6〉의 계속

실효세율	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행	0.27	0.77	1.16	1.62	2.01	2.38	3.1	3.96	4.99	8.08	4.41
A00	0.27	0.78	1.18	1.63	2.04	2.41	3.14	4.03	5.07	8.17	4.47
A11	0.25	0.66	1	1.43	1.79	2.15	2.85	3.71	4.76	7.94	4.21
A12	0.25	0.66	1	1.42	1.76	2.1	2.75	3.57	4.61	7.82	4.11
A13	0.25	0.66	1	1.42	1.75	2.08	2.67	3.45	4.49	7.71	4.03
A21	0.25	0.68	1.03	1.45	1.81	2.18	2.87	3.74	4.79	7.96	4.23
A22	0.25	0.68	1.03	1.44	1.8	2.15	2.8	3.63	4.68	7.86	4.16
A23	0.25	0.68	1.03	1.44	1.79	2.14	2.76	3.56	4.6	7.78	4.11
A31	0.25	0.71	1.08	1.49	1.87	2.25	2.94	3.81	4.86	8	4.29
A32	0.25	0.71	1.08	1.49	1.86	2.24	2.92	3.77	4.81	7.96	4.26
A33	0.25	0.71	1.08	1.49	1.86	2.23	2.91	3.75	4.79	7.93	4.24
A34	0.25	0.72	1.11	1.57	1.97	2.35	3.08	3.97	5.02	8.13	4.41
A41	0.05	0.31	0.63	1.12	1.45	1.87	2.61	3.52	4.62	7.85	4.01
실효세율 증감	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0	0.01	0.02	0.02	0.03	0.03	0.05	0.07	0.08	0.09	0.06
A11	-0.02	-0.11	-0.16	-0.19	-0.22	-0.23	-0.24	-0.25	-0.23	-0.14	-0.2
A12	-0.02	-0.11	-0.16	-0.19	-0.25	-0.28	-0.35	-0.39	-0.38	-0.26	-0.3
A13	-0.02	-0.11	-0.16	-0.19	-0.26	-0.3	-0.42	-0.5	-0.5	-0.37	-0.37
A21	-0.02	-0.09	-0.13	-0.17	-0.2	-0.2	-0.22	-0.22	-0.2	-0.12	-0.17
A22	-0.02	-0.09	-0.13	-0.17	-0.21	-0.23	-0.3	-0.33	-0.32	-0.22	-0.25
A23	-0.02	-0.09	-0.13	-0.17	-0.22	-0.24	-0.34	-0.4	-0.4	-0.29	-0.3
A31	-0.02	-0.07	-0.08	-0.12	-0.14	-0.13	-0.15	-0.15	-0.13	-0.08	-0.12
A32	-0.02	-0.07	-0.08	-0.12	-0.15	-0.14	-0.18	-0.19	-0.18	-0.12	-0.15
A33	-0.02	-0.07	-0.08	-0.12	-0.15	-0.15	-0.19	-0.21	-0.21	-0.15	-0.16
A34	-0.02	-0.05	-0.05	-0.05	-0.04	-0.03	-0.02	0.01	0.02	0.05	0
A41	-0.23	-0.46	-0.53	-0.5	-0.56	-0.5	-0.49	-0.44	-0.37	-0.22	-0.4

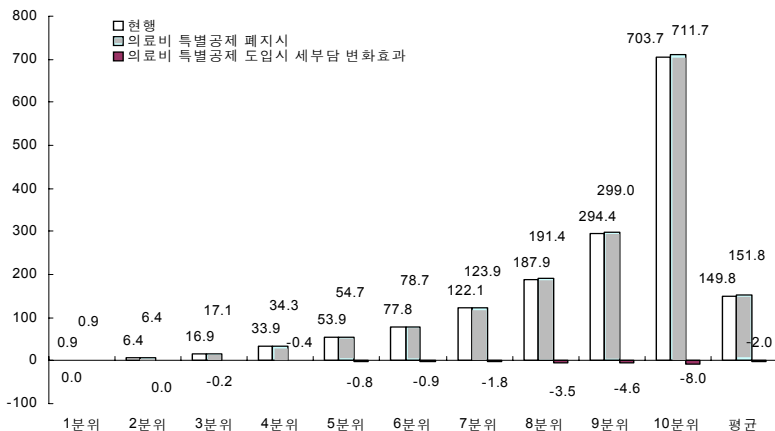
주: 2008년 가계조사자료를 토대로 추정된 2010년의 예상 소득·조세 부담 예상 분포임. 2008~2009년과 2009~2010년 사이에 모든 개인 및 가구의 소득 및 소비지출 항목의 명목가치가 비례적으로 각각 2%와 5% 상승하였다는 전제하에서 추정된 것임.

먼저 현행의 의료비 지출 소득공제가 소득세 부담에 미친 영향을 살펴보자. 만약 의료비 지출 소득공제가 없었다면(A00) 가구당 평균 근로·사업소득세 부담은 151.8만원으로 현행 제도하에서의 149.8만원에 비해 2.0만원씩 더 많을 것으로 추정되었다. 이는 거꾸로 현행의 의료비 지출 특별공제가 평균적으로 가구당 2.0만원씩의 소득세 부담을 경감시켜주었음을 시사한다. 이 때 소득세 실효세부담률은 의료비 지출 소득공제제도로 인해 4.47%에서 4.41%로 낮아지는 것으로 분석되었다.

1~2분위의 경우에는 대부분이 면세점 이하의 소득자들로 구성된 만큼 세부담은 사실상 거의 변화하지 않을 정도로 변화가 미미하다. 3~10분위의 경우에는 의료비 지출에 대한 소득공제를 통해 점차 세경감 효과가 커지는 것으로 분석되었다. 특히 최고소득층인 10분위의 경우에는 의료비 지출 소득공제를 통해 가구당 평균 약 8만원 정도씩의 소득세 경감효과를 누리는 것으로 분석되었다. 이는 최고소득층으로 갈수록 소득세 한계세율이 높아지기 때문에 의료비 소득공제를 통한 세경감 혜택도 덩달아서 커지기 때문이다.

[그림 V-4] 의료비 지출 특별공제의 효과(소득변동 허용시)

(단위: 만원)



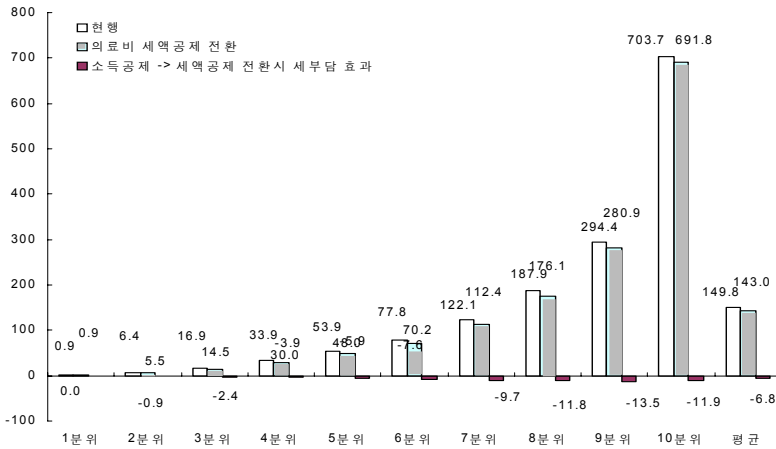
V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 167

그러나 세부담 감소율을 보면, 8분위가 1.8%로 가장 크고, 8분위를 제외한 5~9분위에서 감소율이 1.5~1.6%로 의료비 지출 소득공제를 통한 상대적 세경감 혜택이 큰 것으로 추정되었다. 3분위가 1.4%로 그 다음을 잇고 있다. 최고소득층에서 한계세율이 가장 높음에도 불구하고 의료비 소득공제를 통한 세부담 감소율이 그 이하의 소득계층보다 낮은 이유는, 공제 하한의 설정에 따라 의료비 지출이 상당 수준 이상으로 나타나지 않는 한 의료비 지출 소득공제의 혜택 자체를 향유하지 못하는 비율도 상당히 높기 때문이라고 할 수 있다.

의료비 지출 소득공제를 세액공제로 전환하는 경우, 세액공제율을 100%로 하되 세액공제 상한을 30만원(A11)으로 제한하는 경우 가구당 소득세 부담액은 143.0만원으로 현행에 비해 6.8만원 감소하는 것으로 분석되었다. 이 때 공제 상한을 50만원(A12) 또는 70만원(A13)으로 상향조정하면 가구당 세부담액은 각각 139.7만원과 137.1만원으로 현재와의 격차가 더욱 확대되는 것으로 추정되었다. A11~A13 모두의 경우에서 모든 소득분위의 세부담이 감소하는 것으로 추정되었다. A11의 경우에는 9분위의 세부담 감소폭이 가장 컸으나 A12와 A13의 경우에는 10분위의 세경감 폭이 가장 컸다. 이와 같은 차이는 세액공제의 한도를 낮게 설정하면 최고소득층 중에서 세액공제의 한도에 걸리는 소득자가 많기 때문인 것으로 추정된다.

[그림 V-5] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과(소득변동 허용·A11 기준)

(단위: 만원)



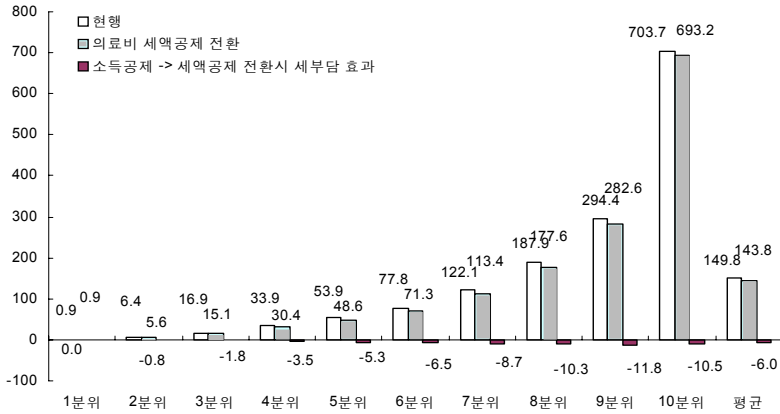
세액공제율을 낮추면 현행의 소득공제하에서보다 세부담이 경감되는 혜택을 누리게 되는 소득분위의 하한이 점차 상방으로 이동하는 것을 볼 수 있다. 이를 테면 세액공제율을 100%에서 50%로 축소(A21~A23)하면 세액공제율을 100%로 상정한 A11~A13에 비해 소득세 부담 경감률의 축소폭은 고소득층으로 갈수록 커지는 것을 볼 수 있다.

세액공제율을 20%로 제한(A31~A33)하는 것에서 보듯이 세액공제율을 줄일수록 현재에 비해 소득세 부담의 경감 효과가 축소되는 만큼 세액공제율이 높은 경우에 비해 점차 평균 세부담이 증가하기 시작한다. 이런 현상은 전체 평균뿐만 아니라 각 소득계층별로도 비슷한 모습을 보이는 것으로 추정되었다.

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 169

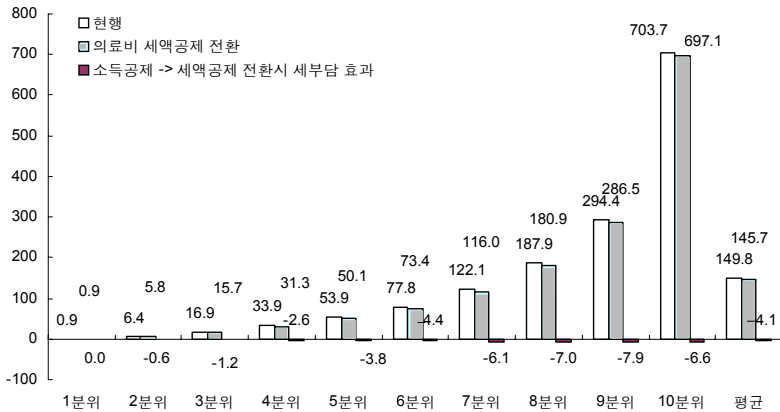
[그림 V-6] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과(소득변동 허용·A21 기준)

(단위: 만원)



[그림 V-7] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과(소득변동 허용·A31 기준)

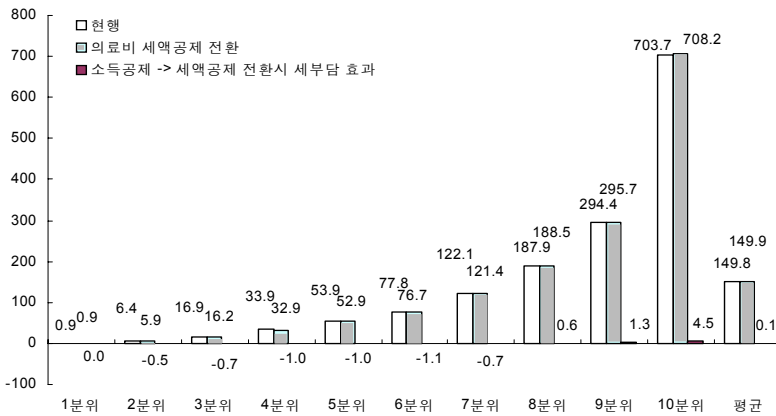
(단위: 만원)



세액공제율을 20%로 하되 세액공제의 한도를 5만원으로 제한 (A34)하면 가구당 평균 소득세 부담은 149.9만원으로 현행과 비교해 볼 때 1천원 정도 세부담이 증가하는 등 평균 세부담은 거의 변하지 않는다. 일종의 세수중립적 개편의 하나로 볼 수 있다. 다만 소득계층별로는 세부담의 증감이 극명하게 대비된다. 1~7분위에서는 평균 세부담이 감소한 반면 8~10분위에서는 오히려 소득세 부담이 증가하였다. 이는 세액공제 한도를 낮게 책정함에 따라 고소득층에서는 세액공제 한도의 적용을 받는 소득자가 많은 반면 그 이하의 소득계층에서는 현행의 소득공제제도에 비해 세경감 혜택이 더 크기 때문이다.

[그림 V-8] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과(소득변동 허용·A34 기준)

(단위: 만원)



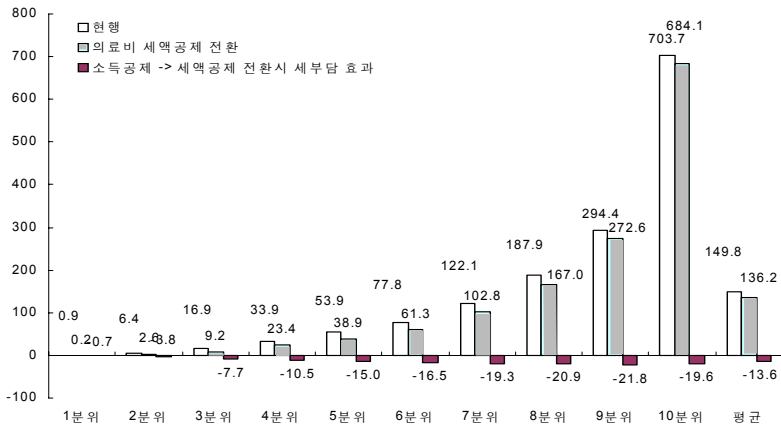
의료비 지출 세액공제를 A11을 기준으로 하되 적용범위를 현재의 근로소득자에서 사업소득자에게까지 확대(A41)하면 가구당 평균 소득세 부담은 136.2만원으로 현행보다 13.6만원 감소하는 것으로 분석되었다. 의료비 지출에 대한 세경감 혜택이 없었던 경우(A00, 151.8만

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 171

원)와 비교해보면 15.6만원의 차이를 나타낸다. 세액공제를 근로자가 구에만 적용하는 경우(A11)에는 가구당 평균 소득세 부담이 143.0만원이므로, 근로소득자에게 허용함으로써 나타나는 세경감 혜택은 전체 가구를 기준으로 할 때 가구당 평균 8.8만원이고 나머지 6.8만원 (=143.0만원-136.2만원)은 사업소득자에게까지 세액공제 범위를 확대함에 따른 한계 변화효과로 볼 수 있다. 일반적으로 근로소득자의 수가 사업소득자 수보다 2배 이상이다. 그런데 세부담 경감폭의 차이는 상대적으로 작다. 세경감의 절대폭은 전자가 후자보다 크지만 납세자 수를 함께 고려하면 전자보다 후자의 경우에 있어 상대적인 세경감률의 혜택이 더 크다. 그 이유는 사업소득세 부담이 근로소득세 부담에 비해 일반적으로 면세점이 더 낮기 때문이다. 이는 곧 사업소득세의 한계세율이 더 높으며, 따라서 동일한 액수의 의료비 지출 구조를 가지고 있다고 하더라도 세액공제의 크기는 일반적으로 한계세율이 더 높은 사업소득자에게서 효과의 절대값이 더 크게 나타나게 되기 때문이다.

[그림 V-9] 의료비 지출 특별공제의 세액공제 전환효과(소득변동 허용·A11 기준)

(단위: 만원)



다만 한 가지, 의료비 지출액을 전액(100%), 한도 30만원을 상한으로 모든 소득자에게 세액공제를 허용할 때, 현행의 의료비지출 소득공제와 비교해보면 모든 소득분위에서 소득세 부담이 체증적으로 감소하지만, 유일하게 최고소득층인 10분위에서는 평균 세부담 감소액이 19.5만원으로 그보다 낮은 소득분위에 비해 축소되는 것이 특징적이다. 이는 세액공제의 한도 설정에 따라 최고소득층에서 한도에 걸리는 소득자가 많기 때문이다.

세액공제로의 전환시 소득세 부담 구조에 특징적으로 두드러지게 나타나는 점을 정리하면 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 세액공제가 이 한계세율보다 높을수록 세부담 경감 혜택이 커진다는 것이다. 둘째, 세액공제의 한도를 설정해주는 것은, 현행의 소득공제제도에 비해 고소득층보다는 중소득층에 유리한 결과를 가져다준다.

현행의 소득공제하에서는 고소득층이 경감받을 수 있는 세경감 효과의 최대폭은 세액공제제도하에서의 최대 70만원 수준보다 더 클 수 있다. 더욱이 의료비 지출 소득공제액이 동일하더라도 한계세율이 높을수록 세경감 혜택이 더 커진다. 이런 면에서 볼 때 세액공제의 최대 공제 한도를 설정하는 세액공제제도로의 전환은, 세액공제제도로의 개편이 고소득층에 대해서는 혜택을 감축시키는 효과를 나타낸다. 따라서 9분위 이하에서는 세액공제제도 전환함에 따라 소득세 부담이 대체로 감소하는 모습을 보였지만 10분위에서는 대부분 세부담이 증가하는 모습을 보였다. 다만 예외적으로 세액공제율 100%에 공제 상한이 70만원인 A13의 경우에만 10분위의 소득세 부담이 가구당 평균 3천원 정도 감소하였을 뿐이다. 저소득층의 경우에는 대부분 소득수준이 면세점 이하로 소득공제를 세액공제로 전환하더라도 세액공제받을 수 있는 소득세 부담이 없는 만큼 효과가 없다. 그러므로 의료비 지출에 대한 현행의 소득공제제도를 세액공제제도 전환하면 중소득층이 상대적으로 더 많은 세경감 혜택을 보게 됨을 알 수 있다.

의료비 지출에 대한 소득공제제도를 일정한 범위 내에서 세액공제

제도로 전환하면 가구당 평균 소득세부담은 -13.6만~+0.1만원에 이른다. 전체 가구 수가 1,600만~1,700만가구 사이로 예상되는 만큼 가구당 1만원씩 소득세 부담은 총계로는 1,600억~1,700억원에 해당된다. 그러므로 중간값(1,650억원)을 기준으로 할 때 상기 방안에 의한 총세 수효과는 -2조 2,440억원~+165억원에 이르는 것으로 추정된다.

정책 개편에 따른 정책효과를 논함에 있어 흔히 세수중립적 개편방안을 논하는 경우가 많다. 의료비 지출 소득공제를 세액공제로 개편하는 경우 세액공제율과 공제한도 적용 소득구간 등을 차등화할 수 있다. 따라서 세수중립적 개편을 보장하는 개편안은 복수로 존재할 수 있다. 위에서 제안된 개편방안 가운데 현행의 세수를 크게 변경하지 않는 세수중립에 가장 가까운 방안은 A34(약 +165억원)로 볼 수 있다.

마. 의료비 지출 세액공제 전환시의 예상효과: 소득세 과세자 비율 변화효과

의료비 지출 소득공제가 도입되지 않았다면(A00) 근로소득자의 과세자 비율은 52.8%로 현행 체계하에서 예상되는 51.8%보다 1.0%포인트 높았을 것으로 모의실험 결과 추정되었다.

그런데 소득공제를 세액공제로 전환하면 의료비 세액공제를 적용하지 않고 산출한 산출세액이 의료비 세액공제액에 도달할 때까지 산출세액 기준의 과세자가 전원 면세자로 전환되는 만큼 (근로소득자의) 과세자 비율은 급격히 하락한다. 세액공제율이 100%인 경우를 예로 들면 공제 상한이 30만~70만원으로 증가할수록 과세자 비율은 41.2%에서 39.0%로 더욱 낮아지는 것으로 추정되었다.

A22의 경우 가구당 소득세 부담 평균이 141.3만원으로 현행(140.6만원)과 비슷하다. 그러나 근로소득자의 과세자 비율은 전자가 41.4%로 현행의 51.8%보다 무려 10.4%포인트 작다. 이는 세액공제제도가

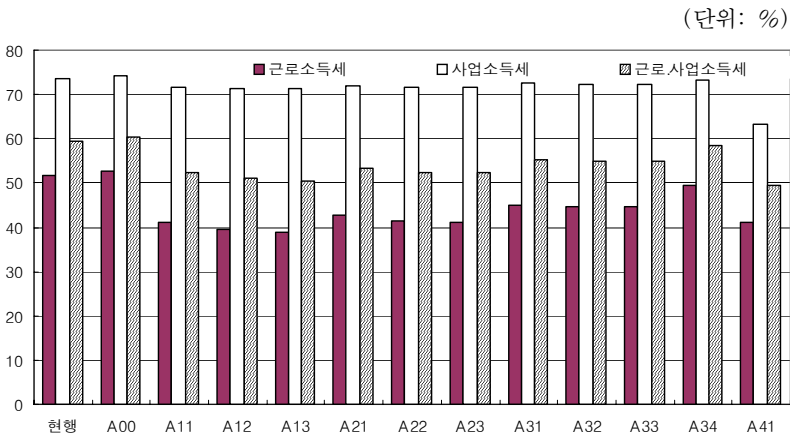
소득공제제도보다 일반적으로 과세자 비율을 훨씬 크게 하락시키는 효과를 나타냄을 시사해준다.

사업소득자의 경우에는 근로소득이 있는 소득자 비율이 매우 낮기 때문에 의료비 지출 소득공제를 세액공제제도로 변경하더라도 과세자 비율의 변화는 미미하다.

반면에 사업소득자에게까지 의료비 지출 세액공제의 적용범위를 확대하면 사업소득자의 경우에도 크게 하락한다. 현행 체계하에서 예상되는 사업소득자들의 2010년도 과세자 비율이 73.7%인 점을 놓고 볼 때 A41의 경우에는 63.2%로 과세자 비율이 10.5%포인트만큼 현저하게 낮아지는 것으로 분석되었다.

세액공제제도로의 전환이 과세자 비율의 현저한 하락을 동반한다는 점은 곧 소득세 부담의 누진도를 더욱 강화하는 효과를 나타낸다고 할 수 있다. 즉, 세부담의 집중도가 더욱 높아진다는 것을 의미한다. 세부담의 집중도 상승이 반드시 소득재분배 효과를 제고하지는 않는다. 이에 대해서는 아래의 항에서 자세히 논의한다.

[그림 V-10] 의료비 지출 특별공제제도 개편시 과세자 비율
영향(소득변동 허용)



〈표 V-7〉 의료비 공제 개편시 과세자 비율 변화 효과(2010년 기준)

(단위: %)

	근로소득세	사업소득세	근로·사업소득세
현행	51.79	73.65	59.31
A00	52.79	74.32	60.26
A11	41.24	71.59	52.30
A12	39.62	71.21	51.02
A13	39.01	71.21	50.59
A21	42.67	71.95	53.35
A22	41.39	71.62	52.37
A23	41.16	71.62	52.21
A31	45.13	72.45	55.26
A32	44.67	72.36	54.91
A33	44.66	72.36	54.90
A34	49.56	73.40	58.43
A41	41.24	63.15	49.42

바. 소득재분배 효과

성명재(2005)에 의하면 세부담의 누진도를 횡축으로 하고 소득재분배 효과(예: 세전·세후지니계수의 변화율 등)를 종축으로 하여 양자간의 대응관계를 그려보면 역U자 형태의 관계를 얻을 수 있다고 한다. 따라서 양자간의 상관관계가 정(+)의 값을 가지는지 또는 부(-)의 값을 가지는지의 여부는 해당 국가가 조세체계가 가지고 있는 누진구조 등에 따라 달라진다고 할 수 있다. 선행 연구결과를 종합해보면 우리나라는 역U자 형태의 곡선에서 우측에 존재하여 세부담의 누진도와 소득재분배 효과 사이에 부(-)의 상관관계가 있다고 한다. 본절에서 분석한 바에서도 대체로 기존 연구의 결과와 부합되는 결과가 나타나고 있다.

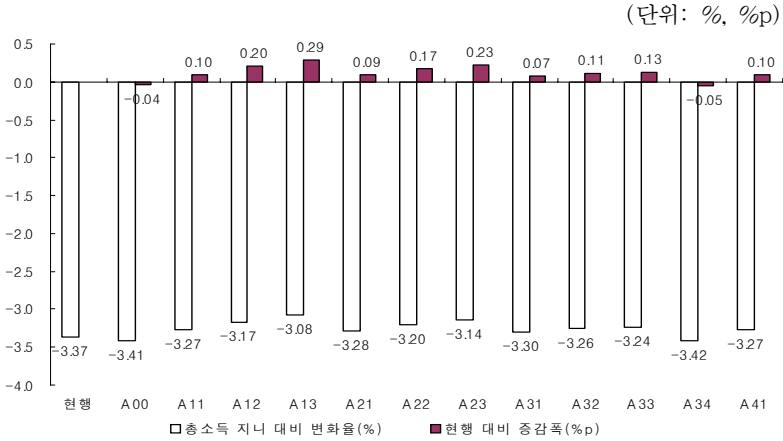
A00는 현행의 의료비 지출 소득공제가 지니는 효과를 역으로 보여 준다. 만약 의료비 지출 소득공제가 없었다면(A00) 지니계수 감소율은 3.37%에서 3.41%로 매우 소폭이지만 0.02%포인트만큼 더 커진다. 이는 의료비 소득공제가 없었다면 근로소득자의 과세자 비율이 소폭 상승하였을 것이며, 이는 곧 세부담의 누진도 약화를 의미하지만 소득재분배 효과 측면에서는 오히려 긍정적인 효과를 나타내고 있음을 시사한다. 이는 비록 과세자 비율 상승에 따라 누진도가 낮아짐으로써 소득세 1원당 소득재분배 효과는 작아지지만 정(+)의 소득재분배 효과를 나타내는 소득세 규모 자체의 증가효과가 앞의 효과를 압도함으로써 전체적으로는, 미소하나마 소득재분배 효과가 증가하기 때문이다.

앞에서 살펴보았듯이 의료비 지출 소득공제를 세액공제제도로 전환하면 과세자 비율이 급격히 감소하면서 세부담의 누진도가 높아진다. 그런데 세전소득(여기서는 총소득) 지니계수와 세후소득(여기서는 총소득에서 소득세를 차감한 소득) 지니계수의 변화율을 기준으로 소득재분배 효과를 추정해보았을 때, 세액공제 전환 후에 지니계수 변화율이 작아지는 것으로 분석되었다. A11~A41의 경우 모두에서 세전·세후 지니계수의 변화율이 현행의 -3.37%보다 절대값이 0.09~0.29%포인트 커지는 것으로 나타나 지니계수 변화율이 작아지는 것을 보인다. 이런 결과는 성명재(2005) 등의 연구결과를 지지하는 결과라고 할 수 있다.

모의실험 결과에 의하면, 전반적으로 세액공제율을 높일수록 소득재분배 약화효과가 커지고, 반대로 세액공제율이 낮아질수록 소득재분배 약화효과는 작아진다. 그 밖에 세액공제의 상한이 높아질수록 소득재분배 약화효과가 커지고, 한도가 작아질수록 약화효과도 작아진다.

V. 의료비 지출 공제제도의 개선방안 177

[그림 V-11] 의료비 공제제도 개편시 지니계수 변화효과
(소득변동 허용시)



<표 V-8> 의료비 공제 개편시 지니계수 및 변화효과(2010년 기준)

	지니계수	시장소득 지니 대비 차이	총소득 지니 대비 차이	시장소득 지니 대비 변화율(%)	총소득 지니 대비 변화율(%)
시장소득	0.37400	-	-	-	-
민간소득	0.35339	-0.02061	-	-5.51	-
민간소득+공적 연금수혜	0.34978	-0.02422	-	-6.48	-
총소득	0.33971	-0.03429	-	-9.17	-
소득세후(현행)	0.32827	-	-0.01144	-3.06	-3.37
소득세후(A00)	0.32812	-	-0.01159	-3.10	-3.41
소득세후(A11)	0.32836	-	-0.01135	-3.03	-3.34
소득세후(A12)	0.32861	-	-0.01110	-2.97	-3.27
소득세후(A13)	0.32883	-	-0.01088	-2.91	-3.20
소득세후(A21)	0.32836	-	-0.01135	-3.03	-3.34
소득세후(A22)	0.32855	-	-0.01116	-2.98	-3.29
소득세후(A23)	0.32870	-	-0.01101	-2.94	-3.24
소득세후(A31)	0.32831	-	-0.01140	-3.05	-3.36
소득세후(A32)	0.32840	-	-0.01131	-3.02	-3.33
소득세후(A33)	0.32845	-	-0.01126	-3.01	-3.31
소득세후(A34)	0.32812	-	-0.01159	-3.10	-3.41
소득세후(A41)	0.32813	-	-0.01158	-3.10	-3.41

〈표 V-8〉의 계속

		지니계수	시장소득 지니 대비 차이	총소득 지니 대비 차이	시장소득 지니 대비 변화율(%)	총소득 지니 대비 변화율(%)
소득 변동시	총소득(A00)	0.33971	-0.03429	-	-	-
	총소득(A11)	0.33963	-0.03437	-	-	-
	총소득(A12)	0.33963	-0.03437	-	-	-
	총소득(A13)	0.33964	-0.03436	-	-	-
	총소득(A21)	0.33964	-0.03436	-	-	-
	총소득(A22)	0.33964	-0.03436	-	-	-
	총소득(A23)	0.33965	-0.03435	-	-	-
	총소득(A31)	0.33966	-0.03434	-	-	-
	총소득(A32)	0.33966	-0.03434	-	-	-
	총소득(A33)	0.33966	-0.03434	-	-	-
	총소득(A34)	0.33969	-0.03431	-	-	-
	총소득(A41)	0.33960	-0.03440	-	-	-
	소득세후(A00)	0.32811	-	-0.01160	-	-3.41
	소득세후(A11)	0.32828	-	-0.01135	-	-3.34
	소득세후(A12)	0.32853	-	-0.01110	-	-3.27
	소득세후(A13)	0.32876	-	-0.01088	-	-3.20
	소득세후(A21)	0.32829	-	-0.01135	-	-3.34
	소득세후(A22)	0.32849	-	-0.01115	-	-3.28
	소득세후(A23)	0.32864	-	-0.01101	-	-3.24
	소득세후(A31)	0.32826	-	-0.01140	-	-3.36
	소득세후(A32)	0.32835	-	-0.01131	-	-3.33
소득세후(A33)	0.32841	-	-0.01125	-	-3.31	
소득세후(A34)	0.32810	-	-0.01161	-	-3.42	
소득세후(A41)	0.32802	-	-0.01158	-	-3.41	

주: 소득고정시의 변화율은 시장소득 지니계수를 분모로, 소득변동시의 변화율은 변동후 총소득 기준 지니계수를 분모로 하여 추정한 값임.

3. 소결

현행 의료비 소득공제제도를 의료저축계좌제도와 세액공제제도로 전환하는 방안의 경제적 효과에 대해 분석하였다.

우선 현 의료비 소득공제제도를 의료저축계좌제도로 전환하는 시나리오는 두 가지 측면에서 장점이 있다. 첫째, 소득공제가 야기하는 가격인하 효과로 의료수요가 증가하는 것을 줄일 수 있다. 이는 의료저

축계좌에 대한 소득공제가 당연도 의료지출 수준과 관계없이 결정되기 때문에 가능하다. 대신 각 소득자는 일정기간 동안의 적립액을 이용하여 불특정하게 발생하는 의료 지출비용을 충당하게 된다. 둘째는, 의료비 공제의 혜택이 갖는 소득계층간 편중성을 완화할 수 있다. 현재 의료비 소득공제는 높은 면세자 비중, 의료비 공제한도의 예외규정 등으로 인해 소득수준이 높은 계층의 공제집중 현상이 나타나는 문제가 있다. 일률적인 연간 계좌적립액 소득공제한도 설정으로 형평성을 제고할 수 있다.

현행 의료비 소득공제제도를 폐지하고 의료저축계좌 적립액에 대한 공제로 전환할 경우 세수중립적인 적립금 공제액은 42만~50만원(가계조사의 경우 33.9만원) 수준에 이를 것으로 예상된다. 2007년 귀속 소득자료를 이용하여 모든 과표 있는 근로소득자가 의료저축계좌에 한도액까지 적립할 것을 가정하면 납세자당 약 42만원의 소득공제가 요구되는 것으로 나타났다. 이 경우 과표구간별 납세자당 세액감면 효과는 제도 전환으로 인해 평균 79.9% 감소하는 것으로 나타났다. 이는 약 5년간의 적립을 통해 현재와 같은 의료비 공제혜택을 평균적으로 누릴 수 있음을 보여준다. 즉 의료비의 대량지출이 5년보다 긴 시간차를 두고 일어나는 납세자는 상대적으로 유리하고 이보다 짧은 납세자는 현재보다 부담이 늘어날 수 있음을 보여준다.

세수중립적 제도 변경으로 인한 소득계층간 지원규모 변화는 1인당 세액감면효과 변화의 차이를 통해 살펴볼 수 있는데 과표 8,800만원 이상 계층의 세액감면 변화율은 -90.6%로 4,600만원 이하 계층의 -78.3%보다 높은 수준으로 조세지원의 형평성이 현재보다 개선되었다는 것을 확인할 수 있다. 가계조사자료를 이용한 분석 결과에서도 제도 변경으로 소득 1~7분위의 소득세 부담은 축소되며 8~10분위의 부담은 늘어나 형평성 개선에 기여함을 확인할 수 있었다.

형평성 개선을 위해 살펴본 세액공제로의 전환시나리오도 비슷한 결과를 보여준다. 세부담의 누진도 측면에서는, 소득공제의 경우 적용

범위에 따라 포괄대상이 크게 바뀔 수 있는 만큼 누진도의 변화효과는 상대적으로 작은 편이다. 반면에 세액공제로의 전환은 과세자 비율의 급격한 변화를 동반하는 만큼 세부담의 누진도 변화에 큰 영향을 미친다. 다만 소득재분배 효과 측면에서는 세부담액의 감소로 인해 누진도 변화와 반대되는 결과를 나타낸다.

소득공제의 세액공제로의 전환은 면세자에게 아무런 효과를 미치지 못하며, 과세자에 대해서만 효과를 나타낸다. 그렇지만 과세자 내부의 세부담 분포의 변화 효과는 큰 차이를 나타낸다. 중산층과 낮은 고소득층에서는 세부담 측면에서 세액공제제도가 훨씬 유리하다. 반면에 초고소득층에서는 현행의 소득공제가 본질에서 제안된 세액공제제도보다 세부담 측면에서 훨씬 유리하다. 왜냐하면 의료비 소득공제액이 동일한 경우라고 하더라도 소득공제하에서는 높은 한계세율로 인해 세경감 혜택이 크게 나타나기 때문이다. 그렇지만 세액공제의 경우에는 상대적으로 낮은 수준에서 세액공제의 한도가 설정되는 만큼 최고 소득층에게 귀속되는 혜택이 제한적일 수밖에 없다는 한계가 있다. 그러므로 세액공제로의 전환은 고소득층의 공제한도를 통해 의료수요 증가 유인을 현재보다 축소할 유인을 제공한다.

의료계좌제도와 세액공제방식은 모두 형평성 개선에 기여할 수 있는 점에서 동일하나 두 가지 측면에서 차이가 있다. 의료계좌제도는 의료비 지출과 공제제도와 연계할 수 있어 완전히 차단하여 조세지원으로 인한 의료수요 증가를 차단하는 장점이 있다. 그러나 세액공제제도는 세액공제 한도가 적용되기 전까지는 공제로 인한 의료비 지출 증가 유인이 그대로 존재하는 단점이 있다. 또한 연도별 한도 있는 세액공제 제도는 한도를 넘어서는 지출에 대해 혜택을 줄 수 없는 한계가 있으나 의료계좌제도는 일정기간 적립이 가능하여 상대적으로 용이하게 의료비 지출 증가에 대응할 수 있다. 이러한 점을 반영할 때 세액공제 제도보다는 의료계좌제도가 더욱 바람직한 개선 대안이라 할 수 있다.

VI. 결론 및 정책시사점

평균수명의 연장과 고령화, 기술개발 등에 따라 의료관련 비용은 향후에도 지속적으로 증가할 것이며 제도 유지를 위한 재원조달 문제는 국가재정운용에 있어서 커다란 압박요인으로 작용할 것이다. 복지국가에서 국민들에 대한 의료보호는 지속적으로 추구하여야 할 목표이므로 의료관련 지출의 효율성 제고는 매우 중요하다. 의료 지출 효율화를 위한 외국 사례를 살펴보면 기본적인 재원 확보 노력과 함께 공급자와 수요자부문에 대한 정책 노력도 기울이고 있다. 의료부문에 존재하는 정보의 비대칭성과 공공보험을 통해 지출통제가 가능하다는 측면에서 많은 나라에서는 공급자 부문을 중심으로 지출 효율화에 노력하고 있다. 그래서 수요자 측면의 지출 효율화 노력은 상대적으로 크지 않았다.

소득세제와의 연관성 측면에서 살펴보면 의료 지출 효율화는 수요자 측면과 밀접한 연관이 있다. 소득세제에서 허용하는 의료비 소득공제제도는 근로자의 근로능력 유지 혹은 의료비 부담 경감을 위해 도입되었으나 부가적으로 개인이 직면하는 의료서비스에 대한 실효세율 또한 낮추어주기 때문이다. 이는 의료비 소득공제제도의 도입시 의도하지 않았던 정책효과라고 할 수 있다. 동 효과를 분석하기 위해서는 의료수요의 가격탄력성을 추정하는 것이 중요하다. 만약 의료수요가 의료비 소득공제에도 불구하고 유의미하게 변하지 않았다면 가격영향을 고려하지 않고 정책을 발전시켜 나갈 수 있기 때문이다.

2004~2006년 가계조사자료를 통합하여 의료비의 가격탄력성을 분석한 결과에 따르면 전반적인 의료비 지출의 가격탄력성은 거의 0에 가까우며 통계적 유의성도 낮은 것으로 나타난다. 의료 지출을 의료서

비스, 의약품, 의료용품으로 나누어 분석하더라도 가격의 영향력은 통계적으로 유의하게 나타나지 않는다. 우선 고려될 수 있는 요인으로 의약품 지출, 의료서비스 지출 등 전반적인 의료비 지출이 질병 등 건강상태에 따라 주로 결정되어 가격의 영향이 크지 않을 수 있을 가능성이 있다. 두 번째로는 가격 변화의 주원인인 의료비 소득공제를 통한 조세가격 변화가 소득공제의 문턱효과로 인해 일정 계층에 대해서는 거의 변화가 없을 수도 있다. 이 경우에는 실질적인 의료비 지출 변화의 가격효과를 추정하는 데 한계가 있게 된다. 그 외에도 전 국민 건강보험으로 인해 의료서비스의 질이 균일한 것도 소비자의 가격 반응을 낮추는 요인으로 작용할 수 있다.

가격 변화효과가 의료비 소득공제 계층에 집중되는 점을 감안하여 의료서비스 가격 변화가 실질적으로 일어나는 계층, 즉 의료비 소득공제가 가능한 계층으로 분석대상을 한정할 경우에는 총의료비 지출의 가격탄력성이 $-0.16 \sim -0.22$ 수준에 이른다. 의료비 지출수준이 다시 조세가격을 변화시키는 내생성의 문제를 고려할 경우 탄력성은 -0.16 으로 이를 고려치 않을 때의 -0.22 보다 낮다. 이는 내생성의 문제가 탄력성을 과대 추정하는 방향으로 작용하고 있음을 보여준다. 이러한 결과는 미국, 캐나다 등을 대상으로 한 선행연구들의 결과에서 나타나는 의료수요의 가격탄력성 $-0.2 \sim -0.5$ 의 낮은 영역에 해당하는 수치로 본 연구와 큰 차이를 보여주지는 않는다.

지출분야별 탄력성의 크기를 살펴보면, 지출행위에 있어 개인의 결정권이 높은 의료서비스, 의료용품 등이 높게 나타나는 반면 의약품 지출은 가장 낮은 수준으로 추정된다. 가장 낮은 탄력성을 보여주는 의약품 지출의 탄력성은 강화된 의사 처방전 제도 등으로 인해 개인의 제품 선택 여지가 크지 않고 지출금액도 상대적으로 소액이라 의료비 소득공제제도를 활용하는 수단으로는 한계가 있기 때문이다. Tobit 모형을 통해 탈락된 표본을 포함하였을 때, 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등의 구입비용을 포함하는 의료용품 지출의 탄력성은 상당히 높은 것으

로 나타났다. 이는 동 분야의 지출이 다른 의료서비스에 비해 소비자 의사결정권이 높은 분야이기 때문으로 경제적 직관과도 부합한다. 기타 변수들 중 자녀 수의 경우 전체 의료비 지출을 감소시키며 부분별로 의약품 수요는 상대적으로 감소시키고 의료용품 수요는 증가시키는 효과를 보여준다. 반면 가구 내 노인 수가 많아지면 병원 방문 등 의료서비스 수요와 의약품 수요가 증가하며 안경 등 의료용품 수요는 상대적으로 감소하는 것으로 나타났다.

소득세율 인하로 실질적인 가격 변화가 일어난 의료비 소득공제 가능 계층에 대한 추정결과는 의료부문에 대한 가격정책이 외국과 유사한 수준에서 효과를 발휘할 수 있음을 시사한다. 비록 총의료비 가격탄력성은 -0.16 수준으로 낮은 편이지만 의료비 소득공제제도의 변화로 개인들의 의료비 지출행태를 변화시킬 수 있을 것이다. 부분적으로는 개인의 선택 폭이 넓은 병원의 방문 여부, 입원시 입원실과 검사유형의 선택 등을 포함하는 의료서비스와 의료용품의 가격탄력성이 상대적으로 높게 나타나 의료비 소득공제로 인해 동 부분의 수요가 증가하고 있음을 알 수 있다. 반면 개인의 선택권이 제한적인 의약품 지출의 경우 가격탄력성이 매우 낮아 소득공제의 영향은 제한적인 것으로 판단된다.

이러한 추정결과는 의료비 지출 소득공제의 목적이 노동력의 손실보완, 비용부담 경감 등에 있지만, 그와 함께 가격하락을 통한 의료수요 증가를 야기하고 있음을 보여준다. 구체적으로 그 영향은 의료비 순위에 따른 분석(Quantile Regression) 결과를 통해 확인할 수 있다. 조세가격에 대한 의료비 지출의 반응도 크기는 의료비 지출이 낮은 계층일수록 크게 나타나 의료비 소득공제제도가 상대적으로 건강상태가 양호한 계층의 의료비 지출을 증가시키는 데 기여하고 있음을 보여준다. 이러한 현상의 원인은 의료비 소득공제에서 설정된 하한선으로 의료비 지출이 적은 계층이 소득공제를 받기 위해서는 공제하한선, 즉 소득의 3% 수준을 넘기기 위해 의료수요를 증가시킬 필요가 있기 때

문이다. 그러므로 의료비 소득공제의 도입 목적을 달성하면서 가격효과로 인한 의료수요 증대를 줄여줄 수 있는 대안의 모색이 중요하다.

외국의 정책사례 분석에 따르면 의료수요자 가격과 연관된 정책은 공급부문 정책에 비해 상대적으로 많지 않다. 의료부문에 존재하는 정보의 비대칭성으로 인해 각국 정부는 의료공급자를 직접적으로 통제하는 방식을 통해 지출 효율화를 추진하였기 때문이다. 이러한 공급자 통제정책은 기존의 의료보험 체계를 크게 변화시키지 않으면서 지출 효율화를 추구할 수 있는 방안이기도 하다. 소득세제와 의료수요의 관계성을 감안하여 수요 측면에서 고려해 볼 수 있는 대안은 의료저축제도, 진료비 후불상환제의 도입 등이다.

의료저축제도는 소득공제를 목표로 나타날 수 있는 의료수요 증가를 효과적으로 통제하면서 의료비 소득공제의 목적인 근로능력 유지를 위한 비용지원을 달성할 수 있는 제도이다. 의료비 소득공제제도를 의료저축제도로 전환하는 것은 전반적인 의료체계에 큰 변화를 주지 않으면서 지출 효율화를 유도할 수 있는 방안이다. 특히 기존의 의료비 소득공제 혜택이 고소득층을 중심으로 많이 이용되었다는 점을 감안하면 일정한 소득공제 금액 한도 내에서 의료저축계좌제도의 전환은 분배 효율성 제고에도 기여할 수 있다. 또한 기존 건강보험제도를 변경시키지 않고 소득세제의 부분 수정방식을 취함으로써 전면적 도입에 따른 실효성 문제, 즉 의료서비스 이용료가 낮고 고용주와 함께 적립의무를 나눌 수 있는 고용근로자의 비중이 높아야 효과를 기대할 수 있다는 비판에서 자유로울 수 있다. 진료비 후불상환제는 개인의 비용지불 시점 차이에 따른 수요변동 여부가 중요하므로 향후 개인의 의료수요 탄력성 차이에 대한 많은 연구가 시행된 이후 그 효과성을 검토해 볼 수 있을 것이다.

현행의 의료비에 대한 소득공제제도 개선방안으로 의료저축계좌제도와 세액공제제도를 정책대안으로 검토하였다.

분석 결과 현행 의료비 소득공제를 폐지하고 의료저축계좌 적립액

에 대한 공제로 전환할 경우 세수중립적인 적립금 공제액은 납세자의 참여도에 따라 42만~50만원(100~80%) 수준에 이를 것으로 예상된다. 과표구간별 납세자당 세액감면 효과는 제도 전환으로 인해 평균 76.0~79.9% 감소하는 것으로 나타났다. 이는 약 4~5년간의 적립을 통해 현재와 같은 의료비 공제혜택을 평균적으로 누릴 수 있음을 보여준다. 소득계층간 지원 형평성은 1인당 세액감면효과 변화의 차이를 통해 살펴볼 수 있는데 과표 8,800만원 이상 계층의 세액감면 변화율은 -88.8~-90.6%로 4,600만원 이하 계층의 -74.2~-78.3%보다 높은 수준으로 조세지원의 형평성이 현재보다 개선됨을 확인할 수 있다. 세액공제로의 전환시나리오도 형평성 측면에서 긍정적인 결과를 보여주는 것으로 나타났으나 여전히 의료비 지출 증가유인을 제거하지 못하는 단점이 있다. 또한 연간 운영으로 인해 공제 혜택을 받을 수 있는 의료비 지출 수준이 낮아지는 점도 의료저축계좌와 차이가 있다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 정책방향을 제시할 수 있다.

단기적으로 기존의 의료비 소득공제제도를 변경시킬 수 없다면 의료비 소득공제대상의 조정이 필요하다. 우선, 납세자의 치료과정에서 민간보험을 통해 지불받는 보험금이 있는 경우, 이를 의료비 소득공제 금액에서 차감하지 않는 문제는 이중혜택이란 측면에서 보완할 필요가 있다. 이미 민간보험의 보험금을 통해 비용부담이 완화된 상태에서 다시 소득세에서 공제하는 것은 과도한 지원으로 볼 수 있기 때문이다. 두 번째로는 성형, 보약 등 치료목적 이외의 건강관련 비용 지출에 대한 소득공제 특례를 2009년 말로 종료할 필요가 있다. 의료업계의 소득과약을 목적으로 한시적으로 도입된 동 제도는 전반적인 거래 투명성이 높아짐에 따라 존재의 당위성이 떨어지기 때문이다. 세 번째로는 수요탄력성이 높은 의료용품에 대한 지출을 소득공제대상에서 제외하는 방안을 검토할 필요가 있다. 의료용품 지출은 대부분 안경, 콘택트렌즈, 보청기 등으로 구성되어 치료의 목적이 일부 존재하기는 하지만, 소비재적인 성격이 강하므로 비과세감면 축소라는 차원에서

검토할 수 있다. 특히 가격탄력성이 높아 의료비공제를 이용하기 위한 수단으로 사용될 여지도 충분하다.

네 번째로 중장기적으로 기존의 의료비 공제제도가 야기하는 의료 수요 증가효과를 제거할 수 있는 방안이 필요하다. 유력한 방안으로 의료비공제제도를 개인 의료저축계좌(HSA)로 전환하는 방안을 제안한다. 동 방안은 제도 도입으로 인한 의료수요 증가를 통제하면서 의료비 소득공제의 목적인 근로능력 유지를 위한 비용 지원이라는 목적을 달성할 수 있기 때문이다. 또한 기존의 의료체계에 변화를 주지 않고 의료비 소득공제제도가 갖는 지원의 형평성문제도 일정 부분 완화할 수 있는 방안이다.

참고문헌

- 김춘배 · 이도성 · 김한중 · 손명세, 「의료보험하에서의 의료수요의 가격 탄력성에 관한 실증분석」, 『예방의학회지』 제28권 제2호, 대한 예방의학회, 1995.
- 박형수 · 전병목, 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, 한국조세연구원, 2009.
- 성명재, 「우리나라 소득세의 계층별 부담구조와 소득재분배 기능에 대한 소고」, 『재정포럼』, 제103호, 한국조세연구원 2005, pp. 46~65.
- _____, 「사업소득세의 소득포착률 및 탈세규모의 추정」, 『재정학연구』, 제1권 제3호(통권 제58호), 한국재정학회 2008, pp. 155~188.
- 김현숙, 「우리나라 가구의 노동공급 의사결정에 관한 연구: 소득세를 고려한 조건부 로짓모형(conditional logit model)」, 『재정학연구』, 제2권 제1호(통권 제61호), 한국재정학회 2009, pp. 1~37.
- 국세청, 『국세통계연보』, 2008.
- 건강보험공단, 『2008 건강보험통계연보』, 2008.
- Gruber, Jonathan, “Taxes and Health Insurance,” NBER Working Paper 8657, NBER 2001.
- Long, Bridget, “The Impact of Federal Tax Credits For Higher Education Expenses,” NBER Working Paper 9553, NBER 2003.
- Pauly M., Song D., Herring B., “Tax Credits, The Distribution of Subsidized Health Insurance Premiums, and The Uninsured,” NBER Working Paper 8457, NBER 2001.
- Smart and Stabile, “Tax Credits and The Use of Medical Care,” NBER Working Paper 9855, NBER 2003.

부 록 1: 의료비 공제제도 개편의 효과

〈부표 1-1〉 소득10분위별 의료비 공제 개편의 세부담 증감효과
(2010년 기준, 소득고정 가정)

(단위: 만원, %)

세부담	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행	0.8	5.6	15.2	30.5	48.5	70.4	111.7	174.0	277.7	671.8	140.6
A00	0.8	5.8	15.8	32.3	51.5	74.7	119.7	186.2	293.3	702.7	148.2
A11	0.9	5.5	14.5	30.0	48.0	70.2	112.5	176.2	280.9	691.9	143.0
A12	0.9	5.5	14.5	29.9	47.2	68.8	108.4	169.4	272.0	681.0	139.7
A13	0.9	5.5	14.5	29.9	47.0	68.0	105.5	164.0	264.6	671.4	137.1
A21	0.9	5.6	15.1	30.4	48.6	71.3	113.4	177.6	282.6	693.4	143.9
A22	0.9	5.6	15.1	30.3	48.2	70.4	110.4	172.4	275.8	684.7	141.4
A23	0.9	5.6	15.1	30.3	48.1	69.8	108.8	168.9	271.1	678.1	139.7
A31	0.9	5.8	15.7	31.3	50.1	73.5	116.0	180.9	286.5	697.3	145.8
A32	0.9	5.8	15.7	31.3	50.0	73.1	115.0	178.9	283.8	693.2	144.7
A33	0.9	5.8	15.7	31.3	49.9	73.0	114.6	177.9	282.2	690.6	144.2
A41	0.2	2.6	9.2	23.4	38.9	61.3	102.8	167.1	272.7	684.3	136.2
증감액	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0.0	0.2	0.6	1.8	2.9	4.3	7.9	12.1	15.6	30.9	7.6
A11	0.1	-0.1	-0.6	-0.5	-0.5	-0.2	0.7	2.1	3.2	20.2	2.4
A12	0.1	-0.1	-0.6	-0.6	-1.3	-1.7	-3.3	-4.6	-5.7	9.2	-0.9
A13	0.1	-0.1	-0.6	-0.6	-1.5	-2.5	-6.3	-10	-13.1	-0.3	-3.5
A21	0.1	0.0	-0.1	0.0	0.1	0.9	1.7	3.6	4.9	21.6	3.3
A22	0.1	0.0	-0.1	-0.1	-0.3	-0.1	-1.3	-1.6	-1.9	12.9	0.8
A23	0.1	0.0	-0.1	-0.1	-0.4	-0.6	-2.9	-5.1	-6.6	6.4	-0.9
A31	0.1	0.2	0.5	0.8	1.6	3.0	4.3	6.9	8.8	25.5	5.2
A32	0.1	0.2	0.5	0.8	1.5	2.7	3.3	4.9	6.1	21.4	4.1
A33	0.1	0.2	0.5	0.8	1.4	2.6	2.9	3.9	4.5	18.9	3.6
A41	-0.6	-3.0	-6.0	-7.0	-9.6	-9.1	-8.9	-7.0	-5.0	12.5	-4.4

〈부표 1-1〉의 계속

증감률	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	-1.09	2.90	3.71	5.61	5.69	5.72	6.64	6.53	5.32	4.40	5.15
A11	10.27	-2.55	-4.36	-1.63	-1.13	-0.29	0.67	1.22	1.14	2.91	1.70
A12	10.27	-2.55	-4.36	-2.03	-2.75	-2.44	-3.09	-2.73	-2.09	1.36	-0.62
A13	10.27	-2.55	-4.36	-2.03	-3.16	-3.61	-5.93	-6.13	-4.94	-0.05	-2.55
A21	10.37	0.03	-0.77	-0.10	0.20	1.23	1.48	2.05	1.73	3.12	2.27
A22	10.37	0.03	-0.77	-0.44	-0.59	-0.08	-1.20	-0.95	-0.69	1.89	0.54
A23	10.37	0.03	-0.77	-0.44	-0.79	-0.89	-2.70	-3.02	-2.45	0.94	-0.68
A31	10.88	3.35	3.35	2.67	3.19	4.09	3.71	3.81	3.08	3.66	3.55
A32	10.88	3.35	3.35	2.65	2.94	3.63	2.86	2.72	2.15	3.09	2.86
A33	10.88	3.35	3.35	2.65	2.83	3.50	2.53	2.21	1.61	2.73	2.49
A41	-393.69	-118.22	-65.2	-30.09	-24.75	-14.92	-8.65	-4.16	-1.84	1.83	-3.22
실효세율	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
현행	0.22	0.68	1.04	1.45	1.81	2.16	2.83	3.67	4.71	7.71	4.14
A00	0.22	0.70	1.08	1.54	1.92	2.29	3.04	3.92	4.97	8.07	4.36
A11	0.25	0.66	1.00	1.43	1.79	2.15	2.85	3.71	4.76	7.94	4.21
A12	0.25	0.66	1.00	1.42	1.76	2.10	2.75	3.57	4.61	7.82	4.11
A13	0.25	0.66	1.00	1.42	1.75	2.08	2.67	3.45	4.49	7.71	4.03
A21	0.25	0.68	1.03	1.45	1.81	2.18	2.88	3.74	4.79	7.96	4.23
A22	0.25	0.68	1.03	1.44	1.80	2.15	2.80	3.63	4.68	7.86	4.16
A23	0.25	0.68	1.03	1.44	1.79	2.14	2.76	3.56	4.60	7.78	4.11
A31	0.25	0.70	1.08	1.49	1.87	2.25	2.94	3.81	4.86	8.00	4.29
A32	0.25	0.70	1.08	1.49	1.86	2.24	2.92	3.77	4.81	7.96	4.26
A33	0.25	0.70	1.08	1.49	1.86	2.23	2.91	3.75	4.79	7.93	4.24
A41	0.05	0.31	0.63	1.12	1.45	1.88	2.61	3.52	4.63	7.86	4.01
실효세율 증감	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위	평균
A00	0.00	0.02	0.04	0.09	0.11	0.13	0.20	0.26	0.26	0.36	0.22
A11	0.03	-0.02	-0.04	-0.02	-0.02	-0.01	0.02	0.05	0.05	0.23	0.07
A12	0.03	-0.02	-0.04	-0.03	-0.05	-0.05	-0.08	-0.10	-0.10	0.11	-0.03
A13	0.03	-0.02	-0.04	-0.03	-0.06	-0.08	-0.16	-0.21	-0.22	0.00	-0.10
A21	0.03	0.00	-0.01	0.00	0.00	0.03	0.04	0.08	0.08	0.25	0.10
A22	0.03	0.00	-0.01	-0.01	-0.01	0.00	-0.03	-0.03	-0.03	0.15	0.02
A23	0.03	0.00	-0.01	-0.01	-0.01	-0.02	-0.07	-0.11	-0.11	0.07	-0.03
A31	0.03	0.02	0.04	0.04	0.06	0.09	0.11	0.15	0.15	0.29	0.15
A32	0.03	0.02	0.04	0.04	0.05	0.08	0.08	0.10	0.10	0.25	0.12
A33	0.03	0.02	0.04	0.04	0.05	0.08	0.07	0.08	0.08	0.22	0.11
A41	-0.18	-0.37	-0.41	-0.34	-0.36	-0.28	-0.23	-0.15	-0.09	0.14	-0.13

주: 2008년 가계조사자료를 토대로 추정된 2010년의 예상 소득·조세 부담 예상 분포임. 2008~2009년과 2009~2010년 사이에 모든 소득·소비지출 항목이 비례적으로 2%와 5% 상승하였다는 전제하에서 추정한 것임.

부 록 2: 의료지출 순위별 요인분석 (Quantile Regression)

〈부표 2-1〉 10%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0008 (0,306)	-0.0017 (0,007)	0.0001 (0,908)	0.0003 (0,706)	-0.0084 (0,000)	-0.0024 (0,098)	-0.0055 (0,002)	-0.0011 (0,478)
가구 소득	9.39E-09 (0,001)	-3.26E-09 (0,343)	1.75E-09 (0,680)	6.40E-09 (0,124)	-1.34E-08 (0,001)	-2.08E-08 (0,000)	-2.29E-08 (0,000)	1.92E-09 (0,696)
가구 소득 ²	-1.13E-16 (0,001)	-2.63E-17 (0,451)	-8.43E-17 (0,131)	-5.06E-17 (0,267)	6.36E-17 (0,021)	7.55E-17 (0,066)	9.78E-17 (0,010)	-1.26E-17 (0,748)
가구주 연령	-0.0667 (0,000)	-0.0166 (0,163)	-0.0718 (0,000)	-0.0698 (0,000)	-0.1138 (0,000)	0.0066 (0,766)	-0.1827 (0,000)	-0.0481 (0,023)
가구주 연령 ²	0.0007 (0,000)	0.0003 (0,004)	0.0007 (0,000)	0.0004 (0,045)	0.0012 (0,000)	0.0001 (0,849)	0.0018 (0,000)	0.0001 (0,686)
남성 여부	-0.0395 (0,564)	0.0183 (0,749)	0.1415 (0,098)	-0.0351 (0,579)	-0.0274 (0,746)	-0.0434 (0,641)	0.1237 (0,284)	0.0226 (0,877)
배우자 유무	0.5811 (0,000)	0.5637 (0,000)	0.6194 (0,000)	0.3879 (0,000)	0.4118 (0,104)	0.4284 (0,001)	0.2932 (0,029)	0.3002 (0,028)
자녀 수	0.0601 (0,013)	-0.0045 (0,858)	0.1073 (0,000)	0.2798 (0,000)	0.0478 (0,162)	-0.0696 (0,017)	0.1050 (0,002)	0.2485 (0,000)
노인 수	0.4031 (0,000)	0.4538 (0,000)	0.4306 (0,000)	-0.3133 (0,000)	0.3232 (0,000)	0.4201 (0,000)	0.1938 (0,001)	-0.2981 (0,000)
가구 소비	3.99E-08 (0,000)	3.52E-08 (0,000)	4.32E-08 (0,000)	2.90E-08 (0,000)	3.10E-08 (0,000)	2.95E-08 (0,000)	3.14E-08 (0,000)	2.57E-08 (0,000)
상수	11.7680 (0,000)	8.8685 (0,000)	10.5853 (0,000)	9.9369 (0,000)	14.2316 (0,000)	9.6764 (0,000)	15.2397 (0,000)	10.0257 (0,000)
Adj. R-squared	0.0900	0.0552	0.0584	0.1171	0.0632	0.0442	0.0404	0.0897

주: () 안은 P-value

〈부표 2-2〉 20%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	-0.0003 (0.516)	-0.0011 (0.011)	0.0002 (0.755)	0.0003 (0.534)	-0.0058 (0.000)	-0.0025 (0.035)	-0.0051 (0.000)	-0.0003 (0.821)
가구 소득	6.97E-09 (0.013)	2.58E-09 (0.490)	1.02E-09 (0.695)	1.34E-08 (0.000)	-9.72E-09 (0.000)	-1.15E-08 (0.000)	-1.64E-08 (0.000)	3.43E-10 (0.936)
가구 소득 ²	-9.47E-17 (0.000)	-6.03E-17 (0.085)	-5.19E-17 (0.022)	-1.20E-16 (0.001)	3.77E-17 (0.000)	3.45E-17 (0.080)	6.50E-17 (0.013)	-1.92E-17 (0.607)
가구주 연령	-0.0649 (0.000)	0.0028 (0.787)	-0.0906 (0.000)	-0.0763 (0.000)	-0.0868 (0.000)	0.0089 (0.589)	-0.1542 (0.000)	-0.0662 (0.080)
가구주 연령 ²	0.0007 (0.000)	0.0001 (0.210)	0.0009 (0.000)	0.0005 (0.006)	0.0009 (0.000)	0.0001 (0.722)	0.0015 (0.000)	0.0003 (0.465)
남성 여부	-0.0299 (0.508)	-0.0218 (0.680)	0.1091 (0.019)	-0.0506 (0.382)	-0.0541 (0.211)	0.0489 (0.274)	0.0773 (0.224)	0.0789 (0.422)
배우자 유무	0.4760 (0.000)	0.5080 (0.000)	0.5201 (0.000)	0.1732 (0.072)	0.1349 (0.037)	0.3246 (0.000)	0.2704 (0.002)	0.2370 (0.089)
자녀 수	0.0266 (0.155)	-0.0422 (0.079)	0.0361 (0.056)	0.2328 (0.000)	-0.0084 (0.637)	-0.0719 (0.000)	0.0372 (0.106)	0.2148 (0.000)
노인 수	0.3343 (0.000)	0.4676 (0.000)	0.3671 (0.000)	-0.1848 (0.005)	0.1934 (0.000)	0.4400 (0.000)	0.1641 (0.006)	-0.1876 (0.002)
가구 소비	3.98E-08 (0.000)	3.04E-08 (0.000)	4.26E-08 (0.000)	3.01E-08 (0.000)	2.78E-08 (0.000)	2.36E-08 (0.000)	3.08E-08 (0.000)	2.64E-08 (0.000)
상수	12.4681 (0.000)	9.1537 (0.000)	12.0267 (0.000)	10.7404 (0.000)	14.8059 (0.000)	10.0734 (0.000)	15.2364 (0.000)	11.1301 (0.000)
Adj. R-squared	0.0853	0.0633	0.0572	0.0859	0.0521	0.0480	0.0367	0.0664

주: () 안은 P-value

〈부표 2-3〉 30%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료서비스	의료용품
조세 가격	-0.0001 (0.838)	-0.0004 (0.463)	0.0004 (0.447)	0.0005 (0.294)	-0.0041 (0.000)	-0.0014 (0.250)	-0.0047 (0.000)	0.0009 (0.387)
가구 소득	5.42E-09 (0.059)	2.46E-09 (0.454)	-3.10E-09 (0.269)	1.10E-08 (0.004)	-7.47E-09 (0.000)	-7.99E-09 (0.003)	-1.40E-08 (0.001)	-1.03E-09 (0.817)
가구 소득 ²	-7.17E-17 (0.009)	-6.57E-17 (0.040)	-1.97E-17 (0.409)	-9.47E-17 (0.017)	2.03E-17 (0.023)	1.28E-17 (0.542)	4.29E-17 (0.168)	-1.17E-17 (0.749)
가구주 연령	-0.0564 (0.000)	0.0060 (0.497)	-0.0842 (0.000)	-0.1056 (0.000)	-0.0897 (0.000)	0.0301 (0.066)	-0.1398 (0.000)	-0.1463 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0001 (0.194)	0.0008 (0.000)	0.0009 (0.000)	0.0009 (0.000)	-0.0002 (0.367)	0.0014 (0.000)	0.0012 (0.000)
남성 여부	-0.0283 (0.520)	0.0395 (0.284)	0.1362 (0.001)	-0.0519 (0.246)	-0.0251 (0.375)	0.0687 (0.177)	-0.0092 (0.897)	0.0641 (0.491)
배우자 유무	0.4538 (0.000)	0.3842 (0.000)	0.5483 (0.000)	0.1921 (0.003)	0.1199 (0.002)	0.1407 (0.019)	0.2140 (0.012)	0.2869 (0.022)
자녀 수	-0.0129 (0.357)	-0.0679 (0.001)	-0.0139 (0.515)	0.2123 (0.000)	-0.0240 (0.131)	-0.0923 (0.000)	0.0035 (0.886)	0.1887 (0.000)
노인 수	0.3140 (0.000)	0.4403 (0.000)	0.3372 (0.000)	-0.1502 (0.010)	0.1836 (0.000)	0.3991 (0.000)	0.1760 (0.001)	-0.1666 (0.001)
가구 소비	3.82E-08 (0.000)	3.21E-08 (0.000)	4.51E-08 (0.000)	2.95E-08 (0.000)	2.84E-08 (0.000)	2.09E-08 (0.000)	3.31E-08 (0.000)	2.75E-08 (0.000)
상수	12.7934 (0.000)	9.5587 (0.000)	12.4575 (0.000)	11.8758 (0.000)	15.0201 (0.000)	10.1500 (0.000)	15.3575 (0.000)	13.2495 (0.000)
Adj. R-squared	0.0818	0.0671	0.0580	0.0737	0.0502	0.0480	0.0344	0.0633

주: () 안은 P-value

〈부표 2-4〉 40%순위 의료지출 요인분석

	전체 샘플				부분 샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0004 (0.243)	0.0003 (0.487)	0.0005 (0.293)	0.0007 (0.094)	-0.0035 (0.000)	-0.0008 (0.508)	-0.0051 (0.000)	0.0013 (0.151)
가구 소득	3.52E-09 (0.161)	5.69E-09 (0.061)	-3.29E-09 (0.350)	9.84E-09 (0.013)	-5.94E-09 (0.002)	-6.33E-09 (0.031)	-9.57E-09 (0.005)	-2.86E-09 (0.453)
가구 소득 ²	-5.85E-17 (0.016)	-7.39E-17 (0.030)	-2.44E-17 (0.309)	-9.02E-17 (0.019)	1.11E-17 (0.279)	2.19E-17 (0.237)	1.83E-17 (0.393)	-1.16E-18 (0.971)
가구주 연령	-0.0584 (0.000)	0.0104 (0.167)	-0.0753 (0.000)	-0.1055 (0.000)	-0.0925 (0.000)	0.0122 (0.381)	-0.1346 (0.000)	-0.1538 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0001 (0.484)	0.0007 (0.000)	0.0009 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0000 (0.802)	0.0014 (0.000)	0.0013 (0.000)
남성 여부	-0.0087 (0.813)	0.0644 (0.106)	0.0823 (0.113)	0.0042 (0.925)	-0.0287 (0.447)	0.0542 (0.351)	-0.0824 (0.117)	0.1175 (0.063)
배우자 유무	0.3655 (0.000)	0.2379 (0.000)	0.4223 (0.000)	0.1373 (0.026)	0.0570 (0.204)	0.0270 (0.674)	0.1334 (0.064)	0.2613 (0.024)
자녀 수	-0.0360 (0.003)	-0.0865 (0.000)	-0.0362 (0.089)	0.1738 (0.000)	-0.0252 (0.008)	-0.0830 (0.000)	-0.0100 (0.679)	0.1340 (0.000)
노인 수	0.3024 (0.000)	0.4172 (0.000)	0.3037 (0.000)	-0.0866 (0.010)	0.1478 (0.000)	0.3266 (0.000)	0.1350 (0.003)	-0.0989 (0.038)
가구 소비	3.78E-08 (0.000)	2.91E-08 (0.000)	4.65E-08 (0.000)	3.03E-08 (0.000)	2.78E-08 (0.000)	2.09E-08 (0.000)	3.61E-08 (0.000)	2.87E-08 (0.000)
상수	13.2580 (0.000)	9.9401 (0.000)	12.8014 (0.000)	12.3129 (0.000)	15.2907 (0.000)	10.9064 (0.000)	15.5408 (0.000)	13.8559 (0.000)
Adj. R-squared	0.0834	0.0699	0.0570	0.0686	0.0492	0.0484	0.0344	0.0638

주: () 안은 P-value

〈부표 2-5〉 50%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세가격	0.0006 (0.032)	0.0005 (0.159)	0.0006 (0.122)	0.0011 (0.001)	-0.0026 (0.000)	-0.0008 (0.370)	-0.0050 (0.000)	0.0013 (0.154)
가구소득	9.70E-10 (0.599)	4.19E-09 (0.155)	-1.49E-09 (0.465)	7.65E-09 (0.029)	-5.03E-09 (0.000)	-4.98E-09 (0.006)	-7.39E-09 (0.002)	-3.67E-09 (0.352)
가구소득 ²	-3.96E-17 (0.014)	-6.01E-17 (0.073)	-3.35E-17 (0.000)	-6.93E-17 (0.062)	3.29E-18 (0.667)	1.27E-17 (0.388)	5.06E-18 (0.797)	1.16E-17 (0.691)
가구주연령	-0.0577 (0.000)	0.0138 (0.050)	-0.0805 (0.000)	-0.1195 (0.000)	-0.0938 (0.000)	0.0097 (0.504)	-0.1214 (0.000)	-0.1747 (0.000)
가구주연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0000 (0.814)	0.0008 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0010 (0.000)	0.0000 (0.784)	0.0012 (0.000)	0.0016 (0.000)
남성여부	0.0056 (0.863)	0.0535 (0.162)	0.0752 (0.097)	0.0456 (0.337)	-0.0592 (0.022)	0.0289 (0.524)	-0.0748 (0.084)	0.1595 (0.005)
배우자유무	0.2988 (0.000)	0.2108 (0.000)	0.3239 (0.000)	0.1653 (0.005)	0.1051 (0.011)	-0.0327 (0.562)	0.1096 (0.169)	0.2036 (0.122)
자녀 수	-0.0449 (0.000)	-0.0930 (0.000)	-0.0523 (0.015)	0.1448 (0.000)	-0.0460 (0.001)	-0.0914 (0.000)	-0.0248 (0.099)	0.1221 (0.000)
노인 수	0.2703 (0.000)	0.3636 (0.000)	0.2683 (0.000)	-0.0085 (0.841)	0.1312 (0.000)	0.3107 (0.000)	0.1136 (0.000)	-0.0588 (0.073)
가구소비	3.93E-08 (0.000)	2.94E-08 (0.000)	4.59E-08 (0.000)	2.89E-08 (0.000)	2.80E-08 (0.000)	2.09E-08 (0.000)	3.57E-08 (0.000)	2.68E-08 (0.000)
상수	13.5393 (0.000)	10.2458 (0.000)	13.3078 (0.000)	12.9909 (0.000)	15.4705 (0.000)	11.3526 (0.000)	15.4906 (0.000)	14.6667 (0.000)
Adj R-squared	0.0834	0.0717	0.0597	0.0675	0.0521	0.0488	0.0351	0.0630

주: () 안은 P-value

〈부표 2-6〉 60%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0008 (0,004)	0.0009 (0,007)	0.0005 (0,093)	0.0015 (0,000)	-0.0023 (0,000)	-0.0005 (0,647)	-0.0041 (0,000)	0.0005 (0,535)
가구 소득	-4.29E-10 (0,801)	5.31E-09 (0,047)	-1.77E-09 (0,310)	2.35E-09 (0,498)	-5.35E-09 (0,001)	-3.67E-09 (0,062)	-6.26E-09 (0,011)	-2.76E-09 (0,441)
가구 소득 ²	-3.23E-17 (0,036)	-6.46E-17 (0,045)	-3.75E-17 (0,000)	-1.12E-17 (0,756)	4.74E-18 (0,577)	3.93E-18 (0,812)	-4.35E-18 (0,826)	1.14E-17 (0,620)
가구주 연령	-0.0576 (0,000)	0.0120 (0,056)	-0.0744 (0,000)	-0.1304 (0,000)	-0.0905 (0,000)	0.0154 (0,262)	-0.1060 (0,000)	-0.2120 (0,000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0,000)	0.0000 (0,659)	0.0007 (0,000)	0.0011 (0,000)	0.0010 (0,000)	-0.0000 (0,879)	0.0011 (0,000)	0.0020 (0,000)
남성 여부	0.0231 (0,250)	-0.0188 (0,661)	0.0462 (0,259)	0.0733 (0,131)	-0.0122 (0,701)	0.0301 (0,403)	-0.0846 (0,013)	0.1845 (0,001)
배우자 유무	0.2634 (0,000)	0.1741 (0,000)	0.2779 (0,000)	0.1207 (0,031)	0.0540 (0,401)	-0.0299 (0,660)	0.0365 (0,582)	0.1253 (0,395)
자녀 수	-0.0541 (0,001)	-0.0911 (0,000)	-0.0532 (0,005)	0.1136 (0,000)	-0.0515 (0,000)	-0.0793 (0,000)	-0.0424 (0,000)	0.1007 (0,000)
노인 수	0.2630 (0,000)	0.3453 (0,000)	0.2577 (0,000)	-0.0185 (0,555)	0.1268 (0,000)	0.2691 (0,000)	0.1084 (0,000)	-0.0822 (0,005)
가구 소비	3.99E-08 (0,000)	2.91E-08 (0,000)	4.71E-08 (0,000)	2.76E-08 (0,000)	3.00E-08 (0,000)	2.02E-08 (0,000)	3.51E-08 (0,000)	2.52E-08 (0,000)
상수	13,8387 (0,000)	10,6507 (0,000)	13,5146 (0,000)	13,6775 (0,000)	15,5301 (0,000)	11,4655 (0,000)	15,4378 (0,000)	15,8812 (0,000)
Adj. R-squared	0.0840	0.0722	0.0606	0.0642	0.0572	0.0489	0.0370	0.0603

주: () 안은 P-value

〈부표 2-7〉 70%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0006 (0.011)	0.0010 (0.014)	0.0005 (0.188)	0.0014 (0.000)	-0.0020 (0.000)	-0.0000 (0.981)	-0.0040 (0.000)	-0.0000 (0.969)
가구 소득	-2.55E-09 (0.071)	4.47E-09 (0.093)	-3.09E-09 (0.136)	1.96E-09 (0.514)	-4.66E-09 (0.002)	-1.42E-09 (0.462)	-5.03E-09 (0.014)	-5.93E-10 (0.819)
가구 소득 ²	-2.49E-17 (0.099)	-5.31E-17 (0.073)	-3.66E-17 (0.000)	0.0000 (0.713)	-8.45E-18 (0.344)	-6.17E-18 (0.658)	-1.60E-17 (0.320)	0.0000 (0.468)
가구주 연령	-0.0551 (0.000)	0.0125 (0.084)	-0.0703 (0.000)	-0.1650 (0.000)	-0.0849 (0.000)	0.0064 (0.626)	-0.1058 (0.000)	-0.2152 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	0.0000 (0.888)	0.0007 (0.000)	0.0015 (0.000)	0.0009 (0.000)	0.0001 (0.690)	0.0011 (0.000)	0.0020 (0.000)
남성 여부	0.0143 (0.607)	-0.0263 (0.465)	0.0598 (0.096)	0.0716 (0.193)	-0.0141 (0.718)	-0.0047 (0.889)	-0.0264 (0.613)	0.1420 (0.044)
배우자 유무	0.2375 (0.000)	0.1218 (0.001)	0.2005 (0.000)	0.1745 (0.001)	0.0497 (0.277)	-0.0439 (0.241)	-0.0127 (0.876)	0.0495 (0.710)
자녀 수	-0.0592 (0.000)	-0.0858 (0.000)	-0.0735 (0.000)	0.0830 (0.000)	-0.0629 (0.000)	-0.0798 (0.000)	-0.0531 (0.000)	0.0536 (0.005_
노인 수	0.2290 (0.000)	0.2998 (0.000)	0.2323 (0.000)	-0.0296 (0.308)	0.1422 (0.000)	0.2568 (0.000)	0.0931 (0.001)	-0.1017 (0.016)
가구 소비	4.26E-08 (0.000)	2.81E-08 (0.000)	4.93E-08 (0.000)	2.67E-08 (0.000)	3.26E-08 (0.000)	1.82E-08 (0.000)	3.72E-08 (0.000)	2.26E-08 (0.000)
상수	14.0437 (0.000)	11.0512 (0.000)	13.8226 (0.000)	14.7803 (0.000)	15.5160 (0.000)	11.9656 (0.000)	15.5902 (0.000)	16.4073 (0.000)
Adj. R-squared	0.0850	0.0720	0.0597	0.0625	0.0625	0.0519	0.0408	0.0604

주: () 안은 P-value

〈부표 2-8〉 80%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0005 (0.056)	0.0010 (0.001)	0.0005 (0.383)	0.0014 (0.002)	-0.0013 (0.013)	0.0002 (0.792)	-0.0038 (0.000)	-0.0001 (0.895)
가구 소득	-4.43E-09 (0.024)	3.02E-09 (0.259)	-4.03E-09 (0.025)	-1.06E-09 (0.635)	-7.07E-09 (0.001)	-2.81E-10 (0.866)	-7.18E-09 (0.007)	-4.55E-10 (0.861)
가구 소득 ²	-1.38E-17 (0.410)	-3.29E-17 (0.226)	-3.82E-17 (0.000)	1.10E-17 (0.509)	-1.13E-19 (0.994)	-1.51E-17 (0.266)	-5.84E-18 (0.836)	7.52E-18 (0.669)
가구주 연령	-0.0612 (0.000)	0.0131 (0.025)	-0.0613 (0.000)	-0.1724 (0.000)	-0.0783 (0.000)	0.0117 (0.220)	-0.0836 (0.000)	-0.2164 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	-0.0000 (0.661)	0.0006 (0.000)	0.0016 (0.000)	0.0009 (0.000)	-0.0000 (0.942)	0.0009 (0.000)	0.0021 (0.000)
남성 여부	-0.0041 (0.903)	-0.0626 (0.097)	0.0180 (0.736)	0.0621 (0.247)	-0.0197 (0.576)	-0.0042 (0.900)	-0.0135 (0.778)	0.0372 (0.601)
배우자 유무	0.2033 (0.000)	0.0934 (0.054)	0.1901 (0.004)	0.1085 (0.067)	0.0578 (0.232)	-0.0653 (0.118)	-0.0533 (0.457)	0.0262 (0.835)
자녀 수	-0.0755 (0.000)	-0.0915 (0.000)	-0.0908 (0.000)	0.0642 (0.000)	-0.0742 (0.000)	-0.0773 (0.000)	-0.0764 (0.000)	0.0511 (0.009)
노인 수	0.2031 (0.000)	0.3006 (0.000)	0.1725 (0.000)	0.0118 (0.736)	0.1238 (0.000)	0.2598 (0.000)	0.0869 (0.001)	-0.0493 (0.069)
가구 소비	4.43E-08 (0.000)	2.72E-08 (0.000)	5.09E-08 (0.000)	2.70E-08 (0.000)	3.53E-08 (0.000)	1.86E-08 (0.000)	4.01E-08 (0.000)	2.10E-08 (0.000)
상수	14.5477 (0.000)	11.5024 (0.000)	14.0033 (0.000)	15.4138 (0.000)	15.5654 (0.000)	12.1006 (0.000)	15.4290 (0.000)	16.8395 (0.000)
Adj. R-squared	0.0873	0.0725	0.0607	0.0626	0.069	0.0510	0.0459	0.0628

주: () 안은 P-value

〈부표 2-9〉 90%순위 의료지출 요인분석

	전체샘플				부분샘플			
	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품	총의료비	약제비	의료 서비스	의료용품
조세 가격	0.0008 (0.010)	0.0013 (0.000)	0.0005 (0.300)	0.0017 (0.000)	-0.0011 (0.137)	0.0000 (0.978)	-0.0021 (0.005)	0.0005 (0.675)
가구 소득	-8.33E-09 (0.000)	2.23E-09 (0.311)	-6.83E-09 (0.001)	-1.55E-09 (0.413)	-6.72E-09 (0.009)	2.80E-09 (0.149)	-8.81E-09 (0.010)	2.21E-10 (0.950)
가구 소득 ²	5.36E-18 (0.666)	-2.52E-17 (0.252)	-3.01E-17 (0.016)	6.74E-18 (0.522)	-1.25E-17 (0.602)	-2.78E-17 (0.078)	3.94E-18 (0.891)	-2.57E-18 (0.916)
가구주 연령	-0.0546 (0.000)	0.0128 (0.001)	-0.0536 (0.000)	-0.1667 (0.000)	-0.0722 (0.000)	0.0032 (0.670)	-0.0700 (0.000)	-0.2117 (0.000)
가구주 연령 ²	0.0006 (0.000)	-0.0000 (0.407)	0.0006 (0.000)	0.0016 (0.000)	0.0008 (0.000)	0.0001 (0.323)	0.0008 (0.000)	0.0021 (0.000)
남성 여부	-0.0329 (0.411)	-0.0360 (0.209)	0.0039 (0.921)	-0.0007 (0.987)	-0.0543 (0.306)	0.0222 (0.527)	0.0089 (0.883)	0.0629 (0.287)
배우자 유무	0.1821 (0.000)	0.0494 (0.164)	0.1401 (0.043)	0.1813 (0.007)	-0.0105 (0.897)	-0.0018 (0.960)	-0.0906 (0.281)	0.0724 (0.544)
자녀 수	-0.1010 (0.000)	-0.0872 (0.000)	-0.1298 (0.000)	0.0216 (0.140)	-0.0902 (0.000)	-0.0712 (0.000)	-0.1178 (0.000)	0.0158 (0.422)
노인 수	0.1775 (0.000)	0.2759 (0.000)	0.1580 (0.000)	0.0554 (0.168)	0.1176 (0.001)	0.2249 (0.000)	0.0734 (0.015)	-0.0154 (0.738)
가구 소비	4.92E-08 (0.000)	2.57E-08 (0.000)	5.30E-08 (0.000)	2.53E-08 (0.000)	3.95E-08 (0.000)	1.50E-08 (0.000)	4.36E-08 (0.000)	2.06E-08 (0.000)
상수	14.8170 (0.000)	11.9547 (0.000)	14.4662 (0.000)	15.7444 (0.000)	15.7192 (0.000)	12.5543 (0.000)	15.4499 (0.000)	16.9319 (0.000)
Adj. R-squared	0.0925	0.0731	0.0653	0.0627	0.0808	0.0546	0.0590	0.0567

주: () 안은 P-value

<국문요약>

소득세제와 의료수요

전병목 · 성명재 · 신현웅 · 신영석

의료비 소득공제제도는 근로자의 의료비 부담을 경감하기 위해 운용되는 제도이다. 그러나 의료비 공제제도는 의료서비스에 대한 가격을 하락시켜 의료수요를 증대시키는 부작용도 있다. 본 보고서에서는 이를 개선하기 위해 의료수요에 대한 가격탄력성을 추정하고 외국의 의료수요관리 정책을 감안하여 의료비 소득공제제도의 개선방안을 도출한다.

의료비 소득공제의 혜택을 받는 계층의 의료수요 가격탄력성은 -0.16 수준으로 미국, 캐나다 등을 대상으로 한 선행연구 결과인 -0.2~-0.5의 낮은 수준에 가까운 결과이다. 낮은 탄력성 수준에도 불구하고 의료비 소득공제제도의 의료수요 증대 효과를 확인할 수 있다. 외국의 의료수요 통제정책 중 우리나라에 도입 가능한 정책은 의료저축계좌 제도로 평가된다. 주요 의료지원은 건강보험제도를 통해 이루어지고 있어, 의료비 소득공제를 의료저축계좌제도로 전환하는 것은 제도간 역할분담 측면에서도 바람직하다. 의료저축계좌제도로의 전환은 가격 인하로 인한 의료수요 증가를 효과적으로 통제할 뿐만 아니라 조세지원의 소득계층간 형평성을 제고하는 효과가 있는 것으로 나타났다.

본 보고서는 연구결과를 바탕으로 다음의 정책대안을 제시한다. 우선 소득공제대상 의료비 지출에서 민간보험회사로부터 지급받은 의료비는 중복지원의 의미가 있으므로 제외하여야 한다. 두 번째는 보약, 성형수술 등 미용 목적의 의료비 지출도 노동능력 유지를 위한 의료비 지원이라는 제도 취지에서 벗어나므로 과세특례를 2009년 말로 종료하여야 한다. 세 번째는 안경, 콘택트렌즈 등의 의료기기 지출비용도

소비재적인 성격이 강하므로 기초공제의 범위에 포함되는 것이 바람직하다. 마지막으로 의료비 소득공제제도가 야기하는 의료수요 증대효과를 차단하기 위해 의료저축계좌로 전환하는 것을 검토할 수 있다. 의료저축계좌로의 전환은 공제로 인한 의료수요 증가를 방지하고 계층별 조세지원의 형평성을 제고할 수 있는 우수한 대안이다.

〈Abstract〉

Tax Credits and medical expenditure

Jeon, Byung Mok · Sung, Myung Jae
Shin Hyun-woong · Shin, Young-sok

Income deduction of medical expenditure is introduced to relieve taxpayer's burden. This also induces unexpected increase of medical demand because of the price effect. The income deduction of medical expenditure decreases taxpayer's real price of medical services. This book estimates price elasticity of medical expenditure and explores policy alternatives to relieve taxpayer's medical costs. We also review income deduction of medical cost of advanced countries and derive short-term policy implications.

Using Korean household survey, we estimate price elasticity of medical expenditure. Change of tax price comes from income tax rate cut in 2005. When we use the data that can claim income deduction of medical costs, the elasticity is -0.16. Which is at the lower end of other countries case, -0.2~-0.5 for U.S and Canada. Though the elasticity is smaller than those of other countries, we can verify that income deduction of medical costs increases taxpayer's medical demand.

Considering other countries demand side policies, we propose a health saving account instead of income deduction of medical costs. New proposal can control additional increase of medical demand which comes from current income deduction policy. And this also improve equity among taxpayers.

This book also proposes several other policy alternatives. Under the current regime, we need to subtract medical cost paid by private insurance companies from the deductible medical expenditure. Secondly, the scope of income deduction need to be reduced under diagnosis, cure or treatment, mitigation standards. Thirdly, income deduction of medical equipment purchasing costs may be reviewed. Costs for eye glasses, contact lens, hearing aid, etc are normal cost which covered by basic deductions.

〈著者略歷〉

전병목

서울대학교 자원공학과 졸업

미국 Rice University 경제학 박사

현, 한국조세연구원 연구위원

성명재

서울대학교 경제학과 졸업

미국 University of Wisconsin-Madison 경제학 석·박사

현, 한국조세연구원 선임연구위원

신현웅

연세대학교 보건행정학과 졸업

고려대학교 일반대학원 보건학 박사

현, 한국보건사회연구원 사회보험연구실 부연구위원

신영석

성균관대학교 무역학과 졸업

미국 Northern Illinois University, 국제경제학 박사

현, 한국보건사회연구원 사회보험연구실 실장

자료 수집 및 정리

이은경 한국조세연구원 연구원

이준성 한국조세연구원 연구원

研究報告書 09-03
소득세제와 의료수요

2009년 12월 23일 인쇄
2009년 12월 30일 발행

저 자 진병목 · 성명재 · 신현웅 · 신영석
발행인 원윤희
발행처 한국조세연구원

138-774 서울특별시 송파구 방죽말길 28

전화 : 2186-2114(대), www.kipf.re.kr

등 록 1993년 7월 15일 제21-466호

조판및
인쇄 일지사

© 한국조세연구원 2009

ISBN 978-89-8191-447-9

* 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.

값 8,000원