

실손보험 역할 재정립 필요성과 체계적 관리체계 기반 마련



허윤정 소장
건강보험심사평가원 심사평가연구소

1989년 전국민건강보험 시행 이후 건강보험 정책은 적정수준의 급여확대와 공공과 민간의 비용분담의 황금비율을 찾기 위한 일련의 흐름 속에 있었다 해도 과언이 아니다. 이 두 영역을 포괄하는 ‘보장성 강화’정책은 지난 2005년 1차 계획을 시작으로 꾸준히 추진되면서 보장의 범위가 확대되고 있다. 암을 비롯한 중증질환의 급여범위 확대에도 불구하고 건강보험 보장률 지표는 크게 개선되지 못했으며¹⁾, 개인 의료비 부담 중 큰 비중을 차지하는 비급여 항목의 관리부재가 주요한 원인으로 제기되고 있다.

2017년 새 정부가 출범하면서 발표된 건강보험 보장성 강화대책이 그 이전의 보장성 확대 정책과 비교하여 가장 획기적인 부분은 ‘의학적 비급여의 전면급여화’이다. 이 과정에서 개인부담을 보장하는 민간보험(15. 기준 약 78% 가입²⁾)과 관련된 다양한 이슈가 제기되었다. 특히 민간의료보험 가입자의 과다 의료이용, 건강보험 보장성 확대에 의한 민간보험사의 반사이익, 실손보험 손해율 및 보험료 인상의 적절성 등 그간 금융상품이라는 인식 속에서 건강보험과 무관하게 성장해 온 민간의료보험과 공적보험인 국민건강보험 사이의 상호작용에 대한 다양한 문제제기가 포함되었다.

1) 건강보험 보장성 강화 1차 계획이 논의될 당시인 2004년 건강보험 급여율은 61.3%(보건복지부, 2005)였으나 2016년 건강보험 급여율은 62.6%(국민건강보험공단, 2018)로 큰 개선이 없다.

2) 한국의료패널 심층분석(2017)

건강보험의 낮은 보장수준으로 개인이 질병 또는 사고가 발생했을 때 민간보험을 가입하여 건강위험을 대비하는 것은 주지의 사실이다. 그러나 민간의료보험의 가입으로 비급여 진료의 가격장벽을 낮춰 불필요한 의료이용을 유발하여 건강보험 재정에 부담을 주고 결국 건강보험의 보험료 상승으로 국민부담을 가중시키고³⁾ 있다는 지적 역시 간과할 수 없는 사실이다. 특히 비급여의 전면급여화 정책이 단계적으로 시행되고 있는 만큼 전체 국민의료비 적정화 관점에서 국민건강보험과 민간의료보험 사이의 합리적인 역할정립이 필요하다. 공·사보험 상호영향에 대한 실제적 진단을 바탕으로 상생하기 위한 제도 도입과 법적 기반 마련이 필수적이라 할 것이다.

정부도 공·사보험의 상생과 선순환을 위해 보건복지부와 금융위원회 관계 기관, 전문가 및 소비자 대표 등이 참여하는 공·사보험정책협의체를 구성하여 운영하고 있으며 공·사의료보험연계법 제정을 추진하고 있다. 현재 공·사보험연계 관련 법률은 김상희 의원(17.12.), 윤소하 의원(18.1.), 김종석 의원(18.2.), 성일중 의원(18.8.)이 각각 대표 발의하여 상정되어 있는 상황이다.

공·사보험은 연계 문제 이외에도 민간의료보험 필요도가 높은 노인가입자와 질병보유자 등 취약계층 상당수가 가입하지 못하거나 가입을 유지하기 어려워 민간의료보험의 보장대상에서 제외되고 있다는 사실을 주목해야 한다. 지난 2014년 8월부터 노인실손보험(75세까지 가입 가능)과 2018년 4월부터 유병자실손보험(심사항목 축소 등 가입절차 완화)이 판매되고 있으나 가입과 보장강화라는 초기 정책목표가 충족되고 있는지 지속적인 효과분석과 모니터링 체계가 필요하다.

사회보험으로 건강보험을 운영하고 있는 국가 등 OECD 국가들 대부분이 공적영역의 건강보험과 민간의료보험이 제도적 기반하에 질서 있는 역할분담을 담당하고 있다. ‘비급여의 전면급여화’라는 보장성 강화 정책의 전환점을 계기로 그 동안 각자도생(各自圖生)하던 공·사보험이 연계하고 협력하는 상생의 출발점이 마련되어야 한다. 이를 통해 전체 의료자원의 효율적 관리와 의료비의 합리적 배분으로 국민의 건강과 삶의 질 향상에 기여할 수 있게 되기를 기대한다. X

3) 건강보험 보장성 강화대책 설명자료. 보건복지부. 2017.