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

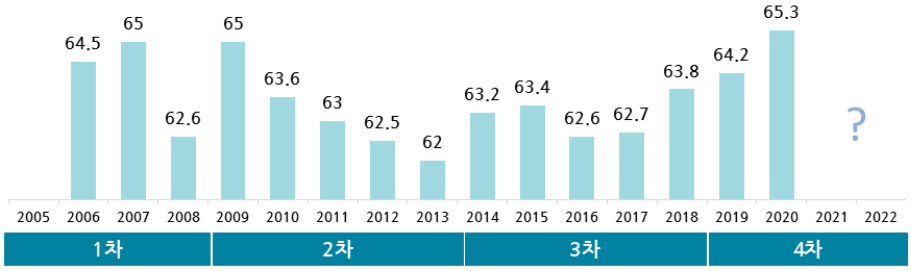
우리나라의 국민건강보험은 전 세계적으로 가장 빠른 기간 내에 전 국민을 대상으로 건강보험을 확대하였다. 그러나 한정된 재원으로 짧은 시간 내 확대할 수 있었던 것은 저급여, 즉 낮은 보장성으로 출발했기에 가능했다는 평가가 있다. 이를 해결하기 위해 정부는 2005년부터 '비급여의 급여화'를 주요 핵심 내용으로 건강보험 보장성 강화 정책을 꾸준히 추진해 오고 있다. 그러나 성과지표인 보장률을 보면 투입 재원 대비 아직까지는 보장성 강화 효과가 미흡한 것이 현실이다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조). 참고로 의료기관 종별 보장률을 보면 실손의료보험의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

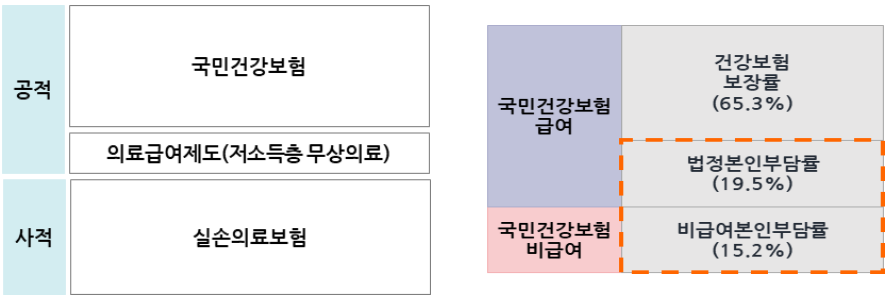


자료: 국민건강보험공단(2021)

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

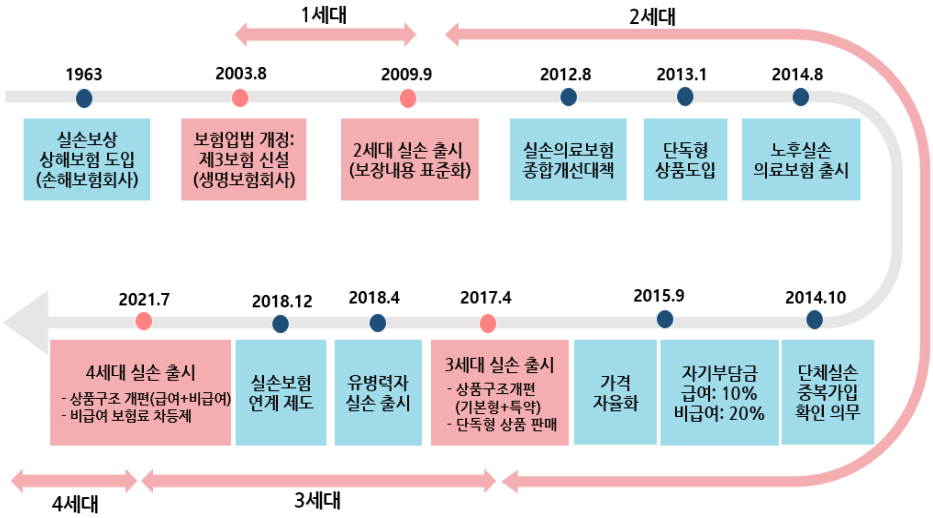
실손의료보험은 2009년 10월부터 보험업계에서 단일의 표준화 상품(2세대)으로 판매되고 있으며, 여러 차례에 걸쳐 상품구조 개편 및 관련 제도 개선이 이루어져 왔으며, 2021년 7월부터는 4세대 상품이 판매되고 있다.

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 실손 가입자 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

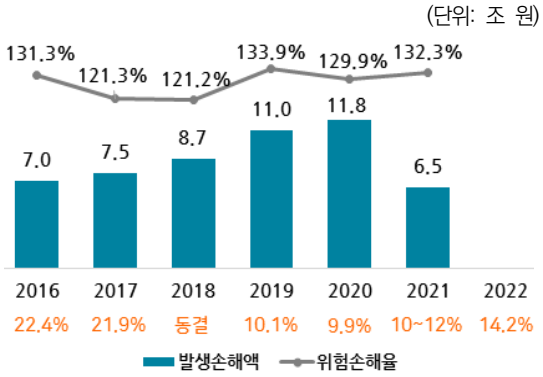


2. 민영건강보험 현안

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

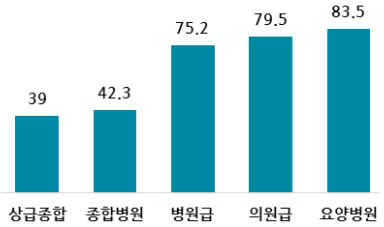
〈그림 Ⅲ-6〉 실손의료보험 판매 중지 현황

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

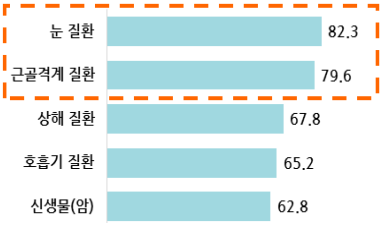
(단위: %)



자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

〈그림 Ⅲ-8〉 비급여 비율이 높은 상위 5개 질병대분류

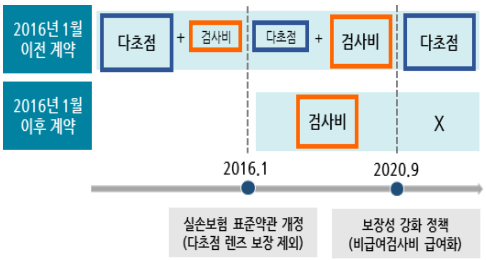
(단위: %)



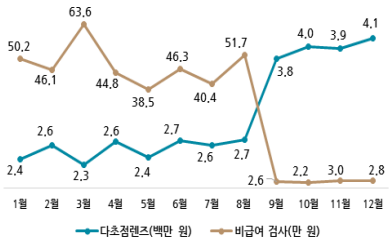
자료: 2020년 실손의료보험 샘플통계

특히 백내장수술의 실손보험금이 최근 빠르게 증가하고 있는데, 올해는 백내장수술 단일건에 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

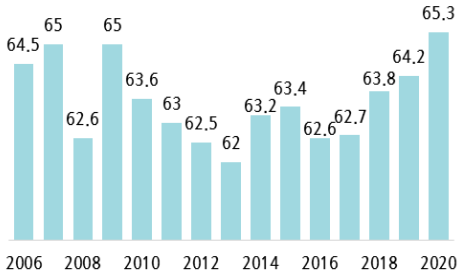
추진과제	세부 추진상황	주관부처
비급여 중심의 보장범위 설정방안	• 실손형 상품에 대한 급여본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안	복지부, 재경부 (금감위)
민영건강보험 상품 표준화 방안	• 실손형 상품 표준화 내용 및 방법(표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안	재경부, 금감위 (복지부)
공·사보험 간 정보 공유 방안	• 공·사보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공·사보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영	건보공단, 보험개발원 (심평원)
민영건강보험의 진료비 심사 위탁방안	• 진료비 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

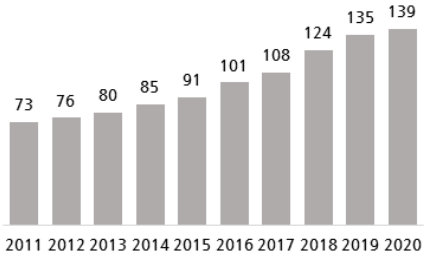
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단(2021)

〈그림 Ⅲ-12〉 국민건강보험 적용대상자 1인당 급여비

(단위: 만 원)



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

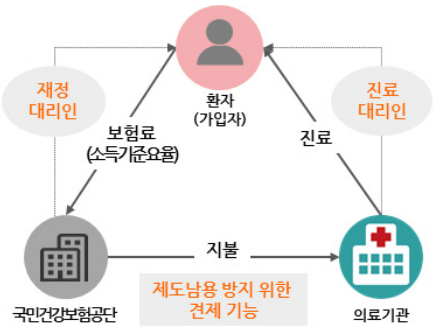
청구금액	81만 원 미만	81만 원~582만 원	582만 원 초과
지급여부	지급 (소득확인 불필요)	지급여부 불명확 (소득확인 필요)	부지급 (소득확인 불필요)
	81만 원을 초과하는 급여 본인부담금에 대한 보험 청구 시부터 소득 확인 및 소득에 따른 환급금 공제 필요		
소득확인	- 전년도 건보료 납부 확인서 징구 * 전년도 소득 기준 개인별 상한액 확인	- 소득확인 대상자 선정 기준은 회사별로 상이 * 1분위 적용사/4~5분위 적용사/6~7분의 적용사/8분위 적용사	
지급결정	- 적용 상한액 이내에서 보험금 지급 * 개인별 상한액 or 회사별 적용 상한액	- 상한액 초과 지급 시* '반환 확약서' 징구 * 계약자 사정을 고려하여 선지급하는 것임	
사후정산	- 차년도 건보 안내문* 징구 및 정산 * 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문	- 초과 지급액 환수* 과소 지급액 추가 지급 * 추가보험금 청구 시 감액하고 지급/자진환수 요청/환수 포기	

3. 민영건강보험 활용을 위한 과제

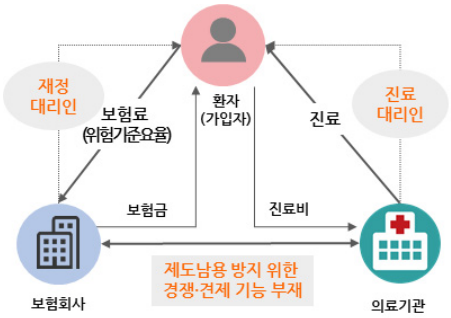
가. 지속성 제고를 위한 비급여 관리 강화

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 공적건강보험급여 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

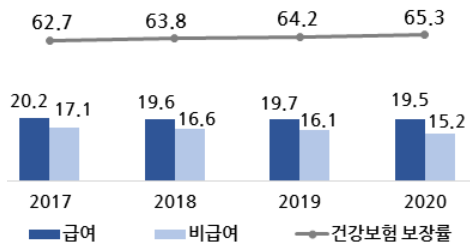
나. 보완형 역할 정립을 위한 과제

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 급여본인부담금의 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

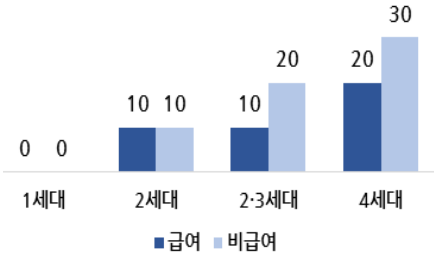
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단(2021)

〈그림 Ⅲ-17〉 실손의료보험 자기부담률 변화

(단위: %)



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)