

VI. 결 론

2005년 8월 말 개인생명보험에까지 의료비실손보장보험이 확대되어 국민건강보험의 보충적 보험의 역할을 충실히 수행 할 것으로 기대된다. 그러나 현재 의료비실손보장보험의 보험금 지급심사를 위한 제도적·법적 인프라가 사실상 전무한 상태에 있어서 향후 안정적 발전에 장애가 되고 있다. 심사·평가를 위한 제도적·법적 장치가 마련되어 있지 않아 의료서비스 공급자에 대한 의료서비스의 질 관리, 보험사기 및 과잉공급 여부 등에 대한 심사·평가 없이 의료공급자 청구금액 전액을 그대로 지급할 수밖에 없는 상황에 있는 것이다.

본 연구는 의료공급자밀도가 우리나라 국민건강보험의 급여비에는 비탄력적으로 그리고 본인부담금 특히 비급여본인부담금에는 탄력적으로 영향을 미치고 있다는 결론을 내린다. 즉 의료공급자가 급여부분보다는 비급여부분에서 더 큰 정도로 의료비에 영향을 미치고 있는 것이다. 이러한 결과는 의료공급자의 비급여부분에서의 유인수요, 의료수가가 높은 비급여부분으로의 서비스전환, 신기술의 적용 등이 주요인인 것으로 판단된다. 이것으로부터 소비자들은 비급여부분에서 과도한 본인부담을 하고 있음을 알 수 있다.

의료공급자가 본인부담금에 영향을 미치는 요인별로 분석하는 것이 바람직하지만 위에서 언급된 어떤 요인에 의해서든 혹은 복합적인 요인에 의해서든 민영의료비실손보장보험의 보장영역에 급여부분보다는 본인부담부분 특히 비급여부분에 크게 영향을 미치는 것은 사실이므로 이러한 실증분석 결과는 시사하는 바가 크다. 향후 민영의료비실손보장보험의 피보험자가 늘어나면 보험효과에 의한 과잉수요도 문제이지만, 위와 같이 공급자로부터 발생하는 문제도 그 이상으로 더욱 심화될 것이기 때문이다.

이러한 결론에 대응한 정책적 시사점으로서 ①국민건강보험 「의료급여사실확인원」의 발급제도의 재시행으로 소비자의 역선택 억제와 기왕

증의 확인 과정에서의 비용을 절감할 수 있도록 해야 하고, ②자동차보험에서와 같이 민영의료비실손보장보험에서도 「진료내역 열람권제도」를 시행함으로써 지급심사과정에서 의료기관의 협조를 얻을 수 있어야 하고, ③보험카드제도의 시행이나 계약형보험제도 시행에 의한 직불급여제도(민영보험자가 의료공급자에게 직접지불보상하는 제도) 도입과 함께 민영건강보험지급심사기구가 운영되어야 하며, ④국민건강보험의 급여부분의 의료수가의 현실화와 비급여부분에서의 기준수가 마련이 필요하다.

이러한 제도적인 인프라가 마련되면 민영의료비실손보장보험 보험료 인하효과가 있을 것이며, 더불어 피보험자들은 소액다건의 의료비용을 일일이 보험회사에 지급청구를 하지 않아도 되므로 소비자들의 편의가 제고된다. 직불급여제도는 정확한 실손보장을 가능케하여 비례보상으로부터 발생하는 문제도 해소한다. 또한 저소득가계의 의료접근성을 크게 향상시키는 효과도 기대된다.

국민건강보험이 총의료비(급여비+법정본인부담금+비급여본인부담금)의 2004년 현재 51% 정도만을 부담하기 때문에 상당한 수준의 본인부담금이 발생하고 있는데도 불구하고 전면적인 민영의료비실손보장보험은 뒤늦게 출범했다. 그 이유는 민영 또는 임의 보장제도의 역사가 없어 공적건강보험의 설립 이전에는 의료비를 개인 스스로가 조달하여 온 역사적 사실로 설명할 수 있다. 가족 간의 강한 유대관계의 전통과 보험을 선호하지 않는 문화적 요인도 의료비 본인부담이 높음에도 민영건강보험이 발전하지 못한 또 다른 이유로 판단된다.

이러한 가치관은 빠르게 변화해 가고 있으며, 소득증가율을 훨씬 능가하는 본인부담금증가율, 국민건강보험급여비증가율을 능가하는 본인부담금증가율, 급속도로 진전되고 있는 고령화 등을 고려할 때 민영의료비실손보장보험은 사회적 안정망으로서의 역할을 수행해야 하며, 그를 위한 제도적 법적 장치들이 조속히 마련되어야 할 것이다. ■