I. 서론

1. 연구배경 및 목적

민영의료비실손보장보험은 1999년도에 주보험으로 손해보험회사에 도입되었고, 생명보험회사에는 2003년 8월 말에 단체보험에 도입되었으며, 2005년 8월 말에는 개인보험에까지 확대되었다. 보험회사들은 새로운 시장확장의 기회를 가졌으나 시장진입의 리스크가 커서 법적·제도적 정비를 필요로 하고 있다.

의료비에 영향을 주는 사회·경제적인 요인들이 많겠지만 소비자와 의료서비스 공급자간의 정보비대칭성에 의한 유인수요(physician induced demand)도 한 요인이라고 볼 수 있다. 유인수요란 의료공급자가 자신의 목표소득을 달성하기 위하여 전문지식을 활용, 환자를 설득하여 필요 이상의 진료를 받게 만드는 행위를 지칭하며, 의료비 지불보상방법이 행위당수가제(Fee-for-Services)인 제도 하에서 두드러지게 나타고, 그 비중이 작지 않은 것으로 알려져 있다. 이 개념은 Evans(1974)가 국민 1인당 의사수가 증가할 때 의료수가가 오히려 증가한다는 실증분석 결과에서 착안한 것으로 의료시장을 설득력 있게 설명한다.

의료공급자는 소비자의 의료비 재원을 고려한다는 연구결과(Rossiter and Wilensky, 1984)도 있는 것처럼 유인수요는 피보험자에게는 더욱 많이 발생할 개연성이 크다. 피보험자들은 과잉수요를 할 것이고, 의료공급자들에게는 소비자의 의료비 재원이 보험이어서 유인수요에 대한 부담(예; 동료공급자의 감시, 소비자의 지출)이 줄어들 것이기 때문이다.

우리나라의 국민건강보험은 행위당수가제에 의해서 지급되는 실손계약(indemnity)[1]이라고 할 수 있다. 피보험자는 의료서비스공급자 선택의

---

1) 건강보험계약은 본래 실손(indemnity) 계약(실제 발생손해(actual loss)를 상환(reimbursement)해 주는 계약)으로 여겨졌었다. 공공정책의 입장에서는

자유를 누릴 뿐만 아니라 아무런 제한 없이 의료서비스를 받을 수 있고, 의료서비스 공급자의 자유재량도 최대한 존중되고 있는 것이다. 이렇게 행위당수가제는 높은 의료접근성과 양질의 의료서비스 제공이라는 장점을 가지고 있지만 과잉수요와 과잉공급 그리고 유인수요에 의해서 의료비의 과다 지출을 유발할 수 있다는 단점을 가지고 있다. 우리나라가 1989년 전국민 의료보험의 실시 이후 급격한 의료비의 상승을 경험한 것도 그러한 영향이 큰 것으로 보인다.

민영의료비실손보장보험은 그러한 의료비 증가 현상을 국민건강보험 비급여부분에서도 증가시킬 우려가 있다. 민영보험에 의한 과잉수요도 문제이지만, 의료비실손보장보험도 행위당수가제에 의해서 지불되고 있으며, 기준수가가 고시되어 있지 않은 상태에 있고, 의료비 지급을 적합하게 하기 위한 요양급여비용심사와 급여의 적정성에 대한 평가가 이루어지지 않고 있기 때문에 과잉공급과 유인수요에 그대로 노출되어 있기 때문이다. 그리고 보험회사는 단지 보험료 징수 및 지급 업무만을 수행하고 있어서 국민건강보험의 낮은 의료수가에 기인된 급여부분의 비급여부분으로의 전환에 대한 아무런 대책을 가지고 있지 못하고 있기 때문이다.

자동차보험은 건설교통부고시, 국민건강보험은 보건복지부고시에 의하여 기준수가를 정하고 지급심사를 하여 요양급여비용을 산정하고 있으나, 민영의료비실손보장보험은 의료서비스공급자의 청구금액 그대로

건강보험 계약이란 피보험자에게 사고로부터 이윤이 발생하지 않도록 하는 계약(소득상실 부분 포함)으로 보고 실손(indemnity) 계약으로 여기지만, 순수한 의미에서의 실손은 소득상실(loss of income)에 대한 급부를 지급하는 계약이 아니다. 사고 당시 소득이 있는 사람만이 그 시간의 상실에 대한 급부금을 산출할 수 있기 때문이다. 소득활동불능(Disability) 때문에 발생하는 입원비(hospital), 의료비(medical), 기타지출을 피보험자에게 상환하는(reimburse) 급부금을 지급하는 건강보험 계약이 이러한 급부금에 관한 진정한 실손계약이다(Faulkner, 1960, 86쪽). 생명보험에서는 생명의 가치를 측정할 수 없기 때문에 정액급부를 하는 것이며, 생명보험 계약도 정액급부를 할지라도 실손계약으로 보는 것이다.

를 지급하고 있고, 심사와 평가는 영수증만을 참고로 하여 이루어지고 있는 수준이다. 이러한 낙후된 심사·평가제도는 의료서비스의 과잉수요와 과잉공급, 허위청구를 유인하고 보험금 상승에 따른 보험료의 상승을 초래하여 결국 소비자 부담으로 귀착되며, 국민의료비의 과도한 증가를 초래함은 물론 민영의료비실손보장보험 비급여부분에 대한 보장성를 제한할 수밖에 없게 한다. 민영의료비실손보장보험은 환자의 의료서비스 과잉수요 억제책(deductible, coinsurance, copayment)으로 대응할 수밖에 없는 상황에 처해 있고, 이것은 높은 보험료, 보장성의 제한 등에 따른 환자부담으로 귀착되게 되는 것이다.

본 연구는 민영의료비실손보장보험의 보장영역인 본인부담금부분에서 의료공급자의 영향정도를 추정해 보고 민영건강보험의 지급심사제도에 관한 정책적 시사점을 얻는 것을 목적으로 한다. 또한 현황과 문제점을 살펴보고 개선방안을 제시하고자 한다.

본 연구는 II장에서 보험금 청구 및 지급심사 현황 및 문제점을 살펴보고, III장에서는 의료공급자가 국민건강보험의 본인부담금에 미치는 영향을 회귀분석을 통해서 분석하고, IV장에서는 개선방향을 제시하고, V장에서는 제도개선에 따른 기대효과를 추정하며, 마지막 장에서는 결론을 지으며 이 연구의 마무리를 한다.

2. 연구 범위

제3보험(보험업법 제2조 제4항)은, 1997년 7월 손·생보 상품관리규정이 개정되면서 그 범위가 확정되었고, 손·생보회사에서 상호 겸영할 수 있도록 허용되었다. 2003년 8월 29일 보험업법의 개정과 함께 그 정의와 겸영 대상이 명확히 되었고, 질병보험, 장기간병보험, 상해보험으로 세분류 된다. 제3보험은 사람의 신체사고에 대하여 사망·후유장해 및 치료비, 간병비 등을 보상한다. 질병사망은 생명보험으로 분류되어 제3보험에서의 질병사망담보는 특약으로서만 가능하다.

상해보험은 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고가 원인이 되어 신체에 손상을 입을 경우 상해의 치료를 위한 비용이나, 후유장해·사망보험금 및 기타 특약에 의한 소득보상이나 생계비, 방어비용, 휴대품손해, 배상책임, 질병위험 등을 보험자가 피보험자 또는 그 상속인에게 보상해 주는 보험이다.

고령화의 진전에 따라 치매, 중풍 등으로 요양보호를 필요로 하는 노인이 급격히 증가하고 있지만, 핵가족화, 여성의 경제활동 증가 등으로 가정에 의한 요양보호가 힘든 상황에 대응하여 장기간병보험(Long-term Care: LTC)이 2003년도에 도입되었다. 이동하기, 식사하기, 화장실 이용하기 등 일상적인 생활을 스스로 할 수 없어서 다른 사람의 도움이 필요한 일상장해상태나, 기질성치매 또는 알츠하이머로 인하여 항상 보호자가 돌봐야 하는 치매상태로 판정이 났을 경우에 본인과 가족의 육체적, 경제적, 정신적 고통을 덜어 주기 위해 간병비용을 지급하는 보험이다.

질병보험은 의료비보장보험, 치명적질병보험, 소득보상보험의 3대보험으로 구분되며, 암보험을 포함할 수 있다. 「보험업감독규정」제2-1조에 의하면 “질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 위험(질병으로 인한 사망은 제외)을 주로 보장하는 보험을 말한다”로 정의되어 있는 바, 일반적으로 질병에 의한 신체의 기능장애 또는 건강의 손상에 따른 경제적 손실을 보상하는 보험이라고 볼 수 있다. 3대보험에 장기간병보험을 포함하면 4대보험이 되며 위의 4대보험과 암보험을 포함하는 건강보험을 실무적으로는 생활보험(Living Assurance)이라고 부르기도 한다.

치명적질병보험(Critical Illness)은 2002년도에 도입되었고 암, 뇌졸중, 심근경색 등의 발병시 사망보험금의 일부 또는 전액을 선지급하거나 별도의 생활보험금(Living Benefit)을 생전에 지급하는 보험으로 정액형 지급이 대다수 이며, 90일의 면책기간이 있고, 재발이나 두 번째 발병에 대하여는 보장하지 않는다.

<표 Ⅰ-1> 제3보험의 세분류

구분	보험업법상 분류	보험종목	특징	실무상 분류
제3보험	질병보험	의료비보장보험	실손, 협의의 건강보험	생활보험(건강보험)
		치명적질병보험	정액, 생명보험중심 종신	
		소득보상보험	실손, 단체보험중심	
	장기간병보험	장기간병보험	정액	
	상해보험	상해보험		상해보험

자료: 김정혜(2005)

소득보상보험(Disability Insurance)은 생존보장을 위한 상품의 일종으로 피보험자가 질병 또는 재해로 인해 취업불능상태가 될 경우, 피보험자의 소득상실 이전 소득 수준의 일정 비율에 따라 보험금을 지급하는 보험이다.

의료비보장보험은 협의의 건강보험(Health Insurance)으로서 상해 또는 질병으로 인한 진료비, 입원비, 수술비, 통원비 등의 의료비를 보장하는 보험이며, 대부분이 실손보상보험이고, 국가에서 운영하고 있는 의료보험의 유무, 의료수가, 의약분업 등에 따라서 그 상품 내용이나 운용형태는 국가별로 많은 차이를 보이고 있다.

본 연구는 협의의 건강보험인 의료비실손보장보험의 의료비지급심사에 관한 연구를 주 대상으로 한다. 의료비 지급방식은 보험사고 발생시 치료 여부를 불문하고 약정한 금액을 지급하는 정액지급방식과 실제로 소요된 의료비만을 지급하는 실손지급방식이 있는데 정액지급은 심사 등의 문제가 대두될 소지가 적어 실손의료비지급심사에 논점을 두고자 한다. 공·사건강보험의 관계는 민영건강보험의 공보험 대체형, 공·사건강보험의 상호 경쟁형, 그리고 민영건강보험의 공보험 보충형으로 설정될 수 있으나, 본 연구에서는 보충형으로서의 민영건강보험에 대한

논의로 그 범위를 제한하고자 한다. 보충형 보험에는 공보험의 법정본인부담금을 보상하는 것과(Complementary Insurance or Gap Insurance), 공보험의 비급여 항목에 대한 의료비를 보상해 주는 것이(Supplementary Insurance)있는데, 우리나라의 민영의료비실손보장보험은 두 부분을 모두 급여대상으로 하고 있다.