

민간보험을 활용한 국민건강보험 본인부담제 보완방안



글·오영수 |
보험개발원 보험연구소 소장

1. 국민건강보험제도 급여에 대한 평가

국민건강보험제도는 전국민에게 강제 적용되는 제도로서, 우리나라 건강보험제도의 근간을 이루고 있다. 국민건강보험의 급여체계는 법정

급여¹⁾와 임의급여²⁾로 나뉘는데, 법정급여는 현물급여³⁾인 요양급여⁴⁾ 및 건강검진⁵⁾과 현금급여⁶⁾로 구성되며, 임의급여는 현금급여인 장제비와 본인부담금보상금으로 구성된다(〈표 1〉 참조).

-
- 1) 법정급여는 국민건강보험법에서 규정한 요양급여로서, 질병, 부상, 출산 등에 대한 급여(진찰, 검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술기타의 치료, 예방, 재활, 입원, 간호, 이송)임.
 - 2) 국민건강보험법에서 규정한 요양급여 이외에 대통령령이 정하는 바에 의해 지급하는 장제비, 본인부담액 보상금임.
 - 3) 현물급여는 요양기관(병·의원 등) 등으로부터 본인이 직접 제공받는 의료 서비스 일체를 말함.
 - 4) 요양급여는 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 급여를 제공하는 것을 말함.
 - 5) 건강검진은 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 가입자 및 피부양자에 대하여 2년에 1회 무료 실시하는 건강검진을 말함.
 - 6) 가입자 및 피부양자의 신청에 의하여 국민건강보험공단에서 현금으로 지급하는 것을 말함.

<표 1> 보험급여의 종류 및 범위

구분	종류	급여대상	대상
법정급여	요양급여	현물	가입자, 피부양자
	건강검진	현물	가입자, 피부양자
	요양비(만성신부전증환자의 복막관류액 구입비)	현금	처방전에 의해 직접 구입한 가입자, 피부양자
	출산비	현금	가입자, 피부양자
	장애인 보장구 급여비	현금	장애 등록된 가입자, 피부양자
임의급여	장제비	현금	가입자, 피부양자
	본인부담금보상금	현금	가입자, 피부양자

자료: 국민건강보험공단 홈페이지.

그런데 이러한 급여제도는 국민건강보험이 법정급여의 일부만 담보함으로써 전체 진료비 중 약 52%만을 보장하고 있는 데서 한계를 드러내고 있다. 최근 급여제도를 변경하여 보장의 충분성을 확보하려는 시도⁷⁾로 과거에 비해 보장성을 강화한 것으로 평가되지만, 이번 조치에도 비급여를 어떻게 법정급여화할지에 대해서는 명확한 일정이 제시되지 못해 아쉬움이 남는다.

이렇듯 여전히 국민건강보험의 보장 수준이 높지 못할 것으로 예상됨에 따라 국민들은 높은 보험료를 부담하지만 MRI 검사, 신의료기술·신약을 이용한 치료 등 실제 필요한 고액 의료서비스가 보험급여 대상에서 제외된 것에

대해 가장 큰 불만을 가지고 있는 것으로 조사되었다⁸⁾.

결국 국민들은 국민건강보험제도가 획기적으로 개선되지 않는 상황에서는 높은 수준의 본인부담을 해결하기 위한 방안을 스스로 강구하지 않을 수 없게 된다. 이러한 방안에는 여러 가지가 있겠으나, 민간보험을 활용하는 방안이 가장 보편적으로 활용될 수 있다. 이에 본고에서는 민간보험을 활용하여 본인부담을 완화하는 방안에 대해서 알아보고, 이러한 방식이 더욱 활성화되기 위해서 해결해야 될 과제와 대안을 제시하기로 한다.

7) 보건복지부는 고액·중증질환에 대한 건강보험의 보장성을 강화하여 가계 파탄 등을 방지하고자, 「건강보험적용 진료비 본인부담상 한제」를 5월부터 실시할 예정이다. 이것의 핵심 내용은 6개월간 진료비를 합산하여 환자 법정본인부담금이 300만원을 넘는 경우, 초과 진료비를 국민건강보험공단이 전액 부담하고, 본인부담금이 150만원을 초과하고 300만원 이하인 경우에 그 초과금액의 50%를 환급하는 것이다. 여기에 적용되는 진료비는 입원 이외에 외래 및 약제까지 포함하며, 제외된 비급여 항목을 지속적으로 급여항목으로 전환하여 보장 확대할 계획이다.

8) 이 설문조사는 비록 이번의 조치가 있기 전에 조사된 것이지만, 비급여 문제가 해결되지 않은 현상황에서 다시 조사한다 하더라도 비슷한 결과가 나올 것으로 예상됨.

〈표 2〉 연행 국민건강보험제도에 대한 불만족사유(복수응답)

	고액의료서비스 항목의 제외	높은 본인부담금	높은 보험료수준	가입자간 보험료부담의 형평성 결여	기타	응답자1인당 응답항목수
응답비율	57.2%	33.5%	40.7%	28.8%	4.1%	1.64
순 위	1	3	2	4	5	

주: 1) 응답비율 = (각 항목 선택자수/등 설문문항에 대한 총응답자수)
 2) 2002년 조사된 결과임.
 자료: KoTi, 『우리나라 건강보험제도의 효율적 운영방안』, 2002. 10.

2. 민간건강보험의 국민건강보험 보완영역

민간건강보험은 상해보험 및 암보험을 중심으로 발전해오다가 국민들의 건강에 대한 관심 고조로 국민건강보험을 보완하는 종합적인 민간건강보험으로 전환되고 있다. 한 연구에서 행해진 설문조사의 결과에 따르면 민간보험회사로부터 제공받기를 원하는 보장 내용에 대한 의견을 묻는 질문에 대해서 국민건강보험에서 적용 제외되는 고액의료비용(응답자의 68.2%)

및 본인부담분 전액(응답자의 44.5%)에 대한 보장을 가장 원하고 있는 것으로 나타났다(〈표 3〉 참조). 특히 응답자들은 「저가격·저혜택」의 건강보험상품보다는 비용부담이 다소 되더라도 질병이나 상해 발생시 실질적으로 발생하는 의료비를 제대로 보장받기를 원하고 있는 것으로 조사되었다.

따라서 국민들은 국민건강보험의 본인부담분과 비급여 부분에 대해 민간건강보험을 통해 해결하려는 의사가 상당히 높은 것으로 판단된다.

〈표 3〉 민영보험사로부터 제공받길 원하는 보장내용에 대한 의견(복수응답)

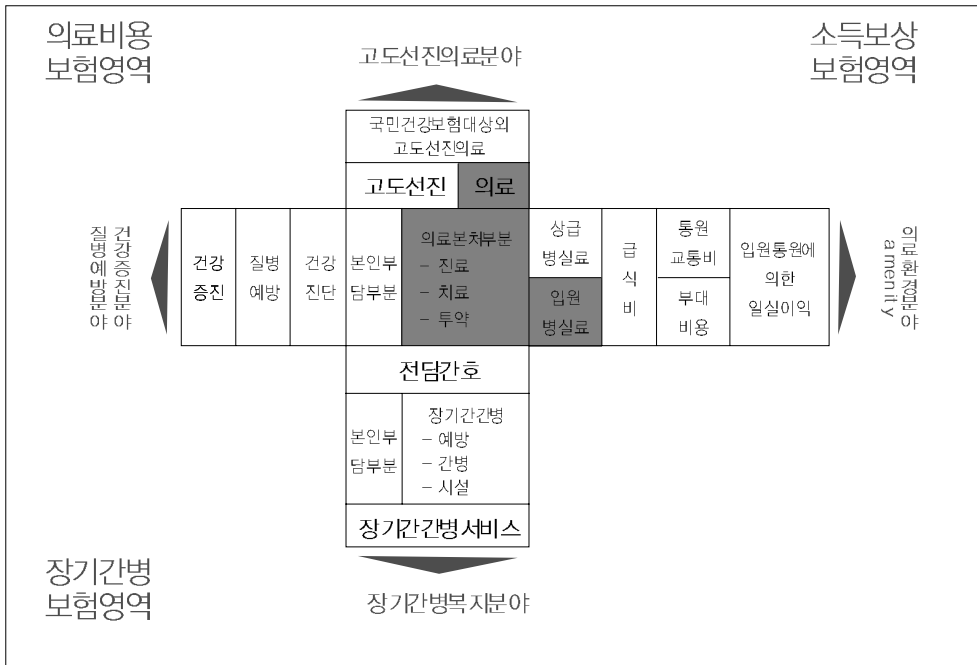
	국민건강보험 보장부분을 제외한 모든 의료비용	국민건강보험에서 적용제외 되는 고액의료비용	식대, 상급병실차액 등 부대비용	요양의료시설사용 및 장기간병비용
응답비율	44.5%	68.2%	12.2%	26.8%
순 위	2	1	4	3

자료: KoTi, 『우리나라 건강보험제도의 효율적 운영방안』, 2002. 10.

그렇다면 민간건강보험에서는 어떠한 영역에서 국민들에게 보험서비스를 제공할 수 있을 것인가? <그림 1>에서 알 수 있듯이 국민건강보험에서 보장하고 있는 법정급여 중 본인부담금, 고도선진의료 중 일부, 상급병실료, 전담간호,

장기간병, 급식비, 교통비 등을 보험화하여 제공할 수 있을 것이다. 그 이외에도 건강 상실로 인해 소득의 손실이 있을 경우 이를 보상해주는 소득보상보험(disability insurance)의 제공도 가능할 것이다.

<그림 1> 국민건강보험의 영역



이에 따라 현재 민간보험회사들은 국민들의 니드에 부합하도록 국민건강보험을 보완하는 상품을 개발하여 판매하고 있다. 2000년 말부터 국민건강보험을 보완하는 건강보험상품이 본격적으로 개발되어 판매되기 시작하여, 최근에는 중대한 질병을 담보하는 상품이 개발되어 판매

됨으로써 국민들로부터 좋은 반응을 얻고 있다. 현재 판매중인 일반 민간건강보험 중 국민건강보험을 보완하는 대표적 상품인 의료비보장보험 상품의 내용을 살펴보면 주계약(기본계약 및 의료비담보특약)과 선택특약 등 크게 두 부분으로 구성되어 있다. 주계약 중 기본계약은

상해사고 및 질병으로 인한 입원치료비 및 간병비용을 보상하며, 의료담보특약은 입원의료비 및 통원의료비를 보상한다. 선택특약은 장기이식수술자금, 3대 질병치료비용, 상해사망 및 고도후유장해, 질병사망 등을 보상한다.

이와 함께 최근 주목을 받고 있는 치명적 질병(Critical Illness)보험은 소위 CI보험으로 불리는데, 종신보험과 건강보험의 장점을 두루 갖추고 투병기간 중의 치료비 뿐 아니라 사망시 사망보험금도 지급한다. CI보험은 치료비가 많이 들어가는 중대한 질병과 수술⁹⁾에 대해서만 고액을 보장하기 때문에 보장하는 질병의 범위는 일반 의료비보장보험보다 좁다고 할 수 있다.

이러한 상품개발 추세는 국민건강보험제도 보장범위 변화, 국민들의 니드 변화 등을 고려하여 더욱 발전해갈 것이다. 이에 따라 다양한 국민건강보험 보완형 상품이 개발되어 개인의 경제적 사정과 니드에 부합한 선택성을 높여줄 것이다.

3. 민간보험을 활용한 국민건강보험 보완을 위한 과제 및 대안

민간보험이 현재에도 국민건강보험을 보완하고 있지만, 향후 이러한 역할을 더욱 활성화하여 국민건강과 관련된 리스크관리 기능을 수행하기 위해서는 민간보험회사의 자체적 노력과

함께 국민건강보험과 협력하여 해결해야 할 과제가 있다. 이하에서는 국민건강보험과 협력하여 해결해야 할 과제의 내용과 대안을 제시하기로 한다.

1) 경험위험률의 확보

상품개발과 관련하여 과거통계에 근거하여 위험률을 정확히 반영하는 과학적인 기법이 적용되어야 하는데, 그러한 과정의 근거가 되는 통계 부족의 문제를 해결할 필요가 있다. 물론 상품개발을 위한 통계는 보험회사별로 자체적인 통계집적을 해야 할 것이나, 단기적으로는 국민건강보험공단의 자료를 제한적으로 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

현재 민간보험회사에서 필요로 하는 것은 상품개발을 위한 위험률 통계, 즉 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 연령별, 지역별, 성별 질병발생률 및 진료비 등의 정보이다. 그러나 이러한 정보가 마치 개인의료정보인 것으로 판단되어 제공되지 못하고 있는데, 이에 대한 조속한 인식전환이 필요하다. 그리고 이러한 정보의 제공에 비용이 소요된다면 적절한 수준의 수수료를 받고서 제공하는 것도 검토되어야 할 것이다.

2) 역선택 및 도덕적해이의 방지 기능 강화

민간건강보험은 국민건강보험과 달리 강제로 가입되기보다는 개인의 선택에 따라 가입이 이루어지므로 소비자의 역선택(adverse selection)

9) 중대한 질병은 중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성심근경색증, 말기신부전증, 중증 만성간질환, 중증 만성폐질환, 중대한 화상 등을 말함. 그리고 중대한 수술은 관상동맥우회술, 심장판막치환술, 대동맥류인조혈관치환술, 5대장기이식수술(심장, 간장, 폐장, 췌장, 신장) 등을 말함.

문제가 상존하는 문제점을 안고 있다. 이러한 문제들은 경제주체들간에 상대방에 대해 인식하고 있는 정보의 양과 질에 있어서의 차이, 즉 정보의 비대칭(asymmetric information)에 있다. 이와 같은 정보의 비대칭 문제는 궁극적으로 특정 보험시장의 실패(market failure) 또는 보험회사 파산(bankruptcy)의 원인으로 작용할 수 있기 때문에 민간보험을 활용하기 위해서는 이에 대한 해결책을 마련할 필요가 있다.

정보의 비대칭으로 인한 시장실패를 보완하기 위해서는 다양한 법적 및 제도적 장치를 마련해 둘 필요가 있다. 현재 상법에서는 정보비대칭 문제를 해소하기 위해 보험계약자에게 고지의무(제651조), 위험증가통지의무(제652조), 사고발생통지의무(제657조), 배상청구통지의무(제722조), 위부의 통지의무(제713조), 중복보험에 대한 통지의무(제672조), 보험목적 양도, 양수 통지의무(제679조), 손해방지의무(제680조), 보험계약자가 손해배상 청구권자와 합의하는 경우 보험자의 동의를 얻도록 한 의무조항(제723조) 등의 법적 의무를 부과하고 있다. 이러한 과정에서 민간보험회사가 개인의료정보를 효과적으로 수집할 수 있도록 하기 위해 본인의 동의 하에 국민건강보험공단으로부터 발부 받은 진료기록을 활용할 수 있도록 하는 방안이 제도적으로 마련될 필요가 있다.

다만 집적된 의료정보가 집적되어 활용되는 과정에서 개인의 사생활 침해 가능성을 사전에 철저히 차단하기 위해 보건복지부, 금융감독원 등이 적절히 연계하여 감독할 수 있는 방안을 적극 모색할 필요가 있을 것이다. 특히 보험회

사에 의한 개인의 사생활 침해 사례가 적발·인정된 경우 해당 보험회사의 관련 임직원을 사법당국에 즉각 고발하는 한편, 언론매체 및 공시(disclosure) 등을 통해 불법사례를 널리 알려 해당 보험회사에게 불이익을 주는 제도적 장치를 마련함으로써 적절하게 개인의료정보가 활용될 수 있도록 해야 할 것이다.

3) 의료비 심사 기능의 강화

민간건강보험의 운영에는 국민건강보험과 마찬가지로 소비자 및 의료기관의 도덕적 해이(moral hazards) 문제가 존재한다. 더구나 현재처럼 현금급부가 아닌 실손보상의 현물급부방식으로 전환해갈 경우 이러한 문제는 더 커질 것이다. 이에 따라 진료비의 적정성 심사·평가·공시 등의 업무에 대한 노하우(know-how) 집적이 반드시 필요한 상황이다. 이를 위해서는 민간보험산업 내에서 국민건강보험의 건강보험심사평가원과 같이 급여비용을 심사하고 적정성을 평가하는 업무가 이루어져야 한다. 현재는 개별 보험회사에서 이러한 업무가 이루어지고 있으나, 비용효율적 측면 및 진료내역심사에 대한 법률적 측면을 고려할 때는 전문기관이 설립될 필요가 있다. 이와 관련하여 민간건강보험에 대한 급여심사 및 평가는 개별 보험회사가 직접 수행하는 것을 원칙으로 하되, 과다청구, 과잉진료 등의 의심이 되는 건에 대해서만 별도의 전문기관이 행함으로써 개별 보험회사의 심사를 보완하는 방향으로 추진할 필요가 있다.

그리고 민간건강보험 심사평가기능을 전담하는 기관은 건강보험심사평가원과 상호 업무교

류 및 인적교류 등에 대한 업무제휴를 통해 보험급여 심사 및 평가에 대한 노하우를 습득함으로써 민간건강보험 급여에 대한 보다 정확한 심사업무가 이루어질 수 있도록 할 필요가 있을 것이다. 또한 진료내역을 심사할 수 있도록 하기 위해 의료법에서 진료내역을 열람할 권한을 부여받아야 할 것이다.

4) 조세지원

현재 「소득세법」에서는 모든 보장성보험에

대한 소득공제 한도를 100만원으로 정하고 있는데, 이러한 수준은 자동차보험료 등을 포함한 것임을 감안할 때 민간건강보험 가입에 대한 인센티브로 작용하기 어려운 실정이다. 또한 세제혜택 부여 및 가입 여부를 설문조사하면 응답자의 92.4%가 민영건강보험상품 구입에 대한 세제혜택을 원하고 있으며, 이들 중 86.1%가 세제혜택이 부여되는 경우 가입의사를 밝히고 있기 때문에 세제 혜택은 소비자에게 커다란 유인책으로 작용할 것이다(〈표 4〉 참조).

〈표 4〉 민영의료보험의 세제혜택 부여 및 가입에 대한 의견

민영의료보험의 세제혜택부여		세제혜택부여시 민영의료보험 가입의사	
찬 성	92.5%	가 입	86.1%(79.6)
		비 가입	13.9%(12.9)
반 대	7.5%	가 입	33.8%(2.5)
		비 가입	66.2%(5.0)

주: ()안의 숫자는 동 설문문항에 대한 총응답자수를 기준으로 한 비율임.


이러한 점을 고려할 때 정부는 민간건강보험에 대해 세제혜택을 부여할 필요가 있으며, 이 경우 개인연금에 준하는 세제혜택을 부여하는 것이 인센티브를 제공하는 효과가 있을 것이다.

4. 맺음말

향후 건강에 대한 관심은 지속적으로 높아질

것이며 이에 비례하여 많은 의료비가 지출될 것이다. 의료비는 특성상 보험의 원리를 통해 조달되는 것이 여러 측면에서 유리한데, 현재의 국민건강보험제도는 많은 점에서 한계를 갖고 있다. 특히 급여 수준을 높이는 것이 필요한데, 최근 급격한 보험료 인상에 대한 직장가입자 중심의 반발이 커지고 있는 것을 볼 때 급여 수준을 높이는 데도 한계가 있을 것이다. 결국 적정 보장수준에서 국민건강보험의 역할이 정의

되고, 그를 초과하는 부분에서는 개인들의 자조 노력이 강조될 것이다. 이러한 과정에서 결국 민간보험의 적극적 활용이 필요할 것이다.

문제는 민간건강보험을 국민건강보험과 대립적 시각에서 보는 데서 탈피할 필요가 있다는 점이다. 이를 위해서는 민간보험회사들의 자체적인 노력도 있어야 하겠지만, 정부 차원의 지원이 함께 이루어질 필요가 있음은 아무리 강조하여도 지나치지 않을 것이다. 이제 바야흐로 민간건강보험을 제대로 위치지우고 활성화시키기 위한 공론화가 이루어져야 할 것이다. 2004

- 최병호 외(1998), 『의료보험 통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구』, 한국보건사회연구원.
- 최병호 외(2000), 『국민건강보험과 민영의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원.
- 한국기업연구원(KorEI), 『우리나라 건강보험제도의 효율적 운영방안』, 2002. 10.

참 / 고 / 문 / 헌

- 정기택(2000), 「민간의료보험 발전방안」, 『손해보험』, 대한손해보험협회.
- 천병호(2002), 「민영의료보험의 발전방향」, 『손해보험』, 대한손해보험협회.
- 최병호(2002a), 「민영건강보험의 도입과 국민건강보험제도와의 역할분담」, 『생명보험』, 2002년 8월호, 생명보험협회.
- 최병호(2002b), 「질병위험 보장성 강화와 건강보험제도 안정화를 위한 본인부담 구조조정방안」, 정책토론회자료 2002-20, 한국보건사회연구원.
- 최병호·신영석(1997), 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개선방안』, 한국보건사회연구원.