

국민의료보장 강화를 위한 민간의료보험의 역할 설정

이 상 이, 이 진 석¹³⁾
제주대학교 의과대학 의료관리학교실
국민건강보험공단 건강보험 연구센터

1. 민간의료보험 활성화의 배경과 내용

○ 최근 보험회사를 필두로 한 재계와 정부의 경제부처, 그리고 일부 학계를 중심으로 민간의료보험 활성화 주장이 제기되고 있음. 민간의료보험 활성화 주장은 이전에도 다양한 형태로 제기되었으나, 최근의 주장은 다음의 내용을 배경으로 하고 있음.

- ① 부족한 의료재원의 마련 : 현재 우리나라 건강보험제도의 보장성이 부족하고 재원을 마련하기가 어렵기 때문에 민간재원을 활용해야 한다.
- ② 효율성의 제고
 - 보험자의 효율성 제고 : 보험자간의 경쟁을 통해 효율성을 제고할 수 있다.
 - 의료체계의 효율성 제고 : 선택적 재계약을 통해 의료의 질 향상 및 의료비용을 감소할 수 있다.
- ③ 국민의 다양한 욕구 충족 : 선택의 다양성을 높여서 국민의 욕구를 충족시킨다.
- ④ 의료산업의 경쟁력 강화 : 이는 효율성 제고와 국민의 다양한 욕구 충족의 결과로 나타나는 효과이다. 또한, 신규 의료수요의 창출을 통해 의료분야에서의 기술개발 및 혁신 효과를 유발한다.

13 충북대학교 의과대학 의료정보학및관리학교실

표 1. 민간의료보험 활성화의 논리

필요성	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재정적 한계로 국민건강보험의 의료보장 수준 미흡 ○ 보험재정의 안정과 국민의료비 절감을 위한 저수가 구조 유지 ○ 의료분야 연구개발 투자의 부족
방안	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보충형 민간의료보험의 활성화 - 기존 국민건강보험을 주보험으로 하고, 보충형 민간의료보험 가입을 선택적으로 허용
기대효과	<ul style="list-style-type: none"> ○ 추가적인 재정부담 없이 사회전반의 의료보장 수준 제고 ○ 신규 의료수요의 창출에 의해 의료분야에서의 기술개발 및 혁신효과 유발 ○ 의료산업의 경쟁력 강화 ○ 선택적 재계약을 통해 의료의 질 향상 및 의료비용 감소

자료 : 박기영. 의료산업의 전망과 발전전략. 국회 싸이엔텍포럼 발표자료, 2005.2.17

○ ‘의료재원 확충의 필요성’, ‘의료체계의 효율성 제고’, ‘다양한 욕구의 충족’, ‘의료산업의 경쟁력 강화’는 누구나 동의하는 국내 의료체계의 개선과제임. 그러나 최근에 제기되고 있는 민간의료보험 활성화가 이를 충족시킬 수 있는 유효한 정책 수단인지를 판단하기 위해서는 보다 면밀한 검토가 필요함.

○ 특히, 민간의료보험 활성화는 국민의료보장의 기본 틀인 국민건강보험과 다양한 상호작용을 형성할 것으로 전망되며, 긍정적 효과 못지않게 상당한 부정적 효과를 발생시킬 수 있음. 그러나 최근의 논의는 이 같은 문제를 간과하거나 과소평가하고, 민간 의료보험의 긍정적 효과에 대해서는 지나치게 낙관적으로 바라보는 경향이 있음. 그리고 의료산업의 경쟁력 강화라는 산업정책적 목표 달성에 치중하면서 국민의료보장 강화라는 의료정책적 목표 달성을 저해하거나 훼손할 가능성을 안고 있음. 최근 제기되고 있는 민간의료보험 활성화를 위한 구체적 정책 변화의 의미를 구체적으로 살펴보면, 이 같은 가능성이 단순한 기우가 아니라는 사실을 알 수 있음. <그림 1>은 이에 대한 내용을 도식화한 것임.

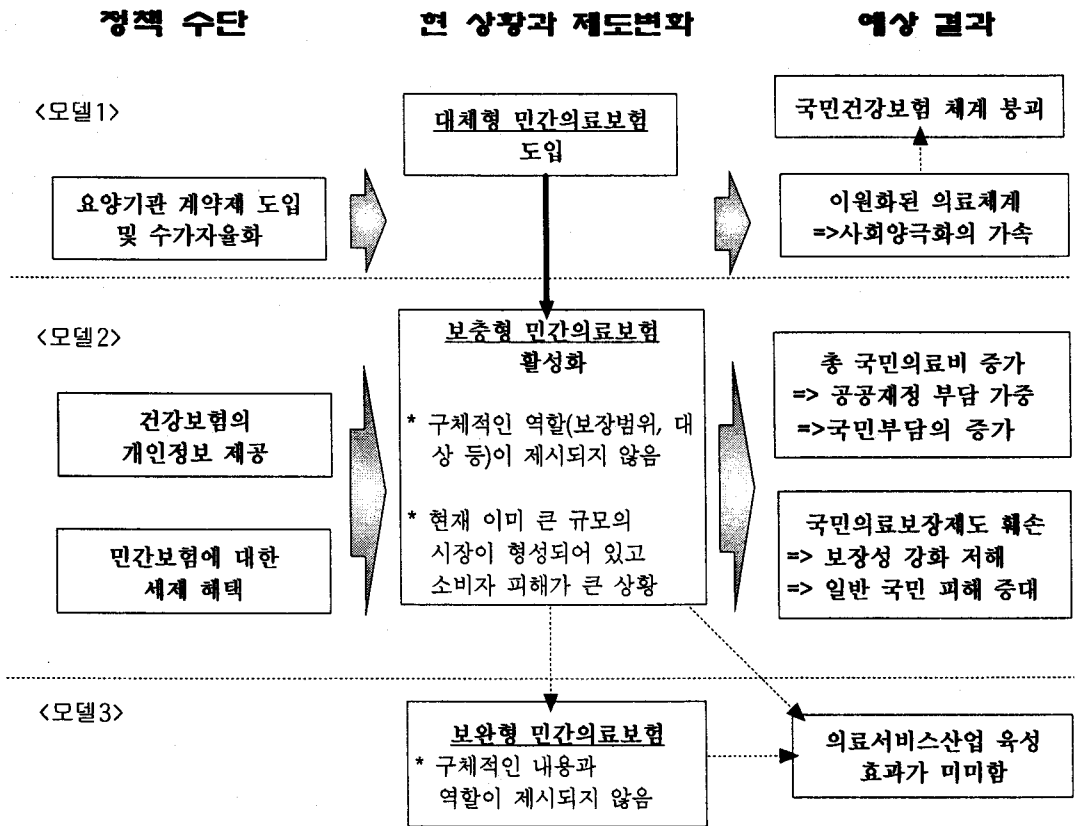


그림 1. 민간의료보험 활성화의 정책 수단과 이로 인한 예상 결과

□ <모델 1> 대체형 민간의료보험

○ 이는 가장 극단적인 주장으로 현행 요양기관 당연지정제를 폐기하고 요양기관 계약제를 통해 대체형(substitutive type) 민간의료보험을 도입하자는 의미임. 즉, 민간 의료보험이 본래의 기능을 되찾을 수 있도록 “현 보험사-개인 양자간의 계약에 의료기관의 참여를 보장해야 한다(수가 자율화 및 요양기관계약제 도입이 선행)”고 주장하고 있음. 이 주장을 표면적으로 내세우고 있는 이들이 많지는 않으며, 대부분이 <모델 2>와 같은 보충 형태의 민간의료보험 활성화를 주장하고 있음. 그러나 표면적으로는 보충 형태를 주장한다고 하는 이들도 장기적으로는 대체형을 염두에 두고 있는 경우가 적지 않음.

○ 이러한 주장은 현재 한국의 상황이나 현실에서 받아들이기 힘든 주장일 뿐만 아니라 전 세계적으로도 전례가 없는 형태를 주장하고 있는 것임. 이들이 주장하는 방안은 노골적인 이원적 의료보장체계의 마련임(전국경제인연합회, 2004). 즉, “국가는 건강보험을 통해 기초의료보장을 책임지고, 민간의료보험은 소비자의 부가 의료서비스 요구수준을 충족시키는 이원적 의료보장체계의 마련”을 요구하고 있음. 이들은 “의료서비스 수요 충족 수단의 이원화를 통해 발생한 공적보험(국민건강보험)의 여유 재원을 저소득층 의료지원 사업에 집중적으로 투자”할 수 있다고 주장함. 이 주장은 표면적으로 맞는 것처럼 보이지만, 사회보험의 원리를 무시하고 있을 뿐만 아니라 현실적으로 가능하지 않은 논리임. 의료이원화가 되어서 건강보험서비스의 일부분이나 전부를 혜택 받지 않는 계층이 생기면, 현재에도 건강보험료 납부에 대한 저항이 큰 이들이 건강보험료를 납부하거나 인상하는데 동의할 리가 없음. 결국, 지금보다 재원조달의 어려움은 더 커지지만, 국민들의 의료수요는 늘어나는 형편이 되어 장차 건강보험이 감당할 수 없는 지경에 이르게 될 것임.

○ 의료서비스는 정보의 비대칭이 심하다는 특성을 가지고 있으며, 전문직 종사자들에 의해 독점적으로 공급되기 때문에 일반적인 재화시장에 대한 이론에서 논의되는 것처럼 시장경쟁에 의한 적정가격의 형성을 기대하기가 어려움. 게다가 가격에 대한 수요의 비탄력성으로 인해 아픈 사람이 가격 때문에 반드시 필요한 병의원의 이용을 줄이기도 어려우며, 의료비 때문에 병의원을 제대로 이용하지 못한다는 것 자체에서 국가가 국민의료보장의 책임을 방치하는 결과가 됨. 즉, 이원화된 의료체계에서 ‘다양성’의 혜택을 볼 수 있는 계층은 극소수에 지나지 않게 됨. 만일, 국민들의 의료보장을 최대화하고 부가적인 의료서비스 욕구에 대한 충족을 민간의료보험으로 하여금 담당하게 하자는 것이 민간의료보험 활성화 주장의 진정한 의도라면, “기초의료보장”의 수준을 명확히 할 필요가 있음. 예를 들어, 프랑스는 공적보험에서 80% 이상의 보장성을 확보하고 난 후에, 나머지 부분에 대해서도 보장성을 높이기 위해 보충적인 민간의료보험을 도입하였음.¹⁴⁾ 우리나라와 같이 공적 보건복지 인프라가 부족한 상황에서는 국민건강보험의 보장성 수준이 적어도 85% 수준에 도달하여야 이원적 의료체계 찬성론자들이 말하는 실질적 “기초의료보장”을 위한 전제조건이 충족되는 셈임.

14 물론, 프랑스의 경우 보충형 민간의료보험을 도입한 후 보건의료정책이 실패했다는 평가가 일반적임. OECD 보고에 따르면, 보충형 민간의료보험 가입자의 의료비 지출이 미가입자에 비해 20% 이상 높은 것으로 나타남.

□ <모델 2> 보충형 민간의료보험 활성화

○ 보충형(complementary type) 민간의료보험 활성화를 위한 정책 수단으로 제시되고 있는 것은 국민건강보험의 개인 의료정보 공유와 민간의료보험에 대한 세제 혜택임.

○ “국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 등이 보유한 질병위험률 및 진료정보 공유”(전국경제인연합회, 2004)는 국민건강보험제도를 훼손하면서 기업 이윤 극대화를 보장하자는 주장에 다름 아님. 국민건강보험의 기본적인 운영원리는 계층 간 또는 고위험군과 저위험군 간의 위험 분산이라는 사회적 상호부조의 성격을 지님. 따라서 국민건강보험의 원리는 개인별 위험률을 계산하여 저위험군에게 낮은 보험료를 부과하고 고위험군에 높은 보험료를 부과하는 민간의료보험의 원리와는 크게 상충됨. 더욱이 민간의료보험은 고위험군의 가입을 회피함에 따라 재정적인 부담이 큰 고위험군은 국민건강보험이 떠맡도록 하고 저위험군만을 보장하려고 하는 성향을 지님. 이처럼 국민건강보험의 취지를 훼손하는 정책에 국민건강보험이 동참하라고 압력을 가하는 것은 사리에 맞지 않음. 또한 국민건강보험의 운영상의 필요에 의해 수집된 환자의 개인정보를 그 목적에 맞지 않게 민간 영리기업이 사용토록 하는 것은 그 자체로 비윤리적임.

○ 공보험이 보유한 개인 의료정보를 민간보험사에게 제공하는 것은 우리나라보다 민간의료보험제도를 앞서 시행한 외국에서도 전례를 찾아볼 수 없음. 오히려 개인 건강상태에 따라 민간의료보험의 보험료를 차별적으로 부과하지 못하도록 규제하고 있는 국가가 다수 있음(오영수와 이경희, 2003). 미국의 단체의료보험은 개인 건강상태에 따라 보험료를 차별적으로 부과하지 못하도록 규제하고 있으며, 뉴욕주, 매사추세츠주, 펜실바니아주, 뉴저지주 등에서는 개인의료보험에 대해서도 개인 건강상태에 따라 보험료를 차별적으로 부과하지 못하도록 규제하고 있음. 그리고 호주, 독일, 아일랜드 등에서도 개인 건강상태에 따라 보험료를 차별적으로 부과하지 못하도록 하거나, 정부가 보험료 책정에 직접적으로 관여하고 있음.

○ 외국의 경우에는 민간보험사가 자체적으로 구축한 데이터베이스를 활용하고 있음. 북미(미국, 캐나다) 생명보험사들은 정보교환제도인 MIB(medical information bureau)를 자체적으로 구축하여 활용하고 있음. 그러나 이 역시도 개인의료보험에 대

한 정보교환은 극히 미미한 수준으로 알려져 있음(오영수와 이경희, 2003). 민간의료보험 상품을 위한 관리기술과 경험을 축적해 가면서 시장 확대를 이루어 온 외국과는 달리 국내 보험업계는 충분한 관리기술과 경험 축적 없이 무리한 민간의료보험 시장 팽창을 거듭해 왔음. 이로 인한 보험업계의 리스크를 손쉽게 해소하고자 하는 것이 바로 국민건강보험의 개인 의료정보 활용 요구로 표출되고 있는 것임.

○ 민간의료보험에 대해 세계 혜택에 대해서도 신중한 접근이 필요함. 현재에도 민간의료보험은 연간 15% 이상의 급속한 성장세를 유지하고 있음. 따라서 세계 혜택을 통해 이보다 더욱 큰 폭으로 민간의료보험 시장을 팽창시키는 것이 사회적 재원의 효율적 활용이라는 측면에서 타당한 것인지에 대한 평가가 필요함. 또한 민간의료보험에 대한 세계 혜택은 세수 감소와 조세 부담의 불형평성이라는 문제를 야기할 것임.

○ 민간의료보험이 국민의료보장 강화와 긍정적 관계를 형성할 경우에는 세계 혜택 확대를 고려할 수 있을 것임. 그러나 현행 민간의료보험은 자기 역할 설정을 통한 국민의료보장과의 선순환 관계를 형성하지 못하고 있을 뿐 아니라 민간의료보험 상품 자체의 비합리성도 심각한 수준임. 이 같은 문제점을 개선하지 않는 가운데 이루어지는 세계 혜택 확대는 국민의료보장의 훼손과 국민의 피해로 귀결될 수 있음.

□ <모델 3> 보완형 민간의료보험 활성화

○ 보완형(supplementary type) 민간의료보험은 의료서비스 산업 육성 효과를 산출하기 위한 중요한 영역임에도 불구하고 이에 대한 제대로 된 정책이 제시되고 있지 못함. 보완형 민간의료보험은 그야말로 고급의료서비스에 대해 보장해 주는 보험상품을 의미함. 즉, 국민들의 다양한 욕구를 충족시키고, 의료서비스 산업을 육성하기 위해서는 무엇보다 이 영역에 대한 정책적인 제안이 필요한데, 최근의 민간의료보험 활성화는 이 부분을 간과하면서 민간의료보험이 의료서비스 산업을 육성하는 데에 효과가 있다고 주장하고 있는 셈임.

2. 국내 민간의료보험의 현황과 문제점

가. 국내 민간의료보험의 현황

○ 1980년대 암보험 판매 이후, 1990년대 중반 특정질병보험, 2000년대 치명적 질병보험(CI보험), 올해부터 허용되는 생명보험사의 실손보상 민간의료보험에 이르기까지 민간의료보험 시장은 크게 증가하면서 보험업계의 주력 상품으로 자리잡고 있음.

○ 보험개발원의 통계에 따르면, 2003년 민간의료보험의 보험료 수입은 5조7천억원 규모임(보험개발원, 2005). 2001년 이후의 연간 보험료 수입 증가율이 15%를 상회하고 있다는 점을 감안할 때, 2005년 민간의료보험의 보험료 수입 규모는 7조6천억원에 이를 것으로 추정됨¹⁵⁾. 한편, 정기택 등의 연구에 따르면, 2005년 민간의료보험의 보험료 수입 규모는 10조7천억원에 이르는 것으로 추정됨(2005). 즉, 2005년 기준으로 민간의료보험의 보험료 수입 규모는 7조6천억원 ~ 10조7천억원 규모로 추정됨. 이 같은 민간의료보험 시장 규모는 국민건강보험의 연간 보험료 수입의 절반에 육박하는 천문학적 수준임. 또한 서구 선진국과 비교할 때에도 민간의료보험의 시장 규모가 매우 큰 편임. GDP에서 민간의료보험 지출이 차지하는 비중이 국내의 경우에는 0.9~1.4% 수준인데 반해, 프랑스와 영국은 각각 0.4%, 0.2%이며, 대체형 민간의료보험을 채택하고 있는 독일도 1.0% 수준임(OECD, 2004).

○ 보험산업 전반의 과당경쟁이 심화되고 있으며, 대형보험사와 중소형 보험사의 양극화, 외국계 보험사의 시장 점유율 증대 등의 현상이 야기되고 있음. 경쟁격화와 저금리로 인한 자산운용 악화, 재무건전성 감독 기준 강화 등으로 중소형 보험사를 중심으로 재무건전성이 악화되는 경향이 있음.

○ 기존 보험상품 시장이 포화상태에 도달하면서, 민간의료보험에 대한 보험업계의 관심이 한층 증대되었음. 이는 최근 급증하고 있는 신체널 보험상품에서 민간의료보험 상품이 차지하는 비율을 통해서도 확인할 수 있음. 금융감독원(2004)에 따르면, 2004년 9월 현재 신체널을 통하여 판매되고 있는 보험상품의 종류는 총 217종이며, 이 가운데

15 이 추계는 공제·기타 보험의 민간의료보험 상품을 포함하지 않은 것으로 이를 포함할 경우, 2003년 민간의료보험의 보험료 수입은 약 6조원, 2005년에는 약 8조원을 상회할 것으로 추정됨.

TM(Tele marketing) 125종, CM(Cyber marketing) 54종 및 홈쇼핑 38종의 보험상품이 각각 판매되고 있음. 그런데 생명보험의 경우, 건강보험, 어린이보험 및 상해보험 등 질병 또는 상해를 보장하는 민간의료보험이 신채널 판매상품 종류의 75.9%를 차지하면서, 2002년 1월부터 2004년 9월까지 1조 7,450억원이 판매되어 신채널 매출의 96.7%를 차지함.

나. 민간의료보험 상품 자체의 문제점¹⁶⁾

(1) 국내 민간의료보험 상품의 보장성

○ 민간의료보험의 보장성은 '보험료 대비 혜택'에 해당하는 지급률(손해보험의 경우에는 손해율)과 개별 상품의 보장내역의 포괄성과 충실성을 통해 평가할 수 있음.

○ 보험개발원의 통계에 따르면, 2003년 현재 생명보험의 민간의료보험 지급률은 62.1%임. 이에 반해 미국, 영국, 프랑스 등은 80% 대의 지급률 수준을 유지하고 있음. 물론, 국내 민간의료보험과 외국의 계약기간이나 상품 특성이 상이하기 때문에 단순비교를 하기는 힘들. 특히, 국내 민간의료보험 상품은 대부분 장기 계약이기 때문에 시간 경과에 따라 지급률이 증가하는 경향이 있음. 그러나 국내 민간의료보험 상품의 보험료 구성에서 부가보험료의 비중이 40% 수준으로 추정된다는 점을 감안할 때, 국내 민간의료보험 상품의 지급률을 60% 수준으로 이해하는데 큰 무리는 없는 것으로 판단됨. 즉, 국내 민간의료보험 상품은 외국에 비해 보장성 수준이 20%p 가량 낮은 것으로 추정됨.

16 본 장의 내용은 이진석 등(2005)의 '민간의료보험의 실태와 영향 분석'의 일부를 발췌한 것임.

표 2. 민간의료보험 지급보험금 규모와 지급률 (단위: 억원, %)

년도	생명보험		장기손해보험		상해보험(일반)	
	보험금	지급률	보험금	손해율	보험금	손해율
'01	20,200	54.0	4,620	91.3	245	83.7
'02	24,373	54.3	5,975	93.4	294	80.7
'03	30,064	62.1	7,755	98.5	322	63.0

주: 지급률은 지급보험금을 수입보험료로 나눈 비율이며, 장기 및 상해의 손해율은 경과기준임.

자료: 보험개발원(2005)

표 3. 민간의료보험의 지급률

국가명	1995	1998	2000-2002	기타 사항
프랑스	77.5%	78.7% 68.7%(영리형 개인보험)	-	영리형 집단보험의 경우 100%(1993), 82%(1996), 85.4%(1997), 84.5%(1998)로 변화
독일	80%	70.4%	66%	65.8%(1999)
영국	82%	83.4%		개인보험 79%(2000), 사용자 지원 집단보험 85%(2000), 평균 79%(2000)
미국*	85.6%	79.8%	80.4%	

자료 : Voluntary Health Insurance in the European Union, WHO 유럽지역본부, 2004

* 미국은 보충형 민간의료보험인 메디캡의 지급률(Fox et al., 2003)

○ 개별 보험 상품의 보장내역의 포괄성과 충실성 측면에서도 많은 문제점이 있는 것으로 파악됨. 보장항목에서 발생빈도가 높은 특정 질환/시술을 제외하거나 비합리적으로 적은 보험금을 책정하는 경향이 일반적임. 특히, 이 같은 경향은 최근 민간의료보험 상품이 강조하고 있는 주요 질환, 뇌졸중이나 급성심근경색증과 같은 뇌혈관계질환과 심혈관계질환에서 두드러짐.

○ 또한 약관 규정을 지나치게 협소하게 해석함으로써 유사시술을 보험금 지급 대상에서 제외한다든지, 보험가입자에게 지나치게 불리한 확정진단 요건을 제시하고 있는 것으로 확인됨. 그리고 마케팅에 치중된 저가 보험상품이 증가하면서, 이들 상품의

취약한 보상성이 문제가 되고 있으며, 보험사의 언더라이팅 부실로 인한 리스크를 보험금 삭감 기간과 비율을 증대시키는 방법으로 소비자에게 전가하는 경향이 있음.

○ 신체별 보험상품은 유통경로를 단순화함으로써 소비자에게 돌아가는 혜택을 늘릴 것이라는 기대와는 달리, 기존의 설계사용 보험상품에 비해 오히려 보장성이 취약한 경우가 혼한 것으로 알려져 있음.

표 4. 암보험 상품의 보장성 및 가격비교(34세 남성 기준, 2005년 5월 현재)

항목	세항목	국내 S생명 (설계사용)	국내 S생명 (CM용)	외국 L생명 (CM용)
월 보험료(20년 만기, 10년납, 월납)		19,400원	19,210원	19,500원
진단 급여	고액치료비 관련 암 진단	5,000만원*	3,400만원*	3,000만원*
	고액치료비 관련 암 이외의 암	3,000만원*	*	*
	경계성 종양	900만원*	1,020만원*	600만원**
	기타 피부암, 상피내암	300만원*	340만원**	300만원**
입원 급여	암 치료 목적으로 입원 1일당	5만원	8.5만원	-
	경계성 종양, 기타 피부암, 상피내암	2만원	3.4만원	-
통원 급여	암 치료 목적으로 통원시 1회당	2만원	3.4만원	-
방사선치료	암 진단확정 후 방사선 최초 치료시	100만원	-	-
	2회 이후 방사선 치료시	10만원	-	-

* 계약체결 후 1년 이내 발생시 50% 지급

** 계약체결 후 2년 이내 발생시 50% 지급

표 5. 설계사용과 TM용 암 보험 비교(특정 상품 예시)

구분		설계사용 암 보험	텔레마케팅용 암 보험	
가입 조건		만기환급형, 70세 만기, 20년 월납, 남자 35세		
보장내용	암 진단	2년 초과	2000만원	
		2년 이전	1000만원	
	기타	기타 피부암	400만원	200만원
		상피내암	400만원	200만원
		경계성 종양	400만원	300만원
월납 보험료		1만9100원	2만원	

자료 : 장태상, 생명보험의 비밀. 이소출판사, 2004

(2) 국내 민간의료보험의 보험료

○ 민간의료보험의 최대 약점은 보험료에서 관리비 비중이 공보험에 비해서 상대적으로 높다는 것인데, 이는 공보험과는 달리 막대한 영업비와 광고비를 사용하기 때문이다.

○ 우리나라 보험업계 사업비율은 회사와 상품에 따라 편차가 매우 큼. 통상 보험료의 10%에서 70%까지도 육박한다고 하는데, 일반적으로 보험료가 비싼 상품인 저축성보험이나 연금보험의 사업비율이 낮지만, 의료보험과 같은 보험료가 싼 보장성 보험은 사업비율이 높은 것이 일반적임.

○ 의료보험에 대한 사업비율 통계는 별도로 없지만 의료보험은 보장성보험이므로 분류상 사망보험의 사업비율과 비슷할 것으로 추측됨. <표 6>에서 예정사업비는 보험료를 책정할 때 구성되는 사업비이며, 실제사업비는 실제 사업비는 이연신계약비를 반영한 금액임. 예정사업비율이 60%가 넘는 회사로는 ING, PCA, 라이나, 뉴욕생명 등 외국계 생보사이며, 외국계 생보사의 사업비율은 평균적으로 50% 수준인 것으로 나타남. 국내 대형사에 속하는 대한, 삼성, 흥국, 교보의 예정사업비율은 35.7%이며 중소형 생보사의 예정사업비율은 41.0%로 대형사의 예정사업비율이 상대적으로 낮은 것으로 나타남. 이는 규모의 경제와 대수의 법칙 효과에 의한 것으로 추정함.

○ 비록 민간의료보험의 사업비율을 정확하게 알 수는 없지만 유사한 상품인 보장

성보험인 사망보험의 예정사업비율이 30%-70% 수준이라는 것으로 볼 때, 민간의료보험의 사업비율도 높을 것으로 추정됨. 즉, 보험료가 비합리적으로 과다 책정될 가능성이 매우 큼. 이는 예정사업비와 실제사업비의 차이에 해당하는 비차의 규모가 매우 크다는 점을 통해서도 확인할 수 있음.

표 6. 생명보험회사의 사망보험 사업비 (단위: 백만원, %)

회사	수입보험료	사업비		
		예정사업비 (예정사업비율)	실제사업비 (실제사업비율)	초과사업비
대한	4,702,670	1,764,733 (37.5)	831,029 (17.7)	933,703
삼성	7,651,556	2,573,729 (33.6)	714,255 (9.3)	1,859,474
흥국	560,966	224,067 (39.9)	122,126 (21.8)	101,942
교보	3,706,521	1,379,144 (37.2)	592,120 (16.0)	787,024
대형사 소계	16,621,712	5,941,673 (35.7)	2,259,529 (13.6)	3,682,144
녹십자	133,546	50,018 (37.5)	28,211 (21.1)	21,806
신한	662,483	299,144 (45.2)	105,651 (15.9)	193,493
럭키	93,512	45,397 (48.5)	21,654 (23.2)	23,743
금호	394,636	136,152 (34.5)	87,400 (22.1)	48,752
SK	623,139	238,586 (38.3)	128,370 (20.6)	110,215
한일	11,921	2,833 (23.8)	3,302 (27.7)	469
동부	179,399	89,152 (49.7)	45,091 (25.1)	44,061
중소형사 소계	2,098,636	861,282 (41.0)	419,681 (20.0)	441,601
동양	635,672	289,884 (45.6)	146,482 (23.0)	143,402
ING	711,370	435,177 (61.2)	49,773 (7.0)	385,403
SH&C	3,610	1,903 (52.7)	6,104 (169.1)	4,201
합작사 소계	1,350,651	726,964 (53.8)	202,360 (15.0)	524,604
푸르덴셜	690,793	325,929 (47.2)	141,417 (20.5)	184,512
하나	4,894	2,651 (54.2)	4,223 (86.3)	1,571
알리안츠	861,580	293,965 (34.1)	210,208 (24.4)	83,757
메트라이프	420,025	220,822 (52.6)	101,940 (24.3)	118,882
PCA	44,761	31,111 (69.5)	21,388 (47.8)	9,723
뉴욕	65,116	43,538 (66.9)	22,359 (34.3)	21,179
라이나	226,129	144,456 (63.9)	79,813 (35.3)	64,643
AIG	550,933	327,984 (59.5)	62,756 (11.4)	265,229
카디프	652	342 (52.5)	2,472 (379.1)	2,130
외국사 소계	2,864,884	1,390,800 (48.5)	646,576 (22.6)	744,224
합계	22,935,883	8,920,719 (38.9)	3,528,146 (15.4)	5,392,573

자료: 보험통계연감, 보험개발원(2003)

(3) 국내 민간의료보험의 상품정보 제공

○ 민간의료보험 상품의 정보제공 기능이 매우 취약함. 보험업법에서는 생명보험협회와 손해보험협회로 하여금 상품비교정보를 공시토록 하고 있으나, 일반 국민 입장에

서는 개별 상품을 객관적으로 비교할 수 없는 형태로 내용 구성이 되어 있을 뿐 아니라 그조차도 제대로 공시되고 있지 않은 것으로 파악됨. 또한 민간의료보험 가입자 중에서도 각 협회의 비교공시정보를 알고 있는 사람은 극히 일부임.

표 7. 생명보험 3사의 건강보험상품 비교공시 현황(2005년 4월 말 현재)

보험사	상품명	비교공시 여부	비고
삼성생명 (건강보험상품)	삼성닥터폴암	×	
	윈터치의료보장 1종	×	
	윈터치의료보장 2종	×	
	삼성실버케어	×	
	삼성리빙케어	×	
	비추미암	○	
	원클릭자녀사랑	×	
	어린이닥터케어 1종, 2종	△(1종)	
	어린이닥터케어 3종	×	
	뷰티플의료보장보험	×	(현재 미판매 상품) 삭제 필요
	브라보의료보장보험	×	
대한생명 (보장보험과 어린이보험 중 건강보험상품)	대한사랑모아CI보험	×	
	웰빙실버간병보험	×	
	참좋은의료보장보험	×	
	참좋은건강보험	×	
	참좋은암보험	×	
	대한사랑나무건강보험	○	
	주니어CI보험	×	
하이굿모닝건강보험	×	(현재 미판매 상품)	
교보생명 (암/건강보험과 어린이보험 중 건강보험상품)	교보다사랑유니버설CI보험	×	
	참사랑효보험	○	
	교보웰빙건강보험	×	
	교보에듀케어보험	×	
	교보어린이CI보험	○	
합계	총 22종	5종	비교공시율 : 22.7%

○ 민간의료보험 가입자 938명을 대상으로 실시한 조사결과, 현행 민간의료보험 가입자의 54.1%가 보험상품 가입시, 타 보험상품과 비교해 보지 않는다고 응답했으며, 비교한다고 응답한 사람의 경우도 대다수가 보험상품을 판매한 보험설계사나 대리점, 해당 보험사의 홈페이지, 주위 사람 등을 통해 비교한다고 응답한 것으로 나타나 객관적인 보험상품 비교가 매우 취약하게 이루어지는 것으로 파악됨.

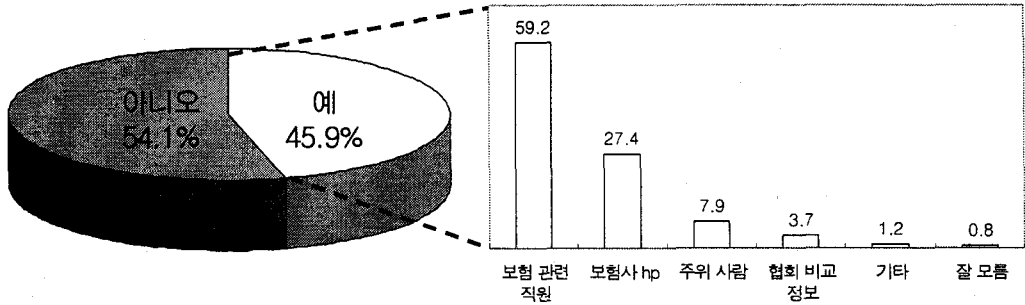


그림 2. 민간의료보험 가입시, 타 상품과의 비교 여부

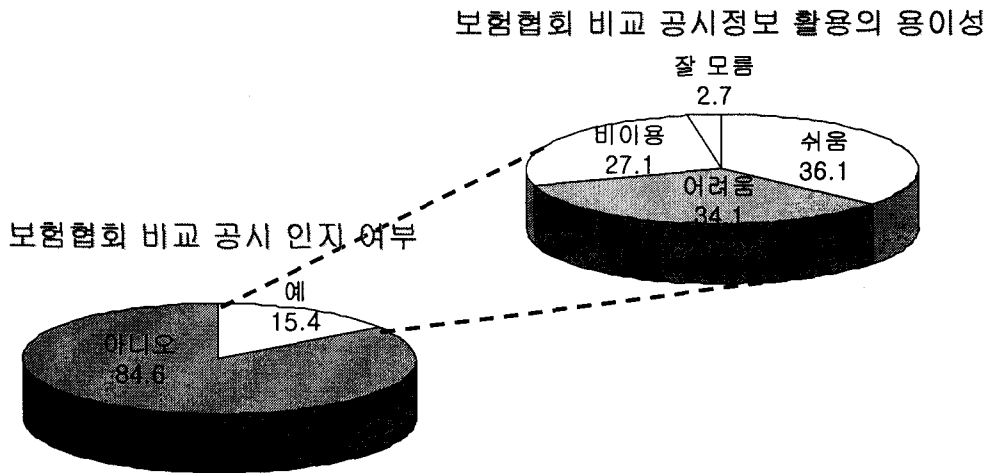


그림 3. 보험협회의 비교공시 인지 여부

○ 이 같은 소비자 정보 부족은 보험사로 하여금 '합리적 가격의 양질의 보험상품'을 개발하고자 하는 경제적 동기를 하락시키고, 마케팅에 치중하게 만듦으로써 소비자의 피해를 양산하고, 보험산업의 건전한 경쟁과 발전을 가로막고 있음.

○ 신체널 보험상품의 급증과 함께 보험상품 광고도 크게 늘고 있으며, 민간의료보험 구입에 많은 영향을 미치고 있음. 본 연구의 여론조사 결과, 민간의료보험 가입자의 51.4%가 보험상품 광고가 민간의료보험 상품 구매에 영향을 미친다고 응답하였음. 그

러나 현행 보험상품 광고는 시청자로 하여금 오해할 소지가 다분한 내용을 담고 있거나 보험사에게 유리한 불완전한 정보만을 제공함으로써 구매자의 합리적인 구매결정을 저해한다는 지적을 받고 있음.

다. 국민의료보장과의 관련성 측면에서의 문제점

○ 현재 우리나라 국민의료보장의 정책목표는 '질병문제로 인한 재정적 위험으로부터 국민을 보호하는 것'과 '국민의료의 재정적 지속가능성과 견실성을 유지하는 것'으로 정의할 수 있겠음. 이와 함께 국민의료보장체계 자체의 지속성을 보장하기 위한 기술적, 분배적 효율성을 제고하는 것이 중요함.

○ 전술한 것처럼 현행 민간의료보험 상품은 취약한 보장성과 비합리적 보험료 책정, 그리고 정보제공 기능의 부실 등의 문제를 노정하고 있음. 따라서 현행 민간의료보험으로는 국민의료보장에 대한 긍정적 역할을 기대하기는 무리임. 오히려 국민의료보장의 목표 달성에 부정적 영향을 미칠 가능성이 큼.

(1) 국민건강보험의 보장성

○ 올해부터 판매되기 시작한 실손보상 민간의료보험 상품은 국민건강보험의 보장성 확대와 갈등 관계를 형성할 수 있다는 점을 주목할 필요가 있음. 기존의 정액형 민간의료보험 상품은 환자의 본인부담 크기와는 상관없이 사전에 약정된 보험금을 지급하였음. 따라서 국민건강보험의 보장성과의 직접적인 관련성은 미미했음.

○ 그러나 급여 영역의 제한 없이 본인부담 일체에 대해 실비 기준으로 급여하는 실손형 민간의료보험은 그 시장 규모가 국민건강보험의 보장성 수준과 반비례함. 따라서 실손보상 민간의료보험 상품을 판매하는 민간보험사 입장에서는 국민건강보험의 보장성 확대에 대해 부정적인 입장을 가질 가능성이 큼.

○ 이 같은 경향은 실손보상 민간의료보험 가입자에게서도 동일하게 발생할 수 있음. 실손보상 민간의료보험 가입자 입장에서는 '국민건강보험의 보장성 확대'는 본인이 이미 가입한 '실손보상 민간의료보험의 급여 감소'라는 경제적 손실로 귀결됨. 또한 국민건강보험의 보장성 확대를 위해서는 국민건강보험료 인상이 불가피한데, 이미 실손보상 민간의료보험료를 부담하고 있는 경우에는 중복 부담을 하게 되는 것임. 이는 미

국의 사례를 통해서도 확인할 수 있음. 미국 정부는 1988년 공적 노인(장애인)의료보험인 메디케어의 보장범위를 대폭 확대하는 법안인 MCCA(Medicare Catastrophic Coverage Act)를 입법화했음. 그러나 그 계획은 제대로 시행되지 못한 채, 18개월만에 좌초하고 말았는데, 그 이유는 이미 보충형 민간의료보험인 메디캡에 가입되어 있어 본인부담금을 해결하고 있던 중산층과 부유층들이 메디케어의 보험료 인상을 가져올 MCCA 시행을 강하게 반대했기 때문임(김홍식, 2003).

○ 이 같은 가능성은 기존의 각종 조사결과에서도 확인할 수 있음. 건강과 질병문제의 해결방법에 대한 조사결과가 일반 국민을 대상으로 한 조사와 민간의료보험 가입자를 대상으로 한 조사에서 상이하게 나타나고 있음. 일반 국민을 대상으로 한 조사에서는 대다수의 응답자가 ‘국민건강보험의 역할 확대’ 혹은 ‘공적 책임 강화’를 선호하는데 반해, 민간의료보험 가입자만을 대상으로 한 조사에서는 ‘개인 스스로 보험료를 내고 민간의료보험에 가입하여 해결하도록 한다’를 선택한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 이 같은 반응은 실손보상 민간의료보험 상품이 본격적으로 판매되면 더욱 늘어날 것으로 전망됨.

표 8. 건강과 질병문제 해결에 대한 설문조사 결과 비교

	이진석 등(2005)	조병희 등(2004)	맥킨지 서울사무소(2003)
개인 책임 강조	40.1% 개인 스스로 보험료를 내고 민간의료보험에 가입하여 해결하도록 한다	16.6% 개인이 책임지고 능력에 따라 서비스를 받도록 하는 것이 좋다	
사회적 책임 강조	35.5% 국가에서 국민건강보험료를 올려서 국민건강보험의 보장수준을 높여서 해결한다	80.9% 국가가 책임지고 평등한 의료서비스를 제공하는 것이 좋다	89% 동의 직장이 없고 가난한 사람들도, 좋은 직장을 가지고 상당한 세금을 내고 있는 사람들과 마찬가지로 동일한 양과 질의 의료서비스를 받을 수 있어야만 한다

(2) 국민의료의 재정적 지속가능성

○ 의료이용시 환자가 부담하는 본인부담금(deductible) 수준이 의료이용자의 도덕적 해이를 막기 위해 설정된 최소한의 수준 이하가 되면, 불필요한 의료이용이 증가하게 되며, 이에 따라 공보험의 재정지출이 증가하게 됨. 이는 보험의 보장범위가 완전보험(full insurance)에 접근하면 접근할수록, 가입자는 더 많이 의료서비스를 이용하게 되고 따라서 재정지출이 증가하게 되는 현상임.

○ 보충형 민간의료보험은 보험가입자의 의료이용을 증가시킴으로써 공적 의료보장 제도의 재정 지출을 증가시킨다는 것이 세계 각국의 공통된 경험임. 미국의 경우, 공적 노인(장애인)의료보험에 대한 보충적 민간의료보험의 영향으로 인해 공보험의 의료비 지출이 13%~96% 가량 증가한 것으로 분석되었음. 미국의 경우에는 ‘보충형 민간의료보험이 공보험의 재정지출을 늘리는가?’는 더 이상 논쟁거리가 아님. ‘얼마나 늘리는가?’가 논쟁거리임. 프랑스의 경우에도 보충형 민간의료보험 가입자의 의료비 지출이

미가입자에 비해 20% 이상 높은 것으로 보고됨.

표 9. Medicare 급여비 지출에 대한 Medigap의 효과 (단위 : %)

연구자	Athely ('98)	Taylor ('88)	Cartwright ('92)	Christensen ('87)	Christensen ('97)	Khandker ('99)	Link ('80)	McCall ('86)
증대 효과(%)	17.7* 13.1**	30* 39**	14~96	23.8* 24.3**	34* 17**	22.4* 37.4**	33* 42**	31.1* 39.0**

* Medicare Part A에 대한 효과, ** Medicare Part B에 대한 효과

○ 특히, 환자 본인부담을 실비 기준으로 보장할 수 있도록 허용하고 있는 현행 국내 민간의료보험은 의료이용자와 공급자의 불필요한 의료이용을 증가시킴으로써 국민 건강보험의 재정 안정화에 부정적 영향을 미칠 것으로 전망됨. 이에 따라 OECD에서도 환자 본인부담금 전액을 보상하는 민간의료보험은 '피해야 할' 민간의료보험 유형으로 지적하고 있음(OECD, 2004).

(3) 의료체계의 효율성

○ 효율성은 '기술적 효율성'과 '배분적 효율성'으로 구분할 수 있음. 각각의 정의는 다음과 같음(Roberts et al., 2004).

- 기술적 효율성(technical efficiency) : 하나의 재화나 서비스가 최소한의 비용으로 생산되어지는 상황, 즉 주어진 지출 내에서 최대한의 산출을 만들어 내는 것
- 배분적 효율성(allocative efficiency) : 한 나라가 그 나라의 전체 목표를 성취하기 위해 일련의 적합한 결과물들을 생산해 내고 있는 것

○ 현행의 민간의료보험은 이상의 기술적 효율성과 배분적 효율성을 제고하는데 긍정적이지 않음. 기술적 효율성의 측면에서는 공보험에 비해 행정비용이 높기 때문에 단위 서비스의 산출에 필요한 비용이 과다한 문제점이 있음. 배분적 효율성 측면에서는 국민의 필요(needs)를 크게 상회하는 규모로 사회적 재원이 민간의료보험 영역으로 투입되고 있으며, 그조차도 부적절한 영역에 투입되고 있는 문제점이 있음.

○ 민간의료보험을 중심으로 한 제도는 단일지불자 사회보험제도 또는 공공통합제도에 비해서 행정비용이 더 높은 경향이 있음. 이는 경쟁적 환경 하에서 보험자들이

발생시키는 높은 비용을 반영한 것이라고 볼 수 있음.

○ 특히, 캐나다에서는 행정비용이 의료비 지출의 16.7%인 반면, 미국에서는 31%에 달한 것으로 나타났음. 캐나다의 공공계약제도에서의 간접비용은 의료비 지출의 1.3%, 미국의 공적 노인(장애인)의료보험의 경우 3.6%인데 반해, 미국 민간의료보험의 경우 11.7%였음(Woolhandler et al., 2003).

표 10. 관리운영비의 비율 : 공적보험과 민간의료보험

	민간의료보험	공보험
독일	14%(2003)	5.09(2000)
네덜란드	12.7%(1999)	0.7%-AWBZ(1999) 4.4%-ZFW(1999)
영국	14.2%- BUPA(1999) 16.9%- PPP(1998)	3.5%*
오스트리아	22%(1990년대 초)	3.6%(2000)
벨기에	25.8%(1999)	4.8%(1999)
덴마크	-	1.1%*
핀란드	-	3.1%*
프랑스	10-15%(보충금고) 15-25%(상업보험)	4.8%
그리스	15-18%	5.1%
아일랜드	11.8%(2001)	2.8%*
이태리	27.8%(2000)	0.4%*
룩셈부르크	10-12%(보충민간보험)	5%
포르투갈	약 25%	-
스페인	약 13-15%	5%

자료 : Mossialos, E. et al(2004). Colombo, et al.(2004).

○ 국내 민간의료보험 상품의 대부분은 입원부문의 본인부담금을 급여 대상으로 삼고 있음. 현재 우리나라의 입원부문의 본인부담금 전체 합계(법정 본인부담과 비급여 본인부담)는 4조원 규모임. 그런데 민간의료보험의 연간 보험료 수입은 이미 7조6천억원 ~ 10조7천억원 규모로 민간의료보험 상품이 보장해야 할 최대 리스크의 2배 이상의 시장을 형성하고 있음.

○ 그러나 현재까지 판매된 대부분의 민간의료보험 상품은 정액보상 상품으로 질병으로 발생한 소득손실을 사후적으로 보전하는 성격이 강하였음. 따라서 시장 규모가 최대 리스크의 크기를 상회하는 것이 큰 문제를 야기하지는 않았음. 그러나 실손보상 민간의료보험 상품이 본격적으로 판매되기 시작하면, 초과보험(Over-insurance) 상태를 유발할 가능성이 매우 큼. 이 같은 '초과보험'은 지나치게 보험에 많이 가입하거나 보험료율이 지나치게 과도할 때 발생할 수 있는데, 초과보험 상태는 국민에게 불필요한 지출을 부담시키고, 사회적 자원 활용의 비효율을 야기함.

○ 분배적 효율성 측면의 또 다른 문제점은 민간의료보험 재원이 의료체계의 효율성을 제고하는 영역에 투입되지 않고 있다는 점임. 현행의 민간의료보험은 의료산업의 경쟁력 강화에 기여할 수 있는 영역보다는 소비자의 즉각적인 구매 욕구를 충족시키는 영역에 집중하고 있음. 최신 의료기술이나 최신 약제 등이 비용-효과가 입증된 것으로 보편화되기 전에는 대체로 매우 비싼 가격에 공급되는데, 국민건강보험에서 이에 대한 재정을 담당하기 어려울 수 있기 때문에 비용-효과성과 국민적 필요도를 고려하여 국민건강보험에 등재되기 전까지 민간의료보험에서 보장하도록 하는 것이 바람직함. 즉, 기존의 치료법 또는 치료제에 준하는 부분은 건강보험에서 보장하고 나머지는 민간의료보험이 담당할 수 있을 것임. 그리고 미용을 위한 성형, 고급병상 등의 부가적인 amenity 서비스도 민간의료보험의 자원 투입 영역으로 고려될 수 있음. 이 같은 영역에 대한 민간의료보험 재원의 투입은 의료산업 육성과 사회적 자원의 분배적 효율성을 제고하는데 기여할 수 있을 것임.

3. 민간의료보험의 바람직한 역할 설정

○ 현행 민간의료보험의 문제점은 크게 다음과 같이 정리할 수 있음. 첫째, 보험상품에 대한 비교정보 제공이 취약하여 보험가입자가 보험상품의 보장성과 가격을 다른 상품과 비교하여 구매하는 것이 사실상 불가능함. 둘째, 중증 질환 중 다발생 질환이 보상범위에서 제외되거나 보험금액이 불충분하게 책정되고, 보험금 지급규정을 지나치게 까다롭게 책정하는 등 보장성 측면에서 취약한 상품이 다수 있음. 셋째, 보험료 책정의 합리적 근거가 불충분하며, 보험료 중 사업비의 비중이 지나치게 높은 것으로 추정됨. 넷째, 보험상품에 대한 취약한 정보제공으로 인해 보험사간, 보험상품간의 건전한 경쟁이 저해되고 있음. 보험상품간의 실질적인 유효경쟁이 부재함. 다섯째, 이상과

같은 이유로 인해 민간의료보험 상품에 대한 소비자 민원이 빈발하고 있음. 여섯째, 국민건강보험의 보장성 확대 및 재정 안정화와 갈등관계를 형성할 가능성이 큼.

○ 이상과 같은 문제점을 개선하지 않는 가운데 이루어지는 민간의료보험 활성화는 국민의료보장과 국민의 적정부담 측면에서 볼 때, 순기능을 담당하기보다 역기능을 담당할 가능성이 큼. 그러나 민간의료보험에 대한 관리감독기관인 금융당국은 보험사의 안정적 운영에 치중하여, 국민의료보장과 소비자 보호 측면에서의 제도 개선은 부재한 상황임. 따라서 민간의료보험이 국민의료보장에 순기능을 담당할 수 있도록 현행 민간의료보험의 문제점을 혁신적으로 개선하는 조치가 선행되어야 함.

가. 민간의료보험 상품의 합리성 제고

(1) 민간의료보험 상품의 표준화

○ 민간의료보험 상품의 합리성을 제고하기 위한 핵심은 '보험가입자에게 충분한 정보를 제공하여 소비자의 실질적인 선택권을 보장하고, 민간의료보험 상품의 보장성을 개선하며, 보험상품간의 건전한 경쟁을 촉진시킴으로써 보험가입자의 편익을 극대화하고, 국민건강보험의 발전과 갈등관계를 유발하지 않는 역할 설정을 하는 것'임.

○ 정보제공 측면, 보장성 측면, 보험료 측면 등과 같은 사안별 개선도 중요하지만, 보다 포괄적인 개선방안으로 '민간의료보험 상품의 표준화'를 추진해야 함. 즉, 보험업계와 정부는 시판되는 민간의료보험의 보장내용을 동일하게 하는 '민간의료보험 공통 상품'을 만들어야 한다는 것임.

○ 상품의 보장내용이 너무 복잡한 현재의 민간의료보험을 현재의 자동차보험처럼 소비자들이 쉽게 상품의 가격을 비교할 수 있도록 '보장내용을 표준화'하는 것이 필수적임. 자동차보험의 경우 현재 지속적인 유효경쟁이 발생하여 5년 전에 비해서 상당한 가격 인상이 이루어졌고, 모든 소비자들이 쉽게 보험사별 가격과 보장내용을 비교할 수 있음.

○ 무수히 많은 질병과 건강문제를 다루는 민간의료보험의 특성상, 정보제공 기능을 강화하고 개별 보험상품의 보장성을 개선하더라도 일반 국민이 이를 이해하기는 사실상 힘들. 따라서 미국의 보충형 민간의료보험인 메디캡과 같이 10개 이내의 유형별로

민간의료보험 상품을 표준화하여 동일 유형의 민간의료보험 상품은 어느 보험사의 상품을 구매하더라도 동일한 보장성을 보장받을 수 있도록 해야 함.

○ 이렇게 민간의료보험 상품을 표준화하면, 소비자의 실질적인 선택권이 보장될 수 있을 뿐 아니라 보험사간의 건전한 경쟁을 촉진함으로써 정보의 비대칭성에 의존한 사업비 과다책정이나 보장성이 취약한 상품을 개발하여 판매하는 행태를 줄일 수 있을 것임. 또한 상품 표준화 과정을 통해 민간의료보험을 의료정책적 논의와 공론의 장으로 인입할 수 있을 것임.

○ 미국의 경우에도 우리나라의 현행 민간의료보험 상품의 문제점을 가지고 있었음. 서비스 내용과 조건이 상이한 보충적 민간의료보험 상품의 종류가 250개 이상으로 지나치게 상품 구조가 복잡하였음. 특히, 노년층이 주대상이기 때문에 상품들간의 차이와 어느 상품이 자신에게 적합한 것인가에 대한 판단을 어렵게 했음. 이런 문제점들 때문에 불필요한 보충적 민간의료보험에 가입한다거나 중복가입하는 사람들이 발생하게 되었음. 이런 문제점에 대응하기 위하여 미국 정부는 두 차례에 걸쳐서 공적 노인(장애인)의료보험에 대한 보충적 민간의료보험 개혁을 시도하였음. 첫 번째는 1980년에 제정된 일명 Baucus 개정안이라고 불리는 the Voluntary Certification of Medicare Supplemental Health Insurance Policies로부터 시작되었음. Baucus 개정안은 소비자들이 합리적인 의사결정을 할 수 있도록 정보의 비대칭성을 극복하려는 목적으로 만들어졌으나, 보충적 민간의료보험 시장에 별다른 영향력을 끼치지 못하는 못하였음. 두 번째 시도는 the Omnibus Budget Reconciliation Act 1990(OBRA-90)을 제정한 것이었는데, 이로 인해서 미국보험관리자협회(National Association of Insurance Commissioners, NAIC)는 복잡했던 보충적 민간의료보험 상품들을 10개의 표준상품으로 축소해야만 했음). 이 규정은 1992년 6월 30일 이후로 판매되는 모든 보충적 민간의료보험 상품에 적용되었음.

표 11. 보충적 민간의료보험 표준상품과 보장내용

유형	보장내용
A형	Medicare가 보장하지 않는 서비스 중 61일 이상 입원시 부과되는 본인부담, 수술시의 본인부담, Medicare가 적용되지 않는 입원 151일부터의 입원비용
B형	A형 + Medicare Part A에서 요구하는 본인부담금
C형	B형 + Medicare Part B에서 요구하는 본인부담금
D형	B형 + 요양원 coinsurance, Medicare가 보장하지 않는 외국여행에서 발생한 의료비, 가정재활비용
E형	B형 + 요양원 coinsurance, Medicare가 보장하지 않는 외국여행에서 발생한 의료비, 예방적 보건의료서비스
F형	C형 + Medicare가 보장하지 않는 Part B excess ¹⁾ (100%)
G형	D형 + Medicare가 보장하지 않는 Part B excess(80%)
H형	E형 + Medicare가 보장하지 않는 처방약(1,250불까지)
I형	G형 + Medicare가 보장하지 않는 처방약(1,250불까지)
J형	I형 + Medicare가 보장하지 않는 처방약(3,000불까지), 예방적 보건의료서비스

자료 : Government Accountability Office(2001)

○ 보충형 민간의료보험 상품의 표준화 정책의 10년을 평가한 연구보고에 따르면, 상품 표준화 이후 소비자의 실질적 선택권이 보장되면서, 소비자 민원이 감소하고, 보험사측의 부당행위가 감소하는 긍정적 효과가 발생한 것으로 나타났음. 그러나 보충형 민간의료보험의 지급률은 큰 변화가 없었는데, 그 이유는 1990년에 이미 평균 지급률이 80%를 상회하고 있었기 때문임(Fox et al., 2003).

표 12. 미국 보충형 민간의료보험의 연도별 평균 지급률

연도	평균 지급률(%)	연도	평균 지급률(%)
1990	81.2	1996	82.5
1991	83.4	1997	82.7
1992	79.7	1998	79.8
1993	75.9	1999	79.3
1994	81.3	2000	80.4
1995	85.6		

자료 : National Association of Insurance Commissioners, 2001

(2) 보험상품 정보의 투명한 공개

○ 정보는 경쟁적인 민간의료보험시장에서 판매자와 구매자 모두에게 중요함. 또한, 이는 시장기전을 유지할 수 있는 최소한의 요건임. 정보의 비대칭은 민간의료보험의 기술적, 분배적 비효율성을 심화시키는 중요한 요인으로 작용함.

○ 현행 제도 하에서는 민간의료보험 상품의 보장 내용에 대한 구매자 입장에서의 비교가 불가능할 뿐 아니라 가격수준에 대한 비교도 사실상 불가능한 상황임. 즉, 상품의 질과 가격에 대한 정보가 없는 가운데 보험설계사나 대리점의 설명에 의존해 보험 상품을 구매하고 있음. 민간의료보험 상품의 보험료는 보장성 수준에 따라 상이함. 따라서 전체 보험료에서 보험가입자에게 돌아오는 몫과 그렇지 않은 몫의 비율을 통해 보험상품의 보장성과 가격수준을 비교하는 것이 가능함.

○ 민간의료보험 가입자를 대상으로 ‘보험료 중 사업비의 비중을 알 수 있다면 보험 상품을 결정하는데 도움이 되겠는가’라고 질문한 결과, 전체 응답자의 83.3%가 도움이 된다고 응답해, 이 같은 가격정보의 제공이 일반 국민의 보험상품 구매의 합리성을 제고하는데 상당한 도움이 될 것으로 평가됨.

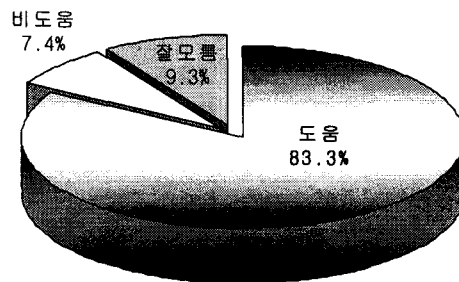


그림 4. 사업비 비중 인지시, 상품 결정의 도움 여부

○ 국내의 경우, 보험협회의 비교공시 정보를 통해 상품간 비교정보를 제공하고 있으나, 정작 소비자의 합리적 구매결정을 지원할 수 있는 정보를 담고 있지 않을 뿐 아니라 그조차도 부실하게 운영되고 있음. 따라서 소비자의 구매결정에 실질적인 도움이

될 수 있는 '가격정보'를 제공하는 형태로 개편되어야 함. 그리고 각 보험사가 가입자에게 제공하는 상품 설명서와 약관도 전문적 지식이 부족한 일반 국민이 쉽게 이해할 수 있고, 상품간의 객관적 비교가 가능한 정보를 담는 형태로 개편되어야 함.

○ 정보의 비대칭성 문제를 해결하기 위해 OECD는 다음과 같은 조치들을 제안하고 있음(2004).

- 민간의료보험 상품의 수를 제한함.
- 민간의료보험의 보험자들이 표준화된 용어를 사용하도록 함.
- 표준상품을 설정함.
- 민간의료보험의 보험자는 잠재적인 가입자들이나 기존의 가입자들에게 그들이 선택할 수 있는 모든 옵션을 공지함.
- 민간의료보험 상품들의 가격, 질, 약관 등과 관련된 주요 정보원(information source)을 구축함.
- 모든 사람들이 쉽게 접근할 수 있는 민간의료보험 상품들의 가격, 질, 약관 등에 대한 비교정보를 구축함.

(3) 선택적 탈퇴 및 위험선택의 남용과 제한정책

○ 민간의료보험의 가입대상은 개인과 단체로 나누어 볼 수 있음. 먼저 개인을 대상으로 하는 민간의료보험은 위험율에 따라 보험료를 부과하기 때문에, 질병에 걸릴 위험이 적은 사람(연령, 건강검진 결과, 가입자에 대한 질문, 과거병력, 가족력 등을 고려)을 대상으로 하며, 당연히 보험료 납부 여력이 있는 사람을 중심으로 상품판매와 개발이 이루어지게 됨. 이에 따라 민간의료보험 가입자의 주 표준은 중산층 이상의 건강한 사람이 될 것은 쉽게 예측할 수 있음. 단체(회사 등)를 대상으로 하는 보험은 민간보험회사의 입장에서 볼 때, 비교적 도덕적 해이가 덜 발생할 수 있기 때문에 수익 구조가 좋은 편임. 하지만, 가입자의 경우, 병에 걸리게 되면 퇴직 압력을 받을 수도 있게 되고, 퇴직 후에는 전혀 보장을 받을 수 없는 경우도 많아 실제 큰 병에 걸렸을 경우에 혜택을 못 받는 이들이 상존함. 이에 대한 피해는 미국의 예에서 볼 수 있는데, 미국의 경우 의료비 때문에 파산하는 이들이 연간 200만 명에 달하며, 민간의료보험에 가입하고도 값비싼 의료비를 감당하지 못해 파산하는 경우도 많은 것으로 나타났음 (Himmelstein et al., 2005).

○ 위험선택과 선택적 탈퇴의 남용은 공적 노인(장애인)의료보험에 대한 보충적 민간의료보험을 가장 필요로 하는 사람들을 보험혜택에서 제외시키는 모순을 낳음. 이에 대해서 미국 정부는 가입개방기간(open enrollment period)을 1991년부터 시행하였음. 어떤 사람이 65세가 되어 공적 노인(장애인)의료보험의 수혜를 받기 시작하면 그 후 6개월 동안을 가입개방기간이라고 하여 보험사는 그 사람의 병력과 건강상태에 관계없이 보충적 민간의료보험의 가입을 허용하도록 했음. 이 기간 동안 보험사는 위험선택을 할 수 없고, 가입개방기간 조치의 시행 이후 기존 가입자의 질병을 문제삼아 탈퇴시키거나 재계약을 거부하는 선택적 탈퇴를 사용할 수 없게 함.

○ OECD에서는 이 같은 위험선택과 선택적 탈퇴 문제의 해소를 위해 가입개방기간(open enrollment period) 설정, 자동 재계약 규정 신설, 기존 질병 중 제외대상 축소 등을 제안하고 있음(2004).

(4) 민간의료보험의 지급률 하한선 설정

○ 국내 민간의료보험의 지급률은 외국에 비해 매우 낮은 것으로 추정됨. 이는 보험가입자의 불필요한 부담과 보험사의 과도한 이윤으로 귀결됨. 따라서 미국의 예와 같이 지급률 하한선을 설정함으로써 민간의료보험의 보장성을 개선하고, 소비자의 권익을 증대시킬 필요가 있음.

○ 미국은 1980년 사회보장법 개정에 따라서 보충형 민간의료보험의 보험사들로 하여금 개인과 단체 보충적 민간의료보험의 보험지급률을 각각 60%, 75% 이상에서 유지할 것을 의무화함¹⁷⁾. 하지만, 1984년 미국 회계감사원의 조사에 의하면 보충형 민간의료보험 보험사 398개 중 254개가 기준보다 낮은 지급률을 기록한 것으로 밝혀짐. 이에 대해 미국정부는 1990년에 보충형 민간의료보험의 지급률을 65%로 확대함. 1994년부터는 보충적 민간의료보험 보험사가 지급률 기준에 도달하지 못하면 가입자에게 보험료의 일부를 환불해 주도록 의무화함. 이를 통하여 보충적 민간의료보험의 보장성을 일정 수준에서 담보하고, 지급률 기준에 도달하지 못한 가입자에게 보험료의 일부를 환불해 주도록 함으로써 경쟁력이 없는 보험사들은 시장에서 아예 퇴출되거나 구조조정을 통해서 효율적 운영의 여건을 마련함.

17 미국의 경우, 민간의료보험 가입자의 92%가 단체의료보험에 가입해 있음(오영수와 이경희, 2003).

나. 국민의료보장과의 선순환 관계 형성

(1) 민간의료보험의 영역 설정

○ 민간의료보험이 국민의료보장의 목표 성취에 부합하고, 의료체계의 기술적, 분배적 효율성을 제고하는 동시에 의료산업의 경쟁력 강화에 기여하기 위해서는 명확한 역할 설정을 하는 것이 필요함.

○ <그림 5>와 같은 형태로 민간의료보험의 역할을 설정함으로써 국민건강보험과 상호협조적인 관계 형성과 의료산업의 경쟁력 강화를 도모할 수 있음.

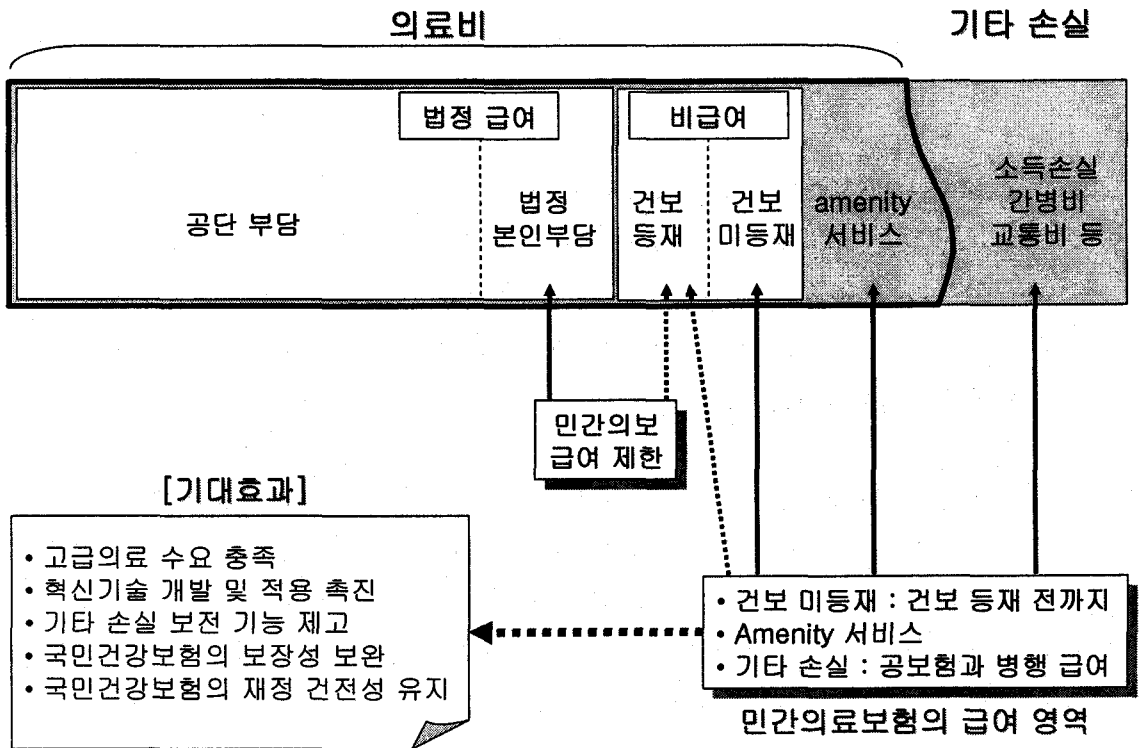


그림 5. 민간의료보험의 급여 영역 설정 및 기대효과

- * 건보 등재 본인부담 : 선택진료 등
- * 건보 미등재 본인부담 : 혁신적 신약, 신의료기술, 식대, 병실료 차액 등
- * amenity 서비스 : 미용성형, 고급병상 등의 편의서비스

○ “법정 본인부담”은 국민들이 의료서비스를 이용할 때, 비용의식을 고려하도록 정

책적으로 설정한 비용임. 따라서 이 같은 정책적 취지를 살릴 필요가 있음. 장기적으로 볼 때, 본인부담이 전혀 없게 된다면, 비용의식의 결여로 국민의료비의 급증을 낳을 수 있음. 이는 국민건강보험과 민간의료보험의 급여지급에 모두 폐해를 끼칠 우려가 있음. “법정 본인부담”의 취지를 훼손할 수 없다는 점을 법적으로 보다 분명히 명시하는 등의 방법으로 실손형 민간보험의 보장범위를 제한할 필요가 있음. 기본적으로 법정 본인부담금 영역에서 일정부분의 본인부담을 제외한 나머지는 건강보험에서 보장해야 할 것이고, 이는 기본급여서비스 영역에 대한 논의와 함께 이루어져야 함. 만일 이 부분에 대한 민간의료보험의 보장을 일부 허용한다면, 그 형태는 정액제의 방식으로 충분할 것임.

○ “비급여 본인부담” 역시 장기적으로 건강보험의 틀 안으로 끌어들여야 할 영역임. 이 영역은 흔히 ‘임의 비급여’라고 일컬어지는데, 이는 병·의원에서 건강보험의 통제 없이 문자 그대로 임의적으로 이루어지기 때문이며, 현재로서도 관리가 어려움. 이에 대해 정부와 공단은 기본적으로 기본급여서비스에 대한 기준과 목록을 시급히 마련해서, 질환별 보장 등을 통해 “건강보험 미등재 본인부담” 영역을 최대한 축소해야 할 필요가 있음. 그러나 앞서 언급한 것처럼 단기적으로 볼 때에는 바로 이 영역이 최신 고급의료의 수요를 늘려 의료기술의 개발을 육성하고 국민들의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 민간의료보험이 역할을 기대할 수 있는 분야임. 따라서 민간의료보험은 이 분야에 대한 보장을 자신의 역할로 담당하는 것이 필요함. 이와 함께 미용을 위한 성형, 고급병상 등의 부가적인 amenity 서비스도 민간의료보험의 재원 투입 영역으로 적극적으로 고려될 수 있음. 물론, 고급의료에 대한 민간의료보험의 역할을 기대한다고 하더라도, 장기적으로는 고가 서비스에 대한 가격 기준을 마련토록 하여 소비자들의 피해가 없도록 하는 장치를 고안해야 함. 즉, 진료나 약제 등에 대한 임의비급여의 일정한 부분을 공적 보험의 관리대상으로 포함하거나 민간의료보험에서 지불하는 의료비(수가)에 대해 충분한 관리와 규제를 해야만, 민간의료보험과 국민건강보험 모두의 효율성을 높일 수 있는 것임. 민간의료보험과 국민건강보험이 중복해서 의료비 청구를 관리하는 것은 엄청난 행정비용을 발생시켜 전체 보건의료제도가 비효율적으로 운영될 것임.

○ “기타 손실”의 경우, 현재 우리나라에서는 소득상실에 대한 보호 장치가 매우 미흡한 실정이기 때문에 민간재원을 적극적으로 활용할 필요가 있음. 그러나 이 부분 역

시 공적 재원과 민간 재원의 비율을 어떻게 유지할 것인가와 같은 장기적인 비전이 제시될 필요가 있음. 질병이나 상해로 인한 가계파탄은 비싼 의료비에 의한 것일 수도 있지만, 소득 또는 직업의 상실에 의한 경우도 많기 때문임. 소득보전 등의 조치에 대해서 사회보험은 '상병수당'의 도입을 검토하여야 할 것임.¹⁸⁾ 소득이나 직업의 상실이 가계에 미치는 영향은 단순히 상실된 소득금액으로 환원할 수 없는, 부가적인 요인들이 많기 때문에 공보험에서 보장을 해준다고 해도 많이 미흡할 수밖에 없음. 따라서 민간의료보험을 통해 이 부분을 보충할 수 있을 것으로 기대함. 간병비나 기타 부대비용 등에 대한 보장은 가입자들의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있다는 의미에서 민간의료보험이 보장할 수 있을 것임. 이는 위의 비급여 본인부담이나 amenity 서비스에 대한 설명과 같은 맥락으로 민간의료보험이 의료산업의 육성에 기여할 수 있는 측면임.

○ 이상과 같은 민간의료보험의 올바른 역할 정립이 이루어질 때, 국민건강보험의 질병별 위험률 정보 제공, 민간의료보험에 대한 세제 혜택 확대 등의 지원방안이 검토될 수 있을 것임. 그러나 개인 단위의 의료정보 제공은 앞서 기술한 것처럼 사회보험의 원리에도 위배되며, 국민건강보험제도의 정보관리 목적에도 어긋나기 때문에 제공될 수는 없음. 또한 민간의료보험이 의료산업 육성에 기여하는 부분을 촉진하기 위해 최신 의료기술 보장상품, 질병으로 인한 소득상실과 가계파탄을 막기 위한 상병수당 성격의 현금급여형 민간의료보험 상품 등에 대한 세제 혜택 확대를 고려할 수 있음.

(2) 국민의료보상과의 선순환 관계 형성을 위한 기타 검토 사항

○ 최근 정부의 경제부처에서는 국민건강보험에 대한 보조금 지원을 저소득층에 직접 지원하는 형태로 전환하고, 이를 민간의료보험 구매나 건강보험료 납부에 활용하는 방안을 제시하였음. 그러나 국민건강보험의 위축과 민간의료보험 활성화를 통해 야기된 저소득층의 의료접근성 저하를 저소득층의 민간의료보험 상품 구매지원으로 해결하자는 발상은 사회보장제도의 존립원리를 부정하는 것임. 저소득층의 의료접근권은 사회적 안전망의 확충을 통해 해결하는 것이 보편타당한 방법임. 미국의 경우에도 1988년 Medical Savings Programs(MSP)이라는 저소득층 지원사업을 시행하면서, 공적 노인(장애인)의료보험 저소득층을 대상으로 한 민간의료보험 상품 판매를 법적으로 금지하였음. 저소득층을 위한 사회적 안전망 확충이 아니라 이들의 민간의료보험 상품

18 독일의 경우 상병수당이 법정질병보험 지출에서 차지하는 점유율이 2002년 현재 5.4% 임.

구매를 독려하는 정책은 저소득층의 제한적 가용자원을 민간의료보험 상품 구매에 소진하게 만드는 결과를 야기함.

○ 이와 함께 이미 다수의 국가처럼 민간의료보험에 세금을 부과함으로써 민간의료보험이 국민의료보장에 재정적으로 기여하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있음. 이는 “민간의료보험에 대한 보험(위험선택으로 인한 공보험으로의 재정부담 전가에 대한)” 또는 목적세의 성격으로 세금이나 기여금을 부과하여 건강보험재정에 기여토록 하는 형태로 이루어질 수 있음. <표 13>은 민간의료보험을 도입한 유럽 주요 국가에서 민간의료보험이 공공의료재정에 기여하는 방식의 예를 정리한 것임.

표 13. 민간의료보험이 국민의료보장에 기여하는 방안의 예(2001년 기준)

국 가	방 안
벨기에	<ul style="list-style-type: none"> · 상업적 민간의료보험의 보험료에 대해 9.25%의 세금을 부과 · 모든 민간의료보험사는 공보험가입자가 일일 12.50 유로 이상 급여비로 임원하는 환자들을 위해 RIZIV-INAMI에 10%를 기여금으로 납부 <p>* RIZIV-INAMI : National Institute of Health and Disability Insurance</p>
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> · 민간보험 보험료에 7%의 세금 부과 · 보충금고에 의해 판매되는 민간의료보험 보험료에 대해서는 세금 면제
아일랜드	<ul style="list-style-type: none"> · 기업주가 부담하는 보험료에 대해 일정기준에 따라 세금 부과
룩셈부르크	<ul style="list-style-type: none"> · 상업적 민간의료보험 보험료에 대해 4%의 세금 부과 · 보충금고에 의해 판매되는 민간의료보험 보험료에 대해서는 면제
영국	<ul style="list-style-type: none"> · 모든 민간의료보험료에 대해 5% 세금부과(1994년에 1.5%에서 시작하여 매년 증가하였음) · 기업주가 근로자의 보험료를 부담하는 금액의 11.7%를 국민보험기여금(national insurance contribution)으로 부담 · 과세면세점 이하의 근로자를 제외하고 모든 근로자는 사용자 부담한 보험료에 대해 현물조세(benefit-in-kind tax)를 부과 받음.

자료 : Mossialos, E. et al(2004). Colombo, et al.(2004).

○ 민간의료보험에 대한 모든 관리방안은 민간의료보험의 역할(급여, 재정, 자격 등에 대한)을 명확히 한 바탕 위에서 모색되어야 할 것임. 즉, 민간의료보험이 국민의료보장과 의료산업의 육성을 위해 어떻게 규정될 것인가에 따라 규제를 할 것인지 유인을 줄 것인지를 결정할 수 있는 것임. 하지만 지금처럼 국민건강보험이 제공해야 할 보편적인 급여 영역에 대한 기본적인 개념조차 확립되지 않은 상황에서 유인책을 사용하는 것은 매우 위험한 발상임.

○ 또한, 의료제도의 효율적인 관리 및 보험재정의 효율적인 운영을 위해서도 민간의료보험의 역할을 명확히 해야 함. 이를 통해 국민의료보장을 위해서 국민건강보험과 민간의료보험이 중복되지 않으면서 서로 협력할 수 있음. 그리고 명확히 구획된 영역이나 역할이 정해져야 진정한 의미에서 민간의료보험사들 간 서비스의 질과 가격 경쟁이 가능함.

○ 민간의료보험이 국민의료보장과 의료산업의 육성이라는 양 측면 모두에서 적절한 기여를 하기 위해서는 표준상품(안) 마련과 같은 다양한 규제책이 마련되어야 하며, 어떤 경우에도 사회연대성의 훼손이 일어나지 않도록 해야 할 것임.

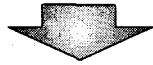
올바른 세제 정책

<현재 시점에서>

- 민간의료보험료에 대한 세금 부과 (국민의료보장에의 기여금 성격)

<역할 정립 이후>

- 신의료기술 보장상품에 대한 세제 혜택
- 현금급여형 상품에 대한 세제 혜택



민간의료보험의 역할 정립

- 국민건강보험의 보충적 역할 충실
- 건강보험 법정본인부담금에 대한 민간의료보험 급여 금지
- 최신의료기술이나 고급의료서비스에 대해 보장토록 유도
- 고급 amenity 서비스에 대해 보장토록 유도
- 현금급여 제공(간병비, 상병수당 등)



민간의료보험 관리 방안

- 표준상품(안) 마련
- 정보의 투명한 공개
- 위험선택과 선택적 탈퇴 방지책 마련
- ← 건강보험에서는 질병별 위험률 정보 제공(개인정보는 제외)

국민의료보장에 기여

- 국민의료보장 재원의 확충
- 저소득, 취약계층 보호를 위한 재원 확보

의료산업의 육성

- 국민의 다양한 욕구 충족
- 연구개발 투자의 활성화
- 병·의원의 국제경쟁력 강화

효율성 증진

- 의료기관 간에 질서 있는 경쟁의 활성화
- 국민들의 합리적 의료이용 유도

민간의료보험 가입자 보호

그림 6. 바람직한 민간의료보험의 역할 및 관리방안

<참고문헌>

- 금융감독원. 신채널을 통한 보험상품 판매 증가. 보도자료, 2004.12.28.
- 김홍식. 미국 Medigap의 발달과 민간의료보험의 활용문제에 대한 정책적 함의. 한국 정책학회보, 2003;12(2):33-58
- 박기영. 의료산업의 전망과 발전전략. 국회 싸이언텍포럼 발표자료, 2005.2.17
- 보험개발원. 보험통계연감. 2003.
- 보험개발원. 민영건강보험의 보험금 지급심사 현황 및 개선방안. 보험개발원 건강보험포럼 자료, 2005.
- 오영수, 이경희. 민영건강보험의 언더라이팅 선진화 방안. 보험개발원, 2003.
- 이진석, 김현수, 김재현, 정백근. 민간의료보험의 실태와 영향 분석. 국민건강보험공단. 2005.
- 전국경제인연합회. 의료서비스 산업 선진화를 위한 제도개선 의견. 정책건의자료. 2004. 9.
- 정기택, 곽창환, 김양균. 민간의료보험의 시장규모 및 재정효과 추정정기택 2005년 보험학회 춘계학술대회, 2005.
- 조병희, 이기효, 임준, 이진석. 의료시장 개방 등 환경변화가 의료보장에 미치는 영향. 서울대학교 보건대학원·국민건강보험공단, 2004
- 허호용, 김용아, 송인숙(맥킨지 헬스케어팀). 한국의료개혁 2010. 조선일보사, 2003
- Atherly A. The effect of Medicare Supplemental Insurance on Medicare expenditures. University of Minnesota, 1998.
- Cartwright W, Hu T, Huang L. Impact of varying Medigap insurance coverage on the use of medical services of the elderly. Applied Economics, 1992;24:529-39.
- Christensen S, et al. Acute health care costs for the aged Medicare population. The Millbank Quarterly, 1987;65(3):397-425.
- Christensen S, Shinogele J. Effects of supplemental coverage on use of services by Medicare enrollees. Health Care Financing Review, 1997;19(1):5-18.
- Elias M, Sarah T. Voluntary Health Insurance in the European Union. WHO, 2004.
- Fox PD, Snyder RE, Rice T. Medigap reform legislation of 1990: A 10-year review. Health Care Financing Review, 2003;24(3):121-37.

Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S. MarketWatch: Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs*, 2005;10.1377/hlthaff.w5.63

Khandker R, McCormack L. Medicare spending by beneficiaries with various types of supplemental insurance. *Medical Care Research and Review*, 1999;56(2):137-55.

Link C, Long S, Settle R. Cost sharing, supplemental insurance, and health insurance coverage in the Medicare population. *The Gerontologist*, 1980;37(3):314-23.

McCall N, Rice T, Sangl J. Consumer knowledge of Medicare and supplemental insurance benefits. *Health Services Research*, 1986;20(6):633-57.

Mossialos E., Thomson S.(2004), Voluntary health insurance in the European Union. Copenhagen: World Health Organisation, 2004.

OECD(정형선 역). OECD Health Project: Toward High-Performing Health Systems. 2004

OECD. The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries. OECD, 2004.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR(신영전 역). Getting Health Reform Right. Oxford University Press, 2004

Taylor A, et al. Medigap insurance: Friend or Foe in Medicare deficit?. In *Health Care in America*. Pacific Research Institute, 1988.

Woolhandler, S., Campbell, T. and Himmelstein, D. Cost of Health Care Administration in the United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, 2003;349(8):768-75.