

연구
보고서

2022

12

실손의료보험 지속성 강화와 역할 정립에 대한 연구

정성희·이태열·손재희
문혜정·김연희·강윤지

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



목 차

• 요약	1
I. 서론	2
1. 개요	2
2. 선행연구 고찰	4
3. 문제 제기	8
II. 실손의료보험 지속성·편의성	10
1. 개요	10
2. 소비자의 실손의료보험 계약 유지 약화	10
3. 보험회사의 실손의료보험 공급 위축	13
4. 소비자의 실손의료보험 청구 편의성 저하	21
III. 공·사 건강보험 역할 정립	29
1. 개요	29
2. 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 금지	30
3. 국민건강보험의 급여비용 경감제도와 실손의료보험의 보장 제외	32
4. 민영건강보험 규제·관리	39
IV. 제언	49
1. 실손의료보험 지속성·편의성 제고를 위한 과제	49
2. 공·사 건강보험 역할 정립을 위한 과제	53
V. 맺음말	59
• 참고문헌	62
• 부록	69

표 차례

〈표 I-1〉 공·사 건강보험의 합리적인 역할 설정에 관한 선행연구	7
〈표 II-1〉 미국과 싱가포르의 의료저축계좌 비교	13
〈표 II-2〉 실손의료보험 장래 추이: 최근 3개년 위험보험료·보험금 증가율 반영	15
〈표 II-3〉 실손의료보험 장래 추이: 향후 10년 정상화(2031년 위험손해율 100%)	15
〈표 II-4〉 주요국의 의료비용 통제 제도	16
〈표 II-5〉 독일 민영건강보험의 통원 의료수가 체계(GOÄ)	18
〈표 II-6〉 대만 비급여 항목 예시	20
〈표 II-7〉 일본 평가요양 및 선정요양	21
〈표 II-8〉 주요국 공·사 건강보험 보험금 지급 체계	23
〈표 III-1〉 우리나라 건강보험 본인부담상한제 운영 현황	33
〈표 III-2〉 문재인정부의 재난적 의료비 지원 사업 현황	35
〈표 III-3〉 공·사의료보험 연계 관련 법률안	40
〈표 III-4〉 주요국 민영건강보험 규제 및 관리 체계	41
〈표 IV-1〉 우리나라 의료비연금계좌 개요	50
〈표 IV-2〉 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황(2011~2020년)	54
〈표 IV-3〉 주요국 건강보험 보장률(추정) 및 공공재원 비율	54
〈표 IV-4〉 우리나라 실손의료보험 자기부담률 변화 추이	55
〈표 IV-5〉 본인부담상한제의 주요 쟁점과 검토 의견	56

그림 차례

〈그림 I-1〉 우리나라 공·사 건강보험제도	2
〈그림 I-2〉 우리나라 공·사 건강보험 보장범위	2
〈그림 I-3〉 우리나라 공·사 건강보험제도의 발전 경과	4
〈그림 I-4〉 주요국 GDP 대비 의료비	8
〈그림 I-5〉 주요국 1인당 의료비	8
〈그림 I-6〉 주요국 공공의료비 비율	8
〈그림 I-7〉 주요국 의료비 중 본인부담금 비율	8
〈그림 II-1〉 연령에 따른 보험료 상승 예시	11
〈그림 II-2〉 연령별 실손의료보험 가입률	11
〈그림 II-3〉 독일의 건강보장 체제	12
〈그림 II-4〉 평준보험료 개념	12
〈그림 II-5〉 실손의료보험 위험손해를 추이	14
〈그림 II-6〉 실손의료보험 판매증지 보험회사	14
〈그림 II-7〉 의료기관 청구방식(제3자 지불제)	22
〈그림 II-8〉 보험가입자 청구방식(상환제)	22
〈그림 II-9〉 프랑스 민영건강보험 보험금 지급 체계	25
〈그림 II-10〉 영국 민영건강보험 보험금 지급 체계	28
〈그림 III-1〉 우리나라 본인부담상한제와 재난적 의료비 지원 제도	34
〈그림 IV-1〉 청구전산시스템 운영 현황	53
〈그림 IV-2〉 사회적 편익을 고려한 청구전산화(안)	53
〈그림 IV-3〉 의료비 발생 시점과 지원 시점 간의 시차 축소 방안	57
〈그림 IV-4〉 공·사 건강보험 연계 모델	58
〈그림 V-1〉 건강보험 지속성 제고 및 역할 정립을 위한 정책 과제	59

A Study on Strengthening the Continuity and Establishing the Role of Private Health Insurance

Recently, in relation to Korea's private health insurance (medical insurance), ① weakening the possibility of maintaining a contract for indemnity in the elderly, ② shrinking supply of real loss, ③ inconvenience in claiming actual loss insurance, etc. Prohibition of indemnity coverage for out-of-pocket expenses, ⑤ exclusion of indemnity coverage for excess premiums, and ⑥ controversy over regulation and management of private health insurance are being discussed in relation to role establishment.

In order to improve the continuity of public and private health insurance and establish its role, first, it is emerging as a pre-requisite to devise a plan to alleviate the burden of premiums for old age for the continuity of consumers' indemnity insurance contracts. In addition, the 'absence of non-reimbursement management measures' is acting as a common risk factor for the continuity of public and private health insurance. First, it is necessary to prepare a legal basis for cooperation between the public and private sectors and to jointly respond with a focus on controversial non-pay. On the other hand, it is necessary to actively consider ways to enhance social benefits through the conversion of the offline to online claim method. Considering that Korea's health insurance coverage rate is not high, it is judged that it is necessary from the point of view of the public's welfare to cover a substantial portion of personal medical expenses. The financial burden of public insurance and the public's medical expenses are expected to increase further along with the low birth rate and the accelerated aging of the population. It is necessary to establish the role of a desirable indemnity medical insurance suitable for the complementary type and to cooperate between public and private companies for this purpose.

우리나라의 건강보장체계를 둘러싼 환경요인들의 변화와 함께 이해 갈등 요인들이 충돌하면서, 건강보험의 수요와 공급에 대한 효율적 관리의 중요성이 높아지고 있으며, 국민 건강보험의 보장성 강화정책 시행에 상응하여 민영건강보험에 대한 공공성 요구가 커지고 있다.

최근 우리나라의 민영건강보험(실손의료보험)과 관련하여 ① 고령기 실손 계약 유지 가능성 약화, ② 실손 공급 위축, ③ 실손보험금 청구 불편 등이 효율성(지속성)을 저하시키는 요인으로 작용하고 있으며, ④ 급여 본인부담금의 실손 보장 금지, ⑤ 본인부담상한제초과금의 실손 보장 제외 문제, ⑥ 민영건강보험 규제·관리를 위한 논쟁 등이 역할 정립과 관련하여 논의되고 있다.

공·사 건강보험의 지속성 제고와 역할 정립을 위해서 먼저 소비자의 실손보험 계약의 지속성을 위해 노령기 보험료 부담을 완화해 주는 방안 마련이 선결 과제로 부상하고 있다. 또한, ‘비급여 관리 방안의 부재’가 공·사 건강보험의 지속성에 공통 위기요인으로 작용하는 만큼, 먼저 공·사 간 협력을 위한 법적 기반을 마련하고 논란이 되는 비급여 중심으로 공동 대응해 나갈 필요가 있다. 한편, 대부분 국민이 실손 가입자이고 청구 건이 연간 1억 건 이상인 점을 감안해 볼 때, 오프라인에서 온라인으로의 청구방식 전환을 통해 사회적 편익을 제고하는 방안이 적극 검토될 필요가 있다. 우리나라 건강보험 보장률이 높지 않다는 점을 고려하여, 개인의료비의 상당 부분에 해당되는 급여 본인부담금의 실손 보장은 국민 후생 관점에서 필요한 것으로 판단된다. 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 저출산·고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다. 보완형에 맞는 바람직한 실손의료보험의 역할 정립과 이를 위한 공·사 간 협력이 필요하다.

1. 개요

우리나라 공공부문의 사회보장체계는 공공부조, 사회보험,¹⁾ 사회수당, 사회서비스 등으로 구성되는데, 건강보장은 소득보장과 함께 사회보장제도의 한 축으로 구성되고 있다. 일반 국민을 대상으로 국민건강보험(사회보험) 실시를 통해 보편적인 건강보장을 제공하고, 사회취약계층의 건강보장 강화를 위해 노인장기요양보험(사회보험) 및 의료급여(공공부조)를 실시하고 있다. 한편, 국민건강보험의 역할은 사회 전체의 안전망으로서, 혹은 사회적 약자에 대한 보호로서 모두 중요하나, 사회보험 중 공급자·수요자·보험자 간 갈등이 가장 심각한 구조적 한계를 지니고 있다. 이는 건강보험의 보험료는 가입자의 소득 등에 따라 차등 부과되는 반면, 급여는 납부하는 보험료 차이와 상관없이 동질의 의료서비스가 제공되는 특성에 주로 기인한다고 볼 수 있다.

〈그림 I-1〉 우리나라 공·사 건강보험제도

공적	국민건강보험
	노인장기요양보험
	의료급여제도(저소득층 무상의료)
사적	실손의료보험
	정액형 민영건강보험
	장기간병보험

〈그림 I-2〉 우리나라 공·사 건강보험 보장범위

국민건강보험 급여	건강보험 보장률 (65.3%)
	법정 본인부담률 (19.5%)
국민건강보험 비급여	비급여 본인부담률 (15.2%)

주: 1) 괄호는 2020년 기준 전체 의료비 중 점유율임

2) 점선으로 표시된 부분은 실손의료보험 보장범위임

자료: 정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정(2022)

1) 5대 사회보험: 국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험, 노인장기요양보험

한편, 우리나라 민영건강보험에서 실손의료보험은 국민건강보험의 보완형²⁾ 역할을 수행하는데, 국민건강보험이 보장하지 않는 영역, 즉 급여 본인부담금과 비급여를 보장해주고 있다. 2020년 기준 국민건강보험의 보장률은 65.3%로, 실손의료보험은 34.7% 중에서 몇몇 보장하지 않는 항목들을 제외한 모든 영역을 포괄적으로 보장해 주고 있다.

우리나라 보건의료정책의 목표는 ① 국민의 건강증진(Improving Health), ② 효율성(Efficiency), ③ 형평성(Equity)을 표방하면서 보편적 건강보장을 위해 지속적인 제도 개선을 추진해 왔다. 상기의 보건의료정책이 지향하는 틀하에서 공공부문 건강보장 정책은 모든 국민이 필수적인 양질의 의료서비스를 차별 없이 이용할 수 있도록 보장하는 ‘보편적 건강보장(Universal Health Coverage)’을 핵심 목표로 발전해 왔다.³⁾ 연대기로 살펴보면 먼저 생활보호법(1961년), 의료법(1963년) 등으로 의료보장의 제도적 기반을 마련하고, 1989년 전 국민 대상으로 직장, 직종, 지역, 공무원 및 사립학교 교직원 등 다보험자의 형태로 보편적인 의료보험을 확대하였다. 2000년 7월 단일 보험자 조직인 국민건강보험공단(National Health Insurance)이 출범하면서, 질병의 예방과 치료를 상징하는 ‘의료보험(보장)’ 용어를 건강증진 및 건강관리의 중요성을 강조하는 ‘건강보험(보장)’으로 보건의료정책의 패러다임이 전환되었다. 또한, 노인돌봄의 국가책임화 차원에서 2008년 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 한편, 건강보험의 보장성 강화 정책이 2005년부터 지속적으로 추진되어 왔으며, 이외에 개인의 의료비 부담 경감을 위해 본인부담상한제(2004년)와 재난적의료비 지원사업(2013년)을 실시하고 있다.

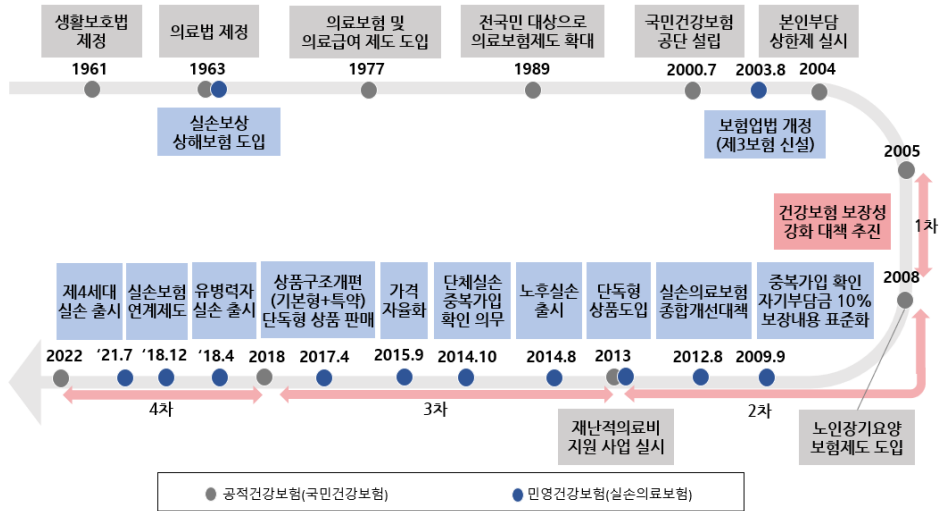
한편, 민영부문의 건강보험에서 의료비를 보장해 주는 상품은 1963년 실손보상 상해보험 형태로 최초로 도입되었다. 현재의 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 제3보험의 하나로 도입되었다고 볼 수 있다. 그리고 2009년 보장내용을 표준화하여 모든 보험회사들이 동일한 상품(제2세대)을 판매하도록 하고, 도덕적 해이 방지를 위한 자기부담금 제도 도입 및 불필요한 소비자의 보험료 부담을 막기 위한 중복가입 확인 절차 마련 등 금융당국 주도로 실손의료보험 제도 개선이 시작되었다. 이후 지속적인 제도 개선이 이뤄졌는데, 대표적으로 2012년 실손의료보험 종합개선대책 마련, 2014년과 2018년에 각각 노후실손의료보험과 유병력자 실손의료보험 출시, 2017년과 2021년에 상품구조개편을 통

2) 민영건강보험은 공적건강보험 제도와 보건의료시스템을 포함하는 공공부문과의 역할 관계에 따라 각각 보완형(Complementary, 공보험이 보장해 주지 않는 급여(급여본인부담, 비급여)를 보장), 보충형(Supplementary, 공보험 급여서비스의 질을 보충), 대체형(Substitute, 공보험 역할을 대체) 등으로 분류됨(정성희·이태열 2018)

3) WHO의 보편적 건강보장(Universal Health Coverage) 정의임

해 제3세대(기본+3대비급여특약, 단독형 상품), 제4세대 상품(급여+비급여, 비급여할인 할증) 출시 등이 있다.

〈그림 I-3〉 우리나라 공·사 건강보험제도의 발전 경과



2. 선행연구 고찰

지금까지 공·사 건강보험의 역할 정립과 관련해서 오랫동안 많은 논의가 이루어져 왔는데, 논의의 기저에는 국민건강보험을 통해 모든 국민에게 최소한의 의료보장을 제공하는 것이 사회적 정의 실현이라는 인식이 깔려 있다. 그리고 관련한 대부분의 연구들은 사회보험으로서 국민건강보험을 근간으로 하는 가운데, 공보험에 의해 충분히 보장되지 못하는 영역을 보완하는 것에 초점을 맞춰 왔다(권기현 2013; 차진아 2016).

공·사 건강보험의 역할 정립에 대한 선행연구는 크게 ① 공보험의 보장성 강화가 주축이 되고, 민영건강보험은 공보험의 보완적 역할을 충실히 수행하도록 국가적 차원의 통제·관리가 필요하다는 의견과, ② 고령화시대, 민영건강보험의 역할 확대가 불가피하고 이에 따라 공·사 건강보험의 합리적 역할 설정이 필요하다는 흐름으로 나뉜다(표 I-1) 참조).

선행연구의 큰 두 가지 흐름은 민영건강보험의 역할에 대한 기본적인 시각의 차이를 보이
나, 공보험의 한계를 보완하는 민영건강보험의 필요성에 대해서는 인식을 공유하고 있다.

먼저, 공보험이 보장성 강화라는 주된 목적을 수행하는 데 있어서 민영건강보험은 보완적
역할을 담당해야 하며 국가의 통제·관리가 필요하다는 의견을 살펴보고자 한다. 이진석
(2006)은 민영건강보험의 보장 영역을 공보험의 보장 영역 이외의 범위로 설정해야 하고,
소비자 보호를 위한 상품 및 정보 제공의 표준화가 필요함을 주장하였다. 민영건강보험의
소비자 보호 기능 제고 방안으로 보험회사의 위험선택 금지 및 보험료 설정의 합리적 제
고 방안 마련 등을 제시하고 있으며, 특히 민영건강보험의 역할, 소비자 정보 제공 등에
대해서는 보건당국이 관리·감독 권한을 공유하는 방안을 제시하고 있다. 이현복 외(2011)
는 국민의 건강과 의료이용 간 높은 관련성을 고려할 때, 민영건강보험은 금융상품으로서
의 관리뿐만 아니라 보건의료 관점에서 통제도 필요함을 주장하였다. 특히 실손의료보험
과 공보험의 연계성 강화를 위해 가입 개방, 고위험군 상품 개발, 자동갱신 보장, 법정 본
인부담금 보장 금지 등을 제안하고 있다. 차진아(2016)도 민영건강보험이 공보험의 보완
적 역할을 적절히 수행하여 국민건강보험의 부담을 줄일 수 있도록 민영건강보험상품의
내용 및 과도한 영리추구에 대한 합리적 통제가 필요함을 주장하였다. 권기현(2013)은
공·사 건강보험의 역할 구축을 위한 여러 가지 대안을 비교한 결과, 국민건강보험을 근간
으로 하고 민영건강보험이 보완적 역할을 하는 현행 체계를 중심으로 민영건강보험의 역
할을 정립해야 함을 주장하였다. 그러나 공보험의 보장성 확대는 민간보험 영역을 축소시
키므로 사회적 갈등을 방지하기 위해 협의체를 마련하여 사전 논의가 필요하다는 의견도
제시하였다.

신현웅 외(2015)는 건강보험의 보장성 강화의 영향으로 보험회사가 실손의료보험을 통해
반사이익⁴⁾을 얻고 있다는 주장을 제기하고, 이를 사회에 환원할 수 있는 방안에 대한 논
의가 필요함을 주장하였다. 이 연구는 2014년 국정감사⁵⁾에서 건강보험 보장성 확대로 인
한 보험회사의 반사이익 논란이 확산되자 국민건강보험공단이 보건사회연구원에 관련 연
구를 의뢰함으로써 이루어졌다. 최근 들어 가장 뜨거운 사회적 논란이 되어 온 ‘정부의 건
강보험 보장성 강화 대책에 따른 보험회사의 반사이익’은 이 보고서를 토대로 하고 있다

4) 2013~2017년 기간 동안 추진되는 4대 중증질환(암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치질환), 선택진료 및 상급병실
의 건강보험 보장 확대 정책에 총 11조 원 상당의 예산이 소요될 예정으로 이에 따른 보험회사의 반사이익이 총
1.5조 원에 상당할 것으로 추정함

5) 김용익 의원은 2014년 국정감사에서 건강보험 보장성 강화에 따른 민간보험사의 반사이익이 2조 2,226억 원(소요
액 대비 19.7%)에 달한다고 지적하고, 이에 상응하는 보험료 인하를 요구함

고 해도 과언이 아니라고 본다.

한편, 한정된 재원으로 전 국민에게 동질한 의료서비스를 보장하는 공보험의 특성상 민영 건강보험의 장점 활용과 그에 따른 역할 강화 필요성 또한 주장되어 왔다. 민영건강보험은 공보험의 미보장 급부, 새로운 의료기술 등에 대한 접근성을 제고하는 핵심적 역할을 수행하고(이인재 외 2010; 허순임 2013), 가족력, 개인의 의료선호, 경제적 능력에 따른 추가 지불 의향 등 개인의 특성을 반영하여 국민의 다양한 선택을 보장(이인재 외 2010; 김종명 2013)하는 장점을 가진다. 이러한 장점들을 바탕으로 하여 다음의 선행연구들은 민영건강보험의 바람직한 역할을 모색하고 공·사 건강보험의 상호 공조와 역할 정립이 필요함을 주장하였다.

오영수(2006)는 공보험의 보장률 수준을 70%까지 강화하는 한편, 법정 본인부담금, 고도 선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호, 장기간병, 급식비 등에 대해서는 민영건강보험의 보완형 방식이 적절하다고 주장하였다. 특히, 공보험의 통계 공유, 역선택 방지를 위한 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지를 위한 보험금 지급심사 기능 강화, 비급여 수가에 대한 획일적 규제 완화 등 정책적 지원 필요성을 언급하였다. 김대환 외(2012)는 인구 구조의 변화를 고려하여 국민의 건강리스크를 관리하는 동시에 경제성장에 가능한 부담이 크지 않을 공·사 건강보험의 역할 체계에 대해 제시하였다. 특히, 인구고령화에 따른 국민건강보험의 재정추계와 해외 사례 등을 참고하여 인구고령화하에서 지속가능한 공·사 건강보험의 역할을 재정립하고 제시된 역할체계의 지속성과 안정성을 확대하기 위한 공조 방안을 제안하였다. 이창우 외(2010)는 민영건강보험 시장이 활성화될 수 있도록 미국, 독일, 네덜란드, 일본 등 해외의 민영건강보험 시장을 검토하여 우리나라 민영건강보험의 의료비 통제 방안에 참고할 만한 사례를 찾고자 하였다. 미국의 의료공급자-건강보험회사 네트워크, 독일과 네덜란드의 고소득층 대상 상품, 일본의 갱신헌 상품 등이 대표적인 참고 사례로 논의되었다.

〈표 I-1〉 공·사 건강보험의 합리적인 역할 설정에 관한 선행연구

연구자	연구 내용
이진석(2006)	• 민영의료보험 가입자 보호를 위해 보험회사의 위험선택 금지 및 합리적인 보험료 설정 방안 마련을 주장함 • 민영의료보험 역할, 소비자 정보 제공 등에 대한 보건당국의 관리·감독 권한을 공유하는 방안 제시함
이현복 외(2011)	• 민영건강보험은 금융상품으로서의 관리뿐만 아니라 보건의료 관점에서 통제가 필요함을 주장함 • 특히 실손의료보험과 공보험의 연계성 강화를 위해 가입 개방, 고위험군 상품 개발, 자동갱신 보장, 법정 본인부담금 보장 금지 등을 제안함
차진아(2016)	• 민영건강보험은 공보험의 보완적 역할을 적절히 수행하여 국민건강보험의 부담을 줄일 수 있도록 기능해야 함 • 이를 위해서는 민영건강보험상품의 내용 및 과도한 영리추구에 대한 합리적 통제가 필요함
권기현(2013)	• 국민건강보험을 근간으로 하는 가운데, 민영건강보험을 보완적으로 활용하여 공보험에 의해 충분히 보장되지 못하는 영역을 보완하는 것에 초점을 맞춤 • 공보험의 보장성 강화가 민간보험 영역을 위축시켜 사회적 갈등을 초래하지 않도록 협의체를 마련하여 사전적으로 논의·조정할 필요가 있음
신현웅 외(2015)	• 건강보험 보장성 확대의 영향으로 보험회사가 실손의료보험을 통해 반사이익을 얻고 있으므로 이를 사회에 환원할 수 있는 방안에 대한 논의가 필요함을 주장함
이인재 외(2010)	• 민영건강보험은 공보험의 미보장 급부, 새로운 의료기술 등에 대한 접근성 제고를 통해 건강보험 보장성 강화에 기여함
하순임(2013)	• 민영건강보험은 공보험이 보장하지 않는 간병서비스나 질병에 따른 소득상실을 보장함
김종명(2013)	• 민영건강보험은 가입자의 현실적 필요에 따라 선택적으로 특정 질병에 대한 보장성을 강화함(예: 가족력 질환에 대한 보험 선택)
오영수(2006)	• 공보험 보장수준 강화 및 법정 본인부담금, 상급병실료 등에 대한 민영건강보험의 보완형 역할을 제안함 • 역선택 방지 위해 의료정보 공유, 도덕적 해이 방지 위한 보험금 지급심사 기능 강화 등을 주장함
김대환 외(2012)	• 인구고령화하에서 지속가능한 공·사 건강보험의 역할을 재정립하고, 각 역할체계의 지속성과 안정성을 확대하기 위한 공조 방안을 제안함
이창우 외(2010)	• 우리나라 민영건강보험을 활성화하기 위해 미국의 의료공급자-건강보험회사 네트워크, 독일과 네덜란드의 고소득층 대상 상품, 일본의 갱신행 상품 등 다양한 해외 민영건강보험 시장을 검토함

3. 문제 제기

우리나라는 OECD 국가들에 비해 GDP 대비 총 의료비용은 낮은 수준이나 그 증가세는 가장 빠른 것으로 평가되고 있어, 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다. 우리나라의 총 의료비 지출은 2019년 GDP 대비 8.0%로 OECD 회원국에 비해 아직은 낮은 수준이나, 최근 5년간 증가폭은 1.5%p로 초고령 국가인 일본(0.3%p), 최대 의료비 지출 국가인 미국(0.6%p), OECD 회원국 평균(0.1%p) 등을 고려해 볼 때, OECD 회원국에서 가장 빠른 증가세를 보이고 있다. 1인당 의료비도 연평균 8.7% 증가세로 OECD 평균(4.4%)의 두 배 정도 높은 수준이다. 이처럼 우리나라는 OECD 국가들에 비해 GDP 대비 총 의료비용은 낮은 수준이나 그 증가세는 가장 빠른 것으로 평가되고 있어, 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다.

〈그림 I-4〉 주요국 GDP 대비 의료비

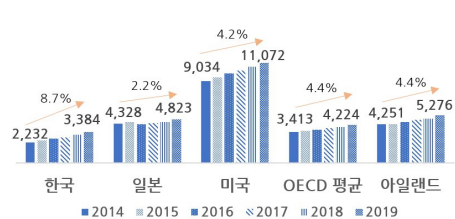
(단위: %)



자료: OECD(2020)

〈그림 I-5〉 주요국 1인당 의료비

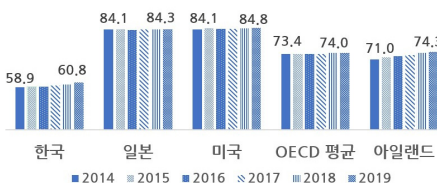
(단위: 달러)



자료: OECD(2020)

〈그림 I-6〉 주요국 공공의료비 비율

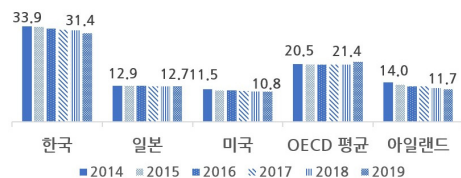
(단위: %)



자료: OECD(2020)

〈그림 I-7〉 주요국 의료비 중 본인부담금 비율

(단위: %)



자료: OECD(2020)

국민의료비의 증가는 사회취약계층의 의료비 부담을 더욱 가중시키기 때문에, 의료 접근의 비형평성을 심화시키는 문제로 귀결될 수 있고, 이에 대한 연구나 논의는 오래전부터 진행되고 있지만 현재 사회적 갈등으로 남아 있다. 특히 고령화, 저출산, 1인가구 증가, 베이비부머 은퇴 본격화에 따라 재정을 부담하는 인구가 줄어들기 시작하고, 보장성 강화, 만성질환 증가, 그리고 공공부문에서는 민영건강보험으로 인해 재정 부담이 심화되고 있다는 주장이 제기되고 있다. 또한, 의료업계에서는 저수가 부분을, 국민들은 저보장 부분을, 시장 효율성 측면에서는 과잉공급과 과다이용이, 그리고 다양한 이해관계로 보장성강화와 민영건강보험의 높은 가입률이 갈등 요인으로 파악되고 있는 실정이다. 특히 최근에는 공공부문의 건강보장 강화 추진에 따른 공보험 중심의 복지정책 필요성이 강조되면서, 실손의료보험의 반사이익 등 민영건강보험에 대한 부정적 인식이 확대되고 있다. 전 국민의 건강보장체계에서 국민건강보험이 중심축이 되어야 한다는 건 어느 누구도 이의를 제기하지 않을 명제이다. 다만, 국민건강보험의 재정이 아닌 국민의 의료비 부담 경감(즉, 국민 후생 증대)이 대전제가 되어야 한다. 따라서 민영건강보험이 국민건강보험의 재정 건전성을 침해하지 않으면서 국민의 의료비 부담을 경감해 줄 수 있는 보완형 역할을 모색해야 할 시점이다. 더불어 공·사 건강보험제도의 지속가능성 및 국민의 수용성 제고를 위해 해결해야 할 과제에 대해서도 공·사가 함께 검토해야 할 것이다.

본 연구는 건강보장체계에서 국민을 대상으로 보편적인 의료서비스를 보장하는 국민건강보험의 보완형으로 운영되고 있는 실손의료보험을 검토 대상으로 한다. 실손의료보험의 지속성·편의성 및 공·사 건강보험의 역할 정립에 대해 그동안 논의되어 온 주장과 이해관계자 간의 쟁점을 정리하고, 향후 정책과제와 연구과제를 도출하는 것을 목표로 하고 있다.

Ⅱ

실손의료보험 지속성·편의성

1. 개요

실손의료보험시장의 소비와 공급 측면의 지속성·편의성과 관련하여 논의되고 있는 주요 쟁점으로 ① 가입자가 고령기까지 실손 계약을 계속 유지할 수 있는 가능성이 약화되고 있다는 점(계약 유지 약화), ② 손해율 악화 및 누적적자 심화에 따른 보험회사의 실손 공급이 위축되고 있는 점(공급 위축), 그리고 ③ 소비자의 실손보험금 청구 과정에서 불편한 점(청구 편의성 저하)이 발생하고 있다는 점이다.

본 장에서는 상기의 현안에 대해 그동안의 논의 내용을 정리하고, 이에 대한 해외 사례들을 간단히 살펴보았다.

2. 소비자의 실손의료보험 계약 유지 약화

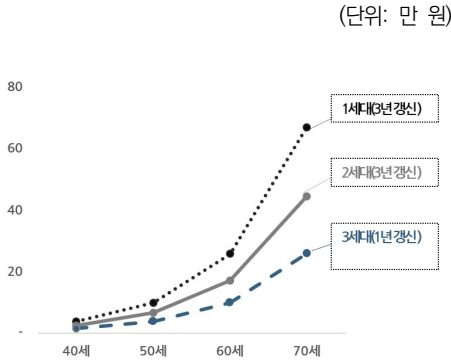
가. 현황

실손의료보험 보험료는 기본적으로 연령의 차이에 따른 위험률에 근거해서 산출되기 때문에 건강 위험이 높은 노년층에 적용되는 보험료가 매우 높아지는 특징을 가지고 있다. <그림 II-1>과 같이 실손의료보험의 보험료는 상품의 종류와 관련 없이 노년기로 갈수록 크게 높아지는 특징을 보이고 있다. 높은 보험료뿐만 아니라 경제적 여력 등 다양한 요인이 존재할 수 있겠지만, 의료 보장이 더 필요한 노년층에서 오히려 타 연령대 대비 실손의료보험 가입률이 크게 낮아지는 현상도 나타난다. <그림 II-2>과 같이 실손의료보험 가입률은 50대까지는 70% 전후의 높은 수준을 보이고 있지만, 60대부터 크게 낮아져 70대 이상에서는 미미한 수준을 보이고 있다.

이러한 노년층의 의료비 보장 공백을 보완하기 위해서는 노년층의 보험료 또는 의료비 부

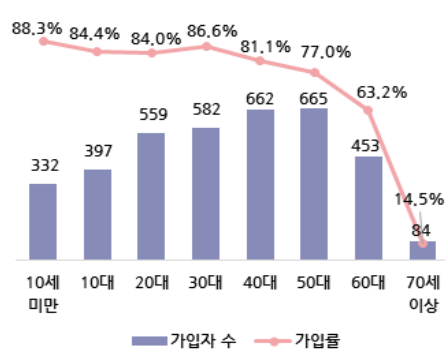
담을 경감할 필요가 있는데, 이와 관련하여 독일의 평준보험료/연령준비금제도와 미국, 싱가포르의 의료저축계좌 사례를 살펴보았다.

〈그림 II-1〉 연령에 따른 보험료 상승 예시



주: A보험회사 2019년 40세 남성 보험료 기준

〈그림 II-2〉 연령별 실손의료보험 가입률



주: 1) 개인실손의료보험(노후실손 제외) 기준임

2) 2021년 12월 말 기준임

자료: 한국신용정보원(2021); 행정안전부(2021)

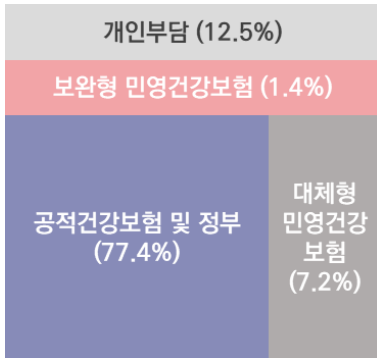
나. 해외 사례

1) 독일: 평준보험료/연령준비금

독일의 대체형 민영건강보험은 공적건강보험의 역할을 노년기까지 지속적으로 수행할 수 있도록 평준보험료 방식을 적용하고 있다. 즉, 민영건강보험 가입자가 지속적으로 계약을 유지할 수 있도록, 고령기의 보험료 일부를 젊었을 때 미리 부담하도록 하고 이를 개별 연령준비금에 적립하도록 하고 있다. 또한, 고령기에 개별 연령준비금이 높은 보험료를 충분히 충당할 수 있도록 21~60세 동안 매년 보험료의 10%를 추가로 부담하도록 하고, 이를 개별 연령준비금에 적립하도록 하고 있다.⁶⁾

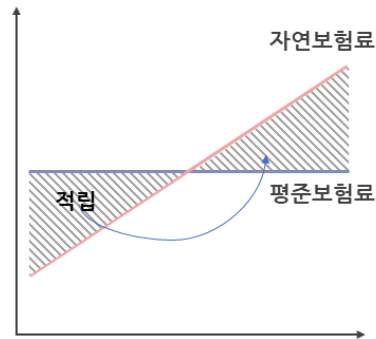
6) 조재린·정성희(2018)

〈그림 II-3〉 독일의 건강보장 체제



주: 괄호는 2018년 기준 의료비 부담주체별 비중임
자료: OECD(2020)

〈그림 II-4〉 평준보험료 개념



2) 미국, 싱가포르: 의료저축계좌

노년의 의료비 부담을 덜어주기 위한 방안으로 의료저축계좌를 살펴볼 필요가 있다. 평균 보험료 방식을 통한 연령준비금 제도가 노년의 보험료를 낮추기 위한 수단으로 사용된다고 한다면, 의료저축계좌의 적립금은 직접적으로 의료비를 충당하기 위한 것이라는 점에 차이가 있다. 의료저축계좌의 대표적인 사례로 미국과 싱가포르의 경우 〈표 II-1〉와 같다. 이 두 사례 사이에 가장 근본적인 차이는 미국의 경우 민간 자원의 임의 선택이 가능하다는 점이고, 싱가포르 사례는 공공에 의한 강제성이 있다는 점이다.

우리나라에서도 2000년대 초에 실손의료보험 문제와는 관계없이 건강보험 재정 적자에 대한 대안책으로 싱가포르 방식의 의료저축계좌 도입을 논의하였으나⁷⁾ 좌절된 경험이 있었다. 도입되지 않은 이유는 여러 가지가 있겠으나, 그 중 가장 주목할 만한 것은 의료공급자의 대부분이 민영의료기관이고 의료 수가가 안정되지 않은 우리나라 현실에서 개인이 각각 자신의 미래 의료비를 충당하기 위해서 저축을 하도록 하는 것이 사회 복지 차원에서 타당하지 않다는 것이었다. 따라서 사회 복지의 개선을 위해서는 사회적 연대의 원칙이 적용되는 국민 건강보험을 더욱 발전시키는 것이 효과적일 것이라는 판단이 작용한 것으로 보인다.

7) 건강보험 재정은 1996년부터 당기적자로 전환한 후 의약분업 시행 후인 2001년에는 2.7조 원의 당기적자가 발생하는 등 건강보험 재정위기가 발생하자 보건복지부는 2001년 5월 이후 3차에 걸쳐 국민건강보험 재정안정화대책을 시행함(감사원(2005. 1. 27.), “국민건강보험 운영실태 감사결과”). 그 과정에서 보건복지부가 의료저축제도 도입 의사를 밝혀 논의가 확대됨

〈표 II-1〉 미국과 싱가포르의 의료저축계좌 비교

구분	미국	싱가포르
운영 기관	의료저축계좌 취급 금융기관 (은행, 보험회사, 자산운용사 등)	정부 중앙적립기금 (Central Provident Fund)
임의·의무	고액공제 의료보험(HDHP)에만 가입한 경우 자율적 가입 가능	의무가입
사용 용도	• 원칙상 적격 의료비 • 장기요양보험료 • COBRA 보험료	• 본인 및 부양가족 의료비 • 본인 및 부양가족 건강보험료
적립 한도	• 연간 적립한도 존재 • 55세 이상은 추가 적립 가능	• 소득 일정비율 자동 적립 • 적립 한도(Basic Healthcare Sum) 도달 시 다른 계정으로 이체됨
인출 한도	자율	치료별 인출 한도 존재
세제 혜택	• 적립금 소득공제 • 적립금 운용수익 비과세 • 적격 의료비 인출 비과세 • 의료비 외 인출 시 - 65세 미만: 소득세 + 20% 패널티 - 65세 이상: 소득세	• 적립금 소득공제 • 적립금 운용수익 비과세 • 의료비 인출 비과세 • 의료비 외 인출 시 과세

자료: 보험연구원(2013) 참고하여 재작성함

3. 보험회사의 실손의료보험 공급 위축

가. 현황

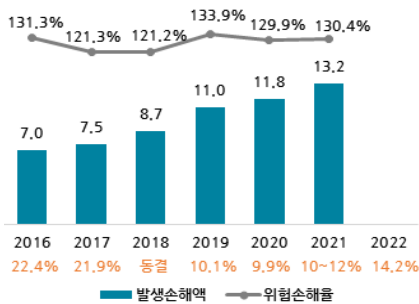
실손의료보험은 2009년부터 표준화된 단일 상품으로 판매된 이후 지속적으로 제도 개선과 상품구조 개편을 실시해 왔음에도 불구하고, 여전히 손해율은 100%를 훨씬 상회하고 있는 실정이다. 오랜 기간 동안 손해율이 100%를 하회한 시기가 한 번도 없으며, 그 결과 보험료가 인하된 적도 없었던 점은, 실손의료보험과 같이 대중성과 제도권 상품, 그리고 실손형 보상이라는 공통점을 가지고 있는 자동차보험과 비교해 보더라도 보험상품 중에서 유일무이한 경우라고 볼 수 있다.

특히, 최근 코로나19 장기화에도 불구하고 2021년 실손의료보험의 위험손해율은 130.4%

를 기록하였는데, 이는 전년 동기와 비교해 보더라도 0.5%p 증가한 수준이다. 실손의료보험은 매년 말에 그해 위험손해율 수준을 반영하여 그 다음해 갱신보험료의 조정률이 결정되는데, 2022년 보험업계 평균 14%대 인상률을 포함하여 최근 7개년 동안 두 자리 수의 높은 인상률이 적용되었다. 이러한 높은 수준의 보험료 인상률이 매년 적용되었음에도 보험회사 입장에서는 적용된 인상률이 실현되는 위험손해율의 수준에 못 미침에 따라 실손의료보험을 판매할수록 손실이 커지게 되어 사업의 지속가능성이 위협을 받고 있는 상황이다. 실제로 실손의료보험 시장 정상화에 대한 기대가 약해지면서 최근 10년간 12개 보험회사가 실손의료보험 판매를 중지하는 등 공급이 위축되고 있다는 것이 시장뿐만 아니라 소비자(실손 가입자)에게도 결코 우호적인 상황은 아닐 것이다.

〈그림 II-5〉 실손의료보험 위험손해율 추이

(단위: 조 원)



주: 주황색 글씨는 보험업계 평균 보험료 인상률임

자료: 보험회사 실적통계

〈그림 II-6〉 실손의료보험 판매중지 보험회사



자료: 정성희·이진용·홍석철(2021)

최근 3개년(2018~2021년) 실손의료보험 위험보험료와 지급보험금의 연평균 증가율은 각각 11.9%와 14.7%으로, 현재 수준이 유지된다는 가정하에서 장래 실손의료보험의 위험손해율과 손실 규모를 추정해 보면 다음과 같다. 위험손해율은 향후 5년 후(2026년), 10년 후(2031년) 각각 147%, 167%로, 2021년 대비 각각 17%p, 37%p 증가가 예상된다. 그리고 향후 10년 동안 실손의료보험의 누적 위험손실액은 100조 원 이상 될 것으로 추정된다. 한편, 실손의료보험 보험금의 연평균 증가율이 최근 수준으로 유지되는 경우, 즉 보험금이 매년 14.7%씩 더 많이 지급되는 상황이 계속된다는 가정하에서, 향후 10년 내 실손의료보험시장을 정상화(2031년 내 실손의료보험의 위험손해율 100% 이하)하기 위해서는 향후 10년 동안 매년 17% 이상의 위험보험료 인상이 불가피하다는 추산 결과가 나온다.

〈표 II-2〉 실손의료보험 장래 추이: 최근 3개년 위험보험료·보험금 증가율 반영

(단위: 조 원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026	...	2031
위험보험료	11.3	12.7	14.2	15.9	17.8	...	31.2
지급보험금	15.1	17.3	19.9	22.8	26.2	...	51.9
위험손해율	133.6	136.9	140.3	143.8	147.3	...	166.5
누적 위험손해액	3.8	8.5	14.2	21.1	29.5	...	104.6

- 주: 1) 위험보험료 인상률: 2022~2031년 11.9%(피보험자 연령 인상분 3% 고려 시 8.9%)를 적용함
 2) 지급보험금 인상률: 2022~2031년 14.7%를 적용함
 3) 누적 위험손해액: 2022~2031년 동안 발생한 위험손실(지급보험금-위험보험료)의 누적 금액임

〈표 II-3〉 실손의료보험 장래 추이: 향후 10년 정상화(2031년 위험손해율 100%)

(단위: 조 원, %)

구분	2022	2023	2024	2025	2026	...	2031
위험보험료	11.9	14.0	16.5	19.4	22.9	...	51.9
지급보험금	15.1	17.3	19.9	22.8	26.2	...	51.9
위험손해율	127.0	123.7	120.4	117.3	114.2	...	100.0
누적 위험손해액	3.2	6.5	9.9	13.3	16.5	...	25.4

- 주: 1) 위험보험료 인상률: 2022~2031년 17.8%(피보험자 연령 인상분 3% 고려 시 14.8%)를 적용함
 2) 지급보험금 인상률: 2022~2031년 14.7%를 적용함
 3) 누적 위험손해액: 2022~2031년에 발생한 위험손해액(지급보험금-위험보험료)의 누적 금액임

한편, 실손의료보험 지급보험금의 구성 요소를 보면 비급여 부분이 대략 65% 정도 차지하고 있는데, 최근 일부 비급여 항목에서 발생하고 있는 높은 수가 적용이나 과도한 공급들이 실손의료보험의 손해율을 높이는 주요 원인으로 작용하고 있다. 다음으로 비급여 관리 체계에 대한 해외사례를 살펴보았다.

나. 해외 사례: 비급여 관리 체계⁸⁾

주요국에서는 의료 수요자에 비해 정보 우위에 있는 의료서비스 공급자의 통제를 목적으로 공·사 보험자 모두에게 의료기관 간 의료수가 협상을 허용하고 있다. 보험회사가 의료기관에 환자 진료비를 직접 지불함으로써 의료비용의 적정성에 대해 의료네트워크 내에서 감독자의 역할을 수행하는 것이다. 보험회사는 의료네트워크 형성 과정에서 병원별 의료이용 비교를 통해 의료기관과의 계약 협상력을 보유하며, 이를 통해 의료단가 할인 요구도 가능하다. 보험가입자가 네트워크에 포함되지 않은 의료기관을 이용할 경우 보상하지 않거나, 환자 부담금을 높이는 방식으로 네트워크에 포함된 의료기관 이용을 유도한다. 국내에서도 해외 사례와 같이 보험회사-의료기관 간 비급여 가격계약 허용을 위해 의료법 개정을 추진하였으나, 의료계 반대로 무산된 바 있다.⁹⁾

〈표 II-4〉 주요국의 의료비용 통제 제도

국가	의료 수요	의료 공급: 비급여
한국(제4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용	없음
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급 ¹⁾	민영건강보험 의료수가 가이드라인 적용
호주, 프랑스, 네덜란드, 미국 등	보험회사-의료기관 간 네트워크 허용	보험회사-의료기관 간 의료수가 협상

주: 1) 일년간 보험금 청구가 없는 경우 보험료 일부를 환급해주는 보험료 환급제도(Premium Refund System)로 공적 건강보험의 대체형 민영건강보험에 한해 적용하며, 관련 제도의 운영 여부 및 운영 형태는 보험회사별로 상이함

본 장에서는 비급여 관리에 대한 해외 사례로 보험회사-의료기관 간 협상(독일, 호주) 이외에 일본과 대만의 비급여 관리 체계를 참고로 살펴 보았다.

8) 정성희·김경선·문해정·홍보배(2022)의 내용을 상당 부분 인용함

9) 2007년 의료산업선진화위원회에서 ‘비급여’ 중심의 실손보험 기반 마련을 위해 추진된 것으로, 의료법상 유인·알선 금지 규정을 개정하여 민간보험사와 의료기관 간 비급여 가격계약 체결을 유인·알선 금지의 예외 사항으로 규정하여 허용하는 방안으로 추진되었음

1) 독일

독일의 민영건강보험은 대체형과 보완형의 역할을 모두 수행하고 있어, 보장 급여에 적용되는 수가의 결정과 관련하여 상당히 복잡하고 정교한 공·사 간 연계 관계를 가지고 있다 (정성희·이태열 2018). 독일의 의료비는 기본적으로 입원의 경우 포괄수가제(G-DRG)¹⁰⁾를, 통원의 경우 행위별 수가제를 적용하는 것을 원칙으로 하고 있다. 입원에 적용되는 포괄수가제에서는 공적건강보험과 민영건강보험 모두 동일한 수가를 적용한다. 통원에 적용되는 행위별 수가제에서는 공적건강보험은 EBM(Einheitlicher Bewertungsma stab)¹¹⁾을, 민영건강보험은 GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte)¹²⁾이 각각 적용된다. 즉, GOÄ는 민영건강보험에 적용되는 통원 의료수가 가이드라인으로, 민영건강보험연합과 연방의사조합 간의 협의에 의해서 정해지게 된다.¹³⁾

의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간, 실행 상황 등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있다.¹⁴⁾ 의학적으로 필요한 급부가 의술의 법칙에 따라 이루어진 경우에 가능하며 필요한 범위를 넘어선 급부에 대한 비용 청구는 환자가 이를 요구했던 경우에만 가능하다는 원칙을 제시하고 있고, 의사는 평균 난이도의 평균적 시간이 소요되는 서비스의 경우에는 의사 수가원칙의 평균값에 따른 '통상적인 수가'를 받을 수 있으며, 이와 다른 가중 수가를 책정하려는 경우에는 난이도와 시간적 비용에 따른 근거를 제시해야 한다. 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 한다. 3.5배 이상의 수가를 책정하려는 경우에는 치료 이전에 환자와의 서면 합의가 요구되나, 통상적인 경우에 민영건강보험은 보험요율에 관한 규율을 통해 3.5배까지만 급여를 지급한다. GOÄ에 포함되지 않은 진료에 대해서 의사는 관련 규정을 유추 적용하여 수가를 정할 수 있으며, 수가 산정과 관련하여 발생할 수 있는 문제를 방지하

10) 2003년 입원 의료비 수가 체계로 도입됨

11) 의사 수가규칙으로 같은 취지의 규정이 치과 의사 수가규칙, 대체의학 수가규칙 등의 형태로도 존재함. 공적건강보험에 적용되는 모든 의료행위와 가격을 규정한 것으로 정부소속 의사들은 EBM에 규정되지 않은 의료행위에 대해서는 의료비를 공공보험에 청구할 수 없음

12) 의료행위를 16개 범주(이비인후과, 외과 등)로 구분하고 약 2,800여 개 항목에 대해 민영건강보험에 적용되는 통원 의료수가(Fee schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance) 가이드라인으로 1986년에 독일보건당국(Ministry of Health)이 도입함

13) 의사연합은 이미 1928년부터 자체적인 수가에 관한 규칙을 제정하였고, 이 규칙이 1965년에 의사 수가규칙 제정으로 이어짐. 기관 간 비급여 가격계약 체결을 유인·알선 금지의 예외 사항으로 규정하여 허용하는 방안으로 추진되었음

14) 치과치료는 별도의 수가 체계(Gebührenordnung für Zahnärzte; GOZ)가 적용됨

기 위하여 민영건강보험연합과 연방의사조합은 공동평가위원회를 구성하고 있다.

〈표 II-5〉 독일 민영건강보험의 통원 의료수가 체계(GOÄ)

가중치	적용
1	• 공적건강보험수가 기준
1 ~ 2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용
2.3 ~ 3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서명으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면 합의 필요

자료: 정성희·이태열(2018)

2) 호주

호주의 공적건강보험인 메디케어(Medicare)는 공공병원에서 공공환자(Public patient)로 진료받은 경우 치료비, 입원비 등을 거의 모두 보장한다. 또한, 공공 및 민영병원에서 민영환자(Private patient)로서 입원 진료를 받은 경우 메디케어는 메디케어 수가(Medicare Benefit Schedule, 이하, 'MBS'라 함) 기준으로 전체 진료비의 75%(외래의 경우 일반전문의 100%, 기타전문의 85%)만을 보장한다. 호주 국민은 메디케어가 보장해 주지 않는 입원·외래 진료비의 환자 본인부담금 및 비급여 항목¹⁵⁾을 보장받기 위해 보완형으로 민영건강보험을 가입하고 있다. 민영건강보험 가입자가 공공 및 민영병원에서 민영환자(Private patient)로 진료받기를 선택하면 의사와 병원을 선택할 수 있고 대기시간을 단축할 수 있는 이점도 존재한다. 호주의 민영건강보험은 자율가입 상품이지만 호주 정부는 국민들에게 양질의 의료서비스 접근성을 보장하고 공·사 건강보험의 공존과 상호보완을 장려하기 위하여 다양한 제도를 통해 민영건강보험 가입 인센티브¹⁶⁾를 제공하고 있다.

호주는 보험회사가 민영건강보험에 적용되는 수가에 대해 의료인 및 민영병원과 사전에 계약을 맺을 수 있도록 허용하고 있는데, 합의된 수가는 일반적으로 MBS보다 높은 수준

15) 치과검사 및 치료, 물리치료, 안과치료, 안경 및 렌즈 비용, 보청기 비용, 가정간호 비용, 비급여 약제 등임

16) 민영건강보험 보험료 보조를 위해 가입자에게 일정 비율의 세금을 환급해 줌. 30세 이전 민영건강보험 가입 장려를 위해 30세 이후 가입 시 미가입 기간 1년당 보험료의 2%씩(최대 70%) 10년간 가산함. 18~29세 가입자의 보험료 할인(최대 10%) 혜택 제공 등이 있음

이다. 호주에서 환자의 본인부담금이 발생하는 경우, 의료서비스 제공자는 진료 전에 환자에게 이를 설명하고 동의를 받아야 한다. 의료서비스 제공자는 환자 사전동의(Informed Financial Consent; IFC) 가이드라인을 활용해 환자에게 예상 의료비 정보를 제공하고, 이를 통해 진료 전 환자, 의사, 병원, 보험회사 간 충분한 의사소통이 이루어진 후에 환자가 진료 진행 여부를 결정할 수 있도록 한다.

호주의료협회(Australian Medical Association; AMA)에서는 의료수가 가이드라인(AMA Fees List)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 의료비 청구 시 이를 참고하도록 권장한다. 호주의료협회는 기본적으로 전문의의 의료수가를 규제하는 것에는 반대하는 입장이나, 환자가 의료비에 대해 잘 이해할 수 있도록 의사와 환자 간 정보 공유를 중요하게 생각한다. 호주 복지부는 2019년 12월 전문의 진료비 검색 서비스(Medical Cost Finder)를 시작하여 일반 국민에게 지역별, 의료서비스별 전문의 진료비의 평균적인 수준을 공개하고 있다.

3) 대만

대만에서는 의료기관이 수술 시 비급여 의료기기를 사용할 경우 환자에게 비급여 의료기기의 예상진료비, 비급여 사유, 잠재적인 부작용, 의료기기 특징, 유사 급여항목과의 비교 등에 대해서 설명하고 환자에게 서명으로 동의를 받아야 한다.¹⁷⁾ 환자가 비급여 진료에 대해 이의를 신청할 경우에, 요양기관 조사 후 문제가 인정되면 비급여 해당 부분을 환자에게 환불해주는 비급여 진료에 대한 이의신청 제도 또한 시행하고 있다.

또한 대만은 비급여 항목 및 수가를 공개한다. 중앙건강보험서의 ‘의료기관 관리법’에 관련 규정이 명시되어 있으나, 강제적이지 않고 처벌규정도 없는 상태로 간단한 목록만 공개한다.

17) 국민건강보험 의료기관의 계약 및 관리에 관한 규정 제14조

〈표 II-6〉 대만 비급여 항목 예시

-
- 미용/성형
 - 주간 입원(다만, 정신질환치료 제외)
 - 상급병실차익(1-2인실): 관행수가로 요양기관마다 차이 존재
 - 인공수정
 - 약물중독치료(알코올, 담배 포함), 비외상 치료성 치열교정, 예방성 수술
 - 성전환 수술
 - 의사 처방전이 필요 없는 일반 의약품
 - 혈액(다만, 긴급상병으로 의사의 진단에 의한 수혈은 제외)
 - 생체 실험
 - 튜브식사 이외의 식사
 - 환자 이송비, 등록비, 증명서 발급비
 - 의치, 의안, 안경, 보청기, 휠체어, 지팡이 및 기타 비적극 치료성의 보장구
 - 기타 법령에 의하여 정부가 비용을 부담하는 의료서비스
 - 예방접종 및 정부가 비용을 부담하는 기타 의료서비스
 - 보험자가 입안하고 건보회 심의를 거쳐 주관기관이 발표한 기타 치료 및 의약품
-

4) 일본

일본은 보험진료(급여)와 보험 외 진료(비급여)가 병용되는 혼합진료를 원칙적으로 금지하며, 병용 시에는 보험급여 청구를 인정하지 않고 모든 비용을 환자가 전액 부담하도록 한다.¹⁸⁾ 다만 보험 외 진료(비급여) 중에서 일본의 후생노동성이 정하는 ‘평가요양’과 ‘선정요양’의 범위 내에서는 혼합진료를 허용하고 있다. 여기서 ‘평가요양’은 공적건강보험의 보장범위에 해당되는 보험진료(급여)로 편입을 위해 평가 중인 진료 항목을 의미하며, ‘선정요양’은 보험진료(급여)로 편입을 전제로 하지 않는 대상으로 환자의 선택적 진료 항목을 의미한다.

18) 『보험 외 병용요양비 제도』

〈표 II-7〉 일본 평가요양 및 선정요양

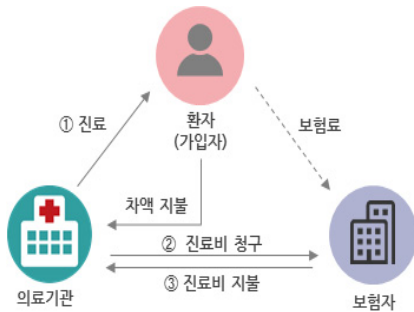
평가요양	의료기술	• 선진의료
	의약품/의료기기	• 의약품의 시험(임상시험)에 소요되는 진료 • 의료기기의 시험에 관련된 치료 • 약가기준 등재 전 승인약품 투여 • 보험적용 전의 승인의료기기의 사용 • 약가기준에 등재되어 있는 의약품의 적용 중 이외의 사용
선정요양	쾌적성/편의성	• 특별의료 환경의 제공 • 예약 진료 • 시간외 진료
	의료기관의 선택	• 200병상 이상의 병원 - 소견서 미지참 환자의 초진/재진
	의료행위의 선택	• 제한 횟수를 초과한 의료행위 • 180일을 초과하는 입원 • 앞니 부위의 재료 차액 • 금속으로 된 완전 틀니 • 소아충치치료 후 지속관리

4. 소비자의 실손의료보험 청구 편의성 저하

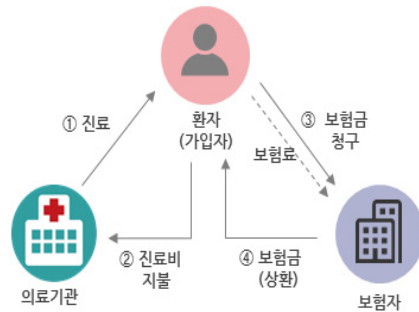
가. 현황

건강보험의 보험자가 보험급부(보험금)를 지급하는 방식으로 제3자 지불제와 상환제가 적용되고 있다. 제3자 지불제는 직접 서비스형으로 보험가입자(환자)가 의료기관 이용 후 진료비를 전액 부담하지 않거나 혹은 일부 본인부담금만 부담하고 의료기관이 보험자에게 직접 진료비를 청구하여 지불받는 유형이다. 즉, 제3자 지불제는 소비자가 의료기관을 이용한 후에 진료비를 정산하거나 청구 관련 서류를 발급받는 절차가 일체 없고, 의료기관이 보험회사에게 직접 소비자의 진료비를 청구하여 지급받게 되므로 소비자의 보험금 청구 부담이 거의 없다. 또한, 보험자가 의료기관에 직접 의료비를 지불함으로써 보험가입자(환자)의 재정대리인으로서 의료기관의 견제 역할을 수행하게 된다. 반면, 상환제는 현금 배상형으로 보험가입자(환자)가 의료기관 이용 후 진료비를 정산하고 보험자에게 청구하면, 약정한 비율의 현금을 보험급부(보험금)로 상환받게 되어 보험가입자에게 보험금 청구 부담을 지우는 방식으로 볼 수 있다.

〈그림 II-7〉 의료기관 청구방식(제3자 지불제)



〈그림 II-8〉 보험가입자 청구방식(상환제)



국내에서 실손의료보험 가입자가 진료비를 의료기관과 직접 정산한 이후 실손보험금을 보험회사에 청구하도록 하는 상환제를 시행하고 있어, 소비자의 보험금 청구 부담이 큰 상황이다. 더욱이 의료기관과 보험회사 간에 실손가입자(환자)의 보험금 청구에 필요한 진료 정보에 대한 전자적 교환이 이뤄지지 않아, 소비자가 직접 관련 서류들을 구비하여 보험회사에 제출해야 하는 불편이 계속되고 있다.¹⁹⁾²⁰⁾ 보험회사는 소비자의 실손보험금의 청구 편의를 위해 ICT 업체·의료기관과의 개별적인 계약·협상을 통해 자체적으로 청구전산화를 추진·확대하는 데 노력해 왔으나, 아직까지 의료기관의 참여가 적어 실질적인 효과는 내지 못하는 실정이다.²¹⁾

실손의료보험의 보험금 청구 및 지급 체계에서 청구전산화 도입은 2009년 국민권익위원회의 권고 이후 지속적으로 논의되어 왔으나, 의료단체는 환자 개인정보 유출, 행정업무 부담 가중, 비급여의 정부 통제 가능, 제증명 수수료발급 수익 보전방안 미흡 등의 이유로 반대하고 있는 실정이다. 현재 실손의료보험 청구전산화와 관련하여 보험업법 개정안(5건)²²⁾이 국회 계류 중에 있으며, ‘소비자가 의료기관에 보험금 청구에 필요한 서류 전송을 요청하면 의료기관은 해당 서류를 전자적 방식으로 보험회사에 전송하도록 함’을 주요 내용으로 하고 있다.

19) 정성희·문해정(2021a)

20) 보험금 청구 포기 사유: 서류 발급을 위한 병원 방문이 귀찮고(44%), 청구 금액이 소액임(73.3%)

21) 청구전산화에 참여한 의료기관 수는 2020년 말 기준 전체 의료기관·약국 9.6만 개 중에서 약 150여 개에 불과하고, 이를 통한 실손보험금 청구 건수는 전체의 0.1%(2019년 기준)에도 못 미치는 것으로 파악됨

22) 전재수 의원(‘20. 7, 재발의), 윤창현 의원(‘20. 7), 고용진 의원(‘20. 10, 재발의), 김병욱 의원(‘21. 4), 정청래 의원(‘21. 5)

나. 해외 사례

주요국의 공적건강보험은 환자의 청구 편의를 위해 제3자 지불제를 보편적으로 적용하고 있으나, 민영건강보험의 경우 국가의 보건의료시스템에 따라서 제3자 지불제(미국, 영국, 호주, 네덜란드 등) 혹은 상환제(프랑스, 독일, 한국 등)를 선택하여 적용하고 있다.

본 장에서는 우리나라처럼 전 국민 건강보험제도(NHI)를 시행하면서 민영건강보험에 상환제를 적용하고 있는 프랑스, 그리고 국가보건의료서비스제도(NHS)를 시행하면서 민영건강보험에 제3자 지불제를 적용하고 있는 영국의 보험금 지급 체계에 대해 각각 살펴보았다.

〈표 II-8〉 주요국 공·사 건강보험 보험금 지급 체계

국가	공적	민영	민영건강보험 관련 내용
프랑스	상환제 ¹⁾	상환제	- 환자가 진료비 정산 후 건강보험카드²⁾를 제시하면 사회보장국 및 보험회사로 전자치료차트가 전송되어 자동 상환 - 특정 대상 및 의무 건강보험에 한하여 제3자 지불제를 적용하고 있으며, 민영건강보험에 대해서도 제3자 지불제를 확대하는 추세
독일	제3자 지불제	상환제	- 통원: 청구서·처방전 등을 발급받아 모바일·온라인으로 보험회사에 제출 - 입원 등 고액 의료서비스 이용 시 의료기관이 보험회사에 직접 청구 가능
영국	제3자 지불제	제3자 지불제	의료기관 이용 전에 보험회사로부터 진료 보장에 대한 승인을 받아야 함
한국	제3자 지불제	상환제	종이 서류로 발급받아 직접 또는 이메일·팩스·모바일로 보험회사에 제출
호주	제3자 지불제	제3자 지불제	- 통원: 환자가 의료기관의 전자의료청구 및 정산 단말기에서 보험회사 멤버십 카드를 이용하여 현장에서 청구, 환자는 차액만 부담 - 입원: 의료기관이 보험회사에 직접 청구
미국	제3자 지불제	제3자 지불제	네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제
네덜란드	제3자 지불제	제3자 지불제	네트워크 외부 의료기관 이용 시 상환제

주: 1) 일부 대상(산업재해사고 피해 및 직업병 관련 환자, 청소년 구강 예방검사, 예방을 위한 검사 등)은 제3자 지불제를 필수 적용함

2) Carte Vitale: 1998년에 도입되었으며, 민영건강보험 정보가 연계되어 있어서 보험회사에 정산 정보가 자동 전송됨

1) 프랑스

프랑스는 모든 거주자에 대해 공적건강보험(l'Assurance maladie)²³⁾을 의무 가입하도록 하고 있으며, 급부 지급 방식으로 상환제를 기본 원칙으로 하되 저소득 계층·임산부·만성 질환자 등에 한해 제3자 지불제를 적용하고 있다. 국민의 의료이용 편의성 제고를 위해 공적건강보험에 대한 제3자 지불제 적용을 단계적으로 확대 추진해 오고 있으며, 2017년부터 의료기관의 재량에 따라 모든 건강보험 가입자에 대해 제3자 지불제 적용이 가능하다.²⁴⁾ 한편 민영건강보험은 공적건강보험의 급여 본인부담금의 일부 혹은 전부를 보장해주는 보완형으로 운영되며, 보험금 지급 방식으로 상환제를 적용하고 있다. 참고로 프랑스의 민영건강보험 가입률은 95.5%²⁵⁾으로 매우 높은 편인데, 이는 저소득계층 대상의 민영건강보험 바우처 제공(2000년), 차상위계층 대상의 민영건강보험 보조금 지급(2005년) 등 사회취약계층의 민영보험 지원 제도 시행 등에 기인한 것으로 평가되고 있다. 이처럼 정부 차원에서 민영건강보험 가입 장려 제도를 꾸준히 시행해 온 배경에는 한정된 공적건강보험의 재원을 입원 보장에 집중²⁶⁾하고, 통원은 민영건강보험을 통해 보장을 강화하려는 정책 기조가 있었기 때문이다.

보험가입자(환자)는 진료 후 의료기관에 진료비 전액을 지불하고 공·사 건강보험의 보험금 청구를 위해 건강보험카드(Carte Vitale)²⁷⁾를 의료기관에 제시해야 한다. 의료기관은 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)을 통해 전자치료차트를 작성하고, 이를 전자청구서와 함께 중계기관인 건강보험공단(CPAM)에 전송한다. 2020년 기준 일반의 82.6%, 전문의 85.9%, 약사 99.6% 등이 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)을 구축하고 있으며, 이를 위해 4개 공적건강보험기관(AMO) 및 3개 대형 민영건강보험기관(AMC)이 자금을 지원하고 있다. 그리고 전자치료차트 작성 및 전자청구서 전송을 위해서는 전자정보전송시스템(SESAM-Vitale)에 환자 건강보험카드(Vitale)와 의료인 카드(CPS)²⁸⁾를 삽입하도록 되어

23) 거주자의 직업군에 따라 근로자·자영업자 등 대상의 일반 제도(88%), 농업부문 종사자를 위한 농업 제도(5%), 기타 특별 제도(7%) 등 3가지 유형의 제도(Régime)로 구분됨

24) 2016년 의료시스템의 현대화에 관한 법률을 제정함(법률 번호 2016-41 제83조)

25) OECD Health Statistics 2019(프랑스 최근 자료: 2014년)

26) 프랑스의 공적건강보험의 보장률은 2018년 83.4%로, OECD 30개국(평균 73.8%) 중 8번째로 높은 편이나, 통원의 보장률은 66%(입원 90%대)임

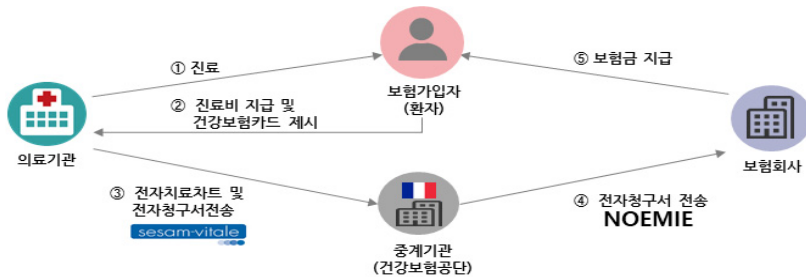
27) 건강보험공단이 건강보험에 대한 권리를 인증하는 카드로 1998년에 도입되었으며, 건강보험카드에는 이름, 성별, 생년월일, 사회보장번호, 소속 건강보험제도, 거주지에 따른 건강보험공단, 민영건강보험 가입정보 등의 정보가 등록됨

28) 의료인 카드(Carte de Professionnel de Santé; CPS)는 의료정보 공유를 위해 개인건강정보에 접근하기 위한 필수도로 법률(공중 보건법 L.1110-4조)에 명시되어 있으며 가입비용은 공적건강보험으로 전액 보장됨

있어, 담당 의료인에게만 환자의 의료정보 접근 권한을 부여하고 있다. 건강보험공단은 48시간 이내에 지불 승인 혹은 거절 정보를 제공하고 1주일 이내에 보험금 상환 및 상환 명세서를 발급하게 된다.²⁹⁾ 상환 진행 상황 등과 관련된 자세한 정보는 온라인 건강보험 계정(Ameli)을 통해서 확인할 수 있다.

한편, 건강보험공단은 전자정보전송시스템(NOEMIE)³⁰⁾ 사용과 관련하여 계약을 맺은 민영건강보험기관을 대상으로 사전에 제출받은 '전자정보전송 신청 보험가입자'의 상환명세서를 전자청구서로 전송하고, 민영건강보험기관은 건강보험공단으로부터 전자청구서를 전송받은 이후 통상 2일 내에 보험가입자에게 보험금을 지급한다. 이처럼 건강보험공단은 민영건강보험의 전자청구 중계기관으로서 전자정보전송시스템을 구축·관리하고, 민영건강보험기관과의 계약을 통해 서비스를 제공하고 있다.³¹⁾ 민영건강보험기관은 건강보험공단의 전자청구 정보전송서비스 사용에 대해 일정의 수수료를 지불한다. 수수료는 전자청구서 전송으로 인해 건강보험공단에서 발생한 평균 비용에 해당되며, 일반적으로 제공된 문서의 수에 따라 책정된다. 참고로 전자청구서에는 보험회사명, 피보험자명, 진료비, 보험계약내용, 청구내용 등의 정보가 포함되어 있는데, 보험가입자는 전자청구서의 전자전송을 원할 경우 건강보험 권리증명서, 은행 계좌 증명서 등을 사전에 보험회사에 제출하고 신청해야 한다.

〈그림 II-9〉 프랑스 민영건강보험 보험금 지급 체계



29) 국민건강보험의 상환명세서에 “이 정보는 귀하의 국민건강보험 기금에서 귀하의 보완형 민영건강보험기관으로 직접 전송되었습니다(Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d’assurance maladie à votre organisme complémentaire. En conséquence, vous n’avez pas besoin de lui envoyer ce relevé).”라는 메시지가 적혀 있음

30) 건강보험공단과 외부 기관 간의 개방형 교환 표준임(Norme Ouverte d’Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs)

31) 『민영보험기관 원격전송시스템의 표준 준수 절차(Procédure d’adhésion à la Norme NOEMIE Organismes Complémentaires)』(2020. 9 개정)

2) 영국

영국은 세금을 재원으로 입원·통원 등 대부분의 의료서비스가 무상으로 제공되고, 국가 차원에서 의료서비스 제공 및 관리가 이뤄지는 국민보건서비스제도(NHS)³²⁾를 운영하고 있으며, 급부 지급 방식으로 제3자 지불제가 적용되고 있다. 한편, 민영건강보험은 NHS에서 보장하지 않는 대체 의학, 정신과 치료, 치과 및 안경, 재택 치료 등의 의료서비스를 보장하는 보완형으로 운영되고 있다. 또한, NHS는 무상으로 제공된다는 장점이 있지만, 긴 진료 대기시간, 의사·의료기관 선택이 자유롭지 못한 단점도 존재하는데, 진료 대기시간 단축, 진료 시간 및 의료기관 선택권 등의 혜택을 부여하는 보충형(혹은 중복형)도 함께 운영되고 있다. 민영건강보험의 보험금 지급 방식으로 의료네트워크 기반의 제3자 지불제가 적용되고 있다. 영국은 보험회사와 의료기관 간에 의료수가 협상 등을 포함한 계약을 허용하고 있으며, 보험회사는 가입자가 네트워크 내 의료기관을 이용한 경우 보험회사가 의료기관에 직접 의료비를 지급하게 된다. 민영건강보험 보장내용에 가입자가 이용 가능한 의료기관 리스트가 명시되어 있으며, 일반적으로 이용 가능한 의료기관이 많을수록 보험료가 비싼 구조가 된다. 보험회사는 의료네트워크 형성 과정에서 비용 비교를 통해 의료기관과의 계약 협상력을 보유하며, 이를 통해 의료수가의 할인을 요구하는 등 네트워크 내에서 의료비용 적정성에 대한 감독자의 역할을 수행한다.

보험가입자(환자)는 민영건강보험 계약에 포함된 ‘보험회사와 제휴된(In-network) 의료기관’과 ‘받고자 하는 진료의 보장 여부’를 의료기관 이용 전에 보험회사로부터 사전승인(Pre-authorization)을 받아야 한다. 이때 보험가입자가 민영건강보험 계약에 포함되어 있지 않은, 즉 보험회사와 제휴되어 있지 않은(Out-of-network) 의료기관을 이용한 경우에는 진료 후 보험가입자가 진료비를 부담하고 민영건강보험 보험금도 보험회사에 직접 청구해야 하는데, 보험회사는 보험계약에 의해서 보험금을 지급하지 않을 수도 있다.

의료기관은 진료 이후 보험가입자의 진료정보를 표준전자청구서 양식³³⁾에 의거하여 전자정보전송시스템(ePractice system)에 입력하고, 중계기관인 중간결제회사(Healthcode)로 전자청구서를 전송한다. 중간결제회사는 전자청구서가 표준전자청구서의 양식에 따라 작성되었는지 등에 대한 검증과정³⁴⁾을 거친 후 보험회사에 전송한다. 보험회사는 중간결

32) 모든 국민에게 필요에 따라 공평한 의료서비스를 무료로 제공한다는 취지하에 1948년에 도입됨

33) 중간결제회사가 보험산업의 표준민영건강데이터 서식에 따라 표준전자청구서 양식을 작성하여 의료기관에 제공함

34) 검증과정에서 표준전자청구서의 양식에 부합되지 않을 경우 의료기관에 반송됨

제회사로부터 받은 전자청구서를 자체 심사과정을 거친 후 보험가입자의 보험금을 의료기관에 지급한다.

한편, 중간결제회사³⁵⁾는 민영건강보험의 보험금 청구전산화 등을 통해 의료기관과 보험회사 간의 불필요한 행정 절차와 비용 절감을 목적으로 설립되었으며, 현재 영국에서 민영건강보험을 판매하는 대부분의 보험회사³⁶⁾는 중간결제회사를 통해 전자청구서를 전송받고 있다.³⁷⁾ 중간결제회사는 정보보호 관리체계 국제표준(ISO/IEC 27001:2005³⁸⁾) 인증을 받았으며, 금융·개인 정보보호를 위하여 금융회사(온라인 बैं킹) 수준의 암호화 작업을 수행하고 있었는데, 2000년 설립 이후 현재까지 알려진 정보유출 사건이 1건도 발생하지 않았다고 한다. 영국 정보위원회(ICO) 보고서³⁹⁾에 따르면 2021년 1분기 의료부문의 정보유출(420건) 중 비전자 방식으로 의한 건이 90%(380건) 이상을 차지하는 등 서류방식을 통한 정보 제공에서 정보유출 문제가 더 심각한 것으로 나타났다. 또한, 영국 민영의료기관(Pure Sports Medicine)에 따르면 기존의 주당 45~50시간이 소요되던 행정적 절차가 전자청구 이용 후 주당 25~30시간으로 40% 이상의 시간이 절약되었다고 한다.⁴⁰⁾ 이와 같이 제3자 지불제 적용에 따라 의료기관이 보험가입자 대신으로 보험회사에게 보험금 청구를 해야 하는 경우 중간결제회사를 통한 전자청구 활용을 통해 의료기관은 비용의 절감 효과와 함께 환자의 정보보호 강화 효과도 본 것으로 나타났다.

35) 영국 최대 건강보험회사인 Bupa의 추진으로 2000년에 설립되었으며, 현재 Aviva, AXA Health, Bupa, Vitality Health, Nuffield Health가 공동 소유하고 있음

36) 2019년 기준 10개 보험회사가 중간결제회사를 이용하고 있으며, 이 중 4개 보험회사(Bupa, AXA Health, Aviva, Vitality Health)가 전체 민영건강보험시장의 90% 이상을 차지함

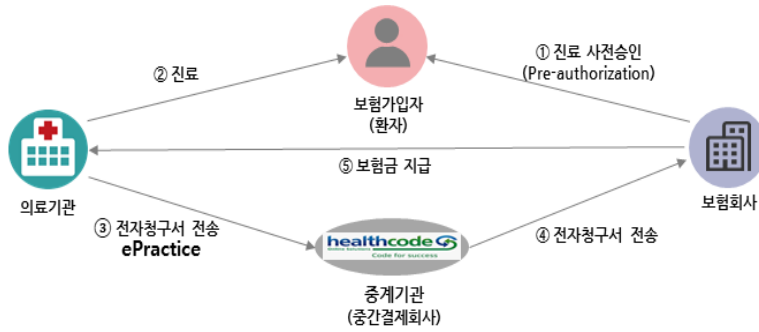
37) 하루 병원급 청구의 약 98%, 개원의 청구의 약 70% 수준임(Healthcode 2020). 중간결제회사는 보험산업의 표준민영건강데이터양식(CCSD)에 따라 표준전자청구서 양식을 작성하고 이를 의료기관에 제공함

38) ISO/IEC 27001:2005 표준은 기업들이 정보보호 업무를 수행함에 있어 참조 및 기준으로 활용할 뿐만 아니라 이 규격을 바탕으로 조직의 특성에 맞는 정보보호 경영체계를 수립한 후 독립적인 인증기관으로부터 시스템의 적합성 및 실행상태를 평가받고 신뢰할 수 있는 정보보호 관리를 갖추어 운영하고 있다는 것을 보증하는 제3자 심사 및 등록제도임

39) Information Commissioner's Office, Data Security incident trends 2020-21 Q4(<https://ico.org.uk/action-weve-taken/data-security-incident-trends/>)

40) Healthcode(2011)

〈그림 II-10〉 영국 민영건강보험 보험금 지급 체계



Ⅲ

공·사 건강보험 역할 정립

1. 개요

우리나라의 국민건강보험은 사회보험으로 사회연대성과 형평성의 원리를 핵심 가치로 보편적 건강보장을 목표로 하고 있다. 이에 따라 공적건강보험의 정책은 2005년부터 건강보험 보장성 강화를 최우선의 목표로 추진되어 왔다. 그러나 건강보험 보장성을 강화하기 위한 급여 확대에는 충분한 재원이 뒷받침되어야 하는데 재원의 상당 부분은 국민건강보험의 보험료로 조달되다 보니, 정책의 효과는 투입된 재원 대비 보장을 향상 등과 같은 정량적 지표로 평가되어 왔다. 이러한 측면에서 보면 2005~2020년까지 15년 이상 투입된 총 20조 원 이상의 재원에 비해 정책 효과는 높지 않은 것으로 판단된다.⁴¹⁾

한편, 공적건강보험은 보편적 보장을 표방하고 있기 때문에, 국민의 다양한 건강보장 수요의 반영에 어려움이 있다. 또한, 공적건강보험의 보장 확대에는 재원 부담이 불가피하기 때문에, 대부분의 국가에서 이를 민영건강보험이 보완하도록 하고 있다. 우리나라에서는 건강보험 보장성 강화 정책이 시작된 참여정부 시절부터 민영건강보험의 활용과 관련하여 실손의료보험이 어떠한 역할을 수행하는 것이 바람직한가에 대한 논의⁴²⁾가 본격화되었다.

현재 공·사 건강보험 역할 정립과 관련하여 논의되고 있는 현안으로 ① 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 금지, ② 건강보험 급여비용 경감제도(본인부담상한제, 재난적 의료비 지원 제도)와 실손의료보험의 보장 제외, ③ 민영건강보험 규제·관리 관련 논쟁 등이 있다. 본 장에서는 상기의 현안들에 대해 주요 쟁점을 정리하고, 관련된 해외 사례를 살펴보았다.

41) 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022)

42) 2005년 10월 5일 대통령 직속의 「의료산업 선진화 위원회」를 발족, 2006년 7월 11일 「의료산업 선진화 전략」 대통령 보고에서 ‘국민건강보험과 민간의료보험 간 역할 설정’이 주요 토론 과제로 논의됨(정성희·이태열 2018)

2. 급여 본인부담금의 실손의료보험 보장 금지

가. 현황

급여 본인부담금이란 건강보험이 보장하는 진료행위의 진료비 중에 건강보험에서 지급하는 급여를 제외하고 환자가 스스로 지불해야 하는 부담을 의미한다. 따라서 급여 본인부담금이 커지면 환자의 부담도 커지기 때문에 의료비 지출을 억제하는 효과를 가지고 있다. 따라서 공적건강보험은 보완적 역할을 수행하는 민영건강보험이 급여 본인부담금을 보장할 경우 의료비 증가를 불필요하게 자극할 가능성이 있다고 우려해왔다.

물론 이러한 논쟁에 앞서 급여 본인부담금의 성격에 대해 명확히 정리할 필요가 있을 것이다. 기본적으로 급여 본인부담금은 진료비를 최대한 보장하면서 의료 과소비를 억제하는 역할을 하는 순수한 개념으로 설정되는 경우도 있다. 하지만 많은 경우 공적건강보험의 재정 부담으로 인해 제한적으로 보장하는 경우도 많다. 우리나라의 예비 급여제도가 그 대표적인 사례가 될 것이다.

한편, 상기 현안을 단순히 해외사례를 기반으로 논의하는 것은 적절하지 않을 수 있다. 본인부담금 보장 문제는 II장에서 논의한 ‘평균보험료’나 ‘의료저축계좌’와 같이 다소 직접적이거나 기술적인 사안이라기보다는 건강보험 보장체제의 핵심적인 사안이라고 할 수 있기 때문이다. 따라서 해외사례를 정확하게 논의하기 위해서는 우리나라와 건강보장체제에 있어서 많은 유사성을 가지고 있어야 할 것이다.

우선, 전 국민을 유사한 건강보험체제로 보장하고 추가적으로 민영건강보험이 보완적인 역할을 수행하는 사례를 찾아야 할 것이다. 국가가 의료서비스를 제공하는 NHS(National Health Service) 체제를 가지고 있는 영국, 캐나다, 호주 등과 대체형 민영건강보험을 가지고 있는 독일 등의 사례는 논의에서 제외하는 것이 바람직해 보인다. 따라서 본 장에서는 비교적 ‘공적건강보험의 전 국민 보장과 민영건강보험의 보완적 기능’이라는 성격에 비교적 가까운 프랑스와 스위스 사례를 바탕으로 논의하고자 한다.

나. 해외 사례

우선 프랑스의 경우 전 국민을 대상으로 사회보험방식으로 보장하고, 민영건강보험은 추

가적으로 보완적인 역할을 한다는 측면에서 우리나라와 유사성이 많다. 특히, 프랑스는 공적건강보험이 정액 공제하는 €1와, 의약품, 준의료행위, 의료수송 등에 적용하는 의료 공제액(약품 €0.5, 준의료행위 €0.5, 의료수송 €2)에 대해서는 민영건강보험이 보장하지 않는다. €1 정액제 한도는 연간 €50로 제한된다. 단, 만성질환자, 6개월 이상 임산부, 18세 미만의 어린이 및 청소년과 상담, 정부 의료보조 수혜자의 경우에는 €1 정액제의 영향을 받지 않는다. 또한 치과, 조산사 제공 치료, 의료보조기관 치료 등에는 €1 정액제가 적용되지 않는다. 프랑스의 이러한 특징 때문에 급여 본인부담금의 보장 제외 사례로 인용되기도 한다.

그러나 프랑스의 사례의 정책 공제는 우리나라의 급여 본인부담금과 다소 성격이 다르다. 정확히 말하자면, 급여 본인부담금 안에 보장에서 배제되는 최소 부담금이 있는 것이라고 보는 것이 타당할 것이다. 그나마도 만성질환자, 임산부, 청소년 등 다양한 예외 사례들이 있다. 따라서 우리나라의 급여 본인부담금에 대한 민영건강보험의 보장 제외를 주장하기 위해 프랑스의 사례를 인용하는 것은 한계가 있다고 판단된다.

다음으로는 스위스의 사례를 살펴볼 필요가 있다. 스위스의 경우 연방건강보험법(Bundesgesetz über die Krankenversicherung; KVG)⁴³⁾에 따라 스위스에서 거주하는 모든 사람은 건강보험에 가입할 의무가 있고 새로 정착한 사람은 3개월 이내에 가입해야 한다(제3조). 다양한 보험 회사에서 자유롭게 보험을 선택할 수 있고(제4조), 건강보험의 가입 단위는 개인이므로 가족의 각 구성원들이 개별적으로 보험에 가입해야 한다. 이렇게 보면 우리나라나 프랑스와 유사하다고 할 수 있으나, 여기서 언급하고 있는 건강보험은 공적건강보험이 아니라 민영건강보험이라는 점에서 상당한 차이가 존재한다. 미국의 오바마케어를 전 국민에게 적용한다고 보면 스위스 건강보험체제를 이해하기 쉬울 것이다.

그럼에도 불구하고 급여 본인부담금의 보장 제외와 관련해서 스위스 사례에 관심을 갖는 것은 스위스가 법정 본인부담금 전체를 보완적 민영건강보험에서 보장 제외시키기 때문일 것이다. 스위스 연방건강보험법 제64조 제2항은 피보험자의 법정 본인부담금을 연간 공제액(Franchise)과 본인부담률(Selbstbehalt)로 설정하고 있으며, 제8항에서는 이와 같은 법정 본인부담금에 대해서는 건강보험회사를 비롯한 기타 기관에서 보험에 가입할 수 없도록 명시하고 있다. 그러나 건강보험이 일부만 보장하는 경우에는 법정 본인부담금을 제외하고 이를 초과하는 금액에 대해서는 보충보험(Zusatzversicherung)이 보장할 수 있다. 주로 치

43) Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts

과치료, 대체의료, 상병 수당 및 소득손실 보완에 대하여 보장한다.

그러나 스위스의 법정 본인부담금의 성격을 자세히 살펴보면 이를 우리나라에 그대로 인용하기 어려운 특징이 발견된다. 스위스의 법정 본인부담금은 연간공제액, 본인부담률, 입원 일일 본인부담금으로 나뉘는데, 이중 가장 핵심적인 연간 공제액을 보면 다양한 옵션이 존재하고 있다는 것이다. 스위스의 경우 18세 이상 국민은 연간 최소 300 프랑의 연간 공제액을 설정하고 해당 금액만큼의 의료비를 본인이 지불해야 한다. 연간 공제액은 최소 300프랑부터 최대 2,500 프랑까지 6가지 중에서 선택할 수 있다. 18세 미만 미성년자에 대해서는 연간 공제액을 두지 않으나, 보험료를 줄이기 위하여 최대 600 프랑까지 연간 공제액을 선택할 수 있다.

스위스의 사례는 보험료를 더 부담해서 진료비에 대한 본인부담을 줄일 수 있다는 것을 의미한다. 그러나 우리나라의 경우 전 국민에게 일률적인 법정 본인부담률을 적용하는 경직적인 기준을 가지고 있다. 결국, 우리나라의 민영건강보험은 우리나라의 일률적 법정 본인부담금에 추가적인 보장을 통해서 본인의 부담을 조정하는 역할을 한다고 할 수 있다. 따라서 국민건강보험에 본인 부담의 크기를 결정하는 옵션을 부여하지 않는 한 스위스 사례를 법정 본인부담금의 보장 제외 사례로 활용하기는 어려울 것으로 판단된다.

3. 국민건강보험의 급여비용 경감제도와 실손의료보험의 보장 제외

가. 현황

현재 건강보험의 본인부담을 경감해 줌으로써 국민의료비의 부담을 지원해 주는 제도로서, 본인부담상한제, 재난적 의료비 지원 제도, 본인일부부담금 산정특례제도 등이 시행되고 있다.

먼저 진료비의 본인부담을 줄이기 위한 제도로 환자가 부담한 연간 본인부담액 총액이 본인부담 상한액을 초과하는 경우 그 초과금액 전액을 환자에게 돌려주는 본인부담액상한제가 2004년 7월 1일부터 본격적으로 도입되었다. 도입 당시에는 소득에 관계없이 동일한 상한액을 적용하였으나, 상한금액을 소득수준과 관계없이 운영하는 것은 제도 취지를 제대로 반영하지 못한다는 비판이 계속되자 2009년부터 소득수준을 반영하기 시작하였

다.⁴⁴⁾ 2020년 현재 본인부담상한제는 소득분위를 1~10등급으로 나누고 분위별로 연간 건강보험 급여의 본인부담금이 81~582만 원에 해당되는 경우 초과금액을 국민건강보험 공단에서 부담하고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 우리나라 건강보험 본인부담상한제 운영 현황

연도	연평균 건강보험료 분위(저소득 → 고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)			300만 원(중위 30%)		400만 원(상위 20%)	
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일 초과 입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				

자료: 황현아·정성희·손민숙(2021)

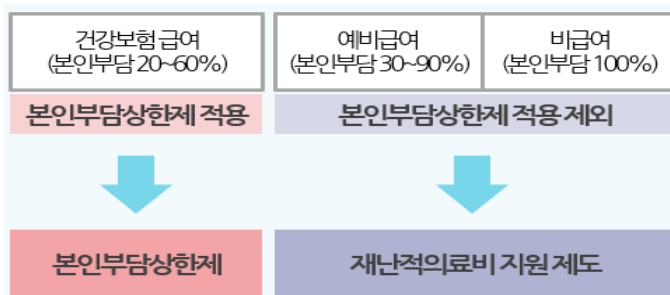
한편, 재난적 의료비 지원 제도는 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치질환)으로 인한 고액의 비급여 의료비 부담으로 발생하는 가계파탄을 방지하기 위해 2013년 8월부터 평생 1회에 한해 2천만 원까지 지원하는 한시적·제한적 사업으로 도입되었다. 이후 2017년 ‘문재인 케어’ 추진에 따라 해당 제도의 보장 질환범위가 입원의 경우 4대 중증질환에서 모든 질환으로 확대되었으며, 지원금액 한도도 2천만 원에서 3천만 원으로 상향(필요하다고 인정 시 개별심사를 통해 최대 1천만 원까지 추가 지원하는 형태), 지원횟수도 평생 1회에서 매년 지원으로 확대되었다.

44) 2014년부터 소득 구간을 7단계로 세분화하고, 2015년부터 매년 전년도 상한액에 전국 소비자물가변동률을 적용하여 상한액을 조정함. 2018년부터는 소득 1~5분위에 해당하는 가입자의 요양병원 120일 초과 입원에 대해서 보다 높은 상한액을 적용함(황현아·정성희·손민숙 2021)

현재 해당 제도는 2020년 기준 의료급여 본인부담 보상금제도·본인부담상한제 및 건강보험 본인부담상한제 적용을 받지 않는 항목⁴⁵⁾의 급여 본인부담금과 비급여를 합산한 금액(지원제외항목 제외)의 50%를 연간 2천만 원 범위 내에서 지원하고 있으며, 국가·지방자치단체의 여타 의료비 지원금 또는 민간보험 수령금이 있는 경우에는 그 지원금 또는 수령금을 제외한 금액을 산정하여 지급하고 있다.

윤석열 정부는 저소득층 의료비 부담 경감을 위해 재난적 의료비 지원대상 선정기준을 현행 본인이 부담한 의료비 총액이 가구 연간 소득의 15%를 초과하는 것에서 10% 초과로, 지원범위를 외래의 6대 중증질환에서 모든 질환으로 각각 확대하기로 발표하였다. 또한 지원한도도 1인당 연간 3천만 원에서 5천만 원으로 상향을 추진할 예정이다.⁴⁶⁾

〈그림 III-1〉 우리나라 본인부담상한제와 재난적 의료비 지원 제도



재난적 의료비 지원 사업은 매년 편성된 예산을 모두 집행하지 못하고 있다. 해당 사업은 보건복지부 일반회계와 기획재정부의 복권기금, 국민건강보험공단의 건강보험 재정에서 공동 부담하고 있는데, 2018년 기획재정부 복권기금 실집행률은 33.8%, 건강보험 재정은 5.9%, 사회복지공동모금회는 28.8%에 불과하였고, 2019년은 보건복지부 일반회계는 100% 집행되었으나, 기획재정부 복권기금은 56%, 건강보험재정은 30.4%만 실집행되었다.⁴⁷⁾

45) 예비급여, 선별급여, 65세 이상의 임플란트, 노인틀니(의료급여 수급권자에 한함), 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액, 전액본인부담금

46) 관계부처 합동 보도자료(2022. 6. 13), “새정부 경제정책방향”

47) 국회예산정책처(2020)

〈표 Ⅲ-2〉 문재인정부의 재난적 의료비 지원 사업¹⁾ 현황

구분		2021. 10월 이전	2021. 11월 이후 ²⁾
지원 대상	대상질환	입원 - 모든 질환 외래 - 6대 중증질환 ³⁾	동일
	소득기준 ⁵⁾	기준 중위소득 ⁴⁾ 100% 이하	기준중위소득 200% 이하
	재산기준 ⁵⁾	5억 4천만 원 이하	동일
	의료비 부담 수준 ⁶⁾	기초생활수급자·차상위 계층	연소득 15% 초과
		~ 50%	
		~ 100%	
		~ 200%	연소득 20% 초과
지원 내용	금액		연간 2천만 원까지 (개별심사) 3천만 원까지
	비율	기초생활수급자·차상위 계층	80%
		~ 50%	70%
		~ 100%	60%
		~ 200%	50%

주: 1) 2018년 1월 제정법을 국회 통과, 2018. 1~6월 시범사업을 거쳐 7월부터 본사업을 시행함

2) 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 개정안 시행

3) 암·뇌혈관·심장·희귀난치·중증난치·중증화상 질환(단, 암·희귀난치·중증난치·중증화상 질환의 경우 본인일부 부담금 산정특례자로 등록된 경우)

4) 기초생활보장 급여별 선정기준 등에 활용하기 위해 중앙생활보장위원회의 심의의결을 거쳐 고시하는 국민가구 소득의 중위값임

5) 가구 합산액 기준임

6) 가구의 소득 구간별 본인이 부담한 의료비 총액이 기준 금액 초과 시 지원 대상에 해당됨

마지막으로 본인일부부담금 산정특례제도는 의료보험의 낮은 보장성 수준으로 인한 과도한 의료비 부담을 해소하기 위하여 고액의 비용과 장기간 치료가 요구되는 상병에 대해서 진료 시 환자 부담액을 경감하여 주는 제도⁴⁸⁾로 2005년부터 본격적으로 확대되었다. 정부는 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등의 3대 중증질환으로 진단받은 환자에 대해서 입원 및 외래 본인부담률을 2005년 9월부터 20%에서 10%로 축소하였으며, 이후 10%에서 5%(암: 2009년 12월, 심·뇌혈관질환: 2010년 1월)로 추가 인하하는 등 산정특례 대상의 중증질환

48) 1983년 10월 인공신장투석과 계속적 복막관류술에 대해 산정특례를 적용하여 외래 진료 시에도 본인부담률을 20%로 낮춘 것이 산정특례제도의 시작으로 볼 수 있음

환 범위 및 본인부담률 경감혜택을 지속적으로 확대해 왔다. 현재 2022년 1월 기준 질병군 별 입원 및 외래 본인부담률 수준을 보면 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 중증화상, 중증외상의 경우는 5%, 희귀질환, 중증난치질환, 중증치매의 경우는 10%, 결핵의 경우에는 0%이다.

나. 해외 사례: 본인부담상한제

1) 독일

독일의 법정 건강보험에 가입한 사람들은 의료서비스에 대해 본인부담금(Zuzahlungen)을 지불해야 한다. 입원 치료 및 외래 환자 재활의 경우에는 1일당 10유로의 자기부담금이 적용되며, 입원은 최대 28일(280유로)까지만 본인이 부담한다. 처방 의약품, 붕대, 보조기구 등의 경우에는 본인부담률 10%(최소 5유로, 최대 10유로)가 적용된다.

더불어 독일은 필요한 의료서비스를 충분히 받을 수 있도록 연간 법정 본인부담금 상한제(Belastungsgrenze)를 운영해오고 있는데, 18세 이상의 법정 건강보험 피보험자의 경우에는 본인부담 상한을 연간 가구 총소득의 2%로 적용하며, 만성질환자의 경우에는 연간 가구소득 총액의 1%를 적용한다.⁴⁹⁾

본인부담금이 상한금액에 도달한 경우 건강보험공단이 피보험자에게 자동으로 통지하지 않는다. 따라서 피보험자는 건강보험공단에 본인부담금 면제 신청서(영수증 및 소득증명서)를 제출하고, 건강보험회사는 당해의 나머지 기간 동안의 자기부담금을 면제하는 증명서(면제 카드)를 발급해야 한다. 단기간 내에 본인부담금이 상한금액에 도달할 것으로 예상하는 경우에는 사전에 건강보험회사에 상한금액만큼을 지불하고 본인부담금 면제 카드를 수령할 수 있다.

2) 프랑스

프랑스의 18세 이상 건강보험 가입자는 일반의 및 전문의 방문 1회당 1유로의 정액 공제금(Participation forfaitaire)을 지불해야 한다.⁵⁰⁾ 이는 법정 본인부담금(Ticket modérateur)

49) 사회법전 제5권(SGB-V) 제4장 제61조(법정 본인부담), 제62조(상한 기준)(§ 62 SGB V (Zuzahlungen, Belastungsgrenze))

50) 사회보험 적자 해소를 위해 2015년 7월 1일부터 시행, 18세 이상의 모든 환자에게 적용됨. 단 CMU

과는 별개이며, 정액 공제금은 공적건강보험기금이 보험금 지급 시 자동으로 공제한다. 1유로 정액제의 연간 한도는 50유로이다. 그 외 의료 운송(2유로), 처방의약품(0.5유로), 준 의료행위(0.5유로)에 대해서도 연간 50유로 한도로 본인부담금(franchise médicale)을 지불한다. 최소한의 본인부담금인 1유로의 정액공제금에 대해서는 책임계약(contrats responsables)에 따라 민영건강보험이 보장하지 못하도록 하고 있다. 정액공제금이 아닌 법정 본인부담금 및 추가 금액에 대해서는 민영건강보험이 일부 또는 전체를 보장할 수 있다.

입원의 경우에는 처음 30일 동안 입원비용의 20%인 법정 자기부담금과 입원일당 20유로를 지불해야 한다. 그러나 31일째부터는 법정 본인부담금인 입원비용의 20%가 면제된다.

3) 호주

호주는 공적건강보험인 메디케어가 보장하는 입원 외 진료(Out of hospital services)⁵¹⁾의 연간 본인부담금이 상한금액을 초과하면 1차적으로 메디케어 보장률이 정해진 수가(MBS)의 100%로 높아지며, 2차적으로는 기타 본인부담금의 80%를 메디케어가 보장한다.

1차적 안전망인 Original Medicare Safety Net(OMSN)은 MBS 수수료와 메디케어 보장(주로 85~100%) 차액(Gap amount)의 누적 금액이 상한금액을 초과하면 입원 외 의료서비스에 대해 메디케어 혜택이 MBS 수수료의 100%로 증가하여 당해에는 급여 본인부담금이 발생하지 않는다. 개인의 경우 상한금액(2021년 기준 481.2 호주 달러) 도달 시 자동으로 OMSN 혜택이 적용된다.

2차적 안전망인 Extended Medicare Safety Net(EMSN)은 입원 외 진료비의 본인부담비용(Out of Pocket payment)이 상한금액을 초과하면, 당해의 나머지 기간 동안 메디케어가 본인부담비용의 80%를 보장한다.⁵²⁾ 2021년 기준 본인부담 상한금액은 일반 개인 및 가족 2,184.3 호주 달러, 복지 혜택 수혜자 개인 및 가족 697호주 달러이다.

호주 민영건강보험은 크게 입원 보장(Hospital cover)과 추가 보장(Extras cover)으로 구

(Couverture Maladie Universelle) 또는 AME(Aide Médicale de l'Etat), 임신 6개월 이상인 임산부는 1유로를 납부하지 않음

51) 입원 외 진료(Out-of-hospital medical services)에는 일반의 및 전문의 상담, 진단테스트, 방사선 및 화학치료, 재활치료, 투석치료 등이 포함됨

52) 2004년부터 시행하였으며, 본인부담금의 80%와 EMSN의 상한금액(Extended Medicare Safety Net benefit caps) 중 적은 금액을 보상함

분되는데, 메디케어의 본인부담금 상한제의 적용범위와 상이하여 이중 보상의 문제가 발생하지 않는다. 입원 보장(Hospital cover)은 병원에 개인환자로 입원하여 치료받는 경우 메디케어가 보장하는 비용의 일부를 보장하므로, 일반의 상담 및 각종 검진 등 입원 외 진료에 해당하는 메디케어 본인부담 상한제와 적용 범위가 상이하다. 추가 보장(Extras cover)은 메디케어에서 보장하지 않는 항목에 대해서 보장하는 상품이므로, 메디케어 본인부담금 상한제 적용 범위가 아니다.

의약품에 대해서도 본인부담상한이 존재한다. 호주의 2021년 기준 일반 환자의 연간 의약품 본인부담상한⁵³⁾은 1,497.20호주 달러로, 상한금액을 초과하면 당해의 나머지 기간 동안 처방 당 6.6호주 달러를 지불한다. 복지 혜택 수급자(Concessional patient)의 연간 의약품 본인부담상한은 316.8호주 달러이며, 이를 초과하면 당해의 나머지 기간 동안 의약품에 대한 자기부담은 없다.

다. 해외 사례: 재난적 의료비 지원 제도

1) 세금 공제⁵⁴⁾

주요국에서는 재난적 의료비 지원 제도로 세금 공제를 대표적으로 적용하고 있다. 일례로 캐나다는 연간 의료비 지출이 소득의 일정 수준(3%) 이상일 경우 연방정부는 세금 공제를, 주정부는 본인부담금 공제 혜택을 주고 있다. 또한 이탈리아의 경우 연간 의료비 지출이 일정 수준(129€)을 초과하면 총 지출금액의 20% 정도에 대한 세금을 공제해주고 있다.

2) 미국 메디케이드 스펜드다운(Medicaid Spend-Down) 제도

미국 정부는 사회보장제도로 고령자 대상의 메디케어와 함께 일정기준 이하의 저소득층 대상의 메디케이드를 시행하고 있다. 주정부는 연방법에 정해진 기준범위 내에서 주별로 상이한 빈곤층 분포를 고려하여 자체적으로 메디케이드 프로그램을 운영하고 있다. 2014년 오바마케어⁵⁵⁾ 시행에 따라 수급자격은 소득기준이 연방빈곤선 138% 미만인 65세 이

53) PBS(Pharmaceutical Benefits Scheme) Safety Net

54) 황도경 외(2013)

55) 환자보호 및 부담적정보험법((Patient Protection and Affordable Care Act)으로 일반적으로 오바마케어로 통용됨

하의 모든 개인으로 확장⁵⁶⁾되었다. 메디케이드 스펠드다운 제도는 메디케이드에서 요구하는 소득기준을 초과하는 대상, 즉 메디케이드 수혜자(Categorically Needy; CN)가 아닌 대상에 대해 의료적 필요(Medically Needy; MN)가 발생한 경우 추가 지원하는 제도이다. 주별로 운영하는 기준이 상이하나, 일반적으로 메디케이드 스펠드다운 프로그램 수혜자로 ① 고령자, 장애인 혹은 시각장애인(Aged, Blind, or Disabled; ABD), ② 미성년자(Children) 등으로 한정하고 있다. 스펠드다운이란 전체 의료비 중에서 수혜자가 책임져야 하는 몫으로 주별로 상이하게 정해져 있으며, 일반 보험상품에서 피보험자에게 부담하도록 하는 공제액(Deductible)과 유사한 개념이다. 상기 수혜자 대상이 부담한 의료비 누적분이 주별로 정해 놓은 스펠드다운 금액을 초과할 경우, 그해 남은 기간 동안 이후 발생하는 의료비 중에서 수혜자 부담분을 메디케이드에서 부담하게 된다.

4. 민영건강보험 규제·관리

가. 현황

실손의료보험은 급여 본인부담금과 비급여를 보장하는 보험상품으로 금융위원회와 금융감독원이 관리·감독하는 임의가입 금융상품이지만, 국민건강보험을 보완하는 역할을 수행함에 따라 정부의 건강보험 정책 기조에 상당한 영향을 받아 왔다. 정부는 2017년 8월 건강보험 보장성 강화 대책을 발표⁵⁷⁾하였고, 9월에는 공·사 보험 정책협의체를 발족⁵⁸⁾하여 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험 반사이익 분석 및 보험료 인하 유도, 실손의료보험상품구조 개편, 비급여 관리 강화, 실손의료보험 청구간소화, 공·사의료보험 연계를 위한 법적 근거 마련 등을 주요 과제로 논의하여 왔다.

이후 제20대 국회에서 연계법 관련 4건의 법률안이 발의되었으나, 연계법의 소관 부처(보건복지부/금융위원회/국무조정실/공동소관 등), 연계위원회의 소속 등에 관해 금융당국과 보건당국이 의견합치를 이루지 못하여 모두 임기만료로 폐기되었다. 이후 2020년 12

56) 2014년 이전에는 여러 자격요건을 충족해야만 해당 서비스를 제공받을 수 있어 모든 빈곤층이 의료서비스를 받을 수 있는 것은 아니었음

57) 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “모든 의학적 비급여(미용·성형등 제외), 건강보험이 보장한다!”

58) 금융위원회 보도자료(2017. 9. 29), “실손의료보험 개선을 위한 공·사 보험 정책협의체 발족”

월 24일 개최한 공·사보험 정책협의체에서는 공·사보험 연계를 위한 법적 근거 마련을 위하여 보건복지부와 금융위원회가 공동으로 보험업법 및 건강보험법을 일부 개정하고 공동시행령을 제정하기로 합의하였다.

공·사보험 연계 관련 건강보험법 및 보험업법 개정안⁵⁹⁾의 주요 내용은 ① 보건복지부와 금융위원회 공동 소속의 공·사 의료보험연계위원회 설치, ② 위원회 심의를 거쳐 실태조사 실시 및 결과 공개, ③ 관계 기관에 실태 조사에 필요한 자료 제출 요청 권한 부여 및 자료 활용 등이며 이를 통해 제도 개선에 관한 권고 및 의견 제시를 할 수 있도록 하는 것이다. 관계 기관으로는 공공기관, 요양기관, 보험회사, 보험협회, 요율산출기관 등이 해당되며, 실태조사의 대상, 시기, 방법과 자료제출 요청의 범위, 방법 등에 관한 사항은 대통령령으로 정하도록 하고 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 공·사의료보험 연계 관련 법률안

구분	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 민간의료보험 연계에 관한 법률안	공·사의료보험 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험법 및 보험업법 일부 개정법률안
대표 발의자	김상희 의원	윤소하 의원	김종석 의원	성일종 의원	보건복지부 및 금융위원회
제안일자	2017. 12. 29	2018. 1. 25	2018. 2. 7	2018. 8. 30	2021. 9. 16
소관위원회	보건복지위원회	보건복지위원회	정무위원회	보건복지위원회	하위법령에 규정 ²⁾
연계위원회 소속	보건복지부	보건복지부	국무총리	국무총리	하위법령에 규정 ²⁾
적용대상	실손의료보험	제3보험상품 (실손형·정액형)	실손의료보험	실손의료보험	실손의료보험
의결 결과	임기만료 폐기				계류 중

주: 1) 2022년 8월 12일 기준 내용임

2) 관련 법 통과 이후 마련될 하위법령에서 현행 공·사 보험정책협의체를 발전시켜 ‘(가칭)공·사 보험연계심의위원회’로 규정할 예정임

자료: 의안정보시스템 및 보도자료

59) 2021년 1월 7일부터 2월 16일까지 건강보험법 및 보험업법 개정안의 입법예고 기간을 거쳐 2021년 국회 통과를 목표로 하고 있음(보건복지부 제2021-1호, 금융위원회 제2021-3호)

나. 해외 사례

민영건강보험은 국가의 공적건강보험제도 및 보건의료시스템을 포함하는 공공 건강보장 체계와의 역할 관계에 따라 각각 보완형(Complementary), 보충형(Supplementary), 대체형(Substitute) 등으로 분류할 수 있다. 대부분의 국가에서 민영건강보험은 공공부문과의 경쟁(대체형) 관계가 아닌 공공부문의 보장을 보완·보충해 주는 관계로 운영되고 있다. 이에 따라 공적건강보험은 주로 비용효과적인 측면에서 필수 의료서비스 중심의 급여를 보장하는 반면, 민영건강보험은 그 이외에 비필수적이거나 상대적으로 고가의 의료서비스를 보장하고 있다.⁶⁰⁾ 본 장에서는 <표 III-4>에 제시된 국가들의 민영건강보험에 대한 규제 및 관리 체계를 살펴보았다.

<표 III-4> 주요국 민영건강보험 규제 및 관리 체계

국가	역할	가입형태	관련 법규	관리·감독기관	보험료 산출 방식
독일	대체형	의무	보험감독법(VAG)	연방 금융감독청	위험요율
	보완형	자율			
프랑스	보완형	자율	통화 및 금융법	건전성감독청(ACPR)	위험요율
영국	중복형, 보완형	자율	금융서비스·시장법	금융행위감독청(FCA) 건전성감독청(PRA)	위험요율
미국	대체형	자율·의무 ¹⁾	각 주법	각 주 보험감독청	위험요율 ²⁾ 지역요율 ³⁾
호주	중복형, 보완형	자율	민영건강보험법	보건부(상품내용, 요율) 건전성감독청(상품등록, 재무)	지역요율
네덜란드	대체형	의무	신건강보험법	보건복지체육부	지역요율
	보완형	자율		중앙은행	위험요율
일본	보완형	자율	보험업법, 보험업법시행령· 시행규칙 등	금융청	위험요율

주: 1) 2010~2018년 동안 건강보험개혁법(오바마케어)에 따라 민영건강보험 미가입자는 연방 벌금(Federal penalty)을 납부하도록 하였으나, 2019년 트럼프 정부에 의해 미가입자에 대한 연방 벌금이 폐지됨. 현재 5개 주(캘리포니아, 뉴저지, 매사추세츠, 버몬트, 워싱턴 D.C.)에서 민영건강보험 미가입자에 대해 주 벌금(State penalty)을 부과함

2) 대부분의 주(개인보험 43개 주, 소규모단체보험 40개 주)에서 위험요율을 적용함

3) 개인보험은 8개 주, 소규모단체보험은 11개 주에서 지역요율을 적용함

60) 최병호(2001)

1) 독일

독일의 민영건강보험은 공보험의 대체형(의무가입)과 보완형(자율가입)이 존재하며, 대체형과 보완형 모두 연방 금융감독청(Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; BaFin)에서 보험감독법(Versicherungsaufsichtsgesetz; VAG)에 근거하여 관리·감독한다. 연방 금융감독청은 민영건강보험을 포함하여 보험산업 전반에 대한 감독을 수행하는 역할을 수행한다.⁶¹⁾

독일은 대체형 민영건강보험에 한해 가입대상, 보험료 및 보장범위를 규제하고 있다. 대체형 건강보험을 제공하는 모든 민영건강보험회사는 법정 건강보험의 보장금액 및 범위에 준하는 기본형 상품(Basistarif)을 제공해야 하며, 가입자격이 있는 대상의 가입요청을 거부할 수 없다(보험감독법 151조). 또한 대체형 민영건강보험은 생명보험과 동일한 방식으로 보험료를 산출해야 하며, 매년 기존 보험료 산출 기준을 검토하여야 한다(보험감독법 146조~160조). 대체형 민영건강보험을 판매하는 보험회사는 직전 3년간의 경험통계와 다음 연도 예상치를 고려하여, 매년 Triggering factors(Auslösende Faktoren)를 작성하여 금융감독청에 제출해야 하고, 금융감독청은 요인 수준에 따라 보험회사에 요율 조정 요구하거나 권고할 수 있다. 예상 보험료와 실제 보험료의 편차가 $\pm 10\%$ 이상일 경우 보험료 조정을 요구, $\pm 5\% \sim 10\%$ 일 경우 권고, $\pm 5\%$ 이하일 경우 요율 조정을 하지 않아도 된다(보험감독법 155조 제3항 및 민영건강보험감독조례 제15조 및 제16조).⁶²⁾ 보완형 민영건강보험의 경우에는 대체형 민영건강보험과 같이 명시적인 규제사항은 없다.

61) 법정건강보험(GKV)은 보험감독법의 대상이 아니며 연방사회보장국(Bundesamt für Soziale Sicherung; BAS)에서 감독함

62) Each year the PHI companies have to calculate "triggering factor"("Auslösende Faktoren") for the Financial Supervisor. Depending on the factor level, a rate adjustment may be required by the financial supervisor or just recommended. These factors take into account the most recent 3 years of experience and are projected to the next rating period. A deviation of 10% between actual and expected would require a premium adjustment. By a deviation of 5% the rate adjustment is possible and recommended, but not required by the regulator. Below 5%, no rate adjustment is possible. The rates are considered as adequate

2) 프랑스

프랑스의 민영건강보험은 공적건강보험의 보완형⁶³⁾으로 운영되고 있으며, 민영건강보험을 제공하는 상호공제조합, 공제기관, 보험회사 모두 통화금융법(Code monétaire et financier) L612-1~L612-50에 근거하여 건전성감독청(ACPR)의 관리·감독을 받는다. 건전성감독청은 중앙은행 소속의 독립된 행정기관으로 은행 및 보험기관의 승인 및 감독을 담당한다. 감독의 목적은 ① 금융 시스템의 안정성을 유지하고, ② 감독대상의 고객, 보험계약자, 회원 및 수혜자를 보호하는 역할을 수행하는 것이다.

건전성감독청은 민영 보험기관의 재무제표, 지급능력 및 리스크 관리, 건전성 규칙 준수 수준, 지배구조, 소비자 보호 등에 대한 일반적인 수준의 감독을 수행하며, 기타 세부 사항은 각 민영보험기관의 법령과 규약에 따라 관리된다.

프랑스의 민영보험기관으로는 크게 상호공제조합, 공제기관, 보험회사가 있다. 먼저, 상호공제조합은 사회공제조합법(Code de la mutualité)에 근거하는 비영리조직으로, 회원의 연령, 소득, 소속 건강보험제도, 가입기간 등을 고려하여 보험료를 조정할 수 있으나, 회원의 의료정보를 수집할 수 없으며 건강상태에 따라 보험료를 차별할 수 없다.⁶⁴⁾

다음으로, 공제기관은 사회보장법(Code de la sécurité sociale)에 근거하는 비영리법인으로, 주로 회사의 단체계약을 관리하며 회원의 연령, 소득, 소속 건강보험제도 등을 고려하여 보험료를 조정할 수 있으나, 회원의 의료정보를 수집할 수 없으며 건강상태에 따라 보험료를 차별할 수 없다.⁶⁵⁾

마지막으로 보험회사는 보험법(Code des assurances)에 근거하며 영리를 목적으로 하는 법인으로, 가입자의 연령, 거주지역, 건강상태 등 개인의 특성을 반영한 위험요율을 적용하고 보험계약의 일반조건에 따라 보험료를 변경할 수 있다.

63) 민영건강보험은 공적건강보험의 자기부담금과 공적건강보험의 상환율이 낮은 안과, 치과, 보청기 등 의료서비스를 보장함

64) 사회공제조합법 제 L110-2조

65) 사회보장법 제 L932-14-1조의 II

3) 영국

영국의 민영건강보험은 공적 제도인 국민보건서비스(NHS)의 중복형⁶⁶⁾과 보완형⁶⁷⁾으로 운영되며, 금융서비스·시장법(The Financial Services and Markets Act 2000)에 근거하여 2013년부터 금융행위감독청(Financial Conduct Authority; FCA)과 건전성감독청(Prudential Regulation Authority; PRA)의 관리·감독을 받는다.⁶⁸⁾

금융행위감독청(FCA)은 ① 소비자를 보호하고, ② 금융시스템의 안정성을 확립하며, ③ 금융시장의 효율적인 경쟁을 촉진하는 역할을 수행한다.⁶⁹⁾ 또 다른 감독자인 건전성감독청(PRA)은 영란은행(BoE)의 자회사로서, 주요 역할은 일반목적과 보험목적으로 나누어지며, 일반목적⁷⁰⁾은 피감기관의 건전성 감독이며, 보험목적⁷¹⁾의 주요내용은 보험계약자 보호이다.

영국 민영건강보험시장 감독기관은 시스템 위험 등 건전성 감독을 중시하며, 민영건강보험상품·요율에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않으며, 각 보험회사가 개인 위험요율을 감안하여 보험료를 산출한다. 민영건강보험 보험료는 피보험자의 나이, 거주 지역, 건강 상태, 과거 보험금 청구 이력 등을 감안하여 위험요율에 의해 산출된다. 민영건강보험에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않지만, FCA의 Handbook ICOBS Insurance: Conduct of Business sourcebook, ICOBS 6 Product Information은 FCA의 규제를 받는 일반보험상품에 대하여 포괄적으로 규정하고 있다.⁷²⁾

66) NHS는 무상으로 제공된다는 장점이 있지만, 긴 진료 대기시간, 의사·의료기관 선택이 자유롭지 못한 단점도 존재하며, 특히 급성·중증질환 등에 대한 대기시간 단축, 진료 시간·의료기관 선택권을 목적으로 가입함

67) NHS에서 보장하지 않는 의료서비스(대체 의학, 정신과 치료, 치과 및 안경, 재택 치료 등)를 받기 위해 가입함

68) 2013년 이전까지는 금융서비스규제청(Financial Services Authority; FSA)이 통합감독기능을 수행. 2012년 영국 금융서비스법(Financial Services Act)에 따라 FSA의 역할이 FCA와 PRA로 양분화됨

69) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 1 The Financial Conduct Authority Section 1B. The FCA's general duties (3) The FCA's operational objectives are— (a) the consumer protection objective (b)the integrity objective (c)the competition objective

70) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 2 The Prudential Regulation Authority Section 2B. The PRA's general objective is promoting the safety and soundness of PRA-authorised persons

71) Financial Services and Markets Act 2000, Part 1A, Chapter 2 The Prudential Regulation Authority Section 2C. Insurance objective (2) The PRA's insurance objective is: contributing to the securing of an appropriate degree of protection for those who are or may become policyholders

72) FCA(<https://www.handbook.fca.org.uk/handbook>)

4) 미국

미국의 의료보장은 민영건강보험시장을 기본으로 하며, 민영건강보험은 각 주의 보험청이 전미보험감독협의회(NAIC)의 모델법(Model Laws) 및 가이드라인을 참조하여 개별적으로 규제한다. McCarran Ferguson Act of 1945⁷³⁾에 따라 주법에 의해 규제받는 보험산업은 특별한 경우를 제외하고는 보험업에 대해 연방 반독점법으로부터 폭넓은 적용제외를 인정하고 있다. 그러나 이러한 연방 반독점법 적용제외를 축소·철폐하기 위하여 2021년 1월, The Competitive Health Insurance Reform Act가 제정되면서 민영건강보험사들은 연방 반독점법 규제를 받게 될 예정이다.

각 주 보험청은 해당 주법에 따라 보험회사 인·허가(licensing), 상품·요율 규제, 소비자 보호 등 민영건강보험시장의 다양한 부문에서 관리·감독의 역할을 수행한다. 요율에 대한 관리·감독 권한은 주마다 약간씩 차이가 있으나 일반적으로 주 보험청의 요율 감독관리 권한은 개인보험과 소규모 단체건강보험(종업원 50인 미만 사업장)에 한정된다.

미국 민영건강보험시장의 요율 규제의 종류는 총 4가지, ① 지역요율(Community Rating), ② 수정지역요율(Adjusted Community Rating), ③ 범위요율(Rating Band), ④ 계리적 요율(규제 없음)이 있다.⁷⁴⁾ 지역요율은 지리적 요인만을 이용하여 보험료를 차등화하는 것이며, 수정지역요율제도는 피보험자의 건강상태와 보험금 지급실적을 제외한 변수를 사용하도록 허용한 것이다.⁷⁵⁾ 한편, 범위요율은 계리적 요인을 바탕으로 요율을 산출하는 계리요율과 건강상태 및 개인의 위험요인을 감안하되 범위에 제한을 두는 범위요율로 나뉘어진다.⁷⁶⁾

73) NAIC, MCCARRAN-FERGUSON ACT: To remove any uncertainty over states' regulatory authority over insurance created by that decision, the NAIC proposed a bill sponsored by U.S. Senators Pat McCarran (D-NV) and Homer S. Ferguson (R-MI) that would keep insurance regulation in the hands of the states. Versions of the bill passed both the U.S. House of Representatives (House) and the U.S. Senate (Senate), and it was signed into law by President Franklin D. Roosevelt in 1945

74) NAIC(http://www.naic.org/documents/topics_health_insurance_rate_regulation_brief.pdf)

75) 소규모 단체건강보험의 경우 지역요율제도를 채택한 주는 뉴욕과 버몬트 주이며, 수정지역요율제도를 채택한 주는 9개 주(앨라배마, 코네티컷, 매사추세츠, 메릴랜드, 메인, 뉴햄프셔, 뉴저지, 오레곤, 워싱턴)임. 개인보험의 경우에는 뉴욕과 미시간주(블루크로스는 지역요율, 그 외는 규제 없음)만 지역요율제도를 채택하고 6개 주(매사추세츠, 메인, 뉴저지, 오레곤, 워싱턴, 버몬트)는 수정지역요율제도를 채택함

76) 소규모 단체건강보험의 경우 요율규제를 채택하지 않은 주는 4개주(하와이, 펜실베이니아, 버지니아, 워싱턴 D.C.)이며, 이 외(지역요율 제도 사용 주 포함)에 다른 주는 모두 범위요율을 채택하고 있음. 개인보험의 경우에는 아이 다호, 켄터키, 네바다, 뉴햄프셔, 뉴멕시코, 로드아일랜드, 유타, 노스다코타, 사우스다코타, 웨스트 버지니아, 미

5) 호주

호주의 민영건강보험은 공적건강보험(메디케어)의 보완형⁷⁷⁾으로 운영되고 있으며, 연방 보건부와 건전성감독청(APRA)이 관리·감독한다. 연방 보건부는 민영건강보험법(Private Health Insurance Act 2007)을 통해서 민영건강보험 가입 인센티브 제공, 건강보험상품의 준수 요건 및 기타 민영건강보험회사의 의무 등을 정하고 있다. 건전성감독청은 민영건강보험회사의 등록, 건전성 규제, 재무 및 운영 감독, 기타 건강보험사업 수행 요건 부과 등을 수행한다.

연방 보건부는 민영건강보험법 제3장에서 민영건강보험의 지역요율 적용, 보장내용 및 범위, 대기기간, 보험료 변경 승인 등에 대해 정하고 있다. 민영건강보험법에 따라, 민영건강보험회사는 보험료를 인상하기 전에 연방 보건부 장관에게 보험료 인상 필요성에 대한 세부 사항(재무 정보, 수익·비용 예측 등)을 제출하고 승인받아야 한다.⁷⁸⁾ 보험료 인상에 대해서는 보건부와 건전성감독청이 검토하며, 보험료 인상 필요성을 충분히 입증하지 못할 경우 보험료를 변경할 수 없다.

6) 네덜란드

네덜란드의 민영건강보험⁷⁹⁾은 사회건강보험(의무가입, 대체형)과 보완형 건강보험(자율가입)으로 구분되며 사회건강보험은 보건복지체육부에서, 보완형 건강보험은 중앙은행(DNB)에서 관리·감독한다. 네덜란드에 거주하는 모든 사람은 의무적으로 사회건강보험(basispakket)에 가입해야 하며 보건복지체육부는 신건강보험법(Zvw)⁸⁰⁾에 따라 사회건강보험(의무가입)의 내용을 결정한다. 또한 법에 따라 보험회사는 가입자를 선별하거나 가입을 거부할 수 없다. 신건강보험법은 사법(Private law) 체계하에서 운영되기 때문에

네스타 등 11개 주가 범위요율제도를 채택하고 있으며, 이외에 워싱턴 D.C.를 포함한 32개주가 요율변수에 대한 규제를 적용하지 않음

77) 공공병원과 민영병원에서 민영환자로서 진료를 받거나(Hospital Cover), 메디케어가 보장하지 않는 비급여 서비스(General Cover)를 보장함

78) 『Private Health Insurance Act 2007』, Division 66-10, Minister's approval of premiums

79) 네덜란드는 2006년 보험개혁을 통해 공보험, 공무원 건강보험, 민영건강보험 등 세 부문으로 분류되어 있던 건강보험제도를 하나의 사회민영보험(Social-private health insurance)으로 통합하고, 민간위탁형식으로 다수의 보험회사가 보험자 역할을 담당함

80) 2006년 1월 보험개혁을 통해 제정, 이전 Social Health Insurance Act(Zfw)을 대체함

공적 이해관점에서 최소한의 간섭이 필요한 부분에 대한 규제를 위해 도입되었다.

사회건강보험(의무가입)에 대해서는 보건복지체육부가 보장내용, 공제액, 본인부담금 등을 결정하지만, 보완형 건강보험(자율가입)에 대해서는 중앙은행이 보험산업에 대한 일반적인 감독행위(지급능력, 보고요건, 반카르텔(Anti-cartel) 등 규제) 이상의 규제를 부과하지 못한다.⁸¹⁾ 즉, 중앙은행은 보완형 건강보험(자율가입)에 대해 일반적인 수준의 감독을 수행한다. 보완형 민영건강보험(자율가입)의 보장내용, 보험료 수준, 가입대상 등은 보험회사가 자율적으로 결정한다.

7) 일본

일본 민영건강보험⁸²⁾은 공적건강보험의 보완형으로 운영되며, 내각총리 산하의 금융청에서 관리·감독한다.⁸³⁾ 금융청의 보험회사 업무에 대한 감독의 목적은 보험회사 업무의 건전하고 적절한 운영, 보험모집의 공정성 확보 등을 통한 보험계약자 보호이다.⁸⁴⁾ 다만, 민영보험회사와 유사한 보장내역을 가지나 비영리목적으로 운영되는 의료공제⁸⁵⁾의 경우 감독주체가 농림수산부 또는 후생노동성이다. 민영건강보험만을 규율하고 있는 별도의 독립적 법규 체계는 존재하지 않고, 민영건강보험을 보험상품 중 하나의 상품으로 보고 보험업법 내에서 상품운영에 대해 포괄적으로 관리·감독하는 체계이다.

보험업법상 민영건강보험 요율에 대한 명시적인 규제는 존재하지 않으며, 금융청은 보험회사에 대한 종합적 감독지침에 따라 보험상품의 세부사항(보험 금액, 보험 기간, 계약 연령범위) 등을 규정하고 보험료를 합리적 기준에 의거하여 산출했는지에 대한 적정성 심사를 진행한다.

81) "DNB is limited to standard market regulation applied to all insurance business, such as solvency and reporting requirements, anti-cartel regulation and patient safety regulation." (VWS 2008)

82) 일본의 민영건강보험은 실제 발생의료비에 따라 보험금이 결정되는 실손형 상품의 비중은 미미하며, 일정조건에 따라 정액의 급여를 지급하는 정액형 상품이 대다수임. 일본은 혼합진료 금지, 고액요양비지원 제도 운영으로 환자의 자기 부담금이 낮게 설정되어 있어, 민영의료보험에 추가적으로 가입하는 형태임

83) 근거법: ① 보험업법 ② 보험업법시행령 ③ 보험업법시행규칙 ④ 보험회사에 관한 종합적 감독지침 ⑤ 보험법 등

84) 保険会社向けの総合的な監督指針(平成30年2月) I - 1 - 1 保険監督の目的と監督部局の役割

85) 総合的な医療保障(<https://hoken-connect.jp/columns/312>)

보험업법 제5조 1항(면허심사기준)⁸⁶⁾에서는 보험료 및 책임 준비금 산출 방법이 계리적 기준에 따라 합리적이고 타당해야 하며, 특히, 보험료가 특정인을 부당하게 차별해서는 안 된다고 규정하고 있다. 상기 보험업법 규정 등에 따라 보험회사가 신규상품을 출시하거나 기존 상품의 개정에 관한 허가 신청·신고할 경우 금융청은 보험회사에 대한 종합적 감독지침⁸⁷⁾에 의거하여 심사를 진행한다.

86) 保険業法 第五條 (免許審査基準) 1 内閣総理大臣は、第三條第一項の免許の申請があったときは、次に掲げる基準に適合するかどうかを審査しなければならない。

四 前条第二項第四号に掲げる書類に記載された事項が次に掲げる基準に適合するものであること。

イ 保険料及び責任準備金の算出方法が、保険数理に基づき、合理的かつ妥当なものであること。

ロ 保険料に関し、特定の者に対して不当な差別的取扱いをするものでないこと。

ハ その他内閣府令で定める基準

87) 금융청의 보험회사에 대한 종합적 감독지침(保險会社向きの総合的な監督指針) 제4장 IV-1(공통부문, 共通事項), IV-4(제3보험, 第三分野), IV-5(계리부문, 保險数理)은 보험 금액, 보험 기간, 계약 연령 범위, 보험상품 심사관련 사항 등을 규정하고 있음

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 형태⁸⁸⁾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 도입 되었다고 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 노년 까지 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 강화⁸⁹⁾

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 편의 제고를 목적으로 하고 있다. 앞의 해외사례에서 살펴본 바와 같이, 프랑스의 경우 보험가입자는 의료기관에 건강보험카드 제시로 청구를 같음하며, 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 이상⁹²⁾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·문해정(2021b)

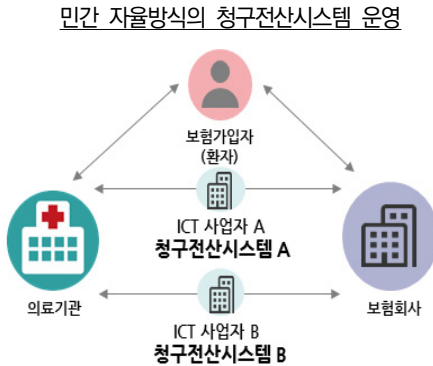
91) 2020년 3월 피보험자 기준 3,864만 명임(개인·단체·공제 실손의료보험 포함, 중복 가입자는 제외함)

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

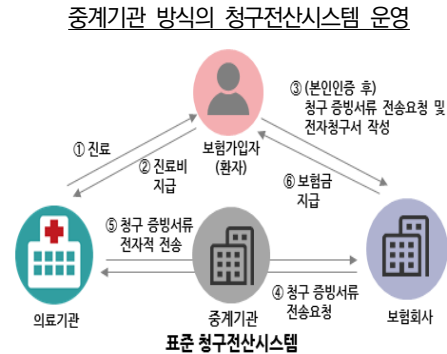
93) 2021년 7월 20일 기준 97,763개: 상급종합병원 45개, 종합병원 319개, 병원 1,409개, 의원 33,531개, 요양병원 1,466개, 치과병원 236개, 치과의원 18,459개, 한방병원 440개, 한의원 14,552개, 약국 23,586개 등임

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

〈그림 IV-1〉 청구전산시스템 운영 현황



〈그림 IV-2〉 사회적 편익을 고려한 청구전산화(안)



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)+처방약품(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 민영 건강보험이 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

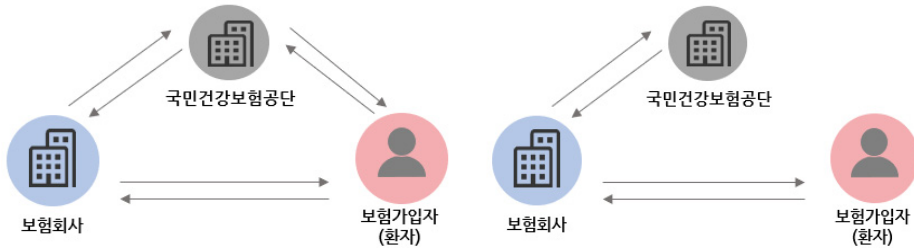
자료: 황현아·정성희·손민숙(2021)

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

국민건강보험공단-보험회사 실시간 정보 공유

보험회사 환급금 지급 후 국민건강보험공단 구상



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 Authority; 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.

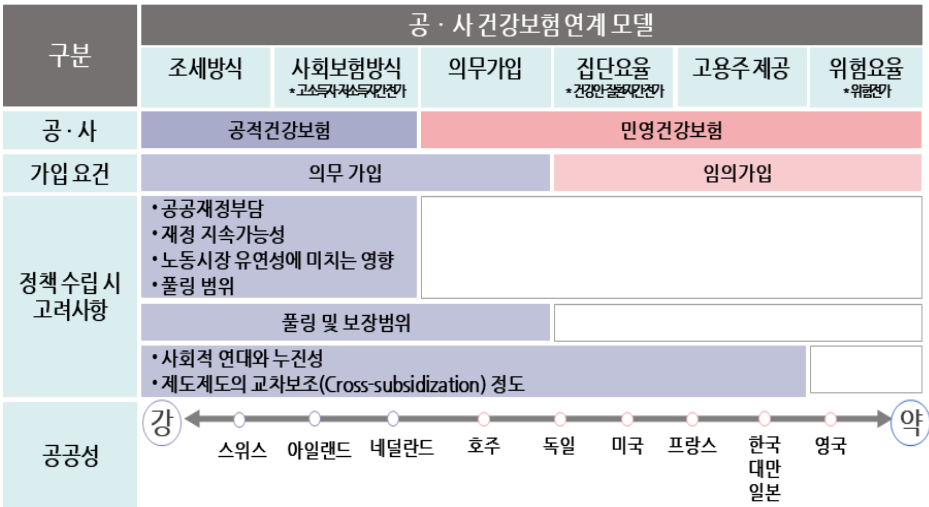
우리나라는 국민건강보험은 보건복지부에서, 실손의료보험은 금융위원회에서 각각 관리·감독하고 있다. 그러나 보건복지부는 주요국(미국, 호주)의 경우 보건당국에서 민간의료보험의 보상내용·보험료 등에 대해 관리·감독하고 있는 점을 고려할 때 우리나라 역시 공·사 의료보험 관련 정책에 대한 일관성 확보를 위하여 보건의료정책적 관점에서 일정 수준의 관리·감독이 이루어질 필요가 있다고 보고 있다. 그 결과, 공·사 의료보험 연계법의 소관 부처, 연계심의위원회의 소속 등에 대해 보건당국과 금융당국이 엇갈린 입장을 보였지만, 공·사 보험 정책협의체의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



민영건강보험의 효율성 제고와 역할 정립을 위해서 첫째, 소비자의 실손 계약 지속성 제고를 위한 노령기 보험료 부담을 완화해 주는 방안 마련이 초고령화 사회 진입을 앞두고 선결 과제로 부상하고 있다. 둘째, ‘비급여 관리 방안의 부재’가 공·사 건강보험 지속성의 공통 위기로 작용하는 만큼, 공·사 간 협력을 위한 법적 기반을 마련하고, 논란이 되는 비급여 중심으로 공동 대응해 나갈 필요가 있다. 셋째, 대부분의 국민이 실손 가입자이며 청구도 연간 1억 건 이상인 점을 감안하여, 오프라인에서 온라인으로의 청구방식의 전환을 통해 사회적 편익을 제고하는 방향으로 적극 검토될 필요가 있다. 넷째, 현재 우리나라 건강보험 보장률이 주요국과 비교해 낮은 수준인 점을 고려한다면, 개인의료비의 상당 부분에 해당되는 급여 본인부담금의 실손 보장은 국민 후생 관점에서 필요한 것으로 판단된다. 다섯째, 현행 법률에 의거해 본인부담금 상한액 초과금의 경제적 실질이 급여공단부담금에 해당되므로 실손 보장에서 제외함은 명확하며, 다만 환자의 일시적 의료비 보장 공백이 발생하지 않도록 의료비의 발생과 지원 시점 간의 시차 축소를 위해 공·사 간의 논의가 필요하다. 마지막으로 앞으로 공보험의 재정과 국민의 의료비 부담은 저출산·고령화 가속화와 함께 더욱 가중될 것으로 보인다. 보완형에 맞는 바람직한 실손의료보험의 역할 정립과 이를 위한 공·사 간 협력이 필요하다.

〈그림 V-1〉 건강보험 지속성 제고 및 역할 정립을 위한 정책 과제

구 분	정책 과제	비고
지속성	• 계약의 지속성을 위한 노령기 보험료 부담 완화 방안	✓ 평균보험료+ 의료저축계좌(연령준비금)
	• 공급의 지속성을 위한 비급여 관리체계 강화	✓ 비급여 수가 가이드 도입+협의체 운영
편의성	• 소비자의 청구 편의성 제고를 위한 청구전산화	✓ 중계기관방식 표준청구전산시스템 운영
공·사 건강보험 역할 정립	• 실손의료보험의 급여본인부담금 보장 필요성 검토	✓ 국민 후생 증진, 국민건강보험 재정 관점
	• 의료비 발생 시점과 본인부담상한제 지원 시점 간격 축소	✓ 보험회사-국민건강보험공단 정보교환

민영건강보험의 지속성 제고 및 공·사 건강보험의 역할 정립과 관련하여 향후 연구 과제를 제안하면서 본 보고서를 마무리하고자 한다.

먼저, 실손의료보험은 상해를 보장하는 자동차보험과 달리 보장 구조의 대부분이 질병으로 구성되어 있어 피보험자의 나이가 증가함에 따른 위험(질병) 보험료의 증가는 불가피한 면이 있다. 특히, 우리나라의 고령화 속도가 매우 빠르다는 점, 그리고 실손 가입자(피보험자) 구성이 빠르게 고령화되고 있다는 점을 감안해 볼 때, 실손의료보험의 가입자가 의료비용이 많이 드는 고령기까지 실손보험 계약을 유지할 수 있도록 고령기의 보험료를 부담해 주는 방안⁹⁴⁾에 대한 연구가 선행될 필요가 있다. 다만, 앞서 겪어온 전철을 밟지 않기 위해서는 의료저축계좌, 민영건강보험에 평균보험료 방식 탑재 등 개인 의료비 조달 방안으로 적용되고 있는 해외 사례들이 우리나라의 보건의료 체계하에서도 효과적으로 작동이 가능할지에 대한 체계적인 분석이 이루어 질 필요가 있다.

현재 실손의료보험의 최대 현안인 공급의 지속가능성 제고를 위해서는 실손보험금 및 비급여 관리 체계에 대한 연구가 공·사 협업을 통해 이뤄질 필요가 있다. 해외에 비급여 관리 사례 검토와 함께, 실손의료보험 보험금 및 비급여 통계를 체계적·시계열적으로 분석할 필요가 있다. 특히, 본 연구 과제는 현재 운영되고 있는 민·관 협의체⁹⁴⁾에서 공통적으로 가장 중요하게 검토하고 있는 아젠다이므로, 협의체의 중점 연구 과제 형태로 추진되는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

한편, 실손의료보험의 역할 정립을 위하여 보완형 역할에 적합한 실손의료보험의 보장구조 및 규제체계에 대한 연구를 향후 연구 주제로 검토해 볼 필요가 있다. 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 부분을 보장해 주는 보완형 역할을 수행하도록 제도화되어 운영되고 있음에도, 실손의료보험의 불필요한 보장으로 인해 의료 과소비를 유발하거나, 국민건강보험의 재정에 부담을 주고 있다는 등으로 공공부문과의 갈등이 심화되어 온 것이 사실이다. 국민 후생의 제고라는 큰 틀에서 실손의료보험이 보완형 역할을 충실히 수행할 수 있기 위한 합리적인 보장구조에 대한 연구가 수행될 필요가 있다. 또한, 공공부문에서는 실손의료보험의 합리적 역할 설정을 위해 관련된 법 제도를 정비할 필요가 있으며, 특히 국민건강보험의 보완형으로 국민의료비의 일부를 담당하기 위해서는 금융상품 관점에서 뿐만 아니라 보건의료 관점에서 민영건강보험이 관리(복지부 역할 강화)되어야 한다는 주장이 오랫동안 제기되고 있다. 다만, 민영건강보험에 대한 지나친 공공성

94) '지속가능한 실손보험 정책협의체', '공·사 보험 협의체'

강화는 시장기능 실패에 따른 국민 의료서비스의 접근성 악화를 초래하게 되는데, 해외 사례를 보면 보완형으로 운영되는 경우 공공성 규제보다는 소비자의 선택권 확대가 중요하게 고려되고 있다. 향후 공·사의료보험 연계법 제정이 예상되고 있으므로, 연계법 도입에 따른 실손의료보험의 합리적인 규제 체계를 검토해 볼 필요가 있다.

참고문헌

- 강성욱·유창훈·오은환·권영대(2010), 「민영의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가: 내생성 통제를 이용한 검정」, 『보건경제와 정책연구』, 제16권 제1호
- 경기도 공공보건의료지원단(2018), 「보건의료 현황분석을 위한 이차 자료원의 종류와 활용방안」
- 건강보험심사평가원(2019), 「환자표본자료」
- 고정민·이안재·김진혁(2005), 『전략 서비스산업의 경쟁력 강화방안』, 삼성경제연구소
- 국립중앙의료원(2020), 『2019년 공공의료기관현황』
- 국민건강보험공단(2019), 「건강보험통계연보」
- _____ (2020a), 「비급여 현황 분석」, 보건복지부 비급여 관리 강화를 위한 연구진 온라인 워크숍 자료
- _____ (2020b), 「건강보험통계연보」
- _____ (2020c), 「건강보험주요수술통계」
- 국회예산정책처(2020), 「사회보장정책 분석V (건강)」
- 권기현(2013), 『건강보험의 보장성 강화가 민간의료보험 시장에 미치는 영향』, 국회예산정책처
- 권순만(2019), 「건강보장제도 개혁과 재정의 지속가능성」, 『재정포럼』, 제272권, 한국조세재정연구원
- 권순만·전보영·오주환(2010), 「민간보험가입이 의료이용량과 의료비 지출에 미치는 영향」, 2010년 제2회 한국의료패널 학술세미나
- 권정현·김성지(2019), 『건강보험 가입자의 합리적 의료이용을 위한 공·사 의료보험 상호작용 분석 연구』, 국민건강보험공단 연구용역
- 김관옥·신영전(2016), 「국민건강보험 보장성 강화정책이 가계·민간의료보험료에 미친 영향」, 『보건경제와 정책연구』 제22권 제2호, 한국보건경제·정책학회
- _____ (2017), 「민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향: 실손의료보험을 중심으로」, 『비판사회정책』, 제54호

- 김광호(2011), 「실손형 의료보험에 대한 본인부담금 보장 금지가 도덕적 해이에 미치는 영향」, 『한국경제학보』, 제18권 제2호
- 김대환(2014), 「실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향」, 『보험학회지』 제98집
- 김대환·이봉주(2013), 「실손의료보험의 역선택 분석」, 『보험학회지』, 제96집
- 김대환·황진태·이창우·김동겸·이상우(2012), 『인구고령화에 따른 공·사 건강보험의 유기적 협력 방안』, 보험연구원
- 김성주(2015), 『민간의료보험의 성장과 건강보험제도의 위협』, 2015 국정감사 정책자료집
- 김승모·권영대(2011), 「민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향: 국내 실증적 연구의 고찰」, 『보건의료산업학회지』, 제5권 제4호
- 김연명(2008), 「시장의 복지화가 필요하다 -국민연금과 건강보험에서 시장화의 쟁점-」, 『사회복지정책』 제34집, 한국사회복지정책학회
- 김용익(2018), 「건강보장과 국민건강보험공단의 역할」, 『보험행정학회지』 제28권 제3호, 한국보건행정학회
- 김재호(2011), 「민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정」, 『보험학회지』, 제89집
- 김정희·이정면·김해준·김선제·정형진·이용갑(2020), 『의료 공공성 강화를 위한 공공의료 확대 방안』, 국민건강보험공단
- 김종명(2013), 「민간의료보험 역할에 대한 비판적 고찰 및 대안」, 『대한치과보험학회지』, 제4권 제1호, 대한치과보험학회
- 김진수·최인덕·이기주(2012), 『211 발전경험모듈화사업: 전 국민 건강보험제도 운영과 시사점』, 한국보건사회연구원
- 김현수(2012), 「공공성 측면에서 본 민영건강보험의 역할」, 보험연구원 정책세미나
- 박경돈(2014), 「의료보장성과 민간의료보험 구입의 구축효과에 대한 연구 -노인층을 대상으로-」, 『한국행정연구』, 제23권 제4호, 한국행정연구원
- 박성복·정기호(2011), 「민영의료보험의 가입 결정요인 및 민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구」, 『보험학회지』, 제88집
- 박재은(2019), 「헬스케어 분야에서의 빅데이터 활용 동향」, 『이슈브리프』, KDB미래전략

연구소 산업기술리서치센터

보험개발원(2019), 「실손의료보험 샘플통계」

_____ (2020), 「실손의료보험 샘플통계」

보험연구원(2013), 「노후의료비 보장을 위한 보험상품 도입방안」, 세미나 발표자료

석승훈(2012), 「건강보험에서의 도덕적 해이 문제의 재고찰」, 『리스크 관리연구』, 제23권 제1호

석승훈·홍지민(2020), 『공·사의료보험의 경제학적 분석 연구 - 도덕적 해이에 따른 공·사의료보험의 상호작용 -』, 국민건강보험공단 연구용역

손동국·박경선·이수연·김용빈(2019), 『주요국의 건강보험에 대한 정부지원 배경과 시사점』, 건강보험정책연구원

신기철(2015), 「민영의료보험 가입자의 의료이용 실증분석의 한계와 과제」, 『보건사회연구』, 제35권 제4호

신기철·권혁성(2014), 「민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구-20개 상병의 입원기간을 중심으로」, 『사회보장연구』 제30권 제3호

신기철·김윤·권혁성·최윤정·김윤식·조수진·이태열·이창우·김동겸(2014), 『정액형 개인의료보험 개선 방안 연구』, 국민건강보험공단 연구용역

신현웅·윤장호·강성욱·김태은·여나금·심보람(2015), 『국민건강보험과 민영의료보험의 합리적 발전 방안』, 한국보건사회연구원

오영수(2006), 『국민건강보험과 민간건강보험 간 역할 재정립 방안』, 보험연구원

_____ (2010), 「우리나라 민간의료보험의 역할 정립과 발전과제」, 『정책연구』, 가을호

오윤섭·윤석준(2015), 『국민의료비 추이와 지속가능한 의료정책 방향 -의료비의 적정 통제하의 의료의 질 향상 방안-』, 감사연구원

유창훈·강성욱·최지현·권영대(2017), 「민간의료보험 가입 유형별 의료 이용: 6개년 불균형패널 분석」, 『The Korean Journal of Health Service Management』, 제11권 제3호

유창훈·강성욱·최지현·오은환·권영대(2014), 「민간의료보험이 의료 이용에 미치는 영향: 한국의료패널 (2008-2010) 을 이용한 Two-Stage 분석」, 『The Korean Journal of Health Service Management』, 제8권 제2호

윤성주(2019), 「민영의료보험 보유자의 의료서비스 이용행태 분석」, 『재정학연구』, 제12권

제2호

윤희숙(2008a), 「국민건강보험과 민간의료보험 사이의 역할과 파트너십」, 『HIRA 정책동향』
_____(2008b), 「민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향」, 『한국개발연구』, 제30권

제2호

의료제도개선기획단(2006), 「제4차 의료산업 선진화 위원회 심의안건」

이규식(2017), 「건강보험 40년 성과와 과제」, 『보건행정학회지』 제27권 제2호, 한국보건
경제정책학회

이용우(2016), 「민간의료보험가입과 사전적 도덕적 해이」, 『시장경제연구』, 제45집 제3호
이은주(2020a), 「핀란드 디지털 헬스케어 서비스 운영사례 적용방안」, 『건강보장 ISSUE &
VIEW』, 제20호, 건강보험연구원

_____(2020b), 「핀란드 보건의료 데이터 결합 전문기관 운영사례」, 『건강보장 ISSUE &
VIEW』, 제17호, 건강보험연구원

이인재·류진석·권문일·김진구(2010), 『사회보장론』, 나남출판

이준영(2003), 「의료보험 민영화에 대한 비판적 고찰」, 『사회보장연구』 제19권 제2호, 한국
사회보장학회

이진석(2006), 「국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방향 모색」, 강기정 의원
주최 공청회 자료

이창우(2010a), 「민영의료보험이 입원이용에 미치는 영향」, 『보건사회연구』, 제20권 제2호
_____(2010b), 「중고령자의 민영건강보험 선택이 외래이용에 미치는 영향」, 『보건경제와
정책연구』, 제16권 제2호

이창우·이상우(2010), 『주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점』, 보험연구원

이현복·남상욱(2013), 「민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구」, 『보험학회지』, 제95집

이현복·이호용·이희영·최기춘(2011), 「민영건강보험의 합리적 관리 방안」, 국민건강보험
공단 건강보험정책연구원

이호용·이현복(2011), 「민영건강보험의 보상범위에 관한 연구」, 『보건경제와 정책연구』,
제17권 제2호, 한국보건경제정책학회

임민경·김정하·김선제(2019), 「민간의료보험의 활성화와 형평성 문제」, 『건강보장

- ISSUE & VIEW』, 제15호, 건강보험정책연구원
- 장종원(2019), 「주요국의 비급여 제도를 통한 정책적 시사점」, 『건강보장 ISSUE & VIEW』 제13호, 건강보험정책연구원
- 전보영·오주환·권순만(2013), 「민간의료보험 가입 변동이 의료비 지출에 미치는 영향」, 『사회보장연구』, 제29권 제2호
- 정기택·신은규·곽창환(2006), 「민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구」, 『보험학회지』, 제75집
- 정성희·김경선·문혜정·홍보배(2022), 『실손의료보험 비급여 보험금 분석』, 보험연구원
- 정성희·문혜정(2021a), 「실손의료보험 보험금 청구 전산화 필요성」, CEO Brief, 보험연구원
- _____ (2021b), 「해외 민영건강보험의 청구전산화 사례와 시사점」, 『KiRi 리포트』, 보험연구원
- 정성희·이진용·홍석철(2021), 「인구고령화 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제」, 정책토론회 발표자료
- 정성희·이태열(2018), 『주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석』, 보험연구원
- 정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정(2022), 『국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제』, 보험연구원
- 정영훈(2016), 「국내외 공공분야 건강관련 소비자정보 제공 사례와 시사점」, 『소비자정책 동향』 제70호, 한국소비자원
- 조재린·정성희(2018), 『계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안』, 보험연구원
- 차진아(2016), 「고령화시대 국민건강보험의 발전방향」, 『강원법학』 제49호, 강원대학교 비교법학연구소
- 최병호(2001), 「건강보험부문에서 공공과 민간의 적절한 역할분담 고찰」, 『보건행정학회지』
- 최병호·한동운·이정우·이건세·신현웅·선우덕·배성일(2005), 『건강보험제도의 발전과정 비교연구』, 한국보건사회연구원
- 최재욱(2015), 「건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제」, 『HIRA 정책동향』
- 한국신용정보원(2021), 「보험신용정보 정기통계(실손의료보험)」
- 행정안전부(2021), 「주민등록인구현황」

- 허순임(2013), 「한국 민간의료보험의 발달과 의료보장정책에 대한 함의」, 『한국사회정책』, 제20권 제1호, 한국사회정책학회
- 홍지민(2018), 「건강보험에서 피보험자와 의료서비스 공급자 양쪽의 도덕적 해이가 의료 서비스 이용에 미치는 영향」, 『보험학회지』, 제115집
- 황도경·신현웅·성민현·이예슬·여지영·임승지·신영석(2013), 『저소득층 건강수준 제고를 위한 재난적 의료비 부담완화 방안』, 한국보건사회연구원
- 황현아·정성희·손민숙(2021), 「건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계」, CEO Brief, 보험연구원
- Bhattacharya, J., M. Bundorf, N. Pace, and N. Sood(2011), “Dose Health Insurance Make You Fat?”, University of Chicago Press
- Healthcode(2011), “Cash flow boost and 40% time saved for Pure Sports Medicine”
- _____(2020), “Healthcode data signals start of recovery in private healthcare activity”
- Jung, C. W., Park, S. C.(2021), “Fee-For-Service Health Insurance and Moral Hazard of Hospitals”, *Asia-Pacific Journal of Risk and Insurance*, 15(2)
- Karl(2014), “A Discusssion of Private Health Insurance Markets in 10 OECD Countries”, NAIC
- OECD(2002), “Proposals for a Taxonomy of Health Insurance Schemes”, Task Force on Private Health Insurance
- _____(2016), “OECD Health care coverage in OECD Countries in 2012”, OECD Working Paper
- _____(2019), “OECD Health Statistics 2019”
- _____(2020), “OECD Health Statistics 2020”
- Stanciole, A.(2008), “Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying Ex Ante Moral Hazard in the US Market”, The Geneva Papers on Risk and Insurance, 33
- Van de Ven W, Schut F(2008), “Universal mandatory health insurance in the

Netherlands: a model for the United States?”, Health Affairs
Yilma, Z., L. van Kempen, and T. de Hoop(2012), “A Perverse ‘Net’ Effect? Health
Insurance and Ex-Ante Moral Hazard in Ghana,” Social Science & Medicine, 75
Zweifel, P., and W. Manning(2000), “Moral Hazard and Consumer Incentives in Health
Care,” North Holland

総合的な医療保障(<https://hoken-connect.jp/columns/312>)

FCA(<https://www.handbook.fca.org.uk/handbook>)

Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts

(https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de)

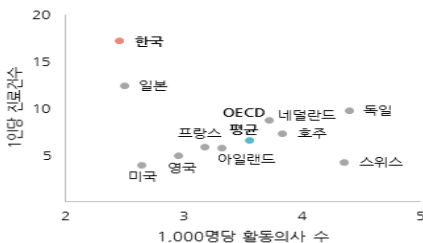
NAIC(http://www.naic.org/documents/topics_health_insurance_rate_regulation_brief.pdf)

본 장에서는 국가별 보건의료체계의 효율성을 평가하는 데 국제적으로 사용되는 지표들을 사용하여, 우리나라를 포함한 OECD 10개국(미국, 일본, 영국, 독일, 프랑스, 호주, 스위스, 네덜란드, 아일랜드, 한국)의 2019년 건강보장체계 효율성을 비교해 보고자 한다.

1. 객관적 지표

일반적으로 활동의사⁹⁵⁾ 수가 많을수록 1인당 연간 진료 건수가 많은 경향을 보인다. 그러나 한국과 일본은 예외적으로 활동의사 수가 2.5명으로 OECD 평균(3.6명)보다 낮고 OECD 31개국 중 하위 3, 4위 수준이나, 1인당 연간 진료 건수는 각각 17건, 13건으로 OECD 국가 중 가장 많다. 그리고 한국과 일본의 인구 1,000명당 병상 수 또한 각각 12개, 13개로 OECD 국가 중 가장 많고 OECD 평균(4.4개)보다는 약 3배 많다. 이를 종합해보면, 한국과 일본은 의사 인력은 비교적 적으나 의료 인프라(병원 수, 병상 수)는 비교국에 비해 잘 갖추어져 있음을 알 수 있다.

〈부록 그림 I-1〉 활동의사 수 대비 진료 건수
(단위: 건)



자료: OECD(2020)

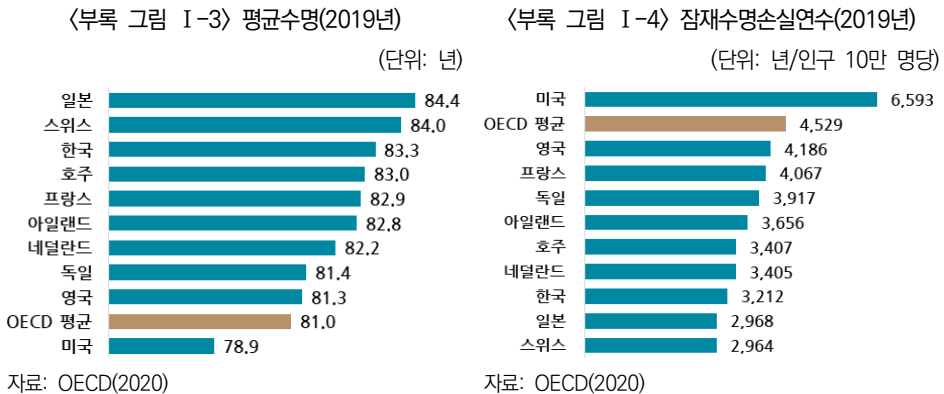
〈부록 그림 I-2〉 병상 수 대비 평균 자원 일수
(단위: 일)



자료: OECD(2020)

95) 활동의사(Professionally active physicians)란 환자에게 직접적으로 의료서비스를 제공하는 의사와 의학교육을 수행하는 의사를 모두 포함함

한국은 2019년 1인당 경상의료비가 3,406달러로 OECD 평균(4,087)보다 낮고, 9개 비교국보다 가장 낮으나, 평균수명은 83세로, 일본과 스위스 다음으로 가장 높다. 75세를 기준으로 한 조기사망 측정치인 잠재수명손실연수⁹⁶⁾ 또한 스위스와 일본을 제외한 기타 비교국에 비해 낮게 나타난다. 즉, 한국은 비교적 적은 의사 인력과 낮은 의료비로 높은 평균수명을 달성하고 있다고 볼 수 있다.

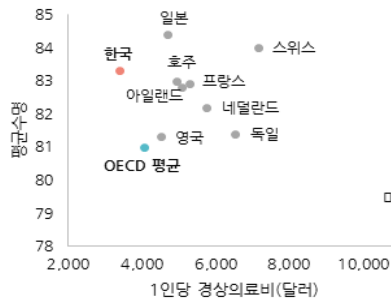


반면 미국은 2019년 기준 1인당 경상의료비가 10,948달러로, OECD 38개국 중 가장 높은 수준을 보이며, OECD 평균인 4,087달러보다는 약 2.7배 이상 높다. 그럼에도 불구하고 평균수명은 78.9세로 OECD 평균(81세)보다 소폭 낮고, OECD 38개국 중 하위 10위를 차지한다. 또한 잠재수명손실연수는 인구 10만 명 기준 6,593년으로, OECD 평균 4,529년보다 1.5배 높고 OECD 38개국 중 하위 4위를 차지한다. 이를 종합적으로 고려해볼 때, 미국의 보건의료체계 효율성은 낮은 수준이라고 볼 수 있다.

96) 잠재수명손실연수(Potential years of life lost)는 일정 연령(2019년 기준 75세)까지 사는 데 남은 연수를 계산함. 예를 들어, 10세에 사망한 아동의 경우 잠재수명손실연수는 65년임. 이 지표는 조기사망에 대한 측정치로 활용되며 인구 10만 명 기준으로 표현함

〈부록 그림 I-5〉 경상의료비 대비 평균수명

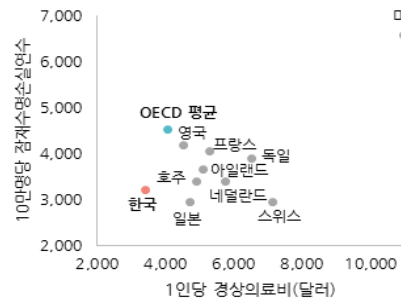
(단위: 연)



자료: OECD(2020)

〈부록 그림 I-6〉 경상의료비 대비 잠재수명손실연수

(단위: 연)



자료: OECD(2020)

2. 주관적 지표

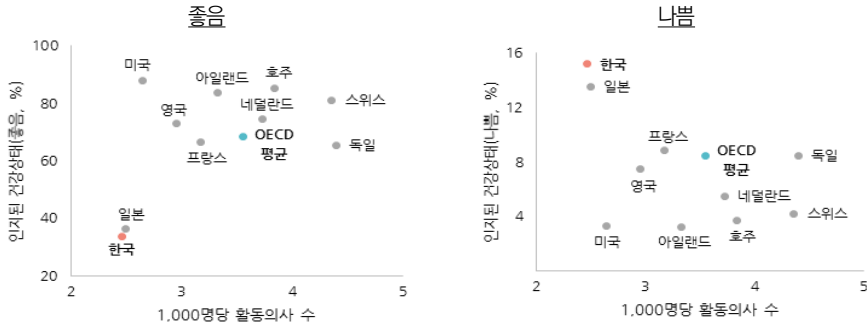
인지된 건강상태(Perceived health status)는 각국 국민들의 주관적 건강상태를 나타내는 것으로, 15세 이상 인구를 대상으로 설문조사를 하여 그들이 본인의 건강상태를 ‘매우 좋음(Very good)/좋음(Good)’, ‘보통’, 또는 ‘나쁨/매우 나쁨’으로 응답한 비율을 나타낸다.⁹⁷⁾ 인지된 건강상태 결과는 국가별 인구구조, 문화적 요인, 설문지 질문과 응답범주의 차이 등으로 인해 국가 간 직접적인 비교는 유의할 필요가 있으나, 향후 국민들의 의료서비스 이용 등을 예측해볼 수 있는 지표가 될 수 있다.

우리나라 국민들은 본인의 평소 건강상태를 긍정적으로 평가한 비율이 33.7%로 OECD 평균(68%)보다 2배 이상 낮았고 비교국 중에서는 가장 낮은 수준을 보였다. 반면 본인의 평소 건강을 부정적으로 평가한 비율은 15.2%로 OECD 평균(8.5%)에 비해 높고 비교국 중에서도 가장 높게 나타났다. 일본도 우리나라와 비슷한 결과를 보였다. 아이러니하게도 의료 인프라가 잘 갖추어져 있는 한국, 일본 국민들의 주관적 건강상태는 객관적 건강지표가 나타내는 수준과는 차이를 보였다.

97) 인지된 건강상태 결과는 국가별 인구구조, 문화적 요인, 설문지 질문과 응답범주의 차이 등으로 인해 국가 간 직접적인 비교는 유의할 필요가 있음

〈부록 그림 I-7〉 활동의사 수 대비 인지된 건강상태

(단위: %)



자료: OECD(2020)

〈부록 그림 I-8〉 경상의료비 대비 인지된 건강상태

(단위: %)



자료: OECD(2020)

본 장에서는 우리나라 공·사 건강보험 가입자의 진료비 현황을 비교·분석하고자 한다. 성별, 연령별, 금액 크기별, 의료기관 종별, 질환별 등 다양한 기준으로 살펴보았다.

1. 데이터

국민건강보험 자료는 건강보험심사평가원의 환자표본자료를 활용하여 분석하였다. 환자표본자료 중에서도 전체환자데이터셋(HIRA-NPS) 2019년 자료를 주로 이용하여 실손의료보험 자료와 비교·분석하였다. 전체환자데이터셋은 매년 표본 추출된 환자 약 100만 명의 1년간 의료서비스 이용 내역으로, 연도별로 연계할 수 없는 단년도 자료이다. 또한 2019년부터는 표본 추출비율이 기존 3%에서 2%로 변경되어 연도별로 비교하는 작업보다는 횡단면 분석을 주로 실시하였다. 분석대상은 건강보험 적용인구(의료급여, 보훈 제외)이며, 치과, 한방, 보건기관 등은 제외하고 의과입원 및 의과외래만을 대상으로 하였다.

실손의료보험 자료는 보험개발원이 집적한 2019년 실손의료보험 샘플통계를 활용하여 분석하였다. 실손의료보험 샘플통계는 매월 15일자 청구 건의 10%를 추출하여 집적한 통계이며, 그 중에서 진료일자가 2019년에 해당하는 건을 분석대상으로 하였다.

분석대상인 청구금액은 각 건강보험이 보장하는 대상으로, 국민건강보험은 급여공단부담금이, 실손의료보험은 환자본인부담금 총액, 즉 급여 본인부담금과 비급여의 합계가 각각 청구금액에 해당된다.

〈부록 그림 II-1〉 공·사 건강보험 의료이용 분석대상

- 청구금액(국민건강보험) = 급여공단부담금(A)
- 청구금액(실손의료보험) = 환자본인부담금 총액 = 급여 본인부담금(B)+비급여(C)

급여		비급여
급여공단부담금 (A)		비급여 (C)
급여 본인부담금 (B)		

의료이용량을 분석하기 전에 먼저 공·사 건강보험의 가입자 분포를 비교해 보면 다음과 같다. 연령대별 가입자 비중에서 국민건강보험은 60대 이상이 22.9%로 높은 반면, 실손의료보험은 10대이하가 19.5%로 높게 나타났다. 이는 국민건강보험은 전 국민이 의무적으로 가입하는 강제보험이기 때문에 연령대별 비중이 인구 분포와 유사한 반면, 실손의료보험은 임의 가입보험이고 보험회사별로 가입연령 제한을 두고 있고, 질환자나 기왕증 경력자의 가입 제한이나 가입 거절 등으로 고령자의 비중이 낮은 것으로 보인다.

〈부록 표 II-1〉 공·사 건강보험 성·연령별 가입자 비중

(단위: %)

구분	국민건강보험(2020)			실손의료보험(2021)		
	남성	여성	계	남성	여성	계
10대 이하	8.7	8.1	16.8	10.1	9.4	19.5
20대	7.1	6.3	13.4	7.7	7.2	15.0
30대	7.2	6.7	13.9	7.8	7.8	15.6
40대	8.3	7.9	16.2	8.7	9.0	17.7
50대	8.4	8.3	16.7	8.5	9.3	17.8
60대 이상	10.5	12.5	22.9	6.7	7.7	14.4
전체	50.1	49.9	100.0	49.6	50.4	100.0

주: 1) 국민건강보험 가입자는 2020년 12월 말 건강보험 적용인구 기준임

2) 실손의료보험 가입자는 2021년 12월 말 개인실손의료보험 피보험자 기준임(유병력자 실손 포함 노후 실손 제외)

자료: 국민건강보험공단(2020b); 한국신용정보원(2021)

2. 분석 결과

가. 성·연령별

성별 청구금액 비중에서 여성의 경우 국민건강보험과 실손의료보험에서 모두 남성보다 높은 53.4%와 58.8%로 나타났다.

연령별 청구금액 비중에서 국민건강보험은 60대 이상에서 전체 청구금액의 절반 이상인 55.2%를 청구하였는데, 이는 60대 이상 가입자가 차지하는 비중(22.9%)의 두 배 이상에 해당된다. 실손의료보험에서는 60대 이상이 24.3%를 청구하였는데, 이는 가입자 비중(14.4%)의 1.7배에 해당되는 것으로, 이는 60대 이상 실손의료보험 가입자의 건강상태가 일반 60대 이상 고령자보다 평균적으로 양호한 특성에 기인하는 것으로 볼 수 있다.

참고로 실손의료보험의 연령별 청구금액에서 급여 본인부담금과 비급여를 나눠서 비교해 보면, 20대 이하와 60대 이상에서는 전체 청구금액에서 비급여가 차지하는 비중이 급여 본인부담금보다 낮게 나타났으나, 30~50대에서는 비급여 비중이 더 높게 나타났다.

〈부록 표 II-2〉 공·사 건강보험 성·연령별 청구금액 비중(2020년)

(단위: %)

구분	국민건강보험			실손의료보험		
	남성	여성	계	남성	여성	계
10대 이하	3.6	3.0	6.5	3.6	3.0	6.6
20대	2.2	2.5	4.7	3.5	3.8	7.3
30대	2.9	4.3	7.2	5.9	7.0	12.9
40대	4.8	5.3	10.0	8.1	11.8	19.9
50대	7.9	8.4	16.3	10.5	18.5	29.0
60대 이상	25.2	29.9	55.1	9.6	14.7	24.3
전체	46.6	53.4	100.0	41.2	58.8	100.0

자료: 국민건강보험공단(2020b); 한국신용정보원(2021)

〈부록 표 II-3〉 실손의료보험 연령별 청구금액 비중(2019년)

(단위: %)

구분	급여 본인부담금	비급여
10대 이하	8.8	8.4
20대	7.5	7.2
30대	13.1	14.1
40대	19.1	21.0
50대	27.8	29.2
60대 이상	23.8	20.1
전체	100.0	100.0

자료: 보험개발원(2020), 실손의료보험 샘플통계

나. 금액 크기별

청구 건 기준으로 보면, 청구금액에서 소액 건이 차지하는 비중이 실손의료보험보다 국민건강보험이 더 높게 나타났는데, 이는 실손의료보험의 경우 보험금 지급 시 가입자 부담금(최소 공제금, 자기부담비율 등)을 청구금액에서 공제하고 있어, 청구금액이 가입자 부담금 이하의 소액 건일 경우 실손 가입자가 청구를 하지 않기 때문으로 보인다. 국민건강보험의 경우 3만 원 미만이 81.7%(실손 28.1%), 10만 원 미만이 93.8%(실손 63.7%)으로 대부분을 차지하고 있다.

한편, 청구금액 기준으로 보면, 국민건강보험은 청구 건 비중이 상대적으로 적은 고액 청구금액의 비중이 실손의료보험보다 집중되어 있는 것으로 나타났는데, 이는 실손의료보험에 비해 국민건강보험에서 중증 질환자의 비중이 보다 높기 때문일 것이다. 국민건강보험의 경우 청구금액이 100만 원 이상 비중이 51.7%(실손 44.9%), 1,000만 원 이상 비중이 11.4%(실손 3.6%)으로 나타났다.

〈부록 표 II-4〉 금액크기별 청구 건·금액 비중(2019년) - 전체

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
3만 원 미만	81.7	16.6	28.1	2.2
3만 원~10만 원 미만	12.1	10.3	35.6	11.9
10만 원~20만 원 미만	3.1	7.0	21.1	15.8
20만 원~100만 원 미만	2.0	14.3	12.3	25.1
100만 원~1,000만 원 미만	1.0	40.3	2.9	41.3
1,000만 원 이상	0.0	11.4	0.0	3.6

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

〈부록 표 II-5〉 금액크기별 청구 건·금액 비중(2019년) - 입원

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
3만 원 미만	1.4	0.0	1.9	0.0
3만 원~10만 원 미만	4.4	0.2	5.3	0.3
10만 원~20만 원 미만	7.1	0.6	9.3	1.1
20만 원~100만 원 미만	38.3	12.5	48.1	20.2
100만 원~1,000만 원 미만	47.0	67.1	34.9	72.0
1,000만 원 이상	1.8	19.6	0.6	6.4

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

〈부록 표 II-6〉 금액크기별 청구 건·금액 비중(2019년) - 통원

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
3만 원 미만	83.4	37.9	30.4	5.1
3만 원~10만 원 미만	12.3	23.4	38.2	26.7
10만 원~20만 원 미만	3	15.3	22.2	34.7
20만 원~100만 원 미만	1.2	16.6	9.1	31.4
100만 원~1,000만 원 미만	0.1	6.0	0.1	2.1
1,000만 원 이상	0	0.8	0.0	0.1

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

다. 의료기관 종별

의료기관 종별 청구금액 분포를 보면 국민건강보험은 상급종합병원, 종합병원 등 대형 병원급이 차지하는 비중이 50%에 해당되는 것으로 나타난 반면, 실손의료보험은 병원, 의원급 등 소형 병원급의 청구금액 61.5%로 대형 병원급보다 2배 높은 것으로 나타났다.

〈부록 표 II-7〉 의료기관 종별 청구 건·금액 비중(2019년) - 전체

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
상급종합	6.0	26.0	11.9	17.7
종합병원	9.8	23.9	15.1	18.2
병원급	9.5	12.4	17.8	28.2
요양병원	0.8	9.8	0.7	2.7
의원급	74.0	27.9	54.4	33.3
전체	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

입원의 경우 일반적으로 병상 수가 많은 대형 병원급의 청구금액 비중이 국민건강보험에서 높게 나타났으나, 실손의료보험에서는 병원, 의원급이 상대적으로 높게 나타났다.

〈부록 표 II-8〉 의료기관 종별 청구 건·금액 비중(2019년) - 입원

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
상급종합	19.5	32.5	18.9	20.4
종합병원	28.0	30.8	29.0	21.4
병원급	22.2	15.1	33.6	35.9
요양병원	18.7	16.9	2.8	4.0
의원급	11.7	4.7	15.7	18.2
전체	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

〈부록 표 II-9〉 의료기관 종별 청구 건·금액 비중(2019년) - 통원

(단위: %)

구분	국민건강보험		실손의료보험	
	청구 건수	청구금액	청구 건수	청구금액
상급종합	5.7	17.7	11.3	14.2
종합병원	9.4	15.1	13.9	14.2
병원급	9.2	8.9	16.5	18.2
요양병원	0.4	0.6	0.5	0.9
의원급	75.2	57.7	57.8	52.5
전체	100.0	100.0	100.0	100.0

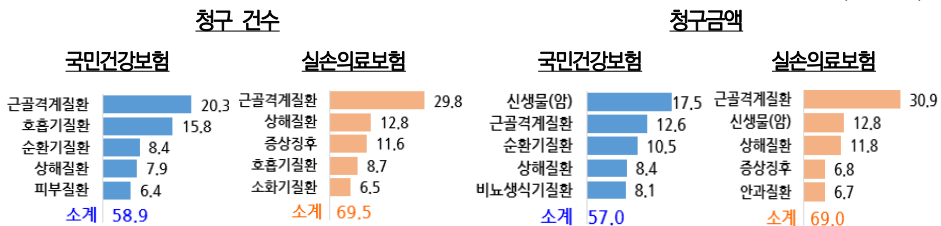
자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

라. 질환별

국민건강보험은 신생물(암), 근골격계질환, 순환기질환 순으로 청구금액이 높게 나타났으며, 상위 5개가 전체 청구금액의 57.0%를 차지하고 있다. 실손의료보험의 경우 근골격계질환, 암, 상해질환 순으로 청구금액이 높게 나타났으며, 상위 5개 질병군이 전체 청구금액의 70%를 차지하고 있다.

〈부록 그림 II-2〉 청구 건·금액 상위 5개 질병대분류 - 전체

(단위: %)

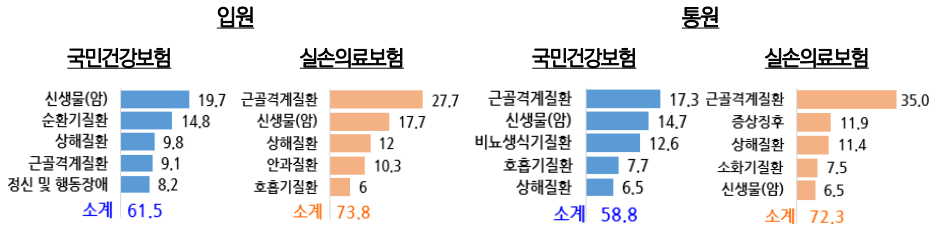


주: 증상(Symptom)은 환자가 호소하는 주관적 상태이며, 징후(Sign)는 검진을 한 의료진에 의해서 관찰되는 질환의 객관적 증거(원인마상의 열, 통증 등), 이하 동일

자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

〈부록 그림 II-3〉 진료형태별 청구금액 상위 5개 질병대분류

(단위: %)

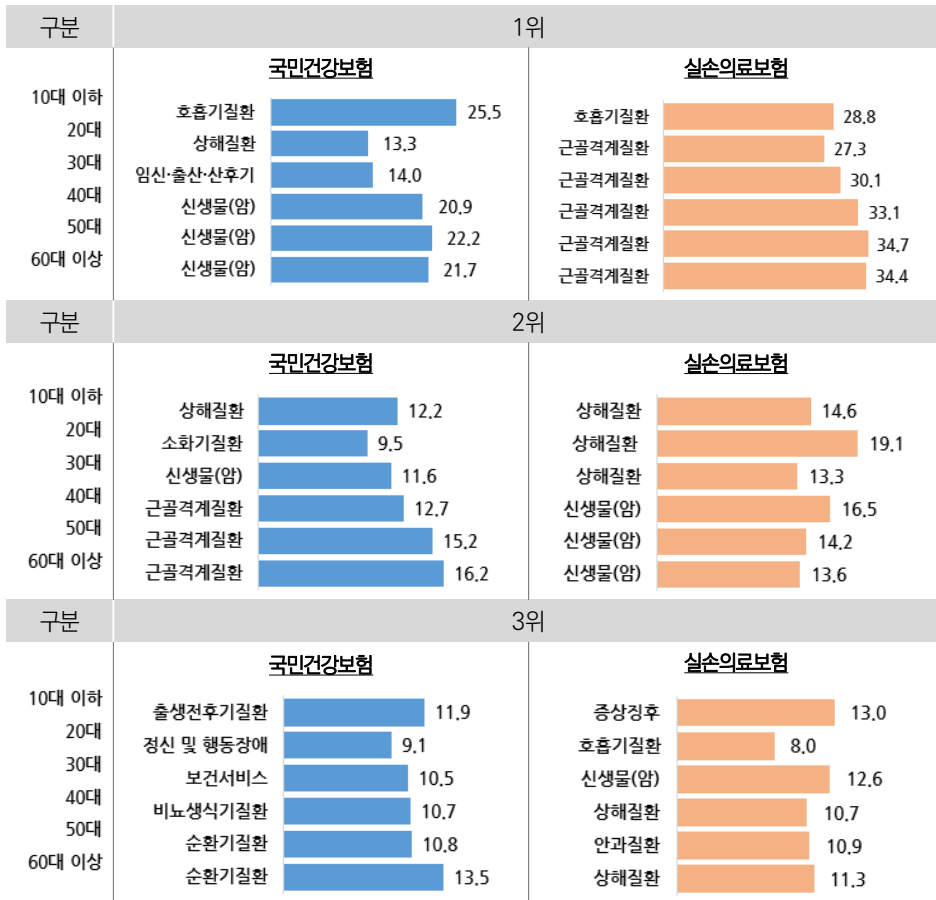


자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

연령대별로 질환별 청구금액 분포를 살펴 보면, 국민건강보험은 9세 이하에서는 호흡기질환, 10~20대는 상해질환, 30대는 임신·출산·산후기 질환이 각각 1위를 차지하며, 40대 이후부터는 신생물(암)과 근골격계질환이 청구금액의 1, 2위를 차지하고 있어, 연령대별로 나타나는 주요 질환이 청구금액에서도 상위 건에 해당됨을 확인할 수 있다. 한편, 실손의료보험의 청구금액을 연령대별 질환별로 보면, 20세 미만(1위 질환: 9세 이하 호흡기질환, 10대 상해질환)에서는 국민건강보험과 동일하게 나타났으나, 20세 이상에서는 모두 근골격계 질환이 청구금액의 1위를 차지하는 등 국민건강보험과 양상이 달라지고 있음을 알 수 있다. 특히, 50대의 청구금액 상위 질환을 보면, 국민건강보험에서는 신생물(암), 근골격계질환, 순환기질환 순인 반면, 실손의료보험에서는 근골격계질환, 신생물(암), 안과질환 순인 특징을 보이고 있다.

〈부록 그림 II-4〉 공·사 건강보험 연령대별 청구금액 상위 3개 질병대분류(2019년)

(단위: %)

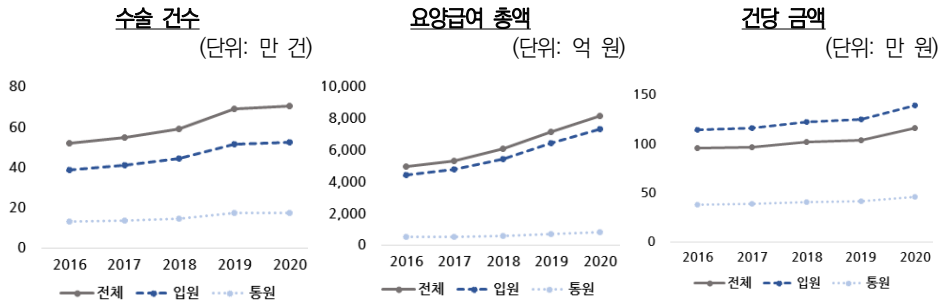


마. 세부 항목별 분석: 백내장⁹⁸⁾ 사례

우리나라에서 시행되는 수술 중에서 백내장수술이 가장 많이 시행되고 있는 것으로 나타났다. 백내장수술은 2019년 기준 국내 주요 33개 수술 중에서 수술 건수 1위로, 2016년 518,663건에서 2019년 689,919건으로 증가하여 최근 연평균 10%의 증가율을 보이고 있다. 백내장수술은 대부분 입원(75%)을 통해 이뤄지고 있으며, 입원에 의한 백내장수술의 건당 청구금액이 통원의 2배 정도 높은 것으로 나타났다.

98) 한국표준질병사인분류 중분류 H25-H28(수정체의 장애)

〈부록 그림 II-5〉 백내장수술 수술 건수, 요양급여 총액, 건당 금액 추이



주: 입·통원 수술 건수, 요양급여 총액, 건당 금액은 환자표본자료의 비중을 적용하여 산출함
(입원 건수: 75%, 통원 건수: 25%; 입원금액: 90%, 통원금액 10%)

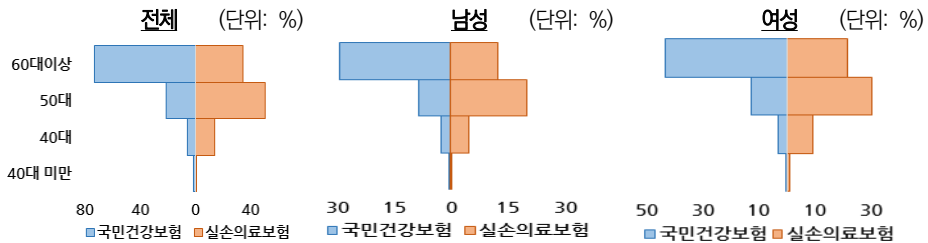
자료: 국민건강보험공단(2020c); 건강보험심사평가원(2019)

백내장수술의 입원에 대한 청구 건을 대상으로 국민건강보험과 실손의료보험의 청구 분포를 비교해 보았다. 성별 백내장수술의 청구금액 비중을 보면, 국민건강보험과 실손의료보험 모두 여성(58.9%, 63.0%)이 남성보다 높았다. 연령별로는 국민건강보험은 60대 이상(72.7%)이, 실손의료보험은 50대 이상(50.5%)이 가장 높게 나타났다. 성·연령별로 조합해 보면, 국민건강보험의 경우 60대 여성이 43.2%로 가장 높게 나타나고, 실손의료보험은 50대 여성의 비중이 30.6%로 가장 높았다.

〈부록 표 II-10〉 백내장수술 성·연령별 청구금액 비중(2019년)

(단위: %)

구분	국민건강보험			실손의료보험		
	남성	여성	계	남성	여성	계
40대 미만	0.6	0.3	0.9	0.1	1.0	1.1
40대	2.5	2.9	5.4	4.6	9.5	14.1
50대	8.6	12.4	21.1	19.9	30.6	50.5
60대 이상	29.4	43.2	72.7	12.4	21.9	34.3
전체	41.1	58.9	100.0	37.0	63.0	100.0

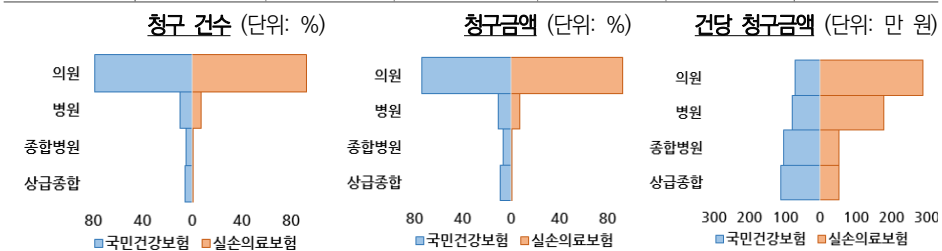


자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

한편 백내장수술의 의료기관 종별 청구금액을 비교해 보면, 청구 건수와 청구금액 비중은 국민건강보험과 실손의료보험 모두 의원급이 가장 높았다. 그러나 청구 건당 청구금액을 보면, 국민건강보험의 경우 상급종합, 종합병원, 병원, 의원 순으로 높게 나타나고 있는 반면에, 실손의료보험에서는 정반대의 순으로 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있다. 또한, 병원과 의원에서 실손 가입자의 백내장수술에 대한 청구 건당 청구금액이 국민건강보험 환자보다 각각 2.3배와 4.1배나 높은 것으로 나타났다.

〈부록 표 II-11〉 백내장수술 의료기관 종별 청구 건·금액 비중(2019년)
(단위: %, 만 원)

구분	국민건강보험			실손의료보험		
	청구 건수	청구금액	건당 청구금액	청구 건수	청구금액	건당 청구금액
상급종합	5.8	8.6	112.7	3.3	0.6	52.1
종합병원	5.1	6.9	103.0	2.8	0.6	52.9
병원	10.1	10.5	78.8	10.2	6.9	179.8
의원	78.9	73.9	71.1	83.7	91.9	290.8
전체	100.0	100.0	75.9	100.0	100.0	265.0



자료: 국민건강보험공단(2019); 보험개발원(2019)

도서회원 가입안내

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

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



가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

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



회비 납입 방법

무통장입금

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



자료 구입처

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

| 저자약력

정 성 희 서울대학교 통계학 박사 / 선임연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

이 태 열 The Iowa State University 경제학 박사 / 선임연구위원
(E-mail : tylee@kiri.or.kr)

손 재 희 University of California, Riverside 경제학 박사 / 연구위원
(E-mail : jaehee.son@kiri.or.kr)

문 혜 정 연세대학교 경제학 석사 / 연구원
(E-mail : hjmun@kiri.or.kr)

김 연 희 성균관대학교 문화학 석사 / 연구원
(E-mail : yeonhee@kiri.or.kr)

강 윤 지 University of Köln 경제학 석사 / 연구원
(E-mail : yoonjikhang@kiri.or.kr)

연구보고서 2022- 12

실손의료보험 지속성 강화와 역할 정립에 대한 연구

발 행 일 2022년 8월

발 행 인 안 철 경

발 행 처 보험연구원

주 소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩

인 쇄 소 고려씨앤피

ISBN 979-11-89741-85-3
979-11-85691-50-3(세트)

(정가 10,000원)