

비급여 의료비 관리와 실손보험제도 개선방안

<서론>

- ‘비급여’란 단어는 건강보험제도가 존재하는 한 있을 수밖에 없는 명칭입니다. 건강보험이 모든 진료를 책임질 수 없기 때문에 그렇지 않은 영역을 비급여라고 합니다. 국민들의 의료수요가 끊임없이 큰 폭으로 증대하고 있으나 이를 건강보험은 충족시키지 못하고 있는 것이 현실입니다. 그러나 한편으로 국민들의 모든 의료수요를 건강보험이 충족시키는 것은 경우에 따라 불필요한 진료까지 일반 가입자에게 부담시키는 것이 됩니다. 따라서 공적보험은 한정된 재원으로 필수의료와 응급의료를 우선적으로 급여화하거나 확대해야 하는 것입니다.
- 이 세상에 태어난 모든 인류의 욕구는 오래 건강하게 아프지 않고 편하게 사는 것입니다. 의료는 이러한 욕구를 만족시키는데 필수적입니다. 다양한 개인들의 비필수적인 의료수요가 존재하는 한, 그리고 AI, IT, 로봇 등 최근 급발전하고 있는 새로운 의료기술이 개발되어 환자들을 조기에 완치하거나 고통을 줄일 수 있는 한 비급여는 증가할 수 밖에 없습니다. 그리고 이에 따라 적절한 비급여는 민영보험사가 부담해야겠지만 그렇지 않은 비급여는 민영보험사들이 통제할 수 밖에 없습니다. 그러나 현실은 민영보험사들이 이를 통제할 수단이 충분하지 않다는 것입니다. 이것이 바로 비급여의 딜레마라고 할 수 있습니다.

<실손보험 현황에 대한 평가>

- 4세대 실손보험은 기존 실손보험의 손실을 억제하기 위한 개선입니다. 그러나 4세대 보험의 손실액은 도입된 2021년 20억원, 2022년 69억원, 2023년 292억원으로 더 증가하고 있습니다. 가입자의 증가에 따른 요인도 있지만 수익을 내지 못하고 손실액이 증가하고 있다는 것은 가입자들의 행태를 변화시키지 못하고 있다는 것입니다.
- 노후실손보험이나 유병력자실손보험은 손해보험과 생명보험 모두 합하여 2023년의 경우 노후실손보험은 29억원, 유병력자보험은 867억원의 흑자입니다. 즉, 노후실손과 유병력자 보험의 이익이 보험사의 실손보험의 손실을 메꾸고 있습니다.
- 23년말 판매중단 회사는 손해보험의 경우 10개사중 3개사, 생보험의 경우 17개사중 10개사입니다. 최근까지 판매중단회가 있습니다. 실손보험에 새로 진입하는 회사는 2012년 기준 없습니다.

<실손보험의 정책방향>

- 비급여 수요를 통제하는 것은 정부가 제공하는 국민건강보험이 아니라 민간의 의료보험/실손보험입니다. 문제는 비급여를 자신들의 영역이 아닌 국민건강보험이 통제하려고 한다는 것입니다. 비급여를 통제하기 위해서는 민간보험사들이 통제가능한 환경을 만들어주어야 합니다. 그러나 지금까지 개인의 민감한 정보라는 이유로 민간보험사들에게 가입자들에 대한 정보를 제한해왔습니다. 가입자 정보에 따라 보험

료가 결정되지 않는 이상 비급여는 통제되지 않고, 누적적인 보험사의 손실은 증가할 것이고, 결국 합리적 행태의 보험사들은 실손보험을 더 이상 팔지 않을 것입니다. 이는 결과적으로 대형보험사들만 실손보험을 팔게 되고 보험시장이 왜곡되게 됩니다. 대형보험사도 사실은 시장에서 탈퇴하고 싶으나 정황상 보험상품의 인허가나 감독을 금융감독원에 맡기면서 정부가 묵시적으로 실손보험 상품의 판매를 유지하고 있도록 강요한다고 봅니다. 실손보험의 적자로 지속적으로 4세대 5세대 등의 변형된 보험상품이 나오는 현상이 이를 반영하고 있습니다. (1) 보험사들이 가입자에 대한 의료정보에 접근 가능하게 해야합니다.

- 민영의료보험의 존재적 의의는 가입자들의 의료비를 제3자로서 부담하는 것으로 끝나는 것이 아닙니다. 가입자들이 건강을 유지하도록 하는 유인을 통하여 더 건강한 생활을 하도록함으로써 의료비를 절감하게 하고, 이로써 보험금도 줄임으로써 수익을 내도록 하는 것입니다. 따라서 실손보험의 확산이나 영역 확대는 의료민영화의 시작이 아니라 국민들을 건강하게 하는 사회적 역할을 수행하는 공적 기구로서의 역할을 강화하는 것입니다. 문제는 민영보험이 가입자들과 의료공급자들의 도덕적 해이를 관리하지 못하고 있다는 것입니다. 실손보험이 가입자들의 건강 노력에 대한 유인은 주지 못하게 하면서, 혹은 가입자들의 건강 위해 행위에 대한 억제력을 하지 못하면서 무조건 보험료를 지급하고 있다는 사실입니다. 이는 당연히 민영보험의 적자로 이어질 수 밖에 없습니다. (2) 그래서 민영보험이 가입자들에 대한 다양한 건강관리프로그램을 운영할 수 있도록 허용해야 합니다. 이 문제는 2011년 국회에서 법안으로 논의된 후 더 이상 제기되지 않고 있습니다.
- 비급여가 건강보험재정을 악화시킨다는 연구가 많이 발표되고 있지만 내용으로 보면 그렇지 않습니다. 오히려 건강보험이 민영보험을 더 적자로 만들고 있습니다. 건강보험이 필수의료나 응급의료에서 선제적으로 보험적용을 확대하면 비급여가 줄어듭니다. 게다가 건강보험이 fee-for-service로 과잉 의료 이용을 허용하면서 당장 본인부담에 대한 보험금 지급을 키우고 있습니다. 병원에 자주 가다보면 환자는 의사의 추천에 의하여 다양한 비급여 진료를 받을 수 밖에 없습니다. 신의료기술에 대해서 정확한 성과 평가를 통해서 급여화해야 하는데 매우 보수적으로 적용하고 있습니다. (3) 일단은 보험적용에 있어서 본인부담과 비급여부담을 분리해서 상품을 내도록 해야 합니다.
- 비급여에 대한 평가와 관리에 있어서 보험사는 의료공급자들을 통제할 수 없습니다. 이는 보험사간에 자체적인 시스템을 갖추어야 합니다. 그러나 급여에 대하여는 이러한 기능을 '건강보험심사평가원'이 수행하고 있습니다. 따라서 건강보험심사평가원이 비급여에 대한 평가와 관리를 하도록 허용해야 합니다. (4) 가칭 '의료심사평가원'으로 모든 의료행위를 통제할 수 있어야 하고, 그 정보를 가입자/국민들과 공유해야 합니다.

<발제자에 대한 의견>

- 민영건강보험의 ‘보충적 성격’과 ‘공보험 교란 금지 의무’를 국민건강보험법에 규정하는 것은 반대합니다. 국민건강보험은 5천만 국민을 대상으로 하는 것으로서 다양한 계층의 의료만족도를 개선시킬 수 없습니다. 따라서 오히려 민영건강보험의 다양한 상품개발로 국민들의 의료리스크를 줄이는 것이 필요합니다. 따라서 민간제도를 공공제도의 하부구조로 법규정화하는 것은 바람직하지 않고 현재의 단일 실손보험 시스템을 보험사의 특성에 따라 자율화해야 합니다.
- 건강보험 급여항목을 실손보험에서 금지하는 것 보다는 건강보험 본인부담을 위한 상품을 분리해야 한다고 봅니다. 건강보험의 본인부담은 사실상 건강보험의 리스크관리를 받지만 비급여는 리스크관리가 없습니다. 이를 하나의 패키지에서 판매하다 보니 급여와 비급여간의 상호 의료비 상승작용이 발생합니다. 따라서 다른 리스크를 다른 보험상품으로 분리해서 판매하도록 하는 것이 필요합니다. 비급여 특약이 아니라 건강보험본인부담 실손보험과 비급여 실손보험으로 완전 분리해야 합니다.

<참고자료>

실손보험 개혁 없는 의료 개혁은 실패한다¹⁾

의료시장 왜곡 요인이 된 실손보험
팔수록 손해지만 교차 보조로 유지
교차 보조 금지 등 판매 규제해야

김원식 건국대 명예교수, 조지아주립대 객원교수, 리셋 코리아 자문위원

파행을 겪는 의대 증원을 포함한 의료 개혁과 관련해 실손(의료)보험이 의료시장 왜곡의 주요인으로 지목되고 있다. 1999년 출시 이후 매년 가입자가 증가해 현재 4000만명이 가입한 실손보험은 의료 보장의 필수품이 될 정도이다. 이를 통한 의료 남용이 일상화돼 한국은 의료 중독 국가라 할 정도가 됐다.

이는 국민의식 속에 의료보장시스템이 공공과 민간의 조합으로 정착되었음을 보여준다. 이제는 실손보험을 제도권 밖의 제도로 볼 것이 아니라 의료시스템 일부로 흡수해야 한다. 이러한 변화 없이 당면한 의료 인력 편중 문제는 결코 해결되지 않는다. 비급여가 많고 어떤 환자가 와도 수익이 보장되는 진료 과목으로 의사들이 쏠림에 따라 필수의료와 지방의료를 담당할 의사들은 크게 줄 수밖에 없었다.

실손보험은 금융위원회가 2009년 표준화로 세 차례에 걸쳐 규정을 변경하며 감독 규정을 강화했음에도 불구하고 올해 1분기 손해율은 4세대 보험에서만 134.5%로 나타나는 등 큰 폭

1) 김원식, “[리셋 코리아] 실손보험 개혁없는 의료개혁은 실패한다”, 중앙일보, 2024.7.14

의 적자가 지속되고 있다. 실손보험 보험료가 매년 인상됐고 내년에도 10% 이상 대폭 인상된다고 하는데도 가입자는 줄지 않을 것 같다.

문제는 실손보험이 시장에서 상품으로 존재할 수 없는 결함을 가지고 있다는 것이다. 손해율이 130%나 되니 누구든 내는 돈보다 더 많은 혜택을 받을 수 있다. 이러한 현실을 보험 회사의 경영 관점에서 보면 실손보험 손실을 어떻게든 메꾸어야 하므로 암묵적으로 다른 상품의 가입자들에게 바가지를 씌우고 있다. 다른 상품의 이익으로 실손보험의 손실을 메꾸는 교차 보조가 일반화되어온 것이다.

교차 보조의 일반화는 대형보험사에 매우 유리하다. 대형보험사는 모든 상품의 수지를 통합 관리하면서 실손보험을 미끼 상품으로 활용하고 있다. 그래서 2023년 기준 31개 보험사 중 14개(손해보험사 3개, 생명보험사 10개) 중소보험사들은 이미 판매를 포기했다. 앞으로 지금과 같이 실손보험 시장이 더 확대되면 판매를 포기하는 보험사는 오히려 더 늘어날 것이다. 교차보조는 사실상 진입장벽이 돼 실손보험이 보험산업을 독과점 체제로 왜곡시키는 요인이 되는 것이다. 실손보험 적자를 현재와 같이 방치하는 것은 정부가 불공정 행위를 용인하는 것이다.

손해율이 100% 이상인 상황이 지속되면서 실손보험료가 인상되고 있음에도 가입자는 더 증가하고 의사들은 더 비보험이 많은 전문과목에 쏠리면서 의료시스템은 급속히 왜곡될 것이다. 정부도 이러한 왜곡을 조장한 책임을 면할 수 없다. 건강보험 급여에 대해 원가 보전을 하지 않으면서 이에 따른 손실을 실손보험으로 보상하도록 허용해 왔기 때문이다. 건강보험이 확대되면 될수록 의사들의 실손보험 유혹은 더 커질 수밖에 없고 필수 및 지방의료는 공동화될 것이다.

이를 바로잡으려면 먼저 보험사에서 다른 보험상품을 통한 실손보험 교차 보조를 규제해야 한다. 실손보험 상품의 회계를 공개하도록 하고 일정 기준 이하의 손해율에 대해서는 판매를 규제해야 한다. 실손보험 상품 회계를 독립시키는 것은 실손보험 혹은 민영 의료보험 전문 회사의 진입과 시장 경쟁력을 높일 것이다. 보험회사 간 건전한 경쟁을 유도해야 한다.

둘째, 건강보험의 본인 부담금에 대비한 실손보험과 비급여 진료비에 대비한 실손보험을 물리적으로 분리해야 한다. 그리고 가입자들이 둘 중 하나 혹은 두 개의 보험을 모두 가입하던지 결정하도록 해야 한다. 건강보험의 본인 부담금은 건강보험공단 통제를 받는 의료수요에 따른 리스크이지만, 비급여 진료비는 개인 선택에 의한 것이어서 통제받지 않는 리스크이다. 비급여에 대비한 리스크에 대해선 보험사들이 다양한 상품을 만들 수 있도록 허용해야 한다.

셋째, 민영 의료보험이 가입자들의 건강 리스크를 줄이도록 유도하는 상품 개발이 시급하다. 건강 리스크를 줄이기 위하여 기업이 다양한 건강프로그램을 운영하거나 건강한 가입자에 대한 보험료 감액 등 마일리지 혜택도 가능하게 해야 한다. 아울러 국회에서 10년 이상 미루어진 보험사의 건강관리서비스업도 허용해야 한다. 실손보험의 정상화는 의료체계 효율화뿐 아니라 의료와 국민 건강 보장에 기여할 것이다.