국민건강보험과 민간의료 보험의 역할 정립을 위한 쟁점1)



The Proper Role of National Health Insurance and Private Health Insurance

최기추 국민건강보험공단 정책연구원 선임연구위원 이 현복 | 국민건강보험공단 정책연구원 부연구위원

국민건강보험의 부족한 보장성으로 인해 대다수의 국민이 민간의료보험에 가입하고 있다. 아직 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정이 미비하여 다양한 문제가 발생하고 있으며, 대표적인 것이 민간의료보험의 선별 가입으로 인한 문제. 가입자의 과다 의료이용으로 인해 국민건강보험 재정에 미치는 부정적 영향. 국민건강 보험의 보장성 확대로 인한 민간의료보험 보험금 지출액 감소 등이다.

국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정에서 가장 기본이 되는 것은 국민건강보험의 보장성 확대이다. 국민 건강보험 정책이 적정 부담, 적정 급여로 전환되어 OECD 평균 수준으로 보장성이 확대될 필요가 있다.

국민건강보험과 민간의료보험의 합리적인 역할 설정을 위해 관련 제도와 법의 정비가 요구된다. 우선 민간의 료보험의 공적 역할을 강화하기 위해 고위험군에 대한 상품 개발 강화와 가입 개방 정책 등이 고려되어야 할 것이 다. 그리고 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용을 제한하기 위해 법정 본인부담금에 대한 민간의료보험의 보장 금지 등이 필요하다. 아울러 보건의료 관점의 관리·감독 강화가 이루어져야 할 것이다.

1. 들어가며

국민의 의료이용에 대한 접근성과 형평성을 향 상시켰다. 그리고 국민의 건강 수준 향상에도 1977년 도입된 우리나라의 국민건강보험은 큰 성과를 가져온 것으로 평가된다. 그러나 이

¹⁾ 이 글은 저자의 소속 기관과는 무관한 연구자의 견해를 바탕으로 기술되었음.

와 같은 성과에도 불구하고 국민건강보험의 충 분치 못한 보장성²⁾은 한계로 지적되기도 한다.

국민건강보험의 불충분한 보장은 많은 국민 으로 하여금 민간의료보험에 가입하게 만들었 다. 민간의료보험이란 아직 국내법(「보험업법」 등)에 명확하게 정의되어 있지 않지만 「보험업 법 상 제3보험3에 해당하는 보험을 의미4하는 것으로, 실무적으로 민간보험사에서 판매하는 상해와 질병과 관련된 의료비와 건강비용을 보 장하는 실손·정액 담보 보험상품을 말한다.

아직 민간의료보험의 정의와 범위가 모호하 준 약 3조 5000억 원으로 나타난다.[©]

여 정확한 현황 파악은 어렵지만, 한국의료패 널(2016)에 따르면 국민의 약 72.6%가 가입하 고 있는 것으로 나타난다. 그리고 시장 규모는 2011년 수입보험료 기준 약 27조 4000억 원으 로 추정된다.⁵⁾

민간의료보험 중 국민건강보험의 급여 범위 와 밀접한 관계에 있는 실손의료보험은 금융위 원회 보도자료(2016)에 의하면 국민의 약 62% 인 3200만 명가량이 가입하고 있다. 실손의료 보험의 시장 규모는 2014년 3월 위험보험료 기

의료비 건강비용 급여 부분 비급여 부분 요양비, 간병비 등 본인 사망 / 후유장해, 본인 공단부담 부담 부담 소득 상실, 생활자금 실손형 보험 국민건강보험 정액형 보험

그림 1. 민간의료보험의 보장 범위

자료: 건강보험 정책이슈(2016. 4.). 국민건강보험공단. p.8.

^{2) 2016}년 기준 63.4%.

^{3) 「}보험업법」 제2조(정의)다. 제3보험상품: 위험 보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급 여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약.

^{4) 「}보험업감독규정」 제7-63조에 '실손의료보험계약'이라는 표현이 있음.

⁵⁾ 신기철(2014). 정액형 개인의료보험 개선방안 연구. 국민건강보험공단. p.23.

⁶⁾ 리스크관리학회(2015). 보험연구원 정책세미나 발표 자료. p.12.

현재 공보험인 국민건강보험과 사보험인 민간의료보험이 공존하고 있음에도 불구하고 아직 서로의 역할이 명확하게 설정되지 못해 다양한 문제가 야기되고 있다. 민간의료보험은 민영의료보험과 개인의료보험 등의 용어로 혼용되고 있고, 정확한 개념과 범위도 불분명하다. 그리고 관련 자료(데이터)의 부족 등으로 가입자의 의료이용이나 도덕적 해이(모릴 해저드)에 어떠한 영향을 주는지 명확하게 파악하기 어렵다. 나아가 공보험과 급여 범위 등이 연계되어 있지 않아 국민건강보험의 보장성 확대 등의 정책과 연동되지 못하고 금융상품으로서의 역할만하고 있다고 해도 과언이 아닐 것이다.

민영의료보험시장의 발달은 여러 장점이 있지만 몇 가지 문제점도 내포돼 있다. 민간의료보험은 현재 공보험의 부족한 보장성을 보충하는 역할을 하고 있다. 하지만 이는 민간의료보험 가입자에게만 해당되어 정작 보험의 혜택이필요한 고위험 노인, 질병 보유자 등은 상당수가 가입하지 못해 혜택에서 배제되고 있다. 또한 민간의료보험 상품이 매우 많고 복잡하여 불완전판매가 야기되는 등 다양한 소비자 피해 사례가 발생하고 있다.

국민건강보험은 의료이용에서 환자가 경제적 부담으로 인한 제약을 받지 않고 개개인의 욕구 에 맞게 효과적으로 이용하도록 하고 있다. 이 러한 목적을 효율적으로 달성하려면 반드시 민 간의료보험과의 적절하고 합리적인 역할 설정 이 필요하다. 그리고 각기 설정된 역할에 충실 할 때 국민들이 더욱 효과적으로 의료비 부담 없이 양질의 의료서비스를 이용하고 건강한 삶을 영위할 수 있을 것이다.

이 글은 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적인 역할 설정에 대한 방향을 제시하고자 한다. 따라서 국민건강보험과 민간의료보험, 특히 실손의료보험에 대한 비교를 통해 각 보험에 대한 이해를 높이고, 최근 민간의료보험에 대한 정점들을 살펴본 후 둘 간의 역할 설정 방향을 모색해 보고자 한다. 이 글이 앞으로 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정을 위한 이해관계자들에게 기초자료로 활용될 수 있기를 바란다.

2. 국민건강보험과 민간의료보험 비교

가. 수급권과 보장 범위

급여의 수급권 측면에서 국민건강보험은 법적으로 수급권이 생기지만 민간의료보험은 보험사와의 계약으로 인해 수급권이 생긴다. 또한 급여수준 측면에서 국민건강보험은 모든 가입자가 균등하게 급여를 받을 수 있지만 민간의료보험은 보험료납부액에 따라치등하여받을 수 있다.

각 보험에서 보장해 주는 질병과 보장 일수, 보장 금액 그리고 본인부담에도 차이가 있다. 국민건 강보험은 모든 질병에 대해 보장 일수의 차등이 없고 보장 금액에 한도가 없지만, 민간의료보험은 계약 형태로 이루어지는 특성상 계약 수준에 따라 보장이 이루어지고 있다. 다음 〈표 1〉은 국민건강보험과 실손(민간)의료보험을 비교한 것이다.

표 1. 국민건강보험과 실손의료보험 비교

구분	국민건강보험	민간의료보험(실손의료보험)
급여수급권	– 법적 수급권	- 계약적 수급권
급여 수준	- 균등 급여	- 보험료 납부액에 따른 차등 급여
보장 대상 질병	- 모든 질병 ● 일상생활에 지장이 없는 질환 등 건강보험법상의 비급여 대상은 제외	- 건강보험의 비급여 대상 및 보험약관에서 보장하지 아니하는 질병제외(국민건강보험이 보장하는 비뇨 기계, 정신질환, 치과, 한방, 치질, 임신, 출산 등 제외) - 청약일 전 5년 이내에 발생한 질병 제한
보장일수	- 제한 없음 ● 질병 완치 시까지 보장	 제한 있음 입원: 발병일로부터 365일 보장(손보 365일 보장 후 180일간 급여 제한), 생보는 계약 기간 동안 보장 통원: 발병일로부터 통산 통원 일수 30일(손보), 연간 180회(생보, 진찰료 발생 기준) 처방 조제비: 처방전 1건당 연간 180회(생보)
보장금액	- 한도 없음 ● 입원·통원비 등 질병 완치 시까지 평생 보장 - 법정 본인부담금이 일정 금액을 초과할 경우 그 초과 비용을 환자에게 돌려주는 '본인부담액 상한제' 실시	- 한도 있음 ● 국민건강보험급여를 제외한 본인부담금 중 일부와 비급여 보상(2017년 3월 기준) · 본인부담금+비급여 금액 합계액의 80~90% 보상 입원; 연 5000만 원 한도 통원; 건당 30만 원 한도 등 ※ 2017년 4월부터 기본형과 특약(도수치료 등)을 별도 구매하는 상품으로 개편
본인부담금	- 입원 20%, 외래 30~50%	- 입원의료비: 20%~30% - 상급병실차액료: 50% - 통원의료비: 5000~2만 원 - 처방 조제비: 처방전 1건당 3000원

자료: 국민건강보험공단 및 각 개별 보험사 홈페이지(2017. 4. 20.) 급여(보장) 범위 이용, 재구성.

실손의료보험의 주요 보장 내용과 보장 제외 질 해 보장을 받는 것이 아니고 정신질환 등 특정 질 또한 실손의료보험에 가입한다고 모든 질병에 대 것이다.

병은 다음과 같다. 보통 실손의료보험은 입원과 외 병은 보장되지 않는다. 다음 〈표 2〉는 실손의료보 래에 따라 보장 내용과 보장 한도에 차이가 있다. 험의 주요 보장 내용과 보장 제외 질병을 정리한

표 2. 실손의료보험의 주요 보장 내용과 보장 제외 질병

구분		내용				
입원 의료비						
	보상 한도	▶ 연간 3000만~1억 원 ▶ 발병일로부터 365일 보상				
통원 의료비	보상 내용	▶ 통원의료비 본인부담금(법정본인부담금+비급여)의 80% 또는 90% ※ 2017년 4월부터 특약 비급여의 70% · 통원 제 비용: 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약·처방료 등 · 통원 수술비: 수술료, 마취료, 수술재료대 · 처방 조제가 되는 약국의 약제비와 약사 조제료 ※ 산재보험 보장 시 보장 안 함 ※ 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(급여 제한자, 주민등록 말소자 등) 통원의료비 총액에서 1만~2만 원 공제한 금액 중 40%만 보장				
	보상 한도 ▶ 1회당 10만~50만 원 ▶ 연간 180회 보상 ▶ 처방 조제비: 처방전 1건당 5만 원					
보상 제외 질 (질병형)	병	① 정신과 질환 및 행동장애(F04~F99) ② 습관성 유산 등(N96~N98) ③ 임신, 출산(제왕절개, 자연분만), 산후기(O00~O99) ④ 선천성뇌질환(Q00~Q04) ⑤ 비만 (E66) ⑥ 비뇨기계 장애(N39, R32) ⑦ 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(치질 I84, K60~K62) ⑧ 인간면역바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비 (치료 중 감염은 제외)				

자료: 각 개별 보험사 홈페이지(2017. 4. 20.). 실손의료보험 약관 이용 재구성.

나. 급여율과 지급률(손해율)

국민건강보험의 급여율은 민간의료보험의 지급률, 손해율과 비슷한 개념이다. 급여율, 지급율, 손해율은 보험료 수입액에 대한 보험급여비또는 보험금 지출액의 비율로 수치가 높을수록가입자에게 혜택이 많은 것을 의미한다.

국민건강보험의 급여율은 (보험급여비지출액/보험료수입액)×100으로 산출하며, 생명보험사의 지급률은 (지급보험금/수입보험료)×100으로, 손해보험사의 손해율은 (발생손해액/경과보험료)×100으로 산출한다. 다음의 〈표3〉은 국민건강보험의 급여율과 민간의료보험의지급률, 손해율을 비교한 것이다.

표 3. 국민건강보험 급여율과 민간보험사 지급률. 손해율

(단위: %)

구분	국민건강보험 급여율		생명보험사	손해보험사
TE	(a)	(a')	지급 <u>률</u> (b)	손해율(c)
2011년	108.8	180.4	58.9	83.9
2012년	103.3	173.1	49.1	83.9
2013년	101.6	171.7	54.2	84.5
2014년	103.6	165.6	56.2	85.3
2015년	103.2	175.8	57.1	84.7
5년 평균	104.1	173.3	55.1	84.4

주: (a) *보험료 수입으로 계산(국고지원금, 기타 수입 제외).

손해만의 보험급여 혜택을 받았다는 것을 나 타낸다. 고용주 부담분을 제외한 가입자가 납부 한 보험료 수입만을 기준으로 할 경우 급여율은 173.3%로, 가입자가 100만 원의 보험료를 납 부하고 173만 3000원의 보험급여 혜택을 받았 다고 할 수 있다.

민간보험 중 생명보험의 최근 5년간 지급률 은 55.1%로 가입자가 납부한 100만 원의 보 험료중 평균 55만 1000원을 지급하였고, 손해 보험의 손해율은 평균 84.4%를 나타내어 가입 자가 납부한 100만 원의 보험료 중 평균 84만 4000원을 보험금으로 지급하였다.

금융당국에 따르면 실손의료보험 손해율은 2015년 상반기 기준 124.2%를 나타내는 것으 로 나타났다.⁷⁾ 2016년 4월 25일 한겨레신문을 시작으로 실손의료보험 손해율 산출 방법과 사 용 데이터에 대한 적절성 등에 의문이 제기되

었다. 그간 보험사들은 부가보험료(관리운영 비 등)를 제외한 위험보험료 기준 손해율을 제 시해 왔으나 부가보험료가 포함된 손해율이 제 시되어야 하며, 손해율 산출에 사용되는 데이터 의 객관성, 투명성, 타당성 등이 담보되지 못해 관련 데이터의 투명한 공개가 필요하다는 주장 이다. 아울러 보험사가 주장하는 위험보험료 기 준 손해율 120% 이상은 과도하다는 의견으로, 2015년 공단 연구용역(PI 신현웅)에 따르면 손 보사와 동일한 방식(위험보험료 기준)으로 손해 율을 산출해도 손해율은 96.6%에 불과하다는 주장이 있다. 실손의료보험 손해율에 대한 다양 한 논쟁이 진행 중으로 정확한 손해율은 추후 확인될 것으로 기대된다.

이하 〈표 4〉, 〈표 5〉, 〈표 6〉은 국민건강보험 의 급여율과 민간보험의 지급률, 손해율의 상세 표이다.

⁽a) 연평균 적용 인구 1인당 급여율(연평균 적용 인구 1인당 보험료는 개인 부담 보험료로 고용주 부담분을 제외함).

자료: 국민건강보험공단(2016). 2015건강보험통계연보; 보험개발원(2017). 2016보험통계연감 이용, 재구성.

⁷⁾ 금융감독원(2016. 1. 22.). 보험조사국 보도자료.

표 4. 국민건강보험 급여율 현황

(단위: 백만 원, %)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
보험료 수입(a)*	32,922,110	36,389,962	39,031,893	41,593,818	44,329,819
총수입(b)**	38,761,068	42,473,652	47,205,853	50,515,544	53,292,081
기타 수입 제외 총수입(c)***	37,950,433	41,733,143	44,831,248	47,908,752	51,420,000
보험급여비(d)	35,830,249	37,581,294	39,674,332	42,827,513	45,760,188
급여율(d/a)	108.8	103.3	101.6	103.0	103.2
급여율(d/b)	92.4	88.5	84.0	84.8	85.9
급여율(d/c)	98.3	97.8	102.0	101.6	98.9

주: * 정부지원금(국고지원금, 담배부담금)을 제외한 보험료 수입.

자료: 국민건강보험공단(2016). 2015년 건강보험통계연보 이용, 재구성.

표 5. 국민건강보험 연평균 적용 인구 1인당 급여율

(단위: 원, %)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
보험료(a)*	404,039	438,428	463,466	491,102	516,041
보험급여비(b)	729,290	759,290	796,199	813,275	907,324
급여율(b/a)	180.4	173.1	171	165	175.8

주: * 보험료는 연평균 적용 인구 1인당 보험료로 개인 부담 보험료(고용주 부담분 제외) 기준임.

표 6. 민간보험 지급률, 손해율 현황

(단위: 백만 원, %)

(생명보험사)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
수입보험료(a)	87,836,011	115,308,584	77,236,745	110,575,286	117,213,652
지급보험금(b)	51,695,000	56,591,059	41,900,224	62,251,110	66,972,365
지급률(b/a)	58.9	49.1	54.2	56.2	57.1

자료: 보험개발원(2017). 2016년 보험통계연감 이용, 재구성.

(손해보험사)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
경과보험료(a)	59,934,699	66,973,033	52,601,176	74,770,446	77,815,994
발생손해액(b)	50,288,789	56,184,690	44,494,409	63,804,272	65,961,454
손해율(b/a)	83.9	83.9	84.5	85.3	84.7

자료: 보험개발원(2017). 2016년 보험통계연감 이용, 재구성.

^{**} 정부지원금과 기타 수입을 포함한 총수입.

^{***} 정부지원금을 포함한 보험료 수입(기타 수입 제외)에 당기수지 금액을 차감한 수입.

자료: 국민건강보험공단(2017). 2016년 건강보험주요통계 이용, 재구성.

다. 관리운영비와 사업비

보험회사는 계약자들로부터 보험료를 받아 기금을 조성하고, 보험사고(질병, 상해 등)를 당 한 가입자에게 보험 계약시 약정한 보험금을 지 급하는데 이러한 보험사업 관리·운영에 발생하 는 각종 비용을 사업비라고 한다. 국민건강보험 에서는 관리운영비로 표현되고 있다.

사업비율 또는 관리운영비율은 보험사업에 사용한 비용을 총수입 등으로 나누어 백분율로 표시한 것으로,8 비율이 낮을수록 사업 운영에 서 비용을 적게 사용했다는 것을 의미한다.

국민건강보험의 관리운영비는 인건비⁹⁾와 경 비10) 등으로 구성되고, 민간보험회사는 상품을 개발할 때 사업비를 예상하여 보험료(부가보험 료)에 미리 반영하며, 사업비는 보통 신계약비. 11) 유지비¹²⁾ 등으로 구성된다. 다음 〈표 7〉은 국민 건강보험과 민간보험의 사업비를 비교한 것이 다(자세한 내용은 표 8과 9 참조).

최근 5년간 관리운영비율(사업비율)을 비교 하면 국민건강보험은 100원의 보험료 중에서 1.2원을 관리운영비로 사용한 반면, 생명보험사 는 14.4원을, 손해보험사는 17.6원을 사업비로 사용하였다. 민간보험의 사업비가 국민건강보 험의 관리운영비와 비교해 약 10배 이상 높은 이 유는 가입자 모집을 위한 영업비와 광고비 등의 비용을 많이 지출하기 때문인 것으로 추정된다.

민간보험의 사업비는 보험회사가 보험상품을 개발할 때 예정사업비로 사업비용을 예상하여 보험료에 반영한다. 계약 전에 예정사업비를 확 인하는 방법은 없고, 다만 생·손보협회 홈페이지 공시실의 '보험상품 비교·공시'에서 예정사업

표 7. 국민건강보험 관리운영비와 민간보험 사업비 비율

(단위: %)

구분	국민건강보험(*)	생명보험사	손해보험사(**)
2011년	1.6	16.5	17.2
2012년	1.4	13.9	18.3
2013년	1.3	14.7	18.0
2014년	1.3	14.0	17.0
2015년	1.2	13.3	17.6
5년 평균	1.3	14.4	17.6

주: * 국민건강보험 수입은 보험료+국고지원금+기타 수입 등 총수입으로 계산.

자료: 국민건강보험공단(2016). 2015건강보험통계연보; 보험개발원(2017). 2016보험통계연감 이용, 재구성.

^{**} 손해보험사의 수입보험료는 경과보험료로 계산.

⁸⁾ 국민건강보험의 관리운영비율은 (관리운영비/총수입)×100으로 산출되며, 생명보험사의 사업비율은 (사업비/수입보험료)×100으로, 손해보험사 사업비율은 (사업비/경과보험료)×100으로 산출된다.

⁹⁾ 기본급여, 제수당, 상여금, 퇴직급여비 등.

¹⁰⁾ 복리후생비, 연구개발비, 회의비, 여비, 업무추진비 등.

¹¹⁾ 신계약 획득을 위하여 소요되는 제경비(설계사 영업 수당, 점포운영비, 판촉비, 광고선전비 등).

¹²⁾ 보험계약 유지 및 관리·운영 등에 필요한 각종 경비(인건비, 관리비, 차량유지비, 통신비 등).

비율을 찾아볼 수는 있으나 가입자는 동일 유형의 상품에 대한 상대적 우열만 알 수 있을 뿐 자신이 가입할 상품의 부가보험료(사업비)가 얼마인지는 확인할 수 없다. 예정사업비에서 실제로사용한 사업비를 뺀 것을 사업비 차익이라고 표현하며, 사업비차익은 계약자 배당금이나 주주의 이익으로 돌아가게 되는데 계약자 배당금은

유배당 보험상품에 가입했을 때만 지급받게 된다. 민간의료보험의 보험상품 대부분은 무배당상품으로, 사업비 차익이 발생해도 계약자에게배당금이 지급되지 않는 경우가 많다.

이하 〈표 8〉, 〈표 9〉는 국민건강보험과 민간 보험의 관리운영비와 사업비에 대한 상세표이다.

표 8. 국민건강보험 관리운영비 현황

(단위: 백만 원, %)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
보험료 수입(a)*	32,922,110	36,389,962	39,031,893	41,593,818	44,329,819
총수입(b)**	38,761,068	42,473,652	47,205,853	50,515,544	53,292,081
기타 수입 제외 총수입(c)***	37,950,433	41,733,143	44,831,248	47,908,752	51,420,000
관리운영비(d)	611,160	614,425	630,896	641,896	623,330
관리운영비율(d/a)	1.9	1.7	1.6	1.5	1.4
관리운영비율(d/b)	1.6	1.4	1.3	1.3	1.2
관리운영비율(d/c)	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2

주: * 정부지원금(국고지원금, 담배부담금)을 제외한 보험료 수입.

표 9. 민간보험 사업비 현황

(단위: 백만 원, %)

(생명보험사)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
수입보험료(a)	87,836,011	115,308,584	77,236,745	110,575,286	117,213,652
사업비(b)	14,566,489	16,103,101	11,353,801	15,480,540	15,589,416
사업비율(b/a)	16.5	13.9	14.7	14.0	13.3

자료: 보험개발원. 2016 보험통계연감.

(손해보험사)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
경과보험료(a)	59,934,699	66,973,033	52,601,176	74,770,446	77,815,994
사업비(b)	10,301,251	12,243,860	9,483,832	12,718,814	13,720,034
사업비율(b/a)	17.2	18.3	18.0	17.0	17.6

주: * 사업비는 순사업비 기준.

^{**} 정부지원금과 기타 수입을 포함한 총수입.

^{***} 보험료 수입에 정부지원금을 포함한 수입(기타 수입 제외).

자료: 국민건강보험공단. 2015건강보험통계연보.

자료: 보험개발원. 2016 보험통계연감.

3. 민간의료보험의 쟁점

국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정에서 쟁점이 되고 있는 부분들을 간단히 정 리하고자 한다. 민간의료보험에서 쟁점이 되는 부분은 민간의료보험의 가입자 선별, 민간의료보 험 가입자의 과다 의료이용, 국민건강보험의 보 장성 확대로 인한 민간보험사의 보험금 절감, 실 손보험의 청구와 심사 관련 문제, 본인부담금 상 한제 적용 대상자의 초과 이득 등으로 매우 다양 하다. 본 연구에서는 민간의료보험의 가입자 선 별. 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용. 건강 보험의 보장성 확대로 인한 민간보험사의 보험금 절감을 중심으로 살펴본다.

가. 민간의료보험의 가입자 선별

앞서 국민건강보험과 민간의료보험의 비교에 서 살펴보았듯이 가입이 개방된 국민건강보험 과 다르게 민간의료보험은 국민 모두가 가입할 수 있는 상품이 아니다. 민간보험사의 가입 심사 (Underwriting)로 민간의료보험은 보험 청약자 중에서 위험률이 낮은 사람만이 가입할 수 있다. 따라서 위험률이 높게 측정되어 보험 가입이 배 제되는 사람들이 존재하고, 이러한 사람들 중 대 부분이 정작 보험이 필요한 사람들이라는 것이 큰 문제이다.

보험사의 가입 심사로 기왕증이 있거나 최 근 질병 진단을 받은 사람은 가입이 거절되며, 2015년 한국의료패널에 따르면 2013년 민간의

료보험 가입률은 연령(10세 미만 83.6%, 70세 이상 28%), 소득(소득 5분위 85.7%, 소득 1분위 37.0%), 장애(장애 없음 75.8%, 장애 있음42.5%) 등에 따라 차이가 크다.

상기 문제에 대하여 국민건강보험의 보장률이 낮아 일부 필수적 의료에 대한 보장 기능을 민간 의료보험이 담당하고 있는 현 상황을 고려할 때. 프랑스, 독일, 네덜란드 등과 같이 상품 개발과 가입에서 성, 연령을 제외한 기타 요소 차별을 금 지하여 필수 의료보장이 필요한 사람들이 배제되 어서는 안 된다는 주장과 민간보험 운영의 핵심 기능인 가입 심사는 반드시 유지되어야 한다는 주장이 맞서고 있다.

나. 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용

보험 가입과 가입자 도덕적 해이에 관한 연구 대다수의 결론은 위험을 전기한 피보험자는 위험 을 부담하지 않기 때문에 도덕적 해이를 방지하 기 위한 적절한 통제 수단이 없는 한 보험 가입자 의 도덕적 해이는 발생한다는 것이다. 특히 민간 건강보험과 관련해서는 가입자의 역선택과 도덕 적 해이가 많이 나타나는 것으로 밝혀지고 있다.

우리나라에서도 민간의료보험 가입자의 도덕 적 해이와 과다 의료이용이 발생하고 있다. 물론 가입자의 과다 의료이용은 가입자의 의료서비스 이용 관련 비용에 대한 낮은 인식도 있지만 일부 공급자의 과다 의료이용 유인에서도 기인하는 바 가 크다.

보험연구원(2016)13)에 따르면 실손의료보험

의 경우 비급여 증가, 일부 가입자의 과도한 의료 이용 등으로 인해 2015년 손해율이 129.0%에 이 르며, 손해율은 보험료가 인상되지 않을 경우 10 년 이내에 2배 이상 급등할 것이라고 한다. 그리 고 신기철(2014)은 정액형 보험 중 입원일당 등 에 다수 가입한 사람의 경우 평균 입원 기간이 보 험금 비수령자에 비해 2~3배 길고, 정액형과 실 손의료보험에 중복 가입한 경우 그렇지 않은 경 우에 비해 입원 비율이 약 22.9% 높다고 한다.

민간의료보험 가입자의 과다 의료이용은 민간 보험사의 손해율을 높이고 보험료가 인상되는 데 만 영향을 주는 것이 아니다. 민간의료보험으로 인한 비급여 증가는 급여 진료, 즉 입원 과다 등 의 증가를 수반하여 국민건강보험 재정에도 부정 적인 영향을 준다는 데 문제가 있다.

민간의료보험 가입자의 과다 의료이용을 억제할 방안이 마련되어야할 것이다. 이런 이유로 최근 실손의료보험의 상품 개편¹⁴이 이루어졌으나비급여에 대한 합리적 관리 방안 없이는 근본적 대안이 되기 어렵다.

민간의료보험 가입자의 과다 의료이용을 방지하기 위해 국민건강보험의 법정 본인부담금에 대해서는 민간의료보험의 보장이 금지되어야 한다는 의견이 있으며, 과다한 입원일당 가입 등은 불필요한 입원을 부추기므로 합리적인 수준에서 가

입할 수 있도록 규제되어야 할 것이다. 그리고 실 손의료보험 가입자의 과다 의료이용은 비급여에 기인하므로, 정부의 비급여 관리가 강화되어야 한다는 주장이 있다.

다. 국민건강보험의 보장성 확대로 인한 민간 보험사의 보험금 절감

민간의료보험은 질병, 상해, 간병 등 의료비와 건강비용을 보장 범위로 하고 있다. 그리고 실손 의료보험은 국민건강보험의 급여를 제외한 법정 본인부담금과 비급여를 보장 범위로 하고 있다. 따라서 국민건강보험의 보장성 확대는 민간의료 보험의 보장 범위 축소로 이어지고, 보험금 지급 감소를 가져오게 된다.

신현웅(2016)¹⁵⁾은 국민건강보험의 보장성 확대로 인한 실손의료보험 보험금 지급 감소를 민간보험사의 반사이익이라고 표현하고 있고, 그반사이익의 규모가 2013~17년 건강보험 보장성 확대 소요액(11조 2500억 원)의 13.5%인 1조5200억 원이라고 밝히고 있다. 이는 연평균 약3000억 원 규모의 민간보험사 반사이익이 존재한다는 것을 의미한다.

이러한 반사이익을 가입자의 보험료 인하 또 는 사회 환원에 써야 한다는 주장이 있고.¹⁰ 반사

¹³⁾ 정성희(2016). 실손의료보험 제도개선 방안 정책세미나 발표 자료. 보험연구원. p.3.

^{14) 2017}년 4월부터 기본형과 과다 의료이용이 우려되는 도수치료, 주사제 등을 특약으로 분리한 실손의료보험상품이 판매됨.

¹⁵⁾ 신현웅(2016). 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정. 국민건강보험공단. p.106.

¹⁶⁾ 자발적으로 사회에 공유하는 방향으로 민간보험사의 사회적 책무성을 강화하자는 의견이 있으며, 가입자 공동 건강관리, 민간 통합의료비 지원 사업, 재난적 의료비 지원 사업 등의 재원으로 활용하자는 의견이 있다.

이익은 존재하지 않으며 반사이익이 존재해도 보 험료 갱신 시 보험금 지급 감소가 보험료 인하로 자동 반영된다는 주장도 있다.

민간의료보험의 보험료 결정은 국민건강보험 의 보장성 확대 정책 시행 전에 결정되었고. 민간 의료보험의 갱신 즉, 보험료 조정은 국민건강보 험의 보장성 확대 정책 시행 후 이루어진다. 따라 서 국민건강보험의 보장성 확대로 인한 민간보험 사 반사이익에 따른 보험료 조정은 갱신을 하지 않는 기존 가입자(갱신 시점 재계약 포기자, 새로 운 상품 가입자 등)에게 그 혜택이 돌아가지 못한 다는 문제가 있다.

4. 나가며

국민건강보험과 민간의료보험의 합리적인 역 할 설정이 미비하여 우리나라 민간의료보험은 가 입자의 건강 향상에 일정한 기여를 하고 있음에 도 불구하고 국민건강보험 재정에 부정적 영향을 준다, 국민건강보험 보장성 확대 정책으로 인해 반 사이익을 누린다는 등 다양한 비판을 받고 있다.

다양한 비판을 받고 있는 민간의료보험에 국 민의 대다수인 72% 이상이 가입하고 있다. 이렇 듯 민간의료보험의 높은 가입률은 국민건강보험 의 낮은 보장성에 기인한다. 그리고 민간의료보 험의 선별 가입 정책으로 인해 민간의료보험은 모든 국민의 의료비 부담을 경감할 수 없다. 따라 서 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할

설정에서 가장 기본이 되는 것은 국민건강보험의 보장성을 높이는 일일 것이다.

OECD 한국경제보고서(2010)¹⁷⁾에 따르면 우 리나라는 의료비용의 민간 지출이 이미 높은 상 황으로 증가하는 의료지출을 충당하기 위해 민간 의료보험에 주로 의존하는 것은 적절하지 않다고 한다. 그리고 가입자만 의료비 부담이 감소되는 민간의료보험 활성화보다는 전체 국민의 의료비 부담을 줄일 수 있는 국민건강보험의 보장성 확 대가 필요하다고 할 수 있다. 따라서 현재 국민건 강보험의 저부담, 저급여 정책을 적정 부담, 적정 급여로 전환하여 OECD 평균 수준의 보장성 확 대가 이루어져야 할 것이다. 이것이 국민건강보 험과 민간의료보험 간 합리적 역할 설정의 첫걸 음이다.

국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 역할 설정을 위한 관련 제도와 법의 정비가 필요하다. 우선 민간의료보험이 국민건강보험의 보충형으 로서 전체 보건의료체계에서 국민의료비 일부를 담당하기 위해서는 민간의료보험 상품을 금융상 품의 관점에서뿐만 아니라 보건의료 관점에서 관 리해야 할 것이다.

해외의 많은 나라에서도 개인의 선호에 따르 는 부가적 서비스 영역이 아닌 필수적 의료서비 스 비용 중 일부를 담당하는 민간의료보험은 공 적 규제를 강하게 받고 있다. 과거 우리나라에서 민간의료보험은 소득 손실 보상을 주목적으로 하 는 정액형 상품 위주로 발전해 왔고, 이 경우 국

¹⁷⁾ http://www.oecd.org/eco/surveys/economics-survey-korea.htm에서 2017. 4. 20. 인출.

민건강보험이 보장하는 영역과 중복되지 않아 의료적 성격보다는 금융상품의 성격이 강했었다. 하지만 실손의료보험이 활성화되면서 실제로 발생하는 의료비를 공적 보험과 민영 보험이 나누어 지출하게 되면서 민간의료보험에 대한 보건의료 관점의 관리 필요성이 커지고 있다.

특히 실손의료보험은 국민건강보험의 급여 범위와 연계된 보장 범위를 가지고 있어 국민건강보험과의 연계성을 더욱 강화하는 방향으로 제도와 법의 정비가 필요해 보인다. 실손의료보험 보장 범위에서 법정 본인부담금을 제외하는 등 가입자의 과다 의료이용을 억제할 수 있는 방안이필요하다. 그리고 국민건강보험의 보장성 확대로인한 민간보험사의 보험금 지출 금액 감소를 민간의료보험 가입자의 보험료 인하에 활용하거나사회에 환원할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 그리고 실손의료보험이 국민건강보험의 보충형으로서 역할을 하기 위해서는 고위험군을 위한 상품 개발 또는 가입 개방 등이 고려되어야 할 것으로 생각된다. 圖