Ⅳ 제언

1. 실손의료보험 지속성·편의성 제고를 위한 과제

가. 소비자 지속성 제고를 위한 고령기 보험료 부담 완화 방안 마련

실손의료보험은 질병을 주로 보장하는 실손형 보험상품이다. 질병은 상해와 달리 나이가 들수록 발생률이 증가하는 특성이 있는데, 특히 고령기에는 질병 발생률의 증가가 매우 가파르게 된다. 보험의 위험보험료는 위험의 크기에 비례하여 비싸지게 되므로, 실손의료보험의 보험료는 의료 환경 등이 동일하게 유지된다고 하더라도 실손 가입자(피보험자)의 나이가 증가하면서 비례하여 증가하게 되고, 특히 고령기에 들어서면 보험료 인상폭은 매우 커질 수밖에 없는 구조이다. 더욱이 보장 구조가 발생한 만큼 지급하는 실손형이다. 보니 의료수가나 의료기기 단가가 증가하고, 의료이용이 증가할수록 보험금은 더 많이 지급될 수밖에 없다. 이에 따라 고령기에는 높아진 질병 발생률(노출 위험)과 빈번해진 의료이용으로 부담해야 하는 실손보험료는 매우 비싸지고, 다른 연령층에 비해 매년 더 높은 보험료 인상률을 적용받게 되어, 실손의료보험의 계약 유지가 어려워질 가능성이 매우 높다.

앞서 살펴보았듯이 우리나라는 주요국에 비해 개인의료비 부담이 매우 큰 상황에서, 비급여 관리가 전제되지 않는 현 상황에서 개인의료비 조달의 책임을 개인에게 부여하는 의료저축계좌의 도입은 공공부문의 보장성을 강화하려는 현 기조와 상충될 수밖에 없다.

2025년 초고령화 사회 진입이 예상되고, 실손의료보험 가입자의 연령대가 계속 높아지고 있는 상황에서, 실손의료보험 수요의 지속성 제고를 위해서는 가입자의 고령기 보험료 납부 부담을 완화해 주는 방안 마련이 선결되어야 할 과제라고 판단된다. 특히 우리나라에서 개인의료비의 부담이 크고, 실손의료보험의 상당 부분이 비급여에서 발생된다는 점을 고려하여 현실에 잘 작동할 수 있는 방안 검토가 요구되고 있다.

앞에서 살펴본 바와 같이 고령자의 실손의료보험 보험료 부담을 완화해주기 위한 방안으로 ① 고령기의 보험료 일부를 상대적으로 보험료가 저렴하고 보험료 부담 여력이 있는

젊었을 때 미리 받아 고령기에 사용할 수 있도록 고령화 적립금 형태로 운영하는 방안(평준보험료제도), ② 고령기의 의료비 및 실손보험료 일부를 젊었을 때 미리 본인의 계좌에 충당해 놓는 방식(의료저축계좌)가 있다.

우리나라에서도 미국 등과 같은 의료저축계좌의 도입 논의가 오랫동안 이어져 왔고, 그 결과 2013년에 연금저축에 의료비연금계좌 형태[88]로 도입되었다. 논의 과정에서 비급여 의료비를 충당하기 위한 별도 저축계좌에 정부의 세제 혜택을 부여하는 것에 대한 사회적 공감대가 형성되지 못했다. 이에 따라 개인연금의 활성화를 위한 목적의 일환으로 기존 연금저축 상품에 의료비를 인출할 수 있는 기능을 추가하는 정도의 제한적인 형태로 도입되었다고 볼 수 있다. 〈표 Ⅳ-1〉는 우리나라 의료비연금계좌의 내용을 요약하고 있다. 사실상 기존 연금저축 중에서 하나의 계좌를 의료비연금계좌로 지정하면 의료비 지출을 소명했을 때 연간 1,200만 원 한도의 분리 과세 한도를 그만큼 추가 적용해주는 형태이며, 따라서 별도의 의료저축계좌라고 하기에는 한계가 있다.

〈표 Ⅳ-1〉 우리나라 의료비연금계좌 개요

구분	내용
운영 기관	연금저축 사업자(은행, 보험회사, 자산운용사 등)
상품 구조	연금계좌 가입자는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정 가능 (단, 연금계좌취급자의 동의 필요)
인출 조건	만 55세 이후 가입일로부터 5년이 지난 후 본인의 의료비 사용 목적
인출 방법	의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 서류(의료비인출 신청서, 의료비 확인 서류)를 연금계좌취급자에게 제출
과세	• 수령액에 관계없이 연금소득세(3.3~5.5%)로 분리과세 (단, 의료비 인출액은 연간 연금수령한도(1,200만 원)에 포함되지 않음) • 만 55세 이후 가입일로부터 5년이 지난

자료: 「소득세법 시행령」 제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등); 제40조의2(연금계좌 등)

한편, 평준보험료 방식은 독일과 같이 공보험의 대체형으로 운영되어 연령준비금이 노년까지 지속적으로 유지될 수 있는 민영건강보험에 적용될 수 있는 것으로, 우리나라의 실손의료보험과 같이 임의 가입 및 탈퇴 자유가 있는 보완형에 직접 적용하는 데에는 다소 무리한 면이 있을 것으로 판단된다.

88) 금융위원회 보도자료(2013. 8), “개인연금 활성화 방안”, pp. 3~4 참조

다만, 평준보험료의 도입 취지가 고령기의 높은 보험료 부담을 낮추는 것에 있고, 의료저축계좌는 고령기의 의료비·건강보험료로 활용하기 위한 제도라는 점에서, 평준보험료 적용에 따른 연령준비금의 역할과 같은 기능을 의료저축계좌가 수행하도록 하는, 즉 '한국형 평준보험료- 의료저축계좌 연계 방안'을 검토해 볼 필요도 있다.

나. 공급의 지속성을 위한 실손보험금(비급여) 관리체계 강화[89)]

공·사 건강보험의 효율적인 운영을 위해서는 부적절한 의료서비스의 수요와 공급에 대한 통제가 중요하다. 그간 백내장 수술과 관련하여 표준약관이 개정되거나 보장성 강화 정책으로 급여화가 된 시점을 전후로 실손보험금 청구 항목과 금액이 임의적으로 변하였거나 급격히 인상되었는데, 이는 비급여 관리가 제대로 이뤄지지 않고 있는 전형적인 사례로 볼 수 있다. 우리나라는 다른 나라에 비해 국민건강보험공단의 견제가 미치지 않는 비급여 영역이 넓은 편임에도, 비급여에 대한 의료 공급의 통제 제도나 관리 체계가 매우 미흡한 것으로 평가된다.

독일의 경우 민영건강보험 적용에 대한 의료수가 가이드라인(GOÄ)을 의료기관협회가 작성하고 의료기관은 이를 준수하고 있다. GOÄ에 따라 의료기관이 일정 수준 이상의 의료수가를 책정하고자 할 경우 진료 후에 보험회사에 가격 책정 사유를 제출하거나 진료 전에 보험회사와 미리 합의를 하도록 하고 있다. 또한, 호주의 경우 의료기관은 공적건강보험수가인 메디케어수가(MBS)에 따라 민영건강보험의 수가를 책정하되, MBS 이상의 의료수가를 책정해야 할 경우 보험회사와 사전에 합의를 하도록 하고 있다. 상기 사례에서와 같이 주요국의 경우 공적건강보험이 보장하지 않는 영역(비급여)이라 하더라도 적용 수가에 대해서는 정부당국 또는 보험회사가 의료기관과의 의료수가 협상 등을 통해 적절한 비급여 가격을 유도하도록 하고 있다.

해외 사례를 참고하여 우리나라에서도 합리적 비급여 공급 및 관리체계 구축을 검토할 필요가 있다. 먼저 정부·보험회사·의료기관 간의 협의하에 비급여 표준수가 가이드 도입을 제안한다. 독일의 GOÄ 사례를 참고하여 가이드상에 비급여 항목별 기준 급여 대비 표준수가 및 가중치, 상한금액 등을 명시할 수 있다. 또한, 체계적인 비급여 관리를 위한 컨트롤타워((가칭) 비급여비의료비정책위원회)의 신설을 검토할 것을 제안한다.

89) 정성희 외(2022)

다. 소비자의 실손보험금 청구 편의성 제고를 위한 청구전산화 도입

실손보험금의 청구전산화는 오프라인(종이문서 중심)에서 온라인(전자)으로 전환하는 것으로, 보험금 청구자(보험가입자, 의료기관)와 보험금 지급자(보험회사) 간의 편익 제고를 목적으로 하고 있다. 앞의 해외사례에서 살펴본 바와 같이, 프랑스의 경우 보험가입자는 의료기관에 건강보험카드 제시로 청구를 갈음하며, 의료기관은 중계기관(건강보험공단)에 전자청구서를 전송하고, 중계기관은 계약관계에 있는 보험회사에 전자청구서를 최종 전송하도록 하고 있다. 영국 의료기관은 보험가입자를 대신하여 중계기관(중간결제회사)에 전자청구서를 전송하고, 중계기관은 전자청구서의 유효성을 테스트한 후 보험회사에 최종 전송하고 있다.

국내에서도 보험회사가 의료기관, ICT 사업자 등과 제휴를 통해 실손의료보험 청구전산화 확대에 노력해 왔으나, 뚜렷한 성과를 거두지는 못하고 있다. 2020년 손해보험회사 보험금 청구 건 중에서 약 0.11%만 청구전산화로 접수되고 있는 실정으로, 청구전산화의 효용성 제고를 위해서는 실손보험금 청구 건의 약 70% 이상을 차지하는 적극적인 병·의원급의 참여가 필요하다.[90] 특히, 별도의 중계기관이나 제도적 지원이 부재한 상황에서 다양한 공급자들 간에 표준화되지 않은 방식의 전자문서 중계서비스를 제공하고 있어, 경우에 따라서는 특정 공급자의 사정으로 관련 서비스가 종료되는 등으로 인한 소비자의 혼란과 민원의 우려도 크다. 또한, 보험회사와 의료기관 간의 여러 시스템을 중복으로 구축하거나 운영함에 따른 불필요한 비용이 증가할 가능성도 존재한다.

실손의료보험은 전 국민의 약 75%[91]가 가입하고 있고, 연간 청구 건이 1억 건 이상[92]인 점을 고려해 볼 때, 실손의료보험의 청구전산화는 사회적 편익을 제고하는 방향으로 적극적인 검토가 필요하다. 먼저 보험가입자의 청구 간편성 제고를 위해 보험가입자의 요청에 따라 청구에 필요한 증빙서류가 의료기관에서 보험회사로 전자적으로 전송될 필요가 있다. 그리고 사각지대가 발생하지 않도록 모든 요양기관(9.7만여 개)[93]과 보험회사(30개)를 표준적인 전자정보전송시스템으로 연결할 필요가 있다. 마지막으로 보험가입자의 개

90) 정성희·문혜정(2021b)

91) 2020년 3월 피보험자 기준 3,864만 명임(개인·단체·공제 실손의료보험 포함, 중복 가입자는 제외함)

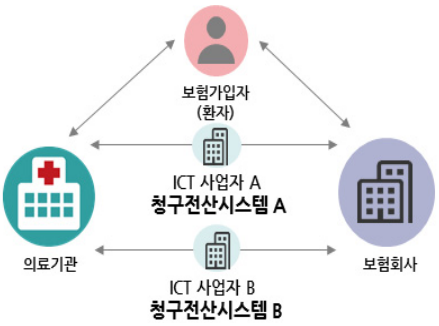
92) 2020년 10,626만 건으로 2017년(5,606만 건) 대비 90% 증가함

93) 2021년 7월 20일 기준 97,763개: 상급종합병원 45개, 종합병원 319개, 병원 1,409개, 의원 33,531개, 요양병원 1,466개, 치과병원 236개, 치과의원 18,459개, 한방병원 440개, 한의원 14,552개, 약국 23,586개 등임

인정보보호를 위해 법령에서 정한 중계기관을 통해 청구전산시스템을 운영 및 관리할 필요가 있다.

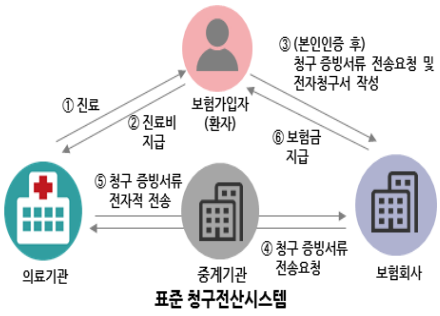
〈그림 Ⅳ-1〉 청구전산시스템 운영 현황

민간 자율방식의 청구전산시스템 운영



〈그림 Ⅳ-2〉 사회적 편익을 고려한 청구전산화(안)

중계기관 방식의 청구전산시스템 운영



2. 공·사 건강보험 역할 정립을 위한 과제

가. 국민 후생의 관점에서 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 필요성 검토

우리나라의 급여 본인부담금 보장 문제와 관련해서 해외 사례에 의한 논의 이외에도 두 가지 지적할 사안이 있다.

첫째, 우리나라의 법정 본인부담금 규모가 보장 제외를 적용할 만큼의 수준에 있는가 하는 문제이다. 우리나라에서 전체 진료비에서의 급여 본인부담률은 20% 수준에 이르고 있고, 특히, 비급여를 제외한 진료비를 기준으로 보아도 본인부담률은 25% 수준으로 나타난다. 또한 다른 국가의 보장률을 우리나라의 기준을 통해 파악하기 위해서 경상의료비에서 진료비에 해당하는 항목을 추려서 보장률을 비교해 보았다. 우리나라의 보장률은 다른 국가와 비교할 때 현저히 낮다는 것을 알 수 있다.

〈표 Ⅳ-2〉 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황(2011~2020년)

(단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
건강보험 보장률	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3
급여 본인부담률(A)	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5
비급여 본인부담률(B)	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2
개인 직접부담률(A+B)	37.0	37.5	38.0	36.8	36.6	37.4	37.3	36.2	35.8	34.7

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험 보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치임

자료: 국민건강보험 보도자료(2021. 12. 30)

〈표 Ⅳ-3〉 주요국 건강보험 보장률(추정) 및 공공재원 비율

(단위: %)

국가	건강보험 보장률 추정(진료비 기준)	공공재원 비율(경상의료비 기준)
호주	83.2	67.4
프랑스	91.8	83.7
독일	92.0	85.0
일본	88.4	84.3
한국	64.9	60.8
미국	73.8	84.8

주: 1) 진료비=치료서비스(HC.1)+재활서비스(HC.2)+보조서비스(HC.4)+처방의약품(HC.5.1.1)
2) 경상의료비=개인의료비(HC.1~5)+보건의료비(HC.6,7)
3) 공공재원 비중=정부·의무가입제도/경상의료비
4) 2019년 자료 기준(없는 경우 최근 자료)

자료: OECD(2020)

둘째, 우리나라의 경우도 프랑스와 스위스의 공제액과 같이 법정 본인부담금 중에서 민영건강보험이 보장할 수 없는 부분이 이미 존재하고 있다는 것이다. 실손의료보험은 2009년 처음으로 표준화된 이후 급여 본인부담금 중에서 자기부담률은 점차적으로 인상해 왔으며 현재 4세대 상품의 경우 20%가 적용되고 있다. 결국 우리나라도 법정 본인부담금의 20%는 환자 본인이 납부할 수밖에 없는 것이다.

〈표 Ⅳ-4〉 우리나라 실손의료보험 자기부담률 변화 추이

(단위: %)

구분	시기	급여 본인부담금	비급여
1세대	~2009. 9	• 손해보험회사: 0	• 생명보험회사: 20
2세대	2009. 10	10	10
	2013. 1	• 표준형: 20 • 선택형: 10	• 표준형: 20 • 선택형: 10
	2015. 9	• 표준형: 20 • 선택형: 10	20
3세대	2017. 4	• 표준형: 20 • 선택형: 10	20(3대 비급여 특약: 30)
4세대	2021. 7~	20	30

자료: 금융위원회 보도자료(2009. 9; 2013. 1; 2015. 5; 2017. 3; 2020. 12)

마지막으로 공보험의 보완형으로 운영되고 있는 해외의 민영건강보험에서도 스위스 등의 일부를 제외하고 거의 모든 국가에서 공보험이 보장하지 않는 영역(비급여)을 포함하여 공보험의 보장 영역 중에서 환자본인부담금의 일부 혹은 전부를 보장해 주고 있는 점을 참고할 필요가 있다. 적어도 소비자가 자유롭게 선택해서 가입할 수 있는 민영보험은 보장의 수요가 있는 곳에서 공급이 형성되는 자유 시장의 원리가 작동되어야 한다. 다만, 시장의 원리를 보장함에 앞서, 민영보험의 급여 본인부담금 보장이 사회에 미치는 영향, 즉 국민의 후생(건강보장) 증진이라는 긍정적인 측면뿐만 아니라 국민건강보험의 재정 부담이라는 우려를 포함하여 종합적인 검토가 필요할 것으로 생각된다.

나. 의료비 발생 시점과 본인부담상한제 지원 시점 간격 축소

해외사례에서 살펴봤듯이 전 국민 대상의 공적건강보험을 시행하는 국가에서는 공보험 영역에서 발생하는 환자부담금을 경감해 주는 제도로 우리나라의 본인부담상한제와 같은 제도를 널리 운영하고 있으며, 우리나라와 동일하게 공보험의 재원으로 운영되고 있으며, 그 결과 공보험의 급부에 해당된다. 독일의 사례에서 보듯이 단기간 내에 본인부담금이 상한금액에 도달할 것으로 예상하는 경우에는 사전에 건강보험회사(민영)에 상한금액만큼을 지불하고 본인부담금 면제 카드를 수령할 수 있도록 하는 것으로 유추해서 확인할 수 있는 면이다.

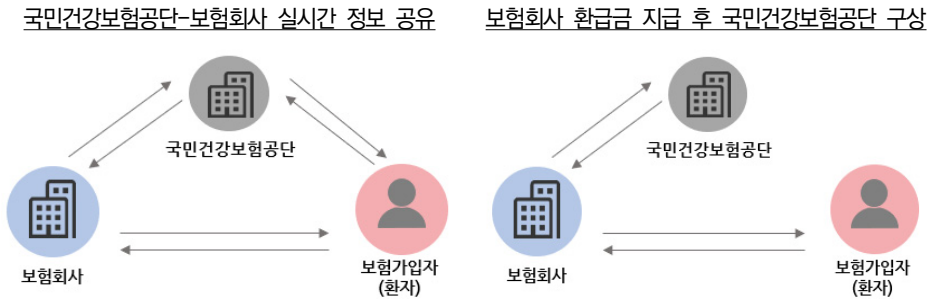
〈표 Ⅳ-5〉 본인부담상한제의 주요 쟁점과 검토 의견

쟁점	검토 의견
환급금의 성격	• 환급금이 지급된 만큼 급여 본인부담금이 감소하므로, 환급금의 성격은 급여공단부담금과 동일함
공·사 보험의 관계	• 실손의료보험은 보완형으로 기능하므로 공보험 보장성 확대 시 실손의료보험 보장 대상이 감소하는 것은 당연함
보험회사 이익 여부	• 환급금 공제가 보험회사의 이익이 된다고 볼 수 없고, 오히려 보험료 부담의 적정화는 전체 계약자에게 이익이 됨
실손보상원칙 (이득금지원칙)	• 환급금에 대한 실손보상원칙의 예외를 인정하여 이중지급을 허용해야 하는 정책적 필요성이 불명확함 • 반면, 과잉진료 및 보험사기 유발 등 부작용 우려가 큼
보험계약자 평등 원칙	• 보험계약자 평등 원칙은 동일보험료-동일보험금을 의미하는 것은 아님 • 실제 지출하지 않은 의료비를 보상하지 않는다고 하여 보험계약자 평등의 원칙에 반한다고 볼 수도 없음
소비자 보호	• 의료비 이중지급이 취약계층에 대한 적절한 지원 방법이라고 보기는 어려움 • 오히려 본인부담상한제의 지속가능성을 저해할 우려가 있음

자료: 황현아·정성희·손민숙(2021)

우리나라의 현행 법률로 판단해 보더라도 본인부담상한액 초과금의 경제적 실질은 급여공단부담금과 동일하고, 현행 실손의료보험 표준약관에서는 본인부담상한제에 따라 건보공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 보상 대상에서 제외하고 있기 때문에, 실손의료보험에서 보장하지 않는 것이 타당하다. 다만, 현행 상한액 초과금의 지급 방식은 사전급여와 사후환급으로 구분되는데, 사후환급의 경우 진료비 발생 시점과 환급금 지급 시점에 시차가 있어서 일시적인 의료비 보장 공백이 발생하고 있다. 따라서 소비자의 보장공백을 해소하고 이에 대한 민원 요인을 줄여나가기 위해서는 의료비 발생 시점과 지원 시점 간의 시차를 최대한 줄이는 방향으로 해결하는 것이 합리적인 대안이 될 것이다. 예를 들어, 보험회사가 실손보험금 청구자의 소득분위와 무관하게 보험금 전액을 청구자에게 지급한 이후 청구자의 정보를 국민건강보험공단에 제공하면, 국민건강보험공단은 차년도에 급여 본인부담금 환급 시점에서 전년도에 지급된 실손보험금에 해당되는 금액을 보험회사에 정산하고 잔여 환급액을 청구자에게 지급하는 방법을 고려해 볼 수 있다. 이를 위해서는 보험회사와 국민건강보험공단 간에 정보교환체계 구축이 필요할 것으로 보인다.

〈그림 Ⅳ-3〉 의료비 발생 시점과 지원 시점 간의 시차 축소 방안



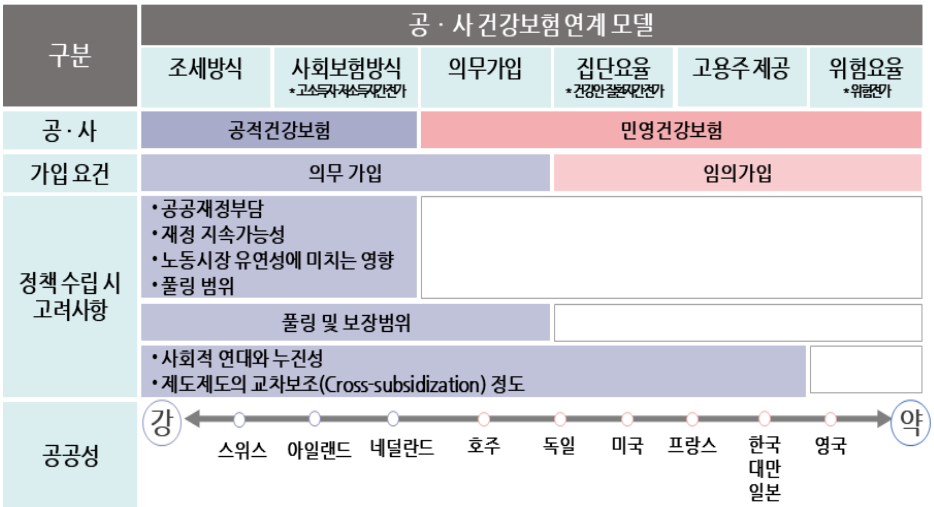
다. 민영건강보험 규제·관리 관련 논쟁

주요 국가들을 살펴보면 민영건강보험이 위험요율에 의해 보험료가 산출되고 임의가입 금융상품인 경우(영국, 프랑스 등) 금융당국이 주무부처가 되는 것이 일반적이다. 그러나 독일의 경우에는 보완형 민영건강보험뿐만 아니라 공적건강보험을 대신하는 대체형 민영건강보험의 경우에도 연방 금융감독청(Federal Financial Supervisory Autority; BaFin)에서 관리·감독한다. 한편, 네덜란드와 미국과 같이 민영건강보험이 공적건강보험의 역할을 하는 경우에는 의무가입인 민영건강보험에 대해 보건당국이 주무부처가 되기도 하며 이 때 보험회사가 가입자를 선별할 수 없도록 지역요율을 적용한다.

우리나라는 국민건강보험은 보건복지부에서, 실손의료보험은 금융위원회에서 각각 관리·감독하고 있다. 그러나 보건복지부는 주요국(미국, 호주)의 경우 보건당국에서 민간의료보험의 보상내용·보험료 등에 대해 관리·감독하고 있는 점을 고려할 때 우리나라 역시 공·사 의료보험 관련 정책에 대한 일관성 확보를 위하여 보건의료정책적 관점에서 일정 수준의 관리·감독이 이루어질 필요가 있다고 보고 있다. 그 결과, 공·사 의료보험 연계법의 소관 부처, 연계심의위원회의 소속 등에 대해 보건당국과 금융당국이 엇갈린 입장을 보였지만, 공·사 보험 정책협의체의 논의 끝에 공동 소속으로 설치하기로 합의하여 국민건강보험법과 보험업법 일부 개정을 진행 중이다.

정부의 적절한 개입이 없을 경우 민영의료보험시장에서 수요와 공급 간의 효율적인 균형을 기대하기 어렵기 때문에, 시장 성장을 위해서 규제는 필요악으로 작용해야 하는데, 대표적인 규제 사례로 민영의료보험의 역선택 및 위험선택을 완화하기 위해 모든 국민의 민영보험 강제 가입, 보험회사의 무심사 인수, 면책 항목(Exclusion) 및 대기기간 제한, 위험

평준화 체계 등이 적용된다고 볼 수 있다.

공·사 보험의 관계를 어떻게 설정하느냐에 따라 효율적인 보완관계가 될 수도 있겠지만 경우에 따라서는 불필요한 중복, 과도한 비용의 부담, 그리고 무분별한 의료서비스의 과다 이용 등의 문제가 발생할 수 있다. 또는 사회보험으로서 국민건강보험의 역할이 축소되거나 민영건강보험의 비중이 높아져 경제적 여유가 있는 사람들만 보다 나은 의료서비스를 받을 수 있는 상황도 발생할 수도 있다. 공·사보험 연계 방식은 조세 또는 사회보험 방식 여부, 민영건강보험 의무가입 여부, 요율 체계 등에 따라 다양한 모델이 존재한다. 그리고 한 국가에서 공·사 건강보험의 모델이 어떠한 유형인지에 따라서 규제당국이 정책 수립 시 고려하는 사항이나 강도도 달라진다. 우리나라의 실손의료보험은 공보험의 보완형으로 도입된 만큼 보완형에 맞는 바람직한 민영건강보험의 역할 정립과 이를 위한 공·사 간 협력이 필요하다.

〈그림 Ⅳ-4〉 공·사 건강보험 연계 모델