이슈 보고서

2022 01

국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제

정성희·홍석철·이진용·황수희·문혜정

KiRi 보험연구원

서울대학교 금융경제연구원
SNU Institute for Research in Finance and Economics

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

목 차

• 요약 1

Ⅰ. 연구 배경 2

Ⅱ. 국민건강보험 시각에서 바라본 건강보험과 민간보험의 협력방안 4
1. 국민건강보험의 주요 연혁과 보장성 정책 4
2. 국민건강보험과 민간보험의 역할 재설정 및 협력 필요성 6
3. 백내장 수술 사례로 본 문제점 7
4. 국민건강보험과 민간보험 협력을 위한 제언 12

Ⅲ. 민영건강보험의 활용과 과제 14
1. 우리나라 건강보험 현황 14
2. 민영건강보험 현안 18
3. 민영건강보험 활용을 위한 과제 22

Ⅳ. 인구고령화 시대, 공·사 건강보험의 나아갈 길 28
1. 건강보험의 특징과 역할 28
2. 인구고령화가 의료비와 건강보험에 미치는 영향 29
3. 인구고령화 시대, 건강보험이 직면한 위기 30
4. 인구고령화 시대, 공·사 건강보험의 나아갈 방향 37

Ⅴ. 논의를 마치며 41

• 참고문헌 43

• 부록 45

표 차례

〈표 Ⅱ-1〉 의료기관 종별 보장률 추이(2014~2020년) 6
〈표 Ⅱ-2〉 백내장 인공수정체수술 발생률(2016~2020년) 9
〈표 Ⅲ-1〉 제4차 의료산업선진화위원회 회의 주요 내용 20
〈표 Ⅲ-2〉 주요국 의료비 통제 제도 23
〈표 Ⅲ-3〉 지속성 제고를 위한 비급여 관리 방안 25
〈표 Ⅲ-4〉 본인부담상한제의 주요 쟁점과 검토 의견 27

그림 차례

〈그림 Ⅰ-1〉 GDP 대비 경상의료비 2
〈그림 Ⅰ-2〉 경상의료비 대비 개인의료비(2019년) 2
〈그림 Ⅰ-3〉 주요국 고령인구 비율 및 합계출산율 추계 3
〈그림 Ⅱ-1〉 건강보험 보장성 강화 정책 주요 내용과 재정소요액 4
〈그림 Ⅱ-2〉 연도별 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률 5
〈그림 Ⅱ-3〉 백내장 인공수정체수술 건당 평균 의료비용 변화(2016~2020년) 10
〈그림 Ⅱ-4〉 관찰 및 예측 백내장 인공수정체수술 건수 11
〈그림 Ⅱ-5〉 민간보험 가입에 따른 총 국민의료비 증가 기전 12
〈그림 Ⅲ-1〉 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책과 보장률 추이 15
〈그림 Ⅲ-2〉 우리나라 공·사 건강보험제도 16
〈그림 Ⅲ-3〉 4세대 실손의료보험 상품구조 개편 주요 내용 17
〈그림 Ⅲ-4〉 실손의료보험 제도 개선 경과 17
〈그림 Ⅲ-5〉 실손의료보험 위험손해율 추이 18
〈그림 Ⅲ-6〉 실손의료보험 판매 중지 현황 18
〈그림 Ⅲ-7〉 의료기관종별 비급여 비중 19
〈그림 Ⅲ-8〉 비급여 비율이 높은 상위 5개 질병대분류 19
〈그림 Ⅲ-9〉 백내장수술 제도 변경과 실손보험금 청구 19
〈그림 Ⅲ-10〉 2020년 다초점렌즈 관련 청구 19
〈그림 Ⅲ-11〉 우리나라 건강보험 보장률 추이 21
〈그림 Ⅲ-12〉 국민건강보험 적용대상자 1인당 급여비 21
〈그림 Ⅲ-13〉 실손보험금 청구 시 보험회사의 본인부담상한제 업무처리 절차 22
〈그림 Ⅲ-14〉 국민건강보험(제3자 지불제) 23
〈그림 Ⅲ-15〉 실손의료보험(상환제) 23
〈그림 Ⅲ-16〉 우리나라 건강보험 보장률 및 본인부담률 26
〈그림 Ⅲ-17〉 실손의료보험 자기부담률 변화 26
〈그림 Ⅳ-1〉 적정 의료보장성의 결정과 인구고령화 영향 31
〈그림 Ⅳ-2〉 국민건강보험 재정 추계 32
〈그림 Ⅳ-3〉 연령별 고혈압·당뇨 유병률 증가 추이 33
〈그림 Ⅳ-4〉 공·사 건강보험의 상호의존 관계도 37
〈그림 Ⅴ-1〉 공·사 건강보험 연계 모델 41
〈그림 Ⅴ-2〉 건강보험 보장성 강화의 의미와 의료비와의 관계 42

요 약

우리나라는 국민건강보험의 지속적인 보장성 강화 추진과 실손의료보험의 가입 확대를 통해 빠르게 증가하는 국민의 건강보장 수요 확대에 대응해 왔으나, 최근 공공부문의 재정 부담 확대 및 실손의료보험 손해율 악화·보험료 인상의 악순환 지속으로 우리나라 건강보험제도의 지속성이 우려되는 상황이다.

현재 우리나라의 공·사 건강보험은 모두 지속성 위기를 겪고 있음에도, 위기의 원인에 대해서는 공·사 간에 공감과 상충의 의견이 공존하였다. 공·사 건강보험이 겪는 위기의 주요 원인이 '비급여 관리 방안의 부재'라는 점에서는 의견이 일치하였고, 특히 직면한 위기에 대응하고 중장기적으로 상생하기 위해서는 공·사 건강보험이 국민 건강보장을 책임지는 동반자로서 함께 소통하면서 체계적인 청사진을 마련할 필요가 있음에 이해관계자 모두 공감하였다. 비급여 관리를 위해서 먼저 공·사 간 협력을 위한 법적 기반을 마련하고, 현재 논란이 되는 비급여 중심으로 공동 대응해 나갈 필요가 있다는 의견이 제기되었다.

한편, 실손의료보험의 비정상적 보장구조(급여본인부담금 보장 등)가 실손의료보험의 보험금 증가뿐만 아니라 국민건강보험의 재정건전성을 악화시킨다는 주장에 대해서 공·사 간에 의견이 갈렸다. 공공부문에서는 실손의료보험의 급여본인부담금 보장은 건강보험 보장성이 낮았던 2000년대 사회적 합의를 통해 결정된 것으로 지금 시점에서 보장 필요성에 대한 재검토가 필요하며, 특히 실손의료보험의 비정상적 급여 보장 확대가 국민건강보험 재정에 부정적인 영향을 미치고 있다고 주장하였다. 한편, 민간부문은 현재 우리나라의 개인부담의료비는 주요국에 비해 매우 높은 편으로, 특히 급여본인부담금이 개인부담의료비의 절반 이상(2019년 55%)을 차지하고 있는 점을 감안해 본다면, 건강보험의 보장성을 보완하기 위해 실손의료보험의 급여본인부담금 보장이 필요하다는 의견을 개진하였다.

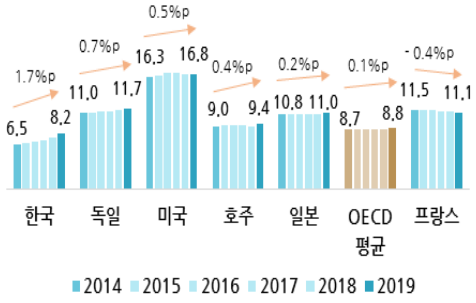
향후 인구고령화에 따른 의료 수요 증가와 코로나19 장기화에 대응하기 위해서는 국민 전체의 후생을 증대하는 방향으로 공·사 건강보험의 역할 확대를 도모할 필요가 있으며, 이를 위해 다양한 이해관계자 간의 지속적인 논의의 장이 마련되길 기대해 본다.

Ⅰ 연구 배경

우리나라의 국민의료비는 OECD 회원국에서 가장 빠른게 증가하는 추세를 보이고 있다. 2019년 우리나라 의료비 지출은 GDP 대비 8.2%로 OECD 평균(8.8%)보다 낮은 수준이나, 최근 5년간 1.7%p 증가함에 따라 OECD 회원국(평균 0.1%p)에서 가장 빠른 증가세를 보이고 있다.[1] 국민 1인당 의료비의 연평균 증가율은 8.7%로 OECD 평균(4.4%)의 두 배 정도 높은 수준이다. 한편, 2019년 우리나라의 경상의료비 중 공공 재원이 차지하는 비중은 60.8%로 OECD 회원국 평균(74.0%)에 비해 매우 낮으며, 가계가 직접 부담하는 의료비는 31.4%로 OECD 회원국에서 6번째[2]로 높은 수준이다.

〈그림 Ⅰ-1〉 GDP 대비 경상의료비

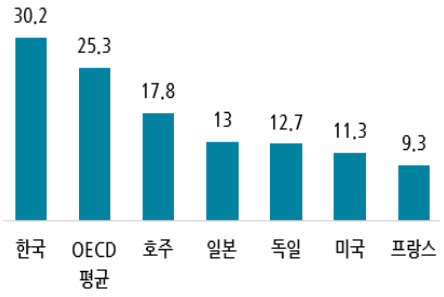
(단위: %)



자료: OECD Health Statistics(2020)

〈그림 Ⅰ-2〉 경상의료비 대비 개인의료비(2019년)

(단위: %)



자료: OECD Health Statistics(2021)

더욱이 OECD 회원국 가운데 저출산과 고령화가 가장 빠르게 진행되고 있어, 앞으로 국민건강보험의 재정 및 개인의료비의 부담이 더욱 가중될 것으로 예상된다. 우리나라의 고령인구 비율 증가율은 연평균 3.3%(1970~2018년)로 OECD 회원국에서 가장 빠르다. 이러한 추세에 따르면 우리나라는 2025년 초고령사회에 진입하고, 2049년에는 전 세계에

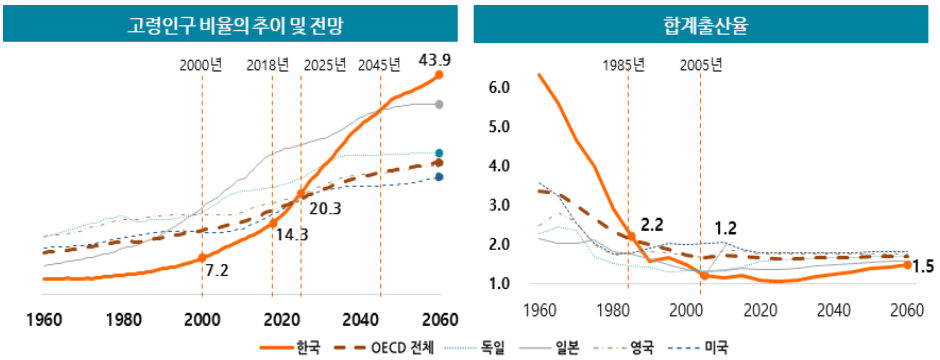
1) 주요국 의료비 지출 증가는 초고령 국가인 일본이 0.2%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국이 0.5%p 수준임

2) 2019년 OECD 회원국 중에서 멕시코(41.4%), 라트비아(39.2%), 그리스(36.4%), 칠레(33.9%), 리투아니아(31.6%) 다음으로 높음

서 가장 고령자 비중이 높은 국가가 될 것으로 전망된다. 우리나라의 합계출산율[3] 감소율은 연평균 3.1%로 OECD 회원국에서 가장 빠르다.

〈그림 Ⅰ-3〉 주요국 고령인구 비율 및 합계출산율 추계

(단위: %)



자료: OECD Statistics

이에 따라 국민의료비의 효율적 관리와 국민건강 증진을 위한 공·사 건강보험의 역할은 지금보다 더욱 중요해질 것으로 예상되나, 최근 민영건강보험의 보완적인 역할과 기능에 대한 부정적인 사회 인식이 적지 않다. 현재 우리나라의 민영보험인 실손의료보험은 보편적 건강보장제도인 국민건강보험의 보완형으로 역할을 하도록 제도화되어 있지만, 최근 제도의 지속성에 여러 위협요인이 발생하고 있고, 공·사 간 그리고 이해관계자 간 갈등으로 인해 역할 재정립이 요구되고 있다.

이에 따라 보험연구원은 서울대 금융경제연구원과 공동 연구를 통해 앞으로 다가올 인구고령화 시대 국민건강보험과 민영건강보험의 역할을 새롭게 정립하고 공·사 간 상생할 수 있는 전략을 모색하였다.[4] 먼저 Ⅱ장에서는 국민건강보험과 민영건강보험의 역할 재정립 방안을 공공부문 시각에서 살펴보았다. 그리고 Ⅲ장에서는 국민건강보험의 보완을 위한 민영건강보험의 역할 정립과 과제를 제안하였다. Ⅳ장에서는 국민건강보험과 민영건강보험이 직면한 문제와 위기의 원인을 진단하고 초고령사회를 대비한 상생 전략을 검토하였다.

3) 가임 여성(15~49세) 한 명이 평생 동안 출산할 것으로 예상되는 평균 출생아 수임

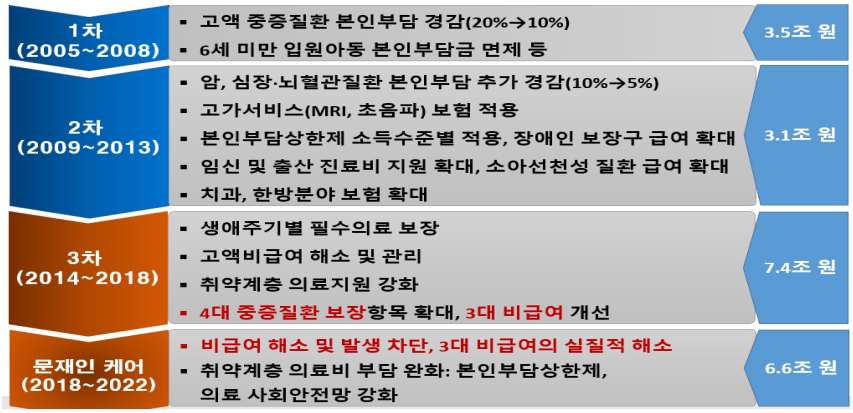
4) 보험연구원은 서울대 금융경제연구원, 한국건강학회와 공동으로 「인구고령화 시대, 국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제」 정책토론회를 개최함(2021. 10 .29)

Ⅱ 국민건강보험 시각에서 바라본 건강보험과 민간보험의 협력방안[5)]

1. 국민건강보험의 주요 연혁과 보장성 정책

한국의 국민건강보험은 1977년 직장의료보험제도 도입 이후 1989년 전 국민을 대상으로 확대되어 세계 최단기간인 12년 만에 보편적 의료보장제도로 발전하였다(김용익 2018; 정용주 2021). 2004년 건강보험 재정이 흑자로 전환되면서 정부는 그간 부족했던 건강보험의 보장성 강화계획을 중점적으로 추진해왔다. 1~3차에 걸친 건강보험 보장성 강화 정책은 고액 중증질환에서의 본인부담 경감, 소득수준별 본인부담상한제의 적용, 취약계층 의료지원 강화, 4대 중증질환 보장항목 확대와 3대 비급여 개선을 그 주요 내용으로 해왔다(김우현 외 2018). 2018년 문재인 케어가 도입되면서 치료에 필요한 비급여를 필수급여, 예비급여, 선별급여 등으로 세분화하여 단계적으로 건강보험 내로 편입하는 방향으로 정책을 시행함으로써 비급여를 실질적으로 해소할 수 있는 방안을 마련하여 현재까지 추진해 오고 있다(〈그림 Ⅱ-1〉 참조)(김우현 외 2018).

〈그림 Ⅱ-1〉 건강보험 보장성 강화 정책 주요 내용과 재정소요액

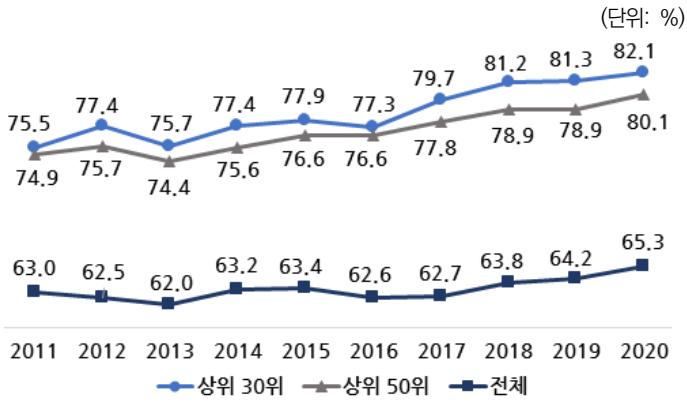


자료: 김우현 외(2018), p. 28, 〈표 Ⅱ-4〉 자료를 이용하여 재작성함

5) Ⅱ장은 이진용·황수희(건강보험심사평가원 심사평가연구소)가 작성함

상당 규모의 재정투입을 통해 보장성 강화 정책을 시행해 온 결과, 2020년 기준 중증·고액진료비 상위 30개, 50개 질환에서 각각 82.1%과 80.1%의 보장률을 기록하여 2011년 75.5%와 74.9%에 비해 지속적으로 향상되었다. 또한 전체 건강보험 보장률은 2011년 63.0% 대비 2020년 65.3%로 일부 개선을 보였으며, 의료비 부담이 큰 중증질환의 보장성 강화로 상급종합병원과 종합병원의 보장률이 지속적으로 높아지는 경향을 보였다(〈그림 Ⅱ-2〉, 〈표 Ⅱ-1〉 참조)(국민건강보험공단 2021).

〈그림 Ⅱ-2〉 연도별 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률



자료: 국민건강보험공단(2021)

이와 같은 성과에도 불구하고, 건강보험 보장률 개선이 기대치보다 미미하고, 병원, 의원 등의 의료기관 종별에서 보장률이 감소되는 경향을 보였다. 비급여 규모의 증가가 그 주요 원인으로 지적되고 있으며, 특히 급여대상이 되지 않는 선택적 비급여 영역에서 두드러진 것으로 나타났다. 건강보험정책연구원의 분석에 따르면 통증·영양주사, 재활·물리치료료 등과 같이 의학적 필요보다는 선택적으로 이루어지는 비급여의 확대가 이러한 현상의 원인으로 지적된 바 있다(김우현 외 2018; 국민건강보험공단 2020a; 정성희·문혜정 2020). 최근 금융감독원과 보험업계에서는 백내장치료, 도수치료 등을 비급여 관리가 되지 않는 대표적인 예로 제시하면서 보험회사의 손해 증가뿐만 아니라 국민의 불필요한 의료비 증가에 대한 문제를 지속적으로 제기하고 있다.[6]

6) 금융감독원 보도자료(2021. 4. 28), "2020년 실손보험 사업실적 및 향후 대응계획"

〈표 Ⅱ-1〉 의료기관 종별 보장률 추이(2014~2020년)

(단위: %, %p)

구분	2014년 (A)	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년 (B)	증감 (B-A)
전체	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	2.1
상급종합	59.7	61.8	62.9	65.1	68.7	69.5	70.0	10.3
종합병원	61.2	61.7	62.4	63.8	65.2	66.7	67.2	6.0
병원	53.7	50.0	47.8	47.1	48.0	51.4	49.8	△3.9
요양병원	72.4	74.1	71.0	69.2	69.7	68.4	70.0	△2.4
의원	63.4	65.5	62.1	60.3	57.9	57.2	59.6	△3.8
치과병원	21.3	19.8	16.4	18.9	23.4	27.4	25.6	4.3
치과의원	29.9	31.9	30.8	31.7	34.9	36.9	36.0	6.1
한방병원	36.7	35.3	33.3	31.4	34.9	28.7	35.1	△1.6
한의원	53.2	47.2	53.9	56.1	52.7	54.0	53.7	0.5
약국	69.0	69.1	69.3	69.5	69.4	69.2	69.7	0.7

자료: 국민건강보험공단(2021)

2. 국민건강보험과 민간보험의 역할 재설정 및 협력 필요성

'병원비 걱정 없는 든든한 나라'를 내세운 '문재인 케어'의 시행은 건강보험 보장률을 높여 가계의 병원비 부담을 낮추는 것을 목표로 하고 있으며, '제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)'을 마련하고 시행함으로써 그동안의 보장성 강화대책은 정점에 이르렀다. 이전 정부들의 지속적인 건강보험 적용범위 확대에도 불구하고 비급여 진료가 더욱 빠르게 증가함에 따라, 건강보험 보장률은 정체되고 의료비 부담이 가중되고 있는 상황을 돌파하기 위한 정책으로, 필수의료를 중심으로 비급여 항목을 급여 항목으로 전환하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 2020년 기준 일반처치용 치료재료의 급여화를 포함하여 비급여 3,568개 항목 중 약 2,501개(약 70%)의 급여화에 대한 검토를 완료했다(보건복지부 2019; 공인식 2020).

한편 1979년 손해보험회사가 상해보험과 질병보험의 판매를 개시하면서 본격적으로 도입되기 시작한 민간보험은 주로 성인병, 부인병, 암 사망 등에 대한 보장상품이었다. 1980년대에 들어서면서 생명보험회사가 암보험을 판매하기 시작하였으며, 이후 중증질

환까지 보장범위를 확대하였는데, 이 당시 민간보험은 정액형이 주를 이루었다. 2007년 9월부터 생명보험회사의 실손형 민간보험 판매가 허용되고, 2013년 1월부터는 실손보험을 판매하는 보험회사는 특약형과 함께 단독형을 병행하여 판매하도록 의무화[7]하면서 실손형 민간보험의 가입률이 빠르게 증가하여 그 비중이 커지게 되었다.

정액형 민간보험은 주로 질병으로 인한 소득손실의 보상을 기반으로 하고 있고, 국민건강보험과의 보장영역에서의 중복성이 낮아, 금융상품으로의 성격이 강하다고 볼 수 있다. 반면 실손형 민간보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 급여본인부담금과 비급여 항목들을 보장하고 있는 특성에 따라 국민건강보험과 보장영역 간의 중복 및 연계성이 높고, 의료적 성격이 강한 보험의 형태를 띤다. 정액형 민간보험에서 실손형 민간보험의 가입 비중이 커지는 것은 민간보험시장의 환경 변화를 의미한다(최성은 2016; 최기춘·이현복 2017; 백인립 외 2011).

국민건강보험의 보장성이 약했던 도입 및 정착시기에는 민간보험이 가입자의 건강 향상에 일정한 기여를 해왔음은 부정할 수 없는 사실이다. 그러나 실손형 민간보험이 활성화되는 환경적인 변화에 따라 환자에게 발생하는 의료비를 국민건강보험과 민간보험이 나누어 지출하게 되면서 상호 연관성과 동기화[8] 현상이 커지게 되었다. 이러한 상황에서 국민건강보험이 보장하는 급여 범위의 확대 등을 포함하는 건강보험 정책의 시행은 민간보험의 비급여 의료서비스 보상 범위와 가격의 변화를 유발하거나 민간보험에 반사이익을 발생시킨다는 지적들이 제기되고 있다.

이와 더불어 민간보험과 함께 이용하는 급여 의료서비스의 이용 증가가 국민건강보험에 미치는 부정적 영향 또한 커짐에 따라 국민건강보험과 민간보험의 역할 설정과 실질적 협력방안 마련이 더욱 필요하게 되었다(최성은 2016; 이현복 외 2017; 정성희·문혜정 2020; 신현웅 외 2015).

3. 백내장 수술 사례로 본 문제점

정부의 건강보험 보장성 강화 정책 시행은 대규모 재정이 투입되어 폭넓은 비급여를 국민

7) 금융위원회(2012. 8. 30)

8) "민간보험의 지출 증가가 국민건강보험의 지출 증가를 자극하거나 유발한다"는 의미로 사용됨

건강보험제도 내로 편입시킴으로써 민간보험의 보험금 절감에 상당히 긍정적인 영향을 끼쳤음에도 불구하고 민간보험의 과도한 보장으로 국민건강보험의 재정건전성이 악화되는 부정적 효과가 발생하고 있다. 비정상적인 횟수의 도수치료, 갑상선결절 고주파절제술, 백내장 수술, 영양제·비타민제의 과잉 투여 등이 그 대표적인 예이다.

상기 사례 중에서 백내장 인공수정체수술을 예시로 살펴보면 이러한 현상은 극명하게 드러난다. 백내장 인공수정체수술은 2002년부터 포괄수가제를 적용해 온 7개 질병군[9] 중의 하나로, 2020년 1월 개편 포괄수가 시행, 2020년 9월 비급여 검사항목의 급여화 등 지속적으로 환자의 부담을 줄이고자 하는 노력이 시행되어 왔다(최재우 외 2016; 건강보험심사평가원 2020; 국민건강보험공단 2020). 그러나 2021년 7월 보험연구원이 발표한 자료에 따르면 민간보험의 백내장수술 지급보험금은 2016년 779억 원에서 2020년 6,480억 원으로 가파르게 증가하는 것으로 나타났다. 특히, 2020년 9월 이후 안 초음파와 눈의 계측검사를 급여로 전환한 이후 실손보험으로 청구되는 다초점렌즈(조절성 인공수정체)의 가격이 크게 오르는 현상까지 보였다(정성희·문혜정 2021).

백내장 인공수정체수술과 관련하여 정부의 건강보험 보장성 강화 정책의 시행과 민간보험 지급보험금의 지나친 증가의 영향을 실증적으로 검토하기 위해, 보험연구원이 백내장수술과 관련된 지급보험금을 공개한 동일 기간인 2016~2020년 사이 국민건강보험의 급여 비용자료를 분석하였다. 우리나라의 백내장 인공수정체수술 발생률은 2016년 인구 10만 명당 920건에서 2020년 1,255건으로 4년 동안 36.4% 증가한 것으로 나타났다. 특히 70세 이상의 고연령 환자군에서는 감소하는 경향을 보인 반면, 40~49세, 50~59세, 60~69세 연령군에서는 모두 증가하였다(〈표 Ⅱ-2〉 참조)(황수희 2021). 이와 같은 현상은 단순히 인구 고령화에 따른 증가 현상으로만 설명하기에는 부족한 점이 있으며, 특히 70세 이상의 고령층에 비해 실손형 민간보험 가입률[10]이 높은 40, 50대 연령층에서 나타난 큰 폭의 증가 경향은 민간보험의 유발 효과 등이 있음을 추정해 볼 수 있다.

9) 안과(1, 백내장수술(인공수정체 수술)), 이비인후과(1, 편도수술 및 아데노이드 수술), 외과(3, 항문수술(치질 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술(충수절제술)), 산부인과(2, 제왕절개분만, 자궁 및 자궁부속기(난소, 난관 등)수술(악성종양 제외)) 등임

10) 한국신용정보원(2016) 빅데이터 분석결과에 따르면, 실손의료보험 가입률은 30대 80.7%, 40대 78.5%, 50대 70.8%, 60대 46.8%인 반면 70세 이상은 9.7%로 나타남

〈표 Ⅱ-2〉 백내장 인공수정체수술 발생률(2016~2020년)

(단위: 건/인구 10만 명)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	증감
전체	920	972	1,047	1,228	1,255	36.4
〈30	6	6	6	6	6	0.0
30~39	29	31	31	33	31	6.9
40~49	205	244	283	334	395	92.7
50~59	787	913	1,088	1,355	1,693	115.1
60~69	2,644	2,665	2,736	3,085	3,152	19.2
70~79	5,800	5,591	5,589	6,121	5,293	-8.7
≥80	3,812	3,778	3,628	3,872	2,990	-21.6

주: 행안부 주민등록 인구통계자료를 활용함

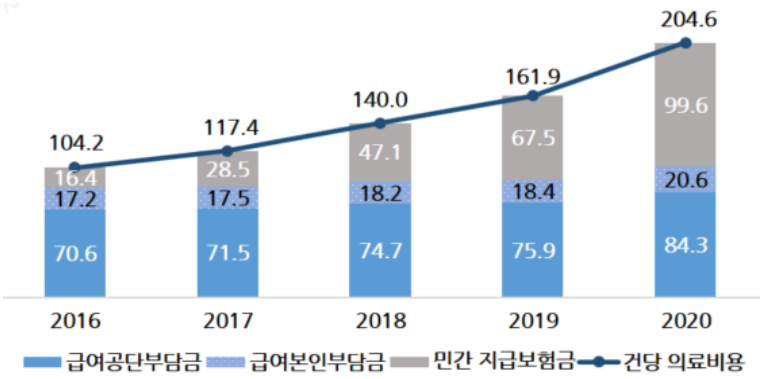
자료: 건강보험심사평가원(2021)

국민건강보험에 의해 급여가 적용되는 백내장 인공수정체수술의 총 의료비용은 2016년 4,175억 원에서 2020년 6,825억 원으로 63.5% 증가하였다. 민간보험이 백내장수술과 관련하여 보상하고 있는 지급보험금 총액[11]을 국민건강보험에서 발생하는 백내장 인공수정체수술 급여비용과 수술 건수를 반영하여 백내장 인공수정체수술 건당 평균 의료비용을 산출한 결과, 2016년 104.2만 원에서 2020년 204.6만 원으로 4년 동안 약 2배 정도 증가하였다. 이 금액 중 민간보험의 지급보험금이 차지하는 비중이 2016년에는 20%에도 미치지 않았으나, 4년 만에 약 절반에 가까운 높은 비중을 차지하게 되었다(〈그림 Ⅱ-3〉 참조)(황수희 2021). 상기 사례는 국민건강보험과 민간보험이 의료비용을 모두 보장하고 상호 분담하는 항목인 백내장 인공수정체수술에서 민간보험이 수술 건당 국민의료비용을 증가시키고 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 더욱이 백내장 인공수정체수술은 포괄수가제 적용 항목으로 수술 건당 국민건강보험의 급여비용에는 영향을 미치지 못함에도 불구하고, 민간보험이 서비스 이용 증가를 유발하는 효과로 인해 전체 국민건강보험의 재정 증가에 영향을 미치고 있음을 간접적으로 확인할 수 있다.

11) 정성희·문혜정(2021) 보고서에서 공개한 백내장 수술 관련 2016~2020년 실손의료보험 지급보험금 총액을 사용함

〈그림 Ⅱ-3〉 백내장 인공수정체수술 건당 평균 의료비용 변화(2016~2020년)

(단위: 만 원)



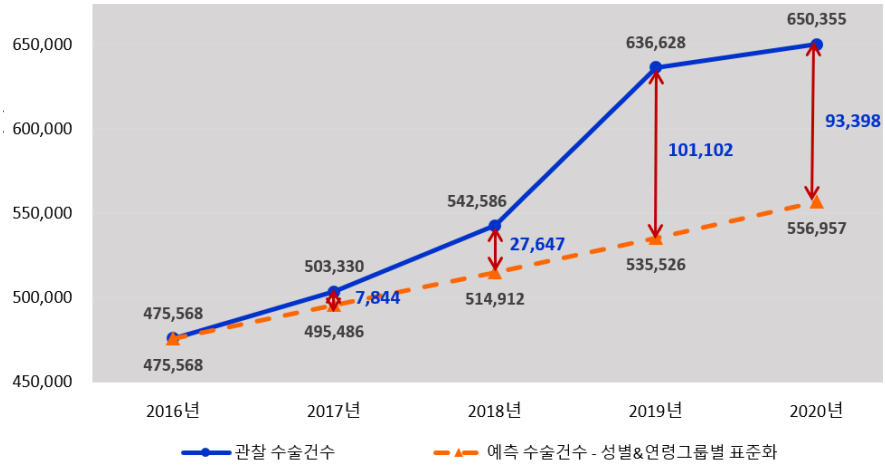
주: 1) 연도별 급여 진료비용의 수가 변동에 따른 할인은 미적용함
2) 민간(실손)보험 지급보험금은 정성희·문혜정(2021)에서 제시한 연간 총 지급보험금을 사용함에 따라, 급여 본인부담금이 중복 반영되어 건당 평균 의료비용이 과다 산출되었을 가능성이 높음

자료: 건강보험심사평가원(2021)

백내장이 고연령에서 높은 유병률을 보이는 특성과 빠른 속도로 고령화되고 있는 한국의 인구구조를 감안하여 연도별 백내장 인공수정체수술 건수를 예측한 결과와 실제 관찰된 건수와 비교해 본 결과, 2020년 기준 93,398건의 초과 수술이 발생한 것으로 분석되었다(〈그림 Ⅱ-4〉 참조). 이는 실제 관찰된 백내장 인공수정체수술 건 중 14.4%에 해당하며, 초과로 발생한 백내장 인공수정체수술의 국민건강보험 급여비용 규모가 약 980억 원으로 산출되었다(황수희 2021).

〈그림 Ⅱ-4〉 관찰 및 예측 백내장 인공수정체수술 건수

(단위: 건)

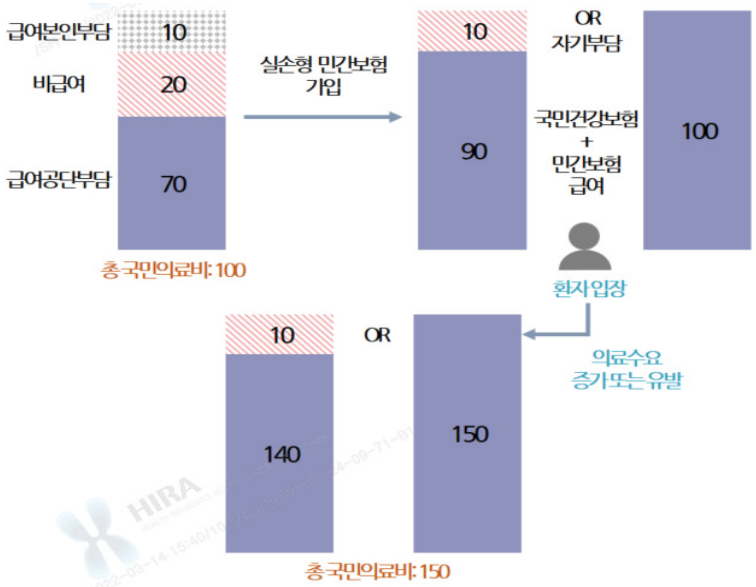


주: 예측 수술 건수는 각 연도별 성별 및 연령그룹을 고려하여 2016년 수술발생률을 적용함(성별·연령 직접 표준화)
자료: 건강보험심사평가원(2021)

백내장 인공수정체수술에 대한 민간보험과 국민건강보험 자료의 일차원적인 결합을 통해 분석하여 제시한 상기의 결과를 보면 백내장 인공수정체수술에서 국민건강보험의 보장성 확대에 따른 일부 이용량의 증가나 인구구조의 변화 등을 고려하더라도, 상당한 규모의 수술 건수와 국민건강보험의 급여비용 증가를 확인할 수 있다.

이를 개념적으로 도식화 해보면 다음과 같다. 환자의 입장에서 국민건강보험이 보장해 주는 급여(급여공단부담금)와 본인부담금(급여본인부담금, 비급여)으로 구성되던 총 의료비용이 실손형 민간보험의 가입을 통해 단기적으로는 자기부담금이 없어지거나 최소화되면서 의료서비스에 대한 수요를 증가 또는 유발시키게 된다. 이러한 기전의 의료서비스 증가로 총 국민의료비는 증가하고, 국민건강보험의 재정 부담 또한 커지게 된다(〈그림 Ⅱ-5〉 참조). 이러한 가정에서는 민간보험 가입에 따른 보험료는 숨겨져 있는 비용이므로 장기적으로는 민간보험의 정책변화에 따라 개별 환자의 부담을 증가시킬 가능성이 남아 있다. 그리고 민간보험에 의한 의료수요 증가 또는 유발에는 의학적 필요 이상의 의료서비스 이용이 혼재해 있을 가능성이 있어 국민의료비 증가 외에 건강 측면에서도 부정적 효과를 유발할 수도 있다.

〈그림 Ⅱ-5〉 민간보험 가입에 따른 총 국민의료비 증가 기전



주: 그림 내에 제시된 숫자는 독자의 이해를 돕기 위한 가상의 숫자로 저자가 임의로 작성한 숫자임

4. 국민건강보험과 민간보험 협력을 위한 제언

국민건강보험과 민간보험은 태생적으로 다른 목적과 성격을 가지고 발전해 온 제도이다. 그러나 궁극적으로 건강보장제도의 측면에서 국민의 의료보장성을 강화하고 이를 지속가능한 제도로 유지하기 위해 효율적인 국민의료비 관리를 목표로 해야 한다는 점에서는 동일한 목표를 가진 제도이기도 하다. 이러한 목표를 달성하기 위해 정부와 보험업계는 공·사보험정책협의체의 운영을 통한 실질적인 문제점 파악, 국민건강보험과 민간보험의 협력방안을 도출하기 위한 연구 등의 많은 노력을 진행해왔다.[12)]

그러나 국민들이 체감하는 건강보장을 높이고 의료비 부담을 줄이기 위한 협력방안을 마련하기 위해서는 동일한 질환이나 수술 및 치료에 대해 발생하는 국민건강보험과 민간보험의 의료서비스 이용현황과 의료비용에 대한 정확한 정보의 분석이 최우선되는 것이 필

12) 보건복지부·금융위원회 보도자료(2020. 12. 24), "건강보험 비급여에 대한 관리 강화 및 실손의료보험의 상품구조 개편추진"

요하다. 그러나 지금까지 이루어진 대부분의 연구들은 환자를 중심으로 국민건강보험과 민간보험의 자료를 연계하여 민간보험 가입이나 민간보험이 보장해주는 항목에 따른 세부내역별 의료이용서비스 행태의 변화나 의료비용의 변화 등을 실증적으로 보여주지 못했다. 문제점을 진단했던 백내장 인공수정체수술의 분석 결과 또한 제한적으로 공개된 자료로 가정과 추정의 결과만을 제시하였으며, 심층적인 분석을 하는 데 한계를 나타낸 바 있다.

2020년 공·사보험 연계법 제정과 데이터3법 개정이 추진되면서 민간보험사의 공공보건의료데이터 개방요구가 커지고 있으며, 2021년 6개 보험회사가 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단에 각각 6건씩의 공공의료데이터 제공을 요청하는 결과로 이어졌다.[13] 이와 같은 민간보험사의 공공의료데이터의 활용은 신규 보험상품이나 위험률 개발 등에 활용될 수 있는 기반을 마련한 반면, 국민의료비 및 보험료 부담 완화라는 목적에는 전혀 활용되지 못하고 있는 실정이다. 구체적으로 어떤 의료서비스 항목과 어떤 환자에서 문제가 발생하는지 파악하고, 민간보험사의 반사이익이나 국민건강보험에 미치는 영향을 정확히 파악하고 합리적인 의료이용과 적정한 의료비용 부담을 위한 보건의료정책으로 나아갈 수 있는 통로가 없는 것이라 할 수 있다. 국민건강보험은 미용과 성형 등을 제외한 모든 비급여를 완전히 해소하고 건강보험 보장성을 높여야 하는 시점에, 민간보험은 필요 이상의 의료서비스 이용 유발과 비급여 보상금액의 지나친 상승에 따른 재정적 위기와 전환의 시점에 서 있다. 효율적인 국민건강의 달성과 기업의 이윤이라는 각기 다른 목표 속에 건강보장이라는 공통의 목적을 달성하기 위해 국민건강보험과 민간보험은 '환자정보에 기반한 자료의 연계와 지속적인 분석과 환류를 통한 협업'을 그 출발점으로 첫걸음을 뗄 수 있는 기반을 마련하는 것이 가장 필요한 시점이다.

13) 승인 결과, 건강보험심사평가원은 6개 보험회사의 공공의료데이터 이용 신청을 최종 승인(2021. 7. 8)하였으며, 국민건강보험공단은 5개 보험회사의 국민건강정보자료 이용 신청 6건을 미승인(2021. 9. 15)하였음

Ⅲ 민영건강보험의 활용과 과제[14)]

본 장에서는 우리나라 건강보장체계의 현황을 간단히 살펴보고, 민영건강보험의 주요 현안을 지속성 위기와 역할정립 요구로 나눠서 살펴보고자 한다. 그리고 주요 현안에 대해 민영건강보험의 효율적인 활용을 위한 과제를 제안해본다.

1. 우리나라 건강보험 현황

가. 보장성 강화 정책 추진

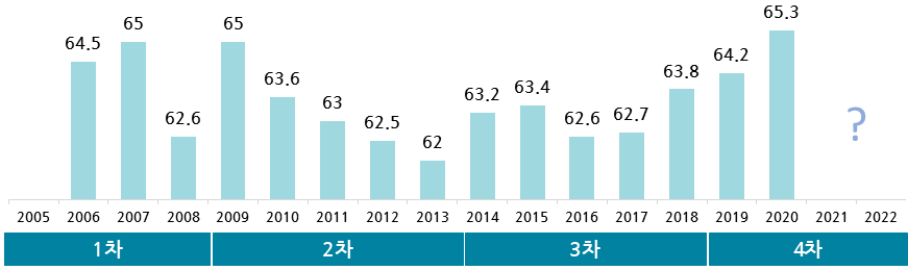
우리나라의 국민건강보험은 전 세계적으로 가장 빠른 기간 내에 전 국민을 대상으로 건강보험을 확대하였다. 그러나 한정된 재원으로 짧은 시간 내 확대할 수 있었던 것은 저급여, 즉 낮은 보장성으로 출발했기에 가능했다는 평가가 있다. 이를 해결하기 위해 정부는 2005년부터 '비급여의 급여화'를 주요 핵심 내용으로 건강보험 보장성 강화 정책을 꾸준히 추진해 오고 있다. 그러나 성과지표인 보장률을 보면 투입 재원 대비 아직까지는 보장성 강화 효과가 미흡한 것이 현실이다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조). 참고로 의료기관 종별 보장률을 보면 실손의료보험의 청구 및 보험금 지급 비중이 높은 의원급에서 보장률이 감소(비급여 비중 확대)되고 있다.[15)]

14) Ⅲ장은 정성희·문혜정(보험연구원)이 작성함

15) 상급종합병원의 경우 2017년 65.1%에서 2020년 70.0%로 건강보험 보장률이 확대되고 있으나, 의원급은 2017년 60.3%에서 2020년 59.60%로 감소함

〈그림 Ⅲ-1〉 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책과 보장률 추이

(단위: %)

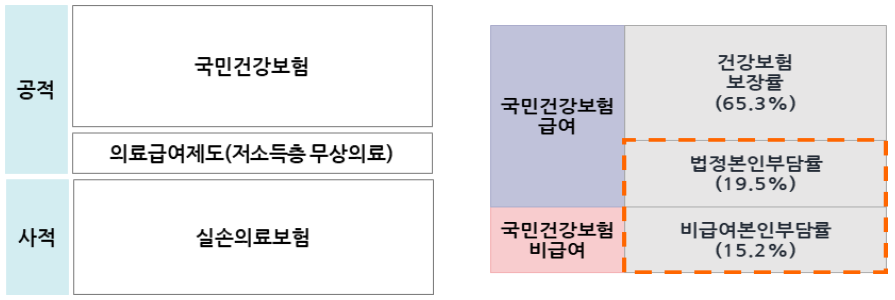


자료: 국민건강보험공단(2021)

나. 보완형 민영보험 역할

우리나라의 건강보장제도는 소득보장과 함께 사회보장제도의 한 축으로 구성되어 있다. 국민건강보험은 일반 국민을 대상으로 보편적인 건강보장을 제공하고, 사회취약계층의 건강보장 강화를 위해 무상의료인 의료급여제도를 실시하고 있다. 그리고 민영보험인 실손의료보험은 2003년 보험업법 개정을 통해 국민건강보험의 보완형으로 도입되어 운영되고 있다. 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 법정본인부담금(급여본인부담금)과 비급여 영역을 일부 가입자 부담을 제외하고 보장해주고 있다. 이를 비중으로 살펴보면, 전체 의료비에서 개인부담률이 34.7%를 차지하고, 그 중에서 급여본인부담금이 56%를, 비급여가 44%를 차지한다(〈그림 Ⅲ-2〉 참조). 참고로 실손의료보험의 보험금에서 비급여가 차지하는 비중은 2020년 기준으로 약 65%로, 국민 전체 환자 통계와 차이가 나는 부분은 실손가입자의 경우 중증질환자보다는 경증질환자 비중이 보다 높다 보니 상급종합병원보다는 의원급 이용이 좀 더 많이 이뤄지고 있기 때문인 것으로 보인다.

〈그림 Ⅲ-2〉 우리나라 공·사 건강보험제도



주: 1) 괄호는 2020년 기준 전체 의료비 중 점유율임
2) 점선 표시된 부분은 실손의료보험 보장범위임

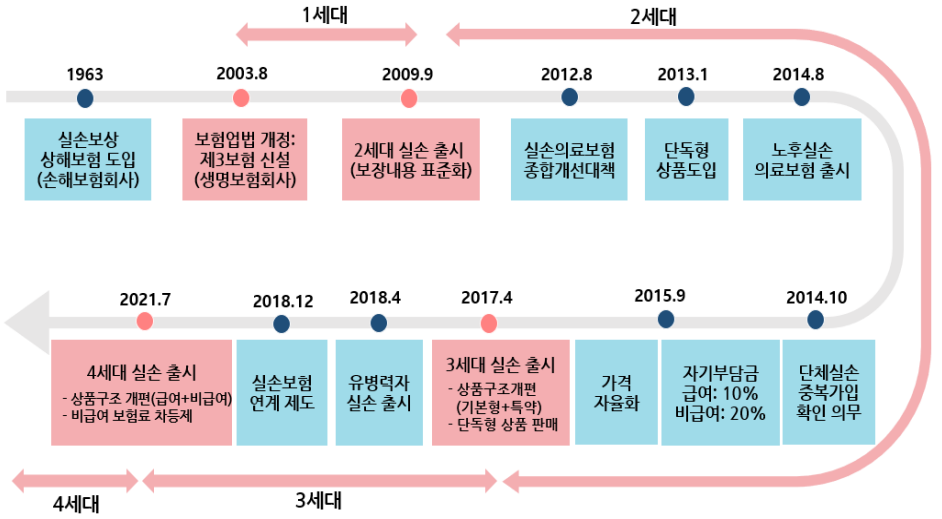
실손의료보험은 2009년 10월부터 보험업계에서 단일의 표준화 상품(2세대)으로 판매되고 있으며, 여러 차례에 걸쳐 상품구조 개편 및 관련 제도 개선이 이루어져 왔으며, 2021년 7월부터는 4세대 상품이 판매되고 있다.

4세대 실손의료보험의 주요 특징으로는 먼저 의료이용과 상관없는 보험료 부담 구조에 따른 실손가입자 간의 형평성 문제를 해소하기 위해, 비급여 부분에 대해서 개인별 의료이용량과 연계한 할인할증 방식의 보험료 차등제를 도입하였다. 불필요한 의료이용과 공급의 통제 기능을 보완하여 실손의 지속가능성을 높이기 위해 급여와 비급여를 주계약과 특약으로 분리하고, 각각 자기부담률도 10%씩 상향하였다. 또한 빠르게 변하는 의료환경과 진료행태 변화에 대응하기 위해 재가입주기, 즉 보장구조 변경주기를 8년 만에 15년에서 5년으로 단축하였다. 특히 4세대에 도입된 비급여 보험료의 할인할증의 경우 매년 가입자의 비급여 청구실적을 평가해서 할인할증 단계를 결정하게 되고, 이를 그다음 연도의 비급여 갱신보험료에 반영한다. 할인, 유지, 그리고 3개의 할증 단계로 구성되어 있는데, 전체 실손가입자의 약 98%는 비급여 보험료가 할인 또는 유지되고, 2% 정도만 할증될 것으로 예상된다.

〈그림 Ⅲ-3〉 4세대 실손의료보험 상품구조 개편 주요 내용

1~3세대 실손보험 문제점		4세대 실손보험 개편	
보험료 구조	• 실손가입자의 개별 건강위험 및 의료이용에 따른 보험료 세분화 한계로 역선택·도덕적해이 노출 • 의료이용량과 상관없는 보험료 부담구조로 실손가입자 간 형평성 문제 심각	보험료 차등제 도입	• 개인별 의료이용량과 연계한 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 ✓ 비급여 청구 실적 적용 ✓ 매년 재산정 후 차년도 보험료 갱신 반영 ✓ 의료접근성 제한 최소화를 위한 적용 제외 대상자 선정
보장 구조	• 급여·비급여 포괄 보장으로 불필요한 의료이용·의료공급 통제 기능 미흡 • 과다 의료이용 방지·보험료 인상요인 억제를 위해 자기부담금 확대 필요 • 의료환경·진료행태 변화 등에 능동적 대응을 위해 재가입주기 단축 필요	보장구조 개편	• 급여와 비급여를 주계약과 특약으로 분리·운영 ✓ 비급여에 대한 보험료·보험금 관리 • 상해·질병 구분 및 입·통원 통합 • 자기부담금 상향 ✓ 자기부담률 20·30%(급여·비급여) ✓ 통원 공제금액 1·3만 원(급여·비급여) • 재가입주기 단축(15년→5년)

〈그림 Ⅲ-4〉 실손의료보험 제도 개선 경과

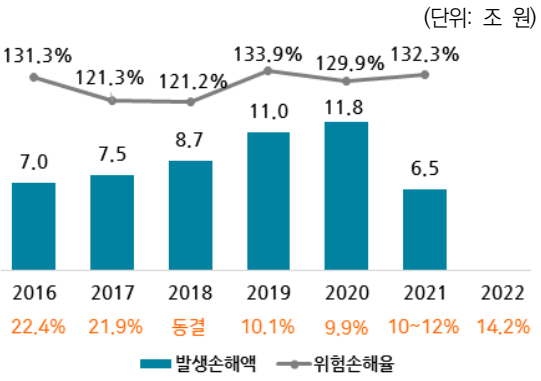


2. 민영건강보험 현안

가. 지속성 위기

실손의료보험의 손해액과 손해율의 급증으로 특히 공급의 지속성에 심각한 우려가 제기되고 있다. 2021년 상반기 위험손해율은 코로나19라는 특수성에도 불구하고 132.3%로 전년 동기 대비해서도 0.6%p 증가하였다(〈그림 Ⅲ-5〉 참조). 특히, 3세대 실손의료보험의 위험손해율은 2017년 4월 출시 이후 빠른 속도로 상승하여 2019년 하반기부터 100%를 상회한 상황이다. 이처럼 실손의료보험의 시장 정상화에 대한 기대가 희미해지면서 2021년 한해에만 3개 생명보험회사가 판매를 중단하는 등 공급을 중단하는 보험회사가 빠르게 늘어나고 있다(〈그림 Ⅲ-6〉 참조). 또한, 실손의료보험의 손해율이 계속 100%를 훨씬 넘는 높은 수준으로 유지된다면 공급뿐만 아니라 실손 가입자가 보험료 부담을 크게 느끼게 되기 때문에 가입자의 실손의료보험 지속성에도 어려움이 커질 것으로 우려되는 상황이다.

〈그림 Ⅲ-5〉 실손의료보험 위험손해율 추이



주: 1) 연도 아래 글씨는 보험업계 평균 보험료 인상률임
2) 2021년은 상반기 기준임

자료: 보험회사 통계

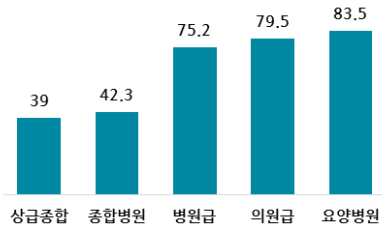
〈그림 Ⅲ-6〉 실손의료보험 판매 중지 현황

최근 실손의료보험 청구는 전체 청구금액에서 비급여의 비중이 높은 근골격계 질환과 안과 질환에 집중되어 있다. 비급여 비중이 가장 높은 눈 질환의 경우 실손보험금에서 비급여 비중이 82.3%, 근골격계 질환은 79.6% 정도를 차지한다(〈그림 Ⅲ-8〉 참조). 또한 의료

기관 종별 비급여 비중을 보면 병원급, 의원급으로 갈수록 비급여 비중이 높아지는데, 의원급은 실손보험금 청구금액에서 80% 정도가 비급여이다(〈그림 Ⅲ-7〉 참조). 전체 실손보험금에서 비급여 비중이 대략 65% 정도인 것을 감안할 때, 실손보험금의 비급여 청구는 의원급, 그리고 안과 및 근골격계 질환에 집중적으로 쏠려 있음을 알 수 있다.

〈그림 Ⅲ-7〉 의료기관종별 비급여 비중

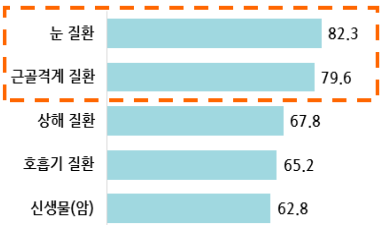
(단위: %)



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 Ⅲ-8〉 비급여 비율이 높은 상위 5개 질병대분류

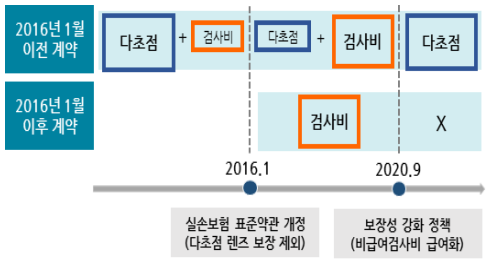
(단위: %)



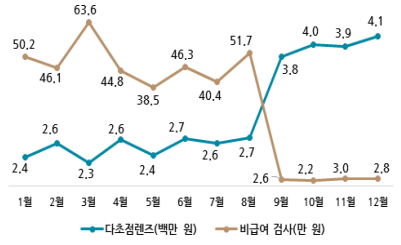
자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

특히 백내장수술의 실손보험금이 최근 빠르게 증가하고 있는데, 올해는 백내장수술 단일 건에 대한 실손보험금이 1조 원을 상회할 것으로 예상된다. 그간 백내장수술과 관련하여 표준약관이 개정되거나 보장성 강화 정책으로 급여화가 된 시점을 전후로, 보험금 청구 항목과 금액이 임의적으로 변하였거나 급격히 인상되었다는 것을 볼 수 있다. 이는 비급여 관리가 제대로 이루어지고 있지 않음을 보여주는 전형적인 사례로 비춰진다. 예를 들어, 지난 2020년 9월에 비급여 검사비가 급여화된 시점을 전후로 비급여 재료대인 다초점 렌즈 가격이 일시에 증가한 것을 확인할 수 있다(〈그림 Ⅲ-9, 10〉 참조).

〈그림 Ⅲ-9〉 백내장수술 제도 변경과 실손보험금 청구



〈그림 Ⅲ-10〉 2020년 다초점렌즈 관련 청구



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

나. 역할 정립 요구

그간 실손의료보험은 금융당국이 관리·감독하는 임의가입의 금융상품임에도, 국민건강보험을 보완하는 역할을 수행한다는 명분으로 정부의 건강보험 정책 기조에 따라 여러 부침을 겪어 왔다. 우리나라에서 민영건강보험의 활용을 위한 실손의료보험제도의 정상화에 대한 논의가 본격화된 것은 2005년 참여정부 시절부터이다. 그 당시 위원회에서 추진과제로 도출한 내용 중 16년이 지난 지금까지 실제로 추진된 과제는 '실손의료보험 표준화' 뿐이고, 이 외 과제는 지금까지도 지난한 논쟁만 이어지고 있다(〈표 Ⅲ-1〉 참조). 지난 2020년 12월에는 보건복지부와 금융위원회가 공·사보험 연계를 위한 법적 근거 마련에 합의하였고, 관련 내용으로는 ① 보건복지부·금융위원회 공동 소속의 공·사 의료보험연계위원회 설치, ② 위원회 심의를 거쳐 실태조사 실시·결과 공개, ③ 관계 기관에 실태 조사에 필요한 자료 제출 요청 권한 부여 및 자료 활용 등이 있다.

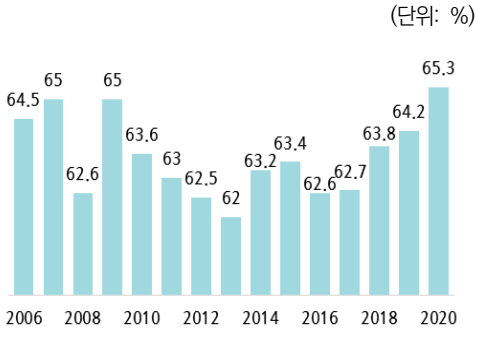
〈표 Ⅲ-1〉 제4차 의료산업선진화위원회 회의 주요 내용

추진과제	세부 추진상황	주관부처
비급여 중심의 보장범위 설정방안	• 실손형 상품에 대한 급여본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안	복지부, 재경부 (금감위)
민영건강보험 상품 표준화 방안	• 실손형 상품 표준화 내용 및 방법(표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안	재경부, 금감위 (복지부)
공·사보험 간 정보 공유 방안	• 공·사보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공·사보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영	건보공단, 보험개발원 (심평원)
민영건강보험의 진료비 심사 위탁방안	• 진료비 심사 심평원 위탁방안 구체화 - 위탁계약, 위탁업무처리, 이의신청절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항	심평원
비급여 가격계약 허용방안	• 비급여 가격계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 • 환자 선택권 보장을 위한 최소조건 설정	복지부, 재경부 (금감위)

주: 괄호 안은 협조부처(기관)임
자료: 의료제도개선기획단(2006)

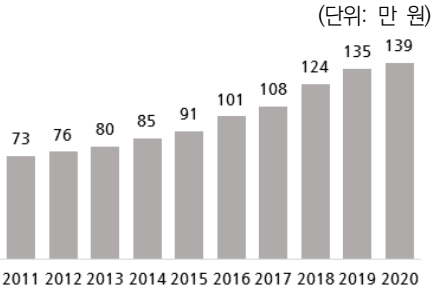
앞서 기술한 바와 같이 건강보험 보장성 강화 정책이 17년째 추진되고 있으나 투입된 재정 대비 보장률은 크게 개선되지 못해왔고(〈그림 Ⅲ-11〉, 〈그림 Ⅲ-12〉 참조), 이는 최근에 공·사 건강보험 간 갈등의 촉매제로 작용하고 있다. 그 예로, 실손의료보험이 보장성 강화에 따라 반사이익을 받고 있다는 전제로 보험료 인하를 요구하는 것, 그리고 국민건강보험의 보장성에 부담이 되지 않도록 의료 소비를 부추기는 영역에 대한 보장 축소가 제기되고 있는 것 등이 있다.

〈그림 Ⅲ-11〉 우리나라 건강보험 보장률 추이



자료: 국민건강보험공단(2021)

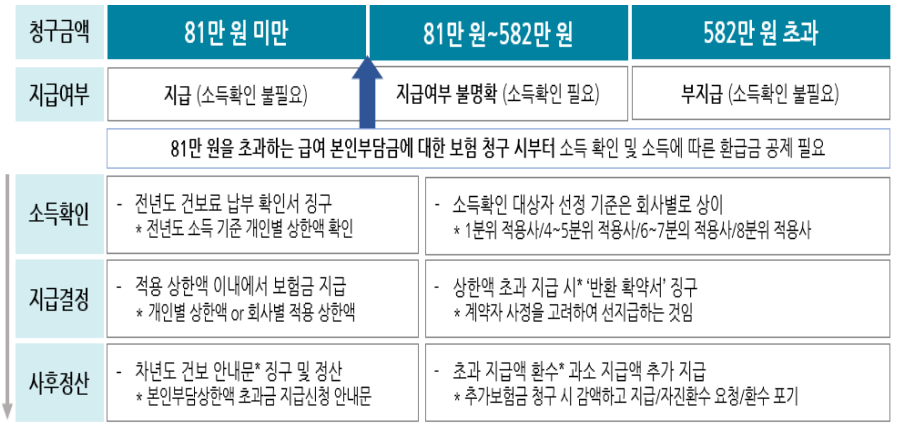
〈그림 Ⅲ-12〉 국민건강보험 적용대상자 1인당 급여비



자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2021)

위와 같이 실손의료보험의 급여본인부담금 보장이 국민건강보험 재정 악화를 초래해 왔다는 주장이 제기되고 있는데, 이는 2009년 표준화 이전에 보험회사가 급여본인부담금을 100% 보장해주는 실손의료보험 상품을 판매하던 시절에 처음 제기되었다. 가입자의 도덕적 해이 유발이 의료비 증가로 이어져 국민건강보험의 재정 악화를 초래한다는 지적에서 시작된 것이다. 또한, 본인부담상한액 초과금은 국민건강보험 급여로 실손의료보험 약관상 보상하지 않는 사항으로 명시되어 있음에도, 제도 취지 등을 고려하여 실손의료보험에서도 중복 보장해야 한다는 주장도 제기되고 있다.

〈그림 Ⅲ-13〉 실손보험금 청구 시 보험회사의 본인부담상한제 업무처리 절차

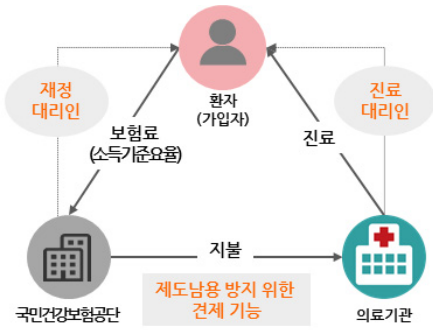


3. 민영건강보험 활용을 위한 과제

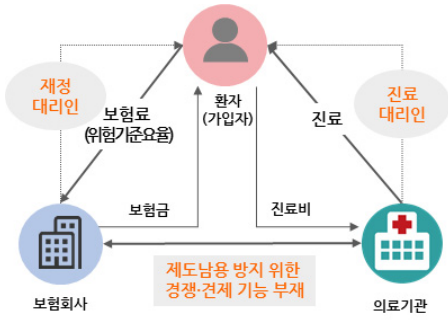
가. 지속성 제고를 위한 비급여 관리 강화

의료 공급 측면의 제도 남용 방지를 위해서는 환자이자 보험가입자의 재정대리인으로 보험자, 즉 국민건강보험공단과 보험회사, 그리고 진료대리인으로 의료기관 간의 선의의 경쟁과 견제가 가능하도록 하는 장치가 필요하다(〈그림 Ⅲ-14〉 참조). 특히 의료공급자는 소비자에 비해 의료서비스의 질과 비용에 영향을 미칠 수 있는 우위적 위치에 있기 때문에, 건강보험의 지속성과 효율성을 위해서는 의료 수요보다는 의료 공급에 대한 효과적인 정책 수립이 더욱 중요하게 여겨지고 있다. 그러나 우리나라의 민영건강보험인 실손의료보험은 환자가 직접 청구하는 상환제를 적용하고 있고(〈그림 Ⅲ-15〉 참조), 다른 나라에 비해서 국민건강보험공단의 견제가 미치지 않는 비급여 영역이 넓은 상황임에도 실손가입자의 재정대리인인 보험회사와 실손가입자이면서 환자의 진료대리인인 의료기관 간의 견제 기능이 부재한 상황이다.

〈그림 Ⅲ-14〉 국민건강보험(제3자 지불제)



〈그림 Ⅲ-15〉 실손의료보험(상환제)



더욱이 우리나라는 주요국에 비해 비급여에 대한 의료 공급의 통제 제도나 관리 체계가 매우 미흡한 것으로 평가된다(〈표 Ⅲ-2〉 참조). 독일의 경우에는 민영건강보험에 적용되는 의료수가 가이드라인을 통해 의료기관이 일정 수준 이상의 의료수가를 책정하고자 할 경우 보험회사에 가격 책정 사유를 제출해야 하거나 진료 전에 합의를 하도록 하고 있고, 이러한 의료수가 가이드라인을 의료기관협회에서 작성하고 이를 준수하고 있다. 또한, 호주의 경우 의료인은 연방정부가 제시하는 행위별 수가표(MBS)를 가이드라인으로 하되, MBS 이상의 의료비를 청구할 경우 보험회사와 사전에 합의를 통해 정해진 수가를 적용하도록 하고 있다. 우리나라도 2007년 의료산업선진화위원회에서 보험회사와 의료기관 간의 '비급여 가격계약 허용'을 위한 의료법 개정을 추진한 바 있으나 무산되었다.

〈표 Ⅲ-2〉 주요국 의료비 통제 제도

국가	의료이용	의료 공급: 비급여
한국(4세대 실손)	비급여에 대한 보험료 차등제 적용	없음
독일	보험금 무청구자의 보험료 환급	민영건강보험에 대한 의료수가 가이드라인 적용
호주, 프랑스 네덜란드, 미국 등	보험회사-의료기관 간 네트워크 허용	보험회사-의료기관 간 의료수가 협상

[참고] 비급여 관리 사례

독일	• 법정건강보험이 급여하지 않는 비급여 의료서비스에 대한 의료수가 체계(GOÄ)를 1965년부터 도입하여 적용함 • 비급여 진료에 대한 이의신청제도 시행 – 의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간, 실행 상황 등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있음 – 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 함(GOÄ 제5조 제2항) – 치료 전 환자와 합의가 있는 경우에는 3.5배 이상의 수가를 적용할 수도 있음(GOÄ 제2조)
호주	• 의료제공자는 자유롭게 진료비를 청구할 수 있으나, 보험회사와 사전계약을 맺은 의사 및 민영병원은 정해진 수가를 적용해야 함 – 합의된 수가는 일반적으로 호주의 공적건강보험급여 수가(MBS)보다 높음 – 환자 본인부담금이 없는 계약(no gap) 또는 환자부담금 상한선을 정한 계약(known gap)이 있음 – 보험회사와 계약을 맺지 않은 의료기관 이용 시 보험회사는 호주 공적건강보험 급여 수가(MBS)의 25%만 부담하고 나머지는 환자가 전액 부담해야 함 • 환자 본인부담금 발생 시 의료제공자는 환자에게 이를 설명하고 동의(Informed Financial Consent; ICF)를 받아야 함 • 호주의료협회는 의료수가 가이드라인(AMA Fees Lists)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 이를 참고하여 의료비를 청구하도록 함 – 호주의료협회는 기본적으로 전문의의 의료수가 규제에는 반대하는 입장이나, 환자와 의사 간 정보 공유를 중요하게 생각함 • 복지부는 2019년 12월 전문의 진료비 검색 서비스(Medical Cost Finder)를 시작해 일반 국민에게 지역별, 의료서비스별 전문의 진료비의 평균 수준을 공개함

먼저 우선적이고 시급히 해결할 과제로 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 집중 관리할 필요가 있다. 이를 위해 영양주사, 도수치료 등 의료행위 여부가 불분명한 비급여 항목에 대해서는 치료 인정기준을 마련하고, 백내장수술의 다초점렌즈, 그리고 고주파절제술, 풍선확장술과 같은 척주질환 시술 등과 같이 의료이용이 많고 과잉진료가 빈번한 비급여 항목들을 우선적으로 급여화할 필요가 있다.

둘째, 보장성 강화 정책에 따라 발생하는 비급여 풍선효과를 미연에 차단할 필요가 있다. 이를 위해 정보 공유를 위한 민·관 간 협의 채널을 구축하고, 제도 변경에 따라 특정 비급

여의 가격이나 진료량이 단기간 내 임의적으로 증가하는지 지속적으로 모니터링을 실시할 필요가 있다.

셋째, 급여와 비급여 진료 전체에 대한 현황 파악이 가능하도록 통계 집적 및 관리가 이루어져야 한다. 이를 위해서는 먼저 1단계로 급여진료와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료 제출을 요구하고, 2단계로 총 진료비용의 자료 제출을 우선 실시하고, 이를 비급여 세부 항목의 자료 제출로 단계적으로 확대하는 방안을 검토할 수 있다.

마지막으로, 집적된 비급여 진료 통계를 기반으로 비급여 표준수가제도를 비급여 항목의 특성에 따라 상한가, 평균가, 구입원가, 협상가 등의 기준에 따라 마련하는 것을 검토할 필요가 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 지속성 제고를 위한 비급여 관리 방안

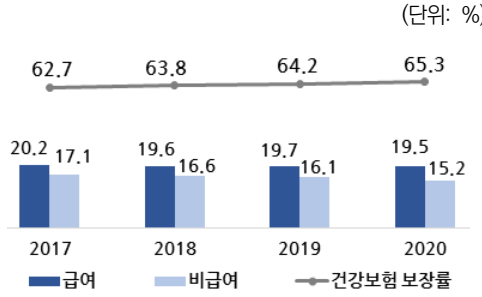
구분	주요 내용
과잉진료 비급여 항목 집중 관리	• 의료행위 여부가 불분명한 비급여 항목에 대해 치료 인정기준을 마련 • 의료이용이 많고 과잉진료가 빈번한 비급여 항목을 우선적으로 급여화 추진
보장성 강화의 비급여 풍선효과 차단	• 비급여 과잉 진료 관련 신속한 정보 공유를 위해 민·관 간 협의 채널 구축 • 제도 변경(복지부 고시, 실손의료보험 약관 등)에 따른 특정 비급여의 가격·진료량의 단기간 내 임의적인 증가 현상에 대한 지속적인 모니터링 실시
비급여 진료 통계 집적 및 관리	• 비급여 실태 파악: 급여진료와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료 제출 요구 • 자료 제출: 총 진료비용 우선 실시 및 비급여 세부 항목 자료로 단계적 확대
비급여 표준수가제도 도입	• 비급여 특성에 따라 합리적인 기준*에 의한 비급여 표준 수가제도 구축 * 상한가, 평균가, 구입원가, 협상가격 등

나. 보완형 역할 정립을 위한 과제

현재 우리나라 국민건강보험의 보장성은 낮은 상황으로, 전체 진료비에서 환자 본인부담금이 매우 높다는 현실을 고려해 볼 때 실손의료보험에서 급여본인부담금의 보장에 대한 필요성은 존재한다고 볼 수 있다. 2020년 전체 진료비에서 급여본인부담률은 20% 수준으로, 환자 본인부담률(34.7%)에서 절반 이상을 차지하고 있고(〈그림 Ⅲ-16〉 참조), 또한, 민

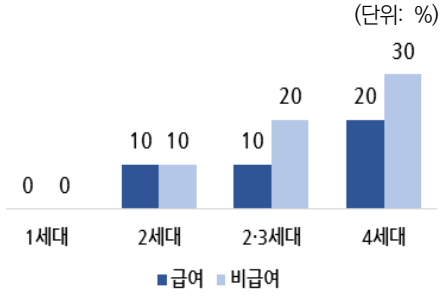
영건강보험이 보장할 수 없는 부분(가입자 부담)이 존재하기 때문에 실손의료보험이 급여 본인부담금의 보장으로 인한 불필요한 급여 이용 증가는 지나친 우려로 생각된다. 실손의료보험은 2009년 표준화 이후 급여본인부담금의 자기부담률을 점차 인상해왔으며, 현재 4세대 상품의 경우 급여본인부담금 중 20%는 가입자 본인이 부담하도록 설계되어 있다(〈그림 Ⅲ-17〉 참조). 또한, 급여본인부담금의 설정이 의료 과소비 억제가 기본 목적이긴 하나, 공보험의 재정이 부담되는 경우 보다 높게 설정되는 것이 현실이다. 실제로 우리나라를 포함하여 상당한 국가에서 공공부문의 재정 부담으로 인해 급여본인부담금을 의료 과소비 억제 효과를 도모하기 위한 수준 이상으로 높게 설정하여 운영하고 있다.

〈그림 Ⅲ-16〉 우리나라 건강보험 보장률 및 본인부담률



자료: 국민건강보험공단(2021)

〈그림 Ⅲ-17〉 실손의료보험 자기부담률 변화



주: 손해보험회사 상품 기준, 선택형 기준임

한편, 본인부담상한액 초과금의 경제적 실질은 급여공단부담금과 동일하고(〈표 Ⅲ-4〉 참조), 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.

〈표 Ⅲ-4〉 본인부담상한제의 주요 쟁점과 검토 의견

쟁점	검토 의견
환급금의 성격	• 환급금이 지급된 만큼 급여본인부담금이 감소하므로, 환급금의 성격은 급여공단부담금과 동일함
공·사보험의 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
소비자보호	• 의료비 이중지급이 취약계층에 대한 적절한 지원 방법이라고 보기는 어려움 • 오히려 본인부담상한제의 지속가능성을 저해할 우려가 있음

자료: 황현아·정성희(2021)

Ⅳ 인구고령화 시대, 공·사 건강보험의 나아갈 길[16)]

1. 건강보험의 특징과 역할

인구고령화 시대에 국민건강보험과 민영건강보험이 직면한 문제의 본질을 이해하기 위해서는 건강보험의 특징과 역할에 대한 이해가 선행되어야 한다. 주지하듯이 보험의 수요는 사고의 임의적 발생에 따른 불확실성에서 비롯되며, 그 결과로 발생하는 자산손실을 직접 보상하는 방식으로 보험상품과 서비스가 제공된다. 결과적으로 보험은 사고 발생 시와 미발생 시의 소비평탄화(Consumption smoothing)에 목적이 있다.

하지만 건강보험의 손실 보상은 화재보험, 자동차보험 등 일반적인 손해보험의 방식과는 사뭇 다르다. 건강보험이 보장하는 자산은 '건강'이지만 건강보험은 건강을 직접 보상하지는 못한다. 우리 사회는 아직 손실 이전 수준으로 건강을 보장할 기술을 보유하고 있지 못하며, 손실 보상에 필요한 건강 자산에 대한 객관적인 가치 평가도 어렵다. 따라서 건강보험은 건강에 대한 직접적인 보상 대신에 개인의 건강손실을 회복시켜 줄 것으로 기대되는 의료서비스의 구매를 보장한다. 달리 말하자면, 건강보험은 건강손실로 발생하는 의료비 등 '재무적 위험'을 보장한다. 따라서 건강보험은 환자가 받는 의료서비스의 대가를 대신 지불하는 방식으로 환자의 의료서비스 수요에 직접적인 영향을 끼치게 된다.

실제로 건강보험제도가 의료서비스 수요와 공급에 영향을 미치는 경로는 다양하다. 가장 대표적인 예로 본인부담률과 본인부담상한을 낮추는 건강보험 보장성 강화 정책은 의료서비스의 '유효가격(Effective price)'을 낮춰 의료이용 증가를 초래할 수 있다.[17)] 또한 보험자와 의료공급자 간의 의료수가와 진료비 지불방식의 결정은 의료서비스의 수요와 공급에 영향을 준다. 예를 들어, 보통 행위별수가제는 포괄수가제, 인두제, 총액계약제보다 더 많은 의료이용을 초래한다고 알려져 있다.

결국 보험자의 핵심 역할은 지불자(Payer)로서 환자가 지출하는 가격과 의료공급자가 지

16) Ⅳ장은 홍석철(서울대학교)이 작성함

17) 경제학에서는 이런 현상을 '도덕적 해이'라고 부르지만, 가격 하락에 따른 수요량의 증가는 소비자의 합리적 선택임

급받는 가격을 합리적으로 결정해서 의료시장의 효율성을 확보하는 것이다. 잘못 설계된 건강보험제도는 도덕적 해이나 유인수요와 같은 과도한 또는 불필요한 의료이용을 초래하여 의료자원 활용의 비효율성을 초래한다.[18] 또한 건강보험제도의 비효율은 보험료 상승의 주된 요인이며, 이런 문제가 지속되면 정상적인 소비자가 이탈하여 건강보험은 '레몬시장'으로 전락하고 안정성은 저해될 수 있다.

2. 인구고령화가 의료비와 건강보험에 미치는 영향

우리나라는 수명 증가와 초저출산이 맞물리면서 급격한 인구고령화를 경험하고 있다. 통계청 발표에 따르면, 2021년 우리나라의 65세 이상 인구 수는 853만 명으로 전체 인구 중 차지하는 비율은 16.5%이며, 현 추이라면 2025년에는 노인인구 비중이 20%를 넘어서면서 초고령사회에 진입할 것으로 예상된다. 인구고령화가 사회경제에 미치는 영향은 다양하지만, 주목할 영향은 의료비 증가이다.

인구고령화가 의료비 증가를 초래하는 경로는 의료이용(Q) 증가와 가격(P) 상승에서 찾을 수 있다. 고령인구가 많아질수록 만성질환 유병률이 높아지고 그에 따라 의료이용량이 증가할 것으로 예상되며, 수요 증가는 가격 상승으로 이어지기 마련이다. 실제로 2010~2019년 국민건강보험의 급여 진료비 추이 분석 연구에 따르면, 고령인구의 증가는 지난 10년간 진료비 증가의 32.1%를 설명하는 것으로 추정된다(홍석철·최윤지 2021).

인구고령화가 심화될수록 건강보험 수요 역시 증가할 것으로 예상된다. 수명이 늘수록 의료서비스 이용에 따른 재무적 위험과 불확실성이 증가할 것이며, 보다 근본적으로는 연장된 수명 동안 다양한 질병 발생 위험이 증가하기 때문이다. 이때 건강보험의 수요 증가는 보험 구매에 대한 수요 증가 의미보다는 건강보험의 보장 범위와 규모 확대에 대한 수요 증가 의미가 더 크다.

또한 인구고령화는 의료비뿐만 아니라 새로운 재무적 위험 해소에 대한 수요 증가를 초래할 것으로 예상된다. 특히 간병, 요양 등 돌봄 비용이 증가함에 따라 이에 대한 재무적 위험 보장 수요가 늘어날 것이고, 중장기적 관점에서 건강문제를 예방하고 의료지출을 줄이기 위한 건강관리와 관련한 보험 수요도 늘어날 전망이다. 따라서 초고령사회로 진입하면

18) 비효율성은 의료이용과 의료지출은 증가하지만 건강증진 효과는 미흡한 것을 의미함

서 급증하는 의료비와 간병, 요양, 건강관리 수요를 감당하고 적절히 관리하기 위한 건강보험제도의 역할이 매우 중요해질 것으로 기대된다.

3. 인구고령화 시대, 건강보험이 직면한 위기

가. 인구고령화가 의료보장성의 적정 수준에 미치는 영향

국민건강보험은 사회보장제도의 일환으로 국민의 질병, 부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장 증진을 목적으로 도입되었다. 따라서 국민건강보험의 핵심 기능은 의료보장이며, 국민건강보험공단이 출범한 이후 지난 20년간 보장성 강화 정책을 통해 의료보장 기능에 충실해왔다.

국민건강보험공단의 『2020년도 건강보험환자 진료비 실태조사』 결과에 따르면, 2020년 우리나라 진료비 지출 총액은 102.8조 원이었으며, 이 중에서 국민건강보험이 보장하는 진료비의 비중은 65.3%로 추계되었다. 현 정부가 출범하면서 소위 문재인 케어 정책을 통해 의료보장성을 크게 확대하였지만 당초 목표인 70%와는 달리 건강보험 보장률은 여전히 60%대 초반에 머물면서 논란이 되고 있다.

보장성 강화 정책에도 불구하고 건강보험 보장률 개선이 부진한 것은 수많은 비급여 항목을 급여화하면서 급여 진료비가 매우 증가했지만 동시에 비급여 진료비도 증가하면서 건강보험 보장률 산식에서 분자와 분모가 함께 증가한 것이 주된 원인이다.[19] 앞으로 더 상세히 논의하겠지만, 그 배경에는 건강보험 보장성이 확대되면서 도덕적 해이, 유인수요 등이 발생하면서 당초 예상보다 (특히 비급여) 의료이용이 크게 늘었기 때문이다.

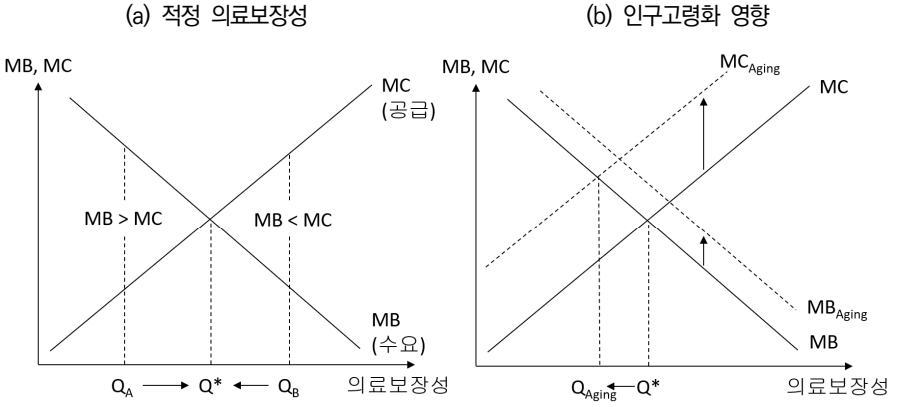
이런 결과는 국민건강보험의 적정 보장 수준에 대한 논의가 필요함을 시사한다. 건강보험의 보장성 강화는 진료비 부담을 경감하고 그에 따라 의료보장을 높여 건강증진의 편익을 가져오지만, 동시에 과도한 또는 불필요한 의료이용을 초래하여 사회경제적 비효율과 비용을 초래하기 때문이다. 전자는 보장성 강화의 한계편익(Marginal Benefit)이며, 후자는 한계비용(Marginal Cost)으로 간주할 수 있으며, 의료보장성이 높아짐에 따라 한계편익

19) 건강보험 보장률={급여공단부담금/(급여공단부담금+급여본인부담금+비급여본인부담금)}×100

과 한계비용의 변화는 〈그림 Ⅳ-1〉과 같이 나타낼 수 있다.[20]

그림 (a)에서 의료보장성 수준 Q_A에서는 건강보험의 보장성을 확대하면 한계편익이 한계비용보다 크므로 보장성 확대가 합리적 선택이며, 반대로 Q_B에서는 의료보장성을 낮추는 것이 합리적 선택이다. 따라서 사회적으로 적정한 수준의 의료보장성은 진료비 경감에 따른 한계편익과 비효율 발생에 따른 한계비용이 일치하는 수준인 Q^*에서 결정된다.

〈그림 Ⅳ-1〉 적정 의료보장성의 결정과 인구고령화 영향



그렇다면 인구고령화는 건강보험 보장성의 적정 수준에 어떤 영향을 미칠까? 고령인구가 증가할수록 보장성 강화의 한계편익은 증가할 것으로 예상된다. 인구고령화로 만성질환자와 의료비 지출이 늘면서 보장성 강화 수요가 증가할 것이기 때문이다. 반면 과도한 의료이용이 함께 늘면서 의료보장성의 한계비용도 증가할 것이다. 만약 한계비용 증가가 한계편익 증가보다 크다면 적정 의료보장성은 감소할 것이며, 반면 한계편익 증가가 더 크다면 적정 의료보장성은 확대될 수 있다. 따라서 인구고령화 시대에 국민건강보험의 높은 보장성을 유지하기 위해서는 보장성 강화에 따른 한계비용을 낮추고 한계편익을 높이는 역할이 중요함을 시사한다. 즉 의료비부담을 낮추고 건강증진을 높이는 의료서비스 이용에 대한 보장성을 강화하고, 과도하고 불필요한 의료이용이 발생하지 않도록 관리하는 것이 중요하다.

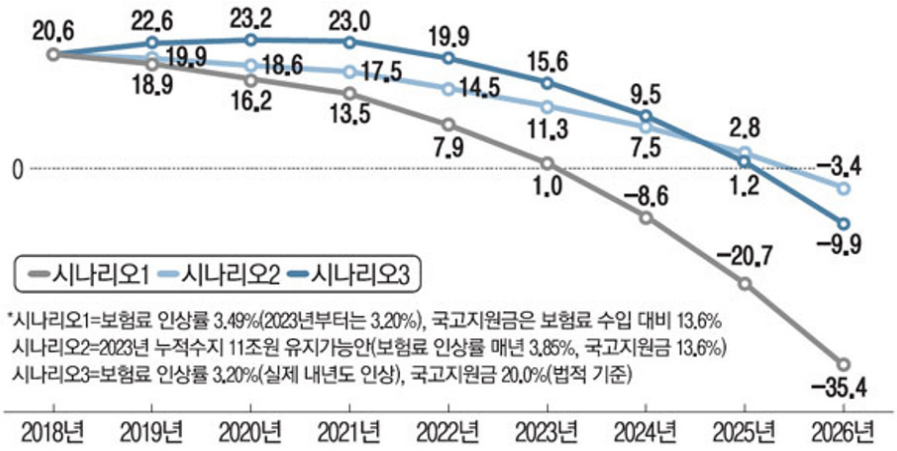
20) 〈그림 Ⅳ-1〉에서 한계편익곡선(MB)은 의료보장의 수요곡선으로, 한계비용곡선(MC)은 의료보장의 공급곡선으로 해석할 수 있음

나. 국민건강보험이 직면한 위기와 원인

인구고령화에 따른 국민건강보험의 적정 보장성 문제는 국민건강보험의 재정위기와 형평성 문제로 발현되고 있으며, 지속가능성 문제로 귀결된다. 우선 국민건강보험 재정 추이를 추계한 최근 일련의 연구들은 2025년 전후로 국민건강보험이 재정위기에 직면할 것으로 예상하고 있다(〈그림 Ⅳ-2〉 참고). 물론 2020~2021년에는 코로나19의 영향으로 개인위생이 개선되고 감염위험으로 병원 방문이 감소하면서 국민건강보험 의료비 지출이 줄어 국민건강보험 재정 감소 추이가 다소 주춤하고 있지만, 코로나19 이후 국민건강보험 재정은 빠르게 취약해질 것으로 예상된다. 특히 건강보험료 인상이 쉽지 않은 것은 국민건강보험 재정 위기를 더 앞당길 것으로 보인다.[21]

〈그림 Ⅳ-2〉 국민건강보험 재정 추계

(단위: 조 원)



주: 원자료는 매일경제(2019. 10. 13), "文케어 비용 과소평가…이대로 두면 건보재정 4년후 고갈"임
자료: 홍석철(2019)

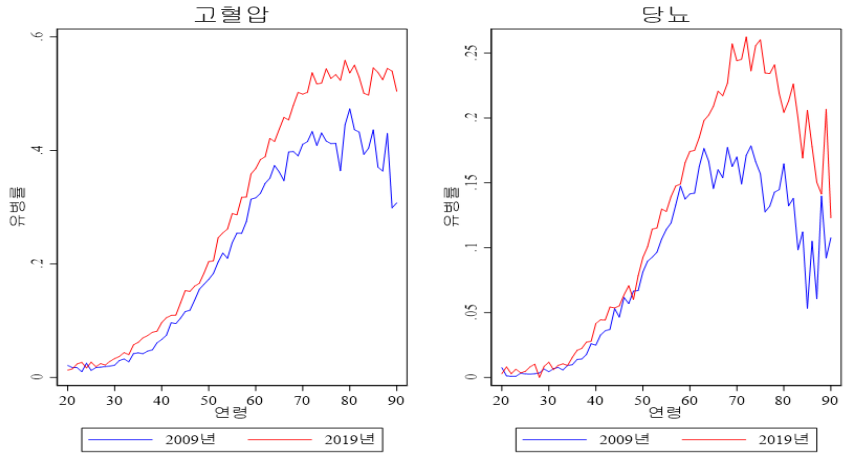
국민건강보험의 재정위기를 초래하는 원인은 비용과 편익 측면에서 찾을 수 있다. 비용 측면에서 가장 중요한 요인은 만성질환 유병률의 증가이다. 만성질환은 만성질환을 유발하는 다양한 사회경제적, 환경적 요인에 오랜 기간 노출되면서 발생한다. 따라서 나이가

21) 2021년 국민건강보험 보험료율은 월소득의 6.86%이며, 2026년 전후로 법정 상한인 8%에 도달할 것으로 예상됨(홍석철 2021)

들수록 만성질환 발병 가능성이 높아지고, 인구고령화가 심화될수록 만성질환 보유 인구도 함께 증가할 것이다. 또한 최근 비만 등 건강지표가 빠르게 악화하고 있으며, 이러한 건강행태의 악화는 만성질환의 발병 시점을 앞당기고 있다.

〈그림 Ⅳ-3〉은 지난 10년간 연령별 고혈압과 당뇨 환자 추이를 보여준다. 주목할 점은 나이가 들수록 고혈압, 당뇨 유병률이 높아진다는 것이며, 더 주목할 사실은 모든 연령에서 10년 전보다 고혈압, 당뇨 유병률이 증가했다는 사실이다. 전자는 인구고령화가 만성질환 유병률에 미치는 영향을, 후자는 건강행태 악화의 영향을 보여주는 결과이다. 향후 이런 추이가 지속될 것으로 예상되며, 이는 의료이용과 의료비 지출 급증을 초래하여 국민건강보험 재정의 지속가능성에 부정적인 영향을 미칠 것이다.

〈그림 Ⅳ-3〉 연령별 고혈압·당뇨 유병률 증가 추이



주: 지역사회건강조사 결과를 분석함
자료: 홍석철·최윤지(2021)

과도한 의료이용의 증가도 국민건강보험 재정위기를 초래하는 비용측 요인이다. 2017년 문재인 케어 도입 이후 3,000여 개의 비급여 의료서비스를 급여화하는 정책이 추진되고 있으며, 그 결과 국민들이 지출하는 급여화된 의료서비스의 본인부담액이 경감되었다. 이는 의료비 부담을 줄이는 긍정적인 효과를 가져왔지만 불필요한 의료이용을 유발하는 영향도 함께 발생한다. 예를 들어, 2018년 10월 뇌 질환 자기공명영상(MRI) 검사 비용이 국민건강보험 급여 지원으로 전환되면서, MRI를 촬영한 두통환자 수는 2017년 7,899명에

서 2019년 10만 6,698명으로 10배 이상 증가했다.[22] 이렇게 MRI 이용 환자가 증가한 것은 급여화에 따라 미충족 의료가 실현된 결과이기도 하지만, 본인부담이 낮아져 불필요한 MRI 이용이 늘어난 이유도 있다. 물론 그 정도를 구분하는 것은 쉽지 않은 일이지만, MRI의 의료적 활용 목적과 급여화 이전의 추이를 볼 때 후자의 이유가 작지 않을 것으로 판단된다. 이런 사례가 많아질수록 의료서비스 시장의 효율성이 낮아지고 국민건강보험의 재정위기 가능성은 더 커질 수 있다.

급여화 이후 급여 서비스 이용이 증가한 것은 의료수요에서의 도덕적 해이 문제 가능성을 시사하지만, 최근 비급여 의료비 지출이 증가하는 것은 유인수요 가능성도 있음을 시사한다. 정부는 문재인 케어 정책 일환으로 비급여의 급여화를 추진하면서, 2017년 15조 원에 육박하던 비급여 진료비가 2022년까지 4조 8천억 원으로 감소할 것으로 예상했다. 하지만 최근까지 비급여 진료비 규모는 계속해서 증가하고 있다. 이는 신의료기술이 증가한 이유도 있겠지만, 많은 비급여 항목의 급여화에 따른 수익 감소를 새로운 비급여 항목으로 메우려는 의료공급자의 유인수요도 일조했을 것으로 보인다.

한편 건강보험 보장성 강화에도 불구하고 의료서비스 건강증진 효과가 점차 감소하는 것도 국민건강보험 재정위기를 초래하는 또 다른 요인이다. 앞서 국민건강보험의 적정 보장성에 대해 논의하면서 고령인구가 증가할수록 의료보장성의 한계편익과 수요가 증가할 것으로 예상하였다. 하지만 최근 추이를 보면 의료보장성의 한계편익은 오히려 줄어들고 있다. 예를 들어, 한국인의 기대수명과 건강수명의 추이를 살펴보면, 기대수명은 2012년 80.9세에서 2018년 82.7세로 증가했지만 질병 없이 살아가는 수명인 건강수명은 2012년 65.7세에서 2018년 64.4세로 줄어들었다. 같은 기간 의료보장성 강화에 따라 의료접근성이 개선되고 의료이용과 의료지출이 빠르게 증가했지만 국민들의 건강수준은 오히려 감소했다고 볼 수 있다.

따라서 의료 부문의 효율성이 개선되지 않으면 인구고령화 추이가 가속화될 때 의료보장의 한계편익은 늘어나는 것이 아니라 감소할 수 있음을 시사한다. 결국 의료서비스와 의료보장의 한계편익이 감소하면 동일한 건강증진 효과를 내기 위해서는 이전보다 더 많은 의료비를 지출해야 하며, 이는 국민건강보험의 재정위기를 초래하는 단초가 될 수 있다.

마지막으로 국민건강보험은 보험재정뿐만 아니라 형평성 문제에서도 위기에 직면하고 있

22) 급여화 이후 뇌 MRI의 환자 부담은 38~66만 원에서 9~18만 원으로 감소함(중앙일보(2021. 8. 19), "MRI 찍은 두통환자, 문케어 시행 후 7,899명→8만 2,082명")

다. 국민건강보험은 사회보장 기능을 강화하기 위해 소득수준에 따라 보험료를 차등하고 있다. 따라서 상대적으로 건강하고 경제활동에 적극적인 생산가능인구가 건강보험료 납부 주요 집단이지만, 상대적으로 덜 건강하고 경제활동 비중이 낮은 고령층에게 국민건강보험의 혜택이 집중되는 불균형적인 구조를 가진다.

실제로 65세 이상 노인진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비중은 2015년 37.8%에서 2020년에는 43.1%로 빠르게 증가하고 있다. 다시 말해, 현재 16%의 인구가 전체 의료비의 43%를 지출하고 있다. 이때 국민건강보험은 건강보험료 기반으로 운영되는 사회보험이므로, 이런 불균형이 심화되면 국민건강보험의 안정성이 저해될 수 있다. 최근 조사에 따르면, 국민 다수는 건강보험료를 낸 만큼 혜택을 돌려받지 못할 것 같다고 답을 하였다.[23] 향후 국민건강보험 형평성 문제는 재정 문제와 더불어 국민건강보험의 지속가능성을 낮추는 중요한 이슈로 자리잡을 것으로 예상된다.

다. 위기에 빠진 민영건강보험

민영건강보험의 핵심 기능은 국민건강보험의 미충족 보장을 '보충'하는 기능을 갖는다. 건강보험 공급자로서 국민건강보험과 역할은 중복되지만, 민영건강보험은 사회보장 목적이 아니라 민간의료시장의 보험자 역할과 시장 기능을 높이는 데 충실할 필요가 있다. 하지만 최근 민영건강보험은 국민건강보험보다 더 심각한 위기에 봉착해 있다. 인구고령화가 심화되면서 민영보험의 보충적 의료보장에 대한 수요 역시 빠르게 늘고 있으나, (특히 실손의료보험을 중심으로) 높은 손해율로 인해 오히려 민영건강보험의 공급은 감소하고 있는 것이 위기의 한 면을 보여준다.

실손의료보험의 손해율이 높아진 이유는 가격변화가 의료이용에 미치는 영향을 충분히 검토하지 못한 잘못된 보험 설계로 소비자의 도덕적 해이를 자초한 원인이 크다. 특히 1세대 실손의료보험의 경우 본인부담률이 없게 설계가 되었으며, 이는 소비자와 의료공급자의 과도한 의료이용을 초래하고 민영건강보험의 손해율을 높이는 문제를 초래하였다. 이러한 문제는 비급여 의료서비스 지출에서 심각하게 발생하였는데, 민영건강보험의 비급여 관리 및 심사를 위한 역량과 인프라 부족이 주요한 원인이다. 결과적으로 보면, 민영건강보험의 위기 원인은 국민건강보험의 위기 원인과 대동소이하다. 인구고령화 등으로

23) 국민건강보험공단(2019)의 결과를 참조바람

의료지출과 수요는 빠르게 늘었지만 의료서비스 시장의 비효율성을 초래하는 과도한 의료이용의 문제를 제대로 관리하지 못해 발생했다고 볼 수 있다.

최근 발표한 4세대 실손의료보험의 경우 비급여 특약과 보험료 할증·차등제를 도입하여 보장범위를 축소하면서 초기 실손의료보험에 비해 합리적 의료이용을 유도할 것으로 기대된다. 하지만 비급여 지출 관리 문제가 근본적으로 해결되지 않았으며, 높은 보장과 낮은 본인부담을 갖는 1~3세대 실손의료보험의 계약이 유지되는 한 실손의료보험이 직면한 문제는 당분간 해결되기는 어려울 것으로 보인다.

라. 국민건강보험과 민영건강보험의 상호의존성

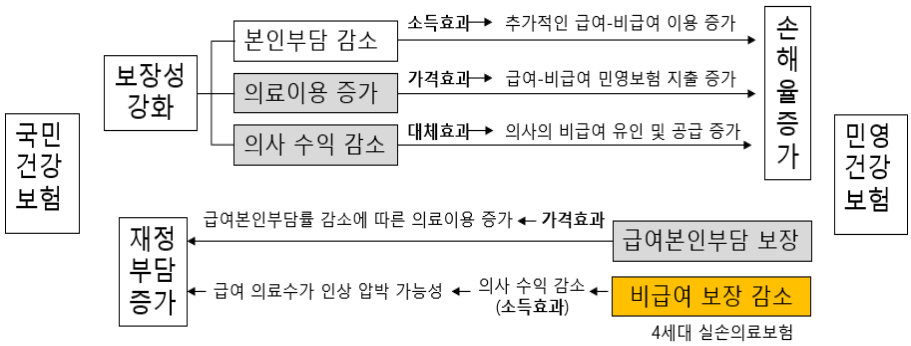
앞서 논의한 문제들을 해결하기 위해서는 국민건강보험과 민영건강보험의 상호의존성을 면밀히 검토할 필요가 있다. 양 보험의 정책과 제도는 보험자, 의사, 국민 간의 복잡한 이해관계로 얽혀 있으며, 인구고령화 대응 과정에서 의료보장성이 높아지면서 상호의존성이 더욱 높아지고 있기 때문이다.

〈그림 Ⅳ-4〉는 양 보험의 상호의존성을 정리한 도표이다. 우선 국민건강보험의 보장성 강화 정책은 몇 가지 경로를 통해 민영건강보험의 손해율을 높이고 재무적 부담을 가중할 가능성이 존재한다. 첫째, 국민건강보험 보장성 강화로 급여 의료비의 본인부담이 감소하면 추가적인 의료이용 여력이 발생하면서 급여 또는 비급여 의료이용 증가를 초래할 수 있으며, 이런 소득효과는 불필요한 의료이용을 초래하여 실손의료보험의 손해율을 높일 수 있다. 둘째, 국민건강보험의 보장성이 높아지면 유효가격 하락으로 전체적인 의료수요가 증가할 것이고 그 결과 의료서비스의 가격 상승이 예상된다. 따라서 중장기적으로 보면 의료서비스의 단가 상승으로 이어져 민영건강보험의 지출을 높이는 결과를 초래할 수 있다. 마지막으로 국민건강보험의 보장성 강화 정책 일환으로 많은 비급여 서비스를 급여화하면서 의료공급자의 수익 감소가 예상되며, 줄어든 수익을 만회하기 위해 좀 더 수익률이 높은 비급여 서비스로의 유인 또는 비급여 서비스 공급 증가가 발생하고 이로 인해 민영건강보험의 손해율이 악화될 수 있다.

민영건강보험제도가 국민건강보험의 재정 부담을 증가시킬 가능성도 작지 않다. 우선 핵심적인 영향은 실손의료보험이 국민건강보험 급여 서비스의 본인부담에 대해 추가적인 보장을 해주는 것에서 발생한다. 실손의료보험 가입자는 급여 서비스의 본인부담률이 더

욱 낮아지기 때문에 도덕적 해이 가능성이 더 커지고 결국 급여 의료서비스 이용량을 증가시켜 국민건강보험의 재정부담을 가중하게 된다. 또한 실손의료보험의 손해율을 낮추기 위해 4세대 실손의료보험에서는 비급여 서비스의 보장 범위를 축소했지만, 이로 인해 의료공급자의 수익이 감소한다면 급여 항목의 의료수가 인상 요구가 커질 가능성도 있다.

〈그림 Ⅳ-4〉 공·사 건강보험의 상호의존 관계도



위에서 논의한 국민건강보험과 민영건강보험의 상호의존성에 대해서 각 경로의 영향이 얼마나 유의한지는 실증적으로 검토가 필요하다. 중요한 것은 현재 양 보험 정책은 국민의료비를 동시에 증가시키는 방향을 작동하고 있으며, 양쪽 모두 의료지출의 효율성을 낮추는 결과를 초래하고 있다는 사실이다. 인구고령화 시대에는 의료보장성에 대한 수요가 높아져 위와 같은 의존성이 더 커질 가능성이 있다. 따라서 향후 국민건강보험과 민영건강보험의 효율적인 의료지출 관리와 재정의 지속가능성을 위해서는 상호의존성을 고려한 포괄적인 대책 마련이 요구된다.

4. 인구고령화 시대, 공·사 건강보험의 나아갈 방향

인구고령화 시대에 국민건강보험이 직면한 위기를 극복하기 위해 가장 필요한 정책 중 하나는 합리적인 의료이용을 이끌어내는 것이다. 이는 의료서비스 수요와 공급 모두에 해당하며, 합리적인 의료비 지출을 이끌어 재정위기를 막고 형평성을 개선하고 궁극적으로 건강보험의 안정성을 유지하기 위한 유일한 해법이다.

합리적인 또는 적정 수준의 의료수요를 유도하기 위해서는 환자와 소비자의 도덕적 해이를 최소화할 필요가 있다. 특히 본인부담과 의료서비스의 가격 변화에 따른 소비자의 의료이용 변화를 과학적으로 분석하여 도덕적 해이를 최소화할 수 있는 적정 보장성 확보가 중요하다. 또한 관리의료체계 도입도 고려해야 한다. 주치의제도는 합리적 의료수요를 이끌 방안이 될 수 있으며, 정보통신기술에 기반한 디지털 헬스케어 등 혁신 기술을 접목하면 그 효과를 높일 것으로 기대된다. 합리적인 의료공급을 유도하기 위해서는 진료비지불제도의 개선이 필요하다. 포괄수가제를 확대하고 총액계약제 등 관리형 진료비지출제도 도입의 타당성 검토도 필요하다. 또한 의료인의 합리적인 비급여 의료 공급 유도 대책도 시급히 마련되어야 한다.

또한 비급여 관리 강화 대책도 시급하다. 과도한 비급여 지출은 건강보험 보장률을 낮추고 민영건강보험의 손해율을 높이는 주된 요인이다. 우선 비급여 의료서비스를 표준화하고 가격 및 효과성 공개가 필수적이다. 현재 비급여 의료서비스 시장은 급여 시장에 비해 정보비대칭 문제가 크다. 비급여 의료서비스는 경쟁적인 민간의료시장에서 거래되는 서비스이지만 정보비대칭이 해소되지 않으면 효율적인 시장이 될 수 없으며, 비효율에서 발생하는 비용 대부분은 국민에게 돌아가게 된다.

비급여 서비스 가격과 효과성 공개와 더불어 비급여 서비스의 합리적 가격 결정 체계로 갖출 필요가 있다. 건강 혜택의 가치를 반영하여 가격이 결정되어야 하며, 이를 위해서는 의료기술 평가와 경제성 평가가 제대로 이루어져야할 것이다.

더 나아가 급여·비급여 의료이용 및 지출의 통합 관리 시스템 구축도 중요하다. 급증하는 국민의료비를 효율적으로 관리하고 합리적인 건강보험제도를 구축하기 위해서는 급여뿐만 아니라 비급여 의료이용 및 지출을 통합적으로 관리할 필요가 있으며, 건강보험제도와 정책에 따른 급여·비급여 의료이용 변화에 대한 분석에 활용해야 한다.

한편 효율적인 건강보험제도를 구축하기 위해서는 국민건강보험과 민영건강보험의 역할 재정립이 필요하다. 우선 국민건강보험은 공보험의 역할에 충실하도록 역할 재정립이 필요하다. 문재인 케어 도입 이후 필수적인 의료 영역에 대해 적정한 의료보장이 제공되고 있는지 점검이 필요하며, 코로나19 대유행으로 현저하게 추락한 국민건강을 회복하고 계층 간 건강격차를 줄이는 데 공보험의 역할을 집중해야 한다. 또한 치료 중심의 의료비 보장에서 벗어나 건강관리 등 근본적인 건강리스크 관리 방향으로 국민건강보험의 기능을 조정할 필요가 있다.

국민건강보험의 형평성 제고를 위한 대책 마련도 인구고령화 시대에 국민건강보험이 해결해야 할 숙제이다. 인구고령화가 심화될수록 현재의 사회보험 방식으로 보편적인 의료보장을 유지하는 것은 한계가 존재한다. 특히 보험료 납부 비중이 높고 상대적으로 건강한 젊은 층에 대한 국민건강보험 혜택을 어떻게 높일 수 있을지에 대한 대책이 필요한 시점이다. 이 문제가 실질적으로 해결되지 않으면 중장기적으로 국민건강보험은 보험료 기반의 사회보험 방식보다는 조세 또는 국고지원 방식으로 전환될 가능성도 배제할 수 없다.

반면 민영건강보험은 국민건강보험의 보완형적 역할을 더 강화하고 공공성을 높이는 방향으로 제도를 개편할 필요가 있다. 가장 시급한 개선이 필요한 것은 국민건강보험의 급여 서비스에 대한 급여본인부담금에 대해 민영건강보험이 추가 보장을 하는 정책이다. 초기 실손의료보험이 경험했듯이 본인부담을 필요 이상으로 낮추는 것은 보험 건전성을 저해하는 주된 원인이다. 그동안 실손의료보험의 급여본인부담금에 대한 추가 보장은 국민건강보험의 효율성을 낮추고 공공성을 저해하였다고 판단된다. 이런 점을 감안하여 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장을 제외하거나 본인부담이 매우 높고 공보험의 의료보장이 미흡한 급여 항목에 한해 본인부담 추가 보장을 허용하는 정책이 필요해 보인다.

또한 민영건강보험은 인구고령화 시대를 대비하여 새로운 건강보험 수요에 대응할 필요가 있다. 인구고령화가 심화되고 건강수명에 대한 수요가 증가할수록 요양, 돌봄, 간병, 건강관리, 신의료기술 등에 대한 수요가 증가하고 이와 관련한 재무적 불확실성을 보장받고 싶은 사회적 수요가 증가할 것이다. 따라서 새로운 영역에 대한 보장은 민영건강보험의 부가가치 창출에 도움이 될 뿐만 아니라 인구고령화 시대에 국민복지 개선에도 기여하는 바가 클 것으로 예상된다. 그런 만큼 정부는 관련 산업의 육성을 위한 적극적인 지원에 나설 필요가 있다. 더불어 민영건강보험은 관련 시장에서 지불자로서 역할을 강화하여 신산업 활성화를 선도하고 경제 혁신을 이끌어야 할 것이다.

끝으로 우리 사회는 인구고령화와 더불어 4차산업혁명 시대를 함께 맞이하고 있다. 4차산업혁명의 핵심은 산업 간 융합이며, 빅데이터와 인공지능이 핵심 기술이다. 2016년 이코노미스트지의 조사에서 건강 영역은 4차산업혁명으로 가장 혜택을 볼 분야로 선정된 바 있다. 4차산업혁명의 핵심기술이 의료부문과 접목하면 건강증진과 의료효율성 개선을 통해 부가가치 창출 가능성이 크다는 의미이다. 디지털 헬스케어, 디지털 치료, 스마트병원 등 의료 분야의 최신 트렌드는 이런 기대가 반영된 것이다.

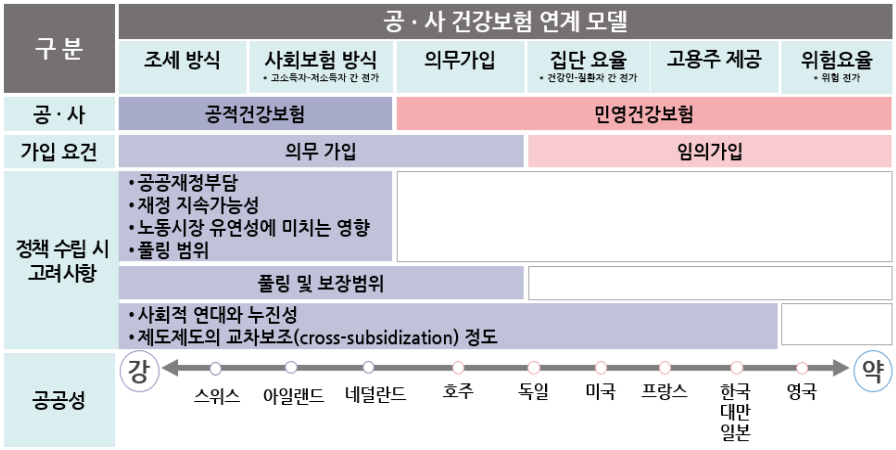
건강보험은 건강과 의료부문에서 4차산업혁명의 혁신을 이끌 주체가 되어야 한다. 혁신

은 의료서비스의 한계비용을 낮춰 미래 의료비용을 낮추고 의료보장성을 높이는 중요한 역할을 할 것이다. 이때 혁신 기술과 서비스는 건강보험을 통해 공급될 때 국민 편익이 가장 크게 발생하므로 건강보험은 혁신 개발 지원과 도입에 적극 나서야 한다.

V 논의를 마치며

공·사 건강보험의 관계를 어떻게 설정하느냐에 따라 효율적인 보완관계가 될 수도 있겠지만 경우에 따라서는 불필요한 중복, 과도한 비용의 부담, 그리고 무분별한 의료서비스의 과다이용 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·사 건강보험 연계 방식은 〈그림 V-1〉과 같이 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.

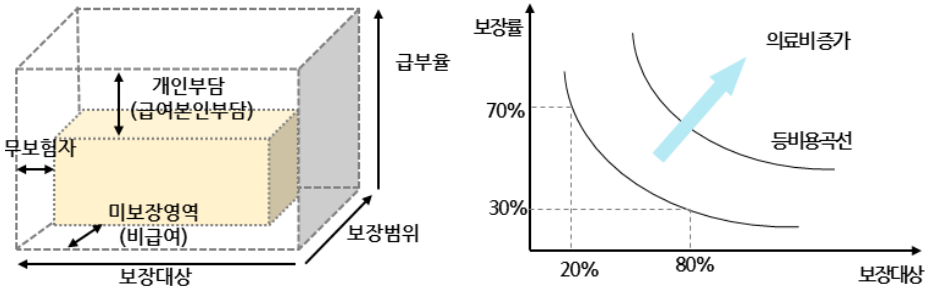
〈그림 V-1〉 공·사 건강보험 연계 모델



또한, 전 국민 건강보장 달성을 위한 보장성 강화 정책은 한정된 재정 규모를 고려하여 구성원 간의 사회적 합의를 통한 지속적인 개선이 중요하다. WHO에 의하면 건강보장 혜택

인구비율, 급여항목 범위, 급여율 간의 합리적인 조합을 통한 지속적인 개선이 보다 중요하다고 강조하고 있다. 보장성 강화의 의미는 〈그림 V-2〉의 작은 상자를 넓히는 과정이라고 이해할 수 있는데, 여기서 WHO의 의미는 한정된 재정 규모에서 어느 한 축에 비효율적으로 편중되지 않는 합리적인 조합으로 상자를 넓혀야 함을 강조하고 있다고 볼 수 있다. 그런데 한편으로, 〈그림 V-2〉의 그래프에서 보듯이 보장성 확대에 따라 의료서비스 이용량의 증가는 불가피하기 때문에, 보장성 확대에 따른 재정부담은 불가피하다는 점을 간과해서는 안 된다.

〈그림 V-2〉 건강보험 보장성 강화의 의미와 의료비와의 관계



자료: OECD(2016)

향후 인구고령화에 따른 의료수요 증가와 코로나19 장기화에 대응하기 위해서는 국민 전체의 후생을 증대하는 방향으로 공·사 건강보험의 역할 확대를 도모할 필요가 있으며, 이를 위해 다양한 이해관계자 간의 지속적인 논의의 장이 마련되길 기대해 본다.

참고문헌

건강보험심사평가원(2020),「7개 질병군 포괄수가제 개편 안내」,『건강을 가꾸는 사람들』, 2020년 1·2월호, vol. 174

_____(2021),『수정체수술의 의료서비스 이용현황 분석』

건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2021),『2020년 건강보험통계연보』

공인식(2020),「비급여 관리 정책현황 및 발전 방안」,『HIRA 정책동향』, 14(6), pp. 7~22

국민건강보험공단(2019),『건강보험료 가치와 적정 의료이용에 대한 조사』

국민건강보험공단(2020a),『2019 주요수술 통계연보』

_____(2020b),「눈 초음파 등 안과질환 검사, 절반 이하 가격으로?」,『건강보험(웹진)』, vol. 266

_____(2021),『2020년도 건강보험환자 진료비 실태조사』

금융위원회(2012. 8. 30),「실손의료보험 종합개선대책」

김용익(2018),「건강보장과 국민건강보험공단의 역할」,『보건행정학회지』, 28(3), pp. 210~216

김우현·이은경·김대환·김윤(2018),『건강보험 보장성 강화 정책의 효과 분석: 4대 중증질환을 중심으로』, 한국조세재정연구원

백인립·박현수·조창현·김영제·이수철(2011),『민간의료보험 가입 및 의료이용에 미치는 영향 분석』, 한국의료패널 학술대회 자료집, pp. 29~52

보건복지부(2019),『제1차 국민건강보험종합계획〈2019~2023〉』

신현웅·윤장호·강성욱·김태은·여나금·심보람(2015),『국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

의료제도개선기획단(2006),『제4차 의료산업선진화위원회 심의안건』

이현복·최기춘·조정완·송성효·석지혜·신다미(2017),『국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험 개선에 대한 연구』, 국민건강보험공단

정성희·문혜정(2020),「최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점」,『KIRI 리포트』, 보험연구원

_____(2021),「백내장수술의 실손의료보험 보험금 현황과 과제」,『KIRI 리포트』,

보험연구원
정용주(2021),「건강보험 보장성 강화 및 지속가능성 제고 방안 연구」,『한국콘텐츠학회 논문지』, 21(4), pp. 96~110
최기춘·이현복(2017),『국민건강보험과 민간의료보험의 역할 정립을 위한 쟁점』, 보건복지포럼
최성은(2016),「민간의료보험의 역할과 의료서비스 이용에 관한 연구」,『응용경제』, 18(4), pp. 79~97
최재우·장성인·장석용·김승주·박혜기·김태현·박은철(2016),「포괄수가제도 당연적용 효과평가」,『보건행정학회지』, 26(2), pp. 135~147
한국신용정보원(2016),『신용정보원 빅데이터 분석 결과』
홍석철(2019),「문재인 케어, 지속가능한가?」, 서울대 금융경제세미나 발표자료
_____(2021),「의료비 줄이면서 건강한 나라 만드는 법」,『정책의 시간』, 생각의 힘
홍석철·최윤지(2021),「인구고령화와 국민건강 추이」, 서울대 금융경제연구원
황수희(2021),『수정체수술의 의료서비스 이용현황 분석』, 건강보험심사평가원
황현아·정성희(2021),「건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계」,『CEO Brief』, 보험연구원

OECD(2016), *OECD Health care coverage in OECD Countries in 2012*

OECD Health Statistics

부록

정책토론회 패널토론 및 답변 내용

1. 패널토론

가. 권정현(KDI 연구위원)

○ 공·사 건강보험은 상호 영향을 미치므로 각 제도의 설계 및 정책 조율은 상호 영향에 대한 면밀한 이해를 바탕으로 이루어질 필요가 있음

- 실손의료보험은 국민건강보험과 함께 우리나라 의료보장의 한 축으로 간주할 수 있지만, 민간에서 공급하는 상품이므로 공공성을 강조하는 부분에 대해서는 조심스럽게 접근할 필요가 있음

○ 공·사 건강보험의 지속성 위기는 ① 의료서비스 이용 통제 기전의 부재, ② 비급여 의료서비스 관리 방안 부재에서 기인함

- ① 국민건강보험은 급여화 후 의료이용 증가를 예측할 수 있었으나 이에 대한 통제 기전을 마련하지 못하였고, 실손의료보험은 본인부담이 없거나 낮은 상품 설계로 인해 의료이용을 더욱 증가시킴
- ② 비급여 의료이용이 양적으로 증가하고 있고, 실손보험금 중 약 70%가 비급여 의료비 지출임에도 불구하고 비급여 명칭, 가격 파악, 통계집적 등 체계적 관리가 부재함

○ 의료보장 위기에 대응하기 위하여 ① 의료이용 통제 기전 마련, ② 국민건강보험 재정 지속가능성과 형평성 논의, ③ 공·사 건강보험 연계자료 구축 및 분석, ④ 비급여 의료서비스 관리, ⑤ 건강보험 보장성 강화 전략 재고 등의 방안이 마련되어야 함

- ① 행위별 수가제 외 다양한 수가제도 활용 방안을 모색하고, 의료전달체계 관리(일차의료 중심, 주치의 제도 등)를 강화하여 불필요한 의료이용을 억제해야 함
- ② 건강한 젊은 인구에게 제공할 수 있는 국민건강보험 혜택은 제한적이므로, 고령 인구의 과도한 의료이용 통제를 위한 대응 방안(예방, 건강관리 강화, 돌봄 강

화 등) 마련이 필요함

- ③ 증거에 기반한 정책 설계 및 제도 조정을 위해 비급여 의료이용을 파악할 수 있는 자료를 구축해야 함
  - 실손의료보험 가입자의 의료이용 증가에 대한 논의는 총량적 접근이 아닌 서비스 유형별, 세부 집단별 분석 등 미시적 관점에서의 접근이 필요함
- ④ 비급여 의료서비스 코드 및 명칭 표준화, 진료비용 고시 등을 통한 비급여 관리 체계를 마련해야 하고, 비급여 의료비 청구에 대한 심사체계 도입 등 의료공급자 대상의 보다 적극적인 기제도 고려할 수 있음
- ⑤ 급여화 항목 설정은 보장률이 아닌 건강 효과 등 효율성을 기준으로 해야 하며, 가변적 지표인 보장률 목표 대신 보장 적정성 수준에 대한 합의를 도출해야 함

나. 김대환(동아대학교 교수)

○ 우리나라 보건의료체계에서 문제의 핵심은 비급여이며, 이를 해결하기 위해서는 정부의 역할이 필수적임

- 보건의료시장은 수요자와 공급자 간 정보의 비대칭이 가장 큰 시장이므로, 정부의 공급자 관리가 핵심임

○ 지금까지는 보장률을 높이기 위해 급여비(분자)를 높이는 것에 집중해 왔지만, 국민의 전체 후생을 높이기 위해서는 비급여 진료비(분모) 관리에 집중해야 함

○ 모든 비급여를 급여화한 후 이에 대한 심사는 건강보험심사평가원이 수행하고, 의료비 보장은 공·사 건강보험이 함께 하는 방향으로 나아가야 함

- 단, 급여율은 효율성 평가에 따라 달리 설정하고, 새로운 비급여 생성을 통제하는 기전이 바탕되어야 함
- 위와 같은 방향하에서는 실손의료보험이 급여비만 보장하므로 공·사 건강보험이 상생할 수 있음

○ 국민건강보험이 실손의료보험을 동반자로 인정해야 지속가능한 보건의료체계 구축이 가능함

- 국민을 위한 가장 이상적인 공·사 건강보장체계의 청사진을 그리고 난 후에 미시적인 문제를 해결해나가야 함

다. 김지훈(손해보험협회 본부장)

○ 공·사 건강보험이 직면한 위기에 대응하고 중장기적으로 상생하기 위해서는 함께 소통하며 체계적인 청사진을 마련해야 함

○ 공·사 건강보험의 상생을 위해서는 ①공조를 위한 법적기반 마련, ②문제 비급여에 대한 공·사 공동 대응, ③공·사 건강보험 정보교류 창구 마련 등의 과제를 함께 풀어나가야 함

- ① 공·사 건강보험이 청사진하에서 각자의 역할을 유기적으로 수행하기 위해서는 협조를 공식화하는 법적기반을 마련해야 하며, 하위법령 제정 시 공·사 협력과제에 대한 의제를 명시적으로 기술할 필요가 있음
  - 심의대상에 비급여 의료비 관리에 대한 사항을 포함하여 실질적 효과가 나타날 수 있도록 해야 함
- ② 현재 문제 비급여에 대해서는 공·사가 함께 시급성, 필요성에 따라 선별적으로 대응할 필요가 있음
  - 문제 비급여에 한해 진료의 양과 범위를 표준화하는 등 진료 기준, 진료 프로토콜을 확립할 필요가 있음
- ③ 보험금 누수를 방지하기 위해 공·사 건강보험의 정보교류 창구를 마련할 필요가 있음
  - 일부 의료기관에서 공·사 건강보험의 청구 영수증을 달리 발급하는 등 보험금 누수가 발생하고 있어 영수증 교차검증 등의 시스템 마련이 필요함

○ 국민 생활수준 향상, 인구고령화 등의 상황에서 한정된 의료비 재원을 효율적으로 배분하고 의료서비스를 합리적으로 이용할 수 있도록 공·사가 협력할 수 있기를 기대함

라. 박상민(서울대학교 교수)

○ 비급여 의료이용의 증가는 의료공급자 측면(의료기관 경영 문제), 의료수요자 측면(수요변화, 유인 수요 등)의 원인이 복합적으로 작용한 결과임

- 의료공급자와 의료소비자 모두 건강보험의 지불보상체계에 영향을 받아 불필요한 입원 증가 등의 현상이 나타남

○ 정책이 시스템 내 행위자의 왜곡된 행태를 유도하지 않도록 하기 위해서는 전체 시스템을 고려한(System thinking) 제도 설계가 필요함

- 전체 시스템을 고려하지 않은 제도를 설계할 경우 개개인의 이해당사자 입장에서는 이익을 극대화하는 합리적 선택을 하는 것이지만 전체 시스템에 위기를 초래하는 결과를 불러옴

○ 전체 시스템을 고려한 제도를 설계하기 위해서는 ① 지속적인 논의의 장 마련, ② 융합 데이터베이스 구축 등이 필요함

- ① 다양한 이해관계자가 모인 논의의 장을 지속적으로 마련해야 하며, 논의의 결과를 바탕으로 건강보장체계의 청사진을 그리는 코어 그룹을 주축으로 하여 주기적으로 청사진을 업데이트해 나가야 함
- ② 근거 중심으로 전체 시스템을 개선할 수 있도록 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보험회사, 소비자 등 다양한 주체가 보유하고 있는 데이터를 활용할 수 있도록 융합 데이터 플랫폼을 구축할 필요가 있음

마. 변진옥(건강보험연구원 연구위원)

○ 공·사 건강보험제도 모두 재정 및 지속성 위기에 처해 있지만 두 제도의 근본적인 차이와 위기 원인의 차이에 대한 이해가 필요함

- 국민건강보험은 모든 국민이 강제적으로 가입하여 필요에 따라 보장받는 전 국민 대상의 공적보험이고, 실손의료보험은 능력에 따라 보장받는 사적 계약이므로 보호하는 권익이 다름
- 또한 실손의료보험 위기의 원인인 비급여 이용 증가는 국민건강보험의 보장성 강화 때문이 아니라, 시장의 욕망과 실손의료보험 제도의 특징에 기인함

○ 공·사 건강보험이 보완적인 관계를 유지하기 위해서는 실손의료보험의 급여본인부담금 보장을 재고할 필요가 있음

- 실손의료보험의 급여본인부담금 보장은 국민건강보험의 보장성이 많이 낮은 수준이었던 과거에 사회적 합의를 이룬 것이므로 재고가 필요함
- 실손의료보험이 급여본인부담금을 보장하지 않으면 본인부담상한제 등 일부 논의들은 자연스럽게 사라질 것임

○ 공·사 건강보험의 통계는 소비자의 이익을 위해 적극적으로 활용되어야 하며, 향후 공·사 협력을 위한 법적근거 마련 시 두 제도의 본질적 차이와 제도적 지위(민영의 보완적 역할)가 충분히 고려되어야 함

- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원은 현재 비급여 관리를 위한 인프라를 구축 중이며, 민간과의 자료 공유는 앞으로 더 고민해 보아야 할 지점임

바. 장성인(연세대학교 교수)

○ 국민건강보험은 국가가 국민들의 의료이용을 보장하여 국민들이 오랫동안 건강한 삶을 살 수 있도록 하는 것을 목표로 만든 사회보험제도이며, 공·사 건강보험의 다양한 논의는 이와 같은 관점에서 이루어져야 함

○ 즉, 빠르게 고령화되고 있는 대한민국 사회에서 국민들이 건강한 삶을 유지하도록 하기 위해서는 공·사가 어떻게 각자의 역할을 할 수 있을 것인가에 초점을 맞추어 공·사 건강보험 재정건전성 유지 방안을 모색해야 함

- 이와 같은 관점에서 보면, 단순히 실손의료보험의 손해율이 높아서 운영이 어렵다는 이유만으로 국민건강보험이 실손의료보험의 애로사항을 굳이 함께 해결해야 하는가에 대한 의문이 생김

○ 공·사 건강보험은 각각의 장점을 가지고 있으므로, 각 주체가 필요한 역할을 수행하며 건강보장 체계 및 시장을 발전시켜나가는 것이 상생 전략이 될 것임

- 국민건강보험은 필요에 따라 의료서비스를 제공함으로써 의료자원을 가장 효율적으로 배분할 수 있음
- 실손의료보험은 능력에 따라 의료서비스를 배분하므로 효율성은 떨어지는 반면, 국민들이 더 나은 의료서비스 이용을 위하여 더 많은 자원을 투입할 의사가 있다는 것을 시장에 반영해 줌

2. 발표자 답변

가. 이진용(심사평가연구소 소장)

○ 건강보험심사평가원이 민영건강보험 관련 심사에 대응하며 민영건강보험과 감정의 골이 깊어져 옴

- 건강보험심사평가원이 자동차보험 심사에 대응하여 민영건강보험에 상당한 이익을 제공하였으나 시간이 흐를수록 요구사항이 많아지고 관련 심사자료도 심사 후 삭제되어 연구용으로도 사용할 수 없는 경험 등이 누적됨

○ 토론자께서 모든 비급여를 급여화한 후 건강보험심사평가원이 심사를 담당하라는 의견을 주었으나, 역으로 민간형 건강보험심사평가원을 만들어 가입자 및 의료기관 관리를 더욱 강하게 수행하고, 이로 인해 공보험이 덕을 보는 경험을 해보고 싶다는 의견을 제시하고 싶음

○ 여러 가지 감정의 골에도 불구하고 공·사 건강보험 협력을 시작해볼만 하다고 평가하고 있으며, 천천히 시간을 가지고 논의를 진행해 나갈 것을 제안함

나. 정성희(보험연구원 실장)

○ 공·사 건강보험이 한 자리에 모여 논의함으로써 서로의 입장을 더욱 잘 이해할 수 있게 되었으므로, 향후 금일 논의된 사항을 중심으로 하여 논의를 더욱 진전시킬 수 있을 것임

○ 금일 공·사 논의를 통해 ① 비급여 심사체계 구축의 필요성, ② 공·사 정보 교류의 필요성, ③ 과도한 의료이용 항목 중심의 공·사 대응 필요성 등에 대해서 공감대를 이룬 것으로 생각됨

- 현재 청구간소화가 되어 있지 않아 데이터 집적의 어려움이 있으나, 향후 전자적 방식으로 데이터가 집적되면 공·사 건강보험 통계 교류가 용이해질 것임

다. 홍석철(서울대학교 교수)

○ 코로나19 이후 디지털 치료제, 메타버스에서의 의료 교육, 스마트 병원 등 사회가 빠르게

변화하고 있는데, 향후 의료계에서 이러한 변화를 만들어 가는 데 있어서 보험의 역할이 중요할 것으로 생각됨

○ 최근 국민건강보험공단과 서울대학교가 건강보험 빅데이터 분석센터 설치 및 운영 MOU를 맺었는데, 건강보험 빅데이터와 사회·경제 분야의 데이터 연계·융합 연구를 지원하여 우리 사회에 닥친 문제들을 해결하고 새로운 혁신을 이룰 수 있기를 기대하고 있음

○ 공·사 건강보험 또한 지속적인 논의를 통해 인구고령화 시대에 양 보험이 상생하고 사회 문제를 함께 해결할 수 있는 해법을 찾아나가기를 바람

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

정성희 서울대학교 통계학 박사 / 보험연구원 선임연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

홍석철 University of Chicago 경제학 박사 / 서울대학교 경제학부 교수
(E-mail : sokchul.hong@snu.ac.kr)

이진용 서울대학교 의과대학 의료관리학 박사 /
건강보험심사평가원 심사평가연구소 소장
(E-mail : jylee00@snu.ac.kr)

황수희 서울대학교 의과대학 의료관리학 박사 /
건강보험심사평가원 심사평가연구소 부연구위원
(E-mail : sooheehwang@hira.or.kr)

문혜정 연세대학교 경제학 석사 / 보험연구원 연구원
(E-mail : hjmun@kiri.or.kr)

이슈보고서 2022-01

국민건강보험과 민영건강보험의 역할과 과제

발 행 일 2022년 2월
발 행 인 안 철 경·장 용 성
발 행 처 보험연구원·서울대학교 금융경제연구원
주 소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩
서울특별시 관악구 관악로1 서울대학교 83동 102호
인 쇄 소 고려씨엔피

ISBN 979-11-89741-73-0
979-11-89741-37-2(세트)