

◆ 민영건강보험 활성화를 통한 바람직한 의료보장체제 구축

김세환 수석연구원

1. 서론

신정부가 지속가능한 의료보장체제 구축이라는 국정과제 아래 영리의료법인 설립 허용과 민간의료보험을 활성화하기로 함에 따라 우리나라 보건의료시스템의 재편이 예상되므로 민영건강보험도 국민건강보험 보충형 건강보험으로서 의료서비스의 재원조달기능을 충실히 수행할 수 있도록 하는 의료보장체제 구축이 필요

- 1977년 7월에 도입된 우리나라의 국민건강보험제도는 보험급여 범위의 제한, 지역·직장 가입자 간 보험료부담의 불공정성, 의료니드의 다양화에 대한 대응 미흡 등을 이유로 개혁이 요구되고 있음.
- 지난 2월 출범한 이명박정부의 대통령직인수위원회는 능동적 복지란 국정지표 아래 지속가능한 의료보장체제 구축(건강보험 재정 안정화)이라는 핵심 국정과제를 제시하였음.
- 또한 기획재정부는 3월 10일 대통령업무보고에서 7%의 성장 능력을 갖춘 경제를 만들기 위한 실천계획의 일환으로 해외 의료소비를 국내로 전환하기 위해 영리의료법인 설립을 검토하고 다양한 의료서비스가 제공될 수 있도록 민간의료보험을 활성화하기로 하였음.
- 향후 의료공공성을 강화하면서도 의료서비스를 산업화할 수 있는 방향으로 우리나라의 보건의료시스템이 재편될 것이 예상됨에 따라 보건의료의 재원조달을 담당하고 있는 한 축인 보험산업도 보건의료시스템의 재편논의에 적극 참여할 필요가 있음.
- 보험산업은 국민들의 의료보장성 강화라는 공익적 목적에 기여함과 동시에 신성장동력의 마련과 안정적인 사업기반을 확보할 수 있는 기회로 이를 활용하여야 할 것임.

2. 민영건강보험¹⁾ 활성화의 필요성

국민건강보험의 경우 노인의료비의 급증으로 인한 재정수지 악화가 지속될 것으로 예상되므로 민영건강보험에 투입되고 있는 민간자원을 활용한 의료보장성 강화가 필요

- 보건정책당국은 국민의 의료보장성 강화라는 정책목표 달성을 위해 국민건강보험에만 주로 의존하여 왔으나, 민영건강보험은 보건당국의 정책적 지원이 없음에도 불구하고 국민건강보험을 보충하여 의료보장성을 강화하는 데 기여하여 왔음.
- 이에 비해 OECD 국가들 중 상당수의 국가는 공사건강보험의 조화로운 발전이 보건의료시스템의 발전에 도움이 된다고 판단, 민영건강보험시장에 적극 개입하고 재정보조금과 기타 세제상의 혜택을 도입하여 민영건강보험시장을 발전시켜 왔음.
- 우리나라는 전세계에서 가장 빠른 속도로 노령화가 진행되고 있으므로 향후 의료보장성을 현재와 동일하게 유지한다고 하더라도 노인의료비의 급증으로 인한 급격한 재정수지 악화와 이를 보전하기 위한 국민건강보험료의 인상 및 국고 지원이 불가피한 실정임.
- FY2006을 기준으로 보면 매년 우리나라 국민들이 건강보장을 위해 민영보험회사에 납입하는 총보험료는 7조 4,623억원(저축성 보험료 제외)이며, 민영보험사는 이중 6조 665억원을 보험금으로 지급
 - 동 자원이 국민들의 의료보장성 강화를 위해 보건산업에 직접 공급되고, 정부당국의 적극적 개입과 지원으로 효율적인 운영이 이루어질 경우 추가재원의 투입 없이도 의료보장성을 현재 수준보다 더욱 강화할 수 있을 것으로 기대됨.
 - 따라서 기초적이고 필수적인 의료서비스는 국민건강보험을, 그 이상의 선택적 의

1) 민영건강보험은 상해나 질병을 보험사고로 하는 모든 보험상품, 즉 의료비용보험(Medical Expense Insurance)과 장기간병보험(Long-term Care Insurance), 소득보상보험(Disability Income Insurance) 등을 총칭하는 개념임. 그러나 본고에서 민영건강보험이라 함은 의료비용보험 중 질병이나 상해 발생시 미리 정해진 보험금을 지급하는 정액형 상품이 아니라 실제발생한 의료비를 보상해주는 실손의료비보장보험에 한정하는 개념으로 사용됨.

료서비스는 민영건강보험을 통해 보장하도록 하여 국민건강보험과 민영건강보험의 상호보완적인 발전을 도모하는 방향의 보건의료정책 수립이 필요

<표 1> 민영건강보험시장 규모 추정(FY2006)

(단위:억원)

구 분		건강보험료	지급보험금 (손해액)	지급률 (손해율)	보험료비중
생명 보험	정액형	58,549	47,193	80.6%	11.8%
	손해 보험	7,964	6,152	77.2%	2.8%
	실손형	8,111	7,321	90.3%	2.8%
합 계		74,623	60,665	81.3%	9.5%

주 : ① 생명보험의 건강보험 보험료는 입원, 진단, 수술, 장해 등을 담보하는 위험보험료에 사업비를 부과한 금액임.
 ② 손해보험의 건강보험료는 장기보험 및 상해보험의 질병 및 상해담보 경과위험보험료에 사업비를 부과한 금액임.
 ③ 보험료 비중은 일반계정 수입보험료에서 건강보험이 차지하는 비중임
 자료 : 보험통계연감, 생명보험 경험통계연보, 보험개발원 기초통계자료

3. 민영건강보험의 발전모델

전국민건강보험 체제 하에서 민영건강보험은 의료의 접근성 강화와 국민의 보건수준 향상을 위해 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 모두 보장하는 보충형모델로 발전하는 것이 바람직함.

- 공적건강보험과의 관계를 중심으로 민영건강보험의 역할모형을 살펴보면 대체형, 중복형, 보충형으로 나눌 수 있음(<표 2> 참조).
- 대체형 민영건강보험(substitute private health insurance)은 공적건강보험에 가입할 수는 있으나 탈퇴를 선택한 개인이 가입하는 민영건강보험으로 국민건강보험의 임의가입이 허용되는 국가에만 존재
- 중복보장형 민영건강보험(duplicate private health insurance)은 공적건강보험에서 이미 보장되고 있는 의료서비스를 중첩 보장하는 민영건강보험으로 의료기관을 국가나 지방자치단체에서 소유·운영하고 있는 국가보건시스템이 구축된 국가에서 존재

- 국가보건시스템 하에서 국공립의료기관을 이용하는 경우 대기시간이 길고 의료서비스의 질이 떨어지기 때문에 중복보장형 민영건강보험을 가입하고 민영보험사와 제휴하고 있는 민영의료기관을 이용
 - 중복형 민영건강보험에 가입한다고 해서 공적건강보험료 납부의무가 면제되는 것은 아니므로 민영건강보험가입자는 보험료 이중납부의 부담을 지게 됨.
- 마지막으로 공적건강보험에서 보장하지 않는 의료비를 보장하는 보충형 민영건강보험이 있음.
- 보충형 민영건강보험에는 공적건강보험의 법정본인부담금을 보장하는 보완형 건강보험(complementary private health insurance)과 공적건강보험의 비급여본인부담금을 보장하는 보충형 건강보험(supplementary private health insurance)이 있음.
 - 대부분의 국가에서는 이들 두 유형의 보험상품이 분리하지 않고 하나로 판매되는 것이 일반적임.
- 현재 우리나라에서 판매되는 민영건강보험도 공적건강보험인 국민건강보험의 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 함께 보장해주는 보충형 민영건강보험의 형태를 취하고 있음.

<표 2> 공적건강보험을 중심으로 살펴본 민영건강보험의 유형

민영건강보험 유형	공적건강보험 의무가입 여부	
	의무가입	미가입 허용
공적건강보험 보장서비스	중복형	대체형
공적건강보험 법정본인부담금	법정본인부담금 보완형	
공적건강보험 비급여본인부담	비급여본인부담금 보충형	

- 의료계 일각에서는 영리의료법인의 도입과 함께 국민건강보험 요양기관 당연지정제를 폐지한 후, 국민건강보험 요양기관에서 탈퇴한 의료기관이 민영건강보험사와 계약을 맺어 의료서비스를 제공하는 대체형 민영건강보험의 도입을 주장하고 있음.

- 대체형 민영건강보험이 도입되기 위해서는 국민건강보험 의무가입규정이 폐지되어야 하는 데, 이를 위해서는 보험제도의 수혜자인 국민들의 의사가 중요함.
- 미국의 Medicare Advantage Plan*처럼 공적 건강보험에서 민영보험회사로 가입자의 의료보장을 위탁하는 경우 전국민건강보험의 틀 안에서 대체형 민영건강보험의 도입을 검토할 수 있음.
 - * Medicare는 미국 연방정부에서 65세 이상의 고령자나 장애인을 대상으로 의료보장을 제공하는 공적 건강보험이나 가입자가 민영건강보험상품으로 의료보장을 받기를 원하는 경우 의료보장을 민영보험사로 위탁, 민영보험회사는 Medicare로부터 위탁자 1인당 정액의 보험료를 받는 대신 메디케어에서 제공되던 기존의 의학적 필요서비스 이상의 의료서비스를 보장해 주어야 하며, 추가 보장을 하는 경우 위탁자로부터도 별도의 추가보험료를 징수할 수 있음.
- 한편 민영건강 보험 도입이 국민건강 보험과 중복되지만 보다 양질의 의료서비스를 우수한 영리의료법인에서 제공받을 수 있는 중복형 민영건강보험의 도입도 고려할 수 있으나, 국민건강보험료와 민영건강보험료를 이중으로 납부하면서 민영건강보험에 가입하고자 하는 수요가 현저히 적을 것이므로 시장성을 기대하기 어려움.
- 따라서 단기적으로는 민영건강보험은 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 모두 보장하는 국민건강보험 보충형보험의 모델로 발전하는 것이 바람직함.
- 지난해 의료실손보험이 국민건강보험의 법정본인부담금을 보장함으로써 과잉의료 수요가 유발되어 국민건강보험의 재정이 악화된다는 우려가 제기되었으나, KDI 연구용역 결과 이러한 주장은 근거가 부족한 것으로 밝혀진 바 있음.
- 또한 국가보건시스템이나 사회보험시스템을 채택하고 있는 대부분의 국가에서 의료서비스의 과잉이용 측면 보다는 의료의 접근성 강화와 국민의 보건수준 향상을 보다 중시하므로 민영건강보험의 법정본인부담금 보장을 금지하는 국가는 없는 것으로 조사되고 있음.
- 중장기적으로는 공적건강보험과 민영건강보험간 경쟁체제를 거쳐 민영건강보험에 전국민 건강보장을 위탁시킨 네덜란드의 사례를 참고할 필요가 있음.

4. 제3자 지급제도의 구축과 지급심사

민영건강보험의 활성화와 소비자 편의 증진을 위해서는 제3자 지급제도 및 EDI 시스템의 구축과 민영의료보험수가 설정, 의학적 필요성에 관한 심사권한 부여가 필요

- 보험회사가 의료기관을 직접 소유□운영하여 의료서비스를 현물로 제공하는 직접제공방식과는 달리 보험회사가 의료의 재정만을 담당하고 의료서비스는 별개의 의료기관이 제공하는 간접공급방식 하에서는 의료비 보상을 위해 상환방식이나 제3자 지급방식이 사용되고 있음.
- 상환방식(reimbursement method)은 초기 형태의 민영건강보험에서 주로 활용되던 보상방식으로 보험료를 지불한 피보험자가 진료 시에 진료비 전액을 의료기관에 지불하고 다시 청구절차를 거쳐 이를 보험회사로부터 상환 받는다는 측면에서 피보험자에게는 여러 가지 번거로움을 줄 뿐 아니라 진료비가 없을 경우 필요한 의료이용이 억제되는 문제점이 있음.
 - 민영건강보험의 특성상 소액의 보험금 지급이 자주 이루어지므로 보험회사 입장에서도 보험금청구의 접수, 전산처리 및 통계관리, 보험금 지급절차 등 행정적인 업무에 많은 시간과 비용이 소요됨.
- 상환방식은 프랑스, 벨기에, 스위스 등 소수의 국가에서 1차 진료를 담당한 개업의 사들의 진료비 상환에 여전히 이용되고는 있으나, 전자의료보험카드 등의 활용으로 피보험자의 의료비 청구절차를 보다 간편하게 하려는 시도가 진행되고 있음.
- 이에 비해 제3자 지급방식(third party payer method)은 피보험자가 의료서비스를 이용한 후 의료기관이 제3자인 보험자에게 진료비를 청구하며, 보험자는 청구된 진료비를 피보험자를 대신해 의료기관에 직접 지불하는 방식임.
 - 피보험자 입장에서는 본인부담금 외에는 진료비 지급을 하지 않게 되므로 의료서비스의 접근성이 향상되고, 번거로운 보험금 청구절차를 생략할 수 있다는 이점이 있으므로 우리나라의 국민건강보험 뿐만 아니라 주요 선진국의 공사 건강보험 대부분이 이 방식을 채택
 - 제3자 지급제도를 위해서는 의료기관과 보험회사 사이에 수급권 확인, 의료비 청

구 및 지급 등을 위한 EDI 시스템 구축이 필수적이므로 보험회사 입장에서도 행
적적인 업무에 소요되는 시간과 비용의 절감이 가능

- 그러나 제 3자 지급제도는 의료서비스 이용시 피보험자가 본인부담금 이외의 진
료비를 지급하지 않으므로 의료서비스의 과잉수요를 유발하며, 환자와 진료비 지
급자가 다르기 때문에 의료기관에서도 의료서비스의 과잉공급 및 부당청구를 할
가능성이 높아지므로 의료수가의 제정과 의료행위의 의학적 필요성 심사가 필요
- 우리나라의 민영건강보험은 피보험자가 의료기관에서 의료서비스를 받고 의료비를
지급한 후 이 비용을 다시 보험회사에서 보상받는 상환방식을 채택하고 있으므로
민영건강보험의 활성화 및 소비자 편의 증진을 위해서는 제3자 지급방식의 도입이
필요
- 민영건강보험이 적용되는 국민건강보험 비급여 항목에 대해 국민건강보험의 경우와
동일하게 상대가치점수표를 제정하고 매년 민영보험사 대표와 의약계 대표자간에
상대가치점수당* 단가를 정하는 방법으로 의료수가를 제정하는 것이 바람직함.
 - * 요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력
·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여
의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타낸 것으로 국민건강보험공단 이사
장과 의약계 대표자간에 보건복지부장관이 정하는 상대가치점수당 단가를 정
하는 방법으로 의료수가계약을 체결
- 다만 민영건강보험은 국민건강보험과는 달리 사적자치의 원리가 존중되어야 하므
로 민영의료보험수가에 동의하는 의료기관에 대해서만 민영건강보험환자를 취급
할 수 있게 하는 선택계약제를 실시하거나, 수가 이상의 진료비 청구를 허용하는
대신 이를 환자 본인부담으로 하여 의료기관간 가격경쟁을 통해 진료비 인상을
억제하여야 함.
- 현재 민영건강보험은 상환제방식에 있기 때문에 진료비용에 대한 심사권한이 없으
나 제3자 지급체제가 구축되는 경우 과잉의료공급을 막기 위해 의학적 필요성에 대
한 심사를 실시할 필요가 있음.
- 국민건강보험의 경우 심사의 공정성과 객관성을 기하기 위해 심사주체와 지급주체
를 분리하여 심사권한은 국민건강보험심사평가원에, 지급권한은 국민건강보험공단
에 각각 부여하고 있으므로 민영건강보험의 경우에도 국민건강보험심사평가원에

심사를 위탁하거나 독립적인 제3의 심사평가기관을 설립하는 것이 바람직함.

- 심사평가원에 심사를 위탁하는 경우 의료기관과 심사평가원에 이미 구축되어 있는 EDI시스템을 이용할 수 있으므로 인프라 구축비용도 절감할 수 있는 이점이 있음.

5. 민영건강보험의 규제체제

민영건강보험을 활용한 보건의료비 재원조달의 비중이 높아질수록 규제 수준의 강화가 예상되며, 금융상품 관련 규제 외에도 보건의료 관련 규제가 시행될 가능성이 높음

- 현재 민영건강보험은 일반 보험상품과 동일한 건전성규제, 업무행위규제, 상품규제 등을 받고 있으나, 정책당국에서는 이들 규제 외에도 상품표준화 등 규제를 추가할 것을 요구하고 있음.
 - 재정부에서는 민간의료보험 활성화를 위해 차관보를 반장으로 하는 실무협의회를 만들어 상품표준화와 공·사보험의 정보공유 등 제도개선을 추진하며, 오는 10월까지 종합대책을 마련해 국회에 관련법안을 상정시킬 계획
- 상품표준화는 민영건강보험상품을 몇 가지의 단순한 유형으로 분류, 판매회사간 가격비교를 용이하게 하여 가격경쟁을 통한 보험료 인하를 유도하며, 보험계약자 및 의료기관이 상품의 보장내역을 쉽게 파악할 수 있게 하기 위함.
 - 미국의 경우 65세 이상 고령자나 장애인을 대상으로 국가에서 운영하는 공적 건강보험인 메디케어의 본인부담금을 보장해주는 메디갭상품을 민영건강보험회사에서 판매하고 있음.
 - 메디갭 보험회사는 알파벳 이름을 사용해 “표준화”된 상품(메디갭플랜 A-L)만을 판매할 수 있으며, 어떤 보험회사에서 판매하든 동일한 급부를 제공하므로 회사간 상품의 차이는 단지 가격에서 발생
 - 우리나라의 경우 생명보험사의 건강보험상품*은 주요 사항에 대해서 약관이 통일되어 있으나 손해보험사의 경우 보상한도나 보장항목, 본인부담금 등이 회사별로 상이함.

- 상품 표준화시 보장항목 및 보장금액을 등급별로 표준화하고, 간병비용, 보철 및 임플란트, 시력교정술, 한방첩약, 물리치료, 대체의학 등 이미 대중화된 선택적 의료서비스를 보장항목에 추가할 필요가 있음.

*생명보험사의 개인형 민영건강보험상품을 현재 개발 중으로 아직 시장에 미출시

□ 해외 주요 선진국의 사례를 보면 국가의 보건의료시스템에서 민영건강보험이 차지하는 중요성(보장인구비율이나 의료비지출구성비율)이 높은 국가일수록 민영건강보험에 대한 정부의 규제나 지원이 강한 경우가 많음.

○ 소비자 보호를 위해 필요한 규제사항을 세제혜택 적격요건으로 설정하여 인센티브방식으로 이를 유도할 필요가 있음.

- 주요 규제내용은 상품표준화 외에도 건강보험의 이동성(portability) 및 계약갱신(renewal) 보장, 보험료 산정방식, 기왕증에 대한 보장제한 금지, 개인의료정보의 보호 등에 관한 사항이 있음.