

토론회

소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

| 일 시 | 2016년 3월 9일(수) 오후 2시

| 장 소 | 광화문 S타워 컨퍼런스룸II (22F)

| 주 최 | 바른사회시민회의

■———— 회 순 ————■

■ 사 회

- 조 중 근 (건강복지공동회의 공동대표)

■ 패 널

- 정 성 희 (보험연구원 연구위원)
- 김 동 현 (한림대 의과대학 교수)
- 김 정 동 (연세대 경영대학 교수)
- 서 인 석 (대한의사협회 보험이사)

■ 질의·응답

■ 폐 회



■———— 목 차 ————■

■ 토 론 문

소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

: 정 성 희 (보험연구원 연구위원)

민간의료보험의 팽창, 어떻게 이해해야 하나.

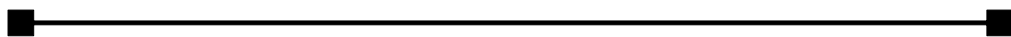
: 김 동 현 (한림대 의과대학 교수)

소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

: 김 정 동 (연세대 경영대학 교수)

실손의료보험 개선방향

: 서 인 석 (대한의사협회 보험이사)



<정책토론회> 소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

패널토론

소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

정 성 희
보험연구원 연구위원

실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 환자의 본인 부담 의료비를 포괄적*으로 보장하는 민영 건강보험 상품으로 2003년 공보험의 보충형으로 도입되었으며, 현재 국민 대다수가 가입('15년 4월 개인보험기준 가입자 3,083만 명)한 대표보험으로 성장하였습니다.

* 특정 질병이나 상해를 선별적으로 보장하는 구조가 아니라 환자가 의료기관 진료 후 지불한 본인부담 의료비를 보장

< 의료비 구성 및 보장영역 >

건강보험 급여	건강보험 비급여	
건강보험공단 부담(A)	법정 본인부담금(B)	(법정 비급여) (C)
(62.0%)	(20.0%)	(18.0%)
<-----> 국민건강보험 보장영역		<-----> 환자 부담 의료비 영역

* 괄호는 의료비중 점유율('13년), 출처 : 건강보험공단 보도자료('15.7.10)

그러나 2009년 실손보험 표준화 이후 정부의 계속된 제도개선 추진에도 불구하고 손해율을 지속적으로 상승해 왔으며, 현재 보험업계의 실손보험 손해율이 120%(2014년 상반기 기준)를 상회하면서 그 지속 가능성에 대한 우려의 목소리가 커지고 있습니다.

보험상품의 손해율은 (위험) 보험료와 지급 보험금간의 비율에 의해서 결정되므로 상승의 원인을 보험료와 보험금으로 나눠볼 수 있습니다.

먼저 보험상품은 미래 보험금 지출 예상금액의 현재 가격으로 보험료가 산출(수지상 등의 원칙)되므로, 손해율 상승 예상분만큼을 그 다음해의 보험료 인상분으로 반영함으로써 안정적인 손해율 관리가 가능합니다.

지속적인 의료비 지출의 증가(9% 이상)와 실손보험 가입자의 연령 증가에 따른 보험

료 상승률(3~5%)을 고려해 볼 때 매년 10~15% 내외의 보험료 인상 요인이 발생해 왔으나, 당국은 국민경제에 미치는 영향을 고려하여 2009년 실손의료보험 표준화 이후 5년간 보험료 인상을 통제해 왔습니다. 그러나 규제완화 차원에서 실손의료보험의 위험률 조정한도를 확대해 주면서, 2015년 말/2016년 초 실손의료보험 보험료가 일제히 큰 폭으로 인상되었는데 이는 그간 보험료에 반영하지 못했던 인상분이 한꺼번에 반영되었기 때문입니다.

그런데 문제는 보험금 부분인데 지급보험금의 상당부분을 차지하는 비급여 의료비('14.1~10월 4개 손보사 기준 65.8%) 관리가 되지 않는다는 것입니다. 국민이 부담하는 비급여 의료비(10.2%)는 지난 수년간 급여 의료비(6.7%)보다 빠르게 증가해 왔습니다.

이러한 비급여 의료비 증가 추세에 대해 “건강보험 급여에서 발생하는 낮은 수익을 비급여 의료행위의 높은 수익으로 보전하려는 일부 의료기관의 진료행태와 신 의료기술 등으로 인한 새로운 의료행위의 확대에 기인함”을 지적하는 의견도 있습니다.(보건복지부 보험급여과장, '3대 비급여 개선방안' HIRA 정책동향 (2014))

< 건강보험 진료비 및 비급여 의료비 발생 추이 : 2009~2013년 >

(단위 : 조원, %)

분		2009	2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
건강 보험	공단부담금	28.9	32.5	34.6	35.7	38.1	7.2
	본인부담금	10.4	11.1	11.7	12.1	12.8	5.3
	총 진료비	39.3	43.6	46.3	47.8	50.9	6.7
비급여 의료비 ^{주)}		15.8	17.9	19.6	21.4	23.3	10.2

주) 비급여 의료비는 「2013년 국민의료비 및 국민보건계정」의 비급여 본인부담(HF.2.3.1)을 적용
자료 : 국민건강보험공단, 「2009~2013년 국민건강보험 통계연보」,

2010~2014 보건복지부, 「2013년 국민의료비 및 국민보건계정」, 2015.7

* 23.3조원 비급여 의료비 중 실손의료보험의 지급보험금은 약 4조2천억 원 수준

비급여 의료비의 증가세로 인해 2005년부터 시행되고 있는 정부의 보장성 강화 정책에도 불구하고 국민건강보험의 보장률은 정체 국면에서 벗어나지 못하고 있고('09년 65.0% → '13년 62.0%), 국민의 의료비 부담도 가중('09년 35% → '13년 38%)되고 있는 상황입니다.

< 건강보험 보장률 및 비급여 본인부담률 현황 >

(단위 : %)

분		‘08	‘09년	‘10년	‘11년	‘12년	‘13
건보공단부담	건강보험 보장률	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0
본인부담	법정 본인부담률	21.9	21.3	20.6	20.0	20.3	20.0
	비급여 본인부담률	15.5	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0

자료 : 국민건강보험 ‘2013년도 건강보험환자 진료비 실태조사’ 보도자료(‘15.7.10)

이처럼 급여 의료비에 비해 비급여 의료비가 지속적으로 상승하고 있는 것은 국민건강보험이 부담하는 급여 부분은 심사평가원이 급여의 가격과 의료 기준을 엄격하게 심사·통제하고 있는 반면에, 비급여 부분은 현재 의료기관의 자율 영역으로 (사적 자치의 원리에 따라 비급여의 가격을 의료기관에서 자율적으로 결정하고 의료항목의 명칭·코드 또한 의료기관의 필요에 따라 자율적으로 생성·관리하고 있어) 이에 대한 적절한 수가나 진료량을 관리하는 조직이 없어 의료기관의 진료 유인으로 작용하고 있기 때문입니다.

또한 의료기관별로 비급여 의료행위의 코드 등이 표준화되어 있지 않아 진료비 내역을 환자나 보험사가 파악하기에 어려움이 있습니다.

이와같이 비급여 의료비에 대한 관리체계 미비로 동일한 의료행위 대해서도 의료기관별 비용 차이가 크게 발생하고 있습니다.

2015년 4월에 발표된 감사원의 의료서비스 관리실태 감사결과에서도 심평원의 955개 비급여 진료항목에 대한 조사결과 병원별 가격차이가 평균 7.5배, 최대 17.5배까지 차이가 발생하는 것으로 나타났습니다.

국민 총의료비 관리차원의 국민건강보험 보장률 제고와 함께 건강보험의 보충형으로서 실손의료보험의 지속가능성 증진을 위해서는 비급여 의료비의 관리체계 마련이 필요한 시점이라고 할 있습니다.

비급여 의료행위의 적정성 평가를 위한 필수 요건인 비급여 코드 표준화·세분화 및 이에 대한 의료기관의 사용을 의무화할 필요가 있습니다.

현재 복지부에서 비급여 제도개선 계획은 언급(‘15.3월 복지부 보도자료 ’건강보험 중기보장성 강화 계획 수립’)하고 있으나 다양한 의견을 반영한 보다 구체적이고 실질적인 계획안이 필요할 것임.

또한 비급여 개선을 위한 국민 논의창구로서 정부, 의료기관, 보험사, 국민 등 범 이해관계자가 참여하는 상설협의체를 마련할 필요가 있습니다.

민간의료보험의 팽창, 어떻게 이해해야 하나

김 동 현

한림대 의과대학 교수

우리나라는 1977년 직장건강보험을 시작으로 1989년 도시자영업자로 확대실시를 통해 12년 만에 전 국민 의료보험제도를 갖추어서 전 세계적으로 가장 단기간에 전국민 건강보장을 달성한 국가이다. 그런데 이러한 급속한 국가보험제도의 도입으로 인해 보장률이 국민들의 기대에 미치지 못하고, 이를 정부 재정으로 감당할 수 없었기에 정부는 민간의료보험의 허용이라는 보완적 제도 도입을 통해 문제를 해결하고자 하였다.

이러한 취지로 시작된 민간의료보험은 2003년 실손형의료보험의 도입으로 영역을 넓혀나가 2000년 중반 이후 급속한 팽창을 결과하게 되어 2015년 전 국민의 약 72%가 민간의료보험을 하나 이상 갖게 되었고, 이중 실손형 보험이 83%로 대세가 되었다. 2012년 조사에 따르면, 가구당 월 34만원의 민간(실손)의료보험료를 부담하고 있어, 직장가입자 1인의 월 평균 보험료 95,000 원의 3배를 상회하고 있다.

이에 따라 민간의료보험은 이미 국민건강보험을 보완하는 역할은 넘어 경쟁하는 위치를 점하게 되었고, 결과적으로 전국민 의료보험은 그 외피만 남아 있고, 실제로는 국민 개개인이 미래의 질병으로 인한 경제적 부담을 감당하기위해 각자 알아서 자구책을 마련해야 하는 상황에 이르렀다.

민간의료보험의 가장 큰 문제점의 하나는 낮은 지급률에 있다. 즉 2013년 국민건강보험공단 자료에 따르면, 국민건강보험의 급여률은 정부지원을 감안하면 100%를 넘어서는 데 비해, 생명보험회사의 지급률은 57%에 그치고 있어, 전체적으로 낸 돈의 절반 수준의 보상이 이루고지고 있다. 아울러, 개인의 암 발생위험도에 비례해 민간(실손)보험료는 상승하기에 보험 갱신 시 납부해야 할 보험료는 연령 증가에 따라 급격하게 상승하게 되어 있어, 보험금에 대한 수요가 가장 많이 생겨나는 노인인구에서는 계약 해지가 일어나게 된다는 취약점을 안고 있다.

아울러, 실손형 의료보험은 보험가입자와 의료공급자의 도덕적 해이로 인해 과다 진

료와 고가의 진료가 발생하게 되고, 이는 의료보험재정을 압박하게 되고, 이는 또 공적 국민건강보험의 보장성 확대에 장애요인이 된다.

따라서 저부담과 저숫가로 인한 건강보험 및 의료제도의 왜곡을 방지하고, 의료보험 보장성의 확대를 위한 사회적 합의를 위해 민간의료과 실손보험 확대 정책은 지양되어야 하고, 빠른 시간 내 공적 국민건강보험의 안정적 확대를 위한 정책여로의 선회가 절실히 요구되고 있다.

소비자를 위한 실손의료보험 개선방향

김 정 동

연세대 경영대학 교수

I. 문제 제기

최근 실손의료보험료 인상률이 높아짐. 특히, 보험계약 갱신 시 보험료가 대폭 인상되어 소비자의 부담 가중.

실손의료보험의 손해율이 100%를 훨씬 상회하여 보험사 재무건전성에 악영향. 실손의료보험의 손해율: 손보 127.4%, 생보 82.2%, 전체 119.4%, 2013. 금융감독원 내부자료, 『손해보험』 2015.12

이와 같이 실손의료보험의 소비자와 공급자 양측이 동시에 어려움을 겪게 된 주요 원인은 비급여 진료비의 급증에 있다. 비급여 진료비에 대한 관리·통제의 필요성이 대두되고 있다.

비급여 진료비: 2009년 15.8조원에서 2013년 23.3조원으로 증가. 연평균 10.2% 증가. 동 기간 총 진료비 증가율은 6.7%. (국민건강보험공단, 보건복지부 자료)

보험사의 지급 보험금 중 비급여 진료비의 비중: 2011년 60.3%, 2014년 65.8%. 나머지는 국민건강보험의 자기부담금. (손보 4개사 자료)

II. 문제에 대한 평가와 진단

비급여 진료 증가의 원인: 의료기술의 발전(아직 급여 진료로 지정받지 못한 새로운 의료기술의 출현), 국민의 의료 수요 변화(수요측면), 정부의 급여진료 가격 규제(공급측면), 등.

비급여 진료, 혹은, 비급여 진료비 증가 그 자체가 문제는 아니다. 비급여 진료는 국민건강보험이 보장하지 않는 진료이므로, 실손의료보험을 통하여 진료비 부담을 줄여 비급여 진료를 받을 수 있게 된다면 국민 건강 증진 및 소비자 니즈(needs) 충족에 도움이 되어 바람직하다. 다만, 실손의료보험이 불필요한 진료와 과도하게 비싼 진료비 등을 부추긴다면 문제가 된다.

비급여 진료를 폐지하고 모든 진료를 국민건강보험이 보장하도록 하면(국민건강보험의 보장률 100%) 비급여 진료 문제를 없앨 수 있다는 주장이 있다. 그러나 이러한 방식은 ①국민건강보험료의 인상이 불가피하고, ②의료기관 간의 경쟁을 없애고 국민의 진료 선택권을 침해하며, ③의료기술 개발과 의료산업 발전 저해와 같은 ‘관치의료’에 따른 부작용 발생 등 더 큰 문제점이 있다.

실제로, 이와 같은 방식을 채택하고 있는 영국과 캐나다는 의료산업의 비효율이 심화되어 국민의 불만이 높고, 수많은 갈등과 문제점을 안고 있다.

민영건강보험의 목적이 ‘국민의 의료비 부담 경감’이라는 주장이 있는데, 이에 대한 이해를 정확히 할 필요가 있다.

①‘국민’이란 누구를 의미하는가? ‘대한민국 국민 전체’여야 한다. 환자와 그 가족은 국민건강보험과 민영건강보험을 통하여 실제 진료비보다 월등히 낮은 진료비를 부담하는데, 그들이 낮은 진료비를 부담할 수 있는 이유는 보험료를 내고 진료를 받지 않거나 적게 받는 사람들이 있기 때문이다. 즉, 보험 제도를 통하여 낮은 진료비를 부담하는 것은 공짜가 아니다. 그러므로, 특정 계층(저소득층, 노인, 어린이 등)의 의료비를 경감시켜주는 것은 다른 계층을 희생시켜야 하고, 경감 받는 계층의 진료 수요를 증가시키는 도덕적 해이를 유발하여 바람직한 정책이 아니다. 또한, 다른 계층의 희생을 토대로 특정 계층의 진료비를 경감시켜준다면, 잠시 후에 더 많은 진료비 경감을 요구하게 되어 끝이 없다. 저소득층을 위한 보조는 현행의 ‘차등 보험료-평등 진료’ 구조로 충분하다.

②‘국민의 의료비 부담 경감’은 건강보험 및 국가 보건정책의 궁극적 목적이 될 수 없다. 병·의원을 없애서 국민의 의료비 부담을 0으로 하는 게 최선의 보건정책일 수는 있지 않은가? ‘국민의 의료비 부담’과 ‘국민건강 증진’을 적절히 조화시켜 사회후생을 극대화하는 것이 올바른 목적이다. 즉, 필요한 진료는 적극적으로 제공하고, 불필요하거나 낭비적인 진료를 관리·통제해야 한다.

그러므로, 민영건강보험 때문에 진료를 받는 사람이 증가하여 국민건강보험의 재정이 악화되는 것을 못마땅하게 생각하지 말아야 한다. 비급여 진료의 증가 또한 마찬가지다. 정부는 국민이 필요로 하는 진료를 금지하거나 방해하지 말고, 불필요하거나 낭비적인 진료를 관리·통제하는 것이 국가 보건정책의 목적이어야 한다.

자기부담금을 낮추는 것을 ‘국민의 의료비 부담 경감’이라고 우기지 말 것. 적절한 수준의 자기부담금과 비급여진료의 존재는 환자의 도덕적 해이를 통제하여 국민의 의료비 부담을 경감시켜주는 효율적인 수단이다. 자기부담금을 낮추면 환자 개인의 의료비 부담은 감소하지만, 국민 전체의 의료비 부담은 증가하고, 경제성장과 고용 등 국가 경제에 악영향을 미친다. 환자의 개인적 부담 경감과 사회 후생의 극대화 중 어

는 것을 국가 보건정책의 목적으로 삼아야할지를 분명히 해야 한다.

실손의료보험이 비급여 진료 증가의 주요인이라는 주장이 있는데, 실증적 증거가 부족하다. 국민건강보험공단과 보건복지부의 자료에 의하면, 2013년의 국민 의료비는 약 74조원, 그 중 비급여 의료비는 약 23.3조원, 그 중 실손의료보험의 지급보험금은 약 4.2조원이다. 그러므로 실손의료보험을 통제하여 비급여 의료비를 줄이려는 정책은 성공하기 어렵다. 실손의료보험 가입률 증가와 보험료 증가는 비급여 진료비 증가의 원인이 아니라 결과다.

비급여 의료비 증가가 시장에서의 자유경쟁의 결과라면 정부는 간섭하지 말아야 한다. 그러나 독점력과 정보비대칭 등 경쟁 제한적 요인 때문이라면 정부가 개입할 필요가 있다.

진료 제공 여부 및 적정 진료방법의 선택은 전문가의 영역이어서 의료서비스의 수요자인 환자와 공급자인 의사·병원 간의 정보비대칭이 심하다. 또한, 의사의 환자에 대한 독점력 또한 상당한 정도로 인정된다. 그 결과 불합리한 진료의 선택(e.g., 불필요한 진료 제공, 고가의 진료 선택)과 과도한 진료비가 발생할 수 있다. 정부는 이러한 문제를 완화시키기 위하여 개입할 수 있다. (cf. 보험사의 과도한 사업비 지출 때문에 자동차보험료가 높다는 주장이 있으나, 시장에서 경쟁이 보장된다면, 즉, 보험사 간 상품의 차이가 별로 없고, 소비자들이 상품의 가격을 비교할 수 있다면, 그러한 주장은 설득력이 없다. 따라서 정부 개입의 당위성도 없다.)

낭비적 진료의 유형: 불필요한 진료(빈도), 다른 병원보다 과도하게 비싼 진료비(심도).

사례: 도수치료(徒手治療). 신문과 방송에 여러 차례 보도된 대표적인 낭비적 진료. 가격이 1만원에서 수십만 원까지 천차만별. 의학적 타당성이 의심스러운 경우가 많음. 급여진료항목인 물리치료의 대용으로 흔히 사용됨. 의사가 아닌 사람이 시술하는 경우가 빈번함. 2006년 이전에는 급여진료였으나, 2006년부터 비급여항목으로 전환된 결과 도수진료 건수가 급증했고, 가격도 급상승했다.

비급여 진료의 정보비대칭 심각

①급여 진료는 정부가 진료비와 진료 기준을 관리·통제하나, 비급여 진료는 각 의료기관이 진료 제공 여부 및 진료비를 자율적으로 결정함.

②진료 항목의 명칭과 코드 또한 의료기관이 자율적으로 생성·관리하고 있어서 의료기관 간 가격을 비교할 수 없고, 진료의 적정성 또한 판단할 수 없음. 또한, 정부(심평원)가 진료 항목의 공급량조차 제대로 파악하지 못하고 있음.

③환자가 비급여 진료 후 의료비용의 적정성 여부를 확인할 제도적 장치가 미흡함. 현재 심평원에 진료비 확인신청제도가 있으나, 신청절차가 복잡하고, 홍보가 부족하여 실제 이용률은 극히 미미한 상태임.

④이로 인하여 도수치료, MRI·초음파·DITI(체열진단기) 등의 검사, 약제 처방, 비급여 수술 등이 남용되는 사례가 빈발하고 있음. 또한, 급여 항목을 비급여 항목으로 전환 청구하는 사례도 다수 발생하고 있음.

보험금 지급 제도와 진료의 적정성 심사 절차 부재

급여 진료는 심평원이 각 진료 항목의 진료비를 정해두고 있고, 진료의 적정성 여부를 심사한다. 그러나 비급여 진료의 경우 의료 소비자와 보험사는 의료기관이 가격과 진료 여부를 결정하는 대로 따를 수밖에 없다. 그 결과 의료기관의 도덕적 해이를 견제할 수 없어서 자원의 낭비가 초래된다. 보험의 기본원리에 심각하게 위배되는 제도다. 이는 인간 본성(이기심과 합리성)의 문제로서, 의사와 의료기관의 양심이나 도덕성으로는 자원의 낭비를 막을 수 없다. 적절한 제도를 도입해야 통제할 수 있다. (cf. 집에서보다 음식점에서 종이 냅킨을 더 많이 사용하는 현상을 양심과 도덕으로 통제하기는 어렵다.)

보험사는 환자가 제출하는 진료비 영수증에 따라 보험금을 지급해야 하므로 진료비와 진료의 적정성을 심사하기 어렵다. 현재 보험사는 진료의 적정성 여부에 대해서는 전혀 이의를 제기할 수 없으며, 급여 진료를 비급여 진료로 청구한 경우, 진료비 과오 청구가 의심될 경우 등 극히 일부에 대해서만 의사나 병원에 이의를 제기할 수 있고, 대부분의 경우에는 제출된 영수증을 이의 없이 수용할 수밖에 없다.

또한, 현재 ‘비급여 의료가격 고지 제도’와 ‘진료비 확인 제도’가 있으나, 가격고지를 불이행하는 의료기관이 상당수이고, 고지한다 해도 의료소비자가 가격을 비교하기는 쉽지 않으며, 실손보험에 가입된 경우 가격 비교의 실익이 거의 없다. 더욱이, 의료소비자가 진료의 적정성 여부를 판단하기는 불가능에 가깝다. 따라서 유명무실한 제도가 되고 말았다.

정부의 오랜 가격 규제로 급여 진료비가 과도하게 낮은 것도 비급여 진료를 부추기는 요인이다. 진료비가 낮은 가벼운 질병이 대부분인 일반내과나 소아과에는 30분 대기, 3분 진료라는 현상이 생긴 지 오래다. 진료비 자체가 낮은데다가, 보험이 진료비의 대부분을 부담해주기 때문에 진료 수요가 대단히 많아서 병원 혼잡의 원인이 되고, 그러한 수요를 충족시키기 위하여 의사들은 3분 진료를 할 수 밖에 없어서 환자들의 불만의 원인이 되며, 병원과 의사의 수입도 낮다. 그래서 의사들이 비급여진료에 눈을 돌리게 된다.

III. 정책 제언

실손의료보험의 구조와 실무만 개선해서는 해결되지 않음. 보다 근본적으로 비급여 진료료가 시장원리에 부합되도록 하는 제도를 도입해야 해결의 실마리가 풀린다. 즉, 수요자와 공급자 사이의 정보비대칭 완화, 독점력 완화, 진료비 규제 완화 등이 선행되어야 자원의 낭비와 보험료의 과도하고 지속적인 인상을 통제할 수 있다.

의료 수요자와 공급자 사이의 정보비대칭을 완화하기 위하여 비급여 진료 코드를 표준화할 필요가 있다. 또한, 환자와 보험사가 표준화된 코드에 따른 진료 기록을 열람할 수 있도록 해야 한다. 이를 위하여 우선 비급여 진료에 대한 데이터를 집적하는 작업을 시작해야 한다.

보험사가 자신에게 청구된 비급여 진료비에 대한 적정성 여부를 심사할 수 있도록 해야 한다. 구체적으로는, 방법과 심사의 정도에 있어서, 여러 가지의 대안이 있을 수 있으나, 구체적인 대안을 마련하기에 앞서, 먼저 병원과 의사들로부터 심사에 대한 동의를 구해야 한다. 현재의 상태가 지속되면 환자·의사·병원의 도덕적해이가 감당할 수 없는 수준으로 심해져서 실손의료보험 시장 자체가 붕괴될 수 있다. 이는 환자, 의사, 병원, 보험사 등 모든 이해 당사자에게 치명적인 손해가 된다. 큰 어려움을 겪기 전에 미리 합리적인 제도를 마련해야 할 것이다.

장기적으로는 정부 또는 민간 협의기구를 통하여 비급여 진료의 수량과 가격에 대한 가이드라인을 수립해야 한다. 이를 위하여 환자·의료기관·보험사·정부 간 제도 도입을 논의하기 위한 창구를 마련해야 하고, 정부 관련 부처 간 소통과 조정 또한 필요하다. 또한, 공·사 보험 간 협력과 상호 발전을 위한 소통이 필요하다.

마지막으로, 정부가 의사·의료기관·보험사 등 민간인을 과도하게 통제하려 하지 말아야 한다. 즉, ‘관치의료’는 정치인과 공무원의 이익을 위하여 국민(환자·의사·의료기관·보험사)을 희생시키는 결과를 빚는다. 정부는 독점력, 정보비대칭, 거래비용, 진입과 퇴출의 장벽 등 시장실패요인을 제거·완화하는 선까지만 개입하고, 가급적 민간인들의 자유를 최대한 보장하여 시장의 효율성을 극대화하도록 해야 한다. 즉, 가격 통제와 진료 방법 지정 등의 규제를 최소화해야 하고, 불가피하게 그러한 규제를 했을 경우에는 선의의 피해자를 최소화하는 방안을 마련해 두어야 한다.

실손의료보험 개선방향

서 인 석

대한의사협회 보험이사

최근 들어 실손보험과 관련된 이슈가 꽤 자주 언론에 나오는 것 같다. 보험사기와 관련되어 누수되는 재정이 어마어마하며 이로 인해 민간보험사는 손해율이 120%를 넘어가서 보험료 인상이 불가피하다고 한다.

그러나 2016년 2월 12일 금융감독원이 발표한 '2015년 보험회사 경영실적 잠정치'를 보면 2015년 보험회사의 당기순이익은 6조3000억 원으로 2014년보다 13.3%(8000억 원) 증가하였다고 한다. 생명보험회사의 당기순이익은 3조6000억 원으로 2014년과 비교해 12%(4000억 원) 늘었고, 손해보험회사의 당기순이익은 2조7000억 원으로 15.1%(4000억 원) 많아졌다.

잘 이해가 가지 않는다. 손해율은 증가하였는데 순이익도 역시 증가하였고 몇 백 억 단위가 아니라 순이익이 6조가 넘어간다고 한다.

거기에 더불어 반갑지 않은 소식이 있다. 2016년 새해가 들어 상위 4대 실손보험사들은 실손보험료(신규가입 기준)를 18~27% 인상했다. 지난해(7~20%)보다 훨씬 큰 폭의 인상이다. 이에 유안타증권은 상위 5개 대형 손보사의 올해 순이익이 전년대비 25.3% 증가할 것이라고 예상했다.

그럼 먼저 보험사에서 주장하는 손해율, 어떤 비밀이 숨겨져 있을까?
손해율의 종류에는 '원수 손해율'과 '경과 손해율'이 있다.

원수 손해율은 가입자가 낸 보험료(원수 보험료) 총액에서 보험사가 가입자에게 지급한 보험금 총액(원수 보험금)이 차지하는 비중을 말한다. 반면 경과 손해율은 가입자가 낸 보험료(원수 보험료)에서 보험사가 위험분담을 위해 드는 재보험 비용 등을 뺀 '경과 보험료'를, 장래 지급에 대비해 쌓아놓는 지급준비금을 포함해 회계상 지출로 잡은 '발생 손해액'으로 나눈 것이다. 경과 보험료는 보험사의 영업구조에 따른 회계상 기준이지, 실제 당해 연도에 보험 가입자가 내고 받아간 보험료·보험금은 아니라는 얘기다.

그럼 원수 손해율과 경과 손해율에는 어떤 차이가 있을까? 쉽게 말해 보험사의 사업비가 포함되어 있으며 사업비에는 TV채널을 돌리면 문지도 따지지도 않고 하는 광고 및 불완전판매 손해율, 보험대리점의 부실관리 비용 등이 포함된다. 즉 일반적으로 보험사에서 주장하는 경과손해율에는 보험사의 경영부실로 인한 손실도 포함되어 있으나 이런 건 보험사에서 이야기하지 않는다.

그럼 실제 원수 손해율, 즉 보험사에서 걷은 원 보험료 대비 가입자에게 지급한 보험료는 얼마나 될까? 2013년 국회예산정책처 ‘건강보험사업평가’보고서에 따르면 실손보험료지급률이 40~60%에 불과하다고 하였다. 즉 실제 원수보험료는 40~60%인데 부풀려지기는 보험사의 경영부실까지 포함된 금액을 고스란히 가입자와 의료기관의 도덕적 해이로 몰고 간다.

또한 보험사에서 주장하는 손해율의 증가 중 하나는 보험상품의 부실설계에 있다. 2006년부터 본격 판매된 실손의료보험은 초기 보험의 특성상 시장 선점을 위해 입원하면 10만원에서 많게는 30만원 넘게 나오는 특약 등을 제시하며 보험가입자들의 과사용 및 도덕적 해이를 조장하거나, 명확한 보장한계를 명시하지 않아 가입자들의 욕구를 무한대로 올려놓았다. 질병에 걸렸을 때 최대한 많은 혜택을 보려고 가입한 것이 실손보험이므로 가입자 입장에서는 이를 최대한 활용하려 하는 게 당연하다. 이것이 보험가입자의 잘못인가. 이는 보험상품을 잘못 설계한 보험사의 과오이지, 이를 개 개인의 도덕성으로 몰고 가는 것은 어불성설이다.

거기에 최근 4대중증 3대비급여로 인한 보험사의 반사이득은 상당하다. 실손의료보험은 건강보험이 보장하지 않는 비급여 부분을 보장해주는 데 건강보험의 보장성 확대되면 민간보험사는 그만큼 가입자에게 지급해야 할 보험금이 줄어들기 때문이다.

그럼에도 불구하고 이런 보험사들의 보이지 않는 이득과 이야기하지 않는 경영상의 잘못이나 상품의 부실설계 등은 이야기 하지 않고 계속 환자와 의료기관의 잘못으로만 이야기 하고 있다.

거기에 보험사의 지급 지연이나 소송남발 또한 보험사들의 문제 중 하나이다. 2015.4.21 에너지 경제 신문에서 보험사들이 지급심사 강화 등을 통해 보험금을 제대로 주지 않거나 삭감해 지급하려고 하고 있어 보험사에 대한 가입자들의 원성이 고조되고 있는 실정이라고 하였다.

이에 더해 보험사가 소비자를 상대로 보험금 지급을 하지 않기 위해 민사 조정 등 소송을 남발하고 있는 것도 문제점으로 지적됐다. 금융위원회와 금융감독원에 따르면 지난해 보험소비자와 보험사 사이에 벌어진 보험 관련 소송은 모두 1112건으로 1

년 전(647건)보다 무려 72% 증가했다.

이 가운데 보험사가 제기한 소송은 986건으로 전체의 89%에 달했다. 소비자 개인이 대형보험사를 상대로 대항하기 어렵고 비용부담도 만만치 않아 상대적으로 보험사에 유리하게 작용한다. 금융당국차원에서 보험사의 꼼수에 제동을 걸어야 한다는 지적이다.

이렇듯 보험사의 많은 문제점이 있음에도 불구하고 금융당국은 실손보험사의 손해율이 높아 보험사들의 인상이 불가피하다 라고 하듯 보험료 자율적으로 설정할 수 있도록 하였다. 기존의 민간의료보험의 많은 문제점들은 개선하려고 고려하지 않는 것처럼 보인다.

또한 이런 민간대형보험사의 문제점에도 불구하고 항상 이야기는 가입자와 의료기관의 책임으로만 돌린다. 특히 의료기관에 관해서는 비급여에 관한 사항도 이슈가 된다.

비급여 의료행위란 한국보건의료연구원에서 의료행위로 인정을 받았으나 사회보험제도로 급여를 해주기에는 비용 효과적이지 않은 행위를 말한다. 즉 어느 정도의 대체행위가 있으며 사회보장으로 획일되게 보장할 필요는 없는 것들을 말한다.

2014년 헌법재판소는 비급여 의료행위의 가능성 등을 통해 의료기관 사이의 실질적인 차이가 반영됨으로써 본질적으로 다른 것이 다르게 취급되고 있고, 의료소비자가 의료기관을 자유롭게 선택하고 비급여 의료행위를 선택할 수도 있으므로, 요양기관 강제지정제가 의료인의 평등권과 의료소비자인 국민의 선택권을 침해하지 않는다고 강조했다.

그런데 일부에서는 비급여의 가격이 차이가 몇배 차이가 나며 비싼 의료기관을 문제 있다고 한다. MRI를 찍더라도 소위 말하는 big 5병원의 비급여 비용과 지방 작은 의료기관의 비용은 차이가 있다. 이는 시설, 접근도, 최신의료장비 뿐 아니라 인력비용도 차이가 난다. 그런데 마치 의료기관이 부도덕한양 몰고 간다. 일부 의료기관같은 극단값을 가지고 전체 대상을 부도덕하게 보고 이를 규제하는 것은 문제가 있다.

2014년 12월 18일 금융위원회 보험과는 '실손의료보험 안정화' 대책을 발표했다. 이번에 발표된 대책의 주요 내용은 ▲보험료 인상에 대한 보험사의 책임 강화 ▲자기부담금 현실화 ▲보험료 공시 강화 ▲보험금 관리체계 마련 ▲실손의료보험 운영에 대한 법률 근거 마련 등이다.

이에 대한 구체적 안으로 실손보험을 기존의 가입자를 대신하여 의료기관에서 심사평가원이나 보험사로 직접 청구하고 보험금을 받도록 하는 방법도 언론에 눈에 띈다.

민간보험을 건강보험재정으로 이루어지고 청구 등을 위한 EDI체계를 민간기업의 이득을 위해 사용한다는 것은 문제가 있다. 또한 시민단체에서는 심평원의 비급여 심사정보에 담긴 환자의 개인질병정보와 진료내역이 모두 민영보험사로 유출이 될 경우 민간의료보험회사가 이를 영업에 악용할 수 있다는 우려가 제기되고 있다.

또한 보험금 간편 청구 시범운용 계획을 밝힌 금융위 관계자는 “소액청구 건이 증가하더라도 진료기록을 전산화해 보험사가 보유함으로써 얻게 되는 효과가 더 크다고 업계는 보고 있다”며 “그러므로 보험사들은 수수료를 지불하고서라도 보험금 지급 간소화를 환영할 것으로 보인다”고 말했다.

즉 한곳에 집적된 건강보험과 민간보험의 정보는 나중 보험사에서 보험료 인상, 보험금 지급 거절, 갱신 거절 등으로 악용 될 수도 있다.

또한 의료기관에 대한 과도한 침해소지도 있다. 보험의 청구는 상당한 행정비용이 든다. 위의 청구대행 문제에 대해 2015년에 몇 차례 이와 관련된 법안 및 금융당국의 입장들의 계획이 발표되었으나 정작 환자를 치료하는 의료계에서는 관련된 내용에 대해 회의하거나 의견수렴하는 과정을 걸치지 않았다. 정작 행정업무가 늘어날 의료계 당사자와는 상의하지 않는 것이다.

위와 같은 문제점을 개선하기 위해서는 개별 보험상품들의 보험료 실지급률을 공개하고 일정수준(약 80%)이하 지급 시 익년 가입자들에게 해당 금액만큼을 돌려주어야 한다. 둘째, 정확한 실지급률을 알기 위해 개별 보험사들은 광고비, 설계수당, 관리부실로 인한 손해율(단기 계약 파기 등) 등을 투명하게 공개해야 한다. 셋째, 보험청구의 불편함을 해결하기 위해 보험금청구 간소화 서비스를 이용해 일정금액 또는 조건에서는 영수증만으로 보험금을 지급하도록 해야 한다. 사실 환자와 의료기관들의 민원 중 하나가 보험사의 서류 요구로 인한 행정업무의 과다이고, 구식 약관의 부실로 인한 보완서류 요구 등이다.

한 신호등에서 유독 사고가 많은 것은 운전자의 부주의도 한 요소가 될 수 있겠으나 근본적으로 신호등의 체계가 문제가 없는지 점검해야 한다.

최근 '보험사기방지 특별법'이 제정돼 정부로 넘어간 것으로 알고 있다. 국민을 보험사기범으로 몰아가는 상품이 있다면 그 상품의 구조부터 문제가 없는지 점검해야 하며 개선해야 한다. 금융당국은 대형기업의 경영부실을 국민들에게 전가해서는 안된다.



서울시 중구 정동길 12-11 카리스타워 2층 (정동 28-11)

Tel : 02-741-7660~2

Fax : 02-741-7663

<http://www.cubs.or.kr>