

건강보험과 실손의료보험의 새로운 관계 정립 필요성

김 종 명

내가만드는복지국가 의료팀장/ 가정의학과 의사
stuyoo@hanmail.net



서론

지난해 의료계 내에서 가장 뜨거운 이슈 중 하나가 실손의료보험이다. 보험사는 실손의료보험의 손해율이 급격히 치솟자, 보험료를 대폭 인상했다. 갱신 시마다 계속된 보험료인상으로 보험가입자의 원성이 커지자, 보험사는 그 책임을 의료기관의 과잉진료로 돌렸다. 보험사는 일부 심각한 도덕적 해이의 사례를 언론에 흘리면서 통제되지 않는 비급여의 문제를 제기했다. 보험사는 여론을 주도해 가며 비급여에 대한 심사위

탁, 표준화, 청구간소화와 같은 통제권을 확보하려는 의도를 드러냈다.

지금의 실손의료보험은 노무현 정부시절 당장 건강보험의 보장을 확대하기가 여의치 않은 조건하에서, 실손의료보험에 그 공백을 메우는 보충적 역할을 맡긴다는 취지에서 출시되었다. 10년이 지난 지금 대부분의 국민이 가입한 상태이다. 실손의료보험에 대한 이슈가 보험사 주도로 제기됨에 따라 실손의료보험에 대한 평가에 기초하지 않고 보험사의 입장을 대변하는 방향으로 흐르고 있어 우려스럽다. 보험사는 여론을

주도하면서 실손의료보험을 제2의 국민건강보험으로 지위를 높이려는 의도를 분명히 드러내고 있다.

이 글에서는 보험사가 주로 제기해 왔던 실손의료보험의 도덕적 해이 문제의 근원을 짚어보고, 실손의료보험의 역할에 대한 냉철한 평가에 기초하여, 국민건강보험과 실손의료보험과의 관계의 재정립의 필요성을 제시하고자 한다.

본론

1. 민간의료보험 현황

한국의료패널 자료에 의하면, 2013년 전체 가구의 77%가, 가구당 평균 3.7개의 민간의료보험¹⁾에 가입하고 있다. 가구당 민간의료보험료는 월 22만 2천원의 보험료를 부담하고 있고, 1

한가구당 민간의료보험료는 전국민으로 환산하면 50조원이 넘어서는 규모로 국민건강보험 재정과 맞먹는다. 민간의료보험에 가입하는 가장 큰 이유는 국민건강보험의 보장이 부족하고 가계의 경제적 부담이 크기 때문이다. 이는 역으로 국민건강보험만으로 의료비를 해결할 수 있다면 민간의료보험에 가입할 이유가 사라진다는 것을 의미한다.

인당 평균 월 8만 4천원을 납부하고 있다. 이를 전국민으로 환산하면 50조원이 넘어서는 규모로 국민건강보험 재정과 맞먹는다.

민간의료보험에 가입하는 이유는 82%가 국민건강보험의 보장이 부족하고 가계의 경제적 부담이 크기 때문이라 한다. 이는 역으로 국민건강보험만으로 의료비를 해결할 수 있다면 민간의료보험에 가입할 이유가 사라진다는 것을 의미한다.

민간의료보험 중 실손의료보험은 현재 개인 단위 가입자가 3,200만 명, 단체단위 가입자가 380만 명 정도로 알려져 있다. 전체 국민의 70% 이상이 실손의료보험에 가입하고 있다. 실손의료보험은 다른 민간의료보험과 달리 국민건강보험의 본인부담금을 보상해주는 보험으로 건강보험과는 잠재적으로 경쟁적 관계에 있다. 건강보험의 보장이 확대되면 실손보험의 시장이 줄어들며, 건강보험의 보장이 축소되면 실손보험의 시장이 커지는 상호 풍선효과를 갖는다.

2. 실손의료보험 도덕적 해이의 근본적 원인

보험사는 실손의료보험의 높은 손해율²⁾의 원인이 과잉진료를 일삼는 의료기관에 있으며, 도덕적 해이가 심각하다고 주장한다. 그러나 이는 잘못된 주장으로 문제의 본질을 회피하고 현상만을 바라보면서 그 책임을 떠넘기는 것에 불과하다. 오히려 도덕적 해이의 근원은 정부가 실손의

1) 여기서 민간의료보험이란 국민건강보험과 대칭되는 개념으로 민간영역에서 제공하는 건강관련 보험을 총칭하는 개념이다. 흔히 실손의료보험, 상해보험, 간병보험, 암보험, 질병보험 등이 있다.

2) 여기서 손해율이란 위험손해율을 말한다. 위험손해율이란 가입자가 낸 보험료에서 보험운영에 필요한 사업비는 제외한 보험료(위험보험료)중 실제 지급된 보험금이다. 보험의 원리상 위험손해율은 100%가 정상인데, 보험상품 중 유일하게 실손의료보험이 100%를 초과하고 있으며 다른 보험상품은 100%미만으로 알려져 있다.

료보험의 제도를 잘못 설계했다는 것과 보험사가 그를 이용하여 시장에서 경쟁적 판매에 집중한 결과에서 비롯된다고 보아야 한다.

지난 노무현 정부에서 실손의료보험을 허용하기 위한 방안이 의료산업선진화위원회에서 논의된 바 있었다. 당시 실손의료보험의 보상범위를 어떻게 설정할 것인지에 대해 여러 논란이 있었다. 학계에서는 실손의료보험의 도입이 의료이용량 증가를 초래하여 국민건강보험 재정에 악영향을 미칠 수 있기에 실손 보상범위에서 법정 본인부담금에 대한 보장은 제외해야 한다는 의견을 제시했다. 그런데 2007년, 실제 출시된 상품은 법정 본인부담금이 포함되었다. 더구나 보험사는 자기 본인부담금을 설정하지 않은 채 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금을 전액 보장해주는 상품으로 출시하였고 병원비 돌려주는 상품이라며 대대적인 마케팅을 벌였다.

그 결과 실손의료보험의 손해율은 출시된 다음해부터 바로 100%를 초과하게 된다. 본인부담의 전액을 보장해주는 상품으로 출시함에 따라 의료이용의 증가는 당연한 귀결이었다. 반면, 보험사는 실손보험료 설정에 의료이용량의 증가는 반영하지 않았다. 보험사는 타사와 비교가 쉬운 실손의료보험료는 가급적 낮추는 대신 다른 정액형 특약상품을 비싸게 끼워 파는 전략을 취했기 때문이다.

실손보험의 손해율이 치솟자, 금융당국은 2009년 10월부터는 100% 보장상품을 금지하고 상품도 표준화하여 자기본인부담금 10%를 의무화하는 조치를 취했다. 그러자 보험사들은 이를 활용하여 실손의료보험의 보장이 떨어지기 전에 가입을 서두르라며 기존 상품에 대해 대대적인

실손의료보험의 손해율 증가의 책임에서 정부와 보험사의 책임은 회피한 채 일부에서 발생하는 과잉 의료이용의 사례를 언론에 유포시키며 그 책임을 의료기관과 환자에게 떠넘기고 있다.

절판마케팅을 진행한다. 그 결과 2008~9년 2년 동안 무려 1,000만 명이 넘는 가입자를 유치하게 된다.

그런데도 실손의료보험의 손해율은 지속적으로 상승하였고, 갱신시 보험료가 폭증하면서 가입자의 불만은 더욱 커졌다. 금융당국은 2012년 실손의료보험 종합개선대책을 내놓고, 기존 10% 본인부담금 외에도 20% 본인부담률을 적용하는 상품과 단독형 실손의료보험 상품도 출시하는 조치를 단행하였다. 그러나 보험사들은 20% 본인부담상품과 단독형 상품에 대해서는 소극적 판매로 일관했다. 2014년 이후 판매된 실손의료보험 289만 건 중 단지 10.2만 건(3.5%)만이 자기부담금 20% 상품에 가입했을 뿐이다.

그런데도 실손의료보험의 손해율 증가는 해결되지 않자, 금융당국은 다시 2015년 9월부터 10% 본인부담상품도 금지하고 20%를 의무화조치를 취했다. 올해부터는 또다시 기본형과 특약형으로 분리하여 특약형에 대해서는 30% 본인부담금을 의무화시켰다.

위와 같이 실손의료보험의 변천과정에서 알 수 있듯이 초기부터의 높은 손해율은 실손의료보험 상품을 잘못 설계한 것에서 비롯된다. 더구나 보험사는 오히려 도덕적 해이가 높은 상품을 홍보하며 가입시켜왔다. 그런데도 실손의료보

험의 손해율 증가의 책임에서 정부와 보험사의 책임은 회피한 채 일부에서 발생하는 과잉 의료 이용의 사례를 언론에 유포시키며 그 책임을 의료기관과 환자에게 떠넘기고 있다. 사실 애초부터 실손의료보험의 보장 범위에 법정 본인부담금을 제외하거나 자기부담금을 20%이상 부과하도록 하였다면 실손의료보험의 도덕적 해이가 크게 나타나는 것은 충분히 막았을 수 있었을 것이다.

흔히 도덕적 해이란 부도덕한 행위로 인식한다. 하지만, 정확한 의미는 그렇지 않다. 보건의료경제학에 의하면 도덕적 해이란 ‘치료 가격에 대한 수요탄력성 때문에 발생하는 경제적 인센티브에 대한 합리적 반응’으로 정의된다. 실손보험 적용으로 환자가 전액 부담해왔던 비급여의 치료가격이 하락하게 되면 해당 서비스의 이용량은 급격히 늘어날 수밖에 없는 것은 당연한 경제학적 원리이다. 보험적용이 되지 않아 5~60만원인 MRI에 대해 실손이 전액 보상해 준다면 검사건수는 급격히 늘어나는 것은 당연하지 않은가.

3. 실손의료보험은 실패한 정책

실손의료보험이 허용하게 된 이유는 실손의료보험이 취약한 건강보험의 보장을 보충하는 역할을 맡긴다는 취지였다. 보험회사는 실손의료보험을 제2의 국민건강보험이라 칭하며 의료체계 내에 공식적인 제도화를 요구한다. 비급여에 대한 통제권을 확보하겠다는 거다. 보험사가 비급여 통제권을 확보하게 되면 국민건강보험과 대등한 위치에서 경쟁할 수 있는 여건이 조성된

다. 하지만, 먼저 평가해볼 필요가 있다. 향후 실손의료보험의 역할과 지위를 강화하여 국민건강보험과 경쟁하는 역할을 맡길 것인가, 아니면 새롭게 국민건강보험과 실손의료보험과의 관계를 재설정할 것인가. 아직까지 실손의료보험이 과연 제 역할을 하고 있을가에 대한 분석과 평가는 거의 전무한 상태다. 오히려 실손의료보험의 높은 손해율과 과잉의료의 증가라는 명분삼아 비급여에 대한 통제권을 보험사에 안겨주어 국민건강보험과 대등한 지위로 격상하려는 분위기가 역력하다.

왜 실손의료보험은 실패한 정책인가를 논증해보고자 한다. 우선 실손의료보험이 국민의 병원비 부담을 해결해 주고 있는가에 대해 살펴보자. 현재 전체 국민의 70%정도가 실손의료보험에 가입하고 있다는 점을 고려하면 국민건강보험에서 발생하는 병원비 부담의 상당을 해결해 주어야 한다. 하지만 실제로는 그렇지 않다.

표 1. 연도별 환자 본인부담금과 실손보험 지급액 추이

연도	건강보험 보장률(%)	환자 본인부담금* (단위, 조원)	실손보상금** (단위, 조원)	본인부담금-실손보험금 (단위, 조원)
2008	62.6	15.8	1.2	14.6
2009	65.0	16.2	1.8	14.4
2010	63.6	19.3	2.4	16.9
2011	63.0	21.3	3.5	17.8
2012	62.5	22.6	4.0	18.6
2013	62.0	24.6	4.5	20.1
2014	63.2	24.7	5.3	19.4

* 연도별 건강보험의 보장률 지표를 활용하여 법정본인부담금+비급여본인부담금 총액을 산출함.

** 보험개발원 자료에 근거하여 실손보상 보험금을 산정함. 보험사의 사업비가 포함된 금액임.

2014년 실손의료보험 가입자는 대략 3천 만 명으로 전체 국민의 60%가 가입하고 있지만, 환자 본인부담금 24.7조 원 중 실손보험금은 5.3조정도 지급되어 21.5%정만을 보상해주고 있다. 실손의료보험 가입규모에 비해 환자 본인부담금을 덜어주는 효과는 작다. 환자본인부담금 중 실손보험금을 제외하더라도 그 부담은 지속적으로 늘어나고 있다. 이는 실손의료보험이 취약한 건강보험의 보충적 역할을 못하고 있음을 시사한다.

왜일까? 몇 가지 이유가 있다. 첫째, 실손의료보험은 이미 의료비 지출이 많은 국민은 보험가입에서 제외하고 있기 때문이다. 기존의 수술 병력, 만성질환, 장애인, 희귀질환 등 지금 당장 의료비 지출이 많은 가입자들은 보험가입을 거부한다. 대신 젊고 건강한 사람을 선별하여 가입시키고 있다.

둘째, 실손의료보험의 평균 가입률은 70%가 넘지만, 연령이 많은 노인들의 가입률은 급격히 떨어진다. 60대는 37.6%, 70대는 9.6%에 불과하다. 의료비 지출은 연령이 증가할수록 급격히 증가하는 경향을 띄는데, 정작 이들은 실손보험 가입이 어렵다. 설령 실손가입이 가능하더라도 연령이 높을수록 보험료가 비싸져 보험료 지불 능력이 부족한 경우가 많다.

셋째, 실손의료보험은 기존 비급여의 부담을 줄여주는 효과도 있지만, 실손의료보험 자체로 인해 새로운 비급여의 팽창을 유발한다. 국민건강보험 진료비의 평균 비급여 비중은 18%이나 실손의료보험 가입자의 진료비중 비급여는 무려 36.3%에 이른다(보험개발원). 대표적인 예가 도수치료다. 실손의료보험이 없을 때 도수치료 의료이용량이 매우 적었지만, 실손의료보험이 보상해주면서 보다 급격히 도수치료가 늘어나고 있다.

실손의료보험이 취약한 기존의 건강보험을 보충해주는 효과는 예상보다 크지 않다. 오히려 가구의 민간의료보험료 부담을 높여 경제에 악영향을 주고 있을 뿐이다. 또한, 새로운 영역의 비급여의 팽창을 유발하여 전체 국민의 의료비 부담을 늘리고 있다.

위와 같은 이유로 인해 실손의료보험이 실제 기존의 취약한 건강보험의 보장을 보충해주는 효과는 예상보다 크지 않다. 오히려 가구의 민간 의료보험료 부담을 높여 소비지출 여력을 줄여 경제에 악영향을 주고 있을 뿐이다. 또한, 새로운 영역의 비급여의 팽창을 유발하여 전체 국민의 의료비 부담을 늘리고 있다.

4. 국민건강보험과 실손의료보험의 새로운 관계 재정립 방향

실손의료보험은 정부의 잘못된 정책으로 인해 도덕적 해이를 유발하는 상품으로 출시되었다. 그 결과 실손보험에 대한 국민적 불만이 날이 커지고 있다. 그런데 보험사와 금융당국은 근본적 원인은 도외시한 채 의료기관에 그 책임을 떠넘기고 있다. 잘못된 방향이다. 실손의료보험이 국민건강보험의 취약한 보장을 메울 수 있을 거라는 기대도 실패로 귀결되었다. 국민의 민간보험료 부담만을 높이고 있을 뿐이다.

이제 실손의료보험의 영역은 축소되어야 한다. 국민건강보험의 취약한 보장을 실손보험으로 보충하도록 할 것이 아니라, 국민건강보험 보장 자체를 높이는 것이 올바른 해결책이다. 대다

수 국민들은 필요한 의료이용을 위해서는 실손 의료보험이 있어야 가능하다고 여긴다. 많은 비급여가 필수의료서비스에 해당되기에 그렇다. 실손의료보험이 없더라도 필수적인 서비스를 제공받는 것이 가능해야 한다. 비급여 중 필수서비스에 해당되는 항목은 전부 급여로 전환이 필요하다. 실손의료보험은 고급의료서비스 분야나 비필수 서비스로 제한해야 한다. 예로, MRI, 초음파, 2인실 이상의 상급병실료는 필수서비스라 할 수 있을 것이며, 도수치로나 특실과 같은 예가 비필수 서비스 영역이라 할 수 있을 것이다.

건강보험의 보장을 높이려면 재원 확충이 필요하다. 건강보험료 인상은 불가피하다. 국민, 기업, 국가가 함께 사회연대적인 보험료 인상에 나서야 한다. 건강보험료 인상은 국민부담을 높이지는 것이 아니다. 본인부담은 환자가 전액 부담하지만, 건강보험 재정은 국민, 기업, 국가가 함께 부담하기에 보험료를 더 부담하는 것이 국민에겐 더 유리하다. 더구나 건강보험 보장이 확대되면 민간의료보험은 불필요해지므로 일석이조이다. 건강보험료 인상에 대한 국민의 인식이

**건강보험의 보장을 높이려면
건강보험료 인상은 불가피하다.
이는 국민부담을 높이지는 것이 아니다.
건강보험 재정은 국민, 기업, 국가가 함께
부담하기에 보험료를 더 부담하는 것이
국민에겐 더 유리하다.
또한, 정상적인 수가로도 의료기관이 충분히
운영될 수 있는 수가가 보장이 되는 것이
반드시 동반되어야 한다.**

과거와 많이 달라지고 있음을 느낀다.

건강보험의 보장이 확대된다면 많은 비급여가 급여로 전환될 것이다. 이때 비급여의 급여화 시 적정수가 보전은 반드시 필요하다. 의료수가의 저수가는 의료기관의 경영을 악화시켜 고가의 비급여를 늘리는 기전으로 작동한다. 그러므로 정상적인 수가로도 충분히 의료기관이 운영될 수 있는 수가가 보장이 되는 것이 반드시 동반되어야 한다.

건강보험의 보장이 확대되면 실손의료보험의 역할은 고급의료서비스나 비필수 서비스로 제한될 것이다. 이에 대해 보험사는 여전히 비급여 심사평가, 수가 규제 등을 지속적으로 요구할 것이다. 하지만 수용해서는 안 된다. 보험사가 비급여에 대한 제도적 통제권을 가져가게 되면 국민건강보험과 대등한 지위를 확보하게 된다.

한편, 일부 의료기관에서 납득하기 어려운 고액의 수가 책정이나 비급여를 남발하는 것은 문제이다. 실손의료보험의 100%까지 보장해준다는 점을 악용하는 사례일 것이다. 사실 이는 애초부터 실손의료보험이 적절한 본인부담금을 설정하였더라면 상당 부분 막을 수 있다는 판단이다. 그렇더라도 문제는 남게 된다. 비급여가 전적으로 개별 의료기관의 판단에 맡기는 것은 바람직하지 않기에 그렇다. 여기에서 의사협회의 역할이 필요하다. 의사협회가 비급여 진료에 대한 자율적인 가이드라인을 제시하자. 의사협회가 비급여 진료행위에 대해 적절히 참고할 수 있는 가격과 진료지침을 제시하여 일선 의료기관들이 참고할 수 있다면 보험사에 의해 부당하게 의료기관이 매도되는 일은 없어질 것이다. 국민적 신뢰도 높아질 것이다.

결론

지금까지 보험사가 그동안 제기해온 문제는 의료기관의 책임이라기보다는 잘못된 상품설계에서 비롯된 문제임을 살펴보았다. 또한, 애초의 기대와 달리 실손의료보험은 국민건강보험의 보충적 역할을 하지 못하고 있음도 지적했다.

이제 새로운 정부 하에서는 그간 실손의료보험을 활성화 해왔던 과거 정책을 냉정히 재평가해야 할 것이다. 그를 기반으로 국민건강보험과 실손의료보험의 관계가 새롭게 정립하길 기대한다. 그 방향은 보험사의 이익이 아니라 국민의 이익이라는 관점에서, 왜곡된 의료체계를 정상화한다는 관점에서 진행되어야 할 것이다.